

原 著

メンタルヘルス不全者の職場復帰支援に関する調査研究（第1報） —事業場外資源（精神科医・心療内科医など）への質問紙調査—

柏木雄次郎¹⁾，田口 文人²⁾，桃生 寛和³⁾
江花 昭一⁴⁾，芦原 睦⁵⁾

¹⁾ 関西労災病院心療内科・精神科，²⁾ 東北労災病院心療内科，³⁾ 福島労災病院心療内科，

⁴⁾ 横浜労災病院心療内科，⁵⁾ 中部労災病院心療内科

（平成17年3月15日受付）

要旨：目的：「メンタルヘルス不全者の職場復帰」は極めて困難な問題を抱えている。第一に、職場復帰判定が客観的基準を持たず、第二に、メンタルヘルス不全は完全治癒が少なく寛解状態での復職が多い事が予想される。本研究はこれら諸問題の実態を明らかにする事を目的としている。

対象と方法：メンタルヘルス専門医（心療内科医・精神科医）を対象とし、合計846名から回答を得た。

結果：復職判定は主治医の主観的判断による事が多く（66%）、主治医の主観的判断は患者に甘くなる（86%）。復職判定に利用する心理検査は、SDS（31%）・HAM-D（12%）・クレペリンテスト（10%）などであった。職場復帰は「寛解状態」で良いと考える専門医が多かったが（96%）、職場からは「完全治癒」を求められる事が多かった（74%）。患者の利益を考慮して病名の表現を緩和する医師が多い（92%）。各疾患の表現としては、「統合失調症」を統合失調症（38%）・心因反応（22%）、「うつ病」を抑うつ状態（40%）・うつ病（37%）としていた。専門医の多くは職場復帰の診断書に「軽作業が望ましい」と記載した事があり（96%）、「軽作業」とは、ケースバイケースで判断した（44%）。「リハビリ出勤」を勧めた専門医が85%を占め、94%が有用であったと答えた。主治医として産業医との連絡は、たまにする（57%）・多くの場合する（25%）などであった。最も接触する職種は、上司が56%、人事労務担当者が24%を占めた。

結論：「メンタルヘルス不全者の職場復帰」の問題点を明らかにする事ができた。主治医と職場が挙げる復職条件に「寛解状態」と「完全治癒」の大きな差異が認められた。また、リハビリ出勤が多用され、かつ有用である事が明らかになった。専門医（主治医）と産業医などが密な協働作業を行うことが適切な職場復帰支援を行う上で重要であると考えられた。

（日職災医誌，53：153—160，2005）

—キーワード—

職場復帰，メンタルヘルス，事業場外資源

はじめに

技術革新に伴う産業構造の急速な変化やバブル経済崩壊後の厳しいリストラを含む経済・雇用状況の悪化のため、

Research on support for reinstatement of a person suffering from mental health disorders: —first report— questionnaire survey of professional resources (psychiatrists and psychosomatic medical doctors) outside the workplace

めに、勤労者を取り巻くストレス状況は極めて厳しいものとなっている。このような状況の中で、職場メンタルヘルスが産業保健の中心課題となりつつある。特に、職場メンタルヘルスにおいて、うつ病を中心とした「メンタルヘルス不全者の職場復帰」は極めて曖昧で困難な問題を抱えている。第一に、職場復帰の判定が客観的基準を持たないことであり、第二に、メンタルヘルス不全は完全治癒ということは少なく、寛解状態での職場復帰が多いと予想される。

職場のメンタルヘルス対策において、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（2000年8月9日労働省発表）¹⁾や「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～職場における心の健康づくり～」(2004年10月厚生労働省・中央労働災害防止協会発表)²⁾で示されているように、事業場内・外の密な連携がメンタルヘルス不全の職場復帰に関して不可欠である。

しかしながら、現在のところ必ずしも事業場内・外の関係者相互の意思疎通が円滑にゆかず、「職場復帰支援体制」が有効に機能しているとはいえない。この為に、「職場復帰」の際に主治医と職場関係者の間で誤解や無理解による種々の問題が生じている。

