

原 著

メンタルヘルス不調者への対応事例を通じて職場での問題点を考える

黒川 淳一^{1)~3)}, 井上 真人^{1)~3)}, 井奈波良一²⁾³⁾, 岩田 弘敏²⁾³⁾¹⁾医療法人桜桂会犬山病院²⁾岐阜大学大学院医学系研究科産業衛生学分野³⁾岐阜産業保健推進センター

(平成20年4月7日受付)

要旨：【目的】変革期にある公的事業所において経験した事例を通じ、職場のメンタルヘルスケア対策における問題点を整理し、考察を加える。

【事例】筆者らが嘱託産業医として従事していた、某公的事業所に勤務する二人の男性労働者への対応事例を提示する。

一例目は30歳代独身で非管理職、頸肩腕痛など各種不定愁訴を悩み、心療内科医院より“抑うつ状態”の診断書を発行されている。これを理由に度々の欠勤や業務軽減などの要求事項がエスカレートし事業所としての対応に苦慮していた。抑うつ状態に陥る背景には、他罰的で責任ある仕事からの回避、秩序への否定的感情と漠然とした万能感に支配された“ディスチミア親和型”と呼ばれる様態が存在する一例であった。

二例目は40歳代で各種業務に精練したベテラン職員、勤務態度は熱心で勤勉そのもの。責任感が強く過重労働に陥った結果、昇進と共に“メランコリー親和型”を背景にしたうつ病を発症。しかし、この職員への休職を求める精神科主治医からの診断書に対し事業所は降格を持って遇するといった対応を行おうとした。自殺の可能性も高いことなどから降格処遇回避を求めた産業医は契約解除されるなど、事業所としての対応は混迷を極めた。

【対応と考察】勤労意欲の乏しい一例目にある職員に対し、就労への“動機付け”を高めるような面接を重ねた。職員の不満そのものにはあえて言及せず、就労することの利益に着目することで勤務状況の改善を図った。二例目は“メランコリー親和型”を背景にしたうつ病の典型的事例である。治療に休養は不可欠であり、休職導入のため事業主の理解を深めるための教育は重要であることが再確認された。企業の社会的責任の観点からも、職員の健康管理に対し責任ある行動をもって対応することが望まれる。

(日職災医誌, 56: 53—61, 2008)

—キーワード—

ディスチミア親和型、動機付け面接、企業の社会的責任

1 はじめに

2005年8月、いわゆる“郵政解散”で当時の小泉政権は民意を背景に圧倒的勝利を手中に収めた。これを踏まえて2006年6月、経済財政運営の基本方針“骨太方針2006”が示され、公務員制度改革を抜本的に行う旨が表明される。この中には総人件費の削減や天下り人事の弊害抑制、能力給制度導入等の改革案が盛り込まれるなど、公務員を取り巻く職場環境は急激な変化を要求されるものとなった。

このような社会的背景を踏まえ、筆者らは公務員の身

分から民間へと移管されつつある、変革期にある職員らのメンタルヘルスをキーワードに、コンピュータ情報処理事業者¹⁾および郵政職員²⁾らの職業性ストレスを評価し、その問題点を本誌上にて報告を重ねてきた。この二つの調査を通じ比較してみると、調査参加率だけを見ても極めて興味深い結果となっていた。すなわち、コンピュータ情報処理事業所での調査はメンタルヘルスケア対策を今後、積極的に推し進めていく事業主の意思表示の一環として位置付けたため高い調査参加率を得たのに対し、郵便局での調査は事業主の意思表示が浸透しないままに、調査への懐疑的な意見が労使双方から聞かれ、

極めて低調な調査参加率にとどまったことである。メンタルヘルスケア対策推進のための、事業所として積極的に推進していく旨の意思決定と方針表明³⁾の重要性を改めて確認する結果であった。

本報告で取り扱う公的事业所 A も、2003 年当時から民間移行が取沙汰されていた。この事業所 A に嘱託産業医として勤務していた筆者らは、厚生労働省の推進する“職場における心の健康づくり”³⁾のための指針に沿って、“職場環境等の把握と改善”を目的とした調査を再三提案してきたが受け入れられずにいた。事業所としての消極的な取り組み姿勢のためにメンタルヘルスケア対策が後手に回ることになって、その後、メンタルヘルス不調者は増多の一途を辿ることとなった。嘱託産業医として対応が困難な事例を重ねることを通じて、職場におけるメンタルヘルスケア対策を推進していくにあたっての問題点を整理し、考察するに至る貴重な機会を得たため、以下に報告することとした。

II 事例の提示にあたって

(1) 事例にある事業所の概要

以下に示す二つの事例は、共に公的事业所 A での事例である。業務内容は事務処理作業取り扱い機能に特化した内容となっている。筆者らが嘱託産業医として勤務を始めた 2001 年当時はパートタイム職員を含めると 700 人を超える規模で正規職員の割合が高かった。その後、公務員制度改革による人員削減のため早期退職奨励制度の導入と非正規職員雇用の増加、後述するメンタルヘルス不調などを理由にした相次ぐ退職のため、2007 年 9 月頃までには約 400 人を下回るまでの規模にまで急激に事業所規模が縮小していくさなかにあった。男女比は約 1:2 で女性が多い職場環境であった。女性管理職も相当数存在し、一般職員らの勤務時間はほぼ適正な形で守られていた。その一方で、中間管理職以上では長時間労働に陥ることがしばしばあった様子だが、衛生委員会の席上などで、あえて問題として表面化させることはしなかったと嘱託産業医の立場として記憶している。

