

職場のメンタルヘルスの現状と問題点

太田 保之¹・稲富 宏之²・田中 悟郎¹

要 旨 日本の産業構造の変化にともなって、職業性ストレスが増大し、職業生活上で強いストレス・不安・悩みを感じている労働者は60%を超えている。このような状況を背景に、うつ病などの精神疾患による休職者数、労災認定者数および自殺者数の増加などが深刻な社会的問題となっている現状を紹介した。また、日本における産業精神保健活動の流れを概観し、精神疾患で休職した労働者の復職に際して、産業医（産業保健スタッフ）と主治医（精神科医等）の立場の差異から生ずる問題点とその問題点解決への方向性に関して解説を行った。

保健学研究 21(1) 1-10, 2008

Key Words : 職業性ストレス, メンタルヘルス不調, うつ病, 復職支援

(2008年8月28日受理)

はじめに

近年、職場におけるメンタルヘルスケアへのニーズが急速に高まっている。バブル経済崩壊後における産業構造の激変、それにともなう職業性ストレスの増加、それらの職業性ストレスに起因する健康障害（脳血管疾患、虚血性心疾患、うつ病などの精神疾患）や自殺の増加が深刻な社会的問題となっているからである。また、事業者（使用者）の安全配慮義務の範囲がメンタルヘルスの領域にまで広がったことも、各事業者が社会的責任として、メンタルヘルス対策に取り組まざるを得なくなった大きな要因となっている。

本稿では、職場環境の変貌と職業性ストレスおよびメンタルヘルス不調の実態を報告するとともに、日本における産業精神保健活動の歴史を概観したい。さらに、精神疾患で休職した労働者の職場復帰に関する対応は現在の産業精神保健における最重要課題の一つであるが、産業医など産業保健スタッフ側と主治医側（主に、精神科医や心療内科医）が相互に抱える問題点を指摘し、いかなる対応が必要になるのかに関しても論じたい。

I 産業構造の変貌と職業性ストレス

1970年代から1980年代前半にかけて安定成長期に入った日本経済は、1980年代後半から1990年代初頭にかけて好景気（バブル景気：概ね、1986年12月から1991年2月までの4年3ヵ月間を指す）へと向かった。1991年のバブル崩壊以降（失われた10年）、日本の産業構造は大きく変貌した。不採算事業や不採算部門の組織縮小・再構築が実施される際に、日本固有の人事システムであった定年まで雇用を保障した終身雇用制と年功序列賃金制を放棄し、必要なスキルを持つ人材を必要な期間だけ雇

用するという人事管理手法の導入、官民を問わず急速に増加したリストラと正規社員雇用・新規採用の抑制（就職氷河期）、その結果として生じた正規雇用労働者の仕事の量的・質的負担の増大、著しいスピードで進む情報化・IT化、成果主義と厳密査定制度の導入による管理監督者・部下間および同僚間における人間関係の軋轢増加などが、職場の労働環境を急激に変化させた¹⁾。また、日本や欧米先進諸国では、製造工業中心からサービス業などの第三次産業中心となる脱工業化社会になりつつある。このような社会の変化は、労働の場にも大きな変化をもたらし、肉体労働、頭脳労働という概念に加え、感情労働（emotional labor）なる概念が社会学の立場から主張されるようになってきた²⁾。そして、1997年度の下半期、山一証券、北海道拓殖銀行などの大型倒産が相次ぎ、金融システム不安が増幅し、その翌年の1998年には日本の自殺者数が3万人台に増加した。

厚生労働省が5年ごとに実施している労働者健康状況調査によると、図1に示すように、職業生活上で強い不安・悩み・ストレスを感じている労働者の割合は調査ごとに上昇し、1997年と2002年の調査では60%を超えている。それらの強い不安・悩み・ストレスの原因（3つまでの複数回答）を2002年のデータでみたのが図2である。「職場の人間関係の問題」が35.1%と最も多く、次いで「仕事の量の問題」は32.3%、「仕事の質の問題」は30.4%と続いている。「職場の人間関係の問題」は女性に多く、「会社の将来性の問題」は男性に多いという性差を認めた。また、不況という時代的背景を反映して、「会社の将来性の問題」は29.1%、「雇用の安定性の問題」や「定年後の仕事や老後の問題」も17%台を占め、「行き先への不安」もストレス源になっていることが明らか

