



職場におけるメンタルヘルス対策検討会 ～精神科の立場から～

東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学

黒木 宣夫

職場における精神科医としての関わり



1. 数社に嘱託精神科医として勤務

産業医として登録、専門医として精神疾患に対しては全て関わる、また精神科専門医として難易度の高い事例

2. 医療機関の衛生委員長、
健康支援室の責任者

職場におけるメンタルヘルス対策・職場復帰支援 の充実～一人一人を大切にする職場づくりを進める～

自殺・うつプロジェクトチーム報告 5月28日

- 1) 管理職に対する教育の促進
- 2) 職場のメンタルヘルス対策に関する情報提供の充実
- 3) 職場におけるメンタルヘルス不調者の把握及び対応
- 4) メンタルヘルス不調者に適切に対応できる産業保険スタッフの養成
- 5) 長時間労働の抑制等に向けた働き方の見直しの促進
- 6) 配置転換後等のハイリスク期における取り組みの強化
- 7) 職場環境に関するモニタリングの実施
- 8) 労災請求に対する支給決定手続きの迅速化
- 9) うつ病等による求職者の職場復帰のための支援の実施
- 10) 地域・職域の連携の推進

メンタルヘルス推進のために

労働安全衛生法等の関係法令の遵守は、日本医療機能評価機構を受審する際に必須規定になっており、その中でも衛生委員会は必置義務(安全衛生法18条)となっている。現時点では必置義務ではない。

- 1) 15年11月下旬にストレス調査、496名から回収があり、Burn Out兆候、CES-D(抑うつ度)、ならびにJCQ(職場のストレス)に関して、当病院精神科内で結果を集積分析し、結果の通知を希望した342名にBurn Out兆候とCES-D(抑うつ度)を封書で通知した。
- 2) 17年3月に職業性ストレス簡易調査票、CES-D(抑うつ度)を全職員680人に実施し、545名の回収が得られた。
- 3) 22年7月 職業性ストレス簡易調査票 E診断 予定

15年11月、H17年3月に職業性ストレス簡易調査票

16年11月に従業員が自殺企図、以後、相談室を設置

	医師	看護師	技術職	事務職	記載なし	合計
対象数	120	342	120	79		661
回収数	79	310	83	64	9	545
回収率	65.8%	90.6%	69.2%	81.0%		82.5%

11. 心身の不調がある時、あなたならどうしますか？	医師	看護部	事務部	薬剤部	臨床検査部	その他		
1.我慢する	15	60	15	7	2	7	106	21.0%
2.誰かに相談する	24	203	29	20	26	12	314	62.2%
3.誰にも相談しない	12	14	0	2	0	4	32	6.3%
4.わからない	1	17	3	4	3	5	33	6.5%
5.その他()	5	12	1	0	0	2	20	4.0%
12.【問11】で2.「誰かに相談する」と答えた方は、誰に相談しますか？								
1.家族	18	124	19	15	20	7	203	42.3%
2.上司	6	30	3	1	1	1	42	8.8%
3.同僚	7	104	6	5	6	7	135	28.1%
4.保健師	0	1	0	0	0	0	1	0.2%
5.病院受診した上で医師	3	20	7	1	6	4	41	8.5%
6.その他()	3	38	7	4	5	1	58	12.1%

