

一事業場における職業性ストレス調査とその考察

石崎昌夫（金沢医大・衛生学）

ある事業場における職業性ストレス調査結果と疾病調査結果を報告するとともに、職業性ストレス調査を始めとする職場のメンタルヘルス一次予防の今後の動きを考察する。

《職業性ストレス調査》

方法）ある金属製品製造事業場において1996年、2002年、2007年の3回にわたって職場環境を把握するために、自己記入式により仕事要求・コントロール(Job Content Questionnaire)と抑うつ度(Center for Epidemiologic Studies - Depression: CES-D)を調査した。

結果）仕事要求は、ホワイトカラーでは男性が女性よりも高い傾向があったが、ブルーカラーでは男女差はなかった。仕事コントロールは、男性の方が高くかつホワイトカラーが高かった。仕事ストレイン(仕事要求÷仕事コントロール)は(表1)、いずれの年度も女性・ブルーカラーの方が男性・ホワイトカラーよりも高い値を示した。また、2007年の男性のブルーカラーを除いて、2002年の仕事ストレイン値が他の調査年より高い傾向が見られた。職場のサポートに関しては、男女ともホワイトカラーの方がブルーカラーより若干高い値を示していた。

次にCES-Dで得点22以上の頻度を図1に示した。いずれもブルーカラーの方がホワイトカラーより頻度が高かった。また

1996年から2002年の間に、CES-Dの高得点を示す者の割合が明らかに増加していた。

《精神疾患の推移》

ICD-10による精神および行動の障害に分類される欠勤者は2001年から徐々に増加し2006年にピークを迎えていた。(2001年から2007年までのデータより)

また対象事業場が含まれる組合健保の資料からは、精神および行動の障害に関する疾病での受診率は、2002年から年々増加傾向を示していたが2007年からは増加が止まっていた。(2002年から2009年までのデータより)

《人事制度およびメンタルヘルス教育他》

2000年から成果実力主義人事制度を導入する。

2003年から職長教育の中にメンタルヘルス教育を導入する。

2004年から管理監督者に対してメンタルヘルス教育を導入する。

2004年から長時間労働者への産業医による面接が始まる。

2007年から長時間労働への管理強化が始まる。

【考察】

仕事要求・コントロールモデルは、職業性ストレス把握に役立ち、長時間労働の抑制がメンタルヘルス不全者増加予防に効果的であることは明白である。

さらなるメンタルヘルス対策(特に一次予防)として、仕事要求・コントロールモデルに加えて、別の視点から、職場環境を把握・整備する必要があると考えられる。それ故、MIRROR・WIN(産業医大精神保健)や職業性ストレス簡易調査票改訂版、快適職場形成(ソフト面)からのあらたな知見の集積が望まれる。なお、これらの対策には人事労務関係との連携が不可欠であるので、健康管理部門との役割分担を明確にするためのルール作りが必要になる。

また、増加する適応障害やいわゆる新型うつに対し個人のストレス対処能力向上がのぞまれ、種々の教育が実施され始めている。しかし、これはメンタルヘルスが個人属性に大きく依存するという考えに陥る可能性があり理解をもって行わなければならない。

一方で、小規模事業場従業員や自営業者に対するメンタルヘルス対策は依然として不十分であり、産業保健推進センター、地域産業保健センターや社会労務士、健康診断実施機関、厚生センターなどが連携し活動することが一層求められる。

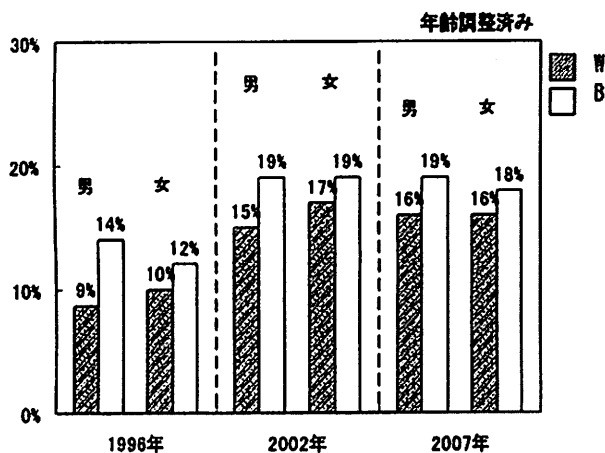
表 1 各調査年別の仕事ストレインと職場サポート

		1996 年		2002 年		2007 年	
		男	女	男	女	男	女
ストレイン	W	0.465	0.521	0.482	0.525	0.466	0.502
	B	0.522	0.568	0.528	0.591	0.531	0.568
職場サポート	W	22.6	22.1	23.0	22.4	23.0	22.2
	B	21.8	21.3	22.4	21.5	22.3	21.7
n		4417	2546	4386	2442	3698	2052

