

提言1

精神障害の基礎知識と合理的配慮の事例

疾病性と事例性に分けて合理的配慮の適切な提供を考える

富士電機株式会社 東京工場地区 健康管理センター 産業医 鎌田直樹

精神障害は、同じような症状に見えてもその背景にある障害はさまざま、一括りにはできません。また、症状による職場での問題も個人によって異なるため、求められる対応も個別に考える必要があります。そのため本稿では、精神障害の特性を理解するための基礎知識を解説したうえで、合理的配慮の適切な提供に際して疾病性と事例性を分けて考える方法を、事例を交えながらご紹介します。

精神障害に関する基礎知識

(1) 精神障害の診断基準について

精神障害について理解が大変難しい、という声をよく耳にします。精神障害は、典型的な認知症など一部の障害を除いて、現時点では画像検査などの検査を指標の一つとして診

断を行うことができません。もともと精神障害の分類は、精神科医が患者さんの障害の症状、その経時的変化を詳細に観察し、「これを〇〇病と定義する」といったように、診断が行われてきました。しかし、この方法では、医師間による診断一致率が極めて低いことが問題となり、操作的診断基準(チェックリストのように診断していく)と呼ばれる標準的な診断基準が作成されました。代表的な操作的診断基準は2つあり、1つは世界保健機構(WHO)が作成したICDで、もう一つは米国精神医学会(APA)が作成したDSMです。わが国では、ICDは現在第10版新訂版(ICD-10)、DSMは現在第5版改訂版(DSM-5-TR)が用いられています。このうち世界で最も普及しているものはICDです

(なお、現在世界ではICD-11(ICDの新しいバージョン)が普及してきており、わが国では、鋭意翻譯準備中です)。この操作的診断基準では、「〇〇病はA、B、C、D、Eという症状のうちいくつ以上が△週間持続すること」といった具合に、チェック項目が明確で評価者が異なっても高い確率で同じ診断が実施できるように作成されており、研究調査なども行いやすいように工夫がされています。しかし、専門医が「うつ状態」など状態像で診断書を発行している場合もあり、その場合は診断確定に至らない場合や直接的な診断名を避けているなどさまざまな事情があります。そのような場合は、「ICDによる病名は何か」を確認することで、病状の理解が進むこともあります。



Profile

かまた・なおき

2004年埼玉医科大学卒業。2011年北里大学大学院医療系研究科精神科学博士課程修了。北里大学精神科学所属。同大学勤務を経て2017年より現職。専門は産業精神医学。日本専門医機構精神科専門医。精神科専門医制度指導医。精神保健指定医。日本医師会認定産業医。労働衛生コンサルタント(保健衛生)。著書に『ここが知りたい職場のメンタルヘルスケア』(共著、南山堂)、『職場のメンタルヘルスケア入門』(共著、編集担当、医学書院)などがある。

(2) 代表的な精神障害

職場でよく遭遇するであろう代表的な精神障害について、表に挙げますが、職場で遭遇する頻度が比較的高い障害です。

なお、診断は必ず専門医療機関で実施されるべきで、一部の症状が当てはまるからきつとそうだろうという憶測は控えなければなりません。

合理的配慮を適切に提供するために

合理的配慮とは、障害のある方の申し出により、雇用主と当該職員の相互理解のうえで、雇用主が無理のない範囲で実施できる措置のことを指します。合理的配慮の具体的な内容については、内閣府や厚生労働省から合理的配慮指針事例集や合理的

配慮指針が示されています。

しかし、一般に、精神障害の症状は患者さんごとに異なり、また、患者さんを取り巻く環境も個人により異なります。したがって、画一化された対応ができるものではありません。そのような中、合理的配慮を提供しやすくするために、精神障害に関する疾病性と事例性という概念を理解し接すると、対応が考えやすくなる場合があります。

● **疾病性について**

疾病性とは障害の症状について指す言葉です。たとえば、うつ病により、気分の落ち込み、不安な気持ち、睡眠困難、食欲低下、趣味など好きなことができない、物事に集中できずに困っている人がいた場合、この方の疾病性は、抑うつ気分、不安感、睡眠障害、食欲不振、興味の喪失、集中力低下です。

