

http://www7a.biglobe.ne.jp/~

1

メンタルヘルスの相談

tsudax99/tebiki/  
tebiki\_index.htm



このファイルの主な内容

- 心の健康相談(労働相談情報センター)
- 精神保健福祉センター
- 産業保健推進センター
- 労災病院
- その他の公共相談窓口
- いのちの電話
- 入院
- 訪問看護
- 社会復帰施設
- 成年後見制度
- 医療費の公的負担

関連事項

- 心の病気と対処法一
- 健康管理一
- 職場復帰の支援一
- 労災保険制度一

心の健康相談(労働相談情報センター)

●心の健康相談(予約制)

能力主義の増加など、私たちが働く環境は複雑に変化しており、健康を害する人が増えてきています。健康には、肉体的健康のみならず、精神的健康いわゆる「心の健康」も含まれます。

過剰なストレスを上手に処理し、健康な生活を送るために、専門家による「心の健康相談」を活用してはいかがでしょうか。

なお、心の健康相談は予約が必要です。担当する相談センター(事務所)にご連絡ください。

所	曜日	相談員	相談時間
労働相談情報センター (飯田橋)	火曜日	臨床心理士	午後2時 ～5時 (※予約受付は 2時～5時)
労働相談情報センター 大崎事務所	第1,3水曜日	カウンセラー	
労働相談情報センター 国分寺事務所	金曜日 +第2,4火曜日	臨床心理士	

→労働相談情報センター一覧

※事前の予約が必要です。実施曜日は変更されることがあります。

\*\*\* 無料・秘密厳守 電話で受付します。\*\*\*

なお、相談は職場の労働問題と関連あるものに限らせていただいています。

例えば、こんな悩みの相談をお受けしています。ご家族、職場関係者(上司、人事担当者)のご相談もお受けします。

- 仕事が自分に合わないので不安
- 異動した新しい職場になじめない
- 責任ある食についたが重荷で憂鬱である
- 仕事に集中できず無気力になる
- 職場の人間関係がうまくいかない
- 就職しようと思うが、いろいろと不安がある
- 部下の言動がおかしいが、どのように対応したらよいか
- 家族が仕事の関係で心の病気になっているのではと思うが...
- 職場でセクハラを受け、気持ちが不安定になっている

精神保健福祉センター

- 東京都立中部総合精神保健福祉センター

〒157-0057  
住所 世田谷区上北沢2-1-7  
電話 03-3302-7575(代表)  
03-3302-7711(相談専用)  
03-3302-7704(広報研修係)

管轄:港区、新宿区、品川区、目黒区、大田区、世田谷区、渋谷区、中野区、杉並区、練馬区

こころの電話相談  
03-3302-7711  
月曜日～金曜日(祝日を除く)9:00～17:00

こころの夜間電話相談

< 対象は、東京都内にお住まいの方です。 >  
03-5155-5028  
17:00～23:00(受付は22:30まで 祝日と年末年始除く)

・相談は、電話相談と面接相談があります。  
・面接相談は予約制です。  
(面接を希望される方は、相談専用電話にお電話ください。)  
・相談は無料です。相談内容の秘密は厳守します。  
・ご本人・ご家族に加えて、関係機関の方からのご相談もお受けしています。ご家族だけでも相談できます。

人とのつきあいやこころの病気で悩みの方の相談を関係機関と協力しながら行います。  
精神科ソーシャルワーカー、保健婦、心理、精神科医などが担当しています。

### トライワークプロジェクト

50歳未満で、主に躁うつ病や統合失調症の方がこれから就労を目指す「ワークトレーニングコース」と、うつ病で休職中の方が復職を目指す「うつ病リターンワークコース」との2種類のコースがあります。

両コースとも、週4日間のデイケアで、最長12か月の利用ができます。  
精神科デイケア料がかかります。各種健康保険、該当する方は公費負担制度が利用できます。

現在精神科、神経科通院中で、都内在住もしくは在勤の方が対象です。

詳しくは、上記センター(tel.03-3302-7711)までお申し込みください。

※アルコール・薬物依存症の方、発達障害、知的障害の方は、障害の特性が異なるため、申込みを受け付けていません。

### ★ワークトレーニングコース

#### ・職業レディネスサポートプログラム

	月	火	木	金
午前	工作 パソコン クリーニング	工作 パソコン クリーニング	共同作業 園芸 工作	工作 パソコン クリーニング
午後	スポーツ リラクゼーション	全体活動 (ハローワークや 職場訪問など)	就労SST 就労セミナー	ジョブガイダンス 生活セミナー

職業レディネスサポートプログラムでは、午前中の作業種目[OA作業(パソコン)、立ち作業(クリーニング)、共同作業]での就労に必要な集中力や根気、チームワーク、規則正しい生活習慣の涵養に加えて、午後は病気や生活の知識、社会資源の活用法、就労に必要な知識などを学び、就労SST(社会生活技能訓練)や全体活動、スポーツなどを通してコミュニケーションや体力の向上を目指します。職業適性検査も行います。6か月間程度でチャレンジプログラムに移行します。

チャレンジプログラムではワークトライアル(実習や体験就労)と個別的就労支援(適性に応じた仕事探し)を行います。就労後のサポートも行います。

### ★うつ病リターンワークコース

#### ・うつ病リターンワークコース

	月	火	木	金
午前	オフィスワーク パソコン	オフィスワーク パソコン	オフィスワーク パソコン	オフィスワーク パソコン
午後	スポーツ	キャリアアップ セミナー	グループ ミーティング	教養と趣味の時間

うつ病リターンワークコースは、うつ病や神経症で休職中の方、これから復職を予定しているが自身がない方が対象のコースです。

参加には職場に在籍していることが必要です(自営業の方はご相談ください)。

復職する自信を取り戻し、再発を予防する知識を習得することが目標です。

必要に応じて事業所や産業医、主治医と連携して、中立的立場から復職に向けた環境づくりをサポートする復職個別支援も行います。支える家族へのサポートも行います。

うつ病ですでに退職してしまった方はワークトレーニングコースへの申込みとなりますが、うつ病の障害特性を考慮したプログラムを行います。専門職員と精神科医が復職をサポートします。

利用にあたっては職場の承諾は必須ではありませんが、職場の理解があることが望ましいです。

●東京都立多摩総合精神保健福祉センター

〒206-0036  
東京都多摩市中沢2-1-3  
こころの電話相談  
電話 042-371-5560  
月～金曜日(祝日を除く)9:00～17:00

こころの夜間電話相談  
042-373-7711  
水曜日、金曜日(祝日は除く)17:00～20:00

●東京都立精神保健福祉センター

〒110-0004  
東京都台東区下谷1-1-3  
こころの電話相談  
03-3842-0946  
月～金曜日(祝日は除く)9:00～17:00

管轄:千代田区、中央区、文京区、台東区、墨田区、江東区、豊島区、北区、荒川区、板橋区、足立区、葛飾区、江戸川区、島しょ地域

---

産業保健推進センター

●東京産業保健推進センター

メンタルヘルスの窓口相談を含め、職場の健康に関する様々な支援活動を実施しています。

<http://www1.biz.biglobe.ne.jp/~sanpo13/>

●地域産業保健センター

厚生労働省が地区医師会に委託して事業を実施しており、産業界の選任義務のない労働者数50人未満の事業場を対象に、産業保健サービスを無料で提供しています。

健康相談窓口の開設、個別訪問による産業保健指導の実施、産業保健情報の提供等を実施しています。

関連事項: [健康管理](#)

---

労災病院

[フリーダイヤル・電子メールによる相談が可能な病院]

横浜労災病院 勤労者メンタルヘルスセンター

神奈川県横浜市港北区小机町3211

電話 0120-706-185

[mental@yokohamah.roufuku.go.jp](mailto:mental@yokohamah.roufuku.go.jp)

[電話相談等への対応が可能な病院]

関東労災病院

神奈川県川崎市中原区木月住吉町2035

電話 044-434-7556

東京労災病院 勤労者メンタルヘルスセンター

東京都大田区大森南4-13-21

電話 03-3742-7556

電話による「勤労者 心の健康相談」  
相談日 月曜日～金曜日(ただし、祝日・年末年始・7月1日を除きます)  
受付時間:14:00-20:00  
電話番号: 03-3742-7556  
産業カウンセラーが対応

<http://www.roufuku.go.jp/rosai/>

●保健所

地域の精神保健福祉に関するもっとも身近な相談機関です。  
区によって、保健相談所、保健センターなど名称はさまざまですが、  
こころの病やその障害、社会復帰のことまで幅広い相談をおこなっています。  
通院医療費公費負担制度や精神障害者福祉手帳の申請もこちらです。  
相談には保健師や医師などの専門スタッフが応じています。  
ご相談を利用される方は事前にお電話で予約してください。

●福祉事務所

地域の福祉を支える総合的な機関です。  
生活保護などの経済的な問題や福祉制度についてさまざまな相談が受けられます。

●児童相談所

こどもに関するあらゆる問題の相談がうけられます。

●梅が丘病院子どもの精神保健相談室

子どものこころの問題に関して広く相談がうけられます。

受付日時 月曜日～金曜日(年末年始、祝日を除く)  
午前9時30分～11時30分  
午後1時 ～4時30分

電 話 03(3323)7621

---

ボランティア団体等

●うつ・不安啓発委員会

UTU-NET(うつネット)は「うつかもしれないと思っても、なかなか人には相談できない」という方々の声に応えて、うつ・不安啓発委員会がうつ病に関する詳細な情報提供を目的として立ち上げた公式ホームページです。

UTU-NET運営事務局シータイム  
<http://www.utu-net.com/commission/index.html>  
〒104-0031  
東京都中央区京橋2-11-7  
サンフラービル2階  
utu-net@ctime.co.jp

●全家連相談室

精神障害者のご家族のかた、悩みを抱え込まずにご相談を。

相談は来所(予約制)か電話のみ

受付日時 月曜日から金曜日(午前10時～午後4時)

電 話 03-5828-1990

●摂食障害者のセルフヘルプグループ

NABA(日本アノレキシア・プリミア協会) tel.03-3302-0710

OA(Overeaters Anonymous) tel.03-5951-1648

●地域生活支援センター

地域で生活する精神障害者の日常的な支援、相談、地域交流などを行うことによって、社会復帰や自立、社会参加の促進を目指す施設です。

●(社)日本産業カウンセラー協会

有料の面談相談

産業カウンセラーが面談相談を受けます。

相談は予約制。1回50分

料金:1回 6,000円

電 話 03-3355-3303

無料の電話相談

受付時間 午後3時～午後8時 1人1回30分以内

電 話 03-5776-7830

●医療機関の相談室

病院や診療所によっては、相談を受け付けているところもありますので、それぞれの病院にお問い合わせ下さい。

●連合東京の「働く人の悩みホットライン」

tel.03-5776-7830

月曜日～金曜日(祝日を除く)

午後3時～午後8時 1人1回30分以内

相談料 無料(通話料金は本人負担)

相談員 日本産業カウンセラー協会のカウンセラー

●権利擁護センター すてっぷ

精神障害者の権利擁護についての法律専門相談(弁護士による相談)を受けています。  
財産・相続・消費契約などの法律問題に関する相談ができます。

受付日時 火・木・金曜日(午前9時～午後4時)で面接は予約が必要。

電話 03-3268-2611

【地域福祉権利擁護事業】

福祉サービスの利用のお手伝いや、生活費などの預貯金の出し入れ、大切な通帳などの預かりなどをお手伝いをします。  
ご利用の場合は、ご本人との契約になり、利用料がかかります。

お問い合わせや、ご相談は、都内の区市町村社会福祉協議会等または、権利擁護センターすてっぷまで。

地域福祉支援担当 03-3268-2140

いのちの電話

●東京いのちの電話

いのちの電話は誰にも相談することができずひとりで悩んでいる人のための24時間「眠らぬダイヤル」です。

名前を言う必要はありません。

相談電話	(03) 3264-4343
聴覚障害者専用FAX	(03) 3264-8899

E-mail での相談は受け付けておりません。  
連絡を取りたい方は、東京いのちの電話事務局までお電話下さい。

東京いのちの電話事務局 TEL: (03)3263-5794  
FAX: (03)3264-4949

日本いのちの電話 24時間無料電話受付  
738-556

0120-

1日24時間電話を受けつけます。  
秘密は必ず守ります。  
匿名でもさしつかえありません。  
お互いの宗教や思想を尊重します。  
必要に応じて精神科・心理面接を受けることや土曜医療電話相談にかけることができます。  
電話相談員は所定の訓練を終了し認定を受けた人々です。

ファクシミリ相談

FAX番号 (03) 3264-8899

相談時間 9時～17時まで(平日のみ)

聴覚・言語障害者を対象とします。  
ファクシミリ相談を担当するのは、所定の訓練を終了した人々です。

土曜医療相談

相談電話 (03) 3264-4359

相談時間 毎週土曜日14時~17時

身体・健康・病気など医療に関する相談を受けます。  
各科の専門医師がボランティアで電話を受けます。

精神科・心理面接

予約受付 (03) 5802-2088

予約受付時間 10時~17時(毎週月・水・木)

面接料 1回 3,500円

(面接料は1998年度変更になりました。今後も変更する場合があります)

精神科医師、カウンセラーによって、面接・治療を行っています。面接を希望する場合は予約が必要です。

●中央労働災害防止協会

事業場の管理監督者、産業保健スタッフ等に対する情報提供、助言、教育研修の場の提供等を行っています。

<http://www.jisha.or.jp/>

●産業医学振興財団

産業医・産業保健スタッフ等への機関誌等による情報提供、講習・研修の場の提供を行う。

<http://www.zsisz.or.jp/>

入院

●5種類がある

精神病院への入院については、精神保健福祉法により次の5種類が定められています。

(1)	任意入院	精神病院への入院は、本人の同意に基づいて行われるのが原則。 精神保健福祉法第22条の3および4に定められた入院方法で、患者と入院する病院の管理者との治療契約によるものであり、身体疾患と同じである。 入院患者は退院請求すれば基本的には退院可能であるが、精神保健指定医が医療・保護の必要ありと判断した場合は72時間に限り退院制限できる。
(2)	医療保護入院	精神保健指定医が診察した結果、精神障害者であって医療および保護のため入院の必要があり、任意入院の対象ではない場合で、(1)扶養義務者の同意による場合は4週間に限度として、(2)保護者の同意がある場合は療養保護の必要な症状がとれるまでの間、患者本人の同意がなくても行動制限を伴う環境で治療することができる。 任意入院の場合で、本院が「即時退院させてほしい」といった場合、医師当の判断により72時間限度で退院を延長できる。この時間内に、保護者の同意により、医療保護入院に切り替えることもできる。
(3)	応急入院	応急入院指定の病院において、精神保健指定医が診察した結果、精神障害者であって入院させなければ医療保護を図るうえで著しい支障があると認められ、任意入院の対象でなく、保護者の同意も得られないときは、本人の同意がなくても72時間に限り入院させることができる。
(4)	緊急措置入院	精神障害者またはその疑いのある人が、症状が急迫し自傷他害の行為が著しく急を要するために通常の措置入院手続きをとらない場合の制度。 この場合、家族などへの診察の通知と立会い、精神保健福祉法第27条の当該職員の手続き、2人以上の精神保健指定医の診察、を省略できる。
(5)	措置入院	精神障害者が自傷他害のおそれがある場合、都道府県知事が精神保健指定医の意見に基づき本人、保護者の意思に反してでも強制的に精神病院に入院させる制度。 精神保健福祉法第23条から第26条の2までの申請、通報、届出に基づき、2人の精神保健指定の診断の結果2人とも上記症状のため入院措置が適当と判断されること、当該職員が立ち会うこと、現に保護の任にあたる者が立ち会えることなどを人権擁護の面から必要とされている。

●通報による入院

措置入院(精神保健法第27条)に際して、第24条に警察官による通報制度があります。

#### 一般人の通報によるもの

誰でも、精神障害者ではないかと思われる人を把握した場合には、保健所に通報できることになっています。

その結果、措置入院に該当すると思われる場合は、都道府県の責任で精神保険指定医2名による診察が行われます。

「自傷他害のおそれがある」場合は、入院となります。

#### 警察官の通報によるもの

警察の場合は、措置入院にしても通報制度があるし、本人を精神科医のもとへ連れて行くこともできます。

応急入院の場合は、警察官が病院まで付き添う場合があります。

#### ●不服申し立て

医療保護入院時であっても、医師の判断に対して不服があるときは申し立てができます。

都道府県の精神医療審査会に電話して、不服を申し立ててください。

### 訪問看護

#### ●医療機関と保健所が行う

退院後の支援手段として有効です。

医療機関と保健所(地域保健の実践行政機関)からサービスを受けられます。

#### ●医療機関(病院・診療所)、訪問看護ステーションからの訪問看護

申請できるのは、すでに医療機関に通院している人に限ります。  
申し込みは、本人または家族ができます。

この場合、主治医は訪問看護担当者(看護師等)に訪問看護を指示します。  
訪問看護の実施結果は主治医に報告されます。

注意しなければならないのは、家族のみの希望で訪問する場合です。  
本人が希望しないのですから、家族や主治医と十分連絡を取り合って本人に負担がかからないように配慮しなければなりません。  
また、病状が悪化したとき本人が訪問看護を拒むことが多くあります。

#### サービスの内容

次のようなサービスが、担当者の判断により行われます。

##### 1. 再発防止の援助

苦痛の緩和、服薬の管理指導、病状管理指導、外来診療の受け方、社会生活の援助(病気を認識し医療機関を上手に利用するなど)

##### 2. 生活支援

生活のしづかさの緩和、生活知識の共有、生活技能訓練、社会資源の活用、人とのつきあい方などの支援

##### 3. 家族支援

障害者とのつきあい方、生活と病気の理解、など

#### 訪問看護料金

1回につき5500円(2003年現在)ですが、保険が使用できますので、保険の自己負担額と交通費が請求されます。

通院公費負担制度(精神保健福祉法第32条)を利用すれば約300円ほどの自己負担ですみます。

また、訪問看護ステーションの場合、管理料が追加されます。

訪問看護の回数は週3回までですが、病状や本人や家族の要望などを主治医が総合的に判断して決めます。

●保健所(地域保健の実践行政機関)からの訪問指導

居住地の保健所に相談します。  
地区担当の保健婦が相談に応じ、その判断により訪問が決定されます。

料金は無料です。

サービスの内容は、医療機関との連携方法の指導、再発防止支援指導、生活支援指導、家族指導などです。

●医療機関と訪問看護ステーションとの連携による訪問看護

受診中の医療機関の主治医と本人や家族の希望を考慮して訪問看護ステーションに訪問看護を依頼する場合があります。

また、訪問看護ステーションに直接申請することもあります。

社会復帰施設

●生活感を取り戻すための手だて

地域生活を提供するために、さまざまな社会復帰施設があります。

<p>支援寮</p>	<p>入院の必要はないけれども独立して日常生活を送ることが難しい人に生活の場を提供する施設。 20名以上の利用が可能。利用期間は原則2年間だが、さらに1年まで延長が可能。 利用者は、低額な利用料で居室その他の施設を利用することができ、自立生活に必要なサポートを受けながら共同生活を送ることができる。</p>
<p>福祉ホーム</p>	<p>一人で生活できる力をもっていないながらも、さまざまな家庭環境や住宅事情などの理由から、住まいの各区補がしづらい人が利用できる。 規模は10名以上の利用が可能なので、利用期間は原則2年以内(延長もある)。 食事は原則として自炊だが、施設によっては食事の提供を行っているところもある。</p>
<p>グループホーム</p>	<p>日常生活のサポートを提供するスタッフ(世話人)を配置した、5~6人で生活する共同住宅。 掃除・洗濯などある程度身の回りのことは一人ででき、ホームから職場や作業場などへ通っている人を対象としている。 利用期間は各々の設置主体によって定められているが、利用者の状況に合わせながら2~3年を目安に一般のアパート等へと移っていくことが多い。民間のアパートや一軒家を利用して、より自然な形で地域生活をサポートする。</p>

●ショートステイ施設

ショートステイとは、介護者が事故や病気など何らかの事情で介護ができないときに、一時的に入所施設に入所して介護サービスを利用する制度です。

精神障害者を対象としたショートステイは、支援寮など入所施設の一部として実施されてきました。

在宅の精神障害者を対象に、家族の冠婚葬祭、病気、事故などの事情で、在宅における処遇が一時的に困難な状況になったときに、7日以内を原則として入所利用ができる施設で、精神障害者生活訓練施設(支援寮)に併設されています。

