

「メンタルヘルス支援事業の課題と対応」
メンタルヘルス専門委員会報告書

平成21年5月

(社) 全国労働衛生団体連合会
メンタルヘルス専門委員会

目 次

<総括>

メンタルヘルスの事業化及びネットワークの構築について

聖隷福祉事業団常務理事 福田崇典…………… 1

<分担研究>

1 各種統計・調査から伺い知れる職場のメンタルヘルスに関する課題

東京大学大学院医学系研究科准教授 島津明人…………… 5

2 メンタルヘルスに関わる近年の政策の流れと背景

(株) リコー人事本部統括産業医 森田哲也……………12

3 職域におけるメンタルヘルス問題の現状把握と企業外労働衛生機関の役割

(株) 産業医大ソリューションズ代表取締役 亀田高志……………17

4 関係事業場に対するメンタルヘルスクエア対策支援を効果的に実施する方法

ア 予防対策と職場復帰対策の手法改善

(財) 淳風会メンタルサポートセンター室長 峰山幸子……………27

イ 体制作りの評価・指導を中心とする組織診断

聖隷福祉事業団保健事業部スーパーバイザー 河野裕子……………32

5 労働衛生機関の専門担当職員の確保と教育研修

ア 産業医に必要な精神医学的知識

東海大学医学部教授 (精神医学) 保坂 隆……………34

イ 労働衛生機関に働く保健師・看護師に必要なメンタルヘルス研修

東海大学健康科学部看護学科教授 錦戸典子……………38

6 メンタルヘルス支援業務の品質保証

(株) 産業医大ソリューションズ代表取締役 亀田高志……………40

7 ストレスチェック等を利用してメンタルヘルス不調を早期発見する方法

名古屋大学大学院情報科学研究科教授 宮尾 克……………45

8 メンタルヘルス支援業務における個人情報の取り扱い

(社) 全国労働衛生団体連合会上席調査役 堀田 修……………52

全衛連メンタルヘルス専門委員会名簿

委員長	福田 崇典	(社福)聖隷福祉事業団 常務理事・保健事業部
委員	亀田 高志	産業医大ソリューションズ 代表取締役社長
同	河野 裕子	聖隷福祉事業団保健事業部スーパーバイザー
同	島津 明人	東京大学大学院医学系研究科 准教授
同	錦戸 典子	東海大学健康科学部看護学科 教授
同	保坂 隆	東海大学医学部 教授
同	峰山 幸子	(財)淳風会メンタルサポートセンター室長
同	森田 哲也	(株)リコー 人事本部 総括産業医
特別委員	川上 憲人	東京大学大学院医学系研究科 教授
同	宮尾 克	名古屋大学情報連携基盤センター 教授

メンタルヘルスの事業化及びネットワークの構築について

福田崇典

1 背景事情

それまで2万5千人前後で推移していた自殺者数が、平成10年に初めて3万人を超えてから平成20年まで11年連続して3万人を超えるという事態を招いている。このような状況は世界でも例がなく、専門家は、長寿社会と裏腹の関係にある高齢者の健康問題、バブル経済破たん後の経済停滞に伴う経済・生活問題、核家族化・少子化に伴う生育環境や家庭問題、リストラ等人員削減による職場の人間関係の変化、さらには欧米諸国との宗教的背景の違いや人生観・価値観の変化等様々な原因を指摘する。

政府は平成17年12月、自殺対策関係省庁連絡会議の名の下、今後10年間で自殺者数を急増以前の水準にするとの「自殺予防に向けての政府の総合対策」を発表した。職域においてはすでに平成13年12月、「職場における自殺の予防と対応」（「自殺予防マニュアル」）がまとめられている。

自殺の大部分にメンタル疾患の存在が指摘される。厚生労働省が3年ごとの10月に全国の医療施設を対象に行っている「患者調査」によれば、気分障害（うつ病、躁うつ病、気分変調症等）の総患者数は1996年10月時点では43.3万人であったが、2005年10月時点では92.4万人と2倍以上に増加している。もちろん、医療機関に診てもらわない患者は数字に現れない。

この間の男女別・年齢別の増加数を見てみると、男女とも30歳代の増加が最も多くなっている。若い働き世代の「うつ」が増えていることは統計上明らかだ。社会経済生産性本部のアンケート調査によれば、6割の企業でこの3年間に心の病が増加していると回答した。長期休業につながるケースも多く、企業の現場はその対応に追われている。

全衛連は今年で創立40周年を迎える。職場の健康診断、作業環境測定、THP等を担う企業外の労働衛生機関として、これらの状況にどう対処すべきかメンタルヘルス専門検討委員会を設置し検討した。

2 全衛連メンタルヘルス専門委員会の設置

平成20年4月、全衛連にメンタルヘルス専門検討委員会が設置された。委員会は、全衛連会員機関によるメンタルヘルス支援業務の事業化とその全国ネットワーク化を目指し、その実施に必要な事項について検討を行なった。

委員会は次の委員によって構成された。

委員長	福田 崇典	(社福)聖隷福祉事業団 常務理事・保健事業部長
委員	亀田 高志	産業医大ソリューションズ 代表取締役社長
同	河野 裕子	聖隷福祉事業団保健事業部スーパーバイザー
同	島津 明人	東京大学大学院医学系研究科 准教授
同	錦戸 典子	東海大学健康科学部看護学科 教授
同	保坂 隆	東海大学医学部 教授
同	峰山 幸子	(財)淳風会メンタルサポートセンター室長

同 森田 哲也 (株)リコー 人事本部 総括産業医
特別委員 川上 憲人 東京大学大学院医学系研究科 教授
同 宮尾 克 名古屋大学情報連携基盤センター 教授

3 各章の構成及びその中で得られた結論

- (1) 島津委員は、「第1章 職域におけるメンタルヘルス問題の現状の把握」において、労働者のメンタルヘルスの状況、事業所におけるメンタルヘルス対策の状況を概観し、事業所におけるメンタルヘルス対策の取り組みは、事業所規模が小さいほど低く、その最大の理由が専門スタッフの不在であることを指摘した。そして、精神障害による疾病休業と経済への影響について島らの調査を紹介し、我が国の労働者における精神障害による1ヶ月以上の疾病休業総人口推定値は47.4万人、疾病休業総月数推定値は246.48万月、平均年収461万円を基に計算すると逸失利益(賃金ベース)は9468億9400万円となり、医療費、周囲のケアに伴う労務費、さらにより軽度の精神障害の存在を考えると損失はより膨大になると指摘した。また、永田らの調査を紹介し、中小規模事業場においては、メンタルヘルス対策に費用をかける事業所が少ないが、いったん精神障害による疾病休業が発生した際には、その経済的損失は大きいことを指摘した。
- (2) 森田委員は、「第2章 メンタルヘルスに関わる近年の政策の流れと背景」において、時系列に厚生労働省の職場におけるメンタルヘルス対策がどのように展開されてきたのかについて解説してもらった。また、過労死、過労自殺問題といった労災補償の動き、過重労働対策の展開等その背景事情、さらには復職支援対策の政策の流れ、産業保健スタッフの育成、事業場支援措置等周辺事情も併せて解説してもらった。
- (3) 亀田委員には、「第3章 職域におけるメンタルヘルス問題の現状と企業外労働衛生機関の役割」及び「第6章メンタルヘルス支援業務の品質保証」を担当してもらった。「第3章 職域におけるメンタルヘルス問題の現状と企業外労働衛生機関の役割」では、メンタルヘルス支援事業の市場規模について、現在の就業者人口5,784万人に対して、適正な価格の想定として、年間一人あたり最低3,500円(米国の水準を参考とした。)をメンタルヘルス支援事業として事業者が負担すると仮定すると、年間の潜在的な市場規模は約2,000億円以上と推定できるとしている。現在、EAPの売り上げは年間40億円から50億円程度であると言われていたことから実際には上記推定の2%から2.5%しか支出されていないと指摘し、全衛連会員機関がその市場に進出できる潜在的な可能性は高いと結論付けた。そして、全衛連会員機関全体として考えた時、メンタルヘルスチェックサービスを共通のサービスとし、このサービスを入り口として職場環境の把握、改善支援から段階的にさまざまな企業ニーズに応えるサービスの提供する方式を提案した。また、「第6章メンタルヘルス支援業務の品質保証」においては、会員団体がメンタルヘルス支援事業を事業化し、これを継続維持することを促進するためには、会員団体から企業、事業場に提供されるサービスの質が良好であると認知・評価されることは重要であり、そのため品質保証基準の策定が必要であることを指摘した。

- (4) 峰山委員には「第4章 関係事業場に対するメンタルヘルス対策支援を効果的に実施する方法」のうち、「ア 予防対策と職場復帰対策の手法改善」を分担してもらった。この中で、一次予防から三次予防のそれぞれの具体的方策について列挙し、1次予防として、管理監督者を対象としたラインケア研修、一般従業員を対象としたセルフケア研修等の集合研修、Eラーニング、リーフレットの配布、ストレス調査、職場環境改善について概説した。また、2次予防として、派遣型カウンセリング、来所型カウンセリング、メール相談、そして、3次予防として、職場復帰対策について厚生労働省委託事業として平成19年より行われている「メンタルヘルス不調労働者の再チャレンジ支援のための専門家派遣事業」を紹介し、解説してもらった。
- (5) 河野委員には「第4章 関係事業場に対するメンタルヘルス対策支援を効果的に実施する方法」のうち、「イ 体制づくりの評価・指導を中心とする組織診断」を分担してもらった。メンタルヘルス体制づくりの支援を依頼される場合、先になんらかの組織診断の結果に基づき体制づくりの支援を依頼される場合と、実際にメンタルヘルス疾患が発症しそれをきっかけに委託される場合とがあるが、組織診断結果がある場合はその改善を目標にし、実際に患者が発生したことを契機に委託された場合は、年間の発症率の減少、平均疾病休業日数の減少等実現可能な数値目標を立てて提案するのがよいと指摘する。いずれの場合においても、メンタルヘルス体制づくり全体の目的が分かったところで年度単位の目標設定を行い、それに向けて個別のプログラムを計画立案する。このプログラムに基づき計画を1年間実施したところでその評価を行い、再計画を立てていくといういわゆるPDCAサイクルによるアプローチの重要性を指摘した。
- (6) 保坂委員、錦戸委員には「第5章 労働衛生機関の専門担当職員の確保と教育研修」として、メンタルヘルス支援事業を担う医師及び保健師、看護師等の産業保健スタッフに最低限必要な研修カリキュラムを提案していただいた。医師向け研修については保坂委員に担当してもらったが、医師の研修参加環境等実際上の問題も考慮していただき、1日コース、2日コースの2案を作成してもらった。産業保健スタッフ研修については錦戸委員に担当してもらい、2日コース（基礎研修）のカリキュラムを作成してもらった。
- (7) 宮尾委員には「第6章 ストレスチェック等を利用してメンタルヘルス不調を早期発見する方法」として、一般健診時に合わせてメンタルヘルスチェックを実施した実例を紹介してもらった。すなわち、2006年、850名にメンタルヘルスチェックを実施したところ90名がうつ病の可能性があると判定され、これらに対し精神科医と産業医による面接を行ったところ18名に治療が必要と判断されたこと。また、2008年、再びメンタルチェックを実施したところ、調査に参加した1,063名のうち49名が1次スクリーニングでうつ病の可能性があると判定され、最終的には9名が服薬治療を開始したことを報告した。この企業では、2006年以降メンタル不全の傷病休業日数は著明に減少し、また、筋骨格系、消化器系、循環器系での傷病休業日数も顕著に減少した。その原因を定量的に分析することは困難であるが、2006年にメンタルチェックを始めて実施するなど企業としてメンタルヘルス対策に具体的に取り組みを開始した時期であること、これに

呼応し事業所内の診療所で経験のある看護師が日頃から多くの相談にのったこと、メンタルヘルスチェックを通じて早期の治療を進めたことが結果的に休業期間の短縮につながったと考えられると報告した。

- (8) 全衛連事務局の堀田氏には「第7章 メンタルヘルス支援業務における個人情報の取り扱い」において、メンタルヘルス支援事業を実施する場合の個人情報保護、プライバシー保護について概説してもらった。すなわち、メンタルヘルス支援事業を実施する場合の受診者への通知と同意取得、そして質問紙の取扱い等情報セキュリティについても合わせて解説してもらった。また、メンタルヘルスチェック結果から得られる個人判定表については、労働安全衛生法に基づく健診については個人結果票という形で受診者の健診情報を事業主に提出することが求められているが、労働安全衛生法に規定されている健診以上の項目を実施した場合については、例えば健診費用を事業主が負担しているとしてもこれを事業主に提出する必要はないと理解されており、同様にメンタルヘルスチェック結果についても労働安全衛生法に基づくものではないことから、組織診断結果は事業主に報告されるにしても、個人判定表を事業主に提供する必要は全くないと結論付けた。ただし、メンタルヘルスチェック結果を参考に事業所内産業保健スタッフにより様々な対応をとることとしている場合、本人同意を前提に提供されるべきであると結論付けた。

4 全衛連会員がメンタルヘルス支援事業を展開するに当たって

今回、全衛連会員がメンタルヘルス支援事業を展開するに当たって検討しておくべき事項、課題、具体的対応法について各委員の積極的議論が行われた。3回にわたる委員会での議論を踏まえ、各委員には分担執筆をいただいた。また、メンタルヘルス支援事業を実施するに当たって個人情報保護、プライバシー保護の問題が極めて重要であることから、事務局の堀田氏に分担執筆をお願いした。

実際にメンタルヘルス支援事業を実施するには課題も多い。しかし、今や企業における労働衛生上（従来型の労働衛生とは異なるが）の最大の課題はメンタル問題であり、長年、企業の健診、事後指導を担ってきた全衛連会員がこの問題に対応することは自然な流れであり、その期待は高い。全衛連会員がメンタルヘルス支援事業という新たなサービスを全国ネットワークで展開すべきである。もちろん、全衛連会員のこれまでの活動から考えれば1次予防、2次予防に活動の重点を置くこととなるが、メンタル不調者への対応とその職場復帰も喫緊の課題である。その意味で、専門治療機関との連携、ネットワークの構築も併せて進められなければならない。

職域におけるメンタルヘルス問題の現状の把握
—各種統計・調査から伺い知れる職場のメンタルヘルスに関する課題—

島津明人

1 労働者のメンタルヘルスの状況

労働者健康状況調査（厚生労働省，2008）によれば、「仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレス」を感じている労働者の割合は58.0%であり（前回61.5%）、労働者の6割近くがストレスを感じながら就業している状況にある（表1）。また、企業の人事労務担当者を対象とした調査（労務行政研究所，2008）では、調査に回答した企業の55.2%が、最近3年間でメンタルヘルス不調者が「増加している」と回答していた。不調者の増加傾向は、事業所の規模に関わらず認められるが、特に300人未満の事業所で「増加した」と回答した割合（32.5%）が約15ポイント増えている点に特徴がある（前回調査17.2%：表2）。

このような労働者のメンタルヘルス状況の悪化を反映して、仕事上のストレスが原因でうつ病などの精神疾患を発症し、2007年度に労災認定を受けた人も268人（前年度比30.7%増）と過去最多を更新している（厚生労働省，2008：表3）。また、自殺者数は32,249人と1997年以来11年連続3万人を超えており、特に働き盛りの30歳代の自殺者数は過去最多であった（警察庁，2008）。原因・動機で最も多いのは健康問題であり（表4）、内訳では「うつ病」が最多となっていた（表5）。職域におけるメンタルヘルス問題を考えるとき重要な勤務問題を原因とする自殺は2,207人を数え、その内訳は仕事の失敗（368人）、職場の人間関係（514人）、職場環境の変化（263人）、仕事疲れ（672人）、その他（358人）と報告されている。

以上より、労働者のメンタルヘルスの状況は依然として良好とは言えない状況が続いている。特に、事業所規模が小さいほどメンタルヘルス不調者の増加が顕著であることから、中小規模事業所におけるメンタルヘルス対策の重要性が示唆される。

2 事業所におけるメンタルヘルス対策の状況

労働者健康状況調査（厚生労働省，2008）によれば、メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業所の割合（33.6%）は前回（2003）の調査時（23.5%）に比べて増加している（表6）。しかし、事業所の規模別に実施状況をみると、規模が大きい事業所では高い実施率が認められるものの（1000人以上では9割以上）、規模が小さくなるほど実施率は低下している（表6）。各取組内容の実施率は事業所規模によって異なり、いずれの内容についても事業所規模が小さいほど実施率は低くなっている。事業所規模による実施率の差が特に大きいのは、「職場復帰における支援」（14.6%～100%）、「事業所内の産業保健スタッフへの教育研修・情報提供」（9.6%～80.6%）であった（表6）。なお、メンタルヘルス対策に取り組んでいない事業所について、その理由を見ると、「専門スタッフがない」（44.3%）と回答した事業所の割合が最も高く、次いで「取り組み方が分からない」（42.2%）の順となっていた（表7）。

