

## テーマ別パネルディスカッション I 「休職者の復職支援における効果的な連携」

司会者：今若 修（障害者職業総合センター職業センター 企画課長）

パネリスト（五十音順）

：五十嵐 良雄氏（メディカルケア虎ノ門 院長/うつ病リワーク研究会 代表世話人）

：稲田 憲弘（東京障害者職業センター 主幹障害者職業カウンセラー）

：川浦 且博氏（KYB株式会社 人事本部 岐阜人事部 部長）

司会（今若）：ただいまから、「第22回職業リハビリテーション研究・実践発表会」最後のプログラムでございます。テーマ別パネルディスカッション、「休職者の復職支援における効果的な連携」というテーマで、約100分の予定でパネルディスカッションを進めてまいりたいと思います。



改めまして、私、本日の進行をいたします障害者職業総合センター職業センターの今若と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

司会（今若）：開催に当たりまして、私から簡単に本日のパネルディスカッションの趣旨、目的についてお話をさせていただきます。

近年、事業場におけるメンタルヘルス対策の着実な実施が重要と言われる、厚生労働省は、平成18年に労働者の心の健康の保持・増進のための指針を策定し、平成21年にメンタルヘルス対策の重要な要素である心の健康問題により休職した労働者の職場復帰支援の手引きを改定しております。

事業所はそれらに基づき、休職者に対して職場復帰のための取り組みを、みずから実施されているところです。

全国の地域障害者職業センターでは、平成17年10月から、うつ病による休職者を対象とした職場復帰のための専門的支援、いわゆるリワーク支援が開始されました。

また近年、精神科医療機関においても、職場復帰のための専門的支援が実施され、年々その数が増えてきており、平成20年には精神科医療機関においてうつ病リワーク研究会が組織され、職場復帰のための取組みが精神科医療のストリームの一つになりつつあると考えるところです。

精神科医療機関での取組みの広がりや、地域センターのリワーク支援を実施する当たり、精神科医療機関との新たな連携スタイルを模索する必要性を生むこととなりました。そこで職業センターでは、リワークプログラムを実施する精神科医療機関との連携スタイルの構築を目的に、本日パネリストとしてご出席のメディカルケア虎ノ門にご協力をいただき、連携支援を試行実施し、その結果を平成26年3月に報告書として取りまとめ、関係機関に配布をしたところです。

うつ病による休職者の職場復帰支援は、事業主、医療機関、地域センターなど、職業リハビリテーション機関の3者の協力が重要となります。その3者が相互に連絡、調整を行いながら、段階的に支援を行うことが効果的であると言われています。

このパネルディスカッションでは、うつ病による休職者の職場復帰支援に関して、まず各機関の取り組みについて、相互に理解を深めること。2つ目、それぞれの強みと専門性

を生かすことができる連携の方策を考えること。3つ目、それらの連携が各地域で広がるきっかけにすること。この3点を目的に進めてまいりたいと考えております。

それでは、3名のパネリストの方から順にご発表をいただきたいというふうに思います。まず最初にKYB株式会社、川浦部長、よろしくお願いいたします。

川浦：皆さん、こんにちは。

今日は、KYBが民間企業として、また休職者の復職支援における効果的な連携として、現場サイドで実際に取り組んでいる内容を発表したいと思います。

会社概要		<b>KYB</b> Our Precision, Your Advantage
創立	1935年3月10日	株式会社萱場製作所
設立	1948年11月25日	萱場工業株式会社
	1985年11月1日	カヤバ工業株式会社に社名変更
	2005年10月1日	通称社名KYB株式会社を採用
所在地	東京都港区浜松町二丁目4番1号世界貿易センタービル	
代表者	代表取締役社長執行役員 白井政夫	
主要営業品目	油圧緩衝器(ショックアブソーバ等)、油圧機器(シリンダ、パワーステアリング等)、システム製品(エンターテインメント車等)	
資本金	276億4,760万円(2014年1月1日現在)	
従業員数	13,033名(2014年3月末現在・連結)	3,601名(2014年3月末現在・単独)
売上高	3,527億円(2013年度実績・連結)	1,982億円(2013年度実績・単独)

まず初めに、私たちKYBという会社について簡単にご説明させていただきます。

創立は1935年3月10日で、来年80周年を迎えます。創立70周年のときにKYBを通称社名として、今はKYB株式会社と呼んでおります。

従業員は、連結ベースで大体1万3000名位、単独は3600名位の従業員数となっています。

KYBの拠点ですが、岐阜地区が非常に多く、岐阜地区の中に北工場、南工場、東工場といった生産工場があります。他に関東では、埼玉県熊谷市と神奈川県相模原市に工場があります。このほか研究所とかもあります。

本社は東京の港区、貿易センタービルにあります。工場、生産、営業の拠点が全部で24カ所。さらにアメリカ、ヨーロッパ、ASEANなどに工場などの拠点があります。

油圧関係の企業で、油圧の緩衝器、自動車で行きますと、ショックアブソーバーとか、パワーステアリング、オートバイでは、フロントフォーク、サスペンション、そういったものがあります。

それでは、これから本題に入りたいと思います。まず、内容的には今回健康管理の体制、組織、それとメンタル疾患の際の復帰フロー、それと特に気をつけていること。あと医療機関との連携、内容と課題。さらに障害者職業センター、そういった支援機関との連携の内容と課題と。さらに復帰事例の紹介をさせていただき、最終的にまとめという流れでいきたいと思います。



まず、組織のほうですが、我々人事本部の中に人財育成センターと岐阜人事部、あと健康管理センターがあります。この健康管理センターは、今年の4月に新しく組織を立ち上げたものです。近年、いろいろなメンタルや健康の問題が重要視されており、弊社でもそういう従業員が多いこともありますので、センターとして組織を立ち上げ、従業員の皆さんの健康管理やメンタル面の課題を減らすための活動を進めております。

センターには、全部で11名のスタッフがおり、本社、相模原、熊谷の工場と岐阜地区の各工場に保健師、看護師を1名から3名程度配属して従業員の健康管理をしております。

我々が行っているメンタルの疾患者の復職フローとしましては、発症から休業開始まで、これはどこの企業さんでも行われていると思います。さらに、休業中については職場と人事部が連携をとり休業中の者への対応に取り組んでいます。次いで、復職調整です。ここにある程度力を入れております。実際に発症してしまった疾患については医療機関にお願いしてしっかり直す。企業としては復帰するまでの準備などの対応を検討するというところ です。

メンタル疾患復職フロー 	
発症～休業開始	情報収集・対応方法の検討・休業前面談実施・所属長への連絡
休業（療養）中	休業中の療養状況（通院・服薬状況・症状・復職の目処等）の把握・職場、人事部との連携
復職調整（復帰前）	<b>復職準備</b> (1)本人から復職希望の連絡（復職の1ヶ月前までに） (2)主治医に「主治医情報提供書」又は診断書の依頼 (3)復職面談の日程調整、職場復帰短時間勤務制度の希望確認 (4)産業医復職面談実施 復職の可否、就業制限付与、職場復帰短時間勤務制度の適応決定。 (5)復職後の業務調整（職場、人事） 短時間勤務制度利用者は復帰プログラムの作成

まず復職の準備の段階ですが、本人から復職希望の連絡を復職の1ヶ月前までに受けて、相談します。そのときには主治医にも情報提供して、実際には診断書の依頼をします。また復職の面談などの日程調整、また復職するのに元の職場との調整、会社の制度の中で職場の復帰、短時間勤務制度、それらを利用するか、復職前にいろいろな調整、判断もします。あと産業医との復職面談を実施して、実

際にメンタルで長期で休職をされていた方については、やはり短時間勤務などを利用しながら進めている現状であります。

実際に復職に関する制度を利用する時には、事前に職場でどういった業務をさせるかというプログラムをしっかりと作り、無理のない計画を立てて最終的に復帰に向けると。うちの制度では、1カ月から2カ月位を目処に短時間勤務を利用しながら復帰をさせているところです。それである程度オーケーになった段階で、完全にフルで仕事をしていただくという取り組みをしております。

メンタル疾患復職フロー 	
復職時～就業制限解除	<b>復職状況確認（通常復職）</b> (1)定期的に復職状況確認（所属長・看護職・産業医） (2)産業医復職後評価面談 病状の確認と主治医意見を基に就業制限の解除判断 <b>復職状況確認（職場復帰短時間勤務制度での復職）</b> (1)定期的に復職状況確認（所属長・看護職・産業医） (2)復職者は復帰後勤務健康日誌記入 所属は週間計画及び実績報告書作成 (3)産業医短時間勤務実施後評価面談 職場復帰短時間勤務制度の変更、解除、休職継続の判断
これらの対応を一貫して一人の産業保健スタッフが担当する 産業保健スタッフ＝保健師または看護師	

