

援助プログラムを終了し、復職判定を申請した
在職精神障害者44名である。就労継続分析の対
象は、このうち、復職が認められた28名である。

C. 職場復帰援助プログラム

1. 目的

職場復帰援助プログラムは、精神科外来作業
療法として行われ、「生活リズムの維持」「作業
能力」「対人関係」への援助を行い、長期間休務
している在職精神障害者の職場復帰準備性を改
善し、職場復帰に伴う精神疾患の再発を防ぐこ
とを目的としている。

2. 内容

プログラムは、パソコン作業（週2回）、軽ス
ポーツ（週1回）、小集団療法（週1回）、計週4
回行われる。

3. 評価

スタッフが、5分野、18項目からなる「職場復
帰援助プログラム評価表」を用いて、参加者の
職場復帰準備性を評価する。この評価は、参加
者本人にフィードバックされるほか、本人の了
解を得て、復職判定を行う産業医、復職判定委
員会への資料として提出されることもある。

D. 研究方法・復職判定研究

研究は、復職判定研究と、就労継続研究から
なっている。復職判定研究は、以下のような研
究方法で行われた。

1. 復職判定

「復職可」「復職不可」を目的変数として、性
別、学歴（高卒・専門学校卒：大卒以上）、所属
会社（NTT関連会社：それ以外）、診断（気分障
害：それ以外）、休務形態（病気休暇：休職）、年
齢、入院回数、職場復帰援助プログラム終了に
要した期間（参加期間）との関連を分析した。

2. 属性要因

性別、学歴、所属会社、診断、休務形態につ
いては、属性要因として扱い、要因別に Fisher
の直接法による検定を行った。（例数が少ないの
で、 χ^2 検定ではなく、Fisherの直接法を選択し

た）

3. 連続変数要因

年齢、入院回数、参加期間については、連続
変数要因として扱い、分布に偏りがみられたの
で、Mann-Whitneyの検定を行った。

4. ロジスティック回帰分析

相関がある説明変数の選択について検討した
後、年齢、性別、学歴、診断、入院回数、参加期
間を説明変数とするモデルで、ロジスティック
回帰分析を行った。

E. 研究方法・就労継続研究

就労継続研究では、就労を継続できなくなっ
た時点（休務・退職）を、「イベント」とする生
存分析を行った。

1. 全体分析

Kaplan-Meyer法により、サンプル全体につい
て予測就労継続期間の分析を行った。

2. 属性要因

復職判定に関する研究で調査された要因のう
ち、層別化された属性要因について、Kaplan-
Meyer法により、層別の有意差があるか分析を
行った。（参加期間については、中央値で分け、
層別化変数として分析を試みた）

3. Cox回帰分析

説明モデルについて、分布の偏り、相互の相
関について検討した後、年齢、学歴、所属会社、
診断、入院回数、参加期間を説明変数とする多
変量Cox回帰分析を行った。

F. 結果

1. 要因別分布

表1、2に要因別の分布を示した。男性、NTT
関連会社の所属、休務形態・休職の参加者が多
かった。年齢層は各年代にわたり、参加期間は、
短期と長期に分かれたような分布を示した。

2. 復職判定

復職判定：44名のうち、「復職可」と判定され
たものが28名（64%）、「復職不可」と判定され
たものが16名（36%）であった。（表3）

表 1 要因別の分布 性別・学歴・所属会社・診断・休務形態

性別		学歴		休務形態	
男性	39	高卒・専門学校	21	病気休暇	9
女性	5	大卒以上	23	休職	35
所属会社		診断			
NTT 関連	35	気分障害	29		
その他	9	その他	15		

表 2 年齢・入院回数・参加期間の平均値と標準偏差

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
年齢	44	26	57	42.0	8.8
入院回数	44	0	7	1.6	1.6
参加期間	44	2	940	243.8	260.0
有効なケースの数	44				

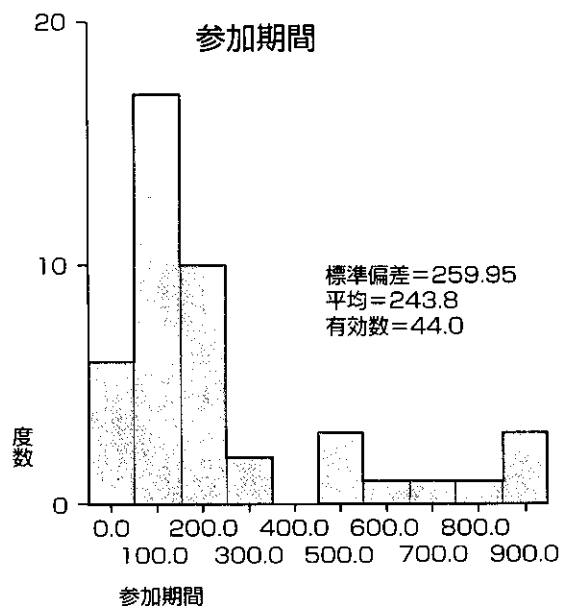
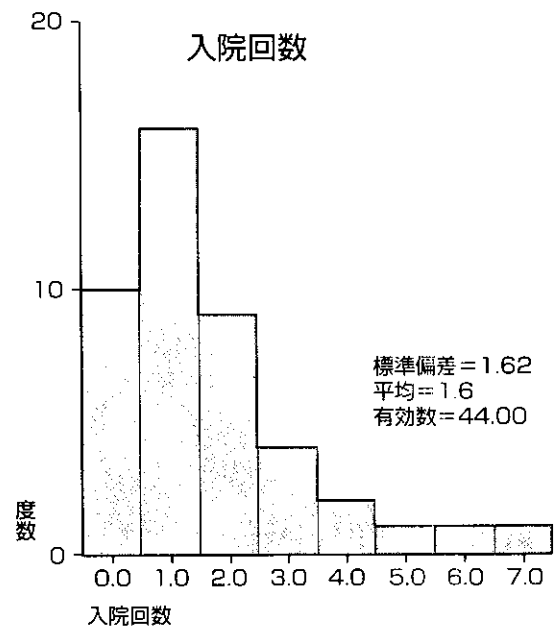
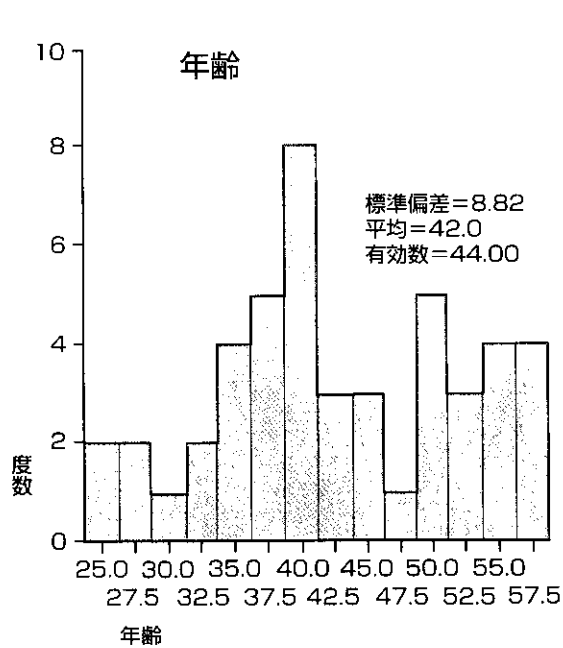


