

9) パーソナリティ障害を伴う場合

小川は抑うつをもたらすパーソナリティの病理には次の三つがあるとしている³⁰⁾。空虚感、絶望感を主にした抑うつを示す「スキゾイド・パーソナリティ」、怒り、劣等感を主にした抑うつを示す「ナルシスティック・パーソナリティ」、見捨てられ感、縋り付きを主とする抑うつを示す「ボーダーライン・パーソナリティ」である。パーソナリティ障害の概念には、除外診断と一般診察では見えてこないという二つの注意が述べられている。除外診断としては、双極スペクトラムとアスペルガー障害を中心とする発達障害を基盤に生じているパーソナリティ障害のようにみえる一群が挙げられている。一般診察・記述現象学では見えてこない重要他者との病理的関係性は、分析的精神療法によって可能になるとしている。また、ダブルパーソナリティの存在への注意を促し、メランコリー親和型性格に潜むパーソナリティ障害によって、初期の薬物療法に反応するが遷延する例があることを指摘している。

10) 発達障害を伴う場合

発達障害は生来的に獲得されている、生涯変わる事のない、個人の認知や情動、行動を規定する特性である。これらの特性は、一種の脆弱性でもあり、多くの環境からのストレスにより多様に変化していくことが知られている。抑うつ気分のみではなく、ある種の攻撃性や焦燥感、または躁的な気分や過活動など多様な症状が、発達障害の中核症状と渾然一体となって病像を形成するのである³¹⁾。

牛島らは、発達障害のうち注意欠陥・多動性障害（ADHD）とアスペルガー障害などの高機能広汎性発達障害について、気分障害との関連をまとめている。ADHDに併存する破壊性行動障害には、高頻度に大うつ病性障害を合併するとも言われているという。高機能広汎性発達障害では、気分の変化やうつ気分を自ら言語化することはまれであることが指摘されている。治療としては、基本的に気分障害の状態が深刻でなければ、環境調整をはじめとする発達障害への対応が治療の中心となるとしている。

上記のうち退却神経症、逃避型抑うつ、ディスチミア親和型うつ病、未熟型うつ病、現代型うつ病の特徴から「若年、他責性、自己愛的、組織への一体感拒否、本業からの退却」という共通項を取り上げ、概ね同様の病態をみている可能性が高いと島は指摘している⁴³⁾。職場結合型うつ病は職場側の要因を切り口に、他責性の理解を深めている。海外で議論されている非定型うつ病も、いたるところで類似性を指摘されていることが確認できた。うつ病の軽症化とその増加が著しいという事態は確かであるが、どの概念も互いに類似性と差異をもって重なり合っており、さらなる研究が待たれている²⁵⁾。

樽味は、これらの概念に差異はあるものの、ある種の弱力性の問題が共通の鍵であると述べている^{38, 39)}。それは、葛藤を抱えておく能力に関する弱力性であり、ストレス対処能力やその耐性に関する弱力性である。ただし、樽味はこの弱力性をさらに強調しても臨床的に有用であるとは思えないとしている。一つは、「個の尊重」を主題

として育った世代が、社会的出立に際して呈する「うつ」の症候学的特徴であり、「ディスチミア親和型」は現代社会が生み出しているのではないかという指摘。もう一つは松尾が指摘しているように、無機質な響きのある「ディスチミア親和型」と冠することによってうつ病とは異なることを治療者が表現し治療の自由度をあげることが目的であったのだろう³⁹⁾。DSMでは大うつ病性障害の基準を満たし本人もそう思い込んでいる臨床の現場に直面した時、適応障害と診断書に書くことも難しく、かといって退却や逃避型、未熟型のどの表現もなんらかの弱力性をもった病像の喚起には役に立つが、当事者本人には見せにくい表現である。この工夫にもかかわらず、「新型うつ病」、「ディスチミア親和型」などがマスコミを通じて広く使用されることで、蔑視的な響きを帯びつつあるのは残念でならない。

2. 産業保健上の問題

主治医の診断名は操作的診断に従って記述される。DSM診断でもI軸のみが記される。もしくは状態診断のみが記されることもありうる。現代的な特徴を持つうつ病であるかの情報が診断書に記されることは考えにくい。従って、抑うつ状態、大うつ病、気分障害などの情報が職場に伝わる。復職者がメランコリー親和型や典型的なうつ病であれば、笠原の小精神療法、いわゆる休息と薬物療法が有効である⁴⁴⁾。職場でのメンタルヘルス不調者への対応は、この考え方に基づいて行われることが多い。しかし、現代的なうつ病像を呈した場合、現場に混乱が生じる。休職中の本業以外での元気良さを目の当たりにし、タイミングを見計ら

ってこれまでの常識では禁じられていた励ましを行う必要があると説明されて戸惑うのは当然である。全く逆方向の対応のどちらを取るべきか、専門家ではない職場で責任を持って判断することはできない。

3. 職場に求められる対応

診断がどうであれ、経過とともに職場でも対応を求められる。主治医との情報交換の中で弱力性の問題を前面に出すことは、本人の同意を前提とするやり取りでは配慮が必要である。さらには自己責任として問題を本人の責任に還元しすぎることにも注意を払わなければならない。しかし、復職に際してこの弱力性が問題となることは確かである。休職中から復職後まで、動機づけ面談や就労訓練も含めた多角的な支援が必要なのではないかという意見もみられる³⁶⁾。職場では事例性を扱うという観点で、以下のような対応を取ることが勧められる。

病気休業開始のケア

労働者がメンタルヘルス不調をきたして、休業する場合を考える。まず主治医が作成した「抑うつ状態、うつ病、気分障害など」の診断書が労働者を通じて職場に提出されて病気休業が始まる。職場が病気休業として認識した時から、職場復帰支援までを見越した対応を始めなければならない。うつ病や「新型うつ」などであっても、労働者が休業に入って間もない時期は安心して治療を受けることができるように支援する必要がある。

