

第112回日本精神神経学会学術総会

教育講演

産業保健における精神医療の役割 ——ストレスチェック制度の位置づけ——

中村 純¹⁾，吉村 玲児²⁾，堀 輝²⁾

(1) 社会医療法人北九州病院・北九州古賀病院，2) 産業医科大学医学部精神医学教室)

産業医には企業側と労働者，さらに労働者と治療者との連携を図る役割がある。したがって，産業医学は企業と労働者の間に医師が介入するという意味ではリエゾン精神医学の実践の場ともいえる。一方，精神科医の中には，患者側の立場だけで休職や復職の判断をする人やストレスチェック後の面接指導をする人がいるが，精神科医は事例性をよく理解した上でメンタルヘルス不調者に対する判断や治療を行う必要がある。その意味では，産業医と精神科医とのより綿密な連携が必要である。ところで，ストレスチェック制度の目的はメンタルヘルス不調の一次予防ということになっており，個人および集団のメンタルヘルスの改善が目標である。このことは先制医療の概念にも一致する。一方，現実的には精神科医療が不得意な産業医は，「なじみの精神科医」をつくるのがメンタルヘルス対策を行うためには有効な方法と考えられる。

<索引用語：産業医，連携，ストレスチェック制度，産業精神保健，先制医療>

はじめに

近年，職場における人間関係や仕事の量・質に悩み，労働の場でストレスを感じているという労働者が増えており，うつ病などの精神疾患やパワーハラスメント，長時間労働による適応障害などを含むメンタルヘルス不調者が増加している⁹⁾。そして，メンタルヘルス不調者による休業や精神疾患のために治療を受けている労働者の増加によって，企業の生産性低下や労災認定を受ける労働者が増加していることも報告^{10,15)}されている。その結果，企業は安全配慮義務の観点からもメンタルヘルス対策が喫緊の課題となっている。

2000年頃から加藤ら⁶⁾の報告などにに基づき，厚生労働省（厚労省）は，その対策として，心の健康づくりに対する計画策定，4つのケアの推進を含む労働者の心の健康の保持増進のための指針⁸⁾などをTHP（Total Health Promotion）の一環として企業に義務づけてきた。さらに長時間労働者への面接指導制度の義務化，労災認定基準の改定などを行い，2015年12月からは労働安全衛生法（安衛法）を改正して一般健診とは区別していわゆるストレスチェック制度^{11,12)}を始めた。

わが国においては50人以上の労働者が働いている企業では安衛法によって，産業医が選任され

第112回日本精神神経学会学術総会＝会期：2016年6月2～4日，会場＝幕張メッセ，アパホテル&リゾート東京ベイ幕張
総会基本テーマ：まっすぐ・ところに届く・精神医学

