

シンポジウム 4—4

メンタルヘルス不調者への対応にまつわる問題点をさぐる

黒川 淳一

医療法人桜桂会犬山病院精神科

東海学院大学健康福祉学科

岐阜産業保健推進センター

(平成 23 年 3 月 3 日受付)

要旨：職場におけるメンタルヘルス対策の重要性が叫ばれて久しい中、実際に対応していくにあたって困難な事例に直面することがある。対応困難事例の多くは本来、様々な指針や手引き書が想定していた、「熱心で勤勉、忠誠心厚く真面目な労働者が、燃え尽きる」かのようにして発症する“うつ病”とは趣の異なる事例であることが多い。

「他罰的で共感性に乏しく、相手を不当に利用することに抵抗感がない。特権意識が強く、努力とは無縁で熱心に取り組むことはしないにもかかわらず評価されることだけを期待しては裏切られる」ことを繰り返した結果、不安全感から“抑うつ状態”を来す事例への対応を求めらるがある。この様な不適応者に対し、これまで想定した“うつ病”者に接するのと同じく休職を認め続けた結果、事態が膠着し、復職が図られないといった問題が生じている。医療者はその対応に際して正面から向き合うことを避け、患者自身も“うつ”であることに安住してしまい、事業場が補償しきれないといった問題をきっかけに、労働契約の見直しを迫られる事態となった。

さらには、職場の求める果たすべき役割を見出すことができないが故に職場に居づらくなって休職を繰り返す事例の背景に、パーソナリティ上の問題や発達障害などが併存する場合もある。より複雑化する事例対応には、多くの経験や知識が求められるようになった。

対応困難事例が増加する中、事業場の立場を擁護する論調が増す一方で、未だに典型的な“うつ病”者を用済みだからと言わんばかりに排斥する動きも後を絶たない。医療者としては患者が職場というコミュニティから居場所を失う事態を恐れ、事業者に対し警戒するあまり情報の提供に消極的であるなど、両者の溝が縮まる兆しを見せない。

医療者、職場（事業者）、そして労働者（患者）それぞれが果たすべき役割に気づき、コミュニティの中において求められる文脈（物語）を自覚し、課された負荷を主体的に受け入れる重要性について論旨を展開した。

(日職災医誌, 59: 149—158, 2011)

—キーワード—

うつ病とその周辺、役割の自覚、働くということ

Ⅰ はじめに

職場においてメンタルヘルスの問題が論じられるようになって久しく、その対策を検討することの重要性については、あらためて本報告で論じない¹⁾²⁾。しかし、メンタルヘルス不調者への対応を検討した報告を読み進めるにあたり、職場におけるメンタルヘルス対策が思うように進まないことが多く見受けられる。その一因として、例えば昨今の多様化するうつ病臨床の結果生じた“うつ”にまつわる過剰診断が、復職困難事例を増加させた遠因

ではないかと推察される^{3)~15)}。うつ病臨床における問題点についての理解を深めることと、何らかの実効性ある対策を講じる必要があるのではないかと日々の精神科臨床活動を通じて感じさせられることが多い^{16)~18)}。

筆者らも、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本誌上にて報告を重ねてきた^{19)~23)}。本報告では、これらの問題点について自験例をたどりながら整理し、今後、どのような行動が求められるのか考察することとした。

II 事例の提示にあたって

(1) 事例にある事業所の概要

以下に示す事例1および事例2は、共に700人規模の公的事業所Aにおける事例で、同事業所に2001年から筆者が嘱託産業医として勤務していた。同事業所は公務員制度改革による人員削減等のため急激に事業所規模が縮小していくさなかにあった。

また、事業所Aから発生する複数の事例が、筆者を精神科主治医として絶え間なく通院していた。そのため事業所内の様子は、労働者側の視点に限ってではあるが、職場巡視の機会以外でも掴むことを可能としていた。

その詳細については先行報告²¹⁾に譲るが、顛末などについて加筆しながら今回のシンポジウムにあわせて概略を以下に再掲載する。また、事例3については、公的事業所Aと同じグループ系列にある事業所Bでの事例である。

(2) プライバシー保護のための情報の加工²⁴⁾

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²⁴⁾。

III 事例の提示

【事例1】30歳代 男性職員C 独身 両親と同居

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。他に耳鼻科や整形外科、接骨院などへ頻繁に通院していた。訴えは「長時間にわたる書類整理やパソコン業務のため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社するのは「仕方がない」のに、同僚はサボっていると思っておらずいたたまれない気分になる。「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配慮がなされた結果、早退を重ねていたが要求事項は益々増大していった。また、上司や衛生管理者は職員C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た。その後、遅刻や早退、欠勤が目立つようになり、衛生管理者に促されて来室した。

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た。周囲はそれを知っており、職員Cの果たすべき業務の肩代わりをさせられることについて憤慨している者が複数いた。上司らは職員Cへの個別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懸念していた。

上司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を既に失っていた。

診断(DSM-IV-TRに準拠)²⁵⁾：I軸障害に“309.0 適応障害”(他罰的で不誠実ではあるが、職員Cにとっては、結果の伴わない状況に苦しめられていることを勘案すれば、ICD-10でいうところの“F43.21 遷延性抑うつ反応”としての“抑うつ状態”と解釈可能かもしれない。あくまでも神経症の範疇を超えない“抑うつ状態”であろう)の可能性を示唆しつつ、II軸障害にはあえて“301.81 自己愛性パーソナリティ障害”(通常は適応障害の追加診断としてパーソナリティ障害は付さないとされており²⁵⁾、この事例を医療モデルで解釈しようとすれば適応障害の診断を付すことが先述の理由から優先されるであろう。しかし、職員Cの取る行動の障害を医療の枠付けからの支援だけをもって就労に結び付けることが困難と解釈すれば、むしろ“パーソナリティ障害”を優先させるべきではないか⁴⁾を併記するものとした。