以上より、事業所におけるメンタルヘルス対策の取り組みは、事業所規模が小さいほど低

く、その最大の理由が専門スタッフの不在であることがうかがえる。メンタルヘルス不調で休職した従業員の復帰割合が、事業所規模が小さくなるほど低下すること（労務行政研究所、2008：表8）を併せて考慮すると、専門スタッフを確保することが困難な中小規模事業所においては、外部の専門サービス機関を活用する等により職場ストレスの点検、教育、職場復帰の支援等を充実させることが、当面の課題であると考えられる。

3 精神障害による疾病休業と経済への影響

島ら（2004）が行った休業者の実態調査によれば、我が国における労働者人口の大部分を占める中小規模事業場における精神障害による疾病休業率は0.79%であり、平均休業日数は5.2ヶ月であった。（注：島ら（2004）は、精神障害による疾病休業率を事業場規模別で調査しており、300人未満の事業場では0.79%、300～999人の事業場では0.54%、1000人以上の事業場では0.37%となっていた。この結果は、事業所規模が小さいほど疾病休業率が高いことを示している。）このデータを用いると、我が国の労働者における精神障害による1カ月以上の疾病休業総人口推定値は47万4000人、疾病休業総月数推定値は246万4800月となり、日本の平均年収461万円を掛け合わせると逸失利益（賃金ベース）は9468億9400円となる。その他、医療費、周囲のケアに伴う労務費、さらにより軽度の精神障害の存在を考えると損失はより膨大となる。

一方、永田ら（2008）が行った中小規模事業場を対象としたメンタルヘルス対策の実施状況に関する調査では、調査時点でメンタルヘルス対策にかけている1年間の費用が0万円であると答えた事業場が最も多く、48.7%を占めていた（表9）。また、今後のメンタルヘルスにかかる費用の増減についても、0万円と答えた事業場が73.7%を占めていた（表10）。このように、中小規模事業場においては、メンタルヘルス対策に費用をかけている事業所が少ない、あるいは今後も費用をかける予定のない事業所が多い。

しかし、いったん精神障害による疾病休業が発生した際には、その経済的損失は大きいことから、中小規模事業場の事業主にメンタルヘルス対策への投資を促すには、経済的損失を防ぐためのリスクマネジメントという視点を提示することも、有効なアプローチの1つと言える。

表1 「仕事や職業生活に関する強い不安, 悩み, ストレス」を感じている労働者の割合

年	%
1982年	51.0
1982年	50.6
1987年	55.0
1992年	57.3
1997年	62.8
2002年	61.5
2007年	58.0

資料：厚生労働省（2008）労働者健康状況調査

表2 最近3年間におけるメンタルヘルス不調者の増減傾向（事業所規模別：%）

	1000人以上		300～999人		300人未満		全体	
	2008年	2005年	2008年	2005年	2008年	2005年	2008年	2005年
増加している	70.8	70.2	59.8	53.6	32.5	17.2	55.2	—
横ばい	24.7	—	22.0	—	27.3	—	24.6	—
減少している	0.0	—	2.4	—	6.5	—	2.8	—
その他	1.1	—	0.0	—	9.1	—	3.2	—
分からない	3.4	—	15.9	—	24.7	—	14.1	—
小計	89社	—	82社	—	77社	—	248社	—
	100.0	—	100.0	—	100.0	—	100.0	—

資料：労務行政研究所（2008）企業におけるメンタルヘルスの実態と対策

表3 精神障害等の労災補償状況

区分		年度				
		H15	H16	H17	H18	H19
精神障害等	請求件数	447	524	656	819	952
	決定件数	340	425	449	607	812
	うち支給決定件数 (認定率)	108 31.8%	130 30.6%	127 28.3%	205 33.8%	268 33.0%
うち自殺 (未遂を含む。)	請求件数	122	121	147	176	164
	決定件数	113	135	106	156	178
	うち支給決定件数 (認定率)	40 35.4%	45 33.3%	42 39.6%	66 42.3%	81 45.5%

表4 原因・動機別自殺者数 (平成19年)

原因・動機	人数
家庭問題	3,751
健康問題	14,684
経済・生活問題	7,318
勤務問題	2,207
男女問題	949
学校問題	338
その他	1,500
不詳	9,884

資料：警察庁（2008）平成19年中における自殺の概要資料

表5 健康問題による理由別自殺者数の内訳

理由	人数
病気の悩み (身体の病気)	5,240
病気の悩み・影響 (うつ病)	6,060
病気の悩み・影響 (統合失調症)	1,273
病気の悩み・影響 (アルコール依存症)	295
病気の悩み・影響 (薬物乱用)	49
病気の悩み・影響 (その他の精神疾患)	1,197
身体障害の悩み	309
その他	261

資料：警察庁 (2008) 平成19年中における自殺の概要資料

表6 心の健康対策(メンタルヘルスカケア)の取組の有無及び取組内容別事業所割合

区分	事業所計	取組内容 (複数回答)																	心の健康対策 に取り組んでいない
		心の健康対策 に取り組んでいる	メンタルヘルスカケア の取組内容	メンタルヘルスカケア に関する課題を解決する ための計画の策定と実施	メンタルヘルスカケアの 実施を担う担当者の選任	労働者への教育研修・ 情報提供	経営監督者への 教育研修・情報提供	事業所内の産業医・ スタッフへの教育研修・ 情報提供	職場環境等の 評価及び改善	労働者からの相談対応 の体制整備	職場復帰における支援 (ハラスメント支援プログラム の策定を含む)	地域産業保健センター を活用した対策の実施	産業医を併設した 対策の実施	社外保健機関を活用 した対策の実施	その他	不明			
平成19年	100.0	33.6	(100.0)	(17.6)	(13.8)	(19.4)	(49.3)	(34.5)	(12.1)	(20.5)	(59.3)	(18.0)	(4.2)	(1.7)	(15.8)	(20.4)	(7.5)	(0.1)	66.4
(事業所規模)																			
500人以上	100.0	100.0	(100.0)	(58.2)	(65.3)	(74.6)	(100.0)	(100.0)	(80.6)	(42.4)	(93.0)	(100.0)	(1.7)	(17.5)	(55.8)	(62.1)	(7.7)	(-)	-
100~499人	100.0	95.5	(100.0)	(49.2)	(59.7)	(69.7)	(80.0)	(82.5)	(63.6)	(38.6)	(91.6)	(72.5)	(6.0)	(5.7)	(33.9)	(46.8)	(3.0)	(-)	4.5
30~99人	100.0	83.0	(100.0)	(35.6)	(24.6)	(36.9)	(58.3)	(61.1)	(36.3)	(20.4)	(75.3)	(46.6)	(6.1)	(6.6)	(21.3)	(29.7)	(4.1)	(-)	17.0
10~29人	100.0	64.1	(100.0)	(32.7)	(18.0)	(27.5)	(49.4)	(44.1)	(20.1)	(19.2)	(65.6)	(30.5)	(2.7)	(2.6)	(19.6)	(22.0)	(3.6)	(0.2)	35.9
50~99人	100.0	45.2	(100.0)	(26.2)	(14.1)	(21.1)	(51.2)	(42.1)	(16.4)	(20.3)	(61.4)	(19.4)	(3.2)	(3.2)	(14.6)	(17.2)	(3.4)	(0.3)	64.8
30~49人	100.0	36.8	(100.0)	(18.2)	(10.6)	(17.0)	(44.4)	(39.0)	(10.8)	(18.7)	(65.8)	(19.1)	(3.4)	(1.7)	(21.2)	(19.4)	(6.2)	(0.3)	63.2
10~29人	100.0	29.2	(100.0)	(13.1)	(13.7)	(17.8)	(49.6)	(31.8)	(9.5)	(21.0)	(58.2)	(14.6)	(4.7)	(1.1)	(14.0)	(20.5)	(9.1)	(-)	70.8
メンタルヘルスカケアの ための専任スタッフ	...	...	(100.0)	(28.3)	(23.9)	(31.1)	(52.7)	(40.1)	(18.5)	(19.1)	(69.3)	(25.3)	(5.5)	(2.7)	(22.0)	(28.8)	(4.9)	(0.1)	...
専任スタッフ有	...	...	(100.0)	(6.0)	(2.9)	(6.7)	(45.7)	(28.6)	(5.3)	(22.0)	(48.4)	(10.0)	(2.6)	(0.6)	(9.1)	(13.4)	(10.3)	(0.1)	...
専任スタッフ無	...	...	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	...
平成14年	100.0	23.5	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	76.5

注：取組内容は、平成14年調査と大體に変わっていることから比較できない。

資料：厚生労働省 (2008) 労働者健康状況調査

表7 心の健康対策（メンタルヘルスケア）に取り組んでいない理由及び今後の取組予定別事業所割合

区分	(単位：%)													
	取り組んでいない理由（複数回答）										今後の取組予定			
	心の健康対策 （メンタルヘルスケア） に取り組んでいない 事業所計	取り組み方が 分からない	経費が かかる	必要性を 感じない	労働者の 関心がない	専門スタッフ がいない	その他	不明	取り組む 予定である	検討中	取り組む 予定はない	不明		
平成19年 （事業所規模）	[66.4]	100.0	42.2	12.1	28.9	27.7	44.3	17.5	0.7					
5000人以上	[-]	-	-	-	-	-	-	-	-					
1000～4999人	[4.5]	100.0	34.5	21.0	6.2	17.6	50.3	23.2	-	32.6	47.6	19.8	-	
300～999人	[17.0]	100.0	38.1	16.9	10.6	16.3	50.0	22.9	1.9	9.5	63.3	26.1	1.1	
100～299人	[35.9]	100.0	39.9	11.6	17.3	23.9	53.5	17.8	0.5	10.4	54.8	34.5	0.3	
50～99人	[54.8]	100.0	38.9	12.5	19.0	31.5	52.9	14.7	1.6	7.7	50.2	40.9	1.2	
30～49人	[63.2]	100.0	40.3	17.8	24.3	29.4	48.9	17.3	0.2	4.8	45.8	49.2	0.2	
10～29人	[70.8]	100.0	42.9	11.1	31.0	27.3	42.4	17.7	0.8	3.9	41.2	54.0	0.9	
平成14年	[76.5]	100.0	39.9	19.9	26.9	30.2	46.1	7.9	-	4.2	36.3	59.5	-	

注：[-]は、全事業所のうち「心の健康対策（メンタルヘルスケア）に取り組んでいない事業所」の割合である。

資料：厚生労働省（2008）労働者健康状況調査

表8 過去にメンタルヘルス不調で休職した社員のうち完全復帰した割合（事業所規模別：%）

	1000人以上	300～999人	300人未満	全体
全員	1.3	5.9	20.5	7.3
ほとんど（9割以上）	24.1	22.1	11.4	20.4
7～8割	32.9	19.1	4.5	21.5
半分程度	25.3	22.1	18.2	22.5
2～3割程度	11.4	20.6	6.8	13.6
1割台以下	5.1	7.4	6.8	6.3
全員復職できなかった	0.0	2.9	31.8	8.4
小計	79社	68社	44社	191社
	100.0	100.0	100.0	100.0

資料：労務行政研究所（2008）企業におけるメンタルヘルスの実態と対策

表9 現在メンタルヘルス対策にかけている1年間の費用

1年間の費用 (階級別)	回答数	%
0万円	55	48.7
1万円～4万円	14	12.4
5万円～9万円	8	7.1
10万円～29万円	15	13.3
30万円～49万円	9	8.0
50万円～99万円	7	6.2
100万円以上	5	4.4
合計	113	100.0

N=113

資料:永田(2008)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 平成19年度研究報告書

表10 今後のメンタルヘルス対策にかかる費用の増減

1年間の費用 (階級別)	回答数	%
0万円	87	73.7
1万円～4万円	3	2.5
5万円～9万円	3	2.5
10万円～29万円	16	13.6
30万円～49万円	2	1.7
50万円～99万円	3	2.5
100万円以上	3	2.5
合計	118	100.0

N=118

資料:永田(2008)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 平成19年度研究報告書

メンタルヘルスに関わる近年の政策の流れと背景

森田 哲也

1 職場におけるメンタルヘルス対策の必要性の認識

昭和59年2月、過重労働のストレスによりうつ病を発症し、自殺未遂した設計技術者を労災認定したのが精神障害の労災認定第1号であった。これは、職場における精神健康面での対策、配慮が重要であることを企業に意識させた。

昭和63年、労働安全衛生法改正により、労働者の健康保持増進のために必要な措置が事業者の努力義務となり、同年9月1日、「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」(THP指針)が出され、心理相談員(現名称:心理相談担当者)の育成と対応が必要な労働者へのメンタルヘルスカケアが実施されるようになった。

なお、労働安全衛生法は公務員については適用対象としていないが、公務員に関してもやはり、校内暴力によるストレスを要因として高校教諭の神経症発症および列車事故を公災認定(昭和59年)した事例が発生した。それを受け、昭和58年6月以降、精神衛生対策専門家会議(人事院職員局内)を設け、職場におけるメンタルヘルス対策について、そのあり方、具体策の取組み、職場不適応に対する対応方法など基本的な進め方について検討がなされ、昭和62年7月13日、前述の会議を受け、人事院福祉課長通知「職場におけるメンタルヘルス対策について」が発出されている。

2 過重な業務ストレスにより精神障害が発症するとの認識

一方、精神障害が業務に起因して発症し、その結果自殺に及んだとする民事訴訟が提起され、平成8年3月28日、大手広告代理店うつ病自殺事件地裁判決(平成9年9月26日高裁判決、平成12年最高裁和解)があり、この後数件、業務とうつ病自殺の関連を認めた地裁レベルの判決が続いた。このような中、厚生労働省に設置された精神障害等に労災認定に係る専門検討会は、平成11年7月29日、「精神障害等に労災認定に係る専門検討会報告書」を提出し、これを受けて厚生労働省は、同年9月14日、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(基発第544号)を策定、同日付で精神障害による自殺の取扱いについて(基発第545号)を発出した。この時点でいわゆる過労自殺の認定基準が示されたことになる。

参考：精神障害による自殺の取扱いについて(基発第545号)

労働者災害補償保険法第12条の2の2第1項の「故意」については、昭和40年7月31日付基発第9011号「労働者災害補償保険法の一部を改正する法律の施行について」により、結果の発生を意図した故意であると解釈してきたところであるが、このことに関し、精神障害を有するものが自殺した場合の取扱いについては下記のとおりとするので、今後遺漏のないようされたい。

記

業務上の精神障害によって、正常の認識、行為選択能力が著しく阻害され、又は自殺行為を思いとどまる精神的な抑制力が著しく阻害されている状態で自殺が行われたと認められる場合には、結果の発生を意図した故意には該当しない。

なお、業務上と認定された精神障害の治ゆ及び後遺障害に関して、平成15年6月、「精神・神経の障害認定に関する専門検討会報告書」が出され、この報告書を受け「神経系統の機能又は精神の障害に関する障害等級認定基準について」（平成15年8月8日基発第0808002号）が発出されている。

3 快適職場づくりでも職場ストレスに注目

技術革新や国際化、就労形態の多様化などさまざまな職場環境等の変化に伴い、労働者の疲労やストレスの問題が生じているという認識のもと、厚生労働省は平成10年7月1日、「事業者が講ずべき快適な職場環境の形成のための措置に関する指針」（快適職場指針）を策定した。これにより、事業者に対して主として物理的職場環境と作業方法の改善等を通じたストレス対策の実施を求めることとなった。

快適職場という観点でのメンタルヘルス対策に関しては、「平成13年度働く人のための快適職場意識調査に関する検討会」、「平成19年度最近の労働環境を踏まえた快適職場のあり方に関する調査研究委員会」が、それぞれ中央労働災害防止協会に設置され、職場の人間関係、仕事の量や質等のストレス要因となるものに着目し、ソフト面の要素を取り入れた快適職場づくりの推進を提案している。

なお、上述の検討会などで求められた対策を実施するため、現在いくつかの事業が展開されている。

4 職場におけるメンタルヘルス対策の取組の推進

(1)メンタルヘルス指針の策定

平成12年6月、労働者のメンタルヘルス対策に関する検討会報告書が出され、これを受け、同年8月9日、「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522号通称メンタルヘルス指針）が発出された。この中で、こころの健康づくりの体系が示され、事業場内の対策としていわゆる「4つのケア」の推進が求められることとなった。平成13年12月には「職場における自殺の予防と対応」（通称「自殺予防マニュアル」）もまとめられた。

また、平成13年12月、脳・心臓疾患（過労死等）の労災認定基準が改正され、業務による明らかな過重負荷として、長期間にわたる疲労の蓄積も考慮することとされ、発症前1か月の時間外労働が100時間を超える場合、あるいは発症前2カ月ないし6か月間にわたって時間外労働が月平均80時間を超える場合には、業務と脳・心臓疾患の発症との関連が強いと判断されるとした。

これを受け、平成14年2月「過重労働による健康障害防止のための総合対策」が示され、過重労働による健康障害を防止するために事業者が講ずべき措置（長時間労働者への面接・指導など）が示された。このなかでは、脳・心臓疾患に関してだけでなく、面接指導の際のメンタルヘルス不調者への対応にも言及している。また、平成16年4月より「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会」が開催され、8月に報告書がまとめられている。この中では、過重労働者の面談の際にメンタル面のチェックも行うこと、産業保健スタッフの質の向上、衛生委員会の活用、家族を通じた地域・職域が連携したメンタルヘルス対策に言及している。