教育講演：産業保健における精神医療の役割——ストレスチェック制度の位置づけ—— 座長：紫藤 昌彦（紫藤クリニック）

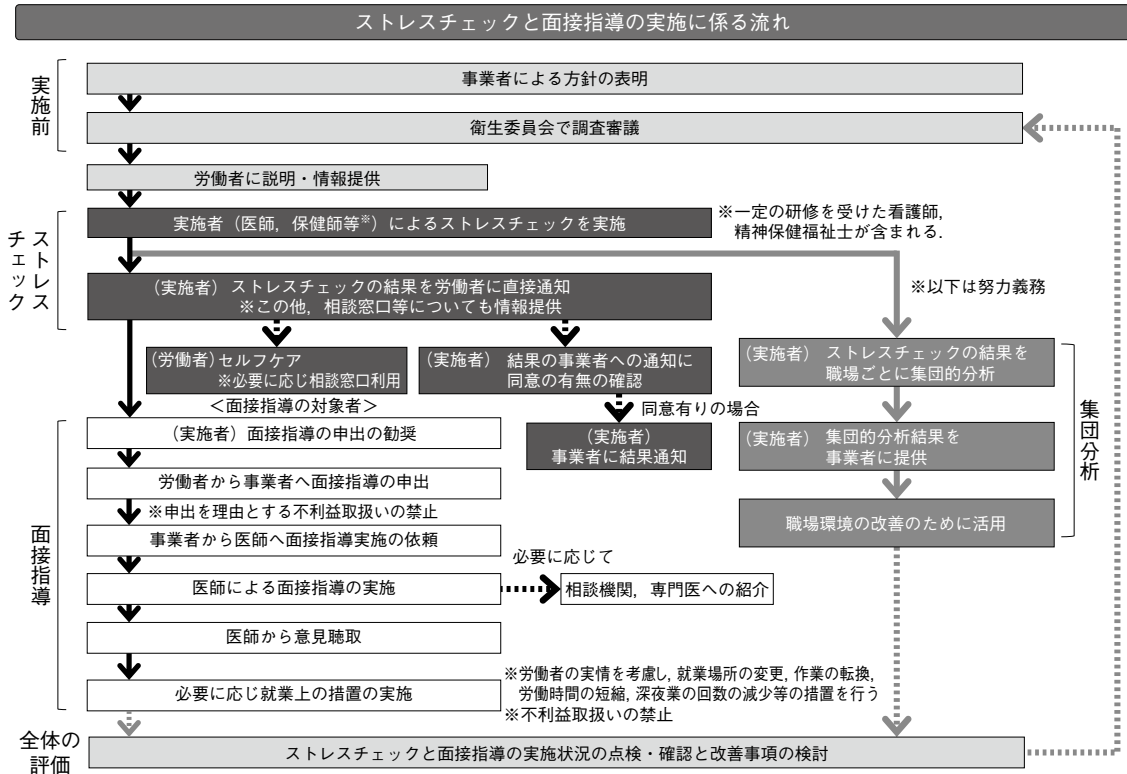


図1 ストレスチェック制度の流れ (文献11より引用)

ており、今回の安衛法改正によってメンタルヘルス対策も産業医の業務の1つとなった。

しかし、産業医の多くは精神科医ではないことから、それを実行するためには産業医が精神医学の知識を深めるとともに精神科医と産業医との連携を円滑に図る必要がある。なお、ストレスチェック制度の流れについては図1に示す。

本稿では、精神科医と産業医との連携について、その課題と具体的な連携方法などについて臨床医の視点から考察する。

I. 産業医と精神科医との連携

連携 (リエゾン) という用語がさまざまな場面で使われるようになって久しいが、一般には総合病院内で精神科医と他科の医師との連携により入院患者の回復に集学的な対応をするという意味でリエゾンという用語が用いられる。そこで勤労者

の健康を護る産業医と病に罹患した労働者の治療を担う臨床医との連携もリエゾンと考えることができる。しかし、連携に関する具体的な提案は案外少なく、実行性にも課題があると思われる。

少なくともストレスチェック制度においては、産業保健スタッフによるストレスチェック健診とその結果に基づく事後措置は産業医が中心となっていくことになったが、ストレスチェック後に社内で決めた規定によって高ストレス者と判定された労働者に対して産業医が事後措置のための面接を行うに際して、対応が困難な場合もあると考えられる。また、高ストレス者が人事考課などを考えて上司に面接の申し出をしない場合、あるいは外部の精神科医に直接受診する場合、企業内の産業医では負担がかかると考えて面接そのものを外部に委託する企業も出てくることも予想される。

さらに高ストレス者と判定された労働者の中に

は、精神疾患患者が含まれる可能性もあり、本制度は、一次予防だけではなく二次予防の性格も有していると思われる。もちろん事後措置のための面接をする医師は精神科医でなければならないということはない。しかし、精神疾患全般に対する知識や理解度を考えると今回の安衛法改正を契機に産業医は精神医学に対する知識や理解をより深める必要があるとともに精神科医が産業医学にかかわる機会が増えることが予想され、精神科医も産業医学に対する正しい理解を深めなければならない。

