

産業精神保健の近未来図

令和元年

日本産業衛生学会 産業精神衛生研究会

執筆責任者一覧

序章	廣 尚典	.....1
第1章	川上憲人	.....6
第2章	河野慶三	..... 16
第3章	森田哲也	..... 25
第4章	錦戸典子	..... 33
第5章	井上幸紀	..... 41
第6章	森崎美奈子	..... 48
第7章	長見まき子	..... 54
第8章	堤 明純	..... 58
第9章	島津明人	..... 63
第10章	中田光紀	..... 70
付章	永田頌史	..... 76

各章の草稿を執筆責任者が作成し、世話人全体が編集を担当した。

全体の校正、調整は、廣尚典（代表世話人）、真船浩介（事務局長）が行った。

日本産業衛生学会産業衛生研究会世話人（五十音順）

荒井稔	石川浩二	井上幸紀	大久保浩司	大塚泰正	織田進
川上憲人	栗岡住子	河野慶三	小林章雄	島津明人	鈴木淳平
高崎正子	田川宣昌	田中雅人	堤明純	中田光紀	永田頌史
長見まき子	錦戸典子	昇淳一郎	原谷隆史	日笠理恵	廣尚典
広瀬俊雄	廣部一彦	升味正光	松井知子	松原良次	真鍋憲幸
真船浩介	丸山総一郎	森崎美奈子	森田哲也	山本和儀	鎗田圭一郎
渡邊美寿津					

序章

1. 産業精神保健の 50 年

1968 年「産業精神衛生に関する答申書」（以下、答申書）が「産業医学」（現在の「産業衛生学雑誌」（産衛誌））に掲載された。答申書は小沼十寸穂が取りまとめているが、産業精神衛生委員会委員 29 名の連名（顧問を含む）の形をとっており、当時の職場におけるメンタルヘルスの問題を列挙するとともに、そこでのカウンセリングのあり方、採用時の評価基準のたて方、精神障がい者の発見、対応及び復職支援の方策、適切な職場環境の醸成といった、対策の具体的な取り組み方を、その背景となる考え方とともに解説している。末尾には、数多くの参考資料、参考文献が付されている。これらは、現在のメンタルヘルス対策においても、よい道標となる部分が少なくない。

しかし、50 年という年月は、我が国の産業構造、労働環境、労働そのものの質・量、社会情勢、さらには労働者の労働観、価値観などに大きな変化をもたらした。特にこの四半世紀には、メンタルヘルス不調を有する労働者が著増する一方で、行政もこれまでとは大きく異なる動きをみせ、それに対応するストレスモデルや対策の方法論、ツールの開発が進んだ。産業保健関係者として、答申書には記載のない、あるいは答申書の方向性とは異なった判断、対応が求められる事項が数多く現れている。

日本産業衛生学会産業精神衛生研究会では、「職場不適応研究会」として発足してから現在に至るまで、比較的普遍的な問題に加え、時勢に合った主題も取り上げながら、職場のメンタルヘルスに関する議論を深めてきた。途中、世話人が中心となって、産衛誌に研究や実践の現在について情報提供（総説）を連載の形で投稿し、それらは「職場のメンタルヘルス—実践的アプローチ」（中央労働災害防止協会、2005）としてもまとめられた。しかし、それからさらに 10 年以上が経過し、新しい研究成果や現場の智慧が数多く報告されるとともに、さらに取り込まれるべき課題などが生じている。

この度、「答申書」から 50 年という節目に、日本産業衛生学会および産業精神衛生研究会において取り上げられてきた問題、議論などを振り返り、今後 15～20 年を見据えて、この領域の見通し、あり方をまとめた。

日本産業衛生学会政策法制度委員会は、2015 年に「提言：職場におけるこれからのメンタルヘルス対策のあり方について」を提示しているが、本論文はそれを補完するとともに、その具体的なすすめ方を示したものと位置づけることもできる。

2. 最近の課題

近年産業保健において、以前には論じられなかった、あるいは論じられてはいたが異なった視点が求められるようになった、もしくはより精緻な議論が必要となった課題がある。その中には、メンタルヘルスに関係するものも少なくない。主な事項としては、以下があげられよう。

1) 過重労働

過重労働による労働者の健康問題（脳・心臓疾患、メンタルヘルス不調）は、1990年代から、「過労死」「過労自殺」という用語で問題提起されてきた事項である。厚生労働省もその対策として、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」の発令、長時間労働者に対する面接指導等の法制化などを進めてきたが、事態の改善がもたらされているとは言えず、むしろ「ブラック企業」といった、現状を揶揄するような表現が現れるに至っている。厚生労働省は、2014年に過労死等防止対策推進法を制定し、さらなる対応の強化を図っており、産業保健にとっても当面の重要課題のひとつである。

また、長時間労働にばかり注目が集まっているが、過度の緊張を要する業務、いわゆる感情労働といった他の側面についても、さらなる議論が求められよう。

2) ハラスメント

過重労働と並んで、労災や民事訴訟で取り上げられることが多くなっている。セクシャルハラスメント、パワーハラスメントの他、マタニティハラスメント、モラルハラスメント、アルコールハラスメントなどの用語も流布している。これらは、直接的には社会の道徳あるいは倫理上の問題であり、人事労務管理の面から対応が進められるべきであるが、要因や結果として健康上の問題が関係している例が多く、メンタルヘルス対策の一環としても取り上げることが求められやすい。産業保健職の関わり方も議論されねばならない。

3) 働き方の多様性

派遣労働、アルバイトをはじめとする非正規雇用で働く労働者の増加に伴い、労働形態に関連づけられた健康あるいは健康管理の問題が重要視されるようになってきた。裁量労働制、テレワーク、在宅勤務などについても、そうした働き方が健康に及ぼす影響という視点からも論じられなければならない。その場合、各労働形態にある労働者のストレスや精神健康度を比較するだけでなく、非正規労働などを選択した、あるいは選択せねばならなかった労働者の背景をも併せて検討する必要がある。まだ多角的な視点の研究報告は多いとは言えず、実態の詳細な分析と、それを元にした支援のあり方の検討がされなければならない。

ワーク・ライフ・バランスへの関与も、課題のひとつに挙げられよう。

4) 治療と仕事の両立支援

健康障害を有する労働者の適正配置は、以前から産業保健上の重要課題であった。しかし、労働人口の高齢化などによって、何らかの就業上の措置（配慮）が望まれる労働者が増加傾向にあり、また労働人口の減少とも相まって、癌、循環器疾患、精神障害などを有する労働者に対する適切な就労支援が、「両立支援」というキーワードのもとに、これまで以上に求められるようになってきている。癌については、主治医と職場との情報交換に対して、診療報酬が設定された。ガイドラインの作成なども進んでおり、今後現場での具体的な対応について、議論の場が増えていくであろう。

5) 障がい者雇用

障害者雇用率の見直し、精神障害の障がい者枠への算入という行政の動向に伴って、精

精神障がい者雇用のあり方が議論されるようになってきている。精神障害では、知的障害、身体障害と比較し、業務遂行能力の変動が大きく、推定が困難であると指摘されており、雇用されている障がい者における精神障がい者の割合は高くないのが現状である。しかし、精神障がい者の就労は、以前より精神保健領域の重要課題であり、今後企業の受け入れがますます求められていくであろう。精神医療、地域資源と産業保健の連携が問われるところのひとつと言えよう。産業保健職は、職場におけるそのキーパーソンである。

6) 生産性への貢献

経済産業省が強い関わりを持った「健康経営」が注目を集めている。それよりも以前から提唱されてきた活力ある職場づくり、あるいはポジティブメンタルヘルスといった概念と呼応するものと言える。職場のメンタルヘルス対策には、あくまで有害因子からの労働者保護を第一義的な目的としながらも、事業体の生産性への貢献をも見据えることが求められ、昨今はその傾向が高まっている。産業保健職にも、その視点が求められていると言える。

7) 労働人口の高齢化

いわゆる団塊の世代の退職と少子化に伴い、労働人口の減少は我が国の産業全般にわたっての切実な問題となりつつある。これへの対策として、高齢者の雇用及び第一線での活躍は不可欠である。上述した両立支援に加え、身体面のみならず精神面に関しても、高齢者の特徴を踏まえた支援が模索されなければならない。

8) メンタルヘルス不調の多様化への対応

労働の質的及び量的変化、さらには社会の変化や教育などの影響をも受け、以前にはあまり見られなかった、あるいは問題視されなかった状態像を持つメンタルヘルス不調が増加、顕在化している。その代表例が現代型のうつ、発達障害であろう。精神医療領域で注目されるようになり、それが産業保健にも及んでいる。これらの疾病性と事例性をどのように評価し、切り分けて、職場での支援、配慮を行っていくかについて、今後十分な議論が必要であろう。

9) 医療（臨床）と産業保健の新たな連携

精神医療の関係者の眼が、以前よりも産業保健に多く向けられるようになってきている。リワークプログラムの発展がその一例としてあげられる。また、精神科医、心療内科医が、企業の顧問医などの立場で企業に雇用され、産業保健の一端を担う例も増加している。この動向が、労働者のメンタルヘルスの向上に寄与するため、精神医療関係者と産業保健職との相互理解とそれを踏まえた連携が推進されなければならない。

10) 外国人労働者及び海外勤務者への支援

産業のグローバル化、企業間の競争の激化、労働人口の減少等に伴い、外国人労働者、海外勤務者は、増加の一途を辿っている。両者とも、そのメンタルヘルスをめぐる問題について、1980年代にはすでに問題提起や対策の基本的な考え方の提案が示されているが、その当時とは人数、労働の実態、当該労働者を取り巻く環境などに大きな変化がみられている。改めて彼らへの支援のあり方を検討する必要が生じている。

11) 女性労働への支援

女性の社会進出とともに、その基盤となる出産、育児等の支援体制の整備が大きな社会問題となっている。それらは、女性労働者のメンタルヘルスに大きな影響を及ぼしている。また、各職場の中でも、地位・役割に関する葛藤、各種ハラスメントをはじめとして、女性労働者には男性と異なるストレス要因が少なくないことが指摘されている。身体的な健康に配慮した女性労働者への業務配慮（業務制限）は、不十分とはいえ、労働安全衛生法規にみられるが、メンタルヘルス面でも、生物学的性差などを踏まえた対応が模索されるべきである。

12) 職場環境の評価と改善

ストレスチェック制度の創設とも相まって、メンタルヘルス不調の第一次予防として、物理化学的職場環境のみならず、心理社会的環境への働きかけが重視されるようになってきている。現場からのグッドプラクティスの報告も増加しており、それらを取り込んで、多様な職場で活用できる職場環境改善の方法論が確立されることが望まれる。

13) 中小規模事業場における活動

また、中小規模事業場では、メンタルヘルス不調者に対して、業務の軽減などの就業上の措置を長期にわたって行うことが困難な傾向にあり、メンタルヘルス不調の第一次予防の推進が望まれるところである。しかし、他の産業保健活動と同様に、中小規模事業場では、大規模事業場に比べて、メンタルヘルス対策が低調であるところが多い。その理由としては、様々な資源の不足があげられよう。今後は、事業場の特性（業種、形態、地域性など）に合わせた取り組みが進められるような事業者に対する啓発とそれに活用できる社会的資源の開発が求められる。

14) 性別違和

性別違和に関して、本人が申し出た際の職場の対応が議論されるようになってきている。更衣室、休憩室などの見直しをはじめとして、対応に経費のかかる面も多い。まだ例数は多くないが、今後事例が増加する可能性は十分にあり、産業保健としても、その対応への関与を求められることになるかと推察される。ハラスメントと同様に、メンタルヘルスの問題枠に押し込められるべきでないところも少なくないことに留意しつつ、産業保健の関与のあり方が議論されるべきであろう。

15) 災害への対応

東日本大震災や熊本地震などを経て、災害に対する産業保健の役割の重要性が再認識されている。災害による労働者の様々な健康影響の中で、メンタルヘルスに関する問題も重要事項のひとつに数えられる。災害の規模や種類（自然災害か人的災害かも含め）などによって、その影響は大きく異なるが、日頃からの準備としての緊急時対応に向けた体制の整備、災害発生時の対応、その後のフォローアップのそれぞれについて、原則的なあり方が確立されるべきである。

16) 労働環境の変貌への対応

労働現場への直接的あるいは間接的な AI の導入などによって、近い将来人が担う労働の内容や質が大きく変わることが予想される。かつてコンピューターの普及により、テクノストレス（テクノ依存症、テクノ不安症を含む）が議論された時期があったが、さらに劇的な変化がもたらされるであろう。産業保健にとっても新たな課題が生じると推測される。これは、産業精神保健においても例外ではない。

3. 産業精神保健の近未来図

本報告書は、これらに対して、産業保健職がどのように関わっていくべきか、その展望、可能性を論じた。

まず、第 1 章では、産業保健におけるメンタルヘルス対策の位置づけについて、歴史的経緯を振り返りながら総説的に整理し、展望を含めて概観した。第 2 章では、行政の動向を詳しく追い、それが現場のメンタルヘルス対策に及ぼしてきた影響を検証した。第 3 章から第 6 章にかけては、産業保健に関わる職種ごとに、その特性を踏まえた課題を明確化し、強みを活かした今後の活動を論じた。最近、社会保険労務士、精神保健福祉士も、産業保健領域への関与がみられているが、まだ産業衛生学会学会員が多くないことから、今回は記述を割愛した。EAP（Employee Assistance Program）は、我が国においては、主として事業場外から提供されるメンタルヘルスサービスのひとつとされているが、多くの事業場のメンタルヘルス対策において担ってきた役割が大きかったことから、第 7 章として盛り込んだ。職種を越えて言及した事項としては、ストレス理論とストレス研究（第 8 章）、ポジティブ・メンタルヘルス（第 9 章）がある。前者は、これまでのメンタルヘルス対策の推進に大きな役割を果たしてきたし、それはこれからも変わらないであろう。また、後者は今後ますます注目を集めることが確実である。また、さらなる国際交流によって、我が国のメンタルヘルス対策は、諸外国の取組みの影響を受ける可能性もある。そこで、第 10 章として、欧米における最近の動向をまとめた。最後に、50 年余にわたる本研究会の足跡を付した。

本論文が、日本産業衛生学会会員、ひいては産業保健に関わる全ての方々にとって、労働者のメンタルヘルス対策を推進するうえでの参考となれば幸いである。

第1章 職場のメンタルヘルスと産業保健

1. 職場のメンタルヘルス対策の歴史と産業保健

わが国における職場のメンタルヘルス対策は、1950年代後半からの第一次ブーム、1980年代半ばからの第二次ブームを経て発展してきた¹⁾(表1)。1950～60年代の第一次ブームでは、企業内に精神健康管理クリニック(精神科診療所)が設けられ、精神科医が活動を行った。これらの精神科医は、メンタルヘルス不調の早期発見と対応や職場復帰について、企業内の制度や仕組みを提案することもあった。一方、産業医は、集団志向、ポジティブメンタルヘルス志向の活動に焦点をあてた活動を行っていた。コーネルメディカルインデックス(CMI)を使って、神経症の従業員を早期発見する試みや、職場集団全体の精神健康を増進する方法などが検討されている。この時期に、日本産業衛生学会の中に「職場不適応研究会」(現「産業精神衛生研究会」)が発足した。

1970年からは学生運動の影響を受け、精神科医の企業内での活動が衰退した。彼らは、自らが企業に入り、企業を変えてゆくことで精神的に健康な職場が実現できるのではという理想を持っていた。しかし長年努力しても企業は変わってゆかないという現実直面した。また雇用主対労働者という対立関係の板挟みになった。さらに当初掲げた「精神健康管理」という言葉に対して、人の精神的な健康は管理されるものではないという意見が強くなったこともある。日本精神神経学会が1966年に立ち上げた「精神衛生管理研究会」も1973年には中断している。精神科医による職場のメンタルヘルス対策への慎重論は1980年代後半まで根強いものであった²⁾。

1980年代に入り、高度経済成長を背景として、企業側の職場のメンタルヘルスに対する関心が高まる一方で、行政の施策が進んだ。1970年代の後半から循環器疾患による「過労死」に関する報告が増加し³⁾、これらの「過労死」事例の遺族に対する補償を求めて弁護士や医師による活動が進んだ。循環器疾患に引き続き、1984年には民間で最初のうつ病による労働災害が認定された。

1990年代には、有害業務との関連が明確な職業病に加えて、職場の作業環境や作業条件によって、発症率が高まったり、症状が悪化したりする「作業関連疾患」の概念が導入され、循環器疾患やメンタルヘルス不調はこの下で業務との関連が整理された。1995～2000年には労働省「作業関連疾患の予防に関する研究」がストレス関連疾患について実施され、職場のメンタルヘルス対策のための本格的な研究が大きく進展した。

1999年に精神障害等の業務上外の判断指針(基発第544号)が公表され、2000年に過労自殺の民事訴訟の最高裁判断がでてから、職場のメンタルヘルス対策はリスクマネジメントの時代へと突入した。精神障害等の労働災害や過労自殺の民事訴訟を未然に防止し、これによる企業の社会的評価の低下、金銭的損失を避けるという説明は説得力を持って、多くの企業が職場のメンタルヘルス活動を実施する動機づけとなった。「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」(基発第522号;2000年、旧指針)により対策の方

向性が示されたことから、この時期に何らかの職場のメンタルヘルス対策を行う事業場の割合は急増した。メンタルヘルス対策は、産業保健の中で大きなウェイトを占めるようになり、産業医や産業保健専門職に職場のメンタルヘルス対策に関する知識や経験が強く求められるようになった。厚生労働省は、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（健康の保持増進のための指針公示第3号；2006年、同公示第6号；2015年改正）、「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」（2004年、2009年改訂）、改正労働安全衛生法改正による長時間労働者への医師面接制度の導入（基発第0317008号；2006年）と、職場のメンタルヘルス対策のための情報提供や制度の導入を進めた。

一方で、2000年代には経済不況、さらには国際競争に対応するため、年功序列、終身雇用の見直し、成果主義の導入など企業の雇用・経営方針の大きな転換があった。同時にメンタルヘルス不調の顕著な増加が多くの企業で観察された⁴⁾。メンタルヘルス不調の増加は、企業経営にとって労働コストの大きな損失であることが認識され、企業ではメンタルヘルス不調の第一次予防に対する関心が高まった。

2014年の労働安全衛生法改正によりストレスチェック制度が義務化され、2015年から施行された。職場のメンタルヘルス対策は「ストレスチェック」時代に入ったといえる。職場のメンタルヘルス対策の中でははじめて事業者に義務化された（50人未満規模の事業場では努力義務、2018年現在）制度であるが、比較的円滑に導入が進んでいる。一方でその効果は部分的にしき明確でなく、また事業場でのさらなる活用については今後の工夫が必要である。これと並行して、2017年からは政府の主導により「働き方改革」が進められ、労働時間の上限規制、産業医・産業保健の機能の強化に関する労働基準法、労働安全衛生法の改正がなされた。長労働時間の削減による過労死・過労自殺の防止も重要なねらいのひとつではある「働き方改革」の大きな目的は、少子高齢化による労働力人口の減少への対応であり、「働き方改革」実行計画全体をみると、女性、高齢労働者、病気を抱える労働者、外国人労働者が働ける環境づくりのための措置が多く盛り込まれている。

以上のように、職場のメンタルヘルス対策は、その歴史の中で、時期ごとの課題に対応しつつ、概念の発展、研究の進展、制度の設計と導入を通じて、産業保健とともに進展してきた。1980年代以降の職場のメンタルヘルス対策は、業務起因性の健康問題への補償の進展とその予防のための法制度が後押ししたが、2000年代後半からは健康づくりや健康経営など企業の自主的な活動としても推進されるようになった。2000年からの職場のメンタルヘルス対策は当初、その重要性を強調し普及するために、産業保健の中で特別な活動として位置づけられる傾向にあった（例えば「心の健康づくり計画」は事業場の労働安全衛生計画に含まれるものであるが、指針では特出している）。しかし近年の働き方改革や両立支援の考え方の中で、職場のメンタルヘルス対策は産業保健との一層の融合を求められている。

2. 職場のメンタルヘルス対策とこれからの産業保健への貢献

1) 職場のメンタルヘルス対策と科学的根拠に基づく産業保健

職場のメンタルヘルスあるいはその対策は、産業保健のこれからの発展にどう貢献できるだろう。ここでは6つの領域をとりあげてみたい(表2)。

まず、この約20年間の職場のメンタルヘルス対策の研究の進展は、それ以前の観察研究から、介入研究による対策の効果評価に及ぶようになった。2000年頃までは長時間労働や職業性のストレス要因が健康問題にどう影響を与えるかという関連性の研究が主流だったが、しだいに対策を行ってその効果を評価する介入研究の成果が増加するようになってきた。

産業保健では、作業環境管理や作業管理において科学的な測定方法が開発、応用され、業務による健康障害の同定と予防に活用されてきた。また疫学的な手法による有害物質曝露と健康障害との関連性の立証も、そのために有効な手段として活用されてきた。しかし一方で、対策の効果評価についてはそれほど注目されてこなかった。しかし健康管理に関する研究では、1990年代から行動科学・心理学を取り入れた、食事、運動、睡眠などの健康行動の効果的な促進方法に関する介入研究が行われ、その有効性が検証されている。介入研究(特にランダム化比較試験)による質の高い科学的根拠に基づいて、根拠に基づく医療(エビデンス・ベースト・メディシン)の考え方が形成され、診療ガイドラインや最新の研究成果に基づく医療を提供することは、臨床医学では常識になっている。産業保健専門職もまた「科学的判断に基づき専門職として独立的な立場で誠実に業務を進める。」こととされている。職場のメンタルヘルス対策に関する介入研究の進展は、産業保健に根拠に基づく医療の考え方を導入するよい事例となった。科学的根拠に基づく産業保健の実践は、事業者や労働者に対して専門職が説明責任を果たせること、また科学的根拠に基づいて実践を見直すことでより効果的な実践を行うことができるようになる点で利点がある。

一方で、普及・実装科学(Dissemination and Implementation Science)という領域に注目が集まっている⁵⁾。しばしば効果的な予防や治療法が介入研究で立証されたとしても、これが実践では利用されないという状況がある。普及・実装科学は、患者、保健医療従事者、組織、地域などのステークホルダーと協働しながら、エビデンスのある介入法を、効果的、効率的に日常の保健医療活動に取り入れる方法を開発、検証する学問である。例えば、職場環境改善はランダム化比較試験で心理的ストレスの軽減効果が立証されているが、これを実装している事業場は半数に満たない。科学的根拠に基づく実践の研究がすすむと同時に、効果的であることがわかった介入方法を、現場で利用されるための方策に関する科学研究も今後推進されるべきである。

これから経営側の要請が高まると思われる予防や健康経営の中で、産業保健が根拠に基づいた実践を提供する上で、職場のメンタルヘルス対策の介入研究は引き続き、科学的根拠に基づく実践の代表例となりつづけるだろう。

2) 職場のメンタルヘルス対策と多様な労働者の就労支援

少子高齢化にともない、定年年齢の延長や定年後も働き続ける労働者の増加が予想され

る。また労働人口の減少がはじまったわが国では、約 50 年後の 2065 年には労働人口は約 4000 万人と 6 割程度まで減少する。国としての経済生産性を維持するために、女性、高齢者、病気を持つ者などのうち就労を希望する者の労働を確保することが必要とされている。産業保健もまた、このための貢献を求められている。職場のメンタルヘルス対策はこの中で重要な役割を担う可能性がある。

高齢労働者の雇用についていえば、65 歳を越えると認知症の割合が急速に増加することを認識しておきたい。現在はまだ問題の規模としては小さいが、認知症を発症した労働者への対応の難しさ、現場や通勤時における事故の可能性などを考えると、職場での認知症対策はじきに職場のメンタルヘルス対策の大きな課題となるだろう。さらに一歩進んで、より早期に介入することで、労働者の認知症を予防することも職場のメンタルヘルス対策の一部に含まれるかもしれない。今後の職場のメンタルヘルス対策は、こうした新しい問題に取り組むことを求められる。

慢性疾患をもった労働者が治療と仕事を両立させるための支援は、すでに産業保健の中で重要な業務となりつつある。治療と仕事の両立のためには、事業場の制度、主治医との連携、情報提供などが重要であるが、それにもまして不可欠なのは上司や同僚への教育研修である。上司や同僚が、本人が病気を持ちながら働き続けることに理解を示し、これを心理的にも、実際面でも支援することは、病気を持つ労働者が勤務を続ける上では欠かせない。しかし保健医療の専門家でない上司や同僚にとってみると、本人の体調に合わせてどう業務を調整するか、本人をどう仕事に動機づけるかはハードルの高いことであろう。変化しやすい病状と本人の意思に応じて、上司や同僚に対して慢性的な健康問題をもった労働者への対応を支援することは、メンタルヘルス不調の職場復帰支援において必要なスキルのひとつであり、これは両立支援においても応用できるものであると考える。

障がい者雇用も今後さらに進むと思われる。「障害者差別解消法」は、「障害者が他の者との平等を基礎として全ての人権及び基本的自由を享有し、又は行使することを確保するための必要かつ適当な変更及び調整であって、特定の場合において必要とされるものであり、かつ、均衡を失した又は過度の負担を課さないもの」として、合理的配慮を求めている。これにもまた、労働者の要望と人事担当者及び上司との調整を行ってきたメンタルヘルス不調の労働者の復職支援の技術と経験が役立つ。LGBT への適切な対応、あるいは外国人労働者の増加への対応などのマイノリティ労働者の支援でも、職場のメンタルヘルスの技術と経験は有用である。総じていえば、これまで職場のメンタルヘルス対策で蓄積されてきたケースワークの技術を、多様な労働者の就労の支援の上で活かすことができると考えられる。

3) 産業保健の目標の拡大

少子高齢化、労働力人口の減少は、企業にとっては、生産的な人的資本の確保が重要な経営戦略になることを意味している。そのために、優秀な人材の採用、離職の防止、プレ

ゼンティズムとアブゼンティズムの防止などに取り組むことになる。経営として従業員の健康に投資し経営的なリターンを期待する「健康経営」はこうした流れの中の活動の1つに位置づけられる。現在は、メタボリックシンドローム、糖尿病などの身体疾患に対する重点的な保健指導介入が対策の中心ではあるが、プレゼンティズム・アブゼンティズムとの関連の大きさが認識され、一次予防対策の方法論の開発が進む中、今後は労働者のストレスやメンタルヘルスに着目した対策が増えてくると考えられる。職場のメンタルヘルス対策は、企業の人財確保、健康経営の中で中心的な役割を担うようになるかもしれない。

産業保健活動の目的は、業務に起因する健康問題の予防、労働者の健康増進にとどまらない。産業保健活動の主目的は、「労働条件と労働環境に関連する健康障害の予防と、労働者の健康の保持増進、ならびに福祉の向上に寄与することにある」⁶⁾。国際連合（国連）による持続可能な開発目標（2015）では、その目的の1つに「働きがいも経済成長も」を掲げている。わが国でも2000年中盤から、ポジティブ心理学の影響を受けて、労働者の働きがい、エンゲイジメント、あるいは仕事への意味や達成感を目標とする活動がはじまっている。産業保健はしだいに、労働者の人間的成長と幸福にまで貢献することが求められるようになってきている⁷⁾。産業保健と統合されながら、職場のメンタルヘルス対策は人間としての労働者の人生を支援することを求められるようになるかもしれない。