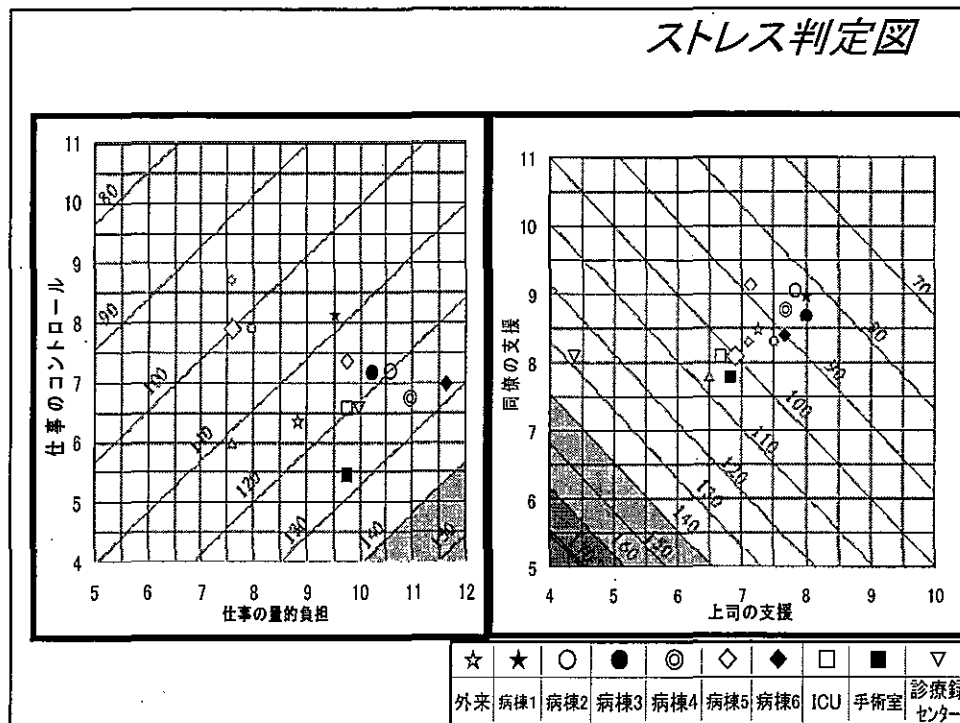
自分の精神状態について

自分の精神状態について(複数回答可)	医師	看護師	技術職	事務職	合計	%
1.大丈夫だと思っている	37	87	38	23	185	34.5%
2.大丈夫だと思うようにしている	25	94	14	19	152	28.4%
3.大丈夫と思うがチェックしてほしい	5	60	13	10	88	16.4%
4.性格傾向について知りたい	3	54	15	10	82	15.3%
5.かまわないでほしい	4	4	0	0	8	1.5%
6.わからない	5	7	3	1	16	3.0%
記載なし	0	4	0	1	5	0.9%
	79	310	83	64	536	100.0%

看護職と外来(健康リスクとCES-D)

職場名	人数	量的負担 (点)	コントロール (点)	上司の支援 (点)	同僚の支援 (点)	健康リスク			16点以上	
						量-コント ロール	職場の 支援	総合		
看護1	68	8.9	6.4	7.1	8.5	115	93	106	22	32.4%
看護2	41	9.5	8.1	8.0	9.0	108	81	87	21	51.2%
看護3	31	10.2	7.1	7.8	9.1	118	83	97	14	45.2%
看護4	26	10.3	7.0	8.0	8.7	120	84	100	13	48.1%
看護5	24	11.0	6.6	7.8	8.7	126	86	108	16	61.5%
看護6	29	9.4	7.2	7.0	8.2	113	98	110	18	62.1%
看護7	28	11.6	6.8	7.6	8.4	128	90	115	13	44.8%
看護8	26	9.7	6.5	6.8	8.0	119	101	120	14	51.9%
看護9	24	9.6	5.5	6.8	7.4	126	107	134	17	68.0%
診療	26	9.7	6.5	4.4	8.0	119	128	152	8	44.4%