その後には、復職時就業制限解除といったものがあります。こちらは特に復職の状況の確認、これは産業医の復職後の評価面談や、担当者が継続的にコミュニケーションをとりながら進めています。これで最終的に復帰、要はフルで仕事ができるということが確認できた段階で、短時間の制限を解除するという流れです。メンタルの疾患の復職のフローはこんな形です。

特徴としては、発症してから一貫し

て一人の産業保健のスタッフが対応することです。このスタッフが発症したAさんへの対応を復帰してからも継続して、その後の職場での対応、また現状どうなっているかという確認についても常にフォローしている状況です。今のところは、途中で人を替えるということはありません。

### 特に気を付けているポイント



#### 休職中から産業保健スタッフがアプローチ

休職中は所属は基本的に介入させない。窓口を産保スタッフに絞ることで、本人の療養を進め、所属の負荷軽減を図る

#### 診断書提出のタイミングをコントロール

突然復帰診断書が提出されないことがないよう、休職中からとコミュニケーションを取る。復帰時期が近付いてきたら、診断書を記入してもらう前に申し出るように指導。受け入れ準備の時間を十分に取る。

#### 生活状況の確認

そろそろ復帰となった頃から行う（症状安定と業務可能には解離があるという前提で判断）日常生活リズムの確立と体力作り、出社練習などを経て復帰可能な状態になっているか判断する

#### 復帰後の業務について積極的に介入

職場任せにしない。具体的に業務内容を確認し、専門的な立場からアドバイスを行う。

そういった中で、特に気を付けているポイントです。まず、休職中から産業医、保健スタッフがアプローチをすることです。休職中には所属、所属長は、基本的に介入させない、全く手を出さないこととしています。これは窓口を保健スタッフに絞り、所属長の負荷の軽減を図るということです。もう一つが診断書の提出のタイミングをコントロールすることです。過去に非常に苦労したのが、突然復帰診断書が提

出され、その診断書で復帰しますと言われると、職場のほうが対応できないことがあるので、これは休職中からコミュニケーションをとり、復帰時期についても検討して、時期が近づいてきたら、診断書に記入していただくことにしています。そのため、復職受入の準備の時間、これにかなりの時間を費やしています。

あとは生活状況の確認です。復帰がそろそろという状況であっても、日常生活のリズムや体力が戻っているか、そういったものを復帰前に必ずチェックをします。これは最低1カ月ぐらい出社練習という形で、朝8時前に来ていただき、ラジオ体操をして、またそこから帰っていただくというものです。また日常生活リズムや日々の活動、行動したことを、日誌につけて、それを提出していただいています。それでオーケーとなった段階で受け入れるというやり方もしています。

あと復帰後の業務について積極的に介入をしています。これは職場に全てを任せないということです。やはり専門的な立場からアドバイスを行い、大きくこの4つのポイントに気を付けて、休職者の復職に向けて取り組んでおります。

次に医療機関と連携内容と課題ですが、診断書というのは、正直本人の意向が強く反映されることがあります。職場復帰などが本当は無理な場合でも、例えば休職期間、これは規則として、期間満了で退職になる可能性があります、それを避けるために無理をして、復帰可という診断書を持ってきて、とにかく復帰を希望することがあります。

また、逆に、いつまでも休み続けてしまうこともあります。これどう見ても元気だよ、もう復帰できるよねという方でも、何故かそのまま診断書が提出され、ぎりぎりまで休んでしまうことがあります。それは医療機関の特徴として認識して、対策をとっています。具体的にはやはり連携の重要性ですね。主治医と本人、会社、この信頼関係を作るのが重要かと思えます。実際には初診時の介入、あとは紹介状を持たせて、実際に同行して受診することもあります。また、症状などの変化点では、医療連絡をとりながら、連携を密に

して、主治医、本人、会社の信頼関係を築き上げる取り組みをしております。

あと看護職が、医療機関と会社とのある意味通訳となって、主治医や本人から得た情報が、それぞれに生かせるように、わかりやすく伝えております。ともすると、本人が医師に伝えている内容と会社が思っていること、または実際に携わっている専門スタッフが持っている情報と全く違うことがありますので、そういった乖離がないように取り組んでおります。

次に、障害者職業センターといった支援機関との連携内容と課題です。2007年から13年までで、統計的に年間大体20件余りの職場復帰者がありますが、リワークを利用できるのは、年間に実は1人程度ですね。リワークに通所できた人のほとんどは復帰を果たして、再休業もなく、また中には治療まで終了しています。

ただ、一方で失敗した例もあります。これは後ほど事例として発表いたしますが、本人の考え方、意思、そういったものが大きく影響して失敗につながったと思われます。

企業で実際に困っているのは、むしろ新型のうつといわれる方、または発達障害とか人格障害があって、利用できるプログラムがないということがあります。こういった状況に非常に苦慮しているというのが、我々の今の課題となっております。

ここで事例の説明をします。まずAさんの場合です。これは成功した事例です。Aさんは生真面目で完璧主義、そういった方がメンタルになりやすいと世間では言われておりますが、非常に仕事もできる、ただし仕事を自分で抱えてしまう。そういったタイプです。Aさんがグループリーダーになると、仕事を他の者に振れず、自分で抱えてしまい、うつ状態になってしまった事例です。これは3カ月、6カ月、2カ月、8カ月と、2年半の間に4回、休職を繰り返しておりました。業務の方でもできるだけの配慮はしたのですが、自分で仕事の難易度を上げてしまう、そういったタイプでした。そこでリワークを紹介し、本人が一度利用してみるというので、実際に登録、利用をしてみたら、業務の負荷を自ら上げてしまう傾向を理解し、どのように対処すべきかということに気がついて、うまく仕事をコントロールできるようになって、時間管理、そういったもの、コラム法を自分なりに活用して、実際これは非常によかったです。最終的には結婚して家庭まで持ったという事例です。

次は、Bさんの失敗した事例です。失敗した、というかりワーク自体を利用しなかったものです。Bさんは真面目でこだわりが強い、意思を曲げることがない、そういった性格でした。仕事自体は優秀でしたが、休職6カ月、入社3カ月で再び2年6カ月を休職してしまいました。最終的にはこの方は休職期間満了で退職をされています。Bさんにリワークを紹介し、本人もわかりました、ほんなら一度利用しますということで障害者職業センターに行ったのですが、事前に心理検査とかをやったときに、その結果を聞いて本人が、「そのとおりです。もう自分が目指している姿、結果もう出ました。素晴らしい。」と。逆に、そのことに自分が納得してしまっているからこれ以上やることがないと。こういった方はリワークの目的、目標が持てなくなって、この段階で終わってしまったという方です。

## まとめ



### 医療機関との連携について

臨床の医師と企業とでは復帰についての考えには当然温度差はある看護職を仲介役に置くことで、個々のケースごとに、主治医、本人、会社の良好な3者関係を構築するよう努めている。それらの積み上げで、近隣のメンタルクリニックとは上手く連携をとれている

### 障害者職業センター等支援機関との連携について

リワーク支援につなげられない多くの人は、業務配慮や労務管理などで復帰支援をしているが、自己の問題に気が付けない未熟さのある人の復帰が上手くいっていない。気づきのプログラムなど今までと角度を変えたプログラムを期待したい。

まとめです。記載しておりますが、これは医療機関との連携では、看護職を仲介として、良好な関係の構築、障害者職業センター等支援機関との関係については、自己の問題に気がつかない者へのプログラムなどを期待します。

最後にKYBの今メンタルへの取り組みの現状を簡単に紹介します。休業者はピーク時の数に対して、3分の2程度に減少しています。自殺者もこの8年間はゼロになりました。過去は大体5年間で1.5人ぐらいいらっしゃいました。

我々KYBの取り組みは、2008年が変化点となります。2008年に、一気に保健師、看護師などを採用して、一時予防、予防対策を重点的に行いました。特に①教育、若い年代を中心としたセルフケア。これは新入社員や入社3年目、あと指導職へ上がった時に必ず教育を行

## 最後に



### KYBにおけるメンタルヘルス対策の現状

現在、**休業者数はピーク時の2/3に自殺者は8年間0人**

増加するメンタル不調者対策として2008年度から一次予防対策に力を入れている。

- ①教育 若い年代を中心としたセルフケア教育  
(新入社員、入社3年、指導職)  
管理監督者を中心としたラインケア教育  
(グループ長主任、係長、課長、部長毎に)
- ②面談 従業員一人一人と看護職が面談し、健診事後指導やストレスチェックを実施
- ③相談 ①②により早期相談の教育を実施。職場や従業員の相談には常時窓口開設し、職場調整に積極的介入

2014年度からは海外外向者やグループ会社への支援を開始

っています。あとは管理監督者を中心としたラインケアです。これはグループ長、係長、課長、部長といった方の教育を行っています。特に課長、部長については、これは1日コースでみっちり教育をしております。

