

表1 回答者 (N=36) および対象者 (N=80) の基本属性 (復職前)

		有効回答	%	
判定者	性別			
		男性	7	19
		女性	29	81
	職種			
		看護職	20	56
		医師	14	39
		不明	2	6
	平均経験年数	9.8	(SD=7.1)	
対象者	所属企業業種			
		建設業	9	11
		製造業	5	6
		電気・ガス・熱供給・水道業	1	1
		情報通信業	62	78
		複合サービス	1	1
		その他、サービス業	1	1
		不明	1	1
	所属企業規模			
		50人未満	6	8
		- 999人	17	21
		- 4999人	38	48
		5000人以上	19	24
	対象者性別			
		男性	62	78
		女性	18	23
	対象者婚姻			
		未婚	42	53
		既婚	31	39
		離別	5	6
		死別	2	3
	対象者学歴			
		高卒	35	44
		短大・専門学校卒	9	11
		大卒	26	33
		大学院卒	9	11
		不明	1	1
対象者職種				
	営業	21	26	
	生産	2	3	
	開発・研究	11	14	
	一般管理	17	21	
	その他	29	36	
対象者職位				
	非管理職	75	94	
	管理職	5	6	
対象者雇用形態				
	正社員	78	98	
	その他	2	3	

表2 全体的評価との相関

1. 起床時間	0.211	
2. 熟眠感	0.287	
3. 身体的活動性	0.209	
4. 身だしなみ	0.437	***
5. 食生活	0.149	
6. 精神症状	0.370	***
7. 身体症状	0.302	**
8. 集中力	0.580	***
9. 理解力	0.489	***
10. 他人交流	0.289	*
11. 家族	0.053	
12. 主治医	0.313	**
13. 服薬	0.148	
14. 健康管理スタッフ	0.259	*
15. 業務への関心	0.532	***
16. 過度な不安	0.258	*
17. 対人葛藤	0.177	
18. 業務遂行能力	0.755	***
19. 意欲と努力	0.433	***
20. 健康管理スタッフ面接回数	0.210	
21. 上司接触回数	0.238	*
22. 業務への準備	0.402	***

Spearmanの相関係数, N=80

*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

表3 判定者 (N=48) および対象者 (N=132) の基本属性 (復職後)

		有効回答	%
判定者性別			
	男性	8	17
	女性	40	83
判定者職種			
	看護職	33	69
	医師	15	31
	その他		
判定者平均経験年数		13.8	SD=7.1
対象者業種			
	建設業	9	7
	製造業	7	5
	情報通信業	109	83
	運輸	2	2
	卸売り・小売業	1	1
	医療・福祉	1	1
	その他	3	2
規模			
	50人未満	1	1
	- 999人	19	14
	- 4999人	90	68
	5000人以上	22	17
対象者性別			
	男性	111	84
	女性	21	16
対象者婚姻			
	未婚	50	38
	既婚	69	52
	離別	9	7
	死別	4	3
対象者学歴			
	高卒	71	57
	短大・専門学校卒	13	11
	大卒	36	29
	大学院卒	4	3
	不明	8	6
対象者職種			
	営業	43	33
	生産	5	4
	開発・研究	14	11
	一般管理	32	24
	医療専門職	1	1
	その他	37	28
対象者職位			
	非管理職	121	92
	管理職	11	8
対象者雇用形態			
	正社員	132	100
	その他	0	0
対象者の平均正社員年数		21.1	SD=11.5
対象者の平均過去休業年数		1.7	SD=1.7
対象者の今回の平均休業期間 (月)		6.4	SD=8.0
平均継続就労期間 (月)		7.3	SD=7.2

表4 全体的評価との相関

1. 欠勤状況	0.251	**
2. 熟眠感	0.348	***
3. 余暇の過ごし方	0.457	***
4. 身だしなみ	0.332	***
5. 食生活	0.352	***
6. 精神症状	0.506	***
7. 身体症状	0.270	**
8. 他人交流	0.260	**
9. 家族	0.284	**
10. 主治医	0.268	**
11. 服薬	0.281	**
12. 健康管理スタッフ	0.273	**
13. 規律不遵守	0.512	***
14. そぐわない言動	0.287	***
15. 協調行動	0.596	***
16. 対人葛藤	0.379	***
17. 集中力	0.560	***
18. 理解	0.568	***
19. 迅速さ	0.672	***
20. 意思伝達	0.688	***
21. 課題解決	0.555	***
22. 業務への関心	0.630	***
23. 自己認識	0.752	***
24. フォロアーシップ	0.529	***
25. ミーティング行動	0.473	***

