

- 4 職場外で自分が相談できる場所がない
- 5 その他

6-6 6-5で「1 ある」と答えた方にお聞きします。そのときに、どのような対処方法があればよいと思いましたか。具体的にお書きください。

(記入欄省略)

7 あなたはこれまでにメンタルヘルスに関する講習会や研修会などに参加されたことがありますか。

(はい いいえ)

8 地域の精神科医師・精神科医療機関を、必要とあれば、気軽に利用したいと思いますか。

(はい いいえ)

9-1 あなたは、地域の精神科医師・精神科医療機関があなたの職場のメンタルヘルスに関与することを期待しますか。

(非常に期待する かなり期待する 多少期待する 全くない)

9-2 「非常に」、「かなり」または「多少」期待していると回答された方は、具体的にどのようなことを期待されていますか。最も当てはまる番号に○をつけてください。

- 1)職場の産業医になってもらう
- 2)職場で定期的にメンタルヘルスの相談窓口を開いてもらう
- 3)電話やメールでメンタルヘルスに関する相談にのってもらう
- 4)セカンド・オピニオンとして説明をしてもらう
 - セカンド・オピニオン外来をしてもらう
 - セカンド・オピニオンコール（電話やメール）をしてもらう
- 5)職場の産業医とメンタルヘルス事例の情報を交換する
- 6)その他 ()

10-1 あなたの職場は、地域の精神科医師・精神科医療機関を利用していますか。

(利用している したことがある 今後利用したい いいえ)

10-2 「利用している・したことがある」と回答された方は、利用された時の感想はいかがでしたか。

(満足 やや満足 やや不満 不満)

11 あなたの職場は、現在、地域の精神科医師・精神科医療機関が職場のメンタルヘルス

16-2 「ある」と回答された方にお聞きします。この点についてどう考えますか。

- 1) 正確な診断名を記載すべきである
- 2) あいまいな診断名は患者に対する配慮であり、しかたがない
- 3) よくわからない
- 4) その他 ()

17 あなたは職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科医師・精神科医療機関との連携に関するマニュアル（職場むけおよび地域の医師むけ）を作成することについてどう考えますか。

- 1) 必要だと思う
- 2) 必要ない
- 3) よくわからない
- 4) その他 ()

18 最後に、メンタルヘルス・ケアにおける地域の精神科医師・精神科医療機関に期待すること・要望などありましたら、お書きください。また、その他に、気がついたことなどありましたら、ご記入ください。

(記入欄省略)

地域医療・保健機関、精神科医の取り組みの現状と支援のあり方の研究

分担研究者 岡崎 祐士 三重大学大学院医学系研究科 教授

研究要旨

三重県下の2つの事業所において、分担研究者が健康管理医として過去5年間に関わった休職者の復職を巡る状況と問題点を調査した。その中で、「健康管理医（産業医）と精神科主治医の診断と評価におけるミスマッチの現状と対策」に焦点をあてて調査した。A事業所24人、B事業所41人の該当者があった。A事業所では、24人中、復職不可7、保留4に対して、B事業所では復職不可1、保留4と圧倒的に少なかった。A事業所は復職審査会は設けられているが、休職者の健康管理は任意であり、ほとんどの休職者が健康管理医や産業医の面接・診療を受けていない。一方、B事業所は復職審査会はないが健康管理医や産業医による休職者の面接がシステム化されており、また職場ブロック担当保健師による任意の相談も行われている。健康管理医や産業医は必要に応じて、精神科主治医と文面等での連絡を行っており、これが復職判定におけるミスマッチが、A事業所と比較して少なかった理由と思われる。また、休職期間はB事業所が短くなっていた。これらの要因と復職後の就労安定度等との関連を検討する必要がある。ところで、A事業所20/24（83%）、B事業所27/41（66%）とうつ病関連の障害が圧倒的多数を占めており、職場の精神疾患健康管理の焦点は、うつ病にあることが明らかであり、うつ病理解の啓発と共に地域の精神科医療資源を活用した職域健康管理システムが重要である。

