

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 28 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 廣 尚典

平成 29 (2017) 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. 職場におけるメンタルヘルス不調者の対応ガイド
ラインの開発に関する研究 13
研究分担者 廣 尚典
2. 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 81
研究分担者 神山昭男
3. 主治医の立場からみたメンタルヘルス不調者の転
帰に関連する要因と対応の調査研究 100
研究分担者 桂川修一
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 125
研究分担者 長見まき子
5. 事例性に着目した適切な支援のためのツールの検討 149
研究分担者 永田昌子
6. 職場における認知行動療法教育の有用性及び課題に
ついて 170
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適切な対応のためのガイドラインの開発などを予定している。2年目の平成26年度は、昨年度積み残した調査の継続およびガイドライン開発に向けての準備を主な狙いとして、6つの研究を実施した。

「職場におけるメンタルヘルス不調者の対応ガイドラインの開発に関する研究」では、平成27年度の研究で収集し、粗分析を行ったメンタルヘルス不調とその対応に関する事例を改めて詳細に分析するとともに、その結果について産業保健を専門とする医師、精神医学・心身医学を専門とし、労働者の精神保健に関しても豊富な経験を有する医師等へのグループ討議による聞き取り調査を行い、それらをもとにして、産業保健スタッフのための「職場におけるメンタルヘルス不調者の対応ガイドライン」の骨格を開発することを目的とした。

まず、昨年度収集した事例の追加分析を行い、次に平成 27 年度および今年度の分析結果の解釈とガイドラインの方向性等につき、小グループのグループ討議等による聞き取り調査を実施した。その後、それらをもとに再度事例の追加分析を行い、全ての分析結果と過去の知見をもとに、ガイドラインの骨格を作成した。ガイドラインの骨格（目次立て）は、「1. はじめに」「2. 対応の前提条件」「3. 主治医との連携」「4. 事例の表面化のパターン」「5. 多くの事例に共通して効果的な対応」「6. 診断が確定している例への対応」「7. 診断が確定しない例への対応」「8. 各種属性を考慮した留意点」「9. その他の留意点」となった。

平成 29 年度は、本ガイドラインを地域、業種、規模の異なる多くの事業場で実施の事例に当てはめて検証し、他の研究分担者の研究成果も取り込んで、最終版を完成させる。

「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な研究」では、昨年度に引き続き職場の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、事例性が及ぼす疾病性形成過程への影響、さらに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した。平成 28 年度は、昨年度収集したデータをさらに追加調査し、休職歴を有するメンタルヘルス不調者 185 例について、業務区分と休復職歴による事例性、疾病性を比較検討した。

その結果、技術職は男子では営業職群、女子では管理業務群と比較し、入社時から初回の休職開始までの期間が有意に短かった。また、3 回以上の休職を繰り返す群は、入社からメンタルヘルス相談の初回開始、1 回目の休職までの期間が他群より短く有意差が認められた。休職回数による 3 群について職場内要因、職場外要因の内容を検討したところ、1 回目休職時は 3 群ともに職場内、職場外要因双方が相まって休職の契機を形成していたが、休職回数が増すにつれて個人要因の比重が高まる傾向が認められた。また、疾病性の具体的な根拠となる服用薬剤を 19 区分の処方内容で分析した結果、診断書病名では気分障害が圧倒的に多いものの、抗うつ剤以外の多種多様な薬剤が実際は使われており、病態は複雑化していることが示唆された。以上から入社後の初期スクリーニング、社会適応性の強化学習などが早期対応として有効であり、2 回目の休業時には事例性、疾病性の両面から職場適応性評価を十分に行い予後の改善への対応が重要であると考えられた。

「主治医の立場からみたメンタルヘルス不調者の転帰に関連する要因と対応の調査研究」では、医療機関に通院する患者の診療録を通じて、メンタルヘルス不調者例がどのような形で休職し復職をするか、主治医はどういった点に留意して対応しているかを、職場内外の要因をも含めて、明らかにすることを目的とした。平成28年以前に研究協力者の医療機関を受療した患者のうち休職経験のある事例100例を復職成功事例、復職できなかった事例、退職後転職した事例、退職後無職となっている事例の4つに類型化して、个体側要因、職場要因、職場以外の要因、治療経過、転帰について調査を行って結果を集計・分析した。

復職成功群では、職場要因として産業保健スタッフが介入している、職場の受け入れが良好、業務配慮がある、産業医と連携があるといった事例が多かった。また、復職成功群と退職後転職群で、職場以外の要因として既婚者、家族との関係が良好、家族の支援が得られる、近隣との関係が良好、職場以外との関係が良好という事例が多かった。

治療経過では、類型化した群の間に薬物療法の効果、精神療法の種類の差はなかった。いずれも群もリワークプログラムに参加したが、退職後無職群ではリワークプログラムの利用例が少なかった。治療経過については、復職成功群と退職後転職群は1.5年以内に症状が回復して、復職する例が多かったが、復職不成功群と退職後無職群は症状の回復が遅れて、復職未達成となる例を多く認めた。転帰に関しては、復職成功群で再発再燃が低く、他の群では高くなっていた。復職不成功群では再休職の割合が高く再発再燃から再休職となって復職が果たせない可能性が示された。再発再燃の要因では个体側要因も挙げられた。退職後無職群では障害年金をはじめとする生活支援をうけていたが、復職不成功群では貯蓄以外の支援がない例が多かった。

「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 (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、疾病別の効果的な対応を探ることを目的とした。某EAP機関における2009年1月から2015年12月の面談事例のうち、関わりが終了した205事例(男性156例、女性49例)を分析対象とし、研究代表者が産業医を対象として前年度研究で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。その結果、「うつ病」では休業→生活習慣指導という基本的対応が、「双極性障害」ではセルフモニタリング指導や関係者間で

の対応共有が、「統合失調症」では家族と共同しての支援が、「不安障害」ではEAPにおける短期問題解決型カウンセリングや環境調整が、「発達障害」では仕事への取り組み方に関する指導の他、環境調整が、「パーソナリティ障害」では関係者間での対応の共有とルール厳守の対応が、それぞれ効果的であった。「適応障害」では、環境調整が効果的なケースもあれば、本人に自助努力を求める対応が効果的なケースもあることなどが示唆された。

「事例性に着目した適切な支援のためのツールの検討」では、メンタルヘルス不調者に対し事例性に着目した適切な対応を行うため、産業保健職が応用可能なツール案の作成を行った（研究1）。また、本人の適性が分からない際の対応方法として、厚生労働省一般職業適性検査の利用の適否の検討を開始した（研究2）。

研究1では、産業保健分野に応用可能かつ有用性の高いツールとして、「在職者のための情報整理シート」を修正・加筆し、事例性評価ツール案（α版）「職場における困りごと情報整理シート」案を作成した。本シートは、次年度グループインタビューを経て、完成させる予定である。研究2では、厚生労働省一般職業適性検査の有用性と限界、留意点について、2名の産業医にインタビューを実施した。限定的な有用性はあるものの、社内で該当する職種が存在しない、他の代替手段があるなどの意見が挙げられた。次年度にインタビュー対象者を追加し、厚生労働省一般職業適性検査の産業保健分野での応用の有用性と限界について言及する予定である

「職場における認知行動療法教育の有用性及び課題について」では、職場で保健師向けのCBT教育を行い、ストレスマネジメントとしての有用性や課題について検討を行った。製造業の19事業場の看護職（20名）を対象に産業保健スタッフ向けCBT研修を実施した。研修は、3.5時間で内容はコミュニケーション技法、認知再構成法、問題解決技法、行動活性化を中心とした。研修後、CBT研修の有用性や課題についてアンケート調査を行った。認知行動療法は、メンタルヘルス支援に生かせるかとの問いに対して、70%が「とてもそう思う」、残り30%が「そう思う」と回答すると回答した。研修に必要な時間については、今回の研修だけでは不足しており、もっと継続的な研修が必要との意見が多く出された。実践の場における研修後のスーパービジョンについては全員が必要と答えた。以上から、産業看護職を対象としたCBT教育は有用性が高いことが示唆されたが、実施者への継続的な教育と実践の場におけるスーパービジョンが必須と考えられ、CBT教育を幅広く実施するための人材確保が今後の課題

と考えられた。

研究分担者

神山昭男 医療法人社団桜メデイスン・
理事長

桂川修一 東邦大学医学部精神神経医学
講座（佐倉）・准教授

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

名や治療法にとらわれすぎずに、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対応のガイドライン類の開発などを予定している。

2年目の平成26年度は、昨年度積み残した調査の継続およびガイドライン開発に向けての準備を主な狙いとして、「職場におけるメンタルヘルス不調者の対応ガイドラインの開発に関する研究」、「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」、「主治医の立場からみたメンタルヘルス不調者の転帰に関連する要因と対応の調査研究」、「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」、「事例性に着目した適切な支援のためのツールの検討」および「職場における認知行動療法教育の有用性及び課題について」の6つの研究を実施した。

A. 研究目的

本研究は、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、産業保健スタッフもそうした状況への対処に苦慮している現状下で、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。「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、産業保健スタッフを含む職場関係者は確定診断

B. 研究方法

B-1. 職場におけるメンタルヘルス不調者の

対応ガイドラインの開発に関する研究

昨年収集した事例について追加分析を行ったうえで、昨年の分析および前記追加分析の結果とそれらのまとめを資料として、小グループのフォーカス・グループ・ディスカッションの形式による聞き取り調査を、以下の事項について実施し、その結果を整理した。

- ・職場におけるメンタルヘルス不調者の事例化に関する類型分類を行うことの妥当性とその方向性
- ・再分析結果に関する意見
- ・さらなる追加分析に関する意見
- ・「職場におけるメンタルヘルス不調者の対応ガイドライン」の構成のあり方
- ・その他

調査は、4回に分けて、計26名の参加を得た。

次に整理された事項から、章立てを決め、具体的で現場での活動にとって有用性が高いと考えられる事項を拾い上げて、「職場におけるメンタルヘルス不調者の対応ガイドライン」の骨子を作成した。

B-2. 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な研究

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185例とした。調査項目の概要は、①本人の基本属性（性、年齢、職種、雇用形態、家族同居の有無など）、②休職履歴（休職に関する期間、経緯、就業上の配慮、休職に至る契機と思われる周辺状況ならびに本人の認識）、③医療ケアの内容（診断書の診断名、服用薬剤、治療の概要、本人の治療への意欲など）、④休職要因（職場内、職場外要因、それらの具体的な内容をまとめ、労災基準でとりあげられている14項目に分類した）である。

B-3. 主治医の立場からみたメンタルヘルス不調者の転帰に関連する要因と対応の調査研究

平成28年以前に研究協力者の医療機関を受診した患者のうち、F3、F4の診断で休職経験のある通院あるいは入院患者の事例100例を対象として調査を行った。診療録をもとに、復職成功事例、復職できなかった事例、退職後転職した事例、退職後無職となっている事例の4つの群に類型化を行い、1) 個人側要因、2) 職場要因、3) 職場以外の要因、4) 治療経過、5) 転帰について、調査票を用いてそれぞれの情報を収集した。

B-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2015年12月の面談事例のうち、終了した205事例（男性156例、女性49例）を抽出し、分析対象とした。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から、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。

B-5. 事例性に着目した適切な支援のためのツールの検討

2つの研究を行った。

1) 産業保健分野に応用可能なツールの作成
昨年度調査した産業保健分野に応用可能なツールのなかから、特に有用性が高いと考えられる「在職者のために情報整理シート」(障害者雇用分野の障害者職業総合センターが開発)を取り上げ、一部修正・追記し、事例性評価ツールとして作成することとした。

2) 職業適性評価方法の検討

メンタルヘルス不調者の事例対応において、本人の適性を評価する際の厚生労働省一般職業適性検査の使用に関して、同検査を産業医の立場で活用したことのある医師を対象に約20分の構造化面接を実施し、聴取した内容を分析した。インタビューの内容は、厚生労働省の一般職業適性検査の有

用性と限界についてである。

B-6. 職場における認知行動療法教育の有用性及び課題について

製造業の19事業場の看護職（20名）を対象として、簡易な認知行動療法（以下、CBT）教育を実施した。研修は、3.5時間で内容はコミュニケーション技法、認知再構成法、問題解決技法、行動活性化を中心とした。研修資料は、国立精神神経医療研究センター認知行動療法センターの堀越勝、大野裕らが作成した資料を用いて行った。

研修後、ストレスマネジメントとしてのCBT研修の有用性や課題について下記のアンケート調査を行った。

C. 研究結果

C-1. 職場におけるメンタルヘルス不調者の対応ガイドラインの開発に関する研究

・職場におけるメンタルヘルス不調の表面化には、複数のパターンがみられ、それらを整理することは、早期対応にとって重要であると考えられた。

ガイドラインの構成は、以下の事項を満たすものとした。

・メンタルヘルス不調例に適切に対応するうえで、特に職場で取り組むことが不可欠な事項を「前提条件」として掲げる。

・主治医との連携に関する基本的事項、留

意点をまとめる。情報交換の内容については、過去の知見を有効活用する。

- ・職場でよくみられる事例の表面化のパターンを示す。

- ・多くの事例に共通して効果的であると考えられる事項をまとめて掲載する。

- ・主な精神障害について、望ましい基本的な対応法を示す。

- ・比較的発生頻度の少ない精神障害については、典型的ともいえる事例を提示することで、対応の方向性を示す。

- ・職場関係者が困ったこと、産業医が困ったこと別に、効果的な対応方法を示す。

- ・過去に報告された方法論、ツールのうち、本ガイドラインの目的に合致するものを紹介する。

C-2. 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

技術職は男子では営業職群、女子では管理業務群と比較し、入社時から初回の休職開始までの期間が有意に短かった。また、3回以上の休職を繰り返す群は、入社からメンタルヘルス相談の初回開始、1回目の休職までの期間が他群より短く有意差が認められた。休職回数による3群について職場内要因、職場外要因の内容を検討したところ、1回目休職時は3群ともに職場内、職場外要因双方が相まって休職の契機を形成

していたが、休職回数が増すにつれて個人要因の比重が高まる傾向が認められた。また、疾病性の具体的な根拠となる服用薬剤を19区分の処方内容で分析した結果、診断書病名では気分障害が圧倒的に多いものの、抗うつ剤以外の多種多様な薬剤が実際は使われていた。

C-3. 主治医の立場からみたメンタルヘルス不調者の転帰に関連する要因と対応の調査 研究

復職成功群では、41-50歳が最も多く、次いで31-40歳が多かった。遺伝因子はなしが多く、学歴は大学卒以上、生物学的素因もなしが多かった。また、他の群と比較し、職場要因として産業保健スタッフの介入、職場の受け入れが良好、業務配慮があること、産業医と連携がある事例が多かった。また、復職成功群と退職後転職群で、職場以外の要因として既婚者、家族との関係が良好、家族の支援が得られる、近隣との関係が良好、職場以外との関係が良好の事例が多かった。

治療経過では、類型化した群の間に薬物療法の効果、精神療法の種類の差はなかった。いずれも群もリワークプログラムに参加したが、退職後無職群ではリワークプログラムの利用例が少なかった。治療経過については、復職成功群と退職

後転職群は 1.5 年以内に症状が回復して、復職する例が多かったが、復職不成功群と退職後無職群は症状の回復が遅れて、復職未達成となる例を多く認めた。転職に関しては、復職成功群で再発再燃が低く、他の群では高くなっていた。復職不成功群では再休職の割合が高く再発再燃から再休職となって復職が果たせない可能性が示された。再発再燃の要因では個体側要因も挙げられた。退職後無職群では障害年金をはじめとする生活支援をうけていたが、復職不成功群では貯蓄以外の支援がない例が多かった。

C-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

事例化の流れとしては、いずれの疾患においても最初に「業務効率の低下」がみられ、その後「人間関係の悪化」「頻回欠勤」や「診断書の提出」といったプロセスをたどることが多く、適応障害や不安障害のケースでは「人間関係の悪化」が特に多くみられた。また、パーソナリティ障害のケースでは、最初から「自己中心的言動」などの問題行動がみられるなど、他の疾病にはみられない特徴があった。

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圧倒的に多い傾

向にあった。

「うつ病」、「双極性障害」、「統合失調症」、「不安障害」、「発達障害」、「パーソナリティ障害」、「適応障害」の疾病別に、特に効果的であった割合が高い対応が整理された。

「うつ病」では、休業→生活習慣指導という基本的対応が効果的であること、「双極性障害」では、セルフモニタリング指導や関係者間での対応共有が効果的であること、「統合失調症」では、家族と共同しての支援が効果的であること、「不安障害」では、EAP における短期問題解決型カウンセリングや環境調整が効果的であること、「発達障害」では仕事への取り組み方に関する指導の他、環境調整が効果的であること、「パーソナリティ障害」では、関係者間での対応の共有とルール厳守の対応が効果的であること、「適応障害」では、環境調整が効果的なケースもあれば、本人に自助努力を求め対応が効果的なケースもあることなどが指摘された。

C-5. 事例性に着目した適切な支援のためのツールの検討

1) 産業保健分野に応用可能なツールの作成

事例性評価ツール案（β版）の作成、予備調査を経て、事例評価ツール案（α版）を作成した。さらに、本案に対してグループインタビューによる意見聴取を行った。

2) 職業適性評価方法の検討

限定的な有用性はあるものの、社内で該当する職種が存在しない、他の代替手段があるなどの意見が挙げられた。

C-6. 職場における認知行動療法教育の有用性及び課題について

認知行動療法はメンタルヘルス支援に生かせるかとの問いに対して、70%が「とてもそう思う」、残り 30%が「そう思う」と回答するなど、その有用性を感じたとの感想が多く寄せられた。

研修に必要な時間については、今回の研修だけでは不足しており、もっと継続的な研修が必要との意見が多く出された。また、実践の場における研修後のスーパービジョンは全員が必要と答えた。

自由記述では、これまでメンタルヘルスに関する相談活動のための教育をほとんど受けてこなかったことに対する不安とともに実践の場で使えるようにもっと CBT を学びたいという強い意欲が寄せられた。そのために、ロールプレイを含めた実践的な研修や継続的なフォローアップ教育、スーパービジョンを求める声が多かった。

D. 考察

D-1. 職場におけるメンタルヘルス不調者の対応ガイドラインの開発に関する研究

「職場にいけるメンタルヘルス不調者の

対応ガイドライン」の骨子は、産業保健を専門とする医師、職場に直接関与した豊富な経験を有する精神科医の意見を反映させており、産業保健および精神医療に従事する専門家の同意を広く得られるものと考えられた。他方、事例の業種や規模は偏りがみられることも事実であり、有用性を高めるために、様々な地域、業種、規模の事業場で検証を行うことが求められる。

D-2. 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

頻回休職群は職場要因を契機として比較的入社後早いタイミングで不応状態をきたすが、現状では 2 回目、3 回目とさらに休職をくりかえし、次第に病状の慢性化、長期化、そして、業務不応の程度を増していく過程が想定された。このような過程への対応としては、実際はまず職場適応の達成が渋滞していることを想定する必要があり、いわゆる新入社員研修時に何らかの兆候を見逃さず研修の契機とすることが肝要であると考えられた。頻回休職群への対応としては、事例性から見たいわゆる不応状態への早期介入、2 回目の休職時には病態へのケアを含めてきっちりとしたアセスメント、疾病性としては抗うつ剤、抗不安剤に加え精神薬が使用されていたことから

型にはまった対応ではなく本人の特徴にあった対応が必要と考えられた。適応可能性をあげるための職場づくりの発想も必要かもしれない。

D-3. 主治医の立場からみたメンタルヘルス不調者の転帰に関連する要因と対応の調査研究

今回は、類型化した事例の集計から見える特徴を考察したが、今後さらにそれぞれの要因の関連性につき解析を進め、特に復職できなかった事例、退職後無職となっている事例の予後の改善が期待できる方策につき、検討を深める必要がある。

D-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

それぞれの疾病別の効果的な対応が明らかになり、それを把握しておくことはメンタルヘルス対策において有用であると考えられた。「適応障害」については、疾病別にみると効果的な対応があったケースが最も多く、EAP 相談において対応できる内容が多い傾向にあった。

D-5. 事例性に着目した適切な支援のためのツールの検討

事例性評価ツール案（α版）は産業保健現場で有用性が高いと考えられるが、内容

に関するグループインタビューを行い、その完成版を作成する過程が望ましい。

厚生労働省一般職業適性検査のメンタルヘルス不調者の対応における活用については、使用経験者から、比較的否定的な意見が得られた。さらにインタビュー対象者を増やして検討するべきであると考えられた。

D-6. 職場における認知行動療法教育の有用性及び課題について

職場における CBT 教育は、産業看護職によって有用性が高いことが示唆された。しかしながら、その教育は、継続的に行われるとともに実践の場におけるスーパービジョンが必須と考えられた。CBT 教育を幅広く実施するための人材確保が喫緊の課題としてあげられた。

E. 総括（まとめ）

「職場におけるメンタルヘルス不調者の対応ガイドライン」の骨子が作成され、他の5つの研究からは、それに内容を肉付けする知見が多く得られた。

最終年度である平成 29 年度は、前半で各々の研究をさらに推し進め、後半にはそれらを統合して、「職場におけるメンタルヘルス不調者の対応ガイドライン」を完成させる。

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

職場におけるメンタルヘルス不調者の対応ガイドラインの開発に関する研究

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

研究協力者

荒薦 優子	産業医科大学
井戸 晴香	産業医科大学
稲田 泰之	稲田クリニック
井上 幸紀	大阪市立大学神経精神医学
井上 嶺子	産業医科大学
上田 梢江	産業医科大学
大崎 陽平	産業医科大学
鍵本 伸明	ナンバかぎもとクリニック
栗岡 住子	大阪市立大学経営学研究科
鈴木貴代美	産業医科大学
田中 伸明	産業医科大学
田原 裕之	産業医科大学
堤 雄介	産業医科大学
豊川 彰博	豊川産業医事務所
永田 頌史	産業医科大学（名誉教授）
永田 昌子	産業医科大学
夏目 誠	大阪樟蔭女子大学（名誉教授）
野口 裕輔	産業医科大学
野崎 卓朗	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
濱田 千雅	大阪ガス株式会社
日野亜弥子	産業医科大学
堀 知絵美	産業医科大学
益田 和幸	産業医科大学
宮崎 洋介	産業医科大学
森口 次郎	一般社団法人京都工場保健会
渡辺洋一郎	渡辺クリニック

研究要旨

平成 27 年度の研究において収集し、粗分析を行ったメンタルヘルス不調とその対応に関する事例を詳細に分析するとともに、その結果について産業保健を専門とする医師、精神医学・心身医学を専門とし、労働者の精神保健に関しても豊富な経験を有する医師等へのグループ討議による聞き取り調査を行い、それらをもとにして、産業保健スタッフのための「職場におけるメンタルヘルス不調者の対応ガイドライン」の骨格を開発することを目的とした。

まず、昨年収集した事例について追加分析を行い、次に平成 27 年度および今年度の分析結果の解釈とガイドラインの方向性等につき、小グループのグループ討議等による聞き取り調査を実施した。その後、それらをもとに再度事例の追加分析を行い、全ての分析結果と過去の知見をもとに、ガイドラインの骨格を作成した。ガイドラインの骨格は、「1. はじめに」「2. 対応の前提条件」「3. 主治医との連携」「4. 事例の表面化のパターン」「5. 多くの事例に共通して効果的な対応」「6. 診断が確定している例への対応」「7. 診断が確定しない例への対応」「8. 各種属性を考慮した留意点」「9. その他の留意点」の目次立てとなった。

平成 29 年度は、本ガイドラインを地域、業種、規模の異なる多くの事業場で実施の事例に当てはめて検証し、他の研究分担者の研究成果も取り込んで、最終版を完成させる。

A. 研究目的

本研究では、平成 27 年度の研究において収集し、粗分析を行ったメンタルヘルス不調とその対応に関する事例を詳細に分析するとともに、その結果について産業保健を専門とする医師、精神医学・心身医学を専門とし、労働者の精神保健に関しても豊富な経験を有する医師等による意見交換を行い、それらをもとにして、「職場におけるメ

ンタルヘルス不調者の対応ガイドライン」

の骨格を開発することを目的とした。平成 27 年度の研究において収集した事例とは、あらかじめ用意したフォーマットを用い、現在メンタルヘルス不調例が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、専属産業医等から収集した 265 例を指す。

I. 収集事例の詳細分析とそれを元にした
「職場におけるメンタルヘルス不調者の対
応ガイドライン」開発に向けての整理

B. 研究方法

(1) 事例の追加分析

昨年収集した事例について、以下の視
点を加えて追加分析を行った。

①産業医の見立てと主治医の診断書名別に、
休業歴、過去の不適応状態、仕事外のスト
レス要因の有無、事例化（表面化）の形、
職場関係者が困ったこと、産業医が困った
こと、効果的であった対応（さらなる詳細
化）を明らかにする。

②相談経路について、年齢、過去の不適応
状態などの違いによる傾向を検討する。

③職場関係者が困ったこと、産業医が困っ
たこと別に、効果的であった対応を明らか
にする。

(2) グループ討議等による聞き取り調査と
その結果の内容分析

昨年の分析および上記追加分析の結果と
それらのまとめを資料として、小グループ
のフォーカス・グループ・ディスカッショ
ンの形式による聞き取り調査を、以下の事
項について実施し、その結果を整理した。

①職場におけるメンタルヘルス不調者の事
例化に関する類型分類を行うことの妥当性
と（妥当である場合）その方向性

②再分析結果に関する意見

・疾病性と事例性の関連の持たせ方（疾病
性をどの程度考慮に入れるべきか）

・職場における望ましい対応と他の因子等
の関連など

③さらなる追加分析に関する意見

・ガイドライン作成のために有用であると
考えられる分析

④「職場におけるメンタルヘルス不調者の
対応ガイドライン」の構成のあり方

⑤その他

なお、事後に個別に寄せられた意見も、
結果の整理にあたっては参考にした。

調査は、4回に分けて、計26名に実施し
た。遮音性のある会議室で行い、各所要時
間は約2時間であった。

（倫理面への配慮）

また、本研究は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

平成27年度の分析結果のうち、「職場に
おけるメンタルヘルス不調者の対応ガイ
ドライン」の開発に資すると考えられる表を
再掲した（表1～27）。また、今回行った追
加の詳細分析の結果を表28～40に示した。

表1～40から読み取れる主な事項を表41
にまとめた。

表1～41を資料とした小グループの聞き
取り調査によって得られた結果を表42に

まとめた。

さらに、この聞き取り調査によって、さらに追加することが望ましいとされた分析の実施結果を表 43～48 に示した。

表 43～48 から読み取れた事項を表 49 に整理した。

D. 考察

平成 28 年度に収集したメンタルヘルス不調事例 265 例の詳細な分析と聞き取り調査を行った結果、職場においてメンタルヘルス不調例に適切に対応する上で、それらを職場での事例化の特徴によって類型化することには意義があると考えられた。

また、同分析と聞き取り調査の結果をもとに表 41 および表 42 として整理された事項の多くは、「職場におけるメンタルヘルス不調者の対応ガイドライン」の作成に資するものと評価できる。

他方、それらの中には、聞き取り調査でも指摘されたように、産業医の癖（独自の方法論）が反映されている部分がある可能性、業種や事業場の規模（未調査）の偏りから、様々な事業場に広く適用できない面がある可能性については、留意する必要がある。この問題については、過去の知見を参照することで、一部回避が可能であり、また開発したガイドラインを多くの事業場で使用し、そこからフィードバックされた結果をもとに当該ガイドラインの改訂を行

うことによって、さらに多くを修正することができよう。

II. 「職場におけるメンタルヘルス不調者の対応ガイドライン」の骨子の開発

B. 研究方法

I で整理された事項から、章立てを決め、その後表 41、表 42、表 49 から、具体的に現場での活動にとって有用性が高いと考えられる事項を拾い上げる。

C. 研究結果

ガイドラインの構成は、以下の事項を満たすものとした。

- ・メンタルヘルス不調例に適切に対応するうえで、特に職場で取り組むことが不可欠な事項を「前提条件」として掲げる。
- ・メンタルヘルス不調例に適切に対応するためには、主治医との連携も不可欠であり、その基本的事項、留意点をまとめる。情報交換の内容については、過去の知見を有効活用する。
- ・多くの事例に共通して効果的であると考えられる事項をまとめて掲載する。
- ・主な精神障害について、望ましい基本的な対応法を示す。これは、診断書の病名と産業医の見立てが一致した際に参考とすべきものである。
- ・比較的発生頻度の少ない精神障害については、典型的ともいえる事例を提示するこ

とで、対応の方向性を示す。

・職場関係者が困ったこと、産業医が困ったこと別に、効果的な対応方法を示す。これは、診断書の病名と産業医の見立てが一致しない場合、主治医から十分な情報が得られない場合に、特に参考となるものである。

・過去に報告された方法論、ツールのうち、本ガイドラインの目的に合致するものを紹介する。

作成したガイドラインの骨子を表 50 に掲げた。

D. 考察

最近職場で発生した実際の事例の分析および過去の知見をもとに作成した「職場にいけるメンタルヘルス不調者の対応ガイドライン」の骨子は、産業保健を専門とする医師、職場に直接関与した豊富な経験を有する精神科医の意見を反映させており、産業保健および精神医療に従事する専門家の同意を広く得られるものと考ええる。

しかしながら、事例の業種や規模は偏りがみられることも事実であり、有用性を高めるために、様々な地域、業種、規模の事業場で検証を行うことが求められる。

平成 29 年度は、この骨子に事例等を加えて試作版とし、業種、規模の異なる事業場で使用してその結果をまとめ、さらに他の研究分担者の研究から得られた知見を合わ

せて、ガイドラインの最終版を作成する。

E. 総括（まとめ）

平成 26 年度に収集したメンタルヘルス不調例 265 例の詳細な分析とグループ討議による聞き取り調査の結果を集約し、「職場におけるメンタルヘルス不調者の対応ガイドライン」の骨子を開発した。

平成 29 年度は、多様な事業場で本ガイドラインを活用した事例対応を行い、また過去の事例に対して後方視的に本ガイドラインを用いた検証を行い、その有用性を確認するとともに、見直すべき部分を明らかにして、また他の研究分担者の研究結果も取り込んで、ガイドラインを完成させる。

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

I. 引用文献

- 1) 廣尚典：要説産業精神保健．診断と治療

社，2013.

2) 廣尚典：「メンタルヘルス不調者の対応
類型表」改版（2012）に関する検討．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 平成 24 年度
総括・分担研究報告書. pp71-82, 2013.

3) 廣尚典：企業における主治医と産業医等
の連携についての課題に関する研究．労災
疾病臨床研究事業 労働者の治療過程にお
ける，主治医と産業医等との連携強化の方
策とその効果に関する調査研究 平成 26
年度総括・分担研究報告書. pp95-146, 2015.

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. 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 4. 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 5. 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 6. 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 7. 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 8. 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 9. 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 10. 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 11. 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 12. 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 13. 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 14. 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 15. 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 16. 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 17. 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 18. 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 19. 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 20. 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 21. 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 22. 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 23. 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 24. 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 25. 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 26. 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%)
関係者間で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 27. 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 28. 過去の精神障害による休業歴(産業医の見立て、診断書の病名別)

産業医の見立て	過去の休業なし	1回	2回	3回以上
うつ病	49	17	11	2
双極性障害	7	5	5	7
統合失調症	6	4	0	4
不安障害	14	4	2	1
強迫性障害	3	0	0	0
PTSD	2	1	0	0
発達障害	28	14	5	5
アルコール使用障害	2	1	2	0
パーソナルティ障害	12	6	5	3
摂食障害	3	1	0	0
適応障害	71	20	6	4
睡眠障害	6	5	0	1

診断書病名	過去の休業なし	1回	2回	3回以上
うつ病	82	34	17	9
双極性障害	7	1	3	3
統合失調症	3	3	0	4
不安障害	9	2	0	3
強迫性障害	0	1	1	0
PTSD	1	0	0	0
発達障害	8	4	2	0
アルコール使用障害	2	1	2	0
パーソナルティ障害	2	3	2	0
摂食障害	2	0	0	0
適応障害	38	14	7	5
睡眠障害	6	3	1	1
心因反応	1	0	1	0
自律神経失調症	6	1	0	2

表 29. 過去の職場不適応の有無(産業医の見立て、診断書の病名別)

産業医の見立て	過去の職場不適応なし	あり
うつ病	49	28
双極性障害	8	16
統合失調症	6	8
不安障害	15	6
強迫性障害	2	1
PTSD	1	2
発達障害	18	34
アルコール使用障害	3	2
パーソナルティ障害	10	16
摂食障害	3	1
適応障害	55	46
睡眠障害	7	5

診断書病名	過去の職場不適応なし	あり
うつ病	80	60
双極性障害	7	7
統合失調症	3	7
不安障害	9	5
強迫性障害	0	2
PTSD	1	0
発達障害	5	9
アルコール使用障害	3	2
パーソナルティ障害	1	6
摂食障害	1	1
適応障害	30	34
睡眠障害	5	6
心因反応	1	1
自律神経失調症	4	5

表 30. 仕事以外の強いストレス要因の有無(産業医の見立て、診断書の病名別)

産業医の見立て	仕事以外の強いストレス要因なし	あり	不明
うつ病	43	29	6
双極性障害	9	14	1
統合失調症	9	2	3
不安障害	7	14	0
強迫性障害	3	0	0
PTSD	2	1	0
発達障害	32	9	11
アルコール使用障害	4	0	1
パーソナルティ障害	12	10	4
摂食障害	3	1	0
適応障害	54	36	11
睡眠障害	6	4	1

診断書病名	仕事以外の強いストレス要因なし	あり	不明
うつ病	74	52	15
双極性障害	5	8	1
統合失調症	5	2	3
不安障害	4	6	4
強迫性障害	0	2	0
PTSD	0	1	0
発達障害	7	1	6
アルコール使用障害	4	0	1
パーソナルティ障害	3	3	1
摂食障害	2	0	0
適応障害	34	21	9
睡眠障害	4	5	2
心因反応	1	1	0
自律神経失調症	4	5	0

表 31. 年齢別相談経路

	本人からの相談	上司からの相談	人事管理部署からの相談	家族からの相談	復職判定会議を通じて	その他
～29 歳	7	50	11	0	1	8
30～39 歳	18	38	23	1	3	3
40～49 歳	18	41	19	0	2	3
50～59 歳	6	13	6	0	0	1
60 歳～	0	0	0	0	0	0

表 32. 過去の休業回数別相談経路

	過去の休業なし	1 回	2 回	3 回以上
本人からの相談	29	15	3	2
上司からの相談	86	29	15	12
人事管理部署からの相談	30	13	10	6
家族からの相談	1	0	0	0
復職判定会議を通じて	4	1	0	1
その他	8	5	1	1

表 33. 過去の不適應の有無別相談経路

	過去の不適應なし	あり
本人からの相談	27	21
上司からの相談	80	62
人事管理部署からの相談	27	31
家族からの相談	1	0
復職判定会議を通じて	3	3
その他	8	7

表34. 相談経路(産業医の見立て、診断書の病名別)														
産業医の見立て	適応障害	うつ病	発達障害	パーソナリティ障害	双極性障害	不安障害	統合失調症	睡眠障害	アルコール依存症	摂食障害	強迫性障害	PTSD		
総例数	101	79	52	26	24	21	14	12	5	4	3	3		
本人からの相談	15	22	9	3	6	5	0	2	1	1	0	1		
上司からの相談	60	37	31	17	10	7	13	10	2	2	1	1		
人事管理部門からの相談	20	18	11	8	7	6	0	1	2	0	0	0		
家族からの相談	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
復職判定委員会を通じて	1	2	1	1	0	2	0	0	0	0	2	1		
その他	8	4	2	1	1	0	1	0	0	1	0	0		
診断書病名	適応障害	うつ病	発達障害	パーソナリティ障害	双極性障害	不安障害	統合失調症	睡眠障害	アルコール依存症	摂食障害	強迫性障害	PTSD	心因反応	自律神経失調症
総例数	64	142	14	7	14	14	10	11	5	2	2	1	2	9
本人からの相談	10	31	3	1	2	3	0	0	1	0	0	1	0	0
上司からの相談	41	72	10	5	8	6	9	9	2	1	1	0	2	2
人事管理部門からの相談	10	35	4	4	4	5	0	4	2	0	2	0	1	3
家族からの相談	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
復職判定委員会を通じて	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
その他	5	5	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	2

