

(事例 No)

1) 年齢

- ①20歳未満 ②20～24歳 ③25～29歳 ④30～34歳 ⑤35～39歳 ⑥40～44歳 ⑦45～49歳
⑧50～54歳 ⑨55～59歳 ⑩60歳以上 ⑪不明

2) 性別

- ①男 ②女

3) 在籍する職場の規模(企業単位ではなく、事業場単位でお答えください。)

- ①50名未満 ②50～299名 ③300～999名 ④1,000名以上 ⑤不明

4) 在籍する事業場の業種

- ①製造業 ②建設業 ③運輸業 ④卸売業・小売業 ⑤金融・保険業
⑥サービス業(医療・教育を含む) ⑦その他()

5) 職位

- ①一般 ②管理職 ③経営職 ④その他() ⑤不明

6) 職種

- ①製造 ②営業 ③設計 ④研究開発 ⑤間接部門(人事、総務など)
⑥その他() ⑦不明

7) 家族構成

- ①独身で独り住まい ②独身で親と同居 ③配偶者と同居 ④配偶者および親と同居
⑤既婚で単身赴任 ⑥不明 ⑦その他()

8) 診断名(ICD-10、DSM-IVなどの分類でなくても結構です。わかる範囲でお書きください)
()

9) 発症(あるいは増悪)と職場因子との関連の程度

- ①主因 ②主な要因のひとつ ③誘因のひとつ ④不明 ⑤その他()

10) 職場要因の内容(該当する項目には1、該当しない項目には2に○を付けてください)

- ①長時間労働 (1 ・ 2)
②仕事の過量 (1 ・ 2)
③仕事内容の困難 (1 ・ 2)
④仕事の適性の問題 (1 ・ 2)
⑤人間関係 (1 ・ 2)
⑥周囲の支援の不足 (1 ・ 2)
⑦仕事の裁量権の不足 (1 ・ 2)
⑧大きなストレスとなる出来事の発生(例:大事故を目撃した、職場に多大な損害を与えたなど)
(1 ・ 2)
⑨その他 (1 ・ 2)

(具体的にお書きください)

11) 復職後の経過(復職後6ヶ月間)

- ①順調に職場適応している ②職場適応が難航している ③再び休業になった
④退職となった

12-1) (11)で①と回答した場合)その要因として、次のそれぞれの項目は、どのように位置づけられますか?

各項目について、非常に重要であった場合には1、重要であった場合には2、あまり重要でなかった場合には3、該当しなかった場合には0に、○を付けてください。

- ①病態が軽症であった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ②十分に病態が回復していた (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ③主治医から適切な情報が得られた (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ④職場で適切な業務面（質や量）の配慮がなされた (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑤就業時間の短縮が認められた（例：半日勤務） (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑥残業時間の制限がなされた (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑦職場で人間関係の調整がなされた (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑧元の職場への復帰が認められた (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑨職場異動がなされた (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑩本人の仕事に関する考え方・姿勢が変わった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑪家族の十分な理解・協力が得られた (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑫その他 () (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)

*③～⑦に1または2と回答した場合には、具体的にお書きください。

- ()
- ()
- ()

12-2) (11) で②と回答した場合) 具体的にお書きください。(例：不定期的な欠勤が続いている)

- ()

12-3) (11) で③と回答した場合) 復職から再休業に至るまでの期間は？

- ①1 ヶ月未満 ②1 ヶ月以上3 ヶ月未満 ③3 ヶ月以上1 年未満 ④1 年以上

12-4) (11) で②あるいは③と回答した場合) その要因として、次のそれぞれの項目は、どのように位置づけられますか？

各項目について、非常に重要であった場合には1、重要であった場合には2、あまり重要でなかった場合には3を、該当しなかった場合には0に、○を付けてください。

- ①病態が軽症でなかった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ②十分に病態が回復していなかった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ③主治医から適切な情報が得られなかった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ④職場で適切な業務面（質や量）の配慮がなされなかった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑤就業時間の短縮が認められなかった（例：半日勤務） (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑥残業時間の制限がなされなかったか、不十分だった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑦職場で人間関係の調整がなされなかった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑧元の職場への復帰が認められなかった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑨職場異動がなされなかった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑩本人の仕事に関する考え方・姿勢が変わらなかった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑪家族の十分な理解・協力が得られなかった (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)
- ⑫その他 () (1 ・ 2 ・ 3 ・ 0)

*③～⑦に1または2と回答した場合には、具体的にお書きください。

- ()
- ()
- ()

*ご協力ありがとうございました。

IV. 復職プログラム

1. 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

分担研究者 荒井 稔

1. 現状

(1) メンタルヘルス不全者の休職者に占める割合の高いこと

現在、就労者のうちのおよそ1パーセントは、なんらかのメンタルヘルス上の不調をもち、そのうちの一部は、症状のために長期の療養を必要としている。この実数については、十分な調査が行われていないが、多くの事業場において、長期療養が必要な人数が内科、外科等の身体疾患を上回っていることを十分に考慮すべきであろう。一般に、メンタルヘルスについての対策では、一次予防としてメンタルヘルス上の不調を予防すること、二次予防として早期発見・早期治療を行うこと、および三次予防として、再発を防ぐこととされているが、復職にまつわる問題は、職域において三次予防が開始されるという意味で重要である。復職の時点で考慮される点としては、対象者の回復の度合い、治療過程における位置づけ、就労能力の評価、職場・人事労務担当者・家族等の人的支援体制の評価、再発予防のための通院等の医学的治療継続の必要性、再発の可能性の評価、および再発時の対応などである。

