

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－

野口 洋平(障害者職業総合センター障害者支援部門 研究員)

1 はじめに

民間企業等におけるメンタルヘルス対策は、2000年に労働省(当時)が示した「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」¹⁾(以下「指針」という。)以降、具体的な対策を講じる企業が増えている。中でも、職場復帰支援(以下「復職支援」という。)については、2004年に「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」²⁾(以下「手引き」という。)によって一定のガイドラインが示された後、企業自らが取り組む支援策に留まらず、事業場外資源によるケアも拡大しつつある。

そこで、本稿では、指針以降の民間企業におけるメンタルヘルス対策に関し、①企業自らが取り組む対策の動向、に加え、②医療機関等の事業場外資源によるケアの動向を概観し、今日的な課題とその対応について検討する。

2 <調査1>企業におけるメンタルヘルス対策の動向

(1)目的

民間企業におけるメンタルヘルス対策に関し、特に2004年の手引き前後の動向について着目し、今日的な課題を取りまとめる。

(2)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)により“メンタルヘルス”をKeyWordとし検索した民間企業におけるメンタルヘ

ルス対策に関する好事例(2001～2007年、19編)、計51編(51社)を対象とした。発表年でみると、2003年以前23社、2004年以降28社であった。

取り上げた項目は、企業規模、メンタルヘルス対策導入の経緯と目的、産業保健スタッフの体制、1～3次予防の取り組み状況、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、スクリーニングテストの実施状況、過重労働対策、メンタルヘルス対策導入の効果、及び今後の課題とした。

(3)結果

イ 対象企業について

企業規模は、従業員数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社であった。ただし、1000人未満の規模であっても親会社と関連する企業等であり、基本的に大規模企業の好事例である。

ロ メンタルヘルス対策の導入について

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。(a)企業のリスクマネジメントと生産性向上:27社、(b)従業員のQOLを高めることで企業発展に繋げる:15社、(c)安全配慮義務の遵守:12社であった(複数回答を含む)。

メンタルヘルス対策の導入経緯に関して、29社(57%)が、「メンタルヘルス対策推進指針」等の全社的なプログラムを策定していた。また、12社は経営者のトップダウンによる施策の推進が記載されていた。

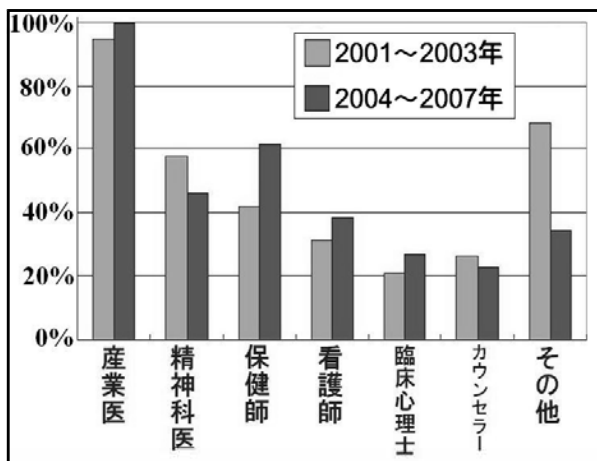


図1 メンタルヘルスに係る担当者の状況

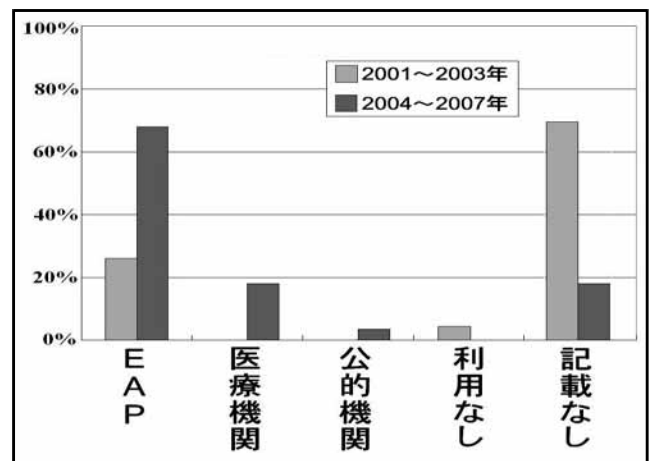


図2 メンタルヘルスに係る外部機関の活用状況

メンタルヘルスに係る担当者及び外部機関の活用状況をそれぞれ、図1、図2に示す。社内体制について、産業医及び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、カウンセラー等の専門職の活用が一定程度見られた。特に2004年以降は、保健師の活用が増えていた。外部機関については、特に2004年以降の事例にEAP(従業員支援プログラム)機関、医療機関の活用が増え、記載ないものが減っていた。

メンタルヘルス対策の状況を図3に示す。1次予防、2次予防については、具体的な記載のなかった企業を除けば、何らかの対策が講じられていた。3次予防(復職支援)については、2004年以降の事例に多く認められた。

セルフケア、ラインケアへの取り組みは2003年以前から取り組まれていたが、2004年以降の事例では、実施率がさらに高くなっていった。ラインケアについて、全51社中46社の企業で管理職を対象とした研修が行われ、このうち16社は積極的傾聴法をカリキュラムに加えていた。この他、事例検討の実施や研修後の習熟度テストを行う企業も見られた。

産業保健スタッフによるケアについては、相談対応の他、特に2004年以降の事例では、3次予防へ関与があり、全28社中、復職プログラム等が整備された21社において、産業医による復職可否の判断・意見や保健師面接などが定められていた。

外部機関によるケアについて、外部EAP機関との契約が、特に2004年以降の事例で増加していた。ケアの内容については、従業員の相談・カウンセリング対応が21社、研修の委託が5社、復職支援に関する支援が3社だった。

スクリーニングテストについては、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)、東大式自記健康調査、Y-G性格検査、JMI健康調査、TEG,GHQ、日本版POMS,M.I.N.I.,MIRROR,SDS等のほか、企業が独自に作成したテストが使用されていた。

長時間労働等の過重労働への対策については、全51社中の19社(37%)に取り組みの記載があった。

ハ メンタルヘルス対策による効果について

メンタルヘルス対策による効果を図4に示す。51社中36社(2003年以前15社、2004年以降21社)に具体的な記載があった。2004年以降の事例では、“管理職・従業員のメンタルヘルスに関する理解や協力の促進”が増加し、リハビリ出勤等の利用が増加傾向にあったが、その一方で“病欠・休職者の減少”の効果は大きく減った。また、メンタルヘルス不全者が早期に発見されるため、ケアの対象者数は増加傾向にある企業も見られた(複数回答を含む)。

今後の課題について、19社の記載があり、“教育・研修の充実”が11社、“地方の支社等において本社と同等のケアの整備”が8社、“ラインケアの充実”が6社、“スクリーニングテストの見直し”が4社などであった(複数回答を含む)。

(4)まとめ

好事例企業におけるメンタルヘルス対策は、2004年の手引き以降、3次予防への取り組みが本格化した。産業保健スタッフの担う役割が重視され、従業員や管理職の意識も変化してきた。同時に、事業場外資源についても、相談窓口や研修等の機能として委託が増えており、多職種のスタッフや外部機関の活用が進んでいると言える。

他方、疾病の早期発見(2次予防)等によりケア対象者や休職者が増えているという現状も窺われ、1次予防、復職支援の充実が課題である。

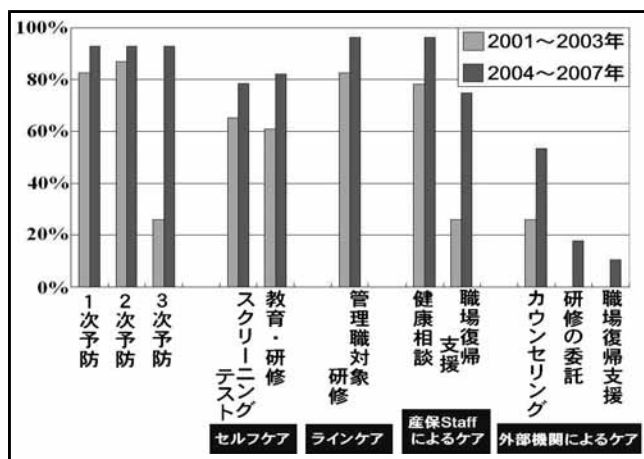


図3 メンタルヘルス対策の状況

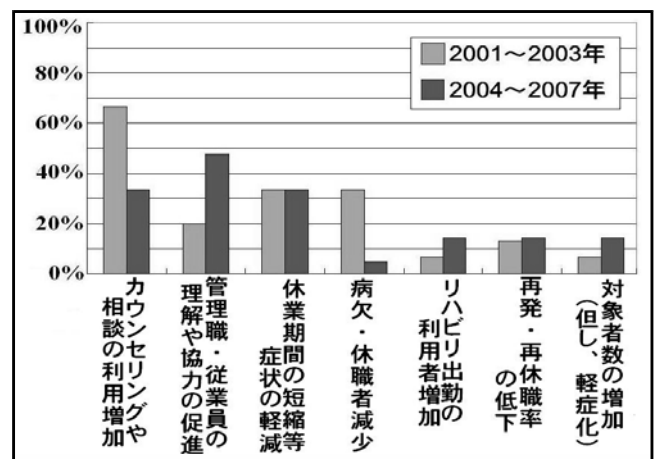


図4 メンタルヘルス対策の効果

3 <調査2>事業場外資源による復職支援の動向

(1)目的

調査1の結果を踏まえ、近年、リワーク支援等での成果が報告されている事業場外資源(医療機関・公的機関)について、復職支援の取り組み状況を明らかにし、今日的な課題を取りまとめる。

(2)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復職支援に関する文献とした。

(3)結果

対象となる文献は8件(当該施設をA～Hとする)であった。表1に復職支援のプログラムを示す。医療機関による支援が6件(A,C,D,E,G,H)、公的機関による支援が2件(B,F)であった。8件中、通所訓練(週5日程度)を課して模擬的な就業体験を組み入れたもの(以下「就業期体験型施設」という。)が4件(A,B,C,D)、週1日程度のプログラムが中心の4件のうち作業療法・精神療法等を中心としたものが2件(E,F)、作業課題を設定しないものが2件(G,H)であった。

日常生活指導、認知行動療法等の精神療養は、概ねすべての施設で実施されていた。職能回復訓練は、すべての就業期体験型施設で取り込まれており、より負荷の低い活動は作業療法を行う4施設(A,D,E,F)で取り込まれていた。

表1 各施設における支援プログラム

	A	B	C	D	E	F	G	H
認知行動療法、SST等精神療法	●	●	●	●	●	●	●	
日常生活指導	●	●	●	●	●	●	●	●
職能回復訓練	●	●	●	●				
作業療法、趣味、その他の活動	●			●	●	●		
スポーツ(体力回復)	●	●	●	●	●	●		
疾病講座、再燃予防教育	●	●		●			●	
家族教育		●		●	●			●

表2に各施設(A～F)の作業課題を示す。就業期体験型施設ではパソコン課題が組み込まれていた。施設B,Cは低下した能力回復のためには、課題分析に基づく段階的な課題の設定が必要であると指摘していた。

表2 A～Fの各施設における作業課題

A	B	C	D	E	F
コンピュータ操作	パソコン習得	パソコン検定	パソコン習得	音楽鑑賞	陶芸
漢字検定	クリーニング	テキスト課題		アロマ	革細工
数独	木工			創作	料理
百ます計算	園芸			レクレーション	手工芸
クロスワード				茶道	
大人の塗り絵				リラクゼーション	

表3に各施設における復職支援時の課題を示す。すべての施設で“認知の問題”が課題とされた。またF以外の施設で“能力の低下”が課題とされた。この他、半数以上の施設で、復職にかかる客観的指標が必要としていた。

表3 各施設における復職支援時の課題

	A	B	C	D	E	F	G	H
認知の問題	●	●	●	●	●	●	●	●
能力低下(含:体力)	●	●	●	●	●		●	●
復職指標の作成		●	●	●	●			●
家族の支援	●	●			●			●
障害の合併等	●	●		●				