Spearmanの相関係数, N=132

*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

12. 復職判定のツール（機能評価）

分担研究者 秋山 剛（NTT東日本関東病院精神神経科）

12. 復職判定のツール（機能評価）

分担研究者 秋山 剛

1. はじめに

復職を目指す在職精神障害者の機能評価を行うためには、職場復帰援助プログラムにおける状態を評価する必要がある。現在、NTT東日本関東病院、障害者職業総合センター職業センターのほか、中部精神保健福祉センタークリニックなど、数箇所では職場復帰援助プログラムが行われるようになっており、異なった治療機関で、信頼性がある評価を行えば、復職判定上、非常に有益である。この章では、まず、スタッフによる評価の、評価者間信頼性について報告する。

復職を目指す在職精神障害者は、しばしば、焦りから自己の状態を客観的に認識することができない。この状況を是正しなければ、職場復帰援助を適切に行うことができないばかりか、本人の「焦り」を「意欲」と主治医、産業医などが誤解し、復職と判定すると、精神障害が、再燃、再発する結果となる。本章では、職場復帰援助プログラム参加者の、自己評価とスタッフ評価のギャップについても報告する。

2. 方法

【職場復帰援助プログラムスタッフ評価の評価者間信頼性】

評価シートの内的一貫性について、Cronbachの α 係数を算定した。評価者間信頼性については、評価が4件法であるため、級内相関係数を用いて検討した。評価者間の差については、Wilcoxonの符号付順位検定を用いて検討した。

【職場復帰援助プログラム参加者の自己評価】

主評価者と自己評価の一致度について、級内相関係数、主評価者と自己評価の差について、Wilcoxonの符号付順位検定を用いて検討した。

3. 対象

【職場復帰援助プログラムスタッフ評価の評価者間信頼性】

平成16年11～12月、主、副2名の評価者による評価が可能な期間に、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に在籍した参加者24名である。

【職場復帰援助プログラム参加者の自己評価】

平成16年11～12月の間に、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に在籍し、自己評価に同意した参加者32名である。

4. 結果

【職場復帰援助プログラムスタッフ評価の評価者間信頼性】

表1に、職場復帰援助プログラムスタッフ評価表の内的一貫性、表2に評価者間信頼性の結果を示す。スタッフ評価表の質問項目の、内的一貫性は高かった。出席を除く19項目中、15項目で、評価者間の相関が有意であり、評価者間信頼性が示された。有意な相関がみられなかった項目は、ルールの不遵守、協調行動、不快感を与える行動、意欲であった。一方、出席を除く19項目中、7項目で、評価者間の判定に有意な差があり、評価者間で、判定に差がある項目がみられた。有意な差がみられたのは、5%水準で挨拶と全体的評価、1%水準で迅速さと正確さ、0.1%水準で他者交流、協調行動、不快感を与える行動、意欲であり、各項目とも副評価者が低い評価をする傾向がみられた。

【職場復帰援助プログラム参加者の自己評価】

表3に、自己評価とスタッフ評価の比較を示す。自己評価とスタッフ評価の間には、20項目中5項目しか有意な相関がみられなかった。相関が有意であったのは、1%水準で出席、5%水準でルールの不遵守、持続性、迅速さと正確さ、他者交流であった。自己評価とスタッフ評価の差については、20項目中9項目で有意な差がみられた。差が有意であったのは、5%水準で柔軟性、表現能力、不快感を与える行動、1%水準で持続性、問題解決能力、会話の内容、全体的な判断、0.1%水準で感情のコントロール、自己認知であった。全項目にわたって、自己評価がスタッフ評価より高い傾向がみられた。