対象者らの労働強度は、筆者らが観察したところほとんどが事務作業であり、日本産業衛生学会の示す RMR で 1~2 (極軽作業~軽作業) 程度であった⁴⁾。

(2) プライバシー保護のための情報の加工⁵⁾

以下に記載する事例についてはプライバシー保護の観点から一部、齟齬が生じない程度に変更がなされている⁵⁾。二つの事例はそれぞれ、事業所 A 内にある健康管理室や、筆者らが精神科医師として勤務する精神科外来において経験した内容を主に記載する。

III 事例の提示

【事例 1】30 歳代 男性職員 B 独身 男性 両親と同居 勤続 10 年以上

健康管理室を訪れた理由(主訴)：上司や同僚の対応に不満

現病歴：初来室時には既に心療内科医院を転々としており、当時で 3 件目。抗不安薬や睡眠薬を処方されている。アレルギー性鼻炎のため耳鼻科通院と、頸肩腕痛による整形外科通院および接骨院通院が欠かせないという。訴えは「長時間にわたる書類整理やパソコン業務のために頸肩腕痛を来したのだから通院のための時間を配慮すべきだ。早退して接骨院に通う事や遅刻して出勤するのは仕方が無いことなのに、同僚はサボっているとしか思っておらず、いたたまれない気分になってつらい。“うつ”だと思うので心療内科にも通院する必要があるのに周囲は理解しない」といった内容であった。

かかりつけている心療内科医院の主治医から“抑うつ状態”の診断書が提出されていることもあって、上司は一定の配慮を払い週 2 回程度の早退を許可していたが要求事項は益々増大していった。その後さらに、遅刻、早退、欠勤が目立つようになり、衛生管理者に促されて来室となる。先述の訴えの一方で、休日には長時間のドライブを楽しむなどが出来ている。周囲はその事実を知っており、同僚らの中には職員 B の果たすべき業務の肩代わり分まで処理せざるを得ない勤務状況に対して憤慨している者が複数いた。上司や衛生管理者は職員 B の対応に苦慮するだけでなく、他の職員への負担増加や士気の低下についても対応に苦慮していた。

診断 (DSM-IV-TR)：表 1 を参照⁶⁾。

対応：上司や衛生管理者は職員 B の迂遠で長時間に及ぶ訴えを聞かされることに辟易している状態であった。業務内容は事業所内で最も平易な内容にとどめ、遅刻、早退、欠勤に対し注意はするものの、それ以上の具体的な対応はなされていなかった。管理職らは嘱託産業医が来所すると同職員を預けるだけで、対応方法を嘱託産業医と共に事例検討するといった具体的な取り組みの機会を持つとする意欲は既に失われていた。

周囲の消極的な姿勢も問題ではあったが、就労に対する意欲のなさを最も問題視した筆者らは、原井ら⁷⁾やミラーら⁸⁾による“動機付け面接”の技法に習いカウンセリングを重ねた。

カウンセリングの意図するところは以下のような視点に集約される。①就労することによる利益と、欠勤などによる不利益を検討させる。②現在の不適応状態について、自らの訴えに整合性は図られているか否かを検討する。③一般的には、不合理な訴えは職業人としての生活を困難な状況におとしめ易いことを確認する。④これまでの言動の結果として、現状では自らの職業生活が困難な状況に陥っていることを再確認する。⑤結果が困難なものである以上、(相手の出方は別問題として)自らの言動における合理性が乏しい点については容認し、妥協点を探ることで利益がもたらされる可能性を提案する。⑥

表1 事例1：診断

DSM-IV-TR 診断
I 軸：309.3 適応障害、行為の障害を伴うもの
II 軸：自己愛性パーソナリティ障害
III 軸：アレルギー性鼻炎、頸肩腕痛
IV 軸：職場での孤立、失職の可能性
V 軸：GAF=55（社会生活における中等度の障害）
補足：
行為の障害：他人の権利、または年齢相応の主要な社会的規範を犯す障害（横並び昇進もせず、周囲の迷惑を顧みない、権利の主張）
自己愛性：自分が特別であること、特権意識、尊大で傲慢な態度、対人関係で相手を不当に利用しようとする、共感性の欠如など
GAF 分類：心理的・社会的・職業的機能を考慮し精神的健康を一つの仮想的な連続体として評価。得点が低いほど重篤とされる。

不合理性を認めた以上、利益を求めて自ら行動を変容せざるを得ない状況にあることに気が付く、を目標としたカウンセリングである。特に自らの言動が不合理なものであることについて、あたかもクライアント自身が自発的に気がついたかのように誘導することで問題点をより受容し易いものへと変化するように働きかけることで、修正への動機を高める点が“動機付け面接”上の重要なポイントである。

職員Bに対する健康管理室内でのカウンセリングでは、不利益を回避するための具体的な方策を検討させ、その検討結果に従い期日を決めて実際に行動に移すことで職業生活上の困窮具合がどのように変化したかを評価させる、といった内容に多くの時間を費やした。また、事業所Aに対する不満や身体愁訴の内容にはあえて深く言及せず、雇用の維持や職員Bにとって働きやすい環境（例えば、同僚から不満を言われない環境）を利益にみため、自らこの状態を作り出すことを目標としカウンセリングを重ねた。

カウンセリングは1回/月程度の頻度ではあったが、30分/回以上で3年以上を費やした。その結果、業務内容の充実までには至らないものの、当初は月半分以下にまで低下していた勤務日数を、月2~3回程度の欠勤にとどめるまでに至った。さらにこの間、長期休職に陥ることもなく経過した。上司が職員Bの不満やまとまりのない冗長な訴えを長時間にわたって聴取することによる弊害も緩和された。

