



Title	職場の精神衛生 : 職域における精神疾患・障害の産業医学的解釈
Author(s)	木本, 絹子
Citation	makoto. 2023, 204, p. 2-11
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/92572
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

職場の精神衛生

ー職域における精神疾患・障害の産業医学的解釈ー

産業医・労働衛生コンサルタント
木 本 絹 子

(1) はじめに

我が国では、自殺者数が1998年から2011年まで年間3万人を超えるという異例の事態が続き、その一因として、昨今の労働環境の劇的な変化による労働者への精神的負荷が高まったことがあげられました。また、厚生労働省による2018年の労働安全衛生調査では、58.0%の労働者が¹⁾、2020年の同様の調査では54.2%が²⁾、仕事による強いストレスを抱えていると報告されました。さらに、精神障害の労災申請件数および支給決定件数も年々増加傾向にあり、2021年度は、それぞれ2,346件、629件と報告されました³⁾。これらの互いに関連しあう複数の事象を背景として、企業・自治体などのメンタルヘルス（心の健康）対策に寄せられる関心や期待が加速度的に高まってきました。

2004年10月、厚生労働省から「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」⁴⁾（2009年3月改訂⁵⁾）が発行され、休業者の職場復帰に向けて、上司、主治医、産業保健スタッフ（産業医、保健師等）等の関係者による包括的支援が求められるようになりました。さらに、2006年3月には、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が発表され⁶⁾、先の「手引き」とともに活用することが求められました。

2014年6月には、「労働安全衛生法の一部を改正する法律」が発令され⁷⁾、長時間労働者に対する医師による面接が義務付けられました。また、翌年12月1日、個人のストレスへの気づきを促したり、集団分析により高ストレス集団と判明した職場の改善を促したりすることを目的とした「ストレスチェック制

度」が導入されました⁸⁾。

このように矢継ぎ早に「心の健康」対策の実践と成果が期待される中、企業などの産業医や保健師などの産業保健スタッフの職務は、従来の健康診断を通じた健康管理から質量ともにより「心のケア」にシフトせざるを得なかったといえます。スタッフは、各地で頻回に催される研修会や学会に出向いて学び、実践の場で試行錯誤を繰り返しながら、メンタル不全に陥った社員の頼れる支援者として成長していきました。

本稿では、ストレスチェック制度導入から7年が経過したのを機に、日々の復職支援活動やメンタルヘルスの相談を中心とした産業保健活動を振り返り、職場における精神疾患・障害を扱う上で浮かび上がってきた問題点や今後の課題について、産業医学および産業精神保健学の視点から考察してみたいと思います。

(2) 職域における精神疾患・障害と「事例化」の関連

産業保健スタッフの元には、当人や上司、同僚、人事部等から、身体や精神の疾患・障害に関する様々な健康相談が日常的に持ち込まれます。相談内容は、疾患・障害に明確に分類されるものから、就業時間中の長時間の居眠りや器物破損、奇行・奇声、遁走など医学的な解釈や介入は難しいと思われるものまで様々です。共通しているのは、各々の職場や人事部において、「事例化」（解決を目的とした何らかの介入が求められるに至った状態）をしているということです。裏を返せば、「事例化」していなければ、基本的に産業保

健スタッフが介入する余地はないということになります。例えば、社員が、てんかん、統合失調症、双極性障害（躁うつ病）やパニック障害などの疾患・障害を抱えていたとしても、産業保健スタッフが長期間気づかずにいることは稀ではありません。疾患が、内服治療や短期間の入院治療によって比較的上手くコントロールされており、勤怠や生産性、あるいは人間関係に大きな悪影響を及ぼさない限り、すなわち「事例化」しないままでの限り、産業保健スタッフの支援対象とはなりません。「事例化」の基準は、疾患・障害の重症度や本人にとっての深刻さではなく、職場の生産性や人間関係にどの程度悪影響を及ぼしているかによると言ってもよいでしょう。

とはいえ、人知れず持病を抱えながら働いている社員に関して、産業保健スタッフが放置しておいてよいかと問われれば「否」です。健康診断やストレスチェック後の事後措置面談、長時間労働面談の機会を利用して、最大限の情報を得る努力をすべきと思います。それは、緊急時の迅速かつ適切な対応を可能にするためでもあります。産業保健スタッフが事前に起こりうる緊急事態を想定していれば、例えば、てんかん発作やパニック発作などは、周囲を驚かせますが、適切な応急処置によって事なきを得ることもあります。本人にとっても、救急車要請などによって不必要に衆目にさらされずに済むという利点があります。過度な飲酒癖やギャンブル依存症などを個別に把握しておくことも、「事例化」した際に適切な支援を可能にします。

