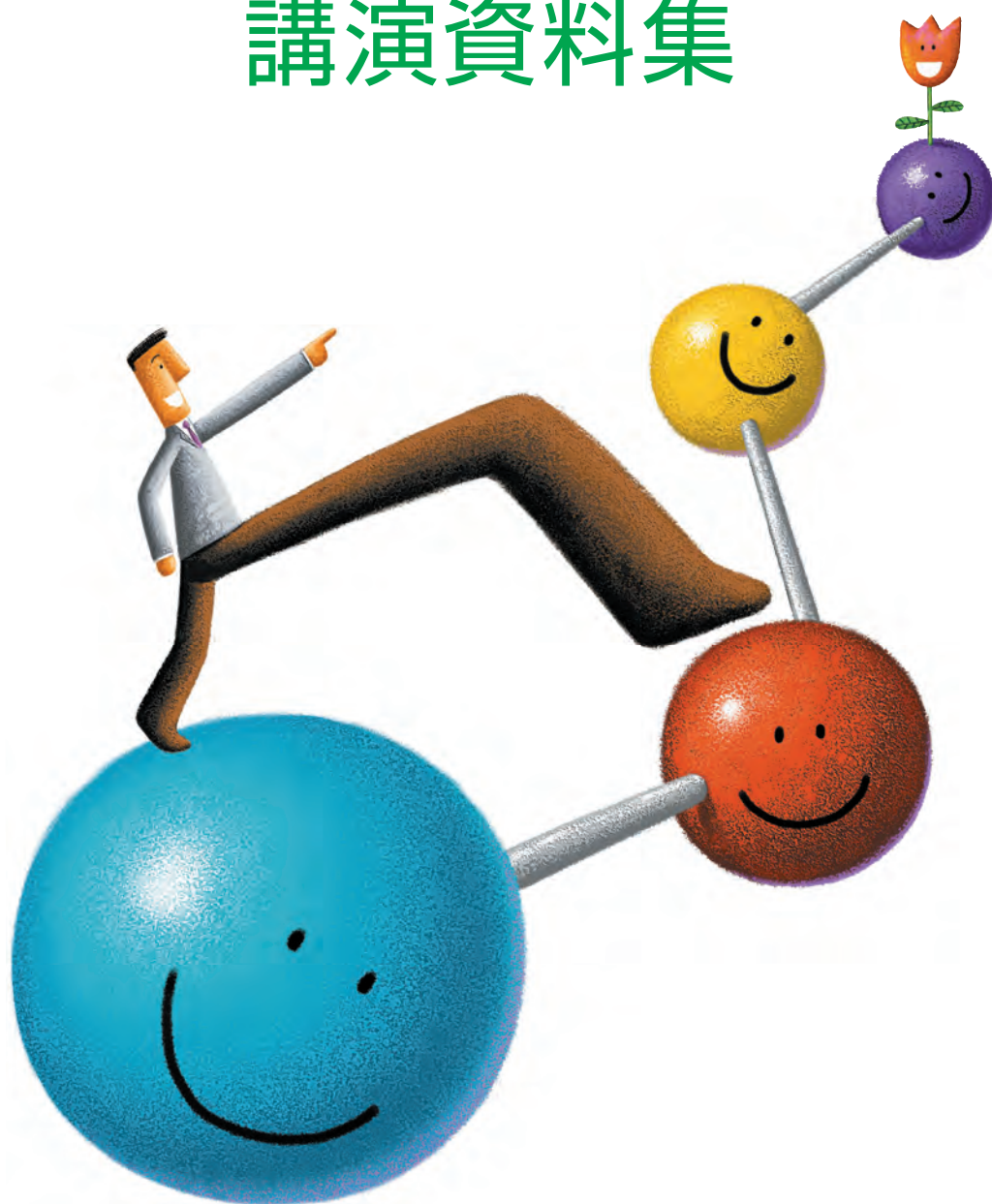


平成 21 年度

心の健康づくりシンポジウム

～職場(組織)の能力を発揮できるようにするために～

講演資料集



開催日

平成22年 1月12日 火 東京国際フォーラム ホールB7・D1

シンポジウム

「新しいうつ」と職場のモチベーション ～職場、産業保健、人事はどう接し、どう対応すべきか～

特別講演

最近の若い労働者の心の健康問題 ～うつ病を中心に～

主催 厚生労働省・中央労働災害防止協会

平成21年度

心の健康づくりシンポジウム

～職場(組織)の能力を発揮できるようにするために～

開催日：平成22年1月12日(火)

会場：東京国際フォーラム ホールB7(第一会場)・ホールD1(第二会場)

プログラム

時間		概 要
13:00	開会挨拶	厚生労働省労働基準局 安全衛生部長 平野 良雄 中央労働災害防止協会 理事長 澤田 陽太郎
13:15	シンポジウム	テ ー マ：「新しいうつ」と職場のモチベーション ～職場、産業保健、人事はどう接し、どう対応すべきか～ 座 長：野村 総一郎(防衛医科大学校病院 副院長・精神医学講座 教授) 導入発言：精神医学の立場を中心に 座長が担当 シンポジスト1：産業医の立場から 井上 賀晶(株式会社東芝 人事・業務サポートセンター 産業医 医学博士) シンポジスト2：産業保健の現場からの報告 綿貫 良彦(株式会社ヤナセ 人事部従業員相談室 室長) シンポジスト3：企業を支援する事業場外資源の視点から 山口 律子(日立キャピタル株式会社 NPO法人MDA(うつ・気分障害協会) 理事長) シンポジスト4：人事労務管理・労働法の観点から 水島 郁子(大阪大学大学院 法学研究科 准教授) ●シンポジストによるフリーディスカッション ●質疑応答
15:05	休 憩	リラックスのための運動指導(THPデモンストレーション)
15:30	特別講演	テ ー マ：最近の若い労働者の心の健康問題 ～うつ病を中心に～ 演 者：樋口 輝彦(国立精神・神経センター 総長)
17:00	閉 会	

目 次

シンポジウム

テーマ：「新しいうつ」と職場のモチベーション
～職場、産業保健、人事はどう接し、どう対応すべきか～

精神医学の立場を中心に…………… 3

野村 総一郎

(防衛医科大学校病院 副院長・精神医学講座 教授)

産業医の立場から…………… 7

井上 賀晶

(株式会社東芝 人事・業務サポートセンター 産業医 医学博士)

産業保健の現場からの報告……………11

綿貫 良彦

(株式会社ヤナセ 人事部従業員相談室 室長)

企業を支援する事業場外資源の視点から……………21

山口 律子

(日立キャピタル株式会社・NPO法人MDA(うつ・気分障害協会) 理事長)

人事労務管理・労働法の観点から……………31

水島 郁子

(大阪大学大学院 法学研究科 准教授)

特別講演

テーマ：最近の若い労働者の心の健康問題
～うつ病を中心に～

樋口 輝彦……………37

(国立精神・神経センター 総長)