A. 研究目的

労働省は「労働者のメンタルヘルスに関する検討会」による報告書（平成12年6月）において、わが国の職場におけるメンタルヘルス対策のガイドラインを示した。そこでは事業者が職場における心の健康づくり対策を積極的に実施することが期待されている。とくに、職域におけるニーズに応える職域－専門機関－地域医療・保健機関の連携のあり方が問われている。そこで、職場のメンタルヘルスにかかわる専門職・担当者の役割の検討も含み、産業保健に対する地域の精神科医師および医療機関の取り組みの現状と必要な支援のあり方を明らかにすることが本研究班の目的であり、最終年度には、「地域精神科医・医療機関のための勤労者メンタルヘルスマニユアル」および「産業医・健康管理担当者のための地域精神科医・医療機関との連携マニ

ユアル」（いずれも仮称）に結実させることを目指している。

本分担研究では、そのために「地域医療・保健機関、精神科医の取り組みの現状と支援のあり方の研究」を実施することにして、本年度は「健康管理医（産業医）と精神科主治医の診断と評価におけるミスマッチの現状と対策」に焦点を当てた。地域精神科医と産業医・健康管理担当者との連携のあり方の一断面を明らかにするためである。

B. 研究方法

分担研究者が健康管理医として職域健康相談を担当している三重県下の2つの事業所において、実際に過去5年間に精神疾患のために休業し、地域精神科医の診断書とともに本人からの復職申請がなされ、復職が検討されケースを集計した。

(倫理面への配慮)

企業の健康管理責任者の了解のもと、集計前に企業健康管理担当者により匿名化され調査用紙に転記された記録を集計した。

C. 研究結果

A事業所24人(女性3人)、B事業所41人(女性4人)であった。30-40歳代が両事業所とも最も多く、おれぞれ66.7%、75.6%であった。A、B事業所ともに有給休職期間は3年間であるが、A事業所では1-2年が62.5%と多くを占めたが、B事業所は1年以下が78.0%で、A事業所に比較して短かった。主治医の診断名の分布は、A事業所は、うつ病を含む気分障害圏が83.3%、B事業所は65.9%であり、A事業所よりも気分障害以外の精神疾患もある程度認められた。なお、従来うつ病や統合失調症の職場への診断名として乱用される傾向があった「自律神経失調症」はA事業所2人(8.3%)、B事業所(14.6%)であった。従来の報告に比較して、明らかに減少していると思われる。しかし、両事業所ともにうつ病を主とする気分障害は圧倒的多数を占めていた。主治医の勤務医療機関はA事業所は病院がかなり多く(75.0%)、B事業所は診療所(63.4%)が多かった。A事業所には提携医療機関(病院)があることが1つの理由と思われるが、休職期間が短いB事業所の休職者ほど最近の受診が多いので、診療所受診者が増加していることの反映かもしれない。休職回数は、3回目までがA事業所79.2%、B事業所が66.7%であった。休職期間を考慮すると、A事業所はB事業所と比較して1回の休職期間が長く休職回数は少なめであった。主治医の復

職可能の判断に添えられていた、明らかな復職条件は、A事業所では89.2%にあり、B事業所では91.2%であった。いずれも復職に際して主治医は、条件を付していたが、その内容としては復職の初期には勤務時間、勤務・作業内容、および残存する精神症状への理解と配慮(通院治療の継続など)が共通した内容であり、両事業所間に大きな差異はなかった。復職前に試し出勤を行うことが望ましいとする付帯意見がA事業所3人、B事業所2人について見られた。

A事業所の復職審査会における復職判定は、復職可54.1%であり、保留16.7%、不可29.2%であった。B事業所では健康管理医の判断が参考とされるが、復職可83.8%、保留10.8%、不可2.7%であった。復職可の判断には明らかに2事業所間に差があった。両事業所ともに試し出勤が奨励されているが、復職前に何らかの期間試し出勤を行った人は、A事業所54.2%、B事業所89.2%であった。

D. 考察

このように両事業所の差異は、うつ病を主とする気分障害の分布(A事業所が気分障害圏が多い)、休職期間(A事業所が長い)、休職回数(A事業所が少なめ)復職可の判定(A事業所がB事業所をかなり下回った)であった。つまり、精神科主治医の復職可能の判断と職場における復職可能の判定は、A事業所ではB事業所よりもより食い違いが大きい。休職者の差異が影響した可能性も考えられるが、事業所の健康管理システムの違いも影響していると考えられた。つまり、A事業所は復職審査会は設けられているが、休職者の健康管理は任

