部内限

メンタルヘルス対策関係業務実施要領

厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課

平成２２年３月

『知識編』

1　メンタルヘルスの基礎知識. 104
（1）ストレスとは. 104
（2）ストレス要因. 104
（3）ストレス反応. 105
（4）ストレスと健康. 106
（5）メンタルヘルス不調の種類と特徴. 107
　ア　うつ病. 107
　イ　不安障害. 111
　ウ　適応障害. 113
　エ　身体表現性障害. 114
　オ　パーソナリティ障害. 115
　カ　依存症（嗜癖）. 115
　キ　不安障害. 116
2　自殺の現状と対応. 117
（1）労働者の自殺に関する現状. 117
（2）国の動き. 118
（3）労働者の自殺対策. 118
（4）地域の自殺ネットワーク. 121
3　精神障害等に関する労災認定. 123
（1）労災認定の判断指針の見直しと労災補償の状況. 123
（2）労災認定に係る心理的負荷の評価. 124
4　企業の安全配慮義務. 131
（1）メンタルヘルスと企業の社会的責任. 131
（2）安全配慮義務について. 131
5　メンタルヘルスケアの教育技法. 136
（1）セルフケアのための技法. 136
（2）積極的傾聴法について. 147
6　グループワーク研修と取組事例（職場環境の把握と改善）. 161
（1）職場環境改善のためのグループワーク研修の実際. 161
（2）職場環境の改善の取組み事例. 164

【注】「知識編」は、メンタルヘルス対策に関する具体的な指導を実施するに当たり、知っておくことが望ましい事項に関して記述したものです。「知識編」の記述内容は、厚生労働省としての認識や見解を記述したものではないことに留意して活用してください。

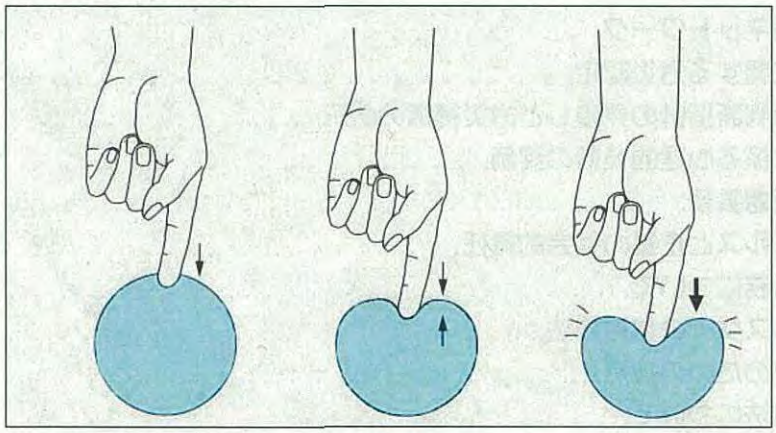
1　メンタルヘルスの基礎知識

(1)　ストレスとは

ストレスという言葉は、もともと物体に外力が作用したときに生じるその物体の歪みを指す工学の用語である。この言葉を借りて、「外からの刺激による生体側の歪みと、その刺激に対抗して歪みを元に戻そうとする生体側の反応」をストレスと呼ぶようになったが、まずは、ストレスに関して、「ストレス要因（ストレッサーとも言う。）」、「ストレス耐性」、「ストレス反応」の一連の仕組みをよく理解することが大切である。

わかりやすくするために、心をゴムボールに置き換えて考えてみるとよい。図 1-1 のように、ボールを軽く指で押さえた場合には、弾力性によってすぐに元に戻るが、強い力で押し続けると、ボールは大きくへこみ歪んでしまう。このとき、歪みを生じさせる指の力を「ストレス要因」、歪んだ状態を「ストレス反応」と呼んでいる。すぐに元に戻れる状態を「ストレス耐性」があるとも表現するが、一般的には、ストレス要因、ストレス反応、そして、元の状態に戻ろうとする反応を、併せてストレスと呼んでいる。

図 1-1　ストレスとは



ボールを押さえつける力　ストレス要因

ボールの弾力性　ストレス耐性

ボールの歪み　ストレス反応

(2)　ストレス要因

ストレスを生じさせる外界からの刺激を「ストレス要因」と呼んでいる。ゴムボールの場合は、上から押さえつける指の力がストレス要因である。

ストレス要因には様々なものがあるが、物理・化学・生物学的要因・社会的要因に分けられる。物理的なストレス要因には、騒音・照度・温湿度

などがある。化学的要因には薬物・たばこの煙などがあげられ、生物的要因には過労・睡眠不足・栄養不足などがある。これらのことから、働く場においてストレス要因を減らすことは、作業環境に配慮することが大切であることがわかる。

しかし、現代の働く人にとっての大きなストレス要因は社会的要因が大きく、これは不安、焦燥、怒り、抑うつといった心の変化を起こす心理的ストレス要因につながっていくことからメンタルヘルス対策として重要である。

心理的ストレス要因の主なものを挙げると、まず、職場での出来事として、仕事上の失敗や過重な責任の発生、事故や災害の体験、仕事の質・量の変化、役割・地位の変化、上司や部下との対立やハラスメントなどの対人関係の問題などがある。一方、職場以外の出来事として、夫婦の不和や離婚、恋愛問題、病気などの自分の出来事、家族や親族の出来事、金銭問題、事件・事故・災害の体験及び個人的な人間関係の問題などがあげられる。

この心理的ストレス要因の特徴は、その強さを客観的に測ることが難しく、ストレス要因に対するストレス反応の個人差が非常に大きいといえる。

(3) ストレス反応

ストレス要因である刺激を受けると、ヒトにはその刺激に対抗して、身体面、心理面、行動面にいろいろな反応が生じる。この反応を「ストレス反応」と呼んでいる。ゴムボールの場合は、元の状態に戻ろうとすることをストレス反応、歪んだままになってしまうことがストレス状態という。

ストレス反応には、下記の３つの段階がある。

第１段階（初期反応期）	外部からの刺激により、体が反応しはじめる。
第２段階（抵抗期）	副腎皮質の肥大・ホルモンの大量分泌がおこり、生体が持つ全エネルギーが外部刺激に対して使われ、不眠も生じる。
第３段階（疲弊期）	外部からの刺激が続くことによって、生体が疲れ果て、他に適応するエネルギーが消耗し、体の抵抗力が非常に弱まってくる。

ほどよく張ったゴムボールのような健康な心は、外からの刺激がなくなれば、元の状態に戻ることができる。また、外からの刺激を跳ね返すこともできる。しかし、外からの刺激が大き過ぎると、刺激を跳ね返す力がな

く、長くストレス状態が続き、その結果、心身に変化が生じ病気につながっていく。

(4) ストレスと健康

ストレスには悪いイメージがあるが、生きていくためには避けられないものである。このストレスをうまくコントロールできれば、むしろ能率も上がり快適に過ごすこともできる。しかし、そのストレスが良いか悪いは個人の性格やその時の状態にもよって異なる。対処によっては、健康障害に結びつくこともある。

生体は、皮膚と粘膜によって外界から隔離され個体として独立しているが、酸素と栄養を常に外界から取り入れ、体内でできた不要な物質を体外に排泄することによって生命を維持している。その個体の生命を維持するためには、外界の変化に対して自己の内部環境を一定に保つことが必要である。この「外界に対して自己の内部環境を一定に保とうとする」生体の自律的な機能を「ホメオスタシス」と呼んでいる。

ホメオスタシスは、生体とそれを取り巻く外界との物質・エネルギー・情報の絶え間ない交換によって維持されている動的な平衡状態であるということができる。そして医学では、ホメオスタシスが維持されている状態を健康と考えるのが一般的であり、医学では、ストレスは、ホメオスタシスを混乱させる要因として位置付けられている。

ストレス要因のなかで、不安、焦燥、怒り、抑うつといった心の変化を起こすものを心理的ストレス要因と呼ぶことは既に述べたとおりであるが、心理的ストレス要因による健康障害の現れ方には次の３つの型がある。

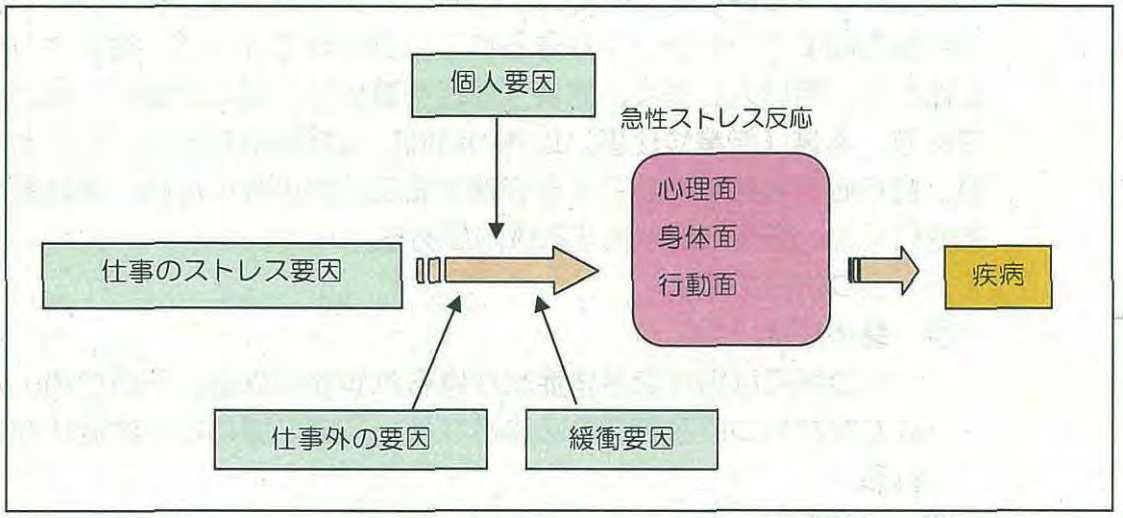
① 身体反応
② 精神・心理反応
③ 行動反応

身体反応としては、全身が緊張する、心臓がドキドキする、息づかいが荒くなる、口が渇く、手のひらや足の底に汗をかくなどがあげられる。精神・心理反応である不安や抑うつでも同時に血圧上昇や心筋梗塞などの身体症状が付随することがある。行動反応というのは、出社困難、人間関係の障害（引きこもり、暴力など）、アルコール多飲、性的行動の偏りなど、主な症状が日常生活の大きな偏りあるいは障害として表現されるものを指している。

このような、ストレスの仕組みを体系化したものに、「ＮＩＯＳＨの職業性ストレスモデル」がある。アメリカ国立労働安全衛生研究所（ＮＩＯＳＨ）の職業性ストレスモデル（図 1-2）では、ストレス反応が持続

することが健康障害（疾病）の発生につながり、仕事のストレス要因が起こすストレス反応は、個人の要因（性、年齢、婚姻、性格など）、仕事外の要因（家庭の出来事、家族の要求など）、緩衝要因（上司や同僚、友人の支援など）によって修飾されると考えられている。緩衝要因には様々なものがなりえるが、職場環境を快適にすることもその一つである。

図1-2　ＮＩＯＳＨの職業性ストレスモデル



（出典：中央労働災害防止協会　「事業場におけるストレス対策の実際」より）

(5)　メンタルヘルス不調の種類と特徴

心の病には多くの種類があるが、ここでは職場で一般的にみられる心の病を取り上げる。心の病の分類方法として、よく用いられているものとしてＷＨＯ（世界保健機構）で作成されたＩＣＤ（国際疾病分類．現行第１０版）と米国精神医学会で作成されたＤＳＭ（精神疾患の診断・統計マニュアル．現行第４版ＴＲ）があり、なるべくそれらに準拠して記述した。なおＩＣＤ及びＤＳＭともに 2012 年頃に改訂版が出される予定である。

ア　うつ病

心の病の代表格はうつ病である。学術的には気分障害という用語が用いられるが、主要な気分障害がうつ病である。わが国においては、平成 10 年から自殺が急増し、年間に３万人を突破して以来、一向に減る傾向を見せていない。年齢階層別の死亡原因をみると、20 代から 30 代において死因の第一位を占めている。労災申請及び労災認定状況を見ても、自殺及び心の病関連の件数は増加傾向にある。そして、年齢階層別に見ると 30 代が最も多くなっており、この年齢層が最もリスクの高いことがうかがえる。自殺の背景には、うつ病があることが多いと一般的に考えられている。

うつ病は、抑うつ状態を繰り返す病であるが、躁状態や軽躁状態が見られる場合があり、それぞれ双極性障害Ⅰ型及びⅡ型と診断されて、うつ病とは別に扱われる場合が多い。特に双極性障害Ⅱ型は、「調子がよい」と本人にも周囲にも思われがちであり、見逃されやすいので注意を要する。この双極性障害なども含めて気分障害と言う。

なお最近、新しいタイプのうつ病が増えて、従来の方法では対応困難であることが指摘されている。この新しいタイプのうつ病については精神科医の間でコンセンサスが得られている状況ではない。従来のうつ病と比べて、若い人に多く、他責（周囲を責める）傾向が強く、自己愛的であり、本業（学業や仕事）以外の趣味には精を出すといったことがあり、自ら心の病気であることを表明することが少なくない。薬物療法が効きにくく、休業が長期化する傾向がある。

（ア）　うつ状態の症状

①　身体症状

うつ病では様々な身体症状が見られやすくなる。そのため、内科などかかりつけ医を訪れる場合が多い。実に様々な身体症状がみられる。

②　早朝覚醒

早朝覚醒といわれる「朝早く目覚めるタイプ」の不眠がうつ病では特徴的である。もちろん寝つきが悪いとか（入眠障害）、途中で目が覚める（中途覚醒）、眠った気がしない（熟眠障害）などの睡眠障害もみられ、時には過眠もみられる。

③　日内変動

日内変動といわれる状態も特徴的である。朝に調子が悪く、午後に調子が出てくるというものである。うつ病から回復してくる過程では、最初は一日中調子が悪いが、だんだん午後から夜にかけて調子がよくなる。次いで朝は悪いが昼前には調子が出るようになり、ついには朝から調子がよくなる。こうなると病気の回復は本物となる。気をつけたいのは、うつ病で休んでいる人が、夜は調子がよくなるので、「明日は出社します」と上司に電話して、翌朝になると上司に電話すること自体つらくなり、無断欠勤してしまって、信用をなくしてしまう場合もあるということである。

④　罪責感

「調子が悪く成果が出ないし、欠勤して、会社に迷惑をかけている。申し訳ない。会社を辞めたい。」と突然言い出す場合がある。責任を感じてこのような発言をすることはよくあるが、実際には仕事

ができているにもかかわらず、「全くできていない。無駄飯食いだ。月給泥棒だ」と語る人もいる。これは、抑うつ状態により自己評価が低くなり、実態以上に悪く自己評価してしまい、責任感を抱くということである。この自責感は「死んでお詫びする」という気持ちにまで至ることもあり、注意が必要である。自己評価の低下というのも、うつ病の主な症状の一つである。

⑤　自殺願望

自殺をしたいという願望は、それ自体として、抑うつ状態ではよくみられる症状である。自殺願望がすべて病的な状態でみられるものではないものの、その多くは病的な状態でみられるものである。例えば、貧困の状態にあっても、誰もが死のうと思うわけではない。会社に大きな損失を与えても、死んでお詫びをしなくてはとまで思う人はごく一部である。つらい身体の病気になっても、死にたいと思う人もやはり少数である。通常は、死にたくなるほどの苦しみを体験しても、生きたいという気持ちの方が勝つ。これが死にたいという気持ちが強くなるとすれば、抑うつ状態に入りかけていると考えられる。

⑥　否定的認知

抑うつ状態では、自分に対しても、将来に対しても、周囲に対しても、悲観的にとらえてしまう傾向がある。自分のやってきたことを否定し孤立無援の状態であると考えてしまい、将来はないと考えてしまうわけである。こうした認知は抑うつ状態が改善してくれば変わる。そのため、「辞めたい」という話に対して、「今は結論を出さないで、状態がよくなってから考えます」と言って、結論の先送りをするのが常套手段である。状態がよくなってくると、もう一度頑張ってみようかという気持ちになるからである。

⑦　食欲低下・体重減少

ほぼ確実に食欲は落ちる。「食べても美味しいと感じない、何かを食べたいという気持ちになれない」という段階から、「食べたくない、吐き気がする、吐く」という段階まで様々である。多かれ少なかれ体重も減ってくる。２ｋｇ程度の体重減少はよくあるが、５ｋｇも減るようであれば、休業させるか入院を考慮することもある。

⑧　興味の喪失

何をやってもつまらないと訴える。テレビを見てもつまらない、ただつけているだけという話がよく聞かれる。本来は多彩な趣味があるのに、ちっとも面白くないと感じる。

⑨　意欲低下

脳のエネルギーのレベルが低下するうつ病においては、意欲の低下が特徴的である。「どうも最近やる気がしない、意欲が出ない」というレベルから、「一日中何もできず、風呂に入ることすらおっくうで１週間も入浴していない」という状態まで様々なレベルがある。

⑩　注意力・集中力の低下

注意力の低下や集中力の低下はミスや事故につながる症状であり、特に注意を要する。また注意力・集中力が落ちると、仕事の能率が悪くなり、仕事がはかどらず残業が多くなりがちである。残業が多くなると無理が重なり、うつ病の状態が余計に悪くなり、さらに注意力・集中力の低下が強くなり、悪循環に入るため、労務管理上特に注意を要する。時間外労働はやめ、時には一定期間休むなどの方法を考える必要がある。

(ｲ)　躁状態の症状

躁状態では基本的には抑うつ状態の反対の症状がみられる。気分は高揚し、意欲は高まり、考え方が前向きになり、行動的になる。しかし病的状態であるので行動的になりすぎて、周囲と軋轢を起こしたり、判断能力が低下して、交通事故を起こしたり、多額の物品の購入をしたり、性的逸脱行為にいたることもある。集中して仕事をすることができないため、ミスが多く、生産性は低下することが多い。また不眠ではなく、眠るのがもったいないと考えるため睡眠時間は短縮する傾向がある。気分はイライラすることもあり、必ずしもハッピーな状態ではない。時には、抑うつ状態と躁状態の混合した状態がみられることもある。軽躁状態は軽症の躁状態であるため、上述のように、単に調子がよいとしても見逃されることが多い。

(ｳ)　うつ病の治療

うつ病への対応は、薬物療法、心理療法、環境調整が三本柱となるが、まずは休養を十分にとることが最も重要になる。うつ病の人は生真面目な人が多く、会社や周囲の人間に迷惑をかけているとして、焦りが強く早期に復職を希望する。しかし、うつ病では「十分すぎるほど十二分に休ませること」が治療のポイントである。そしてそれが、再発させないコツでもあり「休み方を身につける」という意味もある。うつ病になりやすい人は、休み方を知らない人ともいえる。

再発を繰り返さないために、うつ病になった経過をきちんと把握して、うつ病を生じた背景、誘因（うつ病になったきっかけ）などを分析して、適切な対策を講じる。そうでなければ繰り返す可能性が高く

なるのである。

うつ病では、脳内の神経伝達物質の変化が見られるため、身体疾患と同じような意味での「病気」であると考えられている。そのため薬が必要となる。最近では、ＳＳＲＩ（Selective Serotonin Reuptake Inhibitors：選択的セロトニン再吸収阻害剤）及びＳＮＲＩ（Selective Serotonin & Norepinephrine Reuptake Inhibitors:選択的セロトニン・ノルアドレナリン再吸収阻害剤）といった新しいタイプの抗うつ薬が使えるようになってきた。従来の坑うつ薬に比べて、格段に効果が高いということではないが、副作用が少ないので服用しやすいということが最大の利点である。薬物療法により平均３カ月程度で改善するが、薬物療法はさらに半年～１年程度続けるのが一般的であり、その方が再発する可能性が少なくなるとされる。また、カウンセリング（心理療法）も併せて行った方がより再発が少なくなる。なお、躁状態には、抗精神病薬や気分安定薬（リチウム、バルプロ酸、カルバマゼピン）などが用いられる。