これらの問題点に関して、我々は経験的にその所在・程度を類推し検討・議論を重ねてきたが³⁾、実態調査は全くなされないままに経過してきた。

よって、これら諸問題の実態を明らかにすることが、メンタルヘルス不全者の職場復帰支援において極めて有用であると考えて、本研究では事業場内（産業保健スタッフ・人事労務担当者など）及び事業場外（精神科医・心療内科医など）の両面から調査する事とした。

今回の初年度研究では、まず事業場外資源（精神科医・心療内科医など）を対象に「メンタルヘルス不全の職場復帰」に関する調査研究を実施した。

なお、第2年度研究として事業場内関係者（産業保健スタッフ・人事労務担当者など）を対象とした同様の調査を、本年（平成17年）1月～3月にかけて実施中である。

対象と方法

1. 調査票の作成

事業場外資源（精神科医・心療内科医など）がしばしば遭遇すると予想されるメンタルヘルス不全者の職場復帰に関する諸問題に関してアンケート調査票を作成した（計26問）。

2. 調査票の配布と回収

対象者は事業場外資源の専門職（精神科医・心療内科医など；多くが主治医として勤労者に接している）とした。調査票の送付先として、「日本精神神経科診療所協会」「日本精神神経学会」「日本心身医学会」の会員名簿から共同研究者の関係地域（関西圏・東北圏・首都圏・中京圏）を中心に全国から無作為に計約3,000名を抽出した。3,024名の精神科医・心療内科医などに対して、アンケート調査票を送付し、846名（28.0%）の回答を得た。

3. 回答者の内訳

回答者の男女比は男性が87.0%（736名）と多数を占めた（表1-a）。

回答者の年齢は40歳代が35.1%（297名）と最も多く、

表1-a 回答者性別

男性	736
女性	110
合計	846

表1-b 回答者年齢

20歳代	9
30歳代	134
40歳代	297
50歳代	212
60歳代	133
70歳代	54
80歳代以上	7
合計	846

表1-c 回答者専門分野

精神科	645
心療内科	189
その他	26
合計	860

（＊重複回答あり）

表1-d 産業医資格

有り	201
無し	645
合計	846

50歳代（25.0%；212名）・30歳代（15.8%；134名）・60歳代（15.7%；133名）がそれに続いた（表1-b）。

また、回答者の専門分野は重複回答があるものの、精神科医が645名（75.0%）と心療内科医が189名（22.0%）であった（表1-c）。日本医師会認定産業医資格の有無に関しては、有資格者201名（23.8%）と未取得者が645名（76.2%）であった（表1-d）。

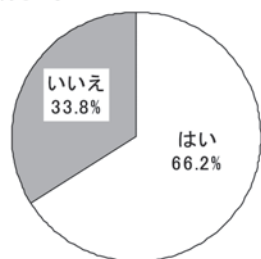
結 果

1. 復職判定基準と復職条件に関して

復職判定に際してメンタルヘルス不全に関しては客観的判断基準がないために「主治医の主観的判断に依らざるを得ない」との回答が66.2%であり、この主治医の主観的判断が「患者の意向に添う傾向があり、患者に甘くなる」との回答が85.8%であった（図1）。

また、主治医判断の補助として利用している心理検査としては、自己評定式抑うつ尺度の「SDS（Zung's self-rating depression scale）」が30.6%（202件、複数回答有り）と最も多く、他者評定式抑うつ尺度の「HAM-D

主治医の主観的判断に依らざるを得ない。



主治医判断は患者に甘くなる。

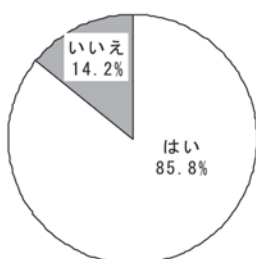
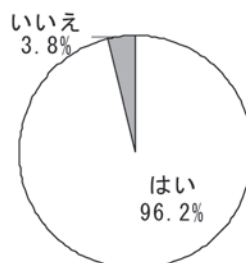


図1 復職判定に関して
(客観的判定基準を持たない為に)

主治医としては「寛解状態」で復職可能と思う。



一方で、職場から「完全治癒」を要求された事がある。

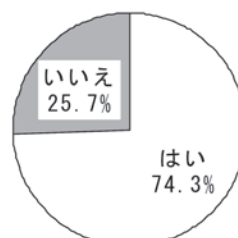


図3 復職条件に関して
(主治医と職場関係者の認識の格差について)