さらに、本人が、持病がゆえに差別されることを恐れ、隠さなければならないような職場であれば、人事部に対して、人権研修の一環として「疾患・障害に対する差別」に抗する取組みをするよう助言します。産業保健スタッフが感じている人権に関する問題意識を常に人事部の担当者と共有する必要があります。2020年初頭からの新型コロナウイルスの世界的流行に伴う感染者や医療者への差別は言うに及ばず、未だにエイズ差別が根強くあ

るために、HIV感染者や血友病患者が不必要なストレスにさらされていることを忘れてはなりません。

産業保健スタッフは、特定の疾患に対する差別の存在をよく理解した上で、本人が不利益を被ることのないように支援方法を工夫する必要があります。そうすることで不必要な「事例化」を防ぐことができます。

次の章では、「事例化」した精神疾患・障害のうち、4週間以上の休業をし、復職支援を要した86名の事例（2013年9月～2020年2月）について、心療内科・精神科医による診断名の産業医学的な解釈を試みたので、紹介したいと思います。専属産業医が、その職務のうち最も多くの時間と労力を費やすのが、休職者の復職支援と言ってもよいほど、精神の不調を理由に休業する社員が増えています。企業等におけるメンタル不全の問題は、今日の社会現象とも言うべき社会医学的な様相を帯びていると言えます。

（3）精神疾患・障害を理由とする休業者の復職支援

関西地区に本社を置くある機械製造・販売業の事業場において、2013年9月から2020年2月までの6年半の間に、精神疾患・障害を理由に4週間以上休業した86名に対して復職支援を経験したので、その過程や結果を基に、現状の問題点や今後の課題について考察していきます。

復職支援の方法は、概ね厚生労働省の「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」に従って実施しました。復職支援は、産業医、保健師、人事部担当者の三者が中心になり、それぞれ役割分担をしながら進めていきました。休業中は、保健師が定期的に連絡をとり、得られた情報を産業医と共有しながら復職のタイミングを計りました。「復職可能」とする主治医の診断書が発行される頃には、本人の復職先が検討されますが、本人が異動を希望する場合は、人事担当者が受入先の調整をすることになります。

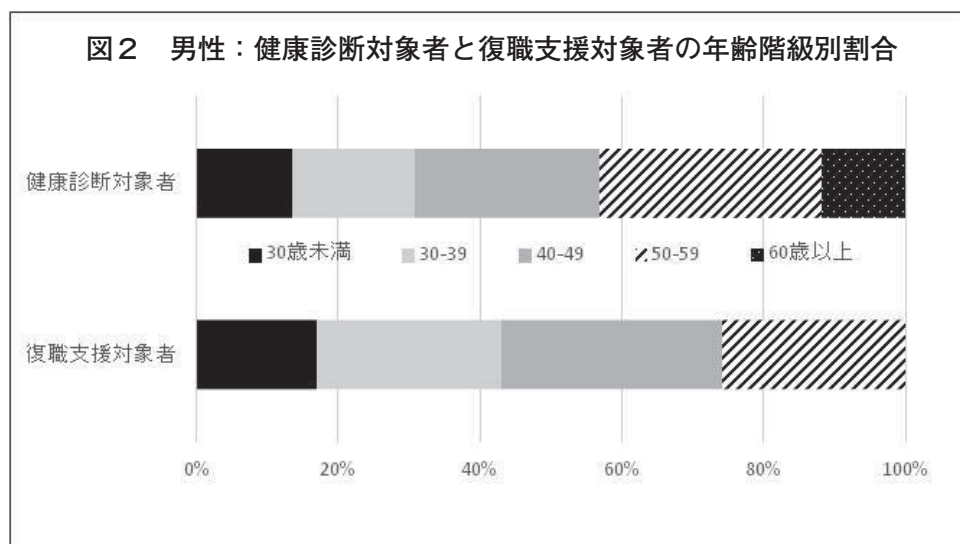
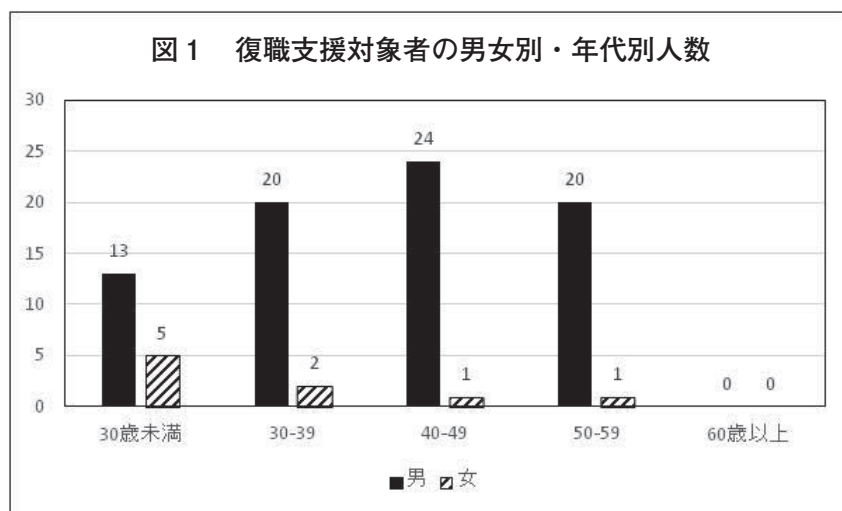
復職支援活動は、チームワークが重要です。関係者間で情報を共有しながら慎重に調整を進める必要があるからです。休業者の主治医（精神科医や心療内科医）との連携については、後段において詳しく述べたいと思います。当人が希望しない場合は、情報の共有をスタッフ間であってもしないことが時には要求されます。当人の不利益にならないような形で支援するには、当人がどういう形で復職をしたいかを丁寧に聞き取り、意を汲む必要があります。当然のことながら復職の目途が付きはじめたら、復職先の部署の管理職との連携を速やかにとることを心がけ、復職のタイミングを逃さないことが大切です。

