

表3 (続き)

社内での様子・言動

事実なのかもしれないが、整合性に欠けるような印象を持つ発言が見られる

働けていない状況を全て会社の責任であると主張する

激しい怒りを向けられても、本人が屁理屈を言って怒っているようにしか思えない

自分の持つ権利を行使しようとする

尊大で横柄な態度が目立つ

衝動的に自殺企図、自傷行為、暴力をふるうなどの行動が見られる

「自分が何であるか分からない」「自分の気持ちやしたいことが分からない、自分が生きていても仕方がない」などと言い出し、周囲を困惑させる

表4 双極性障害に見られる問題行動（Dパターンの適用が有効と思われる問題行動）

業務内容

仕事をしている時に集中できない様子である
仕事のまとまりが悪く、完遂できていない（しかし、本人は調子が良く、どんどん仕事
がはかどって能率的だと思っている）
実行できないような約束を次々にする

対人関係

周囲との摩擦が増える
（本人が上司の場合）部下への過剰な攻撃が見られる

社内での様子・言動

席についているのがいらいらしてできない様子である
多弁である
突然大声を出す
職場で暴言を吐く
多動である
強気な発言が目立つ
職場の電話で怒鳴る
怒りっぽい（自分はこんなに能力があるのに、周囲が評価しないと言って怒る）
（社外での問題行動）浪費傾向（例：高価なものを買って漁る、仕事が終わると大勢の部
下を連れて飲み歩くなど）が見られ、金使いが荒くなり、借金を重ねる

表5 アルコール依存症に見られる問題行動（Eパターンの適用が有効と思われる問題行動）

出勤状況

常習的な遅刻・無断欠勤が目立つ（とくに休み明けや金曜日の欠勤が目立つ）

業務内容

仕事のミス、事故、怪我が増加している
作業能力、生産能率、就労意欲の低下が見られる
会社の重要書類を置き忘れる

対人関係（主に飲み会などの場で）

飲酒時に性格や言動が別人のようになり、問題を起こす（例：暴力事件を起こす）

社内での様子・言動

呂律がまわっていない
物忘れがひどい（つい先ほど言われたことや、行ったことを忘れる）
いらいらして動悸が見られる

外見

勤務中に酒の臭いがする
汗を多量にかいている
赤ら顔である
手指の震えが見られる

表6 発達障害に見られる問題行動（Fパターンの適用が有効と思われる問題行動）

<広汎性発達障害（PDD）>

出勤状況

遅刻が多いが、反省している様子が見られない
少し難しい仕事になると、下痢・嘔吐・発熱の理由で仕事を休む
当日の仕事が終わっていても、勤務時間が終わると退勤する

業務内容

仕事に対して積極的な様子が見られない
仕事の進捗の報告ができず、納期を守れない
作業指示を取り違えてしまい、いくら注意しても同じミスを繰り返す
具体的指示は忠実に遂行できるが、曖昧な指示は意図を汲み取れない
協調性が乏しく、周囲に相談しないで事を進め、仕事に大きな穴を空ける
技術的能力は高いが、マネジメント力に欠けている
高い分析能力を示すが、ストレートに主張しすぎて、相手の気分を害する
臨時の仕事や仕事の変更でパニックを生じる

対人関係

職場でいじめられたり、仲間はずれにされたり、からかいの対象となっている
相手の意図を汲み取ることができず、騙されてしまう
仕事の話はできるが雑談ができない
臨機応変な対応が難しい
コミュニケーションにおいて字義通りにしか理解していない
TPO（時間・場所・場面）に合った話し方や言葉を使い分けられない
対人コミュニケーションの場面（相手のセリフ、内容、文脈、状況、経緯）などを読み違える
冗談を理解できず、お世辞を言えない
上下関係などを考慮した言動が苦手である（上司や顧客に対して不躰な言葉づかいをしたり、親しい相手に堅苦しい言葉づかいをしたりする）
単独行動を好む傾向がある
挨拶、日常的会話、必要な意見交換、同僚との協調、上司の指示への対応、援助を求めたり、失敗に対処することなどが適切にできず、上司・同僚から叱責される
相手の表情を読み取って振る舞うことが苦手である
苦手な状況や場面になっても援助の依頼ができない
「上手くできている」と思いこみ、周りの配慮や助言を受け入れられない
人との距離感が分からず、キーパーソンや支援者に依存的になったり、拒否的になったりする
周りとのやり取りがチグハグである
食堂などの大勢が集まる場所で昼食を取るのが苦手である

社内での様子・言動

自分が正しいと思うことは頑固に主張する
こだわりが強い
他の人が気にならない音に鋭敏に反応する（人の声やモーター音など）
騒がしい中で指示を受けても聞き取ることができない
身体に触れられることを嫌がる
目に入るものに次々と注意が移りやすい
細かい作業が苦手である

表6 (続き)

仕事の変更や同僚・上司の異動で不安定になる
「暗黙の了解・ルール」が理解できていない
上司や同僚からの指摘や修正が続くと、被害的になり、他人のせいにしたりする
融通がきかない
(食堂などで) 昼食を1人で食べ、偏食が多い

