

第 I 章 文献的考察

A. 筑波研究学園都市の産業保健学的問題

科学技術の粋を集めた筑波研究学園都市は、初期の各研究所建設・職員の移住より 28 年が経過したが、現在に至るまでにもっとも注目された産業保健学的問題は、当時の報道を賑わした昭和 60 年代の「つくばシンドローム」という言葉⁶⁵⁾ (Naito S., Kamijo F., Seno E. *et al.*, 1988)に象徴される筑波研究学園都市での職員の連続自殺が発生して以来、心の健康対策（メンタルヘルスケア、以下メンタルヘルスケアと表記する）であった。そのため、昭和 61 年 9 月に筑研協¹⁴⁹⁾（筑研協事務局, 2002a)内に「精神衛生対策ワーキンググループ」が設置され¹³⁴⁾（精神衛生対策ワーキンググループ, 1988b)、このワーキンググループにおいて、メンタルヘルスケアの手引き書「職場のメンタルヘルス Q&A」¹³³⁾（精神衛生対策ワーキンググループ, 1988a)の作成がなされ、各研究所で活用されてきた。また、メンタルヘルスに関する研修会などの活動を推進すると同時に、筑研協加盟の全機関の職員を対象にした全数調査である「筑波研究学園都市研究機関等職員の意識調査」を昭和 62 年より 5 年ごとに行う事によって、筑波研究学園都市におけるメンタルヘルスケアの改善と向上に取り組んできているが、さらなる改善のための方針や具体的方策を各研究機関より強く求められている。

つまり、筑波研究学園都市の各研究機関における職員のメンタルヘルスケアに関する問題が、現在も重要かつニーズの高い産業保健学的問題として残されたままになっている。

B. 産業保健学における近年の問題

B-1 メンタルヘルスケアの問題

a. 日本における自殺者数の増加

自殺者数は、集団の精神的健康度を端的に示す指標の一つとして精神保健分野で従来からよく研究されている^{71), 138)} (Richman, 1986; 高橋, 1997)。最近の自殺者数を警察庁のまとめた統計データ¹¹⁵⁾（警察庁生活安全局地域課, 2002)から抜き出すと、2000 年の自殺者は 31,957 人で、過去最悪だった 1999 年より 1,091 人(3.3%)減少したものの、3 年続けて 3 万人を超えている。

これは、1 日にすると約 88 人が自殺で死亡していることになる。この自殺者数 31,957 人は、交通事故死者が 9,066 人であることからすれば、自殺による死亡は交通事故による死亡の 3 倍強と極めて多く、最近数年の間、日本人全体の精神的健康度は芳しくない状況にあることが推測される。一方、筑波研究学園都市においての自殺者数の統計は、残念ながら公表されたものがなく比較できない。しかし、上述したように現在でも各研究機関において職員の自殺予防を含むメンタルヘルスケアに関する課題が残されたままになっている。

同統計より 2000 年には、自殺者数に占める勤労者の割合は、被雇用者 7,301 人、自営

業者 4,366 人、管理職 696 人で、勤労者全体で 12,363 人となり、自殺者全体の 38.7%を占めていた。被雇用者で遺書を残した自殺者は 2,499 人で、一番多い自殺の理由は、経済生活問題で 760 人(30.4%)、次に健康問題 631 人(25.3%)、勤務問題 449 人(18.0%)の順であった。なかでも、中高年の自殺率が高く、政府が勤労者層を中心とした自殺予防の対策¹¹⁰⁾(厚生労働省, 2001)を 2001 年に打ち出すなど、産業保健分野における最近の大きな関心事となってきた。

また、就業者の自殺のおよそ 70%はうつ病が原因と推定している報告⁹⁸⁾(荒井, 1991)もあり、自殺が生じやすいのはうつ病の初期、あるいは回復期といわれている¹⁰⁵⁾(大森, 1999)ことと相まって、勤労者層の自殺予防対策は、その背景に存在している職場におけるうつ病を中心としたメンタルヘルスケア対策がその根本的解決策になると考えられる。

b. 職場におけるうつ病を中心とした精神疾患の増加

財団法人社会経済生産性本部が実施した、上場企業を対象とした心の健康に関する調査(2002 年 3 月実施; 282 社の人事労務担当者が回答)に基づいた「産業人メンタルヘルス白書」⁹⁹⁾(飯田, 有泉, 2002)では、上場企業という偏りはあるもの、上場一般企業における「心の病」の実態が明らかになった。

この白書によれば、約半数(48.9%)の企業が、最近 3 年間の心の病は「増加傾向」とであると回答している。これを規模別にみると、1,000 人未満の企業では 34.6%、1,000 人から 2,999 人の企業では 55.1%、3,000 人以上の企業では 61.5%と、大企業ほど職場における精神疾患が問題になっている事が示唆される。

また、社会全体において、今後の職場における精神疾患の増減傾向については、全体の 84.0%と圧倒的多数が「増加すると思う」と回答している。

心の病のうち最も多い疾患は、「うつ病」(72.3%)であり、「心身症」(9.2%)、「神経症(ノイローゼ)」(8.5%)が少々みられる。3,000 人以上の企業では、「うつ病」が 84.6%という高さである。

そして、58.5%の企業においては、「心の病」で 1ヶ月以上休業している従業員が存在する。さらに、3,000 人以上の企業においてはこの割合が 89.7%にも上っている。

c. THP (Total Health Promotion Plan) の推進

健康障害の防止を主体とする従来の健康管理に加えて、さらに一歩進んだ労働者の心身両面にわたる健康の保持増進を目的として、昭和 63 年(1988 年)5 月に労働安全衛生法が改正され、同年 10 月より施行された。労働安全衛生法第 70 条の 2 の規定により厚生労働大臣が公表した健康保持増進のための指針(健康づくり指針)に沿って事業所における労働者の健康保持増進措置を普及するため、厚生労働省と中央労働災害防止協会では、心とからだの健康づくり「THP」(トータル・ヘルスプロモーション・プラン)^{61), 122)}(Mishima N., Fujii J., Irie M. *et al.*, 1995; 小林, 1994)を推進している。

