

電子デバイス設計企業における 精神健康度に関する調査

— 「こころとからだの相談室」 利用状況から —

宮田さおり¹, 岡部 充代¹, 櫻井しのぶ¹, 田中 洋一²

Abstract

The aim of this study was to analyse the consultation room (the Physical a Mental Consultation Room: TPMCR) activity which can approach mind-and-body both sides as partly mental health care for occupational health, and to compare the mental distress between a user and an unused person. It was analyzed using by the statistics application SPSS ver.11 for t-test and the one way factorial ANOVA.

The result, as follows

- 1) As a result of comparing average the score in GHQ28, and its low rank criterion about TPMCR user group and an unused person group, the average value of a user group was significantly high at all items. This shows that clearly users of TPMCR have potential actual health problem, in spite of any route of mental health consultation.
- 2) GHQ28 quantity score's group, the overtime work group, and voluntary client, had had the problem on work. Moreover, the user by his first choice have been held the complex stressor in many cases. Since there is a little on work, it was indicated that it was necessary to approach to managers to solve their troubles because they often couldn't solve by themselves.
- 3) Although the approach to a managerial staff is required in order to make a environmental improvement, it is surmised that the managerial staff is also hold various stress. It is very important to examine investigation about the mental health and stress of a managerial staff, and to find out the support which can be substantial in "a care by the line" as a future task.
- 4) It was re-recognized that the functions of TPMCR were ①a role as a gate for early detection and early intervention for secondary prevention ②a role as a follow to employees who have mental health problem and who will return to work for their prevention. However, in order to operate this role effectively, it was shown that activity of a primary care viewpoint is important.

Key words: Mental health, GHQ28, long working hours, mental health consultation

1. はじめに

近年、日本の社会・経済構造は大きな変化を遂げている。パソコンの普及、FA化、OA化に見られる生産性の向上、絶えないグローバル化、それに伴い高度

情報社会が発展し、企業も大きく変わった。企業のボーダレス化、ダウンサイジング、アウトソーシング、M&Aにみられる企業の再編成は職場構造に大きく影響をもたらす。その結果、日本も従来の終身雇用制度や年功序列から成果主義、裁量労働制に方針をかえ

1. 三重大学医学部看護学科 地域看護学講座
2. 神戸大学発達科学部 人間発達論講座

つつある。

特に 1990 年代後半以降、インターネットの普及と IT 技術革新は急進展し、IT 革命といわれるほど社会経済の構造変革にまで波及し、ユビキタス社会の市場創造が提唱されている。この現象は、一般企業はもとより、このユビキタス社会になくってはならない、電子デバイス業界に大きな市場を呼び込むとともに、多くの負担を強いることになる。今日、携帯電話、モバイルにみられるように、多機能の製品が日々生産され、消費され、新たなモノを作り出していかなければならない。短期間での商品開発、設計、量産を行い、事業の再編成も急展開することが多い。和田¹⁾は、技術革新の進展で多くの勤労者は精神労働や知識労働に従事することを余儀なくされ、うつ病、心身症、職場不適応などいわゆるストレス病や突然死、過労死、過労自殺などが増加していることを指摘している。

技術革新は VDT (Visual Display Terminals) 作業の負荷をも増大させる。厚生労働省が実施した「技術革新と労働に関する実態調査」²⁾によれば、VDT 作業者のうち、精神的疲労を感じているものが 36.3%、身体的疲労を感じているものが 77.6%にも上っている。情報化の進展に従い VDT 作業にも新たな変化が出てきている。例えば、FPD (Flat Panel Display) やマウスの普及、作業場所の広がり、情報伝達機器としてのディスプレイの使用があげられる。それに伴い、厚生労働省は新しい「VDT 作業における労働衛生管理のためのガイドライン (1999)」³⁾を策定している。このように VDT 作業者は産業保健におけるハイリスク群と認識されている。そして、労働形態の変化による腰痛症など運動機能障害や VDT 作業障害など身体機能の低下も知られている。長時間労働と健康障害との関連性については、労働時間が仕事の不満足、不定愁訴、疲労、抑うつ、生活習慣病などと関連があることが示されている⁴⁾。

この急激な変化は労働者のメンタルヘルスにも大きな影響を与え、現在、産業保健分野ではメンタルヘルス対策が重要課題となっている。厚生労働省は「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 年)」⁵⁾を示し、企業はこの指針に基づきメンタルヘルス対策を講じている。また、THP の視点からもメンタルヘルス対策は一つの柱として、位置づけられている。しかし、あくまでも指針であるがゆえ、メンタルヘルス対策を講じている企業は企業規模が小さくなるほど減少する。また、企業における精神保健活動の現状や活動についての報告は未だ少なく⁶⁾、検討する意義は大きい。特に電子デバイス設計業務は VDT 作業が多く、仕事の質・量・スピードなど多くのこと

が要求されている。このように電子デバイス設計従事者のメンタルヘルスは厳しい環境におかれていることが予測され、未だ明らかにされていない部分が多い。

本研究の目的は、企業におけるメンタルヘルス対策の一端を担う心身両面にアプローチする相談室活動の内容、利用者の相談内容やその対応の分析、利用者と未利用者の精神的健康度の比較、検討することである。電子デバイス設計業界における特有の精神健康問題とその対応方法について考察することにより、今後の企業におけるメンタルヘルス計画の骨格を作る重要なデータとなりうると考える。

