

201130009B

別添1

厚生労働科学研究費補助金  
労働安全衛生総合研究事業

職場における新たな精神疾患罹患労働者に対する業務遂行レベル  
最適化メンタル対応（業務的対応）の評価

平成22年度～23年度 総合研究報告書

研究代表者 高尾 総司

平成24（2012）年5月

## 目次

I. 総合研究報告	1
職場における新たな精神疾患罹患労働者に対する業務遂行レベル最適化 メンタル対応（業務的対応）の評価	
II. 研究成果の刊行に関する一覧表	9
III. 研究成果の刊行物・別刷	13
(資料1) ビジネスレーバートレンド 業務遂行レベルに着目した対応 2011年7月号	15
(資料2) ビジネスレーバートレンド 業務遂行レベルに着目した対応 2012年4月号	21
(資料3) 日本生産性本部 産業人メンタルヘルス白書(2011)	31
(資料4) 健康管理 2010年4月～2011年3月号	49
(資料5) 日本産業衛生学会中国地方会ニュース 2012年22号	75

厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）  
総合研究報告書  
職場における新たな精神疾患罹患労働者に対する業務遂行レベル  
最適化メンタル対応（業務的対応）の評価

### 研究の要旨

本研究は、精神疾患罹患労働者の業務遂行レベルを最適化（健康を損なうことのない範囲で最大の業務遂行レベルを達成）するためのメンタル対応について、従来の「医療的対応」と本研究で提起する「業務的対応」とを、業務遂行レベルおよび勤怠の点において比較検証することを目的とした。

平成 22 年度は、①研究協力事業場の募集、②研究協力事業場との打合せ及び事前データの収集を実施した。①においては、日本産業衛生学会自由集会等の場も活用しつつ、独自で都内 2,000 社に事前のニーズ把握のためのアンケートを送付し、回答のあった 74 社のうち説明会の開催案内を希望する事業所の中から 39 社（57 名）の参加を得た。その後、候補となった事業所との打ち合わせを重ね、最終的に 7 社の協力を得ることが確定し、2010 年 12 月までに研究協力に関する協定書を締結した。②においては、ケース対応にかかる情報収集を必須とするため、個人情報保護を適切に行うために、まずは、各社の就業規則などの事前情報を収集することに努めた。また、当初、各事業所において個別に実施する予定であった人事担当者向けの研修会については、集合形式で実施が完了した。

平成 23 年度は、昨年度に引き続き(1)研究協力事業場（東京・大阪）における導入支援及びデータの収集、(2)事業化モデルの検討、(3)本対応の適用が容易でない場合の修正案の検討、などを継続実施した。(1)においては、目標の協力事業場数を確保するため大阪市周辺 2,000 社に説明会の開催案内を送付し、参加を希望する事業場 102 社の中から 99 社（111 名）の参加を得た。最終的に 12 社の協力を得ることが確定した。(2)においては、以下三種類の事業化モデルの検討を行った。①簡便なメールによる相談、②人事労務担当者への導入支援業務、③人事労務担当者への研修機会の提供。いずれも、本研究の成果を速やかに活用可能にするために期待ができる。(3)においては、特に研究協力企業が中小規模を中心としたことから、①大企業における修正モデルの検討を、大企業の人事労務担当者や専属産業医と行った。また適用される法律等の違いだけでなく、事業場風土が大きく異なることから当然に修正が必要となる②自治体における修正モデルについても検討を行った。

以上より、平成 22 年度よりの協力事業場（東京）に対しては、導入の継続支援とともに、事前に定めた評価指標の評価を実施するため、データ収集を行った。さらに、平成 23 年度より新たに研究協力事業場となった協力事業場（大阪）については、今年度より導入支援を開始し、同様にデータを収集した。東京・大阪の協力事業場を合わせて、業務遂行レベルおよび勤怠に関する記述を行った。

#### A. 研究の目的

職場におけるメンタル対応は、難しいとされ、さらに近年では、特に若年層において「非定型うつ病」の労働者が増えている、との指摘もある。このような問題は従来の対応策では対応が難しいことが危惧されており、新たな対応策の確立が喫緊の課題となっている。

本研究では、従来の「医療的対応」と本研究者が構築してきた「業務的対応」とを、復職後の業務遂行レベルおよび勤怠の観点から比較評価することを目的とした。

平成 22 年度は、本研究への参加企業を募集・決定し、次年度以降に本メンタルヘルス対応を導入するための事前打ち合わせ・データ収集を行うことを目的とした。平成 23 年度は、昨年度よりの協力事業場（東京）において、導入支援のための継続支援・データ収集の実施と、今年度より協力事業場の追加募集（大阪）・決定、本メンタルヘルス対応を導入するための導入支援・データ収集を行うことを目的とした。さらに、研究終了後も

自律的に継続できるようにするための支援のあり方についても検討することを目的とした。

#### B. 研究方法

平成 22 年度

##### (1) 研究協力事業場（東京）の募集

平成 22 年 5 月、日本産業衛生学会自由集会において、「業務的」メンタルヘルス対応の概要を紹介するとともに、研究協力事業場の募集を同時に行うものとする。また平成 22 年 7 月、岡山県内においてメンタルヘルス専門集中セミナーを実施、8 月には従来の対応における問題点が解決できる業務的対応についての研修会を東京都内において 2 回に分けて実施し、研修会の中で研究協力募集場の募集を行うこととした。

研修会への参加事業場はそれぞれ 50 社を目安とし、その中からそれぞれ 4-6 社（合計 20 社程度）を研究協力事業場として確保することを目標とした。

(2) 研究協力事業場（東京）との打ち合わせ、事前データの収集

上記研修会において、本研究への協力を申し出た事業場に対して、本メンタルヘルス対応介入後の評価のための比較データとして、10・11月から事前データの収集を行うことや、介入後の体制等について、打ち合わせを行うこととした。

(3) 支援内容の検討・確定

協力事業所に対して行う支援の内容は、人事研修会、上司向け研修会等を通じて提供していく予定であるが、同時に協力事業所の人事担当者が必要とするときに、いつでも参照できることが望ましい。そのため、メンタル対応フローおよび書式集として集約して提供する準備を進めた

平成23年度

(1) 研究協力事業場における実際のデータ収集と評価

本研究の主要な課題であり、以下の7点から構成される。

- ①研究協力事業場の募集
- ②協定書の締結
- ③介入前データの取得
- ④業務的対応の導入支援
- ⑤介入後データの取得
- ⑥評価（業績および勤怠）
- ⑦研究期間終了後の自立支援

①に関しては、昨年度、協定書を締結できた協力事業場が、いずれも規模的に中小に属し、データ数の観点からは懸念があったため、協力事業場の追加募集を行った。昨年度同様に研修会を大阪市内において実施し、研修会の中で研究協力募集場の募集を行った。追加で約10社の協力を得ることを目標とした。

③に関しては、平成23年度末までのデータを介入前データとして収集することとし、必要に応じて個別に研究協力事業場を訪問してデータを入手することも行うこととした。

④に関しては、東日本大震災の影響により協力事業場の導入支援が約6ヶ月遅れたため、東京・大阪とも平成23年10月ころからの本格導入支援の再開、開始とした。内容は、(a)人事向け研修会（考え方、書式の説明）、(b)上司向け研修会（考え方）を提供していく予定であるが、同時に協力事業場の人事担当者が必要とするときに、いつでも参照できることができるようDVDを作成することとした。

