

「環境と健康シリーズ」 No.77

職場のメンタルヘルスケア

大阪府守口保健所 副理事
大阪大学大学院医学系研究科 招へい教授

喜多村 祐里



公益財団法人 大同生命厚生事業団

ごあいさつ

日本人の平均寿命は世界でもトップクラスで、男女ともに80歳を上回っています。しかし、急速な高齢化の進行は、医療や介護が必要な期間が長くなることにつながり、必ずしも喜ばしいことばかりではありません。これからは、「健康寿命」（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間）に目を向け、社会全体で延ばしていくことが課題となっています。そのためには保健・医療・福祉およびボランティア活動の役割が、これまで以上に重要になってくるものと考えております。

当財団法人では、1974年に設立以来、公共の福祉の増進にやささかなりともお役に立ちたいとの願いから、

1. 地域に密着した公衆衛生活動や福祉活動に従事している方々の、「地域における保健・医療・福祉に関する研究」への助成
2. シニア（年齢60歳以上）のグループのボランティア活動への助成
3. ビジネスパーソンのグループのボランティア活動への助成
4. 疾病の予防と福祉に関する小冊子の発行

などの事業を行なっています。

小冊子の発行につきましては、病気に関する正しい知識と予防、健康管理あるいは福祉の諸問題の中から、とりわけ関心の高いものについて、専門家の方々にご執筆をお願いしてまいりました。

今回は、職場のメンタルヘルスカについて詳しく解説していただきました。誰もが罹る可能性があるメンタルヘルス不調の予防、早期発見、適切なケア・治療へと繋げることができる体制を構築いただくことで、笑顔の溢れる職場環境づくりに、少しでもお役に立つことができましたら幸甚に存じます。

公益財団法人 大同生命厚生事業団

理事長 工藤 稔

目 次

はじめに	4
第1章 職場のメンタルヘルスケアとは？	6
1. 精神疾患の分類と範囲	6
2. 職場で起こりやすいメンタル不調	8
3. 過労死等の防止にむけて	14
(過労死等防止対策推進法第6条の規定に基づく「令和 4年度 我が国における過労死等の概要及び政府が過 労死等の防止のために講じた施策の状況」報告より)	
4. ストレスチェック制度の利用と効用	20
第2章 主な精神疾患について	25
(統合失調症、気分障害、発達障害、 てんかん、摂食障害)	
第3章 増えている依存症の現状と対策	34
第4章 アルコール健康障害に対する 考え方	36
第5章 産業保健活動における スタッフの役割と連携	40
第6章 復職・職場復帰に際して 留意すべき点	44
おわりに	47

はじめに

令和2年の患者統計によると精神疾患の患者総数は約420万人（入院：約30万人、外来：約390万人）と推計されており、疾患別の内訳では認知症（アルツハイマー病）は15年前の約7.3倍に急増し、気分〔感情〕障害（双極症を含む）は約1.8倍、神経症・ストレス関連障害及び身体症状症¹は約1.7倍といずれも顕著に増加している。

精神疾患と云えば、法制度によって強制的な入院が認められるケースがあり、どちらかというと投薬治療のみで回復に至らないことが多いために、治らない病気といった誤解や偏見を持たれやすい傾向がある。総じて、医療機関への受診が躊躇（ためら）われ、一般の内科や外科に比べると、発症から初診日までに時間を要し、未治療のまま長期間経過してしまうことにより、重症化や入院の長期化を招くことにつながっている。

さらに、精神科病床における入院においては、法整備による監視体制が敷かれているにもかかわらず、患者への虐待行為がいまも無くなっておらず、精神症状への対応の難しさ、さらには医療従事者間においても差別や偏見が根強いといった課題がある。

¹ 身体症状症：心理的もしくは精神的苦痛に関連する身体症状を呈する疾患群で、複数の身体関連疾患（身体化障害、特定不能の身体表現性障害、病気不安症、身体表現性疼痛障害など）を含む。以前は異なる診断概念と捉えられていたが、共通する患者特性として、精神医学的問題が根底にあることを認識しておらず、むしろ身体疾患であることを確信する傾向がみられる。

身近な職場におけるメンタルヘルス不調については、決してめずらしい疾患ではなく誰もが罹る可能性のある健康障害ととらえて、予防ならびに早期発見・適切なケア・治療へと円滑につなげることが求められる。職域において、これらを実践することにより、心身ともに健やかで活気の溢れる職場環境づくりをめざすことが重要である。



第1章 職場のメンタルヘルスケアとは？

1. 精神疾患の分類と範囲

精神疾患の分類には、世界保健機関（WHO）が定めた国際疾病分類（ICD）による世界共通コードを付するための診断ガイドラインと、アメリカ精神医学会が策定した精神疾患の診断・統計マニュアル（DSM）と呼ばれる診断の手引きがよく知られている。いずれも精神症状の数や持続期間など、計量的な診断基準による標準化された分類法であり、診断一致率も高いとされる。

しかしながら、精神障害の治療は、診断分類だけではなく、発病の要因と思われるストレスを軽減し、器質的な異常²や身体疾患を含め、神経作用物質による影響などを踏まえた上で、患者に寄り添いながら行われるものであるため、臨床所見による診断のみでは適切な治療につながらないことも少なくない。

従来の伝統的な精神医学における疾患分類では、心因性、外因性、内因性精神障害の3つがある。心因性精神障害の場合、苦痛を伴う環境や出来事に繰り返し曝（さら）されることにより生じるものであり、発病との因果関係には蓋然性が認められる場合が多い。抑うつ状態、不安障害、強迫性障害、適応障害

² 器質的な異常：可逆的か不可逆的にかかわらず臓器に異常があることが示唆される場合に使われる表現。例えば、「アルツハイマー型認知症」は脳内の神経細胞にアミロイドβと呼ばれる物質が沈着することが病因とされることから器質的な疾患に分類される。

などがあげられる。外因性精神障害には、主に身体疾患や外傷（脳機能障害）によるもの、薬剤性精神障害、認知症などが含まれる。内因性障害とは、明らかな心因や外因がなく原因不明のもので、統合失調症、うつ病、双極性障害などが当てはまる。

さらに、精神障害者の範囲というものは、精神保健福祉法第5条に規定されており、ここでは法律の対象範囲を明らかにするために「精神疾患を有する者」という医学的概念に基づく精神障害者の具体的な疾患名が例示されている（表1）。しかし、これらはあくまで代表的な傷病名であり、すべての精神障害を規定しているわけではなく、むしろ精神障害と呼ばれる病態の定義は必ずしも明確ではないことから、疫学的な頻度（有病割合）、年齢別や性別の分布、さらには生活障害の程度や予後（経過）などについて統計的に把握することが難しいとされる。

表1 法第5条に規定される精神疾患（てんかんを含む）を有する者

- (1) 病状性を含む器質性精神障害（F0）
- (2) 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F1）
- (3) 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2）
- (4) 気分障害（F3）
- (5) てんかん（G40）
- (6) 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（F4）
- (7) 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群（F5）
- (8) 成人の人格及び行動の障害（F6）
- (9) 精神遅滞（F7）
- (10) 心理的発達の障害（F8）
- (11) 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（F9）

※(1)～(5)は障害者総合支援法を根拠とする自立支援医療費助成（精神通院医療）における高額治療継続者（いわゆる「重度かつ継続」）の対象疾患

2. 職場で起こりやすいメンタル不調

上述の発病要因による3つの疾患分類のうち、職場で起こりやすいメンタル不調の大半は心因性と考えられる。

メンタル不調の原因を説明する際によく用いられる図1は、NIOSH（米国国立労働安全衛生研究所）が作成した職業性ストレスモデルである。

NIOSHの職業性ストレスモデルとは、仕事のストレス要因によるストレス反応が続くと健康障害が生じるという一連の流れを示したものである。ストレス反応には、心理面、生理面、行動面の3つがあるが、この一連の流れに仕事外の要因（家族・友人関係、借金、家庭問題、子育て・介護など）、個人要因（年齢、性別、性格など）、及び緩衝要因（上司・同僚・家族からのサポート）の3つの要因が影響を及ぼすとされており、これによりストレス反応の出方に違いが生じることを説明している。例えば、年齢や性格、さらに家庭環境なども似たような二人に同じ仕事量の負荷が与えられたとしても、上司や同僚からのサポートが得られるか否かによってストレス反応は異なることを意味する。

後述する職業性ストレス簡易調査票（57項目）（図2）は、上記モデルの3つの領域「仕事のストレス要因」「ストレス反応」「緩衝要因（仕事のサポート）」に関する質問で構成されており、労働者50人以上の事業場において実施を義務づけられた「ストレスチェック（制度）」で用いられるものである（「心理的な負担の程度を把握するための検査及び面接指導の実施並びに面接指導結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針（平成27（2015）年12月施行）」）。

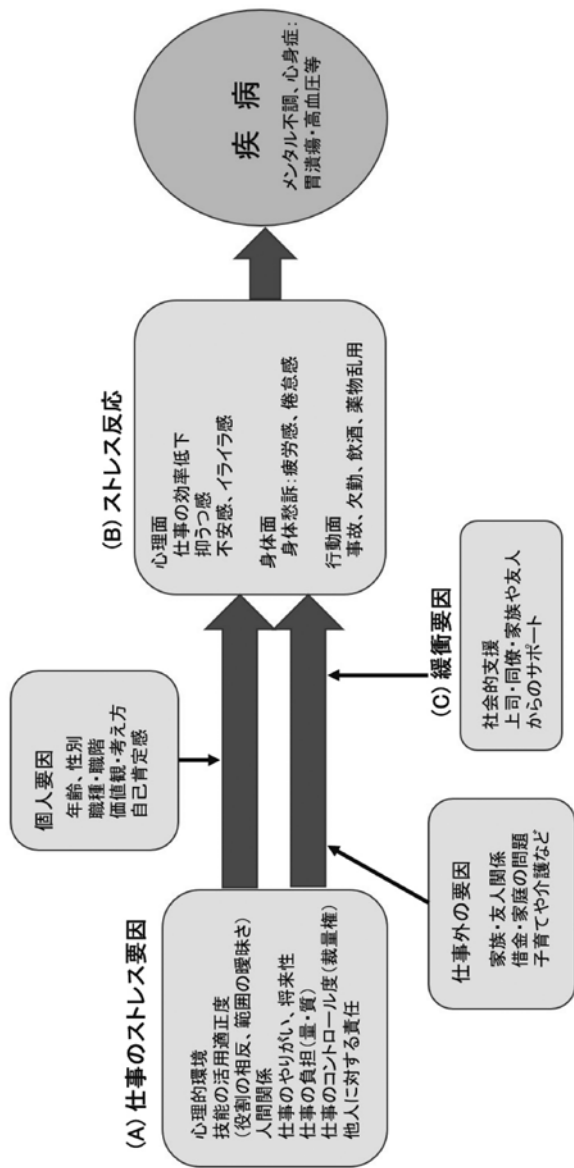


図1 NIOSHの職業性ストレスモデル

職業性ストレス簡易調査票 (57 項目)

A あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	そ う だ	そ ま う あ だ	ち や が や う	ち が う
1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない-----	1	2	3	4
2. 時間内に仕事が処理しきれない-----	1	2	3	4
3. 一生懸命働かなければならない-----	1	2	3	4
4. かなり注意を集中する必要がある-----	1	2	3	4
5. 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ-----	1	2	3	4
6. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない-----	1	2	3	4
7. からだを大変よく使う仕事だ-----	1	2	3	4
8. 自分のペースで仕事ができる-----	1	2	3	4
9. 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる-----	1	2	3	4
10. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる-----	1	2	3	4
11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない-----	1	2	3	4
12. 私の部署内で意見のくい違いがある-----	1	2	3	4
13. 私の部署と他の部署とはうまく合わない-----	1	2	3	4
14. 私の職場の雰囲気は友好的である-----	1	2	3	4
15. 私の職場の作業環境（騒音、照明、温度、換気など）はよくない-----	1	2	3	4
16. 仕事の内容は自分にあっている-----	1	2	3	4
17. 働きがいのある仕事だ-----	1	2	3	4

B 最近1 か月間のあなたの状態についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	な か と ん た ど	と あ き つ た き	し あ ば つ た ば	ほ い と ん も ど あ つ た
1. 活気がわいてくる-----	1	2	3	4
2. 元気がいっぱいだ-----	1	2	3	4
3. 生き生きする-----	1	2	3	4
4. 怒りを感じる-----	1	2	3	4
5. 内心腹立たしい-----	1	2	3	4
6. イライラしている-----	1	2	3	4
7. ひどく疲れた-----	1	2	3	4
8. へとへとだ-----	1	2	3	4
9. だるい-----	1	2	3	4
10. 気がはりつめている-----	1	2	3	4
11. 不安だ-----	1	2	3	4
12. 落着かない-----	1	2	3	4

図2 職業性ストレス簡易調査票の質問紙票(アンケート)の例

13. ゆううつだ-----	1	2	3	4
14. 何をするのも面倒だ-----	1	2	3	4
15. 物事に集中できない-----	1	2	3	4
16. 気分が晴れない-----	1	2	3	4
17. 仕事に手につかない-----	1	2	3	4
18. 悲しいと感じる-----	1	2	3	4
19. めまいがする-----	1	2	3	4
20. 体のふしぶしが痛む-----	1	2	3	4
21. 頭が重かったり頭痛がする-----	1	2	3	4
22. 首筋や肩がこる-----	1	2	3	4
23. 腰が痛い-----	1	2	3	4
24. 目が疲れる-----	1	2	3	4
25. 動悸や息切れがする-----	1	2	3	4
26. 胃腸の具合が悪い-----	1	2	3	4
27. 食欲がない-----	1	2	3	4
28. 便秘や下痢をする-----	1	2	3	4
29. よく眠れない-----	1	2	3	4

C あなたの周りの方々についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	非常に	かなり	多 少	全 く ない
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？				

1. 上司-----	1	2	3	4
2. 職場の同僚-----	1	2	3	4
3. 配偶者、家族、友人等-----	1	2	3	4

あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？

4. 上司-----	1	2	3	4
5. 職場の同僚-----	1	2	3	4
6. 配偶者、家族、友人等-----	1	2	3	4

あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？

7. 上司-----	1	2	3	4
8. 職場の同僚-----	1	2	3	4
9. 配偶者、家族、友人等-----	1	2	3	4

D 満足度について

	満 足	満 ま あ 足	不 や 満 足	不 満 足
1. 仕事に満足だ-----	1	2	3	4
2. 家庭生活に満足だ-----	1	2	3	4

図2 職業性ストレス簡易調査票の質問紙票(アンケート)の例

職場で多く見られる診断病名には、「適応障害」「急性ストレス反応」「うつ病（うつ状態含む）」「不安障害」「強迫性障害」などが挙げられる。

①適応障害（急性ストレス反応）

職場におけるメンタル不調の診断書に多いのは「適応障害」や「職場不適応症」などである。環境に上手く適応できない状況が一定期間続いたことによって、不安・抑うつなどの症状が現れたものであり、診断病名自体がメンタル不調の原因を指摘していることから汎用される傾向にある。

一方、急性ストレス反応は、明らかな心理的外傷体験の後、だれもが経験するストレス反応が1か月間持続することにより、就学・就業困難など生活への支障を来している場合に診断される。大半の急性ストレス反応は、セルフケアや適切なサポートを得ることによって自然に回復するものと思われるが、強烈なストレスに繰り返し曝されたり、症状改善が思わしくない場合は、心的外傷後ストレス障害（PTSD）へ至る危険度が増大する。人によって心理的外傷体験は様々であり、職場ではハラスメント被害による発症も増えていることから、ハラスメント防止に向けた取り組みとともにPTSDへの対応も念頭に入れておくとうい。

適応障害、及び急性ストレス反応は、いずれも原因となっている環境から、一旦、遠ざかることによって症状は改善する。

②うつ病

うつ病に罹患すると、抑うつ気分が持続し、物事に対する興味や活動意欲が減退し、以前は感じられた事にも喜びを感じられなくなる一方、些細なことにイライラするなど、感情の起伏が目立つようになる。また、気分の症状のみならず、易（い）疲労性（疲れやすい）、睡眠障害（不眠、過眠）、食欲減退、思考力低下などが出現する。

うつ病のほか、気分（感情）障害には双極性障害（躁うつ病）がよく知られる。双極性障害は、うつ状態と躁状態が交互に繰り返され、躁状態では易（い）怒性（怒りっぽい）が増して対人トラブルを引き起こしたり、気分が高揚してギャンブルや金銭トラブルに巻き込まれたり、万能感に支配されて自傷・他害に至ることも少なくない。

治療は、いずれも精神療法（カウンセリングを含む心理的アプローチ）に加えて薬物療法が基本となる。脳内では、期待される効果が得られる薬物濃度に至るまでに2週間程度を要するので、薬剤の種類・服用量については医師と相談しながら十分な調整期間を見込んで治療継続することが重要である。

③不安障害（パニック障害）・強迫性障害

日常生活のなかで不安を感じることは誰にでも起こり得るが、ちょっとしたことで過敏に反応したり、自分で抑えきれないと感じるほど過剰な不安、緊張感、焦燥感に襲われ、易疲労感や集中困難に陥り、仕事や生活に支障を来す場合がある。遺伝的要因のある人もいれば、過重労働や職場でのいじめ・ハラスメントなど環境要因を契機に、動悸・息切れなどの身体症

状とともに発症することもあり、原因は様々である。

不安、焦燥感に加え、睡眠障害が出現し、日中は疲れやすいと感じたり、集中困難に陥り、作業効率が低下するといった症状が出現する。慢性不安を主症状とする全般性不安障害、急性の不安発作（パニック発作）や予期不安が生じて動悸・過呼吸などの身体症状が出現し、「このままでは死んでしまうかも知れない」という強い恐怖に苛まれることもある。

こうした予期不安に対し、過度に心配したり回避的に行動したりするようになると、電車に乗ることが難しくなる、他人の触れた場所（スイッチやドアノブなど）を触ることができない、人の目が気になって過度に疲れる、やがて通勤が困難になるといった悪循環に陥ることがある。

不安障害には、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）による薬物療法と認知行動療法と呼ばれる精神療法が一般的であり、薬で不安を和らげながら、悪循環に陥らないようにするための認知や行動パターンを徐々に是正するという治療が行われる。

3. 過労死等の防止にむけて

平成26年、議員立法により制定された過労死等防止対策推進法により、職域におけるメンタルヘルス対策は一気に加速した感があり、労働環境の整備も進んだといえる。過労死は、ご遺族や周囲の心の痛みはもとより、企業のイメージダウンや業種自体への偏見などが広がる可能性もあり、経済社会全体における損失も甚大であるという考え方に基づく。総則の第2条には過労死の定義、第3条には過労死等に関する調査の重要性と

調査結果を踏まえた防止対策が重要であるとする基本理念が記されており、国・行政に対しては具体的な施策についての評価や報告義務が課された。

令和5年版「過労死等防止対策白書」（厚生労働省）の過労死等の現状によると、脳・心臓疾患による労災支給決定（認定）件数は、100万人あたり民間：3.4件、国家公務員：4.4件、地方公務員7.8件となっており、精神障害による認定件数は、100万人あたり民間：12.3件、国家公務員：20.0件、地方公務員：23.5件と推計された。過労死の認定件数の推移は、脳・心臓疾患では減少傾向（令和4年度：194件）にあるが、精神障害は令和元年以降、増加傾向（令和4年度：710件）にある。

過労死等の重点業種であるメディア業界では、「広告業」の認定件数が、脳・心臓疾患、精神障害ともに第1位であり、20歳～30歳代の若年層の占める割合が精神障害において著しい。人員不足や業務量が多いことに加えて、2週間以上にわたる連続勤務や、仕事内容・仕事量が大きく変わったことによる適応不全などによる影響が大きいと考えられる。