2. 研究方法

1) 研究対象と研究期間

調査対象者は関西にある A 企業の従業員、286 名 (2006 年 2 月現在) である。調査期間は 2004 年 5 月～6 月、安全衛生管理者の協力の下、調査用紙を配布し、厳封した上で回収を行った。今回は一次スクリーニング目的もあり記名式で行った。回答者は 256 名であり、回収率は 89.5%であった。

2) 研究内容

研究内容は以下の 2 点である。

- (1) 2004 年 4 月から 2006 年 2 月における「こころとからだの相談室 (以下: 相談室) 利用状況の分析
 - (2) GHQ28 (General Health Questionnaire 28 項目 日本語版) の調査結果について、2004 年 4 月から 2006 年 2 月における利用者と未利用者の比較。
- (なお、本文中の 2004 年とは、2004 年 4 月 1 日から 2005 年 3 月末を指し、2005 年とは 2005 年 4 月 1 日から 2006 年 2 月末を示す。)

3) 分析方法

統計パッケージは SPSS ver.11 を使用した。分析方法は、相談室の利用者と未利用者については t 検定、相談経路別は一元配置分散分析を行い、一元配置分散分析後の多重比較検定には Bonferroni 法を用いた。相談内容については面接記録をもとに内容分析を行った。

3. 相談室の概要

名称: 「こころとからだの相談室」

利用対象者: 従業員 (約 286 名、2006 年 2 月現在) とその家族である。

活動内容:

- (1) 健康問題 (身体的問題、精神的問題など) に関する相談。
- (2) 長時間時間外労働 (以下: 時間外労働) 者への保

健指導。長時間時間外労働とは80時間以上／月の規定時間外労働または3ヶ月の平均規定時間外労働が45時間以上を指す。

- (3) 職場健康診断の事後指導（以下：健診結果指導）。
- (4) 復職者の保健相談（以下：復職）。
- (5) GHQ28のcut off pointsを6／7とし、7点以上は相談室に勧奨し、それに応じた者の面接（以下：GHQ28高得点者）。
- (6) 復職、加療などで職務調整が必要な者の相談（以下：調整）。
- (7) ニュースレターの発行。

スタッフは産業医（嘱託医）1名、安全衛生管理者1名、保健師（非常勤）1名、臨床心理士（非常勤）1名の4名である。

4. 結 果

1) 相談室の状況

(1) 相談室の経年変化傾向

相談室利用状況について、実利用者は2004年で64名、2005年で74名である。延べ利用者数は2004年で114名、2005年で111名であった。各年度の平均利用回数は1.78回、1.50回となっている。最も多い利用者は2004年で11回、2005年で8回である。この対象者は現在復職後の経過観察のため、定期面接を行っている。また1回のみ利用者は2004年では43名（利用者数の67.2%）、2005年は60名（81.1%）である。

2年間で94名（実人員）が利用している。これは総従業員数（286名）の32.9%にあたる。

相談者の初回利用パターンについて、本人が利用する場合はほとんどを占めている。上司、または上司と共に利用したケースは2004年で1例、2005年で2例であった。延べ利用者数では、本人が利用するパターンが最も多く、2004年は98例（86.0%）、2005年は108例（97.3%）である。また、上司が利用したパターンは2004年では7例（6.2%）であり、2005年はいなかった。

初回来室経路について、2004年は本人の希望が最も多く28例（43.8%）次いで時間外労働が27例（42.2%）であった。GHQ28調査で7.0以上（以下：GHQ28高得点）であった対象者（155名）に対し相談室利用を勧奨したが、8名（5.2%）の利用者のみであった。2005年は時間外労働が最も多く、34名（45.9%）次いで、健診結果指導が23名（31.1%）、本人の希望が16名（21.6%）となった（図1）。