1 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻

2 兵庫医療大学リハビリテーション学部

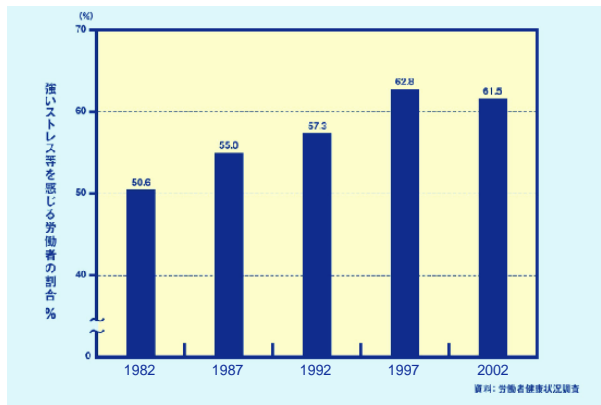


図 1．職業生活での強いストレス等の状況

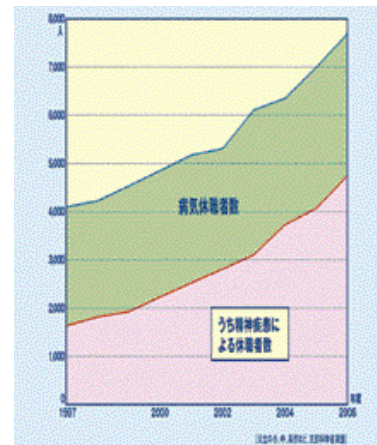


図 3．精神疾患で休職した職員数

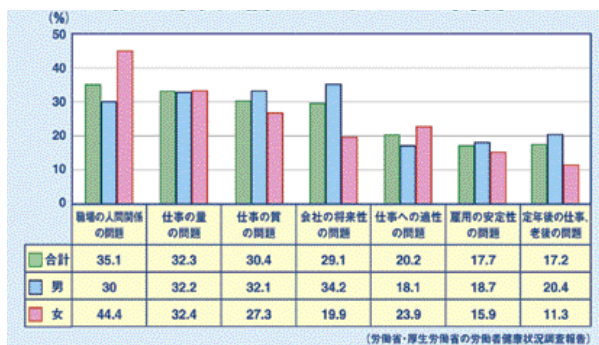


図 2．仕事や職業生活に関する強い不安，悩み，ストレスの内容

にされた³⁾。「年功序列制・終身雇用制に支えられ、慎ましいながらも安定した老後生活が保証されている」という神話は崩壊し、「生き方の選択」が常に突きつけられている状況にあるといえる。

Ⅱ 労働者のメンタルヘルス不調の現状

1) 教職員・自治体職員・企業職員における実態

図 3 に示したように、2006 年度に病気で休職した公立の小・中・高校などの教職員は、前年度より 638 人増えて 7,655 人に上り、このうち、うつ病などの精神疾患による休職者は 4,675 人（前年度比 497 人増）で全体の 61% を占めていたことが文部科学省の調査で明らかになった。いずれも過去最多を更新した。14 年連続の増加となり、歯止めのかかっていない精神疾患による休職について、文部科学省は「仕事の多忙化、複雑化に加え、保護者や同僚らとの人間関係など職場環境が厳しくなっていることが背景にある」と分析している⁴⁾。

次に、2007 年に全国の 1,874 自治体を対象に実施されたアンケート調査（727 自治体が回答、回答率 38.8%）をみると、この 3 年間で職員の「心の病」が増加傾向にあると回答した自治体は 47.7% に達していた。職員数が 1,000 人～2,999 人の自治体では 64.7%，職員数 3,000 人以上の自治体では 78.6% と、規模が大きい自治体ほどその割合が大きくなっている。また、「心の病」による「1

ヵ月以上の休業者」がいる自治体は 53.4% であり、年齢別にみると、30 歳代が 34.4% と最も多く、次いで 40 歳代が 30.8%，50 歳代以上が 16.6% と続いていた。今後も「心の病」が増加すると考えている自治体は 42.1% で、その中で最近 3 年間も増加傾向にあったとする自治体は 62.5% に達している⁵⁾。

職場環境の変化に関する調査結果をみると、94.6% の自治体が「一人当たりの仕事量がかかなり増えている」と回答し、71.8% の自治体が「個人で仕事をする機会が増えている」、52.4% の自治体が「職場でのコミュニケーションの機会が減っている」、48.8% の自治体が「職場の助け合いが少なくなっている」と回答している。また、「住民の行政を見る目が厳しくなっている」と回答した自治体も 97.6% に達した。そして、「職場での助け合いがなくなった」自治体や「職場のコミュニケーションが減少した」自治体で、「心の病」の増加傾向が高かった⁵⁾。

また、2006 年に全国の上場企業 2,150 社を対象に行われた調査（有効回答数 218 社、回収率 10.1%）によると、最近 3 年間における「心の病」は 61.5% の企業が増加傾向と回答している。2002 年の調査では 48.9%，2004 年の調査では 58.2% となっており、調査時点ごとに一貫して増加していることがわかる。年齢別にみると、「心の病」は 30 歳代に集中する傾向が鮮明になっている（2002 年は 41.8%，2004 年は 49.3%，2006 年は 61.0%）。「心の病」による「1 ヶ月以上の休業者」は 74.8% の企業で存在し、この割合も過去 2 回の調査結果と比較すると一貫して増加していることがわかる（2002 年は 58.5%，2004 年は 66.8%）^{6,7)}。

職場環境の変化に関する結果をみると、自治体の調査と同様の傾向を示し、67.0% の企業において「個人で仕事をする機会が増え」、60.1% の企業で「職場でのコミュニケーションの機会が減り」、49.0% の企業で「職場の助け合いが少なくなっている」と回答している。また、各従業員の責任と裁量のバランスが取れていないと回答した企業が 39.9% もあり、責任と裁量がアンバランスに

なりがちな現状もあることが推察される。そして、そのような職場環境の変化を認めた企業においては、「心の病」の増加傾向が高かった。このような状況を反映し、従業員の健康づくり施策全体の中で、メンタルヘルスに関する対策に力を入れる企業が急増し、2002年は33.3%であったのが、2004年は46.3%に、2006年には59.2%の企業がメンタルヘルス対策を重点課題としている^{6,7)}。