対応とその後：就労に対する意欲のなさを問題視した筆者は“動機付け面接”の技法に習いカウンセリングを重ねた²⁶⁾。その結果、業務内容の充実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おくまでに至らしめた。また、長期休職に陥ることもなく経過した。上司らが職員C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。

しかし、筆者の退職後、程なく職員Cは再び長期休職に陥ったという。しかも自宅療養期間中、脳梗塞を発症したとのことであったが、以下に示す事例2の結果、嘱託産業医でなくなった現在の筆者には詳細不明である。真偽は不明で、この顛末にまつわる“噂話”を複数の職員から“それみたことか”と言わんばかりの口調で聞かされる機会が度々あった。職員Cにとっての不幸話が、もはや部外者である筆者の耳にまで届いてしまうことそのものから、いかに周囲からの反感を買っていたかを伺い知らされた事例であった。

【事例2】40歳代 男性職員D 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、各種業務に精通するベテラン職員。

来院する半年程前から繁忙な部署への配置転換が重なり業務量が増大、時間外勤務も多く過重な勤務が続いた。しかし、上司や同僚などに支援を仰ぐといった対処行動²²⁾は“仕事から逃げる様な気がして恥”であると感じ、一人で黙々と仕事をこなしていた。

その結果、徐々に疲労感や食欲低下、睡眠障害と共に朝の億劫感が出現。趣味の映画鑑賞に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

になった。

同時期に昇進が決定した。管理職への昇進のため労働組合からも脱会となった。やがて仕事に対する責任感が高じて焦燥感が募り、睡眠障害などが悪化。近医受診し睡眠薬を貰うが改善せず。仕事中に誘因なく泣けてくるといったことを度々経験するようになったため、妻に伴われて筆者の勤務する精神科外来を受診した。

自責の念に駆られた言動が目立ち、迂遠で、時に思考抑制がかかる様子であった。仕事に“ついていけない無能さ”を嘆き、“会社に対して申し訳ない。情けなくて涙が出る”、“訳もなく涙が溢れ”、“限界を感じて受診した”という。

診断 (DSM-IV-TR)²⁵⁾：I 軸障害に“296.22 大うつ病性障害、単一性エピソード、中等症、メランコリー型の特徴を伴うもの”とした。躁的なエピソードは聞かれず双極性障害は否定的であった。また、仕事ぶりから強迫的な側面を疑いはしたが、II 軸障害を付すには判断材料が乏しいと考えた。よって、II 軸障害については“V71.09 診断なし”とした。

対応とその後：抑うつ状態の程度などから早期の復職は困難と判断。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 D を自宅で休ませ、妻を通じて事業所 A に診断書を提出したのは金曜日のことであった。

診断書を提出した同日の昼、妻が総務課に呼び出された。その席上、事業所長決済で職員 D の降格人事 (新卒と同程度への3階級降格人事であった。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) がなされるという。帰宅後、本人に伝えよとのことであった。

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属医師 E に相談することとした。電話で医師 E に相談してから2時間後、医師 E から事業所長宛に電話での指導が入り、その直後、妻に職員 D の降格取り消しが伝えられた。

これを踏まえ同日中に、嘱託産業医として副所長および総務課長に病気の説明を行った (これらの決定を下した事業所長は同席しなかった)。メランコリー親和型を背景とした昇進後のうつ病患者に十分な説明なく突然、降格処分するのは失踪や自殺の危険性も考えられるため、慎重な対応を求めた。また週末は各種医療機関等において十分な対応が出来ないおそれもあり、細心の注意を払うよう意見を申し入れた。

職員 D は自宅静養を取り入れることとなった。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

としての契約を解除する旨が電話で総務課長より伝えられ、筆者はそのまま失職した。

その後、妻は事業所 A への猜疑心や不満、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様になった。また職員 D への看病疲れから発病してしまい、夫婦共々加療が必要な状態に陥った。

彼らの通院期間は現時点で5年を超えた。永きに渡る通院経過から、徐々に職員 D の苦悩を聞く機会があった。中でも極端な例を挙げると、職員 D が就業中、別件の労災事故処理を任せられた際、同事業所長が労働基準監督署に対する提出書類への押印を根拠なく拒否したため、上司の指示で“書類を偽造する羽目に遭った”など、不法行為を強られるなどしていた様子が徐々に明らかになった。

常識的ではない先述からの判断を行ってきた事業所長自身が、実は脳梗塞後遺症状態にあって、東京本社から当地へ当時、転出されていたことも後になって聞かされた。この一件以降、東京本社に呼び戻されたが程なく辞職したとのこと。メンタルヘルス対策の責任を負うべき事業所長自身に何らかの器質性精神障害があって、拙速な判断を下しては事業所内に病者を増やした挙句、自身も失職していたとするなら、空恐ろしい事態にあったといえる事例であった。

【事例3】20歳代 女性職員 F 独身 両親と同居

主 訴：とにかく出社できない

現病歴：某名門大文学部を卒業。WAIS-IIIにおいてIQは高く判定されていた。小柄で大人しく目立つことを好まない、いたって地味な印象の方。勤務態度に問題はなかった。

かれこれ3年以上、当院に通院していた。特別なエピソードはないが、残業など重なりといつしか力が失われ、朝、出勤しようと思っても体が動かないといったことを繰り返していた。出社出来なくなっては数カ月休み、取り立てて何か状況が変化した訳でもないが、時が経つと復職するといったことを3回ほど繰り返し、当時も休職中であった。少量の抗うつ剤投与にて療養生活上は支障なく経過していたところで筆者へ主治医交代となった。