利用者（延人員）数の来室経路について、2004年は本人の希望が最も多く48名（42.1%）、ついで時間外労働が41名（36.0%）となっている。2005年は、

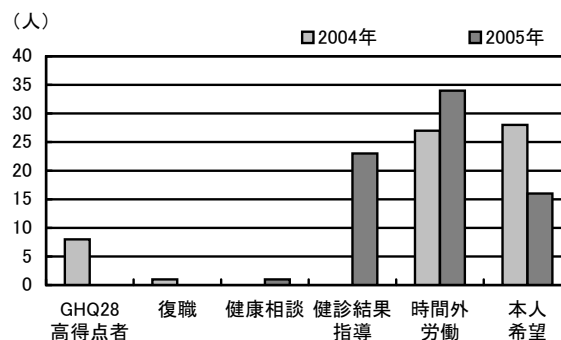


図1. 初回来室経路（実人数）

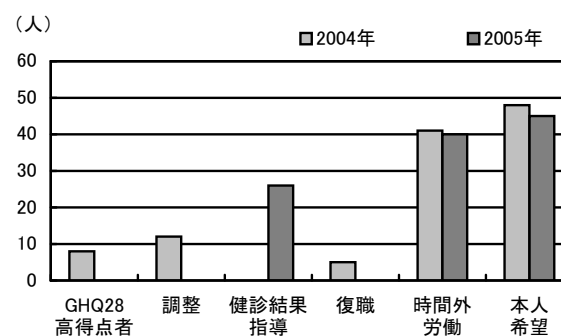


図2. 来室経路（延べ人数）

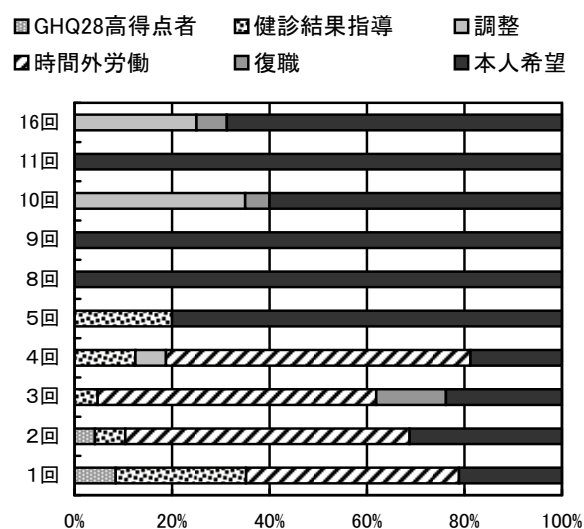


図3. 利用回数と相談内容

本人の希望が45名（40.5%）、ついで時間外労働が40名（36.0%）、健診結果指導が26名（23.4%）となっており、前年度と同様の傾向である（図2）。

各年度の主訴の傾向について、2004年は仕事のことが最も多く37件（32.5%）であり、ついで医療に関することが24件（21.1%）、身体症状に関することが22件（19.3%）であった。2005年では健康状態の確認が最も多く90件（81.1%）次に精神症状44件（39.6%）となっている。

(2) 利用者（延人員）（2004 年 4 月から 2006 年 2 月）
の相談室の利用傾向

(1) 一人あたりの利用回数について

一人あたりの最小利用回数は 1 回，最大利用回数は 16 回であった．最も多い利用回数は 1 回であり，71 名（62.8%）であった．利用者の 91.1%が 1～3 回の利用であった．また，どの来室理由でも利用回数 1 回の者が半数以上であった．「本人の希望」の場合は 4 回以上の利用者が 22.9%であった．これは復職経過観察の対象者が含まれるためである（図 3）．

(2) 利用者の相談経路と相談内容について

GHQ28 高得点の者を相談室に勧奨し，その結果利用した者は 8 名であった．相談内容は仕事に関することが 75.0%を占めていた（表 1）．

健診結果指導で利用した者は 26 名であった．相談内容は健康状態の確認を行った者が 79.6%であった．またその中で精神症状を相談した者も若干ではあったが存在した（表 2）．

職務の調整で利用した者は 12 名であった．相談内容は事務手続き，職務調整がそれぞれ 33.3%であった．（表 3）．

時間外労働で利用した者は 81 名であった．相談内容は健康状態の確認が 56.8%と最も多く，次いで身体症状の相談が 24.7%，仕事のことが 22.2%であった．仕事に関することでは，仕事の量，質，仕事の変化，仕事への自信がなくなったなど多岐にわたる．また，

精神症状や身体症状は仕事の問題と共に表出することもあった．（表 4）．

本人の希望で利用した対象者は 92 名であった．相談内容は仕事に関することが 50.0%と最も多く，次いで精神症状の相談が 40.2%，家族のことが 23.9%であった．仕事に関することでは，仕事の量，質，仕事の変化，仕事への自信，職場環境，対人関係など多岐にわたる．また，仕事，精神症状，家族，身体症状の問題は複合的に表出することが多く見られた．（表 5）．復職に関することで利用した対象者は，10 名であった．健康状態の確認が 30.0%，復職や職務調整が 20.0%であった．なお復職に関することであげられている対象者は，復職に向けての初回面接である（表 6）．

2) 相談室の利用者と未利用者の GHQ28 調査結果の比較

2004 年 4 月に行った GHQ28 調査結果について，利用者の初回来室理由および未利用者というカテゴリでグループ化し，検討した．

(1) 相談室の利用者と未利用者との比較

GHQ28 総得点（利用者群 10.44，未利用者群 6.90），およびその下位尺度である「身体症状」（利用者群 3.59，未利用者群 2.60）「不安と不眠」（利用者群 3.28，未利用者群 2.31）社会活動の障害（利用者群 2.51，未利用者群 1.60）「うつ傾向」（利用者群 1.06，未利用者群 0.38）のいずれにおいても利用者群が未利用者群より平均値が高く，有意差が見られた（ $p < 0.001$ ）（表 7）．

表 1. GHQ28 高得点

相談内容（複数回答）			内訳	合計に 対する %	
仕事	6	75.0%	仕事の量	1	12.5%
			仕事（質・量）	1	12.5%
			対人関係	4	50.0%
身体症状	4	50.0%			
家族	1	12.5%			
健康状態の確認	1	12.5%			
合計	12				

表 2. 健診結果指導

相談内容（複数回答）		
健康状態の確認	20	76.9%
身体症状	5	19.2%
精神的問題	1	3.8%
合計	26	100.0%

表 3. 調整

相談内容（複数回答）		
対人関係	1	8.3%
事務的手続き	4	33.3%
職務調整	4	33.3%
復職	1	8.3%
報告	2	16.7%
合計	12	100.0%

表 4. 時間外労働

相談内容（複数回答）			内訳	合計に 対する%	
仕事	18	22.2%	仕事（量・質）	2	2.5%
			仕事の量	7	8.6%
			仕事の評価	2	2.5%
			仕事の変化	1	1.2%
			仕事への自信	1	1.2%
			対人関係	3	3.7%
			職務調整	2	2.5%
健康状態の確認	46	56.8%			
身体症状	20	24.7%			
精神的問題	1	1.2%			
家族	2	2.5%			
合計	87				

表 5. 本人希望

相談内容（複数回答）			内訳	合計に 対する%	
仕事	46	50.0%	仕事（質・量）	10	10.9%
			仕事の量	4	4.3%
			仕事の評価	2	2.2%
			仕事の変化	3	3.3%
			仕事への自信	3	3.3%
			対人関係	20	21.7%
			職場環境	4	4.3%
精神的問題	37	40.2%			
身体症状	6	6.5%			
服薬	7	7.6%			
家族	22	23.9%			
報告	5	5.4%			
合計	123				