2) 気分障害(うつ病)の増加

表1に示したように、1993年～1994年に事業場内および事業場外の精神科医療機関を受診している労働者348人の疾患別分布に関する多施設間研究の結果をみると、疾患別では気分障害や神経症性障害が多く、統合失調症は20%未満であったと報告されている。そして、気分障害の中でも、単極性うつ病の占める割合が大きい⁸⁾。また、図4に厚生労働省による患者調査(在宅・外来患者推計)を示した。1999年と2002年を比べてみると、患者総数は170.6万人から223.9万人へと増加し、特に気分障害の患者数は41.6万人から68.5万人へと約27万人の増加を認めている^{9,10)}。一方、図5に示したように、井上は大阪府内の従業員数300人以上の事業所1,248カ所の調査(有効回答は468事業所)から、次のような所見を得たとしている。つまり、2000年と2004年の5年間で比較すると、精神疾患で休職した事例は2000年で337人、そのうちうつ病は42.4%であった。それが2004年には各々1,190人、59.1%を占め、全休職者数は3.5倍に増加し、うつ病で休職した事例は4.9倍に増加したと報告している¹¹⁾。これらの報告から考えると、労働者のメンタルヘルス不調はうつ病を中心に増えているという傾向を認めることができる¹²⁾。

表1. 精神科を受診した労働者の精神疾患別内訳(%)

	職場内 医療機関	職場外 医療機関
アルコール依存症	3.6	14.3
気分障害	38.8	31.6
単極性うつ病	24.8	18.4
双極性障害	8.4	9.1
その他	5.6	4.1
統合失調症および関連障害	18.4	19.4
統合失調症	15.6	15.3
その他	2.8	4.1
神経症性障害	30.4	27.5
全般性不安障害	2.0	12.2
不安・拘うつ障害	2.0	6.1
身体表現性障害	10.4	2.0
恐慌性障害	3.6	2.0
その他	12.4	5.3
その他の精神障害	8.8	4.1

労働者における精神障害に関する多施設間研究(島 悟ほか、1997)

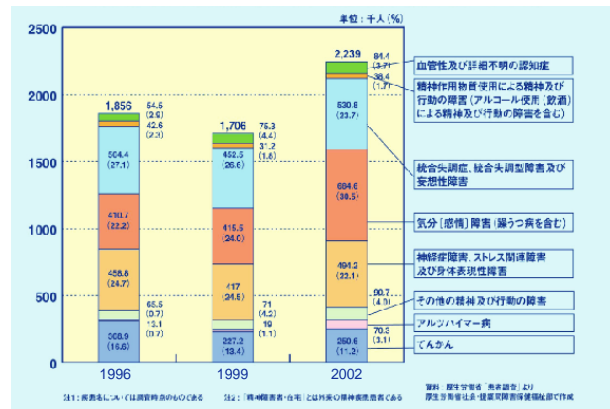


図4. 種類別障害者数の推移(精神障害者現在宅)

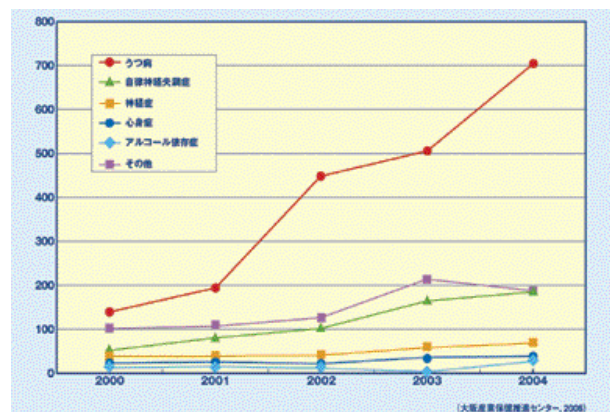


図5. 精神疾患による休職者数

Ⅲ 精神疾患および過労自殺の労災認定

そのような状況の中、精神疾患や過労死・過労自殺の労災認定件数は急増している。1980年代末に「過労死」が社会問題化し、1990年代後半から電通訴訟に代表される「過労自殺」と、その背後に深く関わっていると推測される「職業性ストレスによるうつ病」の問題がクローズアップされるようになってきた。

図6に精神疾患等の労災認定状況を示した。1983年度から2006年度までの24年間で、精神疾患等に係わる労災請求件数は3,594件(うち自殺事案1,071件)となっている¹³⁾。2006年度中の請求件数は819件(うち自殺事案176件)で、同年度中に205件が認定されており、自殺の認定は66件であった。厚生労働省による2007年度の調査結果をみると、仕事のストレスが原因でうつ病などの精神疾患に罹り、2007年度に労災が認められた人は前年度の1.3倍の268人に達し、統計を取り始めた1983年以降の過去最多を更新した。そのうち、過労自殺も15人多い81人(未遂3人を含む)で過去最多であった。精神疾患による労災請求件数は前年度比16%増の952件で、過去最多であった。労災認定された人は、年代別では30歳代が100人と約40%を占め、次いで20歳代が66人、40歳代が61人となっていた。職種別では、情報処理や医療福祉などの専門的・技術的職業が75人と最も多く、工場労働者などの生産工程・労務が60人、事務が53人などとなって

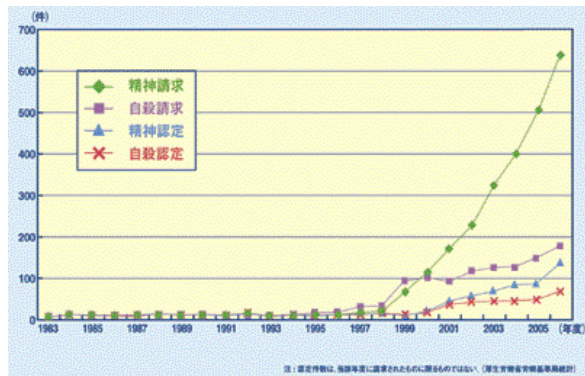


図6．精神障害等の労災補償状況の年次推移

いた．一方、過労などが原因で脳・心臓疾患になり労災認定された人も、前年度より10%多い392人で、過去最多となっていた．そのうち過労死は前年度より5人少ない142人であった¹⁴⁾．