(2) メンタルヘルス不全者の復職判定時に適正な判断がなされていないこと

実際の復職に至るまでには、本人や家族から回復度合いについて、職場の上長に報告されていることが多いが、十分なメンタルヘルスについての教育がなされていない場合には、職場にとっては突然に主治医からの復職可能という診断書が提出されるということも少なくはない。こういった場合に、上長は、本人との面接、受け入れ体制の整備、人事・労務担当者への報告・指示受け、産業医（精神科産業医を含む）に対する産業医学的な就労可能性の判定依頼、職場の構成員に対する事情説明等を短期間に行うことになる。

(3) メンタルヘルス不全者に対応する専門家が少ないこと

さらに、上長のメンタルヘルスの問題を持つ者に対する対応の知識・経験が不十分であったり、中小事業場では専属産業医がいないこと、また、精神科産業医の数が限られているなどの要因によって、症状回復が就労することに対して適切なまでに回復しているかの評価ができず、職務に支障のある症状が遺残している場合は少なからず見受けられる。この際に、医学的判断とともに就労能力の評価が本来的には必要であるが、現在ではほとんどの場合、この評価が専門家によって行われていないことが現状であると指摘できる。

(4) 復職後に繰り返し病気療養が必要な事例が多いこと

復職時の判定の精度にもよるが、メンタルヘルス不全者が症状の再燃をきたしたり、職務遂行に

必要な技術・知識をもっていないといったミスマッチの状態では、繰り返し休業が必要となる者は少なくない。とくに、就労経験の少ない成人や、初老期にある者の場合には、通勤や勤務に耐えられる体力が十分でないこと、職務に必要な技術・知識を新たに学習することが困難な場合が少なからず認められる。頻回に職場を休むことによって、就業者個人の自尊心を維持することは困難であり、また、周囲の者も当該就労者に対する評価は好ましくない傾向となっていくことが多い。繰り返す病気休暇がもたらす転帰としては、本人・家族・周囲の者への負担は大きくなり、継続的な就労が困難となることを念頭におかなくてはならないであろう。雇用維持という観点からも、この頻回に繰り返す病気休暇については、本人の利益を最大に尊重しつつ、システムを構築する必要性が多くの関係者から指摘されている。

(5) メンタルヘルス不全者に対する偏見が是正されないこと

上述したように、在職精神障害者の場合でも、繰り返す病気休暇、仕事の能率が好ましくないこと、周囲に対する配慮ができないほど苦しむことなどの諸要因によって、メンタルヘルス不全者に対する周囲の偏見が助長され、適正に治療を受け、他の就労者と同じあるいはそれ以上の能率・能力を示す者がいることに気づかれることが少ないのは残念なことである。現時点でも、過去にメンタルヘルス不全を経験し、それから完全に立ち直った就労者は、上長としても、管理監督者としても、他の者の苦労を理解する能力が向上しているもので、よき上長、管理監督者・経営者となることが多いので、メンタルヘルス不全が必ずしも個人の成長の阻害をすると決めることは間違いといわなくてはならない。メンタルヘルス不全を経験することの価値も考慮すべきであろう。

2. 課題

現状で述べたことの繰り返しになる部分もあるが、メンタルヘルス不全者の復職について、現時点での課題を述べたい。

(1) メンタルヘルス不全者の発生の予防

メンタルヘルス不全者の中には、個体側の要因が優勢である障害があることも事実であるが、現在のメンタルヘルス不全者全体のおよそ3分の2は、主に就業環境が適正でないことに基づく障害、つまり、作業関連性障害としてのメンタルヘルス不全の要素が強いと位置づけることが可能である。この事実から、メンタルヘルス不全発現予防が可能であるということが出来る。メンタルヘルス不全の原因となる要因はさまざまであり、多くの要因が重畳しているが、そのうちから重要なものを取り上げよう。

① メンタルヘルス不全の要因としての対人関係

一般に、就労者ばかりでなく、人間は集団を構成すると、より優勢な者とより劣勢な者とに分かれる傾向があり、劣勢な者は多くの場合、自分の都合を優勢な者の都合に合わせなくてはならないことが多い。個人個人の都合は、それぞれ相反していたり、一致したりするが、劣勢の個人

の都合うち、どうしても譲れない都合が無視されたり、拒否されたりすると、劣勢の個人の心理的状態は好ましくない方向へと向かう。

こういった過程は、日々繰り返されているが、ある閾値を超えて個人の都合が無視され、拒否されると、個人の安全保障感は喪失し、何らかの精神的症状が出現することになる。この症状は、本人にとっては外界への順応の差し障りとなるが、個人の都合をそれ以上毀損されないという個人を保護するという側面ももっている。優勢な者は、通常の判断能力があればその症状が劣勢な者を保護する機能があることに気づき、ある程度の強さで自己防衛をしていることを理解することになる。通常では、この時点で、優勢な者は自分の都合を主張することを留保し、劣勢な者の都合を採用することを試みることになる。劣勢な者が自分の都合が尊重された時点で、多くの精神的症状は、軽快・消滅することになる。こういった過程は、健康な集団では日々繰り返されており、この機序によって、精神的な破綻が防がれている。

