

原 著

メンタルヘルス不調者に対し職場復帰支援に向けて求められること

黒川 淳一^{1)~3)}, 井上 真人^{1)~3)}, 井奈波良一²⁾³⁾, 岩田 弘敏²⁾³⁾¹⁾医療法人桜桂会犬山病院²⁾岐阜大学大学院医学系研究科産業衛生学分野³⁾岐阜産業保健推進センター

(平成 20 年 11 月 20 日受付)

要旨：【目的】メンタルヘルス不調による休業者の職場復帰支援にまつわる問題点の把握を行うことを目的に、アンケート調査を行った。

【調査対象】岐阜県下にある 695 事業場を対象とした。一次調査では労務管理担当者に回答を、二次調査では一般職員に回答をそれぞれ求めた。

【調査時期・回収率】一次調査では調査票を平成 19 年 8 月に配布した。288 事業場から回答があり、回収率は 41.4% であった。その中でも事例経験のあった事業場で、かつ、二次調査に参加意欲を示した 22 事業場に勤務する一般職員宛に、平成 19 年 12 月、二次調査票を配布した。その結果 587 件からの回答があり、回収率は 26.7% であった。

【結果】①メンタルヘルス不調事例を経験した一般職員の半数が業務に支障を来したと回答した。②精神疾患の特徴についての理解が十分浸透しておらず、休業者への接し方など知識不足を危惧する意見が聞かれた。③労務管理担当者や事業主など事務方に復職の決定権が多くあった。④復職支援に必要とされる情報を診断書だけで医療機関と連携することに多くの労務管理担当者らは不満を表した。⑤休業者の復職に際し“精神症状が寛解していること”、“就労への意欲を示していること”、“職務遂行能力があること”が特に要求された。⑥復職に立ち会うラインの担当者らと休業者とが情報を共有し、適切な人間関係の調整が行われることが重要と労務管理担当者らは考えていた。⑦一般職員にとっては事例を経験しない限りメンタルヘルスケアに関心が乏しい様子であった。

【考察】今後は労使双方が事態打開に向けて有機的な連携がなされるような取り組みが求められるであろう。

(日職災医誌, 57: 92—108, 2009)

—キーワード—

職場のメンタルヘルス, 職場復帰支援, 診断書

I はじめに

昨今の厳しい経済状況や格差社会などの変化を受けて、心の健康を害する労働者（以下、メンタルヘルス不調者）の増大とその問題点については既に多数の報告がなされているところである^{1)~5)}。これらの状況に対応するため厚生労働省は、2001 年に「職場における自殺の予防と対応」⁶⁾を、2004 年には「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」⁷⁾（以下、手引き）を、そして労働安全衛生法の改正を受け 2006 年には「労働者の心の健康保持増進のための指針」⁸⁾（以下、指針）をそれぞれ策定し、問題への対応を促してきた。特にこの指針の

中では労働者のメンタルヘルスケア推進にあたって、“セルフケア”、“ラインによるケア”、“事業場内産業保健スタッフ等によるケア”、および“事業場外資源によるケア”から成る“4つのケア”を見立て、事業場の全員および事業場外資源とのネットワークを活用しながらそれぞれの役割下での対応を求めており、職場のメンタルヘルスケアの実施が事業者の努力義務とされるなど、より適正な実施と運用が求められることとなった。さらに労使互いが信義則・誠実義務に則った権利と義務の履行が求められる、2008 年 4 月に労働契約法が施行されるに至っている⁹⁾。

これまでのメンタルヘルス不調を理由に休業した労働

者の多くが“うつ病”ないしは“うつ状態”であるとされ¹⁰⁾、かつ、労働者で自殺する者の多くが“うつ病”と関連していたという報告がなされていることから²¹⁾、職場におけるメンタルヘルスケアのイメージとしては勤勉で真面目であるが故に過重労働に陥って発病する“メランコリー親和型”の特徴を有する者への支援というのが一般的に求められる対策であったと推察される¹⁵⁾。

しかし、実際の職場におけるメンタルヘルス不調者の報告を見渡してみると、度々の欠勤や職場復帰（以下、復職）困難事例、対人関係技能やパーソナリティ上の問題による職場不適応事例など“メランコリー親和型”の特徴とは趣が異なる事例の増加とその対応に苦慮する様子が複数なされている^{1)~3)10)~17)}。このことから、現行の指針が想定しているメンタルヘルス不調者への取り扱いだけでは職場における精神科関連疾患（特にうつ病、および抑うつ状態）発症の予防と、その病者の復職に対して、実際には十分機能しているとは言い難い状況であることが窺い知らされよう。これらの対応に苦慮するがあまり、メンタルヘルス不調者の取り扱いにまつわる問題に対し事業者側は労働契約法の施行に伴い、労働者の職場適応困難事例を不適応行動とみなし排除することで解決を図ることを視野に入れた報告まで出現している¹⁸⁾。

このような状況に対し、我々はこれまでにメンタルヘルス不調者の事例発生防止のための事業場内での取り組みに対する提言や¹⁹⁾²⁰⁾、メンタルヘルス不調に陥る労働者自身の問題だけでなく、不調者を輩出する事業場側にある問題など事例発生の背景までも視野に入れて報告を重ねてきた¹⁾。

これらを踏まえ今回は特にメンタルヘルス不調を理由に休業してしまった労働者に対する復職支援⁷⁾を行うにあたってどのような点を問題と感じ、解決に向けてどのような点が整備されることが望ましいのかについて、労働者と事業場の双方から調査を行う機会を得た。この結果から、今後の対策強化を推進していくための基礎的資料を得ることを試みた。

II 対象と方法

1. 一次調査

対象：岐阜県内にある事業場のうち、常時100人以上の労働者を雇用すると岐阜産業保健推進センターが把握している事業場に勤務する労務管理の責任者、もしくはこれに準ずる者（以下、労務管理担当者）に回答を求めた。

調査票：以下の内容についてアンケート調査を行った。事業場の特性を尋ねる項目、これまでにメンタルヘルス不調を理由とした長期休業事例を事業場内で経験したかの有無や、メンタルヘルスケアを実施する上で困難が予想される項目、復職に際して改善が求められる精神症状、さらには復職を想定した場合に休業した労働者本

人や事業場内産業保健スタッフ⁸⁾などに対しどのような取り組みが求められるかそれぞれの立場から明らかになるよう調査票を作成した。選択肢の作成については、具体的な項目をあらかじめ提示することによって回答しやすいように配慮した。

調査期間：調査票は平成19年8月17日に発送し、同年10月末日までに郵送によって回収した。

回収率：岐阜県下にある695事業場を調査対象とした。返信を寄せた事業場は288事業場で回収率は41.4%であった。ただし、項目によっては回答の記載がない調査票も複数あった。以下に報告する集計結果についての解釈は、項目によっては総回答数に若干のばらつきが存在する点を考慮する必要がある。

2. 二次調査

対象：一次調査に回答を寄せた事業場のうち、“心の健康問題により1カ月以上休業した労働者がいた”事業場であつ、二次調査に協力してもよい”と回答した22事業場に勤務する一般職員に回答を求めた。

調査票：以下の内容についてアンケート調査を行った。回答者の特性を尋ねる項目、これまでにメンタルヘルス不調を理由とした長期休業事例を事業場内で経験したかの有無やその際に行われた対応について、復職を想定した場合にどのような取り組みを事業場や医療機関に求めるかについて質問を行った。選択肢の作成については一次調査同様、具体的な項目をあらかじめ提示することによって回答しやすいように配慮した。

調査期間：平成19年12月7日に調査票を発送し、平成20年1月末日までに郵送によって回収した。送付先での回答者の選別は無作為に抽出されることとした。

回収率：一事業場あたり一般職員用に調査票100名分（×22事業場＝合計2,200通）を配布したところ、587件からの回答が得られた。回収率は26.7%であった。

二次調査についても、項目によっては回答の記載がない調査票が複数あった。以下に報告する集計結果についての解釈は、項目によっては総回答数に若干のばらつきが存在する点を考慮する必要がある。

3. 統計処理

統計処理はSPSS for Windows ver. 11.5 Jを使用した。得られた結果に対しクロス集計を行い χ^2 検定を行うため、2つのカテゴリー化を行った。有意差検定には $p < 0.05$ で観察された差が統計学的に有意であるとした。

4. 結果の記載

それぞれの質問に対して集計し、その回答件数と各層における割合を表に記した。特に複数回答を求めた調査項目については、“該当する”に回答した件数が多い順に表示した。

表1 これまでに心の健康問題
によって1カ月以上の休業を
必要とした事例が発生し、対
応に困ったことがあるか

あった	149 (51.9)
なかった	138 (48.1)
合計	287 (100.0)

事業場数 (%)

III 結 果

1. 一次調査の結果

1) 調査対象事業場の基本的特性について

特に表には記さないが“ほぼ常時雇用している従業員数”を尋ねた結果について、平均従業員数はパート従業員も含めて281.4名であった。

2) メンタルヘルス不調者の事例発生状況と、その対応について

表1はメンタルヘルス不調を理由に1カ月以上の休業を必要とした事例経験の有無について尋ねた結果である。その結果、約半数に相当する149件(総回答数287件に対して51.9%)が事例経験“あった”と回答した。

表2-1は事業場で行うメンタルヘルスケアに際して困ったこと、ないしは困ると予想されるもの全てに○をつける形式で全16項目から回答を求めた結果である。特に困ると予想される項目には◎を1つ付してもらった。

最も高率(a+b)であったのは“心の健康問題を抱える従業員への接し方(コミュニケーション、話し方など)がわからない”で162件(総回答数288件に対して56.3%)あり、労務管理担当者にとって最も困る事項としても最多であった。次いで“メンタルヘルスケアに関する基礎知識が十分でないこと”の150件(52.1%)であった。逆に“その他”以外で最も指摘が少なかったのは“以上の項目について、どこに相談したらいいかわからない”で18件(6.3%)であった。

今回の調査でテーマに据えた復職に関しては、“復職判定基準がわからない”が94件(32.6%)、“復職にむけた具体的な支援方法がわからない”が91件(31.6%)といった指摘がなされた。職場のメンタルヘルスを考えた場合、おおむね1/3の事業場が復職に際して何らかの困難を感じている様子であった。

事例経験の有無によってメンタルヘルスケア実施における困難さの実感の程度を比較するために、表1からメンタルヘルス不調を理由に1カ月以上の休業を必要とした“事例あり群”と“事例なし群”を作成し、それぞれに表2-1における全16項目ごとに指摘割合を比較検討した結果が表2-2である。

その結果、“事例なし群”ほど“メンタルヘルスケアに関する基礎知識が十分でないこと”を有意に困るであ

うと予想していた($p<0.05$)。逆に“事例なし群”ほど“復職にむけた具体的な支援方法がわからない”や“休業に至った経緯が把握できない”ことについて困るであろうと予想する割合が有意に少なかった($p<0.05$)。その一方で、“事例あり群”ほど“以上の項目について、どこに相談したらいいかわからない”ことを困るであろうと指摘する事業場は有意に少なかった($p<0.01$)。事例経験があるほど相談窓口などは周知されている一方、事例経験がないほど実際の復職の場面を想定するにあたって、より具体的なイメージが掴めていない印象である。

表3は事業場でメンタルヘルス不調にまつわる事例が発生した場合、何等かの取り組みを行うか否かの判断はどの部門が執り行っているか(決定権・裁量権の所在について)を尋ねた結果である。判断を求められる全ての部門に○をつける形式で13部門から回答を求め、最終的な決定権を有する部門には◎を1つ付してもらった。