この概要は、事業所の安全衛生委員会又は衛生委員会の審議を得て、健康保持増進計

画(中長期の目標の設定、年次計画)を決め、各職場での健康保持増進措置の実施についての事業所内での協力体制をつくり、その健康保持増進計画に基づいて産業医を中核としたスタッフ(運動指導担当者、運動実践担当者、心理相談担当者、産業栄養指導担当者及び産業保健指導担当者)がそれぞれの専門性を活かしつつチームを組んで個人の健康づくりを進めるというものである。

事業所内でこれらのスタッフが全て揃った場合には、産業医を長とする「健康保持増進専門委員会」を設置し、個々の労働者に対する健康保持増進措置に関して専門技術的立場から検討や評価を行い、個々の労働者に各種の具体的な指導をすることが望まれる。労働者の健康保持増進措置は、事業所単独で全て実施できることが理想的な姿であるが、事業所によっては健康保持増進計画の策定、健康測定及び運動指導等を担当するスタッフや健康づくりに必要な施設を確保することが難しいところもある。この場合には外部専門機関の支援のもとに健康保持増進措置を実施することが必要である。

THP 推進の背景には、定期健康診断結果の有所見率が上昇傾向にある事が挙げられる¹²⁰⁾(厚生労働省 労働基準局, 2001)。この主な要因としては、労働者の高齢化が考えられている。生活習慣病は若年期からの適度な運動、健全な食生活、ストレスのコントロール等の健康的な生活習慣を身につけることによって予防可能で、発症の時期を遅らせ、発症の程度を軽くすることが可能とされている¹³²⁾(生活習慣病予防研究会, 2002)。労働者の高齢化による健康対策や加齢に伴う心身の機能低下による労働災害の防止、技術革新による作業態様の急速な変化等によるストレスの増加に伴う心の健康対策への対応が求められている。労働者がいつまでも心とからだ健康で、その能力、技術を十分に発揮できるようにしておくことは労働者にとっても、また事業の活動の活性化の面からも重要な事項である。

心と体の健康が保てることは、企業にとっては事業の活性化、個人にとっては自己実現、社会にとっては活力のある地域社会の形成の基本であり、健康は社会資源という考えが広がりつつある^{131), 170)}(塩飽, 山根, 福島, 1997; 藤原, 河合, 原田 他, 2001)。THP は、事業者・労働者・サービス機関等がそれぞれの立場で努力することにより、労働者各個人が心とからだの両面にわたる健康的な生活習慣へ行動を変容する必要性を認識していくことを目指した、日本における職場のメンタルヘルスケアに関して、初めてその内容が明記された国の指針といえる。これ以後、職場のメンタルヘルスケアの問題は解決に向けて、大企業を中心に各事業所で様々な取り組み^{123), 114), 113), 174), 139), 140), 161), 162)}(近藤, 1998; 栗岡, 2002a-b; 森崎, 1997; 田中, 2002a-b; 廣, 1999, 2002)が行われるようになってきた。一方で、小規模事業所においてはその取り組みはまだまだ普及していない事が報告されている⁶⁴⁾(Muto, Hsieh and Sakurai, 1999)。

d. 健康日本 21 における「心の健康対策」

こころの健康とは、世界保健機関(WHO)の健康の定義¹¹⁷⁾(厚生省大臣官房国際課, 1999)にも明確に述べられているように、いきいきと自分らしく生きるための重要な条

件である。具体的には、自分の感情に気づいて表現できること(情緒的健康)、状況に応じて適切に考え、現実的な問題解決ができること(知的健康)、他人や社会と建設的でよい関係を築けること(社会的健康)を意味している。人生の目的や意義を見出し、主体的に人生を選択すること(人間的健康)も大切な要素であり、こころの健康は「生活の質」に大きく影響する。

こころの健康には、個人の資質や能力の他に、身体状況、社会経済状況、住居や職場の環境、対人関係など、多くの要因が影響し、なかでも、身体の状態とこころは相互に強く関係している^{80), 81)} (Servan-Schreiber, Kolb and Tabas, 2000; Servan-Schreiber, Tabas and Kolb, 2000)。

こころの健康を保つには多くの要素があり、適度な運動や、バランスのとれた栄養・食生活は身体だけでなくこころの健康においても重要な基礎的要素である。これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す「休養」が加えられ、健康のための3つの要素とされてきた。さらに、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素となっている。

国民全体に予防医学的見地から具体的な数値目標を掲げた政策方針である健康日本21¹²⁵⁾ (財団法人健康・体力づくり事業財団, 2000)では、「ストレス」「睡眠」「自殺者の減少」に関して、具体的な目標値を以下のように設定している。これにより、今後メンタルヘルスケアの問題は、全国民を対象とした予防医学として積極的に実施される事になる。

1. ストレス

- ・「最近1ヶ月間にストレスを感じた人」の割合の減少

目標値： 1割以上の減少

基準値： 54.6%¹²⁴⁾ (財団法人健康・体力づくり事業財団, 1996)

2. 睡眠

- ・「睡眠によって休養が十分にとれていない人」の割合の減少

目標値： 1割以上の減少

基準値： 23.1%¹²⁴⁾ (財団法人健康・体力づくり事業財団, 1996)

- ・「眠りを助けるために睡眠補助品(睡眠薬・精神安定剤)やアルコールを使うことのある人」の減少

目標値： 1割以上の減少

基準値： 14.1%¹²⁴⁾ (財団法人健康・体力づくり事業財団, 1996)

3. 自殺者の減少

目標値： 22,000人以下

基準値： 31,755人¹¹⁶⁾ (厚生省, 1998)

以上より、現在の日本の職場におけるメンタルヘルスケアの問題への関心とこれに対す

るニーズは、企業はもちろんの事、社会全体で高まってきていると考えられ、行政、医療保健機関、教育機関、企業のそれぞれの特性を活かした対策と、国民一人一人の認識と予防対策がこれからの時代では必要となってくると考えられた。このような時代背景のなか、最近筑波研究学園都市においてだけでなく、日本全体においても、21世紀の初頭10年間に重点的に実施すべき労働衛生研究の優先課題を明らかにする作業を行った「21世紀の労働衛生研究戦略協議会」の結論¹⁷⁹⁾（労働衛生重点研究推進協議会, 2002）として、「メンタルヘルスと産業ストレス」は18優先課題の1つに位置づけられ、産業保健学の重点研究課題としてメンタルヘルスカケア対策が挙げられている。つまり、近年の産業保健学的な研究課題としてメンタルヘルスカケアの問題は、非常に重要な課題であり、かつ早急な解決を求められているものといえる。