テーマ：「新しいうつ」と職場のモチベーション

～職場、産業保健、人事はどう接し、どう対応すべきか～

精神医学の立場を中心に

野村 総一郎

(防衛医科大学校病院 副院長 ・ 精神医学講座 教授)

プロフィール

昭和49年 慶應義塾大学医学部卒業、医師資格取得
昭和52年 藤田保健衛生大学助手
昭和60年～61年 テキサス大学医学部ヒューストン校神経生物学教室留学
昭和61年～62年 メイヨ医科大学精神医学教室留学
昭和63年 藤田保健衛生大学精神医学教室助教授
平成5年 国家公務員等共済組合連合会立川病院神経科部長
平成9年 防衛医科大学校教授（医学博士）
平成20年 防衛医科大学校病院副院長

本務以外の役職

平成9年より慶應義塾大学医学部兼任講師
平成18年1月より読売新聞人生案内回答者
学会関係役職： 日本うつ病学会理事長（平成18年度より）自律神経学会理事、精神科診断学会理事、神経精神薬理学会理事、病跡学会理事、生物学的精神医学会理事、女性心身医学会理事、臨床精神神経薬理学会理事、産業精神保健学会理事、「脳と精神の医学」編集委員、「日本神経精神薬理学会雑誌」編集委員、「心の臨床アラカルト」編集委員、

<著書>

人生案内 もつれた心ほぐします、日本評論社
双極性障害のことがよく分る本、講談社
内科医のためのうつ病診療（第2版）、医学書院、2008
うつ病の真実 日本評論社、2008
気分障害、医学書院、2008（共編著）
スーパー図解うつ病、法研、2006（監修）
精神科必修ハンドブック、羊土社、2005（共編著）
健康管理室で役立つところの医学、南江堂、2005（共編著） 他

最近の厚生労働省の医療統計でもうつ病の増加が明確に示されている。また単に数量的な増加に留まらず、自殺や長期休職の最大要因としてうつ病が絡んでいることも示され、今やうつ病は日本社会全体の負う大きな課題と言ってもよいのかもしれない。これへの対策として早期発見、早期治療が言われ、精神医療はもちろん、一般プライマリケア医療、産業保健でも、早期アクセスの重要性が強調されるようになった。しかし、実際の医療現場では、かつてのうつ病イメージ、つまり「几帳面で真面目な人がかかりやすい」「自分を責め、無理がたたってゆううつ状態になっている」「そこで、しっかり休養させ、薬を飲めば確実に治る」という概念がともすれば崩れ、従来型の古典的対策では対処しきれない場合も多くなり、治療技法、対策の見直しが叫ばれるようになってきている。

ここでもう一度あらためて、最近よく聞かれる「現代型うつ病」の特徴を整理してみる。「几帳面ではなく、むしろ自分勝手に見える」「自分を責めるのではなく、周囲を非難する」「仕事になるとうつになるが、趣味や好きなことだと張り切るように見える」「復職してもすぐ再燃する」「自負心が強いが、傷つきやすい」「効くはずの抗うつ薬がほとんど効かない」などであり、「こういう人がうつ病なのか」という疑問の声も耳にするようになった。

これはなぜなのか？「うつ病の概念が変わり、従来うつ病ではないものをうつ病と呼ぶようになったためなのか？」「うつ病の病状が変わったのか？」「うつ病にかぎらず、今の日本人そのものが変わった結果を反映しているのか？」などの考え方が可能であろう。結論から先に言えば、これらの3つがどれも真実であり、それらが混合して、現在の事態を招いていると言えよう。

日本ではかつて、うつ病は3つのタイプに分けて考えられていた。①双極型：もともと陽気で社会適応が良好だが、うつ状態だけでなく躁状態を示すタイプ、②メランコリー型：几帳面、真面目、他人に気をつかう性格で、もともと社会適応が良好だが、ストレスにより燃え尽きて、うつ状態のみ示すタイプ、③神経症型：神経質で不安が強く、気にしやすく、過敏で、やや不適応傾向があるノイローゼの一型。これらのうち、①については、躁状態という明確な指標があるので、今も昔も変わりがない。しかし②と③の区別は非常に曖昧であり、どこまでが几帳面か、神経質かは非常に分かりにくく、適応しているか、いないか、ストレス体験があるか、ないかで区別することはできず、これらを基に診断することは曖昧すぎるという批判が1980年代から出てきた。この頃に米国精神医学会がDSM-IIIと呼ばれる新しい診断基準を作った。これは症状とその持続期間だけが確実なものである、という考え方にに基づき診断する方法である。

この米国診断基準ではうつ病全体を「気分障害」とし、まず「大うつ病エピソード」に該当するかどうかを見る。具体的には9つの症状をあげ、そのうちの5つ以上が2週間以上ほぼ毎日続いた時に該当する、と判定する。躁エピソードも同様に基準を定め、躁がなければ「大うつ病性障害」、一度でもあれば「双極性障害」としたのである。この他にうつ病症状が少ないが、2年以上もそれが続いている場合を「気分変調症性障害」とし、状況により状態が大きく左右される特徴、過眠、過食、性格の過敏さ、強い倦怠感などが見られる場合を「非定型うつ病」とした。これらの基準は非常に明快であり、日本を含め、ほぼ世界標準として用いられるに至ったが、ストレスやもともとの性格などを診断上顧慮しなくなったこと、また「うつ病」という言葉を、気分障害全体を意味するものとして誤解されているために、結果として様々のうつ病があるように見えるようになり、「あれでもうつ病なのか」という声が出るようになったわけである。つまり、本来なら「うつ病」というのは、古典的な概念①によるメランコリー型だけを意味するものであったはずが、「大うつ病」「気分変調」「非定型」のいずれも意味するように誤解されている現状に問題があると言えよう。また、「大うつ病」＝「メランコリー型」ではないところにも誤解を生む要因があると思われる。

これらの診断的な位置づけは、産業界、臨床心理、産業医など各分野は言うに及ばず、一般社会でもきちんと理解してほしいところである。ただ、病気の問題というものは、歴史的な流れもあり、なかなか複雑である。また、先にも述べたように、日本社会の変化により、実際に（特に若者の）国民性も変わってきているという要素、うつ病の病像も変わってきたという実態も加わり、さらに複雑さに輪をかける状況となっている。これらを分かりやすい言葉で整理していくこと、またまさに日進月歩の観がある神経科学的なテクノロジーの進歩も取り入れること、治療薬の適応を巡る技術論を洗練させること、などが求められていると言えよう。

Memo

A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.