● **事例性について**

事例性とは、抱えている障害の症状によりもたらされた、社会生活上困難なことを指します。前出のうつ病の例で考えると、一般的に、それらの症状によって、職場への遅刻が増え、業務の納期に遅れが生じ、家では寝たきりで、買い物にも行けなくなるわけです。つまり、この場合

表 代表的な精神疾患の症状

病名	症状
うつ病	気持ちの落ち込み、意欲の低下、集中力の低下、興味があることもできなくなる、食欲がなくなる、眠れなくなるなどの症状を生じる疾患。
双極性障害	上記うつ病同様の症状がある時期以外に、気分が高揚したり、元気が出過ぎた状態となり、これらのサイクルを数週間から数か月ごとに繰り返す、その気分の波ゆえ安定した社会生活が難しくなる疾患。
適応障害	特定の環境に適応することができず、うつ病に類似した症状が出現する疾患。その環境を変えれば比較的速やかに回復します。ハラスメントなど、これまで経験したことがない過酷な状況で発症することがあります。きっかけなしの適応障害は存在しません。
不安障害	漠然とした不安感が込み上げてくることで、その不安感が支障となって生活が困難になる疾患。パニック障害もここに分類されます。パニック障害では、急に不安感、過呼吸が生じ、社会生活が難しくなります。
統合失調症	幻聴という存在しない声や音が聞こえ、それに脅かされ、自らに危害が及ぼされるという被害妄想（実在しない出来事なのに本人は事実との確信を持つこと）に支配され、さらに思考力も著しく低下する疾患。
摂食障害	拒食、過食などの行為を繰り返し、極度の痩せや内臓の機能の低下など健康状態にまで影響を及ぼす疾患。
パーソナリティ障害	自らの考え方、物事の受け捉え方の偏りにより、自らも生きづらく、周囲も巻き込み迷惑をかけてしまう疾患。いくつかのタイプがあります。
自閉スペクトラム症	社会性やコミュニケーション機能に関する障害で、たとえば会話の行間を読んだり、想像力を働かせて物事を実行することが苦手です。また、物事への強いこだわりがある場合があります。程度の個人差は大きく、程度が強いと話がかみ合わないなど社会生活に支障が出る疾患。
知的障害	知的能力の獲得に遅れがあり、年齢相応ではないため、社会生活をするうえで、その重症度に応じて支援が必要な疾患。

は、職場における事例性は、勤怠不良、業務遂行能力の低下です。

以下に、架空症例を用いた合理的配慮について、3つの事例を紹介いたします。ただし、これらの合理的配慮には絶対的なモデルや正解はなく、いずれも患者さんの価値観、就業規則、病状の程度、職場側とのすり合わせなどにも依存するため、一つの見本として捉えてください。

（事例1）うつ病

家族の介護と育児と管理職への昇

進の時期が重なり、心身の負荷が増えたことによりうつ病を発症。精神科主治医より3か月の休養の指示が出された。抗うつ薬を処方され、最終的には回復（専門用語で寛解という）した。復職時に、産業医から数か月間は定時時間内での業務を行うよう就業制限が指示された。業務に占める管理職としてのマネジメント業務の割合が大きく、復帰後もそのボリュームの大きさから時間内に仕事を終わらせようとすると毎日時間との戦いで、抑うつ気分が強まり、