表35. 最初の事例化(表面化)(産業医の見立て、診断書の病名別)													
産業医の見立て	適応障害	うつ病	発達障害	パーソナリティ障害	双極性障害	不安障害	統合失調症	睡眠障害	アルコール依存症	摂食障害	強迫性障害	PTSD	
総例数	101	79	52	26	24	21	14	12	5	4	3	3	
社内ハラスメント(加害)	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
社会ハラスメント(被害)	6	6	1	2	0	2	1	1	0	0	1	1	
ハラスメント以外の迷惑行為	1	1	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	
業務効率の低下	26	26	17	5	10	5	3	1	1	1	0	1	
人間関係の悪化	9	4	3	3	1	1	0	2	1	1	1	0	
無断欠勤	2	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	
頻回欠勤	14	7	3	3	3	2	4	0	1	0	1	0	
遅刻・早退	7	6	2	2	2	2	0	2	0	0	0	0	
仕事の失敗	8	8	4	3	2	3	1	0	0	0	0	1	
退職希望	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
遁走	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
仕事命令に応じない	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
不自然・場違いな言動	1	3	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
不安全行為	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	
自殺未遂	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
診断書の提出	2	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	
不適切な要求	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
身体疾患	7	2	2	0	2	2	2	0	0	1	0	0	
自己中心的行動	4	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
責任逃れの言動	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	
過度の自己卑下	2	0	3	1	1	0	0	1	0	0	0	0	
社外での反社会的行動	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
その他	7	9	4	0	0	2	0	3	1	1	0	0	

表35. 最初の事例化(表面化)(産業医の見立て、診断書の病名別)(続き)

診断書の病名	適応障害	うつ病	発達障害	パーソナリティ障害	双極性障害	不安障害	統合失調症	睡眠障害	アルコール依存症	摂食障害	強迫性障害	PTSD	心因反応	自律神経失調症	
総例数	64	142	14		7	14	14	10	11	5	2	2	1	2	9
社内ハラスメント(加害)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
社会ハラスメント(被害)	5	8	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
ハラスメント以外の迷惑行為	1	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
業務効率の低下	15	41	6	1	6	4	1	5	1	1	1	1	1	1	4
人間関係の悪化	7	10	1	2	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
無断欠勤	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
頻回欠勤	8	14	0	1	4	1	3	1	1	0	0	0	0	0	3
遅刻・早退	4	10	0	1	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0
仕事の失敗	5	13	3	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0
退職希望	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
遁走	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
仕事命令に応じない	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
不自然・場違いな言動	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不安全行為	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
自殺未遂	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診断書の提出	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不適切な要求	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
身体疾患	4	8	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0
自己中心的行動	1	4	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
責任逃れの言動	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過度の自己卑下	2	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
社外での反社会的行動	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	6	13	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2

表36. 職場関係者が特に困ったこと(産業医の見立て、診断書の病名別)

産業医の見立て	適応障害	うつ病	発達障害	パーソナリティ障害	双極性障害	不安障害	統合失調症	睡眠障害	アルコール依存症	摂食障害	強迫性障害	PTSD		
総例数	101	79	52	26	24	21	14	12	5	4	3	3		
注意しても改善効果がない	35	15	27	13	7	5	7	5	2	1	2	0		
逆恨みをされる	8	3	8	10	5	1	3	0	1	1	0	0		
職場の雰囲気が悪くなる	24	13	18	12	3	3	5	2	1	0	2	1		
どう対応してよいかわからない	71	53	42	17	18	11	12	9	4	3	2	1		
意思の疎通が図れない	13	10	16	3	3	1	10	2	0	0	0	1		
チームとしての成果が上がらない	19	16	14	7	3	0	3	0	1	1	0	2		
どのくらい仕事ができるか予測できない	54	47	30	11	16	9	7	6	3	2	0	2		
周囲の者に負担がかかる	44	36	33	21	11	6	6	8	4	2	2	2		
本人からの要求が過度である	14	5	9	9	5	2	2	1	0	0	0	0		
欠勤・休業中に本人と連絡がとれない	6	6	6	6	3	2	1	0	0	0	0	1		
診断書の病名	適応障害	うつ病	発達障害	パーソナリティ障害	双極性障害	不安障害	統合失調症	睡眠障害	アルコール依存症	摂食障害	強迫性障害	PTSD	心因反応	自律神経失調症
総例数	64	142	14	7	14	14	10	11	5	2	2	1	2	9
注意しても改善効果がない	26	36	6	4	4	4	7	5	2	1	0	0	0	2
逆恨みをされる	6	10	1	1	4	1	2	1	1	1	0	0	0	1
職場の雰囲気が悪くなる	17	27	6	4	3	5	3	3	1	0	1	0	1	1
どう対応してよいかわからない	46	90	11	5	11	11	7	8	4	2	2	0	2	6
意思の疎通が図れない	11	17	4	3	3	3	5	2	0	0	1	0	2	2
チームとしての成果が上がらない	15	27	3	2	2	3	2	2	1	0	1	1	1	2
どのくらい仕事ができるか予測できない	32	82	10	3	10	6	5	7	3	1	2	1	2	4
周囲の者に負担がかかる	36	64	9	5	7	9	5	9	4	1	2	0	1	4
本人からの要求が過度である	12	13	1	2	4	5	1	3	0	0	0	0	0	1
欠勤・休業中に本人と連絡がとれない	7	14	3	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0

表37. 産業医が特に困ったこと(産業医の見立て、診断書の病名別)

産業医の見立て	適応障害	うつ病	発達障害	パーソナリティ障害	双極性障害	不安障害	統合失調症	睡眠障害	アルコール依存症	摂食障害	強迫性障害	PTSD		
総例数	101	79	52	26	24	21	14	12	5	4	3	3		
専門医受診を承諾しなかった	5	2	4	4	3	2	3	1	3	2	2	0		
意思の疎通が困難だった	9	5	13	9	3	1	5	1	0	1	0	0		
病気か他の問題かの判別が難しかった	50	25	30	0	8	9	4	5	0	0	2	2		
本人が指示・助言を聞き入れなかった	19	16	11	9	7	2	6	1	2	2	1	1		
家族の理解が得られなかった	2	2	2	0	4	1	2	0	1	0	0	0		
主治医との連携が困難だった	10	1	7	3	7	1	2	3	0	0	1	0		
本人の支援について職場の理解が得られなかった	10	10	4	1	2	0	2	1	1	0	1	1		
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	19	11	25	7	1	5	4	2	2	2	1	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	4	1	1	1	3	1	2	0	0	0	0		
本人の業務遂行能力、適性の評価が難しかった	28	27	24	6	5	3	3	2	1	0	0	1		
本人の病状の予後(転帰)の推定が難しかった	32	29	18	8	9	10	5	2	0	0	1	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	29	26	16	7	9	5	7	3	0	1	0	2		
診断書の病名	適応障害	うつ病	発達障害	パーソナリティ障害	双極性障害	不安障害	統合失調症	睡眠障害	アルコール依存症	摂食障害	強迫性障害	PTSD	心因反応	自律神経失調症
総例数	64	142	14	7	14	14	10	11	5	2	2	1	2	9
専門医受診を承諾しなかった	4	5	1	2	2	0	2	0	3	2	1	0	1	2
意思の疎通が困難だった	12	14	2	4	3	2	2	2	0	1	1	0	2	1
病気か他の問題かの判別が難しかった	30	60	9	5	3	4	2	5	0	0	1	1	2	3
本人が指示・助言を聞き入れなかった	13	28	2	3	4	4	3	2	2	2	0	0	0	2
家族の理解が得られなかった	2	4	0	0	3	1	2	0	1	0	0	0	0	1
主治医との連携が困難だった	5	11	2	1	2	2	0	1	0	0	1	0	1	1
本人の支援について職場の理解が得られなかった	5	18	1	1	0	2	2	2	1	0	1	0	0	1
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	18	25	5	0	1	4	3	5	2	1	1	0	1	3
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	6	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
本人の業務遂行能力、適性の評価が難しかった	18	40	6	1	3	4	2	3	1	0	1	0	0	3
本人の病状の予後(転帰)の推定が難しかった	20	51	4	3	5	5	3	3	0	0	0	1	1	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	20	43	5	2	5	2	5	2	0	0	0	1	0	1

表38. 特に効果的であった対応(産業医の見立て、診断書の病名別)

産業医の見立て	適応障害	うつ病	発達障害	パーソナリティ障害	双極性障害	不安障害	統合失調症	睡眠障害	アルコール依存症	摂食障害	強迫性障害	PTSD
総例数	101	79	52	26	24	21	14	12	5	4	3	3
本人を焦らせないようにした	3	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
業務量を軽減するよう提案した	3	4	2	0	2	2	0	0	1	0	1	0
本人に安心して休業できるような説明をした	8	10	1	1	1	3	1	0	1	0	0	0
定期的な面接を予定した	3	3	2	0	3	2	0	2	0	0	0	0
作業の安全面の確保を重視した	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	1	5	3	0	0	1	0	2	1	0	0	0
本人と職場の間の中立を意識して対応した	1	3	3	1	0	0	2	0	0	0	0	0
配置転換をするよう提案した	8	5	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0
質的な業務負荷を軽減するよう提案した	5	7	6	0	0	0	0	1	1	0	0	0
職場でできることと本人に自効努力を求めることを明確にした	10	4	4	3	1	1	0	0	1	0	0	1
主治医と密な情報交換を行った	3	6	6	2	5	0	1	1	2	1	0	0
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	1	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	5	3	2	0	2	0	0	1	0	1	0	0
関係者間で対応の仕方を共有した	9	12	9	5	4	0	4	1	1	2	0	2
ルール違反に対しては厳格に処理した	5	1	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0
本人のできることとできないことを整理した	0	1	2	0	0	0	0	0	0	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	3	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
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	0	6	1	2	1	1	0	0	0	0	0
対人折衝の少ない業務に就かせた	1	1	3	1	1	1	0	0	0	0	1	0
指示命令の簡略化、具体化を図った	1	0	3	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	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	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
家族(親族)に当該労働者に対する支援を依頼した	2	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
仕事への取り組み方に関して本人とよく話合った	3	6	4	1	1	1	1	1	0	1	0	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	3	5	1	0	1	2	1	1	2	0	0	0
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	2	0	1	1	0	0	1	2	1	0	0

表38. 特に効果的であった対応(産業医の見立て、診断書の病名別)(続き)

診断書病名	適応障害	うつ病	発達障害	パーソナリティ障害	双極性障害	不安障害	統合失調症	睡眠障害	アルコール依存症	摂食障害	強迫性障害	PTSD	心因反応	自律神経失調症
総例数	64	142	14	7	14	14	10	11	5	2	2	1	2	9
本人を焦らせないようにした	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
業務量を軽減するよう提案した	1	7	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1
本人に安心して休業できるような説明をした	5	11	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2
定期的な面接を予定した	3	7	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0
作業の安全面の確保を重視した	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	1	6	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
本人と職場の間の中立を意識して対応した	1	6	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
配置転換をするよう提案した	7	8	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
質的な業務負荷を軽減するよう提案した	3	10	0	1	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0
職場でできることと本人に自助努力を求めたことを明確にした	2	8	2	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0
主治医と密な情報交換を行った	4	11	4	1	3	1	1	1	2	1	0	0	0	0
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	1	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	5	3	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1
関係者間で対応の仕方を共有した	7	18	4	1	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1
ルール違反に対しては厳格に処理した	4	3	0	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0
本人のできることとできないことを整理した	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	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	1	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	4	4	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
対人折衝の少ない業務に就かせた	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示命令の簡略化、具体化を図った	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
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	0	0	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	0	1	0	0	0	0	0	0	1
家族(親族)に当該労働者に対する支援を依頼した	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	8	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0
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	8	0	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0
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	2	0	0	1	1	0	2	2	1	0	0	0	0

表39. 特に効果的であった対応（「職場関係者が特に困ったこと」別）											
	注意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取れない	
総数	86	25	60	182	43	48	142	121	36	21	
本人を焦らせないようにした	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	
業務量を軽減するよう提案した	2	0	1	10	0	3	9	7	0	0	
本人に安心して休業できるような説明をした	2	0	0	16	2	1	7	7	0	0	
定期的な面接を予定した	4	0	2	11	3	4	9	8	2	1	
作業の安全面の確保を重視した	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	3	0	1	7	2	2	6	4	1	0	
本人と職場の間の中立を意識して対応した	5	3	7	6	2	2	3	6	3	1	
配置転換をするよう提案した	6	1	1	7	2	3	8	9	2	0	
質的な業務負荷を軽減するよう提案した	4	0	3	9	1	5	11	6	2	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	7	3	4	14	2	6	8	8	6	2	
主治医と密な情報交換を行った	12	0	5	19	4	3	15	14	1	2	
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	3	0	3	3	0	1	4	3	1	0	
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	4	1	0	9	1	1	8	6	1	2	
関係者間で対応の仕方を共有した	14	4	11	31	10	12	22	27	5	5	
ルール違反に対しては厳格に処理した	5	1	4	6	4	5	3	5	4	0	
本人のできることとできないことを整理した	2	0	0	2	0	1	2	2	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	3	0	0	2	0	2	6	1	0	0	
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	3	1	2	7	0	1	10	4	2	2	
対人折衝の少ない業務に就かせた	1	1	2	5	0	1	3	1	0	0	
指示命令の簡略化、具体化を図った	3	1	1	3	1	3	2	3	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	12	2	5	20	6	5	15	13	3	2	
家族（親族）に職場の対応に関する理解を求めた	1	1	2	3	3	2	2	2	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	1	3	1	1	4	1	0	1	
仕事への取り組み方に関して本人とよく話合った	5	0	4	8	1	5	9	8	2	0	
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	2	3	8	2	4	9	8	1	1	
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	2	2	7	0	2	4	4	3	0	

表40. 特に効果的であった対応（「産業医が特に困ったこと」別）

	専門医受診を承諾しなかった	意思の疎通が困難だった	病気その他の問題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（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
総数	23	36	106	58	12	24	25	55	10	71	85	75
本人を焦らせないようにした	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	2
業務量を軽減するよう提案した	2	0	0	1	0	1	1	3	0	4	7	6
本人に安心して休業できるような説明をした	0	1	6	4	0	2	1	4	0	5	7	4
定期的な面接を予定した	0	1	6	1	0	0	1	3	2	3	6	7
作業の安全面の確保を重視した	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	0	0	1	0	0	0	3	2	2	4	5	3
本人と職場の間の中立を意識して対応した	2	2	4	3	1	1	5	3	0	2	1	3
配置転換をするよう提案した	0	1	7	1	0	1	1	3	0	2	2	4
質的な業務負荷を軽減するよう提案した	0	0	5	1	0	0	3	3	0	5	8	6
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	3	1	8	5	0	2	2	3	1	3	5	2
主治医と密な情報交換を行った	3	3	8	6	3	2	4	7	1	8	7	10
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	0	0	3	1	1	0	2	2	0	3	1	0
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	1	0	2	3	0	2	1	2	0	4	4	6
関係者間で対応の仕方を共有した	7	4	17	10	3	3	6	9	2	11	14	13
ルール違反に対しては厳格に処理した	2	3	5	3	0	1	1	2	0	0	0	2
本人のできることでできないことを整理した	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	1
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	5	0	0	0	2	1	0	1	1	0
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	0	0	6	1	0	2	0	3	0	3	3	3
対人折衝の少ない業務に就かせた	2	0	2	2	0	2	0	3	0	3	2	0
指示命令の簡略化、具体化を図った	0	0	2	0	0	0	0	1	0	2	2	2
適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した	4	2	12	4	1	2	5	3	0	5	6	6
家族（親族）に職場の対応に関する理解を求めた	0	2	1	0	0	0	0	1	0	1	1	2
家族（親族）に当該労働者に対する支援を依頼した	1	1	2	0	1	2	0	0	0	0	1	2
仕事への取り組み方に関して本人とよく話合った	0	0	6	2	0	1	2	4	0	1	4	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	1	1	4	7	2	1	2	3	0	0	5	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。	3	0	0	4	1	0	3	3	0	1	2	1

表 41. 平成 27 年度に収集した事例調査の分析(再分析を含む)から得られた主な事項

- ・産業医の見立て(病名)と診断書の病名との一致率は、67.5%だった。
- ・診断書の病名は、うつ病、適応障害、双極性障害・不安障害・発達障害の順に多かった。
- ・産業医の見立ては、適応障害、うつ病、発達障害、パーソナリティ障害、双極性障害の順だった。
- ・事例化(表面化)は、業務効率の低下→勤怠不良、業務効率の低下→人間関係の悪化、勤怠不良→業務効率の低下、仕事の失敗→業務効率の低下、人間関係の悪化→業務効率の低下、身体疾患→勤怠不良、社内ハラスメント→人間関係の悪化の流れが多かった。これらに留意することが、事例の早期対応に重要であると考えられる。
- ・職場関係者が特に困ったことを産業医の見立て別にみると、適応障害では「どう対応してよいかわからない」、「どのくらい仕事ができるかわからない」、「周囲の者に負担がかかる」、「注意しても改善効果がない」の順に多かった。うつ病では「どう対応してよいかわからない」、「どのくらい仕事ができるかわからない」、「周囲の者に負担がかかる」の順に多かった。発達障害では「どう対応してよいかわからない」、「周囲の者に負担がかかる」、「どのくらい仕事ができるかわからない」の順に多かった。
- ・職場関係者が特に困ったことを診断書の病名別にみると、うつ病では「どう対応してよいかわからない」、「どのくらい仕事ができるかわからない」、「周囲の者に負担がかかる」の順に多かった。適応障害では「どう対応してよいかわからない」、「周囲の者に負担がかかる」、「どのくらい仕事ができるかわからない」、「注意しても改善効果がない」の順に多かった。
- ・産業医が特に困ったことを産業医の見立て別にみると、適応障害では「病気か他の問題かの判別が難しかった」、「本人の病状の予後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」、「本人の業務遂行能力、適性の評価が難しかった」の順に多かった。うつ病では「本人の病状の予後の推定が難しかった」、「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」、「病気か他の問題かの判別が難しかった」の順に多かった。発達障害では「病気か他の問題かの判別が難しかった」、「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」の順に多かった。
- ・産業医が特に困ったことを診断書の病名別にみると、うつ病では「病気か他の問題かの判別が難しかった」、「本人の病状の予後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」、「本人の業務遂行能力、適性の評価が難しかった」の順に多かった。適応障害では「病気か他の問題かの判別が難しかった」、「本人の病状の予後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」の順に多かった。
- ・対応方法については、「関係者間で対応の仕方を共有した」、「主治医と密な情報交換を行った」

は、多くの事例で特に効果的だった。職場での対応で特に重視すべきである。「本人が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」も、比較的多くの事例で効果的だった。

・産業医の見立て別に対応方法をみると、適応障害で「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」、「関係者間に対応の仕方を共有した」、「本人が安心して休業できるような説明をした」、「配置転換をするよう提案した」が効果的だった事例が多かった。うつ病では「関係者間に対応の仕方を共有した」、「本人が安心して休業できるような説明をした」、「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」、「仕事の取り組み方に関して本人とよく話し合った」が効果的だった事例が多かった。発達障害では「関係者間に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」、「本人が苦手な作業や職場環境に関し上司の理解を求めた」が効果的だった事例が多かった。

・診断書の病名別に対応方法をみると、うつ病で「関係者間に対応の仕方を共有した」、「本人が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」、「質的な業務負担を軽減するよう提案した」が効果的だった事例が多かった。適応障害では「配置転換をするよう提案した」、「関係者間に対応の仕方を共有した」、「本人が安心して休業できるような説明をした」、「自己の状態のセルフモニタリングを求めた」が効果的だった事例が多かった。

・職場関係者が特に困ったこと(頻度の高かったもの)別に、特に効果的であった対応をみると、「どう対応してよいかわからない」、「どのくらい仕事ができるか予測がつかない」、「周囲の者に負担がかかる」では、「関係者間に対応の仕方を共有した」、「適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した」、「主治医と密な情報交換を行った」が特に多かった。「注意をしても改善効果がない」では、上記3項目に加え、「職場が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」が多かった。「職場の雰囲気が悪くなる」では、「関係者間に対応の仕方を共有した」、「本人と職場の間あの中立を意識して対応した」が多かった。「本人からの要求が過度である」では、「職場が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」が多かった。

・産業医が特に困ったこと(頻度の高かったもの)別に、特に効果的であった対応をみると、「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」では、「関係者間に対応の仕方を共有した」、「主治医と密な情報交換を行った」が特に多かった。「病気か他の問題かの判別が難しかった」では、それらに加えて、「職場が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」、「適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した」が多かった。「本人の病状の予後(転帰)の推定が難しかった」では、「関係者間に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」が多かった。「本人が指示・助言を聞き入れなかった」では、「関係者間に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」が多かった。

表 42. グループ討議による聞き取り調査から得られた主な事項

-
- ①職場におけるメンタルヘルス不調者の事例化に関する類型分類を行うことの妥当性と(妥当である場合)その方向性
- ・職場での事例性が表面化するまでの過程には、いくつかのパターンがみられたことから、類型化は可能であり、それを整理するのは、メンタルヘルス対策として意義が大きい。
- ②分析(再分析を含む)結果に関する意見(読み取れる事項)
- ・休業回数を重ねると周囲が支援をはじめめる傾向が読み取れる
 - ・最初は、上司が抱え込む例があると推測される。
 - ・今回の分析では、回答した産業医の(対応の)癖が反映されている可能性があることに注意が必要。
 - ・「業務効率の低下→(人間関係の悪化または仕事の失敗を伴うことあり)→遅刻・早退、頻回欠勤→表面化」、「仕事の失敗→業務効率の低下→(過度の自己卑下がみられることもある)→頻回欠勤、遅刻・早退→表面化」、「人間関係の悪化(ハラスメントを含む)→(業務効率の低下がみられることもある)→頻回欠勤、遅刻・早退→表面化」、「身体疾患に伴う症状→頻回欠勤、遅刻・早退→表面化」というパターンが読み取れそうである。
 - ・主治医は、職場を直接見ていないために、「適応障害」の病名をつけにくい。症状を中心とした診断により、他の診断名がつけられる。
 - ・「統合失調症」「パーソナリティ障害」の診断名の数については、背景を検討する必要がある。主治医が自発的に記すとは思えない。
 - ・「パーソナリティ障害」「双極性障害」「発達障害」では、仕事外のストレス要因がみられる例も多く、職場内の支援では限界があることも念頭に置く必要がある。
 - ・「発達障害」「パーソナリティ障害」「双極性障害」は、職場の情報が診断に結び付きやすい。他方、先入観、不十分な知識から、職場関係者が過剰診断を行うこともありえる。
 - ・事業場の事情によっては、家族にも相談窓口を開く意義があるかもしれない。
 - ・過去に休業歴があっても、必ずしも自発的に産業保健スタッフに相談するとは限らない。
 - ・診断書が出された場合には、遡って職場での問題を調査する意義がある。(すでに表面化している例が少なくない。)
 - ・仕事の失敗というわかりやすい問題の前に業務効率の低下が指摘される例は比較的少ないことから、職場によっては業務効率の低下は周囲から気づかれにくいことがあると推測される。
 - ・多くの疾患に共通する望ましい対応がある。
 - ・不適応の既往は、産業医の見立てによる双極性障害、発達障害、パーソナリティ障害で顕著である。
 - ・「アルコール使用障害」では、産業医の困り事として、「専門医受診を承諾しなかった」の割合が高い。
 - ・業務効率の低下に着目すれば、早期対応の道筋が作れると考えられる。

③さらなる追加分析に関する意見

- ・「特に効果的であった対応」の共通項(背景になっている事柄)を見出すことはできないか。
- ・性別、年齢別、疾病別、管理職・一般職別に、特に効果的であった事項を分析する。
- ・単身者と同居者に分けて対応を分析する。
- ・診断書の病名と産業医の診断(見立て)の一致度の詳細を示す。
- ・産業医の関与が遅れる事例の特徴を検討する。

④「職場におけるメンタルヘルス不調者の対応ガイドライン」の構成のあり方、内容

- ・産業保健スタッフと人事部署との連携、メンタルヘルス教育(特に、ラインによるケア)を前提条件とすべき。
- ・大半のメンタルヘルス不調者に共通する基本的対応はあるはずであり、基本的対応の共通事項をまずあげ、その後に各論を示す形式がわかりやすい。
- ・類型別に好ましいアクションプランを羅列する。
- ・類型については思い込みが問題となる可能性もある。軌道修正の仕方も示唆したほうがよい。
- ・診断名よりも、職場関係者や産業医の困り事を軸とした対応の形式をとったほうが、有用性が高い。
- ・例数が少ない疾患についてはケーススタディのような形を示す。
- ・一般に言われている事項(定説)への注意喚起ができれば興味深いのではないか。(例えば、「業務量の軽減」は必ずしも効果的でない。)
- ・まず、主治医との連携を試み、その病名と見立てが一致したものについては、一般的な疾患別の対応法も参考にする。発達障害などがその好例。その際、診断別の対応は、5、6 くらいに絞るのがよい
- ・主治医に ICD-10 で診断名を求めると、確定診断が得やすい。
- ・DSM の多軸診断が得られるなら、対応の参考になる。
- ・主診断、副診断という表現を用いて、問い合わせをするのもよい。
- ・診断が受診の過程で変わりうることに、注意が必要。
- ・主治医からより正確な診断名を得るために、職場からの情報提供を怠らないことの重要性を強調する必要がある。
- ・主治医から出せない情報もあることを踏まえておく必要がある。
- ・本人から告知されている病名を聴く。また、病名に限らず、主治医から伝えられていることを問うのは重要である。
- ・ハラスメント例の対応法を盛り込む。その際には、関わり方を重視する。
- ・人事部署の機能によって、対応ルートのあり方が異なることも明示すべきである。
- ・人事管理スタッフの教育も必要であり、人事担当者が交代した際には、再連携を図ることも重要である。
- ・やむをえず、退職となる例には、確定診断に応じて求められる最低限の対応をしておくことを示唆できるとよい。

- ・比較的少ない診断名例が拾えているので、なんとか活かしたい。
- ・障害者手帳を有している例の扱いは別枠で記すのがよい。
- ・誰が牽引して対応を動かしていくのかも明示したい。
- ・産業保健スタッフは、不調の原因を職場関連事項に求めすぎる傾向があることに注意する。
- ・精神科医は、他科の専門医と比較し、必ずしも確定診断を早期に追求しないことに注意が必要。
- ・適応障害を除けば、診断の一致にはあまりとらわれずに進めてよい。
- ・適応障害の配置転換は、頻回に行うべきではない。
- ・当該労働者への関わりは、主治医にリーダーシップを求めてよい。それを促すために、丁寧な依頼をする。職場内でルールづくりをしてから、主治医に任せる。
- ・休復職のルールを本人、主治医に提示することは最低限必要。
- ・主治医への情報提供依頼の内容を絞り込む。自由記入欄もつくる。早期に依頼する。
- ・主治医の意見書については、理想的には、職場関係者と直接面談をした上で書面を作る手順をとれるとよい。
- ・以前開発された対応類型表を活かす。
- ・対応の流れに関して、主治医との連携がうまくいかない場合を細分化する。
- ・管理監督者教育では、比較的多くみられる困りごととそれに対する望ましい対応を提示する。
- ・不適応の既往を主治医に伝えることは、正確な診断を得て、より適切な支援を図るために有用となりえる。
- ・不調の原因として、安易に「発達障害」が用いられる傾向がある。
- ・産業医の見立てで「発達障害」が疑われる場合には、その旨を主治医と共有すべきである。
- ・アルコール使用障害では、家族・親族との連携が不可欠である。
- ・管理監督者向けの「表面化した事項別のチェック表と対応法」の類が有用である。

⑤その他

- ・主治医が非精神科医の場合には、連携が難しくなるため、考慮が必要である。
- ・最近事例化が目立ってきた発達障害の軽症例への対応は難しい。
- ・うつ病、適応障害など職場でみられることが多いものは、今回の調査結果を分析することで、対応を類型化しやすいと考えられる。
- ・本調査では、事例の業種に偏りがあるので注意が必要である。3年目の研究では、多業種でガイドラインの有用性を検証することが望ましい。
- ・睡眠障害については、生活習慣の乱れも考慮に入れるべきである場合も多い。
- ・職場関係者と主治医の「顔の見える関係」が望ましい。

表 43. 性別にみた産業医の実施事項の数と「特に効果的であった」事項の例数

	男性(=222)		女性(=43)	
	特に効果的	実施	特に効果的	実施
本人を焦らせないようにした	5	79	0	11
業務量を軽減するよう提案した	12	71	0	10
本人に安心して休業できるような説明をした	17	103	2	16
定期的な面接を予定した	11	130	1	21
作業の安全面の確保を重視した	2	23	1	2
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	9	61	0	5
本人と職場の間の中立性を意識して対応した	5	57	3	15
配置転換をするよう提案した	13	36	1	7
質的な業務負担を軽減するよう提案した	14	58	1	12
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	14	106	4	23
主治医と密な情報交換を行った	21	99	3	15
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	5	32	1	8
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	10	70	2	10
関係者間に対応の仕方を共有した	28	135	9	26
ルール違反に対しては厳格に処理した	7	42	2	8
本人のできることとできないことを整理した	2	33	0	6
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	51	0	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	12	46	2	9
対人折衝の少ない業務に就かせた	4	31	1	3
指示命令の簡略化、具体化を図った	2	21	1	3
適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した	0	19	0	4
家族(親族)に職場の対応に関する理解	2	23	1	2

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	3	31	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	12	99	1	11
休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	13	94	1	16
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	8	66	1	6

表 44. 年齢層別にみた産業医の実施事項の数(カッコ内は「特に効果的であった」数)

	～29 歳 (N=77)	30～39 歳 (N=81)	40～49 歳 (N=80)	50～59 歳 (N=27)
本人を焦らせないようにした	23(2)	29(2)	29(1)	9(0)
業務量を軽減するよう提案した	25(3)	27(6)	25(3)	4(0)
本人に安心して休業できるような説明をした	34(8)	39(7)	36(4)	10(0)
定期的な面接を予定した	37(3)	49(5)	50(4)	15(0)
作業の安全面の確保を重視した	10(0)	8(3)	6(0)	1(0)
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	19(1)	23(4)	18(3)	6(1)
本人と職場の間の中立を意識して対応した	21(2)	27(4)	18(1)	6(1)
配置転換をするよう提案した	17(6)	14(4)	8(1)	4(3)
質的な業務負荷を軽減するよう提案した	18(3)	26(5)	19(4)	7(3)
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(6)	34(4)	40(7)	7(1)
主治医と密な情報交換を行った	34(6)	29(8)	39(7)	12(3)
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	8(0)	17(4)	12(2)	3(0)
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	26(6)	21(3)	25(2)	8(1)

関係者間での対応の仕方を共有した	49(9)	50(13)	48(11)	14(4)
ルール違反に対しては厳格に処理した	16(1)	15(3)	14(4)	5(1)
本人のできることとできないことを整理した	11(1)	12(0)	13(1)	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	18(1)	20(2)	18(3)	4(2)
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	16(5)	22(5)	13(3)	4(1)
対人折衝の少ない業務に就かせた	7(0)	9(3)	14(1)	4(1)
指示命令の簡略化、具体化を図った	8(1)	8(2)	7(0)	1(0)
適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した	8(0)	5(0)	10(0)	0(0)
家族(親族)に職場の対応に関する理解を求めた	7(1)	8(1)	8(1)	2(0)
家族(親族)に当該労働者に対する支援を依頼した	9(0)	12(2)	12(1)	4(1)
仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った	36(5)	30(4)	33(4)	11(0)
休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	29(2)	35(4)	35(6)	11(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。	25(2)	22(1)	19(5)	6(1)

表 45. 居住別にみた産業医の実施事項の数(カッコ内は「特に効果的であった」数)

	単身(N=124)	家族と同居(N=139)
本人を焦らせないようにした	48(4)	41(1)
業務量を軽減するよう提案した	45(7)	36(5)
本人に安心して休業できるような説明をした	63(11)	54(8)
定期的な面接を予定した	74(4)	75(7)
作業の安全面の確保を重視した	12(1)	13(2)

就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	33(5)	33(4)
本人と職場の間の中立を意識して対応した	33(1)	38(7)
配置転換をするよう提案した	23(6)	19(7)
質的な業務負荷を軽減するよう提案した	35(10)	35(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	65(7)	63(10)
主治医と密な情報交換を行った	61(15)	53(9)
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	17(2)	23(4)
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	40(6)	40(6)
関係者間で対応の仕方を共有した	84(18)	76(18)
ルール違反に対しては厳格に処理した	25(4)	24(5)
本人のできることとできないことを整理した	19(1)	20(1)
本人の良い面(良く評価されている面)を(本人に)明示した	31(1)	29(7)
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	25(5)	30(9)
対人折衝の少ない業務に就かせた	16(2)	18(3)
指示命令の簡略化、具体化を図った	12(1)	12(2)
適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した	13(0)	10(0)
家族(親族)に職場の対応に関する理解を求めた	14(2)	11(1)
家族(親族)に当該労働者に対する支援を依頼した	17(0)	20(4)
仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った	52(4)	57(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	54(8)	55(6)
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。	36(1)	35(8)

表 46. 職種別にみた産業医の実施事項の数(カッコ内は「特に効果的であった」数)

	専門・技術 (N=141)	管理 (N=22)	事務 (N=42)	販売 (N=22)	生産工程 (N=24)
本人を焦らせないようにした	48(3)	9(1)	13(0)	6(0)	7(1)
業務量を軽減するよう提案した	46(9)	7(0)	11(3)	6(0)	4(0)
本人に安心して休業できるような説明をした	62(12)	10(0)	20(4)	7(0)	11(3)
定期的な面接を予定した	78(9)	10(1)	30(1)	9(0)	14(0)
作業の安全面の確保を重視した	9(2)	2(0)	4(1)	1(0)	3(0)
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	40(5)	6(1)	8(1)	2(0)	3(0)
本人と職場の間の中立を意識して対応した	38(7)	7(0)	13(3)	2(1)	11(0)
配置転換をするよう提案した	20(7)	4(2)	7(2)	6(1)	3(1)
質的な業務負荷を軽減するよう提案した	44(8)	9(2)	8(3)	2(0)	3(1)
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	67(6)	7(0)	23(3)	5(0)	15(6)
主治医と密な情報交換を行った	59(10)	9(4)	21(6)	6(2)	9(0)
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	25(4)	4(1)	5(0)	0(0)	4(1)
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	49(8)	5(1)	12(0)	2(0)	7(3)
関係者間で対応の仕方を共有した	89(24)	12(3)	28(7)	8(0)	12(2)
ルール違反に対しては厳格に処理した	26(4)	1(1)	10(3)	4(1)	6(0)
本人のできることとできないことを整理した	20(1)	3(0)	8(0)	0(0)	4(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	36(7)	7(1)	5(0)	5(0)	2(0)
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	34(9)	3(2)	11(1)	0(0)	2(0)

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	20(5)	3(0)	5(0)	2(0)	0(0)
指示命令の簡略化、具体化を図った	14(2)	3(0)	3(1)	0(0)	2(0)
適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した	11(0)	3(0)	7(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	12(2)	1(0)	5(1)	2(0)	3(0)
家族(親族)に当該労働者に対する支援を依頼した	18(3)	1(0)	8(1)	3(0)	4(0)
仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った	63(7)	7(1)	16(1)	4(0)	13(3)
休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	69(7)	10(1)	17(3)	2(0)	10(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。	35(6)	3(0)	11(0)	6(1)	7(2)

表 47. 職種別にみた産業医事項の数(カッコ内は「特に効果的であった」数)

	一般職 (N=224)	管理職 (N=35)
本人を焦らせないようにした	74(3)	14(2)
業務量を軽減するよう提案した	69(10)	9(2)
本人に安心して休業できるような説明をした	104(17)	14(2)
定期的な面接を予定した	124(10)	24(2)
作業の安全面の確保を重視した	22(3)	2(0)
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	57(8)	6(1)
本人と職場の間の中立を意識して対応した	63(8)	9(0)
配置転換をするよう提案した	39(12)	4(2)

質的な業務負荷を軽減するよう提案した	59(12)	11(3)
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	117(14)	11(3)
主治医と密な情報交換を行った	96(19)	15(4)
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	32(4)	6(1)
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	69(8)	11(4)
関係者間に対応の仕方を共有した	138(32)	19(4)
ルール違反に対しては厳格に処理した	47(9)	3(0)
本人のできることとできないことを整理した	35(2)	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	51(6)	7(2)
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	49(12)	6(2)
対人折衝の少ない業務に就かせた	27(5)	7(0)
指示命令の簡略化、具体化を図った	21(3)	3(0)
適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した	18(0)	4(0)
家族(親族)に職場の対応に関する理解を求めた	24(3)	1(0)
家族(親族)に当該労働者に対する支援を依頼した	32(3)	4(1)
仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った	92(11)	18(2)
休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	90(11)	17(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。	64(5)	7(4)

