

②タイプV-2 への対応のポイント

タイプV-2 は職場での事例性は認められず、本人がプライベートな悩みを抱えている事例がほとんどである。本人の問題解決意欲も高く、問題解決に焦点を当てたカウンセリングが有効に機能する。自ら解決のための行動を起こすことができるため、職場では、プライバシーに配慮し、あまり踏み込みすぎずに、相談機関の情報提供を行うことが役立つと考えられる。

（3）本研究の課題

第一に、本研究の結果は、外部 EAP 機関における面談事例を対象とした分析の結果であり、一般化には限界がある。外部 EAP 機関と契約できるだけの企業規模を持ち、メンタルヘルス対策の必要性の認識と対応のための体制がある程度確立されている企業における事例が対象であったといえる。また、ほとんどが正規雇用の事例であった。本研究における事例タイプを試案として、検証を重ねていくことが必要である。第二に、40 歳代、50 歳代の事例との比較を行っていないため、本研究における結果が若年層事例特有のものであるのか、あるいは個人の問題にあるのかを結論付けることは困難である。今後、他の年代も含めた検討が必要であろう。第三に、現段階では試案であり、現場で使うツールとしては、やや煩雑である。事例タイプの判別に

役立つ要因をさらに検討するとともに、事業場で使いやすいツールの開発が求められる。

4. まとめ

若年層では従来の典型うつ病の対応が当てはまらない事例が多いことが確認されたが、全てが「未熟型うつ」や「現代型うつ」に該当するわけではない。まず診断の有無と診断名を確認し、ついで各事例タイプを見極めた上で対応を行うことの有効性が示唆された。対応の初期段階としては、管理監督者が能率の低下や遅刻・欠勤、言動の異常などを見逃さずに声をかけ、不調の訴えがある、あるいは問題が不明確であれば専門スタッフに繋ぐという従来の対応が必要であろう。事例タイプの見極めやタイプに応じた対応は、その次の一手を打つ際に有効になると考えられる。事例に適切に対応するためには、やはり基盤として、①ラインケア教育の充実・徹底、②相談体制の整備、③外部資源の活用、④社内外の連携体制の整備がなされていることが重要であるといえる。

F 参考・引用文献

笠原 嘉. 「うつ病の臨床的分類」再論. 精神誌 107 : 523-528, 2005

笠原 嘉. うつ病臨床のエッセンス. みすず書房, 東京, 2010

- 貝谷久宣. 気まぐれ「うつ病」. 筑摩書房, 東京, 2008
- 貝谷久宣. 非定型うつ病のことがよくわかる本. 講談社, 東京, 2009
- 厚生労働省. 労働経済の分析. 2006a
- 厚生労働省. 労働者の心の健康の保持増進のための指針. 2006b
- 厚生労働省. 労働者健康状況調査. 2007
- 厚生労働省. 心の健康問題により休職した労働者の職場復帰支援の手引き. 2009
- 厚生労働省. 平成 22 年版 働く女性の実情. 2011
- 松崎一葉、吉野 聡. よくわかる新型うつ. 現代けんこう出版, 東京, 2011
- 道谷里英. 新入社員が直面する課題とその支援. 産業精神保健 18 (3) : 192-198, 2010
- 夏目 誠. 特集「疾患に応じた復職支援の実際 (ポイント)」適応障害の観点から. 産業精神保健 19 (3) : 168-174, 2011
- 野村総一郎. 現代型のうつ病を巡って. 産業ストレス研究 19(1) : 33, 2011
- 尾崎紀夫. 社会復帰に繋げるうつ病治療 : 真の recovery を目指して. 精神経誌 112 (10) : 1048-1055, 2010
- 牛島定信、五十嵐良雄、白波瀬丈一郎. 第 18 回日本産業精神保健学会シンポジウム「職場復帰の場面における成長支援を考える」. 産業精神保健 19(増刊号):34-36, 2011

Table 1. EAP相談利用者における性別、相談経路、主な問題、および精神疾患に関する割合の年代間比較

		<i>N</i>	20歳代 (<i>n</i> =131)	30歳代 (<i>n</i> =268)	40歳代 (<i>n</i> =250)	50歳代 (<i>n</i> =105)
性別	男性	554	77 (13.9 %)*	191 (34.5 %)	205 (37.0 %)*	81 (14.6 %)
	女性	200	54 (27.0 %)*	77 (38.5 %)	45 (22.5 %)*	24 (12.0 %)
$\chi^2(3) = 25.475^{**}$						
相談経路	自発相談	348	45 (12.9 %)*	113 (32.5 %)	118 (33.9 %)	72 (20.7 %)*
	上司の勧め	138	38 (27.5 %)*	56 (40.6 %)	38 (27.5 %)	6 (4.3 %)*
	産業保健スタッフの勧め	126	24 (19.0 %)	47 (37.3 %)	39 (31.0 %)	16 (12.7 %)
	人事・労務スタッフの勧め	38	12 (31.6 %)*	14 (36.8 %)	10 (26.3 %)	2 (5.3 %)
	家族の勧め	8	1 (12.5 %)	4 (50.0 %)	3 (37.5 %)	0 (0.0 %)
	その他	95	10 (10.5 %)	35 (36.8 %)	41 (43.2 %)*	9 (9.5 %)
$\chi^2(15) = 52.26^{**}$						
主な問題	精神的問題	326	62 (19.0 %)	121 (37.1 %)	109 (33.4 %)	34 (10.4 %)*
	身体的問題	16	1 (6.3 %)	8 (50.0 %)	2 (12.5 %)	5 (31.3 %)*
	仕事の問題	288	50 (17.4 %)	110 (38.2 %)	93 (32.3 %)	35 (12.2 %)
	家庭の問題	94	9 (9.6 %)*	22 (23.4 %)*	37 (39.4 %)	26 (27.7 %)*
	その他の問題	21	5 (23.8 %)	6 (28.6 %)	6 (28.6 %)	4 (19.0 %)
	問い合わせ	8	3 (37.5 %)	2 (25.0 %)	2 (25.0 %)	1 (12.5 %)
$\chi^2(15) = 37.07^{**}$						
精神疾患	診断なし	301	44 (14.6 %)	98 (32.6 %)	99 (32.9 %)	60 (19.9 %)*
	気分障害	214	34 (15.9 %)	82 (38.3 %)	81 (37.9 %)	17 (7.9 %)*
	適応障害	37	11 (29.7 %)*	13 (35.1 %)	11 (29.7 %)	2 (5.4 %)
	不安・強迫障害	21	0 (0.0 %)*	14 (66.7 %)*	7 (33.3 %)	0 (0.0 %)
	その他	108	25 (23.1 %)	37 (34.3 %)	28 (25.9 %)	18 (16.7 %)
	不明	72	16 (22.2 %)	25 (34.7 %)	23 (31.9 %)	8 (11.1 %)
$\chi^2(15) = 41.16^{**}$						

** $p < .01$, * $p < .05$

※残差分析で5%水準の有意差の認められたセルに*をつけた

Table2. 問題の背景となる職場のストレス要因に関する年代別記述統計(度数(%))

	N	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代
		(n=130, 延べ188個)	(n=268, 延べ390個)	(n=250, 延べ343個)	(n=105, 延べ118個)
人間関係	284	56 (29.8 %)	104 (26.7 %)	81 (23.6 %)	43 (36.4 %)
質的負担	205	31 (16.5 %)	77 (19.7 %)	82 (23.9 %)	15 (12.7 %)
量的負担	105	25 (13.3 %)	46 (11.8 %)	29 (8.5 %)	5 (4.2 %)
仕事の適性	98	24 (12.8 %)	33 (8.5 %)	34 (9.9 %)	7 (5.9 %)
サポート不足	35	5 (2.7 %)	18 (4.6 %)	9 (2.6 %)	3 (2.5 %)
コントロール	45	5 (2.7 %)	20 (5.1 %)	15 (4.4 %)	5 (4.2 %)
物理的環境	44	7 (3.7 %)	14 (3.6 %)	16 (4.7 %)	7 (5.9 %)
環境・役割の変化	33	2 (1.1 %)	12 (3.1 %)	16 (4.7 %)	3 (2.5 %)
働きがい	23	6 (3.2 %)	10 (2.6 %)	5 (1.5 %)	2 (1.7 %)
身体的負担	4	0 (0.0 %)	1 (0.3 %)	2 (0.6 %)	1 (0.8 %)
その他	77	12 (6.4 %)	21 (5.4 %)	30 (8.7 %)	14 (11.9 %)
不明	40	8 (4.3 %)	16 (4.1 %)	10 (2.9 %)	6 (5.1 %)
なし	46	7 (3.7 %)	18 (4.6 %)	14 (4.1 %)	7 (5.9 %)
計	1039	188 (100 %)	390 (100 %)	343 (100 %)	118 (100 %)

