

うつ病等の気分障害による 休職者の復職支援の現状

日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院精神科 部長 荒井 稔

1 はじめに

うつ病に罹患し治療を受けている者が100万人を超え、職場、学校、地域で、その対応が急務であることは述べるまでもない。特に、一口にうつ病と言っても、年齢、性別、合併する身体疾患などの諸要因によって、治療や対応は様々であり、心理職、ケースワーカー、リハビリテーション専門家などの多くの関係者の知恵を集めることが進められている。しかし、精神科医がおおよそ14,000人であることを考慮すると、うつ病を始めとする気分障害の治療体制も十分でないことに加え、古典的うつ病とは病像を異にする「新型うつ病」に臨床場面で、出会うことも稀ではなく、治療・リハビリテーションの方略は次第に変化してきている。以下に、復職支援に関連した行政等の動向や復職上の問題点について、リワーク支援に主に焦点をあてて記述する。

2 行政および関連機関の動向

表1は精神障害者雇用や復職支援に係る動向である。

表1 精神障害者雇用や復職支援に係る動向

年	主 な 事 項	備 考
1999	「精神障害者の雇用の促進等に関する研究会」での検討	旧労働省
2000	「障害者雇用問題研究会」での検討	厚生労働省
2003	リワーク（Return to Work）プログラムの試行実施	障害者職業総合センター
2005	リワーク支援の本格的実施（全国対象）	地域障害者職業センター
	「障害者の雇用の促進等に関する法律」の一部改正	精神障害者の雇用率算定
2006	トータルパッケージの標準化・普及	障害者職業総合センター

障害者職業総合センターで試行され、2005年より地域障害者職業センターで全国展開しているリワーク支援は、在職精神障害者に対する精神科治療と同等に重要である。

リワーク支援は、通所することによる生活リズムの規則化、対人関係の問題の解決、就労に必要な技能を向上させることが重要であるが、1999年から開発されたトータルパッケージ^{注)}

注) ワークサンプル幕張版（MWS）、M-メモリーノート（MN）、幕張ストレス・疲労アセスメントシート（MSFAS）、ウィスコンシン・カード・ソーティング・テスト（WCST）で構成された検査ツール

は、2006年から技能のトレーニングや評価ができる標準化の水準が向上し、広く利用できるようになった。このパッケージは、高次脳機能障害、知的障害、発達障害等の支援ツールにも用いられ、心身の障害に対するリハビリテーションに広汎に利用されるようになっている。このトータルパッケージを利用したリワーク支援事例は、日本産業精神保健学会等において発表され、その発展が強く期待されている。

表2はメンタルヘルス対策の動向である。

表2 メンタルヘルス対策の動向

年	主 な 事 項	備 考
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」	厚生労働省：個人、組織、産業精神保健スタッフ、事業場外資源の役割明確化
2002	「過重労働による健康障害防止のための総合対策」	厚生労働省通達：過労死予防のため講ずべき措置を明示
2003	個人情報保護法成立	健康情報取扱い慎重化
2005	労働安全衛生法改正	長時間残業者の面接指導
	「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
	「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
2006	「労働者の心の健康の保持増進のための指針」	厚生労働省：職場での精神健康維持・増進対策方向性
2008	メンタルヘルス不調者等の労働者に対する相談機関による相談促進事業	労働者健康福祉機構：従業員支援プログラム等の質的担保
	メンタルヘルス対策支援センター設置	産業保健推進センター
2009	「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」改定	復職プロセス明確化、リワーク事業を含む外部機関との連携様式精緻化
	「当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について」	厚生労働省労働基準局長通達
	「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針の一部改正について」提示	職場における心理的負荷評価表に新たな出来事追加等の見直し

この10年間に、精神保健、精神障害等に対する法的、行政的側面等について、それまでも様々な問題が取り上げられ、具体的な支援対策が実行できるようになったのは特筆すべきと思われる。

3 うつ病等の気分障害の復職について

(1) 復職後等における就労時間について

人間は、8時間は労働し、8時間は自分のために使い、残りの8時間は睡眠のために使うのが理想であるが、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。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、45 時間以内であり、45 時間から 80 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、2 ヶ月の平均が 80 時間を超えるか、1 ヶ月に 100 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一定の関係があり、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こともありうるということが一般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、復職等の判断において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く、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。こういったリワークによる生活・就労時間の規則性のできあがることは、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。

(2) 復職のための事業場内・外の支持組織の連携の必要性

厚生労働省が職場のメンタルヘルス対策として、4 つのケアという指針を示している。まず、第 1 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 2 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、部下の支援を行う上長の役割である。しかし、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 3 の事業場内の健康管理スタッフ等の資源の拡充、および第 4 のリワーク等の事業場外資源の利用と連携が更に進むことが必要である。

(3) 適正な復職判断の必要性

医学的教育に就労の情報は乏しく、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、患者の就労したい意志を最大限尊重するのは原則的に正しい。しかし、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できないと、患者の回復度のみに基づいた就労能力の判定で復職に際して支障のある場合がある。また、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、人事労務担当者はそれぞれ連携しつつ、適正な復職判定を行い、復職を可能にする努力が必要である。

しかし、現状では、産業医へ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り、リハビリテーションの過程で明らかにされた支障が考慮されることによっ

て、十全な復職判断が可能になることも多い。

4 うつ病等の気分障害者のリハビリテーションの必要性 —まとめに代えて—

現在の復職過程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である。うつ病等の在職精神障害者の治療療養は、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、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。

一方、自宅等で療養する場合、リハビリテーションを行うことや「慣らし通勤・勤務」等の準備を行うことが困難なこともあり、復職自体の判断が難しい場合や、復職後の経過が望ましくない場合もある。ただし、現在では、標準化されたリワーク支援等のリハビリテーションの社会的資源が整い、多くの人が利用できるようになってきている。ここ数年の変化は劇的であり、更なるリハビリテーション資源を向上させることと、標準化されたリワーク支援等のリハビリテーションについての啓発・発展が必要と思われる。