

うつ病を中心としたメンタルヘルス不全による休職者の 職場復帰支援の実際と課題に関する文献研究

2010年3月

**独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構
障害者職業総合センター**

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

まえがき

障害者職業総合センターでは、「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、我が国における職業リハビリテーションの中核的機関として、職業リハビリテーションに関する調査・研究をはじめとして、様々な業務に取り組んでいます。

本書は、当センターの研究部門が実施した「特別の配慮を必要とする障害者を対象とした、就労支援機関等から事業所への移行段階における就職・復職のための支援技法の開発に関する研究」の一環として、メンタルヘルス不全による休職者の職場復帰に関する事業所アンケート調査を実施する際に行った参考文献の調査結果を取りまとめたものです。

本書が職場復帰支援に関わる多くの関係者の方々に活用され、わが国における職業リハビリテーションをさらに前進させるための一助になれば幸いです。

2010年3月

独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構

障害者職業総合センター

研究主幹 上村 俊一

執筆担当

中村 梨辺果	障害者職業総合センター研究員	はじめに、第1章、第2章、第3章、 おわりに
加賀 信寛	障害者職業総合センター主任研究員	巻末資料
野口 洋平	現 福井障害者職業センター 障害者職業カウンセラー	第2章、第3章

研究担当者

本研究は、障害者職業総合センター障害者支援部門で担当した。

研究担当者・研究担当時の職名、担当した年次は下記のとおりである。

小泉 哲雄	障害者支援部門	統括研究員	(平成19年度)
川村 博子	障害者支援部門	統括研究員	(平成20～21年度)
望月 葉子	障害者支援部門	主任研究員	(平成19～21年度)
加賀 信寛	//	主任研究員	(平成19～21年度)
位上 典子	//	研究員	(平成19～21年度)
中村 梨辺果	//	研究員	(平成21年度)
野口 洋平	//	研究員	(平成19～20年度)
小池 磨美	//	研究員	(平成19～21年度)
村山 奈美子	//	研究員	(平成20～21年度)
下條 今日子	//	研究員	(平成21年度)
小松 まどか	//	研究員	(平成19～20年度)
仲村 信一郎	//	研究員	(平成19年度)
加地 雄一	//	研究協力員	(平成19～21年度)
西浦 テルヨ	//	研究協力員	(平成19～21年度)

目 次

はじめに	1
第1章 わが国における「職場復帰」に関する研究の変遷の概要	
1. 背景と調査の目的	3
2. 調査方法	3
3. 結果と考察	3
4. まとめ	15
第2章 民間企業における職場復帰支援等のメンタルヘルス対策の実際と課題	
1. 背景と調査の目的	17
2. 調査方法	17
3. 結果と考察	17
4. まとめ	25
第3章 事業場外資源による職場復帰支援の実際と課題	
1. 背景と調査の目的	29
2. 調査方法	29
3. 結果と考察	29
4. まとめ	42
おわりに	45
巻 末 資 料	
資料1 「復職準備チェックシート」	49
資料2 「メンタルヘルス不全者の医療、神経心理、産業精神保健に関連する その他の参考文献」	55

はじめに

今日、労働者のメンタルヘルス不全、休職、職場復帰の問題には大きな注目が集まっている。

「今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」（2009 年、厚生労働省）は、精神疾患の外來患者数が、1999 年の 170 万人から 2005 年の約 268 万人へと大きく増加し、このうち「気分障害」が約 44 万人から約 92 万人へと 2 倍以上増加したことを示している。

また、（財）社会経済生産性本部は、2002 年から隔年で「メンタルヘルスの取り組み」に関する企業アンケート調査を実施しているが、同調査の 2008 年の結果では、“最近 3 年間で「心の病」は増加傾向にある”と回答した企業が、2004 年（58.1%）、2006 年（61.5%）、2008 年（56.1%）と過半数で推移していることを示している。さらに、メンタルヘルス施策の効果に係る企業の実感として、「まずまず効果がでている」（38.7%）、「どちらとも言えない」（40.1%）の回答が同水準にあること、健康づくり施策のうち「メンタルヘルス施策」を重視する企業の割合が、2002 年（33%）から 2008 年（63.9%）までに倍増していることを示している。多くの企業にとって、メンタルヘルス不全の問題は収束を見ているとは言えず、未だ懸案となっていることが分かる。

メンタルヘルス不全による休職者の実数は正確に明らかにされたものは見当たらない。しかし、上記に挙げたデータはいずれも、今日の労働者のメンタルヘルス不全に関する状況を懸念する資料となっている。

一方、わが国における休職者の職場復帰に関する議論は、戦後まもない頃の文献からも見るができる。そこで、第 1 章では、戦後 60 年間のわが国の職場復帰に関する文献調査により、職場復帰に関する対象と問題意識について概観する。この調査を通じ、今日の休職者の職場復帰に関する議論の中心が、メンタルヘルス不全に関連するものに移っていることを確認し、加えて、過去の論点や知見のうち、今日に援用可能なものがあるか探索的に検討する。

また、続く第 2 章、第 3 章においては、今日のメンタルヘルス不全に関する対応の二つの柱をなす、民間企業におけるメンタルヘルス対策と、事業場外資源における職場復帰支援に焦点を当てる。

具体的には、第 2 章において、民間企業におけるメンタルヘルス対策の実際と課題について、最近の具体的な取り組みを紹介した文献から取りまとめる。なお、本稿では、2004 年に厚生労働省がガイドラインとして示した「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」前後の動向に絞り、調査する。

第 3 章では、「事業場外資源によるケア」の拡がりを受け、医療機関等が提供する職場復帰支援の取り組みの実際と課題について、最近の具体的な取り組みを紹介した文献から取りまとめる。

その他、医療分野におけるうつ病関連の比較的新しいトピックについては、支援者の参考の一助として巻末資料に収め、紹介することにした。

第1章 わが国における「職場復帰」に関する研究の変遷の概要

1. 背景と調査の目的

職場におけるメンタルヘルス不全者は、1990年代後半から増加し、以後、年々増加の途をたどっていると推察される。これを受けて、今日の労働者の休職あるいは職場復帰の問題は、メンタルヘルス不全者に関するものが大きくクローズアップされている。

官民を問わず事業所においては、メンタルヘルス対策と職場復帰支援の体制整備を講じるところが増え、併せて民間EAP機関、公的機関、医療機関等の支援機関も増えつつある。

わが国において休職者の職場復帰をテーマとして取り上げた文献は、古くは戦後まもない頃から見ることができる。当初は、労災や労働問題等に端を発し、時代の変遷を経て、今日のようなメンタルヘルス不全者を中心とする議論がなされるようになったと考えられる。

そこで本章では、戦後60年間のわが国における職場復帰に関する研究動向を、文献を通じて概観することにしたい。この作業を通じて、職場復帰というテーマに関しどのような対象が関心の中心に置かれ、どのような問題意識から論じられてきたのか、そしてそれらが時代と共にどう変化してきたのか確認したいと考える。

2. 調査方法

国立国会図書館の蔵書検索システム（NDL-OPAC）及び、国立情報学研究所の文献検索システム（論文情報ナビゲーターCiNii）により、「復職」、「職場復帰」をキーワードとし、1951年1月から2007年5月までの文献を検索した。

また、本調査では、職場復帰に関するテーマの変遷を見ることを目的としたため、文献タイトルによって分類を行った。完全に同一と判断した文献については、重複文献としてこれを除外した。

3. 結果と考察

(1) 文献数

表 1-1 キーワードによる検索結果

	CiNii		NDL-OPAC		計
	復職	職場復帰	復職	職場復帰	
1951-1970	36	11	61	16	124
1971-1980	12	10	8	14	44
1981-1990	29	40	11	19	99
1991-2000	72	135	15	51	273
2001-2007	228	168	106	222	724
計	377	364	201	322	1264

表 1-1 は、「復職」及び「職場復帰」をキーワードとして検索した際の文献数である。文献の総数

は、1264 件であった。

また、次の図 1-1 は、発表年を 5 つの年代に区分し、年代ごとの文献数の伸びを示している。1971 年以降、文献は年代ごとに 2 倍以上の伸びで増加してきたことが分かる。

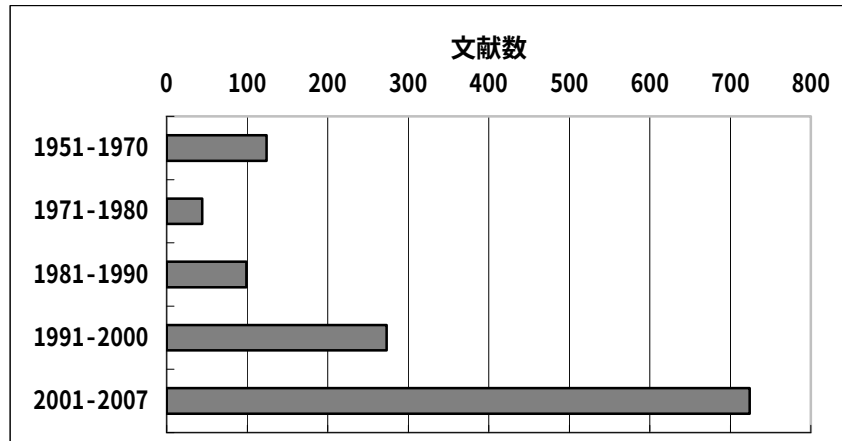


図 1-1 発表年代別の文献数の伸び

文献の発表年代別の割合を図 1-2 に示す。この図から、全文献の約 8 割、997 件が 1991 年以降に発表されたものであり、特に 2001 年以降の文献が圧倒的多数を占めることが分かる。

なお、「復職」、「職場復帰」の用語については明確な使い分けがあるとみなすことは出来なかった。このため本章の以下では、復職、職場復帰の両者を合わせて「職場復帰」の用語で統一する。

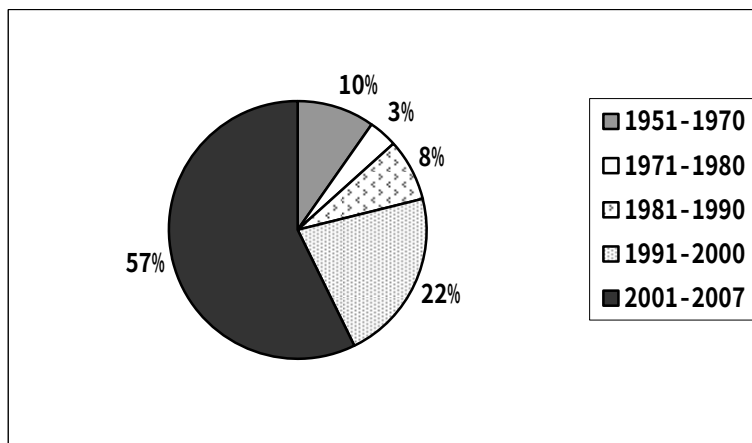


図 1-2 文献の発表年代別割合

(2) 文献の種別

ア. 文献種別の定義

表 1-2 は、文献タイトルから「職場復帰文献（障害・疾病名明記あり）」、「職場復帰文献（障

害・疾病名明記なし）」、「その他」の3つの種別に分類したものである。

ここで、「職場復帰文献（障害・疾病名明記あり）」とは、障害・疾病に関連した職場復帰の文献であって、文献タイトル中に障害名ないし疾病名が明記されているものである。例外的に、治療の必要性から診断が付されていると見做し得る状態像を明記した文献（例えば、“一酸化酸素中毒患者の職場復帰”、“脳事故者の職場復帰に関する考察”）もこの分類に加えている。

また、「職場復帰文献（障害・疾病名明記なし）」とは、上記同様、障害・疾病に関連した職場復帰の文献ではあるが、文献タイトル中に障害・疾病名を明記していないものである（例えば、“職場復帰の判定基準”、“メンタルヘルス関連疾患の効果的な職場復帰方法”等）。

「その他」は、上述の二つの分類のいずれにも該当しない文献である。労災や労使問題ならびにこれらに関連する訴訟や判例の類、育児休業からの職場復帰、退職後の再就職等、障害・疾病に関連しない職場復帰を扱った文献をここに分類した。

この表によって、障害・疾病に関連した職場復帰に関する文献（障害・疾病名明記あり、なし）の計は723件で、総文献数の6割を占めることが分かった。

表 1-2. 年代別に見た文献種別による分類

年代	障害・疾病に関連した職場復帰の文献		その他	計
	障害・疾病名明記あり	障害・疾病名明記なし		
1951-1970	56	10	58	124
1971-1980	18	3	23	44
1981-1990	55	10	34	99
1991-2000	119	49	105	273
2001-2007	201	202	321	724
計	449	274	541	1264

イ. 文献種別の比率

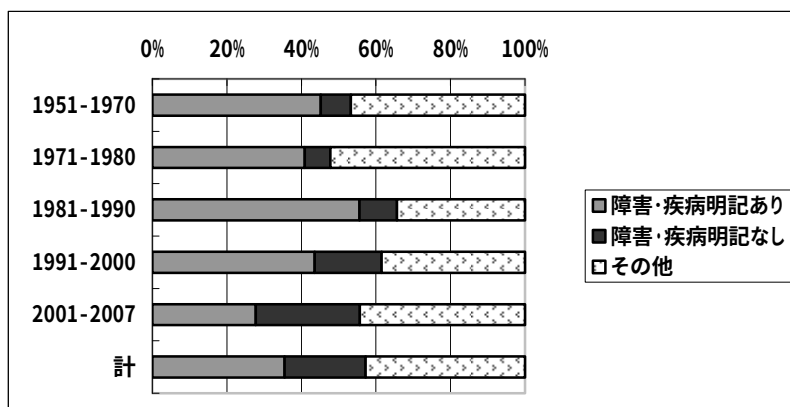


図 1-3 年代区分別にみた文献種別の比率

図 1-3 は、文献の 3 種別の比率が年代ごとにどのように変化していったかを示している。

「障害・疾病名明記あり」と「障害・疾病名明記なし」の比率については、1951 年から 2000 年までは、「障害・疾病名明記あり」が圧倒的に大きいですが、2001 年以降は拮抗する。「障害・疾病名明記なし」の文献タイトルを個々に見ると、その内容は一部を除いてメンタルヘルス（不全）に関するテーマを広く扱ったもの（例えば、“メンタルヘルス関連疾患の効果的な職場復帰方法”、“心の病で休職した人の職場復帰”、“心の健康づくりと職場復帰”）で占められることが確認された。このことは、職場復帰に関する議論が、固有の障害・疾病を対象を絞ったもの（例えば“うつ病の職場復帰”）から、多様なメンタルヘルス不全を広く対象とする議論へと変化してきたことを意味すると推量される。

「その他」に区分される文献は、1951 年から 1980 年までは、全体の過半数ないし半数近くを占める。労使問題や労災に関連した職場復帰を扱った文献の他、共産主義者の職務追放、いわゆるレッド・パージや、労働運動に関連した解雇・配転問題等を背景に含む職場復帰の文献であることが特徴的である。また、「その他」の割合は、1991 年以降増加する。ただし、その内容は、育児・介護等による休職からの職場復帰、この様な職場復帰の促進に関連する助成金を扱った文献等、労使問題や労災、障害・疾患とは背景を異にする文献となる。

(3) 障害・疾病の内訳とその特徴

ア．障害・疾病の内訳

次表 1-3 は、「職場復帰文献（障害・疾病名明記あり）」に分類された文献 449 件を、計 11 の障害・疾病区分に分類したものである。なお、「その他の障害・疾病」とは、結核から精神疾患までの 10 の分類に分類されない障害・疾病である。

表 1-3 障害・疾病の内訳

年代	結核	腰痛	切断	循環器	消化器	がん	視覚障害	脊髄・頸椎損傷	脳血管・頭部外傷	精神疾患	その他の障害・疾病	計
1951-1970	47							1	2	4	2	56
1971-1980	1	1	1				2		1	6	6	18
1981-1990		20	3	2	1	1		3	10	7	8	55
1991-2000			4	6	2	9	14	4	48	6	26	119
2001-2007		6	2	7		8	9	4	58	75	32	201
計	48	27	10	15	3	18	25	12	119	98	74	449

イ．年代区分ごとの特徴

各年代区分に多い障害・疾病に注目することによってその年代の特徴を概観する。

次の図表（図 1-4、図 1-5）に見られるように、1951 年から 1970 年における障害・疾病種別の第一位は「結核」であり、この年代の 83%を占めた。この時期に抗生物質等による結核治療が確立され始めたことから、治癒後の職場復帰支援に関する文献が多くなっているものと考えられる。その中

には、職場復帰時の回復判断、職場復帰後の健康管理等に関する視点も多く見られる。

1971 年から 1980 年は、相対的に文献数は少ない。「その他」(33%) が最も多く、その中には職業性の頸肩腕障害等の職場復帰を論じた文献が散見された。技術革新による大量生産システム下での反復作業の増加、打鍵作業の増加等が顕著な年代であったことが背景として考えられ、1972 年に日本産業衛生学界が「頸肩腕障害」の概念を提唱したことから、この年代において関心の高い障害種別だったことが想定できる。「その他」とほぼ同数を占めていたのは「精神疾患」(32%) であったが、内容としては、当時の用語で「精神分裂病」の職場復帰事例に関する文献であった。

1981 年から 1990 年では、「腰痛」(38%) が最も多い。この年代は、労働省業務上疾病調査でも、業務上疾病全体に対する「負傷に起因する腰痛(4 日以上 of 休職を伴うもの)」の割合が過半数を占めて推移していたことが把握されていた。機械化の進展に伴って全体としては重筋労働は減少傾向に向っていたが、比重を増した第三次産業における OA 化が進展する中で、労務における同一姿勢作業、反復作業の増加を背景にした慢性発症型の腰痛にも注目が集まっていたようである。

1991 年から 2000 年までは、「脳血管障害・頭部外傷」(40%) が首位を占める。この分類には、後遺障害としての失語、高次脳機能障害をキーワードに含む文献を含めている。既に 1981 年以降から、「脳血管障害・頭部外傷」の割合は全体の 18% を占めるまでに増え始めていたが、1991 年以降では顕著な増加が認められた。

1997 年には、交通事故等による脳外傷後の後遺症を抱える人々の初めての当事者団体(脳外傷友の会・みずほ) が生まれ、2000 年には全国的な連合組織である「日本脳外傷友の会」が設立されている。この様な流れを受けて当事者側から行政への働きかけも活発になり、頭部外傷、脳血管障害の別を問わず、高次脳機能障害者の職場復帰をめぐる課題や先駆的なリハビリテーションに関する課題に注目が集まるようになった年代であった。このような背景が、当時の「脳血管障害・頭部外傷」の文献の多さの背景にあると考えられる。職場復帰文献のタイトル上に初めて「高次脳機能障害」の用語が見られるのもこの年代であった。

2001 年以降は、「精神疾患」(38%) が著しく増加し、1951 年以降、初めて「職場復帰文献(障害・疾病名明記あり)」の第一位を占めるようになった。「精神疾患」に分類された文献 98 件のうち、77% が 2001 年以降に発表されている。これに関しては、後に詳しく触れることにする。

全年代を通して「職場復帰文献(障害・疾病名明記あり)」を概観すると、図 1-4 が示すように、固有の年代に特化して取り上げられたのは、「結核」(1951 年～1970 年)、「腰痛」(1981 年～1990 年) であった。

他方、全年代に共通して取り上げられてきたのは、「脳血管障害・頭部外傷」と「精神疾患」の二つのみであった(「その他の障害・疾病」を除く)。両者は、1951 年以降、常に一定の関心を向けられていたことに加え、1991 年以降著しい増加をたどり、「職場復帰文献(障害・疾病名明記あり)」

(449 件) の 7 割弱を占めるに至った障害・疾病種別である(「脳血管・頭部外傷」29%、「精神疾患」37%)。これらは、脳原性の障害・疾病としての複雑さ、職場復帰をめぐる困難性等により、今日まで一貫して研究的関心の中心にあったと考えられる。

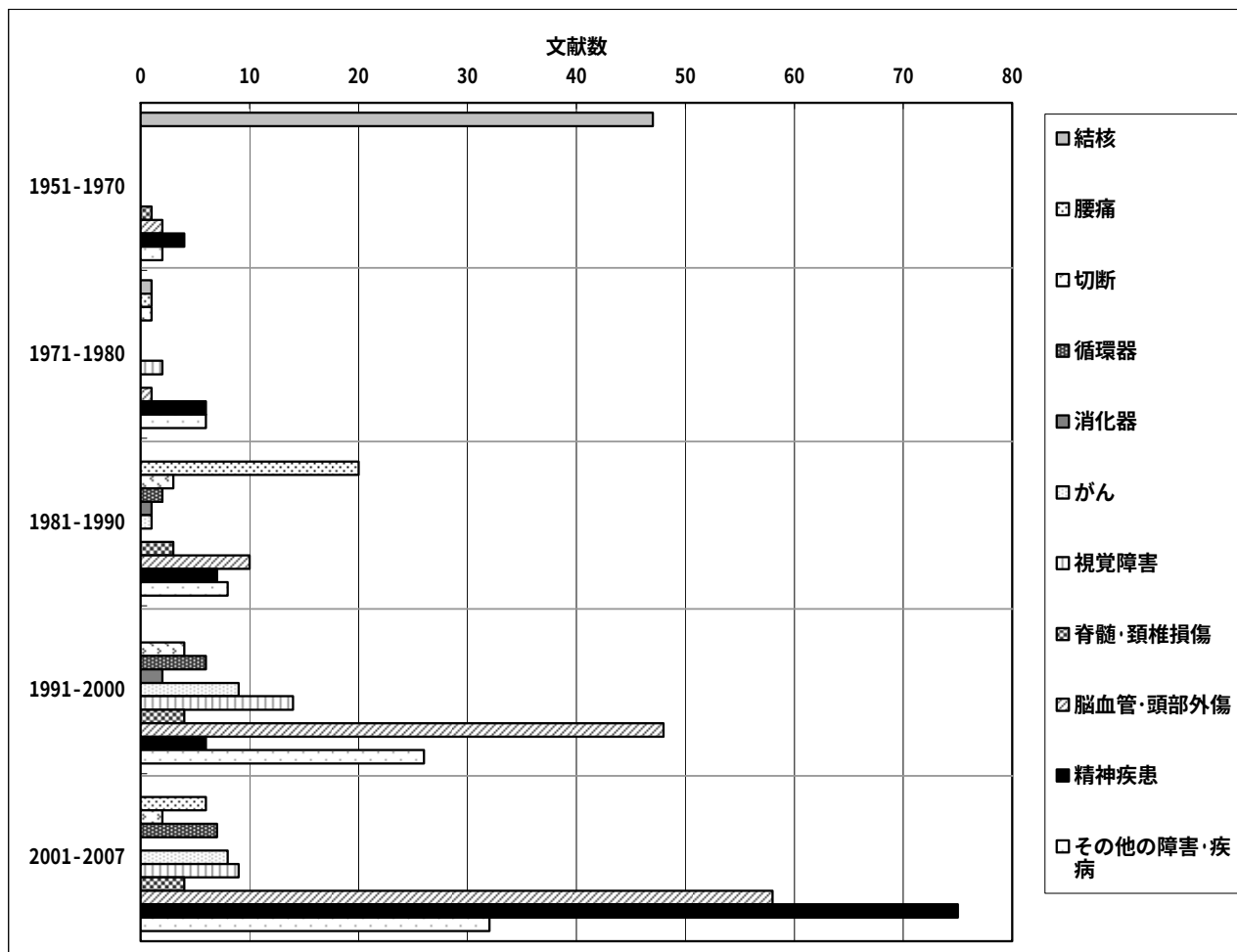


図 1-4 年代区分別にみた障害・疾病の状況

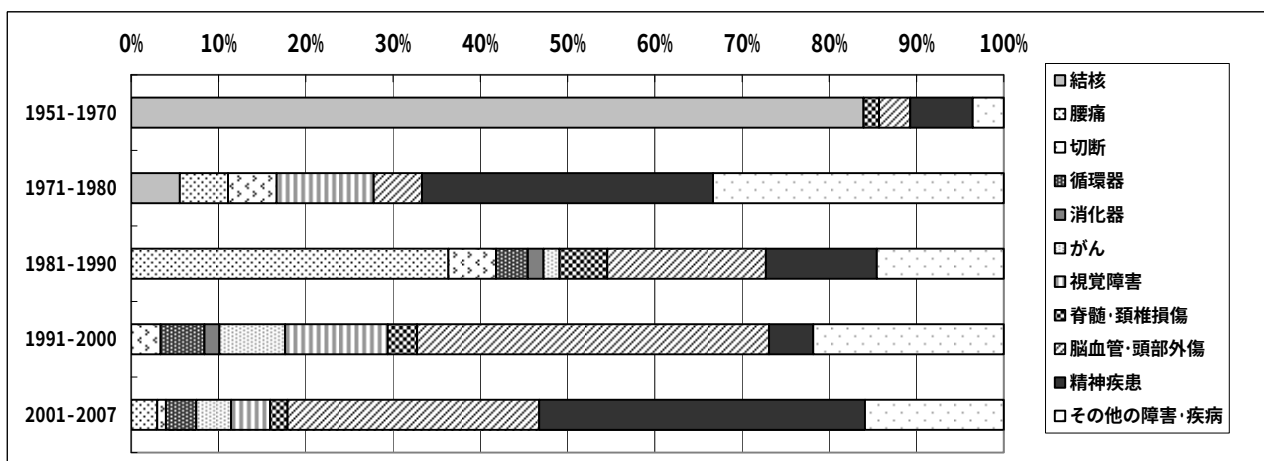


図 1-5 年代区分別にみた障害・疾病の比率

(4) 職場復帰問題の対象の推移と視点

ここまでは、何らかの障害・疾病に関連した職場復帰を扱った文献 449 件について、その文献タイ

トルに占める中心的な障害・疾病種別が年代ごとに変遷したことを概観した。

以下では、各年代の中心を成したと考えられた「身体障害」、「脳血管障害」、「精神疾患」に関する職場復帰文献から当時の職場復帰問題の認識や視点を端的に確認しておく。

ア．身体障害に関する職場復帰

身体障害に関する職場復帰に関しては、中野ら（1967）の指摘に当時の課題認識を見ることができ。中野らは、製鉄所における労働災害により中途障害者となった身体障害者に関し、受障前後の配置について調査検討した。その結果、受傷後の配置は、倉庫番、食堂番などの軽作業への配置がなされ、保護的な観点はあっても適職配置とは言えないことを指摘している。そこで中野らは、障害の部位・程度と各職種が求める身体能力をクロスさせ、適正配置に関する試案を作成する等熱心な取り組みを行った。このように、“適材配置”の重要性を認識した上で、その実現に向けた方策が検討されていたことが分かる。