(2) 初回相談経路別利用者と未利用者との比較

① GHQ28 の総得点

GHQ28 高得点群の平均値が最も高く、14.13 であり、次に、本人の希望群で 12.04 であった。利用者群はどの群も 7.0 以上であり、最も低かったのは健診結果指導群で 8.43 であった。未利用者群は 6.09 であった。

各群での比較では、未利用者群は時間外労働群より平均値の差が 2.361 低く、有意差が見られた ($p < 0.05$)。また、未利用者群は GHQ28 高得点群 (7.230)、本人の希望群 (5.243) より低く、有意差が見られた ($p < 0.001$)。

② 身体症状

GHQ28 高得点群の平均値が最も高く、5.50 であ

表 6. 復職

相談内容（複数回答）		
健康状態の確認	3	30.0%
身体症状	2	20.0%
服薬	1	10.0%
復職	2	20.0%
職務調整	2	20.0%
合計	10	100.0%

た。次いで本人の希望群で 3.83 であった。未利用者群は 2.60 で最も低かった。

各群での比較では、GHQ28 高得点群は未利用者群より平均値の差が 2.901 高く、有意差が見られた ($p <$

0.001)。また、GHQ28 高得点群は、平均値の差が時間外労働群より 2.444、健診結果指導群より 2.500 高く、有意差が見られた ($p<0.05$)。また、本人の希望群は未利用者群より平均値の差が 1.229 高く、有意差が見られた ($p<0.05$)。

③ 不安と不眠

GHQ28 高得点群の平均値が最も高く、4.13 であった。次いで本人の希望群で 3.97 であった。未利用者群は 2.31 で最も低かった。

各群での比較では、本人の希望群は時間外労働 群より平均値の差が 1.221 高く ($p<0.05$)、未利用者群よりは 1.651 高く、有意差が見られた ($p<0.001$)。

④ 社会活動の障害

GHQ28 高得点群の平均値が最も高く、3.13 であった。次いで本人の希望群で 3.10 であった。未利用者群は 1.60 で最も低かった。

各群での比較では、本人の希望群は、未利用者群より平均値の差が 1.505 高く、有意差が見られた ($p<0.001$)。また、GHQ28 高得点群は、未利用者群より平均値が 1.526 高く、有意差が見られた ($p<0.05$)。

⑤ うつ傾向

GHQ28 高得点群の平均値が最も高く、1.38 であり、次いで本人の希望群で 1.24 であった。未利用者群は 0.38 で最も低かった。

各群での比較では、本人の希望群は未利用者群の平均値より 0.859 高く、有意差が見られた ($p<0.05$)。また、時間外労働群は、未利用者群の平均値より 0.641 高く、有意差が見られた ($p<0.05$) (表 8, 9)。

5. 考 察

1) 相談室への来室パタン

相談室への来室パタンはいくつか存在する。最も多かったのは「時間外労働者への保健指導」次いで「本人の希望」である。GHQ28 高得点者への勧奨は、調査年次のみであり、健診結果指導は 2005 年から始まったため、経年的には見られない。

本人の希望による来室は、2004 年 28 名、2005 年 16 名と減少している。本人の希望による来室者実数は減少しているが、延べ利用者数を見ると 2004 年、2005 年とも変化が見られない。つまり、必要性を感じてい

表 7. 相談室利用者群と未利用者群の比較

		N	平均値	標準偏差	t 値	有意確率 (両側)	
GHQ28 総得点	利用者群	94	10.44	5.405	5.56	0.000	***
	未利用者群	162	6.90	4.604			
身体症状	利用者群	94	3.59	2.050	3.85	0.000	***
	未利用者群	162	2.60	1.932			
不安と不眠	利用者群	94	3.28	1.846	4.11	0.000	***
	未利用者群	162	2.31	1.778			
社会的活動障害	利用者群	94	2.51	1.631	4.54	0.000	***
	未利用者群	162	1.60	1.399			
うつ傾向	利用者群	94	1.06	1.632	3.69	0.000	***
	未利用者群	162	0.38	0.973			

*** 平均差は 0.001 で有意

表 8. GHQ28 スコア

	度数	GHQ28 総得点		身体症状		不安と不眠		社会活動の障害		うつ傾向	
		AVR	SD	AVR	SD	AVR	SD	AVR	SD	AVR	SD
GHQ28 高得点	8	14.13	2.75	5.50	1.20	4.13	1.25	3.13	1.64	1.38	1.60
本人希望	29	12.14	5.21	3.26	2.13	3.97	1.72	2.23	1.67	1.24	1.72
時間外労働	43	9.26	5.79	3.83	2.11	2.74	1.84	3.10	1.57	1.02	1.78
健診結果指導	14	8.43	3.78	3.00	1.41	3.00	1.92	1.79	1.19	0.64	0.84
相談室未利用	162	6.90	4.60	2.60	1.93	2.31	1.78	1.60	1.40	0.38	0.97
合計	256	8.20	5.19	2.96	2.03	2.67	1.86	1.93	1.55	0.63	1.29

表 9. GHQ28 スコア Bonferroni (多重比較)