もう一つの特徴が、②面談です。これは、全従業員一人一人に看護職が面談をしております。これは健康診断、その後の健康の指導、あとストレスチェック、これを大体1人1時間弱かけて行います。かなりの人数で、看護職には高負荷になっておりますが、これが今大きく効果が出てきていると思っています。

あと①、②をやることと、早期の相談、気軽に全員面談もやっているものですから、すぐに何かあったときに相談できるというそういった窓口を開設して、職場の調整を積極的に行うようにしております。

また、ストレスチェックの結果をフィードバックもしております。これは職場の所属長、これはライン部長に報告して、おたくの職場の環境は今こういう状況ですと。個人名は出しませんが、ストレスチェックの結果では、こういった状況の職場になっていますから、もう少しここを改善してくださいとか、逆に非常に負荷がかかって忙しい職場でも、中には非常にメンタルのストレスがすごく低い職場もありますので、そういったところの取り組みを紹介して、できるだけ予防につなげております。

2014年度からは、海外出向者、先ほど言いました140名の方とか、あとグループ会社についても教育の支援などを行っています。海外の出張者には直接出向いて面談、ストレスチェック、そういったものも行ってあります。こういった「予防」にできるだけ力を入れて、1人でもうちの従業員からメンタルの病気になる方を減らすという思いで取り組んでおります。

以上でKYBの今回の発表となります。どうもありがとうございました。(拍手)

司会 (今若) : ありがとうございます。

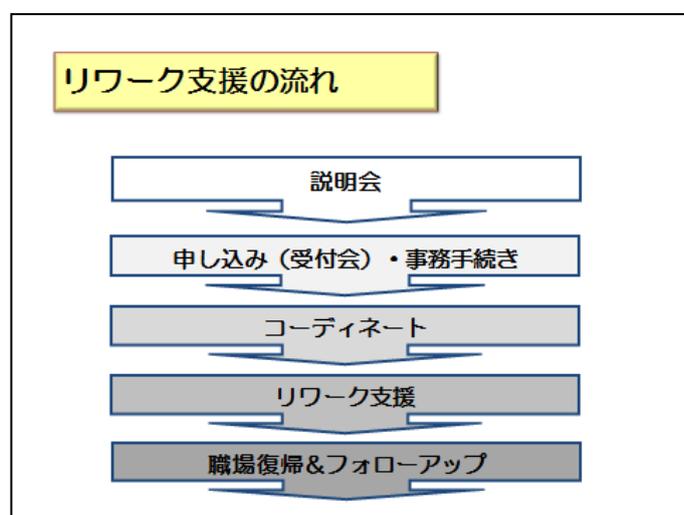
それでは続きまして、東京障害者職業センター、稲田主幹、よろしくお願いいたします。

稲田 : 皆さん、こんにちは。

ご紹介いただきました東京障害者職業センターの稲田と申します。

では、東京センターの本所での取り組みを中心に話をさせていただきます。

まず初めにリワーク支援の概要ですが、全国の地域センターにおきましては、うつ病などで休職されている方で、休職している社員の復職を考える事業所に対しまして、主治医の先生の助言を得ながらリワーク支援というのを行っております。



上野にあります東京センターの本所におきましては、今年度からリワーク支援室を拡充、移転しました。現在はリワークセンター東京として受け入れ人数とカリキュラムを拡充して対応させていただいております。

次に、当センターでのリワーク支援の流れです。まず休職者ご本人に説明会に参加をしていただきます。説明会に参加していただいた後に、当センターのリワーク支援をご利用されるかど

うかという点について、ご本人に検討していただきます。利用希望の方につきましては、受付会でお申し込みをいただきます。そして、後ほど説明させていただきます職場復帰のコーディネートという過程を経まして、リワーク支援の受講という流れになります。

次に当センターのリワーク支援プログラムは、大きく分けて講座、作業、集団課題、自主課題という4つの構成となります。

講座は、ストレスマネジメントとかアサーションなどを、講義形式で学習するものです。なお、認知行動療法については、センターのスタッフ以外に、五十嵐院長のメディカルケア虎ノ門から臨床心理士の先生を外部講師としてご講義をいただいております。

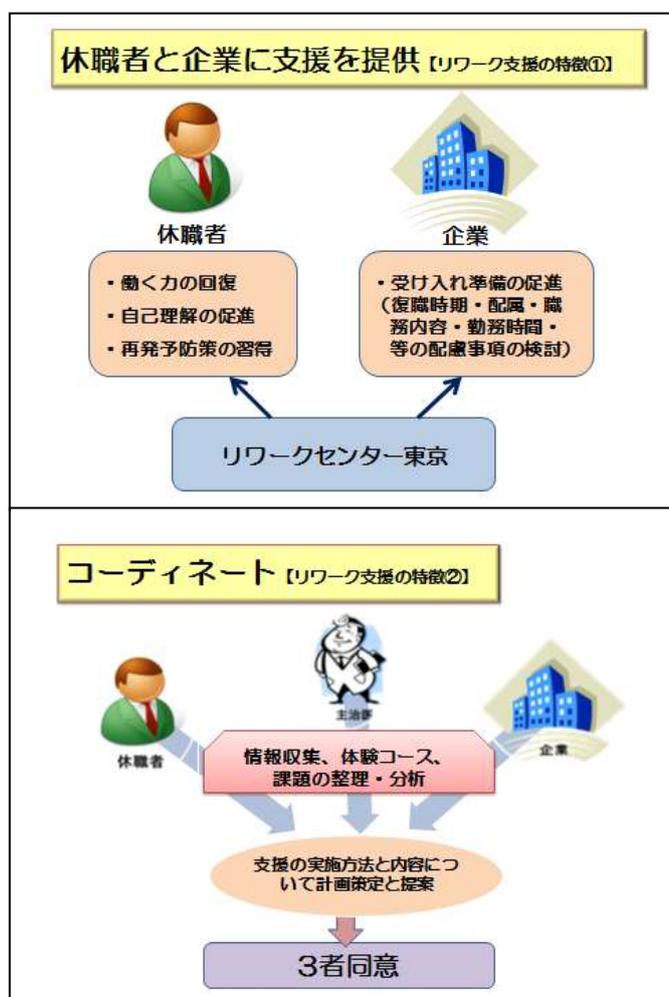
作業は、主に事務作業を通じ、ご本人に現在の作業遂行状況、例えば集中力や持続力、

疲労などについて確認をしていただきます。

集団課題では、コミュニケーションや対人関係に不安を感じていらっしゃる方にグループワーク形式で自己表現の学習をしていただくものです。

自主課題は、担当カウンセラーと相談をしながら、休職に至るまでの経緯を振り返って整理したり、あるいはうつ病に関する書籍を読んでまとめていただくといったものになります。とりわけ不調を繰り返されている場合は、これまでのキャリアですとか、あるいは不調の経過などをじっくりと振り返り、ご自身の不調のサインや波みたいなどころをご本人に理解していただき、自己管理ができるような支援を心がけております。

どの講座をどのように受講するかは、当センターでは、ご本人の主体的な取り組みも促進しようという観点から、必要な講座をご本人が選択する形式をとっています。そのご希望以外にも、事業所の方からお聞きしたご要望や、主治医の先生のご意見などを踏まえ、担当カウンセラーがご本人に助言しつつ、最終的に受講プログラムを固めるという流れをとっております。



続きまして、これは本日のメインテーマの連携とも関係する話ですが、当センターを含めた障害者職業センターの行うリワーク支援の特徴について3点、お話をさせていただきます。

1つ目の特徴は、休職者と企業、双方に支援をご提供する点です。地域センターのリワーク支援は、休職者ご本人への支援だけでなく、復帰先の事業所の方へも、復帰後の配慮事項や労働条件、職務内容の設定といった助言、あるいは障害理解を促進するための社内研修への協力といった支援を行います。企業支援の具体例としてあげましたが、ご本人の復帰後の出勤ペースとか、仕事の内容などを事業所の方々と連携、相談しながら、助言をさせていただくということです。

2つ目の特徴は、リワーク支援の流れでもご説明しましたがけれども、職場復帰のコーディネートです。このコーディネ

ートは、リワーク支援終了後のスムーズな職場復帰ですとか、復帰後の安定した継続勤務を目指しております。センター内でのリワーク支援プログラム開始前に、職場復帰の進め方や目標についてご本人、事業所の方、主治医の3者の合意形成を図るという取り組みです。具体的には、ご本人が復帰を希望していること、事業所の方が復帰を勧める意思を有していること、加えて主治医の先生が復帰に向けた活動を認めていることを確認させて

