

産業保健職のかかわり方 休職から復職における

メンタルヘルス不調者に対する休職や復職の判定は、いかにあるべきか——。一昨年改訂された「職場復帰支援の手引」では、復職の判断の際には主治医との連携が求められ、休職時の対応が復職のポイントとなっている。このように産業保健職は、休職から復職時には本人・人事担当者・上司・主治医・家族など多くの人たちと連携が求められているが、その際、どのようなスタンスで臨むべきか——。そこで、現状と課題について、考察し、実際の職場復帰支援の連携を試みている取り組みを紹介する。



特集

1

休職から復職における産業保健職の現状と課題について

オリンパス株式会社 産業医 染村宏法

特集

2

休職・復職判定における課題について

近畿大学法学部 准教授 三柴丈典

特集

3

産業保健スタッフのかかわり方

神田東クリニック 院長 高野知樹

特集

4

職場復帰支援の連携の取り組みの現状について

～横浜リワーク支援フォーラムの事例から～

神奈川県精神保健福祉センター 川本絵理

横浜市総合保健医療センター 塩崎一昌

休職から復職における 産業保健職の現状と課題について

オリンパス株式会社 産業医 染村 宏法

1. はじめに

行政は、第11次労働災害防止計画の重点施策として、メンタルヘルス対策の推進を位置づけ、心の健康の保持増進のための指針においても、事業者が取り組むべき実施内容を示した。また、改訂された「職場復帰支援の手引き」においても、事業者・従業員をはじめとする関係者が連携しながら、メンタルヘルス対策を一層推進することが求められている。ここでは、現場での休職から復職における産業保健職の現状を示すとともに、課題について考察する。

2. 休職開始から復職前まで

職場における業務の効率化や成果主義の導入により、個人の作業密度やストレスが増加し、メンタルヘルス不調を呈する従業員の数は増加している。周囲に弱みを見せまいと、心身の不調を独りで抱え込み限界まで我慢をしてしまう従業員も多い。企業では不調者の早期発見・対応を目指し、相談窓口を開設するなどの対策を講じるが、本人がギリギリまで我慢してしまう状況では、相談窓口を設置しても、必ずしも早期発見につながらない。窓口へ相談に来たときにはすでに手遅れで、自宅療養を要するケースも稀ではない。職場の上司や同僚が早めに不調に気づき、「いつもと違う」と感じたら、すぐに対応するような職場環境づくりが重要である。そのためには、常日頃から良好なコミュニケーションを図ることが求められる。

自宅療養中のケアは、復職に向けての重要なポイントである。「職場復帰支援の手引き」の第1ステップにも示されているように、休業中は管理監督者・産業保健職が、従業員が安心して療養期間を過ごせるようにケアする必要がある。自宅療養に入り職場から一定の距離を置くことで、症状の落ち着きをみせることは多いが、一方で会社を休むことへの不安が強く、精神的に十分な休養が得

られない状況もある。そのため、職場からの定期的な連絡や今後の復職支援の流れ等について、人事労務担当者や管理監督者を交えて、事前に話し合っておくことが望ましい。また、状況に応じて家族に説明を行うことも必要であろう。

療養中は生活リズムが乱れがちであるが、症状が落ち着いてきたら規則正しい生活パターンを取り戻すことが、復職へのカギである。しかし、目的がない状況で毎日規則正しい生活を送ることは、当人にとって予想以上に難しい。そこで生活記録表などの日記を毎日つけてもらい、一日一日を振り返ることで自分の生活状況を確認し、徐々に規則正しい生活を取り戻すなどの工夫が必要である。産業保健職が常勤していない小規模事業場においては、産業保健推進センターや精神保健福祉センター、地域障害者職業センター等の公的機関と連携して、復職支援を行うのも一つの方法である。最近では、リワーク支援やデイケア等のサービスを提供している民間の医療機関やEAP機関も増えてきているので、それらの利用も考慮すべきであろう。

3. 復職の可否の判断

復職の手続きにおいては、まず主治医からの復職可能の診断書の提出が必要となる。一般に主治医による復職可能の診断書は、病状の回復程度によって復職の可否を判断していることが多く、それでは直ちに職場で必要とされる業務遂行能力まで回復しているか否か、を判断していることにはならない。したがって、主治医と産業医の間で、見解が異なることが多々見受けられる。

主治医は、患者(従業員)のために最大限努力することが責務であるため、復職のタイミング等においても、患者の希望を優先して考えることは、自然なことである。主治医側に職場で必要な業務遂行能力の内容や会社の勤務制度等に関する情報が不十分な時には、産業医から主治医へ情報提供書や意見書を通じて情報を伝えな

がら、連携していくことが望ましい。

いくつかの企業では、正式な復職決定の前に、社内制度として「試し出勤制度」を設けている。この制度の利点は、早い段階で復職の試みを開始することで、復職に向けての不安を解消し、職場の状況や変化を確認しながら、徐々に復職の準備を進めていくことができる点である。しかし、傷病が生じたときの対応などを含め、人事労務上の位置づけ等について、予め労使間で十分に検討する必要がある。