<注意欠陥・多動性障害 (AD/HD)>

業務内容

営業成績は高いが、ミスや遅刻が多い
仕事で終始忘れ物をしては失敗してしまう
物忘れしやすく、仕事でうっかりミスを連発する
アイデアはどんどん出せるが事務処理が先延ばしになる
気が散って集中できていない
衝動的に反応してしまい、するべきことを見失っている

対人関係

社交的だが失言が多い
雑談は得意だが、1人でしゃべりすぎたり、失言が多く、相手の気分を害する
複雑なコミュニケーションが苦手である
大事な約束を何度もすっぽかす

社内での様子・言動

整理整頓ができない
感情のコントロールができない
注意力・行動のコントロール力の遅れが見られる
能力のアンバランスが職場での不適應のきっかけとなる

④メンタルヘルス不調者の対応のパターン化に対する適応事例からの検討

研究分担者 鍵本 伸明

A. 研究目的

職場においてメンタルヘルス不調が発生し、事例化し医療につなげられた場合には主治医からの情報が重要な意味を持つ。しかし事例化を軽減するために産業保健スタッフが中心となって対応する場合に、①主治医の診断書の情報量が不足している、②主治医の診断書の病名が実際の診断書と異なっている、③診断名が必ずしも望ましい職場の対応を示唆しているとは限らない、などの理由から困難であることが指摘されている。そのため、産業保健スタッフが主治医の診断書名に依存しすぎずに、メンタルヘルス不調者を有する労働者に適切な対応を行うための方法として、職場における対応のパターン化の案が提案された。

そこで本研究では、職場の産業保健スタッフが過去に経験した、あるいは現在対応しているメンタルヘルス不調者に対応パターン化の案を当てはめて事例を収集し、主治医の診断書名とその対応パターンの関連性、有用性、あるいは必要な情報や改善すべき点について検討をした。

B. 研究方法

調査依頼に対して承諾が得られた、企業の専属産業医2名、企業にてメンタルヘルスの相談に応じている産業医の選任資格を有している嘱託精神科医2名、企業内健康管理室で就労している保健師、看護師7名EAP 機関に所属している臨床心理士1名の計11名に昨年度の「メンタルヘルス不調者の職場における対応のパターン化と支援活動の構造化に関する研究」の論文を読ん

でもらい本研究の趣旨を理解してもらった。そして、質問紙調査を行い、調査を依頼した時点までに当人が関わったメンタルヘルス不調事例の5例以上について、可能な範囲で詳細な事例の経緯、また対応のパターン化について役だった点や追加した方がよい点、あるいはパターン化そのものについての意見を記載してもらった。

C. 研究結果

1) 質問紙調査

労働者の年齢で最も多い年代は40歳代で以下30歳代、20歳代、50歳代、20歳代の順になったが、60歳代はなかった。

労働者の職位は一般職が74事例、管理職が15事例で経営職はなかった。労働者の職種は技術職が最も多く、次に事務職、営業職の順に多かった。その他の中に研究職などが含まれていた。

労働者の所属する企業の規模は3000人以上が50事例以上を占めており、50人未満の企業の事例はなかった。また労働者の所属する事業所の規模については73事例が100人以上の事業所であったが、13事例は50未満の事業所であった。

連携した職場側の担当者であるが、本人の上司と看護職が78事例と同数で最も多く、次に産業医、人事労務担当者の順になっていた。衛生管理者との連携の事例はなかった。その他の内訳で多かったのは産業カウンセラーと家族であった。

労働者の病名（精神科主治医、心療内科主治医からの診断書名）であるが、国際疾病分類（ICD-10）ではF3の気分障害が最も多く、次にF4の神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害がつづいた。

統合失調症圏の F2 の事例も 8 事例あった。また睡眠障害、発達障害も各 2 事例あったが、てんかん、パーソナリティー障害の診断書名はなかった。

事例のあてはまった対応パターンであるが、1 事例で対応パターンが 2 パターン以上がある場合は複数回答としてカウントした。

その結果、メランコリー型うつ病の例の多くがあてはまる A パターンが 33 事例で最も多かった。

主たるパターンと従たるパターンの複数パターンで対応をした事例は C パターンで A パターンの対応をした 2 事例、D パターンで A パターンの対応した 1 事例、同じく D パターンで C パターンの対応した 1 事例、E パターンで C パターンの対応した 1 事例、F パターンで B パターンの対応した 1 事例の計 6 事例があった。

A パターン群で対応した事例の中で最終診断書名がうつ状態、抑うつ状態、うつ病、うつ病性障害などうつ病圏以外の診断書名になったのは 5 事例で適応障害が 2 事例、強迫性障害、不眠症、自律神経失調症が各 1 事例あった。また A パターン群で細かい対応は別として大きく他の対応パターンを必要としたものはなかった。

てんかん、統合失調症の例の多くが該当する B パターンで対応した事例は 9 事例あったが、診断書名のうちてんかんの病名はなかった。統合失調症以外の病名（統合失調症の病名記載がない事例）でこのパターンの対応を必要とした病名（診断書名）は適応障害が 1 事例、そううつ病が 1 事例、自律神経失調症が 1 事例であった。また発達障害と統合失調症が合併したもの

F パターン群で B パターンの対応を必要としたものも 1 事例あった。

適応障害、パーソナリティー障害を伴う例の多くが該当する C パターンで対応した事例は 22 事例あった。その多くは適応障害の診断書名であったが、パーソナリティー障害の診断書名はなかった。また適応障害の診断書名がなく C パターンで対応した事例は 8 事例あり、そのうち 6 事例の診断書名はうつ病で、1 事例は最終的に精神科医に受診しておらず、病名がなかった。もう 1 事例は気分障害であった。

