

厚生労働科学研究研究費補助金
労働安全衛生総合研究事業

うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ
労働者の職場復帰および職場適応支援方策
に関する研究

平成14年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 島 悟

平成15（2003）年4月

目 次

I. 厚生労働科学研究研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）総括研究報告書 うつ病を中心としたところの健康障害をもつ労働者の職場復帰 および職場適応支援方策に関する研究	島 悟	7
II. 厚生労働科学研究研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）分担研究報告書		
1. うつ病を中心としたところの健康障害をもつ労働者の職場復帰および 職場適応支援方策に関する研究	倉林るみい	
A. 文献研究		13
B. 企業の産業保健スタッフを対象としたヒアリング調査		17
2. 精神障害による休業者に関する調査	島 悟	24
3. アルコール依存症の労働者の職場復帰および職場復帰支援 に関する検討	廣 尚典	29
4. うつ病等のハイリスクグループとしての広汎性発達障害者等の 就労支援に関する研究	毛利 一平	39
5. 職場復帰援助プログラムの予後調査	秋山 剛	45
6. 在職精神障害者リハビリテーションの意義と日本障害者 雇用促進協会における試行事業について	荒井 稔	59

**I. 厚生労働科学研究研究費補助金
(労働安全衛生総合研究事業)
総括研究報告書**

うつ病を中心としたところの健康障害をもつ労働者の職場復帰 および職場適応支援方策に関する研究

主任研究者	島 悟	東京経済大学
分担研究者	倉林るみい	独立行政法人産業医学総合研究所
	廣 尚典	NKK 鶴見保健センター
	毛利 一平	独立行政法人産業医学総合研究所
	秋山 剛	NTT 東日本関東病院
	荒井 稔	東京臨海病院

A. 本研究課題と「自殺予防」との 関連について

本研究班は、「精神障害を有する労働者の職場復帰に対する支援のあり方に関する研究」を平成14年度から行っている。今年度は3ヵ年研究の初年度にあたって、労働者の復職にまつわる諸問題の所在を明らかにして、復帰のあり方に関する予備的研究を行った。

労働者の自殺においては、復職過程は自殺の危険性の特に高まる時期であると考えられる。すなわち、(1) 疾病休業を余儀なくされた時期、(2) 復職前後、(3) 復職が不成功に終わった時期、(4) 休職満了になり退職を余儀なくされた時期は、特に自殺の危険性が高くなると考えられる。こうした点を考慮に入れた職場復帰のあり方を検討することが、本研究班の役割の一つである。

B. 研究計画の概要

本研究班の研究目的は、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針（旧労働省、2000年）」にのっとり、うつ病などのメンタルヘルス不全者の職場復帰・職場適応の促進のための重層的な支援システムを開発することである。

第一に、「セルフケア」の観点から、精神障害で治療中の労働者・復職者における職業性ストレスに関する検討を行うとともに、リハビリテーション過程の研究を行う。

第二に、「ラインによるケア」および「事業場内産業保健スタッフによるケア」の観点から、職場適応の支援のあり方や、連携、職場復帰に関する教育等について検討を行う。

第三に、「事業場外資源によるケア」の観点から、(1) 医療機関における職場復帰援助プログラムの開発およびリハビリ過程における医療機関と職場との連携に関する検討、(2) 産業保健推進センター、地域産業保健センターなど公的機関とEAPなどの事業場外資源による職場復帰支援・職場適応システムの開発を行う。

C. 平成14年度の研究概要

1. 文献調査

文献調査により、うつ病の職場復帰に関する研究は内外とも極めて限られていることが明らかになった。その中で、企業におけるうつ病の予後調査では21.9%が退職し、その中で36.4%は死亡退職であり、その多くは自殺であったという報告がある。復職後1年後の適応は56%と

いう報告もあり、復職の成否に関わる要因としては、家族の支援、性格特性、病前機能水準などが挙げられている。

2. 精神障害による休業者調査

精神障害により疾病休業を余儀なくされた労働者の実態を明らかにし、復職の成否にかかわる諸要因を検討した。調査対象は、10の企業において過去3年間に精神障害により1か月間以上疾病休業した労働者108例である。結果は、対象者の大多数がうつ病であり、年齢層では30代が最も多いが、各年齢層に分布している。発症要因としては、業務外の要因に比べて業務上の要因が多く、その内容としては業務負荷、職場の対人関係、異動、昇進などとなっている。職場復帰において、予後良好は概ね2/3、予後不良は1/3であり、職場復帰支援体制を強化する必要性が示唆された。職場復帰予後不良に寄与する要因は以下の通りである。すなわち、低い発症年齢、未婚・離別・死別、気分障害以外の精神障害、非職場発症要因である。次年度は、より大規模な調査研究を行うとともに、より詳細な質的検討を行う予定である。

3. 産業保健スタッフを対象とした復職に関する調査

大企業の産業保健スタッフを対象としたヒアリング調査については、文献研究などから得られた復職過程の問題点のうち、「復職診断書の様式」、「主治医との連携」、「いわゆるリハビリ出勤」の3点を中心に聞き取りを行った。その結果、復職のプロセスは概ね共通していたが、上記3点に関しては、企業ごとにより多様性が見られた。いずれの対応方法をとるにせよ、対応の担い手として、事業所内に精神保健に精通した健康管理スタッフの存在が重要と考えられた。そうした人材を配置できない企業における復職促進方策が今後の課題である。次年度は、中小規模事業場も含めて、より大規模の聞き取り調査および質問紙調査を行う予定である。

4. アルコール依存症の労働者の職場復帰および職場復帰支援に関する検討

産業医、看護職等に対する質問紙調査と産業医、精神科医および心理職に対して聞き取り調査を施行した。その結果、報告された事例は、計50例であったが、そのうち職場再適応をしている事例は、45.1%であった。アルコール専門治療機関の入院患者に多くみられるような重症例は少なく、プレアルコホリックとも呼ばれているような軽症例が多く含まれていると考えられた。したがって、アルコール依存症を早期に発見し適切な対応を行えば、回復率の向上が期待できよう。治療状況については、アルコール依存症の専門科以外で対応された例や未治療例が多かった。うつ病の併存は、36%にみられた。復職時の本人への注意、指導では、断酒、通院の指導に次いで、自助グループへの参加が多く、聞き取り調査でもその重要性が強調された。再適応のポイントは、家族の協力と職場の受け入れ状況がよいことが特に多くあげられた。聞き取り調査でも指摘されているが、職場からの家族への働きかけについては限界があり、専門機関をはじめとする地域医療、地域保健との連携が重要となる。次年度は、復帰支援プログラムを作成して、事業場において試行する予定である。