“認知の問題”については、うつ病等気分障害の特性として、すべての施設において重視され、認知行動療法等の取り組みが報告されていた。

他方、“能力の低下”については、就業期体験型施設において共通した課題となっていた。施設Aは『具体的には、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、記憶力が挙げられる。こうした能力は、前頭葉の前頭前野で司どられる』とし、前頭葉を賦活するため多種の作業課題を準備していた。施設Bは、『作業時間と仕事量を設定したプログラムを実施し、集中力と思考力の実践的な能力の確認を行った』との記載があり、プログラムの利用者に厚生労働省編一般職業適性検査を実施し、復職定着群と復職不調群では知的(G)、言語(V)、書記(Q)の各要素で有意差があることを示した。施設Cは、『業務を遂行するためには、集中持続力、ストレス耐性、問題解決能力、柔軟性などさまざまな能力が必要とされる』とし、『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』と指摘した。

これに加えて、“能力の低下”がどの程度回復しているのか指標が必要という指摘が見られた。『業務遂行能力の回復の程度を評価する方法も確立されていないのが実情である』(施設E)、『復職可能性の判断にばらつきが大きい理由の一つとして、復職準備性についてのコンセンサスが得られた評価尺度がない』(施設B)などである。その一方で、施設Cは一定の信頼性、妥当性の得られた復職のための評価表を示していた。

(4)まとめ

外部機関によるメンタルヘルス不全体職者の復職支援では、認知や能力低下の問題が復職上の課題となっていた。特に、復職のための模擬的な施設である就業期体験型施設では、能力の低下が共通した課題となっており、能力回復の指標が求められてい

た。

休職者の能力回復について、就業期体験型施設ではストレスコーピング、課題分析に基づく作業課題等のプログラムがみられたが、成果に結びつき難い現状と対応していると考えられる。

4 総合考察

調査1及び調査2の結果から、民間企業がメンタルヘルス対策に着手し、2004年以降の事例では、復職支援(3次予防)にも取り組む状況が見られた。また、2004年以降の事例では、保健師等の専門職によって企業内の産業保健スタッフ体制が強化され、事業場外資源も積極的に活用されていた。

また、医療機関や公的機関等の事業場外資源では復職支援の取り組みが展開され始めているが、認知や能力低下の問題が支援上の共通した課題となっていた。認知の問題については、認知療法を行動療法と組み合わせた精神療法(認知行動療法)のプログラムがあり、医療機関等を中心に効果的な治療手続きに関する知見が蓄積されてきている。

その一方で、能力低下の問題について、この問題に対するリハビリテーションのプログラムは、当部門で文献調査を行った限りでは、本稿で取り上げた復職支援に関するものを除いて先行研究を見つけることはできなかった。このことから、能力低下の問題は、メンタルヘルス不全による休職者の増大と復職不調者の存在、それらに対する復職支援プログラムの開発の過程で顕在化してきた新たな課題とも言えるだろう。本稿で取り上げた就業期体験型施設では、この問題へのアプローチとして、それぞれ独自に作業課題を用意し、休職者の能力回復を試みる状況が見られた。しかし、このような事業場外資源を利用して復職を目指す者は未だ全体の一部に留まっており、休職期間を終えた後、直接事業場に復帰する者が大部分を占めるのが実態である。このような復職者については、能力低下の問題が復帰先の事業場において再現されることが容易に予測される。

さらに、復職支援に焦点を当てた支援を行なっている施設において、新たな問題となっているのが、“復職指標の作成”であった。日常生活指導、精神療法、そして職能回復訓練等を実施した後、どの程度のレベルまで回復すれば復職可能な準備性を獲得したと言えるのか、複数の外部機関が直面する課題であった。

能力回復の判断について、調査1から近年産業医等大企業の産業保健スタッフがその役割の一部を担っていた。しかし、未だに主治医となる専門医の復職可否の判断が重要視される実情もある。この問題について、柏木ら⁵⁶⁾は企業担当者(産業保健スタッフ、人事労務担当者等543名が回答)及び事業場外主治医(精神科医、心療内科医等846名が回答)に対して調査を行っている。

それによると、復職判定に際して最も重視するのは、「主治医の診断書」と回答した企業担当者が最も多く(68.6%)、「産業医」の判断(16.0%)の4倍以上であった。主治医の判断については、メンタルヘルス不全に関する定量的基準がないために「主治医の主観的判断に依らざるを得ない」と主治医の66.2%が回答しており、この主観的判断も「患者の意向に添う傾向があり、患者に甘くなる」と主治医の85.8%が回答した。主治医の判断が「患者の意向に添う傾向」は、企業担当者の85.8%も同様に感じていた。また、「復職可。但し、軽作業が望ましい」と記載した経験のある主治医は96.0%あり、軽作業の示す内容については、「ケース・バイ・ケース」(43.8%)、「超過勤務がない」(29%)、「従来業務に比して50~60%程度」(24.5%)の順で、柏木らは『具体的などのような業務内容が「軽作業」であるのかという指示は、事業場の実情を熟知していない主治医からは出来ない』と指摘している。

柏木らの調査結果からも、主治医が職務を想定しがたい場合、復職への準備性を評価することは難しく、復職指標が存在しないことが示唆される。

その一方で、柏木らの調査では、復職の条件として、完全治癒でなくとも寛解状態であればよいと回答した主治医は96.2%、企業担当者は87.8%であり、メンタルヘルス不全者は段階的に回復し、社会復帰するという点について一定程度のコンセンサスは得られていることがわかる。問題となるのは、事業場に段階的に復帰する際に、どのような「軽作業」によって能力の回復を図るのかということであろう。

5 結語

復職支援を中心に、企業におけるメンタルヘルス対策の動向を概観した。今後の課題として、①効果的な職能回復訓練の実施方法、及び②復職指標の検討が挙げられる。①については、事業場内外のそれぞれの場に応じた検証が必要であり、②については、既に妥当性のある調査票等も発表されているが、作業能力の回復に焦点を当てたツールが必要である。これらの復職支援ツールについて、そのニーズを把握することが求められていると言えよう。

【参考文献】

- 1)厚生労働省:事業場における労働者の心の健康づくりのための指針(2000)
- 2)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について(2004)
- 3)野口洋平:民間企業におけるメンタルヘルス対策に関する文献研究,第36回職業リハビリテーション学会発表論文集,pp46~47(2008)
- 4)野口洋平:メンタルヘルス不全体職者の復職支援における課題について,日本精神障害者リハビリテーション学会第16回大会抄録集(2008)
- 5)柏木他:メンタルヘルス不全者の職場復帰支援に関する調査研究(第1報)事業場外資源(精神科医・心療内科医など)への質問紙調査,日本職業・災害医学会会誌 Vol.53 No.3,pp153~160(2005)
- 6)柏木他:特別企画1-2 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 Vol.54 No.3,pp113~118(2006)

メンタルヘルス不全による休職者の職場復帰について (1)

ーメンタルヘルス対策を中心にー

○野口 洋平(障害者職業総合センター障害者支援部門 研究員)

位上 典子・小池 磨美・小松 まどか・村山 奈美子・加地 雄一・加賀 信寛・望月 葉子・川村 博子
(障害者職業総合センター障害者支援部門)

1 はじめに

障害者職業総合センター障害者支援部門では、平成19年度から「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」を進めている。この研究の中で、メンタルヘルス不全による休職者の職場復帰支援(以下「復職支援」という。)についても、施設、医療機関等と事業所との双方で利用できる支援技法の開発を行っている。

本発表では、この研究活動の一環として行った「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」の結果についてまとめ、その概要について報告する。

2 手続き

(1)調査対象の選定

県別(47都道府県)・産業別(総務省が定める日本標準産業分類に準拠)に企業の分布状況を勘案し、企業規模(300人未満/300~999人/1000人以上)別に各々1500社を目安として、計4500社を企業データベースから抽出した。

(2)調査票

「企業及び事業所(支社及び工場等)のプロフィール」、「メンタルヘルスに関わる取り組み」、「メンタルヘルス不全による休職者の復職に対する取り組み」、「メンタルヘルス不全による休職者への対応」、「職場復帰に関する考え方」により構成した。

(3)調査の実施

平成20年5月、郵送により調査を依頼した。調査依頼は企業本社に発送し、企業において任意の事業所1ヶ所を選定して当該事業所から回答を得ることとした。同年8月末までに886事業所から有効回答を得た。

3 結果

上記2の(2)調査票のうち、本稿では「企業及び事業所のプロフィール」、「メンタルヘルスに関わる取り組み」、「メンタルヘルス不全による休職者の復職に対する取り組み」について報告する。

(1)調査対象企業の概要

イ 企業規模

企業規模について回答のあった879社の内訳は、300人未満が21.3%、300~999人が40.5%、1000人以上が38.2%であった(7社は企業規模不明)。

ロ 事業所規模

事業所規模について回答のあった846事業所の内訳は、56人未満が26.5%、56~299人が33.9%、300~999人が28.5%、1000人以上が11.1%であった(40社は事業所規模不明)。

ハ 回答事業所の属性

調査に回答した事業所の90.5%は本社組織に該当し、本社以外の事業所は5.2%であった。

(2)メンタルヘルス対策の概要 ~企業規模による分析~

復職支援プログラムの策定、病気欠勤・休職期間の定め、リハビリ出勤導入の有無等について、事業所の属する企業規模の影響が予測されることから、企業規模別に結果を分析した。

イ 復職支援プログラムの策定の状況

表1のとおり復職支援プログラムを策定している企業は2割弱であり、企業規模が小さくなるにつれて策定している企業の割合は減少した。また、プログラムを持つ企業のうち81%は当該プログラムが支社・工場等の各事業所で利用可能と回答した。

表1 復職支援プログラムの策定状況(n=879)

	ある	ない	わからない	不明
1000人~ (336)	34.2%	61.9%	2.1%	1.8%
300~999人 (356)	11.2%	84.6%	2.5%	1.7%
~299人 (187)	1.1%	92.5%	5.9%	0.5%
全体 (879)	17.9%	77.6%	3.1%	1.5%

ロ 地域障害者職業センターが行っているリワーク支援^{注)}の認知・利用度

表2のとおり地域障害者職業センターが行っているリワーク支援の認知度は高く、半数以上の企業が制度を知っていた。リワーク支援を利用した経験のある企業は、1000人以上規模で最も高く、制度を知っていて利用経験がない企業は、1000人以上、300～999人規模で概ね同率であった。

表2 リワーク支援の企業規模別の認知・利用度 (n=879)

	制度を知っている		制度を知らない	不明
	利用経験あり	利用経験なし		
1000人～ (336)	12.2%	50.3%	34.5%	3.0%
300～999人 (356)	1.7%	47.2%	47.8%	3.4%
～299人 (187)	1.6%	24.6%	64.7%	9.1%
全体 (879)	5.7%	43.6%	46.3%	4.4%

ハ メンタルヘルス対策の主管部署

表3のとおり、1000人以上規模では、人事部門がメンタルヘルス対策を主管する企業が半数を超え、安全衛生部門、健康管理室も一定の割合を占めた。1000人未満規模では、総務部門が主管する傾向で、300人未満規模の約6割は担当する部署が定められていなかった。

表3 メンタルヘルス対策の主管部署 (n=879)

	人事	総務	安全衛生	健康管理室	その他	特になし	不明
1000人～ (336)	56.3%	9.8%	12.5%	11.6%	6.3%	2.4%	1.2%
300～999人 (356)	36.8%	38.8%	9.0%	2.5%	4.2%	7.9%	0.8%
～299人 (187)	4.3%	26.2%	3.7%	0.5%	4.8%	58.8%	1.6%
全体 (879)	37.3%	25.0%	9.2%	5.6%	5.1%	16.6%	1.1%

ニ 産業保健スタッフの状況

表4のとおり、1000人以上規模では、1/3以上が産業医を常勤として雇用し、産業医以外に顧問医の活用がみられた。保健師や看護師は3割程度が常勤での雇用であった。1000人未満では産業医(非常勤)が多く、次いで兼任衛生管理者が多かった。

このうち、企業内のメンタルヘルス対策で中心的な役割を果たす者について、全体的に産業医(常勤7.3%,非常勤16.7%)、衛生管理者(専任2.4%,兼任8.3%)の割合が高かった。