表 3 復職判定

復職可	28
復職不可	16

3. 復職判定－要因別分析

要因別の分析では、復職判定と有意な関連を示したのは、休務形態 ($p = 0.05$) であった。性別もほぼ有意な関連 ($p = 0.051$) を示し、参加期間も関連している傾向がみられた ($p = 0.07$)。 (表 4, 5)

4. ロジスティック回帰分析説明モデル

性別と相関が強かった所属会社、参加期間と

相関が強かった休務形態を、多重共線性の問題が生じるため、説明モデルから除外した。

5. 復職判定－ロジスティック回帰分析

性別、年齢、学歴、診断、入院回数、参加期間からなる説明モデルで、復職判定に有意な影響をおよぼしていたのは、参加期間 ($p = 0.05$) であり、性別も影響を及ぼしている傾向がみられた。 ($p = 0.08$) (表 6)

表 4 復職判定・要因別分析 性別・学歴・所属会社・診断・休務形態

性別					
	復職可		復職不可		合計
男性	27	69.2%	12	30.8%	39
女性	1	20.0%	4	80.0%	5
Fisher の直接法	p=0.051				
学歴					
	復職可		復職不可		合計
高卒・専門学校卒	12	57.1%	9	42.9%	21
大卒以上	16	69.6%	7	30.4%	23
Fisher の直接法	p=0.533				
所属会社 (NTT 関連：それ以外)					
	復職可		復職不可		合計
非 NTT	7	77.8%	2	22.2%	9
NTT	21	60.0%	14	40.0%	35
Fisher の直接法	p=0.450				
診断					
	復職可		復職不可		合計
その他	8	53.3%	7	46.7%	15
気分障害	20	69.0%	9	31.0%	29
Fisher の直接法	p=0.340				
休務形態					
	復職可		復職不可		合計
病休	9	100.0%	0	0.0%	9
休職	19	54.3%	16	45.7%	35
Fisher の直接法	p=0.011				

表5 復職判定・要因別分析 年齢・入院回数・参加期間

	復職可 中央値	復職不可 中央値	Z	p
年齢	40.0	42.5	1.50	0.133
入院回数	1.0	1.5	0.91	0.363
参加期間	127.5	209.0	1.84	0.065

Mann-Whitney の検定

表6 復職判定・ロジスティック回帰分析

	B	標準誤差 回帰係数	Wald	自由度	有意確率	Exp(B) リスク比	Exp(B)の95.0% 信頼区間 下限	上限
年齢	0.05	0.05	0.78	1	0.38	1.05	0.95	1.16
性別（男性=1）	-2.24	1.27	3.12	1	0.08	0.11	0.01	1.28
学歴（高卒=1）	0.41	0.88	0.22	1	0.64	1.51	0.27	8.56
診断（気分障害=1）	-1.25	0.88	2.01	1	0.16	0.29	0.05	1.62
総入院回数	0.26	0.25	1.15	1	0.28	1.30	0.80	2.11
RAP 参加期間	0.003	0.001	4.07	1	0.04	1.003	1.0001	1.006

注. 復職可=0、復職不可=1としているので、Bが負の値をとっている要因は、その変数が0から1になったとき（連続変量の場合はその変数が大きくなった時）、復職不可となるリスクが小さくなる

6. 就労継続—脱落例

平成15年1月で「観察打ち切り」→「データ分析」に入ったが、これ以前に、脱落（休務または退職）したものは、5例みられた。脱落は3例が復職後3か月以内、1例が6か月以内、1例が1年以内に生じていた。復職後1年を経過した時点での就労継続率は82%であり、この期間以降の脱落例は現在のところみられていない。（表7）

7. 就労継続期間

就労継続期間：就労継続期間の推定は、1409日（3.9年）であった。また、95%信頼区間から、実際の就労継続期間は、95%の確率で、1159日（3.2年）～1659日（4.5年）の間にあると推定された。（表7）

8. 就労継続—属性要因別分析

属性要因別の分析では、所属会社が影響を及ぼしている傾向を示した（ $p=0.07$ ）。その他の要因については、層別の差はみられなかった。（表8～13）

9. Cox 回帰分析の説明モデル

Cox回帰分析の説明モデルとしては、性別、休務形態を除外した。理由は、性別は女性が1名だけであり、休務形態は参加期間とつよく相関しているため、結果をゆがめている可能性があったからである。

10. 就労継続—Cox 回帰分析

年齢、学歴、所属会社、診断、総入院回数、参加期間を変数とする説明モデルでは、所属会社が影響を及ぼしている傾向を示した（ $p=0.07$ ）。（表14）

G. 考 察

1. 復職判定

「復職可」が64%という結果であった。職場復帰援助プログラムの初期には、特に復職困難と思われる長期休職者が多く参加する傾向があった。今後、予後調査を継続して行く中で、復職率が高まる可能性がある。在職精神障害者に対して、適切な職場復帰援助を行えば十分に復職

表7 就労継続・全体分析

Time 観察日数	Status 状況	Cumulative Survival 累積生存率	Standard Error 標準偏差	Cumulative Events 累積脱落数	Number Remaining 就労継続数
66	休退職	.9643	.0351	1	27
71	休退職	.9286	.0487	2	2
72	休退職	.8929	.0585	3	25
92	就労継続			3	24
116	就労継続			3	23
135	休退職	8540	0676	4	22
155	就労継続			4	21
165	就労継続			4	20
192	就労継続			4	19
225	就労継続			4	18
302	就労継続			4	17
303	就労継続			4	16
310	休退職	.8007	.0818	5	15
337	就労継続			5	14
338	就労継続			5	13
547	就労継続			5	12
676	就労継続			5	11
800	就労継続			5	10
849	就労継続			5	9
891	就労継続			5	8
1152	就労継続			5	7
1191	就労継続			5	6
1267	就労継続			5	5
1303	就労継続			5	4
1320	就労継続			5	3
1586	就労継続			5	2
1586	就労継続			5	1
1723	就労継続			5	0