この他の都合を尊重するという態勢は、通常の個体には生来的には備わっており、一般的には、「フォローする」とか「逃げ道を準備する」といった健常者の行動や思考に現れている。コミュニケーションといった言葉が頻用される背景にも、このような他者の都合を配慮するための情報収集といった機能が重要だからである。

産業の現場では、こういった配慮をする訓練として、「傾聴法」が取り上げられ、実践されているが、相手の都合に聞き入り、それと自分の都合との折り合いをつけていくという対人技術は、何歳になっても繰り返し訓練が必要であり、就労する者が身につけるべき最低限のマナーということができよう。復職の時点でもこういったメンタルヘルス不全者の都合をできる限り聴き、尊重するという姿勢が関係者全員に必要なのは述べるまでもなからう。

② 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一般的であるが、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。昨年採用されている脳・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、1ヶ月に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時間を越えるか、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正の相関があり、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蓋然性が高いことが一般に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、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いが、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、時間の制限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。

③ 事業場内・外の支持組織の充実の必要性

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、第一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。第二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、前述した「傾聴」という態度をとるといいう上長の役割であるが、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、第三の事業場内資源の拡充、および第四の事業場外資源の開発・利用がこれからの大きな課題である。

現在の事業場内資源としては、従来の人事労務担当者以外に、従業員の能力開発、キャリア支援を行うことができる事業場内従業員支援プログラム（Employee Assistance Program;EAP）制度の日本の現状を踏まえた導入、産業医療体制としても、狭義の心身の健康診断を含めた健康増進活動のためのスタッフの能力向上などが急務な状況である。

さらに、現在事業場内資源のみでは対応できない場合もあり、日本の産業医療体制と連携ができるEAP組織が少なく、事業場内資源が十分でない場合の支援体制が整っていないのが現状である。日本におけるEAPの機能としては、診療機能、職場へのメンタルヘルス教育、マネージャーに対する教育、会社のメンタルヘルス対応体制整備の指導などさまざまな業務が必要であるが、それらの機能を十分に果たせるEAP組織の数的拡大、それらの機能の向上などが必要であることが指摘されている。

(2) メンタルヘルス上に問題をもつ者の復職の課題

メンタルヘルス対策が積極的になされたとしても、精神医学的、心療内科的治療が必要な就業者の復職についての問題点は多い。治療上の費用の問題、就労可能という判断の問題、在職精神障害者のリハビリテーションの必要性についてそれぞれ、課題を述べたい。

① 治療上の費用の問題

メンタルヘルス不全者の治療においては、現在利用できる向精神薬の種類が増え、薬物療法としての治療成果は向上してきている。しかし、作業関連障害としてのメンタルヘルス上の問題を治療する際に、薬物療法同様に、精神療法、環境療法、リハビリテーションの処方などは、さまざまな制約により十分とは言い難い。まず、精神療法の際の問題点としては、精神療法の保険点数が費やされる時間に比して低いこと、上長や家族に対する指導に費やす時間は、患者治療以上の時間を必要とするにもかかわらず、点数化されておらず、治療者にとって、サービスとしてし

か位置づけられていないことがあげられる。上長や家族からの情報をえることは、個人に対する精神療法と環境療法の成否にも多大に影響することは明白であるので、関係者に対する指導についての適正な経済的な基礎が築かれる必要がある。これが実現されれば、多くの治療者にとって治療上の情報が増し、より適正な患者治療が行われると考えられる。

② 適正な復職判断の必要性

上述した側面の影響や医学的教育に就労についての知見が乏しく、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、患者の就労したいという意志を最大限尊重するのが医学的には正しいが、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しながら、患者の回復度に基づいた就労能力の判定は復職に際して困難である場合がある。

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、人事勤労担当者それぞれが連携しつつ、適正な復職判定を行い、復職を可能にする努力をしているが、現在では、産業医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ことなどの諸要件から、適正な復職判断が困難である場合が少なからずあることは指摘しなくてはならない。

③ 在職精神障害者のリハビリテーションの必要性

現在の復職判定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の機会であろう。在職精神障害者の治療療養中は、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、ナイトホスピタルなどの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が、自宅等での療養の場合にはリハビリテーションを行うことや「慣らし勤務」等の準備を行うことが困難であり、復職後の経過が望ましくない場合がある。現在、在職精神障害者に対するリハビリテーションの試みが始まっているが、人的資源、費用等の問題はこれから解決されるべき課題として残されている。

3. まとめ

- (1) 現在の職域においては、精神的健康を維持・増進する対策を講じることが、就業者本人および家族、事業主などの関係者にとって経済的な活性化、日本全体の創造性の向上のためにも急務である。
- (2) 心身の健康の維持・増進を試みる一方で、メンタルヘルス不全者数は就労者全体のおよそ1パーセントであり、関係者にとってその経済的損失、心理的負担は計り知れず、適正な対応が必要である。
- (3) メンタルヘルス不全者の発症の要因の約3分の2は、職場での人間関係の問題、時間外労働が