主治医判断以外で、利用している心理検査等について

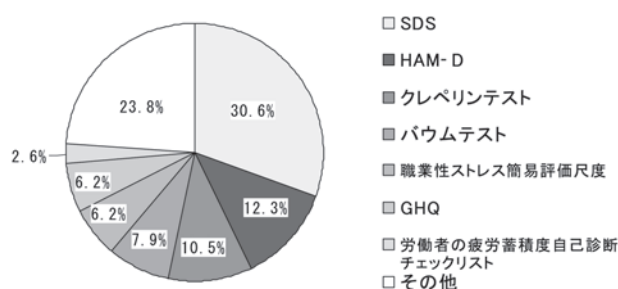


図2 復職判定に関して
(客観的エビデンスの補助の為に)

(Hamilton rating scale for depression)」が12.3% (81件)、作業能力検査の「内田クレペリン精神作業能力検査」が10.5% (69件)と比較的良く利用されていた。これに反して、厚生労働省や中央労働災害防止協会が利用を奨励している「職業性ストレス簡易評価尺度」や「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト」は未だ充分に利用されていないようであった(図2)。

復職条件に関して、主治医である精神科医・心療内科医のほとんど(96.2%)が「寛解状態」つまり再発・再燃の可能性はあるものの日常生活上支障のない治癒状態で良いと考えているのに反して、職場関係者からは「完全治癒」を要求された事が多い(74.3%)との結果であり、両者の想定する復職条件に大きな格差がある事を示していた(図3)。このせいか、復職後に再燃した場合、「(復職させた)主治医の判断が甘かった」と職場関係者から問責されたとの回答が20.0%あった(図4)。

2. 復職の際の診断書記載に関して

しばしば精神科あるいは心療内科から出される診断書がわかりにくいといわれるが、その中で特に記載された病名をみても病態・病状が理解できない事が指摘される。これは、身体疾患とは異なり、主治医が患者の職場での利益を考慮して病名の表現を虚偽でない範囲内で緩和する事が考えられるが、調査結果は実に92.1%の主治医が病名表現に関して何らかの配慮をしている事を示し

図4 復職後に再燃した際、主治医の判断の甘さを職場から問責された

患者の職場での利益を考慮して、虚偽でない範囲で診断病名の表現を緩和する

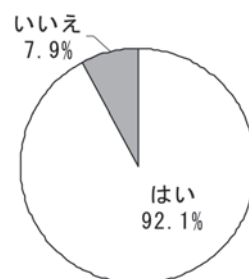


図5 復職の際の診断書に関して
(精神科・心療内科の診断書はわかりにくい?)

ていた(図5)。具体的表現をみると、「うつ病」に関しては「抑うつ状態」と若干表現を和らげるとの回答が40.4%と第一位を占めているが、「うつ病」と率直に表現する医師も37.3%と多数いる事がわかる。なお、かつてしばしば多用された「自律神経失調症」は13.9%と比較的少ない結果であった(図6)。「統合失調症(精神分裂病)」では、直截的表現の「統合失調症(または精神分裂病)」が37.9%であったが、表現を緩和する病名としては、「心因反応」(22.1%)と「神経衰弱」(18.4%)が多数を占めていた(図6)。職場で最近しばしばみられる「出勤困難症」では、まだ正式な医学病名の確定がなされていない状況を反映してか、「適応障害」(39.4%)

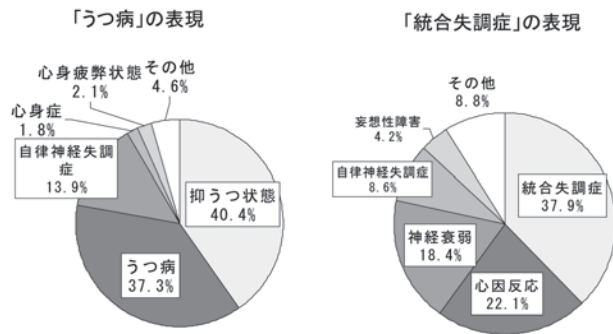


図6 復職の際の診断書に関して
(主要疾患をどのように表現しているか?)