休業中

メンタルヘルス不調者の発症前の働きぶ

りや社内での対人関係の様子について、十分な情報を収集する。職場での客観的な情報は、主治医にとって正確な診断のために有用な情報になる。本人の理解を取りながら、職場での詳しい情報を主治医に提供すると共に、主治医の見立てを共有する。そうして得られた正確な診断は、適切な治療や復職支援への意見を述べるために非常に重要と思われる。適切な主治医の意見があれば、職場での対応や受け入れの準備を進めることができる。

主治医による職場復帰可能性の判断

多くの企業では休業中の労働者がそろそろ職場復帰を検討できる状態になった段階で、主治医が作成した職場復帰可能の診断書を提出することになっている。そのために職場で必要とされる業務遂行能力の内容や社内勤務制度について、休職中のうちにあらかじめ職場から主治医に伝えておくことが望ましい。この機会に、主治医から就業上の配慮に関する意見を求める形を活用して、うつ病としての対応でよいか、「新型うつ病」などのように成熟を促す対応が必要かの情報を収集すれば、職場で復職プランを検討する貴重な情報になると思われる。

(a) 産業医がいる職場であれば、本人の同意を得て業務の内容と調子を崩す前の本人の仕事ぶりに関する情報を提供することが望ましいと思われる。そもそも仕事熱心だったのかは、主治医が「新型うつ病など」を鑑別するにも有用な情報となる。そして主治医からは職場復帰可能の診断書と診断書とは別の情報提供を受ける。産業医が受け取った情報提供の中から、業務に関する

情報を取捨して職場に報告する。

(b) 産業医はいないが保健師・看護師がいる場合、本人の同意を得て主治医への同行受診による病状紹介も考えられる。ただし、保健師・看護師が得た情報を人事や職場などとどこまで共有するのかを明確にしておく必要がある。基本的には、本人の同意が得られた範囲で人事や職場と情報を共有する。

(c) 産業保健スタッフがいない場合、人事や上司が主治医と直接連絡を取るようになる。この場合は、守秘義務の問題などから情報の円滑なやり取りが難しくなることが予想される。それを避けるために、職場復帰の目的に絞って主治医に意見を求めるような様式を作っておく必要がある。その中に、「休養」「職場環境の改善」「技術的なサポート」などの項目を設け、病像の詳細が分からなくても職場で対応すべき方向性がかめるように工夫するとよいのではないか。

職場復帰の判断と職場復帰プランの作成

主治医から病像や職場復帰支援の上で配慮すべき事項の情報を収集したのち、職場復帰支援プランを作成し、正式な職場復帰の検討が行われる。職場復帰が決定されれば、プランに従って職場復帰支援が進められることになる。ここでの注意点は、復職後の対応、日々の接し方にもつながる。

うつ病であれば、従来通り正式に復帰後も軽い仕事からはじめ、様子を見ながら徐々に仕事の負荷をあげていく、就業制限を解除していくプランを立てることになる。主治医からの意見も、「できるだけ負担の少ない業務から」、「最初は頑張りすぎな

いように」といった表現がみられると思われる。職場復帰前に活動性や生活リズムの回復をしっかりと確認しておく必要がある。

「新型うつ」などの場合、初期の肩慣らしは必要かもしれないが、逃避ないし回避的な傾向を助長しないように枠組みを決めて対応することが必要と思われる。主治医に意見を求める際も「枠組みをもって、時には励ます必要もあるか」などと尋ねておく必要がある。徐々に仕事の負荷を通常のレベルに戻していく過程で、守らなければならない会社のルールや規範についての確認や技術的なサポートなどの成熟を促す対応も求められる。また、会社でできることの境界を本人と確認しておくことも必要である。何かあった時に問題を大きくしないために、枠組みを本人と職場や上司との間で確認し記録を残しておくことが無難と思われる。

「新型うつ」であっても、本人のパーソナリティによる問題が大きい場合、または人格障害に伴ううつ病や抑うつ状態であれば、職場で何らかの事例化を通して問題がはっきりしていることが多いと思われる。対人関係などが原因であれば、環境改善の意見が何を意味するのかを主治医に確認する必要があるだろう。職場における性格の問題について、個人の性格の問題だけでなく、企業には組織や職場といった独特の構造があるため、企業構造を含めた視点から問題を理解することも重要とされている。

本人が自覚して困っている場合、本人への働きかけが中心になる。本人の訴えのみではなく、周囲の情報収集も必要である。カウンセリングなどを勧めることも考えられる。

本人に自覚がなく周囲が困っている場合は、困っている側にその社員への対応の仕方を助言したり、配置転換や移動の検討も行う。それでも対処しきれない場合は会社と相談しながら慎重に対応する必要がある³³⁾。

「新型うつ」であってもコミュニケーション能力の問題が大きい場合、または発達障害に伴ううつ病や抑うつ状態であれば、発達障害への対応の仕方に従う。主治医に意見を求める際に「同時に複数の指示をしない」など、具体的に尋ねる必要がある。田中³⁴⁾は、最も重要なのは診断名を言い訳にしないことである。診断から生活戦略を作り、生活環境の整備を心がける。自分にはどのような職種が向いているのか、どのような時間管理をするべきか、大切な約束を忘れないためにメモやボイスレコーダーなど何が最も有効か、など個々に応じて検討する必要があるとしている。

E. 結論（まとめ）

「新型うつ」とその周辺についてみてきた。前半で確認したように、うつ病論は奥が深く、特に軽症の慢性例については、これからの研究が期待される。職場では、うつ病類型亜型分類のそれぞれに応じた対応をしようと考えても混乱を招くだけである。事例化して困っている部分に焦点を当てて考えると、対応の種類はそれほど多くないと思われる。診断名を共有するより、職場の事例性に関する共通言語を主治医、産業医、職場の間に用意しておくことが重要であろう。