テーマ：「新しいうつ」と職場のモチベーション

～職場、産業保健、人事はどう接し、どう対応すべきか～

産業医の立場から

井上 賀晶

(株式会社東芝 人事・業務サポートセンター 産業医 医学博士)

プロフィール

- 平成13年3月 産業医科大学医学部卒業
- 平成13年5月 産業医学基本講座修了
- 平成13年6月 産業医科大学医学部精神医学教室入局
- 平成18年4月 英国oxford大学医学部精神薬理学
Warneford Hospital Neurosciencesに留学
- 平成19年3月 産業医科大学医学部大学院卒業 医学博士(課程博士)取得
- 平成19年4月 産業医科大学医学部精神医学教室助教
- 平成20年4月 株式会社東芝本社保健センターに産業医として派遣
現在に至る

<著書>

- 共著「産業医のための精神科医との連携ハンドブック」(昭和堂)
- 「専門医のための精神科リュミエール 職場復帰のノウハウとスキル」(中山書店) 他

〈近年のOccupational mental healthを取り巻く現状〉

今日の労働者を取り巻く状況は、昨今の景気の変動と同期して、過去を鑑みても、なお一層厳しいものであるといわなければならない。もちろん、これまで問題となってきた長時間労働などによる身体疾患の誘発もしくは発生、場合によっては死亡に至るなどの悲しい結末も少ないとはいえ、ひいては労働災害として、雇用主を相手とした訴訟事例となる場合も想定せざるを得ない現状がある。しかし、近年の労働災害を考慮する際に、必ず問題としなければならないのはメンタルヘルス疾患の台頭である。メンタルヘルスの問題は、その実を問えば、精神科医の領分では長きに渡り、その「診断」「薬物療法」「精神療法」が多くの先輩たちによって議論され、少しずつ熟爛されてきている。しかし、社会情勢やその背景が変化するにつれて、研究・診断・治療と次々に新たな精神医学的改新が求められるようになり、論文を始め、その結果も非常に多岐に渡るものとなった。今では精神科医を標榜する医師において、なお、その全てをmedical skillとして網羅することすら不可能に近い状況となっている。

このような状況下で、一種のgeneral physicianであるところの産業保健スタッフとしての我々がどのような対応策を講じていけるのか。これは就業中のメンタルヘルス環境がもたらす「うつ病」などの従来型精神疾患、または「新型うつ病」といった、いわゆる“旧・新”の精神疾患のいずれにも、しなやかに対応しなければならない時代となったことを如実に示しているものと、私は考えている。

〈職場のmental healthに対する総務・安全、健康支援の在り方〉

上述いたしましたように、精神科医においても、現在の精神医学の錯節には対応しきれない側面がある。ましてや、精神科以外の専門を持つ産業医、もしくは保健スタッフ・人勤担当者においては、なお、推して知るべしと考える。しかし、ここで一度基本に戻り考えれば、従来のメンタルヘルスについては、各社それぞれに対応策を持っていることも多く、その取り組みも様々と思われる。少なからず4管理；1) self care 2) lineによる管理 3) 事業所内保健スタッフによる管理 4) 事業所外での健康管理などは各社一定の機能を果たしているものと考え、これを以て、身体疾患と精神疾患を分けて考える必要はないと思われる。また、近年では管理者教育などでメンタルヘルスに特化した教育・授業なども各社・各施設にて実施されており、その受講も手頃なものであり、精神医学の基本的な知識を得ること自体は、以前に増して容易なものとなってきている。また企業の中には精神科医を専属もしくは嘱託産業医として雇用するケースも増え、国の取り組みに無条件に従うのみでなく、社として独自のメンタルヘルス対策を講じている企業も多いと聞いている。

〈メンタルヘルス疾患の何がリスクなのか〉

以上のように考えれば、身体疾患と精神疾患の間に特別な違いはなく、特に器質的な原因を伴わないメンタルヘルス疾患は、むしろ作業管理・作業環境管理、更に定期的な通院・加療を行えば、殊に健全な改善が見込めるものと考えられる。

私が一人の精神科医として考えを及ぼす時、精神疾患の最悪の結末は「自殺」という悲劇であると、多くの日本人が考えていること。また、その悲劇の一端に少しでも関わりたくない、皆が思っていること。実は、そのこと自体に非常に強いdiscriminationを感じるわけです。従業員本人の気持ちに立てば、せっかくの復職訓練の後、ようやく戻った職場なのに…という考えもある。また、医者立場で考えると、産業医自身の中に、精神疾患だけは最も扱いたくないものとして考えている者が多いこと

も、精神科医である私の心を痛める一因である。ただ、ここに書いた差別・区別的論争は本会議では話が尽きないので、今回の発表には用いておりません。このabstractに私見をほんの少しだけ記載させて頂いた事をお許してください。

さてスライドでは、その一部を示しますが、メンタルヘルス疾患の主要な問題点は、複雑化した精神医学に対して、①従来の産業医学が迅速に対応しきれていない点がある。②実は「うつ病」の知識だけでは適応できない。「Ⅱ型双極性障害」「パーソナリティ障害」の知識も必要な点である。③該当従業員の対応に苦慮している間に周囲を巻き込み、特に同僚・上長などのパフォーマンスも下げてしまいかねない。④「復職プログラム」など、円滑な復職を進めるにあたって、利用可能な医療機関のレベルが変化していること。⑤確かに初診時の6～7割は内科だが、産業医が精神科の診断書に対して「知らぬ、存ぜぬ」ではもはや通用しない。また曖昧な診断書を出すのは、精神科医だけではないという点。

以上のような観点に注目して、本シンポジウムでは出来るだけ簡潔に発表したいと思います。まずは今回の拙稿が、皆様方の今後の精神保健活動の一助となれば幸いと考えます。



テーマ：「新しいうつ」と職場のモチベーション

～職場、産業保健、人事はどう接し、どう対応すべきか～

産業保健の現場からの報告

綿貫 良彦

(株式会社ヤナセ 人事部従業員相談室 室長)

プロフィール

- 1975年 3月 東京学芸大学教育学部卒業
- 同年 4月 株式会社ヤナセ入社
営業、福利厚生、人事システム等担当
- 1993年 1月～2000年 9月 人事部人事課長
- 2002年 2月 初級産業カウンセラー取得
- 同年 6月 THP指導者心理相談員登録
- 同年 7月 従業員相談室立ち上げ
- 2005年 6月 関東心理相談員会幹事（広報委員長、07年総務委員長）
- 同年 10月 従業員相談室長
現在に至る

この産業保健の現場の概要

- 輸入車のディーラー
- 限定された職種（セールス、整備、整備受付、パーツ、業務・事務、スタッフ）
- 従業員数 約5千人
- 事業所数 約250箇所
- 健康管理は総合健保組合主体
- 産業保健：社内EAP 従業員相談室
（産業保健スタッフ等：心理相談員）

産業保健の現場から

1

企業のストレス環境

不況

- 経営ストレス増（対策に次ぐ対策）
- 組織ストレス増（組織改変、異動、少人数化）
- 従業員ストレス増（仕事量の負荷、仕事の流れの変化やメンバー構成の変化の早さにコミュニケーションが追いつかない）
- メンタルヘルス不調の増加環境

産業保健の現場から

2

メンタル不調の多様化

- 従来の主流 メランコリー親和型
- 昨今の多様化 メランコリー親和型に加えて(新型)逃避型や双極Ⅱ型、非定型・・・
- 新型の多くに共通することは、理由不明や元気なのに何故?という不可解性であり、切れやすさや自分を出さないなどの性格的問題が絡んでいることである。
- 職場にとっては、従来型も新型も問題ではなく、その彼の現実が問題になる。時に戸惑い、あるいは疑心暗鬼になり、そして困り、拒絶する。