ストレス判定図



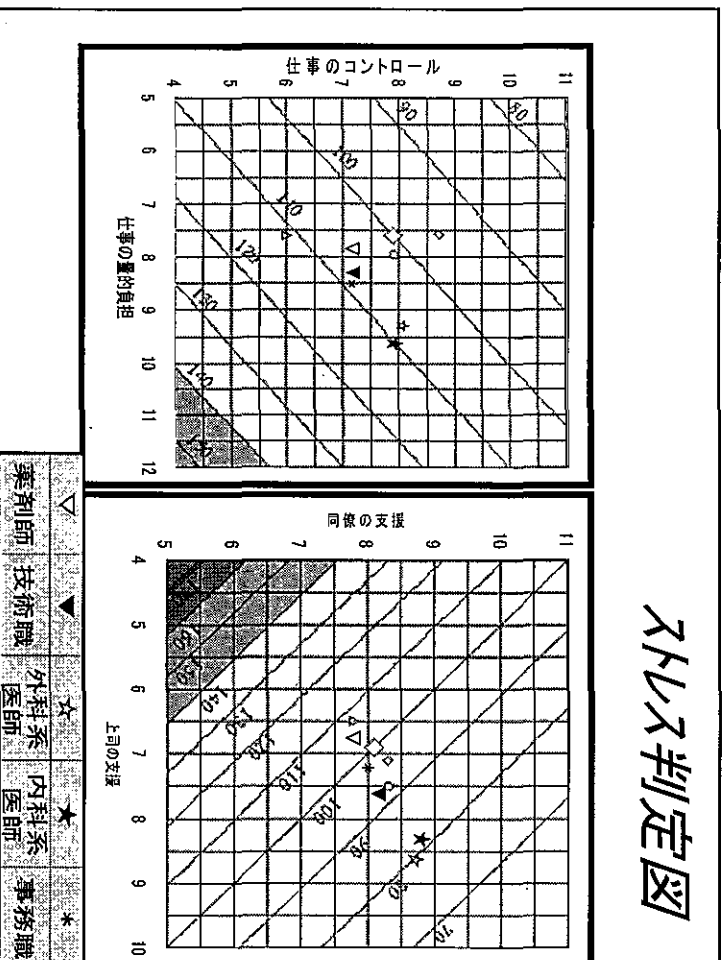
残業時間と健康リスク

職場名	人数	総合健康リスク	CES-D 得点16点以上		平均残業時間/月
外来	68	106	22	32.4%	11.9
病棟1	41	87	21	51.2%	19.1
病棟2	31	97	14	45.2%	17.3
病棟3	26	100	13	48.1%	31.3
病棟4	24	108	16	61.5%	49.4
病棟5	29	110	18	62.1%	24.1
病棟6	28	115	13	44.8%	30.8
ICU	26	120	14	51.9%	21.9
手術室	24	134	17	68.0%	17.0
診療録センター	26	152	8	44.4%	4.9
全体	323	112.9	156	48.2%	22.8

看護師以外(健康リスクとCES-D)

職場名	人数	量的負担 (点)	コスト ロール (点)	上司の 支援 (点)	同僚の 支援 (点)	健康リスク		16点以上		
						量-コスト ロール	職場の 支援 総合			
薬剤部	33	7.9	7.0	6.7	7.9	101	110	111	8	24.2%
看護学看護実践系	12	8.6	5.9	6.7	7.9	118	110	129	2	16.7%
臨床検査部	24	7.6	6.4	6.3	8.0	105	114	119	10	40.0%
中央放射線部	10	8.8	6.8	9.3	8.8	111	78	86	5	50.0%
医師外科系	42	9.3	8.0	8.9	8.7	104	82	85	11	26.2%
医師内科系	38	9.6	7.8	8.7	8.8	107	82	87	9	24.3%
事務部その他	22	8.5	8.4	7.5	7.8	94	103	96	3	13.8%
事務担当医事務	27	8.5	6.9	7.5	8.1	107	99	105	7	25.9%

ストレス判定図



残業時間と健康リスク

職場	人数	総合健康リスク	CES-D 得点16点以上		平均残業時間/
薬剤師	33	111	8	24.2%	15.0
技術職	53	105	17	32.1%	15.0
外科系医師	42	85	11	26.2%	45.6
内科系医師	38	87	9	23.7%	52.7
事務職	42	106	10	23.8%	15.9

健康支援室の1年間

1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
件数	件数	件数	件数	件数	件数	件数	件数	件数	件数	件数	件数	225
13	21	22	15	18	26	21	18	22	17	18	14	
実数	実数	実数	実数	実数	実数	実数	実数	実数	実数	実数	実数	123
7	11	8	8	10	11	10	11	14	9	12	12	

実際のフォロー

不眠、人間関係、苦手な人	5	休業後に退職1、異動
人間関係、リストカット	1	リワーク利用後に復職
業務内容(嘔吐に拒否感)	6	睡眠リズムがとれず、就業制限→交代勤務
吐き気、うつ気分、不眠など体調不良	2	リワーク利用後に復職1
業務内容、不眠、退職希望	1	リワーク利用後に復職1
業務内容、不眠	1	リワーク利用後に復職1
仕事のミスが多い、不眠、意欲減退	1	リワーク利用後に復職1
仕事がつまみかない、不安、希死念慮	1	リワーク利用して退職1
事故後体調不良、回復後吐き気、不眠、うつ	1	就業制限でフォローしたが、現在、休業中
職場の中でパワハラ、いじめを受けている	1	業務分担
家庭問題、人間関係	1	リワークに行けず休業中
家族のアルコール問題(男性)	1	相談中
仕事が専門的、頭痛、疲労(男性)	1	リワーク利用中
人間関係、苦手な人(男性)	1	リワーク利用後に復職1
仕事上のミス(二重請求)後にうつ気分、不眠	1	リワーク利用中

平成21年3月：厚生労働省労働基準局長通達

～当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について

～メンタルヘルス不調者の早期発見と適切な対応の実施

(1) 相談体制の整備

メンタルヘルス不調者を把握した場合には、必要に応じ医療機関やメンタルヘルス相談の専門機関に迅速に取り次ぐことが重要である。今後、メンタルヘルス対策支援センターにおいて地域にある事業場外資源とのネットワーク化を図ることとしているので、その活用を促すこと。

(2) 長時間労働者に対する面接指導の実施の徹底

法第66条の8又は法第66条の9に基づく長時間労働者等に対する面接指導…医師による面接指導及び事後措置を徹底するよう指導等を行うこと。平成18年3月17日付け基発第0317008号(一部改正平成20年3月7日付け基発第0307006号)「過重労働による健康障害防止のための総合対策について」別紙1「過重労働による健康障害防止のための総合対策」別添「過重労働による健康障害を防止するため事業者が講ずべき措置」中に示す5(2)イ「面接指導等を実施するための手続き等の整備」について指導等を行うこと。

