

受け取るべき結果と言える。また、本人や家族が職場復帰を焦ることによる問題も、以前からよく指摘されるが、家族や主治医と職場（産業保健スタッフ）との十分な連携のもとに、適切な復職時期を慎重に決定することの重要性も改めて強調されてよいであろう。

E まとめ

19名の産業医の協力を得て、うつ病圏の事例140例について、その職場復帰の実態とそれに影響を与えた職場因子等の検討を行った。

うつ病圏の労働者の職場復帰にあたっては、当該労働者の業務内容を吟味し、必要に応じて軽減措置を講じたり、場合によっては職場異動を検討したりすることが、本人への重要な支援となることが確認された。一方で、本人の個人的要因や家族の問題など、職場以外の因子も職場再適応を阻害する例が少なくないことも明らかになった。これらに対して職場がなしうる働きかけには限界があり、職場と地域の医療機関、支援機関との連携が非常に重要であると考えられる。

F 参考文献

- 1) 島悟 うつ病を中心としたところの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究 平成14年度総括・分担研究報告書（労働安全衛生総合研究事業），2003
- 2) 日本産業精神保健学会（編） 職場におけるメンタルヘルス対策 労働調査会，2000
- 3) 労働大臣官房政策調査部（編） 企業における健康対策の実態（労働者健康状況調査報告） 労務行政研究所，1998

研究協力者

荒武優
石崎潤子
小林祐一
座間聡子
柴岡三智
武田真紀
田中克俊
深澤健二
鎗田圭一郎

表 1 事例の属性

年齢	例(%)	在籍職場の規模	例(%)
20歳未満	0	50名未満	6(4.3)
20～24歳	5(3.6)	50～299名	17(12.1)
25～29歳	15(10.7)	300～999名	38(27.1)
30～34歳	32(22.9)	1,000名以上	79(56.4)
35～39歳	30(21.4)		
40～44歳	23(16.4)	職位	例(%)
45～49歳	15(10.7)	一般	107(76.4)
50～54歳	12(8.6)	管理職	31(22.1)
55～59歳	8(5.7)	経営職	1(0.7)
60歳以上	0	その他	1(0.7)
不明			
性別	例(%)	職種	例(%)
男性	124(88.6)	製造	35(25.0)
女性	15(10.7)	営業	23(16.4)
未記入	1(0.7)	設計	21(15.0)
		研究開発	22(15.7)
		間接部門	24(17.1)
		その他	12(8.6)
		不明	3(2.1)
在籍事業場の業種	例(%)	家族構成	例(%)
製造業	104(74.3)	独身で独り住まい	37(26.4)
建設業	11(7.9)	独身で親と同居	13(9.3)
運輸業	6(4.3)	配偶者と同居	79(56.4)
卸売業 小売業	2(1.4)	配偶者および親と同居	2(1.4)
金融・保険業	0	既婚で単身赴任	5(3.6)
サービス業	4(2.9)	不明	2(1.4)
その他	12(8.6)	その他	2(1.4)
未記入	1(0.7)		

表 2 発症(あるいは増悪)と職場因子との関連

	例(%)
主因	27(19.3)
主な要因のひとつ	41(29.3)
誘因のひとつ	34(24.3)
不明	13(9.3)
その他	5(3.6)
未記入	20(14.3)

表 3 発症に関与した職場因子の内容

	例数(%)		
	該当する	該当しない	未記入
長時間労働	37(26.4)	102(72.9)	1(0.7)
仕事の過量	51(36.4)	89(63.6)	0
仕事内容の困難	55(39.3)	84(60.0)	1(0.7)
仕事の適性の問題	47(33.6)	92(65.7)	1(0.7)
人間関係	65(46.4)	75(53.6)	0
周囲の支援の不足	54(38.6)	86(61.4)	0
仕事の裁量権の不足	15(10.7)	125(89.3)	0
大きな出来事の発生	22(15.7)	117(83.6)	1(0.7)
その他	20(14.3)		

表 4 復職後の経過(6 か月間)

	男性	女性	未記入	計
順調に職場適応している	74	6	0	80(57.1)
職場適応が難航している	28	3	1	32(22.9)
再び休業になった	15	4	0	19(13.6)
退職となった	6	2	0	8(5.7)
未記入	1	0	0	1(0.7)

表 5 復職後の経過(6か月間)・年齢別

	20歳未満	20～24歳	25～29歳	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60歳以上
順調に職場適応	0	2(40.0%)	6(42.9%)	17(53.1%)	21(66.7%)	14(60.9%)	11(73.3%)	6(50.0%)	3(37.5%)	0
職場適応が難航	0	3	4	7	7	8	1	1	1	0
再び休業	0	0	2	7	1	0	3	4	2	0
退職	0	0	2	1	1	1	0	1	2	0