⑤、⑥については主として次年度の課題となるが、⑥については暫定的に収集できたデータについて記述を行うこととした。

⑦については、研修に引き続き、書式の導入の

支援を行う中で、協力事業場が自ら学ぶ過程を継続的に経験することで、研究期間終了後も自律的にメンタルヘルス対応を行えるよう検討することとした。

(2) 事業化モデルの検討と試行

本研究課題は、効果が期待できる場合には、速やかな普及が求められる。そこで、以下三つの事業化についてモデル事業を実施し、その可能性を検討することとした。

①簡便なメールによる相談（政策基礎研究所と検討）

②人事労務担当者への導入支援業務（NPO法人学習支援センターと検討）

③人事労務担当者への研修機会の提供（日本生産性本部と検討）

(3) 一般化のための検討

本研究成果を一般化していくために、以下の二つの検討を行った。

①大企業モデルの検討

②自治体モデルの検討

①については、大企業においても活用可能な支援内容を検討するため、大企業の人事労務担当者や専属産業医との意見交換を行うこととした。

②については、実際の自治体におけるメンタルヘルス研修への参加や、自治体の人事労務担当者、管理監督者への研修からのフィードバックを通じて検討する。

(4) 研究成果の中間報告と打合せ

種々の機会を捕まえて、昨年度の研究成果の中間報告を行うとともに、今後の研究方針についての打ち合わせを行うために、2～3回程度、班会議を実施する予定とした。

倫理面の配慮

倫理面については、平成22年度において、岡山大学大学院倫理審査委員会にて承認を得ており、今後も倫理面に十分配慮して研究を行うものとする。

C.研究結果

平成22年度

(1) 研究協力事業場（東京）の募集

1) 日本産業衛生学会自由集会の実施

2010年5月、日本産業衛生学会総会（福井）において、参加者に対し、業務遂行レベルに着目した新しいメンタルヘルス対策の概要を紹介し、研究協力事業場を募集した。さらに、参加者には研究会後にアンケート用紙を配布し、現状のメンタルヘルス対策が上げている効果や本研究に関する関心の程度を調査した。

アンケート回答者24名のうち、現状のメンタルヘルス対策が上げている効果について、「十分効果を上げている・まあ効果を上げている」と回答

したのは6名、「どちらとも言えない」が9名、「解決困難な問題が少しある・多々ある」が8名、「実施出来ていない」と回答したのは1名であった。本研究に対する関心の程度については、「強く関心がある・まあ関心がある」と回答したのが22名、「どちらとも言えない」が2名であった。また、業務的遂行対応についての説明会については、「参加を希望する」と回答したのが3名、「検討したい」が16名、「参加の希望はない」としたのが5名であった。また、「現在のメンタルヘルス対策では解決困難だと思ふ課題」として、復職後の業務遂行レベルの低さ、リハビリ入社制度の難しさ、定期健康診断におけるうつスクリーニングは必要かどうか、といった問題を回答していた。

## 2) 新しいメンタルヘルス対策に関する説明会の実施について

### 1. 事前のニーズ把握アンケートの実施

2010年5月25日付にて、帝国データバンクに登録されている東京都23区内に所在する従業員100名以上の事業所約10,000社のうち、無作為に抽出した2,000社を対象に、本研究の概要および同支援事業募集、また、各社のメンタルヘルス対策の現状と本研究事業への関心についてのアンケート用紙を郵送にて送付した。返答はFAXまたはアンケート用紙をPDF化してメール添付にて返信する方法とした。

アンケートの有効回答は74社であった。このうち、現状のメンタルヘルス対策が上げている効果について、「十分効果を上げている」と回答した事業場はなく、「まあ効果を上げている」と回答したのは18社(24.3%)、「どちらとも言えない」が24社(32.4%)、「解決困難な問題が少しある」が3社(4.1%)、「多々ある」が7社(9.5%)、「実施出来ていない」と回答したのは22社(29.7%)であった。本研究に対する関心の程度については、「強く関心がある」と回答したのが25社(33.8%)、まあ関心があると回答したのが33社(44.6%)、「どちらとも言えない」が10社(13.5%)、「あまり関心がない」が6社(8.1%)、「全く関心がない」と回答したところはなかった。さらに、研究協力事業場の募集に向けた説明会への参加について質問したところ、「参加を希望する」と回答したのが31社(41.9%)、「検討したい」が30社(40.5%)、「参加の希望はない」が12社(16.2%)、無回答が1社(1.4%)であった。

また、今後の説明会開催、本研究に関する経過報告や、年度報告書などの情報提供の希望の有無について質問した。「希望する」と回答したのは59社(79.7%)、「希望しない」が14社(18.9%)、「説明会を受講後決定する」という回答が1社(1.4%)であった。

アンケートでは上記質問の他、現在のメンタル

ヘルス対応で困っており、解決してほしいと思うような課題について質問しており、29社から回答が得られた。その内訳としては、復職可否の判断基準や復職後の社員のパフォーマンスの低さ、再発を繰り返す社員への対応、新型(非定型)うつ病への対応、といった「現状におけるメンタルヘルス対応の問題点」を回答したものや、グループ会社への統一した対応方法、費用対効果、社内のコンセンサスについてなど、本事業の導入における質問もあった。

### 2. 研修会の実施

アンケートの回答集計を経て、「研修会への参加を希望する」あるいは「検討する」と回答した65社に対し、説明会開催案内を送付し、2010年8月に説明会を実施した。参加企業は39社、参加者数は57名であった。

説明会では、この事前資料と合わせて、業務遂行レベル最適化メンタル対応、本研究の概要について説明した。その後、本研究への協力事業場として関心を示した12社に対して、2010年10月～12月に個別相談会を実施した。

個別相談会を経て、最終的な研究協力事業場となったのは、先行協力事業場1社を含め、合計7社(うち、2社は試行対象)となり、2011年2月までに各協力事業場とそれぞれ協定書を交わした。

### 3. 研究協力事業場(東京)との打ち合わせ、事前データの収集

各研究協力事業場とも、メンタル事例が発生した段階で研究期間を開始することとし、それまでの期間については、準備期間とした。準備期間中、2011年2月には人事研修を実施し、業務遂行レベル最適化メンタル対応をより円滑に進めるため、書式の運用に関する説明を行った。この他、事前データの収集や各事業場において必要な支援については、個別の事業場毎に担当者と協議しながら進めた。

### 4. 支援内容の検討・確定(メンタル対応フローと書式集)

平成22年度に関しては、「試行版」としてのフローおよび書式集を、一つのエクセルファイルにまとめ、人事研修会の終了した各協力事業所に提供した。各事業所において、書式のカスタマイズを自ら行ってもらうこととし、この支援を通じて、内容の理解を深めてもらうとともに、研究班としても、実際の導入のための重要なポイントについてフィードバックを得ることとした。

基本的な支援の対象期間は「復帰後」になるが、復職の手引き(改訂版)でも同様に説明されているように、療養開始時からの関わり、準備が重要であることから、四つの段階(療養期、復職準備

期、復職検討期、復職後)を設け、それぞれの段階ごとに、主として書類のやりとりを明確化したフローを作成した。

## 平成23年度

(1) 研究協力事業場における実際のデータ収集と評価

### ①研究協力事業場(大阪)の募集

#### ②協定書の締結

##### 1. 説明会参加企業の募集

平成23年5月25日付にて、東京商工リサーチに登録されている大阪市(中央区、北区、浪速区、福島区、西区)、神戸市(中央区、灘区、東灘区)、西宮市に所在する従業員100名以上の事業場約2,200社のうち、無作為に抽出した2,000社を対象に、本研究の概要および同支援事業募集案内を郵送にて送付した。

##### 2. 研修会の実施

研修会への参加申込みがあった102社に対し、説明会開催案内を送付し、平成23年7月に説明会を実施した。参加企業は99社、参加者数は111名であった。その後、本研究への協力事業場として関心を示した18社に対して、2010年8~9月に個別相談会を実施し、最終的な研究協力事業場となったのは、12社であった(うち、1社は東京における協力事業場と親会社を同一とする。また中小規模を主体とすることは東京協力事業場と同じであったが、1社は8,000名規模となった)。これにより既に協力が得られた7社(試行2社、東京5社)を含め、合計19社となり、平成23年12月末までに各協力事業場とそれぞれ協定書を交わした。

#### ③介入前データの取得

東京での先行実施が遅れたため、評価は平成23年末までを「対照」として、平成24年以降を「介入」として比較検討することとした。まずは平成23年末までの各社データを集計し、以後の「ベンチマーク値」として協力企業に提示するとともに、今後の比較対照データとした。