更に、「各障害内容に応じて、その能力を積極的に開発して職場復帰を促進するとともに、企業の労働力に積極的に参加せしめて労働意欲を高め能力の開発を図ることにある」とも指摘し、“能力開発”の重要性を強調している。

イ．脳血管障害に関する職場復帰

脳血管障害に関する職場復帰については、松為（1996）が、脳血管障害の後遺症としての高次脳機能障害に焦点をあて、職場復帰を図るための施策について述べている。この論文は、旧労働省における「中途障害者の職場復帰に関する研究会」（1994年から1996年）の検討結果を踏まえたものである。図1-4に示されるように、脳血管障害に関する論文数が1991年以降増加したことは既に述べたが、この年代の視点を整理した論文と考えられる。

この中で、松為は、高次脳機能障害を伴う中途障害者の職場復帰に必要なリハビリテーションサービスの視点として、次のような事項が重要である旨述べている。

- ① 受障の結果として低下した能力の回復と他の技能で代行するための機能回復訓練
- ② 本人の内的安定のみならず、他者との円滑な交流にも影響を与えるものとして、低下した自己イメージの再統合
- ③ 実現が困難となったライフキャリア全般にわたる目標の再構成
- ④ 障害の症状が職業能力にもたらす影響を明らかにする方法ならびに回復訓練の方法の確立
- ⑤ 医療から職業リハビリテーションサービスへの移行を円滑にするシステムの構築

このうち、②と③については、今日のメンタルヘルス不全者の職場復帰支援プログラムにおいて、グループの相互作用の活用、コミュニケーションやキャリアマネジメントプログラムの有用性が指摘されていることから、高次脳機能障害に限らず、中途障害者であるところの精神疾患事例にも援用可能な指摘と見ることができるであろう。①と④については、2000年代後半に発表された精神

疾患事例の職場復帰文献に合い通じる論点を認めるものである。

また、松為は、職場復帰支援を対象者個人と環境の双方に関わる問題としており、職場環境への介入の視点として、「発症前の労働条件で仕事に就けるまでの移行的な措置を講じたりして、職場復帰への円滑な移行を探ることが必要」とし、短時間勤務や定期通院等への配慮を含む労働条件の緩和に際しては、「その間の給与支払いや再発・事故発生時の責任」を明確にすることや、「賃金等の処遇内容が実際の職務遂行能力に見合わない」、「同僚や共同作業者の負担が増大する」、「これらに対する管理者の配慮が不足」とすると、円滑な職場復帰の阻害要因になり得ると指摘している。これらの指摘は、今日のメンタルヘルス不全者の職場復帰にあたって共通もしくは援用可能な内容と言えよう。

ウ．精神疾患に関する職場復帰

精神疾患に関する職場復帰については、野村（2006）がうつ病におけるリハビリテーション概念の欠如、遅れに関して指摘したものがある。

野村は、精神医学においてうつ病が「繰り返すことはあったとしても、本来進行性のものでも後遺症的なものを残すわけでもない経過良好の病気」とされ、うつ病におけるリハビリテーションの必要性が明確にされてこなかったことの問題を指摘している。また、秋山（2007）も、「精神疾患の場合、顕在的な症状が消失しても、仕事に必要なとされるスキルや作業能力にかなりの低下がみられることがある」と指摘し、療養中に落ちた筋力や体力に対してリハビリテーションを行うのと同様に、「精神疾患により作業能力が低下していることに対して、リハビリテーションを行う必要がある」と述べている。

既に、労災、脳血管障害による中途障害者の職場復帰に関しては、“能力開発”や“訓練”のキーワードを 1960 年代の文献から確認できることを述べた。しかし、対照的に精神疾患事例の職場復帰に関しては、“能力開発”、“訓練”への着眼は長らく前景に出てきたとは言えず、ようやく先に引用した野村らによって明確に問題提起されるようになったのである。これらの点については、3 章において、菅原ら（2007）の指摘等と併せ、別途詳しく述べることにしたい。

(5) メンタルヘルス不全に関連した職場復帰の文献のテーマ

ア．対象とする文献の範囲

以下では、メンタルヘルス不全に関連した職場復帰の文献について、文献テーマによる考察を行う。

ここでは、「職場復帰文献（障害・疾病名明記あり）」のうち、表 1-3 中の「精神疾患」に分類された 98 件の文献ならびに、表 1-2 中の「職場復帰文献（障害・疾病名明記なし）」からメンタルヘルス不全に関連しない文献を除いた 243 件を合わせた計 341 件を一つのグループとして考察を行う。このグループの範囲を、次表 1-4 に示す。また、このグループの文献を、テーマ別に分類した

ものが表 1-5 である。なお、以下では、このグループについて、「職場復帰文献（メンタルヘルス不全関連）」と呼ぶ。

表 1-4 「職場復帰文献（メンタルヘルス不全関連）」の範囲

障害・疾病に関連した職場復帰の文献			
障害・疾病名明記あり		障害・疾病名明記なし	
精神疾患に関連した職場復帰の文献	左記以外	メンタルヘルス不全に関連した復職復帰の文献	左記以外

イ．テーマの定義

テーマについては、次の考え方により分類した。

まず、「現状と課題」とは、職場復帰の現状や課題に関する報告や考察に類する文献とした。

「企業の産業保健対策」とは、企業としてのメンタルヘルス不全者への対応（休職、職場復帰時の配慮等）、メンタルヘルス不全予防策等に触れた文献とした。特に産業保健スタッフの役割について述べたもの、企業のメンタルヘルス対策に参考となる手引きや指針に関するものは、内数に分けた。なお、“職場復帰への体制作り”等と書かれているものの、主体が企業であることが明確にされていないものは、「現状と課題」に含めた。

「企業の職場復帰プログラム」とは、企業が休職者を職場復帰させるにあたっての制度、仕組み、手順等に関するものを分類した。特に職場復帰の可否判断、基準、条件に関すること、また、“リハビリ出勤”、“慣らし出社”に類する用語の使用の有無を問わず、正規の就業条件を緩和した受け入れ方法を扱ったものは内数に分けた。

「職場復帰事例」とは、原則として、事例、例、ケース等の用語を用いて事例紹介をしている文献である。なお、例外として、企業における対策と効果を具体的に紹介し、事例を基に書かれていることが想定できるものは、上述の用語が無い場合もこのカテゴリーに分類した。

「事業場外資源による支援」とは、医療機関、公的機関、民間 EAP 機関等によるメンタルヘルス・職場復帰関連サービスの文献である。

「法・リスク管理」とは、休職者の職場復帰プロセスにおいて企業に必要な法整備、安全配慮義務、リスク管理等に関する文献である。

「支援技法」とは、認知行動療法に代表される固有の支援技法に関する文献である。

「調査・研究等」とは、休職・職場復帰、メンタルヘルスに関連した実態調査や追跡調査の類、データの比較分析等を行ったものである。

表 1-5 職場復帰文献（メンタルヘルス不全関連）のテーマ別分類

	1951-1970	1971-1980	1981-1990	1991-2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	計
現状と課題	2	4	6	11	5	2	5	8	16	17	13	89
企業の産業保健対策		3	2	8	2	6	5	17	12	11	4	70
（特に産保スタッフの役割に関するもの）		(3)	(1)	(5)		(3)	(1)	(2)	(2)	(2)	(1)	(20)
（参考となる手引き、指針に関するもの）								(12)	(3)	(1)		(16)
企業の職場復帰プログラム				5	2	3	8	8	8	7	7	48
（うち可否、条件）				(3)	(1)	(2)	(1)	(1)		(2)		(10)
（うちリハ出勤）					(1)		(2)		(2)	(2)	(3)	(10)
職場復帰事例			2	6	1		6	4	10	3	9	41
（うち困難事例）				(4)				(2)	(2)		(2)	(10)
事業所外資源による支援	1			2		1	4	5	4	11	11	39
調査・研究等	1	2	3	3			1	4	4	2	4	24
支援技法			1	2		1			6	3	3	16
法・リスク管理							2	6	1	3	2	14
計	4	9	14	37	10	13	31	52	61	57	53	341

ウ．職場復帰文献（メンタルヘルス不全関連）の発表年代別割合

次の図 1-6 は、職場復帰文献（メンタルヘルス不全関連）の発表年代別割合を示したグラフである。ここから、職場復帰文献（メンタルヘルス不全関連）のうち、1951 年から 2000 年までに発表された文献は全体の約 2 割にとどまり、8 割超が 2001 年以降に発表されたものであることが分かる。特に「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」（厚生労働省。以下、「手引き」と言う。）が発表された 2004 年以降は、毎年活発に文献が発表されている。

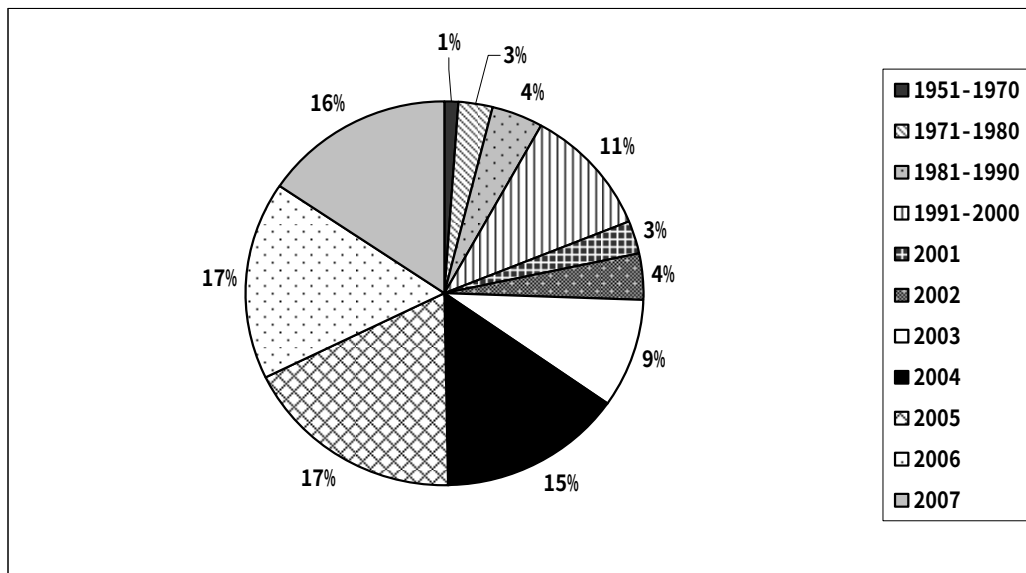


図 1-6 職場復帰文献（メンタルヘルス不全関連）の発表年代別割合

エ．職場復帰文献（メンタルヘルス不全関連）をテーマ毎に見た発表年代別割合

メンタルヘルス不全関連の職場復帰に関する関心の変遷をとらえるため、それぞれの文献テーマがどの時期に関心を集めていたかを概観する。

次の図 1-7 は、文献テーマごとの発表年代別割合を示したものである。一つ一つのテーマを順を

追って見ていく。

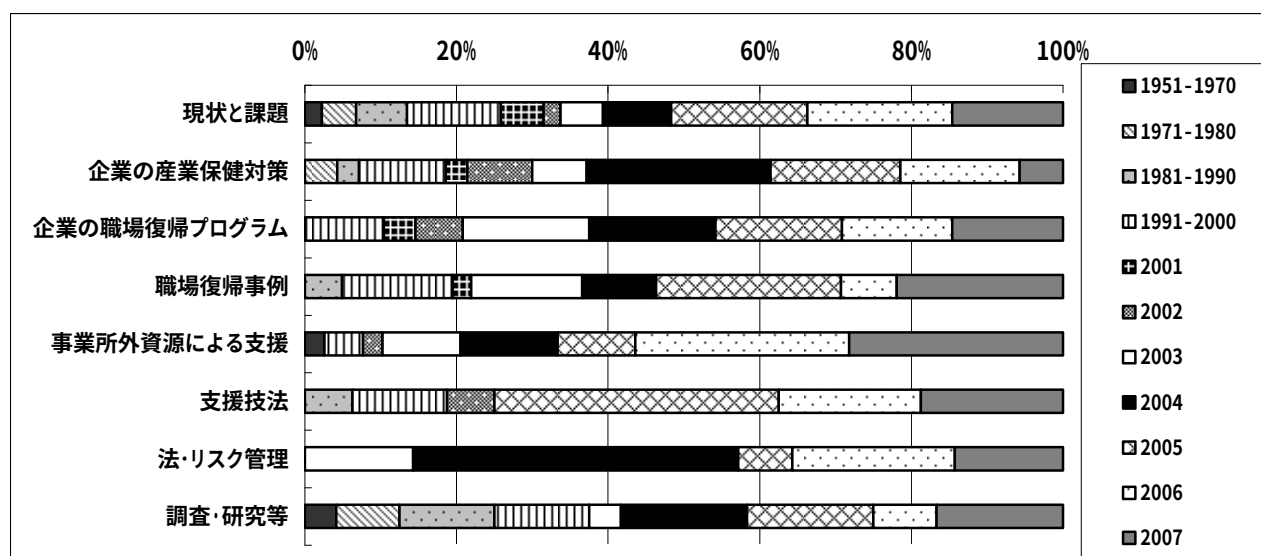


図 1-7 職場復帰文献（メンタルヘルス不全）をテーマ毎に見た発表年代別割合

「現状と課題」に分類された文献は、最も古くは 1970 年に見出され、全ての年代区分において該当文献がある。現状や課題に加え、職場復帰を進める際の考え方や留意点など、実務的なノウハウも含めて多様な立場から論じられた全体のトーンは年代を通して大きくは変わらない。ただ、「手引き」発表後の翌年（2005 年）以降は、職場復帰のプロセスにおける企業内外の連携に関する視点が企業側、支援機関側双方から加えられ、また、職場関係者への配慮、相談窓口のあり方など具体的なキーワードが増える傾向にある。

「企業の産業保健対策」については、6 割以上が「手引き」発表年である 2004 年以降の文献である。特に 2004 年に発表された文献に関しては、その 7 割が「手引き」の紹介や解説に類するもので占められ、他の年とは異なる特徴を呈しており、「手引き」が大きな関心事となっていた様子がうかがえる。

他方、「企業の産業保健対策」に含まれる文献のうち、特に産業保健スタッフの役割に触れた文献の割合（表 1-5 の内数を参照）は、1950 年から 2002 年までは約 6 割を占めるのに対し、2003 年以降は 2 割弱と相対的な位置づけが縮小する。企業の産業保健対策の推進と運用にあたって産業保健スタッフが要となってきたことには変わりはないが、2003 年以降は、人事労務と職場が連携した職場復帰時の適正配置、職場復帰後の管理監督者による管理ならびに同僚の対応等、組織全体としての対応管理へと関心の領域が拡がり、視点もより細部にわたるようになった様子が見受けられる。

「企業の職場復帰プログラム」は、1990 年までは見られず、1991 年以降に初めて取り上げられたテーマであった。これらの文献のうち、約 2 割が 2002 年までに書かれ、その過半数は、特に職場復帰の可否や条件に関する関心から書かれている（表 1-5 の内数を参照）。しかし、その後徐々に、

職場復帰をめぐる企業のシステムの整備、整理がテーマとして浮上し、例えば、メンタルヘルス不全者の発見から職場復帰後の対応までの企業対応をフローチャート化して示した文献等がみられる。また、併せて、細部の規定や段階毎の担当者の役割、診断書の取り扱い、職場復帰支援プラン作成の方法等、職場復帰プログラムをめぐる現実的な諸実務に関する関心の高まりが汲み取れる。

「職場復帰事例」については、2001 年ごろから、企業名をタイトルに冠した事例紹介が散見されるようになる。なお、このうち困難事例については、傾向を述べるには集計数が不足しているが、1991 年から 2000 年、2001 年から 2007 年の年代区分において、職場復帰困難事例、休職長期化事例の検討、復職困難性に関与した要因の考察を試みた文献が見られる。

「事業場外資源による支援」に関する文献は、2006 年以降に著しい増加があり、全体の約 6 割が 2006 年以降のものである。事業場外資源による職場復帰支援は、先駆的な医療機関により 1997 年から開始され、少しずつ支援提供機関数を増やしてきた。2005 年 10 月には地域障害者職業センターにおける職場復帰支援（リワーク）が全国展開を開始している。こうした流れの中で、この年代では事業場外資源に大きな関心が向けられるようになったと考えられる。なお、職場復帰支援を提供する機関等に関しては、本稿の 3 章、ならびに『特別の配慮を必要とする障害者を対象とした、就労支援機関等からの事業所への移行段階における就職・復職のための支援技法の開発に関する研究 一第二分冊 復職・職場適応支援編一』（調査研究報告書 NO.93、2010 年 3 月、障害者職業総合センター）でも詳しく触れているので参照されたい。

「法・リスク管理」は、全てが 2002 年以降のものであり、特に「手引き」発表年の 2004 年に多い。企業の危機管理マニュアルや Q&A、危機管理の観点から行った就業規則や法務実務等の見直し等がその内容として散見される。「手引き」が示され、企業が職場復帰に関するシステムをより具体的に整備する中で、試し出勤等の取り扱い、トラブルや不測の事態への企業責任等、実務面の様々な懸案事項を抱え、この様な関心がもたれていたと推察される。

「支援技法」については、2005 年に最も多く、職場復帰支援を提供する立場からの発表が多数含まれていた。具体的な内容として、認知行動療法の技法を活用した支援の実践例と効果に関するものが最も多かった。その他には、カウンセリングやストレス・コーピングなどが含まれていた。当時まだ少数だった職場復帰支援提供機関からの実践に基づいた発信に関心が集まっていたと考えられた。

「調査・研究等」については、広範な年代区分に文献数が分散している。年代毎の内容として例を挙げると、“国鉄中国支社管内の休復職判定後 3 年を経たる精神障害の予後調査報告”（1963 年）、“精神障害者の職場復帰ならびに離職に関連する諸要因について・公務員休職者の 3 年後の追跡”（1971 年）、“復職判定時におけるロールシャッハテスト結果と予後”（1983 年）、“職場復帰と適正配置についての実態調査：就業規則から見た制度とその運用”（1997 年）、“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（事業場外資源（精神科医・心療内科医など）への質問紙調査”（2005 年）等であり、各年代の関心を垣間見ることができる。

4. まとめ

本章では、文献を通じて、職場復帰に関する対象と関心がどのように変遷してきたのか、またどのような知見が論じられてきたかについて概観した。

我が国における職場復帰をめぐる議論は、戦後、労働問題に始まり、その対象を、結核、労災を含む身体障害、更には脳血管障害・頭部外傷による高次脳機能障害を伴う職場復帰へと広げ、1990年代後半からはメンタルヘルス不全に関連する職場復帰へ重心を移してきたことを確認することができた。

職場復帰に関する課題認識としては、結核や中途身体障害が中心であった1950年代、60年代には、既に訓練、能力開発、職場復帰後のフォローを組み込むことの重要性が認識され、その認識に基づいたシステムが講じられていたことが分かった。

また、高次脳機能障害を伴う中途身体障害者の職場復帰に関する知見には、共に脳原性疾患という点で精神疾患の職場復帰との共通点が多く、今日のメンタルヘルス不全者の職場復帰の議論における論点と重なる部分が認められた。しかしながら、この共通点とは相反して、両者には、“能力低下”、“後遺障害”に関する言及のなされ方に差があり、その結果、“能力開発”に関する強調の度合いにも大きな相違点が認められ、高次脳機能障害を伴う職場復帰の知見が、精神疾患を伴う職場復帰の議論の際に比較検討ないし応用された形跡には乏しいと考えられる。特にうつ病は、1990年代後半から2000年代において、“誰でもかかる心の風邪”とも紹介され社会的認知を上げた疾病の一つであった。しかし、うつ病の休職事例に関し能力低下や残遺症状を問題認識に含めた上での能力開発、リハビリテーションの必要性が論じられるようになるには、職場復帰支援の実践例に基づいた経験知や脳機能画像診断技術の躍進（巻末「資料2」に関連記）等、幾つかの要素が成熟することを必要としたと考えられる。