最終的な決定権を有する部門(a)として最も高率であったのは“事業主”で95件(総回答数288件に対して33.0%)あったが、判断を求められる部門(a+b)としては“人事労務管理担当者”の204件(70.8%)が最も高率で、“事業主”の151件(52.4%)を上回った。その一方、事業場内産業保健スタッフである“産業医”や“看護・保健スタッフ”の取り組み実施の判断関与率はそれぞれ111件(38.5%)、27件(9.4%)であり、ラインに相当する“直属の上司”の113件(39.2%)よりも下回る結果であった。

3) 復職を想定した場合の問題点や改善すべき点、疾病論から見た改善されるべき点

表4は表2-1を踏まえ、1カ月以上の休業を要したメンタルヘルス不調者に対して、特に事業場で復職支援を行うに際して困ったこと、ないしは困ると予想されるもの全てに○をつける形式で全20項目から回答を求めた結果である。特に困ると予想される項目には◎を1つ付してもらった。

最も高率(a+b)に困ると予想された項目は“復職可能と判断されるだけの病気の回復が図られたのか否かがわからない”で162件(総回答数288件に対して56.3%)あり、最も困ると予想される項目としても最多であった。次いで“復職可能とする判断基準がわからない”が160件(55.6%)、“あまりにも長期の休業になると雇用そのものの存続が困難になること”が112件(38.9%)であった。逆に、“その他”以外で最も少なかったのは“主治医以外の医療機関からの復職支援サービスの受け方がわからない”で17件(5.9%)あった。

表2-1では、事業場で行うメンタルヘルスケアに際して困ったこと、ないしは困るであろうと最も高率に指摘された項目に“心の健康問題を抱える従業員への接し方(コミュニケーション、話し方など)がわからない”で最多の162件(56.3%)の指摘があった。これに対し、表4

表2-1 事業場で行う心の健康問題に対して困った事、ないしは困ると予想されるもの
(当てはまる全てに○。特に困ると思われる項目には◎。複数回答)

順位.	a. 特に困った事	b. 困った事	c. 指摘なし	○を付した 総数 (a + b)	全体
1. 心の健康問題を抱える従業員への接し方（コミュニケーション、話し方など）がわからない。	30 (10.4)	132 (45.8)	126 (43.8)	162 (56.3)	288 (100.0)
2. メンタルヘルスケアに関する基礎知識が十分でないこと。	19 (6.6)	131 (45.5)	138 (47.9)	150 (52.1)	288 (100.0)
3. 心の健康問題を抱える従業員を取りまく他の従業員への対応（仕事の分担、教育など）がわからない。	5 (1.7)	112 (38.9)	171 (59.4)	117 (40.6)	288 (100.0)
4. 心の健康問題を抱える従業員の家族に対する接し方がわからない。	4 (1.4)	96 (33.3)	188 (65.3)	100 (34.7)	288 (100.0)
5. プライバシーへの配慮をどのように取り組んだらよいかわからない。	12 (4.2)	84 (29.2)	192 (66.7)	96 (33.3)	288 (100.0)
6. 復職判定基準がわからない。	10 (3.5)	84 (29.2)	194 (67.4)	94 (32.6)	288 (100.0)
7. 長期休業にまつわる人的資源の損失。	15 (5.2)	76 (26.4)	197 (68.4)	91 (31.6)	288 (100.0)
8. 復職にむけた具体的な支援方法がわからない。	8 (2.8)	83 (28.8)	197 (68.4)	91 (31.6)	288 (100.0)
9. 休業に至った経緯が把握できない。	2 (0.7)	63 (21.9)	223 (77.4)	65 (22.6)	288 (100.0)
10. 長期休業にまつわる経済的損失。	5 (1.7)	44 (15.3)	239 (83.0)	49 (17.0)	288 (100.0)
11. 自発的な相談ルートの確立方法がわからない。	0 (0.0)	47 (16.3)	241 (83.7)	47 (16.3)	288 (100.0)
12. 休業に至らした病名や病状の把握ができない。	4 (1.4)	39 (13.5)	245 (85.1)	43 (14.9)	288 (100.0)
13. 医療機関との連絡・調整方法がわからない、出来ない。	2 (0.7)	22 (7.6)	264 (91.7)	24 (8.3)	288 (100.0)
14. 産業保健スタッフの確保ができない。	0 (0.0)	19 (6.6)	269 (93.4)	19 (6.6)	288 (100.0)
15. 以上の項目について、どこに相談したらいいのかわからない。	1 (0.3)	17 (5.9)	270 (93.8)	18 (6.3)	288 (100.0)
16. その他	3 (1.0)	2 (0.7)	283 (98.3)	5 (1.7)	288 (100.0)

事業場数 (%)

表2-2 事業場で行う心の健康問題に対して困った事、ないしは困ると予想されるもの

順位.	表1より困った経験				
	あった		なかった		
	指摘あり (a + b)	指摘なし (c)	指摘あり (a + b)	指摘なし (c)	
1. 心の健康問題を抱える従業員への接し方（コミュニケーション、話し方など）がわからない。	80 (53.7)	69 (46.3)	82 (59.4)	56 (40.6)	(p = 0.328)
2. メンタルヘルスケアに関する基礎知識が十分でないこと。	68 (45.6)	81 (54.4)	82 (59.4)	56 (40.6)	* (p = 0.020)
3. 心の健康問題を抱える従業員を取りまく他の従業員への対応（仕事の分担、教育など）がわからない。	59 (39.6)	90 (60.4)	58 (42.0)	80 (58.0)	(p = 0.675)
4. 心の健康問題を抱える従業員の家族に対する接し方がわからない。	47 (31.5)	102 (68.5)	53 (38.4)	85 (61.6)	(p = 0.223)
5. プライバシーへの配慮をどのように取り組んだらよいかわからない。	46 (30.9)	103 (69.1)	50 (36.2)	88 (63.8)	(p = 0.336)
6. 復職判定基準がわからない。	52 (34.9)	97 (65.1)	42 (30.4)	96 (69.6)	(p = 0.421)
7. 長期休業にまつわる人的資源の損失。	53 (35.6)	96 (64.4)	38 (27.5)	100 (72.5)	(p = 0.144)
8. 復職にむけた具体的な支援方法がわからない。	55 (36.9)	94 (63.1)	36 (26.1)	102 (73.9)	* (p = 0.049)
9. 休業に至った経緯が把握できない。	41 (27.5)	108 (72.5)	24 (17.4)	114 (82.6)	* (p = 0.041)
10. 長期休業にまつわる経済的損失。	24 (16.1)	125 (83.9)	25 (18.1)	113 (81.9)	(p = 0.651)
11. 自発的な相談ルートの確立方法がわからない。	24 (16.1)	125 (83.9)	23 (16.7)	115 (83.3)	(p = 0.898)
12. 休業に至らした病名や病状の把握ができない。	21 (14.1)	128 (85.9)	22 (15.9)	116 (84.1)	(p = 0.661)
13. 医療機関との連絡・調整方法がわからない、出来ない。	16 (10.7)	133 (89.3)	8 (5.8)	130 (94.2)	(p = 0.131)
14. 産業保健スタッフの確保ができない。	9 (6.0)	140 (94.0)	10 (7.2)	128 (92.8)	(p = 0.681)
15. 以上の項目について、どこに相談したらいいのかわからない。	4 (2.7)	145 (97.3)	14 (10.1)	124 (89.9)	** (p = 0.009)
16. その他	4 (2.7)	145 (97.3)	1 (0.7)	137 (99.3)	(p = 0.372)

事業場数 (%)

表1より これまでに心の健康問題によって1カ月以上の休業を必要とした従業員が発生し、対応に困ったことが“あった”、ないしは“なかった”の二群を設定。クロス集計。

** p < 0.01, * p < 0.05

のように復職支援に限って改めて尋ねてみると“復職した従業員に対する接し方がわからない”と回答したのは77件(26.7%)にとどまり、困ると予想される項目の上位から7番目に相当するにとどまった。むしろ“診断書にある病名だけでは事業場において十分な理解や納得が得

られない”109件(37.8%)や“診断書にある休業指示や業務軽減等の指示が現場の状況にそぐわない”88件(30.6%)など、診断書だけで主治医を中心とした医療機関と連絡調整を図ろうとすることに伴う問題点についての指摘がなされた⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾。

表3 事業場で心の健康問題が発生した場合、何等かの取組を行う、ないしは行わない、の判断は事業場におけるどの部門が執り行っているか
(当てはまる全てに○。最終的な決定権を有している部門には◎。複数回答)

順位.	職種	a. 最終的な決定権を有している	b. 決定権を有している	c. 決定権の有無について指摘なし	全体
1.	人事労務管理担当者	26 (9.0)	178 (61.8)	84 (29.2)	288 (100.0)
2.	事業主	95 (33.0)	56 (19.4)	137 (47.6)	288 (100.0)
3.	直属の上司	4 (1.4)	109 (37.8)	175 (60.8)	288 (100.0)
4.	産業医	7 (2.4)	104 (36.1)	177 (61.5)	288 (100.0)
	精神科医	0 (0.0)	6 (12.8)	41 (87.2)	47 (100.0)
	精神科医以外	0 (0.0)	37 (78.7)	10 (21.3)	47 (100.0)
	わからない	0 (0.0)	5 (10.6)	42 (89.4)	47 (100.0)
5.	衛生管理者	2 (0.7)	74 (25.7)	212 (73.6)	288 (100.0)
6.	総括安全衛生管理者	18 (6.3)	50 (17.4)	220 (76.4)	288 (100.0)
7.	安全管理者	3 (1.0)	34 (11.8)	251 (87.2)	288 (100.0)
8.	安全衛生委員会	1 (0.3)	31 (10.8)	256 (88.9)	288 (100.0)
9.	看護・保健スタッフ	0 (0.0)	27 (9.4)	261 (90.6)	288 (100.0)
10.	その他の職員	1 (0.3)	7 (2.4)	280 (97.2)	288 (100.0)
11.	嘱託精神科医	2 (0.7)	5 (1.7)	281 (97.6)	288 (100.0)
12.	その他の委員会	0 (0.0)	3 (1.0)	285 (99.0)	288 (100.0)
13.	その他	2 (0.7)	6 (2.1)	280 (97.2)	288 (100.0)

事業場数 (%)