令和4年の「労働安全衛生調査（実態調査）」（厚生労働省）では、職場におけるメンタルヘルス対策に取り組んでいる事業所の割合は63.4%に達しており、令和4年の到達目標となる60%以上を満たすものの、労働者数50人未満の小規模事業場におけるストレスチェックの実施割合は伸び悩み（32.3%、令和4年「労働安全衛生調査（実態調査）」の特別集計によるもの）、全体としては、仕事上の不安や悩み、ストレスがあるとする労働者の割合は82.2%と極めて高い結果となった。

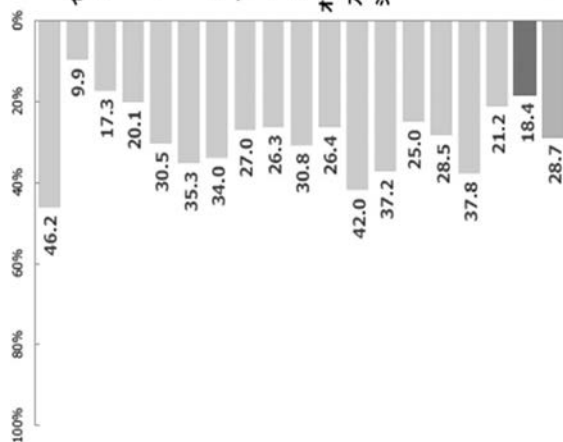
民間のシンクタンクによる調査では、世界主要都市を含む

18カ国・地域に3年以上在住する20歳～69歳の就労者を対象とした調査（期間：2022年2月10日～3月14日）によると、「はたらくことを通じて、幸せを感じている」労働者の割合は、全体平均：74.7%に対し、日本は49.1%と最も低く、年代別でみると20代の幸福感（40.0%）が最も低かった（図3、4）。就労環境の比較では、週あたりの労働時間は全体平均：41.8時間に対し、日本は41時間と平均並みであり、働く環境や意識においては「出世意欲」が乏しいことや「プライベートを犠牲にしてまで働く」意欲は低いことが際立っていた。「管理職になりたい人」の割合では、全体平均：58.6%に対し、日本は19.8%と最下位であったが、インドは90.5%と極めて高く、さらにインドネシア（71.5%）とシンガポール（43.7%）では女性の意向が男性を僅かに上回っていた（図5）。仕事を選ぶ時に重視する点では、「希望する収入」と「仕事とプライベートのバランス」がすべての国・地域で優先順位のトップを占め、加えて、日本では「人間関係」、「休みの取りやすさ」が、「やりたい仕事」よりも上位に来ていた。働く環境や仕事に対する意識は、国・地域によって大きく異なり、社会経済状況による影響を受けやすいと思われる。

<はたらくことを通じた幸せ・不幸せ実感>

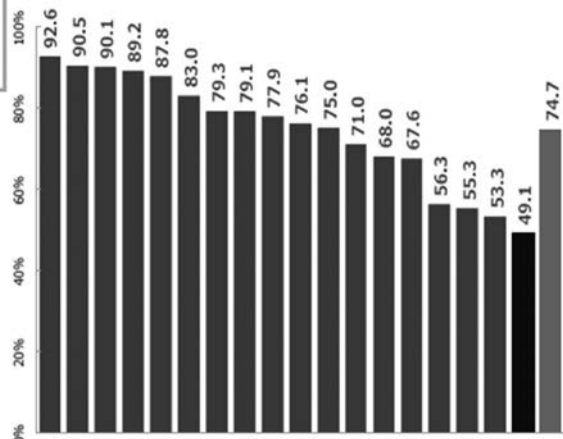
Q. 仕事に対するあなたの現在の状況として、最もあてはまる項目を一つお選びください。(5段階尺度/項目数2)

▼[私は、はたらくことを通じて、不幸せを感じている]



※「あてはまる」「ややあてはまる」「合計値の高い順」

▼[私は、はたらくことを通じて、幸せを感じている]



ベース | 全数

図3 はたらくことを通じた幸せ・不幸せ実感 (国別)

＜はたらくことを通じた幸せ・不幸せ実感（年代別）＞

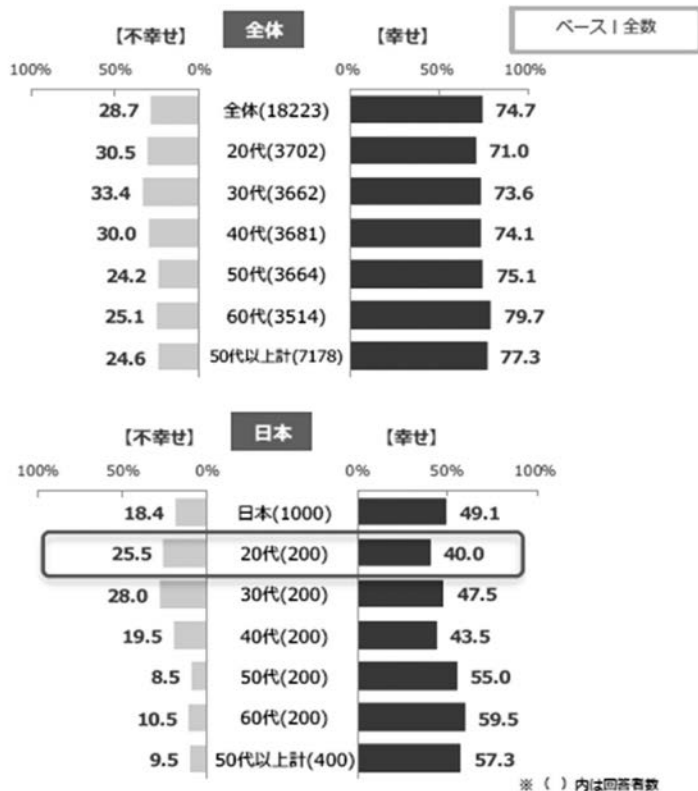


図4 はたらくことを通じた幸せ・不幸せ実感（年代別）：
上段は全体、下段は日本

<管理職意向者の割合>

Q. あなたは、現在の会社で管理職になりたいと希望しますか。(5段階尺増)

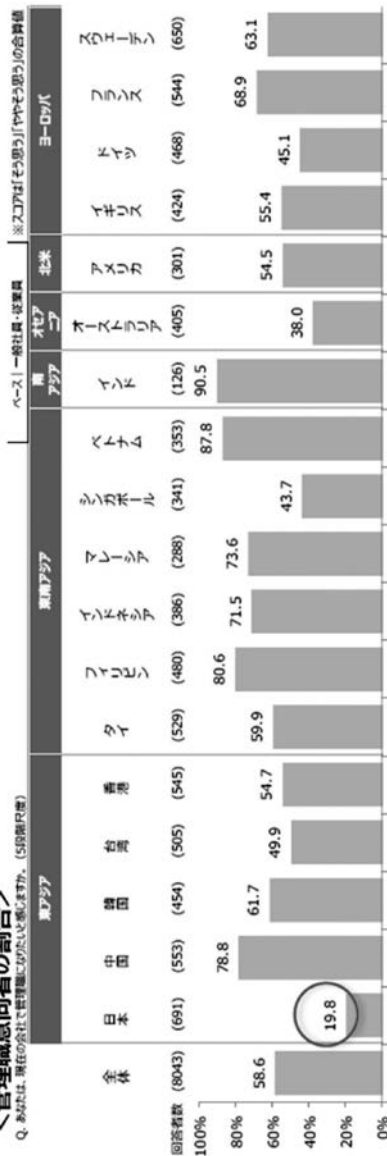


図5 管理職になりたい人の割合 (国別)

このように、日本の20歳～30歳代を中心とする労働者の働く環境や仕事に対する意識の変化は、過労死等の防止のみならず、仕事や社会生活における生産性の向上を図る上で留意すべき点であると思われる。過労死等をめぐる調査・分析結果に関する報告によると、重点業種に準ずる「芸術・芸能従事者」は、1週間あたりの拘束時間が長い職種（美術家、俳優、演芸など）であるにもかかわらず、一般業種に比べると仕事に対する幸福感は高い傾向にある一方、「心が傷つくことを言われた」や、身体的攻撃及びセクシュアルハラスメントに悩んでいる者の割合は高かった。

また、睡眠時間に対する満足度が低い場合（理想的な睡眠時間と実際の睡眠時間の乖離が大きい）、幸福感も低い傾向が示されたことと、1週間の実働時間が長くなると疲労の持ちこし頻度が上昇し、不安・抑うつといった精神症状の出現頻度も増すという結果もみられた。

職場における取り組みで重要なことは、①睡眠時間に対する満足度を指標とするメンタルヘルス障害の早期発見・介入、②業種・業態に見合った適切な労働時間管理（勤務時間インターバル制度の導入など）、③ハラスメント防止対策、④働き方・休み方改善に向けた周知と理解を図ることであると思われる。

4. ストレスチェック制度の利用と効用

2015年以降、従業員50人以上の事業場に対して義務化となったストレスチェック制度であるが、プライバシー保護という観点に立ち、多くの事業場ではストレスチェックの実施・分析及び高ストレス者への面接指導までの全部もしくは一部を外

部機関に委託して行われることも多い。ただ、外部機関への委託費用を含め、集団分析等の結果を踏まえて衛生委員会での適切な利用を義務化することの企業負担は否めない。

しかし、2024年の厚生労働省によるストレスチェック制度の枠組みに関する検討会において、従業員が50人未満の事業場についても対象を拡大すべきであるとの見解が出された。主な理由としては、ストレスチェックの実施に加え、その結果の集団分析、職場環境改善などの取組みにより、労働者の心理的ストレス反応の改善が見られたことや、ストレスチェックを実施するだけでもメンタルヘルスに関する意識を高め、メンタル不調への気づきやセルフケアの有用性を認識する契機となるなどの波及効果も認められたことなどが挙げられる。今後は、小規模事業場にも即した実施内容の修正なども含め、現在は努力義務となっている集団分析・職場環境改善についての取組みの強化に資する制度拡充にも期待が寄せられる。