過剰になること、人的支持組織の機能の低下などに関連しており、それらは作業関連障害の一部と位置づけることが適当である。

- (4) メンタルヘルス不全者の治療は、精神科あるいは心療内科などの主治医が行うが、職務内容、家庭生活などの治療に必要な情報を入手するために面接を行うことが必須であるが、保険点数としては算定できず、専門医にとってのインセンティブがないことは就労者に対する適正な医療の進展を妨げている。
- (5) 復職判定のシステムは、事業規模によってさまざまな形態がありうるが、最低限、主治医の復職可能の判断、産業医または精神科産業医の判断、上長の理解、人事勤労担当者の関与が必要であるが、適正な復職判定のプロセスのガイドラインが存在せず、適正な復職判定がなされていない場合があることに留意すべきである。
- (6) 事業場内の資源としては、産業医、産業精神科医、産業看護職、産業心理職、人事労務担当者などであるが、現在では、メンタルヘルス不全者に対する復職等についての対応の教育・啓発がまだ不十分である。事業場内に従業員支援プログラムの組織を設立することは、国際社会のなかで、従業員支援プログラムが市民権を持っていることを考慮すると、日本でもその設立・育成が急務である。
- (7) 事業場外資源として、公的医療・保健機関を含め、外部従業員支援プログラムが設立されているが、日本の産業医療という領域と連携できる施設は少なく、量的にも質的にも、さらに従業員支援プログラムの発展を推進すべきである。
- (8) 適正な復職判定が行われるためには、上述した体制整備とともに、在職精神障害者のリハビリテーション活動が専門家によって推進され、全国的な展開がなされる必要がある。現在、試行的に行われている「リワークプログラム」の積極的な活用と全国展開のための人的資源および経済的基盤の整備が必須である。

[研究協力者]

五十嵐美代

2. 公的機関における職場復帰支援

分担研究者 小泉 典章

1. はじめに

長野県における知事部局の県職員約7,400人のうち、うつ病など心の病で連続31日以上出勤しない長期療養休暇者は2003年度、42人で過去最多にのぼっています。これとは別に半年以上休む休職者も13人います。2004年度も2005年3月10日現在で長期療休者が56人とさらに増えており、休職者は昨年度を上回る27人となっています。

長期療休者は1998年度の14人と比べ、2003年度は3倍に増加しています。2003年度の42人の内訳は男性32人、女性10人。年齢別は、30代が14人と最も多く、50代13人、40代12人です。長期療休者と休職者の合計(55人)は全体の約0.7%に当たります。

地方公務員安全衛生推進協会の集計によると、全国の地方公務員の心の病による1ヶ月以上の長期病休者は年々増加しています。2002年度は、職員10万人当たり510.3人(約0.5%)と過去最も高い割合となっています。同協会によると、公務員の長期療養は全国的に増加傾向にあり、県職員サポート課としては長野県だけの傾向ではないと考えています。

そこで、長期療休者と休職者が増加しているので、復職への支援が必要となり、県職員サポート課と協力して復職支援プログラムを、公的機関のモデルとなるようにまとめました。

2. 職場復帰の準備のための前提

職場復帰については、職員の治癒の状況及び職務遂行能力の回復状況を踏まえて判断していきますが、その出発点は、本人からの職場復帰の意思表示です。つまり、本人の病気が回復し、職場に復帰する意欲を持つに至ることが大前提となります。

本人や家族は早く職場へ戻りたいと思うことが普通です。しかし、そうした希望が、実際に職務を行えるかという客観的判断とは必ずしも一致しません。

また、主治医は一般的な職業水準で判断しますが、仕事ができるかどうかは、具体的に仕事のことを知らなければ判断できません。管理監督者は、主治医に復帰するにあたっての本人の業務内容や職場の状況などを伝えて理解を得ることが必要になります。

しかし、復帰判断基準のうち、医学的なものは抑うつ気分が消失して明るくなり意欲が出てきたなどの病状の回復度合いで判断しますが、職務遂行能力についての判断については、職場の管理監督者が行わざるを得ないものであり、またそれが管理監督者の職務でもあります。

復職が具体的になる前から、職員サポート課や主管課と良く情報交換し合い、職場の受け入れ準備を進めていきます。

職場復帰が具体的になりだすと、職場や職員が本人の受け入れをめぐることで動揺することがありま

す。療養休暇前に職場での問題が大きかった例や、まだ十分に解決されていない問題が残されているほど、その動揺は大きいようです。

復職にいたる事情や経過、これからの方針などを職員に説明するなどして、事前の職場の不安は解消しておきます。

精神疾患を特別視することなく、管理監督者が率先して精神疾患に対する理解を深め、職場復帰してくる職員を同僚職員とともにあたたかく迎える職場環境づくりが必要です。

職場復帰の準備は、職場の雰囲気や仕事の生活に慣れること、仕事や人間関係の調整から始めます。長期にわたる休職の場合は、職業生活の習慣を立て直すことから始めます。

具体的に、職員サポート課では中央労働災害防止協会にのっとり、職場復帰の段階について以下のようにまとめました。

3. 職場復帰の段階

① 復職の支援

復職の支援は、下記の段階に分けられます。

段 階	支 援 内 容
第1段階	休職・療養の開始と休職・療養中のケア
第2段階	主治医による復職可能の診断書
第3段階	職場復帰の可否評価と支援プラン作成
第4段階	復職リハビリテーションと最終的な復職の決定
第5段階	復職後のフォロー（復職制限、配慮）