表48. 診断書の病名と産業医の診断(見立て)の対比表

		産業医の診断名(見立て)												
		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	適応障害	睡眠障害	その他
	うつ病	76	11	2	14	1	2	24	2	13	1	41	6	7
	双極性障害	0	13	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0
	統合失調症	0	0	9	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
	不安障害	3	0	0	4	0	0	6	0	1	0	5	0	1
	強迫性障害	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0
	PTSD	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
診断書の病名	発達障害	3	0	2	0	0	1	11	0	1	0	4	0	0
	アルコール使用障害	2	0	0	0	0	0	0	5	1	1	0	0	1
	パーソナリティ障害	0	0	0	0	0	0	1	0	6	0	2	0	0
	摂食障害	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0
	適応障害	4	0	2	4	0	0	17	0	9	1	46	1	1
	睡眠障害	2	0	0	0	0	0	2	0	3	0	5	6	0
	心因反応	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
	自律神経失調症	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	6	0	2
	その他	3	0	0	1	1	0	5	1	3	0	10	1	6

表 49. 聞き取り調査をもとにした追加分析の結果から得られた主な事項

- ・性別の比較では、男性で業務量の軽減、配置転換の提案、質的な業務負担の軽減、仕事への取り組み方についての話し合い、休養の取り方および生活習慣の改善の指導が、特に効果的であった例が多い。日頃の業務負荷が高いことの影響かもしれない。他方、女性で特に効果的であった割合が高かったのは、関係者間で対応の仕方を共有することであった。
 - ・年齢層別では、若年層で安心して休業できるような説明、配置転換の提案、自己の状態のセルフモニタリングの勧奨が、特に効果的であった例が多い。中年層では休養の取り方および生活習慣の改善の指導が、特に効果的であった例が多い。
 - ・居住別にみると、全体に家族と同居している群のほうが、特に効果的であった事項が多い傾向にあった。単身者の群で、家族との同居群と比べ、特に効果的であった割合が高いのは、質的な業務負荷の軽減の提案、主治医との密な情報交換である。
 - ・職種別では、自己の状態のセルフモニタリングの勧奨、対人折衝の少ない業務に就かせること、仕事への取り組み方についての話し合い、自己の置かれている状況についての認識の深化が、専門・技術職で他の群に比べ、特に効果的であった例が多い。生産工程職では、他の群に比べ、職場でできることと本人に自助努力を求めることの明確化が特に効果的であった例が多い。
 - ・管理職・一般職別でみると、他群と比較して特に効果的であった割合が高いのは、管理職で自己の状態のセルフモニタリングの勧奨、自己の置かれている状況についての認識の深化、一般職では、関係者間での対応の仕方の共有、ルール違反に対する厳格な処理であった。
-

表 50.「職場におけるメンタルヘルス不調者の対応ガイドライン」骨子

1. はじめに

本ガイドラインは、近年増加および多様化しているメンタルヘルス不調を有する労働者に対して、産業保健スタッフが適切な対応を行うための道標を意図したものである。

2. 対応の前提条件

メンタルヘルス不調者に適切な対応を行うためには、教育研修の推進、人事部門—ライン—産業保健スタッフの連携体制の充実化が不可欠である。

1) 教育研修

「労働者の心の健康の保持増進のための指針」には、教育研修において取り上げられるべき事項が列挙されているが、メンタルヘルス不調例に対して適切な対応を行うためには、特に以下の事項が強調されるべきである。

① 管理監督者(ラインによるケア)教育

管理監督者は、職場環境の改善を通じたメンタルヘルス不調の未然防止だけでなく、部下の変調に早期に気づき、産業保健スタッフ等と連携を図ること、メンタルヘルス不調を有する労働者に日々適切な対応を行うという重要な役割も持つという認識を高める。メンタルヘルス不調の徴候、不調者に対する基本的な態度(コミュニケーションの取り方、就業面の配慮のしかたなど)、ハラスメント関連事項、産業保健スタッフ等との連携のしかたが特に重要である。

② 労働者(セルフケア)教育

業務効率の低下をはじめとする不調を自覚した場合や周囲から外見や言動の変化(変調)を指摘された場合には、自ら周囲や専門家に相談することが重要であることを強調する。

2) 人事部門—ライン—産業保健スタッフの連携体制

人事部門と産業保健スタッフ、ライン(管理監督者)と産業保健スタッフは、定期的な情報交換の場を持ち、互いの業務内容、メンタルヘルス対策における役割について理解を深めるとよい。前者の情報交換では、主な事業の見通し、仕事の繁忙状況、人事異動、組織体制の変化、新規およびフォローアップされている事例の現状など、後者の情報交換では、職場単位の仕事の繁忙状況、新規およびフォローアップされている事例の現状などが共有されるとよい。

なお、一連の連携では、個人情報に対して十分な配慮が必要である。特に、産業保健スタッフが有する労働者の健康情報は、機微な情報であり、伝達される内容、範囲が必要最小限に限定されることに合意がなされていなければならない。この場合の必要最小限とは、事業者の安全配慮義務を主眼とした人事労務管理、現場の安全衛生管理のために必要な範囲をさす。

人事管理スタッフの教育も必要であり、人事担当者が交代した際には、再連携を図ることも重要である。

3. 主治医との連携

主治医との連携、情報交換は、早期に行われることが望ましい。当該労働者の了解のもとに進めるのが大前提である。当該労働者が望まない場合には、その理由を確認し、この情報交換が本人に有益であることを丁寧に説明する。

この連携では、主治医に主体的な関わりを求める。主治医に対しては、職場に必要な情報の提供を求めるだけでなく、職場が得ている情報を提供することも必要である。それは、診断と治療にとっての有用な情報となりうるだけでなく、主治医から実現可能な意見を得ることにもつながる。主治医、職場双方とも、提供できない情報があることに対しても、双方の合意が望ましい。

書面による主治医との情報交換では、以下の事項に注意する。

- ・責任者(産業医)名を明示する
- ・得たい情報とその理由を明示する(最低限にする)
- ・主治医から得る情報の職場内での開示範囲を明示する
- ・主治医から得る情報の活用の仕方を明示する
- ・主治医から得る情報がどのように活用されたか報告することを確約する
- ・主治医から得る個人情報保護について説明する
- ・主治医からの情報提供書のフォーマットを用意する場合には、復職の可否、就業面の配慮については選択式とし、他の症状の推移などについては自由記入の形式とする。
- ・主治医からの情報提供書は即日発行が難しいことを理解する。
- ・診断名は、ICD 分類あるいは DSM 分類(多軸診断)で求めるとよい。主診断、副診断という問い合わせもよい。
- ・精神障害の確定診断は、必ずしも早期につけられるとは限らない点を理解する。
- ・職場の状況(業務内容、規模、管理体制など)を伝える
- ・職場の諸制度(休業、復職、就業制限に関するルールなど)を伝える
- ・本人の状況(職務内容、過去および現在の職場適応状況など)を伝える
- ・職場で対応、配慮できること、できないことを明示する
- ・文書料を準備する
- ・情報提供は、1回につき、A4用紙1枚程度を上限とする

職場関係者が直接主治医のもとに出向き、情報交換を行うのも有用である。その際には、上記(書面の場合)に加え、以下の点に留意する

- ・本人同席を原則とする
- ・主治医との面接前には、聴取することを決めておく(あらかじめ伝えておく)
- ・あらかじめ、本人とよく話し合っておく
- ・職場ができること(できないこと)を明示する
- ・面接時間を決め、厳守する
- ・30分程度を上限とし、相応の謝礼を用意する
- ・精神医療について多少の知識を有しておく

4. 事例の表面化のパターン

職場で比較的多くみられるメンタルヘルス不調の表面化のパターンとしては、以下の流れがあげられる。

- ①業務効率の悪化→(人間関係の悪化、仕事の失敗)→遅刻・早退の増加、頻回欠勤
- ②仕事の失敗→業務効率の低下→(過度の自己卑下)→頻回欠勤、遅刻・早退の増加
- ③人間関係の悪化(ハラスメントを含む)→(業務効率の低下)→頻回欠勤、遅刻・早退の増加
- ④身体疾患に伴う症状→頻回欠勤、遅刻・早退の増加

産業保健スタッフがこれらの傾向を理解しておく、メンタルヘルス不調者が次に職場で起こす可能性が高い問題を予想し、早期対応を講じることや、事例対応のために後方視的に調査を行う際の参考となるであろう。また、管理監督者教育において、管理監督者が留意すべき事項についての解説で活用することもできる。

5. 多くの事例に共通して効果的な対応

以下の対応は、診断名に関わらず、多くの事例で効果的なものである。

- ・職場関係者間で対応の仕方を共有する
- ・主治医と密な情報交換を行う
- ・本人が安心して休業できるような説明をする
- ・質的な業務負担を軽減するよう提案する
- ・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することも有用であるが、本人の状態が安定化していることを確認したうえで行うことが肝要である。

6. 診断が確定している例への対応

5の「多くの事例に共通して効果的な対応」に加えて、優先的に実施することが勧められる対応は以下の通りである。

1)うつ病

- ・本人の業務遂行能力に比し、業務が過多になっていないか確認する
- ・本人の仕事ぶり、仕事に関する考え方、取り組み方(時間管理などを含む)を話し合っていく
- ・本人が焦らないようにする
- ・業務負担(特に質的負担)の軽減を行う
- ・本人が業務軽減や必要な休養・休業を受け入れなくても、その際の本人の意向に従うことが必ずしも最善でないことに留意する
- ・休業することに対して本人が過度の(不適切な)懸念を抱いている場合には、その解消を図る
- ・休業後の復職・業務負荷の増加は慎重に行う
- ・配置転換には慎重を期す

2)統合失調症

- ・状態が安定してから、継続的にフォローアップを図る

- ・長期的な就業を前提とした、業務遂行能力に合った職務への配置転換の検討を進める。
- ・作業の安全面(本人および周囲に対して)の確保に十分留意する。

3) 双極性障害

- ・職場で言動に目だった変化があれば、速やかに家族、主治医に伝える。そのための連絡網も整備する。
- ・一見良好と評価できる情報(積極的な仕事ぶり、活発な社交性、強力なリーダーシップなど)も重要な情報であると認識を関係者間で共有する。
- ・職場内外で本人の信頼しているキーパーソンを確保しておく
- ・状態のセルフモニタリングを促す
- ・感情の高ぶりが見られた場合、積極的な傾聴は控える。

4) 適応障害

- ・不調を招いた仕事関連要因を十分に調査して同定、それを取り除くか、軽減する
- ・職場適応できていた時期の業務内容・上司の対応方法などを確認する
- ・症状が強い場合には、休業を勧める
- ・休業例では、元の職場への復帰にこだわらない
- ・配置転換を繰り返さぬよう、異動は慎重に行う
- ・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する
- ・自己の状態のセルフモニタリングを求める

5) 発達障害

- ・これまでの本人ができたこと、できなかったことを整理する
- ・職場適応できていた時期の業務内容・上司の対応方法などを確認する
- ・苦手な作業、職場環境(物理・科学的刺激を含む)等について、上司等に説明し、理解を求める
- ・抽象的な表現による指示、助言はさけ、指示命令系の簡略化、視覚化を図る。
- ・職場環境、仕事内容を本人にできるだけ合ったものにし、自己肯定感を高めていく。
- ・対人折衝の少ない、自己完結できるような業務に就かせる。

6) アルコール使用障害

- ・家族とも連携し、行うべきではないことを共有する
- ・関係者間で、対応方法の原則を打ち合わせる
- ・長期的な(少なくとも1年半程度の)フォローアップを計画する
- ・ルール違反に対しては、冷静かつ厳格に対応する。
- ・作業の安全面に十分留意する。
- ・回復後、仕事面などでよくなった点をはっきり本人に伝える。

7) その他の精神障害(具体的な対応事例の紹介)

① PTSD

略

② 不安障害

略

③睡眠障害

略

④摂食障害

略

7. 診断が確定しない例への対応

精神障害の確定診断は、必ずしも早期につけられるとは限らず、また適応障害を除けば、あまり確定診断に固執せずに対応を進めるという考え方も必要になる。

なお、主治医との連携が困難な理由としては、主治医の産業保健に対して理解不足の他、当該労働者が職場に対して不信感を抱いていることへの配慮、連携が望ましい時期ではないとの判断、家族の拒絶なども考えられる。

1) 対応類型表の活用

主治医に連携を要請しても実現できない例については、「対応類型表」(別表)が活用できる。その際には、「対応類型表」の流れ図(アルゴリズム)を参照すること。

2) 職場関係者が困った事項をもとにした対応

5 の「多くの事例に共通して効果的な対応」に加えて、優先的に実施することが勧められる対応は以下の通りである。

- ・「どう対応してよいかわからない」、「どのくらい仕事ができるか予測がつかない」、「周囲の者に負担がかかる」が特徴的な事例では、「適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認する」
- ・「注意をしても改善効果がない」が特徴的な事例では、「職場ができることと本人に自助努力を求めることを明確にする」
- ・「職場の雰囲気が悪くなる」が特徴的な事例では、「本人と職場の間の中立を意識して対応する」
- ・「本人からの要求が過度である」が特徴的な事例では、「職場ができることと本人に自助努力を求めることを明確にする」

3) 産業医(産業保健スタッフ)が困った事項をもとにした対応

5 の「多くの事例に共通して効果的な対応」に加えて、優先的に実施することが勧められる対応は以下の通りである。

- ・「病気か他の問題かの判別が難しい」が特徴的な事例では、「職場ができることと本人に自助努力を求めることを明確にする」、「適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認する」
- ・「本人が指示・助言を聞き入れない」が特徴的な事例では、「休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した」(本人にとって身近な事項を話題にして関わりを深める)

8. 各種属性を考慮した留意点

- ・性別:特に男性では、多くの仕事を抱え、「〇〇せねばならない」という固定観念に過度にとらわれている可能性を考え、それが当てはまる場合には、業務量の軽減、配置転換の提案、質的な

業務負担の軽減、仕事への取り組み方についての話し合い、休養の取り方および生活習慣の改善の指導が効果的である。

・年齢層別：就労期間が短く、雇用の継続に不安を抱いている若年層では、安心して休業できるような説明が求められる。配置転換の提案、自己の健康状態のセルフモニタリングの勧奨が、効果的である場合も多い。中年層では、業務に関する事項の他、休養の取り方および生活習慣の改善の指導が効果的であることが多い。

・家族の同居の有無：家族と同居しているでは、本人の了解のもとに家族と連携し、支援を求めることで、職場内での対応が円滑化することが多い。単身者では、主治医との密な情報交換が特に重要となる。

・職種別：専門・技術職では、自己の健康状態のセルフモニタリングの勧奨、仕事への取り組み方についての話し合い、自己の置かれている状況についての認識の深化に、特に注目する。対人関係で困難を抱えているかどうかにも着目し、該当する例では、対人折衝の少ない業務に就かせることも検討する。

・管理職・一般職別：管理職では、自己の健康状態のセルフモニタリングの勧奨、自己の置かれている状況についての認識の深化を重視する。

9. その他の留意点

・適切な対応は、経過によって変わっていくことがある。

・症状の再燃例に対して過去の対応が同じような効果を得られるとも限らない。

・産業保健スタッフは、不調の原因を職場関連事項に求めすぎる傾向があることに注意する。

・主治医は職場や仕事の詳細がわからないため、適応障害の診断名をつけるのに慎重になる場合が少なくない。

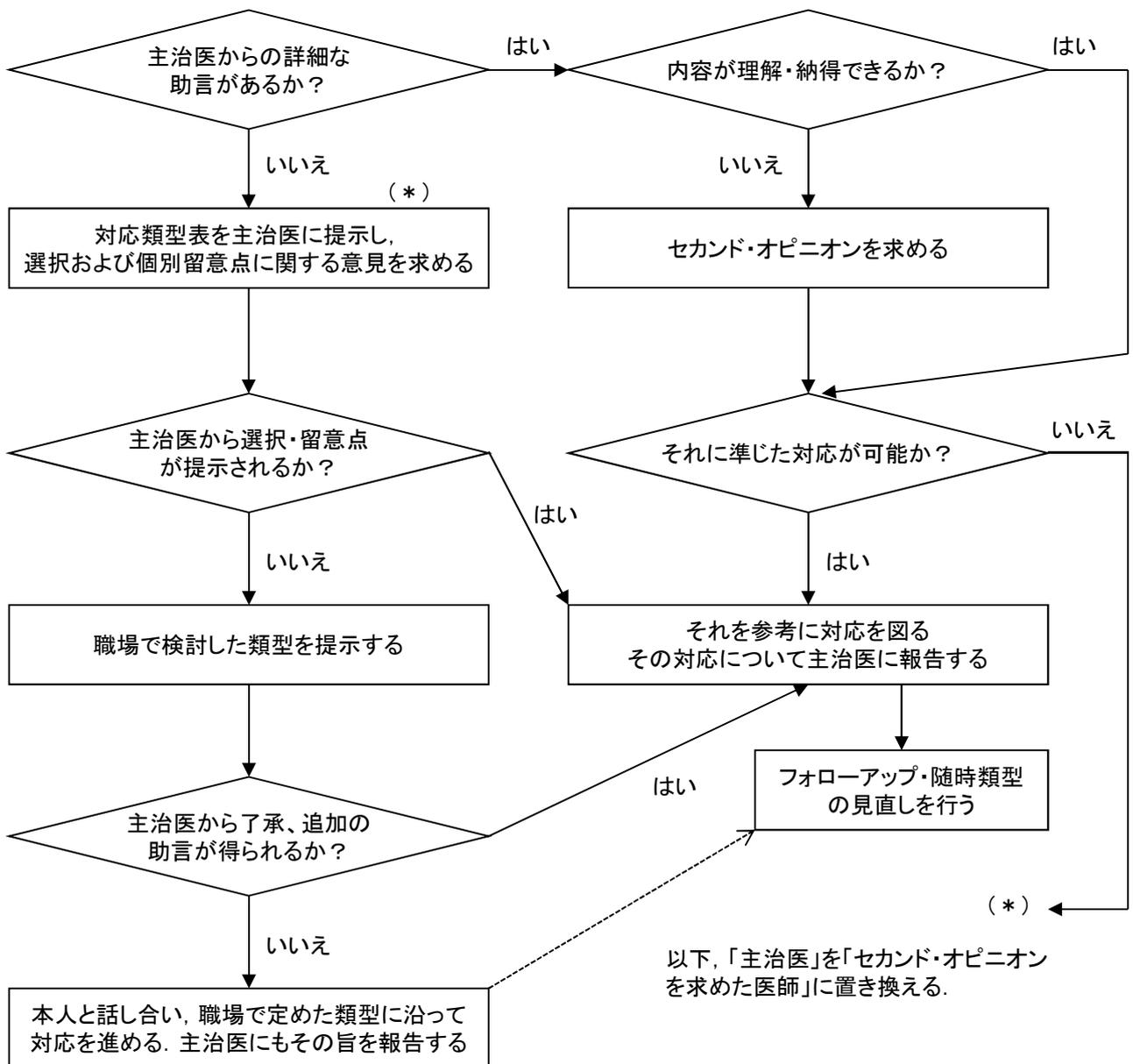
・不調に至った背景に関する自己洞察は、主治医に任せることができる場合には、そうすることが望ましい。

・リワークプログラムは、再燃・再発を繰り返す例に対して有効であることが多いが、職場関係者が強要するのは適切でない。

(別表) 対応類型表とその活用法 (引用文献 2 より)

対応類型表の活用にあたっての留意点

- ・本表は、メンタルヘルス不調者への職場における対応を類型化したものであり、精神科臨床における診断名や診断基準とは全く異なることに留意されたい。
 - ・別添の対応流れ図に沿った使用が望ましい。すなわち、精神科（心療内科）主治医から職場での対応法に関して、具体的な助言が得られない場合に、本表を提示して、適切な対応類型を選択してもらうのである。
 - ・主治医に対応類型を選択してもらう際、その類型の中で特に強調されるべき点、当てはまらない点、あるいは他の留意事項があれば、併せて意見を付記するよう依頼する。
 - ・ひとつの事例につき、適切なパターンが複数ある場合も考えられる。その旨も主治医に伝える。
 - ・主治医には、まず特定の細項目にとらわれず、全体を通読した上で、類型選択を行ってもらうように依頼する。
 - ・本表に記載された対応（細項目）は、特に重視すべき事項をまとめたものであり、記載がないからといってその対応が不要であるというわけではない。
 - ・パート 1 には、ほとんどの不調例に共通する重要事項があげられている。主治医からの情報が得られず、職場側で対応類型を選択する場合、それらも実施する事項に含めるべきである。
 - ・各事項は、対応の中心となる職種が記されているが、目安であり、事業場によって最適任の職種が異なる場合があることもある。
 - ・産業保健スタッフと人事労務管理スタッフの役割分担（人事労務管理に関する事項は後者にゆだねる）を明確にする。
 - ・経過の中で、対応類型を見直すことも随時行うべきである。長期的なフォローアップを要する例の中には、途中で対応パターンを変えたほうがよいものもある。
 - ・主治医との連携が極めて困難で、本人の病状や業務遂行能力の回復が思わしくない場合には、転医を勧めるのがよい例もあるが、強要してはならず、十分に本人、家族と話し合うべきである。
 - ・独居者に対しては、生活面の困難にも配慮した対応が求められることがある。
-



注：休業例に対する職場復帰支援の場合には、当該労働者が休業中に、職場復帰の要件を本人を介して主治医に伝えておく。（詳細は、「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」を参照のこと。

メンタルヘルス不調の対応をめぐる主治医との連携の流れ図

メンタルヘルス不調者の対応類型表

パート 1 (不要な項目があれば、□に×を付けてください)

- 家族・親族のなかに、職場と連携できるキーパーソンを確保する。
- 産業保健スタッフと人事労務管理スタッフ、上司との連携 (すべての情報を共有し合うということではない) を密にする。
- 上司の人事異動がある場合には、それまでの経過や業務上の配慮などについて十分な申し送りをする。
- 主治医の指示の遵守、服薬状況を定期的に確認する。
- 主治医との定期的な情報交換を行う。
- 状態の悪化 (症状の増悪、業務効率の低下など) がみられていないかどうかを定期的に確認する。

パート 2 (最も当てはまる類型の□に✓をつけ、その類型の細項目の中で当てはまらないもの□に×を付けてください。特に重要な項目があれば、その□に●を付けてください。☑の類型以外の細項目に重要なものがあれば、その□に追加で●をつけていただいても結構です。)

□A パターン

- 業務過多に陥っていないかどうかを定期的に確認する。(*)
- 本人の仕事ぶり、仕事に関する考え方、取り組み方 (時間管理などを含む) を話し合っていく。(*)
- 本人、家族を焦らせない。(*)
- (就業を続ける場合) 業務負荷の軽減を行う。
- 本人が業務軽減や必要な休養・休業を受け入れなくても、その際の本人の意向に従うことが必ずしも最善でないことに留意する。
- (本人の異変、起こしている問題が軽度の場合) 休業するかどうかを本人と十分に話し合う。休業することに対して本人が過度の (不適切な) 懸念を抱いている場合には、その解消を図る。
- (休業する場合) 安心して休めるような配慮する (認められる休業期間、休業中の補償などについてわかりやすく説明する)。
- 復職・業務負荷の増やすことは慎重に行う。
- 配置転換には慎重を期す。

[]

□B パターン

- 状態が安定してからも、本人の言動に変化（奇異な状況など）がみられたら、速やかに産業保健スタッフと連絡をとるように、上司に伝える。（＊）
- 長期的なフォローアップを計画する。（＊）
- 配置転換の検討を進める。
- 作業の安全面(本人および周囲に対して)の確保に十分留意する。
- 長期的な就業制限に関して、周囲の理解を求める。長期就業制限例に関する就業規則があればそれを当てはめる。

[]

□C パターン

- 対人関係の問題には、中立性を意識して対応する。（＊）
- 元の職場への復帰にこだわらない。
- 職場や仕事内容を変更する場合には、不調に至った経緯と業務との関連を十分に分析したうえで行う。
- 仕事の変更については、特に質的な負担を調整することに留意する。
- 職場で配慮できること、本人に自助努力を求める点を明確にする。本人が希望しても、職場として配慮できないことについては、理由と併せてその旨を明確に本人に伝える。
- ルール違反に対しては、冷静かつ厳格に対応する。
- 職場関係者が意思の疎通を図りながら協力して対応する。
- 家族に、職場で配慮できる限界を明確に説明する。
- 目標達成時には、それに値する賞賛をする。

[]

□D パターン

- 職場で言動に目だった変化があれば、速やかに家族、主治医に伝える。そのための連絡網も整備する。（＊）
- 一見良好と評価できる情報（積極的な仕事ぶり、活発な社交性、強力なリーダーシップなど）も重要な情報であると認識する。（＊）

- 職場内外で本人の信頼しているキーパーソンを確保する。(＊)
- 状態のセルフモニタリングを促す。(＊)
- 気分を変動させる物質への嗜癖に留意する。(＊)
- 感情の高ぶりを示す場合、積極的な傾聴は控える。(＊)

[]

E パターン

- 関係者（家族・親族を含めたほうがよい場合が多い）間で、行うべきではないことを共有する。(＊)
- 関係者間（〃）で、対応方法の原則を打ち合わせる。(＊)
- 長期的なフォローアップを計画する。(＊)
- ルール違反に対しては、冷静かつ厳格に対応する。
- 作業の安全面に十分留意する。
- 回復後、仕事面などでよくなった点をはっきり本人に伝える。

[]

F パターン

- これまでの本人ができたこと、できなかったことを整理する。(＊)
- 職場適応できていた時期の業務内容・上司の対応方法などを確認する。(＊)
- 苦手な作業、職場環境（物理・科学的刺激を含む）等について、上司等に説明し、理解を求める。(＊)
- 抽象的な表現による指示、助言はさげ、指示命令系の簡略化、視覚化を図る。
- 職場環境、仕事内容を本人にできるだけ合ったものにし、自己肯定感を高めていく。
- 対人折衝の少ない、自己完結できるような業務に就かせる。

[]

G パターン :

(A～G パターンに当てはまらないもの)

[]

(*) は、産業保健スタッフが中心となっていく場合が多い事項、それ以外は、上司あるいは人事労務管理スタッフが中心となっていく場合が多い事項である。これらは、事業場の諸事情によって異なることがある。また、後者については、産業保健スタッフとの連携の下で行われることが望ましい。

主治医への依頼書面（例）

平成 年 月 日

担当医殿

〇〇株式会社
△△事業所
産業医 〇〇

当社社員 〇〇〇〇氏の件で、お問い合わせをさせていただきたく存じます。

当社では、心身の健康問題を有する社員に対して、適切な就業面の配慮や助言などを行う取り組みを続けております。それらを行うにあたっては、主治医のご意見をできるだけ尊重したいと考えており、別紙の対応類型表を使用しております。

対応類型表は、2つのパートから構成されています。

パート 1 は、多くの心身の不調者に共通して行うべきであると考えられる事項が列挙されています。〇〇〇〇氏について、特に必要でない項目がありましたら、□に×をつけてください。×がつけられていない項目を実施していきます。

パート 2 は、心身の不調者に対して職場で行う措置や配慮を7つに類型化し、留意すべき事項を列挙したものです。職場における〇〇〇〇氏への対応として望ましい類型を主治医に選択いただき、それを参考にして、産業医、人事労務管理者、上司などの職場関係者で、本人や本人が所属する職場への具体的な支援方法を決めていきます。

つきましては、まず全体（全類型の細項目）をざっとご覧いただき、現時点で最も望ましいと考えられる類型の□にレ点をつけてください。次に、その類型の中の細項目で特に重要なものの□にレ点を付けてください。また、逆に望ましくない細項目の□には×印を付けてください。細項目のレ点、×印は複数回答可です。追加で望ましい対応がございましたら、()内にお書きください。また、特に重要な細項目については、その理由を()内に記述いただくと助かります。

診療を継続していく中で、望ましい類型、細項目が変化していくこともあるかと存じます。その場合には、適宜お知らせくださいますよう、お願い申し上げます。

項目および細項目の選択例

Bパターン

- 配置転換の検討を進める。
- 状態が安定したら、早期に職場復帰を勧める。
- 作業の(本人および周囲に対する)安全面の確保を最優先する。
- 長期的な就業制限を行うため、周囲の理解を求める。そのための就業規則を適用する。

16. 産業保健スタッフへの相談経路

- ①本人からの相談 ②上司からの相談 ③人事管理部署からの相談 ④家族からの相談
- ⑤復職判定会議を通じて
- ⑥その他（簡潔に…）

17. 問題の表面化（顕在化）の流れについて、時系列で示してください。

産業医が関わった時点で○印、精神科（心療内科）専門医につながった時点で◎をつけてください。

長く問題が続いている例で、病状の回復により事態が鎮静化した時期がある場合には、至近の一続きの表面化について記載してください。

（ ） → （ ） → （ ） → （ ） → （ ） → （ ） → （ ）

例）（5） → （○3） → （4） → （◎16）

- ①社内ハラスメント（加害） ②社内ハラスメント（被害） ③社内のハラスメント以外の迷惑行為
- ④業務効率の低下 ⑤人間関係の悪化 ⑥無断欠勤 ⑦頻回欠勤 ⑧遅刻・早退 ⑨仕事の失敗
- ⑩退職希望 ⑪逃走 ⑫指示命令に応じない ⑬不自然・場違いな言動 ⑭不安全行為 ⑮自殺未遂
- ⑯診断書の提出 ⑰不適切な要求 ⑱身体疾患 ⑲自己中心的言動 ⑳責任逃れの言動
- ㉑過度の自己卑下 ㉒社外での反社会的行動
- ㉓その他（簡潔に…）
- （可能であれば、簡潔に説明…）

18. 職場関係者（上司、同僚など）が特に困ったことに○をつけてください。（複数回答可）

- ①注意をしても改善効果がない
- ②逆恨みをされる
- ③職場の雰囲気が悪くなる
- ④どう対応をしてよいかわからない
- ⑤意思の疎通が図れない
- ⑥チームとしての成果が上がらない
- ⑦どのくらい仕事ができるか予測ができない
- ⑧周囲の者に負担がかかる
- ⑨本人からの要求が過度である
- ⑩欠勤・休業中に本人と連絡がとれない
- ⑪その他（簡潔に…）

19. 産業医として行った主な対応に○を、そのうち特に効果的だったものに◎をつけてください。

（複数回答可、◎についても複数回答可）

- ①本人を焦らせないようにした ②業務量を軽減するよう提案した
- ③本人に安心して休業できるような説明をした ④定期的な面接を予定した
- ⑤作業の安全面の確保を重視した ⑥就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた
- ⑦本人と職場の間の中立性を意識して対応した ⑧配置転換をするよう提案した
- ⑨質的な業務負担を軽減するよう提案した
- ⑩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
- ⑪主治医と密な情報交換を行った ⑫本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た

- ⑬自己の状態のセルフモニタリングを求めた
- ⑭関係者間で対応の仕方を共有した
- ⑮ルール違反に対しては厳格に処理した
- ⑯本人のできることとできないことを整理した
- ⑰本人の良い面（良く評価されている面）を（本人に）明示した
- ⑱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
- ⑲対人折衝の少ない業務に就かせた
- ⑳指示命令の簡略化、具体化を図った
- ㉑適応できていた時期の業務内容・対応方法を確認した
- ㉒家族（親族）に職場の対応に関する理解を求めた
- ㉓家族（親族）に当該労働者に対する支援を依頼した
- ㉔仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った
- ㉕休養の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した
- ㉖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
- ㉗その他（)

20. 事例対応の際、産業医として特に困ったことに○をつけてください。（複数回答可）

（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）

- ①専門医受診を承諾しなかった
- ②意思の疎通が困難だった
- ③病気が他の問題（性格傾向など）かの判別が難しかった
- ④本人が指示・助言を聞き入れなかった
- ⑤家族（または親族）の理解が得られなかった
- ⑥主治医との連携が困難だった
- ⑦本人の支援について職場の理解が得られなかった
- ⑧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
- 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
- ⑩本人の業務遂行能力、適性の評価が難しかった
- ⑪本人の病状の予後（転帰）の推定が難しかった
- ⑫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。

21. 該当する診断書の病名に○をつけてください。（近い表現を選択することも可。複数回答可）

- ①うつ病
- ②双極性障害（躁うつ病）
- ③統合失調症
- ④不安障害
- ⑤強迫性障害
- ⑥PTSD
- ⑦発達障害（アスペルガー障害、ADHD、自閉症スペクトラム障害）
- ⑧アルコール使用障害（アルコール依存）
- ⑨パーソナリティ障害
- ⑩アルコール症以外の物質使用障害
- ⑪摂食障害
- ⑫適応障害
- ⑬睡眠障害
- ⑭心因反応
- ⑮自律神経失調症
- ⑯その他（具体的に…)

22. 産業医としての診断名（見立て）に○をつけてください。（複数回答可）

- ①うつ病
- ②双極性障害（躁うつ病）
- ③統合失調症
- ④不安障害
- ⑤強迫性障害
- ⑥PTSD
- ⑦発達障害（アスペルガー障害、ADHD、自閉症スペクトラム障害）
- ⑧アルコール使用障害
- ⑨パーソナリティ障害
- ⑩アルコール症以外の物質使用障害
- ⑪摂食障害
- ⑫適応障害
- ⑬睡眠障害
- ⑭その他（具体的に…)

23. 障害者手帳の有無

- ①あり
- ②なし
- ③不明

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

本研究では昨年度に引き続き職場の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、事例性が及ぼす疾病性形成過程への影響、さらに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、昨年度収集したデータをさらに追加調査し、休職歴を有するメンタルヘルス不調者 185 例を年齢補正を行ったうえで対象として抽出、事務職群、技術職群、営業職の業務区分と休復職歴から 1 回休職群、2 回休職群、3 回以上休職群の 3 群で事例性、疾病性を比較検討した。その結果、男子では技術職と営業者群の業態間、3 回以上の休職を繰り返す群は 1 回群と比較すると、入社からメンタルヘルス相談の初回開始、1 回目の休職までの期間が他群より短く有意差が認められた。そこで、休職回数による 3 群について職場内要因、職場外要因の内容を検討したところ、1 回目休職時は 3 群ともに職場内、職場外要因双方が相まって休職の契機を形成していたが、休職回数が増すにつれて個人要因の比重が高まる傾向が認められた。また、疾病性の具体的な根拠となる服用薬剤を 19 区分の処方内容で分析した結果、診断書病名では気分障害が圧倒的に多いものの、抗うつ剤以外の多種多様な薬剤が実際は使われており、病態は複雑化していることが示唆された。したがって、以上の知見から入社後の初期スクリーニング、社会適応性の強化学習などが早期対応として有効であり、2 回目の休業時には事例性、疾病性の両面から職場適応性評価を十分に行い予後の改善への対応が重要であると考えられた。

A. 研究目的

メンタルヘルス不調に陥った労働者は多くの場合、目前の職場要因に絡んだ事例性をかかえ、同時に身心の不調は症状化、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、この過程にメンタルヘルス対策が実行されれば、早期回復、ひいては慢性化、重症化阻止の達成が期待できる。

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を渋滞に追い込む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。具体的な事例性の輪郭を描き出し、効果的な支援のあり方は決して容易ではなく、時により経験値に頼らざるを得ず、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、本研究ではいわゆる事例性を糸口として展開する疾病性を想定し、その成因、形成過程、他の身の回りと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、本年度は昨年度に引き続きメンタルヘルス不調者の事

例調査データを用いて、各要因の構造の解明に取り組んだ。

B. 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。調査項目の概要は表 1 に示す。すなわち、①本人の基本属性（性、年齢、職種、雇用形態、家族同居の有無など）、②休復職歴（休職に関する期間、経緯、就業上の配慮、休職に至る契機と思われる周辺状況ならびに本人の認識）、③医療ケアの内容（診断書の診断名、服用薬剤、治療の概要、本人の治療への意欲など）、④休職要因として、職場内、職場外要因、それらの具体的な内容をまとめ、労災基準でとりあげられている 14 項目に分類した。

これらの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、昨年度同様に平成 28 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. 研究結果