層別総数：28 観察打ち切り（就労継続）： 23 (82.14%) イベント（脱落）：5

平均： 生存日数 標準偏差 95%信頼区間
 (最大値 1723) 128 (1159, 1659)

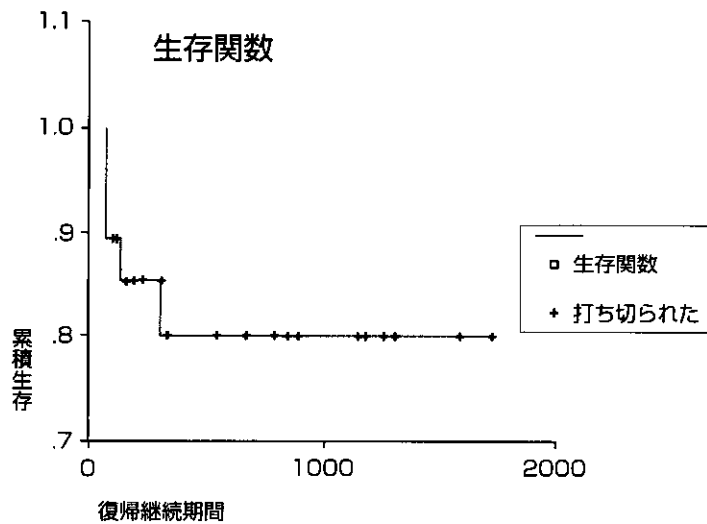


表 8 性別 (男性 : 女性)

要因 SEX = 男性

層別総数 : 27 観察打ち切り (就労継続) : 22 (81.48%) イベント (脱落) : 5

生存日数 標準偏差 95%信頼区間
 平均 : 1287 121 (1050, 1524)
 (最大値 1586)

要因 SEX = 女性

Warning # 20077. Command name: KM

すべての観測値が打ち切られているため、生存の推定値を計算することができません

生存率の層別差に関する検定 for SEX

	Total	Number	Number	Percent
	総数	Events	Censored	Censored
		脱落数	就労継続数	就労継続率
SEX 男性	27	5	22	81.48
SEX 女性	1	0	1	100.00
合計	28	5	23	82.14
統計値	自由度	有意水準		
Breslow	.22	1	.6410	

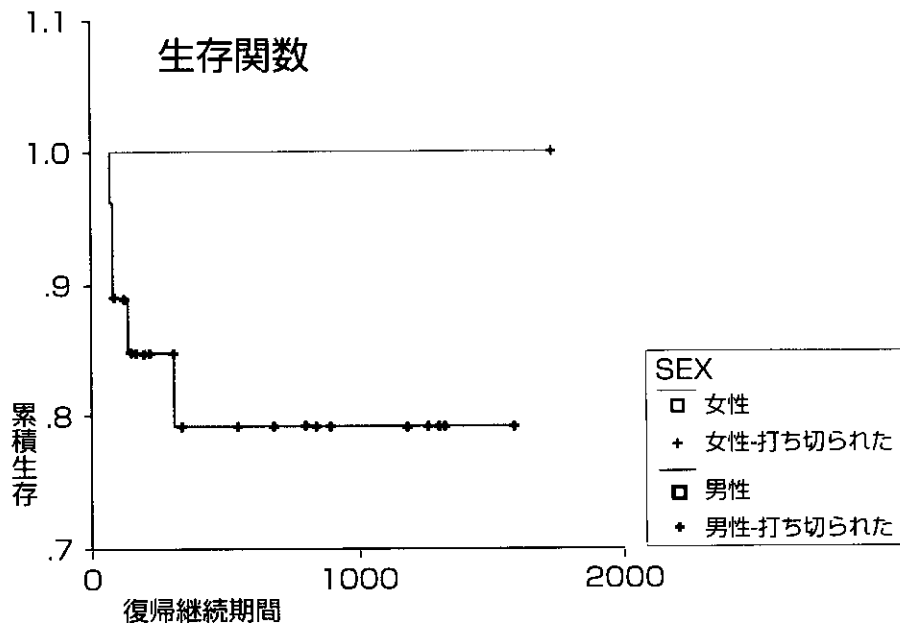


表9 学歴 (高卒：大卒以上)

要因 学歴 = 高校、専門学校卒

層別総数：12 観察打ち切り (就労継続)：9 (75.00%) イベント (脱落)：3

平均： 1285 218 (858, 1712)

(最大値 1723)

要因 学歴 = 大卒以上

層別総数：16 観察打ち切り (就労継続)：14 (87.50%) イベント (脱落)：2

生存日数 標準偏差 95%信頼区間

平均： 1164 103 (961, 1366)

(最大値 1320)

生存率の層別差に関する検定 for 学歴

	Total	Number	Number	Percent
	総数	Events	Censored	Censored
		脱落数	就労継続数	就労継続率
学歴 高校、専門学校卒	12	3	9	75.00
学歴 大卒以上	16	2	14	87.50
合計	28	5	23	82.14
統計値	自由度	有意水準		
Breslow	.16	1	.6849	

