

特集 医療従事者のメンタルヘルス——総合病院におけるメンタルヘルスケア——

総合病院におけるメンタルヘルス支援

——カウンセラーの立場から——

富安 哲也¹⁾，小石川 比良来²⁾

当院では職員のメンタルヘルス支援を目的に，当院在籍の臨床心理士と人事部が中心となって「セルフケア・サポートセンター」として活動を行っている。これまでの活動から，いくつかの特徴が当院におけるメンタルヘルス支援に大きく影響していることが考えられた。例えば，①専属の産業医，産業看護師，人事担当者がいないため，安定した役割遂行が難しいこと，②それぞれの部署が専門職で独立性が高く閉鎖的になりやすいこと，③患者さんに直接関わる職員がほとんどであり業務量の軽減や環境調整のみではリハビリ出勤が困難であること，などである。そういった特徴を踏まえ，病院における職員のメンタルヘルス支援のためには，①病院のリソースにも注目し，積極的に連携を取っていくこと，②各部署の管理職へのアプローチを継続的にやっていくこと，③人事部を中心に関係する職種との協力関係作りを行い，ラインケアの流れをしっかりと作っていくこと，などの点に意識を払うことが大事であると考えられた。

〈索引用語：メンタルヘルス，総合病院，産業保健，職場〉

1. はじめに

職場のメンタルヘルス支援が社会的な話題になって久しいが，医療現場のメンタルヘルスに関しては医師や看護師など特定の職種における現状と対策が中心で，病院全体に対する組織立った支援に関する文献^{5,6)}は，それほど多くないように思われる。

職場で組織立ったメンタルヘルス支援を行う際には，その職場の特徴を理解し，その特徴に合った対策を心がけることが必要である。本稿では総合病院に勤務する臨床心理士の立場から，当院の特徴をまとめると共に，実際に行ってきたメンタルヘルス支援について報告を行う。

2. 当院の紹介

当院は千葉県南部の房総半島に位置する地域病院であり，診療科目は32科，病床数は身体科が

865床，精神科が60床，クリニックの1日平均外来患者数は約3,000名に上る。

職員は医師約400名，看護師約1,000名，医療技術系約750名，事務系約500名，それ以外の職種も合わせると約3,000名が在籍している。

当院には2002年まで非常勤の臨床心理士3名（それぞれ週2日）が心療内科・精神科の所属で在籍していた。2003年に常勤の臨床心理士（筆頭著者）が入職し，臨床心理室として組織された。心療内科・精神科部長の判断もあり，臨床心理室は医療技術部門に属し心療内科・精神科とは形式上独立する形で存在している。しかし実質は心療内科・精神科の一員として活動をしており，言わば半独立型の組織であると言える。

臨床心理室は現在，常勤の臨床心理士が4人，非常勤が2人（外来業務のみ）おり，外来業務，精神科病棟業務，身体科病棟でのコンサルテーシ

著者所属：1) 亀田総合病院臨床心理室

2) 亀田総合病院心療内科・精神科

ョンリエゾン、職員のメンタルヘルス支援などの活動を行っている。

院内のメンタルヘルス支援策として、以前より健康保険組合が主体で行っている無料の電話相談があった。しかしながら利用者はほとんどなく、実際には心療内科・精神科が診療の中で職員に対して関わっていたり、各部署の上司がそれぞれに対応していたり、人事部が個別に相談に乗っていたり、また院内の臨床心理士が個別に相談に乗っていたりしており、組織だった支援策はほとんど行われていなかった。より体系的な支援確立のため、2008年度に臨床心理士と人事部が中心になって院内のメンタルヘルス支援に関する活動を始めた。当初は相談活動を中心しつつ、人事部や看護部、医療安全管理室などメンタルヘルスに関連しそうな職種で「メンタルヘルス支援活動ワーキンググループ」を組織して話し合いを行いながら、また各部署の所属長と面談を行いながら、院内のメンタルヘルスの現状についての情報収集を行っていた。

現在、カウンセラーとしては筆者が臨床心理室との兼務で関わっている他、専属の相談員として臨床心理士1名が週1回勤務をしている。

3. 病院の特徴

病院という職場は、職員の意識や働く環境、組織的な面で、一般企業と異なっている特徴が多く存在する。当院でメンタルヘルス支援を行うことの難しさに、これらの特徴が大きく関係していたと考えられる。ここではその特徴について、これまでの活動から特に強く感じられた3つの点を挙げたいと思う。