既に述べたとおり、脳血管障害事例の職場復帰に関する視点には、精神疾患事例の職場復帰についても示唆を与える部分が幾つか見受けられた。そこで、精神疾患や高次脳機能障害等の“脳原性疾患”というカテゴリーによって職場復帰に関する知見の共通項を整理する余地が残されているように思われた。その上で、脳原性疾患事例に共通して援用可能な知見と、各疾病の特異性に立脚した知見とを統合していくことが求められているのではないかと考えられる。

引用・参考文献

- 秋山剛・岡崎渉・田島美幸(2007)総合病院精神科における取り組み.精神科、11(6), pp454-459
- 松為信雄(1996)高次脳機能障害を伴う中途障害者の職場復帰の課題と対策.リハ研究、87, pp14-19
- 日本産業衛生学会・産業疲労研究会編集委員会編(1995)産業疲労ハンドブック．労働基準調査会
- 三浦豊彦編(1993)現代労働衛生ハンドブック．（財）労働化学研究所出版部
- 野村総一郎(2006)うつ病医療におけるリハビリテーションの意義.職リハネットワーク、58巻、pp3-4
- 中野敏信(1967) 産業医学、9(3), 380

第2章 民間企業における職場復帰支援等のメンタルヘルス対策の 実際と課題

1. 背景と調査の目的

第1章では、職場復帰に関する戦後60年間の文献を概観し、特にメンタルヘルス不全に関連した職場復帰の文献は、その8割超が2001年以降のものであることを確認した。そして、2004年に発表された「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」（厚生労働省。以下、「手引き」という。）により、一定のガイドラインが示された後は、企業自ら取り組む支援策が増加したことに加え、事業場外資源による職場復帰支援への関心の強まりと活発な議論があったことを述べた。

そこで、本章では、2004年の「手引き」前後の変化に着目しながら、民間企業におけるメンタルヘルス対策の実際と今日的な課題を取りまとめる。

2. 調査方法

民間企業のメンタルヘルス対策について、2001年1月から2007年12月までの間に好事例として発表された文献（『産業精神保健』14編、『労政時報』18編）及び国立情報学研究所の文献検索システム（論文情報ナビゲーターCiNii）により“メンタルヘルス”をキーワードとして検索した文献のうち、最近の具体的な取り組み事例を紹介している文献（2001～2007年、19編）の計51編（51社）を対象とした。発表年でみると、2003年以前は23社、2004年以降は28社であった。

検討対象とした項目は、「企業規模」、「新たなメンタルヘルス対策に着手した背景」、「メンタルヘルス対策導入の目的」、「産業保健スタッフの体制」、「外部機関の活用状況」、「メンタルヘルス対策（1～3次予防）と4つのケア（セルフケア、ラインケア、産業保健スタッフによるケア、事業場外資源によるケア）の取り組み状況」、「相談体制」、「メンタルヘルスに係るスクリーニングテストの活用状況」、「過重労働対策」、「メンタルヘルス対策導入の効果」、「今後の課題」、の11項目とした。

3. 結果と考察

(1) 文献の概要

以下に、11項目について結果を取りまとめる。文献の発表年別に検討している場合には、2003年までが23社、2004年以降が28社である。

ア. 企業規模

好事例として発表された事例の属する企業規模は、社員数1万人以上（連結を含む）が22社、1000人以上1万人未満が25社、1000人未満が4社（ただし、親会社と関連する企業）であり、大規模企業事例が好事例の大半を占めることが分かった。

イ. 新たなメンタルヘルス施策に着手した背景

本稿で対象とした事例は、従来のメンタルヘルス施策から一歩進んで新たな取り組みに着手した企業の事例であった。企業がこうした取り組みに着手した背景として説明されている論点をまとめると、概ね次のように整理される。

- ① バブル経済崩壊後、特に 2000 年代に入ってから、国際競争の激化によって企業を取り巻く環境は、変化の大きさ、変化の速度、予測不可能性のいずれをとっても、かつてない程の変化に晒されている。
- ② 競争に打ち勝つため、社員への期待として、仕事の効率化、新たなシステムへの適応、即戦力化が強く求められてきた。
- ③ 企業の吸収合併や出向、人員削減による正社員以外の多様な雇用形態が進み、社員が人間関係を築く条件、企業による社員のマネジメントのあり方が大きく変化した。
- ④ ①～③を受け、社員の精神的な負担が増大している。
- ⑤ 企業内の産業保健対策も、有限の予算とマンパワーを用いて効果効率性が問われている。

ウ. メンタルヘルス対策導入の目的

メンタルヘルス対策導入の目的については、主に次の 3 つに大別された。

- ① 企業のリスクマネジメントと生産性向上：27 社
- ② 社員の QOL を高めることで企業発展に繋げる：15 社
- ③ 安全配慮義務の遵守：12 社 （以上、複数回答）

メンタルヘルス対策の導入にあたって、12 社が「経営者のトップダウン」により施策が推進されたことを挙げ、また、29 社が、実際に「メンタルヘルス対策推進指針」等の全社的な計画を策定していると述べていた。

エ. 産業保健スタッフの体制

メンタルヘルス対策に係る社内体制について、産業医、産業医以外の顧問医を含めた精神科医、保健師、臨床心理士、カウンセラー、その他の計 7 職種の配置状況を図 2-1 に示す。

2004 年以降の変化として、「その他」が半減しており、代わって、専門職の多くが増加傾向に転じていることが分かる。特に保健師において増加率が高い。

社内におけるメンタルヘルス対策の主管部署は、人事部門が直接担当する事例もあったが、心身の疾患をもつ社員の支援に係る部署を新たに創設している事例もあり、また、相談の有無や内容については人事当局に開示しない等、独立性を担保した部署も見られる。

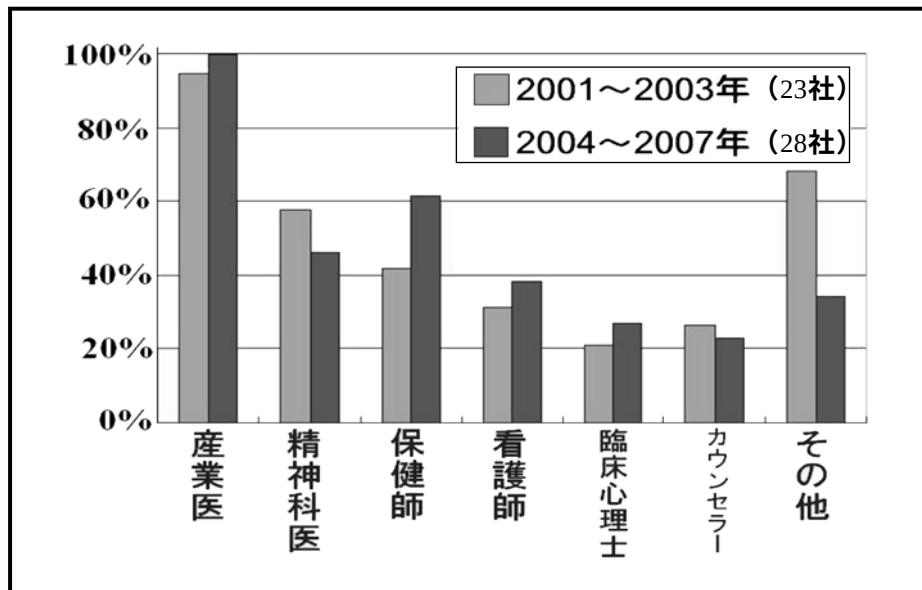


図 2-1 メンタルヘルスに係る担当者の状況

オ．外部機関の活用状況

メンタルヘルス対策に係る外部機関の活用状況について、図 2-2 に示す。

民間 E A P 機関を活用する企業事例の割合は、特に 2004 年以降において大きく増加している。また、2003 年までには見られなかった医療機関、公的機関の活用も見られるようになっている。

それに対し、外部機関の活用状況に関する記載が見られない企業事例は大きく減少した。「手引き」前後で、メンタルヘルス対策に関する社会資源が増え始め、企業としても選択肢が増えたことが背景として考えられる。

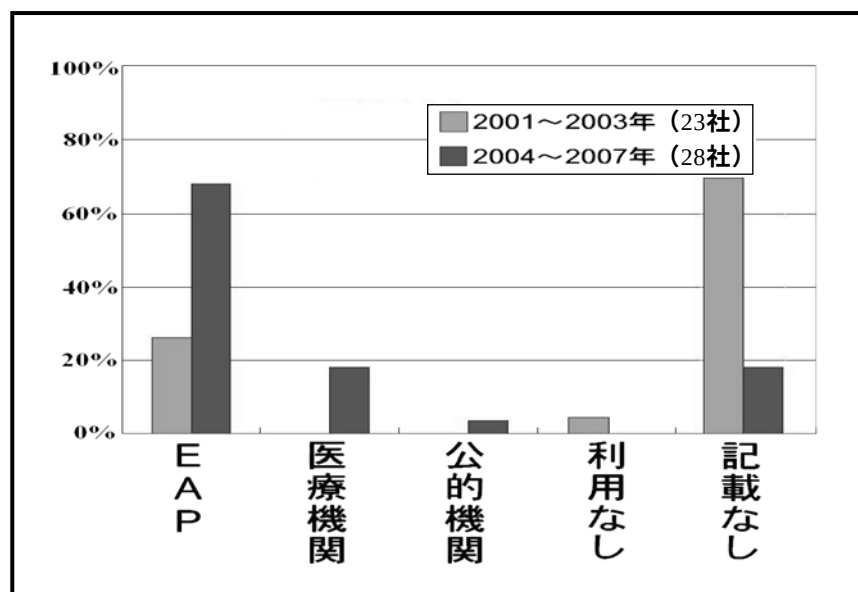


図 2-2 メンタルヘルスに係る外部機関の活用状況

カ. メンタルヘルス対策の取り組み状況

メンタルヘルス対策の具体的な取り組み状況について、1 次～3 次予防の観点と 4 つのケアの観点から図 2-3 に示す。

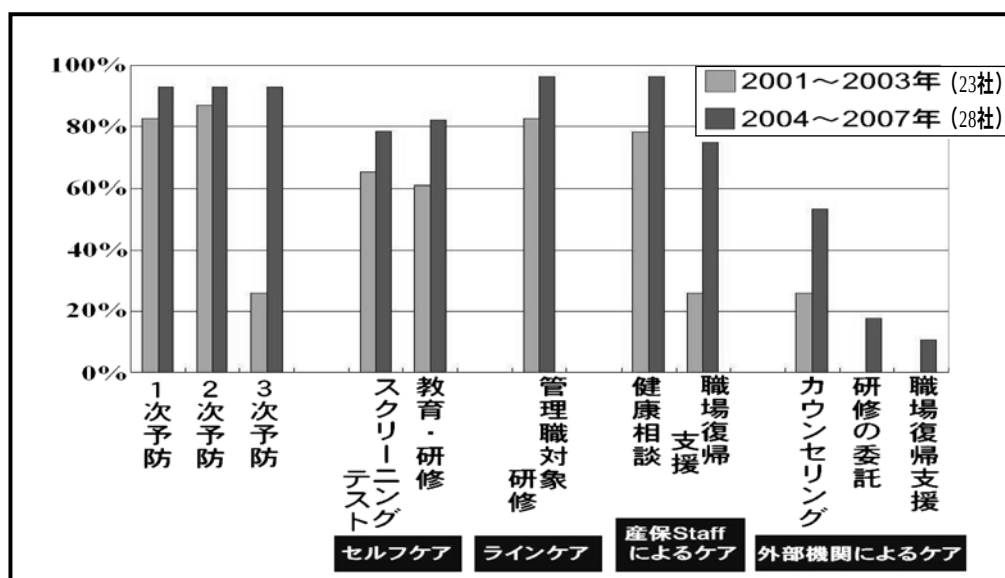


図 2-3 メンタルヘルス対策の状況

「1 次予防」（メンタルヘルス不全の予防）、「2 次予防」（早期発見）については、2001 年以降の事例の 8 割以上において何らかの対策が講じられている。他方、「3 次予防」（職場復帰支援）については、2001 年～2003 年までの事例の 7 割以上において具体的な記載がないか、もしくは、必要性は認識されているものの具体的な職場復帰支援システムが作られていない状況が見られる。

その後、2004 年前後からは、企業独自の職場復帰支援プログラムが紹介されるようになり、特に 2005 年以降になるとリハビリ出勤、勤務時間短縮等の制度や、長期休職者への対応マニュアル作成等、具体的な職場復帰支援対策を見ることができる。

また、「4 つのケア」のうち、「セルフケア」と「ラインケア」については、2003 年以前から取り組まれている。

「セルフケア」の内容は、一般社員に対するメンタルヘルス研修・教育が多く、その他に社員のメンタルヘルスに係るスクリーニングテストのフィードバックや相談窓口の周知等の啓発活動が見られる。そして、2004 年以降の事例ではこれらの実施率がさらに高くなっている。なお、教育・研修の方式には、対象企業の 9 割以上が社員数 1000 人以上であったことから、社内イントラネットを活かした e-ラーニング方式等、一時に多くの社員が利用可能な方策が採用されている様子があった。

「ラインケア」に関しては、全 51 社中 46 社で管理職を対象とした研修が行われている。研修の内容は、精神疾患に関する基礎的な知識の付与の他に、積極的傾聴法や部下のメンタルヘルス不調への気づき等、管理職に求められる役割やケーススタディ等が多い。研修の実施方法については、全国の支社を産業保健スタッフが巡回して実施するものや、研修受講後に習熟度テストを課すもの、理解を

深めやすいよう少人数制で行う等、企業毎の工夫が見られる。

「産業保健スタッフによるケア」については、2003 年までは「特に重視する」とする企業がある一方で、具体的な活動内容に関する記載が見られないか、もしくは、健康相談等の簡単な紹介に留まっている。なお、啓発活動には、社内イントラネット、社内報、e-mail 等を活用する企業が多い。また、職場復帰支援に関する記載がある企業は、「3 次予防」に関する記載と同様に少なく、2003 年までは全体の 3 割未満に留まっている。しかし、2004 年以降の事例では、全体の 7 割強に記載が見られるようになり、大きな増加があった。その具体的な取り組みとして、産業保健スタッフがメンタルヘルス不全体職者の状況把握、主治医との連携、職場復帰プログラムへの関与、人事労務部門に対する研修を行うことや、産業医の権限を一層強めて職場復帰の可否判断を行う等、産業保健スタッフの活動範囲の拡がりや役割の重視が見られるようになった。

「外部機関によるケア」については、民間 E A P 機関との契約が、2004 年以降の事例で増加している。ケアの内容は、社員の相談・カウンセリング対応が 21 社、研修の委託が 5 社、職場復帰支援に関する支援が 3 社だった。

キ．相談体制

社員に向けた相談体制の整備については、2003 年までの期間は、主に社内相談室等の設置、産業医・保健師による面談の実施等、物理的な整備や人員配置が特徴的である。他方、2003 年以降は、全社員に対する面談の実施や、専門職（臨床心理士、産業カウンセラー）の配置、キャリアカウンセリング等、相談機能の質的充実へと変化した。さらに、民間 E A P 機関等と契約して、社内相談窓口とは別に、社外の相談窓口を設置する企業も増えている。

ク．メンタルヘルスに係るスクリーニングテストの活用状況

スクリーニングテストとしては、職業性ストレス簡易調査票（厚生労働省編）、労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト（厚生労働省編）、THI（東大式自記健康調査法）、Y-G 性格検査（矢田部ギルフォード性格検査）、JMI 健康調査（働く人の心の定期健康診断）、TEG（東大式エゴグラム）、GHQ（精神健康調査票）、日本版 POMS（気分プロフィール検査）、M.I.N.I.（精神疾患簡易構造化面接法）、SDS（うつ性自己評価尺度）等の他、企業が独自に作成したテストが活用されていた。

ケ．過重労働対策

長時間時間労働等の過重労働対策については、51 社中 19 社に具体的な記載があった。その内容としては、長時間労働を行った社員への面接、保健指導等の対策が中心であった。

コ．メンタルヘルス対策導入の効果

メンタルヘルス対策による効果について図 2-4 に示す。51 社中 36 社に具体的な記載があった。2004 年以降の事例では、“管理職・社員のメンタルヘルスに関する理解や協力の促進”や、“リハビリ出

勤等の利用 ” 等が増加傾向にあった。

その一方で“ 病欠・休職者の減少 ” の効果は大きく減少している。メンタルヘルス不全者が早期に発見され、その結果、支援対象者数としては増加傾向となったとする企業も見られた。対策の効果については、短期的に測定しがたい面があり、長期的な観測や調査等と併せて論じられることを必要とするようである。

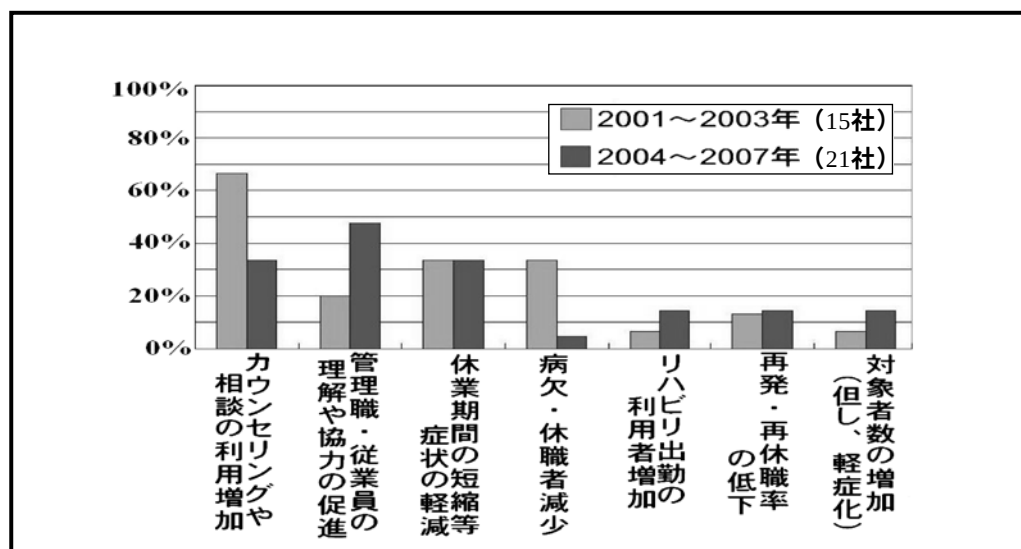


図 2-4 メンタルヘルス対策の効果

サ. 今後の課題

今後の課題に関する記述は 51 社中 31 社において見られた（複数回答）。内容のカテゴリーとして多いものから順に、メンタルヘルス施策を一層具現化するための“ 社内体制の見直し強化 ” に関するものが 13 社、“ 社員、管理者、産業保健スタッフの研修・教育の実施 ” に関するものが 11 社、“ メンタルヘルス不全の予防、早期発見 ” に関するものが 6 社、“ 社員のストレスマネジメントの向上 ” に関するものが 4 社、人手不足、プライバシー保護の難しさ等“ 施策の実行上の難しさ ” に関するものが 4 社、“ 支社等における本社と同等のケアの整備 ” に関するものが 3 社等であった。

(2) 「手引き」前後の民間企業におけるメンタルヘルス対策の概括

ア. 2001～2003 年の民間企業におけるメンタルヘルス対策の状況

「手引き」発表前の 2001 年～2003 年における企業の取り組みを概観すると、外部機関を活用する機会は少なく、社内資源を用いた対応を模索していた。対策の中心をなすものは一次予防と二次予防であり、4 つのケアでは、産業保健スタッフによるケアとしての面接・相談、ラインケアとしての管理職研修等であった。

職場復帰支援の具体的プログラムを策定し、系統だった取り組みを行っている企業はまだ少数であり、その背景として、職場復帰支援に着手したくとも、企業内にそのノウハウが存在しえなかったことが考えられる。

この時期の先進的な企業の好事例としては、2例の報告が特徴的である。2例とも、産業医が復職可否の判断に裁量権をもち、当該社員との面接に加えて、主治医とも連携しながら職場復帰の可否を判断するというシステムを作っている。職場復帰に際しては、「試験出社」、「リハビリ勤務」等の名称を付しているか否かの差はあるものの、職務の質的・量的負荷を段階的に上げながら通常業務への再適応を図っている。

また、これらの企業では、対応手順を標準化するため、休職に際しては「治療導入対応フローチャート」、職場復帰に際しては「復職対応フローチャート」等を独自に作成していることが特徴的であった。更に、教育・研修等のガイドライン、メンタルヘルス不全者への支援マニュアルの作成等にも着手し体制整備を図っていた。これらが、この時期の民間企業におけるメンタルヘルス対策の先進的な取り組み内容である。

イ．2004年以降の民間企業におけるメンタルヘルス対策の状況

2003年までの企業におけるメンタルヘルス対策は、上述したように、一部の民間企業に先進的な取り組みが見られる一方で、多くは手探りで対応策を講じていたものであった。しかし、既に図 2-1、図 2-2に見たように、2004年以降は、企業内の専門職、特に保健師を配置する等の取り組みが増え、民間EAP機関や医療機関等の事業場外資源を活用する企業割合も大きく増加した。このように、企業内体制の充実と、事業場外資源の活用とを組み合わせつつ、各企業に独自の制度や対策の整備を包括的に進めていったことが特徴的である。

特に、2005年頃からは全社的に対策を講じる姿勢や理念を明確にし、体制整備に成果を挙げる企業が増えてきている。ある企業では、経営理念として積極的に安全配慮義務の履行を行う旨を社内規定に明文化し、併せて、制度としてもリハビリ出勤中の経済保障を行う等、職場復帰を焦って再休職する事例の防止に配慮する仕組みを作っている。

また、別の企業では内規において企業の責任を示す一方、社員自身にもセルフケアを課す記述がみられ、2003年までには見られなかったような視点もでてきており興味深い。

メンタルヘルス不全者や休職者への実務的対応については、先進的に取り組む企業ほど、フローチャートに沿って標準的に対応するようになり、メンタルヘルス対策は、3次予防・職場復帰支援まで含めた包括的なものに発展していった。対策を推進する際には、経営者のトップダウンや健康管理センター等に主導されるものに加え、企業、労働組合、産業医の3者で構成される委員会を設置する等の複数主体による協業により検討を深めようとする事例も見られるようになった。

また、人事部門は、産業医、顧問精神科医との情報共有や個別のアドバイスを受けて、試し出社等の可否を判断する等、主治医の診断だけに頼ることなく、企業として職場復帰の可否を判断するような体制を整えるところも出てきた。

ラインケアについては、管理職全員にメンタルヘルス研修を受講させ、積極的傾聴法等の研修後に確認テストを行い、所定の点数を取るまで受け続ける等、内容の徹底がみられる。

セルフケアについては、企業独自のハンドブックに基づく研修の受講、イントラネットを活用した

e-ラーニング、オリジナルDVDの作成等、メニューを充実させ、力の入った取り組みも現れた。

今回の文献調査対象期間の最終年である 2007 年になると、具体的な職場復帰支援の事例が多く紹介されるようになり、各企業において制度的な工夫、バリエーションの増加傾向がみられる。例えば、フルタイムでの職場復帰を原則とする従来の制度を、休職者の負担の観点から再考し、時間短縮勤務を導入し、高い復職率を得た事例もある。或いはまた、部署、職種、勤務体系、業務負荷等を具体的に調整の上、1 日 2 時間までの勤務時間短縮制度等、職場への段階的な復帰を図る措置が見られる。