産業保健の現場から

3

メンタル不調の多様化と復帰職場 1. 従来型

- 必要以上に気を配ったり調和を求める等の性格で、パフォーマンスの落ちた状況は、現下の組織の変化と不整合を起こす。
- 従来は本人の真面目で協調性が強い性格もあって復帰に当たって職場の暖かい受け入れが可能であった。今は次第に、組織ストレスの増える中で復帰ハードルが高まっている。受け入れ職場のメンバー間の意識の温度差も拡大している。
- 復帰に当たって、回復度を高くすることに重点を置く。

産業保健の現場から

4

メンタル不調の多様化と復帰職場 2. 不可解な状況

- 新型で、発症理由不明な場合や休業中の元気な行動などは仮病を疑われる。職場は不信感を持ち、モチベーションは下がる。
- 相談室から職場と関係者に本人の状況と新型の説明を行い理解を求める。
- 本人に復帰条件として、体力集中力持続力のほか、キャリアに関する心理面での安定度を重視する。

産業保健の現場から

5

メンタル不調の多様化と復帰職場 3. 性格問題が絡む状況－①

- 性格問題が絡むと職場の許容レベルは下がり、本人の防衛ストレスは上昇する。
- 休業中
職場は復帰しないで欲しいと願い、本人は早く復帰しないと危ないと焦る。
- 復帰後
本人は回復不十分な場合でも非常に頑張ろうとし、普段以上に自分の周囲に対する影響が見えなくなる。職場は本人に注意することが病悪化や最悪状況につながりたくないかと恐れ何もいえない状態でストレスが上昇する。

産業保健の現場から

6

メンタル不調の多様化と復帰職場 3.性格問題が絡む状況－②

相談室の対応(極めて状況毎の対応)

- 職場の管理者やメンバーから状況聴取。
- 本人の職場に対する意識聴取。
- 本人に職場の現実と向かい合う中で復帰可能かどうか意志確認をする。
- 職場から復帰後の状況を聴取して復帰者に対するストレスが過大にならないよう本人と職場の管理者とに必要な働きかけをする。

産業保健の現場から

7

事例について

次ページからの事例は、

休業者の複数名を合成したものであり、

個人的な事例ではないことを御了承下さい。

産業保健の現場から

8

事例1 20代男性 ー①

本人

自分を表現するのが下手。初の昇格試験に大プレッシャーを感じる。その中で仕事でミスをして上司に怒鳴られる。

身体が動かず出勤不能に陥り、メンタルクリニックに行き、うつ状態で要休業の診断書を受け取る。眠れず、人混みに行くことができない。週二回、夜中に車で2時間かけて出かけ、早朝サーフィンをして帰ってくる。

4カ月休業し、職場は変わったが元の職種で復帰。順調に回復。

産業保健の現場から

9

事例1 20代男性 ー②

職場

- 休業前
トラブルはないが、少々孤立気味
- 休業中
サーフィンの話が伝わる。仮病の噂になる。管理者がそれを聞き動揺する。総務に連絡を入れ、総務から相談室に問い合わせが入る。
- 復帰後
職場が変わり、仮病疑惑の影響はなし。一生懸命仕事をしていること、実績を上げていることが評価される。

産業保健の現場から

10

事例1 20代男性 ー③

相談室の対応

睡眠障害を起こしている中で、2時間の片道の運転と早朝サーフィンは無謀である。しかし、見るからにスポーツで鍛えた身体と体力がありありとしている。疲労感もないということを確認。主治医に話を聞くと、「あまり例はない、控え目に」という指導であった。職場に本人の状況や主治医の話を説明し、新型のケースも説明して理解を求めた。

産業保健の現場から

11

事例2 30代男性 ー①

本人

数年前から原因不明のうつ病にかかる。心療内科に通っているが休業はせず。そのうち、仕事中にPC画面を見つめてじっと何もしない状態で固まってしまうことが頻発するようになる。しかしそれを、管理者から指摘されても否認し、「何故嫌がらせを言うのか」とくってかかる。説得されて休業した後、何とか復帰しても自分のできる仕事がない状況等を考えて退職した。

産業保健の現場から

12

事例2 30代男性 ー②

職場および相談室

- 休業前
切れやすい性格のためメンバーから敬遠されていた。加えて固まることが多くなり不満が溜まっていた。行動記録をつけ、それを元に休業すべきことを説得した。
- 休業中
行動記録は管理者の偽造であるなどの発言になる。本人了解の下、職場調査をして結果を本人に伝える。現実を受け入れざるを得なくなり、退職して心機一転を目指すこととなった。

産業保健の現場から

13

多様化するメンタル不調者と 職場との狭間で

- 個人と職場の双方がモチベーションを保てるようにすることは、産業保健スタッフ等の理念である。
- 職場にとって個別事例が全てであるように、相談室にとっても個別事例が全てである。そこに汎用的なアプローチはない。
- 双方にとっての最適な解決を求めて考え続ける個別の作業をする中で、新型として分類認識された知識や概念は、問題を多面的に捉えて冷静に思考するための強力な杖になる。

産業保健の現場から

14

テーマ：「新しいうつ」と職場のモチベーション

～職場、産業保健、人事はどう接し、どう対応すべきか～

企業を支援する事業場外資源の視点から

山口 律子

(日立キャピタル株式会社・NPO法人MDA (うつ・気分障害協会) 理事長)

プロフィール

- 1988年 東京都特別区入庁、都内の保健所に7年間勤務
- 1995年 MDA (Mood Disorders Association of British Columbia, Canada) にてレジデント研修。家族心理教育プログラム、気分障害の心理教育プログラムを学ぶ。
- 1996年 米国サンフランシスコのHaight Ashbury Free Medical Clinicにて薬物依存ケアプログラムレジデント研修。その後、米国(財)野口医学研究所、横浜市総合保健医療センター精神保健部リハビリテーション科精神科デイケアに勤務。
- 2002年 NPO法人MDA (うつ・気分障害協会) を設立。うつ・気分障害の当事者と家族の支援活動を始める。現在、日立キャピタル株式会社メディカルアドバイザー(保健師)、日本うつ病学会評議員。

<著書>

「家族力がうつから救う！」(宝島社)

「会社力がうつから救う！」(宝島社)

NPO法人MDA (うつ・気分障害協会)

うつ病の回復を目指すために、当事者と家族をサポートするグループである。

うつ病に対する理解の高い北米の単極性うつ病・そううつ病・不安障害・パニック障害の当事者支援グループ(MDA=Mood Disorders Association)にならって、山口律子氏を中心にして2002年に設立された。

①当事者プログラム(うつ病セミナー・グループミーティング・講師の派遣) ②就労プログラム(Back To Workキャリアサポートセミナー) ③家族プログラム(うつ病セミナー・グループミーティング・講師の派遣) ④権利擁護プログラム(啓発活動) ⑤自殺予防プログラム ⑥最新のうつ病治療情報の提供・情報交換 ⑦国際交流プログラム(海外との交流・最新の治療情報交換)