日本の自殺者数をみると、図7に示すように、男性の自殺者が圧倒的に多いことがわかる．そして、1997年までは年間自殺者数はおよそ15,000人から25,000人の間で漸減・漸増してきたが、1998年には一挙に約8,000人増加し、32,863人になった．その後も年間自殺者数は3万人台という高止まりのまま経緯するという深刻な事態が続いている．また、労働者（被雇用者および管理職の合計）の自殺者数も1998年以降増加し、現在まで約8,000～9,000人という高い水準で推移しており、全自殺者数の30%弱にも達している^{15) 16)}．特に40歳～50歳代の働き盛りの男性の自殺率が高くなっているのが特徴である¹⁷⁾．

自殺と精神疾患には密接な関係があることは広く知られている．WHOが自殺者を対象として「心理学的剖検」という方法で分析した「自殺という最後の行動に及ぶ前の精神状態（臨床診断名）」に関する調査結果には、大多数の自殺既遂者が、気分障害、統合失調症、アルコール依存症、薬物乱用、パーソナリティ障害などの診断基準を満足していたと報告されている．そして、そのほとんどは適切な診断や治療を受けることなく、自殺に至っていると指摘している¹⁸⁾．次に、日本の2研究を図8に示した^{19) 20)}．飛鳥井は三次救急施設に収容された自殺企

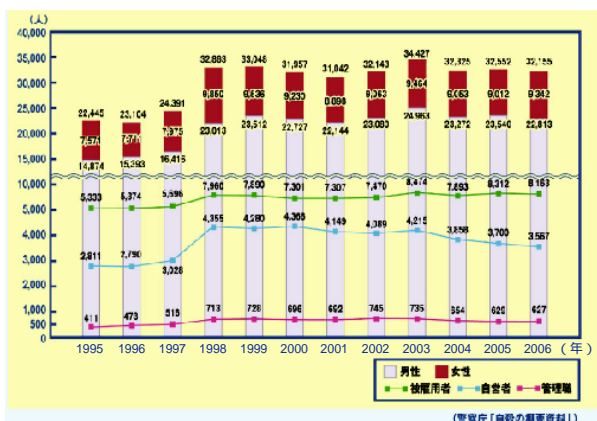


図7．自殺者数の推移

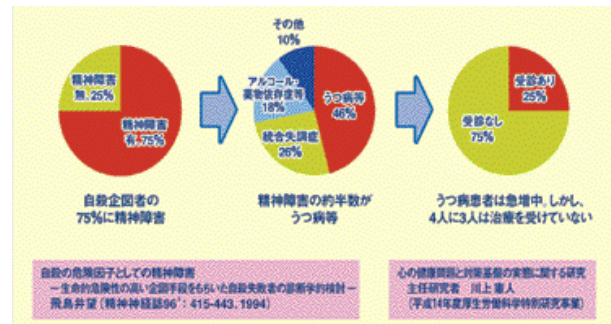


図8．自殺の背景としての精神疾患

図者のうち、既遂者に準ずる自殺失敗者265人に関する調査から、自殺企図者の75%が精神疾患の診断基準に該当していたと報告した．また、その精神疾患を診断別に見ると、46%がうつ病であり、統合失調症は26%、アルコール・薬物依存症者は18%であったとしている．一方、川上らは、中国地方・九州地方の20歳以上の住民の無作為抽出サンプルを厳密な方法で疫学的調査を行い、うつ病が地域住民中に最も高頻度にみられ、うつ病のために大きな生活上の支障をきたしていたが、医療機関への受診者は25%に過ぎなかったと報告している．

自殺に関するこれらの研究を概観すると、働き盛りの中年男性の自殺率が高く、また時代と共に中年男性の自殺者は増加しているといえる．その自殺の背景にあるのは、うつ病を主とする精神疾患であるが、うつ病には未受診者が多いことなどから考えると、職場におけるストレス源であった「職場の人間関係の問題」、「仕事の量の問題」、「仕事の質の問題」などへの実効性のある対応が重要となる．

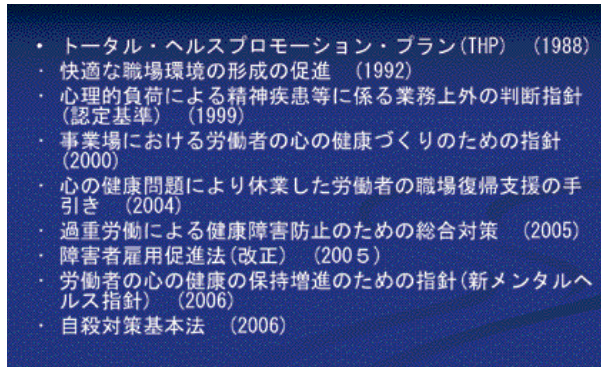
IV 産業保健におけるメンタルヘルス対策

労働安全衛生法第1章（総則）第1条には、「この法律は、労働基準法と相まって、労働災害の防止のための危険防止基準の確立、責任体制の明確化及び自主的活動の促進の措置を講ずる等その防止に関する総合的計画的な対策を推進することにより職場における労働者の安全と健康を保持するとともに、快適な職場環境の形成を促進することを目的とする」と明記されている．この労働安全衛生法の精神に沿って、国による職場のメンタルヘルス対策が立案されてきた．