なお、回復途上のメンタルヘルス不全者を半日勤務させる際の安全が担保できないという理由によって、リハビリ出勤等の制度を導入せず、休職者に十分な生活リズムの確立を求める企業事例もあり、リハビリ出勤に関しては対応が分かれるところであった。反対に、休職身分のままリハビリ出勤する制度を導入した企業事例では、休職期間中は何度でもこの制度にチャレンジしてよいが、期間は 1 回につき 2 ヶ月間までとする等の条件を付した取り組みも紹介された。このような 2007 年に紹介された企業事例の共通点は、以下のとおりである。

① 職場復帰支援プログラムの整備・再考

職場復帰が順調にいかない不調事例や再休職事例等を経験し、必要に迫られて制度を再考・修正、または追加整備している。このため、現職復帰の原則を弾力的に運用する、もしくは、職場復帰時のソフトランディングを可能にする制度を整備する一方で、制度の利用期間の上限設定、再休職した場合の休職期間の通算等、休職を複数回繰り返し、職場復帰が極めて困難な社員の処遇方針を見直し、仕組みの一部を修正している。

② マニュアルやガイドラインの作成

従前は部署ごと個別に支援を行っていた側面を改め、マニュアルやガイドラインを統一的に整備し、全社的に同じ内容の対応がとられることを目指している。

③ ラインケア・セルフケアの充実

1 次予防、2 次予防のために、教育・研修制度の充実、メンタルヘルス不全のセルフチェック等に力を入れている。

④ 産業医判断の比重増

主治医の診断書は必須であるが、主治医が判断する回復の程度と、企業が職務遂行可能と考える回復の程度には乖離を指摘する企業が多く、職場復帰に関する最終的な判断は事業所側が行うものとし、特に産業医の見解が重視されている。

⑤ 産業医を含めたメンタルヘルス専門医の配置

産業医については、メンタルヘルスに知識のある精神科医師を委嘱するか、もしくは顧問医として委嘱する企業が多い。

4. まとめ

本章においては、特に「手引き」発表前後の変化に注目しながら、メンタルヘルス対策に取り組む先進的な企業の事例を中心に概観した。

2004 年に「手引き」が示される以前から、民間企業は個々にメンタルヘルス対策を模索してきたが、「手引き」以降は、特に事業場外資源の活用が活発化し、また、事業所の職場復帰制度と社員へのメンタルヘルス関連教育等に関する具体的な展開が図られた。また、本調査対象期間の最終年である 2007 年の事例からは、企業が職場復帰事例を積み重ねた結果、メンタルヘルス施策の細部にも手を加え、制度全体の整合性と、より実効性のある仕組みの構築に取り組んだ様子を見ることができた。そして、この“実効性のある”という語には、職場復帰の実現と、復職・休職を繰り返す等の困難事例に対する処遇方針の具体化が含まれていた。

企業が従来の施策から一歩進んで新たな取り組みに着手した背景には、3（1）イに記したように、企業を取り巻く環境、労働者を取り巻く環境に、かつてない程の深刻な変化があったことを確認した。また、今後の課題としては、メンタルヘルス不全の早期発見や防止を意識した教育・研修によるラインケア、セルフケアの推進が数多く挙げられていたが、これら個々のケアを推進するには、現行のシステムのままでは必ずしも十分でないと認識されていると推察された。このため、組織の末端まで施策が具体的に行き渡るための“社内体制の見直し・強化”が強調され、その際、部門を超えた有機的な連携、職場単位のプロジェクトマネジメント、モチベーションマネジメント、といった具体的な方法論を必要としていることが散見された。加えて、企業は、今日の経済状況下における社員の負荷に関し楽観しておらず、今後のストレス増加を見込んでいることもうかがえた。

このように本章では、企業のメンタルヘルス施策が差し迫った課題として取り組まれ、この施策に対する「手引き」の影響が確認されたことに加えて、同施策を企業が事例を通じて見直ししながら推進してきたことを確認した。そして、多くの企業は、今後社員を取り巻く状況が容易に好転するとの見通しをもてない中で、現行以上にメンタルヘルス施策の実効性を向上させていくという困難な課題を有していると考えられた。

なお、2008 年版の「産業人メンタルヘルス白書」（(財)社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所）は、「メンタルヘルスの取り組みに」に関する企業アンケート調査から、メンタルヘルス施策の効果に関して、「まずまず効果がでている」と「どちらとも言えない」と回答する企業の割合がそれぞれ約 4 割あること、また、2009 年版の同白書は、5 割近い企業が、職場復帰のプロセスに「まだまだ問題が多い」と答えていることを指摘している。このことから、企業のメンタルヘルス施策は、未だ発展途上であって、試行錯誤を続けていることが分かる。

本章では、対象事例の大半が結果的に大規模企業によるもので占められた。このため、規模の異なる企業におけるメンタルヘルス対策の実際を反映しているとはいえないであろう。2008 年の労務行政研究所による「社員の健康管理に関する総合実態調査」では、“職場復帰プログラム”（休職していた社員が円滑に職場復帰するための標準的な手順）を整備する企業の割合について、社員数 1000 人以上規模で 73.0%（33.9%）、300～999 人規模で 52.5%（24.7%）、300 人未満規模で 24.4%（11.3%）（括弧内の数

字は、2005 年）としている。この数字は、ここ数年の企業におけるメンタルヘルス対策の進展を示しつつ、企業規模による落差は未だに歴然としていることを指摘している。

第 2 章の調査対象文献

- 荒川輝雄(2006)鹿児島銀行本店を訪ねてーメンタルヘルス対策の観点からー、産業医学ジャーナル、Vol.29, pp.32-37.
- 中央労働災害防止協会(2003)特集 こころの健康管理を進めよう、働く人の安全と健康、Vol.4 No.1, pp.13-25.
- 中央労働災害防止協会(2003)特集 職場復帰をスムーズに進めるために、働く人の安全と健康、Vol.4 No.12, pp.13-28.
- 中央労働災害防止協会(2005)特集 職場復帰（メンタルヘルス）をどのように進めるか、働く人の安全と健康、Vol.6 No.4, pp.15-33.
- 浜口伝博(2001)日本 IBM におけるメンタルヘルス活動、産業精神保健、9(1), pp.36-40.
- 五十嵐千代(2003)富士電機冷機における健康づくり活動 本社と支社・営業所のパイプ役として安全衛生委員を任命し生活習慣病予防・メンタルヘルス両面で身近なフォローを！、労働安全衛生広報、pp.14-19.
- 井上温(2002)日本ビクターの職場の健康づくりの取り組みーメンタルヘルスを中心にー、産業精神保健、10(4), pp.350-353.
- 加部勇(2004)古河電気工業（株）におけるメンタルヘルス活動ーメンタルヘルス管理体制確立 3 カ年計画実施ー、産業精神保健、12(2), pp.91-96.
- 門倉真人(2003)日本航空（株）におけるメンタルヘルス施策、産業精神保健、11(3), pp.287-291.
- 海道正宣(2001)P&G のメンタルヘルスプログラム、産業精神保健、9(2), pp.70-76.
- 菊池央・猪狩和之(2003)東京電力株式会社のメンタルヘルス活動ー今日的課題への包括的取り組みー、産業精神保健、11(4), pp.402-407.
- 小林康夫(2002)セイコーエプソン（株）のメンタルヘルス対策、産業精神保健、10(2), pp.98-101.
- 溝上憲文(2003)シリーズ よその会社の賃金・人事制度の実態ー第 8 回 メンタルヘルス対策実例集ー、スタッフアドバイザー、(165), pp.89-101.
- 神山貴巳香・中村敬(2007)JUKI におけるメンタルヘルス施策ー1 次予防、2 次予防を中心にー、産業精神保健、15(4), pp.276-280.
- 日本人事労務研究所編集部(2007)特集 メンタルヘルスケアへの取り組み、月刊人事労務、19(7), pp.4-67.
- 昇淳一郎・吉田直樹(2007)パナソニック四国エレクトロニクス株式会社における労働安全衛生マネジメントシステム運用下のメンタルヘルス取り組み、産業精神保健、15(3), pp.168-174.
- 及川孝光(2004)金融界における精神関連疾患の現状とケア体制、産業精神保健、12(3), pp.232-236.
- 尾崎健一(2003)モトローラ(株)のメンタルヘルス活動ーEAP の取り組みー、産業精神保健、11(1), pp.45-50.
- 労働安全衛生広報編集部(2001)メンタルヘルス対策のポイント、労働安全衛生広報、No.778, pp.6-11.

労働安全衛生広報編集部(2002)わが社の健康づくり活動、労働安全衛生広報、No.804, pp.6-11.

労働安全衛生広報編集部(2003)ライオン（株）小田原工場の産業保健活動「全社 5 か年計画」で健康づくり活動“いやし系環境”からメンタルヘルス支援も、労働安全衛生広報、No.816, pp.6-15.

労務行政研究所編集部(2001)こころの問題に対処するストレスマネジメント、労政時報、第 3507 号、pp.26-41.

労務行政研究所編集部(2002)メンタルヘルスケアーその取り組みの実際、労政時報、第 3536 号、pp.17-28.

労務行政研究所編集部(2003)メンタルヘルス対策の先進事例、労政時報、第 3595 号、pp.11-29.

労務行政研究所編集部(2005)最新メンタルヘルス対策、労政時報、第 3652 号、pp.26-61.

労務行政研究所編集部(2007)メンタルヘルス不全体職者の復職支援策、労政時報、第 3702 号、pp.2-52.

労務行政研究所編集部(2007)先進企業にみる社員の健康確保への取り組み、労政時報、第 3712 号、pp.2-53.

労務研究所(2005)特集 企業の健康管理対策の現状、旬刊福利厚生、(1873), pp.5-37.

佐々木久美子(2005)YKK AP 株式会社 東北事業所のメンタルヘルス活動、産業精神保健、13(2), pp.109-112.

産労総合研究所(2007)事例&解説社員の“心の健康”づくりを目指すメンタルヘルス対策、人事実務、(1007), pp3-30.

高田洋孝・大野和人(2007)キャノン株式会社の産業保健体制について、産業精神保健、15(1), pp.30-34.

上田伸治(2006)参天製薬株式会社のメンタルヘルス対策、産業精神保健、14(1), pp.59-63.

引用・参考文献

厚生労働省(2000)事業場における労働者の心の健康づくりのための指針

厚生労働省(2004)過重労働・メンタルヘルス対策のあり方に係る検討会報告書

厚生労働省(2004)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について

厚生労働省(2009)平成 20 年度における脳・心臓疾患及び精神障害に係る労災補償状況について

野口洋平(2008)民間企業等におけるメンタルヘルス対策の動向について―事業所調査を実施するための文献調査から―.第 16 回職業リハビリテーション研究発表会抄録集

労務行政研究所研修部(2008)最新調査―メンタルヘルス対策.労政時報、第 3725 号、pp3-27

労務行政研究所研修部(2008)メンタルヘルス対策の最新事例.労政時報、第 3736 号、pp3-78

労務行政研究所研修部(2007)メンタルヘルス不全体職者の復職支援策 リハビリ勤務や復職支援プログラムにより円滑な職場復帰を図る.労政時報、第 3702 号、pp3-98

労務行政研究所研修部(2005)最新メンタルヘルス対策 各社の取り組みと実務的対応.労政時報、第 3652 号、pp3-19

財団法人社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所(2008)産業人メンタルヘルス白書、pp73

財団法人社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所(2009)産業人メンタルヘルス白書、pp50

第3章 事業場外資源による職場復帰支援の実際と課題

1. 背景と調査の目的

医療機関や公的機関、また就労移行支援事業所等では、これまで主に、統合失調症者を主な対象とする社会復帰支援の取り組みが行われてきた。しかし近年、うつ病等のメンタルヘルス不全により休職した労働者の増加に伴って、休職者の職場復帰に向けた支援が新たなニーズとして生じ、職場復帰支援に取り組む機関も増えてきている。

また、2章でみたように、休職者を抱える事業所においても、事業所内の取り組みに加えて、職場復帰支援を提供する様々な社会資源（以下、事業場外資源という）を活用するところが増えている。

そこで本章では、事業場外資源による職場復帰支援の実際と課題について、文献調査により取りまとめる。

2. 調査方法

調査対象は、2007年4月から2008年3月までの間に、『精神医学』、『精神科』、『産業精神保健』、『精神科臨床サービス』及び『日本精神科病院協会雑誌』に発表された精神保健領域におけるメンタルヘルス不全者の職場復帰支援に関する文献とした。

3. 結果と考察

(1) 対象文献の概要

対象となる文献は8件あり、8件中6件が医療機関の取り組みに関する文献（A、C、D、E、G、H）、2件が公的機関の取り組みに関する文献（B、F）であった。

支援を提供する枠組みとしては、精神科デイケアが4件（A、B、D、F）、精神科作業療法（C）、うつ病専門病棟（E）、集団精神療法（G）、外来における精神療法（H）がそれぞれ各1件であった。

週4日以上通所プログラムをもつ機関の文献は4件（A、B、C、D）あった。

また、プログラムに事務課題（オフィスワーク）をもつ機関の文献は4件（A、B、C、D）で、軽作業はあるものの事務課題のプログラムはもたない機関の文献は2件（E、F）、事務課題も軽作業もプログラムとしてもたない機関の文献は2件（G、H）であった。

支援の開始時期別では、1997年からの1件（C）、2003年からの2件（E、G）、2005年からの4件（B、D、F、H）、2007年からの1件（A）であった。

(2) 各機関における支援プログラムの概要

各機関の支援プログラムの概要を表3-1に示す。

支援プログラムのうち、実施する機関数の多いものから順に概観すると、最も多く取り組まれているのは、「日常生活指導」で全 8 機関で実施されている。

次に、大多数の 7 機関で行われているのが「認知行動療法等」である。なお、集団を単位として実施しているものに絞って計上した。

続いて、6 機関で行われているのが、スポーツ等の「体力回復プログラム」であった。

また、事務系の職務要素を取り入れた事務課題や現場作業系の職務要素を取り入れた実務課題、これらに基礎訓練として位置づけられたドリル等を「職能回復訓練」として分類すると、全体の半分の機関で実施されていることが読み取れた。

表 3-1 各支援機関における支援プログラム

各施設の支援プログラム	A	B	C	D	E	F	G	H
認知行動療法等	●	●	●	●	●	●	●	
日常生活指導	●	●	●	●	●	●	●	●
職能回復訓練	●	●	●	●				
作業療法等（手工芸他を含む）	●		●	●	●	●		
スポーツ等体力回復	●	●	●	●	●	●		
疾病講座、再燃予防教育	●	●		●			●	
家族教育				●	●			

(3) 職能回復訓練プログラムの内容

4 機関で実施している職能回復訓練の内容を表 3-2 に示す。

パソコン上でビジネスソフトにより処理する事務的な課題を付与しているところが多く見られ、これを事務課題・パソコンに分類した。休職者が自ら教材を持ち込んで行う課題、例えば、一般書から専門書にいたる読書や文章要約、職場復帰後の職務の擬似的な演習、その他パソコン検定問題に取り組む等もこの分類に含めている。

基礎訓練として位置づけられたドリル類について、詳細内容を紹介している機関 A によれば、就労に必要な能力として、「思考力、自己抑制力、コミュニケーション能力、集中力、意志・決意力、記憶力」があり、このような前頭葉前頭前野が司る能力のウォーミングアップの意図から、こうしたドリル類を含めているとしている。

「もともとの能力や体調を無視した課題を提供することは改善を遅らせることにつながるため、課題の選択に際しては、作業分析を基にした段階づけが重要である」（機関 C）と述べられているように、多くの施設で段階に応じた課題選択が意識されている。

表 3-2 職能回復訓練の内容

A	B	C	D
事務課題・パソコン	事務課題・パソコン	事務課題・パソコン	事務課題・パソコン
漢字検定	クリーニング	テキスト課題	
数独	木工		
百ます計算	園芸		
クロスワード			
大人の塗り絵			

(4) 各機関で認識されている課題の領域

各機関で支援提供上の課題と考えられている課題領域を表 3-3 に示す。ここには、休職者の課題、或いは支援者側が支援を進めていく上での課題の両方の領域が含まれているが、比較的共通性の高かった領域を挙げた。

表 3-1 において殆どの機関において認知行動療法等の支援プログラムが見られたことから分かるように、休職者に「認知」の課題がある、或いは、「認知」に関する学習の必要性があるとの認識は全ての機関に見られる。この中には、職場復帰支援の期間中ではなく、終了後、つまり職場復帰後に認知行動療法の講座を設定し、再発予防の機能をもたせたものも含まれる。

「休職者の作業遂行性」については、「業務を遂行するためには、集中持続性、ストレス耐性、問題解決能力、柔軟性等、様々な能力が必要とされる」（秋山、2007）との言及があるように、作業遂行性の回復には、総合的な回復が必要であるとみなされている。更に、「復職を目指している患者では、ほとんどの場合、作業能力に対する参加者自身の評価と、実際の作業能力にギャップがある」（秋山ら、2007）とも指摘しており、作業を通じて疲労や体調の変化、遂行性に係る現実的な自己理解を進められるよう関わる事が重要としている。

「職場復帰の指標」に関しては、その指標の必要性や指標がないことによる問題等が半数の施設において言及されている。その背景として、職場復帰しても症状が再燃し再休職に至る例が少なくないこと、復職可能性に関する主治医と産業医、職場復帰支援機関における医師との間に判断のばらつきがあることの問題が指摘されており、検証を重ね、コンセンサスを得た基準が円滑な職場復帰のために必要等の認識が述べられている。なお、「職場復帰準備性評価シート」の開発を秋山らが、「病休・休職中のうつ病患者の復職可能性判定を客観化するための評価尺度と質問紙の開発」を岡崎が、「復職準備チェックシート」を難波が試みている。これらの照会先は本章「引用・参考文献」に記した。なお、岡崎のシートを参考に作成した難波による「復職準備チェックシート」は原文を巻末「資料 1」に付した。

「障害の合併」については、不安障害や発達障害他の併存等について言及があり、更には復職困難性に関与する要因や復職困難群について分析した文献もみられた。これらについては、後に丁寧に触

れることとしたい。

「運営上の問題」に関しては、現行の診療報酬制度の下でスタッフを揃え運営していく場合には採算がとれないこと、職場復帰支援ニーズの多さに対する受け皿の不足が認識されていた。

その他に分類されたものとしては、集団内の対人交流状況の観察、作業負荷のみならず心理的負荷に対する耐性の確認、うつ病特有の回復段階に応じた介入等の領域が重要な課題として認識されていた。

表 3-3 課題の領域

課題として認識されている領域	A	B	C	D	E	F	G	H
休職者の認知	●	●	●	●	●	●	●	●
休職者の作業遂行性	●	●	●	●				
職場復帰に関する指標		●	●	●	●			
障害の合併を含む復職困難群の存在	●	●		●				
運営上の課題	●					●		
その他			●	●	●			●

(5) 各機関の職場復帰支援の実際と特徴

以下では、調査対象文献 8 件から、3 種類の特徴的な職場復帰支援の取り組みについて取り上げ、その概要を取りまとめる。

ア. うつ病専用病棟における職場復帰支援の取り組み

原田ら（2007）は、平成 15 年に開設された、うつ病専用の入院病棟（病床数 53、平成 16 年精神科急性期治療病棟認可）における職場復帰支援の取り組みを報告している。その特徴は、第一に、入院から職場復帰までのプロセスが 5 段階に分けられ、その都度行われる標準的アプローチとケア会議による情報共有がクリニカルパスとして明確化されていること、第二に、病院内プログラムによるリハビリテーションから退院後のリハビリテーション（地域障害者職業センターのリワーク支援）への移行と連携をシステム化しているところにある。

原田らが報告した支援のステップについて、図 3-1 に基づいて概説する。

①安静期（入院日～2 週間）

- ・ 生活全般の不安軽減を目標に、本人・家族に対し治療方針や支援内容を説明する。
- ・ 復職に対する不安軽減を目標に、本人・家族の同意の下で、職場に対し病状や支援内容を説明し、復職の意思についても伝達する。

②回復期（3 週間～退院前 2 週間）

- ・ 休憩やストレス対処の学習等を目標とした、積極的な各種病院内リハビリテーションを開始する。

- ・ 利用希望に応じ、リワーク支援を行う地域障害者職業センターの見学及び同センターと連携した支援を開始する。

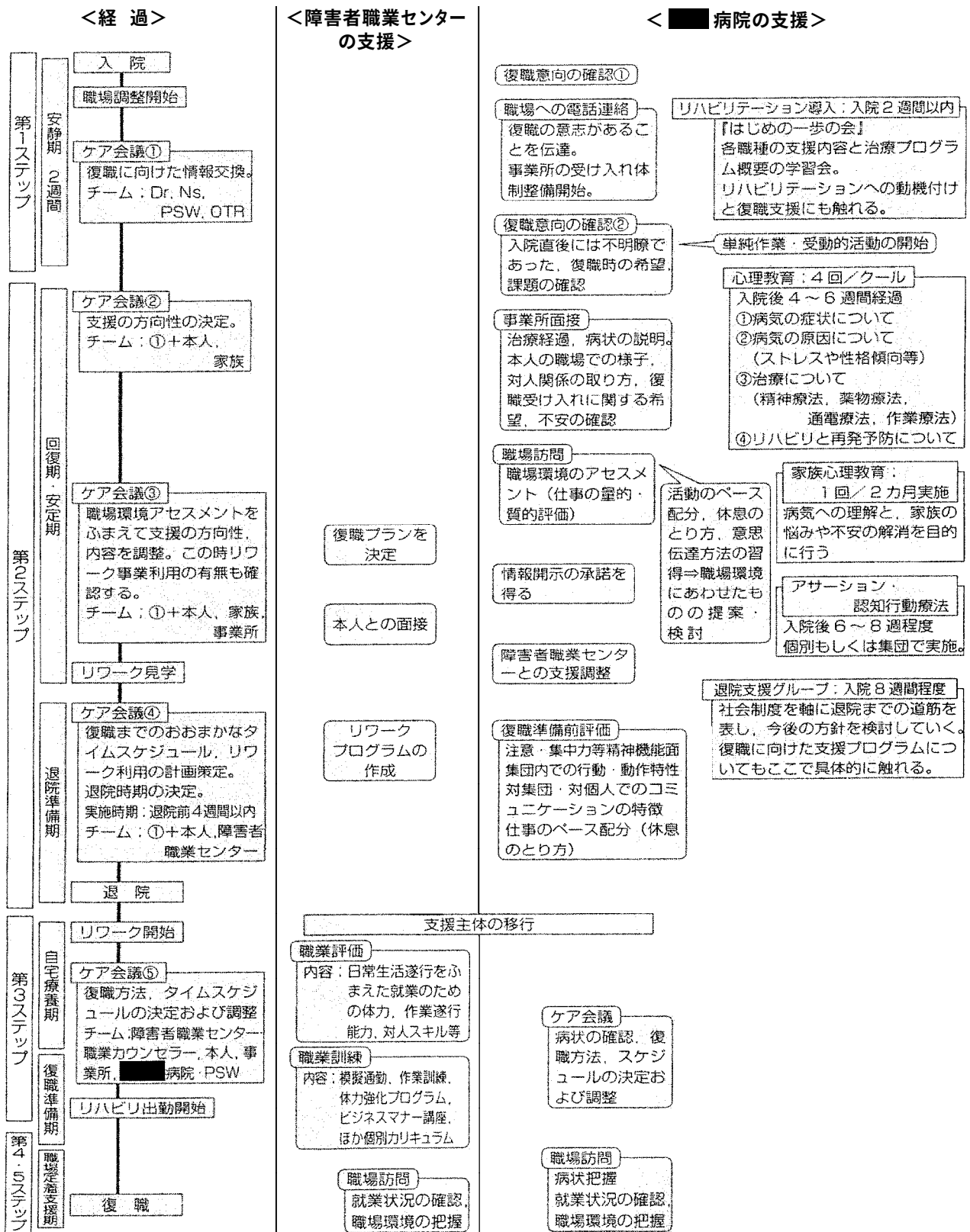


図 3-1 入院病棟における支援と治療の流れ（原田ら、2007 より再構成）

③退院準備期（退院 2 週間前～退院）

- ・ ケア会議を開催し、これまでのアセスメントを踏まえ、退院後から復職までの具体的方策を検討する（その際、リワーク支援を行う地域障害者職業センター等の関係機関も参加し、情報を共有する）。