※本人の訴えに基づき、相談を担当した臨床心理士が1人当たり最大2カテゴリーに分類した。

Table3. 20歳代と30歳代において人間関係とともに訴えられた職場のストレス要因と相談内容例

	20歳代(n=52、延べ56)		30歳代(n=101、延べ104)	
	n	相談内容例	n	相談内容例
人間関係のみ	25 (44.6 %)	<ul style="list-style-type: none"> ・上司との関係(パワハラ、プライベートに踏み込んだ助言等) ・先輩、指導員との関係(指導や叱責、付き合い方の悩み等) ・同僚との関係(苦手な人との付き合い方の悩み等) ・その他(コミュニケーションが苦手、周囲にどう思われているか気になる等) 	45 (42.5 %)	<ul style="list-style-type: none"> ・上司との関係(パワハラ、苦手なタイプ、上司が働かない、指示・命令の仕方への不満や不安、責任を転嫁された等) ・同僚との関係(中途入社後職場になじめない、職場で孤立、イジメを受けている等) ・その他(コミュニケーションが苦手、顧客や他社との関係等)
仕事の適性	9 (16.1 %)	<ul style="list-style-type: none"> ・上司や指導員の厳しい指導・叱責を受けて適性に悩む ・同僚からのイジメから会社への不信感があり、転職を考える ・仕事でペアを組んでいた人との関係から仕事への自信喪失 等 	7 (6.6 %)	<ul style="list-style-type: none"> ・対人緊張の高さから適性に悩む ・交渉業務や管理業務が向いていないと感じる ・長年の精神症状による機能低下 等
量的負担	9 (16.1 %)	<ul style="list-style-type: none"> ・先輩との関係から仕事のペース配分ができず仕事に追われる ・仕事をこなしきれない ・先輩と上司との調整役になって業務量が増えた 等 	7 (6.6 %)	<ul style="list-style-type: none"> ・人員不足で仕事量が多く忙しい ・仕事をこなしきれない ・問題を抱え込んでいる 等
質的負担	6 (10.7 %)	<ul style="list-style-type: none"> ・上司や同僚、先輩との折り合いが悪い ・指示・指導、叱責による緊張、やる気低下 等 	23 (21.7 %)	<ul style="list-style-type: none"> ・マネジメント業務への困難(部下に仕事が振れない、プレッシャーが強い、女性の部下への対応 等) ・経験のない業務への困難 ・上司の期待に応えられない 等
サポート不足	1 (1.8 %)	<ul style="list-style-type: none"> ・上司に相談しても聞いてもらえない 	5 (4.7 %)	<ul style="list-style-type: none"> ・上司に相談したが対応してもらえない ・人員不足・上司が多忙で相談できない 等
コントロール	0 (0.0 %)	なし	5 (4.7 %)	<ul style="list-style-type: none"> ・裁量が増えたことによるプレッシャー ・事故後のクレーム対応でコントロール低下 ・自分のペースで仕事ができなくなった 等
物理的環境	1 (1.8 %)	<ul style="list-style-type: none"> ・大規模な工事現場の危険作業 	2 (1.9 %)	<ul style="list-style-type: none"> ・事故のおきやすい現場への不安 等
働きがい	1 (1.8 %)	<ul style="list-style-type: none"> ・モチベーションがあがらない 	2 (1.9 %)	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事に意義を見出せない 等
環境・役割の変化	0 (0.0 %)		2 (1.9 %)	<ul style="list-style-type: none"> ・昇進・異動
その他・不明	4 (7.1 %)	<ul style="list-style-type: none"> ・処遇面への不満 等 	6 (5.7 %)	<ul style="list-style-type: none"> ・自分が評価されないことへの不満 等

Table4. 20歳代と30歳代における 個人属性、仕事のストレス要因、性格傾向、および組織との連携の割合に関する年代間比較

		N	<30歳 (n=28)	30-34歳 (n=24)	35歳< (n=25)	χ^2 検定の結果
属性						
性別	男性	58	16 (27.6 %) *	20 (34.5 %)	22 (37.9 %) *	$\chi^2(2) = 8.72^*$
	女性	19	12 (63.2 %) *	5 (26.3 %)	2 (10.5 %) *	
婚姻状況	未婚	42	26 (61.9 %) *	11 (26.2 %)	5 (11.9 %) *	$\chi^2(6) = 36.01^{**}$
	既婚	28	0 (0 %) *	11 (39.3 %)	17 (60.7 %) *	
	離婚	2	0 (0 %)	2 (100 %) *	0 (0 %)	
	不明	5	2 (40 %)	1 (20 %)	2 (40 %)	
住居形態	独居	17	10 (58.8 %)	4 (23.5 %)	3 (17.6 %)	$\chi^2(4) = 5.33$
	家族同居	51	16 (31.4 %)	18 (35.3 %)	17 (33.3 %)	
	単身赴任	9	2 (22.2 %)	3 (33.3 %)	4 (44.4 %)	
職種	技術	31	15 (48.4 %)	10 (32.3 %)	6 (19.4 %)	$\chi^2(6) = 10.34$
	技能	14	6 (42.9 %)	4 (28.6 %)	4 (28.6 %)	
	事務	20	2 (10 %)	9 (45 %)	9 (45 %)	
	販売営業	12	5 (41.7 %)	2 (16.7 %)	5 (41.7 %)	
職場のストレス要因	質的負担	18	5 (27.8 %)	8 (44.4 %)	5 (27.8 %)	$\chi^2(2) = 1.44$
	量的負担	7	3 (42.9 %)	0 (0 %) *	4 (57.1 %)	$\chi^2(2) = 4.69^{\dagger}$
	コントロール	7	1 (14.3 %)	4 (57.1 %)	2 (28.6 %)	$\chi^2(2) = 2.19$
	サポート不足	5	2 (40 %)	1 (20 %)	2 (40 %)	$\chi^2(2) = 0.53$
	人間関係	16	6 (37.5 %)	5 (31.3 %)	5 (31.3 %)	$\chi^2(2) = 0.23$
	物理的環境	9	3 (33.3 %)	3 (33.3 %)	3 (33.3 %)	$\chi^2(2) = 0.06$
	環境・役割の変化	1	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (100 %)	$\chi^2(2) = 2.37$
	仕事の適性	10	7 (70 %) *	3 (30 %)	0 (0 %) *	$\chi^2(2) = 7.40^*$
	働きがい	10	5 (50 %)	2 (20 %)	3 (30 %)	$\chi^2(2) = 1.36$
	その他	1	0 (0 %)	1 (100 %)	0 (0 %)	$\chi^2(2) = 1.90$
性格傾向	自己愛傾向	19	3 (15.8 %) *	9 (47.4 %)	7 (36.8 %)	$\chi^2(2) = 4.92^{\dagger}$
	回避傾向	24	8 (33.3 %)	7 (29.2 %)	9 (37.5 %)	$\chi^2(2) = 0.65$
	他責傾向	15	3 (20 %)	5 (33.3 %)	7 (46.7 %)	$\chi^2(2) = 2.81$
	メラニコリー親和型	13	3 (23.1 %)	8 (61.5 %) *	2 (15.4 %)	$\chi^2(2) = 6.08^*$
組織との連携 相談経路	セルフリファール	13	2 (15.4 %)	7 (53.8 %)	4 (30.8 %)	$\chi^2(4) = 4.35$
	マネジメントリファール	55	23 (41.8 %)	15 (27.3 %)	17 (30.9 %)	
	その他	9	3 (33.3 %)	3 (33.3 %)	3 (33.3 %)	
連携	連携あり	61	26 (42.6 %) *	18 (29.5 %)	17 (27.9 %)	$\chi^2(2) = 4.98^{\dagger}$

