

労災疾病臨床研究事業費補助金

職場におけるメンタルヘルス不調者の事例性に
着目した支援方策に関する研究

平成27年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 廣 尚典

平成 28 (2016) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

職場におけるメンタルヘルス不調者の事例性に着目した 支援方策に関する研究	1
研究代表者 廣 尚典	

II. 分担研究報告

1. メンタルヘルス不調者の事例化への産業医の対応 に関する研究	12
分担研究者 廣 尚典	
2. 職場におけるメンタルヘルス不調の表面化および その対応に関する事例研究	46
分担研究者 廣 尚典	
3. メンタルヘルス不調者の事例性と疾病性の形成過 程と相互関連性に関する分析的研究	75
分担研究者 神山昭男	
4. 事例性に着目した EAP 機関のメンタルヘルス不調 事例の収集および事例の特徴と対応の実際	100
分担研究者 長見まき子	
5. 一般雇用分野への応用可能性の検討を目的とした 障害者雇用領域の支援方法の調査	114
分担研究者 永田昌子	
6. 産業領域の個別対応における認知行動的アプロ ーチの活用に関するレビュー	135
分担研究者 田中克俊	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 なし

IV. 研究成果の刊行物・別冊 なし

労災疾病臨床研究事業費補助金

総括研究報告書

職場におけるメンタルヘルス不調者の事例性に着目した支援方策に関する研究

研究代表者 廣 尚典 産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学・教授

研究要旨

多くの職場においてメンタルヘルス不調を有する労働者が増加、多様化しており、産業保健スタッフをはじめとする職場関係者は、そうした状況への対処に苦慮している実態がある。本研究は、このような現状下で、メンタルヘルス不調例に対し、事例性に着目した適切な対応を行うための方法論を開発することを目的とする。以前から、職場関係者は確定診断名や治療法にとらわれすぎずに、それらは精神医療にゆだねた上で、事例性を重視した取り組みを行うべきであるという指摘があり、本研究はその視点から職場での具体的な対応（支援）法を検討するものである。

研究の最終的な成果物としては、メンタルヘルス不調例の事例化による類型分類とそれに対応した支援活動のアルゴリズムを中心としたガイドライン類の開発などを予定している。1年目の今年度は、メンタルヘルス不調例とその対応について、現状、課題およびガイドライン類開発の方向性を知ることが主な狙いとして、6つの研究を実施した。

「メンタルヘルス不調者の事例化への産業医の対応に関する研究」では、Webによる専属産業医等への質問紙調査を通して、比較的産業保健活動が充実している職場において、メンタルヘルス不調例が現在どのような形で生じ、産業医は全般的にどのような点に留意して対応しているかを、主治医との連携状況をも含めて検討した。産業医にとってのメンタルヘルス関連事例への対応の難易性とその理由、事例の転帰、産業医と主治医の連携の程度、産業医が行うことの多い対応などが明らかになった。

「職場におけるメンタルヘルス不調の表面化およびその対応に関する事例研究」では、事例票調査によって、職場でみられている事例の表面化とその経過、産業医および精神科医（心療内科）医の関わり、職場で行われた対応その中でも特に効果的であったものなどを検討した。その結果、初期に表面化する問題と時系列の経過の特徴、職場関係者に望まれる助言・指導の方向性、特に効果的な取り組み（事例全般に共通するもの、状態などによって異なるもの）などが明らかになった。

「メンタルヘルス不調者の事例性と疾病性の形成過程と相互関連性に関する分析的研究」では、事例性・疾病性からみたストレスチェック成績の分析、メンタルヘルス不調者の事例性と病態及び休業歴との関連性の検討の2課題に取り組んだ。前者からは、ストレス得点を活用した疾病性のカテゴリー化の可能性が示唆された。後者では、業務の量と質、対人関係、役割と責任などの業務内要因が休職理由として抽出され、累積休業期間は半年程度が最多である一方で長期化している事例も少なくないこと、抗うつ剤、抗不安剤に加え精神病薬が多数使用されていることなどが判明した。

「事例性に着目した EAP 機関のメンタルヘルス不調事例の収集および事例の特徴と対応の実際」では、EAP 機関に寄せられた職場のメンタルヘルス不調事例について、事例性に着目して情報を収集・整理し、EAP 機関における事例の大まかな傾向と対応の実際を把握した。メンタルヘルス不調のサインとして見逃すことのできない事項、職場関係者が対応にあたって困惑する問題の主なものが示唆された。

「一般雇用分野への応用可能性の検討を目的とした障害者雇用領域の支援方法の調査」では、国内の障害者雇用分野で現在実施されている制度のうち、発達障害者によく利用されていると考えられる制度の概要を取りまとめ、そこで得られた情報を参考に、障害者職業総合センターで公開されている研究結果やツールのうち、過去5年に発効され、発達障害について記述されており、就労支援の現場で使用されているツールを取りまとめた。さらに、米国、英国、アイルランドの自閉症、発達障害、自閉症スペクトラム障害についての就労支援のマニュアルやツールについて情報収集を行った。それらの中で、産業保健職が応用可能な機能を抽出した。

「産業領域の個別対応における認知行動的アプローチの活用に関するレビュー」では、ストレスマネジメントにおける個人向けのアプローチとして最も有用とされている認知行動的アプローチが、我が国の職場での個別対応場面でどのように活用されているかを、文献調査によって調べるとともに、そのメリットと限界や課題について検

討を行った。その結果、認知行動療法を用いた個別介入は、一次予防、二次予防、三次予防のための方法として比較的幅広く実施されており、我が国においても効果的な介入方法の一つであることが示唆された。しかし、現状では、低強度の認知行動療法の実施者の養成、より簡便な方法の開発、効果の評価方法のあり方など、数多くの課題も残されていることが明らかとなった。

研究分担者

神山昭男 医療法人社団桜メデイスン・
理事長

田中克俊 北里大学大学院医療系研究科
産業精神保健学・教授

長見まき子 関西福祉科学大学大学院社
会福祉学研究科・教授

永田昌子 産業医科大学産業医実務研修
センター・助教

A. 研究目的

多くの職場においてメンタルヘルス不調を有する労働者が増加、多様化しており、産業保健スタッフをはじめとする職場関係者は、そうした状況への対処に苦慮している実態がある。本研究は、このような現状下で、メンタルヘルス不調例に対し、事例性に着目した適切な対応を行うための方法論を開発することを目的とする。ここで言う「事例性に着目した対応」とは、当該労働者がメンタルヘルス不調によって、どういった職場環境においていかなる問題を起こし、本人および周囲にどのような支障が

生じているかを明らかにして、その収束や解決を図ることを主眼とした働きかけを行うことを指す。以前から、職場関係者は確定診断名や治療法にとらわれすぎずに、それらは精神医療にゆだねた上で、事例性を重視した取り組みを行うべきであるという指摘があり、本研究はその視点から職場での具体的な対応（支援）法を検討するものである。

研究の最終的な成果物としては、メンタルヘルス不調例の事例化による類型分類とそれに対応した支援活動のアルゴリズムを中心としたガイドライン類の開発などを予定している。

今年度は、「メンタルヘルス不調者の事例化への産業医の対応に関する研究」、「職場におけるメンタルヘルス不調の表面化およびその対応に関する事例研究」、「メンタルヘルス不調者の事例性と疾病性の形成過程と相互関連性に関する分析的研究」、「事例性に着目した EAP 機関のメンタルヘルス不調事例の収集および事例の特徴と対応の実際」、「一般雇用分野への応用可能性の検討

を目的とした障害者雇用領域の支援方法の調査」および「産業領域の個別対応における認知行動的アプローチの活用に関するレビュー」の6つの研究を実施した。

B. 研究方法

①メンタルヘルス不調者の事例化への産業医の対応に関する研究

平成27年11月から12月にかけて、インターネットを利用したWeb調査を実施した。およそ5年以上産業保健活動を主たる業務としている医師200名に電子メールによる研究参加を求めた。

調査票は、メンタルヘルス関連事例の経験について、困難性とその理由、転帰、相談経路、主治医との連携、確定診断の有用性、表面化の仕方、産業医としての対応法、診断書の病名、産業医の見立てなどを問う質問で構成した。

②職場におけるメンタルヘルス不調の表面化およびその対応に関する事例研究

郵送法によるメンタルヘルス関連事例の事例調査を実施した。

およそ5年以上産業保健活動を主たる業務としている医師95名に、電子メールによって研究参加を求めた。

事例票では、過去5年以内に経験した(最初に関わった時点が5年以内の)事例について、当該労働者の各種属性の他に、仕事

外の強いストレス要因の有無、過去の職場不適応の有無、産業保健スタッフへの相談経路、職場でどのように表面化したか、産業医がどの時点で関与したか、精神科専門医がどの時点で関わったか、職場関係者が困ったこと、産業医が行なった主な対応およびその中で特に効果的だったもの、診断書の病名、産業医による診断名(見立て)などの記入を求めた。

③メンタルヘルス不調者の事例性と疾病性の形成過程と相互関連性に関する分析的研究

事例性・疾病性からみたストレスチェック成績の分析、メンタルヘルス不調者の事例性と病態及び休業歴との関連性の検討の2課題に取り組んだ。

前者では、メンタルヘルス不調により精神科クリニック外来受診中の有職者158名を対象として、事例性と疾病性の2軸から基本属性、職業性ストレス簡易調査票によるストレスチェックの各スコア、割合を比較検討した。

後者では、メンタルヘルス不調の病歴があり薬物療法経験者、かつ精神系の休職診断書病名を有する複数事業所の休職歴がある従業員を対象とした。調査項目は、休職者の基本情報、事例性(産業保健スタッフへの初回相談日、初回相談者、健康管理措置票の有無、休職前のエピソードと影響評

価、休職歴の概要など)、疾病性(職種ごとの基本情報・診断書病名、平均服用薬剤数、服用薬剤名)とした。

④事例性に着目した EAP 機関のメンタルヘルス不調事例の収集および事例の特徴と対応の実際

某 EAP 機関における 2009 年 1 月から 2011 年 3 月の面談事例のうち、終了した 134 事例を抽出し、分析対象とした。調査項目は、研究②の調査票の項目を、一部 EAP にあてはめやすいように再編した。対象事例について、事例の記録簿および臨床心理士への調査データの内容を当該調査票の各項目に落とし込んだ。一部の事例については、再度調査を行い、情報を補った。

⑤一般雇用分野への応用可能性の検討を目的とした障害者雇用領域の支援方法の調査

インターネットを利用し、国内の障害者雇用分野で現在実施されている制度のうち、発達障害者によく利用されていると考えられる制度の概要を調査した。

次に、それによって得られた情報を参考に、障害者職業総合センターで公開されている研究結果やツールのうち、過去 5 年に発行され、発達障害について記述されており、就労支援の現場で使用されているツールを取りまとめた。

さらに、合理的配慮を 1990 年代に「障害

のあるアメリカ人法」(Americans with Disability act of 1990) として法制化した米国、自閉症スペクトラム障害の教育、就労支援について論文や図書等が多く出版されている英国およびアイルランドの政府やその関係機関のホームページ上から、自閉症、発達障害、自閉症スペクトラム障害についての就労支援のマニュアルやツールに関する情報を収集した。

⑥産業領域の個別対応における認知行動的アプローチの活用に関するレビュー

論文検索に医学中央雑誌 Web を使用し、検索語を「認知行動療法」と「職場/産業/労働者」として、制限を「会議録を除く」とした結果、268 の文献が該当した。これらから、医療機関や介護、教育の領域における認知行動療法に関する論文、医療機関におけるリワークや治療、外部 EAP 機関に関する論文、個別対応に関するものではない論文、国立国会図書館においても入手できなかった論文を除く 29 論文について、検討を行った。

C. 研究結果

①メンタルヘルス不調者の事例化への産業医の対応に関する研究

回答分のうち、記入漏れの多いものを除く 85 例を分析対象とした。

「対応が難しい」と感じたメンタルヘル

ス関連事例の割合は、「2 割程度」が最も多かった。その理由としては、「本人の業務遂行能力、適性に合った職場（仕事）が見当たらなかった」、「病気か他の問題（性格傾向など）かの判別が難しかった」の 2 項目が、半数以上であげられていたほか、3 項目が 3 割以上であげられていた。「対応がうまくいった」と感じた事例の割合は、「6 割程度」が最も多かった。

関与した事例のうち、退職に至った者の割合は「ほとんどない」が、配置転換となった事例の割合は「2 割程度」が、業務遂行能力が従前の水準まで回復しなかった事例の割合は「4 割程度」が最も多かった。

産業保健スタッフへの相談経路は、「上司からの相談」が最も多かった。

主治医との連携を試みた事例の割合は、ばらつきがみられた。連携を試みた例における円滑に進んだ例の割合は、「8 割程度」が最多だった。確定診断名を知ることが職場での対応に非常に有用であったと考えられる事例の割合は、2 割程度が最も多かった。また、その理由は、「職場関係者（人事担当者、上司など）に就業面の配慮の必要性を説明するのに役立った」、「中長期的な対応を考えるのに役立った」の順だった。

最初の表面化については、「頻回欠勤」、「業務効率の低下」の順に多かった。

産業医として行った事項には、偏りがみられ、最も多く行った事項としては、「定期

的な面接を予定した」、「業務量を軽減するよう提案した」、「本人と職場の間の中立性を意識して対応した」、「本人に安心して休業できるような説明をした」、「本人を焦らせないようにした」がこの順に多かった。

診断書と産業医の見立てとでは、多い病名に相違がみられた。

②職場におけるメンタルヘルス不調の表面化およびその対応に関する事例研究

40 名（42.1%）から 265 例の事例提供があった。

性別は、男性が 8 割以上を占めた。年齢は、30～39 歳、40～49 歳の順に多かった。家族と同居している例が過半数を占めた。

婚姻状況は、未婚と既婚がほぼ同数であった。勤続年数は、ばらつきがみられた。所属する事業場の業種は、製造業が多かった。

職種は、専門・技術職が過半数を占めた。職位は、一般職が大半であった。過去に職場不適応がみられた例は、約 45%であった。

産業保健スタッフへの相談経路は上司からの相談が最多だった。

事例は、業務効率の低下あるいは頻回欠勤や遅刻・早退といった勤怠不良で表面化しやすいことが明らかになった。また、仕事の失敗、人間関係の悪化、身体疾患、ハラスメント問題によって表面化する例も少なくないという結果も得られた。業務効率の低下、勤怠問題、仕事の失敗、人間関係

の悪化は、他の事項に続いて、比較的早期に表面化する例も多くみられた。産業医の関与したのは、頻回欠勤が問題視された時点が最も多く、業務効率の低下の時点を上回っていた。時期としては、2 番目の問題が出現したところが多かった。精神科（心療内科）医につながったのも、頻回欠勤、業務効率の低下が問題視された時点が多かったが、時期についてはばらつきがみられた。

職場関係者が特に困ったこととしては、「どう対応していいかわからない」、「どのくらい仕事ができるか予測できない」、「周囲の者に負担がかかる」などが多くあげられた。

産業医が行った主な対応としては、10 項目が 3 割以上で行われていた。特に効果的だった対応として、「関係者間で対応の仕方を共有した」、「主治医と密な連絡を行った」、「本人に安心して休業できるような説明をした」、「職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした」などが多くあげられた。

診断書の病名と産業医の見立てが一致していた割合は、67.5%で、前者は「うつ病」、後者は「適応障害」が最多であった。診断書の病名、産業医の見立てによって、特に効果的だった割合に差がみられた項目があった。

③メンタルヘルス不調者の事例性と疾病性の形成過程と相互関連性に関する分析的研究

i) 事例性・疾病性からみたストレスチェック成績の分析

対象者を事例性と疾病性により区分し、人数分布、高ストレス者の割合、ストレス反応得点、性・年齢層・職位・企業規模・所属組織（それぞれ高ストレス者の割合、ストレス反応得点も算出）との関連を検討したところ、一部に差異がみられた。

ii) メンタルヘルス不調者の事例性と病態及び休業歴との関連性の検討

休職者の基本属性、累積休職日数分布、頻回休職者の詳細、休職歴データ、事例性、診断書病名、服用薬剤を詳細に分析し、図表化した。

④事例性に着目した EAP 機関のメンタルヘルス不調事例の収集および事例の特徴と対応の実際

性別では男性が約 7 割以上を占め、年代別では 30～39 歳代が多かった。家族と同居している例が 7 割近くで、婚姻状況は、未婚と既婚がほぼ同数であった。事業所の業種については、情報通信業が半数近くを占めていた。職種は専門・技術職が最も多く、職位は一般職が半数以上を占めていた。EAP への相談経路については、上司・人事管理部門からの勧めが最も多かった。

診断書名は、「診断なし」が最も多く、次いでうつ病、適応障害の順であった。EAPの臨床心理士による診断見立ては、診断なしと適応障害がほぼ同数で多く、次いでうつ病であった。併発例もみられた。

事例化については、時系列の1番目には、「業務効率の低下」、「特になし」が多かった。2番目には、「診断書の提出」、「人間関係の悪化」、「頻回欠勤」がこの順に多く、3番目には勤怠や行動上の問題が分散してみられた。職場関係者が特に困ったことについては、「どう対応してよいかわからない」が最多であった。他方、EAPが対応に困ったこととしては、「病気がほかの問題（性格傾向、能力的問題等）かの判別が困難」が最も多くあげられ、次いで「本人の支援について職場の理解が得られない」、「本人の業務遂行能力の回復や適性の変化に関する予測が困難」の順だった。

EAPが行った主な対応では、「定期面談を予定」が最多で、次いで「本人に安心して休業できるような説明」、「関係者間で対応の仕方を共有」、「休養の取り方、生活習慣の改善」が多かった。

⑤一般雇用分野への応用可能性の検討を目的とした障害者雇用領域の支援方法の調査

発達障害者によく利用されていると考えられる4つの制度、すなわち就労移行支援制度、地域障害者職業センターにおける職

業リハビリテーション「発達障害者に対する体系的支援プログラム」、若年コミュニケーション能力要支援者就職プログラム、ジョブコーチ支援について整理した。

障害者職業総合センターで公開されている研究結果やツールのうち、2010年度以降の発行で発達障害についても記述されているもの、ツールやマニュアルに該当するものは25件該当した。そのうち、職業訓練で使用されているワークサンプルに関連するもの、事業主向けのリーフレットを除き、入手可能だったものは10件であった。それらの中から、産業保健現場で応用可能と考えられたツールが、8件抽出された。

米国からは、自閉症スペクトラム障害と注意欠如多動性障害について、英国とアイルランドからは、自閉症スペクトラム障害、アスペルガー症候群についての情報が収集された。

⑥産業領域の個別対応における認知行動的アプローチの活用に関するレビュー

一次予防に関する論文には、睡眠衛生教育、食事や運動などの生活習慣に関する保健指導、ストレスマネジメント能力の向上のために行われるセルフケアに関する個別指導が含まれていた。

二次予防に関して記載のあった論文には、保健指導や睡眠衛生教育について記載された一次予防と重複のある論文があった。不

調者の個別対応に関する論文、作業環境の調整のために認知行動療法を応用する取り組みに関する論文があった。

三次予防に関して記載のあった論文には、復職者に対する復職支援に認知行動療法を活用する論文、復職者の上司に対するコンサルティングに認知行動療法を活用すると記載のあった論文があった。

また、一次予防～三次予防まで概論的に触れられていた論文もあった。

D. 考察

①メンタルヘルス不調者の事例化への産業医の対応に関する研究

産業医としての対応の難しさに関する結果などに、昨今の職場環境の変化、業務負荷の増大などの影響が認められた。メンタルヘルス不調に特徴的な問題に起因すると考えられる対応の難しさも多くあげられており、これらに対して適切なガイドラインの類が提示されることの有用性が示唆された。

産業医が主治医との連携を試みた例は、必ずしも大半であるとは言えない結果であったが、連携例では、そのほとんどで対応が円滑化しており、職場と主治医との連携の重要性が確認された。

②職場におけるメンタルヘルス不調の表面化およびその対応に関する事例研究

業務効率の低下あるいは頻回欠勤や遅刻・早退といった勤怠不良に加え、業務効率の低下、勤怠問題、仕事の失敗、人間関係の悪化も、比較的早期に表面化する例が多いことから、事例の早期発見には注意することが不可欠な事項であると考えられた。

職場関係者が特に困ったこととして多くあげられた事項に対しては、適切な助言、指導の道筋が示されることが望まれる。

診断書の病名、産業医の見立てによって、特に効果的だった割合に差がみられた項目があった結果からは、職場で行われるべき対応には、概ねほとんどの不調例に共通するものと状態（病状）によって異なるものがあることが確認された。

③メンタルヘルス不調者の事例性と疾病性の形成過程と相互関連性に関する分析的研究

i) 事例性・疾病性からみたストレスチェック成績の分析

疾病性では不安障害、事例性では対人関係が高ストレス者の割合が最多、ストレス反応得点は低く、女性、管理職、中小企業、公務員で、全体平均よりも高ストレス者の割合が高く、ストレス反応得点が低いことなどが明らかとなった。

これらは事例性と疾病性の成因を追求する上で有用な情報であり、高ストレス者というカテゴリーを介して双方の関連性への

アプローチの可能性を示唆するものである。

ii) メンタルヘルス不調者の事例性と病態及び休業歴との関連性の検討

休職歴のパターンとして、累積期間は半年程度が最多である一方で長期化している事例も散見され、休職の背景には多くの要因が存在することが示唆された。

事例性については 14 の要因を想定したが、かなり限局的な内容にとどまっていた。多くは、業務内、しかも業務の量と質、対人関係、役割と責任などが、要因として抽出された。

また、疾病性としては、抗うつ剤、抗不安剤に加え精神病薬が使用されていたことから、気分障害に限定した対応には注意が必要と考えられた。

④事例性に着目した EAP 機関のメンタルヘルス不調事例の収集および事例の特徴と対応の実際

EAP に寄せられた事例においては、典型的なうつ病というよりは、背景に何らかのパーソナリティ要因や能力的要因による問題が想定される事例が多いことが推察された。また、EAP では、専門医を受診する前の不調感や不適応感に関する相談や個人的な問題の相談も広く受け付けているため、疾病や事例化に至る前の事例が多かった可能性もある。

事例化の流れにおいては、時系列の第 1

段階では「業務効率の低下」に集中しており、「業務効率の低下」はメンタルヘルス不調のサインとして見逃すことのできない要因であることが示唆された。その後の時系列の結果と併せると、「業務効率の低下」に伴って注意や叱責などにより管理者との人間関係が悪化し、勤怠の悪化や行動上の問題が出現するなどして問題が複雑化、深刻化していくパターンが想定される。

⑤一般雇用分野への応用可能性の検討を目的とした障害者雇用領域の支援方法の調査

障害者雇用の分野で調査した 4 つの支援制度では、サービスの導入・振り分け、職業訓練、ジョブマッチング、定着支援が行われていた。

支援を行う支援者向けに様々な資料が開発されており、検討した 10 個の資料には、支援対象者の障害の程度や支援対象者との接点の違いなどには大きな違いはみられるものの、障害の理解や情報を整理するツールなど参考になるものがあると考えられた。

産業保健職が応用可能な機能としては、サービスの導入・振り分けの「自身の特性把握」、職業訓練では、「支援の基本」、「自身の特性把握」、「特性による課題と対応」、「リラクゼーション」、定着支援の「ミスマッチしている箇所の課題の抽出」が挙げられた。

ツールの使用者、使用場面の視点では、産

業保健職がアセスメントに使うツール、労働者が課題整理や問題解決等に使うツール、労働者・支援者・雇用主が情報共有し、課題解決を図るためのツールがあり、こうした視点も応用可能と考えられた。

また、支援の基本姿勢として示されていた信頼関係の維持をベースにした自己効力感の増大・動機づけの強化、利用者のメタ認知がより機能するような支援法、具体的な支援のキーワードも参考とすべきであろう。

国外の調査では、十数項目の視点で整理され、具体例が示されていた就業上の配慮が注目すべき事項であった。

⑥産業領域の個別対応における認知行動的アプローチの活用に関するレビュー

認知行動的アプローチを用いた個別介入は、一次予防、二次予防、三次予防のための方法として比較的幅広く実施されており、我が国においても効果的な介入方法の一つであることが示唆された。しかしながら、現状では、当該領域の専門家が不足しており、低強度の認知行動療法の実施者の養成、より簡便な方法の開発、効果の評価方法のあり方の検討など、数多くの課題も残されていることが明らかとなった。

E. 総括（まとめ）

4 つの実態調査と 2 つの文献調査を行っ

た。いずれにおいても、本研究の目的、すなわちメンタルヘルス不調例に対し、事例性に着目した適切な対応を行うための方法論を開発することを達成するための重要な基礎的情報を得ることができた。一部に事例数の不足などが生じたが、2 年目の平成 28 年度研究では、それについて早急に追加収集を試みるとともに、必要に応じて、1 年目で得た資料をさらに多角的に分析し、具体的な方法論、ツールの作成に着手する。

F. 健康危険情報

該当せず

G. 研究発表

- 1. 論文発表 なし
- 2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

- 1. 特許取得 なし
- 2. 実用新案登録 なし
- 3. その他 なし

労災疾病臨床研究事業費補助金

分担研究報告書

メンタルヘルス不調者の事例化への産業医の対応に関する研究

研究分担者 廣 尚典 産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学・教授

研究協力者

鍵本 伸明	ナンバかぎもとクリニック
田中 伸明	九州電力株式会社
丹下 智草	産業医科大学
豊川 彰博	豊川産業医事務所
永田 昌子	産業医科大学
萩原 聡	萩原労働衛生コンサルタント事務所
森口 次郎	一般社団法人京都工場保健会
濱田 千雅	大阪ガス株式会社

研究要旨

専属産業医等への質問紙調査を通して、比較的産業保健活動が充実している職場において、メンタルヘルス不調例が現在どのような形で表面化・問題化し、産業医はどういった点に留意して対応しているかを、主治医との連携状況をも含めて、明らかにすることを目的とした。

平成 27 年 11 月から 12 月にかけて、インターネットを利用した Web 調査を実施した。およそ 5 年以上産業保健活動を主たる業務としている医師 200 名に電子メールによる研究参加を依頼し、97 名（48.5%）から回答があった。そのうち、回答項目が少なかった 12 名を除く 85 名の回答を集計・分析した。

メンタルヘルス関連事例について「対応が難しい」と感じたメンタルヘルス関連

事例の割合は、「2割程度」が最も多かった。その理由としては、「本人の業務遂行能力、適性に合った職場（仕事）が見当たらなかった」、「病気か他の問題（性格傾向など）かの判別が難しかった」が、半数以上であげられていた。「対応がうまくいった」と感じた割合は、「6割程度」が最も多かった。業務遂行能力が従前の水準まで回復しなかった事例の割合は、「4割程度」、「2割程度」の順に多かった。産業保健スタッフへの相談経路は、「上司からの相談」が最多で、主治医との連携を試みた事例の割合には、ばらつきがみられた。その中で、円滑に進んだ例の割合は「8割程度」、「ほぼ全例」の順に多かった。確定診断名を知ることが職場での対応に非常に有用であったと考えられる事例の割合は低率であった。事例の表面化は、勤怠関連の問題、人間関係の悪化による例が多く、診断書の提出によって表面化した事例も少なからずみられた。ハラスメント問題も多くあげられていた。産業医として最も多く行った活動は、「定期的な面接を予定した」、「業務量を軽減するよう提案した」、「本人と職場の間の中立性を意識して対応した」、「本人に安心して休業できるような説明をした」、「本人を焦らせないようにした」の順に高率であった。「関係者間で対応の仕方を共有した」、「休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した」、「職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした」、「就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた」、「主治医と密な情報交換を行った」、「仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った」も多く回答されていた。精神科医の診断書に記された病名と産業医の見立て（診断）とでは、かなりの相違がみられた。産業医による見立てでは、診断書の病名と比べ、「適応障害」、「発達障害」および「パーソナリティ障害」が多くみられた。

これらの結果からは、今後の課題とともに、望ましい対応の方向性を示唆する事項もみることができた。次年度は、この結果と同時に実施した事例調査の結果などを統合し、職場におけるメンタルヘルス不調者の適切な対応（支援）を検討する。

A. 研究目的

本研究では、専属産業医等への質問紙調査を通して、比較的産業保健活動が充実している職場において、メンタルヘルス不調

例が現在どのような形で表面化・問題化し、産業医はどういった点に留意して対応しているかを、主治医との連携状況をも含めて、明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

平成 27 年 11 月から 12 月にかけて、インターネットを利用した Web 調査を実施した。

産業医科大学の専門性の高い産業医の育成を狙いとする卒後修練コースを修了し、およそ 5 年以上産業保健活動を主たる業務としている医師 200 名に、電子メールによる研究参加を依頼した。また、同メールには、研究および調査の概要説明と Web 調査のアドレスを付した。Web 調査では、最初に研究参加への同意書面が提示され、その「同意する」のボタンをクリックすると質問紙本文が表示されるようにした。

調査票は、メンタルヘルス関連事例の経験について、困難性とその理由、転帰、相談経路、主治医との連携、確定診断の有用性、表面化の仕方、産業医としての対応法、診断書の病名、産業医の見立てなどを問う質問からなっている。

調査票全文を別表として文末に掲げた。

(倫理面への配慮)

本調査は無記名で行い、また回答者が同定できるような質問は含めなかった。また、産業医科大学倫理委員会の承認を得たうえで実施した。

C. 研究結果

97 名 (48.5%) から回答があった。そのうち 12 名の回答は、ほとんどの回答欄が空欄となっていたため、操作上の問題などが

あったとみなし、集計から除外した。以下は、85 名の集計・解析結果を示す。

1) 産業医としての経験年数・対象事業場

対象者の産業医経験は、6 年以上の者が約 3/4 を占めた (表 1)。事業場 (複数を担当している場合には、最も関わりが深い事業場) は、業種では製造業が約 7 割、従業員規模では 500 人以上が 9 割近くを占めた (表 2、3)。

2) メンタルヘルス関連事例の対応

「対応が難しい」と感じたメンタルヘルス関連事例の割合は、「2 割程度」が最も多かった (表 4)。産業医経験の期間別にみた回答分布を表 5 に示した。 χ^2 検定では有意差はみられなかった。

「対応が難しい」と感じた理由としては、「本人の業務遂行能力、適性に合った職場 (仕事) が見当たらなかった」(69.0%)、「病気か他の問題 (性格傾向など) かの判別が難しかった」(50.0%) の 2 項目が、半数以上であげられていた。また、「本人が指示・助言を聞き入れなかった」(34.5%)、「本人の業務遂行能力、適性の評価が難しかった」(34.5%)、「本人の業務遂行能力の回復や適性の変化に関する予測が困難だった」(31.0%) の 3 項目も、3 割以上であげられていた (表 6)。

「対応がうまくいった」と感じたメンタルヘルス関連事例の割合は、「6 割程度」(36.5%) が最も多く、次いで「8 割程度」

(27.1%)、「4 割程度」(16.5%) の順であった(表 7)。産業医経験の期間別にみた回答分布を表 8 に示した。 χ^2 検定では有意差はみられなかった。

3) 事例の転帰

関与した事例のうち、退職に至った者の割合は、「ほとんどない」(72.9%) が最多で、次いで「2 割程度」(22.4%) であり、両者で約 95% を占めていた(表 9)。産業医経験の期間別にみた回答分布を表 10 に示した。 χ^2 検定による有意差はみられなかった。

配置転換となった事例の割合は、「2 割程度」(48.2%) が最も多く、「ほとんどない」(30.6%) と合わせると、約 8 割を占めた(表 11)。産業医経験の期間別にみた回答分布を表 12 に示した。 χ^2 検定では有意差はみられなかった。

業務遂行能力が従前の水準まで回復しなかった事例の割合は、「4 割程度」(29.4%)、「2 割程度」(27.1%)、「6 割程度」(17.6%) の順に多かった(表 13)。産業医経験の期間別にみた回答分布を表 14 に示した。 χ^2 検定では有意差はみられなかった。

4) 産業保健スタッフへの相談経路

「上司からの相談」が最も多かった。1 番多い経路は、次いで「人事労務管理部署からの相談」だったが、2 番目に多い経路は「本人からの相談」が最多であった(表 15～17)。

5) 主治医との連携

主治医との連携を試みた事例の割合は、「8 割程度」(22.4%)、「2 割程度」(21.4%) の順に多く、ばらつきがみられた(表 18)。産業医経験の期間別にみた回答分布を表 19 に示した。 χ^2 検定では有意差はみられなかった。

主治医との連携を試みた例がある場合には、その中で円滑に進んだ割合を問うたが、「約 8 割程度」(42.4%) が最多で、次いで「ほぼ全例」(22.5%) であった(表 20)。産業医経験の期間別にみた回答分布を表 21 に示した。 χ^2 検定では有意差はみられなかった。

6) 確定診断名の有用性

確定診断名を知ることが職場での対応に非常に有用であったと考えられる事例の割合は、2 割程度(30.6%)、「ほとんどない」(20.0%)、「4 割程度」(15.3%) の順に多かった(表 22)。産業医経験の期間別にみた回答分布を表 23 に示した。 χ^2 検定による有意差はみられなかった。

確定診断名を知ることが職場での対応に非常に有用であったと考えられる事例がある場合には、その理由についても回答するよう求めたが、その結果は「職場関係者(人事担当者、上司など)に就業面の配慮の必要性を説明するのに役立った」(32.9%)、「中長期的な対応を考えるのに役立った」(21.2%) の順に多かった(表 24)。

7) 事例の表面化

個々のメンタルヘルス不調例が職場内でどのように表面化したかについては、「頻回欠勤」が最も多く、それに次いで、「業務効率の低下」、「診断書の提出」、「遅刻・早退」、「人間関係の悪化」、「身体疾患」などが多かった。1 番および 2 番目にはあげられていなかったが、「社内のハラスメント（被害）」も 3 番目～5 番目に多い事項として、複数あげられていた（表 25～29）。

