

〈報告〉

企業における管理監督者の対応と精神不調者の回復状況との関連 —情報通信業の一企業における相談記録の分析から—

萩原 寿枝*・広沢 正孝**・神原 直幸***

The role of line managers or senior managers at workplace and its influence to workers' recovery from mental health problems
—from consultation records at a major telecommunications company—

Hisae HAGIWARA*, Masataka HIROSAWA**, Naoyuki KAMBARA***

1. 緒 言

1990年代のバブル経済崩壊以降, 長期的な経済低迷による職場環境や労働者の意識の変化は職場や労働者のメンタルヘルスに大きく影響を与えた。労働者の6割が職業生活上のストレスを抱え⁹⁾, 精神不調による休業⁶⁾や復職後の再休業⁵⁾の増加も問題となっている。

このような状況を受け, 厚生労働省は「労働者の心の健康の保持増進のための指針」⁸⁾を策定, 「セルフケア」「ラインによるケア」「事業場内産業保健スタッフによるケア」「事業場外資源によるケア」の4つの柱を基に職場におけるメンタルヘルス対策が行われてきた。このうちラインのケアでは, 労働者と日常的に接する管理監督者による職場環境の改善や労働者の相談対応の役割が示されている⁷⁾。ま

た, 「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」¹⁰⁾でも, 管理監督者による職場環境整備や, 就業上の配慮が課せられており, メンタルヘルス対策における管理監督者の役割は重要なものとなっている。

指針におけるラインの管理監督者は直属の上司が想定されるが, 部下である労働者との間に業務上の利害関係が発生する立場であるため¹⁾, 人間関係に問題が起りやすい。独立行政法人労働者健康福祉機構による労働者の心の電話相談²⁾では, 職場の人間関係の相談, 特に「上司」についての相談が最も多かったと報告されており, 職場のメンタルヘルス対策の柱となるラインの管理監督者が, 精神不調の要因となりうることを示された。この課題解決のひとつとして, ラインを超えた管理監督者の役割があげられよう。

本研究の対象である情報通信業関係の企業では, 直属の上司以外に各部署に配置された部内調整役が, 健康管理担当管理職として精神不調者の対応にあっている。この管理監督者は, 部署内における社員に対して上司との人間関係の相談にあっているほか, 上司のマネジメント上の困難が予想される案件, 人事管理, さらにハラスメントが絡むケースなどにおいて, 本人への対応のみならず, 事業場

* 株式会社 NTT ドコモ健康管理室
Department of Health Care, NTT DOCOMO, INC.

** 順天堂大学大学院スポーツ健康科学研究科
Graduate School of Juntendo University
Department of Health Science, Faculty of Sports and Health Science

*** 順天堂大学大学院スポーツ健康科学研究科
Graduate School of Juntendo University
Department of Sports and Social Science, Faculty of Sports and Health Science

内産業保健スタッフを含む社内に関連組織との調整をも行っている。この企業においてはラインを超えた対応の流れが職場のメンタルヘルスを増進するうえで、うまく機能していた。

これまでに、ラインを超えた管理監督者による協力支援の重要性⁴⁾や事業所における実践のあり方³⁾などをめぐるいくつかの見解が報告されている。しかしこの問題の基底にある、管理監督者(直属の上司)の対応と精神不調者の回復状況との関連を論じた研究は筆者が調べた限りでは存在していない。また健康管理担当管理職やラインを超えた対応の実態、対応後の状況を論じた研究も少ない。そこで本研究ではラインを超えた対応を実施している情報通信業A社を対象とし、精神不調者、とくに人間関係をめぐるメンタルヘルスの実態と相談ルートを把握し、管理監督者によるライン対応およびラインを超えた対応と、精神不調者の回復状況との相互関連について検討したい。