表 6 復職後の経過(6か月間) 職場の規模別

	50名未満	50～299名	300～999名	1000名以上
順調に職場適応	5(100%)	8(47.1%)	22(57.9%)	45(57.0%)
職場適応が難航	0	3	10	19
再び休業	0	4	4	11
退職	0	2	2	4

表 7 復職後の経過(6か月間) 職位別

	一般	管理職	経営職	その他
順調に職場適応	57(53.8%)	23(74.2%)	0	0
職場適応が難航	28	3	0	1
再び休業	15	4	0	0
退職	6	1	1	0

表 8 復職後の経過(6 か月間) 家族構成別

	独身で独り住まい	独身で親と同居	配偶者と同居	配偶者および親と同居	既婚で単身赴任	不明	その他
順調に職場適応	22 (61.1%)	7 (53.8%)	45 (57.0%)	0	3 (60.0%)	2	1
職場適応が難航	9	2	19	0	2	0	0
再び休業	4	2	11	1	0	0	1
退職	1	2	4	1	0	0	0

表 9 復職後の経過(6 か月間) 発症(増悪)と職場因子との関連別

	主因	主な要因のひとつ	誘因のひとつ	不明	その他
順調に職場適応している	18 (66.7%)	25 (61.0%)	16 (47.1%)	7	2
職場適応が難航している	5	10	8	2	1
再び休業になった	3	4	7	2	2
退職となった	1	2	3	1	0

表 10 復職後の経過と発症(増悪)に関連した職場因子の関連

	長時間労働		仕事の過量		仕事内容の困難		仕事の適性の問題	
	該当	非該当	該当	非該当	該当	非該当	該当	非該当
順調に職場復帰	26	54	35	45	36	44	25	54
職場復帰が難航	6	26	9	23	11	21	10	22
再び休業	2	16	4	15	6	12	7	12
退職	3	5	3	5	2	6	4	4

	人間関係		周囲の支援の不足		仕事の裁量権の不足		出来事の発生	
	該当	非該当	該当	非該当	該当	非該当	該当	非該当
順調に職場復帰	34	46	31	49	7	73	6	74
職場復帰が難航	18	14	15	17	3	29	5	27
再び休業	8	11	4	15	3	16	6	12
退職	4	4	3	5	2	6	5	3

表 11 「順調に職場適応している」例における経過に寄与した因子とその程度

	非常に重要	重要	あまり重要でない	該当しない	未記入
病態が軽症であった	5(6.3)	23(28.8)	20(25.0)	32(40.0)	0
十分に病態が回復していた	21(26.3)	44(55.0)	12(15.0)	3(3.8)	0
主治医から適切な情報が得られた	12(15.0)	21(26.3)	14(17.5)	33(41.3)	0
職場で適切な業務面の配慮がなされた	40(50.0)	23(28.8)	5(6.3)	12(15.0)	0
就業時間の短縮が認められた	7(8.8)	3(3.8)	14(17.5)	56(70.0)	0
残業時間の制限がなされた	21(26.3)	25(31.3)	9(11.3)	25(31.3)	0
職場で人間関係の調整がなされた	13(16.3)	10(12.5)	14(17.5)	43(53.8)	0
元の職場への復帰が認められた	8(10.0)	15(18.8)	18(22.5)	39(48.8)	0
職場異動がなされた	24(30.0)	3(3.8)	3(3.8)	50(62.5)	0
本人の仕事に関する考え方や姿勢が変わった	15(18.8)	23(28.8)	13(16.3)	29(36.3)	0
家族の十分な理解 協力が得られた	9(11.4)	21(26.6)	12(15.2)	37(46.8)	1(0.8)