成年後見制度

●事前に任意後見を決めることもできる

障害者に保護者がいなくなった場合は、精神保健法第21条の規定で、その人の住所を管轄する市町村長が保護者となります。

また、従来、禁治産、準禁治産という制度がありましたが、これが改正されて、成年後見制度がつけられています。

〈成年後見制度〉

法定後見

「法定後見制度」とは、現に判断能力が不十分な状態にある人に対して家庭裁判所が後見人・補佐人・補助人など

後見人

補佐人



成年後見

任意後見

「任意後見制度」は、本人自身が、将来判断能力の衰えた場合に備えて、あらかじめ公正証書による任意後見契約によって後見人を選任しておく制度

成年後見制度を利用しようとするときは四親等内の親族、身よりの人がいない場合は、市町村長が家庭裁判所に、該当すると思われる類型の成年後見人の選任を申し立てます。

申立用紙は家庭裁判所の受付に用意されていますので、必要事項に記入し、印紙(600円、2003年現在)を貼付して、戸籍謄本等の必要書類を添付して、申立を行います。

後見人	従来の禁治産に相当。 幻覚や妄想などの症状や、人格水準の低下などの症状が長期にわたって強く残っていて、退院が難しい状況に適用。 生活全般をカバーする(日常生活関連事項は除く)。
保佐人	従来の準禁治産に相当。 自己の健康状態に対する適切な理解、他人からの合理的な説得が受けにくい状態で、医療保護入院が必要な状態に近いもの。 不動産や重要な財産の売買や遺産の分割、家の新築、借金をすることなど、重要な事項について保佐人の同意権と取消権を認めている。
補助人	日常的な事務やルーティンはこなせるけれども、遺産分割や不動産の処分などになると、一人で判断するには不安がある状況。

**成年後見人を公募・養成へ 東京都が今年度50人**

東京都は、認知症(痴呆(ちほう)症)や知的障害などで判断力が不十分な人に代わって、財産の管理や契約などを行う「成年後見人」を市民から一般公募し、養成する事業に乗り出す。

リフォーム詐欺や強引な訪問販売など悪質商法の被害が続出する中、後見人を増やす必要があるため、担い手には定年退職する「団塊の世代」を念頭に置いている。朝日新聞が全都道府県に聞いたところ、都道府県が直接、後見人を養成するのは初めての試みだ。

東京都は、00年に126万人だった70歳以上のお年寄りが、20年にはほぼ倍の242万人に急増するとされる。大都市では急速な高齢化が予想されており、東京都の試みは大都市を抱える道府県の参考になりそうだ。

都は一般公募に加え、都内の市区町村が推薦した人を対象に、後見人に必要な法律や福祉の研修を行う。

後見人として活動している弁護士や司法書士らとの現場実習を経て、成年後見人として各自治体や社会福祉協議会などに登録。

成年後見制度を必要とする人の判断能力に応じて、「後見人」「保佐人」「補助人」を務める。来年3月をめどにまず約50人の養成を目指す。

少額の財産管理や生活費の受け渡し、普段の見守り活動など、複雑な法律が絡まない比較的簡単なケースを担当する。

完全なボランティア型とするか、若干の報酬を受け取るかは、登録先の各市区町村などに任せるとする。

都としては、各自治体と後見人が地域の中で連携や連絡を密にすることで、後見人の質を担保することにもつなげたい考えだ。

都が後見人の養成に乗り出すのは、急速な高齢化に伴って成年後見制度のニーズも高まると予想するため。

都によると、00年に1007件だった制度利用の申し立ては、04年には倍の2021件に上った。

近年は弁護士や司法書士、社会福祉士ら第三者に後見人を頼むケースが増えているが、第三者による後見では、専門家の不足や、報酬を支払う必要があることから低所得の人が利用しにくい面もある。

ボランティアか、少額の報酬で済む東京都型の後見人が増えれば、収入の少ない人も利用しやすくなり、専門家が法律関係の入り組んだ複雑なケースに専念できる。

企業などで知識や経験を蓄積してきた「団塊の世代」が今後、数多く退職するため、後見人として地域社会で活躍してもらえないかという期待も都にはある。

(asahi.com 2005.10.16)

**医療費の公費負担**

●患者負担は5%

精神障害者が通院して精神障害の医療(精神科または心療内科)を受けるときは、患者の申請により医療費の公費負担が行われます。

公費負担の範囲は精神障害医療費の95%で、患者負担は本人・家族とも5%で済みます。

なお、精神障害への医療には該当しない部分については、通常の負担が必要です。

医師より「うつ病」の診断があった場合は、聞き直って精神科通院患者医療費公費負担制度の申請を行うことをお勧めします。

また「うつ病」診断により健康保険傷病手当金の受給も可能です。

都道府県により異なりますが、精神科通院患者医療費公費負担制度を利用すると、後に、市区町村から5%の自己負担も還付されることがあります（精神衛生保険法32条）。  
 ※還付制度を実施していない市区町村もあります。詳細は市区町村役所にお問い合わせください。

●ケースワーカーに相談を

この制度は精神保健法第32条に基づくもので、通常通院先の病院で申請を受け付けてくれますので、医師又はケースワーカーに相談してみてください。

通院先の病院、又は、住所地の保健所が手続きの窓口となります。

●措置入院の場合

措置入院の場合は、患者の一部負担金が公費負担の対象になります（つまり、患者負担はなし）。

ただし、患者や家族の負担能力によっては、自己負担が必要となる場合があります。

●やむを得ず退職させる場合

退職させる前に傷病手当金の受給について検討してください。また、労災扱いできないか、吟味する必要があります。

退職させる場合には、継続的な医療保証が求められますので、任意継続の申請を出してもらい、健康保険適用を考慮します。

障害者手帳・通院医療費交付負担 変更届・再発行申請書						
市町村名		コード				
受理年月日						
〇〇県知事 殿			平成〇年〇月〇日			
私は、次の事項(○印)について申請・届出します。						
1. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の[ア. 氏名の変更 イ. 〇〇県域以外からの転入による住所変更 ウ. 〇〇県域内の住所変更 エ. 毀損・紛失等による再発行申請]						
2. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条に基づく通院医療費の公的負担の[ア. 氏名の変更 イ. 〇〇県域外からの転入による住所変更 ウ. 〇〇県域内の住所変更 エ. 通院医療の医療機関の変更 オ. 保険の種類の変更 カ. 毀損・紛失等による再発行申請]						
障害者手帳の手帳番号			通院医療費の受給者番号			
フリガナ					性別	明・大・昭・平
本人氏名	濁点は1マス使い、姓と名の間は1マス開けてください				男・女 印	生年月日 年 月 日
変更後の住所	〒	住所は漢字、左詰で記入してください。		電話 ( )		
	〇〇県					
家族の連絡先	氏名	続柄	住所	電話 ( )		
変更前の住所(都道府県から記入)	電話 ( )					
手帳申請欄	再発行申請の理由		1.汚れ 2.破れ 3.紛失 4.その他( )			
公費負担	変更後の通院医療の医療機関	名称	医療機関コード			
		所在地				

申請書	変更後の保険の種類	1.被用者(本人) 2.被用者(家族) 3.国民健康保険 4.老人保健 5.生活保護(福祉事務所) 6.その他		
	再発行申請の理由	1.汚れ 2.破れ 3.紛失 4.その他( )		
申請書を提出した者	氏名		本人との関係	
	住所	電話 ( )		
※審査年月日	年 月 日	※審査結果	[通院公費] 承認 不承認 保留	
※行政府記入欄				

(注)○○県域外からの転入による住所変更をした時は、本届出書の他に、「障害者手帳・通院医療公費負担申請書」を提出してください。

#### 残業月60時間超で「自殺考えた」急増 財団法人調査

経済界などで行く財団法人、社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所が、「残業と心の健康の関係」などについてアンケートしたところ、残業が月に60時間を超すと、自殺を考えたことのある人の割合が急に増えるという結果が出た。

03年9月～05年3月に、15の企業・自治体で働く1万738人(平均年齢37.5歳)に対し、残業時間などを月60時間未満までは10時間刻み、次いで60～80時間未満、80時間以上という区切りで実態を尋ねた。

残業が月に60時間未満までは、各時間帯で「死にたいと思うことがよくある」と答えた人が3.6～4.7%いたが、60～80時間未満は6%と急に上昇。80時間以上は7.1%となった。

ただし、実数の累計で「死にたいと思うことがよくある」と答えた人が、60時間未満で401人(60時間以上では74人)いたことから、同研究所は「60時間未満の人もメンタルヘルス対策の対象から漏れないように注意する必要がある」としている。

(asahi.com 2005.8.28)

#### 厚労省、ストレス休職者の職場復帰支援へ

厚生労働省は12日までに、うつ病などで休職したサラリーマンの職場復帰支援を行うことを決めた。各都道府県に設置されている障害者職業センターで、復職後の職務の見直しを含めたカウンセリングや訓練を行う。来年度からモデル事業を行い、数年後の実施を目指す。

計画によると、各センターに配属されている専門のカウンセラーが、本人や主治医、所属企業の産業医、上司らの意見を聞きながら復職後の職務内容を検討。新しい職務内容にあった訓練を行ったうえで、復職する職場での実習も支援する。

モデル事業は、日本障害者雇用促進協会の障害者職業総合センター(千葉市)で実施。

対象は、在職中にうつ病や精神分裂病などを発症して休職し、病状が安定したため復職を希望しているサラリーマン10人。期間は4～6か月を予定。

不況で職場のストレスが増える中、ストレスで休職後、同じ職場に復帰したため休職を繰り返し、そのまま退職を余儀なくされるケースが多い。一方、休職者を職場に復帰させるノウハウは企業側にも乏しく、日経連などからは専門的な支援を求める声が出ていた。

同省によると、うつ病など気分障害の患者数は、継続的に治療を受けているだけでも1999年現在で推計44万人。

職業生活でストレスを抱える人の割合も増加し、「大企業の社員の1%程度は何らかの精神障害を持つ」と言う産業医もいる。旧労働省は一昨年、職場のメンタルヘルスクアについての指針を出すなど、対策を実施している。

(Yomiuri on line 2002.1.13)

#### 精神障害での労災請求、過去最多の勢い 厚労省まとめ

仕事上のストレスなどが原因でうつ病などの精神障害を発症したとして労災請求をした件数が、今年度上半期(4～9月)で200件を超え、年間で過去最多だった昨年度同期を4割近く上回っていることが10日、厚生労働省のまとめでわかった。

昨年度精神障害による労災請求件数は341件で、前年度を3割近く上回って過去最多だった。今年度上半期は203件で、昨年度同期(148件)を大幅に上回っている。

精神障害による請求件数のうち、自殺(未遂を含む)に至ったケースは69件で、年間で112件と最多だった昨年度同期を16件上回っている。

また、過労によって脳血管疾患や虚血性心疾患などになったとして労災請求したのは371件。昨年度の同期より32件少ないものの、高い水準にある。

厚労省労災補償部は「リストラや長時間労働など労働者の心身に負担がかかる職場環境になっているのでは」と話している。

### 「勝手に死んだわけじゃない」 30日に自殺防止シンポ

自殺防止の活動を続ける各地の民間団体が30日午後4時から、東京・永田町の参議院議員会館第一会議室でシンポジウムを開く。活動報告のほか、夫を自殺でなくした女性らが体験を語る。

体験を語るのは茨城県在住の南部節子さん。横浜市内に単身赴任していた夫の攻一さん(58)が昨年2月、電車で飛び込み、自殺した。

従業員約20人のプラント設計会社のグループリーダーだった。

はね飛ばされ、遺体は線路脇の池に落ちていたという。遺品の中から出てきた、水でふやけた住所録の裏側に遺書らしき言葉が書かれていた。

《仕事ができない。全くできない。どうしようもない。なんで分かりません。どんどん遅れて全くできません》

「ごめんなさい」と20回近く、「あかん」と4度、書き運んでいた。

悲しみと自責の思いうちひしがれていたが、周囲には「病死」と伝えた。「なんでうそをつくの」と子どもに問われ、転機になった。

日本の自殺の多さは異常だ。弱い人間が勝手に死んだわけじゃない。追いつめられたのだ。社会問題としてとらえないと、自分と同じ思いをする人は減らない――。

「自殺予防につながるなら」と講演の打診を引き受けた。「お父さんは何も悪いことはしていない」。ちゅうちょしたが氏名も明かしてマイクを握ることにした。

シンポはNPO法人「自殺対策支援センター ライフリンク」が企画。自殺防止の電話相談や遺族のケアを続ける東京や大阪の団体関係者、弁護士、公衆衛生の専門家が日頃の活動について報告し、国が本腰で自殺予防に取り組むよう訴える提言を出す。

(asahi.com 2005.5.29)

出典・参考:  
中央労政事務所パンフレット  
東京都立中部総合精神保健福祉センターのウェブサイト  
(<http://www.tokyo-eiken.go.jp/seishin/chubu/chubu.html>)  
産業カウンセリング入門(日本文化科学社 杉溪一言ほか著)  
週刊東洋経済(2001.6.23)  
労働新聞(2002.6.17)  
社会保障制度案内(<http://www.06.u-page.so-net.ne.jp/za2/kengo-y/index.html>)  
メディカルスタッフのための精神障害Q&A(中央法規出版 蜂谷英彦ほか著)  
職場のメンタルヘルスハンドブック(学芸社 大西守・島信著)  
あなたの診察、録音しました(ライブドアパブリッシング 優月葵著)  
falo(東京司法書士会)

←目次に戻る

2.

## 心の病気と対処法

## 〈このファイルの主な内容〉

- ・原因は簡単にはわからない
- ・相談者に共通したメンタリティ
- ・家族の協力
- ・PTSD
- ・統合失調症
- ・うつ病
- ・神経症
- ・心身症
- ・境界例
- ・発達障害
- ・モトリアム
- ・うつ病への対処
- ・うつ病にならないための9か条
- ・自己評価用ストレス度チェックリスト
- ・復職・休職を繰り返すケース
- ・プロのカウンセラーでない者が相談する場合の心得
- ・病識の希薄な従業員への対応
- ・受診の勧め方
- ・愁訴
- ・痴呆
- ・三者面談
- ・プライバシーを保護しながら周囲に事情を説明する
- ・心理療法の技法

## 関連事項

- ・メンタルヘルスの相談→
- ・健康管理→
- ・職場復帰の支援→
- ・労災保険制度→

## 原因は簡単にはわからない

## ●判断は難しい

業務が原因となって精神性の病気を発症した場合は、使用者は民事損害賠償責任を負担することとなります（＝相当因果関係が必要）。

ただし、心の病の原因の探求は、身体医学のように機械を使ってというわけにはいきません。基本は面接です。しかし、けっこう難しいものなのです。

## ●本人が混乱している

本人は、精神的にも混乱していることが多く、秩序だてて説明したりすることが困難です。話がまとまりに欠け、前後関係があやふやであったり、また、一方的な偏りがみられ、同じ話を何度も繰り返して肝心な話にいかないのは日常茶飯事です。

## ●自分にとって触れられたくない部分は、見たくない

原因探求は、本人の影の部分、秘密の部分の探求になることが多く、それは本人にとって見られたくない、触れられたくない部分です。精神的に落ち着いてきてゆとりが出てこない、自分の影を見ることはできないし、また、相談相手に対する信頼感が出てないと、言えないものです。

この影の部分こそが、重大な原因であることが多いのですが、無理に聞き出そうとすれば、人道的に問題だといえます。

## ●職場に内緒にしたい

うつ病などで悩んでいても、近隣の専門医を受診すると見とめられるのではないかと危惧し、わざわざ遠くの病院を選んで通院する患者も少なくありません。それどころか、受診そのものすらできないという人もいます。そのために病気が進行し、簡単には治らないところまで重傷化するケースも多数います。

しかし、会社としては、病気の種類にかかわらず病名を安易に職場に伝えるべきではありません。心の病気については、いまだに差別的な扱いを受けることが少なくないのです。

まずは、周囲に対する秘密を保持した状態で、精神科や心療内科を受診するように勧めます。

こうした場合、ストレートに病状を指摘して専門医の受診を勧めたのでは、本人が抵抗することがあります。

そういうときは、突然休む、遅刻する、会議に欠席する、仕事を期限までに仕上げられないなどの現実的な問題を列挙したうえで、病気でないとすれば、人事労務管理上、厳しい対応も迫られることを明確に告げ、医師の受診を促します。

## ●本人が思い出せない

原因を探ろうにも、本人が思い出せないことがあります。

特に急性の幻覚妄想状態の体験や、家庭内暴力や手首自傷など、境界例で頻繁に起こる行動化の体験などを完全に想起することは困難なことが多いのです。

## ●強制的に受診させることはできない

強制的に医者に受診させることはできません。受診を勧奨し、本人の自主的判断を促します。

当事者が受診勧奨に応じない場合は、産業医の面接を勧めます。

病識がない場合は、意図が伝わりませんから、病気のことに触れるとひじょうに拒否的な反応を示す場合があります。  
このような場合は、病態には触れずに、現実的な問題を列挙し、この解決を求めるとします。

遅刻や欠勤がある場合、これが病気が原因なら診断書を求めます。そうでないなら、懲戒を含めた対応が検討されることになります。そういう状況にあることを、明確に伝える必要があります。

#### 関連事項:受診の勧め方一

#### ●本人が承諾しない

周りに迷惑をかけている場合は、就業禁止措置は可能です。

例えば、同僚や顧客先に迷惑をかけている、同僚が恐怖を感じている、その人のために従業員のモチベーションやモラルが後端に低下しているなど、放置しておけない場合もあります。

本人の病識がないが、周囲との人間関係や経済問題などが深刻となっている場合では、本人の承諾が得られないまま、強制措置として就業禁止や休職の手続きをとる必要が生じます。

強制措置を行う場合、民間企業では、産業医の判断により就業禁止(休職)の意見書を作成し、その意見を元に、会社は就業禁止措置を講じます。  
産業医は医学的見地から意見を述べますが、最終的判断は、会社側が下さなければなりません。

この場合、会社の就業規則に、病気の従業員に対する就業禁止条項があることが望まれます(労働安全衛生規則61条の「病者の就業禁止」の条項より、精神障害等が削除された)。

#### ●やむを得ず異動させる場合

復職面接の際に、本人から異動の希望があっても、原則としては元の職場に戻すようにします。

しかし、無理な受け入れをしてもらうことが得策ではないことも、しばしばあります。  
そこで、本人の病態を悪化させないようにすることは避けたいが、職場の状況を考えるとこれ以上現状にとどめることができないとの判断に立ち、会社が異動命令を出すことになるでしょう。

本人がこれに不満で訴訟等を起こす可能性もありますから、会社はあらかじめ産業医の意見を聴き、会社の異動決定に同意する旨の「意見書」を残しておくことも必要です。  
第三者の意見を斟酌したうえで、最終的に会社が判断した、という形になります。

もし異動するのであれば、いったん元の職場に復帰させ、一定期間の就業実績を作ったうえで、次の定期異動時に他の社員と一緒に異動することが望ましいといえます。その方が異動先の選択肢も広がります。

#### ●管理者の苦悩

直属の管理者は、職場復帰に当たっても重要なキーパーソンの役目を果たさなければなりません。

休職中は、元の職場の管理者がラインによるケアを継続し、特別な理由がなければ元の職場に戻すということ、事例発生後の職場関係者ミーティングやメンタルヘルスマネジメント教育などの機会でも周知しておく必要があります。  
つまり、「元の職場の管理者が受け入れないは原則として禁止」とあるというルールを明確にしておくのです。

職場管理者は、本人への直接的な対応で業務負担がかかるだけでなく、他の部下からも本人の担当業務を分担することへの不満が高まり、部下あからのクレームで心理的にも追い詰められています。

メンタルヘルス不全者に厳しい対応をすれば必ず、「病気でないのに、単にサボっている人には何の対応もしないのか」という議論が出てきます。

したがって、こうしたプレッシャーを人事担当部門でも、幾分か負担してあげようとする配慮が必要です。

---

#### 相談者に共通したメンタリティ

#### ●「ごだわり」の強さ

私見です。

労働相談の立場からいうと、相談者にはある種共通したメンタリティが見られます。  
それは、何か一つのものごとへの、ひじょうに強い「ごだわり」です。

「自分をクビにした上司が忘れられない」「自分には〇〇する権利があるのに踏みこじられた」「〇〇について××が常識であるのに、会社は△△だといって譲らない」——そういったものから、気持ちが離れていかない、という傾向が見られます。

もちろん、社会正義の実現を訴えていくことは正しい行動です。

ところが、長い年月が経ったためそういう主張自体あまり意味を持たなくなっても、その要求を捨てない相談者がいます。  
例えば、すでに時効が過ぎて数年が経つ未払賃金数万円の請求を、諦めずに、あくまでも要求し続けていくというケースがそれです。

また、費用対効果からいって請求行為がとてつもないバランスの取れたものではないのに、いかなる手段を使っても要求するという場合もあります。  
数千円の賃金未払のために訴訟を起こそうという例がそれです。

こうした相談者に対し、「いい加減に諦めたら」とアドバイスでもするならば、突然気色ばみ、「泣き寝入りしろというのか!」という剣幕で興奮し、担当も対応に苦慮することになります。