意であり、ほとんどの休職者が健康管理医や産業医の面接・診療を受けていない。一方、B事業所は復職審査会はないが健康管理医や産業医による休職者の面接がシステム化されており、また職場ブロック担当保健師による任意の相談も行われている。健康管理医や産業医は必要に応じて、精神科主治医と文面等での連絡を行っており、これが復職判定におけるミスマッチが、A事業所と比較して少なかった理由と思われる。また、休職期間はB事業所が短くなっていた。これらの要因と復職後の就労安定度等との関連を検討する必要がある。

E. 結論

休職期間においても職域で健康管理・健康相談が行われ活用されること、保健師等による日常的な健康巡回相談が行われていることが、地域の精神科医との連携もすすみ、健康管理医との復職判定のミスマッチが少なくなるのではないかと考えられた。

地域の精神科医療資源を職域において活かすためには、職域における健康管理が日常的に行われていることが重要であることと言える。

ところで、両事業所共にうつ病関連の障害が圧倒的多数を占めており、今日の職場の精神疾患健康管理の焦点は、うつ病にあることが明らかであり、うつ病理解の啓発と共に地域の精神科医療資源を活用した職域健康管理システムが重要である。

F. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表
- 1・2ともに該当事項なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他
- 1・2・3ともに該当事項なし

地域医療・保健機関、精神科医の取り組みの現状と支援のあり方の研究

分担研究者 崎山 忍 三重県こころの健康センター 所長

研究要旨

研究目的；労働者の心の問題の一層の増加が懸念され、事業場外資源としての専門機関の役割が期待されている。しかし、事業場と専門医療機関の連携の実情やあるべき姿についての具体的な事例の検討は少ない。本研究では、三重県内の精神科医療機関の取り組みに注目し、事業場外資源によるケアの現状・課題を明らかにする。

対象と方法；「産業メンタルヘルスに対する精神科医療の取り組みの現状に関するアンケート」を作成し、三重県内の精神科・心療内科を標榜する全ての医療機関（63機関）にアンケート調査票を郵送し回答の依頼を行った。診療の実績に関しては平成16年4月1日から同年9月30日、自殺そして事業場への個別のアドバイスに関しては平成15年度を調査対象期間とした。

研究結果；42の医療機関（66.7%）から回答が得られた。産業メンタルヘルスに対する現行の取り組みの中で主なものは、事業場における患者の上司との情報交換等であり、約6割の医療機関において何らかの取り組みが行われた。今後新たに予定している取り組みに関して、「特になし」が約7割であった。職場へのアドバイス等は半数の機関で行われていた。対応した疾患群に関して8割以上の医療機関において気分障害と統合失調症の診療が行われた。自殺既遂事例を経験した施設は約3割であり、事後の取り組みは多様になされていた。事業場との連携の際に困難な点として復職支援システムが無いこと等があげられた。診断書の作成にも調査を行った。復職可の判断と、実際の職場復帰の乖離に関して、診察室における状態像で判断しており、職場の状況まで判断材料に含めていないという回答が過半数を占めた。臨床像と矛盾しない範囲で、国際分類に基づかない慣用的診断名を採用することがあると回答した施設が9割以上存在し、頻用される診断名の主なものは「うつ状態・うつ」、次いで、「自律神経失調症」であった。慣用的診断名を採用する根拠として、診断に基づく、患者の社会的不利益が生じないための配慮との回答が約8割を占めた。そして、その際の国際分類に基づく診断として最も多いものが統合失調症、次いで気分障害であった。また、この2疾患に対する家族の抵抗感も強いことが示唆された。

考察；事業場の復職への消極的な姿勢や、復職システムがないことを根拠に事業場から復職への協力が得られないこと、復職可否の医療側の判断と実際の復職状況の乖離から、今後、合理的・具体的な医療と産業の連携のあり方を見だし、提示する必要性が示唆された。自殺の問題に関し、既存の取り組みに加え、発生の予防、再発の予防といった予防的視点も導入し、保護的環境実現のための、医療機関側と事業場側との連携・協働の必要性が示唆された。臨床像と矛盾しない範囲での慣用的（伝統的）診断名の使用は、統合失調症において最も多く、次いで気分（感情）障害であり、慣用的診断名使用の理由は患者の周囲の人々のもつ精神疾患に対する認識（≒偏見）を配慮してであることが明示された。精神疾患全般に対する啓発活動を、事業場に関わる人々（雇用者、労働者とその家族）に対して行う必要性が示唆された。同時にうつ病対策に加え、統合失調症圏の病態も視野においた、職場における復職のためのシステムの構築の必要性があり、福祉的な視点も加味されたシステムの構築であることが必須であると考えられた。