双極性障害の例の多くが該当する D パターンの対応した事例は 13 事例あり、その多くの診断書名はそううつ病、双極性障害、双極性うつ病、双極性 II 型うつ病であり、双極性障害を示唆する病名であった。そのうち当初はうつ状態、うつ病であったが、時間が経つにつれて双極性障害に変化した事例が 4 事例、その 4 事例のうち、1 事例は産業医が主治医の対応に疑問を持ち、積極的に主治医に介入し本人の判断で転院を経て就労が安定したものもある。しかし D パターン対応群で診断書名に双極性障害がはっきりと示唆されない事例は 2 事例ありその内訳はうつ病 1 事例、気分障害 1 事例であった。

アルコール依存症等の多くの例が該当する E パターンの対応した事例は 4 事例あり、その診断書病名はアルコール依存症が 1 事例、アルコール依存症疑いが 2 事例、適応障害が 1 事例であった。

発達障害の多くが該当する F パターンの対応をした事例は 3 事例であった。その診断書名であるが 2 事例は発達障害であり、そのうち 1 事例は統合失調症を合併してい

た。またもう1事例は注意欠陥・多動性障害（ADHD）であった。

上記のAからFのパターンにあてはまらないGパターンの事例は5事例あり、その診断書名は統合失調症1事例、うつ病1事例、うつ病疑い2事例、パニック障害1事例であった。そのうち、うつ病の事例は労災事例であった。

当該労働者の主な問題で多かったものは1位が「業務能率の低下」、2位が「出勤困難」、3位が「人間関係の悪化」であった。

主治医との連携方法は書面が70事例であった。主治医と直接面接が4事例、電話が3例と書面以外は極端に少なかった。その他の内容であるが、本人を通じて主治医と情報交換をして連携をとる方法が6事例と多かった。

年代別の病名の内訳であるが、20歳代では圧倒的に適応障害が9事例と多く、30歳代40歳代では気分障害圏が多かった。適応障害30歳代では5事例、40歳代では1事例になっていた。50歳代の病名の内訳はアルコール依存症、気分障害圏、適応障害、不安障害などに散逸しており特に特徴はなかった。

管理職の病名内訳であるが、気分障害圏特にうつ病が多く、次に神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害圏が多かった。

2) 事例の概要と対応したパターンとその対応方法に対する意見

回収した事例について対応した主たるパターン別に事例をまとめた。複数のパターンで対応した事例は主たる対応をしたパターンに集約させて意見を事例集にまとめた。まとめ方の構成については協力者の自由記

載として、プライバシーには配慮してなるべく原文のままを記載した。事例集は割愛する（平成23年度報告書を参照のこと）。

D. 考察

労働者の診断書病名を含む個人情報に関してその主治医と職場サイドの産業保健スタッフ、上司、人事労務担当者間で連携する場合にはその労働者の置かれた状況により利害関係が関与することもあり、その目的や方法が微妙に変化する可能性がある。そのため主治医も真の診断名を職場サイドに伝えにくい状況もあり、しばしば精神科あるいは心療内科から出される診断書がわかりにくいと言われる。また職場サイドの間でもそれぞれの立場があり、また場合によっては得られる情報量、情報の質にはその立場に応じて限界があると考えられる。

今回の調査に関しては企業の専属産業医2名、企業にてメンタルヘルスの相談に応じている産業医の選任資格を有している嘱託精神科医2名、企業内健康管理室で就労している保健師、看護師7名、EAP機関に所属している臨床心理士1名の計11名に調査を依頼し、89事例が集まった。

事例の年齢層は40歳代が一番多く、30歳代、20歳代の順に多かったが、労働者の所属する企業の多くは大企業であり、事例化した後も長期にわたってフォローしている事例も多く、フォローしているうちに年齢が上がり調査時の年齢層が底上げされている可能性も推察された。

事例の職位であるが管理職が15事例あり全体の17%を占めた。その病名であるがうつ病などの感情障害圏が最も多く、適応障害が2事例、自律神経失調症が2事例、統合失調症も1事例みられた。

連携した職場側の担当者の職種であるが、職場側の産業保健スタッフに調査を依頼した関係もあり、ラインケアの要である上司とは必ず連携しており、また予想以上に人事労務担当者も多い印象を受けたが、復職が絡んでいたり、事例化によっては産業保健スタッフだけでは対応が困難であることが推測された。

また衛生管理者との連携が皆無であったのは、協力研究者の在籍した企業に看護師、保健師が常注していることが多いためと考えられる。

労働者の問題であるが、「業務効率の低下」、「出勤困難」、「人間関係の悪化」が多かった。「その他」の中で多かったのは「微熱」、「腹痛」など事例性ではなく疾病性を挙げている事例が多かったので分析しなかった。

今回の 89 事例の主治医の診断書名はパーソナリティ障害とてんかんはなかったが、アルコール依存症から発達障害まで幅広く網羅されていた。てんかんについて皆無であったのには意外であったが、パーソナリティ障害については統合失調症以上に偏見が強いため、あるいは診断書名として主治医が記載に躊躇してしまうのではないか、と推測された。