平成24年2月時点で、8社(東京協力事業場2社、大阪協力事業場2社、試行事業場1社、研究者らの産業医先3社)、のべ78名分のデータを取得した。

#### ④業務的対応の導入支援

##### 1. 東京協力事業場

昨年度中に、人事向け研修まで実施済みであった。上司向け研修については、その時点で対応が必要なケースが無かったことから、機を見て実施する予定としていた。しかし、その後、東日本大震災の発生により、人事労務担当社は対応に追われ、約6ヶ月間、本導入支援についても見合わせていた。平成24年8月以降に、事業場とのコンタクトを再開し、10月には介入前の「対照」データ提供の再度のお願いも兼ねて、各事業場(5社)を

個別に訪問し、状況を把握した。

平成23年11月には、協力事業場や協力機関が一同に介して、導入支援の再開について確認し、今後の進め方も同時に確認した。事例の共有と書式の改訂案の紹介等を行うことで、自律的に導入が促進されるようにし、会合は2ヶ月に一回を目安に継続することとした。平成24年2月には、協力事業場のうち2社が担当し、事例の共有、書式改訂について協議した。研究期間終了後もしばらく継続することとした。

##### 2. 大阪協力事業場

人事向け研修は平成23年10月に、上司向け研修は11月に実施した。12社と協力事業場が多いため、同一日程で参加できない事業場のため、研修内容のDVDを作成し、貸し出した。なお、研修以降の事例共有、書式改訂作業については、2グループ(A;6社、B;5社)に分けて継続することとした(東京協力事業場と親会社を同一とする事業場は東京で参加することとなった)。うち、Aグループについては、サイボウズLive(<https://cybozulive.com/>)による情報共有を行うこととし、Aグループ、Bグループ全体では、情報共有のためのメーリングリストを作成した(グループグループ使用)。

東京協力事業場と同様に、研修会実施以降は、事例共有、書式の改訂を行うこととし、各協力事業場につき、担当前に個別に訪問し、担当内容を協議することとし、平成23年度内には8社の訪問を完了させた。

事例共有、書式改訂のための会合のスケジュールは以下の通りである。

#### Aグループ:

以降、奇数月に2ヶ月に1回実施

#### Bグループ:

以降、偶数月に2ヶ月に1回実施

#### ⑤介入後データの取得

介入後データの取得は、次年度に実施することとした。

#### ⑥評価(業績および勤怠)

評価は⑤同様に次年度に実施するが、③で取得したデータについての、業績評価・勤怠評価についての記述および属性によって層別した記述を実施した。

78名のうち、療養継続中でデータが無いもの6名、退職したもの8名、別疾患による長期療養1名の合計15名を除外した63名について記述を行った。人数はいずれのものべ人数であり、同一社員が複数回の療養を行った場合には、療養回数分データに貢献している。

男性が52名、女性が11名。40歳未満29名、40歳代22名、50歳以上12名。療養期間は、6日から547日、平均は147.7日、中央値は103日であった。

また再療養に至った社員は11名であり、復帰後6ヶ月未満の再療養が5名、1年未満が8名（6ヶ月未満の5名を含む）であった。

業績評価は、企業において一般的に用いられているS評価からD評価の5段階の評価をS評価（5点）、A評価（4点）、B評価（3点）、C評価（2点）、D評価（1点）によって得点化し、再療養等によって評価が無い場合には0点とした。対象期間は、復帰した半期、次の半期、次の次の半期と3半期分とした。

勤怠評価は、月あたりの遅刻・早退、欠勤、事前申請の無い有休取得について、0回（5点）、1～2回（4点）、3～5回（3点）、6～9回（2点）、10回以上（1点）によって得点化し、業績評価同様に、就業しておらず評価が無い場合は0点とした。対象期間は復帰後6ヶ月間とした。

全体の平均業績評価は、復帰した半期1.98点、次の半期2.02点、次の次の半期2.20点であったが、対象者数が56、50、48と減少している（再療養に入ったものは0点として、データに含まれている）。メンタル疾患から復帰した社員の復帰後の業績評価は、おおむねC評価前後であることがわかった。

平均勤怠評価は、1ヶ月目から6ヶ月目にかけて、3.38、3.72、3.58、3.22、3.10、2.89、2.93と徐々に低下した。対象者数はそれぞれ46名から50名の範囲で増減があった。なお、再掲になるがだいたい3点は、1ヶ月あたり3回から5回の勤怠の乱れ（遅刻・早退、欠勤、事前申請の無い有給休暇の取得）が認められたことを意味する。

平均業績評価は男女別では女性、年代別では40歳代が低く、平均勤怠評価は女性、40歳未満が低かった。復帰後3半期の業績評価の推移、6ヶ月間の勤怠評価の推移については、男性は業績評価が徐々に改善するのに対して、女性は復帰を含む半期が一番高く、以降は低下した。勤怠評価については、男女とも徐々に低下していく傾向が認められた。

年代別の業績・勤怠の推移においては、50歳以上において、業績・勤怠とも改善傾向を示すのに対して、40歳代はいずれも低下傾向を示した（40歳未満はn=4-5のため言及せず）。

復帰の前の療養期間別の業績・勤怠評価については、いずれも療養期間が60日を超え90日以下（2～3ヶ月）の群がもっとも良好であった。ただし、このことはそのものの疾病の重症度によって規定されている可能性は否定しえない。

#### ⑦研究期間終了後の自立支援

人事労務担当者が主体となって、対応フローや書式を継続的にブラッシュアップしていけるような仕組みの検討を行った。

着目したのは、いわゆる「事例検討会」のようなものであるが、これまで比較的頻繁に、いくつかの企業が寄り集まる形で実施されてきたと思わ

れるものの、あまりこれといった成果が得られず、徐々に散会していく傾向があったように思われる。この問題点は、事例対応を「医療的」に行う発表内容が中心であるため、参加した事業場の結論が「発表した会社では出来るが、わが社では出来ない」ということに終始しがちであったことが想像される。この点に対して、「業務的対応」というフレームワークを共通して持ち、「大原則・三原則」に添った「事例の共有」を行うことで、人事労務担当者の経験値を累積的に増加させることが可能となる。さらに、人事労務担当者が、自立して対応方法を洗練していくことができるようにするために、事例対応から得られた教訓は、すべて基本的に書式に反映させることを「制約条件」とした。したがって、事例発表と必ずセットで書式の改訂案を提示することとした。書式の改訂案の提示にあっては、会合前に担当する事業場の担当者が作成した案と、研究者が本研究の「業務的対応」のコンセプトに添った形での修正を加えたものの、両方を提示してもらい、参加者は比較して検討することで、その改訂過程を学んでもらった。

研究開始当初は、3-5種類の帳票で対応しようと検討していた書式が、実際には対応の定型化を進める過程の中で20種類近くなったこともあり、書式の導入だけでも容易ではない作業となっていた。しかし、このような共助スタイルを採用することにより、具体的には各社が3-4種類ずつの書式の改訂を担当し、協力事業場グループ（東京、大阪A、大阪B）として全体の書式の改訂に携わるという形で進めることができそうである。さらには、基本的な進め方は、事例発表と書式の改訂案の提示とするものの、各社の得手不得手の中で得意とする領域を中心に、共助グループに貢献していただくことで、グループ全体としての導入の促進を期待することができた。具体的には、協力事業場の中には、例えば、就業規則の作成等に経験のある事業場もあり、こうした事業場には規則改定の経緯等を共有してもらおうなどした。

#### （2）事業化モデルの検討と試行

##### ①簡便なメールによる相談

政策基礎研究所（担当者、市田）と検討した。人事労務担当者が第三者から助言やコメントが必要な場合に、「ちょっとした疑問」に簡便に回答が得られる仕組みとして、ホームページを作成し、相談を受け付けた。

グーグルアドセンス（インターネット広告）を活用し、「メンタルヘルス対応」「人事」等のキーワード検索に際して、いわゆる「広告欄」に、本事業化モデルが表示されるようにする試行も行った。

クリックまではされるものの、相談には至らなかった。しかし、以下の他の事業化モデルとの包

括的提供により、今後、ニーズが発掘できる可能性が期待できるため、継続して、検討していくこととなった。

(参照サイト)

<https://sites.google.com/a/doctoral.jp/mentalhealth/>

## ②人事労務担当者への導入支援業務

NPO 法人学習支援センター（担当者、上原）と検討した。主として東京を中心とした地域において導入支援業務について、有償で継続していくことのできる受け皿として、特定保健指導等の研修会に実績のある学習支援センターが候補となった。