【事例.2】40歳代 男性職員C 妻子あり 妻も同じ事業所Aに正規職員として勤務

主 訴：仕事に行けない 出社すると涙が出る

現病歴：20年以上、事業所Aに勤務しているベテラン職員。一時は総務課にも在籍し、職場におけるメンタルヘルス不調者の復職支援にも携わったことがある。メンタルヘルスにまつわる疾病や職場における取り扱いについて一定の知識を有する職員であった。

来院する半年程前から業務支援等の専門的かつ繁忙な部署に配置転換され、さらにその3カ月ほど後からは勤務成績も良いことから顧客クレーム対応の部署に配置転換となった。短い期間に配置転換が重なり業務量も増えたため、その都度、仕事を覚え直さなければならない状態であった。その結果、時間外勤務や休日出勤も重なり過重な勤務状態が続いた。しかし、上司などに不明な点を相談したり支援を仰ぐといった対処²⁾は“仕事から逃げる様な気がして恥”であると感じており、一人で黙々と仕事をこなしている状態であった。

徐々に疲労感や食欲低下、早朝覚醒を主体とした睡眠障害と共に朝の億劫感が出現。体重も減少していった。TVの音が耳障りに感じられ、子供と遊ぶことや趣味の映画鑑賞が楽しみであったが全く興味が湧かない、といった日常生活場面における支障を自覚するようになっていった。

その後、事業所内での大幅な改組があり、当時在籍していたポジションの責任者へと昇進が決定する。管理職への昇進のため労働組合からも脱会となる。仕事に対する責任感が高じて焦燥感が募り、睡眠障害などはさらに悪化。近医受診し睡眠薬を貰うが改善しなかった。次第に仕事に誘因なく泣けてくるといったことが度々、出現するようになった。そのため妻に伴われて筆者らの勤務する精神科外来に受診となった。

仕事に“ついていけない無能さ”を嘆き、“これでは事業所Aに対して申し訳ないと思いつつも、どうしても体が言う事をきかない。情けなくて涙が出てしまう”。“こんなことは誰にも相談出来なかった”。“自分の車で泣きはらしてから、こっそり職場に戻って仕事を続けていたが限界を感じて受診した”という。

診断（DSM-IV-TR）：表2を参照⁶⁾。

対 応：診断を踏まえ、早期の復職は困難と判断した。3カ月の自宅静養とし、加療に専念する必要性がある旨の診断書を作成した。翌日朝から職員Cを自宅で休ませ、代わりに、出社した妻を通じて事業所Aに診断書を提出した。

診断書を提出した同日の昼、妻が総務課に呼び出される。その席上で職員Cの降格人事（新卒と同程度への3階級降格人事。なお、そのような取り扱いについては事業所Aの就業規則にはない）がなされる旨が妻にのみ伝えられ、帰宅後、本人に伝えよと指示された。

同日午後、偶然にも嘱託産業医（兼、主治医）による事業所内相談日であったため、妻が相談に来室。妻は事業所A内にある労働組合にも相談を持ちかけたが、既に組合員ではないため相談対応の支援が得られなかったという。妻と対応を協議した結果、事業所Aの上位組織にあたる本社直轄の健康管理室専門官医師Dに相談することとした。電話で医師Dに相談してから2時間後、医師Dから事業所長宛に電話での指導が入り、その後、

表2 事例2：診断

DSM-IV-TR 診断	
I 軸：296.22	大うつ病性障害，単一エピソード，中等症， メランコリー型の特徴を伴うもの
II 軸：V71.09	診断なし
III 軸：なし	
IV 軸：最近の職業上の問題	
V 軸：GAF=60	(社会生活における中等度の障害)

補足：

メランコリー型の特徴：“子供と遊ぶのが億劫”，“趣味の映画鑑賞も興味を喪失”などから，普段快適である刺激に対する反応の消失と，活動における喜びの消失が認められる。さらに朝を主体としたこれまでに経験のない抑うつ気分と早朝覚醒，著しい焦燥感と食欲不振，過度な罪悪感などを伴うことから，同診断基準を満たすと考えられた。

妻に職員Cの降格取り消しが伝えられた。これらのやりとりがあったことは結局，未だ本人の知るところに及んでいない。

これを踏まえて嘱託産業医が副所長および総務課長に病気の説明を行った（事業所長は同席せず）。メランコリー親和型を背景とした昇進後のうつ病患者を，本人に説明なく突然，降格処分するのは自殺の恐れも十分考えられるため，慎重な対応がなされるよう求めた。

職員Cは自宅静養を取り入れ，薬物療法を主体に治療を進めることとなった。しかし，この出来事の10日後に突然，翌月からの嘱託産業医としての契約更新を解除する旨が筆者らに電話で総務課長より伝えられた。

その後，通院に付き添う妻や，その他，事業所Aからこの嘱託産業医の外来に通院する者ら複数から伝え聞いたところによると，その後も事業所Aではメンタルヘルス不調者や退職してしまう職員が続出しているという。メンタルヘルス不調により長期休職を取得する者や離職してしまう者で某課全員が不在となる，さらには総務課長自らが退職を申し出ているなどといった有様であるという。このような状況やそれまでの夫への処遇に対し，妻は苛立ちや不安が高じるあまり，度々パニック発作様の症状に見舞われるようになる。その結果，妻までもが医師Dから長期休職・加療の必要性を説く診断書が発行されてしまった。職員Cの復職について妻は事業所Aに対し，今後の対応への懐疑的な姿勢を頑なに示すため，結局，夫婦そろって復職の見通しが立たないでいる。