20 歳代で最も多い診断書病名は適応障害で 9 事例あった。2 番目に多いのがうつ病から双極性障害までの感情障害圏で 6 事例あった。事例の経緯からいわゆる“新型うつ病”がこれらに事例に含まれていることが推察された。30 歳代の診断書病名で最も多かったのは上記感情障害圏で 21 事例あり、2 番目に多かったのが適応障害で 5 事例あった。40 歳代の診断書病名で最

も多かったのは感情障害圏で 24 事例あり、適応障害は 1 事例しかみられなかった。50 歳代の診断書病名は特に特徴はないが、アルコール依存症が 2 事例みられた。

各対応パターン化案に関する意見であるが、事例集からの意見や個人的に思いついた点を述べてみる。

1) A パターンの対応案について

「業務の軽減を行う」については上司が関与するため、上司の理解が得られている事例では対応がうまくいっていた。しかし本人が管理職の場合は業務軽減の配慮が困難であったり、立場上安心して休むことが困難であることが推察された。

また「事例化が軽度の例では、休業するかどうかを本人と十分話し合う」についてはこの対応案が役だった一方で、医師以外の産業保健スタッフがその事例性の軽重を判断することが困難であることが指摘されていた。

「復職・業務負荷は慎重に行う」についても復職が関与しているときに主治医が職場としては職場復帰が困難な時期に「復職可能」の診断書が提出されるため、職場側で「早すぎる復職」を認めないことが結果的に職場復帰を成功させている事例が多くみられた。

また一方で「業務軽減や必要な休養・休業を受け入れないことも少なくないので、その場合への対応を詳述する。」について休養・休業を受け入れないときの対応についても医師以外の産業保健スタッフでは困難で人事労務担当者の関与が必要と考えられた。

2) B パターンの対応案について

偏見が多いとされている「統合失調症」

に関しても以前は「神経過敏状態」「神経衰弱状態」「うつ状態」などの病名でマスクされていたが、今回の調査ではBパターンに対応事例ではそのような診断名はみられず、主治医より統合失調症と診断書名を提供されていた。

てんかんについては「適応障害」という診断書名であったがうまく対応できていた。

「長期的な就業制限に関しての周囲の理解を求める。」「長期的なフォローアップを計画する」については役に立ったと言う意見がある一方で「長期」はいつまでなのか、あるいは誰にどのように引き継がれるのかがポイントである印象を持った。

「服薬状況を定期的に確認する」についてはてんかん、統合失調症だけではなく、双極性障害、うつ病にも必要な項目と思われた。

総じて診断書名がきちんと対応に沿ってできる場合はうまく対応できている事例が多かったが、主治医がなかに統合失調症が強く疑われる事例にもかかわらず主治医は「うつ状態」と診断し、最終的には上司、産業医が介入して主治医とうまく連携がとれた貴重な事例もある。職場側の受け入れ体制によっては、病名はプラバシーの機微な情報であるがきちんと開示した方が安定就労につながる事例は多いのではないかと思われた。

3) Cパターンの対応案について

「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、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」

などが大いに役に立ったという一方で労働者に対して厳しい対応や職場でできることやできないことなどの対応など職場の労務管理が大きく関与する項目については産業保健スタッフだけでは対応は困難で上司または人事労務管理担当者の関与なしには効果的な対応は難しい判断された。

また「労働者の状況をできるだけ詳細に主治医に伝える」についても、主治医の意向と職場の意向が異なる場合は対応が不十分になることがうかがわれた。

またCパターン群の全体に関する意見であるが、22事例のうち6事例は診断書病名がうつ病であった。実際の現場ではうつ病と適応障害が合併するものも多くその場合にその病状が古典的タイプのうつ病で疾病の悪化の要因が本人以外の就労環境であれば環境要因に配慮すれば対応がうまくいくと思われる。一方、労働者の就労上のスキルが未熟であったり、本人のパーソナリティの問題からまわりの人間関係や就労環境に適応困難な適応障害の場合は医療的対応より労務管理的対応が優先し、古典的うつ病の対応と逆の対応になる。時系列に変化することもありその見極めは医師以外の産業保健スタッフだけでは困難であると思われた。

4) Dパターンの対応案について

「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」

などの対応案のすべてがうまく就労につながられている事例では重要であった。しかし

「家族との連携を深めておく」

については家族関係により困難なものもあったが、上司がキーパーソンとなっていた。また事例によっては主治医より職場で双極性障害に気づくことが多く、結果に記載したように経過を追ってうつ状態、うつ病から双極性障害の診断に移行する事例もみられた。また産業医療職より主治医に躁状態があることを指摘しても治療方針が変わらず、労働者本人の判断で転医し、症状が好転した事例もみられた。

双極性Ⅱ型と診断のついた例（事例集D-1）もあったが「双極性Ⅰ型とⅡ型（確定診断が判明している場合）は、分けて留意点を整理する」対応までは必要がなかった。現場での対応ではⅠ型、Ⅱ型の細かい判別をしての対応までは必要ないのではないかと感じた。また追加した方が良い対応案として、躁状態の時に傾聴しすぎてかえって症状が悪化する可能性もあるので