もっとも私は、こうした相談者のメンタリティが、その相談者個人に特有なものだとは考えていません。

#### ●人間は大きな不安があると、そこから目を背けようとする

会社とのトラブルから解雇された、というのが労働相談のもっとも多いケースですが、解雇直後の相談者には、会社に対する「怒り」はあっても、上記のような「こだわり」といった鬱陶気は感じられません。

「こんな会社はこっちの方から三行半だ」といった気概があります。

ところが、失業状態が長引くと、相談者は「自分の人生がこのまま行き詰まるかもしれない」という、漠然として捕らえどころのない不安と対峙させられます。

通常、こうした状態が長く続くと、人は自分の要求と現実との折り合いをつけて、何らかの妥協点を見つけ出して行こうとします。

しかし、自分の抱えている大きな不安を直視することができず、かといって、自分のプライドを犠牲にしてまで現状を受け入れることができない人もいて、こうした人にとっては「過去へのこだわり」が最善の避難場所となるのです。

こうした相談者は、「自分がこんな状況になったのは、元はといえば〇〇会社の××部長のせいだ…」といった考えに、心が支配されています。私はこういうメンタリティを「スイッチが入ってしまった状態」と呼んでいます。

そういった気持ちを克服しないと再就職もままならないし、再就職しても「また同じ目に遭うのではないか」という気持ちに絶えず苦しめられていて、うまくいきません。

たしかに最初の離職原因は「〇〇会社の××部長」かもしれませんが、その後の状況悪化は、少なからず本人のメンタリティが招いたものです。しかし、相談者の多くは、そういったトラウマとなかなか決別できないでいます。

労賃紛争は、法的な判断を理解してもらえれば、それだけで解決するものが少なくありません。しかし、解決金の多寡や法的な是非ではなく、ある種のカタルシスをもって決着する労働紛争も少なからずあります。私は、「こだわり」という呪縛から当人を解放し「ほんとうの心配事」へ対峙する勇気を持たせてやることも、労働相談の役割の一つではないかと思っているのですが、いかがでしょうか。

### 家族の協力

#### ●家族から訴訟の動きがあるとき

やむを得ず退職してもらわざるを得ない場合、本人および家族に対し、事前に十分話し合い、納得してもらうことが必要です。

退職までの間は納得していた家族の態度が、退職後に一変することがあります。

このようにこじれたとき、人事労務担当が交渉に当たることは、相手方の反発を伴う危険があります。人事労務担当部門は、会社の権威を象徴する部門であり、身内を退職に追いつめた組織であるという印象が強いため、家族は感情的になり、論理がまったく通じないことがあります。

場合によっては、家族が訴訟に訴えることもありますので、それに耐え得るためにも、文書による管理体制の整備が必要となります。

その上で、家族の説得を試みるとすれば、次の方法があります。

##### 本人と親しかった社員に仲裁を依頼

一般の従業員にこのような対応を求めるのは避けるべきです。とはいえ退職時の管理職では難しく、以前の管理職で、本人から信頼を置かれており、しかも仲裁することに積極的な姿勢である人を選ぶことが望まれます。当然、そのような人は、かなり少数だといえます。

##### 弁護士に仲裁を依頼

家族に「法廷闘争も辞さない」という印象を与えかねません。慎重に対応することが必要です。もちろんバックアップ機能として、弁護士から助言を得ることは、重要です。

##### 産業医に仲裁を依頼

退職前の時点で十分に産業医としての説明と説得をしていれば、よほどのことがなければ訴訟問題には発展しません。

しかし、訴訟問題が浮上してきた場合、その産業医が交渉に当たるのは、かなり難しくなります。

#### 患者から見た、良い精神科医

(1)投薬はするものの、期限を決めており、患者の状態を見ながら徐々に薬を減らしていく。そのことも、きちんと患者に告知する。

(2)両親や職場の人にも、うつ病は気分的な問題ではないこと、れっきとした病気であることを説明し、周囲の理解を得られるように努力してくれる。

(3)「何か変調があったら、いつでも連絡してください」と言ってくれる。

——あなたの診察、録音しました(優月 葵 著)より

●家族の協力を必要とするとき

まずは本人に、家族の誰にアプローチしたらよいか、聞いてみます。

もっとも、家族は、身内の病気を認めたくないという気持ちが強く、非協力的となる場合が少なからず見られます。

このため、家族に接触する場合は、遅刻や欠勤などの勤怠問題や、業績が低下しているなどの問題を前面に出し、その解決のための協力を求める方がいいでしょう。

PTSD

●事件後に症状が発生する精神的傷害

PTSD(Posttraumatic Stress Disorder 外傷後ストレス障害)は、性暴力傷害や虐待に遭遇した被害者が苦しめられる心理的・精神的症状をいいます。

そもそも、戦争や大規模災害に遭遇した人の精神的後遺症を指すものでした。

その診断基準は、以下のとおりです。

PTSDの診断基準

A 以下の2つが認められる外傷的な出来事に曝されたことがある。

1. 実際にまたは危うく死ぬ、または重症を負うような出来事を、1度または数度、自分または他人の身体の保全に迫る危険を体験し、目撃し、または直面した。
2. 反応が強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。

B 外傷的な出来事が以下の1つ(またはそれ以上)の形で再体験され続けている。

1. 出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む。
2. 出来事についての反復的で苦痛な夢
3. 外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする。
4. 外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに曝された場合に生じる、強い心理的苦痛。
5. 外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに曝された場合の生理学的反応性

C 以下の3つ(またはそれ以上)によって示された(外傷以前には存在していなかった)外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺

1. 外傷と関連した思考、感情または会話を回避しようとする努力。
2. 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力。
3. 外傷の重要な側面の想起不能
4. 重要な活動への関心または参加の著しい減退
5. 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚。
6. 感情の範囲が縮小。
7. 未来が短縮した感覚

D (外傷以前には存在していなかった)持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ(またはそれ以上)によって示される。

1. 入眠または睡眠維持の困難
2. 易刺激性または怒りの爆発
3. 集中困難
4. 過度の警戒心
5. 過剰な驚愕反応

E 障害(基準B、C、およびDの症状)の持続期間が1か月以上。

F 障害は、臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的または他の重要な領域における昨日の障害を引き起こしている。

●セクハラによる被害者のPTSD訴えの例

(1)	事件の夢を見たり、突然事件のことが頭に浮かんできて怖くなる
(2)	嫌な気持ちや苦痛が再現される
(3)	夜眠れない
(4)	イライラして神経過敏になる



(5)	食欲が低下し、体重が激減する
(6)	吐き気がする、頭痛がする
(7)	すぐ涙がでる、話しようとする涙が止まらない
(8)	相手に対する怒りがこみ上げてきて、殺してやりたいという気持ちになる
(9)	はずかしさと汚らわしさがこみ上げてくる
(10)	自責の念にかられる、自分は生きていてもしかたがない人間だと思えてくる
(11)	自殺を念慮する
(12)	誰かに話したいと思うが、わかってもらえないと思うと話をしてもしかたがないと思う
(13)	頭が空白になったような感じで当時の記憶をどうしても再現できない
(14)	集中力がなくなる、何事にも意欲がなくなる
(15)	抑うつ状態になる
(16)	自分の感情を表現できなくなる
(17)	恋人や夫との性関係がうまくいなくなる

## 統合失調症

### ●統合失調症(旧名称「精神分裂症」)

主として青年期に発病し、特異な人格あるいは精神機能の分裂や解体を引き起こす原因不明の症候群。

自我障害、幻覚、妄想、独語・空笑、思考障害、感情障害・平板化、意思・意欲の障害などが生じる。

ひどく疑り深くなり、現実離れた考えにとらわれてしまう。他の人には聞こえない声が聞こえる。感情の起伏が乏しくなる。意欲が著しく低下して引きこもりがちに見えるなど。

#### 自我障害

自己の活動や状態が、自分のものとして体験されるのではなく、他人から支配され影響されるものとして体験されること。

作為体験	自分の意思で行動しているのではなく、他人の意思で動かされ、あやつられていくという体験。
思想侵入	自分のものでない考え方が、テレパシーか何かで心の中に吹き込まれる。
思考奪取	自分の考えが誰かに抜き取られる。
考想伝播	自分の考えが外に伝わり、そこにいない人にまでわかってしまう。

しばしば幻覚(目の前に虫が飛んでいるのが見えたり、ナイフが飛んでくるのが見えたりなど)、妄想(友人がみんな自分の悪口を言っているとか、自分が仕事をしたのに友人が磁石で勝手に吸い取り、業績をよくしているなど)があり、独りでゲラゲラ笑ったり(空笑)、独り言をよくしゃべっていたり(独語)、道路に横たわって自動車をとめてしまったり(奇行)するなどの異常行動が見られる。

しかし、これらの行動の1つだけ見られても統合失調症と判断することはできない。

発生率は、人口中0.7~0.8%といわれている。

発症年齢は、大部分が10代後半から20代後半までで、40代になってからはまれ。男女差はない。

治療は、精神科医が中心になり、薬物療法、リハビリテーション療法などを行う。

同時に、カウンセラーも、職場の問題、家庭の問題、友人関係など社会適応性を養うためにカウンセリングを行う。

3分の1は完全に治るといわれている。

保護者が中心になって、様子を見守りつづけていくことが大切である。

#### 「精神分裂症」改め「統合失調症」学会が正式決定

「統合失調症」学会が正式決定 日本精神神経学会(佐藤光源理事長)は26日、横浜市内で総会を開き、「精神分裂症」という病名を、「統合失調症」に変更することを正式に決めた。「精神分裂」という言葉が、病気に対する偏見を助長する恐れがあることなどが理由で、同学会は、名称変更をきっかけに、一層の啓もうに努めていきたいとしている。

(asahi.com 2002.8.26)

#### パラノイア(妄想症)

統合失調症とは異なるが、似た症状を呈する。

客観的には誤りと思えることを当人は強く確信し、訂正できないものである。統合失調症より発症年齢が一般に高く、中年期によく発症する。病気の進行は緩慢で、慢性の経過をとる。

さまざまな妄想の観念が複雑化、整理統合され、患者にとっては矛盾のない論理体系となったものを妄想体系と呼び、これを持つことを主な症状とする精神障害がパラノイアである。妄想体系は秩序立ち、論理的構成が施されていて、他人による説得は困難である。

人格変化は目立たず、妄想以外の病的症状(幻覚など)は認められない。  
知性は正常で、一見精神障害とは思えない知的活動、職業的・社会的活動を示す。

## うつ病

### ●うつ病

うつ病は回復可能な感情の病気である。

そううつ病、うつ病、そう病を総称して気分障害と呼ぶこともある。

うつ病は、無気力・意欲減退、劣等感、後悔、愚痴っぽい、心配性、取り越し苦労、イライラ感、人に会いたくない、集中力希薄、決断ができない、自殺念慮、妄想概念などがある。

一時的に気持ちが落ち込んでいるのとは異なり、「心のエンジンがかからない状況」と解釈するとわかりやすい。

発症頻度は、0.4%。人口の1割以上が生涯のうちにかかるという説もある。

詳しくは、うつ病への対処

#### うつ症状の持つ行動パターン

(1)	自分の欲求(～したい)よりも他者の期待や自分の考え(～すべき)に、完璧に応える。そのために努力をし、自分が疲れていても「もっとがんばれ」と、途中で休憩が取れない
(2)	がんばり続けるため、心身は無自覚に緊張が継続
(3)	緊張が強いため、視野は狭くなり、臨機応変に柔軟な対応をすることができない状態

ごく軽いうつ病なら「心の風邪」のように、かなりの人がかかるものである。  
しかし、専門医への受診が遅れば遅れるほど、回復に時間がかかる。  
うつ病かなと疑われる場合は、できるだけ早い機会に医師と相談してみる必要がある。

身体的症状としては、疲れやすい、頭痛、肩こり、不眠(早期覚醒)、食欲不振、体重減少、性欲減退、便秘などがある。

不定愁訴にはじまり、そのうち極端な能率低下に陥る、沈んでボーッとしていることが目立つようになる。  
「職場を変えたい」「退職したい」「降格してほしい」ともらすようになり、そして「どこか、誰も知らないところへ生きたくなる」「時々、消えたい、死にたいと思う」といったことを口にするようになる。

性格的にはきちょうめんで、生真面目で、秩序にしばられる人、他人の評価を気にしすぎて、あまり自己主張しない人がなりやすい。エネルギーが枯渇しているので、励ましてはならない。

#### 電気けいれん療法

妄想性うつ病や難治性うつ病、体質的に服薬ができない場合などは、電気けいれん療法が行われる。

電気けいれん療法の手順は以下のとおり

1. 治療前に、心電図やX線で、心臓・肺、場合によっては脊椎に異常がないことを確認する。
2. 患者をベッド上にあおむけに寝させる
3. 麻酔をかける
4. 左右のこめかみに電極をあて、約100ボルトで数秒間通電する
5. 治療は週に2、3回で、合計10回程度行う

#### そううつ病

ひどく落ち込み憂鬱な状態と極端に楽しくなりはしゃぐ状態を繰り返すものをそううつ病という。

そう状態になると、男性では、飲酒、散財、性的逸脱行為が、女性では、頻回の外出、手紙、訪問、電話、散財、性的逸脱行為などが見られる。

うつ状態だけ出現することは多いが、そう状態だけの例は少ない。

#### 出社と欠勤を繰り返す

会社へ来るとちゃんと仕事をすが、期待していると急に休んでしまう。普段は明るく、何が原因かわからない。

可能性があるのは、短期的に躁とうつを繰り返すラピッドサイクラーという躁うつ病である。

#### バーンアウトタイプ

バリバリ仕事をやり過ぎてしまう。自分でコントロールできない。裁量労働にはふさわしくないタイプである。

#### アルコールや薬物依存症

自分の意思だけではやめられない。やめようとするとかえってつらくなる。

## ●いわゆるノイローゼ

心に何らかの原因があって、心身にいろいろな障害が認められ、不安、強迫、恐怖、抑うつ、離人、心気症などの特有の症状を示している状態のことである。

自律神経が過敏で、わがままで、未熟で、自信がない、過度にきちようめんであったり、完璧主義で自己顕示欲が強く、依存的、攻撃的などの偏りがある人がなりがちである。

一口でいうと、小心で些細なことに神経を使いすぎ、くよくよしすぎる、心配性である。

具体的には、ドアの鍵やガス栓を何度も確かめないと気が済まないとか、不合理な考えが繰り返し浮かぶので苦しむ強迫神経症、特定の物や場所が怖い恐怖症、磨りガラスを隔てて社会に接しているようで現実感がもてない離人症、身体のあちこちが次々と悪いと思われる心気症、不安が根底にある不安神経症、というように種々ある。

自分が「おかしいな」という自覚症状がある点で、統合失調症とは異なる。

神経症の人は、自分で思っているほどには社会適応が悪くない。環境を調整するとよくなる場合もある。考え方を変えるか、自分に合った訓練療法をマスターして、自分の弱点と共存していこうと決心すると、しだいによくなることが多い。

### パニック障害

神経症の一種で、突然不可解な「不安発作(パニック発作)」に襲われるものである。

その主な症状は、突然、心拍数が上がり、汗をかき出す。そして息苦しくなり、身震いが起こる。胸が痛くなったり、吐き気をもよおしたり、時には、今いるその場所が現実とは思えなくなる。そして自分が死んでしまう、もしくは自刺心を失ったり、気が狂ってしまうという恐怖に陥ることもある。こうした状況が数分間続く。

特定の場所や状況とは無関係に発作が現れるので、発作を予期できない。発作が反復的に起こるので、再び発作が起きるのではないかという恐怖感から、一度発作が起きた場所へは行けなくなり、場面恐怖になることがある。

---

## 心身症

### ●心因性の身体疾患

心身症とは、精神的な因子が、ある程度発病や経過に関与している身体疾患の総称である。

過剰なストレスが発病に関与するストレス病、心労の多い管理職によく見られるマネージャー病、また、自律神経系を介して症状が形成されるので自律神経失調症といわれたりする。

代表的な例:胃潰瘍、十二指腸潰瘍、神経性の嘔吐や下痢症、本態性高血圧症、一部の不整脈、偏頭痛、じんましん、円形脱毛症、めまい、肩こり、書痙、眼瞼けいれん、ぜんそくなど。

心身症者は仕事や周囲の者に「気配り」し、職務に過剰適用する傾向と、自分の悩みをうまく話せない傾向がある。

心身症状はストレス過剰の警告と受け止め、少し休養をとるとか、気分転換やストレスの発散を心がけることが必要である。

心身症状を繰り返す者は、心と身体因果関係について、自ら洞察するようにすることが、効果的である。

一般に心身症は、職務や周囲の者への気配りのしすぎによる過剰適応に起因することが多いといわれており、職務の軽減、職場や家庭での対人関係の調整、生活習慣を規則的にするなどの助言や、レクリエーションに誘って気分転換を図らせることが大切である。

---

## 境界例

### ●人格障害とは

ある種のパーソナリティ傾向が著しく極端化し、硬直化し、社会不適応となる。

このパーソナリティ傾向は、ものごとのとらえ方、感情、対人関係、衝動の制御などの面で、特徴的な偏りを持ち、社会との関わりで障害、個人的な苦痛をもたらす。

こうした傾向が青年期または小児期より出現して長期間持続する。

### ●境界性人格障害(境界例)

境界性人格障害と診断される若者が増えている。

境界性人格障害の患者は、周囲の人の感情にひじょうに敏感(他人の目を気にする)す。

情緒が不安定で絶えずイライラしており、突然怒りを爆発させたり激しい絶望感にさいなまれたりする。自分のとった衝動的な行動を悔やんで落ち込み、うつ病になることもある。

他人に見捨てられることを異常に恐れ、相手が約束の時間に数分遅れただけで激怒する。

他罰的

また、一度会っただけの人を理想化したりするが、相手が自分を受け入れないと知ったとたんに関係を非難、攻撃する。この点で、自責的なうつ病とは異なる。

自我が不安定で、卒業間近の大学を中退するなど、行動や目的突然激変させる。

さらに過食や浪費、薬物濫用や安全でない性行為など、自分を傷つける衝動性を示し、自傷行為(身体を傷つけたりやけどを負ったりする)や自殺企図を繰り返す。

患者は若い人に多く、学力には必ずしも影響しないため(学生時代には「良い子」である場合も多い)、高い学歴の新人の中にも見受けられる。

女性に多く(患者の約75%)、幼少期の母子関係不全が人格障害の形成に影響するとされる。

治療に長期間かかる

青年期から成人期早期には慢性的な不安定さが続き(治療期間は年単位)、自殺の危険性も高いが、加齢とともに安定するのが一般的である。  
40歳を過ぎると安定するようである。

職場になじめないことが多く、転職を繰り返す人も少なくない。

境界例人格障害の診断基準(アメリカのDSM-IVによる)

(1)	不安定な対人関係(理想化とこき下ろしの両極端を揺れ動く)
(2)	衝動性(浪費、薬物乱用、過食、無謀運転、みさかいなしのセックス)
(3)	感情の不安定性(例として、強い不快、イライラ、不安など)
(4)	不適切なほどの非常に強い怒り(コントロールできず)
(5)	自殺の危険性。自殺するというふるまい。くり返す自傷行為
(6)	自己同一性の顕著な混乱(不安定な自己像、自己観)
(7)	空虚感、退屈さ
(8)	見捨てられ不安とそれを避ける行為
(9)	妄想様観念や解離性障害

#### ケース:依存性が強く、自分の意見が受け容れられないと攻撃的となる社員

A課長の職場に中途採用のBさん(26歳)が入りました。  
やや怒りっぽい面があるものの、仕事の勘所をつかむのが早く、種々のマニュアルを率先して作るなど課内の機構改革に貢献していました。  
A課長はBさんに期待し、意欲して励ましの言葉をかけていました。

ところが4か月ほどすると、Bさんは同僚や直属上司のC係長の批判をするようになり、「こんなやり方では会社はダメになる」などと公言するほどでした。  
ある日、Bさんは単純なミスをしました。C係長はBさんの怒りっぽい点を配慮し、他人のいないところで穏やかに注意したのですが、Bさんは声を荒げて反論し、ついには大声をあげて殴りかかり、通りかかった同僚たちに押さえられました。

A課長が面談すると、「被害者はこっちです！ C係長たちが無能だから、仕事の負担が全部自分に回ってきて夜も眠れない！」というのです。  
A課長は、それはわかったが暴力はいけないう、と諭したところ、「課長、あなただけは僕を理解してくれていると思っていたのに、裏切られました！」と言い放ち、部屋を出たきり職場には戻らず、3日間の無断欠勤の後、「抑うつ状態で1か月の休業を要す」という診断書が郵送されてきました。

(労災・通災・メンタルヘルスハンドブック(別冊労働判例 産労総合研究所))