5. うつ病等のハイリスクグループとしての広汎性発達障害者等の就労支援に関する研究

文部科学省による「今後の特別支援教育の在り方について（中間まとめ）」において、学習障害（Learning Disability: LD）、注意欠陥多動障害（Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD）、高機能自閉症、アスペルガー症候群などの障害を持つ子供の割合は、「通常学級在籍者の6%程度と考えられる」と報告されている。学習障害児（者）の就労後の転帰に関する疫学的追跡調査は国内では見当たらない。事例研究は比較的豊富だといえるが、学術的論文として存在するものは非常に限られているようである。海外の論文に関しては、教育過程における転帰

を追跡したものは多いが、就労後の転帰となると情報は極めて限られる。ADHDについては、非常に新しい概念であるため、内外を問わず就労後の転帰について検討した論文は極めて少ない。検索で得られた3つの文献では、いずれも対照群に比べると予後の悪いことが示唆されている。自閉症（高機能自閉症、アスペルガー症候群を含む）については、古くから認知されてきた障害であるためか、日本においても比較的大規模な集団での追跡調査の結果を報告した文献が散見される。一般の健常者に比べると社会的な予後が悪いことを指摘しているにとどまっている場合が多く、集団を対象として、就労前のどのような条件が予後をよいものにし、就労後のどのような介入が、より安定的な就労に結びつくのかといった検討は、皆無といってよい。次年度は、こうした障害を持つ労働者の追跡調査を開始する予定である。

6. 医療機関における職場復帰プログラムの試行

医療機関において新たに職場復帰プログラムを作成し、調査研究を行った。対象は、NTT東日本関東病院精神神経科の職場復帰援助プログラムを終了し、復職判定を申請した在職精神障害者44名である。就労継続分析の対象は、このうち、復職が認められた28名である。職場復帰援助プログラムは、精神科外来作業療法として行われ、「生活リズムの維持」、「作業能力」、「対人関係」への援助を行い、長期間休務している在職精神障害者の職場復帰準備性を改善し、職

場復帰に伴う精神疾患の再発を防ぐことを目的としている。職場復帰支援プログラムからの脱落（休務または退職）したものは、5例見られた。脱落は3例が復職後3か月以内、1例が6か月以内、1例が1年以内に生じていた。復職後1年を経過した時点での就労継続率は82%であり、復職後平均就労継続期間は3.2～4.5年と推定された。就労予後に有意に関係した要因は、当該企業であった。次年度は、職場復帰援助プログラム評価表、自己評価表、集団認知行動療法の開発などに関する検討を行う予定である。

7. 在職精神障害者リハビリテーションの意義と日本障害者雇用促進協会における試行事業について

平成14年度から、日本障害者雇用促進協会障害者職業総合センター職業センターにおいて、在職精神障害者に対する職場復帰支援プログラムが行われているが、この事業の対象者は復職の意思を有し、精神保健福祉手帳を所持しているか、長期に渡り職業生活に相当の制限を受けており、復職にあたって、事業場の人事・労務担当者及び産業医が、職業センターの専門的援助を受けることが適当と判断している者である。最長24週間を標準として、職業センターにおいて基礎評価を実施して、さらに個別カリキュラムに応じたプログラムを実施して、復職先事業場における職務及び職場への適応に関する支援を行っている。次年度は詳細な事例検討を行う予定である。

**Ⅱ. 厚生労働科学研究研究費補助金
(労働安全衛生総合研究事業)
分担研究報告書**

うつ病を中心としたところの健康障害をもつ労働者の 職場復帰および職場適応支援方策に関する研究

分担研究者 倉林るみい 独立行政法人産業医学総合研究所 主任研究官

研究要旨：

本年度は初年度として、文献研究を行い、また、大企業の産業保健スタッフを対象としたヒアリング調査に着手した。

文献研究では、原著論文はほとんど検索されず、企業における活動報告が多かった。これらを、復職に関連した課題ごとにまとめた。

大企業の産業保健スタッフを対象としたヒアリング調査については、文献研究などから得られた復職過程の問題点のうち「復職診断書の様式」「主治医との連携」「いわゆるリハビリ出勤」の3点を中心に聞き取りを行った。その結果、復職のプロセスは概ね共通していたが、上記3点に関しては、企業ごとにより多様性がみられた。いずれの対応方法をとるにせよ、対応の担い手として、事業所内に精神保健に精通した健康管理スタッフの存在が重要と考えられた。そうした人材を配置できない企業における復職促進方策が今後の課題である。なお、ヒアリング調査は次年度も継続予定である。

A. 文献研究

1. うつ病者の職場復帰に関する文献検索

うつ病は、WHO(1990)によって、世界で最も頻繁にみられる疾患の第4位として、下部気道感染症、下痢性疾患、周産期の諸問題、に次いで位置づけられている¹⁾。また、2020年までには全疾病の15%を占め、第2位に浮上するだろうと予測されている²⁾。職域においても、休職による労働力喪失や労働者の自殺の問題も含めて、うつ病への対応はきわめて大きな課題となっている。

しかし、在職精神障害者の職場復帰の研究は数少ない。うつ病に限定した職場復帰の文献となるとほとんどない。1987年から現在までの文

献を網羅している医学中央雑誌Webにて「うつ病」と「職場復帰または復職」とを掛け合わせた検索を行ったところ、該当リストはわずか11件に留まった。しかもこのうち4件は学会抄録、4件は解説であり、原著論文は3件に過ぎない。しかもその原著論文3件は1～3例の症例報告である。Pub Medによる国際的な検索でも、ほぼ上記の日本語文献が抽出されるに留まった。

2. うつ病の職場復帰の現状

まず、うつ病の復職の現状、または復職後の転帰に関する統計調査を紹介しよう。永田³⁾が産業保健スタッフ48名から質問紙調査により収集した職場困難事例131例中では、精神疾患が最多の51例を占め、その中でもうつ病が最も多

く15例であった。このうち最終的には8例が退職、5例が職務や職場の変更・出向という転帰をたどっている。川上ら³⁾は、製造業17事業所における職場復帰後1年から8年の大うつ病60事例を追跡した。50%が一般健康人と同様かそれ以上の職場適応の水準を示していた。うつ病の再発は復帰後4年間に集中して多く、4年目までに45%が1回以上の再発をみるものと考えられた。

大手製造業の産業医を務める中川⁴⁾が、平成7年度に復職判定対象となった精神疾患および心身症の24事例（躁うつ病圏9例を含む）を1年追跡したところ、再発・再休職4例（うち、躁うつ病圏2例）と、退職5例（うち、躁うつ病圏2例）を認めた。適応している事例は63%、躁うつ病圏では56%に過ぎなかった。中村⁵⁾は40年間産業医を務めている電力会社での精神障害事例1,108例の追跡調査を行っている。復職事例とは限らない。このうち気分障害201例では、中途退職例が44例（21.9%）であった。これは、神経症性障害の15.7%より多かったが、統合失調症の42.6%、人格障害の39.1%、アルコール精神障害の31.7%より少なく、気分障害の予後は比較的良好と考えられた。しかしながら、気分障害の中途退職者の36.4%は病気退職（休職期限満了による退職）、36.4%は死亡退職で、死因の多くが自殺だったという。