試し出勤を経て、正式な復職の可否の判断にあたっては、人事労務部門・管理監督者と産業医の三者が復職判定会議等を実施し、当該従業員の病状・生活リズム・業務遂行能力の回復について評価・確認した上で、最終的に事業者(人事労務部門)が決定している。その際に産業医は専門的な立場で、病状や試し出勤の状況等を勘案して見解を提示する。復職の可否の判断については、おおむね産業医の見解が反映されることが多いのではないと思われる。

大規模事業場には、専属等で産業医が常勤していることが多いため、遅滞なく復職判定会議を開催することができる。一方で、小規模事業場では、産業医と月1回数時間の嘱託契約を結んでいることが多く、復職判定会議にうまく勤務のタイミングが合わないことが起こり得る。その際の復職判断基準や産業医の勤務日数の追加など、事前に会社側と整合しておく必要がある。小規模事業場が本社管轄の分散事業場の場合には、本社の専属産業医が必要に応じて、フォローアップを行うこともあり得るだろう。

復職先の職場は「職場復帰支援の手引き」が示すように、当該従業員が慣れた業務があり職場に溶け込みやすい等の理由から、元職場を原則とすべきである。しかし、職場の人間関係の問題や業務の適性などから、総合的にみて元職場への復帰が難しいと判断した際には、職場の異動を検討する必要がある。だが、新しい職場環境に順応することは、予想以上にエネルギーを要することが多いため、人事労務部門とともに慎重に判断すべきである。

4. 復職後のケア

復職支援は、当該従業員の復職をもって終了するもの

ではない。復職後も、勤務状態や業務遂行能力等の回復状況を随時確認し、再休職を防止するような取り組みが重要である。

最近では、従来の典型的なうつ病とは違った、多様なうつ病の存在が指摘されている。自立心や責任感が乏しく、予定した復職支援プログラムにのらず、結果として再休職を繰り返すケースが見受けられる。その際の復職後の対応は、OJTなどで職務能力を向上させるとともに、勤怠管理をきちんと行い、仕事の進捗管理はルール通りに他従業員と同様に取扱うことで、社会性の未熟さを解消するよう自助努力させることが重要である。また、偏った考え方を持ったり、他人とコミュニケーションを取るのが苦手など、極端にストレス耐性が脆弱な場合には、ストレス対処を中心とする研修を実施したり、精神科医や臨床心理士等の専門家によるカウンセリングを併用して、ストレス耐性を強化していくのも一つの方法である。

5. おわりに

産業保健職がメンタルヘルス対応に費やす時間は、以前と比べて確実に増加している。働き方や価値観など個人を取り巻く背景や環境が多様化しており、メンタルヘルス不調をきたす原因やその症状もさまざまである。企業においては、支店営業所拠点や海外拠点等の分散事業場、在宅勤務の拡充など勤務場所・勤務形態が多様であり、統一した健康管理が難しい状況がある。その実態は、私自身も感じていることだが、常日頃メンタルヘルス対応を行っている産業保健職が抱える共通の課題であろう。

そのなかで、従業員がどこに勤務していても、標準化された産業保健サービスが受けられるように、支援体制を整備する必要がある。そのためにはまず、事業者自らがメンタルヘルスケアを積極的に推進することを表明し、社内人材の確保や支援体制の確立に向けて、一層の充実を図ることが重要である。同時に、産業保健職のメンタルヘルス対応の知見や面談能力を向上させ、適切に対応できるような人材を養成する必要がある。社内専門職や社外関係団体と協力して、メンタルヘルス不調者の事例検討やロールプレイ等の研修を実施し、一律の対応に留まらず、不調者の病状や実態に即した対応ができることが、今後求められる課題である。

休職・復職判定における課題について

近畿大学法学部准教授 三柴 丈典

1. はじめに

本稿では、実務上、関係者を悩ませることの多い、メンタルヘルス不調者の休復職判定にかかる法務を主題として、以下2で念頭に置くべき基本知識について、3で個別課題の解決に必要な知識について解説する。ただし、字数制限との関係上、最小限の内容にとどめざるを得ないので、詳しい内容については、フルテキストバージョン(労働調査会・労働安全衛生広報10月15日号、11月1日号掲載予定)をご参照いただきたい。

2. 念頭に置くべき基本知識

2.1 業務上外の区分の必要性について

休復職の判定に際しても、疾病障害の発症事由の業務上外を区分せねばならない。雑ばくにいえば、業務上ないしその疑いが濃ければ、休復職の双方で、最大限本人の意思を尊重し、職場復帰支援を含め、最大限親切な対応をなすべき信義則上の要請が働く。その他、労基法上の解雇制限(同法第19条、第81条)、同法第75条に基づく休業補償その他の災害補償責任などが課されるほか、使用者の過失が作用した場合には、民法第536条第2項の適用により、所定賃金全額の賠償責任が課されるなど、私傷病の場合とは異なる法的効果が生じる。

組織の官民、事業規模を問わず、現状、メンタルヘルス不調については、私傷病扱いされている例が多い。たしかに、行政の認定基準と裁判所の認定判断¹⁾が一致しないなど、判断に迷うことも多いだろうが、実際、組織の人事労務部門などは、業務上外の区分けがある程度可能な資料を保有していることが多い。今のところ、被災者側がそうした資料にアクセスしにくいことと、組織側が被災者の私生活や入社前の既往等にアクセスしにくいこととで奇妙なバランスがとれている状況ともいえるが、東芝事件(東京高判平成23年2月23日労判1022号5頁、東京地判平成20年4月22日労判965号5頁)を好例として、業務上が疑われる症例には、その場合に準じた取扱いをしないと、後に手痛い目に遭うこともある。