協力研究者

臼井 卓士 三重県こころの健康センター

A. 研究目的

労働者の心の問題の一層の増加が懸念され、

平成12年6月に労働省は「労働者のメンタルヘルスに関する検討会」による報告書をまとめた。

これによれば、事業場のメンタルヘルスケアは

- ①労働者自身のセルフケア、②ライン（管理監督者）によるケア、③産業医等の事業場内産業

保健スタッフによるケアおよび④事業場外資源（専門機関）によるケアの4つからなる。これにより、事業場における望ましいメンタルヘルスケアの総合的な指針が示された。特に④においては、専門的な助言や指導を必要とする場合には、事業場外の専門家によるサービスを活用していくことが期待されている。しかし事業場と専門医療機関の連携の実情やあるべき姿についての具体的な事例の検討は少ない。本研究では、三重県内の精神科医療機関の取り組みに注目し、事業場外資源によるケアの現状・課題を明らかにする。

B. 研究の対象および方法

自記式の「産業メンタルヘルスに対する精神科医療の取り組みの現状に関するアンケート」を作成した。三重県精神病院会及び日本精神病院協会三重県支部の協力を得て、三重県内の精神科・心療内科を標榜する全ての医療機関（63機関）にアンケート調査票を郵送した。医療機関の内訳は精神病院が16施設、総合病院精神科（病床あり）が3施設、総合病院精神科（病床なし）が14施設、診療所が30施設であった。なお質問項目は表1のとおりである。回収されたアンケート調査票の集計を行った。

（調査期間）

診療の実績に関しては平成16年4月1日から同年9月30日、自殺そして事業場への個別のアドバイスに関しては平成15年度を調査対象期間とした。

（倫理面への配慮）

本研究は、医療機関の取り組みの現状を分析したものであり、個人情報とは扱っていない。また、三重県こころの健康センターにおいて「地域医療・保健機関、精神科医の取り組みの現状と支援のあり方の研究」に対する包括的な審査を受け、実施を承認された。

C. 研究結果

1. 回収率

対象63医療機関のうち、42の医療機関（66.7%）から回答が得られた。医療機関の属性からみた回収率は、精神病院68.8%、総合病院精神科70.6%、精神科クリニック63.3%であった。

2. 各質問項目ごとの集計結果

質問項目【1】 産業メンタルヘルスに対する、病院・クリニックでの診療以外の取り組みを尋ねた。上司との情報交換と回答した施設が21施設（50%）ともっとも多く、次いで産業保健スタッフとの連携が15施設（35.7%）、事業所の担当者との連携が14施設（33.3%）、メンタルヘルス講演会への協力（19%）と続いた。しかし特に行っていないと答えた施設が15施設（35.7%）みられた。内訳を図1に示した。重複回答を排すると、64.3%の医療機関において何らかの取り組みが行われていた。

質問項目【2】 平成16年4月1日から9月30日の半年間で診察した就労者の精神疾患の内訳を尋ねた。気分（感情）障害に罹患した就労者を診察した施設が39施設（92.9%）と最も多く、統合失調症が34施設（81%）、器質性精神障害が25施設（59.5%）、適応障害が24施設（57.1%）、人格障害が21施設（50%）、摂食障害が19施設（45.2%）、非器質性睡眠障害が19施設（45.2%）と続いた。内訳を図2に示した。

質問項目【3】 産業メンタルヘルスに関し、今後新たに予定している取り組みに関して尋ねた。特になしと答えた施設が29施設（69%）と最も多く、次いで患者の上司との情報交換が9施設（21.4%）、産業保健スタッフとの連携が7施設（16.7%）、事業所の担当者との連携が7施設（16.7%）と続いた。内訳を図3に示した。

質問項目【4】 （1）では、平成15年度中における治療中の就労者の自殺既遂事例（警察庁に自殺として処理されたものに限定した）の経験の有無を尋ねた。自殺既遂事例を経験した施