F. 研究発表

1. 論文発表
該当せず。
 2. 学会発表
該当せず。
- G. 知的所有権の取得状況
1. 特許取得
該当せず。
 2. 実用新案登録
該当せず。
 3. その他
該当せず。
- H. 引用文献
- 1) 永田頌史：若年労働者、特に新入社員のメンタルヘルス対策、安全と健康、9, 73-75, 2008
 - 2) 広瀬徹也：反復欠勤者-その病態と対応-、精神科治療学、22, 153-158, 2007
 - 3) 笠原嘉、木村敏：うつ状態の臨床的分類に関する研究、精神神経学雑誌、77, 715-735, 1975
 - 4) 笠原嘉：現代の神経症-とくに神経症 apathy（仮称）について-、臨床精神医学、2, 153-162, 1973
 - 5) 笠原嘉：「うつ状態の臨床的分類」再考、精神神経学雑誌、107, 523-528, 2005
 - 6) 広瀬徹也：逃避型抑うつとディスチミア親和型うつ病、臨床精神医学、37, 1179-1182, 2008
 - 7) 阿部隆明：いわゆる未熟型うつ病について、精神科治療学、23, 985-993, 2008
 - 8) 阿部隆明：ライフステージからみたうつ病-その診断と治療-、心身医学、49, 987-993, 2009
 - 9) 松浪克文：いわゆる「現代型」うつ病にどのように対応するか、精神科治療学、23, 995-1004, 2008
 - 11) 多田幸司：うつ病中核群について-非定型うつ病の視点から-、精神科治療学、24, 107-111, 2009
 - 12) 多田幸司、山吉佳代子、松崎大和、小嶋卓也：非定型うつ病の症例研究、精神神経学雑誌、107, 323-340, 2005
 - 13) 大前晋：非定型うつ病という概念-4種の定義、精神神経学雑誌、112(1), 3-22, 2010
 - 14) 貝谷久宣：非定型うつ病 不安障害との併発をめぐって、精神医学、52, 840-852, 2010
 - 15) 貝谷久宣：不安うつ病、内科、105, 275-279, 2010
 - 16) 貝谷久宣：“不安・抑うつ発作”を見逃さない、心身医学、49, 1017-1022, 2009
 - 17) 福西勇夫：非定型うつ病、医学のあゆみ、233, 192-195, 2010
 - 20) 樋口輝彦：うつ病周辺群への考察-「軽症うつ病」はうつ病？、臨床精神医学、37, 1175-1177, 2008
 - 21) 中村敬：うつ病周辺群への考察-現代うつ病像への一視角、臨床精神医学、37, 1171-1174, 2008
 - 22) 秋山剛、田島美幸：うつ病周辺群への考察-産業精神医学にみられる軽症遷延例、臨床精神医学、37, 1117-1119, 2008
 - 24) 古茶大樹：精神病理学からする「抑うつ症候群」の分類と診断、臨床精神医学、39, 1039-1044, 2010
 - 25) 坂元薫：「現代型うつ病」をどのように解釈するか-その病態と治療的対応、総合臨床、59, 1197-1201, 2010

- 26) 黒川淳一、井上真人、井奈波良一、岩田弘敏：メンタルヘルス不調者への対応事例を通じて職場の問題点を考える 日本職業・災害医学会会誌、56, 53-61, 2008
- 27) 田口要人：若年労働者のメンタルヘルス不調の実態と対策、産業ストレス研究、17, 89-96, 2010
- 28) 笠原嘉：退却神経症 無気力・無関心・無快楽の克服、講談社現代新書
- 29) 広瀬徹也：逃避型抑うつ、精神療法、32, 277-283, 2006
- 30) 小川豊昭：現代うつ病の臨床 その多様な病態と自在な対処法～パーソナリティ障害のうつ病、創元社
- 31) 牛島洋景、宇佐美政英、齊藤万比古：現代うつ病の臨床 その多様な病態と自在な対処法～発達障害のうつ病、創元社
- 32) 鈴木國文：職場の「うつ」－各立場からの支援の位置づけ－、精神科治療学、26 (1) , 19-25, 2011
- 33) 大野裕、三谷美津江：産業精神保健活動の実際（1）早期発見と診断、治療、予防 第21章 V. 性格の問題、産業精神保健ハンドブック、中山書店、785-791, 1998
- 34) 田中康雄：成人における ADHD -現状と課題-、精神科治療学、19(4), 415-424, 2004
- 35) 夏目誠：Ⅷ-12 職場不適応、産業精神保健マニュアル
- 36) 齊藤政彦：産業現場における適応障害事例の課題と対応
- 37) 樽味伸、神庭重信：うつ病の社会文化的試論-とくに「ディスチミア親和型うつ病」について-、日本社会精神医学会雑誌、13;129-136, 2005
- 38) 樽味伸：現代社会が生む「ディスチミア親和型」、臨床精神医学、34;687-694, 2005
- 39) 松尾信一郎：現代うつ病の臨床 その多様な病態と自在な対処法～「ディスチミア親和型うつ病」を通してみる現代うつ病医療、創元社、133-154
- 40) 松浪克文、上瀬大樹：現代型うつ病、精神療法、32(3), 308-317, 2006
- 41) 松浪克文：現代うつ病の臨床 その多様な病態と自在な対処法～現代のうつ病論－診断学的問題、創元社
- 42) 加藤敏：職場結合性うつ病の病態と治療、精神療法、32(3), 284-292, 2006
- 43) 島悟：最近の若年労働者の精神的特徴とメンタルヘルス不調、産業ストレス研究、17(2)83-88, 2010
- 44) 笠原嘉：軽症うつ病 「ゆううつ」の精神病理、講談社現代新書
- 45) 広瀬徹也：逃避型抑うつ、精神療法、32(3);277-283, 2006
- 46) 阿部隆明：未熟型うつ病、精神療法、32(3);293-299, 2006

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）

研究課題名：職場における新たな精神疾患罹患労働者に対するメンタルヘルスのあり方に
関する研究
分担研究報告書

職場における新規精神疾患罹患患者への対応に関する文献レビュー

研究協力者 野崎 卓朗 産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学

研究代表者 廣 尚典 産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学・教授

研究要旨

日本産業精神保健学会の機関誌「産業精神保健」に掲載されている「企業紹介」シリーズに、第 2 巻 1 号（1994）から 18 巻 4 号（2010）までの間に掲載された企業、事業場のメンタルヘルスに関する取り組みのうち、新規に精神疾患に罹患した労働者への対応（初期対応から職場復職支援まで）を中心に拾い上げ、整理を行った。