B-2 ストレスと疾病の因果関係の問題

上記のように、近年の産業保健学の分野でメンタルヘルスケアの問題を解決するために、原因追及の研究が多くなされてきた。その代表的なものがストレスと疾病に関する因果関係を探索するものである。

その結果、多くの疫学研究および心理学研究により、健康に及ぼす労働とそのストレスの重要性が、証明されてきた^{38), 58)} (Greig, Bamberg and Semmer, 1991; Leitner, 1993)。労働には、種々のストレス因のようなメンタルヘルスに対するリスクがともなう。しかし、それと同時に労働は、自己実現、人格発達、および安寧 (well-being) への機会も提供するものでもある。どの労働要因が健康に危害を与え、どの労働要因が健康を促進するかについての理論的説明は多数ある。以下、現在集約されつつある 5 つの理論的モデルを概観しながら、労働に伴うストレス (職業性ストレス、以下職業性ストレスとする) と疾病もしくは精神的健康度との因果関係についての現在までの知見と問題点をまとめる。

a. Holmes と Rahe のライフイベントモデル

1960 年前後に、アメリカのワシントン大学精神科の Holmes、Rahe、マスダらは、彼らの臨床的経験から「生活適応 (への努力) を必要とするある種の社会上の出来事が、疾病の発生と有意に時期を同じくして併発していることを確かめ」、ここから「この種の社会上のまたは生活上の出来事が病因上—疾病の原因としては十分ではないが必要な—意味があり」、「部分的には発病の時期を説明する理由となる」と考えた。そして、「人生 (生活) に変化を起こさせる」ような「この種の出来事」の震度 (マグニチュード magnitude) を、「疫学研究の定量的基礎として」計量することを試みた。これが、有名な「人生事件 (ライフイベント)」型ストレスの研究である⁷⁰⁾ (Rahe, 1974)。この計測は、具体的には、43 項目のライフイベントからなる「社会再適応評価尺度」Social Readjustment Rating Scale(1967)と呼ばれるチェックリストを作り、394 人の被験者に、基準として「結婚」を 500 点として、これに比べて再適応の努力の大きさやそれに必要な時間を主観的に判断させて記入させるという方法をとった。そしてその結果の平均値を「ストレス値 (value)」と名付けた。

b. Lazarus のデイリーハッスルズモデル

Holmes、Rahe らのライフイベントモデルの発表をうけ、Lazarus はそれに対しての批判として、「日常生活の些事により、常に長期間繰り返され、かつ意識されないうちに経験されるストレス」の重要性を主張した⁶⁰⁾ (Lazarus, 1971)。ここでキーワードとなるのは、日常精神混乱(hassles)と高揚(uplifts)である。hassles とは、日常生活での「細かな煩わしさ minor annoyance」から「かなり大きな圧力、問題または困難 fairly major pressure, problem or difficulties」を惹起する体験と定義される。一方 uplifts とは、「良い感じがする feel good」から「平和、満足、喜び peace, satisfaction, or joy」までを惹起する体験である。共にそれら体験への一次的な認知的評価とされる。ライフイベントをある時期に一気に襲ってくる急性のストレス要因と捉えるのに対して、デイリーハッ

スルズは日々蓄積していくような慢性のストレス要因として現在では捉えられている。

c. Karasek の Job-strain (要求度-コントロール) モデル

Karasek らは、アメリカの 4,495 名の男女を対象に、仕事の心理的要求度と自由裁量度が職業により差があるかどうかを検討している⁵⁵⁾ (Karasek and Theorell, 1990)。それによると、要求度が高く、自由裁量度の低い職種 (高 strain 群) は、流れ作業労働者、裁断工、ウェイター、看護助手、電話交換手、キーパンチャー、荷物取扱者等を挙げ、一方、要求度が低く、裁量度の高い職種 (低 strain 群) では、保線労働者、修理工、機械工などが挙げられている。

高 strain 群への対処では、仕事上の要求度を減らし、仕事の裁量度を高めることが基本である。ただ、職種や仕事条件によっては困難な場合も多い。そのため、Johnson らは、従来の要求度-コントロールモデルに加えて、社会的支援度を加えた 3 次元モデルを提案した (extended Karasek model)^{48), 85)} (Johnson and Hall, 1988; Theorell, de Faire, Johnson *et al.*, 1991)。そして、13,779 名のスウェーデンの男女労働者の調査で、低 strain (低い要求度+高い自由裁量度) で、かつ高支援度のカテゴリーにある労働者の虚血性心疾患有症候者の頻度を 1.0 とした場合、高 strain 群 (高い要求度+低い自由裁量度) で、かつ低支援度群の頻度は 2.17 となったのに対して、高 strain にもかわらず、高い支援度を有する群では 1.82 と有意に低値であったとし、職場の支援度の高低が心疾患の発症に関与していることを示した。なお、上畑は、過労死事例の場合も、ほとんどの事例が高要求度で、かつ低い支援度状態にあり、この 3 次元モデルは過労死モデルとしても成立すると報告している⁸⁸⁾ (Uehata, 1991)。

d. 行動抑制論に基づくモデル

行動抑制論は一般に、人の行動が異なるレベルの行動抑制に基づいて階層的に構成されるものとして概念化している。個人は上位レベルの動機に基づいて特定の目標を導き出す。これらの目標に基づき、個人は下位目標および特定の行動計画を展開する。そして、その行動が目標を達成するものであるかどうかを監査しつつ、特定の行動を遂行するのである。行動抑制論に基づき、観察的インタビューによって職務のストレス要因と資源を測定するための、職務分析方法が多数開発された^{39), 44)} (Hacker, 1990; Hurrell and McLaney, 1988)。この方法の利点は、労働者個人の評定と無関係に、職務特性を「客観的」に評価することである。さらに職務ストレス要因および資源を詳細に記述することができるので、職場の再設計のための具体的な問題解決方法を導きだせる可能性がある。