ところで事後措置に関しては、職場の実情をよく理解した上での判断が必要である。したがって、臨床医として対象者の精神症状を把握し、本人の訴えをよく聞くことは当然なことであるが、加えて、職場の実態に即した判断や指示による事後措置を行わなければ、労使間にトラブルが生じることも予想される。

また、復職支援に関しても産業医・人事労務担当者と治療者である精神科医とのより精緻な連携が、休職開始時期から復職判断の時期、さらに復職後にも必要である。増田ら¹³⁾は、連携を行うための情報提供フォーマットをメンタルヘルス不調者の発見時、休業開始時、休業中、復職前、復職不可時、復職時、復職後に分けて具体的に公表した。図2¹³⁾に産業医から治療者への情報提供書の1例を示す。これまでの情報提供書に比べるとより具体的な内容になっている。

ストレスチェック制度導入後は、これまでの連携方法だけでは不十分なことが予想され、産業医には、産業保健を理解した精神科医との連携のために事例を通して経験を積み、「なじみの精神科医」をつくるのが現実的な方法と思われる。

ところで、うつ病の治療は、個人を対象に薬物療法、支持的精神療法、認知行動療法、対人関係療法などが行われるが、運動療法も有効である。運動はメンタルヘルス不調の発症予防(一次予防)に使える可能性がある¹⁴⁾。そこで、職場(集団)を対象に運動を定期的に勧めることもうつ病の一次予防には有効と思われる。

II. メンタルヘルス不調の一次予防としての ストレスチェック制度

ストレスチェック制度成立の背景には、先に述べたように1998年以降のわが国の自殺者の増加、特に働き盛りの男性労働者の自殺者の増加やうつ病などの精神疾患による休職者の増加、さらにはアブセンティーズムおよびプレゼンティーズムの評価など企業の生産性を低下させる要因が増加したことが大きく関連している。さらに精神疾患による労災認定者が増加傾向を示していることから、厚労省も何らかの対策の必要性があった。

当初は、うつ病患者が増加していることからうつ病の早期発見をめざす方策の議論があったが、うつ病の早期発見に関する臨床研究は以下に示すように少ない。また健診項目の中に精神疾患の早期発見の項目を入れることに対して、精神疾患患者を選別することにならないかと反対する人が多く、最終的に本制度は一般健診とは区別した安衛法66条の10として、労働者のメンタルヘルス不調の一次予防として位置づけられた。その結果、職場および個人のストレスの程度を把握し、集団分析を行い、職場のメンタルヘルスの改善をめざす法律となった。しかし、労働者個人のストレスへの気づきを促すことが、直接的にメンタルヘルス不調者を減らすことにつながるか、そもそも精神疾患の一次予防が可能かという疑問も精神科医側からは指摘された。さらにストレスチェック制度が一般健診と区別してつくられたこと自体、精神疾患に対する偏見ではないかという考えもある。

そして、本制度は、臨床医からは離れたものとなって、産業医の重要な仕事の1つになった。しかし、精神医療に精通した産業医は圧倒的に少ないため、繰り返すことになるがメンタルヘルスの専門家である精神科医と産業医との連携は必須と考えられる。特にストレスチェック制度における事後措置を行うための面接では精神科医による精神症状の評価や事後措置に関しても役割があると考えられる。

さらに本制度では、当初から産業医に対して、多くの高ストレス者と判断された労働者が人事考

＜疾病性＞		＜事例性＞	
一般性		個別性	
科学的視点 (例：EBM；Evidence-Based Medicine)		個人の視点 (例：事実・エピソード)	
主治医側の視点 (例：診断，症状，治療)	疾病性の エビデンス	会社側の視点 (例：勤怠，仕事関連)	事例性の エビデンス
疾病（健康）管理 ・主治医が主体 [治療] ・現場の保健スタッフや職場も関与 [予防]		労務管理 ・職場が主体 [職場環境調整] ・一部，保健スタッフも関与 [措置意見]	