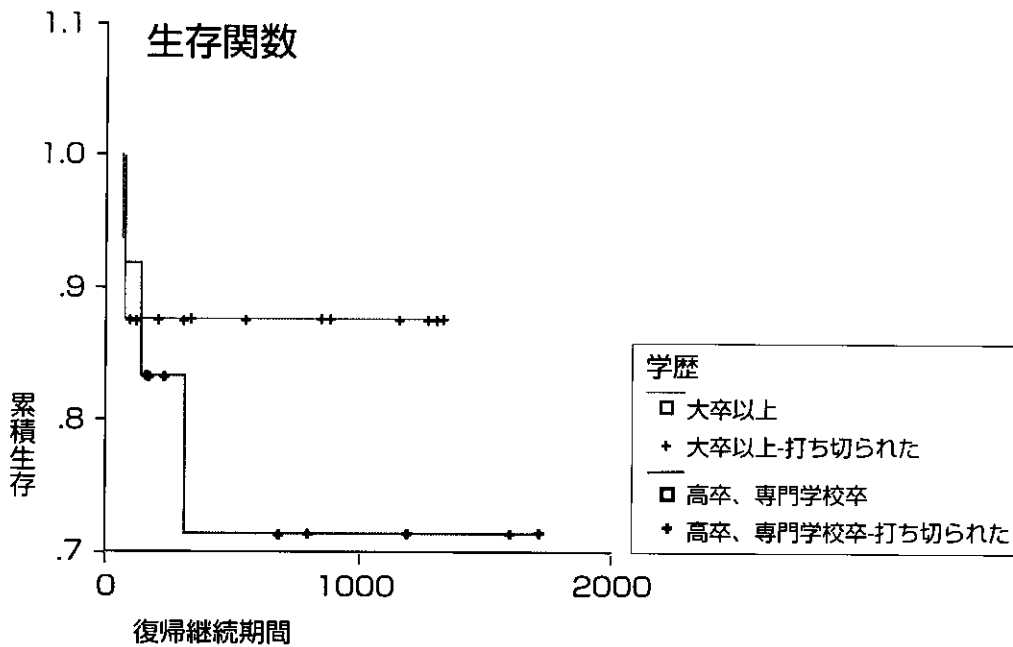


表 10 所属会社 (NTT 関連：それ以外)

要因	それ以外 = .00				
層別総数	7	観察打ち切り (就労継続)	4 (57.14%)	イベント (脱落)	3
	生存日数	標準偏差	95%信頼区間		
平均	1048	296	(469, 1628)		
	(最大値 1723)				
要因	NTT 関連 = 1.00				
層別総数	21	観察打ち切り (就労継続)	19 (90.48%)	イベント (脱落)	2
	生存日数	標準偏差	95%信頼区間		
平均	1437	100	(1241, 1633)		
	(最大値 1586)				

生存率の層別差に関する検定 for 所属会社

	Total	Number Events	Number Censored	Percent Censored
	総数	脱落数	就労継続数	就労継続率
それ以外 .00	7	3	4	57.14
NTT 関連 1.00	21	2	19	90.48
合計	28	5	23	82.14
統計値	自由度	有意水準		
Breslow 3.54	1	.0601		

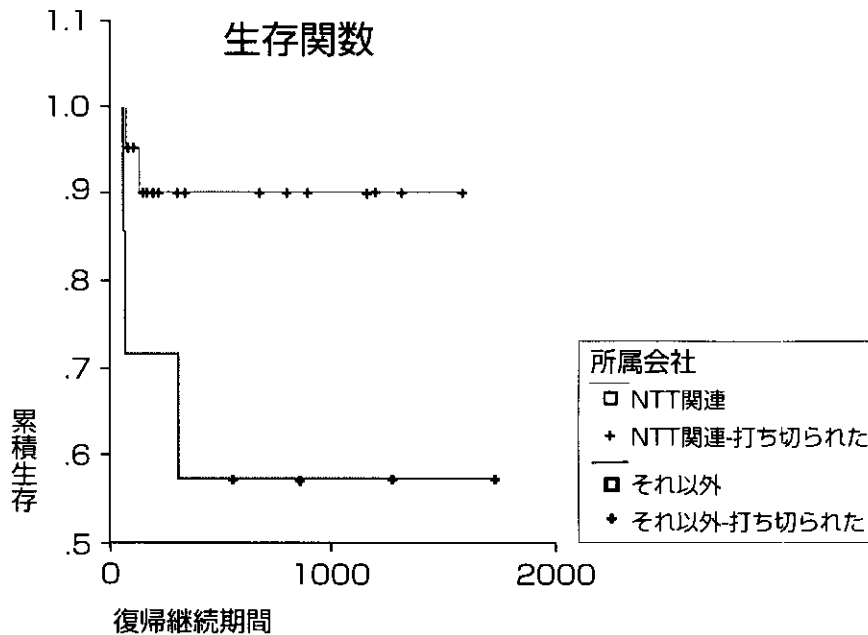


表 11 診断 (気分障害：それ以外)

要因 診断 = それ以外

層別総数：8 観察打ち切り (就労継続)：7 (87.50%) イベント (脱落)：1

生存日数 標準偏差 95%信頼区間

平均： 1148 145 (865, 1432)

(最大値 1303)

要因 診断 = 気分障害

層別総数：20 観察打ち切り (就労継続)：16 (80.00%) イベント (脱落)：4

生存日数 標準偏差 95%信頼区間

平均： 1360 162 (1043, 1678)

(最大値 1723)

生存率の層別差に関する検定 for 診断

		Total	Number	Number	Percent
		総数	脱落数	就労継続数	就労継続率
診断	それ以外	8	1	7	87.50
診断	気分障害	20	4	16	80.00
合計	28	5	23	82.14	
統計値		自由度	有意水準		
Breslow	.06	1	.8065		

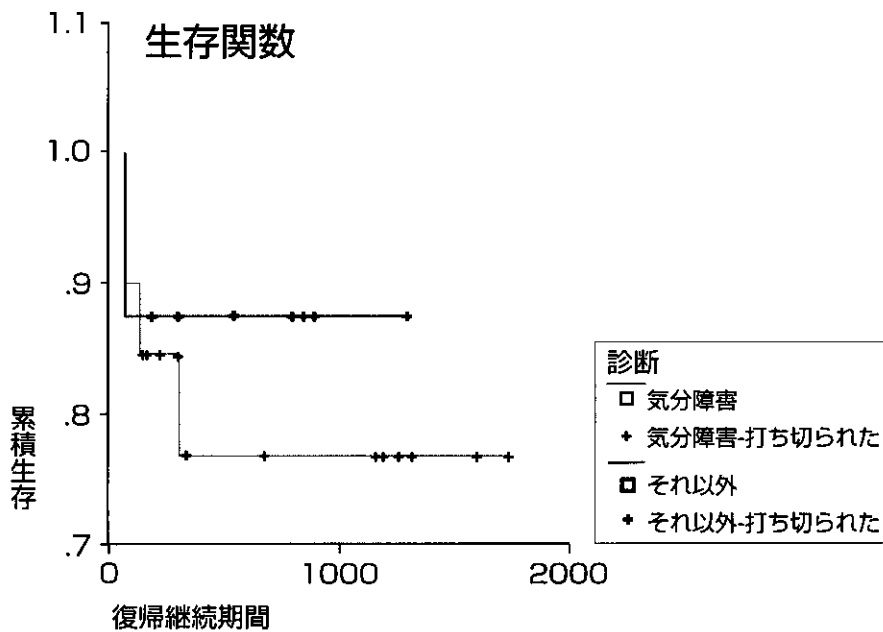


表 12 休務形態（病休：休職）

要因 休務形態 = 病休

Warning # 20077. Command name: KM

すべての観測値が打ち切られているため、生存の推定値を計算することができません

要因 休務形態 = 休職

層別総数：19 観察打ち切り（就労継続）：14 (73.68%) ペント（脱落）：5

	生存日数	標準偏差	95%信頼区間
平均：	1182	155	(878, 1485)
(最大値	1586)		