将来的には、(1) で論じた①～⑦のすべてのプロセスを遂行出来ることが望ましいが、今年度はまず、主として①と④のうち研修会実施の部分を試行することとし、2日間をかけて研修を実施した。特に、本研究として協力事業場募集を行った際に、データ提供が障壁となり、参加を断念した事業場が少なくなかったことから、こうした事業化モデルのニーズは相応に存在するものと推察する。また、事業化の際には、一見、③、⑤、⑥のプロセスは必要無いようにも思えるが、研究評価ではなく、事業評価として行うことは十分に意義があると考えられる。

(参照サイト)

<http://www.lscenter.org/>

## ③人事労務担当者への研修機会の提供

日本生産性本部（担当者、今井）と検討した。昨年度に引き続き、今年度も主として人事向け研修について検討した。学習支援センターにおける人事向け研修とは異なり、これまでこうした人事向け研修に強い組織の特徴を活かし、より普及啓蒙色のはっきりした研修ということで、「業務遂行レベルに着目した」メンタルヘルス対応の概要および法律的な側面からの本対応の長所・短所等についても含めた内容として、研究協力者でもある安西法律事務所の弁護士との研修会を企画、試行した。

## (3) 一般化のための検討

### ①大企業モデルの検討

既に言及した通り、本研究の協力事業場としては中小規模の事業場が主体となった。理由としては、特に、大企業の場合、すでにこれまで社内では実施されてきている「福利厚生の」メンタルヘルス対応との整合性への配慮に苦慮したり、端的に言えば、当該事業場の産業保健職の反対により、本導入支援事業に参画できなかつたり、という実態があった。

そこで、大企業においても本導入支援を円滑に進めていくためのキーポイントを抽出することを主たる目的として、1万人以上の3社の人事労務担当者や専属産業医との定期的な意見交換を行った。

### ②自治体モデルの検討

本導入支援モデルのもう一つの、そのままでは適用が容易ではない対象が自治体である。この点を検討するために、岡山県において実施された職員向けのメンタルヘルス研修会に参加し、実態を把握するとともに、岡山市においては人事担当者向けの研修会を、ほぼ内容は導入支援事業における人事向け研修をベースとして試行した。また、岡山労働局においては、管理監督者向けに、「業務遂行レベルに着目した」メンタルヘルス研修を行い、その反応についてフィードバックを受けた。

継続して、どのように修正することで自治体においても活用可能になるかについては検討を行う。

## (4) 研究成果の中間報告と打合せ

### ①研究成果の中間報告

昨年度までの研究成果について、公開し、活用可能とするために、研修会の形式による中間的な報告も積極的に実施した。

### ②班会議の実施

研究協力者との進捗状況の共有等のため、本年度は平成23年5月19日、および、8月24日に班会議を実施した。

①に関して、詳細は以下の通りである。

岡山労災病院（および国立岡山医療センター）において、日本医師会認定産業医研修会として、毎月、本メンタルヘルス導入支援に直接関わる内容を解説した（1回2時間）。参加者は主として、産業医であったが、産業保健職、人事労務担当者の出席も認められた。参加者数は、おおむね各会20名～30名程度であった。

また、平成23年7月9日と11月12日には、それぞれ6時間程度をかけ、前編（療養開始まで）・後編（復帰支援）として研修会を実施した。後編では、研究協力者である安西法律事務所の弁護士による質疑も行った。それぞれの研修会の配布資料として、ある程度成果をまとめた資料集を作成した。資料集には、昨年度、総論部分を公開した「Q&A集」の各論部分（現場上司からの具体的な疑問や質問に対して、「業務遂行レベルに着目した」考え方で整合性をもって回答をつけたもの）も収録した。

平成23年5月18日、19日、20日には、同時期に開催された日本産業衛生学会の会場外自由集会として、本メンタルヘルス導入支援内容を紹介するセミナーを開催した。集中研修会と同様に、1日は安西法律事務所の弁護士によるセッションも設けた。

平成23年12月11日には、高知にて開催された日本産業衛生学会中四国大会シンポジウムにおいて、「難渋するメンタルヘルス事例」においても、本メンタルヘルス対応が有用であることを紹介し、



質疑を行った。

紙媒体においては、昨年度は、保健文化社「健康管理」誌において、連載を行い紹介したが、今年度はビジネスレーバートレンド誌における記事が平成 23 年 7 月号に掲載された。担当記者が一度咀嚼した内容をコンパクトにまとめなおした点で人事労務担当者に分かりやすいということ、また、一定期間経過後にあってはインターネット上でも PDF として公開されたことから積極的に紹介した。また、健康管理誌では言及できていなかったものの、本研究事業では重要となる復帰判定およびその手続きについては、日本生産性本部発行の「メンタルヘルス白書 2011」において紹介した。

#### D. 考察

平成 22 年度は 7 社からの研究協力を得られることとなったが、当初目標としていた 20 社には及ばなかった。このため、平成 23 年度は、主に大阪・神戸において協力事業場の募集を行い、さらに 12 社の協力を得たため、ほぼ計画通りの合計 19 社の研究協力事業場を確保することができ、数の面では評価に要する事例数を確保できる見通しが立った。

データの取得についても、東日本大震災の影響から遅れ気味である点は否定できないものの、本年度途中において 8 社、のべ 78 名のデータを得ることができた。研究終了時点までには、200 名以上のデータを得ることが可能になったと考える。

また、いくつか事業化モデルの試行も実施でき、本メンタルヘルス対応が直裁的には適用しにくいと想定された大企業や自治体における修正モデルの検討についても進んでいる。

さらに、研究期間終了後においても、事業場が自立して共助スタイルによって、メンタルヘルス対応における問題解決ができるような支援方法についても、ある程度、その形式に目処がたった。

#### E. 結論

平成 22 年度～23 年度は、日本産業衛生学会自由集会、説明会等を実施し、研究協力事業場の募集を行い、合計 19 社から協力を得られることとなった。各協力事業場について、個別に打ち合わせを進めると同時に、共助スタイルでの意見交換の場を設けるなどして、導入支援を行った。東日本大震災の影響により東京協力事業場における導入支援が遅れ、大阪協力事業場における導入支援と、ほぼ時を同じくしてしまったために、当初予定していた、先行導入群と待機群との比較は事実上、実施不可能となってしまったが、一方で東京・大阪のタイミングがほぼ同じとなり、時期的な差異なく両グループをまとめて介入前後評価は行える。また、平成 23 年 12 月末までの各社データを

集計し、以後の「ベンチマーク値」として協力事業場に提示をし、意見や気づいたことも求めた。さらに、研究期間終了後も健康管理規定の整備および書式の作成を継続し、実施した研修会の内容をまとめるなどして、事業場における業務的対応の普及促進に努める。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

高尾総司，梅木佳則：リスクマネジメントに基づく健康管理シリーズⅢ～メンタル対策編～. 第 83 回日本産業衛生学会（自由集会）2010, 5.26

高尾総司，岡村光男，岩瀬敏秀，小林朋子：3 夜連続、メンタルヘルスナイト（復職判定の実際、復職判定に用いるフローと書式、復職判定に際して押さえておくべき法律実務. 第 84 回日本産業衛生学会（自由集会）2011, 5.18-5.20

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

## Ⅱ. 研究成果の刊行に関する一覧表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
新井 栄三	メンタルヘルス不調にどう対応すべきか	ビジネス・レーバー・トレンド	2011年7月号	18-21	2011
新井 栄三	メンタルヘルスの新対応とキャリア・コンサルタントへの支援	ビジネス・レーバー・トレンド	2012年4月号	24-31	2012
高尾 総司	職場復帰からみた企業のメンタルヘルスへのアプローチー人事部門の役割	産業人メンタルヘルス白書	2011年度版	85-95	2011
高尾 総司 鈴木 越治	二つの健康管理	健康管理	670	42-43	2010
高尾 総司 三橋 利晴	メンタル対応はなぜ難しいと言われるのか	健康管理	671	38-39	2010
高尾 総司 岩瀬 敏秀	メンタル対応の三原則	健康管理	672	36-37	2010
高尾 総司 植嶋 一宗	関係者が役割を果たすことの重要性	健康管理	673	38-39	2010
高尾 総司 井家 克彦	不完全労務提供の取り扱い	健康管理	674	40-41	2010
高尾 総司 小林 朋子	家族との関わり方	健康管理	675	38-39	2010
高尾 総司 葛西 洋介	産業医面談の進め方と意義	健康管理	676	38-39	2010
高尾 総司 岸本 陽子	産業医意見書の使い方と意義	健康管理	677	38-39	2010
高尾 総司 鈴木 越治	復職の三要件	健康管理	678	34-35	2010
高尾 総司 三橋 利晴	現職復帰の是非	健康管理	679	34-35	2011
高尾 総司 岩瀬 敏秀	主治医と産業医	健康管理	680	38-39	2011
高尾 総司 小林 朋子	環境調整の是非	健康管理	681	38-39	2011
高尾 総司	企業におけるメンタルヘルス対策のあり方	日本産業衛生学会中国地方会ニュース	22	13	2012