療養相談：復職のいずれの段階においても療養相談は重要で、職員サポート課保健師の療養相談を受けることができます。

【第1段階】休職・療養の開始と休職・療養中のケア

休職・療養中の対応

休職・療養中の職員に対し、職員サポート課保健師は療養相談を実施し、病状把握や療養上の助言及び所属との連絡調整を行います。

職場の管理監督者が、休職・療養中の職員に接するときには、本人や家族、主治医と連絡をとって、了解や許可を得て、職員サポート課保健師と連携をとりながら、治療の妨げにならないように対応する必要があります。

(1) 休職・療養開始当初の留意点

職場を長期間離れると職場に戻れないのではないかという不安感や疎外感、同僚や上司に負担をかけているのではないかという罪悪感、やり残した仕事に対する焦燥感を感じる場合があります。また、休職・療養休暇を他人に知られて噂になっているのではないかと不安感も湧

いてきます。家族に対して、経済的な罪悪感を持っている場合もあります。

(2) 休職・療養中の病状を把握していく

休職・療養開始後、ある程度時間が経過し、本人も落ち着いた場合、本人の希望によって、時期を見ながら、職場復帰に向けての制度や手続きについての説明も必要になります。

職場復帰については、職員の治癒の状況及び職務遂行能力の回復状況を踏まえて判断していきますが、その出発点は、本人からの職場復帰の意思表示です。つまり、本人の病気が回復し、職場に復帰する意欲を持つに至ることが大前提となります。本人や家族は早く職場へ戻りたいと思うことが普通のことです。しかし、そうした希望が、実際に職務を行えるかという客観的判断とは必ずしも一致しません。

【第2段階】主治医による復職可能の診断書

職場復帰の判断は主治医の診断書が基本的な判断資料になりますが、一般的に精神医学的な意味で「よくなった」とは「職場不適応をおこす症状が消失した」ということを意味し、必ずしも病気が治ったことを意味しているものではないことに留意する必要があります。また、主治医による診断は、本人の職場復帰への意欲を大きく評価したものとなっていることも考えられます。仕事ができるかどうかは、具体的に仕事のことを知らなければ判断できません。管理監督者は、主治医に復帰するにあたっての本人の業務内容や職場の状況などを伝えて理解を得ることが必要になります。

一般に職場復帰が可能となる本人側の条件として、次の事項があげられます。

職場復帰の本人側の条件

- ① 病状が安定していて、再発の恐れが少ないこと
- ② 仕事に対する意欲がみられること
- ③ 職務を行うための、持続力、集中力、体力があること
- ④ 必要な程度に対人関係能力が改善されていること
- ⑤ 家庭や職場での生活のリズムが確立していること
- ⑥ 再発防止のため、通院や服薬などが順守できること

【第3段階】職場復帰の可否評価と支援プラン作成

職場復帰が具体的に始めると、職務遂行能力についての判断は、職場の管理監督者が行わざるを得ないものであり、またそれが管理監督者の職務でもあります。復職が具体的になる前から、職員サポート課や各部局主管課と良く情報交換し合い、職場の受け入れ準備を進めていきます。

職場復帰の準備は、職場の雰囲気や仕事の生活に慣れること、仕事や人間関係の調整から始め

ます。長期にわたる休職の場合は、職業生活の習慣を立て直すことから始めます。

【第4段階】復職リハビリテーションと最終的な復職の決定

職員健康審査会において職場復帰の判定をします。

職員健康審査会委員の精神科専門医師は、主治医の診断や職場の状況を踏まえた上で、再発防止の観点も含め、復職リハビリテーションの状況、本人との面接等を通じて、職員健康審査会において復職の決定の判断を行います。管理監督者は、職務遂行能力の観点から職員健康審査会に参加して職場の受け入れ態勢の調整が可能か検討し、部局主管課の協力を求めます。

詳細は、「精神疾患等からの復職システム実施要領」（資料参照）によります。

「心の病」に対しては「急ぎすぎない」ことが重要で、本人が職場復帰を焦るあまり再発に至ることがありますので、本人との面接等を通じて職務遂行能力を見極める必要があります。

【第5段階】復職後のフォロー（復職制限、配慮）

本人に対しては、事前に職場の現状や担当する業務等をよく説明するとともに、職務の軽減に対する罪悪感等を持たせないように配慮することが必要です。管理監督者は健康管理区分に応じた事後措置をとると共に、復帰する職員は、管理監督者の指示を遵守し、過労を避け健康の回復に努めなければなりません。一方、職場同僚に対して管理監督者は、復帰する職員の回復の程度やそれに伴う業務の制限等を説明し、理解を得ておくことが必要です。

さらに、職場復帰後の職員が必要な治療や投薬、指導又はカウンセリング等を継続的に受けられるように管理監督者は、本人の通院のための休暇等を遠慮なく利用することができるように配慮します。職員サポート課保健師の相談を継続することも必要です。

4. 職場復帰者を支援するための管理監督者の役割

職場復帰を果たした職員は、いろいろな不安を抱えています。そうした職場復帰者を受け止めることが、まず管理監督者に望まれるところです。

職場の生活に慣れ、実際の仕事ができるようになるには、ある程度の保護のもとに仕事を進めていく必要があります。

一般的には、軽い単純・定型的なものから、より複雑で密度の高い、責任の重いものへと移していきます。接遇や交渉と言った複雑な対人関係を要する仕事や、チームで共同して行う仕事は、復職初期には避けたほうがよいでしょう。

最初は職場の雰囲気になれるということで、何も仕事を与えられないことがあります。これは本人の自己評価を低め、復帰への意欲を低下させることにもなりかねません。自分のペースで調整できるものから任務を与えて、達成目標を具体的に設定することが大切です。