表4 心の健康問題によって休業した従業員に対する復職支援を行うにあたって困った事、ないしは困ると予想されるもの

順位.	a. 特に困った事	b. 困った事	c. 指摘なし	全体
1. 復職可能と判断されるだけの病気の回復が図られたのか否かがわからない。	24 (8.3)	138 (47.9)	126 (43.8)	288 (100.0)
2. 復職可能とする判断基準がわからない。	15 (5.2)	145 (50.3)	128 (44.4)	288 (100.0)
3. あまりに長期の休業になると雇用そのものの存続が困難になること。	13 (4.5)	99 (34.4)	176 (61.1)	288 (100.0)
4. 診断書にある病名だけでは事業場において十分な理解や納得が得られない。	15 (5.2)	94 (32.6)	179 (62.2)	288 (100.0)
5. 診断書にある休業指示や業務軽減等の指示が現場の状況にそぐわない。	10 (3.5)	78 (27.1)	200 (69.4)	288 (100.0)
6. 休業に至った病名や原因がはっきりしない・わからない。	7 (2.4)	80 (27.8)	201 (69.8)	288 (100.0)
7. 復職した従業員に対する接し方がわからない。	5 (1.7)	72 (25.0)	211 (73.3)	288 (100.0)
8. 業務軽減の指示について、どの程度遵守すべきなのかわからない。	4 (1.4)	72 (25.0)	212 (73.6)	288 (100.0)
9. 復職支援にあたって、何等経験や知識を有していない。	4 (1.4)	67 (23.3)	217 (75.3)	288 (100.0)
10. 病気の再燃時における対応方法がわからない。	1 (0.3)	61 (21.2)	226 (78.5)	288 (100.0)
11. 復職後の職務内容が低調であった場合の対応方法がわからない。	1 (0.3)	54 (18.8)	233 (80.9)	288 (100.0)
12. 最終的に誰が復職可能と判断するのか決まっていない。	3 (1.0)	47 (16.3)	238 (82.6)	288 (100.0)
13. プライバシーの保護について十分な対応が出来ない。	2 (0.7)	30 (10.4)	256 (88.9)	288 (100.0)
14. 経済的に支援するだけの余裕がない。	1 (0.3)	29 (10.1)	258 (89.6)	288 (100.0)
15. 復職支援にあたって、知識等の情報が得られない。	0 (0.0)	20 (6.9)	268 (93.1)	288 (100.0)
16. 主治医など関係医療機関との連携がうまくとれない。	1 (0.3)	18 (6.3)	269 (93.4)	288 (100.0)
17. 休業している者の代務従業員への配慮のあり方がわからない。	0 (0.0)	19 (6.6)	269 (93.4)	288 (100.0)
18. 休業中のリハビリ出動中における災害の発生時、労災保険の適応から外れる可能性があること。	1 (0.3)	17 (5.9)	270 (93.8)	288 (100.0)
19. 主治医以外の医療機関からの復職支援サービスの受け方がわからない。	1 (0.3)	16 (5.6)	271 (94.1)	288 (100.0)
20. その他	1 (0.3)	1 (0.3)	286 (99.3)	288 (100.0)

事業場数 (%)

また、表4において最も高率に困ると予想された項目が“復職可能と判断されるだけの病気の回復が図られたのか否かがわからない”について56.3%の指摘があったにもかかわらず、その一方で、表2-1では“休業に至らした病名や病状の把握ができない”について困るであろうと指摘する事業場は14.9%にとどまった。事業場としては休業導入の理由よりも休業した結果をより重視している姿勢を伺わせる結果となった。

表5はメンタルヘルス不調を理由に長期休業に陥った従業員の復職にあたって改善されていることが重要であ

ると考える精神症状5つについて、全16症状から○をつける形式で回答を求めた結果である²¹⁾²²⁾。そのうち特に改善されるべきと考える症状には◎を1つ付してもらった。小嶋論文(2006)¹⁰⁾ではメンタルヘルス不調を理由とした休職理由として最多であったのは“うつ病(うつ状態)”が56%、以下、“適応障害”10%、“神経症”9%、“統合失調症”5%、“心身症”4%、“アルコール依存”4%、“その他”12%となっていた。これを参考に調査項目を設定した。

改善されるべき症状(a+b)としては“意欲の減退”、

表5 従業員が復職するにあたって改善されていることが特に重要（復職の最低条件）と考える症状（当てはまる項目5つまで○、特に重要と考える項目には◎、複数回答）

順位.	a. 最も重要と考える症状	b. 重要と考える症状	c. 重要と考えるといった指摘なし	全体
1. 意欲の減退（何もする気が起きない、職場に行く気にならないなど）	46 (16.0)	167 (58.2)	74 (25.8)	287 (100.0)
2. 抑うつ気分（気分が沈み込む、何事にも喜びを感じない、悲観的など）	41 (14.3)	172 (59.9)	74 (25.8)	287 (100.0)
3. 自殺念慮（死にたいと思うこと）	93 (32.4)	71 (24.7)	123 (42.9)	287 (100.0)
4. 集中力の欠如（注意を払い続けることが出来ないため事故を起こす危険があるなど）	28 (9.8)	131 (45.6)	128 (44.6)	287 (100.0)
5. 被害妄想（周囲が故意に、悪い評価を与えて苦しめていると思うなど）	8 (2.8)	117 (40.8)	162 (56.4)	287 (100.0)
6. 対人恐怖（特に人前で緊張してしまう、声が上がったり息苦しくなるなど）	7 (2.4)	77 (26.8)	203 (70.7)	287 (100.0)
7. 極度の不安（いつ発作が起こるかかわからないといった対象のない恐れ、根拠なく失敗してしまうのではないかと不安に思うこと）	2 (0.7)	72 (25.1)	213 (74.2)	287 (100.0)
8. 躁状態（動機なく爽快で陽気、興奮し易い、多弁、多動、散財するなど）	1 (0.3)	62 (21.6)	224 (78.0)	287 (100.0)
9. 罪業妄想（自身の能力のなさを嘆き、会社に対して申し訳ないと思うこと、迷惑をかけたので会社を辞めたいと思うなど）	5 (1.7)	51 (17.8)	231 (80.5)	287 (100.0)
10. 依存（アルコールや薬物を利用することで不快な感情から逃避しようとするなど）	4 (1.4)	52 (18.1)	231 (80.5)	287 (100.0)
11. 注察妄想（いつも誰かに悪意を持って監視されているような気がする）	0 (0.0)	35 (12.2)	252 (87.8)	287 (100.0)
12. 強迫行為（閉めたはずの鍵の確認を何度も繰り返す、必要以上に手を何度も洗うといった行為のため日常生活に支障を来すこと）	2 (0.7)	31 (10.8)	254 (88.5)	287 (100.0)
13. 恐怖症（電車やエレベーターに乗れない、高速道路が怖いなど）	1 (0.3)	32 (11.1)	254 (88.5)	287 (100.0)
14. 迂遠思考（まわりくどい話し方、まとまりなく要領の得ない会話など）	1 (0.3)	21 (7.3)	265 (92.3)	287 (100.0)
15. その他の妄想	1 (0.3)	11 (3.8)	275 (95.8)	287 (100.0)
16. その他	1 (0.3)	2 (0.7)	284 (99.0)	287 (100.0)

事業場数 (%)

および“抑うつ気分”で213件（総回答数287件に対して74.2%）が最多であった。逆に“躁状態”について改善すべき条件として指摘した事業場は63件（21.9%）と低調であった。“うつ”にまつわる症状の説明や弊害については各種パンフレットや資料によって啓発されることが多い一方、“躁状態”にまつわる問題についてはあまり浸透していない様子である。“うつ”だけでは説明のつかない社会不適応事例の実際については“非定型気分障害”といった観点からの解釈が求められることがあると複数の報告によって既になされており⁵⁾¹⁵⁾¹⁶⁾、その中でも鑑別診断にあたっては軽躁的なエピソードをはらむ双極Ⅱ型障害の可能性については特に見落としはならないと考えられている点に注意したい。

様々な疾病や病態像を診立て休業者に助言や復職支援などを行うことができれば最善であるが、これを事業場の管理監督者らに求めるのは現実的には困難であろう。このような診立てが可能なのは精神科主治医であり、事業場に助言を与え復職に向けての指導的役割を果たすことが実際には求められている²³⁾。その第一歩として、まずは情報を共有するための素地を事業場に確立するため、職員教育の場などで疾病に対する理解を深めるような活動を精神科医が行うことができれば、復職に向けての一助と成り得るのではないだろうか。

自殺防止が求められる中⁶⁾、“自殺念慮”については最も改善されるべき症状として93件（総回答数287件に対して32.4%、総指摘数164件に対して57.1%）の指摘があり、改善されるべき症状としても3番目に多くの指摘がなされており、今後も検討が必要であろう。

これに次いで“集中力の欠如”が159件（55.4%）であっ

たが、“対人恐怖”84件（29.3%）以下11の症状については軒並み指摘率が30%を下回った。全16症状中、“その他”および“その他の妄想”を除いて最も指摘が少なかったのは“迂遠思考”で22件（7.7%）であった。“迂遠思考”のために冗長な訴えを延々と聞かされるラインの上司らが対応に困る様子は我々が先に報告した通りであり¹⁾、実際にメンタルヘルス不調者との面接を行う場面に伴う問題については具体的なイメージが掴みきれない様子がここでも伺われた。

アルコール依存など精神科領域では重要な問題となりやすい“依存”²²⁾²⁴⁾についても認識が乏しい様子であった。事業場を対象とした教育や情報提供の際には“うつ”にまつわる問題だけでなくそれ以外の精神疾患についても幅広く知識の浸透がなされるよう留意していく必要があるだろう。

4) 復職を想定した場合にどのような取り組みが求められるか、その条件とは。

表6から表8にかけては復職を想定した場合にどのような取り組みが求められるか、復職の条件ないしは期待されることについて、休業者本人、ライン、事業場内産業保健スタッフそれぞれの立場から明らかになるよう尋ねた結果である。重要だと思う条件5つについて○をつける形式で回答を求めた。そのうち最も重要と考えられる条件には◎を1つ付してもらった。

表6-1は休業者本人に求められる、復職を許可する際に重視すべき条件として重要であると考えられる項目を全15項目から回答を求めた結果である²³⁾。

最も高率（a+b）に指摘されたのは“精神症状が寛解している”の189件（総回答数287件に対して65.9%）で

表6～8は心の健康問題によって休業した従業員の復職を許可するに際して、それぞれの立場から重要視している項目を尋ねた(当てはまる項目5つまで○。特に重要と考える項目には◎)

表6-1 復職を許可するに際して、重視すべき条件(休業した従業員本人に求められる復職要件とは?)

順位.	a. 最も重視すべき条件	b. 重視すべき条件	c. 重視すべきであると指摘なし	○を付した総数(a + b)	全体
1. 精神症状が寛解している.	60 (20.9)	129 (44.9)	98 (34.1)	189 (65.9)	287 (100.0)
2. 休業者本人が就労への意欲を示している.	46 (16.0)	115 (40.1)	126 (43.9)	161 (56.1)	287 (100.0)
3. 予想される作業や職務を遂行する能力がある.	32 (11.1)	127 (44.3)	128 (44.6)	159 (55.4)	287 (100.0)
4. 予想される作業や職務に従事しても、精神症状が再燃しない.	14 (4.9)	123 (42.9)	150 (52.3)	137 (47.7)	287 (100.0)
5. 予想される作業や職務を遂行するにあたって危険行為をおこさない.	26 (9.1)	107 (37.3)	154 (53.7)	133 (46.3)	287 (100.0)
6. 自殺しないと約束できる.	41 (14.3)	56 (19.5)	190 (66.2)	97 (33.8)	287 (100.0)
7. 事業場で迷惑行為をおこさない.	8 (2.8)	85 (29.6)	194 (67.6)	93 (32.4)	287 (100.0)
8. 定められた時刻に出勤できる.	5 (1.7)	86 (30.0)	196 (68.3)	91 (31.7)	287 (100.0)
9. 事業場で危険回避行動がとれる.	9 (3.1)	68 (23.7)	210 (73.2)	77 (26.8)	287 (100.0)
10. 通院や服薬の継続といった、指示された治療が継続できる.	6 (2.1)	68 (23.7)	213 (74.2)	74 (25.8)	287 (100.0)
11. 定められた時刻まで勤務できる.	2 (0.7)	61 (21.3)	224 (78.0)	63 (22.0)	287 (100.0)
12. 動悸やめまい、頭痛といった身体症状が改善している.	0 (0.0)	58 (20.2)	229 (79.8)	58 (20.2)	287 (100.0)
13. 睡眠障害が改善している.	2 (0.7)	32 (11.1)	253 (88.2)	34 (11.8)	287 (100.0)
14. 急激なやせや肥満といった体重の変化、食欲の異常が認められない.	0 (0.0)	8 (2.8)	279 (97.2)	8 (2.8)	287 (100.0)
15. その他	0 (0.0)	1 (0.3)	286 (99.7)	1 (0.3)	287 (100.0)

事業場数 (%)

表6-2 復職を許可するに際して、重視すべき条件(休業した従業員本人に求められる復職要件とは?)