### Ⅲ. 研究成果の刊行物・別刷

(資料1) ビジネスレポートトレンド 業務遂行レベルに着目した対応 2011年7月号

# メンタルヘルス不調にどう対応すべきか

## 産業医や企業の先進的な取り組み事例

### 業務遂行レベルに着目した対応

／岡山大学大学院・高尾総司医師

専門家の講演とアンケート調査から、職場のメンタルヘルスにまつわる問題をみてきた。ここでは、産業医や企業の人事担当者が具体策をどう考え、取り組んでいるのかを追ってみたい。

企業事例の前に、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科の高尾総司医師が提案している「業務遂行レベルに着目した新しいメンタルヘルス対応」を紹介する。高尾医師は、過去に産業医として、一次予防、二次予防（早期発見・早期治療）、三次予防（復職支援）を積み重ねて健康診断や面談などをしてきたものの、長期に渡る効果あまり感じられずに限界を実感。「これではいけない」と模索して、問題解決型のアプローチに行き着いた。

「職場は働く場所」の大原則を前提に、そこでこれを、①業務が出来ているか否かを上司が判断する②出来ていない場合、それが健康上の問題に起因するか否かを本人と家族、主治医が決定する③就業を継続するか否か（配慮を付けるか）を人事と産業医が判断する――といった一方通行型の意思決定システムに切り替えることにした(図2)。それを実施する前提に「職場は働く場所」との大原則と、後述する三原則に沿った対応をとることを必須とする。

なお、この事例に出てくる「通常勤務」とは、①上司による通常の業務管理の下、(効率・質・生産性の各面での)業務ができて②会社における通常の労務管理下で(就業態度や勤怠などの)就業規則を守っている③「健康上の問題」はなく、業務の遂行(継続)によっても「健康上の問題」は生じない――状態を指す。また「健康上の問題」とは、疾病が業務遂行上の支障になって療養を要する状態のことで、医学的疾(病)気とは区別する。なぜなら、高血圧などの病気を患っていても、通常勤務が支障なく行えている人はたくさんいるからだ。

以下、順を追って三原則をみていこう。最初の原則は「通常勤務に支障があるか否か」の判断。上司がみて、「業務ができていないか」もしくは「就業態

#### 人事不在の対応が問題

高尾医師は、「メンタルが悪いのか」と「仕事ができているか否か」の二つの問題を混同してきたことがメンタルヘルス対応を難しくさせていると言いつける。一般的にメンタルの不調を訴える社員(または上司がメンタルを疑う社員)が存在する場合、「メンタルか否か」を産業医や産業保健スタッフに相談し判断してもらい、それに「仕事をするかどうか」の本人希望を前提に「どういう配慮をすれば働けるか」を本人と主治医で決めてしまつて、それをまた産業医や産業保健スタッフに申し伝える形を取るため、対応が堂々

図1 これまでの「難しい」対応

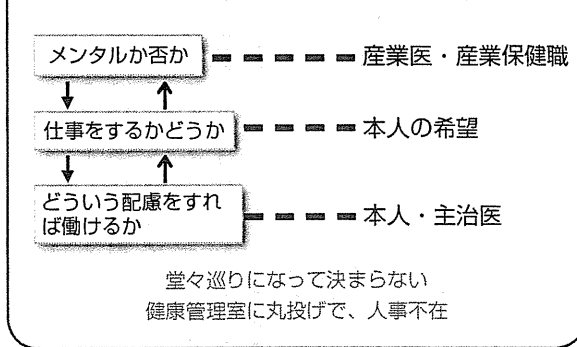
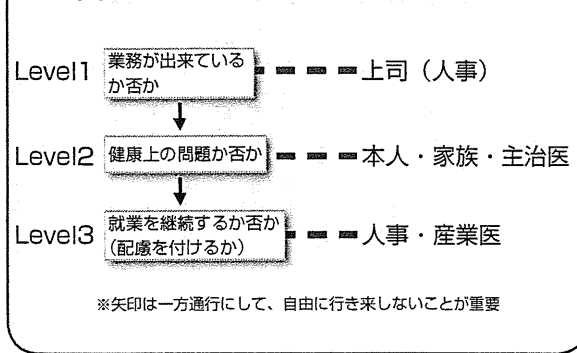


図2 これからの「できる」対応



度が就業規則に基づいているか」のどちらかでも当てはまらなければ「支障あり」とする。

二つ目の原則は、「通常勤務に支障が予想されるなら」復職は延期し療養を継続させ、復職後（就業時）に「通常勤務に支障があったら」（再度）療養させること。ここでは曖昧さを排除することが重要なため、各関係者が自らの役割を果たすことがカギを握る。また、一人の判断で決定してしまおうと責任が偏るので、上司と人事部門、産業医の意見が一致していることが要件になる。

最後の原則は「配慮付きの通常勤務状態」を認める際の条件で、①一時的なものとする②少なくとも「健康上の問題」が改善方向であるとの共通認識が形成される（主治医の意見や家族の確認）③産業医などの意見を聞いておく——ことになる。この際、②と③が一致しない場合は、第二原則を適用することに。

要するに、これまでの対応はメンタルにフォーカスが当たって、本人はメンタルを良くすること、上司はメンタルに注意すること、そして人事はメンタルを悪くしないようにするにはどうしたら良いかという労務管理に注力してしまい、業務遂行の観点は抜け落ちていた。それを、これからは業務遂行レベルにフォーカスさせることで、本人は就業規則の範囲で仕事をがんばる（周囲にメンタルということを感じにさせない）こと、上司は業務上の指導に専念すること、人事は配慮が「特別扱い」になっていないかを冷静に検証し、（本人希望に左右されない）会社としての客観的決定を行うことにシフトすることになる。

トすることになる。

リハビリ出社は基礎整備が出来てから

まず、リハビリ出社については、正式復職前の「試し出社」と正式復職後の「軽減勤務」を区別する必要があるが、いずれにせよ「複雑」な問題が伴うことを考慮すれば、いきなり取り組むべき課題ではない。言い換えると、現に制度の無い会社は当面のところ、大原則・三原則に沿った運用ができる状態になることを最優先すべきだ。

なお、既に制度がある会社において「試し出社」については事後的に「業務に従事した」と判断されないよう、会社の生産性への貢献のない作業を行わせることに留意する。また、「軽減勤務」については、これまでのように「復職しても働けるかどうか分からないから」適用するという考え方は捨て、「完全な労務提供が可能な状態である」が、敢えて安全マージンを取るために「軽減勤務」から開始する、との共通認識を関係者で持つ。ただし、「完全な労務提供が可能な状態」なのだから復職発令するのであり、問題なく想定される業務を遂行できるはずなので、経過が思わしくなければ（軽減勤務期間を延長するなどではなく）再療養するとの事前確認が必要になる。

病名に振り回されない対応が可能に

この新しい対応の長所について、高尾医師は以下のメリットを強調する。

第一に、職場でみる様々なメンタルヘルス不調を区別して考える必要がないこと。後で取り上げる（三二頁）松崎教授の説明に詳しいが、一般的に職

場の人間の心理として、いわゆる従来型うつのような人には「かわいそうだからなんとか良くしてあげたい」となる。逆に自己愛の強い現代型うつタイプと席を並べていたりすれば「ふとどき者は罰したい」などといった陰性感情が芽生えることは往々にしてあるだろう。加えて、メンタルヘルス不調は数値などの目に見える形で示されず、あくまで自己申告に基づく主治医の診断がその根拠になることが対応を難しくさせる大きな原因にもなっている。