などを提供することで、精神保健の専門家による当事者と家族支援を行っている。MDAの書籍としては、『「うつ」からの社会復帰ガイド』(岩波アクティブ新書)が刊行されている。

<http://www.mdajapan.net> Mail: info@mdajapan.net

企業・産業構造の急激な変化

- 企業は終身雇用制度の廃止・成果主義を導入。
→部署(グループ)としての評価が導入され、上司・同僚が働けない部下・同僚を嫌がる傾向あり。
- 管理職もプレイングマネージャー(業務負荷の増大)・窓際族の消滅。
職場内での支援体制が就労継続には重要だが以前のような家族的支援(上司が親的役割)が難しい。
- 給与(賞与)カットや解雇など生活不安。
- IR株主重視・短期的利益重視。不採算部門の廃止。企業合併(M&A)
→4半期・半期での成果が問われる時代となり、
年単位など長期的な視点で社員の回復を待つ余裕がない。
休職中に所属部門(職務)が消滅。
職場の人材流動化(人間関係の変化)が激しい。
企業文化の違いによる困惑・対立・新しい職場への不適應。

企業を襲う経済危機と格差問題

- リーマンショック以降の経済危機により非正規雇用(健康で働く意欲あり・残業もいとわない)を切る時代に、欠勤・休職を繰り返し、就労意欲に欠ける正社員の既得権を守る余裕なし。
- 労働組合の組織率低下。(支援体制の脆弱化)
- 正社員・非正社員比率の変化。派遣切り・リストラの影響
→仕事の分業化・細分化・アウトソーシング化。
正社員は少数精鋭部隊。非正社員を管理する能力・社内外との交渉力・迅速で正確な判断力が重要。
職場復帰=即戦力・労働性ありが正社員の条件。
(PC作業・事務補助などの単純作業は派遣社員で十分。
パソコン入力・事務作業が出来ればOKではない。)

うつ状態を呈する精神疾患

職場に提出される診断名は正しい診断名とは限らない

- 器質性(症状性・薬剤性)うつ病
- うつ病・双極性障害・非定型うつ病
- 適応障害(心因反応)・人格障害(摂食障害)
- 気分変調症(抑うつ神経症)・パニック障害
- 社会不安障害(対人恐怖・ひきこもり)
- 統合失調症・アルコール薬物依存症(後遺症)
- 発達障害(高機能自閉症)

双極性気分障害型タイプ 気分安定薬・抗精神薬で治療

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 陽気で快活・よく笑い・よく歌う | <input type="checkbox"/> 落ち着かない・外出好き |
| <input type="checkbox"/> 話し上手・大声 | <input type="checkbox"/> 過活動気味(仕事・私事) |
| <input type="checkbox"/> 冗談を好む・多弁・深夜電話 | <input type="checkbox"/> 動作が速い・せっかち |
| <input type="checkbox"/> 人付き合いが良い | <input type="checkbox"/> リーダー的 |
| <input type="checkbox"/> 親分(姉御)肌・世話好き | <input type="checkbox"/> 要求を無理強い |
| <input type="checkbox"/> プレゼント・お土産好き | <input type="checkbox"/> 睡眠時間が短い(不眠・元気) |
| <input type="checkbox"/> 態度がなれなれしい | <input type="checkbox"/> 金遣いが荒くなる |
| <input type="checkbox"/> 熱中しやすいが冷めやすい | <input type="checkbox"/> 異性問題・色情行為 |
| <input type="checkbox"/> 自信過剰・威張る・傲慢 | <input type="checkbox"/> 不調の時はイライラ・小言 |
| <input type="checkbox"/> 言いにくいこともズバズバ言う | <input type="checkbox"/> 執念深い・ネチネチ絡む |
| <input type="checkbox"/> 派手な色の服装・化粧を好む | <input type="checkbox"/> 興奮し乱暴することもある |

気分変調性格(弱力・逃避型)

- 成績は優秀であるが、自信がない、不安が強い。
- 積極性はなく、受動的。役割を避ける。(気働きの欠如)
- 年上の人(母・姉・妻)に依存的で甘える。
- 役割意識が低く、逃避的。「それは私の仕事ですか？」
- 仕事や学校は休むが趣味の活動は熱心。
(仕事の時だけうつになる)
- 無気力で体力がなく、感情が不安定で、体調不良を訴えがち。

軽度の抑うつをずるずる続けがち

→薬物療法は症状改善・基本は生活療法・キャリアカウンセリング

非定型うつ病

- 気分の反応性(何か良い出来事があると元気になる)
 - 逆転した身体症状
過食・体重増加・過眠
 - 鉛様の麻痺状態
 - 拒絶・批判への過敏性
過剰に意気消沈
嵐のような激しい対人関係
早退・欠勤、家事をしない、物質乱用
対人関係の親密な関係の回避
- 薬物療法は症状改善・基本は生活療法・キャリアカウンセリング

気分変調性格(自己愛型)

- 自己への過度な愛着・魅力的・おしゃれ
- 自負心が強いのに傷つきやすい
- 自分の問題を棚上げして、他人や職場、社会を非難する傾向がある(他罰的)
- 役割意識が低い(依存と敵意)
- 感情が不安定・逆ギレ・自殺企図
軽度の抑うつをずるずる続けがち
→心理療法・キャリアカウンセリング

新型うつ社員の特徴

好きなことはできる
嫌なことには体が動かない。

感情が不安定
「気分反応性」
気まぐれ・わがまま
キレル(怒り発作)

他人の言動に過敏
プライドを傷つけられた
否定された・非難された

疲労感
倦怠感→動くのが億劫
体の活動量低下
脳の活動も低下

根拠のない自信
プライドは高いが
実力(職業能力)との
ギャップ

**弱さ(病気・涙)を
武器にする**
周囲が気を遣うべき

回復度・残遺症状による働き方

うつ病の再発回数・休職期間の長さにより、
作業能力(職業能力)・社会性の低下が起こる。

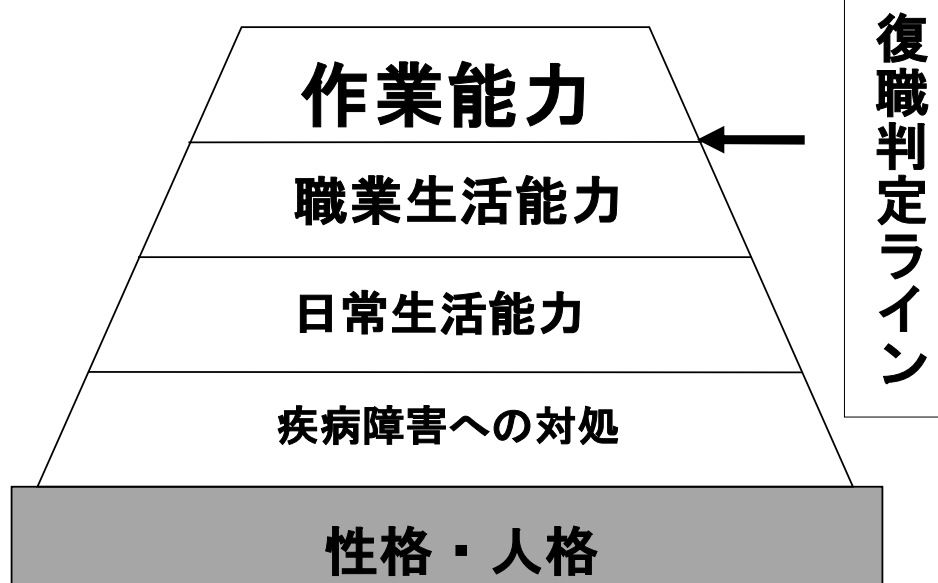
高学歴・職務経歴が長い・年齢により、
自分の回復度・障害を自覚できない(障害の否認)
本人が言うほど出来ない事を知ること。