いただいた上で、リワーク支援をスタート形をとっております。

最後の特徴としては全国ネットの活用ということですが、御承知のとおり、全国の地域センターでリワーク支援を展開しております、この図にありますように県をまたいだ地域センター間での連携というのが可能なのですが、今日のテーマに則して申し上げるならば、各都道府県の地域センターでコーディネートから始まるリワーク支援を進める際に、全国各地の事業所や医療機関の方々と連携を図ることが可能であるということです。

簡単ではございますが、以上でございます。(拍手)

司会 (今若) : ありがとうございます。

それでは、ご発表の最後になりますメディカルケア虎ノ門、五十嵐院長、よろしく願いいたします。

五十嵐 : きょうはお招きいただきまして、ありがとうございます。

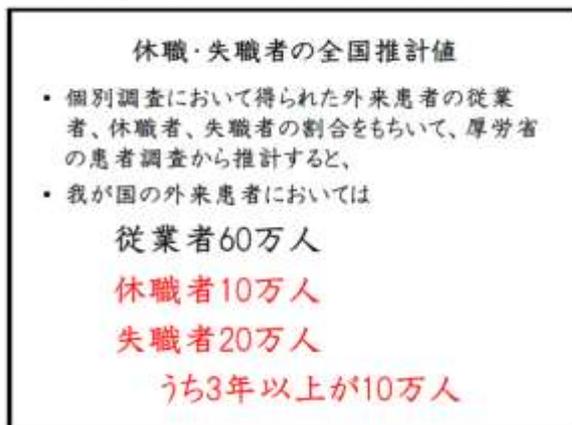


障害者職業センターの方と直接お会いするチャンスというのはなかなかなくて、ただ、今年度、全国何カ所かで医療機関とそれからその地域の障害者職業センターの方とで交流するような講演会をやっておりまして、来年もう一カ所、広島で行います。そういった事業をやっている中で、その地方地方で随分とリワークのあり様というのは違うのだなと実感しております。

時間の関係もありますので、先に進めてさせていただきますが、医療機関の立場から今日はお話をいたします。

まず精神疾患で休職している人はどのぐらいいるか、というのは実はわかってなくて、仕事をやめている人はどのぐらいいるのかということと、一緒に調べました。これは昨年の今ごろ11月に、対象は日本精神科診療所協会、全国の1700程度の精神科の診療所が加盟する団体ですけど、そこに調査をかけて、外来の患者さんの個人票を1万2881人分いただき、解析しました。そうすると、予想どおり、統合失調症が15%ぐらいの割合で、気分障害は約半分、それから神経症が3割ぐらい。すなわちうつ病圏、気分障害圏が非常に多いというのがわかったわけです。

それで2011年に厚生労働省が患者調査を出しておりますので、そこをもとに今の数値から仕事をしている人、休んでいる人、仕事をもうやめちゃった人、それから3年以上そういう状態が続いている人を推計すると、こういうような数値になりました。

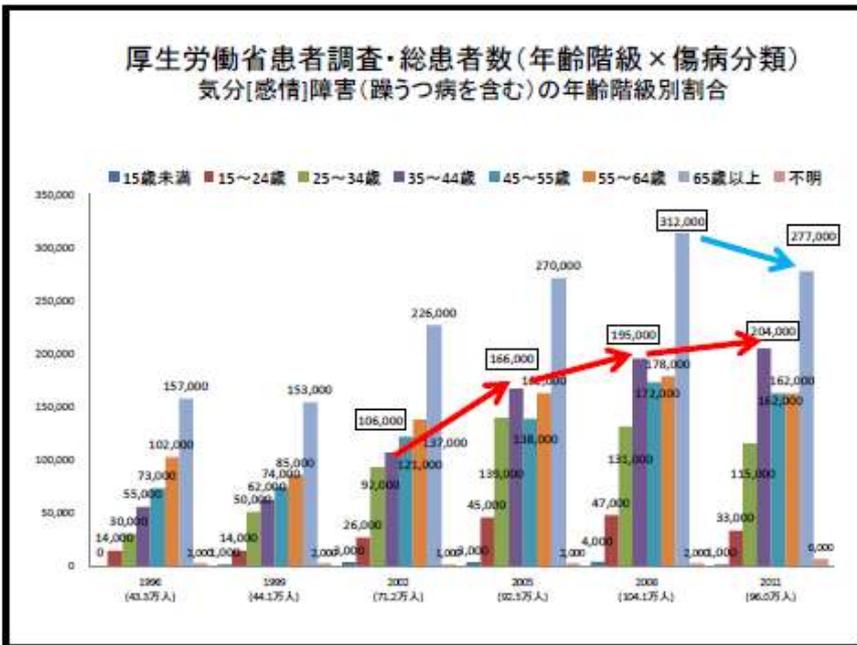


ざっくりいいますと、わが国の外来患者、精神科の診療所という意味です。働いている人が60万人ぐらいいて、休職している人が10万人、それから実は大きな問題だと思うのですが、仕事をやめちゃっている人、ただし就労経験ある

人が20万人、うち3年以上が10万人ぐらいいると。こういう実態があるということ、意外と世間はわかっていないんじゃないかなと思います。

そういった人に対し、今日は特に10万人の休職者の方の支援ということですが、将来的にはこの失職した人をどうするかと、医療機関はずっと患者さんとして見ていかなきゃいけないわけですので、どのように再就労させるかというのが今後の大きな課題だと思っています。

少し病気の話に戻りますと、昔から気分障害はこんなに若い人たちの病気だったかと、ちょっと考えます。これは先ほどご紹介した厚生労働省の患者調査、3年ごとのデータを96年から並べているわけです。余り細かい説明はできませんが、この赤い矢印のこの層は、35歳から44歳の層ですね。どんどん上がっている。そのかわりに、2008年から11年、一番後ろの層、65歳以上は減っている。この減っている意味がちょっと難しいんですけども、東北3県の調査がありませんでしたから、震災の関係で。そういったものもあるのかもしれませんが、でも若い年齢層、20代後半から30代というのは、かなり増えているという実態が国の調査としてあるわけですね。



から11年、一番後ろの層、65歳以上は減っている。この減っている意味がちょっと難しいんですけども、東北3県の調査がありませんでしたから、震災の関係で。そういったものもあるのかもしれませんが、でも若い年齢層、20代後半から30代というのは、かなり増えているという実態が国の調査としてあるわけですね。

～海外の疫学調査より～

Any mood disorders (major depression, dysthymia, and/or mania)のオッズ比(罹病のリスクの比)

～ロジスティック回帰分析による解析～

国/対象人数(調査年)	年齢階級	Odds Ratio	95%CI
Brazil n=1464 (1994-96)	45歳以上 (ref.)	1	-
	35-44歳	2.9*	(1.7-4.2)
	25-34歳	3.7*	(2.0-6.5)
Canada n=6261 (1990-91)	45歳以上 (ref.)	1	-
	18-24歳	3.8*	(2.4-5.8)
Mexico n=1734 (1995)	45歳以上 (ref.)	1	-
	35-44歳	1.7	(0.8-3.2)
	25-34歳	2.7*	(1.1-6.5)
USA n=5388 (1990-92)	45歳以上 (ref.)	1	-
	35-44歳	1.3	(1.0-1.6)
	25-34歳	2.0*	(1.5-2.6)
Netherlands n=7076 (1996)	45歳以上 (ref.)	1	-
	35-44歳	2.7*	(2.3-3.2)
	25-34歳	4.4*	(3.6-5.4)
Turkey n=6095 (-)	45歳以上 (ref.)	1	-
	35-44歳	1.9*	(1.2-2.9)
	18-24歳	7.2*	(4.6-12.8)

\* significant at the p<0.05 level.

Bulletin of the World Health organization, 78(4) 2000 を改変

じゃ、世界に目を向けるとどうかというと、これはWHOの2000年のデータです。全ての気分障害の人を対象にしていますが、ここではブラジル、カナダ、メキシコ、それからオランダ、トルコ、アメリカと出ていますが、これは何を調査したかということ、45歳以上の人を1としたと

きに、例えばブラジルを見ますと、18歳から24歳の人が気分障害にかかるリスクは3.9倍あると。カナダでも3.8倍、メキシコでも6.3倍、要するに世界的に、こういうことはわかっているわけです。だから、「もっと注意しなきゃいけない」ということは、国際的にも認知されていると考えていいんじゃないでしょうか。