1) 専属の産業医、看護師が不在であること

当院には医師が400人ほど在籍しているが、専属の産業医はいない。また看護師が1,000人ほど在籍しているが、院内の産業保健に従事する看護師もいない。全ての医師が過重労働とも思える状況の中で診療に従事しない医師を雇うことも難しければ、看護師不足の中で産業保健のための看護

師を1人雇うことも難しいことである。それはカウンセラーも人事部の職員も同じであり、現在、当院でメンタルヘルス支援に関わっている職員(産業医、看護師、人事課、カウンセラーなど)は、全員が通常行っている業務との兼務で活動に関わっている。

兼務の状態であるがゆえの問題点はもちろんある。相談の窓口がわかりにくいこと、それぞれの担当者の業務の負担が大きいこと、本来の業務量によってメンタルヘルス支援にあてられる量が変わっていくために安定した役割遂行が難しいこと、復職に向けての話し合いを行う際の調整が困難になることなどである。

しかしながら、兼務であっても産業医の役割を担える医師が院内にいることの意義は大きい。現在ではメンタルヘルス不調者の休職・復職の流れがある程度はできており、診断書が出た段階で産業医への面談を行うことに一応はなっているが、それまでの産業医不在の状態の時は、復職の判断は主治医の診断書のみでなされていた。しかしながら「通常、主治医は職場の事情に精通していない」⁹⁾ため、主治医の診断書が必ずしも現場での様子にそぐわないこともある。時に主治医はメンタルヘルス不調者自身の意志に押されて復職可の診断書を書くケースもあり、産業医が不在であれば、現場側の判断が介在せぬままに復職が進んでしまい、結果的に「背伸び復職」¹⁾が始まり、現場のみならず本人の負担を増やし、その末に再休職という事態になりかねない。職場が一般企業であろうと病院であろうと関係なく、メンタルヘルス不調者本人や職場全体を守るためにも、産業医は不可欠な存在であると考えられる。

新田⁴⁾は、産業領域における臨床心理士の活動としてコーディネーターの役割について述べているが、当院のように、専属の産業医や産業保健に従事する看護師が不在であれば、その役割はさらに増えてくると思われる。その際には、現場のニーズを把握するのみならず、院内のリソースを把握し積極的に連携を取っていく力が求められる。

2) 各職種の専門性、独立性が高いこと

医療現場では通常、異動はあったとしても部署間ではなく部署内で行われる。実際のところ職場の人事は人事部ではなく、各部署の管理者の裁量で行われることが多いようである。また職場内でのメンタルヘルス不調者の対応のほとんども、看護師なら看護部で、医師であれば医師同士で、といった具合に、各部署・職種内で完結していることが多いように思われる。

このように病院の特徴として、それぞれ部署の専門性・独立性が高く、各部署の人事について人事部が介入しにくいことが挙げられる。

確かに各部署で働く職員は、その道の専門家であり、他の部署に安易に異動できるわけではない。また部署内にどのような仕事があり、その仕事を遂行するのにどのような技術が必要なのかを知っているのは、その部署の管理者であり、その管理者が人事権を持つのはある程度仕方のないことかもしれない。しかしながら、そのことが各部署での独自の（言い方を変えれば勝手な）文化（ローカルルール）を生み出すことにもなりえる。職場の社内規定と明らかに異なるローカルルールで動いている部署があり、その内容を人事部が全く知らなかったという事態も起こりえる。そうなると、職員のメンタルヘルス支援のためにしっかりとした社内規定やラインによるケアの流れができていたとしても、実際の活動において全く意味を成さなくなってしまう。

当院では、各部署の管理者向けにストレスマネジメントに関する研修会を行っているが、人事部にも講師として参加していただき、各部署の管理者に対して「人事部も一緒に協力してメンタルヘルス支援を行っていきましょう」という空気を作れるように努力している。

実際に参加された管理者の中には「そういったことに使っている時間がない」と言い切る人もいれば、「休職中の現場を支えている職員に、休職者のことをどう伝えていいものか」といった具体的な質問をする人もいて、その関心の度合いには大きな差があったように思われる。

病院で働く職員のほとんどは専門的な知識・スキルを必要とする職種である。各部署の管理者は、それらの知識・スキルを習得することに多くの時間を割かねばならず、管理職としての知識、とくにメンタルヘルス支援に関する情報を学ぶ機会はほとんどないと思われる。学ぶ機会がない分、実際に部下への対応に困った経験の有無が、その姿勢や態度に大きく影響を与えるようである。