→職業能力判定・適職判定により、職業(作業)能力など
偏差値(データ)として提示し、ケースにより配置転換
(降格)、障害者雇用制度の利用・福祉的就労・転職が
必要。

うつ病リハビリテーションの誤解 ～職場はリハビリの場ではない～

- ストレス脆弱性モデル(ストレス負荷への抵抗感)
- 時間をかけ、ゆっくり、あせらずと考えてしまう。
→長期休職がおよぼす影響
- 図書館(自宅)で2時間パソコン作業できるから復職可能
→職場は8時間。パソコン入力だけなら派遣で十分
- 配置転換による環境の変化・半日程度の軽減勤務ならOK
→職場はリハビリの場ではない。
- 職場厳罰主義(職場が責任持つ)・周困への心理教育軽視
→回復期の自殺リスク管理の軽視。医療職は不在の現場
- 服薬・症状管理・節制・規則正しい生活リズムの軽視
→昼夜逆転生活や昼寝・不規則な食生活

復職を考える上での必要な能力の確認



復職を考える上でのバロメータ

新型うつ病への対応(その1)

1. 「服薬と休養で比較的短期間で治る」ものではない。
2. 休養することがいつもよいとは限らない。運動不足は脳の活動リズムを乱す要因。(節制・規則的な生活)
3. 病気を理解しつつ過保護にはしないー批判は禁物だが、患者に合わせ過ぎず、言うべきことは言う。
4. 環境の変化への配慮と期待
5. 彼らへの陰性感情を慎み、辛抱強く嵐の中の灯台のように動揺せず気長な「認知療法的対応」を！
6. 彼(彼女)らのレジリアンスresilience(回復力)を最大限引き出す方策を考える。

新型うつへの対応（その2）

～保護と激励を加減する～

7. 攻撃的なことを言われても冷静に！
8. 態度は厳しく：本人の問題行動に、批判・非難ではなく誤りを冷静に指摘。好ましくない言動を禁止するのではなく、別の行動を提案する。
9. 一貫した対応：特別ルールや待遇を設けない。
10. 目標を設定し、背中を押す。（時には励ましも必要）
11. 理解する：本人の訴えに耳を傾ける。性格やなまけでなく病気であることを理解する。尊重し大切にしていることを示す。解雇だけでなく再教育（職業リハビリ）で長所を伸ばす。

職場のうつは
キャリアの視点で
職業リハビリを！

Memo

Blank lined area for writing a memo.

テーマ：「新しいうつ」と職場のモチベーション

～職場、産業保健、人事はどう接し、どう対応すべきか～

人事労務管理・労働法の視点から

水島 郁子

(大阪大学大学院 法学研究科 准教授)

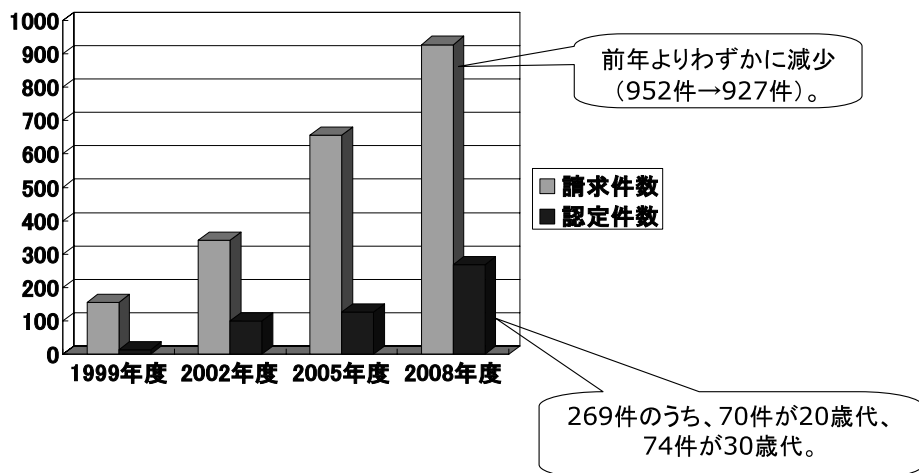
プロフィール

- 1992年 京都大学法学部卒業
- 1997年 京都大学大学院人間・環境学研究科博士課程 単位取得退学
- 1997年 姫路獨協大学法学部講師
- 2000年 姫路獨協大学法学部助教授
- 2002年 大阪大学大学院法学研究科助教授
- 現在 大阪大学大学院法学研究科准教授

主要論文

- 「職場における心理的負荷評価表の改正とその影響」季刊労働法227号（2009年）掲載予定
- 「労働者の安全・健康と国の役割」日本労働法学会誌109号（2007年）
- 「障害・傷病労働者への配慮義務（労働法学の立場から）」ジュリスト1317号（2006年）
- 「採用後二ヶ月のアルバイトの突然死と安全配慮義務」民商法雑誌132巻6号（2005年）

精神障害等にかかる労災補償状況



1

人事労務管理・労働法上の問題

- 労働者が精神障害を発病し、それが業務に起因するものであれば、労災保険から補償給付がなされるが、企業に注意義務違反もしくは安全配慮義務違反があったとして、企業が損害賠償を求められることがある。
- 労働者の健康を守り、上記の損害賠償リスクを避けるために、企業は、労働者に過重な心理的負荷を与えないよう、また労働者が発病した場合には適切な対応をとる必要がある。

2

裁判例から学ぶ人事労務管理①

東京地裁平成20年4月22日判決

Y社は、短期間の余裕のないスケジュールを組み、Xに長時間の時間外労働をさせていた。Y社(C課長)はこのことを把握していたし、平成13年3月、4月の「時間外超過者健康診断」の問診結果から、Xが頭痛、不眠等の自覚症状を訴え始めていることを認識していた。

にもかかわらず、Y社は、同年4月以降もXの業務を軽減することなく、引き続きプロジェクトに従事させ、同年5月には同じ工程を担当する技術者を減員した(3名→2名)うえ、反射製品開発業務というXが携わったことのない業務を併任させ、準備に追われたXを同月下旬には12日間連続して欠勤させるという事態に陥らせた。