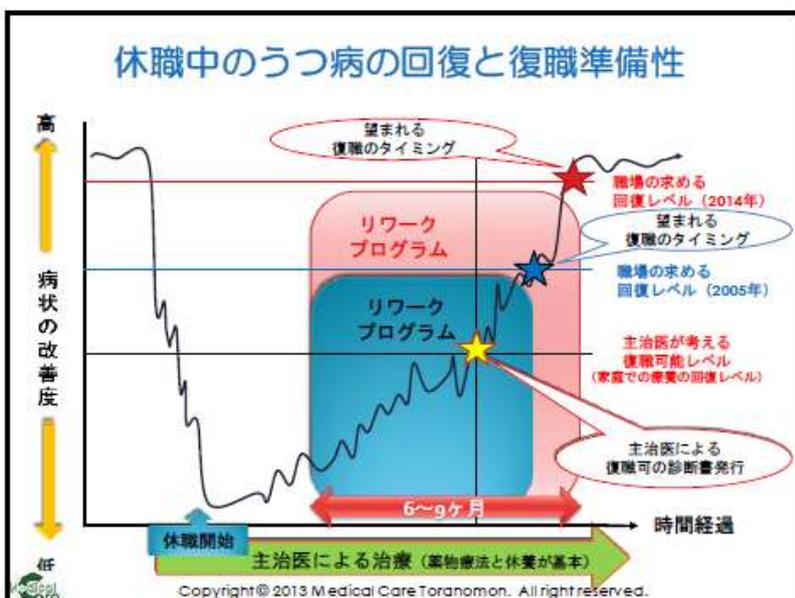
日本だけをちょっと考えてみますと、90年代の後半からバブルが崩壊して、就職氷河期が随分続いた。ロスジェネレーションなんていう呼び方もされ、そういう時代であった。それからIT化が随分急激に進んできた。当然会社の中での働き方、働かせ方が変わった。おのずと業務負荷は高くなる。一方で今の日本の大問題ですけども、少子化、高齢化が進んでいる。学歴だけは高くなっていく。大学院を出て就職がうまくいくかどうかは別として、相当の人が大学院に行く。どうも育てられ方も、育て方も変わってきて、新たな世代が生まれてきている。これは昔から繰り返しているわけですね。

世界的にもどうもいろんなリスクがある。イギリスの社会学者ですけども、リスク社会とも言っています。そういった中で全世界的に若い人たちがうつ状態といいますが、これが増えているのだろうと思うのですね。

私は2003年に虎ノ門にクリニックを開いて、その最初の年に、自分の責任はこっちに置いて、会社のせいでうつ病になったと言うような人たちが凄く多いなと感じました。精神科医にとって他罰性というのは確かに課題ではあるのですが、ここまでうつ病の人が他罰的な言動をするかというぐらいのことを聞いて、びっくりしました。同時に不安が非常に強いうつ状態、不安が強いと身体の症状が出るんですね。これは脳がそのようにできていますから当たり前なのですが、そういった身体の症状を訴える抑うつ状態の人が凄く多いと感じました。

この人たちを見ていて、私の経験として復職にことごとく失敗したわけです。それで2005年にデイケアというものを利用してリワークプログラムを始めました。1年位経ったころに、よく見ていると軽躁状態が多いと。昔から軽躁状態というのは精神科医は知ってますけども、大したものじゃなかった。本当の躁状態というのは凄く重大な疾患状態で、何とかしなきゃいけないんですけど、軽躁状態というのは、ちょこちょこあったなと思うのですが、でもこれほどまでに軽躁状態が多かったかな、ということを感じました。

さらに2年後の2008年ごろから、頭は良いのだけど、空気を読めない発達障害がベースにある不応、適応障害の人が多くなりました。すなわち、我々のプログラムは抑うつ状態の治療の場だろうと。我々精神科医にとっては、診断する場所だと考えるようになって、実際のプログラムはコメディカルがほとんどやってくれるわけですが、



医者は診断をして治療するというプログラムになってきました。

プログラムのお話をちょっとします。一体どういったことを大事にしているかということです。そもそも私がこのプログラムを始めた時に作った図ですけども、ある健康状態がこうありまして、だんだん病状が進んでくると、どこかで会社に行けなくなる。これは病気が進んだ必然です。そうすると診断書を書くわけです。で、お休みしてもらおう。治療の基本は休養と薬物と言われてましたから、お薬をあげて経過を見る。どこかでもう大丈夫かなと思って診断書を書く。この黄色のポイントですね。これは一応主治医が復職可能だろうと経験から割り出したポイントですけども、それで復職させるとうまくいかなかった。そのとき考えた図です。そうすると、ここにプログラムをかませれば、この黄色じゃなくて青、これが会社の求めるレベルで、復職させられるだろうと考えた。

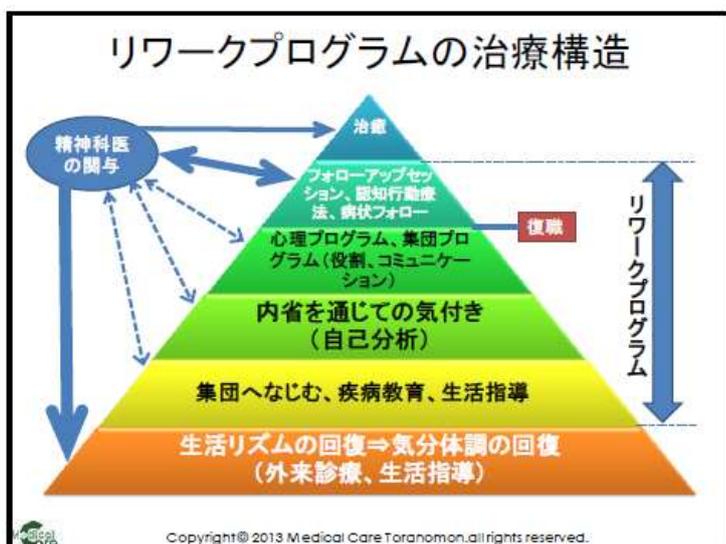
これがプログラムの一つの役割だろうと思ったのですが、実は今2014年ですけども、会社の求めるレベルは明らかに上がっています。もう10年位こういうことをやってるわけですが、会社の復職基準が東京あたりでは定時勤務は当たり前、3、4カ月の就業制限がかかりますけども、だんだんそれが外れていっちゃう。今大体6カ月から9カ月のプログラムをやらないと、この赤のポイントが見つからないという現実でございます。

我々のところにいらっしゃる患者さんは、非常に重篤な人が多いなという印象はありますけれども、ミニマムで6カ月かかるという現実がございます。

どういう治療構造を持っているかということ、我々はあくまでも薬と同じようなリハビリテーションとしての治療をやっていますので、こういうことになるわけですけども、外来診療をして生活指導をすると。当たり前ですが、朝起きて夜決まった時間に寝て、出社できる時間に起きられなければ仕事どころじゃないわけですね。気分も戻ってなければ仕事なんかさせられない。それを回復させて、あるところでプログラムが始まる。まずは集団になじませます。集団になじんだところで病気の勉強をしてもらおう。それから生活指導をもう一度しっかりやるということをやって、それから内省をさせます。

その次は、我々は自己分析と呼んでいます。一体どういうことで休んだ。これは職場の要因も多々あるわけですけど、自分にも課題があったから具合が悪くなったという、自己

をしっかり見つめなくちゃ。これは我々にとって診断につながります。診断が変わることもありますし、それからご本人が気づいてないことが多々ある。この自分の課題をしっかり気づかなきゃ駄目なんですね。その気づいたところに心理プログラムが与えられる。一体自分が何に気をつけなきゃいけないのか、だからこういう心理プログラムは役立つという、この順番が物すごく大事なわけですね。



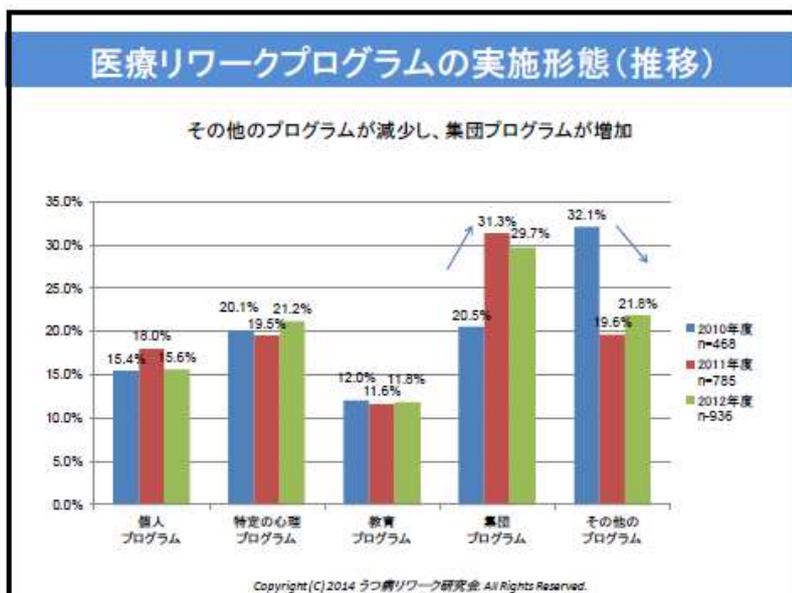
これは頭でわかっているレベルです。頭で十分わかっているけど、でもやっちゃうのが

人間です。我々のプログラムではこの集団プログラムと書いてありますが、会社組織のようにして、実際にやってもらう、行動療法に近いわけです。そうすると、やっぱり失敗する。自分でちゃんと自己分析をして書いてるわけですけど、同じことをやっちゃう。それはもう会社に戻ってなくてよかったねという話になるわけですけども、そこで実はスタッフが介入するというのが治療的な接近だと思っています。そこで復職させる。復職させたらフォローをしっかりする。この復職直後が特に危ないので、どこかに相談するような場所をしっかり設けてフォローしていく。ずっと治療を続けて、どこかで薬がなくなる。目標は治癒です。お薬がなくなって普通に働いてる。大体我々のところにいらして5年ぐらいかかってここまで持っていくというようなことです。