表 12 「職場適応が難航している」または「再び休業になった」例における経過に寄与した因子とその程度

	非常に重要	重要	あまり重要でない	該当しない	未記入
病態が軽症でなかった	8(16.3)	17(34.7)	14(28.6)	10(20.4)	0
十分に病態が回復していなかった	10(20.4)	19(38.8)	13(26.5)	7(14.3)	0
主治医から適切な情報が得られなかった	4(8.2)	4(8.2)	14(28.6)	27(55.1)	0
職場で適切な業務面の配慮がなされなかった	3(6.1)	4(8.2)	13(26.5)	29(59.2)	0
就業時間の短縮が認められなかった	0	1(2.0)	9(18.4)	39(79.6)	0
残業時間の制限がなされなかったか 不十分	0	3(6.3)	11(22.9)	34(70.8)	1(2.0)
職場で人間関係の調整がなされなかった	2(4.1)	7(14.3)	14(28.6)	26(53.1)	0
元の職場への復帰が認められなかった	1(2.0)	1(2.0)	5(10.2)	42(85.7)	0
職場異動がなされなかった	1(2.0)	1(2.0)	9(18.8)	37(77.1)	1(2.0)
本人の仕事に関する考え方 姿勢が変わらなかった	14(29.2)	22(45.8)	1(2.0)	11(22.9)	1(2.0)
家族の十分な理解 協力が得られなかった	7(14.9)	8(17.0)	9(19.1)	23(48.9)	2(4.0)

(事例 No)

1) 年齢

- ①20歳未満 ②20～24歳 ③25～29歳 ④30～34歳 ⑤35～39歳 ⑥40～44歳 ⑦45～49歳
⑧50～54歳 ⑨55～59歳 ⑩60歳以上 ⑪不明

2) 性別

- ①男 ②女

3) 在籍する職場の規模（企業単位ではなく、事業場単位でお答えください。）

- ①50名未満 ②50～299名 ③300～999名 ④1,000名以上 ⑤不明

4) 在籍する事業場の業種

- ①製造業 ②建設業 ③運輸業 ④卸売業 小売業 ⑤金融・保険業
⑥サービス業（医療・教育を含む） ⑦その他（ ）

5) 職位

- ①一般 ②管理職 ③経営職 ④その他（ ） ⑤不明

6) 職種

- ①製造 ②営業 ③設計 ④研究開発 ⑤間接部門（人事、総務など）
⑥その他（ ） ⑦不明

7) 家族構成

- ①独身で独り住まい ②独身で親と同居 ③配偶者と同居 ④配偶者および親と同居
⑤既婚で単身赴任 ⑥不明 ⑦その他（ ）

8) 診断名（ICD-10、DSM-IVなどの分類でなくても結構です。わかる範囲でお書きください）
（ ）

9) 発症（あるいは増悪）と職場因子との関連の程度

- ①主因 ②主な要因のひとつ ③誘因のひとつ ④不明 ⑤その他（ ）

10) 職場要因の内容（該当する項目には1、該当しない項目には2に○を付けてください）

- ①長時間労働 (1 2)
②仕事の過量 (1 . 2)
③仕事内容の困難 (1 2)
④仕事の適性の問題 (1 . 2)
⑤人間関係 (1 2)
⑥周囲の支援の不足 (1 2)
⑦仕事の裁量権の不足 (1 2)
⑧大きなストレスとなる出来事の発生（例、大事故を目撃した、職場に多大な損害を与えたなど）
(1 . 2)
⑨その他 (1 . 2)

（具体的にお書きください）

11) 復職後の経過（復職後6ヶ月間）

- ①順調に職場適応している ②職場適応が難航している ③再び休業になった
④退職となった

12-1) (11)で①と回答した場合) その要因として、次のそれぞれの項目は、どのように位置づけられますか？

各項目について、非常に重要であった場合には1、重要であった場合には2、あまり重要でなかった場合には3、該当しなかった場合には0に、○を付けてください。

- ①病態が軽症であった (1 ・ 2 3 ・ 0)
- ②十分に病態が回復していた (1 2 ・ 3 ・ 0)
- ③主治医から適切な情報が得られた (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ④職場で適切な業務面(質や量)の配慮がなされた (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑤就業時間の短縮が認められた(例 半日勤務) (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑥残業時間の制限がなされた (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑦職場で人間関係の調整がなされた (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑧元の職場への復帰が認められた (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑨職場異動がなされた (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑩本人の仕事に関する考え方・姿勢が変わった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑪家族の十分な理解・協力が得られた (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑫その他 () (1 ・ 2 3 ・ 0)

*③～⑦に1または2と回答した場合には、具体的にお書きください。

- ()
- ()
- ()

12-2) (11)で②と回答した場合)具体的にお書きください。(例 不規則な欠勤が続いている)

- ()

12-3) (11)で③と回答した場合)復職から再休業に至るまでの期間は?

- ①1ヵ月未満 ②1ヶ月以上3ヶ月未満 ③3ヶ月以上1年未満 ④1年以上

12-4) (11)で②あるいは③と回答した場合)その要因として、次のそれぞれの項目は、どのように位置づけられますか?

