

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。

(v) 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。

(vi) 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。

① 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。

⑫ 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。

まとめ

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3分の2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。

- ・ 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4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

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一方で、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、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・啓発がまだ不十分である。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。

VIII. 総括

この3年間の研究において、様々な観点から、精神障害にともなう疾病休業における復職支援の現状やあり方に関して検討を行った。最近では、企業の吸収合併が日常的に行われており、また組織再編も始終行われている。現代は、20世紀型産業社会から21世紀型産業社会への移行期・過渡期にあたり、社会全体がネット化・グローバル化する非常に変化の激しい時代である。こうした厳しい状況は当面続くことが予想される。このような変化の激しい時代においては、心の病を持つ労働者が増えて、休業に至る労働者も増えることが予想される。この3年間の研究成果が労働者の幸福に少しでも寄与しえれば幸いである。

(主任研究者 島 悟)