だが、この対応なら、安定的に継続して働けるか否かを判断基準にするので、病名にこだわることはなくなる。

第二に、上司の通常の労務管理で原則的にすべて対応できることも利点だとする。「メンタルを特別なものとして扱う」のではなく、「普通に扱う」ことになるため、原則論で考えれば大抵のことは人事労務と上司が話し合うレベルの常識的判断で済む。

そして三つ目は、「仕事ができるかどうか」にフォーカスすることで、メンタルヘルス不調という「レッテル」への偏見を回避できること。高血圧や糖尿病など、疾病を抱えつつきちんと働いている人同様「メンタルの既往」で差別されない対応になる。

復職にまつわる悩みも解消

さらに、この対応を取ることで今まで職場を大いに悩ませていた、①休職と復職を繰り返す社員の管理・対応②復職判定におけるブレ③同僚への（悪）影響——も解消されるといえる。

休職・復職の繰り返しについては、どの段階で負のスパイラルを止めるか

がカギになるので、休職事由の消滅判断は事業者が復職時に行うことで不完全な労務提供を受領しないようにする。復職時の判定方法は、①本人に復職の意志がある（単に「復帰したい」ということではなく、「現職に復帰し、想定される配慮の範囲内において『健康上の問題』に再度短期間で至らないことを強く自信を持って関係者の前で宣言できること）②主治医が臨床医学的に「通常勤務」によって容易には症状が増悪しないことを「書面」で保証する③想定される配慮を行いうる職場（原職復帰が原則）が提供できる——の三要件で一致させる。これにより、モラルハザードの場合は（簡単に復職できないので）安易に休まなくなつて管理下におけるし、疾病が重症の場合には十分な療養をすることになり、時期尚早な復職による再発予防にもなる。ただし、ここで留意しなければならぬのは、就業規則に休職期間の合算規定を設けておく必要があることだ。

復職判定のブレに関する課題については、主治医の意見と産業医の意見を統合させることと、最終的な判断を事業者（人事）が行うこと（疾病の治療レベルではなく、業務を遂行できそうかどうかという観点での）と判断基準を明確にすること、そしてうまくいかなかった時を想定しておくことをあげた。具体的にはうまく行かなかった場合は「完全な労務提供」を前提に安全配慮義務を履行する。「復帰後の直近一カ月間において、原疾患の増悪に起因することが否定できない欠勤、遅刻、早退、事前申請のない有休取得が〇回以上認められた場合、再度療養に専念

する」といったストップ要件を設定しておく。

そして、同僚への（悪）影響の管理

は「復職時に不完全労務提供を受領しなければ起こるはずの無い事態」とのことだった。

## 〈高尾医師へのインタビュー〉

# 医療職主導ではうまくいかない

高尾医師（写真左）の考え方は「メンタルヘルス不調者を特別扱いしない」点で明解だが、そのわかりやすさ故に極端な対応に映らなくもない。今までの延長上で現実運用できるかを考えると、細かい点もいろいろ気になる。疑問に感じた点を尋ねてみた。

——医療職主導ではうまくいかないと考えた理由は何なのか。

高尾「仕事ができていない人が病気をカミングアウトするメリットはほとんどない。逆に、仕事のできない人は病気の診断書を書いてもらうことで休めるし仕事ができないことをこれ以上責められないメリットがある。こう考えると、医療職が後者のような人にいいように使われることで、真面目にやっている人たちが馬鹿を見ることにもつながる。医療職にとって命は平等だから、仕事ができるか否かの区別はない。



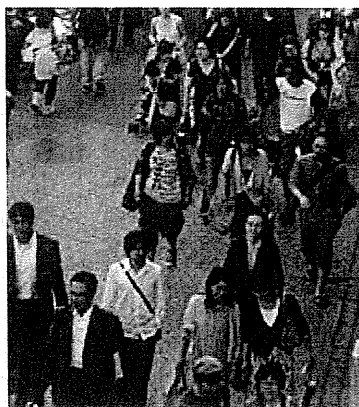
スタープレイヤーとお荷物社員の比較もできないから、医療職主導で職場はうまくいかない。医療職ができるのは病気を治すことだけ。仕事に関しては労務管理の分野で上司がやるべきことだ」

### 6、7割の回復レベルは運用で救済

——休職者の復職要件に高い回復レベルを求めるのはわかるが、現実の職場にはメンタルヘルスの問題がなくても能力的に劣っている人はいるもの。そういう人との整合性はどうなるのか？

高尾「説明したのはあくまで原則。実際にはこうした考え方を導入してすぐに六、七割の回復過程にある微妙な人にもやみくもに適用するのは現実的ではない。最初は現場から『頼むからなんとかしてくれ』と人事が突き上げられるような人に、このロジックを適用する。今はそういった非常に低い回復レベルの人への対応すらできていない。主治医の診断書を優先すると、重篤な人ほどより強い配慮を求めることになるからだ。低い回復レベルの人が問題になるのは、復帰ラインを明確に決めていないから。今は診断書に基づいてある人を救済することで前例ができ、自然に復帰ラインが下がってし

まっている。その結果、回復レベルの低い人まで救済して苦勞している。そうではなく、あくまで一〇〇%戻らないと復職できないとしておき、そのうえで六、七割の回復レベルの人を運用で救う。現実には六、七割の回復レベルの復職者は社内にはごく普通にいるが、当面はあまり問題にならないので、その間に徐々に求める回復レベルを引き上げていくことになるだろう」



### 人事評価は勤怠で制約を

——上司が仕事の労務管理をしつかりするというのが、実態は同じ会社でも上司に能力差があるのではないか？また、評価についても、今は年功制が崩れ、メンタルヘルス不調者がいない職場でも難しいぐらいだろう。

高尾「上司の労務管理スキルの平準化は真つ先に取り組むべき課題。確かに上司の管理能力にバラつきはあるだろうが、そこはあまり神経質にならず対策を進める。当面は人事部門がサポートするしかないだろう。パフォーマンス評価は確かに難しいので、勤怠で制約をかける。例えば、勝手に就業時間内に抜け出して組合に相談に行つた

りしたら、それは上司が命じていなければ勝手な離席となるので、勤怠上の問題となる。そのうえで、客観的に評価することの難しさについては、家族を交えて対処し、上司だけで処理しない。たまにおかしな親もいるが、大抵は自分の子のことを重々わかっていて、本人の主張がどうみてもおかしいことは認識している。その場に同僚など会社の人の同席を求めることも有効で、客観性を高めて家族が常識でわかる範囲で事実を説明する。同じ職場で働く者として就業に関わることを公認できない事実が数多くあることを公の場で伝える。このことを通じて自己愛が強いが故に本人の勝手な解釈でしていることが一目瞭然となり、然るべき落としどころに持っていくことができる。評価というから大変なことのようだが、換言すれば『受け入れ不能』といった拒否権を持つということだ」

——家族を巻き込んで理解を求めることも家族が会社に任せきりというケースもよく聞く。

高尾「会社が黙ってケアしてあげれば、家族は『会社には人事労務の専門はいるし産業医もいるのだから』と丸投げするし、その方が楽なので厚かましいことを言ってくるケースもある。だから良い意味で巻き込む。本人と家族に同席してもらい、迷惑行動を取ったことを認めさせよう。同様のことがある度に家族を呼び出す旨、同意してもらおう。家族にも自分たちの仕事なり都合があるので、何かある度に呼び出されたら困ることになる。でも、



そこでわかって欲しいのが、職場の上  
司・同僚にだって自分の仕事があるの  
だから、迷惑するのは同じだというこ  
と。そうして、自ら仕事ができない状  
況をつくりだしていることを皆が共有  
して、どうしたら良いかを考えれば答  
えは自ずと出る。家族の方からで『よ  
くわかりました。休ませます』となる  
はずだ」

**業務遂行の問題を関係者で共有**

——最近、就業規則で休業の合算規  
定を設けるのは一般的になりつつある  
ただ、合算規定があっても、仮に診断  
書に精神疾患系でない病名が付いて来  
た場合はどうなるのか？