最近では、うつ病の再発（一度治ったものが再び病的状態になる）や再燃（改善していたものの、ぶり返す）、さらに遷延性うつ病（治らずに長引いている）が大きな問題となっている。もともとうつ病は再発をしやすい病気であり、職場では復職後の早期に病状が悪化して、再休職に入る人が多くなっている。この背景として、最近、職場環境が厳しくなり、業務負荷が増大していることがある。また、従来であれば、復職当初は定型的業務など軽減業務をしばらく行いながら、職場に徐々に慣れていくといった配慮が可能だったが、簡単な業務は外注化される傾向にあり、ソフト・ランディングが難しくなってきていることもある。要するに、心の病から復職する職員に対する職場における受入れ状況の厳しさがこの背景にあると考えられる。

イ　不安障害

(ｱ)　パニック障害

パニック障害は、パニック発作を主症状とする病気である。このパニック発作では、動悸、息苦しさ、震え、吐き気、めまい、手足のしびれや硬直などの症状が急に生じて、「おかしくなるのではないか」、「死んでしまうのではないか」、という恐怖感を伴うことが多い。概ね１０分くらいの間に不安発作はピークに達して、特に最初の発作では救急車で病院に運ばれることもある。

パニック発作を体験した人の多くは、再びパニック発作が起こるの

ではないかという不安を抱くことが多いが、この不安を「予期不安」と呼んでいる。例えば、通勤途上の混んでいる電車の中でパニック発作が起きると、同じような状況では再びパニック発作が起こるのではないかとの不安を抱くようになり、満員電車に乗れなくなることがよくみられる。こういう場合は、「空間恐怖を伴うパニック障害」と呼んでいる。労働者では、しばしば、このタイプのパニック障害がみられる。こうなると無理をして自家用車で通ったり、空いている朝早い時間帯の電車に乗るなどして、パニック発作になりそうな状況を避ける回避行動をとることが多くなる。

パニック障害は、短期間で軽快することは少なく慢性的に経過することが多い。その理由の一つは、身体的異常がないことから、病院で「気のせい」と言われたり、「過換気症候群」、「心臓神経症」、「自律神経失調症」などと診断され、適切な指導・治療を受けられない場合が多いからである。パニック障害は慢性化する過程で、うつ病を発症することも多いことが知られている。

(イ) 社会不安障害：ＳＡＤ

社会不安障害は、これまで「あがり症」、「赤面恐怖」、「対人恐怖症」などと言われたものであり、会議でプレゼンテーションする際に、強い不安を抱き、頭が真っ白になり、混乱してしまう状態を指す。人と一緒に食事をすることができない、公衆トイレが使えない、記帳ができないこともあり、社会生活で困難を覚えることもある。人前で話をすることにより、その人達から悪い評価を受けるのではないか、失敗して恥ずかしい思いをするのではないかという不安を抱き、震え、発汗、動悸などの身体症状が現れ、社会的場面を避けるようになり、仕事などの日常生活に支障を来す。この社会不安障害は、かつては性格の問題であると思われてきたが、今は、「心の病」の一つであり、薬物療法や心理療法によって症状は改善することが明らかにされてきた。社会不安障害の治療法は薬物療法（ＳＳＲＩなどの抗うつ薬と抗不安薬）と心理療法である。

(ウ) 強迫性障害

頭ではおかしいとわかっていながら嫌な考え（強迫観念）がどうしても頭から離れずに、それを打ち消すために表面的には意味があるように見える行為（強迫行為）を何度も繰り返してしまうことが、強迫性障害の特徴である。例えばトイレに行った後に、手がばい菌に汚染されていると感じ、手を何度も洗ってしまうこと（洗浄強迫）や、鍵を何度も確認する（確認強迫）、何か行動をするときに必ず決まった

順番でやらないと気がすまない（儀式）といったものがある。多くの者は、強迫症状が奇異であったり、不合理であるという自覚（病識）を持っているため、思い悩むことになる。また強迫観念や強迫行為のために、日常生活に支障がでてきてしまうこともあり、根気よく治療を続けることが大切である。一般的にこれらの強迫症状はストレスにより悪化する傾向がある。強迫性障害は神経伝達物質を含む脳の機能障害が関連していると考えられている。強迫性障害の治療は、ＳＳＲＩなどの抗うつ薬を用いた薬物療法と認知行動療法などの心理療法である。

(I)　心的外傷後ストレス障害：Posttraumatic stress disorder:PTSD

通常の日常生活においては体験しないような衝撃的な出来事に遭遇した際に生じる「心の傷」をトラウマと呼んでいるが、トラウマへの反応の中で特定の症状を呈する一群の病態がＰＴＳＤである。米国において、ベトナム戦争からの帰還兵に多くみられ、国家賠償の対象として取り上げられるようになってから、とりわけ注目されるようになった。戦争やテロ以外に、レイプなどの犯罪、大規模な自然災害、交通事故を体験したり、目撃することで生じる。重大なトラウマに接すると10%前後にみられるとされている。９．１１（米国同時多発テロ）の後でも、多くのＰＴＳＤの患者が発生したと報告されている。症状は、体験等の一部や全体に関わる追体験（フラッシュバック）、トラウマの原因になった障害、関連する事物に対しての回避傾向、精神的不安定による不安、不眠などの過覚醒症状などである。治療ではＳＳＲＩなどの抗うつ薬を中心とする薬物治療と心理療法が用いられている。心理的外傷となる出来事への情緒的な反応を軽減するには、認知行動療法を含む心理療法が有効である。最近は、このＰＴＳＤやトラウマという言葉が、やや安易に使われている傾向がある。

ウ　適応障害

職場における適応障害は、職場という環境における「ヒト」と「環境」との適応がうまくいかない状態を示す。適応障害では、環境に問題がある場合もあれば、本人に問題がある場合もある。環境が苛酷であれば、多くの人が適応障害になり、個人の方のストレス耐性（ストレスに耐える力）が弱ければ、環境の問題が些細であっても不適応に陥ることがある。職場では配置転換・異動・上司の交替・業務変更などが契機となり、適応障害がみられる。うつ病や不安障害などの、他の心の病に比べて軽症であり、通常ストレスの原因がなくなると速やかに軽快する。その状

態の内容から、抑うつ気分を伴うもの、不安をともなうもの、勤怠問題のように行為の障害を伴うものなどに分けられる。

治療は、第一に何が適応障害の原因になっているのかを明らかにすることであり、特定された原因を除去する。職務内容の変更、配置転換、職種転換なども考慮する。個人の側に課題があれば、課題を克服するための方法を考えることになるが、この場合にはカウンセリングが有効である。必要に応じて、抗うつ薬や抗不安薬などの薬物療法を行うこともある。

職場における適応障害は最近増加傾向にあるが、経営環境が厳しくなり、また変化が大きく速いために、中高年労働者においては変化への対応力が低下していることがこの増加の背景にあり、若年労働者においては、ストレスへの耐性が弱く、脆弱性が高くなってきていることが、この増加に関与していると考えられる。こうした人に対しては、職場の状況及び本人の特徴を十分に考慮して、適正配置など適切な対応を行うべきである。職場における適応障害は、本来的にマネジメントの工夫により対応可能な状態であると考えられる。

エ　身体表現性障害

身体表現性障害とは、心理的問題が背景にあり、その問題が不安、抑うつ、悲しみなどの精神症状として現れずに、身体症状として現れるものである。身体症状としては多様な症状がみられる。まず、頭痛、背部痛、腰痛、関節痛、舌痛、顎関節痛などの様々な痛みが生じる。めまい、立ちくらみ、耳鳴り、聴覚障害、喉の違和感などの耳鼻科系の症状がある。眼痛、視力障害、視野障害など眼科系の症状、胸痛、息苦しさ、咳などの呼吸器系の症状、動悸、胸の締め付けられる感じなど循環器系の症状、胃痛、胃のもたれ、吐気、嘔吐、下痢、便秘、腹痛などの消化器系の症状、生理不順、生理痛など婦人科系の症状、頻尿、排尿困難、下腹部痛など泌尿器科系の症状など多岐にわたる。こうした身体症状のために日常生活が妨げられるものが身体表現性障害である。

この身体表現性障害は、詐病と間違われることがあるが、詐病のように意図的に病気を装うことではない。また、身体症状が長く続くと周囲から「気のせい」、「気の持ち方」などと言われることがあるが、本人は実際につらい思いをしているのであり、「気持ちの問題」と片付けられると本人は当惑してしまう。このため、周囲は身体表現性障害について、きちんとした理解を持って、病気として適切に扱うことが必要である。

オ　パーソナリティ障害

パーソナリィティ障害は、人格上の偏りが、本人に苦痛をもたらし、あるいは社会生活上の問題を生じることである。通常青年期など若年に始まる。幼少時期の環境など様々な外的要因と生まれ持った気質とが相まったものを考えられている。

典型的な人格障害ではなく、最近人格の未熟さ、社会性の未熟さが目立つ人が増えてきている。こうした人々は、ストレス要因に対する耐性が低く、そもそも対人葛藤や対人ストレス要因を生じやすく、容易に不適応となることがある。その場合にも、他責（他人を責める）傾向が強く、「上司が悪い」、「組織が悪い」と思いがちであり、目が自分に向くことが少ないのが難しいところである。治療は心理療法が中心であり、必要に応じて薬物療法を併用する。

カ　依存症（嗜癖）

嗜癖とは本来、ある特定のものを好きこのむ癖のことであるが、精神科領域では癖よりもさらに強く、飲酒や薬物摂取などへの習慣にとらわれてしまい、社会生活、職業生活、人間関係などに支障が生じてさえも、自分ではコントロールできなくなる状態を指す。今日では、依存という言葉も広く使われている。嗜癖はその対象物によって３つに大別される。１番目はアルコールや薬物、食物などの物質を摂取する「物質嗜癖」、２番目はギャンブル、借金、買い物、仕事など行動に関する「行動嗜癖」、３番目に刹那的な恋愛や暴力的な人間関係などの「人間関係嗜癖」である。問題の背景には家族の機能不全があるといわれている。嗜癖は本人も周囲もなかなか問題を認めたがらないという「否認」が特徴的である。そのため相談や治療に結びつきにくく、問題が深刻化して生活や人間関係が破たんしてしまうこともある。本人や周囲が問題であることを認識するところから治療がスタートするといってもよい。回復には本人も家族もこうした問題意識を持ち続け、過去の自分や人間関係の持ち方を振り返り、これからの生き方を再構築していくことが重要である。そのために病気の知識を学ぶ心理教育や、家族教室、自助グループへの参加が有効である。

アルコール依存症は、従来指摘されている職場の３Ａ（Absenteeism：欠勤、Accident：事故、Alcohol:アルコール）の一つである。アルコール依存症は、アルコール関連問題の頂点に位置するものであり、アルコール関連問題の中で最も重症な病態であると考えられる。アルコール関連問題は、身体的問題、精神的問題、社会的問題に分かれる。社会的問

題としては、家庭における問題（夫婦関係の不良、別居、離婚、家族への暴力など）、職業上の問題（遅刻、欠勤、生産性低下、労働災害、失職など）、経済的問題（借金など）、刑事問題（飲酒運転事故、暴力事件など）などがあげられる。身体的問題は、肝障害、膵障害、上部消化管障害、中枢神経障害、末梢神経障害、心筋障害など多岐にわたる。アルコールによる精神症状には、振戦せん妄、アルコール性幻覚症、アルコール性コルサコフ症候群、アルコール性痴呆などであり、職場の周囲の理解が非常に重要であり。アルコールに関しては寛容であった日本の職場の風土が、この問題の背景にあることが指摘されている。

キ　不安障害

統合失調症は、そのケアのあり方の難しい病気であることは昔も今も変わらない。統合失調症は、考えや気持ちがまとまりにくくなり、物ごとに対して誤った意味づけをしたり、現実にはない体験をしているように感じる妄想や幻覚、まとまりのない行動、意欲が減ったり、感情の表現が乏しくなったりということを主な症状とする病気である。およそ100人に1人がかかるといわれており、まれな病気ではない。原因はまだあまりわかっていないが、神経系の機能に障害があって起こる病気であることが明らかにされつつある。脳の神経と神経の間で、様々な情報を伝えるための神経伝達物質が過剰に働いてしまうことで、脳の神経が過敏になることが知られている。治療には、脳内の神経伝達物質（ドーパミンなど）に作用する薬が有効である。入院して、心身を休めることが必要になることもあるが、普通は外来治療で十分である。いったん症状が落ちついた後もストレスを受けて再発することがあり、薬をきちんと飲むことで激しい症状はやわらぎ、再発を防ぐこともできる。治療や生活を支えていくうえで、家族の援助が有効であり大切である。

今では、統合失調症は、単一の病気ではなく、多様な原因から生じる「症候群」と考えられている。短期間で回復して、以後完治といってよいほど経過のよい人もいる。統合失調症に対しては、病状が落ち着けば、適正配置を行うことによって、安定的に業務を遂行することは十分に可能である。

2　自殺の現状と対応

（1）労働者の自殺に関する現状

日本では、1998 年（平成 10 年）以降自殺による死亡が急増したが、性別では男性、年代では 30 代、50 代において増加が著しい状況である。原因・動機別では健康問題、経済・生活問題、そして勤務問題が多いとされている。日本の自殺率は、先進国の中では最も高い水準になっているが、世界で自殺の多い国は、ロシアやバルト三国など、旧ソビエト連邦の崩壊に伴って誕生した国である。

自殺者総数が年間３万人を超えた状態が続いているが、働き盛りの労働者の自殺も増えている（図 2-1）。自殺率と失業率との間には相関が認められて注目されてきたが、いざなぎ景気を超えて第二次大戦後最長といわれるほどに景気が回復したにもかかわらず、自殺は一向に減少しなかった。

この間に労働者の勤労観や職場に対する意識が変わり、さらに、平成 20 年秋以降の世界的経済危機により、雇用情勢が急激に悪化しており、自殺者の増加が懸念されている。

図 2-1　自殺した労働者数と失業率の推移

※　労働者は、２００６年までは「管理職」「被雇用者」の合計、２００７年以降は「被雇用者・勤め人」を用いている。

警察庁「自殺の概要資料」（各年版）、総務省「労働力調査」（各年版）

（2）国の動き

厚生労働省は、平成１２年に健康日本 21 の「休養・こころの健康づくり」に自殺者の減少を掲げて、目標値として 22,000 人以下とした。

平成 13 年には、厚生労働省の委託により「職場における自殺の予防と対策」が策定された（最新版は中央労働災害防止協会のホームページからダウンロードできる（http://www.jisha.or.jp/health/index.html））。

さらに平成 17 年５月～８月に総務省が自殺予防対策に関する有識者意識調査を実施し、12 月に自殺予防に関する調査結果報告書をまとめている。

また、同年９月には、自殺対策関係省庁連絡会議が発足した。この動きと連動して、厚生労働省の厚生科学審議会科学技術部会において、戦略研究を創設することが決まり、平成 17 年度から「自殺関連うつ対策研究」が開始された。

このように、自殺問題は国全体で取り組む問題であると認識されて、「自殺対策基本法」が平成 18 年６月に成立し 11 月に施行された。この法律の目的は、自殺対策を総合的に推進して自殺防止を図るとともに、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与することである。

平成 18 年 10 月には国立精神・神経センター　精神保健研究所に自殺予防総合対策センターが設置された。平成 19 年以降、各都道府県及び政令指定都市において自殺対策を行うための委員会等が設置されて、地域単位での取組みが始まっている。産業保健分野においても、厚生労働省の委託を受けて、中央労働災害防止協会が上記の冊子を発行するとともに、労働者の自殺対策についての教育研修事業を実施している。

このほか、平成 19 年６月には自殺総合対策大綱の策定、平成 20 年 10 月には自殺対策加速化プランの作成と自殺総合対策大綱の一部改正、平成 22 年２月には「いのちを守る自殺対策緊急プラン」が策定されるなど、自殺対策の充実強化が図られている。また、平成 21 年度補正予算により、地域自殺対策緊急強化基金（100 億円）が設けられる等、地方公共団体や民間機関の活動を支援するための予算措置がなされている。

（3）労働者の自殺対策

自殺予防の対策としては、ア．自殺が起こることを予防すること（プリベンション：事前準備や教育）、イ．現に起こりつつある自殺の危険に介入し、自殺を防ぐこと（インターベンション：危機介入）、ウ．不幸にして自殺が生じてしまった場合に他の人に与える影響を最小限とし、新たな自殺

やメンタルヘルス不調を防ぐこと（ポストベンション：事後対策）があげられる。

ア　プリベンション：事前準備や教育

労働者の自殺予防の職場における対策として、自殺予防のみだけを単独で行うのは不自然である。自殺者数は企業単位で見れば頻度は限られたものであるため、その少ないケースに焦点を合わせると方向性を誤ってしまう危険性があるからである。うつ病をはじめとする一般的なメンタルヘルス対策を組織的に一歩一歩着実に実施していくことが、結果的に自殺予防対策にもつながると考えるべきである。まずは事業者が「心の健康づくり計画」を策定し、その計画に基づいて４つのケアを継続的かつ計画的に行われることを示していくことが重要である。

最近では、事業場内産業保健スタッフの一員として非常勤精神科医が配置される例も増えてきている。この場合の業務内容としては、①精神科領域の健康相談、②精神障害で休業中の労働者に対する復職判定などがある。

①の場合は自殺のリスクが考えられる場合に産業保健スタッフとタイムリーな連携が取れる利点がある。また職場の環境調整が治療上効果的であるケースに対しても産業保健スタッフを介して実施しやすくなる。

②の場合は、「職場復帰支援の手引き」に基づいた業務となる。本来復職判定は産業医の業務であるが、精神科医が専門的に事業場内産業保健スタッフとして支援するということになる。具体的には外部の精神科医療機関との連携を図り、また休業中の労働者本人、職場の管理監督者、労務管理者などと話し合いスムーズな復職を支援することとなる。職場復帰直後は状態の悪化・再発が多くみられるため、自殺予防としても重要な支援となり得る。

そのほかに、全国労働衛生週間などを中心に「職場のメンタルヘルス研修会」などが企画され、その講師を精神科医に依頼することも増えている。対象が従業員全員である場合は、「セルフケア」を中心に、管理監督者が対象の場合は、「ラインによるケア」を中心に啓発教育を行うことになる。労働者本人はもちろんのこと、日常的に労働者と接する管理監督者は、部下の心の健康問題にいち早く気がつき対応し得るため、心の健康づくりについての正しい知識や対処法を身に付ける機会は、非常に重要な位置付けとなる。その際、単なる病気の説明にとどまらず、具体的な対応や職場の活性化を含めた内容へ展開する必要がある。

イ　インターベンション：危機介入

労働者の自殺予防に対し、職場において危機介入し得る専門家としては、

産業医、保健師・看護師などがあげられる。これらのスタッフがそれぞれの立場で資質の向上を図るべきであり、危機介入時の動き方を認識しておく必要がる。

自殺の兆候を最初に気づく者としては、職場では上司や同僚が多いと思われるため、そうした状況においては、職場の周囲の者が産業保健スタッフに相談するか、周囲の者が自殺の兆候を示す労働者に産業保健スタッフへ相談するように勧める。状況が切迫している場合には家族に連絡し支援を求めることが必要となる。個人情報や守秘義務よりは安全確保がより重要であることは明白なため、まずは安全確保の観点に立って適切な対応を迅速にとることが重要である。

特に注意を要するのは、労働者に専門医療機関への受診勧奨を行うのは産業医等の医療保健職であることと、受診に同伴するのは原則的に家族だということである。状況が切迫していて家族の到着を待てない場合においても、電話等で受診に関して家族の了解を得るべきであり、産業保健スタッフを含む複数の者が受診援助を行うべきである。また、地域資源（保健所や都道府県や政令指定都市の精神保健福祉センターなど）から助言を得て連携し、地域資源の積極的活用を考えるべきである。もちろん当該労働者には十分に説明を行って、受診についての同意を求めなくてはならない。