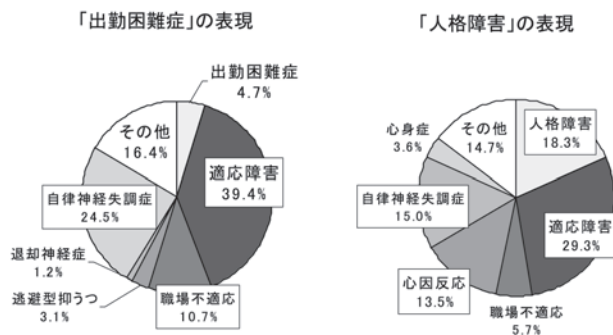


図7 復職の際の診断書に関して
(主要疾患をどのように表現しているか?)

と「自律神経失調症」(24.5%)で約65%を占めていた(図7)。「人格障害」では直截的表現には種々の問題を含むために「人格障害」は少なく(18.3%)、「適応障害」が29.3%と最も多く、「自律神経失調症」(15.0%)や「心因反応」(13.5%)など表現を緩和した病名が計60%以上と多数を占めていた(図7)。

また、メンタル不全の職場復帰に際して「復職可。但し、軽作業が望ましい。」と曖昧な表現がなされる事があるが、これに関しては96.0%と大多数の医師がこのような表現記載の経験があると回答している(図8)。さらに、「軽作業」とは何かとの問いには、「ケース・バイ・ケースで一般的には決められない」との曖昧な回答が43.8%と最も多く、「早朝出勤・残業などの時間外勤務や超過勤務がない事」が29.0%、「従来業務の50～60%程度」が24.5%であった(図8)。

3. 職場復帰の形態に関して

うつ病を呈する患者は几帳面・生真面目つまり「メランコリー親和型」の性格傾向を有する者が多いが、このために休職していても職場への気遣いの為に早々の職場復帰を希望する者がいる。或いは経済的理由からできる限り早期の職場復帰を希望する場合もある。十分に寛解に達していないにも拘らず、早々の職場復帰を希望する所謂「背伸び復職」を患者から要求された事があるとの回答が非常に多数(89.9%)あった(図9)。しかし、そ

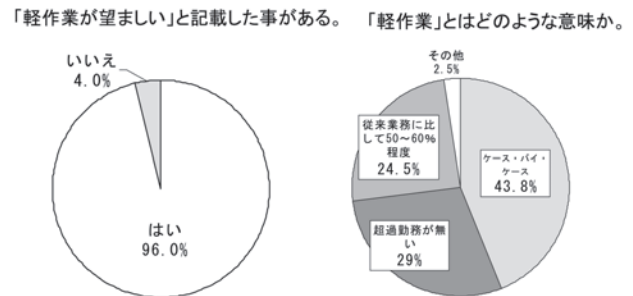


図8 診断書での「復職可。但し、軽作業が望ましい」との曖昧な記載に関して

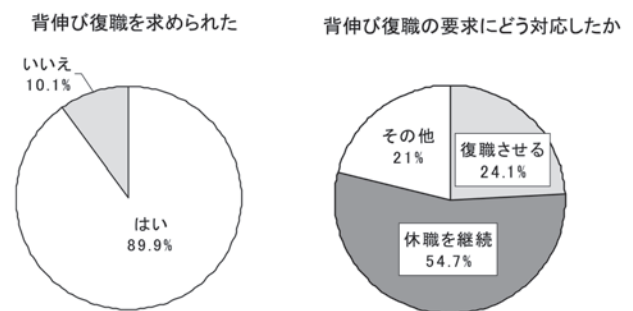


図9 「背伸び復職」に関して

の要求通りに復職を認めた医師は24.1%に過ぎず、54.7%の医師が寛解状態に達するまで休職を継続させると回答している(図9)。

「復職後の職場配置」に関しては、休職前の職場つまり「原職復帰」が45.5%と多数を占めており、「業務負担軽減のために異動が原則」との回答は17.7%に過ぎなかった(図10)。また、後者の「業務負担軽減のために異動が原則」が「窓際人事」や「降格人事」と受け止められて勤労意欲の低下を招いた経験が41.1%みられている(図10)。