W:ホワイトカラー

年齢調整済み

B:ブルーカラー

図 1 各調査年別抑うつ尺度 (CES-D) 得点の頻度 ($\geq 22^*$)

* 1996 年での 90% タイル値

リワークにより、職場復帰の成績向上が期待できるか

○登坂由香^{1,2}、山田裕一¹（¹金沢医大・衛生、²松原病院）

【目的】

うつ病などの精神疾患で仕事を休む社員が増加しており、休職による療養に専念することが少なくない。しかし、症状が回復し復職してはみたものの、短期間で再休職するケースの増加が報告されている。これらは社会の変化、職場環境の変化に加え、自責的ないわゆる“うつ病”とは異なる、“現代型うつ病”や“社会不安障害”、“双極性障害”などを背景とした、うつ症状の複雑化も要因と言われており、休養と薬物療法という従来の治療法だけでは、復職が困難になっている。今回、職場のメンタルヘルスの真に役立つ対策の一つと考えられるリワークについて、現状や事例を交え現時点での評価を試みたいと思う。

【リワークとは】

“Rework”の直訳は「やり直す」「再生する」などであるが、我々の目的は「復職支援」そして「再休職を防ぐこと」にある。現在、独立行政法人、高齢・障害者雇用支援機構や少数の精神保健センターなどで職場復帰援助プログラムやリワークプログラムが実施されている。さらに2008年に「うつ病リワーク研究会」（研究会）が五十嵐らにより発足し、リワーク活動を行っている医療機関約80施設が登録している（2010年12月末現在）。各々の施設の立地環境により、参加者の職種は様々であるが、プログラムは主に、ミーティング、オフィスワーク、疾病教育、心理教育、運動・作業療法などで構成されている。

【リワークの必要性】

精神疾患で休職した場合、薬物療法と一定期間の休養を必要とする。徐々に症状が改善してくると患者は復職を希望し、主治医は「復職可能」

の診断書を書く。職場では、それを受け、治ったと判断し受け入れる。しかし、診察室での“復職可能”と、実際の職場が求める“復職可能”には隔たりのあることが多く、隔たりが大きければ大きいほど、症状の再燃に至りやすく、再休職を繰り返すケースを筆者は経験している。実際、2008年に研究会が実施した調査によると、『うつ病休職者の復職時や復職後に困ること』（複数回答制、回答率97.8%）という質問に対し、「復職可能な状態か判断が難しく迷うことが多い」、「復職しても短期間で再休職することが多い」と答えた精神科医が55.1%、52.9%と半数以上を占めた。また、「不十分な回復状況だが、本人や家族から強い復職の希望があり対応に困る」、「会社とのコミュニケーションが取れないのでスムーズに復職が進まない」（49.1%、43.4%）という回答も多く、逆に「困ることは特にない」という回答は7.1%のみであった。

リワークにより、病気への理解、物事の捉え方、考え方の癖や休職に至った過程の振り返り、更に心理療法による認知の修正、また、職場を想定した作業や、通勤できる体力作りなど、現実的なプログラムを薬物療法と共に治療の一環として行っていくことは、主治医・患者・職場の溝を埋め、復職へとつながり易く、また休職を繰り返しにくくすると考えられる。また、これらは休職が長期間に及ぶ場合や、再休職を繰り返している場合ほど効果的と予想される。

【職場復帰支援の今後】

リワーク効果のエビデンスは研究会で継続的に検証されている。施設基準やプログラムの標準化、評価法、その有効性についても試行錯誤がなされており、順次報告され反映されている。

厚生労働省による「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～メンタルヘルス対策における職場復帰支援～」が平成 21 年 3 月に改訂され、3 次予防（復職プロセスを含む事後処置の再発予防）をしっかりと行うことが、職場の信頼性と活力を向上させることにつながり、それが疾病に至るリスクを低減させていく可能性につながることを示唆されている。これら行政の示すハードと、現場サイドのリワークプログラムというソフトが相互に柔軟にリンクすることが望まれ、それらが主治医、産