ウ　ポストベンション：事後対策

ポストベンションとは、自殺は遺族や職場でも大きな波紋が広がるが、その影響を最小限とし、新たな自殺やメンタルヘルス不調を防ぐことである。

（ア）遺族への対応

家計を支えている労働者が急に自殺で亡くなることは、遺族にとっては心理的ショックばかりだけでなく、経済的にも大きな不安を抱くことになる。また、どうして救うことができなかったのかと自責的な感情も沸き起こる。これらの感情の持って行き場がなく、職場に対し「職場に問題がなかったのか」という質問が出ることもあるが、このような場合の職場側の初期対応は非常に重要である。

職場側からはむきになって否定することよりも、事実を冷静に具体的に、しかも誠実に話すことが大切である。あくまでも遺族の気持ちに沿って共感しながら話を進めるべきである。ときには非常勤精神科医を含む産業保健スタッフが同席し、健康情報の資料を開示して説明したり、あるいは中には二次的なメンタルヘルス不調と思われる症状を訴える遺族がいる場合は、相談に応じる姿勢も大切である。

（イ）職場の者への対応

管理監督者や故人と精神的につながりが強かった同僚は心理的ショックが大きくなる。管理監督者は、当該部下に対して事前により適切な配慮や対応ができなかったかと自問自答することが多くなる。職場の同僚などは、心理的ショックに加えて、故人の残した業務の整理や後任が決まるまでの業務の割り振りなどの業務が増える。そのため二次的なメンタルヘルス不調の防止のために、職場で直接的影響が強いスタッフを集め、管理監督者が中心となって今回の自殺の影響について話し合って、適切な業務分担を含めて検討することも必要となる。その場に非常勤精神科医を含む産業保健スタッフが同席することが望まれる。

（ウ）関わった専門家同士への対応

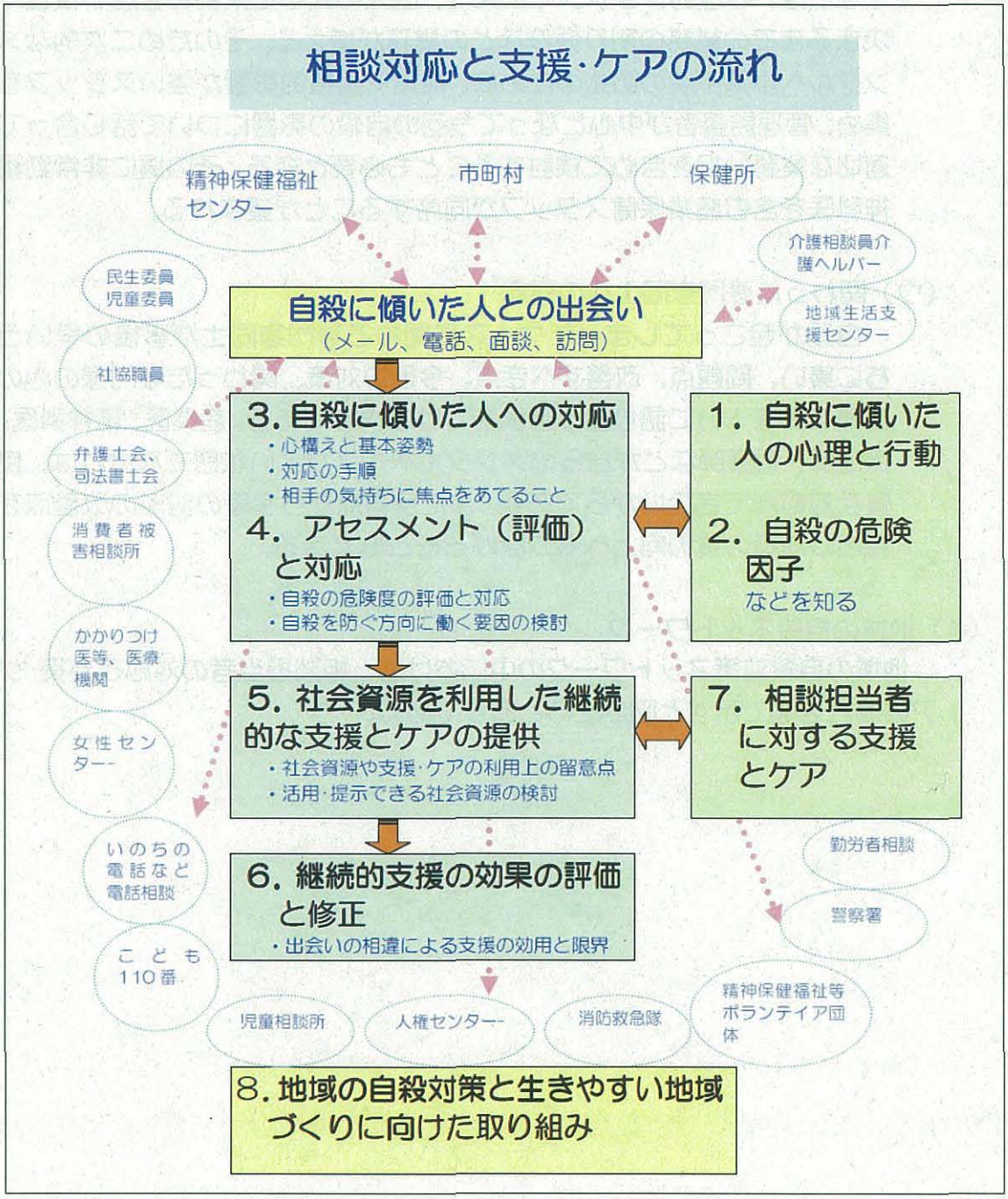
自殺が起こってしまったケースに関わる専門家同士が事後の早いうちに集い、問題点、改善すべき点、今後の対策、関わった専門家の心の整理などを十分に語り合う習慣をつけるべきである。産業医、精神科医、保健師・看護師などが自らのメンタルヘルスがよい状態でなければ、良質な対応ができないからである。また反省点から今後の対応の改善点を見出し対策の質の向上へもつなげることもできる。

（4）地域の自殺ネットワーク

地域の自殺対策ネットワークの中における、相談担当者の対応と支援･ケアの流れを図で示すと図2-2のとおりである。

図 2-2　地域における相談対応とケアの流れ

（平成 20 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　自殺未遂者及び自殺者遺族等へのケアに関する研究より）



3　精神障害等に関する労災認定

（1）労災認定の判断指針の見直しと労災補償の状況

平成11年9月に出された労働省労働基準局長通達「心理負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針について」（平成11年9月14日基発544号・545号）は、メンタルヘルス不調及び自殺に関する業務上外の判断基準を全面的に見直し、一定の要件を満たす者については、労働者災害補償保険法の補償対象とすることが明示された。従来、例外的にしか認められなかったメンタルヘルス不調が業務上と判断される場合があるということは、例えば、労働者の自殺についても、事業者が無関心でいることが許されなくなったことを示し、業務と密接な関係を有する自殺については、事業者の管理責任が問われるようになったということである。

労災認定に係わる業務上外の判断指針が公表されて以降、精神障害等による労災の認定が年々増加している。最近の精神疾患に係る労災の認定状況を表3-1に示す。

表3-1　精神障害の労災補償状況の年次推移

（件）

区分＼年度		平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度
精神障害等	請求件数	524	656	819	952	927
	決定件数	425	449	607	812	862
	うち支給決定件数 （認定率）	130 (30.6%)	127 (28.3%)	205 (33.8%)	268 (33.0%)	269 (31.2%)
うち自殺（未遂を含む。）	請求件数	121	147	176	164	148
	決定件数	135	106	156	178	161
	うち支給決定件数 （認定率）	45 (33.3%)	42 (39.6%)	66 (42.3%)	81 (45.5%)	66 (41.0%)

注　1　本表は、労働基準法施行規則別表第1の2第9号の「業務に起因することの明らかな疾病」に係る精神障害等について集計したものである。
2　決定件数は、当該年度に請求されたものに限るものではない。
3　支給決定件数は、決定件数のうち業務上として認定した件数である。
4　認定率は、支給決定件数を決定件数で除した数である。

平成21年4月の厚生労働省労働基準局長通達「心理負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針の一部改正について」（平成21年4月6日基発0406001号）は、おおよそ10年前の、平成11年9月に出された労働省労働基準局長通達「心理負荷による精神障害等に係る

業務上外の判断指針について」（平成11年9月14日基発544号・545号）に示された心理的負荷の強度等を見直したものである。

見直しの趣旨・背景については、「労働環境の急激な変化等により業務の集中化による心理的負荷、職場でのひどいいじめによる心理的負荷など、新たな心理的出来事が認識され、評価表における具体的出来事への当てはめが困難な事案が少なからず見受けられる」として、「職場における心理的負荷評価表」に新たな具体的項目が12項目追加され、さらに7項目の具体的項目が修正されている。

なお、「職場以外の心理的負荷評価表」も1項目新たな具体的項目が追加されている。

労災認定に関する関係通達を次に示す。

・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について
（平成11年9月14日付け 基発第544号）
・精神障害による自殺の取扱いについて(平成11年9月14日付け 基発第545号)
・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の運用に関しての留意点等について （平成11年9月14日付け 補償課長事務連絡第9号）
・セクシュアルハラスメントによる精神障害等の業務上外の認定について
（平成17年12月1日付け 基労補発第1201001号）
・上司の「いじめ」による精神障害等の業務上外の認定について
（平成20年2月6日付け 基労補発第0206001号）
・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における業務による出来事の心理的負荷の強度の修正等について （平成20年9月25日付け 事務連絡）
・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の一部改正について
（平成21年4月6日付け 基発第0406001号）
・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の一部改正に係る運用に関し留意すべき事項等について(平成21年4月6日付け 基労補発第0406001号)

（2）労災認定に係る心理的負荷の評価

この指針の基本的な考え方については、精神障害の発病の有無等を明らかにした上で、業務による心理的負荷、業務以外の心理的負荷、個体側要因の各事項について具体的に検討し、それらと当該労働者に発病した精神障害との関連性について総合的に判断するというものである。

その判断の要件が、次のとおり示されている。

① 対象疾病が国際疾病分類で分類されている精神障害を発病していること

② 対象疾病の発病前6カ月間に、客観的に当該精神障害を発病させるおそれのある業務による強い心理的負荷が認められること

③ 業務以外の心理的負荷及び個体側要因により当該精神障害を発病とは

認められないこと

判断の要件のうち、②の「対象疾病の発病前６カ月間に、客観的に当該精神障害を発病させるおそれのある業務」があったか、「強い心理的負荷が認められる」とはどのようなことなのかは、精神障害等の労災認定はもとより職場でメンタルヘルス対策を進めるうえで参考になる出来事として、平成21年４月６日基発0406001号の別表１『職場における心理的負荷評価表』(表3-2)に列挙されているので説明を加える。

表3-2　平成21年4月6日基発0406001号「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について」（別表1）

注1（平成11年9月14日付け基発第544号）からの修正部分を下線で表示（「心理的負荷の強度」の欄）
　2　本改正で新たに追加した具体的出来事は★で表示

出来事の類型	(1) 平均的な心理的負荷の強度				(2) 心理的負荷の強度を修正する視点
	具体的出来事	心理的負荷の強度			修正する際の着眼事項
		Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	
①事故や災害の体験	重度の病気やケガをした			☆	被災の程度、後遺障害の有無・程度、社会復帰の困難性等
	悲惨な事故や災害の体験（目撃）をした		☆		事故や被害の大きさ、恐怖感、異常性の程度等
②仕事の失敗、過重な責任の発生等	交通事故（重大な人身事故、重大事故）を起こした			☆	事故の大きさ、加害の程度、処罰の有無等
	労働災害（重大な人身事故、重大事故）の発生に直接関与した			☆	事故の大きさ、加害の程度、処罰の有無等
	会社の経営に影響するなどの重大な仕事上のミスをした			☆	失敗の大きさ・重大性、損害等の程度、ペナルティの有無等
	会社で起きた事故（事件）について、責任を問われた		☆		事故の内容、関与・責任の程度、社会的反響の大きさ、ペナルティの有無等
	違法行為を強要された		★		行為の内容、強要に対する諾否の自由の有無、強要の程度、社会的影響の大きさ、ペナルティの有無等
	自分の関係する仕事で多額の損失を出した		★		損失の内容・程度、関与・責任の程度、ペナルティの有無等
	達成困難なノルマが課された		★		ノルマの困難性、強制の程度、ペナルティの有無、達成できなかった場合の影響等
	ノルマが達成できなかった		☆		ノルマの内容、困難性・強制性・達成率の程度、ペナルティの有無、納期の変更可能性等
	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった		☆		プロジェクト内での立場、困難性の程度、能力と仕事内容のギャップの程度等
	顧客や取引先から無理な注文を受けた		★		顧客・取引先の位置付け、要求の内容等
	顧客や取引先からクレームを受けた		☆		顧客・取引先の位置付け、会社に与えた損害の内容・程度等
	研修、会議等の参加を強要された	★			研修・会議等の内容、業務内容と研修・会議等の内容とのギャップ、強要に対する諾否の自由の有無、強要の程度、ペナルティの有無等
	大きな説明会や公式の場での発表を強いられた	★			説明会等の規模、業務内容と発表内容のギャップ、強要・責任の程度等
	上司が不在になることにより、その代行を任された	★			内容、責任の程度・代行の期間、本来業務との関係等
③仕事の量・質の変化	仕事内容・仕事量の大きな変化を生じさせる出来事があった		☆		業務の困難度、能力・経験と仕事内容のギャップ、責任の変化の程度等
	勤務・拘束時間が長時間化する出来事が生じた		☆		勤務・拘束時間の変化の程度、困難度等

	勤務形態に変化があった	☆			交替制勤務、深夜勤務等変化の程度等
	仕事のペース、活動の変化があった	☆			変化の程度、強制性等
	職場のOA化が進んだ	☆			研修の有無、強制性等
④身分の変化等	退職を強要された			☆	解雇又は退職強要の経過等、強要の程度、代償措置の内容等
	出向した		☆		在籍・転籍の別、出向の理由・経過、不利益の程度等
	左遷された		☆		左遷の理由、身分・職種・職制の変化の程度等
	非正規社員であるとの理由等により、仕事上の差別、不利益取扱いを受けた		☆		差別、不利益の内容・程度等
	早期退職制度の対象となった	★			対象者選定の合理性、代償措置の内容等
⑤役割・地位等の変化	転勤をした		☆		職種、職務の変化の程度、転居の有無、単身赴任の有無、海外の治安の状況等
	複数名で担当していた業務を1人で担当するようになった		★		業務の変化の内容・程度等
	配置転換があった		☆		職種、職務の変化の程度、合理性の有無等
	自分の昇格・昇進があった	☆			職種、職務の変化の程度等
	部下が減った	☆			職場における役割・位置付けの変化、業務の変化の内容・程度等
	部下が増えた	☆			教育・指導・管理の負担の内容・程度等
	同一事業場内での所属部署が統廃合された	★			業務の変化の内容・程度等
	担当ではない業務として非正規社員のマネージメント、教育を行った	★			教育・指導・管理の負担の内容・程度等
⑥対人関係のトラブル	ひどい嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた			★	嫌がらせ、いじめ、暴行の内容、程度等
	セクシュアルハラスメントを受けた		☆		セクシュアルハラスメントの内容、程度等
	上司とのトラブルがあった		☆		トラブルの内容、程度等
	部下とのトラブルがあった		☆		トラブルの内容、程度等
	同僚とのトラブルがあった	☆			トラブルの内容、程度、同僚との職務上の関係等
⑦対人関係の変化	理解してくれていた人の異動があった	☆			
	上司が替わった	☆			
	昇進で先を越された	☆			
	同僚の昇進・昇格があった	☆			

(3) (1)の出来事後の状況が持続する程度を検討する視点（「総合評価」を行う際の視点）

出来事に伴う問題、変化への対処等	持続する状況を検討する際の着眼事項例
○仕事の量（労働時間等）の変化後の持続する状況 ・所定外労働、休日労働の増加の程度 ・仕事密度の増加の程度	①恒常的な長時間労働が出来事以後にみられた ②多忙な状況となり、所定労働時間内に仕事が処理できず、時間外労働が増えた ③休日出勤が増えた ④勤務時間中はいつも仕事に追われる状況となった ⑤その他（仕事の量（労働時間等）の変化に関すること）
○仕事の質・責任の変化後の持続する状況 ・仕事の内容・責任の変化の程度、経験、適応能力 との関係等	①ミスが許されないような、かなり注意を集中する業務となった ②それまでの経験が生かされず、新たな知識、技術が求められることとなった ③深夜勤務を含む不規則な交替制勤務となった ④24 時間連絡が取れるなど、すぐ仕事に就ける状態を求められるようになった ⑤以前より高度の知識や技術が求められるようになった ⑥その他（仕事の質・責任の変化後の持続する状況に関すること）
○仕事の裁量性の欠如 ・他律的な労働、強制性等	①仕事が孤独で単調となった ②自分で仕事の順番・やり方を決めることができなくなった ③自分の技能や知識を仕事で使うことが要求されなくなった ④その他（仕事の裁量性の欠如に関すること）
○職場の物的・人的環境の変化後の持続する状況 ・騒音、暑熱、多湿、寒冷等の変化の程度 ・対人関係・人間関係の悪化	①対人関係のトラブルが持続している ②職場内で孤立した状況になった ③職場での役割・居場所がない状況になった ④職場の雰囲気が悪くなった ⑤職場の作業環境（騒音、照明、温度、湿度、換気、臭気など）が悪くなった ⑥その他（職場の物的・人的環境の変化に関すること）

○職場の支援・協力等の欠如の状況 ・訴えに対する対処、配慮の欠如の状況等 ・上記の視点に関わる調査結果を踏まえ、客観的に みて問題への対処が適切になされていたか等	①仕事のやり方の見直し改善、応援体制の確立、責任の分散等、支援・協力がなされていない等 ②職場内のトラブルに対する対処がなされていない等 ③その他（職場の支援・協力等の欠如の状況に関すること）
○その他 (1)の出来事に派生する状況が持続する程度	

総合評価		
弱	中	強

（注）
- （1）の具体的出来事の平均的な心理的負荷の強度は☆で表現しているが、この強度は平均値である。また、心理的負荷の強度Ⅰは日常的に経験する心理的負荷で一般的に問題とならない程度の心理的負荷、心理的負荷の強度Ⅲは人生の中でまれに経験することもある強い心理的負荷、心理的負荷の強度Ⅱはその中間に位置する心理的負荷である。
- （2）の「心理的負荷の強度を修正する視点」は、出来事の具体的態様、生じた経緯等を把握した上で、「修正する際の着眼事項」に従って平均的な心理的負荷の強度をより強くあるいはより弱く評価するための視点である。
- （3）「（1）の出来事後の状況が持続する程度を検討する視点」は、出来事後の状況がどの程度持続、拡大あるいは改善したのかについて、「持続する状況を検討する際の着眼事項例」を評価に当たっての着眼点として具体的に検討する視点である。各項目は（1）の具体的出来事ごとに各々評価される。
- 「総合評価」は、（2）及び（3）の検討を踏まえた心理的負荷の総体が客観的にみて精神障害を発病させるおそれのある程度の心理的負荷であるか否かについて評価される。

これによると出来事を①事故や災害の体験、②仕事の失敗、過重な責任の発生等、③仕事の量・質の変化、④身分の変化等、⑤役割・地位等の変化、⑥対人関係のトラブル、⑦対人関係の変化、の類型に分けたうえで、個々の類型に具体的出来事の平均的な心理負荷の強度を３段階で評価することになっている。評価は、強度Ⅰを「日常的に経験する心理的負荷で一般的に問題とならない程度の負荷」とし、強度Ⅲを「人生の中でまれに経験することもある強い心理的負荷」としている。強度Ⅱは「その中間に位置する心理的負荷」としている。

これらの具体的出来事の態様を確認し、生じた経緯等を把握した上で評価するが、「強度を修正する視点」については、具体的に示された「修正する際の着眼事項」に従って平均的な心理負荷の強度を基準により強いかあるいはより弱いかを評価して修正をしていく評価手法となっている。