3. 復職の成否に影響する個人や周囲の要因

西田ら⁶⁾は、職場復帰困難事例を身体疾患37例と、うつ病15例を含む精神疾患44例の2群に分けて、復職に影響する要因の差異を比較した。身体疾患群の復職に、より強く関連していたのは、疾病の程度や本人の復帰意志などだったのに対し、精神疾患の復職には、家族の協力などの環境要因との関連がより強かった。永田²⁾は復職に影響する要因として、疾病の種類と病状の回復、労働能力のほかに、性格行動要因を挙げており、この要因は身体疾患事例より精神疾患事例において影響が大きいとしている。復職

を左右する多くの要因のうち最も重要なのは、病前性格と病前の職場適応状況だと鎗田⁷⁾はいう。廣⁸⁾も同じく産業医としての経験から、本人の日頃の人柄や仕事ぶりもかなり復職過程に影響すると述べている。夏目⁹⁾も、病前に職場適応が良好であった人への復職へのサポートがよくなされていると指摘する。

4. 復職をとりまく今日の職場環境の変化

業務の外注化に伴い、従来に比べると、複雑で高度な仕事しか正社員には残されていない。復職者の受け皿としてはまことに厳しい状況である^{9,10)}。また、昨今の不況も復職者を直撃する。人員削減により個人の業務負荷が増大し、職場に復職者を受け入れてサポートするだけの余裕がなくなっている^{11,12)}。

5. 復職判定の基準

精神疾患は身体疾患に比べ客観的な評価が難しく、復職判定の目安がはっきりしにくいと、高田¹³⁾は述べている。藤井¹⁴⁾は「同僚の7割程度（本人が世帯主の場合は6割）の仕事の続けてできるかどうか」という視点から復職の判断をするのが賢明であるという。夏目⁹⁾は復職関連ワークショップの座長を務めて、復職には6-8割の稼働能力が必要との見解に多くの参加者の共感が得られたとしている。河野¹⁵⁾は、①通勤時間帯に一人で安全に通勤ができる、②会社が設定している通常の勤務時間の労働が可能である、の2点を最低条件として掲げている。

6. 産業保健スタッフ・上司と主治医との連携

復職への一連の過程の中で、産業保健スタッフや上司など職場関係者と主治医との連携は必要不可欠ではあるが、実際にはなかなか難しい。この一因として、広瀬¹⁶⁾は主治医の知りたいことと職場関係者が知りたいこととそのタイミングが微妙にずれていることを取り上げている。すなわち職場関係者は、病状、予後などを早い時期に知りたがるが、その時期には連携の必要性をほとんど感じていない主治医は、守秘義務を楯に門前払いを食らわせかねない。ひとたび

コミュニケーションに失敗すると、今度は職場側が主治医との再度の接触に尻込みしてしまうというのである。主治医が過剰に防衛的にならないよう戒めている。

廣⁸⁾は、産業医の立場から、必ずしも主治医から産業医に対して詳細な情報が伝えられる必要はないと述べている。症状の再燃の可能性、症状および内服薬の副作用が業務に与える影響、およその業務上配慮の必要性、本人への支援のしかた、本人および家族との話し合いの要旨といった点について要所を抑えて伝達されれば事足りるはずだという。さらに廣は、職務遂行の様子や職場の受け入れ体制など、産業医から主治医への情報提供も重要だとしている。

7. 異動に関する配慮

復職時には休職前の職場への復帰を原則とするが、異動が奏効する場合もある。

功刀¹⁷⁾は、人事異動を誘因として発症したうつ病男性の17事例を検討した。以前勤務していた職場への再異動が本人の希望により実現した場合は完全寛解に至る例が多かったという。藤井¹⁸⁾は、職場不応症のうちの「まじめ・几帳面・完全主義で仕事人間タイプ」は、本人が希望する職務適性のある部署への配転を前提に復職させると、特効薬的効果があると述べている。この性格傾向は、うつ病の病前性格にも通じるものである。

8. いわゆるリハビリ出勤

藤井¹⁴⁾は昭和46年開設の職場内診療所精神科受診者500名中、平成7年末までに75名(うち統合失調症38名、職場不応症20名)にリハビリ出勤を実施した。そのうち、中断者は7名、すなわちリハビリ出勤後の復職率は90.7%と報告している。リハビリ出勤は3か月以上の休職者の復職判定時に本人が希望した場合に、産業保健スタッフの判断の元に行い、その間は週1回産業医が面接するとしている。

リハビリ出勤のメリットとして、河野¹⁵⁾は労働者が比較的気楽に職場に戻れること、どれくらい仕事ができるかを自分自身で知ることがで

きることを指摘し、復職直後の再休職の防止にもなるとしている。島¹⁰⁾は、段階的に負荷を上げられること、病状と就業能力の両方を評価できることを利点として挙げている。職場内や通う途中での事故発生時の補償など、身分上休職扱いのために派生するデメリットはあるものの、精神疾患による休職者の職場復帰に有効な方策として概ね好評を得ている^{10, 14, 15, 19)}。

一方、福井²⁰⁾が十数社の産業保健スタッフを対象に行ったヒアリングでは、リハビリ出勤を正式に活用している企業は少なかったという。福井の勤務する大手製造業では、ある復職希望者がリハビリ出勤を快諾しながら、陰で「長く休職すると、お礼奉公しないと復職させてもらえない」と不満をもらしていたことが発覚し、以降、この制度が廃止されたとのことである。立場の弱い復職希望者が本音を率直に表明できなかった可能性について、福井は自戒の念を込めて述懐している。

9. うつ病者の復職の留意点—自殺など

うつ病における最も悲劇的な結末は自殺である。荒井²¹⁾によれば、就業者の自殺のおよそ70%はうつ病が原因と推定される。自殺が生じやすいのはうつ病の初期あるいは回復期²²⁾といわれる。回復過程の終末期動揺が、ちょうど復職時期に重なる²³⁾。大西²⁴⁾は、精神症状が回復し就職が決まりかけた時期は、精神的には不安定になりやすい時期でもあり、自殺の危険性が高いことから慎重な対応を勧めている。

また、通常、うつ病の回復過程では、症状の軽減と職務遂行能力の回復に、ある程度のタイムラグがある⁸⁾。Hamiltonの尺度など、臨床場面でのうつ病の症状評価に使われる尺度での評価が、必ずしも職務遂行能力を反映しないこともよく認められる。

10. 文献研究のまとめ

文献をひもときながら、うつ病を中心とした精神疾患の職場復帰に関連する留意事項について、羅列した。ここに取り上げた文献には、必ずしも実証的研究の成果ではないものも含まれ

ているが、教科書には載っていない現場での経験から得られた貴重な示唆として、職場復帰の現状の一端を切り取っているものと思われる。

またこの文献研究を通じて、主治医との連携や、復職後のソフトランディングの一方策としてのリハビリ出勤の是非など、検討すべきいくつかの点が示されたのも大きい。

なお、文献研究に関しては、すでに成果を下記論文として発表しており、本報告書の第1章文献研究については、同論文を一部改編して作成している。

倉林るみい(2002)文献レビュー：勤労者のうつ病と職場復帰 産業精神保健 10;242-245.