「リハビリ出勤」に関しては、85.2%の医師が勧めた経験があり、さらに勧めた医師の94.0%が「リハビリ出勤が職場復帰に有用であった。」と回答している(図11)。

4. 事業場関係者との連携に関して

復職の際に主治医として職場の産業医に対してどの程度連絡をとるかに関しては、「たまに連絡をとる」程度が過半数(56.9%)を占めていた。「多くの場合連絡をとる」と産業医との密な連携を実施している医師は24.7%であった。むしろ、事業場関係者で最も接触するのは産業医を含む産業保健スタッフ(18.4%)よりも上司・管理監督者(55.7%)や人事労務担当者(24.0%)の方が多かった(図12)。

考 察

1. 復職判定基準と復職条件

上記調査結果にみられるように、メンタルヘルス不全

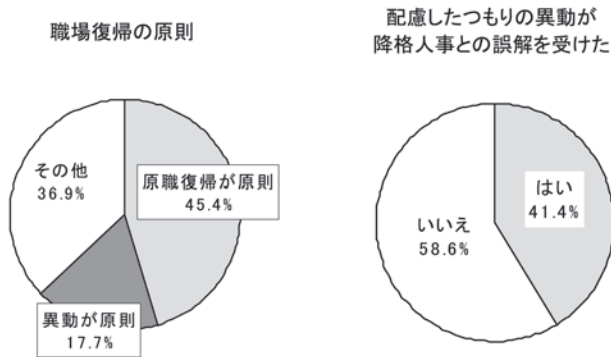


図10 「復職後の職場配置」に関して

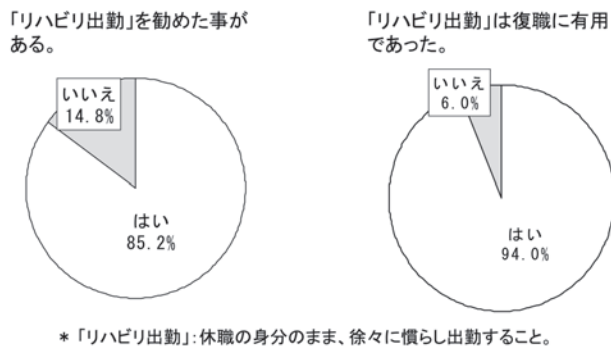


図11 「リハビリ出勤」に関して

の職場復帰判定においては客観的基準がない為に「主治医の主観的判断」に左右される部分が大きく（66.2%）、さらに主治医判断は患者に有利な方向に傾くことが多い（85.8%）。内科疾患であれば、血液検査の結果や血圧などにより、病状の改善が定量的に評価できる。また、外科系疾患でも傷創の治癒程度により改善を評価できる。ところが、ストレス障害の場合は、このような数値や外見による客観的判断基準がない。一見元気そうでも抑うつ状態が中等度以上の場合もある。よって、患者の抑うつ状態が改善したかどうかを外見上判別することは困難となる。心理検査もある程度は参考にはできるが、実際の判断は患者の訴え・表情・振る舞い・生活状況などを考慮して、主治医が臨床経験に基づいて主観的に判断することになる。このように、「メンタルヘルス不全者の職場復帰」は、復職の可否判断という最も基本的な部分が曖昧であるという大きな問題を抱えている。

第二の基本的問題点として、うつ病などのストレス障害は完全治癒ということは少なく、「寛解状態」での復職が多いという事である⁴⁾。その為に、何らかの大きなストレスが加わると容易に再燃する可能性があり、一旦復職可能とした患者が短期間のうちに再度休職となる場合もある。これを再三繰り返すと、患者本人の不利益はもとより、職場も対応に難渋するようになり、主治医診断書の信頼性も著しく損なわれる結果となる。職場から