5. 考察

【職場復帰援助プログラムスタッフ評価の評価者間信頼性】

職場復帰援助プログラムスタッフ評価表は、高い内的一貫性を持つことが確認された。評価者間の相関も、概ね満足するべきものであり、実用性が確認された。一方、ルールの不遵守、協調行動、不快感を与える行動、意欲について、相関が有意でなかった。この項目については、他の項目よりも主観的な解釈が大きな比重を占めるのかもしれない。また、主評価者と副評価者の間で、9項目について、評価の差が見られた。主評価者は、職場復帰援助プログラムの経験が6年間におよぶのに対して、副評価者は1年間である。異なった治療機関、異なった治療者の間で、スタッフ評価表を職場復帰準備性の客観的な指標として用いるためには、評価についての研修が必要である。

【職場復帰援助プログラム参加者の自己評価】

今回の結果は、平成16年度の調査とほぼ同じ傾向を示した。つまり、自己評価はスタッフの客観的な評価とあまり相関せず、全体的にスタッフ評価より甘い傾向がある。これは、「復職希望者は自分の状態を甘く評価し、復職を焦りがちである」という臨床的印象とよく一致する。自己の状態を甘く評価して、復職を焦ると、当然、復職後の再燃、再発が起りやすくなる。今後、自己評

価とスタッフ評価の相違について指摘し、自己認識をより正確なものとして、復職に対する焦りを抑えるための治療的方策を検討する必要がある。

6. 結論

- ① スタッフ評価表は、研修を行えば、異なった治療機関の間で、復職可能性を判定するツールとして使用することができる。
- ② 在職精神障害者は、復職可能性について、自己の状態を甘く評価しがちであり、再燃、再発を防止するために、復職への焦りを抑えるための治療的方策について検討する必要がある。

表1 職場復帰援助プログラム評価表の内的一貫性

基本的な生活習慣	0.5891
作業能力	0.7045
知的理解力、認知	0.9468
対人交流	0.738
心理的側面	0.612
total	0.9199

表2 評価者間信頼性

	N	評価者間の相関 級内相関係数		評価者間の差 Wilcoxonの符号付順位検定	
		ICC	p	Z	p
1 出席		すべて一致(客観的事実のため)			
2 整容	24	0.465	0.009	0.000	1.000
3 ルールの不遵守	24	0.193	0.174	-0.816	0.414
4 持続性	24	0.717	0.000	-1.414	0.157
5 迅速さおよび正確さ	24	0.559	0.002	-3.162	0.002
6 指示の理解	24	0.516	0.004	0.000	1.000
7 問題解決能力	24	0.516	0.004	-1.897	0.058
8 柔軟性	24	0.337	0.047	-1.265	0.206
9 表現能力	24	0.628	0.000	-0.447	0.655
10 情報処理能力	24	0.911	0.000	-1.000	0.317
11 挨拶	24	0.575	0.001	-2.449	0.014
12 他者交流	24	0.432	0.014	-3.742	0.000
13 会話の内容	24	0.559	0.002	-0.447	0.655
14 協調行動	24	-0.484	0.993	-4.243	0.000
15 不快感を与える行動	24	-0.340	0.953	-4.243	0.000
16 役割行動	24	0.471	0.008	-1.414	0.157
17 感情のコントロール	24	0.471	0.008	-0.816	0.414
18 意欲	24	0.045	0.414	-3.606	0.000
19 自己認知	24	0.562	0.001	-0.816	0.414
20 全体的な判断	24	0.758	0.000	-2.000	0.046

