

精神保健委員会（プロジェクト）  
答 申

平成 26 年 3 月

日 本 医 師 会  
精神保健委員会（プロジェクト）

平成 26 年 3 月

日本医師会長  
横 倉 義 武 殿

精神保健委員会（プロジェクト）  
委員長 高 橋 祥 友

精神保健委員会（プロジェクト）答申

本委員会では、平成 24 年 9 月 12 日に開催された第 1 回委員会において貴職から諮問のありました、「子どもと働き盛り世代へのメンタルヘルス対策のあり方―災害被災者へのアプローチも含めて―」について、8 回の委員会を開催して鋭意検討を行ってまいりました。

この度、その審議結果をとりまとめましたので、ここに答申いたします。

## 日本医師会精神保健委員会（プロジェクト）委員

- 委員長 高橋 祥友（筑波大学教授）
- 副委員長 河崎 建人（日本精神科病院協会副会長）
- 委員 金生由紀子（東京大学大学院准教授）
- 〃 後藤 時子（秋田市医師会理事）
- 〃 中嶋 義文（三井記念病院精神科部長）
- 〃 松永 啓介（佐賀県医師会副会長）
- 〃 本橋 豊（秋田大学理事・副学長）
- 〃 渡辺 憲（鳥取県医師会副会長）
- 〃 渡邊衡一郎（杏林大学准教授／日本うつ病学会評議員）
- 〃 渡辺洋一郎（日本精神神経科診療所協会会長）

# 目次

要旨	1
1. 子どものメンタルヘルス対策のあり方	2
1) はじめに	2
2) 児童生徒のメンタルヘルスと学校精神保健	2
① 学校精神保健の概要	
② 児童生徒のメンタルヘルスにおける問題	
③ 発達障害と発達特性	
④ 学校精神保健への医療の関与	
⑤ 学校精神保健に対応する人材育成	
3) 教師のメンタルヘルス	4
① 教師のストレス状況	
② 教師の病気に伴う休職・退職	
③ 教師のメンタルヘルスの改善に向けた課題	
④ 教師に焦点を当てた学校精神保健への医療の関与	
4) 提言	6
① 学校医の研修	
② 産業医の研修	
③ 一般の小児科医や精神科医の研修	
④ 医学生や研修医などの教育、研修	
【小括】	6
2. 働き盛り世代へのメンタルヘルス対策のあり方	7
1) 職場におけるメンタルヘルスの現状	7
① 職場における長期休業者の実態	
② 企業の立場からの課題と問題点（企業人事担当者からのヒアリングより）	

③ 労働者の心の健康の保持増進のための指針 <sup>10)</sup> より	
2) 職場のメンタルヘルス向上のためのポイント	9
① 産業医の役割の重要性について	
② アルコール依存症に関して	
③ 適応障害、パーソナリティ障害、発達障害等に関して	
④ 復職支援に関して	
3) 提言	11
① 職場のメンタルヘルス向上のために	
② 職場のメンタルヘルスにおける産業医の役割	
③ 産業医に必要な精神医学の知識	
<b>【小括】</b>	12
<b>3. 大規模災害時のメンタルヘルス対策のあり方</b>	13
1) はじめに	13
2) 大規模災害が生じた際のメンタルヘルスケアの対象	13
① 被災者	
② 救援者	
3) 支援態勢	15
① 発災直後の支援	
② 中・長期的支援	
4) 提言	16
① 東日本大震災からの復興	
② 今後の大規模災害に備えて	
<b>【小括】</b>	17
<b>文献</b>	17
<b>まとめ（提言に代えて）</b>	19

## 要旨

現代社会において学校や職場におけるストレスが増していることを指摘する調査が数多くある。さらに、平成 23 年に生じた東日本大震災を契機として、大規模災害時における心の健康をどのように守るかという点についても強い関心が払われるようになってきた。

子どもの健全な心の発達は、その後の人生のメンタルヘルスの基礎になるという意味で、きわめて重要である。子どものメンタルヘルスに関わるさまざまな機関の中でも、すべての子どもの生活に大きな比重を占める学校を軸に子どものメンタルヘルスについて検討した。学校精神保健活動の充実が強く求められており、学校医が要となり、メンタルヘルスに関する養護教諭などの実務のバックアップや地域の精神科医との連携を図ることが望まれる。また、学校の産業医が、教師の状況に配慮してメンタルヘルスを改善させることにより、子どもにもよい影響を及ぼすことが期待される。さらに、精神科医全体として学校精神保健活動に関与できるように、教育・研修の充実や地域での日常的な連携の推進も望まれる。

また、一般職場の労働者で長期休業者の中にはメンタルヘルス不調者が圧倒的に多いことが各種調査で示されている。さらに、企業の側からもこのような従業員への対応の難しさが指摘されている。そして、メンタルヘルス不調者の休職判断の場面や復職判断の場面、さらには復職後のフォローにおいて、産業医の適切な対応が期待されている。

産業医の役割と機能、アルコール依存関連障害、適応障害、パーソナリティ障害、発達障害など、復職支援関連について議論された。職場のメンタルヘルス充実のポイントとして、産業医の役割がきわめて重要であることが改めて確認され、産業医の役割を整理し、産業医として必要とされる精神医学の知識についてまとめた。

さらに、東日本大震災を機に、大規模災害時のメンタルヘルスへの関心が高まってきた。しかし、大規模災害に特化したメンタルヘルス対策が存在するわけではなく、日頃から地域におけるメンタルヘルス保持のシステムを整備しておくことが、緊急事態に臨機応変に対応するのに役立つ。また、大規模災害発生時に被災地に十分な精神科サービスが整備されている状況ばかりではないことを考えると、日頃から地域で活動しているかかりつけ医に対して、適切な精神医学の知識について今後とも生涯教育を進めていく必要がある。大規模災害の際にとくにケアの対象とすべき人々は誰か、そして、発災直後および中・長期的な視点からもどのように支援態勢を整備すべきかについて述べた。

## 1. 子どものメンタルヘルス対策のあり方

### 1) はじめに

子どもの生活において家庭、学校、仲間関係が重要であり、メンタルヘルス対策を考える上でも欠かせない要素である。中でもこの時期に特有である学校に焦点を当てて検討した。その際に、児童生徒のメンタルヘルスにおける教師の役割を考慮し、教師のメンタルヘルスの検討も加えた。

### 2) 児童生徒のメンタルヘルスと学校精神保健

#### ① 学校精神保健の概要

学校保健とは、学校において、児童生徒などの健康の保持増進を図ること、集団教育としての学校教育活動に必要な健康や安全への配慮を行うこと、自己や他者の健康の保持増進を図ることができるような能力を育成することなど学校における保健管理と保健教育とされる<sup>1)</sup>。

学校精神保健活動の担当者には、児童生徒にもっとも接する担任教師に加えて、養護教諭、特別支援コーディネーター、スクールカウンセラーが含まれる<sup>2)</sup>。養護教諭は、学校精神保健のキーパーソンとされ、その役割は、導入役(インターカー)、連絡・調整役(コーディネーター)、組織役(オーガナイザー)、相談役・助言役・援助者(コンサルタント・アドバイザー・サポーター)と多様であるとされる。特別支援教育コーディネーターは、障害のある児童生徒の一人一人の教育的ニーズを把握して適切な支援を行うために、関係機関・関係者間を連絡・調整し、共同的に対応できるようにする役割を持ち、教師、時には養護教諭が担

当することがある。スクールカウンセラーは、カウンセリング、コンサルテーション、コーディネーション、心理教育的活動、危機介入を行うとされる。実際には、スクールカウンセラーの資質や経験は個人差が大きく、その機能が一律とは限らない。

学校精神保健については校内協力体制の下に活動することになっており、その中には学校医も含まれる(図1)。しかし、学校医は精神科医ではないことがほとんどであり、メンタルヘルスに関心があるとは限らず、どれくらい機能しているかは学校医によって大きく異なる。