すなわちプログラムは、まず第1条件として最低限必要なことがある。これは生活リズムを整えて、症状を回復させる段階。それから認知の修正といいますけど、要するに病気をちゃんとわかっている、これは当たり前ですけども、それだけではなくて、発症要因がちゃんとわかってなきゃだめという段階があって、それから対人関係能力を改善してなくちゃだめなんですけど、実はそれは行動、コミュニケーションなわけですよ。行動変容がある

という3段階を経て復職していくことが大事だと思っています。



先ほど稲田さんのほうからご紹介もありましたけども、我々も似たようなプログラムをやっていて、個人のプログラム、それから特定の心理プログラム、それから教育のプログラム、集団のプログラム、それからその他というふうに分けています。

似たようなことなのですが、これは3年間の我々会員の調査の結果をお示ししていますが、3年間調査した結果、こ

これはすいません、年度が入っていませんね。20年度、21年度、22年度だったと思いますが、個人プログラムはほとんど変わってない。特定の心理プログラムは余り変わらな

い。教育プログラムは余り変わってない。変わったのは集団プログラムがどんとふえて一番多くなっている。要するに我々心理プログラムだけやればよいと思ったらそうじゃなくて、集団で何かさせないとだめだ。そこでうまくいだけじゃなくて、失敗もしなきゃいけない。失敗したときに介入のチャンスですね。その行動変容がないと、やっぱりうまくいかないです。ということが、だんだんわかってきました。

我々はあくまでも医療機関ですので、リハビリテーションを行っています。これは治療です。お薬と同じ治療です。すなわち無理はさせられない。一定の開始条件があって、一定のステップ、それから無理だったら、中止ということにします。何を目標にしているかというと、症状が安定してそれが続いてればどこかで終わっちゃうわけですね。復職準備性の評価というものをします。こういったリハビリテーションをやっているのですが、その対象はやっぱり仲間ができるんですね。目標が大体同じです。再休職を予防することが目標。抑鬱状態の人たちがいますから、皆さんお友達になるわけです。この仲間の中で治っていくというのが大事だなと思っています。中には軽い統合失調症の人などもありますし、双極性障害の人も3割ぐらいいるしと、いろんな疾患がまじっていますけど。

行っている内容は心理社会療法という治療です。これは皆さん御存じだと思います。

さて、今日はリワークのお話です。我々が行う治療は、医療リワークと最近呼んでいるのですが、障害者職業センターのリワーク支援とはやや違うところがあると考えております。その違いがあるから連携があるわけです。全く同じことであれば、連携の必要もないわけです。それから最近企業内で復職時に実施するプログラムがある、これもリワークといっているわけです。これはいろんな企業で最近始まっていますが、ないしはEAPでこういうことをやっていますけど、これは復職が可能かどうかを見ているということだろうと思いますので、これも少し別のことだろうと思います。その違いについて、我々のところは医療機関ですので、健康保険を使います。3割負担、場合によっては自立支援医療で1割。対象は休職者。これはあくまでも治療であり、再発、再休職予防を目的としている治療でございます。

それから職業リワーク、障害者職業センターで行っているこのリワークは、労働保険で行っている。ですから、公務員の方は対象にならないわけですが、支援プランに基づく支援をされていると思います。それから職場リワークは、あくまでも企業が負担して、労働させていいかどうかを見きわめている。この3者はやや違うということをご確認いただければと思います。

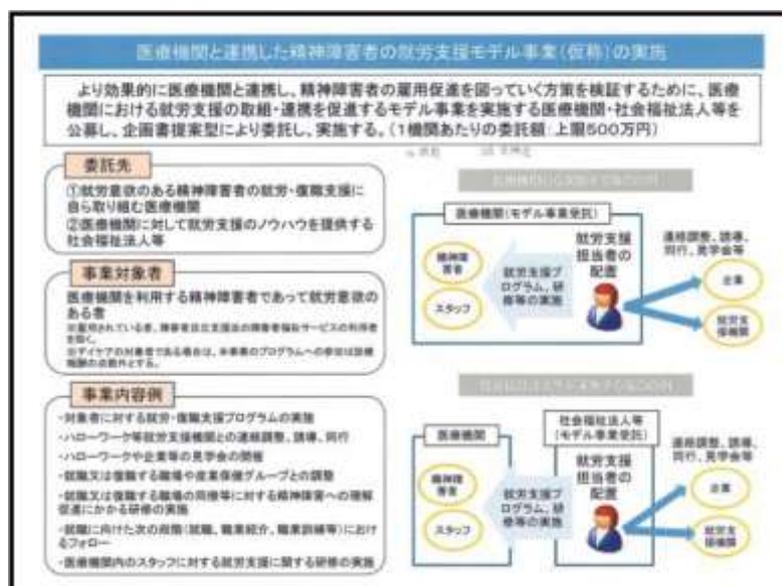
これは障害者職業センターのリワーク支援をステップ1、2、3、4とまとめてありますけども、ここで特徴づけられるのは、やはり最初です。ステップ1から企業担当者が入っているということですね。それが違う。特にこのステップ3において事業主に対して助言や支援をするというところが違う。このところで我々と連携ができるかなというように考えております。

さて、実際に連携を試してみましたということを冒頭にご紹介いただきました。それについて少し触れてみたいと思います。これは障害者職業総合センターに対し我々が研究協力をさせていただいたということです。その背景としましては、対応困難な利用者が随分増

えてきたということがあったと。これは例えば常識的に考えて、職業人に求められる基礎的要件の獲得が不十分なものとか、やたらに怒りっぽい人とか、発達障害の傾向を有する者とか、全体の20%ぐらいいるのじゃないかと。これは確かに我々もそういうふうに感じているわけですし、これは病気だと我々は見ますので、病気に対してどうするかという発想ですけども、障害者職業センターではなかなかそうはいかないと思います。そこをどうするかということが、一つのテーマでした。そういうことを通じて、地域の障害者職業センターのリワーク支援の内容を補強する目的で、これを始めたということでございます。

基礎力がない人たちについて連携するには、最初に我々のところのプログラムをやって、病状も確認して診断もはっきりさせて、本人にもちゃんと、あなたはこういう病気でこうなのだとすることもわかってもらって、それで途中から障害者職業総合センターと乗り入れをして、それで我々のところのプログラムを終わって、ビジネス基礎力再構築支援プログラムというようなものをセンターのほうでやっていただいた、という例が何例かありました。現在も、この人たちはうまくいっています。

それからもう一つは、医療連携型短期復職支援プログラムの連携スキーム、これはもうちょっと短期間にやろうとしたのですが、この例は余りできませんでした。報告書となっていると思いますので、ご覧いただければと思います。



今回、こういった連携を考えていく場合、これは厚生労働省の就労支援モデル事業のこの企画書ですけども、今年度私たちもこのモデル事業を受託して行っています。

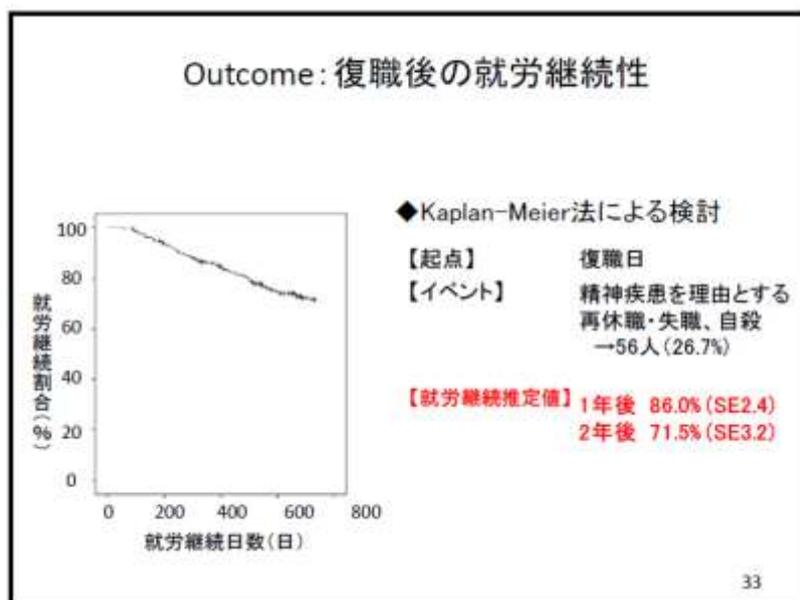
どういことを行っているかということ、我々のところに1人分の人件費分をいただいて、就労支援担当者のようなコーディネーターを置いて、それで我々内部の障害者とかスタッフに対する支援