順位.	表1より困った経験				
	あった		なかった		
	重視すべき条件と指摘あり(a + b)	重視すべきであると指摘なし(c)	重視すべき条件と指摘あり(a + b)	重視すべきであると指摘なし(c)	
1. 精神症状が寛解している.	97 (65.5)	51 (34.5)	92 (66.7)	46 (33.3)	(p = 0.841)
2. 休業者本人が就労への意欲を示している.	79 (53.4)	69 (46.6)	82 (59.4)	56 (40.6)	(p = 0.303)
3. 予想される作業や職務を遂行する能力がある.	82 (55.4)	66 (44.6)	76 (55.1)	62 (44.9)	(p = 0.955)
4. 予想される作業や職務に従事しても、精神症状が再燃しない.	73 (49.3)	75 (50.7)	64 (46.4)	74 (53.6)	(p = 0.618)
5. 予想される作業や職務を遂行するにあたって危険行為をおこさない.	65 (43.9)	83 (56.1)	67 (48.6)	71 (51.4)	(p = 0.432)
6. 自殺しないと約束できる.	53 (35.8)	95 (64.2)	43 (31.2)	95 (68.8)	(p = 0.405)
7. 事業場で迷惑行為をおこさない.	42 (28.4)	106 (71.6)	51 (37.0)	87 (63.0)	(p = 0.122)
8. 定められた時刻に出勤できる.	47 (31.8)	101 (68.2)	44 (31.9)	94 (68.1)	(p = 0.982)
9. 事業場で危険回避行動がとれる.	40 (27.0)	108 (73.0)	36 (26.1)	102 (73.9)	(p = 0.857)
10. 通院や服薬の継続といった、指示された治療が継続できる.	48 (32.4)	100 (67.6)	26 (18.8)	112 (81.2)	** (p = 0.009)
11. 定められた時刻まで勤務できる.	30 (20.3)	118 (79.7)	32 (23.2)	106 (76.8)	(p = 0.550)
12. 動悸やめまい、頭痛といった身体症状が改善している.	27 (18.2)	121 (81.8)	31 (22.5)	107 (77.5)	(p = 0.375)
13. 睡眠障害が改善している.	25 (16.9)	123 (83.1)	9 (6.5)	129 (93.5)	** (p = 0.007)
14. 急激なやせや肥満と言った体重の変化、食欲の異常が認められない.	2 (1.4)	146 (98.6)	6 (4.3)	132 (95.7)	(p = 0.161)
15. その他	0 (0.0)	148 (100.0)	1 (0.7)	137 (99.3)	(p = 0.483)

事業場数 (%)

表1より これまでに心の健康問題によって1カ月以上の休業を必要とした従業員が発生し、対応に困ったことが“あった”，ないしは“なかった”の二群を設定。クロス集計。

** p < 0.01, * p < 0.05

あった。次いで“休業者本人が就労への意欲を示している”が161件(56.1%)，“予想される作業や職務を遂行する能力がある”が159件(55.4%)であった。“自殺しないと約束できる”を最も重要な条件としたのは41件(総回答数287件に対して14.3%)であった⁶⁾。逆に“その他”以外で低調であったのは“急激なやせや肥満といった体重の変化、食欲の異常が認められない”の8件(2.8%)、

“睡眠障害が改善している”が34件(11.8%)など、メランコリー型の特徴を伴う大うつ病性エピソードにおける診断基準に記載されている事項について指摘が少なかった。表5に続いてこのことから精神疾患に対する理解が現場では不十分であることが窺わせられる²⁰⁾²¹⁾。

休業者に復職を促す際、何を求めているのか事例経験の有無で比較するため、表1からメンタルヘルス不調を

理由に1カ月以上の休業を必要とした“事例あり群”と“事例なし群”を作成し、それぞれに表6-1における全15項目ごとに指摘割合を比較検討した結果が表6-2である。

その結果、“事例なし群”ほど“通院や服薬の継続といった、指示された治療が継続できる”ことや“睡眠障害が改善している”ことを重要視している割合が有意に低い結果であった($p<0.01$)。この点から復職後の業務遂行能力よりも疾病に対する治療の維持については軽視されている可能性が考えられた。精神疾患の多くが短期間のうちに完治するといったことを期待することは実際には難しい場合があるため、通院加療の期間が長期に陥り易いことについての理解を促すなど、具体的で現実的な指導が必要になると考えられた。

表7-1はラインや休業者を取り巻く他の従業員に求められる、復職を許可する際に重視すべき条件として重要であると考えられる項目を全15項目から回答を求めた結果である。この視点は表2-1において高率に困ると予想された項目として“心の健康問題を抱える従業員への接し方(コミュニケーション、話し方など)がわからない”や“心の健康問題を抱える従業員を取りまく他の従業員への対応がわからない”が指摘されたこととも関連しており、復職を支援していくにあたって整備すべき重要な検討課題になると考えられる。

最も指摘が多かったのは(a+b)“復職後、直属の上司による面接などを通じて病状の把握や相談をする機会がある”の193件(総回答数287件に対して67.2%)であった。次いで“事業場での人間関係における調整(必要な配置替え等)が図られている”が185件(64.5%)、“休業者を取り巻く他の従業員に対し、病気への理解が得られるよう教育がなされている”が158件(55.1%)であった。職場における対人関係を通じて状況を改善しようとした取り組みがラインを中心に期待されていることが窺われる結果となった。

逆に“その他”以外に低調であったのは“休業期間中にリハビリ出勤を行うことが出来る”で17件(5.9%)、“休業期間中にリハビリ出勤を行い、問題がなかったと確認される”が40件(13.9%)など、“リハビリ出勤”について重要と捉える意見が少なかった⁷⁾。

休業者を取りまく周囲の者が復職に立ち会う場合、何が求められているのか事例経験の有無で比較するために、表1からメンタルヘルス不調を理由に1カ月以上の休業を必要とした“事例あり群”と“事例なし群”を作成し、それぞれに表7-1における項目ごとに指摘割合を比較検討した結果が表7-2である。

結果は“事例あり群”ほど“復職後、直属の上司による面接等を通じて病状の把握や相談をする機会がある”ことや“事業場での人間関係における調整が図られている”ことを重視している割合が有意に高かった($p<$

0.05)。休業者に直接接し調整を図ることの重要性について、事例経験を通じて認識が培われた結果が反映されたのではないだろうか。

表8-1は事業場内産業保健スタッフに求められる、復職を許可する際に重視すべき条件として重要であると考えられる項目について、全15項目から回答を求めた結果である。

最も多かったのは(a+b)“産業医が復職を許可している”の170件(総回答数288件に対して59.0%)であった。また、最も重要と考えられる条件として多かったのは“嘱託精神科医が復職を許可している”で47件(総回答数288件に対して16.3%、総指摘数104件に対して36.1%)であった。このことについて、取り組みの決定権を持つ者を問うた表3の結果より、“産業医”に決定権ありと回答した事業場が111件(38.5%)、“嘱託精神科医”が7件(2.4%)とその低調さが指摘されるなど、産業医などに決定権が乏しい中で多くのかかわりが求められている状況を示唆する結果となった。次いで“休業に至らしめた問題点や原因の究明といったストレス要因の把握を行っている”が162件(56.3%)、“復職後の支援体制が構築されている”が151件(52.4%)までの3項目で5割以上の指摘を得た。

逆に“その他”以外で最も低調であったのは“社内広報誌やパンフレットを作成し情報提供を行っている”の8件(2.8%)であった。“メンタルヘルスケアに関する基礎知識が十分でないこと”を復職支援に際して5割以上が困るであろうと回答した表2-1の結果と比べると、意見の乖離がみられる結果となった。情報不足による問題を事業場がどの程度、的確に問題として捉えているのか今後も注視していく必要があるだろう。

事業場内産業保健スタッフが復職に取り組む場合、何が求められているのか事例経験の有無で比較するために、表1からメンタルヘルス不調を理由に1カ月以上の休業を必要とした“事例あり群”と“事例なし群”を作成し、それぞれに表8-1における項目ごとに指摘割合を比較検討した結果が表8-2である。

“事例あり群”ほど“職場環境の改善に取り組んでいる”ことについて重視している割合は有意に低い結果であった($p<0.05$)。表2-1において“休業に至った経緯が把握できない”ことを問題に感じている事業場が22.6%、表4において“休業に至った病名や原因がはっきりしない”ことを問題に感じている事業場が30.2%と、2~3割程度の指摘しかなかったことなどを踏まえると、職場の問題に起因する要素からの改善について正面から向き合う姿勢の乏しさを窺わせる結果となった。

逆に“事例なし群”ほど“復職後、社内の看護・保健スタッフやカウンセラーによる面接等を通じて病状の把握や相談する機会がある”ことについて重視している割合は有意に低い結果であった($p<0.05$)。表3でも“看

表7-1 復職を許可するに際して、重視すべき条件（休業した従業員本人を取りまく他の従業員等とのかかわりや、人事労務管理部門からの要件として、重要だと思う要件）
（当てはまる項目5つまで○。特に重要と考える項目には◎。複数回答）

順位.	a. 最も重視すべき条件	b. 重視すべき条件	c. 重視すべきであると指摘なし	○を付した総数 (a + b)	全体
1. 復職後、直属の上司による面接等を通じて病状の把握や相談をする機会がある。	57 (19.9)	136 (47.4)	94 (32.8)	193 (67.2)	287 (100.0)
2. 事業場での人間関係における調整(必要なら配置替え等)が図られている。	33 (11.5)	152 (53.0)	102 (35.5)	185 (64.5)	287 (100.0)
3. 休業者を取りまく他の従業員に対し、病気への理解が得られるよう教育がなされている。	31 (10.8)	127 (44.3)	129 (44.9)	158 (55.1)	287 (100.0)
4. 休業に至らした問題点や原因の究明といったストレス要因の把握を行っている。	36 (12.5)	121 (42.2)	130 (45.3)	157 (54.7)	287 (100.0)
5. 休業者の家族が就労を許可している。	20 (7.0)	93 (32.4)	174 (60.6)	113 (39.4)	287 (100.0)
6. 休業者への接し方(話し方やコミュニケーション技法)が指導されており、実践できる。	13 (4.5)	82 (28.6)	192 (66.9)	95 (33.1)	287 (100.0)
7. 業務軽減などの処置を施すことができる。	7 (2.4)	81 (28.2)	199 (69.3)	88 (30.7)	287 (100.0)
8. プライバシーが保護されている。	11 (3.8)	64 (22.3)	212 (73.9)	75 (26.1)	287 (100.0)
9. 休業中、事業場からの電話や自宅訪問に休業者本人が対応できる。	11 (3.8)	49 (17.1)	227 (79.1)	60 (20.9)	287 (100.0)
10. 指示された通院や服薬のための時間を捻出できる。	5 (1.7)	49 (17.1)	233 (81.2)	54 (18.8)	287 (100.0)
11. 休業期間中にリハビリ出勤を行い、問題がなかったと確認される。	8 (2.8)	42 (14.6)	237 (82.6)	50 (17.4)	287 (100.0)
12. 休業者への接し方(話し方やコミュニケーション技法)が指導されている。	4 (1.4)	31 (10.8)	252 (87.8)	35 (12.2)	287 (100.0)
13. 復職後の処遇について、昇進や昇給に格差が生じないように配慮する。	3 (1.0)	22 (7.7)	262 (91.3)	25 (8.7)	287 (100.0)
14. 休業期間中にリハビリ出勤を行うことができる。	0 (0.0)	17 (5.9)	270 (94.1)	17 (5.9)	287 (100.0)
15. その他	0 (0.0)	0 (0.0)	287 (100.0)	0 (0.0)	287 (100.0)