IV 考 察

厚生労働省が5年ごとに行っている「労働者健康状況調査」によると，「仕事や職業生活に関する強い不安，悩み，ストレス等を感じている労働者の割合」は調査の度に増加を続け，1997年に6割を超えて以降，高止まりの状態である³⁾。この事態を受けて2000年8月，「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」(以下，指針)が策定された⁹⁾。この指針の中には，労働者自身がス

トレスに気づき，これに対処すること(セルフケア)をもって，ストレスを精神的側面からの健康問題に発展させないよう努める必要性について記されている。しかし，職場では労働者自身の力だけでは取り除くことが出来ないストレス要因が存在するため，事業主がメンタルヘルスケア対策を推進する姿勢を表明することこそが重要であるとの見解から⁹⁾¹⁰⁾，2006年に示された「過重労働による健康障害防止のための総合対策」の中ではこの点がさらに強調されるに至った¹¹⁾。これは，労働者は自身が健康であるよう務める一方，事業主は労働者の健康管理に留意せよといった，労使双方が健康回復努力義務および安全配慮義務のそれぞれ果たすべき責務を求めた趣旨を明文化した法改正の流れを汲んでの対策強化であると考えている¹²⁾。さらに，これらを踏まえた労働契約の締結後には，互いの信義則・誠実義務に則った履行が求められることとなり，2007年12月に労働契約法が制定された¹³⁾。

しかし，実際の職場におけるメンタルヘルスケア対策の報告を見渡してみると，度々の欠勤や復職困難事例，対人関係技能やパーソナリティ上の問題による職場不適応事例の報告など，“信義則・誠実義務”に反するのではないかと疑わざるを得ない事例の報告が多数みられるようになった^{14)~20)}。これらの問題に対し事業主側は労働契約法の施行に伴い，対応に苦慮するあまり労働者の不適応行動を排除することで解決を図ることまでも視野に入れた報告も見られるようになった²¹⁾。指針³⁾⁹⁾に沿った対応を行っても復職に至らない場合にこそ，現場の衛生管理者や事業場内産業保健スタッフらが対応に苦慮しているのではないかと，筆者らの従事する岐阜産業保健推進センターでの相談業務を通じても危惧されるところであった。

その一因として，職場における長期休職に至らしめた精神疾患の多くが“うつ病”であったため^{14)~20)}，これまでの，職場における対策の多くがうつ病を想定した早期発見と休養の導入による対応にとどまらなかったのではないかと筆者らは考えている。メンタルヘルスケア対策にまつわる指針の多くがうつ病や，それらの状況を引き起こしかねないとされる過重労働¹¹⁾や自殺予防²²⁾と，それらによる企業の経済的損失からの回避²³⁾を念頭に置いたものであったがゆえに，早期受診行動の促しと，うつ病からの回復のために休養を導入するための事業主側の理解を求める内容に偏重していたのではないかと，その一方で，未だ休職判定基準はあいまいなままである²⁰⁾。うつ病というよりは，むしろ適応障害や逃避，依存といったパーソナリティ上の問題など他の疾患が主病であるケースにもうつ病者への対応と全く同じケアを取り入れた場合，漫然と休職に陥ってしまい対応が困難であったとの指摘が重ねられている^{14)15)18)~20)}。さらに復職判定基準もあいまいであることがこれらの問題を助長してきたのではないかと筆者らは考える。少なくとも精神科医の立場として診

断精度を高めていくことは当然求められるとしても、休職や復職のためのガイドライン作りや²⁰⁾²⁴⁾、休職導入だけでなく、復職を視野に入れた各種の訓練制度（復職デイケアや各都道府県にある地域障害者職業センターによる職場復帰支援制度）等の確立・普及・活用が今後、急を要する課題となるであろう²⁵⁾²⁶⁾。

本報告における【事例.1】は、職員B本人の逃避的で自己保身に偏重したパーソナリティといった、DSM診断におけるII軸の問題が主病ではないかと考えられる事例である。度々の欠勤や、勤労意欲の低さ、事業所と折り合う妥協点を探ろうとしない姿勢、上司との再三にわたる冗長な話し合いによって引き伸ばしにあうなど“サボタージュ”のため問題解決が先送りされ続けた結果、本人だけでなく周囲も巻き込んで職場環境を不調に至らしめた、典型的な“困った事例”であると思われる^{14)~20)}。

こういった事例は、未熟な人格の問題が背景にある若年者で多い可能性が指摘され^{2)15)~18)}、働く動機が欠落している一方²⁷⁾、自己の保身や権利の過剰な主張が認められないことによる不満や悩みを、結果として“うつ状態”と診たてられることがある²⁸⁾²⁹⁾。職員Bが自発的に職場へ適応しようと試みる意欲が乏しい点を考慮すると、むしろ今回“適応障害”と筆者が診断したことの方に無理があるのかもしれない、“うつ状態”の診断の方が適切なかもしれない。

このような“うつ状態”を樽見は“ディスチミア親和型うつ病”として以下の様に説明している²⁸⁾。自責の念が乏しいため罪業感が薄く、仕事熱心な時期がみられないままに常道的な意欲のなさを訴える。秩序への否定的な感情や根拠のない万能感に支配されているため熱心に仕事を覚えようとする努力をしない。結果として仕事はいつまでたっても覚えられないため職場で認められることがない。認められないことによる他者への不満や見捨てられ不安が様々な問題を引き起こす、といった点が主な特徴である。このような“ディスチミア親和型”を背景にした“うつ状態”²⁸⁾を理由に、ただ休職だけを認め他の支援を行わなかった場合の結果はどうなるであろうか。本人の就労意欲のなさを結果としてさらに助長することにもなりかねず復職の見込みが立たない。結果、本事例のように事業所は対応に振り回され職場環境は混乱を来たすであろうことは想像に難くない^{14)~20)28)}。“うつ状態”の病前性格など病気の背景には触れずに診断書だけを発行してしまい職場が対応に苦慮するといった診断書の問題や、この点を加味しない休職判定であること、さらには復職への過程が確立していないことの弊害が露呈した結果ではないかと考える²⁰⁾²⁹⁾。八幡²⁷⁾や岡田³⁰⁾³¹⁾の著書など、この様なパーソナリティの問題の積み重ねによって現代社会が機能不全に陥った可能性を指摘した出版物は多く刊行され、実際に職場においてもその可能性