従業員の少ない事業場では、保健師、心理職が中心となり、嘱託産業医あるいは、精神科医の判断を仰ぎつつ、職場とのパイプ役となり対応していた。専属産業医がいる企業においては、産業医が中心になり、スクリーニングから復職後のフォローまで一括して行っている企業がある一方で、保健師・心理職が中心となって活動している企業もあった。精神科医の関わり方は、嘱託・専属といった立場を含め、企業によって異なっており、精神疾患事例についての対応を一手に引き受け、投薬治療まで行っているところもあった。独立した産業保健組織を持つ企業においては、その中に、相談室もしくは、外来診療として、各事業所からの精神疾患事例に対応しているところが多かった。産業保健スタッフに事例の相談が持ち込まれる経路としては、従業員自身からの訴え、

職場からの相談、健診診察時、保健指導時などがあった。最も多いものは、職場での異変に周囲が気づき産業保健スタッフもしくは専門家につながるケースであり、メンタルヘルス教育の重要性が数多く指摘されていた。複数の相談窓口を設置することの重要性も示唆された。近年は、EAP の有効活用を報告している例も増加している。

職場復帰支援については、常勤産業医のいる事業所では産業医が、いない事業所では看護職や心理職が中心となっていた。

事業場規模や産業保健スタッフの充足度などに合わせた複数の活動モデルが、望まれる

A. 研究目的

多くの職場でメンタルヘルス不調を訴える労働者は増加の一途をたどっており、事業場の規模や業種にかかわらず、各企業にとって、メンタルヘルス対策の推進は急務である。本調査は、今後企業をはじめとする事業体が一層のメンタルヘルス対策を推進するための基礎資料を得るべく、特に新規に精神疾患に罹患した労働者への対応に焦点を絞り、企業のメンタルヘルス対策の実態を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

日本産業精神保健学会の機関誌（季刊）「産業精神保健」の連載企画「企業紹介」に1994年3月（2巻1号）から2010年3月（18巻1号）までに掲載された各企業のメンタルヘルス活動の内容から、新規に精神疾患に罹患した労働者への対応（初期対応から職場復職支援まで）を中心に拾い上げ整理を行った。

日本産業精神保健学会は、職場のメンタルヘルスに関わる産業医、看護職、心理職、精神科医、心療内科医、衛生管理者などの会員で構成される学術学会であり、2010年末の時点で、1,100名を超える学会員を有している。

当該企業紹介で取り上げられた企業、事業場を表1に示した。

C. 研究結果

「産業精神保健」に紹介された企業は、法律上、専属産業医の選任が必要のない中小事業場から、病院機能を有し複数の事業場を統括した産業保健を行う企業まで、規模および企業風土は大きく異なっていた。今

回は計54件のメンタルヘルス活動の報告を取り上げた。活動母体別にみると、主に、次の四つに分類できた。内訳は下記に図1に示した。

- ①複数の大規模事業所を有し健康管理を一括する目的で、企業立病院もしくは健診センター等の独立した産業保健組織での活動報告
- ②企業を統括しての活動報告
- ③事業所内の組織として活動報告
- ④労働衛生機関からの活動報告。

まず、各企業におけるメンタルヘルス対応を行う組織と役割分担の特徴について述べる。従業員が少ない事業場では、保健師もしくは、心理職がメンタルヘルス対策の中心を担っていた。そのような企業の保健師・心理職は従業員自身や職場から挙がってくる事例に対し、囑託産業医あるいは、精神科医の判断を仰ぎつつ、職場とのパイプ役となり対応していた。

専属産業医がいる企業においては、産業医のマンパワーによって対応は異なっていた。産業医が中心になって、メンタル不調者の個々の事例に対して、スクリーニングから復職後のフォローまで一括して行っている企業がある一方で、専属産業医がいる場合でも、保健師・心理士が中心となって活動している企業もあった。保健師が職場に密着し、日々の健康・衛生情報をやりとりする中で、新規精神疾患事例を発見に大きく寄与している企業もあった。保健師が精神医学的構造化面接の技能を有し、健診結果の事後措置として従業員全員に保健指導を行う際に、同時に精神疾患のスクリーニングを行っている企業もあった。心理職は事業所内外でカウンセリングを通じ、精神

医学的介入、もしくは職場との連携が必要と判断したケースにおいて、守秘義務に考慮しながら産業医、精神科医、職場と連携していた。複数の産業医を有し、精神科医が産業医を担っている職場においては、精神疾患事例について対応を一手に引き受け、投薬治療まで行っている企業もあった。

精神科医の存在について、その関わり方は、嘱託・専属等、企業によって異なっていたが、事業所内組織と事業所から独立している産業保健組織とを比較すると、精神科医の存在する割合は前者では38%、後者では85%であった（図2、図3）。事業所内組織として活動する精神科医は、精神科に勤務歴のある産業医もしくは嘱託として従事する精神科医であった。独立した産業保健組織を持つ企業においては、その中に、相談室もしくは、外来診療として、各事業所からの精神疾患事例に対応しているところが多かった。このような企業では精神科医が、精神疾患事例に特化し、各事業所の産業保健スタッフをバックアップし、企業内における初期対応から、治療、リワークを含めた復職準備、復職後のフォローまで通して関わることができていた。特に関連する病院が近接する場合は、治療導入が容易に行うことができ、復職においても精神科の意見が反映させていたり、心理職による心理分析などが利用されたりしていた。

次に新規の精神疾患事例に対する各企業の対応について述べる。職域において、その初期対応としては、潜在しているメンタルヘルス不調例がどのようにして事例化するかが問題となる。産業保健スタッフに相談が持ち込まれる経路としては、従業員自身からの訴え、職場からの相談、健診診察