図3 疾病性と事例性との違い（文献14を参照し，宇都宮健輔作成）

課などを考慮して面接の申し出をしないことが予測されており，企業として，高ストレス者と判定された労働者が容易に面接を受けることができる雰囲気づくりや方法を考えることが第一に必要である。したがって，精神医学に精通していない産業医には日常の業務でかかわりをもった精神科医に「なじみの精神科医」となってもらい緊密な連携をとることが実際的な方法ではないかと思われる。

Ⅲ. 事例性

最近，職域では適応障害やうつ状態の診断で休職する労働者が増加しているが，その人たちの中にはICDやDSMの疾病としての診断基準を完全に満たしていない人も多い。職場の人間関係の破綻や仕事の量が多すぎる人，さらに仕事の質が本人の能力を超えた人などは，精神疾患と診断する以前に労働の場における人事・労務の問題として対応することで解決する人も少なくない。したがって，産業医には今後，職場の人間関係や仕事の量や質をも評価して産業医面談をする必要がある。具体的には，人間関係をも把握する職場巡視が必要であろう。さらに，休職者に対応している精神科医には，産業医からの情報を共有することで復職時期を判断し，企業は適切な職場，職位を決定する必要がある。これらの対応には産業医や精神科医と人事労務担当者との連携が必要である。したがって，労働者を中心に産業医，人事労

務担当者，治療者があくまで労働者のメンタルヘルスを護るという立場で情報を共有する必要がある。そこで，企業の衛生委員会では，ストレスチェック制度を含めた産業保健活動の前に，労働者に対して情報共有の範囲を明確に示しておく必要がある。

すでに精神疾患に罹患した労働者を治療している臨床医は，対象の疾患の重症度や治療など疾病性に関心の第一がある。これに対して産業医は，その労働者が職場の中でどのような職位，職場環境で働き，労働者としての将来性はどうかかなど労務管理（事例性）を考慮して対応する役割があると思われる。また，産業保健スタッフは，企業者の安全配慮義務に配慮する必要があるが，労働者個人の心身の健康を護るという考え方は常にもつべきである。すなわち産業医と臨床医との立場の違いをよく理解しておくことが臨床医には求められる。

一方，職域では，産業医に疾病管理（疾病性）と労務管理（事例性）の両者およびその関連性を理解する姿勢が必要であり，勤怠，生産性など労働者個人の事例性のエビデンスから職場環境の管理や人事を考慮して産業保健スタッフからの措置意見がだされることになるとと思われる。なお，疾病性と事例性との関係については図3に示す。

Ⅳ. 精神疾患の一次予防

ストレスチェック制度による自記式の質問に

よって、労働者自身が高ストレスであるという自覚、すなわちストレスへの気づきを促すことが、精神疾患の一次予防に直接つながるであろうか。もっとも健康に労働をしている人の中に、「働きすぎ」などによってストレスが高い人がいることに気づくことは、重要なことである。また、高ストレス者と判定された労働者の中には精神疾患にすでに罹患している人も、そうでない人もいる可能性がある。

産業医は、今後、各職場において職場のストレスを軽減させる方策を具体的に示すという課題がある。

V. 精神疾患の二次予防（早期発見）

精神科医側も精神疾患の一次予防だけでなく、二次予防の方法や知識を十分有しているとはいえない。

ICD-10やDSMの診断基準に基づく診断方法⁵⁾、二質問紙法¹⁷⁾、K6質問票⁷⁾などが産業保健の分野で公表されているが、企業の中でこれらが実証された研究はわずかにしか見あたらない。

例えば、厚労省が作成したうつ対策推進方策マニュアル調査票⁵⁾では、「最近、2週間のあなたのご様子についてお伺いします」と以下の質問をして、①毎日の生活に充実感がない、②これまで楽しんでやれていたことが、楽しめなくなった、③以前は楽にできていたことが、今では億劫に感じられる、④自分が役に立つ人間だとは思えない、などICDのうつ病の診断基準の重要な項目を質問して、判定法は「はい」「いいえ」で答えさせ、2つ以上「はい」がある場合にうつ病の可能性があるとされている。その結果、うつ病を含む気分・不安障害のスクリーニングとしては感度94～100%、特異度61%となった。そして、これらが2週間以上持続し、かつ生活に支障がある場合をうつ病と判断するとした。