この行動抑制論において、ストレス要因とは労働者を能率的に管理しなければ、目標達成を妨げる職務特性と定義される。このストレス要因の例に含まれるのが、職務に関して必要な情報の欠如、不適切な労働手段、あるいは仕事の頻繁な中断がある。これらの状況は労働者に当初の計画から離れることや、割り当てられた職務のやり直しを求めたり、あるいはリスクの大きい行動を要求することになる。さらに、ストレス要因には、職務目標と価値や規範が矛盾するというような、不確かで、相反する目標というものも

含まれる。

資源とは、個人が選択することのできる一連の可能性を提供する機会と概念づけられる。資源は個人が状況に影響を与え、個人の考えにしたがって行動し、スキルとコンピテンシーを適合させ、発展させることを可能にするものである。

異なる理論的枠組みに基づくものではあるが、これらの考え方は上述した Job-Strain モデル(要求度-コントロールモデル)の根拠にも似通った部分がある⁵⁵⁾(Karasek and Theorell, 1990)。要求度-コントロールモデルと同様に、行動抑制論においても、学習および人格発達のためには、職務における裁量権が重要であることが強調されている。ドイツでは、要求度-コントロールモデルは、職場ストレス要因と職場資源の両方を概念化したという理論的貢献から広く認知されている。しかしながら、実際には職場への介入に際して、要求度-コントロールモデルが利用されることは余りない。というのも、このアプローチによって得られるデータが、具体的な職場の再設計に関する示唆を得るには十分なものではないのが常であり、「職務における裁量権の拡大、および職務に関する要求の減少」のように、極めて広義な勧告を出すだけにとどまるからである。

e. NIOSH の職業性ストレスモデル

職業性ストレスモデルは多数提唱されている中で、最も包括的なものの一つに NIOSH の職業性ストレスモデルがある⁶⁶⁾(NIOSH, 1996)。

このモデルでは、ストレスの原因になる外からの刺激をストレッサーと呼ぶ。人は日々の生活で様々なストレッサーに直面するが、職場では作業の質的・量的負担、職場の不十分な物理的環境や人間関係の問題などの様々な職場のストレッサーに曝される。これらのストレッサーが大きくなると自己の認識にかかわらず、「疲れる」、「イライラする」、「仕事への不満」、「意欲の低下」、「出社困難」などの急性のストレス反応が生じてくる。そして、その個人が持っているストレスへの対処能力を越すと、心身症やうつ病に至る。しかし、このストレス反応の大きさには個人差がある。年齢、性別、性格、能力などの個人的要因や仕事以外の要因、上司や同僚、家族からの支援(社会的支援)の有無によってストレス反応の大きさや健康問題の発生は大きな影響を受けると考えられている。社会的支援はストレス反応を軽減し、健康問題の発生を予防することが、多くの調査研究で明らかになっており、このモデルではストレス反応の緩衝要因と呼ばれる。

以上のように、職場のメンタルヘルス対策を考える場合、これらのモデルを念頭に置くことで、対策の全体的な位置づけが理解できる。職場や職場以外からのストレッサーを減らし、個人のストレス対処法やストレス解消法を強化し、上司や同僚からの支援を増やすようにすれば、ストレス反応や健康問題の発生を減らすことができると考えられる。実際、多くの職業上の健康促進対策は、上記の行動抑制理論およびストレス理論に基づいている。

この2つの枠組みはともにストレスの発生とその結果について説明しているものである。さらに、資源に重点を置いた健康発生論的アプローチ(salutogenetic approaches)、およ

び個人の健康行動を規定する諸条件を重視した健康関連行動に関する概念も挙げられる。

B-3 職場復帰の問題

前述のようなモデルの検討による因果関係の追求は日々続けられているものの、それ以上に日々発生している職業性ストレスに関連する問題は、研究成果をはるかに越える勢いで蓄積されている。そのため厚生労働省は、職場のストレスでうつ病などを発症し、休職する会社員が増えていることに対して、在職精神障害者のための「職場復帰支援プログラム」を作成した¹⁰⁶⁾ (加賀, 2002)。対人関係の訓練や職場への「模擬出勤」などが内容で、休職中の会社員を対象にモデル訓練を実施して効果を分析、必要な修正を加えた後、都道府県の地域障害者職業センターでも実施する方針である。プログラムは、精神科医が「復職可能」と判断し、本人に復職意思がある場合に実施する。モデル訓練は厚生労働省の関連施設である障害者職業総合センター（千葉市）で行い、テクノストレスが発症の引き金になった人にはパソコン講習、人間関係でつまづいた人には上司や同僚との上手な接し方の練習などを行う。受講者はストレス対処法なども学ぶ。講習を終えると、復職先の会社への「模擬出勤」を始め、午前中だけ職場に滞在するなどし、徐々に時間を増やす。同時に、職業センターのカウンセラーが企業を訪問して本人と面接、上司や人事担当者にも復帰後の仕事内容や本人への接し方などを助言する。精神障害で最も多いうつ病による休職後の職場復帰は、本人の張り切り過ぎや職場の理解の欠如が原因で失敗し、再発するケースも少なくない。そのため、復帰後しばらくは外来通院継続を確実にすることも重要である。大手企業の中には自前で復職プログラムを実行している所もあるが、中小企業ではほとんどない。

このように職場復帰プログラムが重要視されるようになってきた背景には、上記のように、職場においてうつ病を中心とした精神疾患の増加が浮き彫りになってきたことが考えられる。

C. メンタルヘルス活動における包括的予防システム

C-1 第一次予防（NIOSH モデルに基づいたリスクファクター対策）

職場におけるメンタルヘルス研究の中心的なテーマとしてストレス研究があるのは先述した通りである。Selye の研究⁷⁹⁾ (Selye, 1978)以来、ストレスという言葉が一人歩きし、多方面に使われ、ストレスの概念に混乱が生じている。この混乱を整理するために、今日では外的な圧力としてのストレスを「ストレッサー」と呼び、反応としてのストレスを「ストレイン」と呼ぶことが一般化している。更に、ストレッサーとストレインを結ぶものとして、「モデレーター」と「コーピング (coping)」という概念が生まれている。「モデレーター」とはストレッサーとストレインの間に介在する緩衝要因であり、これによりストレインがやわらげられたり、逆に強められたりする。モデレーターには、性格、ソーシャルサポート（職場の同僚、上役、家族、友人などからの援助）、ライフスタイルなどが含まれる。「コーピング」とはストレインに対処するためにとられる行動である。