注) 平成17年10月から全国の地域障害者職業センターが実施する「精神障害者総合雇用支援」に含まれる職場復帰のための支援。雇用事業主に対して職場復帰受け入れに関する職務内容の設定等の助言・援助を行うとともに、支援対象者に対して生活リズムの確立、作業遂行能力の向上、対人技能の習得等の支援を行う。標準の支援期間は、12～16週間である。

表4 産業保健スタッフの体制 (n=879, 複数回答)

		産業医	顧問医	保健師	看護師	カウンセラー	衛生管理者		その他	不明
							専任	兼任		
1000人～ (336)	常勤	32.4%	22.3%	27.4%	29.8%	12.2%	19.3%	38.4%	4.8%	7.4%
	非常勤	70.5%		10.4%	5.4%	18.2%			1.8%	
300～999人 (356)	常勤	11.0%	8.7%	6.7%	11.2%	1.7%	7.9%	33.1%	5.1%	13.5%
	非常勤	69.1%		5.3%	2.0%	9.6%			2.0%	
～299人 (187)	常勤	2.7%	1.6%	0.5%	1.1%	0.0%	5.9%	7.0%	1.1%	70.1%
	非常勤	20.9%		2.1%	1.1%	0.5%			0.5%	
全体 (879)	常勤	17.4%	12.4%	13.3%	16.2%	5.3%	11.8%	29.6%	4.1%	23.2%
	非常勤	59.4%		6.6%	3.1%	10.9%			1.6%	

ホ メンタルヘルス対策の実施状況

メンタルヘルス対策の実施率の平均は26.5%で、企業規模1000人以上が39.9%、300～999人が23.0%、300人未満が8.9%であった。なお、具体的な対策の実施率は表5のとおりである。

ヘ 病気欠勤及び休職制度の状況

表6のとおり、メンタルヘルス不全に関する病気欠勤及び休職期間の定めは、企業規模が大きいほど定めがあった。表6で期間の定めがあったものについて、表7に病気欠勤・休職の期間を示す。病気欠勤、休職期間ともに企業規模が大きいほど、期間が長くなっていた。全体では、病気欠勤が3～6ヶ月、休職は12ヶ月を越える割合が多かった。

表5 メンタルヘルス対策の実施状況 (n=879)

① 超過勤務対策など総労働時間の縮減	54.7%
② 健康診断時の問診、社内相談室の設置	46.5%
③ 時間外労働時間の多い従業員への産業医面談	46.0%
④ 管理職向けの基礎研修	41.1%
⑤ 従業員向け研修	40.7%
⑥ 社内報などによる啓発活動	34.2%
⑦ ストレスチェックなど心の健康診断	23.5%
⑧ 積極的傾聴法など部下との接し方に関する管理職研修	21.5%
⑨ 産業保健スタッフや人事担当者の研修	20.5%
⑩ 産業保健スタッフの充実	15.5%
⑪ 社外EAP機関等への対策の委託	15.1%
⑫ 復職プログラム等による管理職の担う役割化	13.7%
⑬ 関係機関との連携	13.0%
⑭ その他	6.8%
⑮ 従業員の家族向けの啓発/教育	4.6%
⑯ 不明	11.1%

表6 病欠・休職期間の定めの有無 (n=879)

	ある	ない	わからない	不明
1000人～ (336)	84.2%	13.7%	0.3%	1.8%
300～999人 (356)	66.0%	30.6%	2.0%	1.4%
～299人 (187)	20.3%	70.1%	7.5%	2.1%
全体 (879)	63.3%	32.5%	2.5%	1.7%

表7 病気欠勤・休職の期間 (n=556)

		なし	3ヶ月以下	3～6ヶ月	6～12ヶ月	12ヶ月超	不明
1000人～ (283)	病欠	18.4%	25.1%	27.6%	11.3%	15.9%	1.8%
	休職	4.9%	1.8%	6.0%	14.8%	70.7%	1.8%
300～999人 (235)	病欠	26.4%	23.4%	26.0%	10.6%	11.5%	2.1%
	休職	6.4%	1.3%	8.5%	23.0%	58.7%	2.1%
～299人 (38)	病欠	23.7%	23.7%	23.7%	10.5%	15.8%	2.6%
	休職	23.7%	5.3%	15.8%	21.1%	31.6%	2.6%
全体 (556)	病欠	22.1%	24.3%	26.6%	11.0%	14.0%	2.0%
	休職	6.8%	1.8%	7.7%	18.7%	62.9%	2.0%

(3)復職の実際 ～事業所規模による分析～

復職可否の判断者、復職者の勤務の形態や業務の内容については、事業所単位の回答を得ていることから、事業所規模により結果をまとめた。

イ 主治医との連携と復職可否の判断

病気欠勤・休職中における外部医療機関主治医に対する事業所の連携窓口について、事業所規模が大きくなるほど産業医を含む産業保健スタッフの割合(1000人以上規模50%)が増しており、事業所規模が小さくなるほど、人事・総務担当(56人未満規模46.4%)や直属上司(56人未満規模23.2%)が担う傾向にあった。

表8のとおり、1000人以上の規模では、産業医の意見を尊重して最終的に総務・人事が判断するという回答を併せると7割を超えた。事業所規模が小さくなるほど、総務・人事や直属上司の判断が中心となり、産業医の関与は減った。

表8 復職可否の中心的判断者(n=846)

	総務・人事	産業医	産業医+総務・人事	直属上司	直属上司+総務・人事	その他	不明
1000人～(94)	9.6%	31.9%	40.4%	3.2%	2.1%	12.8%	0.0%
300～999人(241)	14.9%	19.5%	35.3%	5.8%	12.4%	12.0%	0.0%
56～299人(287)	17.4%	10.1%	34.5%	7.7%	21.6%	8.7%	0.0%
～56人(224)	17.9%	4.5%	13.4%	20.1%	22.8%	15.6%	5.8%
全体(846)	16.0%	13.7%	29.8%	9.9%	17.1%	11.9%	1.5%

ロ 復職者の勤務や業務内容

復職者の勤務のあり方について、全体では、隔日勤務(10.3%)や半日勤務(43.6%)といった軽減勤務を併せた割合と、通常勤務の「残業あり」(12.9%)、「残業なし」(45.7%)を併せた割合がほぼ同程度であった。また、「その他」(22.3%)では、「ケースに応じて個別に決める」という記載が見られた。

復職者に従事させる業務内容については、すべての規模で「業務量を減らす」(全体54.3%)が最も多かった。「直接生産的な業務はしない」は、事業所規模が小さくなるほど低くなっていた。

(4)試し出勤制度について

イ 企業の取り組み

試し出勤等(リハビリ出勤等を含む、以下「試し出勤」という。)について、表9のとおり、制度が「既に導入されている」は1000人以上規模でも2割弱であった。しかし、1000人以上規模、300～999人規模で

は、運用上の扱い、将来的な導入を含めて、試し出勤制度の導入を考える企業は8割程度であった。300人未満規模では4割が今後も導入を考えておらず、300人以上規模との差が大きかった。

ロ 試し出勤制度を有する事業所の状況

試し出勤制度について、事業所における状況は、運用上での扱いも含めて「ある」と回答した380事業所を対象とした。事業所規模にかかわらず、2週間～1ヶ月未満の期間が最も多い。中でも56人未満規模では、約3割が1ヶ月未満であって、3ヶ月以上の期間の設定はなかった(表10)。

また、規模が大きいほど、試し出勤で、段階的な時間設定を行う事業所は多かった(表11)。

試し出勤時に従事する内容について、「入社練習のみ」は事業所規模が大きいほど、実施率も高かった。56人以上規模では、「入社して、業務外の作業に従事」が7割以上であった。56人未満規模では、無回答が3割を越えた(表12)。

表9 試し出勤制度の導入状況(n=879)

	ある	運用上の扱い	導入検討中	ない	不明
1000人～(336)	17.9%	40.8%	19.6%	21.4%	0.3%
300～999人(356)	7.9%	37.4%	35.4%	19.1%	0.3%
～299人(187)	1.1%	18.2%	32.1%	40.6%	8.0%
全体(879)	10.2%	34.6%	28.7%	24.6%	1.9%

表10 試し出勤の実施期間(n=380)

	2週間未満	2週間～1ヶ月未満	1ヶ月～2ヶ月未満	2ヶ月～3ヶ月未満	3ヶ月以上	その他	不明
1000人～(57)	8.8%	21.1%	8.8%	3.5%	8.8%	1.8%	47.4%
300～999人(126)	3.2%	19.0%	8.7%	7.1%	11.9%	2.4%	47.6%
56～299人(137)	6.6%	13.9%	8.8%	8.8%	5.8%	5.1%	51.1%
～56人(60)	15.0%	16.7%	10.0%	3.3%	0.0%	0.0%	55.0%
全体(380)	7.1%	17.1%	8.9%	6.6%	7.4%	2.9%	50.0%

表11 試し出勤の段階的時間設定(n=380)

	ある	ない	不明
1000人～(57)	57.9%	40.4%	1.8%
300～999人(126)	38.1%	53.2%	8.7%
56～299人(137)	27.7%	67.2%	5.1%
～56人(60)	18.3%	78.3%	3.3%
全体(380)	34.2%	60.3%	5.5%

表12 試し出勤時に従事する内容(n=380, 複数回答)

	入社練習のみ	入社し、朝礼参加のみ	入社し、業務外の作業に従事	入社して、業務に従事	不明
1000人～(57)	35.1%	10.5%	78.9%	3.5%	8.8%
300～999人(126)	27.0%	9.5%	75.4%	4.0%	13.5%
56～299人(137)	16.1%	10.2%	70.1%	2.2%	17.5%
～56人(60)	11.7%	8.3%	51.7%	1.7%	36.7%
全体(380)	21.8%	9.7%	70.3%	2.9%	104.7%

4 考察

復職プログラムが策定されているのは、全体で17.9%、1000人以上規模の企業でも34.2%に留まった。多くの企業では標準化された手続きのない状態で、メンタルヘルス不全による休職者を復職させていることがわかる。この傾向は、特に企業規模が小さくなるほど顕著であった。

メンタルヘルス不全による休職者への対策については、企業規模が大きいほど対応する部署が定まっており、専門職が配置されていたが、小規模企業では対応する部署が定められておらず、専門職の配置も少なかった。また、メンタルヘルス対策についても大企業ほど実施率が高くなっていった。同様に、病気欠勤・休職期間についても、企業規模が大きいほど、期間の定めがあり、その期間は規模が大きいほど長くなる傾向であった。

企業規模が大きいほどメンタルヘルス対策が進んでいることについて、大企業ほどこの問題に対する対策を講じられるだけの経営上のゆとりがあることも示唆される。しかし、大企業ほどより多くのメンタルヘルス不全者が存在し、復職支援が経営上の課題となっていることも指摘¹⁾されている。試し出勤制度の導入が大企業ほど進んでいることも、精神科等主治医の「復職可」という診断に基づいて復職させた結果、再発する事例が少なからず存在することへの対応として導入されたという指摘²⁾もある。試し出勤の制度化は1000人以上規模では他と比べて高いが、運用上で同様の取り扱いをする企業と制度の導入を検討中の企業を合わせると、300～999人規模の企業でも8割程度の企業がこの勤務のあり方に関心を抱いており、1000人以上規模企業と同等の比率となっている。つまり、対策の必要性については、1000人以上規模、300～999人規模ともに認識されており、大企業では先行して対策が講じられてきたとも言えよう。

事業所規模別にみると、規模の大きい事業所では、メンタルヘルス対策に関する専門の知識と技能を有する産業医等の産業保健スタッフが配置され、メンタルヘルス不全者の特性に応じた能力回復のためのプログラムが整備されつつある。また、産業保健スタッフと人事・総務等労務管理部門が連携して対応していた。他方、小規模事業所では、直属の上司や総務・人事の担当者といった非専門職が単独で対応しており、復職への取り組みについても、メンタルヘルス不全者が段階的に能力を回復するといった特性に対し、十分対応できているとは言い難い状況にあ