をするけども、むしろ外に向けて企業とか就労支援機関、特に障害者職業センターとかハローワークと連携をとりながら、うまく復職してもらおうという事業です。

これが始まって、今年度が2年目でございます。こういったことも、できれば本事業になっていってほしいなと考えているわけです。やはり人が連携をするということはずごく有効だということで、ことしも札幌駅前クリニックと、これは宇都宮のさくら・ら診療内科と我々のところでプログラムを行っております。これはまた報告書として出したいと思います。

それで、我々のような医療機関で行うリワークのアウトカムというのは、一体どのぐら

いの効果があるというのをちょっとお示しします。



これは休職2回以上、または1回目であっても180日ですから、半年以上休職している人たちを対象に調査をしました。我々の仲間の全国の13施設が協力してくれました。どういうことをしたかということ、我々のプログラムに入るときに手を挙げてもらって、情報をくれますか、いいですよという人は、この研究に組み入れたわけです。

あるとき復職します。復職後、3、6、9と3カ月ごとにずっと追っていったと。昨年12月31日で追跡を終わっています。

そうしますと、最初は625人対象がいたんですけども、研究参加に「これちょっと無理です」とか、途中で脱落しちゃう人とか、最終的に210人復職した人を追っていったんです。そうすると、これが結果になるんですけども、ゼロ日目からずっとだんだん右下がりに下がってくる。これは生存曲線といって、カプラン・マイヤー法という算数を使うところいうのができて、例えば抗がん剤の効果がこうですみたいなのがあらわされるような分析方法です。だんだんと再休職する人が増えてくる。ですから、就労継続の推定値として、この1年後に、86%就労してる。2年後は71%というようなことが出て、非常に満足すべき結果だと思っています。

我々の研究会をご紹介します。残念ながら、山形とか奈良、山口、島根がまだなんですけども、ほぼ来年にはこの空白県も何とか会員ができる。今現在187の医療機関でリワークのプログラムを行っています。どういう背景があるかということ、半分が独立系のクリニックです。残りの半分は精神科病院とそのサテライトクリニックで40%ちょっと。総合病院はわずか3%ですが、大学病院が9カ所、5%ある。大学病院は医者を育てるところですので、将来に向かって非常に頼もしいと思っています。

最後にちょっとビデオを見ていただきたいと思います。今プログラムのさわりみたいなお話をしましたが、これを実際に映像で見ると、非常によくわかります。勉強のためにドラマで学んで、プログラムというのはこういうものだというのをわかっていたかということで作りました。

これをプロデュースしてくれたのは、私のもとの患者さんで、もう治療が終わっている人ですが、映画監督をやっている人で、ここに登場している人たちは皆さんプロの俳優さんたちです。



(映像)

時間は175分ですけど、私もちょっとレクチャーなんかしています。今のようなドラマで若いスタッフが失敗をしながら成長していくと。ご本人が復職していくのをドラマ風に描いています。失敗のときにどうすればいいかということ、このプログラムではレクチャーパートとして挿入していますので、ぜひ一度ご覧になってい

ただければと思います。

私の話は、以上で終わらせていただきます。どうもご静聴ありがとうございました。(拍手)

司会(今若)：ありがとうございました。

3人のパネリストのご発表から、いろいろと配慮をしつつ、専門性を生かした支援、あるいは企業として復職に向けた取り組みをされていることがわかりました。この中にも、今後連携を進めていくモチーフが幾つかちりばめられていたのではないかと思います。

そういった意味でお三方に同じご質問をさせていただければと思っております。

復職に向けた取り組み、または支援を行うに当たって、自分としては難しさを感じていて、他の専門的な協力を得る必要があるなど感じられる点がございましたら、お一方ずつ簡単にお話しただければと思います。

では、川浦部長から、いかがでございましょうか。

川浦：企業としてですが、やはり企業としては専門ではない。病気になった以上は、完全に主治医、先生にお願いするという形になるかと思えます。

あと復帰に向けて、会社としてはこの復帰についてのある程度の目処というのは、単独の判断ではなかなか難しい面があります。先ほどの発表でも言いましたけど、気をつけている部分で、主治医との連携などが、まず重要だと。実際に病気になって治療している方について情報を交換する。これはどこまでできるかというのはあると思うのですが、できるだけ情報交換することがまず重要、そのための信頼関係をつくっていくと。

我々企業としては、そういった従業員に対して、これこれを努力して、何とか復帰をさせたいという思いがある、ということ、いかに専門職、主治医の方、またリワークに対してお伝えをするか。そういったことができないと、なかなか復帰というのは難しい。

また、先ほど先生のほうも触れられた、なかなか復帰が難しい適応障害的な者などの支援が、大きな課題です。この辺も主治医とかと相談しながら、どういった復職のプログラムがいいか、我々企業としてはやはり実際に復職、職場に戻ることであり、そのプログラムでの仕事の量、質、そういったものを検討しなければいけないので、主治医との連携や

リワークを含めたプログラムの内容、そういったものが今後の課題と思っております。

司会（今若）：ありがとうございます。

それでは、稲田主幹、よろしくお願いいたします。

稲田：五十嵐先生も先ほど触れていただきました職場復帰のコーディネーターというのが、連携の第一歩と考えています。この3者というのが、同じ方向に進むということがスムーズな職場復帰につながると考えますので、このコーディネーターというステップは、非常に重要だと考えております。

この時間でまず主治医との連携についてお話をさせていただきたいのですが、地域センターには、医療リワークとは違い、精神科医療の専門スタッフは常駐しておりませんし、医療的体制は整備はされておられません。したがって、ご本人の状態像を精神医学的な観点から適切に評価するだけの専門知見というのが十分蓄積されているとは言いがたい状況と考えております。

このため、言うまでもなく主治医の先生を初めとした医療機関の方々との連携が欠かせないと考えております。

リワーク支援の際にご本人の様子とか、活動内容で気になる変化が見られたときはなおのことですが、復帰先の職場を、先ほど五十嵐先生がここ10年で求められるレベルが上がったというお話もありましたけれど、そういうものを想定して、どの程度、どのぐらいの時期に負荷をかけていけば良いか、そういったところは、やはり私どもだけではかなり逡巡する場面がございます。このような際に、主治医の先生から、継続的にご助言をいただければと、センターとしても安心ですし、何よりご本人に対してより適切な支援ができるのではないかと考えております。

先ほど来お話に出ています障害となるその疾患なり、障害の多様性なり、あと支援の困難性といったこと地域センターでも感じているところでして、より主治医と、企業の方はもちろんですけれども、川浦部長からもご意見がございましたように、連携して対応しないと地域センター単独で全てを受けとめていくことは難しいと。そういった意味合いからも連携の重要性は、ますます高まっていると考えております。

司会（今若）：ありがとうございました。

では、五十嵐委員長、医療リワークのプログラムの立場から、この領域については例えば職リハ機関にお願いしたい、ということがございましたら、お願いいたします。

五十嵐：プログラムを実際行っていて難しさというのは、まずご本人のモチベーションがない人をプログラムに入れて、プログラムをやってもらうことはまず不可能なので、モチベーションをいかに作ってもらうかというのは、企業さんのほうにお願いしたいことかなと。

プログラムはご本人のモチベーションがあれば、どんな疾患でも何とかできるんですね。入ってきてくれれば、きちんと復職というところまでいくと思います。会社に命令されたとか、虎ノ門のプログラムに参加しないと復職させないとかというモチベーションレベル

では到底続きません。そういったところが難しいなというふうに1つ思います。

ちなみに、我々のところにご紹介いただく利用者の方、半分ぐらいは産業医の先生が説得してくれているんですね。これが必要だと。かくかくしかじかということを十分言い含めて、いらっしゃっていただいています。そういう人たちはうまくいくのですが、だから会社といかに上手に連携するか、すごく大事なところでございます。