④復職準備期（退院～復職）並びに⑤復職・職場定着支援期

- ・ 地域障害者職業センターのリワーク支援利用中ならびに復職後の、本人に対する医学的なフォローアップを行う。
- ・ 関係機関や事業所の要望に応じた職場訪問やアセスメント等の専門的な支援を行う。

このように、原田らの取り組みは、うつ病の休職者専用のクリニカルパスをもち、外部資源との連携を早い段階から行う等の特徴を有している。

また、関連して、遷延化したうつ病患者に対する入院治療の有効性を再考しているのが広瀬（2008）である。広瀬は、「統合失調症については病院から地域へという流れが叫ばれているが、うつ病に関しては外来での引っ張りすぎが遷延の原因にもなっていることを治療者はもっと自覚すべきではないだろうか。遷延したうつ病患者が入院すると、みるみる元気になるのを見ると入院療法の持つ力に驚かざるを得ない」とし、入院治療の有効性について、生活リズムの速やかな正常化、真の休養の取得、速やかな薬物調整、家族療法の実施、職場との調整の行い易さ他、計 10 点を挙げている。広瀬の指摘は、原田らの入院病棟における職場復帰支援の意義に説明を加えるものであろう。

イ．公的機関の「デイケア」における職場復帰支援の取り組み

精神保健福祉センターは、全都道府県に設置された公的機関である。ここでは、仲本（2007）による「うつ病デイケア」と、菅原ら（2007）による「うつ病リターンワークコース」の報告を概観したい。

職場復帰支援を行う 8 施設に共通して認知の問題が課題視されていることについては、表 3-3 において既に述べたが、仲本もまた、うつ病の再発の大きな要因として認知の問題を指摘しており、「回復してしばらく後に再び過剰ストレスにあうと、思考や行動パターンは発病前と変わっていないために、うつ病に陥った悪循環を繰り返してしまう」と指摘している。そこで、認知行動療法によって、一つは思考の修正により気分を改善すること、もう一つは対処能力を豊かにし再発予防につなげることを意図し、デイケアの活動と認知行動療法を組み合わせたプログラムを展開している。

プログラムは週 1 回ずつ、計 12 回で 1 クール（3 ヶ月間）としており、年 3 回実施されている。対象によって「一般コース」、「企業連携コース」の 2 コースに分けているが、プログラム内容は同一である。1 日のスケジュールは、午前中にリラックス体操や陶芸、手工芸、料理、軽スポーツ等のデイケアを、午後に認知行動療法が行われている。認知行動療法は、精神科医の講義、ホームワークを持ち寄って相互学習するグループワーク等から構成されている。

仲本は、同デイケアにおける認知行動療法の効果を見るため、初回の 1 クール受講前後の受講者の変化を、Hamilton 構造化面接（HAM-D）による客観的評価に基づいて比較した。その図が図 3-2 に示

したものである。さらに、認知行動療法の重要性を意識してプログラムしたこの職場復帰支援の受講後の転帰を示したものが、図 3-3 である。

その他、仲本らのデイケアにおいては、支援 1 クール毎に行う「復職支援会議」に企業担当者も参加することによって、相互の取り組みに関する情報交換がなされ、学び合う機会となっていることも特徴的である。

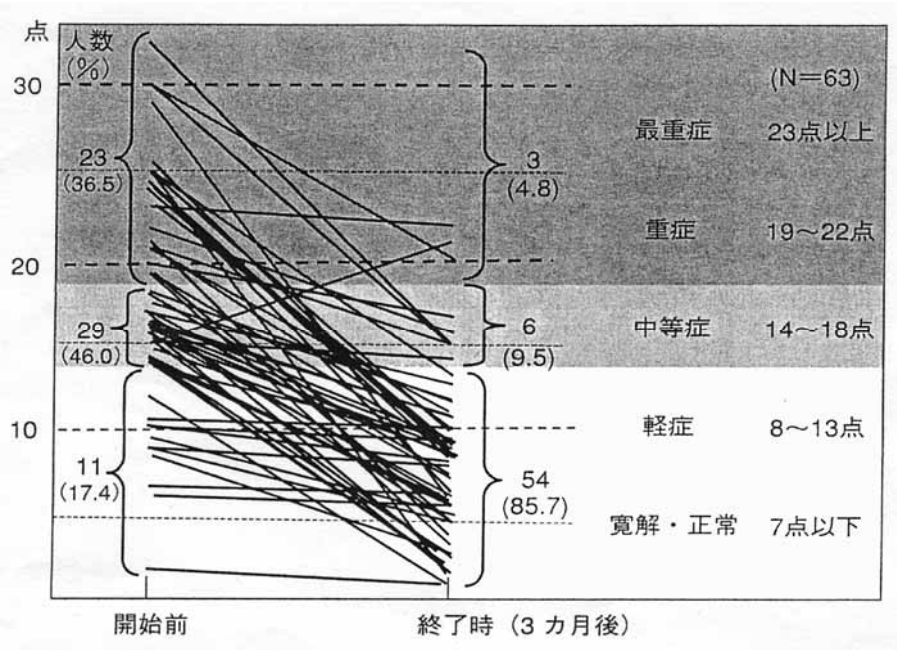


図 3-2 Hamilton 構造化面接(HAM-D)による客観的評価（仲本、2007 より引用）

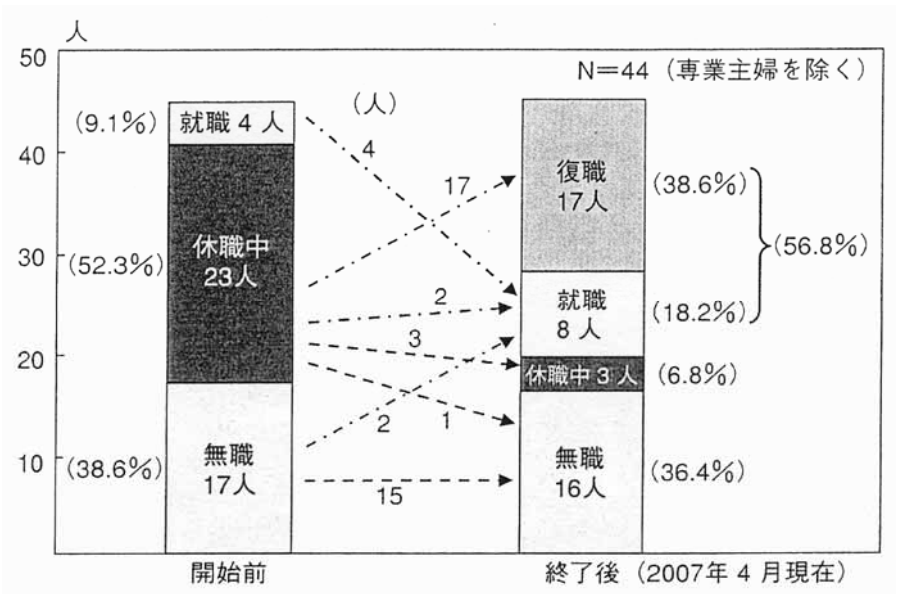


図 3-3 就労状況の転帰（仲本、2007 より引用）

次に、同じく精神保健福祉センターにおける取り組みとして、菅原らの「うつ病リターンワークコ

ース」に関する報告を概観する。

この精神保健福祉センターにおいては、「トライワークプロジェクト」として、離職者が一般就労を目指すコース、気分障害の休職者が復職を目指すコース、主に統合失調の休職者が復職を目指すコースの計3コースをデイケアに設けていることが特徴である。このように、目的が復職か再就職か、障害が気分障害か統合失調症かによって対象者を分け、同質性の高いグループ構成により支援を行っていることは注目に値する。3コースのうち、気分障害の休職者が復職を目指すコースが、「うつ病リターンワークコース」に該当する。

「うつ病リターンワークコース」は、「職能回復訓練」、「再燃予防指導」、「通勤訓練」を「復職リハビリテーションの3要素」と考えプログラムを構成している。

また、図3-4のとおり、復職リハビリテーションのプロセスを5段階、すなわち、通所安定期、復職準備前期、復職準備後期、通勤訓練期、復職安定期に分け、その段階ごとに目標や課題を設定している。このように段階ごとに目標設定を行う点等は、うつ病専門病棟における原田らの取り組みの特徴と共通する点である。

なお、これらの取り組みから菅原らは、復職困難群に関する大変興味深い分析を行っている。このことについては、後の(6)「職場復帰を困難にする諸要因」において改めて触れることにしたい。

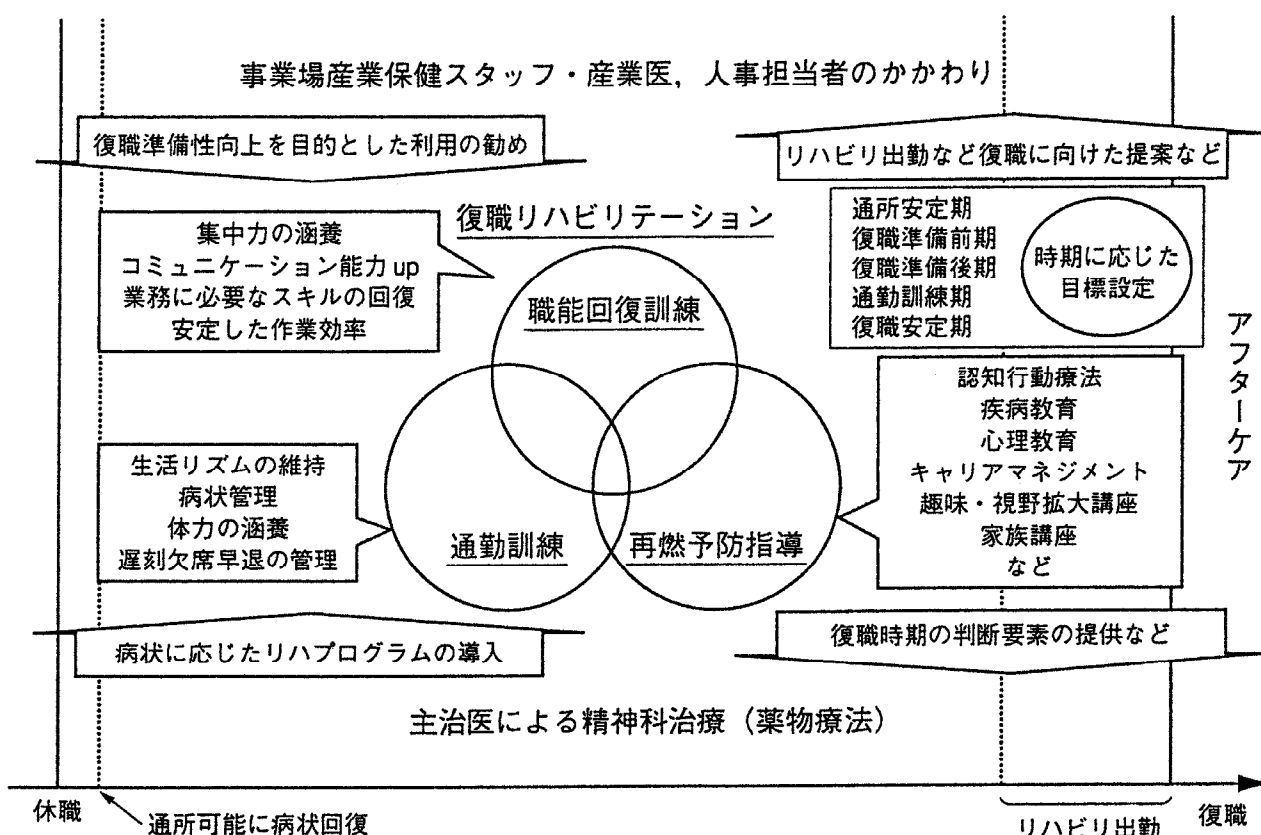


図3-4「復職リハビリテーション」の概念図（2007、菅原より引用）

ウ．医療機関の「デイケア」における職場復帰支援の取り組み

職場復帰支援のための医学的リハビリテーションに、国内の医療機関として初めて取り組んだのは秋山である。秋山は、1997年11月から、精神疾患により長期に休職している者を対象とした「職場復帰援助プログラム」をデイケアの枠組みで行っている（秋山ら、2007）。こうした取り組みは、他の医療機関にも大きな影響を与え、復職準備性の向上や復職後の再発予防に資することを目的としたデイケアの開設が徐々に広がりを見せることとなった。

ここでは、秋山の他、文献調査の対象となった、五十嵐（2007）や船橋ら（2007）の報告も含め、医療機関の「デイケア」における職場復帰支援について概観する。

（ア）プログラムの内容

プログラムは機関ごとの特徴はあるものの、オフィスワークと呼ばれるパソコン操作を含む事務課題、グループワーク（コミュニケーションや運動、余暇等）、心理教育プログラム（うつ病講座、キャリア、認知療法等）を中心に構成されている。

実施頻度は、週3～5日、1日2～6時間と様々であるが、プログラム導入時には短時間から開始し、回復状況に応じてプログラムへの参加を段階的に増やしていくことは各機関に共通している。

（イ）プログラムの効用

a. 生活リズムの改善

休職者が計画的にプログラムに参加することは、午前中からコンスタントに活動できる生活リズムの回復や、継続して通所する体力の向上に有用である。自宅療養だけでは掴みづらいこれらの回復状況を、休職者自身が理解することにつながる。

b. 作業能力の向上

精神疾患の場合、主たる症状が消えても作業遂行性には低下が見られ、作業的なリハビリテーションが必要との考えからオフィスワークが行なわれている。パソコンを使用する課題を中心に、クロスワード、数独、検定試験問題、職務に近い作業等、多様な課題を通し、作業能力や作業耐性の向上が図られている。秋山（2007）が、もともとの能力や体調を無視して課題を付与すると、症状悪化のおそれがあるとの理由により、「課題の選択に際しては作業分析を基にした段階づけが重要」と述べているように、各機関の作業課題のメニューは多様なが、基礎的な作業から開始し、徐々に実際の職務に類似した作業へと段階的、個別的に課題を選定していくところが多い。

c. 参加メンバーによる支えあい

グループ活動や認知療法での話し合い、交流、情報交換が、何れのデイケアでも重要な機能をもつものとして捉えられている。休職者は、自宅療養中は概して孤立し他者との交流が乏しくなりがちである。そのような状況にある休職者が、職場復帰という同じ目標をもち、精神疾患により休職しているという同質性の高い集団プログラムに参加することは、類似の経験や感情の共有、情報交換を通じて、ものの見方を広げることに繋がり、相互に助け合う経験は自己効力感の向上に寄与することが各機関の報告に見られる。舟橋ら（2007）が、「孤立化を防ぎ、共感しあう仲間ができる。

更に、自分が人の役に立ち、誰かの役に立つことが出来るという自信回復」に至ると述べ、また、秋山（2007）が、「話し合いを通して、「つらいのは自分だけではない」、「こういう考え方もあるのか」という気づきにつながるが多い」と述べている通りである。

d. 自己理解の支援

プログラム全体を通じて、参加者が自分自身の認知や行動の傾向を知り、より適切な自己理解ができるよう導いていくことが重視されている。その背景は、参加者自身の評価と実際には乖離があり、この「ズレが修正されずに職場に戻ることは、再発の大きな要因になりうる」（岡崎ら、2005）ためである。各プログラムを通じ、参加者は自身についての様々な情報を得て、それらを「振り返りシート」や「記録シート」の類に記し、スタッフは面談やプログラム運営を通じ、休職者が自己評価と実際の課題遂行能力等との乖離を埋められるようサポートしている。つまり、「自分の状況・状態を把握し、活動量をコントロールできるように学習することが重要」（岡崎ら、2005）との考えのもと、自己理解の促進を図っているのである。なお、これらの機関ではナース、作業療法士、心理士、精神保健福祉士他、多職種のスタッフで構成されていた。

また、五十嵐（2007）は自己理解を促進する方法として、生活リズムが十分に整い日中の気分が改善された頃に、休職に至ったプロセスの自己分析を課している。五十嵐は、職場復帰後に同じ要因で再休職する事例が多いが、その際に原因の全てが環境要因にある場合は極めて少なく、通常は本人側の要因も存在するとした上で、「自分を取り巻く環境にどのような変化があったかに加えて、その結果として憂鬱な気分や不安等の症状が現れたプロセスを自分自身に内在する要因とも関連づけて内省したことを文章化し、休職してから現在にいたるまでの経過を自己分析させている。（中略）自分に多少なりとも原因があるということを理解することは再発、すなわち、再休職を防ぐ観点で重要なポイント」であるとその意図を説明している。自己理解と再発予防の関連性を認識した岡崎らの上述の指摘と同類の指摘である。

さらに、この自己分析のような心理的負荷のかかる作業に取り組むことは、「病状が変化しない程度に病状が改善」していることを確認する意味でも重要としている。そして、こうした過去のプロセスに向き合う作業を行っても「病状が変化しない程度にまで改善していないと、職場復帰に向かって歩みを進めることは難しい」とも述べている。

その他、機関によっては、家族支援を目的とした家族教室の実施、職場復帰支援プログラムに進む前段階の生活指導からの関わり等、特色をもたせているところもある。

また、どの機関においても集団認知療法は重要なプログラムとなっているが、五十嵐のデイケアでは、職場復帰した後に、デイケア終了者のグループを活用して実施していることが特徴である。集団認知療法に職場復帰後の再発予防の機能をもたせている点、現役の通所者と終了者の交流会を設けている点等、デイケア終了後のフォローアップの観点からも、先駆的な取り組みと言える。

(6) 職場復帰を困難にする諸要因

うつ病を中心としたメンタルヘルス不全体職者の職場復帰支援に関する問題点として、岡崎ら（2006）は、「復職後の高頻度のうつ病再発・休職」を過去の調査をふまえて指摘している。また、大西ら（2004）は、「復職を表面的に果たしたものの職場の戦力とはなり得ず」に職場が抱えている事例の存在を指摘している。

また、島ら（2004）は、「精神障害による疾病休業に関する調査」に基づいて職場復帰後の転帰に関して述べている。それによると、調査対象の 108 例のうち、不良な転帰は 1/3 あり、これらの転帰不良群に関与する要因として、低発症年齢、未婚・離別・死別、気分障害以外の精神障害、業務上の要因とは区別される要因、例えば配偶者との関係等の個人要因が考えられ、こうした個人要因への目配りや、「適切な復帰時期の選定や復帰条件」の必要性を示唆している。

このように、職場復帰が必ずしも円滑に進まないケースが少なからず存在することは、近年複数の文献の指摘に見られる。そこで以下では、近年の文献の中から“職場復帰を困難する要因”に関する認識に注目し、「リハビリテーションの課題」、「診断や告知の課題」、「職場環境の課題」、「休職者の課題」、「薬物療法だけでは回復が困難な課題」「その他」の 6 領域に分け整理することにする。

ア．リハビリテーションの課題

休職者を取り巻く環境の課題の中でも、とりわけリハビリテーションの問題について端的に指摘しているのは、野村（2006）である。野村は、精神医学の世界では長い間うつ病は、「繰り返すことはあったとしても、本来進行性のものでも、後遺症的なものを残すわけでもない経過良好の病気」として受け止められてきた歴史があり、「うつ病にリハビリテーションが必要」という考え方は疑問視されていたことを指摘し、国内外共に、「学問的なレベルでのうつ病のリハビリテーション研究は全く遅れている」と述べている。

さらに、これまでのうつ病のリハビリテーションは、「身体的なリハビリテーション、老人医療のデイケア、統合失調症やアルコール依存等の既存の障害リハビリテーションプログラムが参照とされ、実践活動が行われてきた傾向がある」ことや、「必ずしもうつ病の病因論、特に慢性化するタイプの病態論を基盤としたものではなかった」と問題点を指摘している。

その上で野村は、今後は「科学的なリハビリテーション技術の確立」が必要になるとして、①これまでの各種療法を含んだ、うつ病リハビリテーションの試行に関する効果検証、②検証に必要なうつ病の病態生理研究、③心理学的な問題点の抽出等が重要であると提唱している。

医療機関における職場復帰支援に特化したリハビリテーションのプログラムがわが国で開発されたのは 1990 年代後半になってからのことであり、支援が開始されてから見えてきた問題も含め、山積する課題を鋭く指摘したものと言える。

イ．診断や告知の課題

菅原ら（2007）は、職場復帰支援専門のデイケアの実践を通じて、プログラムを利用した後、職場復帰できなかった事例や中途自主退所した事例、あるいは職場復帰はしたものの職場適応が困難であった事例等を“当センターのプログラムでは復職が困難であった群”として分析し、4つのタイプに分類したが、そのうちの一つに「不適切診断・治療」群を見出している。この「不適切診断・治療」群とは、具体的には、単極性の気分障害と診断されたり告知されてはいるが、統合失調症や人格障害圏に属すると考えられる事例や、双極性の気分障害と考えられる事例を指す。

菅原らの実践のうち、2005年5月からの18ヶ月間の利用者の24.3%がこうした「不適切診断・治療」群に該当し、この群が「復職事例」に占める割合は15.7%であったのに対し、「復職以外に転帰した事例」に占める割合は40%と、適切な診断の有無と利用者の転帰には大きな差があることを述べている。

島（2008）もまた、「最近DSM-IV-TRの二軸には該当しないレベルの人格的問題や軽度の広汎性発達障害をとまなう事例が増えている」と指摘している。診断の困難性や告知の困難性が背景にあるものと類推されるが、職場復帰に向けた適切なリハビリテーションを受けるにあたり非常に重要な指摘であろう。

ウ．職場環境の課題

また、退職者の職場復帰にまつわる職場環境の変化として、島（2006）は、①人員削減により、必要最小限の人員配置で運営する職場が増加したこと、②成果主義が一般化し復職過程にある社員も含め職場単位の評価が厳しくなり、復職時点で一人前の職務遂行が要求されるようになっていること等を挙げ、退職者の円滑な職場復帰を実現できにくい状況が発生していると指摘している。

このことは、菅原らが復職困難群の分析における4分類の一つとして挙げた、「職業適性・能力不適合」群と関連するものであろう。菅原らは、「リストラが進み、職員1人あたりの仕事量が増大し、多くの役割やスキルが求められている現在の事業場では、作業能力が及ばないために職場不適応となり、退職を繰り返し復職できない事例が復職遷延事例の中には数多く存在していると考えられる」とし、労働者が産業構造の目まぐるしい変化に晒される今日の見過ごせない問題を指摘している。こうした「職業適性・能力不適合」に対する菅原らの取り組みとしては、職種に応じたパソコン訓練や、その他の実務的な共同作業、また、コミュニケーション訓練等の付与があり、「自信をつけて復職させることが重要」と述べている。