当初は内因性のうつ病と診断されていたが、そもそも“悩んでいる”というよりは、“本を読んだり、ぼ～っとしていることが好き”、“人付き合いには興味が無い”などと言う。他者との交流を好まず自身の世界に没入する様から、I 軸障害として気分障害の可能性以外にも、発達障害など他の障害の併存か、むしろ“シゾイドパーソナリティ”などII 軸障害における問題なども疑ったが、診断の決め手に欠けたまま、治療が停滞していた。

対応とその後：さらに半年ほどした時点で一定の就労意欲を示した。漫然と休職を認めるよりは、社会性を研磨することも治療の一環として期待したため、精神科主治医として復職を許可した。仮に気分障害が主たる罹病

であるとするなら、周期的に訪れる意欲の低下を完全には避けられないだろうと見通していた。そこで調子の“良し悪し”があることを前提に、その時々への対応をあらかじめはっきりさせた方が職員Fなりの生活リズムが維持され、周囲も振り回されず対応し易いのではないかと考えた。

これらの考えを基に診断書ならびに復職判定にまつわる主治医意見書を作成し、復職を求めてグループ内“復職判定委員会”に上申したが復職を認められなかった。その判断にまつわる説明等はないまま、休職延長の診断書発行を精神科主治医に求めるだけであった。

その後も状況に変化はなく、長引く自宅静養がかえって本人の生活リズムを乱すようになった。そこであらためて主治医意見書を作成し、“復職判定委員会”に上申したが、復職を認められなかった。やはり2回目も、その判断にまつわる説明はなく、“休養期間を延長するので、休職が必要である旨をしたための診断書を主治医から貰うように”職員Fは指示されただけで事態は膠着した。これらのやり取りを行っている間に、職員Fの通院はいつしか途絶えてしまった。

IV これらの事例から浮かび上がる問題点

職場におけるメンタルヘルス不調者への対応事例などの報告を見渡すと、対応困難とされる事例の多くは、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、疾病モデルだけでは解決し得ない状態に陥っている場合が多いのではないと思われる^{3)~18)}。

昨今のうつ病予防キャンペーンなども手伝ってか、うつ病という言葉は一般的に広く知られる精神疾患となった。その一方で本来、うつ病が想定していた「勤勉で熱心、会社への忠誠心厚く、昼夜も休日も関係なく働きまくった結果、燃え尽きる」かのようにして発病するイメージのうつ病とは趣を異にする事例が多数、報告されるようになった。

その発病の経緯から、うつ病患者へは治療上「休養」が重要になるので、これまで精神科医療機関（心療内科も含む）ではうつ病の診断と共に、自宅静養の必要性などを盛り込んだ内容の診断書を発行し、事業所に対して配慮を求めるといったことがなされてきた。しかし、現実的には度重なる休職から抜け出せなくなり、復職のめどが立たないなど治療経過が膠着することに、事業場側が対応しきれなくなりつつあるのだろう。

そのような情勢下、事例1は“うつ”を語るることによって、労働者として本来果たさねばならない義務からただひたすら逃れようとするだけでなく、それを容認しない者への他罰的な姿勢を職場で押し通そうとすることに躍起になって不適応を起こしたと考えられる。

職員C自身の問題点についてはこれ以上深く取り上

げないものの²¹⁾、もう一方の問題として、“うつ”と認めた精神科医療者側にも、その意図するところを支援者に伝える努力について十分ではなかった可能性が考えられる。職場は社会生活の場を与えるための機会として重要な役割を担っている意味において支援者であり、そういった発想で精神科医療者側が事業場に対して接するなど、“歩み寄りの姿勢”が今後、求められるのではないかと。そして、伝える努力を阻害しかねないプライバシー保護の問題や、診療報酬にまつわる問題などについて、何らかの具体的な解決策を講じること（例えば情報公開に際して法的に制限される場合の規定を明確にすることや免責事項を勘案する、困難事例への積極的な対応について適正な評価が下され、その対価が支払われるなど）が医療政策上からの対応として期待される。医療を取りまく環境から改善の機運が高まることを願わずにはいられない。

この点について、井原（2010）⁴⁾は、現状の精神科医療が保険診療上『初診30分超、2回目以降5分超』の掣肘下にある現制度上の問題について言及している。患者個々人を取り巻く込み入った事情に取り組むだけの対応力を考えた際、現行の厳しい制度下にある精神科医療経営等の問題から人材などの医療資源の不足に悩まされている中で、1件当たりの患者対応のための時間もおのずと制約されるため、治療現場では薬物療法に偏りがちにならざるを得ない点について指摘がなされている⁴⁾。

環境調整など、より“手間暇”のかかる対応を行う“ゆとり”はないのが実情である。精神科医療者側が施す医療はあくまで薬物療法の域を超えず、環境調整は内容の乏しい診断書1枚にまかせ、（発症の経緯や原因が何によるものであろうが関係なく）“うつ”という結果だけに焦点を当て（結果的に悩んでいることを“抑うつ状態”と呼ぶことは容易い）、粗雑な対応（うつ＝休養といったステレオタイプな対応）を容認することで、背景にはらむより複雑な問題には触れず表面的な対応に留め置こうとする姿勢が、もはや職場からの理解を得るには限界に達したのではないかと考えられる。

筆者らが平成19年に岐阜県下にある事業場を対象に行った調査で、「心の健康問題によって休業した従業員に対する復職支援を行うにあたって困った事、ないしは困ると予想されるもの」を尋ねたところ、「診断書にある病名だけでは事業場において十分な理解や納得が得られない」や「診断書にある休業指示や業務軽減等の指示が現場の状況にそぐわない」について1/3程度の事業場から、診断書にまつわる不満として指摘がなされた（表1）¹⁹⁾。内容の乏しい診断書に従った結果に対する不満ではないかと推察される。

