

本調査研究事業にあたり

近年のうつ病患者・自殺者の増加は職域領域において深刻な問題である。また、6ヶ月以上の休職や療養を余儀なくされるうつ病労働者の存在が顕在化されているのは周知の事実である。

しかしながら、うつ病患者への精神医学的な対応は精神科薬物療法や外来精神療法が主体で、リハビリテーション的な活動は少ない。そのため、職場で「試し出勤」「リハビリ出勤」と称して行われることが少なくないが、職場にリハビリテーションの専門家がいるわけではなく、多くの関係者が困惑し、そのリスクも大きい。いうまでもなく、うつ病をはじめ精神疾患の回復期は、症状的には不安定で自殺の危険性が少なくないからである。

そのため、精神科医療機関において、うつ病患者を対象に特化したデイケアやリワーク的な活動が徐々に増えてきている。とはいえ、そのプログラム内容や、全国にどれだけ実施医療機関があるのかその情報は極端に不足している。

こうした状況下、各企業・組織でのリハビリの取り組みに関する実情を把握するとともに、うつ病患者を対象に特化したデイケアやリワーク的な活動を実践している全国の医療機関の実情を把握することは、多くのうつ病患者の社会復帰促進に寄与し、より効率的なリハビリプログラムを開発することにつながり、わが国の精神医療・精神保健の質を向上することとなる。

そのため、平成20年度において(社)日本精神保健福祉連盟「企画実行委員会」を中心として、本文のような事業を展開したので報告する。

また、調査研究にあたり、多くの関係者・関係機関のご協力を得られたことに深く感謝申しあげる。

平成21年3月

(社)日本精神保健福祉連盟会長 保崎秀夫

(社)日本精神保健福祉連盟常務理事、「企画実行委員会」委員長 大西 守

平成 20 年度 調査研究委員一覧

平成 21 年 3 月現在
(社)日本精神保健福祉連盟

主任研究者

委員長 大西 守 (社)日本精神保健福祉連盟 常務理事
〒105-8554 港区芝浦 3-15-14
TEL 03-5232-3308 FAX 03-5232-3309

五十嵐 良雄 メディカルケア虎ノ門
うつ病リワーク研究会

鈴木 満 岩手医科大学 神経精神科学講座

ワーキンググループ(調査協力者)

隅谷 理子 (株)アドバンテッジリスクマネジメント
LTD カスタマーサービス部 復職支援コーディネータ

綾 千晶 同上

中田 貴晃 同上

ワーキンググループ(研究協力者)

黒木 宣夫 東邦大学医療センター佐倉病院 精神神経学 教授

田中 克俊 北里大学大学院医療系研究科 産業保健 准教授

廣 尚典 産業医科大学 産業生態科学研究所 准教授

村橋 明子 九州大学医学部 心療内科 心理士

大木 洋子 メディカルケア虎ノ門

福島 南 メディカルケア虎ノ門
うつ病リワーク研究会

社団法人日本精神保健福祉連盟「企画実行委員会」一覧

平成 20 年 4 月現在
(社)日本精神保健福祉連盟

委員長	大西 守	(社)日本精神保健福祉連盟 常務理事
	浅井 邦彦	医療法人社団静和会 浅井病院 理事長
	滝沢 武久	元(社)全国精神障害者家族会連合会 参与
	村田 信男	(財)日本精神衛生会理事
	五十嵐 良雄	メディカルケア虎ノ門 院長
	近藤 直司	山梨県精神保健福祉センター 所長
	大塚 淳子	(社)日本精神保健福祉士協会 常務理事
	小野 隆	(社福)日本身体障害者団体連合会職業自立等相談員

ワーキンググループ(研究協力者)

黒木 宣夫	東邦大学医療センター佐倉病院 精神神経学 教授
-------	-------------------------

保崎 秀夫	(社)日本精神保健福祉連盟 会長 慶応義塾大学名誉教授
-------	--------------------------------

目 次

平成 20 年度 自立支援調査研究プロジェクト調査報告書

第 1 章

調査結果報告

メンタル疾患による休職者への復職支援に関するアンケート調査

..... 6

第 2 章

調査実践報告

メンタル疾患による休職者に関する休職・復職制度

ーリハビリ出勤における制度の類型別 メリット・デメリット・留意点ー

..... 55

第 3 章

調査結果報告

「精神科診療所におけるうつ病・うつ状態により休職されている方への
復職支援」に関する実態調査

..... 63

第 4 章

調査報告

英国地域精神医療におけるうつ病対策と復職支援

..... 70

第 5 章

調査報告

フランスにおけるうつ病患者の社会復帰支援に関する調査研究

..... 81

第 1 章

調査結果報告

『メンタル疾患による休職者への復職支援に関するアンケート調査』

主任研究者： 大西 守 ((社)日本精神保健福祉連盟)

