

〈資料〉

精神障害者の社会復帰について

——「企業における精神衛生に関する実態調査」より——

住 谷 馨

はじめに

この資料は、昭和四十六年三月、大阪府・市の公衆衛生部局の依頼により結成された「関西精神障害問題研究会」（会長・大阪大学医学部金子仁郎教授）の第四部会によって実施された調査の一部であり、調査の期間は昭和四十七年十月より約一カ月間である。調査は、「京都工場保健会」の協力をえて、京都府下の中小企業四八〇社を対象にしている。「研究会」の研究成実は、大阪府・市に提出されているが、各部会の研究成果については発表の自由が与えられているので、今回、ここにその機会をえることができた。第四部会は、本学・社会学科研究室より、伊藤規矩治・小倉襄二・福田哲雄・井垣章二・住谷馨・井岡勉の六名が参加している。ここに発表する資料に関しては、工場保健会の田中博一氏の協力のもとに住谷が担当した。

精神障害者の社会復帰について

精神障害者の社会復帰は、精神医学の治療水準、症状、さらに、精神病にたいする社会的偏見などにより、いまだに多くの困難な問題を潜在化させている。この資料は、中小企業という、わが国の産業構造の八割を占める分野において、精神障害者の職場復帰がどのような状態であるかということを解明する一つの手がかりともいべき試論になっている。調査対象は四八〇社であるが、回答があったのは一八九社であり、その業種内容は、建設業五、製造業一三六、卸売業・小売業一七、金融・保険業一、運輸通信業一三、電気・ガス・水通業三、サービス業六、分類不能の産業八、以上である。資本金の額は、五千万円以上一二七社、それ以下は六二社である。従業員数は三百人以下が一四三社、それ以上が四六社であり、さらに細分すると、五人以下が二九社、三十三人、十人、百人、二百人、三百人、四百人、五百人、千人以上が一七社と

精神障害者の社会復帰について

なっている。この調査の回答をしてくれた役職者のポストは、人事課長一六名、労務課長十一名、総務課長四三名、安全衛生課長二名、その他一一六名、不明一名である。

なお、今回の資料報告は、(1)において、設問1から9の回答について分析・解釈しており、(2)は、各事業所のなから五社を抽出して追跡調査を行ったものである。

(1)

(1) 「精神的な病気で休職した従業員の職場復帰について、その判断は何によってしますか。」

この設問にたいして、大きく二つの解答を求めた。

(一) 精神医の診断による。(二) 精神医の診断をもとに会社で協議の上決める。(三) その他、以上である。精神的な病気も一般疾病と変りないものである。したがって、専門の精神医が職場復帰が可能であると認めた場合、無条件で復帰を認めることが労働を保障する職場として当然のことであろう。むしろ、専門医の診断を全面的に信頼して職場復帰を歓迎することが望ましいのである。しかし、この解答は、「表1」にみられるように全体の二〇％にすぎない。精神的な疾患に関するかぎり、専門医の診断が無条件に復帰の承認とならないのか、その他の疾病においても同様であるのかは比較してみないと明らかではないが、少くとも、精神的疾患においては(二)の解答の方が圧倒的に多く、六九％である。この会社で協議の上決めるということの意味は、会社側の慎重な態

(表1)

人 答	5~29	30~99	100~299	300~499	500~990	1000以上	計
1	7 (32)	13 (20)	9 (17)	2 (14)	4 (27)	4 (24)	37 (20)%
2	10 (45)	48 (72)	41 (76)	10 (72)	10 (67)	11 (64)	130 (69)
3	2 (9)	3 (4)	0	2 (14)	0	2 (12)	9 (5)
無回答	3 (14)	3 (4)	4 (7)	0	1 (6)	0	11 (6)
計	22 (100)	67 (100)	54 (100)	14 (100)	15 (100)	17 (100)	189 (100)

規模別

れている。五人から三十人までの規模の場合は半数を割っているが、それ以上の規模の場合はすべて五〇％以上の解答率である。これを見ても、わかるように日本の企業は規模の大小を問わず、精神的疾患については、職場復帰については慎重であり、専門医の診断は重視はするが、その診断によって左右されることはなく、

度を示すものと同時に、協議の結果、復帰を認めないという否定的な態度も内包するものである。また、専門医の診断を全面的に承認しない。その診断にかかわらず会社側の意向を優先し、あくまで人事権は会社側にあるという意志を表している。この(二)の解答は、規別にみた場合、大体、平均して、この解答が高く表わ

会社の意向によって職場復帰を認めているということである。個別的な追跡調査の結果から明らかになった問題は、精神的疾病の個別性・多様性によって処遇しているのが実態であり、病状の深浅によって処遇は異なっている。専門医の診断には耳を傾けてはいるが、本人の発病当時の状況、本人の能力、技能、人間関係、入社当時の諸条件、会社への貢献度、上司との関係など、本人と職場との関係、将来性などの総合的判断によって復帰を決定している。この姿勢は今日の企業常識といえるような問題であり、本人の労働権・生活権はこの常識の枠外の問題となっているといえよう。したがって専門医の診断はこの企業常識を決定づけるまでには至っていない。専門医の診断が強い決定権をうるには医師と会社側が永年の信頼関係があり、多くの精神的疾患をとり扱い、事例的に診断の結果が成果をおさめ、そのような事例が累積している場合にかぎっている。日本の企業は、内部に精神的疾患を多数発生させるようになってきているが、しかし、精神医と直接に信頼関係を樹立するにまで至っていない。嘱託医の多くは内科の専門医であり、内科の嘱託医の紹介で精神医に患者を依頼するという間接的なルートを通しての精神医との関係であり、精神医と会社側が直接、ケースについて話し合い、協議するということにはなっていない。したがって、精神医の治療結果、職場復帰が可能であるという診断が提示されたとしても、それは一枚の診断書であり、その診断書のもつ意味内容、治療過程の詳細な病状の変化、治療過程については不明のままである。そのうえ、内科医と精神

精神障害者の社会復帰について

科医との関係においても協議協調ができていないとはいえない状況である。精神科治療について内科医は多くの疑問をもち、患者のカルテは内科医には提示されていないことが多いのである。一般的に精神的疾患についての認識は急速に深まりつつあるが、しかし、それは、あくまで現象的な表面的理解であり、専門的理解にまで及んでいない。精神医と内科医との関係、精神医と会社側の関係など、治療面での復帰上の制度的条件が不完全であり、未成熟なため、医学的診断は本人の職場復帰を決定づける力にまで達していないといえる。精神医の診断より、信頼関係のある嘱託医の内科医の診断が有効であり、さらに、内科医の診断より、会社側の人事上の配慮と意向が、より有効であるという状況である。この現状が、「表2」にも表われている。この表は、「役職別」に、この解答を分析したものである。部長以上、課長、衛生管理者の三者とも、(一)の態度が七〇%近く、会社で協議することを表明している。これは、精神的疾患の治療体制と企業との関係の立廻れを意味するとともに、今日、行われている処遇状況を反映しているといえよう。しかし、少数とはいえ、二〇%近くが、「精神医の診断による」と解答していることは注目に値するものである。これは、精神医の社会的信頼度の一つの指標であり、また、他の疾病においても同様、医学的診断が社会復帰の決定に与える権威を意味するものである。衛生管理者の二八%は、この(一)を解答しているが、五三%という約半数以上は(二)を解答し、管理職になる課長級・部長級は圧倒的に(二)を解答している。人事件は、あくま

(表2)

役職別	答			
	部長以上	課長	衛管	計
1 精神医の診断による	10 (16)	11 (15)	12 (28)	33 (19)%
2 // 診断をもとに会社で協議	48 (76)	52 (72)	23 (53)	123 (69)
3 その他	3 (5)	1 (1)	5 (12)	9 (5)
無回答	2 (3)	8 (12)	3 (7)	13 (7)
計	63 (100)	72 (100)	43 (100)	178 (100)

結果、従業員五〇〇〇〜九九九規模の企業六社に共通していた処遇上の特徴といえることであるが、各社とも精神的疾患にたいして温情的であり、専門的知識の有無にかかわらず、受容的・理解的・同情的態度が強いという問題である。これは、わが国の中小企業が家族主義の性格を共通にもっていることを意味している。企業内における仲間意識、同僚意識が強く、疾病にたいする家族的

で会社本位であり、これは企業にたいする忠誠心の強さを表明するものである。(三)の「その他」の項は、本人の意志、家族の意向、嘱託医の意見を加味している解答であり、(二)に加えてもよい解答である。

ここで、さらに、事例研究により明らかにされた問題を述べておきたい。事例の追跡調査の

な相互扶助機能が企業内において発揮されているといえることである。精神的疾患にたいする一般的な社会的偏見、差別の意識より、企業内の家族意識、または、仲間意識が優先して、疾病者をしてできるだけ仲間として企業内にとどめておこうとする相互扶助機能が発揮されている。疾病の種類にかかわらず、企業または仲間にと重大な危機・損害を与えないかぎり、容易に退職させえないという終身雇用の原則が守られるということである。この心情的特徴は同僚・上司に共通してみられる態度であり、精神的疾患においても、この基本的態度において変りはないといえる。したがって、復職についての協議において、本人の過去の就業上の実績、評価、人柄、家庭的条件など、すべて協議対象となり、職場復帰が心情的に当然、継続するものとして審議されている。疾病による欠勤・休職は誰・彼の区別なく仲間内のこととして許容され、精神的疾患といえども特別視されることはないといえる。疾病は企業内うちの問題として処理され、復職後の適応が考慮されているのが現状である。しかし、企業内で精神的疾患が差別されていないのかというと、これは、また、角度を変えて考えてみると、企業は精神的疾患にたいして企業ぐるみ閉鎖的であり、排除的であるといえる。企業の外にある精神的障害者にたいしては無関心・差別的・否定的態度が強い。復職については受容的・理解的態度が強いにもかかわらず、ひとたび、企業の外に排除された場合は、無関心な態度に変貌している。いわゆる日本人のパーソナリティーといわれる内外意識が精神的疾患にたいして非常に明白な