生存率の層別差に関する検定 for 休務形態

	Total	Number	Number	Percent
	総数	脱落数	就労継続数	就労継続率
休務形態 病休	9	0	9	100.00
休務形態 休職	19	5	14	3.68
合計	28	5	23	82.14
統計値	自由度	有意水準		
Breslow	2.33	1	.1273	

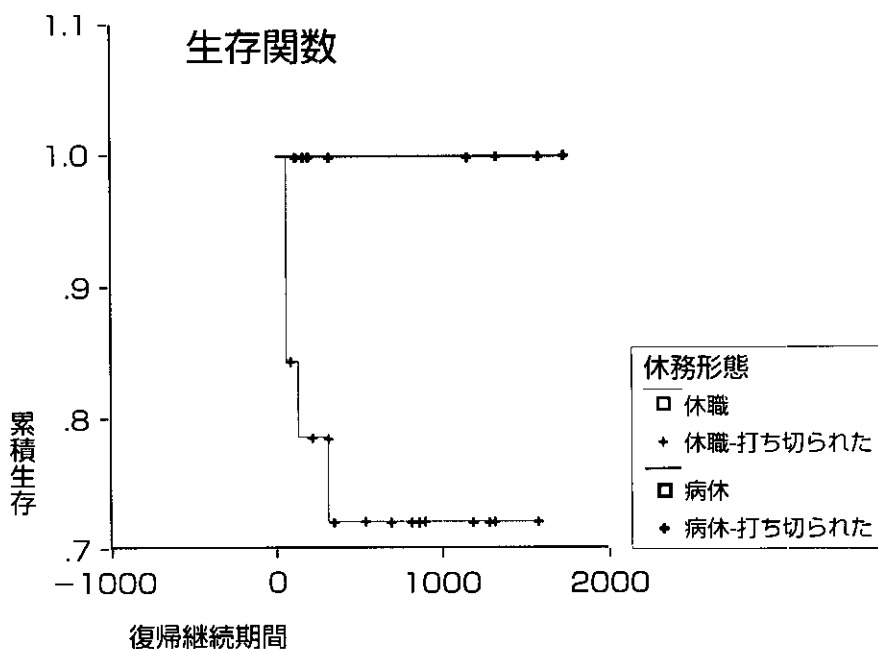


表 13 参加日数 (143 日以上 : 142 日<中央値>以下)

要因 参加日数 = 142 日以下
 層別総数 : 16 観察打ち切り (就労継続) : 13 (81.25%) イベント (脱落) : 3
 生存日数 標準偏差 95%信頼区間
 平均 : 1401 168 (1072, 1729)
 (最大値 1723)
 要因 参加日数 = 143 日以上
 生存日数 標準偏差 95%信頼区間
 平均 : 1099 131 (842, 1356)
 (最大値 1303)

生存率の層別差に関する検定 for 参加日数

Total	Number	Number	Percent		
		総数	脱落数	就労継続数	就労継続率
参加	中央142日以下	16	3	13	81.25
参加	中央143日以上	12	2	10	83.33
合計	28	5	23	82.14	
	統計値	自由度	有意水準		
Breslow	.14	1	.7109		

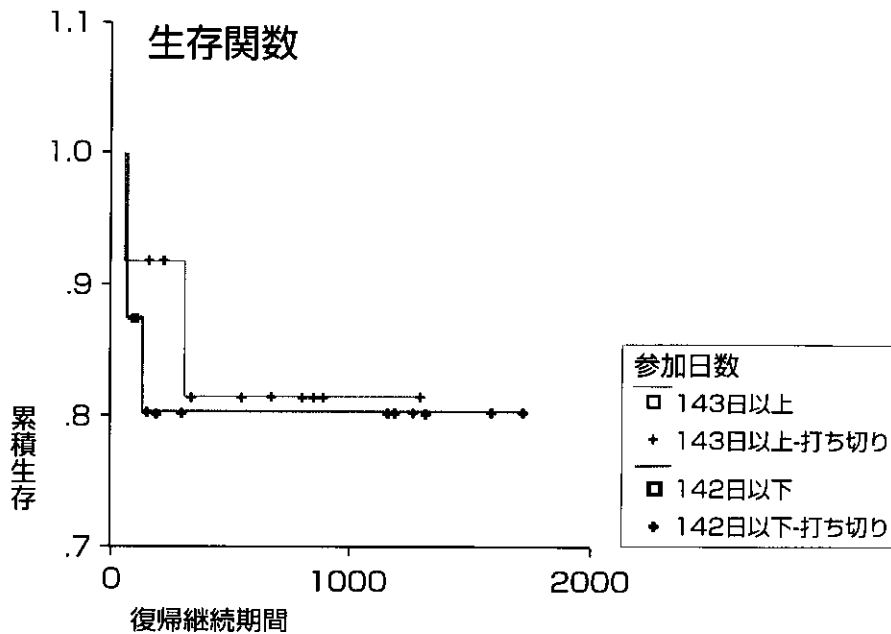


表 14 就労継続・Cox 回帰分析

	B	Wald	自由度	有意確率	Exp (B)	Exp (B) の信頼区間
年齢	-0.03	0.08	1.00	0.67	0.97	0.83 ~ 1.13
学歴	0.33	1.08	1.00	0.76	1.39	0.17 ~ 11.4
所属会社	2.64	1.45	1.00	0.07	14.02	0.82 ~ 238.5
診断	-1.08	1.43	1.00	0.45	0.34	0.02 ~ 5.65
総入院回数	-0.89	0.65	1.00	0.17	0.41	0.12 ~ 1.46
参加期間	0.00	0.00	1.00	0.97	1.00	0.99 ~ 1.01