調査協力員： 隅谷 理子 ((株)アドバンテッジリスクマネジメント)

綾 千晶 ((株)アドバンテッジリスクマネジメント)

中田 貴晃 ((株)アドバンテッジリスクマネジメント)

I. はじめに

職域において、メンタルな疾患を事由に休職した労働者に対し、その復職に前後してリハビリ出勤・試し出勤・仮出勤などさまざまな名称のもと、職場においてリハビリテーション的な制度・支援が実施されている。

しかしながら、こうした制度や概念は必ずしも明確化されておらず、これがスムーズな復職の妨げになっているとも考えられる。

そこで、リハビリ出勤・試し出勤・仮出勤などの概念や制度に関して職場関係者に対しアンケート調査を実施し検討を加えた。なお、本調査では原則としてリハビリ出勤という用語を使用している。

II. 調査の概要

1. アンケート調査の実施に関して

アンケート用紙(別紙)を 2008 年 9 月～10 月に手渡しもしくは郵送で 632 部配布し、同年 9 月～11 月に郵送で回収した。対象は産業医・精神科医(以下、産業医)と人事労務担当者・産業看護職・衛生管理者など(以下、人事担当者)であった。

なお、アンケート調査は倫理面を配慮し、原則無記名で実施し、159 部が回収された(回収率は 21.2%)。

1) アンケート集計対象の内訳

人事担当者の回答が 133 部(84%)、産業医の回答は 26 部(16%)だった。(図 1)

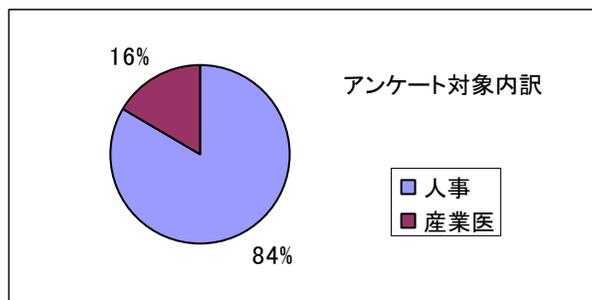


図 1

2) 回答者の年齢

回答者の年代は「20 歳代」が 4%、「30 歳代」が 25%、「40 歳代」が 38%、「50 歳代」24%、「60 歳代」が 9%とだった。(図 2)

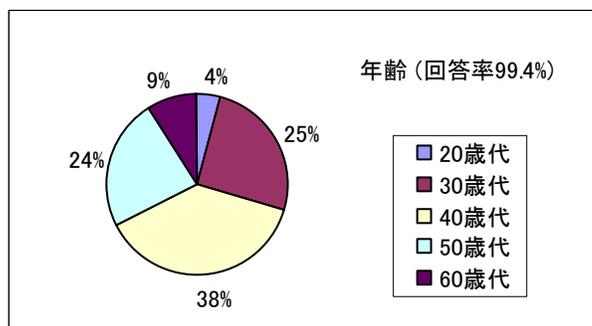


図 2

3) 回答者の性別

「男性」が 70 %、「女性」が 30 %だった。(図 3)

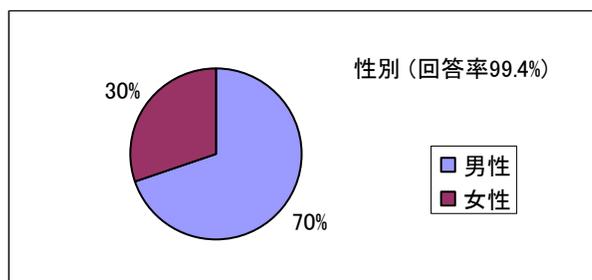


図 3

4) 職種

「人事労務担当者」が 37%と全体の約 4 割を占め、次いで「衛生管理者」が 21%、「産業看護職」が 14%、「産業医」が 10%、「カウンセラーおよび心理職」が 7%、「精神科医」が 3%だった。(図 4)