参考文献

- 1) Murray CJ, Lopez AD. The Global Burden of Disease. Cambridge, Harvard University Press, 1996
- 2) 永田頌史, 職場復帰を困難にする要因, 産業医科大学産業生態科学研究所編, 労働衛生スタッフのための職場復帰の理論と実際, 中央労働災害防止協会, 1997:182-93
- 3) 川上憲人, 榎村博康, 小泉 明, 職場におけるうつ病者の経過と予後, 産業医学 1987;29:375-83
- 4) 中川茂昭, 復職後のフォローアップ, 再発予防, 産業精神保健 1977;5:177-83
- 5) 中村 豊, 職場の精神障害者の転帰, 産業精神保健 1977;5:161-66
- 6) 西田和子, 河野啓子, 上別府由紀ほか, 職場復帰困難事例における復職促進および阻害要因に関する検討—精神疾患事例と身体疾患事例の比較, 産業精神保健 1995:193-9
- 7) 鎗田圭一郎, 某社における復職判定の実際, 産業精神保健 2001;9:315-8
- 8) 廣 尚典, 木村真紀, 業務の変化に伴いうつ状態に至った事例, 産業精神保健 1979;7:302-5
- 9) 夏目 誠, 座長から, 産業精神保健 2001;9:310-1
- 10) 島 悟, 精神的問題を抱えた労働者の職場復帰における問題—主治医の立場と産業医の立場, 産業精神保健 2001;9:312-4
- 11) 栗岡住子, 看護職の立場から, 産業精神保健 2001;9:323-27
- 12) 倉林るみい, 原谷隆史, 企業における健康管理業務と不況, 産業精神保健 1998;6:277-80
- 13) 高田和美, 傷病による休業から復職まで, 労働衛生 1990;(7):5-9
- 14) 藤井久和, 復職判定時のリハビリ出勤の意義と成果, 産業精神保健 1977;5:172-6
- 15) 河野慶三, 職場復帰の問題点, 産業精神保健 1998;6:215-7
- 16) 広瀬徹也, 気分障害, 加藤正明監, 日本産業精神保健学会編, 産業精神保健ハンドブック, 東京, 中山書店, 1998:738-48
- 17) 功刀 浩, 人事異動を誘引として発症したうつ病—臨床特性, 回復状況と治療について, 精神経誌 1993;95:325-342
- 18) 藤井久和, 職場復帰—企業における職場復帰の現状—, 産業精神保健 1998;6:234-7
- 19) 本村 博, 職場復帰, 松下正明総編, 大森健一・島悟編, 臨床精神医学講座18, 家庭・学校・職場・地域の精神保健, 東京, 中山書店1998:305-10
- 20) 福井城次, 復職判定, 産業精神保健 2001;9:319-22
- 21) 荒井 稔, 就業者における自殺の後方視的研究とその予防対策, 臨床精神病理 1991;12:119-31
- 22) 大森健一, 働く人々の自殺について, 産業精神保健 1999;7:250-4
- 23) 中村 純, 職場のメンタルヘルス—うつ病者の職場復帰, 精神経誌 2001;103:608-12
- 24) 大西 守, 精神疾患の復職判定の現状と課題, 産業精神保健 1977;5:167-71

B. 企業の産業保健スタッフを対象としたヒアリング調査

—うつ病を中心としたこころの健康障害で休職した事例の復職に関して

1. 調査目的

大企業の産業保健スタッフを対象として、復職過程の中から、いくつかのポイントを予め抽出し、その点に関する対応を中心に、ヒアリング調査を行う。企業間で対応が異なるであろうと予測された点に聞き取り事項を絞ることにより、企業間の相違点を明らかにするとともに、相違がある中での共通点がないかどうか検討する。本研究の最終目的として、復職事例への対応に関するガイドライン作成の参考となる資料を得ることをねらいとしている。

2. 調査事項

休職事例の復職については、概ね下記の過程をたどると考えられる。

- ①主治医による復職可能の判断
- ②本人・人事・職制・産業保健スタッフ等を交えた復職調整
- ③職場としての復職可能の判断
- ④復職
- ⑤復職後のフォローアップ

これらの過程の中で、上記の文献検索の結果見出された企業など現場における活動報告を参考にして、下記の3点にポイントを絞り込み、それらを中心にヒアリング調査を実施した。

1) 主治医からの復職診断書の様式について

復職過程①に関連して、企業（もしくは事業所）が独自の様式の復職診断書への記入を主治医に求めているかどうか、それによる利点やあれば弊害について尋ねた。

2) 主治医との連携について

主治医と産業保健スタッフとの連携については、文献の上でも、その重要性や有効性が指摘されている。復職過程①および②に関連して、産業保健スタッフが、どういう場合に、どの時点で、どのような連携をとることが多いか、それ

による利点や弊害について尋ね、さらに日頃の主治医との連携に関する意見や感想を求めた。

3) いわゆるリハビリ出勤について

復職過程⑤の中に位置づけられる、いわゆるリハビリ出勤については、段階的に負荷を大きくすることができ、その過程で、復職者自身も受け入れ先の職場でも、復職者の就業能力を評価でき、より着実なソフトランディングが期待されるという点で、評価する文献も多い。その一方で、休職中の「出勤」という取り扱いに伴う問題も無視できない。企業での実施の有無やその功罪について問うた。

3. 調査対象者

調査対象は一部上場の大企業6社の、産業医・心理相談担当者などの健康管理スタッフである。本年度（平成14年度の調査対象企業の業種は製造業5社、非製造業1社である。なお、本調査はひきつづき来年度にも継続して行われる予定である。

4. 調査結果

1) 各企業からのヒアリング内容概要

①企業A

企業Aは明治時代創業の大企業である。本社以下、14事業所、6研究施設に、合計約4万人の従業員を擁している。

復職に関する規定によると、傷病で1か月以上休業した従業員は、復職の際、診断書を提出のうえ、産業医（精神障害の場合は精神科医）による復職診断を受けることになる。また、6か月以上傷病休業した者、あるいは過去3年以内に同様の疾患のために1か月以上休業した者などについては、所属長、産業医、人事労務・安全衛生担当者などの他、精神障害の場合は精神科医・臨床心理士を構成メンバーとした復職審査会が開かれる。