高尾「そもそも休職規定そのものが  
法的になくとも良いのだから、『同一ま  
たは類似の疾患により』といった対象  
疾患や『〇カ月以内に再度休職に至っ  
た場合』という期間についての制約も、  
いつそのことなく考えもあるが、そ  
こまでではないということであれば、  
現状から少しづつステップを踏んでゴ  
ールを見極めていくべきだろう。確か  
にメンタルヘルス不調で復帰した後  
に風邪をこじらせたなどの診断書を出  
して休む人はいる。どういう範囲を対  
象とし、復職後いつまで合算するかは  
会社が見極めて決めるべきで、わざ  
わざと自らの制約をかけることはない。  
そのうえで、除外すべきと考えるもの  
は合算しなければ良い。要は周囲の人  
と比べて行き過ぎていないようにして  
誰がみても納得することが大切。真  
面目に働く社員が救われるようにル  
ール設定する」

——重要なポイントは職場の同僚

に迷惑をかけてはならないということ  
だ。

高尾「今は頑張っても必ずしも報  
われるとは限らない時代。だったら、『  
楽しんでしよう』といったずるい考え  
方ではないにしても、目一杯頑張ること  
が頑張らない人のためになつてしま  
うならば、自分の頑張りもセーブし  
ようと考えてしまうのはやむを得ない。  
頑張っていない人が隣にいるのに自分  
は関係ないと思える人はごく希だ  
ろう。最終的なゴールは（業務レベ  
ルに着目した対応をすることで）シャ  
ープだが、途中経過はその会社の八  
割の人が了とすることは問題ないし、  
逆にダメということはダメとい  
うことはダメと始めたら、メンタル  
ヘルス不調でパフォーマンスに問題  
のある人の行動を擁護する人はほと  
んどいないはずだ。今まではこの問  
題を密室にし過ぎていた。それを関  
係者で共有して約束事を明確にし  
てみんなが納得して働くようにす  
る」

**仕事基準で正規・非正規の区別も解消**

——「仕事ができているか否か」に焦  
点を置くことで、メンタルヘルス不  
調の既往のレッテルの偏見を回避す  
ることができるということだが。

高尾「復職を中途採用のイメージ  
で捉えてみて欲しい。中途採用時の  
面接で応募してきた人の履歴書に空  
白期間があつたら、『この間は何を  
されていたのですか？』と聞く。そ  
れで『メンタルヘルス不調で休んで  
いました』との答えが返ってきたら、  
『ウチの会社はキツイ仕事が多いけ  
ど大丈夫ですか？』などと確認する  
だろう。回答に納得でき

き、業務成果の期待が高ければ採用  
するだろうし、それと同じことを復  
職面談でもやるべきなのに、聞いて  
いないから後々トラブルになる。ベ  
ースで雇用は維持しながらも復職  
時のハードルは中途採用と同様に  
仕事ができるか確認できるレベル  
と考えるべきだ」

「これは非正規社員にも応用できる。  
今は派遣や契約社員がメンタル  
ヘルス不調になると、契約期間の  
満了などで退職し、同じ会社で再  
度就業することはほとんどないとい  
言ってもいいが、『仕事の出来』で  
みることによって、『有能ならば一  
度辞めて、また戻ってもらうべき  
だ』となる。メンタルの問題とし  
て扱おうと、一旦レッテルを貼られ  
たら最後、正社員は干されること  
になり、非正規社員は契約を切られ  
る。仕事ができる期間だけ働くこ  
とになれば、正規・非正規の区別  
はなくなる。例外、それを実践して  
いるのがパート労働者の働き方。  
時給で仕事した分の報酬をもら  
って、諸事情で辞めたりまた復  
帰したりしている」

**労多く美の見込めないリハビリ勤務**

——リハビリ勤務は認めない？

高尾「リハビリ勤務は一切やらない。  
ちゃんと就業できるようにしたう  
えで復職してもらうとの覚悟が会社  
と本人の双方にないとうまくいか  
ない。例えば半日勤務などを認め  
たら、それは通常勤務ではないため、  
会社側にもそれに見合うだけのさ  
らなる安全配慮義務が求められる。  
それに軽減勤務でスタートして本  
当に業務が出来るようになるとい  
ったような科学的根拠がなければ  
すべきなのだろうが、現状では私

知る限りない。家族も仕事があつて  
倒れをみきれないから会社に預け  
たいという状況なども少なからず  
含まれていて、軽減勤務でのスタ  
ートが良いとは到底思えない。た  
だ、大手はリハビリ勤務制度をも  
つていて、既にやつちやうている  
会社も少なくない。急に止められ  
ないで、当面、感覚でも良いので  
（リハビリ勤務の是非を）ちゃんと  
評価してみても、後は、良ければ  
続けられれば良いし、良くない  
と思うならできるだけ（復職時に  
本人に）『勧めない』という形で  
現場の判断に委ねるのが現実的  
だろう」

——何故うまく行かないの  
だろうか？

高尾「感覚的なイメージとしては、  
復職時には大きな階段があるはず  
で、そこを超えられないレベルの  
人にわざわざハシゴをかけてあげ  
てあげて甘やかして、次に待ち構  
える仕事ができるとは考えにくい  
点で意味がないし、それがすべて  
の甘やかしの第一歩になりかね  
ない。また、軽減勤務を制度とし  
て利用することを勧めない最大の  
理由は、それを運用するために労災  
や事後の民事訴訟などへの対策の  
ための相当複雑で膨大なロジック  
を追加しなくてはならなくなるから  
というのがある。一つは単純に軽  
減勤務を適用するだけでは結果は  
変わらないから、結果をよくなる  
ための（上司、人事、産業保健  
スタッフ側の）『労』としての仕  
掛けをさらに入れ込まねばなら  
なくなる。一方で、様々なメンタル  
対応の問題に頭を悩ませているの  
に、『このことだけにそんなに労  
力を割いてもいいのですか？』と  
問いたい」