2.2 「社会的な切り分け」の必要性について

メンタルヘルス不調にかかる問題は、科学的に不分明

な事柄が多いため、その取扱いに際しては、「社会的な切り分け」を図らざるを得ない。

たとえば、精神障害では、とりわけ内因性精神障害や心因性精神障害の発症要因に関する医学的解明は(充分には)なされていない。よって、裁判所も、労災認定争訟事案、労災民訴事案の双方において、疫学研究や精神科鑑定などを参考にしつつも、発症前後の状況、同様の条件下にある労働者の状況などのほか、労使双方の従前からの行動の合理性、ひいては良識を重要な判断要素としてきたと解される。

よって、使用者側においても、誠意と良識をベースとしつつ、就業規則規定等で、当事者の合意を重視しつつ合理的な取扱いの手続を定め、公正な運用を図る(：手続的理性を履践する)とともに、一部の(使用者の講じる健康管理措置への非協力者を含めた)トラブルメーカーに対しては、労使双方の対応について客観的な記録を残すなど、「社会的な切り分け」を図ることが、後の紛争の早期かつ妥当な解決につながる。

2.3 当事者による手続的理性の履践の必要性について

メンタルヘルス不調に関わる事件では、判例法理は未だ確立していないため、その分だけ当事者の手続的理性が問われやすい。

このことを示す好例として、西濃シェンカー事件(東京地判平成22年3月18日労働判例1011号73頁)が挙げられる。本件は、脳出血の後遺症による右片麻痺(推定私傷病)を発症して休職した労働者の復職拒否による退職措置の合法性などが問われた事案だが、メンタルヘルス事案でも実務上よく法解釈上の問題とされる、復職前のリハビリ勤務が行われていた事案であった。本件では、そのリハビリ勤務中、会社側の指示で、短時間ながら軽作業がなされていたが(その間の賃金は不支給、傷病手当付加金が支払われていた)、裁判所は、「これをもって、労働契約に基づく労務の提供と評価することは到底できないのであって、その実態は、まさにリハビリテーションのために事実上作業に従事していたという域を出ない」として、当該勤務への従事をもって復職したとは認めなかった。この判断は、明確に指揮命令関係が認められる就労を就労として認めず、かつ

そのことを一般論的に示した点で労働法の基本原則に挑戦するものといえなくもない。しかし、本件では、会社により休職期間が2度にわたり延長(1度目は就業規則の変更による制度上の延長、2度目は本人に対する個別的措置としての延長)されており、それでも復職への道筋を付けようと努めた点に、会社側の誠意や良識が認められたものとも解し得る。仮にそうであれば、司法が「事件の筋」を尊重した例と考えられよう。こうした傾向は、メンタルヘルス事件の内外でみられるが、特にメンタルヘルス事件において顕著と思われる。

3. 個別課題の解決に必要な知識

3.1 休職命令発令の法的要件

メンタルヘルス不調者の管理では、休職判定に悩む症例に遭遇することがある。そこで、過去の判例などを参考に、民間雇用関係について、休職命令発令の法的要件を整理すれば、以下の通りになる。

- 1) 就業規則などに休職命令の発令について規定されていること
- 2) 客観的に休職させる必要性があること
- 3) 休職の必要性和休職により労働者が受ける不利益のバランスがとれていること

うち1)については、すでに規定済みの企業が多いだろうが、あくまで必要条件であり、事業者側の恣意的運用を許すような規定は、合理的な範囲に法的効力を制限されることに留意する必要がある。

2)の「必要性」の判断は、①休職により労働者が受ける不利益の程度、②病欠勤等、労働者の不利益の少ない措置の有無、③休職命令に及ぶ経過、④休職命令を発しない場合に事業者側に生じるリスク等により広狭の差が生じ得る。しかし、疾病休職については、専門医により、①疾病へのり患、②a.当該疾病により所定の業務に支障が生じる可能性が高いこと、または、b.所定の業務に従事することにより、当該疾病の増悪または治療への悪影響等が生じる可能性が高いこと、および、c.当該疾病が、欠勤等では快癒が困難な程度に継続する可能性が高いこと、が合理的に確認されれば、おおむね措置の正当性が認められよう。

3)については、一般に、休職により労働者が受ける不利益は、以下の通りと解されるので、事業者側がこれらを緩和する措置を講じ、そのことを発令時に本人に告知すれば、その分だけ法的要件は緩和されることとなろう。

- ① 所定賃金の不支給ないし減額
- ② 昇格・昇給機会の喪失
- ③ 退職金・退職年金の減額
- ④ 休職期間満了による(自然)退職への接近
- ⑤ 職業経験その他キャリアの中断ないし蓄積機会の喪失
- ⑥ 休職履歴の記録
- ⑦ 復職段階での診査ないし審査を余儀なくされること