鈴木ら¹⁷⁾は、ICD-10やDSM-IVのうつ病の診断基準の中のA項目である、抑うつ気分、興味または喜びの喪失を丁寧に質問し、Beck Depression Inventory (BDI) 検査を組み合わせ、805

名の勤労者を解析対象に検討した。その結果、BDI得点は0～42点に分布し、平均3.2点であった。また、二質問紙法のカットオフ値1点の陽性者23.2%、2点の陽性者10.6%、BDIのカットオフ値10点で陽性者8.9%、18点では陽性者1.5%となった。その結果を踏まえて勤労者45名に対してMini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) を施行し、二質問紙法の大うつ病に対する感度を検討したところ、カットオフ値1点、2点ともに100%、BDIでは10～18点で50%となった。さらに別の職場の勤労者298名を対象に二質問紙法2点あるいはBDIで10点以上であった41名を対象にMINIで二次面接を行った。その結果、大うつ病患者5名を同定した。BDIが16点、17点であった2名は産業保健師の面接後に精神科医が面接し、休職から復職の経過をとったという。

また、K6質問票⁷⁾は過去30日間にどれくらいの頻度で以下のことがあったかを質問するものである。①神経過敏に感じたか、②絶望的だと感じたか、③そわそわ、落ち着かなく感じたか、④気分が沈み込んで、何が起ころうとも気がはれないように感じたか、⑤何をやるにも骨折りと感じたか、⑥自分は価値のない人間だと感じたか。そして、判定法は各項目の合計得点5点以上の者を陽性とした場合、うつ病を含む気分・不安障害のスクリーニングにおいて、感度76～100%、特異度69～80%、陽性反応的中率16～25%となるというものである。

以上のようにうつ病の二次予防に関する研究がわずかにあるが、産業保健分野では、ICD-10やDSM-5など診断項目と持続時間だけの診断基準では、不十分ではないかと考えられる。すなわち、職域のうつ病診断では、エビデンスはないが、ストレスチェック制度で用いられる「職業性ストレス簡易調査票」⁶⁾の57項目のように職場ストレスは、①心身の自覚症状だけでなく、②上司や同僚との人間関係などの支援、③仕事の量・質、裁量権などを含む心理的な負担の原因なども総合的に評価する必要がある、厚労省より提示されたこれ

らの評価尺度を利用して職域のうつ病を早期発見することも一方法ではないかと思われる。ただし、臨床的な診方をすれば、勤労者のうつ病の原因が、職場の要因だけではなく、家庭内に問題をもつ人も多く、職場と職場外の要因と区別することが難しいことも多い。しかし、病的な状態になれば、職場や仕事に影響することから、結局は、産業保健の問題となる。また、エビデンスが示されていないが、病前性格も発症の誘因となることがあるのでこれらの項目も評価に入れるべきとの考え方もある。精神疾患は、同じストレスが負荷されてもその人の脆弱性の程度によって病気になる人とならない人がいる。したがって、ストレスに対する耐性の評価をいかにするかということも課題である。これらは、生物学的な要因が大きいと思われるが、エビデンスとしての情報は不十分である。

VI. 産業保健における精神疾患の三次予防

産業医の役割として精神疾患の三次予防も重要な課題である。再発の兆候を職場でいかに見いだすかは、二次予防と同様に重要な課題であり、仕事をしながら治療を継続している労働者には、治療を行っている精神科医も再発、再燃を早期に見いだす役割がある。さらに休職した労働者が復職する時点では、精神科医の復職への判断が重要な役割を果たす。