「神経の高ぶりを示す場合、積極的な傾聴は行わない」

と言う対応案も提案された。

全体的な印象であるが、一般的に対応が困難であると言われている双極性障害群については主治医より職場で躁状態の変調に気づきやすく、症状の軽重も関与しているのかもしれないが、職場内での連携、また主治医との連携がうまくいけば安定就労が可能な例が意外に多いのではないかと感じた。

5) E パターンの対応案について

4 事例しか症例がなかったが、対応案であるが内容的に労務管理が主になるものであり、産業保健スタッフだけでは対応が困難であり、またアルコール依存症の診断に至ったものは1例のみであった。逆にアルコール依存症の専門医を受診し診断にまで至る事例は安定就労が期待できるのではないかと考えられた。

6) F パターンの対応案について

3 事例しかなかったが、発達障害の専門医が少なく、上司に発達障害の知識がある程度あり、理解もあり受診、診断に至る例はまれではないかと考えられた。おそらく職場の実際の現場では発達障害だと本人、上司も誰も気づかず、トラブルなどからうつ状態になり、精神科医を受診して偶然に発達障害が診断される事例の方が多いのではないかと考えられる。対応案のどれも重要で役立つ内容と考えるが、実際に職場で対応するには発達障害の医療的啓発だけではなく、上司や職場において様々な意味での余裕がないと対応が困難ではないかと感じた。

7) G パターンの対応案について

5 事例であったが、対応が困難な例であることがうかがわれた。労災事例もあり、職場でできることを十分配慮して、被害者意識の払拭、軽減を図る対応により、復職が可能であることが確認できた。

8) パターン対応のシステム全般に関する意見について

パターン対応全般に関する意見として以下のようなものがあった。今回の研究ではパターンの職場での具体的な活用法や具体的な改善点、あるいは構造化案まで提言で

きなかったが、もう少し事例集を元に議論を深め、次年度の研究課題としたい。

・枠組みについて

産業保健スタッフまたは、衛生管理者が、研究目的①②③に見られるように、主治医の下した診断名に対する対応で苦慮している、いわば、パターン化のスタート時点で苦慮している実態を考えると、枠組みは、対象者の「課題」によって分類した方が、対応しやすいのではないだろうか？

例)

- 1：日常生活管理能力に欠ける
- 2：疾患に対する理解・受容が不十分
- 3：家族の介護力・理解力に問題
- 4：職場周囲に理解不足、不信がある
- 5：職場のマネジメントに問題がある
- 6：業務内容に問題または適応不全がある
- 7：睡眠障害がある・・・

など

・活用法について

疾患によっては、介入してはいけない分野・手法、誤解を招きかねない対応など、難しい点が多いため、いくつかの項目を挙げ、主治医、その他専門家に選んでもらうというスタイルがよいのではないかと思われた。

・睡眠障害について

多くのケースで、SASの合併が見られることから、睡眠障害を伴うカテゴリーは必要かと思われた。

・各パターンに重複するものが無いのに違和感があった。

例としてB.の服薬状況を定期的に確認するなど、AパターンでもDパターンでも重要とは思いますが1項目が1パターンにと言う風になっているため省かれているのであ

ろうか。A.の業務の軽減も同様だと思われる。

A. B. D.には共通する対応（服薬や通院の管理）が含まれており、ユニットとして共通する対応があるように思われる。また復職に関してもある程度共通の対応になると思われる。

・産業保健スタッフができる対応は医療的対応であり、労務管理的対応は困難である。対応案は誰（医療職、看護職、上司、人事）がどのように対応するかなど役割分担をもう少し具体化した方が良いのではないか。

E. 結論（まとめ）

メンタルヘルス不調者の職場における対応をパターン化案の具体的対応策について、産業保健スタッフから具体的な事例と対応案に関する意見を収集し、分析した。

⑤一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

研究協力者 合田 祐子

研究分担者 黒木 宣夫

A. 研究目的

某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るか、対応のポイントを見出す。

B. 研究方法

平成 21 年度に某社で取り組んだ「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に分類される。

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。

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って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. 研究結果

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。

2. 事例の概要

45事例(表1)の内訳は以下の通りである。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。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。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。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、昇進などがあつた。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・心気状態などがあつた。経過としては調査時点で復職・勤務継続18件(40%)、休業・休職20件(44%)、退職5件(11%)、自殺2件(5%)であった。

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)。

4. 事例検討

各パターンの代表事例(Aパターン2事例、Bパターン1事例、Cパターン2事例、Dパターン2事例、Eパターン1事例、Fパターン1事例、Gパターン2事例)について検討を加えた。内容は割愛する(平成23年度報告書を参照のこと)。

D. 考察

1. 某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。

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。

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・心気症状の出現が多かった。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。

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、職場不適應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た。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・休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應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。

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は、早期に産業医と職場へフィードバックし、

関係者で仕事量の軽減・職場の増員等を検討・対応することが重要である。

パターン A-②ではストレス調査の行われていない職場のメンタル不全早期発見が課題であり、本人がセルフケアできるように、また所属が体調不良の早期発見ができるよう、各層に今後もメンタル教育の継続が必要である。また、時間外労働健康調査票のストレス簡易調査票の確認もメンタル不全の早期発見に有効で、所属と関わりをもつことで、所属の疾患についての認識が高まる。状況確認等は、所属と保健師との連携の強化が必要である。