があることを筆者らはすでに報告している²⁾。

これらの問題点を整理し、解決の手立てを①患者（この場合、発病、または発病が疑われる労働者）と、②環境、の二つの側面から考えてみる（表3を参照）³⁰⁾³²⁾。

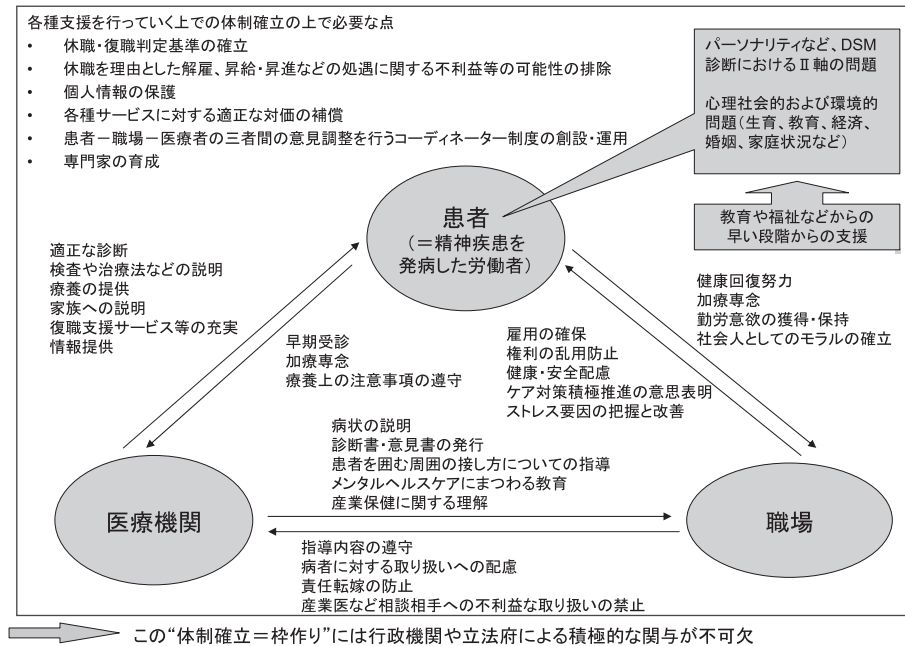
①患者（発病、または発病が疑われる労働者）本人に対するアプローチの観点からは、まずは“4つのケア”に沿って医療機関への受診がなされることが必要である³⁹⁾。安易にパーソナリティなどDSM診断におけるII軸の問題であると切って捨てられないよう²¹⁾、精神科医による慎重な診断がなされることと、それに基づいた休職・復職判定基準の適切な運用がなされることが求められる。特に、問題の背景に乏しい社会性が潜む【事例.1】のような場合については^{14)~20)28)}、社会復帰支援の一環として就労への動機を高め、社会性を高めることまでも視野に入れた指導・教育の充実といった点までもが今後、医療者や事業場内産業保健スタッフらには求められるのではないか。

薬物療法や休養による治療以外の、例えば今回紹介した“動機付け面接”⁷⁾⁸⁾といったアプローチ法の汎化が進めば、各種場面でも応用することが可能であろう。うつ病を発症した労働者に対する復職支援としての取り組みの場面において、“認知行動療法”の応用と、その効果についての報告は複数なされている^{23)33)~35)}。その一方で、本事例のようなDSM診断におけるII軸の問題が主病ではないかと考えられる“困った事例”^{14)~20)28)}に対し、職場での具体的な対応の経験としての報告は筆者らが知る限り本報告における【事例.1】以外にはごく僅かである³⁶⁾。また、境界性パーソナリティ障害に対する治療法として、例えば“弁証法的行動療法”の有効性が紹介されているが、あくまで医療機関内における臨床の場における使用報告にとどまる³⁷⁾。その点においても職場における具体的な対応方法として、“動機付け面接”⁷⁾⁸⁾への期待は大きいと思われる。現在“動機付け面接”については糖尿病や特定検診・特定保健指導における生活習慣改善のための活用や³⁸⁾³⁹⁾、アルコール依存症⁴⁰⁾、心身症⁴¹⁾への使用経験が国内で報告されている。本事例の経験から、職場におけるメンタルヘルスケア対策における“動機付け面接”の活用など、職場でのカウンセリングのあり方について、さらなる事例の積み重ねと効果の検証を進めていく必要がある⁴²⁾。

就労訓練など実際の行動を介した、多角的な視点からの支援なども効果が期待されている^{24)~26)35)}。さらには【事例.1】のような事態をそもそも予防するためには修学期間中から、勤労の重要性や価値を教育する必要性があるのではないか。教育者らの参画と理解を得る取り組みも必要となるであろう⁴³⁾。