本来、職場のメンタルヘルス対策は、労働者の健康の保持・増進活動の中に位置づけられ、「THP（total health promotion plan）」や「快適職場づくり」のような精神疾患の発生要因の除去を目的とした一次予防が中心であった．しかし、労働者のメンタルヘルス不調や労災認定事例および自殺者の増大が大きな社会問題となってきたため、メンタルヘルス不調の早期発見・早期対応（二次予防）と再発予防・円滑な復職支援（三次予防）をメンタルヘルス対策上で重視する必要が出てきた．その二次・三次予防を包括的に取り込んだ指針として、

「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針（メンタルヘルス指針）」および「労働者の心の健康の保持増進のための指針（新メンタルヘルス指針）」が提示されてきた²¹⁻²⁶。これまでのメンタルヘルス関連の主な指針・ガイドラインを表2に示したが、本稿では重要な問題に限って記述したい。

表2．産業保健におけるメンタルヘルス対策



・ トータル・ヘルスプロモーション・プラン（THP）（1988）
・ 快適な職場環境の形成の促進（1992）
・ 心理的負荷による精神疾患等に係る業務上外の判断指針（認定基準）（1999）
・ 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針（2000）
・ 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（2004）
・ 過重労働による健康障害防止のための総合対策（2005）
・ 障害者雇用促進法（改正）（2005）
・ 労働者の心の健康の保持増進のための指針（新メンタルヘルス指針）（2006）
・ 自殺対策基本法（2006）

1）トータル・ヘルスプロモーション・プラン（THP）

これまでの健康管理では、病気の早期発見や治療に重点が置かれていた。このため、検査結果が異常なしの人は、健康管理の対象外とみなされがちであった。しかし、異常なしと判定された人の中にも、糖尿病や高血圧などのいわゆる生活習慣病の予備軍といわれる人が多く含まれている。THPでは、個人の生活習慣を見直し、若い頃から継続的・計画的な心身両面にわたる健康保持増進を図ることを目標としている。健康測定の結果を基にして、運動指導、栄養指導、保健指導、メンタルヘルスカアを行うことになっている。

2）快適な職場環境の形成の促進（快適職場づくり）

最近の技術革新、サービス経済化の進展等により、労働環境、作業形態の変化、中高年齢者や女性雇用者の割合の増加等の職場をめぐる環境の変化の中で、就業にとりまな疲労やストレスが問題になってきている。また、職場環境による疲労やストレスを感じるものの少ない職場環境づくりは、労働者の心身の健康度を高め、労働者の能力の有効な発揮や職場の活性化にも役立つと考えられる。もちろん、快適さは、物理的環境の快適さ、心理的・対人交流的な快適さの両者を含むものでなければならない。

3）事業場における労働者の心の健康づくりのための指針（メンタルヘルス指針）

労働者自身がストレスに対する気づきを高め、対処することが必要であるが、職場には労働者自身の力だけでは取り除くことができないストレス要因が存在しているため、労働者のメンタルヘルスカアを推進していくためには、労働者自身の取組に加えて、事業者がメンタルヘルスカアを積極的に推進することが重要である。この方針のもとで、4つのケア、「セルフケア（労働者によるケア）」「ラインによるケア（管理監督者によるケア）」

「事業場内産業保健スタッフ等によるケア（産業医・産業保健師等によるケア）」「事業場外資源によるケア（事業場外の機関・病院・医院等によるケア）」が提示された。メンタルヘルスカアの過程では、当然のことながら、個人情報保護への配慮が必要である。

4）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

職場復帰支援の問題は、現在の産業精神保健における最重要課題の一つであり、「今後の課題」の項で論じたい。

5）過重労働による健康障害防止のための総合対策

この総合対策は、労災認定事例の推移からも明らかのように、健康障害・過労死等への対策であり、過重労働による健康障害を早期に発見して、医療的なケアに結びつけるのが目的である。月間の残業時間が100時間を超える労働者が蓄積疲労を訴え、本人が希望する場合に心血管系・脳血管系疾患を中心とする疾患のスクリーニングを行って、必要な場合には治療を受けさせようとするものである。この面接には、うつ病等の評価項目も含まれている。

6）労働者の心の健康の保持増進のための指針（新メンタルヘルス指針）

労働安全衛生法の一部改正に伴って、メンタルヘルス指針も改定された。島は、重要な改正点として、次の6項目を指摘している²²⁾。

法律に基づく指針になったこと。

労働安全衛生法第69条第1項および第70条2をもとにした公示であり、行政指導通達であった旧指針（2000年）より格上げされた。

一次予防から三次予防までを含む包括的指針になったこと。

一次予防としてTHPにおいて心理相談担当者によるメンタルヘルスカアの実施、二次予防としては過重労働に対する面接指導が行われることになった。三次予防としては「心の健康問題により休職した労働者の復職支援のための手引き」が提示された。

衛生委員会等の調査審議事項として取り上げられたこと。

新メンタルヘルス指針では、衛生委員会の活用を重視している。長時間労働による労働者の健康障害の防止を図るための対策と労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策が新たな調査審議事項に加えられた。メンタルヘルスカアが衛生委員会の調査審議事項になったということは、事業者に対して実効性のある対応を求めているということである。

産業医の職務に面接指導を追加したこと。

過重労働による健康障害防止のための総合対策の項で触れたように、二次予防の強化を目的としている。

家族との連携を言及したこと。

メンタルヘルス不調の発生には、種々の要因が複雑に

関わっている場合が多い。職場内要因だけでなく、家庭要因や社会要因にも配慮が必要であり、家族との連携は予防上でも治療過程でも重要となる。

事業場内メンタルヘルス推進担当者が新設されたこと。

職場内メンタルヘルス推進担当者は、初めて出てきた概念である。産業医（専属または嘱託）の多くが精神科医でないため、メンタルヘルス対策を効果的に行うには、職場の様々な状況を把握し適切な判断をしていくことが可能なスタッフが必要である。職場内メンタルヘルス推進担当者は、事業場外資源を活用するための職場内の核となるスタッフという位置づけであるが、事業場外資源にとっても有効な窓口としての役割が期待される。