(表 8)

答	教 育		計
	受けて いる	受けて いない	
1 精神医の診断による	7 (25)	32 (21)	39 (21)%
2 〃 をもとに会社で協議	19 (68)	111 (71)	130 (70)
3 そ の 他	2 (7)	7 (4)	9 (5)
無 回 答	0	7 (4)	7 (4)
計	28 (100)	157 (100)	185 (100)

の解答の方が少し多いことに注目したい。受けていない場合は二
一対七一であるが、受けているときは、二五対六八となっている。
専門医の診断を決定的に重視しようとする意識は企業中心のうち
そと意識にこだわりなく、精神的疾患に客観的な正しい姿勢をと
りうる方向をとりうるものといえるであろう。そのためには、今
後とも衛生教育を継続的に行い、精神的疾患についての正しい理

精神障害者の社会復帰について

形をとって表現されて
いるといえるであ
ろう。この、ウチと
ソトの差別意識は、
「表3」にみられる
ように衛生教育を受
けているか、どうかに
よっても左右されな
いほど強いものであ
る。衛生教育を受け
ていても、いなくて
も、(一)と(二)の解答に
は、それほどの変化
はみられない。しか
し、衛生教育を受け
ている場合、受けて
いない場合より、(一)

解と認識が普及することが必要である。しかし、現在、復帰に関
して、温情的・人情的処遇が優先しており、疾病にたいして正し
い科学的・適正的処遇が行われているとはいえない状況である。

(2) 「精神的な病気で休職した従業員が職場復帰した場合どの
ように処遇しますか。」

この設問は、復職後の処遇についての会社側の配慮を問うたも
のである。解答は簡単に、(一) 休職前と同じ職に帰復させる。(二)
会社で職場復帰の期間を設け、適職を見つける、の二つにしてい
る。解答は、「表4」にみられるように、(一)が二二%、(二)が六九
%、という結果となった。復職後、本人の意志か、会社側の意志
か、さらに、医師の指示によるか、いずれにせよ、元通りの職場
ではなく、適職に配置換えをするところが圧倒的に多い。これは
疾病の性格によって適職の内容を異にしている。適職をみつけれ
ないという態度は、規模別の差はなく、大体、どの規模の企業にお
いても同様といえる。但し、五人から三十人までという小規模の企
業においては適職といっても職務内容にそれほどの優位差はなく、
配置換え自体が困難な状態である。この表が示す通り、小規模企
業の場合(一)が三二%、(二)が五五%で、他のより大きな規模の
企業に較べて元の職場に復帰する比率が大きくなっている。精神
的疾患により休職した者が職場に復帰する場合、元の職場に戻っ
た方がよいのか、それとも、他の適職に就いた方がよいのか、こ
の問題は、まさにケースバイケースであり、画一的に答えられる

(表 4)

規模	5~29	30~99	100~299	300~499	500~999	1000~	計
答							
同じ職業	7 (32)	11 (16)	14 (26)	1 (7)	4 (27)	4 (28)	41 (22)%
適 職	12 (55)	51 (76)	35 (65)	12 (56)	8 (53)	13 (76)	131 (69)
無 回 答	3 (13)	5 (8)	5 (9)	1 (7)	3 (27)	0	17 (9)
計	22 (100)	67 (100)	54 (100)	14 (100)	15 (100)	17 (100)	189 (100)

二人程度は元の職場に復帰が可能であり、他のほとんどは他の職場に新しく就業した方がよいというように考えられる。その方が再発の防止に役立ち、仕事への適応がよいといえるのである。精

ものではない。同一企業においても、元通りの職場に復帰しているケースもあり、また、他の職場に就いているケースもある。本人の疾病の状態、回復の状態、さらに、発病した状況、原因などによって復帰の型は異にしている。但し、この(一)が二二%、(二)が六九%という数字は、大体において、現実の状態を反映しているものではないかと思われる。元の職場に復帰している者二二%、他の適職に就いている者六九%というように理解できるのである。精神的疾患で

病的疾患がなぜ発生するのかは、医学的にも充分解明されていない。家族関係、職場の人間関係、緊張した人間関係、心理的ショック、罪業感、固有のパーソナリティ、遺伝的体質など、外的には不明の原因が復合している場合が多いといわれる。勿論、てんかんや薬物・アルコールによる場合は原因が明らかであるが、原因の内因性の場合は専門の精神医においてもケースバイケースであり、一概に原因を明らかにすることはできない状況である。したがって、内因性の精神的疾患の場合、職場における人間関係職務関係を変えてみることは復帰後の適応にプラスする場合が多いことは事実であろう。但し、これも、元の職場より不遇に落ち入るとか、左遷するとか、元の同僚より劣等感を感じさせる職に就くとか、新しい、元の職場よりさらに強い緊張関係を生じさせる職場に戻ることは勿論、精神的疾患の回復後の復帰として適正であるとはいえない。(二)の解答が多いが、その内容には、適職ということの意味でプラス的内容とマイナスの内容が復合しているということに注意しなければならぬ。追跡調査の結果、このマイナス的適職復帰というケースもあり、それは、元の職場に復帰した場合も、また、ちがった職場に復帰した場合も、同じように起っている。元の職場に復帰したケースにおいては、やはり上司との関係がうまくいかず再発しており、また、ちがった職場に復帰した場合も自己の技能が発揮されず、新しい職場の人間関係がうまくいかず再発している。これらのケースをみて、(一)がよいか、(二)がよいかというようには割り切れない。むしろ、こ

の設問からみていえることは、その解答が(一)と(二)とを問わず、復帰後の状態を衛生管理者・課長・部長が、どれほど正しく理解し、フォローしているかという問題である。本人の心理状態、行動について観察し、適応についての援助、助言が行われておれば復帰後の困難な問題を除去することは可能である。職場に精神衛生相談の専門カウンセラーが常時おかれている場合、復帰後の観察と援助はカウンセラーがおかれていない職場に較べて比較できない

(表 5)

答	職 役			
	部長以上	課 長	衛生管 理者	計
同 じ 職	9 (14)	16 (23)	11 (26)	36 (21)%
適 職	46 (73)	46 (67)	29 (67)	121 (69)
無 回 答	8 (13)	7 (10)	3 (7)	18 (10)
計	63 (100)	69 (100)	43 (100)	175 (100)

(表 6)

答	衛生教育の有無			
	教 育	受けて いる	受けて ない	計
同 じ 職	職	11 (39)	29 (19)	40 (22)%
適 職	職	17 (61)	112 (71)	129 (70)
無 回 答		0	16 (10)	16 (8)
計		28 (100)	157 (100)	185 (100)

ほど可能になっている。対象のうち、カウンセラーの設置してある企業は四％にすぎない。したがって、復帰後、本人に適した職場に配置換えをしてまでも本人の処遇を考慮しようという企業の

精神障害者の社会復帰について

努力は評価できるとしても、専門的なカウンセラーの援助がない場合、企業の好意的努力は実を結ばない場合が多いのである。中小企業における人専異動は大変に困難な努力にもかかわらず適応に失敗することは、その後の観察的援助の機能が欠除している結果といえるであろう。「表5」「表6」にみるように役職者の場合も、衛生教育を受けているか、受けていないかという場合も、(一)と(二)への解答の比率は「表4」の場合と変っていない。(二)の解答の方が多い。本人に適した職場に就かせた方がよいという場合、なおさら、専門的に本人を観察し、援助することが必要となるのである。それにもかかわらず、専任のカウンセラーを設置していないということは企業側において精神的疾患の本質を正しく理解していないことを示すものであり、職場さえ替えれば適応可能であるという安易な考えが支配しているといえるのである。精神的疾患の回復者にたいして、(二)の解答が多い以上、その実効的な成果をうるためには適職の選択、開発について専門的な判断と定期的なカウンセリングが必要となるのである。この援助過程は専門的なカウンセラーによる以外期待できない。定期的・臨時的に相談を受付けるカウンセラー制度を企業内に設置しないかぎり、復帰後の処遇は、(一)と(二)を問わず困難な状況になり易いことを指摘しなければならない。精神的疾患にかかり易い共通したパーソナリティというものは几帳面で、融通性のない、細心で、ものごとくにこだわり易い性格の持主ということである。同僚関係、上司関係、職務関係が、これらのパーソナリティとどのようななかか

精神障害者の社会復帰について

わり合いをもっているか、新しい職場が、本人の心にどのような影響を与えているのかを断えず注意し、観察することは専門的な技術と専門的に面接時間をもちうるカウンセラーによる外ないのである。精神医に職場復帰後の観察までできない。また、治療を完成した患者の後保護までは手がとどかない。治療後の回復者を援助しうるのは精神医学的な訓練をうけたカウンセラーに依頼することが今日では唯一の方法となっている。カウンセラーを設置したから、それで万事解決するという問題では勿論ないが、復帰後の処遇をより正しく、適切なものにするためには、先決条件としてカウンセラーの設置が望まれるのである。