2. 方法

従業員数11,000名の情報通信業A社の本社健康管理室において2008年4月から2011年6月までに精神不調の相談があった社員192名(男性150名,女性42名,平均年齢36.7歳±6.5)の相談記録を2012年6月から7月にかけて後ろ向き調査を実施した。なお、調査にあたっては当該企業A社の安全衛生委員会及び健康管理室の責任者である厚生課長の同意と順天堂大学大学院倫理審査委員会の承認を受け、個人が特定される情報は排除したうえでデータ分析を行った。なお、統計解析にはIBM SPSS21 Statisticsを用いた。

3. 結果

(1) 相談結果

相談者192名のうち、相談後に精神科を受診した者は148名、そのうち「要休業」となった者は98名であった(表1)。精神科受診148名の診断結果は、うつ病エピソードが80名(54.1%)、適応障害の27名(18.2%)などが多くみられた(表2)。

表1 192名の相談結果と精神科受診者の休業状況

192名の相談結果	n (%)
精神科受診した※	148(77.1)
精神科受診せず	44(22.9)
※精神科受診148名の休業状況	n (%)
要休業	98(66.2)
休業不要	50(33.8)

表2 精神科受診148名の診断結果

診断結果	要休業	休業不要	n (%)
うつ病エピソード	68	12	80(54.1)
適応障害	15	12	27(18.2)
身体表現性障害	4	3	7(4.7)
パニック障害	3	2	5(3.4)
その他	8	7	15(10.1)
診断名不明	0	14	14(9.5)
計	98(66.2)	50(33.8)	148(100)

(2) 健康管理室への相談に至るまでのルート(相談ルート)

相談者192名の相談ルートは直属上司または健康管理担当管理職など、精神不調者が所属する「職場」からの紹介が93名(48.4%)、ついで精神不調者本人の「自発相談」が61名(31.8%)、健康診断の結果を受けて「健康管理室スタッフ」から相談勧奨があった者が26名(13.5%)、事前の相談なく突然医師からの「診断書」が提出されたケースが12名(6.3%)であった。以上のうち、「職場」と回答した93名のさらに詳細なルートを分析したところ、「直属上司」が52名、「健康管理担当管理職」が41名という結果であった(表3)。

(3) 不調要因

本人の申告を基にして、精神不調の要因を調べたところ、「職場」と答えた者が131名(68.2%)、「職場と私生活」39名(20.3%)、「私生活」13名(6.8%)であった(表4)。

つまり「職場要因あり」の者が全体で170名(88.5%)、「私生活要因あり」の者が全体で52名(27.1%)という結果であった。

表3 健康管理室へ相談に至るまでのルート

192名の相談ルート n (%)		※「職場」93名の内訳 n (%)	
職場※	93(48.4)	⇒ 直属上司	52(27.1)
自発相談	61(31.8)	健康管理担当管理職	41(21.3)
健康管理室スタッフ	26(13.5)		
診断書	12(6.3)		

表4 相談者の不調要因

不調要因	n (%)
職場	131(68.2)
職場・私生活	39(20.3)
私生活	13(6.8)
要因不明	9(4.7)

表5 職場要因とその内訳

職場要因の内訳上位3要因(複数回答)		人間関係要因の内訳(複数回答)	
	n (%)		n (%)
人間関係	87(51.2)	⇒ 上司	68(78.2)
業務の質	83(48.8)	同僚	23(26.4)
業務が合わない	26(15.3)	部下	12(13.8)

「職場要因あり」の170名について、具体的要因(複数回答)見てみると「人間関係」が87(51.2%)名、「業務の質」が83名(48.8%)、「業務が合わない」が26名(15.3%)であった。更に人間関係の対象者を分類したところ、「上司」が68名(78.2%)、「同僚」が23名(26.4%)、「部下」が12名(13.8%)であった(表5)。

なお、不調要因と先述(2)の相談ルートについては、有意差は認められなかった。

(4) 相談ルートと相談結果との関連

4種類の相談ルート(職場・自発相談・健康管理室・診断書)と休業の有無について χ^2 検定を行ったところ、有意差が認められた($\chi^2 = 25.17, p < 0.01$)。各項目間の残差分析の結果、「診断書」は「要休業」となることが多く($p < .01$)、「健康管理室」($p < .01$)、「自発相談」($p < .05$)は「要休業」となることが少なかった(表7)。