学歴 大卒以上 =0、高卒、専門学校卒 =1

所属会社 NTT 社員 =0、非 NTT 社員 =1

診断 気分障害 =0、それ以外 =1

追跡日数の集計

	度数	範囲	最小値	最大値	合計	平均値	標準偏差
復帰継続期間	28	1657	66	1723	17770	634.6	548.5

可能であることが示されたと言えよう。

2. 就労継続期間

復職した 28 名について、復職 1 年後の就労継続率は 82% であり、平均就労継続期間は、3.2 ~ 4.5 年の間にあると推定された。在職精神障害者に対して、適切な職場復帰援助を行えば、復職後、相当期間就労継続可能であることが示されたと言えよう。

3. 人口学的・臨床的要因

一般的な人口学的・臨床的要因である年齢・学歴・診断・入院回数は、復職判定、就労継続のいずれにも、有意な影響を及ぼしていなかった。

4. 性別

性別は、要因別分析、ロジスティック回帰分析で、復職判定にほぼ有意な影響を及ぼしていた。復職した事例が、女性は 1 例しかないため、現時点では就労継続についての影響は検討しにくい。

5. 所属会社

所属会社は、復職判定には有意な影響を及ぼしていないが、就労継続には、要因別分析・Cox 回帰分析で、影響を及ぼしている傾向を示した。NTT 関連会社は、復職後の就労について、「4 時間勤務、6 時間勤務も通常勤務と認める」という、

他社と比べて手厚い労務管理体制を取っている。就労継続への影響は、こういった状況による可能性がある。ただし、NTT 関連以外の会社からの参加者数が少なく、5 例の脱落者のうち、3 例を占めたことから差が生じているものであり、NTT 関連以外からの参加者が比較的特殊な例である可能性もある。今後の検討を要する。

6. 休務形態

休務形態は、復職判定に有意な影響を及ぼしていたが、就労継続への影響はごく弱い傾向が示されたにとどまった。休務形態が「休職」であることは、休務がより長期に渡っていることを示しているので、復職判定に不利な影響を及ぼしていることは常識的に理解できる。復職後の就労継続に、復職前の休務形態がどの程度の影響を及ぼすかについては、今後の検討を要する。

7. 職場復帰援助プログラムの終了に要した期間（参加期間）

参加期間については、復職不可群の方が、参加期間が長かった。これは、復職困難な人が、長い期間職場復帰援助プログラムに参加し復職判定申請したものの、「復職不可」と判定された事例によるものと考えられる。一方、就労継続に

は、参加期間は影響を与えていなかった。つまり、職場復帰援助プログラムによって、十分就労準備性が整えられ、復職が認められた事例では、その後の予後には、参加期間は大きな影響を与えないと考えられる。

8. 要因の影響に関する総括

学歴・年齢・診断・入院回数といった、一般的な人口学的要因、臨床的要因は復職判定、就労継続のいずれにも影響を及ぼしていなかった。性別の影響については、女性の事例数が少ないため、判断が難しい。復職判定には、休務形態と参加期間が関連し、就労予後には所属会社が関連していた。つまり、職場復帰の予後については、就労不可能な状況が続いている期間（休務形態）、就労準備性改善の困難度（参加期間）が復職判定に影響し、就労予後には、労務管理体制の手厚さが影響している可能性が示唆され

た。所属会社については、なお慎重な検討を要するが、職場復帰の予後には、一般的な人口学的要因や臨床的要因ではなく、就労可能性に直接関連する要因が影響を与えるものと考えられる。

H. 今後の研究課題

今後、予後調査の継続、職場復帰援助プログラム評価表の検討、参加自身の評価による「自己評価表」・職場復帰援助プログラムに参加できない在職精神障害者のための「一般評価表」の開発、職場での対人関係上の不適応を改善するための集団認知行動療法の開発、職場復帰援助プログラムによる効果の持続性—復職後の業務遂行状況に関する検討、性格と職場復帰予後の関連に関する検討などの研究を遂行する予定である。

在職精神障害者リハビリテーションの意義と日本障害者雇用促進協会における試行事業について

分担研究者 荒井 稔 日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院

A. 現 状

1. メンタルヘルス不全者の休職者に占める割合の高いこと

現在、就労者のうちのおよそ1パーセントは、なんらかのメンタルヘルス上の不調をもち、そのうちの一部は、症状のために長期の療養を必要としている。この実数については、十分な調査が行われていないが、多くの事業場において、長期療養が必要な人数が内科、外科等の身体疾患を上回っていることを十分に考慮すべきであろう。一般に、メンタルヘルスについての対策では、一次予防としてのメンタルヘルス上の不調を予防すること、二次予防として早期発見・早期治療を行うこと、および三次予防として、再発を防ぐこととされているが、復職にまつわる問題は、職域において三次予防が開始されるという意味で重要である。復職の時点で考慮される点としては、対象者の回復の度合い、治療過程における位置づけ、就労能力の評価、職場・人事労務担当者・家族等の人的支援体制の評価、再発予防のための通院等の医学的治療継続の必要性、再発の可能性の評価、および再発時の対応などである。

2. メンタルヘルス不全者の復職判定時に適正な判断がなされていないこと

実際の復職に至るまでには、本人や家族からの回復度合いについて、職場の上長に報告されていることが多いが、十分なメンタルヘルスについての教育がなされていない場合には、職場

にとっては突然に主治医からの復職可能という診断書が提出されるということも少なくはない。こういった場合に、上長は、本人との面接、受け入れ体制の整備、人事・労務担当者への報告・指示受け、産業医(精神科産業医を含む)に対する産業医学的な就労可能性の判定依頼、職場の構成員に対する事情説明等を短期間に行うことになる。

3. メンタルヘルス不全者に対応する専門家が少ないこと

さらに、上長のメンタルヘルスの問題を持つ者に対する対応の知識・経験が不十分であったり、中小事業場では専属産業医がいないこと、また、精神科産業医の数が限られているなどの要因によって、症状回復が就労することに対して適切なまでに回復しているかの評価ができず、職務に支障のある症状が遺残している場合は少なからず見受けられる。この際に、医学的判断とともに就労能力の評価が本来的には必要であるが、現在ではほとんどの場合、この評価が専門家によって行われていないことが現状であると指摘できる。

4. 復職後に繰り返し病氣療養が必要な事例が多いこと

復職時の判定の精度にもよるが、メンタルヘルス不全者が症状の再燃をきたしたり、職務遂行に必要な技術・知識をもっていないといったミスマッチの状態では、繰り返し休業が必要となる者は少なくない。とくに、就労経験の少な