る。このように企業規模だけでなく、事業所規模によって、復職支援にかかるニーズが異なると思われ、規模に応じたニーズの把握が今後の課題といえる。

5 まとめ

当部門が調査した事業場外資源における職場復帰支援³⁾では、低下した作業能力の向上が共通した課題であった。また、復職支援施設では課題分析に基づく作業課題が能力回復に必要と指摘されていた。当部門では、課題分析に基づいた作業課題を開発し、高次脳機能障害、統合失調症等特別の配慮を必要とする障害者に対して、職場適応のための能力開発を検証してきた^{4) 5)}。今回の事業所調査の結果からは、試し出勤制度を導入した企業のうちの7割が、試し出勤において「業務外の作業に従事」させており、この場面において当部門の作業課題を援用することにより、メンタルヘルス不全休職者の能力回復に資することが期待できる。この場合、産業保健スタッフが充実している大規模事業所での適用と、人事や直属上司が中心となる中小規模の事業所の場合では、事業所ニーズに応じてより効果的な利用方法を検討することが必要であると言えよう。

なお、復職支援に関する具体的な支援ツールのニーズについては、『メンタルヘルス不全による休職者の職場復帰について(2)』にて報告する。

【参考文献】

- 1) 社会経済生産性本部:「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(2006)
- 2) 五十嵐良雄:うつ病、不安障害を対象としたメンタルクリニックにおける職場復帰支援,「医学のあゆみ」, Vol.219 No.13, pp1002～1006(2006)
- 3) 野口洋平:メンタルヘルス不全休職者の復職支援における課題について,日本精神障害者リハビリテーション学会第16回大会抄録集(2008)
- 4) 障害者職業総合センター調査研究報告書:事業主、家族等との連携による職業リハビリテーション技法に関する総合的研究(第1分冊 事業主支援編), No.74(2007)
- 5) 障害者職業総合センター調査研究報告書:事業主、家族等との連携による職業リハビリテーション技法に関する総合的研究(第1分冊 関係機関等との連携による支援編), No.75(2007)

メンタルヘルス不全による休職者の職場復帰について(2)

－復職支援に対するニーズを中心に－

○位上 典子(障害者職業総合センター障害者支援部門 研究員)

野口 洋平・小池 磨美・小松 まどか・村山 奈美子・加地 雄一・加賀 信寛・望月 葉子・川村 博子
(障害者職業総合センター障害者支援部門)

1 はじめに

本発表では、先に発表した「メンタルヘルス不全による休職者の職場復帰について(1)」の中から、休職者への対応及び復職支援に対するニーズを中心に報告する。

2 手続き

「メンタルヘルス不全による休職者の職場復帰について(1)」に同じである。

3 結果

(1) 休職者への対応

イ 休職者の有無

886 事業所のうち、過去にメンタルヘルス不全による休職者がいたのは 607 事業所(68.5%)であった。図 1 に、事業所規模別のメンタルヘルス不全による休職者の有無について示す。規模が大きくなるにつれ、「過去に休職者がいた」という回答が増え、1000 人以上の事業所になると 97.9%が該当した。また、1 人以上精神保健福祉手帳取得を確認している事業所は、607 事業所中 66 事業所で、確認されている精神保健福祉手帳取得者は 91 名であった。

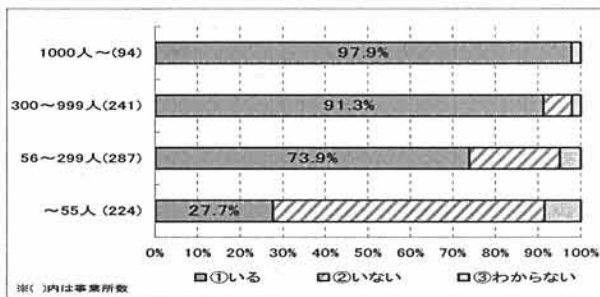


図1 メンタルヘルス不全による休職者の有無(事業所規模別)

さらに、過去3年間に休職者に対して復職への対策を講じたことがある事業所は 442 事業所であり、そのうち、対策を講じた休職者と復職者の人数について回答が得られた 357 事業所の平均復職率は、67.3%(SD=33.1)であった。図2に、復職率の内訳を示す。復職率100%の事業所が 131 事業所(36.7%)ある一方で、復職率が60%に満たない事業所も 133 事業所(37.3%)あった。復職率0%

と回答した事業所は、全て 999 人までの事業所規模であった。

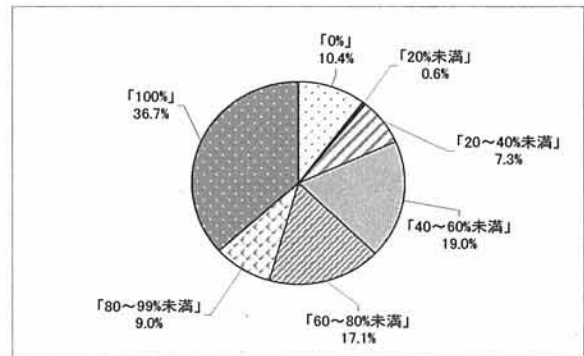


図2 復職率(n=357)

ロ 休職期間中の連絡頻度及び連絡内容

表1に、休職期間中の連絡頻度について示す(事業所規模別、複数回答)。全ての規模で「随時」が最も多かった。その一方で、56人以上規模では「ほとんど連絡を取らない」と回答した事業所が10%近くあった。

表1 休職期間中の連絡頻度(事業所規模別、複数回答)

	①定期的	②随時	③家族・本人の要望に答えて	④休職期間中はほとんど連絡をとらない	無回答
1000人以上(92)	42.4%	69.6%	37.0%	9.8%	1.1%
300~999人(220)	35.9%	59.1%	28.6%	11.4%	0.0%
56~299人(212)	32.1%	51.9%	31.6%	12.3%	0.5%
56人未満(62)	32.3%	61.3%	16.1%	4.8%	0.0%

※()内は事業所数

表2に、休職期間中の連絡内容について示す(事業所規模別、複数回答)。全ての規模で「本人の健康状態の把握」が最も多く、会社に関する情報を提供すると回答した事業所は規模が小さくなるにつれ少なくなる傾向にあった。

表2 休職期間中の連絡内容(事業所規模別、複数回答)

	①会社に関する情報提供	②本人の健康状態の把握	③通院・服薬などの医療情報の把握	④本人の日常生活状況の把握	⑤その他	無回答
1000人以上(92)	46.7%	84.8%	58.7%	57.6%	13.0%	3.3%
300~999人(220)	35.5%	87.3%	52.7%	61.4%	7.3%	2.3%
56~299人(212)	32.1%	79.2%	54.2%	59.0%	9.4%	2.8%
56人未満(62)	25.8%	88.7%	45.2%	48.4%	3.2%	1.6%

※()内は事業所数

ハ 疾病再発・再燃予防への取り組み

図3に、事業所が行った復職にあたって、もしくは復職

後、疾病再発・再燃予防のための取り組みについて示す。

(イ) 取り組んでいるもの：「(A)実際に取り組んでいる、もしくはこれから取り組む」と回答した事業所が多かったのは「②従事する業務の内容について、本人と関係者で協議する」、「④復帰先の上司や同僚に対して、復職について理解と協力を求める」、「①復帰先の部署について、関係者で協議する」、「③復職者が従事する業務の軽減方法について、関係者で協議する」といった「復職前の取り組み」であった。「⑫遅刻や欠勤が生じた場合、相談などにより状況の把握を行う」や「⑩仕事の処理能力を把握し、内容や勤務時間等の調整を行う」といった「労務管理」や、「⑤本人に体調や治療の状況、服薬管理等を確認する」といった「体調管理」も実際に取り組んでいるか、これから取り組もうとしている事業所が多かった。

(ロ) 取り組みの予定が明確でないもの：「(B)取り組みた

いと思っているが、現状では対応できていない」と回答した事業所が多かったのは、「⑩ストレス調査票などによって、本人の状態を確認する」、「⑥主治医と休職者との情報を共有する」や「⑦家族に生活リズム等を確認する」、「⑮従業員全体に対するメンタルヘルス教育の実施」であった。

(2) 職場復帰に関する考え

イ 職場復帰について困っていること

図4に、事業所が職場復帰について困っている内容を示す。困っている内容として最も多かったのは、「⑥復職の可否を判断するのが難しい」であった。次いで、「⑩病状がわかりづらい」、「①復職者の上司が本人とどう接したらよいか悩む」が続いた。そのうち、最も対応が困難な内容は、「⑥復職の可否を判断するのが難しい」が最も多かった。次いで、「⑩病状がわかりづらい」、「⑭復帰しても再休職になることがある」が続いた。

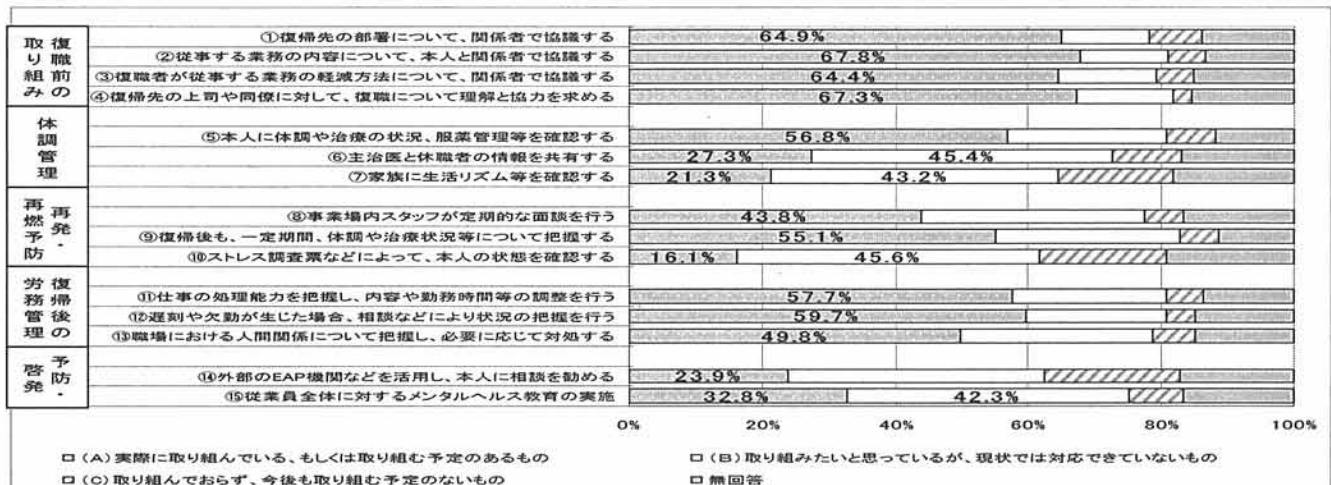


図3 再発・再燃予防の取り組み(n=886)

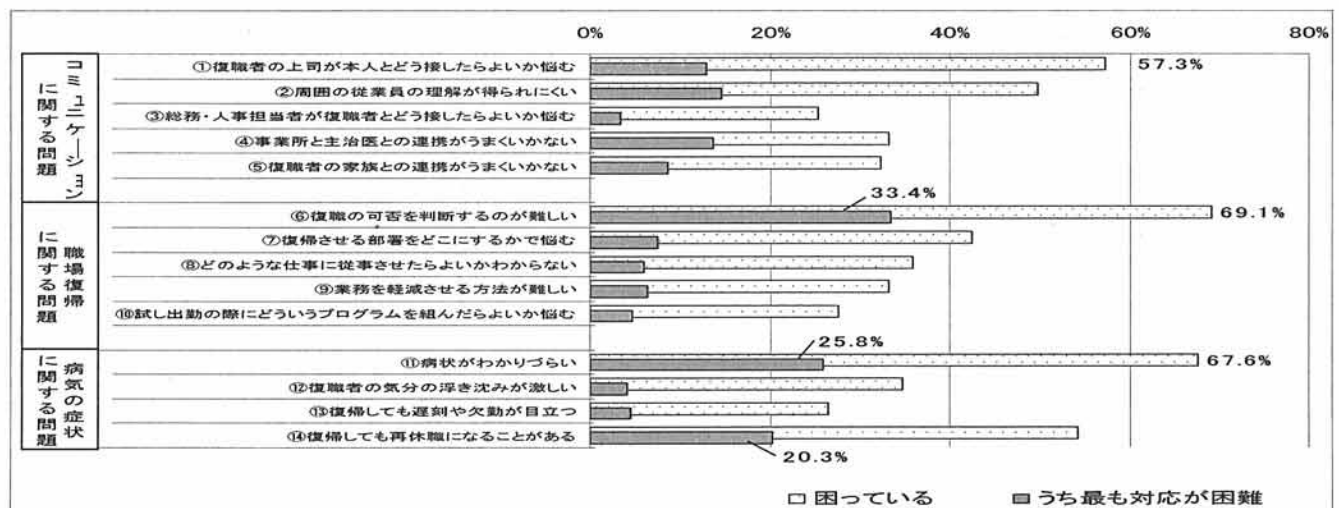


図4 職場復帰について困っていること(n=886)