(3) 「精神的な病気で休職した従業員が精神的な病気であるということを、職場同僚に対して秘密にしますか。」

この設問は、精神的疾患についての一般的な偏見と社会的態度が職場のなかで、どのようなものであるかを知ることがかりとして設定した。精神病が今日も社会的には秘密事項となっている。その秘密事項の一端はすでに破れつつあるが、精神的疾患についての家族的防衛、社会的防衛の姿勢は依然として根強く容易に崩れそうでない。精神病についての、この秘密主義は精神病をさらに暗い闇のなかにとじこめている。精神病は今日、すでに治る病気になるている。しかし、一部、治りきれない部分を残したり、再発の危険を伴ったり、病状の進行を防止できなかったり、その原因に不明な問題をもっていたり、環境問題が重視されたりする

ので秘密主義は依然として蔽守されている。秘密にすることが本人の人權と生活を守ることになるのか、理解を求めることが本人の人權と生活を守ることになるのか、この二つの方向はいまだにどちらがよいとも云い切れない問題をもって、本人・家族・友人周辺の人々を苦しめている現状である。

この調査の過程で、この精神病と秘密の問題を精神科医と討議したが、その内容をここで報告しておく。この精神病と秘密の関係は今日の精神科医の多くが重視し、秘密を蔽守する立場を固執している。なぜ、秘密主義の立場をとっているのか。その第一の理由は、社会一般の精神病にたいする偏見から患者を守るということである。精神病にたいする恐怖・脅え・嫌悪・蔑視・拒否といった感情行動はタブー的な強い偏見を社会のなかに存続させている。この調査も、この社会的偏見から精神病を解放させるための目的をもっている。タブーは秘密を本質的にもっている。偏見は客観的事実や真実を容易に受け入れようとなし。偏見は主観的にイメージアップされた伝承事項を固守することから生じている。偏見はこの固守した主観的信条によって、客観的事実を信じようとなし。この固守した偏見の差別的行動と恐ろしさをつくりだしている。精神病の不治性、異常性、危険性、反社会性、非社会性など、この病気がもってきたと思われるさまざまな性格が、精神病の偏見を形成してきたのである。精神病は、この偏見のために、結婚・就職という人生の重要問題の障害となって精神病を背負った人々を苦しめつづけているのである。精神病が治りにく

い病気であったことは事実である。しかし、今日では治りうる病気がなっていることも事実である。精神病の医学的推移を一番よく理解している立場にあるのが精神科医であるが、この精神科医が、依然として秘密主義を固執していることも事実である。その理由は先きに述べたように対社会的立場によるものであり、精神病であることを秘密にしておくことが、対社会的に有利であることを精神科医の体験から確信をもっているのである。精神病であったことを回復後の患者が秘密にして、隠せるだけ隠し通すことが本人の社会生活、人生にとって有利になりうることを精神科医は体得しているのである。治療した患者が不利益をこうむることは医者として当然、望ましくないことである。精神病にたいする不当な評価、専断に反するイメージが横行している以上、精神病を秘密にすることは正当な権利を守る唯一の方法ということになる。真実は秘密にすることによって傷つけられない。また、不当な評価を与えられずに守られる。人生における秘密事項は大人になればなるほど増大する。人生は秘密の集積ということになるかも知れない。精神科医にとっては、精神病という疾患も、患者の人生にとっての一つの秘密事項として理解しているのである。

第二の理由は純粹に医学的な立場から秘密が重視されている。それは、精神病についての医学的に未解決な問題が未だ存在し、再発という危険が医学の分野から防衛し切れないという不確定要素として存在しているからである。百分、治癒し切れないか、治癒しているか、この医学的診断は専門の精神医といえども、全く

精神障害者の社会復帰について

ケースバイケースであり、精神病の個別多様性という特徴によって断定し切れないところがある。本人に治癒しているという自信をもたすことは治療上、重要なことであり、不安・動揺を与えることは再発の危険につながっている。本人に自信をもたすためにも社会的に不当な評価と抑圧は排除しなければならぬ。偏見の横行している社会から本人の健康を守り、再発を防止するという医学的配慮からしても、精神病を秘密にしておくことが安全であり、かつ、治療効果をあげるのである。この理由は医学的配慮というべきであろう。

以上、二つの理由から精神病は秘密の問題として処理されている。しかし、第一の理由は、社会的な偏見が解消されていくことによって、その理由は同時になくなる。第二の理由は、医学的に精神医学、予防医学が進むことによって解消しうるのである。これは、希望的な観測かも知れないが、精神病が秘密の問題として処理されない方が望ましく、陽のあたる場所で正当な評価をうける日が来るのが望まれるのである。

さて、この設問の解答は、(一)秘密にする、(二)秘密にしない、(三)わからない、の三つを設定した。その結果は「表7」にみられる通り、非常に複雑な解答となっている。(一)は五二%、(二)は一七%、(三)は一八%となつてゐる。精神病を秘密事項として守りたい意向をもっているものが半数以上であり、別に秘密という問題にこだわらないか、また、積極的に秘密と考えていないものが一七%あり、「わからない」と答えているものが二八%となつてゐる。

(表7)

職	部長以上の管理職	課長	衛生管理者	計
答				
秘密にする	36 (57)	40 (58)	15 (35)	91 (52)%
〃 しない	10 (16)	12 (17)	8 (19)	30 (17)
わからない	17 (27)	13 (19)	18 (42)	48 (28)
無回答	0	4 (6)	2 (4)	6 (3)
計	63 (100)	69 (100)	43 (100)	175 (100)

衛生教育の有無 (表8)

教育	受けている	受けていない	計
答			
秘密にする	18 (64)	78 (50)	96 (52)%
〃 にしない	4 (14)	29 (18)	33 (18)
わからない	5 (18)	47 (30)	52 (28)
無回答	1 (4)	3 (2)	4 (2)
計	28 (100)	157 (100)	185 (100)

この解答は、衛生教育を受けているか、受けていないか、ということにかかわりなく、この比率は同様である。それは、「表8」をみても同じ結果となっている。秘密にするものが全体の約半数、秘密にしないものが残る半数の三分の一強で、わからないものが三分の二弱である。この状況は、今日の精神病疾患をめぐる社会的認識を反映している。精神的疾患は非常に広汎となり、ノイローゼという名称で一般的になっている神経症、薬物中毒などが多発しており、私たちの周辺にはこういう精神的疾患が普通のこととして受けとられるようになってきている。一般的には精神病も神

経症も区別されることなく受けとられている。また、これら精神的疾患が治り、社会活動に何ら差し障りがないようになった。有名人も無名人もこの病気にはかかっている。この病気は、社会的地位、名譽、貧富の差がなく、平等に発生する病気であることも認識されている。また、人柄も善良で、温和な、真面目な人格者も、この病気にかかっているので、人間的な差別感情もすでになくなってきている。したがって、(一)の「秘密にしない」と解答した一八%の人々は、現代的な状況を反映したものとみてよいかも知れない。(二)の解答は、先きに述べた精神科医が秘密にするという理由も含めて、精神的疾患にたいする歴史的な社会常識を反映するものであろう。しかし、ここで指摘しておかなければならぬ問題は、精神病を秘密事項にしておいたことによって、精神障害者の人権が不当に侵害され、精神病院を暗い鉄格子の隔離された世界にとどめ、人体実験的な治療が行われたり、営利本位の病院経営が行われたり、充分な治療が行われず、営利本位の病院経営が多かったり、すべてが秘密のまま隠蔽されてきた医療社会問題を温存しているという事実である。秘密にすることにより、暗い、不明瞭な事実を温存することに役立つことを反省しなければならぬ。医学上の問題は、あくまで科学的な客観的事実の問題であり、人類の叡知が極度に発揮され、解決されなければならぬ社会的協力と良識を必要とする問題である。人権が保障されている民主社会において、この医学上の分野で不明瞭な事実は許されない。秘密にすることによって患者の人権が不当に侵

害されていることに直接・間接に協力していることになってはならないのである。(甲)の「わからない」と解答した人々は、この推移・流動している社会的評価のなかで、正しい判断と確信がもてない層といえるであろう。精神的疾患は、確かに、今日、秘密にしておくことのよさと悪さ、秘密にしないことのよさと悪さの両面的・矛盾的性格をもつようになってきている。したがって、「わからない」という解答が比較的多いというのも一つの良識の反映とみるべきであろう。しかし、一般市民は自からの人権と権利を守る立場から態度を明らかにしなければならない。「わからない」では済まされない問題である。一般市民が正しく精神的疾患を理解し、受容することが、さきに述べたように精神医の秘密的態度を解消させる有力な方法である。一般市民が「わからない」ままであることは同時に秘密を温存させ、さらに、暗い事実の温存に役立っていることを認識すべきであろう。

(4) 「精神的な病気で休職中の従業員の発病の秘密は守れますか。」

この設問は、会社のなかで、精神的疾患になった場合、秘密裡に治療・療養をつづけたいと願いつつも、その秘密は守られうるものであるか、どうか、ということである。

それは、「表9」でみるように、(一)守られる、二四%、(二)自然に知られる、六五%、(三)その他、八%、という結果になった。企業内で発病し、治療・療養を行った場合、また、欠勤・休職し

精神障害者の社会復帰について

(表9)

答	数	会社数	%
守られる		45	24
自然に知られる		123	65
その他		15	8
無回答		3	3
計		189	100

くことが非常に難しい状態にあるといえるであろう。とくに、家族主義的な職場、親密な人間関係ができている職場において疾病の原因や種類を秘密にすることは難しい問題である。一過性の精神病が職場外で突然、発生した場合は秘密は保持されるかも知れないが、神経症・精神病は、その性格上、先駆的な症状が漸次現われているものであり、医者の治療が行われる前に、相当、症状が進行している場合が多い。すでに、その時点で職場では本人の異常性に気付いている。その場合は、秘密にするまでもなく、自明のこととして精神的疾患は職場で受け入れられているのである。しかし、自然に知られる範囲がどの程度までなのかは不明である。企業規模が小さければ全従業員が知りうるであろうし、規模が大きく、職場が相互に離れている場合は知られる範囲は当然、限定されうる。企業内で発病し、欠勤・休職して治療し、健康を