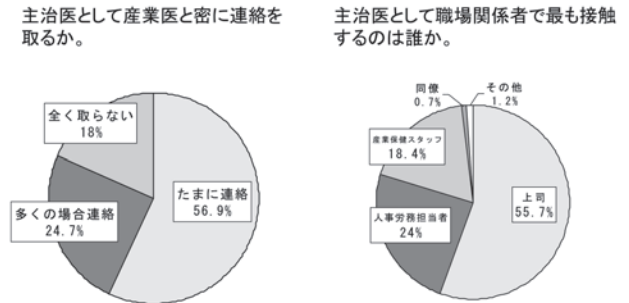


図12 職場との連絡・接触に関して

は、患者や主治医に対して「完全治癒」を要求されることもあるが（74.3%）、これは本来不可能であり、患者に余計な圧力を掛けることで、逆に治療を阻害することになる。一旦軽快して日常生活が支障なく過ごせる程度になり、服薬や通院を継続してゆく中で安定した「寛解状態」になれば、復職は可能であると精神科医・心療内科医のほとんど（96.2%）が考えている。しかし、服薬や通院を継続していると「まだ治っていないのではないか」と職場で言われることがある。また、新たなストレスの発生により症状が再燃した場合、「（治ったと診断されて復職したが）本当は治っていなかったのではないか」と職場から問責されることもある（20.0%）。高血圧や糖尿病の場合は、服薬や通院を継続していても検査結果が正常化していれば、職場でも「治った」とみなされる。また、不摂生がもとで高血圧や糖尿病を再発しても、復職した際の「治った」という主治医判断まで疑われて問責されることはない。ストレス障害に特有の「寛解状態」への理解の乏しさが、「メンタルヘルス不全者の職場復帰」において種々の誤解を生じさせている。

2. 復職の際の診断書記載

標準的な精神科診断基準DSM-IV 或いはICD-10によっても、診断書に記載すべき病名を確定できない事がある（新しい疾病概念の出現、定量的な症候評価が困難など）。また、精神医学的診断は確定しているが、職場での患者利益を考えて虚偽でない範囲内で表現を緩和する事が非常に多い（92.1%）という事実が今回の調査結果で明らかになった。これら診断病名が不確実であるという事も精神科診断が曖昧であるという印象を与えている。

また、「復職可。但し、軽作業が望ましい」との診断書での表現も精神科・心療内科の主治医の大多数（96.0%）が経験している。しかしながら、具体的にどのような業務内容が「軽作業」であるという指示は、事業場の実情を熟知していない主治医からは出来ない。「休職前業務量の50～60%から始める」ことが目安であっても、単に時間数や業務量だけでは規定出来ない。あくまで各職場の実情を熟知した管理監督者（所属長・直属上司）と患者本人の同意によりケース・バイ・ケース

で具体的に決めるという事になる (43.8%)。このような軽減措置を約1カ月間実施して、徐々に労務負荷して元の業務量に戻してゆく (段階的職場復帰)。

「安全配慮義務の履行」の観点からは、「軽作業が望ましい」との主治医指示を基に、産業医と人事労務担当者・管理監督者が復職後の処遇において一定の配慮を行うことは、円滑な職場復帰の推進と「安全配慮義務の履行」遵守の証左となると考えて良いであろう。

3. 職場復帰の形態

うつ病になりやすい人は、周囲への気配りが過剰な性格 (過剰適応傾向: メランコリー親和型性格) を有する事が多く、少し良くなると職場への配慮から早々に復職を希望する事が多い (89.9%)。このような「背伸び復職」に対して、患者の希望通りではなく、余裕を持って復職の時期を決めた方が良くと考えられるが、今回の調査結果においても過半数 (54.7%) の主治医が寛解状態に達するまで休職を継続させると回答している。つまり「もう良くなった、明日からでも復職したい」と患者が希望しても、再発防止の意義を強調して「念のためにもう暫らく自宅療養を延長するように」勧めている。このようにして、早過ぎる復職による症状再発・再燃のリスク (再休職リスク) を避ける意義は極めて大きい。

復職後の配置転換に関しては、多くの医師 (45.5%) が「原職復帰が原則」としている。これは、復職後の状況が予想できないまま他の職場に異動すると、患者がその職場に容易に適応できない事が予想され、また逆に、受け取る側の職場の方でもストレス障害の既往がある未知の人材に対してどのように対応すれば良いのか非常に困る事が予想される。

また、復職後の負担軽減を目的として安易に配置転換した場合であっても、患者に充分説明して了解を得ておかないと、せっかくの事業場側の配慮が「降格人事」や「窓際人事」と誤解される事がある (41.1%) ので注意を要する。