時、保健指導時があった。最も多いものは、職場での異変に周囲が気づき産業保健スタッフもしくは専門家につながるケースであり、かねてよりメンタルヘルス対策に注力してきた企業の多くは、ラインによるケアとして管理職教育を強調していた。また、健診機関を独自で持つ企業においては、健診時の問診や診察時に発見されるケースや、健診の事後措置として、保健師もしくは産業医が各従業員との面接を行う際に発見されるケースがあった。また、メンタルヘルス教育の深化や、現在の社会的関心の高まりとともに、従業員本人からのメンタルヘルス不調を訴えるケースも増加していた。セルフケアの指導を積極的に行うことで、従業員自身での気づきを促している企業もあった。また、自身への気づきを早期に事例化するために、複数の窓口を用意し、アクセスしやすい環境を作っている企業も見られた。他にも、通常の産業保健スタッフ以外の窓口として、健康保険組合内に心理職等の専門家を置き相談室を設けたり、診療所機能がある場合においても別の建屋に心療内科の外来を設けたりすることで相談経路を複数化している企業もあった。また、通常の就業時間以外の対応や、プライバシー保護の観点からEAPを導入し、対応している企業もあり、今回レビューを行った企業の内、約27%（図4）の企業でEAPが導入されていた。EAPに関する記述は2002年以前は全くなかったが、2002年以降ではそのEAP活動について触れる企業が多かった。

精神疾患事例の治療期間における対応について述べる。治療については精神科・心療内科医に委ねられることとなるが、精神科医を持つ企業では、企業内の診療所等で、

治療を継続する場合もあった。療養中のフォローについては、産業医・保健師・心理士等が定期的にフォローする企業もあれば、職場上司もしくは人事担当者が定期的に状況を確認するようルール化している企業もあった。

精神疾患により休職した際の復職時の対応について述べる。復職の是非の判断については、まず、主治医より復職可能の診断が出たのちに対応を始めるのが大勢であった。主治医の診断ののち、専属産業医を持たない企業においては、保健師、もしくは心理士が、職場の情報を収集し、主治医の意見に基づきながら、復職のタイミング、復職後のケアについて情報を共有していた。また、産業医が常駐している企業では、産業医が中心となり主治医・職場との連携をとり、復職の是非を判断していた。さらに、複数の産業医や精神科医をもつ企業では、心理職等を交え、医学的に検討し、その後、職場との情報交換、復職後の支援体制について確立した後に復職の判断を行っていた。

復職当初の就業時間を短縮する短縮勤務もしくはリハビリ勤務の導入については、15%の企業で導入されていた。そのような制度がない企業においては、通常の勤務形態に十分耐えうる状態になるよう、自社の事業場内で元職とは別の場所・内容で短時間の作業等でリハビリを実施したり、既存のリワークプログラム等に参加させたりしていた。

D. 考察

今回レビューを行った企業紹介の記事では、各企業の概要、風土、メンタルヘルス対策の各社の歴史、施策の概要や、実施内

容について触れられており、特色ある紹介がなされていた。また、記事の著者の職種、職位も、企業所属の精神科医であったり、事業所担当の産業医、保健師、心理士であったり、それぞれ異なった目線での報告であった。

企業内の医療資源が豊富にある企業にメンタルヘルス対策のツールや人材が豊富である一方、専属産業医の選任義務のない事業所においては、保健師や心理職の力によるところが大きい。精神疾患事例への対応については、事例化までと、復帰時以降は、各企業の風土・背景・マンパワー等により特色がみられたが、治療期間の対応については、記述が少なかったこともあり、加療する環境およびその間のフォローの方法について若干の違いはあるものの、あまり大差はなかった。

新規のメンタルヘルス不調者をどのように発見し、またどのように復職させるかについては、その対応に大きな違いがあると考えられる。職場に潜在する事例を早期に発見対応するには、従業員自身の申告と職制の相談によるところが大きい。特に、精神疾患は重症化した場合、自覚できず、周囲の気づきが重要になる。そのため、ラインによるケアとしての職場教育は、職場の小さな変化に早期気付かせることができ、大きな意義があると考えられる。また、職場での異変を職場で抱え込まず、気軽に相談できる産業保健スタッフの存在は重要である。産業医の目の届かない場所においても、保健師等が日頃から職場の近い位置で業務を遂行することで、気軽に相談しやすい存在となれる。また、職場内の講話等で、お互いが顔を知る存在となることで、相談しやす

い関係性を構築できる。また、従業員自身からの申告を受けやすい環境を作るためには、機微な情報を扱う関係上、複数の窓口の存在は大きい。精神疾患事例においては、社会的に少なからず偏見が存在することは否定できず、機微な情報を扱う上、企業内では憚れる内容や業務との関係性への判断がしにくい情報を扱う事例もある。そのため、複数の窓口が存在する意義は大きい。特に職場とは距離を置くことのできる企業外の窓口は従業員自身にとって、窓口への敷居を下げる意味で、有効だと考える。2002年以降の報告ではEAPについての記述が目立っており、窓口の選択肢を増やすのみならず、業務量が増大している産業保健スタッフの負荷軽減やバックアップとしても有効だと思われる。

復職時の対応では、今回報告された企業のほとんどは、職場内で復帰の可否についての判断を行っていた。しかし、いわゆるリハビリ勤務の類の有無や、その後のフォロー体制の違いによって判断の基準が異なっていた。つまり、職場復帰後に十分な就業上の配慮が困難な企業においては、復職時に、通常勤務に耐えられるまでの症状改善が求められる。そのため、復帰前に精神科もしくは自社の施設での十分なリハビリが必要となる。一方でそれが可能な企業においては、比較的早期に復職が可能となる。しかし、その時期は、いずれにせよ慎重に検討すべきであろう。精神疾患の経過は、回復段階においても症状が再燃することは少なくなく、復職後に病状が急変したり、回復が滞るリスクも高い。そのリスクをどう見積り、どこまで企業・職場が配慮を行うかにより対応が異なってくる。