1. 対象者の基本属性

対象者の事例性、疾病性をデータとして具備した 185 例を管理業務、技術業務、営業業務の 3 職種で比較して表 2 に示す。

性別では男子が 149 名を占め女子よりも多く、平均年齢は 38.8 歳から 43.9 歳、SD は 4.3 から 10.8 まで分布、各群の比較における年齢要因の交絡に配慮して男女合計で 6 群を構成した。

なお、表 3 のとおり全般的に同居家族ありがなしよりも約 2 倍多い傾向を認めしたが各群の比較において有意差は認めない。

2. 休業者の休職歴の内訳

対象者の休業歴に関するデータから得られた内訳を表 4 に示す。休職回数は 1 回から 9 回まで分布するが、2 回目までが全体の約 7 割を占めていた。

そして、休職 1 回群は全体で 46.5%、男子の技術者群の 56.0% が最多であるのに比し、女子の技術者群は 25.0% にとどまり同一職種間で性差が認められた。

また、図に示すように、休職 2 回群は 1 回群に比し約半分の 23.2% に落ちるが、2 回目までの累積休職者割合は 3 回目以降に急激に低下する。

そこで、休職回数に応じて対象者を 1 回休職群 (A 群)、2 回休職群 (B 群)、3 回以降休職群 (C 群) の 3 群に区分して、そ

の特徴を比較検討した。

3. 休職回数と休職関連期間との関連

入社時から休業に至る段階で実施された初回の健康相談までの期間、さらに初回の休職開始時までの期間、その後、2 回目から 9 回目までの各休職前後の間隔などのデータを表 5 に示す。

C 群は初回相談実施時までの期間が 0.9 年、初回休職までの期間も 1.1 年と短く、他の A 群、B 群との間でも有意差が認められ ($p < 0.05$)、これらの 3 群は当初から事象の成立過程に差異を有する可能性が示唆される。

なお、C 群は 3 回目以降も休職をくりかえすが、休職と休職の間隔は長短一定しない。

4. 休業率

全ての休職期間を累積し、在職期間で除した休業率を算出し、3 業種間で比較し表 6 に示す。

技術者群は 34.2% と最多、営業は 7.0% で見かけ上の差異は大きい、最大値は 62.6%。最小値は 0.8% とバラツキが大きく有意な差には至らない。

また、先ほどと同様に入社時から休業に至る段階で実施された初回の健康相談までの期間を表 7 に、さらに初回の休職開始時までの期間を業種間で比較して表 8 に示す。

技術職は男女ともに他業種と比し初回

の相談開始時点までの時間が 7.0 から 7.8 年と短い、初回の休職期間までの期間は、男子は営業職と女子は管理業務職との間に有意差が認められた (t-test, $p < 0.05$)

5. 事例性と職場関連要因

休職回数で区分した 3 群について、各休職時毎に事例性要因を 7 種の職場内要因と 6 種の職場外要因に分類、どちらか、あるいは双方の要因を抽出検討し、表 9 及び表 10 に示す。

1 回目の休職時は各群ともに職場内外の要因をかかえた複合型が 33.9~48.8% と最多。次いで職場内要因、職場外要因と続く。見方を変えれば職場内要因、職場の中で起きる事象、すなわち、人間関係、職務の変更、難易度の変化などが大方を占める傾向にある。

しかし、2回目以降は職場外要因が徐々に増加、中身は自分の出来事、すなわち自身の健康不調に関する個人要因であり、休職回数の増加は事例性的内容をほとんどが疾病性と絡んでいるのが明らかとなった。

6. 休業者の服用薬剤から見た病態

前年度に休業者の診断書病名について、精神系はうつ病性障害が最多、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、また、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、胃腸炎などを報告した。

そこで本年度は服用薬剤を分析、表 12 に示す 19 区分で処方进行分类しデータを比較検討し表 11 に示す。

表 12 は大きく抗うつ薬の有無で 2 大別する。全体では抗うつ薬が含まれる 1~10 までの処方が 82.7% を占めた。また、抗うつ薬のみは 32.4% であり、大きくは抗うつ薬のみ、抗うつ薬と他剤、さらに抗うつ薬が入らない処方 3 区分に分けることができる。

処方内容は全体として多剤により構成されており、一義的には複雑になっている病態の現状を反映していると解釈することが妥当である。

D. 考察

本年度の調査、解析により、頻回休職群は職場要因を契機として比較的入社後早いタイミングで不適応状態をきたすが、現状では 2 回目、3 回目とさらに休職をくりかえし、次第に病状の慢性化、長期化、そして、業務不適応の程度を増していく過程が想定された。

このような過程への対応としては、実際はまず職場適応の達成が滞っていることを想定する必要がある。然るにいわゆる新入社員研修時に何らかの兆候を見逃さず研修の契機とすることが肝要であ

る。

また、従来から言えば職場環境への適応力を改善することを目標としたが、今後は職場がこのような社員にさらに近づき、適応可能性をあげるための職場づくりの発想も必要かもしれない。

例えば、服用薬剤からみると病態は単純ではなく、病態自体への積極的なケアの必要性が浮き彫りになったことから発想の転換は必要かもしれない。

したがって、頻回休職群への対応としては、事例性から見たいわゆる不適応状態への早期介入、2回目の休職時には病態へのケアを含めてきっちりとしたアセスメント、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型にはまった対応ではなく本人の特徴にあった対応が必要と考えられた。

E. 結論

本年度は事例性について、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。

今後は事例性のルーツとなる職場環境、特に業務指示、効率性、合理性への精査を進め、事例性と疾病性の接点を追求していくことが必要である。

参考文献

- 1) 神山昭男：主治医と職場の連携をどのように進めていけばいいのか？－診断書をはじめとする情報伝達をめぐって－. 精神科治療学 31(1) : 55-62 2016 星和書店
- 2) 神山昭男：安定就労を達成するための方策をめぐって－連携力を軸とした治療導入期・休業期・復職期の対応－. 産業ストレス研究 23(2) : 125-133 2016
- 3) 神山昭男, 他：気分障害 メンタルクリニックでの主要な精神疾患への対応 (3) 統合失調症, 気分障害 (外来精神科診療シリーズ) 1-354 2016 中山書店
- 4) 神山昭男：精神科医による産業医活動－ストレスチェック時代の新たな展開に向けて. メンタルクリニックでの主要な精神疾患への対応 (3) 統合失調症, 気分障害 (外来精神科診療シリーズ) 323-336 2016 中山書店
- 5) 神山昭男：メンタルヘルス不調者の病状回復と安定就労に効果的な産業医と精神科主治医の連携のあり方. 産業精神保健 24(2) : 84-92 2016
- 6) 神山昭男：医療機関における業務遂行力回復への試み. 日精診ジャーナル 42(6) : 71-79 2016
- 7) 神山昭男：職場不適応と適応障害をめぐって 健康管理 63(12) : 2-17 2016
- 8) 神山昭男：適応力を上げるための支援

とは. 健康管理 63(12) : 18-25 2016
9) 神山昭男: 救急医療 43 精神科—(3) 精神科の救急 元気がいいね. 99 : 7 2016
東京都医師会 F.

健康危険情報

(非該当)

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表(予定)

なし

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

表1 調査概要

調査項目A（個人属性）

1	年齢
2	性別
3	入社年月日
4	入社形態(定期・中途)
5	勤務地
6	職種
7	役職の有無
8	同居家族の有無
9	既婚・未婚

調査項目B（休復職歴）

10	過去の休職回数(全て)
11	過去の休職累計日数(全て)
12	就業上の措置の有無
13	入社から休職開始日までの年数(暦日)
14	入社から相談開始日までの年数(暦日)
15	休職発令年月日(1回目～N回目(最大9))
16	復職発令年月日(1回目～N回目(最大9))
17	休職前措置票の有無(1回目～N回目(最大9))
18	初回休職(連続5日以上)要因1位
19	業務上要因 有無 (1回目～N回目(最大9))
20	業務外要因 有無 (1回目～N回目(最大9))
21	影響要因 業務上・業務外・両方 (1回目～N回目(最大9))

調査項目C（医療ケア）

22	初回相談開始年月日
23	初回相談者(医療スタッフとのファーストコンタクト)
24	診断書病名(全て)
25	薬剤名(調査日から最新に確認した内容)
26	薬剤情報確認日(No.25を確認した日)
27	薬剤名(No.25以外で、記録から把握できるすべて)
28	薬の個数
29	薬分類(薬効上)

調査項目D（休職要因）各休職毎に作成(1回目～N回目)

	休職前エピソード分類(No.30～43は労災基準より)
30	業務上①事故や災害の体験
31	業務上②仕事の失敗、過重な責任の発生等
32	業務上③仕事の量・質
33	業務上④役割・地位の変化等
34	業務上⑤対人関係
35	業務上⑥セクシュアルハラスメント
36	業務上⑦その他
37	業務外①自分の出来事
38	業務外②自分以外の家族・親族の出来事
39	業務外③金銭関係
40	業務外④事件、事故、災害の体験
41	業務外⑤住環境の変化
42	業務外⑥他人との人間関係
43	業務外⑦その他
44	特記すべき本人の訴え

表2 対象者の内訳

総計(n=185)	男子(n=149)			女子(n=36)		
業務区分	管理	技術	営業	管理	技術	営業
人数(n)	47	74	28	17	16	3
平均年齢	43.9	41.0	42.7	41.6	38.8	39.2
SD	8.0	8.0	10.8	6.4	8.0	4.3

表3 同居家族の有無

同居 家族	男子(n=149)			女子(n=36)			総計
	管理	技術	営業	管理	技術	営業	
なし	14	34	9	8	4	0	69
あり	33	41	18	9	12	3	116
計	47	75	27	17	16	3	185

数字は当該の事例人数(実人数)を指す

表4 休職回数の内訳

回数	男子(n=149)			女子(n=36)			総計	男子(n=149)(%)			女子(n=36)(%)			総計(%)	
	管理	技術	営業	管理	技術	営業		管理	技術	営業	管理	技術	営業	個別(%)	累計(%)
1	19	42	11	9	4	1	86	40.4	56.0	40.7	52.9	25.0	33.3	46.5	46.5
2	11	14	7	3	6	2	43	23.4	18.7	25.9	17.6	37.5	66.7	23.2	69.7
3	10	7	4	5	3	0	29	21.3	9.3	14.8	29.4	18.8	0.0	15.7	85.4
4	4	0	3	0	2	0	9	8.5	0.0	11.1	0.0	12.5	0.0	4.9	90.3
5	0	5	0	0	1	0	6	0.0	6.7	0.0	0.0	6.3	0.0	3.2	93.5
6	1	2	0	0	0	0	3	2.1	2.7	0.0	0.0	0.0	0.0	1.6	95.1
7	0	3	1	0	0	0	4	0.0	4.0	3.7	0.0	0.0	0.0	2.2	97.3
8	0	2	1	0	0	0	3	0.0	2.7	3.7	0.0	0.0	0.0	1.6	98.9
9	2	0	0	0	0	0	2	4.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	100.0
計	47	75	27	17	16	3	185	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

数字は当該の事例人数(実人数、%)を指す

図 休職回数の比較(回数ごとの頻度分布(%))

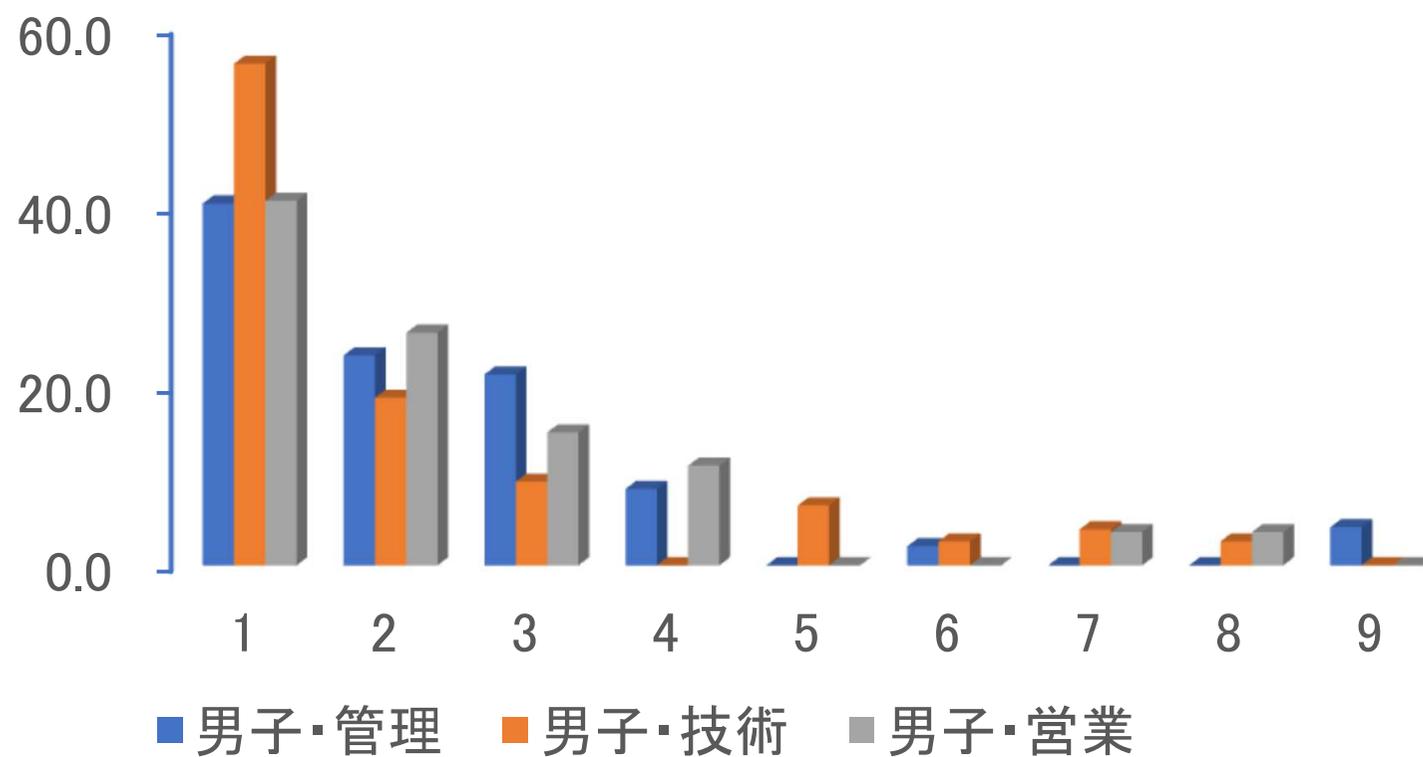


表5 休職期間・休職間隔期間

	入社から 初回相談 開始日ま での年数	入社から 1回目休 職開始日 までの年 数	1回目休 職期間 (月)	2回目休 職までの 期間(月)	2回目休 職期間 (月)	3回目休 職までの 期間(月)	3回目休 職期間 (月)	4回目休 職までの 期間(月)	4回目休 職期間 (月)	5回目休 職までの 期間(月)	5回目休 職期間 (月)	6回目休 職までの 期間(月)	6回目休 職期間 (月)	7回目休 職までの 期間(月)	7回目休 職期間 (月)	8回目休 職までの 期間(月)	8回目休 職期間 (月)	9回目休 職までの 期間(月)	9回目休 職期間 (月)
全体(平均)	14.8	17.4	7.4	6.5	1.8	1.9	2.9	2.8	30.7	9.3	22.0	60.7	1.3	6.3	17.6	17.6	17.9	16.7	10.9
A群	15.1	17.7	12.4																
B群	<i>8.8</i>	9.4	7.7	94.8	7.9														
C群	0.9	1.1	7.1	8.9	2.5	1.9	2.9	2.8	30.7	9.3	22.0	60.7	1.3	6.3	17.6	17.6	17.9	16.7	10.9
全体(SD)	8.7	9.1	10.9	45.7	9.1	38.1	7.0	42.1	9.6	14.0	8.9	19.0	4.7	13.2	4.5	7.9	10.0	5.5	2.3
A群	14.0	16.5	2.2																
B群	5.7	6.1	4.3	89.3	4.0														
C群	0.4	0.5	2.5	2.4	0.7	0.0	0.0												

A群:n=86(休職歴1回)、B群:n=43(休職歴2回)、C群:n=56(休職歴3回以上)

イタリック文字は5%水準の有意差あり

表6 休業率の比較

業務	男子(n=149)(%)			女子(n=36)(%)		
	管理	技術	営業	管理	技術	営業
平均値	15.0	34.2	7.0	23.0	29.1	7.1
SD	16.3	20.8	6.3	3.5	23.0	21.0
最大値	27.6	55.0	13.3	62.6	52.1	10.1
最小値	2.4	13.4	0.8	6.1	6.1	4.1

調査日までの全休業日数を入社後の社員歴年数で除した割合を指す

表7 入社時から初回健康相談実施までの期間

業務	男子(n=149)			女子(n=36)			全体
	管理	技術	営業	管理	技術	営業	
平均値	14.8	7.0	17.2	10.2	7.8	14.7	15.6
SD	14.3	6.0	14.1	10.2	6.7	12.7	13.6
最大値	29.2	13.0	31.3	20.4	14.5	27.3	29.2
最小値	0.5	1.0	3.1	0.0	1.1	2.0	2.0

数字は入社時から具体的な話題で初回健康相談を開始した日までの年数を指す

表8 入社時から初回休職時までの期間

業務	男子(n=149)			女子(n=36)			全体
	管理	技術	営業	管理	技術	営業	
平均値	17.4	15.2	17.5	5.7	8.4	13.9	18.2
SD	16.8	13.8	14.3	3.9	7.2	11.8	16.0
最大値	34.2	28.9	31.8	9.6	15.5	25.8	34.2
最小値	0.6	1.4	3.2	1.8	1.2	2.1	2.1

数字は入社時から第1回目休職開始日までの年数を指す

男子技術職と営業職間、女子管理業務職と技術職間にそれぞれ有意差が認められた(p<0.05)

表9 休職の契機として想定される職場内・外関連要因の分類

契機と思われる要因区分 (事例性)	1回目休職時(%)			2回目休職時(%)		3回目休職時(%)	4回目休職時(%)
	A群	B群	C群	B群	C群	C群	C群
職場内要因のみ	32.6	30.2	35.7	20.9	23.2	21.4	3.7
職場外要因のみ	19.8	20.9	30.4	48.8	55.4	55.4	74.1
職場内要因及び職場外要因	47.7	48.8	33.9	30.2	21.4	23.2	22.2
全体	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

数字は該当する事例数の比率を表す。

A群:n=86(休職歴1回)、B群:n=43(休職歴2回)、C群:n=56(休職歴3回以上)

表10 各休職時に想定された要因の内訳

	契機と思われる要因(事例性)	1回目休職時			2回目休職時		3回目休職時	全体	1回目休職時(%)			2回目休職時(%)		3回目休職時(%)	全体(%)
		A群	B群	C群	B群	C群	C群		A群	B群	C群	B群	C群	C群	
職場内要因	①事故や災害の体験	1	1	0	0	0	0	2	0.7	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4
	②仕事の失敗、過重な責任の発生等	12	9	12	1	5	9	48	9.0	10.0	14.3	1.9	6.3	13.0	9.4
	③仕事の量・質	20	11	14	7	8	9	69	14.9	12.2	16.7	13.2	10.1	13.0	13.6
	④役割・地位の変化等	21	9	12	4	3	0	49	15.7	10.0	14.3	7.5	3.8	0.0	9.6
	⑤対人関係	8	12	11	11	3	7	52	6.0	13.3	13.1	20.8	3.8	10.1	10.2
	⑥セクハラ	0	0	0	1	1	1	3	0.0	0.0	0.0	1.9	1.3	1.4	0.6
	⑦その他	8	3	2	6	11	0	30	6.0	3.3	2.4	11.3	13.9	0.0	5.9
職場外要因	⑧自分の出来事	33	19	14	18	36	35	155	24.6	21.1	16.7	34.0	45.6	50.7	30.5
	⑨自分以外の家族・親族の出来事	18	11	12	2	10	4	57	13.4	12.2	14.3	3.8	12.7	5.8	11.2
	⑩金銭関係	1	2	0	0	1	0	4	0.7	2.2	0.0	0.0	1.3	0.0	0.8
	⑪事件、事故、災害の体験	2	0	1	1	0	1	5	1.5	0.0	1.2	1.9	0.0	1.4	1.0
	⑫住環境の変化	5	3	1	1	1	2	13	3.7	3.3	1.2	1.9	1.3	2.9	2.6
⑬他人との人間関係	4	3	0	1	0	0	8	3.0	3.3	0.0	1.9	0.0	0.0	1.6	
小計	職場内要因	70	45	51	30	31	26	253	52.2	50.0	60.7	56.6	39.2	37.7	49.7
	職場外要因	64	45	33	23	48	43	256	47.8	50.0	39.3	43.4	60.8	62.3	50.3
総計		134	90	84	53	79	69	509	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

数字は抽出された要因数を表す。

A群:n=86(休職歴1回)、B群:n=43(休職歴2回)、C群:n=56(休職歴3回以上)

表11 薬物療法の処方内容分類

No.	男子(n=149)			女子(n=36)			全体(n)	全体(%)
	管理	技術	営業	管理	技術	営業		
1	19	25	6	4	2	0	56	32.4
2	2	2	2	0	2	0	8	4.6
3	0	0	0	0	0	0	0	0.0
4	0	2	0	0	1	0	3	1.7
5	7	11	6	3	6	1	34	19.7
6	0	3	0	0	0	0	3	1.7
7	0	0	0	0	0	0	0	0.0
8	4	10	0	0	0	0	14	8.1
9	6	2	0	0	0	0	8	4.6
10	5	6	3	1	2	0	17	9.8
小計(a)	43	61	17	8	13	1	143	82.7
11	0	1	2	0	0	0	3	1.7
12	0	1	1	0	0	0	2	1.2
13	0	0	0	2	0	0	2	1.2
14	0	0	0	2	0	0	2	1.2
15	0	1	0	0	0	0	1	0.6
16	0	2	0	0	0	0	2	1.2
17	1	1	0	1	1		4	2.3
18	1	0	0	1	0	0	2	1.2
19	3	4	3	1	1	0	12	6.9
小計(b)	5	10	6	7	2	0	30	17.3
総計(a+b)	48	71	23	15	15	1	173	100.0

No.1～No.10は抗うつ薬を含むが、No.11～No.19は抗うつ薬を含まない。

表12 抗うつ剤を中心とした処方内容の区分

服薬内容(1~10は抗うつ薬あり)

1	それ以外(抗うつ薬あり)
2	抗うつ薬のみ
3	抗うつ薬+精神病薬
4	抗うつ薬+精神病・気分、気分調整薬
5	抗うつ薬+抗不安薬・睡眠剤・副作用・抗酒薬・その他
6	抗うつ薬+呼吸・消化器・循環器・皮膚・整形・鎮痛・内分泌・その他
7	抗うつ薬+精神病薬+精神病・気分、気分調整薬
8	抗うつ薬+抗不安薬・睡眠剤・副作用・抗酒薬・その他+呼吸・消化器・循環器・皮膚・整形・鎮痛・内分泌・その他
9	抗うつ薬+精神病薬+精神病・気分、気分調整薬+抗不安薬・睡眠剤・副作用・抗酒薬・その他
10	抗うつ薬+精神病薬+精神病・気分、気分調整薬+抗不安薬・睡眠剤・副作用・抗酒薬・その他+呼吸・消化器・循環器・皮膚・整形・鎮痛・内分泌・その他
11	精神病薬のみ
12	精神病・気分、気分調整薬のみ
13	抗不安薬・睡眠剤・副作用・抗酒薬・その他のみ
14	呼吸・消化器・循環器・皮膚・整形・鎮痛・内分泌・その他のみ
15	精神病薬+精神病・気分、気分調整薬
16	抗不安薬・睡眠剤・副作用・抗酒薬・その他+呼吸・消化器・循環器・皮膚・整形・鎮痛・内分泌・その他
17	精神病薬+精神病・気分、気分調整薬+抗不安薬・睡眠剤・副作用・抗酒薬・その他
18	精神病薬+精神病・気分、気分調整薬+抗不安薬・睡眠剤・副作用・抗酒薬・その他+呼吸・消化器・循環器・皮膚・整形・鎮痛・内分泌・その他
19	その他(抗うつ薬なし)

労災疾病臨床研究事業費補助金

分担研究報告書

主治医の立場からみたメンタルヘルス不調者の転帰に関連する要因
と対応の調査研究

研究分担者 桂川 修一 東邦大学医学部精神神経医学講座（佐倉）・准教授

研究協力者

黒木 宣夫 東邦大学

林 果林 東邦大学医学部精神神経医学講座（佐倉）

加藤 祐樹 東邦大学医学部精神神経医学講座（佐倉）

根本 雅子 東邦大学医学部精神神経医学講座（佐倉）

木村 真人 日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科

下田 健吾 日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科

坂本 博子 すずき病院

信田 広晶 しのだの森ホスピタル

青嶋 和宏 ワコウクリニック

研究要旨

医療機関に通院する患者の診療録を通じて、メンタルヘルス不調者例がどのような形で休職し復職をするか、主治医はどういった点に留意して対応しているかを、職場内外の要因をも含めて、明らかにすることを目的とした。

平成 28 年以前に研究協力者の医療機関を受療した患者のうち休職経験のある事例 100 例を集積し、復職成功事例、復職できなかった事例、退職後転職した事例、退職後無職となっている事例の 4 つに類型化して、個体側要因、職場要因、職場以外の要因、治療経過、転帰について調査を行って結果を集計・分析した。

事例の属性では年代では 30 代、40 代が多く、個体側要因として遺伝負因はないものが多かった。大うつ病の診断が多いが併存症も認められた。

職場要因として復職成功群では、産業保健スタッフの介入、職場の受け入れが良好、業務配慮があること、産業医と連携がある事例が多かった。職場以外の要因としては、復職成功群と退職後転職群で、既婚者、家族との関係が良好、家族の支援が得られる、近隣との関係が良好、職場以外との関係が良好の事例が多かった。

治療経過では、類型化した群の間に薬物療法の効果、精神療法の種類の差はなかった。いずれも群もリワークプログラムに参加したが、退職後無職群ではリワークプログラムの利用例が少なかった。治療経過について復職成功群と退職後転職群は1.5年以内に症状が回復して、復職する例が多かったが、復職不成功群と退職後無職群は症状の回復が遅れて、復職未達成となる例を多く認めた。転帰に関しては、復職成功群で再発再燃が低く、他の群では高くなっていった。復職不成功群では再休職の割合が高く再発再燃から再休職となって復職が果たせない可能性が示された。再発再燃の要因では職場要因以外に個体側要因が挙げられた。退職後無職群では障害年金をはじめとする生活支援をうけていたが、復職不成功群では貯蓄以外の支援がない例が多かった。

これらの結果からは、今年度の課題とともに、望ましい対応の方向性を示す事項もみられた。次年度はさらに解析を進め、産業医の対応に関する研究と統合して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

本研究では主治医の立場から事例の類型を行うものであり、個体要因と職場内外でのストレス要因が休職した労働者にどのように関連し、治療経過と転帰について影響するかを明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

平成28年以前に研究協力者の医療機関を受診した患者のうち、F3、F4の診断で休職経験のある通院あるいは入院患者の事例100例を集積した。診療録をもとに、復

職成功事例、復職できなかった事例、退職後転職した事例、退職後無職となっている事例の4つの群に類型化を行い、1) 個体側要因、2) 職場要因、3) 職場以外の要因、4) 治療経過、5) 転帰について、文末に示した調査票を用いてそれぞれの調査項目の情報を収集した。調査は無記名で行い、個人が特定できないよう配慮を行った。

C. 研究結果

研究協力機関から男性74、女性26の計100例の事例が集積された。調査項目のう

ち得られなかった情報については不明として集計・解析を行った。以下に結果を示す。

1) 事例の属性と個体要因について

男性 74 例の内訳は復職成功 46 例 (62.2%)、復職不成功 5 例 (10.8%)、退職後転職 10 例 (13.5%)、退職後無職 10 例 (13.5%) で、女性 26 例の内訳は復職成功 17 例 (65.4%)、復職不成功 2 例 (7.7%)、退職後転職 2 例 (7.7%)、退職後無職 5 例 (19.2%) である (図 1)。以下については①復職成功群、②復職不成功群、③退職後転職群、④退職後無職群に分けて結果を示す。10 歳ごとの年代をみると、①群では②群では、31-40 歳が最も多く、③④群は 41-50 歳が最も多かった (図 2)。遺伝因子は①②③群ではなしが多く、④群ではありが多くなっていった (図 3)。学歴では①②③群では大学卒以上がいずれも多かったが、④群では高校卒が最も多く、次いで大学卒以上となっていた (図 4)。生物学的素因はいずれの群もなしが多かったが、①②④群では光トポグラフィーが施行されていた (図 5)。病名についてはいずれの群も大うつ病が最も多くなっていった。併存診断は①群 8 例、②③群それぞれ 1 例、④群 4 例あり、不安障害 4 例、ADHD 2 例、アルコール依存症 2 例、その他 6 例となっていた (図 6)。転職については、なしが①②④群で多かったが、③群では転職ありが多かった (図 7)。転職回数をみると①群では 1 回が多いが、②③④群では 2 回以上が多くなっていった (図 8)。職種を官民でみると、いずれも民間が多かった (図 9)。職種の内訳では①

③群は様々であったが、②群は製造、運輸、卸売・小売業が多く、④群では製造、医療・福祉が多かった (図 10)。業種では①②④群で専門・技術職が多く、③群では事務職が多かった。

2) 職場要因について

労災保険による改定精神障害認定基準¹⁾を参考に、業務の心理負荷の強度を調べた。それぞれの負荷強度が重複しているが、特別な出来事として、心理的負荷が極度とされたのは①群 22 例、②群 3 例、③群 2 例、④群 6 例だった。極度の長時間労働は①群 7 例、②群 3 例、③群 4 例、④群 1 例だった。特別な出来事以外の心理負荷の強度では、いずれの群でも中と弱が多かった (表 1)。産業スタッフの介入は①群で 30 例 (47.6%) と半数近くあったが、②③④のいずれも介入は少なかった (図 12)。職場支援プログラムが施行されたのは、①群 42 例 (66.7%)、②群 7 例 (70.0%) だったが、③④群ともになしが多かった (図 13)。施行された支援プログラムの期間は①③群では多くが 3 ヶ月以内だったが、②④群では 6 ヶ月以内まで行われていた (図 14)。復職に関する職場の受け入れについて、①②群では良好が多かったが、③④群では普通あるいは不良が多かった (図 15)。復職に際しての業務上の配慮は、ありとする①群では 56 例 (88.9%) だったが、②群は半数、③④群で少なかった (図 16)。復職にあたって産業医との連携は①群で 30 例 (47.6%) と半数近くあったが、②③④群では連携なしが多くなっていった (図 17)。

3) 職場以外の要因について

家族の有無について、いずれの群でも家族ありが多くなっていった（図 18）。婚姻状況では、①③群では既婚が多かったが、②④群では未婚が多かった（図 19）。家族との関係をみると①③群では良好が多かったが、②④群では良好とする例は半数またはそれ以下となっていた（図 20）。近隣との関係について、①③群では良好がそれぞれ 33.3%見られたが、いずれの群でも関係がない例が多かった（図 21）。職場以外との関係について、①③群では良好が約半数認められているが、②④群では関係なしがそれぞれ 6 例（60.0%）、12 例（80.0%）が多かった。家族の支援は①③群では多く得られたが、②④では半数またはそれ以上が支援なしとなっていた（図 23）。

4) 治療経過について

薬物療法についてはいずれの群も効果ありとするものが多く、効果なしとするのは①群 3 例（4.8%）のみで少なかった（図 24）。精神療法については、複数施行されており、いずれの群でも支持的精神療法が多く、加えて認知行動療法やマインドフルネスが行われていた（表 2）。リワークプログラムは①②③群でいずれも多く施行されていたが、④群では施行されていたのが 7 例（46.7%）で少ない（図 25）。症状改善までの期間について、①②群では 12 ヶ月以内までが多いが、③群では 1.5 年以内までかかるものも少なくなく、④群では 2 年以上かかる割合も高かった（図 26）。復職達成までに①群では半数は 12 ヶ月以内に可能

となり、③群も半数以上が 1.5 年以内には達成しているが、②群では 1.5 年以内に達成できるのは 30%であり、未達成が 60%、④群では未達成がほとんどを占めた（図 27）。

5) 転帰について

症状の再発再燃について、①群ではありが 30%以下だった。②③④群ではいずれも高かった（図 28）。再発再燃の要因としては、内容が重複しているものもあるが個体側要因と職場環境によるものが多い（表 3）。再休職についても①群では少ないものの、②では高い。③④群の再休職なしの割合が高いのは退職したことによると思われる（図 29）。再休職の要因についても再発再燃と同様に個体側要因と職場環境が挙げられていた（表 4）。生活支援の受給状況では、④群が複数の支援を利用している。②群は貯蓄を利用するものが 3 例あるが、支援なしとされた 6 例もみられた（表 5）。

D. 考察

主治医の立場からメンタルヘルス不調により休職した労働者を、①復職達成群、②復職不成功群、③退職して転職した群、④退職して無職となった群の 4 つに類型化して調査を行った。集積した 100 例の事例のうち①復職達成群が 63 例で半数以上を占め、②復職不成功群、③退職後転職群、④退職後無職群がそれぞれ 10 例あまりずつであるため、その特徴を比べるのは難しい部分もあるが、得られた結果を以下にまとめてみる。

個体側要因として、年代では 30 代、40

代が多く、遺伝負因もないものが多かった。大うつ病の診断が多いが、併存症も少なからず認められた。転職回数は多くないが、③では2回以上の転職がある。業種としては専門・技術職や事務職が多い。

職場要因では、いずれも特別な出来事として心理的な負荷が強度、極度の長時間労働が多かったが、心理的負荷が極度なものは労災認定となるほどの重度の要件であり、また極度の長時間労働とは発病前1ヶ月でおおむね160時間を超える時間外労働を行った場合、あるいは3週間でおおむね120時間以上の時間外労働を行った場合¹⁾とされていることから集積した事例がその要件を満たしているか再度検討が必要であろう。産業保健スタッフの介入、職場の受け入れ状況が良好、業務配慮があること、産業医との連携があることは①群がいずれも他の群より高かった。逆にいえば職場側からの配慮があることで、復職の可能性が高まったと推定できる。

職場以外の要因では、いずれの群も家族ありが多かったが、婚姻状況では①③群で既婚が多く、②④では未婚の割合が高い。家族との関係では、①③群では関係が良好であったが、②④群では良好の割合が低かった。①②③群とも家族の支援は見られていたが、②④群では支援を受ける割合が低くなっており、家族の影響があるものと考えられる。近隣との関係でも①③群では良好とする割合があったものの②④群では関係がないとする割合が高い。職場以外の関係をみると、①③群では半数近くが

良好となっていたが、②④群では関係なしとする割合が高かった。つまり②④群では家族との関係の難しさがある上に近隣や職場以外の人間関係が少なく、従って援助を受けづらい環境にあると思われる。

治療経過ではいずれの群でも薬物療法の効果の差はなく、支持的精神療法に加えて認知行動療法やマインドフルネスといったうつ病を対象とする精神療法²⁾を受ける機会についても差は見られていない。リワークプログラムも①②③群ともに多く参加していたが、④群においてリワークプログラムの利用が少ないことは職場復帰困難と関連するかもしれない。症状回復まで①③群は1.5年以内のことが多いが、②④では2年以上かかるものが少なくない結果となった。①群では1.5年以内に8割が復職を果たし、③群も同じく7割弱は復職をしているが、②④は症状の改善が遅れることと関連して未達成の割合が高い。

転帰については、①群の再発再燃の低さが注目できるが、②③④群とも再発再燃率が高い。③群において復職は果たせたが再発再燃により退職し転職した可能性が考えられる。再発再燃の要因として注目されるのが職場要因とともに個体側要因であり、さらに詳細な分析が必要である。再休職については②群がその割合が高く、復職したものの再発再燃から再休職して結局復職が果たせない可能性が考えられる。生活支援の点では、④群で障害年金や家族の援助を受ける割合が高いが、②群では貯蓄としてしている。また他に支援がないことから今後は

障害年金や公的支援の受給を考える必要もある。

今回は類型化した事例の集計から見える特徴を考察したが、さらにそれぞれの要因の関連性につき解析を進め、特に②④群の予後の改善が期待できる方策につき検討が必要と考える。