4) 産業保健の量・質・偏在問題と職場のメンタルヘルス対策

今日、産業保健の量・質・偏在が課題となっている。産業保健に対する経営者の期待が高まる中で、産業保健を支える人材はその数が限られている。地方では産業医が見つかるのが難しくなっていることも報告されており、近年、産業医の偏在問題としてクローズアップされている。さらに産業医・産業保健の質の問題も課題となっている。いわゆるブラック産業医のように、企業側の要請に応じて、病気などを理由に労働者に対して休業や退職を迫るケースも話題に登るようになった。一方で、主治医や労働者の言うことを事業者にもそのまま伝えるだけで、産業医としてのケースワークができてないという例もある。産業医・産業保健の質が問われる場面の多くは、メンタルヘルス不調の労働者への対応に関するものである。

職場のメンタルヘルス対策（特にケース対応）を、産業保健職のプロフェッショナルリズムに基づいて、独立・公正に行うことは、産業保健の質を担保する上で重要である。ケース対応の質を決定するものは、精神科医の診断・治療能力ではなく、職場の幅広い関係者からの聴き取りと調整の能力である。産業医を含む全ての産業保健専門職がこうしたケースワークの技術を習得し、適切な産業保健活動を実施できるように、その育成課程及び生涯教育による再トレーニングの場を含めてさまざまな教育研修の機会を担保することが早晚必要になるだろう。

50人未満の小規模事業場における労働安全衛生も、今日のわが国の産業保健の大きな課題である。日本産業衛生学会政策法制度委員会は、その解決の鍵として、衛生管理者の能力向上と新しい資格化を提案している。小規模事業場においても、今後人手不足が一層強

まり、よい人材の採用と離職の防止、従業員の定着促進が経営課題となってくる。この中で職場のメンタルヘルスの一次予防対策やポジティブメンタルヘルスの取り組みが貢献できることは大きい。職場環境改善や健康な組織づくりは、医療の専門職がいなくても進めることができる。職場のメンタルヘルス対策は小規模事業場への産業保健の提供においても鍵の1つとなるかもしれない。

5) 産業保健のリーダーシップとイノベーション

産業保健活動は近年、益々高度化している。法制度は急速に変化し、かつ複雑になっている。経営者や労働者の価値観も変化し、多様化している。こうした中で、ある方法を一律に現場に適用することが益々難しくなっている。産業保健活動を現場でもっとも適切に効率的に提供するには、現場の産業保健専門職がそれぞれに責任をもって考え、そのビジョンの実現のために関係者と協働して行動することが求められるようになってきている。「ビジョンを持ちこれを実現する」ために行動することをリーダーシップと呼ぶ⁸⁾。リーダーの立場にない者でも、チームや組織の中で自分のビジョンを持ち、決定権のある者に相談しながらその実現に向けて行動することができる。従ってリーダーシップは、立場や職種にかかわらず産業保健専門職が誰でも発揮できるものである。

職場のメンタルヘルス対策では、産業保健専門職は、困難で複雑な状況下で、多様な関係者の中で、自らの立ち位置や方向性を常に確認しながら、これを行う必要がある。また産業保健チームとして学びながら問題に相對する必要がある。すなわちリーダーシップを意識して実行することが必要な状況がよく見られるのである。こうした経験からすでにリーダーシップの基本を身につけている産業保健専門職も多いことだろう。職場のメンタルヘルス対策を通じて身につけられるリーダーシップ能力は、産業保健専門職の活動の質を向上させると同時に、産業保健専門職に誇りと自信を与えてくれる、新しい時代の産業保健の能力（コンピテンシー）の1つである。

イノベーションとは、新しい技術の発明を指すと誤解されているが、それだけでなく新しいアイデアから社会的意義のある新たな価値を創造し、社会的に大きな変化をもたらす自発的な人・組織・社会の幅広い変革のことである。あるいは、それまでのモノ・仕組みなどに対して全く新しい技術や考え方を取り入れて新たな価値を生み出して社会的に大きな変化を起こすことである。イノベーションは主に経営戦略として応用されることが多く、これまで産業保健、特に職場のメンタルヘルス対策に応用されることは少なかった。しかし、新しい時代や変化する状況に対応するために、あるいは残された課題に対応するために、職場のメンタルヘルス対策に新しい技術、考え方、価値を加えてゆくことはおそらく効果的であり、かつ必要である。

職場のメンタルヘルス対策における数少ないイノベーションの例として、仕事のストレス判定図がある。これは騒音環境の評価における音圧と振動数から音量（ホーン）を計算する換算グラフからヒントを得て、職場の職業性ストレスから健康リスクを計算する方法

として開発され、広く使用されるようになった。2000年代からの職場でのコミュニケーションの低下とメンタルヘルス不調の増加の経験から、人事労務や経営と協働してメンタルヘルス不調の予防に取り組む必要性が指摘された。この考え方は、人事労務や経営セクターと産業保健セクターとの協働から職場のメンタルヘルス対策を考える、インターセクターアプローチを生み出した。このアプローチは決して新しいものではないが、セクター間の協働の重要性を強調し、積極的にこれに取り組むという活動を促進するのに有用であった。慢性疾患を持つ労働者と協働することで、自らの病気について職場の上司とうまくコミュニケーションをとるラインスタンプを開発し販売した例なども、イノベーションと呼べるだろう。イノベーションを行うことは、職場のメンタルヘルスの価値を高め、そのユーザー（経営者や労働者）により理解され支援されることにつながる。職場のメンタルヘルス対策からはじまるイノベーションは、産業保健全体にわたる多くのイノベーションの創出につながると期待される。

6) 産業保健の国際調和と国際協力

労働者のメンタルヘルスの問題は、日本だけにとどまるものではない。欧州では、労働者のメンタルヘルス不調により企業に対する訴訟があいつぎ、これを踏まえて職場の心理社会的環境（心理社会的リスクと呼ぶこともある）を改善する制度が各国で構築されてきた。欧州からはPRIMA-EFという企業における心理社会的リスクのマネジメントの枠組みが提案され⁹⁾、英国規格協会ではPAS1010という暫定基準として提案された後、現在ISOで労働安全衛生マネジメントシステムの中に心理社会的リスクのマネジメントを行うコンポーネントとしての検討がはじまっている。こうした国際規格が今後日本の職場のメンタルヘルス対策にも影響を与える可能性がある。韓国では長時間労働による脳・心疾患の労働災害が高率である¹⁰⁾。台湾では、長時間労働による脳・心疾患や自殺による過労死が社会的に注目されはじめている。韓国、台湾などと協働して、過労死の対策を研究する活動も進められている。

さらに、多くの中所得の新興国では平均労働時間が延長しており、労働と関連したメンタルヘルス不調もすでに大きな産業保健の課題になっている。これらの国では、産業保健の法制度がメンタルヘルス対策に及んでいなかったり、産業保健専門職のメンタルヘルス対策に関する知識や技術が十分でなかったりする場合がある。一方で、日本で実施されている職場のメンタルヘルス対策はわが国の歴史や法制度の中で発展してきたものであり、制度や社会情勢、文化、価値観が異なる他の国々でそのまま活用できるとは限らない。先方の国の状況を理解した上で、対策を調整・適応し、その国の産業保健専門職が持続可能な形で対策を実施できるように支援することが求められる。こうした職場のメンタルヘルス対策の国際協力も今後重要な領域になるだろう。

文献

- 1) 夏目誠, 川上憲人, 藤井久和. 職場のメンタルヘルス. 産業医学レビュー 1992;5:1-20.
- 2) 廣尚典, 島悟. 職場のメンタルヘルス : その歴史と今日の問題. 精神医学 2004;46:460-472.
- 3) 上畑鉄之丞. 過労死に関する研究—第1報 職種の異なる17ケースでの検討. 第51回日本産業衛生学会 1978;250-251.
- 4) (公財) 日本生産性本部メンタル・ヘルス研究所. 2006年「メンタルヘルスの取り組み」に関するアンケート調査結果—プレスリリース—. [Online]. 2006 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL: <https://consul.jpc-net.jp/mental/images/03/20060728.pdf>
- 5) World Health Organization. A guide to implementation research in the prevention and control of noncommunicable diseases. [Online]. 2016. [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252626/1/9789241511803-eng.pdf>
- 6) 日本産業衛生学会. 産業保健専門職の倫理指針. [Online]. 2000 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL: <https://www.sanei.or.jp/?mode=ethics>
- 7) 日本学術会議 労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会. 労働・雇用と安全衛生に関わるシステムの再構築を—働く人の健康で安寧な生活を確保するために—. [Online]. 2011. [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL: <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t119-2.pdf>
- 8) Alon I, Higgins JM. Global leadership success through emotional and cultural intelligences. Business Horizons 2005;48:501-512.
- 9) Leka S, Jain A, Cox T, Kortum E. The development of the European framework for psychosocial risk management: PRIMA-EF. J Occup Health. 2011;53:137-43.
- 10) Cheng Y, Park J, Kim Y, Kawakami N. The recognition of occupational diseases attributed to heavy workloads: experiences in Japan, Korea, and Taiwan. Int Arch Occup Environ Health. 2012;85:791-9.

表1 職場のメンタルヘルス対策の歴史

1950～60年代 第1次ブーム
<p>企業内精神健康管理クリニック(精神科診療所)</p> <p>産業医の集団、ポジティブ志向の活動</p> <p>日本産業衛生学会「職場不適応研究会」発足した(現「産業精神衛生研究会」)</p>
1970年代 後退期
<p>雇用主対労働者の対立</p> <p>「精神健康管理」への批判</p> <p>精神科医による職場のメンタルヘルス対策への慎重論</p>
1980～1990年代 第2次ブーム(高度経済成長と関心の高まり)
<ul style="list-style-type: none"> ● 企業の関心の高まり ● 「過労死」報告の増加 ● 民間で最初のうつ病による労働災害(1984) ● 行政の対策 ● 労働省「作業関連疾患の予防に関する研究」ストレス関連疾患研究班(1997～2000) ● 精神障害等の業務上外の判断指針(1999)
2000年代 「リスクマネジメント」の時代
<ul style="list-style-type: none"> ● 過労自殺の民事訴訟の最高裁判決(2000) ● 厚生労働省「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」(2000);「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(2006、2015 改正) ● 「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」(2004、2009 改訂) ● 長時間労働者への医師面接制度の導入(2006) ● 企業の雇用・経営方針の大きな転換とメンタルヘルス不調の増加
2010年代 「ストレスチェック」時代
<ul style="list-style-type: none"> ● ストレスチェック制度の義務化(2014) ● 「働き方改革」(2017) ● 人材確保、健康経営としての職場のメンタルヘルスの位置づけ

表2 職場のメンタルヘルス対策とこれからの産業保健への貢献:6つの領域と具体例

1 職場のメンタルヘルス対策と科学的根拠に基づく産業保健
<ul style="list-style-type: none"> ● 専門職が説明責任を果たせること、科学的根拠に基づいて実践を見直すこと ● 産業保健における普及・実装科学の展開
2 職場のメンタルヘルス対策と多様な労働者の就労支援
<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢労働者と認知症 ● 治療と仕事を両立させるための両立支援 ● 障がい者雇用 ● LGBT、外国人労働者などマイノリティ労働者の支援
3 産業保健の目標の拡大への貢献
<ul style="list-style-type: none"> ● 企業の人財確保、健康経営の中での役割 ● 労働者の働きがい、エンゲイジメント、仕事への意味や達成感への貢献
4 産業保健の量・質・偏在問題と職場のメンタルヘルス対策
<ul style="list-style-type: none"> ● 産業保健専門職のケースワークの技術向上 ● 小規模事業場における労働安全衛生への貢献
5 産業保健のリーダーシップとイノベーション
<ul style="list-style-type: none"> ● 多様化する価値観の中での専門職のビジョンと行動 ● 産業保健のイノベーションの推進(新しい技術や考え方の取り入れによる価値の創造と社会の変革)
6 産業保健の国際調和と国際協力
<ul style="list-style-type: none"> ● 心理社会的リスクマネジメントの潮流 ● アジアの過労死問題対策への貢献

第2章 産業精神保健に関する労働衛生行政のこれまでとこれから

1. 労働衛生行政と職場のメンタルヘルス

周知のとおり、行政は法令にもとづいて業務を遂行している。労働衛生行政では現在でも、法令にもとづく施策を行う前段階として「通達」による行政指導が行われることが少なくないが、正式には法律が制定されたときに施策の始まりである。その意味で、わが国の行政が職場のメンタルヘルスに関する取り組みを始めたのは1988年である。

同年に一部改正された労働安全衛生法は、第69条で「健康教育等」を事業者の努力義務として新たに規定した。法にもとづく指針「事業場における労働者の健康の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）が公示され、その中で、「心理相談」が運動指導・栄養指導・保健指導とならぶ健康指導のひとつとして取り上げられた。

それまでの行政の基本的なスタンスは、「労働者のメンタルヘルス問題は、あくまでも労働者個人あるいは企業が対処すべきものであって、行政は直接介入しないほうがよい」というものであった¹⁾。

行政によるメンタルヘルス対策が始まっておよそ30年が経過した。現在も様々な問題を抱えながら行政施策が行われている。

2. 1988年まで

中央労働災害防止協会が1984年に刊行した「安全衛生運動史—労働保護から快適職場への70年」²⁾は、わが国の1983年までの安全衛生活動について記述した555ページの書籍である。その中に、「比重増すメンタル・ヘルス」の項目があり、メンタルヘルスの話題が取り上げられている。そこでは、1982年2月に起こった「羽田沖日航機墜落事故」、1983年に旧労働省が発表した「労働者健康状況調査」の結果として、「2人に1人は仕事などで強い不安やストレスを感じていること、3社に1社が精神健康対策を実施していること」が記述され、さらに日産自動車が1974年から行っていた「メンタル・ヘルス・サービス」が事例として紹介されている。

旧労働省は、労働者の高齢化が見込まれる状況を踏まえて、1978年に、労働者の高齢化対策のための「企業における中高年齢労働者の健康づくり運動」を行政指導の形で始めた³⁾。この運動の推進母体となった中央労働災害防止協会は、「中高年齢労働者ヘルスケア検討委員会」を設け、1980年に「中高年齢労働者の健康づくりのすすめ方 第一次報告書」を出した。この運動は「シルバーヘルスプラン」とよばれ、その中心的な活動は健康教育及びヘルスチェック結果にもとづくヘルスケア・トレーナー、ヘルスケア・リーダーによる運動指導であった⁴⁾。

「安全衛生運動史」に記述されたような状況に対処するために、同委員会は1983年に、「ストレス小委員会」を下部組織として設置し、シルバーヘルスプランにメンタルヘルス対策を追加することを検討した。ストレス小委員会が行った調査研究は次の3つであった。

- (1) 企業における精神健康対策の実態
- (2) ストレス関連疾病の状況
- (3) 労働者のストレスに対する反応及びストレス関連疾病の予防に関する研究

この結果をもとに、1986年、中央労働災害防止協会は、「企業におけるストレス対応 指針と解説」³⁾を出版した。指針は、次の6項目で構成されていた。

- ①健康づくりプログラムについて
- ②健康相談について
- ③ヘルスチェックについて
- ④サポートシステムについて
- ⑤作業環境管理、作業管理との連携について
- ⑥総合的評価

この指針は当初、労働省労働基準局長通達として出すことが考えられていたが、既に述べた「労働者のメンタルヘルス問題は、あくまでも労働者個人あるいは企業が対処すべきものであって、行政は直接介入しないほうがよい」という、旧労働省の常識的な考えに押し切られ、国の定める指針とはならなかった。「企業におけるストレス対応 指針と解説」は、労働省労働衛生課の監修にもなっていない。中央労働災害防止協会は、指針を広めるための研修会を、独自に北海道・東北・関東などブロック単位で全国的に行ったが、行政からの支援も乏しく、尻すぼみとなった。

一方、旧労働省の委託を受けて産業医学振興財団に1984年に設置された「メンタルヘルスクエア企画運営委員会」は、1986年に、研修会用テキストとして「労働衛生管理におけるメンタルヘルス」⁵⁾を編集し、労働省労働衛生課（編）として出版した。この本の構成は、

- (1) メンタルヘルスとは何か
- (2) 産業医が行うメンタルヘルスクエア
- (3) 衛生管理者、保健婦等が行うメンタルヘルスクエア
- (4) 人事・労務管理担当者（中間管理職）が行うメンタルヘルスクエア

となっていた。(2)～(4)はそれぞれ産業医、衛生管理者・保健婦等、人事・労務管理担当者向けに記述され、(1)は全者共通であった。

旧労働省は、産業医学振興財団を介して、労働基準局・労働基準協会・医師会の3者で構成する研修会の実行組織を都道府県単位で立ち上げ、各都道府県で、産業医、保健師・看護師・衛生管理者、人事労務担当者を対象とした研修会を開催した。この研修は、1988年の労働安全衛生法の一部改正による「健康教育等」の導入を受けて終了したため3年間しか行われなかったが、中央労働災害防止協会の指針に比べるとはるかに行政主導的であった。

旧労働省の関係機関から、同じ年に目的をほぼ同じくした2つの図書が別々に出版されるという事態は奇異であるが、当時は、産業医向けのものは産業医学振興財団、衛生管理者などに向けたものは中央労働災害防止協会に委託することが慣習として行われていた。

ところで、ストレス小委員会での検討が行われていた1984年に、アメリカでブロード

(Brod,C.) の「テクノストレス」が出版され、日本でも同年に翻訳版が出た⁶⁾。この本は初めて、コンピューターがヒトに及ぼす心身の影響をあぶりだし、警告を発したことで知られている。当時の日本では、職場のコンピューター化についていけない労働者の問題は認識されていたが、コンピューターにのめりこむタイプの健康影響についての認識は乏しかった。

旧労働省は 1987 年に、三菱総合研究所に「テクノストレスに関する調査研究」を委託、1989 年に最終報告が出たが⁷⁾、この時点のわが国では、ブロードが警告したような問題の存在は明確にはならなかった。

以上の行政の動きの背景には、日航機墜落事故で労働者のメンタルヘルスを企業がどう扱うかについて国民の関心が集まるといふやや特殊な事情があったこと、労働者の自殺がぼつぼつ話題にのぼるようになっていたこと、「テクノストレス」によってコンピューター化する社会への不安（今後どうなるのだろうかという漠然とした不安）が出てきたことなどがあった。しかし現実には、事業者・人事担当者・管理監督者が労働者のメンタルヘルスの問題に直面し、何とかしなければならぬと切実に思っていたというような状況ではなかった。行政サイドも同様で、問題意識はあったが、それは将来に向かっての理念的なものであった。

労働安全衛生法の一部改正の作業は 1987 年に始まった。この一連の改正では、直接健康にかかわる課題だけでも、第 69 条「健康教育等」の新設のほかに、一般健康診断の拡充・健診項目の拡大、鉛健康診断・有機溶剤健康診断への「生物学的モニタリング」の導入などが行われた⁸⁾。盛りだくさんな内容であり、メンタルヘルス対策の導入は“その中のひとつ”という位置づけであった。

3. 1988 年～1998 年

1988 年に労働安全衛生法が一部改正され、その第 69 条で「健康教育等」が新たに規定された。第 69 条の条文は、第 1 項が「事業者は、労働者に対する健康教育及び健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るため必要な措置を継続的かつ計画的に講ずるように努めなければならない」であり、第 2 項は「労働者は前項の事業者が講ずる措置を利用して、その健康の保持増進に努めるものとする」であった。

それに加えて、第 70 条の 2 第 1 項で、「労働大臣は、第 69 条第 1 項の事業者が講ずべき健康の保持増進のための措置に関して、その適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を公表するものとする」ことも規定された。この規定にもとづいて公示された「事業場における労働者の健康の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）の内容が、通称としてトータル・ヘルスプロモーション・プラン（THP）とよばれるようになった。

THP は、一言でいえば、「全労働者を対象とした、健康測定の結果にもとづく、一人ひとりの労働者の心身両面にわたる健康指導」のことである⁹⁻¹⁰⁾。健康指導は健康測定を受けた者全員を対象とする「運動指導」「保健指導」、必要に応じて行われる「栄養指導」、必要と判断された者及び指導を希望する者を対象とする「心理相談」に分けられていたが、ポピュ

レーションアプローチレベルの栄養指導と心理相談は、保健指導で行うこととされていた。

当時は、心理相談を担当する公的な資格がなかったため（現在は国家資格である「公認心理師」制度がある）、旧労働省が認可し所管していた日本産業カウンセラー協会認定の民間資格「産業カウンセラー」の活用が考えられたが、省内での調整がつかず、「心理相談員」制度が創設された。

THP の核となる考え方は「健康を資源と考える」ことである。THP では、それまで「状態」として捉えられてきた健康を、労働を含む社会生活を自律的に行うための資源として位置づけたのである。

THP の特徴をあげると、その第一は産業保健活動では重視されることの少なかった「労働者個人」に着目したことである。着眼点をあえて「集団から個」¹¹⁾に移して、自分の健康は自分で守るという「セルフケア」ができる労働者の育成を目指した。

特徴の第二は、健康測定と健康指導を担当する人材の養成への注力である。THP を推進しようとしても、それを担うことのできる知識・スキル・経験をもった人材は限られていた。そこで、THP の実務を担当した中央労働災害防止協会は「健康確保対策検討委員会」を設置し、その下に「健康測定専門委員会」「運動指導専門委員会」「心理相談専門委員会」「保健指導専門委員会」「栄養指導専門委員会」の 5 専門委員会において、カリキュラムの検討、テキストの作成、講師の選任などを行った。それを受けて、1989 年（平成元年）以降、①健康測定研修、②ヘルスケア・トレーナー養成研修、③ヘルスケア・リーダー養成研修、④心理相談員養成研修、⑤産業栄養指導者養成研修、⑥産業保健指導者養成研修の 6 つの人材養成研修が全国展開された。④の心理相談員養成研修は、現在も、改訂が重ねられたテキスト¹²⁾を用いて継続実施されている。修了者が組織した「心理相談員会」は、中央労働災害防止協会の支援を受けて、ブラッシュアップのための研修会と事例検討会を継続して開催している。

特徴の第三は、健康測定とその結果にもとづく健康指導をサービスとして提供する機関を選定し、その育成を図ったことである。中小規模の事業場の場合、事業場内に自力で各担当者を置き、活動を推進することは困難なので、その受け皿づくりが行われた。

特徴の第四は、サービス機関で行われた健康測定のデータを収集し、分析する仕組みを導入したことである。

これに続く 1992 年の労働安全衛生法の一部改正で、「快適な職場環境の形成」が事業者の努力義務として規定された（第 71 条の 2）。この規定は、労働に伴う疲労、ストレスを軽減するために、作業環境管理と作業管理を徹底すること、そのために必要な施設・設備を充実すること、疲労回復やストレス解消のための施設・設備を整備することを事業者に求めた¹³⁾。

労働安全衛生法が定めたこの 2 つの努力義務規定は、職場におけるメンタルヘルス対策のうち第一次予防の両輪ともいえるものである。旧労働省は、1990 年代を通してこの施策の推進を図った。しかし、1990 年代後半以降に顕著となったメンタルヘルス不調者の多発

や自殺者の増加を抑えることはできなかった。この施策の推進を困難にした要因は、

(1) 行政の第一線である労働基準監督署の職員、特に労働基準監督官への施策の主旨がきちんと浸透しなかったこと

(2) 事業場で活動の中核として機能すべき産業医の育成がうまくいかなかったこと

(3) 1990年代前半には、事業場に現実的なニーズが乏しかったこと

(4) 1990年代後半は、国際的な経営環境の悪化があり、企業を存続させるための活動が最優先されたこと

などであったと考えられる。

なお、1995年に「作業関連疾患の予防に関する研究 労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究」（代表研究者：加藤正明）が5年間の大型研究として始まった。この研究は、1970年代に始まり多くの成果をあげていた旧厚生省の難病研究をモデルとしたもので、労働にかかわるストレスに研究課題を絞り込み、専門を異にする多くの研究者が課題解決型の共同研究を推進した。そこで得られた成果物が、その後の教育・研修の場で活用されている。現在、ストレスチェックに用いられている「職業性ストレス簡易調査票」はその成果のひとつである。さらに、この研究活動が新しい研究者の育成に貢献したこともその成果としてあげておくべきであろう。

4. 1999年～2006年

行政がメンタルヘルス問題への対応を大きく変化させたのは1999年である。

1999年9月に、旧労働省は、「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針について」（基発第544号）、「精神障害による自殺の取り扱いについて」（基発第545号）の2つの労働基準局長通達を出し、それまで原則として認めてこなかった精神障害と自殺を、一定の要件を満たすことを前提とはするものの、労働者災害補償保険法にもとづく業務上認定の対象とすることにした。これは精神障害と自殺の業務上外判断方針の180度ともいえる転換であった。

労災防止は労働基準行政の最重要課題なので、この時点で、行政はメンタルヘルス問題に直接関与しなければならなくなった。メンタルヘルス問題は、旧労働省にとって、理念上の問題ではなく「現実の問題」となったのである。

2000年に出たいわゆる電通事件の最高裁判所判決は、入社2年目の社員が長時間労働を背景として自殺したことについて、事業者の不法行為責任を初めて認め、民事上の損害賠償を命じた。労働者の身体疾患だけでなくメンタルヘルス不調や自殺が「安全配慮義務」の対象となること、労働契約下にある労働者の健康状態を把握できていない、あるいは健康上の問題を有する者への適切な措置が行われていないことが事業者の過失を認定する要件となることを判示したこの判決は¹⁴⁾、労働契約下にある労働者の健康問題は経営上のリスクマネジメントの対象であることを事業者に認識させただけでなく、その後の行政施策に大きな影響を及ぼした。

旧労働省は同年 8 月、新たに労働基準局長通達「事業場における心の健康づくりのための指針」（基発第 522 号）を出し、行政指導の形ではあるが、メンタルヘルス対策にあらためて取り組む姿勢を示した。

翌 2001 年 1 月に行われた国の中央省庁再編で、旧労働省と旧厚生省は厚生労働省として一元化された。厚生労働省は、事業者による指針に沿った活動を支援することを目的として「職場におけるメンタルヘルス対策の事業者支援事業」を始めた。委託を受けた中央労働災害防止協会は、メンタルヘルス支援委員会を組織し、「教育研修事業」「メンタルヘルス指針推進モデル事業」「EAP の活用の在り方に関する検討」「職場復帰支援モデル事業」「事業場における精神科医の産業医としての活用に関する調査研究」を行った¹⁵⁾。その一部を次に示す。

「教育研修事業」では、管理監督者・産業保健スタッフ等のための「メンタルヘルス指針基礎研修テキスト」と資料集が作成された。中央労働災害防止協会と各地の労働基準協会が連携して、それらを使った半日もしくは 1 日の講習会を全国展開した。講習会の講師は、テキスト作成メンバーによる研修を終了した医師、保健師・看護師、臨床心理士、心理相談員、産業カウンセラーが担当した。なお、2002 年には、このテキストに加えて「職業性ストレス簡易調査票」とその使用マニュアル、厚生省が作成したビデオ「こころだって風邪をひく」などの実用情報を盛り込んだ「厚生労働省指針に対応したメンタルヘルケアの基礎」¹⁶⁾が市販された。