企業Aにおけるメンタルヘルスケアは充実しており、全体で12名の非常勤嘱託精神科医と、9名の常勤または非常勤の臨床心理士が担当している。各事業所内の健康管理部門にはメンタルヘルスの相談室があり、ほぼすべての事業所

において、嘱託精神科医による相談が行われている。すでに昭和のうちに社内で「メンタルヘルス対策推進指針」が作成され、これに基づいてケアシステムの整備やメンタルヘルス教育が行われているのも大きな特徴である。

(1) 主治医からの復職診断書の様式について
定まった様式がある。主治医の記入欄としては、病名、休業期間、入院期間、初診時所見、経過、治療概要、現在の所見、出勤後の医療または勤務に関する措置があり、日付、医師名・医療機関の所在地のほか、電話番号の記載も求めている。同一書面内に、所属長が出勤の適否や業務についての意見を記入する欄も設けてある。また、本人あるいは主治医に対して「この診断書は主治医が出勤可能であると認めることを証明するものです」と明記され、さらに本人への連絡事項として「出勤を開始しようとする日の1週間前までに所属長経由健康管理部門に提出し、出勤の手続きをとってください」と診断書面に書かれているのが特徴である。

(2) 主治医との連携について
主治医との連携は非常に重要である。もともと産業保健スタッフのほうから従業員に外部主治医を紹介した場合は、その後の連携もスムーズだが、そうでない場合は、主治医からの復職診断書の提出後はじめて連絡をとる場合も多い。主治医が職場の事情に疎いこともあり、職場では復職可能と判定できない事例でも復職可能との診断書が提出される場合もある。その場合、復職審査会の前に、産業保健スタッフが、本人や所属長らとともに、主治医と相談することになる。再発例ではことに主治医との連携が重要であり、復職以前の段階から、主治医との連絡に努めている。

(3) いわゆるリハビリ出勤について
実施していない。職場で簡単といえども何らかの作業に従事させることは、本人・家族・主治医などの関係者が勤務ではないと合意した場合であっても、会社の指揮監督下で労働を提供していると見なされ、事故があった場合に使用

者責任を問われたり、賃金の支払義務が生じる可能性があり、いわゆるリハビリ出勤の実施は難しい。また、復職後であっても、半日勤務のような、就業時間を大幅に軽減させるような勤務形態は、休暇を利用する場合を除いて、認められていない。

②企業B

企業Bは、53事業所、従業員数4万人を数える日本有数の大企業である。

7日間以上疾病休業した従業員は、復職のさい、診断書の提出が必要となり、1か月以上疾病休業した従業員は、復職審査(復職面接)の対象となる。

企業Bにおけるメンタルヘルスケアに関する特徴は、53事業所のすべてに非常勤嘱託精神科医が配置されていることである。これにより、復職希望者と面接し、就業環境調整についての意見書を産業医に上げるなどの対応を円滑に行うことが可能で、復職促進に大いに寄与している。

(1) 主治医からの復職診断書の様式について
特に様式は設けていない。様式を定めることによって、かえって個人情報満載され、社内での取り扱い如何によっては問題が生じる恐れがある。様式を定めなくても、いままで、特に診断書自体で問題が生じたことはない。各事業所に非常勤精神科医がいて、診断書の内容を的確に把握できることも一因となっていると考えられる。

(2) 主治医との連携について
産業保健スタッフから主治医に連絡をするのは、主治医の「復職可能」という判断を覆す場合にほぼ限られている。主治医から「復職可能」という診断書が来た場合、1回目については原則として通すことが多い。2回目以降、すなわち再発例に関しては、より厳密な復職審査を行う。いずれにしても、事業所内の精神科医が対応することにより、主治医と連携が密でなくても、トラブルはあまり起こらない。

(3) いわゆるリハビリ出勤について
実施していない。休職の身分のまま事実上の

出勤というのは、賃金など労働法制上問題がある。

③企業C

昭和になって創立された企業Cは、全国に約100か所の営業所、従業員4万人以上を数える大企業である。

復職に関しては、1か月以上疾病休業した従業員は、必ず産業医の復職判定を経ることになる。

企業Cでは、企業病院（社員のみならず、一般人も利用可能）の下部組織として健康管理部門があり、その下に保健指導担当部署とともにメンタルヘルスカを担当する部署がある。メンタルヘルスの部署は、常勤・非常勤合わせて10名のカウンセラーと1名の非常勤精神科医より構成されており、看護師・保健師が保健指導や健康教育を担当する保健指導部署や、病院診療部の心療内科と連携しながらメンタルヘルスサービス活動を担当している。

企業Cの健康管理の大きな特徴としては、看護職が最前線にたって気軽に従業員の健康（心の健康も含めて）相談に応じていることが挙げられる。従業員のメンタルヘルスを支える中心は看護職で、産業医やカウンセラーはその後方から支援している。

(1) 主治医からの復職診断書の様式について

定まった様式はあるが、事業所ごとにまちまちで、統一はされていない。特に統一の必要性もないのではないかという。主治医の記入欄としては、病名、発病時期、初診日、入院期間、治療経過、検査所見、現症、就業についての意見と続き、日付と医師の署名欄がある。同一書面内に、残業・出張・作業内容の項目ごとに就業規制内容を記載する表が付いており、主治医が○×などで指示するようになっている。なお、診断書様式は現在変更検討中とのことだった。

(2) 主治医との連携について

主治医への連絡は原則として行っていない。この理由は、まず、身体疾患と精神疾患を分けて考えるのは不自然だというものである。精神疾患の場合だけ、主治医との連絡を密にする必

要はない。さらに、主治医は企業側にネガティブな印象を持っていることが少なくなく、そうした主治医からの情報収集は期待できない場合が多い。主治医による復職可能の判定がとて納得できない場合にのみ、書面ないし電話で主治医に連絡をとっている。

(3) いわゆるリハビリ出勤について

以前は実施していたが、現在は実施していない。交通費や賃金の不払いの問題があるからである。さらに、以前は本人の「自由意志」に基づいて実施していたのだが、実際には本人の本音を確認するのは困難であることが経験され、中止となった。

④企業D

企業Dは、本社のほか、一定規模以上のものだけでも全国に約40か所の営業所を展開している。本社健康管理部門では、本社と近隣営業所の従業員合計約3,500名の健康管理を担当している。

復職の規定に関しては以下の通りである。通常の休暇（最大60日）で不足した場合には、傷病の場合に1年間を限度に休業が認められるが、その際には自らの申請と診断書の提出が必要となり、その1年間でも不足した場合には、休職が命ぜられる。休職からの復職の際には、事業所長の諮問組織である所属長、産業医、健康管理担当者などの他、精神障害の場合は囑託精神科医などを構成メンバーとした復職審査会が開かれる。