設は12施設（28.6％）であった。（2）では、自殺既遂事例があった場合の取り組みについて尋ねた。該当患者に関わった個々の職員へのケアを行った施設が10施設（23.8％）、治療過程・対応の検討会・反省会を行った施設が9施設（21.4％）、患者家族のケアを行った施設が9施設（21.4％）であった。一方、特に行っていないと答えた施設が8施設（19％）を占めた。過去の自殺企図は、患者が高い自殺の危険性に直面しているかどうかを示す最も精度の高い指標といわれる*1。（3）では、自殺未遂事例への取り組みを尋ねた。患者家族のケアを行った施設が12施設（28.6％）と最も多く、該当患者に関わった個々の職員へのケアが11施設（26.2％）、治療過程・対応の検討会・反省会が9施設（21.4％）、特に行っていない施設が6施設（14.3％）であった。内訳を図4～6に示した。

質問項目【5】 就労者の診療に際しておこなかった、事業場に対する職場環境の整備や社会復帰への具体的な方法に関するアドバイスについて尋ねた。行ったと回答した施設が21施設（50％）、行ってないと回答した施設が19施設（45.2％）であった（図7）。

質問項目【6】 事業場からの相談事例において、事業場側の姿勢として困ったものを尋ねた。復職支援システムがないなどの理由で事業場から復職のための協力が得られないという回答が19施設（45.2％）と最も多かった。次いで、事業場が社会復帰に消極的であるという回答が16施設（38.1％）、企業防衛的な対応を迫られるという回答が13施設（31％）、就労者の解雇のための作業に協力を求められるといった回答も6施設（14.3％）でみられた。内訳は図8に示した。

質問項目【7】 （1）では、患者の復職時、診断書で「復職可」とされたにもかかわらず、現実には職場適応が出来ない事例に対する医療機関の意見を尋ねた。治療者は診察室におけ

る状態像で判断しており、職場の状況まで判断材料に含めていないという回答が最も多く23施設（54.8％）であった。次いで、職場での嫌がらせなど職場環境の未整備が原因で再燃することが多いという回答が14施設（33.3％）、臨床医学的判断が困難という回答が10施設（23.8％）と続いた。内訳は図9に示した。

（2）では、事業場に提出する診断書に記載する精神障害の病名に関し、国際分類を用いる頻度を尋ねた。常に使用すると答えた施設が4施設（9.5％）、時には用いると回答した施設が最も多く34施設（81％）、全く用いない施設が3施設（7.1％）であった。（3）では、基づく国際分類の種類を尋ねた。最も多かったのが、世界保健機関（WHO）のICDに準拠で37施設（88.1％）、次いで米国精神医学会（APA）のDSMに準拠が7施設（16.7％）であった（図10、11）。

（4）では、病名が国際分類に基づかない場合に、臨床像と矛盾しない範囲で用いる慣用的（伝統的）診断名の採用の有無について尋ねた。慣用的診断名を採用することがあると回答した施設が39施設（92.9％）、採用しない施設が1施設（2.4％）であった。（5）では、慣用的診断名として用いている具体的な呼称を尋ねた。最も多い診断名が「うつ状態・うつ」で、36施設（85.7％）が用いていると回答した。「自律神経失調症」が30施設（71.4％）、「心因反応」が28施設（66.7％）、「神経衰弱など」が17施設（40.5％）で用いられていた（図12、13）。

（6）では、慣用的診断名を採用する根拠・背景を尋ねた。診断書を根拠とした患者の社会的不利益が生じることがないように配慮をして採用していると回答した施設が最も多く、33施設（78.6％）を占めた。次いで診断名が与える企業への影響を配慮してが21施設（50％）、家族・本人への影響を配慮してが15施設（35.7％）、患者・家族から診断名の変更を依頼され、臨床像と矛盾のしない範囲で慣用的診断名を採用

している施設が13施設（31%）あった。内訳は図14に示した。

（7）では、精神科医が患者、家族、企業への影響を配慮して慣用的診断名を用いる場合に、念頭に置いている疾患を尋ねた。統合失調症と回答した施設がもっとも多く、27施設

（64.3%）、次いで気分（感情）障害が23施設（54.8%）、人格障害が8施設（19%）と続いた。（8）では、患者・家族から診断名の変更を依頼され、臨床像と矛盾のしない範囲で慣用的診断名を採用することの多い精神疾患を尋ねた。気分（感情）障害と回答した施設が9施設（21.4%）、統合失調症が5施設（11.9%）であった。（図15, 16）。