職場におけるストレス反応の評価ツールは幾つかあるが、以下に、職場で有用なストレスチェックとうつ病等のスクリーニングについて述べる。

自記式アンケートによる簡便な方法として、「職業性ストレス簡易調査票」(図2、平成7～11年度労働省委託研究「作業関連疾患の予防に関する研究」)、K6/K10日本語版(Kessler Psychological Distress Scale)、GHQ-12などがある。職業性ストレス簡易調査票を除き、各調査票にはカットオフポイントが設けられており、ストレス反応の有無について感度・特異度の測定もなされている。ちなみにK6では、カットオフポイントの違いにより、「高ストレス者(5+)」と「うつ病疑い(13

+)」のスクリーニングに利用できる。

職業性ストレス簡易調査票は、職場における個人レベルのストレス評価ツールとして広く用いられる。(A)仕事のストレス要因、(B)ストレス反応、(C)職場の支援、(D)満足度の4つの尺度ごとにカットオフポイントが設けられており、評価方法としては、①簡易採点法、②標準化得点を用いた採点法、および③集団を単位として評価する仕事のストレス判定図があり、活用方法としては個人レベルの評価に加えて、集団ごとの評価に用いることも可能である。高ストレス者に対する面接指導の際に、どのようなストレス状態にあり、どのような事柄が仕事のストレスに感じられ、周囲からの支援は得られるのかといった客観的評価に関する情報は有用である。

先行研究によれば、ストレスプロフィールに問題のある人や専門家（精神科医やカウンセラー）による面接や助言を希望する人は半数以上に上るといった報告もなされており、スクリーニングの結果を受けて保健医療スタッフ等による面接が行われることが望ましい。その際、個人情報の取り扱いには細心の注意が必要とされ、基本的には本人のストレスチェックの内容が保健医療スタッフ以外に知られないよう配慮されなければならない。

ストレスチェックの結果は、個別のプロフィールは原則本人にのみ知らされることとなっているが、集団分析の結果は安全衛生委員会や該当する職場の管理監督者等に知らされる。事後処理としては、「事業所における心の健康づくり対策の4つのケア（2000年）」に則った4つのケア：①セルフケア、②ライ

ンケア（職場の管理監督者が行う相談対応および職場環境などの改善）、③事業場内産業保健スタッフ等によるケア（例 高ストレス者）、④事業場外資源によるケアの実施体制を整えておくことで対応可能と考えられる。

高ストレス者に対しては、保健医療スタッフ等による診断を目的とする構造化面接（回答者に対して一貫して同じ質問をし、明確な基準に従って回答を評価する面接手法）や二次スクリーニングなどを実施し、さらに何らかの介入・治療を要すると判断されたらできるだけ迅速に専門の医療機関へ繋ぐべきである。その際の留意点として、スクリーニングの陽性者にはたくさんさんの擬陽性（すなわち健常者）が含まれていることを念頭に置いておくことは重要であり、同時に以下の点にも注意が必要である：①自然回復が見込まれる疾患、受診率の低い疾患があること ②稀に治療法のない疾患があること ③受診の必要性に関する説明が不十分である場合、拒否されることがあること。

さらに、受診勧奨の際は専門の医療機関でどのような治療が想定されるかについて、あらかじめ説明しておくことが望ましい。不安の解消に役立つばかりか、適切な医療機関であるかどうか判断する際の参考となる。うつ病治療に関する最近の動向として、軽症うつ病への抗うつ剤処方については慎重論があり（英国NICE国立医療技術評価機構プライマリケア医向けうつ病診療ガイドライン（最終更新年：2024））、同時に抗うつ薬（SSRI/SNRI等）の副作用への問題意識も高まっていることから、治療方針ならびに回復訓練（リハビリテーション）の必要性について理解を深め、主治医との信頼関係を築く上で有用な情報提供はありがたいものである。職場の支援体制を整備する

際にも、主治医ならびに医療機関との良好なコミュニケーションを維持しながら、本人・家族等の意思を適宜、確認しておくことも重要である。



第2章 主な精神疾患について

(統合失調症、気分障害、発達障害、 てんかん、摂食障害)

(ア) 統合失調症

思考、感情などがまとまりにくくなる疾患で、幻覚、幻聴及び妄想などの陽性症状と、意欲低下、感情鈍麻及び思考停止などの陰性症状を伴う。実際にはなく、他人も認知できないが本人に感じられる幻覚、自分の悪口や指図をする声などが聞こえる幻聴が多くみられる。妄想は、明らかに誤った内容を信じ込み、周囲の人が訂正しようとしても無理なことが多い。さらに、テレビやネット上で自分の情報がやり取りされているような妄想や、どこかで盗聴されている感覚や、自らの考えが抜き取られているかのような奇妙な感覚（思考奪取）が生じる。病因となる脳内基盤については未だ不明な点が多いが、ドーパミン系の神経伝達経路の異常興奮を抑える作用薬が著効することや、それまでは自然に出来ていた脳内処理の一部に機能不全が生じ、強く意識しないと出来なくなったり、様々な感覚が過敏になり、刺激が強すぎる余りに精神運動興奮という状態を来したりする。

精神症状の出現には、遺伝的素因の関与が約50%とされる一方、環境変化など外的なストレス負荷も大きな誘因になり得ると考えられる。有病割合はおよそ100人に1人弱であり、国や地域による差異はほとんど見られない。創薬の進歩に伴い、統合失調症治療薬はめざましい進化を遂げた。早期に薬物療法

が導入されるようになり、以前は、前兆期（初期）、急性増悪期、消耗期、回復期の4つの病期があり、生涯経過を通して急性増悪期と消耗期を数回繰り返すのが一般的とされていたが、現在では必ずしも入院加療を要しないことも増えている。また、一時的に入院加療を要したとしても、完全寛解等の改善が見られた段階からリハビリテーション（回復訓練）を行うことによって、円滑に社会復帰プログラムへ繋ぐことが出来ると考えられる。

（イ）気分（感情）障害（うつ病・双極性障害）

明確な理由もなく一定期間、気分（感情）の波が表れる病気であり、気分の落ち込みが持続し、睡眠障害、全身倦怠感、意欲低下、易（い）疲労感（疲れやすい）、及び思考・集中力の低下などを生じる病態がうつ病である。うつ病の薬物療法には、セロトニン受容体への薬効を有するものが多く用いられるが、副作用には、嘔気・その他の消化器症状、便秘、口渇感（こうかつかん）、ふらつき、眠気などを伴うこともあるので、専門医と相談しながら自分に合った薬剤を見つけ、適切な治療を行うことが回復の早道と考えられる。

双極性障害（躁うつ病）は、うつ状態と躁状態を交互に繰り返すのが特徴であり、躁状態のときには気分が過剰に高揚し、普段ならあり得ないような浪費をしたり、ほとんど眠らずに働き続けたりする。その一方で、ちょっとした事にも敏感に反応し、他人に対して怒りっぽくなり（易怒性）、自分は何でもできると思い込み（万能感）、対人トラブル、ギャンブルや金銭（浪費）トラブルに遭うリスクが高まる。

気分（感情）の波が著しい場合には、落ち込んで何事にも興味・関心が持てなくなり、「生きていても仕方がない」「自分は価値のない人間である」といったネガティブな考えにとらわれて、自らを傷つけたり、重篤なケースでは自死に至る場合もある。このような危険を察知したら、速やかに専門家に相談するよう本人及び家族等へ促すことが重要である。

気分障害においても薬物療法の効果は高く、早期に治療へつなげることにより、回復期間を含めて治療に要する期間を縮減できると見込まれる。初めて、精神科・心療内科などを受診する際に、待合室などで他の患者を見かけるときなど、奇異な言動や落ち着きのなさなどにちょっとした驚きと奇妙な感じを抱くこともあるかと思われるが、診察室ではリラックスしてじっくり話を聞いてもらえるような配慮や居心地の良い環境が整えられている医療機関も多いので、安心して治療やカウンセリングを受けることができる。標準的な薬物療法の場合、十分な効果発現までに少なくとも2週間はかかると考えておくのが妥当なので、回復に要する治療期間としては少なくとも1～2カ月間と見込まれる。抗うつ薬の主な副作用は、眠気、嘔気・嘔吐などの消化器症状、便秘などが挙げられるが、処方薬剤の変更により改善・消失することも少なくないので、気になることがあれば些細なことでも主治医に相談すると良いと思われる。また、薬物療法のみならず精神療法を併用する治療が有効とされることから、治療方針の説明を丁寧にしてくれて、患者の悩みや要望に親身になって対応してくれるような主治医であれば、信頼関係も高まり治療効果も得られ易いと思われる。従って、自分で納得のゆく医療機関を求めて転医を繰り返す（探索

的) 行動は必ずしも否定されるものではない。

(ウ) 発達障害(神経発達症)

生まれつき脳神経系の発達段階が定型とは異なるために、幼児期から症状が現れ、通常の育児ではうまく行かないことがあり、成長するにつれ、周囲の人の感じ方と違うことに気づき、社会で生きにくさを感じる可能性が高い疾患群の総称である。自閉症、アスペルガー症候群、注意欠如・多動性障害(ADHD)、学習障害(ディスレクシア・失読症を含む)、チック障害、吃音(症)などが含まれ、基本的には小児期に診断されるものであり、成人になって診断することは困難であるとされている。しかし、軽症の場合は、成人になってようやく本人又は周囲に気づかれるケースがあり、症状が発現するタイミングに個人差があるというのが実情である。このようなことを考慮すれば、発達障害は「罹る病気」とはやや異なり、その障害特性は生涯を通じて変わらないものと理解される。自閉症とアスペルガー症候群を合わせて、自閉症スペクトラム症(ASD; autism spectrum disorder)と呼ぶこともあるが、重要なのは診断名ではなく、症状に個人差が大きいことや、いわゆる『病気』ではなく「生まれつきの特性」であるという捉え方もできることを尊重し、社会の集団に適応するために可能な限り本人の特性に配慮した生活や仕事のスタイルを確立できるように支援することが求められる。