パターン B-①では試用期間中ということもあり、対応が難しいケースであった。保健師・職場・人事・産業医・主治医といった関係者がうまく連携し、協議しながら対応したことが本人と家族の理解につながり、円満退職となった。関係者が共通認識を持って対応することが重要である。

パターン C-①でははっきりとした要因はわからないが、ベテランスタッフに強い口調でしかられたことや資格試験取得にプレッシャーを感じたことがきっかけのひとつとなっている。最近では叱られて精神的なダメージを受ける若い人も多い。年代に応じて感じ方、考え方の違いも大きいので、それをふまえた対応が必要になってくる。中途採用者は即戦力といった認識があるが、業務面、精神面のフォローは必要であることを職場は認識する必要がある。産業保健スタッフに相談しやすい関係性の構築も必要である。また職場転換の際など周囲の環境を変えるだけでなく、少しずつ不調者本人も物事を前向きに捉える必要があることを伝え、具体的な方法を示していくことも

重要である。

パターン C-②では不調の対応として、本人の希望によって職場や業務内容に変えていたが、本人の希望に振り回されないことが大切であった。自身の経緯を振り返り、「なぜ不調を繰り返すのか」、「自分自身は、良くなるために何ができるか」などの自己分析の機会を早めに作るべきである。

パターン D-①ではメンタル不調等により職場や役職を変更する場合、有効な場合もあるが、不調になった原因分析が不足していると、職場環境の調整だけ行っても改善しなかったり、悪化したりする場合もあるため、主治医や産業医の意見も聴取しながら慎重に行う必要がある。

パターン D-②では抱えている問題を会社への相談を勧めるも本人が抵抗を示し、人事・所属に報告が出来ていなかった。保健師の対応できる範囲を明確にし、問題が保健師の対応の範囲を超えるものについては本人に説明し、問題解決のために適切な部門への相談を早期に決断させることが必要であった。

パターン E-①では復職について産業医と保健師による事前検討を十分行い、今回のように職場復帰に合わせた生活リズムが整っていない、アルコールをやめられていないケースでは産業保健スタッフや所属、人事と対応について事前に話し合いが必要不可欠であったことがわかる。睡眠薬の過剰摂取やアルコール依存などについては、産業医等と連携しながら早期に専門機関や主治医と連絡を取り合うことが必要である。

パターン F-①では管理職の勤怠管理・メンタル疾患への知識・理解不足が対応を困難にした。所属での日常の管理が重要であ

り、管理職への労務管理を含む教育が必要である。また業務調整を所属長に一任したが調整不十分で体調悪化につながった。部門長、管理部門とうまく連携が取れていないケースでは、早期に関係者を交えた協議の場を設定すべきである。治療の自己中断を予防するため、本人に治療継続の必要性を説明しておくことが重要である。

パターンG-①では入社式以降、約2ヶ月間は体調不良に気付けなかった。入社時健康診断を早期に実施していれば保健師介入時期も早くすることができた。ひいては試用期間延長も防げたケースだと考える。親への連絡を拒んだ場合の保健師の役割、スタンスの取り方がキーポイントであり、信頼関係を構築しつつも、相手に振り回されないことが重要である。

パターンG-②では休暇や私病休暇が多い従業員については、人事と連携しながら現状確認をする制度が必要である。従業員によっては、初期受診先がメンタル専門外のこともあるため、必要時メンタル専門医を早期に受診させ、専門的な指示を仰ぐことが重要である。復職に対しては、リハビリ通勤など段階的な復帰経験を提案して、成功体験を増やして自信をつけていくことも必要である。

E. まとめ

事例をとおして保健師対応を振り返り、対応困難な事例ほど、産業医、人事、所属長、主治医、家族など関係者とどのタイミングで情報を共有し、対応の統一を図っていくかが対応をより困難にしていくのか、それとも解決方向へ進むのかを左右していると改めて感じた。最低限のタイミングはあると思うが、事例の状況によって臨機応

変に判断していくことが保健師には求められているように感じ、そのためにも日ごろから職場の先輩や同僚、産業医、人事とケースカンファレンスを行うなどで研鑽を続けていくことが大切だと感じた。