#### ケース:職場をかき乱す社員

30歳女性。ある部署に異動後2か月たった時に、あるミスに対し上司からちょっとした叱責があった。  
その直後、無断で早退して無断欠勤となり、2日後、自ら「職場不応」の診断書を提出してきた。もちろん上司は受診など勤めていなかった。

担当者のところにきて話を聴いてほしいという。「上司のパワハラのおかげで心に傷を受けた…裁判に訴えたいくらいです！」と言う。

担当者は彼女の激しい口調に驚きつつも、病気によるものとして対応していた。しかし、毎日のようにやってきて、1時間以上話し込む。

職場の同僚にも同じ内容のメールを出し、返事をくれた相手には付きまとうように話し掛ける。

2週間後、担当者は思い余って、「気持ちには分かるが、仕事なので…」と問題を指摘すると、「ひどい！話を聴いてくれるはずと思っていたのに…あなたも裏切るなんて！」と大声で泣き始めた。

周囲は怖がって腫れ物に触るように扱うようになり、我慢を重ね続けた結果、ストレスがたまり不眠症になる社員も出てきた。

(労政時報 第3652号 05.4.22)

心の問題で、いまいちばんたいへんな境界例といわれる人たちは、自他の境界があいまいで、本来ならば母子一体感の時期に獲得しておくべき、基本的安定感(人間信頼の基礎)が確立されておらず、人間不信が底にありながら、誰かれに対しても、母子一体感的な甘えを求めます。

これらの人びとの特徴は、極度のわがままと相手の立場からものごとを見る視座に欠けていることです。  
ケジメと社会常識の作法に欠けるのです。

そして、それにいちばん苦しむのも彼ら自身です。  
近代文明のかたよりが生んだ犠牲者といえるのかも知れません。

(プロカウンセラーの聞く技術 創元社 東山絳久著)

境界例上程に陥っている人のいちばん目だつ行動としては、破壊的な行動傷害でしょう。ちょっとしたきっかけで、手首を切ったり、薬を大量にのんだり、すぐに死のうとしたり、また器物を破壊したり、家族に暴力をふるったり、過食や拒食、みさかいなしのセックスといった行動を取りがちです。

家族はこれらにまずびっくりさせられ、それが頻繁になるにしたがって、苦悩に追い詰められていきます。もちろん、本人も辛いのですが。

また、これと関係するのですが、境界例の人はちょっとしてことでひどく傷つきやすく、自分の衝動や欲求をコントロールすることが苦手です。  
この傷つきやすさを裏返して、家族や治療者といった他者を、自分の思いどおりに動いてくれる自分の完全な味方だと理想化する傾向がとて強いのです。

こうした理想化や期待しすぎは、当然、幻想ですから、相手が自分の理想どおりに動かないという現実に出会うと、もろくも崩れてしまいます。  
そうなると今度は、その現実を受け入れられず、相手を逆にものすごく非難攻撃するのです。

したがって、対人関係はひじょうに不安定なものとなり、賞賛し頼っていた相手を、逆に「冷たい」「意地悪だ」「無能だ」と言ってけなしたり、攻撃したりします。

こうした不安定さは、家族や治療者をはじめまわりの人びとをひどく困惑させます。  
困ったことに、いったん攻撃がはじまり怒りの感情をぶつけたすと、自己コントロールが難しいため止まらなくなります。

\*\*\*\*\*

主体性が弱っていて、自分を頼りにして動くことがなかなかできない…「助けてもらいたいと思っ  
て来ているのに、自分で解決しろとはなにごとだ」と言ってくる。この場合は、真の解決とは何か  
かということ話し合い、最終目標は自分で自分を助けることだと伝えて、合意を得なければなら  
ません。

\*\*\*\*\*

「辛いですね」「たいへんですね」発言の危険性。…境界例傾向の強い人は、悩みや苦はすべて  
治療者に移しかえられてしまうので、下手に受容・共感すると、果てしない悪性の依存が生ず  
るのです。「辛いですね」と不用意に共感したようなことを言うと、その辛さを治療者が全部とつ  
くれるのでは、と考えてしまいやすいですね。

この理想化は、「相手を神様のように仕立て、奴隷のようにこきつかい、要求を受け入れてくれない  
と悪魔のように非難する」といった、アラジン魔法のランプの願望を思い起こさせます。

\*\*\*\*\*

ある重症境界例の方が電話で「今、手首を切って、ガス栓をひねった」と言ってきました。ガス栓  
を閉じて、救急車で病院に行くよう勧めたのですが、言うことを聞かないので、「私のほうから119  
番に電話して行ってもらうようにする」と言ったところ、栓を閉じ、次の面接まで待つという話になり  
ました。

\*\*\*\*\*

「あなたは動が良すぎて、人の感じないところまで感じてしまう。それで平均的な人より、よけい苦  
しみかもしれませんが、実はそれはかなり素晴らしい能力のひとつですよ」と伝えるのも自己肯  
定につながる場合があります。

(境界例の治療ポイント 創元社 平井孝男著)

人間関係というのは、きわめてわずらわしい面をもっている。誰しもそのわずらわしさから逃れ  
たい気持ちをもっている。近代になればなるほど、人間はそのようなわずらわしさから逃れる方  
法として、金による解決法を考え出してきた。  
交通事故のさいの交渉も弁護士という専門家にまかせて、その費用を負担する。あるいは、団  
地の清掃を…全員が分担金を払って清掃会社に委託するというわけである。

人間関係のわずらわしさを避け、能率をあげること、このため近代人はおおいに努力してきた。  
この方法を極端に押し進めてゆくと、人間関係が希薄になってくるという問題が生じてきた。

人間は自分をほかと異なる唯一の存在として認め、ただ一人で自分の道を進む姿勢と、他の  
人々とともに仲間としてともに進む姿勢と、矛盾する両者を調和させて生きてゆかねばならない。

このことをどう行かすかは、人間の一生の課題となるともいえるのだが、それを達成してゆくために  
は、生まれたときから、この両方を少しずつ体験し、その体験を通じてみずからのなかに調和の  
感覚をつくりあげてゆくことになるだろう。

ところが…現代においては、他人とともに生きる、融合の体験をすることが少なすぎる人が出て  
きやすくなっているのではなからうか。

親が子どものことを考えて一所懸命になっても、前述のように子どもを操作しようとする態度  
が強くなると、子どもは成長に必要な融合体験をすることが少なすぎる。そのために、彼は常に  
「棄て子」になる恐怖におののいていなくてはならない。

## 発達障害

### ●発達障害者支援法による定義

上記法律は、発達障害について次のようなものを定めています。

#### 自閉症

3歳くらいまでに生じ、(1)他者との関係づくり、(2)コミュニケーション、(3)こだわりのすべての領域で障害がみられるものをいう。知的障害を伴うことが多い。

#### アスペルガー症候群

言語発達の遅れが目立たないため、高校入学後や就職後、初めて不適応に陥り、引きこもりに至ることもある。  
自閉症と同様の、他者との関係の障害やこだわりがみられるが、知的障害を伴わず、言語的発達も良好であるものをいう。

#### 広汎性発達障害

自閉症、高機能自閉症、アスペルガー症候群等を一連の障害としてとらえた総称。脳の発達障害が原因とされており、(1)他者との関係づくりが困難、(2)コミュニケーションの障害、(3)特定のもののへのこだわりや、ごっこ遊びができないなどの想像力の障害と共通の特徴とする。

#### 学習障害(LD)

知的発達には遅れはないものの、読字、書字、計算などの学習に特異的困難がある障害。

#### 注意欠陥多動性障害(ADHD)

多動性・衝動性、不注意・集中困難等により、社会的活動や学業に支障をきたす障害。  
多動性は思春期以降減少するが、不注意はその後も続く傾向がある。衝動性は加齢により減少する場合も、増加する場合もある。  
薬物依存、行為障害、反社会的行動などに発展する場合もある。

### ●痴呆

日付、場所がわからなくなる。日中うとうとして過ごし、夜中に外出しようとしたり、大声を出す。

## モラトリアム

### ●moratorium(支払猶予期間)

アメリカの精神医学者エリクソンが提唱。社会的役割の確立の準備期間として「青年期」を捉えたのだが、それがずるずると続くことを言う場合が多い。

当事者意識の欠如、お客様意識の優位、積極性の回避、犠牲や責任の回避が特徴とし、「あれもこれも」的生き方を旨とする。

#### 小此木氏の定義

何事に対しても、その時その所における当事者であることを避ける。  
自分はその時と所で、あくまでも仮の存在であり、“本当の自分”はそっと棚上げしておく。  
いつでも立場を変え、考えを変え、自分自身を変身させる余地を残しておく。一貫した主義をもたないか、もたないふりをする。  
特定の党派、集団にすべてを欠けることを避ける。

## うつ病への対処

### ●こんな徴候から不応状態でないかと考えてみる

身体的な症状	
(1)	身体の婦長の訴えが多い
(2)	不眠の訴えが続く (1週間以上の場合。程度が問題であり、一時的な不安は誰でもある)
精神的な症状	
(1)	仕事に対する責任感の低下
(2)	仕事能率の明らかな低下
(3)	細かいことにくよくよする

(4)	考えごとをしていることが多い
(5)	蓄しく口数が少ない
(6)	表情が乏しく、生気がない
(7)	イライラ、セカセカしすぎる
(8)	気が大きくなり、よくしゃべり、自分の能力や権限以上のことを実行しようとする
行動面での徴候	
(1)	遅刻、欠勤、早退などの勤怠状況が平均値より多い
(2)	早出、残業、休日出勤が平均値よりはるかに多い
(3)	けがをすることが多い
(4)	不平不満が多く、しばしば上司に反抗する
(5)	不機嫌になるとごく細かいことに怒りやすく、乱暴をはたらくことがある
(6)	さしたる理由もなく、職場転換を希望したり、会社を辞めたいと訴える
(7)	金使いが荒くなり、借金をよくするようになる
(8)	服装が極端にだらしなくなったり、目立つようになる

(神奈川県「働く人のメンタルヘルス相談室」西原哲三相談員による)

●こんな兆しがでてきたら部下の「うつ」を疑え

(1)	欠勤が増えてきた
(2)	会議での発言が減る
(3)	残業が増えた
(4)	簡単なことも決められない
(5)	仕事の能率が落ちた
(6)	遅刻するようになった
(7)	イライラしているようだ
(8)	風邪をひきやすくなった
(9)	死にたい、辞めたいともらすことがある
(10)	目を合わせないようにする

(小田晋 筑波大学名誉教授による)

●判断材料は行動観察

- ・ サザエさんシンドローム(サザエさんブルー)  
日曜の夜やっているサザエさんを見て笑えたら健康だが、明日から仕事だと思いがながら気分が沈んでいたら、楽しめない。
- ・ 朝刊シンドローム  
ストレスが関与する病気の多くは、朝がつらい。このため出勤前に朝刊を読んでも、集中できない。べらべらめくっているだけになる(べらべら症候群)。夕刊なら多少は読める。朝方にどかんと落ち込んだ状態が14日以上続くようなら要注意。
- ・ 午前三時症候群  
寝付きはいいが、午前3時か4時に目が覚めた後、全然寝られなくなる。ストレスがあって、それを考えると寝られないため。
- ・ リターン症候群  
会社に行きたいのだけでも、会社に近づくたびにだんだん動悸がしたり、息苦しくなったりして、足がすくんでしまって会社に行けない。

自殺、月曜が最多 期待はずれの週末影響？ 厚生省統計
自殺は月曜日が多く、週末に向かうにつれて減っていくことが、厚生労働省の「自殺死亡統計」で分かった。 過去最多となった03年の自殺者約3万2千人について、初めて死亡曜日・時間別の分析を行った。
欧米の研究などで、楽しい週末を過ごすはずなのに期待はずれに終わった失望が影響しているとする「ブロークン・プロミス・エフェクト」という仮説があり、同省はデータを自殺予防対策に生かしたいとしている。
自殺予防統計は、99年に続き5回目。毎年公表している人口動態統計をもとに、死亡状況について分析した。
1日当たりの平均自殺者数は男性が64.1人、女性が23.9人。 曜日別では、月曜日が男性80.7人、女性27.3人でともに最多。土曜日は男性53.5人、女性21.2人でいずれも最少だった。
死亡時間別で見ると、男性は午前5時台(6.2%)がピーク。 うつ病患者は落ち込みが少し回復したときに自殺の危険性が高まるとされ、その時間帯に重なる。 女性では、子どもや夫を送り出して一人になる可能性が高い午前10時台から5%を超え、午後0時台(5.6%)が最多となっている。
(asahi.com 2005.1.29)

●うつ病になりやすい人の性格

(1)	まじめ、几帳面、他人任せにできない、いつも何にでも全力投球
-----	-------------------------------

(2)	職人気質:自分の能力の範囲ではきちんと仕事をする
(3)	かたくなで、柔軟性に欠ける施行
(4)	否定的な世界観:過去、自己、未来の否定的な見方
(5)	二者択一的:白か黒か、100点か0点か、すべてをいっぺんに片付けようとする
(6)	優先順位の設定ができない
(7)	自尊心の低さ、完璧癖、対人過敏

(高橋祥友氏・東京都精神医学総合研究所による)

仕事熱心で、まじめではあるのだが、どこかに自分自身の能力に対する根深い不信感がある。またそれを強く自覚しているだけに、何とかそれを克服しようとして、一生懸命に働き、物事を完璧に仕上げようとする。さらに、自分よりも他人の意向を優先したり、自分が他人にどのように評価されているかに以上なほど過敏なタイプ(上記、高橋氏)。

●ストレスを背負いやすいタイプ

(1)働き者の優等生(メランコリー親和型)	
	・今日の仕事を明日に延ばせない、締切り厳守 ・頼まれたら断れない ・上司の評価を気にする ・凝り性、完璧主義
(2)自己開示ができない人、弱みを出せない人	
	・「わからない、できない」と言えず仕事を抱え込む ・競争心が旺盛、ものごとを勝ち負け、優劣で判断

(労働科学研究所・鈴木安名研究員による)

裁判で主張されたうつ病の症状 (エージーファーズ事件 京都地裁 h17.3.25)
●身体症状・全身倦怠感
頻りに頭痛、腰痛、下痢及び便秘等の症状。血尿。 不眠(睡眠薬を飲んでも眠れない)の訴え。 「しんどい」とよく口にするようになった。 ため息様に妙に息を吸い込む動作に終始するようになった。  夜食として取っておいてもらった食事にわずかに箸をつけただけ。 「種類しか喉をとおらない。職場で何も食べられなくなった。おかゆを作ってくれ」と妻にいうことが多くなった。 「しんどい」と言って、入浴を避けるようになった。 足下がふらついて転倒した。
●焦燥感
常にいらだっているようになった。妻に八つ当たりするようになった。 カラオケの集まりで、自らは1曲も歌わず、時間延長の提案に対し「何時だと思っている。明日も仕事だ」と怒鳴った。 「打撲くらいで入院してられない」と言って、翌日無理に退院してしまった。
●思考抑制・行動抑制・弱音
元気が無く、言葉数も極端に少なくなった。動作も緩慢になった。 「やりたくない営業の仕事をやられている」と、めずらしく仕事のことで弱音を吐いた。「店長として自身をなくした」と言った。 出勤の際、家族に「行ってくるぞ」と声をかけることがなくなった。
●関心の低下、関心野の狭窄・快楽感情の消失・うつ病性亜昏迷
いつも話題にしていたスポーツのことも話さなくなった。テレビも見ずに暗く硬い表情をしていた。 服装や髪にまったく頓着しなくなった。 呼びかけたが、茫然自失の状態で立ったままだった。
●罪責感
「すまんなあ、すまんなあ」と言うばかりで会話にならなかった。

●うつ病の人によくある認知の歪みの例

(1)	恠意的推論	たんなる思いつきを信じこむ
(2)	二分劃思考	いつも白黒をつけようとする
(3)	選取的抽出	自分の好みにあった情報だけを選ぶ
(4)	拡大視・縮小視	気になっていることだけを重大に考え、それ以外は無視する
(5)	極端な一般化	一事が万事と思ひこむ
(6)	情緒的理由づけ	自分の感情状態から、現実を判断する
(7)	自己関連づけ	すべて自分と関連づける

(林 公一氏による)

●治療に専念させるよう配慮する



うつ病は、自殺の可能性があることを常に頭に置いて対処する必要がある。

治療は、心理療法と薬物療法とがある。

抗うつ剤はうつ病に対してたいへん有効であるが、効果が出るまでに時間がかかる。このため、当初は副作用(のどが渇く、便秘をするなど)が目立ちがちである。継続的な服用が大切だといえる。

また、抗うつ剤の適量はきわめて個人差が大きいので、医師の前で無理な「元気を演じると、必要量が処方されなくなるおそれがある。

うつ病患者は「休む」ことそのものに罪悪感を感じる人が多い。本人には仕事のことは一切忘れて治療に専念させることが大事である。家族に対しても同様の助言をする。

本人には自殺行為は絶対に避けることを約束させ、必ず治る病気であることを根気よく話す必要がある。また、十分に休息、睡眠をとるよう勧める。

#### 家族に告げていいか

まず本人に断りなく(雇用者が)家族に相談することができるか、個人情報保護の見地から問題があるかということだが、個人のプライバシーに絡む微妙な問題ではあるが、使用者は雇用契約に付随する義務として従業員の健康等に配慮する義務を負っているのですから、当該従業員の家族に連絡するということは、係る義務を履行する手段の一つとして考えられる・・・

精神疾患患者がたとえ家族に伝えてほしくないと言っても、精神疾患患者の合理的意思としては、病気を早く治したい、あるいは人間関係を改善したい、ついでには誰か自分を助けてほしいと考えているのだらうと思います。

そこで、家族へ連絡するということも当然、許されるのではないかと考えています・・・また、家族に連絡することによって、本人の生命・身体、あるいは周囲の者の生命・身体・財産の安全というのがはかられる、つまり自傷他害の危険を回避できるものであれば、それはやっていだらう、むしろやるべきであらうと考えています。

(弁護士 深野和男 氏)

#### ●再発

部下の健康情報を伝えられた管理職は、通院を続けることの指導と時間管理をする。

うつ病は入院することなく、自宅療養で治るようになったが、再発することが多い病気で、職場復帰の半年以内に25%、2年以内に30%から50%が再発し、再発を繰り返す人ほど職場復帰が困難になる。

半年以内に再発するケースの多くは、治療の中断である。うつ病の薬は風邪薬とは違って、予防の効き目もあるので、主治医が通院不要というまで受診を継続させる必要がある。

#### ●励ますことはタブー

うつ病の人に励ますことは、良くないといわれている。

激励するとがんばっているのにさらにながればといわれて、劣等感、無力感をもち、症状を悪くすることがある。「頑張り」という元気づけは、燃料のない状態でアクセルをふかせることになるので、エンジンが燃え尽きることになる。

#### 復職時の声かけが必要

善意であっても、「がんばれ」「いつまでも落ち込むな」などと励ますことはタブーといわれていますが、なぜでしょうか。

うつ病は、電池切れしかかった携帯電話のようなもので、バッテリーレベルの落ちた携帯を叩いて励ましても通話時間が伸びないのと同じで、生身のうつ病の人にとっては有害無益です。

この病気は、意欲、気力、生命力が枯れ果てているのであって、健康人の落ち込みとは根本的に違うため、根性では治せないのです。

励ますことは「今まで頑張り抜いてきたのに、これ以上やれとは、後は死ぬほかない」という気分追い込んでしまいます。

ポイントは、心を込めたあいさつです。職場復帰の朝、上司自らが「おはよう」と声をかけることが社員の安心感を与えます。

人間は本来、群れをつくって助け合わなければ生きていけない動物なので、群れに属していたという帰属本能というものがあります。「ご苦労」「お疲れ様」などというあいさつは、この帰属本能を満たします。「お月も長い間休んで職場に迷惑をかけた。でも課長はいつもどおり自分に課の一員とみなしてくれた」と安堵するわけです。

——労働科学研究所 医師 鈴木安名 氏(労災・通災・メンタルヘルスハンドブック 別冊労働判例 産労総合研究所より)

#### タイミングが必要

うつ病は励ましてはいけなく、よく言われます。



る。  
「いつも全力投球していないか」「何に最も手をかけるべきで、手を抜けるのは何か」と自分自身に問いかけてみよう。

●その4:曖昧さを許容する度量を持つ

白か黒か、ゼロか100かといった二者択一的な思考はうつ病になりやすい人の大きな特徴。しばらく様子を見る、今は成り行きを見守るといった曖昧さに耐える能力はメンタルヘルスにおいても重要な能力だ。

●その5:溺れたときはワラをつかもう

何でも自分で解決しようとする、いざ暗礁に乗り上げたときに視野狭窄の状態に陥る。そうなる前に誰かに話せば問題を客観化し、自分の見方に変化が現れることもある。溺れた人がワラをもつかむのは当然の反応であり、恥ずかしいことではない。