(資料2) ビジネスレーバートレンド 業務遂行レベルに着目した対応 2012年4月号

# メンタルヘルスの新対応と キャリア・コンサルタントへの支援

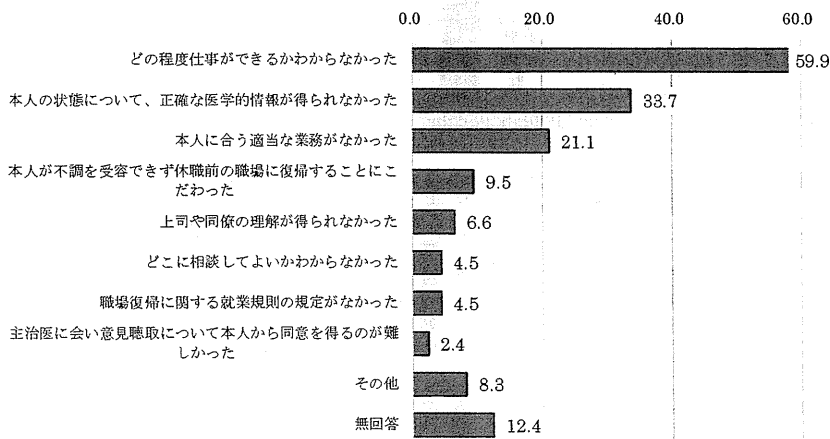
人事や職場、外部支援者の側に立った取り組み

調査・解析部

ケアの担い手は職場の上司・同僚が中心

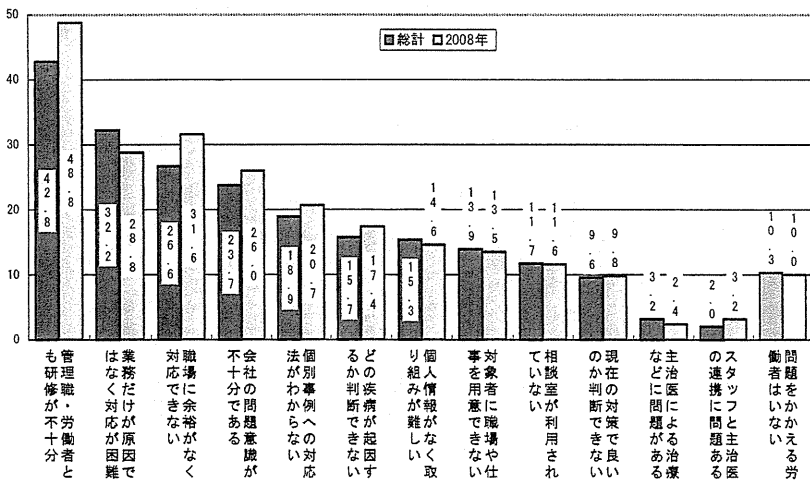
一般的に、その対応が難しいとされる働く人のメンタルヘルス問題。JILPTが昨年六月に発表した「職場におけるメンタルヘルスケア対策に関する調査」結果（農・漁業を除く全国の従業員一〇人以上の民間事業所五二五〇所が回答）では、六割強の事業所でメンタルヘルスに問題を抱える社員がいて、そのうち三割強の事業所は三年前に比べてその人数が増えたと答えていた。また、約四分の一の事業所に、過去一年間にメンタルヘルス上の理由により連続一カ月以上休職、もしくは退職した人がいた。メンタルヘルス不調を抱えた労働者のその後の状況について、ここ三年間でもっとも多いパターンは、「休職を経て復職している」（通院治療などを終えた完全復職）の割合が三七・二%と最も高く、次いで、「休職を経て退職した」が一四・八%、「休職せずに通院治療等をしながらかき続けている」が一四・一%、続いて「休職せずに退職した」(九・八%)、「休職を経て復職後、退職した」(九・五%)、「長期の休職または休職、

図1 休職者が職場復帰する際、問題となったこと（複数回答）



資料出所：JILPT「職場におけるメンタルヘルスケア対策に関する調査」結果

図2 メンタルヘルス対策の課題（複数選択）



資料出所：連合「第7回労働安全衛生に関する調査」報告

復職を繰り返している（八・二%）の順。完全復職したケースが多い一方で、「結果的に退職した」ケースがもっとも多い事業所の割合（「休職を経て退職した」「休職せずに退職した」「休職を経て復職後、退職した」の合計）も三分の一強を占め、両者がほぼ拮抗する形となっている。そこで、休職者が復職する際に問題となった事柄について尋ねたところ（複数回答）、「どの程度仕事ができるかわからなかった」をあげる事業所の割合が約六割と最も高く、次いで

「本人の状態について、正確な医学的情報が得られなかった」が三割強、「本人に合う適当な業務がなかった」が二割強となっている。「本人が不調を受容できず休職前の職場に復帰することにこだわった」ことを指摘した事業所も約一割あった（図1）。そんなメンタルヘルス不調者をケアする担い手としてもっとも重視されているのは、「職場の上司・同僚」がトップで約四割。二番目に多かったのは「人事労務部門」で約二割だった。

ゆとりが確保できない職場が多い

一方、連合が二〇一一年に実施し、先ごろ結果をとりまとめた「第七回労働安全衛生に関する調査」報告（事業場の支部・分会組合三三六一件の回答を集約）でも、過去三年の間に約三分の二の事業場でメンタルヘルス不調による休業者が発生。うち、三割弱の事業場で休業者が増加していた。そうした状況のなか、同調査はメンタルヘル

## 職場における新たな精神疾患罹患労働者に対する業務遂行レベルでのメンタル対応

病気に捕らわれることが問題

上司・同僚などはケアを求められても、知識や理解が乏しいうえに忙しくてそんな余裕もない……。こうした職場の困惑や負担の強さを産業界として肌で感じ続けた末に、「現状では、普通に頑張っている職場の上司・同僚、人事労務部門がすでに有しているスキルを活用し、むしろ極力、彼らに負担をかけない対応を示唆することが、結果的にメンタルヘルス不調者の予後の改善のためにもなる」との視点で考えるのが、岡山大学の高尾医師のアプローチ。「職場は働く場所である」ことを大前提に、①業務ができそうか否かを上司が判断する②できそうにない場合、それが健康上の問題に起因するか否かを本人と家族、主治医が決定する③就業させる（配慮を付ける）か否か

ス対策の課題（一三項目中複数選択）を聞いている。結果は図2の通り。統一的に定めた基準では対応しきれないうえに、ゆとりが確保できない状況にある職場の苦悩が透けてみえる。

連合では「メンタルヘルス問題に対する認識不足や無理解を解消することがまずもって求められている。また、メンタルヘルス問題に対し取り組むゆとりのない状態が、問題の解決を遠ざける原因になっている」などと指摘している。

を人事と産業界が判断する——との三段階で復職の可否を判断するものだ。

内容の詳細は、本誌二〇一一年七月号をご覧いただきたいが、要はメンタルヘルス対応を会社が考える場合、病気を訴える本人への支援にばかり焦点が当たり、部署としての生産性が低下してしまったり、同僚への過度の負担からドミノ倒しになったりする状況は望ましいはずもなく、繁忙感の強い職場が現実的に許容できる範囲で本人が頑張っていることをしっかりとみるべきだということ。同医師は「職場で本来、問題になるのは『仕事ができるかどうか』で、そこに着目すべきなのに『いかなる病気なのか』に捕らわれてしまっていることがこの問題を難しくさせている」と訴える。

## 医療的対応での評価を検証

高尾医師は、東京と大阪の協力事業場に対し、精神疾患に罹患し休職した労働者が、罹患前のように働けるかどうかで復職判断を行う「業務的対応」の導入支援を進めるとともに、導入前の過去のデータを収集。精神疾患罹患労働者の業務遂行レベルを最適化するためのメンタル対応について、従来の精神疾患の治療状況を中心に復職対応を決める「医療的対応」と、同医師の唱える「業務的対応」とを、業務の遂行面とメンタルヘルス不調者によく見られる勤怠の乱れの面で比較・検証を試みようとしている。

収集データは、協力を得られた一九事業場のうち、過去にメンタルヘルス不調による休職者が発生している、なおかつ、復職時の業務・勤怠のデータが二〇一一年末までに取得できた八事業場でメンタルヘルス不調をきたした七八人から、療養継続中（六人）と退職（八人）、別の疾患で長期療養中（一人）を除いた六三人（同一社員が複数回の療養を行ったケースも含まれるため、延べ人数）の状況を把握した。

八事業所の業種は、サービス、化学、製造、建設、出版、人材派遣、卸売。事業場の規模は、一〇〇〜二九九人が四事業場、三〇〇〜九九九人規模と一〇〇人以上がそれぞれ二事業場となっている。

また、六三人の属性については、性別は男性五二人、女性一人、年齢は四〇歳未満二九人、四〇歳代二二人、五〇歳以上二二人。療養期間は六日〜五四七日まで（平均一四七・七日、中

央値一〇三日）だった。業績は概ねC評価

まず、業務の遂行面は、メンタルヘルス不調で休職後、復職した者の業績の評価を「SD（五段階）評価」で実施しているケースについて、復職後の三半期の推移を調べている。S評価（五点）からD評価（一点）まで一点刻みで得点化し、再療養などで評価がない期間は〇点とした。

全体の平均業績評価では、復職直後の半期は一・九八、次の半期は二・〇二、次々期二・二〇で、三期を通した平均業績評価は二・〇一だった。この結果、メンタル疾患から復職した社員の復職後の業績評価は、おおむねC評価前後であることがわかる。なお、対象者数は、復職直後は五六人だったが、その後、五〇人、四八人と減少している。

## 勤怠は月3、4回の乱れが

勤怠面は、対象期間を復職後六カ月間に設定。月あたりの遅刻・早退、欠勤、事前申請のない有給休暇の回数を得点化し、〇回（五点）、一、二回（四点）三、五回（三点）、六〜九回（二点）、一〇回以上（一点）とした。業績評価同様、就業せずに評価がない場合は〇点としてデータに含まれる。

こちらは、一〜六カ月目にかけて、三・三八、三・七二、三・五八、三・二二、三・一〇、二・八九、二・九三と、時が経つにつれて低下する傾向がみられた。半年通しての平均勤怠得点は三・三八点。このことは、一月あたり大体、三、四回の勤怠の乱れが認め