表3 自己評価とスタッフ評価

	N	評価の相関 級内相関係数		評価の差 Wilcoxonの符号付順位検定	
		ICC	p	Z	p
1 出席	19	0.653	0.001	0.000	1.000
2 整容	32	0.287	0.051	-1.265	0.206
3 ルールの不遵守	32	0.396	0.011	-0.577	0.564
4 持続性	31	0.321	0.035	-2.744	0.006
5 迅速さおよび正確さ	26	0.356	0.032	-0.585	0.559
6 指示の理解	32	0.215	0.112	-0.881	0.378
7 問題解決能力	32	0.177	0.160	-2.688	0.007
8 柔軟性	32	0.213	0.114	-2.527	0.011
9 表現能力	30	0.127	0.245	-2.556	0.011
10 情報処理能力	27	0.125	0.260	-0.966	0.334
11 挨拶	32	0.255	0.074	-1.292	0.196
12 他者交流	32	0.356	0.020	-1.127	0.260
13 会話の内容	31	0.089	0.311	-2.668	0.008
14 協調行動	31	-0.168	0.822	-1.882	0.060
15 不快感を与える行動	32	-0.180	0.843	-1.964	0.050
16 役割行動	26	-0.074	0.644	-1.508	0.132
17 感情のコントロール	32	-0.058	0.625	-3.854	0.000
18 意欲	32	0.057	0.375	-1.685	0.092
19 自己認知	32	-0.103	0.717	-3.762	0.000
20 全体的な判断	32	0.226	0.101	-2.562	0.010

N数のばらつきは、個別の事情による(パソコン作業が遅れてつけられないなど)

13. 職場復帰支援における現状の課題と対策

研究協力者 田中 克俊（北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学）

13. 職場復帰支援における現状の課題と対策

研究協力者 田中 克俊

平成12年に策定された「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」の中で、心の健康問題により休業中の労働者の職場復帰について事業場内産業保健スタッフ等は管理監督者及び事業場外資源と協力しながら指導及び支援を行うこととされている。これを背景に職場復帰支援に関するルール作りの手引きとして、平成16年10月に厚生労働省より「こころ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」（以下、「復職支援の手引き」と略す）が発表され、事業者はこれを参考にしながら個々の事業場の実態に即した形で職場復帰支援プログラムの策定やルールの整備を行うよう求められている。ここでは、復職支援の手引に示された基本的な流れ（図）を中心に現状の課題と対策を検討し、今後の職場復帰支援のありかたについて若干の考察を行う。