3) 対人援助職であること

医療現場で働くほとんどの職員が対人援助職であり、患者と接することが業務の中心になっている。富永ら⁷⁾は、看護師におけるメンタルヘルス不調者の復職が、患者の医療安全面の問題につながる可能性を指摘している。実際の現場でも復職前のリハビリ出勤・お試し出勤の際には、本人の様子次第では患者に関わる業務を制限せざるを得ない場合が多くあると考えられる。しかし、それは何も看護師だけでなく医師、医療技術系など医療現場で働く多くの職種に通じるところであろう。したがって一般的な診断書にあるような「休職前業務量の50%程度の仕事量から始めることが望ましい」といった形で、単純に量的な業務量の軽減だけで対応できない事態も起こりえる。また医療現場の多くは慢性的に人手不足であり、職種の特性上、患者と関わらない単純作業を見つけ、遂行することは簡単でない。例えば看護師の場合、病棟の中で患者と接しない仕事があったとしても、他の同僚が患者への看護で忙しく動いている中で単純作業を行うことは、かえって職場スタッフへの負担や、本人の焦り、意欲低下を強めてしまうことにもなりうる。

医療現場でのリハビリ出勤・お試し出勤を考える際には、業務量という基準のほかに、患者と接するか接しないか、など医療現場ならではの基準も考慮した上で、厚生労働省の「こころ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⁹⁾」にそった復職支援の流れを作ることが望ましい。少なくとも復職判定会議のような形で関係者が集まり話し合う過程は必要であろう。結果的

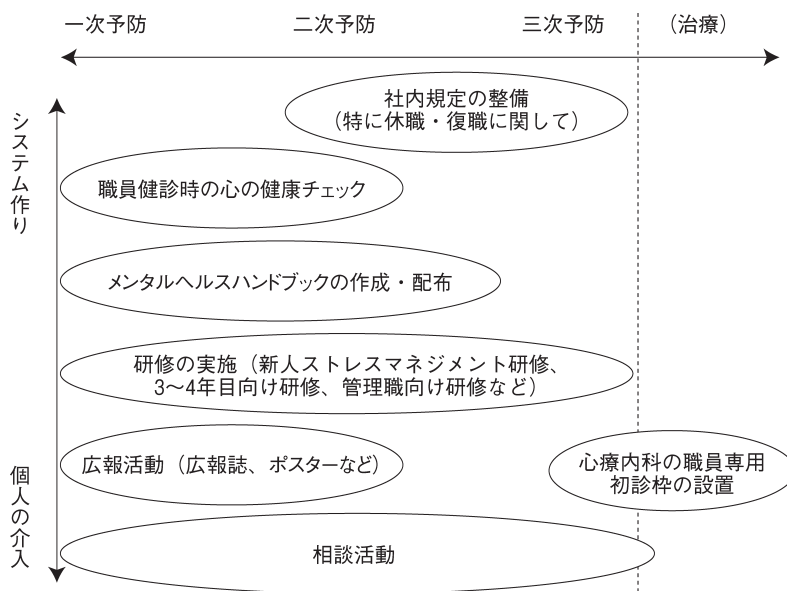


図1

にはこれらの手続きが、本人のみならず職場の管理者やスタッフの負担を減らすことにつながっていくと考えられる。

4. 当院で行っているメンタルヘルス支援の内容

現在当院で行われているメンタルヘルス支援は図のようなものである(図1)。これらを厚生労働省指針²⁾の4つのケアの視点から説明を行う。

1) セルフケア

職員健診時に全職員を対象に「こころの健康調査票」を実施しており、高得点者には相談を勧める院内メールを送っている。そのメールが直接的に相談につながることは多くないが、数ヶ月経ってから「あのメールを思い出して」と相談に来られる場合もある。

本来この調査票は、各自の精神的健康度をフィードバックすることでセルフケアの意識を高めていくことを目的にしているが、この調査票をきっかけに職員相談のためのカウンセラーがいることを知ったという職員も多く、実際のところは広報の役割も大きいと考えられる。

また新入職者に向けてストレスマネジメントに関する研修を実施し、ストレスマネジメントについての基礎知識やストレスマネジメントの方法についての講義、グループワークなどを行っている。研修会の感想では「久しぶりに同期の人たちと話せて気分転換になった」という意見が多く聞かれ、同じ新人としての苦労や悩みを話し合う機会が重要であることがうかがえる。また毎年この研修の後に、2~3名の新人職員が相談に来ることもあり、相談のきっかけ作りにも役立っているようである。