企業Dでは、伝統的に傷病休業者に対して非常に手厚い保護の体制がとられており、例えば疾病休業をしても最初の1年は制度上休職には至らず、療養休暇として原則として、ほぼ100%の給与が保証される。しかも療養休暇取得後も1か月間の出勤でリセットされ、再度の療養休暇使用が可能である。こうした厚遇も最近の社会情勢のためもあり、次第に見直しの方向に向かっている。

企業Dにおけるもうひとつの大きな特徴としては、産業医が極めて積極的に主治医に働きか

けを行い、密な連携を保っていることである。これについては後述する。

(1) 主治医からの復職診断書の様式について
定まった様式がある。診断書の冒頭に、プライバシーに配慮するので本音を書いてほしいという旨の主治医宛のメッセージが記載されており、この診断書の特徴となっている。主治医には診断書のほか、意見書の提出が求められている。意見書は、疾病が完治しているか再燃のおそれがあるかなど今後の見通しのほか、企業が復職の前提条件としている、所定労働時間での勤務が可能、就業により健康が増悪することはない、勤労意欲が高く職場の規律を守れる、の3点についての確認、さらに時間外就労や深夜業や宿直、高所作業などの特殊作業に関する制限措置の有無など、復職に関する具体的な条件や措置についての判断が求められている。

(2) 主治医との連携について

外部の主治医による加療を要する事例については、本人の希望に応じて産業医が外部医療機関を紹介することが多い。これにより、主治医との連携が円滑に運ぶ。また、すでに外部の主治医に受診中の事例については、本人の同意のもとに、復職以前の段階から、産業医から主治医に対して積極的に働きかけを行っている。例えば、本人に主治医宛の手紙を託すかたちで、企業の復職規定や本人の職場環境など、職場の情報を提供している。こうした介入により、主治医との信頼関係が生まれ、復職段階においても主治医とのよい連携が形成される。

(3) いわゆるリハビリ出勤について

休職適用者について、3か月以内に限って、本人の同意書を取り、実施している。すなわち、療養休暇中に十分な回復がみられず、休職に至った事例、かつ3か月以内に定時勤務に復帰可能な見通しのある事例に限定し、本人の同意を得た上で、審査会を設けてリハビリ出勤の適用を決めている。リハビリ出勤の終了時にも審査会が開かれる。賃金や事故発生時の労災適応などに問題はあっても(実際には休職中でも会社の

規定により、会社または健保組合から生活費が支給されている)、段階的に業務負荷をかけることができ、上司による就業評価のみならず、本人も自己評価ができて自信をつけられるシステムとして、復職に促進的に作用している。実施方法については、顧問弁護士に相談し、法的問題のクリアをはかっている。

⑤企業E

企業Eは歴史の古い大企業である。本社健康管理部門では、本社以下事業所21か所、5万人の従業員の健康管理を担当している。

14日間以上疾病休業した従業員は、復職のさい、診断書の提出が必要となり、さらに同従業員は、復職面接の対象ともなる。

企業Eにおいて特筆すべきメンタルヘルスケアシステムとしては、1つは企業内イントラネットによるメンタルヘルス相談システムであり、いま1つは外部EAPの導入である。メンタルヘルス相談については、電子メールで従業員から寄せられた相談に対して、精神科医療に造詣の深い産業医が一両日中に回答を送る仕組みで、必要があれば産業保健スタッフによる面接にもつなげている。

外部EAP導入については、メンタルヘルス相談の外部機関への丸投げではなく、企業内産業保健スタッフと外部EAPスタッフとの密接な連携が重要視されている。これらのシステムは、疾病予防のみならず、長期疾病休業者の復職後のフォローアップにも奏効するものと考えられる。

(1) 主治医からの復職診断書の様式について
復職面談については詳細な記録様式があるものの、主治医からの復職診断書様式については、特に定まったものは設けていない。定めていないことでかりに主治医からの情報が不十分な場合があっても、主治医との連携体制があれば問題は無い。

(2) 主治医との連携について

復職以前に、従業員が外部医療機関を必要とした段階で、産業医から外部医療機関を紹介することが多い。今までの経験上信頼できる主治

医を紹介することにより、その後の復職などの際、主治医と連携が円滑に行われ、復職支援に促進的に作用する。産業医による外部医療機関の紹介に関しては、従業員から社内産業保健スタッフが信頼を勝ち得ていることが前提となる。

(3) いわゆるリハビリ出勤について

実施していない。ただし、休職の身分のままの出勤ということではなく、復職してから段階的に負荷を増していくための一方策としての半日出勤制度導入に関しては、現在検討中である。

⑥企業F

企業Fは昭和に創業した大企業で、本社以下、全国に5~6か所の事業所がある。本社の健康管理部門では、本社と近隣事業所に勤務する合計約1万人の従業員の健康管理を担当している。

復職に関しては、1週間以上の疾病休業については診断書の提出が求められ、1か月以上の疾病休業から復職を希望する場合には、産業医の面接による復職診断が必要となる。

企業Fの健康管理の大きな特徴は、職場(本人、所属長、同僚)、人事労務担当者、健康管理スタッフの三者が常時連携をとって心身両面のヘルスケアを進めていることである。かつては事業所ごとに精神科を含む多くの診療科を擁する企業内診療所が配置されており、精神疾患にて疾病休業に至ったほとんどの従業員がこの企業内診療所で治療を受けていたため、主治医との連携においても何の問題もなかった。しかし近年は、社会情勢の変化のためもあり、企業内診療所に精神科部門を抱える余裕が次第になくなり、精神科については徐々に縮小方向にある。これに伴い、精神疾患での疾病休業者のうち外部の主治医のもとで治療を受ける者が増加しており、健康管理スタッフをはじめとする職場側と主治医との連携について、新たな方策が求められている。

(1) 主治医からの復職診断書の様式について

診断書の様式は一応あるものの、事業所ごとにまちまちで、統一されていない。従来は上記のように、主治医が企業内診療所の精神科医だ

ったため、様式を統一する必要がなかった。

(2) 主治医との連携について

以前に比べて外部の主治医が増えたことによる大きな問題点のひとつは、主治医の精神科医療の診断治療能力にばらつきがあり、そのために適切な連携体制がとりにくい場合が生じることである。内科医が専門外の「心療内科」を標榜している例もある。そこで、なるべくなら、産業医のほうから信頼できる外部診療機関を紹介するようにしている。主治医との連携については、社内診療所精神科の縮小に代表されるように、会社の健康管理体制が過渡期を迎えていることもあり、今後、対策の検討が必要である。