3

さらに、C課長は、Xが同年6月上旬に復帰した後も、業務軽減をすることはしなかった。

Y社は、産業医を通じ、定期健康診断等でXの自覚症状の変化(ストレス感、抑うつ気分、自信喪失)に気づき、業務負担軽減等の措置を講じる機会があったにもかかわらず、かえって同年7月には会議の提案責任者として、短期間のうちに会議出席、資料、データ作成に当たらせた。

その後、Xは体調を崩し、業務に集中できず、急に涙を流したり、放心状態であることも見られるようになった。

→ Y社の安全配慮義務違反を肯定。

4

もともと、Y社は、同年8月下旬には、Xの業務を限定し、翌9月からの療養を勧め、長期欠勤及び休職を認め、その間も、臨床心理士によるカウンセリングを定期的に受けさせ、上長による面接を通じてXの病状の把握及び回復状況の把握に努め、「メンタル不調者の職場復帰プログラム」に基づく職場復帰に向けた対応等をしていることが認められる。

→ 8月下旬以降の対応については、
Y社の安全配慮義務違反を否定。

5

裁判例から学ぶ人事労務管理②

大阪地裁平成19年5月28日判決

平成15年11月ころから、Aの症状は悪化し、Yでの勤務は困難であると判断され、平成16年1月には、自殺を示唆する言動があり、非常に深刻な事態となっていたのであるから、それ以降においては、Yでの業務をさせるのではなく、いかに両親との不仲を聞かされていたとしても、両親であるXらに連絡し、まずAの安全を確保し、精神科を受診させ、Aの精神状態が安定するのを待って、Aの今後の業務について相談すべきであった。

→ 措置を講じることなく、Aを通常の業務に従事させたことは、安全配慮義務に違反。

6

Memo

A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.

最近の若い労働者の心の健康問題 ～うつ病を中心に～

樋口 輝彦

(国立精神・神経センター 総長)

プロフィール

- 1972年 東京大学医学部医学科卒業
東京大学医学部附属病院精神神経科、埼玉医科大学精神医学講座講師、群馬大学医学部精神神経学教室講座助教授
- 1994年 昭和大学藤が丘病院精神神経科教授
- 1999年 国立精神・神経センター国府台病院副院長、翌年院長
- 2004年 国立精神・神経センター武蔵病院院長
- 2007年4月 国立精神・神経センター総長
現在に至る。

専門領域

気分障害の薬理・生化学、臨床精神薬理、うつ病の臨床研究

所属学会：

日本学術会議会員
日本臨床精神神経薬理学会（副理事長）、日本神経精神薬理学会（理事）、日本生物学的精神医学会（評議員）、日本総合病院精神医学会（評議員）、日本うつ病学会（理事）、日本産業精神保健学会（常任理事）、日本精神科診断学会（評議員）、日本統合失調症学会（評議員）、日本不安障害学会（理事）、など。

<著書>

- 「うつ病 正しい治療がわかる本」(法研) 2008
「Primary care note うつ病 第2版」(日本醫事新報社) 2008
「患者・家族からの質問に答えるためのうつ病診療Q&A」(日本醫事新報社) 2009
「標準精神医学 Standard textbook」(医学書院) 2005
「気分障害 新現代精神医学文庫」(新興医学出版社) 2005
「双極性障害の治療スタンダード」(星和書店) 2003
「うつ病治療ハンドブック」(メディカルレビュー社) 2002 他

今日、うつ病は確実に増えている。厚生労働省が3年毎に行う患者調査によれば、気分障害の患者数は1999年に44万人であったものが2002年には71万人に、更に2005年には92万人に増加している。どこの精神科の医療機関もうつ病患者で溢れている。うつ病の増加は自殺の増加にもつながり、また医療経済学的にも大きな損失であることから、ここ数年、国をあげてうつ病対策を強化している。うつ病対策は国民にとって重要な課題になりつつあり、うつ病の啓発が進みつつあることは評価されることである。増加するうつ病の年齢層が20歳～30歳の比較的若い世代であることが特徴とされ、これら若いうつ病の病像が昔から典型的とされてきた「メランコリー型」でないことがもうひとつの特徴である。本講演では、うつ病一般に触れた上で、うつ病概念の拡大と診断の問題および最近話題の「現代型うつ病」の特徴について考察する。

<うつ病概念の変化と診断基準の影響>

1) DSM-Ⅲ以後うつ病の診断基準は拡大した(図1)

DSM-Ⅲ以降、うつ病概念は軽症側、重症側の両側に拡大した。診断が症状の質(内容)ではなく症状の数で行われることから、軽症のうつ病が広く取り込まれるに至った。一方、気分不一致な精神病性の特徴をもつものもうつ病に含められたために重症側にも概念が広がった。また、2軸診断が加わったことにより、従来診断では「うつ病」と診断されなかった、例えばパーソナリティ障害の抑うつ状態なども大うつ病エピソードの基準さえ満たせば「大うつ病」と診断されることになる。

2) 「うつ病そのものの病像」の時代による変化の可能性

執着性格あるいはメランコリー親和型性格を基盤とする「古典的うつ病(メランコリー型)」が減少していることが指摘されて久しい。市橋は「1980年代に新人類と呼ばれる世代が誕生したが、この時から古典的うつ病は減少していった」と指摘している。「罪業妄想や貧困妄想の減少」、「身体症状の増加」、「神経症化」、「軽症化、慢性化」が指摘されている。1977年には広瀬が「逃避型抑うつ」を報告し、1978年には笠原が「退却神経症」を報告したことはこれらうつ病の病像の時代による変化を反映したものであった。さらに、その後も「非定型うつ病」「自己愛性パーソナリティ障害を伴ううつ病」「ディスチミア型うつ病」などの新しい病像が報告されている(これらを総称して「現代型うつ病」と呼ぶ)。このような病像の変化は、うつ病自体社会的、文化的な影響を受ける病気であることを考えれば、ある意味必然的なことであろう。

<現代型うつ病>

「現代型うつ病」は従来型の「メランコリー型うつ病」とは明らかに異なる。何が違うのか? 症状自体は抑うつ気分、仕事の能率低下、不眠、自信低下などうつ病の症状はそろっている。異なるのは自責の念が薄く、むしろ他罰的であること、すなわち「自分を責める」、「まわりに迷惑をかけて申し訳ない」といった言動が見られず、「部下にあたる」「自分がこうなったのは上司のせい」といった他を責める態度である。また、病前性格もいわゆる執着性格ではなく、もともと他罰的で不機嫌であり、やや尊大なところがあり、他者配慮性が乏しい。このように明らかにメランコリー型でないうつ病が、特に若い世代で目立つようになった。このような性格特性は「自己愛性性格」あるいは「自己愛傾向」に相当する。現代型うつ病の特徴を備えるうつ病の多くは、もっぱら20代、30代の若年成人に見られる。(図2)