8) 産業医として行った対応

産業医として最も多く行った事項は、「定期的な面接を予定した」が最も高率で、次いで「業務量を軽減するよう提案した」、「本人と職場の間の中立性を意識して対応した」、「本人に安心して休業できるような説明をした」、「本人を焦らせないようにした」の順だった。2 番目～7 番目に多く行った事項についての回答を合わせると、他に「関係者間で対応の仕方を共有した」、「休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した」、「職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした」、「就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた」、「主治医と密な情報交換を行った」、「仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った」などが多くあげられた。他方、選択肢 26 項目のうち、全くあげられなかった項目は、「家族（親族）に当該労働者に対する支援を依頼した」の 1 項目だけだった（表 30

～36）。

9) 産業医としての困惑

事例対応において、産業医として特に困った事項としては、1 番目に「本人の業務遂行能力、適性に合った職場（仕事）が見当たらなかった」が最も多くあげられていた。その他、「病気か他の問題（性格傾向など）かの判別が難しかった」、「本人が指示・助言を聞き入れなかった」、「本人の業務遂行能力、適性の評価が難しかった」、「本人の業務遂行能力の回復や適性の変化に関する予測が困難だった」、「専門医受診を承諾しなかった」が多く回答されていた（表 37～41）。

10) 診断書の病名

診断書に記されたのが最も多い病名としては、「うつ病」が多くあげられた。次いで「適応障害」で、この両者で、約 7 割を占めていた。2 番目に多い病名は、「適応障害」、「うつ病」、「自律神経失調症」の順であった。3 番目、4 番目に多い病名は、それぞれ「自律神経失調症」、「不安障害」が最も高率だった。その他、3 番目、4 番目に多い診断名として多くあげられたものとしては、「心因反応」「双極性障害」があった。

11) 産業医による診断（見立て）

産業医による見立てで最も多い病名としては、「適応障害」が最も高率であり、次いで、「うつ病」、「発達障害」の順だった。2 番目に多い病名は、「うつ病」、「適応障害」

の順で、3 番目、4 番目に多い病名は、それぞれ「発達障害」、「不安障害」が最も高率だった。その他、3 番目、4 番目に多い診断名として多くあげられたものとしては、「双極性障害」、「睡眠障害」があった。

D. 考察

職場におけるメンタルヘルス不調の表面化、それに対して行われている産業医の取り組みに関する現状の一端が明らかになった。

1) 対応の難しさ

対応が難しい理由として最も高率にあげられていた「本人の業務遂行能力、適性に合った職場（仕事）が見当たらなかった」は、昨今の組織改革や一人当たりの業務負荷が増大している現状が反映されているものとみなせよう¹⁾。半数であげられた「病気か他の問題（性格傾向など）かの判別が難しかった」および 30% であげられた「本人の業務遂行能力、適性の評価が難しかった」、「本人の業務遂行能力の回復や適性の変化に関する予測が困難だった」は、メンタルヘルス不調に特徴的な問題であり、これらに対して適切なガイドラインの類が提示されれば、有用性が高いと考えられる。

2) 事例の転帰に関する現状

退職に至った例は「ほとんどない」が最多である一方、配置転換となった事例は「2 割程度」と「ほとんどない」で約 8 割を占

めたことから、安易な配置転換は控え、現職場での適応を前提とした検討を進める重要性が読み取れるであろう。

業務遂行能力が従前の水準までに回復しなかった事例の割合は「2 割程度」から「6 割程度」が多くなっていた。回答者は、産業保健を主たる業務としており、職場関係者とのコミュニケーションの重要性を教育されている産業医であることから、この結果は実をよく言い当てていると考えられる。上述した対応の難しさに関する最多理由である「本人の業務遂行能力、適性に合った職場（仕事）が見当たらなかった」と関連があると推測される。

2) 産業保健スタッフと現場の連携

産業保健スタッフへの相談経路が上司からの相談が最多であったことは、回答者の職場の多くで、管理監督者教育が実施されていることによるものと推察される²⁾。

3) 産業医と主治医との関係

主治医との連携を試みた事例の割合については大きなばらつきがみられた。連携を試みた例については、約 65% で「8 割程度」あるいは「ほぼ全例」が円滑に進んでおり、連携を試みないのには、事業場をとりまく地域の精神医療事情などが影響していると推測される。特別な支障がない場合には、職場から積極的に連携を試みるべきであると考えられる。

確定診断名を知ることについては、あま

りその有用性を認識できていないという回答が少なくなかった。「有用であった」理由として多くあげられた「職場関係者（人事担当者、上司など）に就業面の配慮の必要性を説明するのに役立った」および「中長期的な対応を考えるのに役立った」が他のことで代替えできるのであれば、確定診断名は必要不可欠とまでは言えないと考えられる。

4) 事例の表面化の特徴

事例の表面化は、勤怠関連の問題、人間関係の悪化による例が多く、これらを早期に把握することが、メンタルヘルス不調の早期対応（必ずしも、専門治療を意味するわけではない）につながる可能性がある。他方、診断書の提出によって表面化した事例も少なからずみられた。常勤産業医を選任しており、さらに管理監督者教育も実施していると推察される事業場でも、産業保健スタッフが早期に把握することが困難な事例はある程度存在するのが現状であり、主治医の診断書が提出されたところから、産業保健スタッフがどのように関わるかについても、その適切なあり方を検討する意義が大きいといえよう。また、精神障害の労災認定例において、仕事上の強い心理的負荷として認められていることが多いハラスメント問題も、最初の表面化として多くあげられていた。発生防止対策の推進とともに、適切な早期対応が必要な事項であろ

う。

5) 産業医の基本的な対応

産業医として行った対応としては、「定期的な面接を予定した」以外では、「業務量を軽減するよう提案した」、「本人と職場の間の中立性を意識して対応した」、「本人に安心して休業できるような説明をした」、「本人を焦らせないようにした」を最も頻回に実施しているとの回答が多かった。2 番目以降に多かったと高率に回答された「関係者間で対応の仕方を共有した」、「休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した」、「職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした」、「就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた」、「主治医と密な情報交換を行った」、「仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った」と併せ、事例対応において産業医が通常行うべき事項としてまとめられよう。

産業医が困ったこととしては、対応が難しいと感じた理由と同様の項目があげられており、対応の難しい理由が、産業医を困惑させもしていることが明らかになった。

なお、産業医としての経験年数の違いによって、「対応の難しかった」事例の割合、「対応がうまくいった」事例の割合、「退職に至った」事例の割合、「配置転換となった」事例の割合などに有意差がみられることはなかった。

6) 精神科医の診断名と産業医の見立て

精神科医の診断書に記された病名と産業医の見立て（診断）とでは、前者の最多は「うつ病」、後者の最多は「適応障害」がそれぞれ最も高率であった点をはじめとして、かなりの相違がみられた。「発達障害」および「パーソナリティ障害」は、産業医の見立てにおいて多くみられた。

こうした相違を招いている要因としては、主治医側では、診断書の病名は暫定診断である場合、本人の職場での扱われ方、個人情報の問題などを考慮してあえて確定診断名を記さない場合が少なくないこと、診断のもとになる情報が主として診療場面における本人あるいは家族からのものに限定されることなどがあげられる。他方、産業医側では、職場における情報は数多く得られるがそれ以外の情報は得にくいこと、精神医学的診断技術の問題（内因性の軽視、最近話題になっている事項に左右されやすいことなど）³⁾などが指摘できよう。「うつ病」については、主治医の診断書に「うつ状態」あるいは「抑うつ状態」と記されていた例が含まれている可能性がある。

上述した確定診断名の有用性に関する結果からは、他の情報が得られれば、この相違は必ずしも大きな問題とは言えないかもしれない。しかし、対応がうまくいった事例の割合にばらつきがあるのは、このことが原因の一部となっているとも考えられる。

7) 本研究の限界（結果を解釈する上での留

意点）

解析の対象となった回答者数は 85 名であり、専属産業医の活動の実態を詳細に知るためには、もう少し例数が望まれたところである。また、そのすべてが、就職前に数年間にわたる産業保健の実務教育を受けており、本結果は、一般の専属産業医あるいは産業保健活動を主たる業務としている医師の実態からも、多少のずれがある可能性はある。

しかし、こうした産業医を対象としたメンタルヘルス関連事例に関する研究は過去にあまり報告されておらず、この調査結果は、本年度同時期に実施された事例調査と併せて、職場における労働者のメンタルヘルス不調への対応のあり方を検討するための重要な資料となるであろう。

E. 総括（まとめ）

専属産業医等を対象とした質問票調査によって、職場におけるメンタルヘルス関連事例に関する現状の一端が明らかになった。

対応に関する今後の課題とともに、望ましい対応の方向性を示唆する事項もみることができた。次年度は、この結果と同時に実施した事例調査の結果などを統合し、職場におけるメンタルヘルス不調者の適切な対応（支援）を具体的に検討する。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

H. 引用文献

1) 廣尚典：要説産業精神保健．診断と治療社，2013．

2) 中央労働災害防止協会編：心理相談専門研修．中央労働災害防止協会，2009

3) 宮岡等：うつ病医療の危機．日本評論社，2014．

表 1. 産業医としての経験

	人数	(%)
～5 年	21	(24.7)
6～10 年	35	(41.2)
11～15 年	13	(15.3)
15 年以上	15	(17.6)
不明	1	(1.2)

表 2. 事業場の業種

	人数	(%)
製造業	60	(70.6)
情報通信	5	(5.9)
サービス業	5	(5.9)
建設業	3	(3.5)
運輸業	3	(3.5)
卸売・小売業	2	(2.4)
金融・保険業	2	(2.4)
医療・福祉	2	(2.4)
その他	2	(2.4)
不明	1	(1.2)

表 3. 事業場の従業員規模

	人数	(%)
300 人未満	5	(5.9)
300～499 人	3	(3.5)
500～999 人	14	(16.5)
1000～2999 人	34	(40.1)
3000 人以上	26	(30.6)
不明	3	(3.5)

表 4. 対応が難しいと感じたメンタルヘルス関連事例の割合

	人数	(割合)
ほぼ全例	0	(0.0)

8 割程度	1	(1.2)
6 割程度	11	(12.9)
4 割程度	10	(11.8)
2 割程度	54	(63.5)
ほとんどない	7	(8.2)
不明	2	(2.4)

表 5. 産業医としての経験別にみた事例対応の難しさ(難しいと感じた割合)

	ほぼ全例	8 割程度	6 割程度	4 割程度	2 割程度	ほとんどない
～5 年	0	0	6	4	11	0
6～10 年	0	1	2	3	24	4
11～15 年	0	0	3	2	6	2
15 年以上	0	0	0	1	13	1

表 6. 「対応が難しい」と感じた理由

	人数	(%)
本人の業務遂行能力、適性に合った職場(仕事)が見当たらなかった	58	(69.0)
病気か他の問題(性格傾向など)かの判別が難しかった	42	(50.0)
本人が指示・助言を聞き入れなかった	29	(34.5)
本人の業務遂行能力、適性の評価が難しかった	29	(34.5)
本人の業務遂行能力の回復や適性の変化に関する予測が困難だった	26	(31.0)
専門医受診を承諾しなかった	15	(17.9)
意思の疎通が困難だった	13	(15.5)
本人の支援について職場の理解が得られなかった	13	(15.5)
主治医との連携が困難だった	10	(11.9)
本人の病状の予後(転帰)の推定が難しかった	10	(11.9)
本人の症状、薬剤の副作用を考慮した作業・通勤面の安全確保が難しかった	7	(8.3)
家族(または親族)の理解が得られなかった	5	(6.0)

(有効回答数を母数とする)

表 7. 対応がうまくいったと感じた事例の割合

	人数	(%)
ほぼ全例	3	(3.5)

8 割程度	23	(27.1)
6 割程度	31	(36.5)
4 割程度	14	(16.5)
2 割程度	12	(14.1)
ほとんどない	0	(0.0)
不明	2	(2.4)

表 8. 産業医としての経験別にみた事例対応の良否(うまくいったと感じた割合)

	ほぼ全例	8 割程度	6 割程度	4 割程度	2 割程度	ほとんどない
～5 年	0	5	9	2	5	0
6～10 年	0	11	12	7	4	0
11～15 年	1	2	5	4	1	0
15 年以上	2	5	5	1	2	0

表 9. 退職に至った事例の割合

	人数	(%)
ほぼ全例	0	(0.0)
8 割程度	0	(0.0)
6 割程度	0	(0.0)
4 割程度	2	(2.4)
2 割程度	19	(22.4)
ほとんどない	62	(72.9)
不明	2	(2.4)

表 10. 産業医としての経験別にみた退職例の割合

	ほぼ全例	8 割程度	6 割程度	4 割程度	2 割程度	ほとんどない
～5 年	0	0	0	1	3	17
6～10 年	0	0	0	0	8	26
11～15 年	0	0	0	1	3	9
15 年以上	0	0	0	0	5	10

表 11. 配置転換となった事例の割合

	人数	(%)
ほぼ全例	1	(1.2)
8 割程度	1	(1.2)
6 割程度	2	(2.4)
4 割程度	12	(14.1)
2 割程度	41	(48.2)
ほとんどない	26	(30.6)
不明	2	(2.4)

表 12. 産業医としての経験別にみた配置転換例の割合

	ほぼ全例	8 割程度	6 割程度	4 割程度	2 割程度	ほとんどない
～5 年	0	0	0	4	7	10
6～10 年	0	1	0	3	20	10
11～15 年	0	0	2	2	7	2
15 年以上	1	0	0	3	7	4

表 13. 業務遂行能力が従前の水準まで回復しなかった事例の割合

	人数	(%)
ほぼ全例	1	(1.2)
8 割程度	12	(14.1)
6 割程度	15	(17.6)
4 割程度	25	(29.4)
2 割程度	23	(27.1)
ほとんどない	7	(8.2)
不明	2	(2.4)

表 14. 産業医としての経験別にみた業務遂行能力回復不十分の割合

	ほぼ全例	8 割程度	6 割程度	4 割程度	2 割程度	ほとんどない
～5 年	0	2	6	8	3	2
6～10 年	1	5	7	7	10	4
11～15 年	0	4	1	2	5	1
15 年以上	0	1	1	8	5	0

表 15. 産業保健スタッフへの相談経路(1 番多かったもの)

	人数	(%)
上司からの相談	38	(44.7)
人事管理部署からの相談	18	(21.2)
本人からの相談	17	(20.0)
復職判定会議を通じて	4	(4.7)
家族からの相談	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

表 16. 産業保健スタッフへの相談経路(2 番目に多かったもの)

	人数	(%)
本人からの相談	30	(35.3)
上司からの相談	29	(34.1)
人事管理部署からの相談	15	(17.6)
復職判定会議を通じて	2	(2.4)
家族からの相談	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

表 17. 産業保健スタッフへの相談経路(3 番目に多かったもの)

	人数	(%)
人事管理部署からの相談	32	(37.6)
本人からの相談	27	(31.8)
上司からの相談	4	(4.7)
家族からの相談	0	(0.0)
復職判定会議を通じて	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

表 18. 主治医との連携を試みた事例の割合

	人数	(%)
ほぼ全例	16	(18.8)
8 割程度	19	(22.4)
6 割程度	9	(10.6)
4 割程度	13	(15.3)

2 割程度	18	(21.2)
ほとんどない	8	(9.4)
不明	2	(2.4)

表 19. 産業医としての経験別にみた主治医との連携を試みた例の割合

	ほぼ全例	8 割程度	6 割程度	4 割程度	2 割程度	ほとんどない
～5 年	2	8	5	3	2	1
6～10 年	6	7	3	7	7	4
11～15 年	2	2	0	3	4	2
15 年以上	6	2	1	0	5	1

表 20. 主治医との連携が円滑に進んだ割合

	人数	(%)
ほぼ全例	20	(22.5)
8 割程度	36	(42.4)
6 割程度	13	(15.3)
4 割程度	8	(9.4)
2 割程度	3	(3.5)
ほとんどない	2	(2.4)
不明	3	(3.5)

表 21. 産業医としての経験別にみた主治医との連携が円滑に進んだ例の割合

	ほぼ全例	8 割程度	6 割程度	4 割程度	2 割程度	ほとんどない
～5 年	7	8	1	3	1	0
6～10 年	6	16	8	3	0	1
11～15 年	4	3	2	2	1	1
15 年以上	3	9	2	0	1	0

表 22. 確定診断名が職場での対応に非常に有用であった割合

	人数	(%)
ほぼ全例	7	(8.2)
8 割程度	11	(12.9)

6 割程度	9	(10.6)
4 割程度	13	(15.3)
2 割程度	26	(30.6)
ほとんどない	17	(20.0)
不明	2	(2.4)

表 23. 産業医としての経験別にみた確定診断名を知ることが非常に有用であった例の割合

	ほぼ全例	8 割程度	6 割程度	4 割程度	2 割程度	ほとんどない
～5 年	2	4	3	3	6	3
6～10 年	1	2	4	7	11	9
11～15 年	0	4	1	2	3	3
15 年以上	4	1	1	1	6	2

表 24. 確定診断が職場での対応に非常に有用であった理由

	人数	(%)
中長期的な対応を考えるのに役立った	18	(21.2)
当面の就業面の配慮を検討するために役立った	11	(12.9)
職場関係者に病状を説明するのに役立った	13	(15.3)
職場関係者に就業面の配慮の必要性を説明するのに役立った	28	(32.9)
その他	3	(3.5)
不明	12	(14.1)

表 25. メンタルヘルス不調の表面化(1 番多かったもの)

	人数	(%)
頻回欠勤	30	(35.3)
業務効率の低下	17	(20.0)
診断書の提出	12	(14.1)
人間関係の悪化	4	(4.7)
遅刻・早退	4	(4.7)
無断欠勤	3	(3.5)
身体疾患	3	(3.5)
責任逃れの言動	1	(1.2)
社内ハラスメント(加害)	0	(0.0)

社内ハラスメント(被害)	0	(0.0)
社内のハラスメント以外の迷惑行為	0	(0.0)
仕事の失敗	0	(0.0)
退職希望	0	(0.0)
遁走	0	(0.0)
指示命令に応じない	0	(0.0)
不自然・場違いな言動	0	(0.0)
不安全行為	0	(0.0)
自殺未遂	0	(0.0)
不適切な要求	0	(0.0)
自己中心的言動	0	(0.0)
過度の自己卑下	0	(0.0)
社外での反社会的行動	0	(0.0)
その他	2	(2.4)

表 26. メンタルヘルス不調の表面化(2 番目に多かったもの)

	人数	(%)
頻回欠勤	17	(20.0)
業務効率の低下	13	(15.3)
遅刻・早退	12	(14.1)
診断書の提出	11	(12.9)
人間関係の悪化	8	(9.4)
身体疾患	7	(8.2)
無断欠勤	3	(3.5)
仕事の失敗	1	(1.2)
遁走	1	(1.2)
不自然・場違いな言動	1	(1.2)
社内ハラスメント(加害)	0	(0.0)
社内ハラスメント(被害)	0	(0.0)
社内のハラスメント以外の迷惑行為	0	(0.0)
退職希望	0	(0.0)
指示命令に応じない	0	(0.0)
不安全行為	0	(0.0)
自殺未遂	0	(0.0)
不適切な要求	0	(0.0)

自己中心的言動	0	(0.0)
責任逃れの言動	0	(0.0)
過度の自己卑下	0	(0.0)
社外での反社会的行動	0	(0.0)
その他	2	(2.4)

表 27. メンタルヘルス不調の表面化(3 番目に多かったもの)

	人数	(%)
診断書の提出	22	(25.9)
頻回欠勤	9	(10.6)
業務効率の低下	7	(8.2)
人間関係の悪化	6	(7.1)
遅刻・早退	6	(7.1)
身体疾患	5	(5.9)
社内ハラスメント(被害)	4	(4.7)
仕事の失敗	3	(3.5)
無断欠勤	2	(2.4)
退職希望	2	(2.4)
不自然・場違いな言動	2	(2.4)
自己中心的行動	2	(2.4)
不安全行為	1	(1.2)
過度の自己卑下	1	(1.2)
社内ハラスメント(加害)	0	(0.0)
社内のハラスメント以外の迷惑行為	0	(0.0)
遁走	0	(0.0)
指示命令に応じない	0	(0.0)
自殺未遂	0	(0.0)
不適切な要求	0	(0.0)
責任逃れの言動	0	(0.0)
社外での反社会的行動	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

表 28. メンタルヘルス不調の表面化(4 番目に多かったもの)

	人数	(%)
人間関係の悪化	8	(9.4)
身体疾患	8	(9.4)
業務効率の低下	6	(7.1)
遅刻・早退	6	(7.1)
退職希望	4	(4.7)
診断書の提出	4	(4.7)
頻回欠勤	3	(3.5)
仕事の失敗	3	(3.5)
社内ハラスメント(被害)	2	(2.4)
無断欠勤	2	(2.4)
指示命令に応じない	1	(1.2)
不安全行為	1	(1.2)
自己中心的言動	1	(1.2)
過度の自己卑下	1	(1.2)
社内ハラスメント(加害)	0	(0.0)
社内のハラスメント以外の迷惑行為	0	(0.0)
遁走	0	(0.0)
不自然・場違いな言動	0	(0.0)
自殺未遂	0	(0.0)
不適切な要求	0	(0.0)
責任逃れの言動	0	(0.0)
社外での反社会的行動	0	(0.0)
その他	2	(2.4)

表 29. メンタルヘルス不調の表面化(5 番目に多かったもの)

	人数	(%)
社内ハラスメント(被害)	7	(8.2)
人間関係の悪化	7	(8.2)
診断書の提出	4	(4.7)
業務効率の低下	3	(3.5)
無断欠勤	3	(3.5)
頻回欠勤	3	(3.5)
自己中心的言動	3	(3.5)

仕事の失敗	2	(2.4)
不自然・場違いな言動	2	(2.4)
遅刻・早退	1	(1.2)
身体疾患	1	(1.2)
社内ハラスメント(加害)	0	(0.0)
社内のハラスメント以外の迷惑行為	0	(0.0)
退職希望	0	(0.0)
遁走	0	(0.0)
指示命令に応じない	0	(0.0)
不安全行為	0	(0.0)
自殺未遂	0	(0.0)
不適切な要求	0	(0.0)
責任逃れの言動	0	(0.0)
過度の自己卑下	0	(0.0)
社外での反社会的行動	0	(0.0)
その他	2	(2.4)

表 30. 産業医として行ったメンタルヘルス事例の対応(1 番多かったもの)

	人数	(%)
定期的な面接を予定した	29	(34.2)
業務量を軽減するよう提案した	9	(10.6)
本人と職場の間の中立性を意識して対応した	8	(9.4)
本人に安心して休業できるような説明をした	7	(8.2)
本人を焦らせないようにした	6	(7.1)
関係者間で対応の仕方を共有した	5	(5.9)
休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	3	(3.5)
職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした	2	(2.4)
主治医と密な情報交換を行った	1	(1.2)
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	1	(1.2)
本人に自分の置かれている状況について認識を深めてもらうよう働きかけた	1	(1.2)
本人が苦手な作業や職場環境(物理・科学的刺激を含む)に関し上司の理解を求めた	1	(1.2)
作業の安全面の確保を重視した	1	(1.2)
仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った	0	(0.0)

質的な業務負担を軽減するよう提案した	0	(0.0)
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	0	(0.0)
本人の良い面(良く評価されている面)を(本人に)明示した	0	(0.0)
ルール違反に対しては厳格に処理した	0	(0.0)
配置転換をするよう提案した	0	(0.0)
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	0	(0.0)
本人のできることとできないことを整理した	0	(0.0)
家族(親族)に当該労働者に対する支援を依頼した	0	(0.0)
対人折衝の少ない業務に就かせた	0	(0.0)
家族(親族)に職場の対応に関する理解を求めた	0	(0.0)
指示命令の簡略化、具体化を図った	0	(0.0)
適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した	0	(0.0)
その他	2	(2.1)

表 31. 産業医としてのメンタルヘルス事例の対応(2 番目に多かったもの)

	人数	(%)
業務量を軽減するよう提案した	10	(11.8)
定期的な面接を予定した	9	(10.6)
関係者間で対応の仕方を共有した	8	(9.4)
職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした	8	(9.4)
本人に安心して休業できるような説明をした	7	(8.2)
本人を焦らせないようにした	6	(7.1)
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	5	(5.9)
休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	4	(4.7)
主治医と密な情報交換を行った	3	(3.5)
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	3	(3.5)
本人と職場の間の中立性を意識して対応した	3	(3.5)
質的な業務負担を軽減するよう提案した	3	(3.5)
適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した	3	(3.5)
本人に自分の置かれている状況について認識を深めてもらうよう働きかけた	1	(1.2)
本人の良い面(良く評価されている面)を(本人に)明示した	1	(1.2)
本人のできることとできないことを整理した	1	(1.2)
仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った	0	(0.0)

本人が苦手な作業や職場環境(物理・科学的刺激を含む)に関し上司の理解を求めた	0	(0.0)
ルール違反に対しては厳格に処理した	0	(0.0)
配置転換をするよう提案した	0	(0.0)
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	0	(0.0)
家族(親族)に当該労働者に対する支援を依頼した	0	(0.0)
対人折衝の少ない業務に就かせた	0	(0.0)
作業の安全面の確保を重視した	0	(0.0)
家族(親族)に職場の対応に関する理解を求めた	0	(0.0)
指示命令の簡略化、具体化を図った	0	(0.0)
その他	1	(1.2)

表 32. 産業医としてのメンタルヘルス事例の対応(3 番目に多かったもの)

	人数	(%)
職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした	9	(10.6)
主治医と密な情報交換を行った	8	(9.4)
関係者間で対応の仕方を共有した	7	(8.2)
仕事への取り組み方に関して本人とよく話合った	6	(7.1)
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	6	(7.1)
本人と職場の間の中立性を意識して対応した	5	(5.9)
定期的な面接を予定した	4	(4.7)
業務量を軽減するよう提案した	4	(4.7)
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	4	(4.7)
本人のできることとできないことを整理した	4	(4.7)
本人に安心して休業できるような説明をした	3	(3.5)
休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	3	(3.5)
対人折衝の少ない業務に就かせた	3	(3.5)
本人を焦らせないようにした	2	(2.4)
質的な業務負担を軽減するよう提案した	2	(2.4)
適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した	2	(2.4)
本人が苦手な作業や職場環境(物理・科学的刺激を含む)に関し上司の理解を求めた	1	(1.2)
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	1	(1.2)
作業の安全面の確保を重視した	1	(1.2)

本人に自分の置かれている状況について認識を深めてもらうよう働きかけた	0	(0.0)
本人の良い面(良く評価されている面)を(本人に)明示した	0	(0.0)
ルール違反に対しては厳格に処理した	0	(0.0)
配置転換をするよう提案した	0	(0.0)
家族(親族)に当該労働者に対する支援を依頼した	0	(0.0)
家族(親族)に職場の対応に関する理解を求めた	0	(0.0)
指示命令の簡略化、具体化を図った	0	(0.0)
その他	1	(1.2)

表 33. 産業医としてのメンタルヘルス事例の対応(4 番目に多かったもの)

	人数	(%)
休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	10	(11.8)
仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った	6	(7.1)
関係者間で対応の仕方を共有した	5	(5.9)
職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした	5	(5.9)
質的な業務負担を軽減するよう提案した	5	(5.9)
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	5	(5.9)
定期的な面接を予定した	4	(4.7)
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	4	(4.7)
本人と職場の間の中立性を意識して対応した	4	(4.7)
本人に安心して休業できるような説明をした	3	(3.5)
本人を焦らせないようにした	3	(3.5)
作業の安全面の確保を重視した	3	(3.5)
本人に自分の置かれている状況について認識を深めてもらうよう働きかけた	2	(2.4)
対人折衝の少ない業務に就かせた	2	(2.4)
業務量を軽減するよう提案した	1	(1.2)
本人が苦手な作業や職場環境(物理・科学的刺激を含む)に関し上司の理解を求めた	1	(1.2)
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	1	(1.2)
本人のできることとできないことを整理した	1	(1.2)
適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した	1	(1.2)
主治医と密な情報交換を行った	0	(0.0)
本人の良い面(良く評価されている面)を(本人に)明示した	0	(0.0)

ルール違反に対しては厳格に処理した	0	(0.0)
配置転換をするよう提案した	0	(0.0)
家族(親族)に当該労働者に対する支援を依頼した	0	(0.0)
家族(親族)に職場の対応に関する理解を求めた	0	(0.0)
指示命令の簡略化、具体化を図った	0	(0.0)
その他	2	(2.4)

表 34. 産業医としてのメンタルヘルス事例の対応(5 番目に多かったもの)

	人数	(%)
職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした	6	(7.1)
本人に安心して休業できるような説明をした	5	(5.9)
休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	5	(5.9)
本人が苦手な作業や職場環境(物理・科学的刺激を含む)に関し上司の理解を求めた	5	(5.9)
定期的な面接を予定した	4	(4.7)
関係者間で対応の仕方を共有した	4	(4.7)
業務量を軽減するよう提案した	4	(4.7)
主治医と密な情報交換を行った	3	(3.5)
本人に自分の置かれている状況について認識を深めてもらうよう働きかけた	3	(3.5)
質的な業務負担を軽減するよう提案した	3	(3.5)
配置転換をするよう提案した	2	(2.4)
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	2	(2.4)
本人のできることとできないことを整理した	2	(2.4)
対人折衝の少ない業務に就かせた	2	(2.4)
作業の安全面の確保を重視した	2	(2.4)
仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った	1	(1.2)
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	1	(1.2)
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	1	(1.2)
本人の良い面(良く評価されている面)を(本人に)明示した	1	(1.2)
ルール違反に対しては厳格に処理した	1	(1.2)
指示命令の簡略化、具体化を図った	1	(1.2)
本人を焦らせないようにした	0	(0.0)
本人と職場の間の中立性を意識して対応した	0	(0.0)
家族(親族)に当該労働者に対する支援を依頼した	0	(0.0)

家族(親族)に職場の対応に関する理解を求めた	0	(0.0)
適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した	0	(0.0)
その他	1	(1.2)

表 35. 産業医としてのメンタルヘルス事例の対応(6 番目に多かったもの)

	人数	(%)
本人に安心して休業できるような説明をした	6	(7.1)
休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	6	(7.1)
主治医と密な情報交換を行った	4	(4.7)
本人に自分の置かれている状況について認識を深めてもらうよう働きかけた	4	(4.7)
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	4	(4.7)
本人が苦手な作業や職場環境(物理・科学的刺激を含む)に関し上司の理解を求めた	4	(4.7)
本人と職場の間の中立性を意識して対応した	3	(3.5)
指示命令の簡略化、具体化を図った	3	(3.5)
適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した	3	(3.5)
定期的な面接を予定した	2	(2.4)
職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした	2	(2.4)
業務量を軽減するよう提案した	2	(2.4)
質的な業務負担を軽減するよう提案した	2	(2.4)
本人のできることとできないことを整理した	2	(2.4)
関係者間で対応の仕方を共有した	1	(1.2)
仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った	1	(1.2)
本人を焦らせないようにした	1	(1.2)
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	1	(1.2)
配置転換をするよう提案した	1	(1.2)
作業の安全面の確保を重視した	1	(1.2)
本人の良い面(良く評価されている面)を(本人に)明示した	0	(0.0)
ルール違反に対しては厳格に処理した	0	(0.0)
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	0	(0.0)
家族(親族)に当該労働者に対する支援を依頼した	0	(0.0)
対人折衝の少ない業務に就かせた	0	(0.0)
家族(親族)に職場の対応に関する理解を求めた	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

表 36. 産業医としてのメンタルヘルス事例の対応(7 番目に多かったもの)

	人数	(%)
本人が苦手な作業や職場環境(物理・科学的刺激を含む)に関し上司の理解を求めた	4	(4.7)
本人を焦らせないようにした	3	(3.5)
業務量を軽減するよう提案した	3	(3.5)
質的な業務負担を軽減するよう提案した	3	(3.5)
ルール違反に対しては厳格に処理した	3	(3.5)
定期的な面接を予定した	2	(2.4)
関係者間で対応の仕方を共有した	2	(2.4)
職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした	2	(2.4)
本人に安心して休業できるような説明をした	2	(2.4)
主治医と密な情報交換を行った	2	(2.4)
仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った	2	(2.4)
休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	2	(2.4)
本人に自分の置かれている状況について認識を深めてもらうよう働きかけた	2	(2.4)
配置転換をするよう提案した	2	(2.4)
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	2	(2.4)
本人のできることとできないことを整理した	2	(2.4)
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	1	(1.2)
本人の良い面(良く評価されている面)を(本人に)明示した	1	(1.2)
対人折衝の少ない業務に就かせた	1	(1.2)
家族(親族)に職場の対応に関する理解を求めた	1	(1.2)
本人と職場の間の中立性を意識して対応した	0	(0.0)
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	0	(0.0)
家族(親族)に当該労働者に対する支援を依頼した	0	(0.0)
作業の安全面の確保を重視した	0	(0.0)
指示命令の簡略化、具体化を図った	0	(0.0)
適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

表 37. 産業医として特に困ったこと(1 番多かったもの)

	人数	(%)
本人の業務遂行能力、適性に合った職場(仕事)が見当たらなかった	28	(32.9)
病気か他の問題(性格傾向など)かの判別が難しかった	15	(17.6)
本人が指示・助言を聞き入れなかった	11	(12.9)
専門医受診を承諾しなかった	8	(9.4)
本人の業務遂行能力、適性の評価が難しかった	6	(7.1)
本人の業務遂行能力の回復や適性の変化に関する予測が困難だった	4	(4.7)
本人の支援について職場の理解が得られなかった	2	(2.4)
本人の症状、薬剤の副作用を考慮した作業・通勤面の安全確保が難しかった	2	(2.4)
本人の病状の予後(転帰)の推定が難しかった	0	(0.0)
意思の疎通が困難だった	0	(0.0)
主治医との連携が困難だった	0	(0.0)
家族(または親族)の理解が得られなかった	0	(0.0)

表 38. 産業医として特に困ったこと(2 番目に多かったもの)