3.2 休復職を繰り返す症例への対応

まず、疾病休職者の復職に関する判例傾向を整理し直せば、以下のようになれる。

- 1) 原則として、休業者が、休業原因となった疾病が、そのような状態であれば休業に至らなかった程度に快復または症状固定したことが医学的に裏付けられれば、当該労働者に労務給付の履行の提供があるものとして、また休業制度の解釈などから、使用者に復職させる必要が生じる。
- 2) また、たとえ休業者の健康状態が従前の業務を100%遂行できる程度にまで快復していなくても、短期間(これを2～3カ月と示した判例もあるが、気分障害については、通例6カ月ほどを要とする精神科医の意見もある)の軽減業務、慣らし勤務等により、特別な措置を必要とせずに本来業務を遂行できるまでに快復が見込まれる状態であれば、復帰させる必要が生じる。
- 3) むろんその際には、労働者の健康状態のみならず、受け入れ企業側の職場事情等も考慮されるが、あくまで客観的に認められる事情でなければならず、恣意的な条件(基準)操作は許されない。
- 4) そして、この原則は、休復職が度重なった場合であっても基本的には変わらない(例えば大阪府保健医療財団事件大阪地判平成18年3月24日労働判例916号37頁)。
- 5) ただし、休復職が重なれば、休職期間満了による退職措置がとられる場合に、その措置の合理性を裏付ける要素の1つにはなるし、判例の中には、傷病欠勤と短期間の出勤を繰り返すような場合には、そもそも復職したと認められないことを示唆するものもある(富国生命保険(第1回、第2回休職命令)事件東京高判平成7年8月30日労働判例684号39頁)。

次に、これらの原則を実務に応用する際に留意すべき点について述べる。

まず、これらの原則は、あくまで私傷病者の復職拒否による不就労期間の賃金請求事件にかかる判例法理であって、復職措置自体を強制する趣旨ではない。よって、事業者側の考えとして復職措置後の職場・職務定着を見込めないような症例については、法令又は契約上所要の金員を支払い、休職自体は延長したほうがトータルでリスクが少ない場合が多い。

次に、これらの原則上も、復職判定に際しては、医療人（とりわけ症例の継続的治療に当たっているか、当該症例について高い専門性を持つ専門科医師）の診断が重要な意味を持つことになるが、主治医の中には、職場の事情を知り尽くさず、社会復帰可能な時点で「復職可」の診断書を発行する者もいる。しかし、実際に復職可というためには、通例、社会復帰可能→通勤可能→軽減業務遂行可能→所定業務遂行可能のステップを踏む必要があるため、会社側は、本人同意を得たうえで、産業医を通じて主治医とコンタクトをとり、会社側の事情を客観的に伝える必要がある。主治医が不適切な診断を続ける場合などには、企業側で有力な精神科医とタイアップ（：嘱託契約を結ぶなど）し、予防線を張る手段などが有効に機能する場合が多い。

第三に、従前の判例法理も、厚労省の職場復帰支援の手引きも、復職判定に際しては、本人側の事情のみならず、受け入れ側の事情を考慮すべきことを明言している。よって、業務上発症によるなど特別な事情がない限り、復職者のために新たなポストを用意することまでは義務づけられないし、会社で必要とされる「所定業務」の最低限すらこなせない復職希望者を受け入れる義務はない。ただし、休職期間中に「浦島太郎」となる事態は通例避けられないから、一定期間ベテランの見習いをさせたり、担当範囲を軽減して経過観察する等の支援措置は信義則上求められよう。

3.3 非協力的な態度をとる症例への対応

結論からいえば、使用者側の過失が寄与して疾病障害が発症した場合、その責任を完全免責するには至らないが、労働者側にも安全配慮義務があることは、初期の判例で明言されていたことであり、少なくとも過失相殺の段階では、その非協力的な姿勢は法的評価の対象となる。そしてそこでは、必要な個人情報の不提供、自身やその周辺に関する状況報告の懈怠、治療継続中の自己判断での通院停止、休日や勤務時間外の疲労回復を妨げるような行動、勤務時間軽減の工夫の懈怠など、さまざまな要素が捉えられて来た。また、そも

そも使用者の過失と生じた災害との相当因果関係を否定するような、独自に相当因果関係を認められるべき労働者側の過失があれば、その分について、使用者側の過失責任は否定される。

なお、労働者の非違行為や非協力的態度が、精神疾患に由来するものであれば、その部分の有責性は否定されるが、精神科専門医の一般常識に照らしても、気分障害や不安障害であれば、たとえ規範意識の低下による規範行動が困難になる等の影響があり得るとしても、よほど重篤な症状でない限り、通常のコミュニケーションにおいて関係者に対して誠意や良識を示すこと自体は可能と解される。よって、従前何らかのハラスメントを受け、トラウマ状態になっていたり、関係者への信頼を失っているなどの脈絡を欠く前提での非協力的態度は、原則として（おおむね本人にとって不利な）法的評価に値する本人のパーソナリティによると考えて然るべきであろう。もっとも、重要な人事上の判断等に際しては、適宜（てきぎ）専門医の判断を仰ぐべきであり、本人の理解や意思表示を求めにくい条件下では、まさに手続的理性の一環として、家族の支援を得るなどの工夫をなすべきであろう。