い成人や、初老期にある者の場合には、通勤や勤務に耐えられる体力が十分でないこと、職務に必要な技術・知識を新たに学習することが困難な場合が少なからず認められる。頻回に職場を休むことによって、就業者個人の自尊心を維持することは困難であり、また、周囲の者も当該就業者に対する評価は好ましくない傾向となっていくことが多い。繰り返す病気休暇がもたらす転帰としては、本人・家族・周囲の者への負担は大きくなり、継続的な就労が困難となることを念頭におかなくてはならないであろう。雇用維持という観点からも、この頻回に繰り返す病気休暇については、本人の利益を最大に尊重しつつ、システムを構築する必要性が多くの関係者から指摘されている。

5. メンタルヘルス不全者に対する偏見が是正されないこと

上述したように、在職精神障害者の場合でも、繰り返す病気休暇、仕事の能率が好ましくないこと、周囲に対する配慮ができないほど苦しみことなどの諸要因によって、メンタルヘルス不全者に対する周囲の偏見が助長され、適正に治療を受け、他の就業者と同じあるいはそれ以上の能率・能力を示す者がいることに気づかれることが少ないのは残念なことである。現時点でも、過去にメンタルヘルス不全を経験し、それから完全に立ち直った就業者は、上長としても、管理監督者としても、他の者の苦勞を理解する能力が向上しているもので、よき上長、管理監督者・経営者となることが多いので、メンタルヘルス不全が必ずしも個人の成長の阻害をすと決めることは間違いといわなくてはならない。メンタルヘルス不全を経験することの価値も考慮すべきであろう。

B. 課題

現状で述べたことの繰り返しになる部分もあるが、メンタルヘルス不全者の復職について、現時点での課題を述べたい。

1. メンタルヘルス不全者の発生の予防

メンタルヘルス不全者の中には、個体側の要因が優勢である障害があることも事実であるが、現在のメンタルヘルス不全者全体のおよそ三分の二は、主に就業環境が適正でないことに基づく障害、つまり、作業関連性障害としてのメンタルヘルス不全の要素が強いと位置づけることが可能である。この事実から、メンタルヘルス不全発現予防が可能であるといえることができる。メンタルヘルス不全の原因となる要因はさまざまであり、多くの要因が重畳しているが、そのうちから重要なものを取り上げよう。

1) メンタルヘルス不全の要因としての対人関係

一般に、就業者ばかりでなく、人間は集団を構成すると、より優勢な者とより劣勢な者とに分かれる傾向があり、劣勢な者は多くの場合、自分の都合を優勢な者の都合に合わせなくてはならないことが多い。個人個人の都合は、それぞれ相反していたり、一致したりするが、劣勢の個人の都合うち、どうしても譲れない都合を無視されたり、拒否されたりすると、劣勢の個人の心理的状態は好ましくない方向へと向かう。

こういった過程は、日々繰り返されているが、ある閾値を超えて個人の都合が無視され、拒否されると、個人の安全保障感は喪失し、何らかの精神的症状が出現することになる。この症状は、本人にとっては外界への順応の差し障りとなるが、個人の都合をそれ以上毀損されないという個人を保護するという側面ももっている。優勢な者は、通常的判断能力があればその症状が劣勢な者を保護する機能があることに気づき、ある程度の強さで自己防衛をしていることを理解することになる。通常では、この時点で、優勢な者は自分の都合を主張することを留保し、劣勢な者の都合を採用することを試みることになる。劣勢な者が自分の都合が尊重された時点で、多くの精神的症状は、軽快・消滅することになる。こういった過程は、健康な集団では日々繰り返されており、この機序によって、精神的な破綻が防がれている。

この他の都合を尊重するという態勢は、通常の個体には生来的には備わっており、一般的には、「フォローする」とか「逃げ道を準備する」といった健常者の行動や思考に現れている。コミュニケーションといった言葉が頻用される背景にも、このような他者の都合を配慮するための情報収集といった機能が重要だからである。

産業の現場では、こういった配慮をする訓練として、「傾聴法」が取り上げられ、実践されているが、相手の都合に聞き入り、それと自分の都合との折り合いをつけていくという対人技術は、何歳になっても繰り返し訓練が必要であり、就労する者が身につけるべき最低限のマナーということができよう。復職の時点でもこういったメンタルヘルス不全者の都合をできる限り聴き、尊重するという姿勢が関係者全員に必要なのは述べるまでもなからう。

2) 復職後等における就労時間について

人間は、八時間は労働し、八時間は自分のために使い、残りの八時間は睡眠のために使うのが一般的であるが、現在の就業状況の一部では、この比率が仕事に偏り、自分の時間や睡眠のための時間が減っている事態が稀ではない。昨年採用されている脳・心臓疾患の労災認定の基準についても、就労者が身体的に健康に過ごすためには、時間外労働は、月に、四十五時間以内であり、四十五時間から八十時間のあいだでは相対的に障害の発生する危険が高まり、二か月の平均が八十時間を越えるか、一か月に百時間以上の時間外労働では障害の現れる可能性が強くなるとされている。

メンタルヘルス不全と時間外労働との関係についても、脳・心臓疾患とまったく同等と考えることはできないが、精神健康と睡眠時間との間には正の相関があり、十分な睡眠時間が維持されない場合には、メンタルヘルス不全が発現する蓋然性が高いことが一般に医学的に承認されている。

長時間労働のみをメンタルヘルス不全の原因であるとすることはできないが、労働密度や責

任性などの他の要因と比較して、時間として数量化できることは、重要なしてであることは述べるまでもない。また、復職の時点で、就労制限を行うことは稀ではないが、復職後一定期間は、就労時間の短縮、時間外労働の制限、休日出勤の禁止、出張等の負荷のかかる仕事の免除などは、復職の前提として、産業医、産業精神科医、上長、人事労務担当者などが理解し、制度として結実させるべきであろう。こういった、時間の制限は思ったよりも個人の復職の過程を円滑にし、復職後の症状の再発・再燃の予防になることは強調しておかなくてはならない。

3) 事業場内・外の支持組織の充実の必要性

厚生労働省が職場のメンタルヘルス対策として、四つのケアという指針を示している。まず、第一は自分でのケアであり、健康情報等を積極的に取り込み、自分の心身の状態を適正にモニターし、不具合が生じたと判断できたら、その専門家に相談することが要点である。第二のラインによるケアは、正しいメンタルヘルスについての知識を得たのちに、前述した「傾聴」という態度をとるという上長の役割であるが、上長自身が仕事に忙殺されている現在の就労環境を考慮すると、上長に対するメンタルヘルスに関する教育・啓発は必須であるが、第三の事業場内資源の拡充、および第四の事業場外資源の開発・利用がこれからの大きな課題である。