害・双極性障害治療ガイドライン．医学書院，2013

E. 総括（まとめ）

総合病院精神科、精神科診療所、精神科病院に通院する患者の診療録をもとに、主治医の立場からメンタルヘルス不調により休職した労働者の類型化を行って、その要因を調査した。次年度は得られた結果をさらに分析検討し、職場におけるメンタルヘルス不調者の適切な対応（支援）の方策に得られた知見を活用する予定としている。

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

I. 引用文献

1. 精神障害の労災認定のしくみ．労災保険情報センター，2013
2. 日本うつ病学会 監修：大うつ病性障

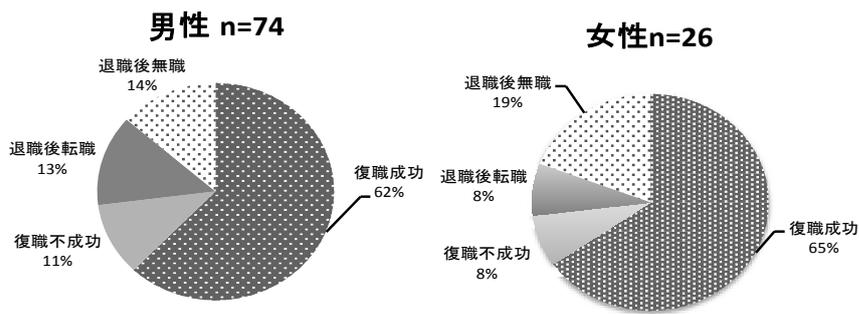


図1. 事例の内容

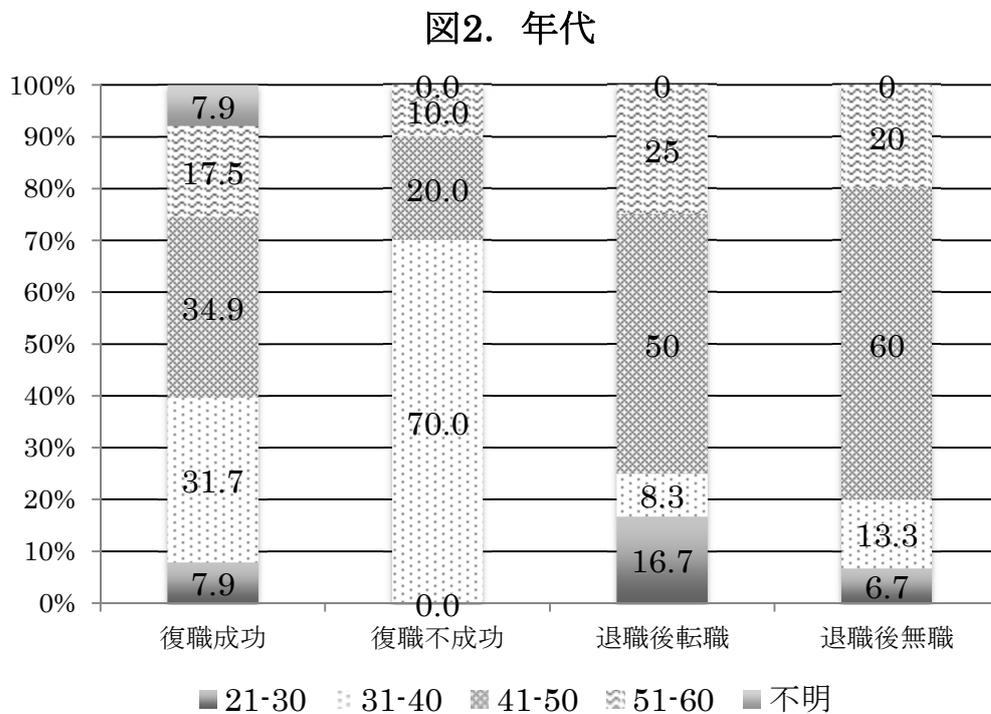


図3. 遺伝負因

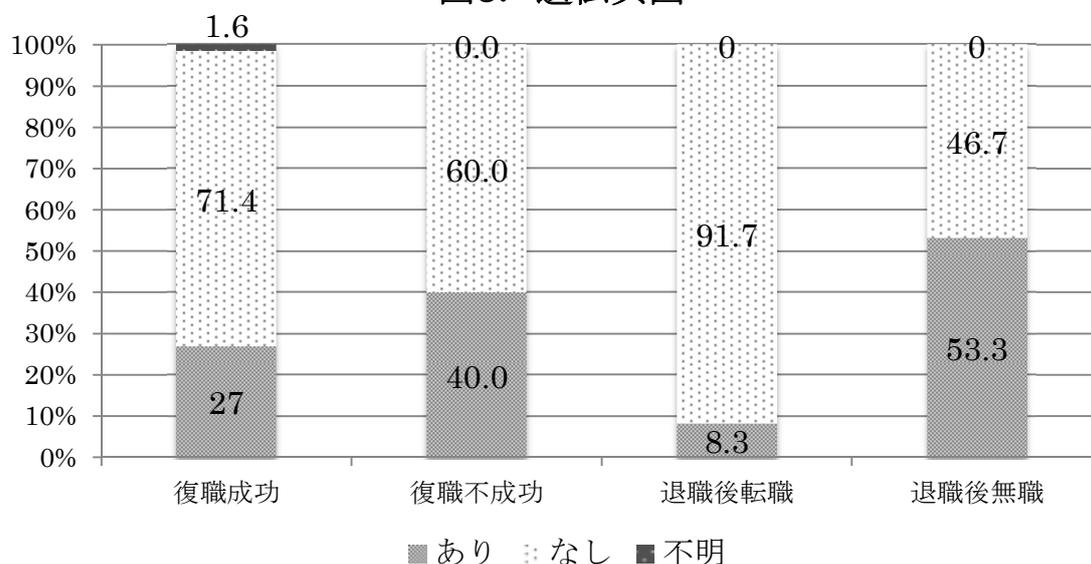


図4. 学歴

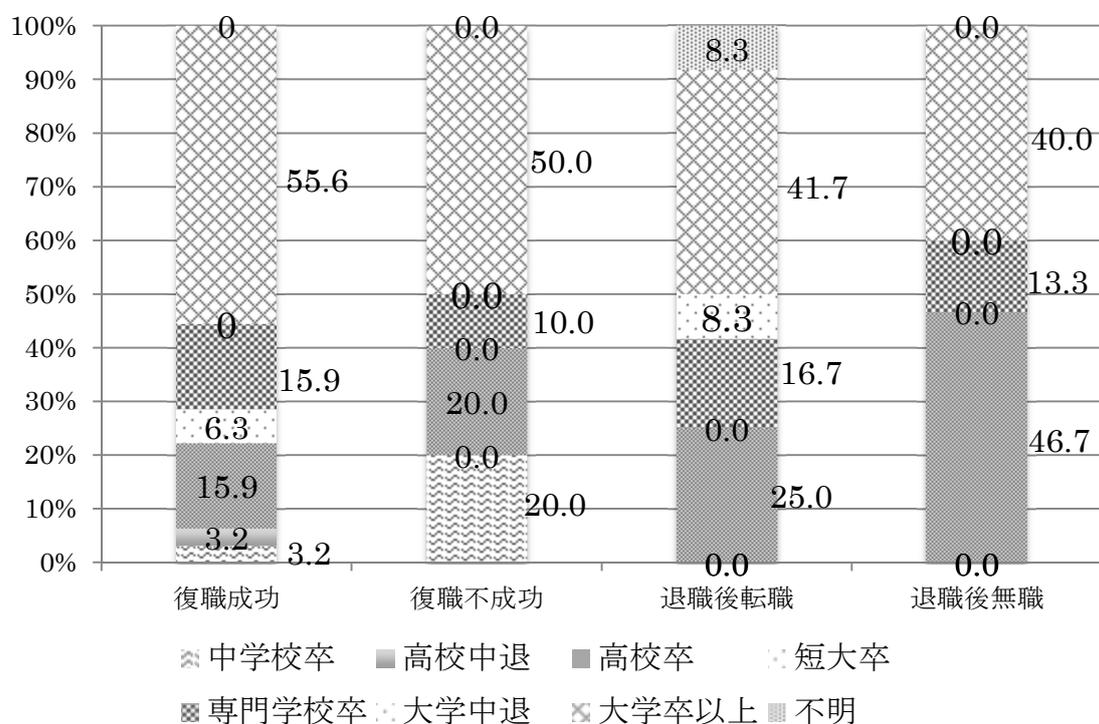


図5. 生物学的素因

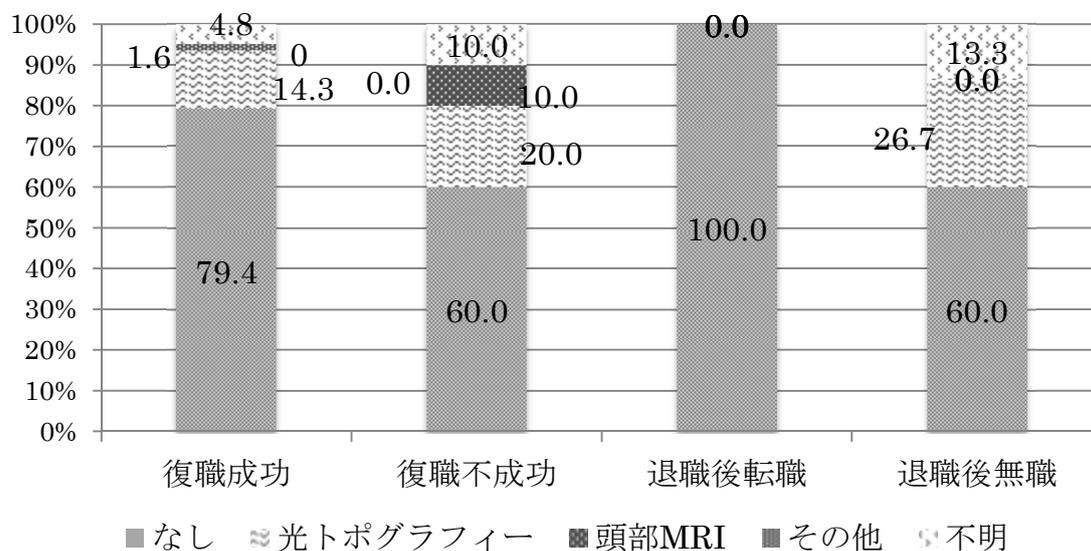


図6. 病名

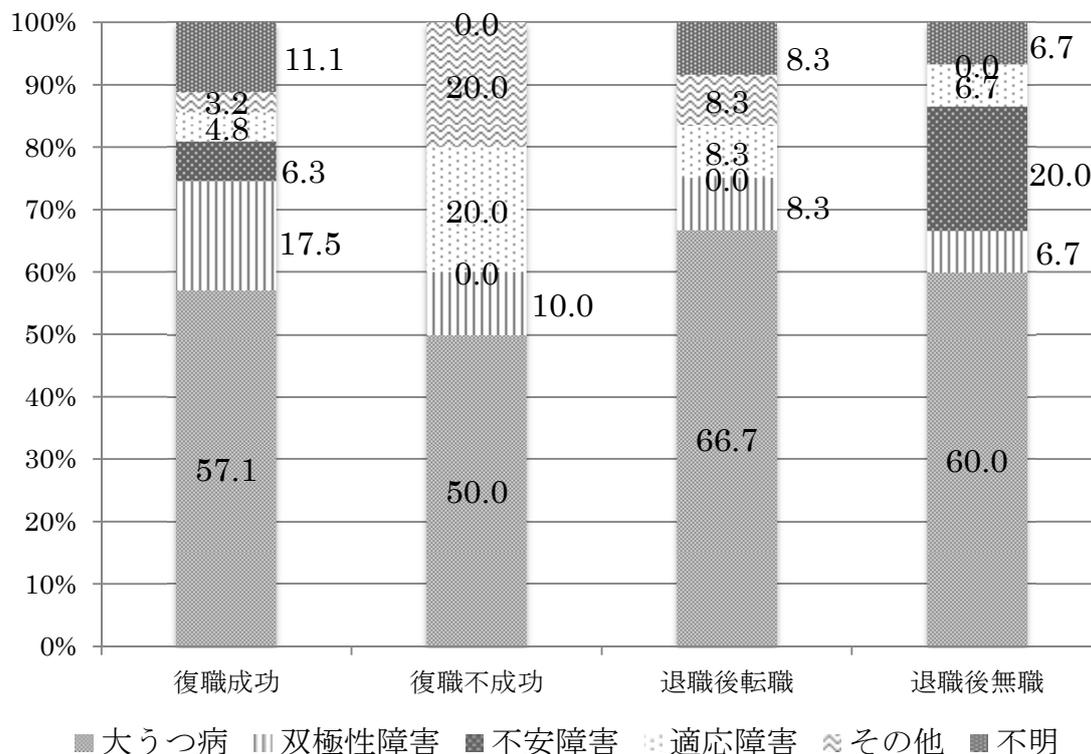


図7. 転職の有無

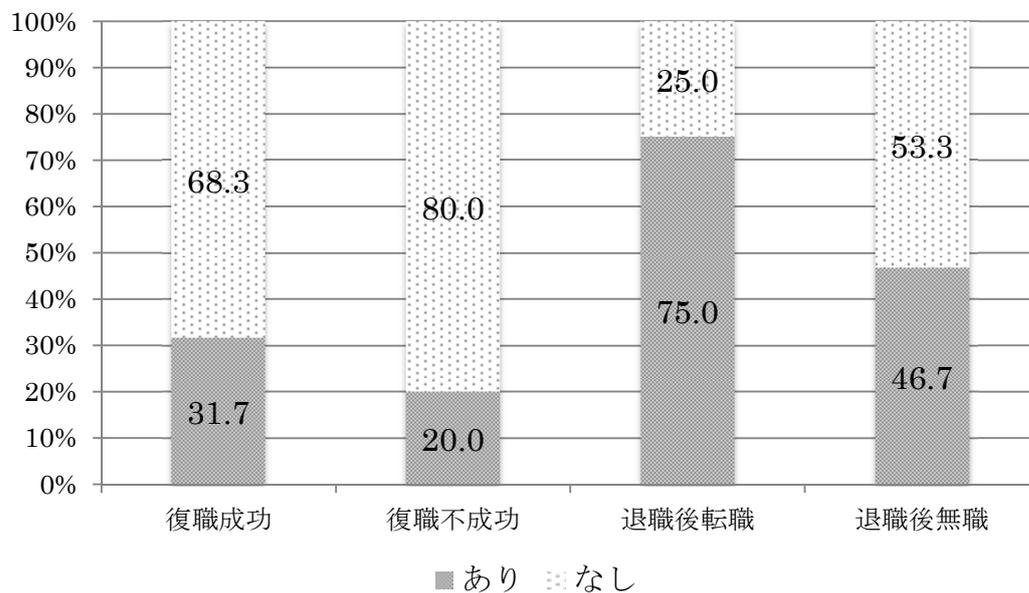


図8. 転職の回数

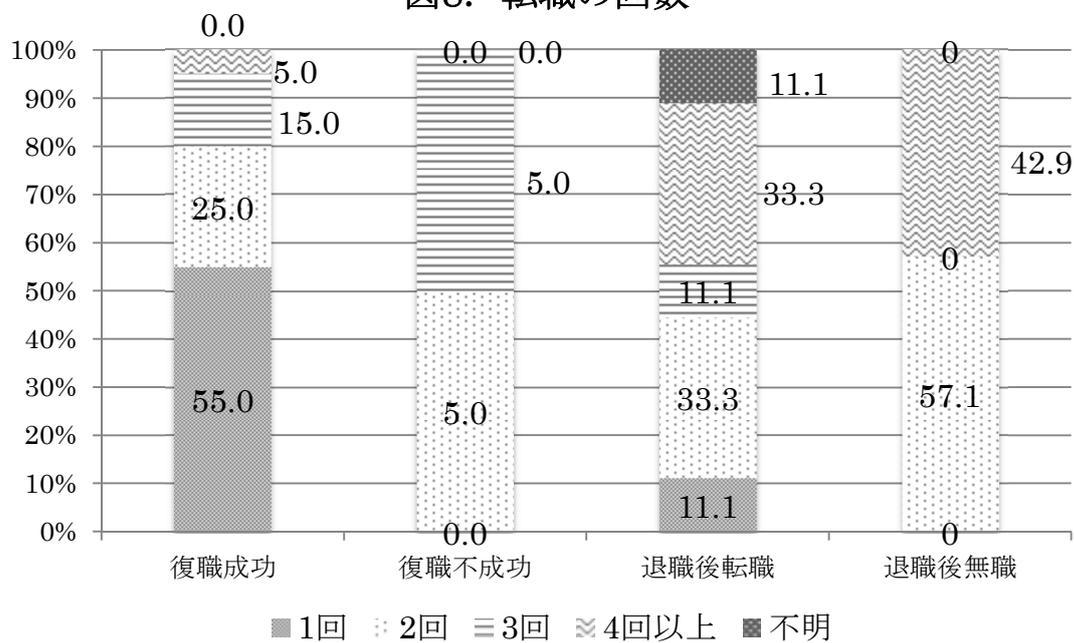


図9. 職種別

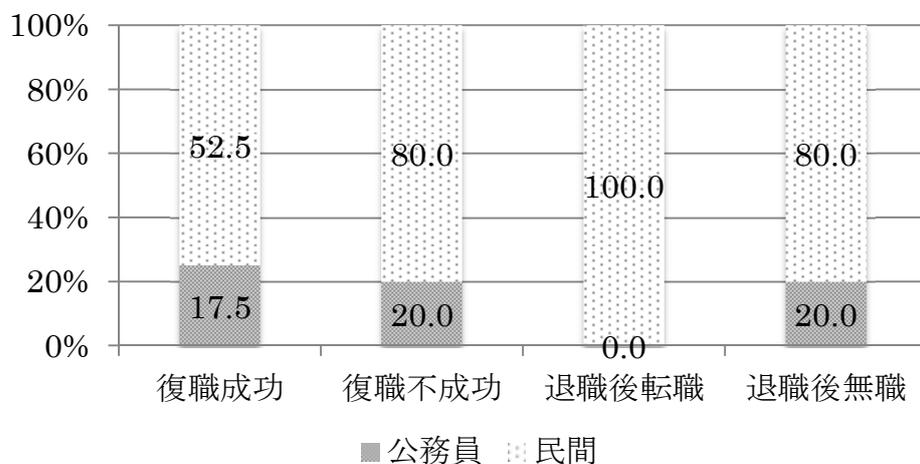


図10. 職種の内訳

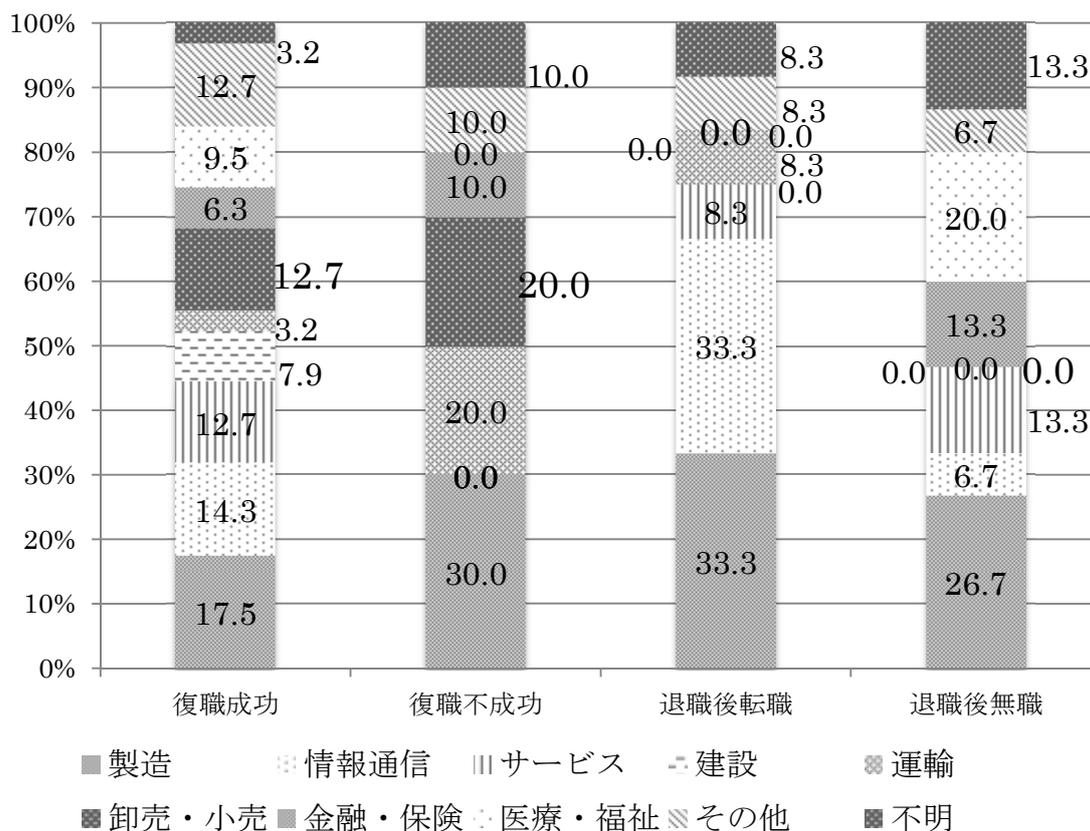


図11. 業種

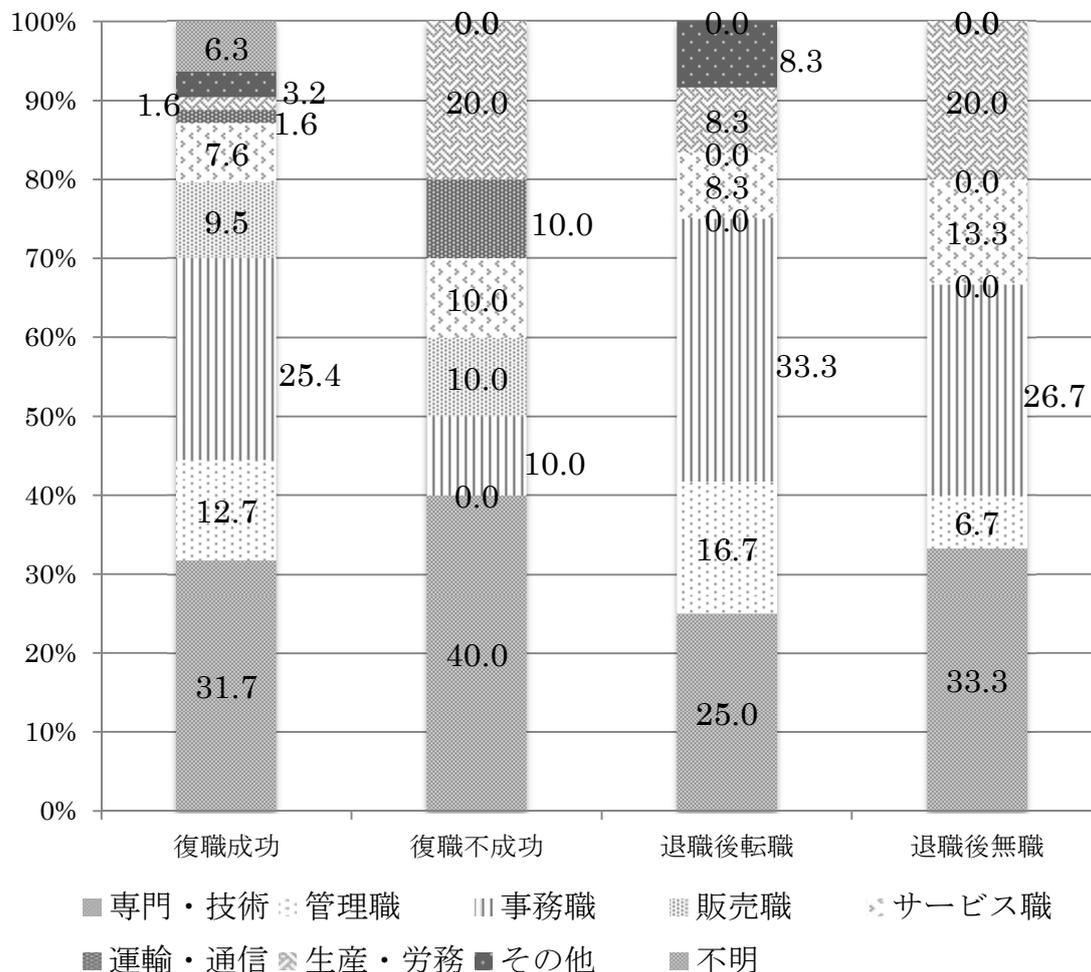


表 1. 業務の心理的負荷の強度

	特別な出来事		心理的な負荷の強度		
	心理的負荷が極度	極度の長時間労働	強	中	弱
復職成功	22	7	1	24	38
復職不成功	3	3	0	5	5
退職後転職	2	4	1	6	5
退職後無職	6	1	1	10	3