表6 相談ルートと最終結果

	最終結果		合計	
	休業不要	要休業		
健管への相談ルート	職場	35	58	93
	自発相談	38	23	61
	健管から	20	6	26
	診断書	1	11	12
合計	94	98	192	

表7 相談ルートと最終結果における χ^2 検定結果

属性	χ^2 値	自由度	検定結果	調整済み残差		
				休業不要	要休業	
健管への相談ルート	25.176	3	**	職場	-1.9	1.9
				自発相談	2.5	-2.5
				健管から	3.1	-3.1
				診断書	-2.9	2.9

** P < .01

(5) 健康管理室との連携

相談後に健康管理室と職場との連携があったケースは192名中156名(81.3%)であり、その際の職場側の主たる対応者は「健康管理担当管理職」が71名(45.5%)、「直属上司」が40名(25.7%)、「健康管理担当管理職と直属上司の両方」が42名(26.9%)、その他3名であった。つまり全体で113名(72.4%)が「健康管理担当管理職」によって対応がなされ、「直属上司」の82名(52.6%)を上回っていた。

(6) 休業後職場復帰した者の就労継続期間

相談・受診後に要休業となり、その後復職した者は82名であった。その82名について、 Kaplan-Meier法による生存分析を用いて就労継続期間の推定を行った。休職後に復職した82名のうち、観察期間終了時に就労継続していた者は59名、再休業に至った者は23名であった。再休業の23名のうち、19名が復職後36ヶ月以内に再休業となっており、36ヶ月時点で推定される復職者の就労継続率は66.8%であった。

なお、再休業率と先述(2)の相談ルートについて

は、有意差は認められなかった。

次にログランク検定を用いて2因子における就労継続率の差の検定を行ったところ、「職場上司要因の有無」「健康管理担当管理職対応の有無」については有意差が認められなかったが、「私生活要因の有無」に有意差が認められた($\chi^2=8.08$, $P=0.04$)。復帰後36ヶ月の時点での2群間の就労継続率をみると、「私生活要因なし」では76.7%、「私生活要因あり」では36.9%であった。

4. 考 察

今回の調査では、企業内の精神不調者のうち、その理由として職場要因を挙げた者は9割近くを占め、私生活要因を挙げた者を大幅に上回っていた。また、職場要因の中で最も多かったのは「人間関係」、しかもその対象は「上司」が8割弱を占めていた。この結果は、職場の人間関係について上司に関する相談が多いとする先行研究²⁾⁹⁾とも一致しており、職場のメンタルヘルス対策の柱である上司が精神不調の主要因であるという実態が示された。

今回の調査対象となった情報通信業関係の企業では、あらかじめこのような状況も予測して、各職場に直属の上司とは別に健康管理担当管理職を配置していた。その意義に関しては、これまでほとんど報告がなかったが、今回の結果からは次のような実態が明らかになった。まず1点目は、精神不調者が健康管理室へ相談に至る際、「職場」が最も多く、しかもその際、直属の上司ほどではなかったものの健康管理担当管理職が仲介していることである。第2点目に、相談後に健康管理室と職場との連携があったケースが8割を超え、しかもその際、約7割で健康管理担当管理職が対応にあたっていたという事実である。これらのことは、健康管理担当管理職は、相談の導入としての役割と、相談後の対応の役割(とくに健康管理室との連携)の両方において、メンタルヘルス上重要な役割を果たし得ることを示していると言えよう。