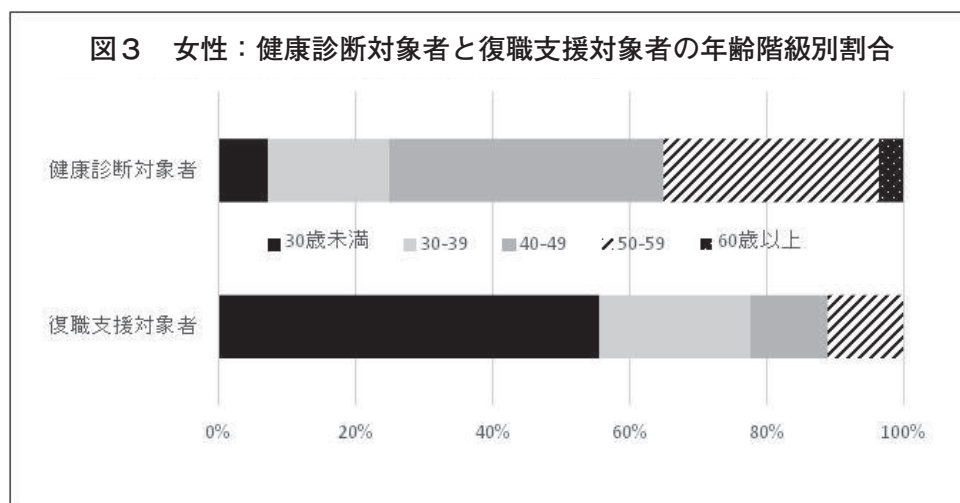
1) 性別、年代の偏りについて

図1に対象者86名の年齢階級別の人数を男女別に示します。年齢は発症時とします。

社員全体の約80%が男性ですが、復帰支援対象者の90%が男性でした。

図2（男性）・図3（女性）では、年代別の社員数割合と比較した時の復職支援者数の偏りを見ることができます。ここでは健康診断対象者数を全社員数に一致するとみなしています。対象者は、男性では30・50歳代がやや多いですが、30歳未満と40歳代においてはほぼ社員数の比率を反映していました。女性は、30歳未満が突出していますが、総数が少なく統計的には参考値に留めます。男女ともに60歳以上に支援対象者はいません。60歳以





上の社員が精神疾患・障害を原因として4週間以上休むことは調査期間中皆無でした。

期間中、ストレスチェックの事後措置面談希望者は、60歳以上にあつては男女ともに皆無でした。本稿の冒頭で、厚生労働省の調査によると「仕事による強いストレスを感じているものの割合」が2020年で54%と紹介しましたが、60歳代以上に限ると34.4%であることから、60歳以上の労働者が比較的安定した精神状態で働いていることが伺えます。

2) 心療内科・精神科医による診断名と産業医による産業医学的分類について

産業医は、休業者の職場関係者や人事担当者に対して、主治医による診断書を解釈・説明をしなければなりません。復職にあたっては、異動や配置転換が必要かどうかの判断も求められます。より説明しやすくするために、多種多様な診断書上の「診断名」を便宜的に

