

労災疾病研究シンポジウム10—7

「メンタルヘルス不全者の職場復帰」が抱える諸問題

柏木雄次郎

関西労災病院心療内科・精神科

(平成18年3月24日受付)

要旨：メンタルヘルス不全者の職場復帰では以下の諸問題がある。①職場復帰判定において客観的基準がない。つまり、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。②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。「寛解状態」への理解の乏しさが、種々の誤解を生じさせている。③休職の際に診断書に記載される病名が判りにくい。これは、患者の職場での利益を考えて、虚偽でない範囲内で表現をしばしば緩和される事に由来する。この配慮が、精神科診断は曖昧で判りにくいという印象を与えている。④「復職可。但し、軽作業が望ましい」との診断書の意味が不明確である。⑤「背伸び復職」がしばしばある。うつ病になりやすい人は、気配りが過剰な性格を有する事が多く、少し良くなると職場同僚への配慮から早々に復職を希望する。⑥復職後の配置転換は「原職復帰」が原則となるが、復職後の負担軽減を目的に事業場の配慮によって配置転換がなされることもある。この場合、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。⑦「リハビリ出勤」の問題点。復職の客観的な判断基準がないメンタルヘルス不全の場合、正式復職前に職場で業務の一部を行って、実際に復職可能かどうかを患者・上司・同僚が共に検証し、慣らし出勤を重ねることは、安定した復職を保障する確実で有用な方法である。しかし、「休職のまま」である為、給与は支給されず傷病手当だけの収入である事が多く、また、業務中の事故にあっても労災認定されない。⑧メンタルヘルス不全の場合、主治医と職場関係者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にも拘らず、十分な連携が取られていない事が多い。

これらの諸問題を、「若林記念医学研究；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」の調査結果を提示しながら検討を加える。

(日職災医誌, 54: 49—53, 2006)

—キーワード—

メンタルヘルス, 職場復帰, リハビリ出勤

1. 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（復職）」は極めて困難な問題を抱えている（表1）。共同研究として実施したアンケート調査（「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）の結果を踏まえて、「メンタルヘルス不全者の職場復帰」が抱える諸問題について検討する。

表1 「メンタルヘルス不全者の職場復帰」の抱える諸問題

<p>【基本的問題】</p> <p>①職場復帰判定に客観的基準がなく、「主治医の主観的判断」に左右される部分が多い。</p> <p>②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。</p> <p>【その他の問題点】</p> <p>①精神科診断病名</p> <p>②「復職可. 但し, 軽作業が望ましい」との診断書</p> <p>③背伸び復職</p> <p>④復職後の配置転換</p> <p>⑤リハビリ出勤</p> <p>⑥精神科主治医と職場関係者の連携</p>
--

「主治医の主観的判断」に依らざるを得ない(専門医調査)。

「主治医の主観的判断」を最も尊重する(職場関係者調査)

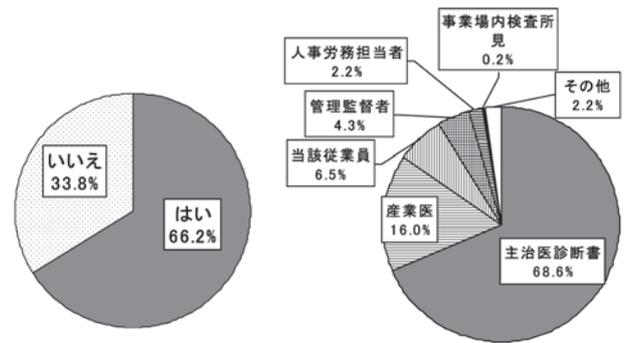


図1 復職判定の根拠

2. メンタルヘルス不全者の職場復帰の基本的問題

① 《復職判定基準》(図1, 図2)