メンタルヘルス不調においては、他の業務関連疾患のように必ずしも明確な発症要因が職場にある訳ではないため、その分1次予防を強化だけではなく、2次予防、3次予防の整備も必要となる。また対策を効果的に進めるためには、職場、産業保健スタッフ、事業外資源等との連携が必要不可欠である。各企業の規模、産業保健資源に合わせた体制の確立が必要と考える。

F. 研究発表

1. 論文発表
該当せず。
2. 学会発表
該当せず。

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
該当せず。
2. 実用新案登録
該当せず。
3. その他
該当せず。

H. 引用文献

産業精神保健 1(1) (1993) ~18(4) (2010)

表1. 今回のレビューの対象とした「産業精神保健」誌の企業紹介で取り上げられた
企業・事業場(掲載当時の組織名)

富士通(富士通川崎病院)	旭化成(株)
日立健康管理センタ	日本航空(株)
NTT東京中央健康管理センタ	東京電力(株)
松下健康管理センター	(財)日本予防医学協会
NKK保健センター	古河電工(株)
三菱重工	UFJ銀行
JR東日本中央保健管理所	大阪ガス(株)
エッソ石油	YKKAP
ソニー(株)厚木テクノロジーセンター	茨城大学保健管理センター
NTT関東健康管理所宇都宮センタ	NTTデータ
(財)京都工場保健会	参天製薬(株)
マツダ(株)	帝人グループ
トヨタ自動車九州(株)	スタッフサービス
新日本製鐵(株)君津製鉄所	キヤノン(株)
産業医科大学産業医実務研修センター	パナソニック四国エレクトロニクス(株)
(財)西日本産業衛生会	JUKI
東陶機器(株)	住友金属(株)鹿島製鉄所
(株)横浜銀行	産業医大ソリューションズ
(財)福岡労働衛生研究所	京セラ本社
日本IBM	JR東海
P&G	パナソニック(株)エナジー社
松下電器(株)高槻地区	西部ガス(株)
アイシン電機(株)	(株)リコー
HOYAグループ	JFEスチール(株)西日本製鉄所
セイコーエプソン(株)	リクルート健康保険組合
東芝	西日本旅客鉄道(株)
日本ビクター	東京ガス(株)
モトローラ(株)	オリンパス(株)