9種類に分類しました。仮にこういう便宜的な分類を「産業医学的分類」と名付け、「診断名」と対比させ表1に示しました。このことは、主治医による診断書上の「診断名」を無視したり、軽んじたりすることを決して意味しません。「産業医学的分類」はあくまでも実用的に運用するための便宜的手法と理解していただきたいと思います。

「診断名」のうち最も多かったのは、「うつ病」、「うつ状態」、「抑うつ状態」などのうつ病圏の疾患を表したものであり、全体の60%を占めます。そのうち約90%が職場で何らかの不応におこしたことがうつ状態の引き金になった原因と考えられ、産業医学的には「適応障害」に分類しました。この群に共通する傾向は、職場以外では、意欲や行動力が減じていないことです。家族やペットの世話をしたり、趣味の釣りやバンド活動、スポーツを楽しんだりすることは概ねできています。若

表1		産業医による産業医学的分類		
診断書上の診断名による分類	総数	適応障害	うつ病	双極性障害
うつ病、うつ状態、抑うつ状態	52	46	4	2
適応障害	12	12		
不安障害、パニック障害、身体表現性不安障害	8	8		
心因反応、急性ストレス反応、重度ストレス反応	4	4		
自律神経失調症	4	4		
身体表現性障害	2	2		
群発性頭痛	1	1		
アルコール依存症	2			
統合失調症	1			

年者に多いとされる「新型あるいは現代型うつ病」は、少子化やゆとり教育などの社会現象を反映している一面があるのかもしれませんが、現実には、20歳代から50歳代まで幅広く存在するので、ここでは特にその視点からの考察は控えます。また、抗うつ薬の開発が進んだことによる「うつ」のすそ野の広がりを論ずる向きもありますが、分析は専門家に譲ってここでは言及を避けたいと思います。

憂うつな気分や意欲の低下などの精神症状と、さらに食欲不振、不眠、疲労などの身体症状が2週間以上持続する状態が「大うつ病性障害」(DSM-5「精神疾患の診断と分類の手引」第5版、米国精神医学会)⁹⁾と定義されていますが、この定義に該当する者が4名、残る2名は、過去のエピソードや誇大的な態度から双極性障害(躁うつ病)が強く疑われたので、便宜的に双極性障害と分類しました。くどいようですが、産業医は、「診断」をする立場にはありません。分類は、あくまでも便宜的なものであり、専門外の関係者にわかりやすく説明することと、復職にかかる調整を円滑にすることを目的とします。

「適応障害」と診断された者は、全員が産業医学的に「適応障害」と分類しても矛盾しないと思われました。また、「不安障害」や「パニック障害」、「自律神経失調症」、「身体表現性障害」、「心因反応」、「急性ストレス反応」、「重度ストレス反応」と診断された者全員が、「適応障害」と分類した方が関係者の理解を容易にすると思われました。アルコール依存症や統合失調症に関しては産業医学的分類をする必要はなく、偶然かもしれませんが、典型的な職場不適応を示すエピソードはありませんでした。

一般論ですが、アルコール依存症の治療は、困難を極め、職場復帰も困難なケースが多いと思われます。時に家族の協力が不可欠ですが、必ずしも功を奏すとも限りません。妄想・幻覚を症状とする統合失調症に関しても、薬剤によるコントロールが不良な場合は、職場復帰は困難と言わざるを得ません。アルコー

ル依存症や統合失調症は、他の精神疾患・障害に比べより継続的かつ緻密な支援が必要とされると言ってもよいでしょう。

誇大的な態度や浪費、エロティシズムの高揚などを症状とする双極性障害は、中高年にまったく発症しないわけではありませんが、好発年齢は20から30歳までの若年者であると言われています。そのために、職域において早期に破綻してしまうことが多いせいか、産業医への相談は単極性障害に比べ圧倒的に少ないのですが、双極性障害のある社員が適切な医療を受けていない可能性があることを常に念頭に置いておく必要があります。社員の奇妙な、妙に攻撃的な言動に困っている職場があれば、産業医は、情報を収集し、双極性か単極性かを判断し、一刻も早く適切な医療機関を受診するよう本人を説得する必要があります。双極性が疑われる場合は、その根拠となった代表的なエピソードを紹介状(診療情報提供書)に記しておけば心療内科・精神科医には意図が十分伝わり、適切な薬剤が処方されるはずです。