それからもう一つ難しいなと思うのは、例えば我々医療機関の人間が会社に行って、人事と会いたいと言っても、いや、ここからは入っては困りますとかそういう場所があって、なかなか会社に入れてもらえないという現実も一方である。最近そういったリワークプログラムなんかもわかっていただけになって、人事の方も大分迎え入れてくれるようにはなりましたが、なかなかハードルは高いですね。そういう点では、障害者職業センターは錦の御旗といいますか、ご本人の了解を得ているわけだし、医療機関のスタッフとはちょっと違うという意味で、この連携を会社ととるのは非常に得意なのだろうと思います。むしろ図式的に言うと、我々のところでプログラムをしっかりとって、診断まではっきり決まって安定して、最後の総仕上げのところをお願いしたいケースは実はあるんですね。それは会社で復職までの間にかなり事例性が高くなっているもので、いろんなトラブルが起こっているとか、会社としては困っているというような人たちに関しては、センターをお願いして、やっていただくということも大事かもしれないと思うんですね。それをうまく流していくためにもコーディネーターがいると非常にやりやすい、スムーズに行くという側面があります。

難しさに関していうと、その2点に集約されるかなと思います。

司会（今若）：ありがとうございました。

川浦部長、稲田主幹にお聞きしたいと思います。事業主が復職を進めていくに当たって、支援機関を効果的に活用する、ご発表の中でもございましたが、その活用、あるいはその活用当たりの留意点などがございましたら。

川浦部長、よろしいでしょうか。

川浦：特に企業として、やはりこういった支援機関、リワークに対しては、まず本人に紹介するという立場しかとれない状況があります。あとは本人がどう対応していくか。ただ、実際にはその紹介によって、自らリワークを利用したいというふうに、ある意味むけるのですけれど、強制はしません。それでも、やはり本人も、僕も復職、復帰をしたいという思いがある。先ほど先生もモチベーションと言われました。やはりそういうお気持ちにさせた上で紹介をしているということがあります。いかにうまく本人にリワークを利用していただくかという、ある意味持っていく方ですかね、そのように進めている現状です。

リワーク支援を進める中では、今の専門スタッフと、あとリワーク支援の方が多い時は月に数回、会社で情報交換や今の状況の説明をしてもらって、いま少し状況変わりましたよといったときにはすぐに主治医に情報を流して、プログラムを本人が復帰できる内容にしていく。そういう変化点をいかに早目に見つけて対応するか、結構気を使っているところですよ。

司会（今若）：ありがとうございます。

では、稲田主幹、いかがでしょうか。

稲田：支援機関の立場からということで、お話をさせていただきたいと思います。

地域センターとしては五十嵐先生がおっしゃってくださったように、主治医の先生や機関等をつなぐコーディネートを含めて行っていく、そういった役割を発揮できる部分があるのではないかと考えております。

その中で、職リハ機関ということではいいますと、特に復帰後の職場適応を見据えた企業様との連携というところが、私どもができる部分と考えております。

企業さんとの連携に関しては、できる限り事業所の方と直接お会いして、連絡を密に取り合う中で、より近い関係構築を目指したいと考えています。事業所の方に積極的に関わっていただけると、支援開始前から率直に意見交換をさせていただいて、かなりスムーズな復帰が実現しているケースもあります。支援終了後も継続させていただくことで、ご本人がその後の体調の変化などがあったときに、事業所の方と仕事量の調節について検討するだとか、迅速な対応が可能と考えております。

ご本人の側から見ると、ご自身の取り組みの努力や、あるいは成果について、会社さんが見てくださるといことが励みになるといったお話も、ご本人から出ております。やはり会社様の積極的な関わり、あるいは私どもとの連携を引き続きお願いしたいと思っております。

また、障害の多様性についてですが、会社との直接交渉などをご本人にお任せすると不安が強くなる、あるいはコミュニケーション能力に制限があるという方もいらっしゃいます。そういった方につきましては、職リハ機関が関与することが有効ではないかと考えております。

司会（今若）：ありがとうございました。

五十嵐院長にお聞きしたいと思います。主治医との連携という点につきまして、医師のお立場から何かアドバイスをいただければと思います。

五十嵐：いろいろ生々しい話をしますと切りがないですけども、主治医も例えば日本精神神経学会というような学会の専門医制度、精神科の領域でもっているわけですね。1万2000人ぐらいの会員がいるわけです。ですから1万2000人もいればさまざまなわけです。どの先生がこういった復職ということに慣れていて、会社の事情がわかっている、いろいろ助けてくれる先生か。いや、それじゃなくて余りそういうことに興味のない人もいるわけですね。ですから、興味がない先生のところに行っている患者さんというのは、やっぱり不幸だと私は思います。できることであれば、そういうことに興味を持って積極的に後押しをしてくれる先生のところへ変わった方がいいというふうに、私は率直に申し上げます。

ただ、1万2000人もいると、一体誰がどうなのか、というのは、本当にわからない、困る。という中で、6月に法案が通って、来年の今ごろにはほぼ実施がされるんですけども、50人以上の事業所でストレスチェックが行われるわけですね。ですから、産業

保健領域では、このことは今の最大の課題になっていて、会社でそういうストレスチェックをやって具合が悪いという人が出てきたときに、医療機関はどこに紹介すればいいのかわからない、困ったと、何とかしろ、という話があちこちから出てきています。精神科診療所協会と日本産業精神保健学会というのがありまして、そこで、この先生なら大丈夫だろうというリストを作ろうと。それをインターネット上で公開するという事業が始まりました。法人が設立されたのが昨日じゃないかと思います。これからこの人は大丈夫というようなノミネートをしていく段階ですので、そういう先生のところに行っていれば一応大丈夫かもしれないと。そういう精神科医の基準としては、全ては覚えていませんけども、精神科産業医の経験が何年か、それから専門医はもちろん取っている、指定医ももちろん取っている、臨床経験も十分ある、という先生を全国20人ぐらいの理事が推挙する形で作っていきますので、ぜひ利用していただければ良いと思います。

ですから、主治医との連携といっても、ちゃんと連携をしてくれる先生と連携しないと駄目なのだなということでございます。一番の被害者というか痛みを感じるのは患者さんであり社員の方ですので、そういったことを我々は今始めたところです。

司会（今若）：ありがとうございました。

最後に一言、五十嵐院長にお話しただければと思います。

私ども職業センターとのモデル的連携を踏まえまして、今後地域においてリワーク機能を有する医療機関とその地域センターとの連携の充実、あるいは拡充につきまして何かご意見がございましたらお願いいたします。

五十嵐：冒頭お話をしましたけども、今年度は5カ所で講演会を行っています。そのやり方というのは、まずその地域の障害者職業センターに出てきていただいて、お話をいただく。大体30分ぐらいお話をし、その地域にある我々の仲間、医療機関でリワークをやっているところ、それが手挙げ方式ですけども、自分たちのプログラム等を紹介するという場をつくっております。そういう活動が1つできるといいなと思いますし、その地域の中で、一緒に研究会をやったり、一緒に集まりをやっているところがあります。そういうものをどんどん紹介していきたいと思っています。今後もそういった形で事業が続けられればと考えている次第です。

司会（今若）：ありがとうございました。

そういった地域での活動に積極的に参加し、連携を深めていくことでより質の高い充実した支援が行えるのではないかと思います。

では、最後に簡単にまとめさせていただければと思います。

本日のパネルディスカッションの目的は幾つか冒頭述べさせていただきました。私の進行の不手際もあり、それについて十分皆様に情報提供できたかどうかというのは、反省をすることでございます。ただ、3名のパネリストからのご発表、あるいはご発言により、いろいろな部分でご示唆をいただけたのではないかと考えております。

本日のこのご意見を踏まえ、今後、各支援現場において強みと専門性を重ね合わせるような連携を行うことができれば、と考えております。特に全国各地に広がりつつあります

うつ病リワーク研究会と地域センターのリワーク支援の連携の充実が図られることを期待したいと思います。

最後に、もう一つの視点でまとめを行ってみたいと思います。

平成30年に障害者雇用率制度における精神障害者の雇用義務化が予定されております。この法律の施行によって、企業は精神障害者の雇い入れを本格的に検討し始めるものと考えられます。この雇用義務化の動向と、休職者の職場復帰支援の実施は決して無関係のものではないと思います。

社員が休職などにより企業の生産活動に寄与できない状況が発生することは、企業にとってさまざまな意味で大きな損失となります。企業は、その損失の問題の解決に取り組んでいると言えます。

そこに精神障害者の雇用義務化に伴う新たな雇い入れの課題が加わることとなります。支援機関は精神障害者に関連したこの2つの課題について、引き続き支援を行っていくこととなります。私は休職者による企業の損失の問題解決に協力するということは、必ず精神障害者の新たな雇い入れにつながるものと信じております。すなわち、うつ病による休職者に対する職場復帰支援の取り組みは、精神障害者の雇用の促進と雇用の継続という点においても重要であると考えるところであります。この視点を持って、今後企業、医療機関、支援機関が円滑に連携し、これらの課題に取り組んでいただきたいと考えます。

以上でございます。

改めまして、パネリストの皆様、そして本日会場に起こしいただきました皆様にお礼を申し上げ、本会場のパネルディスカッションを終了いたします。

皆様、大変ありがとうございました。(拍手)