#### ② 児童生徒のメンタルヘルスにおける問題

文部科学省による児童生徒の問題行動の調査(平成23年度)<sup>3)</sup>によると、校内暴力、いじめ、不登校、自殺の現状は以下のとおりである。

校内暴力は、前年度よりも若干の減少傾向にあるが、小・中・高等学校における発生件数は約56,000件とまだまだ高い水準である。

いじめは、平成18年度の調査から定義が変わり、「当該児童生徒が、一定の人間関係にある者から、心理的・物理的な攻撃を受けたことにより、精神的な苦痛を感じているもの」とされるようになった。前年度よりも若干の減少傾向にあるが、小・中・高等学校における認知件数は約70,000件とまだまだ高い水準である。学年別にみると、中学生がもっとも多く、特に中学1年時にもっとも増加しており、新しい環境に入っていく中で、いじめの問題が大きくなるのかもしれない。いじめの発見のきっかけは、担任教師が20%近くである。本人からの訴

えが 20～30%であり、学年が上がるにつれて自ら訴えることができるようになる一方、低学年では保護者からの訴えが多い。いじめられた児童生徒の約 70%が担任教師に相談している一方で、相談しない児童生徒は 10%近くとされているが、実際にはもっと多いと思われる。

不登校は、小・中学校では約 117,000 人と前年度より若干の減少傾向にあり、高等学校では約 56,000 人と前年度より若干の増加傾向が認められるが、高どまりをしていると言えよう。小・中学校では学年が上がるにつれて不登校児童生徒数は増加している。不登校への対応にあたっては、学校内外の機関との連携が図られており、小・中学校の児童生徒では適応指導教室がもっとも多く約 13,000 人が利用している一方、病院・診療所も 10,000 人近くとかなりの数に上った。

自殺は、小・中・高等学校からの報告では 200 人であり、前年度よりも増加傾向にある。小学校では非常に少ないが、中学以降は高校 2 年まで学年が上がるにつれて増加する傾向にある。精神障害を有していたことが明確な場合は 10%近くであるが、実際にはもっと高率ではないかと思われる。

以上のようにメンタルヘルスの問題を抱える児童生徒数はかなりの数にのぼり、その中には精神疾患を有していたり精神科医をはじめとする精神医療スタッフの関与を要する場合が少なくないと思われる。不登校のデータが示すように医療とつながっている場合もあるが、十分に実のある連携となっているかについて検討が望まれる。

### ③発達障害と発達特性

発達障害とは、脳機能の発達の障害であり、症状が低年齢で発現すると定義されている（図 2）。認知、情緒、行動、運動のそれぞれの側面で発達の問題が把握されるが、実際には一人の子どもが複数の問題を有することが多い。診断としては、自閉症スペクトラム障害、注意欠如・多動性障害 (ADHD)、学習障害 (LD) が発達障害に含まれる。精神遅滞は、この定義による発達障害ではあるが、以前から法的に支援をされていたので、発達障害者支援法における発達障害には含まれない。

文部科学省によって、通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査が実施され、知的な遅れのない発達障害が 6.5%存在すると推計されている<sup>4)</sup>。また、発達障害の診断基準に達しないものの連続する発達特性を有する者はさらに多いと考えられる。発達障害や発達特性の理解に基づく適切な教育が行われていないと、不安・うつや攻撃的行動などメンタルヘルスの問題にしばしば発展すると思われ、学校精神保健を検討する上で発達障害や発達特性はきわめて重要な課題である。児童生徒の発達障害や発達特性とそれに伴うメンタルヘルスの問題への対処にあたって精神医療の果たす役割は大きいと考える。

### ④学校精神保健への医療の関与

学校と医療との連携の重要性が認識されながらもなかなか進まない背景には、学校内ですべて完結させようという学校の姿勢があるように思われる。それを早急に打破することは容易ではないと考えられるため、現状で存在するシステムを機能させながら

改変を求めるとすると、学校医が鍵になると思われる。学校医が、児童生徒のメンタルヘルスの問題について、医療として対応すべきものか否かの振り分けを行って、学校と家庭と医療をコーディネートする役割を果たすことができれば理想的であろう。しかし、先述したように実際の学校医はメンタルヘルスに詳しいとは限らない。対応力のある養護教諭やスクールカウンセラーであれば、直接に地域の精神科医と連携をとっているかもしれない。少なくとも、学校医は、児童生徒のメンタルヘルスが重要な課題であることを認識し、養護教諭などの実務をバックアップすると共に、必要に応じて地域の精神科医と連携を図りやすい、いわゆる「顔の見える関係」を作るように心がけることが望まれる。

### ⑤学校精神保健に対応する人材育成

学校精神保健活動の充実には児童精神科医の関与が必要であるが、現状では数が圧倒的に少ない。この解消を図るには、大学に児童精神医学講座を設立することをはじめとして児童精神科医の育成を進めることが必要である。同時に、一般の小児科医・精神科医が一定の知識を得て学校精神保健活動にも関与できるようにすることも大切である。特に中学以降で統合失調症をはじめとする精神疾患が増加すること、後述する教師のメンタルヘルスの問題を考えると、精神医学全般の知識・経験を持つ精神科医の果たす役割は大きいと考える。厚生労働省は、「子どもの心の診療医」として、①一般の小児科医・精神科医、②子どもの心の診療を定期的に行っている小児科医・精神科医、③子どもの心の診療に専門的に携わ

る医師という3類型を設定して<sup>5)</sup>、子どもの心の診療医テキストを作成した<sup>6)</sup>。このような教材も活用しつつ、精神科医全体が精神発達や発達障害について一定の知識を有して、必要に応じて児童精神科医とも連携することが可能になるように、医学生や研修医も視野に入れて、教育・研修を整備していくことが求められる。

## 3) 教師のメンタルヘルス

### ①教師のストレス状況

文部科学省によって、平成24年度に全国公立学校教職員2,000人以上を対象としたアンケート調査が実施され、その主な結果は以下の通りであった<sup>7)</sup>。

- ・ 職場内の雰囲気やコミュニケーションの状況等について、校長・教頭等より教師等のほうが、否定的にとらえる割合が多めだった。
- ・ 部下の健康状態を把握しているとする割合のほうが、上司が自分の健康状態を把握しているとする割合より高かった。
- ・ 教職員としての理想像がある、上司と相談しやすい、職場を離れた同僚等とのコミュニケーションがあるものほど、ストレスを感じる度合いが低かった。
- ・ 大規模校の管理職は、中規模以下の学校の管理職に比べて、ストレスを感じやすい環境にあることがうかがわれた。
- ・ 教師の年代が上がるほど、様々な業務関連ストレスについて「常にある」とする割合が高い項目が多かった。
- ・ 全般的に、在籍年数が長いほど、ストレスを感じる割合が高くなっていった。

## ②教師の病気に伴う休職・退職

精神疾患による病気休職者が在職者に占める割合は0.57%とされるが、実際に休んでいる人数は、これより多く、小中学校でも複数名休んでいる学校は珍しくないという。大規模校では、3、4人休んでいるというところも、しばしばである。異動後1、2年目の病気休職者が多い傾向がある。また、休職回数が多くなるほど、1年以内に再休した割合が高い。

文部科学省の発表によれば、平成21年以降の条件付採用（初任）教員のうち、病気を理由として退職した教員の約9割が、精神疾患によるものであった。また、平成21年度以降、定年および勸奨退職者を除いた離職者で、病気を理由とする者の半数以上が、精神疾患であるという。

## ③教師のメンタルヘルスの改善に向けた課題

メンタルヘルスに関連する教職の特徴としては、対人関係の業務であることがあげられる。このため、「業務がうまくいかない」とき、ほぼかならず「人間関係のトラブル」があるという、特有の難しさがある。教育の今日的課題の多さに比例して、それを実践するにあたって（時間的、労力的、技術的などの）困難が増える傾向にあるが、当然ながら学校の主役は児童生徒であり、教職員は二の次となるので、産業精神保健におけるラインケア（管理監督者が社員へ個別の指導・相談や職場環境改善を行う取り組み）が機能しにくい。

メンタルヘルス不全の状態にある教師であっても、児童生徒や保護者に配慮を求め

ることはできず、ラインケアを主導すべき管理職の権限が乏しいこともあり、職場で可能な配慮には大きな限界がある。

短期の休業を繰り返すと、学校内外で当該教師の信頼が失われる、不信を買う、孤立感を味わうなどの形で、結果的に本人にとって不利になりがちである。休まざるを得ないときは、しっかり回復するまで休むことが望まれる。短期間の休みを除いて、復職後のスムーズな再適応のため、復帰訓練制度を有効活用することが考えられる。また、発達障害やパーソナリティ障害などを持っていて教師に向かないのに教師になってしまって適応障害を生じやすくなっている場合もあり、職場適応の改善の際に配慮が必要となる。