一方、公務員に関しては平成15年10月、勤務条件局長の委嘱により、「メンタルヘルス対策のための研究会」（座長：吉川武彦中部学院大学大学院教授）が設置され、平成16年3月30日、人事院「職員の心の健康づくりのための指針（勤務条件局長通知－75）」が出されている。

参考：認定基準における過重負荷の内容や評価期間の変遷	
	過重負荷の内容 評価期間
昭和36年 第116号通達	災害(業務に関連する突発的な出来事, または特定の労働時間内の特に過激な業務)。評価期間は発症直前か発症当日
昭和62年 第620号通達	業務に関する異常な出来事, あるいは日常業務に比較して特に過重な業務 特に過重な業務の評価期間は発症前1週間
平成7年 第38号通達	評価期間の拡大:発症前1週間以内の業務が日常業務を相当程度超える場合には, 発症前1週間より前の業務を含めて総合的に判断する
平成13年 第1063号通達	特に過重な業務の評価期間に, 発症前6ヶ月間(長期間の過重業務)を追加

(2) 過重労働防止対策の推進、新メンタルヘルス指針の策定

平成16年12月27日、労働政策審議会建議「今後の労働安全衛生対策について」が提出され、過重労働による健康障害防止対策やメンタルヘルス対策をさらに推進する必要性が指摘された。また、平成17年3月31日、過重労働・メンタルヘルス対策に対する支援の充実実施要綱（基発第0331030号の別添）に基づき、今後のメンタルヘルス対策のあり方について検討を行うために「職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会」が中央労働災害防止協会において設置された。

平成17年11月、「労働安全衛生法等の一部を改正する法律」が施行され、これにより、過重労働による健康障害防止対策の一環として長時間労働者等に対して医師による面接指導制度の導入と、事業者による長時間労働者に対するメンタルヘルス面のチェックと必要な指導が義務づけられた。また、面接指導を要する対象者の基準を明示した。あわせて衛生委員会での審議項目追加など労働者のメンタルヘルス対策の一層の充実強化が図られている。これらと整合を取るため、平成18年1月、「労働安全衛生規則等の一部を改正する省令」、同年3月、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（新総合対策）において、長時間労働におけるより具体的な対策が示された。

そして、前述の中央労働災害防止協会において設置された「職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会」の報告書が、平成18年3月まとめられ、これを受け、3月31日、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（新メンタルヘルス指針）（基発第0331001号）が策定公表された。

この間、公務員に関しては、「職員の自殺防止のために」（平成17年6月2日）、「心の健

康のための早期対応と円滑な職場復帰」「心の健康に関する相談体制とストレス対策のあり方」（同年7月29日）、「心の健康づくりの研修のために（職員編、管理監督者編、心の健康づくり研修講師養成講座編）」（平成18年3月22日）が発出されている。

5 復職支援

平成14年度から厚生労働省から委託を受けた中央労働災害防止協会が「職場におけるメンタルヘルス対策支援委員会職場復帰支援部会」が開かれ、検討された結果、平成16年10月、「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」が報告された（この手引きは、平成21年3月、改訂されている。）。

一方、障害者雇用の観点から、平成7年3月、精神障害者雇用管理マニュアル（労働省職業安定局高齢・障害者対策部）（統合失調症用）が作成されるなど精神障害者の雇用対策が積極的に推進されることとなった。そして、うつ病等で退職した労働者が職場復帰するための支援として、高齢・障害者雇用機構が平成17年10月から、全国の地域障害者職業センターで職場復帰支援（リワーク支援）を実施している。

6 産業保健スタッフの充実

人材確保を目的としては、平成17年から産業医学振興財団で研修会などが実施され、平成17年度～19年度における実績は、産業医に対して過重労働・メンタルヘルス対策に関する研修11,460人、精神科医等に対して産業保健に関する研修1,646人（うち、精神科医等に対する産業保健に関する研修受講者のうち、その情報提供に同意した者については、地域産業保健センターに1,131人が登録）である。

また、地域産業保健センターにおいて、平成16年から「働き盛り層のメンタルヘルスケア支援事業」が行われている。これは家族らの支援を含めてメンタルヘルス対策を進めるためであり、地域産業保健センターにおいて、メンタルヘルスに関する専門的知識をもった医師、地域で活動を行っている保健所等の協力を得て、労働者及びその家族を対象としたメンタルヘルスに関するセミナーとメンタルヘルス不調の労働者やその家族等を対象とした個別相談会を開催し、メンタルヘルスに関する基礎的知識やメンタルヘルス不調への適切な対応についての知識を普及し、メンタルヘルス不調の予防を図るとともに、メンタルヘルス不調となった労働者の早期発見・早期治療を促進することを目的としたものである。主に労働者50人未満の小規模事業場の労働者及びその家族等を対象としている。

7 事業場支援

中央労働災害防止協会ではメンタルヘルス対策支援事業として、メンタルヘルス対策に新たに取り組む事業場、またはこれまでの取り組みをさらに拡充しようとする事業場に、メンタルヘルスの専門家（メンタルヘルス推進支援専門家）等を派遣し、その進め方のアドバイスなどを行う事業が実施されている。

平成20年度からは都道府県産業保健推進センター内に「相談機関利用促進員」を委嘱した「メンタルヘルス対策支援センター」が設置され、厚生労働省が策定した登録基準を満たす相談機関が労働者健康福祉機構に登録申請し、HPにて公表されるようになっている（メンタルヘルス不調者等に対する相談機関による相談促進事業）。

産業医科大学では、平成19年度から各地域のメンタルヘルス対策の指導助言を行うことができる産業医を養成するための研修事業として、厚生労働省の委託による「メンタルヘルス不調の労働者の再チャレンジのための職場復帰訓練等について指導・助言を行うことのできる産業医養成のための教育研修事業」（通称：「メンタルヘルスエキスパート産業医」養成コース）を実施している。

職域におけるメンタルヘルス問題の現状と企業外労働衛生機関の役割

亀田 高志

I 職域におけるメンタルヘルス問題の現状

1 国の施策の方向ーメンタルヘルス指針の策定ー

厚生労働省は平成18年3月、労働安全衛生法第70条の2第1項に基づき、同法第69条第1項の措置の適切かつ有効な実施を図るための指針として、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（以下「メンタルヘルス指針」という。）を策定した。

同指針は、事業主実施事項として、衛生委員会等における調査・審議の上で、心の健康づくり計画の作成を求めている。計画に盛り込むべき主要事項は、①労働者、管理者に対する教育研修・情報提供、②職場ストレス環境等の把握と改善、③メンタルヘルス不調への気づきと対応、④職場復帰における支援である。

厚生労働省は、労働者の安全衛生確保の基本方針である第11次労働災害防止計画において「メンタルヘルス対策実施事業所の割合を5割以上にする」とし、メンタルヘルス指針に基づき、職場におけるメンタルヘルス対策を一層促進させることとしている。

2 企業のメンタルヘルス対策の実際と問題

一方、企業のメンタルヘルス対策の現状はどうであろうか。

前章でも詳述したが、厚生労働省が実施した「平成19年度労働者健康状況調査」によれば、メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業所は33.6%（平成14年度調査23.5%）であり、その内容（MA）は、労働者に対する教育研修・情報提供（49.3%）、管理者に対する教育研修・情報提供（34.5%）、相談対応の体制整備（59.3%）であった。一方、取り組んでいない理由（MA）としては、「専門スタッフがない」（44.3%）、「取り組み方が分からない」（42.2%）であった。

以上の結果から、「企業においてメンタルヘルス対策への取り組みは進み始めているが、具体的にどのような取り組みをしたらいいかわからないとする企業が依然として相当数あり、外部機関の支援が望まれている。」とまとめることができる。

II メンタルヘルス支援事業の内容

一般に、メンタルヘルス支援事業の内容としては、以下の多岐にわたる項目がある。

1 職場のメンタルヘルス対策全体の構築に関わるもの

(1) ルール策定と公表

企業や人事部門としての方針の公表、人事部門が主に管轄する就業規則のレベルから健康管理対策を実践する産業医、産業看護職が行う事例対応の書式まで、広範囲の文書類の作成を行い、これを公表すること。あるいは、人事部門がそれを実施することを支援すること。

(2) プログラム運営と心の健康づくり計画の実行支援

職場のメンタルヘルス全体の目的、年度単位の目標設定を行い、それに向けての個別のプログラムを計画し、実施し、評価、再計画の流れを主に人事部門に対して支援すること。

いわゆるマネジメントシステムの運用である。その中でメンタルヘルズ指針に基づく心の健康づくり計画への対応や、衛生委員会での審議、報告、記録保管などの助言や支援を安全衛生部門や人事部門に対して行うこと。

(3) 研修・情報提供

- ① セルフケア研修； 一連の対策の中でのセルフケアに関する集合教育のこと。
- ② 管理職研修； 一連の対策の中での部下の不調に対応する管理職に必要な知識と行動指針の提供を目的とする集合教育のこと。
- ③ 集合教育以外の形式によるもの
Eラーニング； インターネット環境を活用した主に非同期型の教育のこと。上述のセルフケア研修と管理職研修が主に対象となる。

(4) ストレスチェックと結果に基づく改善

質問票を用いたストレス尺度による測定のこと。事後に個人や職場・組織へのフィードバックを行う場合がある。付随して職場の改善活動を支援する場合がある。

(5) 情報提供

- ① メンタルヘルズ不調やストレス対処法等に関する情報提供の手法としてインターネットHPを用いたもの。
- ② メンタルヘルズ不調やストレス対処法等に関する情報提供の手法としてパンフレットや小冊子を用いたもの。

2 対応機会による分類に基づくもの

(1) 個別相談

個々の従業員からのメンタルヘルズ不調に関連する相談を受け付けること。相談の結果として、医学的評価や専門機関の紹介、産業医等へのフィードバックを行うことがある。

(2) 管理職からの相談

特定の部下に関する相談をその上司から受け付けること。相談の結果として、医学的評価や専門機関の紹介、管理職等へのフィードバックを行うことがある。

(3) 人事担当者からの相談

特定の従業員に関する相談を、労務の側面から対応している人事担当者からの相談を受け付けること。相談の結果として、医学的評価や専門機関への紹介、人事担当者等へのフィードバックを行うことがある。

(4) 産業医や産業看護職等からの相談

特定の従業員に関する相談を産業医や産業看護職等から受ける可能性があり、これを受け付けること。相談の結果として医学的評価や専門機関への紹介、産業医や産業看護職等へのフィードバックを行うことがある。

(5) 事例対応（ケースマネジメント）

この場合の事例（ケース）とは、何らかのメンタルヘルズ不調により職場のリスクになったり、個人と職場の生産性の低下に支障をきたす従業員のこと。メンタルヘルズ不調の回復等を支援し、職場のリスクの低減を行い、個人と職場の生産性の回復を管理職、人事部門、場合によって家族等と連携して行うことを事例対応（ケースマネジメント）と定義する。

メンタルヘルス支援事業としては、事例（ケース）が必要に応じて医学的評価、紹介、治療・療養を経て復職し、就業制限を受け、職場での業務を遂行できるよう回復支援すること。復職支援はこの中に含まれる。

Ⅲ 健診事業の今後

企業外労働衛生機関・健診機関としての全衛連会員機関（以下「会員機関」という。）のメンタルヘルス事業への取り組みを検討する前に、会員機関のコア事業である健診事業の今後について検討する。

健診事業の今後の見込みについて概観してみると、まず、少子高齢化による就労人口の減少により、健診事業の売り上げ減少をもたらすことは必至である。たとえば2006年の就業者人口は5,874万とされているが、2017年には5,326万人にまで9・3%も減少すると考えられている。いわゆる2007年問題といわれた団塊の世代の60歳定年が始まり、昨今の雇用延長の影響で労働者数の激減には至っていないが、5年後以降は順次、労働者の減少をもたらすことは避けられない。従って、対象者の減少が避けられず、健康診断に関わる事業収入は減少していくことが予想される。加えて、健康診断項目の減少による収入が低下することも売り上げの減少を引き起こす可能性が高い。

2008年、特定健診・特定保健指導が開始され、健康診断にかかわる会員機関の収支は一時的に好転しえるかもしれない。しかし、特定健診・特定保健指導の事業収支の継続性を考えると、5年後の見直しや、その際のインセンティブ提供の是非や可否につき、中期的には政策的な側面からも不確定な要素が大きい可能性がある。

以上の理由から、会員機関における収入の減少は収支の悪化をもたらし、会員機関が既存の事業内容でその規模を維持し、人員の雇用を確保することが難しい状況が今後5年程度のうちに明らかになってくる可能性がある。

Ⅳ メンタルヘルス支援事業の市場規模

企業外労働衛生機関や健診機関によるメンタルヘルス支援事業の現在の市場規模を直接示す統計資料はない。ただし、推定は可能である。現在の就業者人口5,874万人に対して、適正な価格の想定として、年間一人あたり最低3,500円（米国の水準を参考とした。）をメンタルヘルス支援事業として事業者が負担すると仮定すると、年間の潜在的な市場規模は約2,000億円以上と推定できる。

このうち、後述するEAP（Employee Assistance Program：従業員支援プログラム）はビジネスとして展開されている。その売り上げは、現在年間40億円から50億円程度であると言われている。つまり、上記推定の2%から2.5%しか実際には占めていないと考えられる。

一方、産業医が職場のメンタルヘルス対策の一部を担っていると考えられる。たとえば専属産業医が1,000人、年俸1,200万円でも120億円、月額10万円の嘱託産業医契約が仮に3万件で年120万円＝360億円となり、EAPの推定を合計しても年間500億円に満たない計算になる。当然、産業医がメンタルヘルス不調者の対応のすべてを行っているわけではないし、そのほかの産業看護職や心理職が事業者との雇用関係や契約関係のもとに対応するなどの可能性がある。契約や依頼を受けた精神科医や心療内科医、労働衛生コ

ンサルタント等による対応もありえる。しかし、EAPの売り上げと合わせても潜在的な市場規模とは1500億円程度の乖離がある。この乖離があることには、以下の理由が考えられる。

- ① 既に一部の会員機関ではメンタルヘルス支援事業として改めて契約等していなくても、産業医や産業看護職等が企業や事業者側からの相談に対応している可能性がある。
- ② 都道府県にある産業保健推進センターや地域産業保健センターに相談が持ち込まれ、関連する専門家が企業や事業者側からの相談に対応している可能性がある。
- ③ 実際には対策の全容がわからない専門家への相談先が無い等の理由で、医療職ではない、企業の人事・総務部門や管理職が自身で事例への対応を行っている可能性がある。また、医療職や心理職でない企業の人事・総務部門や管理職が産業カウンセラー等の資格を取得し、個別対応をしている場合も散見される。

このような状況から判断すると、会員機関がその市場に進出できる潜在的な可能性は高いと考えられる。

メンタルヘルス支援事業に関して、既に会員機関によって行われているサービスを改めて契約・課金の対象とすることや、専門家による支援が本来は必要な企業・担当部署を新たに顧客として開拓していく余地は十分にあるといえる。

V 国内EAPの状況

メンタルヘルス支援事業を会員機関が実施していく場合、先行するEAPとの関係をどう考えるのかは重要である。会員機関がメンタルヘルス支援事業に進出する際に検討を避けて通ることはできない課題である。そこで以下にEAPのサービス内容や国内の現状を述べる。

EAPは、米国から輸入された主なサービス機能として以下の7項目が“コア・テクノロジー”とされ、国際的にも国内においても一定の標準とされている。(筆者邦訳)

- ① 組織のリーダーへの問題のある従業員の管理に関する助言、職場環境改善、教育研修、EAPサービスに関する啓発活動等。
- ② 従業員が悩む生産性に影響する個人的な問題の特定と評価。
- ③ 問題を持つ従業員に短期的な介入等を行い、生産性への影響を気付かせること。
- ④ 従業員が診断、治療等を受けるため専門家・専門機関へ紹介し経過観察すること。
- ⑤ 専門医療機関等との関係確立と維持するための助言、EAPの契約の管理。
- ⑥ 組織への指導を通して、アルコール関連問題やメンタルヘルス不調等の医学的問題等に対する治療を適切に行うよう利用する従業員に働きかけること。
- ⑦ EAPサービスによる組織や個人の生産性向上への効果の評価。

国内ではEAPがメンタルヘルス支援事業を行い、職場のメンタルヘルスの相談に対応する機関として、主にビジネスの形態で発展しつつある。1990年前後からEAPと呼称し、創設される数が増加してきた。昨今のメンタルヘルス対策へのニーズの高まりにより、EAP機関の数が急激に増加しているといわれている。現在までEAPを労働衛生機関・健診機関が実施している場合は非常に稀で、殆どは株式会社か医療法人の一部として行われている。2007年に行われたある調査によればEAP機関の数は約120に及び、そのうち50機

関程度がEAPサービスを主に行っているが、そのほかの70機関では他の事業が主で、EAPサービスが付加的なものとして提供されているものと見られている。

現実にはサービスの質の問題が指摘されている。顧客企業から見たEAPサービスの機能に関する誤解と問題、EAP側のサービス提供における課題には以下のようなものがある。