図1 報告形態の分類

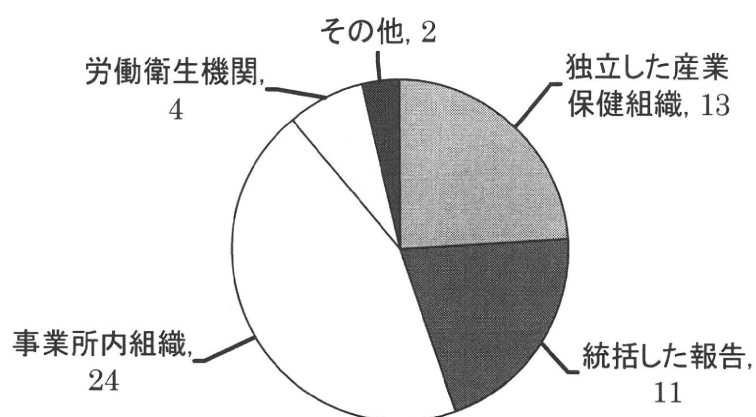


図2 事業所内組織での精神科医の有無

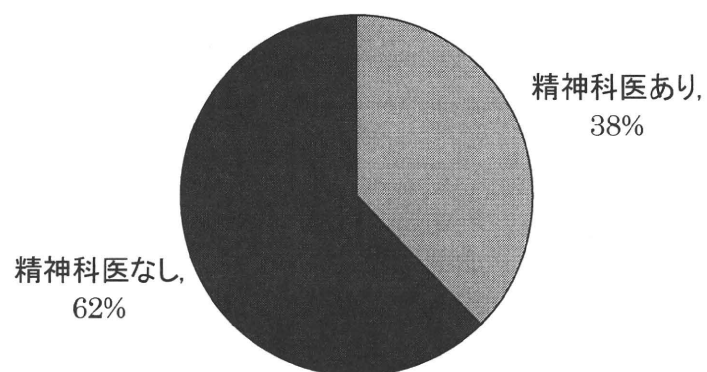


図3 独立した健診機関の精神科医の有無

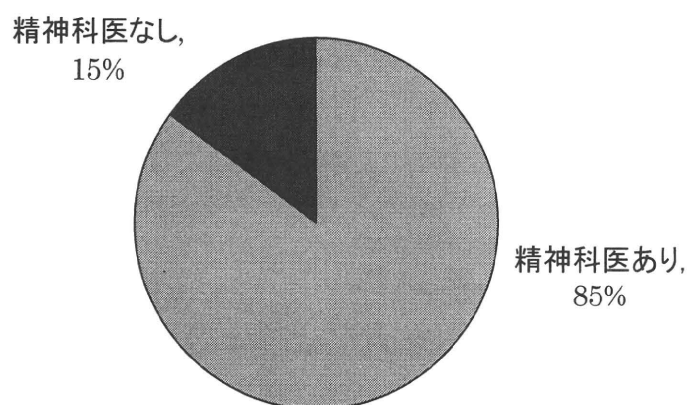


図4 EAPの利用の有無

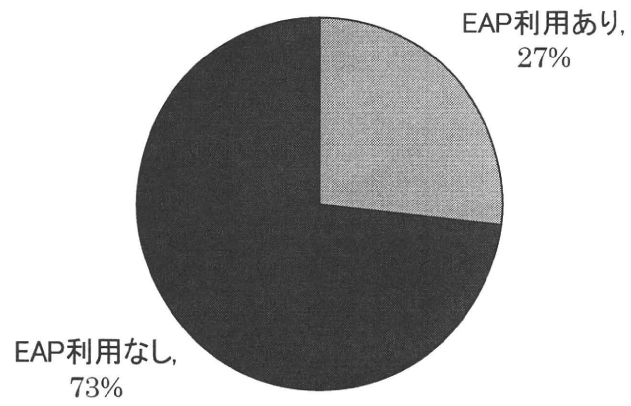
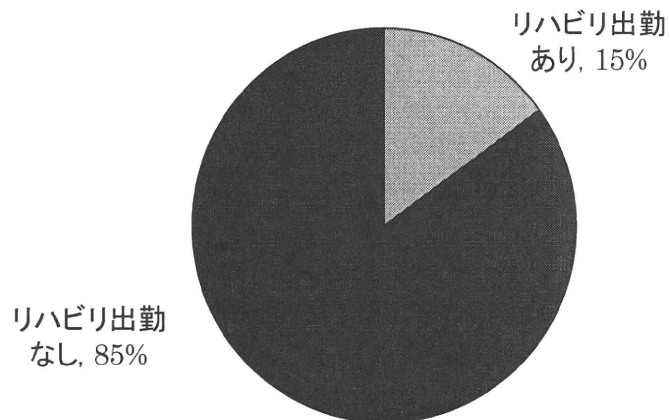


図5 リハビリ出勤制度の有無



平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）

研究課題名：職場における新たな精神疾患罹患労働者に対するメンタルヘルスのあり方に関する研究
分担研究報告書

メンタルヘルス不調を抱える労働者への支援をめぐっての 精神科医と産業保健スタッフの連携に関する研究

研究代表者 廣 尚典 産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学・教授

研究協力者 渡辺洋一郎 渡辺クリニック・院長
鍵本伸明 ナンバかぎもとメンタルクリニック・院長

研究要旨

精神科診療所および総合病院精神科（神経科）の医師に対して、無記名の質問紙調査を実施し、労働者の受診件数、職場からの各種問い合わせ、産業医の問い合わせに対する対応、職場からの諸情報の診療にとっての有用性などの現状を明らかにした。

総合病院精神科に比べ、精神科診療所の方が、労働者の受診件数は多く、問い合わせ類も多い傾向がみられた。一方で、産業医からの問い合わせに対して大半の例で回答できるとされた項目は一部ばらつきがみられ、休業見込み期間、特定の仕事の遂行可能性は低率であった。就業上の配慮など職場での対応を検討する上で重要視されている診断名については、70～80%に留まっており、何らかの改善策を講じる必要性が示唆された。

また、職場で把握可能な当該労働者に関する情報の多くが、精神科診療にとって有用であることも確認された。今後は、それらの情報を効率的に提供できるような仕組み、ツールの開発と普及が望まれる。

A. 研究目的

「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」（厚生労働省、2009）でも強調されているように、メンタルヘルス不調をきたした労働者に対して、適切な支援を行い、彼らの病状の回復や職場再適応を促すとともに、上司や同僚に対しても、当該労働者への配慮に関連して疲労やストレスが高まり、心身の不調をきたすようなことがないような対応を図るためには、産業医、産業看護職などの産業保健スタッフ等と医療機関、特に精神科主治医との連携が非常に重要である¹⁾²⁾。

また、主治医にとっても、患者の労働現場での様々な側面に関する情報を得ることは、より適切な診療を行うために有用な場合が多いと考えられる。

そこで、本研究では、精神科医と事業場内産業保健スタッフ等の連携の現状と望ましいあり方の一端を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

大阪精神科診療所協会および日本総合病院精神医学会の協力を得て、前者の会員265名と後者の所有する精神科または神経科が設置されている全国の総合病院リストに記載のある924の病院に対して、郵送により無記名式の質問票を配布した。大阪精神科診療所協会会員向けの質問票の本文を本論文末に付録として付けた。総合病院精神科医師向けの質問票は、その問2「開業されてから現在までの期間をお答えください。」が「総合病院で精神科臨床をされてから現在までの期間をお答えください。」となっている点を除けば、大阪精神科診療所協会会員向

けのものと同一である。

回収は、質問票に同封した封筒で個別に返送してもらった。返送先を変えることで、各回答を団体別に分別することを可能にした。

C. 研究結果と考察

大阪精神科診療所協会関係（以下、診療所関係と略）と日本総合病院精神医学会関係（以下、病院関係と略）を別々に集計した。回収数(回収率)は、前者が57(21.5%)、後者が270(28.3%)であった。各問いの集計結果を、前者については表1～14、後者については表15～28に示した。

精神科臨床医としての経験年数は、診療所関係の方が長かった。

1日あたりの企業の労働者・自治体の職員の受診者数は、診療所関係の方が多い傾向にあった。

職場関係者からの問い合わせについては、産業医・看護職の来訪「あり」が、診療所関係で43.9%、総合病院関係で26.7%であり、診療所関係の方が多かった。上司・人事担当者の来訪は、「あり」が診療所関係86.0%、総合病院関係82.6%と、両者で大きな差はなかった。電話での問い合わせ「あり」は、産業医・看護職からは、診療所関係47.4%、総合病院関係35.2%、上司・人事担当者からは、診療所関係62.5%、総合病院関係50.4%と、ともに診療所関係の方が多かった。書面による問い合わせ「あり」は、産業医・看護職からは、診療所関係57.9%、総合病院関係46.7%と診療所関係が多かったが、上司・人事担当者からは、診療所関係28.1%、総合病院関係30.4%と、両者同程度であった。電子メールでの問い

合わせは、産業医・看護職、上司・人事担当者のいずれからも少なかった。

書面による産業医からの問い合わせに対して回答を承諾する割合は、全般的に総合病院関係の方がやや高い傾向がみられたが、その割合は項目によって大きく異なった。すなわち、病状、治療薬、治療方法に比べ、休業見込み期間、特定の仕事の遂行可能性は低率であった。診断名に注目すると、診療所関係では、通院労働者の場合 24.6%、入院労働者の場合 15.8%、総合病院関係では、通院労働者の場合 18.9%、入院患者の場合 18.6%が、「大半の例で承諾」以外であった（「不明」を除く）。