●その6:過去には戻れない。今、ここでできることから考えよう

うつ病になりやすい人には悲観的、否定的世界観がある。つまり、「自分の過去は失敗だらけだし、現在も自信が持てない。とすれば、将来に希望なんて…」という発想だ。しかし、事実はそのようなことはない。今をどう生きるかによっては、未来はいかように変えられる。

●その7:「忙しいイコール有能」は幻想だ

忙しいことは自分に能力や価値があることの証明と考えているとしたら大きな誤解。スケジュール帳が埋まっているのに快感を覚え、逆に空白だと不安を覚えるのは半ば強迫観念にとらわれているといえる。出張の合間などに、ばかりと時間が空いたとき、ゆったり、ぼんやり時間をやり過ごす方法をどれだけ多く持っているか。これが人間としての幅、豊かさ、ゆとりにつながる。

●その8:負け上手になろう

うつ病には失敗を極端に避けようとする傾向があるが、これがエスカレートすると失敗しないために「何もしないこと」を選択してしまう。その典型が「ひきこもり」だ。負けたことのない人たちは、一度の失敗が人生の終わりと考えがちだが、メンタルヘルスの面から言うと、負け上手の人のほうが心は強い。自分の人生こんなものと、失敗も成功も含めて「ワハハ」と笑い飛ばせるように。

●その9:精神科に行こう

どうも体調がすぐれないと感じたらまず近くの病院へ。が、検査をしても異常はなかったが、でもやはり自覚症状はある。こんなときは精神科に相談するのがうつ病早期発見の早道だ。大きな精神病院は抵抗があるというなら、総合病院に受診して精神科を紹介してもらったり、また最近、駅前に夜遅くまで開業しているクリニックもある。まったく見当がつかないときは、各都道府県の精神保健福祉センターに相談してみよう。

(高橋祥友氏・東京都精神医学総合研究所による)

●「できない」を「しない」に換えてみる

「会社を辞められない」という考え方は他律的です。しかし、それを「辞めない」に換えれば、同じ行動でも自立的になります。

「辞められない」という考えに取り込まれると、責任の重圧と閉塞感ばかりが募ってきます。

自分自身の意思で、取りあえず「辞めない」と決めたことにすれば、気持ちが楽になります。

「できない」という理由付けはいくらでも見つかります。「できない」を「しない」に置き換えて考えると、自分ができないと思ってきたことは、本当にできないのか、しようしないのか、自分がコントロールしているのか、周囲や環境のせいになっているだけなのかよくわかります。

(岡田康子氏による)

自己評価用ストレス度チェックリスト

(1)	頭が重い、ぼんやりする(頭がすっきりしない)
(2)	体がだるい(以前はなかった)
(3)	なかなか疲れがとれない(疲れがたまりやすくなった)
(4)	目が疲れる(以前にくらべて目が疲れることが多い)
(5)	何かするとすぐ横になって休みたくなる(以前にくらべると疲れやすくなった)
(6)	夜なかなか眠れない(寝つきが悪い)
(7)	朝、寝起きが悪い(気持ちよく起きられない)ことがある
(8)	考えがなかなかまとまらない(集中力がなくなってきた)
(9)	イライラすることが多い(ちょっとしたことで旗が立つ)
(10)	何事も根気がなくなる(以前はそうでもなかった)
(11)	人と話すのがいやになる(以前に比べて人と会うのがおっくうになっている)
(12)	大声を出したり、思いっきり暴れ回りたい(何もかも投げ出したいことがある)

(13)	仕事に対してやる気がでない(以前はそうでもなかった)
(14)	何となく不安を感じる(以前はあまりなかった)
(15)	よくカゼをひく(しかも治りにくい)
(16)	肩がこる(以前にくらべると肩こりがひどくなった)
(17)	腰や手足が痛い(以前はあまりなかった)
(18)	急に立ったときに倒れそうになったり、めまいがする(以前はまったくなかった)
(19)	お腹がはったり、痛んだりする(胃の具合が悪い)
(20)	便秘や下痢をする(交互に繰り返したりする)
(21)	口がかわく(以前はあまりなかった)
(22)	掌や脇の下に汗の出ることが多い(汗をかきやすくなった)
(23)	近ごろ体重が減った(食欲がなくなってきた)
(24)	ときどき動悸をうつことがあったり、胸が痛くなることがある(以前はなかった)
(25)	急に息苦しくなることが多い(空気が足りないような感じがする)

林 幸範(2002)氏による。ちなみに、ストレス度は以下のとおり

- 0～5は、適度のストレス状態
- 6～10は、軽度のストレス状態
- 11～17は、中度のストレス状態で専門家に相談に行った方がいい
- 18～25は、強度のストレス状態で、必ず専門家ににかかるべき

### 復職・休職を繰り返すケース

#### ●通算規定を設ける

企業は、休職期間を満了せずに復職し、すぐにまた休職に入る従業員の対応に苦慮しています。休職期間を満了しなければ退職や解雇とならず、長期にわたって休職を続けることが可能なこともあり、人事は「意図的な復職」と解釈し、主治医の診断書に対する不信感も大きくなります。

休職制度をある意味で悪用するような行為に対しては、厳しく対応の方がよいでしょう。復職することが目的ではなく、休職期間をリセットすることが目的の復職は認めない、という会社側の明確な意思表示が必要です。

具体的に、企業は、  
「1か月に満たない出勤については復職とみなさない」  
「2週間以内の再発は休職期間を通算する」  
「復職後60日以上連続して出勤しない場合は休職期間を通算する」  
「同一私傷病は休職期間を通算する」  
などの規定を設けて対応しています。

#### ●主治医と産業医との判断の違い

本人が主治医の診断書に記載された「復職可能」「通常勤務可能」という意見を理由に、復職を主張するケースがあります。

企業を、これを参考に、産業医の意見を求めます。勤務可能かどうか、就業制限が必要かどうかは、産業医の意見が優先されます。

主治医としての復職の判断基準は「病態が安定している」という状態であり、産業医が行う復職可能の判断基準は「リハビリ勤務等を経れば、数か月以内に1日8時間(または、所定労働時間)勤務できる」という状態を指します。

こうした立場の相違が診断結果に反映されることがあります。

会社側が主治医と接触するためには、本人の同意が必要です。まず本人から主治医に「会社の〇〇から、病状に関する問い合わせがあったら応じてほしい」旨、主治医に伝えておいてもらいます。あるいは、本人の外來受診の際に、本人同席のもと、主治医より意見を聴くこととなります。

なお、産業医は医師であるので、刑法134条により厳しい守秘義務が規定されています。

### プロのコウンセラーでない者が相談する場合の心得

#### ●日頃の生活の場の情報を得る

誰でも話せる日常生活の状況から、会話の糸口を見つけるようにします。

たとえば、「家を出るのは何時」、「仕事に何時に行って、何時に終わるのか」、「毎日、仕事をきちんとこなしているのか」。  
そんなことの中から、問題点を探り出します。

プロでない者が診断を下すのは困難だし、危険。  
むしろ、ありきたりの事象から、順次、聞いていき、相手の心を開かせ態が必要で。

#### ●リスナーになろう

相手を何かの結論に導こうとするのではなく、途中で話を遮らずに、とにかく相手の話を聞き、相手の考えを写す鏡に徹します。

いわゆる「聞き上手」の役割を担うわけです。

「話を聞くだけで、何の解決にも繋がらない」という疑問を感じるかもしれませんが、当事者にしてみれば、人に話をすることで気分が軽くなるということはよくあります。

また、そうすることで、相談者自身が、自分の抱えている問題を整理でき、時には解決策に気づくこともあるのです。

#### ●キーパーソンを探そう

サポートしてくれる人＝キーパーソンを探します。

相談者との会話のやり取りの中から、相談者が誰の言うことを一番よく聞こうとしているのが探り出します。

「苦しいところを抜け出すには誰かに相談したらどうか」と助言します。

家族、上司、友人、その他、誰でもいいです。  
キーパーソンがわかったら、そういった人をメンバーに加えて対処します。

#### ●事例性を確認

その人の職場の他の人の状況を聞き、職場全体に異常な状況(たとえば、慢性的な長時間労働など)がないかどうか、確認しましょう。

一定労働時間内で業務を終了している事業場の中で、ある特定の課の職員の残業時間が毎日のように3〜4時間であるというような場合は、平均からの偏りが大きいので異常だといえます。

このような職場の勤務態勢には「事例性」が認められます。

事例性とは、平均的なものからの偏りに着目して、個人や集団を把握する場合に使われる言葉です。

心の不健康状態の人には、すべて平均からの逸脱がみられます。

その根底に「病気」が存在していることも少なくありませんが、その有無の判断は医師の仕事です。

職場の管理者は、職場に起こった問題に事例性があるかどうかを判断すべきで、この判断力が、管理者の資質として要求されているといつていいでしょう。

#### ●保健所と連携を図る

現住所の管轄する、地域の保健所の精神保険課のサポートを求めるのがよいでしょう。

状況がかなり悪い場合は、保健所の専門家とタイアップして対応しなければ打開できません。

精神保険福祉法の規定によって、2名以上の専門医の診断書があれば、病気の治療費については公費負担になります(入院に要する治療費は自己負担がない)。

また、暴力的な行動をとる場合は、強制入院させることもできます。

#### ●家族だけでも、専門医と相談してみる

本人が受診したがる場合、家族だけでも専門の精神科に相談という形で受診してみてもはどうでしょう。

家族だけで受診するというのは、精神科ではよくあるケースです。

また、家族はできるだけ平静を保ち、浮き足立たないことが望まれます。  
家族が不安を示せば、その不安は本人にも伝染します。

病院退院後一人でアパート生活を始めた知人からの電話で、「昔の友だちに殺されそうで怖い。何かあったら助けてくれるか」といったことをいわれています。こういうときどう対応したらいいのでしょうか。

アパートのひとり暮らしでは、ときとして私たちが思う以上の不安やストレスを強く感じている人もいます。

「殺されそう、守ってくれるか」という訴えについて具体的に考えてみます。

- (1)殺されるということはない、どうしても心配ならば警察に電話してみても
  - (2)殺されるという電話を何回もしてきても実際にあなたは生きているのだから心配はいらない
  - (3)またいつもの電話？ 妄想なのだからちゃんと薬を飲んでいるの？
  - (4)誰に殺されそうなの？
  - (5)どうしたの？ 心配しなくても大丈夫、何かあったら助けてあげる
- といった対応が考えられます。

(1)(2)の対応は「殺される」という言葉の表面的な意味をとらえての対応となり、「殺される」という言葉を否定しています。

(3)では「殺される」という言葉を妄想としてとらえての対応となっています。

(4)は誰に殺されそうなの？と聞いて、直接「殺される」という言葉には対応せずに、ワンクッションおいた対応です。

(5)も「殺される」という言葉に託された本人の不安を軽減しています。  
このように、一つの言葉に対しても、いくとおりもの対応が考えられます。

次に、なぜ彼が「殺されそうで怖い、何かあったら助けてくれるか」について考えてみましょう。

この場合は、実際に殺されるといった事実がないことから、「妄想」が活性化したと考えがちです。確かに事実ではなく、彼の頭の中での考えですから、「妄想」といえなくもありません。しかし、ここで彼が訴えているのを、一人で生活することへの不安感があることと考えれば、「殺されそう」ではなく「怖い」ということに重点があると考えられます。そうであれば、安心感を与えてあげることが先決でしょう。そして必要に応じて、何が不安なのか具体的に聞き、解決方法を見つけることがいいと思います。

「妄想」の場合であっても、怖いということは、その「妄想」をとおして実際に彼が感じている事実でもあるのです。ある意味では怖い話を聞いたときに、それがつくり話であっても、誰もいないところで一人であると、その話を思い出して何となく怖くなるといったことと似ているといえるでしょう。ですから本人は「妄想」とわかっていても怖さは実感としてあるのです。

また、電話が頻繁にあるときは、どんなときにかかってくるかを検討する必要があります。そして、家族が来たときであれば、例えば「心配してくれているので、監視に来ているのではないから大丈夫」とか、仕事を休んだときであれば「疲れたときは仕事場で休んでもいいから心配しなくていい」とか、その状況に合った対応を考えてみてください。

しかし「妄想」であることがはっきりしている場合もあります。このときは、主治医に現在の病状を確認し、現実的な対応としては、「妄想」ということにはふれずに聞き流したらいいのか、あるいは本人に「妄想だ」ということを伝え、そうした「妄想」についての電話は受けないとはっきりいうか、など一緒に考えていくことが大切です。

コメディカルスタッフのための精神障害Q&A(藤本豊氏)より

## 病識の希薄な従業員への対応

### ● 性急に事を運ばない

最初の対応方法の良し悪しが、最後まで尾を引きやすいので、拙速を避け、多方面から情報を収集して、関係者の役割分担を明確化させます。

### ● 先入観を捨ててキーパーソンを探す

職場において、「あの人の言うことならきく」というキーパーソンを見つけておきます。その際のキーパーソン候補については、「直属上司」などと限定せず、幅広く探すといでしょう。

### ● 本人が傷つくような言葉は避ける

本人が受け入れやすい言葉を用いるのが鉄則で、「おまえ、様子がおかしいから精神科に行け」というような表現は最悪です。「疲れているようだから、しばらく病院で静養したら」「眠れないのなら、病院で安定剤をもらったら」というような話し方がいいでしょう。

### ● 問題行動に対して過度に反応しない

問題行動の多くは周囲とのトラブルです。したがって、そうした部下をもって困惑している上司や、妄想対象となっている同僚社員など周囲の人を職場全体で支え、職場全体の動揺が最小限となるよう努めます。

### ● 家族や関係者の援助方針・援助体制を確立する

情報の共有化と役割分担を明確化させる必要があります。職場全体での対応方針を明らかにする一方で、治療・対応の責任は本人・家族であって、職場は側面援助が基本原則であることを家族に伝えます。

ときに家族も問題意識が希薄であったり、逆に責任放棄の姿勢を見せることがあるためその対応に苦慮しますが、時間をかけて家族や親戚に接していくと頼れるキーパーソンが出てきたりするものです。

### ● 保健所の保健師、民生委員などを活用する

職場や家族だけの対応には限界があり、地域での援助資源を視野に入れる必要もあります。

### ● 援助者自身が精神科医など専門家のコンサルテーションを受ける

問題対応に当たっている職場関係者が、囑託精神科医などから精神医学的な把握と見直しについて説明を受けられれば大きな安心感につながります。これは、関係者自身の精神安定機能としてもひじょうに大切です。

## 受診の勧め方

### ● 不調を早期発見するのが大切

#### ケチな飲み屋サインのチェック

ケ:	欠勤
チ:	遅刻・早退
ナ:	泣き言をいう
ノ:	能率の低下

ミ:	ミス、事故
ヤ:	辞めたいと言い出す



どうしたの？ もし私でよかつたら、話を聴かせてくれないか？



三つの「い」チェック

眠れない
食べたくない
だるい・疲れやすい

★眠れない

うつ病で特徴的な症状は不眠で、何とか寝つけるのに夜中に目が覚める(中途覚醒)。  
朝早く目が覚めて(早朝覚醒)、それから眠れなくなるというのが多い。  
疲れているのに熟睡できず夢ばかり見て、午前2～4時ごろに目が覚めて、そこから寝付けなくなる。当日の仕事にあれこれと想いを巡らす、考えが少しも進まず空回りする。

★食べたくない

無理して食べれば食べられるが、食べる気がしない状態になる。食べなければ身体が持たないから仕方なく口にしていくという感じになる。吐き気や胃の痛みが出ることもしばしばある。

★だるい・疲れやすい

休日にゴロゴロしていたのに「だるさ」が取れず、何をしてもおっくうになる。リフレッシュ行為すらおっくうになって、人と会うのも面倒になる。



それは大変だね、つらいよね。



それってメンタルの不調かもしれないね。相談に行ったら？  
病気でなければ結構だし、病気なら治るから。



受診先のメモを渡す

(1)	社内健康相談室なら、その名称や担当者の名前(保健師、産業医、カウンセラーなど)
(2)	社外EAP (Employee Assistance Program)機関なら、その名称や電話番号
(3)	労災病院や地域産業保健推進センターなどの電話相談窓口なら、その名称と電話番号
(4)	精神科、神経科、心療内科、メンタルクリニック等の名称、電話番号



ここだけの話にするよ。  
でも、キミの健康があまりに悪くなるおそれがあるときは、  
僕が専門家に相談に行くけど・・・

—鈴木安名((財)労働科学研究所主任研究員 労政時報No.3652 2005.4.22)

愁訴

●漠然とした不調

ストレスは、身体や心に様々な影響を及ぼしますが、そうした漠然とした不調を「愁訴」と呼びます。

### 身体的愁訴の例

(1)	高血圧気味でなんとなく調子が悪い
(2)	心臓の調子が悪くて不安
(3)	糖尿気味で体調が心配
(4)	胃痛、腰痛で仕事に差し支える
(5)	慢性的に頭痛があつてすぐれない
(6)	ちょっとしたことがあるとすぐに下痢をしてしまう
(7)	ちょっと緊張する場面になると胸が苦しくなつてうまく呼吸ができなくなる

### 不定愁訴(特定の訴えとは言えない)の例

(1)	夜、眠ろうと思つても寝入りにくい
(2)	いつもイライラして落ち着いて仕事に取り組めない
(3)	何事にも自身が持たなくなつて仕事が怖い
(4)	人間関係が怖くて、できればかわらないで生活したい
(5)	ちょっとしたことで猛烈に腹が立って自分が抑えられなくなる
(6)	酒を飲み過ぎるが、飲んでも酔わなくなつてきてしまった
(7)	食欲不振で、味も感じられなくなつてきた
(8)	些細なこととわかつていても、気になつて仕方がないことがある

## 痴呆

老人の痴呆については次のような発現形態があります。

### ●知能障害

以前は「物忘れ」程度の記憶障害であつたのが、重要なことを忘れたり、健忘の頻度が頻繁になり、日常生活に支障をきたすようになると、「病的」な痴呆が疑われます。

記憶障害がさらに進むと、「自分が物忘れをしたこと」すら忘れてしまい、さらに作話と呼ばれる症状をきたすことがあります。作話は決して意図的にウソをつこうとして作り話をしているものではありません。記憶障害を補おうとして「でたらめ」をいうのです。

### ●見当識障害(失見当識)

痴呆老人は、意識レベルの変動を起こしやすいといわれています。その中でもしばしばみられるのが「夜間せん妄」です。天井や壁のしみが動物や人の顔に見えたり、人が部屋の中に入ってくるという怯え、逃げだそうとしたりします。落ち着かずに歩き回ったり、大声で泣き叫んだりすることもあります。

### ●幻覚、妄想

自分が物をどこかに置き忘れたのに、誰かに盗まれた、隠されたといった幻覚を訴える場合があります。

### ●情動および人格の変化

傾向としては、多少とも意欲の低下、無関心、感情の軽度鈍麻がみられることがしばしばあります。(1)その人らしい個性が失われ、平凡化する(2)若い頃の人柄が極端になり、社会にマイナス方向に先鋭化する(3)抑制力の低下により、欲求がむき出しになるといった、症状となって現れます。

## 三者面談

### ●三者面談とは

主治医と連携し、適切な療養と円滑な職場復帰のため、本人の了解のもとに、本人、担当者、主治医が、三者面談を行うことが考えられます。

ここで助言してもらう内容は、次のようなものです。

- 療養中に事業所と上司が配慮すべきこと。  
療養中、担当者や上司は、それぞれ、どのように接するべきか。
- 復職における具体的な勤務軽減方法。  
望ましい労働時間および残業、休日出勤、出張、交代勤務の可否や制限。仕事上、重要な判断・決断にかかわる責任の軽減。
- 休職中の訓練的出勤(いわゆるリハビリ出勤)を実施している事業所では、その可否や具体的な方法
- 人事異動の必要性の有無とできればその理由



5. その他、事業所が配慮すべきことから。

三者面談のコツ

(1)	みだりに病名について聞かない
(2)	医師と人間関係を作る ※医師と人間関係ができれば、部下が受診してくれないときや、トラブルが発生したときなど、担当者が自分の保険証を持って、代わりに受診してアドバイスをもらうこと(代理受診)もできます。
(3)	費用の支払い ※三者面談は、通常を受診よりも長い時間がかかります。このような助言は、通常、健康保険はきかない領域です(1時間1万円程度の支払が妥当となっています)。

●主治医を含む三者面談の予約状(例)

〇〇メンタルクリニック 〇〇〇〇先生 御机下

ご多忙中誠に恐れ入ります。

このたび弊社社員〇〇〇〇を御高診いただき、誠にありがとうございます。  
弊社におきまして、社員の療養・復職にかかわることにしましては人事課の私、□□□□が担当いたしております。