- ① 電話相談がEAPの主な機能であって、それがカウンセリングそのものとの誤解がある。
- ② カウンセラー等の相談対応者の医学的評価（アセスメント）結果の信頼性が低いという懸念がある。
- ③ 上述の実際には実施できない範囲まで含んで、7つのコア・テクノロジーすべての機能が全て提供できるという誇大広告を行っている場合がある。
- ④ EAPの専門スタッフには企業での十分な勤務経験か、それに相当する企業の仕組みへの知識が必須であるが、その条件を満たすことができていない。
- ⑤ 本来は対策の全体を俯瞰し、事業場内の専門家資源の活用を含んで必要なサービスを提案すべきであるのに、EAP機関が強いサービス項目だけを販売している。さらにその問題を企業側が気付きにくい。
- ⑥ 広いエリアでのサービス提供を要求した場合に、質の管理ができない程度の関係を提携として企業側に説明している。
- ⑦ 事例対応において、個人情報保護を理由に十分な報告やフィードバックが得られない場合が散見される。
- ⑧ いわゆるディスカウントの問題がある。東証一部上場企業に対するあるアンケート調査では従業員1名あたり年間100円未満という契約もあった。また米国の契約の多くの適正な価格と考えられている25ドルから40ドル(日本円にして2,500円から4,000円)に、はるかに及ばない状況にあった。ディスカウントは結果的にサービスの質の低下を引き起こす。
- ⑨ EAPの主眼がうつ病等の疾病からの回復との誤解が企業側とEAP側の双方にある。米国では生産性の低下を起した個人への介入を行い、生産性の回復維持を目指すことが主眼となっている。つまり、人事部門への支援が主目的である。米国ではキャリア開発プログラムとEAPが人的資源管理支援の両面としても考えられている。国内ではそのような人事担当者の理解は乏しい。なお、国内ではEAPは、治療機関と関連する医療系、カウンセリング機能中心の心理系、経営人事コンサルティングが中心のコンサル系といった分類があり、保険会社や中にはアウトプレースメント（再就職支援等）との関連で派生しているEAPもある。

EAPの質に関しては上述の問題があり、利用する側の企業や、特に人事担当者が質の良否がわからない。従って外部機関による機関・機能認定の必要性が指摘されている。

中央労働災害防止協会が委託を受けた専門家委員会の結果として2008年6月に、メンタルヘルス相談機関に対する自己申告に基づく登録審査制度が厚生労働省通達から出された。すでに登録事業が各都道府県産業保健推進センター等から行われている。本項目については、第5章のメンタルヘルス支援業務の品質保証のところで詳述する。

以上から、EAPはメンタルヘルス相談機関として着実に定着し、その数を伸ばしているものの、潜在的な部分まで市場を拡大するには至っていない。EAPは会員機関にとつ

てある程度の競合機関には違いないが、会員機関が新たにメンタルヘルス相談事業に乗り出す際に大きな支障にはならないと考えられる。

医師等の資源を欠く場合の多い大半のEAPよりも、資格の面だけでなく既に健診等を受注している企業との信頼関係が強固な会員機関は、メンタルヘルス支援事業への進出が可能で、事業化の余地が十分にあると考えられる。

VI メンタルヘルス支援事業を行う場合の課題

会員機関が社会的な責任も含めて、メンタルヘルス支援事業を行うことは本来の役割という認識はある。2006年度全衛連会員アンケート調査では、「メンタルヘルス事業へ関心がある」95.6%、「既に事業を開始している」43.5%、「将来的に行いたい」41.3%という結果を得ている。そして、会員機関の中には、ストレス調査、管理者・労働者研修、カウンセリング、職場復帰支援等に取り組んでいる例がある。また、会員機関の中には、希望企業に対しメンタルヘルスチェックサービスを提供している例がある。

しかし、専門家資源の活用に課題があつて、それを解決できないと認識しているなど会員機関が積極的に取り組みにくい傾向がある。その理由を以下に例示する。

- ① 健診・特定保健指導の開始に伴い、医師、看護職がそれに従事しているために対応できると思えない。
- ② 雇用・契約している医師の専門科が、精神神経科や心療内科ではないため対応できないと考えている。
- ③ 雇用・契約している看護職が、精神神経科や心療内科での臨床経験や、職場のメンタルヘルス対策への関わりの経験が少ないため対応できないと考えている。
- ④ 精神神経科の専門医の確保に困難を感じるため対応できないと考えている。
- ⑤ 既にメンタルヘルス支援事業について検証を行ったが、前述の理由により諦めた経験がある。例えば、過去にEAPと協同での事業を検証してみたが失敗に終わった。また、EAPのカウンセラーによる従業員へのカウンセリングが長期に及ぶ事例が多く、それに伴い収支が悪化し、撤退したというような具体的な経験がある。

また、会員機関がメンタルヘルス支援事業に関わった実際の経験がないために、実現可能性について過度に気にしている印象がある。その理由を以下に例示する。

- ① メンタルヘルス支援事業についてEAPがすでに先行し、追いつけないという誤解や、大企業は既に取り組みが進んでいて、会員機関が入り込む余地が無いという誤解。
- ② 従来、産業医の契約や特定健診導入前の保健指導の実施が相当価格ではなく、サービスとして提供されてきたために、収益性が出る事業モデルが想像しにくいという印象。
- ③ 会員機関側がメンタルヘルス支援事業のあり方や、企業側のニーズと解決のノウハウへの知識がなく、具体的な解決のスキームを現実的に考えられる段階に至っていないという考え。
- ④ メンタルヘルス支援事業の事業化の実際や収益確保についてのモデルがなく、検証しにくいという課題があるという印象。
- ⑤ メンタルヘルス支援事業を提供する顧客企業の意志決定者とのつながりが脆弱でこれを開拓しにくいのではないかと考える。

従来は、健康診断にせよ作業環境測定にせよ法令順守が前提にあり、顧客企業に確実なニーズがあった。つまり、どうしても必要なサービスを提供するので、そこでの課題は競合する機関との競争以外には無かった。しかし、メンタルヘルス支援事業については、法定で行うという部分がすべてでなく、むしろ会員機関から顧客企業や事業者への働きかけを行う、あるいは顧客の掘り起こしを行わなければならない。従来のパラダイムを変えるということは会員機関の経営層、管理部門、営業部門、専門職というすべての関係者にとって変化を自律的に起すという点で困難と捉えられている。

VII 会員機関のVIの課題に対する対応策

上述の課題については、会員機関はいくつかの点で、これらを解消していく必要性を残している。そのために、コンプライアンス中心のサービスや専門性に依存したサービスの提供という考え方から、顧客企業側のニーズに合わせた考え方へのシフトが前提になる。その上で、課題を解消することが可能な点を以下に列挙する。

- ① 医師等の関連職種のリソースが豊富にある。医師であれば健康診断や診察、判定や事後措置への関わりがある。保健師、看護師であれば、面談対応や保健指導の経験が期待できる。従って、精神神経科や心療内科の専門性や経験がなくても面談対応や研修講師等の部分は実行しやすい。先述したEAPでは医師のリソースの確保に困難を感じている現状がある。
- ② 健康診断等の提供に基づく顧客企業ネットワークがすでにあり、営業を行う際も、ネットワークの無いEAPが営業活動を行う場合と比較してみると強みがある。その際、健康診断等のサービスとは、企業側・事業場内の担当窓口がメンタルヘルス支援事業では異なるかもしれない。例えば、総務系の担当部署から人事部門、特に労務担当者が窓口になるようなケースである。しかし、この場合もネットワークがまったく無いEAPの場合より、営業活動を行いやすく、契約を取りやすい環境にあると言える。
- ③ 企業への理解はメンタルヘルス支援事業において必須である。臨床分野のみで活躍する医師、保健師、看護師より、会員機関の医師等の専門家には企業への理解がある。健康診断の一連の流れや事後措置の仕組みを理解しているだけでも、臨床経験しかない医療機関や企業経験のない心理職よりも強みがある。
- ④ 個人情報保護やそれと事業者の安全配慮義務との関係は、メンタルヘルス支援事業に関しても重要な項目である。既に健康管理・作業管理・作業環境管理と労働衛生教育等の経験から、両立するという経験が会員機関の医師、保健師、看護師等産業保健スタッフにはあるので、メンタルヘルス支援事業において会員機関がこれを実践することが不慣れということはなく、大きな支障は無いと考えられる。

健康保険組合との契約による安価な契約をさけるために、本質的なメンタルヘルス支援サービスを事業化することを意識し、人事を窓口とする事業者との契約を目指していく必要がある。あるいは、特定の健保に加盟するいくつかの企業をコンソーシアム型でまとめて、対象人数を増やして、包括的なサービスを提供する方法や、サービス導入を検討している事業所に対して、契約金の一部を健康保険組合から助成してもらうなどの方法も採り得る選択肢である。

健康保険組合とEAPとの契約は多いと推定される。しかし、福利厚生事業としてのEAPによる電話相談が一般的であるが、人事部門からの期待に応え得ないという認識が企業の側で一般的になりつつある。

IX 全衛連としての会員機関への事業化支援

以上のように、社会的にニーズの高いメンタルヘルス支援事業に全衛連が踏み出す時期として現在は適切である。また、今後の収益性確保や会員機関の今後の存続可能性のためにも重要である。また、全衛連として、また、会員機関の社会的責任の遂行としても大義のある課題である。

1 会員機関がメンタルヘルス事業に取り組むに当たって

メンタルヘルス指針は、メンタル不調者を発生させないために、あるいはその発生を抑制するために、職場の人間関係や仕事の仕方、させ方がメンタルヘルス不調者発生の主要な原因のとなるとされていることから、①教育研修・情報提供、②職場環境の把握と改善が第一に上げている。その上で、メンタルヘルス不調者が発生した場合、③メンタルヘルス不調への気づきと対応、④職場復帰における支援という対策の実施を求めている。

会員機関はこれまでいわゆる事業場の労働衛生の3管理に対して深く関与してきた。主なものとしては、健康管理の側面では一般定期健康診断の実施と保健指導等を含む事後措置、作業環境管理に関しては作業環境測定の実施である。健康管理についていえば、WHOの「健康」の定義を引き合いに出すまでもなく、健康は心身両面において評価されなければ意味がない。これまでの健康診断は主として身体面の健康に着目して実施されてきたが、今後は心身両面の健康診断という方向に進むことは間違いない。会員機関の有するリソース、すなわち、医師、保健師、看護職等の産業保健スタッフは他に追随を許さないほど充実しており、これらのスタッフにメンタルヘルス対策の具体的実践方法について計画的な講習等を施し育成を図れば、比較的容易に最高水準の企業外メンタルヘルス支援機関となり得るといえる。

2 職場環境の把握、改善支援から段階的に実施

それでは、会員機関の企業外メンタルヘルス支援機関としてどのようなアプローチが考えられるのであろうか。

前述のとおりメンタル指針は、①教育研修・情報提供、②職場環境の把握、改善という職場全体で取り組む予防面を第一に上げ、その上で、メンタルヘルス不調者が発生した場合の③気づきと対応、④職場復帰支援という対策の実施という構成をとっているが、会員機関のこれまでの事業場との関係、さらには現時点におけるマンパワー等をあわせ考えると、まずは職場全体で取り組む予防面についての支援の実施が現実的である。

現実には起きている職場のメンタルヘルス問題は、新たな健康管理に関するニーズを企業側、特に人事部門に生じさせているということである。それは自殺や関連する労災申請、民事訴訟、評判への影響等のリスクの低減と、メンタルヘルス不調者である個人と上司、同僚等といった職場全体の生産性の低下への対処である。もちろん、このようなメンタル不調者への対応は人事部門にとって最優先で取り組まなければならない課題である。しかし、前述のとおり、会員機関としては、まずは、企業の産業保健部門と連携し、メンタル不調者を発生させないために、あるいはその発生を抑制するための包括的な活動であるべきであり、それな

くしては、現実起きた個別の問題に振り回されるだけということにもなりかねない。

そうした意味で、会員機関がこれまで培ってきた健診の実績等から見れば、メンタルヘルス問題に対しても、ストレスチェック等の結果を踏まえた職場単位の問題の把握と改善と個々の労働者への保健指導や経過観察のサービスについて提案し、支援実施するやり方から入っていくのが最も現実的である。スクリーニングについては偽陰性、偽陽性があるので、その点は慎重に対処し、企業に誤解の無いよう説明していく。その上で、復職支援にどのように貢献できるのかを議論するのが最も適したアプローチであると考えられる。もちろん、会員機関の中には一部ではあるがその能力と経験を十分有している機関もある。

3 会員機関に対するニーズ

企業のメンタルヘルス対策の第1ステップは職場全体で取り組む予防面であることは前述した。

理想はそうであるとしても、果たして事業主にまだ発生していない問題に対処するために投資するであろうか。また、そのために、会員機関に対してその仕事の依頼をするだろうかという問題を検討する。

前者については、メンタルヘルス指針が策定され、企業もその取り組みに着手しつつあるという実態があり、昨年来の経済的困難な状況はあるものの、今後5年、10年を見据えた長期のスパンで言えば、企業のメンタルヘルスへの取り組みは確実に進むものと考えられるし、もちろん、進まなくてはならない。

後者については、企業は会員機関に対して従来型の労働衛生3管理の枠だけでなく、職場のメンタルヘルスという心の健康管理にかかわる課題を解決するという新たなニーズを満たす役割への期待があり、それを担う実現可能性が会員機関には十分にあると考えられる。その理由としては、主に通常の医療機関との比較において、以下が上げられる。

- ① 従来から職場の健康管理の実施経験があり、通常の医療機関よりも企業や職場の理解が深いこと。企業への労働衛生の3管理、労働衛生教育や健康教育、健康保持増進活動等に関連するサービスの提供の経験が豊富であること。
- ② 同様に既に顧客企業のネットワークを維持しており、メンタルヘルス支援事業の営業や契約を行いやすい環境にあること。
- ③ 職場の健康管理サービスの経験が豊富な医師、看護職等の専門家資源があること。例えば、2006年の改正労働安全衛生法が施行される前後から過重労働対策への関わりの経験があり、個別対応の経験のある医師、看護職等の専門家資源がいること。

以上の理由から、これまで健診事業に基づき企業の健康管理に深く関わってきた実績をベースに、メンタルヘルス支援事業の枠組みを整えやすいと考えられる。

4 会員機関の現実的な選択

上記3で検討したとおり、全衛連会員機関のメンタルヘルスへの取り組みは、職場環境の把握、改善から入っていくのが最も現実的であり、具体的には、会員機関のこれまでの健診事業の実績を踏まえ、例えば一般健診とセットにしたストレスチェックとデータに基づいた指導等が考えられる。上記1で論じたとおり、今後は心身両面の健康診断という方向に進むことは間違いない。その意味で、一般健診とセットでストレスチェックを行い、必要な指導、

情報提供へとつなげていくやり方は効果的であるといえる。

そうした活動を積み重ねた上で、そして定期的な研修等によりマンパワーをさらに強化した上で、Ⅱの1で指摘した研修・情報提供、プログラム運営と心の健康づくり計画の実行支援などの分野に範囲を拡充していくのが最も適したアプローチであるといえる。

企業は、メンタルヘルズ指針により、①教育研修・情報提供、②職場環境等の把握と改善、③メンタルヘルズ不調への気づきと対応、④職場復帰における支援の実施を求められている。一般健診とセットで行うストレスチェックは、上述の②職場環境等の把握と改善、③メンタルヘルズ不調への気づきと対応を実行するものであり、企業はこの2つの義務を果たしたことになる。

また、過重労働対策としての医師による面接指導も定期健診等の機会に実施することなども有効であろう。この点においても企業は労働安全衛生法上の義務を履行したことになる。そして、これらの実施は、企業は最低限の安全配慮義務を果たしたことになるといえる。

なお、復職支援については最も企業のニーズがあることは間違いないので、EAPや他の支援機関との関係も視野に入れて検討を深めるべきであると考えられる。

5 会員機関に対する情報提供・啓発活動

上記4の事業活動を会員機関が行うに当たって、全衛連としての具体的な対応事項を列挙する。

- ① 経営層に対する勉強会・研修会
- ② 医師向けのメンタルヘルズ支援事業、特に事例対応と対策の構築支援に関する研修会
- ③ 保健師、看護師向けのメンタルヘルズ支援事業、特に事例対応と対策の構築支援に関する研修会
- ④ メンタルヘルズ支援事業の運営責任を担う人材に対する営業活動や、運営方法、専門スタッフ教育に関する研修会
- ⑤ 事業化モデルとメンタルヘルズ支援事業の維持・継続に関するコンサルティング活動
- ⑥ メンタルヘルズ支援サービスの質の向上を目指した事業の会員機関の内部運営に関するコンサルティング

6 会員機関同士のネットワーク構築支援

収益性の高い大企業や大規模事業所へのサービス提供にあたっては、県外機関とのネットワークが不可欠である。全衛連の会員機関同士のネットワーク構築を交流会や情報間を通して後押しすることができる。