エ．退職者の課題

退職者の課題として、菅原ら（2007）は、専門家の客観的な視点を取り入れて職場復帰へのリハビリを計画することが重要としつつも、まずは退職者自身の「復職への強い意志」が前提である旨を述べている。秋山（2007）は、規則正しい生活リズムや活動の維持等に関し「自助として節制や努力をす

ること」、「自分の脆弱性についても認識し、適応力を改善するよう努力すること」の大切さを指摘している。また、渡邊（2007）は、「メンタルヘルス職場復帰困難事例への対応に関する研究」に基づき、企業が困難事例において、「病識」、「協調性」等の本人側の課題を感じている実態を指摘している。その他、「みずから相談すること」、「認知（ものの見方・とらえ方）を整理すること」（荒武ら、2006）等、本人側の努力課題についての指摘が見られる。

これらの指摘は、いずれも職場復帰に向けた準備の基本を成すものであり、どれが欠落していても職場復帰を困難にする要因となり得るものと考えられる。

オ．薬物療法だけでは回復が困難な課題

近年、職場復帰支援を行ってもなお難しさの残る課題について様々な指摘がでてきている。島（2008）が、「人が成長し社会性を身につけていく過程では、困難な事態を克服していくことが必要であると思われるが、そうした問題解決能力が未発達な事例が多い」と指摘しているのもその一つであり、短期的な職場復帰支援プログラムの期間だけで解決することが難しい発達的な課題を伴う事例があることを示唆している。

また、伊藤ら（2006）は、「職場復帰を望みながらもそれに結びつかない労働者が増加している」とし、「復職できない理由」を、①生物学的要因（薬物治療の限界等）、②環境的要因（職場の過重負荷等）、③性格因子（ストレス耐性の低さ等）から考察している。そして、薬物療法だけでは改善が「頭打ち」となるケースにおいては、性格因子にも焦点をあてたアプローチの必要性を述べている。

更に、菅原ら（2007）もまた、既述した復職困難群の分析における4分類の一つとして「復職回避うつ」群という概念を用い、こうした薬物療法だけでは回復困難な群を捉えている。

従来型の「内因性のうつ病」というカテゴリーで捉えにくい群については、既に様々な概念が提案されているが、菅原らは、復職困難性との関連でこれらの群の特徴を事例から抽出し分類を試みている。菅原らは、「趣味中心の生活では行動に全く支障がなく、気分症状は否定するが、強い不安焦燥感や多彩な身体症状を訴え、それを理由に復職を渋る群」がいることに注目し、「以下の7つの特徴のうち4つ以上を有するような一群を、（内因性）うつ病による休職とは異なったアプローチの支援が必要なグループと考え、「復職回避うつ」と呼称した」とし、次の7特徴を挙げている。

- ① 病状に比して休職期間が長く、生活に困らない限り復職しようとししない。
- ② 休職後急速に気分は軽快し、趣味やスポーツを問題なく楽しむ。
- ③ 復職には一見熱心だが、復職に向けた具体的な動きを開始すると強い不安焦燥感や身体症状を訴え、それを理由に復職の延期を主張する。
- ④ 事業場あるいは家庭の劣悪な環境のせいでうつ病になった。自らは被害者であると主張し、対象を非難するような発言を繰り返し内省に乏しい。
- ⑤ 非難する一方で解雇されることは恐れ、転職もほのめかすが実際に就職活動をすることは稀で、いつとは明言しないが復職する意思は表明し続ける。

⑥ 復職期間を長くするために、主治医や事業場に対してしばしば嘘をつく。

⑦ 高学歴あるいは職業技能有資格者で、職業適性や能力の問題で不適応になったわけではない。

菅原らは、全利用者の 37.8% (74 例中 28 例)、また、転帰が決定した者の 29.1% (55 例中 16 例)がこの「復職回避うつ」に該当するとした。転帰が決定した群 (55 例) に占める復職者の割合は、「復職回避うつ」以外では 87.2% (34 例) であったのに対し、「復職回避うつ」では 68.8% (11 例) と相対的に低い結果であったと指摘している。また、転帰別に見る「復職回避うつ」の割合として、「復職」に転帰した 45 例中では 24.4% (11 例)にとどまったのに対し、「復職以外」に転帰した 10 例中では 50% (5 例) を占め、中途自主退所事例も 3 例と多かったことを挙げ、この群の特異性をデータをもって考察している。

更に菅原らは、「復職回避うつ」の休職の要因は、「仕事が量的にこなせないためではなく、対人コミュニケーションや仕事の質的満足度に起因する場合が多く、抑うつ症状評価尺度の主観評価と客観評価が乖離し、病状の認知に問題があると考えられる事例が目立った」との分析を述べている。また、これらの困難群についての対応としては、「より早期の復職を果たし、再度の休職を予防するためには、(内因性) うつ病のグループとは別の援助技法が必要」と指摘した上で、「集団認知療法や、グループミーティングでの認知の修正の強化、キャリアマネジメントがある程度成果を挙げている」と報告している。

カ. その他

菅原らは、支援対象者の転帰から、復職困難性に関連する要因として、①年齢が 40 歳以上、②女性、③配偶者がいない、④単身生活者、⑤罹病期間が長い、⑥利用前休職期間の合計が長い等の 6 要素を抽出した。

また、舟橋ら (2007) は、支援の困難事例の中に、程度や質の差はあるが、①双極性Ⅰ型、Ⅱ型障害、②パーソナリティ障害、③発達上の障害、もしくは広汎性発達障害、④家族の理解の欠如等の要素があることを報告している。

4. まとめ

本章では、職場復帰支援を行う計 8 機関を調査対象機関とし、3 種類の特徴的な取り組みとして、医療機関入院病棟、医療機関デイケア、公的機関デイケアにおける職場復帰支援の実際を中心に考察した。また、今日、職場復帰を困難にする諸要素についてどのような認識があるかについても概括的に触れた。

入院病棟における職場復帰支援の取り組みは、うつ病に特化したクリニカルパスをもち、医療の初期段階より「医療から職業リハビリテーションへの円滑な移行」を意識することの重要性を示唆する先駆的な取り組みと言える。入院病棟、通院外来に関わらず、医療機関において、休職者に必要な生活指導・助言、心理教育等が行われることは、円滑な職場復帰支援プログラムへの移行の素地となるであろう。

また、デイケアにおける職場復帰支援においては、グループワークの効果が意識され、作業や通勤の

ウォーミングアップに加え、認知、キャリア、ストレスマネジメント等を中心としたグループプログラムがメニューの主流を成しており、同質性の高いグループ構成を行うことの有用性が示唆された。そして、これらプログラムの目的は、個々の休職者に対する知識付与や作業的なウォーミングアップにとどまらず、プログラムを通じた病気理解・自己理解を促進することにあった。

更に、職場復帰を困難にする諸要因として、うつ病の中にも多様な背景をもつ病態があることが認識され、幾つかの類型化の試みや復職困難性に関連する要因が抽出されつつあった。事業所にとっても支援機関にとっても、こうした復職困難性への対応は未だ試行錯誤の途上にあるものと言える。

第3章の調査対象文献

秋山剛・岡崎渉・田島美幸(2007)総合病院精神科における取り組み、精神科、11(6), pp.454-459.

原田健一・牧賢美・藤井美香・大磯宏昭・堀田宣之(2007)うつ病専用病棟における復職支援の取り組みーリワーク事業との連携による支援ー、日本精神科病院協会雑誌、第26巻第11号、pp.39-43.

舟橋利彦・中村眞・柴田ゆり・樋口未佳・桜井房枝・堀尾篤史・川崎友美・柴田恵理子(2007)ルーセント・リワークセンターでの復職状況ーDSM-IV-TRを用いた復職困難事例の傾向、産業精神保健、15(4), pp.254-259.

五十嵐良雄(2007)精神科クリニックにおける復職支援プログラム、精神科、11(6), pp.460-467.

北島潤一郎(2008)うつ病患者への休業から復職までの多面的支援ーケースワーク・生活指導・薬物療法・精神療法ー、精神科臨床サービス、第8巻第1号、pp.48-54.

松永美希・岡本泰昌・鈴木伸一・木下亜紀子・吉村晋平・吉野敦雄・山脇成人(2007)大学病院精神科における取り組みー集団認知行動療法プログラムによる復職・社会復帰支援ー、精神科、11(6), pp.468-474.

仲本晴男(2007)精神保健福祉センターにおける「うつ病デイケア」の取り組み、精神科、11(6), pp.448-453.

菅原誠・福田達矢・野津眞・川関和俊(2007)「復職できるうつ」と「復職が困難なうつ」、精神医学、49(8), pp.787-796.

引用・参考文献

秋山剛(2007)職場復帰について.精神医学、49(6), pp582-590

秋山剛(2009)職場復帰準備性評価シートの開発.厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 こころの健康科学研究 平成20年度総括・分担研究報告書 リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療に関する研究、pp119-146
(<http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do>)

荒武優・田中克俊(2006)管理監督者および産業保健スタッフ等の役割.安全と健康、7(7), pp694-696

広瀬徹也(2008)遷延化したうつ病.精神科臨床サービス、8(1), pp129-132

伊藤正之他(2006)復職デイケアの可能性.臨床精神医学、35(8), pp1079-1083

小嶋秀幹・中村純(2006)病休・休職者の動向とうつ病.臨床精神医学、35(8), pp1047-1051

黒木宣夫(2007)蔓延性うつ病—事例からの検討—. 産業精神保健、15(4), pp233-238

野村総一郎(2006)うつ病医療におけるリハビリテーションの意義. 職リハネットワーク、58 巻、pp3-4

難波克行(2008)復職準備チェックシート

(<http://e-doc.no-ip.com/wp-content/uploads/2008/10/checksheet.pdf>)

岡崎渉・音羽健司・秋山剛(2005)職場復帰のメンタルヘルス；職場復帰プログラム. 臨床看、31(1), pp35-39

岡崎祐士・西田淳志・伊藤雅之(2006)うつ病で病休・休職中の患者の「復職可能」診断をめぐって—うつ病患者復職準備度尺度試案—. 臨床精神医学、35(8), pp1059-1067

岡崎祐士(2007)病休・休職中のうつ病患者の復職可能性判定を客観化するための評価尺度と質問紙の開発. 厚生労働科学研究費補助金 労働安全衛生総合研究事業平成 18 年度総括・分担研究報告 労働者のメンタルヘルス対策における地域保健・医療との連携のあり方に関する研究、pp42-47

(<http://www.medic.mie-u.ac.jp/pubhealth/kouroukaken/manual/RID.pdf>)

大西守・黒木宣夫(2004)職場復帰と診断をめぐって. 臨床精神医学、33(7), pp895-898

島悟・佐藤恵美(2004)精神障害による休職者に関する調査. 産業精神保健、12(1), pp51-54

島悟(2005)精神障害による休職者に関する調査. 厚生労働科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 労働安全衛生総合研究 平成 14 年度～平成 16 年度 総合研究報告書 うつ病を中心としたところの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究、pp82-90

島悟(2006)復職後のうつ病再発の問題. 臨床精神医学、35(8), pp1053-1057

島悟(2008)うつ病リワーク支援の現状と課題. 精神障害とリハビリテーション、12(1), pp24-28

渡邊美寿津(2007)「メンタルヘルス職場復帰困難事例への対応に関する研究」調査より. 産業精神保健、15(4), pp246-253

おわりに

産業界を取り巻く状況は、今後とも絶えざる変化を重ねていくことが予想される。このため、労働者にとっても企業にとっても、変化に適応し続け、それと同時にメンタルヘルスを保持するという二つのテーマの両立は一層難しい課題となっていくであろう。そして、メンタルヘルス不全体職者に対する職場復帰支援は引き続きニーズの高いサービスの対象であり続けると考えられる。

このような状況下にあって、本文献調査から示唆された、今後のメンタルヘルス不全体職者の職場復帰支援の課題を整理してみたい。

1. うつ病のリハビリテーションの再検討

第1章では、戦後60年間にわたる職場復帰関連文献の変遷を通じ、わが国において、中途障害者の職場復帰に関する議論が、“能力開発”、“適材配置”、“低下した能力や自己イメージ、ライフキャリア等の再構成”といったリハビリテーションの視点を増やししながら進展を見せてきたことを確認した。しかし、メンタルヘルス不全者が職場復帰関連文献の中心をなすようになった2001年以降、このような視点は必ずしも前景に出されてきたとは言えず、うつ病のリハビリテーションの遅れが今日指摘されるに至って、改めて「うつ病のリハビリテーションの再検討」という課題が浮かび上がった。

また、第3章では、職場復帰支援の臨床において、うつ病の中にも多様な背景をもつ者がいることが認識され、幾つかの類型化の試みや復職困難性に関与する要因の抽出がなされつつあることが分かった。こうした作業は、未だ試行錯誤の途上にある。

以上から、より具体的な課題として、先ずは、うつ病の類型、或いは、残遺症状の程度や病態の背景因がどのように職業能力・職場適応に影響するのかについて、検討を進めることが必要である。そして、この検討に基づき、疾病罹患によってもたらされた変化に対する個人の再統合、職業生活への再適応という論点に焦点をあてた、活発なうつ病リハビリテーションの議論と、効果的なリハビリテーション技法の開発が進むことが望まれる。

2. セルフマネジメントを支援・促進するツールの開発

第3章では、職場復帰支援機関が、知識付与やウォーミングアップを行うプログラムを通じて、支援対象者が自己理解に根ざしたセルフマネジメントスキルを獲得していくことに支援のポイントを置いていることを確認した。このことは、幾つかの調査（「メンタルヘルス不全による休職者の職場復帰に関するアンケート」（2008、障害者職業総合センター）、「メンタルヘルスの取り組み」に関する企業アンケート調査（2008、社会経済生産性本部）において、休職者だけでなく、在職者に対する企業側の期待内容とも一致することを示しており、“復職者・在職者自身が病気の特徴を理解すること”、“気分やストレスなどを自己管理すること”、“不調感に自ら気づくこと”が求められている。このように、職場復帰事例を積み重ねる過程で、支援機関も企業も、メンタルヘルス不全の発生予防、

再発予防の観点から、適切な自己理解に基づいたセルフマネジメントの必要性を強く認識していることが推察される。

したがって、今後は、“休職過程で利用するプログラム”の充実が図られるだけでなく、メンタルヘルス保持のために“職場において日常的に活用可能なセルフマネジメントツール”についてもニーズが高まるのではないかと考える。メンタルヘルスの状態は、悪化しない限り、周囲の観察のみではとらえどころがなく、職務課題に傾注している労働者自身にも自覚されないことがしばしばある。セルフマネジメントを支援するツールを活用することにより、特に職場復帰支援プログラムを受けた復職者においては、プログラムの学習効果を職場において維持する試みが具体化されやすく、また、産業保健スタッフ、或いは医療者や支援者らにとっては、対象者の状態把握・支援に資するものと考えられる。

3. 職場復帰支援を取り巻く多様なシステムへの視点

本研究を通じ、職場復帰支援をめぐる多様な階層のシステムが関与していることが把握できた。

第3章において、休職者の治療プロセスの初期段階より「医療から職業リハビリテーションへの円滑な移行」を見通して支援することの意義が示唆されている。これをシステムとして可能にしていくためには、今後、医療機関において十分な心理教育や職場復帰支援機関との機関連携を可能にする、パラメディカルスタッフの配置と運営コストの保証が必要と思われる。

また、複雑な背景をもち復職困難性の高い休職者の支援については、一支援機関が有する機能とプログラム実施期間では対処しきれない課題が含まれており、各機関の得意分野を活かした実践例の情報交換など、ネットワークシステムを構築し、知見を深めていくことが必要である。

第2章では、企業においてメンタルヘルス施策は、社内体制の充実化や事業場外資源活用の活発化のように一定の進展を見たものの、企業を取り巻く状況が容易には好転しない中でこの施策を推進していくことの難しさを抱えていることが示唆された。各企業の文献に見られたように、メンタルヘルス不全休職者の急増の背景には、今日のグローバル経済における激しい競争下に置かれた産業界の事情が大きく関与している。このことは、企業、医療、支援機関の支援プログラム等に議論の焦点をあてるだけではなく、企業を取り巻くよりマクロな環境への視点を併せもつ必要があることを意味している。

日本生産性本部のJMI健康調査の蓄積データに関する分析（2008）によれば、「人を育てる余裕が職場になくなってきている」、「組織・職場とのつながりを感じにくくなってきている」、「仕事の全体像や意味を考える余裕が職場になくなってきている」と回答する企業の方が、そうでない企業よりも「心の病」が増加した割合が有意に高いことが示されている。これは、言うまでもなく、休職には至らないその他多数の労働者が置かれている今日の状況であり、メンタルヘルス不全休職者が発生した際の欠員のカバーや、休職者に対する職場復帰後のフォローの担い手を確保する難しさを意味するものである。したがって、どのような仕組みと風土をもった企業システムが、中長期的にメンタルヘル

スの保持に関して奏功するのか、更なる研究が急がれる。

このように、今日のメンタルヘルス不全に関する問題は、多次元のシステムや条件が関与していることから、もはや入職後の社員教育システムとメンタルヘルス施策、或いは事業場外資源による職場復帰支援だけでは根本的な解決をみない困難性を含んでいる。

以上から、メンタルヘルス不全体職者に係る議論においては、事業場外資源と事業所内資源、産業と精神医学、予防医学・公衆衛生学など、多様な階層のシステムに属する知見とその統合が求められているのではないかと考えられる。

本稿では、職場復帰に関する文献を通じ様々な立場からの努力と知見とに触れることができたが、引き続きシステム論的な視野をもって、分野や立場を横断する情報・知見の交換が欠かせないと思う。

資 料 1

「復職準備チェックシート」

(難波克行 <http://e-doc.no-ip.com/wp-content/uploads/2008/10/checksheet.pdf> より引用)

復職準備チェックシート（本人用） 1 枚目

従業員番号	氏名	実施日
-------	----	-----

使い方：復職準備チェックシートは本人用（4枚）と記録者用（1枚）の2つに別れています。本人は記録者の説明を聞きながら、本人用シートに記入します。記録者は本人の回答を助けながら、回答状況を観察し、記録者用シートに回答結果や所感を記入します。このチェックシートの結果は、主治医の診断書、産業医の面談結果や意見書などと共に、復職判定の材料として用いられます。

I. 全般的な健康状態（当てはまる項目すべてに○をつける）

1. () 顔色、肌つやが良くなった。声に張りが出てきた。
2. () 身体の動きがはやり、身体に充実感が出てきた。
3. () おなかがすいて、ご飯がおいしく食べられる。
4. () おなかの調子は安定している。下痢や軟便はない。
5. () すぐに口が渇くことは無くなった。または、以前から口渇が無い。
6. () 微熱や風邪のような症状はなく、体調は安定している。
7. () 自然に外出することができる。

II. 睡眠のリズム（当てはまる項目すべてに○をつける）

1. () 苦勞せず眠りにつける。または、いつの間にか眠っている。
2. () 途中で目が覚めるのは1回以下。目覚めても間もなく眠れる。
3. () 悪夢を見たり、夢を一晩に何度も見たり、寝汗をかいいたりしない。
4. () 自然な時間に目が覚め、寝起きもよい。
5. () 熟眠感があり、日中の眠気などは無い。

III. 疲れやすさ（当てはまる番号に1つだけ○をつける）

(1) 見る・読む作業

- 0：新聞・雑誌は見たくもない
- 1：新聞・雑誌は目次を見るだけ
- 2：長い記事を読む、または、少なくとも1つの記事を最後まで読む
- 3：新聞記事を通して読める。文庫本を数日で1冊読み上げる。
- 4：業務に関する専門書などを集中して読むことができ、おおむね理解できる。

(2) 書く作業

- 0：ペン、鉛筆、キーボードにさわりたくない
- 1：転記したり、文書を見ながらキーボード入力したりできる
- 2：短い文章が作れる
- 3：与えられたテーマの作文、メールや返事などが書ける
- 4：長文や、簡単な事務文書の作成ができる

(3) テレビ

- 0：音がうるさく感じる。テレビの前に行かない。スイッチを切る。
- 1：テレビがついていれば、何となく見る。
- 2：ニュースやバラエティー番組などを見る。
- 3：ドラマなどストーリー展開を追いながら見る。
- 4：好きな番組を楽しんで見られる。

復職準備チェックシート（本人用） 2枚目

III. 疲れやすさ（当てはまる番号に1つだけ○をつける）
(4) 趣味 0：何もしたくない、面白いことは何も無い。 1：趣味の事を考える。 2：趣味を少しやってみる。 3：趣味のために、外出や買い物などの用事を済ませる。 4：趣味のために、知人などに連絡したり、会ったりできる。
(5) 家事 0：横になっていることがほとんど。 1：食器の片付け程度はできる。 2：自室の片付けや、掃除機がけ。 3：浴室など家の掃除をする。せんたくをする。 4：掃除せんたく、食事の支度に加えて、買い物のために外出する。
(6) 外出 0：食事やトイレの他はほとんど横になっている。 1：昼間は起きている時間が多い。入浴はおっくう。 2：入浴はほぼ毎日。短時間なら外出もできる。 3：週に数回は外出ができるが、人混みなどは疲れる。 4：午前中から外出ができる。疲れて寝てしまうことも無い。
IV. 日常生活での対人関係の過敏反応（当てはまる番号に1つだけ○をつける）
(7) 近隣への外出 0：外出できない 1：夜間、近くのコンビニなどに外出できる 2：昼間でも外出ができる 3：隣人とのあいさつや立ち話などもできる
(8) 近隣とのつきあい 0：近所の人と顔をあわせたくない 1：近所の人にあっても、隠れたり避けたりしないでいられる 2：近所の人とあいさつや立ち話程度ならできる 3：近所の会合に出席できる
(9) 子供の相手 0：子供がうるさい 1：子供と一緒にいられる 2：子供と、屋内で短時間なら相手ができる 3：子供の比較的長時間相手ができる。外で遊べる。
(10) 親族との関係 0：同居家族以外、誰とも会いたくない 1：電話なら、同居以外の親族とも対応できる 2：同居以外の親族の来訪に対応できる 3：同居以外の親族を訪問できる（特に配偶者の親族の家）

復職準備チェックシート（本人用） 3枚目

IV. 日常生活での対人関係の過敏反応（当てはまる番号に1つだけ○をつける）

(11) 職場以外の人との関係

- 0：電話に出たくない。電話のベル音に恐怖心がある。
- 1：電話に出て、職場以外の知人とは話することができる。
- 2：職場以外の知人がたずねてきたら、会うことはできる。
- 3：職場以外の知人と外で会うことができる。

V. 職場関係のことへの過敏反応（当てはまる番号に1つだけ○をつける）

(12) 職場の情報

- 0：職場に関する情報を聞くことが恐怖である
- 1：家族となら職場の話もできる
- 2：職場からの郵便や文書进行处理できる
- 3：職場の近くまで行ける

(13) 職場関係者との対人関係

- 0：職場からの電話に出たくない
- 1：職場からの電話に対応できるが、少し疲れる
- 2：職場からの電話に自然に対応できる。
- 3：上司や人事担当者とも対応できる。気分も安定しており、疲れすぎること無い。