第一に問題となるのは、上記調査にみられるように、職場復帰判定において客観的基準がないことである。この為、「主治医の主観的判断」に左右される部分が大きくなる。また、その主治医判断は患者に有利な方向に傾くことが多い。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、精神疾患の場合は、このような数値や外見による判断基準がない。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。心理検査の数値結果を参考にはできるが、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。このような判断方法で、何らかの意図を持って「詐病」つまり病気(うつ病など)であるかのように振舞ったり、また逆に復職を急ぐあまり、病状がまだ十分に改善していないのに改善したかのように見せたり、というような場合に的確に判断して訴えの真偽を見極める事ができるのか、或いは、主治医によってバラツキ無しに復職の可否判断ができるのかという問題が生じる。少なくとも10年以上の十分な臨床経験のある精神科あるいは心療内科の専門医であれば、これらの判断は概ね出来るものと考えられるが、絶対とは言えない。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。

② 《復職条件としての「寛解状態」》(図3)

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。その為、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

主治医判断は患者に甘くなる(専門医調査)。

主治医診断書は曖昧で患者に甘くなる(職場関係者調査)。

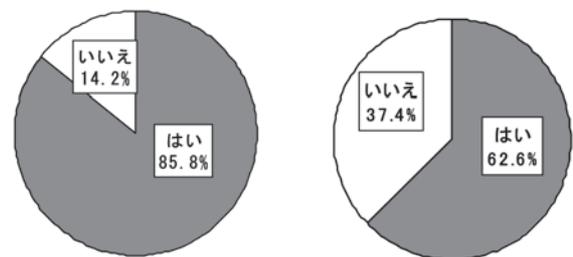


図2 主治医判断の妥当性

(専門医調査)

(職場関係者調査)

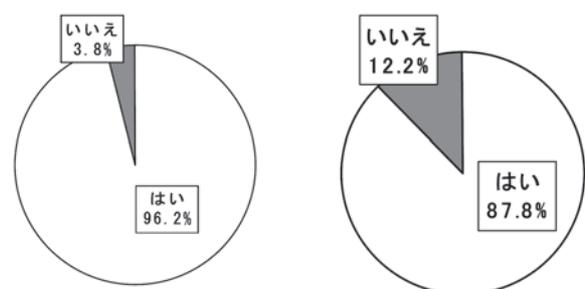


図3 復職条件は「寛解状態」で良いと思うか

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。職場からは、患者に対して「完全に治して戻って来い。」と声を掛けられることもあるが、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考えられる。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」と職場から責められることもある。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」という判断まで疑われることはない。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。

3. その他の問題点

上記のような基本的問題以外に、「メンタルヘルス不全者の職場復帰」に関して特筆すべき問題点として以下のようなものがある。

① 《精神科診断病名》(図4, 図5)

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、患者利益を考慮して虚偽でない範囲内で表現を緩和する事もある(うつ病=心身疲弊状態・抑うつ状態・心身症、統合失調症=神経衰弱・心因反応など；最近では自律神経失調症という表現は少なくなってきている)。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。

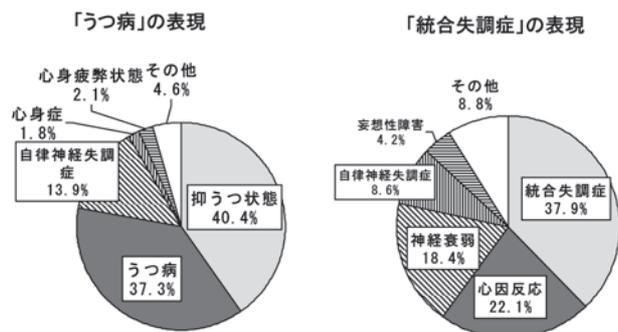


図4 復職の際の診断書に関して
(主要疾患をどのように表現しているか?)

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(専門医調査)。

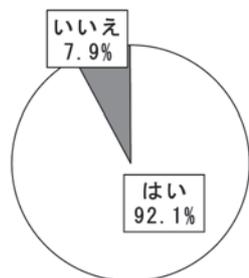


図5 診断書の記載病名について
(精神科・心療内科の診断書はわかりにくい?)