また今回の調査では、精神不調者の休業率が、健康管理室への相談に至るまでのルートによって異なる

ことが明らかにされた。すなわち、自発的にあるいは健康管理室からの紹介で健康管理室を訪れた者は「休業不要」となる率が有意に高いが、職場からのルート紹介で健康管理室を訪れた者は休業不要にはつながっていないことが判明した。この結果は、社員が不調に陥る前段階で職場内から健康管理室につなげてもらえるよう、速やかで適切な対応が、精神不調者の重症化を防ぐために重要であることを示唆する。職場要因、特に直属上司との人間関係が主たる不調要因であることを鑑みると、精神不調者の重症化を防ぐ意味でも、健康管理担当管理職のラインを超えた対応が重要であることが示されたと言えよう。

なお今回の結果では、健康管理担当管理職の対応の有無と復職後の就労継続期間に有意差はみられなかった。就労継続が困難な場合、社内規程の運用や人事労務管理、家族への対応等が必要となり、通常管理監督者では対応しきれず、健康管理担当管理職が不調者対応を担うケースが多い状況を鑑みると、健康管理担当管理職は精神不調者の就労継続に対して一定の役割を果たしている可能性がある。また今回は、私生活要因をもつ者の就労継続期間が、それをもたないものに比べて有意に短いことが示された。とくに復帰後36ヶ月時点で、就労継続率に約40%の開きがみられたことは注目すべき結果であろう。このことは、健康管理担当管理職の配置、および機能向上だけでは限界があることを示唆する。このため新たに企業内に、家族相談体制、福祉との連携体制の確立など、さらなるサポートを行える専門スタッフの配置および育成が必要となると思われる。

5. 結 論

1. 精神不調の要因は職場が9割を占め、人間関係、特に直属上司が主要因であった。このためラインのケアが適切に機能しない可能性があり、ラインを超えた健康管理担当管理職の役割の重要性が示唆された。
2. 精神不調者が事業場内産業保健スタッフへの相談に至るルートは職場からが最も多く、その中で

健康管理担当管理職らの相談が4割を超えていた。

3. 相談ルートと休業の有無との関連では、職場からの紹介が休業不要につながっておらず、より早い段階で管理監督者から産業保健スタッフへの相談につなげる必要性が示唆された。
4. 相談後の産業保健スタッフとの連携や職場対応は、健康管理担当管理職が担っていたが、かれらの関与と職場復帰後の就労継続率の関連性は認められなかった。
5. 職場復帰後の就労継続率は、私生活要因に左右されていた。これに関しては、新たな対応が必要であることが示唆された。

(本論文は、平成24年度順天堂大学大学院スポーツ科学研究科の修士論文を基に作成されたものである)

文 献

- 1) 独立行政法人労働政策研究・研修機構(2012). 職場の今. 日本労働研究雑誌, 627, 2-3.
- 2) 独立行政法人労働者健康福祉機構(2012). 勤労者心の電話相談, http://www.rofuku.go.jp/Portals/0/data0/kanrenshisetu/pdf/h24kokoro_sodan_press.pdf.
- 3) 富士通株式会社(2012). 職場の元気を支える“職場づくり支援スタッフ”. へるすあっぷ21, 7, 56-57.
- 4) 福田貴一(2010). 職場のメンタルヘルス対策. 経営センサー, 7(8), 53-58.
- 5) 公益財団法人日本生産性本部(2009). 産業人メンタルヘルス白書2009年版, 37-54.
- 6) 公益財団法人日本生産性本部(2012). 第6回「メンタルヘルスの取り組み」に関する企業アンケート調査報告書, 11-23.
- 7) 厚生労働省(2000). 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針(基発522号の2), http://www2.mhlw.go.jp/kisya/kijun/20000809_02_k/20000809_02_k.html.
- 8) 厚生労働省(2006). 労働者の心の健康の保持増進のための指針について(基発第0331001号), <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/roudou/an-eihou/dl/k060331001a.pdf>.
- 9) 厚生労働省(2013). 平成24年労働者健康状況調査結果の概況, 18-19.
- 10) 厚生労働省(2009). 改訂版「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」(基発第0323001号), <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/roudou/an-eihou/dl/k060331001a.pdf>.

(平成26年7月23日 受付)
(平成27年1月8日 受理)