堀ら³⁾の報告では、通常の外來通院中の休職者に復職判断を行った37名の復職成功率は復職後6カ月の時点でわずか44.1%であり、復職者全体の約2割が復職後1ヵ月以内に再休職していた。さらに精神科医が復職を決定した時点でさまざまな認知機能検査を施行したが、予後を予測するような認知機能検査は見いだせなかった。再休職者の背景を検討すると、過去に転職回数が多いうつ病勤労者は再休職に至りやすいという結果であった。酒井ら¹⁶⁾が作成した職場復帰準備性尺度の結果では、復職決定時点で復職成功群の方が有意に家族との関係が良好で、対人関係も良好であったという傾向があり、戸外での活動も多い傾向に

あった。さらにSocial Adaptation Self-evaluation Rating Scale (SASS)²⁾の下位項目において、周囲の環境との調整能力が高い患者、すなわち裁量権がある労働者ほど復職成功の可能性が高い傾向を示した。したがって、できるだけ裁量権がある職種を増やす必要がある。ある意味では、これらは当然の結果とも考えられた。

VII. 「集団の予防」から「個の予防」

ストレスチェック制度は、予防医学という位置づけで行われることになったが、2015年1月米国オバマ大統領は、一般教書演説の中で、「Precision Medicine Initiative」を表明した。2016年度予算は2.15億ドルで、ゲノムコホート研究などを行い、個別の疾患予防対策も視野に入れた医療を進める方針である。この考え方は先制医療 (pre-emptive medicine) につながるもので、病気の発症前に高い精度で発症予測あるいは正確な発症前診断を行い、病気の症状や重大な組織の障害が起こる前の適切な時期に治療的介入を実施して発症を防止するか遅らせるという、新しい医療のパラダイムとして注目されている。

そのためには個人の遺伝子、mRNA、タンパク質、代謝産物、画像など生物学的な指標を用い、将来起こりやすい病気を発症前に診断・予測して介入するという先制医療とされるが、これは将来の産業医学にも応用すべき概念と思われる。この概念は、治療成績の向上や健康寿命の延長も期待できるとされており、これまでの予防医学よりはより詳細な個々の分析を行って、組織全体を改善しようとする考え方である。

産業医学では対象となる労働者個人の性格などを含めた情報に加えて、組織や集団の情報分析がなされなければならない。産業医学の対象となる労働者の健康は、労働者個人の労働への意欲を含めた多様性や職場環境、人間関係など多要因が影響するので、予防医学の方法も十分達成できていない現状では先制医療のレベルにまで産業医学が到達するには、なお時間が必要である。

しかし、将来的にはストレスチェックの結果な

どのビッグデータを集団分析することで、予防医学に関する貴重な情報が得られる可能性もできた。産業医学が発展するためには、社会医学と臨床医学との連携、融合が一層重要となってくると思われる。

おわりに

2015年12月に始まったストレスチェック制度は、精神科医の産業保健への関心を高めており、産業医と精神科医との連携がより一層深まることが期待される。

精神疾患の一次予防が可能かについては、精神医学側のエビデンスをより集積する必要がある。本制度の結果などを通して、当面は、メンタルヘルスの改善が実行されるためには、多数の職場での好事例を共有することが必要であろうと思われる。

ストレスチェック制度そのものに課題はあるが、労働者はもちろん企業にとっても有益な制度にしなければならない。そして、このような取り組みによって、精神医学への偏見が改善されることを願っている。