$^{\dagger}p < .10$, $^*p < .05$, $^{**}p < .01$

※残差分析で5%水準の有意差の認められたセルに*をつけた

Table5. 20歳代、30歳代における事例タイプと各タイプの特徴

	事例タイプ	特徴
診断あり	タイプⅠ 典型うつ病タイプ (n=8)	<ul style="list-style-type: none"> ・診断名：うつ病、気分障害 ・大うつ病性障害、メランコリー親和型うつ病に該当する事例
	タイプⅡ 典型以外のうつ病タイプ (n=12)	<ul style="list-style-type: none"> ・診断名：うつ病、気分障害 ・気分障害の診断を満たす症状を呈するが、典型うつ病とは異なる病態や性格傾向を示す事例 ・下位分類 <ul style="list-style-type: none"> -タイプⅡ-1：自己愛/他責/回避傾向などの性格要因に特徴がある事例(10) -タイプⅡ-2：身体疾患など生物学的要因が背景にある事例(2)
	タイプⅢ 適応障害タイプ (n=15)	<ul style="list-style-type: none"> ・診断名：適応障害、抑うつ状態 ・気分障害には至らないが抑うつや身体症状を伴う ・下位分類 <ul style="list-style-type: none"> -タイプⅢ-1：明らかな社会的要因により発症した事例(5)：パワハラ、昇格 -タイプⅢ-2：心理的要因の関与が強い事例(10)：未熟さ、対人緊張、こだわりの強さ、劣等感等
	タイプⅣ その他タイプ (n=10)	<ul style="list-style-type: none"> ・診断名：不安障害(3)、パニック障害(2)、自律神経失調症(2)、アルコール依存症(1)、睡眠障害(1)、人格障害(1)
診断なし	タイプⅤ 診断なしタイプ (n=31)	<ul style="list-style-type: none"> ・診断名：なし ・診断を満たす症状が認められない事例、精神症状が訴えられず受診が必要ない事例 ・下位分類 <ul style="list-style-type: none"> -タイプⅤ-1：職場不適応事例(15)：能率低下、勤怠の問題など不適応状態にある -タイプⅤ-2：個人の問題解決のためのカウンセリング事例(11)：仕事の問題、プライベートの問題 -タイプⅤ-3：予防的カウンセリング事例(5)：ストレスチェック後フォロー、自殺発生後フォロー

Table6. 20歳代と30歳代における個人属性、仕事のストレス要因、性格傾向、および組織との連携の割合に関する事例タイプ間の比較

属性	N	タイプ I (n=8)	タイプ II (n=13)	タイプ III (n=15)	タイプ IV (n=10)	タイプ V (n=31)	χ^2 検定の結果	
性別	男性	58	5 (8.6 %) ※1	11 (19 %)	13 (22.4 %)	5 (8.6 %)	24 (41.4 %)	$\chi^2(4) = 5.87$
	女性	19	3 (15.8 %)	2 (10.5 %)	2 (10.5 %)	5 (26.3 %)	7 (36.8 %)	
年代	30<	28	3 (10.7 %)	4 (14.3 %)	3 (10.7 %)	3 (10.7 %)	15 (53.6 %)	$\chi^2(8) = 4.92$
	30-34	25	3 (12 %)	5 (20 %)	5 (20 %)	4 (16 %)	8 (32 %)	
	35<	24	2 (8.3 %)	4 (16.7 %)	7 (29.2 %)	3 (12.5 %)	8 (33.3 %)	
婚姻状況	未婚	42	4 (9.5 %)	8 (19 %)	5 (11.9 %)	5 (11.9 %)	20 (47.6 %)	$\chi^2(4) = 8.84$
	既婚	28	3 (10.7 %)	4 (14.3 %)	9 (32.1 %)	4 (14.3 %)	8 (28.6 %)	
	離婚	2	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (50 %)	0 (0 %)	1 (50 %)	
	不明	5	1 (20 %)	1 (20 %)	0 (0 %)	1 (20 %)	2 (40 %)	
住居形態	独居	17	2 (11.8 %)	4 (23.5 %)	0 (0 %)	3 (17.6 %)	8 (47.1 %)	$\chi^2(4) = 9.75$
	家族同居	51	6 (11.8 %)	8 (15.7 %)	14 (27.5 %)	6 (11.8 %)	17 (33.3 %)	
	単身赴任	9	0 (0 %)	1 (11.1 %)	1 (11.1 %)	1 (11.1 %)	6 (66.7 %)	
職種	技術	31	6 (19.4 %) *	5 (16.1 %)	5 (16.1 %)	2 (6.5 %)	13 (41.9 %)	$\chi^2(4) = 18.57†$
	技能	14	2 (14.3 %)	2 (14.3 %)	5 (35.7 %)	0 (0 %)	5 (35.7 %)	
	事務	20	0 (0 %)	2 (10 %)	3 (15 %)	6 (30 %) *	9 (45 %)	
	販売営業	12	0 (0 %)	4 (33.3 %)	2 (16.7 %)	2 (16.7 %)	4 (33.3 %)	
職場のストレス要因	質的負担	18	0 (0 %)	5 (27.8 %)	8 (44.4 %) *	2 (11.1 %)	3 (16.7 %) *	$\chi^2(4) = 12.61*$
	量的負担	7	1 (14.3 %)	0 (0 %)	1 (14.3 %)	1 (14.3 %)	4 (57.1 %)	$\chi^2(4) = 2.37$
	コントロール	7	2 (28.6 %)	1 (14.3 %)	1 (14.3 %)	1 (14.3 %)	2 (28.6 %)	$\chi^2(4) = 3.12$
	サポート不足	5	1 (20 %)	1 (20 %)	2 (40 %)	0 (0 %)	1 (20 %)	$\chi^2(4) = 2.60$
	人間関係	18	3 (16.7 %)	4 (22.2 %)	4 (22.2 %)	0 (0 %)	7 (38.9 %)	$\chi^2(4) = 4.45$
	物理的環境	9	0 (0 %)	4 (44.4 %)	1 (11.1 %)	0 (0 %)	4 (44.4 %)	$\chi^2(4) = 7.46$
	環境・役割の変化	1	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (100 %)	$\chi^2(4) = 1.62$
	仕事の適性	10	2 (20 %)	1 (10 %)	2 (20 %)	1 (10 %)	4 (40 %)	$\chi^2(4) = 1.61$
	働きがい	10	2 (20 %)	0 (0 %)	1 (10 %)	1 (10 %)	6 (60 %)	$\chi^2(4) = 5.34$
	その他	1	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (100 %)	$\chi^2(4) = 1.68$
	性格傾向	自己愛傾向	19	0 (0 %)	5 (26.3 %)	6 (31.6 %)	2 (10.5 %)	6 (31.6 %)
回避傾向		24	0 (0 %) *	6 (25 %)	9 (37.5 %) *	2 (8.3 %)	7 (29.2 %)	$\chi^2(4) = 12.44*$
他責傾向		15	0 (0 %)	4 (26.7 %)	5 (33.3 %)	1 (6.7 %)	5 (33.3 %)	$\chi^2(4) = 5.62$
メランコリー親和型		13	6 (46.2 %) *	2 (15.4 %)	4 (30.8 %)	0 (0 %)	1 (7.7 %) *	$\chi^2(4) = 26.45**$
組織との連携	相談経路							
	フリフォーマー	13	3 (23.1 %)	2 (15.4 %)	1 (7.7 %)	1 (7.7 %)	6 (46.2 %)	$\chi^2(8) = 5.49$
	マネジメントリフォーマー	55	5 (9.1 %)	10 (18.2 %)	12 (21.8 %)	7 (12.7 %)	21 (38.2 %)	
その他	9	0 (0 %)	1 (11.1 %)	2 (22.2 %)	2 (22.2 %)	4 (44.4 %)		
連携	連携あり	61	6 (9.8 %)	12 (19.7 %)	15 (24.6 %) *	7 (11.5 %)	21 (34.4 %) *	$\chi^2(4) = 8.37†$