「リハビリ出勤」とは「治療の一環」として、患者の希望に基づき、事業場の了解を得て行うことが原則となっている。短時間勤務から始め約1~2カ月かけて徐々に業務量を増やし、同僚の6~7割の職務が出来るようになったら正式復職とする⁵⁾。このようにして、復職への

「慣らし運転」として利用されている。「背伸び復職」を希望する患者への対応としては極めて有用と考えられる。しかし一方で問題点も孕んでいる。つまり、身分は「休職のまま」の為、一般には給与は支給されず傷病手当だけの収入となる。この点を悪用すると、従業員を安く使用できることになる。また、業務中 (通勤途上も含めて) 事故にあっても労災認定されない。実際は公的職場において多く用いられているが、民間企業では正式復職が原則であり余り用いられていない。ただ、今回の調査結果から、多くの医師 (85.2%) が「リハビリ出勤」を勧め、有用性が高い (94.0%) ことを指摘していることから、民間企業でも今後このような復職準備形態が増加することが予想される。

4. 事業場関係者との連携

精神科主治医と産業医が懇意な間柄であっても、患者の病状を問い合わせる時は、患者の了解をとっておくべきである [守秘義務の問題]。この前提で、主治医と産業医が密な意思疎通をして、病状理解と職場状況理解を相互にしておく必要がある [身体的疾患との相違点]。主治医は患者との治療関係の維持目的から、患者側に立つ判断 (甘い判断) を行う事が多い。これに対し、産業医は公平中立な立場 (会社側でもなく、患者側でもなく、独自の立場) で、主治医の診断書を参考にして、患者と直接面談した結果などから復職の可否を総合的に判断すべきである。

産業医の場合と同様に、管理監督者・人事労務担当者・産業保健スタッフも患者の了解をとった上で、より一層密に主治医と連携する事が望まれる。

結 語

今回の調査結果から、「メンタルヘルス不全者の職場復帰」の諸問題は、1) メンタルヘルス診断の曖昧さ、2) 主治医と職場関係者の意思疎通の不足という2点から生じている事が明らかになった。

職場復帰の最終判断をするのは事業場 (人事労務部門あるいは管理監督者) であるが、主治医は「診断書」を通じて、また産業医は「産業医面談 (復職検診)」を通じて医学的判断を求められる。これら三者に加えて、産業保健スタッフ (保健師、看護師、臨床心理士、産業カ

表2 円滑な職場復帰のための条件

1. 患者と主治医との間に良好な信頼関係 (良い治療関係) が有ること。
2. 患者が就業意欲を有すること。
3. 患者が病気を自覚した上で、セルフ・コントロールできること。
4. 患者が (人間関係を中心とした) 職場適応能力を有すること。
5. 職場に、復職時に適した仕事があること。
6. 職場の受け入れ体制 (サポート体制) ができていること。
7. 家族のサポートがあること。

第8回日本産業衛生学会近畿地方会・産業精神衛生研究会 (関西メンタルヘルス研究会) における栗岡住子氏の発表より一部改変引用

ウンセラー）や事業場外の専門家（EAPスタッフなど）が直接に連絡を取り合い、患者にとって有用な情報を共有して、「円滑な職場復帰のための条件」（表2）を考慮の上、密な協働作業を行うことが適切な職場復帰支援を行う上で重要であると考えられた。

謝辞：本研究は独立行政法人労働者健康福祉機構「若林記念医学研究」の援助により実施し、第52回日本職業・災害医学会（岡山市）において要旨を発表した。

また、本稿は全国労災病院心療内科学会及び日本産業衛生学会近畿地方会・産業精神衛生研究会（関西メンタルヘルス研究会）での「復職」に関する討論を参考にして考察致しました。貴重な御意見を拝受致しましたこれら各職種の先生方及び討論に参加された会員諸氏に深謝致します。