教師のメンタルヘルスについては、児童生徒の学習や安全確保という最重要課題を満たしつつ、無理のない業務量にとどめるなどのメンタルヘルスを保つ職場環境作りを行うとの相反する課題に取り組まなくてはならず、きわめて困難な状況である。また、学校に対する信頼が損なわれやすい現状があり、そのこと自体が、教職員のストレスを直接、あるいは間接的に増大させている面もある。このように、社会からの批判にさらされやすくなり、事務的な仕事の増加に追われて相互のコミュニケーションがとりにくくなっていることなど、教師と医師の置かれた状況は非常に似ているが、組織的にもインフォーマルにもスーパービジョンのあり方が大きく異なっている。スーパービジョンのあり方や事務的な仕事の分担などで医療における工夫も参考にすると、いくらか改善の余地があると思われる。

#### ④教師に焦点を当てた学校精神保健への医療の関与

基本的な働きかけとして、教師が児童生徒および自分自身のメンタルヘルスに関する理解を向上させて、より適切に対応できるように支援することが考えられる。

教職員が 50 名以上の学校には産業医の配置が義務付けられているので、大多数の学校には産業医がいるはずである。産業医は、教師のメンタルヘルスが児童生徒のメンタルヘルスに大きな影響を及ぼすことを認識すると共に、先述した教師をめぐる状況を十分に配慮して活動することが望まれる。

#### 4) 提言

##### ①学校医の研修

学校医がメンタルヘルスの専門家でなくても学校精神保健の要であり、養護教諭などの実務をバックアップして、地域の精神科医との連携を図る必要があるとの認識を促す。その際に、以下が修得できるようにする。

- ・ 精神科医に早期に紹介すべき状態の判断：精神病症状を有する場合、自殺の危険性がある場合、向精神薬による治療効果が期待される場合
- ・ 児童生徒のメンタルヘルスに関する基本的理解：精神発達に対応したメンタルヘルスの問題があること、発達障害及び連続する発達特性が影響すること、対応に際しては家庭と学校との連携が重要であること

##### ②産業医の研修

教師のメンタルヘルスについて、一般企業とは異なる状況への配慮が重要であり、地域の精神科医を含めた学内外の関係者と連携して活動する必要があるとの認識を促す。その際に、以下の特性の理解を求める。

- ・ 教職が対人関係の業務であること
- ・ 学校では児童生徒が最優先されるのでラインケアが機能しにくいこと
- ・ 社会からの批判や事務的な仕事が増大していること

##### ③一般の小児科医や精神科医の研修

学校医や学校の産業医でなくとも必要な場合には学校精神保健活動への関与が可能になるような研修を行う。各地域で医療と教育が連携すること。

##### ④医学生や研修医などの教育、研修

広く言えば児童精神医学講座の設立も含めて、児童精神医学・医療を学びやすい環境の整備を支援する。

#### 【小括】

子どものメンタルヘルスに関わる機関として、乳幼児であれば保育園や幼稚園、虐待対策や子育て支援など家族との関係を重視すれば児童相談所や子ども家庭支援センターなどもある。その中でも、すべての子どもの生活に大きな比重を占める学校を軸に検討し、学校精神保健活動の充実が強く求められていることを示した。

子どものメンタルヘルスの問題への対応にあたっては、学校保健システム内にいる学校医が要となり、メンタルヘルスに関する養護教諭などの実務のバックアップや地

域の精神科医との連携を図ることが望まれる。また、学校の産業医が教師のメンタルヘルスを改善させて子どもにも良い影響を及ぼすことが期待される。さらに、精神科医全体として学校精神保健活動に関与できるように、教育・研修の充実や地域での日常的な連携の推進も望まれる。

## 2. 働き盛り世代へのメンタルヘルス対策のあり方

### 1) 職場におけるメンタルヘルスの現状

#### ① 職場における長期休業者の実態

- i) 人事院が実施した平成 23 年度における国家公務員の長期病休者(1 月以上傷病のため勤務していない者)実態調査<sup>8)</sup>の結果によると、一般職の非現業国家公務員の長期病休者は 5,370 人(全職員 274,973 人の 1.95%)で、男性 4,186 人(全男性職員 229,601 人の 1.82%)、女性 1,184 人(全女性職員 45,372 人の 2.61%)となっている(図 3)。原因となった傷病でもっとも多いのは、「精神および行動の障害」の 3,468 人(全職員の 1.26%)で、全長期病休者の 64.6%を占める(図 4)。また、年齢階層別にみると、すべての年代で「精神および行動の障害」が第 1 位となっている(図 5)。
- ii) 株式会社アドバンテッジ リスク マネジメントは、自社で提供する団体長期障害所得補償保険において、ケガや疾病などの就業障害により 30 日以上の休業に至ったケースのうち、1,200 例(男性 791 例、女性 409 例)を無作

為に抽出し、長期休業者の発生状況を調査した(調査期間:2000 年 1 月 1 日~2011 年 12 月 31 日、各年 100 例を抽出)<sup>9)</sup>。その結果、うつ病を中心とする「メンタル疾患」の割合が最多であり、2000 年から 2011 年の間に他の疾患は横ばい、あるいは減少傾向であるにもかかわらずメンタル疾患は激増し、この数年間は長期休業者の 70%前後を占めていることが分かった(図 6)。

### ② 企業の立場からの課題と問題点(企業人事担当者からのヒアリングより)

- i) 企業における「心の病」への対応の難しさ  
労働者のメンタルヘルス問題への対応としては、産業医と企業の人事担当者の連携のみでは不十分で、主治医、上司(職場)、家族等多くの関係者が、適切に連携を図り対応する必要があるが、これらの連携は困難なことが多い。
- ii) 復職可否判断の困難性  
企業において私傷病による長期休業の対応は、一般に就業規則に定める休職期間内で認められ、休職期間満了は退職事由に該当する。「心の病」の復職可否判断は、企業と本人や主治医との見解が分かれやすく、判断が困難になることが多い。
- iii) 今後、産業医に対応を期待する事項  
ア) メンタルヘルス不調者の休職判断の場面において  
a) 面談・カウンセリングの充実  
b) 人事担当部署との連携  
c) 微妙な判断を必要とする診断

書に対する適切な判断(※微妙な判断を要する診断書の例;「休業が望ましい」、「軽微な作業への変更」等)

- d) 主治医との連携
- イ) メンタルヘルス不調者の復職判断の場面において
  - a) 人事担当部署・上司との連携
  - b) 主治医による復職診断書が出た後、会社として復職を判断するための判定、助言(※ここでも微妙な表現の診断書が出る場合がある。「勤務を余裕のある形にしての復職は可能」、「復職は可能と見込むが・・・」等)
  - c) 復職プログラム作成にあたっての指導・助言
  - d) 主治医との連携
- ロ) メンタルヘルス不調者の復職後のフォローにおいて
  - a) 人事担当部署・職場との連携
  - b) 状況に合わせた復職プログラムの変更・修正
  - c) 再発防止のための定期的なフォローと、本人・会社への適切な指導
  - d) 主治医との連携

### ③労働者の心の健康の保持増進のための指針<sup>10)</sup>より

- i) 心の健康づくり対策の意義と目的
  - ア) 健康の保持増進活動
    - 労働安全衛生法に「事業者は労働者の健康の保持増進を図るために必要な措置を継続的かつ計画的に

講ずるよう努めなくてはならない」と記されており、労働者の健康とは当然に心の健康も含まれるところである。職場環境に起因する精神障害の発症、さらには自殺の予防など企業の健康管理として極めて重要な課題である。

- イ) 労働生活の質の向上と事業場の活力の向上
  - 労働者の精神的充実感、あるいは創造的な活動や労働の質の向上には心の健康が不可欠である。したがって、心の健康づくり対策は、労働者の労働生活の質の向上に寄与し、ひいては事業場の生産性および活力の向上にもつながるものである。
- ロ) リスクマネジメント
  - 心の健康問題が生じると、作業効率が低下し、さらに長期休業の発生等が生じる。このような労働力の損失は企業活動そのもののリスクにつながるものである。また、心の健康問題が労働の場における事故の発生につながり、企業にとってはリスクマネジメントとしても大きな課題となる。
- ii) 4つのメンタルヘルスケア