また、「出来事後の状況が持続する程度を検討する視点（「総合評価」を行う際の視点）」については、「出来事に伴う問題、変化への対処等」を示すとともに、さらに「持続する状況を検討する際の着眼事項」が列挙されている。これは具体的出来事ごとに各々評価されるもので、出来事に伴う変化等がその後どの程度持続、拡大したか、あるいは改善したかを具体的に検討する視点である。

出来事の類型、具体的出来事、修正する際の着眼事項、出来事に伴う問題、変化への対処等、いずれも職場でメンタルヘルスに取り組む際のキーワードとなる出来事の項目である。

さらに、この業務上外の判断指針には「自殺の取扱い」についても示されている。これによると、業務による心理的負荷によって対象となる精神障害が発病したと認められる者が自殺を図った場合には、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、また自殺行為を思いとどまる精神的な抑制が著しく阻害されている状態で自殺が行われたものと推定し、原則として業務起因性が認められるとしている。

このように、業務上外の判断指針の中にもメンタルヘルスに取り組むキーワードがある。これを上手に活用すれば、より効果のある現実的な対策として取り組むことができると考えられる。

4　企業の安全配慮義務

（1）メンタルヘルスと企業の社会的責任

社会・経済活動のグローバル化や情報化社会の急速な進展、少子高齢化社会への移行は、職場の中において成果主義の導入や世代交代、技術・技能の伝承の課題等々の雇用の変化や働き方の変化をもたらした。労働者を取り巻くこれらの環境の変化は、労働者のストレスに対する問題、心の健康の問題への取組みの重要性を増す一方となっている。最近では、メンタルヘルスの問題は、企業の社会的責任（Corporate Social Responsibility ：以下「ＣＳＲ」という。）の範疇に組み入れられた重要な取組みになっている。

ＣＳＲとは、「企業は社会的な存在であり、自社の利益、経済合理性を追求するだけではなく、利害関係者全体の利益を考えて行動すべきであり、法令の遵守、環境保護、人権擁護、消費者保護などの社会的側面にも責任を有する」という考え方である。従業員は、消費者、取引先、投資家、地域社会等の様々な利害関係者と並ぶ一つとして位置付けられていることから、従業員のメンタルヘルスの問題に取り組むことは、上記の考え方の範疇に組み入れられた重要な項目の一つとなっているのである。

（2）安全配慮義務について

ア　労働安全衛生法・民法と安全配慮義務

労働者の健康管理を担当する者が、その責任を果たすための知識として持っておかなければならない法律に労働安全衛生法と民法がある。

労働安全衛生法は、労働者の安全と健康を確保するための最低基準を定めた法律として、労働基準法第 42 条の「労働者の安全及び衛生に関しては、労働安全衛生法の定めるところによる」との定めを受けて、昭和 47 年に制定されたものである。労働安全衛生法自体は、安全衛生に関する規制の原則のみを定めたもので、規制の具体的な内容はほとんど労働安全衛生法施行令、労働安全衛生規則といった政令や省令に委ねられている。

労働安全衛生法の第３条には、事業者等の責務として「快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保するようにしなければならない」と定められており、さらに事業者の講ずべき措置として第 20 条には危険を防止するため必要な措置、また第 22 条には健康障害を防止するため必要な措置等を講ずることが定められている。これに違反をした場合には、違反した具体的事実に基づいて刑事罰の対象となる。刑法とともに刑事責任を問われるものである。

一方、民法は、企業が損害賠償の責任を負うという民事責任の根拠とな

るもので、不法行為責任と契約責任が通常問題とされることになる。

不法行為責任とは、「故意又は過失によって他人の権利又は法律上保護される利益を侵害した者は、これによって生じた損害を賠償する責任を負う。」（民法 709 条）と定められ、また使用者責任の「ある事業のために他人を使用する者は、被用者がその事業の執行について第三者に加えた損害を賠償する責任を負う。」（民法第 715 条第１項）を根拠として損害賠償の責任を負うものである。また、契約責任とは、「債務者がその債務の本旨に従った履行をしないときは、債権者は、これによって生じた損害の賠償を請求することができる。」（民法第 415 条）とされている。

安全配慮義務（健康配慮義務）は、この契約責任の条項である民法の第 415 条を根拠にして違反があった場合の責任を問い、損害賠償責任として議論されているものである。

従前より、企業において安全や衛生･健康管理上の問題によって従業員に損害を生じさせた場合には、不法行為責任の範囲で企業の損害賠償責任を問われてきたが、昭和 50 年２月の最高裁判所の判例で「安全配慮義務」という概念によって、初めて契約責任を果たさなかった企業の責任の損害賠償責任が認められた。その最高裁判所の判例によると、安全配慮義務は「事業者が労働者に負っている労働契約上の債務で、事業者が労働者に対し、事業遂行のために設置すべき場所、施設もしくは設備などの施設管理又は労務の管理に当たって、労働者の生命及び健康などを危険から保護するよう配慮すべき義務」と定義されている。

事業者が安全配慮義務に違反しているかどうかについては、健康被害を受けたと考える労働者が、債務不履行の損害賠償請求の民事訴訟を起こし、事業者の安全配慮義務の内容と違反の主張を行い、個別に裁判所の判断を受けることになるので、一般論で論じることはできない。業務と健康被害との因果関係・健康被害の回避可能性・事業者側の過失の存在の有無が判断の根拠となる。

イ　安全配慮義務の範囲とその拡大

安全配慮義務という概念の定義は、法律の文書上に明文化されているわけではなく、判例に示されて認められていることから、その判例の示す安全配慮義務の範囲は時代とともに変わっているのも事実である。前述の昭和 50 年以降「業務に直接起因する健康障害を起こさないこと」として運用されてきたが、その後、「業務に直接起因しているとはいえないが、業務と密接な関連を有する健康障害」についても、安全配慮義務に含まれるとする考え方が定着し、範囲は拡大する傾向にある。

ウ　労働契約法の制定と安全配慮義務

近年、就業形態が多様化して労働者の労働条件が個別に決定・変更されるようになって、個別の労働紛争が増加している。この紛争の解決の手段としては、裁判制度のほかに、平成13年度から個別労働紛争解決制度が、平成18年度から労働審判制度が施行されるなど、手続き面での整備は進んできた。しかし、このような紛争を解決するための労働契約についての民事的なルールをまとめた法律は存在しなかった。このような中で、平成20年3月から「労働契約法」が施行され、労働契約についての基本的なルールがわかりやすい形で明らかにされた。これにより労働紛争が防止され、労働者の保護を図りながら、個別の労働関係が安定することが期待されている。

この労働契約法第5条は、「使用者は、労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする。」として、使用者は労働契約に基づいてその本来の債務として賃金支払い義務を負うほか、労働契約に特段の根拠規定がなくとも、労働契約上の付随的義務として当然に安全配慮義務を負うことを規定している（表4-1）。従前、「安全配慮義務」は、民法等の規定からは明らかになっていなかった。通常の場合、判例において、労働者は、使用者の指定した場所に配置され、使用者の供給する設備、器具等を用いて労働に従事するものであることから、労働契約の内容として具体的に定めずとも、労働契約に伴い信義則上当然に、使用者は、労働者を危険から保護するよう配慮すべき安全配慮義務を負っているものとされ、個別の事案として判断されてきた。

今後は、労働安全衛生法をはじめとする労働安全衛生関係法令において規定され、遵守されるべき事業主の講ずべき具体的な措置と本法が相まって、「安全配慮義務」という考え方が広く定着していくものと考えられる。

表 4-1　労働契約法の構成

第１章　　総則（第１条ー第５条）
第２章　　労働契約の成立及び変更（第６条ー第 13 条）
第３章　　労働契約の継続及び終了（第 14 条ー第 16 条）
第４章　　期間の定めのある労働契約（第 17 条）
第５章　　雑則
附則
（参考）
第５条　（労働者の安全への配慮）
使用者は、労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする。
第 16 条　（解雇）
解雇は、客観的に合理的な理由を欠き、社会通念上相当であると認められない場合は、その権利を濫用したものとして、無効とする。

エ　労働者の健康について事業者が配慮しなければならないこと

平成 12 年３月に出された、ある企業に対する上告審の判決で、最高裁判所は、「使用者は、業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷等が過度に蓄積して労働者の心身の健康を損なうことがないよう注意する義務を負う」という新しい判断を示し、使用者に代わって労働者に対し業務上の指揮監督を行う権限を有する者に、「使用者の注意義務の内容に従って、その権限を行使する」ことを求めた。これは、事業者は労働者の健康状態を把握し、問題がある場合には業務の負荷による健康状態の悪化を防ぐための措置をとらなければならないということを明確に示したものとして以後、心身の健康について事業者が配慮しなければならない重要な判例となっている。

表 4-2 には、当時、重要な事案となった過労による自殺死５つの事案の概要比較表を示す。

表 4-2　過労による自殺死５事案の概要比較表　　①～⑫は時系列の順番

事案名	地裁	高裁	最高裁	その後
製鉄所掛長事案	10.2.23 岡山地裁倉敷支部／安全配慮義務違反を認定／相殺５割／5,200 万円／双方控訴 ④	広島高裁岡山支部に係属／12.10.2 和解(会社側謝罪、和解金１億1,350 万円) ⑫		
道路工事作業所長事案	10.7.16 札幌地裁／注意義務違反を認定／過失相殺なし／9,160 万円／控訴なし:確定 ⑤			
保育所保母事案	9.5.26 神戸地裁／自殺との因果関係を否定／原告控訴 ②	10.8.27 大阪高裁／安全配慮義務違反を認定／相殺８割／1,150 万円／会社側上告 ⑥	12.6.27 上告棄却等 ⑪	
広告代理店事案	8.3.2 東京地裁／会社の使用者責任を是認／過失相殺なし／１億2,600 万円／双方控訴 ①	9.9.26 東京高裁／会社の使用者責任を是認／過失相殺３割／8,900 万円／双方上告 ③	12.3.24／会社の使用者責任を是認／過失相殺に関する高裁判決を破棄・差戻し ⑦	12.6.23 和解(会社側陳謝、賠償金１億 6,800 万円) ⑩
ソース製造作業員事案	12.5.1 広島地裁／安全配慮義務違反等を是認／過失相殺なし／１億1,100 万円／会社側控訴 ⑧	控訴取下げ ⑨		

注）１．表示内容は、判決年月日、判決裁判所、賠償責任についての判決内容、過失相殺についての判決内容、賠償額、上訴の有無となっている。

その後についても、安全配慮義務の範囲が拡大する傾向にある中にあって、健康管理に関わる事案についても、安全配慮義務を問われる判例は増加の一途をたどっている。中でも最近の事案ではメンタルヘルスの問題が多くなっていることに注意を払っておく必要がある。

労働者の健康について事業者が配慮しなければならないことの基本は、労働者を就業させる際に就業に関係する健康障害の発生や悪化する可能性が高いかどうかを予見する義務（危険予知義務）と、可能性が高いのであればこれを避けるべき義務（結果回避義務）をきちんと果たしておくことが求められているということである。

5　メンタルヘルスケアの教育技法

（1）　セルフケアのための技法

ア　セルフケアに使える既存のツールや技法

有効なセルフケアを行うためには、うつ病などの健康障害が発症する前に、ストレスの原因（ストレッサー）やストレスによって生じる症状（ストレス反応）に気づくことが必要である。しかし、これらに気づいていない人も多い。ストレスへの気づきを促進するためには、既に開発されて、よく使われている調査票を使うのも一つの方法である（表5-1）。

人間関係に起因する職場の問題に対しては、交流分析による自己分析（エゴグラム）と自分の対人関係の交流パターンを知ることによって、対人関係をよくする交流パターン分析がある（参考文献１、２）。

ストレッサーに直面した場合、人はそれを解決するために努力したり、支援を求めたり、あるいは普段からストレス解消法などの行動をとる。これをストレス対処行動と呼び、いくつかの解説書がある。産業保健の領域でも１部で、研修に使われている（参考文献３、４）。

これらのツールや技法については、参考文献を参照のこと。

表5-1　セルフケアに使われるツールや技法

1）ストレスやメンタルヘルス不調への気づきの促進
・労働者の蓄積疲労度自己診断チェックリスト
（http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/06/tp0630-1.html）
・GHQ（General Health Questionnaire：精神健康度調査票）
・職業性ストレス簡易調査票
（http://www.tmu-ph.ac/topics/stress_table.php）
2）自己理解と対人交流パターンの理解
・交流分析
3）ストレスコーピング（ストレス対処行動）
4）ストレスリダクション（ストレス緩和）の技法
・自律訓練法
・ベンソンのリラクセーション法
・ジェイコブソンの筋弛緩法

イ　ストレスリダクション法

ここではストレスリダクション法について解説する。ストレス時には、筋肉の緊張、心拍数や血圧の増加、皮膚や胃腸の血管の収縮、脳波では緊

張時に見られるβ波が増え、交感神経系が優位になる。一方、リラックス時には、この逆の状態になり、脳波ではリラックス時に見られるα波が増え、副交感神経系が優位になる（図5-1）。さらに、これまでの経験や研究で、筋肉の弛緩や皮膚温の上昇、呼吸調整などの身体の状態をリラックス時の状態にすることによって、精神のリラックス状態ができることや交感神経系の過剰な興奮がとれ、副交感神経系がやや優位な状態になることがわかってきた（参考文献2）。

図5-1　ストレス反応とリラックス反応

自律訓練法の重感訓練は、言葉（言語公式）と呼吸によって筋肉の弛緩を促進し、温感訓練は言葉やイメージを使って、皮膚の血流の増加と皮膚温の上昇を促進する。結果として、副交感神経系が優位な状態になり、精神的には不安感が減りくつろいだ状態になる（参考文献2、3、5）。

ベンソン（Benson, H.）のリラクセーション法は、言葉も使うが主に呼吸を整えることを中心として、交感神経系の緊張を和らげ、副交感神経系が優位な状態をつくる（参考文献2、6）。

筋弛緩法は、筋肉は一度緊張させるとその後、弛緩が起こることを応用して、全身の筋肉を系統的に弛緩させていくことによって、心身のくつろぎを促進する方法である（参考文献2、7）。この方法は、肩こりや筋緊張型頭痛の軽減にも応用できる。

いずれも訓練によって、いつでも必要なときにリラックスした状態を作

ることができることと、毎日実践することで、ストレスや過労による交感神経系の過剰な緊張状態を軽減して、精神や内臓機能のバランスを保つことが期待されている。

(ア)　自律訓練法

①　自律訓練法の特徴

現在、日本で最も活用されているリラクセーションの技法は自律訓練法で、産業保健の領域のほかに臨床医学や学校保健の領域でも実践されている。

歴史的には、催眠の研究から始まり、ドイツのフォークト(Vogt,G)の「予防的休息法」に始まり、20 世紀初めにシュルツ(Schultz,J.H.)によって体系化され、標準練習の公式（表 5-2）が確立された。自律訓練法は練習方法が体系化されており誰でも習得できること、集団指導ができること、副作用が少ないこと、精神的にリラックス感やリフレッシュ感が自覚できること、温感や重感などの身体内部の感覚への感受性が増すために、ストレスによる身体反応や疲労感などへの気づきも促進され、早目の対応ができることなどから、セルフケアの方法として広く活用されている。また、先に述べたリラックス反応に伴う生理的な変化を伴うので、サーモグラフや筋電図、脳波を用いて上達度がモニターでき、科学的な研究も行いやすい利点がある。

表 5-2　自律訓練法の標準練習

・背景公式：	「気持ちが落ち着いている」
・第１公式：	「両腕、両脚が重たい」（四肢重感練習）
・第２公式：	「両腕、両脚が温かい」（四肢温感練習）
・第３公式：	「心臓が静かに規則正しく打っている」
	又は「心臓が自然に打っている」（心臓調整練習）
・第４公式：	「自然に呼吸（いき）をしている」
	「とても楽に呼吸をしている」（呼吸調整練習）
・第５公式：	「お腹が温かい」（内臓調整練習）
	又は「胃のあたりが温かい」（腹部温感練習）
・第６公式：	「額が心地よく涼しい」
	又は「額が快く涼しい」（額涼感練習）
・消去動作（取り消し運動）	

② 練習上の注意とポイント

【動機づけ】

自律訓練法は、約100年の歴史を持つセルフコントロールの技法で、練習すれば思春期以降の年代では、誰でも習得できること、習得には少し時間がかかり、なんとなく重感や温感がわかるようになるのに約2～4週間かかるが、練習が進めば、いつでもどこでもでき、早く深くリラクセーションの状態ができるようになること、一度マスターすれば、忘れることはなく、いつでも使えることを伝えておくことが大切である。

【練習姿勢】

自律訓練法の練習姿勢には、単純椅子姿勢、安楽椅子姿勢、仰臥姿勢の3つがある。いずれも、筋肉の弛緩が起きても、崩れない自然で安定した姿勢であることが大切である。

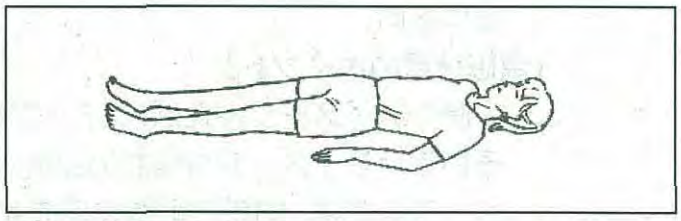
単純椅子（イス）姿勢では、椅子に深めに腰掛けて全身の力を抜き、頭を少し前傾させ、肩も落とす。両腕は膝の近くの大腿部に置く。脚は少し開き気味にし、両膝の間にこぶしが一つ入るくらいあける。女性の場合、脚を開くことに抵抗があれば、膝は閉じ気味にして、足低部を少し広げるようにする（図5-2）。

安楽椅子を用いる場合は、両腕は肘掛にのせる。

仰臥位の場合は、低めの枕に頭を乗せ、両腕は体から少し離し手のひらは下向きにする（図5-3）。

図5-2　訓練姿勢―イス姿勢

図5-3　仰臥姿勢



（出典：中央労働災害防止協会編『心理相談専門研修』2009年1月、中央労働災害防止協会）

【訓練回数】

毎日繰り返すことが大切である。習得するまでは、1日に3～4セッション（朝、昼、夕、就寝前）行ったほうがよいが、日中の時間が

取れないときは、夕方や就寝前だけでもよい。1回の練習時間は、1～2分程度で、消去動作を入れて30秒休み、これを2～3回繰り返しこれを1セッションとする。上達すれば、背景公式や「両腕両脚が重くて温かい」という温感公式を頭の中で繰り返すだけで、数秒～十数秒で、いつでもどこでも、後で述べる「意識の変容」と呼ばれる状態になり、リラクセーションができるようになる。

練習中は、日誌をつけて上達具合を記録するようにする。

【練習環境】

最初は比較的静かな場所で、寒すぎたり暑すぎない室温で少し暗くした室内で練習したほうがよい。体を締めつけるもの、ネクタイは外し、ベルトも少し緩くしたほうがよい。ある程度、習熟してくるといつでもどこでもやれるようになる。

【受動的注意集中】

自律訓練法の練習は、重感や温感など体の感覚の微妙な変化に気づく練習でもある。そのために練習中は目をつぶり、練習部位（右腕など）に「それとなく」あるいは「ぼんやりと」意識を向け、重感練習のときは、練習部位の力が抜けて「重たいような、けだるいような感じ」や温感練習では、気持ちをそれとなく練習部位に向けて、「右腕が温かい」という言葉を繰り返しながら暖かい感じになるのを待つといった、受動的な注意の集中が大切である。練習部位に注意を集中して、意識的に何とか重感を出そうとして力むと、筋肉の弛緩は起こらず、何とかして皮膚温を上げようと能動的注意集中を行うと、血管は収縮して皮膚温は下がってしまう。