3) 転帰について

下表に示すように、残念ながら86名のうち12名が退職しました(離職率14%)。そのうちの3名は、いったん異動復帰したものの異動先においても「適応障害」の症状を呈した後に依願退職の形で退職となりました。原職に復帰したもののやはり「適応障害」に近い症状を呈し依願退職に至った者が3名ありました。また2年近い福利厚生制度に定められた長期休職期間を経て退職した者が3名ありました。さらに1名は入社時より体調不良が

表2	
転帰	人数(人)
退職	12
休業中	7
原職復帰	33
異動復帰	34
計	86

続き長期休職した後に退職しました。残る2名は、学業に戻る、別の職種への転職を希望するといった入社3年以内の若手社員でした。

原職復帰した者は33名、異動復帰した者は34名でした。調査終了時（2020年2月）に休職中であった者が7名でした。

復職支援に関して、該当者が退職を強く希望する事例もあり、本人の意思に反した復職支援はすべきでないとの意見もあることは想像に難くありません。しかし、結果的に転職をした方が本人の適性・能力を考えた時にはよかったと思われる場合があったとしても、産業医としては、最後の最後まで復職にこだわった支援を心がけるべきではないかと考えています。その理由は、本人が本当に辞職を望んでいるかどうかを、一度や二度の面談で判断するのは難しいからです。その判断は、産業医の職権を超えるものであるとも思っています。「自分は、職場で必要とされていないから辞めた方がいい。」という気持ちが休業者の気持ちの奥底にはしばしばあります。そういう精神状態だからこそ、産業医の「最終的にはあなたの人生だから、あなたが決断していい。」という言葉によけいに傷ついてしまいかねません。退職した12名は、残念ではありますが、とことん話し合った末の結果でした。退職に至るまでに、時にウンザリされるくらいでちょうどいいと思っています。

4) 心療内科・精神科主治医と産業医の連携について

復職支援活動は産業医のみによってはならず、保健師や人事部の担当者、職場関係者（主に上司）との共同作業であることは言うまでもありません。また対象者の希望のみならず、職場関係者の意向も考慮にいれながら、復職の調整をしなければなりません。とはいえ、この作業は決してたやすくはありません。場合によっては、主治医との連携が必要と思われる事例がないわけではありません。しかし、実際には主治医と産業医とのコミュ

ニケーションは、心理的にも物理的にも容易ではありません。双方の間に存在するある種の緊張は、主治医にとっては「患者」であり、産業医にとっては「事例化した社員」であるという関係性の違いに起因するものと考えられます。個人的には、職務の中で限られた時間を主治医との連携に費やすよりも、復職支援対象者や職場関係者との面談を通じ、現実的な解決策を提示・調整していく方により力を注いだ方がよいと考えています。

心療内科・精神科医師にとって第一義的に重要なのは、「患者」との信頼関係を築くことであり、そのためには時に閉鎖的な態度をとらざるを得ません。結果的に主治医との閉鎖的な信頼関係が復職支援につながることも稀ではありません。誤解を怖れずに言えば、産業医が、心療内科・精神科医とコミュニケーションをとらないからといって、そのことが当人の回復・職場復帰を妨げるものではないと思っています。

将来的に産業医として働くことも選択肢の一つとして考えている医師であるなら、1－2年間、精神科病棟での勤務を経験しておくともよいかもしれません。個人的には、最初から産業医になろうと思っていたわけではありませんが、精神科病棟勤務を早い時期に2年間経験しています。その経験があったからこそ、「事例化」した社員の中で、「統合失調症」、「双極性障害（躁うつ病）」、「アルコール依存症」、「てんかん」等が疑われた社員を専門の精神科医につなげ、適切な治療に導くことができたのではないかと思います。精神科の外來患者だけでなく、入院患者の治療に携わる中でより全人的に患者を診る習慣がつくようにもなります。

精神科の経験がなまじある産業医は、治療に近い行為をしてしまう危険性がありますが、それはご法度であり、産業医はあくまでも「橋渡し」をする調整役が職務であると考えています。なお、精神科専門医が患者を診断するプロセスの複雑さ・難しさについては、精神病理学者である深尾憲二郎の「精神病理