(3) いわゆるリハビリ出勤について

リハビリ出勤については内規により、本人の希望を前提とし、本人の同意を得て実施している。実施期間は4週間以内に限定している。その間、段階的に在社時間を延長していく形をとり、負荷を徐々に上げていくよう工夫している。本人には仕事は与えず、レポートのみをそのつど上司に提出してもらう。リハビリ出勤には実施についてさまざまな問題が指摘されているが、多くの復職事例において、このシステムが復職促進に効果的に作用したと評価できる。

2) ヒアリング調査結果のまとめ

①主治医からの復職診断書の様式について

企業または事業所独自の復職診断書様式が

①ある 4社

②ない 2社

(1) 復職診断書様式がある企業

a) 共通した記載事項

患者氏名、年齢(生年月日)、病名、初診日、休業期間、入院期間、病歴および経過、治療、現症、出勤後の措置についての意見(医療、勤務について)

b) 独特の事項

本人や主治医へのメッセージの記載(例:診断書の提出期限や提出先に関する伝達事項、記載内容に関する秘密保持などに関して)

c) 調査対象者からのコメント

- ・事業所ごとに形式が違っているが、統一の必要性は感じない。
- ・形式について、特に必要性や問題点を感じていない。
- ・詳しくすぎるものはむしろ守秘義務の点で問題である。

(2) 復職診断書様式がない企業

a) 調査対象者からのコメント

- ・5年ほど前までは、主治医を事業所ごとにある企業内診療所の精神科に委託していたので、連携になんら問題なく、診断書様式も必要なかった。
- ・診断書は、上司や勤労などの手にも渡り、プライバシーの尊重について問題があるので、特定様式があるのはかえってまずい。

②主治医との連携について

(1) 主治医にコンタクトをとる時期

- a) 従業員が外部精神医療機関を必要とした段階 4社
- b) 従業員が外部精神医療機関を受診したとわかった段階 1社 (aの4社と重複)
- c) 主治医から復職可能という診断書が提出されたが、復職困難と判定された場合 2社

(調査対象者からのコメント)

a) の場合：かねてより知己の外部精神医療機関を、産業保健スタッフのほうで紹介する。

- ・その後の主治医との連携が非常にとりやすい。
- ・産業保健スタッフが従業員からの信頼を得ていることが前提となる。

b) の場合：受診初期の段階で、主治医宛に産業医から手紙を書き、当企業の復職システムについて簡単に説明する。

- ・産業医に対する外部主治医の偏見を除き、信頼を得て、協力体制が築ける。
- ・連絡にあたり、従業員の同意が前提となる。

c) の場合：原則としてどうしても必要な場合

以外は主治医と連絡をとらない

- ・精神疾患だけを疾患のなかで特別に対応するのはおかしい。
- ・主治医との間でありうるトラブル
 - i) 主治医に精神疾患診断・治療能力が乏しく、的確な治療的対応ができていない
 - ii) 主治医が病名や症状を隠蔽する場合も含めて、職場復帰段階に至らない事例にまで職場復帰可能診断書が提出される

これらについても、企業（事業所）内に精神医療専門家がいれば一般的には対処に困らない。しかし、当従業員との間で訴訟などに発展するおそれもある。

③いわゆるリハビリ出勤について

- a) 実施している 2社
- b) かつて実施していたが今は中止している 1社
- c) 実施していない 3社

(調査対象者からのコメント)

a) 実施している企業

- ・4週間以内に限って、本人の希望に基づき、本人の同意を得て実施。その間、段階的に在社時間を延長していく。本人には仕事は与えず、レポートのみを上司に提出させる。
- ・3か月以内に限って、本人の同意書を取り、実施。実施に当たっては、1年以上の休業例で、かつ3か月以内に定時勤務が可能となる見込みを持つ事例など、事例を限定している。実施にあたっては、審査会で討議し、実施方法については顧問弁護士に相談し、法的問題のクリアをはかっている。

b) 実施を中止した企業

- ・本人の同意に基づき実施していたが、本人の「自由意志」の確認が必ずしも容易でないこと、また、交通費や賃金不払いの問題などから、中止となった。

c) 実施していない企業

- ・無給で出勤していること自体に法的に問

題がある。

- ・事故があった場合の労災適用なども難しい。

5. 調査結果の検討と今後の課題

- ・本年度段階での調査対象はわずか6社にとどまったため、この結果からの考察には限界がある。この限界を踏まえたくうえで以下のように総括した。
- ・復職過程の大まかな流れについては、各企業とも概ね共通点が見出せた。
- ・ほかに各企業に共通する点としては、事業所内の健康管理スタッフに精神科医療の専門家あるいはそれに準ずる人材が豊富に配置されていることが挙げられる。
- ・復職診断書の様式の有無、主治医との連携、いわゆるリハビリ出勤の採用など今回重点的にヒアリングを行った点においては、各企業の対応には非常に多様性があった。
- ・企業ごとの多様な対応方法には、それぞれの背景があり、また対応の結果の現れ方にそれぞれ長所短所があることが示された。しかし、対応方法は異なっているにもかかわらず、

その対応方法で復職過程が大過なく行われおり、特に問題は生じないとする回答が多かった。問題が生じない背景としては、精神医療に精通した健康管理スタッフが要所所で対処できるからというものだった。

- ・事業所内の健康管理スタッフに精神科医療の専門家あるいはそれに準ずる人材がいれば、診断書の様式や、外部主治医との連携に関する因子はほとんど問題とすることなく、職場復帰事例に対処することが可能である。また、そうした企業内の医療専門家がいれば、外部の主治医との連携ネットワークの構築も容易である。調査の対象とした大企業はいずれもこの条件を満たしており、こうした人材のいない企業での職場復帰事例対応が課題と考えられる。
- ・多くの企業での産業保健スタッフ人材不足による対応困難を肩代わりする存在としては、例えば産保センターなどの外部資源の有効活用が考えられる。具体案は今後の課題である。

精神障害による休業者に関する調査

主任研究者 島 悟 東京経済大学経営学部教授

研究要旨：

10企業において過去3年間に精神障害により1か月間以上疾病休業した労働者108例（男性80.6%、女性19.4%）を対象として、復職後の適応にかかわる諸要因を検討した。精神障害の分類は、気分障害87.3%、統合失調症6.5%、神経症性障害6.5%である。発症要因としては、業務外の要因に比べて業務上の要因が多く、その内容は業務負荷、職場の対人関係、異動、昇進の順になっている。職場復帰において、予後良好は約2/3、予後不良は約1/3であった。予後不良に関与する要因は以下の通りである。すなわち、低い発症年齢、未婚・離別・死別、気分障害以外の精神障害、非職場発症要因である。