GHQ28	(I) 利用者	(J) 利用者	平均値の差 (I - J)	標準誤差	有意確率
総得点	GHQ28 高得点	長時間残業	4.869	1.854	0.092
		健診結果指導	5.696	2.134	0.081
		本人の希望	1.987	1.923	1.000
		相談室未利用	7.230	1.744	0.000 ***
	本人希望	長時間時間外	2.882	1.157	0.134
		健診結果指導	3.709	1.567	0.187
		相談室未利用	5.243	0.971	0.000 ***
	時間外労働	健診結果指導	0.827	1.482	1.000
		相談室未利用	2.361	0.826	0.046 *
	健診結果指導	相談室未利用	1.534	1.342	1.000
身体症状	GHQ28 高得点	長時間残業	2.244	0.750	0.030 *
		健診結果指導	2.500	0.863	0.041 *
		本人の希望	1.672	0.777	0.324
		相談室未利用	2.901	0.705	0.001 ***
	本人希望	長時間残業	0.572	0.468	1.000
		健診結果指導	0.828	0.634	1.000
		相談室未利用	1.229	0.393	0.020 *
	時間外労働	健診結果指導	0.256	0.599	1.000
		相談室未利用	0.657	0.334	0.502
	健診結果指導	相談室未利用	0.401	0.542	1.000
不安と不眠	GHQ28 高得点	長時間残業	1.381	0.684	0.447
		健診結果指導	1.125	0.788	1.000
		本人の希望	0.159	0.710	1.000
		相談室未利用	1.810	0.644	0.053
	本人希望	長時間残業	1.221	0.427	0.046 *
		健診結果指導	0.966	0.578	0.963
		相談室未利用	1.651	0.358	0.000 ***
	時間外労働	健診結果指導	-0.256	0.547	1.000
		相談室未利用	0.429	0.305	1.000
	健診結果指導	相談室未利用	0.685	0.495	1.000
社会活動 の障害	GHQ28 高得点	長時間残業	0.892	0.564	1.000
		健診結果指導	1.339	0.649	0.401
		本人の希望	0.022	0.585	1.000
		相談室未利用	1.526	0.530	0.044 *
	本人希望	長時間残業	0.871	0.352	0.140
		健診結果指導	1.318	0.477	0.061
		相談室未利用	1.505	0.295	0.000 ***
	時間外労働	健診結果指導	0.447	0.451	1.000
		相談室未利用	0.634	0.251	0.123
	健診結果指導	相談室未利用	0.187	0.408	1.000
うつ傾向	GHQ28 高得点	長時間残業	0.352	0.483	1.000
		健診結果指導	0.732	0.556	1.000
		本人の希望	0.134	0.501	1.000
		相談室未利用	0.992	0.455	0.300
	本人希望	長時間残業	0.218	0.302	1.000
		健診結果指導	0.599	0.409	1.000
		相談室未利用	0.859	0.253	0.008 **
	時間外労働	健診結果指導	0.380	0.386	1.000
		相談室未利用	0.641	0.215	0.032 *
	健診結果指導	相談室未利用	0.260	0.350	1.000

* 平均差は 0.05 で有意

** 平均差は 0.01 で有意

*** 平均差は 0.001 で有意

る労働者はその後も継続して利用していると考えられる。また、実数の来室者は初回来室した理由で集計している。つまり、時間外労働や健診結果指導などで来室した後に、本人の希望で再来室するパターンがあることがうかがわれる。

時間外労働者の来室実数が増えている要因として、2つの推測ができる。一つは相談室が認識されてきたことによって、気軽に相談できる環境が整ったこと、二つめは時間外労働者の実数が増加しているということである。現在、時間外労働については、自己申告した時間外労働時間をもとに勧奨を行っている。A企業の安全衛生管理者は、2005年における時間外労働の保健指導対象者の約60%は来室しているという。しかし、総務部が時間外労働を適切に把握しているとは言いがたい。実際、サービス残業の存在や裁量労働制では、時間外労働の把握は困難である。特に管理職においては労働裁量性を採る企業も多く、時間外労働を「健康管理時間」などとして自己申告している企業が多い。しかし、賃金に反映されないため制度自体が形骸化している可能性がある。過重労働防止には適正な労働時間の把握が必要である。また、裁量労働制であっても、企業は労働者の実労働時間を把握する義務が、免除されるわけでもない^{7),8)}。以上のことから、2004年度の時間外労働の保健指導対象者の実数および来室率を検討することは、相談室の認知度および評価指標の一つとなりうると考える。これはメンタルヘルス対策の評価の一つになりうる。また、管理職にも「健康管理時間」の重要性を認識してもらうようなアプローチが必要であることが示唆された。

2) 主訴および対処の傾向

主訴について最も多いものは2004年では仕事のこと(37件)であったが、2005年には半減している。その一方で増加傾向にあるのは「精神症状」で2004年は5件であったのが2005年では44件と約9倍となり、「確認」は2004年では22件であったのが2005年には90件と約4.5倍となっている。

この理由は、復職後面接や時間外労働者には、健康状態の把握や医療状況の確認ですむケースの存在が要因として考えられる。特にうつ病による休職・復職支援を行う場合は、体調や仕事など生活における事象の確認と精神症状に対する保健指導が必要不可欠である。うつ病などの場合には往々にして職場復帰を行った際に、休んだ分を挽回しようと無理をするケースがある⁹⁾。その要因の一つには病前性格があげられる。前うつ病性格の特徴は、几帳面、真面目、きちんと物事を運ぶ、心配りができる、などがあげられる。この性格形成には日本の文化背景が影響しているであろう。