事業所規模別に見た傾向の中で、特徴的であった項目を図5に示す。「⑪病状がわかりづらい」に関しては、1000人以上規模の事業所は他の規模の事業所より「最も対応が困難」と回答した事業所が少なく、「⑫復帰しても再休職になることがある」に関しては、1000人以上規模の事業所は他の規模の事業所より「困っている」「最も対応が困難」と回答した事業所が多かった。

ロ 円滑な職場復帰に必要な方策について

図6に、円滑な職場復帰のために利用している方策、及び今後必要と考えている方策について示す。「利用している方策」で最も多かったのは、「④復職の際の配

置や業務軽減などの方法を具体的に示したテキスト」であった。次いで、「⑧外部 EAP 機関による支援」、「⑥事業所・産業保健スタッフと復職者との間で、情報共有するための様式」が続いた。

また、「今後、必要な方策」で最も多かったのは、「⑤復職者への適切な接し方を知るための読本(上司や同僚向け)」であった。次いで、「①復職者自身が病気の特徴を理解して、自己管理するための読本」、「③復職者が服薬や睡眠などの生活リズムを自己管理するための健康記録票」、「⑥事業所・産業保健スタッフと復職者との間で、情報共有するための様式」が続いた。

表3に事業所規模別の割合を示す。

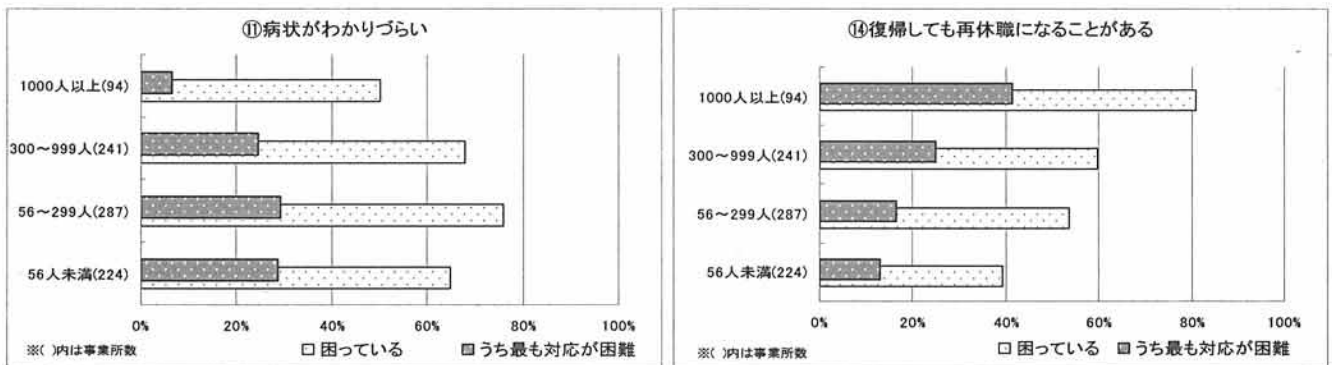


図5 職場復帰について困っていること(抜粋)

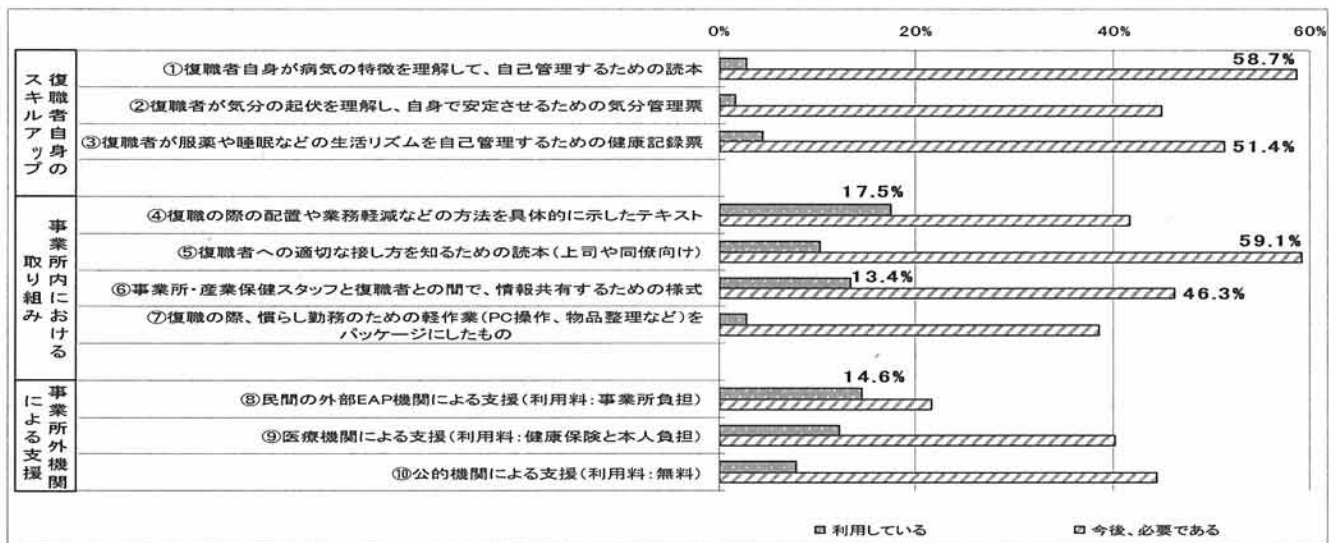


図6 円滑な職場復帰のために利用している方策及び今後必要な方策(n=886)

表3 事業所規模別に見た円滑な職場復帰のために利用している方策及び今後必要な方策

	復職者自身のスキルアップ						事業所内における取り組み						事業所外機関による支援							
	①		②		③		④		⑤		⑥		⑦		⑧		⑨		⑩	
	利用	今後、必要	利用	今後、必要	利用	今後、必要	利用	今後、必要	利用	今後、必要	利用	今後、必要	利用	今後、必要	利用	今後、必要	利用	今後、必要	利用	今後、必要
1000人以上(94)	4.3%	59.6%	3.2%	50.0%	10.6%	24.3%	39.4%	29.8%	21.3%	48.9%	41.5%	31.9%	7.4%	40.4%	34.0%	18.1%	28.7%	29.8%	18.1%	33.0%
300~999人(241)	3.7%	58.9%	2.5%	45.6%	7.1%	50.6%	24.5%	39.8%	15.4%	61.8%	19.5%	48.1%	3.7%	40.7%	17.0%	26.7%	17.4%	38.6%	12.9%	41.9%
56~299人(287)	1.7%	59.2%	0.7%	47.0%	2.4%	53.0%	13.2%	48.4%	7.0%	64.5%	5.6%	54.0%	1.0%	40.4%	12.2%	23.7%	9.4%	46.0%	6.3%	47.7%
56人未満(224)	2.7%	55.8%	1.8%	39.3%	1.8%	50.0%	8.0%	40.6%	5.8%	53.6%	6.3%	41.1%	2.7%	34.8%	8.5%	15.6%	5.4%	40.6%	0.9%	48.7%

※()内は事業所数、丸数字の内容は図6参照

「利用している方策」は、事業所規模が大きいほど多かった(表中網掛け)。

また、「今後、必要な方策」では、「⑤復職者への適切な接し方を知るための読本(上司や同僚向け)」及び「⑥事業所・産業保健スタッフと復職者との間で、情報共有するための様式」は、56～299人規模の事業所が最も必要としていた。1000人以上規模では「①復職者自身が病気の特徴を理解して、自己管理するための読本」及び「②復職者が気分の起伏を理解し、自身で安定させるための気分管理票」を必要とした事業所が多かった(表中太字)。

4 考察

(1) 休職者への対応について

過去に休職者が「いる」と回答した事業所は、事業所規模が大きくなるにつれ多くなった。これは、病欠・休職期間の定めについて、企業規模が大きくなるほど「ある」と回答した事業所が多く、メンタルヘルス不全になっても一定期間休むことができる環境が整っている(野口¹⁾)ことと関連すると思われる。休職期間中、事業所は休職者と連絡を取り、健康状態や医療情報の把握に努め、再発・再燃予防にも一定程度取り組んでいることがわかった。しかし、メンタルヘルス対策の課題の1つに「復職の見極めと復職後の支援体制」が指摘されている(労務行政研究所²⁾)ように、本調査でも、職場復帰にあたっては、復職可否判断の難しさや人間関係、病状のわかりづらさ、再休職者の存在に苦慮している様子が見られる結果であった。このような判断や情報収集の困難さから、必要な方策の1つとして「事業所・産業保健スタッフと復職者との間で、情報共有するための様式」をあげた事業所が多かったのではないかと推測される。今後、どのような様式で情報を整理し、把握することが、休職者と事業所双方にとってよりよい職場復帰につなげることができるのか、検討していく必要がある。

(2) 試し出勤のプログラムについて

試し出勤制度がある事業所は394事業所だったが(野口¹⁾)、図4に示した「職場復帰について困っていること」の中に「試し出勤の際にどのようなプログラムを組んだらよいか悩む」と回答した事業所は約30%あった。試し出勤で休職者が従事する作業内容は、労働者性の問題とも絡み、復職支援を進める上での課題の1つと言えよう。これは、職場復帰のために必要な方策において、約40%の事業所から「慣らし勤務のための軽作業をパッケージしたものが「今後、必要である」との回答と対応している

(図6及び表3参照)。筆者らが既に行った事業所へのヒアリング調査でも、事業所担当者から同様の内容が指摘されており、試し出勤での作業課題に関する潜在的なニーズがあるものと思われる。

(3) 復職支援に求められるニーズについて

「今後、必要な方策」を回答した事業所は56～299人規模、300～999人規模に多かった。これらの事業所規模では、職場復帰で困っていることに「症状が分からない」が多かった。産業保健スタッフの体制は規模が小さいほど少なく(野口¹⁾)、事業所内の支援体制に限界があるため、職場復帰に必要な方策をより多く求めていると言えよう。

対照的に、産業保健スタッフの体制は比較的充実し、様々な支援体制が整っていると思われる1000人以上規模の事業所であっても、「再休職者」への対応に苦慮していることが明らかとなった。そのため、事業所内での職場復帰に関する取り組みだけでなく、「復職者自身が病気の特徴を理解して、自己管理するための読本」や「復職者が気分の起伏を理解し、自身で安定させるための気分管理票」といった復職者自身の自己管理に対するニーズに繋がっているのではないかとと思われる。

5 まとめ

本調査の結果から、休職者と事業所双方での情報共有のあり方や試し出勤プログラムにおける潜在的ニーズが把握できた。こうしたニーズに対応するべく、本研究では当支援部門で開発したトータルパッケージのツールの事業所における活用事例の蓄積を始めている。また、事業所の規模により必要とされているニーズに違いがあることが推察されるが、この点については引き続き本調査で協力を得られた事業所へのヒアリング調査を通じ、整理していきたいと考えている。

参考・引用文献

- 1) 野口洋平:メンタルヘルス不全による休職者の職場復帰について(1)、第16回職業リハビリテーション研究発表会発表論文集(2008)。
- 2) 労務行政研究所研修部:最新メンタルヘルス対策、労政時報第3652号(2005)、pp.2-23。