7 品質保証とその取り組み支援

この点については別途、「メンタルヘルズ支援業務の品質保証」において詳述する。

関係事業場に対するメンタルヘルス対策支援を効果的に実施する方法 —予防対策と職場復帰対策の手法改善—

峰山 幸子

事業場におけるメンタルヘルス対策には、心の健康に関する一次予防（「積極的な健康の保持増進＝ヘルス・プロモーション」及び「仕事による健康障害の防止＝ヘルス・プロテクション」という2つの概念を含む）、二次予防（健康不全の早期発見、早期対処）、三次予防（再発・再燃の防止、ここでは職場復帰支援対策を含む）に分類される広範な方策が含まれる。以下に、一次予防から三次予防のそれぞれの具体的方策について列挙し、その改善策についても例示する。

1 一次予防の方策について

一次予防のうちのヘルス・プロモーションについては、心の健康についての正しい知識、ストレスへの気付きと対処方法、円滑な人間関係を築くためのコミュニケーションスキル等について以下に詳述する（1）～（3）のような方策で情報提供なされることが中心となる。また、ヘルス・プロテクションについては、（4）（5）に詳述するような方策において、職場の物理化学的環境のみならず職場組織や人間関係、労働時間、仕事の進め方など、労働者の心の健康に影響を与える心理・社会的な環境を含めた職場環境についての問題を点検し、その改善を図ることが中心となる。

（1）集合研修

集合研修は、事業場がメンタルヘルス対策の中で最も着手しやすい方策の一つであり、メンタルヘルスに関する基本的な知識の啓発から、より実践的なスキル向上を目指す研修に至るまで様々な内容で実施されている。会員団体においては、事業場からのニーズに対して研修パッケージを用意しておくこと、また事業場の組織や規模に合わせて内容をアレンジできることが求められる。その質とバリエーションにおいても、最新の動向やトピックを交えるなど、専門家向け研修会等の場を通して研鑽されることが望まれる。

ア 管理監督者を対象としたラインケア研修

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年）では、管理監督者が学ぶべき内容について以下のような項目があげられている。

- ・メンタルヘルスケアに関する事業場の方針
- ・職場でメンタルヘルスケアを行う意義
- ・ストレス及びメンタルヘルスケアに関する基礎知識
- ・管理監督者の役割及び心の健康問題に対する正しい態度
- ・職場環境等の評価及び改善の方法
- ・労働者からの相談の方法（話の聞き方、情報提供及び助言の方法など）
- ・心の健康問題により休業した者の職場復帰への支援の方法
- ・事業場内産業保健スタッフ等との連携及び事業場外資源との連携の方法
- ・（管理監督者自身の）セルフケアの方法
- ・事業場内の相談先及び事業場外資源に関する情報

- ・健康情報を含む労働者の個人情報の保護等

以上のような内容を組み込んだパッケージを基礎研修として提供する他、実習スタイルの技術向上研修のニーズも高い。管理監督者研修として実践されている技術向上研修の内容としては、以下のようなものが挙げられる。

- ・積極的傾聴
- ・コーチング
- ・ファシリテーション
- ・メンタルヘルス事例検討 等

イ 一般従業員を対象としたセルフケア研修

指針においては、労働者に対して以下の様な教育研修、情報提供等を行うことが推奨されている。

- ・メンタルヘルスケアに関する事業場の方針
- ・ストレス及びメンタルヘルスケアに関する基礎知識
- ・セルフケアの重要性及び心の健康問題に対する正しい態度
- ・ストレスへの気付き方
- ・ストレスの予防、軽減及びストレスへの対処の方法
- ・自発的な相談の有用性
- ・事業場内相談先及び事業場外資源に関する情報

以上のような内容を組み込んだパッケージを基礎研修として提供する他、各論的に様々な実習スタイルの研修が実践されている。そのいくつかを例示する。

- ・リラクゼーション（自律訓練、ストレッチ、イメージ療法等）
- ・ストレスコーピング
- ・アサーション等

その他、昨今問題となっている離職防止を目的とするキャリア支援研修等、事業場内での問題に合わせて研修コンテンツを構築できることが望ましい。

(2) Eラーニング

情報技術の進歩に伴い、職場のストレス対策にも IT 技術を応用する試みがなされるようになってきている。WEB を用いた自主学习（Eラーニング）は、個別面接や集合教育で問題となる時間や場所の制約を受けることなく、各自のペースで学習できるという利点を有している。しかし、集団教育と違い、他の参加者との相互交流の機会がない、パソコンのある場所でしか学習できないなどの短所もある為、長所と短所を考慮した上で、選択される必要がある。

(3) リーフレットの配布

集合研修の実施が難しい場合、リーフレットの配布等で啓発活動を行うことも可能である。会員団体から事業場へのサービスとして、事業場が労働者個人に対して配布可能な価格帯の様々なリーフレットを準備しておくことが望ましい。「ラインケア」「セルフケア」「セクシャルハラスメント」「パワーハラスメント」「家族向け」「自殺防止」「災害後のこころのケア」等の内容について揃えておきたい。

(4) ストレス調査

職場でのストレス対策は、主に職場環境に焦点を当てたもの（組織志向アプローチ）

と、個人要因に焦点を当てたもの（個人志向アプローチ）とに二分できるが、ストレス調査においても両側面からのアプローチが可能である。前者には、職場でのストレス要因（ストレスラー）の同定・除去による職場環境の改善や緩衝要因（ソーシャルサポート）の増強を図る活動が含まれ、後者には、個々の従業員におけるストレス対処（コーピング）能力の向上と職場ストレスラーに起因するストレス反応の提言を測る活動が含まれる。詳細については、「Ⅲ 体制づくりの評価・指導を中心とする組織診断」を参照されたい。

(5) 職場環境改善

職場環境等の改善を進めるには、対策実施の重要性を事業場全体の課題として捉え、事業場全体としてこれらの改善に取り組む体制を作ることが重要となる。会員団体は、こうした取り組みが組織的な対策として進められるよう職場のキーパーソンと連携をとりながら安全衛生委員会などを通じてコーディネーションしていく必要がある。以下の表に、職場環境等の改善を通じたストレス対策の一連の流れについて示す（中央労働災害防止協会、2006）

職場環境等の改善を通じたストレス対策の流れ

1. 方針・目的の決定と周知
 - 1) 方針の表明
 - 2) 組織づくり
 - 3) 計画作成と目標設定
 - 4) 関係者への説明と承認
2. ストレスの把握・評価および職場環境等の改善策の実施
 - 1) ストレスの把握・評価
 - 2) 職場環境等の改善策の検討と立案
 - 3) 改善策の実施
3. 効果の評価・改善
 - 1) ストレス対策の評価と改善

職場環境等の改善にあたっては、使いやすいツールが作成されている。「職場環境改善のためのヒント集を用いた職場環境等の改善マニュアル」や、職場環境等の改善方法についての産業保健向けの研修方法を記載した「職場環境改善ファシリテーターの手引き」が作成されている。また、産業医科大学高度研究班の成果物として、メンタルヘルス改善意識調査票（MIRROR）がある。これにより職場の部署ごとのストレス評価と職場改善へのニーズの評価が可能になり、アクションチェックリスト（MIRACL）に従って職場改善を進めれば、職場のストレス要因を減らすことができるとの報告がある。会員団体に所属する専門家は、様々なツールに関する情報を持ち、事業場のニーズに応じて、ツールを使用できるような指導ができる準備をしておきたい。

2 二次予防の手法

平成14年の労働者健康状況調査によれば、「心の健康づくり対策に取り組んでいる」23.5%の事業場を100としたときの取り組み内容は、「相談（カウンセリング）の実施」

が55.2%、「定期健康診断における問診」が43.6%と上位を占める。この結果からもわかるように、会員団体にとって事業場外資源として相談窓口を提供できることは大きなビジネスチャンスとなる。従来、会員団体の多くは、健診事後措置の機会やTHPの心理相談、産業医契約内で労働者からのメンタルヘルス相談へ対応してきたことが考えられる。しかし、メンタルヘルス不調者の早期発見や早期対処を従来のサービスの延長としてとらえるには、時間と責任の制約が生じることとなる。不調者を発見し、場当たりの対応に終わってしまわないための体制づくりが必要であり、事業者側と事業場外資源側との責任の範疇を明確にするための契約がなければ、十分なケース対応ができるとはいえない。以下に、二次予防の手法とその契約において留意すべき点について詳記する。

(1) 派遣型カウンセリング

派遣型カウンセリングとは、産業精神保健に精通した専門家を事業場へ派遣し、事業場内で対面カウンセリングを行うことをいう。この場合、相談事業を開始する前に、従業員が相談しやすい相談窓口や相談経路を設け、窓口担当者を明確にしておく必要がある。また、相談日時、場所、対象者、対応者、相談対応内容、外部医療機関との連携方法、プライバシーの方針等、相談室利用の規定を作成し、文書化した上で周知すると良い。また、事業者への報告の時期、範囲、内容も検討しておく。

(2) 来所型カウンセリング

来所型カウンセリングとは、自機関内にカウンセリングルームを設け、契約法人の従業員に対して事業場外カウンセリングを提供することである。この場合、事業場内メンタルヘルス推進担当者等が窓口となって、紹介ルートや、相談方法、相談窓口のPR、利用に際してのプライバシーの方針に関する取り決めなどを取り決めておく必要がある。また、契約のあり方としては、従業員数に応じて年間の契約料金が決められることが一般的とされている。その場合は、年間〇回/人までカウンセリングが可能であるといった取り決めをしておき、それ以上のカウンセリングが必要となる場合は、事業場が負担するのが、個人負担となるのか、事前に取り決めておく必要がある。また、来所型カウンセリングの場合には、対象を従業員のみでなく、その家族までをサービス対象とするケースも多い。また、契約法人の従業員に公平なサービスを提供するには、県外拠点でも同質のサービスが受けられるような仕組みづくりが必要となる。今後、全衛連の会員団体の中で、事業場外カウンセリングルームを提供できる機関同士が、全国レベルでサービス提供できるような委託のルールが整備されることが期待される。

(3) メール相談

携帯やパソコンのメールが普及してきた昨今、利用する側にとってメール相談は、時間の制約を受けない利便さと、対面カウンセリングよりもカウンセリングに対する抵抗感が低いといった手軽さがある。利点の多い手法である一方、顔の見えない相談者へ対応することの難しさ、文書のやり取りだけで解決できる問題の限界など、メール相談特有の困難さがある。また、セキュリティの問題や個人情報保護に対しては、より厳密で慎重な対応が求められる。

(4) 電話相談：電話相談は相談時間内に対応できるカウンセラーを必ず常置しておかなければならない点より、スタッフを多く抱えられる体制でなければ、標準サービスとして提供するのは困難である。しかし、メール相談と同様、遠方からでも相談できる利

便性があり、利用者にとってはメリットの大きいサービスと言える。ただし、リピーターや長電話で切るに切れないケースへの対応など、予測される困難ケースへの対応ルールを決めておく必要がある。

3 三次予防（職場復帰対策）の手法

(1) 職場復帰対策

職場のメンタルヘルス対策における三次予防（再発・再燃の防止）の主たるところは職場復帰対策である。全衛連では、厚生労働省委託事業として平成19年より「メンタルヘルス不調労働者の再チャレンジ支援のための専門家派遣事業」を行っている。この事業の概要は以下のとおりである。

<委託事業の趣旨>

メンタルヘルス不調労働者の職場復帰支援は、その労働者の病状、職種や事業場の状況などによって対応方法が大きく異なり、また専門家であっても個別のケースの見通しを立てることが難しいため、職場のメンタルヘルスの中でもっとも難易度の高い対策である。そのため、大規模事業場のみならず、中小規模事業場にとって身近な関係にある会員団体に所属する医師、保健師等のスタッフが事業場の職場復帰対策を支援できることは意義高く、事業を通じてスタッフが専門知識や技術を習得できるよう教育訓練を行い、様々な事例を蓄積していくことを趣旨としている。

<委託事業の具体的内容>

- ① 定健診機関：各年度、5健診機関を指定
- ② 専門家派遣対象事業場：各年度、メンタルヘルス不調を抱え休業中の労働者がいる中小規模事業場（労働者数300人未満）15程度
- ③ 「技法開発・好事例等手引き作成委員会（委員長：川上憲人 東京大学大学院教授）」による次の事項の実施
 - ・メンタルヘルス不調労働者の再チャレンジ支援のための専門家派遣事業に係る健診機関用マニュアルの作成
 - ・メンタルヘルス派遣専門家研修
 - ・職場復帰支援事例の蓄積と事例集の作成

特に、マニュアルには、会員団体において職場復帰対策を事業場に対して提供する際に必要となるあらゆる情報が網羅された内容になっているので、参照されたい。

(2) 惨事ストレスマネジメント (CISM, Critical Incident Stress Management)

不幸にも職場において凄惨な事故、人命にかかわる労働災害、従業員の自殺等が起こった場合、緊急事態・災害に遭遇した従業員を対象にケアを行うことがある。これを、惨事ストレスマネジメント (CISM) という。多くのEAP機関では、CISMは重要なサービスと位置づけられている。緊急事態の際、専門家は迅速に関係者に対してヒアリングを行い、CISMを実施すべきかどうかを含めて支援プランを立案する。その後、必要に応じて衛生委員会等で状況を分析し、対策を検討した上で支援にあたる。また、緊急事態や災害発生時の従業員の心のケアについては、事前に対応方針や手順を定めておくことが望ましい。

関係事業場に対するメンタルヘルス対策支援を効果的に実施する方法 —体制づくりの評価・指導を中心とする組織診断—

河野 裕子

メンタルヘルス体制づくりの支援を依頼される場合、先になんらかの組織診断の結果に基づき体制づくりの支援を依頼される場合と、数人のメンタルヘルス疾患が発症しそれをきっかけに委託される場合とがある。先に何らかの組織診断結果がある場合はその結果の改善を目標にするが、発症者データだけで委託された場合は、下記に掲げた目標や目的を提案するのがよいと考える。

いずれの場合においても、メンタルヘルス体制づくり全体の目的が分かったところで年度単位の目標設定を行い、それに向けて個別のプログラムを計画立案する。このプログラムに基づき計画を1年間実施したところでその評価を行い、再計画を立てていく。

1 メンタルヘルス体制づくりの評価—アウトカム評価

体制づくりの評価には数値目標が望ましい。体制づくりの目的に合わせて、どの数値目標を掲げるか、経営者や人事部門を協議のうえ、体制づくり前に目標に関するデータ項目とそれらの集計ルールを取り決めておく必要がある。

<メンタルヘルス体制づくりにおける実現可能な数値目標>

ア メンタルヘルスによる健康管理的課題についての数値目標

- ・年間の発症率の減少
- ・平均疾病休業日数の減少
- ・傷病手当金支給額金額の削減
- ・医療費の削減
- ・復職率の改善
- ・自殺者数の改善
- ・労働者の疲労蓄積度自己診断指標の改善
- ・メンタルヘルス改善 意識調査票指標の改善

イ メンタルヘルスによる人事的課題についての数値目標

- ・月40時間以上の長時間残業者の減少
- ・従業員平均残業時間の減少
- ・メンタルヘルスが原因とした中途退職率の減少
- ・失踪者数の減少
- ・労働災害申請発生件数の減少
- ・個別労働紛争解決件数の減少
- ・自発的早期（5年未満）の退職率の減少
- ・プレゼンティズム（出勤状態での生産性低下）改善

（例）Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)

ウ 従業員の働きがいや企業イメージとしての課題と数値目標

- ・従業員の働きがい指標

(例) Great Place to Work (GPTW)

- エ 従業員の自社に対する満足度指標の向上
 - ・パフォーマンス評価

2 メンタルヘルス体制づくりのプロセスまたはシステム評価

<心の健康づくり実施状況チェックリスト(32項目)による評価>

- ア 相談体制の運用実績
 - ・カウンセリング利用者数/利用率
 - ・精神科専門医面接実績者数
 - ・産業医面接実績者数
- イ 社内ネットワークの構築
 - ・本社と地方の体制整備の差を縮小
 - ・国内と海外の体制整備の差を縮小
- ウ 社外ネットワークの構築
- エ 事例対応の円滑化
 - ・事例についての情報一元化
 - ・個人情報保護のシステムの評価

3 メンタルヘルス体制における職場への指導または提案

メンタルヘルス発症や不健康の蔓延状況、その原因、決定要素、予測される影響を調査することによって、介入施策または改善策を提案していく。その調査には上記の例に掲げた指標等が利用できるが、その調査には次の項目を分類する。

- ・月別の要素
- ・組織/地域/職種/職位別の要素
- ・性別/年齢の要素

次に、年次、半期ごとに現状と原因、または決定要素、予測される影響を医学的評価を行い、組織診断の結果として報告する。

さらに、経済的に現実的に実行可能な介入策または解決策を提案する。特に、長時間残業の影響や一つの組織に突出した発症群を認め、組織的または管理的問題が考えられる場合は、具体的な職場への指導も視野にいれる。