た場合、たとえ、秘密を守ろうとしても、六五%は自然に知られることとなる。しかし、二四%は、守られると解答している。これは、発病の状況、発病までの本人と周囲の関係、欠勤状態や、休職という数少ない事例という関係上、精神的な病気ということを経験して期待するように秘密にしてお

精神障害者の社会復帰について

回復して職場復帰する場合、先きに述べた通り、わが国の中小企業は本人を温く受容しているといえよう。たとえ、正常に健康が回復していなくとも仕事への適応を本人本位に見守っている場合が多いといえよう。

また、この設問は、企業内で秘密の保持が可能か、どうかを問うたものであるが、反面、企業内で、はたして、精神的疾患にたいして秘密が必要か、どうかも考えてみる必要があるであろう。

秘密が守られると答えているところが二四%であるが、この解答は、企業内で客観的に秘密が守られると信じているのか、それとも、主観的に秘密を守るべきだと思っているのか、あるいは、この両方であるかも知れない。しかし、いずれにせよ、本人の不利益になること、本人が希望しないこと、本人の意志に反することなどは、疾病問題にかかわらず人に告げたり、知らせたりすることとは道徳的にも、人権尊重の意味からみてもよくないことは当然である。ただし、精神的疾患については、その伝播力が強いのではないかという予測と、また、反面、秘密にしなければならぬという社会的規制力が強いという矛盾した状況が考えられるのである。この状況分析の意味でもこの設問がおかれている。精神的疾患は今日では、すでに特殊な、限られた病気ではなくなってきた。ノイローゼは社会の各階層、各職種で多数発生しており、その名称は日常の生活用語にまでなっている。精神病においても、同じように理解されつつあるといってもよいであろう。この精神的疾患は過去においては治療上の困難さがあったが、今日ではよい薬剤

がつぎつぎに開発され、早期発見、早期治療という医学の原則を守りさえすれば比較的治癒し易い病気になっている。ある精神科医は精神病も早期に適切な治療をうければ三カ月で全快するといっている。精神衛生は全職場・職種で次第に重視されるようになってきているが、職場の精神衛生の水準を高めるためにも、精神的疾患について秘密を守るという原則や規制力より、正しい理解と相互啓発に力点をおき、精神的疾患を発生する社会的諸条件、それは、身体的・環境的諸条件について原因を究明し、働く者全員が相互に精神衛生問題に関心を深め、その発生原因の除去に努めることが必要である。姑息な秘密主義から精神的疾患を解放し、とくに、職場の心理的環境を明るく、健康なものにするよう衛生管理者をはじめ、職場の責任のある管理職の役職者は精神的疾患にたいする自からの偏見を除去することに努めなければならない。そのためには、先ず、正しい精神的疾患についての知識をもち、相互の偏見を是正することである。職場における精神衛生教育、医業体制、医療機関との提携など、中・小企業の場合は比較的遅れているが、職場の健康管理を義務的に一方的に行うだけでなく、従業員自らが、健康問題、医療問題について正しい知識と行動がとれるような職場教育を普及する必要がある。この教育と啓発の過程で精神的疾患にまつわる暗い秘密のベールは自然にとりのぞかれ、相互の自己の問題として正しい対応ができるようになるのである。

(5) 「精神的な病気を経験した人の採用、職場復帰において会社としては、どのような配慮をしますか。」

この設問にたいして左記の六項目の解答を用意した。

- (一) 定期的に専門医の診察を受けさせる。
- (二) 同僚の理解を求める。
- (三) 本人とよく接する。
- (四) 家族とよく連絡する。
- (五) 一般の従業員と同じ扱いをする。
- (六) その他。

この六項目の他にも配慮の方法は考えられるであろうが、精神的疾患を経験した者の処遇について最少必要限度の方法を設定した。この設問についての解答は、「表10」にみるように、(一)が約半数の五三%となり、(二)と(四)が、ほぼ同数で三〇%ずつ、次に(五)が二一%、(六)が一七%という順になっている。

(一)の「定期的に専門医の診察を受けさせる」というのは、模範解答のように思われるが、就業可能な健康状態であってみれば、かならずしも定期的な医師の診察を受ける必要はない。それは、あくまで医師と患者の間で取り決められる問題であり、専門医が定期的な通院診察を必要と認めているかどうかという判断にかかっている。会社側が定期的診察を必要とする根拠はなにもないのである。ここにも、日本的な、会社側の過大な配慮がうかがわれるといわざるをえない。就業が可能になっている場合、本人は病意識があり、自分の健康状態に自信があるから就業を希望している。

精神障害者の社会復帰について

(表10)

答	職			計
	部長以上の管理職	課長	衛生管理	
定期的に専門医の診察を受けさせる	38 (60)	36 (52)	20 (47)	93 (53)%
同僚の理解を求める	13 (21)	8 (12)	16 (14)	27 (17)
本人とよく接する	18 (29)	24 (35)	10 (23)	52 (30)
家族とよく連絡する	16 (25)	23 (33)	15 (35)	54 (30)
一般の従業員と同じ扱いにする	15 (24)	8 (12)	14 (33)	37 (21)
その他	3 (5)	6 (7)	3 (7)	12 (7)
計	63	69	43	175

るのであり、不安を感じる時は自から進んで診察を受けるものである。会社側が半強制的に診察を受けさせることに、返って本人を抑圧することとなり、よいこととはいえない。会社側には、必要に応じて診察が自由に受けられるような弾力的な配慮が望まれるのである。

(三)の「本人とよく接する」、(四)の「家族とよく連絡する」とい

精神障害者の社会復帰について

う問題であるが、これも本人との接し方、家族との連絡の仕方を考えてみなければならぬ。誰れが、どのように、なぜ、本人と接しなければならぬのか、どのような目的で接するのか、その面接時間、面接場所なども配慮しなければならぬ。精神的疾患を経験しているという理由で、特別に管理職から面接を要求されるということは本人にとって苦痛となるばかりではなく、反撥となつて現われることもある。面接は、あくまで自由意志によるものでなければならぬ。また、接することが「カウンセリング」という意味であるならば、先述したように精神医学的な訓練を受けたカウンセラーによる面接でなければならぬ。ここで、「よく接する」という意味が、精神障害者への管理・監督ということであるならば、それは否定されなければならないであろう。誰れしも、特別に管理・監督されることは好ましいとは思っていない。まして、精神的疾患を経験している者は人間関係に敏感であり、気を使う傾向をもつものである。自分だけ、特別に管理・監督されていることに耐えられなくなるものである。「本人とよく接する」というのは、親切な、特別に気を使うという配慮を意味しているのであろうが、それが過保護的な、干渉としてうけとられるような仕方であれば、「接する」ということはむしろ、マイナスの効果となるであろう。人と接するということは本人が希望し、本人が積極的に面接を望むことが前提にならなければ意味がないのである。「家族とよく連絡する」ということにおいても同様である。家族の誰れとよく連絡するのか、本人の家族構成・家族関

係をよく調査し、熟知したうえでの連絡でなくてはならない。日本の中・小企業は家族ぐるみの従業員意識が強い。企業は家族ぐるみ、会社への忠誠心を要求している。しかし、わが国の家族は、それぞれに複雑な家庭事情を内在させている。家族関係も表面的には理解できない問題をもっている。精神障害を発生する一つの有力な要素として家族の心理環境を挙げることが出来る。家族とよく連絡することによって、この心理環境をさらに悪化させることも考えられるのである。「家族とよく連絡する」という配慮は、勿論、望ましいように思われるが、さらに、深い専門的な洞察が、家族との連絡においては必要であることを認識しなければならぬ。家族のうちの誰れと、どのような目的・理由で連絡が必要なのであるか、家族と連絡することによって、返つて、家族や本人に不安を与える結果になるのではないか。単に、事務的・管理的な意味の連絡であるのならば、連絡しない方がよい。また、家庭訪問を行うのならば、訪問目的を明らかにして専門的な知識をもつて訪問すべきである。それも、訪問者は医療関係者か、カウンセラーが望ましいのである。日本の企業は一般的に従業員の家族にたいしても温情的であり、義理・人情を期待している。家族をよく連絡することが家族にたいする心理的抑圧とならないように注意しなければならない。

「同僚の理解を求める」が一七%となつているが、新しく採用した場合は、なにも同僚に理解を求める必要はない。本人は健康で正常な者として就業したわけである。一般採用者として同じ処

遇を受けることが当然であつて、精神的疾患の経験者であるからといって、特別に職場の同僚に理解を求めめることは必要ない。むしろ、理解を求めるといふことが、返つて本人を傷つけ、余計の氣付いをさせることとなる。「一般の従業員と同じ扱いをする」ことが望ましいのである。但し、職場復帰の場合は、本人の適職といふことで、元の職場からちがった職場に配置替えがされるとき、その移動した理由について新しい職場の同僚の理解をうる必要はあるであらう。それこそ、精神的疾患について正しい理解をえることが必要である。

そのことが従業員一般の精神衛生に関係することとなる。企業内合理化が進み、機械的・文書的な関係が増大すると人間的な感情的な交流が減少する。従業員相互の考えや氣持を表明する機会が失われると孤独感を深め、焦燥感にかられて神経症に陥ち入り易い。また、企業の營業成績をあげるための猛烈社員づくりという人間性を無視した競争意識の昂揚策は個人のもつ能力的限界を逸脱し、懷疑的となり、不安を深め精神障害をおこし易い。企業本位・資本本位・營利本位の經營策は従業員に精神障害を發生させる社会的要因として指摘できるのである。勿論、反面に日本人のパーソナリティーの問題もあるが、従業員相互が各自のパーソナリティーを尊重する立場に立たないかぎり、職場を明るく、健康なものに維持することにできない。復職者を受け入れる職場においては、この基本的姿勢が、まず、前提となるであらう。