【重感練習のポイント】

重感練習で両腕の力を抜く方法として、息を吐くときに肩の力を抜き、少し前屈すると力が抜けて腕がなんとなく重くてけだるい感じが出やすい。

【温感練習のポイント】

暖かいイメージ例えば、ストーブの近くのソファーにゆっくりくつろいでいるイメージや暖かい日差しの中、縁側で日向ぼっこしているイメージなどは、温感の習得を促進する。そのほか、脚と接している手掌（手のひら）の温感に意識を向けることによって、温感を実感でき、そこから温感が腕全体に、また、手掌が接している脚の部分から足全体に広がることが分かる。このことは、サーモグラフを用いた研究でも確かめられている。

【雑念除去のポイント】

練習中に頭に浮かんでくる雑念は、追い払おうとせず、また雑念を追いかけることもせず、ただ淡々と重感、温感の言語公式を繰り返すと、雑念は自然に消える。

【消去動作】

自律訓練法の習得が進むと、筋肉の弛緩と皮膚温の上昇、血圧の軽度低下、等の生理学的変化と気持ちがくつろいで心地よく、少しぼんやりした感じで、脳波ではα波が増えてくる特有の意識状態（意識の変容：Altered State of Consciousness と呼ばれる）になる。この状態で立ち上がるとめまいやふらつきが出たりするので、その前に、必ずこの状態を解除する必要がある。

消去動作は、両手指の開閉（「グーパー、グーパー」の繰返し）を数回繰り返し、次に、両腕の屈伸（「ひじを曲げて伸ばして、曲げて伸ばして」の繰返し）を数回行って、最後に、大きく背伸びをして、深呼吸し、両目をゆっくり開ける。

消去動作は、筋肉の屈伸を行うことで、意識に関係している脳の部位（脳幹網様体）を刺激して、通常の意識状態に戻すことができるという生理反応を利用したものである。消去動作の後には、気持ちがすっきりしたリフレッシュ感が得られる。

【自律性解放について】

ごくまれではあるが、自律訓練練習中に、手や足の筋肉がぴくぴくと動いたり、めまい感、胸部圧迫感、中には、同じ雑念が繰り返し出てきたり、不安感、抑うつ感などが出現する場合がある。これを自律性解放と呼び、このような場合は、練習時間を 1 分以内に短縮するか、しばらく休む必要がある。

③　自律訓練法の効果

- 自分で、いつでも必要なときにリラックスできるので、ストレス反応は抑制され、ストレス軽減効果がある。
- 自律訓練後には、不安感が軽減するとともに、リフレッシュできる。試験前などの「あがり」も軽減される。
- 体の内部感覚への気づきが促進されるために、疲労感やストレス反応、体調不良などへの気づきが早くなり、休養を取るなどの対応ができる。
- 寝つきが悪い人では、就寝前に行うことで、自然な睡眠が促進される。
- 専門的になるが、自律訓練によって得られた「意識の変容状態」を利用して、不安の軽減除去（特定の不安状況で起こる過換気発作

の治療など）や運動のイメージトレーニング等が可能になる。

④　自律訓練をやってはいけない場合

・　急性症状（発熱、咽頭痛、筋痛など）があるときは行わない。

・　糖尿病、緑内障（眼圧が高い）、心筋梗塞、偏頭痛、うつ病などがある場合は慎重に行う。病気の程度にもよるので専門家と相談したほうがよい。

・　慢性疾患の場合、症状がコントロールされていれば訓練は可能であるが、不安定なときは避けたがよい。

⑤　具体的な練習の進め方

産業保健の領域では、第２公式まで習得できれば十分である。第３公式以降は、臨床領域で治療目的のために使われることが多い。

まず、椅子に深めに腰掛け（単純椅子姿勢）て目を閉じ、肩や腕を軽くゆすって力を抜き、体の緊張をほぐす。次に、深呼吸を数回して気持ちを落ち着け、背景公式（表 5-3）「気持ちが落ち着いている」「気持ちがとても落ち着いている」という言葉を頭の中でゆっくり繰り返す。この時、自分がくつろぐイメージ（例えば、ソファーでゆっくりくつろいでいる場面や春の温かい野原でぼんやり景色を眺めている場面などをイメージする）を用いてもよい。

表 5-3　背景公式と第１公式

背景公式（安静練習）

「気持ちが落ち着いている・・気持ちがとても落ち着いている
・・・気持ちが落ち着いている・・・」（イメージを加える）

第１公式（重感練習）

「気持ちが落ち着いている・・（右腕にぼんやりと注意を向け）
右腕が重たい・・右腕が重たい・・右腕がとても重たい・・気持ちが落ち着いている・・（左腕にぼんやりと注意を向ける）左腕が重たい・・左腕がとても重たい・・気持ちが落ち着いている
・・（両脚にぼんやりと注意を向ける）両脚が重たい・・両脚がとても重たい・・（両腕両脚のぼんやりと注意を向ける）両腕両脚が重たい・・」
（しばらく、くつろいだ感覚を味わった後、消去動作を行う）

背景公式＋第１公式（重感練習）（右腕→左腕→両脚→両腕両脚）

第１公式（重感練習）

「気持ちが落ち着いている」という背景公式（安静練習）を数回繰返した後、右手にぼんやりと注意を向け「右腕が重たい」（繰返し）、「右腕がとても重たい」（繰返し）、「気持ちが落ち着いている」、左腕に気持ちを向け「左腕が重たい」（繰返し）、「気持ちが落ち着いている」、両脚に気持ちを向け「両脚が重たい」、「両脚がとても重たい」（繰返し）、次に、両腕両脚に注意を向け「両腕両脚が重たい。重たい」という言語公式を繰り返す。そして最後に消去動作を行う。背景公式から始め、右腕（利き腕）→左腕→両脚→両腕両脚の順で、訓練を進める。通常はこの練習を１～２週間続けた後、次の第２公式（温感練習）へ進むが、研修機会の関係で、第２公式の練習まで行う場合もある。

第２公式（温感練習）

「気持ちが落ち着いている」という背景公式を数回繰り返した後、重感練習から始める。両腕両脚に注意を向け「両腕両脚が重たい」を繰り返した後、温感練習を始める。右腕にぼんやりと注意を向け、「右腕が温かい」（繰返し）、「右腕がとても温かいい」（繰返し）、「右腕が重くて温かい」（繰返し）、「気持ちが落ち着いている」を繰り返し、次に、左腕→両脚→両腕両脚の温感練習に進む。

このように、背景公式から始め、右腕（利き腕）→左腕→両脚→両腕両脚の重感訓練を行い、続いて温感練習を上乗せして、訓練を進める。そして、「両腕両脚が重くて温かい」で終了する。しばらく、くつろいだ感覚を味わった後、最後に消去動作を行う（表5-4）。

表5-4　第2公式

第２公式（温感練習）

「気持ちが（とても）落ち着いている・・気持ちが（とても）落ち着いている・・（両腕両脚にぼんやりと注意を向け）両腕両脚が重たい・・両腕両脚が重たい・・（そして、右腕にぼんやりと注意を向け）右腕が温かい・・右腕が温かい・・温かい・・（左腕にぼんやりと注意を向け）左腕が温かい・・温かい・・（両脚にぼんやりと注意を向け）両脚が温かい・・温かい・・（両腕両脚にぼんやりと注意を向け）両腕両脚が温かい(繰返し)」

（しばらくくつろいだ感覚を味わった後、最後に消去動作を行う）

背景公式＋第１公式（重感練習）＋第２公式（温感練習）
（右腕→左腕→両脚→両腕両脚）

（イ）　ベンソンのリラクセーション法（ベンソン法）

ハーバード大学のBenson, H.は、これまでに世界各地で行われている瞑想や座禅、祈りなど精神統一によって得られる心理的生理的安定に関する研究を行い、人はストレッサーに直面したときに出現するストレス反応と同様に、元来リラックスする機能を持っており、これをリラックス反応と名づけた（参考文献６）。

① リラックス反応を起こす基本的要素

ベンソンは次の４つの条件がそろえば、リラックス反応が起こることを示し、ベンソン法と呼ばれるリラクセーション法を開発した。

【静かな環境】

外界からの刺激（人の声や騒音など）は、心を乱して注意を散漫にするので、初心者の場合は、静かな環境が必要である。上達すればどこででもできる。

【雑念を払う工夫】

精神を統一しようとすれば、様々な雑念が浮かんでくる。それを防ぐためには、簡単な言葉を心の中で繰り返すことが、最も効果的である。言葉は祈りの言葉でも、自分にとって落ち着く言葉でもよいし、単なる数字でもよい。

雑念が浮かんでも、それを無理に振り払おうとせず、それを受け入れる。しかし、それを発展させるとリラックス反応が得られないので、雑念は追いかけず、淡々と頭の中で自分が選んだ言葉を繰り返す。

【受動的態度】

意識的（能動的に）にリラックス反応を作り出そうとせず、自然にリラックス反応が起こるのを待つという受動的な態度が大切である。

【無理のない姿勢】

筋肉の緊張があれば、リラックス反応が起きにくいので、緊張をとき、くつろいだ無理のない姿勢をとることが必要である。座位や仰臥姿勢があるが自律訓練法ほど、細かい注意点はなく、リラックスできる姿勢であればよい。

② ベンソン法の実際

リラックスしやすい楽な姿勢をとる。座位を例にとると、椅子に深めに腰掛けて、目を閉じ、肩の力を抜き、全身の筋肉をリラックスさせる。

次に、鼻から楽に呼吸をする。呼吸に合わせて、自分が選んだ言

葉（例えば、「ひとーつ」）を頭の中で繰り返す。鼻からゆっくり息を吸って、鼻から息をゆっくり吐きながら頭の中で、「ひとーつ」と数える。次に、静かに息を吸って、吐くときに「ひとーつ」・・・と繰り返す（これを約 10 分続ける）。

「うまくできているか」、「時間は 10 分経ったか」など、あまり気にせずさりげなく、繰り返すことが大切である。時間は大体のところでよい。この訓練を１日に１～２回行う。（表 5-5）

これによって、交感神経系の過剰な興奮が抑えられ、心身の状態が安定してくる。ベンソンらは、高血圧の人を対象とした研究で、血圧が下がってくることを報告している。

表 5-5　ベンソン法の実際

・くつろいだ、楽な姿勢をとる
（座位では）椅子に深めに腰掛け、目を閉じる
次に、肩の力を抜き、全身の筋肉をリラックスさせる
ゆっくり呼吸をする
・呼吸に合わせて、（自分で決めた）言葉、例えば「ひとーつ」を頭の中で静かに繰り返す
鼻から息をゆっくり吸って……吐きながら「ひとーつ」……
これを約 10 分前後繰り返す
（意識的にではなく、さりげなく、自然な感じでこの動作を繰り返す。時間は、大体のところでよい）

（ウ）　漸進的筋弛緩法

ジェイコブソン（Jacobson. H.）によって始められた漸進的筋弛緩法は、筋肉は一旦緊張させると、その後弛緩することを応用して、全身の主な筋肉を１カ所ずつ（例えば、額、口元、首や肩など）緊張させた後、弛緩させる方法である。筋肉の弛緩を作り出すことによって、リラックス状態を作り心身のくつろぎを得ようとするものである。原法は１回の練習に１ 時間以上かかるために、松原らが開発した簡便法が行われている（参考文献２）。

①　漸進的筋弛緩法（簡便法）の実際

筋肉の弛緩した状態をつくるために、筋肉を約８割の力で、数秒間収縮させその後急に力を抜く（例えば、約８割の力で右腕に力こぶを作り、約 10 秒後に急に力を抜き、右腕をだらんと下げる）と、弛緩した状態になるので、この状態の感覚（力が抜けて楽な感じ）を数十秒間味わってもらう。

実際の練習は、まず腕の筋肉から始める。腕を伸ばしてこぶしを握り、力を入れてひじを曲げ、力を入れたまま、再び肘を伸ばし、指先も伸ばして力を入れ、数秒してから両腕を下げて脱力する。→次に、顔の筋肉に移る。眉を上げて額にしわを寄せてから、力を抜く→目を強くつむって力を入れ、力を抜く。→唇を強くつむって、力をいれた後、ぽかんと口元を緩める。→次に首の筋肉に移る。天井を見上げるように頭を後ろに倒して、力を入れた後、力を抜いて軽く頭を垂れる。→次に自分の腹部を見るようにして頭を垂れ、前頸部の筋肉に力を入れた後、力を抜いて首を上げる（図 5-4）。→次に右向き、次いで左向きの状態で力を入れた後、力を抜く→次に肩の筋肉に移る。→両肩に力を入れたまま持ち上げ、首を両肩の間に埋めるようにしながら力を入れてから力を抜く（図 5-5）。

図 5-4　首の筋弛緩練習

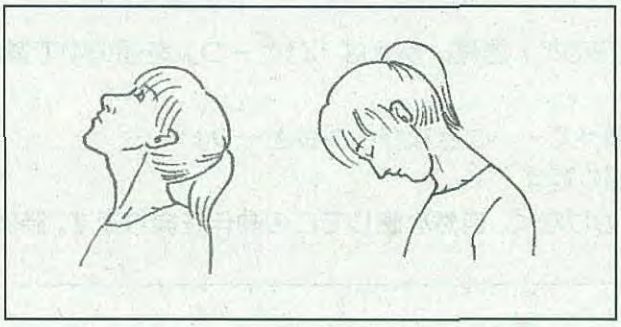


図 5-5　肩の筋弛緩練習

（出典：中央労働災害防止協会編『心理相談専門研修』2009 年 1 月、中央労働災害防止協会）

右肩の筋肉に力を入れた後に力を抜き、次に左肩へと進み、別々に行ってもよい。

次に、背中・胸部の筋肉に移る。こぶしを強く握って両肘を曲げ、力を入れた状態で、これを背中の筋肉を使って後ろに広げた後、力を抜く。次に両肘に力を入れた状態で、前で組み力を入れた後、力を抜く。

次に腹部の筋肉に移る。腹を前に突き出し腹筋に力を入れて、力を抜く。次に、おなかをへこませて力を入れた後、力を抜く。

次に、下肢の筋肉に移る。両膝を曲げて力を入れた後、力を抜く。次に座ったままで両足を伸ばして持ち上げ、力を入れて脱力する。左右別々に行ってもよい。

② 筋弛緩法の効果

心身のリラックスが得られるほか、自律訓練法などで筋肉の力が抜けた

（弛緩した）状態の感覚（重感）が分かりにくい人に、この感覚を覚えてもらうために腕の筋肉を使って、筋弛緩法を行うこともある。また、肩こりの強い人では、首と肩の筋弛緩法を行うことによって、自分で肩こりをほぐすことも可能である。

（2） 積極的傾聴法について

ア 積極的傾聴法とは

積極的傾聴（Active Listening ）は、米国の心理学者でカウンセリングの大家であるカール・ロジャーズ(Carl Rogers)によって提唱された。ロジャーズは、自らがカウンセリングを行った多くの事例（クライエント）を分析し、カウンセリングが有効であった事例に共通していた、聴く側の３要素として「共感的理解」、「無条件の肯定的関心」、「自己一致」をあげ、これらの人間尊重の態度に基づくカウンセリングを提唱した（表5-6）。

具体的に言えば、「共感的理解」に基づく傾聴とは、聴き手が相手の話を聴くときに、相手の立場になって相手の気持ちに共感しながら聴くことである。「無条件の肯定的関心」を持った傾聴とは、相手の話の内容が例え反社会的な内容であっても、初めから否定することなく、何故そのようなことを考えるようになったのか関心を持って聴くことである。「自己一致」に基づく傾聴とは、聴く側も自分の気持ちを大切にし、もし相手の話の内容にわからないところがあれば、そのままにせず聴き直して内容を確かめ、相手に対しても自分に対しても真摯な態度で聴くことである。

表5-6 ロジャーズの３原則

1. 共感的理解 (empathy, empathic understanding):
   相手の話を、相手の立場に立って、相手の気持ちに共感しながら理解しようとする。
2. 無条件の肯定的関心 (unconditional positive regard):
   相手の話を善悪の評価、好き嫌いの評価を入れずに聴く。相手の話を否定せず、なぜそのように考えるようになったのか、その背景に肯定的な関心を持って聴く。そのことによって、話し手は安心して話ができる。
3. 自己一致 (congruence)
   聴き手が相手に対しても、自分に対しても真摯な態度で、話が分かりにくい時は分かりにくいことを伝え、真意を確認する。分からないことをそのままにしておくことは、自己一致に反する。

積極的傾聴法は、このような態度で、相手の話を聴くことを学ぶための

方法で、集団を対象として行われる。日本では産業保健の領域、特に管理職研修で職場のコミュニケーションの改善、上司による部下への人間尊重の態度、すなわち、上司による部下の支援も強化する目的などで広く活用されている。

実際の研修では、インストラクターによって、傾聴のポイントを先に教えたうえで、グループで傾聴練習を行う方法から、傾聴練習の際に、先に傾聴のやり方を教えることなく、参加者自身が自分で聴き方を工夫して、自分が持っている傾聴の能力を引き出し、自らの能力に気づき、これを職場での実践につないでいこうとする方法まで、指導する側によっていくつかの方法が実施されている。

ここで紹介する方法は、三島、久保田らによって開発された、体験的発見的学習方法（参考文献８、９）である。この方法は、新たに技法を覚えてもらうのではなく、元々参加者が持っている傾聴能力を引き出して、自らの能力や職場での実践の必要性への気づきを促進する方法なので、職場で実践しやすく、その有効性に関しては多数の報告がある。

イ　積極的傾聴法の進め方

（ア）　傾聴練習の進め方についての説明（導入）

①　研修の目的

・　聴き方のポイントを自ら発見しながら身につける。

・　上司が聴き上手になることによって、部下は意見を述べやすくなり、職場のコミュニケーションが改善され、職場が活性化する。

・　上司が聴き上手になれば、部下は相談しやすくなり、上司は相談内容を理解し、必要な支援を行うことによって、早期の対応が可能になり、メンタルヘルス不調の発生が予防できる。

②　練習の目標

第１段階：聴き手は、話し手が自発的に、自由にできるだけ長く話してもらうことを目標とする。

第２段階：聴き手は、話し手が自分の考えや気持ちに焦点を当てながら、話の内容を深めることを目標とする。（アドバンスコース）

③　傾聴練習の全体の流れについて、マニュアル（配布予定）を基に説明する。

まず、研修の目的、目標の説明（20～30分）、グループ作りと役割分担（約10分）、傾聴練習（約15分、時間があれば２回行う）、傾聴練習の振返り（グループ・ディスカッション約 15 分）、各グループからの発表と全体討論（約15分）、まとめとコメント（約10～15分）。

全体で約90～120分かかるが、最初は120分くらいあったほうが望ましい。

（イ）　グループ作りと役割分担

①　グループ構成

１グループ４～６人で構成され、話し手、聴き手１、聴き手２、残りはオブザーバーで、話合いで自由に役割分担を決める。２時間あれば、２回の実習が可能なので、その時は役割をかえ、オブザーバーは聴き手か話し手の役割を担当する。ここでいうオブザーバーは単なる傍観者ではなく、観察者でもあり、傾聴練習後は司会や発表をする役割がある。

研修効果の面からは、１回の訓練は20～30人以内のほうが、望ましいが、場合によってはもっと多くても実施は可能である。

②　グループの位置決め

聴き手、話し手が決まったら、話し手がまず自分の位置を決め、聴き手１は話し手が話しやすい位置についてもらう。聴き手２は、聴き手１の隣に座り、最後にオブザーバーの位置を決める。

傾聴練習中は他のグループの話も聞こえてくるので、グループの位置は互いに離したほうがよい。例えば、４グループで行う場合は、部屋（会議室）の４隅に位置取りする。それ以上のグループで行う場合は、傾聴練習のときだけ、別の部屋で練習するのも一つの方法である。

③　役割分担

話し手が話す内容は何でもよいが、「最近気になっていること」、「普段から考えていること」、「会社のこと」、「家族のこと」「社会のこと」などで、架空のことはなく実際のことを話す。

聴き手１は、話し手ができるだけ自由にスムーズに、長く話せるように工夫しながら聴く。聴き手２は、聴き手１が困って交代を要請したときだけ、聴き手になる。２人が同時に聴き手になることは避ける。