V 今後の課題 - 特に、職場復帰支援において産業医・産業保健スタッフと主治医（精神科医等）が解決すべき問題点 -

2006年に「労働者の心の健康の保持増進のための指針（新メンタルヘルス指針）」が示された。気分障害（特に、うつ病）などで休職する労働者の増加や復職後の再発・再燃事例が少なからず存在することなどに関する対策として、三次予防としての「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」の重要性が増してきている。図9に職場復帰支援の流れを示した。これは事業場側（産業医・産業保健スタッフ）がとるべき対応手順である。5つのステップのそれぞれに基本的な対応内容が示されている^{24,25)}。

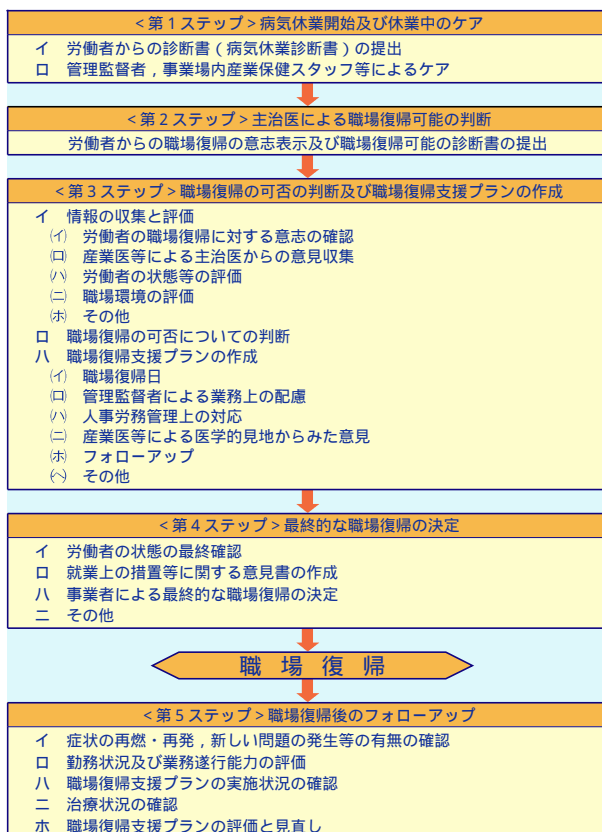


図9：職場復帰支援の流れ

しかし、メンタルヘルス不調で休職中の労働者を治療しているのは主として事業場外で開業をしている主治医（精神科医・心療内科医）であることを考えると、復職に関し産業保健スタッフと主治医の間で情報交換（当事者の了解を得た上でのことであるが）が行われる第3ステップは特に重要となる。事業場側にとって基本的な復職条件とは、精神症状が寛解している、予想される作業を行う能力が回復している、予想される作業に従事しても、精神症状が再発しない、職場の人間関係の流れに乗っていける、などであろう。しかし、現実の問題としては、主治医は に関しては確信が持てても、主治医の多くは職場の現状を知らないために、 ～ に関しては具体的判断材料を持たないのが実情である。主治医側に存在する問題点をまとめると、職場の状況、就業規則、復職システムなどに関する知識が乏しい、個人情報保護の問題が職場との連携（情報の共有）を困難化している（情報提供は、患者の不利益になるのではないのか？ 事業場側に伝えた個人情報の管理は保証されているのか？ という主治医の危惧）、事業場側との面談・情報提供などの連携に費やした時間への相応の対価がない、生物学的視点（薬物療法）が中心になりやすく、心理・社会的視点（認知行動療法など）での関与が乏しい、などがあげられよう。一方、事業場側（産業医・産業スタッフ）が抱える問題点としては、メンタルヘルス問題に伝統的な産業保健的アプローチ（「当事者」への支援と「職場」への支援）の応用力不足、メンタルヘルスは専門家に託す問題であるという職場内意識、

休職中の労働者に関する職場外要因の情報量が乏しく、包括的な復職支援プランの立案が困難、産業医が精神科医でない場合が多く、復職診断書に対するチェック機能に問題がある（協力精神科医、公的精神科機関などのセカンドオピニオンの確保が困難）、などが考えられる。つまり、主治医側と同様に事業場側の問題も存在し、両者の相互理解を阻害する結果をもたらしている点も多い。

表3に示すように、主治医と産業医の立場は明らかに異なる²⁷⁾。主治医は一義的に患者の立場を重視するが、産業医は復職してくる労働者だけでなく、受入側の労働者・管理監督者・人事労務担当者との関係を調整し、さらに職場組織に内在する問題の解決を含めた総合的な対応を考慮する役割がある。したがって、復職審査を受ける労働者（第2ステップ：労働者の復職意志の表示と主治医の復職診断書の提出）に対する評価視点（評価項目や評価基準）も当然異なってくる。「復職は可能である」と判断する管理監督者（ライン）の水準、産業医の水準、そして主治医の水準は異なっており、概ね図10のような位置関係になることが多い²⁸⁾。最も厳しいのはラインの要求水準であるのに対し、主治医の判断水準は低くなりがちである。実際に、復職支援に関して先駆的な臨床研究を担う精神科臨床医からは、「「復職許可」のハードルは、主治医によって驚くほどまちまちである」、主治医