事業場数 (%)

表7-2 復職を許可するに際して、重視すべき条件

順位.	表1より困った経験				
	あった		なかった		
	重視すべき条件と指摘あり (a + b)	重視すべきであると指摘なし (c)	重視すべき条件と指摘あり (a + b)	重視すべきであると指摘なし (c)	
1. 復職後、直属の上司による面接等を通じて病状の把握や相談をする機会がある。	108 (73.0)	40 (27.0)	84 (60.9)	54 (39.1)	* (p = 0.029)
2. 事業場での人間関係における調整(必要なら配置替え等)が図られている。	106 (71.6)	42 (28.4)	79 (57.2)	59 (42.8)	* (p = 0.011)
3. 休業者を取りまく他の従業員に対し、病気への理解が得られるよう教育がなされている。	75 (50.7)	73 (49.3)	82 (59.4)	56 (40.6)	(p = 0.138)
4. 休業に至らした問題点や原因の究明といったストレス要因の把握を行っている。	77 (52.0)	71 (48.0)	80 (58.0)	58 (42.0)	(p = 0.313)
5. 休業者の家族が就労を許可している。	55 (37.2)	93 (62.8)	57 (41.3)	81 (58.7)	(p = 0.473)
6. 休業者への接し方(話し方やコミュニケーション技法)が指導されており、実践できる。	54 (36.5)	94 (63.5)	41 (29.7)	97 (70.3)	(p = 0.224)
7. 業務軽減などの処置を施すことができる。	53 (35.8)	95 (64.2)	35 (25.4)	103 (74.6)	(p = 0.056)
8. プライバシーが保護されている。	33 (22.3)	115 (77.7)	42 (30.4)	96 (69.6)	(p = 0.118)
9. 休業中、事業場からの電話や自宅訪問に休業者本人が対応できる。	28 (18.9)	120 (81.1)	32 (23.2)	106 (76.8)	(p = 0.376)
10. 指示された通院や服薬のための時間を捻出できる。	27 (18.2)	121 (81.8)	27 (19.6)	111 (80.4)	(p = 0.775)
11. 休業期間中にリハビリ出勤を行い、問題がなかったと確認される。	28 (18.9)	120 (81.1)	22 (15.9)	116 (84.1)	(p = 0.508)
12. 休業者への接し方(話し方やコミュニケーション技法)が指導されている。	17 (11.5)	131 (88.5)	18 (13.0)	120 (87.0)	(p = 0.688)
13. 復職後の処遇について、昇進や昇給に格差が生じないように配慮する。	11 (7.4)	137 (92.6)	14 (10.1)	124 (89.9)	(p = 0.417)
14. 休業期間中にリハビリ出勤を行うことができる。	9 (6.1)	139 (93.9)	8 (5.8)	130 (94.2)	(p = 0.919)
15. その他	0 (0.0)	148 (100.0)	0 (0.0)	138 (100.0)	

事業場数 (%)

表1より これまでに心の健康問題によって1カ月以上の休業を必要とした従業員が発生し、対応に困ったことが“あった”，ないしは“なかった”の二群を設定。クロス集計。

** p < 0.01, * p < 0.05

護・保健スタッフ”に決定権がないと回答した割合が有意に高いことなど、医師以外のコメディカルによる支援についての認知度が低調であることは、この表8-2の結

果からも読み取れるものであった。

5) 二次調査に対する参加意欲について

二次調査を実施することを想定し、調査参加が可能か

表 8-1 復職を許可するに際して、重視すべき条件（事業場内産業保健スタッフ側からの要件として重要だと思う条件）
（当てはまる項目5つまで○。特に重要と考える項目には◎。複数回答）

順位.	a. 最も重視すべき条件	b. 重視すべき条件	c. 重視すべきであると指摘なし	○を付した総数 (a + b)	全体
1. 産業医が復職を許可している.	41 (14.2)	129 (44.8)	118 (41.0)	170 (59.0)	288 (100.0)
2. 休業に至らした問題点や原因の究明といったストレス要因の把握を行っている.	28 (9.7)	134 (46.5)	126 (43.8)	162 (56.3)	288 (100.0)
3. 復職後の支援体制が構築されている.	36 (12.5)	115 (39.9)	137 (47.6)	151 (52.4)	288 (100.0)
4. 職場環境（作業環境・人間関係等）の改善に取り組んでいる.	10 (3.5)	119 (41.3)	159 (55.2)	129 (44.8)	288 (100.0)
5. 復職後、産業医による面接等を通じて病状の把握や相談する機会がある.	12 (4.2)	110 (38.2)	166 (57.6)	122 (42.4)	288 (100.0)
6. 主治医など関係医療機関と連携が図られている.	22 (7.6)	94 (32.6)	172 (59.7)	116 (40.3)	288 (100.0)
7. 嘱託精神科医が復職を許可している.	47 (16.3)	57 (19.8)	184 (63.9)	104 (36.1)	288 (100.0)
8. プライバシーが保護されている.	10 (3.5)	74 (25.7)	204 (70.8)	84 (29.2)	288 (100.0)
9. 復職後、社内の看護・保健スタッフやカウンセラーによる面接等を通じて病状の把握や相談する機会がある.	8 (2.8)	56 (19.4)	224 (77.8)	64 (22.2)	288 (100.0)
10. 社内の看護・保健スタッフやカウンセラーが復職を許可している.	4 (1.4)	36 (12.5)	248 (86.1)	40 (13.9)	288 (100.0)
11. その他の社内スタッフが復職を許可している.	6 (2.1)	26 (9.0)	256 (88.9)	32 (11.1)	288 (100.0)
12. 社内 LAN や窓口開設によって相談し易い体制が整っている.	2 (0.7)	24 (8.3)	262 (91.0)	26 (9.0)	288 (100.0)
13. 復職後、上記以外のスタッフによる面接等を通じて病状の把握や相談する機会がある.	4 (1.4)	21 (7.3)	263 (91.3)	25 (8.7)	288 (100.0)
14. 社内広報誌やパンフレットを作成し情報提供を行っている.	0 (0.0)	8 (2.8)	280 (97.2)	8 (2.8)	288 (100.0)
15. その他	0 (0.0)	3 (1.0)	285 (99.0)	3 (1.0)	288 (100.0)

事業場数 (%)

表 8-2 復職を許可するに際して、重視すべき条件

順位.	表 1 より困った経験				
	あった		なかった		
	重視すべき条件と指摘あり (a + b)	重視すべきであると指摘なし (c)	重視すべき条件と指摘あり (a + b)	重視すべきであると指摘なし (c)	
1. 産業医が復職を許可している.	86 (57.7)	63 (42.3)	83 (60.1)	55 (39.9)	(p = 0.676)
2. 休業に至らした問題点や原因の究明といったストレス要因の把握を行っている.	80 (53.7)	69 (46.3)	82 (59.4)	56 (40.6)	(p = 0.328)
3. 復職後の支援体制が構築されている.	72 (48.3)	77 (51.7)	79 (57.2)	59 (42.8)	(p = 0.130)
4. 職場環境（作業環境・人間関係等）の改善に取り組んでいる.	57 (38.3)	92 (61.7)	72 (52.2)	66 (47.8)	* (p = 0.018)
5. 復職後、産業医による面接等を通じて病状の把握や相談する機会がある.	66 (44.3)	83 (55.7)	56 (40.6)	82 (59.4)	(p = 0.525)
6. 主治医など関係医療機関と連携が図られている.	56 (37.6)	93 (62.4)	60 (43.5)	78 (56.5)	(p = 0.309)
7. 嘱託精神科医が復職を許可している.	56 (37.6)	93 (62.4)	48 (34.8)	90 (65.2)	(p = 0.622)
8. プライバシーが保護されている.	38 (25.5)	111 (74.5)	46 (33.3)	92 (66.7)	(p = 0.145)
9. 復職後、社内の看護・保健スタッフやカウンセラーによる面接等を通じて病状の把握や相談する機会がある.	42 (28.2)	107 (71.8)	22 (15.9)	116 (84.1)	* (p = 0.013)
10. 社内の看護・保健スタッフやカウンセラーが復職を許可している.	24 (16.1)	125 (83.9)	16 (11.6)	122 (88.4)	(p = 0.270)
11. その他の社内スタッフが復職を許可している.	18 (12.1)	131 (87.9)	14 (10.1)	124 (89.9)	(p = 0.603)
12. 社内 LAN や窓口開設によって相談し易い体制が整っている.	15 (10.1)	134 (89.9)	11 (8.0)	127 (92.0)	(p = 0.536)
13. 復職後、上記以外のスタッフによる面接等を通じて病状の把握や相談する機会がある.	15 (10.1)	134 (89.9)	10 (7.2)	128 (92.8)	(p = 0.397)
14. 社内広報誌やパンフレットを作成し情報提供を行っている.	4 (2.7)	145 (97.3)	4 (2.9)	134 (97.1)	(p = 1.000)
15. その他	1 (0.7)	148 (99.3)	2 (1.4)	136 (98.6)	(p = 0.610)

事業場数 (%)

表 1 より これまでに心の健康問題によって 1 カ月以上の休業を必要とした従業員が発生し、対応に困ったことが“あった”，ないは“なかった”の二群を設定。クロス集計。

* p < 0.05

否かを尋ねた。結果を表には示さないが，“協力してもよい”と回答したのは 49 件（総回答数 265 件に対して 18.5%），“内容によっては協力してもよい”が 171 件（64.5%）の回答を得た。“できない”と回答した事業場も 45 件（17.0%）あった。

このうち表 1 からメンタルヘルス不調を理由に 1 カ月以上の休業を必要とした“事例あり群”にあって二次調査に“協力してもよい”と回答したのは 22 件（総回答数 265 件に対して 8.3%）であった。この 22 事業場に勤務する一般職員を対象として二次調査を行った。

表9 職場でメンタルヘルス（精神的な理由による障害や疾病）不調のため、1カ月以上の休業を必要とした同僚の存在を経験した際、職場で講じた対策について

順位.	(総回答数 = 52)
1. 何らかの対応があったのだろうが、詳細は不明.	26 (50.0)
2. 管理職や人事部などが休業者へのみ対応してだけで、詳細は不明.	16 (30.8)
3. 休業者に代わる人的な補充があった.	13 (25.0)
4. 事業場外の医療機関などで休業者への対応方法を相談した.	7 (13.5)
5. 事業主や管理職、人事部、社内産業保健スタッフがメンタルヘルス問題に対し積極的に取り組む姿勢を周知した.	4 (7.7)
6. 休業者の家族と連絡を取り合い、対応方法を相談した.	4 (7.7)
7. 休業者に代わる業務量・業務時間の増加分は金銭的な補償がなされた.	4 (7.7)
8. 事業場の保健管理室で休業者への対応方法を相談した.	2 (3.8)
9. 事業場に長期休業者対応のためのマニュアルが作成され、これに従った.	0 (0.0)
10. その他	2 (3.8)