	人数	(%)
病気か他の問題(性格傾向など)かの判別が難しかった	14	(16.5)
本人の業務遂行能力、適性に合った職場(仕事)が見当たらなかった	12	(14.1)
本人が指示・助言を聞き入れなかった	8	(9.4)
本人の業務遂行能力、適性の評価が難しかった	7	(8.2)
本人の業務遂行能力の回復や適性の変化に関する予測が困難だった	6	(7.1)
本人の病状の予後(転帰)の推定が難しかった	5	(5.9)
意思の疎通が困難だった	4	(4.7)
本人の支援について職場の理解が得られなかった	4	(4.7)
主治医との連携が困難だった	4	(4.7)
専門医受診を承諾しなかった	3	(3.5)
本人の症状、薬剤の副作用を考慮した作業・通勤面の安全確保が難しかった	2	(2.4)
家族(または親族)の理解が得られなかった	1	(1.2)

表 39. 産業医として特に困ったこと(3 番目に多かったもの)

	人数	(%)
本人の業務遂行能力、適性に合った職場(仕事)が見当たらなかった	10	(11.8)
本人の業務遂行能力、適性の評価が難しかった	9	(10.6)
本人の業務遂行能力の回復や適性の変化に関する予測が困難だった	8	(9.4)
病気か他の問題(性格傾向など)かの判別が難しかった	6	(7.1)
本人の病状の予後(転帰)の推定が難しかった	6	(7.1)
本人が指示・助言を聞き入れなかった	5	(5.9)
本人の支援について職場の理解が得られなかった	4	(4.7)
専門医受診を承諾しなかった	3	(3.5)
意思の疎通が困難だった	2	(2.4)
本人の症状、薬剤の副作用を考慮した作業・通勤面の安全確保が難しかった	1	(1.2)
主治医との連携が困難だった	0	(0.0)
家族(または親族)の理解が得られなかった	0	(0.0)

表 40. 産業医として特に困ったこと(4 番目に多かったもの)

	人数	(%)
本人の業務遂行能力の回復や適性の変化に関する予測が困難だった	5	(5.9)
専門医受診を承諾しなかった	5	(5.9)
病気か他の問題(性格傾向など)かの判別が難しかった	3	(3.5)
本人の病状の予後(転帰)の推定が難しかった	3	(3.5)
本人の業務遂行能力、適性の評価が難しかった	3	(3.5)
主治医との連携が困難だった	3	(3.5)
本人が指示・助言を聞き入れなかった	2	(2.4)
本人の業務遂行能力、適性に合った職場(仕事)が見当たらなかった	2	(2.4)
本人の症状、薬剤の副作用を考慮した作業・通勤面の安全確保が難しかった	2	(2.4)
意思の疎通が困難だった	1	(1.2)
本人の支援について職場の理解が得られなかった	1	(1.2)
家族(または親族)の理解が得られなかった	1	(1.2)

表 41. 産業医として特に困ったこと(5 番目に多かったもの)

	人数	(%)
本人の業務遂行能力の回復や適性の変化に関する予測が困難だった	7	(8.2)
主治医との連携が困難だった	4	(4.7)
病気か他の問題(性格傾向など)かの判別が難しかった	2	(2.4)
本人の病状の予後(転帰)の推定が難しかった	2	(2.4)
本人の業務遂行能力、適性に合った職場(仕事)が見当たらなかった	2	(2.4)
本人の支援について職場の理解が得られなかった	2	(2.4)
本人が指示・助言を聞き入れなかった	1	(1.2)
専門医受診を承諾しなかった	1	(1.2)
家族(または親族)の理解が得られなかった	1	(1.2)
本人の業務遂行能力、適性の評価が難しかった	0	(0.0)
意思の疎通が困難だった	0	(0.0)
本人の症状、薬剤の副作用を考慮した作業・通勤面の安全確保が難しかった	0	(0.0)

表 42. メンタルヘルス事例の診断名(1 番多かったもの)

	人数	(%)
うつ病	35	(41.2)
適応障害	25	(29.4)
双極性障害	2	(2.4)
不安障害	1	(1.2)
自律神経失調症	1	(1.2)
発達障害	0	(0.0)
睡眠障害	0	(0.0)
統合失調症	0	(0.0)
パーソナリティ障害	0	(0.0)
アルコール使用障害	0	(0.0)
心因反応	0	(0.0)
摂食障害	0	(0.0)
強迫性障害	0	(0.0)
PTSD	0	(0.0)
アルコール以外の物質使用障害	0	(0.0)
その他	11	(12.9)

表 43. メンタルヘルス事例の診断名(2 番目に多かったもの)

	人数	(%)
適応障害	32	(37.6)
うつ病	19	(22.4)
自律神経失調症	6	(7.1)
不安障害	5	(5.9)
双極性障害	4	(4.7)
発達障害	0	(0.0)
睡眠障害	2	(2.4)
統合失調症	1	(1.2)
パーソナリティ障害	0	(0.0)
アルコール使用障害	0	(0.0)
心因反応	0	(0.0)
摂食障害	0	(0.0)
強迫性障害	0	(0.0)
PTSD	0	(0.0)
アルコール以外の物質使用障害	0	(0.0)
その他	6	(7.1)

表 44. メンタルヘルス事例の診断名(3 番目に多かったもの)

	人数	(%)
自律神経失調症	14	(16.5)
適応障害	11	(12.9)
うつ病	10	(11.8)
不安障害	10	(11.8)
睡眠障害	8	(9.4)
心因反応	7	(8.2)
双極性障害	6	(7.1)
発達障害	2	(2.4)
強迫性障害	2	(2.4)
統合失調症	0	(0.0)
パーソナリティ障害	0	(0.0)
アルコール使用障害	0	(0.0)
摂食障害	0	(0.0)
PTSD	0	(0.0)

アルコール以外の物質使用障害	0	(0.0)
その他	1	(1.2)

表 45. メンタルヘルス事例の診断名(4 番目に多かったもの)

	人数	(%)
不安障害	14	(16.5)
双極性障害	9	(10.6)
自律神経失調症	8	(9.4)
心因反応	8	(9.4)
睡眠障害	5	(5.9)
発達障害	4	(4.7)
うつ病	3	(3.5)
適応障害	2	(2.4)
統合失調症	1	(1.2)
アルコール使用障害	1	(1.2)
強迫性障害	1	(1.2)
パーソナリティ障害	0	(0.0)
摂食障害	0	(0.0)
PTSD	0	(0.0)
アルコール以外の物質使用障害	0	(0.0)
その他	2	(2.4)

表 46. メンタルヘルス事例の診断名(5 番目に多かったもの)

	人数	(%)
不安障害	8	(9.4)
心因反応	8	(0.0)
自律神経失調症	7	(8.2)
発達障害	4	(4.7)
双極性障害	3	(3.5)
睡眠障害	3	(3.5)
うつ病	2	(2.4)
適応障害	2	(2.4)
統合失調症	2	(2.4)
パーソナリティ障害	0	(0.0)

アルコール使用障害	0	(0.0)
摂食障害	0	(0.0)
強迫性障害	0	(0.0)
PTSD	0	(0.0)
アルコール以外の物質使用障害	0	(0.0)
その他	1	(1.2)

表 47. メンタルヘルス事例の産業医の診断(見立て)(1 番多かったもの)

	人数	(%)
適応障害	42	(49.4)
うつ病	20	(23.5)
発達障害	5	(5.9)
睡眠障害	2	(2.4)
双極性障害	1	(1.2)
不安障害	1	(1.2)
統合失調症	0	(0.0)
パーソナリティ障害	0	(0.0)
アルコール使用障害	0	(0.0)
摂食障害	0	(0.0)
強迫性障害	0	(0.0)
PTSD	0	(0.0)
アルコール以外の物質使用障害	0	(0.0)
その他	3	(3.5)

表 48. メンタルヘルス事例の産業医の診断(見立て)(2 番目に多かったもの)

	人数	(%)
うつ病	20	(23.5)
適応障害	19	(22.4)
不安障害	8	(9.4)
パーソナリティ障害	8	(9.4)
発達障害	6	(7.1)
睡眠障害	5	(5.9)
双極性障害	2	(2.4)
統合失調症	1	(1.2)

アルコール使用障害	0	(0.0)
摂食障害	0	(0.0)
強迫性障害	0	(0.0)
PTSD	0	(0.0)
アルコール以外の物質使用障害	0	(0.0)
その他	2	(2.4)

表 49. メンタルヘルス事例の産業医の診断(見立て)(3 番目に多かったもの)

	人数	(%)
発達障害	18	(21.2)
うつ病	12	(14.1)
双極性障害	12	(14.1)
不安障害	7	(8.2)
適応障害	5	(5.9)
睡眠障害	4	(4.7)
パーソナリティ障害	4	(4.7)
アルコール使用障害	2	(2.4)
強迫性障害	1	(1.2)
摂食障害	0	(0.0)
統合失調症	0	(0.0)
PTSD	0	(0.0)
アルコール以外の物質使用障害	0	(0.0)
その他	3	(3.5)

表 50. メンタルヘルス事例の産業医の診断(見立て)(4 番目に多かったもの)

	人数	(%)
不安障害	13	(15.3)
双極性障害	11	(12.9)
睡眠障害	8	(9.4)
発達障害	7	(8.2)
うつ病	5	(5.9)
パーソナリティ障害	5	(5.9)
適応障害	2	(2.4)
アルコール使用障害	1	(1.2)

PTSD	1	(1.2)
統合失調症	0	(0.0)
摂食障害	0	(0.0)
強迫性障害	0	(0.0)
アルコール以外の物質使用障害	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

表 51. メンタルヘルス事例の産業医の診断(見立て)(5 番目に多かったもの)

	人数	(%)
不安障害	10	(11.8)
発達障害	6	(7.1)
双極性障害	5	(5.9)
パーソナリティ障害	5	(5.9)
睡眠障害	4	(4.7)
強迫性障害	2	(2.4)
アルコール使用障害	2	(2.4)
うつ病	1	(1.2)
統合失調症	1	(1.2)
適応障害	0	(0.0)
摂食障害	0	(0.0)
PTSD	0	(0.0)
アルコール以外の物質使用障害	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

労災疾病臨床研究事業費補助金

分担研究報告書

職場におけるメンタルヘルス不調の表面化およびその対応に関する
事例研究

研究分担者 廣 尚典 産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学・教授

研究協力者

鍵本 伸明	ナンバかぎもとクリニック
田中 伸明	九州電力株式会社
豊川 彰博	豊川産業医事務所
永田 昌子	産業医科大学
萩原 聡	萩原労働衛生コンサルタント事務所
森口 次郎	一般社団法人京都工場保健会
濱田 千雅	大阪ガス株式会社

研究要旨

あらかじめ用意したフォーマットによって専属産業医等から提供された事例を分析し、比較的産業保健活動が充実している職場において、メンタルヘルス不調例が現在どのような形で表面化・問題化し、どのような経過をたどり、それらに対して産業医はどういった対応をしているかを、主治医との連携をも含めて、明らかにすることを目的とした。

平成 27 年 11 月から 12 月にかけて、産業保健活動を主たる業務としている医師 95 名に事例票を提示して研究参加を依頼し、40 名から 265 例の事例提供を得た。事例票には、過去 5 年以内に経験した（最初に関わった時点が 5 年以内の）事例について、当該労働者の性別、年代などの属性、勤続年数、職種、職位、仕事外の強いス

トレス要因の有無、健康障害の既往、過去の休業歴、過去の職場不適應の有無、産業保健スタッフへの相談経路、職場でどのように表面化したか、産業医がどの時点で関与したか、精神科専門医がどの時点で関わったか、職場関係者が困ったこと、産業医が行なった主な対応およびその中で特に効果的だったもの、診断書の病名、産業医による診断名（見立て）などの記入を求めた。

メンタルヘルス不調は、業務効率の低下あるいは頻回欠勤や遅刻・早退といった勤怠不良で表面化しやすいことが明らかになった。また、仕事の失敗、人間関係の悪化、身体疾患、ハラスメント問題によって表面化する例も少なくないことも判明した。業務効率の低下、勤怠問題、仕事の失敗、人間関係の悪化は、他の事項に続いて、比較的早期に表面化する例も多くみられており、事例の早期発見には注意することが不可欠な事項であると考えられた。産業医の関与したのは、頻回欠勤が問題視された時点が最も多く、業務効率の低下の時点を上回っていた。時期としては、2番目の問題が出現したところが多かった。精神科（心療内科）医につながったのも、頻回欠勤、業務効率の低下が問題視された時点が多かったが、時期についてはばらつきがみられた。職場関係者が特に困ったこととしては、「どう対応していいかわからない」、「どのくらい仕事ができるか予測できない」、「周囲の者に負担がかかる」、「注意をしても改善効果がない」、「職場の雰囲気が悪くなる」などが多くあげられた。これらに対して適切な助言、指導の道筋が示されることが望まれる。産業医が行った主な対応としては、10項目が3割以上で行われていた。特に効果的だった対応として、「関係者間で対応の仕方を共有した」、「主治医と密な連絡を行った」、「本人に安心して休業できるような説明をした」、「職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした」、「質的な業務負担を軽減するよう提案した」、「休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した」、「本人が苦手な作業や職場環境（物理・化学的刺激を含む）に関し上司の理解を求めた」、「配置転換するよう提案した」が多くあげられた。診断書の病名と産業医の見立てが一致していた割合は、67.5%であった。前者は「うつ病」、後者は「適応障害」が最多であった。診断書の病名、産業医の見立てによって、特に効果的だった割合に差がみられた項目があり、職場で行われるべき対応には、概ねほとんどの不調例に共通するものと状態（病状）によって異なるものがあることが確認された。

A. 研究目的

本研究では、専属産業医等が経験した事例の分析を通して、比較的産業保健活動が充実している職場において、メンタルヘルス不調例が現在どのような形で表面化・問題化し、どのような経過をたどり、産業医はどういった対応をしているかを、主治医との連携状況をも含めて、明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

平成 27 年 11 月から 12 月にかけて、郵送法によるメンタルヘルス関連事例の事例調査を実施した。

産業医科大学の専門性の高い産業医の育成を狙いとする卒後修練コースを修了し、およそ 5 年以上産業保健活動を主たる業務としている医師 95 名に、電子メールによって研究参加を求めた。また、同メールには、研究および調査の概要説明と提出を依頼する事例票を付した。返信によって参加協力を表明した医師に、郵送にて事例票を送り、同封した封筒を用いて、記入後事例票を郵送で返信してもらった。

事例票は、過去 5 年以内に経験した（最初に関わった時点が 5 年以内の）事例について、当該労働者の性別、年代などの属性、勤続年数、職種、職位、仕事外の強いストレス要因の有無、健康障害の既往、過去の休業歴、過去の職場不適応の有無、産業保

健スタッフへの相談経路、職場でどのように表面化したか、産業医がどの時点で関与したか、精神科専門医がどの時点で関わったか、職場関係者が困ったこと、産業医が行なった主な対応およびその中で特に効果的だったもの、診断書の病名、産業医による診断名（見立て）、障害者手帳取得の有無などの記入を求めている。

事例票全文を別表として文末に掲げた。

（倫理面への配慮）

本調査は連結可能匿名化によって行い、回答者および事例票の当該労働者が同定できるような事項は含めなかった。また、産業医科大学倫理委員会の承認を得たうえで実施した。

C. 研究結果

40 名（42.1%）から 265 例の事例提供があった。以下に、その集計・解析結果を示す。

1) 当該労働者の属性など

性別は、男性が約 84% を占めた。年齢は、30～39 歳（30.6%）、40～49 歳（30.2%）の順に多かった。家族と同居している例が過半数を占めた。婚姻状況は、未婚と既婚がほぼ同数であった。勤続年数は、15 年以上（34.7%）、6～10 年（18.5%）、2～3 年（15.1%）の順に多く、ばらつきがみられた。所属する事業場の業種は、製造業（67.2%）が多かった。職種は、専門・技

術職が過半数を占めた。職位は、一般職
(84.5%) が大半であった。(以上、表 1)

2) 仕事外の強いストレス要因

仕事外のストレス要因が確認できた例は、
38.1% で、逆に見当たらなかった例は
51.3% であった。(表 2)

2) 身体疾患の既往

身体疾患の既往を確認できた例は、精神
疾患のそれよりも少なく、20.4% だった。
(表 3)

3) 精神疾患の既往

精神疾患の既往があった例は、推定例も
含めると、46.5% であった。逆にないと考
えられた例は、51.7% だった。(表 4)

4) 休業歴 (外傷・身体疾患)

外傷あるいは身体疾患による休業歴につ
いては、みられなかった例が大半 (90.6%)
を占めた。複数回あった例は、5.3% にみら
れた。(表 5)

5) 休業歴 (精神疾患)

精神疾患による休業歴については、みら
れなかった例は 60.0% だった。複数回あっ
た例が、18.5% みられた。(表 6)

6) 過去の職場不適応

過去に職場不適応がみられた例は、
45.3% であった。(表 7)

7) 産業保健スタッフへの相談経路

上司からの相談 (53.6%) が最多で、次
いで人事管理部署からの相談 (22.3%)、本
人からの相談 (18.5%) の順に多かった。

(表 8)

8) 事例の職場における表面化とそれ以後の経過

事例の表面化(職場で問題視された事項)
について、時系列に最大 7 項目まで記入す
るよう求めた結果を表 9~15 に示した。

最初の表面化は、「業務効率の低下」
(28.7%)、「頻回欠勤」(12.1%)、「仕事の
失敗」(7.9%)、「人間関係の悪化」(6.8%)、
「遅刻・早退」(6.8%)、「身体疾患」(6.4%)、
「社内ハラスメント(被害)」(5.3%) の順
に多かった。2 番目の表面化は、「業務効率
の低下」(14.7%)、「頻回欠勤」(13.6%)、
「診断書の提出」(13.6%)、「人間関係の悪
化」(9.4%)、「遅刻・早退」(9.1%) の順
だった。3 番目の表面化は、「診断書の提出」
(18.5%)、「頻回欠勤」(11.7%)、「業務効
率の低下」(6.0%)、「遅刻・欠勤」(5.7%)、
「人間関係の悪化」(5.3%) の順だった。

最初の表面化が「業務効率の低下」、「頻
回欠勤」、「仕事の失敗」、「人間関係の悪化」、
「身体疾患」、「社内ハラスメント(被害)」
であった例の、それ以後の経緯(問題視さ
れた事項)を、時系列に表 16 にまとめた。

9) 産業医の関与

どの段階で産業医が関与したかについて
は、事項別にみると、「頻回欠勤」(22.6%)、
診断書の提出(17.4%)、「業務効率の低下」
(13.2%)「身体疾患」(6.0%)、「遅刻・早
退」(5.7%) の順に多かった。(表 17)

何番目の事項の段階で関与したかで見ると、2番目（31.3%）、1番目（26.4%）、3番目（23.8%）の順に多かった。（表 18）

10) 精神科（心療内科）専門医の関与

どの段階で精神科（心療内科）専門医につながったかについては、事項別にみると、「診断名の提出」（39.6%）、「頻回欠勤」（17.4%）、「業務効率の低下」（8.3%）の順に多かった（表 19）。

「診断書の提出」の段階でつながった例について、その直前の事項を表 20 にまとめた。

何番目の事項の段階でつながったかで見ると、3番目（23.8%）、1番目（19.6%）、2番目（16.6%）の順に多く、産業医が関与した時期の分布に比べ、ばらつきが強かった。（表 21）

11) 職場関係者が困ったこと

職場関係者が困ったことを複数回答可の形式で問うたところ、「どう対応していいかわからない」（68.7%）、「どのくらい仕事ができるか予測がつかない」（53.6%）、「周囲の者に負担がかかる」（45.7%）、「注意をしても改善効果がない」（32.5%）、「職場の雰囲気が悪くなる」（22.6%）、「チームとしての成果が上がらない」（18.1%）、「意思の疎通が図れない」（16.2%）、「本人からの要求が過度である」（13.6%）の順に多かった。（表 22）

12) 産業医が行なった主な対応

産業医が行なった主な対応を複数回答可の形式で問うたところ、「関係者間で対応の仕方を共有した」（60.8%）、「定期的な面接を予定した」（57.0%）、「職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした」（48.7%）、「本人に安心して休業できるような説明をした」（44.9%）、「主治医と密な情報交換を行った」（43.1%）、「仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った」（41.5%）、「休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した」（41.5%）、「本人を焦らせないようにした」（34.0%）、「業務量を軽減するよう提案した」（30.5%）、「自己の状態のセルフモニタリングを求めた」（30.2%）がこの順に多く、これらは3割を超える事例で行われていた。（表 23）

産業医が行なった主な対応で特に効果的だったものとしては、「関係者間で対応の仕方を共有した」（14.0%）、「主治医と密な連絡を行った」（9.1%）、「本人に安心して休業できるような説明をした」（7.2%）、「職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした」（6.8%）、「質的な業務負担を軽減するよう提案した」（5.7%）、「休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した」（5.3%）、「本人が苦手な作業や職場環境（物理・化学的刺激を含む）に関し上司の理解を求めた」（5.3%）、「配置転換するよう提案した」（5.3%）が、この

順に多かった。(表 24)

13) 診断書の病名

診断書に記された病名(複数回答可)は、「うつ病」(53.6%)、「適応障害」(24.2%)で約 78%を占めていた。次いで、双極性障害(5.3%)、「不安障害」(5.3%)、「発達障害」(5.3%)、「睡眠障害」(4.2%)の順であった。(表 25)

14) 産業医による診断名(見立て)

産業医による診断名(見立て)(複数回答可)は、「適応障害」(38.1%)が最も多く、次いで「うつ病」(29.8%)、「発達障害」(19.6%)、「パーソナリティ障害」(9.8%)、「双極性障害」(9.8%)、不安障害(7.9%)、統合失調症(5.3%)の順であった。(表 26)

15) 診断書の病名と産業医の見立て

両者が一致していた事例(複数の診断名・見立てがある例では、一部の一致も含む)は、179 例(67.5%)であった(表 27)。

診断書の病名として最も多かった「うつ病」の事例が、産業医によってどのように見立てられていたかを表 28 にまとめた。(複数の病名があった場合には、すべてを計上した。)

また、産業医の見立てが「適応障害」であった事例における診断書の病名を表 29 にまとめた。(複数の病名があった場合には、すべてを計上した。)

16) 診断書の病名と特に効果的だった産業医の対応

診断書の病名が「うつ病」、「適応障害」(高頻度の上位 2 つ)であった事例について、特に効果的であったと回答された産業医の回答を表 30 にまとめた。

17) 産業医の見立てと特に効果的だった産業医の対応

産業医の見立てが「適応障害」、「うつ病」、「発達障害」(高頻度の上位 3 つ)であった事例について、特に効果的であったと回答された事項を表 31 にまとめた。

18) 障害者手帳の取得の有無

障害者手帳を取得していたのは、6.0%であった。(表 32)

D. 考察

265 例の事例調査から、職場におけるメンタルヘルス不調の表面化、それに対して行われている産業医の取り組みに関する現状の一端が明らかになった。

1) 既往歴、過去の不適応について

精神疾患の既往歴あるいは過去の職場不適応歴がみられた例が、ともに 4 割以上あった。メンタルヘルス不調の繰り返し(再燃・再発)例が少なくないことが推察される。

2) 産業保健スタッフへの相談経路

本人および人事管理部署よりも、上司からの相談が多いのは、日頃から管理監督者教育等が実施され、また職場と産業保健スタッフとの連携がなされているためである

と考えられる¹⁾。

3) 事例の表面化と経過

メンタルヘルス不調は、業務効率の低下あるいは頻回欠勤や遅刻・早退といった勤怠不良で表面化しやすいことが明らかになった。また、仕事の失敗、人間関係の悪化、身体疾患、ハラスメント問題によって表面化する例も少なくないことも判明した。また、産業医が常勤であり、日頃から職場との連携がなされていても、診断書が提出されて初めて問題が認知される例がある点も注目すべきであろう。

業務効率の低下、勤怠問題、仕事の失敗、人間関係の悪化は、他の事項に続いて、比較的早期に表面化する例も多くみられており、事例の早期発見には注意することが不可欠な事項であると言える。

業務効率の低下、頻回欠勤、仕事の失敗、人間関係の悪化、遅刻・早退、身体疾患、社内ハラスメント（被害）が表面化の起点であった例について、表面化後の経緯をみると、「業務効率の低下→頻回欠勤→診断書の提出」、「業務効率の低下→診断書の提出」、「業務効率の低下→遅刻・早退→頻回欠勤」、「業務効率の低下→遅刻・早退→診断書の提出」、「業務効率の低下→人間関係の悪化」、「業務効率の低下→仕事の失敗→人間関係の悪化」、「業務効率の低下→不自然・場違いな言動」、「業務効率の低下→身体疾患」、「業務効率の低下→過度の自己卑下」、「頻

回欠勤→診断書の提出」、「頻回欠勤→業務効率の低下→診断書の提出」、「仕事の失敗→業務効率の低下→遅刻・早退」、「仕事の失敗→過度の自己卑下」、「仕事の失敗→遅刻・早退」、「人間関係の悪化→業務効率の低下」、「遅刻・欠勤→頻回欠勤→無断欠勤」、「遅刻・早退→業務効率の低下」、「遅刻・欠勤→仕事の失敗」、「身体疾患→頻回欠勤→診断書の提出」、「身体疾患→業務効率の低下」、「身体疾患→遅刻・早退」、「社内ハラスメント（被害）→人間関係の悪化」が3例以上にみられた。業務効率の低下、頻回欠勤、仕事の失敗、人間関係の悪化、遅刻・早退は、状況によって、表面化の順序が入れ替わる可能性があると考えられた。

4) 産業医の関与

産業医の関与したのは、頻回欠勤が問題視された時点が最も多く、業務効率の低下の時点を上回っている。時期としては、2番目の問題が出現したところであり、問題の内容からも、時間の経過からも、現場の関係者が看過できなくなり、産業医に相談を持ち込んだ例が多いと推測される。

5) 精神科（心療内科）専門医の関与

精神科（心療内科）専門医につながったのが最も多かったのは、診断書が提出された段階であったが、その中には、直前の他の事項の表面化を機に、専門医への紹介がなされ、診断書が提出されるに至った例も含まれている可能性がある。そのため、診

断書の提出の直前の事項も併せてみると、頻回欠勤、業務効率の低下が多くみられた。

6) 職場関係者が特に困ったこと

「どう対応していいかわからない」、「どのくらい仕事ができるか予測できない」、「周囲の者に負担がかかる」、「注意しても改善効果がない」、「職場の雰囲気が悪くなる」の5項目が、2割以上の事例で該当した。いずれも、解決が容易でない問題であるが、これらに対して、助言、指導の道筋が示されれば、職場によって有用性が高いであろう。

7) 産業医の対応

「関係者間で対応の仕方を共有した」、「職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした」、「本人に安心して休業できるような説明をした」、「主治医と密な情報交換を行った」、「仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った」、「休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した」など、産業医が行った対応で多く回答された事項が、その中で特に効果的であった対応としても、回答率の高い傾向がみられた。これらは、メンタルヘルス関連事例の対応において、広く実施が推奨されるべきであると考えられる。

8) 診断書の病名と産業医の見立て

両者の一致率は、67.5%に留まり、診断書の病名は、「うつ病」が最多であったのに対して、産業医の見立てで最も多かったの

は、「適応障害」だった。

この結果は、診断書の病名が「うつ状態」あるいは「抑うつ状態」であった場合に、「うつ病」が選択された可能性、指摘されることの多い「精神科医が意識的に確定診断を記さない」、「診断書は早期に提出が求められるため、あいまいな（暫定的な）病名が記されることになる」、「産業医の診断能力に問題がある（特に、内因性の要素を軽視する）」²⁾ こと以外に、得られる情報の違いにもよるところがあると考えられる。精神科医と産業医の連携がさらに進めば、両者の一致率も高まる可能性があるであろう。

9) 診断書の病名と特に効果的であった対応

特に効果的であった対応について、回答頻度の高かった「うつ病」と「適応障害」を比較したところ、「関係者間で対応の仕方を共有した」、「本人に安心して休業できるような説明をした」、「休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した」などは同程度であったが、「配置転換をするよう提案した」、「自己の状態のセルフモニタリングを求めた」など、一部に相違がみられた。

10) 産業医の見立てと特に効果的であった対応

3つの病名で比較した影響もあり、診断書の場合よりも、さらに病名によって相違が大きかった。「関係者間で対応の仕方を共

有した」、「質的な業務負担を軽減するよう提案した」、「主治医と密な情報交換を行った」は、「うつ病」と「発達障害」で多く、「職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした」は適応障害が多かった。「本人に安心して休業できるような説明をした」は、「適応障害」と「うつ病」で多かったが、これは「発達障害」では休業に至らない例も少なくないためと解釈された。

E. 総括（まとめ）

専属産業医等の参加協力を得た事例調査によって、職場におけるメンタルヘルス関連事例に関する現状の一端が明らかになった。

特に、問題の表面化の過程と産業医、精神科（心療内科）医の関わり、診断書の病名と産業医の見立ての相違、産業医の対応の中で特に有用であったもの、さらに病名によってそれに相違がみられたことなどは、メンタルヘルス不調の対応に関するガイドラインの作成に極めて有益な情報であると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

H. 引用文献

- 1) 中央労働災害防止協会編：心理相談専門研修．中央労働災害防止協会，2009
- 2) 宮岡等：うつ病医療の危機．日本評論社，2014.

表 1. 事例(当該労働者)の属性

		人数	(%)
性別	男性	222	(83.8)
	女性	43	(16.2)
年代	～29 歳	77	(29.1)
	30～39 歳	81	(30.6)
	40～49 歳	80	(30.2)
	50～59 歳	27	(10.2)
居住	単身	124	(46.8)
	家族と同居	139	(52.5)
	その他	2	(0.8)
婚姻状況	未婚	126	(47.5)
	既婚	125	(47.2)
	離婚後	12	(4.5)
	その他	2	(0.8)
勤続年数	～1 年	11	(4.2)
	2～3 年	40	(15.1)
	4～5 年	37	(14.0)
	6～10 年	49	(18.5)
	11～15 年	35	(13.2)
	15 年以上	92	(34.7)
	不明	1	(0.4)
事業場の業種	製造業	178	(67.2)
	運輸業	17	(6.4)
	建設業	15	(5.7)
	卸売・小売業	15	(5.7)
	サービス業	11	(4.2)
	情報通信業	9	(3.4)
	金融・保険業	2	(0.8)
	医療・福祉	1	(0.4)
	その他	16	(6.2)
職種	専門・技術	141	(53.2)
	事務	42	(15.8)
	生産工程	24	(9.1)
	管理	22	(8.3)
	販売	16	(6.0)

	運転	5	(1.9)
	サービス	3	(1.1)
	運搬・清掃	2	(0.8)
	その他	4	(0.8)
職位	一般職	224	(84.5)
	管理職	35	(13.2)
	嘱託社員	3	(1.1)
	派遣スタッフ	2	(0.8)
	経営職	1	(0.4)

表 2. 仕事外の強いストレス要因

	例数	(%)
あり	101	(38.1)
なし	136	(51.3)
不明	27	(10.2)
その他	1	(0.4)

表 3. 身体疾患の既往

	例数	(%)
あり	54	(20.4)
なし	208	(78.5)
不明	3	(1.1)

表 4. 精神疾患の既往

	例数	(%)
あり	90	(34.0)
あり(推定)	33	(12.5)
なし	137	(51.7)
不明	3	(1.1)
その他	2	(0.8)

表 5. 過去の休業(外傷・身体疾患)

	例数	(%)
なし	240	(90.6)
1 回	9	(3.4)
2 回	6	(2.3)
3 回以上	8	(3.0)
不明	2	(0.8)

表 6. 過去の休業(精神疾患)

	例数	(%)
なし	159	(60.0)
1 回	57	(21.5)
2 回	27	(10.2)
3 回以上	22	(8.3)

表 7. 過去の職場不適応

	例数	(%)
問題あり	120	(45.3)
問題なし	143	(54.0)
不明	2	(0.8)

表 8. 産業保健スタッフへの相談経路

	例数	(%)
本人からの相談	49	(18.5)
上司からの相談	142	(53.6)
人事管理部署からの相談	59	(22.3)
家族からの相談	1	(0.4)
復職判定会議を通じて	6	(2.3)
その他	15	(5.7)

表 9. 職場での表面化(1 番目)

	人数	(%)
業務効率の低下	76	(28.7)
頻回欠勤	32	(12.1)
仕事の失敗	21	(7.9)
人間関係の悪化	18	(6.8)
遅刻・早退	18	(6.8)
身体疾患	17	(6.4)
社内ハラスメント(被害)	14	(5.3)
自己中心的行動	7	(2.6)
無断欠勤	6	(2.3)
不自然・場違いな言動	6	(2.3)
社内のハラスメント以外の迷惑行為	5	(1.9)
社内のハラスメント(加害)	4	(1.5)
過度の自己卑下	4	(1.5)
不安全行為	3	(1.1)
診断書の提出	3	(1.1)
退職希望	2	(0.8)
不適切な要求	2	(0.8)
指示命令に応じない	1	(0.4)
自殺未遂	1	(0.4)
責任逃れの言動	1	(0.4)
社外での反社会的行動	1	(0.4)
その他	23	(8.7)

表 10. 職場での表面化(2 番目)

	人数	(%)
業務効率の低下	39	(14.7)
頻回欠勤	36	(13.6)
診断書の提出	36	(13.6)
人間関係の悪化	25	(9.4)
遅刻・早退	24	(9.1)
不自然・場違いな言動	12	(4.5)
仕事の失敗	11	(4.2)
身体疾患	8	(3.0)

過度の自己卑下	8	(3.0)
指示命令に応じない	7	(2.6)
自己中心的行動	7	(2.6)
無断欠勤	5	(1.9)
遁走	4	(1.5)
不安全行為	4	(1.5)
退職希望	3	(1.1)
社内のハラスメント(加害)	2	(0.8)
不適切な要求	2	(0.8)
社内のハラスメント以外の迷惑行為	1	(0.4)
自殺未遂	1	(0.4)
責任逃れの言動	1	(0.4)
その他	20	(7.5)

表 11. 職場での表面化(3 番目)

