

第104回日本精神神経学会総会

シンポジウム

EAPの立場から

島 悟（京都文教大学臨床心理学部，神田東クリニック）

1. はじめに——産業保健における精神科医への役割期待の高まり——

最近産業保健における精神科医の関与の必要性が特に高まってきている。翻れば第二次大戦後に戦地から引き揚げた従軍医師が中心となって始まった産業保健は、初期は労災事故が多く発生し、疾患としては、結核、生活習慣病などが中心であったため、産業医としては、内科医と整形外科医あるいは外科医の需要が高かった。つまりわが国における産業保健活動は内科系・外科系の臨床経験を基礎とした産業医が中心となって展開されてきたのである。その後、産業医育成を目的としてつくられた産業医科大学の卒業生が産業保健分野で活躍する時代となり、専属（常勤）産業医としては、臨床医学ではなく産業医学・産業保健学を専門とする産業医が増加しつつある。つまり産業保健の中心は、臨床を基礎とした産業医から、産業保健そのものを基礎とした産業医へと変わりつつある。しかしながら、こうした産業医学・産業保健学を専門とする産業医は精神医学・精神保健については必ずしも十分な知識や技術を有しているわけではない。また殆どの産業医は嘱託（非常勤）であり、その多くは臨床医である。なお専属産業医数は1,500~2,000人と考えられ、嘱託産業医数は日医認定産業医資格を有する約7万人の大部分であるとみなされているが、確実な数字は把握されていない。

精神科医でない産業医にとっては、メンタルヘルス領域は、「見えにくいもの」を相手にする領域であるため、苦手意識を持つ者が少なくない。

また嘱託産業医は月に数時間程度、事業場において産業医業務に従事するのが一般的であり、メンタルヘルス対策にかかわる個別事例に対応する時間が十分に確保できないという状況もある。

一方、昨今の産業保健における主要な課題の一つはメンタルヘルス対策である。その背景としては、民間企業のみならず、地方自治体においても、メンタルヘルス不調を生じる労働者が増えてきていること、しかも長期疾病休業の労働者の多くがメンタルヘルス不調によることなどがある⁴⁾。

さらにメンタルヘルス不調の特徴として、管理監督者や同僚など周囲の人々の負担感が大きくなることもある。また職場全体のモラルが低下することもあり、企業の生産性にさらなる影響を与えることにもなり得る。こうした状況から、産業保健におけるメンタルヘルス対策のニーズが非常に高まっているにもかかわらず、産業医が対応するには時間的制約および技術的制約などから困難であり、精神科医に対する期待が非常に高まっているのである。

2. 連携をめぐる

連携とはそもそも何のために行われる必要があるのだろうか。根本的な問としては、「誰のために」、「何故に」、そして連携する場合には「どのように」連携を行うのかである。

個別の労働者をめぐる事業場内資源と主治医である精神科医の連携の意義は、当該の労働者に、「より早期に」、「より適切に」、精神科医療を提供するとともに、「安全に」業務を遂行できるよう

に事業場が適切な業務上の配慮を行うことである。つまり労働者にとっては健康な生活の維持につながるわけであり、事業者にとっては労働生産性を維持し得ることである。さらに事業者にとっては業務起因性の健康障害による労災や民事訴訟のリスクを低減するという意味でリスクマネジメントにもなるのである。従って、この限りにおいては労働者および事業者にとって利益相反が生じないのである。

利益相反が生じるとすれば健康情報を事業者が不適切に利用し、労働者にとって不利な処遇を行う場合である。こうした利益相反が生じないためには、個人情報の取り扱いに関する詳細な取り決めを明確に定めておく必要がある。

連携において現実的に問題となるのは、事業場外資源である主治医が多忙なため連携に時間をとりにくいことと、連携において医療保険が適用されないことである。後者については、会社が連携に関わる費用負担を行うことを社会的慣習とすべきである。上述のように会社は連携によって受益者になるのであるから費用負担を行う理由は十分にありと考えられる。

ところで次に概説する EAP においては、会社が EAP を購入するわけであり、受益者は会社組織であり、一義的には従業員ではないところに最大の特徴があり課題もある。これに対して医療の世界では医療提供の受益者は患者であり、費用負担は健保・国保であり、一部受益者負担である。なお産業保健は、労働安全衛生法に明記されているように、そもそも事業者責任で行われるものであり、その枠組みで行われる連携活動において会社が費用負担を行うのは合理性があるとも言えよう。