学の基本問題」¹⁰⁾が参考になります。

産業保健師は、産業医よりも社員に頼られることが多く、調整役以上の「親密さ」を求められることもあります。自分一人で問題を抱え込まないことが大切です。

5) 長時間労働との関連において

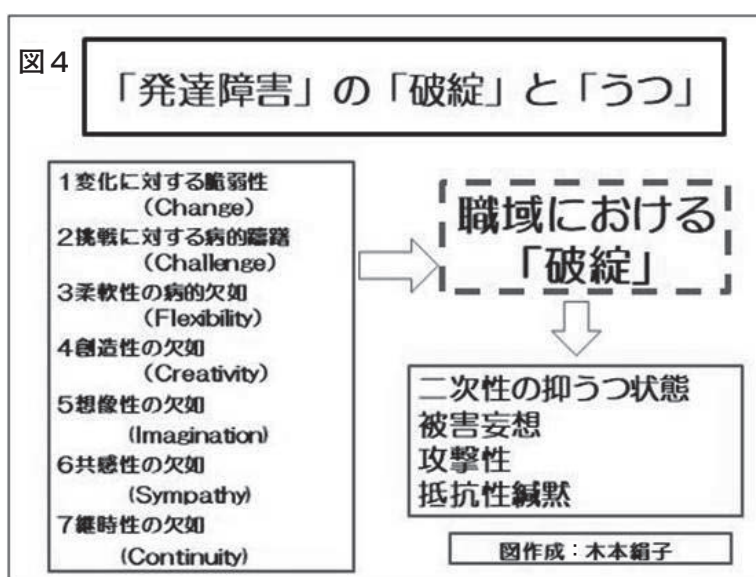
86名の復職支援対象者のうち長時間労働の面談対象者として面談を実施したのは2名のみでした。明らかに月80時間以上の時間外労働をしていると思われた上級管理職の1名を合わせても3名であり、全体のわずか3.5%にとどまっています。一事業場の例だけで一般化すべきではありませんが、長時間労働が単独で精神疾患・障害の原因となる可能性は低いことが示唆される結果でした。現実には、長時間労働そのものよりも、上司との人間関係や常に納期・期限に追われているなどの精神的負荷がきっかけになる事例が多いという印象を受けています。

時間外労働についてさらに言及しますと、景気の波によって急に時間外労働が減少した場合、あるいはその逆の場合にも言えることですが、労働時間の大きな変化そのものがストレスとして表面化する可能性は高いと思われます。「変化」に弱い人は意外に多いのです。

(4) 発達障害が疑われる社員の二次的な精神疾患・障害

発達障害が疑われる社員の「うつ状態」は図4に示したようなメカニズムから生じていることが観察されます。推論の域を出ませんが、彼らが病識を持ちにくい理由もこのメカニズムに起因するのと思われます。図4に示した「変化に対する脆弱性」、「挑戦に対する病的躊躇」、「柔軟性の病的欠如」、「創造性・想像性・共感性・継続性の欠如」などの特性は、当人にとっては、意識する必要もない「ありのままの自己」です。大学・大学院を卒業するまでは、そのことによって特段生きづらいつと感じることはないでしょうから、職域での破綻を理解できずに被害的に感じてしまうのだと思われます。

職域において「最も深刻な事例」は、知的障害のない自閉スペクトラム症やADHD（注意欠如・多動症）と言われる障害が強く疑われる者であると言っても言い過ぎではないでしょう。特定の部署が何となく落ち着かず、集団のストレス度が高まっている背景に発達障害が疑われる社員の存在があることが少なからずあります。このような社員に関する対処の仕方について職場の上司や人事担当者からしばしば助言を求められます。結論から言えば、人事担当者も産業保健スタッフも発達



障害についての知識は十分にあるにもかかわらず、職場において具体的にどのような対策をとったらよいのかについては助言に苦慮しているというのが実状です。その理由について①精神科・心療内科側の事情と②患者の側の問題に分けて述べたいと思います。

①精神科・心療内科側の事情について

まず、「発達障害」が強く疑われる事例であっても、大人の発達障害を診る専門医は極端に少ないのが現実です。仮にいたとしても、1,000人以上の従業員を抱える大企業に筆記・面接試験を合格した成人社員に対して、診断書に積極的に「発達障害」と明記することには倫理的問題があります。何故なら「発達障害」と診断することによって患者に利益がないばかりか、不利益を被らないという保証もないからです。

また、幼少期から診続けてきた患者ならいざ知らず、いきなり「発達障害疑い」として現れた知的水準の高い患者が、職場においてどのように扱われるべきかなどという相談に適切な助言を与えられるでしょうか。さらに、WAIS-IV（ウェクスラー成人知能検査）などの心理テストにおいても、知能的に高ければ発達障害の傾向が示されるとは限りません。精神科医の中には「児童精神医学」を専門とし、自閉スペクトラム症やADHD（注意欠如・多動症）を専門とする医師はいますが、対象者は、以下のDSM-5に分類されるような患者であり、企業で「事例化」している「大人の発達障害」を診る専門医は限られます。