中途障害者の継続雇用に関する企業の対応 —精神障害を中心とする実態分析—

- 佐藤 宏 (元職業能力開発総合大学校福祉工学科 教授)
大森 八恵子 (NPO法人みなと障がい者福祉事業団)
栗林 正巳 (日産自動車株式会社)
秦 政 (株式会社アドバンテッジリスクマネジメント)
山本 晴義 (横浜労災病院勤労者メンタルヘルスセンター)
渡辺 哲也 (国立特別支援教育総合研究所)

1 研究の目的

在職中の発症等による中途障害者の継続雇用は企業及び本人はもとより、障害者の雇用対策の観点からみて重要な課題である。とくに、近年、職場において精神疾患による業務上疾病が増加していることなどに示されるように、在職中に精神疾患に罹患した従業員の円滑な復職を通じた雇用継続対策は企業にとって切実な問題となっている¹⁾。こうした観点から、本研究では、精神障害に焦点を当て、在職中に精神的な問題により休業を余儀なくされた従業員の職場復帰に関する企業の対応について、その実態や問題点を把握するためのアンケート調査を行った。本稿では、この調査に基づく分析結果を報告する²⁾。

2 調査の概要

本研究では、平成19年度にアンケート調査、20年度にヒアリング調査を行った。アンケート調査は、常用雇用労働者数300人以上の企業10,727社を母集団とし、このうち、常用雇用労働者数300人～999人に該当する企業8,518社から4分の1、1,000人以上の企業2,209社から2分の1を無作為抽出した合計3,233社を対象とする平成19年11月1日現在についての郵送による通信調査である。有効回答企業数は456社であり、調査対象企業に対する回収率は14.1%であった。

なお、本稿で用いた調査結果は抽出率に基づく復元を行っていないので、結果の値は1,000人以上の大企業にやや傾いていることに留意されたい。

また、ヒアリング調査は、アンケート調査の回答企業から一部を選定し、訪問による聞き取り調査を行った。その結果は、20年度末の最終報告書で取り扱う予定である。

3 調査結果の分析

(1) 病気休業者の職場復帰までの一般的なプロセス

アンケート調査の設計に当たっては、何らかの疾病やけがにより休業を余儀なくされた従業員が職場に復

帰するまでの一般的なプロセスを次のように想定した。

- | |
|---|
| ①発症
→②病欠欠勤
→③長期病欠休職
→④職場復帰に向けての支援
→⑤復職可否に関する判定
→⑥職場復帰・配置に当たった配慮
→⑦職場復帰の帰結 |
|---|

分析結果は概ねこのプロセスを念頭において記述する。なお、業務上災害にともなう休業については労働法規上の規制が優先するので、本研究の対象とする休職制度等とはもっぱら私傷病を想定している。また、メンタルヘルス対策の観点からは、「発症」以前の対策がむしろ重要であるが、本研究は、発症によって休業を余儀なくされた従業員の職場復帰過程に焦点を当てている。

(2) 精神障害による職場復帰支援の対象者

調査対象企業 456 社において、過去3年間に疾病等による長期休業者で職場復帰支援の対象となった従業員が「いる」と回答した企業は 174 社(38.2%)である。このうち、「精神障害」を理由とする休業者がいたと回答した企業は 89.7%に上る(表1)。また、職場復帰支援の対象となった従業員数は 1,303 名(有効回答企業 163 社の合計。なお、同じ期間に長期休業したがとくに支援の必要なく職場復帰した従業員は 1,074 名である)であるが、このうち、障害種類(疾病名)の回答のあった 1,170 名についてみると、「精神障害」を休業理由に挙げている従業員数は 883 名と約4分の3に達する³⁾。

ここで、表1の「精神障害」883名のうち、疾患名(疾患分野)について回答のあった769名についてその内訳をみると、約90%がうつ病圏に属する(図1)。統合失調症圏に入ると見られるのは、約5%である。

表1 職場復帰支援を必要とした対象者数

	回答 企業数	割合 (%)	実数 (人)	構成比 (%)
合計	174	100.0	1170	100.0
うち 精神障害	156	89.7	883	75.5

(注1)この表における「精神障害者」は、精神障害者保健福祉手帳の有無を問わず、「精神疾患・メンタル上の理由による休業者」全てを含んでいる。

(注2)障害種類について回答のあった者の数である。障害種類についての回答の無かったものを含めると職場復帰支援対象者数は1,303名となっている。

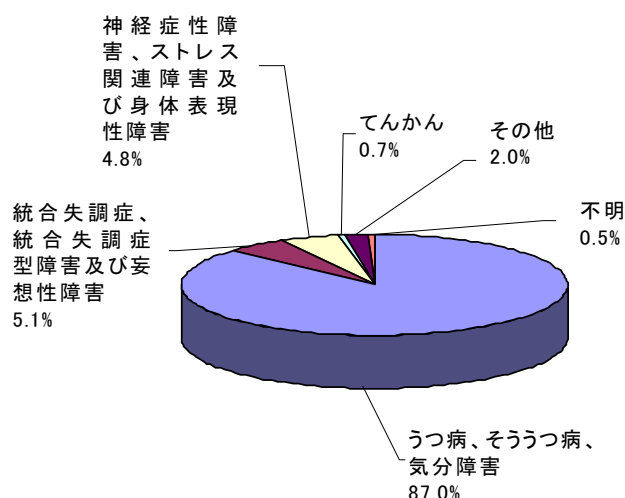


図1 精神疾患等による休業者の疾病別内訳 (n=769)

(3) 病欠制度及び病欠休職制度

従業員が長期間の治療を要する疾病にかかった場合、多くの場合は、企業の(長期)病欠休職制度を利用することになる。調査対象企業の病欠休職制度の設置状況をみると、当該制度が「ある」企業は94.3%であり、「ない」企業が5.5%と少数である。ちなみに、病欠休職制度が「ない」企業では、短期の欠勤を対象とする「病欠欠勤制度」をこれに代えているところもあると見られる。しかしながら、「病欠欠勤制度」(設置率60.3%)の最大上限日数の平均値は180.9日(最頻値180日)であり、「病欠休職制度」の場合の平均21.6ヶ月(最頻値24ヶ月)に比べ、かなり短いことに留意する必要がある。

なお、病欠休職制度を有する企業の約3分の2(67.2%)は、「病欠欠勤制度」利用期間中に職場復帰できなかった場合に、「(長期)病欠休職制度」の適用に移るなどの一定のステップを取り入れている。

(長期)病欠休職期間中の所得保障をしている企業は、当該制度導入企業の59.8%であり、無給の企業が約4割を占める。さらに、所得保障をしている企業でも所定内給与と全額を支給している企業は4.7%とごく一部であり、所定内給与の一定割合で減額とする企業が30.0%である。それ以外では、一定額の特別傷病給付、共済会・互助会からの補助金を支給したり、健康保険の傷病手当金のみとするところも多い。長期休職中の労働者にとって生活の基盤となる所得をいかに確保するかは大きな問題であろう。

(4) 職場復帰に向けての支援体制

病欠休業中の従業員に対する職場復帰に向けての支援・相談体制が「ある」とする企業の割合は、調査対象企業456社中195社(42.8%)に過ぎない(表2)。支援体制「あり」と回答した企業のうち最も多いのが「サポートのためのスタッフを配置している」(67.2%)であるが、その多くは、常勤または非常勤の産業医と回答している。常勤の産業保健スタッフを置いているところは29.0%にとどまっている。

表2 病欠休業期間中における職場復帰に向けての支援・相談体制の有無

	支援・相談体制			
	合計	ある	とくにない	無回答
合計	456	195	258	3
構成比 (%)	100.0	42.8	56.6	0.7

さらに、精神障害者の職場復帰支援対象者がいたと回答した156社について、精神障害者の職場復帰の支援を行ったスタッフとしてどのような人が担当しているかを見ると、「直属の上司」が87.2%、「人事担当者」が60.3%であり、次いで「産業医」とする企業が49.4%、「保健師、臨床心理士等の産業保健スタッフ」33.3%となっているが、こうしたことから、産業医を除き、多くの企業では必ずしも精神疾患の専門家とはいえない職場の直属上司等が支援に当たっている状況が窺われる(図2)。

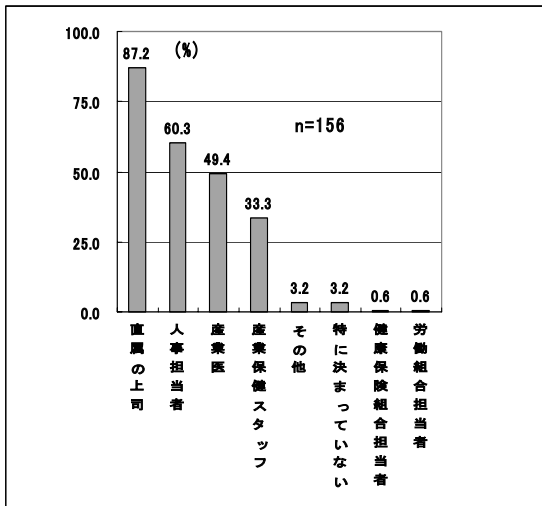


図2 精神障害者の職場復帰支援スタッフ (M. A)

こうした企業体制の現状を反映して、精神障害者の職場復帰に当たっての問題点として、「精神障害者の雇用管理のノウハウが十分でない」と回答する企業が最も多くなっている(図3)。

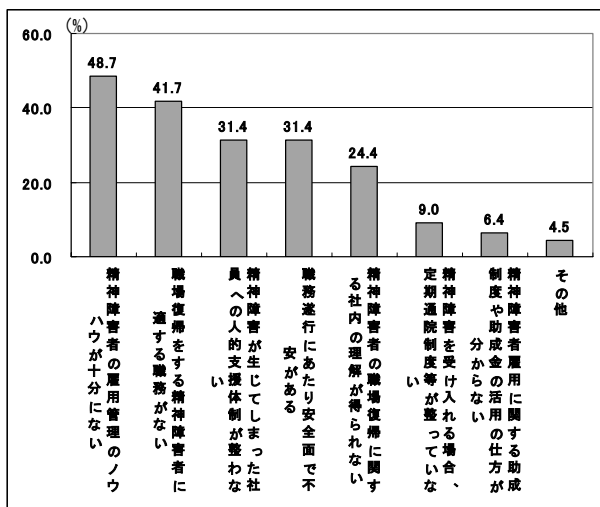


図3 精神障害者の職場復帰に当たっての問題点 (M.A)

(5) 復職判定の手続き

精神疾患等による休職者の職場復帰で企業が悩む問題の一つは、いつ、だれが、どのような基準により、復職を認めるかである。精神疾患等による長期休業者の職場復帰手順を全社または事業所単位で定めている企業は456社中40社と1割に満たない。約8割の企業は、「特に決めていないのでその都度対応」と回答している。なお、精神障害者の職場復帰支援対象者がいた企業について、復職判定の最終決定者を見ると、「主治医」とする企業が42.9%、産業医38.5%である。次いで本社の人事担当者20.5%、現場の上

司12.2%となっており、復職判定委員会などの組織的な対応をしている企業はわずか7.1%にすぎない。

また、復職の際の判断基準については、「特に決めていない」とする企業が44.9%と約半数近くを占めており、「1日又は週当たり勤務可能な労働時間を勘案」(26.9%)、「作業能力を勘案」(21.8%)となっているが、その具体的内容を見ると、職場及び本人の状況に応じて極めて多様であり、とくに勤務可能な労働時間については1日8時間勤務を可能としかどうかを基準にする例から、1~2時間程度の短時間労働から復帰させる例、残業のみ規制している例など様々である。

(6) 精神疾患等による職場復帰・配置に当たっての問題点

精神障害による休業者の職場復帰に当たって企業が対応上の問題点としてあげている事項を見ると、前述(図3)の通り、最も多いのが「雇用管理上のノウハウが不十分」(48.7%)とするものであるが、これに次いで「職場復帰する精神障害者に適した職務がない」(41.7%)、「安全面での不安」及び「人的支援体制の不備」(各31.4%)となっている。他方、精神障害者の復職支援に関して利用した外部機関・サービスについては、クリニック、病院等の医療機関を挙げる企業が156社中66社(42.3%)あることを除くと、どの機関に関しても利用率は大変低く、無回答企業が多いことと併せて企業が利用可能な外部機関が大変乏しいことを示している(図4)。