厚生労働省「労働者の心の健康の保持増進のための指針」においては、以下の4つのケアが柱とされており、4つのケアが継続的かつ計画的に行われることが重要とされている。

- ア) セルフケア
  - 労働者自身がストレスや心の健康について理解し、自らのストレスを予防、軽減するあるいはこれに対処する。



や管理職に指導できる能力が必要である。

- i) 一般的なストレス反応とうつ病の鑑別  
産業医には、うつ病対策に関する知識が必須である。職場においては、仕事が忙しくて疲れている、仕事で失敗し落ち込んでいるといった場合に、当たり前前の落ち込み、すなわち、一般的なストレス反応と考えるしまう傾向にある。しかし、こういった労働者がうつ病の場合もある。うつ病の早期発見という視点から、一般的なストレス反応とうつ病を区別する必要がある。好きなことが楽しめない状態や、疲れているにもかかわらず眠れない状態が続いていたら、うつ病などを疑うという医学的な視点が必要である。

また「新型うつ」と呼ばれる者の多くは適応障害のレベルであるが、稀にうつ病レベルの者がいる。そのため、まずはうつ病レベルの者を見逃さないことが重要である。

- ii) 職場での管理職研修

近年よく行われているのは、労働者の話をよく聞くことを目的としたヒアリング研修である。しかしもっとも重要な点は、話を聞いた結果、その状態をどう考え、どのように対応するかである。医療的な対応を必要とする労働者を見落とすことなく対応できるよう、産業医は人事担当者や管理職の者に対して指導する必要がある、その能力が求められる。

## ②アルコール依存症に関して

企業においては労働者の飲酒行動について、あまり深刻に捉えていない傾向にある

が、メンタルヘルスを考える上で非常に重要な因子である。

- i) 高い自殺リスク

アルコール依存症の自殺のリスクは非常に高い。また、うつ病者の場合において、実際に自殺に及ぶ際にはアルコールが関係していることも多い。自殺対策という視点においてもアルコールに着目した取り組みが必要である。

- ii) 「アルコール依存症予備軍」に焦点を当てた対策の重要性

アルコール依存症と健常の飲酒の間のグレーゾーンとされる「依存症予備軍」に焦点を当てた対策が重要である。

産業医においては、一般健診などで、明らかな肝機能障害や膵炎の疑いがあつた際、さらに踏み込んで、AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)<sup>11)</sup>などを用いて、アルコール依存症のみならず、その予備軍ともいえる問題飲酒群をスクリーニングし、適切な指導をすることが重要である。

## ③適応障害、パーソナリティ障害、発達障害等に関して

職場においては、パーソナリティ障害や発達障害の傾向を持つ労働者に生じる適応障害への対応が必要となることが少なくない。産業医にはこのような者に対して適切な対応をする知識やスキルが必要である。

- i) 適応障害への対応の基本

労働者が職場への適応障害を示す場合には、職場環境調整など労務管理のレベルで対応する必要がある場合と、医療的な対応が必要となる場合がある。

また、労務管理レベルと健康管理レベルと両方が必要となる場合も少なくない。適応障害の労働者への対応においては、産業医には労務管理レベルの問題と健康管理レベルの問題を整理する役割が必要となる。

ii) パーソナリティの問題とせず「労働者を活かす」

適応障害の者へ対応する際、パーソナリティの問題だとしてしまうと切り捨てになってしまうため、その者のよいところを探し、どのように活かしていくかという発想に切り替えることがもっとも重要である。

特に発達障害の傾向を持つ者も少なくないが、その労働者の特徴や特性、得意、不得意を理解し対応することが重要である。

#### ④復職支援に関して

メンタルヘルス不調者の復職支援においては、産業医は復職から復職後にかけてそれぞれの段階で重要な役割を担う。

i) 復職判定における指導・助言

まず復職判定が非常に重要な産業医の役割となる。休職者の復職判定は企業の決定事項である。したがって産業医は医学的見地から、当該労働者の適切な復職のタイミングや担当業務等について、指導・助言できる能力が必要である。再休職を防ぐためにも、適切な復職判定が不可欠である。

ii) 復職時の環境調整と復職後のフォロー

再発予防のためには復職に際して職場環境調整、さらには復職後のフォローが重要なポイントとなるため、産業

医にはこの面での知識とスキルが不可欠である。

iii) 復職支援のポイント

メンタルヘルス不調を原因として休職している者への復職支援においては適材適所という視点が重要である。労働者の適性を把握したうえで職場環境調整を行なうことは復職支援として重要であり、産業医にはその面での対応も求められる。

うつ病等病的レベルが回復した後に職場への適応が困難な労働者も増加している。産業医には労働者の職場適性、職場適応のための環境調整能力とキャリアカウンセリング的な能力も求められる。

### 3) 提言

#### ①職場のメンタルヘルス向上のために

- i) 産業医の役割がもっとも重要なポイントとなる
- ii) 産業医が中心となり、安全衛生システムを整備し、全労働者を対象とし、メンタルヘルスを含む健康管理システムを構築する
- iii) 産業医は、労働者のみならず、管理職、産業保健部門、人事労務部門、経営者層それぞれへの支援を行い、企業全体に組織的な支援を提供する
- iv) 職場のメンタルヘルスに関して、管理職、人事労務部門への研修、一般労働者研修、情報提供などを行う
- v) 労働者の適性、適応の見地からの助言を行い、労働者の適応障害を防ぐのみならず、労働者のメンタルヘルスの向上をはかり、よって企業の生産性の向

上にも寄与する

## ②職場のメンタルヘルスにおける産業医の役割

- i) 事業場の心の健康づくり計画策定への助言, 指導等と, これに基づく対策の実施状況の把握
- ii) メンタルヘルスに関する健康情報保護における中心的役割
- iii) メンタルヘルスに関するセルフケアおよびラインケア支援, 教育研修の企画および実施
- iv) 就業上の配慮が必要な場合における, 事業者への勧告, 意見具申
- v) 長時間労働者等に対する面接指導等の実施
- vi) 労務管理問題と健康管理問題との鑑別
- vii) うつ病とストレス反応との鑑別
- viii) アルコール依存, 問題飲酒のスクリーニングと指導
- ix) 適応障害への対応
- x) パーソナリティ障害, 発達障害の理解と対応
- xi) 主治医, 事業場外資源との連絡調整
- xii) 休職, 復職に関する職場への指導, 助言復職判定
- xiii) 復職プランの作成, 復職後のフォロー

## ③産業医に必要な精神医学の知識

- i) ストレスモデルとストレスマネジメントに関する知識
- ii) メンタルヘルス不調発症の基本的考え方
- iii) メンタルヘルス不調者の発見スキル (面談スキルを含む)

- iv) メンタルヘルス不調者の鑑別スキル
- v) 一般的ストレス反応, 適応障害レベル, 疾患レベルの鑑別と基本的対応スキル
- vi) 自殺に関する正しい認識と知識
- vii) 適応障害に対する知識と対応力
- viii) うつ病の正しい理解とうつ状態の鑑別スキル
- ix) アルコール依存の基礎知識と対応力
- x) パーソナリティ障害, 発達障害の知識と対応の基礎知識
- xi) 専門医紹介の情報とネットワーク
- xii) 守秘義務に関する法的知識と主治医との連携のためのスキル
- xiii) 休職・復職に関する基本的法務知識

### 【小括】

職場における長期休業者の実態調査からは長期休業者においてはメンタルヘルス不調者が圧倒的に多いことが示されている。また, 企業の側からは, 状態の把握の困難さ, 個々のケースへの対応の必要性, 就業可否判断の困難さ, 多方面の連携の必要性, といった「心の病」への対応の難しさが指摘され, 同時に, メンタルヘルス不調者の休職判断の場面や復職判断の場面, さらには復職後のフォローにおいて, 産業医の適切な対応が期待されている。

委員会においては, 産業医の役割と機能, アルコール依存関連, 適応障害, パーソナリティ障害, 発達障害など, 復職支援関連について議論され, 職場のメンタルヘルス向上のポイントとして, 産業医の役割が最重要であることがあらためて確認され, 産業医の役割を整理し, 産業医において必要となる精神医学の知識についてまとめた。