(3) 健康診断実施時におけるメンタルヘルス不調の把握

法第66条第1項及び規則第43条から第45条の2までの規定に基づく健康診断実施時に、メンタルヘルス不調を把握した場合には、法第66条の5第1項の規定に基づく事後措置及び法第66条の7第1項の規定に基づく保健指導の実施を徹底するよう指導等を行うこと。

(4) 心身両面にわたる健康保持増進対策(THP)の活用メンタルヘルス不調の未然防止として、必要に応じ、「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」(健康保持増進のための指針公示第1号)に基づく取組を促すこと。

質問紙法の限界

- 岡山大学文学部長谷川芳典教授が開設しているホームページ「minimum psychology」の「質問紙法 2003年補遺版(第四回)担当:大島・多田・渡辺」には「質問紙法の長所として、実施方法や採点方法がマニュアル化されている、容易に実施できる、短時間で集団にも実施できる、評価に主観が入らない、などがあげられることから、臨床場面以外の機関でも多用されている。一方短所としては、被験者の言語能力や自己評価能力に依存する、質問項目以外の事を知りえない、意識のレベルしか知りえない、回答の意味(意図)を確認できない、虚偽または意識的に操作された回答のチェックが困難である」と記載され、「質問紙法・第一回(文責:岡・菅原・種延)」の中には質問紙法の長所として「*調査者の過去から未来にわたって個人の内面を幅広く捉えることができる…」また短所として「*個人の内面を深くとらえることが難しい、*調査対象者が自己の内面を偽って報告したり、回答を拒否したりというケースもある」と記載
- されている。簡易型臨床診断(MINI)、臨床診断面接尺度(DSM-IV版)は面接をしながら診断を確定していく方法であるが、質問紙法と同様に患者の意図的な心理までも100%完全に排除することは困難であろうと思われる。

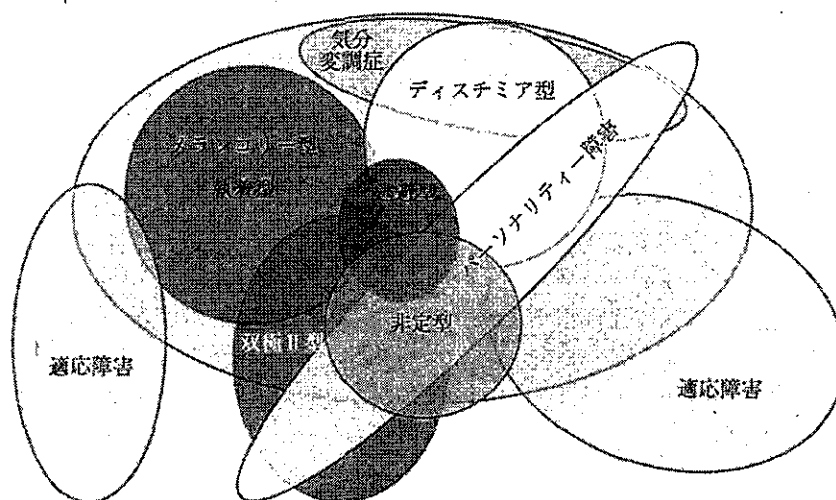


図1 抑うつスペクトラム

広範な抑うつ病態をスペクトラムととらえ整理した。眼前の患者がどの辺りに位置するのかを十分に配慮した臨床が求められる。

精神科医に求められること

- 1)メンタル不調者の早期に対応
 - ・上司からの情報等から内部のメンタルヘルスケア体制 医療機関へ受診、休業
 - ・EAP
- 2)メンタル不調者の支援体制
- 3)メンタル不調者の支援する上での情報管理
- 4)職場復帰支援

スクリーニングの精神医学的問題

- 1)病態水準の把握
- 2)スクリーニング陽性者が病的水準とは限らない、職場環境で高く出る可能性
- 3)スクリーニングは、うつ状態の可能性が否定できないということであり、必ずしも要医療ではない。
- 4)スクリーニングにより産業保健スタッフに関わり、陽性の背景を探ることができる。
- 5)構造化面接等を利用しながら要医療を検討
- 6)労働者に情報を与えることで危機的状況に陥った時に助けを求める可能性がある。
- 7)労働者の精神的健康には、疲弊による不調、対人葛藤による不調、病的思考による不調、業務や職場環境に適応できない不調があり、どの水準の病態か見極めが必要、これはスクリーニングでは不可能、また、病態を否認する労働者、拒否する労働者、被害的
- 8)スクリーニング陽性、職場情報により明らかに要医療の場合もありうる。
- 9)大企業で産業保健スタッフ、専門医がいる場合は、スクリーニングが有効に働く可能性が高いが、中小企業の場合は、慎重な対応が必要
- 10)スクリーニングの内容も毎年、同じではなく工夫が必要