図12. 産業スタッフの介入

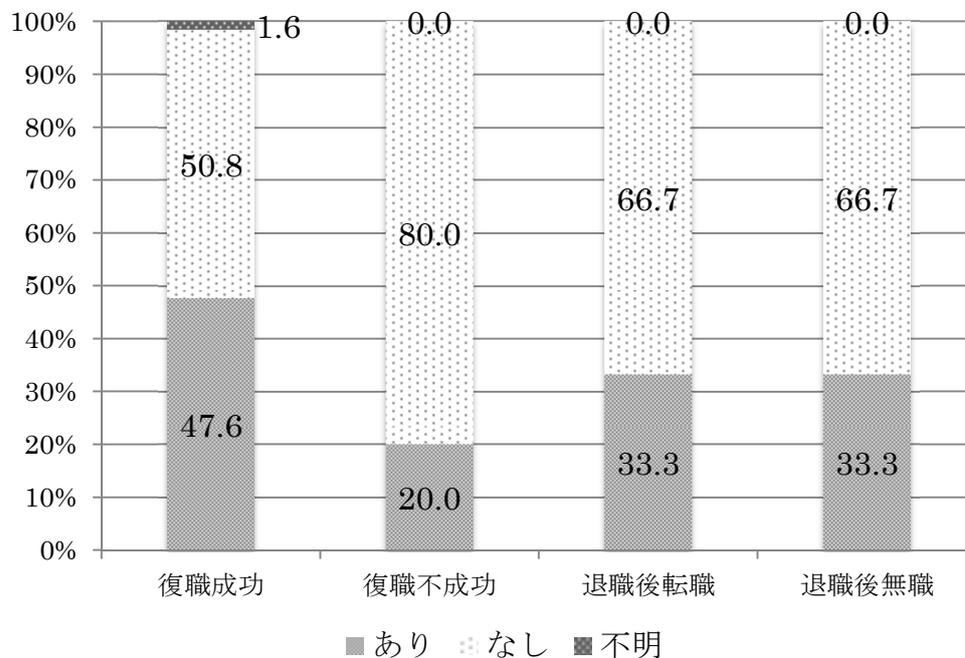


図13. 職場復帰支援プログラム

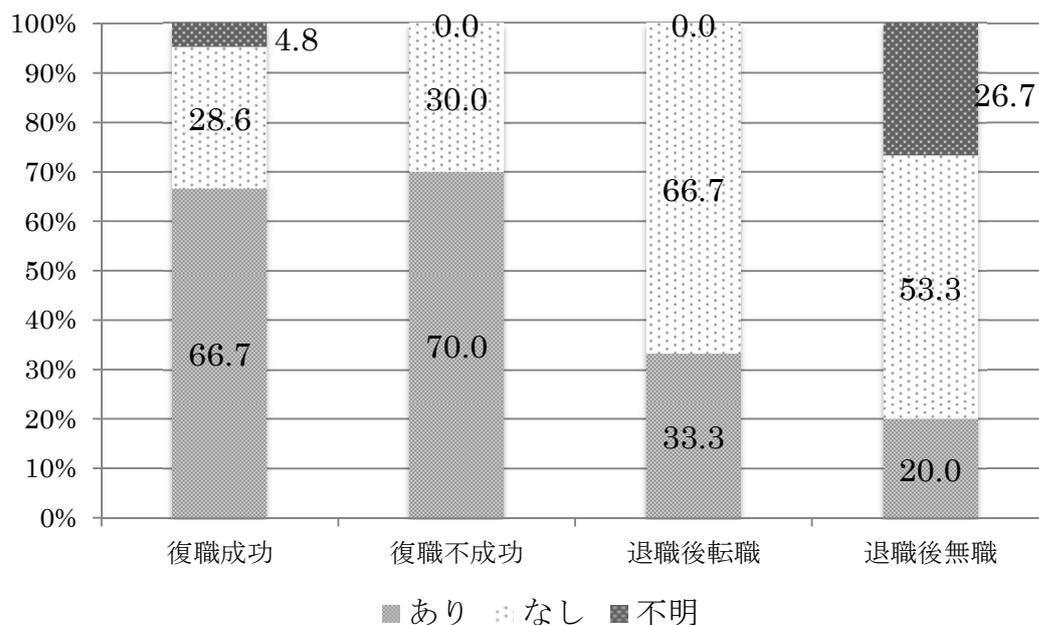


図14. 職場復帰支援プログラムの期間

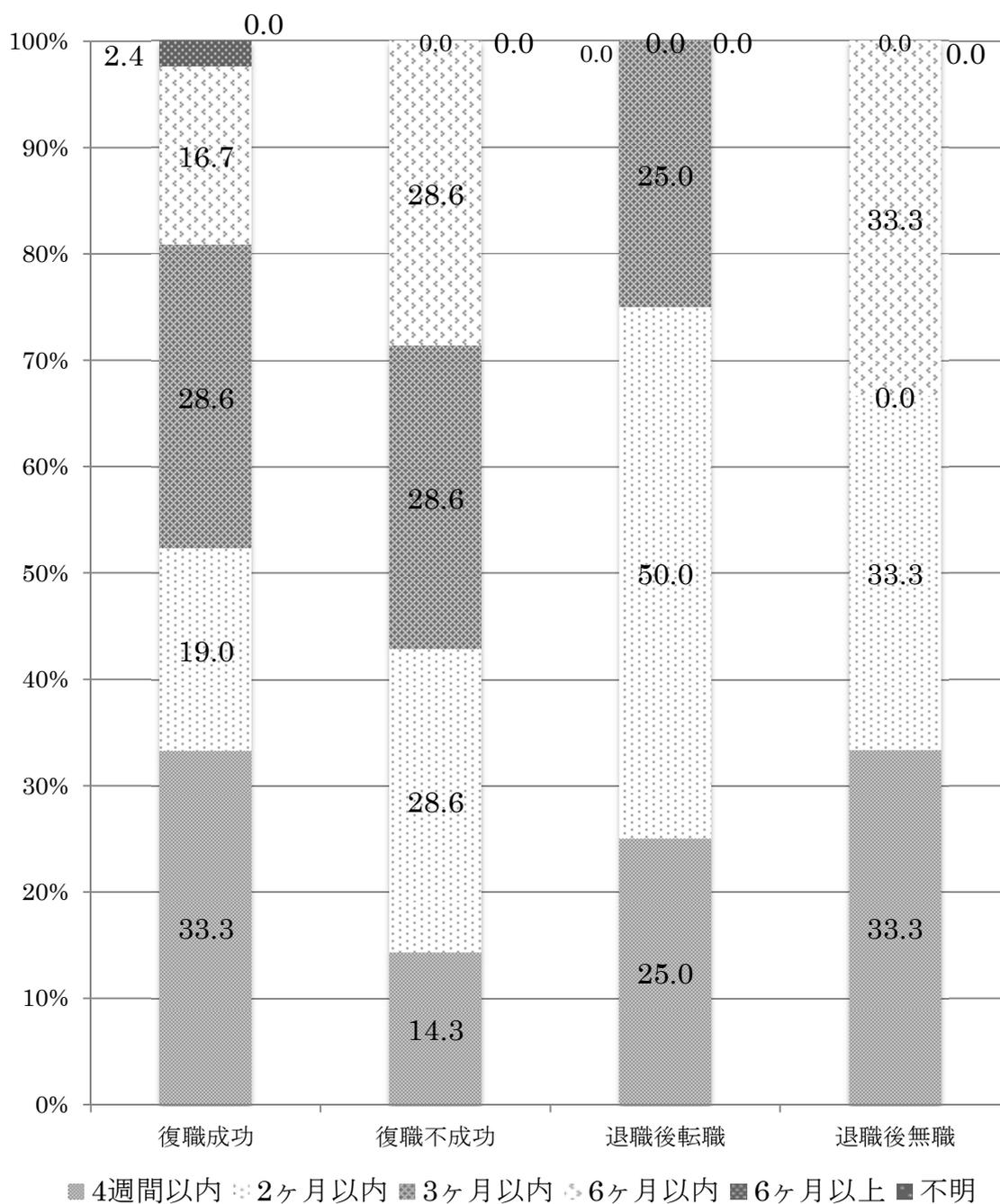


図15. 職場の受け入れ状況

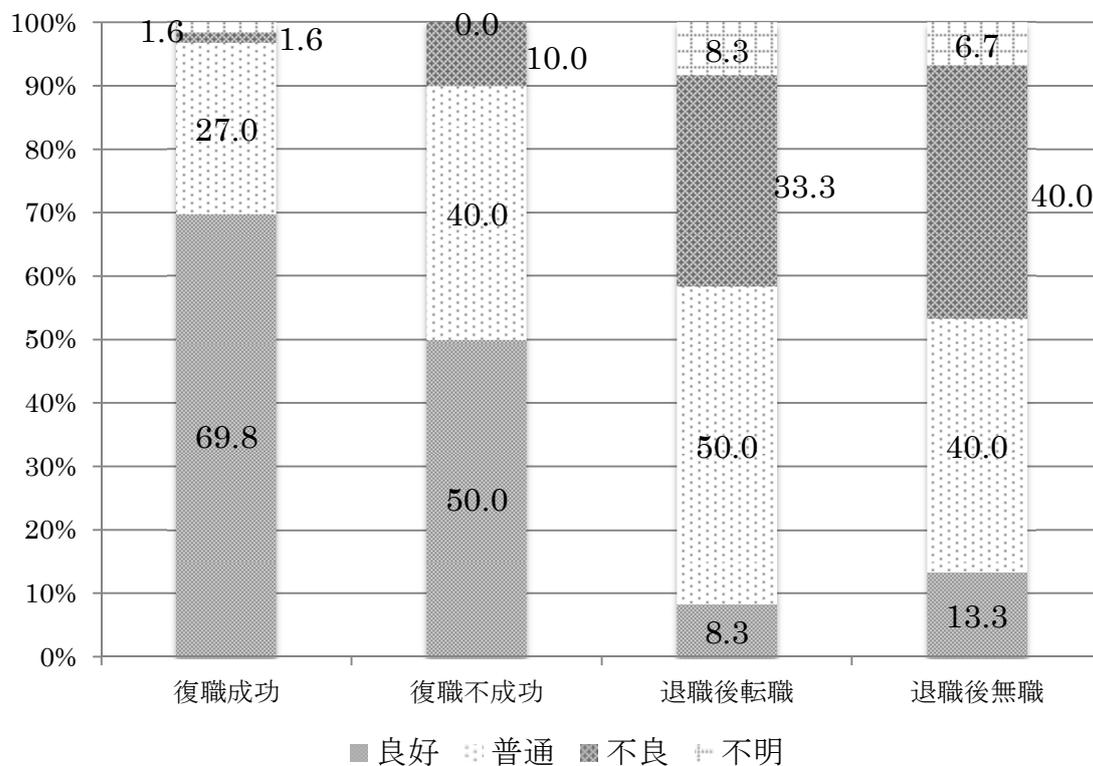


図16. 業務配慮の有無

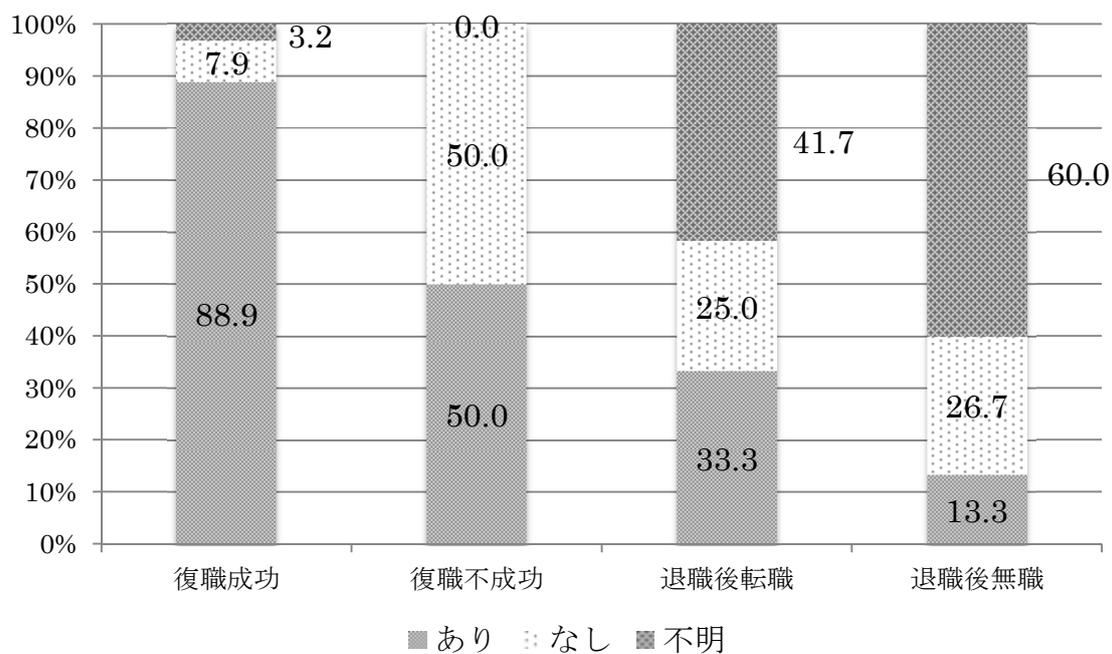


図17. 産業医との連携

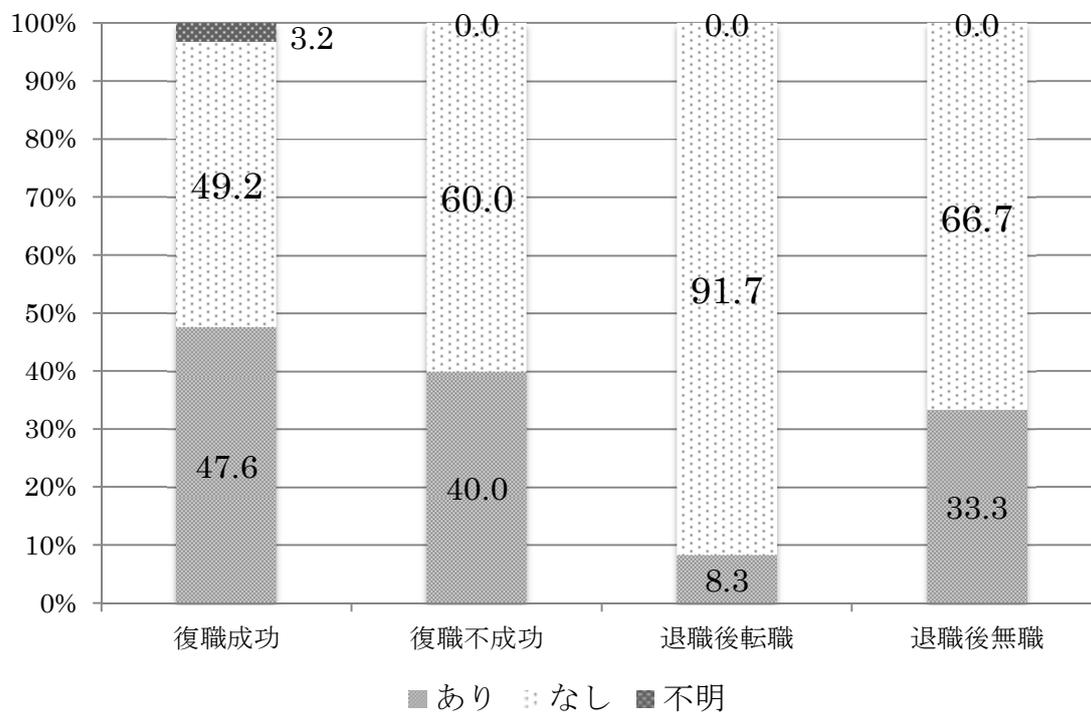


図18. 家族の有無

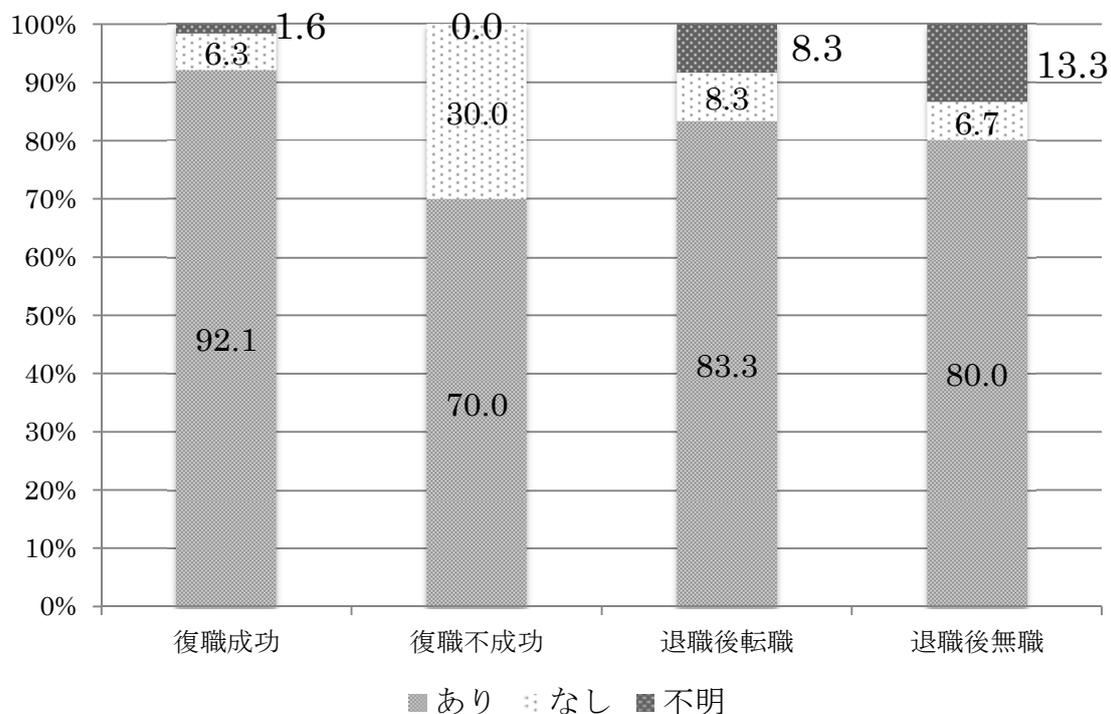


図19. 婚姻状況

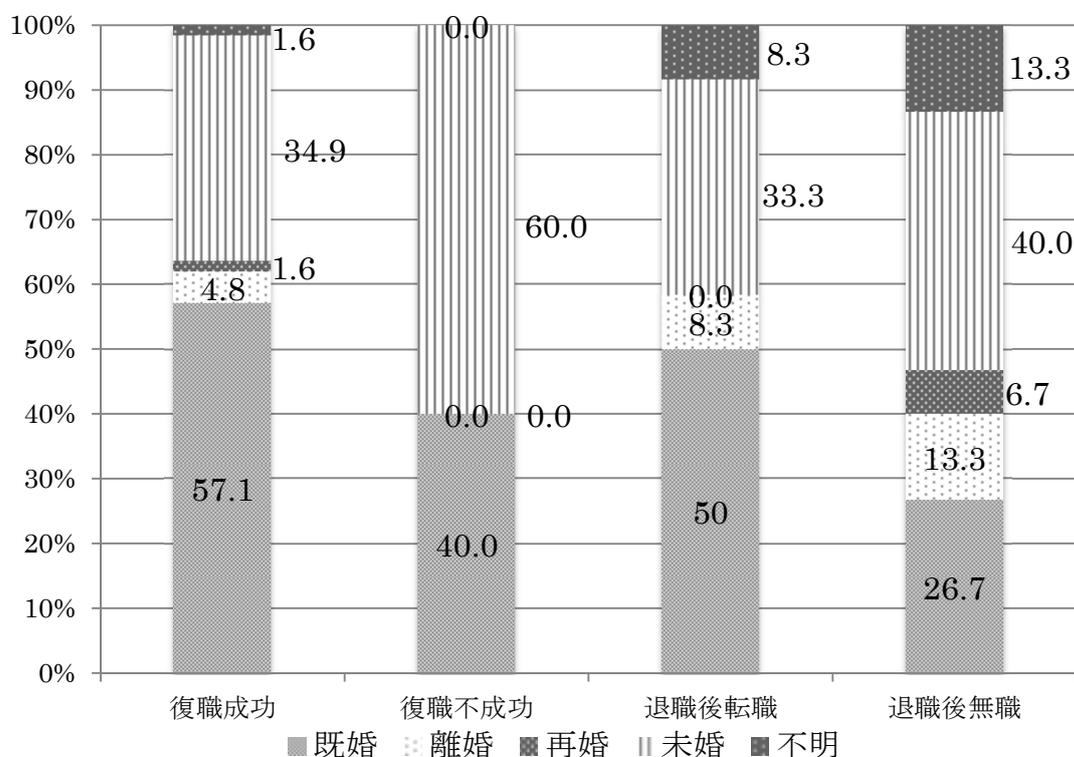


図20. 家族との関係

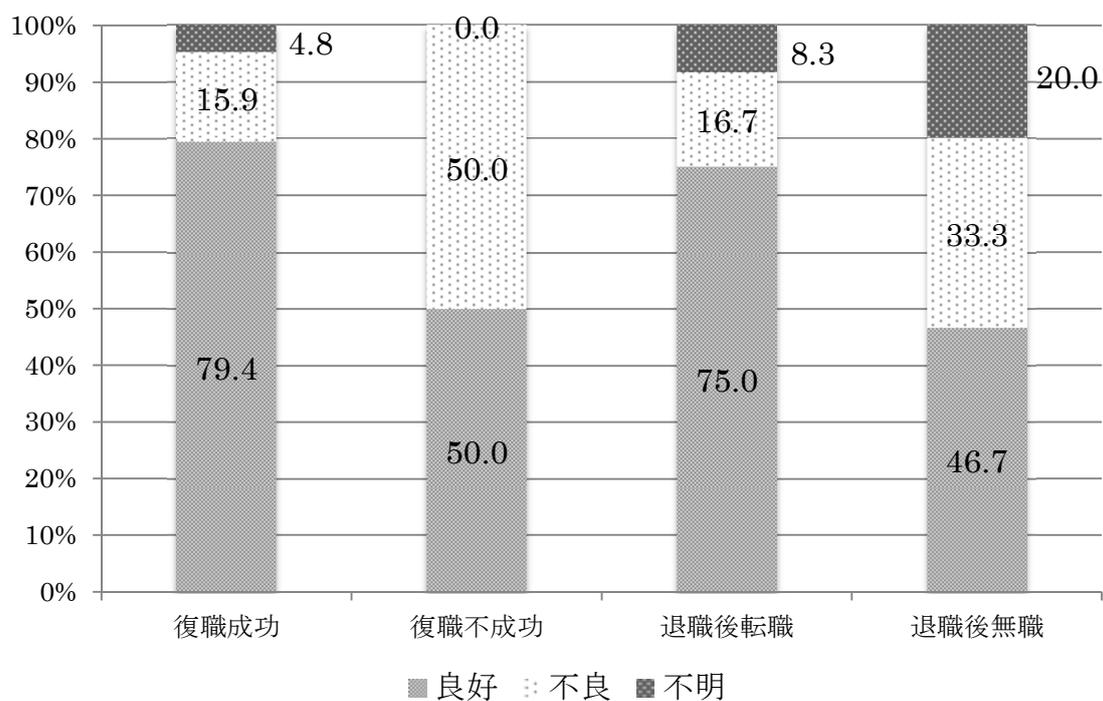


図21. 近隣との関係

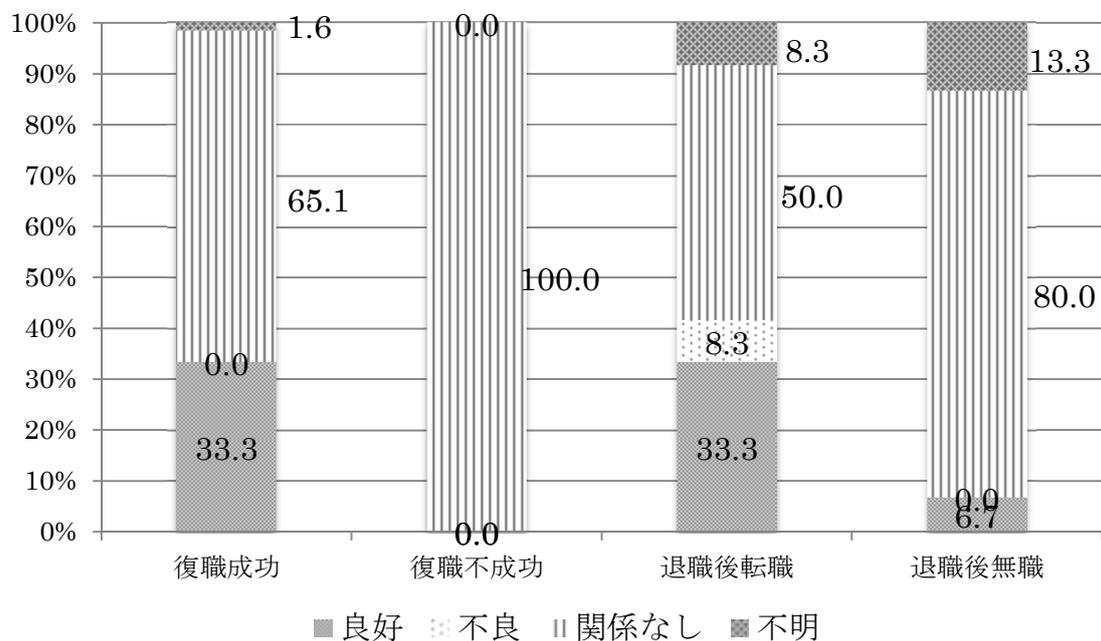


図22. 職場以外との関係

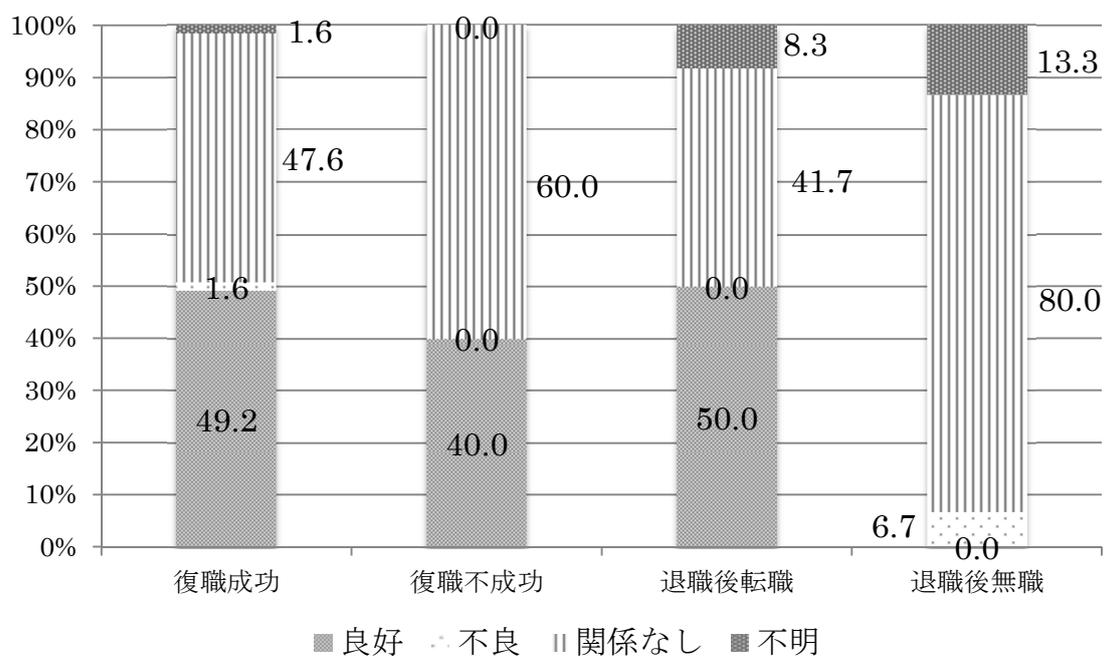


図23. 家族の支援

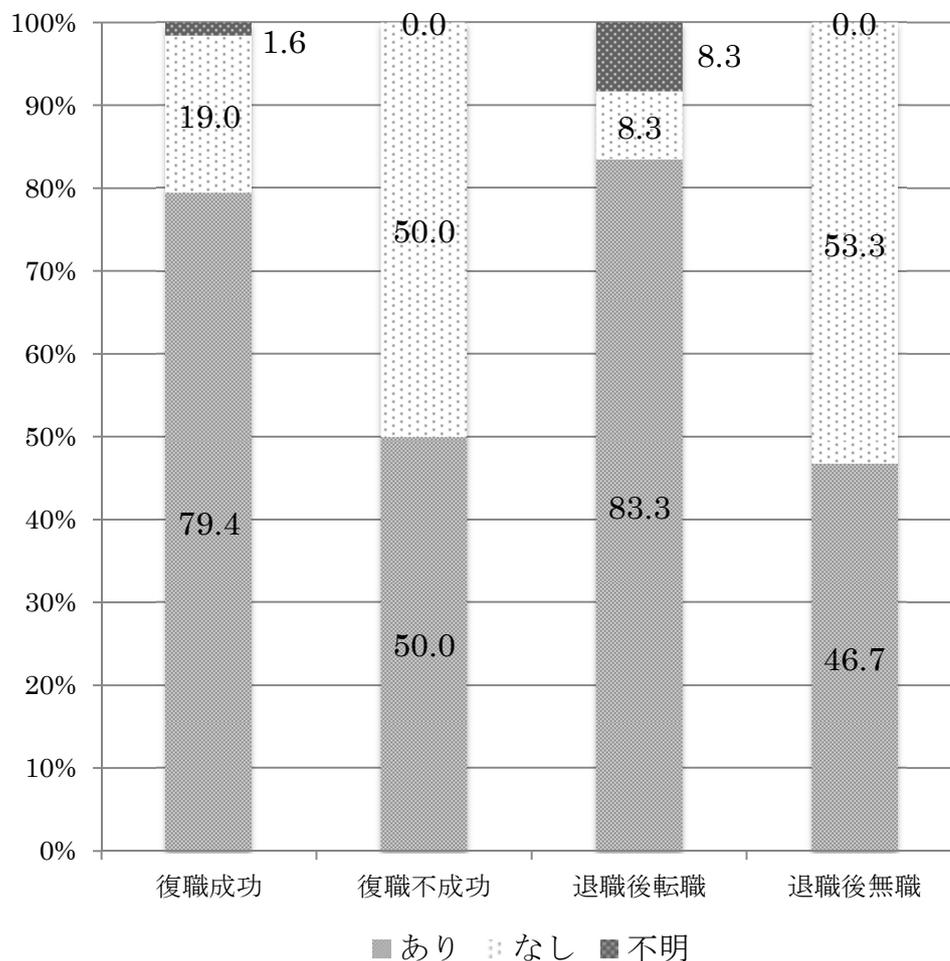


表 2. 精神療法の内訳

	認知行動療法	支持的精神療法	マインドフルネス
復職成功	13	54	2
復職不成功	2	10	0
退職後転職	3	9	0
退職後無職	7	12	1

図24. 薬物療法

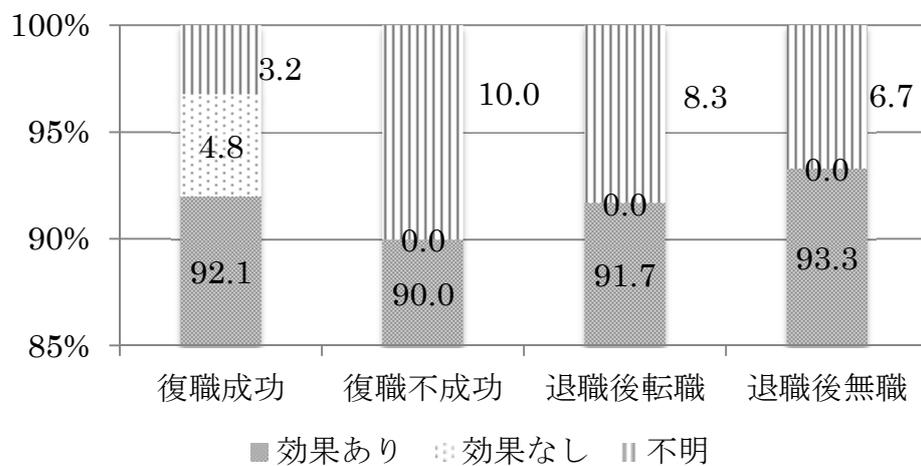


図25. リワークプログラム

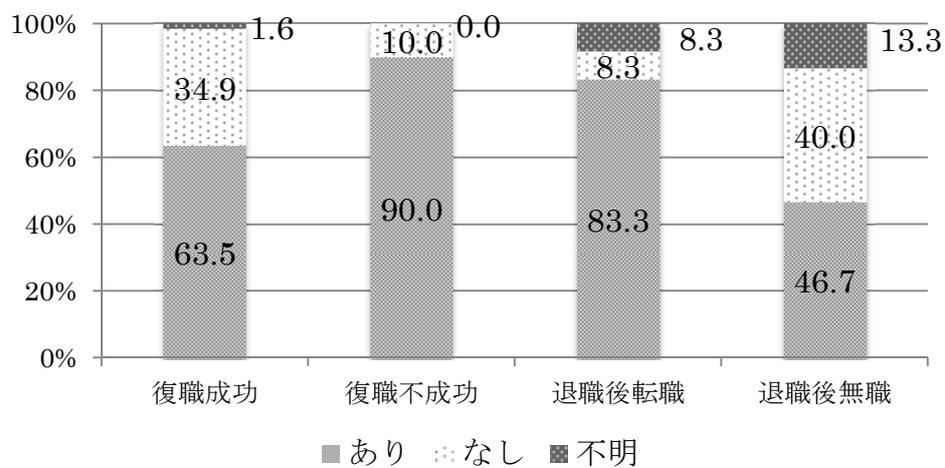


図26. 症状改善までの期間

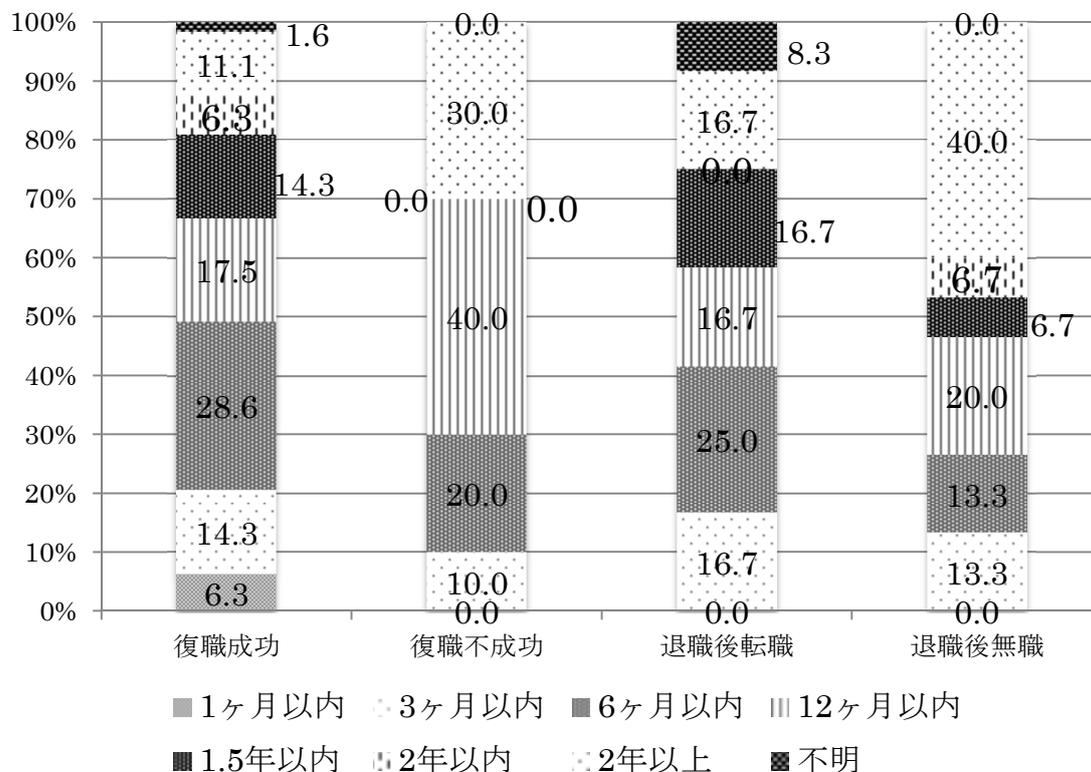


表 3. 症状の再発要因

	個体側要因	職場環境	家庭環境
復職成功	7	8	0
復職不成功	3	4	3
退職後転職	1	4	0
退職後無職	7	2	2

表 4. 再休職の要因

	個体側要因	職場環境	家庭環境
復職成功	3	8	0
復職不成功	3	3	1
退職後転職	1	2	0
退職後無職	2	0	1

図27. 復職達成までの期間

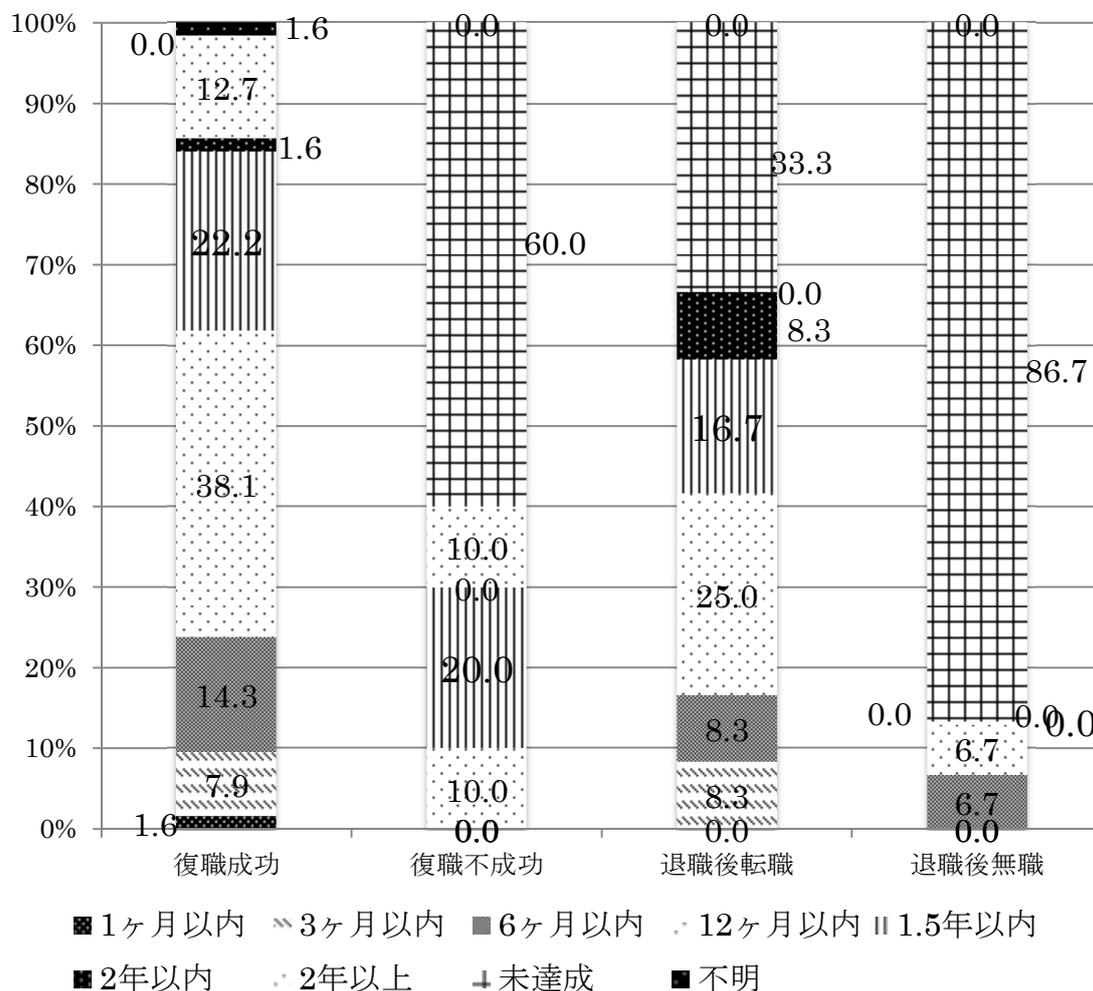


表 5. 生活支援の受給状況

	障害年金	生活保護	家族の援助	貯蓄	支援なし
復職成功	1	0	3	4	1
復職不成功	0	0	0	3	6
退職後転職	0	0	0	0	1
退職後無職	7	1	8	9	0

図28. 症状の再発再燃

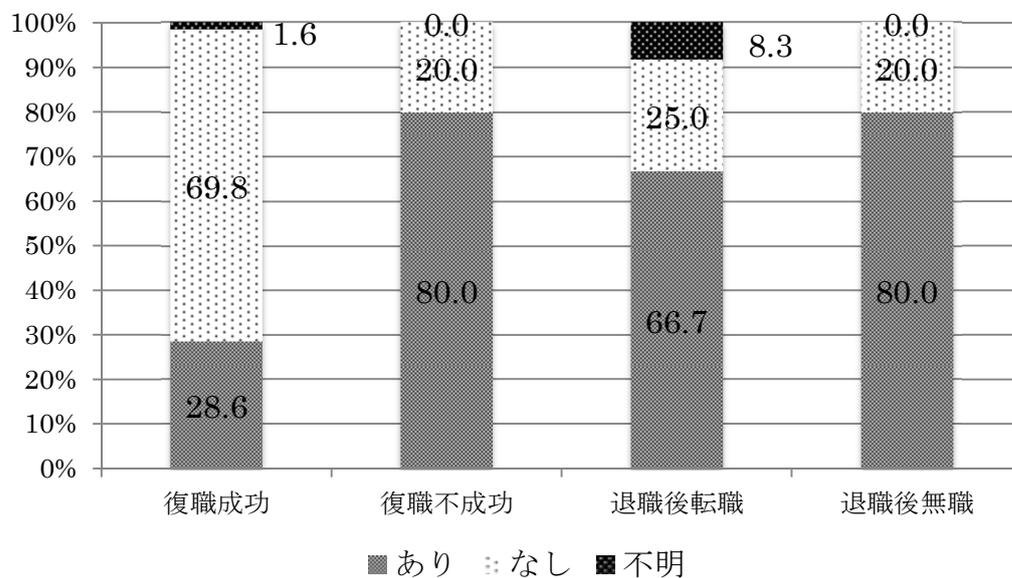
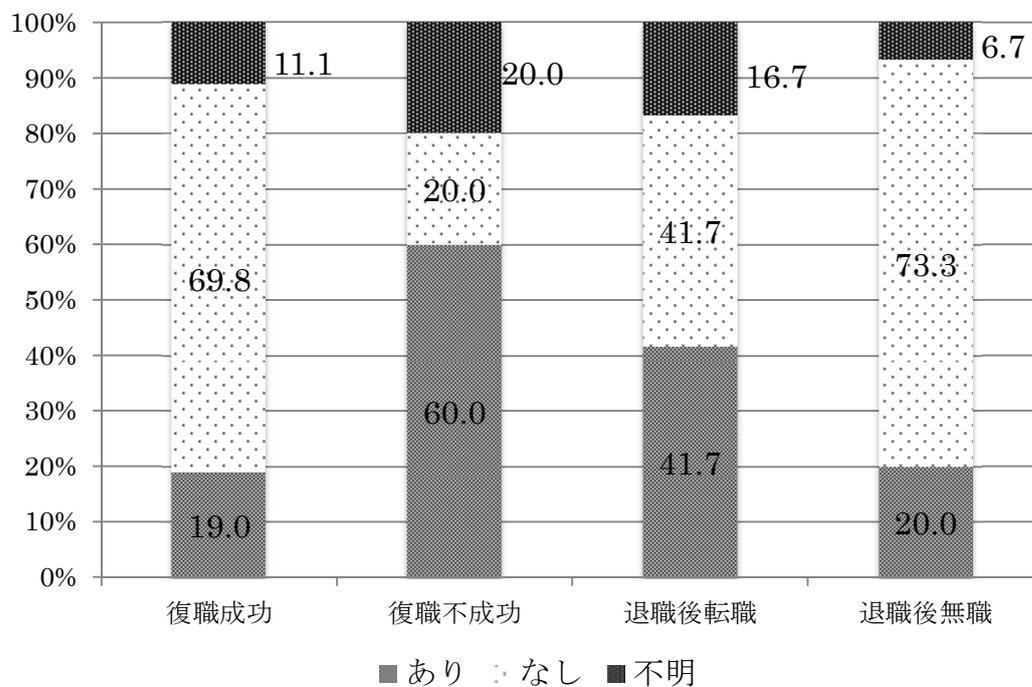


図29. 再休職



平成28年度労災疾病研究調査票

施設名()病院 記入者() ケース番号()

性別 男性() 女性() 年齢()歳

事例の4類型(該当する箇所に○印を入れてください。)

- (1) 復職成功事例() (2) 復職できなかった事例()
 (3) 退職後転職した事例() (4) 退職後無職となっている事例()

1) 個体側要因に関する調査

- ① 遺伝負因 あり() なし()
 ② 学歴 中学卒() 高校中退()
 高校卒() 短大卒() 専門学校卒()
 大学中退() 大学卒以上()
 ③ 病前性格(記載してください) ()
 ④ 生物学的素因 あり() なし()
 光トポグラフィーの所見 ()
 頭部MRIの所見 ()
 脳波検査の所見 ()
 その他 ()
 ⑤ 病名 ()
 ⑥ 並存病名 ()
 ()

2) 職場要因に関する調査

- ① 転職歴 あり() なし() 転職回数()回
 ② 官民の別 公務員() 民間()
 ③ 業種 製造業() 情報通信() サービス業() 建設業()
 運輸業() 卸売・小売業() 金融・保険業() 医療・福祉() 農林魚業() その他()
 ④ 職種 専門・技術() 管理職() 事務職() 販売職()
 サービス職() 運輸・通信() 生産・労務() その他()
 ⑤ 業務による心理負荷の程度(労災認定基準の強度を参考に記入してください)
 特別な出来事 心理負荷が極度のもの() 極度の長時間労働()
 特別な出来事以外 強() 中() 弱()
 ⑥ 産業保健スタッフによる介入の有無 あり() なし()
 ⑦ 職場復帰支援プログラム施行の有無 あり() なし()
 その期間 4週間以内() 2ヶ月以内() 3ヶ月以内() 6ヶ月以内()

- ⑧復職に際して職場の受入れ状況
業務配慮の有無
⑨産業医との連携の有無
- 良好() 普通() 不良()
あり() なし() 不明()
あり() なし() 不明()

3) 職場以外の要因に関する調査

- ①家族の有無
②婚姻状況 既婚() 離婚() 死別() 再婚() 未婚()
③家族との関係
④近隣との関係
⑤職場以外での人間関係
⑥家族による支援の有無
- あり() なし()
良好() 不良() 関係なし()
良好() 不良() 関係なし()
あり() なし()

4) 治療経過

- ①薬物療法の効果
②併用した精神療法
対人関係療法()
③その他の身体的治療
④リワークプログラム利用の有無
⑤症状回復までの期間
12ヶ月以内()
⑥復職達成までの期間
12ヶ月以内()
- あり() なし() 不明()
認知行動療法() 支持的精神療法()
マインドフルネス() その他()
m-ECT() r-TMS() その他()
あり() なし()
1ヶ月以内() 3ヶ月以内() 6ヶ月以内()
1.5年以内() 2年以内() 2年以上()
1ヶ月以内() 3ヶ月以内() 6ヶ月以内()
1.5年以内() 2年以内() 2年以上() 未達成()

5) 転帰

- ①症状再発再燃の有無
ありの場合、再発再燃の要因
②再休職の有無
ありの場合、再休職の要因
③退職後の再就職の有無
なしの場合、生活支援の有無
- あり() なし()
()
あり() なし()
()
あり() なし() 復職継続中()
障害年金() 生活保護() 家族の援助()
貯蓄() 支援なし()