「メンタルヘルス指針推進モデル事業」では、指導の手引きの作成、都道府県単位で選任された精神科医、心療内科医、臨床心理士、産業カウンセラーなどの支援専門家によるモデル事業場に対する支援、支援活動の事例集の作成などが継続して行われた。

「職場復帰支援モデル事業」では、事業場向けの職場復帰支援プログラムを作成するための活動が行われ、2004 年に厚生労働省が公表した「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」の素案が作成された。この手引きは、2009 年と 2012 年に一部改訂され、現在も活用されている。

2001 年 12 月には、中央労働災害防止協会に設置された、「労働者の自殺予防マニュアル作成検討委員会」が「職場にける自殺の予防と対応」を作成した。この冊子は 2007 年に改訂されている。自殺については、厚生労働省が 2002 年に「自殺防止対策有識者懇談会」を設置し、同懇談会は 12 月に「自殺予防に向けての提言」を行った。その後 2006 年には、自殺対策基本法（平成 18 年 法律第 85 号）が制定された。

2002 年には、労働基準局長通達「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（基発第 0212001 号）が出た。この通達では事業者に対して、①時間外・休日労働時間の削減、②年次有給休暇の取得促進、③労働者の健康管理にかかる措置の徹底が強く求められた。③では、月 100 時間を超えるか、複数月にわたる場合は合わせた時間が 80 時間×月数（2 か月なら 160 時間、3 か月なら 240 時間）を超える者に対して医師による面接指導を行うことが規定された¹⁷⁻¹⁸⁾。この面接指導では、該当労働者のメンタルヘルスにも配慮するこ

ととされた。

2000年以降、厚生労働省は以上のような諸施策を行ったが、メンタルヘルス不調者、自殺者の発生を抑制することができなかった。対策を強化するために、2005年、労働安全衛生法を一部改正し、翌2006年4月に施行した。

この法改正を受けて、2000年の通達「事業場における心の健康づくりのための指針」（基発第522号）が、法にもとづく指針「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（健康の保持増進のための指針公示第3号）に改められた（現行は2015年に一部改正された公示第6号）。さらに、労働基準局長通達「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（基発第0212001号）にもとづいて行政指導として行われていた医師による面接指導が、労働安全衛生法にもとづく強制規定となった。労働基準局長通達も新たに通達され（平成18年基発第0317008号）、旧通達は廃止された（現行は平成28年基発0401第72号）。

5. 2018年の現在とこれから

2006年以降現在に至る間は、メンタルヘルスにかかわる行政施策には、2015年に始まった「ストレスチェック制度」を除くと大きな変化はない。

メンタルヘルス対策の原則的なあり方は、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」で示されており、これを各企業の実情に応じて徹底していけばよい。そのための情報も豊富になり、ツールの開発も進んでいる。厚生労働省が日本産業カウンセラー協会に委託して行っている事業「こころの耳」（インターネット検索サイト）では、数多くのツールを入手することができる。

しかし、日本全体の状況を見ると、行政施策が強化された2006年以降の10年間で、労働者のメンタルヘルス問題が目に見える形で改善したとの実感は得られない。労働者災害補償保険法の精神障害の認定申請者数、認定者数にも減少の兆しは出ていない。労働者を取り巻く環境の変化が大きいことがあるとしても、この現実には「指針」が実際に機能していないことを示していると言えるだろう。背景にある重要な問題のひとつは、医師を含めてメンタルヘルスに関する一定のトレーニングを受けた人材が企業に不足していることである。ストレスチェック制度は、法制度上、各事業場でこの指針に沿った活動が日常的に行われていることを前提として組まれている。現場が必ずしもそうはなっていないとすると、この制度の実効性にも疑問符がつく。

「労働者の健康問題は、経営上のリスクである」との認識は、大企業を中心として定着しつつあるが、認識とリスク回避のための行動との間に相当の乖離があるのが実態である。メンタルヘルス不調者の存在が企業の生産性を下げることが明らかであり、メンタルヘルス不調者を出さないことがリスクマネジメントとして重要であることは論を俟たない。現時点、さらには近未来においても、行政には、あれこれ手を広げないで、指針の内容がそれぞれの企業で着実に実行されるように施策を進めることを求めたい。人材育成に対する投資がもっとも必要である。働き方改革が叫ばれ、ダイバーシティ、ワーク・エンゲイジ

メント、ワーク・ライフ・バランスなどに社会の関心が高まっている。メンタルヘルス対策の視点からみても、これは快適職場形成のための方法として有用だろう。

文献

- 1) 河野慶三. 指針が産業保健活動に求めていること. 産業精神保健 2001;9:305 - 309.
- 2) 中央労働災害防止協会編. 安全衛生運動史 (第 2 版). 東京: 中央労働災害防止協会, 1996:471 - 473.
- 3) 中央労働災害防止協会中高年齢労働者ヘルスケア検討委員会. 中高年齢労働者の健康づくりの進め方—シルバーヘルスプランについて 第一次報告書. 中央労働災害防止協会編. 企業におけるストレス対応 指針と解説. 東京: 中央労働災害防止協会, 1986:86-109.
- 4) 労働省労働衛生課. 新版 これからの衛生管理 (5 訂版). 東京: 中央労働災害防止協会, 1987:76-81.
- 5) 労働省労働衛生課編: 労働衛生管理におけるメンタルヘルス—職場における心の健康管理. 東京: 産業医学振興財団, 1986.
- 6) 池央耿, 高見浩 (訳). テクノストレス. Brod. C, Technostress. 東京: 新潮社, 1984.
- 7) 三菱総合研究所. テクノストレスに関する調査研究 最終報告書. 1989.
- 8) 労働省労働衛生課. 労働安全衛生法改正のポイント—労働衛生関係を中心に. 労働衛生 1988;29(7):10-19.
- 9) 労働省労働衛生課. 労働者の健康増進対策 (その 1). 産業医学ジャーナル 1989;12(1):4 - 14.
- 10) 労働省労働衛生課. 労働者の健康増進対策 (その 2). 産業医学ジャーナル 1989;12(3): 3 - 10.
- 11) 河野慶三. 潤いのある職場を求めて—メンタルヘルスの視点から. 第 66 回日本産業衛生学会特別研修会講演集 1994; 54-69
- 12) 中央労働災害防止協会. 心の健康づくりのための心理相談担当者必携. 東京: 中央労働災害防止協会, 2016.
- 13) 山本和義. 快適な職場環境の形成の概要. 第 66 回日本産業衛生学会特別研修会講演集. 1994; 1-8.
- 14) 大西守, ほか. 企業におけるメンタルヘルス管理—電通事件にかかる最高裁判決をめぐって. 産業精神保健 2000;8:83-97.
- 15) シンポジウム II : 労働者等のメンタルヘルス対策の推進の事業. 産業精神保健 2003;11:341-354.
- 16) 厚生労働省労働衛生課監修. 厚生労働省指針に対応したメンタルヘルスケアの基礎. 東京: 中央労働災害防止協会, 2002.
- 17) 河野慶三. 労働安全衛生法に基づく地方公務員の健康管理 (第 4 版). 東京: 地方公務員安全衛生推進協会, 2007.

18) 河野慶三. 労働安全衛生法に基づく地方公務員の健康管理 (第4版). 東京: 地方公務員安全衛生推進協会, 2007.

第3章 産業医の関わり

1. 産業保健体制の中での産業医の役割と変化

労働安全衛生法などの法令制度において、産業医は事業者により選任され、50人以上の事業場で設置が義務づけられている衛生委員会の構成員となるとされており、メンタルヘルスケア対策を含めた様々な事業場内の衛生管理（健康管理のほか作業管理及び作業環境管理）に関する対策樹立の調査審議に関わることが必要となる。健康管理においては、身体面、精神面をともに対象とし、両者に関して第一次予防から第三次予防までを含み、ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチ双方を意識する必要がある。労働安全衛生規則第14条に記載されている産業医の役割は増加してきており、間近では治療と職業生活の両立支援に関することも、労働者の健康管理に含まれる疾病管理等に該当し、産業医の職務に含まれる¹⁾とされている。「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」や「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」などに示されているように、外部の専門機関との連携を行うことも大きな役割として期待されている。これらに関する医療的知識以外にも、産業医は健康管理、作業管理、作業環境管理を実施するために労働衛生に関し事業者や衛生管理者等に指導・助言することができるような専門的な知識を持つことが要求されている。また、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（メンタルヘルス指針）においては、事業場内メンタルヘルス推進担当者に対しても産業医が助言指導を行うことが求められている。こうした医学及び労働衛生に関する幅広い知識をもとに、産業医は労働者の健康障害が危惧され、必要となれば事業者や総括安全衛生管理者に勧告を行うことができるとされている。

ただ現時点で先の勧告を行うため明確な手続きは定められているわけではなく、全般的な衛生管理上の問題はもちろん、メンタルヘルス対策の中で、あるいは組織上の大きな心理的負荷要因が認められ、勧告が必要となった場合に、どのような手順で実施、記録していくのか、明確になっていることが必要である。これに関連し、その根拠となる産業医の職場巡視を含む日常の活動内容を、事業者に対して記録として残して行くことも必須として考えておくことが求められよう。また、専属産業医あるいは一部の嘱託産業医の場合には、事業者と労働契約を結んでいるケースもあり、その意味で事業者の従属的地位に立つことになる²⁾。しかし、前述の勧告を行うことも含め、産業医は専門的知識をもとに判断するとともに事業者と従業員に対して中立の立場で活動することが求められていることとなり、指揮権のあるものへの助言、勧告という意味では独立性が担保され、中立な活動判断ができることが重要である。

産業医の活動は、事業場の規模や業種など状況に応じて頻度、時間が様々である。現在、特に安全面・化学物質面に関しては、リスクアセスメントを軸とした労働安全衛生マネジメントシステムが推奨されてきているが、産業医として取り組むべきことの優先順位が業種により異なってくることも勘案し、産業医の活動を行うことが必要である。大きな区分

差である第二次産業と第三次産業間であってもメンタルヘルスに取り組む比重あるいは内容は異なるはずであるし、さらに各業種・業務内容は事業場・部門毎に異なってくるのが想定される。メンタルヘルスの課題も含めてリスクアセスメントを実施していくことになるが、その際にはストレスチェック制度によって収集されるストレス要因情報以外に、各企業が実施している社員満足度を始めとした情報、ハラスメントなど労務管理を含めた項目も想定され、これらも一次予防に活用する可能性がある。労働安全衛生法令等に記載されている産業保健組織体制よりも人事・労務などを含め幅広く社内連携を捉えていく必要がある。企業内でメンタルヘルスに取り組んで行く中では、今後さらに機微な個人情報も多く扱っていく可能性も出てくるため、その保護に関して積極的に産業医が関わっていくことが求められる。

2. 産業医に求められる職場のメンタルヘルスの知識とスキル

メンタルヘルス指針に示されているように、事業場内産業保健スタッフ等によるケアの中で産業医が担うべき役割に、職場環境等の改善、健康教育・健康相談、その他労働者の健康の保持増進を図るための措置のうち、医学的専門知識を必要とするものがあり、1) 事業場の心の健康づくり計画の策定に助言、指導等を行い、これに基づく対策の実施状況を把握すること、2) 専門的な立場から、セルフケア及びラインによるケアを支援し、教育研修の企画及び実施、情報の収集及び提供、助言及び指導等を行うこと、3) 就業上の配慮が必要な場合には事業者に必要な意見を述べること、4) 専門的な相談・対応が必要な事例については、事業場外資源との連絡調整に、専門的な立場から関わること、5) 長時間労働者等に対する面接指導等の実施、6) メンタルヘルスに関する個人の健康情報の保護について、中心的役割を果たすことが求められている。

こうした事項が効果的に遂行されるためには、そのための知識が必要であり、事業者には産業医を含む事業場内産業保健スタッフに対して教育研修や情報提供をすることが求められている。メンタルヘルス指針の中では表 A に示したような 15 項目に及ぶ内容が網羅され、その他産業医学振興財団が「産業医の職務」や「産業医研修大綱」でも示している。しかし、多くの事業者が産業医をはじめとする産業保健スタッフにこうした研修機会を積極的に与えていたかは疑問のあるところである。今後は事業者に対しても積極的に研修機会を提供する必要性を周知するなどの取り組みが必要となろう。また産業医の研修としては、メンタルヘルスに関する研修科目の範囲としてメンタルヘルスケア、ストレスマネジメント、カウンセリング、さらに健康の保持増進対策の研修科目範囲として健康測定、健康づくり、健康教育、保健指導が、厚生労働省告示（平成 21 年 3 月 30 日第 136 号）で示されている。今後より第一次予防を促進する必要があることを考えると、職場のメンタルヘルスの知識とスキルとしては表 A にある⑤職場環境等の評価及び改善の方法（この中には組織心理学的な内容も含まれる必要もあろう）が、セルフケア教育やラインケア教育を含め社内での教育を実施して行くためには⑨教育研修の方法といったものが不可欠であ

る。さらにメンタルヘルスや生活習慣病さらには事故や災害とも関連する睡眠の意義を確認し、睡眠障害に関する取り組み、睡眠衛生教育・保健指導も今後はより推進していくことが必要である³⁻⁴⁾。しかし、こうした研修を実施するための基本事項あるいは教育理論・実践方法そのものの修得が過去の教育の中では不十分な可能性もあり、職場環境等の評価や改善及び教育研修の理論やスキル習得を産業医の専門的教育として e-ラーニングも含め研修機会を増やすことも必要であろう。

これまでのメンタルヘルス対策の中で産業医の役割として注目されてきたのは、過重労働に起因するものも含めたメンタルヘルス不調者の早期発見・対応と職場復帰支援に関する関わりである。一次予防対策がいかに推進されても、メンタルヘルス不調が完全になくなることは想定できず、将来にわたって事例性に着目した不調者の早期発見と対応そして円滑な復職支援の重要性に変わりはない⁵⁻⁶⁾と考えられる。ただ不調者の早期発見に関しては、今後有効なバイオマーカーの活用、それらに自覚症状などを加えた情報を AI の活用により今以上に容易かつ精度高く実施していける可能性も出てくることが予想される。

一方、平成 30 年度から障がい者雇用率が 2.2%に引き上げられ、障がい者雇用義務の対象に精神障がい者が加わることとなり、平成 33 年 4 月までには 2.3%となることが予定されている。障がい者に対する合理的配慮が必要とされる状況の中で、産業医にも事業者がそれぞれの障害特性に応じた合理的配慮を実施する際に助言を求められることが想定される。従来メンタルヘルス不調者の職場復帰支援同様、職場環境の調整そして障がい者の周囲への影響を考えた活動が求められる。対象となる障がいは、統合失調症、気分障害、てんかん、発達障害など、広範囲にわたる。主治医との連携を基本としながら、産業医もそれぞれの特性、必要な治療、生活上の配慮などの知識がある程度必要となる。また各個人毎にストレス要因となるもの、ストレス耐性も異なることから、その対処としてこれまでも事業場によってはメンタルヘルス不調者、精神障がい者に対して社内カウンセラーや保健師、精神保健福祉士等による定期的カウンセリングや相談対応をしている事例も少なからず存在している⁷⁾。こうした取り組みがさらに推進される必要がある。また、労働者の価値観や生活習慣の多様化が指摘されているが、多様化の流れの中には LGBT も含まれる。事業者へのハラスメント防止対象となったことも踏まえ、組織としての適切な対応、個人への対応を今後求められる機会が増えて行くことが予想される。産業医が正しい知識の普及も含め関係者と協調して取り組んで行くことが求められていくであろう。さらに、政府が認知症対策施策を進める中、職域での若年認知症支援や配慮も求められるようになって考えられる。

また、中小企業を含めグローバル化が進んでいる中、海外赴任者、長期出張者のさらなる増加が予想されるが、こうした労働者のメンタルヘルス面の課題は、赴任先が途上国、先進国であろうと同様に存在し、その対応も産業医にとっては不可欠である。医療分野でのオンライン診療が進む中、海外赴任者へのそうした技術を利用した対応も求められる機会が増すであろう。国内での対応も含め、オンラインでメンタルヘルス不調への適切な対応ができるようになる技術革新も求められてこよう。

他方、近年急増している外国人労働者に関連した事例に対応していく機会も増えてくると思われる。現状として、外国人労働者のメンタルヘルスに関する研究は十分とはいえない。また、異文化を背景としたストレスが影響していることが少なくないことから⁸⁾、実際の対応に必要なのは、精神衛生の知識以上に各国文化的背景や宗教的背景への理解・知識であろう。このことは、ストレスチェック制度において集団解析を行い、職場環境の改善を考えていく際にも十分に意識していく必要が出てこよう。

これまでのメンタルヘルス対策は、裁判判例を受けての企業のリスク対応、そして行政の動き（法令、ガイドラインなど）に即した対応という傾向が見られ⁹⁾、これらは今後も続く可能性がある。産業医自身が常にこうした司法、行政の動きを意識して情報収集し、活動面で生かしていけるようになっていくことも必要であろう。

3. 精神科医・精神医療機関との連携・課題

先に産業医の独立性・中立性を述べたが、今後の産業メンタルヘルスに同じ医師として関わる臨床医（精神科医など）との比較を表 B に示す。

両者の連携に関しては、専属産業医活動においては成功事例も多いものの、大半の産業医が該当する中小規模の事業場の嘱託産業医の場合は、活動頻度や 1 回あたりの時間が限られ、またメンタルヘルス対策に熱心な産業医は一部である¹⁰⁾ ことから、連携が十分に進んでいない現状がある。

産業医と精神科医あるいは精神科医療機関との連携は、主としてメンタルヘルス不調に陥った従業員の対応を軸に行われる。事例性に端を発した不調者の発見と紹介、治療中患者の増悪や病状の遷延化によるプレゼンティズムの問題と対応、おそらくこれまで最も注目されてきた復職支援といった事項である。近年、医療連携を図ることによりメンタルヘルス不調者の安定就労に結びつけることが可能であること、リワーク実施機関によるプログラム介入が再休職防止に有効であることなどが示され、効果的な連携が実施された場合、医療費削減につながる可能性も示唆されている¹¹⁾ ことから、今後の連携方法の工夫が望まれる。(独)労働者健康安全機構がメンタルヘルス分野の両立支援マニュアル¹²⁾ を作成しているが、あえて連携用の書類を作成するのにとどまらず、例えば糖尿病患者に対して地域連携・他職種連携を図るために改定された糖尿病連携手帳¹³⁾ のように、より容易に情報共有することのできるツールを労働者、精神科医、リワーク機関(精神科医療機関)のスタッフあるいは社労士などの社会的支援の担当者、産業医などの産業保健スタッフ間で共有して行けるようになることも必要であろう。

また、表 B に示した両者の相違の理解を通じて、職場復帰を巡る主治医と産業医の判断に違いが生じる可能性についての一般的理解が進むことが望まれるが、両者の意見を受けて最終の復帰判断をするのは、あくまで事業者である点は、明確にされるべきである。

4. 事業場規模に応じた産業医など医師の活動

2015年日本医師会が行なった認定産業医1万人を対象とした調査¹⁴⁾では 回答者4153名のうち、実際に産業医活動を行っているのは2578名(62%)で、専属産業医139名、勤務先産業医580名、他の事業場の嘱託産業医1987名となっており、産業医養成研修や講習会を終了した9万人のうち、実働は3万人程度¹⁵⁾と想定されている。

産業医の事業場への訪問頻度は事業場規模が小さいほど少なく、300人未満の事業場では全く訪問のないところも2割近くあった。こうした規模の事業場ではメンタルヘルス対策の取り組みも実施割合が低い傾向にあり¹⁶⁾、メンタルヘルス対策を推進するためにも嘱託産業医による活動を進めていくことが必要である。

また、同調査の結果では、4153名中精神科医は196名、心療内科医は19名であり、嘱託産業医の中でメンタルヘル스에精通した者は限られていると推測される。講習などでスキルアップを図ることに加え、何らかのサポートを行うことも必要であろう。例えば、労働者に対する研修教育において、共有の教育コンテンツがオンライン・オフラインそれぞれに提供されれば、様々なスキルの産業医が活用することが可能になる。また、ある産業医が産業医である精神科医とチームを組む、あるいは産業医以外の精神科医と連携を図るといったことも想定される。産業保健師、心理職などを含めた産業保健チームによる活動も考えられる。さらに、産業保健総合支援センターも本来事業場および産業医などに対する支援を目的として設立されており、その支援体制のさらなる充実が望まれる。

文献

- 1) 厚生労働省労働基準局. 労働安全衛生規則等の一部を改正する省令等の施行について (基発0331第68号 平成29年3月31日). [Online]. 2017 [cited 2019 May 7]; Available from: URL: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11300000-Roudoukijunkyokuanzeniseibu/0000165461.pdf>
- 2) 坂本宏志. 産業医の独立性・中立性. 保原喜志夫編著. 産業医制度の研究. 札幌:北海道大学図書刊行会, 1998: 101-119.
- 3) 山本愛, 磯島学, 中村佐紀. 職域における睡眠衛生教育・睡眠保健指導の実践. 産業精神保健 2014;22:21-27.
- 4) 高橋正也. 産業の場における事故や災害: 睡眠の意義. 産業精神保健 2015;23:99-103.
- 5) 廣尚典. 職場の精神保健と産業医の役割—今後の展望を含めて. 産業医科大学雑誌 2013;35:151-156.
- 6) 廣尚典. 産業保健としてのメンタルヘルスを再考する. 学術の動向 2014;19:76-79.
- 7) 独立行政法人労働者健康安全機構. 特集 精神障害者の就労と産業保健のかかわり. 産業保健 21 2017;88:2-11.
- 8) 李健實. 日本における高度の技術・知識を持つ外国人労働者の職業性ストレスとメンタルヘルス—日本人労働者との比較検討—. ストレス科学研究 2015;30:90-101.

- 9) 三柴丈典. 産業精神保健法学の狙い. 学術の動向 2014;19:70–75.
- 10) 京都府医師会産業保健委員会. 産業保健委員会答申 平成 27 年 2 月. [Online]. 2015 [cited 2019 May 7]; Available from: URL: https://www.kyoto.med.or.jp/member/committees_report/pdf/tiiki-iryuu-bu/sangyo-2014.pdf
- 11) 黒木宣夫. 労働者の治療過程における、主治医と産業医等の連携強化の方策とその効果に関する調査研究 平成 26 年度総括研究報告書. 東京:厚生労働省, 2015.
- 12) 小山文彦. メンタルヘルス不調をかかえた労働者に対する治療と就労の両立支援マニュアル. 川崎:独立行政法人労働者健康安全機構, 2017.
- 13) 日本糖尿病協会. 療養グッズ一覧. [Online]. 2018 [cited 2019 May 7]; Available from: URL: https://www.nittokyo.or.jp/modules/patient/index.php?content_id=4
- 14) 日本医師会. 産業医活動に対するアンケート調査の結果について. 日本医師会産業保健委員会. 産業保健委員会答申 平成 27 年 9 月. 東京:日本医師会, 2016:49–69.
- 15) 労働基準局安全衛生部計画課. 第 103 回労働政策審議会安全衛生分科会 参考資料 現行の産業医制度の概要等. [Online]. 2017 [cited 2019 May 7]; Available from: URL: https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12602000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Roudouseisakutantou/0000164723.pdf
- 16) 厚生労働省. 平成 28 年労働安全衛生調査(実態調査)結果の概況 事業所調査. [Online]. 2017 [cited 2019 May 7]; Available from: URL: https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h28-46-50_kekka-gaiyo01.pdf

表 A 事業場内産業保健スタッフに対して実施されるべき専門的事項

- ① メンタルヘルスケアに関する事業場の方針
 - ② 職場でメンタルヘルスケアを行う意義
 - ③ ストレス及びメンタルヘルスケアに関する基礎知識
 - ④ 事業場内産業保健スタッフ等の役割及び心の健康問題に対する正しい態度
 - ⑤ 職場環境等の評価及び改善の方法
 - ⑥ 労働者からの相談対応(話の聴き方、情報提供及び助言の方法等)
 - ⑦ 職場復帰及び職場適応の支援、指導の方法
 - ⑧ 事業場外資源との連携(ネットワークの形成)の方法
 - ⑨ 教育研修の方法
 - ⑩ 事業場外資源の紹介及び利用勧奨の方法
 - ⑪ 事業場の心の健康づくり計画及び体制づくりの方法
 - ⑫ セルフケアの方法
 - ⑬ ラインによるケアの方法
 - ⑭ 事業場内の相談先及び事業場外資源に関する情報
 - ⑮ 健康情報を含む労働者の個人情報の保護等
-

表 B メンタルヘルスを中心としてあるべき姿を含む臨床医と産業医の比較

	臨床医	産業医
立場	患者(社員)の立場優先	社員・会社に対し中立
契約	患者と医師との治療契約	事業場と医師との雇用契約あるいは準委任契約
選択性	患者が希望の医師を選択できる	社員は選択不可能 (労働安全衛生法第六十六条の健康診断を除く)
関わる領域・分野	治療が主体 各臨床専門分野	予防(一次、二次、三次)が主体 各々の専門性があったとしても関わる疾患領域としては 広範囲。また労働衛生の知識も必要
関わり時期	疾患罹患後 患者が望む時	勤務開始時健康な状態(健康診断時など)から 本人の希望時以外、上司等が必要と感じる時
目的	疾患・症状の改善 精神科医療リワークにおいては職場 への再適応	適性配置・社員の労働契約に見合った労務提供 事業者が行うべき安全及び健康配慮への支援
対象者及び働きかけ・役割	対象は希望・同意がない限り患者本人であり 治療契約・信頼関係に基づき臨床医が患者に行う	本人のみならず事業場の上司・同僚、事業者に対して 環境調整等の働きかけも可能 事業者に対しては勧告することができる 衛生管理者、メンタルヘルス推進担当者等への助言指導 本人の医療情報をわかりやすく対象者に伝えるインター フェースとしての役割
把握情報	疾患に関わる情報 患者(時に家族)からの情報 精神科医療リワークにおいては他者 との関わり方、模擬的な業務への取 り組み方などに関する情報	健康診断結果、ストレスチェック結果 異動歴、業務内容、職場環境の情報 社員本人以外周囲の人等さまざまな情報 勤務状況等の客観的情報
報酬	診療行為などに対する報酬	契約に基づく事業者からの報酬
連携に関する費用	保険診療報酬に該当せず、別途医療機関で設定が必要 (がん両立支援を除く)	産業医が所属・契約する事業場において連携費用負担者を明確にする必要

第4章 産業看護職の役割

1. 職場のメンタルヘルス対策における産業看護職の役割の明確化

本章では、産業精神保健の近未来に向けて、産業看護職の立場からも更に貢献していくために、また、中小企業を含むすべての職場で働く人々の心の健康の保持増進に向けて、これまでの歩みと今後の課題を明らかにしていきたい。まず、近年の産業精神保健分野での、職域で働く保健師・看護師等の産業看護職の役割に関する実践や研究の動向を簡単に振り返り、現在までの経緯を整理する。

もともと、産業看護職は働く人々と職場を対象に、心身の健康全般にわたる支援の実践を行っており、職場のメンタルヘルス対策にも寄与していたと考えられる。研究面では、2000年に「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」が発表される直前の1990年代後半に厚生労働科学研究として実施された一連の研究に、職場のストレス対策における産業看護職の役割に関する研究が含められた¹⁾ことが、産業精神保健分野における産業看護職の役割に関する本格的な研究の端緒であったと考えられる。当該研究では、熟練看護職を対象にインタビュー調査を実施し、その結果を質的に分析して主要な要素を抽出し、産業看護職の能力育成に求められる方策について考察した。これらの研究成果を含めた産業精神保健における産業看護職の役割に関する総説も発表されている²⁻³⁾。