ストレッサーには物理的なものから始まり、職務特徴、組織構造、組織プロセス、職歴開発、対人関係に関するもの等様々なものがある。ストレインとはストレッサーが存在したことの結果であり、生理的なもの、心理的なもの、行動的なものを含む。さらに極度のストレインを経験した後におこる症状をバーンアウト（燃えつき症候群）と呼ぶこともある^{16)、25)、28)} (Coffey, 1999; Edwards, Burnard, Coyle *et al.*, 2000; Felton, 1998)。

a. 職業性ストレス要因

職業性ストレスに関する概念等を測定する尺度も様々なものが開発されている。代表的なものに先述した「社会再適応評価尺度 (Social Readjustment Rating Scale)」⁴¹⁾ (Holmes and Rahe, 1967b) (配偶者の死、失業など、43 の生活上の出来事と、その影響度を表す点数が示されており、回答者は過去 1 年間にこれらの変化が自分に起きたかどうかチェックし、チェックされた項目の合計点で、自分の生活における変化の程度を知ることができる) や「ストレス診断調査 (Stress Diagnostic Survey ; SDS)」⁴⁷⁾ (Ivancevich and Mattson, 1980) (時間的プレッシャー、労働過重、役割曖昧と、上司の管理スタイルを含む 15 の仕事関連分野でのストレスに関し労働者の認知を測る)、「職務ストレス調査票 (Job Stress Survey ; JSS)」⁸³⁾ (Spielberger and Reheiser, 1994) (労働者がある特定のストレスが多い労働状況を経験する頻度を測る) 等がある。

この他の代表的な調査票として、上述した Job Content Questionnaire (JCQ)⁵⁴⁾ (Karasek, Brisson, Kawakami *et al.*, 1998)、NIOSH 職業性ストレス調査票^{66)、76)} (NIOSH, 1996; Sauter, Murphy and Hurrell Jr, 1990)、職業性ストレス簡易調査票¹¹⁸⁾ (厚生労働省, 2002)等がある。「職業性ストレス簡易調査票」は労働省からの委託研究として開発された。

また、Dewe は、尺度によって量的な測定を行うことが従来多かったが、大切なのは質的研究であって、ストレッサーの強度、頻度、どのようにその経験を認知したのか、つまり、肯定的に捉えたのか、否定的に捉えたのか、なぜその様に考えるのかを問う質問

でなければならないと考え、自由回答(open ended)の質問方法を提案している²¹⁾ (Dewe, 1989)。

ストレスに関する直接的な概念だけではなく、自己統制感(Locus of control)^{42), 43), 86), 89)} (Holroyd, Molassiotis and Taylor-Pilliae, 2001; Holroyd, Molassiotis and Taylor-Pilliae, 2001; Thomas, 1995; von Mackensen, Bullinger and Morfeld, 1999)、自己効力感(self efficacy)^{11), 26), 90)} (Brown and Barbosa, 2001; Eisner, Yelin, Trupin *et al.*, 2002; Walker, 2000)、タイプA^{37), 46), 87)} (Green, Duthie, Young *et al.*, 1990; Irie, Miyata, Nagata *et al.*, 1997; Turley, Kinirons and Freeman, 1993)、バーンアウト^{1), 24), 67)} (Aasland and Falkum, 1992; Dudek, Merecz and Makowska, 2002; Olkinuora, Asp, Juntunen. *et al.*, 1990)、セクシャルハラスメント^{15), 33), 72)} (Charney and Russell, 1994; Ghahramanlou and Brodbeck, 2000; Richman, Rospenda, Nawyn *et al.*, 1999)等の新たに登場した概念を取り入れ、それとストレッサー、モデレーター、ストレイン等の関係をみた研究も多い。

また、ストレス耐性(Hardiness)という概念も導入されている。これは「ストレスに傷つくことにおける個人差を説明する性格変数」⁷⁸⁾ (Schultz and Schultz, 19156)であり、ストレス耐性の低い者と高いものでは、過去に経験したストレッサーの評価が異なることが示されている。

その後、因果関係を探るために1980年代後半から縦断的研究が行われるようになったが、1990年代には共分散構造分析モデルによる因果関係の検討を行う研究が登場し、最近特に多くなっている^{34), 51), 84)} (Glomb, Richman, Hulin *et al.*, 1997; Judge, Boudraeu and Bretz, 1994; Terry and Tonge, 1995)。これは、従来の原因と結果という単純化されたモデルのなかに、ストレス研究特有の認知の違いといった個人の修飾要因を、共分散構造分析においては数理的な独立変数として取り込むことが可能で、結果として総合的にモデルの解析・解釈が出来る事がその大きな利点として最近注目されているためである。

一方、因果関係だけでなく、ストレス低減の様々な手法に関しても研究が行われているが、実施のし易さ、効果測定のし易さ等により、リラクゼーション⁶³⁾ (Murphy and Sorenson, 1988)、レクリエーション⁶⁸⁾ (Osipow and Davis, 1988)、バイオフィードバック²³⁾ (Drennen, Vidic and Nay, 1988)、レジャー¹³⁾ (Cannigham, 1989)、カウンセリング²⁹⁾ (Firth and Britton, 1989)等、個人に適応されるものの研究が多い(これらはストレイン低減に効果があったとされる)。また、これも個人を対象としたものであるが、ストレッサーの縮小を目指す認知再構築方略と職務要求を満たすために技能と能力を改善することが行われており、一定の効果を持つことが示されている。