また、この項で指摘しておかなければならないことは、「精神

精神障害者の社会復帰について

病」といふ名称についての問題である。精神の病氣という、わが国のように精神主義的文化が尊重され、重視されている社会では、社会的価値と人間自体の崩壊を意味するように受けとられる。精神病という社会的価値の喪失と全人間的・人格的喪失というように解釈され勝ちである。これは、全く間違つた解釈である。精神病といつても、本人の社会的価値、全人間的・人格的価値とに關係なく、むしろ、病的体験は、本人の人生経験を豊かにし、人格的価値を高めているのである。精神病の体験をもつぐれた学者・芸術家・文学者は数かぎりない。精神病といふ名称は医学の發展していない頃の病名であり、今日では使用しない方がよい。この名称は病氣の本質を歪曲し、人權を侵害する病名といふべきである。追跡調査においても、明らかにされたことは、女子従業員が不安症状をもつたので精神科医の診察を受けることになつた。この場合「精神科」の名称をかかげる病院より、「神経科」の名称をかかげる病院に就いていっている。「神経科」の方が同じ診察をうける場合でも抵抗がないのである。このレポートにおいても「精神的疾患」、「精神障害」、「精神的な病氣」というように数多く「精神」といふ名称を使用しているが、この用法においても訂正されることが必要である。精神科医のなかでも、すでに精神病・分裂病という名称を使用することをできるだけ避けるようになつてきているが、一般的・社会的にも「精神病」といふ名称を死語にしなければならぬであらう。

精神障害者の社会復帰について

(6) 「あなたは精神衛生に関する教育を専門医等から受けたことがありますか。」

この設問は、今回の調査に解答する担当者の専門的知識の有無と専門的な視点について知るためと、また、対象企業の精神衛生への関心の度合を知る目的で設定したものである。

解答は、(一)ある。(二)なし、の択一的方法である。「表11」にみ

(表11)

数 答	人 数	
	人	%
あ	28	15
な	157	83
無回答	4	2
計	189	100

は社会一般にも大体、該当するように思われる。公衆衛生は各地域の保健所がセンターとなり、保健所法に準拠して戦前から専門的な活動を展開してきた。勿論、予防医学の遅れとか、活動自体の限界、遅れという問題はあるが、伝染病は急速に減少し、公衆衛生の普及はいちいち成果を挙げている。しかし、精神衛生の側面は保健所内部においても精神衛生相談員を一、二名、限られた少数の保健所に設置しているのみで、対策の立遅れは明らかである。精神障害者の発生が増大したとしても、その社会的対応策は戦前と変わることなく放置されているといっても過言で

はない。これは、地域社会においても、学校教育の分野においても、企業内においても、その精神衛生問題にとりくむ対策は全体的に遅れている。企業における人事担当者の八〇%以上が、精神衛生の教育を受けていないといつても、社会全般の事情からして、別におどろくに値しない問題でもあろう。しかし、精神障害者の不当な社会的処遇と人権が侵害されることは許されてはならない。これは、地域社会、企業内においても同様である。人権の侵害は無知や教育水準の低さから生じている。精神衛生の教育が企業の人事関係のなかに行われていない事実が明らかになった以上、各企業は早急に、その研修体制に取りくむ必要がある。各企業とも精神障害者の処遇について正しい対応策をもつことが必要である。そのためには、相互の情報交換し、処遇について正しい共通した方法をもつべきである。また、採用、職場復帰についても各企業間に不平等、偏見があってはならないであろう。それは、人事担当という人権、労働権に関する仕事を担当している者にとっての社会的義務であり、責任であるといえるのである。

(7) 「あなたの事業場の従業員のなかで、その家族が精神的な病気で発病した場合、本人の仕事の上に支障をきたしましたか。」この設問は、精神的な疾患は、長期の療養を必要としたり、入院となり易いので、家族の一員が病気になった場合、本人の就業上に困難をきたさないかどうかを知る目的で設定した。

支障をきたしたというもの一〇%、支障をきたさなかったとい

(表12)

答	会社数	%
支障をきたした	19	10
〃 きたさなかつた	40	21
その他の	104	55
無回答	26	14
計	189	100

ものである。会社・同僚に知られたくないという場合が多い。その点、調査しにくい項目ではあるが、少くとも一〇%は支障をきたし、影響がなかったものの二一%という解答は意味のあることである。全対象の三〇%、三分の一が家族に程度の差こそあれ、精神的疾患に関係があり、就業上に支障をきたしたり、支障をきたさないようにしているということである。精神障害によって就業上、何らかの關係をもっている裾野は相当に広いということがいえる。とくに核家族化している若い世代の従業員世帯は妻または子どもが精神的疾患にかかった場合、その勤務体制に支障をきたさないはずはない。精神的疾患は通院または入院が必要である。入院治療が必要となった場合、生活は即座に支障をきたすであろう。それも入院期間が長期にわたるほど、生活の困難は増大する。

精神障害者の社会復帰について

うもの二一%、その他が五五%、解答なしが一四%、以上である。その他が多いが、これは不明で、態度保留といった解答である。会社内で、その視点から調査すれば支障をきたしている者が現われる可能性を意味している。とくに、精神的疾患が本人以外の家族の一員に発生した場合、その秘密は家族内部で厳守される

最近では児童の精神的疾患も増えている。いわゆる情緒障害児の増大である。自閉症児、学校恐怖症児、知恵遅れの児童など年々、その数が増えている。これらの児童をもつ親は人知れない苦勞が堆積している。家庭における不安・心労は仕事の上にも必ず反映するものである。追跡調査の結果、つぎのような事例が示されている。真面目で優秀な若手社員が急に欠勤しはじめた。それも、ときどき無断欠勤がある。上司が心配して調査したところ、奥さんが発病し、幼い子供二人を抱え、身動きできない状態であった。奥さんの実家から祖母を手伝いに来てもらったり、本人の妹を手伝いに来てもらったりしていたが、どうしても間に合わず欠勤ということになる。奥さんを入院させたのであるが、適当な病院がわからない。病気の心配と子どもの養育で本人も気が動揺し、右往左往していたのである。狭い家屋で、幼い子どもがおり、妻が精神障害で寝込んでしまった場合、サラリーマンは全く自己の勤務を放棄するか、家族を放置するほかない。精神的疾患を隣近所に知られたくないという気持は、一層、家族を孤立させている。企業としても、従業員の背景に存在しているこれらの困難な問題についてよく認識しておかなければならない。家族員の疾病は精神障害の疾病にかぎらず、勤務に直接影響を及ぼす大きな要因なのである。通勤圏が拡がり、通勤時間が長くなればなるほど、家庭事情の悪化は勤務体制に支障をきたすこととなる。子どもを保育所にあづける共稼ぎ世帯が増えているが、保育所につれていくのは母親とはかぎらない。核家族であれば夫の役割は妻の

A 発生件数 (表13)

ケースの種類 期間	欠勤だけ	欠勤・休職	欠勤・休職	計
	のケース	・休職 のケース	・休職 のケース	
1年前	35	15	18	68 (41)%
2年前	25	9	23	57 (35)
3年前	17	8	15	40 (24)
計	77 (47)	32 (19)	56 (34)	165 (100)

B 発生事業場 (表13')

ケースの種類 期間	欠勤だけ	欠勤・休職	欠勤・休職	計
	のケース	・休職 のケース	・休職 のケース	
1年前	26	11	15	52 (28)%
2年前	18	7	20	45 (24)
3年前	12	8	12	32 (18)
計	56 (30)	26 (11)	47 (20)	129 (100)

役割を混合せざるをえない。保育所に朝、子どもをつれていき、また、夕刻、つれ戻しに行く父親は増えている。妻が病に倒れた場合、これら子どもの養育的役割は一層、父親にかかってくる。父親の勤務体制に支障をきたさないはずはない。企業が従業員の生活実態を明らかにする姿勢があれば、この解答の「その他」五五％という内容も明らかにされるであろう。

(8) 「過去三年間にあなたの事業場の従業員のなかで精神的な

病気であると診断され、欠勤・休職・退社したケースが何件ありましたか。」(のべ件数、即ち同一人物が二度発病した場合二ケースとする)

この設問は、過去三年間で各事業所の精神的疾患の発生件数を知らうとしたものである。三年間の総発生数は一六五ケースであった。「表13」にみるように各年毎に発生件数は急増している。各企業が、どの程度、綿密に二年前、三年前の発生数を正しく把握しているかどうかという問題は、少くとも数字に報告されているかぎり、三年前は二四％、二年前は三五％、一年前は四一％というように毎年一〇％の増加を示している。まさに、経済成長の伸びと同じように発生件数は延びているのである。「欠勤だけのケース」は四七％と一番高く、つづいて、「欠勤・休職・退社」という過程を経たケースが三四％であり、「欠勤・休職」という過程を経たケースが一九％で低くなっている。すなわち、欠勤だけで早期に回復するケースが全体の半数近く存在しているということは注目し値いする。精神的な病気は、普通一般の疾病と同じように、欠勤だけで復職しているのである。しかし、一面、退職に至るケースも三四％も存在していることを銘記すべきであろう。精神的な病気は、その病種が多様であり、また、同じ病種でも一律ではなく、進行の程度に個人差があり、ある人は欠勤だけで復職可能となり、ある人は退職せざるをえなくなるという両極が現われている。これは、精神医学上の問題でもあろうが、また、発生時における企業対応の方法にも問題があるといふべきで