筆者は、連携を効果的に行うためには、精神科医が事業場の専門スタッフの一員（産業医もしくは産業医に助言をする専門医）として関わることに有用であると考えている。このことにより精神医学・精神保健に関する共通理解を持つ事業場内の精神科医と主治医である精神科医がコミュニケーションすることが可能になるからである。この

場合において、少なくとも事業場内の精神科医には産業保健に関する知識・理解が必須であり、主治医にもかかる知識と理解があることが望ましい。

3. EAP とは

EAP は Employee Assistance Program の頭文字であり、通常「従業員支援プログラム」と訳される従業員支援のサービスプログラムである²⁷⁾。もともとは米国の労働組合においてアルコール依存症者からの回復者が、同じ病態の組合員を支援した活動に端を発した仕組みである。その後は、従業員の労働生産性を阻害するさまざまな要因を取り除き、個人の労働パフォーマンスを最大限にしようとする「生産性向上」の観点から発展した。つまり EAP は、「疾病管理」から出発するのではなく、「何らかの理由により業務遂行能力が低下している事態の改善」から出発することが特徴的であり、つまりはビジネス（会社）のニーズを汲むことから EAP は発展したのである。

この生産性を阻害する要因は様々であるが、EAP では、メンタルヘルス問題、アルコール問題、法律問題、家族問題、経済問題、ワークライフ・バランスなど幅広い問題を扱う。こうしたモデルを「パフォーマンス（ビジネス）型 EAP」と筆者らは称している。

これに対して、メンタルヘルスを重視し、産業保健を基盤に職場との連携を重視する EAP を、筆者らは「産業保健型 EAP」と呼んでいる。昨今では企業規模を問わずメンタルヘルス問題が深刻化しているため、メンタルヘルス対策を強化する企業が増え、産業保健型 EAP への関心が高まっていると考えている。米国でも最近では、医療費増大の状況から疾病管理が目されるようになり、EAP においても疾病管理の観点が強くなってきている。前者のパフォーマンス型 EAP は、主としてビジネス出身者が中心となり、後者の産業保健型 EAP は精神科医が中心となっている。

このように EAP はそもそも産業保健が事実上ないに等しい米国において誕生したという歴史的

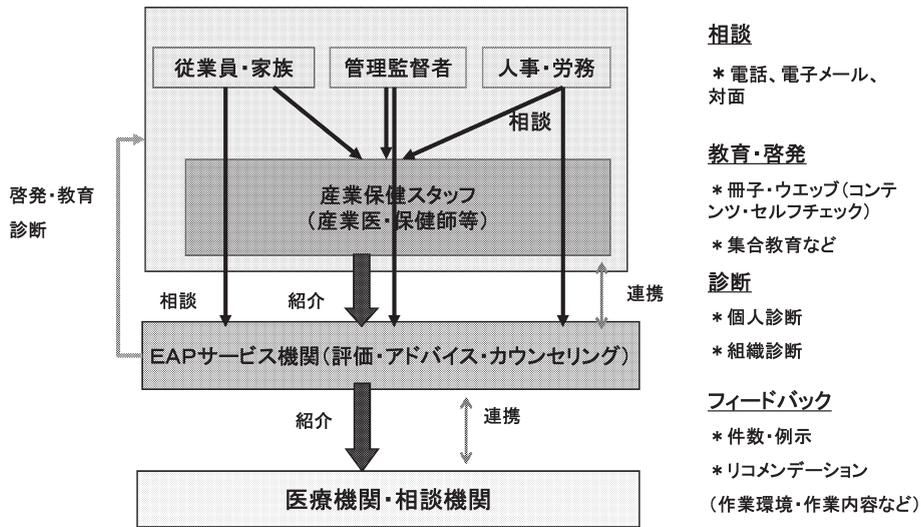


図 EAP モデル

背景がある。このEAPは伝統的には、内部EAP（事業場内においてEAP専門家を雇用する仕組み）と外部EAP（事業場外のEAPサービス機関に委託する仕組み）に分けられてきた。昨今では、米国においても経費の関係で徐々に外部EAPに移行しつつある。わが国で通常EAPと称されているのは外部EAPのことである。注意を要するのは、米国の外部EAPにおいては、元々存在していない事業場内資源との連携はモデルには入っていない。図に示したようにEAPの概念では、EAPは本来事業場と医療機関・相談機関をつなぐインターフェース機能を果たすものであり、連携が示されているものの、残念ながら実際のところ、殆どのEAPサービスにおいて連携はなされていないのである。