組織レベルのストレイン低減に関しても、Jones, Antonioni, Bunce等の研究があり、組織レベルで導入されるストレス低減プログラムの効果が検討されている^{2), 12), 50)} (Antonioni, 1994; Bunce and West, 1996; Jones, Barge, Steffy. *et al.*, 1988)。

b. 職場以外のストレス要因

職場以外のストレス要因の代表的なものは、家庭問題がそのほとんどを占めていて、子供の教育問題や、ローンなどの経済的問題、老人介護問題がその主なものである⁶²⁾ (Munakata, Nakao, Fujita *et al.*, 1998)。しかしながら、職場の問題は比較的均一で類型化が容易であるのに対して、職場以外の問題は、その個人差があまりにも大きく多様性に富んでいるため、職場のストレス要因ほど研究が進んでいない状況にある。

c. ストレス緩和要因

ストレス緩和要因として、最近注目されている理論に「健康発生論的アプローチ」があり、この理論では特に資源の重要性を強調している⁶⁾ (Antonovsky and Sagy, 1986)。このモデルが強調するのは疾患を引き起こす原因ではなく、健康維持のための前提条件（資源）である。ここでの中心的問題は、種々のストレス要因や疾病発生要因の影響にもかかわらず、個人が健康を維持することができるのは何によってか、ということである。

資源は状況資源と個人資源に区分される。状況資源には、健康な環境、良好な居住環境と物的保証、良好な家族機能と社会的接触、および満足な労働条件が含まれる。個人資源には内的統制感、自己効力感、コーピングスキル、問題解決スキルが含まれる³⁾ (Antonovsky, 1985)。

職場における重要な外的資源は以下のものである：

- ・自由裁量権の広さ
- ・職務遂行 {職務遂行には、あらゆるレベルにおいてスキルと能力が要求される。例えば、単純な自動車運転スキル、複雑な計画や決定のスキル等（階層的遂行）である。また、職務活動に関しても、あらゆる局面においてスキルと能力求められる。例えば、目標設定、仕事の準備、職務遂行のための組織作り、結果の監査等（持続的遂行）である。}
- ・職務要求の可変性（広汎なコンピテンシーとスキルおよび知識が要求される）
- ・融通性のある時間操作
- ・仕事の有意義さ
- ・職場環境全体、および特定の職務に関して透明性があり、理解し易いこと
- ・ソーシャルサポート

d. 個体側要因

ストレス理論および健康発生要因理論の概念は、ともにストレスの評定とコーピングにおける個人差の重要性を強調したものである。

個人がストレス要因をどの程度ストレスフルと感じるか、および、ネガティブなストレスが個人の健康に与える影響がどの程度かは、個人の状況評定とコーピング・プロセスによって異なる。認知的評定は、個人がストレス要因を評価し、また、状況に対処するために利用可能な個人的資源を評価するプロセスである。コーピングは、問題焦点型

コーピングと情動焦点型コーピング、積極行動型コーピング、および消極回避型コーピングに区別できる。コーピングのネガティブな効果についても考慮することが重要である。すなわち、ストレスは効果的でないコーピングによって発生したり、悪化することがあるし、コストが効果を上回ったり、コーピングが望ましくない副作用をもたらすなら、そのコーピングは役に立たないからである⁷⁾ (Schoenpflug and Battman, 1988)。

個人資源はストレス・プロセスにおいて重要な役割を果たしている。この個人資源によって、その困難さにも係わらず目標達成し、より良い方法でストレス要因に対処し、悪影響を低減させることができるからである。個人資源は、認知的評価、およびコーピング過程に影響を与えることで、直接的あるいは間接的にストレス・プロセスに影響を与えている。

個人資源は、個人がより良い方法でストレス要因を処理できるようにすることで、ネガティブなストレスの結果を緩和させる時に、間接効果（緩衝効果）を有すると報告され、ストレス要因と無関係に個人資源が健康に良い影響を与える時には、直接効果があると報告されている^{31), 69)} (Frese and Semmer, 1991; Praff, 1989)。

e. ストレス反応

こうしたストレスラーによって引き起こされる反応を一般にストレス反応という。急性のストレス反応は多様であり、抑うつ・職務不満感などの心理的反応、血圧上昇や心拍数の増加・不眠・疲労感などの生理的な反応、過食やアルコール飲用、喫煙や薬物使用、疾病休業や事故などの行動面での反応などがある^{80), 81)} (Servan-Schreiber, Kolb and Tabas, 2000; Servan-Schreiber, Tabas and Kolb, 2000)。通常、このようなストレス反応は一時的なものであり、休憩・休息・睡眠・その他の適切な対処により、復元可能である。しかし、場合によっては、ストレス反応は増強して過大・持続的となり、一部は病因論的メカニズムによって疾病の発生に至る。

ただし、ストレス要因に対する反応の仕方は個人の年齢や性別、性格傾向や行動パターンや対処の方法、仕事の熟練度、基礎疾患の有無や治療の状態など個人の特性によって大きく異なる。また、職場の上司・同僚との人間関係、家族関係や家庭での役割負担などの仕事外の日常生活のあり方もストレス反応を緩和する要因となる。近年、こうしたモデルにもとづいて職場の心理・社会的ストレス要因の対策に関する検討が進展してきている。その結果、それぞれのリスクファクターを減少させるような方向の対策が提唱されている。しかしながら、前述した通り、世の中の情勢と相まって特定のリスクファクターの減少は現実的には困難なことが多い。

C-2 第二次予防

(早期発見のための集団の精神健康状態に関する評価方法の開発・応用)

集団の精神健康状態を評価する事は、スクリーニングテストとしての早期発見・早期治療につながるばかりでなく、ストレス反応の定量化をも可能にする。古くは、精神障害による自殺率、入院率や外来受診率を比較して、集団の精神健康状態を評価することが試みられた。しかし、入院率や外来受診率は、その地域の医療体制、経済状況、精神医療への偏見などに大きく左右されることが明らかになるにつれて、異なった地域間や集団間の比較と評価に対しては用いられなくなりつつある。現在では、各種の精神症状評価尺度を集団の精神健康状態の評価に使用することが一般的である¹⁶⁹⁾、¹¹⁰⁾ (廣島, 1992; 北村, 1992)。

このような尺度においては、信頼性および妥当性が高いこと、社会的望ましさの影響を受けにくいこと、回答者への負担が少ない事があげられている¹¹⁰⁾ (北村, 1992)。また、これらの尺度は、スクリーニング、重症度評価、症状プロフィール、診断といった目的に応じて使い分ける事が重要であるとされている。以下、本研究で使用した GHQ と SDS について、これらの観点を検討する。

a. GHQ (The General Health Questionnaire)