一般に、職域でみられる発達特性を有する方は、学力があり難関の採用試験をパスして入社している労働者も少なくない。「はたらき方改革」実行計画に基づく「事業場における治療と

仕事の両立支援のためのガイドライン」(厚生労働省)にも述べられているが、労働者自身が健康管理を怠らない努力とともに、障害特性を有する労働者が職場で活躍できるような配慮や環境整備を怠ってはならないとする事業者側の責務も果たすことが求められる。但し、通常、職場における配慮は無制限に求められるものとは解釈されないので、「合理的配慮」という文言が使用される。この「合理的配慮」は、障害者が社会活動に参画する上でバリアとなる大多数の健常者を中心に整えられた環境・仕組み・ルールに対し、あくまでも当事者(本人)の申し出に基づいて環境調整³を行うことを意味する。従って、事業者にとっての負担が重くなり過ぎない範囲での対応と解釈できることから、一概に業務のレベル・量を減ずるという要求に応じるものではない点に留意されたい。

³ 職場における環境調整とは、労働者のストレス軽減とメンタル不調を予防するために、職場の物理的レイアウト、労働時間、作業方法、組織、人間関係などを改善することであり、労働安全衛生法の定める管理者の義務と考えられる。仕事の要求度(仕事量・責任など)と裁量権のバランスにも配慮する必要がある。

(エ) てんかん

脳の一部に生じた器質的な障害が原因となり、脳神経に異常興奮を来すことによりてんかん発作が生じる。発作には、けいれんや意識障害を伴うものと伴わないものがあり、脳波検査で異常を認める。専門機関における検査と薬物療法によって、発作の大半はコントロールできる。従って、適切な治療中には、過度に生活や業務を制限する必要はないと思われる。基本的には就労の際に、てんかん病名の告知義務はないとされており、バスやタクシーの運転手など特別な業務を除いては、てんかん発作が業務に支障を与えない限り、告知の有無は労働者の裁量に委ねられていることを理解する。しかし、病名の告知を受けた場合、安全配慮に係る管理者のみに情報伝達を限定することが重要であり、例えば工場作業制限の要否については、表2の

	業務上配慮が必要な作業、業務	業務上配慮を特に必要としない業務
業務の種類	● 運転を伴う業務 ● 転落の危険を伴う高所作業 ● 身体の危険を伴う機械操作 ● ミスの許されない業務	● データ入力 ● 事務作業、デスクワーク ● 情報管理 ● 店舗での接客、商品の陳列
配慮の種類	業務上配慮が必要な作業、業務 業務上配慮を特に必要としない業務 業務上配慮を特に必要としない業務	

表2 業務上の配慮の種類と必要性についての分類例：必ずしも上記の区分によるものではなく、服薬状況や発作頻度などを丁寧に聞き取り、発作時に必要な対応や業務負荷軽減のための環境調整を個別に行うことが望ましい

分類を参考に、業務上の配慮を行う必要があると思われる。また、てんかんを有する患者は、発作のないときは特に苦痛やしんどさがあるわけではないことから、一般の従業員と同様に働き続けることを希望する場合が大半であり、可能であれば、産業医や保健スタッフ等により、治療経過を客観的に把握するように努めることが望ましい。

（オ）摂食障害

摂食障害とは、反復する食行動異常または身体的な健康被害や心理社会的機能障害を引き起こす体重減少を生じる食物摂取障害（Fairburn & Walch, 2002）と定義されており、主として極端な摂食制限、過食（自己誘発性嘔吐、緩下剤、利尿薬、医薬品利用）、代償行動を伴わない過食（むちゃ食い症）に分類される。これらの食行動異常の背景には、ボディイメージの歪み、不安、苛立ち、社会的孤立感、認知機能低下などが関連するとされている。

また、大半の摂食障害では、体重減少は軽度であるが、なかには低栄養による身体合併症（電解質異常、心電図QT、T波異常、頻脈、低血圧、骨密度低下、低タンパク血症、脱毛、無月経、腎機能障害、脳委縮）の治療を優先させなければならない場合がある。生命に支障を来たしかねないケースで、専門の医療機関での継続的な受診につながらない場合は、本人の同意を得て家族に連絡をとるという対応をとり、入職前の食生活や背景要因に関する情報提供と受療に対する協力を得ることが重要である。

最後に、主に精神疾患の具体的な症状や治療について述べてきたが、職場において精神保健活動に取り組む上で参考になると思われるメンタルヘルス障害の発生要因に関する考え方を紹介する。個人レベルのストレスチェックの結果や診断書・意見書などの解釈をする際の一助となれば幸いである。精神症状や行動の問題が出現するメカニズムには、図6に示したような様々な関連要因が大きく影響すると考えられる。生まれながらの要因が関係しているとされる疾患には、統合失調症、うつ病、双極性障害（躁うつ病）、発達障害、知的障害などがあげられる。一方、性格形成途上の環境要因は、出生してから大人になるまでの間に大きな影響を及ぼすと考えられる。これら2つの要因から備わる適応能力（レジリアンス）と、相反する脆弱性（もろさ、偏り）などの個性の上に、身体的要因や環境要因など外部からのストレスが加わることで、介入・治療を要する精

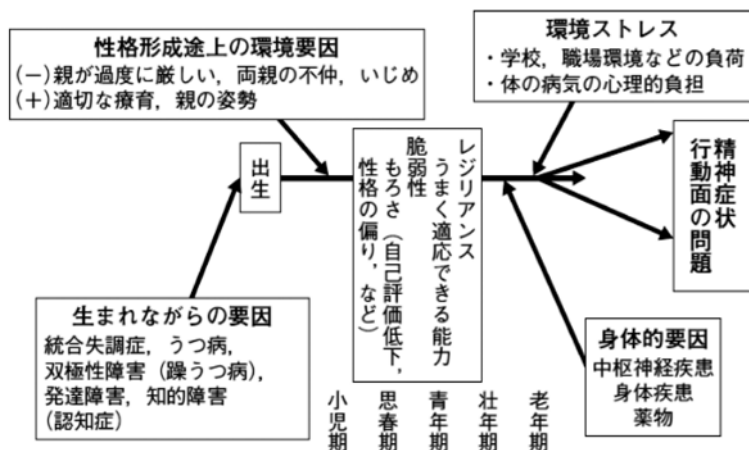


図6 精神症状や行動面の問題が生じるメカニズム

神症状や行動面の問題が生じる。現在の病態が生じた要因の影響を詳細に分析することにより、治療法や介入の際の力点が異なる場合もある。



第3章 増えている依存症の現状と対策

「依存症」とは「やめたくても、やめられない」状態に陥ることとされており、依存の対象により「物質への依存」と「プロセスへの依存」がある。代表的なものに、アルコール、薬物、ギャンブル等⁴があり、依存の対象は複数にまたがることもある。依存症の診断には専門的な知識が必要で、適切な治療をしないと、どんどん状態が悪化する進行性の病気であるが、本人の治療努力に加えて、回復施設や自助グループにおける支援と、家族や周囲の理解・協力が得られれば克服できる病気でもある。

「どうしてやめられない状態になるのか」といった脳のしくみを理解することや、決して一人で悩むのではなく、専門医や保健所、精神保健福祉センターなどの相談窓口を通じて、回復施設や自助グループなどの支援を得ながら、適切な治療につながる事が重要とされている。

国の取り組みとしては、平成30年の「ギャンブル等依存症対策基本法」、平成31年の「ギャンブル等依存症対策推進基本計画」の閣議決定など、アルコール、薬物、ギャンブル等⁴のいわゆる3依存症への対策の枠組みが整備された。NDB（ナショナルレセプトデータベース）を基に算出された依存症患者数の推移（表3）をみると、アルコール、薬物、及びギャンブ

⁴ ギャンブル等：パチンコも含む

ル等依存症の外来患者数は増加傾向にある。ただし、NDBは保険診療による診療報酬明細書情報によるものであり、生活保護受給者等の情報は含まれないため、過少評価になってしまう点は否めない。

		平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
アルコール 依存症	外来患者数 (入院患者数)	88,822 (29,649)	91,340 (29,205)	96,568 (29,555)	102,086 (28,998)	101,614 (27,510)
薬物依存症	外来患者数 (入院患者数)	11,208 (3,159)	11,851 (3,143)	12,415 (3,067)	13,083 (3,081)	13,451 (2,924)
ギャンブル 等依存症	外来患者数 (入院患者数)	1,821 (269)	2,246 (296)	2,839 (362)	3,527 (384)	3,590 (364)

出典：厚生労働行政推進調査事業費補助金「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」（精神保健福祉資料）

※ 1）精神科を受診した者の数

※ 2）レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を基に算出しているため、保険診療の患者に限られ、生活保護受給者等は含まれない。

表3 近年の依存症患者数の推移



第4章 アルコール健康障害に 対する考え方

アルコールは200以上もの病気を引き起こし（WHOのGlobal status report on alcohol and health 2018）、世界的にもアルコールが原因で亡くなる数はおよそ280万人（2016年）と、7番目に多い死因とされている（図7）。