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
研究協力者 松岡 美幸 医療法人あけぼの会メンタルヘルスセンター

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2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、疾病別の効果的な対応を探ることを目的とする。某EAP機関における2009年1月から2015年12月の面談事例のうち、終了した205事例（男性156例、女性49例）を分析対象とし、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。その結果、「うつ病」では、休業→生活習慣指導という基本的対応が効果的であること、「双極性障害」では、セルフモニタリング指導や関係者間での対応共有が効果的であること、「統合失調症」では、家族と共同しての支援が効果的であること、「不安障害」では、EAPにおける短期問題解決型カウンセリングや環境調整が効果的であること、「発達障害」では仕事への取り組み方に関する指導の他、環境調整が効果的であること、「パーソナリティ障害」では、関係者間での対応の共有とルール厳守の対応が効果的であること、「適応障害」では、環境調整が効果的なケースもあれば、本人に自助努力を求め対応が効果的なケースもあることなどが示唆された。

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。しかしながら、EAP 相談事例を分類した本報告においては、事例化の流れにおいて事例性が「特になし」が多い傾向にあり、EAP 相談においては事例化に至る前の相談が多いと考えられる。そのため、本報告書では、研究の 2 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、疾病別の効果的な対応を探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2015年12月の面談事例のうち、終了した205事例（男性156例、女性49例）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年に行った対象EAP機関に所属する臨床心理士の事例担当者への構造化面接による調査データ134事例の他、2016年に行った追加調査

の71事例を加えた。

(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、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 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 67 名

(32.68%)と最も多く、女性は29歳以下が22名(10.73%)で最も多かった。

居住形態(表2)については、「家族と同居」が143名(69.76%)で最も多く、次いで「単身」(46名、22.44%)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142名(69.27%)と多く、「あり」は52名(25.37%)であった。

婚姻状況(表4)は、既婚104名(50.73%)、未婚86名(41.95%)と概ね半数ずつであった。

勤続年数(表5)は、5年以下が72名(35.12%)で最も多く、次いで16年以上(58名、28.29%)であった。11～15年が26名(12.68%)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69名(33.66%)で最も多く、次いで製造業(59名、28.78%)、サービス業(47名、22.93%)であった。

職種(表7)については、専門・技術職が78名(38.05%)と最も多く、次いで事務職(41名、20.00%)であった。

職位(表8)については、一般職が130名(63.41%)と最も多かった。

(2) 既往歴

精神疾患既往の有無(表9)については、「あり」が94名(45.85%)であり、「なし」は87名(42.44%)と、ほぼ同等であった。

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」が164名(80.00%)で大半を占めた。精神疾患による休業回数(表11)についても、「なし」が125名(60.98%)と多くを占め、次いで1回が33名(16.10%)であった。

(3) EAPへの相談経路

EAPへの相談経路については、上司・本人からの相談が54名(26.34%)と最も多く、次いで上司の勧め(50名、24.39%)、人事管理部門の勧め(37名、18.05%)、産業保健スタッフからの勧め(34名、16.59%)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65名(31.71%)と最も多く、次いでうつ病(63名、30.73%)、適応障害(29名、14.15%)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、適応障害(69名、33.17%)が最も多く、次いで疾病なし(63名、30.29%)、うつ病28名(13.46%)、不安障害(17名、8.17%)であった。医師によりうつ病と診断されているケースであっても、EAPの臨床心理士による診断見立ては適応障害となる

ケースが多くみられた。また、診断書の病名とEAPの見立てが合致していた例を表15に示した。特にうつ病での一致率が42.86%と低く、診断書の病名がうつ病であった事例のEAPの見立てを表16に示した。EAPの見立てでは、診断書の病名がうつ病であった事例のうち、適応障害と見立てられる事例が38.46%と多く含まれた。

（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17-1、時系列の3番目までで多かった項目上位3位を表17-2、EAPでの見立て診断名別の最初の事例化を表18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」が60例と最も多く、次いで「特になし」が38例と多かった。時系列の2番目では、「業務効率の低下」と「頻回欠勤」がそれぞれ19例で最も多く、次いで「人間関係の悪化」、「診断書の提出」がそれぞれ16例と多かった。時系列の3番目になると、「診断書の提出」が21例と最も多く、次いで「頻回欠勤」が10例と多かった。見立て診断名別では、いずれの疾患においても最初の事例化は「業務効率の低下」が最も多かったものの、「適応障害」や「不安障害」では「人間関係の悪化」も多くみられた他、「パーソナリティ障害」では「自己中心的言動」もみられた。

（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、2012年の調査においては全事例の情報は十分でなかったため、2012年調査の33ケースに2016年調査の71ケースを加え、計104ケースの分類を示した（表19）。「周囲の者に負担がかかる」が40例（38.46%）と最も多く、次いで「どう対応してよいかわからない」が36例（34.62%）、「どのくらい仕事ができるか予測できない」が34例（32.69%）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、104ケースの分類結果を示した（表20）。「仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った」が45例（43.27%）と最も多く、次いで「定期的な面接を予定した」が43例（41.35%）、「自己の状態のセルフモニタリングを求めた」、「休業の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した」がそれぞれ37例（35.58%）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、104ケースの分類結果を示した（表21）。「病気かほかの問題（性格傾向、能力的問題）かの判別が困難だった」が36例（34.62%）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27例（25.96%）、

「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 24 例（23.08%）、「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」と「本人が指示・助言を受け入れない」がそれぞれ 23 例（22.12%）と続いた。

（10）主な対応で特に効果的だったもの
 主な対応で特に効果的だったものについて、104 ケースの分類結果を示した（表 22）。「その他」が 23 例（22.12%）と最も多く、次いで「仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った」が 20 例（19.23%）「休業の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した」が 17 例（16.35%）、「自己の状態のセルフモニタリングを求めた」が 12 例（11.54%）、「関係者間で対応の仕方を共有した」が 11 例（10.58%）と続いた。また、「その他」の対応については、特に効果的だった 23 ケースの内訳を示した（表 23）。効果的な「その他」の対応で最も多かったのは「キャリアカウンセリングを行った」と「問題解決のための認知行動療法を実施した」がそれぞれ 6 例（26.09%）であり、次いで「専門機関での治療につないだ」が 4 例（17.39%）であった。

（11）診断見立て別の特に効果的だった対応

疾病毎の効果的な対応を探るべく、EAP

の臨床心理士による診断見立て別に「主な対応で特に効果的だったもの」を上位 3 位まで分類した（表 24）。なお、ここでは「疾病なし」との見立てであったケースを除外し、さらに「主な対応で特に効果的だったもの」があった 82 ケースを分類した。その結果、「うつ病」では 10 ケース中「休業の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した」が 7 例（70.00%）と最も多く、次いで「仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った」が 3 例（30.00%）であった。「双極性障害」では 5 ケース中「自己の状態のセルフモニタリングを求めた」が 3 例（60.00%）と最も多く、次いで「関係者間で対応の仕方を共有した」「休業の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した」がそれぞれ 2 例（40.00%）と続いた。「統合失調症」では 3 ケースとサンプル数が少ないものの、「休業の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した」が 2 例（66.67%）、「家族に職場の対応に関する理解を求めた」「家族に当該労働者への支援を依頼した」がそれぞれ 1 例（33.33%）であった。「不安障害」では 15 ケース中「その他（キャリアカウンセリングや認知行動療法など）」が 5 例（33.33%）と最も多く、次いで「配置転換をするよう提案した」が 3 例（20.00%）であった。「発達障害」では 3 ケースとサンプル数が少ないものの、「仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った」と「その

他（キャリアカウンセリングや認知行動療法など）」がそれぞれ2例（66.67%）と多かった。「パーソナリティ障害」では9ケース中「関係者間で対応の仕方を共有した」が5例（66.67%）と最も多く、次いで「ルール違反に対しては厳しく処理した」が3例（33.33%）、「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」が2例（22.22%）であった。「適応障害」では26ケース中「仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った」が7例（26.92%）と最も多く、次いで「配置転換をするよう提案した」が6例（23.08%）、「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」が5例（19.23%）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2年目である平成28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、疾病別の効果的な対応を探ることを目的とした。

事例化の流れとしては、いずれの疾患においても最初に「業務効率の低下」がみられ、その後「人間関係の悪化」「頻回欠勤

や「診断書の提出」といったプロセスをたどることが多いが、適応障害や不安障害のケースでは「人間関係の悪化」も多くみられ、社内の対人関係問題を契機に発症しているケースと、症状の結果対人関係に支障をきたしているケースの両方が存在すると考えられる。また、パーソナリティ障害のケースでは、最初から「自己中心的言動」などの問題行動がみられるなど、他の疾病にはみられない特徴があった。ただし、EAPにおいては早期相談が多い傾向にあり、特に目立った事例性がないケースも多いほか、職場側からの情報が充分に入手できていないケースもあるなど、事例化の流れについての傾向を述べるには課題が残る。

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圧倒的に多い傾向にあり（表14）、業務等のストレスから一時的に症状を呈しているケースが多いことが示唆された。一方で、診断書は「うつ病」や「抑うつ状態」といった病名で職場に提出されることが多いため、職場では「うつ病」としての対応をとることが多くなると考えられる。実際には「適応障害」や「不安障害」といったケースが多いと考えられるため、それぞれの疾病別の効果的な対応を把握しておくことは有用であるといえる。

まず、「うつ病」への効果的な対応として「休業の取り方、生活習慣の改善について

本人に指導した」が最も多く挙げられたことから考えても、従来通りの休業、服薬治療をベースとした対応をとり、リワーク支援として生活習慣指導を行う方法が効果的であると考えられる。

次に「双極性障害」については、「自己の状態のセルフモニタリングを求めた」「休業の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した」といった項目が効果的な対応として挙げられ、疾病管理に関するセルフコントロール指導を行うことが効果的であることが示唆された。また、「関係者間で対応の仕方を共有した」「業務量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」「対人折衝の少ない業務につかせた」「その他(2回目の復職判定を慎重に行った)」といった項目も効果的な対応として挙げられたことから、本人への支援だけでなく、関係者が協調して支援に当たる必要性があるといえる。

「統合失調症」については、3 ケースとサンプル数が少ないため、全体の傾向として述べるには不十分であるが、「休業の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した」という基本的対応の他に、

「家族に職場の対応に関する理解を求めた」「家族に当該労働者への支援を依頼した」といった項目が効果的な対応として挙げられ、家族と共同しての支援が効果的であることが示唆された。

「不安障害」については、疾病別にみると効果的な対応があったケースが比較的多く、EAP 相談において対応できる内容が多い傾向にあった。効果的な対応として挙げられたのは、「その他(キャリアカウンセリングや認知行動療法など)」が最も多く、EAP における短期問題解決型カウンセリングで職場適応を促進できたケースが多く見られた。また、「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」といった項目も挙げられ、職場に強い不安要因が存在する場合には、業務変更などの環境調整が効果的であることも示唆された。ただし、安易な業務変更は、本人の回避性を助長することもあるため、客観的にみて妥当な対応かどうかを検討する必要性があると考えられる。

「発達障害」については、3 ケースとサンプル数が少ないため、全体の傾向として述べるには不十分であるが、「仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った」「その他(キャリアカウンセリングや認知行動療法など)」「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」「本人のできることできないことを整理した」といった、本人の適性を把握した上で、仕事の進め方を工夫することを提案するアプローチが有効であったケースの他、「対人折衝の少ない業務につかせた」といった環境調整が有効であったケースが見られた。

「パーソナリティ障害」については、有効であった対応がある程度一貫しており、効果的な対応として「関係者間で対応の仕方を共有した」が最も多く、関係者で対応方針を一致させた上で対応に当たることが有効であることが示唆された。また、「ルール違反に対しては厳しく処理した」という対応も効果的であったことから、パーソナリティ障害の問題行動に対しては、ルール厳守の徹底も必要不可欠であると考えられる。

「適応障害」については、疾病別にみると効果的な対応があったケースが最も多く、EAP 相談において対応できる内容が多い傾向にあった。「適応障害」は、症状の出方やストレス要因は様々であるものの、軽症のケースが多く、休業と投薬治療だけでは改善が見込みにくいという特徴がある。そのため、EAP における短期問題解決型カウンセリングや職場環境調整のアプローチが有効であると考えられる。効果的だった対応としては「仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った」が最も多く、安易に環境調整で対応するのではなく、本人の自助努力を求める対応が有効だったケースも多く見られた。しかしながら、「配置転換をするよう提案した」といった環境調整のアプローチが有効であった例も同じく多く見られ、職場のストレス要因が客観的に見て非常に強い場合や、本人の適性と職務内容が著しく乖離している場合には、配置転換

が必要とされるケースもあると考えられる。また、「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」という対応も有効であったことから、「適応障害」については本人へ自助努力を求める対応と職場側の環境調整の両面から検討する必要があることが示唆された。とりわけ、安易な配置転換は本人の回避性を助長する可能性もあるため、客観的にみて妥当な対応かどうかを検討する必要があると考えられる。

E. 総括（まとめ）

本報告では研究の2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、疾病別の効果的な対応を探ることを目的とした。

その結果、「うつ病」では、休業→生活習慣指導という基本的対応が効果的であること、「双極性障害」では、セルフモニタリング指導や関係者間での対応共有が効果的であること、「統合失調症」では、家族と共同しての支援が効果的であること、「不安障害」では、EAPにおける短期問題解決型カウンセリングや環境調整が効果的であること、「発達障害」では仕事への取り組み方に関する指導の他、環境調整が効果的であること、「パーソナリティ障害」では、関係者間での対応の共有とルール厳守の対応が効果的であること、「適応障害」では、環境調整が効果的なケースもあれば、本人に自助

努力を求める対応が効果的なケースもある
ことなどが示唆された。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 学会発表

1. 論文発表

該当せず。

2. 学会発表

該当せず。

H. 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。

I. 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
応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	27 13.17%	67 32.68%	40 19.51%	22 10.73%	156 76.10%
女性	22 10.73%	16 7.80%	6 2.93%	5 2.44%	49 23.90%
計	49 23.90%	83 40.49%	46 22.44%	27 13.17%	205 100.00%

表2. 居住形態		
单身	46	22.44%
家族と同居	143	69.76%
その他	1	0.49%
不明	15	7.32%
計	205	100.00%

表3. 仕事以外のストレス要因		
なし	142	69.27%
あり	52	25.37%
不明	11	5.37%
計	205	100.00%

表4. 婚姻状況		
未婚	86	41.95%
既婚	104	50.73%
離婚後	7	3.41%
不明	8	3.90%
計	205	100.00%

表5. 勤続年数		
～5年	72	35.12%
6～10年	36	17.56%
11～15年	26	12.68%
16年～	58	28.29%
不明	13	6.34%
計	205	100.00%

表6. 事業所の業種		
建設業	14	6.83%
製造業	59	28.78%
情報通信	69	33.66%
運輸業	0	0.00%
卸売・小売業	0	0.00%
金融・保険業	0	0.00%
医療・福祉	0	0.00%
サービス業	47	22.93%
その他	16	7.80%
計	205	100.00%

表7. 職種		
専門・技術	78	38.05%
管理	19	9.27%
事務	41	20.00%
販売	19	9.27%
サービス	16	7.80%
運転	0	0.00%
生産工程	22	10.73%
運搬・清掃	0	0.00%
建設・採掘	1	0.49%
その他	3	1.46%
不明	6	2.93%
計	205	100.00%

表8. 職位		
一般職	130	63.41%
管理職	32	15.61%
経営職	2	0.98%
パート・アルバイト	5	2.44%
不明	36	17.56%
計	205	100.00%

表9. 精神疾患既往		
あり	94	45.85%
なし	87	42.44%
不明	24	11.71%
計	205	100.00%

表10. 過去の休業回数(外傷・身体疾患)		
なし	164	80.00%
1回	3	1.46%
不明	38	18.54%
計	205	100.00%

表11. 過去の休業回数(精神疾患)		
なし	125	60.98%
1回	33	16.10%
2回	6	2.93%
3回以上	3	1.46%
不明	38	18.54%
計	205	100.00%

表12. EAPへの相談経路		
本人からの相談	54	26.34%
上司の勧め	50	24.39%
人事管理部門の勧め	37	18.05%
家族からの相談	3	1.46%
産業保健スタッフからの勧め	34	16.59%
上司or人事からの勧め	15	7.32%
復職判定会議を通じて	4	1.95%
その他	8	3.90%
計	205	100.00%

うつ病	63	30.73%
双極性障害	6	2.93%
統合失調症	3	1.46%
不安障害	15	7.32%
強迫性障害	0	0.00%
PTSD	0	0.00%
発達障害	0	0.00%
アルコール使用障害	4	1.95%
パーソナリティ障害	1	0.49%
アルコール症以外の物質使用障害	0	0.00%
摂食障害	0	0.00%
適応障害	29	14.15%
睡眠障害	3	1.46%
心因反応	0	0.00%
自律神経失調症	2	0.98%
その他	15	7.32%
診断なし(疾病なし)	65	31.71%
不明	3	1.46%
計	205	100.00%

うつ病	28	13.46%
双極性障害	7	3.37%
統合失調症	3	1.44%
不安障害	17	8.17%
強迫性障害	0	0.00%
PTSD	0	0.00%
発達障害	6	2.88%
アルコール使用障害	4	1.92%
パーソナリティ障害	9	4.33%
アルコール症以外の物質使用障害	0	0.00%
摂食障害	1	0.48%
適応障害	69	33.17%
睡眠障害	1	0.48%
心因反応	0	0.00%
自律神経失調症	0	0.00%
その他	0	0.00%
診断なし(疾病なし)	63	30.29%
計	208	100.00%

	診断書数	見立て一致数	一致率
うつ病	63	27	42.86%
双極性障害	6	4	66.67%
統合失調症	3	3	100.00%
不安障害	15	7	46.67%
強迫性障害	0	0	-
PTSD	0	0	-
発達障害	0	0	-
アルコール使用障害	4	4	100.00%
パーソナリティ障害	1	1	100.00%
アルコール症以外の物質使用障害	0	0	-
摂食障害	0	0	-
適応障害	29	28	96.55%
睡眠障害	3	2	66.67%
心因反応	0	0	-
自律神経失調症	2	0	0.00%
その他	15	4	26.67%
診断なし(疾病なし)	65	62	95.38%
不明	3	0	0.00%

うつ病	27	41.54%
双極性障害	3	4.62%
統合失調症	0	0.00%
不安障害	6	9.23%
強迫性障害	0	0.00%
PTSD	0	0.00%
発達障害	2	3.08%
アルコール使用障害	0	0.00%
パーソナリティ障害	2	3.08%
アルコール症以外の物質使用障害	0	0.00%
摂食障害	0	0.00%
適応障害	25	38.46%
睡眠障害	0	0.00%
心因反応	0	0.00%
自律神経失調症	0	0.00%
その他	0	0.00%
診断なし(疾病なし)	0	0.00%
計	65	100.00%

表17-1.事例化の流れ(192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	1	1	0
社内ハラスメント(被害)	8	0	0	1	0	1
社内でのハラスメント以外の迷惑行為	0	0	0	0	1	0
業務効率の低下	60	19	4	0	2	0
人間関係の悪化	24	16	4	2	0	0
無断欠勤	1	4	3	0	0	0
頻回欠勤	2	19	10	4	1	0
遅刻・早退	9	5	5	0	0	0
仕事の失敗	6	8	1	0	0	1
退職希望	2	2	3	2	1	0
遁走	1	0	1	0	0	0
指示命令に応じない	1	0	1	2	1	1
不自然・場違いな言動	4	3	1	2	0	0
不安全行為	0	3	1	1	1	0
自殺未遂	0	0	3	2	1	1
診断書の提出	5	16	21	15	6	0
不適切な要求	0	1	0	1	0	3
身体疾患	7	6	4	0	0	0
自己中心的言動	3	0	1	0	3	0
責任逃れの言動	0	1	3	2	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	2	0	0	1	0	0
その他	10	5	2	4	0	0
特になし	38	0	0	0	0	0
不明	9	0	0	0	0	0

表17-2. 「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
1業務効率の低下		1業務効率の低下	1診断書の提出
2特になし		1頻回欠勤	2頻回欠勤
3人間関係の悪化		2人間関係の悪化	3遅刻・早退
		2診断書の提出	
		3仕事の失敗	

表18. 最初の事例化(EAPの見立て診断名別)															
EAPの見立て	うつ病	双極性障	統合失調	不安障害	強迫性障	PTSD	発達障害	アルコール	パーソナリ	物質使用障	摂食障害	適応障害	睡眠障害	その他	疾病なし
総例数	28	7	3	17	0	0	6	4	9	0	1	69	1	0	63
社内ハラスメント(加害)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
社内ハラスメント(被害)	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0
業務効率の低下	10	3	1	4	0	0	5	2	2	0	0	27	0	0	14
人間関係の悪化	2	0	0	3	0	0	1	0	0	0	1	10	0	0	4
無断欠勤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
頻回欠勤	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
遅刻・早退	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	5
仕事の失敗	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	4
退職希望	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
遁走	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示命令に応じない	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不自然・場違いな言動	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
不安全行為	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
自殺未遂	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診断書の提出	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0	0	0
不適切な要求	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
身体疾患	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
自己中心的言動	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1
責任逃れの言動	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過度の自己卑下	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
社外での反社会的行動	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
その他	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	3	1	0	3
特になし	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	30
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	28	7	3	17	0	0	6	4	5	0	1	69	1	0	63

表19. 職場関係者が困ったこと(104ケース、複数回答有)		
注意をしても改善効果がない	25	24.04%
逆恨みされる	11	10.58%
職場の雰囲気が悪くなる	11	10.58%
どう対応してよいかわからない	36	34.62%
意思の疎通が図れない	5	4.81%
チームとしての成果が上がらない	13	12.50%
どのくらい仕事ができるか予測できない	34	32.69%
周囲の者に負担がかかる	40	38.46%
本人からの要求が過度である	12	11.54%
欠勤・休業中に本人と連絡が取れない	10	9.62%
その他	17	16.35%
特になし	14	13.46%
不明	5	4.81%
※ケース数にて%を算出		

表20. 主な対応(104ケース、複数回答有)		
本人を焦らせないようにした	15	14.42%
業務量を軽減するよう提案	10	9.62%
本人に安心して休業できるような説明をした	18	17.31%
定期的な面接を予定した	43	41.35%
作業の安全面の確保を重視した	6	5.77%
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	16	15.38%
本人と職場の間の中立性を意識して対応した	13	12.50%
配置転換をするよう提案した	11	10.58%
質的な業務負担を軽減するよう提案した	17	16.35%
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	36	34.62%
主治医と密な情報交換を行った	2	1.92%
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	7	6.73%
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	37	35.58%
関係者間に対応の仕方を共有した	32	30.77%
ルール違反に対しては厳しく処理した	11	10.58%
本人のできることできないことを整理した	24	23.08%
本人の良い面を明示した	17	16.35%
本人が苦手な作業や職場環境に関し上司の理解を求めた	14	13.46%
対人折衝の少ない業務につかせた	8	7.69%
指示命令の簡略化、具体化を図った	3	2.88%
適応できていた時期の業務内容、対応法を確認した	24	23.08%
家族に職場の対応に関する理解を求めた	4	3.85%
家族に当該労働者への支援を依頼した	12	11.54%
仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った	45	43.27%
休業の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	37	35.58%
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	16	15.38%
その他	32	30.77%
※ケース数にて%を算出		

表21. EAPが対応に困ったこと(104ケース、複数回答有)		
専門医受診を承諾しなかった	7	6.73%
意思の疎通が困難	7	6.73%
病気かほかの問題(性格傾向、能力的問題)かの判別が困難	36	34.62%
本人が指示・助言を受け入れない	23	22.12%
家族の理解が得られない	8	7.69%
主治医との連携が困難	2	1.92%
本人の支援について職場の理解が得られない	27	25.96%
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	24	23.08%
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	7	6.73%
本人の業務遂行能力、適性の評価が困難	15	14.42%
本人の病状の予後の推定が困難	15	14.42%
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	23	22.12%
その他	1	0.96%
特になし	13	12.50%
※ケース数にて%を算出		

表22. 主な対応で特に効果的だったもの(104ケース、複数回答有)		
本人を焦らせないようにした	1	0.96%
業務量を軽減するよう提案	4	3.85%
本人に安心して休業できるような説明をした	2	1.92%
定期的な面接を予定した	1	0.96%
作業の安全面の確保を重視した	1	0.96%
就業面の配慮に関して周囲の理解を求めた	2	1.92%
本人と職場の間の中立性を意識して対応した	2	1.92%
配置転換をするよう提案した	9	8.65%
質的な業務負担を軽減するよう提案した	6	5.77%
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	7.69%
主治医と密な情報交換を行った	1	0.96%
本人が信頼しているキーパーソンの協力を得た	3	2.88%
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	12	11.54%
関係者間で対応の仕方を共有した	11	10.58%
ルール違反に対しては厳しく処理した	4	3.85%
本人のできることできないことを整理した	5	4.81%
本人の良い面を明示した	0	0.00%
本人が苦手な作業や職場環境に関し上司の理解を求めた	3	2.88%
対人折衝の少ない業務につかせた	4	3.85%
指示命令の簡略化、具体化を図った	0	0.00%
適応できていた時期の業務内容、対応法を確認した	3	2.88%
家族に職場の対応に関する理解を求めた	1	0.96%
家族に当該労働者への支援を依頼した	5	4.81%
仕事への取り組み方に関して本人とよく話し合った	20	19.23%
休業の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	17	16.35%
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	6	5.77%
その他	23	22.12%
※ケース数にて%を算出		

表23. 特に効果的だった「その他」の対応(23ケース)		
キャリアカウンセリングを行った	6	26.09%
問題解決のための認知行動療法を実施した	6	26.09%
専門機関での治療につないだ	4	17.39%
自己理解の推進とセルフコントロール指導を行った	1	4.35%
ストレス要因と対処法の整理を行った	1	4.35%
パワハラ加害者への対応を人事へ依頼した	1	4.35%
指導員を変えた	1	4.35%
上司と本人との話し合いを勧めた	1	4.35%
家族との付き合い方について話し合った	1	4.35%
2回目の復職判定を慎重に行った	1	4.35%
※ケース数にて%を算出		

表24. 診断見立て別の「特に効果的だった対応」(82ケース、複数回答有、各上位3位まで)		
うつ病(10ケース)		
休業の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	7	70.00%
仕事への取り組み方に関して本人とよく話合った	3	30.00%
対人折衝の少ない業務につかせた	2	20.00%
その他	2	20.00%
双極性障害(5ケース)		
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	3	60.00%
関係者間で対応の仕方を共有した	2	40.00%
休業の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	2	40.00%
業務量を軽減するよう提案	1	20.00%
主治医と密な情報交換を行った	1	20.00%
対人折衝の少ない業務につかせた	1	20.00%
仕事への取り組み方に関して本人とよく話合った	1	20.00%
その他(2回目の復職判定を慎重に行った)	1	20.00%
統合失調症(3ケース)		
休業の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	2	66.67%
家族に職場の対応に関する理解を求めた	1	33.33%
家族に当該労働者への支援を依頼した	1	33.33%
不安障害(15ケース)		
その他(キャリアカウンセリングや認知行動療法など)	5	33.33%
配置転換をするよう提案した	3	20.00%
質的な業務負担を軽減するよう提案した	2	13.33%
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	13.33%
自己の状態のセルフモニタリングを求めた	2	13.33%
関係者間で対応の仕方を共有した	2	13.33%
家族に当該労働者への支援を依頼した	2	13.33%
仕事への取り組み方に関して本人とよく話合った	2	13.33%
休業の取り方、生活習慣の改善について本人に指導した	2	13.33%
発達障害(3ケース)		
仕事への取り組み方に関して本人とよく話合った	2	66.67%
その他(キャリアカウンセリングや認知行動療法など)	2	66.67%
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	1	33.33%
本人のできることできないことを整理した	1	33.33%
対人折衝の少ない業務につかせた	1	33.33%
パーソナリティ障害(9ケース)		
関係者間で対応の仕方を共有した	5	55.56%
ルール違反に対しては厳しく処理した	3	33.33%
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	22.22%
適応障害(26ケース)		
仕事への取り組み方に関して本人とよく話合った	7	26.92%
配置転換をするよう提案した	6	23.08%
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	19.23%
※ケース数にて%を算出		

労災疾病臨床研究事業費補助金

分担研究報告書

事例性に着目した適切な支援のための ツールの検討

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

岩崎 まほこ 産業医科大学 産業生体科学研究所 産業保健経営学 修練医

小笠原 彩菜 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事例性に着目した適切な対応を行うため、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分野の知見について昨年度調査した。今年度は、産業保健職が応用可能なツールとして、2つのツール案の作成を行った（研究1）。また、本人の適性が分からない際の対応方法として、厚生労働省一般職業適性検査の利用の適否の検討を開始した（研究2）。

研究1では、産業保健分野に応用可能かつ有用性の高いツールとして、「在職者のための情報整理シート」を修正・加筆し、事例性評価ツール案（ α 版）「職場における困りごと情報整理シート」案を作成した。来年度はグループインタビューを実施し、完成させる予定である。

研究2では、厚生労働省一般職業適性検査有用性と限界、留意点について、2名の産業医にインタビューを実施した。限定的な有用性はあるものの、社内で該当する職種が存在しない、他の代替手段があるなどの意見が挙げられた。インタビュー対象者を追加し、厚生労働省一般職業適性検査の産業保健分野での応用の有用性と限界について言及する予定である。

A. 研究目的

研究1) 産業保健分野に応用可能なツールの作成

昨年度の調査結果である産業保健分野に応用可能なツールのうち、産業保健分野で使用できるよう修正を加え、ツールとして提案することを目的とした。

研究2) 職業適性評価方法の検討

昨年度「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」（主任研究者 廣尚典 実施）の産業医向けの調査において、事例対応時に困難であった点として挙げられた項目は、「本人の業務遂行能力、適性に合った職場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」、「本人の業務遂行能力、適性の評価が難しかった」などであった。

一方、産業委がメンタルヘルス不調者に対応する際に職業適性検査を活用しているとの事例が、学会等で報告されている。職業適性検査の活用は、産業医が困った点「本人の業務遂行能力、適性の評価が難しかった」の解決する手法になりうるが、その有用性や限界についての報告はまだ少ないのが現状である。そこで、今回、厚生労働省が開発した一般職業適性検査の有用性と限界、また活用時の留意点を明らかにすることを目的とした研究を行った。

B. 研究方法

研究1

産業保健分野に応用可能なツールのなかから、産業保健分野での有用性が高いツールについて研究者らで協議を行った。その結果、障害者雇用分野の障害者職業総合センターが開発した「在職者のために情報整理シート」¹⁾を一部修正・追記し、事例性評価ツールとして作成することとした。これは、発達障害を有する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を本人と職場がそれぞれ評価し、対応について協議する際に使用できるコミュニケーションツールである。

有用性が高いと考えた理由は、2つある。一つめは、産業保健分野において、職場で生じている問題（事例性）の評価は、上司や本人からの面談による情報に基づくことが一般的であるが、漏れなく情報を収集することは容易ではない。

二つ目は、メンタルヘルス不調者の職場適応のためには、上司の支援が重要²⁾³⁾であり、上司の支援を引き出すためには、上司の認識を確認し、上司に対する支援も合わせて考える必要がある。職場で継続的に働いていくために、職場生じている問題について、本人と上司、産業保健スタッフの認識を共有し、それぞれが取り組むことを明確にすることで、メンタルヘルス不調者も

不必要な心配をせず、体調を整えながら働くことに集中出来る。また上司も必要以上の配慮や気を遣うことなく、支援ができることにつながる。

なお、上司に必要なコンピテンシーや、リーダーシップの質として、下記のようにまとめられている。

上司に必要なコンピテンシー

- ・プライバシーの問題などの取り扱い
- ・仕事の中身と負荷の理解
- ・正直であること
- ・衝突をコントロールできること
- ・フェアであること
- ・適切な方法でのコミュニケーション
- ・上司の法的な責任の理解

リーダーシップの質

- ・接触する
- ・気持ちを察する
- ・休業者が職場で抱えていた問題を理解している
- ・共感的
- ・真価が分かる（本人の気持ちと状況を尊重できる、「早く戻ってこい」など言わない）
- ・休業の要因が仕事に関連しているかどうかを評価したり、個々違ったニーズがあることを特定している。
- ・問題について話し合うことができる

- ・傾聴することができる
- ・職場に居場所があることを示す
- ・適応できるよう状況を作り、解決策を探す

そこで、本研究では方法論として事例性評価ツールと本人その上司及び産業保健スタッフが事例性について共通認識を持ち、必要な配慮を検討するツールとして「在職者のために情報整理シート」を修正・追記することとした。

評価項目は、廣らが作成したパターン化¹⁾と、永田らが調査した自閉症スペクトラム障害を有するメンタルヘルス不調者の事例調査結果^{4) 5) 6)}を参考にし、研究者らで、数回修正を行い、事例性評価ツール案（β版）を作成した。

次に、予備調査として、事例性評価ツール案（β版）を提示し、意見を聴取するグループインタビューを実施した。各項目の適否と追加項目について意見を聴取した。意見を受け、事例性評価ツール案（α版）「職場における困りごと情報整理シート」と、「上司からの情報提供シート」を作成した。

その後、本調査として、グループインタビューを2回実施する予定であり、2月上旬までに1回実施した。グループインタビューで聴取した（する）内容は、下記である。インタビュー終了後、研究者らで修正

を加え完成版とする。

インタビュー項目

A) 職場での困りごと情報整理シート

(1) シートの考え方やシートの使用方法の説明書きで必要な事項について、ご意見がありましたら教えてください。

(2) シートの項目をご確認いただき、不適切もしくは不必要と思われる項目がありましたら教えてください。

(3) シートの項目をご確認いただき、追加した方がよいと思われる項目がありましたら教えてください。

B) 上司からの情報提供評価シート

(4) シートの考え方やシートの使用方法の説明書きで必要な事項について、ご意見がありましたら教えてください。

(5) シートの項目をご確認いただき、不適切もしくは不必要と思われる項目がありましたら教えてください。

(6) シートの項目をご確認いただき、追加した方がよいと思われる項目がありましたら教えてください。

対象者)

・予備調査

ア) 産業医実務研修センターと産業生態学研究所産業保健経営学研究室に在籍している医師 13 名

イ) 当該研究班メンバー5名

・本調査

ア) 産業保健のメンタルヘルスに精通している医師 6 名

イ) 産業医実務研修センターと産業生態学研究所産業保健経営学研究室に在籍している医師 10 名程度（予定）

研究 2

メンタルヘルス不調者の事例対応においての厚生労働省一般職業適性検査の使用に関して、同検査を産業医の立場で活用したことのある医師を対象に約 20 分の構造化面接を実施した。インタビューの内容は、厚生労働省の一般職業適性検査の有用性と限界についてである。聴取した内容を IC レコーダーで録音し、逐語録に起こした。有用性と限界について聴取した内容を分析した。

対象者)

対象者の募集方法は、スノーボールサンプリング法を用いた。職業適性検査を活用したとして学会で発表されている医師等に、職業適性検査を活用した経験があると思われる医師に紹介を依頼し、紹介された医師に対して、職業適性検査の使用の経験の有無を確認し、使用の経験があった場合、対象者とした。

（倫理面への配慮）

研究1、ならびに研究2は、インタビュー結果は、個人を特定する情報は含めず、解析、まとめを行った。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。

（承 280811）

C. 研究結果

研究1

事例性評価ツール案（β版）を作成し、予備調査として下記のような意見を聴取し、α版を作成した。

- ・ 本人と職場（上司）にチェックを求めると、本人は産業医から評価されると考える可能性あり。信頼関係が築けていない場合など、使用は難しい。
- ・ 本人と職場（上司）のチェックにずれが多かった場合、本人に情報を共有することは、難しい可能性がある。
- ・ 事例性の評価として情報収集ツールとして、有用である。
- ・ 評価基準は、「自分で対処する」、「職場で配慮をしてほしい」の選択は書きづらい可能性あり。「困っている」、「困っていない」、「該当なし」の3択でよいのではないか。
- ・ 中分類の検討の必要がある
- ・ 項目の構造化する必要がある

次に事例評価ツール案（α版）を作成し、

グループインタビューを1回実施した。グループインタビューの結果を資料4に示す。2回目を実施し、最終案を作成する予定である。

研究2

厚生労働省一般職業適性検査有用性と限界、留意点について、2名の産業医にインタビューを実施した。インタビュー内容は資料5に示す。限定的な有用性はあるものの、社内で該当する職種が存在しない、他の代替手段があるなどの意見が挙げられた。

D. 考察

研究1では、産業保健分野に応用可能かつ有用性の高いツールとして、「在職者のための情報整理シート」を修正・加筆し、事例性評価ツール案（α版）「職場における困りごと情報整理シート」案を作成した。来年度はグループインタビューを実施し、完成させる予定である。

研究2では、インタビュー対象者を追加し、厚生労働省一般職業適性検査の産業保健分野での応用の有用性と限界について言及する予定である。

E. 総括（まとめ）

なし

- F. 健康危険情報
なし
- 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
- I. 引用文献
- 1) 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>
- 2) Aas, R. W., Ellingsen, K. L., Lindøe, P., & Möller, A. (2008). Leadership qualities in the return to work process: a content analysis. Journal of Occupational Rehabilitation, 18(4), 335.
- 3) Holmgren, Kristina, and Synneve Dahlin Ivanoff. "Supervisors' views on employer responsibility in the return to work process. A focus group study." Journal of occupational rehabilitation 17.1 (2007): 93-106.
- 4) 永田 昌子, 堤 明純, 中野 和歌子, 中村 純, 森 晃爾. 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.
- 5) 廣 尚典、厚生労働科学研究費補助金労働安全総合研究事業 「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」 平成 24 年度 総括・分担研究報告書 平成 25 年 3 月 P13-23.
- 6) 永田昌子、厚生労働科学研究費補助金労働安全総合研究事業 「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」 平成 23 年度 総括・分担研究報告書 平成 24 年 3 月 P167-190.