- 1 複数の状況で社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的欠陥があること
- 2 行動、興味、または活動の限定された反復的な様式が2つ以上あること（情動的、反復的な身体の運動や会話、固執やこだわり、極めて限定され執着する興味、感覚刺激に対する過敏さまたは鈍感さなど）

- 3 発達早期から1, 2の症状が存在していること
- 4 発達に応じた対人関係や学業的・職業的な機能が障害されていること
- 5 これらの障害が、知的能力障害（知的障害）や全般性発達遅延ではうまく説明されないこと、さらに、「知的障害の有無、言語障害の有無を明らかにし、ADHD（注意欠如・多動症）との併存の有無を確認することが重要とある。そして、他の遺伝学的疾患（レット症候群、脆弱X症候群、ダウン症候群）の症状の一部として自閉スペクトラム症が現れることもある。1, 2の症状の程度は様々であり、小児神経科・児童精神科・小児科医師による医学的評価が非常に重要である」と述べている

②患者の側の事情について

医療機関を受診するという第一段階がまずうまく行かないことが多いと思われます。本人に病識がないので、受診を促すのは容易ではありません。医療機関どころか産業医面談すら「病気でないのに産業医に面談されるいわれはない」と拒否する者もいます。

製造業で言えば、現業以外の研究分野や技術部門の社員の学歴は高く、大学院を卒業している者も珍しくありません。学業が優秀であれば、幼少期に小児科や小児神経科・児童精神科を受診している者は皆無であると言ってもよいでしょう。「事例化」するケースに共通しているのは、「被害的に感じており他罰的である」、「主張が一方的で話がかみ合わない」、「自分の好きな仕事は集中してできている」ことなどが挙げられます。周囲が困っているほどには本人は困っていません。時に「サヴァン症候群」のように特定の分野に天才的能力を持つ発達障害をイメージして、職域の中に必ずぴったりの仕事があるはずであるという考えもあります。しかし、そのような事例は、現実には極めて稀であると考えた

方がよいでしょう。

二次的な抑うつ状態、不安障害、睡眠障害などを併発している場合には、その症状に対する受診を促すことが当人の助けになることもあります。例をあげると、「就業時間中の度重なる居眠り」によって事例化した、発達障害が疑われる若年男性に対し、睡眠時無呼吸症候群専門の外来を紹介したところ、主治医が発達障害を疑い当人が生きやすくなるための書物¹¹⁾を紹介したことがありました。産業医が当人にその本の感想を聞いたところ、「あたりまえのことが書いてあっただけ」と不愉快そうに答えました。その後、「常習的居眠りは、将来的に出世の妨げになる可能性があるかもしれない。」と当人が考え直し、居眠りの問題は少なくとも一時的には解決しました。産業医が睡眠時無呼吸症候群外来の受診を奨めたのは単なる「時間稼ぎ」だったかもしれませんが、どんなことがきっかけで行動変容が促されるかわかりません。常識外れの「居眠り」の相談を受けた時に、睡眠時無呼吸症候群の専門医やてんかんの専門医、過眠症を診る精神科医などの診察を通じたコミュニケーションによって、当人に何らかの気づきがあることを期待するのは他力本願的ではありますが、手詰まり状態で何もしないよりはよいのではないのでしょうか。

発達障害がベースになれば、「うつ病」、「適応障害」、「不安障害」、「てんかん」、「睡眠時無呼吸症候群」等の病名がついた者に対する周囲の反応は概して好意的であり、職場全体として深刻な状態が持続することはあまりありません。発達障害がベースにある時は、問題解決までに時間・労力がかかることを覚悟しなければならないでしょう。

（５）今後の産業医の役割について

一口に専属産業医といってもその企業の業種や規模、経営方針、人事部の役割・権限の範囲の違いによって産業医の業務は大きく異なっていると思われます。また、産業医の専門領域もまちまちです。臨床経験の長い医師

もいれば、労働医学、社会医学などの基礎医学系の医師もいます。結論から言えば、専門分野が何であるかはあまり大きな問題ではないように思います。

医学全般にわたる広い知識を基に、日々の健康相談やトラブル相談の内容に対し医学的背景が背後に隠れていないかを検討し、疾患・障害の見落としがないようにしなければなりません。例えば冒頭の例にも紹介した「居眠り」が常態化しているような事例では、「単に怠けている」のではなく、発達障害がベースにあると考えるのが自然な例もあります。他にも、「場をわきまえず居眠っていた」のではなく、てんかんの部分発作であったことが神経内科における脳波検査で明らかになった若年女性の例も経験しました。

