

[原 著]

社会保険労務士に必要な産業精神保健の能力研修・評価法の開発

森本 英樹^{1*}, 柴田 喜幸², 茅嶋 康太郎³, 本山 恭子⁴, 若林 忠旨⁵, 洞澤 研⁶, 丸田 和賀子⁷, 小笠原 隆将⁸, 錦戸 典子⁹, 大山 祐史¹⁰, 豊田 裕之², 森 彩香¹¹, 森 晃爾²

¹ 森本産業医事務所

² 産業医科大学 産業医実務研修センター

³ 独立行政法人 労働者健康安全機構 労働安全衛生総合研究所 過労死等調査研究センター

⁴ 本山社会保険労務士事務所

⁵ 社会保険労務士法人 東京中央エルファロ

⁶ ほらさわ社会保険労務士HRM研究所

⁷ 丸田社会保険労務士事務所

⁸ 三菱ふそうトラック・バス株式会社 ヘルスケアセンター

⁹ 東海大学大学院 健康科学研究科 看護学専攻

¹⁰ アドバンマネジ

¹¹ パナソニック株式会社 オートモーティブ&インダストリアルシステムズ社 オートモーティブ横浜健康管理室

要 旨: 社会保険労務士(社労士)は、顧問先から産業精神保健分野の相談を受けているが、社労士に必要な産業精神保健の能力について明確にされているものはないため、我々は産業精神保健分野の相談に社労士が対応するために必要な能力を標準化し、これらを学ぶことができる討論型研修を設計した。医師、産業看護職、社労士、教育設計専門家、経営コンサルタントで構成される研究班会議で、ブレインストーミング法を用いて社労士が産業精神保健に関わるために必要な能力をまとめ、能力を身につけるための学習目標と討論型研修で使用する4事例を、計9時間30分の研修として作成した。研究班員の紹介によって19名の受講者が参加し、本研修の有効性評価として研修直前と直後に集団法で7問の論述式試験を実施した。研修の全項目に参加した16名を調査対象とし試験の回収率は100%であった。社労士に必要な能力として、厚生労働省の通達など知識だけでなく、情報収集や助言や復職時の対応などがあげられた。本研修の評価では、設問の合計点と7設問について、Wilcoxonの符号付順位検定を行ったところ、いずれも研修前後で有意差が認められ、本研修の有効性が示唆された。

キーワード: 産業精神保健, 教育, 産業医, 社会保険労務士, 小規模事業場。

(2015年10月22日 受付, 2016年4月27日 受理)

はじめに

日本では、50名未満の事業場で働く従業員は60.7%存在する一方で[1]、休業4日以上労働災害のうち63.4%が50名未満の事業場で発生している[2]。労働

衛生管理体制について、50名以上の事業場では衛生管理者の選任・衛生委員会の開催が必要であるが、50名未満の事業場になると衛生推進者の選任と労働者の意見聴取の機会の設定になり、10名未満の労働者を使用する事業場では衛生推進者の選任も求められていな

*対応著者: 森本 英樹, 森本産業医事務所, 〒550-0002 大阪市西区江戸堀1-1-11 大同生命東館3階, Tel: 06-6445-0555, Fax: 050-3153-1388, E-mail: morimoto@oh-handling.com

い。産業医は労働安全衛生法上、労働者の健康の保持増進が職務であり、労働衛生分野の一つである産業精神保健分野に関しても多くの役割を担っているが、一方で過去の日本医師会認定産業医を対象にした無作為抽出によるアンケート調査によると[3]、日本医師会認定産業医のうち現在産業医活動を行っているものは62.1%であり、うち産業医業務に従事する時間が月10時間未満のものが74.6%と産業医活動に潤沢に時間を費やすことが困難な現状がある。また、産業医活動を現在行っている医師のうち従業員数が50名未満の事業場規模に関与する医師の割合は29.9%であり、50名未満の事業場は、法的にも産業医の選任義務が無いことから、現状では日本の事業場の97.0%を占める50名未満の小規模事業場[1]で産業医が産業保健の主体的な役割を担うことが困難な現状であると推察される[3]。産業保健の支援のため産業保健総合支援センターなどの外部機関が存在し、一定の活用と成果を認めているが[4]、一方で事業所規模が小さくなるに従い、産業精神保健の種々の取組みを行っていない事業場の割合は増加し、さらには外部専門家の活用状況が低下している[5]。そして大企業に属する小規模事業場以外では産業保健の専門家が乏しい現状から産業保健活動が進みにくい状態にある[6]。

社会保険労務士(社労士)は、労働法と社会保険法に関する法律の専門家であり、平成27年10月末現在日本に約40,000人いる[7]。社労士は厚生労働省が管轄する国家試験に合格した後に、実務経験2年以上または事務指定講習を修了した上で、全国社会保険労務士会連合会に備える社会保険労務士名簿に登録をすることで社労士として業務を行うことができる。社労士の大半は、開業社労士と勤務社労士とに分かれる。勤務社労士は、企業内の人事担当部署などで働くことで力を発揮している。一方で、開業社労士は中小企業において社内に人事・労務分野の専門家を置くことが困難であることが多いことから、主に50名未満の事業場の人事・労務に関わる事由のアウトソース先として機能し、事業主の身近な相談相手となっている[8]。また、厚生労働省の産業精神保健を支援するホームページでは、社労士が記載した項が存在し[9]、労務管理の視点から休復職時の対応方法について言及されている。