人数 (%)

2. 二次調査の結果

1) 調査回答者の基本的特性について

587件（回収率26.7%）から返信が寄せられた。このうち調査に同意したのは550件（総返信数587件に対して93.7%）であり、同意が得られなかったのは37件（6.3%）であった。

項目によっては回答の記載がないものも複数あり、集計結果の解釈には、項目ごとに総回答数のばらつきが存在する点を考慮する必要がある。

また、回答者の特徴として性別を尋ねたところ、男性回答者数は335件（総回答数542件に対して61.8%）であったのに対し、女性回答者数は207件（38.2%）で、男女比はほぼ2:1であった。

さらに回答者の年齢を尋ねたところ、最頻値は“30歳代”の221件（総回答数545件に対して40.6%）であり、次いで“40歳代”が157件（28.8%）、“50歳代”が93件（17.1%）、“20歳代”が68件（12.5%）の順であった。“60歳代以上”からの回答は6件（1.1%）とごく僅かであり、20歳代から30歳代までで半数を超える者からの回答を得たことになる。比較的若年である男性職員からの回答が多かったことを踏まえて以下の結果を解釈したい。

2) メンタルヘルス不調者の事例発生状況と、その対応について

メンタルヘルス不調を理由に1カ月以上の休職を必要とした事例経験の有無について尋ねたところ、157件（総回答数544件に対して28.9%）が事例経験“あった”と回答するとどまった。

二次調査は一次調査における表1より、“事例あり群”にあてはまる事業場に従事する一般職員に対して本調査票を配布したのだが、一般職員の3割弱程度しか“事例あり”と回答しなかったことになる。“一般職員”にとっては事例経験の認識は乏しい様子がこの結果から読み取れる。

そこで“事例あり群”と回答した157名に対し、メンタルヘルス不調を理由に1カ月以上の休業を必要とした

事例が職場で生じたために、回答者自身の仕事に何らかの支障を来したり、業務量・業務時間が増えたなどの影響があったか否かを尋ねた。その結果“あった”と回答したのは87件（総回答数157件に対して55.4%）であった。一度、事例が発生すると半数以上が何らかの支障を経験したことになる。

また、メンタルヘルス不調を理由に1カ月以上の休業を必要とした同僚の存在を経験した際に、事業場として復職を促すために何らかの対策をたてたか否かを尋ねた。“対策をたてた”と回答したのは52件（総回答数87件に対し59.8%）であった。

そこで、表9はこれらの質問を踏まえて“対策をたてた”と回答した52件を対象に（100.0%）、対策の具体的内容について、全10項目の中から回答を求めた結果を示した。取り組んだもの全てに○をつける形式で回答を求めた。

最も指摘が多かったのは“何らかの対応があったのだろうが、詳細は不明”の26件（総回答数52件に対して50.0%）であり、次いで“管理職や人事部などが休業者に対応してだけで、詳細は不明”が16件（30.8%）など、一般職員が積極的にこの問題に関与することのない、消極的な内容について多くの指摘がなされた。“一般職員”の視線からみた事業場としての対応は漠然としたものにしか写っていない様子である。一次調査における表1より、労務管理担当者の視線からみたメンタルヘルス不調者の取り扱いに際して、“心の健康問題を抱える従業員をとりまく他の従業員への対応（仕事の分担、教育など）がわからない”との回答が約4割にみられたが、一般職員にとってはメンタルヘルス不調者と接する経験がないとあまり事の重大性に気が付いていないかのような様子がある。指針⁹⁾では事業主の方針表明から始めて、その取り組みの意欲を事業場全体に浸透させる必要性が説かれている。一般職員に対し身近な問題として意識を喚起するためにも、職員教育の重要性をあらためて示唆する結果になったといえよう。

逆に“その他”以外で、低調な取り組みでしかなか

表 10 万一、自身がメンタルヘルス不調のために出社が困難な状況に陥った場合、事業所に期待すること

順位.	a. 特に期待する	b. 期待する	c. 指摘なし	全体
1. 休暇中の経済的補償.	114 (20.8)	202 (36.8)	233 (42.4)	549 (100.0)
2. 自宅静養のための休暇取得, リハビリ出勤導入など, 勤務時間に対する配慮.	37 (6.7)	218 (39.7)	294 (53.6)	549 (100.0)
3. 医療機関が発行する診断書にある指示 (自宅静養や, 勤務時間軽減など) の遵守.	25 (4.6)	220 (40.1)	304 (55.4)	549 (100.0)
4. プライバシーの保全.	39 (7.1)	182 (33.2)	328 (59.7)	549 (100.0)
5. 必要に応じ, 配置換えによる対応.	18 (3.3)	182 (33.2)	349 (63.6)	549 (100.0)
6. 復職後の昇進や昇給, 人事考課にまつわる取り決めで不利益がないこと.	34 (6.2)	165 (30.1)	350 (63.8)	549 (100.0)
7. 業務量や質 (業務負担) の見直し.	34 (6.2)	145 (26.4)	370 (67.4)	549 (100.0)
8. 医療機関への受診を薦めてくれる, ないしは医療機関を紹介してくれる.	16 (2.9)	151 (27.5)	382 (69.6)	549 (100.0)
9. 上司や人事部との相談の機会.	19 (3.5)	129 (23.5)	401 (73.0)	549 (100.0)
10. 事業場内の, 対人関係における問題点の把握.	23 (4.2)	112 (20.4)	414 (75.4)	549 (100.0)
11. 社内, 産業保健管理スタッフや, 上司, 人事部との相談結果が, 必要に応じ事業所としての対応に反映されること.	19 (3.5)	89 (16.2)	441 (80.3)	549 (100.0)
12. 長期休業者対応のためのマニュアルの作成と運用.	1 (0.2)	82 (14.9)	466 (84.9)	549 (100.0)
13. 事業所内での, 相談しやすい環境の整備.	19 (3.5)	58 (10.6)	472 (86.0)	549 (100.0)
14. メンタルヘルスに対する偏見払拭のための取り組み.	8 (1.5)	62 (11.3)	479 (87.2)	549 (100.0)
15. 同僚や先輩 (年長者) による指導, 相談, コミュニケーションの機会を増やすなどの配慮.	9 (1.6)	49 (8.9)	491 (89.4)	549 (100.0)
16. 保健管理室など社内, 産業保健管理スタッフへの相談の機会.	7 (1.3)	49 (8.9)	493 (89.8)	549 (100.0)
17. 業務にまつわる知識や技能向上のための, (再) 研修の機会.	3 (0.5)	19 (3.5)	527 (96.0)	549 (100.0)
18. メンタルヘルスについて学ぶ機会の確保.	3 (0.5)	18 (3.3)	528 (96.2)	549 (100.0)
19. 事業所を信頼しているので考えたことがない.	0 (0.0)	5 (0.9)	544 (99.1)	549 (100.0)
20. その他	1 (0.2)	2 (0.4)	546 (99.5)	549 (100.0)

人数 (%)

た項目としては“事業場に長期休業者対応のためのマニュアルが作成され, これに従った”が0件であったことから, 事業場におけるメンタルヘルスケアのガイドラインなど, ルール策定については一般職員の視点から見ても立ち遅れている状況がここでも指摘された。

表 10 は万一, 自身がメンタルヘルス不調に陥った場合, 事業場にどのような点を期待するかについて, 全 20 項目から 5 つまで○をつける形式で回答を求めた。そのうち特に期待したい項目には◎を 1 つ付してもらった。

特に期待された項目は (a+b) “休暇中の経済的補償” で 316 件 (総回答数 549 件に対して 57.6%) あり, 特に期待される項目としても 114 件 (20.8%) の指摘があり最多であった。一次調査における表 2-1 では労務管理担当者の視線からみたメンタルヘルス不調者取り扱いに際して, “長期休業にまつわる経済的損失” を困ると回答した事業場が 17.0% にとどまったことを考慮すると, 経済的損失については一般職員の方に問題意識が強い様子である。

次いで“自宅静養のための休暇取得, リハビリ出勤導入など, 勤務時間に対する配慮”を求める意見が 255 件 (46.4%) にみられた。また, “医療機関が発行する診断書にある指示 (自宅静養や, 勤務時間軽減など) の遵守”を求める意見も 245 件 (44.6%) あった。これについて一次調査における表 6-1 をみると, 休業した労働者本人に対し復職に際して求める条件として“定められた時刻に出勤できる”や“定められた時刻まで勤務できる”ことを重要と考えている割合がどちらも 3 割程度にとどまったことを考慮すると, 復職後の勤務時間に対しては一般職員が思う以上に労務管理担当者らが既に一定の配慮を示

している様子が窺われた。“リハビリ出勤”も含めて勤務時間についての柔軟な対応による復職支援のありかたについて検討することは, 労使双方からの歩み寄りを期待しやすい対応になるのではないかと考えた。

“プライバシーの保全”について 221 件 (40.2%) の一般職員が求めているが, 表 7, 8 の各調査結果をみると, 労務管理担当者らはこの点について 2~3 割の者しか重要と指摘しなかった。労務管理担当者が考える以上にプライバシーの保全感を高めるための取り組みが今後, 求められることになるであろう。

“必要に応じ, 配置替えによる対応”を求める意見が 200 件 (36.4%) みられた。表 7-1 の結果では, 労務管理担当者らは休業者の復職に際して“事業場での人間関係による調整 (必要なら配置換え等) が図られること”によって復職を促すことは重視すべき事項であると約 2/3 (64.4%) が指摘していた。“配置換え”による問題解決に期待する姿勢が労務管理担当者および一般職員の双方から見受けられたことになり, その適切な運用については今後の検討課題になるであろう²⁵⁾。

さらに特徴的であったのは, 一般職員にとって“同僚や先輩 (年長者) による指導, 相談, コミュニケーションの機会を増やすなどの配慮”について 58 件 (10.6%) しか期待していない結果であった点である。かつて報告者らが行った調査結果を踏まえ, 職場でのメンタルヘルスケア推進のための取り組みとして“メンター (年長労働者)”と“プロテジェ (若年労働者)”による 1 対 1 の関係からなる人材育成を通じて好ましい対人関係の構築を期待する“メンタリング・プログラム”への期待を報告したが¹⁹⁾²⁰⁾, 今回の調査結果では特に一般職員 (回答者に