患者側もまた“うつ”は“脳の病気”だからと自身の力で回復しようとする姿勢を置き去りに、安易に施される薬物治療と休養のみの効果を確信していることが多い

表1 心の健康問題によって休業した従業員に対する復職支援を行うにあたって困った事、ないしは困ると予想されるもの
(当てはまる全てに○、最も困ると思われる項目には◎、複数回答)

順位.	a. 特に困った事	b. 困った事	c. 指摘なし	全体
1. 復職可能と判断されるだけの病気の回復が図られたのか否かがわからない.	24 (8.3)	138 (47.9)	126 (43.8)	288 (100.0)
2. 復職可能とする判断基準がわからない.	15 (5.2)	145 (50.3)	128 (44.4)	288 (100.0)
3. あまりに長期の休業になると雇用そのものの存続が困難になること.	13 (4.5)	99 (34.4)	176 (61.1)	288 (100.0)
4. 診断書にある病名だけでは事業場において十分な理解や納得が得られない.	15 (5.2)	94 (32.6)	179 (62.2)	288 (100.0)
5. 診断書にある休業指示や業務軽減等の指示が現場の状況にそぐわない.	10 (3.5)	78 (27.1)	200 (69.4)	288 (100.0)
6. 休業に至った病名や原因がはっきりしない・わからない.	7 (2.4)	80 (27.8)	201 (69.8)	288 (100.0)
7. 復職した従業員に対する接し方がわからない.	5 (1.7)	72 (25.0)	211 (73.3)	288 (100.0)
8. 業務軽減の指示について、どの程度遵守すべきなのかわからない.	4 (1.4)	72 (25.0)	212 (73.6)	288 (100.0)
9. 復職支援にあたって、何等経験や知識を有していない.	4 (1.4)	67 (23.3)	217 (75.3)	288 (100.0)
10. 病気の再燃時における対応方法がわからない.	1 (0.3)	61 (21.2)	226 (78.5)	288 (100.0)
11. 復職後の職務内容が低調であった場合の対応方法がわからない.	1 (0.3)	54 (18.8)	233 (80.9)	288 (100.0)
12. 最終的に誰が復職可能と判断するのか決まっていない.	3 (1.0)	47 (16.3)	238 (82.6)	288 (100.0)
13. プライバシーの保護について十分な対応が出来ない.	2 (0.7)	30 (10.4)	256 (88.9)	288 (100.0)
14. 経済的に支援するだけの余裕がない.	1 (0.3)	29 (10.1)	258 (89.6)	288 (100.0)
15. 復職支援にあたって、知識等の情報が得られない.	0 (0.0)	20 (6.9)	268 (93.1)	288 (100.0)
16. 主治医など関係医療機関との連携がうまくとれない.	1 (0.3)	18 (6.3)	269 (93.4)	288 (100.0)
17. 休業している者の代務従業員への配慮のあり方がわからない.	0 (0.0)	19 (6.6)	269 (93.4)	288 (100.0)
18. 休業中のリハビリ出勤中における災害の発生時、労災保険の適応から外れる可能性があること.	1 (0.3)	17 (5.9)	270 (93.8)	288 (100.0)
19. 主治医以外の医療機関からの復職支援サービスの受け方がわからない.	1 (0.3)	16 (5.6)	271 (94.1)	288 (100.0)
20. その他	1 (0.3)	1 (0.3)	286 (99.3)	288 (100.0)

事業場数 (%)

参考文献 19) 黒川ら：メンタルヘルス不調者に対し職場復帰支援に向け求められること、日職災医誌 57 (3)：92-108, 2009.

との指摘もなされている⁴⁾。そもそも“うつ病”とは自責の念に駆られるのが特徴であるはずで²⁵⁾、薬物など自分ではないモノ（例えば薬を処方する医師）に依存する姿勢（解決のため努力を放棄し医療者や支援者へ事態を丸投げする、思い通りに事が進まないと当てつけに自殺をほのめかして他者を操作する、他者を非難することで自尊心を埋め合わせようとするなど）が前面に押し出される印象の事例が“うつ病”とは疑わしい。“ゆとり”なく疲弊している精神科医療者側に対し、診断書1枚という形で休暇が手に入るかもしれない受診者側（患者ではないかもしれない）にとって“うつ”という単語の入った診断は（休職を得るための社会的な合意を既に獲得している点から）“便利”であり、お互いの手間を省く意味において“えせ契約”であると警告した報告は興味深い⁴⁾。

職員Cにとっては“うつ”であることの方が負担は少なくとも収入が補償されるため都合よく、“うつ”たろうとして、その立ち位置に固執してしまっているように見える。“うつ”の診断を期待してドクターショッピングを重ねてきた可能性も十分考えられる。一方、精神科医療者側も“抑うつ状態”の診断を施すことによって受診者である職員Cに満足されるよう誘導し良好な治療契約が成立していると錯覚させる構図に置くことを意図して容認したとするなら、その治療契約は欺瞞であるとの誇りは免れないのではないかと。

その結果として労働者を補償しなければならない立場にある事業場側が一方的に不利益を被るとしたら、フェアな取引とはいえないだろう。2008年に成立した労働契

約法で²⁷⁾、信義則・誠実義務に則った履行を労働者側に改めて求めた所以は、この点を是正したい経済界からの要請があったのではないかと（えてして経済界からの要請には、立法府の動きは素早いように見える）。