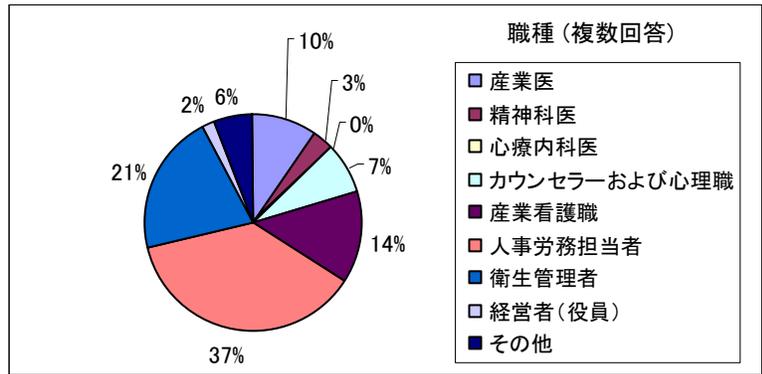


図 4

5) 所属企業の規模

従業員規模は「1000-2999人」が36%で最も多く、次いで「300-999人」が29%、「3000人以上」が23%、「100-299人」が8%、100人以下が4%という結果になった。(図5) 従業員1000人以上を大企業と位置づければ、約6割が大企業からの回答だった。

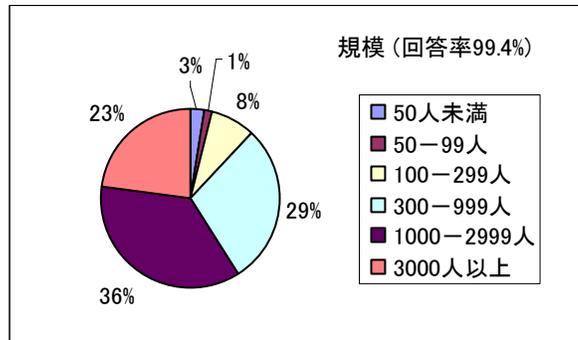


図 5

6) 所属企業の業種

業種別にみると、「製造業」が39%と約4割を占め、次いで「その他のサービス業」が14%、「情報通信業」が13%、「卸売・小売業」が11%だった。(図6)

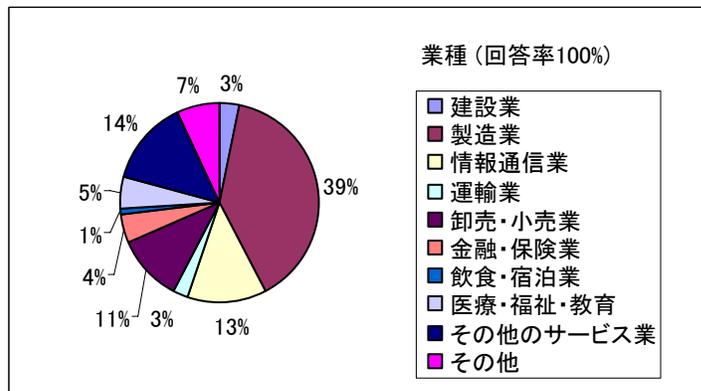


図 6

Ⅲ. 調査結果

1. リハビリ出勤への考えに関して

「導入すべき」と回答した割合は 67%、「導入には慎重であるべき」と回答した割合は 28%となり、7 割弱の企業がリハビリ出勤の導入に肯定的な考え方をもっていた。(図 7)

「導入すべき」の理由(複数回答)としては、73%が「円滑な復職のため」と回答し、「企業の社会的責任として」が 20%、「社会的な流れなので」が 5%、「その他」が 2%と回答した。(図 8)「その他」の自由回答では、「実際はリハビリ出勤してみないとわからないことが多いので」「踊り場の環境が必要だから」「本人・家族の希望に応えるため」との回答があった。

一方、「導入には慎重であるべき」との回答(28%)の理由(複数回答)としては、「職場はリハビリ施設ではない」が 39%、「周囲の負担など」が 29%、「実施中の事故への対応が難しい」が 22%、「その他」が 8%、「経営者の理解と協力が得られない」が 2%だった。

さらに、「導入するべきでない」との回答(3%)の理由(複数回答)としては、「実施中の事故への対応が難しい」が 38%、「周囲の負担など」が 31%、「職場はリハビリ施設ではない」が 23%、「経営者の理解と協力が得られない」が 8%だった。