過去の研究において、約4割の開業社労士は顧問先の事業所から産業精神保健分野の相談を受けている一方で、協力関係にある産業保健スタッフがいる社労士は21%しかいないことが示されている[10]。このことから非医療職である社労士は医療職との連携が十分にとれていないという懸念がある。また、精神疾患を

持つ従業員には、しばしば遅刻や休業、業務遂行能力の低下などの労務問題が併存することから社労士が労務問題の観点から関与するものの、社労士の資格要件には精神疾患に関する知識は含まれず[11]、社労士がいかに産業精神保健分野に関わるべきかについての標準が定まっていない。このため、我々はまず社労士が産業精神保健に関与する際の姿勢や対応範囲について一定の標準を定めることとした。その上で、前述した標準的な能力を身につけるための体系的な研修を作成・提供することを検討し、研修方法として討論型の研修を用いることとした。この方法は、講師による講義に代えて、ある状況が記載された事例をもとに受講者同士が討議を行い、講師はその舵取りを行うという形式であり、問題解決能力の向上を図ることに有用とされている[12]。討論型研修は、わが国では従来行われてきた法律やビジネス分野以外に、産業保健[13,14]、公衆衛生[15-17]などの医療分野や学校教育[18]、キャリア教育[19]など広範な分野で利用されている。我々は討論型の研修を行うことで、社労士の産業精神保健に関する問題を解決する能力の向上を図り、小規模事業場において社労士が顧問先から産業精神保健分野の相談を受けた場合に、社労士が労務管理の専門性の範囲で業務を行うと共に、社労士自らでは解決できぬ課題や専門外の事項に対して主治医や産業医などの医療職と連携をとることができるようになることを考えた。そして最終的には、社労士が主な顧客とし、現在産業医が十分に関わることができていない50名未満の小規模事業場において、現在低調である産業精神保健の取組みが、社労士の関与により従前よりも活性化するのではないかと考えた。

この目的を実現するために、本研究は社労士が産業精神保健に関与するために必要な能力を同定し、能力を身につけるために必要な研修を設計し、その有効性を検討した。

方 法

1. 社労士を対象とした研修プログラムの開発

社労士を対象とした研修プログラムは、社労士が産業精神保健に関与するために必要な能力の検討、優先順位が高い学習目標の設定、事例作成、事例に基づいた討論の試運転の順に開発を行った。

まず、医師6名(日本産業衛生学会の専門医(3名)、社労士(1名)、大学教員(2名))、産業看護を専門とする保健師1名(大学教員)、産業精神保健分野の相談を定常的に受託し、産業医と連携して事業場の産業精神保

健対策を進めたことのある社労士4名(産業カウンセラー(1名), 第一種衛生管理者(1名), メンタルヘルスマネジメント検定2級(1名)), 教育設計専門家1名, 自社で精神疾患を持つ従業員を雇用したことのある企業経営者・経営コンサルタント1名の合計13名による研究班を構成した。研究班員全員で社労士が産業精神保健への関与を行うために必要な能力を, 集団で意見を出し合い相互の意見の連鎖反応や発想の誘発を引き出すブレインストーミング法により抽出した上で, グループ化して能力の一覧を作成した。

研修の実施に関する時間には限りがあり, 社労士が産業精神保健に関与するために必要な能力のすべてを今回の研修で網羅することは難しいことから, 社労士が産業精神保健分野で相談される可能性が高い, もしくは可能性が低い場合でも重要性が高いと思われること, 私病・労災など種々の休業理由を研修に取り入れること, 休業時・復職休職期間満了前・復職希望時など種々の時系列を含めることに留意し, 社労士に身につけてもらいたい能力に優先順位を付け, それを修得するための学習目標を設定した。

事例の作成は, 学習目標に相当する課題を事例として経験したことがある社労士が, 事例の原案を作成した上で, 研究班会議でその内容を検討し, 試運転を実施することによって, 事例および事例に付随する論点を完成させた。その際, 対象とする開業社労士の産業精神保健についての知識・経験として, 「基礎知識はあるが実践経験に乏しい」もしくは, 「実践経験はあるが対応に自信がなく, さらなる能力向上を図りたい」という水準を想定した。また, 想定する顧客の環境は, 開業社労士が主に対象とする従業員100名未満の企業であり, 嘱託産業医がいないか, いた場合でも産業精神保健分野に精通せず, 産業医だけでは対応が困難な状況とした。

2. 社労士が産業精神保健に関与するために必要な能力を身につけるための討論型研修の実施

社労士を対象とした産業精神保健に関与するために必要な能力を身につけるための討論型研修は, 4事例2時間を用いて討論型研修を行った後, 各事例において学びを期待した内容について15分程度の解説講義を行うこととした。また, 学びの促進・定着を図るため, 研修の前後に教育設計専門家より討論型研修の意義について15分程度の解説を行うことで, 総研修時間は9時間30分の授業設計とし, 2日間の研修日程で構成した。

研修は, 事例を基に受講者と講師とが共に発言をし

ながら進めるため, 通常の講師が受講者に講義を行う研修とは異なる授業運営能力が求められる。授業運営能力を担保し研修の質を確保するため, 講師は日本産業衛生学会の専門医資格を有する医師であり, かつ討論型研修の講師回数が10回以上, もしくは慶應義塾大学大学院経営管理研究科主催の討論型研修能力向上教育の修了者3名が担当した。