職場復帰者を支援するための管理監督者の心得

- ① メンタルヘルスの問題だからといって、必要以上に特別扱いするのはさける。
- ② 仕事の量や質は、回復の様子に合わせて、ゆっくりと柔軟に対応する。
- ③ 職場復帰者の心理状態には波があるので、良好な状態、低下した状態、平均的な状態に区分し、それぞれのレベルと持続時間を総合して回復状態を把握する。
- ④ 順調に回復しているように見える場合でも、3～6か月後に再発することがあることも留意する。
- ⑤ 長期間にわたる定期的な通院が必要なケースが多いので、「通院することはよいことだ」と支持する。
- ⑥ 医師から処方されている薬を飲むことに対する否定的な発言はやめる。
- ⑦ スムーズに対応できないことも多いが、自分だけで背負い込むことなく、職員サポート課、主治医等と連携していく。

また、管理監督者は、職場全体で職務がスムーズに行われるようにしなければなりませんので、あらかじめ同僚職員に職場復帰者の状況を説明し、特別な目で見ないで、自然に職場にとけ込むように気を配るよう理解を求めるとともに、心配りのなかから再び不適応状態を起こす兆候が現れた場合には、報告するような協力体制が必要になります。

5. 長野県職員のメンタルヘルスの他の対策

以上述べてきたように、本年度は復職システムの徹底がはかられましたが、それ以上に、他のメンタルヘルスの対策にも力が入れています。主なものについて紹介します。

・メンタルヘルス推進委員会の設置

総務部長を委員長におき、県職員のメンタルヘルスの対策を迅速に、積極的に行なうために設けられています。下記の対策も、ここから生み出されているものも多いといえます。

・管理監督者のためのメンタルヘルスハンドブックの発刊

「メンタルヘルスの基礎知識」、安全配慮義務、職場の環境づくり管理監督者自身の心の健康、自殺防止などの「管理監督者とメンタルヘルス」、早期発見、早期対応、職場復帰を解説した「メンタルヘルス活動の実際」、メンタルヘルスサポート事業、療養休暇・休職、復職システムなど「制度」について詳しく述べられ、4章で構成されます。

・メンタルヘルスサポート事業

県医師会に依頼し、県下で数名のメンタルヘルスの相談が出来る精神科医師を委嘱しました。上司が困っているケースも相談は出来るように努力しています。

・メンタルヘルス講習会の開催

メンタルヘルスサポート事業の精神科医師を中心に県下数箇所管理監督者の講習会を、メン

タルヘルスハンドブックをテキストに実施。3回の内のどこかで、聞けるように補講を2回設けて、計画しました。

- ・突然辞表が出されたときの対応策

理由が不明の場合、本人の同意を得て、精神科医師が相談にのり、うつ病であることがわかり、辞表を撤回し、治療した後に復職した事例もありました。

- ・相談窓口、電話相談の拡充

メンタルヘルスサポート事業のみならず、さらに相談がアクセスしやすいように相談窓口を広げました。

6. おわりに

過去十年の県職員の自殺事例を振り返ってみても、背景にうつ状態、うつ病があると思われるケースが少なくありません。うつ状態、うつ病の早期発見、早期対応は、本年度刊行したメンタルヘルスハンドブックでも強調されていますように、自殺予防の面からはもっとも大切だとされています。職場復帰の過程での自殺は、安全配慮義務の観点からも大きな問題です。したがって、慎重さをもちながら、しかも完全な復職支援ができるように願っております。

精神疾患等からの復職システム実施要領

第1章 総則

(趣旨)

第1 この要領は、職員安全衛生管理規程（以下「規程」という。）第2条第1号に規定する職員のうち、精神疾患等により30日を超えて療養休暇を取得した職員及び休職している職員の円滑な職場復帰の実現に関し、規程に定めるもののほか必要な事項を定める。

第2章 療養相談

(療養相談の目的)

第2 職場復帰の条件が整うまでの間、休職している職員の病状把握、休職している職員への助言及び所属との連絡調整を行うため、療養相談を実施する。

(療養相談の対象となる職員)

第3 療養相談の対象となる職員は、次のとおりとする。

- (1) 精神疾患等により療養休暇から引き続き休職になった者
- (2) 精神疾患等により休職している職員のうち療養相談を希望する者

(相談方法)

第4 療養相談は、主治医の了解の下に本人の意思に基づき実施する。

- 2 所属長は、職員が第3第1号に該当することとなったときは、休職等報告書（相談様式1）により総括安全衛生管理者に報告しなければならない。
- 3 総括安全衛生管理者は、前号の報告書の提出を受けたときは、職員サポート課保健師に本人との面接を実施させる。
- 4 第3第2号に規定する者の療養相談は、年1回以上職員サポート課保健師が本人と面接する方法で実施するものとし、本人の状況に応じて必要と認める時期に行う。
- 5 療養相談は、必要に応じて職員健康審査会（以下「審査会」という。）の委員（精神科医）が面接する方法により実施することができる。

第3章 職場復帰訓練

(職場復帰訓練の目的)

第5 精神疾患等により休職している職員の職場復帰のための準備の一環として、職員自身の職場復帰に対する不安を軽減するとともに、審査会における審査の資料及び所属長が職員の回復の状況を確認するための資料とするため原則として所属する職場において、登退庁時刻、職場での滞在時間及び仕事の負荷等を調整しながら、職場復帰のための訓練（以下「訓練」という。）を実施する。