うつ病は病因、病態の面からとらえると、ヘテロな病気であると予想される。残念ながらその病因、

病態が明らかでない現時点では病因による分類と治療指針を云々できないが、現状のままではDSM-IVで大うつ病と診断されると、そのサブタイプを特定しても、治療法が区別されるわけではない。薬物療法では、いずれの場合もSSRIあるいはSNRIが第一選択となり、精神療法で言えば認知療法ということになる。これではサブタイプを特定する意味がないのである。今、われわれがやるべきことは若年成人の「現代型うつ病」と古典的うつ病を対象に治療法の比較検討を行い、治療法の指針を作成することである。

冒頭で述べたように、うつ病は年々増加の一途をたどっている。いくら精神科あるいは心療内科クリニックが増えても対応しきれない状況である。増加の中心は若年成人であり、現代型、非定型の病像を示すものである。従来の薬物療法と小精神療法では改善の得られないケースが多くなっている。じっくりと時間をかけた精神療法や心理教育が必要である。

図 1

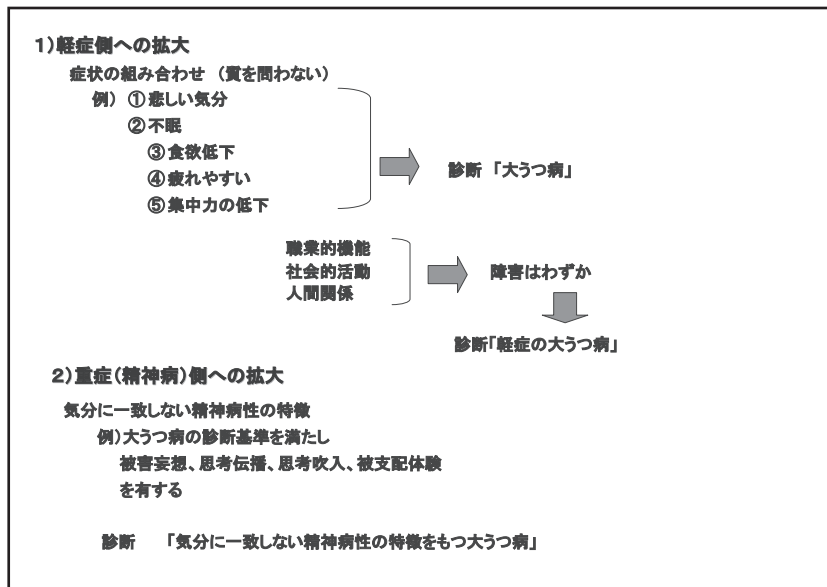


図 2

**自己愛性の傾向を持つ
うつ病の特徴**

**他責的、不機嫌、尊大、無責任、請求多く、
他者配慮の欠如、自己中心、傷つきやすい
など**

Memo

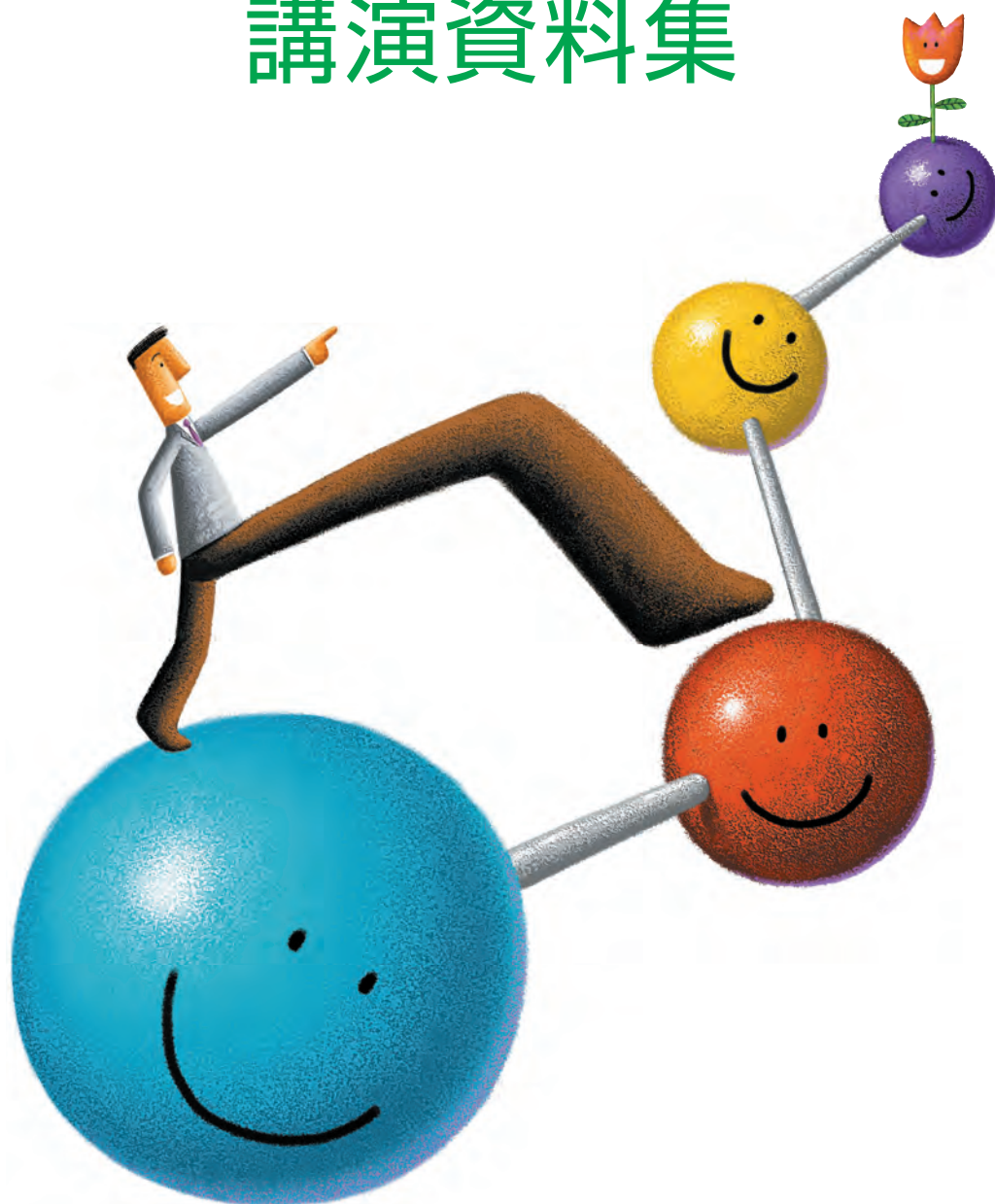
Lined area for writing a memo.

平成 21 年度

心の健康づくりシンポジウム

～職場(組織)の能力を発揮できるようにするために～

講演資料集



開催日

平成22年 1月12日 火 東京国際フォーラム ホールB7・D1

シンポジウム

「新しいうつ」と職場のモチベーション ～職場、産業保健、人事はどう接し、どう対応すべきか～

特別講演

最近の若い労働者の心の健康問題 ～うつ病を中心に～

主催 厚生労働省・中央労働災害防止協会