研修の応募は, 「基礎知識はあるが実践経験に乏しい」もしくは, 「実践経験はあるが対応に自信がなく, さらなる能力向上を図りたい」という水準の産業精神保健についての知識・経験を持つと想定されるものを対象とした。受講者は, 募集要件として1)2日共に本件研修会に参加できること, 2)事前課題と成果確認に協力できること, 3)今後, 事例提供などの協力ができることの3点を満たす社労士とし, 研究班員の紹介により応募があった19名(男性10名, 女性9名)としたが, 3名は1日のみ参加であった。

3. 社労士が産業精神保健に関与するために必要な能力を身につけるための討論型研修の有効性の評価

本研修の有効性の評価は2日間の4事例に参加した16名(男性8名, 女性8名)を対象とした。受講者は1名を除き顧問先から何らかの形で精神保健に関する相談を受けた経験があった。上記有効性の評価は, 計7問の論述式の試験を研修初日の研修開始前と最終日の最後の時間に集合法にて実施し, ルーブリックを活用して評価した。ルーブリックとは, 目標達成の程度を数段階に分けて記述し, 達成度を判断する基準を示す教育評価法であり, ルーブリックは知識だけでなく思考判断などの評価に適している[20]ことから今回の予備研究で用いた。試験問題は, 研修の開発時に議論した社労士が産業精神保健分野に関与するために必要な能力を踏まえた内容とし, 具体的な質問項目は, 1)厚生労働省が示す産業精神保健対策について知るところを箇条書きで示してください。2)社労士が精神疾患の問題に関わる際, 配慮すべき人物などをあげてください。3)精神疾患で休職した従業員が発生した場合, 社労士は会社の担当者に対して, 何を聴取し, 何を伝える必要がありますか。4)精神疾患で休職している従業員に会社の担当者が退職勧奨する場合, 社労士は会社の担当者に対して, 何に留意するよう伝える必要がありますか。5)精神疾患は, 状況により労災認定される場合がありますが, その基準について知る範囲で説明してください。6)長時間労働や心理的負荷による健康障害が発生した場合, その再発防止対策について, 事業者にアドバイスすべき内容を説明してください。7)社労士が

従業員の復職に関して会社の担当者から助言を求められた場合、どのような助言をすれば良いのでしょうかである (Table 1)。配点は7問それぞれに4点を割り振り、合計28点とした。ループリックの構成要素である評価観点・尺度・基準の作成は、教授設計学を専門とする研究班員の助言の下、各ケースを担当した講師が行った。

上記の論述式試験の採点は講師3名が行うこととし、採点結果に影響を与えることを防止するために、採点中は、回答者や、研修の前後いずれの時期に実施した試験かわからない状態とし、また採点者間で採点法や内容について話し合いは行わず、採点者は他の採点者の採点値を知ることはできないこととした。評価点は採点者3名の中央値とし、ループリックの評価基準が妥当なものであることを確認するために、同じサンプルの評価時に複数の測定者が測定した場合の信頼性を確認することに適した Kendall の一致係数の検定を用いて採点者3名の検者間信頼性を検定した。

研修の有効性評価として、研修直前と直後の論述式

試験の採点結果の差が有意であるかを検定するため、対応のある2条件の中央値の差の検定である Wilcoxon の符号付順位検定を用いた。統計解析には、SPSS11Jと R2.8.1 を使用し、 $P < 0.05$ で有意差ありとした。

倫 理 的 配 慮

募集要綱と口頭により研究の趣旨とプライバシーの保護、拒否の自由などについて説明を行い、同意を得た人のみを対象とした。

結 果

1. 社労士が産業精神保健に関与するために必要な能力

今回の研究班会議で議論し、社労士が産業精神保健に関与するために必要な能力として、厚生労働省の通達といった知識を問うもの、情報収集や助言といった具体的な言動に類するもの(特に、個人情報保護・守秘義務への留意)、社長や人事担当者など社内関係者に加

Table 1. Rubric (Select review)

Question	scale	point
Do you understand the mental health care provided by the Department of Health, Labor, and Welfare Ministry for the situation presented?	A = You can explain the content in detail.	4
	B = You can explain the content.	3
	C = You can explain an outline of the content.	2
	D = Less than C	1
	E = Blank	0
Which individuals involved in this situation would you tell when Labor and Social Security Attorneys have to take care of a mental health case?	A = More than four individuals involved, including C. Family member, associate, primary doctor, occupational physician, associate from other departments, customer, client, member of the community	4
	B = 2-3 individuals involved, including C. Family member, associate, primary doctor, occupational physician, associate from another department, customer, client, member of the community	3
	C = All individuals involved The person with mental illness, their supervisor, business president or personnel	2
	D = Less than C	1
	E = Blank	0
Can you explain the guidelines governing occupational mental illness?	A = You can explain the content in detail.	4
	B = You can explain the content.	3
	C = You can explain an outline of the content.	2
	D = Less than C	1
	E = Blank	0

え、主治医や産業医、家族との連携の必要性、法律・判例・就業規則といった社内外の規定、精神疾患は労災認定の可能性があること、職場環境への視座の必要性、職場復帰時の対応や退職時の対応などがあげられた。また、社労士は医療職ではないことから、本来の労務管理の助言・指導の範囲に止まり、医学的な事項などには自ら関与しないこと、医学的事項が必要な場合は医療職と連携をとることもあげられた (Table 2)。