†p<.10, *p<.05, **p<.01

※残差分析で5%水準の有意差の認められたセルに*をつけた

Table7. 各事例タイプの見極めのポイント、経過の特徴、および職場での対応のポイント

診断	事例タイプ	事例タイプの見極めポイント	経過の特徴	望まれる対応	問題を悪化させる対応
気分障害・うつ病	タイプⅠ (典型うつ病タイプ)	<ul style="list-style-type: none"> ・それまでの適応は良好、時に過剰適応。 ・性格特徴：几帳面、おとなしい、頑張り屋、いい人 ・症状軽快後の再適応が良好 ・周囲が支援をされていて手応えがある 	<ul style="list-style-type: none"> ・初発段階で能率低下や勤怠問題に上司が気づく ・上司が本人をEAPへ繋ぐ→カウンセリング→医療機関受診→休業・復職支援(再発予防)→業務配慮 	<ul style="list-style-type: none"> ・管理監督者が能率低下や遅刻・欠勤の増加を見逃さずに声をかけて受診に繋げる ・速やかに休業に入るための配慮をする ・業務負荷軽減 	<ul style="list-style-type: none"> ・不調のサインを見逃ごす ・励ます、頑張らせる、休ませない
	タイプⅡ (非典型的なうつ病タイプ)	<ul style="list-style-type: none"> ・それまでの適応は良好とはいえない ・対他的配慮に欠ける印象：表面的なコミュニケーション(対人緊張の高さ/苦しさ)、無気力、消極的、回避的 ・軽躁を伴う場合、人当たりが良い、活動的、気分のムラ ・症状軽快後も問題が長引く 	<ul style="list-style-type: none"> ・初発段階では上司から繋がっていない。 ・問題が継続した段階(受診済み/休業中)でEAPへ→カウンセリング/復職支援→EAPにてフォロー 	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期においては、タイプⅠと同様の対応 ・社内外の密な連携を取り、方針を一本化 ・就業規則や職場のルールに従った冷静な対応 ・症状軽快後、休業が長期化の場合「背中を押す」対応 ・心理的問題を解決するためのカウンセリングを勧める 	<ul style="list-style-type: none"> ・感情的な反応 ・本人の言うままの業務配慮など過度に受容的な対応→長期化を招く ・腫れ物に触るような対応→本人に疎外感をもたらす
	タイプⅡ-2	<ul style="list-style-type: none"> ・身体疾患を有する 	<ul style="list-style-type: none"> ・体調不良に対して上司から保健師へ繋がる ・保健師からEAPへ→精神症状に対する医療機関紹介→保健師へコンサルテーション→保健師フォロー 	<ul style="list-style-type: none"> ・基礎疾患の症状管理 ・身体、精神の各主治医双方からの意見聴取 ・本人が困っていることに対する業務配慮 	タイプⅠと同様
適応障害・抑うつ状態	タイプⅢ (適応障害タイプ)	<ul style="list-style-type: none"> ・客観的にも強度のストレス要因が存在する ・同一職場から複数名の不調者がでている 	<ul style="list-style-type: none"> ・同じ職場から複数名不調者が出るなど明らかな社会的要因が認められる ・ストレス反応→保健師や人事労務スタッフからEAPへ ・カウンセリングによる本人のケアと人事への情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・職場要因の客観的評価 ・パワハラの場合は人事労務など上司以外が対応 ・職場環境調整が中心 ・職場全体へのヒヤリングなど予防対策の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・中立でない対応、不平等な対応→不信感を招く ・ほったらかし
	タイプⅢ-2	<ul style="list-style-type: none"> ・素直でまじめだが未熟なタイプ(言語化が苦手、回避的)→対応する側が指導したくなる可能性 ・プライドが高く攻撃的(明確な他者批判/表明しないが内心無視、責任転嫁するなど)→対応する側に陰性感情が生じる可能性 	<ul style="list-style-type: none"> ・対人トラブル(上司の厳しい指導や叱責による関係悪化)、あるいは仕事の質的变化・質的負担感から症状を呈して欠勤 → 上司、産業保健スタッフからEAPへ繋がる → カウンセリング & コンサルテーション 	<ul style="list-style-type: none"> ・苦手業務、困難業務など質的負担の調整の工夫：本人とよく話し合い、特性を理解した上で配慮 ・慎重な配置転換の検討：主治医意見の聴取、産業医面談など手続きを踏み、枠組みを明確にする ・成長支援：自信を回復させて段階的に目標達成を促すなどの成長支援が重要。 ・マネジメントの見直し：上司の接し方、指示・指導の見直し、適性にあった配置 ・休養だけでなく、本人へのカウンセリング(キャリアや問題解決など)も同時に促す ・特性理解のために上司が専門職と連携を取る 	<ul style="list-style-type: none"> ・安易な配置転換や業務軽減 → 回避性を助長する ・特性を無視した対応や感情的な対応(叱責、説教、突き放した対応、熱心すぎる指導など) ・上司が独力で対応しようとして職場で抱え込む
その他	タイプⅣ (その他タイプ)	<ul style="list-style-type: none"> ・問題層が長い ・日常生活や業務に支障が出ている 	<ul style="list-style-type: none"> ・症状により業務に支障が出たことで上司から産業保健スタッフへ繋がる ・産業保健スタッフがEAPに繋ぐ→医療機関での治療、本人のカウンセリングを中心とし、職場での問題が顕著なケースはコンサルテーション 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関での診断の確定と治療 ・主治医との密な連携。 ・本人の問題解決や、症状コントロールのため、専門機関への相談を勧める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・職場だけで何とかしようとする ・突き放した対応、腫れ物に触るような対応
診断なし	タイプⅤ (診断なしタイプ)	<ul style="list-style-type: none"> ・不調の訴えはない/ストレス反応の範囲 ・何が問題か分からないが不適応状態にある ・性格特徴：顕著な特徴は認められない -未熟(子どもっぽい、頼りない、依存的、衝動的) -対人緊張が高い -プライドが高く、称賛や他者の関与を求める -人当たりが良いがコミュニケーションが表面的 -コミュニケーションが困難、疎通が悪い 	<ul style="list-style-type: none"> ・指導するがうまくいかない、業務習得ができないなど上司が困って相談に繋がる ・本人へのカウンセリング：問題の整理と現実的な解決に焦点を当てたカウンセリングを行う ・上司へのコンサルテーション：本人の特性を伝えて、接し方や指導法を見直す、適性を見直し、実家から通勤できるようにするなどの配慮の検討 ・職場での対応を見直すことで改善するケースが多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・心身の不調の訴えがある場合は受診/専門家への相談を勧める ・不調の訴えがなければ、マネジメント方法の見直し：うまくいかない指導や接し方は変えてみる(例えば叱責をやめる、ほめるなど)、サポート源を増やす(実家の支援を得る、優しい先輩をつけるなど) ・専門スタッフのサポートを得る：上司が接し方を相談する/本人を紹介して抱えている問題を整理させる 	<ul style="list-style-type: none"> ・問題を放置する→長期化、不調に陥る恐れあり ・精神論や叱責、説教によって改善を求める→ますます混乱するケースが多い
	タイプⅤ-2	<ul style="list-style-type: none"> ・職場で特に問題がない ・プライベートな問題を抱えている ・問題解決に対して積極的 	<ul style="list-style-type: none"> ・積極的に解決しようとして自発的に相談→カウンセリングや電話フォローで対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・個人的な問題を解決するための資源に繋ぐ ・本人が相談したい様子であれば、踏み込み過ぎない範囲で、親身にきく ・プライバシーへの配慮 	<ul style="list-style-type: none"> ・好奇心で安易に関る ・聴いた内容を勝手に他の人に話す
	タイプⅤ-3	<ul style="list-style-type: none"> ・特になし 	<ul style="list-style-type: none"> ・自殺発生後やストレスチェック後に産業保健スタッフや人事の勧めでEAPへ→1~2回で終了 ・産業保健スタッフや人事へのフィードバック 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じてフォローする ・タイプⅢ-1と類似 	タイプⅢ-1と類似

平成 23 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

一企業におけるメンタルヘルス事例への保健師介入に関する検討

研究分担者 黒木 宣夫 東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室・教授

研究協力者（報告書作成者） 合田 祐子 株式会社 IHI 本社健康支援センター

研究協力者 尾原 寿子 株式会社 IHI 本社健康支援センター

研究要旨

近年、メンタルヘルス不調者の職場での対応は多様化している。環境要因だけでなく、個人の性格や未熟さ、脆弱性など様々な要因があり、産業保健スタッフや職場だけでは対応困難な事例が増えており、これらの対応にかかる労力は計り知れない。

当社においてもこれまでのメンタルヘルス対応に加えて新たな対応体制の構築が必要と考えことで平成 21 年度に「保健師メンタルヘルスプロジェクト」として、保健師が実際に日常対応していて困っていることから対応体制の再構築を行った。その中で対応困難事例を集めて、保健師の研鑽目的で作成した事例集がある。

そこでこの事例集の事例を分析、分類して、対応パターンを作り誰が対応しても同じように対応できるような傾向を見つけることを目的として考察を試みる。

A. 研究目的

当社のメンタルヘルス不調者への対応事例から事例パターン別に産業保健スタッフはどのようなことに注目して対応をしていけばよいか、対応のポイントを見つける。

B. 研究方法

平成 21 年度に取り組んだ「保健師メンタルヘルスプロジェクト」において各保健師が教訓になったと感じた事例や対応が困難

だった事例を 1 人当たり 2 事例提出し、事例集を作成した。作成した事例集の 45 事例を廣のメンタルヘルス不調者の職場における対応のパターンに分類し、その対応方法に検討を加えた。

廣のメンタルヘルス不調者の職場における対応パターンは次のとおり分類される。

A パターン：メランコリー型うつ等（古典的タイプ）の例の多くが該当する。対応としては業務の軽減を行う、事例が軽度の例では休業するかどうかを本人と十分に話

し合う、就業を続ける場合はストレスを軽減しフォロー面接を定期的に行う、休業する場合は安心して休めるよう配慮する、本人家族を焦らせない、本人の仕事ぶりや仕事に関する考え方を話し合っていく、復職・業務負荷は慎重に行う、配置転換には慎重を期す。