各項目について、非常に重要であった場合には1、重要であった場合には2、あまり重要でなかった場合には3を、該当しなかった場合には0に、○を付けてください。

- ①病態が軽症でなかった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ②十分に病態が回復していなかった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ③主治医から適切な情報が得られなかった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ④職場で適切な業務面(質や量)の配慮がなされなかった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑤就業時間の短縮が認められなかった(例 半日勤務) (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑥残業時間の制限がなされなかったか、不十分だった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑦職場で人間関係の調整がなされなかった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑧元の職場への復帰が認められなかった (1 ・ 2 ・ 3 0)
- ⑨職場異動がなされなかった (1 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑩本人の仕事に関する考え方・姿勢が変わらなかった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑪家族の十分な理解・協力が得られなかった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑫その他 () (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)

*③～⑦に1または2と回答した場合には、具体的にお書きください。

- ()
- ()
- ()

*ご協力ありがとうございました。

職域におけるメンタルヘルス上の 問題点の概論と自殺予防対策

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精神科

研究要旨

現在の職域においては、精神的健康を維持・増進する対策を講じることが、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。

- ・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。

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。

- ・自殺予防の対策の要点は下記である。

- 1 理性的自殺(rational suicide)と病理的自殺(pathological suicide)との鑑別のため心理学的剖検の必要
- 2 職域でのうつ病予防プログラムの作成とその応用(教育用資料等)
- 3 自殺を含む精神障害等の労災認定にまつわる諸事実の精査
- 4 就業者における四つのケアに基づく産業医療領域での社会的支援システムの構築と地域での支援との連携の強化(職域、家族および周囲に対する教育を含む)
- 5 管理者を含む関係者(内部従業員支援プログラム(EAP)専門家、リスナー、メンタルヘルスインストラクター等)の育成のための技法研究とその推進
- 6 イントラ・インターネットなどの IT 技術を用いた自殺のスクリーニングシステムおよび予防法の有効性についての検討とその有用性の確認
- 7 就労時間および生活上の出来事研究を含む作業関連性要因と精神障害発症 自殺との関連についての研究の推進

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。

- ・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。
- ・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、また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。
- ・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。
- ・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。

A 研究の目的

これまで職域のメンタルヘルスの問題については、さまざまな対策が講じられているが、実際の臨床研究から導かれた所見が統合されることは多くなかった。現在、多くの職域で問題となっている諸点を指摘し、その対処法について包括的に検討することが本論の課題である。

B 研究方法と結果

これまでの広範な議論の中から、現在優

先されるべき課題を抽出し、その問題の整理と対処法について検討を行った。

1 就労者のメンタルヘルスと自殺の現状

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っておりそのうちの一部は、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が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、周囲の者も当該就労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。繰り返す病氣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氣休暇については、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足りないほど苦しむ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、他の就労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労者は、上長としても、管理監督者としても、他の者の苦労を理解する能力が向上しているのて、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障害をする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。

6)自殺予防対策の包括的検討

勤労者における抑うつ症状、またそれが原因となる自殺には、以下の要素が強く影響している。

a 情報化等による繁忙(長時間労働)

労働時間は、さまざまな取り組みの結果減少傾向にあるが、労働密度の増加、納期の設定の短縮化などによって、よりストレスサーとなりうる要素がましている。個人にかかっている負荷は高く、責任性を明確にすること、成果主義などに

よって、就労者の労働環境は悪化していると考えられる。

b 高度成長期の文化が相対化されていない

現在の中級以上の管理職は、高度成長期を経験しており、働くほど、努力するほど好ましいという価値観が根強く残っている。このことは、長時間時間外労働の原因の一端であり、これからの低成長期を支える労働観としては、適合していない。一般の就労者にとって働くことの意義が見いだしづらいことの一部である。

c 対人関係の希薄化(人的資源の減少)

リストラクチャリングなどによって、管理部門の縮小傾向は進行し、実際の職場においても、上位者の繁忙も一因となり、社会的支援は減少している。このことは、社会的技能が未熟な労働者にとっては、支援を受け問題を解決していく機会の減少といった結果となり、挫折経験を多く持ち、士気の喪失、抑うつ状態発生の素地を作っている。

d 家族の支援機能の低下

高度成長期には容認されていた父性の不在は、現在、若年層の社会規範の取り入れの機会の減少の結果をまねいた。そのため、国民全体の傾向として、脱道徳化といった現象として現れ、地域、家庭、学校、職域などの領域で問題が多く発生している。とくに、家庭の個人を守る潜在力は低下し、精神的危機の見落とし、支援の欠如などによって、個人の精神健康度は低下してきている。

e 不況による経済的困難への対処不全

過去の困窮体験が伝承されていれば、現

在の経済的困難はそれほど影響がなかった可能性は否定できないが、中流意識が広範に広がったため、耐乏戦略が個人に備わっていないことが認められることが多い。このことも、抑うつを引き起こす重要な要因である。