報告した研究の一部は、平成26～28年度労災疾病臨床研究事業費補助金〔課題番号：14010101-01「うつ病患者の復職成功の鍵は何か」(主任研究者：吉村玲児)〕、平成26～28年度労災疾病臨床研究事業費補助金〔課題番号：14070101-02「職域のうつ病回復モデル開発」(主任研究者：宇都宮健輔)〕によって行った。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 邊 桐鎬, 諏訪部和也, 征矢英昭: 運動はうつ病の改善や予防に寄与するか. 精神医学, 56; 671-677, 2014
- 2) 後藤牧子, 上田展久, 吉村玲児ほか: Social adaptation self-evaluation scale (SASS) 日本語版の信頼性および妥当性. 精神医学, 47 (5); 483-489, 2005
- 3) 堀 輝, 香月あすか, 守田義平ほか: うつ病勤労者の復職成功者と復職失敗者の差異の検討. 精神科治療学, 28 (2); 1063-1066, 2013
- 4) Ikenouchi-Sugita, A., Yoshimura, R., Sugita, K., et

al: The effects of a walking intervention on depressive feelings and social adaptation in healthy workers. J UOEH, 35 (1); 1-8, 2013

5) 神庭重信, 大野 裕, 本橋 豊ほか: うつ病の早期発見と早期介入のためのマニュアル プライマリケア医師用. うつ病による自殺の予防を目的としたスクーリングと介入の研究. 総括・分担研究報告書 (主任研究者: 神庭重信). 平成14年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 別添資料2. p.1-16, 2002

6) 加藤正明: 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. 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」報告書. 2000

7) Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., et al.: Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. Psychol Med, 32; 959-976, 2002

8) 厚生労働省: 労働者の心の健康の保持増進のための指針. 2006

9) 厚生労働省: 労働者健康調査. 平成24年労働者調査. 2013

10) 厚生労働省: 平成25年度精神障害等による労災補償状況. 2014 (http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdou-happyou-11402000-Roudoukijunkuroudouhoshoubu-Hoshouka/seishin_2.pdf) (参照2016-08-31)

11) 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: 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 (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/rodoukijun/anzeneisei12/pdf/150507-1.pdf>) (参照2016-08-31)

12) 厚生労働省: 改正労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度とは? (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/rodoukijun/anzeisei12/kouhousanpo/summary/>) (参照2016-08-31)

13) 増田つかさ, 宇都宮健輔, 中村 純: メンタルヘルス対策 産業医と主治医との連携. 産業医から主治医への情報提供フォーマット集. 平成26年度労災疾病臨床研究事業費補助金 (課題番号14070101-02「職域のうつ病回復モデル開発」). 2016

14) 中村 純総監修: 産業精神保健の臨床 (DVD). 中島映像出版, 新潟, 2014

15) Sado, M., Yamauchi, K., Kawakami, N., et al.: Cost of depression among in Japan in 2005. Psychiatry Clin Neurosci, 65; 442-450, 2011

16) 酒井佳永, 秋山 剛, 土屋政尾ほか：復職準備性評価シート (Psychiatric Rework Readiness Scale) の評価者間信頼性, 内的整合性, 予測妥当性の検討. 精神科治療学, 27 (5) ; 655-667, 2012

17) 鈴木竜世, 野畑綾子, 金 直淑ほか：職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討. 精神医学, 45 ; 699-708, 2003

Role of Psychiatry in Occupational Health : Focus on Stress Check System in Japan

Jun NAKAMURA¹⁾, Reiji YOSHIMURA²⁾, Hikaru HORI²⁾

1) *Kitakyushu Koga Hospital*

2) *Department of Psychiatry, University of Occupational & Environmental Health*

The major role of occupational physicians is to facilitate workers' communication with managers and primary physicians. In other words, occupational medicine is similar to consultation-liaison psychiatry. Psychiatrists should not decide whether patients can return to the workplace solely based on their symptoms of mental disorder ; their work performance and potential to cooperate with other workers in the workplace should also be considered. In order to achieve this, it is important to promote close cooperation between occupational physicians and psychiatrists.

The aim of the stress check system in Japan is the primary prevention of mental disorders. However, it is necessary to provide care for groups and individuals, which is in accordance with the concept of first aid. It is useful for occupational physicians to liaise with psychiatrists when they encounter the critical case of a patient with mental health problems.

<Authors' abstract>

<**Key words** : occupational physician, liaison psychiatry, stress check system in Japan, occupational mental health, pre-emptive medicine >