さらに、労働者に対する専門科または組織の指定する専門科での受診命令やセカンドオピニオン命令の適法性についていえば、従前の経過との関係から適法とされる場合もあり得る。たしかに、精神科医療情報は極めて機微な個人情報だが、プライバシー（権）の保護の必要性は、あくまで取扱いの必要性との比較衡量で判断されるべきものであることによる。例えば、①職場秩序を乱すような行為が複数回あって、それが何らかの疾患によることがわかれるか、自ら病気のせいだと主張しているにもかかわらず、信用に足る専門科の診断書を提出しない場合、②精神疾患の既往があり、それが再発・再燃したと合理的に推定されるような事情がある場合、③再発・再燃の危険を伴うような業務（例えば一定期間以上の海外勤務など）に従事させる必要がある場合、④以前、主治医による復職可の診断書を踏まえて実際に復職させたが、短期間内に再休職となり、当該主治医に連絡をとろうとして拒否された場合などには、命令の必要性ないし合理性が認められると思われる。もっとも、受診結果の一次取得は、法的な守秘義務を持つ産業医等の産業保健スタッフが行い、事業者への情報伝達に当該産業医等による専門的判断のフィルターをかける等の措置の必要性は生じよう。

参考文献

1) 三柴典典, 裁判所は産業ストレスをどう考えたか, 労働調査会, 2011.

産業保健スタッフのかかわり方

医療法人社団 弘富会 神田東クリニック 院長 高野 知樹

1. はじめに

多くの事業場では、心の健康問題により休業している労働者の割合が、身体の問題による休業者に比し増加していて、労働力の大きな損失となっている。大規模事業場では、精神科医が定期的に訪問し問題に対応しているところもあるが、多くは産業医を含む産業保健スタッフが、主治医の判断・意見を追認しながら職場復帰に関わっている。そこには職場復帰して間もないうちに再燃や再発を繰り返すケースが多い実態もある。本稿では、こうした一連の職場復帰支援における産業保健スタッフのかかわり方として、主治医との連携も絡めながら職場復帰の判断のポイントを述べたい。

2. 職場復帰の可否判断のポイント

2009年3月に「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」¹⁾ (以下「手引き」)が改訂されたが、その中に記載されている職場復帰の可否判断には以下の点を確認することが示されている。

- 労働者が十分な意欲を示している
- 通勤時間帯に一人で安全に通勤ができる
- 決まった勤労日、時間に就労が継続して可能である
- 業務に必要な作業ができる
- 作業による疲労が翌日までに十分回復する
- 適切な睡眠覚醒リズムが整っている、昼間に眠気がない
- 業務遂行に必要な注意力・集中力が回復している

これを元に現場で活用することを念頭において、実際の可否判断について簡潔に述べたい。ポイントのみを(表1)にまとめている。

《3つの条件》

職場の管理者等からは「診断がわかりにくい」「本人に会ってみて良くなっているように思えない」というよう

な意見が聞かれる。ここにはさまざまな問題が潜んでいる。専門的知見を有する精神科医が、専門外の人間にわかりやすく説明する責任を十分には果たせていなかった可能性はある。筆者も精神科医であるがこの事態を真摯に受け止めることも重要である。また、精神科医の心の根底には、世間の厳しい偏見から常に患者さんを守ってきた長い歴史も息づいている。さらに、精神疾患ゆえの難しさもあるが、一人ひとりの職場環境をよく知らない上では精神科医に限らず精度の高い復帰の判断は非常に困難極まるのも確かである。

一般に職場復帰が可能であると判断する条件として簡潔に分類すれば、

- ① 医学的に就業に耐える状態である
 - ② 本人が職場復帰の意思を示している
 - ③ 職場側も職場復帰を受け入れる準備がある
- という3点と考えている。これらがそろってはじめて円滑な職場復帰が可能となるが、主治医は少なくとも①、②の判断を行うことになるが、その判断は気象予報士の判断と似ている。専門的知見から、あくまで「予測」をするのである。ハズレも起こり得る。なるべく「予測」

表1. 職場復帰前後のフォローアップのポイント

□ 復帰可否の判断のポイント

- ▶ 3つの条件
- ▶ 連携の基本give & take
- ▶ 睡眠覚醒リズムと食事習慣
- ▶ 興味や関心、喜びの回復
- ▶ 通勤ストレスの確認
- ▶ 産業保健体制のチェック
- ▶ 復帰診断書発行前の連携

□ 復帰後のフォローアップのポイント

- ▶ 3つの壁
- ▶ 就労とは長距離走
- ▶ 定期受診の継続
- ▶ 帰宅後の生活状況の確認
- ▶ 待機時間の有効活用
- ▶ 軽減業務の段階的負荷に対するアドバイス

的中率を上げるために、必要な職場の情報を伝えるという協力体制が重要であるのは言うまでもない。

《連携の基本：give & take》

主治医が入手できる職場環境の情報は、主に患者さんから聴取できた主観的意見をベースにしているわけだが、労働者の立場、業務内容などだけでなく、職場でどのようなことが問題になっているかという「事例性」についても伝えておく必要がある。「予測」の精度を高めるためにも、上手く情報を伝え、必要な情報を得るには工夫が必要である。連携、という言葉は随所で容易に使われるが、真の連携は「双方向性」「連続性」「随時性」の3点が備わっていることと考える。その中で基本は“give & take”という考え方が大切で、有用な情報を得るためには、まず情報を与えることが先である。