2. 社労士が産業精神保健に関与する上で優先順位が高い能力と教育課題

社労士が産業精神保健に関与するために必要な能力として列挙されたもののうち、今回の予備研究で取り

扱う内容として、社労士が事業所から相談される頻度や対応の重要性を勘案した上で、従業員と会社の両者の意向を把握し見解の差が存在する可能性を考えること、医療機関との連携をとること、業務災害と認定される可能性のある精神疾患をもつ従業員への対応がとれること、職場復帰の際には復帰の意向と体調を従業員に確認し、気になる点があれば本人の同意の下で主治医と連携をとることなどをあげた (Table 2)。

本研究班での検討の結果、1. 私病のうつ病、2. 長時間労働による労災認定の可能性のある不調者、3. パワーハラスメントの可能性のある不調者、4. 復職を前提とする休職者対応の4事例を作成し、それぞれの事例に学習目標を設定した (Table 3)。

Table 2. Ability to address mental health issues among labor and social security attorneys

Categories	details
Understanding mental health	Guideline for enhancing worker mental health status(*)
Information gathering	Understanding the central individual(*), previous and present background(*), facts pertaining to the current issue(*), interviewing all individuals involved(*), need to research the specific circumstances of harassment(*), need to protect personal information(*)
Addressing a person who was absent from work	Making contact(*), providing a physician's certificate(*), encouraging the individual to get medical attention, life security while under treatment(*)
Advice provided to business personnel and president	Assistance to personnel(*), providing direction regarding appropriate actions in case of noncompliance(*)
Cooperation	President and personnel(*), immediate supervisor(*), primary care physician(*), occupational health physician(*), family(*)
Plant outside the company	Occupational health support center(*), National Institute of Vocational Rehabilitation, consideration for client company and community(*)
Employment regulation	Consolidate information on the company's guidelines pertaining to absence, leave of absence, reinstatement, and resignation(*)
Mental health related to work accident	Criteria for mental illness qualifying as a work accident(*)
No relationship to a work accident	Addressing personal mental illness (child care, elderly care)(*)
Improving work environment and circumstances	Recommendations made to the president(*), work hour reduction(*), mental health education(*), harassment prevention(*), health committee assistance(*), physician counseling for workers(*), assessment of work-life balance and worker stress
Returning to work	Guideline for reinstating workers with mental illness(*), a physician's certificate(*), life pattern during leave of absence(*), confirming the worker's desire for reinstatement(*), inquest regarding reinstatement(*), collecting the opinions of relevant individuals(*)
Resignation	Life security after resignation, employment insurance, ongoing healthcare support(*)
Labor dispute	Conflict prevention(*), labor union, labor department, and labor standards inspection office
Personal disability	Identification booklet for the disabled, disability pension
Law and authority	Labor Standards Act, Industrial Safety and Health Act, Labor Contract Act, Authority regarding reinstatement and resignation

*: We covered these topics in lectures

3. 討論型研修の有効性の評価

研修直前と直後に実施した論述式試験の採点について、採点者3名の検者間の信頼性をKendallの一致係数の検定を用いて検定した結果、設問1～7と合計点のいずれもが一貫性があるとされ、かつ設問2以外では一致度が0.8を上回る高い相関を得た(Table 4)。

設問1～7の合計点について、討論型研修の実施前では、中央値は13点、第1四分位が10点、第3四分位が14点であり、討論型研修の実施後では18点/16点/19点であった。Wilcoxonの符号付順位検定を行ったところ、討論型研修の実施直前の試験結果に比較して、研修直後の試験結果で $P < 0.05$ で有意な差を認めた(Fig. 1)。また、各設問についての採点結果は、問1では中央値/第1四分位/第3四分位が研修前後で、事前: 1点/2点/0.75点であり、事後: 2点/2.25点/2点、設問2では事前: 2点/2点/1点であり、事後: 2.5点/3点/2点、設問3では事前: 2点/2.5点/1点であり、事後: 2.5点/3点/2点、設問4では事前: 3点/3点/2点であり、事後: 3点/4点/3点、設問5では事前: 1点/2.25点/1点であり、事後: 2点/3点/1点、設問6では事前: 1点/2点/1点であり、事後: 2点/3点/2点、設問7では事前: 2点/3点/1.75点であり、事後: 3点/3点/2.75点であった。各設問についても同様にWilcoxonの符号付順位検定を行ったところ、いずれの設問についても研修前後に $P < 0.05$ で有意な差を認めた(Fig. 2)。

本研修の前後の試験で中央値に1.0点以上の差を付けた設問は、1) 厚生労働省が示す産業精神保健対策について知るところを箇条書きで示してください、5) 精神疾患は、状況により労災認定される場合がありますが、その基準について知る範囲で説明してください、6) 長時間労働や心理的負荷による健康障害が発生した場合、その再発防止対策について、事業者にアドバイスすべき内容を説明してください、7) 社労士が従業員の復職に関して会社の担当者から助言を求められた場合、どのような助言をすれば良いでしょうかの設問であった。個別の記述内容として、本来休復職時に意識がおよぶべき人物(主治医、産業医など医療職)との連携、労

Table 4. Inter-class reliability

Question	reproducibility	<i>P</i> value*
1	0.90	*
2	0.62	*
3	0.80	*
4	0.93	*
5	0.86	*
6	0.83	*
7	0.83	*
Total	0.84	*