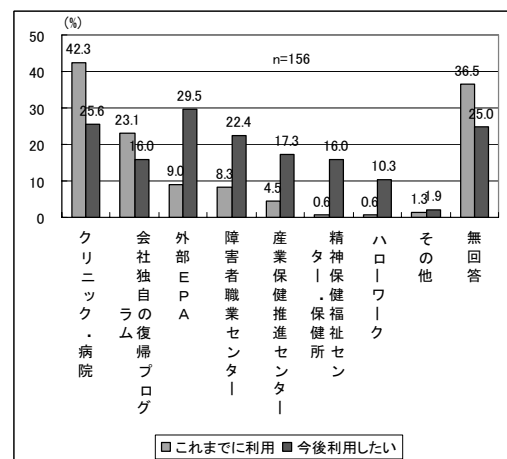


図4 精神障害者の職場復帰に利用した機関・サービスと今後の方針(M.A)

(7) 職場復帰後の状況

精神障害による休業から職場復帰した従業員の復帰後の配置先を見ると、「元の職場、職位に戻した」企業は、精神障害による職場復帰支援対象者のいる企

業156社中27社(17.3%)に過ぎない。多くの場合、「休業前とは異なる職場に配置した」、あるいは「元の職場に戻したが業務量や職務内容を変えた」としている。また、いわゆる「リハビリ入社」期間をおいている企業は31.4%であった(図5)。

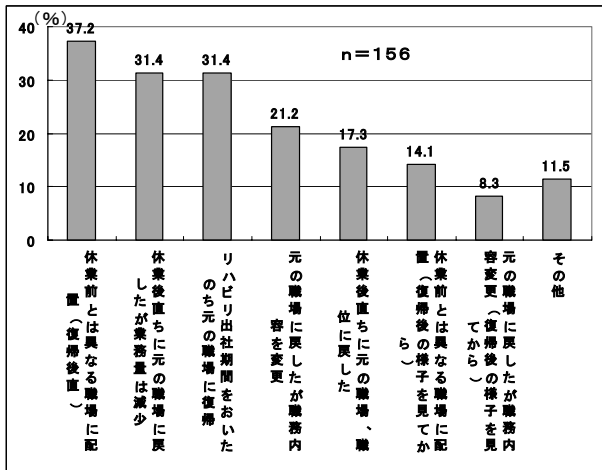


図5 職場復帰した精神障害者の復帰後の配置状況(M.A)

4 考察

イ 疾病等による長期休業者の約8割近く(企業数では約9割)が何らかの精神的理由によるものであり、企業におけるメンタルヘルス対策及びその職場復帰が極めて重要な課題となっていることを示している。また、休業中の精神障害者の約9割はうつ、そううつなど気分障害圏に属していることが明らかとなった。こうした点を踏まえて、病院、福祉施設等から企業への就労移行支援対策とは異なる職場復帰プロセスに即した対応策の構築が必要と思われる。

ロ 在職中に発症した精神障害者に対する企業の体制は、ノウハウ、人的資源、組織体制のいずれの面でも到底十分とはいえない。精神障害者の復職についての判定は主治医や産業医の意見を聞くにしても、復職後の日常的な支援体制や支援上のノウハウを有している企業は多くない。支援担当者の多くは直属上司や人事担当者であり、必ずしも精神障害についての専門的知識を有しているとは限らない。企業内で精神障害者への支援に当たるスタッフの育成と外部専門家・専門機関による企業への支援体制の確立が急務である。

ハ 企業に雇用されている精神障害者のうち、雇用率の対象となる精神障害者保健福祉手帳を有する者はまだごく一部であるが、今後、企業内での手帳取得者がどのような傾向をたどるかは、さらに推移を見守る必要があるとともに、休業期間中に治癒にい

たらず、退職を余儀なくされた従業員のフォローアップが今後の大きな検討課題である。

<注>

1) 精神障害を理由とする労災補償請求件数は、精神障害等にかかる厚生労働省の業務上外判断改訂指針(平成11年9月14日)策定直後の平成12年度212件でから平成19年度952件へと急増している。また、厚生労働省「労働者健康状況調査」では職業生活での「強い不安、悩み、ストレス」持つ労働者は全体の61.5%(平成14年調査)にのぼり、(財)社会経済生産性本部・メンタル・ヘルス研究所「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」(平成20年8月)では、上場企業269社中「こころの病」が増加傾向にある回答した企業は56.1%に達する。さらに、厚生労働省「患者調査」では、うつ病の推定患者数は昭和59年の11.0千人(うち外来6.0千人)から平成17年は66.6千人(うち外来52.2千人)と急増している。

2) 本稿は、(独)高齢・障害者雇用支援機構雇用開発推進部の委託により、(社)雇用問題研究会内に設置した「中途障害者の継続雇用に関する実態調査研究会」において実施した調査結果の中間報告(平成19年度)に基づくものであり、今後予定している研究会最終報告書の結論を先取りするものではない。

3) ここでいう「精神障害」は、企業における現状を考慮し、表1の注にあるように幅広くとらえている。今回の調査では、精神障害者保健福祉手帳を有する法定上の「精神障害者」を雇用している企業は、456社中63社、手帳を保持する雇用精神障害者数は120名であった。このように、現段階では、法定雇用率の対象となる精神障害者の雇用は精神疾患等を理由とする退職者の一部にとどまっている。

<主要参考文献>

厚生労働省:労働者の心の健康の保持増進のための指針(平成18年3月31日公示3号)、厚生労働省(2006)

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、厚生労働省(2004)

厚生労働省:脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況(平成19年度)について、厚生労働省(2008)

鷲沢博:中途障害者の継続雇用問題に関する課題—中途障害者の継続雇用・解雇問題を労働判例から考える、「JIYUGAOKA SANNŌ College Bulletin no.39」、pp.19-36。(2006)

(独)労働政策研究・研修機構:メンタルヘルスクエアに関する調査(第8回ビジネス・レーパー・モニター企業調査)。(独)労働政策研究・研修機構(2005)

山本晴義監修:職場のメンタルヘルス・セルフチェック、ぎょうせい(2007)

弁護士によるうつ病労働者の復職サポート事例からの考察

清水 建夫(働くうつの人のための弁護団/NPO 法人障害児・者人権ネットワーク 弁護士)

1 弁護士サポートの実際

05年10月に働くうつの人のための弁護団を結成して3年が経過した。弁護団に依頼する手順は次のとおりである。①相談者はメール・ファックス等によって事前に相談内容を記載して申し込む。②これを見て弁護士がまず電話でアドバイスする(1回目の電話相談は無料)。③電話相談で解決できない事案については面接相談。④面接相談の結果、弁護士が代理人として事業主との交渉や法的手続(労働審判、訴訟等)を行う方がよい事案について事件解決の委任を受ける。弁護団が相談を受ける事案は事業主が復職を認めない、退職を迫る、解雇された等、相談者の労働契約上の地位が危機的状況にある場合がほとんどである。

これまでの弁護士の仕事のスタイルは、解雇や死亡(過労死・自殺)という結果が発生したのちに法的手続(解雇無効の仮処分や訴訟、死亡の場合の損害賠償請求訴訟)をとるのがほとんどであった。従来はこのような最悪の結果を回避するための交渉の担い手は本人や労働組合であった。しかし、うつ状態で苦しむ労働者には、これでもかこれでもかと当該労働者のマイナス要因を突きつける人事担当者や上司と対等に交渉する元気はない。弁護士サポートをしたこの3年の間にうつ病に苦しむ労働者の立場に立って事業主と渡り合ってくれた労働組合は、残念ながら零であった。

弁護士サポートによって仮に復職できたとしても、職場での人間関係がぎくしゃくしてうまくいかないのではないかという意見があった。しかし、放っておけば当該労働者は退職に追い込まれるのであり、他に手段がないとすれば労働者としての地位を守るには弁護士サポート(法的サポート)しか選択肢がない。法的裏付けのもとでのサポートだけに、勝ち目が無いと悟ると大企業その他の民間組織の人事担当者は復職を受け入れる方向に驚くほどあっさり方向転換をすることがある。うつ病労働者並びに弁護団と正面から法的闘争を繰り広げることは企業にとっても人事担当者本人にとっても傷がつくことを恐れるからである。そして一旦復職させた以上、組織の一員として有効に活用した方が組織にとっても得という民間の経済合理性が働き、復職後のいじめは言われるほど多くはない。弁護団の無言の監視の目も意識していると思われる。むしろ意外であったのは、公正・

公平と思っていた公務員の世界で復職後の仕返し(リベンジ)、いじめが目立った。

2 復職し、うつ病が全快した大手学校法人職員Eさん(女性・43歳)からのメッセージ

(1) 弁護団に依頼するまでの経緯

全国展開している、教職員4000人規模の大手学校法人に勤務して20年。民間企業勤務の夫と、12歳、9歳の娘がいる。「均等法第一期生：総合職」として採用になる。一貫して学校法人本部で経営側に近い立場での仕事をしてきた。

4年前の異動で、当時認可されたばかりの法科大学院勤務となり、未整備な学校に抗議する社会人学生への対応、上長のパワハラ、大学院教員のセクハラ、加重労働、学生の抗議が暴力的になり、身の危険を感じる被害に遭いそうになったことなどが2ヵ月のうちに重なった。ある日突然「バツタン」と気を失ってしまい、しばらく口がきけなくなって、そのまま休職した。重症の「抑うつ・適応障害」と診断され、半年休養の上、1年後、高校以下の付属学校を管轄する部署で復職した。しかし、業務は主として約8ヵ月にわたる地下倉庫整理であった。翌年学校法人の都合により関連会社に出向。出向先の事務所はワンルームマンションで、男女一緒のトイレとロッカー、一日中の喫煙に悩まされ、また、業務は20年以上昔の機械を使った伝票処理と段ボールや廃物処理などの肉体労働が主となった。産廃物の処理や、一日中煙るタバコにアレルギー症状がでる。原因不明の全身発疹がでて、外出できなくなった。出勤不可能になり、うつ病が再発した。病状が軽快し、復帰しようとしていた矢先、出向元の学校法人より呼び出しがあり、「出向先の子会社の就業規則により2ヵ月後には休職期間満了で自動退職になる」と言われた。「相手にも迷惑をかけるから、早く円満退職を決心した方が経歴に傷が付かない。そもそも『休職制度』は復職を前提としているのだが、現実問題としてまた再発し、半年以上労務提供が出来ていない。先方は契約違反であなたにコミュニケーション能力なしと大変不快に感じている。お子さんもいるし、療養に専念してはどうか」と言われた。

(2) 弁護士サポートと復職

弁護士宛に相談メールが届く。休職期間が2ヵ月しか残っていないとのことで、メール受信後直ちにEさんに連絡。診断書、就業規則等必要書類の送付を受け、4日後にEさんと面談。面談の結果、休職期間については出向先ではなく学校法人の就業規則の適用があり、1年以上残されていることが明らかとなる。学校法人理事長宛にうつ病は業務に起因するものであること、休職期間は1年以上残されていることを内容証明郵便で通知、あわせて今後のことについて面談を申し入れる。数日後秘書課を通じて人事課長と面談。うつ病が学校法人側の業務に起因するものであり、労働基準法19条により解雇や退職扱いはできないことを強調。人事課長は一転して4月1日からのEさんの復職に向けての話し合いに態度を変え、Eさんは復職した。復職後1年でうつ病は全快し、主治医から抗うつ剤の投与はもう必要ないと告げられた。全快したEさんからのメッセージはうつ病労働者の苦境を理解する上で重要と思われるので、次に紹介する。

(3) うつ病が全快したEさんからのメッセージ

①「再発の怖さとの闘い」

「昨年4月1日に復職いたしました。復職はじめは通勤電車のすさまじさに圧倒され、『できるだけ人にぶつかられたり、怪我をさせられないようにしよう』と、以前の私では考えられないほど『省エネモード』で対処するように心がけています。