（訓練の対象となる職員）

第6 訓練の対象となる職員は、次のとおりとする。

- (1) 精神疾患等による病気休職者で、職場復帰しようとする者
- (2) 精神疾患等による病気休職又は90日を超える療養休暇から出勤した者で、1年以内に再び同一疾病等により30日を超えて療養休暇を取得し出勤を希望する者
- (3) 精神疾患等により療養休暇を90日を超えて取得した者で、出勤にあたり訓練の実施を希望する者

（訓練の手順）

第7 訓練は、主治医の了解の下に本人の意思と責任に基づき実施する。

- 2 訓練を実施する職員は、職場復帰訓練申請書（訓練様式1）に主治医の診断書（訓練様式2）を添えて所属長に提出しなければならない。
- 3 所属長は、主治医と訓練に関し十分協議の上、前号の書類に職場復帰訓練実施に対する意見書（訓練様式3）を添えて、総括安全衛生管理者に提出しなければならない。
- 4 総括安全衛生管理者は、所属長から職場復帰訓練実施の申請があった場合は、職員サポート課保健師に所属長及び本人との面接をさせた上で、訓練実施の適否を決定するものとする。
- 5 総括安全衛生管理者は、規程第26条に定める審査会の委員（精神科医）に訓練実施の適否に関する意見を聴くことができる。
- 6 訓練期間は、原則として3月以内で、本人の状況に応じて必要と認める期間とする。
- 7 所属長は、訓練の実施にあたり、本人及び家族に訓練の目的、手順及び内容等の事項を説明するものとする。
- 8 所属長は、訓練中の本人の状況に十分留意し、主治医、家族及び職員サポート課保健師など関係者と連絡を密にし、病状が悪化したと認められる場合又は業務に支障を来すと判断した場合は、訓練の中止も含めた適切な措置を講ずるものとする。

（訓練の内容）

第8 訓練の内容は、次のとおりとする。

段 階	標準的な日数	訓 練 内 容
第1段階	1日～2日間	「職場への顔出し」
第2段階	3日～4日間程度	「職場に慣れる」 半日程度訓練を行う。
第3段階	5日間程度	「仕事に慣れる」 半日を超え、訓練を行う。
第4段階	10日間程度	「通常の勤務生活に慣れる」 通常の勤務時間帯を通じ、 訓練を行う。

2 訓練は、軽いものから中程度のものへ、又は単純なもの、定型的なものから徐々に複雑なものへと訓練の内容（質・量・負荷等）を調整する。

3 訓練を実施する職員は、訓練期間中、職場復帰訓練日誌（訓練様式4）を記入し、毎日所属長に提出するものとする。また、家族は、訓練期間状況報告（訓練様式5）を記入し、原則として1週間毎に所属長に提出するものとする。

（訓練の結果報告）

第9 所属長は、訓練が終了したときは、職場復帰訓練報告書（訓練様式6）を総括安全衛生管理者に報告するものとする。

（訓練中の給与等取扱い）

第10 訓練を実施する職員に対しては、訓練中法令に定めのあるもののほかは、いかなる給与も支給しない。

また、地方公務員災害補償法による補償を受けることができない。

（訓練職場の変更）

第11 訓練を実施する職員が、所属する職場において訓練を実施することが困難な場合は、主管課の協力を得て、同一部局内の他の職場で訓練を行うことができるものとする。

2 特別な事情により同一部局内で訓練を実施することができない場合は、メンタルヘルス推進委員会において協議の上、訓練を実施する職場を決定する。

ただし、メンタルヘルス推進委員会で決定した職場を変更することはできない。

（管理職等の訓練のあり方）

第12 管理職等の訓練及び病院等に勤務する職員の訓練については、その特殊性を勘案して対応

する。

第4章 審査会

(審査会の開催)

第13 審査会は、精神疾患等により休職している職員が復職を希望し、主治医も復職を承認し、所属長も復職を可能と判断した場合に必ず開催するものとする。

2 審査会の開催は、第8第1項に規定する訓練の第4段階を10日間以上実施した後とする。

(審査会への提出書類)

第14 所属長は、精神疾患等により休職している職員の復職が可能と判断される場合は、規程第20条第2項に規定するもののほか、次の各号に掲げる書類を総括安全衛生管理者に提出しなければならない。

(1) 健康管理区分変更申出書（審査様式1）

(2) 職員の現担当業務内容、発病時及び現在の職場状況等並びに家族の状況等を知ることができる資料

(3) 職場復帰訓練日誌（訓練様式4）、訓練期間状況報告（訓練様式5）及び職場復帰訓練報告書（訓練様式6）

2 前項の書類の提出は、復職を予定する日の3週間前までに行うよう努めるものとする。

(審査会への出席者)

第15 審査会への出席者は、次のとおりとする。

(1) 精神疾患等により休職している職員及びその家族

(2) 所属長又は管理監督者

第5章 補則（補則）

第16 この要領に定めるもののほか、この要領の実施に関し必要な事項は、総括安全衛生管理者が別に定める。

附 則

(施行期日)