オブサーバー（観察者）は、どのような時に話が促進され、どのような時に滞るか、話し手は話しやすそうに話しているのか、聴き手のどのような態度が話を促進しているのか観察し、話し手と聴き手の立場が逆転していないか、みんなが参加して雑談になっていないかにも注意を払い、もしこれらが見られたら最初の設定に戻す。傾聴練習が終わって、振返りのセッションに入ったら、オブザーバーの１人が、グループ内の話合いの司会をする。もう１人のオブザーバーは全体のまとめの時に、グループを代表して傾聴のポイントを発表する。

（ウ）　傾聴練習

聴き手は、以下の３つの条件を守りながら傾聴する。

① 質問はしてもよいが、質問ばかり繰り返さない。

② 別の話題に誘導しない（話し手は話題を変えてもよい）。

③ 意見を求められても、アドバイスや意見をしない。（アドバイスや意見を述べ始めると、聴き手と話しての立場が逆転する）

おおよそ15分位が目安である。

（エ）　傾聴練習の振返り（ディスカッション）

練習後に検討するためのリストを用いて、練習の内容を振り返る。

・ 司会者から話し手への質問

「話を聴いてもらってどんな感じでしたか」

・ 話し手の回答

聴き手の聴き方に対する印象「話やすかったか」、「話したいことが十分話せたか」などについて述べる。

・ 司会者から聴き手への質問

「どんなところに注意して話を聴いていましたか」

・ 聴き手の回答

聴き手は自分が注意した点や工夫をした点について、どのような時に話し手の話が促進されたと感じたかという点について話す。

・ 司会者からオブザーバーへの質問

「聴き手の聴き方で印象に残ったのはどのようなところですか」

・ オブザーバーの回答

聴き方に対して、オブザーバーとして感じたことについて、良かったことを中心に述べる。良くなかった点についてはこうすればよかったのではないかと提案してもらうほうが望ましい。

・ 最後に司会者が、自分がオブザーバーをしていた時の印象について述べる。

・ 自由なディスカッション

振り返り全体で15分位に時間を配分するが、時間があれば自由にディスカッションしてもよい。

以上の練習が終わり、時間が残っていれば、２回目の練習を行う。その場合、役割を交代し、これまでの練習やディスカッションの内容を踏まえて、もう一度練習を行う。

（オ）　全体のまとめ（各グループからの発表とディスカッション）

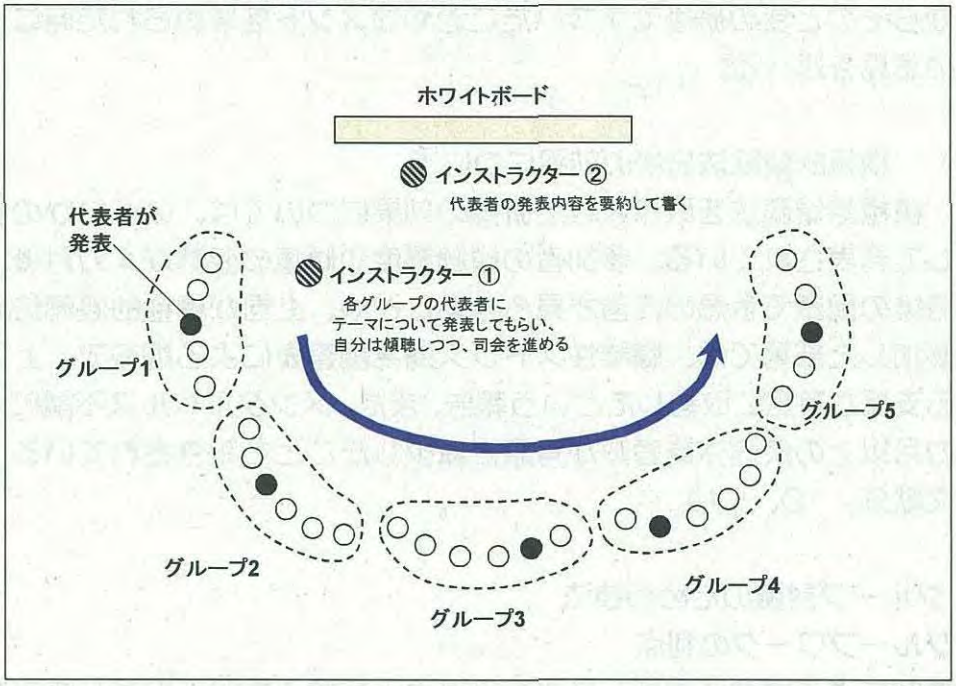
「すべての練習が終わった後の検討のためのリスト」（配布予定）を基

に、「どう聴いたらうまくいったか、うまくいかなかったか」「話やすくする要素は何か」についてグループ全員で検討し、まとめる。このまとめを発表する人を決めておく（役割のなかったオブザーバーがいれば、全員参加の趣旨から、その人が望ましい）。

最後に、グループごとにまとまり、全体としてホワイトボードの前にU字型になって座る。インストラクター1 が司会をして、各グループの代表者から、自分のグループのまとめを発表してもらう。インストラクター2はその内容を要約して、ホワイトボードに書く（図 5-6）。インストラクター2は、司会をしながら、代表者の発表を傾聴し、傾聴のモデルを示す。

この過程で傾聴のポイントを共有し、日頃は指示と命令が主で、あまり行っていない傾聴の必要性について気づいてもらう。

図 5-6　　全体のまとめの時の配置



（カ）　まとめとコメント

最後に、インストラクターから気づいた点や良かった点、工夫すればもっと良くなる点など気づいたことについて述べ、傾聴能力はもともとみんなが持っていること、もともと持っているものだから、時間と場所を工夫すれば誰にでもできることを強調し、明日から職場で実践してもらうよう要請して、締めくくる。

時間があれば、参加者が見つけた聴き方のポイント、聴く時の態度や

コツについて、マニュアルに記載された内容を基に解説してもよい。この内容はまとめの時に参加者から、出された意見を集約したものである。

（キ）　インストラクターの役割

インストラクターは、メンタルヘルス教育研修担当者などの産業保健スタッフや事業場外資源の担当スタッフが担当する。通常１人のインストラクター１とサポートするもう１人のインストラクター２がいた方がよいが、少人数であればアシスタントはいなくても実習はできる。インストラクター１が、研修の導入から司会進行、全体のまとめを行うが、インストラクター２は傾聴練習中に、話し手と聴き手の役割が逆転して聴き手が話す側になっていないか、聴き手２やオブザーバーが話に参加して雑談になっていないかチェックし、元の役割に戻るようにアドバイスしたり、相談や質問に対応する。全体のまとめの時には、グループの代表者の発表を要約してホワイトボードに記述し、インストラクター１からそのときの研修で気づいたことやコメントを求められた時に、自分の意見を述べる。

（ク）　積極的傾聴法研修の効果について

積極的傾聴法を取り入れた研修の効果については、いくつかの論文として発表されている。参加者の傾聴態度や傾聴の姿勢が１カ月後、３カ月後の調査で有意の改善が見られることや、上司が積極的傾聴法研修に参加した部署では、職業性ストレス簡易調査表による調査で、上司による支援が有意に改善したという報告、また、メンタルヘルス不調による１カ月以上の疾病休業者数が有意に減少したことも報告されている（参考文献９、10、11）。

（３）　グループ討議のための技法

ア　グループワークの利点

講師による講義（講話）形式の研修は、多数の参加者に同じ情報を同時に伝えられるという利点はあるが、参加者の興味、関心を引き付け続けるのには相当の技術や経験が必要である。内容が難しすぎれば参加者はついていけず、理解する努力を放棄したり、疲れて眠ってしまったりすることになりやすい。また、内容が平易すぎれば退屈して興味を失い、講義と無関係のことを始めたりする。また、講義を聴くだけで、フォローのない研修であれば、短期間に内容を忘れてしまい効果が持続しない。

その点、グループワークでは目的と目標が提示され、全員が役割を与え

られ、一人ひとりが自ら考えて話し合い、ディスカッションして結論を導き、それを各グループの代表が発表し、それを基に全体でディスカッションして内容を深めてゆく参加型の研修になる。このため参加者の興味が維持でき、自らが考えてディスカッションして結論を導いていくので、体験として残り、記憶も維持され、実践でのヒントも浮かびやすい。

また、それまでお互いを知らなかった参加者間で、グループワークを通して交流や情報交換が促進され、他の職場での対策に関する情報も得て、自分の職場での対策のヒントになることもある。

イ　グループワークの適用

職場のメンタルヘルス対策では、どのようなテーマや内容が適用されるのであろうか。 工夫をすれば、いろんな内容の研修が可能である。よく行われる内容として、事例（症例）検討がある。事例検討の内容は、「メンタルヘルス不調への気づきと対応」、「管理監督者の役割（ラインによるケア）」、「パワーハラスメントの予防と対策」、「セクシャルハラスメントの予防と対策」、「復職支援」、「自殺の予防と対策」、産業保健スタッフを対象とした「復職支援プログラムの作成」などがあげられる。

また、先に述べた管理職を対象とした「積極的傾聴法」や、職場の部署全員を対象とした「職場環境等改善の進め方」などがある（表 5-7）。

どのようなグループワークを行うにしても、資料の準備、具体的なプログラムの作成が必要であるが、参加者の満足度や効果の面では講義形式よりグループワークの方が優れていることが多い。

表 5-7　グループワークの適用

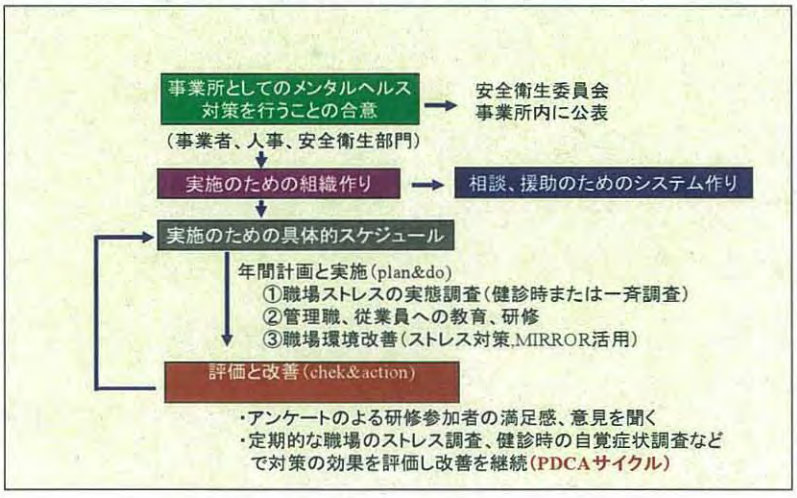
1. 事（症）例を用いた従業員教育
   - ・メンタルヘルス不調への気づきと対応
   - ・管理監督者の役割（ラインによるケア）
   - ・パワーハラスメントの予防と対策
   - ・セクシャルハラスメントの予防と対策
   - ・復職支援
   - ・自殺の予防と対策
2. グループ内のロールプレイ
   - ・積極的傾聴法
3. 職場環境等改善
   - ・調査結果に基づく職場環境等改善

ウ　グループワークの進め方

（ア）　企画

まず、研修の目的と位置付けを明確にする。具体的に研修の対象やテーマが決まったら、人事労務担当課とも協議し、日程と時間を決める必要がある。また、できれば労働安全衛生マネジメントシステムの一環として、PDCA サイクルに沿って効果評価と改善を行った方がよい。そのためには、研修の後で研修の満足度や意見に関するアンケート調査を行うとともに、効果評価のために毎年定期健診時や同じ時期に、ストレス調査や、メンタルヘルス不調による疾病休業者数などもモニターしておくと、具体的な効果評価ができ、次の改善へとつないでいくことができる（図 5-7）。

図 5-7　メンタルヘルス対策を始めるに当たって―計画の立案と実施



（出典：産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学研究室編
『職場のメンタルヘルス対策』2009 年 7 月、中央労働災害防止協会）

（イ）　準備するもの

グループワークの内容によって、準備する器材や資料などは異なるが、共通のものが多い。

① 共通して必要なもの

・　場所

広めの会議室や講義室など、グループワークができる場所と机、椅子

・　視聴覚器材

マイク（ハンドマイクが望ましいが、固定型でもよい）、液晶プロジェクター又はＯＨＰとＯＨＰ用フィルム、ＯＨＰ用マジックペン、指し棒かレーザーポインター、映写用スクリーン、ホワイトとボードと水性ペン（黒板とチョークでもよい）

・　配布資料、アンケート調査票

目的、目標、プログラムの概略（フローチャートと時間）などを記述した導入用のスライドや配布資料（内容はグループワークによって異なる）

グループワーク終了後に行う評価用のアンケート調査票（研修の時間帯、長さ、理解しやすさ、有用性などに関する質問、自由記述など）

② 目的に対応した資料、教材

・　事例検討の場合

事（症）例の記述と事例に対する質問用紙（記入できるように空欄を作る）、全体討論が終わって、まとめの際に配布する解説のための資料、テーマに関連した情報等

・　職場環境等改善の場合

i　「職業性ストレス簡易調査票」（東京医科大学公衆衛生学講座のホームページよりダウンロード可能）の結果
（http://www.tmu-ph.ac/topics/stress_table.php）

ii　「仕事のストレス判定図」（東京大学大学院医学系研究科精神保健学・看護学分野運営のホームページよりダウンロード可能）の結果
（http://www.jstress.net）

iii　「メンタルヘルス改善意識調査票（MIRROR）」（産業医科大学産業生態学研究所精神保健学研究室のホームページよりダウンロード可能）の結果（http://omhp-g.info/）

vi　「メンタルヘルスアクションチェックリスト（職場改善ヒント集）」（産業医科大学産業生態学研究所精神保健学研究室のホームページ【職場に

おけるメンタルヘルス対策ガイド】よりダウンロード可能）の結果
(http://www.mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/ACL/index.htm)
等

（ウ）　グループ討議プログラム

①　導入（約 10～15 分）

通常は、人事労務や安全衛生部門の責任者か幹部からの挨拶（５分程度）、研修の意義についての説明があり、それに引き続いて、ファシリテーター（進行役）がグループワークを進める。ファシリテーターは、あらかじめ配布しておいた資料に不足がないか参加者に確認してもらった後、資料に沿って研修の目的、目標を具体的に明確に説明する必要がある。説明には、液晶プロジェクターやＯＨＰを用いてもよいが、配布資料を使って直接説明してもよい。この時、質問はいつでもしてよいことを伝える。

導入の目的は、これから始めるグループワークの概略を理解してもらうことと、グループワークの内容は職場で実践することによって、働きやすい職場づくりにつながっていることの理解、グループワークへの動機づけを強化することにある。

②　グループ編成、役割分担（約５分）

導入の後、グループ分けと役割分担を行う。グループのメンバー（構成員）の数はグループワークの内容や研修場所の広さにもよるが、通常１グループ４人から６人位が適当である。メンバー内で進行役、記録役、発表役を決める。グループのメンバーの決め方に関しては、できるだけ自由に発言ができるように、職位ごとに分けたほうがよい場合もある。

③　グループ討議（約 20～30 分）

まず、ファシリテーターが資料（提示事例や設問、ストレス調査結果の見方など）の説明を行って、参加者に事例検討の場合は設問の内容を考えるための時間を与える（15～20 分程度）。次に、グループ内の役割に従って、グループ討議を進めてもらう。ファシリテーターは、各グループの間を巡回し質問があれば答える。全体に関する質問であれば、全員に対して、質問の内容を紹介し、回答を行う。

④　グループ表（約 20 分）

次に、各グループの代表者に発表してもらうことになる。事例検討の場合はグループ内で全設問に対して回答を用意してもらうが、必ずしもすべてのグループに発表してもらう必要はない。２、３グループから発表してもらえば大体の内容は出つくすことが多く、全グループが発表す

れば、それだけ時間を要するからである。また、発表は設問ごとに、無作為に指名して発表してもらい、その内容に対して他のグループからの意見やコメントを出して討議することも可能である。

発表は、ＯＨＰを用いて発表してもらってもよいし、ファシリテーターがグループごとの発表内容をホワイトボードに要約してもよい。

⑤　全体討議・まとめ（約 20 分）

事例検討の場合、グループからの発表が終わったら、ホワイトボードに要約した内容について、設問ごとにファシリテーターが、参加者全体に問いかけて討議し、今後の職場での実践を促進するために一人ひとりが何をすべきかについても、意見を集約して、全体のまとめを行う

⑥　研修後のフォローアップ

グループワークで学んだことを職場で実践するに当たって、困ったことや対応の仕方がわからないことについては、いつでもファシリテータ（メンタルヘルス教育研修担当者）や他の産業保健スタッフに相談できることを伝え、支援を継続することが大切である。

また、これらの教育研修の効果評価のためには、職業性ストレス簡易調査票やメンタルヘルス改善意識調査票（ＭＩＲＲＯＲ）などを用いて、毎年モニターしていくことによって効果評価が可能である。

エ　ファシリテーターが気をつけること　（表 5-8）

①　参加者の関心、モチベーション（動機）を引き出す工夫

②　説明は、準備した資料に基づき簡潔に、明確に述べること。

③　楽しい研修を心掛ける。説明や進行中にユーモアを入れる。

④　あまり多くの目的、目標を詰め込まず、時間的に余裕を持ったグループワークにするとともに、場合によっては省略する部分があってもよい。

表 5-8　ファシリテーターとしての技術

1．研修の目的、意義、全体の流れを分かりやすく、明確に伝える（言葉は聞き取りやすいように、語尾は明瞭に、メリハリをつけて話す）。

2．研修内容や資料の作成、タイムスケジュールなどは事前によく検討して、準備しておく。

3．全体の構成、流れをよく吟味し、自分なりのシナリオを作成する。また、その場の雰囲気や残り時間を考え臨機応変に対応すること。

4．参加者の積極的発言を引き出し、楽しい研修にすることがファシリテーターの役割であることを自覚する。

5．　発言を引き出すためには、問いかけが必要。参加者の経験、疑問に思っていることを話してもらう。
具体的な問いかけの例：「・・・を経験したし人はいませんか？」「質問がないということは、すべて理解されたのですね。あるいは、有りすぎて決まらないのですか？」など。

6．　参加者の反応を観察しながら、もし、反応が悪ければ、どのようにすれば参加者が「乗ってくる」のかを考える。反応が悪い理由を、直接参加者に聞いてみることも一つの方法である。

7．　自分自身が自然に振る舞うということも大切である。自然にユーモアが出て、参加者から笑いがでれば成功。

8．　研修内容を盛り込みすぎないこと。参加者のこれまでのメンタルヘルス教育研修への参加回数（初回か、複数回か）や理解度に応じて内容は変える。

9．グループ分けは、参加者の自由な発言を引き出すための重要なポイントである。一般的には近い職位ごとにグループを作ったほうがよい。リーダーシップのある人やよく発言する人を適当に配分しておくことも一つの方法である。

10．最後に、まとめ、忙しいところ研修に参加してもらったことへの謝意を述べて終了する。

オ　グループ討議例

（ア）　事（症）例検討の場合（例）

事前準備

- 事例提示用資料（例：職場のストレスと発症、休業、復職までの経過）
- 質問項目　（メンタルヘルス不調のサインと上司の対応、休職中の対応、試し出勤時の注意事項、復職支援の内容）
- 参考資料（メンタルヘルス不調のサイン、復職支援の解説書など）
- グループ分け表、タイムスケジュール表
- 研修室、机・椅子、ホワイトボード、プロジェクター等の視聴覚資材

（イ）　タイムスケジュール（例）

時　　間	内　　容	担当者と役割
15：00-15：05	開会の挨拶	部（課）長から挨拶
15：05-15：15	グループ討議の進め方の説明とグループ編成	メンタルヘルス教育研修担当者（担当者）がグループ表、タイムスケジュールの説明
15：15-15：20	資料の配付と事例１の説明	担当者が説明（読む）
15：20-15：40	各自が質問への回答を記述し、司会役が討議を進め、代表がまとめる	担当者はグループを廻って質問への回答・アドバイス
15：40-16：00	各グループから代表が発表し、全体討議	担当者が司会進行
16：00-16：20	まとめと解説、質疑	担当者が解説
16：20-16：30	今回の研修へのアンケート評価・要望	担当者がアンケート配付と回収
16：30-17：00（オプション）	もし、時間があれば、まとめの前に事例２をグループ討議	担当者は事例２の資料を配布し、説明する。