*: $P < 0.05$

Table 3. Topics and goals of this lecture

Case number	topics & goals	schedule
1	Assessment of workers with depression caused by personal factors ・ Understanding the importance of knowing the needs of workers and employers ・ Understanding the importance of building a framework that includes work regulations ・ Understanding the importance of early intervention to avoid escalation of the issue	1 day am
2	Assessment of workers with a short time remaining before retirement who have been working long hours ・ Possibility of occupational mental disease ・ Mental health issue prevention and enhancement of the ability to settle disputes ・ Development of measures to prevent issues pertaining to long work hours	1 day pm
3	27-year-old male asserting that his mental illness was caused by supervisor harassment ・ Understanding the present status and background of individual workers and company ・ Consideration of measures in place to prevent the escalation of conflict ・ Gaining ability to find common ground	2 day am
4	Consultation regarding reinstatement ・ Efforts to reach a consensus among the concerned parties ・ Providing advice regarding the improvement of work circumstances	2 day pm

災認定の可能性について勘案する必要性、休復職時に必要な基準の策定の重要性への言及が、討論型研修前後で社労士が持つ産業精神保健に関する着眼点の変化として示された。

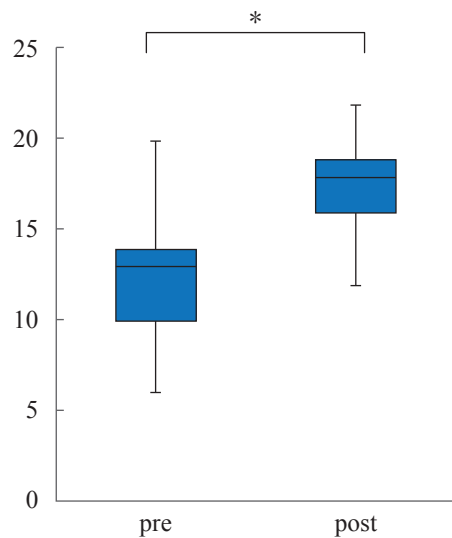


Fig. 1. Comparison between pre- and post-lecture (total). The data shown are the median (horizontal line), 25–75% interquartile range (box), and maximum and minimum values (whiskers). *: $P < 0.05$.

考 察

本研究は予備研究として、社労士が産業精神保健に関する相談に対応するために必要な能力について産業保健を専門とする医師や看護職、社労士や教育設計専門家、企業経営者が集まった研究会議の議論により標準化した上で、それらを身につけるための討論型の研修プログラムを作成し、研修を実施した。また、本研修の成果を測るため論述式試験と試験を採点するための評価尺度を併せて作成し、研修の実施直前と直後の2回にわたり、同一の論述式試験を実施した。その結果、 $P < 0.05$ と有意な結果を得た。

精神疾患を発症した従業員からはしばしば労務問題が発生するため、社労士は労務管理の助言・指導などを本務とする観点から事業場担当者から相談を受けているが、従来、社労士が産業精神保健に関する助言を行う際に必要な能力は何かという標準的な指標が存在していなかった。我々は、産業医・産業保健職の専門家だけでなく、産業精神保健に関する対策を従来行っていた社労士や企業経営者、教育設計の専門家を交えた議論により、その能力をキーワードとして抽出し、標準的な指標の草案とした。

社労士が産業精神保健に関与するために必要な能力の標準を作成する中で我々が留意した点として、医療面の対応と守秘義務・個人情報保護、退職時の対応があり、討議と解説でもその点に留意する内容とした。精神疾患を持つ従業員への対応は、主治医を始めとする

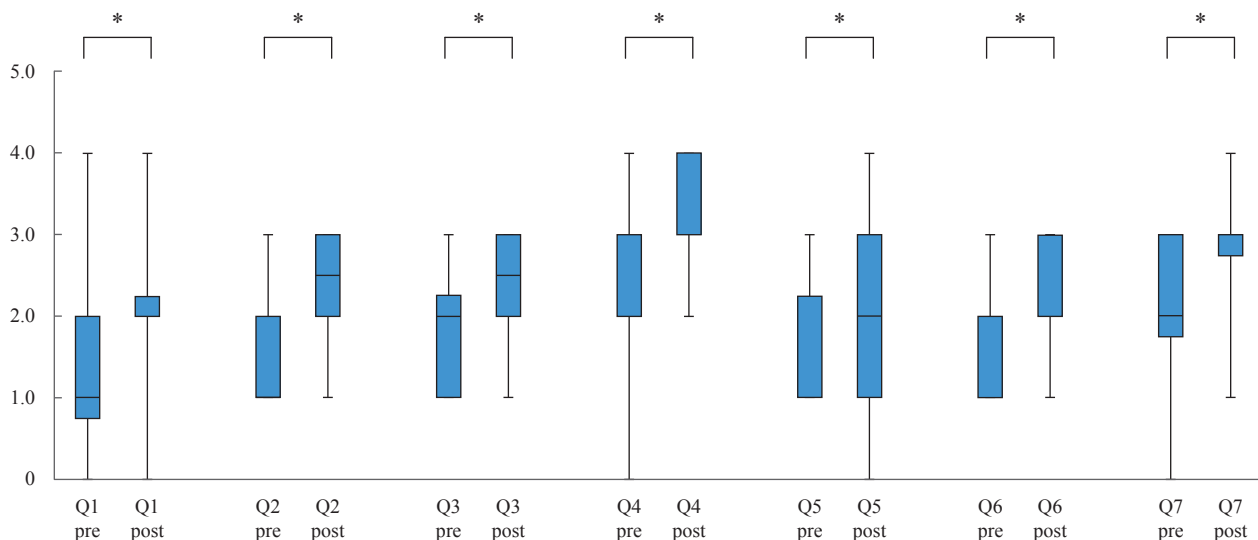


Fig. 2. Comparison between pre- and post-lecture scores for each question. The data shown are the median (horizontal line), 25–75% interquartile range (box), and maximum and minimum values (whiskers). *: $P < 0.05$.