②環境の観点から対策を考えると、まずは先述からのとおり休職・復職判定基準の確立が急務である²⁰⁾。休養が治療に欠かせないとされる精神疾患の発病を原因とし

表3 メンタルヘルスクエア対策において求められる事項…概念図



た休職要請であるならば、雇用への悪影響（昇進や昇給の阻害、解雇の恐れなど）がなされないような法的保護の拡充が求められることは、現代社会においては避けられないのではないか¹³⁾²⁷⁾³⁰⁾³¹⁾。雇用や生活安定の確保が前提にあれば、いたずらに保身を図る【事例.1】の職員Bのような者であっても^{14)~20)28)}、権利の主張と働くこととの間に妥協点を見出し易くなるのではないかと、“動機付け面接”の汎化の観点からも期待できる。今後、少子化が進み労働力人口が減少する状況にあっては考慮せざるを得ないのではないかと考えている。

また突然、休職を求める診断書を提出することによる事業所側の混乱を軽減させるため、精神科医ら医療機関側は職場の状況を察し、患者本人の同意と求めに応じて診断や病状の説明を行うことや、患者を取り巻く周囲の者に対する、患者への接し方などの説明や教育を行っていくといったサービスの拡充を進めることなどが求められるであろう³²⁾。そして、医療機関側が行った各種サービスへの適切な対価の保障や、現行の医療機関—患者間または患者—職場間といった当事者関係だけでなく医療機関—患者—職場の三者間をつなぎ意見の調整や合意を導くコーディネーターの役割を担う職種の創設や運用²⁵⁾、といったシステムの構築を図ることで、医療機関側が職場環境を察するに、歩み寄る姿勢を期待し易い環境を整えるといった取り組みが必要なのではないか。職場側も医療機関側に十分な情報を提供せず、ただ休職や復職の判断だけを迫るような姿勢で一方的に対応や責任を押し付けることは自重し、互いの立場を配慮しながらメンタルヘルスクエア対策を円滑に推進していく姿勢や理解が求められる。

そして【事例.2】は、これまで各種指針³⁹⁾が想定してきた“メランコリー親和型うつ病”に対する処遇をめぐって事態が混迷を深めた事例である。有能で勤労意欲も高く、かつ、会社に対する忠誠心が高じるあまり、支援もないまま“過重労働”¹¹⁾に陥ったが故の発病と考えられる。うつ病の診断基準も満たしているため⁶⁾、従来からの指針どおり励ましたりはずせ休養と薬物療法を取り入れることを試みた⁴⁴⁾。しかし、事業所の精神疾患に対する理解の乏しさがゆえに、昇進後うつ病者に降格を持って遇するといった対応は、自殺の危険性を高めるといった最悪の事態を招きかねないものであった¹¹⁾²²⁾。精神科主治医としても、産業医の立場としても看過することの出来ない対応といえよう¹¹⁾²²⁾。

しかし、結果としては嘱託産業医としての契約を打ち切られることにより職員C以外の職員への支援の機会を一切失ってしまった。事業所への病況説明のあり方などについて、さらに適切なアプローチの方法がなかったかを反省させられる課題も残した。労働安全衛生法第13条第3項では「産業医は、労働者の健康を確保するために必要があると認めるときは、事業者に対し、労働者の健康管理等について必要な勧告をすることができる」と定められ、産業医の勧告を尊重するように勧奨している⁴⁵⁾。さらには労働安全衛生規則第14条第4項では、これらの規程により勧告したことや指導、助言をしたことを理由に産業医を解任、その他不利益な取り扱いをしてはならないと定められている⁴⁵⁾。当該事業所の実情などを十分考慮して無理のない勧告の行使が通達で求められているが、今回の事例については、明確に産業医の勧告である旨を書面で示すなどした方が、後々の契約解除に

至る混乱を避けるための有効な手段となり得たのかもしれない⁴⁶⁾。

同事業所グループでは、職場のメンタルヘルス対策推進のための職員用パンフレットも作成しており、昇進後うつに注意せよといった記載もみられるが(非公開資料)全く生かされていない結果であった。わずかな時間で職員Cへの対応が(就業規則上、病気を理由に降格させるといった記載がないなど、根拠がないにもかかわらず)二転三転するなどメンタルヘルス不調者に対する方針にも一貫性がみられない点などは事業所側の“信義則・誠実義務”違反が疑われる¹³⁾。再三の職場環境評価のための調査実施の提案も採用されなかった点や、衛生委員会での討議不足、さらには今回の事態に進言を加えた嘱託産業医を契約解除するといった事業所の姿勢などは、先述からの事業主のメンタルヘルスケア対策への意思決定と方針表明を求める各種指針の主旨と照らし合わせてみても全く逆行する対応が執り行われている³⁾⁹⁾¹¹⁾⁴⁷⁾。

万一、メランコリー親和型を背景にしたうつ病者が過重労働を原因として自殺などに及ぶようなことがあれば、司法の場において争われるような事態は必至であろう。事業主の安全配慮義務違反が問われかねず、個人の不幸に加えて企業の損失も過大なものとなることが予想される¹²⁾²³⁾。くれぐれも対応を誤ることのないよう、事業主ら管理職を対象としたメンタルヘルスケア対策や過重労働対策についての教育の重要性を再確認させられる事例であった。

これまで勤勉に働いてきた職員Cに対するこのような事業所の対応姿勢を、他の職員が知るところに及べばどの様に思うであろうか。場合によっては【事例1】にある職員Bの様に、“これ程までに問題点の多い職場環境下では、自己保全のために権利は主張すべきなのではないのか? ”、“保身を図る方法も一つの職場環境に適應するための有効な方策なのではないか? ”、などと職員らに疑念を抱かせ、不信任を煽るような素地を事業所自らが培ってはいないだろうか²⁷⁾³⁰⁾³¹⁾⁴⁸⁾。