“うつ病”診断精度の向上と対応の充実には、“うつ病”ではないかもしれない場合への対応についての充実が求められよう。受診者の他罰的な反応を恐れることなく、現状（病状とは呼べないもの）の本態について説明し指導することなどを行った精神科医療者の毅然かつ真摯な対応への正当な評価や、それにまつわる就業上の不利益を精神科医療者側に転嫁させないための配慮、そしてプライバシー保護の問題への解決策など、制度上の改善が事態の打開にはまず必要ではないかと考える。

そして（特に慢性期にある）患者側にも“うつ”としての暮らしに安住することなく、病気の本態や治療の意図するところの理解を深めるような取り組みが求められる時期に差し掛かったと言えるのではないかと⁴⁾。「事業場が復職を許可するに際して、重視すべき条件」として「精神症状が寛解している」と共に、「休業者本人が就労への意欲を示している」ことを多くの衛生管理者らが望んでいた（表2）¹⁹⁾。これはあくまで、仕事とは本人の主体的なかわりがあるとはじめて成り立つものであると、管理者らが理解している表ではなかったか²⁸⁾。

責任の転嫁と診断書の問題から、事例3を考察したい。必ずしも出社できない問題が“うつ”など気分の問題だけでは説明つかない場合がある。発達障害など器質的な素因による問題や、事例1とはまた違ったパーソナリ

表2 事業場が復職を許可するに際して、重視すべき条件（休業した従業員本人に求められる復職要件とは？）
（当てはまる項目5つまで○、特に重要と考える項目には◎、複数回答）

順位.	a. 最も重視すべき条件	b. 重視すべき条件	c. 重視すべきであると指摘なし	全体
1. 精神症状が寛解している.	60 (20.9)	129 (44.9)	98 (34.1)	287 (100.0)
2. 休業者本人が就労への意欲を示している.	46 (16.0)	115 (40.1)	126 (43.9)	287 (100.0)
3. 予想される作業や職務を遂行する能力がある.	32 (11.1)	127 (44.3)	128 (44.6)	287 (100.0)
4. 予想される作業や職務に従事しても、精神症状が再燃しない.	14 (4.9)	123 (42.9)	150 (52.3)	287 (100.0)
5. 予想される作業や職務を遂行するにあたって危険行為をおこさない.	26 (9.1)	107 (37.3)	154 (53.7)	287 (100.0)
6. 自殺しないと約束できる.	41 (14.3)	56 (19.5)	190 (66.2)	287 (100.0)
7. 事業場で迷惑行為をおこさない.	8 (2.8)	85 (29.6)	194 (67.6)	287 (100.0)
8. 定められた時刻に出勤できる.	5 (1.7)	86 (30.0)	196 (68.3)	287 (100.0)
9. 事業場で危険回避行動がとれる.	9 (3.1)	68 (23.7)	210 (73.2)	287 (100.0)
10. 通院や服薬の継続といった、指示された治療が継続できる.	6 (2.1)	68 (23.7)	213 (74.2)	287 (100.0)
11. 定められた時刻まで勤務できる.	2 (0.7)	61 (21.3)	224 (78.0)	287 (100.0)
12. 動悸やめまい、頭痛といった身体症状が改善している.	0 (0.0)	58 (20.2)	229 (79.8)	287 (100.0)
13. 睡眠障害が改善している.	2 (0.7)	32 (11.1)	253 (88.2)	287 (100.0)
14. 急激なやせや肥満といった体重の変化、食欲の異常が認められない.	0 (0.0)	8 (2.8)	279 (97.2)	287 (100.0)
15. その他	0 (0.0)	1 (0.3)	286 (99.7)	287 (100.0)

事業場数 (%)

参考文献 19) 黒川ら：メンタルヘルス不調者に対し職場復帰支援に向け求められること。日職災医誌 57 (3)：92-108, 2009.

ティなどⅡ軸障害における問題がはらむ場合など複雑な事例では、精神科医療者側が提供する治療の枠だけの対応では解決し得ないのが現実であろう。そういった実情について、求めに応じて診断書を作成し意見を述べても返答がない、さらには精神科医療者側と事業場との意見が解離した場合、その異なる見解について説明なく修正を一方的に求めるだけでは、精神科医療者側の診立てをまるで信用していないとも受け取られかねない対応ではなかったか。これでは精神科医療者側からの事業場への歩み寄りも期待するべくもなく、事業場に対して精神科医療者側が警戒するのも無理からぬことではないだろうか。少なくとも、求められたからといって、精神科医として診立てた診断結果をそう簡単に撤回できるものではないはずである（簡単に撤回できるような診断書や意見書であったことを認めてしまうことになる）。

「改定 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」をみると²⁹⁾、「事業者は労働者に対して主治医による職場復帰可能の判断が記された診断書（復職診断書）を提出するよう求め、診断書には就業上の配慮に関する主治医の具体的な意見を含めてもらうことが望ましい」としている。しかし、「主治医による診断書の内容は、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ことにも留意するべきである」とも記されている²⁹⁾。「労働者や家族の希望が含まれている場合もある」ため、「主治医の判断と職場で必要とされている業務遂行能力の内容等について、産業医等が精査した上で採るべき対応について判断し、意見を述べるのが重要」と記されており²⁹⁾、実際にそれを支持する判例も出ているようである³⁰⁾。精神科を主たる診療科としない産業医に

過剰な負担が課されたという問題もあろうが、診断書を求めながらも、その意見について汲み取られるのかまるで当てにならない書類の作成に、精神科医療者側がどの程度まで対応を行い得るのか、医療資源の乏しい状況下で期待するのは無理な話ではないか。

筆者らの調査では「復職するに際して、医療機関（特に主治医）に期待していること」について、「復職判定に際して診断書以外に、病状の説明や労働能力、就労制限等について意見書を作成してくれる」ことや「主治医が復職判定を積極的に行ってくれる」を期待する意見が多く聞かれたが（表3）²⁰⁾、精神科医療者側が積極的に関与したいと思えるような環境の整備なしに、精神科医療者側の発行する診断書が疑われて然るべきかのような状況下で、一方的に期待通り応えよとの求めは酷であろう。求めるからにはそれなりの対応や環境整備がなされるべきである。