3. 自由記載項目のまとめ

以上の項目に加え、平成15年度に各医療機関が事業場に対して行った、職場環境の整備、社会復帰の方法に関する具体的なアドバイスの内容を記載する欄を設けた。また産業メンタルヘルス全般に関する意見を尋ねた。記入されたコメントをまとめ表2に示した。

D. 考察

初年度の今回は、本調査に基づき、三重県内の精神科医療機関の産業メンタルヘルスに対する関心・取り組みを把握した。

医療機関における診療以外の取り組みは、64.3%の機関において何らかの取り組みが行われていた。一方、今後新たな取り組みを予定している医療機関は31%にとどまり、69%は特に新たな取り組みは予定していないという結果であった。ここで、医療機関側の認識として、事業場の復職への消極的な姿勢や、復職システムがないことを根拠に事業場から復職への協力が得られない、場合によっては解雇作業に協力を求められていると感じているといった回答も存在したことから、今後、合理的・具体的な連携のあり方を見いだし、提示する必要性が示唆される。また、後述する復職可否の医療側

の判断と実際の復職状況の乖離からも、同様に医療と産業の連携の深化の必要性が示される。これは、平成12年に示された「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」における①「労働者自身のセルフケア」～④「事業場外資源（専門機関）によるケア」の4つのケアの統合の推進と同義であると考えられる。

近年の重要課題、自殺の問題に関し、28.6%の医療機関が（警察庁に自殺として処理されたものに限定）自殺事例を経験していた。自殺未遂事例に関しては、事例がなかったとする医療機関は19%で、多くの医療機関で自殺未遂事例を経験していることがうかがわれる。過去の自殺企図は患者が高い自殺の危険性に直面しているかどうかを示す最も精度の高い指標といわれ、自殺企図の10%は10年以内の自殺につながる^{*1}。今回の調査では、自殺関連問題に対して、各医療機関それぞれにおいて多様な試みがなされていることが明らかになった。今後、既存の取り組みに加え、発生の予防、再発の予防といった予防的視点も導入し、どのように保護的環境を実現するかといった検討を含めた、医療機関側と事業場側との連携・協働の必要性が考えられる。

また、大西らは精神疾患の患者の復職判断に際し、産業医が精神科以外を専門とする医師である場合の問題点として、産業医が当該労働者の復職判断に迷うことが少なくなく、そのような場合、結果的に精神科主治医の判断のみが優先される^{*2}ことを挙げている。したがって職場復帰に際しては精神科主治医の診断書が大切な判断材料になる。しかし、精神科主治医からは「復職可」の判断が示されても、現実的には復職困難な事例が多数存在することは指摘されることである。その一因として「精神科診断名が曖昧に表現されること」が指摘される（大西ら）。今回の調査において、精神科医の「復職可」の判断と現実の復職状況の乖離の解明、慣用的診断名使用の実際、及び、それを用

いる根拠を明らかにすることを目指した。調査結果〔7〕-（1）から、復職可否の診断書作成に際して、「復職可」と記す場合には精神科医師は実際に「復職可能」と考えており、多くは「復職不可」と記した場合の患者の社会的不利を考慮したものではないことが示唆される。そして、現実には職場復帰が困難なことが多いことに関して、「職場環境の未整備」、いわゆる、保護的環境が構築されないことにより、職場復帰が果たせないと医療側では考えていることが調査結果から読み取れる。また、医療機関の立場からは職場環境などの情報を踏まえた判断が難しく、診察室における状態像から判断せざるを得ない現状も読み取れる。

診断書に記載する診断病名に関して、臨床像と矛盾しない範囲で慣用的（伝統的）診断名が使用されることが明らかになった。そして「うつ状態・うつ」「自律神経失調症」「心因反応」などの診断名が頻用され、その際に、実際に念頭に置かれている疾患としては統合失調症が最も多く、次いで気分（感情）障害であった。また、慣用的診断名を使用する理由は「患者の社会的不利益が生じることに配慮して」など、患者の周囲の人々のもつ精神疾患に対する認識（≠偏見）を配慮してであることが明示された。今回さらには、患者・家族から診断名の変更を依頼される事態も生じることが明らかになった。一般に、職場のメンタルヘルスに対する取り組みを進める際に、うつ病対策は強調されることが多い。しかし、今回調査で明らかのように統合失調症にも視座を据えた対策を進めることの重要性が示唆される。診断書を作成する医師の立場として考えると、ある回復レベル（部分寛解）で、平衡状態が長期間続く可能性のある疾患を診た際、それらの罹患者に対する偏見が依然として存在し、また受容するシステムも未整備である職場に、具体的な職場復帰支援プランを示せないまま、診断名を記載した診断書を提出することに抵抗があることは想