『ふたたび同じ状態に戻る』ということは、いつも頭や心のどこかにひっかかっている、すごく恐ろしい気持ちです。病気になった人は多かれ少なかれ、この『再発の怖さとの闘い』に自分を対峙させなければなりません。当事者でなければとても共感し得ない感情と思います。」

弁護士サポートをする中で感じたのは、うつ病を経験した労働者に共通するのがこの再発への恐怖感である。パワハラを受けたときの光景が蘇って職場の入り口で立ちすくむ労働者は少なくない。

②「駆け込み寺」としての役割を果たす産業医

「この時いろいろとお世話になったのが、主治医のほか、職場の産業医でした。『駆け込み寺』的な場所として産業医が職場にいることは、精神的にありがたかったです。産業医はメンタル専門の人がベターですが、やはりドクターの人柄に拠るところが大きいです。のんびりした性格のドクターで、中立的な立場をとりつつも、病状の再発については注意を喚起してくれるような人であれば理想的です。」

Eさんの所属する学校法人の産業医は女性で、Eさんの立場を理解し、同情さえしてくれていた。

Eさんは産業医に恵まれた。従来管理者サイドに立つ産業医が多かったが、産業医の目線は少しずつうつ病労働者のサイドに移ってきたと感じるが、その中でもEさんの産業医は特別優れている。

③何で自分はこんなにヘンになってしまったのか」と自信喪失。「一人・孤独」

「復職までの道のりは、大変に長かったです。最終的には弁護士さんをお願いをして、解決をしていただきましたが、弁護士さんをお願いするきっかけも、都の労働相談窓口でのアドバイスによるもので、そこにたどり着くまではたった一人でじたばたとしていました。

どの人も同じと思いますが、『好きで病気になった』という人は一人も居るはずがなく、それまでに長い勤務実績があれば『辞めてください』といわれることなど考えてもいないはずです。

病気になると、途端に『一人・孤独』な立場に追いやられます。体力的にも精神的にも外出をすることが難しくなり、極端に人を信用できなくなり、電車に乗るのも難しい状態なのと、『何で自分はこんなにヘン（思考がまとまらないので）になってしまったのか』という思いで、自分にも自信がなくなると『相談しても相手にされないのでは・・・』とか『相談内容を理解してもらえるのか』という不安ばかりが先に立ちます。」

Eさんが弁護士に相談するにあたり、「相手にされないのでは・・・」という不安をいただいていたことなど私たちは思いもよらなかった。

④怒りをバネに

「それでも復職できたのは、私の場合は一番最初に倒れた原因がセクシャル/パワー・ハラスメントだったことでその間、組織は聞く姿勢を示さなかったこと、一度目の復職後の仕事は地下倉庫で約8ヶ月も廃棄物の分別と処理だったこと、それでも休まずに頑張って勤め上げたのに、『余分人員』として出向させられたこと・・・とても書ききれませんが、これら諸々への『反発・悔しさ・怒り』の強さです。

この『怒り』を私は『自分の存在意義への否定』と受取り、それをバネにしました。平たく言えば『これ以上、泣き寝入りしない』ということです。『怒り』で行動するには大変なエネルギーが要りますが、それでもアクションを起こせたのは今でも良かったと思います。

また、思い切って行動にしたことで、自分の話を聞いてくださり、さらに援助してくれる人たちがいることもわかり、その後の人生への支えも得たのだ、と今では考えています。」

弁護士サポートを選択する人のエネルギーの源泉はEさんのような怒り、不正義を許さないとい

う正義感・使命感にあると思われる。

⑤主治医「なんだ、もう治っているね！」

『病気の全快』の診断は突然のことでした。春先にひいた風邪をこじらせ、強い抗生物質をとらねばならず、『今飲んでる薬はストップしてください』と処方時に言われたので、そのとき服用していた抑うつ剤（最低量ではありましたが）をやめました。1週間ほどしてまた服用を再開しましたが、次の主治医との面談時にこの話しをすると、『なんだ、もう、治ってるね！』と言われたのでした。抑うつ剤は急にやめると副作用が出る人が多いというのですが、私はそれもなくて、いつもと同じでしたので、『治りました』と診断された次第です。

初めて通院してから丸4年経っての回復宣言でしたが、長く薬を飲んでいたので、止めてから1ヵ月くらいは不安でした。いつの間にか薬を『すがり杖』のようにしていたのですね。」

Eさんは主治医にも恵まれている。開業医の中には「再発予防のため」という名目で患者への投薬を続け、患者を囲い続ける医師も少なくない。

⑥「女性」「子持ち」で何重にもバッシング

「最後になります。私は2児のいる『ワーキング・マザー』でもあります。倒れたときは子供たちが幼少で、ヒステリーになったり、沈み込んだり、寝たきりになった時の影響は、やはり未だに残っています。

ワーキング・マザーとして復職を果たした人の『ロールモデル』が欲しく、主治医にも産業医にも『そういう例を知らないか』と何度も聞いたのですが、数千人の患者を診ているドクターであっても『今までにフルタイムで復職を果たした女性を、まだ見たことがない』ということでした。

メンタルな病ということではいろいろなバッシングに遭いますが、それプラス『女性』『子持ち』ということで、そのバッシングがさらに増えること等、女性ならではの問題もきっと、声が上がらないうまま潜在していることと考えます。」

3 コンプライアンスの確立していない公務員の世界

—地方公務員 交通労働者B氏（男性、37歳）の事例から—

(1) 弁護士に依頼するまでの経緯

01年うつ病と診断され、7ヶ月間病気休暇のうち、3ヵ月間職場復帰訓練を受けて復職した。その後1年余り支障なく普通に勤務。勤務先にもB氏にも互いに何の不満もなかった。ところが、B氏が労働組合の支部長に立候補し当選したのを捉え、04年1月所属長が抗うつ薬を飲んでるから病気が治癒していないとして産業医（内科医、女

性）に強引に面接させた。産業医による保健指導という名目のもとに翌日より出勤停止が命じられた。精神科医の主治医は就業可能との診断をしており、弁護士に依頼。

(2) 弁護士サポートにより復職

出勤停止措置は地方公務員法上根拠がなく、撤回を求めるとともに、産業医との面接を希望したが実現せず、逆にB氏に無断で所属長と産業医が主治医に会い、診断の変更を求めた。さらにB氏に対し、弁護士抜きでの話し合いを求め、詫言状を出させるなど管理者としての支配的地位を利用して事態をごまかそうとした。最終的には所属長もあきらめ、7ヵ月後によく復職させた。（06年12月の職業リハビリテーション研究発表会での発表事例）

(3) 職場復帰後の報復人事

① ゴミ収集作業に配置転換

04年8月に復職。職務内容の変更について説明もないまま、当日出勤したB氏に「作業着」一式が渡され、軍手をはめて外での「ごみ収集作業」を命じられた。前回の職場復帰の職務は「事務作業」であるが、今回は明らかに報復とされる内容であった。この年は記録的な暑さもあり、外での作業は体力面からもB氏は相当にダメージを受けた。真冬についても同様であった。

② 深夜勤務への異動発令

翌年4月に異動命令。今度は、「隔日勤務」つまり「深夜勤務」を伴う作業である。B氏は、「深夜勤務や長時間勤務は禁忌である」旨の記載ある診断書を「保健指導」時には毎回提出していたにもかかわらず、これを一切無視した異動発令であり、B氏の症状を配慮するどころか、報復人事の更なる徹底である。

この仕事場は、わずか2畳足らずの小さな部屋に朝の8時10分から21時15分までいなければならない、その間入れ替わり立ち代り、休憩に訪れる他の職員が煙草を吸っていく。22:00から23:45までは、本店に帰り、現金の収集作業をし深夜0時ごろから翌朝5時まで仮眠する。5時から7時まで本店で作業があるが、B氏はいつもボーっとしていた。時折上司から注意される。そして、7時から8時10分までまた出先の小さな部屋に行く。そして交代し、本店に戻り8時30分からの朝礼を迎えてから、その隔日勤務は終了する。

当然のこととして2ヵ月もすると、B氏の体調に影響が出始めた。「のどが痛む」「目がかすむ」「皮膚がただれる」。そして、持病となった「睡眠障害」は隔日勤務のローテーションに慣れないため最悪の状況となった。精神科主治医は、「隔日勤

務において服薬治療が困難になること、このことにより、うつ症状が悪化する原因にもなること」と診断書に記載した。また、職場環境から、非常に狭い部屋での煙草による「副流煙」での体調不良から、K大学研究所病院・アレルギー科は、「シックハウス症候群」(化学物質過敏症)と診断した。

(4)コンプライアンスが確立していない公務員の職場

①パワハラをする側にも身分保障

公務員は身分保障がされており、意に反する降任・免職・休職を行いうるのは法律が規定する事由に限定される(国家公務員法78条・79条、地方公務員法28条)。分限手続も厳格である。休職期間は通例3年であり、民間と比べ長期である。そんなことからうつ病で苦しむ公務員からの相談については相談を受ける私たち弁護団の側に“どうせクビになることはない”と高をくくったところがあった。ところが、身分保障がされているのはうつ病で苦しむ労働者の側だけでなく、うつ病の労働者をパワハラで苦しめる上司(中間管理職)も身分保障がされている、ということ私たちは看過していた。

②中間管理職の違法行為に対する歯止めがない

B氏に対する出勤停止命令は法的根拠のない違法命令である。そのことをB氏の所属長や本局の労働課に訴えたが、改善する気配がなく、やむなく知事、交通局長以下関連する責任者に内容証明郵便でもって訴えた。それでも態度を改めず、逆に所属長は知事以下に訴えたことを逆恨みした。所属長は出勤停止の勧告をしたとする産業医とともにB氏の精神科主治医と面談し、診断の変更を求めるといふ新たな違法行為を行った。法的根拠がない旨の弁護団の指摘に不承不承復職させたが、復職させたのちは報復人事を重ねた。その結果、B氏の症状は悪化した。このことについて誰も責任を問われていない。所属長はB氏に弁護士抜きの話し合いを執拗に求め、B氏は辛抱強い人物で報復人事を一人で耐えていた。

③治外法権

公務員の世界では自己の権限内の行為については、裁量という名の一種の治外法権が成立し、例え上司であれ、口を挟むことはない。そのため、中間管理職がやりたい放題をした事例があった。B氏は地方公務員であるが、国家公務員の世界でも中間管理職がやりたい放題をした事例があった。公務員の世界での中間管理職に対する徹底した監視が必要であり、油断できないことを改めて知らされた。今後は違法行為を行う管理職やこれを補佐する産業医の責任追及のための法的手続も視野に入れていく必要がある。

4 医師との連携と精神医学会への要望

弁護士サポートにおいても医師との連携は重要である。精神科の主治医は患者の復職に向けて協力的である。問題は産業医である。Eさんの産業医はEさんを支え、Eさんの駆け込み寺の役割を果たしたが、B氏の産業医は法律を無視する所属長と一体となって違法行為を重ねた。報復人事を止めることもせず、B氏の症状の悪化についての産業医の責任は重い。管理職側に立つことに永年慣れてきた産業医の中に、時にこのような医師が登場する。しかし、メンタルヘルス対策の重要性が叫ばれる中で、産業医の目線が少しずつ変化してきたことも事実である。逆に開業する精神科医の中に患者の困り込み的な傾向がないとは言えない。Eさんの主治医のように完治を宣言する医師はまれで、再発予防という目的で投薬を続けることによって患者を困り込む傾向があるように思われる。うつ病が社会的に認知され、かつてのよううつ病を隠して生きるほどではなくなった。うつ病患者は毎年増えており、根本的理由は職場等におけるストレス増加にあるが、うつ病患者の社会復帰は投薬だけでは実現できない。病院や診療所の中には社会復帰プログラムを掲げられているもの実際には患者に投薬するだけというところも少なくない。うつ病患者の社会復帰について、医師の側に患者を困り込む傾向がないか精神医学会において総合的かつ慎重な検討を要望したい。