	人数	(%)
診断書の提出	49	(18.5)
頻回欠勤	31	(11.7)
業務効率の低下	16	(6.0)
遅刻・早退	15	(5.7)
人間関係の悪化	14	(5.3)
無断欠勤	7	(2.6)
指示命令に応じない	6	(2.3)
自己中心的行動	6	(2.3)
仕事の失敗	5	(1.9)
退職希望	5	(1.9)
不自然・場違いな言動	5	(1.9)
身体疾患	5	(1.9)
遁走	4	(1.5)
過度の自己卑下	4	(1.5)
不適切な要求	3	(1.1)
責任逃れの言動	3	(1.1)
自殺未遂	2	(0.8)
社内のハラスメント(被害)	1	(0.4)
不安全行為	1	(0.4)
その他	5	(1.9)

表 12. 職場での表面化(4 番目)

	人数	(%)
診断書の提出	48	(18.1)
頻回欠勤	17	(6.4)
遅刻・早退	9	(3.4)
人間関係の悪化	6	(2.3)
業務効率の低下	5	(1.9)
無断欠勤	5	(1.9)
社内ハラスメント(被害)	3	(1.1)
不自然・場違いな言動	3	(1.1)
自己中心的行動	3	(1.1)
責任逃れの言動	3	(1.1)
過度の自己卑下	3	(1.1)
仕事の失敗	2	(0.8)
遁走	2	(0.8)
指示命令に応じない	2	(0.8)
自殺未遂	2	(0.8)
身体疾患	2	(0.8)
社内のハラスメント(加害)	1	(0.4)
不適切な要求	1	(0.4)
社外での反社会的行動	1	(0.4)
その他	5	(1.9)

表 13. 職場での表面化(5 番目)

	人数	(%)
診断書の提出	27	(10.2)
頻回欠勤	11	(4.2)
人間関係の悪化	4	(1.5)
退職希望	3	(1.1)
不適切な要求	3	(1.1)
責任逃れの言動	3	(1.1)
指示命令に応じない	2	(0.8)
不自然・場違いな言動	2	(0.8)
自己中心的行動	2	(0.8)

社内ハラスメント(被害)	1	(0.4)
社内のハラスメント以外の迷惑行為	1	(0.4)
無断欠勤	1	(0.4)
その他	3	(1.1)

表 14. 職場での表面化(6 番目)

	人数	(%)
診断書の提出	14	(5.3)
無断欠勤	3	(1.1)
業務効率の低下	1	(0.4)
頻回欠勤	1	(0.4)
遅刻・早退	1	(0.4)
指示命令に応じない	1	(0.4)
身体疾患	1	(0.4)
過度の自己卑下	1	(0.4)

表 15. 職場での表面化(7 番目)

	人数	(%)
診断書の提出	7	(2.6)
仕事の失敗	2	(0.8)
頻回欠勤	1	(0.4)
指示命令に応じない	1	(0.4)
その他	1	(0.4)

表 16. 事例の表面化と経緯(3 番目以降は、複数の事例がみられた場合に記載)

1 番目	2 番目	3 番目	4 番目
業務効率の低下(76 例)	頻回欠勤(14 例)	診断書の提出(9 例)	
	診断書の提出(15 例)		
	遅刻・早退(12 例)	頻回欠勤(4 例) 診断書の提出(3 例)	

	人間関係の悪化(7例)	頻回欠勤(2例)	
	仕事の失敗(7例)	人間関係の悪化(3例)	社内ハラスメント(被害)(2例)
		頻回欠勤(2例)	
	不自然・場違いな言動(6例)		
	身体疾患(4例)		
	過度の自己卑下(3例)		
	無断欠勤(2例)		
	指示命令に応じない(1例)		
	その他(2例)		
	なし(2例)		
頻回欠勤(32例)	診断書の提出(16例)		
	業務効率の低下(7例)	診断書の提出(5例)	
	ハラスメント以外の迷惑行為(1例)		
	無断欠勤(1例)		
	遅刻・早退(1例)		
	仕事の失敗(1例)		
	指示命令に従わない(1例)		
	身体疾患(1例)		
	自己中心的言動(1例)		
	その他(1例)		
	なし(6例)		
仕事の失敗(21例)	業務効率の低下(7例)	遅刻・早退(3例)	
	過度の自己卑下(4例)		

	遅刻・欠勤(3 例)	頻回欠勤(2 例)	
	人間関係の悪化(2 例)		
	頻回欠勤(2 例)	診断書の提出(2 例)	
	診断書の提出(1 例)		
	自己中心的行動(1 例)		
	責任逃れの行動(1 例)		
人間関係の悪化(18 例)	業務効率の低下(7 例)	頻回欠勤(2 例)	
	頻回欠勤(2 例)		
	不自然・場違いな言動(2 例)		
	社内ハラスメント(加害)(1 例)		
	退職希望(1 例)		
	指示命令に従わない(1 例)		
	身体疾患(1 例)		
	自己中心的言動(1 例)		
	その他(2 例)		
遅刻・早退(18 例)	頻回欠勤(8 例)	無断欠勤(3 例)	
		業務効率の低下(2 例)	
		診断書の提出(2 例)	
	業務効率の低下(4 例)		
	仕事の失敗(3 例)	頻回欠勤(2 例)	
	無断欠勤(1 例)		
	診断書の提出(1 例)		
	なし(1 例)		
身体疾患(17 例)	頻回欠勤(5 例)	診断書の提出(3 例)	

	業務効率の低下(4例)	人間関係の悪化(2例)	
	遅刻・早退(3例)	頻回欠勤(2例)	
	社内ハラスメント(加害)(1例)		
	人間関係の悪化(1例)		
	不安全行為(1例)		
	診断書の提出(1例)		
	過度の自己卑下(1例)		
社内ハラスメント(被害)(14例)	人間関係の悪化(6例)	業務効率の低下(2例)	
		頻回欠勤(2例)	
		遅刻・早退(2例)	
	業務効率の低下(2例)	頻回欠勤(2例)	診断書の提出(2例)
	頻回欠勤(2例)	診断書の提出(2例)	
	不自然・場違いな言動(1例)		
	身体疾患(1例)		
	自己中心的言動(1例)		
	その他(1例)		

表 17. 産業医が関与した時点

	人数	(%)
頻回欠勤	60	(22.6)
診断書の提出	46	(17.4)
業務効率の低下	35	(13.2)
身体疾患	16	(6.0)
遅刻・早退	15	(5.7)
人間関係の悪化	12	(4.5)
不自然・場違いな言動	12	(4.5)
無断欠勤	9	(3.4)

退職希望	6	(2.3)
遁走	6	(2.3)
仕事の失敗	3	(1.1)
指示命令に応じない	3	(1.1)
不安全行為	3	(1.1)
自殺未遂	3	(1.1)
不適切な要求	3	(1.1)
自己中心的行動	3	(1.1)
責任逃れの言動	3	(1.1)
社内のハラスメント(被害)	2	(0.8)
社内のハラスメント以外の迷惑行為	1	(0.4)
過度の自己卑下	1	(0.4)
その他	18	(6.8)
不明	5	(1.9)

表 18. 産業医の関与した時期

	例数	(%)
1 番目の表面化	70	(26.4)
2 番目の表面化	83	(31.3)
3 番目の表面化	63	(23.8)
4 番目の表面化	22	(8.3)
5 番目の表面化	14	(5.3)
6 番目の表面化	3	(1.1)
7 番目の表面化	3	(1.1)
不明	7	(2.6)

表 19. 精神科医につながった時点

	人数	(%)
診断書の提出	105	(39.6)
頻回欠勤	46	(17.4)
業務効率の低下	22	(8.3)
遅刻・早退	8	(3.0)
人間関係の悪化	7	(2.6)
無断欠勤	7	(2.6)

遁走	6	(2.3)
過度の自己卑下	6	(2.3)
不自然・場違いな言動	5	(1.9)
自己中心的行動	4	(1.5)
自殺未遂	3	(1.1)
社内のハラスメント以外の迷惑行為	2	(0.8)
仕事の失敗	2	(0.8)
退職希望	2	(0.8)
不安全行為	2	(0.8)
身体疾患	2	(0.8)
指示命令に応じない	1	(0.4)
不適切な要求	1	(0.4)
その他	23	(5.7)
不明	19	(7.2)

表 20. 精神科医につながった手前の時点

	例数	
頻回欠勤	32	(30.5%)
業務効率の低下	17	(16.2%)
無断欠勤	9	(8.6%)
人間関係の悪化	6	(5.7%)
遅刻・早退	6	(5.7%)
身体疾患	5	(4.8%)
指示命令に応じない	4	(3.8%)
仕事の失敗	3	(2.9%)
責任逃れの行動	3	(2.9%)
退職願望	2	(1.9%)
不自然・場違いな言動	2	(1.9%)
過度の自己卑下	2	(1.9%)
社内ハラスメント(被害)	1	(1.0%)
不適切な要求	1	(1.0%)
社外での反社会的行動	1	(1.0%)
なし	3	(2.9%)
その他	8	(7.6%)

表 21. 精神科(心療内科)専門医につながった時期

	例数	(%)
1 番目の表面化	52	(19.6)
2 番目の表面化	44	(16.6)
3 番目の表面化	63	(23.8)
4 番目の表面化	43	(16.2)
5 番目の表面化	29	(10.9)
6 番目の表面化	8	(3.0)
7 番目の表面化	5	(1.9)
不明	21	(7.9)

表 22. 職場関係者が特に困ったこと

	人数	(%)
どう対応してよいかわからない	182	(68.7)
どのくらい仕事ができるか予測ができない	142	(53.6)
周囲の者に負担がかかる	121	(45.7)
注意をしても改善効果がない	86	(32.5)
職場の雰囲気が悪くなる	60	(22.6)
チームとしての成果が上がらない	48	(18.1)
意思の疎通が図れない	43	(16.2)
本人からの要求が過度である	36	(13.6)
逆恨みをされる	25	(9.4)
欠勤・休業中に本人と連絡が取れない	21	(7.9)
その他	21	(7.9)

表 23. 産業医が行った主な対応

	人数	(%)
定期的な面接を予定した	151	(57.0)
関係者間で対応の仕方を共有した	161	(60.8)
職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした	129	(48.7)
本人に安心して休業できるような説明をした	119	(44.9)
主治医と密な情報交換を行った	114	(43.1)
仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った	110	(41.5)
休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	110	(41.5)

本人を焦らせないようにした	90	(34.0)
業務量を軽減するよう提案した	81	(30.5)
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	80	(30.2)
本人に自分の置かれている状況について認識を深めてもらうよう働きかけた	72	(27.2)
本人と職場の間の中立性を意識して対応した	72	(27.2)
質的な業務負担を軽減するよう提案した	70	(26.5)
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	66	(24.9)
本人の良い面(良く評価されている面)を(本人に)明示した	60	(22.6)
本人が苦手な作業や職場環境(物理・科学的刺激を含む)に関し上司の理解を求めた	55	(20.8)
ルール違反に対しては厳格に処理した	50	(18.9)
配置転換をするよう提案した	43	(16.2)
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	40	(15.1)
本人のできることとできないことを整理した	39	(14.8)
家族(親族)に当該労働者に対する支援を依頼した	37	(14.0)
対人折衝の少ない業務に就かせた	34	(12.8)
作業の安全面の確保を重視した	25	(9.4)
家族(親族)に職場の対応に関する理解を求めた	25	(9.4)
指示命令の簡略化、具体化を図った	24	(9.0)
適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した	23	(8.7)
その他	23	(8.7)

表 24. 産業医が行った主な対応で特に効果的だったもの

	人数	(%)
関係者間での対応の仕方を共有した	37	(14.0)
主治医と密な情報交換を行った	24	(9.1)
本人に安心して休業できるような説明をした	19	(7.2)
職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした	18	(6.8)
質的な業務負担を軽減するよう提案した	15	(5.7)
休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	14	(5.3)
本人が苦手な作業や職場環境(物理・科学的刺激を含む)に関し上司の理解を求めた	14	(5.3)
配置転換をするよう提案した	14	(5.3)
仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った	13	(4.9)

業務量を軽減するよう提案した	12	(4.5)
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	12	(4.5)
定期的な面接を予定した	12	(4.5)
本人に自分の置かれている状況について認識を深めてもらうよう働きかけた	9	(3.4)
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	9	(3.4)
ルール違反に対しては厳格に処理した	9	(3.4)
本人と職場の間の中立性を意識して対応した	8	(3.0)
本人の良い面(良く評価されている面)を(本人に)明示した	8	(3.0)
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	6	(2.3)
本人を焦らせないようにした	5	(1.9)
対人折衝の少ない業務に就かせた	5	(1.9)
家族(親族)に当該労働者に対する支援を依頼した	4	(1.5)
作業の安全面の確保を重視した	3	(1.1)
家族(親族)に職場の対応に関する理解を求めた	3	(1.1)
指示命令の簡略化、具体化を図った	3	(1.1)
本人のできることとできないことを整理した	2	(0.8)
適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した	0	(0.0)
その他	9	(3.4)

表 25. 診断書の病名

	人数	(%)
うつ病	142	(53.6)
適応障害	64	(24.2)
双極性障害	14	(5.3)
不安障害	14	(5.3)
発達障害	14	(5.3)
睡眠障害	11	(4.2)
統合失調症	10	(3.8)
自律神経失調症	9	(3.4)
パーソナリティ障害	7	(2.6)
アルコール使用障害	5	(1.9)
心因反応	3	(1.2)
摂食障害	2	(0.8)
強迫性障害	1	(0.4)

PTSD	1	(0.4)
アルコール以外の物質使用障害	0	(0.0)
その他	23	(8.7)

表 26. 産業医としての診断名（見立て）

	人数	(%)
適応障害	101	(38.1)
うつ病	79	(29.8)
発達障害	52	(19.6)
パーソナリティ障害	26	(9.8)
双極性障害	24	(9.1)
不安障害	21	(7.9)
統合失調症	14	(5.3)
睡眠障害	12	(4.5)
アルコール使用障害	5	(1.9)
摂食障害	4	(1.5)
強迫性障害	3	(1.1)
PTSD	3	(1.1)
アルコール以外の物質使用障害	0	(0.0)
その他	12	(4.5)

表 27. 診断書の病名と産業医の見立てが合致していた例

	例数
うつ病	76
適応障害	46
双極性障害	13
発達障害	11
統合失調症	9
パーソナリティ障害	6
睡眠障害	6
アルコール使用障害	5
不安障害	4
摂食障害	2
PTSD	1

表 28. 診断書の病名が「うつ病」であった事例の産業医の見立て

	例数
うつ病	76
適応障害	41
発達障害	24
不安障害	14
パーソナリティ障害	13
双極性障害	11
睡眠障害	6
統合失調症	2
PTSD	2
アルコール使用障害	2
強迫性障害	1
摂食障害	1
その他	7

表 29. 産業医の見立てが「適応障害」であった事例の診断書の病名

	例数
適応障害	46
うつ病	41
自律神経失調症	6
不安障害	5
睡眠障害	5
発達障害	4
強迫性障害	2
パーソナリティ障害	2
双極性障害	1
統合失調症	1
PTSD	1
心因反応	1
その他	10

表 30. 診断書名別にみた「特に効果的であった」例数

	うつ病(=142)		適応障害(=64)	
	例数	(%)	例数	(%)
本人を焦らせないようにした	3	(2.1%)	1	(1.6%)
業務量を軽減するよう提案した	7	(4.9%)	1	(1.6%)
本人に安心して休業できるような説明をした	11	(7.7%)	5	(7.8%)
定期的な面接を予定した	7	(4.9%)	3	(4.7%)
作業の安全面の確保を重視した	3	(2.1%)	0	(0%)
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	6	(4.2%)	1	(1.6%)
本人と職場の間の中立性を意識して対応した	6	(4.2%)	1	(1.6%)
配置転換をするよう提案した	8	(5.6%)	7	(10.9%)
質的な業務負担を軽減するよう提案した	10	(7.0%)	3	(4.7%)
職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした	8	(5.6%)	2	(3.1%)
主治医と密な情報交換を行った	11	(7.7%)	4	(6.3%)
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	5	(3.5%)	1	(1.6%)
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	3	(2.1%)	5	(7.8%)
関係者間に対応の仕方を共有した	18	(12.7%)	7	(10.9%)
ルール違反に対しては厳格に処理した	3	(2.1%)	4	(6.3%)
本人のできることとできないことを整理した	1	(0.7%)	0	(0%)
本人の良い面(良く評価されている面)を(本人に)明示した	6	(4.2%)	1	(1.6%)
本人が苦手な作業や職場環境(物理・化学的刺激を含む)に関し上司の理解を求めた	4	(2.8%)	4	(6.3%)
対人折衝の少ない業務に就かせた	3	(2.1%)	1	(1.6%)
指示命令の簡略化、具体化を図った	1	(0.7%)	1	(1.6%)
適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した	0	(0%)	0	(0%)
家族(親族)に職場の対応に関する理解を求めた	1	(0.7%)	1	(1.6%)
家族(親族)に当該労働者に対する支援を依頼した	4	(2.8%)	1	(1.6%)
仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った	8	(5.6%)	3	(4.6%)
休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	8	(5.6%)	4	(6.3%)

本人に自分の置かれている状況について認識を深めてもらうよう働きかけた	2	(1.4%)	3	(4.7%)
------------------------------------	---	--------	---	--------

表 31. 産業医の見立て別にみた「特に効果的であった」例数

	適応障害 (N=101)		うつ病 (N=79)		発達障害 (N=52)	
	例数	(%)	例数	(%)	例数	(%)
本人を焦らせないようにした	3	(3.0%)	2	(2.5%)	0	(0%)
業務量を軽減するよう提案した	3	(3.0%)	4	(5.1%)	2	(3.8%)
本人に安心して休業できるような説明をした	8	(8.0%)	10	(12.7%)	1	(1.9%)
定期的な面接を予定した	3	(3.0%)	3	(3.8%)	2	(3.8%)
作業の安全面の確保を重視した	0	(0%)	1	(1.3%)	0	(0%)
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	1	(1.0%)	5	(6.3%)	3	(5.8%)
本人と職場の間の中立性を意識して対応した	1	(1.0%)	3	(3.8%)	3	(5.8%)
配置転換をするよう提案した	8	(8.0%)	5	(6.3%)	2	(3.8%)
質的な業務負担を軽減するよう提案した	5	(5.0%)	7	(8.9%)	6	(11.5%)
職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした	10	(10.0%)	4	(5.1%)	4	(7.7%)
主治医と密な情報交換を行った	3	(3.0%)	6	(7.6%)	6	(11.5%)
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	1	(1.0%)	2	(2.5%)	1	(1.9%)
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	5	(5.0%)	3	(3.8%)	2	(3.8%)
関係者間で対応の仕方を共有した	9	(9.0%)	12	(15.2%)	9	(17.3%)
ルール違反に対しては厳格に処理した	5	(5.0%)	1	(1.3%)	2	(3.8%)
本人のできることとできないことを整理した	0	(0%)	1	(1.3%)	2	(3.8%)
本人の良い面(良く評価されている面)を(本人に)明示した	3	(3.0%)	3	(3.8%)	1	(1.9%)

本人が苦手な作業や職場環境(物理・化学的刺激を含む)に関し上司の理解を求めた	6	(6.0%)	0	(0%)	6	(11.5%)
対人折衝の少ない業務に就かせた	1	(1.0%)	1	(1.3%)	3	(5.8%)
指示命令の簡略化、具体化を図った	1	(1.0%)	0	(0%)	3	(5.8%)
適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)
家族(親族)に職場の対応に関する理解を求めた	1	(1.0%)	0	(0%)	1	(1.9%)
家族(親族)に当該労働者に対する支援を依頼した	2	(2.0%)	1	(1.3%)	0	(0%)
仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った	3	(3.0%)	6	(7.6%)	4	(7.7%)
休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	3	(3.0%)	5	(6.3%)	1	(1.9%)
本人に自分の置かれている状況について認識を深めてもらうよう働きかけた	3	(3.0%)	2	(2.5%)	0	(0%)

表 32. 障害者手帳の有無

	人数	(%)
あり	16	(6.0)
なし	242	(91.3)
不明	5	(1.9)
その他	2	(0.8)

労災疾病臨床研究事業費補助金

分担研究報告書

メンタルヘルス不調者の事例性と疾病性の形成過程と相互関連性に関する分析的研究

研究分担者 神山 昭男 医療法人社団桜メデイスン・理事長

研究要旨

本研究ではメンタルヘルス不調者の事例性ならびに疾病性の形成過程に着目し、事例性が疾病性形成過程に果たす役割、相互関連作用などを解明することにより、疾病化過程の抑止、もしくは阻止にむけた方策の手がかりを得ることを目的とする。本年度は(1)事例性・疾病性からみたストレスチェック成績の分析、(2)メンタルヘルス不調者の事例性と病態及び休業歴との関連性、の2課題について取り組んだ。前者は、外来通院患者にストレスチェックを実施、高ストレス者割合、ストレス反応得点と業務効率、勤怠、対人関係、職場内行動などの事例性、基本属性を指標として相互の関連性を分析し、ストレス得点を活用した疾病性のカテゴリー化の可能性が示唆された。また、後者は長期間に休業をくりかえす事例を収集し、休業歴の概要、休業事由、基本属性、診断名、服用薬剤などを分析した。その結果、業務の量と質、対人関係、役割と責任などの業務内要因が休業理由として抽出され、累積休業期間は半年程度が最多である一方で長期化している事例も少なくないこと、抗うつ剤、抗不安剤に加え精神病薬が多数使用されていることなどが判明した。以上から、気分障害に限定せずに幅広く疾病性を想定していく必要性が示唆された。次年度はこれらの研究をさらに進展させ、事例性、疾病性の形成過程の解明をめざして取り組んでいく。

A. 研究目的

メンタルヘルス不調に陥った労働者は職場の諸要因に絡んだ事例性をかかえ、同時に身心の不調はやがて症状化、病態化の過程を経て治療を要する疾病化の段階に至る。

したがって、もしもこの過程に適切なメンタルヘルス対策が介在すれば、早期発見、早期治療へ向けて効果的な作用を発揮することが期待できる。

しかし、メンタルヘルス不調を自覚できない場合や自覚できても他からの介入、働きかけを受け入れない場合もあり、また、そもそも不調の実体がわかりにくく、人間関係をはじめとして業務負荷の要因を抽出することすら時によっては困難な場合が多い。事例性の輪郭を踏まえた現場における支援のあり方は決して容易ではなく、場合に即した経験的スキルに頼らざるを得ず、このことが支援策の確保の困難性の一因となっている。

そこで、本研究ではこれらの過程にみられた事例性ならびに個別性と病状ならびに疾病性の成因、形成過程、事例性と疾病性の相互関連作用などを解明することにより、疾病化過程の抑止、もしくは阻止にむけた方策の手がかりを得ることを目的とする。

これらの目的に対して、本年度は(1) 事例性・疾病性からみたストレスチェック成績の分析、(2) メンタルヘルス不調者の事例性と病態及び休業歴との関連性、の2テーマ

について取り組んだ。

課題 I 事例性・疾病性からみたストレスチェック成績の分析

B1. 研究方法

対象は、メンタルヘルス不調により精神科クリニック外来受診中の有職者 158 名、この内訳は表 1 に示す。

分析項目は、対象者の基本属性として、性、年齢層、職種（会社員、公務員）、職位（一般職、管理職）、企業規模（大企業、中小企業）。事例性として、主治医が回答し、対人問題、職場内行動、業務効率、勤怠、その他に区分。疾病性としての主病名は主治医が回答し、統合失調症、気分障害、不安障害、発達障害に区分。これらの内訳は表 2 に示す。

また、ストレスチェックは厚労省研究班による職業性ストレス簡易調査票 57 項目を用い、高ストレス者得点、高ストレス者割合、ストレス反応得点を算出し、事例性と疾病性の2軸から基本属性、ストレスチェックの各スコア、割合を比較検討した。

各事例は本研究に関わる一切の治療的介入をせず、本研究に協力する医師から既に連結不可能匿名化され予め用意されたフォーマットに従い、本研究開始時点で提供された情報のみを用いた。

（倫理面への配慮）本研究は、平成 27 年 11 月医療法人社団桜メデイスン利益相反

委員会および倫理委員会の承認を得た。なお、疫学研究に関する倫理指針（文科省・厚労省）の適用範囲③に該当し、本指針の対象とはならない。

C1. 研究結果

対象者を事例性と疾病性により区分し以下の項目について分析した。

1. 人数分布

内訳を表 3 に示す。疾病性では気分障害が 69.6%、事例性では業務効率が 32.3%と最多を占めた。

2. 高ストレス者割合

内訳を表 4 に示す。疾病性では 14.5%(気分障害)から 50.0%(発達障害)、事例性では職場内行動(0%)から対人関係(23.5%)、全体では 20.3%とバラツキが認められた。

なお、先行研究により得られた 2 事業所のストレスチェックデータから、高ストレス者の割合を表 5 に参考データとして示す。これによれば、高ストレス者の割合は同じ素点換算で 13%台であった。

3. ストレス反応得点

内訳を表 6、図 1、図 2 に示す。中央値を比較すると、全体で 17 に対し、疾病性では不安障害は 13、事例性では対人関係で 14.5 であり高ストレス度を示した。疾病性の観点からスコアを比較すると統合失調症の場合、他の疾病群に比し事例性のカテゴリによる差異が大きい傾向が認められた。また、これに対し事例性の観点から見ると、

いずれの事例性においても疾病による差異が大きい傾向が認められた。

4. 性・年齢層・職位・企業規模・所属組織

対象者の基本属性である性・年齢層・職位・企業規模・所属組織の区分とその頻度分布を表 7 に示す。

基本属性の組み合わせは a から n まで 14 区分となるが、サンプル数によるバラツキを考慮して、その中の 7 区分について、疾病性 x 事例性、高ストレス者割合、ストレス反応得点を比較した。

4.1 性別

内訳は表 8 に示す。事例性は、女性ではその他、該当なしが 36.1%、男性では業務効率が 37.7%、と最多。疾病性は男女ともに気分障害が 63.9%、71.3%と最多であった。

4.2 年齢層

内訳は表 9 に示す。事例性は、業務効率が 40 歳未満では 29.0%、40 歳以上では 34.4%と最多。疾病性は、気分障害が 40 歳未満では 75.8%、40 歳以上では 65.6%と最多。年齢層による大きな差異は認められない。

4.3 職位

内訳は表 10 に示す。事例性は、業務効率が一般職では 30.0%、管理職では 50.0%と最多。一般職で勤怠が 27.1%だが管理職では 11.1%と低い。疾病性は、気分障害が一

一般職では 67.1%、管理職では 88.9%と最多。統合失調症は一般職に 8.6%だが管理職には 0%。

4.4 企業規模

内訳は表 11 に示す。事例性は中小企業ではその他、該当なしが 27.5%、大企業では業務効率が 38.5%と最多。疾病性は、気分障害が中小企業では 63.8%、大企業では 75.6%と最多。統合失調症は抽象企業に 8.8%、大企業も 6.4%と類似の比率。

4.5 所属組織

内訳は表 12 に示す。事例性は、会社員では業務効率が 33.3%、公務員では勤怠が 45.5%、と最多。疾病性は両群ともに気分障害が 71.4%、45.5%と最多。発達障害が公務員では 27.3%に対し会社員では 4.9%と差異が認められた。

4.6 高ストレス者割合

内訳を図 3 に示す。女性、年齢層では 40 歳未満、職位では管理職、所属組織では公務員がそれぞれ多い傾向だが、企業規模では差異が小さい。

4.7 ストレス反応得点

内訳は図 4 に示す。中央値は女性、年齢層では 40 歳未満、職位では管理職、企業規模では中小企業
がそれぞれ低くストレス度が高い傾向だが、所属組織では差異が小さい。

4.8 属性区分別（会社員・中小企業・一般職 x 性・年齢層）

事例性と疾病性の内訳は表 13、高ストレス者割合は表 14、ストレス反応得点は表 15 に各々示す。中小企業・一般職・男性は 40 歳未満、40 歳以上の区分比較では、いずれも事例性は業務効率、勤怠、対人関係の順、しかし、中小企業・一般職・女性ではその他、該当なし、勤怠、対人関係の順であり、3 群の中で高ストレス者割合は 31.8%と最多、かつ、ストレス反応得点中央値は 14 点で最低。なお、疾病性はいずれの群も気分障害が最多。

4.9 属性区分別（会社員・大企業・一般職 x 性・年齢層）

事例性と疾病性の内訳は表 16、高ストレス者割合は表 17、ストレス反応得点は表 18 に各々示す。大企業・一般職・男性は 40 歳未満、40 歳以上、女性の区分比較では、いずれも事例性は業務効率、勤怠、対人関係が目立つ、女性は 3 群の中で高ストレス者割合は 27.3%と最多、かつ、ストレス反応得点中央値は 14 点で最低。なお、疾病性はいずれの群も気分障害が最多。

4.10 属性区分別（公務員・一般職）

事例性と疾病性の内訳、高ストレス者割合は表 19、ストレス反応得点は表 20 に各々示す。公務員・一般職の事例性は勤怠、業務効率が目立つ。高ストレス者割合は 40.0%と多い。かつ、ストレス反応得点中央値は発達障害、勤怠の組み合わせが 11 点で最低。なお、疾病性は気分障害、発達障害、

不安障害とバラツキが認められた。

D 1 考察

疾病性として気分障害、不安障害、統合失調症、発達障害を区分、これにストレスチェックの高ストレス者割合、ストレス反応得点を加え、他方、事例性は業務効率、勤怠、対人関係、職場内行動など、さらに性・年齢層・職位・企業規模・所属組織の基本属性を指標として相互の関連性を分析した。その結果、疾病性では不安障害、事例性では対人関係が高ストレス者の割合が最多、ストレス反応得点は低く、女性、管理職、中小企業、公務員で、全体平均よりも高ストレス者の割合が高く、ストレス反応得点が低いなどが明らかとなった。

これらは事例性と疾病性の成因を追求する上で有用な情報であり、高ストレス者というカテゴリーを介して双方の関連性へのアプローチの可能性を示唆する。今後さらに事例数を増やすことにより、疾病性のカテゴリー化の手がかりが得られるかもしれない。

課題Ⅱ．メンタルヘルス不調者の事例性と病態及び休業歴との関連性

B 2．研究方法

調査対象は、メンタルヘルス不調の病歴があり薬物療法経験者、かつ精神系の休業診断書病名を有する複数事業所の休業歴があ

る従業員とした。調査項目は、① 休業者本人の基本属性（性、年齢、職種、雇用形態、入社から初回休業日までの期間、休業回数、その他）、② 事例性について、会社側への初回相談時の状況、初回相談者（本人、職場、人事、それぞれの組み合わせ等）、就業上の配慮事項の有無、休業前のエピソードと休業の経緯となる要因の抽出（労災基準に準じる）、休業歴の概要（休者の累積休業日数、休業歴データの概要、初回及び2回目の休業理由、③ 疾病性に関して、職種ごとの診断書病名、平均服用薬剤数、服用薬剤名とした。

対象事例は本研究に関わる一切の治療的介入をせず、本研究に協力する医師から既に連結不可能匿名化され予め用意されたフォーマットに従い、本研究開始時点に提供された情報のみを用いた。

（倫理面への配慮）本研究は、平成 27 年 11 月医療法人社団桜メデイスン利益相反委員会および倫理委員会の承認を得た。なお、疫学研究に関する倫理指針（文科省・厚労省）の適用範囲③に該当し、本指針の対象とはならない。

C 2 研究結果

1．休業者の基本属性

対象者のうち基本属性、事例性、疾病性をデータとして具備した 184 例を 3 職種で比較して表 21 に示す。性別では男性が多く、

平均年齢は全体で 40.0 歳、入社から初回休業日までの期間は平均 11.6 年、平均累積休業日数 682.0 日、平均休業回数 2.2 回、初回相談者は本人を含む場合が多いが、人事は少ない。

2. 休業者の累積休業日数分布

休業者の過去 10 年間にわたる休業歴に関するデータが得られた 396 例の累積休業年数を図 5 に示す。累積休業日数平均 613.3 日 (SD 417.5)、2 つのピーク、すなわち、1 年半以内に 6 割が集中、他の 4 割の半数は 3 年をピークに減少傾向。

3. 頻回休業者

頻回休業者の 1 例を表 22 に示す。30 歳台の男性、気分障害の診断で加療したが、休業回数 9 回。通算 13 年間のほぼ毎年休業歴を有する。

4. 休業歴データの概要

休業回数の頻度分布を図 6 に示す。休業回数は 1 回が半数、2 回以内が全体の 77% を占める。他方で 5 回以上は 28.7% と高く、慢性化、長期化の傾向がうかがわれた。

5. 事例性：初回および 2 回目の休業「理由

労災基準の分類、すなわち業務内要因 6 種類、業務外要因 7 種類の計 13 区分を用いて、産業医が休業の誘因を抽出、分類し、職種別に比較、初回の休業理由を表 23

(n=184)、2 回目を表 24 (n=103) に示す。再休業者の割合は、営業職は 62.9% と最多、技術職、事務職が続き全体として 55.4% と

半数を上回る。

休業の誘因は、初回、2 回目ともに業務内要因が業務外要因を大きく上回り、初回は業務内要因の仕事の量、質が 103 例と 1 位。2 回目も仕事の量、質が 22 例と 1 位。その他、対人関係、役割・地位の変化へ続くが初回に比しバラツキが強まる傾向。

6. 休業者の診断書病名

休業者の診断書病名について、精神系、身体系の一部は表 25-1、表 25-2 に示す (但し重複分は省いた)。

精神系は、うつ、うつ状態、うつ状態 (自律神経失調症)、関係念慮状態、うつ病、不眠症、うつ病・パニック障害、うつ病エピソード、うつ病性障害、感情障害、気分変調症、強迫性障害、強迫精神症、幻覚障害、自律神経失調症のちうつ病、自律神経失調症・抑うつ状態、心因反応・睡眠障害、心気抑うつ状態、心身症など多種多彩な病名が認められた。

身体系は、C 型慢性肝炎、S 状結腸癌、悪性リンパ種、アトピー性皮膚炎、胃癌、胃腸炎など。

7. 服用薬剤

服用薬剤を精神系 8 区分、身体系 1 区分、計 9 区分で服用薬剤を分類し部門ごとに表 26 (n=184) に示す。

精神系では抗うつ剤、抗不安剤、睡眠導入剤が 50% 以上に用いられ、抗精神病薬・気分調整剤などの順に続く。

D 2. 考察

長期間に休業をくりかえす事例について、事例性の観点から休業歴の概要、休業事由、さらに基本属性についても比較的詳細な分析を行った。そして、疾病性については診断名、服用薬剤などを分析した。