【参考文献】

1）杉田峰康　「新しい交流分析の実際」　創元社　2000

2）中央労働災害防止協会編　「心理相談専門研修」　中央労働災害防止協会　2009

3）河野友信、吾郷晋浩、石川俊男、永田頌史編集　「ストレス診療ハンドブック」（2版）メディカル・サイエンス・インターナショナル　2003

4）リチャード・S・ラザルス　スーザン・フォルクマン著　本明寛　春木豊　織田正美監訳　「ストレスの心理学 - 認知的評価と対処の研究」　実務教育出版　1996

5）日本自律訓練学会教育研修委員会編 「自律訓練法テキスト」日本自律訓練学会 2006
6）Benson, H. Klipper, M.Z. 著 弘田雄三訳 「ベンソン博士のリッラクス反応」 講談社 1977
7）Jacobson, E .向後英一訳 「積極的休養法」 創元社 1972
8）三島徳雄、久保田進也 「積極的傾聴を学ぶ - 発見的体験学習法の実際」 中央労働災害防止協会 2003
9）池上和範他「積極的傾聴法を取り入れた管理監督者研修による効果」産衛誌 50 巻：120-127 2008
10）「職場のメンタルヘルス対策」中央労働災害防止協会 2009
11）永田頌史、廣尚典、真船浩介 「職場のストレス対策の取り組みとその有効性」心身医学 49（2）：109−121 2009

6　グループワーク研修と取組事例（職場環境の把握と改善）

（1）職場環境改善のためのグループワーク研修の実際

ア　研修の企画

研修を企画するに当たっては、次の点に留意する。

① 研修の企画に当たって、どのような目的でこのグループワークを実施するのか明らかにしておくことが重要である。この研修及び職場環境改善活動を事業場の心の健康づくり計画の中に位置付けておくことが望ましい。

② 小グループでのグループワークを積極的に取り入れる。職場からできるだけ多くの参加者が研修に参加するように働きかける。

③ 職場の物理環境、仕事内容、人間関係など多面的な要因を取りあげて職場環境の改善を検討する。

④ 参加者自身の体験や、その職場における事実を中心に進め、現実に実行可能な改善について話し合うようにする。

イ　開催準備

研修のために会場を確保し、グループワークを想定した机・椅子などのほか、以下のものを準備する。

① 研修（グループワーク）のタイムテーブル

② 既に行われたストレス調査結果など（あれば）

③ 職場環境改善ヒント集（メンタルヘルスアクションチェックリスト）

④ 液晶プロジェクター又はＯＨＰ、その他マイクなどの視聴覚器材

⑤ 改善提案の発表用ＯＨＰシートとＯＨＰペン

⑥ 今後の改善計画・担当者記入用シート

⑦ 飲みもの、菓子など

ウ　研修プログラム

ヒント集を使用したグループワーク研修プログラムには、通常２時間から２時間半の時間が必要である。短くとも 90 分以上の研修時間を確保する必要がある。図 6-1 に研修プログラムの一例を示した。全体の講義時間に応じて、以下の各ステップの時間配分をあらかじめ決めておく。

ステップ１：研修担当者（ファシリテーターと呼ぶこともある）による講義（20～40 分）

研修の最初には、短い講義を行う。この中では以下のことについて述べる。この講義は長くなりすぎないように注意する。講義は研修担当者が行ってもよいが、内容により数人で分担してもよい。

① この研修を実施する目的、研修の手順、検討結果の使い方
② 仕事のストレスに関する考え方（ストレスとは何か、仕事のストレスの種類、その健康や生産性への影響、仕事のストレスを減らすための職場環境改善の好事例の紹介）
③ 使用するツール（この場合はヒント集）の紹介（各項目について、簡潔明瞭にそのポイントを解説）。
④ もしある場合には、既に行われたストレス調査の結果（仕事のストレス判定図の結果など）とその解説。なおヒント集は、それぞれのアクションが、仕事の量的負担、仕事のコントロール、上司の支援、同僚の支援などの仕事のストレス要因と関係づけられており、仕事のストレス判定図の結果と対応してどの項目に注目すべきかわかるようになっている。ここでヒント集で注目してもらいたい項目を紹介することも効果的である。しかしそれ以外の項目が役立つこともあるので、限定はしないよう気をつける。
⑤ もし利用可能な場合には、職場環境改善を効果的に進めるためのその他の職場の情報（オフィスや作業場のレイアウトや仕事の様子の写真など）
⑥ グループ討議の進め方（グループ分け、検討してもらう課題、制限時間、グループ発表のやり方など）

ステップ2：グループ討議（30〜60 分）

5〜8名のグループに分かれて、テーブルについてもらい、グループごとに討議の進行役、記録係、発表係を決めてもらう。グループとしてヒント集を使いながら討論を行う。まず、既に行われている「良い工夫」や改善された事例について意見交換し、「良い工夫」を最大3つまで発表用シートに記載してもらう。これが終わったら、続いて新しい改善提案について討議し、提案を最大3つまで発表用シートに記載してもらう。発表用シートに記載する際には、個々の工夫や提案についてヒント集の項目番号を記載し、またできるだけ具体的な職場での実施方法について書き添えてもらうようにすると、結果発表の際に便利である。

ステップ3：グループワークの結果発表と討議（約 30 分）

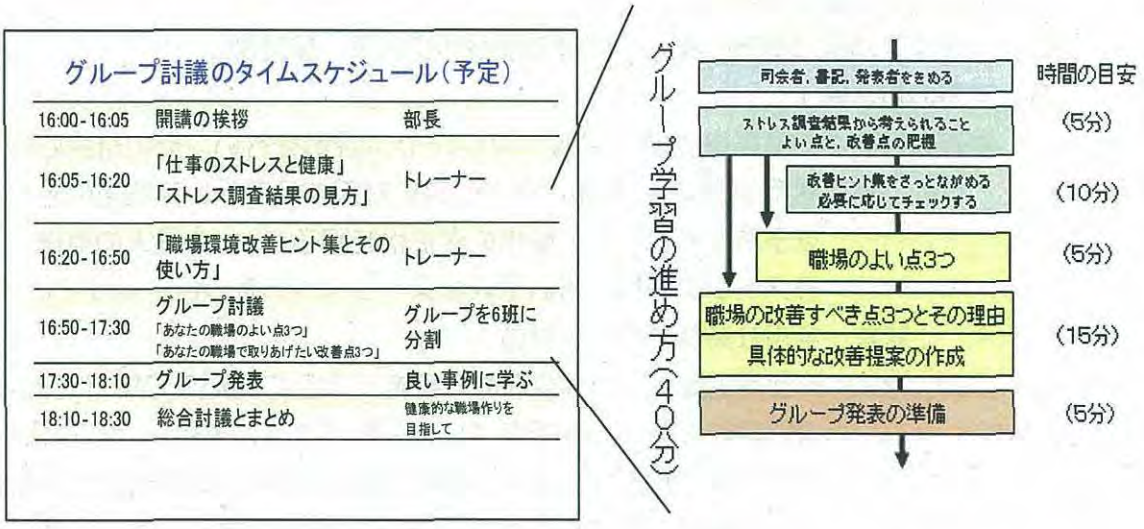
グループごとに結果の発表を行う。OHPシートを使って、グループごとに検討経過の概要と、良い改善事例（3つまで）、改善提案（3つまで）を発表する。発表後には質疑の時間を設けて、他のグループからの質問を受け、また発表グループの他のメンバーからも別の意見がないかどうか尋ねる。研修担当者は、提案内容にできるだけポジティブなコメントをするよう努力する。グループからの発表内容は具体的でなかったり、いろいろ

な要素を混ぜた折衷案になっていることが多い。研修担当者は、グループからの提案が、具体的で実施可能なものになるように助言したり、整理したりする。

ステップ４：まとめとフォローアップ計画の確認（約 30 分）

すべてのグループの発表が終わったら研修担当者は職場責任者（管理監督者）の発言を求め、これらの提案の中から優先的に実施するべき改善案について、できるだけその場でまとめるように促す。研修担当者や同席した産業保健スタッフがコメントを付け加えるのもよい。実施すべき改善案が決まったら、改善全体の進捗を管理する担当者を職場メンバーから指名し、またそれぞれの改善案について担当者とおおよその実施時期を決める。このまとめを計画として文書化し、職場メンバーで共有する。必要があれば改善案について人事・労務などと相談することを計画する。　ヒント集を用いた研修については、研修担当者（ファシリテーター）の役割についてより詳細に記載した「メンタルヘルスアクショントレーナーの手引き」が、事業場のメンタルヘルスサポートページ（東京大学大学院医学系研究科精神保健学・看護学分野の運営）からダウンロードできる。（http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/）

図 6-1　「職場環境改善ヒント集」を用いた職場環境等の改善のためのグループワーク研修のプログラム例



（「メンタルヘルスアクショントレーナーの手引き」より）

（2）職場環境の改善の取組み事例

職業性ストレス簡易調査票を用いて職場環境の評価を行い、メンタルヘルス対策に役立てている事例について紹介する。

（注：事例１、２については、「職業性ストレス簡易調査票を用いたストレスの現状把握のためのマニュアル」より抜粋、一部改変。）

【事例１】製造業職場の事例

Ａ事業場は、営業、設計、生産、設置工事、研究業務からなる機械製造業で、職業性ストレス簡易調査票を使った仕事のストレス判定図を活用し、一次予防対策を行っている。事業場の概要等は下記のとおり。

○事業場の規模　：正社員約 1000 名（うち女性約 50 名）
　パートタイム労働者約 100 名（うち女性約 50 名）
　その他の労働者約 200 名（派遣、協力会社社員など）

○産業保健スタッフ：常勤の専属産業医１名、保健師２名、心理相談員（週１日）、衛生管理者は５名（兼任）

１　ストレス調査の実施までの経緯

うつ病を初めとするストレス関連疾患による傷病休業件数率、日数率の増加傾向を受け、既に管理職や新入社員へのメンタルヘルス教育、健診にからめたうつ病などのスクリーニング、復職支援など、各種対策を実施済みであったがその効果は十分とは言えず、１次予防（疾病発症予防）対策のための手段として簡易調査票を用いたストレス調査を実施。

２　ストレス対策の実施の主体　健康管理室（産業医、保健師）

３　実施の方法等：

調査の目的：①職場単位(課・部等)でのストレス評価を行い、その結果に基づき対策を実施し、職場のストレスに起因するストレス関連疾患の発祥を予防すること及び職場の活性化を図ること。②個人の職場におけるストレス評価を行い個人のストレスへの気づきを促すこと。

対象：全正社員及びパート社員

方法：安全衛生委員会の同意を得て実施。記名式で実施。事前に調査の２週間前に全管理職へ調査の実施概要について通知し、配下社員への周知を求めた。パソコンが利用できない者へは、課長レベルを通して調査用紙を配布し、回答後、健康管理室へ送付させ、結果は産業医と保健師が入力した。パソコンが利用できる者へは、データベース管理ができるシステムを構築して実施。

4　結果のフィードバック方法

4-1）個人へのアプローチ

標準化得点を用いた方法にて、プログラムを利用して結果を出力。ストレスプロフィールの合計得点、ストレス反応のみの合計得点、前年度からの変化率、それぞれ上位5%を要注意者として、産業医、保健師、心理相談員によって個人面接を実施した。

結果の概要・評価：3年継続してストレス調査を実施した経験から、ストレスプロフィールについて前年度との変化率が大きい者を面接対象に加えた。面談の結果を考慮して、一部、上司へ状況を報告することで、個人ではどうしようもなかった状況が改善されるなどの効果があった。

4－2）職場へのアプローチ

（1）職場検討会の準備

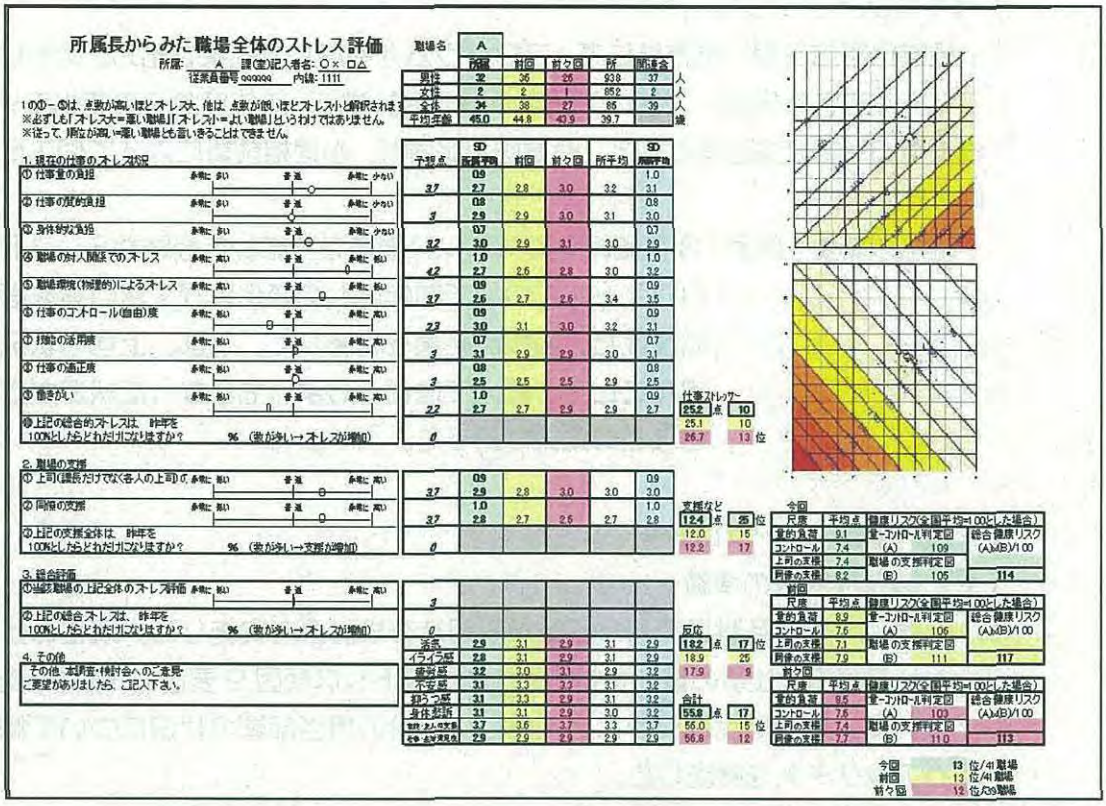
課レベルの各職場に対して結果説明及び検討会を実施した。現在の仕事のストレス状況（仕事の量的負担等、仕事のストレス要因９要因）、職場の支援等について、事前に課長クラスを対象に、自分の担当部署の状況について認識を問うアンケートを実施した。

次に、各職場単位で、仕事のストレス判定図、標準化得点を用いた評価方法で用いるプログラムより算出したストレスプロフィール（19要因）の職場毎の平均点及び標準偏差、事業場全体の平均点、事業場における順位などを１枚にした資料を作成した。

（2）職場検討会の実際（図6-2）

産業医、保健師が担当し、約 40 職場、各課長レベル（部署によっては係長級も同席）を対象に実施。ストレス調査の結果を説明し、この際、事前の認識アンケート結果（予想）と、実際のずれを認識させ、また順位を表示することにより、事業場内での担当部署のストレス状態の位置付けも理解させた。次に、結果についての感想、現状での職場の問題点を挙げさせた。その後、それらの問題点などに対し、既に実施している事項、これから検討しようと考えている事項など、今後の対策について意見を求めた。これらの問題点及び対策事項で、意見があまり出ない場合には、プロフィール結果での特徴（ストレス度が高い要因や前年度と変化のあった要因など）に目を向けさせた。また対策では、過去に各職場より出された具体的な内容についてリスト一覧を作成して提供した。

図 6-2　結果説明図



（3）検討会後の対応事例

① 事例１：話合いの場を設けてストレス度が軽減したＢ職場（図 6-3）

資材調達担当であるＢ職場。

製品担当制であり互いに支援がしにくいこ　と、また適性に欠ける者が多い、という問題があげられた。

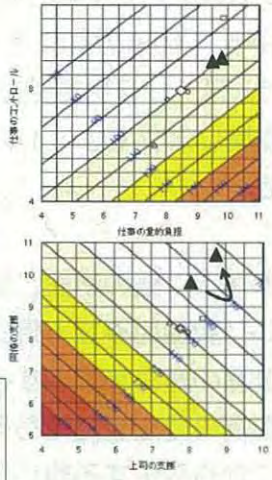
そこで、毎週１時間、同僚のみでの愚痴の言い合いを含む、話合いの場を設けた。また、毎週１時間、課長との何でも言える話合いの場も設けた。

翌年、ストレスプロフィールの中の、「技能の活用度」「仕事の適性度」「働きがい」「上司の支援」「同僚の支援」の平均得点が改善した。

ストレス判定図では、量コントロールリスクは 109 で変化がなかったものの、職場の支援リスクは 102 から 89 に、総合リスクは 112 から 97 に減少した。

図 6-3　ストレス判定図　例①

・業種：資材調達
・人員：男性9名　女性2名
・問題点：
　個別的な業務で支援少
　適正に欠ける者が複数いる
→対策：
　毎週1時間課長との話合いを実施
　毎週1時間同僚のみの話合いを実施



	量-コントロール	職場支援	総合
前年	１０９	１０２	１１２
本年	１０９	８９	９７

例1（資材調達）

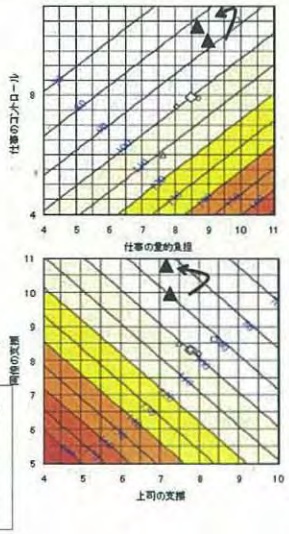
②　事例２：所属長の仕事への取組みの変化によってストレス度が軽減したＣ職場（図 6-4）

システム研究開発担当のＣ職場。

専門性が高く周囲が支援しにくいこと、また他事業場からの依頼が多く、仕事の幅が増大傾向であることなどの問題があげられた。

図 6-4　ストレス判定図　例②

・業種：研究開発
・人員：男性13名　女性1名
・問題点：
　専門性が高く、周囲が支援しにくい。
　仕事の幅が増大。
→対策：
　能力以上の仕事は削除する。
　できない仕事はとらない。
　困ったらすぐミーティング開催、皆で議論。



	量-コントロール	職場支援	総合
前年	１０５	１１４	１１９
本年	９６	１０５	１００

例2（研究開発）

そこで、所属長自ら能力以上の仕事は削除する、またできない仕事は取らない、などの方針を立てた。また困ったら時間をおかずに、すぐにミーティングを開くことも心がけた。

翌年、「仕事の量的な負担」「仕事の自由度」「同僚の支援」の改善が認められた。ストレス判定図では、量コントロールリスクは 105 から 96 に、職場の支援リスクでは 114 から 105 に、総合リスクは 119 から 100 に減少した。

③ 事例３：壁の新設、空調設備の更新等により職場環境によるストレスが軽減した製品組み立て現場の例

製品の組立を担当するＤ職場。

製品の組立現場であるにもかかわらず、同一敷地内に機械加工現場があり、そこから発生する粉じんにより製品が汚れてしまうため、その掃除などもしなければならない状況で、かつ夏場は猛暑であった。

対策として、組立職場と機械加工職場を完全に壁で仕切り、また同時に休憩室の設置、空調設備の更新等も行ったところ、それらは改善した。その結果、ストレスプロフィールの「職場環境によるストレス」「仕事の適性度」のストレス度が軽減された。