表:45事例分類表

事例	パターン	性別	年代	職種	職位	勤務年数	相談経路	受診経路	診断	誘因①	誘因②	誘因③	状態①	状態②	状態③	発症から相談までの期	その後の経過
1	C	男性	30	設計	スタッフ	10	上司	本人	適応障害	対人関係		配置転換(本人希望による)	抑うつ状態			1~3ヶ月	勤務継続→休業→復職(負荷軽減)
2	C	男性	30	製造	スタッフ	2	上司		自律神経失調症・パニック障害・抑うつ状態	対人関係		中途採用後		身体症状・心気状態		4~6ヶ月	勤務継続→休職→復職→休みがち→配置転換→休みがち→退職
3	C	男性	30	勤務		11			不安状態	対人関係	内因性						休職→復職を4回繰り返す。5回目の休業中
4	C	女性	30	設計	スタッフ	9	本人	保健師	うつ病	対人関係			動怠不良				勤務継続→休職→復職→休職→復職→休職→リワーク
5	C	女性	40	製造		28	問診	保健師	不眠症・うつ状態	対人関係			睡眠リズム障害			1年~	勤務継続
6	C	男性	20	営業	スタッフ	2	その他	本人	社会不安障害	対人関係			睡眠リズム障害	対人恐怖		1~3ヶ月	勤務継続→休業→配置転換後復職→勤務継続→治療終了
7	C	男性	30	管理		11	ストレス調査	保健師	うつ病	対人関係		昇進	睡眠リズム障害			~2週間	休業→復職→降格→配置転換→休業→復職→休業
8	C	男性	30	運搬	スタッフ	5			不安障害→適応障害	対人関係		家族問題		身体症状・心気状態			休業→休職→復職(業務配慮)を2回、休業→復職(会社統合により配置転換)→勤務継続
9	C	男性	30	管理		15	人事	本人	抑うつ状態	上司との対人関係(パワハラ)			睡眠リズム障害	身体症状・心気状態			休業→復職
10	C	男性	20	製造	スタッフ	1	上司		うつ病	上司との対人関係			出社意欲低下			4~6ヶ月	休業→復職→夜勤免除→配置転換
11	C	男性	30	管理		15	上司	本人	うつ病	上司との対人関係			睡眠リズム障害			1~3ヶ月	休職→復職→2週間再休職→復職→休職
12	C	男性	20	製造	スタッフ	2	上司	本人	うつ状態	上司との対人関係	業務内容	社会性の未熟	抑うつ状態	睡眠リズム障害		~2週間	休業
13	C	男性	20	製造	スタッフ	2	ストレス調査	保健師	不眠	上司との対人関係	業務遂行能力	家族問題	睡眠リズム障害				勤務継続
14	C	男性	40	営業	スタッフ	1	人事	その他	抑うつ状態		業務遂行能力	中途採用後	睡眠リズム障害	身体症状・心気状態			休業
15	D	男性	30	保全	班長	19	上司	本人	うつ病→躁うつ病		業務内容	昇進	睡眠リズム障害	困惑状態			休業→復職→治療終了・勤務継続→降格(本人希望)→出向→休業→復職→勤務継続(1~3ヶ月/年の休業)→休職→復職(負荷軽減)→配置転換→勤務継続(治療終了)
16	C	男性	30	製造	班長	5	本人	本人	うつ		業務内容			身体症状・心気状態		~2週間	勤務継続(負荷軽減)→休業
17	A	男性	30	管理	スタッフ	2	上司	産業医	うつ病		業務内容	中途採用後	睡眠リズム障害	身体症状・心気状態		7~12か月	勤務継続(負荷軽減)→休業
18	A	女性	30	管理	スタッフ	2	休業の診断書	本人	うつ状態		業務内容		抑うつ状態	身体症状・心気状態			休職→復職→数日で再休職→復職→数日で再休職
19	A	男性	20	管理	スタッフ	5	時間外	保健師	抑うつ状態		業務内容			睡眠リズム障害		4~6ヶ月	勤務継続→休業→復職→休業
20	C	男性	30	設計	スタッフ	4	上司	保健師	不安状態		業務遂行能力			不安		1~3ヶ月	勤務継続→休業→自殺
21	C	男性	40	管理	管理職	16	上司	本人	うつ病		業務遂行能力			動怠不良	身体症状・心気状態	1年~	勤務継続→休業
22	F	男性	40	設計	課長代理	14	時間外	本人	うつ状態		業務遂行能力			身体症状・心気状態		1~3ヶ月	勤務継続(負荷軽減)→休業→復職→勤務継続(負荷軽減)→休職
23	C	男性	20	設計	スタッフ	2	人事	保健師	うつ病		業務遂行能力			身体症状・心気状態		~2週間	休職→復職→勤務継続(負荷軽減)
24	C	男性	20	製造	スタッフ	1	本人	その他	適応障害		業務遂行能力			睡眠リズム障害			勤務継続→負荷軽減→職場変更
25	C	女性	40			17	上司	本人	うつ病			配置転換(本人希望による)	睡眠リズム障害	身体症状・心気状態		4~6ヶ月	休業→復職→休職→復職(負荷軽減)→休職
26	D	男性	40	管理	管理職	23	本人	保健師	うつ病			配置転換	双極				勤務継続→休業→復職→休職→復職
27	C	男性	50	製造		29	問診	保健師	うつ病			配置転換		身体症状・心気状態		3~4週間	勤務継続(業務内容の変更)→休職
28	C	男性	20	開発	スタッフ	1	上司	本人	社会不安障害・うつ病			入社後	対人恐怖			~2週間	休職→リワーク→復職
29	C	男性	20	開発	スタッフ	2	上司	保健師	うつ病		入社後	動怠不良	睡眠リズム障害			1~3ヶ月	休業→復職(配置転換)→配置転換→勤務継続(主治医は休業を指示)
30	C	男性	20	検査	スタッフ	1		産業医	偏頭痛		入社後	出社困難	身体症状・心気状態		3~4週間	勤務継続→負荷軽減→退職	
31	C	男性	20	製造	スタッフ	3	上司	本人	パニック障害・うつ状態		入社後		身体症状・心気状態		7~12か月	休業→復職→休業	
32	C	男性	20	設計	スタッフ	1	上司	保健師	抑うつ状態		入社後		睡眠リズム障害	身体症状・心気状態		~2週間	休業→退職
33	C	男性	30	開発	スタッフ	1	上司	本人	うつ病		中途採用後			身体症状・心気状態		1~3ヶ月	休職→復職→再休職
34	C	男性	30	製造		2	時間外	保健師	不眠症・うつ状態		中途採用後	抑うつ状態					勤務継続(負荷軽減)
35	B	男性	20	設計	スタッフ	1	人事	保健師	統合失調症疑い		入社後	出社困難				~2週間	休業→退職
36	E	男性	30	設計	スタッフ	1			アルコール依存・うつ状態		中途採用後	動怠不良	連続飲酒				休業→復職→休業→復職→休業
37	G	男性	50	管理	管理職	14	問診	保健師	うつ病		家族問題	動怠不良					勤務継続→休職→復職→休職
38	G	男性	20	製造	スタッフ	10	上司	上司	うつ病				睡眠リズム障害			~2週間	勤務継続→自殺
39	G	男性	50	設計		31	本人	本人	心因性/心因性による抑うつ状態		家族問題		抑うつ状態				休職中
40	G	女性	20	設計	スタッフ	1	産業医	保健師	摂食障害		その他(家族問題?)		肝機能障害	低栄養状態		1~3ヶ月	休業→退職
41	C	男性	20	設計	スタッフ	2	上司	上司	うつ病		その他		動怠不良			4~6ヶ月	休業→復職
42	C	男性	30	製造		12	本人	本人	抑うつ状態				抑うつ状態	問題行動	被害念慮		勤務継続後、休業→復職2度繰り返す→業務上のミス続出→問題行動→休職
43	G	男性	50	管理		38	上司	本人	抑うつ状態	不明			動怠不良	身体症状・心気状態		7~12か月	勤務継続→休業→復職(席替え)→勤務継続
44	G	男性	30	設計		13	上司	本人	うつ病	不明			睡眠リズム障害	身体症状・心気状態		1~3ヶ月	休職→復職→配置転換
45	G	男性	30	開発	スタッフ	5		産業医	うつ病	不明			睡眠リズム障害	身体症状・心気状態			勤務継続→配置転換→休業