### 3. 大規模災害時のメンタルヘルス対策のあり方

#### 1) はじめに

平成 23 年 3 月 11 日 14 時 46 分に、宮城県牡鹿半島沖を震源として大震災が発生し、わが国の観測史上最大のマグニチュード 9.0 を記録した。地震の被害は岩手県沖から千葉県沖までの南北約 500km、東西約 200km にわたる太平洋岸の広範囲に及んだ。この地震によって発生した大津波が、東北地方から関東地方の太平洋沿岸部に壊滅的な被害をもたらした。とくに岩手、宮城、福島、茨城、千葉県の太平洋岸の広大な範囲で被害が発生し、ライフラインも寸断された。ピーク時の避難者は 400,000 人以上にのぼった。震災による死者・行方不明者数は計 20,000 人弱となった。

さらに、地震と津波による被害を受けた東京電力福島第一原子力発電所では、電源を喪失し原子炉を冷却できなくなり、放射性物質の放出を伴う重大な事故が発生した。周辺の多くの住民は今でも長期の避難を強いられている。原子力発電所事故の収束には今後も長期間かかるものと懸念されている。

なお、東日本大震災で大規模な影響を受けた東北太平洋岸は、震災以前からいわゆる精神科医療過疎地域であり、単に震災前の状態まで戻すというだけでは、十分な精神科医療が提供できないという問題が持ち上がっている。

以下、大規模災害が生じた際のメンタルヘルス保持のための態勢作りについてまと

めた。

#### 2) 大規模災害が生じた際のメンタルヘルスケアの対象

最初に、理解を容易にするために、大規模災害が生じた際のメンタルヘルスケアの対象となるのはどのような人々であるかについて考えてみたい。

##### ①被災者

表 1 に示すように、まず被災者と救援者に二分できるだろう。被災者の中でもさらに、発災前はとくに精神的な問題を抱えていなかった健康者と精神障害を抱える人々に二分して考える。

##### i) 一般住民

##### ア) 健康な人

発災前から高い社会適応力を示していた人々は、たとえ大規模災害を経験したとしても、その多くは過度のストレス状況下でも高い適応力を示すことが期待される。したがって、このような人々に対して闇雲に心のケアを提供しようとする、むしろ強い抵抗を受けることになりかねない。身内の安否を確認できるような態勢を取るとともに、安全な場所を確保し、十分な食事を提供し、基本的な日常生活を送ることができるように援助することが最優先される。このような人々に対しては psychological first aid (心理的応急処置) に基づいた対応が必要とされる<sup>12)</sup>。

##### イ) 災害を契機として精神症状を呈している人

発災前にはとくに問題も呈さずに

健康に暮らしていた人が、大規模災害が契機となって、ASD(急性ストレス障害)、PTSD(心的外傷後ストレス障害)、うつ病、アルコールや薬物の乱用、不安障害、さまざまな身体的訴えなどを呈するようになることもあるので、その対応も怠ってはならない。ただし、この種の精神症状が大規模災害によって多発するというのは広く信じられている誤解であり、レジリエンス(人間が本来有している高い適応能力)を忘れてはならない<sup>13)</sup>。

ウ) いわゆる「災害弱者」

さらに、一般住民の中には、いわゆる「災害弱者」とされる子ども、高齢者、外国人等が含まれることを考慮して、特別な配慮をする必要がある。

ii) 精神障害を抱える人

この中にもいくつかの群に分けて考える必要がある。

ア) 重症の精神障害者

入院治療や専門的治療が必要とされる重症の患者で、不十分な設備しか入手できない避難所の生活に耐えられないと考えられる患者については、可能な限り早い段階で、被災地から離れた安全な精神科医療機関に移送することを計画する。

イ) 避難所生活に適応不全を呈している患者

大規模災害が生じるまでは、地域で治療を受けて、馴染みのある環境下では十分な適応を呈している患者は少なくない。しかし、大規模災害

が発生し、避難所のような不慣れた環境で、多くの人々と協調して生活しなければならないような環境に置かれて、精神症状が悪化した患者が他者との間で問題を起こすといった状況にも対応する必要がある。

ウ) 治療の中断により症状が再燃する患者

前項とも関連するが、大規模災害の結果、治療機関が被災し、それまでに受けられていた治療が突然中断されたために、患者の精神症状が再燃する事態に備えるべきである。

エ) アルコールの離脱症状を呈する人

発災前はアルコール関連の問題を抱えていることを認識できていなかった人がいる。そのような人が被災して、習慣的な大酒が突然できなくなると、離脱症状を呈する可能性があるため、その対応を考えておかなければならない。(少数ではあるが、違法な薬物を乱用している人にも同様の状態が生じる可能性がある。)

## ②救援者

従来、わが国では、専門の救援者が大規模災害の救援活動において心の健康をどのように保持するかといった点について十分な注意が払われてこなかったのが現状である。しかし、消防士、警察官、自衛官、医療従事者、行政職員といった人々は被災者と同等あるいはそれ以上のストレスがかかることが予想される。専門の救援者はその職に就いて約3か月で、一般の人が一生にわたって経験するストレスを経験するとも指摘されているほどである。

大規模災害の救援に従事した人々がその後、うつ病、PTSD、アルコールや薬物の乱用などを呈する率は、一般の被災者よりも高いことを示した報告は数多くある<sup>14)</sup>。したがって、専門の救援者に対するメンタルヘルス保持について今後は十分に配慮する必要がある。

### 3) 支援態勢

支援態勢としては、発災直後の支援、中・長期的支援に分けて考えてみる。

#### ① 発災直後の支援

最近では大規模災害が生じると、DMAT(disaster medical assistance team: 災害派遣医療チーム)が派遣されるシステムが整いつつある。DMATは、医師、看護師、業務調整員等で構成され、地域の救急医療体制だけでは対応できないほどの大規模災害や事故等の現場に急行する医療チームである。ただし、DMATは主に大災害が生じた際の、緊急の身体医学的な救急治療チームであり、とくに精神的なケアを専門とするものではない。DMATの要員も災害の現場で精神的なケアを必要とする状況にしばしば遭遇した経験から、何らかの精神医学的・心理学的な災害支援の必要性も指摘されるようになってきた。

東日本大震災において、多くの都道府県・政令指定都市の心のケアチームが、被災地の心のケアにおいて重要な役割を果たした。このような実績を踏まえ、心のケアについても緊急対応が可能な態勢を整えようという動きがある。自然災害、犯罪事件および航空機・列車事故等の大規模災害後に、被災地域の都道府県の派遣要請により被災地域に入り、精神科医療および精神保

健活動の支援を行うための専門的な精神医療チームをDPAT(Disaster Psychiatric Assistance Team: 災害派遣精神医療チーム)とし、厚生労働省はその活動要領を定めた<sup>15)</sup>。今後、各都道府県において地域防災計画を策定する際には、DPATの運用についても記述するよう求められている。ただし、これはあくまでも発災直後の対応を優先させたチームであり、中・長期的な支援はまた別の枠組みで考えざるを得ない。

なお、大規模災害発生時に、避難所等への支援は当然想定されるのだが、なんとか被災を免れた病院等への支援も当然計画する必要がある。限られた資源や人員の中で救援活動を続けている病院職員が燃え尽きてしまうような事態も予測される。DMATやDPATのような被災地での救急支援態勢ばかりでなく、被災を免れた病院に対する医療従事者の派遣等も計画の中に入れる必要がある。

#### ② 中・長期的支援

メンタルヘルス保持という観点からは、発災直後ばかりでなく、中・長期的な支援態勢を計画しておく必要がある。被災地にある病院の再建や新築という支援方法もあるだろうが、東日本大震災で大規模な被害を出した北東北沿岸部の精神保健医療従事者は、かならずしもその道は取らなかった。地域で生活する精神障害者に対して、アウトリーチ態勢を取り、むしろ発災以前よりも一歩進んだ精神科サービスを提供しようとする試みも生まれた。すなわち、精神障害を抱える人を病院に入院させて治療しようとするのではなく、地域に生活したままで、必要な支援を受けられるような態勢を

これまで以上に築きあげようという試みがある。

ハード面、ソフト面での支援態勢を整えるには、中・長期的に被災地に医療従事者を派遣するシステムを築かなければならない。発災直後は全国から救援者が被災地に駆けつけるが、それをいかに長期にわたる支援態勢へとつなげるかが重要な課題となる。