表3．産業医と主治医の相違点

分類と差異	産業医	主治医
企業関係者と対象者との立場	中立性が基本	患者の立場を最大限に尊重
受診などの仕方	定期健康診断、さらには精密検査で問題点がある場合に診断、休職・復職検診	自発的診断 家族に勧められての受診
専門性と内容	予防と早期発見が主体 職場環境（対人関係を含む）改善への対応や教育がポイント 復職や休職判定（安全配慮義務に基づく）	治療が中心 診断と治療医学が中心
重要な業務、復職への見方	職場と従業員への貢献 健康と職場適応 企業で働く人の健康への配慮 1.復職前後の対応（仕事ができるかどうかの判断が中心、復職プログラム作成など）、 2.休職の判断	復職に関しては症状が改善しているかどうかの判断が中心 地域社会への貢献、すなわち地域医療（救急や救急医療を含む）
関連性、選択権	個人と組織（対人関係や職場環境）の力 働を考慮 多くの企業では従業員は選択不可能	個人への対応が中心 従業員は主治医を選択可能
所属	企業（専任または嘱託）	自営や病院
法律	労働安全衛生法、医師法	医師法、診療法
収入	企業から	患者から

(原田 誠, 2006)

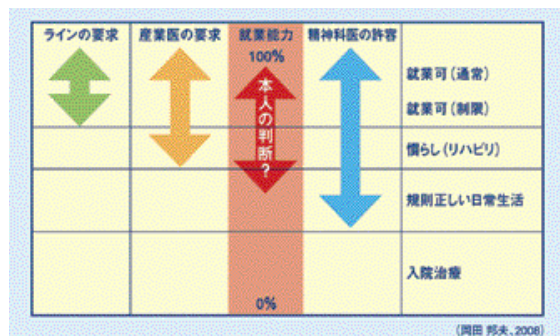


図10．就業可能範囲の判断

は、“患者”という立場のみを考えて治療しており、“社員”は会社と“労働契約”を結び、自らの健康を管理した上で労働を会社に提供し、対価として給料を得る“社員”という立場の社会的意味について、十分に理解していない」などの厳しい指摘も多い^{29,30)}。

実は、上記の復職に対する4条件（精神症状が寛解している、予想される作業を行う能力が回復している、予想される作業に従事しても、精神症状が再発しない、職場の人間関係の流れに乗っていきける）を充足するには、診察室での定期的診療だけでは不十分で、業務遂行能力の回復訓練、再発・不適応予防指導、生活リズム維持・管理訓練などが医療的関与の中で実践的に行われる必要がある^{29,30)}。精神症状の改善と同時進行的に行われる実践的なプログラムは、適切な時に、適切な量と質を備えたりリハビリテーション種目を、その労働者の復帰する職域・職種に合った形で提供されるシステムが必要があり、そのためには医師だけでなく多職種のチーム医療体制が求められる²⁹⁾。しかし、有効な精神科職場復帰援助リハビリテーションモデルを採用し、信頼性のある社会機能評価表などを用いた治療を行っている精神科施設は極めて少ないのが現状である。

おわりに

精神科診療所数は1970年の546カ所から2005年には5,144カ所になり、この35年間で約10倍に増加している。産業精神保健においては、精神科診療所を利用する機会が多いと考えられる。2005年の調査によると、精神疾患による休職者の69%は精神科診療所に通院しており、精神科病院への通院は26%、他の医療施設への通院は5%であったという報告もある³¹⁾。このような状況を考えると、個々の精神科医等の産業保健全般に対する理解が重要な鍵となる。2004年から、全国の都道府県において、精神科医等を対象とした産業保健研修会が開催されるようになったが、まだ目的が十分に達成されたとは言い難い。また、日本医師会認定産業医の資格を有する精神科医も増加しているが、産業医という立場で産業精神保健に携わる精神科医は少ないとされている³²⁾。

復職に関する主治医の判断と事業場の要求との折り合わせをいかに行うのかは、産業医や産業保健スタッフの役割であるが、主治医と事業場の両者に内在する問題点を相互に理解し、解決に向けた努力が必要であろう。有効な精神科職場復帰援助リハビリテーションモデルを採用した精神科医療機関が乏しい現状であるならば、EAP（Employee Assistance Program：従業員支援プログラム）³³⁾や障害者職業センター（独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構）³⁴⁾などの復職支援機関の利用も考慮に入れる必要がある。そして、事業場（産業医・産業保健スタッフ）、主治医、休職中の労働者（家族を含め）、これら三者の意見を尊重しながら復職支援プログラムが作成され、それに沿った精神科医療の立場からの実践と転帰評価のデータの蓄積が今後の大きな課題であろう。