1. 職場復帰支援の各段階における現状の課題と対策

1) 病気休業開始及び休業中のケアにおける課題と対策

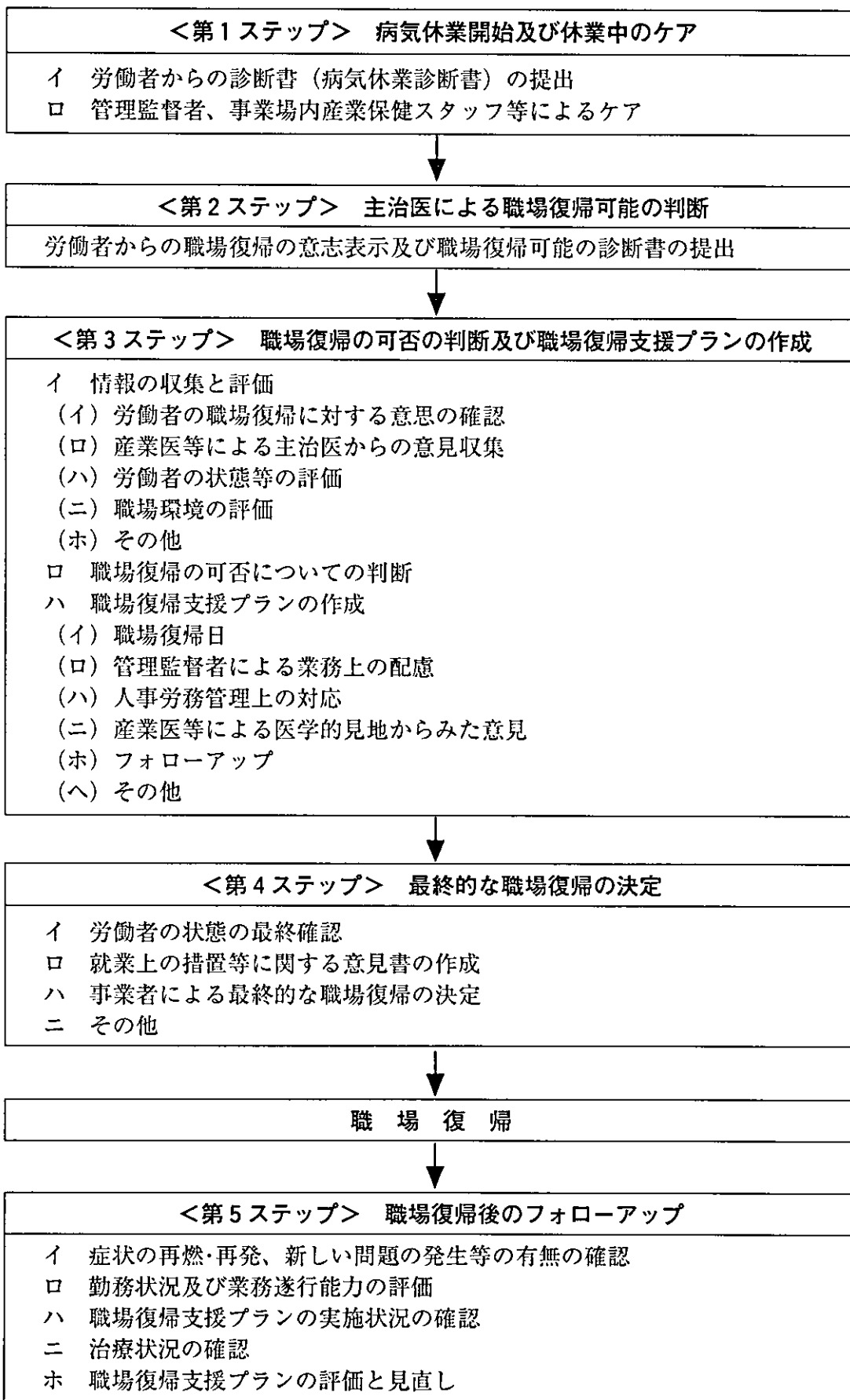
精神的な病気で休職することは、労働者とその家族にとって非常に不安な出来事である。労働者は、病気に対する不安だけでなく、復職に対する多くの現実的な不安を抱いている。もちろんこういった不安に対して主治医による治療的サポートも行われるが、復職に関する現実的な不安に対しては主治医よりもむしろ管理監督者や産業保健スタッフからのサポートが有効であることが多い。

しかしながら、現状では、主治医から病気休職のための診断書が提出されると、傷病手当金等の簡単な事務連絡をするだけで、あとは復職の診断書が提出されるまでそっとうとうという対応が中心になっており、適切な休業中のケアがなされているとは言い難い状況がある。

一方、人事労務担当が主体になって休職中も定期的な状況報告書の提出を求めたり、産業保健スタッフが入院先にまで行って面会を行うなど、逆に休養を妨げるのではと危惧されるくらいの接触を図る事業場もある。

休職中の労働者にどれくらいの頻度で接触を図っていくかは、就業規則にそのことが明記されていない限り、病気の特性やそのときの状態によって判断されるべきである。その判断が難しい場合には主治医に相談することも必要である。労働者にとっても不利益になる休職期間を、出来るだけ短くするために必要な働きかけや確認は休職者の負担にならない範囲で適切に行われることが望ましい。適切な連絡は、休職中の不安や孤立感を和らげるだけではなく、もし途中で職場環境へのアプローチが可能となれば、そういった情報や具体的な働きかけが提供されることによって、労働者の症状の回復と復職に要する時間は短縮されると期待される。しかし、そういった情報もなく、休職に至ったその職場状況に再び耐えられるようになるまで復職出来ないと労働者が考えると、復職

図 職場復帰支援の流れ



（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」より）

までより多くの時間が費やされることになる。

休職開始の際には、主治医からの診断書が提出されるが、実際には主治医の診断書だけでは、その原因や休職中のケアに関する情報は得られないことが多い。そのため、労働者の了解が得られた場合、産業保健スタッフは主治医と連絡をとって必要な情報を交換し、職場復帰の際に十分な連携が取れるよう準備しておくことが望ましい。休職中の主治医との話の中で、職場における本当の原因が語られることも少なくなく、主治医からの情報がその後のフォローを考えて行っていく上で重要な役割を果たすことも多い。また、休職期間の見通しや復職後に必要な就業上の配慮、職場環境の整備についての主治医の考えを早めに聞いておくことで、管理監督者が出来るだけ余裕をもって復職までの間の準備を進めることも可能になる。こうしたやりとりの中で主治医に労働者の業務内容や職場環境、復職支援の仕組みなどの情報を与えることは、職場復帰支援をスムーズに進めるのに大切なことである。