労働衛生機関の専門担当職員の確保と教育研修

保坂 隆
錦戸典子

企業に対しメンタルヘルス支援サービスを実施するに当たって、如何に優秀な医師、保健師、看護師等の産業保健スタッフを養成するかは極めて重要である。

全衛連会員機関に所属する医師、保健師看護師等は、これまで労働安全衛生法に基づく一般健診、事後指導あるいは平成20年度から始まった特定健診、特定保健指導の実践を通じて産業保健分野に係る知識は十二分に備わっているといえる。また、医師の多くは産業医の認定を受けており、メンタルヘルス対策に係る知識も豊富である。しかし、企業からメンタルヘルス支援サービスの依頼を受けてこれを実践するためには、これまでの知識を整理し、新たな知識を吸収し、そのニーズに応える体制を構築する必要があるほか、具体的な対応手法等についても学び直す必要があると考える。

そのような観点から、全衛連会員機関に所属する医師、あるいは保健師看護師等に対する研修カリキュラムを次表のとおり作成した。

このカリキュラムは、最初の研修に用いられるべきものであり、2年目以降のブラッシュアップ研修は別途配置されなければならない。

なお、医師が研修に参加しやすいように1日コース、2日コースの2案を作成したが、これまで企業のメンタルヘルス対策に全く関わったことのない医師と、一定の経験ある医師とに使い分けるべきである。

産業医に必要な精神医学的知識（1日研修）

テーマ	時間	内 容
精神疾患の分類と紛らわしい病名	2	統合失調症・躁うつ病・不安障害・適応障害・ストレス障害など 加えて、心因反応・神経衰弱・自律神経失調症・慢性疲労症候群などの診断書に使われることの多い紛らわしい病名の解説
うつ病の診断・治療・経過	1	典型的なうつ病の診断・治療・経過（診断ロールプレーを含む）
休職中のフォローアップと上司・人事・主治医への対応	1	休職中のフォローアップの仕方と 守秘義務と安全配慮義務を前提とした上司・人事への対応
うつ病者の職場復帰の仕方	1	慣らし出勤・リハビリ出勤・時短出勤など
職場としてのうつ病の予防	1	職場としてのうつ病発生の予防と早期診断のためのプログラム・スクリーニングテストの利用など
ケース・スタディ	1	模擬ケースを使いグループディスカッションと質疑
合 計	7	

産業医に必要な精神医学的知識（2日研修）

1日目

テーマ	時間	内容
精神疾患の分類と紛らわしい病名	2	統合失調症・躁うつ病・不安障害・適応障害・ストレス障害・ストレス障害など 加えて、心因反応・神経衰弱・自律神経失調症・慢性疲労症候群などの診断書 に使われることの多い紛らわしい病名の解説
うつ病の診断・治療・経過	1	典型的なうつ病の診断・治療・経過
ストレス・うつ病のスクリーニング	1	質問表・スクリーニングテストの使い方
うつ病の診断の仕方	1	問診の仕方, ロールプレー
精神疾患の診断の実習	2	模擬ケースを使い診断の練習・グループディスカッション・質疑
合計	7	

2日目

非うつ病患者と問題患者	1	非うつ病患者と問題患者の、うつ病との鑑別
復職判定	1	メンタル疾患者の復職判定の仕方
うつ病者の職場復帰の仕方	1	段階的復帰・リハビリ出社・ならし出勤
職場としてのうつ病の予防	1	職場としてのうつ病発生の予防と早期診断のためのプログラム・スクリーニング プログラムの利用など
長期休職者への対応	1	数ヶ月以上のメンタル疾患による休職者への対応, 人事との相談
ケース・スタディ	2	数例のケースを使いグループディスカッションと質疑
合計	7	

カウンセラー・心理士に必要な精神医学的知識

テーマ	時間	内容
産業保健制度	1	労働安全衛生法等の関連法規と、労働災害、過重労働等の産業保健制度など
精神疾患の分類	2	統合失調症・躁うつ病・不安障害・適応障害・ストレス障害、気分変調症
紛らわしい病名	1	心因反応・神経衰弱・自律神経失調症・慢性疲労症候群
うつ病の診断・治療・経過	2	典型的なうつ病の診断（構造化面接を含む）・治療（内服を中心）・経過
うつ病者の職場復帰の仕方	1	慣らし出勤・リハビリ出勤・時短出勤・リワークプログラム
職場としてのうつ病の予防	1	職場としてのうつ病発生の予防と、早期診断のためのプログラム・スクリーニングテストの利用など
精神科医への紹介の仕方	1	精神疾患を発見した際の専門医への紹介の仕方
人事部・上司対応の留意点	1	守秘の義務を履行した、人事部長上への対応の仕方
ケース・スタディ	2	数例のケースを使いグループディスカッションと質疑
ロール・プレイング	2	構造化面接、うつが疑われたときの受診の勧め方、希死念慮への対応
合計	14	

保健師・看護師に必要な精神医学的知識

テーマ	時間	内容
産業保健制度	1	労働安全衛生法等の関連法規と、労働災害、過重労働等の産業保健制度など
ストレスとストレス関連疾患	1	ストレスの定義、ストレス時の生体の変化、ストレス関連疾患（精神疾患・心身症など）の総論
代表的な精神疾患の分類	2	統合失調症・躁うつ病・不安障害・適応障害・ストレス障害・気分変調症
紛らわしい病名	1	心因反応・神経衰弱・自律神経失調症・慢性疲労症候群
インタビューの仕方	2	初診の問診の仕方（ロールプレーを含む）
支持的治療法	1	どのような頻度や方法で支持するのか（ロールプレーを含む）
上司や人事への報告	1	守秘義務と安全配慮義務（ロールプレーを含む）
外部専門機関への紹介のタイミング	1	どのような症状やタイミングの際に外部医療機関を紹介するのか
うつ病の診断・治療・経過	2	典型的なうつ病の診断・治療・経過（診断ロールプレーを含む）
うつ病者の職場復帰の仕方とフォローアップ	1	慣らし出勤・リハビリ出勤・時短出勤・通常勤務・残業などの見極め
職場としてのうつ病の予防	1	職場としてのうつ病発生の予防と、早期診断のためのプログラム・スクリーニングテストの利用など
ケース・スタディ	2	数例のケースを使いグループディスカッションと質疑
合計	16	

労働衛生機関に働く保健師・看護師に必要なメンタルヘルス研修(2日間) Basicコース (労働者個人への支援に重点)

1日目

テーマ	時間	内容
産業保健制度	1	労働安全衛生法等の関連法規と、労働災害、過重労働等の産業保健制度など
ストレスとストレス関連疾患	1	ストレスの定義、ストレス時の生体の変化、ストレス関連疾患(精神疾患・心身症など)の総論
職業性ストレス要因と症状の特徴	1	職業性ストレスモデルの概要、職場でよく見られるストレス要因と症状の見分け方
労働者個人の精神的不調のアセスメント	1	健診時の問診、健康相談などでの精神的不調のアセスメント方法(ロールプレーを含む)
精神不調時の外部機関紹介	1	精神不調時の外部機関紹介のタイミングと方法
休職や業務軽減が必要な際の社内対応の方法	2	産業医・上司・人事労務との連携、守秘義務、安全配慮義務
合計	7	

2日目

テーマ	時間	内容
代表的な精神疾患の分類	1	統合失調症・躁うつ病・不安障害・適応障害・ストレス障害・ストレス障害・気分変調症
紛らわしい病名	1	心因反応・神経衰弱・自律神経失調症・慢性疲労症候群
うつ病の診断・治療・経過	1	典型的なうつ病の診断・治療・経過
職場復帰支援とフォローアップ	2	職場復帰支援と、各職種間の連携、慣らし出勤・リハビリ出勤・時短出勤・通常勤務・残業などの見極め
ケース・スタディ	2	数例の労働者ケースを用い、グループディスカッションと質疑
合計	7	

労働衛生機関に働く保健師・看護師に必要なメンタルヘルス研修(2日間) Advanced コース(職場組織への支援に重点)

1日目

テーマ	時間	内容
職場のメンタルヘルスに関する指針等、および保健師・看護師の役割	2	労働者の心の健康保持増進指針、職場復帰支援の手引き、長時間労働者への面接制度、等職場のメンタルヘルス対策における保健師・看護師の役割
職場組織・制度の理解	1	職場のしくみ・組織、就業規則、人事制度、等
職場組織のアセスメント	1	職業性ストレス調査、職場組織風土調査、聞き取りなどによる職場組織診断
職業性ストレス調査票の使い方	1	職業性ストレス調査票の理解と、それを用いたアセスメントの実際(演習含む)
職場のメンタルヘルスに関する一次予防対策	2	メンタルヘルス研修(管理職向け、一般社員向け)、広報などによる情報提供、職業性ストレス調査結果を用いた職場支援(管理職へのフィードバック)、等
合計	7	

2日目

テーマ	時間	内容
経営者・人事労務へのアプローチ	1	職場のメンタルヘルス対策における経営者・人事労務の役割の理解と支援、職場における制度づくりの重要性
管理職へのアプローチ	1	ラインケアの理解と支援、管理職自身のストレスの理解と支援
多職種・多機関の協働と連携	2	産業医、主治医、カウンセラー、人事労務、管理職、等との連携、個人情報保護と安全配慮義務(ロールプレイ含む)
職場のメンタルヘルス対策一次予防～三次予防対策の連動性	1	良好な職場環境・風土づくり～不調の早期発見～職場復帰支援の流れ
ケース・スタディ	2	数例の職場ケースを用い、対処方法に関するグループディスカッションと質疑
合計	7	

1 品質保証の必要性について

会員団体がメンタルヘルス支援事業を事業化し、これを継続維持するためには、会員団体から企業、事業場に提供されるサービスの質が良好であると認知・評価されることは重要である。会員団体の側から言えば、事業化を検討する段階から品質を向上することを意識すれば、企業や事業場に提供できるメンタルヘルス支援サービスの品質が向上でき、事業化した後の運営に役立つ。

全衛連は、専門家の確保・育成とともに、かねてより健康診断や作業環境測定における精度管理、保健指導における品質保証について、内部的な取り組みを実施してきた。従って、その実績においてメンタルヘルス支援業務に関しても、品質保証に取り組んでいくことは十分可能であると考えられる。今後、新規にメンタルヘルス支援業務を会員団体に展開する際、予め品質保証における基準を設けておくことは、メンタルヘルス支援業務の展開において、各会員団体の準備と支援業務実践の参照資料となる。あるいは、技術面での好事例（グッドプラクティス）の提示という趣旨でもよい。購買する側の企業や健康保険組合にとって、外部から質の良否がわかるという点で、好意的に受け入れられる可能性がある。結果的に品質向上への取り組みは、会員団体による営業活動にも反映されえるし、個別契約の維持拡大にも結びつく。

メンタルヘルス支援事業を考える際に、品質保証の観点からは、国内におけるいわゆるEAP機関やメンタルヘルス相談機関と呼ばれる機関の課題を検証する必要がある。検証を行うと以下のように課題がまとめられる。

- (1) 前述EAPのサービスの品質が批判される場合が多いが、EAP業界内部の品質保証の仕組みや、外部認定機関による対応が平成19年度まで明確でなかったことが原因でもある。
- (2) 国内のEAPサービスとしては、電話相談の関連のサービス（対面カウンセリングを含む）が最も一般的に提供されている。しかし、企業側の期待はケースマネジメント（事例対応）によるリスク管理と、生産性の維持向上であるため、そのギャップに対する不満が強いと言えらる。
- (3) EAP専門家側としては、EAP（国際EAP協会）にはサービス基準が公開されているが、その支部としても認められている日本EAP協会において、サービス提供基準は独自には策定・公表はなされていない。コア・テクノロジーといわれる7つの機能が邦訳され、その他の啓発的な内容がホームページ上に公開されているのみである。以下、これを筆者が邦訳したコア・テクノロジーを示す。
 - ア 事業者等へのリーダーへの問題のある従業員の管理に関する助言、職場環境改善、教育研修、EAPサービス等に関する啓発活動等
 - イ 従業員の悩む生産性に影響する個人的な問題の特定と評価
 - ウ 問題を持つ従業員に短期的な介入等を行い、生産性への影響を気付かせる。
 - エ 従業員が診断、治療等を受けるため専門家・専門機関へ紹介し経過観察する。

オ 専門医療機関等との関係確立と維持するための助言、EAPプロバイダー等との契約の管理

カ 組織への指導を通して、アルコール関連問題やメンタルヘルス不調等の医学的問題等に対する治療を適切に行うよう利用する従業員に働きかける。

キ EAPサービスによる組織や個人の生産性向上への効果の評価

(4) 労働者の心の健康保持増進のための指針においても、事業場外資源として期待されているEAP等であったが、その質については、厚生労働省による中央労働災害防止協会の事業場外資源の検討委員会においても、問題視され改善の検討がなされた。結果的にメンタルヘルス不調者等の労働者に対する相談機関に関して、平成20年6月に厚生労働省通達として登録の促進がうたわれた。しかし、以来、労働者健康福祉機構による登録状況は平成21年3月末現在で15機関にとどまり大手のEAPによる登録はあまり進んでいない。登録状況が芳しくない理由については以下のように推定できる。

ア 相談者全員への精神科専門医の面接が基準に入っているために、相談者がむしろ相談しづらい状況を作り出すような基準として認識されていること。

イ 相談者全員への面接を可能にする精神科専門医を確保することがEAPには物理的ないし費用面からも難しいこと。

ウ 登録機関が医療機関でないことが条件になっていることが、上述の理由に加えて、EAP側からは登録のインセンティブとして見えにくいこと。

エ 同様に登録をすることに関して、営業面での強化にはつながらないと考えているEAPが多いこと。

オ 電話ないし対面でのメンタルヘルス相談対応だけが、現在の国内のEAPが販売しているものではないこと。

カ 事例対応の精度管理は事後の事例検討会（ケースカンファレンス）や精神科専門医による指導により、ある程度、維持と向上が可能であるとEAPが考えていること。

(5) 会員団体の中で、精神科専門医を確保可能であり、医療機関でない組織を持つ場合には、先述の登録審査事業の基準に合致する体制を作って登録することができる。その場合、既存のEAPに対して異なるスタンスを取ること、つまり差別化につながり、営業活動等においては、強みになる可能性がある。

2 品質保証の展開について

以上のような理由から、本メンタルヘルス支援業務を展開するために、会員団体が活用可能な品質保証の枠組みがあることが望ましいと考えられる。それには以下のようないくつかの手法がある。

(1) 全衛連より、品質保証基準を会員団体に公表し、これを会員団体が運営面で自主的に参照する。これは、別に業務運営のガイドラインとしての位置づけにもなりえる。その場合は以下に述べる外部監査の実施とは別に考えることもできる。

(2) 全衛連より、マネジメントシステムの運用も考慮した品質保証基準を会員団体に公表し、自主的に方針公表、目標設定、計画、実施、評価（内部監査を含む）、再計画の運用の中で適合させていくことを促進する。その場合、会員団体に対して、全衛連による外部監査をサービスとして実施し、会員団体内部の評価の精度と透明性を向上させる。

- (3) 全衛連による外部監査は必須事項とし、審査登録制度を導入し、この宣伝を通して企業・健康保険組合への活用促進を後押しする。

また、早期に品質保証の仕組みを公表し、導入することの利点について

- (1) 会員団体へのメンタルヘルス支援業務の実施・展開の促進を図る段階での品質保証基準を業務運営上のガイドラインとして公表することは、会員団体側からは専門的・技術的側面や運営面で参照できるものとして有効に活用されうる。
- (2) 全衛連が品質保証基準や業務運営上のガイドラインを公表することにより、会員団体が企業・健康保険組合へのメンタルヘルス支援業務を実施する際、会員団体側の啓発にもなり、利用者側の利便性や満足度が向上する。
- (3) 全衛連による外部監査を実施し、審査登録制度を導入した場合には、審査登録を受けたことが、企業・健康保険組合に認知され、審査登録を行った会員団体では、メンタルヘルス支援業務の営業等に効果をもたらす。

3 品質保証の取り組みに関する調査

- (1) 現段階でメンタルヘルス支援業務を実施しているEAP並びに少数の会員団体における内部的な品質保証・質の向上の取り組みの調査を実施し、後述する品質保証基準策定のための参照資料とすることもできる。あるいは、優良取り組み事例（グッドプラクティス）を把握し、後述するこれらの共有化に役立てることもできる。
- (2) その一部は業務運営上のガイドラインに取り込んでいくこともできる。

4 会員団体が参照する業務運営に関する品質保証基準の作成

参照可能な資料として以下のようなものがある。

- (1) 中央労働災害防止協会による報告書から、2008年6月の厚生労働省通達まで（メンタルヘルス相談機関の登録審査制度にかかわるもの）
- (2) HPに公開されている米国COA（Council on Accreditation）によるEAP機関認定の基準の内容（現在は第8版）
- (3) すでに公表されている全衛連による特定健診・特定保健指導に関する品質保証ガイドライン
- (4) その他、既存の書籍や参考文献

5 品質保証基準策定における課題

- (1) 品質保証基準を策定することを考えた場合に以下のような課題があると考えられる。
- ア 保証の枠組みに提示した方法のうち、どのような形態を選択するかを決めてから作成する必要がある点
- イ 労働者健康福祉機構による、メンタルヘルス相談事業の登録審査制度との関わりをどのように関係付けるかという点
- ウ 会員団体へのメンタルヘルス支援事業の展開促進と共に、品質保証の必要性について、どのように啓発していくかという点
- エ 品質保証の取り組みを全衛連として、企業・健康保険組合にどのように広報していく