休業歴のパターンとして、累積休業期間は半年程度が最多である一方で長期化事例も3割近くにのぼり、休業の背景にある多くの要因が事例性、疾病性とも強く関連することが示唆された。

他方、事例性について14の要因を想定したがかなり限局的な内容にとどまり、多くは業務内、しかも業務の量と質、対人関係、役割と責任などが要因として抽出された。

また、疾病性としては抗うつ剤、抗不安剤に加え精神病薬が使用されていたことから、気分障害に限定した検討には注意が必要と考えられた。

E. 結論

本年度はそれぞれ異なった対象について2つのアプローチにより分析を試みた。すなわち、疾病性については主にストレスチェックの活用と服用薬剤の調査により検討し、疾病化の病態形成過程と病態の多様性、多面性を踏まえた研究の基盤づくりを進めた。

また、事例性についても、重要な項目を各

事例から丹念に抽出し、基本属性の各要素との関連性を分析した。

したがって、今後は事例性のルーツとなる職場環境、休業歴の精査を進め、事例性と疾病性の接点を探索しながら関連性を追求していく必要がある。

参考文献

- 1) 神山昭男. メンタルヘルス不調者の職場復帰 主治医と産業医の関わり方 休業時の対応をめぐって—休業を急ぐ場合、日本医事新報 2013. : 4649 : 65-70.
- 2) 神山昭男. メンタルヘルス不調者の職場復帰 主治医と産業医の関わり方 休業時の対応をめぐって—休業を渋る場合 日本医事新報 2013:4650 : 45-50.
- 3) 神山昭男、小山文彦: シンポジウム「主治医と職場の連携ガイドラインを構築する—効果的なツール・タイミング・アレンジをめぐって—」座長から、産業精神保健、23、35-38、(2015)
- 4) 神山昭男: 私の産業精神保健考 「職場と主治医の連携」の大切さと困難さを考える、産業精神保健、22、319-320、(2014)
- 5) 神山昭男: 職場メンタルヘルス不調者の対応に関するアンケート 報告書、日精診ジャーナル、41、171-196、(2015)
- 6) 神山昭男: 産業メンタルヘルスの法と制度のあり方を考える—精神科主治医の立場

から、日精診ジャーナル、22、120-132、
(2010)

7) 神山昭男： 職場と主治医との連携を軸
としたメンタルヘルス不調者の就労支援、
原田誠一（編）：メンタルクリニックが切り
拓く新しい臨床、 pp. 144-152、中山書店、
東京(2015)

8) 神山昭男：メンタルヘルス不調者の職場
復帰 主治医と産業医の関わり方 復職時
の対応をめぐって―復職を急ぐ場合、 日
本医事新報、 4651、45-49、 (2013)

11) 神山昭男：メンタルヘルス不調者の職
場復帰 主治医と産業医の関わり方 復職
時の対応をめぐって―対人関係で悩む場合、
日本医事新報、 4652、 44-49、 (2013)

12) 神山昭男、新井由美、間山一枝、青
野真実：職場と主治医の効果的な連携に寄
与する要因をめぐって―第2報 休業率の
改善を指標とした事例研究から―、産業精
神保健、 23、36、(2015)

13) 神山昭男：産業医学における職業性ス
トレスの研究、産業医学レビュー、 9、
191-209、(1997)

14) 神山昭男：「主治医」と「職場」の異な
る視点からみた産業メンタルヘルスの臨床、
心身医学、 5、 413-419、 (2012)

15) 神山昭男、新井由美、間山一枝、青
野真実：職場と主治医の効果的な連携に寄
与する要因をめぐって―第1報 休業率の
改善を指標とした比較研究から―、産業

精神保健、 23、35、(2015)

16) 神山昭男：メンタルヘルス不調者の職
場復帰 主治医と産業医の関わり方 復職
時の対応をめぐって―仕事力の回復を要す
る場合、日本医事新報、 4654、63-68、
(2013)

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表(予定)

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 対象者の基本属性(1)

		N=158	%	高ストレス者	%
全体		158	100	32	20.3
性別	男性	122	77.2	21	17.2
	女性	36	22.8	11	30.6
年代	40歳未満	62	39.2	19	30.6
	40歳以上	96	60.8	13	13.5
職種	会社員	147	77.2	28	19.0
	公務員	11	22.8	4	36.4
職位	一般職	140	88.6	27	19.3
	管理職	18	11.4	5	27.8

表2 対象者の基本属性(2)

		N=158	%	うち高ストレス者	%
企業規模	中小企業	80	50.6	17	21.3
	大企業	78	49.4	15	19.2
事例性	対人関係	34	21.5	8	23.5
	職場内行動	5	3.2	0	0
	業務効率	51	32.3	11	21.6
	勤怠	40	25.3	7	17.5
	その他、該当なし	28	17.7	6	21.4
主病名	統合失調症	12	7.6	3	25
	気分障害	110	69.6	16	14.5
	不安障害	26	16.5	8	30.8
	発達障害	10	6.3	5	50

表3 事例性と疾病性との関連:人数分布

全体	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)	割合(%)
対人関係	0	23	7	4	34	21.5
職場内行動	2	2	1	0	5	3.2
業務効率	6	37	6	2	51	32.3
勤怠	1	32	3	4	40	25.3
その他、該当なし	3	16	9	0	28	17.7
計(人)	12	110	26	10	158	100
割合(%)	7.6	69.6	16.5	6.3	100	

表4 事例性と疾病性との関連:高ストレス者割合

全体 (158)	統合失調症 (12)	気分障害 (110)	不安障害 (26)	発達障害 (10)	計(人)	高ストレス 者割合 (%)
対人関係(34)		4	2	2	8	23.5
職場内行動(5)					0	0
業務効率(51)	1	7	3		11	21.6
勤怠(40)	1	2	1	3	7	17.5
その他、該当 なし(28)	1	3	2		6	21.4
計(人)	3	16	8	5	32	
高ストレス者割 合(%)	25.0	14.5	30.8	50.0		20.3

表5 抽出方法による高ストレス者割合(%)の比較(参考データ)

対象者所属	受検年度	I 素点換算	II 赤○
A社	2015	15.2	5.3
	2014	13.2	4.6
	2013	14.1	5.0
	2012	13.4	4.9
	2011	15.0	4.3
	2010	13.5	5.0
B社	2014	13.7	3.7
	2013	15.0	4.2

→高ストレス者のうち
不調者対策対象者は
9.2%

表6 事例性と疾病性との関連:ストレス反応得点

全体 (158)	統合失調症 (12)	気分障害 (110)	不安障害(26)	発達障害(10)	中央値
対人関係(34)		17	14	12	14.5
職場内行動(5)	26	20.5	13		24
業務効率(51)	18.5	18	12	27.5	17.3
勤怠(40)	11	18	14	18	17.8
その他、該当なし (28)	13	16	14.5		16
中央値	16.5	18	13	15	17

※値が小さい程ストレス度が高い

図1 事例性と疾病性との関連：ストレス反応得点(1)

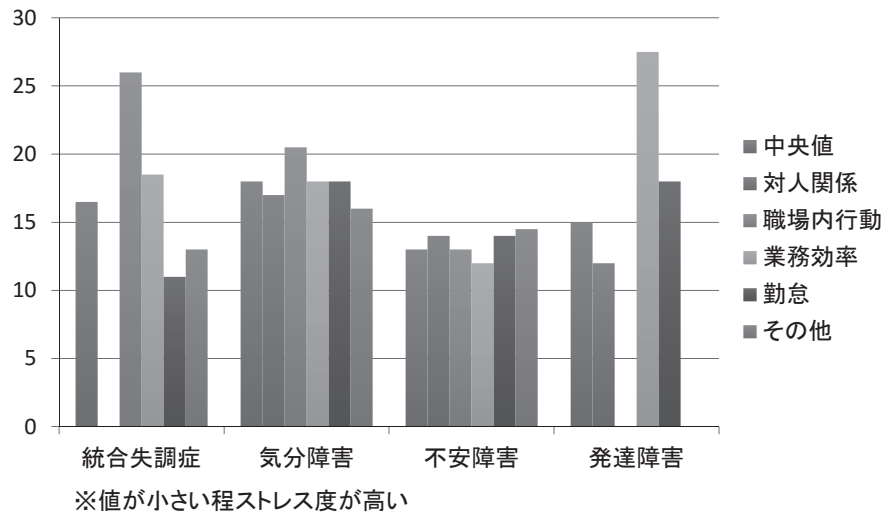


図2 事例性と疾病性との関連：ストレス反応得点(2)

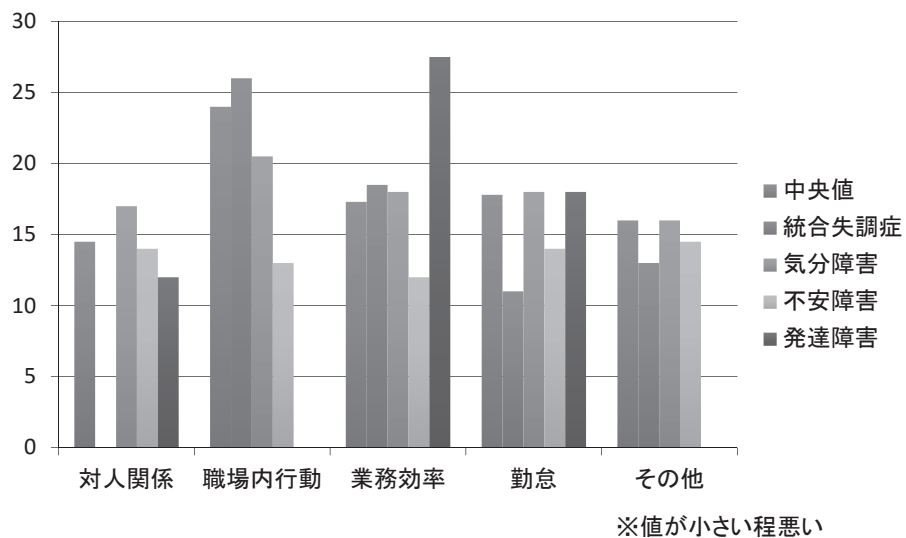


表7 対象者の属性：性・年齢層・職位・企業規模・所属組織の比較

		女	男	
			40歳未満	40歳以上
会社員 中小企業	一般	a	b	c
	管理	d	e	f
会社員 大企業	一般	g	h	i
	管理	j	k	l
公務員	一般	m		
	管理	n		

		女	男		計(人)
			40歳未満	40歳以上	
会社員 中小企業	一般	22	24	30	76
	管理	0	2	1	3
会社員 大企業	一般	11	14	29	54
	管理	0	0	14	14
公務員	一般	3	2	5	10
	管理	0	0	1	1

表8 事例性と疾病性との関連：性別の比較

女性	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)	割合(%)
対人関係	0	5	4	0	9	25.0
職場内行動	0	0	0	0	0	0
業務効率	0	3	2	0	5	13.9
怠怠	1	7	1	0	9	25.0
その他、該当なし	2	8	3	0	13	36.1
計(人)x	3	23	10	0	w 36	100
割合(%)x/w	8.3	63.9	27.8	0.0	100	

男性	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)	割合(%)
対人関係	0	18	3	4	25	20.5
職場内行動	2	2	1	0	5	4.1
業務効率	6	34	4	2	46	37.7
怠怠	0	25	2	4	31	25.4
その他、該当なし	1	8	6	0	15	12.3
計(人)	9	87	16	10	122	100
割合(%)	7.4	71.3	13.1	8.2	100	

表9 事例性と疾病性との関連：年齢層の比較

40歳未満	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)	割合(%)
対人関係	0	10	3	3	16	25.8
職場内行動	2	0	1	0	3	4.8
業務効率	0	16	1	1	18	29.0
怠怠	1	12	1	0	14	22.6
その他、該当なし	1	9	1	0	11	17.7
計(人)	4	47	7	4	62	100
割合(%)	6.5	75.8	11.3	6.5	100	

40歳以上	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)	割合(%)
対人関係	0	13	4	1	18	18.8
職場内行動	0	2	0	0	2	2.1
業務効率	6	21	5	1	33	34.4
怠怠	0	20	2	4	26	27.1
その他、該当なし	2	7	8	0	17	17.7
計(人)	8	63	19	6	96	100
割合(%)	8.3	65.6	19.8	6.3	100	

表10 事例性と疾病性との関連：職位の比較

一般職	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)	割合(%)
対人関係	0	18	7	4	29	20.7
職場内行動	2	2	1	0	5	3.6
業務効率	6	29	5	2	42	30.0
怠怠	1	30	3	4	38	27.1
その他、該当なし	3	15	8	0	26	18.6
計(人)	12	94	24	10	140	100
割合(%)	8.6	67.1	17.1	7.1	100	

管理職	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)	割合(%)
対人関係	0	5	0	0	5	27.8
職場内行動	0	0	0	0	0	0
業務効率	0	8	1	0	9	50.0
怠怠	0	2	0	0	2	11.1
その他、該当なし	0	1	1	0	2	11.1
計(人)	0	16	2	0	18	100
割合(%)	0	88.9	11.1	0	100	

表11 事例性と疾病性との関連：企業規模の比較

中小企業	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)	割合(%)
対人関係	0	11	3	3	17	21.3
職場内行動	1	2	1	0	4	5.0
業務効率	4	13	3	1	21	26.3
勤怠	0	13	2	1	16	20.0
その他、該当なし	2	12	8	0	22	27.5
計(人)	7	51	17	5	80	100
割合(%)	8.8	63.8	21.3	6.3	100	

大企業	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)	割合(%)
対人関係	0	12	4	1	17	21.8
職場内行動	1	0	0	0	1	1.3
業務効率	2	24	3	1	30	38.5
勤怠	1	19	1	3	24	30.8
その他、該当なし	1	4	1	0	6	7.7
計(人)	5	59	9	5	78	100
割合(%)	6.4	75.6	11.5	6.4	100	

表12 事例性と疾病性との関連：所属組織の比較

会社員	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)	割合(%)
対人関係	0	22	5	4	31	21.1
職場内行動	2	2	1	0	5	3.4
業務効率	6	36	6	1	49	33.3
勤怠	1	29	3	2	35	23.8
その他、該当なし	2	16	9	0	27	18.4
計(人)	11	105	24	7	147	100
割合(%)	7.5	71.4	16.3	4.8	100	

公務員	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)	割合(%)
対人関係	0	1	2	0	3	27.3
職場内行動	0	0	0	0	0	0.0
業務効率	0	1	0	1	2	18.2
勤怠	0	3	0	2	5	45.5
その他、該当なし	1	0	0	0	1	9.1
計(人)	1	5	2	3	11	100
割合(%)	9.1	45.5	18.2	27.3	100	

図3 高ストレス者割合：性・年齢層・職位・企業規模・所属組織の比較

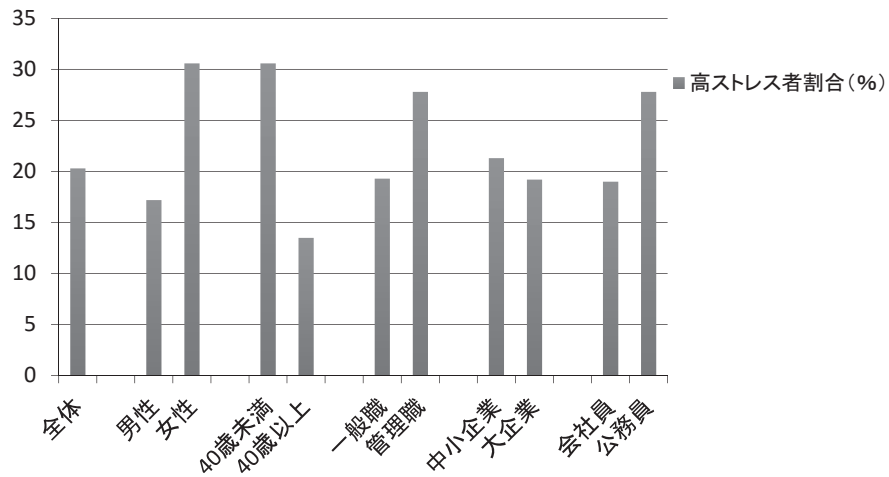
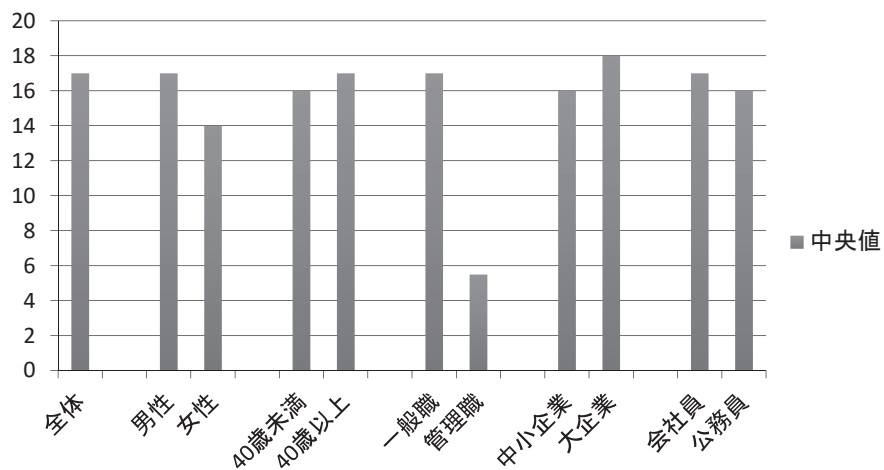


図4 ストレス反応得点：性・年齢層・職位・企業規模・所属組織の比較



※値が小さいストレス度が高い

表13 事例性と疾病性との関連:属性区分別a,b,c

a(中小企業 一般職 女性)

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)
対人関係	0	2	2	0	4
職場内行動	0	0	0	0	0
業務効率	0	1	1	0	2
勤怠	0	3	1	0	4
その他、該当なし	2	7	3	0	12
計(人)	2	13	7	0	22

b(中小企業 一般職 男性 40歳未満)

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)
対人関係	0	5	0	3	8
職場内行動	1	0	1	0	2
業務効率	0	6	0	0	6
勤怠	0	3	1	0	4
その他、該当なし	0	3	1	0	4
計(人)	1	17	3	3	24

c(中小企業 一般職 男性 40歳以上)

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)
対人関係	0	3	1	0	4
職場内行動	0	2	0	0	2
業務効率	4	5	2	1	12
勤怠	0	6	0	0	6
その他、該当なし	0	2	4	0	6
計(人)	4	18	7	1	30

表14 事例性と疾病性との関連:高ストレス者割合(属性区分別a,b,c)

a 会社員(中小企業 一般職 女性)n=22

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)	
対人関係			1		1	
職場内行動					0	
業務効率					0	
勤怠		1	1		2	高ストレス者割合
その他、該当なし	1	3			4	(%)
計(人)	1	4	2	0	7	31.8

b 会社員(中小企業 一般職 男性 40歳未満)n=24

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)	
対人関係		1		1	2	
職場内行動					0	
業務効率		2			2	
勤怠		1			1	高ストレス者割合
その他、該当なし					0	(%)
計(人)	0	4	0	1	5	20.8

c 会社員(中小企業 一般職 男性 40歳以上)n=30

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)	
対人関係					0	
職場内行動					0	
業務効率	1				1	
勤怠					0	高ストレス者割合
その他、該当なし			1		1	(%)
計(人)	1	0	1	0	2	6.7

表15 事例性と疾病性との関連:ストレス反応得点(属性区分別a,b,c)

a 会社員(中小企業 一般職 女性)n=22

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	
対人関係		18	9.5		
職場内行動					
業務効率		20			
勤怠		15	11		中央値
その他、該当なし	13	15	21		14

b 会社員(中小企業 一般職 男性 40歳未満)n=24

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	
対人関係		14		14	
職場内行動	24		22		
業務効率		19.5			
勤怠		14	19		中央値
その他、該当なし		16	13		17

c 会社員(中小企業 一般職 男性 40歳以上)n=30

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	
対人関係		18	14		
職場内行動		20.5			
業務効率	16.5	17	13	29	
勤怠		16			中央値
その他、該当なし		18.5	16		16

表16 事例性と疾病性との関連(属性区分別g,h,i)

g(大企業 一般職 女性)

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)
対人関係	0	3	0	0	3
職場内行動	0	0	0	0	0
業務効率	0	2	1	0	3
勤怠	1	3	0	0	4
その他、該当なし	0	1	0	0	1
計(人)	1	9	1	0	11

h(大企業 一般職 男性 40歳未満)

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)
対人関係	0	1	0	0	1
職場内行動	1	0	0	0	1
業務効率	0	6	0	0	6
勤怠	0	6	0	0	6
その他、該当なし	0	0	0	0	0
計(人)	1	13	0	0	14

i(大企業 一般職 男性 40歳以上)

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)
対人関係	0	4	2	1	7
職場内行動	0	0	0	0	0
業務効率	2	8	1	0	11
勤怠	0	6	1	2	9
その他、該当なし	0	2	0	0	2
計(人)	2	20	4	3	29

表17 事例性と疾病性との関連：高ストレス者割合(属性区分別g,h,i)

g 会社員(大企業 一般職 女性)n=11

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)	
対人関係					0	
職場内行動					0	
業務効率		1	1		2	
勤怠	1				1	高ストレス者割合
その他、該当なし					0	(%)
計(人)	1	1	1	0	3	27.3

h 会社員(大企業 一般職 男性 40歳未満)n=14

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)	
対人関係		1			1	
職場内行動					0	
業務効率		2			2	
勤怠					0	高ストレス者割合
その他、該当なし					0	(%)
計(人)	0	3	0	0	3	21.4

i 会社員(大企業 一般職 男性 40歳以上)n=29

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)	
対人関係				1	1	
職場内行動					0	
業務効率			1		1	
勤怠				1	1	高ストレス者割合
その他、該当なし					0	(%)
計(人)	0	0	1	2	3	10.3

表18 事例性と疾病性との関連：ストレス反応得点(属性区分別g,h,i)

g 会社員(大企業 一般職 女性)n=11

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	
対人関係		15			
職場内行動					
業務効率		13.5	12		
勤怠	11	22			中央値
その他、該当なし		14			14

h 会社員(大企業 一般職 男性 40歳未満)n=14

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	
対人関係		9			
職場内行動	29				
業務効率		17			
勤怠		20.5			中央値
その他、該当なし					19

i 会社員(大企業 一般職 男性 40歳以上)n=29

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	
対人関係		23	16	8	
職場内行動					
業務効率	20	21	12		
勤怠		21.5	18	19	中央値
その他、該当なし		18			19

表19 事例性と疾病性との関連:高ストレス者割合(属性区分別m)

m 公務員(一般職 男性・女性)

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)
対人関係	0	0	2	0	2
職場内行動	0	0	0	0	0
業務効率	0	1	0	1	2
勤怠	0	3	0	2	5
その他、該当なし	1	0	0	0	1
計(人)	1	4	2	3	10

m 公務員(一般職 男性・女性)n=10

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	計(人)	
対人関係			1		1	
職場内行動					0	
業務効率		1			1	
勤怠				2	2	高ストレス者割合
その他、該当なし					0	(%)
計(人)	0	1	1	2	4	40.0

表20 事例性と疾病性との関連:ストレス反応得点(属性区分別m)

m 公務員(一般職 男性・女性)n=10

	統合失調症	気分障害	不安障害	発達障害	
対人関係			12		
職場内行動					
業務効率		12		26	
勤怠		21		11	中央値
その他、該当なし	13				15

表21 職種X基本属性・初回相談者

	職種	技術職			営業職			事務職			計
	性別	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	
基本属性	人数	54	20	74	30	5	35	45	30	75	184
	平均年齢(歳)	38.3	34.2	36.3	42.7	45.0	43.9	43.0	37.0	40.0	40.0
	累計休職日数(日)	578	766	672	623	689	656	734	699	717	682
	休職回数(回)	2.1	2.4	2.3	2.5	1.7	2.1	2.4	1.8	2.1	2.2
	入社後より初回休職日までの期間(年)	8.8	4.5	6.7	13.5	16.2	14.9	15.1	11.3	13.2	11.6
初回相談者	本人(人)	23	10	33	8	2	10	26	18	44	87
	本人・職場(人)	7	0	7	6	0	6	2	1	3	16
	本人・職場・人事(人)	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
	職場(人)	21	5	26	12	1	13	14	10	24	63
	人事(人)	2	3	5	3	2	5	3	1	4	14
	職場・人事(人)	1	2	3	0	0	0	0	0	0	3

図5 累積休職年数

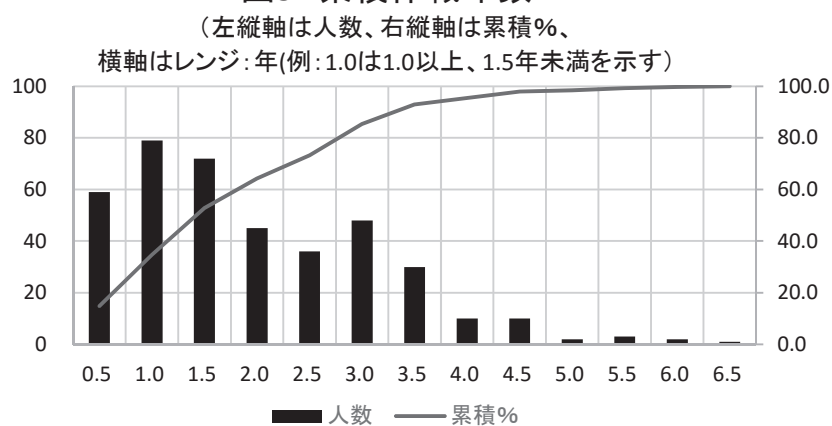


表22 頻回休業者の1例

安定勤務の月

休業日数が5日以上

	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4	Y+5		Y+7	Y+8	Y+9	Y+10	Y+11
X-2												
X-1												
X												
X+1												
X+2												
X+3												
X+4												
X+5												
X+6												
X+7												
X+8												
X+9												
X+10												
X+11												
X+12												
X+13												

図6 休職回数の頻度分布(実数・%)

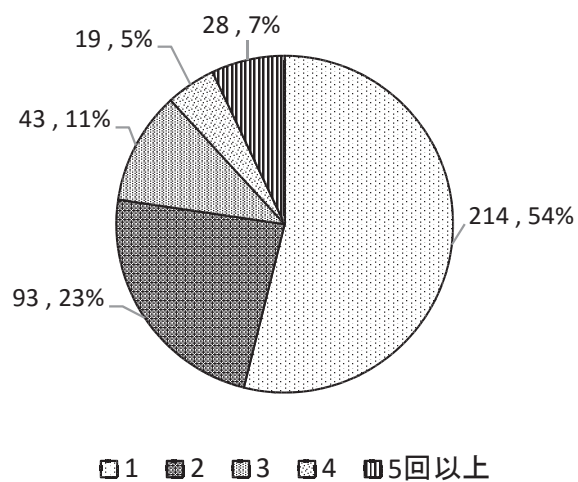


表23 1回目の休業要因

番号	職種	技術職			営業職			事務職			計
	性別	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	
	人数	54	20	74	30	5	35	45	30	75	184
1	事故や災害の体験	0	1	1	0	0	0	1	0	1	4
2	仕事の量・質	19	3	22	9	0	9	15	4	22	103
3	役割・地位の変化等	3	1	4	6	0	6	3	1	4	28
4	対人関係	11	4	15	4	0	4	7	4	15	64
5	セクハラ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	その他	3	1	4	1	0	1	1	1	2	14
7	自分の出来事	8	5	13	3	2	5	6	3	9	54
8	自分以外の家族・親族の出来事	7	1	8	1	0	1	4	1	5	28
9	金銭関係	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4
10	事件、事故、災害の体験	0	1	1	1	0	1	0	0	0	4
11	住環境の変化	1	0	1	0	0	0	1	0	1	4
12	他人との人間関係	0	2	2	0	2	2	1	0	1	10
13	その他	2	1	3	5	1	6	5	8	13	44

表24 2回目の休業要因

番号	職種	技術職			営業職			事務職			計
	性別	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	
1	1回目の休業者数(a)	54	20	74	30	5	35	45	30	75	184
2	2回目の休業者数(b)	30	12	42	19	3	22	24	14	38	102
	割合(b/a%)	55.6	60.0	56.8	63.3	60.0	62.9	53.3	46.7	50.7	55.4
1	事故や災害の体験	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	仕事の量・質	3	3	6	6	0	6	6	4	10	22
3	役割・地位の変化等	0	1	1	2	0	2	2	2	4	7
4	対人関係	3	1	4	1	0	1	2	4	6	11
5	セクハラ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	その他	2	0	2	0	0	0	1	0	1	3
7	自分の出来事	6	1	7	4	2	6	5	1	6	19
8	自分以外の家族・親族の出来事	2	0	2	0	0	0	2	0	2	4
9	金銭関係	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
10	事件、事故、災害の体験	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2
11	住環境の変化	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
12	他人との人間関係	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
13	その他	13	4	17	6	1	7	6	1	7	31

表25-1 休業者の診断書病名(精神系)

番号	病名	番号	病名	番号	病名
1	うつ	26	自律神経失調症	51	双極性障害Ⅱ型
2	うつ状態	27	自律神経失調症、うつ状態	52	適応障害
3	うつ状態(自律神経失調症)	28	自律神経失調症、うつ状態	53	適応障害(あるいは全般性不安障害)
4	うつ状態、関係念慮状態	29	自律神経失調症からうつ病へ(＼月2日～)	54	適応障害(うつ状態、不眠)及び身体表現性障害
5	うつ病	30	自律神経失調症・抑うつ状態	55	適応障害(抑うつ)
6	うつ病(適応障害)	31	社会不安障害	56	適応障害、心身症、うつ状態
7	うつ病、身体表現性自律神経障害、	32	心因反応	57	適応障害・抑うつ状態
8	うつ病、不眠症	33	心因反応・睡眠障害	58	統合失調症
9	うつ病・パニック障害	34	心気不安状態	59	頭痛・胸部不安感・背部痛等
10	うつ病エピソード	35	心気抑うつ状態	60	頭部浮遊感
11	うつ病性障害	36	心身症	61	突発性めまい発作
12	ストレス障害	37	心身症、自律神経失調症	62	反応性抑うつ状態
13	ストレス性身体化障害	38	心身疲労性うつ状態	63	反復性うつ病
14	パニック障害	39	神経症	64	反復性うつ病性障害
15	パニック障害および抑うつ障害	40	神経症状態	65	疲弊状態
16	めまい・頭痛による体調不良	41	神経衰弱状態	66	不安障害
17	めまい症	42	神経性胃炎	67	不安障害、うつ状態
18	感情障害	43	身体化障害	68	不安状態
19	気分障害	44	身体表現性障害	69	不眠・神経過敏
20	気分変調症	45	身体表現性障害(疼痛性障害)	70	不眠および抑うつ状態
21	強迫性障害	46	睡眠覚醒リズム障害	71	不眠症、自律神経失調症
22	強迫神経症	47	睡眠障害	72	慢性頭痛
23	緊張型頭痛	48	睡眠障害、頭痛、適応障害	73	慢性疲労症候群
24	幻覚障害	49	精神的疲労、睡眠覚醒リズム障害	74	抑うつ、不安状態
25	更年期障害	50	双極性感情障害	75	抑うつ気分

表25-2 休業者の診断書病名(身体系)

番号	病名	番号	病名	番号	病名
1	C型慢性肝炎	26	子宮体部腫瘍	51	脳腫瘍
2	still病	27	シックハウス症候群	52	脳脊髄液減少症
3	S状結腸癌	28	重度の腰痛	53	脳内出血
4	悪性リンパ腫	29	十二指腸潰瘍	54	パーキンソン病
5	アトピー性皮膚炎	30	十二指腸乳頭部癌による免疫力低下のため発症した肺炎	55	肺腫瘍
6	胃癌	31	消化器系治療のため	56	バセドウ病
7	胃腸炎	32	上行結腸癌	57	左三叉神経痛、眼瞼疲労、左網膜裂孔、適応障害
8	うつ血性心不全、慢性腎炎	33	神経症⇒多発性硬化症(2006/1/5)	58	左大腿骨乾子下骨折
9	外傷性頸部症候群	34	心停止後蘇生脳症	59	左膝半月板損傷
10	潰瘍性大腸炎	35	脊髄損傷後の下肢難治性疼痛	60	左変形性股関節症
11	気管支炎・肺炎	36	舌ガン	61	変形性膝関節炎
12	気管支喘息	37	切迫早産	62	偏頭痛
13	黄斑部変性症(左)	38	第4腰椎すべり症	63	慢性炎症性脱髄症多発神経炎
14	急性硬膜外血腫、脳梗塞、頭蓋骨々折	39	大腸癌	64	慢性腎不全
15	急性白血病	40	中心性網脈角膜炎、めまい(メニエル病の疑い)	65	右下脛骨・頰部骨折
16	ギラン・バレー症候群	41	直腸腫瘍・子宮筋腫	66	右尺骨骨折、右大腿骨幹部骨折
17	クローン病	42	低鉄血症候群疑い	67	右仙腸関節炎
18	群発性頭痛	43	てんかん	68	右乳癌
19	頸髄損傷による四肢不全麻痺	44	内耳障害によるめまい症	69	右乳癌術後リンパ節再発
20	頸椎捻挫、頸椎捻挫	45	乳癌術後	70	右複性坐骨神経痛
21	頸椎捻挫胸腹部打撲左肋骨胸骨骨折腰部打撲	46	妊娠悪阻	71	右慢性顎下腺炎慢性、唾石症、顎部蜂巣炎
22	頸部捻挫・腰背部挫傷	47	脳梗塞	72	腰椎すべり症
23	骨折変形治療	48	脳梗塞による失語症	73	腰椎椎間板症、右膝関節炎
24	シェーグレン症候群	49	脳出血後遺症、認知症	74	腰椎椎間板障害
25	子宮体癌	50	脳出血による器質性精神障害	75	腰椎椎間板ヘルニア