《睡眠覚醒のリズムと食事習慣》

“sleep,” “appetite”の記載は健康相談や診療カルテにもお馴染みだが、改めて振りかえっても、生態にとっての補給、回復、改善、修復を行う基本的な2点ともいえる。とりわけ睡眠は、自律神経機能、内分泌機能、免疫機能などあらゆる機能が正常に作動するために必要な時間と考えられている。久々の就労というストレスの海に飛び込んで、就労を継続し続ける基礎体力の維持のための基本中の基本と考えられる。

《興味や関心、喜びの回復》

DSM-IVにしてもICD-10にしても、うつ病の診断上の重要な症状として「興味や関心、喜びの欠如」がある。意欲・活動性の回復程度の観点からも、趣味などを十分に楽しめる能力の回復は大変意義があり、就業能力の回復度の判断に大変重要と思われる。就業という義務を遂行するには、自ら何かを楽しめるくらいの能力が備わっている必要がある。自家発電能力の確認ともいえる。睡眠と食欲は安定しているが、日中ゴロゴロでは復帰可と判断するのは尚早かもしれない。なかには療養中の身で、趣味を楽しむなどもってのほかと遠慮している休業者もいるため、うまくアドバイスをするとよい。

《通勤ストレスの確認》

満員電車で揺られたり、長時間を要する場合は、久々に職場に滞在するストレスに加え、朝の独特の緊張感を味わいながらの通勤が負荷となる。通勤ストレス、職

場滞在ストレスを同時期に体験することになる。通勤ストレスが大きいと考えられる場合は、数週間、就業時に近い身なりを毎日練習をしておくことは、大きな意義があると思われる。一種の行動療法にもなる。この実績を重ねたという事実は、本人の不安解消に効果的であるばかりでなく、受け入れる職場側に安心を与える場合もある。

3. 職場復帰後のフォローアップのポイント

休業率を下げる方法として、復帰の判断のみならず、復帰後のフォローアップも重要となる。定期フォローアップ面接の際のポイントについて以下に述べたい。

《3つの壁》

職場復帰後には順次越えていかなければならないハードルがいくつかある。筆者は主に3つの壁が存在すると考えている。労働者にはあらかじめ、それぞれの壁の存在を示しておき見通しを与えることが有効と思われる。

1) 長欠感情の壁

長欠感情という言葉は、不登校対策などで用いられることがあるが、療養後に久しぶりに出社する際もさまざまな不安が立ちだかる。そこには、前述の通勤ストレスに加え、職場に久しぶり行くと「人から声をかけられたらどう答えよう」など業務内容に対する不安とは別種の不安が存在する。この壁の突破には“瞬発力”で打ち破ることが必要と考える。多くの労働者は、初期の数日に消耗感のピークを覚え、徐々に軽減することを体験するようである。復帰初期の1週間ほど通勤が継続でき、週明けの月曜日に通常に出勤できれば、ほぼ初期の壁は乗り越えたと考えてもよいのではないだろうか。

2) 職場滞在の壁

復帰する労働者側もそうだが、受け入れる職場側にも不安がある。再発防止としての軽減業務ということもあり、復帰直後から通常の業務量や責任を与えないように職場は配慮することが多い。そのため業務が薄く時間を持てあますような状況の中で職場に滞在しなければならない時期がある。周囲のスピードに乗れず、貢献できていない、職場での存在の意義がない、不甲斐

ない、などさまざまな感情が混在する。その中をじっくり耐える“持続力”がここでは必要となる。

3) パフォーマンス回復の壁

2)の壁を突破すると、最後の壁と向き合うことになる。周囲も戦力のひとつと考えるようになり、質的にも量的にも負荷が増えていく。長期療養していたという負い目もあり、多少無理をしてでも挽回しようなどと考えるものの、まだ本来の踏ん張りが利かない、パフォーマンスを出せるほどは回復していないと改めて実感しやすい時期が存在する。

《就労とは長距離走》

3kmを走る時と、30kmを走破する時とは走り方が違う。後者の場合、体力を温存し、ばてないように注意をして走る。久々の出社は力が入り、ペースを忘れて短距離走的に頑張ってしまうことがある。十分な基礎体力がまだないうちは再発・再燃のリスクも高い。「満足に歩けないのに走るな」である。長距離の完走目的でペースの上げすぎに十分気をつけるアドバイスが重要である。前項にも関連するが、つつい休業分を取り戻そうと精神的基礎体力を超えた業務を続け、揺り戻されるケースを散見する。

《定期受診の継続》

労働者も復帰早々「病院で早退」など言い出し難いこともあり、定期的通院が継続できず服薬も中断という事態に陥りやすい。ここは産業保健スタッフとして管理者に病院通院の時間的配慮をしっかりと伝えておくことが重要である。自殺のリスクも留意すべき時期であるため、この観点からも十分な配慮が必要である。

《帰宅後の生活状況の確認》

復帰したものの、徐々に疲労を蓄積していくケースも珍しくない。作業等による疲労が翌日までに十分回復していることが重要であるが、易疲労感のチェックのひとつとして、帰宅後の過ごし方を労働者に聴くことによる程度把握できる。帰宅してグッタリしている状態が続くようだと、当然再燃・再発のリスクが高い状態と考えられる。業務上の配慮の余地があるか検討が必要になる。休日の過ごし方の確認についても同様である。