か。この点については、メンタルヘルス支援業務を含めた総合的な労働衛生管理サービスのワンストップサービスとしての呈示も選択肢に入ると考えられる。

- (2) 品質保証基準策定の方向性が明らかになった段階で、上記の課題を全衛連として検討することが必要になると考えられる。

6 メンタルヘルス支援業務基準の内容

課題等の解消を行いながら、メンタルヘルス支援業務基準の策定を行う際には、以下のような事項が内容として含まれうる。なお、上述COAのEAP機関認定基準の第2版を参照した。

<新たなメンタルヘルス支援業務を行う会員団体の経営的健全性の評価>

- (1) 経営・経営管理的要素
 - ア 関連する法令の遵守状況
 - イ 経営方針の公表の有無
- (2) 人的資源管理
 - ア スタッフの採用
 - イ スタッフの育成方針
 - ウ スタッフの評価
- (3) 施設面
 - ア 防火
 - イ 安全衛生
- (4) 財務面
 - ア 会計管理
- (5) 個人情報保護
 - ア 記録と保管
- (6) 契約管理
 - ア 顧客企業との契約管理
 - イ 顧客企業への報告・報告書管理
- (7) 継続的改善活動
 - ア モニタリングと評価と改善
 - イ 内部情報管理

<新たなメンタルヘルス支援業務を行う会員団体の資格・研修状況等の人的評価>

- (1) 専門スタッフの技術
 - ア 専門家にとって必要な技術項目
 - イ 資格・認定の要求
- (2) 専門スタッフの研修と指導
 - ア 研修内容と要求事項
- (3) 専門スタッフの対応
 - ア 記録へのアクセス
 - イ 守秘義務とプライバシー
 - ウ 倫理規定

(4) 事例対応におけるアセスメント（評価）

- ア アセスメントの手順
- イ インテイクの手順
- ウ 全般的なアセスメント
- エ 臨床的なアセスメント
- オ 外部紹介手順
- カ 管理職や人事担当者との連携
- キ 産業医との連携
- ク 事例対応の記録

(5) その他の技術的事項

- ア 管理職研修
- イ 従業員研修
- ウ 組織的対応
- エ 短期カウンセリング
- オ 電話相談
- カ その他

以上の項目ごとに、会員団体のための業務運営上のガイドライン、自己評価、外部評価といった、いくつかの軸を組み合わせる必要がある。またチェックリストの様式も整備して、これらを活用できるように整理することが望ましい。また、これらより、顧客企業が参照可能な、あるいは広報用の基準を策定してもよい。

6 その他の取り組み事項

(1) 広報

全衛連として、品質保証の仕組みを会員団体に広報し、品質保証の取り組みを促進するよう、働きかける必要がある。また、各顧客企業に対する宣伝と啓発をかねて、広報活動を積極的に行っていく必要がある。また、各会員団体としても、全衛連と連携をしながら専門家活用のために企業向けに広報活動を行う必要がある。

(2) 優良取り組み事例の共有

品質保証を通して、メンタルヘルス支援業務の内部的な運営の向上が得られた事例について、会員団体に呼びかけ、事例を収集し、これを会員団体で共有し、上述の広報活動を通じて顧客企業等に宣伝を行うことが有効であると考えられる。

ストレスチェック等を利用してメンタルヘルス不調を早期発見する方法

宮尾 克

1 メンタルヘルス不調を早期発見するスクリーニングの方法

平成17年11月の労働安全衛生法等の改正に伴い、「過重労働による健康障害防止のための総合対策について」が改定された。事業者は、長時間にわたる時間外・休日労働を行った労働者に対する面接指導等（医師による面接指導及び面接指導に準ずる措置）を実施しなければならないこととされた。そして、事後措置として、面接指導等により労働者のメンタルヘルス不調が把握された場合は、面接指導を行った医師、産業医等の助言を得ながら必要に応じて精神科医等と連携を図りつつ対応するものとする規定された。

これに基づき、平成20年8月、厚生労働省の委託を受けた財団法人産業医学振興財団は過重労働対策等のための面接指導マニュアル・テキスト等作成委員会を組織し、「長時間労働者への面接指導マニュアル（医師用）ーチェックリスト」、「同一チェックリストの使い方」を作成・公表した（以下、「マニュアル」と呼ぶ）。

マニュアルは、「面接指導の目的は、医師による労働者の勤務の状況及び疲労の蓄積の状況、心身の状況の確認と労働者の指導、事業者への報告・意見の具申である。医師の責任のもと産業保健スタッフの協力を求め、または必要に応じて項目を省略してよい。また、本チェックリストに代えて別の調査票等を使用してもよい。面接指導の目的は、長期間の過重労働による脳・心臓疾患を必ずしも予知するものでなく、そのリスクを予防的に低減させるものである。発症リスクが高いと考えられる労働者には、十分な保健指導と事業者への意見の具申を積極的にすべきである。面接指導に際しては、メンタルヘルス面にも留意する。面接指導に関するプライバシーの保護には十分留意する必要がある。」としている。

さらにマニュアルは、面接指導において未然防止や早期発見・早期治療の対象となる疾病として、

ア 脳・心臓疾患

- ・脳血管疾患：脳内出血（脳出血）、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症など
- ・虚血性心疾患等：心筋梗塞、狭心症、心停止（心臓性突然死を含む）、解離性大動脈瘤など

当然のことながら、その前駆疾患である高血圧症や動脈硬化症も対象となる。

イ メンタルヘルス不調

- ・うつ病などのストレスが関係する精神疾患等やこれらに関連する自殺を挙げる。これらの対象疾病について、次ページに示すフローで面接を行う。

(1) 疲労蓄積度自己診断チェックリストの記入

まず、長時間労働者本人から「業務の過重性・ストレス」について、チェックリストを用いて自己記入してもらおう。この結果から、①自覚症状（ストレス反応と疲労）、②勤務の状況（労働負荷要因）の2つの面から総合的に評価する。判定が2～7点の人は、疲労の蓄積の可能性があり、とくに4点以上の人は、疲労の蓄積が強いと考えられる。

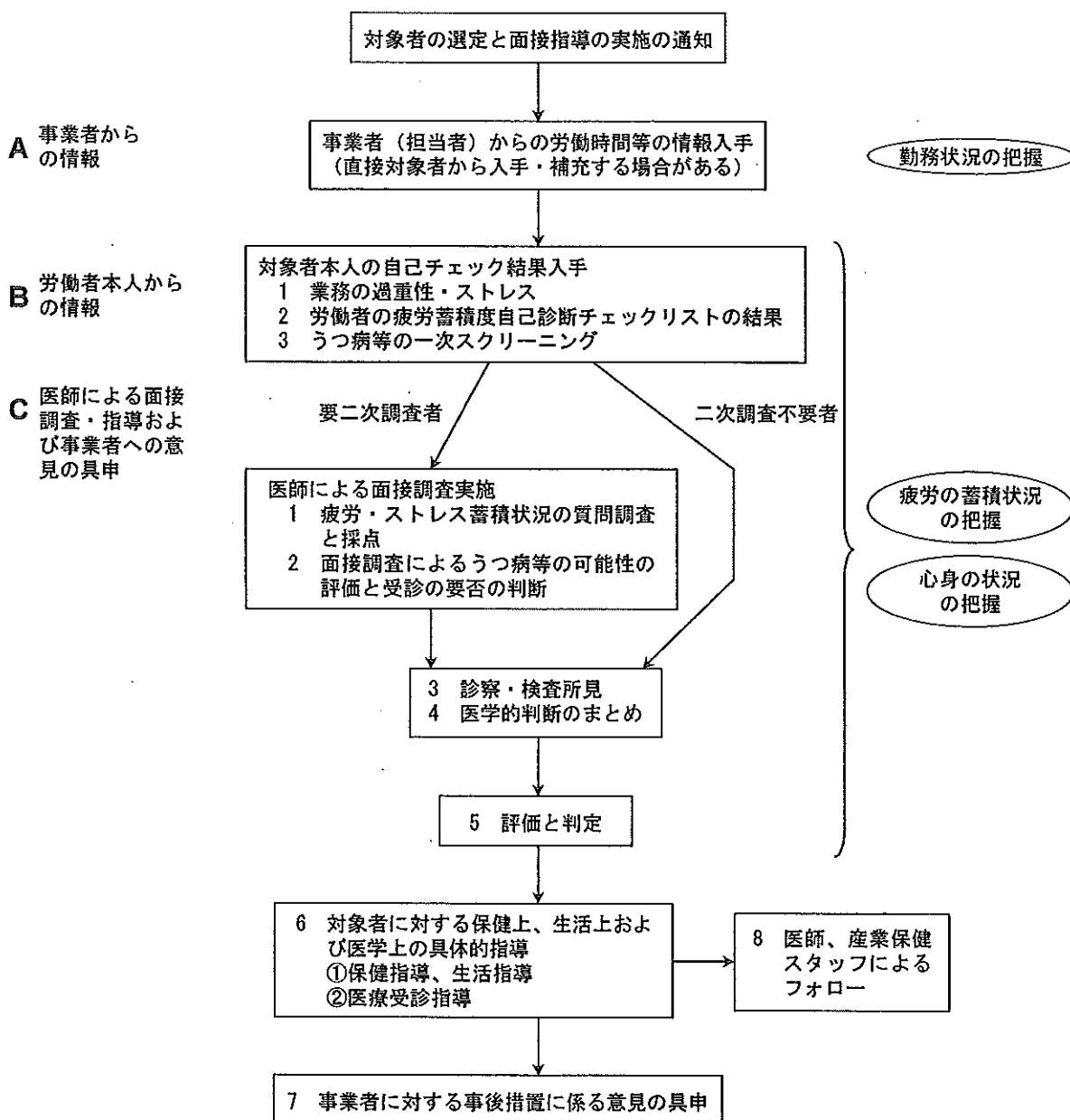
(2) うつ病等の一次スクリーニング

うつ病や不安障害などの精神疾患の危険度も増加している可能性があるため、うつ病等の

スクリーニングを実施し、うつ病等の「危険性が高い」と判定された者に対しては、医師面接においてうつ病に注意した面接を行う。

うつ病等のスクリーニングには、厚生労働省「うつ対策推進方策マニュアル」の調査票（5項目）を利用する。この調査票で「はい」が2つ以上ある場合には、チェックリスト「うつ病等の一次スクリーニング」（B-3）の項に「危険性が高い」とチェックし、後述するように、医師面接においてうつ病の評価を行う。これ以外の場合には「危険性が低い」とチェックする。「うつ対策推進方策マニュアル」の調査票に代えて、別の調査票等を使用してもよい。判定は各調査票のやり方に従う。

面接指導の手順と進め方



面接指導自己チェック票

あなたの疲労蓄積度をチェックして下さい。

最近1か月間の自覚症状チェック

	ほとんどない	ときどきある	よくある
1. イライラする	0	1	3
2. 不安だ	0	1	3
3. 落ち着かない	0	1	3
4. 憂鬱だ	0	1	3
5. よく眠れない	0	1	3
6. 体の調子が悪い	0	1	3
7. 物事に集中できない	0	1	3
8. することに間違いが多い	0	1	3
9. 工作中、強い眠気に襲われる	0	1	3
10. やる気がでない	0	1	3
11. へとへとだ(運動後を除く)	0	1	3
12. 朝起きた時にぐったりと疲れを感じる	0	1	3
13. 以前と比べて疲れやすい	0	1	3

合計 点 (ほとんどない→0点 ときどきある→1点 よくある→3点)

自覚症状の評価

I (0~4点)

II (5~10点)

III (11~20点)

IV (21点以上)

最近1か月間の勤務の状況について、各質問に対し最も当てはまる項目をチェックしてください。

	0点	1点	3点
1か月の時間外労働	ない又は適当	多い	非常に多い
不規則な勤務(予定の変更、突然の仕事)	少ない	多い	-
出張に伴う負担(頻度、拘束時間、時差など)	ない又は小さい	大きい	-
深夜勤務に伴う負担	ない又は小さい	大きい	非常に大きい
休憩・仮眠の時間及び設備	適切である	不適切である	-
仕事についての精神的負担	小さい	大きい	非常に大きい
仕事について精神的負担	小さい	大きい	非常に大きい

合計 点

勤務の評価

- A(0点)
- B(1～2点)
- C(3～5点)
- D(6点以上)

仕事による負担度

		勤務の状況			
		A	B	C	D
自覚 症状	I	0	0	2	4
	II	0	1	3	5
	III	0	2	4	6
	IV	1	3	5	7



仕事による負担度の点数結果

判定	点数	仕事による負担度
	0～1	低いと考えられる
	2～3	やや高いと考えられる
	4～5	高いと考えられる
	6～7	非常に高いと考えられる

厚生労働省労働基準安全衛生部労働衛生課平成15年6月

4点以上は、負担度が高いと判断される。

うつ病等の一次スクリーニング

最近のあなたのご様子についておうかがいします。次の質問を読んで「はい」「いいえ」のうち、あてはまる項目をチェックしてください。

毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
自分が役に立つ人間だと思えない。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
わけもなく疲れたような感じがする	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

5項目中、2つ以上「はい」がある人は、危険性が高いとされます。「面接によるうつ病等の可能性の評価と受診の要否の判断-1」のチェックが必要です。

面接によるうつ病等の可能性と受診の要否の判断

面接によるうつ病等の可能性と受診の要否の判断-1

うつ病等の一次スクリーニングで「危険性が高い」と判定、以下の項目で直接質問

A1	この2週間以上、毎日のように、ほとんどずっと憂鬱であったり沈んだ気持ちでいましたか？
A2	この2週間以上、ほとんどのことに興味がなくなっていたり、たいていいつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？

A1とA2のどちらか、あるいは両方が「はい」である場合

A3	毎晩のように、睡眠に問題(たとえば、寝つきが悪い、真夜中に目が覚める、朝早く目が覚める、寝すぎてしまうなど)がありましたか？
A4	毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感じたりしましたか？
A5	毎日のように、集中したり決断したりすることが難しいと感じましたか？

A1とA2のどちらかが、あるいは両方が「はい」で、A1～A5の回答のうち少なくとも3つ以上「はい」



うつ病の疑いあり

「面接によるうつ病等の可能性の評価と受診の要否の判断-2」のチェックをうける必要があります。

面接によるうつ病等の可能性と受診の要否の判断-2

「面接によるうつ病等の可能性と受診の要否の判断-1」で、うつ病の疑いあり



下記の(ア)、(イ)についてチェックする。

(ア) うつ病の症状のために、仕事や生活上の支障がかなりある
(イ) 死にたい気持ちについてたずね、死についての、または死にたい気持ちが持続している
たずね方例: あなた自身の存在感はどうですか？
これに対して、「どこかへいってしまいたい」「蒸発したい」等の回答があると(イ)に該当

結果

(ア)、(イ)のいずれかが、あるいは両方が

ある → 専門医療機関への受診を勧める

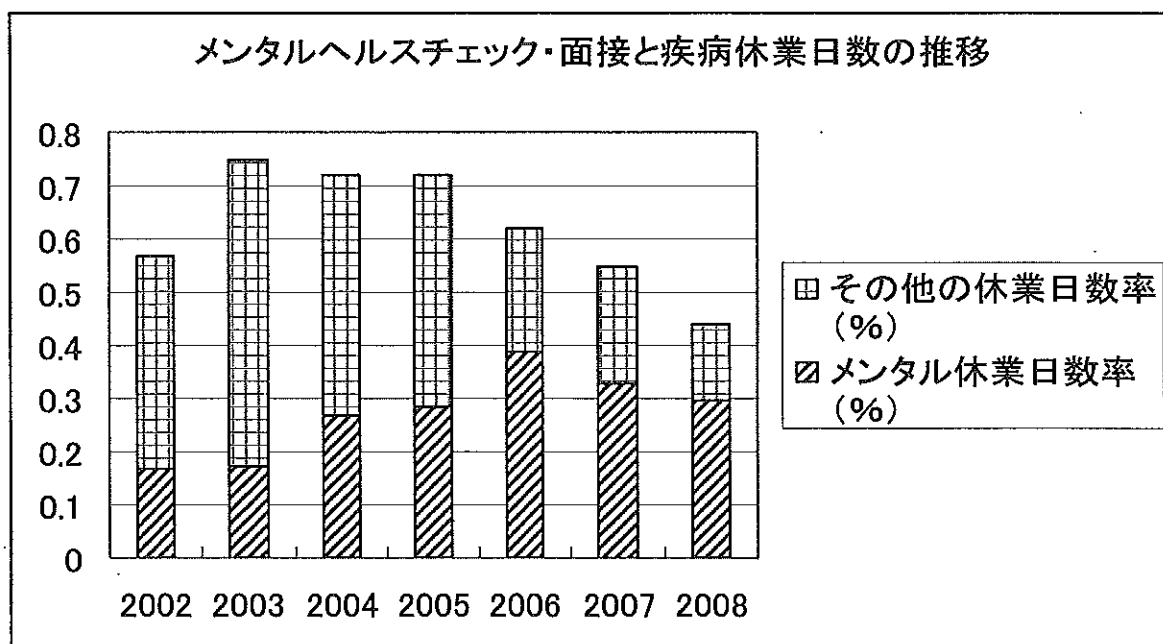
現在受診中の専門医療機関への適切な継続受診を勧める

ない → 保健指導と経過観察

2 長時間労働者への面接指導チェックリストを用いたスクリーニングの実例

2006年夏、従業員2千人のA企業において、このチェックリストを一般健診時に実施したところ、約850名が回答した。そのうち、上述のうつ病一次スクリーニングの方法によりスクリーニングしたところ、90名がうつ病等の「危険性が高い」と判定された。これらの者に対し精神科医と産業医による面接を行うことを通知したところ、同年9月、62名が面接に応じた。このうち18名が何らかのメンタルヘルス不調者として治療が必要と判断されたことから、本人と相談の上で地域のメンタルクリニックなどを紹介した。この他6名については軽い不眠症と判断されたことから、社内診療所で経過を観察することとした。この面接後、A企業におけるメンタル不全の傷病休業日数は、著明に減少し、また、筋骨格系、消化器系、循環器系での傷病休業日数も顕著に減少した。