表26 職種・性別服用薬剤

職種 性別	技術職			営業職			事務職			計	割合(%)
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計		
1回目の休業者 数(a)	54	20	74	30	5	35	45	30	75	184	100.0
抗うつ薬	46	14	60	15	3	18	39	10	49	127	69.0
睡眠剤	38	10	48	13	2	15	34	11	45	108	58.7
抗不安薬	45	13	58	9	2	11	28	11	39	108	58.7
抗精神病薬・ 気分調整薬	27	4	31	5	0	5	23	6	29	65	35.3
抗精神病薬	14	5	19	4	0	4	11	4	15	38	20.7
気分調整薬	11	2	13	6	0	6	11	1	12	31	16.8
抗バ剤	12	3	15	3	0	3	9	2	11	29	15.8
抗酒剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
身体系疾患 用剤	28	6	34	12	2	20	29	13	53	107	58.2

労災疾病臨床研究事業費補助金

分担研究報告書

事例性に着目した EAP 機関のメンタルヘルス不調事例の収集 および事例の特徴と対応の実際

研究分担者 長見 まき子 関西福祉科学大学大学院社会福祉学研究科・教授

研究協力者 平賀 光美 医療法人あけぼの会メンタルヘルスセンター・EAPコンサルタント

研究要旨

多様化するメンタルヘルス不調者に対して、事例性に着目した適切な対応を行うための方法論を開発することが研究の目的である。その研究の1年目として本研究では EAP (Employee Assistance Program: 従業員支援プログラム) に寄せられた職場のメンタルヘルス不調事例に関して、事例性に着目して情報を収集・整理し、基礎集計を行って EAP 機関における事例の大まかな傾向と対応の実際を把握することを目的とする。なお、対象とした事例は 2012 年に某 EAP 機関の臨床心理士 8 名に構造化面接による聞き取りを行って収集した事例(男性 103 例、女性 31 例、合計 134 例、平均年齢 36.6 歳、SD=9.87)を中心に用いた。なお、事例性や対応に関する質問票は、研究代表者が産業医を対象として作成したものを用い、調査票の項目を EAP に当てはめて再分類し、各カテゴリーへの回答数及び比率を集計した。その結果、事例化の第一段階では「業務効率の低下」に集中しており、「業務効率の低下」はメンタルヘルス不調のサインとして見逃すことのできない要因であることが示唆された。また、職場関係者が対応に困る事として「どう対応してよいか分からない」ことに困惑する事例が多いことが示唆された。今後は、初期段階での事例の問題の見極めや対応方法について検討することが課題である。

A. 研究目的

本研究では、多様化するメンタルヘルス不

調者に対して、事例性に着目した適切な対応

を行うための方法論を開発することを目的とす

る。本報告書では、研究の 1 年目として、EAP (Employee Assistance Program; 従業員支援プログラム) に寄せられた職場におけるメンタルヘルス不調の事例に関して、事例性を重視して事例を収集し、基本集計を行って EAP 機関における事例の大まかな傾向を把握することを目的とする。

B. 研究方法

(1) 分析対象事例

某 EAP 機関における 2009 年 1 月から 2011 年 3 月の面談事例のうち、終了した 134 事例 (男性 103 例、女性 31 例; 平均 36.6 歳、 $SD=9.87$) を抽出し、分析対象とした。EAP 機関では、面談だけでなく電話相談やメール相談も提供しているが、電話やメールでは匿名性が高く十分な情報が得られない場合が多いため、本研究での分析対象は面談事例に限定した。なお、これらの事例に関しては、2012 年に対象 EAP 機関に所属する臨床心理士の事例担当者 8 名 (男性 2 名、女性 6 名) に構造化面接による調査を行っており、その調査データを中心に用いることとした。

(2) 手続き

対象事例について、事例の記録簿および臨床心理士への調査データに関して、研究代表者が産業医を対象として作成した調査票の項目を EAP にあてはめて再分類し、各カテゴ

リーへの回答数及び比率を集計した。

なお、事例の記録簿からは、事例の基本属性や相談経路、主訴、本人の訴えるストレス要因、精神医学的診断名、経過に関する情報が得られ、2012 年の臨床心理士を対象とした調査からは、①事例の概要、②不調の契機、③心理社会的アセスメントに基づく問題の背景要因、④職場での事例性、⑤事業場の対応のうち効果的と考えられた対応、⑥事業場の対応のうち問題を長期化させたと考えられた対応、⑦EAP での対応、⑧対象者の印象・性格特徴の評価に関して情報が得られていた。本研究における分類のための情報が不十分の事例については、再度調査を行うこととした。

(3) 分類項目

①基本属性 性別、年代 (～29 歳、30～39 歳、40～49 歳、50～59 歳、60 歳～)、居住 (単身、家族と同居、その他、不明)、仕事以外の強いストレス要因の有無、婚姻状況 (未婚、既婚、離婚後、不明)、勤続年数 (～5 年、6～10 年、11～15 年、16 年以上)、事業場の業種 (建設業、製造業、情報通信、運輸業、卸売・小売業、金融・保険業、医療・福祉、サービス業、その他)、職種 (専門・技術、管理、事務、販売、サービス、運転、生産工程、運輸・清掃、建設・採掘、その他)、職位 (一般職、管理職、経営職、派遣スタッフ、パート・アルバイト)。

②既往歴 精神疾患の既往の有無、過去の外傷または身体疾患による休業回数(なし、1回、2回、3回以上)、過去の精神疾患による休業回数(なし、1回、2回、3回以上)。

③EAP への相談経路 産業医向けの調査票では、本人からの相談、上司からの相談、人事管理部門からの相談、家族からの相談、産業保健スタッフからの相談、その他、の6カテゴリーに分類されていた。このうち、上司からの相談と人事管理部門からの相談に関しては、EAP ではその企業の体制によっては明確に把握することが困難である場合が 15 例(11.9%)含まれた。そのため、本研究においては上司と人事労務担当部門を区別せずに集計した。

④診断書名(複数回答を含む)職場に提出された診断書名、あるいは本人が医師から告知されている診断名について該当するカテゴリーを選択した(うつ病、双極性障害、統合失調症、不安障害、強迫性障害、PTSD、発達障害、アルコール使用障害、アルコール症以外の物質使用障害、摂食障害、適応障害、睡眠障害、心因反応、自律神経失調症、その他)。

⑤EAP の診断見立て(複数回答含む) 医師に告知されている診断名と臨床心理士への調査結果に基づいて該当するカテゴリーを選択した(うつ病、双極性障害、統合失調症、不安障害、強迫性障害、PTSD、発達障害、アルコール使用障害、パーソナリティ障害摂食障

害、アルコール症以外の物質使用障害、摂食障害、適応障害、睡眠障害、睡眠障害、その他)。

⑥事例化の流れ 時系列に沿って項目を選択した(社内ハラスメント(加害)、社内ハラスメント(被害)、社内のハラスメント以外の迷惑行為、業務効率の低下、人間関係の悪化、無断欠勤、頻回欠勤、遅刻・早退、仕事の失敗、退職希望、遁走、指示命令に応じない、不自然・場違いな言動、不安全行為、自殺未遂、診断書の提出、不適切な要求、身体疾患、自己中心的言動、責任逃れの言動、過度の自己卑下、社外での反社会的行動、その他、特になし)。

⑦職場関係者が特に困ったこと 経過の中で該当する項目を選択した(複数回答を含む;注意をしても改善効果がない、逆恨みをされる、職場の雰囲気が悪くなる、どう対応をしてよいかわからない、意思の疎通が図れない、チームとしての成果が上がらない、どのくらい仕事ができるか予測ができない、周囲の者に負担がかかる、本人からの要求が過度である、欠勤・休業中に本人と連絡がとれない、その他)。

⑧EAPの主な対応 EAPにおける事例の経過情報のうち初期対応及び継続対応に関する情報について該当する項目を選択した(複数回答を含む;本人を焦らせないようにした、業務量を軽減するよう提案した、本人に安心して休業できるような説明をした、定期的な面

接を予定した、作業の安全面の確保を重視した、就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた、本人と職場の間の中立性を意識して対応した、配置転換をするよう提案した、質的な業務負担を軽減するよう提案した、職場でできることと本人に自助努力を求めることを明確にした、主治医と密な情報交換を行った、本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た、自己の状態のセルフモニタリングを求めた、関係者間で対応の仕方を共有した、ルール違反に対しては厳格に処理した、本人のできることとできないことを整理した、本人の良い面を(本人に)明示した、本人が苦手な作業や職場環境(物理・化学的刺激を含む)に関し上司の理解を求めた、対人折衝の少ない業務に就かせた、指示命令の簡略化、具体化を図った、適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した、家族(親族)に職場の対応に関する理解を求めた、家族(親族)に当該労働者に対する支援を依頼した、仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った、休養の取り方・生活習慣の改善について本人に指導した、本人に自分の置かれている状況について認識を深めてもらうよう働きかけた、その他)

⑨事例対応の際 EAP として特に困ったこと結果としてできなかったことでなく、対応の場で困難を感じたことについて項目を選択した(複数回答含む; 専門医受診を承諾しなかった、意思の疎通が困難だった、病気か他の問題(性格傾向など)かの判別が難しかった、本

人が指示・助言を聞き入れなかった、家族(または親族)の理解が得られなかった、主治医との連携が困難だった、本人の支援について職場の理解が得られなかった、本人の業務遂行能力、適性に合った職場(仕事)が見当たらなかった、本人の症状、薬剤の副作用を考慮した作業・通勤面の安全確保が難しかった、本人の業務遂行能力、適性の評価が難しかった、本人の病状の予後(転帰)の推定が難しかった、本人の業務遂行能力の回復や適性の変化に関する予測が困難だった)。

C. 研究結果

(1) 基本属性

表 1 に年代別に性別の人数および全体の比率を示した。性別では、男性の事例が約 7 割以上を占め、年代別では 30～39 歳代が約 4 割を占めた。男性は 30～39 歳が 47 名(35.07%)と最も多く、女性は 29 歳以下が 14 名(10.45%)で最も多かった。

居住形態(表 2)については、「家族と同居」が 91 名(67.91%)で最も多く、次いで「単身」(29 名、21.64%)であった。

仕事の以外のストレス要因の有無(表 3)については、「なし」が 84 名(62.69%)と最も多く、「あり」は 39 名(29.10%)。

婚姻状況(表 4)は、未婚 57 名(42.54%)、既婚 66 名(49.25%)とほぼ半数ずつであった。

勤続年数(表 5)は、5 年以下が 45 名(33.58%)で最も多く、次いで 16 年以上(32 名、23.88%)であった。11～15 年が 18 名(13.43%)で最も少なかった。

事業所の業種(表 6)については、情報通信業が 55 名(41.04%)であり、半数近くを占めていた。次いで製造業(36 名、26.87%)、サービス業(23 名、17.16%)であった。

職種(表 7)については、専門・技術職が 55 名(41.04%)と最も多く、次いで事務職(29 名、21.64%)であった。

職位(表 8)については、一般職が 76 名(56.72%)と最も多く半数以上を占めていた。

(2) 既往歴

精神疾患既往の有無(表 9)については、「あり」が 59 名(44.03%)であり、「なし」は 51 名(38.06%)であった。

過去の休業回数(表 10、表 11)について、外傷・身体疾患による休業(表 10)は「なし」は 95 名(79.90%)で大半を占めた。精神疾患による休業回数(表 11)については、「なし」は 74 名(55.22%)と半数を占め、次いで 1 回が 16 名(11.94%)であった。外傷・身体疾患による休業も、精神疾患による休業回数も「不明」が 28.36%と 3 割近くを占めた。

(3) EAP への相談経路

EAP への相談経路については、上司・人事管理部門からの勧めが 54 名(40.30%)と最も

多く、次いで本人からの相談(36 名、26.87%)、産業保健スタッフからの勧め(34 名、25.37%)であった。

(4) 診断書あるいは医師により告知されている診断名

診断書名(表 13)は、「診断なし」が 51 名(38.06%)と最も多く、次いでうつ病(31 名、23.13%)、適応障害(22 名、16.42%)であった。

(5) EAP による診断見立て

EAP の臨床心理士による診断見立て(表 14)は、診断なし(52 名、37.96%)と適応障害(50 名、36.50%)がほぼ同数で多く、次いでうつ病 18 名(13.14%)であった。双極性障害、アルコール使用障害、発達障害、パーソナリティ障害はそれぞれ 3 名(2.19%)ずつであり、適応障害や不安障害、うつ病等他の疾患と併発していた。

(6) 事例化の流れ

事例化の流れについては、時系列別に集計した結果を表 15-1、時系列の 3 番目までで多かった項目上位 3 位を表 15-2 に示した。EAP の事例においては、時系列の 1 番目に「業務効率の低下」、「特になし」にそれぞれ 38 例と偏る傾向がみられた。時系列の 2 番目では、「診断書の提出」が 10 例と最も多く、「人間関係の悪化」、「頻回欠勤」がそれぞれ 9 例と多かった。時系列の 3 番目になると、「遅刻

早退」、「診断書の提出」、「頻回欠勤」、「自殺未遂」、「責任逃れの行動」など勤怠や行動の問題が少数で分散してみられた。

(7) 職場関係者が特に困ったこと

職場関係者が特に困ったことについては、現段階では134ケース全てについて十分な情報がなく追加調査中である。表16には、分類のための情報が得られていた33ケースについての分類を示した。「どう対応してよいかわからない」が20例(33.33%)と最も多く、次いで「注意をしても改善効果がない」が9例(15.00%)、「周囲の者に負担がかかる」が8例(13.33%)、「どのくらい仕事ができるか予測できない」が6例(10.00%)と続いていた。

(8) EAPにおける主な対応

EAPにおける主な対応についても、33ケースの分類結果を示した(表17)。「定期面談を予定」が21例(15.91%)と最も多く、次いで「本人に安心して休業できるような説明」、「関係者間で対応の仕方を共有」、「休養の取り方、生活習慣の改善」がそれぞれ10例(7.58%)であった。

(9) EAPが対応に困ったこと

EAPが対応に困ったことについても、33ケースの分類結果を示した(表18)。「病気がほかの問題(性格傾向、能力的問題等)かの判別が困難」が16例(28.07%)と最も多く、次いで「本人の支援について職場の理解が得られ

ない」が9例(15.79%)、「本人の業務遂行能力の回復や適性の変化に関する予測が困難」が7例(12.28%)と続いた。

D. 考察

本研究では、多様化するメンタルヘルス不調者に対して、事例性に着目した適切な対応を行うための方法論を開発することを目的とした。研究の1年目である平成27年度は、事業場外のメンタルヘルスサービス機関であるEAP機関(Employee Assistance Program; 従業員支援プログラム)に寄せられた職場におけるメンタルヘルス不調の事例に関して、事例性を重視して事例を収集し、基本集計を行ってEAP機関における面談事例の大まかな傾向を把握することを目的とした。

事例の収集に関しては、EAPにおける面談事例のうち、終了した事例134例を抽出したが、「職場関係者が特に困ったこと」、「EAPの主な対応」、「事例対応の際EAPとして特に困ったこと」については、33例の分類にとどまっており、今後追加調査が必要である。2年目にデータセットを整備し、事例の類型化および産業保健スタッフに向けた事業場内での対応の方法論を分析する予定である。

本研究の分析対象事例では、男性の30～39歳、情報通信業、専門・技術職、一般職が多い傾向がみられた。また、相談は、上司・人事管理部門からの勧めが最も多かったが、産

業保健スタッフからの勧めも 25%程度見られた。

診断書名や診断見立てでは、「診断なし」が最も多く、事例化の流れにおいては「特になし」が多い傾向にあった。EAP では、受診する前の本人の不調感や不適応感に関する相談や個人的な問題の相談も広く受け付けているため、疾病や事例化に至る前の相談が多い可能性もある。一方で、事業場外の相談機関であるため、職場での客観情報の聴取や観察に限界があることも否定できない。「診断なし」、「事例化なし」の事例対象者の傾向を検討することや産業医から収集した事例の傾向と比較することで事業場外のメンタルヘルスサービスである EAP の特色がより明らかとなると考えられる。

診断がついた事例では、診断書ではうつ病が多いのに対し(表 13)、EAP による診断見立てでは適応障害が多い傾向にあった(表 14)。EAP が対応に困ったことについて(表 18)、「病気がほかの問題(性格傾向、能力的問題等)かの判別が困難」が最も多く挙げられていることを考慮すると、EAP に寄せられた事例においては、典型的なうつ病というよりは、背景に何らかのパーソナリティ要因や能力的要因による問題が想定される事例が多いことが推察される。

事例化の流れにおいては、時系列の第1段階では「業務効率の低下」に集中しており、「業務効率の低下」はメンタルヘルス不調のサ

インとして見逃すことのできない要因であることが示唆された。第 2 段階では「診断書の提出」、「人間関係の悪化」、「頻回欠勤」が上位であり、第 3 段階では、「遅刻・早退」、「頻回欠勤」などの勤怠の問題だけでなく、「自殺未遂」や「遁走」などの深刻な行動上の問題が出現していた。「業務効率の低下」に伴って注意や叱責などにより管理者との人間関係が悪化し、勤怠の悪化や行動上の問題が出現するなどして問題が複雑化、深刻化していくパターンが想定される。職場関係者が対応に困ることとして(表 16)、現段階の集計では、「どう対応してよいか分からない」、「注意しても改善が見られない」ことに困惑するケースが多いことが示唆された。今後分析事例数を増やして事例類型化を行い、初期段階での事例の問題の見極めや対応に関する方法について、検討を深めることが課題である。

E. 総括(まとめ)

本報告では研究の1年目としてEAP機関に寄せられた職場メンタルヘルス不調事例について、事例性に着目して事例の特徴および対応の大まかな傾向を把握することを目的とした。

その結果、EAP 機関のメンタルヘルス不調事例では性別では男性、年代では 30 代、職種では専門・技術職が多かった。精神疾患の既往もありが 44%、診断書名ではうつ病が 23%

と最も多く、精神疾患による休業回数はなしが55%と半数を占めるなどの特徴がみられた。

事例化の流れでは時系列で1番目には「業務効率の低下」、「特になし」が目立って多くかった。EAP機関に繋がる事例では軽症例が多いせいか、業務効率低下以外では特に事例性が認められない場合もある。事例性として注目すべきは業務効率低下であり、メンタルヘルス不調のサインとして見逃すことのできない要因と考えられた。時系列の2番目には「診断書提出」、「人間関係の悪化」が、3番目には「遅刻・早退」、「頻回欠勤」などの勤怠の問題だけでなく、「自殺未遂」、「遁走」などの深刻な行動上の問題が出現しており、「業務効率低下」に伴って注意や叱責されることで上司との人間関係が悪化し、勤怠の問題や行動上の問題が出現するなどして問題が複雑化・深刻化していくパターンが想定された。事例性に着目することで、早期の段階からの対応が可能となり、事例の重症化や問題の深刻化を予防することが可能になる可能性が示唆され、本研究の意義が改めて確認できた。

さらに、職場関係者が対応に困る事として「どう対応してよいかわからない」、「注意しても改善が見られない」ことが挙げられており、今後は分析事例数を増やして検討を進め、初期段階での事例の問題の見極めや対応方法について提案できるようにしたい。

F. 学会発表

1. 論文発表

該当せず。

2. 学会発表

該当せず。

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当せず。

2. 実用新案登録

該当せず。

3. その他

該当せず。

H. 引用文献

1) 長見まき子: EAP相談に見られる若年層のメンタルヘルス不調および職場不適應の特徴と職場での対応の検討. 労働安全衛生総合研究事業「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」(研究代表者: 廣 尚典) 平成24年度総括・分担研究報告書, pp119-148, 2012.

表1. 性別×年代(人)					
	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50歳～	計
男性	19	47	23	14	103
	14.18%	35.07%	17.16%	10.45%	76.87%
女性	14	9	4	4	31
	10.45%	6.72%	2.99%	2.99%	23.13%
	33	56	27	18	134
計	24.63%	41.79%	20.15%	13.43%	100%

表2. 居住形態		
単身	29	21.64%
家族と同居	91	67.91%
その他	0	0
不明	14	10.45%
計	134	100%

表3. 仕事以外のストレス要因		
なし	84	62.69%
あり	39	29.10%
不明	11	8.21%
計	134	100.00%

表4. 婚姻状況		
未婚	57	42.54%
既婚	66	49.25%
離婚後	4	2.99%
不明	7	5.22%
計	134	100%

表5. 勤続年数		
～5年	45	33.58%
6～10年	26	19.40%
11～15年	18	13.43%
16年～	32	23.88%
不明	13	9.70%
計	134	100%

表6. 事業所の業種		
建設業	8	5.97%
製造業	36	26.87%
情報通信	55	41.04%
運輸業	0	0%
卸売・小売業	0	0%
金融・保険業	0	0%
医療・福祉	0	0%
サービス業	23	17.16%
その他	12	8.96%
計	134	100%

表7. 職種		
専門・技術	55	41.04%
管理	11	8.21%
事務	29	21.64%
販売	14	10.45%
サービス	4	2.99%
運転	0	0.00%
生産工程	12	8.96%
運搬・清掃	0	0.00%
建設・採掘	1	0.75%
その他	2	1.49%
不明	6	4.48%
計	134	100%

表8. 職位		
一般職	76	56.72%
管理職	15	11.19%
経営職	2	1.49%
パート・アルバイト	5	3.73%
不明	36	26.87%
計	134	100%

表9. 精神疾患既往		
あり	59	44.03%
なし	51	38.06%
不明	24	17.91%
計	134	100%

表10. 過去の休業回数(外傷・身体疾患)		
なし	95	70.90%
1回	1	0.75%
不明	38	28.36%
計	134	100.00%

表11. 過去の休業回数(精神疾患)		
なし	74	55.22%
1回	16	11.94%
2回	3	2.24%
3回以上	3	2.24%
不明	38	28.36%
計	134	100%

表12. EAPへの相談経路		
本人からの相談	36	26.87%
上司・人事管理部門の勧め	54	40.30%
産業保健スタッフからの勧め	34	25.37%
家族からの勧め	2	1.49%
その他	8	5.97%
総計	134	100%

表13. 診断書名(複数回答有)		
うつ病	31	23.13%
双極性障害	1	0.75%
不安障害	4	2.99%
統合失調症	1	0.75%
アルコール使用障害	3	2.24%
適応障害	22	16.42%
睡眠障害	1	0.75%
自律神経失調症	2	1.49%
その他(うつ状態)	7	5.22%
その他(過敏性腸症候群)	1	0.75%
その他(身体表現性障害)	1	0.75%
その他(てんかん)	1	0.75%
その他	9	6.72%
診断なし(疾病なし)	51	38.06%
不明	3	2.24%
計	134	100%

表14. 診断見立て(134ケース、複数回答有)		
うつ病	18	13.14%
双極性障害	3	2.19%
アルコール使用障害	3	2.19%
適応障害	50	36.50%
発達障害	3	2.19%
パーソナリティ障害	3	2.19%
不安障害	4	2.92%
摂食障害	1	0.73%
無	52	37.96%
計	137	100%

表15-1.事例化の流れ(134ケース、複数回答有)						
項目	1番目	2番目	3番目	4番目	5番目	6番目
社内ハラスメント(加害)	0	0	0	0	0	0
社内ハラスメント(被害)	2	0	0	0	0	0
社内のハラスメント以外の迷惑行為	0	0	0	0	0	0
業務効率の低下	38	2	0	0	0	0
人間関係の悪化	9	9	0	2	0	0
無断欠勤	1	3	1	0	0	0
頻回欠勤	1	9	2	2	0	0
遅刻・早退	6	2	3	0	0	0
仕事の失敗	0	2	0	0	0	0
退職希望	1	0	1	0	0	0
遁走	0	0	1	0	0	0
指示命令に応じない	0	0	0	0	0	0
不自然・場違いな言動	3	2	0	0	0	0
不安全行為	0	1	0	0	0	0
自殺未遂	0	0	2	0	0	1
診断書の提出	4	10	3	3	2	0
不適切な要求	0	0	0	0	0	0
身体疾患	0	1	1	0	0	0
自己中心的言動	2	0	0	0	1	0
責任逃れの言動	0	0	2	0	0	0
過度の自己卑下	0	0	0	0	1	0
社外での反社会的行動	1	0	0	0	0	0
その他	6	2	2	4	0	0
特になし	38	0	0	0	0	0
不明	9	0	0	0	0	0

表15-2.「事例化の流れ」の3番目までにおいて多く挙げられた項目(各上位3位まで)					
1番目の上位3位		2番目の上位3位		3番目の上位3位	
業務効率の低下	38	診断書の提出	10	遅刻・早退	3
特になし	38	人間関係の悪化	9	診断書の提出	3
人間関係の悪化	9	頻回欠勤	9	頻回欠勤	2
遅刻・早退	6	無断欠勤	3	自殺未遂	2
その他(休復職の繰り返し等)	6			責任逃れの言動	2
				その他(休復職の繰り返し等)	2
				身体疾患	1
				無断欠勤	1
				退職希望	1
				遁走	1

表16. 職場関係者が困ったこと(33ケース、複数回答有)		
注意をしても改善効果がない	9	15.00%
逆恨みされる	3	5.00%
職場の雰囲気が悪くなる	2	3.33%
どう対応してよいかわからない	20	33.33%
意思の疎通が図れない	1	1.67%
チームとしての成果が上がらない	1	1.67%
どのくらい仕事ができるか予測できない	6	10.00%
周囲の者に負担がかかる	8	13.33%
本人からの要求が過度である	1	1.67%
欠勤・休業中に本人と連絡が取れない	2	3.33%
その他	2	3.33%
不明	5	8.33%
計	60	100%

表17. 主な対応(33ケース、複数回答有)		
本人を焦らせないようにした	4	3.03%
業務量を軽減するよう提案	7	5.30%
本人に安心して休業できるような説明	10	7.58%
定期的面談を予定	21	15.91%
作業の安全面の確保を重視	2	1.52%
業務面の配慮に関して周囲の理解を得た	5	3.79%
本人と職場の中立性を意識	3	2.27%
配置転換要否の判断のための情報を提供	4	3.03%
質的な業務負担を軽減するよう提案	5	3.79%
職場でできることと本人の自助努力を明確にした	7	5.30%
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	9	6.82%
関係者間で対応の仕方を共有	10	7.58%
ルール違反に対しては厳しく処理	2	1.52%
本人のできないことを整理	1	0.76%
本人が苦手な作業や職場環境に関して上司の理解を求めた	2	1.52%
対人折衝の少ない業務につかせた	2	1.52%
指示命令の簡略化、具体化を図った	2	1.52%
適応できていた時期の業務内容、対応法を確認	2	1.52%
家族に職場の対応に関する理解を求めた	2	1.52%
家族に当該労働者への支援を依頼	6	4.55%
仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った	6	4.55%
休業の取り方、生活習慣の改善について指導	10	7.58%
本人に自分の置かれている状況について認識を深めてもらうよう働きかけた	4	3.03%
その他(専門医療機関の紹介、復職判定を慎重に行うなど)	6	4.55%
計	132	100%

表18. EAPが対応に困ったこと(33ケース、複数回答有)		
専門医受信を承諾しなかった	1	1.75%
意思の疎通が困難	5	8.77%
病気かほかの問題(性格傾向、能力的問題)かの判別が困難	16	28.07%
本人が指示・助言を受け入れない	5	8.77%
家族の理解が得られない	1	1.75%
主治医との連携が困難	1	1.75%
本人の支援について職場の理解が得られない	9	15.79%
本人の業務遂行能力、適性に合った職場(仕事)が見当たらなかった	1	1.75%
本人の症状、薬の副作用を考慮した作業、通勤面の安全確保が困難	0	0.00%
本人の業務遂行能力、適性の評価が困難	5	8.77%
本人の病状の予後の推定が困難	3	5.26%
本人の業務遂行能力の回復や適性の変化に関する予測が困難	7	12.28%
その他	1	1.75%
特になし	2	3.51%
計	57	100%

労災疾病臨床研究事業費補助金

分担研究報告書

一般雇用分野への応用可能性の検討を目的とした 障害者雇用領域の支援方法の調査

研究分担者 永田昌子 産業医科大学産業医実務研修センター 助教

研究協力者

丹下智草 産業医科大学産業医実務研修センター 修練医

研究要旨

増加、多様化するメンタルヘルス不調者に対して、事例性に着目した適切な対応を行うための資料収集のなかで、とくに「発達障害」圏についての対応方法を検討するために障害者雇用支援の分野の知見について調査することを目的とした。

障害者雇用支援と産業保健の現場では、対象者の置かれている状況や支援者の立場、対象者の障害や能力の程度などの違いがあるため、障害者就労支援の場で蓄積されている知見のうち、産業保健の現場で活用できるものを収集し、分析した。

障害者雇用の分野で調査した4つの支援制度では、サービスの導入・振り分け、職業訓練、ジョブマッチング、定着支援が行われていた。

実際に支援を行う支援者向けに様々な資料が開発されていた。過去5年に公開された10個の資料を検討したところ、支援対象者の障害の程度や支援対象者との接点の違いなどには大きな違いはあるが、障害の理解や情報を整理するツールなど参考になるものがあると考えられた。産業保健職が応用可能な機能としては、サービスの導入・振り分けの中での「自身の特性把握」、職業訓練、職業訓練の過程の中では、「支援の基本」、「自身の特性把握」、「特性による課題と対応」、「職場環境の評価」、「リラクゼーション」、定着支援の「ミスマッチしている箇所の課題の抽出」が挙げられた。

来年度以降これらを組み合わせた産業保健職向けの対応方法の提案を検討する。

A. 研究目的

増加、多様化するメンタルヘルス不調者に対して、事例性に着目した適切な対応を行うための方法論開発のための基礎資料を収集することが目的である。多様化するメンタルヘルス不調として、発達障害、自閉症スペクトラム障害を有している事例や、もしくは、まだ診断が確定していないが自閉症スペクトラム障害を有していることを疑う事例が散見することが報告されている^{1~10)}。これらに該当する労働者への対応について苦慮しているという声が産業現場で多く聞かれる。

自閉症スペクトラム障害は、2 症状によって特徴づけられる生得的な障害であり、有病率が 0.5~2%である。コミュニケーションの障害や社会性の障害、感覚障害などを持ち、社会生活上の問題を抱えやすい。疾患概念が変遷し、それに伴い知的に問題がない自閉症スペクトラム障害を有する人の有病率が高いことや、知的に何ら問題がない人の中には、幼児期から学生時代を通じて見過ごされ、成人になり顕在化することがあると知られている。加えて自閉症スペクトラム障害の精神障害の合併の頻度は高いと報告されている。

自閉症スペクトラム障害の人は、障害者雇用制度を利用しながら働く場合と、障害がない人と同様に働く場合がある。障害者雇用は一般雇用と比較して、一般的にサポ

ートを受けやすいが賃金が低い。障害者雇用制度の中で、自閉症スペクトラム障害の人への就労支援の方法については確立しつつある。

一方、学校を卒業するまでに診断を受けなかった人は、当初一般雇用で働くことになる。日本の雇用慣行では、職種を限定せず就職することが多く、正規職員として就職すると終身雇用される。就職後、障害や疾病の発見もしくは罹患した場合、病気前の業務が出来なかった場合は、企業の体力に応じて出来る配慮を最大限実施することが求められている。どのような配慮を実施するかについては、産業医の意見を参考に決められることが多い。そこで、産業医は、自閉症スペクトラム障害を有する労働者のメンタルヘルス不調に対して、職場でどのような配慮を実施すべきかについての知識等が必要であるが、これまで一般雇用の自閉症スペクトラム障害の支援方法についての検討は十分でない。

我々は、平成 21 年度から研究を開始し、平成 24 年度に「産業保健スタッフが行う適切な支援方法」（以下「支援法案」）の具体的な項目を抽出、専門家の協力を得て 53 項目についてコンセンサスを得た。平成 25 年度には、その支援法案の実現可能性を検討するために、産業医及び産業看護職を対象に質問紙調査を行った。（日本産業衛生学会専門医 167 名、産業看護部会登録産業

看護師 1610名)

支援法案は4カテゴリからなり、そのうちのひとつのカテゴリは、「職場で継続して働いていくために必要な要素」で、11項目から構成される。各要素が実際に実現可能か、次の5つの選択肢から選択することを求めた。「困難だ」、「どちらかといえば困難だ」、「どちらでもない」、「どちらかといえば困難でない」、「困難でない」。11項目中7項目、「困難だ」「どちらかといえば困難だ」と回答した人が5割を超えていた。その7項目は「本人が自分自身の障害特性について理解している」、「本人の障害の特性に合った業務である」、「同僚が本人の障害の特性を理解している」、「休憩時間の過ごし方や業務外の人間関係などで問題が生じないような工夫がされている」、「職場での配慮は周囲が納得できる配慮である」、「多様性を許容する職場である」、「上司や同僚の中に本人の特性を理解し、支援する人が複数いる」であった。課題を解決するために必要なものとして選択されたものは、多かった順に「人事に対する、自閉症スペクトラムに関する一般的な教育・研修ツールの提案」、「専門家とのネットワーク・情報提供」、「本人に対する、特性の理解・気付きを促すような教育・研修ツールの提案」であった。

他方、障害者雇用分野に目を向けると、障害者雇用は着実に進展している。雇用率

(実雇用率)は、平成16年1.46%(25万8千人)であったが、平成26年は1.82%に上昇し、雇用者数は11年連続で過去最高を記録し、43万1千人を達成している。その要因として、法定雇用率の引き上げ、障害者の就労支援制度の拡充制度が挙げられる。就労支援制度は数種類あり、これらを全国的に展開するためにマニュアルやツールの整備、人材の育成が行われており、知見が集積されている。

また、自閉症スペクトラム障害は、併存障害を抱えやすいことも知られている。Hofvanderの122名を対象にした調査によれば、生涯罹患率は、気分障害53%、不安障害50%、強迫性障害24%とされ、定型発達者より極めて高い。

発達障害者支援センターなどの福祉サービスを利用する高機能自閉症スペクトラム障害を対象とした全国調査では、約4割の人が医療機関で合併精神障害を受けていることが分かっている。東京の小児を対象にした疫学調査では、約7割の高機能自閉症スペクトラム児に少なくとも1つ以上のDSMのI軸診断が認められている。