#### 4) 提言

東日本大震災によって甚大な影響を受けた東北地方沿岸部の復興と今後予想される大規模災害への備えという視点でまとめることにしたい。

##### ①東日本大震災からの復興

被害の大きかった東北地方の太平洋岸は、発災以前から精神科医療過疎地域といってもよい地域であった。そのような中で、従来の病院を中心とした精神科医療サービスに戻るのではなく、地域で精神科医療サービスを展開しようという動きが各県で起きている。しかし、この地域では発災以前から医療従事者の不足が深刻な問題となっていた。県（保健福祉部、精神保健福祉センター等）、厚生労働省、大学精神科等が協力して、今後も中・長期的に医療従事者をこの地域に安定して派遣するシステムの整備が必要である。

単に震災前の状態まで復興させるというのではなく、アウトリーチを主体とした新たな精神科医療サービスを発展させようという動きもあるので、日本医師会としてもそのような努力を支援するようにしてほしい。また、震災の影響で精神科病院が閉鎖されたままの地域もあることから、適切な

入院治療が実施可能な施設も地域の必要性に応じて整備するという計画を国のレベルで計画すべきである。

##### ②今後の大規模災害に備えて

特殊な状況における特別なメンタルヘルス対策はない。日頃実施しているメンタルヘルスの基本的原則を、大規模災害が生じた際に、いかに臨機応変に応用するかが課題となる。一次予防、二次予防、三次予防といった点を考慮しながら、地域における精神科医療サービスを日頃から充実させておくべきである。

また、現状を見ると、全国のすべての地域で十分な精神科医療サービスが整備されているわけではない。そこで、従来から日本医師会が進めてきたように、地域医療の主体として活動しているかかりつけ医に対して精神医学に関する基本的な知識についての生涯教育を今後も実施していくことは、大規模災害に対する備えとして欠かせないものと考えられる。

さて、東日本大震災が発生した直後に、全国の大学の精神医学講座担当者会議が被災地に派遣する精神科医の調整を試みたが、あまりにも大きな組織でこの種の調整を図ろうとすると、とかくそのスピードが遅いという欠点が出る。対照的に、被災地の精神保健福祉センター、大学精神科、日本精神科病院協会、日本精神神経科診療所協会等がそれぞれの個別のネットワークを活用して医師派遣の要請を行い、迅速な対応ができたという事例が認められた。発災直後の時期にはこの種の小さなネットワークを生かして、いかに迅速な対応を図るにかかっているというのが現実的であるように

思われる。

厚生労働省を中心として、全国的にDPATの整備などが進められているが、発災初期においてとくに新たな医療従事者派遣制度を立ち上げる必要がないようにしておくという点も検討すべきだろう。

また、発災直後は多くの人々がボランティアとして被災地に入るのだが、時間が経つにつれて、支援の熱意が下がってしまうのも現実である。とくに精神科サービスとしては、とくに中・長期的な支援体制を国のレベルで整備する必要がある。

### 【小括】

大規模災害が生じた際のアプローチについて述べた。大規模災害に特化したメンタルヘルス対策が存在するわけではなく、日頃から地域におけるメンタルヘルスのシステムを整備しておくことが、緊急事態に臨機応変に対応するのに役立つ。さらに、大規模災害の際に特にケアの対象とすべき人々についても取り上げた。そして、発災直後および中・長期的な視点からどのように支援態勢を整備すべきかについてまとめた。

### 文献

- 1) 文部科学省：学校保健の推進。  
[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/kenko/hoken/](http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/)
- 2) 根來英樹：学校精神保健. 脳とこころのプライマリケア第4巻子どもの発達と行動（飯田順三編），p197-205，シナジー，2010.
- 3) 文部科学省：平成23年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」結果について。  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/24/09/1325751.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/24/09/1325751.htm) 2012年9月12日
- 4) 文部科学省：通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について。  
[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/tokubetu/material/1328729.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1328729.htm)  
2012年12月5日
- 5) 厚生労働省：『「子どもの心の診療医」の養成に関する検討会』報告書（概要）。  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/03/h0330-13.html> 2007年3月
- 6) 厚生労働省：「子どもの心の診療医」テキスト。  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kokoro-shinryoui.html>
- 7) 文部科学省：教職員のメンタルヘルスに関する調査結果（案）（概要）。  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/shotou/088/shiryo/attach/1331191.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/088/shiryo/attach/1331191.htm)
- 8) 人事院：平成23年度国家公務員長期病休者実態調査結果の概要（報道資料），2013
- 9) 株式会社アドバンテッジ リスク マネジメント：企業における長期休業者に関する実態調査（報道資料），2012
- 10) 厚生労働省・独立行政法人労働者健康福祉機構：労働者の心の健康の保持増進のための指針，2006
- 11) 廣尚典訳：WHO/AUDIT（問題飲酒指標/

- 日本語版) :千葉テストセンター, 2000
- 12) アメリカ国立子どもトラウマティック  
ストレスネットワーク, アメリカ国立  
PTSD センター (兵庫県こころのケアセ  
ンター・訳) : 災害時のこころのケア:  
サイコロジカル・ファーストエイド  
実施の手引き 原書第2版. 医学書院,  
2011
- 13) Bonanno, G. A. (高橋祥友・監訳) : リ  
ジリエンス : 喪失と悲嘆についての新  
たな視点. 金剛出版, 2013
- 14) Stoddard, F. J., Padya, A., & Katz,  
C. L. (Eds.): Disaster Psychiatry:  
Readiness, evaluation, and  
treatment. American Psychiatric  
Publishing, 2011
- 15) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉  
部 : 災害派遣精神医療チーム活動要領  
について.  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsu  
ite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaisa  
hukushi/kokoro/ptsd/dpat\\_130410.ht  
ml](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisaishahukushi/kokoro/ptsd/dpat_130410.html), 2012

## まとめ（提言に代えて）

現代社会において学校や職場におけるストレスが増していることを指摘する調査が数多くある。さらに、平成 23 年に生じた東日本大震災を契機として、大規模災害時に心の健康をどのように守るかという点についても多くの関心が払われるようになってきた。

子どもの時代の健全な心の発達は、その後の人生のメンタルヘルスの基礎になるという意味で、きわめて重要である。すべての子どもの生活に大きな比重を占める学校を軸に子どものメンタルヘルスについて検討した。学校精神保健活動の充実が強く求められており、そのためには学校医や産業医をはじめとして一般の小児科医や精神科医、さらには医学生や研修医などの教育や研修を整備する必要がある。特に、学校医がメンタルヘルスに関する養護教諭などの実務のバックアップや地域の精神科医との連携を図ることができるように、また、学校の産業医が教師の状況に配慮してメンタルヘルスを改善させて子どもに良い影響を及ぼすことができるように、研修を進めることが望まれる。

また、一般職場の労働者で長期休業者の中にはメンタルヘルス不調者が圧倒的に多いことが各種調査で示されている。さらに、企業の側からもこのような従業員への対応の難しさが指摘されている。そして、メンタルヘルス不調者の休職判断の場面や復職判断の場面、さらには復職後のフォローにおいて、産業医の適切な対応が期待されている。

産業医の役割と機能、アルコール依存関連障害、適応障害、パーソナリティ障害、発達障害など、復職支援関連について議論した。職場のメンタルヘルス充実のポイントとして、産業医の役割が最重要であることが改めて確認され、産業医の役割を整理し、産業医として必要とされる精神医学の知識についてまとめた。

さらに、大規模災害に特化したメンタルヘルス対策が存在するわけではなく、日頃から地域におけるメンタルヘルスのシステムを整備しておくことが、緊急事態に臨機応変に対応するのに役立つ。大規模災害発生時に被災地に十分な精神科サービスが整備されている状況ばかりではないことを考えると、地域で活動するかかりつけ医に対して精神医学の知識について今後とも生涯教育を進めていく必要がある。大規模災害の際にとくにケアの対象とすべき人々は誰か、そして、発災直後および中・長期的な視点からもどのように支援態勢を整備すべきかについて述べた。