これらの結果から、復職支援を効果的に行う上では、特にうつ病に関して、管理監督者・一般労働者に対する啓発教育、および産業保健スタッフに対する教育が必要であると考えられる。また予後不良因子の中で、非職場関連の発症要因の存在は、産業保健の枠組みにおける非職場要因に関する情報収集の必要性および非職場要因への心理社会的介入の重要性を示唆するものである。

A. 研究目的

本調査の目的は、精神障害により疾病休業を余儀なくされた労働者の実態を明らかにすることである。同時に、復職の成否にかかわる諸要因を検討することにより、復職を成功裡に導くための方策の策定を行う上での基礎資料とすることである。

今年度は、次年度以降に本調査を行うための予備調査を施行した。

B. 研究方法

調査対象は、10の企業において過去3年間に精神障害により1か月間以上疾病休業した労働者である。調査方法は、記録簿等を参照して必要な情報を収集した。

調査項目は以下の通りである。

(1) 性別・婚姻歴・学歴、(2) 転職回数、(3) 現在の会社における勤続年数、(4) 職種・職位、(5) 疾病休業になった精神障害の発症年齢、(6) 精神障害の分類、(7) 既往の精神障害による病欠回数、(8) 今回の病欠期間、(9) 観察期間（復職後）、(10) 職場要因・非職場要因などである。

統計解析は、t検定もしくは χ^2 乗検定をもちいた。

C. 研究結果

①調査対象者の属性（図1～3）

性別は男性87例（80.6%）、女性21例（19.4%）であり、年齢は18歳から54歳（平均36.3歳、標準偏差5.8歳）であり、10代1例（0.9%）、20

対象者の性別

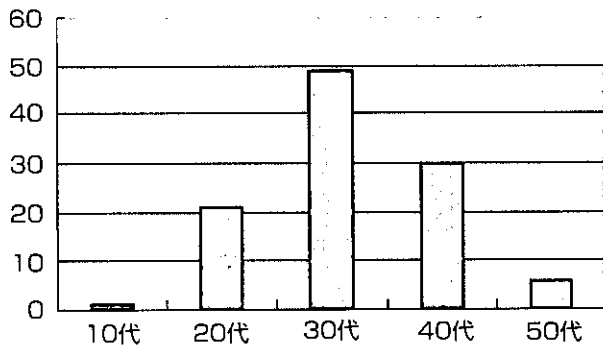
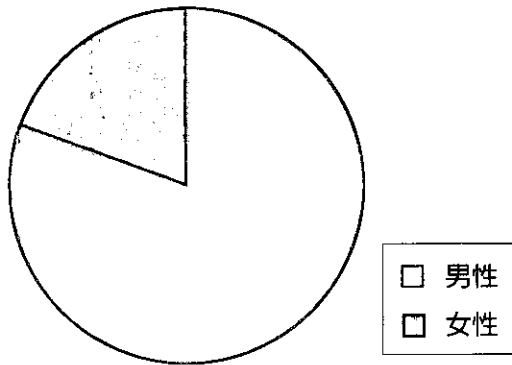


図1 男女別・年齢層

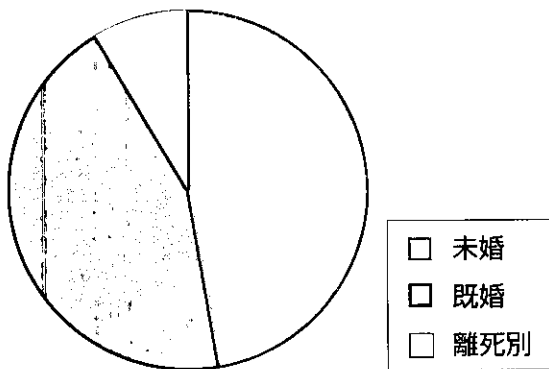


図2 婚姻状況

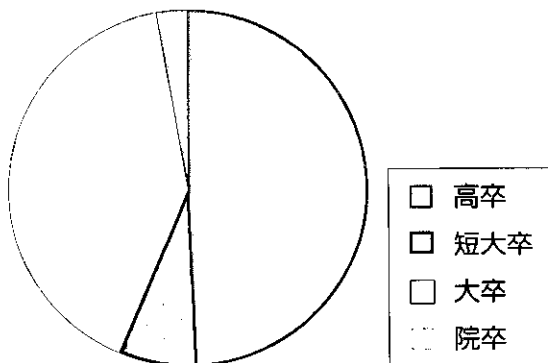


図3 学歴

代21例(19.6%)、30代49例(45.8%)、40代30例(28.0%)、50代6例(5.6%)である。婚姻状況は未婚51例(47.2%)、既婚48例(44.4%)、離別・死別9例(8.3%)である。最終学歴は、高卒53例(49.1%)、短大卒・専門学校卒8例(7.4%)、大卒44例(40.7%)、大学院卒3例(2.8%)である。

②転職回数(図4)

なし90例(83.3%)、1回13例(12.0%)、2回4例(3.7%)、4回1例(0.9%)である。

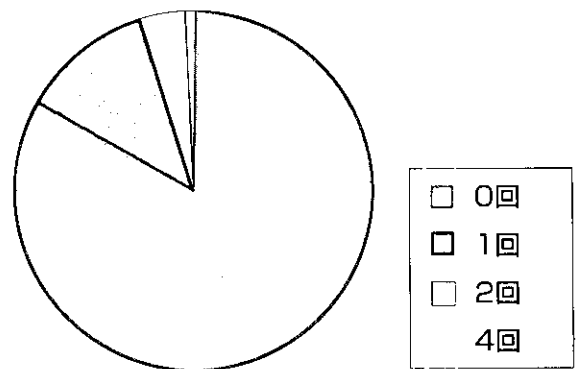


図4 転職回数

③勤続年数

1年未満から38年までで平均は13.6年(標準偏差9.0年)である。

④職種・職位(図5, 6)

職種は、事務系34例(31.5%)、生産25例(23.1%)、開発3例(2.8%)、営業14例(13.0%)、技術系30例(27.8%)などである。職位は、一般92例(85.2%)、係長格8例(7.4%)、課長格8例(7.4%)である。

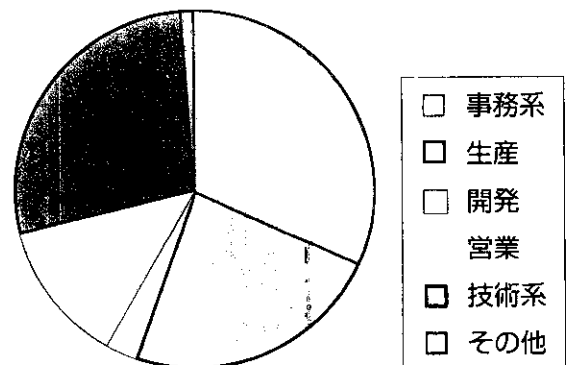


図5 職種