つきましては、適切な療養・復職のために弊社が注意すべき事柄など、先生からご教示いただければ幸いです。必要ならば発病前の勤務状況などについて、情報提供させていただきます。

なお、面談はすべて本人の同席の下に行い、プライバシーの侵害にならないよう努める次第です。  
また、この面談につきましては、面談料(1時間以内なら〇〇〇〇〇円)をお支払いいたします。

なにとぞ、ご高配よろしくお願いたします。

ご了解いただけましたら、その旨を本人にお伝えください。

平成〇〇年〇月〇日  
〇〇〇〇株式会社 人事課 □□□□

●休職時における会社から休職者への連絡事項(例)

- 今後、療養中の窓口は私、□□□□が担当させていただきます。
- あなたの健康情報はきちんと保護されます。
- 会社からは手続き上、必要な時だけ電話します。
- その電話への対応は、ご家族でもかまいません。
- たまに上司などからメールで職場の情報が送られますが、返事はいりません。
- あなたから連絡が必要ときは、電話・メールのいずれでもかまいません。
- 担当者が主治医と面談(「三者面談」のこと)することが必要ときは、事前にあなたの了解をいただき、あなたの同席の下に行います。
- この面談を主治医に申し込む場合、あなたを通じて予約をします。

プライバシーを保護しながら周囲に事情を説明する

●職場の同僚に知らせるか、否か

本人の利益を考えると、一緒に働く同僚・上司に情報を流した方が良いと判断される場合が出てきます。しかし、プライバシー保護のために、基本的には、本人・家族の意向に従うほかはありません。

職場で引き続いて働く場合には、一般的に、本人の了解を得て直属上司など現場のキーパーソンになる人に伝えるようにします。

一方、同僚などに対して伝えるかは、病名を伝えた場合のメリットとデメリットを本人に説明し、本人に判断させるしかありません。  
例えば、通院のために仕事を休むとか、症状のために動作が鈍くなり仕事が遅れる、服薬のため眠気が出て昼寝をしてしまう、などの可能性があれば、厳密な精神科の病名を職場に伝えないとしても、「精神科に通院して服薬を続けている」程度の説明があった方が、同僚などの理解は得やすいといえます。

●家族への連絡の仕方

本人に病識があり問題を意識している場合には、職場から家族へ積極的に連絡を取る必要はありません。

しかし、本人に問題意識がない場合は、家族への連絡が必要です。その際、ぜひひとも上司なり人事・労務担当者が電話ではなく、可能な限り直接会って話をすることをお勧めします。その方が職場側の誠意が伝わり、話の行き違いも少なくなります。

説明は事例性が優先され、会社を休んだり遅刻した具体的な回数など、実際に困っている客観的事実だけを伝えることが肝心でしょう。そうすれば、たいていの場合、家族にも思い当たる節があるはずなので、不審に思えば理由を尋ねてきます。この段階になってはじめて、「どうも精神的にお疲れのようです。場合によっては精神科の先生に相談してみてもいいかがですか」というように話をもっていくことになります。

この順序を間違えると「夫を精神障害者扱いにして」と家族の感情的な反発をかって、その後の対応がうまくいかなくなります。

すなわち、職場主導で解決に走るのではなく、あくまでも本人や家族をサポートする形で、精神科受診の段取りをつけていくのがコツなのです。

## 心理療法の技法

### ●支持する

気落ちして元気がない人や、不幸に出会い落胆した人に対して、声をかけたり協力して支持的に働きかけるのと同様。

「支持する」とは治療者が患者の心を支えてやることで、気持ちを安定させることにより、適応力を高めようとするものです。

本人に直接働きかけるのみでなく、家族にアドバイスしたり、職場や学校の環境調整を図って周囲から支える方法もあります。

一時的効果しか望めない場合が考えられるので注意を要します。また、助言が単なる気休めとしてしか受け止めてもらえないこともあります。

### ●表現させる

誰かに話を聞いてもらおうと、ただそれだけで気持ちが落ち着き、問題の整理がついたり、新たな意欲がわいてくる場合があります。これと同じく、情動がスムーズに表出されることによって、心的な負担が減り、症状の改善がみられる場合があります。「表現させる」際には、患者の不安や恐怖、罪悪感、屈辱感ができるだけ感情表出を伴って語られるのが望ましいとされています。

### ●洞察させる

患者が自分自身の問題について治療者に話し、一方の治療者が、それについて明確化したり、助言を与えていくと、患者はそれまで気づけなかった本質に思い当たり、自分の考えや行動を深く理解するようになります。

洞察に至り、変化を生じさせるためには、単なる会話や意見の交換を越えなければなりません。経験を再学習し、異議深い体験が引き起こされる機会を必要とします。したがって、「洞察させる」ためには時間がかかり、治療者の粘り強い態度や、患者の積極的な関与が必要です。

### ●訓練および再学習させる

病的な状況に陥ったのは、患者の生活のあり方や、病状に対する態度やとらえ方が誤りであったためとも、考えられます。

したがって、この誤った順様式を捨て、新しい適応の仕方を身につけさせるため、新たな訓練ないし再学習(行動療法、森田療法、自律訓練法など)を行います。

これらの療法では、症状の背後にある個人的な要因や深い心的葛藤には触れずに、行動面や、症状に対するとらえ方の変容を目指しています。

## 出典・参考:

中央労政事務所パンフレット  
東京都立中部総合精神保健福祉センターのウェブサイト  
(<http://www.tokyo-siken.go.jp/seishin/chubu/chubu.html>)  
産業カウンセリング入門(日本文化科学社 杉溪一吾ほか著)  
週刊東洋経済(2001.6.23)  
労働新聞(2002.6.17)  
安全スタッフ(2004.9.5)  
社会保障制度案内(<http://www06.u-page.so-net.ne.jp/za2/kengo-y/index.html>)  
プロカウンセラーの聞く技術(創元社 東山勉久著)  
心の病と精神医学(ナツメ社 影山任佐著)  
うつ病の相談室(保健同人社 林 公一著)  
境界例の治療ポイント(創元社 平井孝男著)  
境界例(日本評論社 河合圭雄・成田善弘 編)  
神奈川県「働く人のメンタルヘルス相談室」相談員 西原哲三氏のお話  
全図解セクハラ・DV・ストーカー・ちかん(自由国民社 中野麻美・飯野財著)  
メディアカルスタッフのための精神障害Q&A(中央法規出版 蜂谷英彦ほか著)  
厚生労働省「心の健康作りシンポジウム」の報告(平成15年度)  
「メンタルヘルスと企業の果たすべき役割」(夏目 誠)  
労政時報  
許すな! パワーハラスメント(飛鳥新社 岡田康子 著)  
メンタルヘルス入門(創元社 藤本 修、藤井久和 編)  
職場のメンタルヘルスハンドブック(学芸社 大西 守・島 悟 著)  
あなたの診察、録音しました(ライブドアパブリッシング 優月 葵 著)  
労災・通災・メンタルヘルスハンドブック(別冊労働判例 産労総合研究所)  
経営法曹研究会報 No.48(経営法曹会議)  
月刊人事労務  
労働判例  
共済だより(東京都職員共済組合)  
Business Labor Trend(労働政策研究・研修機構)

→目次に戻る

3.

精神障害と労災

〈このファイルの主な内容〉

- 心の病気と労働災害
- 判断要因
- 判断のフローチャート
- 職場における心理的負荷評価表
- 非器質性精神障害の後遺症認定
- 予防のための配慮

関連事項

- [メンタルヘルスの相談](#)
- [労災保険給付](#)
- [過労死](#)
- [健康管理](#)
- [病気休職](#)
- [病気休職と解雇](#)

心の病気と労働災害

●精神障害者の労災補償状況

区分	年度	h.9	h.10	h.11	h.12	h.13	h.14	h.15	h.16
		精神障害等	請求 件数	41	42	155	212	265	341
	認定 件数	2	4	14	36	70	100	108	130
うち自殺 (未遂を含む)	請求 件数	30	29	93	100	92	112	122	121
	認定 件数	2	3	11	19	31	43	40	45

脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況(厚生労働省)

関連事項: [労災保険給付](#)

うつ病など精神障害の労災認定130人 過去最多

過労や仕事上のストレスで、うつ病などの精神障害を発病して労災補償の認定を受けた人が04年度は130人に上り、統計をとり始めた83年以降最多になったことが17日、厚生労働省のまとめで分かった。

30、40代が3分の2を占めており、厚生労働省は「リストラ後の社内で、この世代に業務や責任が集中しているためでは」とみている。自殺(未遂を含む)に至った「過労自殺」も45人で最多となった。

精神障害による労災補償の認定者は前年度比22人増。  
男女別では、男性84人(前年度77人)、女性46人(同31人)で女性の増加が目立つ。  
年齢別では30代が53人(同40人)、40代が31人(同21人)と両年代で65%を占めた。

病名では、心的外傷後ストレス障害(PTSD)などストレス関連障害が71人、うつ病関連が59人だった。  
職種ではシステムエンジニアなど「専門技術職」が43人で最多。製造工など「技能職」が24人で続いた。

一方、長時間・過重労働で、脳・心臓疾患を発病して労災補償の認定を受けた人は04年度は294人で、このうち150人が「過労死」に至っていた。

厚生労働省が01年12月に過労による労災認定基準を緩和したことで、認定数は02年度は過去最多の160人、03年度も158人と緩和前の3倍近い状況が続いている。

脳・心臓疾患での労災請求は816人で、前年度より74人増え、過去最多の02年度(819人)に並んだ。

(asahi.com 2005.6.17)

労災認定者の7割、自殺前に医者に行かず...厚生労働省報告

仕事による過労やストレスで自殺し、労災認定された人の約7割が、自殺前に精神疾患に関する医療機関で受診していなかったことが、厚生労働省の委託の研究報告で分かった。

自殺で労災認定された人はうつ病など何らかの精神障害を発症したとされるが、多くの人が適切な治療を受けることなく死を選んでいる実態が初めて裏付けられた。

研究は、黒木直夫・東邦大佐倉病院助教授(精神神経医学)らが、99年度から2002年度までに自殺で労災認定された計104人のうち、約半数の51人について労災申請時の資料を分析した。その結果、67%にあたる34人が、精神科や心療内科など精神疾患の専門科を受診していないことが判明。

一方、受診していた17人のさندان内容は、「うつ病」や「うつ状態」が計10人。ほかに全身けん怠感や不眠症などがあつた。

自殺の原因とみられる要因は、「ノルマの未達成」が圧倒的に多く、全体の61%にあたる31人を占めた。  
 黒木助教は「心の病に対する理解が広がっているのに、労働現場では追いつめられながら『自分が病氣だ』と気づいていない悲劇がある。SOSのサインをすくい上げる仕組みを作る必要がある」と指摘している。

(読売新聞 2005.7.2)

● 心身の病気の内訳

統合失調症	66万6千人
気分障害(そううつ病)	44万1千人
神経症・ストレス関連障害	42万4千人
てんかん	23万5千人
痴呆	12万1千人
アルコールまたは薬物の乱用・依存症	5万人
その他	10万3千人
計	204万人

(平成11年度 患者調査 厚生労働省報告)

● 職務との関連性を認めた判例

土浦労働基準監督署長事件(総合病院土浦協同病院)事件 水戸地裁 h17.2.22
外科医として勤務した本件病院からの転勤後まもなく自殺した医師に遺族が、労災保険法に基づき、自殺は本件病院における業務に起因するうつ病によるものとして、遺族補償年金を請求した。 労基署は、自殺は業務上の事由によるものではないとして、不支給を決定した。 裁判所は、本件病院における業務の上で感じていた心理的負荷は、社会通念上、うつ病を発生させる危険性を内在させているといえる程度に強いものである。同人の個体的要因にはうつ病発症と強い関連性を持つ要因は認められない。うつ病発症及びそれによる自殺は、同人の本件病院における業務に起因すると認めるのが相当であるとして、請求を認容した。
鹿田労働基準監督署長(トヨタ自動車)事件 名古屋高裁 h15.7.18
恒常的な時間外労働や過密労働により疲労が蓄積される中で、業務による強い心身の負荷を受け、うつ病を発症し、発作的に自殺したとして、業務とうつ病発症との間の相当因果関係が肯定された。
日赤益田赤十字病院事件 広島地裁 h15.3.25
患者に行った検査が原因で当該患者に急性肺炎を発症させた医師が、責任を感じて思い悩み、患者の様態が悪化するにつれ自責の念を強め、身体的にも精神的にも疲労困憊して自殺に至った事案。 裁判所は、自殺は業務に起因し業務と自殺との間に因果関係があることは明らかであるとした。 なお、病院側の注意義務違反はないとして、損害賠償責任は否定された。
みくまの農協事件 和歌山地裁 h14.2.19
給油所の所長が、台風により給油所が浸水し、4日間通常業務ができずに休業となったことから、うつ病に罹患し、自殺した事案について、「T(被災者)の精神状態が不安定になったのが、台風後であり、…他に自殺を考えるような原因が一切窺われないことからすると、…Tは思い悩む性格の持ち主であったと考えられ…台風に対する対処のまずさなどを思い悩んで精神疾患に罹患した後に自殺したものと認めるのが相当であって、Tの自殺と業務遂行の間には因果関係が認められる。
三洋電機サービス事件 浦和地裁 h13.2.2
課長に昇進後、痴呆の父親の介護や、それにより妻に負担を掛けていることへの後ろめたさ、本人の完全主義的性格、課長の職責を的確に果たせていないこと、上司や妻に悩みを理解してもらえず、仕事に追いつめられていったことへの不満、精神的な支えとなっていた同僚の転院などから、精神的疾患に罹患し自殺した事案。 裁判所は、職務に対する労働が過剰とはいえず、因果関係が認められるとしている。

↑  
↓

● 職務との関連性を否定した判例

JR西日本尼崎電車区事件 大阪地裁 h17.2.21
運転士の自殺は、会社の日勤教育を受けさせられたためにうつ状態に陥ったことによるものであって、上司らに過失があり、会社には雇用契約上の安全配慮義務違反があるとして、損害賠償が請求された。 裁判所は、日勤教育の指定ないし実施と自殺との間に法律上の因果関係があると言うためには、上司ならみに会社において、日勤教育によって自殺したという結果について、予見可能であったことを要するところ、予見可能であったとは認められないと判断した。
三田労働基準監督署長(ローレルバンクマシン)事件 東京地裁 h15.2.12
現金両替機に保守部門の担当課長が、百貨店でのトラブル対応、銀行の両替機で発生した現金詐取事件の捜査協力でのストレス、および仕事上のミスに関して上司から叱責されるなどしたことにより、うつ病を発症し、自殺した事案。 裁判所は、「相当因果関係の判断は、…平均的労働者…を基準として、労働時間、仕事の質及び責任の程度等が過重であるために当該精神障害が発病させられ得る程度に強度の心理的負荷が加えられたと認められるかを判断、…そのうえで、本事案では、時間外労働は恒常化していたが、「十分な休日」が保障されていたから、客観的にみて、平均的労働者にとって、特

に強度の心理的負担を与える程度に至っていないとは認められない。

判断要因

●精神障害が業務災害か否かの基準

次の要件のいずれをも満たす精神障害は、業務上の疾病として取り扱われます。

(1)	対象疾病に該当する精神障害を発病していること
(2)	対象疾病の発病前おおむね6か月の間に、客観的に当該精神障害を発病させるおそれのある業務による強い心理的負担が認められること
(3)	業務以外の心理的負担及び個体側要因により当該精神障害を発病したとは認められないこと

業務による心理的負担の強度については、「本人がその出来事及び出来事に伴う変化等を主観的にどう受け止めたかではなく、同種の労働者が、一般的にどう受け止めるかという観点から検討されなければならない」(厚生労働省労働基準局の認定基準 h11.9.14 基発第544号)とされています。

例えば、成績の上から営業社員に対して、営業課長が「お前のようなヤツは辞めてしまえ」と怒ったところ、その一言にショックを受けて従業員が自殺したとします。そうした場合には、この自殺を仕事が原因かどうかの判断が求められますが、営業社員の誰でもが自殺に追い込まれやすいほどの一喝であり、職場の状況であったなら、業務と自殺の間に相当因果関係があったと認められることになるでしょう。

病気の原因となるストレスや過酷な残業を放置して、労働者がうつ病に罹患した場合は、会社側の「安全配慮義務」が問われることになりかねません。

●主治医は診断書に本当の病名を書かないことがある

主治医の診断書には、精神病的診断名が曖昧に表現されることが少なくありません。正確な病名を標記した場合、往々にして患者の身分が危険にさらされることを主治医が危惧しているためです。「ノイローゼ」「心因反応」「自律神経失調症」「神経衰弱」「不眠症」などの症状名が便宜的に使用されます。

こうしたことから、復職の判断にあたっては、直接の上司以外の職場関係者(産業医、非常勤精神科医、保健師、カウンセラー、人事労務担当者)などの関与が重要となってきます。

**研修医教える指導医も2割うつ状態 仕事量がストレスに**

病院で研修医を教える指導医の2割が「うつ状態」に陥っていることが、臨床研修での研修医のストレスを調べている文部科学省の研究班(研究責任者=前野哲博・筑波大助教授)の調査でわかった。

同研究班の調査では、研修医の4人に1人がうつ状態に陥っていることがすでに明らかになっている。指導医が研修医に与える影響は大きく、研究班は「病院は指導医が余裕を持って気持ちよく指導できる態勢を整えるべきだ」としている。

調査は04年度に各地で開かれた指導医養成講習会などの参加者に実施。「週3日以上直接研修医を指導している」実質的な指導者175人をみると、うつ病になる可能性が高い「うつ状態」と判断された人が37人(21%)にのぼった。

要因では、対人関係や仕事の質よりも「仕事量が多い」ことをストレスに感じている人が多かった。

実際、1週間の平均勤務時間は75.7時間と多く、前野助教授は「通常の診療だけでも忙しい中、さらに指導しなければならず、負担感が強い」と分析。一方で指導医の仕事の達成感が高く、「疲れてはいるがやりがいを感じており、熟慮に頼っているのが現状」とみる。

同研究班が03、04年度に研修医を対象に行った調査では、初期研修開始後にうつ状態になった人が、1~2か月後の時点で約25%いたことから、今回は指導医を対象に調べた。

研究班では「研修医のストレスを緩和するには指導医の役割が非常に大きい。病院側は指導を業務としてカウントし、その分診療の負担を減らすなどすべきだ。指導医のストレスが減れば研修医も精神面が安定し、ひいては良い医療の提供につながる」としている。

(asahi.com 2005.6.21)

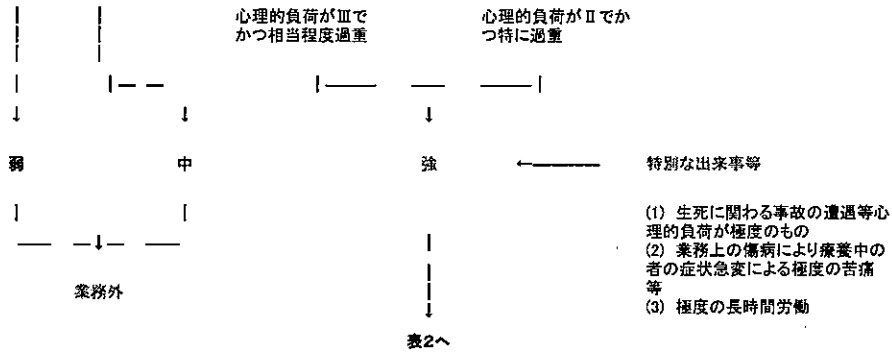
判断のフローチャート

●表1:

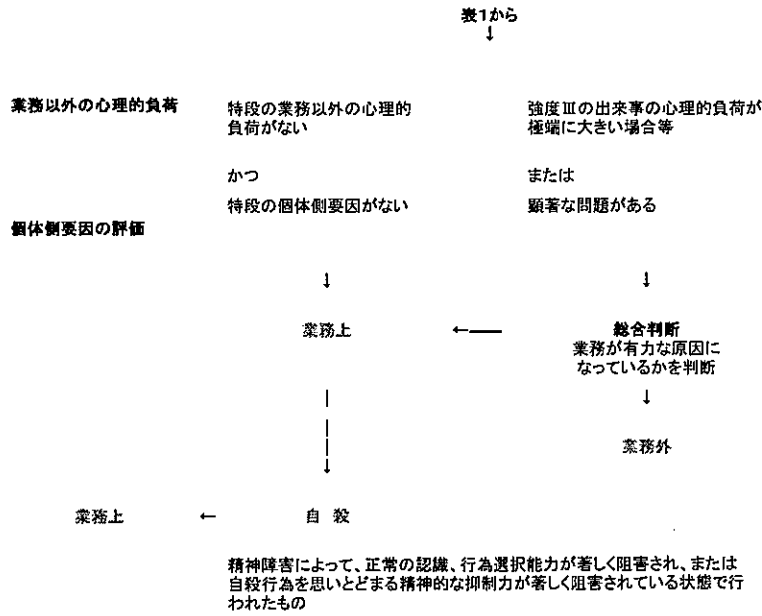
業務による心理的負担の評価

(1)「出来事」の心理的負担の強度:	事故や災害の体験、仕事の失敗、過重な責任の発生等 I II III (平均的な強度)
(2)心理的負担の強度の修正:	出来事の内容、程度等 I II III (当該事象の強度)
(3)「出来事に伴う変化等」:	仕事量(恒常的な長時間労働は考慮)・質・責任等の変化、支援等