像に難くない。これらはいわゆるステイグマ（その診断名をつけることで烙印を押し、偏見を助長してしまうという懸念）と関連する課題である。従って、精神疾患全般に対する啓発活動を、事業場に関わる人々（雇用者、労働者とその家族）に対して行うと同時に、統合失調症圏の病態も視野においた、職場における復職のためのシステムの構築の必要性が示唆される。福祉的な視点も加味されたシステムの構築が必須であると考えられる。

自由記載部分のコメントは、極めて示唆に富むものであると考えられる。精神科主治医にとって、患者が就労を続けていくため、或いは、職場復帰を果たしていくことを支援するためには多様な障壁が存在する。事業場との連携の困難さ、精神疾患への無理解、職場における保護的環境創出の困難さ、適切な復職システムの不在、頻回に再燃する病態への対応等々である。それら障壁を前にして、ひとつ診断書作成に際しても、苦渋の選択を行っている状態が明示されるコメント群である。これらからも、重ねて、前述した精神疾患に対する啓発、事業場との連携、復職システムの構築が強調されるところである。

E. 結論

初年度の今回は、産業メンタルヘルスに対する、三重県内の精神科医療機関の認識、取り組みの現状を調査し、今後の課題を検討した。

産業メンタルヘルスの問題には64.3%の医療機関で何らかの取り組みが行われていたが、今後新たな取り組みを予定している医療機関は31%にとどまった。医療機関側は、事業場から復職への協力が得られにくいと感じていた。平成12年に「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」が公表されたが、この指針に基づき労働者のメンタルヘルスケア対策をさらに進めるためには、医療機関側の認識と事業所側の認識の両方を確認する必要がある。

次年度では他の分担研究者の結果も含めて医療機関側の認識と事業所側の認識の乖離について検討する必要がある。

また産業メンタルヘルスへの取り組みに関し、医療機関の属性による相違も見られた。これに関しては医療機関ごとの体制、役割の違い、アクセシビリティとの関係もあり、今後の検討が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

1・2ともに該当事項なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

1・2・3ともに該当事項なし

参考文献

- * 1 Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock: Kaplan & Sadock' s Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry Ninth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2003. (井上令一, 四宮滋子監訳: カプラン臨床精神医学テキスト, DSM-IV-TR診断基準の臨床への展開. メディカル・サイエンス・インターナショナル, p582-640, 2004.)
- * 2 大西守、黒木宣夫: 職場復帰と診断書をめぐって. 臨床精神医学 33 (7) ;895-898, 2004.

表1

産業メンタルヘルスに対する精神科医療の取り組みの現状に関するアンケート

- 【1】 産業メンタルヘルスへの取り組みについて、病院・クリニックでの診療以外の取り組みをお答えください。
- 【2】 就労者の診療について、平成16年4月1日から9月30日までの間に、どのような精神科疾患の方を診察されましたか。
- 【3】 現在の取り組み以外に、今後新たに予定されている取り組みにはどのようなものがありますか。
- 【4】 加療中の就労者である患者の自殺に関する質問。
 - (1) 平成15年度における自殺既遂事例（警察庁に「自殺」として処理されたもの）の件数をお答えください。
 - (2) 自殺既遂事例があった場合の取り組みをお答えください。
 - (3) 自殺未遂事例に対する取り組みをお答えください。
- 【5】 就労者の個別の診療に際し、平成15年度、事業場に対し職場環境の整備、社会復帰の具体的な方法についてどのようなアドバイスを行いましたか。
- 【6】 事業場からの相談事例において、事業場の姿勢で困ったものをお答えください。
- 【7】 診断書の記載についての質問。
 - (1) 復職時、診断書では「復職可」とされたにも関わらず、職場適応が現実にはできないケースがあります。原因として先生のご意見をお聞かせください。
 - (2) 企業・事業所（公的機関を含む）に提出する診断書において、記載される精神障害の病名は国際分類に基づいた診断名を用いますか。
 - (3) 国際分類に基づいた診断名を用いる場合、主にどのような分類に基づいた診断名を用いますか。
 - (4) 国際分類に基づいた診断名を用いない場合、臨床像と矛盾しない範囲で、慣用的（伝統的）診断名を採用することがありますか。
 - (5) 慣用的診断名を用いる場合、どのような診断名を用いますか。
 - (6) 慣用的診断名を採用する根拠・事情をお教えてください。
 - (7) 本人・家族・事業場に与える影響に配慮して慣用的診断名を用いることがあると聞きます。どのような精神疾患の場合に多いでしょうか。
 - (8) 患者あるいは家族から診断書に記載する病名の変更を依頼（いわゆるぼやかし病名）されることがあると聞きます。どのような精神疾患の場合そのような依頼が多いでしょうか。