B パターン：てんかん、統合失調症等の例の多くが該当する。対応としては配置転換の検討を進める、病状が安定したら早期に職場復帰を勧める、作業の安全面（本人および周囲に対しての）の確保を最優先する、長期的な就業制限に関して周囲の理解を求める、病態に応じた職場での留意点を詳細に検討し関係者に理解を求める、上司の人事異動に対応した継続的な申し送りシステムの対象とする、産業保健スタッフによる定期面接の対象とする、服薬状況を定期的に確認する。

C パターン：適応障害、パーソナリティ障害を伴う例の多くが該当する。対応としては元の職場への復帰にこだわらない、職場で配慮できることと本人に自助努力を求める点を明確にする、ルール違反に対しては冷静かつ厳格に対応する、病状が軽快したら早期に職場復帰を勧める、職場関係者が意思の疎通を図りながら協力して対応する、家族に職場で配慮できる限界を説明する、労働観について話し合う場を持つ、目標達成時には賞賛する、復帰後の職場での状況をできるだけ詳細に主治医へ伝える。

D パターン：双極性障害等の例の多くが該当する。対応としては主治医との定期的な情報交換を重視する、上司との継続的な連携を図る、本人の信頼しているキーパーソンを確保する、家族との連携を深めておく。

E パターン：アルコール依存症等の例の多くが該当する。対応としては関係者間で行うべきではないことを共有する。関係者

間で対応方法の原則を打ち合わせる、ルール違反に対しては冷静かつ厳格に対応する、よくなった点をはっきり本人に伝える、長期的なフォローアップを計画する。

F パターン：発達障害等の例の多くが該当する。対応としてはこれまでの本人ができたこととできなかったことを整理する、うまく職場適応できていた時期の業務内容・上司の対応方法の確認などを確認する、指示命令系の簡略化、明確化を図る、抽象的な表現による指示、助言はさける、職場環境や仕事内容を本人にできるだけ合ったものに自己肯定感を高めていく、物理・化学的刺激への過敏性に注意し必要に応じて配慮を行う、対人折衝の少ない自己完結できるような業務に就かせる、家族との連携を重視する。

G パターン：A～Fのいずれにも該当しないものである。

倫理的配慮

事例集作成では従業員の氏名や所属先が特定出来ないように配慮した。また事例に関しては、本稿の論旨に沿うように差し障りのない範囲で加工する。

用語の操作的定義

休業：診断書を提出し、業務外傷病欠勤となつて3か月以内のこと

休職：休業開始から3ヶ月1日以降の業務外傷病欠勤のこと

復職支援特別勤務：業務外傷病欠勤から職場復帰する際に、会社が短時間勤務からの復帰が望ましいと判断した者に対して使用できる勤務制度。

C. 結果

C-1. 当社の健康支援体制について

全国に7カ所にある事業所を中心に関係会社を含むグループ従業員の健康支援を、

専任産業医 18 名，非常勤メンタル産業医 1 名（本社），保健師 37 名が人事部門に籍を置いて行っている。また産業カウンセラーとの契約を事業所ごとに行い，就業時間内でカウンセリングを受けられるようにしている。事業所によっては嘱託医によるメンタルヘルス診療を受けられるところもある。

C-2. 事例の概要

45 事例の性別，年代，職種，職位，勤続年数，相談経路，受診経路，診断名，誘因，状態，発症から相談までの期間，経過を一覧表にまとめた（別添資料：45 事例分類表）。年代は 20 歳代 16 件（36%），30 歳代 18 件（40%），40 歳代 7 件（15%），50 歳代 4 件（9%）であった（図 1）。保健師への相談経路は本人 6 件（13%），上司 19 件（42%），産業医 1 件（2%），人事 3 件（7%），健康診断の保健師問診 3 件（7%），時間外労働者健康調査 3 件（7%），ストレス調査 2 件（5%），その他 2 件（4%），不明 5 件（11%）であった（図 2）。精神科の受診経路は本人 17 件（38%），上司 2 件（5%），産業医 3 件（7%），保健師 15 件（33%），その他 2 件（4%），精神科を受診していない・不明 6 件（13%）であった（図 3）。主な診断名はうつ病，うつ状態，抑うつ状態と「うつ」関連が 36 件，その他統合失調疑い，摂食障害，不安状態，適応障害，躁うつ病，偏頭痛，不眠などであった。主な誘因には対人関係，上司との対人関係，業務内容，業務遂行能力，入社後，中途採用後，配置転換，昇進などがあった。主な状態としては抑うつ状態，勤怠不良・入社困難・入社意欲の低下，睡眠リズム障害，身体症状・心気状態などがあった。経過としては調査時点で復職・勤務継続 18 件（40%），休業・退職 20 件（44%），退職 5 件（11%），自殺 2 件（5%）であった（図 4）。

C-3. 事例のパターン分類

45 事例をパターン分類したところ，A パターン 3 件（7%），B パターン 1 件（2%），C パターン 30 件（67%），D パターン 2 件（4%），E パターン 1 件（2%），F パターン 1 件（2%），G パターン 7 件（16%）だった（図 5）。

C-4. 事例検討

事例検討を行った結果，広パターン分類の A～G が当社で該当したので，代表事例を提示し，検討を加える。

文章中の下線は保健師が誰とどのような連携をしていたかを示しており，時期によりア～オと分類した。ア：初回面談時，イ：経過フォロー中，ウ；休業・退職時，エ：配置転換時，オ：復職時。

・事例パターン A - ①

30 歳代男性。単身赴任。X-3 年保全を担当する派遣スタッフとして入社。派遣としての仕事が評価され，X 年 1 月に正社員として採用され，業務過多により不調になり休業に至った。

X-1 年 10 月派遣スタッフ時にも仕事が急増，期限のある仕事が山ほどあり，精神的プレッシャーが高くなっていた。その後吐き気・腹痛・不眠症状が出現。なんとか仕事はこなしていた。X 年 3 月一人職場のため仕事を抱え込み，高ストレス状態となり飲酒量が増え，その後腹部症状や不眠症状が出現。ア）安全衛生担当の課長より保健師へ面談の依頼があり，保健師面談実施。身体症状が強いため イ）産業医へ相談した結果精神科へ紹介となる。面談結果を安全衛生担当課長，所属長へ報告した。

精神科を受診し「適応障害」と診断，処方される。飲酒はやめるように指導され本人も従う。またイ）職場・人事に報告し仕事量の軽減や，一人で仕事を抱え込まないよう声をかけてもらうようにした。

X年4月に4日間休暇をとり、両親と子供のいる実家へ帰省したが、社用携帯に電話やメールが頻繁に入り完全休養とはならず。その後、仕事の山を越え、症状も落ち着いてきた。保健師は適宜受診に同席し、主治医から現状や対応アドバイスを受け、職場対応については所属長へ伝えた。6月再び仕事が忙しくなり、受診できずに薬を切らすことがあり症状が悪化。本人から保健師に報告があり、早期受診をすすめた。受診時には不眠や食欲不振、不安感などの症状を訴え、医師の診断も「うつ病」となり薬を増量された。その後あまり症状の改善が見られなかったが、職場で元気そうに話す様子や、職場レクや飲み会に積極的に参加する姿もみられており、周囲の不信感がつのっていた。仲の良い所属長へ所属長と折り合いが合わないかと相談することもあった。

7月職場へは「明日は出社できると思う」という電話をして毎日のように欠勤するようになった。イ) 所属長から保健師・人事へ連絡あり、今後の対応を検討。8月更にはうつ状態が強くなり、医師の診断にて8月いっぱい休業となる。2週間に1回の受診は継続。イ) 診察後は所属長からのアクションで本人、所属長、保健師、必要時は人事も一緒に状況報告・確認のミーティングを毎回行っていた。9月休業中に睡眠・食欲も回復、生活リズムも整い、本人希望で有給休暇を使用して午前中のみのお勤を始めたが、3日目では不調を訴え早退。4日目は休暇となった。本人・所属長・人事・保健師で面談。その後受診し、2ヶ月休養の診断にて再休業となった。

・事例パターンA-②

20歳代男性。高残業から体調不良、休業になり、復帰後も倦怠感や眠気が続き、適切に服薬管理ができず再休業となった。

X年6月上旬、ストレス簡易調査票チェック状況確認のため面談実施。時間外労働調査票で、2月以降高残業が続いている。ストレス調査票上は問題なし。本人、「2月頃から思考が停止し、寝付きが悪い、朝辛いというよりやる気が起きない。」高負荷の現状を所属長はわかってくれている。食事は自炊、朝食は摂るようにしている。ア) 早期受診要にて本人へ心療内科受診奨める。また、保健師から所属長に体調不良の話をする旨伝えるが、本人は今後負荷減になり事務所で報告書作成になるため、自分から所属長に体調不良と受診を報告すると言うので様子見とする。下旬、イ) 経過保健師面談で心療内科受診していることを確認。