医療職の関与が必要であるが、その面で社労士は専門外であるため、医療機関との連携が必要となる。過去の研究では、主治医から職場への連絡をまったく取らない精神科医が18%、職場から主治医への連絡をまったくとらない職場関係者が20.8%という現状が報告されており[21]、社労士が産業精神保健に関与する上で、職場関係者と主治医との連携の必要性を認識することは重要であると考える。今回の論述式の評価では、「社労士が産業精神保健の課題に関わる際に配慮すべき人物」として、研修前と比較して研修後では主治医や産業医などの医療職に関する記載が増加し、研修によって医療職との連携に関する社労士の意識が増したことが示唆された。

また、労働者の健康情報は個人情報の中でも特に機微であり、取扱いに注意と本人の同意が必要とされているため[22]、本研修での討論とその後の解説の中で強調して伝達した。なお、その点において、社労士は社会保険労務士法21条に刑事罰と懲戒処分のある守秘義務規定が定められており、今回の研修後に行った試験だけでなく、研修直前に行った試験でも問題となる記載は見受けられなかった。

退職時の対応については、雇用という慎重に取り扱うべき内容を含むため、研修とその採点基準を、当該従業員の意向の確認の重要性や、生計面への思慮、社労士としての中立公正な視点の提示、社会保障制度の適切な活用などに置き、たとえ会社が退職を望んだ場合でも社労士が安易にその要望に応えぬことを重視した。

我々は時間の制限のため、産業精神保健分野に社労士が関与するために必要な能力すべての項目を研修では盛り込むことができず、頻度や重要性が高いと考えられるもので4事例(1.私病のうつ病、2.長時間労働による労災認定の可能性のある不調者、3.パワーハラスメントの可能性のある不調者、4.復職を前提とする休職者対応)を作成した。研修効果を図るために実施した試験から特に研修の効果が高いと示唆されるものとして、厚生労働省が示す産業精神保健の対策、精神疾患の労災認定、長時間労働や心理的負荷による健康障害が発生した場合の再発防止策、復職に関する助言があげられた。今回実施した研修は知識の教授ではなく受講者の討議を中心とする討論型研修を用いており、厚生労働省が示す産業精神保健対策について講義せず、参考資料として研修前に配布し内容を把握することを推奨したのみである。このため直接的な教授を行ってはいないが、事前配布資料を踏まえた上で討論型研修に参加し、参加者間での討議や講師による議論の舵取りが受講者の記憶に残り、研修前後での記述の質に変

化をきたしたことが示唆された。

また、その他の効果が高いと考えられた3点(1.精神疾患の労災認定 2.長時間労働や心理的負荷による健康障害が発生した場合の再発防止策 3.復職に関する助言)は、いずれも社労士の立場では遭遇する頻度が低く、多くの社労士は未経験である可能性が高いものである。今回の研修で事例を通じ相談業務の疑似体験をしたことにより、今後顧問先から類似の事態を相談された際に研修前よりも適切な対応ができる可能性が示唆された。特にパワーハラスメントや長時間による健康障害については、背景に労務問題が存在しているため、労務問題の専門家である社労士が厚生労働省の通達などを踏まえた上で[23]、各種専門家と連携しながら課題に関与することに一定の意義と合理性があると考えられる。

産業保健職は事業場において頻回に教育研修を提供している。中央労働災害防止協会の賛助会員である事業場を無作為に抽出し、郵送にて行ったアンケート調査では、回答のあった事業場の42.9%で「職業性疾病などの予防教育の実施」、事業場の36.6%で「メンタルヘルス教育の実施」がされている[24]。一方、その教育効果を測定している研究はそれほど多くない[25-27]。また我々の調べた限りにおいて、産業保健職が社労士に対して研修を行い、その効果を示した文献は見当たらなかった。我々はKendallの一致係数の検定により、採点者間で高い相関がある状態で、産業保健職が社労士に対して産業精神保健に関与する上で必要な内容に準拠した研修を実施し、その有効性を示すことができた。

今回の研究の限界は、社労士が産業精神保健に関与する上で必要な能力について研究班員での議論で抽出したものであり、すべてを網羅できていない可能性がある。また抽出した能力のすべてを今回の研修(9時間30分)に含めることができていない。本研修の参加者は、研究班員の紹介による応募であり、受講要件を定めて募集を行ったため、開業社労士全体と比較して産業精神保健分野に関心が高い社労士が集まり、開業社労士の母集団を代表していない受講者であった可能性がある。本研修の評価について、受講者数が少なく班員自ら作成した信頼性と妥当性を検証していない論述試験を用いているため、評価に十分でない面がある。今回は研修直後に試験を行い、研修効果を測定している。中学生を対象とした過去の討論型研修における研究において、教育効果は研修直前と比較して、研修直後だけでなく研修1ヶ月後にも存在することが明らかになっているが[28]、我々は研修終了から一定時間経過後に教育効果の変化・低減について調査は行っていない。