GHQ は、英国の Maudsley 精神医学研究所の Goldberg, D.P. 博士によって開発された質問紙法による検査法で、主として神経症者の症状把握、評価および発見に極めて有効な Screening Test である。この質問紙法は診療所、病院などの一般外来患者の集団、その他の集団に効率よく応用することを目的としているために、正常という範囲から変化した症状の発見に主眼点を置き、性格特性などほとんど変化しない問題には配慮していない。主たる内容は正常な精神的機能が持続できているかどうか、あるいは患者、被験者を苦悩させるような新しい事実が出現しているかどうかの質問項目である。初期の開発目的は以上のものであったが、その後の経過、経験から、統合失調症、うつ病の発見にも有効であることが証明されている³⁶⁾ (Goldberg and Hillier, 1979)。

近年は、この GHQ を疾患の検出だけでなく、一般集団の精神的健康度の指標として使用した研究や、ストレス反応の程度として使用した研究が多くみられ、精神保健研究の分野でのストレス反応の指標として、かなり広範に適用が可能であると考えられている¹⁶⁷⁾ (福西, 1990)。

b. SDS (Self-rating Depression Scale)

W.W.K.Zung らの自己評価式抑うつ尺度 (SDS) は質問紙法による情意テストであり、20 項目から構成されている。これらの項目は、Zung によれば、Grinker ら、J.E. Overall および A.S. Friedman らにより報告された抑うつ状態像、ないしうつ病の因子分析的研究に基づいて抽出されたものである⁹³⁾ (William, Zung and Durham, 1965)。20 項目の抑うつ状態像因子のそれぞれに対応して慣用語句で表現される 20 種類の質問が配列される。被験者は 20 項目のすべてについて検査時の被験者の状態にもっともよく当てはまると考

えられるものを4段階に分けられた応答欄から選択して印をつける。各項目について段階に応じて1,2,3,4のいずれかの得点が与えられる。したがって最低は20点、最高は80点となる。

前述したように、職場における代表的かつ頻度の高い精神疾患は抑うつ状態である。抑うつ状態の評価に最も広く使用され、信頼性と妥当性が高いとされているのは、CES-DとSDSの2つである¹⁶⁶⁾、¹¹⁰⁾ (福田,小林, 1973; 北村, 1992)。CES-Dは20項目からなり、うつ病の疫学的研究のために作成された。治療による症状改善に鋭敏であり、スクリーニングにも有用である。ただし一次性うつ病と二次性うつ病の鑑別が出来ないという問題点がある。身体的症状についての項目が多く、65歳以上の高齢者で得点が高くなる傾向が認められている。よってうつ病患者を対象とした研究ではCES-Dが、スクリーニングや集団の精神健康状態の把握にはSDSが適切と考えられる。つまり、SDSによる抑うつ得点のほうが本研究におけるストレス反応の指標としてより適切と考えられる。

C-3 第三次予防（職場復帰プログラムの開発・策定）

第二次予防によって、早期に治療を受けられるようになると、治療後には職場への復帰が待っている。多くの精神疾患を患った労働者が、一度職場復帰を失敗するとダメージが大きく、また会社側の復帰への認識が厳しくなることが指摘されている¹⁵⁵⁾、¹⁵⁶⁾ (永田, 1997; 永田, 三島, 石橋, 他, 1996)。そこで、第三次予防の観点から、有効かつ円滑に推進することのできる職場復帰プログラムの開発・策定が重要かつ現時点での大きな問題になっている。

現在施行されている職場復帰プログラム¹⁰⁶⁾ (加賀, 2002)では、週3~4回、午前中に決まった時間に病院にきて、パソコンなどの作業をすることで「毎朝、定時に決められた場所にきて仕事をする」という会社勤めに近い状況を作り出すことを大きな目標としている。さらに、作業療法士が出席率、身なり、作業の持続性、人との接し方などを細かく観察し、評価表をつくり、復帰に向けて身体を徐々に慣らしていくと同時に、実際に会社での勤務に耐えられる状態にあるか試みていく事も行われている。徐々に仕事を復帰していくことを「緩和勤務」として、少ない時間、無理ない単純作業からはじめて、仕事場に通いながら職場復帰への障壁を緩和していく事がこのプログラムの特徴である。

現在では、緩和勤務を認める企業が依然少なく、産業医の存在も確立していないのが日本の現状である¹⁶⁶⁾ (福井, 2001)。そのため、精神科医が産業医として参加し、企業と本人とのコーディネーターとなり、現実的な形の社会復帰のプランを考え、復職後の適切なアドバイスを行うことが重要と考えられてきている。

職場復帰者を受け入れる職場の対策には以下のような事項があげられている¹⁰⁸⁾、¹⁶⁸⁾、¹⁶⁹⁾ (河野, 1998; 藤井, 1997, 1998)。

- ・精神科の産業医など「本人と職場のコーディネーター」がいる事が望ましい
- ・復職に先立ち、本人、主治医、上司、人事担当者が集まって話し合う

- ・「治ってから復帰」ではなく「復帰しながら治す」という考えで
- ・原則として、もとの職場に戻すこと
- ・初めは、「遅く出て、早く帰るための緩和勤務」から
- ・少々の遅刻や欠席は多めにみる
- ・「怠け病ではない」という認識を職場で徹底する
- ・上司は機会を見つけて、具体的、積極的に誉める
- ・最初のうちは、飲み会などを避ける
- ・本人の意思を確かめ、やみくもな態度で接しない

以上のように、スムーズな職場復帰を促進する対策が検討されてきているが、一次予防同様に、まだまだ原因に基づく対策がとられていないのが現状である。職業性ストレスと疾患の定量的な因果関係が明確になってくれば、職場復帰に際しての対策として、どのような要素をどれだけ配慮していけば良いかというさらに具体的な方策が見いだされることが考えられる。