●表2:



職場における心理的負荷評価表

出来事の種類	(1)平均的な心理的負荷の強度			(2)心理的負荷の強度を修正する視点 修正する際の留意事項	
	具体的出来事	心理的負荷の強度			
		I	II		III
[1] 事故や災害の体験	大きな病気やケガをした			☆	被災の程度、後遺障害の有無・程度、社会復帰の困難性等
	悲惨な事故や災害の体験(目撃)をした		☆		事故や被害の大きさ、恐怖感、異常性の程度等
[2] 仕事の失敗、過重な責任の発生等	交通事故(重大な人身事故、重大事故)を起こした			☆	事故の大きさ、加害の程度、処罰の有無等
	労働災害(重大な人身事故、重大事故)の発生に直接関与した			☆	事故の大きさ、加害の程度、処罰の有無等
	会社にとっての重大な仕事上のミスをした			☆	失敗の大きさ、重大性、損害等の程度、ペナルティの有無等
	会社で起きた事故(事件)について、責任を問われた		☆		事故の内容、関与・責任の程度、社会的反響の大きさ、ペナルティの有無等
	ノルマが達成できなかった		☆		ノルマの内容、困難性・強制性・達成率の程度、能力と仕事内容のギャップの程度等
	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった		☆		プロジェクト内での立場、困難性の程度、能力と仕事内容のギャップの程度等
	顧客とのトラブルがあった	☆			顧客の位置付け、会社を与えた損害の内容、程度等
[3] 仕事の量・質の変化	仕事内容・仕事量の大きな変化があった			☆	業務の困難度、能力・経験と仕事内容のギャップの程度等
	勤務・拘束時間が長時間化した			☆	変化の程度等
	勤務形態に変化があった	☆			交代制勤務、深夜勤務等変化の程度等
	仕事のペース、活動の変化があった	☆			変化の程度、強制性等
	職場のOA化が進んだ	☆			研修の有無、強制性等
[4]	退職強要された			☆	解雇又は退職強要の経過等、強要の程度、代償措置の内容等

身分の変化等	出向した	☆	在籍・転籍の別、出向の理由・経過、不利益の程度等
	左遷された	☆	左遷の理由、身分・職種・職制の変化の程度等
	仕事上の差別、不利益取扱いを受けた	☆	差別、不利益の程度等
[5] 役割・地位の変化	転動をした	☆	職種、職務の変化の程度、転居の有無、単身赴任の有無等
	配置転換があった	☆	職種、職務の変化の程度、合理性有無等
	自分の昇格・昇進があった	☆	職務・責任の変化の程度等
	部下が減った	☆	業務の変化の程度等
	部下が増えた	☆	教育・指導・管理の負担の程度等
[6] 対人関係のトラブル	セクシュアルハラスメントを受けた	☆	セクシュアルハラスメントの内容、程度等
	上司とのトラブルがあった	☆	トラブルの程度、いじめの内容、程度等
	同僚とのトラブルがあった	☆	トラブルの程度、いじめの内容、程度等
	部下とのトラブルがあった	☆	トラブルの程度、いじめの内容、程度等
[7] 対人関係の変化	理解してくれていた人の異動があった	☆	
	上司が変わった	☆	
	昇進で先を越された	☆	
	同僚の昇進・昇格があった	☆	

注)

- ・ (1)の具他の出来事の「平均的な心理的負担」の強度は☆で表現しているが、この強度は平均値である。また、心理的負担の強度Ⅰは、日常的に経験する心理的負担で一般的に問題とならない程度の心理的負担の強度Ⅲは人生の中でまれに経験することもある強い心理的負担、心理的負担の強度Ⅱはその中間に位置する心理的負担である。
- ・ (2)の「心理的負担の強度を修正する視点」は、出来事の具体的な態様、生じた経緯等を把握した上で、「修正する際の着眼事項」に従って平均的な心理的負担の強度をより強くあるいはより弱く評価するための視点である。

(3)出来事に伴う変化等を検討する視点
出来事に伴う問題変化への対処等
○仕事の量(労働時間等)の変化 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 所定外労働、休日労働の増加の程度</li> <li>・ 仕事密度の増加の程度</li> </ul>
○仕事の質・責任の変化 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 仕事の内容・責任の変化の程度、経験、適応能力との関係等</li> </ul>
○仕事の裁量性の欠如 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 他律的な労働、強制等</li> </ul>
○職場の物的・人的環境の変化 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 騒音、暑熱、多湿、寒冷等の変化の程度</li> <li>・ 職場の人間関係の変化</li> </ul>
○会社の請じた支援の具体的内容・実施時期等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訴えに対する対処、配慮の状況等</li> </ul>
○その他(1)の出来事に派生する変化

総合評価		
弱	中	強

注)

- ・ (3)の「出来事に伴う変化等を検討する視点」は、出来事に伴う変化等がその後どの程度持続、拡大あるいは改善したのかについて具体的に検討する視点である。各項目は(1)の具体的な出来事ごとに各々評価される。
- ・ 「総合評価」は、(2)及び(3)の検討を踏まえた心理的負担の総体が客観的にみて精神障害を発病させるおそれのある程度の心理的負担であるか否かについて評価される。

非器質性精神障害の後遺症認定

●厚生労働省の基準

\_\_\_\_\_

【障害等級認定の時期】

うつ病やPTSD(外傷後ストレス障害)等、非器質性の精神障害については十分な治療の結果、完治には至らないものの、日常生活動作ができるようになり、症状がかなり軽快している場合には治癒の状態にあるものとして障害等級の認定を行います。

ただし、治療を行っても重い症状がつづく場合には、さらに症状の改善が見込まれるので、原則として治療を継続します。

【障害等級認定の方法】

非器質性の精神障害の後遺障害として、

1. 「抑うつ状態」「不安の状態」「意欲低下の状態」「慢性化した幻覚・妄想性の状態」「記憶または知的能力の障害」「その他の障害(衝動性の障害、不定愁訴など)」といった「精神症状」が残った場合には、
2. 「身辺日常生活」「仕事・生活に積極性・関心をもつこと」「通勤・勤務時間の遵守」「普通に作業を持続すること」「他人との意思伝達」「対人関係・協調性」「身辺の安全保持、危機の回避」「困難・失敗への対応」といった「能力に関する判断項目」について、
3. 「できない」「しばしば助言・援助が必要」「時に助言・援助が必要」「適切またはおおむねできる」の4段階についての判定結果を踏まえて、障害等級(第9・12・14級)を認定します。

【障害等級の例(一部)】

第9級	出勤することはできるが、家族等が促さなければ始業時刻に遅れることが常態的である場合
第14級	通常は始業時刻に遅れることなく自発的に出勤することができるが、時には遅れることがある場合

【8つの能力を評価する際の要点】

非器質性精神障害については、8つの能力について、能力の有無および必要となる助言・援助の程度に着目し、評価を行います。評価を行う際の要点は、以下のとおりです。

(1) 身辺日常生活

入浴をすることや更衣をすることなど清潔保持を適切にすることができるか、規則的に十分な食事をすることができるかについて判定してください。  
なお、食事・入浴・更衣以外の動作については、特筆すべき事項がある場合には加味して判定を行ってください。

(2) 仕事・生活に積極性・関心を持つこと

仕事の内容、職場での生活や働くことそのもの、世の中の出来事、テレビ、娯楽等の日常生活等に対する意欲や関心があるか否かについて判定してください。

(3) 通勤・勤務時間の遵守

規則的な通勤や出勤時間等、拘束時間の遵守が可能かどうかについて判断してください。

(4) 普通に作業を持続すること

終業規則に則った就労が可能かどうか、普通の集聚力・持続力をもって業務を遂行できるかどうかについて判定してください。

(5) 他人との意思伝達

職場において上司・同僚等に対して発言を自主的にできるか等、他人とのコミュニケーションが適切にできるかを判定してください。

(6) 対人関係・協調性

職場において上司・同僚と円滑な共同作業、社会的行動ができるかどうか等について判定してください。

(7) 身辺の安全保持、危機の回避

職場における危険から適切に身を守るかどうかを判定してください。

(8) 困難・失敗への対応

職場において新たな業務上のストレスを受けたとき、ひどく緊張したり、混乱することなく対処できるか等、どの程度適切に対応できるかということを判定してください。

※主治医等に対して意見を照会する場合の様式に記載された各能力の判定の要点

●非器質性精神障害の傷害等級

「神経系統の機能又は精神の障害に関する障害等級認定基準について」(h15.8.8 基発0808002号)によると、非器質性精神障害の傷害等級は次の3段階とされています(h17現在)。

9級の7の2(391日分+50万円)



神経系統の機能又は神経に障害を残し、服することができる労務に相当な程度制限されるもの。具体的には、対人業務につけないもの等が該当します。

12級の12(156日分+20万円)

局部にがん固な神経症状を残すもの。具体的には、職種制限の必要はないが、かなりの配慮を要するものが該当します。

14級の9(56日分+8万円)

局部に神経症状を残すもの。職種には制限はないが、多少の配慮を要するものが該当します。

メンタルヘルスの悪化した事業所でもセクハラやパワハラだどが増えてくる。  
また各種の依存症(アルコールや薬物、ギャンブル)などモラルの低下が発生しやすくなる。  
ストレスの多すぎる職場で働いている社員の中には、歪んだストレス解消法に走る人も少なくないのだ。

以上の点から、メンタルヘルス対策とは、単独でなされるものではない。  
安全衛生対策や過重労働対策、リスク管理などと一体化してなされるべきもの、すなわち人的資源管理の根幹である。

——鈴木安名((財)労働科学研究所主任研究員 労政時報No.3652 2005.4.22)

#### ●職場の「心の病」、30代で増加 メンタル・ヘルス研究所調査

社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所(経済界などでつくる財団法人)では2005年2月、労働組合を対象にしたアンケート調査を行った。

対象:無作為抽出をした全国の2384の労組を対象に調査、543組合から有効回答を得た(回収率23%)。

それによると、68.7%の労組が「組合員のここ3年間の『心の病』が増加傾向にある」と回答した。組合規模が大きいほど増加傾向の割合が多かった。

最も多い年齢層としては、半数の組合が30代を挙げた。組合員が1か月以上休業している例も68.1%の組合であった。

03年に実施した時より悪化の傾向にあり、年齢層も40代から30代に移った。

原因は「職場の人間関係」が30.4%で最も多く、「仕事の問題」(18.6%)が続いた。

組合員の「心の病」の原因(上位、SA)

(1)	職場の人間関係	30.4%
(2)	仕事の問題	18.6%
(3)	職場環境の問題	12.7%
(4)	本人の問題	7.2%

その背景として半数の組合が「コミュニケーションの希薄化」を挙げた。

「メンタルヘルス低下」に最も影響を与えているもの(上位、SA)

(1)	コミュニケーションの希薄化	49.9%
(2)	仕事量の増加	15.8%
(3)	管理監督者の指導力不足	12.3%
(4)	労働時間の増加	8.8%

「取り組んでいるメンタルヘルス施策」(上位、MA)

		2005年	2003年
(1)	組合幹部向けの教育	36.6%	29.9%
(2)	組合報・小冊子によるPR	33.3%	32.4%
(3)	組合員へのメンタルヘルス講習会	25.2%	12.9%
(4)	社外の相談機関への委嘱	21.4%	19.1%
(5)	心の健康診断の実施	20.1%	19.5%
(6)	相談室の設置	14.7%	11.6%
(7)	産業保健スタッフへの委嘱	12.0%	13.3%
(8)	組合員のカウンセラーやリスナーの養成	4.4%	2.5%
(9)	組合員の家族向けの啓発・教育	3.5%	2.9%
(10)	各種リラクゼーション法の導入	1.3%	1.2%

組合の運動方針に「メンタルヘルスへの取組み」を入れている組合は65.4%に及び、「検討中」と合わせると8割を超えた。

## 予防のための配慮

### ●人事異動後の配慮

転勤で仕事の内容がひじょうに大幅に変わった場合でも、勤務先に知っている人がいると、適応がスムーズに行きます。

また、昇進後に発症する場合も少なくないので、先輩や上司がさりげなく気配りすれば、問題を防ぐ手だてとなります。

### ●転勤時の不適応にアドバイスは要注意

部下が新しい仕事が合わない相談したときに、安易に「転勤を検討してみよう」と返事をすると、わらにもすがりたい部下は「転勤させてくれる」と解釈します。人間は、ものごとを自分にとって好ましいものとして受け入れたいので、「検討してみようは」は「換えてくれる」と思いたいのです。

転勤は上司の判断だけでは実施できませんから、結果的に期待どおりに行かないと約束した上司を恨むという話が出てきます。

人間の情としては、つらい人の話を聞いたら、その場でなんとかしてあげようと思うのが常です。それは決して悪いことではありませんが、後々こじれることもあるので、その場では返事や助言をしないということも、大切です。

出典・参考：  
業務資料  
賃金事情(2003.12.20 No.2445)  
「メンタルヘルスと企業の果たすべき役割」(夏目 誠)  
労災・通災・メンタルヘルスハンドブック(別冊労働判例 産労総合研究所)  
asahi.com

[←目次に戻る](#)

4.

職場復帰の支援(心の健康問題)

〈このファイルの主な内容〉

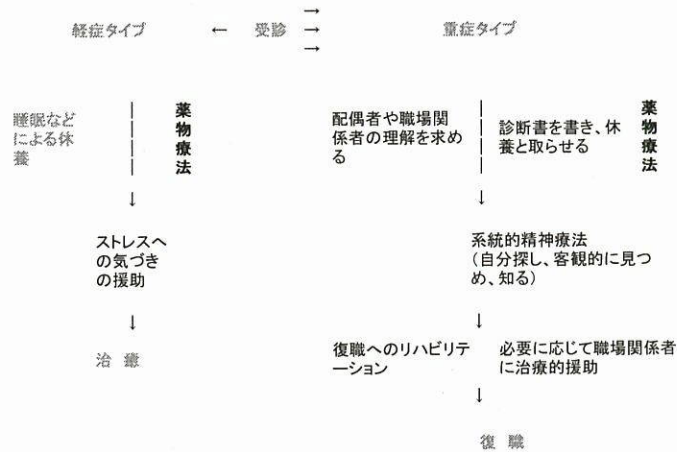
- ・ 職場復帰までの対応
- ・ 職場復帰支援の流れ
- ・ 職場復帰可否の判断基準
- ・ リハビリ出勤制度
- ・ 現職復帰の原則
- ・ 復職診断書(例)
- ・ 職場復帰支援に関する主治医からの情報提供依頼
- ・ 面談記録票
- ・ 職場復帰に関する産業医意見書
- ・ 職場復帰等に関する主治医への情報提供

関連事項

- ・ メンタルヘルスの相談→
- ・ 心の病気と対処法→
- ・ 精神障害と労災→
- ・ 労災補償給付→
- ・ 過労死→

職場復帰までの対応

●職場不適応から復職までの流れ



職場復帰支援の流れ

●復職のためのステップ

<第1ステップ> 病気休業開始及び休業中のケア

- イ 労働者からの診断書(病気休業診断書)の提出  
(補足)

診断書には病気休業を必要とする旨の他、職場復帰の準備を計画的に行えるよう、必要な療養期間の見込みについて明記してもらうことが望ましい。

- ロ 管理監督者、事業場内産業保健スタッフ等によるケア  
(補足)

スタッフ等は、場合によっては労働者の同意を得た上で主治医と連絡を取ることも必要となる。

<第2ステップ> 主治医による職場復帰可能の判断

- 労働者からの職場復帰の意思表示及び職場復帰可能の診断書の提出  
(補足)

診断書には就業上の配慮に関する主治医の具体的な意見を含めてもらうことが望ましい。なお、現状では、主治医による診断書の内容は、病状の回復程度を中心に記載されていることが多く、労働者や家族の希望が含まれている場合もある。

<第3ステップ> 職場復帰の可否の判断及び職場復帰支援プランの作成

- イ 情報の収集と評価
  - (イ) 労働者の職場復帰に対する意思の確認
  - (ロ) 産業医等による主治医からの意見収集

(補足)

産業医は労働者の同意を得た上で、主治医から情報や意見を積極的に収集する。プライバシーに十分配慮しながら情報交換を行うことが重要である。

(ハ) 労働者の状況等の評価

a 治療状況及び病状の回復状況の確認

- (a) 今後の通院治療の必要性、治療状況についての概要の確認
- (b) 業務遂行に影響を及ぼす症状や薬の副作用の有無
- (c) 休業中の生活状況
- (d) その他職場復帰に関して配慮すべき問題点など

b 業務遂行能力についての評価

- (a) 適切な睡眠覚醒リズムの有無
- (b) 昼間の眠気の有無
- (c) 注意力・集中力の程度
- (d) 安全な通勤の可否
- (e) 業務遂行に必要な作業(読書やコンピュータ作業、軽度の運動等)の実施状況と、作業による疲労の回復具合
- (f) その他ホームワーク等の遂行状況

c 今後の就業に関する労働者の考え

- (a) 希望する復帰先
- (b) 希望する業務上の配慮の内容や期間
- (c) その他管理監督者、人事労務管理スタッフ、事業場内産業保健スタッフに対する意見や希望(職場の問題点の改善や勤務態勢の変更、健康管理上の支援方法など)

d 家族からの情報

必要に応じて家庭での状況(病状の改善の程度、食事・睡眠・飲酒等の生活習慣など)について情報を収集する。

(ニ) 職場環境の評価

a 業務及び職場との適合性

b 作業管理、作業環境管理に関する評価

c 職場側による支援準備状況

(ホ) その他

(補足)

治療に関する問題点や、本人の行動特性、家族の支援状況など職場復帰の阻害要因となりうる問題点についても整理し、その支援策について検討する。

ロ 職場復帰の可否についての判断

(補足)

産業医が選任されていない50人未満の事業場においては、地域産業保健センター、労災病院勤労者メンタルヘルスセンター等の事業場外資源を活用しながら検討を進めていく。

ハ 職場復帰支援プランの作成

(イ) 職場復帰日

(補足)

労働者の状態や職場の準備状況の両方を考慮した上で総合的に判断する必要がある。

(ロ) 管理監督者による業務上の配慮

- a 業務サポートの内容や方法
- b 業務内容や業務量の変更
- c 就業制限(残業・交代勤務・深夜業等の制限または禁止、就業時間短縮など)
- d 治療上必要なその他の配慮(診察のための外出許可)など

(ハ) 人事労務管理上の対応

- a 配置転換や異動の必要性
- b フレックスタイム制度や裁量労働制度等の勤務制度変更の必要性

(ニ) 産業医等による医学的見地からみた意見

- a 安全(健康)配慮義務に関する助言
- b その他、職場復帰支援に関する医学的見地からみた意見(産業医が選任されていない場合は主治医による意見)

(ホ) フォローアップ

- a 管理監督者によるフォローアップの方法
- b 事業場内産業保健スタッフ等によるフォローアップの方法(職場復帰後のフォローアップ面談の実施方法等)
- c 就業制限等の見直しを行うタイミング
- d 全ての就業上の配慮や医学的観察が不要となる時期についての見直し

(ヘ) その他

- a 職場復帰に際して労働者が自ら責任を持って行うべき事項
- b 試し出勤制度(リハビリ出勤制度)等がある場合はその利用についての検討
- c 事業場外資源が提供する職場復帰支援プログラム等の利用についての検討



<第4ステップ>最終的な職場復帰の決定

イ 労働者の状態の最終確認

ロ 就業上の措置等に関する意見書の作成

ハ 事業者による最終的な職場復帰の決定

(補足)

職場復帰支援として実施する就業上の措置は、当該労働者の健康を保持し、円滑な職場復帰を目的とするものであるため、この目的に必要な内容を越えた措置を講ずるべきではない。

## 二 その他

(補足)

職場復帰についての事業場の対応や就業上の措置の内容等については、労働者を通じて主治医に的確に伝わることが望ましい。

### 職場復帰

<第5ステップ>職場復帰後のフォローアップ

- イ 症状の再燃・再発、新しい問題の発生等の有無の確認
- ロ 勤務状況及び業務遂行能力の評価
- ハ 職場復帰支援プランの実施状況の確認
- ニ 治療状況の確認
- ホ 職場復帰支援プランの評価と見直し