表2 アンケートに記入されたコメント

【1】 職場環境の整備、社会復帰の方法に関して行った具体的なアドバイス

(1) 環境調整

職場環境改善、業務内容、勤務時間に関してアドバイス。

職種内容、人間関係などアドバイス。

緩和勤務の要請。

業務軽減の方法や期間の設定に関してアドバイス。

仕事内容の軽減などに向けたアドバイス。

フレックス制の導入。徹夜作業等の軽減・免除措置。三交代を減免。

配置転換。

半日出勤の依頼。

診断書に残業は好ましくないと記載。

(2) 復帰方法

復帰プログラムの作成。

障害者就労援助システムに基づくアドバイス。

段階的職場復帰の方法、健康管理基準に対するアドバイス。

(3) 事業場との連携

上司との話し合い。

職場での支援や対応方法、注意点についての話し合い。

職場の担当保健師や上司と話し合いの場を持ち、個々の事例で対応可能な改善方法を提案。

(4) その他

事業場の求めに応じてケースバイケースで答えている。患者本人の希望による場合もある。

【2】 産業メンタルヘルス全般に関する意見

(1) 専門家の不足

産業メンタルヘルスの専門病院があればそこへ紹介したい。

産業精神保健の専門家が不在。

多忙な臨床医にとっては職場側との調整を行う十分な時間を確保することが困難。

(2) 個別性の問題

近くには大きな事業場が少なく、遅れていると感じる。

「復職可」とした場合、どれだけの仕事を求めるかがケースにより異なる。

民間企業間での温度差がある。

役所、大学での無知。

職場環境がよくわかる企業では職場復帰に向けた対応がしやすいが、職場の状況がわかり

にくい企業や事業場（特に役所など）では不安がある。

(3) 精神障害に対する事業場の認識・対応の問題

依然職場側での精神科疾患への無理解が根強い。

産業医が企業防衛に終始し、就労者が退職に追い込まれた事例があった。組合との関係が難しい。

精神障害者は「職場にとって困った存在だ」と考える経営者・上司が多く、まだまだ社会

的に理解されていない。

職場復帰の社内における支援システムが不十分。

企業内産業保健スタッフ（産業医を含む）の精神科疾患に対する理解・対応にばらつきが大きい。

事業場内におけるメンタルヘルスカをきちんとした専門家が対応をしてほしい。

事業場内でプライバシーが守れる体制の構築が必要。

精神科医が関わることに抵抗感が強い。

(4) 【精神科】医療側の問題点

産業メンタルヘルスの需要は高まっているが、精神科医はそれぞれ孤塁を守って、社会の要請に十分対応していない現状である。

医療関係者のスティグマ。

(5) その他

「自立神経失調症」などの慣用診断名は除いたほうがよいと考える。自らは極力避けているが、「他病院でそう書いてもらった」と要求されるとむげに断れない。

「復職可」と書くことは慎重にしたい。患者の不利益は考慮すべきではあるが、復職しても10日ももたずまた休職する人に繰り返し「復職可」と書くことで精神科、心療内科の診断書の信用性が低下しているようにも思われる。特に公務員の症例で問題を感じている。

気分障害の人が就労している場合に診断書に慣用診断（神経症、不眠症、頭痛症など）を記載することが多い。

発達障害圏（特に高機能自閉症、アスペルガー障害）の就労援助が難しい。ジョブコーチ制度の拡大が望まれる。