⑥対応類型表の改訂とメンタルヘルス不調例の対応マップ素案の作成

研究代表者 廣 尚典

A. 研究目的

平成 22 年度に開発した「対応類型表」(以下、対応類型表案)の各類型を見直し、必要に応じて追加の記述や留意点を加える作業を試みた。

また、この改訂された対応類型表案を含む、過去の研究から得られた実践的知見を整理し、職場において発生したメンタルヘルス不調例に対して実施していく働きかけを時系列にマップにまとめた。

このマップは、産業保健スタッフあるいはそれに準じる職場関係者が、職場で発生したメンタルヘルス不調例に向けて公平で適切な対応を行うための道標として機能することを狙いとするものである。

B. 研究方法

(1) 対応類型表の改訂

対応類型表案に、平成 23 年度の研究で得られた知見を追加した。7 つのパターンに大きな変更は不要であると考えられたため、各パターンに望ましい対応を箇条書きに付加していく形をとった。また、対応類型表を用いるにあたっての留意点に関する事項も別途追加で示すことにした。

(2) 対応マップ素案の作成

職場におけるメンタルヘルス不調者への対応を以下の 6 相に分け、本研究 22 年度分の結果および過去の知見から、それぞれの相に関連があるものを引用して、その活用法を付して図にまとめた。

第 0 相：日頃からのメンタルヘルスに関する啓発活動

第 1 相：事例の早期発見

第 2 相：メンタルヘルス不調者の評価

第 3 相：医療機関への導入と主治医への情報提供

第 4 相：職場における対応法の決定

第 5 相：職場復帰支援

C. 研究結果

(1) 対応類型表の改訂

改訂された 7 パターンを表 1 に示した。

「使用上の注意」として、事例によっては、複数のパターンにまたがった対応が望ましい場合があること、各対応は、産業保健スタッフおよび人事労務管理スタッフがお互いの立場、役割を理解しあい、協働して進めていくべきであることなどが明示された(表 2)。

(2) 対応マップ素案の作成

6 つの相(図 1)ごとに活用できる手法、ツール類を表 3 にまとめた。「職場復帰準備性チェックリスト」「職場再適応チェックリスト」「アルコール依存例の職場復帰支援の手引き」「管理監督者向け教育研修ツール」(自殺予防版を含む)、BSID(うつ病の簡易構造化面接法)などが盛り込まれた。また、職場から主治医に伝えるべき事項のチェックリスト、事例対応の初期段階(課題が発生した時点)の類型化表も盛り込まれた。

また、各相に関連の深い研究番号(年次報告書の目次番号)を付した。

D. 考察

改訂された対応類型表は、精神科医および産業保健スタッフの立場から、対応類型表案に、数多くの事例を後視的にあてはめを行った試みから得られた結果であり、職場の現状に合った内容になっていると考えられる。

対応マップは、時系列的に具体的な対応方法を整理したことから、中途段階からの活用が可能となり、様々な事例で使用することができよう。

E. まとめ

職場のメンタルヘルス対策に資する「対応類型表」（改訂版）とメンタルヘルス不調者の対応マップを開発した。

平成 24 年度（最終年目）は、職場で新たに発生した事例に対して、これらを利用した対応を行い、その有用性、問題点等を前視的に検討する。それによって、当該ツールを完成される。