障害特性に伴い、生きていく上での困難による気分障害等の二次障害を引き起こすことも想像に難くない。これらの点より、一般雇用で就職した場合も、メンタルヘルス不調による休業、退職その後、民間もしくは地域障害者職業センターを利用する

ことがあることも知られている^{11~20)}。平成 25 年度に我々が地域の障害者職業センターを対象に実施した調査では、障害者職業センターが実施しているリワーク事業の利用者の中には診断がついていない広汎性発達障害を有する人が一定の割合見受けられるとの回答であった。具体的な結果は、「診断を受けていないがリワーク支援担当の障害者職業センターカウンセラーが存在を疑った利用者の割合」は、1 割未満 19.4%, 1 割～2 割未満 30.6%, 2 割～3 割未満 22.2%, 3 割～4 割未満 8.3%, 4 割以上 11.1%との回答であった。

広汎性発達障害が疑われる利用者に対して、ほぼすべての地域障害者職業センターで独自に様々な対応がなされていた。具体的には、「障害という概念よりも、自分の特徴として利用者自身が自己を振り返り、業務遂行上の課題を整理できるようにしている」、「自分の特徴などについてまとめて頂く」、「他の利用者よりも、評価結果の FB に時間をかけている」、「本人との面談時に認知や対人面での特徴を指摘し、本人の受け止め方を確認

未診断でも本人が傾向を感じる場合は独自の ASD プログラムを提供」、「本人の仕事上での困り感や作業特徴について振り返り復帰にあたっての配慮事項や課題を整理する」などの対応である。

障害者就労と産業保健の現場では、対象者の置かれている状況や支援者の立場、対象者の障害や能力の程度などの違いがあるが、障害者就労支援の場で蓄積されている知見のうち、産業保健の現場で活用できるものを収集し、分析することを目的とした。

B. 研究方法

平成 27 年度にインターネット上で入手し、各項目について集計し検討を行った。

方法 1) 国内の障害者雇用分野で現在実施されている制度のうち、発達障害者によく利用されていると考えられる制度の概要を取りまとめた。

方法 2) 方法 1 の結果で得られた情報を参考に、障害者職業総合センターで公開されている研究結果やツールのうち、過去 5 年に発効され、発達障害について記述されており、就労支援の現場で使用されているツールを取りまとめた。

方法 3) 国外の情報収集も行った。対象国は 3 か国とした。合理的配慮を 1990 年代に「障害のあるアメリカ人法」(Americans with Disability act of 1990)として法制化した米国、自閉症スペクトラム障害の教育、就労支援について論文や図

書等が多く出版されている英国及びアイルランドの3か国の政府やその関係機関のホームページ上から、自閉症、発達障害、自閉症スペクトラム障害についての就労支援のマニュアルやツールについて対象とした。

C. 研究結果

方法1

発達障害者によく利用されていると考えられる4つの制度について記述する。

1) 就労移行支援制度

平成18年度に全面改正された障害者自立支援法においては、障害者の就労支援を一つの柱とされ、福祉サイドからの就労支援を充実強化するため、「就労移行支援」や「就労継続支援」等の事業を創設するとともに、本事業を実効あるものとするため、福祉分野と雇用・教育分野等との連携を強化し、障害者がその適性に応じて、より力を発揮して働ける社会を目指すとされている。就労移行支援の対象者は、「一般就労を希望し、知識・能力の向上、実習、職場探し等を通じ、適性に合った職場への就労等が見込まれる障害者」（65歳未満の者）とされ、障害者手帳を有していなくても自治体の判断で対象となる。

サービス内容は①一般就労等への移行に向けて、事業所内や企業における作業や実習、適性に合った職場探し、就労後の職場

定着のための支援等を実施、②通所によるサービスを原則としつつ、個別支援計画の進捗状況に応じ、職場訪問等によるサービスを組み合わせ、③利用者ごとに、標準期間（24ヶ月）内で利用期間を設定とされている。就労移行支援事業所数は、全国2,952（平成27年2月）あり、利用者数は28,637人（平成27年2月）となっている。就労移行支援事業は、支援を行った場合、定員数に応じて報酬が算定され、表1のような報酬体系である。就労移行支援事業の利用者の一般就労への移行率は24.9%（平成25年度）となっている。

2) 地域障害者職業センターにおける職業リハビリテーション「発達障害者に対する体系的支援プログラム」

平成19年度から施行実施されていた。平成25年度は47センター及び多摩支所で実施されている。12週間程度のワーク・サポートプログラムと求職活動の支援を総合的に組み合わせたものである。対象者は、すべての発達障害である。ワーク・サポートプログラムは、センター内での技能体得のための講座（8週）と事業所での体験実習等を通じた実践的な支援（4週）で構成されている。下記の技能を習得する

- ・問題解決技能
- ・対人技能
- ・リラクゼーション技能

・作業マニュアル作成技能

3) 若年コミュニケーション能力要支援者 就職プログラム

発達障害等、コミュニケーション能力に困難を抱える者に対して個別支援を行うとともに、障害者向け専門支援を希望する者に対しては、専門支援機関等への誘導を行う等、コミュニケーション能力に困難を抱える要支援者向けの総合的な支援を行う事業とされている。

対象者は、若年求職者（34歳以下）で、コミュニケーション能力や対人関係に困難を抱えている者、不採用が連続している者、短期間で離転職を繰り返す者、発達障害の診断を有する者あるいは疑いのある者である。サービス内容は、①若年者の就職支援を行う機関と障害者の就労支援機関の連携の上で、②発達障害等、様々な要因によりコミュニケーション能力に困難を抱えている要支援者に対して、自らの特性と支援の必要性についての気づきを促し、適切な支援への誘導を行う。③発達障害者に対する専門的支援の強化を図ること等により、要支援者のニーズに応じた適切な相談・支援を実施し、要支援者の円滑な就職の促進を図る。ハローワークに配置された就職支援ナビゲーターが主要な役割を担う。平成25年より全国47局で実施されている。

4) ジョブコーチ支援

障害者の職場適応を容易にするため、職場にジョブコーチを派遣し、きめ細かな人的支援を行っています。ジョブコーチ支援には、地域障害者職業センターに配置するジョブコーチによる支援のほか、就労支援ノウハウを有する社会福祉法人等や事業主が自らジョブコーチを配置し、ジョブコーチ助成金を活用して支援する場合がある。

対象は、障害の種類や程度はさまざまで手帳の取得は不要である。雇用前の職場実習、雇用と同時に、雇用後の3つの段階で活用でき、期間は1～7ヶ月、頻度は毎日～週1回、時間は30分～1日とされている。具体的な支援例として、

A) 障害者の方への支援例

- ・職場のルールやマナーを理解するための支援
- ・仕事を理解し適切に行うための支援
- ・職場のコミュニケーションをスムーズに行うための支援

B) 企業の方への支援

- ・障害についての情報提供や障害者の方への接し方についての助言
- ・互いの気持ちが理解しあえるような関係作りの支援
- ・障害者の方が一人で仕事ができるような指導方法や職場環境の助言

C) ご家族への支援

- ・障害者の方の職業生活を支えるための助

言

があり、障害者の方に対し、一人一人に合ったスケジュールや支援方法により、きめ細かな支援を職場で行われ、また企業に対しては、職場での障害者との関わり方や雇用管理についての助言等が実施される。

方法 2

2010 年度以降の発行で発達障害についても記述されているもの、ツールやマニュアルに該当するものは 25 件該当した。そのうち、職業訓練で使用されているワークサンプルに関連するもの、事業主向けのリーフレットを除き、入手可能だったものは 10 件であった。各種マニュアル等の発行者、目的、想定されている利用者、発行時期、主な内容、特徴は以下の通りである。(表 2 参照)

- ・ 認知に障害のある人に対する相談補助シート
- ・ 若年支援機関と職業リハビリテーション機関をつなぐ雇用支援ガイド
- ・ 発達障害者のワークシステム・サポートプログラムとその支援事例(2)～注意欠陥多動性障害を有する者への支援
- ・ 発達障害者のワークシステム・サポートプログラム～発達障害者のための職場対人技能トレーニング～

- ・ 発達障害者を理解するために 2
～就労支援者のためのハンドブック～
- ・ 発達障害者のワークシステム・サポートプログラム～発達障害者のための問題解決技能トレーニング～
- ・ 発達障害者のためのリラクゼーション技能トレーニング ～ストレス・疲労のセルフモニタリングと対処方法～
- ・ ジョブコミュニケーション・スキルアップセミナー ～パートナー研修資料集～
- ・ 在職者のための情報整理シート
- ・ 発達障害者就労支援レファレンスブック(課題と対応例)

産業保健現場での応用

発達障害を理解するために事例や挿絵などを盛り込んだ分かりやすい資料や支援方法の実際、実際に利用可能なツールが開発されていた。

支援方法としては、支援の基本姿勢と、問題解決トレーニングや、リラクゼーション技能トレーニング、Social Skills Training などのトレーニングの具体的な実施ができる情報提供がされていた。

応用可能と考えられたツール

- 在職者のために情報整理シート

- 生活記録表
- 職場環境適応プロフィール
- 認知に障害のある人に対する相談補助シート
- 疲労要因チェックシート
- ストレス対処法整理シート
- 注意・集中力の特徴に関するインタビューシート
- 情報収集補助シート

支援の基本

効果的な支援を実施するための 21 の方法
「認知に障害のある人に対する相談補助シート」より

- 1) 利用者が意識出来ていない視点を提供する
- 2) 現在から将来への流れを示す
- 3) 課題の緊急性・現実性から、取り組む順位や範囲の整理を手伝う
- 4) 本人の理解レベルに応じた説明を行う
- 5) 思考や感情、状況・規範等必要な情報を目に見える形に変換する
- 6) 自他の意見や要望等の比較検討を行う
- 7) 自身の障害特性と過去の失敗体験等要素間を関連づけて整理する
- 8) 課題が顕在化する場面を敢えて作る
- 9) 課題が顕在化した時点で「今起こっていること」を相談の題材にする

- 10) 自己対処の手がかりや見本の提示などを行い、初期の負荷を軽減する
- 11) 成功体験を重ね、有用感を感じられる課題を設定する
- 12) 自己の位置づけを確認するために、グループを活用する
- 13) チェックリスト等アイテムを活用した自己観察・評価を取り入れる
- 14) 他者評価を提示し、自己評価と比較させる
- 15) 13)、14) を勘案して全体を総括するレポートを出す
- 16) 演習の機会を繰り返し設定し、意識喚起する
- 17) できることを取り上げて伸ばす
- 18) 選択肢を準備し、利用者に自分で選択してもらう
- 19) 競争でなく、利用者が自分のペースで活動できるように促す
- 20) 活動する前に、活動方法等を自分の力で企画するよう促す
- 21) 活動の途中で、利用者にその方法を自分で検討し、解決するよう促す

支援のキーワード 「発達障害者就労支援レファレンスブック」より

- ・ 課題の目標と設定
- ・ 説明・提示方法の工夫
- ・ 支援者からの働きかけ
- ・ 適切な行動の提案

- ・ 適切な行動の習得
- ・ 具体的な補完手段の利用
- ・ 職場環境の整備（業務の手順や内容への配慮、人的環境）
- ・ 関係機関との連携

方法 3

米国、英国、アイルランドの資料を調査した。米国は、自閉症スペクトラム障害と注意欠如多動性障害について、英国とアイルランドは自閉症スペクトラム障害、アスペルガー症候群が収集された（表 2）。

それぞれ Accommodation ideas や Reasonable adjustments は 8～12 項目で整理されていた。産業保健職が具体的な職場での配慮を検討する際の問題把握として十数項目で整理された項目は利用可能と考えられた。

特徴的な点として、アイルランドの資料では、Social skills の項目にいじめやからかいを予防する項目があった。

D. 考察

障害者雇用の分野で調査した 4 つの支援制度では、サービスの導入・振り分け、職業訓練、ジョブマッチング、定着支援が行われていた。

実際に支援を行う支援者向けに様々な資料が開発されており、過去 5 年に公開された 10 個の資料を検討した。支援対象者の障害

の程度や支援対象者との接点の違いなどには大きな違いはあるが、障害の理解や情報を整理するツールなど参考になるものがあると考えられた。

産業保健職が、事例対応をする場合は、面談が基本である。産業保健職が応用可能な機能としては、サービスの導入・振り分けの中での「自身の特性把握」、職業訓練、職業訓練の過程の中では、「支援の基本」、「自身の特性把握」、「特性による課題と対応」、「リラクゼーション」、定着支援の「ミスマッチしている箇所の課題の抽出」が挙げられた。

ツールの使用者もしくは使用場面としては、産業保健職がアセスメントに使うツール、労働者が課題整理や問題解決等に使うツール、労働者・支援者・雇用主が情報共有し、課題解決を図るためのツールがあり、その視点も応用可能と考えられた。

支援の基本姿勢として、信頼関係の維持をベースに自己効力感の増大・動機づけの強化、利用者のメタ認知がより機能するような支援法の実践が 21 の方法や、具体的な支援のキーワードとして、8 項目が挙げられていた。

国外の調査では、就業上の配慮が十数項目の視点で整理され、具体例が示されており、来年度以降これらを組み合わせた産業保健職向けの対応方法の提案をする。

E. 総括（まとめ）	達障害 13 例の臨床的検討. 日本児童青年精神医学会総会抄録集. 2008 2008. 11;49
なし	
F. 研究発表	
1. 論文発表	4. 佐々木 司. 【成人の高機能自閉症・アスペルガー症候群】 大学, 職場での広汎性発達障害. 精神科. 2005 2005. 12;7(6):502-6.
なし	
2. 学会発表	
なし	
G. 知的財産権の出願・登録状況	
1. 特許取得	5. 森崎 美, 藤里 智. 【職域における発達障害】高機能広汎性発達障害の就労の現状 職場での広汎性発達障害対応事例. 産業精神保健. 2011 2011. 02;19(1):24-31.
なし	
2. 実用新案登録	
なし	
3. その他	6. 森田 哲. 【高機能発達障害の職場における課題と精神科医療の取り組み】産業医からみた職場における発達障害の課題. 精神神経学雑誌. 2015 2015. 03;117(3):199-204.
なし	
H. 引用文献	
1. 永田 昌, 堤 明, 中野 和, 中村 純, 森 晃. 職域における広汎性発達障害者の頻度と対応 産業医経験を有する精神科医を対象とした調査. 産業衛生学雑誌. 2012 2012. 01;54(1):29-36.	7. 生地 新. 【職域における発達障害】成人の発達障害の診断. 産業精神保健. 2011 2011. 02;19(1):8-13.
2. 岩坂 英. 【ADHD】 ADHD と学校/社会 おとなの ADHD とは. そだちの科学. 2006 2006. 04(6):80-6.	8. 太田 晴. 【職域における発達障害】発達障害を抱える労働者への支援. 産業精神保健. 2011 2011. 02;19(1):14-8.
3. 江平 麻, 角田 智, 濱田 智. 職場不適応で明らかとなった青年期広汎性発	9. 池田 美, 山崎 友. 発達障害を伴う職場不適応事例への支援. 産業精神保健. 2007 2007. 06;15(増刊):73.

10. 田中 康. 【職域における発達障害】 職場における発達障害 現状と課題. 産業精神保健. 2011 2011.02;19(1):3-7.
11. 塩崎 一. リワークの現状と今後の展望 精神科リハビリテーションの枠組みで行うリワークプログラムにおける ASD 及び AD/HD 支援の試み. 精神神経学雑誌. 2014 2014.06(2014 特別):S270.
12. 横山 太. 高機能発達障害の職場における課題と精神科医療の取り組み 医療リワークプログラム内で行う発達障害者支援 mutual communication group について. 精神神経学雑誌. 2014 2014.06(2014 特別):S502.
13. 横山 太. 発達障害の診断をめぐる新たな形 外来だけで十分なのか リワークデイケアでの発達障害診断の試み. 外来精神医療. 2014 2014.01;14(1):32.
14. 横山 太. 【高機能発達障害の職場における課題と精神科医療の取り組み】 医療リワークプログラム内で行う成人発達障害者支援 Mutual Communication Program とサイコドラマ. 精神神経学雑誌. 2015 2015.03;117(3):212-20.
15. 加藤 進, 五十嵐 良. 【高機能発達障害の職場における課題と精神科医療の取り組み】 発達障害者の就労をめぐる諸問題 昭和大学附属烏山病院での成人発達障害を対象とした専門外来とデイケア・プログラムにおける取り組みを中心に. 精神神経学雑誌. 2015 2015.03;117(3):195-8.
16. 海老澤 尚. 高機能発達障害の職場における課題と精神科医療の取り組み 成人の発達障害専門外来とリワークプログラムにおける SSR の紹介. 精神神経学雑誌. 2014 2014.06(2014 特別):S502.
17. 海老澤 尚. 【高機能発達障害の職場における課題と精神科医療の取り組み】 成人の発達障害専門外来とリワークプログラムにおける専門プログラム (Social Skill Renovation) の紹介. 精神神経学雑誌. 2015 2015.03;117(3):205-11.
18. 市川 宏. 【職場のメンタルヘルスと復職支援-その効果的な利用のために】 高機能発達障害者のリワーク. 精神医学. 2013 2013.08;55(8):735-40.
19. 福田 真. 【おとなの ADHD 臨床 II】 おとなの ADHD の職業支援 産業精神保健とリワークの立場から. 精神科治療学. 2013 2013.03;28(3):339-43.

20. 福島 南, 高橋 望, 伊藤 花, 飯島 優, 五十嵐 良. 職域における成人の発達障害の課題 医療機関のリワークプログラムにおける発達障害への取り組み. 産業精神保健. 2014 2014. 07;22(増刊):47.
<http://www.nivr.jeed.or.jp/research/kyouzai/kyouzai49.html>
21. 発達障害者に対する雇用継続支援の取り組み～在職者のための情報整理シートの開発～、障害者職業総合センター職業センター実践報告 No. 27
<http://www.nivr.jeed.or.jp/center/report/practice27.html>
22. 発達障害者の職業生活上の課題とその対応に関する研究－「発達障害者就労支援レファレンスブック」活用のために－、障害者職業総合センター、資料シリーズ No84
<http://www.nivr.jeed.or.jp/download/shiryu/shiryu84.pdf>
23. 発達障害者のためのリラクゼーション技能トレーニング ～ストレス・疲労のセルフモニタリングと対処方法～、障害者職業総合センター職業センター支援マニュアル No. 10
<http://www.nivr.jeed.or.jp/center/report/support10.html>
24. リカバリーのための就労支援－就労支援者用マニュアル
<http://www.nivr.jeed.or.jp/research/kyouzai/kyouzai49.html>
25. 認知に障害のある人に対する相談補助シート
http://www.nivr.jeed.or.jp/research/kyouzai/34_ninchi.html
26. 若年支援機関と職業リハビリテーション機関をつなぐ雇用支援ガイド
http://www.nivr.jeed.or.jp/research/kyouzai/43_hattatsu.html
27. ジョブコミュニケーション・スキルアップセミナー ～パートナー研修資料集～
<http://www.nivr.jeed.or.jp/research/kyouzai/kyouzai47.html>
28. 発達障害者のワークシステム・サポートプログラムとその支援事例（２）～注意欠陥多動性障害を有する者への支援、障害者職業総合センター職業センター実践報告書 No. 23
<http://www.nivr.jeed.or.jp/center/report/practice23.html>
29. 発達障害者のワークシステム・サポートプログラム～発達障害者のための問題解決技能トレーニング～、障害者職業総合セン

ター職業センター支援マニュアル No. 8

[http://www.nivr.jeed.or.jp/center/rep
ort/support08.html](http://www.nivr.jeed.or.jp/center/repository/support08.html)

30. 発達障害者を理解するために 2 ～
就労支援者のためのハンドブック～

[http://www.nivr.jeed.or.jp/center/rep
ort/support07.html](http://www.nivr.jeed.or.jp/center/repository/support07.html)

31. Accommodation and Compliance Series:

Employees with Attention

Deficit-Hyperactivity Disorder

[https://askjan.org/media/downloads/ADH
DA&CSeries.pdf](https://askjan.org/media/downloads/ADHDA&CSeries.pdf)

32. Accommodation and Compliance Series:

Employees with Autism Spectrum Disorder

[https://askjan.org/media/downloads/ASD
A&CSeries.pdf](https://askjan.org/media/downloads/ASDA&CSeries.pdf)

33. Reasonable adjustments: Asperger

Syndrome [aspergers] and autism

[http://www.northlincs.gov.uk/EasySiteW
eb/GatewayLink.aspx?alId=8579](http://www.northlincs.gov.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?alId=8579)

34. Reasonable Accommodations for people
with Autism Spectrum Disorder

[http://nda.ie/nda-files/Reasonable-Acc
ommodation-for-people-with-Autism-Spec
trum-Disorder1.pdf](http://nda.ie/nda-files/Reasonable-Accommodation-for-people-with-Autism-Spectrum-Disorder1.pdf)

表1 就労移行支援事業の報酬体系(平成27
年4月～)

定員数	単位
20人以下	804単位/日
21人以上40人以下	711単位/日
41人以上60人以下	679単位/日
61人以上80人以下	634単位/日
81人以上	595単位/日

1単位:10円

主な加算

就労定着支援加算	21～146単位
移行準備支援体制 加算	41、100単位
就労支援関係研修 終了加算	11単位
福祉専門職員配置 等加算	15、10、6単位
食事提供体制加算、 送迎加算、訪問加算 等	

表2

国： 名称	日本： 在職者のための情報整理シート	日本： 発達障害者就労支援レファレンスブック（課題と対応例）
発行者	障害者職業総合センター	障害者職業総合センター
目的	対象者、事業主及び支援者が職場で発生している問題の状況について、共通認識を図るためのツールとして開発	職業評価と支援計画の策定時の参考資料
利用者	支援者、事業主、対象者	支援者
時期	2015 年 3 月	2015 年 3 月
主 な 内 容	職場で発生している問題として、3つの分類 60 項目で構成される情報整理シート 1) 健康面・体調面・生活面について 2) 職場のコミュニケーションについて 3) ビジネスマナーについて	職業生活上の課題 145 項目を 5 つの大分類に整理、課題ごとに目指すべき行動につながる支援方法が記述 1) 業務遂行 2) 対人関係・コミュニケーション 3) ルール・マナー 4) 行動面の課題 5) 自己理解や精神面の課題
特徴	・在職者の雇用継続のため職場で発生している問題の状況把握についてのツールでコミュニケーションについて、詳細な項目あり。3 者がそれぞれで評価し、改善について協議する方法が提示されている。	・ 400 ページを超える資料。 ・ 支援のキーワードとして、課題の目標と設定、説明・提示方法の工夫、説明・提示内容の工夫、支援者からの働きかけ、適切な行動の提案、適切な行動の習得、具体的な補完手段の利用、職場環境の整備（業務の手順や内容への配慮、人的環境）、関係機関との連携が挙げられている。

国： 名称	発達障害者のためのリラクゼーション技能トレーニング～ストレス・疲労のセルフモニタリングと対処方法～	リカバリーのための就労支援－就労支援者用マニュアル－
発行者	障害者職業総合センター	障害者職業総合センター
目的	支援者向け資料	リカバリーに関する情報提供と個別支援、事業主に対する配慮提供への支援の方法
利用者	支援者	就労移行の過程における利用者とその家族を支える就労支援者
時期	2014 年 3 月	2015 年 4 月
主な内容	ワークシステム・サポートプログラムの就労セミナーにおいて技能トレーニングの一つとして実施している「リラクゼーション技能トレーニング～ストレス・疲労のセルフモニタリングと対処方法」について、これまでの実施内容や改良点を取り入れ、より実践的な支援ポイントを記載したもの	メンタルヘルスにおける「リカバリー」とは、症状の有無に関わらず、症状のある場合は、自身でそれを管理しつつ、有意義な生活を送る手立てを見出す過程と捉える。
特徴	・約 130 ページの資料 ・リラクゼーション技能トレーニングの進め方、各スライドとその構成と目的、教示マニュアルなども網羅されている。	疲労要因チェックシート ☐ 希望や気持ちを表現する時 ☐ 相手の気持ちが分からない時 ☐ 仕事に取り組む気持ちがない時 ☐ 仕事の量が多い時 ☐ 仕事の内容が難しい時 ☐ 自信がなくなった時 ☐ 集中して仕事をする時 ☐ 知らない場所に移動する時 ☐ 周囲に物音がある時 ☐ 服薬管理について相談する時 ☐ 症状（幻聴など）を軽減できない時 ☐ その他_____ 睡眠健康維持に重要な確認項目などがまとめられている

--	--	--

国： 名称	認知に障害のある人に対する相談 補助シート	若年支援機関と職業リハビリテーション 機関をつなぐ雇用支援ガイド
発行者	障害者総合センター	障害者総合センター
目的	認知に障害のある人に対する支援 ツール	若年支援者向けの導入資料
利用者	支援者	若年支援機関の支援者
時期	2011 年 3 月	2013 年 4 月
主な内容	認知の障害とは、①記憶の障害、② 注意の障害、③思考の障害、④問題 解決の障害、⑤コミュニケーション の障害、⑥行動と情緒の障害と定義 されている。SheetA-1「支援を進め る際のポイント」,A-2「効果的な支 援実施方法」,B「相談時チェックシ ート」,C「情報収集補助シート」、 SheetD-1「次回までのチャレンジシ ート」、SheetD-2「Sheet D-1 の図 示」の6種類のシートがある。	若年支援機関（若年コミュニケー ション能力要支援者就職プログラ ム、新卒応援プログラム、地域若者 サポートステーション、ジョブカフ ェ）の利用者の実態と、発達障害が ある人の特性のポイント、専門支援 につなぐポイント、若年支援機関で の相談を通して、自己理解を深め、 職業準備を進め診断を受けて、専門 支援に結びついた4つのケースの紹 介と地域障害者職業センターにおけ る発達障害者に対する体系的支援プ ログラムの概要と障害者就業・生活 支援センターにおける支援の概要
特徴及び産 業保健現場 に応用可能 な点	・信頼関係の維持をベースに、自己 効力感の増大・動機づけの強化、利 用者のメタ認知がより機能するよ うな支援方法。効果的な支援を実施 するための方法として21の方法が 提示されている。また、言葉かけの ヒントもコラムとしてまとめられ ている。	・8ページの資料で、若年支援機関支 援者向けの簡単なリーフレット ・自己理解を深めて専門支援に結び ついたケースは、産業保健にも応用 可能と考えられる。

国： 名称	ジョブコミュニケーション・スキルアップセミナー ～パートナー研修資料集～	発達障害者のワークシステム・サポートプログラムとその支援事例(2)～注意欠陥多動性障害を有する者への支援
発行者	障害者職業総合センター	障害者職業総合センター
目的	利用者の資料	支援者向けの資料
利用者	パートナー研修受講者、ソーシャルスキルトレーニングや認知行動療法を勉強したことがある人	支援者
時期	2015 年 3 月	2010 年 3 月
主な内容	パートナー研修 5 回の研修内容 第 1 回 SocialSkillsTraining に障害者が参加する意義を確認し、SST の原理 第 2 回 SST と認知行動療法について 第 3 回対象者の希望から目標設定までのプロセス 第 4 回 SST の訓練構造の背景、社会的学習理論について 第 5 回 SST と問題解決技能訓練	発達障害者向けのプログラムのうち、注意欠陥多動性障害を有する人を主対象としたワークシステムプログラムの実施状況と支援事例、支援ポイントをまとめたもの
特徴及び産業保健現場に応用可能な点	・障害者職業総合センターが下記の目的で実施した研修資料をまとめたもの	プログラムで使用している資料として、アセスメント関連で 13 個、求職活動で 5 個ある。 そのうち、職場環境適応プロフィール、作業環境の構成要素、健康チェック表、生活記録表、生活場面のアセスメントシート、ふりかえりシート、障害特性を反映した受講者の構成的コミュニケーション、思考、行動の特徴例、ストレス対処法整理シート、注意・集中力等の特徴に関するインタビューシートなどの資料

国： 名称	発達障害者のワークシステム・サポートプログラム～発達障害者のための問題解決技能トレーニング～	発達障害者を理解するために 2 ～就労支援者のためのハンドブック～
発行者	障害者職業総合センター	障害者総合センター
目的	支援者向けのマニュアル	支援者向け資料
利用者	支援者	支援者
時期	2013 年 3 月	2012 年 3 月
主な内容	発達障害者のワークシステム・サポート問題解決技能トレーニングプログラムの中で実施されている問題解決技能トレーニングの開発経緯、内容、具体的な実施方法や実施上の留意点、事例がまとめられている。 第 1 章 プログラムの概要と問題解決技能トレーニングの概要 第 2 章では、問題解決技能トレーニングの実施方法について、オリエンテーションやセッションの進め方などシナリオ形式で記載 第 3 章では、問題解決技能トレーニングをさらに深めて効果的に実施するための解説	就労支援に必要な知識や支援ノウハウ等を網羅し、より実践的な場面で活用されるように支援ポイントを取りまとめたもの。 第 1 章発達障害者が職場で困っていること、その原因、支援方法について 第 2 章は発達障害の基礎知識 第 3 章、第 4 章は、職場での受入れ・定着を促す際や、職業生活を支える上での支援ポイント 第 5 章ではナビゲーションブックの作成ポイント例 第 6 章企業の雇用事例 第 7 章各種援助、支援機関の紹介
特徴及び産業保健現場に応用可能な点	問題解決技能トレーニングの実施内容で参考になる。問題状況分析シートや方法やデモンストレーションの DVD が用意されている。 また、事例は、グループトレーニングもしくは個別トレーニングでの事例がある。	・約 100 ページにわたる資料 ・発達障害者が 10 の場面で、職場で困りやすいことを、挿絵付きで分かりやすく解説しており、発達障害そのものの理解から、各支援機関の役割なども記述されている。

国： 名称	米国： Accommodation and Compliance Series: Employees with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder	米国： Accommodation and Compliance Series: Employees with Autism Spectrum Disorder
発行者	Job Accommodation Net work	Job Accommodation Net work
目的	ADHD を有する従業員の雇用主が適切な配慮の決定と、Americans with Disabilities Act の順守することを支援する	自閉症スペクトラム障害を有する従業員の雇用主が適切な配慮の決定と、Americans with Disabilities Act の順守することを支援する
利用者	雇用主	雇用主
発行日	2013 年 1 月	2013 年 6 月
主な内容	Accommodation ideas 1) Time Management 2) Memory 3) Concentration 4) Organization and Prioritization 5) Social Skills 6) Hyperactivity/Impulsivity 7) Multi-tasking 8) Paperwork	Accommodation ideas 1)Speaking /Communicating 2)Atypical Body Movements 3) Time management 4)Maintaining Concentration 5)Organization and Prioritization 6)Memory 7)Multi-tasking 8)Issues of Change 9)Stress Management 10)Social Skills 11)Sensory Issues 12)Company Structure, Conduct Policy, and Discipline
特徴	・ Atypical Body Movements は落ち着かせたり、集中力を維持するために有用だが、同僚を邪魔することがあるから、休憩する場所や体を動かす休憩時間の確保などをする。 ・ 集中力の維持のために、聴覚刺激、視覚刺激、直接の接触（後ろから近寄る）などで邪魔されるなら刺激を減らす。 ・ 香料への過敏に対して、芳香剤の不使用や場所の変更。蛍光灯への過敏に対して、照明の変更、聴覚過敏に対してノイズキャンセリングヘッドフォンの使用を許可する。	

国 : 名称	英国 : Reasonable adjustments: Asperger Syndrome [aspergers] and autism	アイルランド Reasonable Accommodations for people with Autism Spectrum Disorders
発行者	North Lincolnshire Council Diversity	National Disability Authority
目的	Guidance on meeting specific needs and making reasonable adjustments in the workplace	自閉症スペクトラム障害を有する人が直面する課題の説明とその支援の記述
利用者	Manager など	対象者、教育者、雇用主、支援者など
発行日	2013 年 5 月	2014 年 10 月
主な内容	Reasonable adjustments 1) Stressful (new) situations 2) Focus 3) Taking instruction 4) Telephone conversation 5) Humour – team banter – social cues 6) Eye contact 7) Environmental factors 8) Change	 1) Social skills 2) Intellectual Function 3) Communication and Language 4) Attention Span 5) Emotional Functions 6) General Sensation 7) Sleep Functions 8) Control of Voluntary Movement
特徴	Guidance on meeting specific needs and making reasonable adjustments in the workplace の付属資料で 30 の各障害について簡単にまとめられた 2 ページの資料 Asperger Autism の 8 つの要素に対する Reasonable adjustments を簡潔に記載	Social skills に必要な配慮として 11 項目挙げられている。そのうち、からかいやいじめの予防をすることが項目としてあり。同僚に対する認識向上に対する取り組みについての記載

労災疾病臨床研究事業費補助金

分担研究報告書

産業領域の個別対応における認知行動的アプローチの活用に関するレビュー

研究分担者 田中克俊 北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学・教授

研究協力者

関屋裕希 東京大学大学院医学系研究科；精神保健学分野

研究要旨

ストレスマネジメント対策の効果を比較したメタ解析にて、認知行動療法の原則を用いた個人向けのアプローチは最も有用と報告されている。本レビューでは、認知行動的アプローチが我が国の職場での個別対応場面でどのように活用されているかを調べると同時に、そのメリットと限界や課題について検討を行った。

その結果、認知行動療法を用いた個別介入は、一次予防、二次予防、三次予防のための方法として比較的幅広く実施されており、我が国においても効果的な介入方法の一つであることが示唆された。しかしながら、現状では、認知行動療法専門家の不足、低強度の認知行動療法の実施者の養成、より簡便な方法の開発、効果の評価方法など、数多くの課題も残されていることが明らかとなった。

A. 研究目的

認知行動療法は、人間の感情（気持ち）が認知のあり方（考え方、捉え方）の影響を強く受けることに注目して、辛い気持ちになったときの認知に働きかけて心を楽しんだり、行動的な問題解決を手助けしたり

する期間を限定して行われる構造化された心理療法である。認知行動療法は、うつ病に対する心理療法として開発されたが、その後、不安障害をはじめとする様々な精神疾患の治療法としてはもちろんのこと、日常のストレス対処を通じた疾患予防や外来