そして、精神科医療機関と事業場との板挟みに遭った職員Fの存在を忘れてはならない。診断書や復職判定委員会など手続き上の体裁に足元をすくわれ、肝心の通院意欲を削ぐような結果に終わっては本末転倒ではないか。

そして事例2から浮かび上がる問題を検討したい。明らかな“うつ病”の診断を付された職員Dに対し、規則にない降格人事の決定などを行った判断は、これまでの事業場に対する職員Dの忠誠や勤勉さを踏みにじるような対応と呼ばざるを得ない。

この判断に右往左往する妻の様子を周囲の者はどのような眼差しで見ていただろうか。これでは“一生懸命働いても、使えなくなったら捨てられる”と思われても仕方なからう。その傍らで、職員Cの要求には為す術なく事業場は振り回されてしまっている。筆者は職員Cを適

表3 復職するに際して、医療機関（特に主治医）に期待していること
（当てはまる項目5つまで○、特に期待していると考える項目には◎、複数回答）

順位、当てはまる項目	a. 最も期待している	b. 期待している	c. 指摘なし	全体
1. 復職判定に際して診断書以外に、病状の説明や労働能力、就労制限等について意見書を作成してくれる。	96 (33.3)	136 (47.2)	56 (19.4)	288 (100.0)
2. 主治医が復職判定を積極的に行ってくれる。	40 (13.9)	132 (45.8)	116 (40.3)	288 (100.0)
3. 復職後の勤務中に問題が発生した場合、緊急の対応をしてくれる。	25 (8.7)	139 (48.3)	124 (43.1)	288 (100.0)
4. 復職判定に際して、電話や面会等によって求めれば意見を述べてくれる。	19 (6.6)	125 (43.4)	144 (50.0)	288 (100.0)
5. 復職判定にまつわる診断書を発行してくれる。	16 (5.6)	101 (35.1)	171 (59.4)	288 (100.0)
6. 対人関係技能向上のためのカウンセリングなど、目的に応じた診療上のサービスが展開されている。	4 (1.4)	80 (27.8)	204 (70.8)	288 (100.0)
7. 復職判定に際して、自社の産業医や看護・保健スタッフ等との意見交流の場に参加してくれる。	8 (2.8)	56 (19.4)	224 (77.8)	288 (100.0)
8. 心の病気の発症予防を目指した健康相談を受け付けてくれる。	7 (2.4)	56 (19.4)	225 (78.1)	288 (100.0)
9. プライバシーが保護されている。	2 (0.7)	60 (20.8)	226 (78.5)	288 (100.0)
10. 心の健康問題にまつわる講習会等、教育を実施してくれる。	5 (1.7)	55 (19.1)	228 (79.2)	288 (100.0)
11. 心の健康問題にまつわる様々な情報を提供してくれる。	1 (0.3)	58 (20.1)	229 (79.5)	288 (100.0)
12. 事業場以外での問題についても解決するよう尽力してくれる。	3 (1.0)	39 (13.5)	246 (85.4)	288 (100.0)
13. 職場復帰のための職業リハビリテーションサービスを展開している。	9 (3.1)	29 (10.1)	250 (86.8)	288 (100.0)
14. 福祉における各種サービス（グループホーム、授産施設等）が展開されている。	0 (0.0)	4 (1.4)	284 (98.6)	288 (100.0)
15. その他	0 (0.0)	1 (0.3)	287 (99.7)	288 (100.0)

事業場数 (%)

参考文献 20) 黒川ら：メンタルヘルス不調者に対する職場復帰支援の取り組みと事業場外資源に期待されること。日職災医誌 57 (2)：73-85, 2009.

応障害と診立てたが、この場合、適応していたのはむしろ職員Cであり、適応に失敗して職場を離脱したのは職員Dということになりかねない。こういった対応の積み重ねが職員間の士気を削ぎ、ゆくゆくは事業場としての力を損なわせることになるのは想像に難くない。“活気ある職場づくり”²⁾とは全く逆行している対応と言えよう。

後で明らかになったとはいえ、パワーハラスメントの存在が疑われる勤務実態については弁明の余地がなさそうである。また、忠言を行った産業医を解雇した対応についても、今更ながらに拙速といえよう。このような事例の経験から、精神科医療者側が事業場を警戒して情報を出さないことで患者を守ろうとする姿勢については理解できる。これ以上、精神科医療者側が勤労者のメンタルヘルス対策に辟易させられないような素地を作ることが改めて求められよう。

事例2で最も問題なのは、これらの判断を行ったであろう事業所長がメンタルヘルス不調者であった可能性が拭えない点である。最大の権限を持つ事業者の判断能力が損なわれていた結果、それに従う多くの者らの人生を狂わすような事態に陥っていたとするなら、不幸を生産するだけの、もはや事業場として存在する価値があるのかさえ疑わざるを得ない。指針²⁾や手引き書²⁹⁾などは事業者の理解を深めることや、その判断を尊重するよう求めているが、そもそも事業者の理解力がどの程度のものかを疑っては作られていない（病気の場合などを想定していない。あくまで性善説に基づいている）。今回の事例を通じて今一度、事業者とは何であるのかを考えたい。