健康診断の結果から、アルコール依存症や薬物依存症を推測し、しかるべき専門機関に紹介できるようにあらかじめ医療機関の知識を持っておくことも有用です。

柔軟に思考する習慣、わからないことに対する謙虚な気持ち、「事例化」した社員を支援するのは使命であるというプロ意識も必要でしょう。

今後、特に専属産業医に相談される内容はますます広範囲にわたっていくことが予想されます。厚生労働省による「労働者の心の健康保持増進のための指針」によると、メンタル不全是、「精神及び行動の障害に分類される精神障害や自殺のみならず、ストレスや強い悩み、不安など、労働者の心身の健康、社会生活及び生活の質に影響を与える可能性のある精神的及び行動上の問題を幅広く含むもの」と定義されています。産業医の関わり方もより全人的、社会医学的になっていくことが予想されます。

経営者が求める産業医の役割は、必ずしも整理された形になっていないのが現状です。それゆえに職務の遂行に困難を感じている産業医も少なからず存在します。労働安全衛生法の精神を経営者と共有し、実り多い共同作業ができるようになることを願ってやみませ

ん。労働者が安心して快適に働ける職場環境を作っていくことと会社のリスク・マネジメントの理念は矛盾しないはずです。

最後に産業医学が学問として成立するためにも、大学や研究機関が企業・自治体と共同研究することが必要不可欠であると考えます。これまで労働衛生分野の施策は、厚生労働省主導で推進されてきた印象があります。今後は、現場のデータの分析結果が有効に活用されるようなシステムの構築と産業医学という学問分野がよりいっそう発展することを願って本稿を終えたいと思います。

（6）謝辞

最後になりましたが、本稿の調査対象とした86名の復職支援活動ならびに日々の健康相談事業は、保健師と人事担当管理職の職務に対する並々ならぬ熱意と献身、忍耐がなければ到底実現しなかったことでした。そのような恵まれた場を与えてくれた保健師と人事担当者に深く感謝します。また、復職支援の理念を共有し、産業保健活動への間接的な支援を惜しまなかった当時の社長にこの場を借りて心から感謝の意を表します。本稿の投稿も元社長の許可なしにはなし得ないことでした。

そして復職活動に関係した全ての対象者、同僚、管理職の皆さんに対して、同様の深い感謝をいたします。関係者の皆さんに頭の下がる思いを何度したことでしょう。産業医冥利に尽きる日々を送らせていただきありがとうございました。

〈参考文献及びウェブサイト〉

- 1) <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h30-46-50.html>
- 2) <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/r02-46-50.html>
- 3) <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/r03-46-50.html>
- 4) <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/10/dl/h1014-1a.pdf>
- 5) https://kokoro.mhlw.go.jp/guideline/files/H25_Return.pdf
- 6) <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/03/dl/h0331-1b.pdf>
- 7) <https://www.mhlw.go.jp/houdou/0000049191.html>
- 8) https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/anzen/an-eihou/

9) 米国精神医学会「DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引」医学書院

10) 深尾憲二郎「精神病理学の基本問題」日本評論社

11) 本田秀夫「発達障害－生きづらさを抱える少数派の「種族」たち－」SB選書

〈著者経歴（学歴・学位・資格・ボランティア歴）〉

1982年 大阪外国語大学インド・パキスタン語学科卒業、1991年 奈良県立医科大学卒業、1997年 ロンドン大学衛生学熱帯医学大学院短期留学、2000-2001年 ハーヴァード大学公衆衛生大学院留学、2001年 大阪大学大学院医学系研究科社会医学専攻（医学博士号取得：エイズ・性感染症対策に関する博士論文：大阪大学学術情報庫OUKA (osaka-u.ac.jp)), 2008年 医師会認定産業医資格取得、2014年 労働衛生コンサルタント資格取得。

1996年 JICA（国際協力機構）からタイ王国、2001年 チュニジア共和国に駐在勤務、また2002年 WHO（世界保健機関）南東アジア地域事務所に短期コンサルタントとして駐在勤務。

1998年「国境なき医師団」マラウイ共和国エイズ予防プロジェクトにて派遣ボランティア活動、1999年「国境なき医師団」ノーベル平和賞を共同受賞、現在まで「国境なき医師団・日本」評議員。

2003年から2008年の堺市健康局勤務を経て、2011年から2022年までは機械製造業、非金属材料メーカーの専属産業医として勤務。