7月中旬、イ) 所属長に、本人から報告の有無を尋ね、状況を報告する。所属長はうつ病についてはよくわからないとのこと。うつ病の病状、復帰には時間がかかる可能性があることを説明する。

X+1年2月上旬、イ) 本人へ連絡するも休業中。そのまま、休養加療の指示が出る。所属上長は「顔色が悪いから休めといた」とのこと。5月下旬、短縮勤務からの復帰許可あり。オ) 所属長同席にて産業医面談。復職支援特別勤務を使用し復職。6月下旬、イ) 所定就業時間勤務について、所属長同席で産業医面接。所属長から、就業中居眠り頻回にある、よく席を立つ等の報告あり。本人も眠気、倦怠感、集中できないと自覚症状あり、内服薬について再度主治医と相談するよう伝える。特別勤務は2週間延長となる。

7月上旬、所属長より、書類整理は居眠りになる。周りの者にも影響がある。出張させてはどうか?と相談あり、イ) 所属長同席にて産業医面接。⇒所定就業時間勤務可。2人体制での出張可。中旬、保健師面談実施。本人、「眠気が強く自己判断で薬を減らしている。睡眠はまあまあとれる、調

子は以前のように悪くないが、集中できない。5月復帰時に、後1ヶ月くらい休養と言われたが、大丈夫と思って復帰した」と。主治医と症状、内服薬について相談するよう伝え、仕事ができる状態まで身体を回復させることが大事と説明。その後の診察で再休業の指示が出た。

・事例パターンB-①

20歳代男性。大学院卒業後、入社。新入社員研修の参加中にメンタル不調になり、家族の理解を得て退職となった。

X年4月新入社員研修に参加。GW前頃から同期との人間関係について悩むようになる。工場実習中のグループ討議の場で全く発言できず、その頃から周囲に「あいつは駄目だ」と噂されているような自覚あり。また同期が自分を避けている気がしたとのこと。5月吐き気・全身倦怠感出現。周囲とうまくコミュニケーションをとれない、研修内容が理解できず、ついていけない等のストレスあったが、しばらくはがんばって出勤していた。中旬、出社の意欲はあるものの体が動かず休暇。保健師面談後、社内メンタル専門医（医師A）を受診。医師A「健康ではないが、無理に休ませることで本人の劣等感を助長する恐れもある。本人が出勤できるのなら出勤してもらってよい。」抗不安薬処方される。下旬、保健師面談。「周囲から見られている、噂をされていると感じる」と訴える。また「仕事ができず迷惑をかけて申し訳ない」という。睡眠約5時間、中途覚醒あり。食欲なし。数日後、父親より会社へ「幻聴や監視されている感覚を訴えたため外部メンタルクリニック受診。医師Bより神経が鋭敏になっていると言われた。鋭敏な感情を抑える薬を処方された。社内の医師Aの診察には同席するので、それまでは休ませてほしい」と連絡が入る。

6月ウ) 関係者で打ち合わせ。休みが長引いた場合の本採用の時期等について検討。上旬、社内診察日に産業医面談も実施。父親同席。ウ) 産業医面談。症状および外部クリニック処方薬から統合失調症の可能性大とのこと。治療は外部クリニックを勧められる。ウ) 医師Aを再受診。治療は外部へシフトすることで確認。診断書「3ヶ月の休養が必要」、自宅療養継続となる。下旬、本人と父親へ人事課長より「試用期間1ヶ月延長」の旨説明し了承を得る。（所属部長・管理部長も同席）本人と父親は、症状が改善したら職場に戻りたいという希望ある様子。

7月上旬、ウ) 人事課長・保健師で主治医訪問。「統合失調症の初期」との診断。

「本人が持っていた素因に、研修などの特殊な状況が重なりこのタイミングで発症したのだろう。現在は薬でかなり症状は落ち着いている。精神的に落ち着けば仕事はできると思うが、やってみなければわからない。再発せず順調に回復するためにはどうしたらよいかは、本人と親が考えることになる。」中旬、ウ) 父親同席で産業医面談。症状はかなり改善。幻聴はなく、睡眠・食欲も回復し職場復帰の希望あり。産業医は「通常勤務可能かどうか断定できないが、寛解状態である。本来なら外部の統合失調症のプログラム終了後に復帰検討するのが妥当。」人事で対応検討したが、試用期間の再延長は難しいとの見解。7月末で自己都合退職となった。

・事例パターンC-①

30歳代男性。中途入社後に対人恐怖から不調となり自己都合退職となった。

X年年末、出勤時に時折嘔気・嘔吐・腹痛が見られる。X+1年3月症状徐々に悪化。検査受けるも異常なし。

5月下旬、ア) 所属長より最近、腹痛に

より病院で検査を受けているため、保健師面談してほしいと依頼があり。保健師面談実施。「複数の病院を受診して精密検査を受けて異常なしと言われたが、腹痛症状がいつ起こるか分からない」と訴える。ア) 職場に面談結果を報告し、しばらく職場で経過をみてもらうよう依頼した。変化時は面談するので連絡くれるよう所属長に伝えた。

6月上旬、イ) 本人と面談を実施した結果、症状軽減せず不安な様子なため、社内の内科受診を勧め胃内視鏡・腹部エコーするが異常なし。イ) 以降、本人から保健師に相談の電話が入るようになり、結果は産業医と所属長に伝えた。中旬、1週間会社を休んだため所属長から人事に相談。イ) 所属長から保健師に対応方法の相談があり、産業医に相談。下旬、所属長同席で産業医面談実施。産業医から人勤に面談結果を報告し、今後の対応のアドバイス実施。

7月面談後10日程度は症状消失していたが、頻繁に腹痛が起こるようになり休みがちとなった。イ、ウ) 適宜経過フォロー保健師面談を実施。必要に応じて所属長に経過を伝えた。8月上旬、面談時に「人から怒られるのがつらい、自分の意見がいえない」と話す。中旬、過換気症状が加わり状態悪化し、入院。8月末より10月末まで休む。

10月下旬、復帰希望あり。オ) 所属、人事、産業医、保健師で今後の対応を検討。11月産業医面談を経て、復帰（残業制限あり）となるが、身体症状が出現し2日目以降、入社と休暇を繰り返す。この時の面談で以前の勤務先でも同様の症状がでた（現在5社目）ことや所属長との関係で悩んでいること（ベテランスタッフに強く言われ不満が溜まっている）が明白となる。エ) 産業医より配置転換が提案され、所属長・本人を交えて話し、配置転換の運びとなる。

X+2年1月配置転換。その後、体調不良

もなく過ごしていたが7月中旬、イ) 所属長から、再び休みだしたと保健師に連絡あり、保健師面談実施。「秋の資格試験受験の話がある、そのせいかもしれない。以前も試験の頃、調子が悪くなった」と話す。8月体調不良（嘔気・嘔吐・腹痛）が続き、休む。9月本人の希望で退職となる。

・事例パターンC-②

30歳代男性。対人関係や職務内容を理由に不調を繰り返す。

X年7月班長へ昇格。班長就任後の所属長からの評価はよかったが、本人「うまく班をまとめられない。うまく班員に説明できない」など仕事に悩む。また、ある班員の言動が気になり、扱いきれず悩む。

11月「ストレス調査」にて不眠訴える。保健師面談(初回)実施。不眠と嘔気があり内科を受診することになる。

X+1年1月不眠、嘔気症状は内科受診後も改善みられず。イ) 保健師より心療内科を紹介。心療内科受診し、「うつ病」との診断。イ) 所属長・人事に報告（専門的な診断を受けた結果をまずは優先。所属長、本人が言うほど仕事能力に問題ない。降格は、逆にストレスになる可能性もある。）2月から約2ヶ月休業となる。療養1ヶ月後、保健師面談実施。（復帰間近に苦手な従業員を思い出し、復帰に不安を訴える。症状再発にて3週間休業延長となる。ウ) 復帰可否の見解を尋ねるため受診に同行。人勤・所属と連携し、復帰後の組織・職場を調整。

4月職場環境調整として、ストレス要因となっている苦手な班員を別組織へ職場異動し、本人の現所属のまま職場復帰となる。

7月保健師面談実施。復帰後、人間関係は解決するが、班長責任のプレッシャーと実務の多忙さにより再不調になる。イ) 主治医に相談したところ、休養かできればリーダーの立場からはずすアドバイスをされ