また、健康管理スタッフ等の判断によって自宅療養等を勧める場合にも、前もって連携の準備を整えた地域医療機関とのネットワークを構築しておけば、診療機関として最初からその中のクリニック等を紹介することが可能となり、その後の職場復帰支援における連携もスムーズに行うことができる。

休業開始後の関係者間の連携や主治医との連絡の方法など休業中のケアに関することについても、事前に職場復帰支援に関するルールの中で取り決めておくことが必要である。

2) 主治医による職場復帰可能の判断における課題と対策

職場復帰可能とする主治医からの診断書が提出されると、職場復帰支援のための面談の準備が開始される。主治医は症状の評価は行うものの、その人がどのような環境でどのようなことを行わなければならないのか具体的なイメージがつかめないため、職務遂行や適応に関する評価はほとんど行わないまま復職の判断を行っていることが少なくない。また職場復帰の申請には、主治医による医学的判断以外に、時に職場復帰支援を急ごうとする労働者や家族の不安や焦りが影響していることもあるため、労働者に職場復帰に対する明確な意思や就業意欲が備わっていることを確認する必要がある。

管理監督者および産業保健スタッフは、余計な心配によって必要以上に急いでいる様子はないか注意し、またいくらかの早い職場復帰よりもしっかりと準備を整えた上で職場復帰する方が重要であること等を説明しながら、主治医と労働者の責任ある判断によって職場復帰の申請が出されていることを確認しなければならない。

復職支援の手引きでは触れられていないが、職場復帰のための診断書として医療機関が準備している診断書ではなく、あらかじめ事業場で準備した復職診断書（一般的な書式に具体的な就業上の配慮についての記載欄等を追加してあるものなど）の使用を主治医に求めているところもあるが、これは、特に産業医等が選任されていない事業場等では職場復帰支援のための主治医の意見を求め

る効率的な方法と思われる。しかし、このような診断書を準備する際にも、記載すべき内容やプライバシーについて十分な検討を行い、きちんとルール化した上で、労働者の同意を得ながら使用するようにしなければならない。

3) 職場復帰の可否の判断及び職場復帰支援プランの作成における課題と対策

職場復帰の可否を判断するには、まずきちんとした情報収集とその適切な評価が前提となる。

労働者についての評価を行う際には、復職診断書だけでは十分な情報が得られないことが多いため、必要と思われる場合には、産業医等は主治医と連絡を取ることが大切である。主治医との情報交換は、高度のプライバシー情報が扱われることが多いため、労働者の同意を得た上で産業医等が中心になって行うことが望ましいと考えられる。復職支援の手引きでは「職場復帰支援に関する情報提供依頼書」等の使用が勧められているが、情報提供をはじめ主治医との連携の際に必要なと思われる費用の負担についても事前に事業場で検討しておく必要がある。産業医等が選任されていない事業場の場合は、情報の内容は安全配慮義務を履行するために必要な情報に絞り込み、情報交換の目的と内容を労働者にきちんと説明し同意を得た上で連携を図るように配慮する必要がある。

その他、労働者に関する情報として、治療継続の必要性や業務遂行に影響を及ぼす残存症状や副作用の可能性などについてもきちんと聞いておかなければならない。多くの場合、服薬を継続しながらの職場復帰となるが、ほとんどの抗精神薬の服用において、自動車の運転等危険を伴う機械の操作には従事させないよう示されており、こういった注意に対する対応も事業場で検討しておかなければならない。

業務遂行能力についての評価としては、

- (a) 適切な睡眠覚醒リズムの有無
- (b) 昼間の眠気の有無
- (c) 注意力・集中力の程度
- (d) 安全な通勤の可否
- (e) 業務遂行に必要な作業（読書やコンピュータ作業、軽度の運動等）の実施状況と、作業による疲労の回復具合
- (f) その他ホームワーク等の遂行状況