いため、本研修での教育効果がどの程度継続するかは明確ではない。また、今回は予備研究であり、今後は必要な能力全般についての研修プログラムの開発と研修展開方法についての検討が必要である。

結 語

本研究は、開業社労士が産業精神保健分野に関与するために必要な能力を、ブレインストーミング法を用いて標準化した。その上で、標準化した能力を修得させるために、遭遇する可能性が高い、もしくは重要性が高いと思われる内容に関する事例を作成し、事例を基にした討論型研修を行った。そして、研修開始直前と研修終了直後に集団法にて論述式の試験を行い研修の効果を確認した結果、研修前に比べ研修後には有意に向上していた。

以上のことから、社労士が産業精神保健に関与するために必要な能力を標準化し、標準化した能力を身につけるために必要な研修開発を行い、研修の有効性を確認したことにより、今後社労士が小規模事業場を中心とした顧客企業に対して適切な労務管理面での助言に加え、医療職との連携を行うことが期待され、小規模事業場の事業場外資源の活用への第一歩となったことが示唆された。

謝 辞

本研究は、一般財団法人 あんしん財団との共同研究プロジェクトにより実施した。

利 益 相 反

本論文内容に関して、利益相反に相当する事項はない。

引 用 文 献

1. 総務省(2011): 平成21年経済センサス基礎調査(確報) 結果の概要. 総務省, 東京 p29 <http://www.stat.go.jp/data/e-census/2009/kakuho/gaiyou/pdf/gaiyou.pdf> [cited 2015 Mar 1]
2. 厚生労働省(2014): 「労働者死傷病報告」による死傷災害発生状況(平成25年確定値). 厚生労働省, 東京 http://anzeninfo.mhlw.go.jp/user/anzen/tok/anst00_h25.htm [cited 2015 Mar 1]
3. 日本医師会(2015): 産業医活動に対するアンケート調査の結果について. 日本医師会, 東京 pp3-5 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11201000-Roudoukijunkyouku-Soumuka/0000098557.pdf> [cited 2016 January 25]
4. 厚生労働省(2011): 「産業保健への支援の在り方に関する検討会」報告書の取りまとめ. 厚生労働省, 東京 pp 5-8 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001qifu-att/2r9852000001qjk8.pdf> [cited 2015 Mar 1]
5. 厚生労働省(2014): 平成25年「労働安全衛生調査(実態調査)」の概況. 厚生労働省, 東京 p16 http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h25-46-50_05.pdf [cited 2015 Mar 1]
6. 茅嶋康太郎(2013): 中小企業における産業保健の現状と労働衛生サービス提供のあり方. 産業医科大学雑誌 35(特集号): 53-58
7. 全国社会保険労務士会連合会(2016): TOPICS-2 会員数が4万人を超えました. 月間社労士 52: 23
8. 全国社会保険労務士会連合会(2009): 社会保険労務士基本調査-調査結果報告(概要)-. 月刊社労士 45: 12-19
9. 厚生労働省(2015): こころの耳 社会保険労務士に聞いてみよう -メンタルヘルスQ&A-. 厚生労働省, 東京 <http://kokoro.mhlw.go.jp/mental-health-qa/index.html> [cited 2015 September 10]
10. 武藤孝司, 武藤繁貴, 内野明日香, 谷山佳津子, 中村雅和, 中辻めぐみ(2012): 中小企業の産業保健活動活性化をめざした産業医等産業保健スタッフと社会保険労務士との連携に関する課題. 産業医学ジャーナル 35(2): 72-77
11. 全国社会保険労務士会連合会試験センター(2015): 社会保険労務士試験とは. 全国社会保険労務士会連合会試験センター, 東京 <http://www.sharosiken.or.jp/exam/howto.html> [cited 2015 Mar 1]
12. 竹内伸一(2010): ケースメソッドによる経営能力の育成. ケースメソッド教授法入門-理論・技法・演習・ココロ-. 初版. (高木晴夫 監修). 慶應義塾大学出版会, 東京 pp 3-12
13. Mori K, Nagata M, Hiraoka M, Kudo M, Nagata T & Kajiki S (2015): Surveys on the competencies of specialist occupational physicians and effective methods for acquisition of competencies in Japan. J Occup Health 57: 126-141
14. 森 晃爾(2011): 雇用形態の多様化に対応した産業保健サービス. ケースメソッドによる公衆衛生教育 第5巻. 初版. (矢野栄二, 竹内武昭, 編). 篠原出版新社, 東京 pp 155-168