この要領は、平成16年10月18日から施行する。

3. 総合病院における職場復帰支援

分担研究者 秋山 剛

1. はじめに

精神疾患が原因で長期間休業している労働者が職場に復帰するためには、業務に耐えられるだけの健康状態を維持できることが必要である。本人の「大丈夫だと思う」という言葉のままに、主治医が「復職可」という診断書を書くと、職場復帰後、症状悪化、再発を招きやすい。復職を焦っていることもあり、本人が自分の健康状態や作業能力を正確に認識できることはまれだからである。

自宅療養の状況で、抑うつ気分や意欲の低下が改善し、ある程度生活リズムが保てていても、ただちに職場復帰できるわけではない。それは、自宅療養と職場復帰の間には大きな差があるからである。自宅では、少し調子が悪ければ寝ていてもよいが、職務に戻ればそういう訳にはいかない。新聞や本など軽い内容の読み物を読めるからといって、業務上の書類を集中して読み、内容を理解し、作業できるという判断基準にはならない。また、顕在的な症状が改善したあともしばらくは通常よりもストレスに弱い状態にあり、業務や対人関係、通勤など、健康な状態では特に負担でなかった要因が、しばしば大きなストレスとなる。休業が長期間に及んだ場合、特にこういった傾向が顕著である。

2. 関東病院における職場復帰援助プログラム

自宅療養と職場復帰の溝を埋める取り組みとして、関東病院では1997年から職場復帰援助プログラムを実施している(表1)。対象は、うつ病を中心とする精神疾患に罹患し、休息・安静期間が過ぎ、職場への復帰を目指している企業社員である。プログラムは1回2時間の作業療法として行われ、週2回のパソコン作業から開始し、軽スポーツ、小集団療法を段階的に導入する。スタッフは、作業療法士、臨床心理士、医師などで、参加者の状態、作業能力、対人交流を評価し、フィードバックする。本プログラムの目的は次の3つに分けられる。

(1) 生活リズムの改善

本プログラムの開始時間は朝9時半で、職場の開始時刻とほぼ同じである。早朝に起床し、通勤ラッシュの時間帯に定期的にプログラムに通ってくることは、休職中の参加者にとって決して容易ではない。復職への意気込みはあるものの、生活リズムを保つことができず、プログラム参加を中断する事例もある。規則的な通院がどれほど大変かつ重要であるかは、プログラムで参加者に接して実感するところである。一方、自宅で療養している場合、「近所で姿をみられたくない」と引きこもりがちになったり、「何でずっと家にいてごろごろしているのか」と家族の反発を買っていることもある。こういった事例では、プログラムへの参加が、本人や家族に、復職の道筋について希望を持たせ、生活のメリハリをつけやすくする。

(2) 作業能力の向上

精神疾患の場合、顕在的な症状が消失しても、集中力・発想力・柔軟性・問題解決能力など、業務で要求されるスキル、作業能力にかなりの低下が見られることが多い。作業能力に対する患者自身の思いこみと実際の能力の間にはギャップがあるので、プログラムを通じて患者自身がそのギャップに気づくことが重要である。ほとんどの患者は、「一日も早く職場に戻りたい」と職場復帰に焦りをいだいており、自分自身の状態、作業能力を現実的に認識することこそが、焦りを抑え、復職への地道な努力を積み重ねる意欲につながる。パソコン作業では段階的に作業能力全般の改善が図れるように課題を提供しているが、主な目的はパソコン技術を身につけることではなく、パソコン作業を通じて、患者が適切な自己認識を持てるようにサポートすることである。

(3) 参加者同士の心理的支えあい

精神疾患を有する企業社員は、病気になったことへの引け目、発病時の業務負荷への怒りや恨み、復職への焦り、経済的不安、家族からのプレッシャー、孤独など、様々な心理的な葛藤に苛まされている。本プログラムでは、復職という同じ目標を持つメンバーが20数名一緒に活動するため、互いを心理的にサポートしあうことができる。特に小集団療法、後述する集団認知療法では、励まし合い、問題の共有、共感が治療上大きな要因となっている。

3. 客観的評価

一般的に、精神疾患は直線的にはではなく、好不調の波を繰り返しながら改善へと向かうと考えられる(図1)。復職訓練期にあたるプログラム参加者は、体調がよい日は業務に耐えられるが、悪い日には耐えられない。この状態で復職すると病状が再燃する危険性がある。職場復帰援助プログラムは、復職訓練期にあたる人を早く確実に安定期に移行させるように援助し、安定期に達したことを評価する基準を与える。関東病院で使用している、職場復帰援助プログラムの評価表を表2に示す。

本プログラムでは、「基本的な生活習慣」「作業能力」「知的理解力・認知」「対人交流」「心理的側面」「全体的判断」の項目についてスタッフが評価を行う。評価表は、参加者本人へのフィードバックとして使用するほか、本人の了解を得た上で、客観的資料として産業医や復職審査会に提出する場合もある(過去に再発を繰り返している事例では、プログラム評価表のような客観的な資料がないと、復職判定者が状態改善を納得しない場合がある)。

4. 職場復帰援助のための集団認知療法

従来の職場復帰援助プログラムにおける心理的な働きかけは、主に復職のプロセスに関する情報の共有や復職に向けた様々な悩みの表出を目的としたグループ(小集団療法)で行われてきた。しかし、認知や行動に焦点をあてたプログラムの必要性を感じ、2003年5月、慶応大学 大野裕教授の協力を得て、職場復帰のための集団認知療法を開始した。