② 《「復職可。但し、軽作業が望ましい」との診断書》(図6)

具体的にどのような業務内容が軽作業かという指示は、主治医からは出来ない。「休職前業務量の50~60%から始める」ことが目安といっても、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(少なくとも時間外勤務・超過勤務の制限は必要と思われる)。このような軽減措置を約1か月~6か月間実施して、元の業務量に戻してゆく。「軽作業が望ましい」との主治医指示を参考にして、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が、円滑な復職推進と「安全配慮義務の履行」遵守の証左となる。

③ 《背伸び復職(復職の見切り発車)》(図7)

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)を有する事が多く、少し良くなると職場同僚への配慮から早々に復職を希望する。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い。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」勧めた方が良い。このように早過ぎる復職による症状再燃のリスク(再休職リスク)を避ける意義は大きい。

「軽作業が望ましい」と記載した事がある。「軽作業」とはどのような意味か。

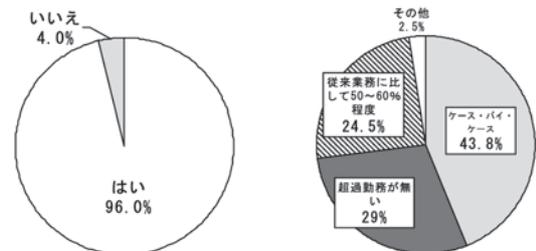
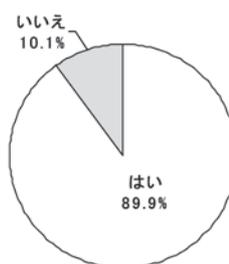


図6 「復職可。但し、軽作業が望ましい」との診断書での曖昧な記載に関して

背伸び復職を求められた



背伸び復職の要求にどう対応したか

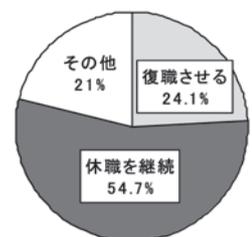


図7 「背伸び復職」に関して

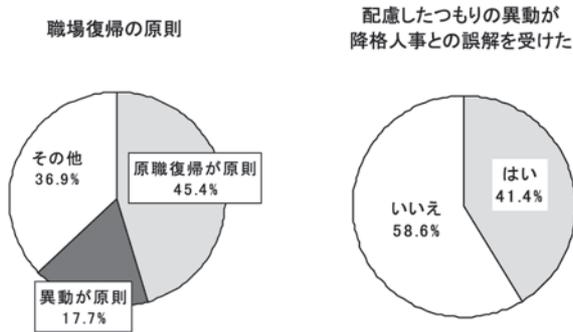


図8 「復職後の職場配置」に関して

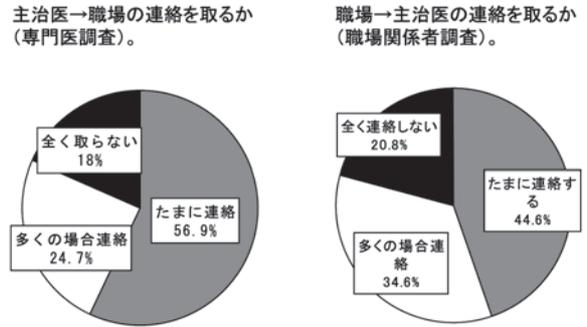


図10 職場との連絡・接触に関して

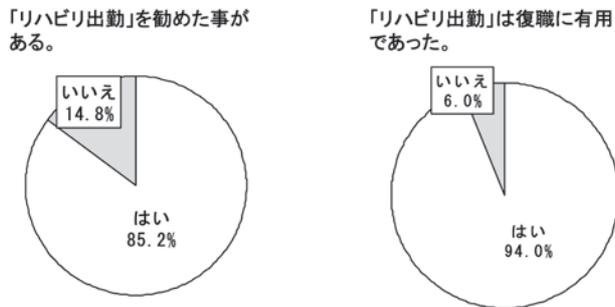


図9 「リハビリ出勤」に関して

* 「リハビリ出勤」：休職の身分のまま、徐々に慣らし出勤すること。

④ 《復職後の配置転換》(図8)

「原職復帰」が原則となるが、復職後の負担軽減を目的に、事業場の配慮によって配置転換がなされることもある。この場合、患者に充分説明して了解を得ておかないと、せつ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ので注意を要する。

⑤ 《リハビリ出勤》(図9)