る。所属・人事と連携し、職場調整。本人の意志を確認し、8月より降格となる。

その後は通院治療しながら勤務できていたが、多忙を理由に通院・服薬を中断。残業・休日出勤を制限しても守られず再度不調となる。イ) 受診勧奨と業務調整（残業・休日出勤禁止、業務負荷軽減）

X+3年の班長解任後は本人希望で現場検査員やスタッフとして働くが仕事が合わない、理解者であった所属長が組織異動し不安を感じたり、スタッフ業務に不満を感じたりしては、不調を訴えるが勤務継続。

イ) 経過中、所属と連携し、業務内容調整し現場仕事へ変更する。

X+5年10月組織改正に伴い班長時代にストレッサーとなった苦手な従業員が自分の執務場所担当になり、再不調で約2ヶ月半の休業となる。ウ) 復帰時には受診に同行。産業医・所属と連携し復帰時の条件等相談を行う。

X+6年1月職場環境調整をして職場復帰となるが、職場の状況は変わっておらず、所属長も理解をしてくれない、スタッフではやりがいを感じられない、現場の検査員に戻りたいと訴える。7月仕事にやりがいを感じない、現場業務に戻りたい、仕事がないなど不満を訴えて不調になる。ウ) 受診に同行。休職開始となる。産業医・所属と連携。復帰時の条件等の確認し、元職場で復帰ができないなら、復帰不可との判断から休業中。

・事例パターンD-①

30歳代男性。班長昇進を機にメンタル不調になり、負荷軽減後も再燃を繰り返す。

X-1年班長に任命。X年ア) 所属長より仕事ができないと相談あり。本人は「仕事が忙しくなり、考え込むようになった。会社に来て何をしたいかわからない。家で話をしなくなった。食欲がなく時々胸が苦

しい。アルコールを飲んで寝るが熟睡できない。休めば皆に迷惑をかける。近所の目も気になる。」などの訴えており、心療内科を受診(妻同行)している。「うつ病」の診断にて、1ヶ月間の休業と内服治療開始。

X年8月症状軽減し、オ) 復職に向け主治医に相談。そののち職場復帰。

10月体調、食欲、睡眠も順調で、受診終了となり経過観察へ。班長業務をこなしていた。

X+1年イ) 職長より、体調が悪いようだとの相談を受け、本人と面談。「夜に目が覚めて眠れない、朝しんどい、2班がひとつになって仕事が忙しくなった。所属長に班長を降ろし欲しいと依頼している。」この時メンタル専門医の受診を勧めるも拒否。その後、海外出張など行っている。

X+3年7月班長職を解任し、関係会社へ出向となる。8月職場より体調不良の連絡を受け、ウ) メンタル専門医を受診。抑うつ状態にて休業1.5ヶ月後、職場復帰。この時、うつ病ではなく躁うつ病と診断される。その後も体調の波は変わらず、毎年1~3か月程度の休業を繰り返しながらの勤務継続している。

・事例パターンD-②

40歳代男性。病状コントロールが難しく私生活で問題行動を繰り返す。

X年3月現場監督から事務所勤務となる。7月ア) ストレス教育実施後に、本人から保健師に相談（自身のうつ症状について）、メンタル外来にてうつ病と診断される。また本人から人事に1度体調について報告し、医師・保健師に相談しているので問題ないと伝えた。

X+1年10~12月うつ状態が悪化して自宅療養（3ヶ月の病欠）

X+2年春躁転して新車購入、新たな女性と出会い、借金が増えていく。6月弁護士

に民事再生法の適用を相談。借金について保健師に相談あるが具体的な金額は話さず。7月妻と離婚して、一人暮らしになり新たな女性と出会う。以後、業務・借金・一人暮らしの負荷で躁うつ状態を繰返しつつ勤務継続。会社への相談を勧めるが、会社に話すことは拒否。

X+2年11月中旬～X+3年5月一人暮らしでの生活をコントロール出来ず体力低下、父親の死も影響して過呼吸となり病欠。以後母親と同居（6ヶ月の休職）

X+4年2月本人から会社に借金の事を相談。（本人・人事・保健師）。4月上旬、民事再生法の書類を提出する事が決まり、状態も回復していることから主治医が復職可能と診断。中旬、オ）産業医と人事・保健師で復職について検討。組織改訂直後で復帰場所がなく、復職は5月に延期となる。

5月中旬、オ）復職に向けて人事、所属も同席して産業医面談実施。復職後は補助的な業務を担当。復職前に躁転しつつあった為、抗うつ薬は徐々に減らし、復職後、抗うつ薬から躁うつ両方をコントロールできる薬に処方変更。その後は休むことなく勤務継続。

・事例パターンE-①

30歳代男性。復職時の関係者連携不足により、アルコール依存状態のまま復職し、再休業となった。

X年うつ状態で休業、アルコール依存で肝障害。X+3年現場作業中に事故。復職後設計に異動。

X+4年4月うつ状態、アルコール依存で1ヶ月休業。その後、保健師と復職面談を実施。本人はまだ生活リズムが出来ていないこと、アルコールに依存している状態が改善されていないこと、フレックス勤務を望んでいることなどの問題点があった。しかし、事前にそれらの問題について産業医

と情報の共有と対応の検討をせず、産業医と本人との面談を実施。産業医より、「現在の生活リズムでは通常勤務は困難、安易にフレックス勤務は認められない。」と本人と所属に意見され、オ）保健師より産業医の指示を所属長、人事に説明したが、所属はフレックス勤務でなければ復職は許可されると思い、本人了解のもと所属の判断で人事に相談なく8時から17時までの勤務とし、6月に復職。

7月イ）本人と保健師面談実施し、産業医に勤務状況などの経過報告。2回くらい寝坊して遅刻、欠勤がある状態。本人にアルコール量を控え、遅刻欠勤を次回面談までにゼロにするよう約束。所属にも本人に厳しく指導する必要性を保健師より説明。

9月イ）所属長より欠勤が相変わらずあること、睡眠薬を過剰に飲んでいるようなので心配だと相談あり。本人と保健師面談実施。面談で本人は無断欠勤、遅刻が続いていること、睡眠薬の過剰服用により事故の危険があることを何とかしたいと思っており、アルコールの治療も望んでいることが確認できた。イ）産業医と相談しアルコール治療専門病院紹介、現在入院治療中。

・事例パターンF-①

40歳代男性。広汎性発達障害の疑いがあり本人の認識不足、所属長の理解不足により業務調整がつかず、症状が悪化し休業となった。

X-2年1月異動。異動前の業務を引き継げず、兼務。11月ごろから目は覚めるが身体が動かない、出社しても気分悪いなどで精神科受診。12月現場出張中に内服中断。時間外労働が月60時間、康調査票に「鬱っぽい」と記載あり。イ）所属長同席で産業医面談実施。業務負荷軽減・残業禁止、就業時間の短縮を指示。半年後に治療終了したが負荷軽減は継続。

X-1年12月うつ状態で1か月休養。復帰時は面談をするので連絡ほしいと上司へ依頼。

X年1月連絡がないためウ) 所属長へ経過確認をすると既に出社していた。下旬オ) 所属長同席で産業医面談実施。復職は産業医面談の実施が必要と説明。復帰後も休みや遅刻が多い。3月遅刻傾向あり。残業禁止だが「短時間勤務で仕事が遅れ気味」と残業している。所属長は「本人の精神安定のためには残業もよいのでは。」イ) 面談結果を人事にフィードバック。職場には業務量の軽減を依頼。休暇が不足となり、業務外傷病欠勤となる。

4月イ) 所属長から「頭痛・めまいのため1週間の休暇予定」との報告あり。所属長から本人へ「主治医の判断をもらって出社するように」伝えてもらう。出社後の保健師面談では疲労の自覚もあり、今後も定時間勤務での配慮継続を所属長へ依頼。5月産業医面談実施。所属長「設計した実物を見ることが大切。地区限定での出張を認めて欲しい。」地区限定の日帰り出張を試験的に開始。

6月中旬イ) 所属長へ状況確認。「日帰り出張したが、疲れが出て翌日以降、遅刻が多い。」イ) 所属長同席で保健師面談実施。5月末から夜間覚醒あり、疲労で朝起きられない状況。「現地工事の不適合対応が多く、ストレスがかかった」との訴えあり。所属長は「仕事量は減らしている。現地とメーカーの板挟みでストレスがかかっている。他に対応できる人がおらずなんとかこのままやりたい。」との反応。当面は出張禁止で合意。体調不良時には早めに保健師へ相談するよう伝えた。イ) 対外折衝への対応策は人事へ相談。人事より所属内で今後の対応を協議し職場調整をするよう指導。下旬イ) 所属長から「あいかわらず体調が悪く、遅刻・休みが多い」との報告あり、所属長