【事例２】製造業職場の事例

製造業のＥ職場では、健康診断時に職業性ストレス簡易調査を実施し、職場対策会議を実施して、問題点の洗い出しに取り組んだ（図 6-5）。

産業保健スタッフは、産業医　１人、産業看護職２人、臨床心理士（非常勤）１人である。

１　ストレス調査実施までの経緯

以前よりメンタルヘルスに対する関心がある事業場であるが、産業医の赴任を機に全社的なストレス対策を開始した。最初はセルフケア教育、管理監督者教育を行うとともに、健康診断の際に既存の調査票を用いたスクリーニングチェックを行い、ハイスコア者に対し産業医、産業看護職、臨床心理士による面談を行い、必要に応じて医療機関紹介を行うなど個別対応を中心に行ってきた。さらに、職業性ストレス調査票を実施して、事業場全体及び職場へのフィードバックを行うようになった。

２　ストレス対策の実施の主体：事業場内産業保健スタッフ

３　実施方法

実施前に安全衛生委員会で説明し、事業場側と社員代表の了解を得て、定期健康診断時に健康診断の問診票とともに調査票を配布した。調査票は記名式で問診票とともに回収した。

４　結果のフィードバックの方法

調査票は健康診断機関に入力及び個人票の出力を委託し、レーダーチャートなどが印刷された個人票と説明文を健康診断の結果とともに個人に返却した。精神的、身体的自覚症状が高い社員に対し、産業保健スタッフが直接面談を行った。

仕事のストレス判定図は部単位で作成し、10 人以上の部署に関して部長へ返却した。総合健康リスクが 120 点を超える部署に対しては、社員への個別面談を終えた後、職場と産業保健スタッフで会議を行い、調査結果、個人面談の結果などを個人が同定できない形で職場に情報提供し、ともに問題点を検討し、職場に改善策を考案、実施してもらった。

５　結果の概要

事業場全体としては全国平均とほぼ同じ得点であったが、いくつかの職場では総合健康リスクが 120 点以上であった。調査結果はおおむね職場の傾向を表していたが、具体的に問題点を明確にするためには個別面談、時間外労働状況、職場のヒアリングが必要であった。いくつかの職場で共通なものとして、特定の個人への業務の集中やコミュニケーション不足が問題点としてあがってきた。

６　調査後に実施した対応

職場対策会議後、職場より対策シート（図 6-6）を作成、提出してもらい、それに従って対策を実施した。効果判定として一定期間経過した後に、該当職場のメンバ

ーに対し同じ調査票を用いてアンケート調査を行った。その結果を職場にフィードバックし、対策の評価を行った。また、全体の総括報告を事業場の運営会議に報告した（図6-7）。

図6-5　ストレス調査の実施から対策までの流れ。

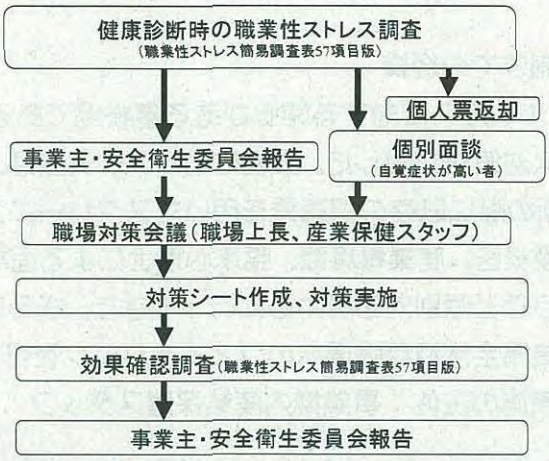


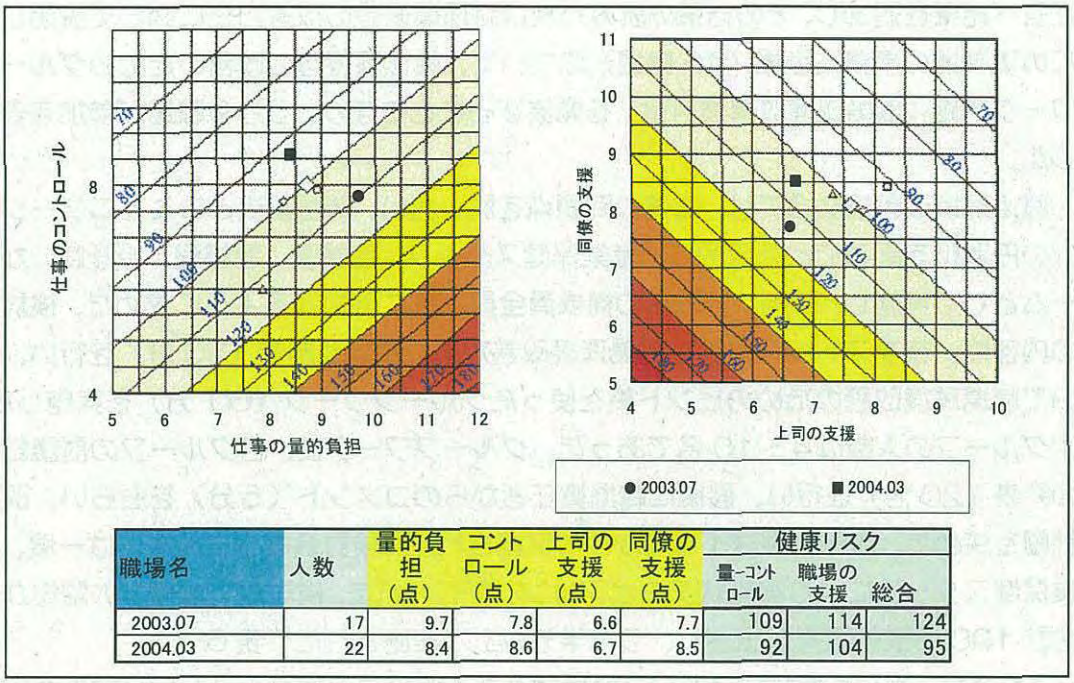
図6-6　職場のストレス対策シート

職場のストレス対策シート　→ 健康開発係 → → 健康開発係

このシートには「仕事のストレス判定図」や添付の「ストレス対策ヒント集」を参考に、貴方の職場での"仕事ストレス"や"職場の支援"の問題点とその対応策・改善策などを記載して下さい。「仕事のストレス判定図」では、仕事の量的負担とコントロールとのバランス、職場の支援のバランスなども参考になるかと思います。お気づきの点や問題点を整理し、職場でのストレス対策に取り組んで下さい。

項目	問題点	対応策・改善策	結果
「仕事の量的負担」が多い場合	正規社員において、仕事の量・質ともに負担が多いとの調査結果です。この間は、特に事業計画、中期計画、対応で仕事の量・質ともに増加した時期です。 従って、特定の人への業務の集中が問題と考えます。	・仕事量のバランスをはかるために、正社員間のみならず、派遣社員を含めた仕事量を更に最適化する。 ・仕事の時間的集中を避けるために、事前に準備を行い、時間的に余裕を持たせた業務遂行をおこなう。 ・特定個人への業務集中を避けるため、業務分担を見直す。	・仕事量の最適化を進め、効果は出て来たが、更に最適化を進める。 ・仕事の事前準備を進めているが、まだカルチャーになるまでにはなっていないため、更に浸透を図る。
「仕事のコントロール（裁量権）」が低い場合	特に大きな問題点は出ていないと判断します。	部/課/係MTGや会議で、情報の共有化や問題解決などの機会を与え、各メンバーのモチベーションがUpできるように推進します。	量コントロールとして、03.7月 110→04. 3月 92まで低減されており、各自のモチベーションは上がってきている。04年度も事業計画で業務の優先順位を決めて推進します。
「上司の支援」が低い場合	定期的な課内ミーティングや個別ミーティングで情報伝達や意見交換を行っていますが、まだ不十分であるようです。	課内ミーティングの内容を見直し、一般的な報告・連絡等と、その時々の大きな問題点を解決するための場を分けることにより、十分な支援が出来る環境にします。	課内ミーティングの見直しで、時間設定は行っているが、実行が不十分である。4月中旬より実行する予定で計画している。
「同僚の支援」が低い場合	上の項と同じく、現状の定期的な課内ミーティングや個別ミーティングなどでは不十分であるようです。	業務グループ別の情報交換の場を設け、十分にコミュニケーションが行える環境をつくる。	業務グループ別の情報交換がまだ不十分のようです（一度実行したが、その後定期的な開催までに至っていない）。問題点を検討して、再度実行する。

図 6-7　対策前後の仕事のストレス判定図



職場名	人数	量的負担（点）	コントロール（点）	上司の支援（点）	同僚の支援（点）	健康リスク		
						量-コントロール	職場の支援	総合
2003.07	17	9.7	7.8	6.6	7.7	109	114	124
2004.03	22	8.4	8.6	6.7	8.5	92	104	95

【事例３】事務系職場での事例

Ｆ事業場では、2005 年に、職業性ストレス簡易調査票を用いた全社員のストレス調査より職場ごとの仕事のストレス判定図を作成し、産業保健スタッフから職場責任者へ結果を返却し、その結果の読み方及び職場環境等の改善方法に関して説明した。この事業場の事務系職場（45 職場）について、職場環境等の改善のためのグループワーク研修（職場環境改善検討会）を開催することになり、うち９職場が参加を表明した。

職場環境改善検討会では、職場の問題点を話し合い、問題解決とコミュニケーションの円滑化を図ることを目的に、産業保健スタッフ（産業医、看護職、心理職）がチームとして実施し、原則、各職場の構成員全員が会に参加するように求めた。検討会の内容は、まずストレス対策と職場環境改善方法に関する座学（30 分）を行い、次いで職場環境改善のためのヒント集を使ったグループワーク（60 分）を実施した。１グループの人数は４～10 名であった。グループワーク後、各グループの討議結果の発表（20 分）を行い、最後に職場責任者からのコメント（５分）をもらい、改善計画を決めた。改善計画は１年間かけて実施された。検討会後６カ月後には一度、産業保健スタッフにより実施状況のヒアリングが行われた。検討会では９つの職場から合計 100 の改善提案が出され、うち半分以上が実施された（表 6-1）。

１年後に、同じく職業性ストレス簡易調査票を用いた全社員のストレス調査が実施され、このデータを使って効果評価が行われた。図 6-8 に示すように、検討会におけるグループワークに半数以上の従業員が参加した職場では、仕事のストレス判定図上でストレスが改善しており、これ以外に抑うつ症状なども減少していた。しかし検討会におけるグループワークに半数未満の従業員しか参加しなかった職場では、検討会の効果はほとんどなかった。このことから、職場環境改善のためのヒント集を用いたグループワーク研修会では、できるだけ多くの従業員に参加して研修会を開催することが重要であると思われた。

この事例は、Kobayashi ら(2008) により報告されたものである。

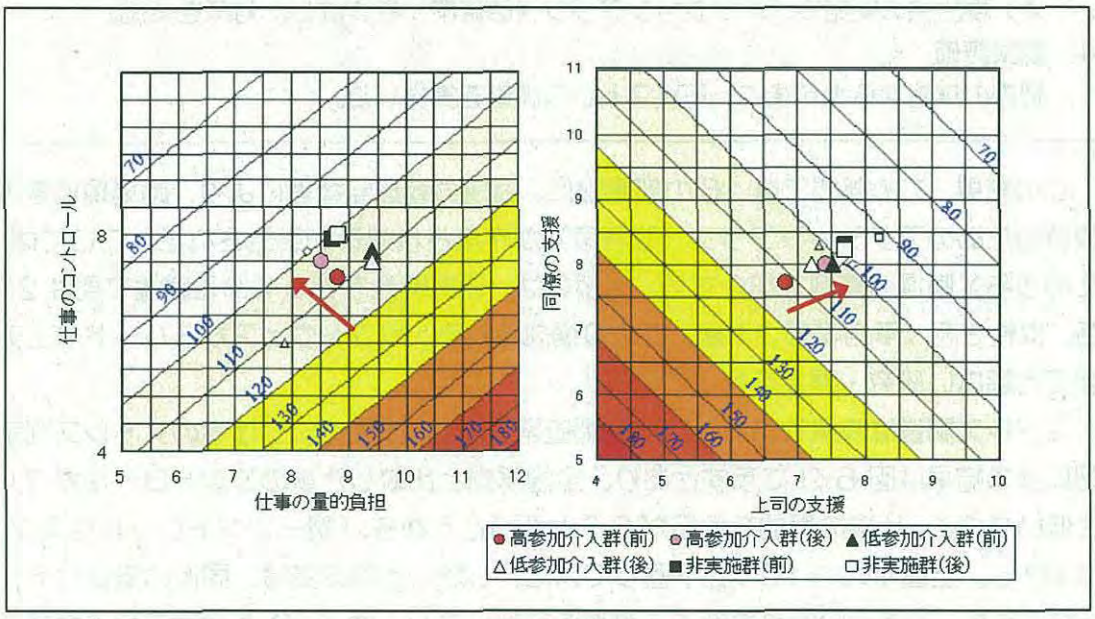
表 6-1　事務系職場でのグループワーク研修（職場環境改善検討会）において提案及び実行された改善プランの数と実行率（実行プラン数／提案プラン数）

	技術領域	提案プラン数	実行プラン数	実行率
A	作業計画への参加と情報の共有	36	21	58%
B	勤務時間と作業編成	12	6	50%
C	円滑な作業手順	6	4	67%
D	作業場環境	9	6	67%
E	職場内の相互支援	37	28	76%
F	安心できる職場のしくみ	-	-	-

注：記号は、職場環境改善のためのヒント集の６領域に対応している。

（出典：Kobayashi et al (2008)）

図 6-8　事務系の９職場における「職場環境改善のためのヒント集」を用いたグループワーク研修（検討会）の効果



高参加介入群（●及び○印）は、そのうち 50%以上の従業員が参加した職場、低参加介入群（▲及び△印）は 50%未満の従業員しか参加しなかった職場。高参加介入群では、非実施群（36 職場）に比べて仕事の量的負担、コントロール、上司の支援が改善している（Kobayashi et al. 2008）。

【事例４】　研究開発職場での事例

電機製造業G事業所のX部署（約700名）で職場環境等の改善を目的としたストレス対策を実施した。その手順は下に示すとおりである。

1．組織づくり
　ストレス対策の目的・意義について関係者への説明と承認を得た。
2．職場環境等の評価
　1）職業性ストレス調査票（12項目版）を全社員に対して実施した。
　2）結果を20名以上の部課別（16部署）に、仕事のストレス判定図を用いて集計した。
3．改善計画の立案
　職場環境等の改善のためのヒント集を用いた研修会（対策検討会）を実施した。
　1）仕事のストレス判定図による結果を，当該職場の管理監督者に返却。
　2）結果とヒント集を用いて、対策検討会を実施。
　3）検討会のメンバーは、職場の管理監督者と産業保健スタッフ。
　4）検討会の実施後、アクションプラン（改善策）を作成し、対策を実施。
4．効果評価
　調査の実施から1年後に、再度ストレス調査を実施した。

この結果、この部門では16の部署別に、職場の管理監督者により、職場環境等の改善のためのアクションプラン（改善策）が作成され対策が実施された。ここでは，そのうちX職場の事例を紹介する。X部署は、研究開発を行っている職場で男性23名、女性3名（平均年齢31歳）により構成される。ソフトウェアからハードウェアまでと幅広い研究・開発を行っている。

ストレス調査は職業性ストレス簡易調査票を用いて行われた。仕事のストレス判定図による結果は図6-9に示すとおり、全国平均と比較し仕事のコントロールが7.0と低いものの、仕事の量的な負担が6.7と低いことから、「量ーコントロールリスク」は93と、全国平均の100を下回っていた。しかし上司の支援、同僚の支援はそれぞれ、6.5、7.0といずれも低く「職場の支援リスク」は123と全国平均を大きく超えていた。

X職場の管理監督者と産業保健スタッフとが参加して、対策検討会を1時間程度かけて行った。まずヒント集を参考に職場で現在行われている良い点について話合いを行った。続いて、仕事のストレス判定図を参考に改善すべき点についてポイントを絞り、再度ヒント集を参考に改善策について検討・立案を行った。検討された良い点・改善策は下に示すとおりである。

1．職場でうまくいっている点

領域B．勤務時間と作業編成

B－6：週１回、ノー残業デーを設け、帰宅時に声を掛け合うことで、業務が過度にならないようにしている。

領域E．職場内の相互支援

E－22：課内のミーティングを定期的に行い、情報共有を行っている。

2．提案された改善策

領域A．作業計画への参加と情報の共有

A－3：繁忙時やピーク時は、急な業務配分の再割り当てが必要になることもあることから、日々の状況をヒアリングする機会を増やすことで、必要な改善を行いやすい体制にする。

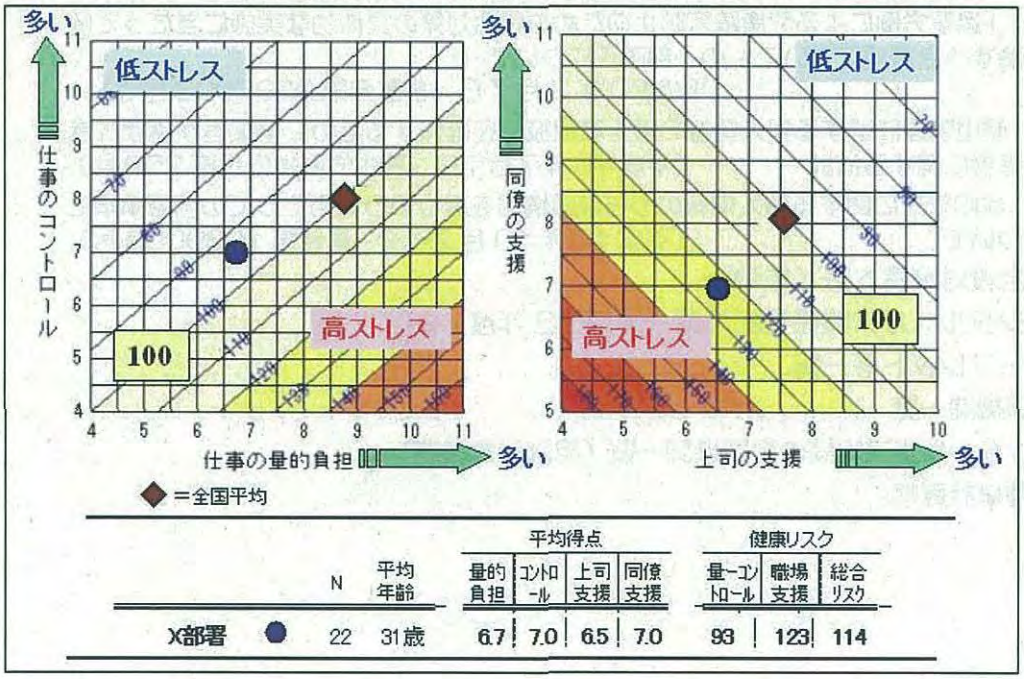
領域E．職場内の相互支援

E－25：職場内だけでは解決し難い技術課題もあるため、職場を超えて、技術者同士の交流の機会を作る。

注）英数字はヒント集の項目番号を示す。

職場環境等の改善のための対策を検討・立案するに際してヒント集を活用したことで、対策のヒント・手がかりが得られ、検討のための議論も行いやすかったとの声が、職場の管理監督者から複数聞かれた。仕事のストレス判定図を併用したことで対策・議論のポイントが絞られ、短時間での検討できたとの声も聞かれた。職場でうまくいっている点を最初に取りあげたことも、議論が活発になった一要因と考えられた。

図 6-9　研究開発部門（X部門）における仕事のストレス判定図



		N	平均年齢	平均得点 量的負担	コントロール	上司支援	同僚支援	健康リスク 量－コントロール	職場支援	総合リスク
X部署	●	22	31歳	6.7	7.0	6.5	7.0	93	123	114