産業看護職による職場のメンタルヘルス対策の実施状況及びその関連要因に関する質問紙調査が東京産業保健推進センターによる産業保健調査研究として2003年に実施され、職場のメンタルヘルス対策への産業看護職の活用推進と、そのための育成プログラムについて検討された⁴⁾。これらの研究成果も踏まえて、産業看護職を含む産業保健スタッフ向けの、職場のメンタルヘルス対策に関する各種の研修会や関連雑誌の特集等も2000年以降次第に盛んとなり、大企業を中心に職場におけるメンタルヘルス対策が徐々に普及していったと考えられる。

その後、2003～2005（平成15～17）年度にかけて厚生科学研究費補助金による研究事業として、中小企業における健康支援対策の推進に向けての研究が展開された。事業主及び事業場担当者を対象とした調査から把握した中小規模事業場の特性と健康支援ニーズに基づき、多職種・多機関連携と当時の政府管掌保険（現在の全国協会健康保険）の保健師の活用を軸とした支援ツールの構築とモデル事業の展開・評価が実施された⁵⁾。その詳細については、第3項で触れたい。

2006年（平成18年）に労働安全衛生法の改正とともに発表された「労働者の心の健康の保持増進のための指針」には、事業場内メンタルヘルス推進担当者を衛生管理者等や常勤の保健師等から選任することが望ましいと明記された。この時期に厚生労働省労働基準局の労働衛生課長からの諮問を受けて、日本産業衛生学会理事会のワーキンググループにおいて「職場のメンタルヘルス対策における産業看護職の役割」が検討され、学会理事長名で答申した⁶⁾。その内容についても、次項で詳しく触れたい。

2008～2009年度には、産業保健師就業実態調査⁷⁾が行われ、産業保健師が最も重要視していた活動は「メンタルヘルス対策」であったと報告されており⁸⁾、特に事業場所属の産業保健師の活動の中心に職場のメンタルヘルス対策が位置づけられていた状況が示された。

2016年（平成28年）12月に施行されたストレスチェック制度においては、保健師または厚生労働大臣が定める研修を修了した看護師が、医師と並んでストレスチェックの実施者となることが指針に明記された。産業医の役割が増え続けている中で、職場のメンタルヘルス対策における産業看護職への期待が高まっている状況と考えられる。

このように、法的には産業医や衛生管理者のように事業場への配置が義務づけられていないものの、産業看護職は、職場のメンタルヘルス対策に関して様々な役割を担ってきており、今後の活躍も期待されていると考えられる。現状では、大企業などでは産業医や心理職・精神科医等と共に、産業看護職は産業保健チームの一員として、メンタルヘルスに関する相談対応や教育研修などの実践者兼コーディネーターとして活躍している場合が多い。一方、常勤産業医の選任義務のない従業員1000人未満の中規模事業場では、非常勤産業医とともに働く常勤の産業看護職が雇用されていることが少なくない。その場合は、常勤の産業看護職が職場のメンタルヘルス対策の企画立案から実施、評価までの全般にわたって、非常勤産業医や職場関係者と連携・協働しながら推進していく実質的な中心的役割を担うことが多いと考えられる。

2. 産業看護職による支援の特徴と必要なスキル

前項で示した、産業看護職による職場のメンタルヘルス対策に関する端緒となった研究¹⁾においては、熟練者へのインタビュー調査結果から、産業看護職の役割の特徴として、①従業員に一番身近な産業保健専門職として何でも気軽に相談できるプライマリケア窓口としての支援、②心や身体・生活背景すべてを含めてトータルに支援する全人的な支援、③メンタルヘルスの悪化した状態だけでなく一次予防を中心としたヘルスプロモーション志向の支援、の3つのコアカテゴリーが抽出された。更に、産業看護職が用いる主な活動方法として、個別事例に関する本人や関係者との面接・相談を通じた情報収集ときめ細かな支援、職場集団の特徴やニーズを踏まえた情報提供・健康教育、直接職場を訪問しての情報収集と支援・調整、多機関多職種をつなぐコーディネーション、職場環境づくり・組織づくり・施策化の支援などが示されている。すなわち、労働者個人～職場集団～事業場・企業組織全体の各々を対象として、第一次予防～第三次予防の多岐にわたる活動を展開していることが明らかとなっている。また、2003年の質問紙調査⁴⁾からは、実際に産業看護職の多くが、産業看護職によるメンタルヘルス活動の必要性を感じており、実践もしていたが、更にスキルアップの必要性を感じていたことが明らかとなった。また、メンタルヘルス関連資格（産業カウンセラーや心理指導担当者、日本産業精神保健学会認定専門職など）を持っている人は持っていない人よりも活動実施率や、役割認識、スキルへの自信が強く、また関連学会に所属しているほど、活動の実施率やスキルへの自信が高いという結果であった。

職場のメンタルヘルス対策における産業看護職の支援の特徴と具体的な役割と必要なスキルについて、2006年に出された「職場のメンタルヘルス対策における産業看護職の役割」に関する報告書⁹⁾をもとに、簡潔に整理したい。産業看護活動の特徴として報告書では、〈疾病の概念を超えウェルネスを目指す〉、〈労働者の身近で心の健康を見守る〉、〈全人的に把握・理解〉、〈セルフケアを支援〉、〈コーディネーターとしてのかかわり〉、〈心を聴き、語らせる〉の6つを挙げている。次に、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」に沿って、職場のメンタルヘルス対策において産業看護職が担う役割を、具体的に提示している。例えば、「衛生委員会等における調査審議」に向けた情報収集・分析と関係者間の意見調整の支援、「心の健康づくり計画」の策定と実施に向けた支援において、産業看護職が誰と連携してどのような情報を収集して分析・調整していくのかが示されている。更に、具体的な支援として、「メンタルヘルスカケアを推進するための教育研修・情報提供」、「職場環境等の把握と改善」、「メンタルヘルス不調への気づきの支援と相談への対応」、「職場復帰における支援」の4つの活動を行う際の産業看護職としての同様の留意点についても詳細に記述されている。これら必要な視点や留意点を含む行動様式は、産業看護職にとって必要な支援スキルであり、近年はコンピテンシーという概念で説明されることが多くなってきている。いずれにしても、産業看護職は、対象者の本音を引き出すコミュニケーションスキルを発揮して、社員や管理監督者、人事労務担当者、経営層からも様々な情報を収集し、それらを吟味・分析して、社員個人にとって、あるいは職場集団・組織にとってのニーズやリスクをアセスメントし、必要な支援計画をたてて、実施・評価していく。いわゆるPDCAサイクルを適切に回すスキルが不可欠である。また、一次～二次～三次予防活動、ならびに個人～集団～組織の各レベルの活動を連動・統合させながら、効果的・効率的に支援を展開していくスキルは、非常に重要となる。産業医をはじめとする産業保健スタッフや、前述の事業場内関係者、ならびに事業場外の各種機関や専門職等との連携・調整を図っていくことが支援の成功の鍵であることは言うまでもなく、そのためには卓越したコーディネーションスキルを要する。新人期には、基本的な個別支援対応にも困難を感じており、まずはこれらの基本的スキルの向上が必要であることが示唆されている⁹⁾が、中堅期以降は困難ケースへの対応や産業保健チームの協力体制の強化や人材育成、資源活用などのマネジメント・スキルも必要となってくる。最後に、産業看護職に特徴的な支援スキルとして、看護職全般に係る支援特性であるセルフケアの支援、すなわち対象者の自助力を引き出し、対象者自ら主体的に健康確保・増進に向けて持続的に取り組めるように支援するためのスキルが挙げられる。それは個人だけでなく、職場をエンパワメントするためのスキル¹⁰⁾も含んでおり、参加型の職場環境改善をファシリテートするスキルなどが分かり易い例である。2015年には日本産業衛生学会会員の産業看護職を対象とした質問紙調査の結果として、従業員参加型の職場環境改善の支援の実施には、研修会への参加や助言を得られる学習環境があり、職場のストレス調査票の活用方法や職場環境改善ツールの知識を有し、職場のストレス調査結果を管理職へ適切にフィードバックしてキーパーソンを中心とした職場討

議を間接的に支援するなどの支援スキルが有意に関連するという共分散構造モデルが得られたことが報告されている¹¹⁾。ストレスチェック制度が導入された以降は、ストレスチェック後の集団分析結果を活用した職場環境改善が努力義務として推奨されているが、未実施の職場も少なくない。各職場における職場環境改善への主体的取り組みを円滑に支援するために、産業看護職による支援は重要と考えられ、集団分析の結果活用に向けた職場関係者の正しい理解を促し、取り組みへの自信を持ってもらうための支援スキル向上が急がれる。

3. 中小企業の課題と産業看護職の活用可能性

中小企業における産業保健活動の活性化の必要性は世界的課題であり、我が国の職場のメンタルヘルス対策に関しても例外ではない。

前述の2003年度からの厚生労働科学研究⁵⁾では、中小企業に産業保健に関する情報が十分伝わっておらず、何をしてよいのか分からないという現状が把握され、今後求められる支援モデルとして多機関多職種を活用した情報提供支援モデルと、そのために必要な支援ツールを開発した。支援モデルならびに支援ツールを活用するとともに、ファシリテーターとして政府管掌保険の保健師への研修を行い、加入事業場を対象としたモデル事業を展開した。プロセス評価や支援前後及び対照群の質問紙調査結果をもとにモデル事業の効果検証を行い、一定の有用性が実証された。

更に、中小企業の経営者への聴き取り調査では、気軽に相談でき、専門家によるサポートを受けられる場所が必要と回答した経営者が約半数いた¹²⁾。中小企業では、経営者の認識や行動が鍵を握ると言われていることから、昨今大企業で急速に認知度が高まっている「健康経営」の考え方を中小企業にも広げ、合わせてメンタルヘルス対策に活用できる地域資源についての情報も伝えることが有効と考えられる。

2007～2009年には産業医学振興財団委託研究として「中小規模事業場におけるメンタルヘルス対策の進め方に関する研究」が展開され¹³⁾、中小規模事業場へのメンタルヘルス対策推進のために必要なツールやマニュアルの開発などが行われた。特に、産業医のいない職場でも活用できる職場復帰支援マニュアルの開発や、非専門家が活用できる教育研修用資料の作成、地域産業保健センターを中心としたメンタルヘルス対策支援を促進するためのマニュアルが開発された。同報告書も、地域産業保健センターでのメンタルヘルス相談を担う専門スタッフの不足のほか、センター間のサービス格差、コーディネーターの経験・知識・技能の格差やマンパワーの不足に言及している。

2017年に実施された厚生労働省による労働安全衛生調査（実態調査）¹⁴⁾によると、メンタルヘルス対策への取り組み率は事業場規模が小さくなるほど低下しているが、実施率が最も多かったのは、労働者のストレスの状況などについて調査票を用いた調査（ストレスチェック）であり、従業員数10～49人の規模の小規模事業場でも5割以上が実施していた。2016年12月にストレスチェック制度が50人以上の事業場に義務化された影響が強いことが推察される。その他で小規模事業場でも実施率が3～4割と比較的高かった活動項目とし

では、労働者への教育研修・情報提供、メンタルヘルス対策に関する事業場内での相談体制の整備、健康診断後の保健指導におけるメンタルヘルスケアの実施等があり、職場復帰支援についての実施率は2割未満で低かった。中小企業の多くは保健専門職を社内に雇用していないが、外部機関を活用したメンタルヘルスケアの実施率も低めであった。小規模事業場向けの支援機関として設置された地域産業保健センターの活用率も低かった背景として、事業場への周知率の低さに加えて、メンタルヘルス相談を担当できる専門スタッフの不足、センター間のサービス格差等が指摘されている。今後、産業保健総合支援センターやその地域窓口としての地域産業保健センターへの保健師等の産業看護職の配置と活用が更に進むことが大いに期待される。

中小企業は経営基盤も大企業と比較して一般に弱いため、長期間にわたる休職を経て復職を果たす労働者が少ない現状は否めず、二次・三次予防活動には限界がある可能性も高い。そこで、最も推進すべきは、職場環境改善に代表される一次予防活動であると言える。これは、職務上の目標共有や、上司一部下間及び同僚間の情報伝達・日頃のコミュニケーション改善、人財育成等、経営対策として従来から行われてきた業務改善活動と合わせて行いやすく、進め方のコツと困った時の助言が得られれば、経営者と労働者が協力して自律的に進め得る活動と言える。また、情報提供や教育研修等は、各種媒体（リーフレットやビデオ等）や外部機関からの支援を活用しやすく、適切な情報提供と助言、使いやすい支援ツールがあれば、小規模事業場でも現場主体で行うことが可能である。このような「健康経営」としてのポジティブ面の職場環境づくりや成長支援は、本来は中小企業でも取り組みやすい活動と考えられる。これまで以上に、中小企業に「健康経営」が根付くかに関しては、開業保健師や、産業保健総合支援センターや地域産業保健センター等の公的機関、労働衛生機関等の民間機関、及び健康保険組合等の共助の機関に所属する産業看護職からの有効な支援提供が大きな鍵を握る可能性がある。そのためには、産業看護職は、経営者ら職場関係者の価値観や思考・行動特性への理解を深め、経営者らの信頼を得つつ効果的な働きかけを行うためのトレーニングや効果的な支援ツールの提供を積極的に行う必要がある。これらを通して、産業看護職は科学的根拠に基づき、関係者等との効果的な情報共有と主体的な取り組み意欲を引き出す等の職場エンパワメント及びコーディネート機能を発揮して、多職種協働による職場環境改善を効果的に推進していくことが期待される。

4. 今後の方向性と産業看護職の貢献拡大に向けて

健康経営の概念が普及してきたことも鑑み、今後目指すべき支援の方向性として、不調者対応だけでなく、働きがいや職務満足度の向上などの経営施策ともリンクしたポジティブメンタルヘルスに更に焦点があたることが予測される。したがって、個人を対象とするだけでなく、職場風土をいかに良好に保ち働く人の健康と生産性の向上を同時に満たす生き生き職場づくりを目指す動きを更に加速させることが必要と思われる。個々の労働者が職務満足の得られる働き方を望むようになり、それが可能となる職場づくりの進んだ企業

に人材（人財）が集まるのが合理的な帰結と考えられる。中小企業も含めた健康経営の拡がり期待されるが、働き方改革を進める過程での課題として、単位時間当たりの労働生産性向上を過度に求めすぎると、職場内のコミュニケーション機会の減少につながる恐れがある。地域コミュニティが脆弱化し、他者とのコミュニケーションが元々得意でない若者世代が増え、職業性ストレス要因として職場の人間関係が更に問題になる可能性が高い。そのため、個人に対しては成長発達支援やキャリア支援の視点が必要になり、職場集団に対してはチームの形成や凝集性を高めるファシリテーション、すなわち職場コミュニティづくりの支援が必要となると考えられる。

このように、近未来の職場のメンタルヘルス対策は、人材育成やチームづくりなどの経営対策との一体化が一層進むと考えられ、産業保健専門職や医療関係者だけでなく、経営者や人事労務担当者・管理監督者等との連携・協働がこれまで以上に大きな鍵になると考えられる。

近未来の職場のメンタルヘルス対策に多職種協働が一層求められる中で、今後益々必要とされるのは、多職種・関係者をつなぐコーディネーション機能であり、産業看護職の益々の活躍が期待される。前述のとおり、産業看護職は、労働者と職場の最も身近な立場で、ニーズを的確にアセスメントして必要な専門職につなぐコーディネーションを得意としており、加えて、関係者各々の力を十分発揮してもらえるよう支援するエンパワメントの機能も特徴としている。病気治療と仕事の両立支援やワーク・ライフ・バランス支援等も引き続き重要となると考えられ、共に「生活」を見直す気づきの支援や、医療現場と職場をつなぐ支援、職場の制度・風土づくりの支援が重要になることから、産業看護職の貢献拡大が期待される。

産業看護職がこれらの活動を遂行するための支援スキルやコンピテンシーに関する研究も益々盛んになってきており、産業看護職としてのキャリア段階を経るに従って、また、職場内外の良好な学習環境があることによって向上していくことが示されている。産業看護職がメンタルヘルス活動を行うことへの直属上司の期待が大きいほど、そのためのスキルアップ研修に関して事業場からの時間的サポートや費用的サポートがあることも示されており⁴⁾、職場上司を始めとする多職種に産業看護職の活動についての理解と支援を得ていくことが、非常に大事であることが示唆された。今後の産業精神保健分野での産業看護職の一層の貢献に向けて、職場のメンタルヘルス支援活動に関する産業看護職のスキルアップやコンピテンシー向上と、そのための社内外の育成プログラムの開発・運用、及び関係者の理解と支援の拡大等の社会的環境整備が急がれる。

今後の産業精神保健活動の推進に向けて、全ての産業保健職種がそれぞれの専門性を活かした支援技術の整理・開発を通じて、活動の質の向上を図ると共に、それぞれの特性や強みを理解して、これまで以上に多職種間のチーム連携を堅固にしていくことが大切である。中小企業にとっても利用しやすい産業保健サービスシステムづくりや、その拠りどころとなる施策づくりに、多職種が参画していくことが望ましい。中小企業を含めた主体的

な健康職場づくりを推進していくためには、経営者や従業員自身もチームの一員として、共に取り組んでいくことが必要になる。更には産業保健だけでなく経営者・労働者団体、地域保健や学校保健、地域の医療福祉機関等との連携を強めていくことにも留意したい。その意味でも産業看護職の活動特性の理解を広げて社会的活用を図ることにより、多機関多職種の一層の連携・協働を進め、今後の産業精神保健活動が一層進展することを期待したい。

文献

- 1) 錦戸典子, 遠藤俊子, ほか. 職場のストレス対策における看護職の役割とそのための能力育成に関する基礎的研究. 加藤正明. 平成 10 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書. 東京:労働省, 1999:386-413.
- 2) 錦戸典子. 産業看護職による精神保健活動の流れー健康づくり、早期発見対処、再適応の支援ー. 保健の科学 1999;41:670-676.
- 3) 錦戸典子. 産業看護職による精神保健活動ー事業所規模ごとの現状と今後の方向性ー. 産業精神保健 1999;7:167-169.
- 4) 錦戸典子. 職場のメンタルヘルス対策の実施状況と今後の課題ー看護職の活用推進と育成プログラムの検討ー. 東京産業保健推進センター. 2003 (平成 15) 年度 労働福祉事業団 産業保健調査研究報告書. 東京:東京産業保健推進センター. 2004.
- 5) 錦戸典子. 中小規模事業場の健康支援に関連する政策・施策・サービスの連携に関する研究ー最適支援システムの構築を目指してー. 厚生労働省. 2003~2005 (平成 15~17) 年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業報告書. 東京:厚生労働省. 2006.
- 6) 日本産業衛生学会「職場のメンタルヘルス対策における産業看護職の役割」検討ワーキンググループ (委員長 河野啓子). 「職場のメンタルヘルス対策における産業看護職の役割」に関する報告書. [Online]. 2006 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL: <https://www.sanei.or.jp/?mode=view&cid=30>
- 7) 五十嵐千代. 産業保健師就業実態調査報告書. 2008~2009 (平成 20-21) 年度 厚生労働省地域保健総合推進事業成果報告書. 東京:厚生労働省. 2010.
- 8) 錦戸典子, 五十嵐千代, ほか. 産業保健師の就業実態と業務に関する調査研究 (第 2 報) ~産業保健師による健康施策全体への関わりと連携調査機能~. 産業衛生学雑誌第 83 回日本産業衛生学会講演集 (CD-ROM 版) 2010.
- 9) 石川真子, 錦戸典子. 新人期の産業看護職における職場のメンタルヘルス活動の実施状況、困難感、および知識・技術の保有感. 産業衛生学雑誌 2014;56:1-15.
- 10) 錦戸典子. 健康職場づくりに向けた産業看護職による職場エンパワメントの意義と支援プロセスーストレス対策のディメンジョンに着目してー. 産業ストレス研究 2006;13:237-241.

- 11) 齊藤とも子, 錦戸典子. 産業看護職による心理社会的職場環境改善支援と関連要因～必要な知識、技術、およびその育成方策に着目して～. 産業衛生学雑誌 2015;57:117-129.
- 12) 石埜茂, ほか. 中小企業・経営者を対象としたメンタルヘルスケアの意識調査（Ⅰ）－聴き取り調査による検討－. 日本職業災害医学雑誌 2009;57:251-257.
- 13) 永田頌史. 中小規模事業場におけるメンタルヘルス対策の進め方に関する研究 2009（平成 21）年度（最終年度）研究報告書. 東京：産業医学振興財団. 2010.
- 14) 厚生労働省. 2017（平成 29）年度労働安全衛生調査（実態調査）. 東京：厚生労働省 2019.

第5章 精神科医療

1. 産業医と精神科医

産業医と精神科医の関係はどのように推移したのであろうか。今でこそ産業現場に常勤・非常勤で精神科医が関わるケースを認めるようになったが、以前それはよく見られることではなかった。古くは精神疾患に対する誤解や偏見もあり、診断書そのものでも精神疾患病名が記載されていることは多くなく、精神科医にかかりたいという労働者からの希望も多くはなかった。そのため、精神科を専門としない産業医であっても（隠れた）精神疾患に対応する必要がある、小沼らも「答申書」の中で「産業医は、すでに述べたように、企業内の唯一の医学専門家としての立場とその立場による発言権をもっており、企業内の事情に通暁している。問題を精神医学としてとらえる以上、その基礎とするところは精神医学でなければならない。心理学やカウンセリングは、近接科学であって、協力を得る事は有用であるけれども、この問題の基礎学にはならない。産業医が精神専門医と同等の精神医学に関する識見をもつ事は無理であるけれども、精神医学にたいする一通りの知識と深い理解をもつ事は、産業医として必須のものと心得るべきである。」と述べている。また、「産業医は、部内に専門医がおれば、これと協力して、精神科専門医と企業内の人々との連絡の役割をし、通訳であらねばならない。」あるいは「精神科専門医は、その医師が、どれだけ企業の内に入りこんでいるかによって、自ら役割が決まってくるであろう。専門医が企業の内に入りこんでくることは、もちろん有用に違いないが、あまり深く入りこまず、比較的自由な部外の臨床家としての関与は、かえってチームの中の一員として、特別な有用さがあることも指摘しておこう。」とも記載がある。小沼らの時代は、精神科専門医は産業医のサポート役として職場内外に位置し、産業医が精神科専門医の判断を参考にしながらも精神障害やそれをもつ労働者への基本的対応や職場支援を行ってきたといえる。

小沼らは「精神障害者の問題に企業が関心をもたざるを得なくなったのは、昭和 34、35 年頃から著しくなってきた現象」としているが、その後の時代の流れの中で、安全配慮義務違反による労働災害の認定が業務起因性から業務関連性に解釈拡大され、精神障害による労働災害の認定件数が増加した¹⁾ことなどから、企業は精神障がい者への対応により深く関心を持たざるを得なくなった。また、「うつはこころの風邪である」のような精神障害に対する一般的な啓発活動が行われ、精神疾患患者数の増加に伴い平成 23 年より五大疾病として精神疾患が加えられた²⁾ことなどから、社会全体が精神疾患を一般疾患同様に受容するようになってきた。職場においても精神疾患病名の診断書数は急増し³⁻⁴⁾、職場におけるうつ病や自殺が問題となる中、産業医は専門性に関係なくより深く精神障害を持つ労働者への対応が求められるようになった。

検査で明らかな異常を認める身体疾患に比べ、健康と病気に連続性を認めることが多い精神疾患においては精神医学的経験が重要となる。職場において精神科医の需要が増し、精神科専門医が産業医として企業内に雇用されることも増えている。産業医として雇用さ

れている場合、精神科専門医であっても産業医としての活動（職場巡視、安全衛生委員会への出席など）が必要である。最近では精神医学の専門性を重視した形で職場に雇用される精神科医もでてきており、この場合、主な業務は労働者の精神的健康度のアセスメント、精神障がい者の病状の把握と職場適応の向上を視野に入れた就労環境の調整となる。アセスメントの時点では精神科医としての技量が求められるが、その対応は治療ではなく職場適応向上に向けた判断と職場環境調整となり、この点が実臨床とは異なることの理解が精神科医に必要となる。小沼らは「産業医は、本人の保護、治療だけではなく、職場側への迷惑の評価、それから起る本人の信用の失墜の防止など一言でいえば、本人と職場との人間関係全体を治療の対象として考えてみるべきである。この点で、治療医まかせにするわけにはいかないのである。」と述べており、産業医としての判断は労働者の精神状態だけではなく、社会適応まで念頭におく必要がある。企業内で精神科専門医が働く場合、その専門性を発揮しながらも疾病性ではなく事例性への対応を中心とし、他に産業医がいる場合には十分連携を取りながら活動することが求められる。

時代とともに、製造業からサービス業中心社会への変化、情報化社会の到来、異なる価値観や文化背景をもつ国での取引や勤務等、労働環境の急激な変化は労働者の心理的負荷を増し、うつ病、アルコール等依存症、適応障害等、精神科に関わる病態が増加している。労働災害の原因として過重労働などに加え、新たにパワーハラスメントが増加する等、精神疾患の誘因やそれに基づくその病態は時代とともに変化していく⁵⁾。働き方改革関連法に基づいた活動には、精神疾患対策の視点も求められる⁶⁾。産業医はこれらへの対応が求められるが、産業医の業務はこれまでも多岐にわたっており、最近ではストレスチェック制度の導入等、さらに業務量が増えている。企業における産業医の仕事量は今後も増すことはあっても減ることはないであろう。時代とともに移ろう多様な精神疾患対応の増加に対し、産業医や健康管理スタッフの人員を増やすことや精神医学の知識を増やすことも考えられるがそれにも限界があり、役割の分担という観点から常勤、非常勤で精神科専門医が職場に雇用され、他の産業医と連携して対応にあたる場面が今後ますます増えてくることも考えられる（これは精神科医に限らず、産業構造の変化に従い必要な専門医を職場に雇用することとも言える）。

2. 職域における精神疾患とその対応

職場で実際に迫られる精神疾患や病態に時代による変化はあるのであろうか。答申書には、「实际的に産業精神衛生が取扱い、また協力すべきパターンは次のごときものである。」として、適正や適応に関する問題、職場と精神葛藤の問題等と並び、精神患者とこれに準ずる者の問題が挙げられている。ここには現在も問題になっている、従業員の精神疾患（統合失調症、躁うつ病、中毒性精神障害等）、アルコール・薬剤嗜癖、頻回休業者・頻回受療者の問題等が挙げられている。近年における職域のメンタルヘルス不調では、やはり気分障害圏内（うつ病）が多く、またその割合も増加しているようである。ただし、最初