図1：学校における心の健康問題の組織的な対応の進め方

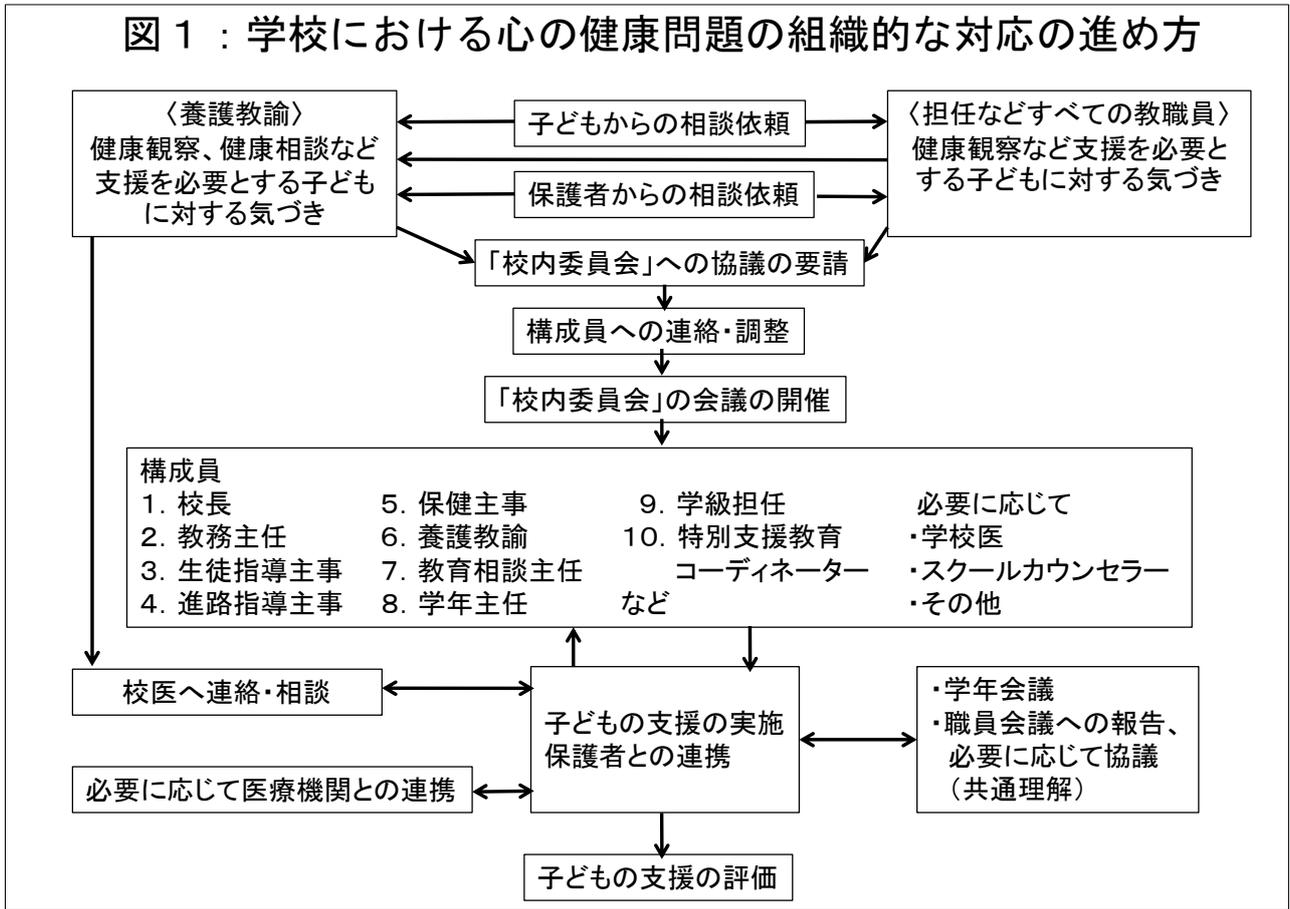


図2：発達障害の概要

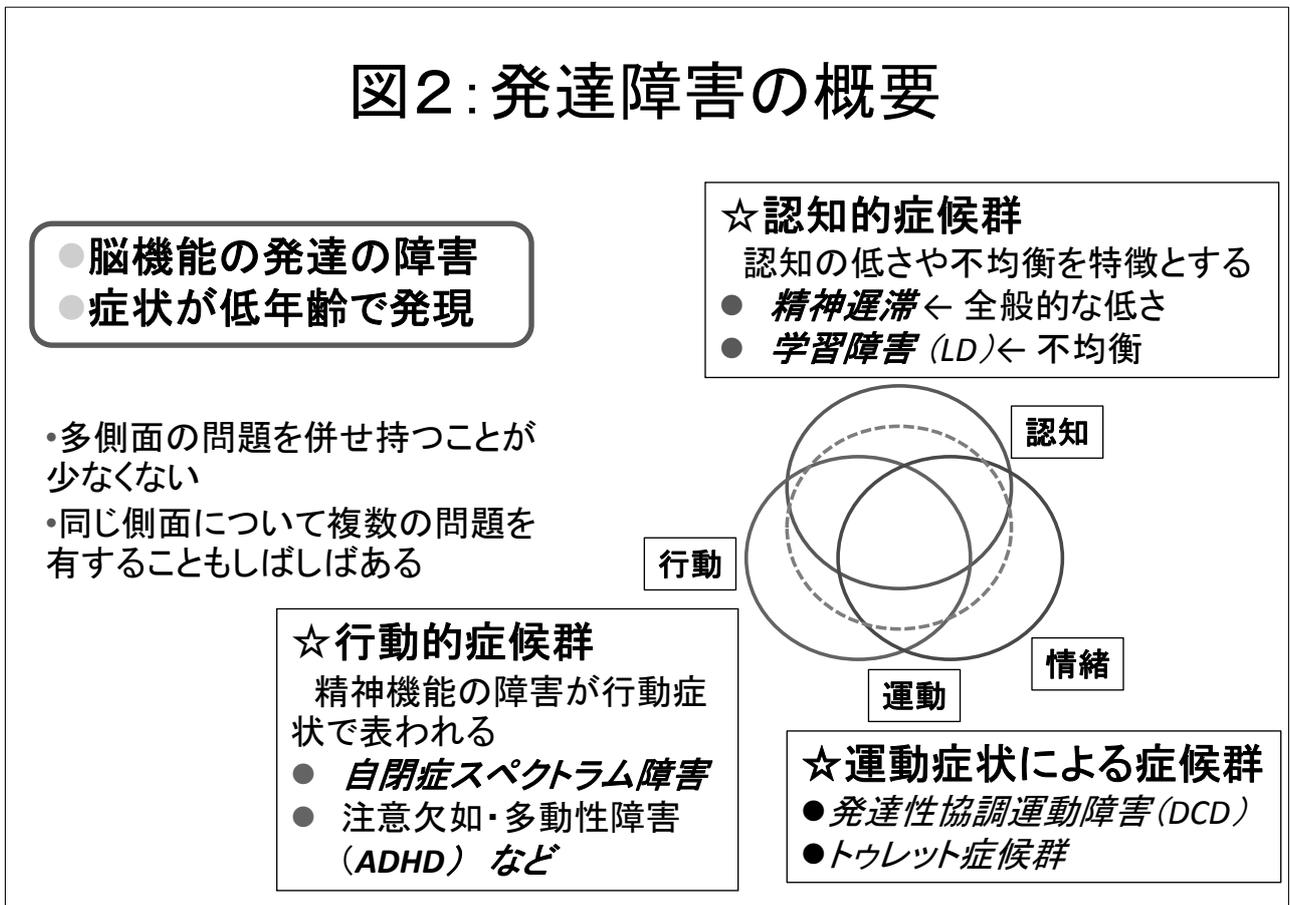


図3: 長期病休者及び長期病休者率の推移  
 (人事院 平成23年度国家公務員長期病休者実態調査結果より)

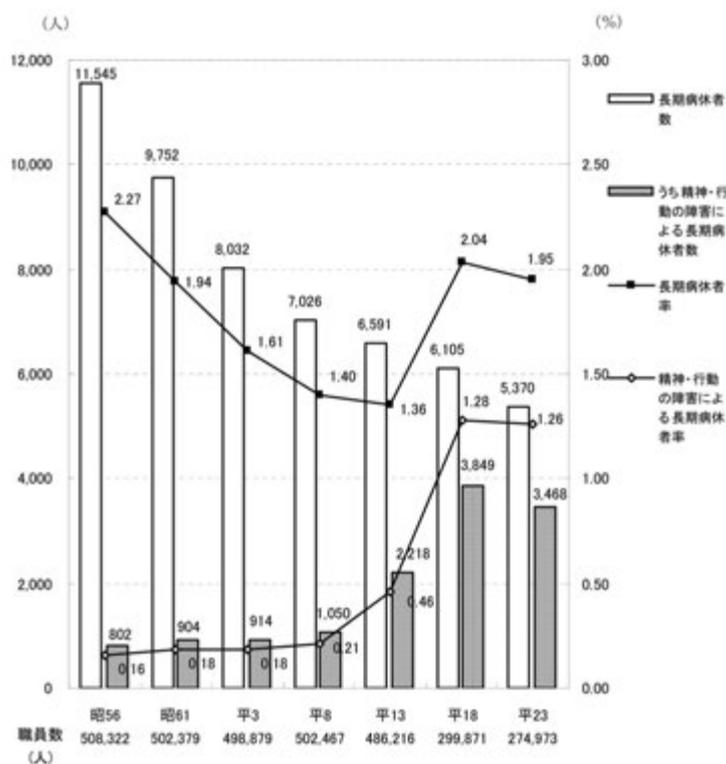


図4: 平成23年度及び平成18年度の主要傷病別長期病休者数  
 (人事院 平成23年度国家公務員長期病休者実態調査結果より)