文 献

1) 中野麻美：労働ダンピング - 雇用の多様化の果てに - ,

- 岩波書店, 東京, 2006 : 2-11.
- 2) 石川 准, 室伏亜希 訳: 管理される心 - 感情が商品になるとき, 世界思想社, 東京, 2000 : 39-63.
(Hochschild A. : The Managed Heart ; Commercialization of Human Feeling, The University of California Press, California, 1983.)
 - 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部: 労働者健康状況調査. 2002. (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anken/kenkou02/r1.html>)
 - 4) 中日新聞: 教職員「心の病」休職4675人, 公立校, 過去最多. 2007. 12. 29(<http://www.chunichi.co.jp/>)
 - 5) 社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所: メンタルヘルスの取り組みに関する自治体アンケート調査結果, 2007 : 1-6. (<http://www.js-mental.org/>)
 - 6) 社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所: 産業人メンタルヘルス白書, 2004 : 1-12.
(<http://www.js-mental.org/>)
 - 7) 社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所: 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結果, 2006 : 1-5. (<http://www.js-mental.org/>)
 - 8) 島 悟, 荒井 稔, 大西 守, 黒木宣夫, 菅崎弘之, 内野 淳, 太田保之, 中根允文, 塚本浩二, 白土俊明, 大矢 大, 延原健二, 木下利孝, 井上 桂, 中村道彦, 岡本裕光, 若田部博文, 西田牧衛, 橋元 良, 山口利之, 朝井 忠, 塩田一雄, 中川 学, 中井三代子, 南部美穂, 倉林のみに, 藤縄 昭, 飯森真喜雄, 丸田敏雄, 清水宗夫, 加藤正明: 勤労者における精神障害に関する多施設共同研究. 精神医学, 39 : 1117-1122, 1997.
 - 9) 川上憲人: 職業性ストレスと精神障害の疫学. 産業精神保健マニュアル, 日本産業精神保健学会編, 中山書店, 東京, 2007 : 24-33.
 - 10) 厚生労働省大臣官房統計情報部: 平成14年患者調査, 2003. (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/02/index.html>)
 - 11) 井上幸紀: メンタルヘルスにおける職場復帰の支援・対応. 産業保健21, 50 : 16-19, 2007.
 - 12) Inadomi H, Tagawa Y, Takemoto T, Nakane H, Hamada Y, Tanaka G, Ohta Y.: Investigation of risk factors associated with mental health deterioration in Japanese company employees. XIXth World Congress of World Association for Social Psychiatry, Prague, October 21-24, 2007. (Book of Abstracts, 2007 : 164.)
 - 13) 厚生労働省労働基準局労災補償部補償課: 脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況 (平成18年度) について. 2007. (<http://www-bm.mhlw.go.jp/houdou/2007/05/h0516-2.html>)
 - 14) 朝日新聞: 過労自殺81人最多に. 2008. 05. 24.
 - 15) 警察庁生活安全局地域課: 自殺の概要資料.
(<http://www.npa.go.jp/toukei/index.htm>)
 - 16) 高橋祥友: 自殺の危険, 金剛出版, 東京, 2006 : 62-103.
 - 17) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課: 自殺死亡統計の概況.
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/suicide04/index.html>)
 - 18) World Health Organization : Suicide rates (per 100,000), by country, year, and gender:http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/
 - 19) 飛鳥井 望: 自殺の危険因子としての精神障害 - 生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討 -. 精神経誌, 96 : 415-443, 1994.
 - 20) 川上憲人: 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究. 平成14年度厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業). 厚生労働省, 東京, 1994.
 - 21) 島 悟: 復職後のうつ病再発の問題. 臨床精神医学, 35 : 1053-1057, 2006.
 - 22) 島 悟: 職場のメンタルヘルスの現状と問題点. 日医雑誌, 136 : 19-24, 2007.
 - 23) 浜田芳人, 太田保之: 二次予防 - 精神医学の立場から. 産業精神医学 - 第2巻: 産業精神保健の実践, 加藤正明監修, 中山書店, 東京, 1998 : 576-581.
 - 24) 厚生労働省: 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. 中央労働災害防止協会, 東京, 2004 : 1-14.
 - 25) 浜田芳人, 太田保之: 職場における危機. 精神看護学/精神保健 (第3版), 太田保之, 藤田長太郎編, 医歯薬出版, 東京, 2007 : 84-94.
 - 26) 労働調査会: 産業保健ハンドブック. 労働調査会出版局, 東京, 2006 : 1-88.
 - 27) 夏目 誠: 対応困難事例と職場復帰への対応 - 繰り返し欠勤する場合 -. メンタルヘルスと職場復帰支援ガイドブック, 日本産業精神保健学会編, 中山書店, 東京, 2006 : 127-138.
 - 28) 岡田邦夫: メンタルヘルスクアにおける職場復帰と復職後の管理の実践. メンタルヘルスクア実践ガイド, 岡田 章, 川上憲人, 吉川武彦, 島 悟, 廣 尚典, 和田 攻, 鹿毛 明編, 産業医学振興財団, 東京, 2008 : 208-214.
 - 29) 菅原 誠, 福田達矢, 野津 真, 川関和俊: 「復職できるうつ」と「復職が困難なうつ」. 精神医学, 49 : 787-796, 2007.
 - 30) 秋山 剛: 職場復帰について. 精神医学, 49 : 582-590, 2007.
 - 31) 仲本晴男: 事業場外資源の役割と連携 - 医療機関 -. 産業精神保健マニュアル, 日本産業精神保健学会編, 中山書店, 東京, 2007 : 160-165.
 - 32) 島 悟: 労働者のメンタルヘルスの現状と課題 -

- 今後のメンタルヘルス対策の在り方 - . 精神神経学雑誌, 109 : 247-253, 2007.
- 33) 市川桂居 : 職場復帰支援におけるEAPの活用 - EAPとは何か - . メンタルヘルスと職場復帰支援ガイドブック, 日本産業精神保健学会編, 中山書店,

- 東京, 2006 : 168-176.
- 34) 川村浩樹, 川上 恵 : 三重障害者職業センターにおける職場復帰支援(リワーク支援)について. 臨床精神医学, 35 : 1085-1094, 2006.

Current Status and Problems of Mental Health in the Workplace

Yasuyuki OHTA¹, Hiroyuki INADOMI², Goro TANAKA¹

1 Department of Health Sciences, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences

2 Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation, Hyogo University of Health Sciences

Accepted 28 October 2008