などが必要である。適切な睡眠覚醒リズムが回復していることは職場復帰の可否を判断する上で最も重視すべきことだと思われる。もし、家族から情報が得られる場合には、それは、労働者の状態を評価する上で重要な判断材料になるであろう。

職場環境の評価に必要なのは職場の作業環境管理や作業管理についての情報である。騒音環境や温熱環境などの他、仕事の質や量、作業時間の管理などは、直接的に関係してくる要因である。精神症状の再燃には、心理的ストレスだけでなく、肉体的疲労もリスクになることに気をつけなければならない。配置転換や役割の変化や職場の人間関係は職場復帰後の経過を左右する重要な要因で

あり、関係者間で十分な情報交換を行う必要がある。

職場復帰の可否は、あくまでも労働者の状態と職場要因とのバランスをみながら総合的に判断されなければならない。通常7～8割以上の回復が職場復帰の目安とされることが多いが、7～8割くらいまで回復したとしても、運転業務や危険作業など求められる業務によってはそれでは不十分なこともある。しかしその場合でも、しばらく他の業務への配置転換が準備されるならば職場復帰は可能となる。

職場復帰の可否の判断ではケースバイケースの判断が求められることが多いが、判断の幅を必要以上に広げると公正な職場復帰支援の運用が困難となる。労働者および職場の評価方法と職場復帰可否の判断基準についても事業場の関係者間で話し合い、可能な限りのルール化を図る必要がある。

職場復帰支援プランには、職場復帰日の他、管理監督者、人事労務担当者、産業保健スタッフそれぞれが実施すべき具体的な支援や配慮の内容が含まれなければならない。特に、必要な業務上の配慮や、裁量労働制度等の適応の可否や配置転換・異動などの人事労務管理上の対応については、産業医等による意見をもとにその内容をできるだけ明確に具体化する必要がある。

4) 最終的な職場復帰の決定における課題と対策

最終的な職場復帰の決定の手続きのために、これまで話し合われた内容を正式な文書としてとりまとめ、事業者に提出されなければならない。正式な文書として、産業医等によって必要な就業上の配慮などがまとめられた意見書が作成されることが多いが、中には簡単な状態像と復職予定日だけが記載されて職場復帰支援プランの中で取り決められた内容が示されていないことがある。意見書などには、職場復帰支援プランで検討された内容を明確に記載し、また、フォローアッププランに従って意見書の内容も適宜更新されなければならない。

また、職場復帰後も通院治療が必要な場合、就業上の配慮の内容を労働者を通して主治医に伝え、主治医はより職場環境について理解しその後の健康配慮についても貴重な意見を提供してくれる可能性が高くなると思われる。

5) 職場復帰後のフォローアップにおける課題と対策

精神疾患による職場復帰支援については、身体疾患の場合とは違ったいくつかの難しさが存在している。精神疾患の場合、今後の経過についての明確な見通しが立てにくいことが少なくなく、再発・再燃を防止するための方法論にも多くの不確実さが存在している。このように精神疾患における職場復帰支援においては、いくら周到な準備をしても、復職後の経過をコントロールすることは実際難しいため、職場復帰後のフォローアップが非常に重要になってくる。多くの場合、産業医意見書等の更新時期に合わせて復職後の面接を行っているが、何か不都合があった場合には予定前でもすぐに連絡できる仕組みを作っておくことが重要である。特に職場復帰後の最初のフォローアップは、できる限り早めに短い間隔で行うことが大切である。職場復帰が上手く行かなかったケース

のほとんどは、復職後しばらくしないうちに何らかの問題が生じていながらも、それがしばらくの間放置されることで再燃・再発につながっている場合が少なくない。

フォローアップの際には、症状の再燃・再発のチェックだけでなく、業務遂行能力や勤務状況の評価、意見書等で示されている就業上の配慮の履行状況などについても詳しく聞いておく必要がある。特に疲労の回復具合や、睡眠の様子等には十分な注意が必要である。そしてもし何らかの問題が生じていた場合にはできる限り早めに関係者間で対応することが大事である。また、産業保健スタッフは、症状再燃の大きなリスク要因である治療の自己中断や服薬コンプライアンスの低下にも十分注意を払わなければならない。そして必要に応じて主治医や関係者と連絡をとりながら、職場復帰支援プランの見直しなどを臨機応変に行っていく必要がある。