- f 将来の生活に対する不安(年金、福祉等)変化の少ない時代には、一年先あるいは十年先の自分のありようを推測することは可能であった。現在のように、状況の変化が早く、それに対する免疫力のない個人は、強い不安や絶望感を感じる事が少なくなく、先が苦しいなら、今衆になりたいといった心理的傾向は一般化しつつある。

7)現在の自殺の一般的特徴

現在の自殺にまつわる特徴は以下のようである。これは、上述した全体的状況の反映とも考えられる。

- a 現在の自殺の増加
- b 中高年に対する様々な負荷の増加
- c 実証的事実に基づく予防活動の実践の不足
- d 職域での自殺予防の資源の不備
- f 地域を含む社会的資源の減少
- g 家族機能の低下

8)就労者の自殺の特徴

勤労者の自殺率は、一般人口のほぼ半分をしめ、男性優位であり、季節性の存在(春期に多い)が認められ、自殺時平均年齢は40歳前後であり、地域での特徴とは異なり既婚者にも多く認められる。自殺の手段としては、致死的手段が多く選ばれ、縊死、墜死が多い。また、覚悟の自殺といった自殺

は相対的に少なく、その根拠として八割前後には遺書は書かれていない。

自殺の原因となっている精神障害としては、後方視的診断によって、うつ病(68.4%)、精神分裂病(10.5%)、アルコール依存症(8.8%)、神経症(7%)、心因反応その他(5.3%)などであり、うつ病による自殺が主体となっている。

その他の就労者の自殺事例の特徴として、以下が挙げられ、従業員教育に対する教育が必要である。

- ・前兆の乏しさ、周囲が気づけない
 - ・欠勤は、自殺前1日から2日が多い
 - ・生活習慣病などの身体疾患の合併は少ない
 - ・経済的問題の負担の増加が関連している事例が多い
 - ・配置転換、昇進などの生活上の出来事以後にも発生し易い
 - ・治療開始後は寛解期に多発する傾向がある
 - ・職務上の板挟み状況、荷下ろし状況で発生が多い
- 残業時間は一般的に多く、精神障害等の発症に密接に関連している

9)職域での自殺事例の事例化度の評価

自殺事例がどの範囲まで、事例性をおひていたかという観点からの調査では、以下のような分布となっている。原理的には、専門家の治療が優先されるべきであると考えられるか、精神科医が実際に治療にあっていた場合が三割であることを考慮すると、治療だけではなく、教育・啓発、支援関係者の養成、精神健康を維持・増進させる全体的な枠組みがさらに緻密に構築され

る必要があることが理解される。

自殺事例の事例化度による分類

事例化度 0(本人のみ)	20%
事例化度 1(家族)	10%
事例化度 2(職場)	10%
事例化度 3(産業医、他科医師)	30%
事例化度 4(精神科医)	30%

2 職域における精神健康増進と自殺予防の課題と対策

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つく障害、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つ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うことができる。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、多くの要因が重疊しているが、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、就労者ばかりでなく、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、一致したりするか、劣勢の個人の都合うち、とう

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态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、通常の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、二ヶ月の平均が八十時間を越えるか、一ヶ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のはできないが、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、重要な視点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、従来の人事勤労担当者以外に、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いえない。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。これか実現されれば、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、人事勤労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。

以上のような対策が講じられることが自殺予防対策の中核となっていると思われる。

C まとめ

- 1) 現在の職域においては、精神的健康を維持 増進する対策を講じることが、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) 自殺予防の対策の要点は下記である。

- ・理性的自殺(rational suicide)と病理的自殺(pathological suicide)との鑑別のため心理学的剖検の必要

職域でのうつ病予防プログラムの作成とその応用(教育用資料等)

- ・自殺を含む精神障害等の労災認定にまつわる諸事実の精査

- ・就業者における四つのケアに基づく産業医療領域での社会的支援システムの構築と地域での支援との連携の強化(職域、家族および周囲に対する喪教育を含む)

管理者を含む関係者(内部従業員支援プログラム(EAP)専門家、リスナー、メンタルヘルスイストラクター等)の育成のための技法研究とその推進

イントラ インターネットなどのIT技術を用いた自殺のスクリーニングシステムおよび予防法の有効性についての検討とその有用性の確認

就労時間および生活上の出来事研究を含む作業関連性要因と精神障害発症・自殺との関連についての研究の推進

5) 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、専門医にとっては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。

6) 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。

7) 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。

8) 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