《待機時間の有効活用》

これは復帰前のポイントに属するかもしれないが、時

に嘱託産業医の勤務日の関係で、主治医が「復帰可」と診断をしてから数週間、産業医との面談を待たされる場合もある。ここを無駄な待機時間と考えず、有意義な職場復帰準備期間が増えたと捉えられるようにアドバイスしていく工夫も大切である。

《軽減業務の段階的負荷に対するアドバイス》

主治医から出された診断書で事業場が困るものの中に、「半日勤務で」「週に3日程度の隔日勤務で」「水曜日は休みが必要」などと記載されるものがある。基本的には就労可能な健康状態とは、所定の労働時間で所定の業務をこなせる状態が原則となる。しかしながら、時短などの軽減業務期間が望ましいが、「十分所定時間の労働は耐え得る状態と思われるが、大事をとって短縮から」というスタンスとなる。順調な療養期間を過ごし体調を整えた労働者であっても、久々の就労は意外に疲労感を強く感じるため、あくまでリズムをつかむまでの移行期間としての配慮ということになる。

時短勤務から通常勤務まで少しずつ滞在時間が延びる際の労働者へのアドバイスとしては、「時間の延びに相応して業務を増やさない」ということになるだろうか。例えば4時間から8時間に時間は2倍になっても、こなす業務量は2倍にせず、重点は毎日決まった時間帯を継続して勤務できることである。1時間持久走をする時と、2時間持久走をする時では、走るスピードは違うはずである。

4. おわりに

以上、職場復帰における産業保健スタッフのかかわり方のポイントを述べた。概していえることは、対象となっている労働者に対する視線と、その背景にある職場環境をできるだけ正確に把握しようという視線を持ち合わせる事が非常に重要と思われる。同じ事象に対して、本人、家族、産業保健スタッフ、主治医、人事、管理者と立場が違えば意見が異なるのは当然である。お互いの立場や役割の違いを意識しつつ、調和を目指す姿勢が重要と思われる。

参考文献

1)厚生労働省：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，2009.

職場復帰支援の連携の取り組みの現状について ～横浜リワーク支援フォーラムの事例から～

神奈川県精神保健福祉センター 川本絵理, 横浜市総合保健医療センター 塩崎一昌

1. はじめに

うつ病・うつ状態などの精神疾患により休職した労働者の中には、復職しても短期間のうちに再発し、職務の遂行や出勤ができなくなるケースは少なくない。寛解から回復への過程は症状が動揺しがちで、日常生活を送れるほどに病状が改善しても、就労できるまでにはかなりの時間を要する。そのような休職者に対し就労までの過程を支援する復職支援（リワーク）プログラムが、多くの医療機関で始まっている。その主な機能は、復職準備性を整えることや利用者の状態を評価することであり、特に復職前に主治医と産業医の間で病状評価が乖離した場合にはプログラムでの評価が役立つ。このようなリワークプログラムは、現在も発展中で、その利用方法について、精神科医や産業医の理解が深まっていくことが望まれる。今後リワークプログラムを介した産業精神保健領域の連携が深まると、増大するうつ病圏の休職者に対してより質の高い支援ができるものと期待される。

2009年、神奈川県下で、精神科医療機関、産業医、リワークプログラムに関わるコメディカルスタッフの連携を目指した「横浜リワーク支援フォーラム」が発足した。ここでは、一般的なリワークプログラムの概要と、「横浜リワーク支援フォーラム」の目的や活動を紹介したい。

2. リワーク(復職支援)プログラムについて

リワークプログラムとは、うつ病・うつ状態にある休職(離職)者の職場復帰を支援することを目的としたリハビリプログラムの通称である。症状が再発せずに安定した就労が継続できる復職への準備(復職準備性)が整うことを目的としている。その多くは精神科デイケアとして、医療機関、地域障害者職業センターなどで運営されている。精神科デイケアは、統合失調症を主な対象として発展してきたが、うつ病等が対象のリワークプログラムでは日中の居場所としての役割よりも、社会性や遂行能力の

回復という治療的機能が重視されている。具体的なプログラム内容や評価等については、各実施機関により工夫され運営されている。

プログラムの流れをPDCA(計画Plan-実行Do-評価Check-改善Act)サイクルに則して考えると、自己の課題への気づきと対処プランの作成「P」、プログラムへの取り組み「D」、取り組みの中での自己の課題と復職準備性の再評価「C」、フィードバックと改善「A」、がサイクルを経て継続され、復職準備性を高めることになる。

プログラムでの目標は、休職に至った理由を振り返る「自己洞察」や適切な自己主張のための「コミュニケーション能力」の他に「基礎体力の回復」や「集中力の維持」、「症状自己管理」などであり、これらは多くの施設間で共通している。これらの目標を、ディベートやプレゼンテーションなどの集団で行うプログラムや認知行動療法を併用しながら達成していくのが一般的なやり方である。

復職準備性の評価方法は画一でなく、各実施機関で異なるが、代表的なものは、うつ病リワーク研究会が作成した「標準化リワークプログラム評価シート」¹⁾がある。評価項目は大きく3分され、I.基本項目(出席率、睡眠・疲労、集中力)、II.対人交流(会話、協調性、自己主張、不快な行為、役割行動、対処行動)、III.心理的側面(気持ちの安定、積極性・意欲)であり、それぞれ4段階で評価する。