文 献

- 1) 川上憲人：「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」の逐条解説。働く人の心の健康づくり—指針と解説—：中央労働災害防止協会編。東京，中央労働災害防止協会，2001, pp 45—50.
- 2) 職場におけるメンタルヘルス対策支援委員会：平成16年度 職場におけるメンタルヘルス対策支援委員会報告書—心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援モデル事業関係—。東京，中央労働災害防止協会，2004.
- 3) 柏木雄次郎：「メンタルヘルス不全者の職場復帰（復職）」の抱える諸問題。ストレスと臨床 19：26—29, 2004.
- 4) 大西 守：復職判定の実際，職場のメンタルヘルス・ハンドブック：大西 守，島 悟 編，（第2版）。東京，学芸社，2002, pp 56—59.
- 5) 藤井久和：復職判定（付 リハビリ出勤について），働く人のストレス相談室～働く人の心理相談いろはがらた～，改訂版。東京，働く人の健康づくり協会，2001, pp 82—90.

（原稿受付 平成17. 3. 15）

別刷請求先 〒660-8511 尼崎市稲葉荘3-1-69
関西労災病院心療内科
柏木雄次郎

Reprint request:

Yujiro Kashiwagi M.D., PhD.
Department of Psychosomatic Medicine and Psychiatry,
Kansai Rosai Hospital 3-1-69 Inabaso, Amagasaki, Hyogo,
660-8511, Japan

RESEARCH ON SUPPORT FOR REINSTATEMENT OF A PERSON SUFFERING FROM
MENTAL HEALTH DISORDERS: —FIRST REPORT— QUESTIONNAIRE SURVEY
OF PROFESSIONAL RESOURCES (PSYCHIATRISTS AND PSYCHOSOMATIC
MEDICAL DOCTORS) OUTSIDE THE WORKPLACE

Yujiro KASHIWAGI¹⁾, Fumihito TAGUCHI²⁾, Hirokazu MONOU³⁾,
Shoichi EBANA⁴⁾ and Mutsumi ASHIHARA⁵⁾

¹⁾Department of Psychosomatic Medicine and Psychiatry, Kansai Rosai Hospital

²⁾Department of Psychosomatic Medicine, Tohoku Rosai Hospital

³⁾Department of Psychosomatic Medicine, Fukushima Rosai Hospital

⁴⁾Department of Psychosomatic Medicine, Yokohama Rosai Hospital

⁵⁾Department of Psychosomatic Medicine, Chubu Rosai Hospital

OBJECTIVE: Some very difficult problems arise over support for the reinstatement of a person suffering from mental health disorders. The first problem is that the decisions of reinstatement for people suffering these disorders have no objective criteria. The second problem is that scarcely any mental health disorders result in complete recovery, and most reinstatement cases are decided under the remission state. The chief aim of our research is to reveal the status quo of these problems.

METHOD: We conducted a questionnaire survey of 846 professional resources (psychiatrists and psychosomatic medical doctors) outside the workplace.

RESULTS: The results of this survey indicate the following: 1) the decisions of reinstatement were mostly made on the personal impressions of the doctor in charge (66%); 2) these impressions were favorable for patients (86%); 3) available psychometrics for the decisions of reinstatement were SDS (31%), HAM-D (12%), the Kraepelin test (10%) and so forth; 4) most doctors (96%) regarded that reinstatement of a person suffering from mental health disorders was practicable under the remission state, whereas on the contrary, most employers (74%) requested complete recovery as the condition for reinstatement; 5) most doctors (92%) modified the name of a disease for the benefit of patients, for example, schizophrenia is named “psychogenic reaction” (22%), major depression is named “depressive state” (40%); 6) 96% of doctors stated “light work is desirable for these patients” in medical certificates for reinstatement, and 44% of doctors considered the meaning of “light work” should be determined on a case-by-case basis; 7) 85% of doctors recommended “the rehabilitation reinstatement” which was regarded as very useful by most doctors (94%); 8) 25% of doctors usually communicated with industrial physicians, however, 57% of them communicated occasionally; 9) 56% of doctors cooperated with the boss of patients, 24% of them cooperated with personnel and work managers.

CONCLUSIONS: Our research clarified the decisions for reinstatement of a person suffering from mental health disorders. There was a great difference between the recognition of the reinstatement condition of doctors and that of employers; namely, “remission state” vs. “complete recovery.” The rehabilitation reinstatement was used much and was very useful. The cooperation of professional resources (psychiatrists and psychosomatic medical doctors) outside the workplace and industrial physicians was not always strong.