(14) 通勤

- 0：外出はできるが、会社には行けない。
- 1：誰かについてもらってなら、会社まで行ける。
- 2：会社にはいけるが、いつもの交通手段や、定時には無理。
- 3：いつもの交通手段で、定時に出勤できる。

VI. 病気の理解と自己管理（当てはまる番号に1つだけ○をつける）

(15) 悲観的な考え

- 0：死にたい気持ちがあり、自殺について具体的に考える事がある
- 1：普段は死にたいと思わないが、頭のすみに自殺についての考えが残っている
- 2：自殺を考えたことを思い出すことはあるが、周囲へ迷惑になるし、解決の手段になるとも思わない
- 3：死は解決にならず、自殺については考えない。今後そんな考えが浮かんだら専門家に相談したい

(16) 症状に関する理解

- 0：症状のことはあまり分からない。
- 1：眠れなかったり、気持ちがふさいだり、仕事に差しつかえる症状がある。
- 2：薬を飲むなどの治療が必要だと思う。
- 3：性格や仕事のやり方を変えていかないと再発すると思う。

(17) 病気に関連する要因の理解

- 0：生活上や、仕事のストレスが病気に関連しているとは思わない
- 1：病気になる前に、生活上や、仕事のストレスがあったと思う
- 2：1に加えて、自分の仕事のやり方や、対人関係の持ち方なども病気に関連したと思う
- 3：2に加えて、再発予防のための具体的な対策を考えている

復職準備チェックシート（本人用） 4枚目

VI. 病気の理解と自己管理（当てはまる番号に1つだけ○をつける）

(18) ストレス対策

- 0：ストレスへの対処法はよくわからない
- 1：いくつか、ストレスの対処法を知っている
- 2：本などで学んで知っている。
- 3：講演会やセミナー、カウンセリングなどで学び、実行している。

(19) 服薬

- 0：飲み忘れたり、自己判断で量を加減したり、飲まなかったりすることがある。
- 1：主治医や家族に言われて、服用している。
- 2：飲み忘れは月に数回以下。薬を飲むことの重要性を認識している。
- 3：服薬を継続することの必要性を理解しており、飲み忘れることもほとんど無い。

(20) 通院

- 0：病院には行きたくない
- 1：家族にうながされて、しぶしぶ受診している
- 2：自分から受診するが、主治医とあまりよく相談できていないわけではない
- 3：定期的に受診し、必要なときには臨時で受診し、相談している。

(21) 生活記録表と出社にむけたリズム作り

- 0：生活記録表を付けられない、付け忘れることが多い
- 1：生活記録表を付けているが、睡眠のリズムが整わない。定時出社できる時刻に起きられない。
- 2：生活記録表を付けており、週に数回は外出できるようになっている。
- 3：生活記録表を付けており、月～金まで定時勤務できることを目指した出社練習をしている。

VII. 回復段階の自己評価（当てはまるものに1つだけ○をつける）

(22) 現在の回復段階

- ☐ 回復初期：睡眠時間が極端に長く、一日中寝ている。
- ☐ 生活安定期①：夜に寝て昼に起きる。家の中でごろごろすることが多い。疲れやすい。
- ☐ 生活安定期②：日中、横にならず起きていられる。少しながら外出できる。意欲も少し戻る。
- ☐ 復職準備期①：午後から短時間なら外出できるが、長時間や人混みは疲れる。
- ☐ 復職準備期②：午前中からも外出できるようになる。集中力や理解力も戻ってくる。
- ☐ 復職準備期③：出社を模した通勤訓練が、継続してできるようになる。
- ☐ 復職可能：フルタイム5日間の出勤が1ヶ月続けられる状態になる。疲れも翌日には回復する。



出典：『病休・休職中のうつ病患者の復職可能性判定を客観化するための評価尺度と質問紙の開発（岡崎祐士 東京都立松沢病院 2007年）』を元にアレンジ。

Designed by ELECTRIC DOC.

復職準備チェックシート（記録者用＋保管用）

従業員番号	氏名	実施日	記録者
-------	----	-----	-----

使い方：記録者は、本人が回答する様子を観察しながら、回答結果や所感をこの記録者用シートに記入します。本人の回答と記録者の所感が異なる項目があれば、所見の欄などに記入します。

健康状態（○のついた項目の数）								
I. 全般的な健康状態	0	1	2	3	4	5	6	7
II. 睡眠のリズム	0	1	2	3	4	5		
III. 疲れやすさ（当てはまる番号に○を付ける）								
(1) 見る・読む作業	0	1	2	3	4			
(2) 書く作業	0	1	2	3	4			
(3) テレビ	0	1	2	3	4			
(4) 趣味	0	1	2	3	4			
(5) 家事	0	1	2	3	4			
(6) 外出	0	1	2	3	4			
IV. 日常生活での対人関係の過敏反応（当てはまる番号に○を付ける）								
(7) 近隣への外出	0	1	2	3				
(8) 近隣とのつきあい	0	1	2	3				
(9) 子供の相手	0	1	2	3				
(10) 親族との関係	0	1	2	3				
(11) 職場以外の人との関係	0	1	2	3				
V. 職場関係のことへの過敏反応（当てはまる番号に○を付ける）								
(12) 職場の情報	0	1	2	3				
(13) 職場関係者との対人関係	0	1	2	3				
(14) 通勤	0	1	2	3				
VI. 病気の理解と自己管理（当てはまる番号に○を付ける）								
(15) 悲観的な考え	0	1	2	3				
(16) 症状に関する理解	0	1	2	3				
(17) 病気に関する要因の理解	0	1	2	3				
(18) ストレス対策	0	1	2	3				
(19) 服薬	0	1	2	3				
(20) 通院	0	1	2	3				
(21) 生活記録表と出社にむけたリズム作り	0	1	2	3				
VII. 回復段階の評価（当てはまる箇所○を付ける）								
(22) 本人の自己評価	回復初期	生活安定期①	生活安定期②	復職準備期①	復職準備期②	復職準備期③	復帰可能	
(23) 記録者による評価	回復初期	生活安定期①	生活安定期②	復職準備期①	復職準備期②	復職準備期③	復帰可能	

その他の所見や特記事項：

資 料 2

「メンタルヘルス不全者の医療、神経心理、産業精神保健に
関連するその他の参考文献」

第1章～第3章における引用・参考文献の他に、職業リハビリテーションの領域で活動する専門スタッフにとって、特に役立つと考えられる情報（主に「うつ病」とその周辺領域に関する情報）を関連文献の中から任意に抽出し、抽出部分の要約を付加した上で、内容別に1～8までのカテゴリーに分類して「情報抽出参考文献」としてまとめた。また、情報を抽出した文献以外の参考文献については、「その他の参考文献リスト」としてまとめた。

I 情報抽出参考文献

1. 「うつ症状、うつ状態」に関する情報

(1) 根津克己（2008）うつ状態と職場①.安全と健康、9(6), pp78-79

根津（2008）は、労働者のメンタルヘルス不全のサインとして4つの特徴（①小さなミスが増える・効率が悪くなる、②イライラしたり、怒りっぽかったりする、③身なりに気を使わなくなる、④人を避けるようになる）を挙げている。

(2) 広瀬徹也（2005）うつ状態（抑うつ症候群）という「状態像診断」の今日的意義.臨床精神医学、34(5), pp537-542

広瀬（2005）は、うつ状態としての状態像を以下のようにまとめている。

- ① 抑うつ気分～日常生活は外見的には普段と変わりなくなされるが、楽しみは少なく機械的に仕事をし、義務を果たしている状態。
- ② 億劫さ～億劫さはうつ状態で高頻度にみられるが、それが“うつ状態”によるものとは自他ともに認識されにくい。仕事にしても家事にしても必要最小限のことはなんとかできるが、それ以外にはできない場合、“怠け”と考えて自責的になったり、周囲から冷たい視線を浴びることになりかねない。仕事は億劫でも趣味はできる場合やその逆の、仕事は億劫ではないが趣味までは考えられないという者もいる。
- ③ 嫌人症～勤労者のうつ状態のはじまりは、しばしば昼休みの過ごし方から見抜くことができる。皆と昼食を食べに行くのが仕事よりも苦痛になるため、弁当を買って職場の自分の机でひとりだけで食べるようになるからである。これは嫌人症といわれる症状のためである。
- ④ 思考、認知の異常～うつ状態は、「現在」も苦痛であるが、それ以上に苦痛に満ちた「未来」と「過去」が肥大して苦悩を増大させる。過去は後悔と自責の念に彩られ、“諦めによる開放”を得ることができない。未来は不安と恐怖で被われ、自信喪失、劣等感に陥り、将来の予定・計画も悪い結末が頭をよぎり、取り越し苦労が絶えない。主観的には「頭が働かなくなった」「何も考えられない」「馬鹿になった」と感じられる。
- ⑤ 身体的愁訴～身体的愁訴には自律神経症状のほかに、全身倦怠感、易疲労性さらには身体化症状といえる精神症状も含まれ、うつ状態の本質ともいえる活力、エネルギーの低下を表している。

(3) 清水徹男（2007）うつ病と睡眠障害.精神医学 49(5), pp471-477

清水（2007）は、不眠はうつ病の 9 割にみられる基本症状であるとし、不眠のタイプを①入眠障害、②中途覚醒と再入眠困難、③早朝覚醒、④熟睡感の欠如に分けている。このうち、入眠障害と早朝覚醒はうつ病に比較的、特異にみられるとしている。

2. 「再発と遷延化」に関する情報

(1) 野口俊文・山田尚登（2000）気分障害の疫学.臨床精神医学、29(8), pp823-827

野口（2000）は、うつ病患者の 20～30％では抑うつ症状が数ヶ月～数年残存することがあり、いわゆる遷延性うつ病として、临床上、大きな問題となっていると指摘している。

また、再発に関しては、退院後の 6 ヶ月以内に 25％が、2 年以内に 30～50％が、5 年以内に 50～75％が再発し、20 年間の平均病相数は 5～6 回と、かなりの頻度で再発が繰り返されていることから、決して予後を楽観視できる疾患ではないとしている。

(2) 岡田剛・岡本泰昌・山脇成人（2007）Functional MRI うつ病の補助的診断法としての可能性.精神医学、49(3), pp285-291

岡田（2007）は、再燃予防のためには、うつ症状改善後もすぐに治療を中止せず、継続療法や維持療法が必要であることは、十分な臨床的根拠によって示されているとしている。しかしながら、薬物療法をいつまで続けるかという問いに対する明確なエビデンスはなく、抗うつ薬の減量や中止の根拠となる生物学的な指標は確立されていないのが現状であると指摘している。

3. 「脳機能画像解析によるうつ病像の評価」に関する情報

(1) 小山文彦（2008）脳血流 99mTc-ECD SPECT を用いたうつ病像の客観的評価法の研究開発－脳の画像によるうつ病像の客観的評価法の開発－.労災疾病等 13 分野医学研究・開発、普及事業 分野名「勤労者のメンタルヘルス」. 独立行政法人労働者健康福祉機構勤労者メンタルヘルス研究センター

小山ら（2008）は、うつ病の客観的診断・評価法の開発が必要であるとし、うつ病症例において脳の血流低下が認められることに着目して、SPECT(Single Photon Emission Computerized Tomography)による脳画像解析による客観的評価法の研究開発を行っていることを報告している。

この報告によると、下表の通り、健常者と比較し、うつ病群（うつ病期）では 25 例中 18 例に左脳（前頭・頭頂部）での相対的血流低下を示したという。

表 1 うつ病群（うつ病期）を健常者群と比較した際の血流低下が認められた部位

（小山ら，2008 より引用）

脳血流低下部位	左脳	右脳
前頭部・中心	30.40%	13.00%
側頭部	8.70%	8.70%
頭頂部	30.40%	0%
後頭部	8.70%	0%

(2) 飯島幸生（2005）メランコリー親和型うつ病の治療に伴う脳血流の経時的変化.精神医学、47(1), pp33-38

飯島（2005）は、メランコリー親和型性格者のうつ病の治療に伴い、脳血流 SPECT（single emission computed tomography）により、経時的変化（極期、1ヶ月後、2ヶ月後、9ヶ月後）を追跡している。それによれば、極期では①頭頂・前頭を中心にした広範な脳血流の低下と、②脳底を中心にした脳血流の増加という二層パターンを認め、うつ病回復に伴う脳血流変化は、頭頂から脳底に向かう方向性を持って緩徐に増加し、9ヵ月後（職場復帰6ヶ月後）においても脳血流は、ほぼ全域で増加するとしている。

4. 認知障害に関係する情報

(1) 岡本泰昌・山脇成人（2006）感情（気分）障害の精神病理と脳科学.神経研究の進歩、50(1), pp133-141

岡本（2006）は、Beck の A B C 図式を基本的枠組みとする認知理論を紹介している。A（activating event）は悩みのきっかけとなる出来事やストレスのことをさし、B（belief）は出来事の受け取り方や信念、C (consequence)は信念の結果として起こってくる悩みや抑うつ感情等をさすという。

岡本は Beck の認知理論において、抑うつ感情（C）を生み出すものは、外界の出来事そのもの（A）ではなく、その出来事をどう解釈するかという認知（B）であり、うつ病の認知障害（微小妄想や思考抑止等）を気分障害の結果としていたこれまでの考え方を逆転させ、認知障害が気分障害を生じさせるとしている点に着目している。

また、Beck 理論の特徴として、自動思考（自分の意志とは関係なく、ひとりでに心にポップアップしてくる否定的な認知のこと）、体系的な推論の誤りと歪み、抑うつスキーマ（より深層にある認知構造や信念体系のこと。例えば「仕事のうでで失敗したら、人としても失敗である」といった信念）という3つのレベルに認知を分けて考えている点を挙げている。

(2) 井上和臣（2008）うつ病に対する認知療法.作業療法ジャーナル、42(2), pp111-115

井上（2008）は、うつ病に対する特殊な精神療法として開発された認知療法は、エビデンスに基づいた実証性の高い治療法の一つとして認められているとしており、治療場面と日常生活場面をつなぐものとして、ホームワークが重視され、思考記録表や日常活動表が活用されていると報告している。

表 2 思考記録表の例 （井上、2008 より引用）

日付	出来事	不快な感情 (強さ0-100%)	自動思考 (確信度0-100%)	合理的反応 (確信度0-100%)	結果 1 自動思考に対する確信度 (0-100%) 2 感情の強さ (0-100%)
	経験したことのないことについて経験年数からできて当たり前と思われ、実際できていないと白い目で見られる。	落胆する 悔しい 腹が立つ	やはり自分がこの仕事に向いていないのではないのか、頭を使わない単純な誰でもできるような仕事しかできないのではと思う	経験したことがないものは最初からできないのが当たり前。次また同じような状況になった時に対処できるよう、頑張っ て勉強しようと思う。	

5. 抗うつ薬の作用および副作用に関する情報

(1) 中村純（2009）抗うつ薬のはたらき方.こころの科学、143, pp12-19

中村（2009）は、うつ病が脳内のセロトニン、ノルアドレナリン、ドーパミン等のさまざまな神経伝達物質の低下を想定した抗うつ薬の投与によって、これらの脳内神経伝達物質が増加し、神経の再生が起こり、うつ病が回復することが報告されているとしている。

セロトニンは不安、いらいら感（焦燥）、緊張感、認知機能、食欲、性欲等と、ノルアドレナリンは意欲低下、興味の喪失等と、また、ドーパミンは統合失調症の病態とも関連し、その低下は特に快楽喪失、食欲、性欲低下等と関連しており、投与後、早くて1週間、多くは2週間してようやく効果がでてくるという。

一方、三環系抗うつ薬は口渇、便秘、排尿困難、かすみ目、性機能障害等の副作用を生じさせることから、その後、より副作用が少ない、パキシル（パロキセチン）、ジェイゾロフト（セルトラリン）、ルボックス・デプロメール（フルボキサミン）等のSSRIや、トレドミン（ミルナシブラン）等のSNRIが市場に出回るようになったとしている。

6. うつ病周辺の障害に関する情報

(1) 近藤毅・栗林理人 (2000) 気分障害の症候学.臨床精神医学、29(8), pp853-862

近藤ら (2000) は、気分障害の亜型の特徴が独立性をもった臨床概念として、以下のように整理されているとしている。

① 双極Ⅱ型障害

双極Ⅱ型障害は、反復する大うつ病エピソードに軽躁病エピソードを伴う病態と定義され、双極Ⅰ型障害（躁うつ病）よりも頻回な病相と、長い病相期間と短い病相間隔を有する特徴がある。

② 気分変調性障害

気分変調性障害は、精神運動制止や罪責感情・自己の無価値感および希死念慮等の症状に乏しく、感情・認知の障害を主体とする。

③ 非定型うつ病

自律神経症状（過眠、食欲増進）や、手足の鉛様麻痺感、対人関係における拒絶への過敏性が特徴としてあげられる。

④ 精神病像を伴ううつ病

一般にうつ病の中でも精神病像を伴う場合は重症度が高く、その頻度はうつ病患者全体の 14% と報告されている。妄想等の精神病症状以外の抑うつ気分、罪責感情、精神運動抑制といった中核的うつ病症状も重症化するとされており、社会機能障害も顕著に認められる。慢性の経過をとりやすく、再発率も高く、再発時には同様の精神病像を伴ううつ病症状を再現する傾向にある。

(2) 仙波純一 (2000) 気分循環性障害.臨床精神医学、29(8), pp919-926

仙波 (2000) は、DSM-IV (1994) における、気分循環性障害 (cyclothymic disorder) の診断基準の要点を次の通りまとめている。

- ① 2 年以上にわたる長期の経過をとり、多数の軽躁症状と軽症の抑うつ症状を繰り返している
- ② 軽躁症状は軽躁病エピソードを満たすが、躁病エピソードの診断基準を満たさない
- ③ うつ病症状は大うつ病の診断基準を満たさない（例えば、持続が 2 週間以内である等）
- ④ 2 ヶ月以上の症状のない期間が存在しない
- ⑤ この障害の前 2 年に、大うつ病や躁病エピソードあるいは混合性エピソードが存在しない

(3) 永山治男 (2000) 季節性感情障害.臨床精神医学、29(8), pp935-943

永山 (2000) は、季節性感情障害は、一定の季節に発症し一定の季節に寛解するうつ病の 1 亜型であり、夏季にみられるタイプと秋冬季にみられるタイプとがあるが、頻度的に後者が圧倒的に多いため、通常は後者を指すとしている。

(4) 中村純・行正徹（2000）アルコール症とうつ病の合併.臨床精神医学、29(8), pp991-995

中村ら（2000）は、抑うつ状態、うつ病患者の中には、アルコール症との関連が強く疑われる症例が高頻度に含まれており、アルコール症による二次性うつ病は決して稀な病態ではないとしている。

特に、うつ状態が遷延している症例では、社会、家族等の人間関係、ライフイベントでの喪失体験等の問題を抱え、それに対する逃避的行動として飲酒がみられることが多いことから、抑うつ状態の者に対しては飲酒行動や飲酒歴を必ず聴取すべきであるとされる所以としている。

(5) 田島治（2000）Rapid cycler.臨床精神医学、29(8), pp945-951

田島（2000）は、1年間に4回以上の病相を反復し、標準的な気分安定薬であるリチウムに対する反応性が不良な治療抵抗性の病態として定義された気分障害である急速交代型（rapid cycler）の特徴として、うつ病相で始まり、病相が頻発化し、自殺企図が高頻度にみられること等を挙げている。

7. リハビリテーション過程に関する情報

(1) 北島潤一郎（2008）うつ病患者への休業から復職までの多面的支援.精神科臨床サービス、8(1), pp48-54

北島（2008）は、復職後に職務遂行能力が十分回復しない事例が多いとし、復職自体がゴールではなく、復職後の能力回復がゴールであると考え、質の良い回復こそが必要であるとしている。

また、メンタルヘルス不全の大半を占めるうつ病休職者にとって達成すべき課題は二つあり、一つは心身の疲労により低下した心的エネルギーの回復を図ること。もうひとつは働き方に関するセルフコントロールを獲得することであるとしている。北島は、うつ病の回復過程を下図により示し、その回復段階に応じた支援のあり方を表3の通りまとめている。

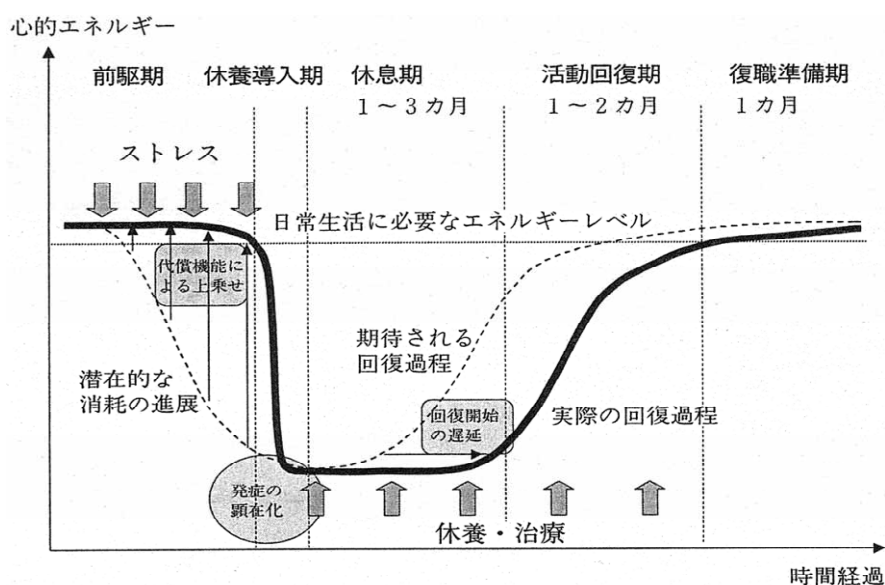


図1 うつ病の回復過程（北島、2008より引用）

表 3 回復の段階に応じた多面的支援（北島、2008 より引用）

段階	目的	ケースワーク	生活指導	薬物療法	精神療法的介入	期間
休養導入期	①休める環境作り ②休むことへの抵抗の緩和	①休業に関する制度の説明 ②(主治医による)休業のための診断書作成	①単身者は実家へ戻すなど ②活動を制限 ③徹底的な休養の促し	①SSRI、抗不安薬 ②十分な鎮静が得られなければ気分安定薬を併用	①休養の重要性の強調 ②本人、家族への見通しの説明 ③復職できることの保証	不定
休息期	質の良い休業の継続		十分な睡眠と栄養摂取	同上	①「役に立たない自分」を受容 ②家族に甘えることを学ぶ	1～3ヵ月
活動回復期	体力増強		運動の促し	SSRIを継続、抗不安薬の減量・中止	好不調の波があることに慣れる	1～2ヵ月
復職準備期	復職に伴う緊張に馴らす	①(主治医による)復職のための診断書作成 ②産業医・人事部門との連絡調整	出勤練習	①SSRIを継続 ②焦燥感が増強すれば気分安定薬を併用	「一時的な揺れ」への対処	1ヵ月
復職後	①発症前の能力回復 ②再燃防止	業務量の調整	週末の十分な休息	①SSRIを継続 ②必用に応じ賦活系薬物を併用	①「疑心暗鬼」の解消 ②無理をしない働き方を習得	6ヵ月～1年