リワークプログラムの効果を高めているもう一つの大きな要因は、利用者同士の相互の支援(ピアサポート)である。プログラム参加者同士の凝集性が高まった時には、大きな治療的効果が得られる。家族は共感的で主治医は支持的であっても、長期休職者は心情的に孤立しがちである。リワークプログラムを通してはじめて立場を同じくする同志に会える。自分の抱える問題にリアルに共感し、辛さを共有できる存在(ピア)である。受け入れられるという安心感があってはじめて自らの体験を語ることができ、自分と職場との問題への洞察が可能になることも多い。また、復職したり再発したりするプログラム利用者に身近

に接することで、自分の回復程度を測り知ることもできる。

医療者にとってリワークプログラムは、患者が診察室とは違う側面を見せてくれる場でもある。例えば、これまでうつ病と考えられてきた人がプログラム中に軽躁状態になり双極性障害に診断変更された事例、抑うつ気分背景に作業時の頭痛などの身体症状があることがわかった事例、一見状態がよさそうだが欠席が多く復職準備性が整っていないことが判明した事例などがある。

このように、リワークプログラムでの振舞いから、診察場面では知り得ない情報が得られ、治療に活用することもできる。現在の課題の一つは、このプログラムの運用には既存の精神科デイケアよりも多くの労力が必要なことで、それは現在の診療報酬対価では不十分である。現状はスタッフの献身的な努力により運営が支えられている。今後は、家族への支援や職場との連携を取っていく展開も望まれるが、現状では十分には応じきれていない。

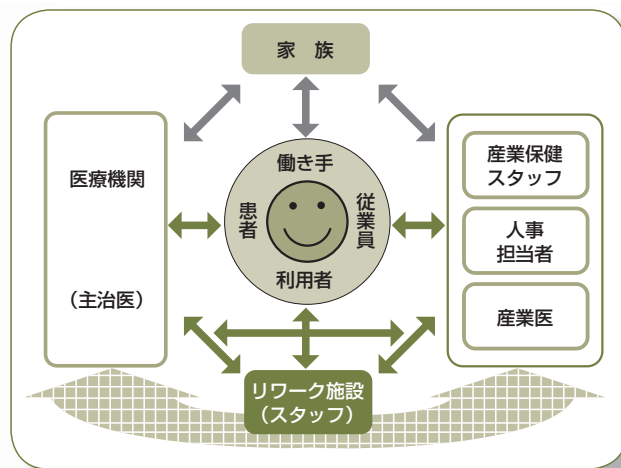
3. 「横浜リワーク支援フォーラム」について

神奈川県東部のリワーク実施機関は、勉強会や開設準備の見学を通して、精神科医やコメディカル同士の施設間交流がある。円滑な復職のためには、企業側(産業医)の視点が不可欠だが、これまでは連携は乏しかった。リワークプログラムという具体的な取り組みが始まった現在、プログラム活用した事例についてその効果や問題点等を共有しながら医療機関や企業との連携も深めていく取り組みが求められている。

横浜リワーク支援フォーラムは、①うつ病復職支援に携わる精神科医、産業医、リワークプログラムのスタッフ等が日常の診療経験を基に成功要因や問題点を検討しながら、メンタルヘルス関連の復職支援事業の活性化を目指すこと、②産業医—精神科主治医—リワークスタッフ間のスムーズな連携のためのネットワークを作ること等を目的に発足した。具体的にはリワークの地域連携パスの作成を計画している。

地域連携を補完し強化するパスのイメージを、図中下方にU字格子矢印で示した。リワークプログラムへの導入時と終了後の評価に役立つものを意図している。開始にあたり、プログラムへの導入は適切なタイミングで行われる必要がある。一方、リワークプログラム終了後に、前述のPDCAサイクルが回って確定した評価は、

図. リワークから見た地域連携(色矢印)と地域連携パス(下段U字格子矢印)のイメージ



主治医、職場へ提供される。主治医は、評価情報を復職についての判断材料にする。職場は、主治医の判断に加え、休職者との面談やリワークプログラムの評価を総合して復職可能性を判断する。復職後も、主治医と職場とリワークプログラムの連携は続き、当分の間は支援が継続することが望ましい。

これまで2回のフォーラムを開催し、そこでは、産業精神保健についての講演とリワーク関連の事例紹介を行っている。その後の情報交換会でスタッフ間の交流が始まっている。

4. おわりに

リワークプログラムは、うつ病の回復後なかなか安定した復職に至らない対象者に対する支援として始まった。急速に広まった背景には、ニーズが増大していること、企業側としても復職時の状態評価が必要なこと、プログラムの効果が利用者やプログラムスタッフに実感されていることなどがある。その実践理論や手法は確立しつつあるが、効果的な活用のためには、医療機関や企業側との連携が必要であり、その確立に向けた試みが始まっている。今後、スムーズな復職や再休職防止のために、精神科医—リワークスタッフ—産業医の間で問題を共有できることが連携の始まりと考えている。なお、横浜リワークフォーラムの場合、神奈川県産業保健推進センターが世話人として開催に携わっている。今後このような関連機関の連携を望む場合、産業保健推進センターではメンタルヘルス対策支援センター事業として連携を支援する体制があり利用できる。

参考文献

1) うつ病リワーク研究会 <http://www.utsu-rework.org/>