「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。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。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、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。今後、民間企業でもこのような復職準備形態が増加することを考えると、その問題点を慎重に検討してゆく必要があると

思われる。

⑥ 《精神科主治医と職場関係者の連携》(図10)

精神科主治医と職場関係者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(書面である必要はない)をとっておくべきである〔守秘義務の問題〕。この前提で、主治医と職場関係者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、職場関係者は現場の実情を踏まえた上で、主治医診断書(意見書)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。

4. まとめ

以上のような種々の問題を抱える「メンタルヘルス不全者の職場復帰」に関して、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所属長・直属上司)であるが、主治医は「診断書」を通じて医学的判断を求められる産業保健スタッフ(産業医、保健師、看護師、臨床心理士、産業カウンセラー)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、密な協働作業を行うことが適切な職場復帰判定を行う上で重要であると考えられる。

(原稿受付 平成18.3.24)

別刷請求先 大阪府立成人病センター脳神経科・腫瘍精神科
〒573-8511 大阪市東成区中道1-3-3
柏木雄次郎

Reprint request:

Yujiro Kashiwagi M.D., PhD.
Department of Neuropsychiatry, Psychooncology Division,
Osaka Medical Center for Cancer and Cardiovascular Disease
1-3-3 Nakamichi, Higashinari, Osaka 537-8511, Japan

THE ISSUES OF RETURNING TO THE WORKPLACE FOR PERSONS WITH IMPAIRED MENTAL HEALTH

Yujiro KASHIWAGI

Dept. of Psychosomatic Medicine and Psychiatry, Kansai Rosai Hospital

The issues of the return to the workplace of persons with impaired mental health are as follows: ① Since there are no objective criteria for assessing return to the workplace, there are many aspects that are influenced by the subjective assessment by the primary physician. ② There are many cases in which patients exhibiting depression or other stress disorders return to the workplace while in a state of remission, while only a small number are completely cured. The lack of an understanding of the characteristic “remission state” associated with stress disorders may be the cause of various misunderstandings when persons with impaired mental health return to the workplace. ③ Medical certificates issued by psychiatrists or psychosomatic physicians are frequently considered to be difficult to understand. Although a psychiatric diagnosis may be established, there are an extremely large number of cases in which the expressions used are softened without exceeding the range of falsification in consideration of the benefits to the patient in the workplace. Thus, the results also gave the impression that the lack of reliability of these diagnoses contributes to the ambiguity of these psychiatric diagnoses. ④ Most physicians use ambiguous expressions such as “able to return to work, but preferably limited to light duties” when allowing persons with impaired mental health to return to the workplace. ⑤ There are many cases in which persons susceptible to depression have a personality which makes them excessively sensitive to their surroundings, and thus there are many such persons who desire to return to the workplace as soon as possible once they feel a little better. Although it is thought that the timing of returning to the workplace should be decided while allowing an ample margin instead of following the wishes of the patient with respect to this “early return” ⑥ Patients should be allowed to return to their original job with respect to the type of work assigned after returning to the workplace. Even in cases of patients being transferred to a more comfortable assignment for the purpose of reducing the workload after returning to the workplace, unless the patient is provided with an adequate explanation to obtain his consent, caution is required since the considerations made by the workplace, although well-intended, may be misunderstood as a lateral transfer or demotion. ⑦ The concept of “going to work while rehabilitating (rehabilitation assignment)” is implemented with the approval of the workplace based on the wishes of the patient as a part of the patient’s therapy. The patient begins by only going to work for short periods of time, and then over the course of the next one to two months, the workload is increased after which the patient is allowed to return to normal duty once he is performing 60–70% of the duties of his co-workers. In this manner, this type of program is used in the manner of a “trial run”. On the other hand, this also encompasses problems. In other words, since these patients have the status of still being on leave, they are generally not paid a salary, but rather their only income is in the form of a disability payment. In addition, if an accident should happen during work, it is not covered by workmen’s compensation. ⑧ It is necessary for the primary physician and related persons in the workplace to maintain close contact so as to mutually understand the patient’s condition and conditions in the workplace (differences from somatic illnesses).