さらに北島は、表 4 により、回復段階に応じた生活指導の目安も示している。

表 4 回復段階に応じた生活指導の目安（北島、2008 より引用）

段 階	睡眠状況	活動可能な時間帯	日中の活動性	外 出	運 動	倦怠感疲労感	仕事への意欲
休養導入期	入眠困難・中途覚醒あり	不規則	時に過活動傾向あり	制限の必要あるが守れない	強迫的にしてしまうことがある	自覚なし	すぐに戻りたいという焦り
休息期	入眠は容易、中途覚醒・早朝覚醒なし	夕方以降	午前午後とも眠気が強い	ほとんどできない	ほとんどできない	常時あり	復職は考えたくない
活動回復期	入眠は容易、中途覚醒・早朝覚醒なし	昼以降	午前は眠気が残るが昼以降は動ける	当初は2時間程度可能 回復が進むにつれ半日程度まで可能	当初は30分程度可能 回復が進むにつれ2時間程度まで可能	活動後に出現	復職を考えると不安になることもある
復職準備期	入眠は容易、焦りが再燃すると早朝覚醒	朝から	午前から動けるが昼寝は必要	半日程度は可能 終日外出すると翌日は疲労が残存	2時間程度可能	活動後に心地よい眠気	復職を自然に受け止められる 時に焦りが再燃
復職後	入眠は容易、時に早朝覚醒あるが再入眠は容易	朝から	午前から動けるが帰宅後1時間程度の仮眠が必要	平日日中は問題なし、夜間や休日に外出すると疲労蓄積	休日に軽い運動程度	勤務後は疲労感あり、休日は臥床がち	その時点でできることをやる

8 うつ病の治療に関する情報

(1) 広瀬徹也（2008）精神化臨床サービス、8：129-132

広瀬（2008）は、急性期後の小精神療法の必要性と留意点を以下の通り整理している。

① 治療関係を保つ

患者が医師を信頼していることが治療的にプラスに働く。患者の信頼を得るには苦痛に共感し、悩みを理解する努力を続けるという精神療法の基本を守り、治療者自身が患者の回復を強く信じて諦めないことが肝要。

② 改善点を指摘する

多少とも良くなっている点を繰り返し患者に指摘することが、悲観的観念の悪循環から脱却するきっかけとなる。

③ 反復される「いつ治るのか」という質問にどう答えるか

できるのにしていないことがないかを話題にする方が生産的であり、上記のような改善点を指摘しながら、努力目標を挙げていく。「治らない」ことをめぐって患者、治療者が綱引き状態になるのを避ける。

④ できることから始める努力

急性期には何かしたくなるまで寝たければ寝ていてよいという指導でよいが、急性期後においては、この方針は遷延の元になりかねない。何かしらできることがあり、それから始めていくことが急性期以後は必要。

⑤ 運動の勧め

散歩等の運動によって生活リズムができるだけでなく、運動療法の効果によって、うつ病の遷延を脱する契機となりうる。

⑥ 甘え（依存）の葛藤を扱う

うつ病が遷延すると治療者や家族に甘えが顕著となり、これが悪循環的になって双方が疲れ果てる。患者の甘えはある程度許容しつつ、折りに触れて甘えを指摘していくことが必要。

⑦ 生活状況を話題にする

生活史に関する話題を取り上げる場合、過去を探索するよりも、現在の生活状況を明確にすることの方が現実思考的なうつ病者には抵抗が少なく、治療に対し積極的な協力も得られる。

⑧ 苦労話を聞く

生活史に触れながら患者の苦労話を引き出し、積極的に耳を傾けることは、現在の苦痛を聞いて共感することに並ぶ価値がある。

⑨ 希望を与え続ける

絶望している患者に、どんなに些細なことであっても現実の生活にまだ希望といえるものがあることを指摘し続けることが重要。これが本当の励ますことと、勇気づけること(encouragement)であり、禁忌とされる叱咤激励とは異なる。

⑩ こだわりの解消

患者の歪んだ価値観、過敏さ、トラウマ、思い込み等が絡み合っている状態を解消するのは容易でないが、理解を示しながら具体的に小さな解決策を、その都度提示して悪循環からの脱却を

目指す。

(2) 大野裕・水島広子 (2000) うつ病の精神療法.臨床精神医学、29(8), pp1063-1066

大野他 (2000) は、米国精神医学会のガイドラインの中で重要視されている認知療法と対人関係療法について、以下の通り解説している。

① 認知療法

認知療法とは、人間の情緒が認知のあり方によって大きく影響を受けることから、認知のあり方に働きかけて情緒状態を変化させることを目的とした短期の精神療法である。

認知療法では、思考／認知過程の歪曲を表層の「自動思考」と深層の「スキーマ」という2つのレベルに分けて考えている。「自動思考」とは、自動的に沸き起こってくる思考およびイメージであり、「スキーマ」とは、その人の基本的な人生観や人間観であり、心の深層に存在している個人的な核心である。こうした「自動思考」や「スキーマ」は私たちの瞬間的な判断を助ける適応的な働きをしているが、なんらかの要因でそのバランスが崩れると認知の歪みが生じ、それが「自動思考」として意識され、同時に行動、感情、動機の障害が現れてくる。

こうした、思考－感情－行動－思考の悪循環を断ち切るためには認知過程の修正が必要であり、(1)否定的な自動思考やイメージを明らかにして認知の歪みを検証する、(2)より柔軟性のある認知とスキーマを形成する、(3)新しい適応的な認知反応と行動反応に習熟するプロセスへと進んでいく。

なお、認知の修正には、「5つのコラム法」と呼ばれる方法を用い、「精神的に動揺した場面」、「そのときの感情とそれに関係した思考やイメージ」、「より機能的な代替りの思考」等を書き出し、歪んだ思考パターンを修正する。

認知療法の治療効果に関しては、薬物療法に匹敵するほどの効果があるとされているが、わが国では、認知療法を施行できる人材の不足、診療時間の短さや診療報酬体系の問題等から、認知療法に対する関心は高いものの日常の精神科治療へ導入することが難しい状況も指摘されている。

また、近年、認知行動療法は不眠治療の標準として欧米で普及しつつあり、さらには、不眠を認知行動療法によって治療すると、不眠のみではなくうつ病の症状も著明に改善するという予備的な報告がある。

② 対人関係療法

対人関係療法とは、抑うつ症状と現在の対人関係の問題に焦点をあて、問題を解決して治療することを目的としたものであり、悲哀、対人関係上の役割をめぐる不和、役割の変化、対人関係の欠如の4つに焦点をあて、これらのうち、問題となる領域がある場合には治療の対象とする。

悲哀は、自分にとって重要な意味を持つ人と別れたり、価値のあるものを失ったときには、否認→絶望→脱愛着のプロセスを通して喪失体験を克服するが、それが進まなくなると悲哀となっ

て抑うつ症状が現れる。そうしたときには、対象喪失が起きた前後の気持ちを思いだして整理することにより、もう一度自分の体験の中に位置づけなおし、新しい人間関係を築いたり、新たな活動を始められるようにする。

対人関係上の役割をめぐる不和は、人間関係の中でお互いに期待する役割にずれがあるために問題が生じ、解決できなくなっている状態である。そうした不和はその程度に応じて、①お互いのずれに気付いて積極的に解決しようとしている「再交渉」の段階、②ずれを解消しようと努力するのをあきらめてお互いに沈黙してしまっている「行き詰まり」の段階、③不和が取り返しのつかないところまできている「離別」の段階、の3段階に分けられ、治療はそれぞれの段階に応じて行う。

役割の変化は、妊娠・出産等のように生物学的な形での役割の変化が起きた場合にも、入学・卒業・就職・退職・結婚・離婚等のように社会的な形で役割の変化が起きた場合にも、問題領域として治療の対象になり得る。治療としては、古い役割と新しい役割のそれぞれについて、よい面と悪い面も含めたバランスのよい見方ができるようにすることが中心になる。

対人関係の欠如は、満足できる対人関係を患者が持てなかったり、人間関係が破綻している場合に問題領域として選ばれる。この場合には、問題を解決しようというよりは、むしろ人間関係を持とうとするとところまでを治療の目標とする方が妥当と考えられる。

対人関係療法は認知療法や薬物療法に匹敵する効果が報告されている。

9. 主治医と産業保健スタッフとの連携に関する情報

(1) 秋山剛・富永真己・酒井佳永・岡崎渉・河村代志也（2006）復職をめぐる職場健康管理システムの現況問題点と対応策.臨床精神医学、35(8), pp1069-1078

秋山ら（2006）は、通常、主治医は、患者という立場のみを考えて治療しており、社員という立場の社会的な意味について十分に理解していないと指摘したうえで、産業健康管理スタッフが、患者を取り巻く職場環境、作業状況等との関係について主治医に情報提供することは重要であるとしている。

(2) 五十嵐良雄（2005）精神科診療/よもやま話（第14回）精神科クリニックにおけるビジネスマンのうつ病患者に対する復職支援.臨床精神医学、34(7), pp983-985

五十嵐（2005）は、うつ病で休職し復職する場合、病状の回復程度を主治医が確認できないため、不完全な病状の回復段階で復職して失敗するケースがかなり多いのではないかとしている。患者から復職可能という診断書を出して欲しいといわれれば、主治医は無理だと思っていでもしつこく診断書を書くことになるであろうし、こうした診断書を受け取った企業ではあまりに失敗が多いため、リハビリ出勤や試し出勤のような制度につながった背景になっているとも指摘している。職場でのリハビリテーションが必要であることは当然としても、その前段階である精神科医療における復職リハビリ

テーションの充実の必要性を強調している。

(3) 渡辺洋一郎 (2007) 労働者のメンタルヘルスに関してー精神科医療機関からの支援ー.精神神経学雑誌、109(3), pp236-240

渡辺 (2007) は、障害者雇用促進法の改正によって精神障害者の雇用率参入が認められたことから、企業からの依頼による労働者の診療が増加することが考えられるとしている。具体的には、産業医等企業側の依頼により、①精神科医療機関が労働者の診察を行い、精神医学的評価を報告する、②労働者の診療を基にして職場適応等について具申する、③就労、就業の可否について評価し報告する、④労働者の治療を行う、等である。

しかしながら、こうした企業からの依頼による労働者の診療においては、1)医師との契約相手は労働者か企業か、2)労働者の受診目的と企業の依頼目的は同じか、3) 守秘義務は解除されるのか、4)誤診、治療の失敗で医療機関は責任を問われないのか等の問題があるとしている。

渡辺はこれらの問題に関し、事業所外精神科主治医の立場としては、患者の治療が目的であるので、患者の不利益になる可能性のあることはしないと述べている。

一方、企業の期待に応える助言が可能かどうかという課題（精神科医療機関は産業精神保健の見識が十分あるか、現在の精神科医療環境でどこまで評価が可能等）もあるとしている。

また、事業所外主治医として、安心して連携がとれる企業像について、以下のような点を挙げている。

- ① 障害が残ってしまった労働者に対して、その障害に応じて就労できる環境を提供することが就労支援であるというコンセンサスが企業内で確立している
- ② 統合失調症を含め、精神障害に対する偏見がない
- ③ 最後まで、障害者を支援するのが目的で、排除が目的ではないというコンセンサスが確立している
- ④ 産業医の見識と立場がしっかりしており、個人情報完全に守られ、主治医との連携に関する費用負担にいたるまでの制度ができている

(4) 廣尚典 (2008) 産業精神保健における精神科医と産業医の連携.精神神経学雑誌、110(11), pp103-1108

廣 (2008) は、時機を得ていない強引な復職の後押しは、確かに一旦は職場復帰が認められるという“成果”を生むかもしれないが、不安定な状態を職場関係者の目にさらすことにより、本来の本人の能力からすれば不当な評価をもたらしたり、解雇されるまでの期間をかえって短縮させたりすることにつながってしまう恐れがあるとし、“患者寄り”の復職可能という所見は、実のところ全く“患者寄り”でない結果を招いていることが多いのではないかと指摘している。

(5) 芦原睦・山内麻利子・大平康子 (2009) 臨床医と産業医の連携ー第 49 回日本心身医学会総会 (札幌) vol.49No.2. 135-141

芦原ら (2009) は、事業所外の臨床医であり産業医としても活動している立場から、臨床医と産業

医の各職場における位置づけと守備範囲（表５）、利潤性や医師としての立場や情報収集等（表６）を比較して整理している。

表５ 臨床医と産業医の比較（各職場における位置づけ、守備範囲）（芦原ら、2009 より引用）

	臨床医	産業医
職場	医療機関	企業
主な領域	診断と治療	早期発見と予防
組織内における位置づけ	主役	脇役
組織内同業者数	多い	少ない
守備範囲	専門分野(専門家)	広範囲(何でも屋)
労働効果	出やすい	出にくい
仕事の基盤	EBM・臨床医学	労働安全衛生法
法律	医師法, 医療法	労働安全衛生法, 医師法, 雇用契約, 終業規則

表６ 臨床医と産業医の比較（利潤性や医師としての立場や情報収集等）（芦原ら、2009 より引用）

	臨床医	産業医
収益	常に意識させられる	あまり気にしなくて良い
収入	患者から(保険が中心)	企業から
ユニフォーム	白衣	作業着
立場の選択	患者の立場を尊重	中立性が基本
情報の集まり方	患者だけからの情報で妥当性が得にくい	多方面から
関係性と選択性	患者は主治医を選択できる	従業員は産業医を選択できない
受診・健診などの仕方	自発的受診が多い	定期健診・二次健診・復職健診

さらに芦原らは、医療リハビリテーションにおけるメンタルヘルス活動の諸過程として、①予防、②早期発見、③相談、④診断、⑤治療、⑥復職、⑦再発予防があり、このうち一般的に産業医は①予防、②早期発見、③相談、⑥復職に関与することが多く、臨床医である心療内科医と精神科医は、④診断と⑤治療の業務が主であり、⑥復職に関しては、患者から求められるので診断書を発行している

ものの、患者各人の職場の環境、職務内容、その展望等は把握していないままで診断書を作成しているのが現状であるとしている。

(6) 柏木雄次郎・田口文人・桃生寛一・江花昭一・芦原睦（2006）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―事業場内・外関係者双方への質問紙調査結果―.日本職業・災害医学会会誌、54(3), pp113-118

柏木ら（2006）は、「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」の一環として、事業所外主治医である精神科医・心療内科医等の専門医 846 名を対象に、また、事業場内関係者（産業保健スタッフ・人事労務担当者等）543 名を対象に質問紙調査を行っている。

それによると、復職判定に際しメンタルヘルス不全に関する客観的な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」と回答した専門医が 66.2%、また、職場関係者を対象とした調査でも、「主治医診断書を最も尊重する」が 68.6%となっていると報告している。しかしながら、主治医の主観的判断は、「患者の意向に添う傾向があり、患者に甘くなる」との回答した専門医が 85.8%、また職場関係者の回答でも、「主治医の診断書は客観性に乏しく、曖昧だと思う」が 62.6%を占めているとしている。ただし、主治医が患者に甘くなるという観点だけではなく、「治療者である精神科・心療内科の医師は、患者の病状がある程度改善してくると、休業という非日常的な生活をできるだけ早くきりあげて、日常的な社会生活のなかで治療を続けたいと考える。これは治療者としては当然である。」（平成 17 年度 職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会報告書）という観点にも着目しなければならないと指摘している。

復職条件に関しては、専門医の 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おり、職場関係者調査でも同様に、復職判定の条件として「寛解状態」で良いとの回答が 87.8%を占めていたが、その一方で、職場関係者から「完全治癒」を要求されたことのある専門医が 74.3%であったのに対し、「完全治癒」を要求したと回答した職場関係者は 7.4%に過ぎなかったとしている。

診断書に記載された病名に関しては、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とした専門医が、92.1%となっているとし、復職の際に専門医が職場関係者に対して連絡をとるかどうかに関しては、「たまに連絡をとる」が 56.9%、「多くの場合連絡をとる」と回答した専門医が 24.7%、また、職場関係者が専門医との連絡をとるかどうかに関しては、「たまに連絡をとる」が 44.6%、「多くの場合連絡をとる」が 34.6%であったとしている。

また、診断書の中に、「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%の専門医が、このような表現記載の経験があると回答しており、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」が 43.8%と最も多く、「早朝勤務・残業等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%であったとしている。ただし、「軽作業であれば復職可」という診断書の書き方については、専門医の

書き方の問題ではなく、職場の状況がわからないため具体的に書けないという事情に拠るものであるとし、休職者からの情報に基づいて具体的な指示が書かれた場合には、逆に事業所側が苦慮することにもなると指摘している。重要なことは、診断書について確認したい点があれば、職場側の情報を主治医に提供しながら、具体的な見解を得ることであるとしている。つまり、診断名そのものよりも状態像や職務内容の配慮に関する具体的な情報が明確に示されていることが肝要であるとしている。

(7) 大西守・黒木宣夫(2004) 職場復帰と診断書をめぐって.臨床精神医学、33(7), pp895-898

大西ら(2004)は、診断書の文面だけを検討するのが不確実とするならば、職場関係者(上司、産業看護職等)が直接精神科主治医に会い、具体的な職場環境やストレス要因を説明したり、職場側の心配を伝えることで、それに即した専門的アドバイスを得ることが非常に有意義であると述べている。

II その他の参考文献リスト

- ・ 甘利俊一監修(2008)精神の脳科学、pp125-156
- ・ 青木崇・山田尚人(2009)抗不安薬のはたらき方.こころの科学、143, pp26-31
- ・ 中央労働災害防止協会(2006)平成17年度職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会報告書中央労働災害防止協会
- ・ 福田正人・亀山正樹・結城直也・相原雅子・大嶋明彦・上原徹・井田逸朗・三国雅彦(2005)「うつ状態」の生物学的検査指標.臨床精神医学、34(5), pp623-632
- ・ 福田正人・亀山正樹・伊藤誠・須藤友博・山岸裕・須田真史・佐藤利正・大嶋明彦・上原徹・三国雅彦(2006)双極性障害の精神生理学・神経心理学.臨床精神医学、35(10), pp1449-1454
- ・ 林美朗・福島順子(2003)感情障害における Visual Backward Masking について.臨床精神医学、32(4), pp435-447
- ・ 早馬俊・宮岡等(2000)気分変調症と重複うつ病.臨床精神医学、29(8), pp911-917
- ・ 樋口輝彦(2000)気分障害の成因・病態ーモノアミン仮説の行方ー.臨床精神医学、29(8), pp829-835
- ・ 樋口輝彦(2006)うつ病のすべてーはじめにー.医学のあゆみ、219(13), pp883-889
- ・ 廣尚典(2007)企業におけるメンタルヘルスー産業医の立場からー.精神神経学雑誌、巻3号、pp230-235
- ・ 金子菜穂子・加藤忠史(2005)気分調整のメカニズムとその障害.臨床精神医学、34(5), pp615-621
- ・ 加藤憲忠・田中克俊(2006)プライバシーの保護(こうして進める職場復帰 第8回).安全と健康、7(8), pp46-48
- ・ 柏木雄次郎・田口文人・桃生寛和・江花昭一・芦原睦(2005)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)ー事業場外資源(精神科医・心療内科医)への質問紙調査結果ー.日本職業・災害医学会会誌、53(3), pp153-160

- 北島潤一郎(2008)うつ病患者への休業から復職までの多面的支援.精神科臨床サービス、8(1), pp48-54
- 越野好文(2000)季節性感情障害.臨床精神医学、29(8), pp983-989
- 久保田正春・杉山伸宏・神庭重信(2000)大うつ病性障害の最近の知見.臨床精神医学、29(8), pp891-899
- 工藤耕太郎(2001)情動、不安と海馬.臨床精神医学、30(12), pp1493-1498
- 三島和夫(2008)気分障害診療における不眠管理の実態とその問題点.精神神経学雑誌、110(2), pp108-114
- 夏目誠(2009)メンタルヘルス不調者が増加しているかどうか.心身医学 49(2), pp101-108
- 岡崎渉・秋山剛(2006)復職支援のリハビリプログラムの実際と課題.OT ジャーナル、40(11), pp1154-1156
- 岡崎祐士・西田淳志・伊藤雅之(2006)うつ病で病休・休職中の患者の「復職可能」診断をめぐって.臨床精神医学、35(8), pp1059-1067
- 大森哲郎(2006)双極性障害は誤診されやすい.臨床精神医学、35(10), pp1395-1398
- 島悟(2003)メンタルヘルス・ケーススタディ 第12回復職をめぐる事例への対応.働く人の安全と健康、4(12), pp41-43
- 島悟(2006)復職後のうつ病再発の問題.臨床精神医学、35(8), pp1053-1057
- 清水徹男(2007)うつ病と睡眠障害.精神医学 49(5), pp471-477
- 下田健吾・木村真人・森隆夫(2003)うつ病と前頭葉.臨床精神医学、32(4), pp405-412
- 鈴木國文(2007)現在の産業精神科医療に欠けているものー「ストレス」と「うつ病」の医療を越えてー.精神科治療学、22(2), pp201-206
- 高木敏(2003)職場における問題飲酒者との応接.産業精神医学、11(2), pp83-87
- 高野晴成・本橋伸高(2000)気分障害の画像.臨床精神医学、29(8), pp885-890
- 高野知樹・島悟(2008)産業保健分野におけるうつ病対策.作業療法ジャーナル、42(2), pp116-124
- 寺尾岳・溝上義則・山下瞳(2009)精神科のくすりの適応外使用.こころの科学、143, pp77-82
- 富永真己・秋山剛(2006)病休・休職中の生活の送り方と職場関係者の接し方.臨床精神医学、35(8), pp1101-1108
- 内山真(2009)睡眠薬の使用法とそのはたらき.こころの科学、143, pp32-39
- 渡部卓(2005)メンタルヘルスに関する職場復帰支援プログラムをどう策定するか.賃金実務、971, pp26-39
- 渡辺義文(1999)ストレス脆弱性とうつ病.臨床精神医学、28(3), pp283-290
- 山田和男(2006)双極性うつ病の薬物療法.臨床精神医学、35(10), pp1467-1470
- 山脇成人・高橋輝道・今中章弘・木下亜紀子(2007)気分障害.精神神経学雑誌、109(4), pp398-401
- 吉田靖子(2006)病休・休職中の生活の送り方と家族の役割.臨床精神医学、35(8), pp1095-1099
- 吉村玲児・梅根和歌子・中村純(2007)アルコールとうつ状態：心理的ならびに生物学的観点からの検討.臨床精神医学、36(10), pp1271-1277

ホームページについて

本冊子のほか、障害者職業総合センターの研究成果物については、一部を除いて、下記のホームページから PDF ファイル等によりダウンロードできます。

【障害者職業総合センター研究部門ホームページ】

<http://www.nivr.jeed.go.jp/research/research.html>

著作権等について

視覚障害その他の理由で活字のままでこの本を利用できない方のために、営利を目的とする場合を除き、「録音図書」「点字図書」「拡大写本」等を作成することを認めます。その際は下記までご連絡下さい。

なお、視覚障害者の方等で本冊子のテキストファイル（文章のみ）を希望される時も、ご連絡ください。

【連絡先】

障害者職業総合センター企画部企画調整室

電話 043-297-9067

FAX 043-297-9057

資料シリーズ No.53

うつ病を中心としたメンタルヘルス不全による休職者の
職場復帰支援の実際と課題に関する文献研究

編集・発行	独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター 〒261-0014 千葉県美浜区若葉 3-1-3 電話 043-297-9067 FAX 043-297-9057
発行日	2010年3月
印刷・製本	株式会社 あをばぷりんと

©2010 障害者職業総合センター