企業を社会的公器と考え、雇用の安定と有効な人材の活用、ひいては職員の健康管理などに対し責任ある立場として積極的な姿勢を示すことが“企業の社会的責任(CSR)”である⁴⁹⁾。これらの活動を通じて企業価値を高めるといったCSRの意義を公的事業所は、今後、民間へと移管されつつある現在の変革期を通じてさらに理解を深めていく必要があるのではないかと^{49)~51)}。

なお、同事業所グループではインターネット上にCSRを謳っている。精神科主治医として、職員C夫婦を復職につなげるためにも職場環境が改善されることは必須の条件と考えている。事業所Aの、今後のコンプライアンス経営に期待しているところである。

なお、本論の一部を2007年4月に大阪で開催された日本産業衛生学会第80回大会にて発表した。

文 献

- 1) 黒川淳一, 井上真人, 岩田弘敏, 他: コンピュータ情報処理作業における生活習慣とメンタルヘルス. 日職災医誌 52 (2): 96—104, 2004.
- 2) 黒川淳一, 井上真人, 井奈波良一, 他: 郵政職員における生活習慣と職業性ストレスに対するストレスコーピング調査. 日職災医誌 53 (6): 294—304, 2005.
- 3) 中央労働災害防止協会編: 職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～. 東京, 中央労働災害防止協会, 2007.
- 4) 日本産業衛生学会: 許容濃度等の勧告. 産衛誌 47(4): 162—164, 2007.
- 5) 厚生労働省: 「労働者の健康情報の保護に関する検討会」報告書について. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/09/s0906-3.html>, 2004.
- 6) 米国精神医学会: DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 新訂版第4刷. 高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸, 他訳. 東京, 医学書院, 2005.
- 7) 原井宏明, 岡崎美代, 吉村 綾監修: 動機付け面接 トレーニングビデオ日本版[導入編]. 熊本, 独立行政法人国立病院機構菊池病院診療研究部, 2005.
- 8) ウイリアム・R・ミラー, ステファン・ロールニク: 動機付け面接法. 初版第1刷. 松島義博, 後藤 恵訳. 東京, 星和書店, 2007.
- 9) 中央労働災害防止協会編: 働く人の心の健康づくり. 東京, 中央労働災害防止協会, 2001.
- 10) 川上憲人: 職場におけるメンタルヘルス—計画づくりと進め方. 日職災医誌 50 (3): 154—158, 2002.
- 11) 中央労働災害防止協会編: 過重労働による健康障害防止対策の手引き. 東京, 中央労働災害防止協会, 2006.
- 12) サンユウ会研修実務委員会法令研究グループ編著: 判例から学ぶ従業員の健康管理と訴訟対策ハンドブック. 第2刷. 東京, 法研, 2006.
- 13) 岩出 誠: 労働契約法成立! 法案修正内容の検討と企業の実務対応. ビジネスガイド 668: 7—18, 2008.
- 14) 日本産業精神保健学会編: メンタルヘルスと職場復帰支援ガイドブック. 初版第2刷. 東京, 中山書店, 2006.
- 15) 岩谷泰志: 未熟なパーソナリティの関与するうつと職場復帰支援. 日本精神科病院協会雑誌 26 (11): 34—38, 2007.
- 16) 川上正憲, 増茂尚志, 中村 敬, 他: パーソナリティ障害における攻撃性と衝動性. 精神科治療学 21 (9): 971—979, 2006.
- 17) 岡田隆介: 遷延した青年期と未熟な成人における「社会性の乏しさ」—臨床の中でどう扱うか—. 精神科治療学 21 (11): 1191—1197, 2006.
- 18) 廣 尚典: 若年労働者の職場不適応をめぐる問題—産業保健の立場から—. 精神科治療学 21 (12): 1355—1358, 2006.
- 19) 広瀬徹也: 反復欠勤者—その病態と対応—. 精神科治療学 22 (2): 153—158, 2007.
- 20) 小嶋秀幹, 中村 純: 病休・休職者の動向とうつ病. 臨床精神医学 35 (8): 1047—1051, 2006.
- 21) 浅井 隆: 社員の“問題行動”への対応と「注意書」「指導書」「誓約書」の作成方法. ビジネスガイド 668: 20—35, 2008.
- 22) 中央労働災害防止協会編: 職場における自殺の予防と対