2) ラインによるケア

当院は専任の産業医、産業保健を担当する看護師がいない職場であるがゆえに、人事部との連携がより重要であると考えられる。休職・復職支援を含めラインによるケアを構築していく際、人事部との協力体制を作って社内規定の整備などを行っていくことが必須である。

当初、カウンセラーと人事部とで協力体制を作っていることに対して「相談に行くことで異動や昇進などに影響が出るのでは」といった不安の声

を持つ人もいないのではないかと心配したが、今日まで全くそういう声は挙がっていない。その理由として、一般企業と異なり医療現場では各職種の独立性が高く、実際には人事部が人事権を行使しにくいことがあると考えられる。活動開始当初から人事部との協力関係を作って取り組んできたことで、メンタルヘルス支援において控えめだった人事部の立場を、本来の中心的な立場に位置づけることになったのではないかと考えている。

ラインによるケアの流れを浸透させるための具体的な対策として、メンタルヘルス支援の基本的な考え方や実際にメンタルヘルス不調者への対応などをまとめた「メンタルヘルスハンドブック」という小冊子を作成し、すべての部署の管理者に配布を行っている。また先に述べたように管理者向けにメンタルヘルスに関する研修会を実施し、ラインによるケアの流れやメンタルヘルス不調者に対しての関わり方、休職・復職の手続きなどについての講義を行っている。

各部署の専門性・独立性が高い医療現場の中でラインによるケアの流れを作っていくためには、各部署の管理者の役割が非常に重要である。これまでの経験では、実際のケースについて管理者とも何度か相談を行ってきた経験のある部署は、その後のラインによるケアの流れも円滑になる印象がある。やはり基本となる相談活動を丁寧に行い、上司との連携を地道に築いていくことが必要であると考えられる。

3) 事業所内スタッフによるケア

「セルフケア・サポートセンター（以下、センター）」という名称で相談室を設け、カウンセラーによる相談活動を行っている。相談内容は、仕事上のことから職場での対人関係の問題、家庭のことなど多岐にわたっている。センターでの相談は基本的に労務管理の立場を取るもので、いわゆる心理療法的な介入は行わない。精神疾患の可能性、不眠や食欲不振がひどいケース、服薬が有効であると思われるケース、自傷他害のおそれに発展しそうなケース、職場への不適応がパーソナリティ

に起因していると思われるケース、家族問題が複雑化しているケースなどは心療内科・精神科に紹介し、必要に応じて臨床心理室の外来のケースとしてカウンセリングを行うようにしている。

守秘義務に関する基本的な約束として、①上司からの紹介の場合は、本人と伝える内容を相談した上で上司に報告をする、②本人からの自発的な相談の場合は、例外的な場合（自傷他害のおそれなど）を除いて上司には報告しない、ということにしており、相談の始めにそのことを相談者自身に伝えている。しかしながら、そのまま単刀直入に伝えることは、単に相談者の不安を煽ることになりかねない。相談内容や相談者の様子、上司との関係などを考慮し、様々な配慮をすることが求められる。

院内での相談活動を行っている、元々外来のカウンセリングで関わっていた職員が休職・復職などでセンターとしても関わる必要が出てくる場合がある。外来のカウンセリングは徹底的に相談者の側に立って話を聴くことが基本であるが、センターとしては労務管理の立場で話を聴くことになる。カウンセラーと労務管理者の2つの役割を同一人物が行うことは、援助者側の自己矛盾を生み、結果的に相談者にとっても混乱の原因となってしまう。当院でそういったケースがあった場合、非常勤で勤務しているセンター専属のカウンセラーにセンターとしての役割をお願いしている。もし専属カウンセラーがいない場合、人事部の担当者などにその役割を担っていただき、心理療法的なカウンセリングの担当とは分けて関わるべきであろう。

また院内での相談活動を行っている、職員、特に部署の管理者から「インシデントを起こした職員が落ち込んで仕事を辞めると言っているので来て欲しい」、「職員が自殺をほのめかすような発言をしているが、どうしたらよいか」といったような即応性を求められる場合も多くある。