つまり、循環性・同調性気質者が旧西ドイツや日本のような原点評価型の社会に適応するための性格防衛として自己形成されたのがこの性格である¹⁰⁾。このように、日本の労働者で真面目、几帳面に仕事に取り組む人ほどうつになり、また、復職してもスリップしやすい状況に陥りやすいことが考えられる。もう一つの要因として、職場の期待があげられる。つまり、病前は仕事を配分すればきちんと成し遂げるため、うつ病の対象者への復帰後の期待は大きい。また、「うつは服薬治療をすれば治る」と言われている。確かに、SSRIやSNRIの登場によって、うつ病の寛解率は高くなっている。しかし、あくまでも寛解であり、治癒ではない。特に精神科疾患の場合、「寛解」remissionと表現されるように、「完治」もしくは「治癒」下状態での復職とは限らない。そしてうつ病は再発しやすい病気であり、薬物維持療法が有効であるが、同時に副作用や症状も存在する。うつ病の場合7-8割の回復が復職目安である¹¹⁾ため、復職者への業務管理を管理職は正しい知識を持って行うことが必要である。

管理職は「うつ病は治る病気である」という認識が強く、再発の危険性についての知識は提供されにくい。中央労働災害防止協会が発行している管理者向けパンフレットにも、うつ病の病前性格、うつ病の徴候、自殺予防などの項目はあるものの、復職後のケアやうつ病の再発については頁が割かれていない¹²⁾。再発率の高さを強調することが、対象者の評価を下げる要因になりかねず、対象者の不利益になる可能性がある。そのため、管理職に対して、うつ病はその人の体調に見合った仕事の質・量であれば、コントロール可能な病気である、という認識を持ってもらえるように、またそれは管理職のリスクマネジメントであるという認識を持ってもらう機会の提供が必要であろう。相談室は復職後も定期的な支援を行い、精神症状の悪化や服薬中断、過度の労働負担は避けるような関わりが必要であると考え、その際定期的に管理職ともコンタクトをとり(本人の承諾を取ることが必要である)、事例を通して管理職への知識提供やケアを平行して行うことが必要である。この活動は心の健康づくり指針の「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」による3次予防活動、「ラインによるケア」の管理職へのアプローチになりうると考える。

3) 相談経路と相談内容からみた労働者の抱える問題

GHQ28高得点者、本人の希望、時間外労働は、「仕事」に関する相談が多い。また複合的問題をもつ対象者の相談経路は、「時間外労働」「本人の希望」で多く見られる。

(1) 仕事に関する問題

GHQ28 とその下位尺度である「うつ傾向」の平均値は、時間外労働が未利用者より有意に高かった。長時間時間外労働のリスクは、睡眠時間の減少、過重労働、身体的疲労から抑うつ状態への移行などが明らかにされている¹³⁾⁻¹⁵⁾。厚生労働省は平成 14 年に過重労働による健康障害防止のための総合対策を打ち出した。また、労働安全基準法 75 条、労働基準法施行規則第 35 条に、過重労働や心的負荷の労災認定規則も定められている。A 企業の業務特徴は短納期であること、特化した技術を用いる仕事である。そのため、周囲への相談の機会が少なく、仕事を抱え込み、量的負担が増加していると考えられる¹⁶⁾。また、うつ病の発症要因の職場ストレスで最多は「仕事の質」である¹⁷⁾。「ソーシャルサポート」は仕事の量的・質的負担が多いといった外的要求が高い場合に有効である¹⁸⁾。しかし仕事上の対人関係問題をもっている場合には、ソーシャルサポートを得ることが非常に難しくなるであろう。このような状況に対して上司のサポートを深める介入は有効であるという報告がある¹⁹⁾。しかし一方で、部下の職務遂行障害が小さいうちには、上司が精神的健康相談に結びつけることが難しい²⁰⁾。このことから、「心の健康づくり指針」で示されている「ラインによるケア」を充実することが必要であると考えられる。これは、管理職がメンタルヘルスの視点と、業務管理の視点をリンクさせることが必要である。

(2) 本人の希望

本人の希望群と未利用者群を比較すると、GHQ28 およびその下位尺度すべての項目で有意に平均値が高かった。相談内容も複合した問題が多く見られた。複合的ストレス要因と勤労者の抑うつ徴候の関連性があることは渡邉ら²¹⁾の調査でも報告されている。仕事については質・量、評価、変化、仕事上の対人関係、家庭については夫婦間、子ども、などあらゆるパタンが存在した。夫婦間の意見の不一致は性別にかかわらず抑うつ感、焦燥感を引き起こす²²⁾。家庭はソーシャルサポートのひとつである。つまり家庭が不穏である場合には、労働者にとっては精神的健康に大きな影響をおよぼし、仕事にも支障が出かねない。対人関係のストレスを持つものも多く見られる。上司とのコミュニケーションがない場合は、精神的健康度に負の相関が見られることが明らかになっている²³⁾。先行研究^{24),25)}でも、仕事の量的負担の高さ・裁量権、同僚・上司の支援不足がメンタルヘルス阻害の要因となっていることが明らかになっている。

家庭・職場は労働者のソーシャルサポートの一つである。Fujita ら²⁶⁾は、「ソーシャルサポート」は精神的健康度に影響すると指摘している。つまり、家庭・

職場がソーシャルサポートの機能を働かさなければ、労働者のメンタルヘルスは維持・増進することは難しいと考えられる。

(3) 時間外労働

時間外労働で勧奨した者はそのほとんどが、1 回で面接終了し、相談内容の 56.8% は健康状態の確認のみで終わっている。しかし、時間外労働の保健指導で勧奨しているが、来室者の中には仕事の悩み（18 名、22.2%）や身体的問題（20 名、24.7%）を抱えている者も少なくない。中尾²⁷⁾は身体症状からうつ病の発見が可能であることを報告している。時間外労働や健診結果指導を通してメンタルヘルスにおける二次予防が可能になると考えられる。三谷²⁸⁾の研究では、メンタルヘルスセンターを受診した勤労者 242 名の診断名は「不安障害」「ストレス適応障害」「鬱病エピソード」であり、これらの転帰は寛解 9.8% 軽快 47.6% であった。このように、医療機関にかかることで半数以上が改善を示すことが明らかである。また、「不安障害」「ストレス適応障害」「鬱病エピソード」などの鑑別診断や治療は医師の役割である。相談室はゲート機能をもって産業医、外部資源に適切につなぐことが役割であり、それが労働者の健康利益に貢献する。