同席で再度、保健師面談実施。「ハードな交渉でストレスがかかった。」受診と内服中断。イ) 所属長には管理・人事と相談し、職場調整をするよう勧める。再度、人事にフィードバック。

7月1週間休養後、産業医面談実施。現地・メーカーとの折衝は当面、所属長が行う。9月イ) 所属長から「休暇が続いている」との報告あり。所属長は「私自身が業務過多で、方針が徹底できていない。定時には帰るように指導しており仕事量が多いと思っていない。」その後出勤できない日が続き、休業となった。

・事例パターンG-①

20歳代女性。入社時健診で摂食障害が発覚し、家族の理解を得て退職となった。

X年5月下旬、入社時健康診断受診の保健師問診で体重が増えないと相談。体重も少なく、結果が出たら面談が必要と判断。

「肝機能障害でアルコール制限の指導を受けたことがある」摂食障害の既往は判明せず。ア) 人事部長へフォローが必要そうな新入社員がいること、保健師面談を行う予定であることを報告。翌日に健診データで肝機能異常値があり、肝機能障害の治療目的で入院。この時に摂食障害の既往がわかる。家族と連絡を取ることを拒むため、必要性を説明し入院が1ヶ月に長引く場合は連絡することで折り合いをつける。摂食障害の治療は東京を希望する。ウ) 産業医・人事と本人への対応（親への連絡の説得、今後の会社の動きなど）や主治医との連携、メンタル産業医面談の設定など、今後の方向性を検討。また部門長・所属長・事業部人事担当部長へ人事部長・保健師より今後の方向性について説明。本人との窓口は面識があり、関係を築けている保健師が担当となる。

6月上旬ウ) 社内メンタル外来受診、専

門治療は親元で受けるほうがよいことを説明。本人も納得する。明日中に親へ連絡を取るよう本人を説得。親が不在で連絡がつかなかった場合でも主治医からは明日以降連絡させてもらうことを了承してもらう。

ウ) 主治医へ親への連絡の道筋がついたことを伝える。 中旬、メンタル産業医面談を実施。6月末で試用期間が終了するにあたり、産業医見解を得る。数日後、傷病手当金請求書を届けるため面会。「食事量も普通量になり、肝機能も最初の半分以下になりました」「体もだいぶ楽になり、今までがわからなかったんだなあと思いました」下旬、以前入院したところのある病院へ転院。試用期間1ヶ月延長の決定。

7月上旬、人事が本人・両親へ試用期間延長と今後について説明に伺うため、本人・母親へ連絡。ウ) 会社から親へ連絡をとるタイミングが難しかったが、親はキーパーソンであり今後の関係を築くためにも本人経由ではなく、保健師が直接実家へ連絡しこれまでの状況や今後のことについて人事が伺い話をしたい旨を伝え、日程調整をお願いした。 その後も何度か本人・母親と会社側の連絡役として、連絡調整にあたる。最終的に復帰は不可との判断になり、自己都合退職となった。

・事例パターンG-②

30歳代男性。幼少期より円形脱毛症の既往がある。原因不明の体調不良による長期休業から受診やカウンセリングを経て復職した。

X-1年6月風邪や体調不良により、2~7日/月休暇が続くようになる。

X年2月私病休業続く。3月上旬、本人より所属長へ自宅からEメールで、「体調不良について精密検査を受けたが異常なく、内科医より「うつ病」と診断され、抗うつ薬と安定剤の処方を受けた。しばらく休ま

せてほしい。」と連絡あり。翌日、所属長と人事より保健師へ対応依頼あり、保健師より従業員宅へ電話、本人の状況確認。主な症状は、不眠(早朝覚醒)、気分の落ち込み、疲労感、手足の発疹、食欲不振、風邪を引きやすい、円形脱毛など。「うつ病」の診断及び薬処方内科のため、精神科医への受診を勧める。中旬、精神科クリニック受診し、「うつ病」のため会社と離れた環境での休養が必要で当面2ヶ月の休養を指示された。服薬治療開始。本人より、「自分がうつ病になったことにショックが大きい、自分はそんな病気にならないと思っていた。今後の治療は続けていくつもり。」イ) 休業中は保健師より2~3週間に1度電話で、2ヶ月に1度は診療に同席して本人と妻の状況を確認。状況は必要時所属長と人事へ報告。

10月症状は落ち着き、主治医より職場復帰準備の許可が出たため、体調に合わせウォーキングや図書館通いを開始し、自宅近所である程度規則正しい生活が送れるようになったが、一人での外出には不安感があり、外出のほとんどには妻が同行。特に会社の方向へ行くことに抵抗あり。イ) 保健師より、出社リハビリ兼ねて社内のカウンセリング受講を提案。

X+1年1月より月1回ペースでカウンセリング受講、当初は前日と受講後に不眠・頭痛・関節痛・イライラなどが現れていたが、内服薬で症状は徐々に改善。自宅からバスで通い、妻が毎回同行。

6月保健師より本人へ職場訪問を提案し、主治医に了承を得る。7月上旬、職場訪問。所属長と保健師と面談実施。翌日、不眠傾向・体調不良出現。下旬、本人希望で2回目の職場訪問と所属長面談実施。帰宅後、体調の変化はなし。ウ) 所属長と人事と保健師で復職先の検討。同職場への復帰は再発の可能性が高いと考えられるため、別職場への復職の方向となる。

9月上旬、主治医の「復職面談」に保健師同席。別職場への復職の適否について本人と主治医へ相談。産業医の復職面談。10月中旬、2回の職場訪問と所属長面談を経て4週間の特別勤務適用し復職。

D. 考察

D-1. 当社の健康支援体制について

産業医、保健師を中心とした健康支援体制をとっているが、メンタルヘルス対応においては専門産業医が本社にしかいないため、主治医と産業医または保健師が連携をうまくとり対応できる場合はよいが、困難事例への対応は各産業医、保健師の経験やスキルにゆだねられてしまう。

D-2. 事例の概要

事例の一覧表を作成し、誘因と状態に注目して事例を見ていくと、多くの事例に共通する誘因として「対人関係・上司との対人関係」「業務内容・業務遂行能力」「入社後」や「中途採用後」「配置転換」「昇進」があり、状態では睡眠リズム障害、身体症状・心気状態、入社困難・勤怠不良があった（表1）。

誘因別の状態を比較していくと、誘因が「対人関係・上司との対人関係」では睡眠リズム障害の出現が多く、「業務内容・業務遂行能力」では身体症状・心気状態の出現が多かった。「入社後」や「中途採用後」では身体症状・心気状態の出現が多かった。また「入社後」や「中途採用後」では入社困難・勤怠不良となる事例が「対人関係・上司との対人関係」「業務内容・業務遂行能力」と比較すると多く、入社後で職場での対人関係ができていない、相談相手がいない、自分に課せられた仕事がまだあまりなく、仕事が滞る、迷惑をかけるなど、入社する動機が他の2誘因よりも低いという結果が得られた。

D-3. 事例のパターン分類

事例提供の条件として保健師対応が困難だったものとしたことから病態に対する対応がある程度明確になっているAパターンに該当する事例は少なくCパターンに該当する事例が多かった。また発達障害を疑う事例もあったが明確に診断根拠を示せるものはほとんどなく、職場不適応からメンタルヘルス不調になっているためCパターンへ分類したこともCパターンの事例が多くなった背景といえる。

パターン分類と誘因の関連性では「対人関係・上司との対人関係」ではすべてパターンCであり、「入社後」や「中途採用後」、「配置転換」でもパターンA、B、Dが1件ずつあったが、それ以外はパターンCだった。一方「業務内容・業務遂行能力」ではパターンA、C、D、Fとさまざまなパターンが混在しており、職場の対応困難さが増す要因になっていると思われる。このことは最終的な経過で配置転換や負荷軽減で勤務継続できる事例と休業・退職になっている事例との差にもつながっていると思われる。

パターンCに誘因の「入社後」や「中途採用後」が多く見られたのは職場に適応できないために職場を転々としている中途採用者や社会的に未熟な新入社員が背景にあると考えられる。当社では新入社員教育の一環で入社時の健康教育で、中途採用者においては平成22年度からメンタルヘルス教育を実施して予防の強化に取り組んでいる。

D-4. 事例検討

パターンA-①では抗精神薬・睡眠導入剤を中断することのリスクを伝えてはいたものの、本人の理解の確認はしていなかった。服薬中断のリスクについては繰り返しの指導が必要。業務過多が確認された場合