- 応, 改定第1版第1刷. 東京, 中央労働災害防止協会, 2007.
- 23) Wang PS, Simon GE, Avorn J, et al: Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *National Institute of Mental Health* 298: 1401—1411, 2007.
- 24) 秋山 剛, 富永真己, 酒井佳永, 他: 復職をめぐる職場健康管理システムの現状, 問題点と対応策. *臨床精神医学* 35 (8): 1069—1078, 2006.
- 25) 川村浩樹, 川上 恵: 三重障害者職業センターにおける職場復帰支援(リワーク支援)について. *臨床精神医学* 35 (8): 1085—1094, 2006.
- 26) 原田健一, 牧 賢美, 藤井美香, 他: うつ病専用病棟における復職支援の取り組み リワーク事業との連携による支援. *日本精神科病院協会雑誌* 26 (11): 39—43, 2007.
- 27) 八幡 洋: 働こうとしないひとたち 拒絶と自己愛性. 東京, 中央公論社, 2005.
- 28) 樽味 伸: 現代の「うつ状態」 現代社会が生む「ディスチミア親和型”. *臨床精神医学* 34 (5): 687—694, 2005.
- 29) 阿部隆明: うつ病者の病前性格. *精神経誌* 109 (9): 846—853, 2007.
- 30) 岡田尊司: 自己愛型社会 ナルシズムの時代の終焉. 初版第1刷. 東京, 平凡社, 2005.
- 31) 岡田尊司: 誇大自己症候群. 初版第1刷. 東京, 筑摩書房, 2005.
- 32) 島 悟: 職場のメンタルヘルスの現状と問題点. *日医雑誌* 136 (1): 19—24, 2007.
- 33) 大野 裕: 職域における認知療法の活用. *産業精神保健* 14 (4): 245—246, 2006.
- 34) 花岡素美, 加茂登志子, 大野 裕: 女性の仕事と未来館の心の相談の実際—短期認知行動療法を用いて—. *産業精神保健* 12 (4): 308—313, 2004.
- 35) 仲本晴男: 沖縄における職場復帰支援 認知行動療法(CBT)を中心としたうつ病デイケアによる復職・就労支援. *日本精神科病院協会雑誌* 26 (11): 51—56, 2007.
- 36) 尾久祐紀: 職場におけるパーソナリティ障害—その特徴と対応法—. *こころのりんしょう à·la·carte* 25(4): 543—546, 2006.
- 37) 永田利彦: 弁証法的行動療法(DBT)の登場とその衝撃—日本での実践への壁. *こころのりんしょう à·la·carte* 26 (4): 572—583, 2007.
- 38) 坂根直樹: 糖尿病. *総合臨牀* 55 (増刊): 858—861, 2006.
- 39) 竹田 透: 特定検診・特定保健指導と産業保健活動. 愛知・岐阜・三重産業保健推進センター, 2008.
- 40) 小林眞津子: 支え手を失ったアルコール依存症者の行動の変化 動機づけ面接法を取り入れて. *日本精神科看護学会誌* 49 (2): 374—378, 2006.
- 41) 原井宏明: 心身症の治療 動機づけ面接 行動変容を起こすためのコミュニケーション. *心療内科* 10 (6): 403—412, 2006.
- 42) 森崎美奈子: 職場不適応労働者への対応—これからの職場カウンセリングのあり方—. *日医雑誌* 136(1): 41—44, 2007.
- 43) 二神能基: 若者の再出発支援の現場から. *労働の科学* 60 (12): 721—724, 2005.
- 44) 笠原 嘉: サラリーマンのうつ病. *労働の科学* 61(5): 261—264, 2006.
- 45) 厚生労働省安全衛生部編: 平成14年度版 労働安全衛生関係法令集. 東京, 労働行政, 2002, pp 243—244.
- 46) 財団法人 産業医学振興財団編: 産業医の職務 Q&A. 第8版. 東京, 財団法人 産業医学振興財団, 2007, pp 12.
- 47) 古谷杉郎: リスク対策の原則に逆行する労働時間規制の撤廃. *労働の科学* 62 (2): 94—98, 2007.
- 48) 木下壽國: 正社員になりたい. *労働の科学* 60 (12): 713—716, 2005.
- 49) 厚生労働省: 労働におけるCSR. のあり方に関する研究会. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/06/s0625-8.html>, 2004.
- 50) 坂 清次: 美しいCSR から誠実なCSR へ. *労働の科学* 62 (1): 34—37, 2007.
- 51) 浅井茂利: 労働組合の視点から見た安全衛生対策におけるCSRの役割. *労働の科学* 60 (5): 274—277, 2005.

別刷請求先 〒484-0094 愛知県犬山市大字塔野地字大畔10
医療法人桜桂会犬山病院精神科
黒川 淳一

Reprint request:

Junichi Kurokawa
Medical Corporation Okeikai Inuyama Hospital, 10, Oguro
Tonoji, Inuyama city, Aichi, 484-0094, Japan

Consideration of Problems at Workplaces through the Case of Handling Workers with Mental Health Issues

Junichi Kurokawa^{1)~3)}, Masato Inoue^{1)~3)}, Ryoichi Inaba²⁾³⁾ and Hirotohi Iwata²⁾³⁾

¹⁾Medical Corporation Okeikai Inuyama Hospital

²⁾Dept. of Occupational Health, Gifu University Graduate School of Medicine

³⁾Gifu Occupational Health Promotion Center

[Purpose] To indicate the problems in mental health care at workplaces and add some considerations citing the cases we handled at a public business institution in a phase of transformation.

[Case] We cite the cases of two male workers at a certain public business institution the author engaged in as a contract industrial physician.

The first example was the case of a single nonsupervisory male person in his thirties. He appealed for malaise such as cervicobrachial disorder and was diagnosed with “depression state” by a psychosomatic medicine doctor. He was often absent from work and escalated his demand such as to make his workload lighter on the pretext of the illness, so the institution was struggling with the reaction to him. That case was one example that the condition called “dysthymic disorder”, which is characterized by escape from extrapunitive and responsible work, negative feeling toward the social order, and a vague feeling of almighty, is behind the depression state.

The second example was the case of experienced staff member in his forties who was familiar with a wide variety of office works. He was a devoted worker and utterly diligent. As he had a strong sense of responsibility, he went into overwork. Then soon after he was promoted, he developed “Typus Melancholicus” depression. The institution, however, tried to demote him despite the certificate from a psychiatrist which required his sick leave. The industrial physician required the institution not to demote him because he was likely to suicide, and the physician got terminated the contract. Thus, the institution’s reaction was in disarray.

[Action and Consideration] We took action repeatedly against the person of the first case who had a low work ethic to raise motivation for working. We did not try to refer his discontent itself but tried to improve his working conditions by having him focus on advantage in working. The second case was that of “Typus Melancholicus” depression. In that case, we reaffirmed that some rest is absolutely necessary for treatment, and the education is important for business proprietors to deepen understanding of that fact to introduce sick leave. From a standpoint of CSR (Corporate Social Responsibility), it is advisable to take responsible action to education and health management for the employees.

(JJOMT, 56: 53—61, 2008)