全てのケースに即座に対応できるわけではないが、ある程度のニーズには対応できるよう常勤スタッフがいることが望ましいと思われる。当院で

は人事部と相談の上、緊急時の連絡は人事部が窓口となり、産業医やセンター、臨床心理室などに連絡を行う形を取っている。

4) 事業所外スタッフによるケア

当院には心療内科・精神科があり、メンタルヘルスの問題がある際には事業所内で受診ができる環境にある。しかしながら「自分が受診したことが他の職員に知られてしまう」、「自分の受診したカルテが職員に見られてしまうのではないか心配」など、院内にあるがゆえに敷居が高くなっていく側面も否定できない。「心療内科の受診は抵抗があるけど、センターに行くならかまわない」と、とりあえずセンターに相談に来られる方もいる。そういった方の場合、カウンセラーとの相談の中で受診の必要性について話し合うことになる。受診が必要となった場合、ほとんどの方には院内の心療内科・精神科の受診を勧めているが、院内の受診に対する抵抗が強い時は近医の精神科を紹介している。ただ当院の心療内科・精神科の初診は常に1ヶ月以上先でないと予約できないような状態である。また近隣に精神科が少ないこともあり、医療での介入が大幅に遅れてしまうことが起こりえる。

そこで心療内科・精神科の外来に毎週一枠、「職員初診専用枠」を設置し、センターに来られた方で受診が必要だと判断された場合に、早急に診察できるような体制をとっている。

当院のメンタルヘルス支援においては、院内の心療内科・精神科はあくまで事業所外のスタッフによるケアの位置づけをとっている。そのため基本的にセンターや人事課と心療内科・精神科医師が緊密にやりとりをすることはなく、心療内科・精神科医師が診療以外の形で職員と面接を行うこともほとんどない。

総合病院であるメリットを生かしつつ、相談する側の受診に対する抵抗感も考慮した結果、このような形になり今に至っている。心療内科・精神

科と距離感を持ちつつも、いざという時に受診に結び付けられる体制は、職員だけでなく、職員のメンタルヘルス支援を行うスタッフの精神的負担もかなり軽減していると思われる。

5. ま と め

本稿では、総合病院におけるメンタルヘルス支援について、病院の特徴を踏まえてどのような活動を行ってきたかについて報告を行った。

実際の活動では組織全体へのアプローチもかなり必要になるが、当然カウンセラー単独ではそのような活動を行えるわけではない。当院での活動を振り返ってみても、相談活動開始の段階から様々な職種の方とやり取りを行い、たくさんの援助の手を差し伸べていただいた。本当にたくさんのリソースに恵まれたと思っている。この場を借りて深く感謝申し上げたい。

文 献

- 1) 柏木雄次郎:「メンタルヘルス不全者の職場復帰」が抱える諸問題. 日本職業・災害医学会会誌, 54 (2); 49-53, 2006
- 2) 厚生労働省: 労働者の心の健康の保持推進のための指針. 2006
- 3) 厚生労働省: こころ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について (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/10/h1014-1b.html>). 2009
- 4) 新田泰生: 産業領域における活動モデル. 講座臨床心理学6 (下山晴彦, 丹野義彦編). 東京大学出版会, 東京, p.127-145, 2002
- 5) 織田 進: 医療崩壊を防ぐために, 産業保健活動からできること, 医療, 63 (9); 561-564, 2009
- 6) 鈴木 満, 富永真己: 医療機関におけるメンタルヘルス不全の現状と課題. BRAIN NURSING, 27 (5); 506-512, 2011
- 7) 富永真己, 三木明子: 職場のメンタルヘルス不全の三次予防. BRAIN NURSING, 27 (5); 516-523, 2011
- 8) 吉村靖司: 復職支援—精神科産業医の立場から. 精神経誌, 110 (3); 259, 2006

Mental Health Support at General Hospital —From a Counselor’s Point of View—

Tetsuya TOMIYASU¹⁾, Hiraki KOISHIKAWA²⁾

1) *Department of Clinical Psychology, Kameda Medical Center*

2) *Department of Psychiatry & Psychosomatic Medicine, Kameda Medical Center*

At Kameda Medical Center, clinical psychologists and personnel department have been managing “Self-care Support Center” to assist employee’s mental health care since 2008.

From our activities up to now, we found some characteristic aspects have affected to our mental health care activities.

We recommend the followings to make this activity effective ;

1. To find and use resources at workplace.
2. To keep trying to get the support from the managers of each department.
3. To cooperate with each department with help from personnel department.
4. To create the procedure to help and support the employees who have mental problems.

<Authors’ abstract>

<**Key words** : mental health, general hospital, occupational health, workplace>