あろう。早期発見、早期治療の対応が可能かどうか、という問題である。精神医は早期治療の必要を強調しているが、これは、本人および周辺の人たちが、その気にならないかぎり不可能なことである。欠勤だけで回復しているケースが多いことは、むしろ正しいことであるが、退社に至るケースも多く、U型を示しているかぎり、この病気の対策は、今後の課題となっているいえよう。

発生事業場数は「表13」にみるように、一六五ケースの発生した事業場の実数は七二カ所である。今回の調査に回答した総事業所一八九カ所にたいして、過去三年間に三八%の事業所が精神的な病気をそれぞれに発生させており、その対応が必要となつていたのである。全体の三分の一以上が、精神的疾患にたいし、関心

をもたざるをえなくなっており、この病気により従業員が退社せざるをえなくなった事業所が二五%も存在している。これは、企業内における精神衛生の問題が、いかに深刻なものであるかを示すものであろう。これは、各企業にとつても、従業員、または労働組合にとつても看過しえない問題である。働く権利、生活の手段を精神的な病気で喪失せざるをえないという現状を、各ケース毎に、今後、検討してみることが大切である。

(9) 「過去一年間に発病した人の病気名(種類)、発見時の状況、職種、その他について一人一人について記入して下さい。」

性別	年 令	学 歴	結 婚	その人の職種	病気の類	発見の法	職場復帰	再発の有無
1 男	1 18歳未満 2 15歳~20 3 21歳~25	1 中 卒 2 高 卒 3 短大卒	1 未婚独身 2 有配偶者 3 既婚独身(調離婚)	1 専門的技術的職業従事者 2 事務従事者 3 管理的職業従事者 4 運輸通信従事者 5 技能工・生産工人作業者 6 保安職業従事者 7 サービス職業従事者 8 分類不能の職業	1 分病、鬱 うつ病 2 神経症 3 アルコール中毒 4 てんかん 5 その他	1 本人 2 会社同僚 3 衛生管理 者 4 健康診断 5 その他	1 職場復帰 した 2 職場復帰 しなかつ た	1 再発した 2 再発しな かつた
2 女	1 18歳未満 2 15歳~20 3 21歳~25 4 26歳~30 5 31歳~40 6 41歳~50 7 51歳~	1 中 卒 2 高 卒 3 短大卒 4 大 卒 5 その他	1 未婚独身 2 有配偶者 3 既婚独身(調離婚)	1 専門的技術的職業従事者 2 事務従事者 3 管理的職業従事者 4 運輸通信従事者 5 技能工・生産工人作業者 6 保安職業従事者 7 サービス職業従事者 8 分類不能の職業	1 分病、鬱 うつ病 2 神経症 3 アルコール中毒 4 てんかん 5 その他	1 本人 2 会社同僚 3 衛生管理 者 4 健康診断 5 その他	1 職場復帰 した 2 職場復帰 しなかつ た	1 再発した 2 再発しな かつた

この設問は、現状を考え、過去一年間に限定して答えてもらうこととした。右記のリストを作成し、チェックしてもらった。

最初の年齢については「表14、14」にみるように、男の場合は、三二歳~四〇歳台が多くて、三〇%、二二歳~二五歳が、二三%、

二一六歳~三〇歳が二二%、その他の年齢は減少して一八歳~二〇歳が六%、一八歳未満が五%、四一歳~五〇歳が八%、五一歳以上が五%ということになる。二五歳から四〇歳という中堅的な、各企業とも幹部級の年齢層が全体の約半数以上を占めていること

精神障害者の社会復帰について

発病者の年齢構成（男）（表14）

年 齢	人 数	%
18歳未満	4	5
18歳～20歳	5	6
21～25	18	23
26～30	17	22
31～40	23	30
41～50	6	8
51～	4	5
無 回 答	0	0
計	77	100

（女）（表14'）

年 齢	人 数	%
18歳未満	1	5
18歳～20	5	25
21～25	6	30
26～30	1	5
31～40	3	15
41～50	3	15
51～	0	0
無 回 答	0	2
計	19	100

に注目したい。この年齢層は仕事も熟達し、社会的・家庭的にもっとも重要な役割を担当している層である。合理化が進み、企業の急速な成長を担当してきた年齢層に精神的疾患が集中的に発生していることは、それだけ、この年齢層に精神的加重があったことを意味するであろう。二一歳～二五歳という入社間のない若い世代においても二三%という比率になっている。二〇歳台は心理的にも動揺の激しい年代である。社会人として独立する年齢であり、社会の矛盾、家庭の重圧が急激に襲ってくる頃である。日本の若人の自殺は世界で一番高い比率を示し、戦前から注目されている問題であるが、精神障害の発生率とも関係しているというべきであろう。いわば、二〇台、三〇台ともに平均して精神的疾患にかかるとは高いのである。

女の場合は、二一歳～二五歳が三〇%、一八歳～二〇歳が二五%で、この年齢が全体の半数以上を占めている。女子の就業は、

今回の調査ではこの年齢層が多いという母集団の相対的な数値に原因があることは当然であるが、女子職員の場合も働く母集団に比較して男子の場合と同様に精神的疾患が発生している。二六歳から三〇歳までは五%に激減している。この世代は結婚適齢期であり、職場を止める女子が多く母集団そのものが減っているとみるべきであろう。それから、三〇台、四〇台は同じ一五%の発生率である。

つぎに「学歴」であるが、これは「表15、15'」にみる通り、男女とも中卒・高卒が圧倒的に多い。中・小企業の場合、この年齢層が多いこともあるが、男子の場合、中卒者が四二%、高卒者が三八%で、全体の八〇%を占めている。女子の場合には中・高卒者が一〇〇%といつてよい。中・小企業は女子の中卒者・高卒者を採用対象にしているが、中学を卒業して、すぐ就職する女子の家庭事情、さらに、高卒で就職する女子の家庭事情など、一概には律しきれないが、むずかしい家族関係を背景にしている場合もあり、人格形成過程の重要な年齢時期で、それに加えて職場での人間関係は、職務上の技術習得の問題など、若くして職業に就くことは多くの心理的負担となることは事実である。若い女子職員を

発病者学歴（男） (表15)

学歴	人数	%
中卒	32	42
高卒	29	38
短大卒	1	1
大卒	11	14
その他	3	4
無回答	1	1
計	77	100

(女) (表15')

学歴	人数	%
中卒	9	45
高卒	10	50
短大卒	0	0
大卒	0	0
その他	0	0
無回答	1	5
計	20	100

雇用する職場が、余程、深く理解して雇用し、働く条件を考慮しないかぎり、仕事への適応はむずかしい問題となっている。日本の社会における男女の差別、女子向きの仕事内容、結婚問題など、二〇歳前後の女子は社会と人生の難問題に直面せざるをえないのである。この青年期にある男女の精神衛生問題は家庭においては勿論、職場においても特別に考えられなければならない。人格的な未熟さを支えるための援助が青年期には必要なのである。その支える援助は家族のなかで、また、職場集団のなかで特別な友情関係によって可能になる。青年は家庭内にあっても、自己のおかれている立場、役割について洞察を深め、職場においても同様に自己の役割を遂行することによって社会的自覚を高める。職場における協働関係は社会人としての人格を成熟させ、社会活動への意欲を強める。青年期の精神障害は、これら青年期に必要な家庭的社会的諸条件に欠けるとき起りうるものである。男子において

精神障害者の社会復帰について

中卒・高卒の順で発生率が高いのは、家庭・職場において青年期特有の必要な心理的社会的条件に欠けることが多いことを意味しているし、女子においても、その点、同様である。女子の場合、さらに女性であることの不利益や不当な処遇が加えられているといふべきであろう。

つぎに「結婚」の問題であるが、「表16、16'」にみるように、

結婚（男） (表16)

配偶関係	人数	%
未婚独身	46	60
有配偶者	25	32
既婚独身	6	8
無回答	0	0
計	77	100

(女) (表16')

配偶関係	人数	%
未婚独身	16	80
有配偶者	2	10
既婚独身	0	0
無回答	2	10
計	20	100

未婚独身の男が六〇%、未婚独身の女が八〇%である。男の総数七十七名中、半数以上が独身であり、女の総数二〇名中、一六名が未婚である。多の場合には就業者が年齢的に若く、未婚者が圧倒的に多いから当然のことと云えるが、男の場合は、結婚している男より、未婚の方が倍近く多いという注目に値しなければならぬ。この調査からは、この未婚者に多いという理由を全面的に説明することはできないが、この発生率からみて、未婚の男性の方がこの社会は住みよいとは云えなくなる。未婚の男性は自由で気ままに生活ができて楽しいように思えるが、事實は、むしろ、

発病者職種（男） (表17)

職 種	人数	%
1 専門技術職	14	18
2 事 務	8	10
3 管 理 職	5	7
4 運輸・通信	4	5
5 技能工・生産工程作業	37	48
6 保 安 職	2	3
7 サービス職	3	4
8 分類不能	4	5
9 無 回 答	0	0
計	77	100

(女) (表17')

職 種	人数	%
1 専門技術職	1	5
2 事 務	7	35
3 管 理 職	0	0
4 運輸・通信	0	0
5 技能工・生産工程作業	7	35
6 保 安 職	0	0
7 サービス職	3	15
8 分類不能	12	10
9 無 回 答	0	0
計	20	100