表 11 自身がメンタルヘルス不調のために出社が困難な状況に陥った場合、医療機関に期待すること

順位.	a. 特に期待する	b. 期待する	c. 指摘なし	全体
1. 診断名、診断の根拠など病気についての説明.	48 (8.7)	225 (41.0)	276 (50.3)	549 (100.0)
2. 治療内容の説明.	33 (6.0)	227 (41.3)	289 (52.6)	549 (100.0)
3. 今後の見通しについての説明.	37 (6.7)	222 (40.4)	290 (52.8)	549 (100.0)
4. プライバシーの保全.	38 (6.9)	170 (31.0)	341 (62.1)	549 (100.0)
5. 診断書の発行.	13 (2.4)	153 (27.9)	383 (69.8)	549 (100.0)
6. 求めれば主治医が直接、上司や人事部へ病状などの説明を行うサービス.	21 (3.8)	139 (25.3)	389 (70.9)	549 (100.0)
7. 復職に向けてのリハビリ制度の確立と運用、ないしはリハビリ施設への紹介.	29 (5.3)	130 (23.7)	390 (71.0)	549 (100.0)
8. 労災補償認定のための意見書の作成.	25 (4.6)	127 (23.1)	397 (72.3)	549 (100.0)
9. 復職に際しての、休業者本人と、上司、人事部、社内、産業保健管理スタッフに加えて、主治医も参加する合同面接の実施.	41 (7.5)	102 (18.6)	406 (74.0)	549 (100.0)
10. 主治医が発行する事業所宛の、業務量や質（業務負担）にまつわる意見書の作成と提出.	16 (2.9)	90 (16.4)	443 (80.7)	549 (100.0)
11. 家族への説明.	9 (1.6)	94 (17.1)	446 (81.2)	549 (100.0)
12. 日頃からの、上司や人事部、社内、産業保健管理スタッフへの教育や連絡協議を行うサービス.	18 (3.3)	60 (10.9)	471 (85.8)	549 (100.0)
13. 復職判定の実施と、復職判定における結果の意見書提出.	9 (1.6)	68 (12.4)	472 (86.0)	549 (100.0)
14. 入院施設など、静養施設の供与.	6 (1.1)	71 (12.9)	472 (86.0)	549 (100.0)
15. 治療がうまく進まなかった場合の、他院への紹介.	4 (0.7)	64 (11.7)	481 (87.6)	549 (100.0)
16. 対人関係技法の向上など、目的に応じた心理的スキルの伝達・講習の機会.	9 (1.6)	57 (10.4)	483 (88.0)	549 (100.0)
17. メンタルヘルスについて学ぶ機会の運営.	3 (0.5)	63 (11.5)	483 (88.0)	549 (100.0)
18. 求めれば主治医が直接、社内、産業保健管理スタッフへ病状などの説明を行うサービス.	5 (0.9)	46 (8.4)	498 (90.7)	549 (100.0)
19. 医療機関を信頼しているので考えたことがない.	2 (0.4)	11 (2.0)	536 (97.6)	549 (100.0)
20. その他	1 (0.2)	2 (0.4)	546 (99.5)	549 (100.0)

人数 (%)

は若年層が多い) にとって好ましい対人関係構築のための意欲がかなり乏しい様子が見受けられる結果となった。

表 11 は万一、自身がメンタルヘルス不調に陥った場合、医療機関にどのような点を期待するかについて、全 20 項目の中から 5 つまで○をつける形式で回答を求めた。そのうち特に期待したい項目には◎を 1 つ付してもらった。

特に期待された項目は (a+b) “診断名、診断の根拠など病気についての説明” で 273 件 (総回答数 549 件に対して 49.7%) あったが、設定した 20 項目の全てが指摘件数 5 割を下回っていたことが一つの特徴であろう。

さらには“求めれば主治医が直接、上司や人事部へ病状などの説明を行うサービス”や“求めれば主治医が直接、社内産業保健管理スタッフへ病状などの説明を行うサービス”についてそれぞれ 160 件 (29.1%)、51 件 (10.8%) と低調な支持しか得られなかった。一般職員の視線からすれば、医療機関と事業場間の情報交換についてのサービスはプライバシー保全問題もあってか慎重な姿勢であることが伺われる結果であった²³⁾。

復職についても、“復職に向けてのリハビリ制度の確立と運用、ないしはリハビリ施設への紹介”や、“復職判定の実施と、復職判定における結果の意見書提出”についてそれぞれ 159 件 (29.0%)、77 件 (14.0%) と、やはり期待する意見は低調なものでしかなかった。このことから、一般職員にとって職場におけるメンタルヘルス不調の問題、とりわけ復職についてはあまり喫緊の問題意識を伴う案件として浸透していないのかもしれない。

IV 考察—問題点の整理と今後の対応—

労働者が何らかの理由によって心の健康を害することで発病し、治療のために休暇を取得する。そして一定の治療効果を挙げた時点で復職を図るといった一連の流れを想定した場合、本調査では特に“メンタルヘルス不調を理由に休業してしまった労働者”と“事業場”の間をいかに連携するかを想定しアンケート調査を行った¹⁾。事業場の視点を代表して労務管理担当者、そして一般職員と、それぞれの立場から期待する事項についての頻度を探ることで、より現場の意見が反映されるよう調査項目を設定した結果から、以下の論点を整理する。

① “休業した労働者本人” のもつ問題点、復職に求められる事項

これまで参考にしてきた各種の文献によると、まず問題となるのは、“労働者が休業した理由が「事例性 (caseness)」によるものなのか「疾病性 (illness)」によるものであったのか¹⁷⁾ 休業に至った経緯や理由がはっきりしない、ないしは原因を解明する努力を怠ったが故に休業導入の判定基準もあいまいなままで放置された結果、復職への道程も確立しないといった場合が考えられている¹⁾。特に心の健康問題の原因については明確に病気に起因する場合とそうでない場合の線引きが難しいため、ないしはその両者が混在していることが考えられるため、「疾病性 (illness)」だけに囚われることなく、休業に陥らせた (= 社会的な機能不全状態に陥ることとなった) 労働者をとりまく全ての要因について配慮を払う「事例性 (caseness)」からの観点に立脚した対応が労使双方に求

められる¹⁷⁾。困難の度合いや障害の程度に応じた支援や治療が必要であり、そのためにはまず、職場で精神疾患の特性についての深い理解が育まれる様、支援していく必要があるだろう。

今回の調査を通じて明らかになったことは、一般職員にとって心の健康問題とは自身が何らかの形で直面しないと、実感を持って対応する意欲を喚起されるまでに危機意識がもたらされるに至っていなかったという点である。いったん事例が発生すると、半数以上が何らかの支障を被るとしながらも、その対応については“事業場が何らかの対応をしたのだろうが、詳細は不明”といった具合で、万一、自身が心の健康を損なったとしても関心の的は“休暇中の経済的補償”と“円滑な休業の取得”に終始していた。

心の健康を損なうとは、統合失調症や気分感情障害など内因に由来した「疾病性 (illness)」の色彩が濃い理由から、不安葛藤が人格の内面に納まっている神経性障害に始まり“抑うつ状態”、“自律神経失調症”、“心因反応”といった誰しもが陥る可能性のある状態像の不調から、人格（不安や葛藤がともすれば不適切な行動となって問題を惹起する場合）や知的水準など DSM-IV-TR 多軸診断における II 軸上の問題^{1)~3)10)~17)21)}、脳梗塞後遺症やてんかんなど症状性精神障害から発達上の問題に起因するものまで、その裾野は幅広く多岐に渡るものの複合の産物であると考えべきである。

今回の調査結果では、復職に際して自殺をほのめかしたり危険行為はせず、集中力の持続や就労意欲など労働者個人の職務遂行能力の回復を期待するといった“結果”だけを重視している側面について労務管理担当者から高率な指摘がなされた。その一方で、原因の追究や対人関係における調整など“職場要因”からの改善を行う姿勢が事業場側には乏しい印象で、なおかつ、精神科医療と関連の深いデイケアや授産所などを利用した就労訓練（社会療法）や対人関係訓練や社会技能訓練（集団療法）などといった、復職のための“治療システム”とその“過程”についての視点も十分浸透しているとはいえない結果であった。このことは「事例性 (caseness)」の視点から心の健康問題を把握しようとする姿勢について成熟していない状況が現わされたと解釈できよう。

2008 年の労働契約法施行の背景には、就労意欲の欠如による職場不適応の事例に対して事業場側による企業防衛策強化の流れが根底にあるよう⁹⁾¹⁸⁾、労働者側から寄せられる雇用の維持を中心とした保全にまつわる権利の主張との間には益々の隔たりを感じさせるものである。この溝を埋めるため、少なくとも“休業した労働者本人”の視点から問題点を軽減するためには、就労への意欲を回復ないしは保持するような支援が重要な役割を担うのではないかと考えた^{1)2)11)~17)19)20)}。報告者らは先行研究において、たとえ DSM-IV-TR 多軸診断における II 軸上の問

題^{1)~3)10)~17)}が原因であっても就労への“動機付け”を強化することによって、労使間に隔たる膠着した疑念に対して多少なりとも打開の道筋を見出すための手法を実践しており¹⁾、その理論として“メンタリング・プログラム”（熟練労働者と若年労働者の“師弟関係”の強化がもたらすことで期待される、就労への望ましい働きかけ）など紹介してきた¹⁹⁾²⁰⁾。特に若年労働者を主体に職場での交流に期待する姿勢が乏しい今回の結果を受けて、その重要性は益々高まっていると言えるであろう。そして、誰しもが「事例性 (caseness)」の観点から心の健康を害する可能性があることを謙虚に知ることと、労働契約を前に権利の主張と義務の遂行との狭間で可能な限り接点を探る姿勢を日頃から養うことまでを視野に入れた職員教育が行われれば理想的ではないか¹⁾²⁾。

昨今の決して芳しいとは呼べない経済状況の中において、企業は存続のために好むと好まざるとに関係なく厳しい過当競争に巻き込まれ続けるであろう見通しについては当面、改善が期待できない局面にあり¹⁾²⁾、事業場が労働者の心の健康回復の過程にまで“付き合う”だけの“ゆとり”までは持ち合わせていないというのが本音ではないだろうか。そのような社会情勢を鑑み、労働者側にも激変を余儀なくされている社会環境と関わりながら生計を維持していくにあたっての葛藤を形成しうるだけの社会的役割意識の獲得を支援することは、ストレス耐性を強化する取り組みにもつながるのではないか^{12)~14)20)}。労働者自身、置かれている環境との接点を見極め、事業場と共同して困難な状況に対し打開を図ろうとする姿勢を涵養することは、今後、心の健康保持・増進のための重要なテーマと成り得ると考える¹⁾。新たに制定された労働契約法に盛り込まれた“信義則・誠実則”の趣旨に照らし合わせても適合する取り組みであると考えられ、今後のさらなる検討が求められる⁹⁾。

② “事業場” のもつ問題点、復職に求められる事項

この事項では“休業した労働者本人”に対して、事業場側がどのような姿勢で接するべきかを考えることで、復職を円滑に進めるための課題が整理されるよう検討したい。

まず指摘されることとして、メンタルヘルスケア実施に際して権限の多くを“労務管理担当者”や“事業主”を中心とした事務方が握っていたのに対し、実際のケアを行い休業者と直接のかかわりをもつ“ライン”や“事業場内産業保健スタッフ”には裁量権が乏しく、その双方が列席するであろう“安全衛生委員会”への期待もまた低調な印象であった結果はバランスを欠いたものではなかったか、という点が問題として考えられる。事業場におけるメンタルヘルス対策が十分機能していない現状を鑑みると、期待される役割に応じた権限の配分とその効果についての検討が今後、必要となるであろう。

労務管理担当者の多くが期待した、主治医を中心とし

た医療機関との連携については様々な問題があると多くの報告が既に指摘している¹⁾²⁾¹¹⁾¹⁷⁾²³⁾²⁶⁾。その最たるものは先述の病気の診立ての問題とも関連するが、現在、休業者の取り扱いについて、多くは主治医が発行する診断書だけを頼りに休業・復職の可否を決めてしまっていることであろう²⁾¹¹⁾¹⁷⁾²³⁾。この問題の本質としては、医療機関の発行する診断書とはあくまで「疾病性 (illness)」の部分だけを証明するものになりがちであるのに対し、受け取り手である事業場は就労能力の判定にまで用いようとするに精神科主治医らの多くが戸惑いを感じていることではないかという点である²³⁾。そのような状況が長く放置され続けており、相互の理解や連携は深まりを見せないままで今日に至っている。医療機関と事業場が連携する機会が乏しいが故に復職へと事態が進展してこなかったとするならば問題である。