はうつ病が急増したものの、その後は適応障害、躁うつ病等が増えているという報告があるように³⁻⁴⁾、時代により診断書に記載される病名に変化を認めるところがある(図)。この一因として、メンタルヘルス不調の多くは内科など非精神科医に初診し診断書も作成してもらうことから、非精神科医の精神疾患に関する知識の増加に伴い、記載病名が推移している可能性もある(過少診断 **under-diagnosis** から過剰診断 **over-diagnosis** へ)。職域での正しい対応には正しい病態評価は不可欠であり、その基本理解は診断書によることも多い⁷⁾。そのため産業医(特に非精神科医)には診断書のみからの対応判断ではなく、精神科主治医と密に連携しての個別かつ実際の対応が求められるようになってきている。最近では発達障害などに注目が集まり診断書の病名としてもよく見かけるようになったが、今後、情報化社会の進展に伴うネット依存、スマホ依存などのプロセス依存障害の増加、雇用期間延長になれば認知症を中心とした職域における加齢性疾患の増加なども想定される。

また精神面だけでなく、身体症状が前面に出る心身症にも精神科医が関わる必要がある。ストレス関連疾患として、消化性潰瘍などの消化器系疾患、高血圧などの循環器系疾患、頭痛などの神経系疾患、甲状腺機能亢進症などの内分泌代謝系疾患、蕁麻疹などの皮膚系疾患など、その種類は多い⁸⁾。身体面のストレス反応は、個人特有の身体症状として出現する。ある人は常に胃潰瘍、別の人は高血圧の悪化等、ストレス要因の内容に関わらず個人に生じる身体症状が同じであることを器官選択性という⁹⁾。ストレスに関連する身体症状及びその悪化に対症的投薬治療を継続すると、投薬で症状を抑えた病態以外の新たな病態が出現することに結びつく。モグラたたき的に対症療法を継続した場合、服薬量が増加し副作用に苦しむこともあり、心筋梗塞や狭心症等の病態が現われればそれが突然死にも結び付く。精神科医はストレスと心身の変化を見極め、適切な対応を行ったり、それを防ぐため労働者に対し身体的不調への気づき、適応的な考え方、ストレス対処行動等を指導することもできる。

職場ではこれまで業務効率化が求められ、それにあつた能力が高く評価されてきたが、今後は効率化の部分の機械化が支援し、別の側面、例えば人間性がより重視されるような変化がみられるかもしれない。そうした場合、新たな病態の精神的不調が現れる可能性がある。これまで想定されてこなかった疾患に適切に対応するために、産業医は常に様々な社会変化に敏感に対応し、労働者に現れるストレス関連の様々な精神的、身体的症状を正しく評価し、必要に応じて精神科医との連携を行うことが必要である。小沼らは精神障がい者の定義として、「問題は、誰が精神障害者であるか、ではなくて、誰は精神医学的ケアの対象にすべきかであり、誰はケアしないでもよいかであるべきである。不適応現象をなにももっていない人は精神障害とはいえない。不適応現象のうち、日常生活の心的工夫によって解決できるようなものは、「精神障害者」のうちにいれない。精神医学的洞察がその解決にとくに有用であるような、さらには、それなしに解決は不可能なような不適応をもっている者を、ここでは、「精神障害者」と呼んでおくことにしたい。」としている。すなわち、職域においては精神障害により不適応を呈するものを職域対応の対象としており、これは疾病性ではなく事例性を重視していると言ってよい。そしてその対応において

も「精神障害者」に、職場という構成の中でアプローチするには、不適応、ことに職場の生活への不適応から入り、それを適応した、ことに職場との調和的な相互適応の状態へともちきたす過程の中で、十分に精神医学的手段を活用していくのが現実的であろう。」としている。精神障害による不適応状態を改善するには、基盤となる精神障害そのものの理解（統合失調症なのか、躁うつ病なのかなど）が必要であるとともに、事例性に着目し生じている不適応状態を職場側からどのように改善できる可能性があるのかという職場環境への理解と対応もまた大切である。事例性に着目することで表面上の病名に惑わされることなく、産業医と精神科医が協働して職域で対応を行いやすくなる利点も考えられる。職場内に産業医として関わることのできる精神科専門医をもつことは、労働者の状態を正しくアセスメントし、不適応を改善するのに役に立つ。精神科専門医が職域に積極的にかわる意義がそこにあり、その重要性はますます増加すると考える。

3. 職場の精神障害における職域外関連機関との連携

小沼らは産業医が職場内外の精神科専門医と連携することの重要性に言及しており、ここでその連携についても考えてみたい。近年、うつ病に対する認知療法が保険適応になる等、職場で見られる様々なストレス関連疾患に精神療法的対応がなされるようになった。認知療法などの精神療法は対象者の考え方、価値観を適応的に変化させることが多く、治療により症状改善するということは、病前の本人（及び病前の考え方や価値観等）に戻ることを意味しない。このような治療による変化を職場が理解せずに従来への対応を繰り返すことは病状の再燃に結びつくために注意が必要である。例えば、燃え尽きて抑うつ的になった労働者に無理をしないように主治医が理解させても、良くなって復職したのだからと職場が労働者に以前同様の労務負荷をかけ、責任感からそれを受けて結局前回同様に燃え尽きてしまうことはよく見られることである。治療により生じた認知傾向等の変化について、職域と主治医が頻回かつ詳細に情報を共有することは、労働者が混乱することを防ぎ、再発予防にも繋がる¹⁰⁾。一方、精神科専門医には様々な専門性（児童精神科、依存症、認知症等）があり、全ての精神科医が産業保健に興味を持っているわけではなく、職域に関する十分な知識（様々な指針や手引きの知識、疾病性と事例性の違いの理解等）を有していることは期待できない。精神科主治医からすれば、職域との連携には時間がかかる一方、診療報酬上の支援がなく、必要性は理解していても十分な時間を取りづらい現実がある。産業医は、産業保健に関して一定知識を持つ精神科主治医を見つけて連携することが望まれるが、そうでなければ、精神科主治医に対し職場の重視する指針や手引き、価値観などのポイントを簡潔に説明し、共通理解を深める努力を絶えず行う必要がある。

小沼らの時代も精神疾患への対応は主に精神科主治医がおこなっており、今もそれに変化はない。しかし、カウンセリング等で心理職の、復職トレーニングでリワーク機関の利用等、労働者の適応を向上するために様々な人材や機関が利用できるようになっている。公認心理師法の成立による心理職の国家資格化もあり、今後も精神障害を持つ労働者の支

援環境は改善していくと考えられる。別の視点から見れば、これまでは産業医は主治医との連携を重視すればよかったものが、主治医以外に、上司や家族、心理職、リワーク担当者、社会保険労務士等、連携すべき対象が増している。2点を結ぶ線は1本であるが、3点を結ぶ線は3本、4点を結ぶ線は6本ある等、関係者が増えるほどその連携は複雑さを増す。休職中等、医療環境下にある場合は主治医が中心となって多くの関係者の認識をまとめることが求められるが、就労中は就労環境をよく知る産業医が中心になることがより適切である等、治療や対応の過程で関係者の調整を行うキーパーソンが変わることがある。キーパーソンとなることが多い主治医と産業医は同じ医師ではあるが、その判断基盤は疾病性と事例性で異なり、同じ状態の労働者をして異なる判断をすることはよくあることである（復職可否等）。様々な立場の関係者がお互いの立場や判断基準の違いを十分に理解し、長期にわたり連携することが重要である。

4. 課題

様々な疾患に罹患した労働者に対する就労調査¹¹⁾で、メンタルヘルス不調の場合はその他の身体疾患の場合に比べ、病気からの復職率は低く、退職率が高いこと、復帰した場合も元の職場へ復帰する割合が低いこと、復職後も圧倒的に再発が多く、慎重な対応が必要なこと、継続就業割合は最も低く、退職割合は最も高いこと、等が示されている。これらの事実からも、メンタルヘルス対策が今後も極めて重要であることは明らかである。小沼らは「今日精神病院で行い得る治療は終えたとして社会へでてくる患者のうち、企業が健康管理の工夫によって相当部分を吸収し得たとしても、その中間に、未だ産業社会に伍すことの困難な者が多数にあるので、それをめぐって企業は、この問題に真剣になるほど苦慮しているのである。このような者は二つに分けられる。一つは社会復帰訓練をもっと充実して行えばもっと円滑に社会復帰が可能となり得る一群であり、他の一つは、従前の社会生活能力に戻ることは当分望めないが、限定された生産能力がある一群である。後者は企業が能力評価によってそれなりの処遇をもとに雇うか、特殊の雇制度のもとで、その人なりに生産者会の一員となり得るようにする必要がある。」としている。また、「精神障害者の再発率が高いために、長年月に亘って、無為に休職せしめている場合も生じ、労働組合も自縄自縛になることもあり、一方、過酷な処遇は、もちろん排すべきである。」としている。リワーク制度の発展のように、社会復帰訓練施設は充実しつつある。企業として労働者の心身の健康を維持し、悪化しても回復する環境を職場に作ることは、その企業の労働生産性向上に結びつく。しかしながら、精神疾患はその病状によってはもとの就労能力まで回復しないものもある（一部の統合失調症、認知症等）。過去にあった単純作業はIT化等ですでになく、機械化される職種は今後ますます増えていくことから、職域で必要とされる労働能力水準もさらに上がっていくと思われる。また、企業における副業の許容、スキルシェア等から、能力の高い労働者と低い労働者で就労環境の二極化が進んでいく可能性もある。障がい者雇用率に精神障がい者も算定されるようになるなど一定の施策

は行われているが、終身雇用制度が崩壊した社会構造の中で、限定された就労能力を持つ精神障がい者の人生をどのように支えていくのか、そこで産業医及び精神科専門医がどのような役割を果たすことができるのかについては今後の課題であろう。

文献

- 1) 厚生労働省. 平成 29 年度「過労死等の労災補償状況」を公表します. 別添資料 2 表 2-1 精神障害の労災補償状況. [Online]. 2018 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL: https://www.mhlw.go.jp/content/11402000/H29_no2.pdf
- 2) 厚生労働省. 第 19 回社会保障審議会医療部会資料 社会保障審議会医療部会(7/6)資料. [Online]. 2011 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL: <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001hx9n-att/2r9852000001hxcp.pdf>
- 3) 酒井國男, 井上幸紀, 前久保邦昭, ほか. 休職からの職場復帰体制の現実と課題—企業へのアンケート調査から—. 大阪: 独立行政法人労働者健康福祉機構大阪産業保健推進センター, 2006.
- 4) 伯井俊明, 井上幸紀, 鍵本伸明, ほか. 精神障害による休職からの職場復帰の現実と課題～10年前との比較検討を含めて～. 大阪: 独立行政法人労働者健康福祉機構大阪産業保健総合支援センター, 2016.
- 5) 厚生労働省. 平成 29 年度「過労死等の労災補償状況」を公表します. [Online]. 2018 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_00039.html
- 6) 厚生労働省. 「働き方改革」の実現に向けて. [Online]. 2018 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000148322.html>
- 7) 井上幸紀. 職域の気分障害. 診断と治療の ABC141. 最新医学 2018:223-229.
- 8) 中川哲也. 心身医学の動向—諸外国と日本の現状. 久保千春編. 心身医学標準テキスト. 東京: 医学書院, 1997:8-9.
- 9) 粟生修司, 青木孝充, 青野哲彦, ほか. 器官選択. 日本心身医学会用語委員会編集. 心身医学用語辞典. 東京: 医学書院, 1999:4344.
- 10) 井上幸紀. 精神科医療と職域の連携はなぜ必要か. 産業精神保健 2017;25:322-324.
- 11) 独立行政法人労働政策研究・研修機構. Press Release 平成 25 年 6 月 24 日(月) 「メンタルヘルス、私傷病などの治療と職業生活両立支援に関する調査」結果. [Online]. 2013 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL: <http://www.jil.go.jp/institute/research/2013/documents/0112.pdf>

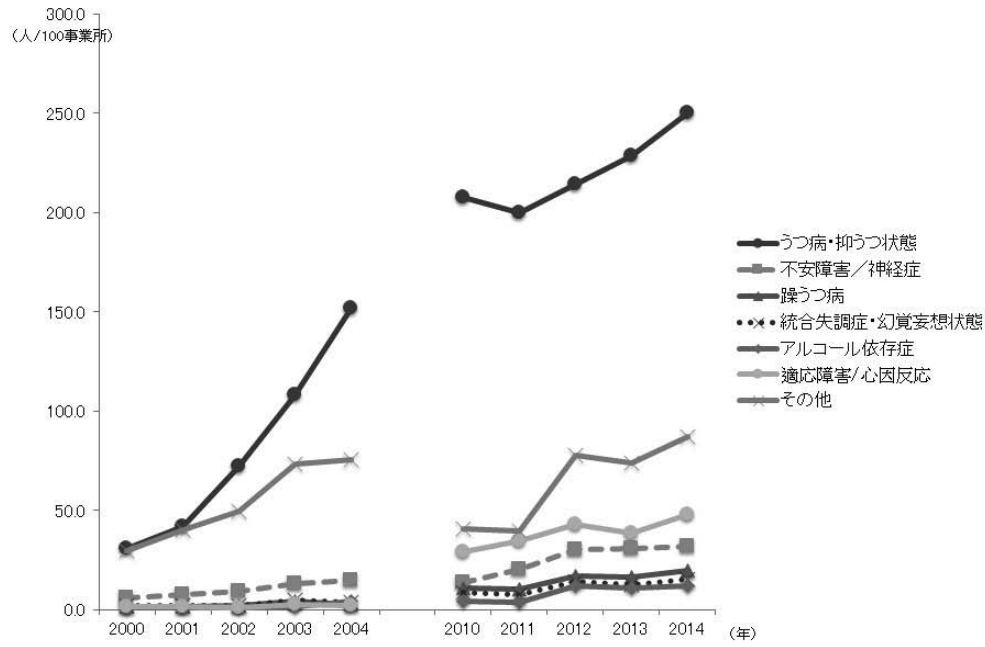


図. 大阪府下の事業所における精神疾患名での休業者数(文献3)4より)

第6章 産業心理職の役割

1. 職場における心理職の位置づけ

答申書では、当時の職場における産業精神保健上の問題が列挙され、そこでのカウンセリングのあり方、採用時の評価基準のたて方、精神障害者の発見、対応および復職支援の方策、適切な職場環境の醸成といった具体的な取り組み方が、その背景となる考え方とともに解説されている。しかし、答申書の中には、「心理職」の文言は皆無であり、当時の産業精神保健活動では心理職の存在そのものが明確でなかった事が推察される。

2015年9月に公認心理師法が公布された。公認心理師は、国民の心の健康保持増進に寄与するものと示されている。また、業務を行うにあたり、多職種との連携や、治療中の場合には主治医の指示を受けることも明記された。多職種との協働や情報の共有化により、公認心理師には、質の高いサービスを提供することが求められている。

なお、厚生労働大臣は、2018年8月に安全衛生規則の一部を改正する省令を公布し、必要な研修を修了した歯科医師と公認心理師を労働安全衛生法に基づくストレスチェックの実施者として追加した。

心理職の国家資格化の流れのなかで、産業心理職にはストレスチェックの実施者、高ストレス者の医師の面談の支援、データの集団分析や職場改善活動の推進役等、活躍の場の広がりが期待されている。

2. 産業心理職の今までとこれから

産業保健は主として労働安全衛生法の枠組みの中での活動であり、メンタルヘルス対策の推進も同法がベースである。心理職の雇用は、法律に基づいたものではない。しかし時代の変革の中で、労働者の心身への取り組みが重要視されるようになり、1988年のTHPにおいて、心理相談担当者が登場した。『心理』との名称がはじめて明記されたのである。しかしTHP活動は、あくまでも、労働者個人に対する健康づくり活動であり、心理相談担当者の役割は、ストレスに対する気づきの援助、リラクゼーションの指導、良好な職場の雰囲気づくりであった。つまり、労働者のストレスに限定したサポーターであり、産業精神保健活動に広くかかわるものではなかった。

しかし、その後の行政による様々な施策展開を背景として、産業現場で心理職は心の健康づくり支援スタッフとして、その存在・役割が評価されるようになってきている¹⁻²⁾。

1) 産業保健と心理職

産業保健活動の一環である職場のメンタルヘルス対策としては、健康診断に伴う事後面談、健康相談、職場復帰支援等、労働者個人へのアプローチが多かったが、最近では、労働者の所属する職場・組織にも目を向けて、働きやすい職場環境づくりの支援など、組織に向けたアプローチでの臨床心理学的スキルの有効性や重要性が認識されている。そのため、組織診断や職場環境改善活動で心理職の需要が高まっていることは確かである。

産業心理職がメンタルヘルス不調を有する労働者個人への支援者の役割から、管理者、一般労働者、職場組織の支援者としての役割も求められ、心理学的スキルが評価されている。

さらに、人事労務面でも、従業員がより元気で生き活きと働けるような支援、特に自律（自立）や自己の強みへの気づきへの支援活動の推進に心理職が寄与している。ポジティブ・メンタルヘルス（ワーク・エンゲイジメント等）の考え方でアプローチである。

なお、ストレスマネジメントのキーワードとして、近年「レジリエンス」が注目されている。「レジリエンス」とは、「自分が一生懸命頑張って、あるいは理性的に、意欲的に働こうとしていても、なかなか思うとおりにいかないことが多い。それに対して、何が問題となっているかを確認し、頑張り過ぎないように、そして折れない心をつくっていく視点が必要である。心が折れないというのはストレスに対して強くあるというよりも、いかにストレスと上手につき合っていくかということであり、強い風に頑として立ち向かわずに、柳のように風をたおやかに流す、それでいて絶対に折れないというような意識をもっていくことが重要である。」と、アメリカのポジティブ心理学の中で言われる観点である。

これは挫折や困難な状況からでもしなやかに、したたかに「回復する力」を意味するものである。貧困や親の精神疾患などのリスク要因の高い子供たちを長年追跡調査した結果、社会的な不適応を起こす大人になる場合と、社会に適応した健全な大人になる場合に二極化した。うまく適応できたケースの背景には、次の4つの条件があった。それは①「適応能力のある大人とポジティブな関係を持つ」、②「学ぶ力、問題解決能力」、③「人との絆を持てる」、④「自他ともに認める能力や自信を持てる部分がある」である。

ストレスマネジメントについて、実践場面で展開される心理技術の研修が必要であるが、レジリエンスは後天的にも得られるスキルであり、今後は職場の研修会などで心理職等による展開が望まれる³⁻⁵⁾。

2) 多職種との連携の実際

労働者を取り巻く労働環境の変貌、社会情勢の変化など、労働者のストレス状況が大きく変わる中で、50年前の答申書には記載されていない産業現場の事象・課題に対する判断や対応が求められている。国家資格化によって、心理職の社会的認知が進むと同時に、心理職にも、より高いレベルでの活動が求められることは必定である。

産業保健活動で心理職は「何が出来るのか？」と専門職としての在り様が問われる時代に入ったといえよう。心理職には「産業保健チーム」の一員として、多職種との連携による活躍が今まで以上に期待されるであろう。

3. 職域における心理職の役割と具体的活動

1) 企業内での心理職の実態とこれから

労働政策研究・研修機構の調査では、メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場で、専門スタッフを配置して取り組んでいるところは58.1%である。そのうち76.5%が医師で

あり、カウンセラー等の心理職が配置されている事業所は 15.6%に過ぎない。

一方、産業医が身体的健康管理に加えて、メンタルヘルスを扱うことについて、「難しいと思ったことがある」と回答した事業場の割合は 39.9%であった。産業医のみではメンタルヘルス活動は難しいと認識しながらも、メンタルヘルス活動に心理職を関わらせていないのが多くの事業場の現状である⁶⁾。

従来、心理職が担っていたのは、社内の面接室にてメンタルヘルス不調者への面談をする診療所的な役割であった。しかし、昨今では、個別面接だけではなく、労働衛生活動の一環としてメンタルヘルス体制を強化し、企画運営をする産業保健スタッフの一人としての役割が求められるようになってきている。見立てや専門的知見から意見を述べ、産業医や保健師と協働して、メンタルヘルスに関する企画を提案し、関係部署および会社の経営層の理解を得て進めていくことの重要性が企業内で認識され出したからであろう⁷⁾。しかしながら、このような役割を担わせるために心理職を雇用する企業はまだ限られており、多くの心理職は相談室のカウンセラーとしての業務を続けている、すなわち医療モデルで従業員へかかわっているのが実態である。

2019年4月以降、資格登録を終了した公認心理師が産業領域で心理職として関わる事が予測されるが、これを機に、企業側も心理職自身も「企業における心理職は個別カウンセリングだけではなく、産業保健スタッフの一員として、健康管理体制やメンタルヘルス対策の企画運営も担う役割がある」ことの重要性を認識することが望まれる。

心理職としては、企業で雇用されるためには、心理職が如何に労働安全衛生活動に寄与できるかを具体的に示して行かなければならない。企業で活躍するには、心理職としての基本的な能力に加え、以下の能力が求められる。

- ・労働安全衛生に関する知識
- ・集団を捉える視点・統計学的視点
- ・他職種との協調性
- ・コンサルテーション能力
- ・プレゼンテーション能力
- ・コーディネーション能力

心理職は、産業心理職としての研鑽を積み、地道に実績を示すことが重要であるが、先ずは、ストレスチェック制度の実施者としても、企業にとって必要不可欠な存在になるよう努めることが急務であろう。

2) キャリア支援活動

今後、働き方改革が進む中で、日本人の働き方は劇的に変わっていくと思われる。そのため、企業内外でのキャリア支援サービスの必要性が強まる事が予測される。

労働者のキャリアの問題とメンタルヘルスの問題は非常に関連があり、「抑うつ」とキャリアサポートのニーズとの関連を調査した研究報告によると、「抑うつ傾向あり」の約 72%

が「職業やキャリアに問題を感じている」と回答し、約 64%が「キャリア支援やサポートが必要である」と回答している。さらに、「人間関係などの問題があって転職したいと思った時」や「職場でトラブルがあった時」に支援やサポートが必要であると感じる割合は、抑うつ傾向が強まるほど高まっていた。また、「現在、職業やキャリアについて問題を感じていること」について抑うつ傾向の「あり」と「なし」の差をとったところ、差の大きい順に「将来全般」、「自分の職業の向き不向き」、「身近な健康問題」、「職場の上司との人間関係」となった。逆に差がほとんどなかったものは、「職場外の人間関係」、「自分の家族」、「悩みやグチ」などであった。また「転職希望」では、「抑うつ傾向あり」の実に5割を超える人が「転職したい」と回答しており、「抑うつなし」の回答者では「転職希望」は2割の結果となっている⁷⁾。以上から、「抑うつ傾向あり」の者の多くが、キャリアや職場の問題についての不安を感じていると考えられる。キャリアと職場の問題に関する支援サポートは、「抑うつ」の心理的反応の軽減の一助となることが推察される。

こうした文脈で危惧されるのは、心理的支援者の「公認心理師」と「キャリアコンサルタント」の国家資格化である。両者の位置づけや役割が明確に分けられてしまったことによる影響である。企業内外での労働者の相談事例ではメンタルヘルス不調とキャリアの悩みは密接に関連しているにも関わらず、両方に対応できる専門性が担保された資格はないということである。現状で出来ることとしては、双方の資格者が勉強しつつ、連携体制を強化する方向での支援である。

3) 社外産業保健サービス機関（労働衛生機関・EAP等）での支援活動

従来、労働衛生機関では、心理職を中心としたメンタルヘルス支援部門が開設され、サービスの一角を担っているが、ストレスチェック制度の実施に伴い、EAP等のさらに多くの機関で心理職が活躍し始めている。ストレスチェック制度が職場に普及・浸透するにつれて、医師による面接指導の補助やセルフケアのための面談は増加すると考えられる。その他、集団分析の結果分析報告や、専門的知見を活用した職場環境改善への関与は言うまでもなく、データの有効活用、新たにストレスチェック制度を導入する際の企画運営支援なども担うことができる。

労働衛生機関内にメンタルヘルスの専門部門が開設されない場合でも、心理職は産業医や産業保健職との連携を通じ、メンタルヘルス対策に関与する機会が増えるものと思われる。実際、既に、職場復帰支援における本人との面接や関係者へのコンサルテーション、関係機関との連絡調整を産業医らと連携して行っている例がある。その他、困難事例といわれる状況への対応や、産業医による面談の補助的役割などもある。これらの活動は、心理職の雇用が困難な中小規模の事業場にも広く展開され、全国に普及することが期待される。

さらには、狭義のメンタルヘルス支援に留まらない活動も期待される。例えば、治療と就労の両立支援、過重労働対策、ハラスメント対策、女性労働者支援、障がい者雇用の促進など、関連する分野は多い。産業保健チームの一員として、心理療法やカウンセリング

等の知見を応用し、つなぎ役・調整役として他の産業保健スタッフの活動を支援する場合もあれば、より直接的に関与する場合も生じ得る。あるいは、面接指導・保健指導などにおいて活用できる行動科学やコミュニケーション等の理論・技法を他職種に紹介し支援することで、間接的に貢献することも重要な役割と言える。

これらを実現させるためにも、労働衛生機関等の心理職には、心理学に留まらない広い関連分野の知見のほか、他職種が担っている役割や責任について学び、産業保健全般に関する法規や制度にも精通することが求められる。さらに、日頃から他職種と交流し、職場内外のネットワークを積極的に構築していく姿勢も重要となるであろう⁸⁾。

4) 産業心理職の専門性

国家資格としての公認心理師が制定されたが、産業領域の心理職としての専門性の担保は正直なところ十分とは言い難い。実務研修時間、試験内容に関しては、今後の検討を要する。職域で実務を担う公認心理師、臨床心理士等への研修制度、SV制度等の継続教育のカリキュラム整備や実施機関や認定機関の設立を検討することも課題である。

産業心理職には、個人と組織双方への働きかけについての専門性や守秘義務を遂行したアセスメント実施、リファー先の確保、ケースマネジメントサービスを的確かつ適切に提供するのに必要な支援スキルと組織介入についての基本的知識等の習得も求められる。組織を見立てて、その組織が必要とする産業心理のプログラムを企画、提案できることも必要である。プレゼンテーション能力、社内外の交渉能力なども欠かせない。また、問題行動を呈する労働者の上司へのコーチング、コンサルテーション能力も望まれるところである。健康管理室や心理相談室の中に閉じこもっては、産業心理職としての役割を实践することにはならない。

企業は利益を出さないと存続できない。労働者は生産性を企業に提供するかわりに、企業から報酬を得ている。産業心理職の従業員への支援も、労働者の生産性を高めることに貢献することが求められる。そのためには、産業心理職が人事や管理職に建設的直面化を行って、彼らが従業員に問題行動を指摘できるように、行動科学の観点からコンサルテーションを行っていく能力も不可欠であろう。

4. 産業心理職の将来

今後、産業心理職は、上述した事項の他に、以下の課題にも取り組んでいく必要がある。

まずは、ハラスメント行為者への支援のあり方である。ハラスメント行為者の行動分析や心理力動を解明すること、そして行為者の行動変容プログラム開発である。従来の処罰だけでは改善されない行為者の行動変容プログラムの開発である。

さらには、VUCA (Volatility (変動性)、Uncertainty (不確実性)、Complexity (複雑性)、Ambiguity (曖昧性)) 時代に求められる組織・人材育成である。(VUCA は、2014年の米国人材開発機構 (ASTD) 国際大会で注目を集めた、「予測不能な状態」を意味する

用語である。) 現在、経済、企業組織、個人のキャリア等々、あらゆるものを取り巻く環境が複雑さを増し、将来の予測が困難な状況にある。不確実性の高いビジネス環境で労働者は先が見えない状況に不安を抱き、バーチャル化した職場環境に疎外感を感じ、それがハラスメントやメンタルヘルス問題を引き起こしているのではないかと推測される。情報化、グローバル化の中で人間としてのアイデンティティの確立が必要とされることは明らかである。これらは、産業保健活動の課題でもあるが、まずは、心理専門職として労働者を取り巻く環境と組織の問題に積極的に介入していくことが期待されるであろう。

個人の特性を理解し、組織介入ができる専門家はほとんど存在していないのが現状であるが、産業心理職は至近距離にいると思われる。経営的視点を持って組織に介入できる心理専門職の育成への取組みを実現することが望まれる。

産業心理職には、「時代に即し、現代社会のニーズに適切に応える」との意識改革が必要であろう。

執筆協力者：廣川進、松井知子、藤里智子、松浦真澄、市川佳居（敬称略）

文献

- 1) 森崎美奈子. 臨床心理士の役割と産業医とのかかわり. 日本産業衛生学会関東産業医部会編. 産業医ガイドー基本管理業務からメンタルヘルスまでー. 東京:日本医事新報社, 2016:492-501.
- 2) 森崎美奈子. 産業保健活動で求められる精神科医との連携. 日本社会精神医学会雑誌 2019;28:54-58.
- 3) Khambati N, Mahedy L, Heron J, Emond A. Educational and emotional health outcomes in adolescence following maltreatment in early childhood: A population-based study of protective factors. *Child Abuse Negl* 2018;81:343-353.
- 4) Bonanno GA, Papa A, Lalande K, Westphal M, Coifman K. The importance of being flexible: the ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychol Sci* 2004;15:482-487.
- 5) 松井知子, 市川佳居. 職場ではぐくむレジリエンス 心と身体つながり. 東京:金剛出版, 2018.
- 6) 独立行政法人労働政策研修・研修機構. JILPT 調査シリーズ No.100 職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査. 東京:独立行政法人労働政策研究・研修機構, 2012.
- 7) 下村英雄. 成人キャリア発達とキャリアガイダンス. 東京:労働政策研究・研修機構, 2013:297-306.
- 8) 松浦真澄. 外部機関としての関わり——役割と責任を意識したコンサルテーション. 新田 泰生, 足立智昭編. 心理職の組織への関わり方ー産業心理臨床モデルの構築に向けてー. 東京:誠信書房, 2015:46-54.