診療の支援などに用いられるなど、適用範囲は広がってきている。

職域におけるストレスマネジメント対策の効果を比較したメタ解析でも、もっとも効果的な個人向けの介入は、認知行動療法をベースとした認知行動的アプローチのトレーニングであると報告されている。本レビューでは、職場で生じているメンタルヘルス不調の問題に対して、認知行動的アプローチがどのように活用されているか（適応の範囲）、どの職種、こういった立場の者が行っているか、認知行動療法を活用することのメリット、職場で行うことの限界や課題を整理することを目的とする。

B. 研究方法

論文検索に医学中央雑誌 Web を使用し、検索語を<認知行動療法>と<職場/産業/労働者>とし、制限を<会議録を除く>とした結果、268 の文献が該当したが、120 論文は、医療機関や介護、教育の領域における認知行動療法に関する論文であった。残りの 148 論文のうち、45 論文は医療機関におけるリワークや治療、外部 EAP 機関に関する論文であり、71 論文は個別対応に関する論文ではなかった。残った 32 論文のうち、国立国会図書館においても製本中などで文献が入手できなかった 3 本を除き、最終的に 29 論文について、検討を行った。

C. 研究結果

一次予防に関して記載のあった論文が 23^{1), 2), 3), 4), 5), 6), 7), 8), 9), 10), 11), 12), 13), 14), 15), 16), 17), 18), 19), 20), 21), 22), 23)}、二次予防に関して記載のあった論文が 15^{1), 2), 5), 6), 7), 8), 9), 14), 15), 19), 21), 23), 24), 25), 26)}、三次予防に関して記載のあった論文が 9^{10), 12), 14), 15), 22), 24), 27), 28), 29)} あった。

一次予防

一次予防に関する論文には、睡眠衛生教育、食事や運動などの生活習慣に関する保健指導、ストレスマネジメント能力の向上のために行われるセルフケアに関する個別指導が含まれていた。このうち、睡眠衛生教育や食事や運動などの生活習慣に関する保健指導は、二次予防の役割も果たしていると考えられる。

睡眠衛生教育や睡眠保健指導に関する論文は 12 本^{3), 4), 5), 6), 7), 8), 9), 13), 16), 17), 21), 23)}であった。睡眠衛生教育は、不眠による健康障害の予防、快眠のための睡眠生活習慣の習得といったセルフケアの向上、昼間の眠気による事故や生産性低下の防止、仕事に対するモチベーション、精神的健康度の維持を目的として行われ、Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I) を基礎として行われる。CBT-I とは、不眠の維持要因になっている思考や行動の癖を明らかにして、それを変容させることで不

眠の改善を図る技法であり、睡眠衛生教育、睡眠スケジュール法（刺激調整法、睡眠制限法）、認知療法、リラクセーション技法からなるマルチコンポーネント技法である。実施者は明記されていない論文がほとんどであったが、1 論文には産業保健職、1 論文には産業医と書かれてあった。期間や回数については、1 回 50～60 分のセッションを 4～8 回行うと記載されていた

課題としては、睡眠衛生に関わる環境は個体差が大きいのので、個人にとって受け入れやすい形にアレンジした上で、指導することが重要であることが指摘されていた。また、睡眠障害の鑑別診断を正確に行う必要性、事前に睡眠の専門家による教育を受けて、睡眠に関する医学的知識を十分に習得することが望ましく、CBT-I 技法の十分な習得が前提であり、精神症状がある場合には精神療法家としての技術が必要とされ、保健指導としても実施する場合にも専門家によるきちんとした教育をしっかり受けることが大事であることが挙げられていた。また、その対応策として、国立精神・神経医療センター、日本睡眠学会、うつ病の予防・治療日本委員会などで定期的に行われる研修会など専門家による教育を受ける、専門医医療機関でのケアが必要なケースが発生する場合もあるため、事前に睡眠専門医療機関、精神科などの医療機関について

の情報を収集しておくといった方法が紹介されていた。

睡眠以外の食事、運動などの生活習慣についての保健指導、具体的な目的が明記されていない保健指導をテーマにした論文が 5 本^{1), 2), 3), 6), 23)}あった。これらの取り組みも二次予防の役割も果たすと考えられる。実施者は、保健医療従事者、産業保健職が挙げられていた。食事、運動、生活リズム、飲酒行動の改善を目的とし、自助教材を活用しながら行われる方法や、通信指導や電子化プログラムを活用して行われる方法も挙げられていた。課題としては、睡眠衛生教育と同様に、生活習慣に関わる環境の個体差が指摘されており、個人に合わせた柔軟な指導が求められると指摘されていた。

セルフケア（ストレスマネジメント能力の向上、疾患予防、生産性向上）を目的として行われる一次予防についての論文は 8 論文^{10), 11), 12), 13), 18), 19), 20), 22)}あった。実施者としては、管理医、産業看護職、臨床心理士が挙げられ、設定の明記されていない個別指導や、インターネットや電話を使用する個別指導、平均 3.5 回の対面セッションによって、ストレスコーピングの技法を中心に個人が問題解決できるような働きかけを行うものが取り上げられていた。認知行動療法では、知識や技法をただ教えるのではなく、その前提には産業保健スタッフの人間的かわりが大事であることが示

されていた。認知行動療法では、対象者の主体性を尊重しながら、温かく良好な関係を保ち続けられるようにすることがまず前提となることが強調されていた。

二次予防

二次予防に関して記載のあった論文のうち、保健指導や睡眠衛生教育について記載された一次予防と重複のある論文が10論文^{1), 2), 5), 6), 7), 8), 9), 21), 23), 24)}あった。不調者の個別対応に関する論文は3論文^{19), 21), 25)}あり、作業環境の調整のために認知行動療法を応用する取り組みに関して記載された論文が1論文²⁴⁾あった。

不調者の個別対応に関する論文は、それぞれ、パニック障害で不調を訴える社員に対する社内相談窓口での臨床心理士による対応¹⁹⁾、うつ病に対する社内カウンセリングルームにおける臨床心理士による認知行動療法の活用に関する論文²⁵⁾、職場で遭遇する困難な認知の事例に対する保健師による認知行動療法の介入に関する論文²⁶⁾であった。

パニック障害の事例では、電車通勤に支障があるという主訴のもと、心療内科医によるパニック障害の投薬治療と社内相談窓口の臨床心理士によるカウンセリングが併用された。頻度や回数等は明記されていなかったが、介入の内容としては、「また発作が起こって今度こそ電車

の中で死亡するかもしれない」という誤った思い込みを修正する認知の修正と、怖い状況に接するにあたって、呼吸法で身体をリラックスすることによって、徐々に怖いという気持ちを克服していく系統的脱感作を行ったとのことであった。そして、3か月後には通勤に支障がない状態となったと報告されている。また、論文内では、認知行動療法はマニュアルに沿って進められるため、カウンセリングにあまりなじみのない労働者にも受け入れられやすい形のカウンセリングであり、ワークブック形式で宿題が出てカウンセリングを進めることができるため、遠隔地のクライアントにも推薦できるメリットが示されていた。

うつ病の事例では、不況の影響による部下の営業成績の不振、部下の仕事での交通事故について自責的になったことをきっかけに、十二指腸潰瘍、食欲低下、早朝覚醒、疲労感の症状を呈し、うつ病と診断を受け休職した労働者に対し、精神科主治医による投薬と休養の効果が表れ寛解してきた時期より始まった、社内カウンセリングルームにおける臨床心理士による介入についてまとめられていた。1年1か月の間に隔週全12回のセッションが行われた。第1期(3回)の間に認知行動モデルに基づくC1のアセスメント、第2期(6回)では、問題確認記録表や気

分記録表、非機能的思考記録表を活用した認知再構成、第3期(3回)では、復職に向けての準備期間の中で、獲得した合理的な考え方やコミュニケーションスキルの実践、第4期(5回)では間隔を空けながらのフォローアップを行った。その結果、BDI 得点は50点前後から30点近くまで低下し、円滑な復職へとつながったとのことであった。論文内では、企業で働く人々は仕事の合間に医者やカウンセラーのところに行くことになるが、時間的な制約がある。他方、カウンセラーも来談者増加により1人に時間や回数をかけられないため、システムが確立しているCBTは、①単極性で非精神病性で急性の外来患者の抑うつ治療については、薬物療法と同等の効果があり、高kが劣るという報告はない、②治療期間が同じならば他の心理療法よりもすぐれている、③薬物療法を併用していてもネガティブな効果はない(しかしそれによって効果が高まるかということについては明らかになっていない)、④うつ病の再発に予防効果がある、といったような特徴から産業領域での活用が期待されると述べられていた。

職場で遭遇する困難な認知の事例では、人前での極度な緊張を訴える労働者に対して行われた、月1回の面談における保健師の介入と、昇進後に会社に損失を与

えたという思いこみから出社拒否となった労働者に対して行われた保健師による介入の2事例が紹介されていた。介入の詳細は記載されていなかったが、極端に偏った考え方、行動パターンにて問題解決が困難になっている事例については、個人の考え方を否定することなく、極端に偏った考え方や行動を楽にしてあげる、「気づきえの援助」が保健師にできる介入だと指摘されていた。同時に、メンタル不調になった個人を取り巻く上司や同僚、会社側などの偏った考え方への「気づきの援助」の必要性も示されていた。

作業環境の調整のために認知行動療法を応用する取り組みに関して記載された論文では、実際の体調の変化や行動の変化に気がついてから対応するのではなく、作業内容や作業環境が変わることをストレス度の上昇ととらえ、そこに認知行動アプローチを展開するような仕組みができないだろうかと提案されていた。管理部門が配置転換、転勤、昇進、上司の交替、組織や人員の縮小、業務負担の増加、海外派遣などを把握し、認知に変化が起ることを前提とした事前対応をすることで発症予防に結びつけることへの期待が示されていた。

三次予防

三次予防に関して記載のあった論文のうち、復職者に対する復職支援に認知行動療法を活用する論文が8論文^{10), 12), 14), 15), 22), 27), 28), 29)}、復職者の上司に対するコンサルテーションに認知行動療法を活用すると記載のあった論文が1論文²⁴⁾あった。

復職者に対する復職支援は、職場復帰の定着と再発防止を目的として行われ、実施者は、産業医、管理医、保健師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士などの産業保健スタッフが挙げられていた。設定としては、復職面談のときに活用するほか、セルフヘルプを促すパンフレットや小冊子、書籍などの教育的リソースの紹介、ホームワークを与える、コンピュータプログラムの活用が挙げられていたが、具体的な回数や時間は明記されていなかった。

復職者の上司へのコンサルテーションについては、産業看護職である筆者の会社の取り組みが紹介されていた。厚生労働省による「職場復帰支援の手引き」に基づいて、ケースごとに対応をしており、特に平成21年の手引き改訂以降は、主治医との連携を強化し、産業医による情報提供の依頼、上司と主治医との情報の共有（会社事情・業務内容、症状・治療上の課題など）といった、具体的な連携により、スムーズな復職と、再発予防につ

なげる努力をしているとのことであった。しかし、再発の頻度の高さや就業制限の長期化など、復職がスムーズに進捗しないことにより、うつ連鎖といった組織への影響が起こる場合があるとのことであった。復職支援における管理職の悩みとして、「どのような仕事を与えたらよいのか」「十分でない業績をどのように評価したらよいのか」といった疑問があり、現場で手さぐりで復職支援をしている管理職に対して継続的なコンサルテーションが必要であると指摘されていた。また、復職支援においては、主治医の治療内容のうち、薬物以外の治療法の把握が難しいことが指摘されており、主治医がどのような心理療法を行い、どのように効果をあげ、今後、どのような対処法を継続していけばよいかといった点について、引き継がれるべきと示唆した上で、認知行動アプローチの手法の中にある認知傾向の評価と対処法継続のためのシートなどを施用すれば、個人情報を実に保護したうえで情報共有に活用できることへの期待が述べられていた。

一次予防～三次予防全般

一次予防～三次予防まで概論的に触れていた論文が2論文^{14), 15)}あった。主治医の立場から書かれた論文では、認知行動療法は労働者のメンタルヘルス不調

に有用な治療技法であり、二次予防と三次予防が可能と指摘された上で、主治医の職場状況理解や、職場の主治医の治療方針理解など、主治医と職場の連携における課題と重要性が指摘されていた。産業医の立場から書かれた論文では、一次予防では、認知行動療法の内容を理解することで、従業員自らが自身の認知のくせやゆがみに気づき修正することによる予防的効果が期待されると書かれており、二次予防では、主治医主導であることが前提ではあるが、メンタルヘルス不調者が休業に至る前に、認知行動療法を取り入れることにより就業の継続が可能となる事例が指摘されている。三次予防では、復職前段階での認知行動療法が積極的に取り入れられるべきで、模擬的なリワークに留まるのではなく、実際の就業場所において支援できることによる効果の大きさ、復職後のフォローに活用することによる再発防止への寄与が挙げられていた。

D. 考察

本レビューでは、認知行動的アプローチが我が国の職場での個別対応場面でどのように活用されているかを調べると同時に、そのメリットと限界や課題について検討を行った。その結果、認知行動療法を用いた個別介入は、一次予防、二次予防、三次予

防のための方法として比較的幅広く実施されており、我が国においても効果的な介入方法の一つであることが示唆された。しかしながら、現状では、認知行動療法専門家の不足、低強度の認知行動療法の実施者の養成、より簡便な方法の開発、効果の評価方法など、数多くの課題も残されていることが明らかとなった。

E. 総括（まとめ）

認知行動療法の原則を用いた個人介入は、労働者のメンタルヘルスケアのために有効と期待されるが、職域で安全にスムーズに実施するためには、まだ多くの課題が残されている。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

H. 引用文献

- 1) 羽地 典子 (2015). 産業保健における看護職などコ・メディカルの認知行動療法的関わり その機能の概要と実践 認知行動療法と未来構築保健指導 認知療法研究 8 巻 2 号 Page217-219
- 2) 瀬在 泉 (2015). 産業保健における看護職などコ・メディカルの認知行動療法的関わり その機能の概要と実践 日常の対応場面を行動変容に活かす 「動機づけ面接」から 認知療法研究 8 巻 2 号 Page215-217
- 3) 足達 淑子 (2015). 【職場のメンタルヘルスの実際】 生活習慣改善のための認知行動療法 最新精神医学 20 巻 1 号 Page27-34
- 4) 綾部 直子, 三島 和夫 (2015). 【職場のメンタルヘルスの実際】 睡眠改善を通じた職場のメンタルヘルス対策 最新精神医学 20 巻 1 号 Page27-34
- 5) 山本 愛 (2015). 【職域における睡眠問題をめぐって】 職域における睡眠衛生教育、睡眠保健指導の実際 産業医学ジャーナル 37 巻 5 号 Page8-12
- 6) 田中 克俊 (2014). 【職場のメンタルヘルス対策 Q&A】 産業保健スタッフの活動 認知行動療法の産業保健職による応用は? 産業精神保健 22 巻特別号 Page66-68
- 7) 山本 愛 (2014). 【産業衛生と睡眠】 職域における不眠の認知行動療法 睡眠医療 8 巻 1 号 Page45-51
- 8) 山本 愛, 磯島 学, 中村 佐紀 (2014). 【職域における睡眠衛生活動】 職域における睡眠衛生教育・睡眠保健指導の実際 産業精神保健 22 巻 1 号 Page21-27
- 9) 岡島 義 (2014). 【職域における睡眠衛生活動】 不眠症に対する認知行動療法の実際 産業精神保健 22 巻 1 号 Page14-20
- 10) 大野 裕 (2014). 職場のメンタルヘルス入門編 認知療法・認知行動療法 産業ストレス研究 20 巻 4 号 Page389-391
- 11) 池野 多美子 (2014). 【地域小規模事業所におけるストレスケア】 職域カウンセリングの果たす役割 一次予防としてのカウンセリング効果 ストレス科学 28 巻 1 号 Page17-22
- 12) 田島 美幸 (2013). 【認知行動療法】 職場のストレス対処に活用する 認知行動療法 最新精神医学 18 巻 2 号 Page141-146
- 13) 田中 克俊 (2013). 認知行動療法を用いたメンタルヘルス対策 産業ストレス研究 19 巻 4 号 Page309-312
- 14) 豊川 彰博 (2012). 産業保健現場における認知行動療法の現状と課

- 題(関西版) 産業医の立場から 認知療法研究 5 巻 1 号 Page16-18
- 1 5) 井上 幸紀 (2012). 産業保健現場における認知行動療法の現状と課題(関西版) 精神科医の立場から 認知療法研究 5 巻 1 号 Page12-14
- 1 6) 田中 克俊 (2012). 職域での認知行動療法の活用 外来精神医療 12 巻 1 号 Page84-85
- 1 7) 田中 克俊 (2012). 【うつ病をめぐる最近の話題】 企業のうつ病対策あるべき姿 Pharma Medica 30 巻 3 号 Page39-42
- 1 8) 市川 佳居 (2010). 産業心理臨床のヒント (Vol. 4) EAP 臨床心理学 10 巻 3 号 Page468-469
- 1 9) 市川 佳居 (2009). 産業臨床心理学入門 産業心理臨床の理論と技法 認知療法 産業看護 1 巻 4 号 Page390-394
- 2 0) 吉岡 昌子, 武藤 崇 (2009). 【ACT=ことばの力をスリとかわす新次元の認知行動療法】 臨床編 職場のストレス・マネジメントへの適用 ころのりんしょう a・la・carte 28 巻 1 号 Page158-162
- 2 1) 小曾根 基裕, 伊藤 洋 (2008). 過重労働と健康障害 産業医活動のための臨床と予防管理の実際 睡眠障害の臨床と予防管理 産業医学ジャーナル 30 巻 5 号 Page11-17
- 2 2) 野畑 綾子, 小川 理恵子, 鈴木 竜世, 尾崎 紀夫 (2005). 職域における psychoeducation うつ病への対応を中心に ムードディスオーダー・カンファランス 4 回 Page1-7
- 2 3) 足達 淑子 (2004). 生活習慣病と行動科学的アプローチ 産業精神保健 11 巻 4 号 Page326-331
- 2 4) 鈴木 美恵子 (2012). 産業保健現場における認知行動療法の現状と課題(関西版) 産業看護職の立場から 認知療法研究 5 巻 1 号 Page18-20
- 2 5) 緒方 一子, 内山 喜久雄 (2005). 増加する職場のうつに対する認知行動療法の適用 カウンセリング研究 36 巻 4 号 Page389-398
- 2 6) 吉岡 佳子 (2004). 産業精神保健で役立つ認知的アプローチ 職場で遭遇する困難な認知の事例 産業精神保健 11 巻 4 号 Page371-381
- 2 7) 田島 美幸 (2013). 【職場のメンタルヘルスと復職支援-その効果的な利用のために】 気分障害の心理療法とリワーク 認知行動療法の活用 精神医学 55 巻 8 号 Page741-745
- 2 8) 佐藤 恵美 (2011). 【臨床技法としての面接】 職場うつと職場復帰支

援の面接技法 臨床心理学 11 巻 2 号

Page210-214

- 29) 行正 徹 (2009). 産業メンタル
ヘルスにおける森田療法の活用 産業
現場での職場復帰と認知行動療法的
アプローチについて 日本森田療法学
会雑誌 20 巻 1 号 Page49-52

文 献 番 号	タイトル	著者	雑誌名	主 題	CBT の活 用目的	CBT 実 施者	設定(期間、回 数)	効果	限界・問題点
1	産業保健における 看護職などコ・メデ ィカルの認知行動 療法的関わり そ の機能の概要と実 践 認知行動療法 と未来構築保健指 導	羽地 典子	認知療 法研究	未来構築保 健指導(CBT の要素:関係 性構築、協 働関係、未 来志向、行 動変容を取 り入れてい る)	保健指導	不明	不明	自分が話したいこ とが話せた (85%)、自分で目 標を決めることが 出来た(88%)	
2	産業保健における 看護職などコ・メデ ィカルの認知行動 療法的関わり そ の機能の概要と実 践 日常の対応場 面を行動変容に活 かす「動機づけ 面接」から得られ るヒント	瀬在 泉	認知療 法研究	行動変容へ の動機づけ 面接の活用	保健指導	保健医 療従事 者	不明	保健医療者の無 力感、燃えつきの 軽減	

3	【職場のメンタルヘルスの実際】生活習慣改善のための認知行動療法	足達 淑子	最新精神医学	生活習慣のための CBT	一次予防 (セルフケア)	不明	自助教材	食事、運動、睡眠、生活リズム、飲酒行動の改善	(前略) 職場においては、①メンタルヘルスを特別視せず身体健康と包括的に取り組むこと、②ストレス対処や精神的健康を食事、身体活動、睡眠と同列で把握すること、③時間管理やコミュニケーションなどにも改善可能な行動スキルとみなすことが、有効な対策につながる。その際、構造化した CBT は通にアクセスできる標準プログラムとなりうるであろう。
4	【職場のメンタルヘルスの実際】睡眠改善を通じた職場のメンタルヘルス対策	綾部 直子、三島 和夫	最新精神医学	不眠症の認知行動療法 (CBT-I)	睡眠衛生指導、心理教育、復職支援	不明	4～8 セッション (睡眠衛生指導、心理教育、漸進的筋弛緩法、睡眠スケジューリング法)	睡眠習慣の悪循環を断ち切り、不眠症状の改善および生活の質の向上を目指すのが、睡眠薬の減薬	

5	【職域における睡眠問題をめぐって】 職域における睡眠衛生教育、睡眠保健指導の実際	山本 愛	産業医学ジャーナル	睡眠衛生教育、睡眠保健指導への	睡眠衛生教育、睡眠保健指導（一次予防？）	不明	個人形式（1回60分、5～6セッション）	不眠症状の軽減、減薬促進、QOL 向上	正しい鑑別の必要性、CBT-I 技法の十分な習得
6	【職場のメンタルヘルス対策 Q&A】 産業保健スタッフの活動 認知行動療法の産業保健職による応用は？	田中 克俊	産業精神保健	産業保健職による CBT の応用（生活習慣をターゲットにした低強度 CBT としてならば保健指導に活用できる）	保健指導（不眠や生活習慣）	産業保健	不明	不眠症状の改善、生活習慣の改善	強度の高さ、精神症状がある場合には精神療法家としての技術が必要、保健指導としても実施する場合にも専門家によるきちんとした教育をしっかり受ける必要がある、精神疾患について詳しい知識、不眠の背景にある種々の睡眠障害や不眠の原因となる身体疾患や薬物の副作用についての教育も受ける必要がある、簡単な教育を受けただけで睡眠保健指導を実施することは避ける、教育を受けるだけでなく、その後の実際の睡眠保健指導の中で適宜専門家から指導やアドバイ

7	【産業衛生と睡眠】 職域における不眠 の認知行動療法	山本 愛	睡眠医 療	不眠の CBT	睡眠衛生 教育、睡 眠保健指 導(交代 制勤務者 や診断関 値下の不 眠症状を かかえる 多くの労 働者の睡 眠の改善 に役立 つ)	不明	CBT-I(睡眠衛 生教育、睡眠ス ケジュール法: 刺激調整法、睡 眠制限法、認知 療法、リラクセ ーション技法)	不眠による健康 障害の予防、快 眠のための睡眠 生活習慣の習得 といったセルフケ アの向上、昼間 の眠気による事 故や生産性低下 の防止	睡眠に関する医学的知識を しっかりと学ぶ必要、国立精 神・神経医療センター、日本 睡眠学会、うつ病の予防・ 治療日本委員会などで定期 的に行われる研修会など専 門家による教育を受ける、 専門医医療機関でのケアが 必要なケースが発生する場 合もあるため、事前に睡眠 専門医医療機関、精神科など の医療機関についての情報 を収集しえおく必要がある。	スを受けられる体制を整え ておくことも重要
---	----------------------------------	---------	----------	---------	---	----	---	--	--	--------------------------

【職域における睡眠衛生活動】職域における睡眠衛生教育・睡眠保健指導の実践	山本愛、磯島 学ら	産業精神保健	睡眠衛生教育、睡眠保健指導	睡眠衛生教育	不明	CBT-I(睡眠衛生教育、睡眠スケジュール法：刺激調整法、睡眠制限法、認知療法、リラクゼーション技法)	不眠による健康障害の予防、快眠のための睡眠生活習慣の習得といったセルフケアの向上、昼間の眠気による事故や生産性低下の防止、仕事に対するモチベーション、精神的健康度	ライフスタイルや睡眠衛生に関わる環境は個体差が大きいので、個人にとって受け入れやすい形にアレンジした上で、指導することが重要、睡眠障害の鑑別診断を正確に行う必要性、事前睡眠の専門家による教育を受けて、睡眠に関数 R 医学的知識を十分に習得することが望まし、業務への支障が最小限となるような時間的配慮、国立精神・神経医療センター、日本睡眠学会、うつ病の予防・治療日本委員会などで定期的に行われる研修会など専門家に よる教育を受ける、専門医医療機関でのケアが必要なケースが発生する場合もあるため、事前に睡眠専門医療機関、精神科などの医療
--------------------------------------	-----------	--------	---------------	--------	----	---	---	---

						1 回 50 分の個人セッションを 4 ～6 回、間隔は 1 ～4 週間（集団形式：1 グループ 6 名程度で構成、1 回 90 分 週 1 回、合計 8 セッション、リーダー 1 名、サブリーダー数名、インターネット（5 ～9 週で実施）やセルフ・ヘルプ書籍（患者自身）がワークブック	不眠症状だけでなく、主疾患の付随症状の改善	機関についての情報を収集しえおく必要
9	【職域における睡眠衛生活動】不眠症に対する認知行動療法の実践	岡山 義彦	産業精神保健	不眠症に対する認知行動療法	睡眠衛生活動	不明	不眠症状だけでなく、主疾患の付随症状の改善	特に書かれていない

職場のメンタルヘルス入門編 認知療法・認知行動療法	大野 裕	産業ストレス研究	認知行動療法の概説	予防・教育活動や復職支援	産業保健スタッフ	①当事者同士が認知行動療法のスキルを用いてお互いに支え合うサポートグループ・プログラム、②認知行動療法のスキルの用いて住民のストレス対処や病氣治療についての相談に乗る相談機関、③認知行動療法の原則に沿って作成された資料(書籍,等)に基づいた個人のセルフヘルプ、④行動活性化や問題解決技法、認知再構成等の認知	ストレス対処能力の向上、疾患予防や生産性向上、復職支援プログラムへの活用	産業保健スタッフの人間性、患者の主体性を尊重しながら、温かく良好な治療関係を保ち続けられるようにすることがまず前提となる、現実の体験を通じて認知に働きかけること
---------------------------	------	----------	-----------	--------------	----------	---	--------------------------------------	--

						行動療法のスキルを中心に伝える心理教育、⑤有酸素運動を中心とした運動療法、⑥インターネット等を用いた心理教育やセルフヘルプ	
11	【地域小規模事業所におけるストレスケア】 職域カウンセリングの果たす役割 一次予防としてのカウンセリング効果	池野多美子	ストレス科学	小規模事業所におけるカウンセリングの成果	一次予防（セルフケア）	臨床心理士	1名につき平均3.5回（ストレスコーピングを中心に、認知行動療法を応用して個人が問題解決できるような働きかけ） 休職せずに働き続けられる予防的効果
12	【認知行動療法】 職場のストレス対処に活用する認知行動療法	田島美幸	最新精神医学	職場のストレス対処への活用	リワーク（CBGT）、一次予防（電話、インターネット）	不明	高強度 CBT と低強度 CBT（CBGT、電話、インターネット） 職場復帰と一次予防

13	認知行動療法を用いたメンタルヘルス対策	田中 克俊	産業ストレス研究	CBT の活用全般	予防(睡眠保健指導、ストレスマネジメント教育)	集団研修は、精神科医とサイコセラピスト、メールセッションは産業医と産業保健師、その他は明記されておらず	睡眠保健指導(集団教育)、ストレスマネジメント教育(集団研修、コンピュータ、ガイドブックを活用した CBT セルフヘルププログラム)	睡眠の質の改善、ストレス対処能力の向上(予防)	睡眠保健指導(睡眠は個人によって問題となるポイントや対応方法が大きく異なるため、可能な限り個別化した指導が追加されることが望ましい、他の保健指導と同様、介入前には、専門的な診断治療に結びつけるべき状態のアセスメント方法なども含め、事前に専門家にやるきちんとした教育を受けおくことが必要)	
14	産業保健現場における認知行動療法の現状と課題(関西版) 産業医の立場から	豊川 彰博	認知療法研究	産業医の立場からの CBT	一次予防・二次予防・三次予防	産業医	不明	予防効果、再発予防	会社、産業医が治療の主体になることは考えられないが、主治医、認知行動療法の実践者と連携、協力して十分な支援をしたい。今後、2 次予防、3 次予防の段階	

15	産業保健現場における認知行動療法の現状と課題(関西版) 精神科医の立場から	井上 幸紀	認知療 法研究	活用全般	一次予 防・二次 予防・三 次予防	医師、看護 師、保健 師、臨床 心理 士、精神 保健福 祉士な どの産 業保健 スタッフ	不明		で、認知行動療法を実際の就業場所へ持ち込むような仕組みづくりを考えていく必要がある。
16	職域での認知行動療法の活用	田中 克俊	外来精 神医療	CBT の活用 全般	ストレスマ ネジメント 教育、睡 眠衛生教 育	CBGT (認知療 法専門 家、産業 保健スタ ッフ)、メ ールセッ ション (専属産	ストレスマネジメ ント教育 (CBGT1 回とメ ールセッション 3 回)、睡眠衛生 指導(明記され ておらず)	ストレスマネジメ ント能力の向上、 自分自身で睡眠 のマネジメントを 適切に行えるよう になる	専門的な診断治療に結びつ けるべき状態のアセスメント 方法などについて事前に専 門家による教育を受けてお くことが望ましい

17	【うつ病をめぐる最近の話題】企業のうつ病対策あ るべき姿	田中 克俊	Pharma Medica	企業のうつ 病対策	うつ病の 予防	不明	集団 CBT(スト レスマネジメン ト)、睡眠保健 指導(個別)	うつ病の予防(ス トレスマネジメン 能力の向上と睡 眠の質の改善を 通じて)	必要な専門的教育や研修を 受けるだけでなく、その後の フォローアップとして実践の 中で適宜専門家によるアド バイス(スーパービジョン)を 受ける機会があることが望 ましい、専門的な診断治療 に結びつけるべき状態のア セスメント方法などについて 事前に専門家による教育を 受けておくことが望ましい
18	産業心理臨床のヒ ント(Vol.4) EAP	市川 佳居	臨床心 理学	活用全般	一次予防 (セルフケ ア)	不明	研修や個別指 導	ストレスマネジメ ント能力の向上	
19	産業臨床心理学 入門 産業心理臨 床の理論と技法 認知療法	市川 佳居	産業看 護	活用全般	一次予防 (セルフケ ア)、二次 予防(パ ニック)	一次予 防(産業 看護 職)、二 次予防	研修や個別指 導	ストレスマネジメ ント能力の向上	

20	【ACT=ことばの力をスリとかわす新次元の認知行動療法】臨床編 職場のストレス・マネジメントへの適用	吉岡 昌子, 武藤 崇	こころ のりん しょう a・la・ carte	ACTの活用	一次予防 (セルフケア)	不明	不明	ストレスマネジメント能力の向上	
21	過重労働と健康障害 産業医活動のための臨床と予防 管理の実際 睡眠障害の臨床と予防管理	小菅 基 裕, 伊 藤 洋	産業医 学ジャー ナル	睡眠障害の 予防	睡眠	不明	産業医	睡眠障害の予防	
22	職域におけるpsychoeducation うつ病への対応を中心に	野畑 綾子, 小川 理恵, 子ら	ムード ディス オーダー・ カン ファラ ンス	心理教育としてのCBT	一次予防、 三次 予防	不明	管理医、 臨床心 理士	ストレスマネジメント能力の向上、 再発防止	

23	生活習慣病と行動科学的アプローチ	足達 淑子	産業精神保健	睡眠習慣と減量指導	睡眠、食事、運動	不明	通信指導、電子化プログラム	生活習慣の改善、体重、体格指数の減少、食事と運動の改善
24	産業保健現場における認知行動療法の現状と課題(関西版) 産業看護職の立場から	鈴木 美恵子	認知療 法研究	産業看護職 の立場から の CBT	一次予防 ～三次予 防	産業看護 職	二次予防:作業 と作業環境が変 わることがスト レス度の上昇と とらえ、そこに CBT を展開す る、三次予防: 上司コンサル (スーパーバイ ズ)への活用	ストレスマネジメ ント力の向上、早 期発見、職場適 応
25	増加する職場のうつに対する認知行動療法の適用	緒方 一子, 内山 喜久 雄	カウン セリン グ研究	うつへの CBT	二次予防 (企業内 カウンセ リングル ーム)	臨床心 理士	事例:12 回、1 年 BDI	
26	産業精神保健で役立つ認知的アプローチ 職場で遭遇	吉岡 佳子	産業精神保健	困難事例への対応	二次予防	保健師	事例 A: 月 1 回 の面談、事例 B: 明記されてお らず	「気づきの援助」 極端に偏った考 え方、行動パター ンの修正

27	【職場のメンタルヘルスと復職支援-その効果的な利用のために】気分障害の心理療法とリワーク 認知行動療法の活用	田島 美幸	精神医学	気分障害への CBT の活用	復職支援	不明	復職面談、セルフヘルプを促すパンフレットや小冊子、書籍などの教育的リソースの紹介、ホームワーク、アシスト付のセルフヘルプ、コンピュータプログラム	抑うつ症状の低減	負担がかかりすぎることのないように本人の症状を鑑みて行う
28	【臨床技法としての面接】職場うつと職場復帰支援の面接技法	佐藤 恵美	臨床心理学	うつと職場復帰支援の面接技法	復職支援（再発防止）	不明	不明	職場復帰の定着と再発防止	
29	産業メンタルヘルスにおける森田療法の実用 産業現場での職場復帰と認知行動療法的アプローチについて	行正 徹	日本森田療法学会雑誌	復職支援（非定型うつも含む）	復職支援	産業保健スタッフ（精神保健相談員、産業医）	事例ごと	復職、再発予防	