業医、職場、そして患者自身により有効に活用されることで、職場復帰が円滑に進み、さらには再休職の予防に反映されることが期待できると考えられる。

【参考文献】

- ・厚生労働省 HP
- ・日本生産性本部 HP
- ・「誰にも書けなかった復職支援のすべて」
秋山剛 監、日本リーダーズ協会 出版

職場復帰支援の流れ（厚生労働省 改訂 平成 21 年 3 月）

<第 1 ステップ>

病気休業開始及び休業中のケア

ア病気休業開始時の労働者からの診断書（病気休業診断書）の提出

イ管理監督者によるケア及び事業場内産業保健スタッフ等によるケア

ウ病気休業期間中の労働者の安心感の醸成のための対応

エその他

<第 2 ステップ>

主治医による職場復帰可能の判断

ア労働者からの職場復帰の意思表示と職場復帰可能の判断が記された診断書の提出

イ産業医等による精査

ウ主治医への情報提供

<第 3 ステップ>

職場復帰の可否の判断及び、 職場復帰支援プランの作成

ア情報の収集と評価

（ア）労働者の職場復帰に対する意思の確認

（イ）産業医等による主治医からの意見収集

（ウ）労働者の状態等の評価

（エ）職場環境等の評価（オ）その他

イ職場復帰の可否についての判断

ウ職場復帰支援プランの作成

（ア）職場復帰日

（イ）管理監督者による就業上の配慮

（ウ）人事労務管理上の対応

（エ）産業医等による医学的見地からみた意見

（オ）フォローアップ（カ）その他

<第 4 ステップ>

最終的な職場復帰の決定

ア労働者の状態の最終確認

イ就業上の配慮等に関する意見書の作成

ウ事業者による最終的な職場復帰の決定

エその他

職場復帰

<第 5 ステップ>

職場復帰後のフォローアップ

ア疾患の再燃・再発、新しい問題の発生等の有無の確認

イ勤務状況及び業務遂行能力の評価

ウ職場復帰支援プランの実施状況の確認

エ治療状況の確認

オ職場復帰支援プランの評価と見直し

カ職場環境等の改善等

キ管理監督者、同僚等への配慮

救急患者搬送時における救急隊員の身体的負荷の状況および負荷軽減策

○竹内 郁登¹⁾²⁾、中田 実¹⁾、栗岩 和彦¹⁾、栗原 義宣¹⁾、増田 浩子¹⁾、影近 謙治¹⁾、山田 裕一¹⁾、吉澤 正尹¹⁾³⁾、西島 吉典⁴⁾、加藤 達雄⁵⁾（金沢医科大学¹⁾、千木病院²⁾、福井大学³⁾、大阪教育大学⁴⁾、常磐会学園大学⁵⁾）

【目的】

平成 23 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災は、観測史上最大のマグニチュード 9.0 で、広大な範囲に多大な被害をもたらした。死者は 15,000 人以上、重軽傷者は 5,300 人以上といわれ、高齢者を中心に避難所での発病・死亡も相次いでいる。この未曾有の危機に対して、日本全国各地あるいは世界中からたくさんの医師・コメディカル、レスキュー隊、消防隊、自衛隊、軍隊、一般企業など様々な職種の人々による救助・支援活動が行われている。負傷者の搬送は昼夜を問わず行われ、とりわけ救急隊員は自分自身の健康管理にまで意識が回らない状況であることが想像される。平時から救急隊員の労働環境・健康状態を把握し、その改善に努めることは、普段の救急搬送の状況を改善させるのみならず、今回のような大震災や同時多発テロ、地下鉄サリン事件などの大規模災害時における救助活動を迅速かつ効率的に行い継続していく上で、大変重要である¹⁾と考える。