筆者らの主張する「産業保健型EAP」は、まさに今回のテーマとなっている事業場内資源と事業場外資源の連携モデルである。つまり労働安全衛生法に基づく「労働者の心の健康の保持増進のための指針³⁾」に示されている事業場外資源と事業場内資源の連携を意識したモデルである。しかしながら連携には手間暇がかかるし、高水準の知識や技術が必要である。また個人情報保護などの

課題もあり、クリアすべき課題は多い。

4. EAP 活動の概要

EAPサービスの対象になるのは、EAPサービス機関と契約をした企業の従業員とその家族である。具体的な活動は、次の通りである。

(1) 心の健康問題に関する評価

最も重要な機能であるにもかかわらず、相談担当者の質が問題視されている。精神障害や自殺などのリスクを適切に評価・判断する力量とともに、職場環境をはじめとする業務関連要因の評価が鍵となる。

(2) 電話・メール・対面相談等による相談対応

本来は面接が基本であるが、入り口は電話であったりメールであったりする。その際に適切な対応ができていくかどうかことが重要である。

(3) メンタルヘルス・ストレス等の問題に対する適切な医療機関・相談機関への紹介

紹介の必要なクライアントに対して、医療機関および相談機関への紹介を迅速に行う。さらにフ

フォローアップを行って、医療機関・相談機関を訪れたかどうかなどを確認することも必要になる。多くの EAP サービス機関では充実したネットワークの存在を誇示しているが実態は不詳であることが多い。

(4) 管理監督者・人事労務担当者等に対して行うコンサルテーション (助言・指導)

労働者の心の健康問題に関してどのように対応すべきであるのか、どのように EAP サービス機関を利用すべきであるのか等について、管理監督者・人事労務担当者等にコンサルテーションを行う。多くの EAP サービス機関において、この機能は提供されていない。コンサルテーションは高度なサービスであり、提供可能な専門家が限られている。

(5) 労働者・管理監督者・人事労務担当者等に対するメンタルヘルス・ストレス教育、EAP サービスの適切な利用に関する教育
教育は全ての施策の基本である。教育を行う主要な目的は、そもそもどのようなサービスがあるのか、そのサービスを、どのような時に、どのようにして受けることができるのか、どういう専門家が対応してくれるのか、その際に個人情報はどうのように保護されるのかなどについて、十分な情報を将来のクライアントに提供することである。

(6) カウンセリング

EAP サービス機関においては、短期間で終了するカウンセリングを行うのが一般的である。長期に及ぶと判断された場合には然るべき相談機関を紹介することになる。

(7) 危機介入

自然災害、職場での事故、自殺等の事態においてメンタルヘルス・ケアを実施する。この機能を提供できる EAP サービス機関は極めて限られている。専門家が少ないことと、高度なノウハウが必要になるからである。

(8) 組織に対する、労働者のメンタルヘルスおよび職業性ストレスに関するコンサルテーション

心の健康問題を有する労働者の発生の多い職場に対する効果的介入法を提案するなど、組織に対するコンサルテーションである。この機能を提供する EAP サービス機関はごく少ない。非常に高度な能力を必要とするからである。

(9) EAP サービスの効果に関する評価

EAP サービスの利用率、管理監督者・人事労務担当者等が EAP サービスを利用しているかどうか、EAP サービスに対する満足度などが挙げられる。効果指標に何をを用いるのかが非常に重要である。真に科学的な費用対効果を出しているところは非常に少ない。

(10) 事業場内産業保健スタッフ等に対する教育・研修

事業場内の産業保健スタッフ等を対象としたメンタルヘルス対策を実施するための考え方や実践方法等に関する教育・研修を実施する。この機能を提供するには高度な質の専門家が必要であるため、この機能を提供できる EAP サービス機関は非常に限られている。

以上、10 項目にわたって EAP 機能の概略を説明したが、多くの EAP サービス機関において提供できる機能は非常に限定的である。包括的にサービスを提供できないのは、専門的知識・技術・経験を有する専門家が少ないこと、そもそもそうしたサービス提供は想定外の EAP サービス機関が多いこと、包括的にしようと志向するとビジネスモデルにならないことなどである。

5. EAP の活用と連携

多くの企業では、うつ病などの精神障害の従業員の増加、うつ病等による長期疾病休業や復職困難事例の増加などのメンタルヘルス問題の深刻化に頭を悩ませていることから、企業の EAP に対