例えば問題の本質がDSM-IV-TR多軸診断におけるII軸上の問題^{1)~3)10)~17)}であって「疾病性 (illness)」が乏しいと考えられたとしても、それをそのまま事業場に報告することについては、精神科主治医らの立場として患者との信頼関係の構築が損なわれる恐れが高いことを勘案すると、そのような内容を診断書に盛り込むことは実際には困難がつかまとうであろう¹¹⁾¹⁷⁾²³⁾。精神科主治医らの診断書の内容を理由に失職してしまうような最悪の事態も予見されるため、医療機関側が患者にとって不利益になりかねない情報の流出を伏せるのは当然の帰結とも言える。今回の調査結果でも、事業場側にある者の回答よりも、一般職員からの回答の方がプライバシーを重視する姿勢を特に強く滲ませたのはこの点を踏まえてのことではなかったか。

医療機関の中にあつて精神科主治医らは、得られる情報の多くを休業者本人の弁だけを頼りにすることがほとんどであり、まして休業者の勤務する事業場の様子までを少ない情報から類推し(決して確認したわけではない)、さらにその結果としての就労判定までを主治医に委ねるといった現行のシステムで円滑な復職を期待するのは無理のある話ではないか²⁹⁾。これら“診断書の問題”が起点にあつて、さらにその上、復職までの過程については事業場が感知する機会が少なく(ないしは感知する意欲に乏しく)、医療機関の判定する病態像の回復結果だけを診立てた診断書をもって復職の可否を(事業場の「事例性 (caseness)」にまでは踏み込まないで)決定するといった現行の方法が、昨今の復職が思うように進まないといった問題点を助長する一番の原因ではないかと報告者は考えている。

少なくとも事業場側が主治医の発行する診断書に判断の多くを期待するのであれば、事業場側は判断に際して情報の積極的な提供を行うことが必要であり、さらには主治医—休業者(=患者)関係を尊重し休業者に対して病気を理由にした不利益を被らないような何らかの制度

の拡充といった取り組みが求められることになるであろう。しかし、現実には制度の拡充が急速に進むようなことは期待できないであろうから、日頃からプライバシーの開示に対して労働者が頑なに抵抗する姿勢を示す必要のないような企業風土の構築がせめて必要ということになるのではないか¹⁾。この点を改善させるためにもまずは“事業主のメンタルヘルスケアを積極的に推進する旨の表明”に着手し、労働者だけでなく事業場側にも困難な社会状況を乗り切っていくにあたって互いの主張に隔たる妥協点を探るような柔軟な歩み寄りの姿勢が求められると考える¹⁾²⁾⁷⁾⁸⁾²⁰⁾。特に事業場側に“労働者の理解を深めるようにする義務(理解促進義務)”といった概念が労働契約法に盛り込まれたのはそのためであろう⁹⁾。労働契約法の制定とは、この問題を打開するための制度の拡充を担うものの一つであることから、法の趣旨を正確に理解し、運用に努めることが求められる。

V まとめ

(1) 岐阜県下にある事業場を対象に、メンタルヘルス不調を理由に休業した労働者に対する職場復帰支援に焦点を当ててアンケート調査を行った。

(2) 職場におけるメンタルヘルス不調者についての事例経験は半数以上の事業場でみられ、事例を経験した半数が業務に何らかの支障を来したと回答した。

(3) 精神疾患の特徴についての理解が十分浸透しているとは呼べない結果であった。

(4) 休業者への接し方など知識不足を危惧する意見が労務管理担当者に多くみられた。

(5) 復職に際しては事業場内産業保健スタッフよりも労務管理担当者や事業主など事務方に決定権が多くある傾向が示された。その一方で事業場内でのメンタルヘルスケアの最前線を担う産業看護・保健スタッフへの権限委譲は低調であった。

(6) 復職可能とする判断基準や病状回復の程度など、復職支援に必要とされる情報を診断書だけで連携することに多くの労務管理担当者らは不満を表した。

(7) 休業者の復職に際しては“精神症状が寛解していること”、“就労への意欲を示していること”、“職務遂行能力があること”が特に要求された。

(8) 復職に立ち会うラインの担当者らと休業者らが情報を共有し、適切な人間関係の調整が行われることが重要と労務管理担当者らは考えていた。

(9) 一般職員にとってはメンタルヘルス不調の事例を経験しない限り関心が乏しい様子で、万一、自身がメンタルヘルス不調に陥り長期休業に陥った場合、経済的保障や休養の認可を事業場に期待する姿勢が高率に指摘されるにとどまった。

(10) 一般職員は労務管理担当者やラインに相当する管理監督者よりもプライバシーの保護を重要とみなす傾

向が強かった。

以上の結果を踏まえ、復職支援を行うそれぞれの立場からの取り組みを充実させつつ、相互に情報を共有し労使互いが有機的な連携を深め、事態打開のための、歩み寄りの姿勢を涵養するような取り組みが今後、求められるであろう。

謝辞：本研究は、独立行政法人労働者健康福祉機構 岐阜産業保健推進センターが平成 19 年度に行った産業保健調査研究「精神疾患で休職した労働者に対する職場復帰支援に関する研究」によるものの一部である。

文 献

- 1) 黒川淳一, 井上真人, 井奈波良一, 他：メンタルヘルス不調者への対応事例を通じて職場での問題点を考える. 日職災医誌 56 (2) : 53—61, 2008.
- 2) 島 悟：職場のメンタルヘルスの現状と問題点. 日医誌 136 (1) : 19—24, 2007.
- 3) 加藤 敏：現代の仕事, 社会の問題はどのように精神障害に影響を与えているか. 精神科治療学 22 (2) : 121—131, 2007.
- 4) 森 晃爾：職場復帰支援と産業医. 日精協誌 26 (11) : 6—9, 2007.
- 5) 井口博登：現代の「うつ状態」日本におけるグロウバリゼーションの進行とメランコリー親和型. 臨床精神医学 34 (5) : 681—686, 2005.
- 6) 中央労働災害防止協会編：職場における自殺の予防と対応. 改定第 1 版第 1 刷. 東京, 中央労働災害防止協会, 2007.
- 7) 中央労働災害防止協会編：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～. 東京, 中央労働災害防止協会, 2004.
- 8) 中央労働災害防止協会編：職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～. 東京, 中央労働災害防止協会, 2007.
- 9) 岩出 誠：労働契約法成立！法案修正内容の検討と企業の実務対応. ビジネスガイド 668 : 7—18, 2008.
- 10) 小嶋秀幹, 中村 純：病休・休職者の動向とうつ病. 臨床精神医学 35 (8) : 1047—1051, 2006.
- 11) 保坂 隆：産業メンタルヘルスの実際. 初版第 1 刷. 東京, 診断と治療社, 2006.
- 12) 岩谷泰志：未熟なパーソナリティの関与するうつと職場復帰支援. 日精協誌 26 (11) : 34—38, 2007.
- 13) 広瀬徹也：反復欠勤者—その病態と対応—. 精神科治療学 22 (2) : 153—158, 2007.
- 14) 福井城次：対応困難事例への対応と職場復帰支援. 日医誌 136 (1) : 65—72, 2007.
- 15) 樽味 伸：現代の「うつ状態」現代社会が生む“ディスチミア親和型”. 臨床精神医学 34 (5) : 687—694, 2005.
- 16) 阿部隆明：いわゆる未熟型うつ病について. 精神科治療学 23 (8) : 985—993, 2008.
- 17) 日本産業精神保健学会編：メンタルヘルスと職場復帰支援ガイドブック. 初版第 2 刷. 東京, 中山書店, 2006.
- 18) 浅井 隆：社員の“問題行動”への対応と「注意書」「指導書」「誓約書」の作成方法. ビジネスガイド 668 : 20—35, 2008.
- 19) 黒川淳一, 井上真人, 岩田弘敏, 他：コンピュータ情報処理作業における生活習慣とメンタルヘルス. 日職災医誌 52 (2) : 96—104, 2004.
- 20) 黒川淳一, 井上真人, 井奈波良一, 他：郵政職員における生活習慣と職業性ストレスに対するストレスコーピング調査. 日職災医誌 53 (6) : 294—304, 2005.
- 21) 高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸, 他訳：DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 新訂版第 4 刷. 東京, 医学書院, 2005.
- 22) 大熊輝雄：現代臨床精神医学. 改訂第 8 版第 1 刷. 東京, 金原出版, 2000.
- 23) 秋山 剛, 山岡由美, 田島美幸, 他：職場との連携—上司, 人事担当者, 保健師, 産業医—. 精神科治療学 23 (8) : 963—970, 2008.
- 24) 張 賢徳：仕事・職場の問題が自殺に与える影響とそのマネジメントについて. 精神科治療学 22 (1) : 13—19, 2007.
- 25) 島 悟, 佐藤 隆：出向・異動・配置転換に伴う精神障害. 臨床精神医学 20 (2) : 171—176, 1991.
- 26) 秋山 剛, 富永真己, 酒井佳永, 他：復職をめぐる職場健康管理システムの現状, 問題点と対応策. 臨床精神医学 35 (8) : 1069—1078, 2006.

別刷請求先 〒484-0094 愛知県犬山市大字塔野地字大畔
10
医療法人桜桂会犬山病院精神科
黒川 淳一

Reprint request:

Junichi Kurokawa
Medical Corporation Okeikai Inuyama Hospital, 10, Oguro
Tonoji, Inuyama city, Aichi, 484-0094, Japan

What Is Needed for Reintegration of Mentally Disordered People into the Workplace

Junichi Kurokawa^{1)~3)}, Masato Inoue^{1)~3)}, Ryoichi Inaba²⁾³⁾ and Hirotohi Iwata²⁾³⁾

¹⁾Medical Corporation Okeikai Inuyama Hospital

²⁾Department of Occupational Health, Gifu University Graduate School of Medicine

³⁾Gifu Occupational Health Promotion Center

[Purpose] We conducted a questionnaire to grasp the problems about supporting reintegration of people who had been absent from work due to mental health disorder into their workplaces.

[Subjects surveyed] The questionnaire targeted 695 workplaces in Gifu prefecture. We demanded answers from people in charge of labor management in the first survey, and general schedule employees in the second.

[Survey Period and Collection Rate] We distributed the survey sheets of the first survey in August 2007. 288 workplaces replied and the collection rate was 41.4%. We conducted the second survey in December 2007 covering the general schedule employees who worked in 22 workplaces that had expressed a willingness to participate in the second survey and had experienced the cases. We received answers of 587 respondents and the collection rate was 26.7%.

[Results] ① Half of the people who had experienced the case of mental health disorder answered that the case had interfered with their operations. ② Many people have a poor understanding about the feature of mental disorder and some respondents were worried about their inadequate knowledge of such things as how to treat the employees on sick leave. ③ In many workplaces, administrators such as people in charge of labor management and business proprietors had the power to decide the employees' reintegration. ④ Many people in charge of labor management expressed their dissatisfaction at collaborating with medical institutions only through the medical certificates to get information necessary for supporting their employees' reintegration. ⑤ They required especially "remission of their mental symptoms", "their eagerness to work", and "their job performance" regarding reintegration of the employees on sick leave. ⑥ The people in charge of labor management thought it was important that the observers of reintegration and the employees on sick leave share the information and an adequate adjustment of human relationships be made. ⑦ Many general schedule employees who never had experienced the case seemed to have insufficient interest in mental healthcare.

[Consideration] From now on, the organic linkage of management and labor will be required to remedy the current situation.

(JJOMT, 57: 92—108, 2009)