2013年の全国規模の調査研究によれば、アルコールが原因

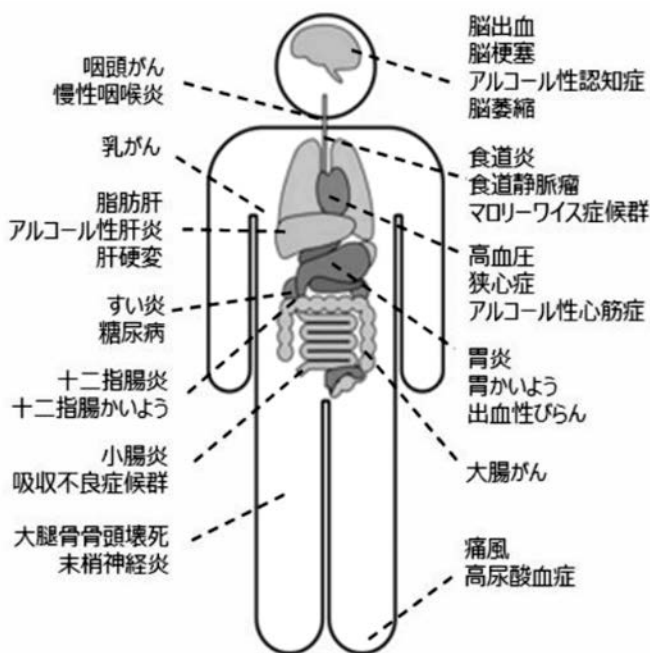


図7 アルコールによる様々な健康障害の例

と考えられる超過死亡数は約33,000人、アルコール使用障害簡易スクリーニングテスト（AUDIT; The Alcohol Use Disorders Identification Test）が12点以上の問題飲酒者は約593万人とされた。さらにアルコール関連による社会的損失は3兆3,628億円と見込まれ、その内訳は、問題飲酒者の労働効率低下による損失（1兆7,134億円）が最も大きく、次いで、早期死亡による喪失賃金（9,854億円）、アルコール起因疾患（肝障害、自殺企図など）の医療費（3,923億円）となる。

アルコール健康障害対策基本法（平成25年法律第109号）第12条第1項に基づき、アルコール健康障害対策の総合的かつ計画的な推進を図るために策定されたアルコール健康障害対策推進基本計画（第2期計画）では、地域の実情に応じて、アルコール健康障害の早期発見、早期介入から専門医療や自助グループへ繋ぐといった回復支援等への連携体制の整備が盛り込まれた。これに伴い、厚生労働省が策定した「健康に配慮した飲酒に関するガイドライン（2024）」では、飲酒による身体等への影響には個人差があること、例えば年齢、性別、体質等の違いによってそれぞれ受ける影響が異なり、過度な飲酒は様々な疾病発症リスクと行動面のリスクを高めることと、飲酒量（純アルコール量）に着目して、自分に合った量や健康に配慮した飲み方を心がけることに重点が置かれている。さらに、法律違反に当たるものや、妊娠中・授乳期中の飲酒を「重要な禁止事項」とし、一時多量飲酒や他人への強要、療養中や服薬後の飲酒などは「避けるべき飲酒等」とした。こうしたアルコール依存症対策を念頭とする動きに加え、令和6年度から開始となった健康日本21（第三次）では、生活習慣病（NCDs）のり

スクを高める飲酒量を「1日当たり純アルコール換算で男性40グラム、女性20グラム以上」と示し、さらに、一時多量飲酒（短時間に60グラム以上）もリスクを高める飲酒に追加し、特定健診での減酒指導対象者の抽出とリスク評価に用いられる。これまでは1日あたりの純アルコール摂取量男性の20グラム、女性の10グラムは「節度ある適度な飲酒」としていたが、本ガイドラインにより「少しの飲酒でもリスク増大につながる疾病（脳出血、高血圧など）が提示されたことに留意されたい（表4）。

従って、新たな「アルコール健康障害」への対策は、特定健診・指導にも組み入れられることとなり、誰にでも起こり得る健康障害の一つと捉え、依存症対策と健康増進策の両面で進め

	疾病名	飲酒量（純アルコール量（g））	
		男性	女性
		研究結果（参考）	研究結果（参考）
1	脳卒中（出血性）	150g/週（20g/日）	0g<
2	脳卒中（脳梗塞）	300g/週（40g/日）	75g/週（11g/日）
3	虚血性心疾患・心筋梗塞	※	※
4	高血圧	0g<	0g<
5	胃がん	0g<	150g/週（20g/日）
6	肺がん（喫煙者）	300g/週（40g/日）	データなし
7	肺がん（非喫煙者）	関連なし	データなし
8	大腸がん	150g/週（20g/日）	150g/週（20g/日）
9	食道がん	0g<	データなし
10	肝がん	450g/週（60g/日）	150g/週（20g/日）
11	前立腺がん（進行がん）	150g/週（20g/日）	データなし
12	乳がん	データなし	100g/週（14g/日）

表4 わが国における疾病別の発病リスクと飲酒量

られることになる。なかでも飲酒問題を抱えながら働いている労働者への早期介入は有効かつ重要であると考えられている。早期介入技法としては、ブリーフ・インターベンション（Brief Intervention, 以下BI）がよく知られており、「簡易介入」と呼ばれることもある。欧米では飲酒量低減効果、及び職域における費用対効果に関するエビデンスが確立されている。日本の標準的なBIでは、肥前精神医療センター（佐賀県）のHAPPY（Hizen Alcoholism Prevention Program by Yuzuriha）が知られるが、職域や地域住民などに対象を広げ、高度な専門的スキルを要しない支援者でも利用可能な簡易介入プログラムなども幾つか開発されており、現在は効果検証が進められている。職場の健康診断等で、 γ -GTP、中性脂肪、尿酸値などに軽度の異常を認め、かつ飲酒習慣を有する労働者に対する面談を行う際や、飲酒量・飲酒習慣に関する保健指導などで使いやすいツールとして、ABCDプログラム「すぐに使える減酒支援の手引き」（AMED委託研究開発「アルコール依存症予防のための簡易介入プログラム開発と効果評価に関する研究（研究開発代表者：杠岳文））と呼ばれるものもあるので参照されたい。

各自治体の保健所や精神保健福祉センターなどでは、精神保健福祉相談員や保健師や精神科医が相談に乗ってくれて、専門医療機関や回復施設等に関する情報提供なども行われている。

＊大阪府アルコール関連問題のある人への簡易介入マニュアル～SBIRTS～（2024年11月改訂）を参照されたい。（ホームページよりダウンロード可）

第5章 産業保健活動における スタッフの役割と連携

産業保健体制は企業ごとに異なると考えられるが、産業保健活動を効果的に進めるためには、産業保健スタッフそれぞれの専門性を生かし、人事労務部門と緊密な連携体制を維持しながら進めることが必須となる。産業保健スタッフには、産業保健業務にかかわるすべての人、即ち産業医・精神科医、産業看護職（看護師・保健師）、公認心理師、臨床心理士、認定心理士などが含まれるが、広い意味では労働安全衛生コンサルタント、産業歯科医、精神保健福祉士、作業環境測定士、産業カウンセラー、キャリアコンサルタント（国家資格）なども含まれる。

最近の働き方改革関連法の施行に伴い、「産業医・産業保健機能の強化」を図り、産業保健活動を積極的に推進することが求められている。

人事労務担当者の役割は、勤怠・労働時間の確認、給与・社会保険料の計算、職場復帰や配置転換にかかわる手続き・調整などの「人事労務管理」と、雇用者が担うべき安全配慮義務と健康情報の保護などの「健康管理に関する事務手続き・連絡調整」の2つに整理される。

一方、産業保健チームの役割は、メンタルヘルス対策および過重労働対策に加えて、職場復帰支援や危機管理（自殺予防）などが挙げられる。ストレスチェック制度を運用することによって、従業員のメンタルヘルス対策への意識を高めて、メンタル不調に対する気づきや、対処法について周知するとともに、

職場の環境整備と仕事の効率向上に役立つための取り組みにつなげて行くことが求められる。

実務上、留意すべき点は、労働安全衛生法の範囲では雇用者が直接取り扱うことが想定されていない健康情報の取扱いについてである。例としては、健康診断の結果、保健指導の結果、健康診断再検査の結果、健康診断精密検査の結果、健康相談の結果、がん検診の結果、職場復帰のための面接指導の結果、治療と仕事の両立支援等のための医師意見書、通院情報等疾病管理のための情報、任意に提供された本人の疾病情報等があげられる。原則として、本人に利用目的を説明し同意を得た上で、本人の健康管理や職場環境の整備に必要なと判断される場合に限り、安全配慮義務を遵守しながら、情報の取得および利用が認められる。しかし、本人の同意が得られているからといっても、個人情報保護の観点からどのような情報（内容）をどこまで（範囲）利用してよいかといった点については一概に解決されない場合も想定される。従って、両者のバランスに配慮しながら、決して本人の健康管理が疎かになることのないよう努めることが重要である。各々のスタッフの専門性を活かし、かつ円滑なコミュニケーションを行いながら、緊密な連携体制を確保することが求められる。

厚生労働省が令和3年度に行った全国調査（令和3年度自殺対策に関する意識調査）によると、「これまでに本気で自殺を考えたことがある」と回答したのは4人に1人の割合だったことから、たとえ自分自身は自殺を考えたことがなくても、自殺を考えるほどの悩みを抱えている人が周囲には居るものと思われる。自殺の背景は、健康問題、経済的問題、仕事のストレス

(しんどさ)、家族・家庭関係の問題といった様々な社会的要因が複合的に絡み合い、心理的に追い込まれ、一時的に思考力・判断力を失った状態にあると考えられる。もしも、周囲で何らかのサインを感じたときなどには、適切な危機管理対応が求められる。ここでは悩んでいる人への接し方の重要なポイントを挙げたメンタルヘルスファーストエイド（政府広報オンラインより）について紹介する。メンタルヘルスに問題を抱える人に対する初期対応における5つの行動（メルボルン大学オリンゲン研究センターのベティ・キッチナー氏、アンソニー・ジョーム氏）の頭文字をとり、「り・は・あ・さ・る」と呼ばれる。

メンタルヘルス・ファーストエイド「り・は・あ・さ・る」

● 「り」 リスク評価

自殺の方法について計画を練っているか、実行する手段を有しているか、過去に自殺未遂をしたことがあるか、を評価しましょう。「消えてしまいたいと思っていますか?」「死にたいと思っていますか?」とはっきりと尋ねてみるのが大切です。

● 「は」 はんだん・批評せずに聴く

どんな気持ちなのか話してもらうようにしましょう。責めたり、弱い人だと決めつけたりせずに聴きましょう。この問題は、弱さや怠惰からくるのではないことを理解しましょう。

● 「あ」 あんしん・情報を与える

現在の問題は、弱さや性格の問題ではなく、医療の必要な状態であること、決して珍しい病気ではないことを伝えましょう。適切な治療で良くなる可能性があることも伝えましょう。