する期待の多くは、うつ病など精神障害対策であると言っても過言でない。うつ病などの精神障害をEAPで扱う場合、医療機関とは大きく異なる点が3点挙げられる。

第1は、医療が必要となる前段階において、不調の気づき方やストレス対処の方法などの心理教育を行うことにより予防的対応が可能なることである。

第2は、職場は生産の営みの場であることから、健康状態を労働者の業務遂行状況から推し量ることが可能であり、上司や同僚など「周囲が」、「早期に」、労働者の不調に気づけることである。

第3は、精神障害者の発生の特徴等から、組織が抱える問題を把握し、改善の提言ができることである。つまり、環境要因に働きかけることができるということである。

健康対策は、一般的に未然防止と健康増進の一次予防、早期発見と早期対処の二次予防、リハビリテーションと社会復帰・再発予防の三次予防に区分されるが、EAPでは、以下のように、一次予防から三次予防までトータルに展開できる点が最も重要な特徴と言える。

(1) 一次予防——一般従業員・管理職へのメンタルヘルス研修——

教育研修は、業態や職場環境、さらにメンタルヘルスの状況に合わせて、その対象者や内容を工夫して行われる。たとえば、セルフチェック機能を強化してストレスへの気づきを促し、精神障害への正しい知識と態度を身につけてもらう。リラクゼーション法や認知的ストレス対処法などの効果的なストレス対処法を取り上げ、日常生活に生かせるように促す。また管理職研修では、労働安全衛生法や安全配慮義務を強調し、上司として部下の心の健康状態にどのように気づき、配慮したらよいのか、精神障害の部下にどのように対応したらよいのかなどが研修内容の柱となる。

(2) 二次予防——相談活動から受診へ——

精神科はまだまだ敷居は高い。そこで匿名にて

気軽に相談できる電話やメールを使つての相談が有効である。こうした相談に対し、ストレスの背景や症状の聞き取りを行い、医療の必要があれば、できるだけ確実に受診できるよう精神科の医療機関を紹介する。本人の同意を得てであるが、ストレス要因が職場にあったり、希死念慮などがみられる場合には、本人に受診を促すのみならず、産業保健スタッフなどにも情報を適切にフィードバックし、業務上の配慮、組織の改善、早急で確実な本人への介入などを促すことも重要である⁶⁾。この過程では、EAPサービス機関と事業場外資源の精神科医との連携が欠かせない。

(3) 三次予防——休復職サポート——

精神障害による休職者の急増で、企業の目下の関心事は休職者のケアと復職をいかにスムーズに行うのかという点になりつつある¹⁵⁾。休職に入る従業員へのコンタクトの方法や、復職の進め方などについてのコンサルテーションが、EAPに期待される役割である。特に休復職を繰り返している事例は、主治医の意見を踏まえ、復職のタイミング、職場関係者への助言指導、業務調整などについて、産業界等にコンサルテーションを行う。この場合、病歴や病状を理解し、精神医学的観点に基づいて適切に判断し助言指導できる精神科医等の医師が関与することが必須となる。この過程ではEAPサービス機関と事業場外資源の精神科医との連携は欠かせない。

6. 最後に——今後の課題——

うつ病をはじめとする精神障害の急増で、職場のメンタルヘルス分野は一大マーケットとなり、EAP領域においても、種々のバックグラウンドを背景にした業者が乱立してきている。うつ病はその患者数が増加しているだけでなく、労働者の自殺の増加にみられるように、その深刻さも増している。したがって、職場外の相談窓口においても、精神医学的なアセスメントと確実な紹介を行って、適切に個人情報保護しながら、効果的に職場と連携することが必要である。連携を行うた

めには、連携の担い手の双方において最低限の精神医学と産業保健に関する知識および共通理解が必要である。

文 献

- 1) 日本産業精神保健学会編：メンタルヘルスと職場復帰支援ガイドブック。中山書店，東京，2005
- 2) 島 悟 (編・分担執筆)：EAP。こころの臨床アラカルト 24 巻。星和書店，東京，2005
- 3) 島 悟 (分担執筆)：働く人の心の健康の保持増進：新しい指針と解説。中央労働災害防止協会，東京，

2006

- 4) 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。精神経誌，109；247-253，2007
- 5) 島 悟：うつ病リワーク支援の現状と今後。精神障害とリハビリテーション，12；24-28，2008
- 6) 島 悟，高野知樹，大庭さよほか：職域における早期介入。精神医学，50；281-288，2008
- 7) 内山喜久雄，島 悟監訳：EAP ハンドブック。フィスメック，東京，2005