V おわりに

以上の経験から^{19)~21)}、問題のありかとその対応についての整理を行ったものを図示した（図1）²¹⁾。

本報告を書き進めるにあたり、社会正義や働くことの意義といった、根源的な問いかけに触れないでこれら問題点の、解決の糸口を探ることは困難かと思われた。

正義と言えば最近、NHKの番組で人気を博した『ハーバード白熱教室』でおなじみとなったマイケル・サンデルの言説が興味深かった³¹⁾。その内容とは、「功利主義」（最大多数の最大幸福の追求のためには、少数の犠牲は容認され得るのではないかという考え方）でも「自由至上主義」に偏るでもなく、かといって道徳の押しつけでもなく、社会正義を成し遂げるための主体的な個人（自由な道徳的主体）がいかにして涵養されるのかをテーマにしており、対話形式で講義が繰り広げられるものであった。

彼がその著書や講義で主張しているのは“負荷ありき自己”という考え方である³¹⁾。アラスデア・マッキンタイアの著書を引き合いに³²⁾、自身の人生を物語にみたてるとするなら、その物語で果たすべき自己の役割を自覚し受け入れることの重要性を説いている。自己を取り巻くコミュニティの求める物語や、自分を定義する歴史などを考慮し、「人生を生きるのは、ある程度のまとまりと首尾一貫性を指向する探求の物語を演じることだ」との考え方を支持している。“良く生きる”よう物語を演じるにあたっては様々な負荷（エピソード）があることは前提であるという考え方である。

事例1では自己の物語を受け入れられない職員Cが、

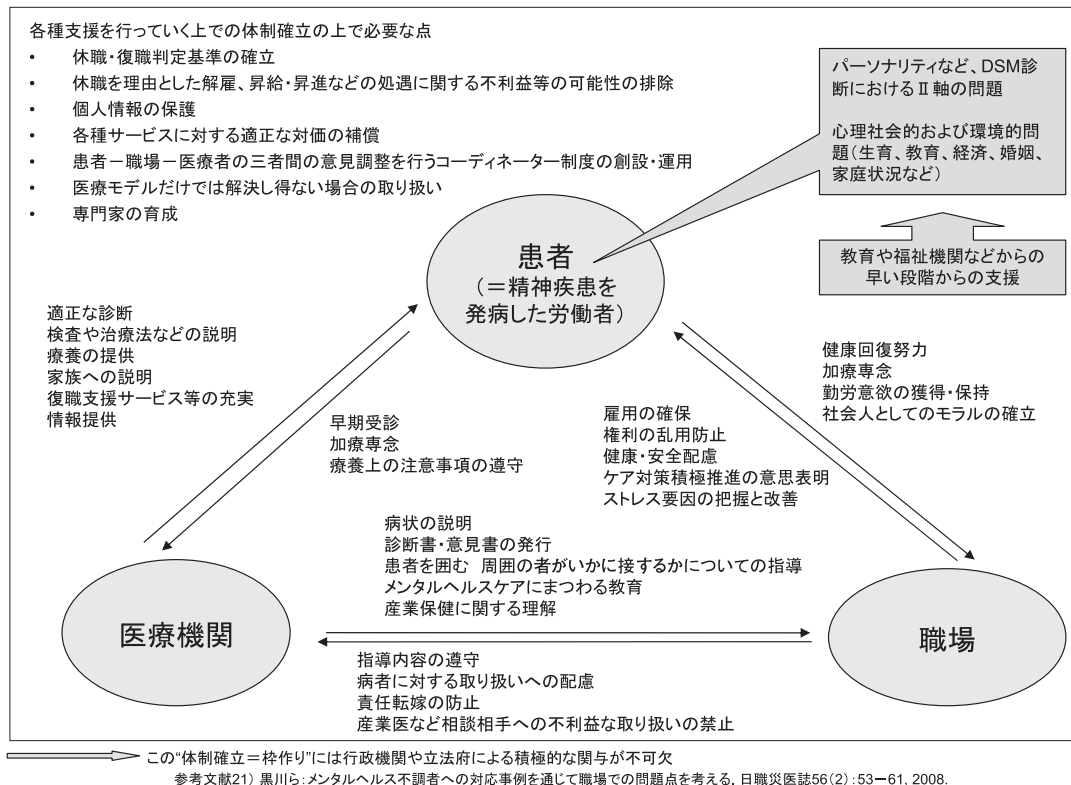


図1 メンタルヘルスクア対策において求められる事項・・・概念図



- ・ 1525年～1569年(正確な生年は不詳) ピーテル・ブリューゲル (Pieter Brueghel) 作
- ・ 1525年、ネーデルランド生まれ。「農民画家」と言われるが、当初は版画の下絵を描き、1560年以降油彩画家となった。
- ・ ブリュッセル在住時代はその時代を描いた宗教画が多かったが、以降、徐々に宗教的要素は薄れ、農民を人道的に描いた。
- ・ 現在残されている作品の半数以上は、晩年に描かれた聖書や神話を主題にした宗教画である。平凡な風俗画の中に複雑な寓意をこめた。

- ・ 【怠け者の天国】(左)
怠惰と暴飲暴食に墮落した架空の世界を描くことで、戒めを伝えるものである。
- ・ 【農民の踊り】(右)
コミュニティの中で暮らし、収穫に至るまでの苦楽を共にした様子を同わせる情景から、働くことの意義を再考させられる。

<http://www.topnetbiz.jp/2008/01/03/img/14bru.jpg>

<http://blog-imgs-32.fc2.com/a/r/t/artmeigakan/20081212025603.jpg>

図2 働くということ

職場というコミュニティから排斥されつつある悲劇を演じた。事例3では自らの演じるべき役どころが見つからないままに、自身を取り巻くコミュニティ同士が分かりあえず、しこりを残す形で物語が頓挫してしまい、居場所も定まらないという職員Fの不幸を綴った。そし

て事例2では不要となった少数派(病者)である職員Dが排斥されようとし、その判断に、今まさに服従させられかねないところを寸前のところで回避はしたものの少なからず犠牲が強いられた。この経験から、職場が社会で成し遂げるべき正義というものが何であるかを考えさ