第7章 EAP (Employee Assistance Program)

1. 職場におけるカウンセリングと EAP

企業が取り組むメンタルヘルス対策としての“カウンセリング”に関しては、「答申書」ではⅡ部において「産業カウンセリング」として実施すべき活動内容が紹介されている。当時からもカウンセリングの有用性は認識されていたが、それを実施する際に、社内に専門のカウンセラー（心理職）を雇用して相談活動を展開することは、よほど企業規模が大きくないと費用対効果が見込めない。そのため、多くの企業では社内の産業保健スタッフ、労務担当者、管理監督者などが傾聴法や環境調整の方法などを学んで相談対応にあたってきた。従って、専門的なカウンセリングというよりは“カウンセリングマインドを持ってあたる相談”といった類のものであったといえよう。しかし、アウトソーシングの流れや、2000年の電通事件の最高裁判決以降、従業員のメンタルヘルス問題は経営上のリスクとなりうることで事業者にも認識され、リスクマネジメントの観点からも、カウンセリング・心理相談を外部のメンタルヘルスサービス提供機関に委託する企業が増加した。

外部のメンタルヘルスサービス提供機関の中でも、疾病性のみを取り上げてカウンセリングを行うのではなく、事例性にも注目し従業員の生産性向上を目指すとともに、彼らの生産性を支える職場環境の調整・改善を行う EAP が注目されるようになった。2000年の「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」では事業場外資源の一つとして位置づけられるに至っている¹⁾。

EAP (Employee Assistance Program) は米国生まれの包括的なメンタルヘルスサービスであるが、我が国に紹介されたのは1980年代後半であり、すでに40年ほどの歴史があり、広く普及しており、大企業のみならず中規模企業においても外部から働く人々のメンタルヘルスを支えている。今日では外部のメンタルヘルスサービス専門提供機関としては企業の第一選択肢となっている。

2. EAP の定義

EAP は Employee Assistance Program の略で「従業員支援プログラム」と和訳されている。福利厚生的なプログラムのような響きがあるが、本来的には Employer Assistance Program ともいふべきもので、経営者が人的資源管理の面での損失を防ぐプログラムという意味合いが大きい。国際 EAP 協会 (Employee Assistance Professionals Association : EAPA) の定義では、職場が生産性に関連する諸問題に取り組む場合、また、個人が業務パフォーマンスに影響を与える個人的問題に気づき解決をする場合に援助をするためのプログラムとされている (表1)。

様々な問題が業務パフォーマンスに影響するため、米国では非常に幅広い問題に対応する broad brush タイプのサービスが行われている。守備範囲が広く“wellness”を扱うと認識されているが、国内ではメンタルヘルス対策と捉えられている。

EAPについてまとめると、EAPは個人と組織の両方にサービスを提供し、取り扱うのは幅広く業務パフォーマンス・生産性に影響する可能性のある問題であるが、とりわけ最も影響の大きいメンタルヘルス問題を中心に扱う。

また、EAPサービスを提供する専門家は心理職が主体である。彼らは臨床心理の専門家であることを担保する臨床心理士の資格を持って業務にあたる者が大半であったが、2015年の公認心理師法成立以降は国家資格たる公認心理師をベースに持つ者が多くなると思われる。サービス提供者が国家資格を有しているということは、EAPサービスを購入する企業にとっても品質保証の手がかりとなる。心理職以外では福祉職であるケースワーカー（PSW）の専門性で活躍する者もいる。なお、米国ではEAP専門家の資格としてCEAP（Certified Employee Assistance Professional）がある。CEAPは国際EAP協会のEAP認定委員会（Employee Assistance Certification Commission）が公布するEAP専門家のための資格である。米国では州毎の心理職・ケースワーカーのライセンスに加えて産業領域でEAP専門家として活動するためにCEAPを保有することが多い。多岐にわたるEAPの業務を遂行するにはカウンセリングだけでなく組織介入についての知識も必要であり、それらの専門領域の知識を有していることを担保するのがCEAPである。米国以外の国ではCEAP-I（Certified Employee Assistance Professional-International, 国際認定EAPコンサルタント）の資格がある。このCEAP-Iの資格試験は日本でも受けることができ、これまでに約50名が資格取得している。CEAP-Iの資格取得者の中には人事労務担当者等必ずしも心理専門職ではない者もいる²⁾。

今後、国内のEAP機関の専門スタッフとしては、その専門性を担保するために国家資格たる公認心理師（基礎資格）、及び臨床心理士（臨床心理専門資格）を取得していることが求められ、さらに必須とは言えないがCEAP-I（産業心理専門資格）を取得していればなおその専門性の高さが担保されるであろう。

3. EAPの機能と役割

EAPが提供すべき8つの機能と役割を表2に示す。EAPサービスを十全に提供するにはこれらが全て包括される必要があり、全て提供できて初めてEAPといえる。カウンセリングだけや調査だけ提供するのではEAPとはいえない³⁾。

特にアセスメントはEAPサービスの肝であり、bio-psycho-socialな多面的アセスメントの精度がサービスの質を決定する。アセスメントの結果、問題が同定されれば、その問題の解決に最適な専門機関にリファーし、なんでもEAPが抱え込むということはしない。アセスメント&リファーがEAPサービスの基本スキームとなる⁴⁾。

4. EAPの特徴

サービス提供の出発点はパフォーマンス・生産性低下であり、目的はパフォーマンス・生産性向上という『パフォーマンスモデル』であることが最も大きな特徴である。

さらに個人・組織両方へのアプローチがなされることや0次予防（ポジティブ・メンタルヘルス）から3次予防までを幅広くカバーしていることなど包括的なサービスが提供されるのも特徴である。

また、パフォーマンス・生産性に対して影響する諸問題の解決を目的としているので、全ての従業員が支援対象となる。したがってサービス料の支払い方法は従業員数×単価となり、従業員全員への投資の形になることも大きな特徴である。

5. 国内 EAP の歴史と現状

以上のような特徴を持つ EAP は、前述したように国内では 1980 年代後半から活動が開始され 40 年近くの歴史がある。1998 年には EAP 専門家団体である日本 EAP 協会が設立され、2000 年に国際 EAP 協会の支部として認められた。さらに、2000 年の「事業場における労働者の心の健康づくりの保持増進のための指針」において EAP が事業場外資源と位置付けられた後には、相次いで EAP 機関が設立された。その後、2008 年には国際 EAP 協会の東京支部として EAP コンサルタント普及協会が設立された。同協会では EAP 専門家養成と CEAP-I の取得支援を主目的とした活動が行われている。2011 年には EAP 機関の品質保証のために産業医科大学が COA（Council on Accreditation）方式メンタルヘルスサービス機関機能認証制度をスタートさせたが⁵⁾、現状では本制度の活用は低調で認証を受けた EAP 機関はごく少数にとどまっている。EAP 機関の中には誇大な広告をするところもあり、品質保証は企業が安心して EAP サービスを購入するために大きな課題となっている。

現在、国内では約 100 の EAP 機関があるとされているが、2000 年前半以降は微増で推移している。規模の大きな機関やわが国で EAP 機関が設立された当初からサービスを提供している機関などは手堅く実績を積み上げている。

ストレスチェック制度施行後は、この領域のサービス提供機関で数少ない一次予防の担い手として注目されている⁶⁾。EAP 機関ではストレスチェック制度施行以前からストレス調査を実施しているところが多く、特に集団分析に強みを持っていることから、企業経営と従業員の健康や生産性との相互作用等、従来の事例対応を中心としたメンタルヘルスサービスにはないものを提供している。さらに、近年企業が重点的に取り組もうとしている健康経営、働き方改革、ワーク・ライフ・バランス等は、EAP が目的とする従業員及び職場の生産性に関わる問題解決支援として効果的に取り組めるものであり、時代が EAP に追い付いてきたという感がある⁷⁾。今後ますます EAP の活用と発展が期待される。

執筆協力者：市川佳居（敬称略）

文献

1) 厚生労働省. 事業場における労働者の心の健康の保持増進のための指針. 基発第 522 号通達, 2006

- 2) 亀田高志. わが国における EAP の現状と課題～海外の EAP の動向に基づく対応策の検討～. 産業医学レビュー 2011;24(3):169-213.
- 3) 島悟. 第 14 回日本産業精神保健学会:教育講演 I EAP 活用のポイント～EAP 再考～. 産業精神保健 2007;15(4):211-215.
- 4) 中央労働災害防止協会. 平成 15 年度事業場外資源の活用の在り方に関する検討委員会報告書. 東京:中央労働災害防止協会, 2004
- 5) 丸山崇. 日本における EAP 機関の認証制度について (日本版 COA) . 森晃爾, Masi DA, 市川佳居, 丸山崇. 企業のメンタルヘルスを強化するために 従業員支援プログラム (EAP) の活用と実践. 東京:労働調査会, 2011:114-124.
- 6) 厚生労働省. ストレスチェック制度の施行を踏まえた当面のメンタルヘルス対策の推進について. 基発第 72 号通達,2016.
- 7) 長見まき子. EAP のこれまでとこれから. 産業精神保健 2017;25(4):330-335.

表 1. 国際 EAP 協会の EAP の定義 (日本 EAP 協会ホームページより)

EAP は以下の 2 点を援助するために作られた職場を基盤としたプログラム

1. 職場全体が生産性に関連する問題に取り組む
 2. 社員であるクライアントが健康, 結婚, 家計, アルコール, ドラッグ, 法律, 情緒, ストレス等の仕事上のパフォーマンスに影響を与える個人的な問題を見つけ, 解決する
-

表 2. EAP に求められる機能と役割 (文献 5) より)

-
- ①アセスメントと各種専門機関の紹介
(リファー)
 - ②短期カウンセリング (問題解決志向)
 - ③コンサルテーション
 - ④スーパービジョン
 - ⑤復職支援: 本人と職場をサポート
 - ⑥教育研修
 - ⑦調査 (企画, 実施, 分析, フィードバック)
 - ⑧危機介入
-

第8章 ストレス理論とストレス研究

1. ストレス理論の洗練化とストレス研究の発展

職業性ストレスモデル導入以前は、研究の対象となる職業毎に、研究者が既存の尺度を改変して作成した尺度を用いて研究が行われていた。多くの尺度は、信頼性や妥当性が検証されることなく使用されていた。さらに、有害な環境要因（ストレス要因）と、それによって引き起こされる生体の反応（ストレス反応）の概念が混在していたことが、職業性ストレス研究の進展を阻害していた。このような時期を経て、ストレス要因とストレス反応を峻別したストレスの把握方法が洗練され、さらに、理論の裏付けを持つ職業上の重要なストレス要因、もしくは、複数のストレス要因の組み合わせによる職業性ストレスモデルが導入されるに至り、職業性ストレスの健康障害とそのメカニズムの解明及び産業精神保健（予防）を大きく進めることになった。特定の職業のストレスという限られた文脈で研究されていたものが、多くの職業の調査研究に汎用化されるようになった点、さらに、理論に基づくアプローチ（介入）を可能にした点で、職業性ストレスモデルが職業性ストレス研究に果たした貢献は大きい。

NIOSH の理論モデルは、ストレス要因、ストレス反応、修飾要因を分別し、各要因に含まれる、多くの概念と尺度を整理した¹⁾。1980年代に、Karasekらにより、米国 Quality of Employment Survey の調査票の項目から抽出された心理学的要素（要求度）と社会学的要素（裁量度）の組み合わせが心血管疾患を予測することが示された。この知見は、仕事の量的及び心理的負担が高いにもかかわらず、職務に対する裁量権や技術の活用度が十分でないストレイン状態に曝される労働者の健康リスクが高いとする仕事の要求度—コントロールモデルとして確立し、のちに仕事上の支援の要素が追加された²⁻³⁾。（図）仕事の要求度—コントロールモデルの提唱から約20年を経て、Siegristらにより、努力—報酬不均衡モデルが提案された。このモデルは、ストレス理論と行動経済学の組み合わせから、職業生活における「努力しているにもかかわらず報われない」という状態が持続的なストレス状況のきっかけとなるとし、努力と報酬の2つの軸を基本に構成されるモデルによって慢性的な職業性ストレスを把握しようとしている⁴⁾。（図）さらに、近年、企業が人事考課や資源配分を行う際にその公正性を担保することが重要な課題となるにおよび、組織の公正性が、労働者の健康に影響を及ぼす要因として注目されてきた⁵⁾。最近では、ポジティブ心理学の流れを受け、職業上の資源（リソース）となる要素が、労働者の健康にこのましい帰結をもたらすとする仕事の要求度—資源モデルが提案されている⁶⁾。

観察研究の蓄積により、仕事の要求度—コントロールモデルや努力—報酬不均衡モデルで把握されるストレス要因が、抑うつを含む将来のメンタルヘルス不調のリスクとなることについては、頑健なエビデンスが確立されつつある⁷⁻⁸⁾。組織的公正についても、メンタルヘルス不調を含む多くの健康指標との関連が示されている⁹⁾。これら職業性ストレスモデルを用いた介入研究に関する知見も蓄積している¹⁰⁻¹³⁾。

職業性ストレスモデルは、わが国の産業精神保健制度にも実装されている。NIOSHの職業性ストレスモデルは、現在わが国に導入されているストレスチェック制度で推奨される職業性ストレス簡易調査票の基本構造となっている。仕事の要求度—コントロール—サポートモデルは、ストレスチェック制度の集団分析で、その活用が勧められている職場のストレス判定図としてツール化されている。

2. 今後のストレス研究の課題—未解明な課題の解決と産業精神保健の未来に向けて

1) 研究面の課題

(1) 不足しているエビデンスの創出

職業性ストレスモデルの各要素が、職場のメンタルヘルス不調のリスク要因として確立されてきているとはいえ、仕事の要求度—コントロールモデル、努力—報酬不均衡モデル以外の前向き研究は少ない。職場のストレス要因の把握と、その調査結果に基づく対策、すなわち、介入に関するエビデンスも、仕事の要求度—コントロール—サポートモデル、努力—報酬不均衡モデル以外は研究が少ない。職業性ストレス対策を目的とする介入の多くは、メンタルヘルス不調に重要な影響のあるストレス要因に働きかけることを枠組みとしている。今後、産業精神保健の分野で一次予防を推進していくためには、他のストレス要因に関する研究を進め、介入のレパートリーを広げていくことが求められる。たとえば、感情的な仕事の負担、役割ストレス、職の不安定、ワーク・ライフ・バランス、くわえて、ポジティブな要因については、そのメンタルヘルス不調に与えるインパクトの大きさと、どのような介入がこれらストレス要因の軽減（ポジティブ要因については醸成）に有効なのかを明らかにしていく必要がある。

職業性ストレスから疾患に至るメカニズム、特にバイオロジカルなメカニズムについてはさらなる研究が望まれる。自律神経（交感神経緊張状態）、下垂体-視床下部-副腎系の制御不全、炎症といったバイオマーカー¹⁴⁾とともに、特に産業精神保健分野では、脳画像・脳機能も取り入れた研究を進める必要がある。

今後は、属性別の研究も進めていく必要があるだろう。労働力人口の減少に伴い、女性や若年者が活躍しやすい環境整備や、高齢労働者の就業促進、外国人労働者の受け入れ等を進める必要がある。文化、制度などの社会経済的要因を含み、職業に対する態度や就業環境から受ける影響は、男女間にも、世代間でも大きな差がある。労働者の置かれた文脈において検証されるべき視点である。たとえば、シングルマザーは、特に若い時期からそのような環境にあると、ジョブ・ストレインの健康影響が強いことが示されている¹⁵⁾。女性や高齢者の、健康な社会進出を推進していくためにも、ストレス研究のエビデンスが必要である。

(2) 研究方法論—研究精度の向上

ストレスの曝露の期間、もしくは、その累積や変化を把握するなど、職業性ストレスの曝露の程度を正確に把握する試みが求められる。多くのコホート研究では、暴露情報は、ベースライン時の1回しか測定していないことが多い。単回の仕事のストレスの測定は因果の推測を過小評価してしまう可能性があり¹⁶⁾、ストレス要因の変化を把握することの指標としての優位性を示す報告もある¹⁷⁾。最近、ITを利用したリアルタイムのストレスアセスメント方法(Ecological momentary assessment)が進化している。自己報告のみならず、心理生理的、生物学的サンプルの収集も可能で、反復的、集約的、縦断的な測定はアセスメントの信頼性を向上させる。さらに経時的なプロセスの解析や、自己報告の測定ではリコールバイアスの軽減に寄与するツールとして注目されている。

2) 産業精神保健分野における実務に関連する課題

ストレス調査に基づく職場環境改善に関する研究が集積している一方で、その知見を実務につなげるまでには至っておらず、このギャップを埋めていく必要がある。一般に社会医学系の介入は、複数の介入内容の組み合わせとなり、どの内容が有効となっているのかの評価がむずかしい。かつ、現場では、すべての内容を導入しにくいこともあり、介入内容を選んで実施することも多い。GRADE systemなどに従って、推奨の強さを系統的にグレーディングしたガイドラインが作成されていくことが望まれる。それに関連して、介入内容の用語を標準化する取り組みが始まっている¹⁸⁾。

実際の介入研究では、どのような介入がプランされて、実際にどのように実施されたのか、といったプログラムの評価(もしくはプロセスの評価)を行うことが求められる。理論が正しく、それに基づいた介入が実行されることは、介入の成功の必要条件となる。薬効試験に例えると、介入が実行されたか否かは、その薬が服用されたか否かに相当する。いくら理論的に効果が期待される薬でも、その薬が服用されなければ、期待される効果は発現しない。介入の実行の有無を確認することで、理論の妥当性を評価することができる。また、どういう場合に介入が成功しなかったか等の理由を考察できると、実際に実務で介入を行う際の重要なヒントを提供する。どのような状況で介入ができなかったか等の評価は質的な情報に頼らざる得ない場合もあり、プログラムの評価については、量的なデータの解析とともに質的な情報の検討を行う mixed approach が有用である。

3. まとめ

ストレス理論とそれに基づく研究を基にして、産業精神保健を、今後さらに進めていくためには、適切な研究方法論を用いた、職業性ストレス理論に基づいた介入研究により、エビデンスを構築していくことが望まれる。その際、アウトカムの評価とともに、量的、質的データを用いて介入プロセスをていねいに評価することが、理論的な介入を実際の現場に応用していくうえで重要となる。介入内容の記述の標準化も研究の再現や実務への応

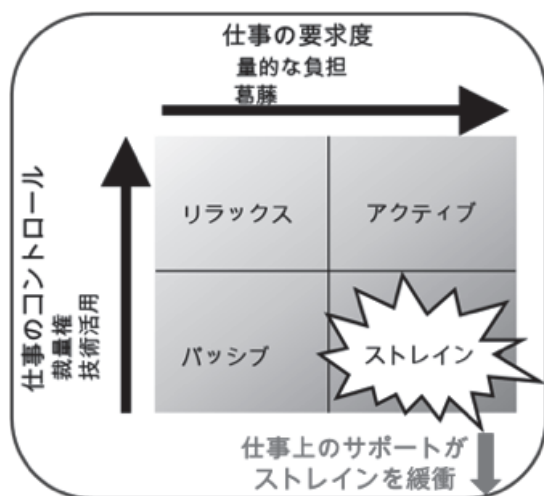
用にあたって必要な作業であろう。一方で、社会医学の分野では、理想的な介入研究は困難なことが多く、必ずしも理想的な介入による頑健なエビデンスが入手できなくても、入手可能なベスト・プラクティスに基づいた産業精神保健活動が進められ、記述されていくことも期待したい。

【文献】

- 1) Hurrell JJ, McLaney M. Exposure to job stress: a new psychometric instrument. *Scandinavian Journal of Work & Environmental Health*. 1988;14(Supple 1):27-8.
- 2) Karasek RAJ. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979;24:285-307.
- 3) Karasek R, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
- 4) Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1996;1(1):27-41.
- 5) Moorman RH. Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perceptions influence employee citizenship? *Journal of Applied Psychology*. 1991;76(6):845-55.
- 6) Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*. 2007;22(3):309-28.
- 7) Theorell T, Hammarstrom A, Aronsson G, Traskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*. 2015;15:738.
- 8) Rugulies R, Aust B, Madsen IE. Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scand J Work Environ Health*. 2017;43(4):294-306.
- 9) Robbins JM, Ford MT, Tetrick LE. Perceived unfairness and employee health: a meta-analytic integration. *J Appl Psychol*. 2012;97(2):235-72.
- 10) Greenberg J. Losing sleep over organizational injustice: attenuating insomniac reactions to underpayment inequity with supervisory training in interactional justice. *J Appl Psychol*. 2006;91(1):58-69.
- 11) Bourbonnais R, Brisson C, Vezina M. Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting. *Occup Environ Med*. 2011;68(7):479-86.
- 12) Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vézina M, Lower A. Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occup Environ Med*. 2006;63(5):335-42.

- 13) Tsutsumi A, Nagami M, Yoshikawa T, Kogi K, Kawakami N. Participatory intervention for workplace improvements on mental health and job performance among blue-collar workers: a cluster randomized controlled trial. *J Occup Environ Med.* 2009;51(5):554-63.
- 14) Brotman DJ, Golden SH, Wittstein IS. The cardiovascular toll of stress. *Lancet.* 2007;370(9592):1089-100.
- 15) Sabbath EL, Mejia-Guevara I, Noelke C, Berkman LF. The long-term mortality impact of combined job strain and family circumstances: A life course analysis of working American mothers. *Soc Sci Med.* 2015;146:111-9.
- 16) Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, Keltikangas-Järvinen L, Virtanen M, Hintsanen M, et al. What are the next steps for research on work stress and coronary heart disease? *SJWEH Supplements.* 2008;6:33-40.
- 17) Li J, Weigl M, Glaser J, Petru R, Siegrist J, Angerer P. Changes in psychosocial work environment and depressive symptoms: a prospective study in junior physicians. *Am J Ind Med.* 2013;56(12):1414-22.
- 18) Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, et al. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med.* 2013;46(1):81-95.