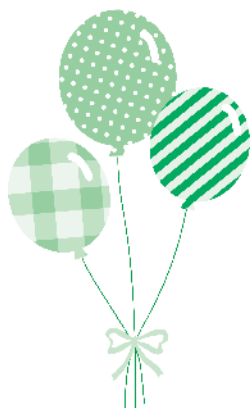
● 「さ」 サポートを得るように勧める

心療内科や精神科を受診するように勧めてみましょう。「心の問題が体に関係することもあるので、専門家に心のことも相談してみましょう」といった言い方が、受診への抵抗感を減ずるかもしれません。

● 「る」セルフヘルプ

アルコールをやめる、軽い運動をする、リラクゼーション法（ゆっくりと呼吸する、力を抜く等）などを行うことによって、メンタルヘルスの問題による症状が緩和されることがあります。家族などの身近な人に相談をすることや、自助グループへの参加を勧めてみたりするのもよいかもしれません。

さらに、悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る人のことを命の「門番」という意味で「ゲートキーパー」と呼ぶ。ゲートキーパーの役割は、「気づき」「傾聴」「つなぎ」「見守り」の4つで、特に資格などは不要とされる。地域のかかりつけ医や保健師、行政の相談窓口、民生委員・児童委員、ボランティア、家族や友人などの様々な立場の人が「ゲートキーパー」の役割を担うことに期待されている。



第6章 復職・職場復帰に際して 留意すべき点

ここでは、休業者の復職支援を円滑におこなうためのポイントと留意点について述べる。

復職のタイミングについては、主治医の意見と、本人・家族の意向などを丁寧に聞き取った上で、職場の調整を行いながら慎重に判断する。必要に応じて職場環境の改善や、復帰支援プログラムの利用についても、本人の意向を尊重しながら検討すべきである。

基本的に、復帰に際して職場に求められる対応は疾病の種類や状態ごとに異なるものであることを踏まえた上で、個別の配慮が必要な事柄についても、職場内の十分な理解を得ておくことが大切である。休職期間を終えて復帰できる状態にあるということは、休職前に比べ良くなって帰ってくるものと考えがちであるが、疾病によっては必ずしもそうとは限らないということを理解しておくことと、一方で、合理的配慮が必要な場合においても対応の限界点をあらかじめ決めておくことも重要なポイントであると思われる。

併せて問題となるのが、本人のプライバシー保護に係る情報の取り扱いである。こうした復職に向けた支援の在り方については、人事を含む産業保健スタッフの連携体制のみならず、健康経営に関する整備状況等も勘案した上で、本人の希望と職場の要求レベルのバランスをいかに上手くとれるかが鍵を握る。

ここで、疾病（障害）特性の捉え方の一つとして「事例性」

に着眼点を置いた対応と支援について紹介する（文献：「大人の発達障害マネジメントハンドブック」編著者：森晃爾、井上幸紀）。一般に、産業保健スタッフのうち、医師や保健師といった専門技術職以外は、疾病に関する理解が浅いことは言うまでもない。このため、メンタル不調者の特性に関して共通の理解と認識を持って、職場復帰に向けて支援するには、誰もが理解し易いように具体的な事例に基づく表現を用いて、仕事上の問題やストレスの内容を把握するのも一手であると考えられる。担当する業務を遂行する上で支障となり得る具体的な事実を、客観的に評価し、かつ誰が見ても同じような評価が得られることと、他者へ伝える際にも分かりやすく説明できることが求められる。

＜疾病特性に基づく表現＞

- 多動傾向あり
- こだわり強い（自閉症の疑い）
- 妄想
- 思考の途絶、減裂
- 認知機能の低下
- 睡眠障害

＜具体的な事例に基づいた表現＞

- じっとしているのがしんどい
- 手順が変わるとパニック
- 監視されていると確信している
- 思考を持続できない、気が散る
- 頭がボーっとする、集中できない
- 寝つきが悪い、夜中に目が覚める

図8 表現の違いの例

職場復帰支援においては、「事例性」の改善を回復の指標とすることによって、本人にはどこが問題か理解できていなかった点についても、改めて本人と問題点を共有しやすくなり、改善への意欲を高めることにもつながるのではないかと考えられる。

総じて、人事や労務管理上の問題と、産業保健スタッフによる事業場内ケア、もしくはカウンセラーや医療機関などの事業外資源につなげる問題を分けて対応することが重要である。



おわりに

いよいよ大阪・関西万博（EXPO 2025）が開幕し、アジアで最初に開かれた大阪万博（EXPO 1970）、次いで2005年の愛・地球博（EXPO 2005）以来、20年ぶりの国際博覧会である。最先端技術や、世界の英知を結集した創造の展示がなされ、多彩な異文化交流の場にもなる。大阪・関西における地域経済、ライフサイエンス、歴史・文化など、多方面の活性化につながる事が期待される。

一方、令和6年版厚生労働白書のテーマは、「こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会に」と題され、「こころの健康」と「こころの不調」について国民全体で考えることを主眼としている。

こうした時代背景に鑑み、現代社会が抱える様々なストレス要因に着目し、こころの健康が損なわれることによる影響の重大性を理解すると共に、各々の人が、適切な対処法を身に着けるということが、我々とその次世代までもが、安心して健やかに暮らせる社会の実現に不可欠であると思われる。

(参考文献)

はじめに

- ・令和2年度の患者調査
(厚生労働省)

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/index.html>

第1章 職場のメンタルヘルスケア

2. 職場で起こりやすいメンタル不調

- ・NIOSHの職業性ストレスモデル

Hurrell JJ Jr, et al: Exposure to job stress. A new psychometric instrument, Scand J Work Environ Health 14: 27-28, 1998

図のタイトルは、Figure 1. Model of job stress and healthを翻訳、改変したもの。

- ・職業性ストレス簡易調査票（質問紙票）
(厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/dl/stress-check_j.pdf

3. 過労死等の防止にむけて

- ・令和5年版「過労死等防止対策白書」
(厚生労働省)

<https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/karoushi/23/index.html>

- ・「労働力調査」「地方公務員給与実態調査」
(総務省)

<https://www.stat.go.jp/data/roudou/2.html>

https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/c-gyousei/kyuuyo/kyuuyo_jc.html

- ・一般職国家公務員在職状況統計表
(内閣官房内閣人事局)

https://www.cas.go.jp/jp/gaiyou/jimu/jinjikyoku/files/toukeihyou_gaiyou.pdf

- ・「令和4年労働安全衛生調査」(実態調査)
(厚生労働省)
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/r04-46-50b.html>
- ・「グローバル就業実態・成長意識調査」(2022年)
パーソル総合研究所「グローバル就業実態・成長意識調査」(2022年)
- ・「過労死等をめぐる調査・分析結果に関する報告」
令和5年版過労死等防止対策白書(概要版)(厚生労働省)
<https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/karoushi/23/index.html>
- ・令和4年度過労死等の実態解明と防止対策に関する総合的な労働安全衛生研究」
過労死等防止調査研究センター(厚生労働省HP)
<https://www.mhlw.go.jp/content/001123587.pdf>
- ・「令和4年度過労死等に関する実態把握のための労働・社会面の調査研究」
労働安全衛生総合研究所 社会労働衛生研究グループ(厚生労働省HP)
<https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/001162755.pdf>

4. ストレスチェック制度の利用と効用

- ・労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル
厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課産業保健支援室(改訂令和3年2月)
<https://www.mhlw.go.jp/content/000533925.pdf>
- ・リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療に関する研究
平成21年度厚生労働科学研究 こころの健康科学研究事業
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/15667>
- ・英国 NICE 国立医療技術評価機構プライマリケア医向けうつ病診療ガイドライン(最終更新年:2024)

第2章 主な精神疾患について

- ・厚生労働省「精神・発達障害者しごとサポーター養成講座」
eラーニング版より
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougaisakoyou/shisaku/jigyounushi/e-learning/
- ・どのようなメカニズムで精神面の問題が出るか
JJPM 62:221-224, 2022
著者：宮岡等、宮岡佳子

第3章 増えている依存症の現状と対策

- ・NDB（ナショナルレセプトデータベース）による公表値
国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター（NCNP）の
ホームページ
「厚生労働科学研究費補助金」「厚生労働省行政推進調査事業費補助金」の研究班の成果
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/164067>

第4章 アルコール健康障害に対する考え方

- ・アルコールによる様々な健康障害の例
大阪府 アルコール関連問題のある人への簡易介入マニュアル
(2024.11月改訂)
- ・わが国における疾病別の発病リスクと飲酒量
厚生労働省「健康に配慮した飲酒に関するガイドライン」(2024)
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38541.html

第5章 産業保健活動におけるスタッフの役割と連携

- 「令和3年度自殺対策に関する意識調査」(厚生労働省)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/r3_ishikichousa.html

- ・メンタルヘルスに問題を抱える人に対する初期対応における5つの行動

メンタルヘルス・ファーストエイド「り・は・あ・さ・る」

あなたもゲートキーパーに！大切な人の悩みに気づく、支える
(政府広報オンライン)

<https://www.gov-online.go.jp/useful/article/201402/2.html>

第6章 復職・職場復帰に際して留意すべき点

- ・文献：「大人の発達障害マネジメントハンドブック」

編著者：森晃爾、井上幸紀 発行 株式会社労働調査会



著者略歴

喜多村 祐里（きたむら ゆり）

[現 職]

大阪府守口保健所 副理事

大阪大学大学院医学系研究科 招へい教授

[略 歴]

1990年大阪大学医学部医学科卒業、1997年大阪大学大学院医学系研究科博士課程修了（医学博士）、1990年大阪大学医学部附属病院麻酔科にて臨床業務に従事、1997年大阪大学医学部第一生理学助手、2007年大阪大学大学院医学系研究科社会医学講座環境医学准教授、2003-2005年英国ハマスミス病院／インペリアルカレッジ ポジトロンエミッショントモグラフィ（PET）精神医学ユニット客員研究員（留学）、2021年大阪市こころの健康センター所長、2024年大阪府健康医療部副理事を経て現職。精神科指導医・専門医、麻酔科標榜医、日本医師会認定産業医、上級疫学専門家、社会医学系指導医・専門医等の資格取得。