また、心の健康づくり指針の「ラインによるケア」を充実させることが必要であろう。相談室は 2/月の開催であり、非常勤である。そのため、相談業務が主となっており、職場巡視まで行うことが困難な状態である。つまり、管理職がトリガー機能を持つことが 2 次予防の戦略となりうる。しかし、副田²⁹⁾は、管理職が対象者を見いだすことは困難であることも報告している。また、上司は部署内の上司一部下という縦断的關係だけでなく、他部署との横断的な対人関係も重要なストレスターとなっている³⁰⁾。管理職がメンタルヘルス維持・増進すること、管理職がメンタルヘルスに関する知識を深めることが、メンタルヘルス対策の戦略となりうるであろう。その方法論として、副田³¹⁾は、「上司に対してメンタルヘルス面談を行っている。その結果、メンタルヘルス面談の重要性への認識は面談後に高まる傾向が見られ、メンタルヘルス面談によって今後もメンタルヘルスについて健康管理室に相談しやすくなったと全員が回答した」と報告している。また、三宅³²⁾は個人レベルよりは職場レベルの対応に重きを置くべきと述べている。職場の改善を行うためには、管理職へのアプローチは欠かせない。メンタルヘルス対策を行う上で管理職へのアプローチが重要であると考えられる。

3) 2 次予防の観点からのアプローチ

GHQ28 総得点および下位尺度の平均値は、利用者

の方が未利用者より有意に高得点であった。利用者は本人の希望だけではなく、安全衛生管理者から勧奨（健康診断の事後指導、時間外労働）されている対象者も含まれている。つまり、理由、きっかけの如何に関わらず、意識的・無意識的に精神的トラブルを抱えて利用者は相談室に来ていと考えられる。「勧奨」というシステムが、利用者のもつ何らかの（顕在的・潜在的）問題を明らかにできる可能性が示唆された。これは一次予防としても機能すると考える。また GHQ28 高得点群は未利用者群と比較し、「不安と不眠」「うつ傾向」において平均値が高かったものの有意差は見られなかった。これは未利用群にもメンタルヘルス不全者がいることが推測される。今後は健康診断の事後指導、時間外労働などの勧奨をさらにを行い、またこのような機会を有効に捉えて、メンタルヘルス不全者への早期発見・早期介入をしていく必要があると思われる。現在、相談室はニュースレターを各月で発行している。これは知識の提供という一次予防的側面もあるが、この活動を通して相談室の存在が折に触れ労働者の目にとまり、身近な存在としてとらえてもらう意図もある。そして二次予防の入り口になるであろう。

6. まとめ

企業におけるメンタルヘルス対策の一端を担う心身両面にアプローチする相談室活動の分析、および利用者と未利用者の精神的健康度の比較、検討を行った。

- 1) 相談室利用者と未利用者について GHQ28 およびその下位尺度において平均値の比較を行ったところ、すべての項目で利用者の平均値が有意に高かった。相談は必ずしも本人の健康度悪化の自覚にかかわらず行っていることから、相談室利用者は顕在的・潜在的健康問題をもっていることが明らかになった。
- 2) GHQ28 高得点群、時間外労働群、本人希望群について、仕事の問題を抱えている者は多かった。仕事の問題は本人で対処できることは少ない、よって、管理職へのアプローチが必要であることが示唆された。
- 3) 職場改善を行うためには管理職へのアプローチは必要であるが、管理職も様々なストレスを抱えていると推測される。今後は管理職の精神的健康やストレスについて調査を行い、アプローチ方法を考えることが重要である。
- 4) 本人の希望による利用者は複合的ストレス要因を抱えていることが多かった。
- 5) 相談室の機能として、①二次予防の早期発見・早

期介入の「ゲートの役割」②三次予防の「有所見者・復職者へのフォロー役割」が再認識された。しかし、この役割を有効に機能させるためには、一次予防的視点の活動が重要であることが示された。