心理的抑圧が強、不自由で、楽しみが少いといえるかも知れない。賃金の低さ、結婚への期待、結婚の条件が満たされない焦燥感、過剰な労働、競争、不規則な生活態度、誘惑など、精神的な病気に陥り易い主体的・客体的条件は未婚の男性には充分すぎるほど準備されているといえよう。その点、既婚者は生活のリズムも安定しており、責任感も強く、家庭的にも、職場においても役割が明確であり、生活態度も現実的で、具体性に豊んでいる。いわゆる精神的な不安定度が未婚の男性より既婚者の方がすぐれているといえよう。また、性的な欲求も、今の未婚者は抑圧されており、社会的には性的刺激が多くなっているにも拘らず、実際には満たされない欲求を強いられているのである。この矛盾した状況も考慮

されねばならない。

つぎに「その人の職種」についてである。「表17・17'」にみるように、男女ともに技能工・生産工程作業者が多い。この職種においても、職場における男女の職種の相違が明らかに統計上の相違として現われている。したがって、男女を同一的に理解することはできない。男の場合は、技能工・生産工程作業者が四八%という高い率になっているが、これは中・小企業内で、この職種に従事する人が多いという母集団の比率によっている。この職種に従事者数との関係においてみなければ正しい意味はわからないが、しかし、この数字からみて、精神的疾患は、職種にかかわらずなく、全職種を通じて発生しているということは明らかである。

大体、母集団数と正比例して発生しているといえるであろう。この調査で現われているかぎりは、技能工・生産工程作業業者四八%、専門・技術職一八%、事務一〇%、管理職七%、運輸・通信・分類不能各五%、サービス職四%、保安職三%という順位である。企業の急速な成長と合理化によって、管理職に精神障害が発生する率が多いといわれているが、この調査では、特定職種に多発するということなく、企業の各職種を通して、平均して発生しているといえよう。したがって、精神衛生の問題は、企業ぐるみ考えねばならぬ課題であり、特定職種のみを限定して行われるということではない。

女の場合も、この点、男と同じことがいえる。従事する職種が事務職・技能工・生産工程作業業者がほとんどであり、その女子専用の職種ともいえる職種に平均して発生している。したがって、逆の面からみれば、あらゆる職種において精神衛生管理が考慮されない場合、精神的疾患は起りうるということである。精神的疾患は職種にかかわりなく、その職種内で問題をもっている場合、すなわち、主体的・客体的な発生要因が重なっている場合は発生しうるのである。このことは職場復帰するときに適職を考えると、いうことの場合、適職だから安全であり、再発が防止できるということにはならず、移った職種・職場が問題をもっていないかどうか、ということに注意しなければならないのである。問題は職種自体ではなく、職種のなかの質的な職務内容、また、職場の人間関係にかかわっているといえよう。

精神障害者の社会復帰について

つぎに「病気の種類」である。過去一年間に、どのような種類の精神的疾患が各企業で発生したかということであるが、この病種はアルコール中毒を除き、男女ともに共通した結果がみられる。

病気の種類 (男) (表18)

種類	人数	%
分裂躁うつ	28	36
神経症	26	34
アルコール中毒	7	9
てんかん	5	7
その他	10	3
無回答	1	1
計	77	100

(女) (表18')

種類	人数	%
分裂躁うつ	7	35
神経症	8	40
アルコール中毒	0	0
てんかん	5	25
その他	0	0
無回答	1	5
計	20	100

「表18・18'」にみるように精神病の主たる病気といわれる分裂病・躁うつ病が男三六%、女三五%であり、神経症は、男三四%、女四〇%であり、男女ともに、これらの疾患が中心であって優位差はない。ここで注目しなければならないことは、精神病と神経症の発生率がほとんど同率ということである。一般的には神経症、いわゆるノイローゼと称する病気が多いようにいわれているが、この調査では、男において、精神病が少し上廻っている。女の場合、その逆になっているが、人数的には一名または二名の差である。精神病と神経症は病気の質的相違があり、精神病の方が重い精神的疾患であることはいうまでもない。しかし、いずれにせ

精神障害者の社会復帰について

よ、今日では治る病気になってきている。病状によっては一〇〇%、治癒しうるとはいいがたいが、早期発見、早期治療を行うことよって三カ月程度で職場復帰が可能になっている。その点、神経症やアルコール中毒の方が治りにくいといえよう。とくに、アルコール中毒は全世界的に治療困難な病気といわれている。アルコール類は巷に氾濫し、誰れでも自由に入手しており、飲酒を止めるということは容易ではない。中毒症状も各人によってちがうが、一般的にアルコールによる中毒者が増えつつあることは事実である。労働の場を健康なものにするためにもアルコールや麻薬による障害を起さぬよう注意しなければならぬ。てんかんという病気も薬物によって治療しうる病気になっているが、継続的な治療が中止されると再発することがある。発生率からみて女の方が男の三倍になっている。てんかんは突然、その発作が起り、意識を失うので発作時に危険のないよう注意しなければならない。女子の二〇名中、五名の発生をみていることに注目しなければならないであろう。

つぎに、病気の発生をどのような方法で発見したかという問題である。「表19」と「表19」にみるように、男の場合は、その四八%が本人自身よってているが、女の場合は、会社の同僚四一%、衛生管理者によるもの三五%というように、発見の方法が男女でいちぢるしい相違があることに注目しなければならぬ。「その他」というのは、男女ともに「家族」である。なぜ、女の場合は、本人より他人よって発見されることが多いのか、ここに、

発見の方法 (男) (表19)

方法	人数	%
1 本人	37	48
2 会社同僚	23	29
3 衛生管理者	8	11
4 健康診断	0	
5 その他	9	12
計	77	100

(女) (表19')

方法	人数	%
1 本人	31	8
2 会社同僚	74	1
3 衛生管理者	6	35
4 健康診断	0	
5 その他	1	6
計	17	100

この病気の女性の場合の特性があるといえよう。女の場合、病気にたいする認証上の問題があるのかも知れない。健康診断によるのは男女とも皆無である。精神的疾患は、現行の健康診断よって発見されていないのである。これは、今後、企業における健康診断の方式について考えてみる必要があるであろう。精神病疾患は定期的な健康診断では間尺に合わない病気であり、常時、職場における同僚相互、また、上司よって考慮されなければならないことを意味している。家族による場合が少いのも、この病気の一つの特性といえるであろう。

つぎに、精神的な病気になった者が、「職場に復帰」したかどうかという問題である。過去一年間に男、七七名、女、二〇名の発病者がいるのであるが、そのうち何名のものが職場に帰り、何名が復帰していないかということである。「表21・21'」のように、男は復帰している者六〇%、女は五五%である。男女ともに半数以上は職場に復帰している。しかし、男二六%は復帰しておらず、

女も三〇%が復帰していない。無回答の男一四%、女一五%も復帰しているとはいえないものであり、精神的疾患の問題を、この復帰しえなかったという状況のなかにみる事ができるのである。

職場復帰(男) (表20)

答	数	人数	%
復 帰 し た		43	60
〃 しなかつた		20	26
無 回 答		14	14
計		77	100

(女) (表20')

答	数	人数	%
復 帰 し た		11	55
〃 しなかつた		6	30
無 回 答		3	15
計		20	100

職場に復帰しなかつた場合はどうなっているのであろうか。入院中か、通院加療中か、さらに、ちがう職場に転職しているのか。それとも失業中なのか、いずれにせよ、精神的疾患にかかると約半数近くが、過去一年間に職場に戻っていないという事実注目しなければならぬ。

つぎに、職場復帰した人たちが再発したかどうかという点である。精神的疾患は再発し易いといわれているが、職場に復帰後の再発率は「表21・21'」に、みるように男三九%、女二五%である。無回答の部分は不明部分であり、再発しておればわかるはずであるので、再発していない部分に入ると思われる。男女とも再

精神障害者の社会復帰について

発率は相当高いものといつてよいであろう。男は二・五人に一人、女は四人に一人が再発していることになる。日本の企業は職場内の温情的な処遇はよくなされているが、それは、あくまで心情的であり、表面的な気の使い方であつて、精神衛生についての科

再発の有無(男) (表21)

答	数	人数	%
再 発 し た		30	39
〃 しなかつた		27	35
無 回 答		20	26
計		77	100

(女) (表21')

答	数	人数	%
再 発 し た		5	25
〃 しなかつた		7	35
無 回 答		8	40
計		20	100

学的・専門的な処遇になされていないといえよう。企業内の人間関係は親しさと温かさがあつたとしても、それは、あくまでも他律的な外面的なものであつて、本人の立場を尊重した、また、本人の内面世界を理解したものではないのである。中小企業の家族主義は擬似的家族主義であり、家族の親しみらしさをづくりだそうとするものであり、他人同志の集団において限界があることは当然である。しかし、人間生活の家族共同体的雰囲気職場にもたそうとすることは決して悪いことではない。相互に自由な依存関係と相互理解、相互激励の関係が、その家族的雰囲気なかで樹

精神障害者の社会復帰について

立てきて、なお、それは、専門的な視点から援助できるのであるが、これほど高い再発率を防止できるはずである。中・小企業のもつ伝統的な人間関係を新しい視点から考え直してみる必要がある。この精神的疾患の再発率は、この意味からいって、中・小企業内の人間関係、雇用関係、職務関係を再認識するためのよき警鐘になっているといえよう。

(2)

『追跡調査の結果について』

本調査の実施後、集計の結果をみて、精神的疾患が比較的多発している企業を抽出して事例研究を行った。抽出した企業は五社であるが、本調査の解答を担当した人事担当者と面接し、発生ケースの状況について聞きとり調査を行ったのである。各社とも、精神的疾患については非常に関心をもち、発病者、職場復帰者について熱心な態度を示している。各社に共通していることは、本調査に協力してくれた「工場保健会」との深い関係である。精神障害の発生事例についてはすべて「工場保健会」の担当医師に連絡し、診察と相談、治療方針について指示をえている。職場の健康管理が各社とも「工場保健会」という専門機関によって継続的に行われていることは評価されるべきことであり、職場の精神衛生を専門的に推進するうえからいって、すでに軌道が敷設されているといえる。人事担当員と「工場保健会」の医師は、相互に熟知した信頼関係が樹立されており、発生した事例について