不眠、不安感が出現するようになってきた。その結果、会議中聞き漏らすことが増え、仕事のやりくりが大変になってきた。

【疾病性】抑うつ気分の悪化、不眠、不安感の出現

【事例性】会議中の聞き漏らしが増加した結果、仕事の能率の低下

【合理的配慮の考え方】

この事例では、抗うつ薬でいったん回復していることが確認されています。家族の介護や育児に対して、人事的な提案は就業規則上の休暇や

時間休の取得の活用があるでしょう。リモートワークが可能な職種なら、通勤時間の短縮などは疲労予防にはなります。しかし、勤務時間中は休憩して良いわけではなく、当然労務提供が求められます。また、介護や育児自体の合理化には限界があるでしょうから、あとは職場内で追加できる配慮を検討することになります。管理職への昇進後のうつ病ですので、管理業務に慣れるまでの当面の間は、管理業務以外のプレイヤーとしての業務を他のメンバーでフォローするのも一案でしょう。その他、就業時間についての制限が逆に作用し、「まったく残業ができない」という時間拘束からくる焦りが原因でしたら、多少の残業を容認し、疲労が蓄積しない範囲で、ゆとりを持って業務に臨むことを試してみる価値があるかもしれません。あるいは、本人から家庭を優先したいという積極的な依頼があれば、十分な相互理解のうえ、降格を検討し、元の職位で症状が改善するかを検討するという手段もあるかもしれません。

【事例2】自閉スペクトラム症

入職1年目、研修中のグループディスカッションの時、発言内容が時々周囲とかみ合っていないことが

心配されていた。2か月間の研修を終え、6月より住民課に配属された。当初、窓口対応などはせず、上司の指示を受け、マニュアルに沿って書類の入力、処理を進めていた。一通りの知識が身についたと判断され、入職2年目より、住民課の窓口対応に出て数週間を経過したあたりから、利用者から「受付担当者に相談していることがなかなかわかってもらえない」というクレームが多いことが発覚。上司が本人に問うと、「何を答えてよいかかわりにくい」「利用者の質問をわかりやすくしてほしい」と回答。上司が利用者との対応をそばで聞いて問答の一例を確認すると、「引越したいんだけどどうしたらいいか?」とか「家族が亡くなったけれどどうしたらいいか?」などという利用者の質問に対して「聞きたいことがわかりづらく、やりとりに時間がかかる」ということであった。上司が詳細に尋ねると、「転居の手続きについてはわかるけれど、引越しの相談をされても、私にはわからない」「家族が亡くなったと言われても、どの書類が欲しいかなどを明確に伝えてくれないとわからない」というような困りごとであった(利用者は手続き方

法がわからないから聞いているのである)。日を重ねるうちに、次第に気持ちが悪くなり家から出るのが辛いと言い、出勤できなくなった。精神科専門医の受診を提案し、本人同意のうえ受診したところ、自閉スペクトラム症の診断がなされた。【疾病性】相手の気持ちがわからない、会話の行間が読めない、抑うつ気分【事例性】窓口業務において、相談者との会話が成立しない、(抑うつ気分に伴う)出勤困難

【合理的配慮の考え方】

初年度はマニュアルに沿った書類処理はきちんとできていました。しかし、対象者の職場の窓口業務では、当該職員が対応する利用者の質問内容の予測や業務の絞り込みが難しいため、窓口対応は困難でしょう。職場内の業務を棚卸しし、曖昧な口頭指示や臨機応変な対応が求められる作業は控えるのがいいでしょう。可能な限り想像力を活用しなくても、明確な指示に従うことのできる業務内容を選び、また、指導担当者も統一し、指導の際の言い回しがばらつかないよう、短文で明確に伝えることなどを意識すると良いでしょう。

【事例3】統合失調症

20代の職員。ある団体の総務部門

に所属。Xさんから悪口を言われていると言いつつ、Yさんにも出勤時に尾行されていて、「私の個人情報を見られてしまった」と、上司に言い出した。その結果、出勤しても事務所から出て、ロッカー室にもつてしまうようになった。所属長が職場内で公平な調査をしたが、そのような事実はなかった。産業医の説得で、精神科専門医を受診したところ、統合失調症と診断され、抗精神病薬が処方された。治療後には「悪口はもう聞かない」といい、尾行についても、「もうされていない」という。ただ、XさんやYさんに対しては、過去の関係性を思い出すと何となく申し訳ないと思うと所属長に報告をした。

【疾病性】幻聴、尾行や個人情報流出をされるといふ被害妄想
【事例性】幻聴、妄想に怯え、ロッカー室にこもり業務ができない
【合理的配慮の考え方】
幻聴、被害妄想には一般的に薬物療法が第一選択療法で、当該事例にも相当の効果がありません。本症例では抗精神病薬による治療で、疾病性、事例性ともに消失したことが理解いただけかと思えます。強いて言うとうと、XさんやYさんに対するわ