資料 1

「職場における困りごと情報整理シート」について
～ご本人へ～

● 職場における困り事情報整理シートとは？

メンタルヘルス不調の人に対して、職場としてどのように対応し支援するかを決めるときは、病気の有無や病気の種類(疾病性)の情報だけで決めるのではなく、職場で生じている問題(事例性)に注目することが適切と考えられています。ご本人さんが継続的に働いていくために、職場で生じている問題(事例性)を解決していくことが有用です。

そこで職場で生じている問題(事例性)について、ご本人と上司の方が困っていることと捉え、その情報を整理して、優先的に改善が求められる「困りごと」を特定し、それを解決するために、本人を含む関係者がそれぞれやるべきことを検討するためのコミュニケーションツールです。

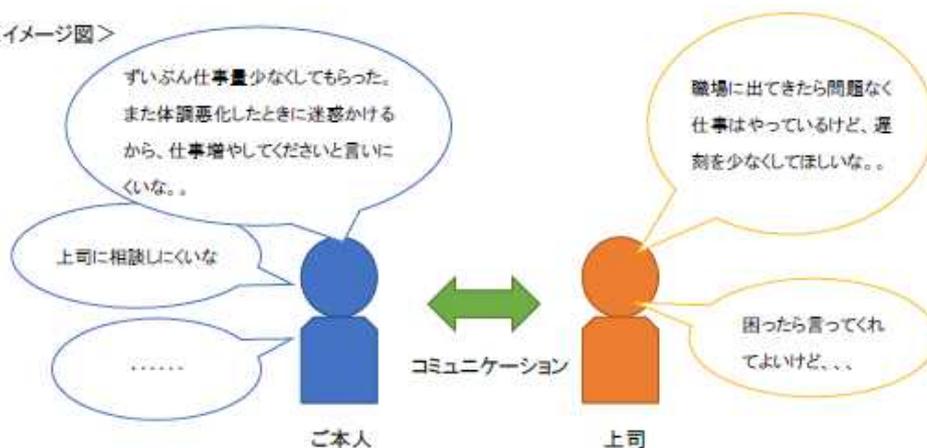
● 使用する適切な状況について

- 復職後フォローをしているケースや、本人や上司の相談を契機にフォローしているケースで使用します。
- 本人と産業保健スタッフの信頼関係が構築出来ているケースで、かつ精神状態がほぼ安定しているケースに使用します。
- 休業を検討したり、抑うつなどの症状が重かったりなどの精神状態が良くない状態での使用は望ましくありません。

● 情報の取り扱いについて

記入いただいた情報は、上司、産業保健スタッフで共有します。職場でのあなたの支援以外に使用することはありません。

<イメージ図>



資料 1

● 使用方法のステップについて

産業保健スタッフから使用することの提案

本人と上司の意思の確認

本人の意思の確認

実際のシートをご覧いただいて、「抵抗がある」、「今は適切でない」など思ったら、その旨を産業保健スタッフに伝えてください。あくまでご本人の同意のもと、使用するツールです。

上司の意思の確認

本人・上司それぞれシートを記入し産業保健スタッフに提出

シートの記入方法

全項目で A,B,C を選択してください。

A:現状のままでよい

B:改善するとさらによい

C:職場に合わない項目である・該当なし

産業保健スタッフによる情報の確認

産業保健スタッフは書かれているシートを確認し、本人・上司に具体的に聞き取りをします。聞き取った内容から、使用する適切な状況でないと産業保健スタッフが考えた場合は、その後の三者での話し合いを行わないことがあります。

三者（ご本人・上司・産業保健スタッフ）でシートをもとに話し合い

話し合う内容は、各項目のそれぞれの評価を確認し、「出来ていること」、「困りごと」を整理します。「困りごと」のうち、現時点で優先的に取り組む項目を 2 項目程度絞り込み、その「困りごと」を解決する方策のアイデアを出し合い、ご本人と上司、産業保健スタッフがそれぞれ取り組むことを決めます。最後に取り組みの結果をフォローする日程を決めます。

資料1

「職場における困りごと情報整理シート」について
～使用方法の説明～

● 職場における困り事情報整理シートとは？

メンタルヘルス不調の人に対して、職場としてどのように対応し支援するかを決めるときは、病気の有無や病気の種類(疾病性)の情報だけで決めるのではなく、職場で生じている問題(事例性)に注目することが適切と考えられています。ご本人さんが継続的に働いていくために、職場で生じている問題(事例性)を解決していくことが有用です。

そこで職場で生じている問題(事例性)について、ご本人と上司の方が困っていることと捉え、その情報を整理して、優先的に改善が求められる「困りごと」を特定し、それを解決するために、本人を含む関係者がそれぞれやるべきことを検討するためのコミュニケーションツールです。

● 使用する適切な状況について

- 復職後フォローをしているケースや、本人や上司の相談を契機にフォローしているケースで使用します。
- 本人と産業保健スタッフの信頼関係が構築出来ているケースで、かつ精神状態がほぼ安定しているケースに使用します。
- 休業を検討したり、抑うつなどの症状が重かったりなどの精神状態が良くない状態での使用は望ましくありません。

● 情報の取り扱いについて

記入いただいた情報は、本人、産業保健スタッフで共有します。職場でのご本人の支援以外に使用することはありません。

資料1

● 使用方法のステップについて

産業保健スタッフから使用することの提案

・使用する適切な状況かどうか慎重に検討しましょう。本人が自身の課題に直面化することもあり得ますので、受け止められる精神状態かどうか、慎重に検討してください。

本人と上司の意思の確認

・使用シートを手渡して説明をしてください。

本人の意思の確認

上司の意思の確認

本人・上司それぞれシートを記入し
産業保健スタッフに提出

シートの記入方法

全項目でA,B,Cを選択してください。

A:現状のままでよい

B:改善するとさらによい

C:職場に合わない項目である・該当なし

産業保健スタッフによる情報の確認

産業保健スタッフは書かれているシートを確認し、本人・上司に具体的に聞き取りをします。聞き取った内容から、使用する適切な状況でないと考えた場合は、その後の三者での話し合いを行わないこともあります。

・上司と本人の記入にずれが大きい場合、本人と上司が話し合いの場で感情的になることが予想される場合など、話し合いをしないことを検討します。話し合いをしなかった場合は、現状がよくない場合ですので、産業保健スタッフが頻回にフォローする、人事担当者に相談するなどの対策を検討します。
・多数の項目で「改善するとさらによい」となっている場合、本人、上司それぞれに優先項目をあらかじめ尋ねておきます。

三者(ご本人・上司・産業保健スタッフ)でシートをもとに話し合い

話し合う内容は、各項目のそれぞれの評価を確認し、「出来ていること」、「困りごと」を整理します。「困りごと」のうち、現時点で優先的に取り組む項目を2項目程度絞り込み、その「困りごと」を解決する方策のアイデアを出し合い、ご本人と上司、産業保健スタッフが取り組むことを決めます。取り組みの結果をフォローする日程を決めます。

・困りごとの解決について話し合うときは、本人や上司など誰かの責任にすることなく話し合いが進むように気を付けましょう。主語は、「私たち」、「私たちはそれぞれ何が出来るでしょうか。」などでもよいでしょう。

資料 1

「職場における困りごと情報整理シート」について
～上司の方へ～

● 職場における困り事情報整理シートとは？

メンタルヘルス不調の人に対して、職場としてどのように対応し支援するかを決めるときは、病気の有無や病気の種類（疾病性）の情報だけで決めるのではなく、職場で生じている問題（事例性）に注目することが適切と考えられています。ご本人さんが継続的に働いていくために、職場で生じている問題（事例性）を解決していくことが有用です。

そこで職場で生じている問題（事例性）について、ご本人と上司の方が困っていることと捉え、その情報を整理して、優先的に改善が求められる「困りごと」を特定し、それを解決するために、本人を含む関係者がそれぞれやるべきことを検討するためのコミュニケーションツールです。

● 使用する適切な状況について

- 復職後フォローをしているケースや、本人や上司の相談を契機にフォローしているケースで使用します。
- 本人と産業保健スタッフの信頼関係が構築出来ているケースで、かつ精神状態がほぼ安定しているケースに使用します。
- 休業を検討したり、抑うつなどの症状が重かったりなどの精神状態が良くない状態での使用は望ましくありません。

● 情報の取り扱いについて

記入いただいた情報は、本人、産業保健スタッフで共有します。職場でのご本人の支援以外に使用することはありません。

資料 1

● 使用方法のステップについて

産業保健スタッフから使用することの提案

本人と上司の意思の確認

本人の意思の確認

実際のシートをご覧いただき、「抵抗がある」、「今は適切でない」などと思ったら、その旨を産業保健スタッフに伝えてください。あくまでご本人さんの同意のもと、使用するツールです。

上司の意思の確認

本人・上司それぞれシートを記入し産業保健スタッフに提出

シートの記入方法

全項目で A,B,C を選択してください。

A:現状のままでよい

B:改善するとさらによい

C:職場に合わない項目である・該当なし

産業保健スタッフによる情報の確認

産業保健スタッフは書かれているシートを確認し、本人・上司に具体的に聞き取りをします。聞き取った内容から、使用する適切な状況でないと考えた場合は、その後の三者での話し合いを行わないこともあります。

三者（ご本人・上司・産業保健スタッフ）でシートをもとに話し合い

話し合う内容は、各項目のそれぞれの評価を確認し、「出来ていること」、「困りごと」を整理します。

「困りごと」のうち、現時点で優先的に取り組む項目を 2 項目程度絞り込み、その「困りごと」を解決する方策のアイデアを出し合い、ご本人と上司、産業保健スタッフが取り組むことを決めます。取り組みの結果をフォローする日程を決めます。

資料2 職場での困りごと評価シート（3者面談）従業員用

職場での困りごと評価シート(3者面談、従業員用)	現状のままでよい	改善するとさらによい	職場に合わない項目である・該当なし
生活習慣			
十分睡眠がとれている			
十分食事がとれている			
出勤状況			
仕事に影響を与える健康上の問題(頭痛や体のだるさや下痢など)をうまくコントロールしながら仕事ができている			
欠勤・遅刻・早退なく、出勤できている			
職場での適切な服装と身だしなみを保つことができている			
必要な保護具を着用するなど、職場内のルールを守ることができている			
職場で整理整頓ができている			
上司・同僚とのコミュニケーション			
必要なときに、人前で適切に質問や説明ができる			
必要なときに、上司や同僚に報告・連絡・相談ができる			
職場の同僚と円滑なコミュニケーションをとることができている			
立場の違う相手と交渉し、複数の(利害)関係者の意見を調整することができている			
業務遂行能力			
不注意によるミスが目立つことなく、業務を遂行できている			
優先順位を考えるなど、段取りよく業務を遂行できている			
業務中は集中力を保つことができている			
経験年数相応の最低限の業務をこなすことができている			
資源・支援			
(上司は)本人の状況を把握するために声かけができている			
(上司からみて)時間内に処理できる仕事量を与えている			
苦手な業務はあるが問題なくできている			
その他の困りごと(自由記載)			

資料2 職場での困りごと評価シート（3者面談） 職場用

職場での困りごと評価シート(3者面談、職場用)	現状のままでよい	改善するとさらによい	職場に合わない項目である・該当なし
出勤状況			
仕事に影響を与える健康上の問題(頭痛や体のだるさや下痢など)をうまくコントロールしながら仕事ができている			
欠勤・遅刻・早退なく、出勤できている			
職場での適切な服装と身だしなみを保つことができている			
必要な保護具を着用するなど、職場内のルールを守ることができている			
職場で整理整頓ができている			
上司・同僚とのコミュニケーション			
必要なときに、人前で適切に質問や説明ができる			
必要なときに、上司や同僚に報告・連絡・相談ができる			
職場の同僚と円滑なコミュニケーションをとることができている			
立場の違う相手と交渉し、複数の(利害)関係者の意見を調整することができている			
業務遂行能力			
不注意によるミスが目立つことなく、業務を遂行できている			
優先順位を考えるなど、段取りよく業務を遂行できている			
業務中は集中力を保つことができている			
経験年数相応の最低限の業務をこなすことができている			
資源・支援			
(上司は)本人の状況を把握するために声かけができている			
(上司からみて)時間内に処理できる仕事量を与えている			
その他の困りごと(自由記載)			

資料2 職場での困りごと評価シート（3者面談）対応表

対応表		
	職場	従業員
生活習慣		十分睡眠がとれている
		十分食事がとれている
出勤状況	仕事に影響を与える健康上の問題（頭痛や体のだるさや下痢など）をうまくコントロールしながら仕事ができている	仕事に影響を与える健康上の問題（頭痛や体のだるさや下痢など）をうまくコントロールしながら仕事ができている
	欠勤・遅刻・早退なく、出勤できている	欠勤・遅刻・早退なく、出勤できている
	職場での適切な服装と身だしなみを保つことができている	職場での適切な服装と身だしなみに気をつけている
	必要な保護具を着用するなど、職場内のルールを守ることができている	必要な保護具を着用するなど、職場内のルールを守ることができている
	職場で整理整頓ができている	職場で整理整頓ができている
コミュニケーション	必要なときに、人前で適切に質問や説明ができる	必要なときに、人前で適切に質問や説明ができる
	必要なときに、上司や同僚に報告・連絡・相談ができる	必要なときに、上司や同僚に報告・連絡・相談ができる
	職場の同僚と円滑なコミュニケーションをとることができている	職場の同僚と円滑なコミュニケーションをとることができている
	立場の違う相手と交渉し、複数の（利害）関係者の意見を調整することができている	立場の違う相手と交渉し、複数の（利害）関係者の意見を調整することができている
業務遂行能力	不注意によるミスが目立つことなく、業務を遂行できている	不注意によるミスが目立つことなく、業務を遂行できている
	優先順位を考えるなど、段取りよく業務を遂行できている	優先順位を考えるなど、段取りよく業務を遂行できている
	業務中は集中力を保つことができている	業務中は集中力を保つことができている
	経験年数相応の最低限の業務をこなすことができている	経験年数相応の最低限の業務量をこなすことができる
資源・支援	（上司は）本人の状況を把握するために声かけができている	上司に相談しやすい環境である
	（上司からみて）時間内に処理できる仕事量を与えている	時間内に処理できる仕事量である
		苦手な業務はあるが問題なくできている
その他の困りごと（自由記載）		

資料3

上司からの情報提供シートの使い方
～使用方法の説明～

● 上司からの情報提供シートとは？

産業保健スタッフは、メンタルヘルス不調者に対して、事例性に応じた対応が求められています。産業保健スタッフが事例性を評価して適切な対応をとっていく上で、上司からの情報は重要です。メンタル不調の従業員の職場での様子や状況について、上司から漏れのないように情報を得るために「上司からの情報提供シート」を作成しました。

● 使用する適切な状況について

- 初回面談時、事前の情報提供として使用するケース
- 産業医とメンタルヘルス不調者との面談を通して職場への適応に問題があるケース
- 上司が面談に参加できないケース

● 使用の働きかけについて

- 上司がメンタルヘルス不調の部下をマネジメントする上で困っていることを、産業保健スタッフが共有するためのツールです。
- 産業保健スタッフは、上司の視点での情報を得て、産業保健スタッフの対応や職場での配慮、本人の対応など検討する材料とします。
- シートの項目は、メンタルヘルス不調の部下を持つ上司が、日々の業務の中で確認する必要がある項目でもあります。

資料 3

上司からの情報提供シート					
このシートは、あなたの許可なしに、上司からの評価としてご本人に開示することはありません。					
支援・資源の項目は、マネージメントをする上であなた自身が困っているかという点でお答えください					
概要	詳細	できていない	できていない ことがある	できている	該当場面なし
出勤状況・生活習慣	欠勤・遅刻・早退なく、出勤できている				
	体調が悪い時は適切な方法で連絡や相談がある				
	体調不良で長時間離席することなく、業務に取り組んでいる				
	職場での適切な服装や身だしなみを保っている				
	必要な保護具を着用するなど、安全ルールを守っている				
	身の回りの整理整頓ができている				
コミュニケーション	挨拶やお礼、お詫びが適切にできる				
	上司や同僚に報告・連絡・相談が適切にできる				
	その場に応じて、適切な説明や質問ができる				
	TPOをわきまえて、場面に合った適切な振る舞いができる				
	必要に応じて、適切に人前で発表ができる				
	立場の違う相手と交渉をすることができる				
	同僚や他部署とトラブルを起こさず、業務を進めることができる				
業務遂行能力	集中力を保って業務に取り組むことができる				
	段取りよく業務を遂行できている				
	複数の業務があった場合に、優先順位を考えて遂行できる				
	不注意によるミスが目立つことなく、業務をこなす				
	与えられた業務は最後までやり抜く				
	経験年数相応の業務をこなす				
	専門性のある業務も担当する				
	組織目標達成のために、自ら目標を立てて業務に取り組む				
		困っている	困ることがある	困っていない	
支援・資源	本人の状況を把握するために声かけができている				
	本人が困っていきそうな時に相談にのっている				
	時間内に処理できる量の仕事を与えている				
	本人の能力に合った内容の仕事を与えている				
その他の困りごと (自由記載)					

資料 4

A) 困りごと情報整理シート

- ・対象は、役職ありの社員は含まれないのか？役職がある場合は、不適切な項目（コミュニケーションなど）あり。役職がある場合、必要な項目（部下のマネジメントなど）あり。業績評価の項目を入れるのはどうか。
- ・使用はデリケートである。（3 件）
- ・上司と部下の意見が同じ場合は、使用する意味がなく、違う場合の対応は容易ではない。
- ・上司からの情報としては有用である。
- ・細かいことを聞き過ぎないほうがよいのではないか。
- ・従業員用は問診で聞く項目にするのはどうか。
- ・職場のルールのとらえ方が、若手とベテランではとらえ方が異なる可能性あり
- ・保護具の着用という項目が、オフィス職場には合わないのではないか。
- ・出勤状況の項目は、勤怠票がより正確な情報であり、本人記入は不要ではないか。
- ・リハビリ勤務の評価には有用かもしれない。
- ・使用が退職勧奨になる危険性もあるなど、使用・情報の取り扱いが慎重になるべきではないか。
- ・項目「優先順位を考えるなど・・・」の意味合いの十分な理解が出来ない人もいるのではないか。
- ・上司がマネジメントをしているかについて評価をするのであれば、評価区分に「分からない」を入れてもよいのではないか。

B) 上司からの情報提供シート

- ・コミュニケーションが近い対象から、遠い対象に分けて整理したほうがよいのではないか。
- ・部下を持っている不調者の場合、部下のマネジメントについての項目があってもよいのではないか。
- ・立場の違う相手は漠然としているのではないか。
- ・身の回りの整理整頓ではなく、職場の整理整頓の方が適切ではないか。
- ・整理整頓の項目などは、変化を評価してもらったほうがよいのではないか。
- ・経験年数相応の業務とは分かりにくいのではないか。
- ・経験年数相応の業務の評価は数値などで評価した方がよいのではないか。
- ・その他の困り事は、欄を広げて、日付欄を設け、時系列に具体的なエピソードを記入してもらったらよいのではないか。

- ・責任のある仕事ができるかどうかを項目があってもよいのではないか。
- ・病前と比べた方が良い項目もあるのではないか。
- ・支援・資源の評価区分は「困っている」、「困ることがある」、「困っていない」は分かりにくい。
- ・対象疾患はメンタルヘルス不調全体と考えているのか。全体なのであれば、足りない項目があるのではないか。
- ・シートの活用の応用としては、予測に使うことも考えてよいかもしれない。
- ・分量は適当ではないか。

資料5

インタビュー結果

（1）有用性

- ・一定の条件下で有用性がある。
- ・一定の有用性がある。産業医に対する適正配置の意見の裏付けができ、上司や本人の納得感が得られる可能性がある。

（2）限界

- ・GATBは地頭の能力の評価との相関性が高いように思える。GATBの結果は職種で評価されているが、分類が大まかであり、現状の多様かつ細分化された業務の中で、GATB結果をいかに適応するかは今後の課題である。また、知識や経験などを測定している訳ではないため、熟練度は測定できない。
- ・その職種が企業内にないこともある。（2票）
- ・向いているからといって、本人の希望がない場合もある。

（3）留意点

- ・適性検査の活用を明確にする必要がある。
- ・発達障害を評価したいのであれば、WAISが適切だと思う。WAISは職域では入手困難であり、また実施経験が乏しい産業保健専門職が実施することは困難であるため、医療機関での実施が望ましい。ただし、医療機関で実施した結果を産業保健職が共有できるかは主治医等の意向に強く左右される。

その他、発達障害のスクリーニングとして、AQ-Jを産業医が実施することは肯定的に考えているが、現時点では実施した際のリスクが不明瞭でもある。

- ・作業速度・集中力を評価したいのであれば、内田クレペリン検査を実施してはどうか。
- ・GATBではなく、採用時などに行っていることが多いSPIを再度検査する方法もあり得る。その場合は人事が実施し、その結果を産業医も含めた3者面談の場で議論する方法も検討できるのではないか。
- ・結果の取り扱いや開示に対する本人の同意は、検査前・検査後取る必要がある。

（4）実際使用経験について

メンタルヘルス不調者の適正配置について会社から相談があり、選択肢のひとつとして、提案をした。他選択肢として、SPIや病院での心理検査を挙げた。

不調者は防衛的な性格傾向のため、自身が不利と考える結果については、開示を望まず、検査前に検査結果の開示の同意を得ることはできず、検査実施後に不調者が開示の可否を選択することになった。その前提下であっても、適性検査の実施を会社を望んだため、結果的に産業医がGATBを実施した。

GATBの結果は、産業医の予想から大きく外れる結果ではなかったように思うが、結果的には会社への結果開示を本人は望まなかった。このため、GATB結果は不調者と産業医との間で共有されたのみとなり、会社とは結果を共有せず、適正配置の資料にはならなかった。

・社内の心理士が、その他の心理検査と合わせてGATBを利用し評価を得た。結果は、産業医や上司の予想から大きく外れる結果ではなかったように思う。結果によって、配置換えまでの検討は行っていない。言語能力と数理能力、処理能力などの評価によって、指示の出し方や一部作業の軽減を行った程度である。

労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

職場における認知行動療法教育の有用性及び課題について

研究分担者 田中克俊¹

研究協力者 荒木光¹、大島優子¹、磯島学¹、飯田大作¹、佐々木規夫¹、鎌田直樹²

1 北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学

2 北里大学医学部精神神経学教室

研究要旨

<目的>臨床研究において認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy、以下 CBT）は、抑うつや不安などの精神症状や疼痛などを有意に軽減させる効果があることが分かっているが、最近では、より予防的なストレスマネジメントとしての有用性も示唆されている。そこで職場で保健師向けの CBT 教育を行いストレスマネジメントとしての有用性や課題について検討を行った。

<方法>

製造業の 19 事業場の看護職（20 名）を対象に産業保健スタッフ向け CBT 研修を実施した。研修は、3.5 時間で内容はコミュニケーション技法、認知再構成法、問題解決技法、行動活性化を中心とした。研修後、CBT 研修の有用性や課題についてアンケート調査を行った。

<結果>

認知行動療法は、メンタルヘルス支援に生かせるかとの問いに対して、70%が「とてもそう思う」、残り 30%が「そう思う」と回答すると回答した。研修に必要な時間については、今回の研修だけでは不足しており、もっと継続的な研修が必要との意見が多く出された。また、実践の場における研修後のスーパービジョンは全員が必要と答えた。

<考察>

産業看護職を対象とした CBT 教育は有用性が高いことが示唆された。しかしながら、その教育は、継続的に行われるとともに実践の場におけるスーパービジョンが必須と考えられ、CBT 教育を幅広く実施するための人材確保が今後の課題と考えられた。

A. 研究目的

臨床研究において認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy、以下 CBT）は、抑うつや不安などの精神症状や疼痛などを有意に軽減させる効果があることが分かっているが、最近では、より予防的なストレスマネジメントとしての有用性も示唆されている。職場におけるストレスマネジメントに関連したセルフヘルププログラムの有用性を検討したメタ解析においても CBT を用いたプログラムが最も効果量が高いことが示されている。さらに最近では、CBT の非専門家による低強度の CBT の有用性が示唆されているが、わが国では、看護職などに対する CBT 教育はほとんど行われておらず、その有用性や課題もはっきりしていない。そこで職場で保健師向けの簡易 CBT 教育を行いストレスマネジメントとしての有用性や課題について検討を行った。

B. 研究対象と方法

対象

製造業の 19 事業場の看護職（20 名）を対象とした。（2016 年 12 月 13 日）

教育内容

研修は、3.5 時間で内容はコミュニケーション技法、認知再構成法、問題解決技法、行動活性化を中心とした。研修資料は、国立精神神経医療研究センター認知行動療法センターの堀越勝、大野裕らが作成した資料を用いて行った。研修後、CBT 研修の有用性や課題について下記のアンケート調査を行った。

調査項目

1. 保健指導（生活習慣病予防）の頻度
2. メンタルヘルス支援（相談対応）の頻度
3. 認知行動療法研修として、合計どれくらいの時間が望ましいと思うか。
4. 認知行動療法研修として、研修後のスーパービジョン（実際の活動におけるフォローアップ指導）の必要性
5. 認知行動療法は、通常行っている生活習慣病の保健指導に生かせるか。

6. 認知行動療法は、メンタルヘルス支援に生かせるか。

7. メンタルヘルス支援に生かすための認知行動療法研

修についての自由記述（課題、今後の方策など）

[倫理面への配慮]

研究参加を求める際には、研究参加は全くの自由意思で決定可能であり、研究への不参加によって何ら不利益は生じないこと、途中の辞退も可能であることを説明した。

C. 結果

アンケート結果を下記に示す。

1. 保健指導（生活習慣病予防）の頻度

① 5 名未満/週	18 名 (90%)
② 5～10 名/週	2 名 (10%)
③ 10～19 名/週	0 名 (0%)
④ 20 名/週以上	0 名 (0%)
2. メンタルヘルス支援（相談対応）の頻度

① 1 名未満/週	15 名 (75%)
② 2～3 名/週	4 名 (20%)
③ 3～5 名/週	1 名 (5%)
④ 5 名/週以上	0 名 (0%)
3. 認知行動療法研修として、合計どれくらいの時間が望ましいと思うか。

① 半日	0 名 (0%)
② 1 日	7 名 (35%)
③ 2, 3 日	11 名 (55%)
④ 4, 5 日	2 名 (10%)
⑤ 1 週間以上	0 名 (0%)
4. 認知行動療法研修として、研修後のスーパービジョン（実際の活動におけるフォローアップ指導）の必要性

① 常に必要	6 名 (30%)
② 研修後しばらくの間は必要	12 名 (60%)
③ 適宜受けられれば良い	2 名 (10%)
④ 必要ない	0 名 (0%)
5. 認知行動療法は、通常行っている生活習慣病の保健指導に生かせるか。

- ①とてもそう思う 5名(25%)
- ②そう思う 14名(70%)
- ③あまり思わない 1名(5%)
- ④全く思わない 0名(0%)

6. 認知行動療法は、メンタルヘルス支援に生かせるか。

- ①とてもそう思う 14名(70%)
- ②そう思う 6名(30%)
- ③あまり思わない 0名(0%)
- ④全く思わない 0名(0%)

7. メンタルヘルス支援に生かすための認知行動療法研修についての自由記述

・実際の面談を想定し、ケースをこなすのが一番良いと思います。

・特に保健指導と、メンタルヘルスの面談では、問題意識の有無で違うため、実際にどういう風に本人と最初に接して良いか悩む場面が多いです。無関心期の方に対して、20分程度で色々アクションを仕掛けることに対し、どうやってONにするかが見出せていません。無関心期の方、関心期の対象者のONにするコミュニケーションスキルを習得したいです。

・認知行動療法は自分自身習得したい療法です。今回は、初歩的な内容でしたが更なるフォローアップ研修として、メンタルヘルス支援で、認知行動療法をベースにしてケースに合わせた研修(SSTなど)実施していただければと考えます。

・今回研修で、認知行動療法とはなんぞやという点から始まり、ものごとのとらえ方、傾聴の大切さ、その時その時での状況により感じ方の違いが生じることなどを改めて見直す機会となりました。私たち保健スタッフは、今後増えるであろうメンタルケアに対しても専門知識や経験をふまえて適切に対応していくことが求められていく時期に来ていると思

そんな中での、先生の講義は大きな糧となりました。研修資料の冊子を活用しながら今後も活動していきたいと思

・受講研修時のように文章をゆっくり考えてでも、なかなかONにするには難しいです。ぜひ、認知

行動療法を身につけて これからの保健指導やメンタルヘルス支援に生かしていきたいです。

・演習を重ねて実体験が出来れば感覚として技法が身につくのではないかと思います。実技・ロールプレイなどを交えて体感したいです。

・保健指導やメンタルヘルス支援を実施する際、自分の指導能力について常に不安に思っています。本を読んだり、資料を探したりと自分なりの努力はしているのですが、客観的に自分の指導に対する評価基準がなく、全く不安定な気分です。今回の研修で認知行動療法についての講義を受け、短い時間でしたが得るものがたくさんありました。この方法を取得すれば、すべての相談業務の根本となる「受け入れてもらえる」関係になれるのではないかと思います。もともとそういう素質が備わっている人で

あればよいのですが……。研修のみではなく、スーパービジョンも必要だと思います。相談を受ける人のスキルを上げること、そしてそのスキルを維持すること、これが重要だと考えます。

・一度だけの研修では実践が厳しく、何度か研修体験を積み重ねていく必要があると思

・今後、高ストレス者は増加する危険性が高く、早く対策を講じるためにも認知行動療法は必要だと思います

・私はまだまだ保健師として経験不足なので、どのように保健指導のときに認知行動療法を取り入れたらよいのかわからなかったのが、参考にさせていただきたいと思っています。日頃の従業員との会話では、ONの関係と、相手の感情を追うことを大切にしていきたいと思

・メンタルヘルス支援にも、今回学んだ「思考バランスシート」等活用したいと思

・思考バランスシートを活用するまでもないのか、私のとりのやりとりの時間よりも専門医に受診させた方がよいのか、見極めと従業員との関係性作りが大切で大変なところなのかなと思、今後の私の課題でもあります。

・どう向き合うか、冷静に寄りそう事を心がけ、

近づきすぎないようにポジショニングに気をつけて・・・と支援してきましたが、いつも不安でした。これで良いのか、間違っていないのかと自問自答する日も少なくありませんでした。今回の研修を受けて「認知療法」の基本を身につけたいと切に思いました。これまでの支援は、支援時期を初期、中期、後期に分けられるとしたら、初期、中期は問題に関する話題の時は対症的な支援にとどめ、あえて認知に触れず、最近実際に起こった出来事についての話題でのみ「認知」について触れました。警戒せず無意識に耳に入れてもらえるからです。相談者が問題と冷静にむきあえる時期になって初めて「問題」と向き合ってもらっていました。メンタルヘルス支援において慎重に対応している、ラポール形成に時間をかけているつもりと思っていても、結局、基本知識がないゆえ不安回避から慎重になりすぎているだけだとも感じていました。今回の短時間研修でも難しいと感じましたし、自信はありませんが、是非基本を身につけたいと思っています。

・認知行動療法は、メンタルヘルス支援にとっても役立つ手法と考えていますが、

習得するまでは、経験や訓練が必要と思いました。

・「どうしたらいいのかアドバイス下さい。」と言われる事がよくありますが、本当に私の意見やアドバイスが必要な訳でなく“どうしたらいいのか考えがまとまらずに困っている、不安でいる思い”を受止めて支える事が必要なのだと理解し、ソクラテス問答を上手くできるように訓練したいと思いました。（ただし頑張らずに気楽に！）

・他者（部下）の声を聴かない人（上司）と、自分の気持ちや考えを伝えることが苦手な人の集団の中で、コミュニケーションがとれずに問題解決ができない状況が多いように感じます。「互いによい聴き方ができる、相手を認める事ができる、安心して話すことができる」そんな職場をつくるために、管理職には是非真剣に必要性を感じて実践できるような効果的な研修を受けて頂きたいと思えます。

・保健指導、メンタルヘルス支援に認知行動療法

を生かしていくには、相当熟練しなければ出来ないと思います。部分的には出来ていると思いますが、全てこの様に実践出来るには程遠く考えます。様々な人がいて、話を聞く事は難しく、個々の方々の考えは思い込みも強いです。

もっと資料を読み、日々の支援に生かせる様にしたいと思えます。

・今回の研修に於いて産業看護師としてまだ経験の少ない私にとっては貴重な研修だと感じました。

・今までは認知療法とは、うつ病などのひとが社会復帰するための治療のひとつという認識しかなかったが、ほかのことにも活用しているということも学んだ。よく考えたら保健指導等で行動目標を立ててもらおうようなときも、自分でできそうなことを自分で考えて決めていくのは少し使っているのかも気付いた。自分で納得して目標達成に取り組んでもらうためには、重要と思う。

・認知行動というのは、ある意味その人の考え方や行動の癖だと思うので健康で普通の時から自分の思考や行動傾向に気づき修正していくことが大切ではないかと思えます。

・メンタル不調時や何らかのエピソードがあった後は、誰が何を言っても否定的に受け止めがちになること、気持ちに余裕がないため多様な考えもできず、認知の修正が難しいと思えます。

認知の修正ができないと当然行動の変化もないので、メンタル支援に生かすためには不調の度合いが軽度または、不調になる前に気づき・修正・変化の支援ができることが望ましい気がします。

・保健指導及び禁煙指導に関しては、認知行動療法をすぐに取り入れたいところですがまだまだ指導に生かせる技量がありません。できれば、実技練習等も勉強したかったです。

D. 考察

今回の CBT 研修は、3.5 時間の非常に簡便な内容であったが、認知行動療法は、メンタルヘルス支援に生かせるかとの問いに対して、70%が「とてもそう思う」、残り 30%が「そう思う」と回答

するなど、その有用性を感じたとの感想が多く寄せられた。これは、今回 CBT 研修を受けるのが初めての看護職が多かった（1 名のみこれまで研修を受けたことあり）ことも大きく影響していると考えられる。

研修に必要な時間については、今回の研修だけでは不足しており、もっと継続的な研修が必要との意見が多く出された。また、実践の場における研修後のスーパービジョンは全員が必要と答えた。

また、自由記述では、これまでメンタルヘルスに関する相談活動のための教育をほとんど受けてこなかったことに対する不安とともに実践の場で使えるようにもっと CBT を学びたいという強い意欲が寄せられている。そのためには、ロールプレイを含めた実践的な研修や継続的なフォローアップ教育、スーパービジョンを求める声が多かった。

E. 結語

職場における CBT 教育は、産業看護職によって有用性が高いことが示唆された。しかしながら、その教育は、継続的に行われるとともに実践の場におけるスーパービジョンが必須と考えられた。今後は、CBT 教育を幅広く実施するための人材確保が喫緊の課題といえる。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得 なし。
2. 実用新案登録 なし。

3. その他 なし。