本調査は、平時における救急隊員の労働環境・健康状態の実態を知るために震災直前の平成 23 年 3 月初旬に実施したものである。

【方法】

石川県内 4 地区の消防署に勤務する救急隊員に、職務内容および健康・生活面に関するアンケートを実施したところ、128 名

の隊員より回答を得た（回答率 95%）。この集計結果から、救急隊員の労働環境・健康状態について検討を行った。

【結果と考察】

回答者のプロフィールは、男性 126 名、女性 2 名。平均年齢 37.8 歳。救急隊員の経験年数は平均 10 年 5 ヶ月であった（表 1）。

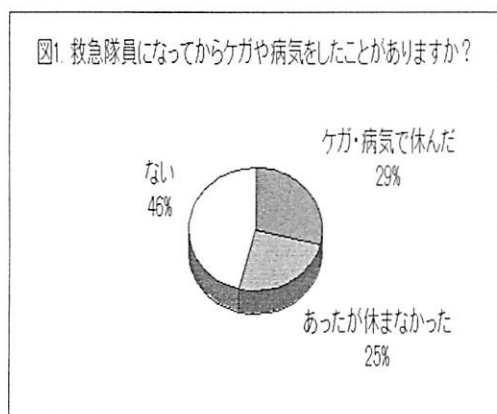
表 1. アンケートに回答した救急隊員のプロフィール

性別	男：126 名、女：2 名	
平均年齢	37.8 歳	
これまでの経験年数	救急隊	10.4 年
	消防隊	9.5 年
	救助隊	10.5 年
	その他	5.3 年
所属	A 地区	76 名（回答率 100%）
	B 地区	24 名（回答率 100%）
	C 地区	17 名（回答率 100%）
	D 地区	11 名（回答率 61%）

救急業務は、傷病者を搬送するという肉体的・精神的に負担のかかる業務内容であり、救急隊員自身がストレスにさらされる可能性が高いことが予想できる。

1. 「救急隊員になってから、ケガや病気をしたことがありますか？」の質問に対し、「ケガや病気で休んだことがある」と答えた者 29%、「ケガや病気はしたが休まなかった」と答えた者 25%を合わせると 54%であった（図 1）。そのうち、救急経験 5 年以下の隊員では 29%、同 6 年以上の隊員では 69%が「はい」と回答した。
2. 「最近 12 ヶ月で腰痛や腰部の違和感などの腰部症状を自覚したことがありますか？」という質問に、「はい」答えた 63%

のうち、経験5年以下の隊員で「はい」と回答したのは47%、同6年以上の隊員では72%であった。



3. 「最近1ヶ月間に腰痛がありましたか？」という質問では、経験5年以下の隊員では18%が「はい」と回答したのに対し、経験6年以上の隊員では32%が「はい」と答えており、経験年数の長い者ほど腰痛者が多かった。

4. 近年都市部では、住居が一戸建て家屋から高層アパートやマンションへと変化してきている。石川県加賀地区はまだ一戸建て住居が多いが、それでも地方都市の金沢市では、住居の高層化が進みつつある。救急搬送において、高層階からの患者搬送には大変な困難が伴う。「ストレッチャーがエレベーターで使えなくて困ることはありませんか？」という質問に対して、「よくある」と答えたのは35%で、「ときどきある」(34%)、「まれにある」(22%)をあわせると、91%の隊員がエレベーターでの搬送で困っていた。また、「狭い場所でストレッチャーが使えないときによく使う搬送方法は？」との質問には、71%が布担架、12%がスクープストレッチャー、8%が直接持ち上げる/背負う、7%がバックボードと回答した。

5. 「救急搬送時に、患者や家族とトラブルになったことはありますか？」という質問には、75%の隊員が「ある」と答えた。

6. 以上の調査結果から、救急隊員には、搬送時に特に腰部を中心とする肉体的なストレスがかかり、救急隊の勤続年数が増えるに伴って身体的故障が増え、その結果、経験を積んだ救急隊員が勤務を継続できなくなる可能性が懸念された。とりわけ高層建築や狭い場所での搬送は、ほぼ人力で搬送しており、今後有効な方法や資機材の開発等による改善が必要であると考えられた。

1995年の阪神淡路大震災の際に救急活動の主役となった兵庫県の救急隊員の調査²⁾では、救急隊員自身は高い職務満足度を示したが同時に高率の腰痛問題と強いメンタルストレスとにさらされており、労働環境の改善とストレス管理が重要であることが指摘されている。

【結論】

今後の救急業務の高度化に伴い、救急隊員の身体的・心理的両面のストレスの軽減を救急システムの一環として組み入れて推進する必要がある。

【参考文献】

1. 平成22年度消防白書 消防庁編
2. N. Okada, N. Ishii N, M. Nakata, S. Nakayama: Occupational Stress among Japanese Emergency Medical Technicians: Hyogo Prefecture. Prehospital Disaster Medicine 2005;20(2):225-121.