配慮のポイント

産業医・産業保健スタッフ

ずかな申し訳ない気持ちが残存しています。そのため、席替えを実施し、少し互いの距離を確保することが有効かもしれません。また、この事例のように職場が総務部門であれば、業務の範囲は広いので、互いに業務が協業にならないよう、問題となる方との業務分担について工夫するのも有効かもしれません。内服を厳守して、被害妄想がきちんと消えているようでしたら、当該職員を配置転換し、X・Yの両氏と距離を置くことで残存する症状が緩和される可能性もあるかもしれません。ただし、薬物療法が効果不十分な場合や、服薬が不規則で被害妄想がコントロールできていない場合、合理的配慮として配置の調整を行うと、異動先で新たな対象者に対する被害妄想が出始める可能性があります。したがって、このような場合は、精神科主治医とも連携し十分な薬物療法の効果が出ており、被害妄想は消えていることを確認し、過去の対人関係の軋轢あつれきなどからの状態であることを把握したうえで、配置転換の対応をするように細心の注意が必要です。

当該職員からの申し出に応じて合理的配慮を提供するにあたっては、

まず、医療機関で提供可能な治療が十分実施された状態であるかを確認しましょう（精神障害には投薬で症状がある程度コントロールができる障害と、投薬による効果があまり期待できない障害があります）。薬物療法によるさらなる改善の余地がある（治療不十分）にもかかわらず、合理的配慮で対応しようとする、過剰な配慮になったり、配慮が失敗に終わったりすることがあります。

産業医・産業保健スタッフは精神障害の概要を理解したうえで、場合によっては、前述の薬物療法の効果が十分發揮できていることやその他不明点を精神科主治医に確認しましょう。そのうえで、職場の管理監督者、人事労務担当者に障害の特性をかみ砕いて説明したり、必要な配慮について、ともに検討したりしましょう。その際には、前述した公的機関が示している指針なども参考に、団体規模、実現可能性を加味して、できることを具体化していきましょう。ただし、何もかも配慮されなければならぬということではありません。

患者さんご自身の病状に関する医学的判断、職場で実現可能な支援体制などから就業の可否は公平に判断され、時には配慮のもとでの就業より、療養に専念するという判断が必要な場合があります。

管理監督者

管理監督者は、配慮検討の過程で、障害に関する説明を産業医から聴取し、そのうえで、職場特性や業務内容を産業医らに丁寧に説明し、どのような配慮が可能かについて、検討するとよいでしょう。

合理的配慮のために配置転換が必要な際には、特に人事労務担当者との協力が必要となります。その時には、障害の特性をよく理解したうえで、職場環境について人事労務担当者と共有できるとよいでしょう。症例によっては職場環境を変えることで、当該職場内での個別の配慮を減らすことができる場合もあるかもしれません。

今後に向けて望まれる姿勢

現在、精神障害に関する合理的配慮が必ずしも浸透しているとは言えません。普段の生活で、視覚障害のある方や、歩行が困難で松葉杖や車

椅子をお使いの方を見かけることがあるかと思いますが、私たちは日々慌ただしく過ごしていると、目に見える障害を抱えておられる方に対してさえ、十分に寄り添うことができいていません。自身や近い人が不自由な思いを経験している時に初めて、その困難の大きさや辛さを実感し、寄り添った気持ちを持つようになるのではないのでしょうか。

精神障害は目に見えない分、さらに難しいのだと思います。少し考えればすぐ気づけるはずなのに、見た目が健常者と相違がないため、精神障害のある方々に「普通に健常者同様に働くのが当たり前」という価値観を押し付けていないでしょうか。障害をよく理解し、その方にとって必要なことを考え、できる範囲でバリアをなくすという、シンプルなことを、必要な場面で一緒に実行していったらいいと思います。私自身もそうですが、常に注意を払わないと、つい自分の狭い視野や価値観が全般化され、それがバリアをつくり出すこととなります。本稿は合理的配慮の一例に触れたに過ぎません。目の前の一事例一事例を試行錯誤しながら、丁寧に考えていくことが何よりも重要と考えます。