現在の事業場内資源としては、従来の人事労務担当者以外に、従業員の能力開発、キャリア支援を行うことができる事業場内従業員支援プログラム(Employee Assistance Program;EAP)制度の日本の現状を踏まえた導入、産業医療体制としても、狭義の心身の健康診断を含めた健康増進活動のためのスタッフの能力向上などが急務な状況である。

さらに、現在事業場内資源のみでは対応できない場合もあり、日本の産業医療体制と連携ができるEAP組織が少なく、事業場内資源が十分でない場合の支援体制が整っていないのが現状である。日本におけるEAPの機能としては、診

療機能、職場へのメンタルヘルス教育、マネージャーに対する教育、会社のメンタルヘルス対応体制整備の指導などさまざまな業務が必要であるが、それらの機能を十分に果たせるEAP組織の数的拡大、それらの機能の向上などが必要であることが指摘されている。

2. メンタルヘルス上に問題をもつ者の復職の課題

メンタルヘルス対策が積極的になされたとしても、精神医学的、心療内科的治療が必要な就業者の復職についての問題点は多い。治療上の費用の問題、就労可能という判断の問題、在職精神障害者のリハビリテーションの必要性についてそれぞれ、課題を述べたい。

1) 治療上の費用の問題

メンタルヘルス不全者の治療においては、現在利用できる向精神薬の種類が増え、薬物療法としての治療成果は向上してきている。しかし、作業関連障害としてのメンタルヘルス上の問題を治療する際に、薬物療法同様に、精神療法、環境療法、リハビリテーションの処方などは、さまざまな制約により十分とは言い難い。まず、精神療法の際の問題点としては、精神療法の保険点数が費やされる時間に比して低いこと、上長や家族に対する指導に費やす時間は、患者治療以上の時間を必要とするにもかかわらず、点数化されておらず、治療者にとって、サービスとしてしか位置づけられていないことがあげられる。上長や家族からの情報をえることは、個人に対する精神療法と環境療法の成否にも多大に影響することは明白であるので、関係者に対する指導についての適正な経済的な基礎が築かれる必要がある。これが実現されれば、多くの治療者にとって治療上の情報が増し、より適正な患者治療が行われると考えられる。

2) 適正な復職判断の必要性

上述した側面の影響や医学的教育に就労についての知見が乏しく、主治医の就労可能という判断の正確さには問題があることもある。もちろん、主治医は、患者の利益を最大限守ろうと

するし、患者の就労したいという意志を最大限尊重するのが医学的には正しいが、就労環境、就労時間、職務内容、責任性の程度などの就業を行う上で必要な諸要素を勘案しながら、患者の回復度に基づいた就労能力の判定は復職に際して困難である場合がある。

主治医が復職可能と判断しても、産業医、産業精神科医、産業看護職、産業心理職、職場の上長、人事労務担当者それぞれが連携しつつ、適正な復職判定を行い、復職を可能にする努力をしているが、現在では、産業医のメンタルヘルスに関する対応の教育が十分でないこと、産業精神科医の数が少ないこと、産業看護職はメンタルヘルスの問題に対応する以外に多くの業務を遂行していることなどの諸要件から、適正な復職判断が困難である場合が少なからずあることは指摘しなくてはならない。

3) 在職精神障害者のリハビリテーションの必要性

現在の復職判定において不足しているのは、復職を希望している者が就労能力をどれくらい有しているかという評価と、その能力に対応した職務が与えられることを担保するための判断の機会であろう。在職精神障害者の治療療養中は、入院あるいは自宅・実家療養といった形態となるが、入院先でリハビリテーションを受け、ナイトホスピタルなどの適正な準備期間を設定して復職した場合には、復職は円滑にいくことが多いが、自宅等での療養の場合にはリハビリテーションを行うことや「慣らし勤務」等の準備を行うことが困難であり、復職後の経過が望ましくない場合がある。現在、在職精神障害者に対するリハビリテーションの試みが始まっているが、人的資源、費用等の問題はこれから解決されるべき課題として残されている。

C. まとめ

- ①現在の職域においては、精神的健康を維持・増進する対策をこうじることが、就業者本人および家族、事業主などの関係者にとっ

て経済的な活性化、日本全体の創造性の向上のためにも急務である。

- ②心身の健康の維持・増進を試みる一方で、メンタルヘルス不全者数は就労者全体のおよそ1パーセントであり、関係者にとってその経済的損失、心理的負担は計り知れず、適正な対応が必要である。
- ③メンタルヘルス不全者の発症の要因の約三分の二は、職場での人間関係の問題、時間外労働が過剰になること、人的支持組織の機能の低下などに関連しており、それらは作業関連障害の一部と位置づけることが適当である。
- ④メンタルヘルス不全者の治療は、精神科あるいは心療内科などの主治医が行うが、職務内容、家庭生活などの治療に必要な情報を入手するために面接を行うことが必須であるが、保険点数としては算定できず、専門医にとってのインセンティブがないことは就労者に対する適正な医療の進展を妨げている。
- ⑤復職判定のシステムは、事業規模によってさまざまな形態がありうるが、最低限、主治医の復職可能の判断、産業医または精神科産業医の判断、上長の理解、人事勤労担当者の関与が必要であるが、適正な復職判定のプロセスのガイドラインが存在せず、適正な復職判定がなされていない場合があ

ることに留意すべきである。

- ⑥事業場内の資源としては、産業医、産業精神科医、産業看護職、産業心理職、人事労務担当者などであるが、現在では、まだ十分なメンタルヘルス不全者に対する復職等についての対応の教育・啓発が不十分である。事業場内に従業員支援プログラムの組織を設立することは、国際社会のなかで、従業員支援プログラムが市民権を持っていることを考慮すると、日本でもその設立・育成が急務である。
- ⑦事業場外資源として、公的医療・保健機関を含め、外部従業員支援プログラムが設立されているが、日本の産業医療という領域と連携できる施設は少なく、量的にも質的にも、さらに従業員支援プログラムの発展を推進すべきである。
- ⑧適正な復職判定が行われるためには、上述した体制整備とともに、在職精神障害者のリハビリテーション活動が専門家によって推進され、全国的な展開がなされる必要がある。現在、試行的に行われている「リワークプログラム」の積極的な活用と全国展開のための人的資源および経済的基盤の整備が必須である。

研究協力者：五十嵐美代