仕事の要求度—コントロール—サポートモデル
Karasek & Theorell, Healthy Work 1990



努力—報酬不均衡モデル
Siegrist, 1996

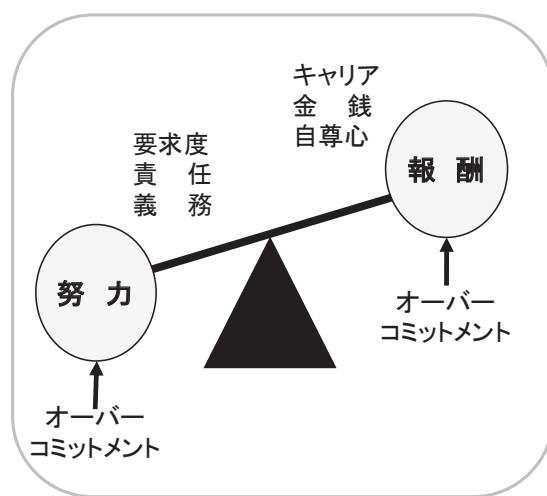


図. 代表的な職業性ストレスモデル

第9章 ポジティブメンタルヘルス

1. ポジティブメンタルヘルスに注目する背景

少子高齢化が進み、労働力人口が減少している現在、企業や社会では多様な労働力の活用とともに、労働力の質の向上が求められている。職場のメンタルヘルスにおいても、メンタルヘルスの不調者を対象とした医療・保健・福祉・福利厚生としての視点だけでなく、健康度の高い労働者による生産性の高い職場づくりを目的とした視点も、あわせて求められるようになってきた。こころの健康のポジティブな側面への注目が集まりつつあるのである。

これまでのメンタルヘルス対策は、メンタル「ヘルス」という用語にかかわらず、こころの「不調」をいかに防ぐかという点に重きが置かれていた。しかし、労働生活の質（Quality of Working Life: QWL）への貢献を総合的に考えた場合、こころの不調を防ぐだけでは十分ではない。労働者の強みを伸ばし、いきいきと働くことのできる状態、いわば「ワーク・エンゲイジメント」¹⁻²⁾の高い状態をも視野に入れた対策が、労働者の本当のこころの健康につながると考えられる。つまり、こころの不調と同じ程度に、こころの活力にも注目し、メンタルヘルス対策の活動範囲を広げることが求められると言えるだろう。そうでなければ、メンタルヘルス活動の対象は、一部の不調者を対象とした活動に留まってしまい、事業場や企業全体、さらには社会全体でメンタルヘルスに取り組もうという動きにはつながりにくい。

2. 近年の社会経済状況の変化

では、こころのポジティブな側面に注目した対策がなぜ重要になってきたのだろうか？この質問に答えるには、近年の社会経済状況の変化に目を向ける必要がある。

まず、完全失業率に注目する。バブル経済崩壊後、わが国の失業率は4～5%の間で推移していた。この失業率は、諸外国に比べるとかなり低く、直近（2018年3月）では2.5%にまで低下したが、この状態がいつまで続くかは長期的な推移を見ないと分からない³⁾。

次に、労働者の雇用不安である。厚生労働省が5年ごとに行う労働者健康状況調査によると、仕事でストレスを感じている人のうち、「雇用の不安定性」をストレスの原因に挙げる人の割合が、12.8%（2007年調査）から15.5%（2012年調査）に増加した⁴⁾。いつ解雇されるか分からない「予測不可能」な雇用状況は、働く人々に強いストレスを与える。また、厚生労働省が毎年行っている能力開発基本調査によると、能力開発の主体が企業ではなく従業員個人の責任であると回答する企業が、この10年あまりの間に20.1%（2001年調査）から22.3%（2017年調査）へと少しずつ増加している⁵⁾。これまでの右肩上がりの経済状況では、労働力の確保が企業にとって重要な課題であった。そのため、企業は従業員に定年まで働くことを求める代わりに、従業員の能力開発を企業の責任で行っていた。ところが、経済状況が厳しくなった現在では、少ない人員で多くの収益を求めるようにな

った。これに伴い、「質の高い」労働力がいっそう重要となったが、労働力の質を高めるために投資できる企業は少なくなってきた。そうしたツケが、労働者に回ってきたと言えるかもしれない。

その他、産業構造の変化（製造業からサービス業へ）、働き方の多様化（裁量労働制、フレックス勤務、在宅勤務など）、情報技術の進歩などの変化も挙げられる。製造業が主体で情報技術が今ほど発達していなかった時代では、仕事と仕事以外の時間、つまり「オンとオフ」の時間をうまく区別することができた。ところが、サービス業が台頭し24時間365日切れ目なくサービスを提供する時代に移行した現在では、そこで働く人びととサービスの受け手を限りなく「オン」の状態に移行させ、「オフ」の時間を減らしている。また、情報技術の進歩によって、いつでもどこでも「仕事ができる」ようになったが、裏を返せば、いつでもどこでも「仕事をしなければいけなく」なった。そのため、メンタルヘルス対策においても、「いかに働くか」に注目した対策のほかに、「いかに休むか」に注目した対策も重要になってきた。わが国でも導入が検討されている「勤務間インターバル」もその一つである。

最後に、家庭環境にも注目したい。1996年以降、わが国の共働き世帯は片働き世帯を上回り、その数は今も増加している⁶⁾。以前は、家庭の中で「仕事か家庭」のどちらかを担当するかを夫婦間で役割分担していれば家庭生活はうまくマネジメントできたのに対して、今では夫婦のそれぞれが「仕事も家庭も」担当しないと家庭のマネジメントは難しくなったと言える。また、高齢化が進行している現在、家族の介護や看護により前職を離職した雇用者のうち男性が占める割合は上昇傾向にある。さらに、介護等を担っている労働者の役職については、23.8%が「課長クラス」以上となっているほか、介護等の必要の有無に関わらず仕事と介護等との両立に関する不安感を抱いている労働者の割合は7割を超えている⁷⁾。

3. 視野を拡大したメンタルヘルス対策への必要性

このように、働く人びとを取り巻く社会経済状況の変化は、労働者の弱みを支え、職場内要因の改善に注目してきた従来のメンタルヘルス対策の視野を拡大する必要性を意味している。つまり、これまで以上に第一次予防対策を推進するとともに、労働者一人ひとりの強み、成長、ポジティブな側面（ワーク・エンゲイジメント等）を促す対策や、職場外要因（リカバリー、睡眠、ワーク・ライフ・バランス等）に注目した対策も併せて行う必要が出てきた。また、経営者にとっても、従業員一人ひとりのこころの健康を重要な経営資源ととらえ、こころの健康対策をコストではなく、投資の対象として考えることが重要になってきた。さらに、一人ひとりの従業員においても、自分自身の生活を守るために、主体的・自立的に働くこと、自らの働き方、さらには休み方に留意しながら自分の健康を自分で守ることがより重要になってきた。

このような変化をふまえると、これからのメンタルヘルス対策では、次の3点を重点的

に進めることが重要と言える。

- (1) 労働者の健康を経営資源ととらえ、メンタルヘルス対策を経営と協調しながら推進する。
- (2) 労働者の強み、成長、ポジティブな側面を促す対策を推進する。
- (3) 職場内要因（物理的及び心理社会的環境）だけでなく、リカバリー（仕事のストレスからの回復）、睡眠、ワーク・ライフ・バランスなど職場外要因にも注目した対策を推進する。

4. ポジティブな側面に注目した国内外の動向

このように視野を拡大して働く人びとの健康をとらえる考え方は、近年、国内外で活発に展開されている。たとえば、米国心理学会が提唱した心理的健康職場モデル（Psychologically healthy workplace model）⁸⁾では、従業員の安寧と組織の機能とは対立するものではなく、相互補完的に良好に影響し合うことを想定している。また、国際連合（国連）による持続可能な開発目標⁹⁾では、「すべての人に健康と福祉を」「働きがいも経済成長も」に見られるように、健康、働きがい、経済成長は世界共通の開発目標に位置づけられている。さらに、世界保健機関（WHO）は、「労働者の健康なくしてビジネスの繁栄はない（No business wealth without workers' health）」として、近年、世界健康職場モデル（Global Healthy Workplace model）¹⁰⁾を提唱した。このモデルでは、健康的な職場の構成要素として、物理的な職場環境や心理社会的職場環境とともに、個人の健康資源、地域との共生も位置づけている。WHOは、2017年の世界メンタルヘルスデー¹¹⁾のテーマとして「職場のメンタルヘルス」を取り上げ、経営者や管理職は、労働者の障がいの有無に関わらず、健康の増進と生産性の向上に関わる必要があると述べている。

一方、わが国では、日本再興戦略において健康経営¹²⁾の推進が重点化されるなど、経営戦略の一部として労働者の健康支援に取り組む動きが加速している。その他、働き方改革¹³⁾に見られるような新しい働き方を模索する動きも始まっている。

これらの変化は、職場のメンタルヘルス活動において、精神的不調への対応やその予防にとどまらず、組織や個人の活性化を視野に入れた対策を行うことが、広い意味での労働者の「こころの健康」を支援するうえで重要になってきたことを意味している。

5. 職場におけるポジティブメンタルヘルスの考え方と進め方

心理学や産業保健心理学では2000年前後から、人間の有する強みやパフォーマンスなどポジティブな要因にも注目する動きが出始めた。このような動きの中で新しく提唱された概念の1つが、ワーク・エンゲイジメント¹⁴⁾である。

ワーク・エンゲイジメントとは「仕事に誇りややりがいを感じている」（熱意）、「仕事に熱心に取り組んでいる」（没頭）、「仕事から活力を得ていきいきとしている」（活力）の3

つがそろった状態であり、バーンアウト（燃え尽き）の対概念として位置づけられている。バーンアウトした従業員は、疲弊し仕事への熱意が低下しているのに対して、ワーク・エンゲイジメントの高い従業員は、心身の健康が良好で、生産性も高いことが分かっている^{14・16}。

ワーク・エンゲイジメントを高めるには、2つの資源、すなわち「仕事の資源」と「個人の資源」を充実させることで可能になる。仕事の資源とは、仕事のコントロールや上司・同僚からの支援のように、労働者の動機づけや仕事のパフォーマンスを促進し、ストレス反応の低減につながる組織内の有形・無形の要因のことを言う。個人の資源は、内的資源あるいは心理的資源とも言われ、自己効力感（ある行動をうまく実行できるという自信）、自尊心、楽観性、レジリエンス（粘り強さ）などが該当する。

ワーク・エンゲイジメントを高めるための方策には、組織全体に向けた方策と従業員個人に向けた方策がある。図は、「仕事の要求度－資源モデル」¹⁷といわれる概念モデルを図示したものである。図の下半分に描かれている仕事の資源/個人の資源→ワーク・エンゲイジメント→健康・組織アウトカムの流れは「動機づけプロセス」と言われ、図の上半分に描かれている仕事の要求度（仕事のストレス要因）→ストレス反応（バーンアウト）→健康・組織アウトカムの流れは「健康障害プロセス」と言われている。従来のメンタルヘルス対策では、上半分の「健康障害プロセス」に注目し、仕事の要求度によって生じたストレス反応（バーンアウト）を低減させ、健康障害を防ぐことに専念していた。しかし、職場のポジティブメンタルヘルスでは、2つのプロセスの出発点である「仕事の要求度」（弱み）の低減と「仕事の資源/個人の資源」（強み）の向上に注目する。「仕事の資源/個人の資源」はワーク・エンゲイジメントの向上とストレス反応の低減の両方につながることから、ポジティブなメンタルヘルス対策を推進するうえで特に重要な要因となる。（図）

6. 今後の展望

本章では、職場のポジティブメンタルヘルスについて、その背景要因としての社会経済状況の変化、国内外の動向、考え方と進め方について言及した。これからの職場のメンタルヘルス活動では、産業保健と経営とが協調しながら労働者の活力を高め、一人ひとりの健康度・生産性と組織全体の生産性の向上につなげる多面的な視点が重要となる。そのためにも、個人や組織にとって「健康とは何か」を、改めて問い直す必要があるだろう。最後に、ポジティブメンタルヘルスに関する今後の展望として、以下の3点に言及したい。

第1は、産業保健と経営とのさらなる協調である。労働者の良好な就業状況は、経営層の理解と協力なくしては実現しない。わが国の事業場の90%以上が中小規模事業場であり、産業保健スタッフが常駐していない事業場が多い。メンタルヘルス対策をすべての事業場に浸透させるには、経営活動の中にメンタルヘルス活動が織り込まれることが大切である。近年、健康経営の考え方が普及し、アブセンティーズムだけでなく、プレゼンティーズムの考え方が知られるようになった。これにより、メンタルヘルス問題を含む健康問題による生産性の損失が注目されるようになったが、今後は、健康状態の向上に伴う生産性

の向上に関する知見が蓄積されることにより、産業保健と経営との協調がより推進されることが期待される。

第2は、ポジティブメンタルヘルスの考え方と活動を、すべての労働者が享受できるように啓発・活動する点である。ポジティブメンタルヘルスに注目した対策については、「健康な労働者を対象に、彼（女）らの健康度をさらに向上させる活動である」といった誤解がある。当然、この考え方は誤っており、障がいや問題の有無にかかわらず、すべての労働者を対象として、各自が持つ強みを伸ばし、働きがいや生きがいを高め、その人らしい職業生活の実現を通じて幸福度の向上につなげることが目的である。今後、障がい者を対象としたポジティブメンタルヘルスに関する研究や実践の蓄積が期待される。

第3は、ポジティブなメンタルヘルス対策に関する視野の拡大である。働き方改革に伴い、在宅勤務、シェアオフィス、サテライトオフィスなど時間や場所に限定されない柔軟な働き方を含む新しい働き方（New way of working）が注目されるようになった。しかし、その効果については、十分な知見が得られておらず、今後の研究や実践の蓄積が待たれるところである。また、働き方改革により、企業は従業員の働かせ方、従業員は自分自身の働き方を見直す機会を持つようになったが、働き方と表裏一体にあるのが「休み方」である。充実した労働は良い休みにつながり、良い休みが充実した労働につながる、といったポジティブな循環を促すうえでも、「休み方」に関する研究と実践のさらなる蓄積が、ポジティブメンタルヘルスの推進に必要と考えられる。

メンタルヘルス不調の対応・予防と個人・組織の活性化とがバランス良く展開されることが、本来の職場のメンタルヘルス活動ではないかと考えられる。「ポジティブ」という形容詞がなくなることが、職場のポジティブメンタルヘルスにおける近未来の目標と言えるだろう。

文献

- 1) Schaufeli WB, Salanova M, Gonzalez-Romá V, Bakker AB. The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies*. 2002;3: 71-92.
- 2) 島津明人. ワーク・エンゲイジメント: ポジティブ・メンタルヘルスで活力ある毎日を. 東京: 労働調査会; 2014.
- 3) 総務省. 労働力調査. [Online]. 2018 [cited 2018 Apr 29]; Available from: URL: <http://www.stat.go.jp/data/roudou/sokuhou/tsuki/index.html>
- 4) 厚生労働省. 平成 24 年労働者健康状況調査. [Online]. 2013 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h24-46-50.html>
- 5) 厚生労働省. 平成 29 年度能力開発基本調査. [Online]. 2018 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL: <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11801500-Shokugyouounouryokukaihatsu>

kyoku-Kibansetsubishitsu/0000118619_8.pdf

6) 内閣府. 平成 29 年版男女共同参画白書. [Online]. 2017 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL:

http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h29/gaiyou/html/honpen/b1_s03.html

7) 厚生労働省. 平成 24 年版 働く女性の実情: 第 2 章 仕事と介護の両立～離職せず働き続けるために. [Online]. 2012 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL:

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/josei-jitsujo/dl/12c.pdf>

8) American Psychological Association. The Psychologically Healthy Workplace Program [Online]. 2013 [cited 2018 Apr 29]; Available from: URL:

<http://www.apa.org/ads/web/healthy-workplace.aspx>

9) United Nations. Sustainable development knowledge platform [Online]. 2015 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>

10) WHO. Healthy workplaces: a WHO global model for action [Online]. 2011 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL:

http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/index.html

11) World Health Organization. World Mental Health Day 2017: Mental health in the workplace. [Online]. 2017 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL:

http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/en/

12) 特定非営利活動法人健康経営研究会. 健康経営とは. [Online]. 2018 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL: <http://kenkokeiei.jp/whats>

13) 首相官邸. 働き方改革実現会議. [Online]. 2018 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL: <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/hatarakikata/>

14) 島津明人, 江口尚: ワーク・エンゲイジメントに関する研究の現状と今後の展望. 産業医学レビュー. 25: 79-97, 2012.

15) Halbesleben JRB.: A meta-analysis of work engagement: Relationships with burnout, demands, resources, and consequences. In: Bakker AB, Leiter MP, editors. Work engagement: A handbook of essential theory and research. New York: Psychology Press: 2010:102-117.

16) Goering E, Shimazu A, Zhou F, Wada T, Sakai R.: Not if, but how they differ: A meta-analytic test of the nomological networks of burnout and engagement. Burnout Research. 2017;5: 21-34.

17) Schaufeli WB, Bakker AB.: Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. Journal of Organizational Behavior. 2004; 25: 293-315.

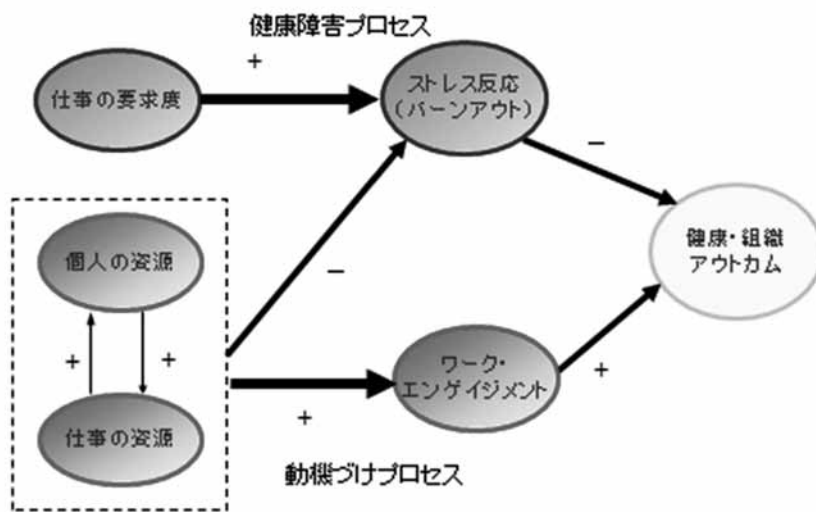


図 仕事の要求度－資源モデル
文献 2) 図 17(p59)をもとに作成

第 10 章 諸外国の動向

1. 働き方の転換期と労働者のメンタルヘルス対策

日本を含む多くの先進諸国では、今世紀に入って情報通信技術（ITC）の飛躍的進歩、加速化するグローバル化、働き方の多様化、労働人口の高齢化や若年労働者の減少、外国人労働者の流入などの労働環境の変化を受け、働き方が大きく変わる転換期を迎えている。それに対応するため、諸外国の産業保健領域においては重視すべき内容も変化しつつある。このような変化を受け、海外の産業精神保健領域においてはどのように対応しているのか、本章ではまず米国の産業保健の中心である米国労働安全衛生研究所（NIOSH）が、近年力を入れている戦略について詳説し、加えてヨーロッパで展開する戦略について簡単に触れる。

2. NIOSH のトータルワーカーヘルスプログラム

NIOSH では 1996 年より「National Occupational research Agenda (NORA)」(労働安全衛生の国家戦略) として国家規模の労働衛生研究を行っている。特に産業精神保健領域では職場組織 (Work organization) に関する包括的研究を推進しているが、2011 年よりこの概念を拡大して、新しい戦略としてトータルワーカーヘルス (Total Worker Health[®]) というプログラムを立ち上げた。このプログラムの大きな特徴は、産業保健の中心課題である労働者の健康と安全を守ることに加えて、働く人々のウェルビーイングを高めることを強調した点にある。ここで言うウェルビーイングとは主観的・客観的に心身ともに健康で幸福感や満足感、生き甲斐等を見出している状態であるが、ウェルビーイングを高めるためには働く時間以外の生活状況も包摂し、働く人々を「トータル＝全人的」に捉えることが重要である。このプログラムは、従来の産業保健の枠組みでは必ずしも十分とらえてこなかった仕事外の時間の過ごし方、例えば、休養や睡眠の取り方、リフレッシュのための運動、健康的に働けるための食生活など、働く人々の健康を持続的に維持する上で重要な因子と職場環境とのかかわりの相互作用を検討し、ウェルビーイングを高めることを目指している。

NIOSH ではトータルワーカーヘルスプログラムを推進するため 3 つの戦略を立てた。

まず 1 つ目は、NORA の 2012 年の競争的資金として 3 つの小規模の研究予算（各一千万円程度）を割り当てた。採択された研究課題は「小規模事業所におけるトータルワーカーヘルスの推進」「健康的な加齢の有望実践例」ならびに「アラスカ商業パイロットの疲労予防のためのトレーニングプログラムの開発」であった。3 つ目のパイロットの課題のように、ある地域の特定の職種に絞って研究を進めることも NORA の特徴である。その翌年にはより規模の大きい研究予算（各 5 千万円～1 億円程度）を 3 課題採択した。それらは「健康維持のための助成金が働く人々の健康と安全に及ぼす影響」「交代勤務と肥満の関連における健康行動の媒介メカニズム」と「トータルワーカーヘルスを達成するための全米雇用者データの活用と雇用主のリソースの検討」であった。これらのいくつかは、主に個人における運動と疲労回復のトレーニングプログラムの開発を中心としたが、これまでに

NORA で採択された課題と比べるとウェルビーイングを目指した斬新でユニークなものがあり、NIOSH の方針を対外的にも大きく打ち出すものとなった。

その後今日に至るまで、所内・所外の採択課題数や予算は増加傾向にあるが、まだ数多くの乗り越えるべき課題も取り残されている。例えば、労働者のウェルビーイングと生産性を持続的に両立させる健康経営を労使双方の協調の下どのように実現するのか、その資源をどのように拠出するのか等である^{2,3)}。今後、トータルワーカーヘルスプログラムとして、組織に対してどのように働きかけ、サポートし、推進するのかがプログラム成功のポイントとなろう。

2つ目はトータルワーカーヘルスに特化したシンポジウムを開催したことである。第1回のシンポジウムは2012年の11月にアイオワ州コーラビルで開催され、約40課題の演題が発表された。このシンポジウムの特集号が米国の産業衛生学雑誌である *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 誌の2013年55号に掲載された⁴⁾。第2回は2018年5月に「仕事とウェルビーイング：より安全かつ健全な職場環境がウェルビーイングを高めることができるのか」というテーマで、メリーランド州ベセスダで国際シンポジウムとして開催された⁵⁾。主なテーマには先進諸国で共通の問題である、「治療と仕事の両立支援」「職場のメンタルヘルス」「高齢労働者にやさしい働き方」等も含まれたが、トータルワーカーヘルスにユニークな課題である「ウェルビーイングと生産性」「小規模事業所を対象としたトータルワーカーヘルスの推進」「疲労マネジメントの新手法開発」等も見られた。また、化学薬品工業や農場労働者におけるトータルワーカーヘルス研究の実践例なども発表演題に含まれ、NIOSH の掲げる「研究から実践へ (Research to Practice: R₂P)⁶⁾」につなげる試みも積極的に行われている。今後、業種や企業規模、また多様な職種におけるオーダーメイドのトータルワーカーヘルスの実現が期待される。

3つ目は、2016年に米国内の7つの大学にトータルワーカーヘルスセンターフォエクセレンス（分野横断的に高度な研究・開発活動を行う研究活動拠点のこと）を6つ配置したことである⁷⁾。それらの拠点となった大学は、ハーバード大学、マサチューセッツ大学・コネチカット州立大学、コロラド州立大学、アイオワ州立大学、オレゴン健康科学大学、イリノイ州立大学であり、それぞれが得意分野を生かしながら、労働者の健康、安全とウェルビーイングに関する研究を実施するとともに、主に雇用主に対して根拠に基づいた最善措置(evidence-based best practices)に関する指針を示している。例えば、マサチューセッツ大学ではヘルスケアワーカーや介護老人ホームの労働者、刑務所の囚人看守の2つの職種を対象を絞って健康増進、労災予防とウェルビーイングの向上に関する研究を推進している⁸⁾。刑務所の囚人看守に対しては、質の高い睡眠を確保するための介入研究を実施するなど、実践的な研究が報告されている⁹⁾。

このように米国における NIOSH が主導してトータルワーカーヘルスプログラムを推進する戦略は注目に値する。

3. トータルワーカーヘルスプログラムの新たなチャレンジ

2011年にNIOSHがトータルワーカーヘルスプログラムの推進を掲げてから約8年が経過した^{10,11)}。その中でも働く人々のウェルビーイングを高めることを推進することが主要な課題であった¹²⁾。ここにきて、働く人々のウェルビーイングをどのような枠組みで定義するかを見直す動きがある¹³⁾。ウェルビーイング研究を広く眺めると、その枠組みは多様である。枠組みが曖昧であれば、政策を立案する上でもあいまいさが残ることから、改めて確固たる枠組みを作ろうということである¹⁴⁾。

働く人々のウェルビーイングを定義すると言っても、働いているときのみや働く者だけに焦点を絞ると、全人的なアプローチにはならないことは言うまでもない¹³⁾。ウェルビーイングの考え方からすれば、働く者のみでなく、職場全体、経営者、家族、地域も対象になるだろうし、仕事外の時間も含まれる。例えば、RathとHarter(2010)らはウェルビーイングを主観的・客観的の両方から定義しており、5つの必須ドメインがあるとしている¹⁵⁾。すなわち、生活的ウェルビーイング(自分の生活時間や毎日行うことが充実しているか)、社会的ウェルビーイング(人と人の絆や愛があるか)、経済的ウェルビーイング(生きるに十分な経済的基盤があるか)、肉体的ウェルビーイング(日々生きていく上で活力に満たされ健康的か)、地域社会ウェルビーイング(自分が生活する地域と共に生きる感覚があるか)である。また、The Gallup Healthways Well-being Indexでは、次の6つのドメインに分けている。すなわち、生活・収入の見通し、情緒的健康、職場環境、健康的行動、肉体的健康ならびに地域社会や病院へのアクセスである¹⁶⁾。このようにウェルビーイングを定義する場合、多次元要素が関連しているため、働く人々のウェルビーイングを定義する場合でも必然的に多角的に考えることが必要となる。

NIOSHでは上記のウェルビーイングに関するこれまでの研究成果を集約することに加えて、多方面の専門家からなるチームを結成し、働く人々のウェルビーイングを包括的に捉える枠組みを作成した(表)。このような観点から、表に示すように5つの候補となるドメインを設定した。1)職場の物理的環境と安全風土、2)職場の方針と文化、3)健康状態、4)仕事に対する評価と経験、5)家庭、地域と社会である。さらにこれらのドメインは20項目のサブドメインに分けられ、58項目の構成要素に細分化された。NIOSHが特に重視したのは、今回提示したウェルビーイングの枠組みが普遍的で再現性があり測定可能なものであること、客観的ならびに主観的指標を含むこと、仕事ならびに仕事外を包括的にとらえること、NIOSHの掲げる方針と一致していること、対策や介入などによってウェルビーイングを高めることができる要素であることである。もう一つ、このチームから出された結論として、今回提示したウェルビーイングの枠組みは現代社会においてダイナミックに変化することから最終的な枠組みではないことも述べている。

4. 欧州の動向

欧州では各国独自に職場の精神保健対策の枠組みが存在するが、国を超えた共通の枠組

みとして 2007 年に欧州委員会により作成された「職場のストレスのリスクマネジメントー欧州枠組みプロジェクト (Psychosocial Risk Management – European Framework; PRIMA-EF)」がある¹⁷⁾。このプロジェクトの目的は、欧州全体にわたる仕事上の共通の心理社会的リスクの特定ならびにメンタルヘルスを保持・増進するポジティブ面のアセスメント、職業性ストレス対策の評価を行う指標の開発、各国共通で課題となっている仕事関連のストレス、職場の暴力・ハラスメント・いじめ等を減少させるためのリスクマネジメントの具体的な方策、仕事のデザインとマネジメントに関する良好事例の収集を行い、メンタルヘルス不調の予防推進活動に役立てることである。こうした動きは欧州ならではのアプローチかもしれないが、我が国を含むアジア圏においても共通領域は存在し（例えば、日本、台湾や韓国における長時間労働・過重労働等）、今後、アジア版の PRIMA-EF も一考に値すると考えられる。その他、欧州各国の職場の精神保健対策の枠組みを眺めると、心のポジティブな健康増進を目指した対策を重視する動きが浸透しつつあると言える。

5. 今後の展望

以上、NIOSH が現在進めているトータルワーカーヘルスプログラムを概説し、加えて欧州の動向について簡単に触れた。NIOSH、PRIMA-EF や欧州諸国が目指す方向性はともに産業精神保健領域がカバーすべき「メンタル・ウェルビーイング」であると言えよう。重要なポイントとしては、メンタル・ウェルビーイングを推進する基盤として、労使間で「社会的対話」への努力が積極的に展開されていることである。

最後に、欧米での動向を受け、我が国における今後の展望について言及したい。まず、労働者を企業や組織で働く個人としてのみ捉えるのではなく、より全人的な人間としてとらえる視点が加わる必要がある。労働者の休養や睡眠のあり方、働き甲斐のある労働、趣味や娯楽を通して生き甲斐を育むこと、良好な人間関係の形成がメンタル・ウェルビーイングの基盤となることは言うまでもない。これらは、持続可能な社会を築くことにもつながる。そのためには、バランスを重視した労働・生活環境が整備される必要がある。2つ目に、我が国の労働者の約 7 割を占める中小企業の従業員や不安定雇用労働者向けの利用可能なツールの開発を推進することである。見渡せば、中小零細企業においても学ぶべき良好事例は存在し、産業精神保健の専門家やこれら事例からも積極的にヒントを得ることができるはずである¹⁸⁾。3つ目に、あまり触れられていないが、メンタルヘルスを評価する客観的で簡便な指標の開発である。これまで仕事のストレスやメンタルヘルスの状態を検出する内分泌・免疫指標の開発が試みられているが、健診等、職場で十分利用するには至っていない¹⁹⁾。しかしながら、生物学的指標は労働者の状況を客観的に判定する可能性を秘めており、積極的に開発を継続する必要がある。

これからの時代は、今まで以上に仕事に創造性や革新性が求められる時代になると想像される。メンタル・ウェルビーイングはその基盤となることから、我が国の近未来の目標としてはこの点を重視した産業精神保健の推進が求められるだろう。

文献

- 1) National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH Total Worker Health™ Program. [Online]. 2018 [cited 2019 May 7]; Available from: URL: <https://www.cdc.gov/niosh/TWH/>
- 2) Lax MB. The perils of integrating wellness and safety and health and the possibility of a worker-oriented alternative. *New Solut* 2016;26:11–39.
- 3) Howard J, Chosewood LC, Hudson HL. The perils of integrating wellness and safety and health and the possibility of a worker-oriented alternative (letter to editor). *New Solut* 2016;26:345–348.
- 4) Merchant JA, Hall JL, Howard J. The 2012 Total Worker Health™ Symposium. *J Occup Environ Med* 2013;55 Suppl:S1-S7.
- 5) National Institute for Occupational Safety and Health. The 2nd International symposium to advance total worker health®. [Online]. 2018 [cited 2019 May 7]; Available from: URL: <https://www.twhsymposium.org/>
- 6) National Institute for Occupational Safety and Health. Research to Practice (r2p). [Online]. 2018 [cited 2019 May 7]; Available from: URL: <https://www.cdc.gov/niosh/r2p/default.html>
- 7) National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH Centers of Excellence for Total Worker Health®. [Online]. 2018 [cited 2019 May 7]; Available from: URL: <https://www.cdc.gov/niosh/twh/centers.html>
- 8) The Center for the Promotion of Health in the New England Workplace. About. [Online]. 2018 [cited 2019 May 7]; Available from: URL: <https://www.uml.edu/Research/CPH-NEW/About/default.aspx>
- 9) The Center for the Promotion of Health in the New England Workplace. A healthy sleep intervention for correctional supervisors. [Online]. 2018 [cited 2019 May 7]; Available from: URL: <https://www.uml.edu/Research/CPH-NEW/News/emerging-topics/Issue-57.aspx>
- 10) Schill AL, Chosewood, LC. The NIOSH Total Worker Health™ Program – An overview. *J Occup Environ Med* 2013;55 Suppl:S8–S11.
- 11) Sauter SL. Editorial. Integrative approaches to safeguarding the health and safety of workers. *Ind Health* 2013;51:559–561.
- 12) Schulte PA, Vainio H. Well-being at work – overview and perspective. *Scand J Work Environ Health* 2010;36:422–429.
- 13) Schulte PA, Guerin RJ, Schill AL, Bhattacharya A, Cunningham TR, Pandalai SP, Eggerth D, Stephenson CM. Considerations for incorporating “well-being” in public policy for workers and workplaces. *Am J Public Health* 2015;105:e31–e44.