せられた。いずれの事例を通して、働くことの意義を問い直すきっかけになったであろう。

マッキンタイアの論調に従えば³²⁾、医療者なりの、職場なりの、そして労働者（患者を含む）なりの物語がそれぞれにあるはずで、その求められる役割を理解し、付随する負荷を主体的に受け入れ、果たすべき役割を演じることが人生を生きるということであり、この理解こそが事態打開のための処方箋に通ずるものではないかと考えるに至った。

社会生活を実践する中で「何が働く上で大切なのか」を探求すること（エシックス：Ethics）は、就労生活を支える上で避けて通れないテーマとなろう。そして働き続けるという（日常）行為に対し、主体的に価値を見出すこと（エートス：Ethos）が求められるのではないだろうか。

それらを具象化した良絵としてピーテル・ブリューゲルの作品から、働くということを再考したい（図2）。

文 献

- 1) 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.
- 2) 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、2010.
- 3) 樋口輝彦：多様化するうつ病の病像。日医雑誌 138 (11)：2243—2246, 2010.
- 4) 井原 祐：うつ病臨床における「えせ契約」(Bogus contract) について。精神経誌 112 (11)：1084—1090, 2010.
- 5) 齊尾武朗：産業精神保健における臨床研究と企業倫理—コーディネーターとしての問題意識—。精神経誌 112 (5)：466—471, 2010.
- 6) 松葉一葉：うつ病の広がりをどうとらえるか。精神経誌 111 (6)：669—673, 2009.
- 7) 坂本 薫：非定型うつ病はうつ病か？ 臨床精神医学 37 (9)：1159—1162, 2008.
- 8) 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 (9)：1179—1182, 2008.
- 9) 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。日精協誌 26 (11)：34—38, 2007.
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) 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.
- 13) 小嶋秀幹, 中村 純：病休・退職者の動向とうつ病。臨床精神医学 35 (8)：1047—1051, 2006.
- 14) 井口博登：現代の「うつ状態」日本におけるグロバリゼーションの進行とメランコリー親和型。臨床精神医学 34 (5)：681—686, 2005.
- 15) 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.
- 16) 広瀬徹也：いわゆる現代型うつ病への対応。日医雑誌 138 (11)：2255—2259, 2010.
- 17) 櫻澤博文：産業精神保健における実務的課題と解決策検討。精神経誌 112 (5)：478—483, 2010.
- 18) 新井安芸彦：職域メンタルヘルスの盲点を探る。日精協誌 25 (8)：837—841, 2006.
- 19) 黒川淳一, 井上真人, 井奈波良一, 他：メンタルヘルス不調者に対し職場復帰支援に向け求められること。日職災医誌 57 (3)：92—108, 2009.
- 20) 黒川淳一, 井上真人, 井奈波良一, 他：メンタルヘルス不調者に対する職場復帰支援の取り組みと事業場外資源に期待されること。日職災医誌 57 (2)：73—85, 2009.
- 21) 黒川淳一, 井上真人, 井奈波良一, 他：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。日職災医誌 56 (2)：53—61, 2008.
- 22) 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.
- 23) 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.
- 24) 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.
- 25) 高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸, 他訳：DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル。新訂版第1刷。東京、医学書院、2004.
- 26) 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.
- 27) 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.
- 28) 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.
- 29) 中央労働災害防止協会編：改定 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。東京、中央労働災害防止協会、2010.
- 30) 加茂善仁：医療者が知っておきたい職場のメンタルヘルスについての法的問題。こころを支える 5 (1)：16—17, 2010.
- 31) Sandel M：これからの「正義」の話をしよう いまを生き延びるための哲学。第34版。鬼沢 忍訳。東京、早川書房、2010.
- 32) MacIntyre A：美徳なき時代。第7刷。篠崎 榮訳。東京、みすず書房、1993.

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

Searching for Problems on Responses to Mentally-Disordered People

Junichi Kurokawa

Inuyama Hospital

Tokai Gakuin University

Gifu Occupational Health Promotion Center

With the importance of mental health measure in workplaces being emphasized for a long time, there has been difficult cases. Many of the difficult cases are something different from “depression” which various guidelines and manuals have intrinsically assumed. The disorder in that context is the one which “ardent, diligent, stalwart and serious workers” develop like “burning out”.

Many patients in difficult cases are expunitive, less-sympathetic, and deficient in resistance to exploiting someone. They have strong sense of entitlement, and they do not make effort only expecting to be valued. In the result, things always do not work out as they expect and they develop “depression”. Then, medical service workers gave similar response as “depressed” people toward the patients and continued granting a leave of absence. Accordingly, things become deadlocked and they can not return to work. Such problems mentioned above have occurred frequently. In one case, medical service worker avoided facing the way of responding directly and the patient himself was content with having “depression”, and the employer was unable to recompense. With that problem as a start, they had to review their contract.

Moreover, personality problem and developmental disorder sometimes concurrently can explain the case that patients can not find their roles which their workplaces demand and repeat taking sick leave feeling, uncomfortable of staying in the workplace. Now we must have more experience and knowledge to handle more complicated cases.

As difficult cases increase, there is a growing consensus to take the side of the workplaces. On the other hand, there is no end to the number of cases that workplaces reject typical “depressed” people. Medical service workers are afraid that patients lose their place to stay within the community of workplace, so they are cautious about the employers and take a negative stance toward providing information. As a result, a gap between the both parties occur.

I would like to develop the theory about the importance for medical service workers, workplaces (employers) and workers (patients) to notice their own roles, to realize the context (story) which is required in the community, and to accept their imposed burdens.

(JJOMT, 59: 149—158, 2011)