職場からの諸情報が診療にとって有用かどうかについては、大半の項目で「非常に役立つ」あるいは「役立つ」の回答が 80%以上と、高率であった。特に「非常に役立つ」が高率であったのは、「試し出勤制度」（診療所関係 77.2%、総合病院関係 67.4%）、「就業面が可能な範囲」（診療所関係 75.4%、総合病院関係 70.7%）、「普段の職場での言動」（70.2%、総合病院関係 68.5%）、「受診前の職場での言動」（診療所関係 68.4%、総合病院関係 70.4%）であった。逆に「非常に役立つ」が低率であったのは、「（職場で把握している）既往歴」（診療所関係 24.6%、総合病院関係 31.1%）、「過去の健康診断の結果」（診療所関係 26.3%、総合病院関係 24.4%）、「同僚や上司のおおよその作業負荷」（診療所関係 33.3%、総合病院関係 37.8%）であった。

D. 考察

1. 受診者数について

企業の労働者および自治体職員の 1 日あたりの受診者数は、診療所関係の方が総合病院よりも多くなっている。診療所では、労働者の受診に関する便宜を図るなどの理由で、夕方から夜間にかけての診療時間を設けているところがあり、そうした取り組みが実際に労働者の受診のしやすさにつながっていると考えられる。

2. 職場からの問い合わせについて

職場関係者からの問い合わせに関しても、両者の間で、産業医・看護職の来訪、電話での問い合わせ、書面での問い合わせのいずれも大きな差がみられ、診療所関係では 4 割以上が産業医・看護職の来訪を受け入れていた。これは、診療所医師の方が、産業保健スタッフにとって、地域医療の場を含め日頃から交流がある、相談に向きやすいなどの理由によるものであると推測される。また、人事・労務担当者の電話の問い合わせについても同様の傾向があることから、事業場として特定の診療所と連携を図っている例も少なくないであろう。人事・労務担当者の来訪および書面での問い合わせについては、それほど差がみられないが、前者は両者とも 80%を超えており、いわゆる天井効果によるものと考えられる。後者は、他（特に電話での問い合わせ）の影響を受けた結果とも考えられよう。

ただし、今回の調査の対象は、診療所関係が大阪地区に限定している一方で、総合病院関係は全国規模であったため、前者の地域の特性が両者の結果の違いに影響を及ぼしている可能性は否定できない。

3) 主治医からの情報提供について

産業医からの問い合わせに対して本人から同意が得られた場合に回答できる事項の

中では、特に診断書に関して問題になることが多い。すなわち、職場に届けられる診断書や意見書には、暫定的な診断名しか示されなかったり、本人が職場内で不利益を被らないようにとの配慮から確定診断名とは異なった表現が用いられたりするのである。今回の調査でも、診断名を大半の例で通知できるという回答は、診療所関係、総合病院関係とも70～80%程度に留まっている。現在、診断名を本人への対応（就業面の配慮など）の主要な拠りどころとしている職場は多いと考えられることから、現状よりも主治医が診断名を職場に対して情報提供できる仕組み、あるいは職場が本人への対応を検討するに当たって参考にできる、診断名に代わりうる事項を模索することが求められる。

休業見込み期間、特定の仕事の遂行可能性が特に低率であるのは、主治医にとって判断が難しいことを反映している面が強いと推測される。前者は病状の推移の予想しにくさに加えて、職場の諸事情によっても左右される面があるためであると考えられるし、後者については、診察室の中で限られた情報をもとに評価することが困難であるともいえよう。「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」では、主治医は「病状の回復程度によって職場復帰の可能性を判断していることが多く、それはただちにその職場で求められる業務遂行能力まで回復しているか否かの判断とは限らない」と記されているが、まさにこのことが、それに該当するといえよう。

4) 主治医にとっての職場からの情報の有用性について

今回とりあげた15項目については、12

項目で80%以上が「非常に役立つ」または「役立つ」との回答であった。これらについての情報提供を職場からできるだけ効率的に行えるツール類（例えば、わかりやすい書面のフォーマット）の開発が望まれる。残りの3項目のうち、「過去の健康診断の結果」は、精神科診療ではあまり参考となる事柄が含まれていないこと、「（職場が把握している）既往歴」と「（職場が把握している）本人が抱えている仕事外の問題」は、通常診療の中で確認する事項であることから、有用性は他の項目に比べ低いと評価されたのであろう。

E. 結論（まとめ）

質問紙調査により、精神科診療所および総合病院精神科（神経科）における労働者の受診状況、受診している労働者についての職場関係者からの問い合わせ、産業医からの問い合わせへの対応、職場から提供できる情報の診療にとっての有用性などの現況が明らかになった。

F. 研究発表

1. 論文発表
該当せず。
2. 学会発表
該当せず。

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
該当せず。
2. 実用新案登録
該当せず。
3. その他
該当せず。

H. 引用文献

- 1) 中央労働災害防止協会編：心の健康 詳説
職場復帰支援の手引き．中央労働災害防止
協会，2010.
- 2) 廣尚典：産業精神保健における精神科医
と産業医の連携．精神神経学雑誌 110,
1103-1108, 2008.

表 1. 精神科臨床医としての経験年数

5 年未満	0	0(%)
5 年以上 10 年未満	1	1.8
10 年以上 15 年未満	2	3.5
15 年以上	7	12.3
20 年以上	47	82.5

表 2. 開業してから現在までの期間

5 年未満	8	14.0(%)
5 年以上 10 年未満	15	26.3
10 年以上 15 年未満	11	19.3
15 年以上	7	12.3
20 年以上	16	28.1

表 3. 企業の労働者・自治体職員の受診者数／日

10 人未満	23	40.1(%)
10 人以上 20 人未満	20	35.1
20 人以上 30 人未満	6	10.5
30 人以上	7	12.3
不明	1	1.8

表 4. 産業医・看護職の来訪／月

あり	25	43.9(%)
1 人未満	8	
1 人	10	
2 人	5	
3 人	0	
4 人	1	
5 人	1	
なし	31	54.4
不明	1	1.8