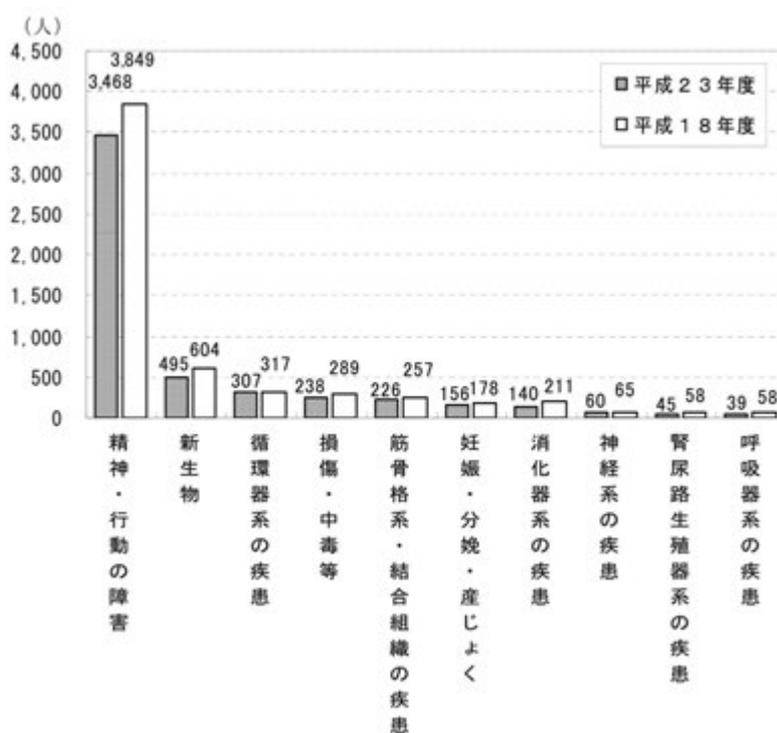


図5: 年齢階層別・傷病別長期病休者の割合  
 (人事院 平成23年度国家公務員長期病休者実態調査結果より)

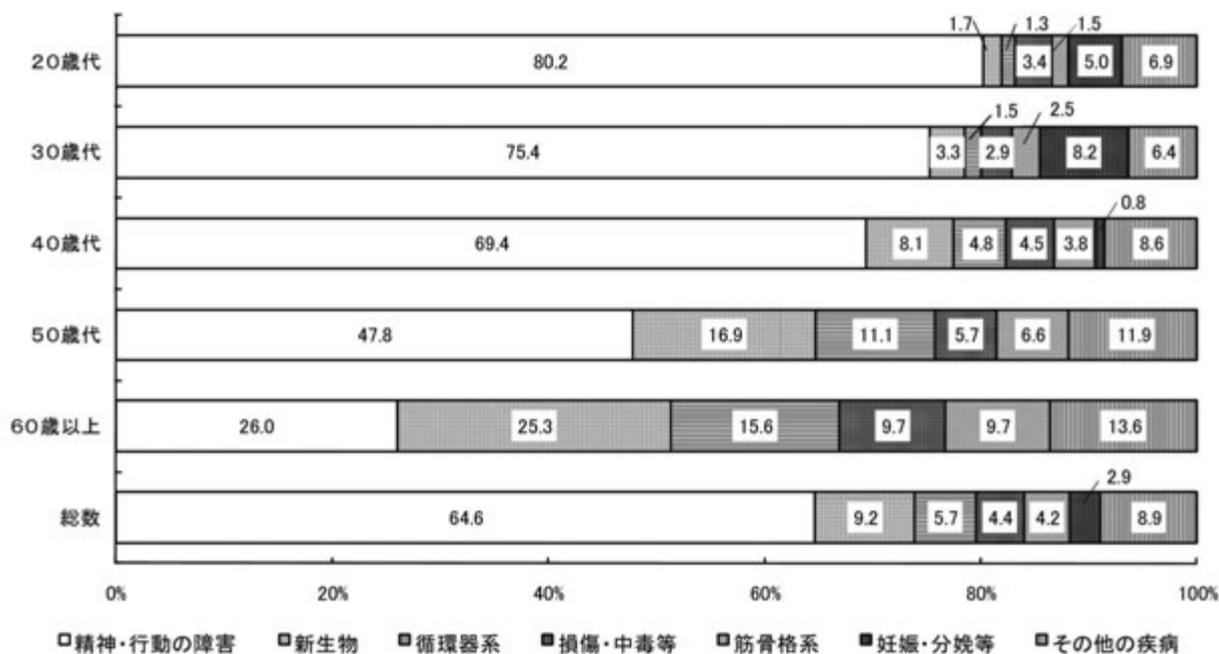
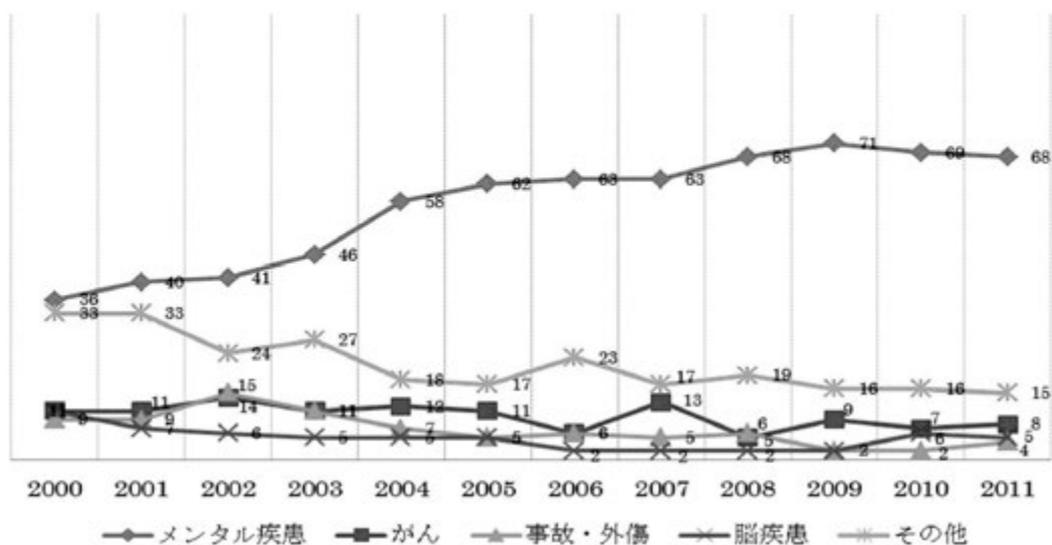


図6: 企業における長期休業者に関する実態調査  
 ((株)アドバンテッジ リスクマネジメント 調べ(2012))

就業障害発生年度



同社が提供する団体長期障害所得補償保険において、ケガや疾病などの就業障害により30日以上のお休業に至ったケースのうち、1200例を無作為に抽出して、長期休業者の発生状況について調査(調査期間:2000年1月1日~2011年12月31日、各年100例)

表 1 : 大規模災害時のメンタルヘルスケアの対象

- 
- 被災者
    - 一般住民
      - 健康な人⇔基本的な生活の確保
      - 災害を契機として精神症状を呈する人
      - 災害弱者(子ども、高齢者、外国人等)
    - 精神障害を抱える人
      - 重症精神障害者
      - 避難所生活に適応不全を呈する患者
      - 治療の中断により症状が再燃する患者
      - アルコールの離脱症状を呈する人
  - 救援者