## 職場復帰可否の判断基準

### ●解雇・退職が想定される場面

(1)	適格性の欠如を理由とする解雇
(2)	精神疾患を理由とする休職を経ない解雇
(3)	精神疾患を理由とする休職期間満了時の解雇・退職
(4)	休職期間満了後も精神疾患等の理由から休職者自身が復職を拒む場合の解雇
(5)	休職期間満了後の復職過程において会社の受診命令を拒否する場合の解雇

### ●職場復帰の定型的な判断基準はない

職場復帰可否について定型的な判断基準を示すことは困難です。個々のケースに応じて総合的な判断を行わなければなりません。

職場復帰の判断基準(例)としては、次のようなものが上げられます。

(1)	労働者が職場復帰に対して十分な意欲を示し、通勤時間帯に一人で安全に通勤ができること
(2)	会社が設定している勤務時間の就労が可能であること
(3)	業務に必要な作業(読書及びコンピュータ作業、軽度の運動等)をこなすことができること
(4)	作業等による疲労が翌日までに十分回復していること
(5)	適切な睡眠覚醒リズムが整っているおり、昼間の眠気がないこと
(6)	業務遂行に必要な注意力・集中力が回復していること

また、復職が成功するためには、次のような条件が必要とされます。

- 本人自身が、病気によって低下した能力を現実的に評価していること
- 時間がくれば回復するだろうという見通しを、本人が持っていること
- 周囲の協力と上司の支えがあること
- 初回の復職がうまくいくこと
- 家族や、担当者が「何としても復帰させる」と気負いこんでいないこと

本人はもとより、担当者自身もストレスを背負うことになるので、「物事なるようにしかならない」という、流れに任せるという態度も必要です。

### ●精神科の診断書に関して

精神科領域で提出される診断書の病名に関しては、精神科的診断名が曖昧に表現されることが少なくありません。

主治医が復帰可能と判断する目安(例)

(1)	回復、すなわち、うつ病の症状が消えて・・・
(2)	これが4週間以上安定し・・・
(3)	自分自身で8割回復したと思ひ・・・
(4)	起床・就寝などの生活習慣の規律が回復・・・
(5)	本人の復職の意欲が出たとき・・・

この背景としては、患者自身が病名を知られたくない場合もありますが、多くは精神科的診断名への世間の強い抵抗感が作用しています。

そのため、厳密な診断名とは言い難い、ノイローゼ、心因反応、自律神経失調症、神経衰弱、心身症、不眠症などが便宜的に使用される傾向があります。また、抑うつ状態、幻覚妄想状態など状態像で表現されることもあります。

どうみても復職は無理なのに、家族などからせがまれ「復職可能」の診断書を書く医師もいますが、これを真に受けて復職させて「再発→再度休職」となっても主治医は責められません。

というのも、最終的な安全配慮義務を負うのは、事業所側だからです。最終的に復職を許可する権限は、主治医ではなく事業所側にあるのです。主治医の診断書に疑問があれば、三者面談をするとか、産業医など会社指定の医師の診断書を求めるべきです。

※こうしたことから、産業医と主治医は異なる利害関係にあるので、メンタルヘルス専門の産業医であっても主治医になるべきではない、と言えます。

また、精神科領域で一般的に使用される「寛解 remission」とは、「現時点では良好な状況であるが、将来的には再発・再燃の可能性がある」という意味を含んでいるので、予防面も含めて職場関係者は十分理解する必要があります。

#### ●まずは原職への復帰

原職より好ましい職場があったとしても、新しい環境への適応にはある程度の時間と心理的負担を要します。そのことで、疾病が再燃しないとも限りません。

こうしたことから、取りあえずは原職への復帰が原則とされます。

ただし、原職への異動が発症の誘因となっている場合などは、適用できていた以前の職場に戻すか、または他の適用可能と思われる職場への異動を考慮した方がいい場合もあります。

#### ●職場復帰に当たっての障害

家族は少しでも早い職場への復帰を望んでいます。健康管理のスタッフは、きちんとした治療を段階的な職場復帰のための配慮を求めています。会社は、業務遂行が普通にできる状態になってからの復帰を望んでいます。

この3者の思惑の違いから、職場復帰のルール作りが簡単には進まなくなります。

特に、メンタルな病気で休職に入る場合、休職理由は職場の上司だけでなく、関係者の多くがそれを知っている場合が多く、ましてや、休職前に人間関係でトラブルを起こしていた場合は、その理由を秘匿することは困難です。

職場は当然、慎重なスタートを考えるようになりますが、このことが、復帰する側から言わせると、特別扱いを受けて本人を遠ざけるように思えたり、差別されているように思えることにもなります。

#### ●同僚の了解を得る

職場でトラブルを起こして休職に入った事例や、本人への就業制限などの配慮により他の従業員に業務上の負担がかかる場合などは、本人から承諾を得たうえで、一定の情報を同僚に伝えることもあります。

#### ●自己認識の必要性

自分自身に対する評価と、周囲が自分に下す評価とは、しばしば食い違うものです。こうした現実を直視することも、仕事への復帰にとって必要な場合があります。

以下は、カウンセラー(カ)とクライアント(ク)とのやり取りの例です。

カ	現在までのような収入を得られる再就職先は見当たりましたか。
ク	いや、半分です。こちらには何かよい転職先はありませんか？
カ	あなたの希望職種は？
ク	常務、取締役でも結構です。
カ	どのくらい、……投資されるつもりですか？
ク	いやあ、資金はまったくありません。資金がなければ経営陣に入れませんが。
カ	当然でしょう。
ク	では、部長でも。
カ	部長はあなたを採用する人ではないですか？
ク	??
カ	あなたの希望する職種は何ですか？
ク	何の能力もない……。
カ	就職とは能力を売ることでしょう。商品が何か、はっきりしなければ値段も売り先も決まらないのでは？
ク	それはそうですが……。

この例では、その後、カウンセラーはクライアントの希望、経験などを聞き、性格検査などの結果を説明した上で、本人を現状認識を誘導しています。

(そうだ！相談に行こう！！ 日本産業カウンセラー協会編・発行より)

#### ●復帰に向けた打合せ

休職期間が満了に近づくと、人事担当者が、患者に内緒で主治医に相談を持ちかけるケースがありますが、個人のプライバシーからいっても好ましいことではありません。患者の承諾を得たうえで相談するか、もしくは、患者、主治医、産業医、人事担当者、それに家族が一堂に会して話し合う方がいいでしょう。

本人がそうした場の設定を望まない場合は、段階的な打合せの場を設ける必要があります。

(例)

第1回	患者・人事担当者・家族で打合せ。病気の現状や心理状態・治療内容などのヒヤリングを行う。現在の心境や、今後の希望などについても確認。
第2回	患者・人事担当者・家族・主治医で打合せ。現在の服薬状況や体力状況を確認。そのうえで復帰時期の告知、復帰までのプロセスを確認。復帰時期・勤務地・勤務時間・役職について意見交換。
第3回	患者・主治医・産業医・人事担当者・家族で打合せ。現在の服薬状況や体力状態から、具体的な復帰時期や方法を相談。復職の際の注意点を確認。復職時期の最終確認も行う。このとき、本人の健康状態にささかでも不安があれば、延長するようにする。

●復帰後は、普通に接する

復職後は、復職プログラムで決まっている就業制限以外は特別扱いしない、ということをも本人によく納得させておきます。

会社には産業医から、「意見書に書いた就業上の配慮等以外は、普通どおり接してください」と明確に説明します。

腫れ物に触るような対応は不要です。

心の病を抱える社員 半数の企業で「増加」

財団法人「労務行政研究所」は15日、「社員のメンタルヘルス(心の健康)」について初めて実施したアンケートの結果を発表した。

この3年間でうつ病や心身症など心の病を抱える社員が「増加している」と答えた企業が52%にのぼった。1か月以上の休職者がいる企業も50.9%を占めた。一方、相談体制を整えた企業は約4割、休職後の職場復帰の手順を定めた企業は4分の1にとどまり、対策の遅れも浮き彫りになった。

調査期間は今年1～2月。上場企業など全国3952社を対象に郵送し、276社の人事・労務担当者から回答を得た。うつ病やノイローゼ、心身症、人格障害などの精神不調を「メンタルヘルス不全」と定義し、会社に医師の診断書を提出した在职・休職者の有無などを尋ねた。

心の病を抱える社員の最近3年間の増減傾向では、「横ばい」と答えた企業は18.9%、「減少している」は1.8%にとどまった。従業員1千人以上の大企業に限ると7割が「増加している」と答えた。

「増加」と答えた企業に、特に目立つ年代を聞いたところ(複数回答)、トップは30代で39.6%。次いで20代(27.6%)、40代(18.7%)の順。「年代に関係なく」も34.3%だった。

その対策(複数回答)については、「心の健康対策を目的とするカウンセリング」と「電話やメールによる相談窓口の設置」がともに42.4%で最多。病気の早期発見や円滑な職場復帰に必要な「管理職に対するメンタルヘルス教育」の実施は39.1%で、1千人以上の企業では6割を超えたが、300人未満では1割に満たなかった。

休職後の対応で、配置転換や短時間勤務など働き方に配慮した職場復帰プログラムを設けているのは25.5%。自社の対策に56.9%が「課題がある」と答え、長時間・過重労働の改善や復職の見極めと復職後の支援体制などを挙げた。

(asahi.com 2005.4.15)

メンタルヘルス不全のため1か月休職している社員の有無  
(労務行政研究所調査)

区分	全産業			
	規模計	1,000人以上	300～999人	300人未満
合計	(271) 100.0	(112) 100.0	(95) 100.0	(64) 100.0
いる	50.9	78.6	45.3	10.9
いない	45.4	15.2	51.6	89.1
わからない	3.7	6.3	3.2	-

(社)、%

リハビリ出勤制度

●復帰のために有効

試し出勤制度(いわゆるリハビリ出勤制度)を設けると、より早い段階で職場復帰の試みを開始することができます。また、労働者自身が実際の職場において自分自身及び職場の状況を確認しながら復帰の準備を行うことができますので、高い職場復帰率が期待できるでしょう。

ただし、導入にあたっては、制度の人事労務管理上の位置づけについて十分検討しておく必要があります。

職場の都合でなく、労働者自身の主体的な考えや判断に基づいて運用されるよう留意すべきです。

留意点

リハビリ出勤については、以下のような問題点がありますので、注意が必要です。

(1)	本来の業務を行わないと、そもそも訓練にならない。
(2)	単純労働しかできない回復不十分の人でも、本人が強く望めば職場に来てしまうリスクがある。

(3)	補助要員が確保されていないので、回復不十分の人を受け入れると周囲および管理監督者に、かなりの負担が生じる。
(4)	単純作業以外のことをさせた場合、手続上、いくら就労ではないといっても、事業所としては何らかの賃金を支払うべきである。この場合、就労させたことになるので、傷病手当金が給付されなくなる。

## 現職復帰の原則

### ●「まずは現職へ復帰」が原則

復帰にあたって、職場上司は次の原則を知っておくべきです。

(1)	特別な理由がない限り、元の職場に復帰させる。
(2)	他の部下と同様に処遇し、特別扱いしない。
(3)	作業内容は元の仕事に比較して単純なものを労働時間に見合った量だけ与える。
(4)	復職者の心理状態には波があるので、良好な状態、低下した状態、平均的な状態に区分し、それぞれのレベルと持続時間を総合して回復状況を把握する。
(5)	順調に回復しているようにみえる場合でも、3～6か月後に再発することがある。
(6)	長期間にわたる定期的な通院が必要な者が多いが、「通院することはよいことだ」と支持する。
(7)	医師から処方されている薬を飲むことに対する否定的な発言をしない。
(8)	うまくいかないことも多い。自分だけで背負い込まないこと。産業医との連携が重要である。

職場復帰に関しては、好ましい勤務先への配置転換や異動の可能性があったとしても、「現職復帰」が原則となります。

新しい環境に適用するためには、心理的な負担を要し、疾病の再発・再燃に結びつく可能性が指摘されています。

まずは現職に復帰させ、ある程度のペースがつかめるまで業務負担を軽減しながら経過を観察し、その上で配置転換や異動を考慮した方がよい場合が多いと考えられます。

ただし、異動等を誘因として発症したケースにおいては、適応できていた以前の職場に戻すか、または他の適用可能と思われる職場への異動を積極的に考慮した方がよい場合もあります。

本人の了解がないまま、業務負軽減に配慮して閑職に回すと、左遷されたと感じ、症状が悪化の要因となることもあります。

### ●うつ病の場合

職場復帰に当たっては、単純にできる仕事から、だんだんに元の業務に戻していくようにします。再発しないように配慮することが「安全配慮義務」の一つであると心得てください。

大まかな目安として、症状が改善してからおおむね1か月間安定した状態が続いたことを確認してから復帰するくらいのタイミングがよいと思います。

休職中、本人が心配するだろうと思って、仕事の資料等を自宅に送るのはマイナスとなります。気分転換だと言って、スポーツや旅行に引きずり出すのも、本人にはありがた迷惑になります。

少なくとも復職前2週間程度は就業中と同じ時間に起きて、昼間一定の活動(散歩でも、ジムや図書館通いでもかまいません)がなされていることを確認するようにします。つまり、復職をシミュレートしていくわけです。この過程は、本人に自信を持たせる意味もあります。

リハビリ出勤中に、「今日は調子がいいので1日働きたい」と本人が希望したとしても、指示された時間を守る必要があります。再発防止のためには徐々に仕事に慣れさせていった方がベターです。

超動は最初の1～3か月の間なしにして、様子を見ながら主治医の判断を仰ぐことが望ましいでしょう。営業職なら、最初は営業サポートのような仕事をしてもらいながら、様子を見るようにします。当初は定型的な業務で、納期のきつくない仕事から始めてもらいます。

また、週に1回程度、定期的な上司や健康管理スタッフと面談を行って、業務が過剰な負担になっていないか、職場の人間関係はどうか、体調はどうかなどに関してモニタリングするようにします。

復職を円滑に行って成功させるためには、適切な助言の得られる専門医(主治医とは別に)の関与があった方がよいと思います。

### 復職診断書(例)

復 職 診 断 書			
社	氏名		男・女 ( 歳 )
員	病名		社員 コード



復職の予定時期	平成 年 月 日頃	
復職する部署	1.現職復帰で可 2.配置転換を要す	理由
休職期間中の訓練の要、不要	1.要 2.不要	不要の場合はその理由
訓練が要の場合	1.出社して訓練 2.在宅のリハビリ	その内容と期間
残業等の勤務制限措置	1.要 2.不要	内容
その他の配慮すべき点		
平成 年 月 日		
医療機関の所在地 および名称 電話番号 医師氏名 科		

御記入のうえでの留意点

- 段階的復職については、およそ復職後3か月程度まで御記入いただくと幸いです。  
例:最初の○週間は半日勤務、次の○週間は△時まで、フルタイムは○週間目から、など
- 休業期間中の訓練  
在宅訓練の場合は出勤しないで、例えば電車に乗って図書館に行ってみるなど、具体的にお示しいただければ幸いです。
- 残業等の勤務制限措置については、残業、長期出張など労働時間や勤務地の負荷を制限する必要の有無、あれば内容と時間について御記入ください。
- その他配慮すべき点  
作業の質的な負担軽減についてご教示ください。  
例えば、弊社の場合、病気によっては1~2か月は判断業務を避けてルーチンワークにしたり、営業であれば、社外への営業業務は避けて、しばらく社内での伝票づくりなどをさせていただきます。
- 現時点でご判断いただける範囲で結構です。
- この診断書の料金については、貴医療機関が必要と思われる料金でお支払いいたします。

職場復帰支援に関する主治医からの情報提供依頼

○○年○月○日
職場復帰支援に関する情報提供依頼書
○○病院 ○○○先生 御机下
〒 ○○株式会社 ○○事業場 産業医 印 tel. xx-xxxx-xxxx
<p>下記1の弊社従業員の職場復帰に際し、下記2の情報提供依頼事項について任意書式の文書により情報提供及びご意見をいただければと存じます。 なお、いただいた情報は、本人の職場復帰を支援する目的のみに使用され、プライバシーには十分配慮しながら産業医が責任を持って管理し足します。 今後とも弊社の健康管理活動へのご理解ご協力をよろしくお願い申し上げます。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 従業員</p> <p>氏名 ○○○○ (男・女) 生年月日 ○○年○月○日</p> <p>2 情報提供依頼事項</p> <p>(1) 発症から初診までの経過</p>

- (2) 治療経過
- (3) 現在の状態(業務に影響を与える症状および薬の副作用の可能性なども含めて)
- (4) 就業上の配慮に関するご意見(症状の再燃・再発防止のために必要な注意事項など)
- (5) \_\_\_\_\_
- (6) \_\_\_\_\_
- (7) \_\_\_\_\_

(本人記入)  
私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成ならびに産業医への提出について同意します。

〇〇年〇月〇日 氏名 印

面談記録票

職場復帰支援に関する面談記録票						
記録作成日 〇〇年〇月〇〇日 記録者( )						
事業場	所属	従業員番号	氏名	男・女	年齢	歳
面談日時: 〇〇年〇月〇〇日 〇時 出席者: 管理監督者( ) 人事労務担当者( ) 産業医( ) 産業保健スタッフ( ) (統括責任者◎) 他( )						
これまでの経過のまとめ						
主治医による意見		医療機関名: 主治医: 連絡先: 治療状況等 業務配慮についての意見:				
現状の評価・問題点		・本人の状態 ・職場環境 ・その他				
職場復帰支援プラン作成のための検討事項(復職時及びそれ以降の予定も含めて)		・職場復帰予定日: 〇〇年〇月〇日 ・管理監督者による業務上の配慮 ・人事労務管理上の対応事項 ・産業医意見 ・フォローアップ ・その他				
職場復帰の可否		可・不可(理由: )				
次回面談予定		〇〇年〇月〇日〇時 面談予定者:				

職場復帰に関する産業医意見書

〇〇年〇月〇日

人事労務担当者 殿

職場復帰支援に関する意見書

〇〇事業場  
産業医

印

事業場	所属	従業員番号	氏名	男・女	年齢 歳
目的		(新規・変更・解除)			
復職に関する意見	復職の可否	可	条件付き可	不可	
	意見				
就業上の措置の内容 (復職可または条件付き可の場合)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間外勤務(禁止・制限) H)</li> <li>・交代勤務(禁止・制限)</li> <li>・休日勤務(禁止・制限)</li> <li>・就業時間短縮(遅刻・早退 H)</li> <li>・出張(禁止・制限)</li> <li>・作業転換</li> <li>・配置転換・異動</li> <li>・その他:</li> <li>・今後の見通し:</li> </ul>				
面接実施日	〇〇年〇月〇日				
上記の措置期間	〇〇年〇月〇日～〇〇年〇月〇日				

職場復帰等に関する主治医への情報提供

〇〇年〇月〇日

職場復帰及び就業措置に関する情報提供書

〇〇病院 〇〇〇〇先生 御机下

〒  
〇〇株式会社 〇〇事業場  
産業医  
tel. xx-xxxx-xxxx

印

日頃より弊社の健康管理活動にご理解いただき感謝申し上げます。  
弊社の下記従業員の今回の職場復帰においては、下記の内容の就業上の措置を図りながら支援をしていきたいと考えております。  
今後ともご指導の程どうぞよろしくお願い申し上げます。

記

氏名	(生年月日 〇〇年〇月〇日 年齢〇〇歳)		性別
			男・女
復職(予定)日	〇〇年〇月〇日		
就業上の配慮の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間外勤務(禁止・制限) H)</li> <li>・交代勤務(禁止・制限)</li> <li>・休日勤務(禁止・制限)</li> <li>・就業時間短縮(遅刻・早退 H)</li> <li>・出張(禁止・制限)</li> <li>・作業転換</li> <li>・配置転換・異動</li> <li>・その他:</li> </ul>		
連絡事項			
上記の措置期間	〇〇年〇月〇日～〇〇年〇月〇日		

<注:この情報提供書は労働者本人を通じて直接主治医へ提出すること。>

厚生労働省「心の健康作りシンポジウム」の報告(平成15年度)  
「メンタルヘルスと企業の果たすべき役割」(夏目 誠)  
労政時報(3595号 2003.7.25)  
メンタルヘルス入門(創元社 藤本 修、藤井久和 編)  
職場のメンタルヘルスハンドブック(学芸社 大西 守・島 悟 著)  
そうだ！相談に行こう！！(日本産業カウンセラー協会編)  
経営法曹研究会報 No.48(経営法曹会議)  
パワーハラスメントなんでも相談(日本評論社 金子雅臣 著)  
労災・通災・メンタルヘルスハンドブック(別冊労働判例 産労総合研究所)  
労政時報  
共済だより(東京都職員共済組合)  
asahi.com

[←目次に戻る](#)