2年後の2008年夏に再び一般健診時にメンタルヘルスチェックを実施したところ1063名が回答した。前回と同じ方法で一次スクリーニングを実施したところ、49名がうつ病等の「危険性が高い」と判定された。そのうち35名が精神科医の面接を受け、服薬治療を開始したものが9名、1名は地域のメンタルクリニックなどを紹介したが受診しなかった。残り25名は治療が必要なレベルではなく、職場のストレス対策や本人への指導を行い、経過観察している。



上図はA企業におけるメンタル休業日数、その他の傷病による休業日数を全労働者の総出勤日数で除し、休業日数率年度別に求めたものである。2002～2005年度において総休業日数は増加ないし横ばい傾向にあったが、メンタルヘルスチェックを行い、うつ病等の「危険性が高い」と判定されたものに対する面接を行い、必要な対処をした2006年以降、明確に休業日数率が低下していることが分かる。メンタル休業日数率は2006年度最も高い値を示したが、これはメンタルヘルスチェックを行い、積極的に専門機関による治療勧奨をしたことの結果と考えられ、2007年度、2008年度と明らかな減少傾向を示してい

る。また、筋骨格系、消化器系、循環器系での傷病休業率が顕著に減少しているが、これら疾患の中にはメンタルの影響も否定できず、このことを合わせて考えると、A企業全体のメンタル及びメンタル関連休業は明らかに改善しているといえる。

この原因を定量的に分析することは困難であるが、2006年はメンタルヘルスチェックを始めて実施するなど、企業としてメンタルヘルス対策に具体的に取り組んだ時期であること、これに呼応し事業所内の診療所で経験のある看護師が日頃から多くの相談にのっていること、メンタルヘルスチェックを通じて必要な者に対して早期の治療を進めたことが結果的に休業期間の短縮につながっているものと考えられること、等によるものと考えている。

今回のメンタルヘルスチェック及び事後措置を通じて特筆すべきことは、以下のとおりである。

- 1) 必要な労働者に、精神科医による面接を勧め、6～7割が応じていること。
- 2) 地域のメンタルクリニックなどに、本人との相談の上で紹介をしていること。
- 3) 事業所内の診療所で、経験のある看護師が日頃から多くの相談にのっていること。
- 4) これらの活動を通じ、受診者の不定愁訴が顕著に減少し、また、さまざまな疾病での傷病休業日数が減少したこと。
- 5) 2年後同様のスクリーニングを再度行い、メンタルヘルス不調者の減少が認められること。

メンタルヘルスチェックを行いストレスチェックの間診票などを用いたメンタルヘルス不調者を早期発見する取り組みは、プライバシーへの配慮や、事後措置の体制を整えたうえで、健診などの機会をとらえて広範囲に実施することは、事業所全体のメンタルヘルス水準の向上に寄与するものと思われる。

メンタルヘル支援業務における個人情報の取り扱い

堀田 修

全衛連会員がメンタルヘル支援業務を行う場合、そこで取り扱われる情報は、個人情報の保護に関する法律（以下、「個人情報保護法」と略）第6条（法制上の措置）3項の、“性質及び利用方法にかんがみ、個人の権利利益の一層の保護を図るため、特にその適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある個人情報”、いわゆる“機微な情報”に該当するということを理解し、様々な段階でそれらの情報の取り扱いについて慎重でなければならない。

全衛連では、メンタルヘル支援業務の中心的サービスとしてメンタルヘルスチェックサービスが検討されている。職場ストレス環境を把握し、改善するための有力な手法であるが、メンタルヘルスチェックが正しく行われるためには回答者が質問紙に正直に答える必要があり、そのためには個人情報保護が万全でなければならない。

本稿では、メンタルヘルスチェックサービスにおける個人情報の保護を中心に、あわせて、カウンセリングサービス、復職支援サービスを実施する場合について配慮すべき点について述べる。

1 メンタルヘルスチェックサービス

(1) 受診者に対する利用目的の通知

質問紙を用いたメンタルヘルスチェックは、受診者本人のメンタルヘルスの状態の把握、および受診者が所属する組織の平均的なストレスの状態を把握し、職場ストレス環境等の改善に必要な指導・助言を行うために実施される。

メンタルヘルスチェックから得られた個人の情報は上述のように機微な情報に該当することから、個人情報保護法に則った取り扱いが望まれる。従って、メンタルヘルスチェックを実施する場合には、個人情報保護法第18条に基づき、その利用の目的や範囲を明らかにして行う必要がある。

(2) 質問紙の取り扱いと評価

質問紙には受診者の健康状態、あるいは職場に対する考え方、感じ方が記載されており、まさに機微な個人情報のひとつである。中には、未だ職場においてメンタル不調と認識されていない情報（受診者本人が不調を認識していない、あるいはその認識はあるが職場に不調を隠している）も含まれている場合もある。したがって、メンタルヘルスチェック結果が記載されている質問紙は、個人情報保護の観点から慎重に取り扱われなければならない。

一般健診実施の機会を利用してメンタルヘルスチェックサービスを実施する際の、個人情報保護を厳格に行うための基本的な処理の流れを以下に示す。

- ア 予め記入された質問紙は健診会場での問診の際に、受診者自らが健診担当スタッフへ直接手渡しで提出する。
- イ 回収された質問紙は、健診担当の責任者が責任を持って管理し、健診会場から持ち帰る。
- ウ メンタルヘルスチェックシステムの利用者IDは、特定の事務担当スタッフへのみ付与する（登録制を採用）。

- エ 記入された質問紙のシステムへの入力およびその結果の出力は、利用者IDを持つ担当事務スタッフのみで実施する。得られた個人結果票は窓空き封筒を用いて封入する。
- オ 入力済みの質問紙は、特定の事務担当スタッフが施錠可能な保管場所、保管期間、廃棄方法などのルールを定めて管理する。
- カ 受診者の回答結果をシステムを利用して評価判定する際に、インターネット回線等を利用して遠隔地にあるサーバー等を利用する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドラン（第4版）」（平成21年3月、厚生労働省）の、外部と個人情報を含む医療情報を交換する場合の安全管理措置に沿った運用が望まれる。特に、オープンなネットワークであるインターネット回線を利用して接続を行うような場合には、通信経路上の対策（チャンネル・セキュリティ）はもちろんのこと、通信する情報そのものの暗号化の対策（オブジェクト・セキュリティ）を実施することを求めている。様々なセキュリティ技術があるが、参考としてSSL-VPNやIPsec-VPN等の利用が例示されている。

(3) 評価結果の返送

ア 受診者本人に対して

個人評価結果を本人に返戻する場合、一般的には定期健康診断結果等とともに事業場の担当者へ一括して送付し、担当者経由で受診者本人へ手渡される方法がとられている。メンタルヘルスチェックに係る個人評価結果についても同様の方法で差し支えない。その際には、個人結果票は個人用封筒に密封するなどして、経由する事業場の産業保健スタッフであっても個人の結果が閲覧できない方法で実施しなければならない（このことは、一般健診結果についても同様に扱われてはいるが。）。

イ 事業者に対して

メンタルヘルスチェックサービスにおいては、事業者に対し、個人評価結果を踏まえて総体としての職場ストレス環境等を把握、分析した組織評価結果が提供される。

これは、職場ストレス環境の改善のための基本情報であり、提供に当たっては、組織評価結果が平均的な企業、組織からどの程度の偏りがあり、どこをどのように改善すべきか等のアドバイスを適切に行うための指標となる。その際、組織評価結果は、受診者の職場に対する考え方、感じ方が基礎となって作成されていることから、例えば「そのように回答したのは〇〇さんです」というような個人が特定される情報は絶対に明かしてはならない。なお、組織評価結果を作成する場合、より客観的な評価を行うため、通常、1つの組織単位は10人以上として分析することとされている。

(4) 個人評価結果を事業者に提供することの可否

個人評価結果は受診者本に提供されるものであり、事業者に提供することは本来想定していない。例え、メンタルヘルスチェックに係る費用を事業主が負担しているとしてもである。

この点に関し、労働安全衛生法に基づく、いわゆる法定の健診項目については、健康診断個人表という形で受診者の健診情報を事業主に提出することが求められている。一方、労働安全衛生法に規定されている健診以上の項目を実施した場合、つまり法定外の健診項目については、例え健診費用を事業主が負担しているとしても、受診者の同意がない場合にはこれを事業主に提出する必要はないと解釈されている。同様にメンタルヘルスチェック結果についても労

働安全衛生法など法に基づくものではないことから、個人評価結果を事業主に提供する必要はないというべきである。

しかしながら、事業者は、厚生労働省の策定したメンタルヘルズ指針に基づき、職場ストレス環境の把握、あるいは、受診者個々人のメンタル不調の気づきとその対応のためにメンタルヘルズチェックサービスを実施するものであり、職場ストレス環境の改善のための基本情報を提供する組織評価結果のほか、過重なストレス状態にある個人に対して就業上の配慮の検討の必要性から個人評価結果の提供を求める場合もあると考えられる。

また、近年の労働者の自殺等に対する損害賠償請求事件の判決においては、企業の予見可能性、健康配慮義務を尽くしたかが審理され、高額な損害賠償を命じられる判決も相次いでいる。企業は、労働者の自殺等を予防するため必要な対策を実施する責務を負うが、その場合、メンタルヘルズチェックを実施しても、その結果を知り得なければ対策を講じようがない。もちろん、組織評価結果は事業者に提出されるのだが、上述のとおり、労働者個人に着目して、予見可能性、健康配慮義務が問われることとなることから、事業者として個人評価結果を知っておきたいという事情も理解できる。

ところで、個人情報保護法第23条（第三者提供の制限）では、受診者本人以外の第三者へ個人情報を提供する場合には、本人の同意を義務付けていることから、メンタルヘルズチェックを実施する際、メンタルヘルズチェック結果の情報はどのように取り扱われ、利用されるのかを明確にし、そのような目的のための利用について、予め本人から同意を得ておかなければならない。

従って、メンタルヘルズチェックサービスを実施するに当たって、個人評価結果の取り扱いをどうするのか、本人同意をどのようにして得るのか等について、予め明確にしておく必要がある。

一方で、健康配慮義務を盾にどこまで事業者が労働者のメンタルヘルズについて把握すべきなのかの問題は、個人のプライバシーや個人情報との関係で法的にどこまで可能かが明確となっていない。従って、事業者は予め受診者である労働者との間の意思の疎通を図っておくことが重要であり、安全衛生委員会などで十分な審議を実施しておくことが望まれる。

ア 個人評価結果を本人以外のだれに提供するかを明確化

本人同意を得るにしても、個人評価結果を含んだ情報を本人以外のだれに提供するのが適切かについて検討する。

① 事業場内に専属の産業保健スタッフが配置されている場合

産業保健スタッフ（医師、保健師、看護師）には法令により、正当な理由がないのにその業務上知りえた人の秘密をもらしたときには処罰する旨規定されている。すなわち、秘密漏えい防止義務ないし守秘義務について、医師については刑法134条1項、保健師、看護師、準看護師については保健師助産師看護師法42条の2、44条の3の規定が置かれており、これに違反した場合、それぞれ6か月以下の懲役または10万円以下の罰金に処せられることとなっている。このように、事業場の産業保健スタッフについては厳格な守秘義務が課せられており、その意味で個人情報の保護が確実に保証されていると言える。このため、これらの産業保健スタッフに提供することを前提に同意を得ることは好ましいパターンといえる。

② 事業場内に専属の産業保健スタッフが配置されていない場合

(ア) 嘱託産業医が選任されている場合

事業場内に専属の産業保健スタッフが配置されていないが、嘱託産業医が選任されている場合についてはどう考えるべきであろうか。嘱託産業医についても上記①で述べたとおり厳格な守秘義務が課せられているのであるから、①の結論と同様である。ただし、当該事業場と嘱託産業医の関係、すなわち、嘱託産業医が当該事業場のメンタルヘルス対策も実施するのか否か等について事前に調整し、嘱託産業医がその情報を必要とするか否かによって対応を検討する必要がある。

(イ) 嘱託産業医が選任されていない場合

特に嘱託産業医が選任されていない場合には、本人同意が前提ではあるが、前述のとおり受診者の個人情報保護の確保の観点、およびリスク管理の観点から、個人評価結果を事業者提供する仕組みを検討することは否定的である。

なお、このような場合には、全衛連会員機関が嘱託産業医契約を結ぶ方向で調整することを勧めたい。

イ 同意取得の方法

同意取得の具体的方法としては、事業場担当者より受診者に対して、個人情報健康を目的に産業保健スタッフが厳格に管理されることを直接説明し同意をとる方法、あるいは質問紙に利用目的、プライバシー保護等についての説明書きを示し、同意欄を設けて同意の有無を記入してもらう方法等が考えられる。

なお、全衛連が検討しているメンタルヘルスチェックサービスについては、同意取得のための標準文書が既に作成されているので、それを活用するのがよい。

(5) 事後指導に係る情報の取り扱い

(4)で個人評価結果について、本人同意を前提に、産業保健スタッフへの提供について述べたが、メンタルヘルスチェックサービスの一環として行われる事後指導の情報についてはどのように取り扱われるべきかという問題が生じる。すなわち、事後指導の対象となった者に係る情報、および各々の事後指導の結果、指導内容等についてである。

これらの情報についても、メンタルヘルスチェックの本来目的であり、(4)で述べたように産業保健スタッフに対し、当然に提供されるべき情報であると考えられる。

なお、(4)イで述べた同意取得のための標準文書には、事後指導に係る情報の取り扱いについては記されていないので、この点の同意を別途得ておく必要がある。同意取得の方法としては、メンタルヘルスチェックサービスを実施する最初の時点において、前述の標準文書に事後指導に係る情報についても、受診者の健康確保の目的のため、産業保健スタッフに提供される旨注意書きを入れておく方法がある。

2 カウンセリングサービス

(1) カウンセリング結果の報告

カウンセリングは個人のプライバシーの完全保護が図られて成立するサービスである。

ただし、費用を負担する会社にとってその実績を求めてくることは当然にある。カウンセ

リング契約を会社と結ぶ場合、会社に何を報告するのか予め決めておく必要がある。例えば、月別利用者数等については報告するが、利用個人名が判明しないように配慮する必要がある。

(2) カウンセリングの結果、急迫不正の危険が認められる場合

カウンセリングの結果、産業保健スタッフと連携を取って対応したほうがよいと判断されるケースについては、本人同意の上、対応することとなる。

なお、カウンセリングの結果、専門機関による治療が必要であると判断される場合にはその受診を勧奨することとなる。専門機関を受診するか否かは本人の自由裁量ではあるが、カウンセリング時に希死念慮を口にする等自殺の危険性が認められると判断される場合には、専門機関の受診を確実なものとする必要がある。この場合、家族等の協力が必要となる場合もあるが、本人がこれを拒んだ場合の対応はどうすべきであろうか。個人の自由意思を尊重すべきか、積極的介入を行うべきかについては非常に難しい問題であり、専門家の間でも意見が分かれている。

なお、法律解釈上は、生命の安全が個人情報保護に優先することから、個人情報保護法第23条（第三者への提供の制限）の3号の適用除外項目「本人の同意を得ることが困難な場合で、人の生命、身体又は財産の保護のために必要である場合」とあるように、本人同意を得られなくても、状況を家族に伝えることは許されると考える。

3 復職支援サービス

全衛連会員機関が産業医契約を締結し、復職支援の実例を経験する場合がある。

復職支援は基本的には、人事部門、主治医、産業医との関係により行われる。すなわち、本人の希望および主治医の意見を付して、人事部門が復職可能か、復職計画をどのようにすべきかについて産業医の意見を求められるのが一般的である。復職支援の場合には、本人のメンタル疾患の状況や程度等については人事部門においてはすでに把握している情報であるので、個人情報保護の問題は生じない。

なお、試し出勤制度を導入する場合等、職場関係者の理解も必要となる場合もあることから、上司等にも最小限の情報を提供する必要があるが、この場合、必要最小限の範囲の者で共有するという配慮は必要である。