C-4 包括的予防システム

a. EAP (Employee Assistance Program) 機関の興隆

人員削減で一人当たりの業務量が増え、かつ優秀な業務成績を上司に期待される。不況下にあってこのような状況は珍しく無くなってきた。リストラや成果主義の強化で高まる会社員たちのこのようなストレスを解消し、仕事の生産性を上げようと心の健康管理に力を入れる企業が増加しているのもまた事実である。カウンセリングを通して問題解決にあたる取り組みなどは「従業員支援プログラム(EAP)」⁹⁾ (Bickerton, 1988)と呼ばれ、外部の専門企業に委託する例が目立ってきている。サービスを提供する企業の側も市場開拓を進めており、企業が賃金制度を成果重視に切り替え始めたのに合わせて日本においては、2000年頃より急速に広がり始めた¹²⁹⁾ (島, 2002)。EAP提供会社と契約した企業の社員は基本的に無料で相談を受けられるというほかに、家族の相談を受け付けているというメリットがあるところが多い。精神症状が重い場合などは医療機関に橋渡しする早期発見の鍵ともなる。

EAPが盛んになった背景には、リストラの不安や成果主義重視の賃金体系への移行など、雇用環境を取り巻く急激な変化がある。そうした変化は相談内容にも反映しており、「評価の基準があいまいで上司に認めてもらえない」「合併で新しく来た人となじめない」など職場の対人関係の悩みが5割を占めている¹⁵⁹⁾ (新納, 森, 2002)。

産業医がいる会社では、保健室が窓口となって相談することもできるが、そうでないところ、また産業医が頻繁に訪れてない会社、産業医にカウンセリングの経験があまりないところでは困難である。そのような場合でも、「身近な」カウンセリング機関としてのEAPが注目されている。しかし、日本においてはまだまだ初期の段階にあり、その費用対効果などの研究も遅れており¹²⁹⁾ (島, 2002)、どの企業もがすぐに利用できるような

サービスとはなっていない。

b. 産業保健推進センター等の整備

職場における産業保健活動を一層活発にしていくためには、事業主の理解はもとよりであるが、これに加え幅広く産業医学に精通した産業医を中心とする産業保健関係者の役割が重要である。

そこで、産業保健関係者が、事業所における労働衛生管理の現状、労働者の健康状態等を踏まえて、最新の産業医学、労働衛生工学等の知見に基づき、その機能を十分発揮していけるよう支援機能の一層の充実を図る必要があることから、労働福祉事業団において、都道府県産業保健推進センターの設置及び運営が行われている¹⁴⁶⁾（中央労働災害防止協会, 2002a）。

都道府県産業保健推進センターの業務には以下の事項がある。

・地域産業保健センターに対する支援

地域産業保健センターに関し、必要な支援を行うとともに、定期的に連絡会議を主催することにより、密接な連携を図る。

・産業保健に関する専門的相談

産業医等の産業保健関係者に対し産業保健に関する専門的相談を実施する。

* 窓口相談（電話相談や文書照会に対する回答を含む。）

産業保健活動における実情の聴取、問題解決策についてのアドバイス等実施

* 実地指導

産業医等の個別の要請に応じた現場におけるアドバイスを実施

・産業保健情報の収集提供等

* 産業保健情報バンクの整備

産業医等の産業保健関係者の依頼に応じ、産業保健関係の図書や教材等を提供するための産業保健情報バンクを整備する。

* 産業保健関係情報誌の発行

産業医等の産業保健関係者に対し産業保健活動に関する最新の情報を随時提供するため、地域の産業保健関係情報を集約して産業保健関係情報誌を発行する。

* 産業保健に関する調査研究

上記の専門的相談や情報提供等の機能に資するため、健康障害の原因分析など産業保健に関する調査研究を実施する。

・産業医等に対する研修及びその支援

* 産業医に対する研修

産業医の専門的能力を高めるため、次に掲げる内容の研修を実施する。

** 職業性疾病等に関するケースカンファレンス

** その他財団法人産業医学振興財団が都道府県医師会への委託により実施している産業医研修を補完する研修

* その他産業保健活動に従事する者に対する研修

職場において産業医とともに労働者の健康管理の指導等に当たる産業保健関係者に対し必要な研修を実施する。

* 産業医研修等に対する支援

医師会、労働基準協会等の行う産業医その他の産業保健関係者に対して行われる研修に対し、教育教材の供与、研修講師の派遣、斡旋等の支援を実施する。

・ 産業保健に関する広報啓発

事業主の職場における健康管理等に関する理解と協力を促すため、セミナーの開催等による広報啓発を行う。

このように現時点で、職場におけるメンタルヘルスケアを包括的に行うための支援機関や組織は整備されつつあるが、その中身であるプログラムがまだ成熟した段階にないこともあり、EAPの契約数も伸び悩み¹²⁹⁾ (島, 2002)、産業保健推進センターならびに地域産業保健センターの利用率も低いままであることが指摘されている¹⁷²⁾ (松崎, 笹原, 京田 他, 2001)。

D. 本研究の目的

以上の文献的考察より、筑波研究学園都市における職員のメンタルヘルスケアに関する予防医学的な研究の焦点は、以下のように考えられた。

ここ筑波研究学園都市においては、研究所が中心の人工都市というその特殊な環境から研究職の自殺や職場不適応の問題が懸念され、各種対策が現在まで模索されてきたが、ストレスと疾病の因果関係の解明が当時は十分なされていなかったために、具体的対策の整備が遅れている。その点は、日本全体で未解明の部分が多く、予防的対策をとりたくても動けないでいる研究機関もあることが予想された。近年のストレス研究の成果からは、職場におけるストレス要因とうつ病などの職場における精神疾患に対する因果関係が明らかになってきたため、筑波研究学園都市において職員の自殺や職場不適応をはじめとする心の健康対策（メンタルヘルスケア）に関する一番の焦点は、職場におけるストレス要因から精神健康を障害する要因の検討を実証的に行うこととなる。現時点では、NIOSH 職業性ストレスモデルが最も包括的なモデルであり、このモデルに含まれる「職業性ストレス要因」、「職場以外のストレス要因」、「ストレス緩和要因」、「個体側要因」、「ストレス反応」という各要因を同時に考慮する事が必要となり、多変量解析の手法、特に共分散構造分析モデルを用いた因果モデルが有用であることが示唆される。しかしながら、職員のメンタルヘルスケアに関する問題が現在も重要かつニーズの高い産業保健学的問題として残されたままになっている筑波研究学園都市の各研究機関において、これらの事項を検討した先行研究はない。したがって、本研究では職場におけるストレス要因から精神健康を障害する要因の検討を実証的に行う事により、今後の具体的予防対策の構築を行うことを目的とした。