

メンタルヘルス

動 向

2011年12月、労働者のストレスチェックの仕組みを労働安全衛生法に規定すべく、紆余曲折を経て国会に法案が提出された。1年後、付託された衆議院社会労働委員会で実質的審議のないまま、野田内閣による衆議院解散により、この法案は廃案となってしまった。

21世紀に入り、メンタルヘルスに関わるいくつかの指針、通達が厚生労働省から公表され、事業場等における対策が講じられるようになって久しい。社会的経済的背景、雇用形態の多様化などを原因として、各種アンケート調査等の発表を見ても、事業場規模によるメンタルヘルス対策や意識の格差が拡大傾向にあるように感じられる。心の病が理由で休職し復職した労働者がいる事業場でも、休職・復職等に関する従業員規定の明文化がなされておらず、事例発生時困惑と混乱を来す状況が見られる。産業医選任義務のない事業場、特に分散事業所で構成される小規模事業場でこの傾向が多い様だ。

2012年度の自殺者数は前年比9.1%減の27,858人で、15年振りに3万人を下回った。動機別で「経済・生活問題」が前年比18.5%減、「健康問題」が6.8%減となった。内閣府は、経済環境の底打ちなど景気動向の影響が大きいこと、多重債務者・うつ病に向けた国の総合的予防対策の効果としている。

厚生労働省が2011年12月新たに定めた、心理的負荷による精神障害の認定基準に基づく、2012年度の労災補償状況を見ると、10年前と比べ所謂「心の病」で労災認定された数は、5倍増となっている。2012年度の請求件数は前年よりやや減少したが、支給決定件数は475人と最多で、うち自殺（未遂を含む）が93人と従前より最も多くなった。100時間以上の長時間残業が、依然として自殺の大きな要因となっていることが分かる。

日本うつ病学会は、気分障害の治療ガイドライン作成委員会により、2011年3月「双極性障害2011」を作成し発表した。これに続き、学会が発表するガイドラインとしては本邦初とされる「大うつ病性障害2012 ver.1」を2012年7月に発表した。序文の中に、適応障害や気分変調症は、大うつ病との鑑別が特に難しい場合があり、治療を含め十分に研究されていない障害があり、対象としないこと、若年者の軽症抑うつ状態の研究が盛んに行われているが、「現代型（新型）うつ」はマスコミ用語であり、学問的に深く考察されたものでなく、治療のエビデンスもないので、取り上げないこと、などが記載されてい

る。ガイドライン全体が体系化され、序文に次いで

1) うつ病治療計画の策定

把握すべき情報のリスト

2) 軽症うつ病

3) 中等症・重症うつ病

4) 精神病性うつ病

の章立てで詳述されている。把握すべき情報のリストとして7項目の表示があり、精神医学専門家以外の一般内科医や産業医にとっても理解し易いガイドラインとなっている。

第9回日本うつ病学会総会がガイドライン発表と同時期に、東京で開催された。会長講演で、うつ病概念の拡散化が言われて久しく、成因論、病因論に関心が集中し、回復論に対する関心が相対的に乏しく、混乱が生じている。うつ病の眺望と見通しを問うとの提言がなされた。シンポジウムのうち、“うつ病の拡がりはどう検証する”“産業医学現場でのメンタルヘルス”など、今日的なテーマの討議に多くの関心が寄せられた。

現 状

ライフサポートクリニックの医師による、長残業者面談は前年比7%弱減となった。一方、メンタルヘルスに関わる復職支援等の面談数が前年の2倍以上となっている。小規模事業場からの限定された事例依頼が相当数含まれる。

また、保健師の面談数が著しく増加したのは、年間契約内で事業所での実施が調整できなかった例なども、協会来所により、面談した結果が計上されたことによる。

健診時面接・職業性ストレスチェック等については、労働安全衛生法改訂を睨んだストレスチェックの試行を実施した団体があり、総実施数が前年比44%増となった。

メンタルヘルス教育は、開催実施の対象が定常化しており、事業場内の事情により参加者は管理監督者9%減、一般社員29%減となった。講演会・研究会については、講師派遣の要望に応えられない場合がある。受託している嘱託産業医業務の中で、労働衛生週間等の行事の一環として、あるいは安全衛生委員会の議事として実施される状況が多い。

事例検討会は事業場からの積極的な事例の提示の申し出があり、活発な議論とともに相互の啓発に資するものであった。

関係の集計表は168頁に掲載