文 献

- 1) 和田 攻：作業関連疾患総論－その内容・背景と対策の現状－，産業医学振興財団編：作業関連疾患の予防管理と臨床 [改訂版]，産業医学振興財団，東京，2003
- 2) 厚生労働省：平成 15 年技術革新と労働に関する実態調査結果の概要 http://www.e-report.info/s_6.cfm?nextstart=11&company=6067，2003
- 3) 厚生労働省：新しい「VDT 作業における労働衛生管理のためのガイドライン」の策定について，<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/04/h0405-4.html>，2002
- 4) 丸山 総一郎：【職場のメンタルヘルス】メンタルヘルスの評価と尺度，臨床精神医学，33（7）883－893，2004
- 5) 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針：http://www.jaish.gr.jp/anzen_pg/hou_det.aspx?joho_no=100145，2004
- 6) 古木 勝也，山根 英之：ストレス相談の有効性について 職業性ストレス簡易調査票を用いて，労働の科学，57（1）46－49，2002
- 7) 川人 博，山下 敏雅：【過労死・過労自殺のいま】過労死・過労自殺をめぐる現場の声，労働の科学，59（6）335－338，2004
- 8) 照屋 浩司：過重労働防止のコツについて教えてください，治療，86（3）174－176，2004
- 9) 林 剛司：【職場復帰をスムーズに進めるためにメンタルヘルスを中心に】当センタにおける職場復帰の進め方，働く人の安全と健康，54（12）1172－1176，2003
- 10) 小田 原努，野村 由紀子，阿久津 美穂，田中 美由紀：職場におけるストレス調査票を用いたメンタルヘルス活動 上司サポートのストレス緩衝効果の検討，日立医学会誌 38（1）7－13，2001
- 11) 大西 守：【産業精神保健と精神療法】わが国における産業精神保健の現状と課題，精神療法，30（5）477－482，2004
- 12) 中央労働災害防止協会：こころのリスクマネジメント 一部下のうつ病と自殺を防ぐために，2004
- 13) 財団法人社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所：産業人メンタルヘルス白書 2005 年版，2005
- 14) 夏目 誠：変革期の社会問題への取り組み 職場のメンタルヘルス リストラクチャリングが関与したストレス関連疾患について 34 名の分析から，心身医学，45（2）101－109，2005

- 15) 大西守ら編著：産業心理相談ハンドブック，金子書房，1998
- 16) 田中江里子：【技術情報革新下の職場と労働者】 海外事情 最近のILO「職場のメンタルヘルス」報告書やILO/WHO「メンタルヘルスと労働」をめぐって，労働の科学，56（8）469－473，2001
- 17) 芦原睦，大平泰子，佐田彰見：変革期の社会問題への取り組み 職場のメンタルヘルス 心療内科からみた職場ストレス，心身医学 45（2）111－118，2005
- 18) 北條敬，加川真弓：職場のメンタルヘルス メンタルヘルス調査票による職業性ストレスの分析 職位による検討，日本心療内科学会誌，9（3）135－140，2005
- 19) 前掲 11)
- 20) 副田秀二，志賀潤子，撫中正博，他：メンタルヘルス対策に関する上司面談の試み，産業精神保健，11（1）36－43，2003
- 21) 渡邊温知，鈴木満，伊藤圭子，他：勤労者の複合的ストレス要因と抑うつ徴候 大規模3事業場でのアンケート調査より，産業精神保健，10（2）71－82，2002
- 22) 小泉智恵，菅原ますみ，北村俊則：児童を持つ共働き夫婦における仕事から家庭へのネガティブ・スピルオーバー抑うつ，夫婦関係，子育てストレスに及ぼす影響，精神保健研究，（14）65－75，2001
- 23) Shimizu Takashi, Mizoue Tetsuya, Takahashi Hiroyuki, : Relationships among Self-Management Skills, Communication with Superiors, and Mental Health of Employees in a Japanese Worksite, Industrial Health (0019-8366) 41 (4) 335－337, 2003
- 24) 田中克俊：東芝におけるメンタルヘルス活動，産業精神保健，10（3）246－248，2002
- 25) 三宅浩次，後藤啓一，山村晃太郎：メンタルヘルスの良悪は職場が作り出す 個人単位と職場単位の観察から，北方産業衛生 (0911-3363) 45) 24－29，2005
- 26) Daisuke.Fujita, Midori.Kanaoka: Relationship between Social Support, Mental Health and Health Care Consciousness in Developing the Industrial Health Education of Male Employees, Journal of Occupational Health 45 (6) 392－399, 2003
- 27) 中尾睦宏：情報化社会での職場のメンタルヘルス うつと身体自覚症状との関連，心身医学，44（10）735－744，2004
- 28) 三谷恵子，川西祐子，小山文彦，他：2002年香川労災病院メンタルヘルス科を外来受診した勤労者の統計報告，香川労災病院雑誌（9）267－271，2003
- 29) 前掲 20)
- 30) 前掲 19)
- 31) 前掲 29)
- 32) 前掲 25)

要 旨

企業におけるメンタルヘルス対策の一端を担うと考えられる心身両面にアプローチ可能な相談室活動の分析，および利用者と未利用者の精神的健康度の比較・検討を行った．分析は統計パッケージ SPSS ver.11 の t 検定，一元配置分散分析を用いて検討した．その結果，

- 1) 相談室利用者群と未利用者群について，GHQ28 およびその下位尺度において平均値の比較を行った結果，すべての項目で利用者群の平均値が有意に高かった．相談は必ずしも本人の健康度悪化の自覚に関わらず行っていることから，相談室利用者は顕在的・潜在的健康問題をもっていることが明らかになった．
- 2) GHQ28 高得点者群，時間外労働群，本人の希望群では，仕事上の問題を抱えている者が多かった．また，本人の希望による利用者は複合的ストレス要因を抱えていることが多かった．仕事上の問題は本人で対処できることは少ないため，管理職へのアプローチが必要であることが示唆された．
- 3) 職場改善を行うためには管理職へのアプローチは必要であるが，管理職も様々なストレスを抱えていると推測される．今後は管理職の精神的健康やストレスについて調査を行い，「ラインによるケア」を充実できるような支援が課題となる．
- 4) 相談室の機能として，①二次予防の早期発見・早期介入の「ゲートの役割」②三次予防の「有所見者・復職者へのフォロー役割」が再認識された．しかし，この役割を有効に機能させるためには，一次予防的視点の活動が重要であることが示された．

キーワード：精神保健，GHQ28，長時間労働，精神保健相談