- 14) Chari R, Chang CC, Sauter SL, Petrun Sayers EL, Cerully JL, Schulte P, Schill AL, Uscher-Pines L. Expanding the paradigm of occupational safety and health: A new framework for worker well-being. *J Occup Environ Med* 2018;60:589–593.
- 15) Rath T, Harter J, Harter JK. Wellbeing: The five essential elements. New York, NY: Gallup Press, 2010.
- 16) Gallup. How does the U.S. Gallup-Sharecare Well-Being Index work? [Online]. 2018 [cited 2019 May 7]; Available from: URL: <https://news.gallup.com/poll/128186/Gallup-Healthways-Index-work.aspx>
- 17) Leka S, Jain A, Cox T, Kortum E. The development of the European framework for psychosocial risk management: PRIMA-EF. *J Occup Health* 2011;53:137–143.
- 18) 坂本光司. 日本でいちばん大切にしたい会社3. 東京:あさ出版, 2011.
中田光紀. 免疫指標. 三宅晋司監修. 商品開発・評価のための生理計測とデータ解析ノウハウ. 東京:NTS 出版, 2017;133-150.

表 NIOSHが提案した働く人々のウェルビーイングのドメイン、サブドメインと構成要素

主要ドメイン	サブドメイン	サブドメインの構成要素
1. 職場の物理的環境と安全風土	1. 職場の安全状況 2. 職場のデザイン 3. 職場の対人葛藤ならびに礼節	1. 安全風土に対する認知と満足感 2. 環境状態、物理的環境、快適性、障害者への配慮 3. ハラスメント、不作法、差別の経験
2. 職場の方針と文化	1. 給与と報酬 2. 福利厚生 3. 職場文化 4. 職場の健康文化 5. 仕事と生活の充実	1. 給与・報酬に対する満足感、昇格の可能性、承認 2. 福利厚生の多様性、福利厚生に対する満足感 3. 敬意、公正性、組織のサポートの認知 4. 組織の健康に対する取り組み、資源、プログラム 5. 柔軟性、バランスの認知、ワークライフバランスならびにワークファミリーコンフリクトに対する組織のサポート
3. 健康状態	1. 肉体的健康 2. 精神的健康 3. 健康行動ならびに生活習慣 4. 機能性・障害の有無 5. 怪我	1. 全般的健康度、特定の疾病の有無 2. 全般的健康度、特定の疾病の有無ストレス、うつ、不安 3. 身体活動、アルコール摂取、喫煙、食生活、睡眠 4. 肉体的、精神的、認知的 5. 怪我の経験とその程度
4. 仕事に対する評価と経験	1. 満足感 2. 仕事の意義と職場組織 3. 情緒	1. 仕事の全般的満足感、上司とマネジメントに対する満足感、同僚や仕事仲間への満足感、職の安定性への満足感 2. 仕事の意義と働きがい、自律性、裁量、活気、専念、没頭、需要、エンゲージメント 3. 職場での肯定的感情、否定的感情
5. 家庭、地域と社会	1. 人生満足感 2. 財務の健全性 3. 社会的関係 4. コミュニティ・エンゲージメント	1. 全般的な人生に対する満足感 2. 経済的安定性 3. 社会的支援 4. 地域等でのどのような活動に集中して取り組んでいるか、その活動に対する満足感

注；文献¹⁴⁾の表1 (p591)をもとに作成

付章 産業精神衛生研究会の活動の歩み

1. 沿革

日本産業衛生学会の前身である産業衛生協議会は昭和4（1929）年に発足したが、その中に「産業精神衛生研究会」（現・産業精神衛生研究会とは異なる）が設置されたのは昭和40（1965）年のことである。その後、理事会の委託で昭和41（1966）年に、「産業精神衛生委員会」ができ、産業精神衛生の在り方に関する調査研究や討議が行われ、その内容は「産業精神衛生に関する答申書」（以下、答申書）として、「産業医学」に報告されている¹⁾。

答申書の内容を実際の産業現場で実践するために、昭和44（1969）年に第1回職場不適応研究会（第23回以降は産業精神衛生研究会と名称を変更）が開催され、その後第25回（1983年）までは年に1～3回開催され、第25回以降は毎年、持ち回りで各地で行われ、今日に至っている。時代的背景と産業衛生関係の施策、産業精神衛生研究会の歩みのアウトラインを表1にまとめている。詳しくは、「3. 産業精神衛生研究会の活動」を参照していただきたい。歴代の会長、開催場所等に関しては、付表に記している。

2. 答申書について

1) 内容

答申書は、産業精神衛生委員会（委員長小沼十寸穂氏以下24名の委員）から、当時の日本産業衛生学会理事長鯉沼卯吾氏への答申という形をとっている（表2）。当時の産業精神衛生の概念や実態、喫緊の課題、カウンセリングのありかた、精神障害者の発見と対処、社会復帰や採用の基準、精神衛生的な場の醸成の必要性などが述べられ、重要な参考文献の内容、諸外国やWHOの取り組み等が紹介されている²⁾（表3）。

その内容の一部を紹介する。答申書が出された昭和40年代は、高度経済成長が進行中であり、わが国の企業は国際競争に勝ち残るために技術革新と科学的管理、経営組織の合理化などの推進によって、生産の飛躍的向上をもたらした。その一方で、作業の単純化、標準化、専門化、高速化等により作業の反生理化が起こり、人間疎外環境が生まれ、労働者は全人的創造の喜びを奪われ、新しい心身の健康障害や重大災害の発生の危険性を高めていること、また、必要な労働力の不足、または過剰により、職場には情緒障害または精神神経症、精神身体症にかかるものが増加する一方、モラルの低下や人間関係の悪化傾向が表れ、労働の生産性低下のおそれが生じつつあると序言に記述されていることから、現在の産業精神衛生上の課題の一部は当時からあったことが分かる。

第I部「総論」では、1) 産業精神衛生の概念、2) 産業精神衛生活動の内容、3) 産業精神衛生の目的達成に関する社会と産業内の各階層の理解と心構えと活動、4) 実際の産業衛生のパターン、5) 現在の産業衛生の実際について、の5つの章からなり、それぞれ詳細に記述されている。これらのうち、「産業衛生活動の内容」では、心身の健康に影響する項目として、労働条件、作業条件、作業環境、職場の心理的条件、福利厚生・相談

制度などが挙げられている。そして産業精神衛生活動の実践内容として、1) 職場への適性を考慮した配置、2) 労働者の能力開発と精神健康の保持増進、3) 心身の不適応・精神障害の予防と適切な対処、4) 職業性の心身の健康障害の予防と傷病固定者への適切な対処、5) 加齢、結婚、妊娠等により生じる精神衛生上の諸問題の処理などが、新しい衛生活動として実施すべきものとして述べられている。これらは、その内容に変化はあるものの、現在も実践すべき課題としては変わっていない。

第Ⅱ部「当面する喫緊の産業衛生上の問題とその解決策」では、「産業現場におけるカウンセリングのあり方」、「精神障害者の発見、処理、社会復帰の規準の立て方」、「採用時の規準の立て方」、「職場の精神衛生的場の醸成に関する方策」の4つの課題が挙げられている。「産業カウンセリング」に関しては、やるべき活動内容を紹介した上で、専門のカウンセラーを各企業が持つことは難しいので、社内の管理監督者や保健師、労務担当者などが、カウンセラーが行う個人の適応支援や環境調整機能を学ぶことで、カウンセラーの役割を果たしていることが多いことを述べ、一方で産業カウンセラーの養成の必要性も述べている。「精神障害者の社会復帰」に関しては、一次予防、二次予防、三次予防のうち、二次予防としての取り組みが妥当であろうと述べられている。当時としては、精神障害や職場不適応の発症要因に関する知見が十分ではないために、一次予防的取り組みの実践は難しい、また精神障害者の三次予防は企業内で行うことの範囲を超えているので、地域の包括的な精神医療の中で行うべきであると記載されている。「精神障害者の早期発見」に関しては、管理者層に対して、精神障害時に見られる業務遂行上や人間関係の問題、症状などのサインについて教育し、サインが見られたら、早めに産業医や精神科医に繋ぐ必要があることが述べられている。「採用時の規準」に関しては、心理テストや性格テストの使用は有用とは言えず、又厳しい基準を設けることにも否定的な見解を示し、適正配置の有用性が記述されている。「職場の産業衛生的場の醸成」では産業の近代化、技術革新、効率化、交代制勤務、第3次産業の増加等により神経疲労や心身の失調をきたしやすい状況が生まれ、人間関係の問題などによる精神的負担も増えていることから、精神衛生に配慮した職場環境を作ることの必要性が述べられている。

第Ⅲ部「参考文献」では、第Ⅰ部、第Ⅱ部で述べられた内容の論拠が、参考文献をもとに詳しく述べられている。1) 「産業精神衛生の綱領の解説」で、20世紀初頭から歴史的に使われてきた精神衛生という概念、第2次大戦後用いられるようになった精神保健（メンタルヘルス）の概念について解説し、結局同じような内容を含むため、研究会内部で異論はあったが産業精神衛生研究会と命名したことが述べられている（この名称は今日まで使用されている）。2) 「精神障害者の発見、処理、社会復帰の規準の立て方」の部分では、精神障害者は社会から隔離しておくべきであるとする考え方（隔離主義）は、もはや基本的考え方ではないと否定し、病院外精神医療は全人的な社会適応へのケアでなければならず、多方面からのケアが総合され、社会復帰の過程の全てを切れ目なくカバーすることが必要で、国のレベルでの体系化が求められることを述べる一方、企業の受け入れにも限界

があること、また、企業内で発見された精神障害者に対しては、攻撃的ではなく援助の立場に立つべきであることも述べられている。その他、3)「採用の規準の立て方」に関する付録、4)「職場の精神衛生的場の醸成」に関する資料も付け加えられている。最後に、分野ごとに整理された143編の文献が掲載されている。

2) 答申書の意義と現在

高度経済成長の過程で職場環境が大きく変わり、それまで余り見たことがなかったメンタルヘルス不調者が増加し、事業場としても対応に苦慮することが増えている事態を背景に、学会としても対応方針を出す必要があり、産業精神衛生研究会が組織され、その答申が出されたものである。当時としては、国による指針も学会としての指針もない中で、個々の事業場で独自に対応していたメンタルヘルス不調者への対応について、経験を持ちより、当時の文献や諸外国の報告などを参考にして、作成されたものであるが、よく調査研究されており、今日でも参考になる内容を多く含んでいる。

答申書が作成されてから50年が経過したが、この間に、第2章で解説された数々の施策が次々と打ち出され、行政の取り組みも進んでいる²⁾。しかし、これらの諸施策に対応するのは各事業場の産業保健スタッフや人事労務担当者である。職場のストレスの内容や労働環境は、時代とともに常に変化するものであるから、現場のニーズに合った方法論の開発はこれからもずっと続くと思われる。温故知新という言葉があるが、50年前の答申書を時代背景と産業現場のニーズ、その対策という観点で改めて読み返すことも、これからの新しい方法論の開発に参考になるところが多い。

3. 産業精神衛生研究会の活動

産業精神衛生研究会の主な活動は以下の4つにまとめられる(表4)。

1) 年次研究会活動

先に述べた答申書の内容を具体的に検討し、実践するために、「職場不適応研究会」が組織され、昭和44(1969)年の第1回研究会から、年に2、3回持ち回りで昭和57(1983)年の第22回まで続いた。昭和57(1983)年の第23回からは「産業精神衛生研究会」と名称を改めている。第1回研究会(1969年)から第25回(1983年)まで代表世話人を努めた大道明が1984年に逝去されてから、御厨潔人が第26回(1985年)から30回(1989年)まで代表世話人を務めている。第31回(1990年)から33回(1991年)まで、西原哲三、第34回(1993年)から第40回(1999年)までは福渡靖、第41回(2000年)から第50回(2009年)までが永田頌史、そして第51回(2010年)からは廣尚典が代表世話人を務めている。

職場のメンタルヘルスに関して、その時代に最も必要とされる課題をテーマとして、東部、東海(中部)、関西、西日本の4地区(平成14(2002)年度からは東部を関東・甲信越と東北・北海道に分け、西日本を中国・四国と九州・沖縄に分けて全国を6地区に区分)

で順番に担当した。活発な研究発表・実践報告、討論が行われ、情報交換や地域の産業精神衛生活動の活性化、向上に貢献してきた。研究会のメインテーマやシンポジウムで取り上げられた内容を表 5 に示す。

2) 産業衛生学会総会時の自由集会、研究会主催シンポジウム

上記の他、産業衛生学会総会時の自由集会では、職場のメンタルヘルスに関する指針類や労災認定に関する指針・基準、復職支援、処遇困難事例への対応、ストレスチェック制度など、学会員の関心の高いテーマを選んで話題提供を行い、毎回 150 名前後の参加者が熱心に討議を行っている。また最近では、年によって、年次総会のシンポジウムの企画も行っている。ちなみに、第 90 回産業衛生学会（東京）公募シンポジウム 1 のテーマは「産業精神衛生の近未来図～『答申書』より 50 年、ストレスチェック制度を越えて」（座長：川上憲人、廣尚典）であった³⁾。

3) 学会誌ミニレビューシリーズ、出版物

近年、産業構造の変化、技術革新・IT 化、労働環境の変化などに伴い、仕事や職業生活に関して「強い不安、悩み、ストレス」を自覚している労働者の割合が 1997 年には 6 割に達し⁴⁾、職場でもうつ病や自殺者が増え、職場のメンタルヘルス対策はリスクマネジメントの観点からも重要な課題となった。このような職場のメンタルヘルス対策へのニーズの高まりを受けて、産業精神衛生研究会では、2000 年より約 3 年間にわたって、産業衛生学会誌にミニレビューシリーズ「産業、経済変革期の職場のストレス対策の進め方」⁵⁾を企画し、全 25 編が掲載された。2005 年には、このシリーズを核とした産業精神衛生研究会編「職場のメンタルヘルス対策－実践的アプローチ」⁶⁾が、中央労働災害防止協会から出版された。その主な内容を表 6 に示す。

4) 提言など

ストレスチェック制度の導入に際しては、日本産業衛生学会への提言⁷⁾なども行っている。

おわりに

産業精神衛生研究会の沿革、今から 50 年前に出版された「産業精神衛生に関する答申書」の内容の紹介、第 1 回から第 58 回までの各産業精神衛生研究会の活動の歩みに関して、歴代の代表世話人から引き継いだ資料をもとに紹介し、最後にわが国における産業精神衛生上の課題と展望について述べた。これらの内容の一部は、第 90 回日本産業衛生学会総会（2017 年）精神衛生研究会自由集会「産業精神衛生に関する答申書の見直しに向けて」⁸⁾の講演（永田頌史）から引用したものである。

参考文献

- 1) 産業精神衛生委員会. 産業精神衛生に関する答申書. 産業医学 1968;10(12):559-596.
- 2) 永田頌史. 産業ストレス対策の現状と課題、展望. 健康開発 2017;22:50-62.
- 3) 川上憲人, 廣尚典 (座長). 公募シンポジウム1「産業精神衛生の近未来図〜答申書より50年、ストレスチェック制度を越えて」. 産衛誌 2017;59(増刊号) :153-159.
- 4) 厚生労働省. 労働安全衛生調査(実態調査)(平成25年)-メンタルヘルス関係の概況-. [Online]. 2014 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL:
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11201000-Roudoukijunkyoku-Soumuka/0000061406.pdf>
- 5) 永田頌史. 「産業、経済変革期の職場のストレス対策」ミニレビューシリーズの企画にあたって. 産衛誌 2000;42:215-220
- 6) 産業精神衛生研究会編. 職場のメンタルヘルスー実践的アプローチ. 東京:中央労働災害防止協会, 2005
- 7) 産業精神衛生研究会. 事業場の健康診断におけるうつ病のスクリーニングの実施についての産業精神衛生研究会からの報告. [Online]. 2010 [cited 2019 Apr 19]; Available from: URL:
<https://www.sanei.or.jp/images/contents/154/seisineiseikennkyuukai.pdf>
- 8) 永田頌史. 自由集会 産業精神衛生研究会「産業精神衛生に関する答申書」の見直しに向けて. 産衛誌 2017;59(増刊号):311

表 1. 時代背景と産業精神衛生研究会の歩み

年	時代背景と産業保健	年	産業精神衛生研究会
1929	大恐慌 産業衛生協議会(発足)		
1932	日本産業衛生協会(改称)		
1938	(社)日本産業衛生協会(設立)		
1947	労働基準法		
1960	日本産業衛生協会「30年の歩み」刊行		
1964	東京オリンピック	1965	産業精神衛生研究会設置
1967	公害対策基本法	1968	産業精神衛生に関する答申書
1970	大阪万国博覧会	1969	第1回職場不適応研究会(第1回～第22回)
1972	労働安全衛生法 日本産業衛生学会(改称)		
1988	事業場における労働者の健康保持増進のための指針(THP)	1982	産業精神衛生研究会(改称)(第23回～)
1995	阪神・淡路大震災	1989	第30回大会(大阪)
1999	心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針	1999	第40回大会(東京)
	日本産業衛生学会「70年史」刊行		
2000	事業場における労働者の心の健康づくりのための指針	2000	産業衛生学雑誌にミニレビューシリーズ開始
2002	過重労働による健康障害防止のための総合対策	2005	当研究会編「職場のメンタルヘルス」刊行
2004	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		
2006	労働者の心の健康の保持増進のための指針	2009	第50回大会(札幌)
2011	東日本大震災		
2013	(公社)日本産業衛生学会(移行)	2014	第55回大会(北九州)
2015	ストレスチェック制度		
2018	働き方改革関連法	2019	第59回大会(高知)

表 2. 産業精神衛生に関する答申書の作成委員(産業精神衛生委員会委員)

顧問: 桐原葆見 委員長: 小沼十寸穂 副委員長: 安井義之					
委員(五十音順)					
荒井保経	飯田英男	遠藤幸吉	大道明	大須賀哲夫	小此木啓吾
北川幸司	斎藤一	坂本弘	佐藤信一	鈴木間左支	関口憲一
重田定茂	祖父江逸郎	中村秀三郎	中村豊	橋田学	春原千秋
堀内一弥	松井清夫	御厨潔人	森川利彦	横山恒矢	渡辺徹一

表 3. 産業精神衛生に関する答申書の内容

第 I 部	総論				
	1. 産業精神衛生の概要				
	2. 産業精神衛生活動の内容				
	3. 目標達成に関する社会と産業間の各階層の理解と心構えと活動				
	4. 実際的な産業衛生のパターン, 現在の実態				
第 II 部	当面する喫緊の産業衛生上の問題とその解決策				
	1. 産業現場におけるカウンセリングのあり方				
	2. 精神障害者の発見, 処理, 社会復帰の基準の立て方				
	3. 採用の基準の立て方				
	4. 職場の精神衛生的場の醸成				
第 III 部	参考文献についての解説				
	・WHOや諸外国における精神衛生の考え方				
	・教育方法, 疾病管理のあり方の紹介				
	・面接技術, 質問法などの実例や研究成果				

表 4. 産業精神衛生研究会の活動

1. 研究会					
	第1～24回までは2, 3回/年, 第25回以降は1回/年				
	全国4ブロックで持ち回り				
	世話人15～60名, 世話人会1回/年				
2. 日本産業衛生学会総会時の自由集会, 研究会提案シンポジウム					
	(時代のニーズに合ったテーマと発表者の選考)				
	自由集会テーマ例:				
	処遇困難事例, 自殺予防, 復職支援, ストレスチェック制度など				
	研究会提案シンポジウム例				
	「産業精神衛生の近未来図～『答申書』より50年, ストレスチェック制度を越えて」				
3. 啓発活動, 出版物					
	産業衛生学会雑誌ミニレビューシリーズ(25題)2000～2003年				
	研究会編「職場のメンタルヘルス—実践的アプローチ」(中央労働災害防止協会)				
4. その他, 提言など					
	日本産業衛生学会(理事会)への提言				

表 5. 各業精神衛生研究会で取り上げられたメインテーマやシンポジウム

1) 職場の精神衛生活動や対策(自社事例の紹介と情報共有など)	
2) 職場不適応事例の早期発見, 対処(選別と管理)に関するもの	
心理テストやチェックリストの活用	
3) 産業保健スタッフの役割と社内・地域との連携	
4) 職業性ストレス評価やストレスマネジメント(一次～三次予防)	
5) 関連法案, 社会や時代の要請, 関心事に関するテーマ	
労働安全衛生法改正(THP, ストレスチェック制度などを含む)	
職場環境の変化(OA化, 成果主義の導入), 安全配慮義務	
復職支援の手引き, 精神障害の労災認定, ハラスメント対策	
過労死・過労自殺予防, 中高年・若年労働者のメンタルヘルスなど	

表 6. 「職場のメンタルヘルスー実践的アプローチ」の内容

産業精神衛生研究会編(企画責任者: 永田頌史, 川上憲人)	
総論(11項目)	
メンタルヘルス対策の現状と流れ, 欧米の対策, ストレス評価と対策の進め方	
ストレス対処, 自殺対策, 法的問題, 事業場外資源の活用など	
各論(30項目)	
1. 一次予防(13項目)	
教育・研修, ストレスモデル・ストレス評価, リスナー研修, メンタリング	
職場環境改善, 自殺予防, EAPによるメンタルヘルス対策, 過重労働対策	
作業管理など	
2. 二次予防(2項目)	
定期健診の活用, ストレス調査に基づく面接など	
3. 三次予防(2項目)	
復職支援, 復職後のケアなど	
4. 対策の実際(10項目)	
製造業, IT産業, 運輸業, 医療機関, 研究職など業種や職種ごとの対策	
女性のメンタルヘルス対策など	
5. チームによるアプローチ(3項目)	
企業内各組織の役割と分担, 保健師, 看護師の役割, 臨床心理士の役割など	

付表 産業精神衛生研究会(職場不適応研究会)の歩み

回	開催年	月	開催地	会長(幹事)	回	開催年	月	開催地	会長(幹事)
1	1969	3	福岡	中村	31	1990	2	北九州	高田, 中村, 野村, 阿部, 河野
2	1970	3	徳島	大道	32	1991	2	東京	福渡
3	1971	2	東京	大道	33	1991	10	名古屋	森川, 飯田, 橋本
4	1972	6	相模原	大道	34	1993	2	大阪	浅尾, 藤井, 宮崎, 夏目
5	1973	2	大阪	池田	35	1994	2	北九州	高田, 阿部, 永田, 中村
6	1974	9	東京	大道, 荒井	36	1995	1	東京	福渡, 八上, 中川, 越河, 富山
7	1975	2	相模原	大道	37	1996	3	名古屋	小林, 山田
8	1975	11	大阪	菰池	38	1997	3	大阪	宮崎
9	1976	3	相模原	大道	39	1998	1	福岡	高田, 阿部, 永田
10	1976	9	東京	大道	40	1999	1	東京	河野
11	1977	2	大阪	藤井	41	2000	3	名古屋	小林
12	1977	9	東京	大道	42	2001	3	大阪	夏目
13	1977	12	大阪	宮崎, 吉田	43	2002	3	福岡	永田
14	1978	3	広島	三宅, 野村	44	2002	10	東京	原谷, 廣, 三木, 島津, 種市
15	1978	7	東京	大道	45	2004	3	仙台	広瀬
16	1979	3	名古屋	森川, 飯田	46	2005	1	名古屋	富田, 小林
17	1979	9	仙台	大道	47	2006	2	大阪	丸山, 長見
18	1980	3	大阪	浅尾, 藤井, 宮崎	48	2007	2	広島	中川, 鎗田
19	1980	11	広島	更井, 三宅, 野村	49	2008	2	北九州	中村
20	1981	3	東京	荒井, 池田, 小澤	50	2009	2	札幌	齋藤
21	1981	10	神奈川	河合, 佐藤(信), 佐藤(欣)	51	2010	2	東京	森崎
22	1982	3	大阪	阿部, 浅尾, 藤井, 宮崎	52	2011	2	名古屋	大久保
23	1982	10	東京	関口, 池田, 八上	53	2012	3	大阪	廣部
24	1983	3	山口	吉村, 高田, 宮本	54	2013	3	広島	鎗田
25	1983	11	神奈川	御厨, 西原, 佐藤(欣), 富山	55	2014	3	北九州	廣
26	1985	2	京都	藤井, 船岡, 乾	56	2015	2	金沢	山田
27	1986	1	名古屋	森川, 祖父江, 坂本, 飯田	57	2016	2	横浜	堤
28	1987	2	福岡	中村	58	2017	2	名古屋	渡邊
29	1988	2	東京	池田	59	2019	2	高知	菅沼
30	1989	1	大阪	浅尾, 藤井, 夏目					