6) プライバシーに関する現状の課題と対策

復職に関する情報のほとんどは、労働者のプライバシーに深く関わるものであるため、労働者の個人情報については原則として常に本人の同意を得た上で扱うよう配慮しなければならない。しかし、職場復帰の可否の判断を待つ労働者にとって、情報交換等に関する同意を拒否することは、それだけで職場復帰が認められないのではという不安に直結するため、職場復帰支援における同意については労働者が不利な立場に置かれまいよう十分な配慮が必要である。

職場復帰支援における情報の内容は、あくまでも復職サポートと事業者の安全（健康）配慮義務の履行を目的としたものに限定されるべきである。プライバシーに関わる情報管理については、まず事業場にて情報収集および利用の目的、取り扱い方法についてのルールを明確に定めることが必要であり、特に刑法上守秘義務が課せられている産業医は、主治医との情報交換も含め健康情報のコーディネーターとして機能することが求められている。特に健康情報に関わる可能性のある健康管理室等のスタッフ全員を対象とした規程を設けその遵守を徹底させるための教育を行う必要がある。

2. 今後の職場復帰支援のありかた

1) 職場復帰に関する規程の整備

復職については、労働者の機能評価や今後の見通しの困難さ、およびその時の人事施策との関係などから、客観性や公平性が損なわれる可能性が低くない。そのため社内規則を整備し復職に関するきちんとしたルールを作ることが特に重要となる。これは就業規則や労使協約の改定なども必要とする企業にとって大変な作業であるが、本来、復職という人事に関わる制度についての社内ルールが明文化されていないこと自体大きな問題であり、これは企業のリスクマネジメントのためにも決して欠かすことができない作業である。実際、昨今の職場復帰支援に関する様々な動きを受けて具体的な就業規則の改定を行う企業も出てきている。

2) 外部機関との連携

中小規模事業場等では、専属産業医等必要な人材が確保出来ない事情もあることから、必要に応じて地域産業保健センター、都道府県産業保健推進センター、中央労働災害防止協会、労災病院勤労者メンタルヘルスセンター等の事業場外資源のサポートを求めることが重要である。また最近では、いくつかの医療機関や精神保健福祉センター、NPO（民間非営利組織）でうつ病等を対象にした復職のためのリハビリテーションプログラムが試行されるようになっている。今後、こういった活動が広まると同時に、これらの外部資源によるサービスを上手く活用し、連携するための方策作りが重要になってくると思われる。

3) キャリアの側面からの支援

疾病による休業は、時には労働者のキャリアデザインの見直しを迫る機会となる。その際、労働者自らがこれまでのワークヒストリーやライフヒストリーを振り返り、現存する問題点を整理しその解決策を求めていく過程を支えるキャリア支援は非常に大きな意味を持つ。なぜ自分がこういった状況に至ったかなどについても単なる偶然ですまさずに、これまでの労働観や自己の健康管理のありかたも含めて見つめ直す機会にすべきであろう。復職時または復職後にもこういったキャリアサポートが受けられるならば、症状の再燃・再発の予防だけでなく、今後の仕事生活をより豊かなものにするきっかけにもなるであろう。今後は復職後のフォローアップとして、健康状態の経過観察だけでなくこういったキャリアの側面からの支援が行われることが期待される。

3. おわりに

うつ病をはじめとして精神疾患は決して一部の人が罹る特別なものではない。そして同時に精神疾患による休業や職場復帰も誰もが経験しうることでもある。しかし、実際にはまだ残る偏見等によりきちんとした対応が行われているとは言い難い部分が残されている。今後企業における精神疾患の職場復帰支援をスムーズに行うためには、まず精神疾患に対する理解を深め、きちんとしたプログラムによって効果的な復職支援が可能となることを示すエビデンスを構成していく必要がある。