専門分野：精神医学、精神腫瘍学、疫学・統計学、産業医学、公衆衛生学

「環境と健康」シリーズNo.77

職場のメンタルヘルスケア

2025年6月4日発行

発行所 公益財団法人 大同生命厚生事業団

〒550-0002 大阪市西区江戸堀1丁目2番1号

電話 (06)6447-7101 FAX (06)6447-7102

URL <https://www.daido-life-welfare.or.jp/>

印刷所 前田印刷株式会社

No. 1 光化学スモッグとその人体影響

宮崎医科大学教授

常俊 義三

No. 2 高血圧と環境

国立循環器病センター総長

尾前 照雄

No. 3 肝臓の病気とその原因

福岡大学医学部第一内科教授

奥村 恂

No. 4 美食と糖尿病

東京女子医科大学糖尿病センター教授

平田 幸正

No. 5 ストレスと心臓病

大阪府立成人病センター循環器部長

戸山 靖一

No. 6 老人生態学抄

大手前女子短期大学教授

磯 典理

No. 7 脳卒中と心臓病

筑波大学教授

小町 喜男

No. 8 胃癌と早期発見

大阪府立成人病センター集検第二部長

愛川 幸平

No. 9 健康と栄養

元国立栄養研究所健康増進部長

鈴木 慎次郎

No.10 病気と食物

東京大学医学部助教授

豊川 裕之

No.11 肥満と食物

女子栄養大学教授

香川 芳子

No.12 乳幼児の体力づくり

医学博士

今村 栄一

No.13 職場の精神衛生

大阪府立公衆衛生研究所精神衛生部長

藤井 久和

No.14 ねたきり老人の家庭看護

大阪府立公衆衛生専門学校助教授

津村 寿子

大阪府立公衆衛生専門学校講師

三宅 智恵子

No.15 酒と病気

医療法人大阪精神医学研究所・新阿武山病院理事長

今道 裕之

No.16 睡眠と健康

大阪大学医学部附属病院精神神経科講師

菱川 泰夫

No.17 中高年の運動と体力づくり

順天堂大学教授

石河 利寛

No.18 喫煙と健康

愛知県がんセンター研究所疫学部長

富永 祐民

No.19 肝癌と早期発見

結核予防会大阪府支部顧問ハットリ内科院長

服部 正次

No.20 老人の心理

大阪府立大学社会福祉学部教授

大国 美智子

No.21 みんなの糖尿病教室

大阪府立成人病センター調査部長

佐々木 陽

No.22 動脈硬化と食事

愛媛大学医学部教授

武内 望

No.23 老親と共に

同志社大学教授

住谷 馨

No.24 目と健康

福岡大学医学部眼科教授

大島 健司

No.25 女性の癌

(乳ガン)

大阪大学微生物病研究所附属病院外科教授

田口 鐵男

(子宮ガン)

大阪大学微生物病研究所附属病院婦人科助教授

奥平 吉雄

No.26 腎臓と病気

大阪府立病院腎疾患センター部長

飯田 喜俊

No.27 ねたきり老人にさせない、
ならないために

神戸大学医療技術短期大学部教授

武富 由雄

- No.28 歯と健康
大阪大学歯学部教授
常光 旭
- No.29 消化性潰瘍と健康管理
北里大学助教授
西元寺 克禮
- No.30 腰の痛み
大阪大学医学部整形外科教授
小野 啓郎
- No.31 関節の痛み
大阪府立成人病センター整形外科部長
小松原 良雄
- No.32 肥満と成人病
九州大学医療技術短期大学部教授
上田 一雄
- No.33 がんはここまで治る
大阪府立成人病センター名誉総長
佐藤 武男
- No.34 大腸癌と早期発見
大阪大学微生物病研究所附属病院外科講師
藤田 昌英
- No.35 老人の栄養と食事
大阪府立公衆衛生専門学校教授
北村 禎三
- No.36 前立腺の病気
大阪府立成人病センター泌尿器科部長
古武 敏彦
- No.37 体重と寿命
大同生命保険相互会社監査役
相模 嘉夫
- No.38 老人の骨・関節の病気
大阪府立成人病センター整形外科部長
小松原 良雄
- No.39 健康と社会環境
大阪大学名誉教授
朝倉 新太郎
- No.40 更年期障害
大阪大学名誉教授
倉智 敬一
- No.41 “ほけ”の始まりと予防
大阪大学医学部教授
西村 健
- No.42 肝炎・肝硬変・肝がん
大阪府立成人病センター臨床検査科部長
兒島 淳之介
- No.43 家庭で測る血圧計
国立循環器病センター内科医師
阿部 仁
- No.44 老人性難聴
大阪大学医学部耳鼻咽喉科助教授
久保 武
- No.45 高脂血症
国立循環器病センター研究所副所長
山本 章
- No.46 小児のアレルギー
大阪大学医学部小児科教授
岡田 伸太郎
大阪府立羽曳野病院アレルギー小児科部長
豊島 協一郎
- No.47 脈の乱れ
国立循環器病センター内科心臓部門医長
大江 透
- No.48 虚血性心疾患－狭心症と心筋梗塞
大阪市立総合医療センター循環器内科部長
土師 一夫
- No.49 アルコール、タバコと循環器病
国立循環器病センター内科
河野 雄平
- No.50 糖尿病・予防と自己管理Q&A
市立豊中病院糖尿病センター長・副院長
大阪大学医学部臨床教授
松山 辰男
- No.51 不登校－予防と対応
社団法人大阪総合医学・教育研究会
こども心身医療研究所所長
富田 和巳
- No.52 うつ病Q&A
東京都精神医学総合研究所・副参事研究員
高橋 祥友
- No.53 高齢者の心理（痴呆性高齢者の心理と介護）
大阪後見支援センター所長 &
大阪社会福祉研修センター所長
大國美智子

No.54 ひきこもり

(いろいろなひきこもりの背景とその対応について)
精神科医、茨城大学保健管理センター助教授
内田千代子

No.55 なぜ？スギ・ヒノキ花粉症なのか？

前名古屋大学医学部助教授
伊藤 博隆

No.56 薬の飲み方 Q&A

一疑問に思うことはなんでもききましょうー
九州大学大学院薬学研究院・教授
澤田 康文

* No.57 高齢者のからだの動かしかな

ーねたきりにさせない、ならないためにー
神戸大学名誉教授
武富 由雄

No.58 健康日本21の意義

放送大学教授
多田羅 浩三

No.59 歯と咀嚼とからだの健康

福岡大学名誉教授
前福岡大学医学部歯科口腔外科教授
白十字病院顧問
都 温彦

No.60 メタボリックシンドロームとその対策

ー生活習慣病と動脈硬化症を防ぐにはー
公立山城病院 院長
中埜 幸治

No.61 高血圧 Q&A

国立循環器病センター 名誉総長
尾前 照雄

No.62 がん ーこの親不孝者めー

大阪大学大学院医学系研究科
機能診断科学教授
杉山 治夫

No.63 腰痛

大阪大学名誉教授
小野 啓郎

* No.64 健康づくりのためのウォーキング(運動)

ーインスリンの意義と筋肉の効用ー
ウォーキング医科学研究所 所長
泉 嗣彦

* No.65 認知症

ー予防から介護までー
北大阪医療生活協同組合本町診療所 所長
医学博士
山本 秀樹

* No.66 身近な感染症について

ー怖いのはインフルエンザだけじゃないー
大阪医科大学
衛生学公衆衛生学教室教授
河野 公一

* No.67 高次脳機能障害

国立成育医療研究センター
発達評価センター長、リハビリテーション科医長
橋本 圭司

* No.68 口からはじめるからだの健康

ー歯周病と歯周病に対する取り組みの現状ー
日本歯科大学 新潟生命歯学部 歯周病学講座 教授
先端研究センター再生医学 教授

佐藤 聡

* No.69 白内障・緑内障・加齢黄斑変性

ー老眼だけじゃない、年をとってからの目の病気ー
秋田大学大学院医学系研究科医学専攻
病態制御医学系眼科学講座 教授
吉富 健志 [監修]
筑波大学医学医療系眼科 講師
福田 慎一
九州大学大学院医学研究院眼科学分野 講師
大島 裕司

* No.70 貧血になるには理由(わけ)がある

ー賢い対応と予防策ー
大阪大学大学院医学系研究科
血液・腫瘍内科学 教授
金倉 譲 [監修]
大阪大学大学院医学系研究科
血液・腫瘍内科学 准教授
織谷 健司
大阪大学大学院医学系研究科
血液・腫瘍内科学 講師
柴山 浩彦
大阪大学大学院医学系研究科
総合地域医療学 寄附講座助教
一井 倫子

* No.71 ロコモティブシンドローム

ーみんながなるロコモ・対策しっかり怖くないー
独立行政法人地域医療機能推進機構 大阪病院 副院長
ロコモ チャレンジ！推進協議会 副委員長
富士 武史

***No.72 脳卒中**

ー予防からリハビリまでー

慶應義塾大学医学部

リハビリテーション医学教室教授

里宇 明元

***No.73 糖尿病の予防と管理**

ー久山町研究のエビデンスとともにー

公益社団法人 久山生活習慣病研究所 代表理事

清原 裕

***No.74 睡眠から健康を見直そう**

関西電力病院 睡眠関連疾患センター センター長

立花 直子

***No.75 がんの予防と早期発見**

大阪大学大学院医学系研究科 教授

祖父江 友孝

***No.76 新型コロナウイルス感染症**

大阪公立大学大学院医学研究科 公衆衛生学 教授

福島 若葉

***No.77 職場のメンタルヘルスケア**

大阪府守口保健所 副理事

大阪大学大学院医学系研究科 招へい教授

喜多村 祐里

以下続刊

***当財団ホームページで読むことができます。**