は医師はすべて把握している。訪問調査した五社のうち、専任の専門カウンセラーを設置しているところは一社のみであり、他は人事担当の係員であった。この追跡調査の事例研究からえられた問題点を五つに要約して、順次、述べることにする。

(1) 「各企業と専門のカウンセラー制度について。」

本調査でみられるように各企業は共通して精神障害の事例をもっている。病気の発生は職務に関係なく、各職種に共通して発生している。精神衛生の専門的管理は専門的な知識をもち、カウンセリングに熟達した専門職員によって行われる必要がある。病気が多発している企業五社のうち、専門のカウンセラーを設置しているところは一社のみであり、各社とも、担当員は熱意ある態度をもっているのではあるが事例についての対応は場当りのであり、継続的な系統的処遇を行うことはできていない。カウンセラーは発生事例については定期的な面接を行い、職場復帰後の適応について詳細な分析を行い、適切な助言を行い、心の支えとなっている。また、事例について、それぞれにケースファイルを作成し、記録をとり、職場関係のみならず、家庭環境、交友関係、治療経過に至るまでの全生活問題にわたり調査を行っている。これは、専門的な仕事として取り組まない以上、できない問題である。また、必要によって、本人の家庭訪問を行い、家族関係の調整を行っている。職場の精神衛生管理は一般的な管理問題と特殊具体的な管理問題とがあり、個別ケースについては専任のカウンセラー！

によってこそ、管理が可能になりうる。職場帰帰についても、発病当時から個別にカウンセラーの援助をうけている場合、元の職場に復帰するのがよいか、他の職場に移るべきかは、カウンセラーによってあらかじめ分析可能の問題となっている。発病して、家庭療養か、または、入院治療をする場合も、カウンセラーという職場とのパイプ役が存在することにより、本人の気持は職場と切りはなされずに交流していることになる。カウンセラーは本人の病状を見守り、医師とも専門的な話し合いがもたれ、職場の上司・同僚とも、秘密にすべき問題を判断し、本人の便宜が図られるのである。職場における本人の人権・労働権は、カウンセラーによって専門的に守られているというべきであろう。

(2) 「精神科医との関係について。」

追跡調査の結果、明らかにできてきた問題は、各企業とも精神科医との関係は、きわめて稀薄であるということである。精神科医は職場で発生した患者の、症状的側面を治療しているだけであって職場の精神衛生問題に直接立入って相談、または指導している事例は一件もなかった。精神科医は企業の外的存在であって、中・小企業の精神衛生環境、または、その対策について直接、助言し、指導するところまでの関係を樹立していない。精神科医の、先きに述べたような個別ケースについての秘密主義は、自己の診療分野に障壁をつくり、密室的な対症治療が中心課題となつて、精神障害の発生現場についての積極的な姿勢は皆無といつてもよ

精神障害者の社会復帰について

い。これは、精神科医の方にも問題があるが、同時に、企業側にも、その方面の取り組みが遅れているということがある。精神医の数が絶対的に少いという問題もあるが、企業側の努力によって精神医との直接的な関係をつくることは可能である。精神的疾患が、すでに治療可能な病気になっている以上、精神医が内科医同様、企業の嘱託医としての役割をもつようになってよいはずである。精神医学関係が医療の分野で密室的となり、治療後の患者が就業する場合も、病気を秘密にしておくという状況を発展的に打破するためには、働く職場のなかで精神医が専門的な立場から精神衛生の管理を指導することが大切である。精神的な病気は、本調査でもわかるように各職域にわたって多発している日常的な相互の病気になっている。また、精神的な疾患は現代病ともいわれ、この病気に関係する啓蒙書も多数出版されるようになっていく。幼児期から老年期にわたって、精神障害についての理解と対応は生活上、欠くことのできない問題となってきたといえるであろう。面接にに応じてくれた各企業の人事担当者は、この病気にたいして本格的に理解しようという態度がある。しかし、これら人事担当員も、精神医と直接会って各事例について指導をうける機会ももっていないかった。精神医は内科の嘱託医の背後に存在しており、嘱託医を媒介にして、患者に接続する影の存在となつている。企業内の精神障害問題、また、精神衛生の諸問題など、精神医は直接企業と接続していない。精神医は小中企業の外部に存在しており、企業内の事例処遇については精神医の守備外の問題に

精神障害者の社会復帰について

されているのである。むしろ、企業側は積極的に、内部の精神的疾患について精神医の直接的な指導をうけられる体制をつくることが大切であろう。

(3) 「精神衛生教育について。」

(2)の問題とも関連することであるが、精神衛生の教育は全般的に行われていない。入院治療後、職場復帰している事例について、その担当の人事責任者と面接したのであるが、本人に適した職務を考え、元の仕事から、本人の希望する仕事を与え、嘱託医と精神医の指示にも忠実な態度で職場復帰を受け入れている担当者ではあったが、精神医の治療については全く理解がなかった。薬物による治療、また、作業療法や精神療法など、精神障害を積極的に治療している医学知識をもっておらず、入院することは、ただ、静養することと思い、薬剤は気休めに飲んでいるものと信じていた。この事例は勤務中、突然、職場を離れて便所の掃除をし始めたという行為が目立ちはじめたというので、三カ月間、入院治療し、職場復帰に至ったケースであったが、真面目な人柄で、仕事もよくできて信用されていたので職場復帰についても上司・同僚は協力的であり、支障はなかった。しかし、本人に最も密接している人事担当者は復帰については気をつかい、熱心に促進しているのであるが、本人の異常な行動がなぜに起り、入院後、いかなる治療をうけて健康を回復したかという本質的な問題については関心がなかった。今日の精神医学の初歩的な知識も、精神障害につ

いての知識ももっていないかった。この事例担当者のみならず、追跡調査を行った各企業の事例担当者は精神障害に関して正しい知識をもっていないといえる。精神的疾患の事例に直面し、その異常性については理解できているとしても、その内面的な不安や苦悩についての洞察はできていない。また、精神医が、どのような治療を行い、回復に至っているか、という療養過程については理解が浅い。発病当時も、精神的疾患と気付かず「変わった行動をとる」というように理解し、診察・治療への対応が遅れている。

これは、各企業の人事担当者、健康管理責任者の精神衛生についての知識が欠如しているものであり、研修機会ができていないことを意味している。精神衛生についての教育・研修の機会をつくり、積極的に職場の精神衛生、事例発生についての対策、社会復帰についての統一的な処遇について、各企業は取りくむ必要がある。

(4) 「企業経営と精神障害の発生原因との関係について。」

比較的精神障害が多発している企業について追跡調査を行ったのであるが、各社とも、急速に成長した企業であった。三社は電気・医療機械の生産企業であり、一社は綿製品の製造、一社はサイドス業(百貨店)であった。各社とも活気のある一流の中小企業といえる内容をもっていった。共通していえることは急激に企業の生産規模が増大したため、人員の採用が増え、人事管理がむずかしくなっていることである。企業側の人員要求にたいして適切な人員の補給、いわゆる適材適所という措置がとりにくい問題を

かかえているといえよう。若い女子職員を多く採用してきた職場において、労働力の補給がむずかしくなり、従来は採用しないであろうような人たちまで採用せざるをえなくなってきた。ここに企業本位の人事の問題があると同時に、人事管理についても困難を堆積してきている。また、技術開発に力を入れていたので、労働時間を無視した研究体制がとられ、相互に競合して製品の開発に全力を集中せざるをえなくなっている。企業の発展のために社員的能力を集中することは肯定できるとしても、そのための健康管理という視点が失われてはならない。この傾向が強い企業ほど、労働条件についての自主規制が企業側の責任にある以上、職務内容に応じた労働統制、精神衛生の専門的管理が必要である。精神的疾患が、こういう管理・統制が行われていない技術部門から多発しているという事実注目しなければならぬ。期待されて採用されてきた技術者が期待通りの成果をあげえないことにより、精神的な抑圧が強まり、病気になる。全く、技術部門と相違する職務に就いているという事例も存在している。日本の企業が働く従業員の心理的・肉体的条件を考慮せずに発展中心、営利中心の体制をとるかぎり、精神障害をおこす結果となるであろう。これは、企業のトップクラスをふくめ、その下端機構にいたるまで平均して精神的疾患にかかるという事例がみられるように、企業全体の体質に問題があるといえよう。この視点からみると、精神的疾患自体が、このような精神衛生管理を無視している企業の職業病的性格を濃くしているといえよう。

精神障害者の社会復帰について

(5) 「職業病との関係について。」

精密機械を製造している企業において、精神的な不安、焦燥感を訴える要因として「頸肩腕症候群」という、一般に「けんしょう炎」という器質的障害と機能的障害が合併している病気がみられるようになってきている。腕や指や肩がこって心理的な苦痛となり、仕事ができなくなるのである。これは、神経を指に集中しすぎたり、特定の個所に神経を集中して長時間、働くことよって生じる機能的な器質障害である。指や手がふるえたり、肩がこって、かたくなったり、身体的にも倦怠感が強まり、本人に心理的な苦痛、不安を与えるようになる。明らかに職業病であるが、この病状と同時に発生し易い神経症的症状についても注目しなければならぬであろう。「けんしょう炎」の研究と同時に、精神的症状についての研究が必要である。職業病といっても、その内容は多様である。特定の職業病と同時的・内在的に発生している精神的症状は見過されている場合が多い。職業病と精神的疾患との関係は、今後の研究課題として注目しなければならないであろう。