15. 里村一成, 岩永資隆, 野網 恵, 中原俊隆(2011): 私立小学校での感染症. ケースメソッドによる公衆衛生教育 第5巻. 初版. (矢野栄二, 竹内武昭, 編). 篠原出版新社, 東京 pp 57-61
16. 金城芳秀(2005): ケースメソッドを通して「家庭訪問」を批判的に考える教材「12番目の妊娠」から学ぶ. 日本公衆衛生学雑誌 52: 26-33
17. 奥野ひろみ, 五十嵐久人, 高橋宏子, 山崎明美, 石田史織, 成田太一(2014): 公衆衛生看護を学ぶ学生のためのケースメソッド演習の開発とその効果に関する研究. 信州公衆衛生雑誌 8: 73-79
18. 斎藤千景(2011): 妊娠したマミ. 教師のためのケースメソッド教育. 初版. (岡田加奈子, 竹鼻ゆかり, 竹内伸一, 編). 少年写真新聞社, 東京 pp 154-161
19. 小池智子, 松浦正子, 鈴木恵子, 斎藤訓子, 宮本千津子, 大島敏子, 真下綾子, 伊勢田暁子(2014): 管理的思考の育成! ケース・メソッド入門(5ケース=中堅看護師のモチベーション向上に悩むA病院 中堅看護師のキャリア開発戦略. 看護展望 39: 734-739
20. 堀井祐介(2013): 成績評価ツールとしてのルーブリック. e-Learning教育研究 8: 61-65
21. 柏木雄次郎(2006): 「メンタルヘルス不全者の職場復帰」が抱える諸問題. 日本職業・災害医学会会誌 54: 49-53
22. 厚生労働省(2012): 雇用管理に関する個人情報のうち健康情報を取り扱うに当たっての留意事項. 厚生労働省, 東京 p2 <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/dl/161029kenkou.pdf> [cited 2016 January 29]
23. 厚生労働省(2011): 「過重労働による健康障害防止のための総合対策について」の一部改正について. 基発0216第3号. 厚生労働省, 東京 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzenisei12/pdf/111208-3.pdf> [cited 2016 January 29]
24. 中央労働災害防止協会(2010): 事業場における産業保健活動の実態及び対応等に関する調査研究報告書のポイント. 中央労働災害防止協会, 東京 p5
25. 巽あさみ, 住吉健一, 川口仁美, 佐野雪子(2010): 短時間で行う積極的傾聴研修の効果 - 2時間30分で実施する管理監督者研修の検討 -. 産業衛生学雑誌 52: 81-91
26. 池上和範, 田川宜昌, 真船浩介, 廣 尚典, 永田頌史(2008): 積極的傾聴法を取り入れた管理監督者研修による効果. 産業衛生学雑誌 50: 120-127
27. 吉村健佑, 川上憲人, 堤 明純, 井上彰臣, 小林由佳, 竹内文乃, 福田敬(2013): 日本における職場でのメンタルヘルスの第一次予防対策に関する費用便益分析. 産業衛生学雑誌 55: 11-24
28. 竹鼻ゆかり, 佐藤千史(2013): 慢性疾患の子どもを支援するための中学生に対する改訂指導法の実施効果 - 1型糖尿病のケースを用いて -. 日本健康教育学会誌 21: 225-235

Development of a Tool for Training and Evaluation of the Competencies in Occupational Mental Health Necessary for Labor and Social Security Attorneys

Hideki MORIMOTO¹, Yoshiyuki SHIBATA², Kotaro KAYASHIMA³, Kyoko MOTOYAMA⁴, Tadashi WAKABAYASHI⁵, Ken HORASAWA⁶, Wakako MARUTA⁷, Takayuki OGASAWARA⁸, Noriko NISHIKIDO⁹, Yuji OYAMA¹⁰, Hiroyuki TOYODA², Ayaka MORI¹¹ and Koji MORI²

¹ Morimoto Occupational Health Physician Office. Nishi-ku, Osaka 550-0002, Japan

² Occupational Health Training Center, University of Occupational and Environmental Health, Japan. Yahatanishi-ku, Kitakyushu 807-8555, Japan

³ National Institute of Occupational Safety and Health, Japan. Research center for Overwork-related Disorders. Tama-ku, Kawasaki 214-8585, Japan

⁴ Motoyama Office of Labor and Social Security Attorneys. Suginami-ku, Tokyo 166-0015, Japan

⁵ Tokyo Center Elfaro. Taito-ku, Tokyo 110-0016, Japan

⁶ Horasawa Labor and Social Security Attorneys HRM research center. Nakano-ku, Tokyo 164-0001, Japan

⁷ Maruta Office of Labor and Social Security Attorneys. Izumicho, Suita 564-0041, Japan

⁸ Healthcare Center, Mitsubishi Fuso Truck and Bus Corporation. Saiwai-ku, Kawasaki 212-0058, Japan

⁹ Department of Health Sciences, Graduate School of Tokai University. Shimokasuya, Isehara 259-1193, Japan

¹⁰ Advanmanage. Chuo-ku, Tokyo 103-0007, Japan

¹¹ Automotive Yokohama Health Service Station, Panasonic Corporation. Yokohama, Kanagawa 224-8520, Japan

Abstract : Labor and Social Security Attorneys (LSSAs) advise their clients about occupational mental health, but the competencies necessary in this field are not clear to them. We standardized the necessary competencies as a counseling guide for LSSAs, and we also designed a related discussion training program. These competencies were summarized in a brainstorming session at a research conference comprised of physicians, an occupational health nurse, LSSAs, an instructional design expert, and a management consultant, and then a training program (lasting 9 hours 30 minutes) was developed. Nineteen trainees who were introduced by members of the research conference collectively completed a seven-question written test, both before and after the training, in order to assess its effectiveness. Sixteen trainees who completed the training were surveyed, with a recovery rate of 100%. The necessary competencies that they identified were: information about circular notices from the Ministry of Health, Labor and Welfare; behavior such as the gathering of information; and dealing with the reinstatement of employees. The scores were subjected to the Wilcoxon signed-rank test in order to evaluate the training, and the answers from the pre-training were compared with those from the post-training. A significant difference ($P < 0.05$) was seen for each question. These results show the effectiveness of the developed training program for the learning of the competencies necessary for LSSAs.

Key words: mental health, education, occupational health physicians, labor and social security attorneys, small-scale enterprises.