すなわち、「導入には慎重であるべき」「導入するべきでない」とリハビリ出勤の導入に消極的な回答は全体の 31%で、その理由としては「職場はリハビリ施設ではない」が 39%、「周囲の負担など」が 29%、「実施中の事故への対応が難しい」が 22%、「その他」が 8%、「経営者の理解と協力が得られない」が 2%だった。

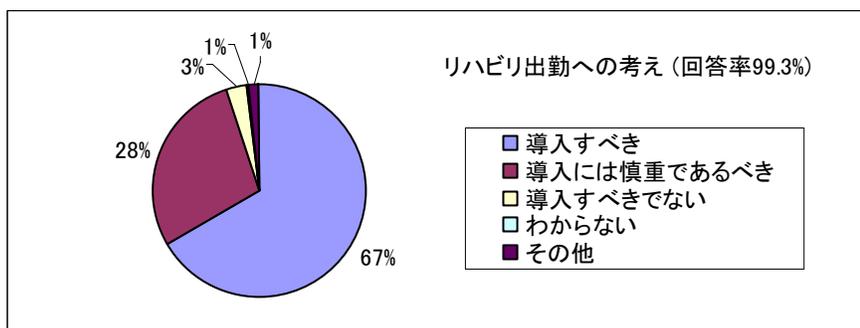


図 7

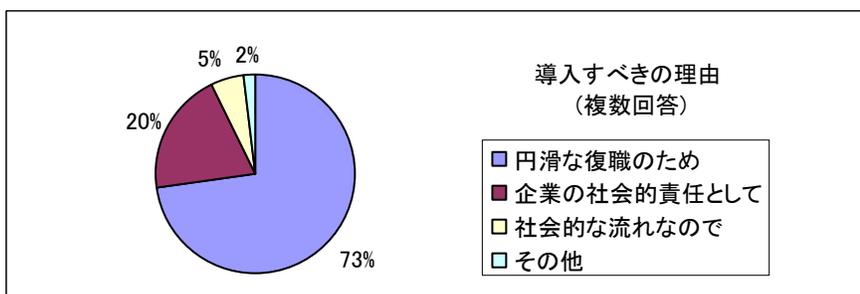


図 8

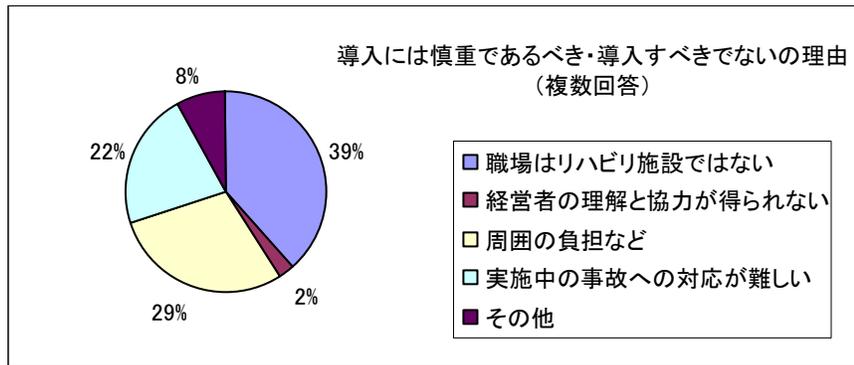


図 9

2. リハビリ出勤に関する用語の使い方

「リハビリ出勤」という用語の使い方については、「特に区別していない」が 72%、「わからない」が 10%で、一方区別しているとの回答は 18%だった。(図 10)

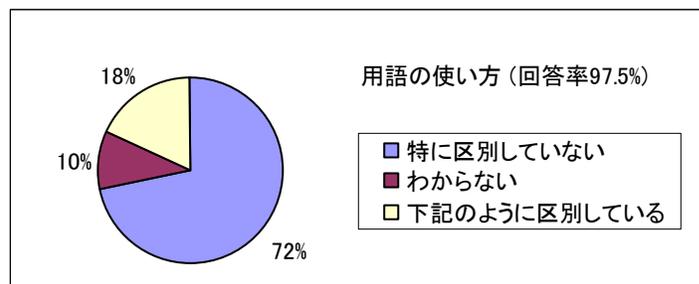


図 10

なお、用語例としては、「慣らし出勤」「適応観察」「自主的出社訓練」「復職支援プログラム」(復職前のリハビリ…自主的練習期間。復職後のリハビリ…短時間勤務)などがあげられた。

さらに「リハビリ出勤…主治医の許可(出勤)なしにリハビリ目的で行うもの」「試し出勤…復職に向けての慣らし出勤(主治医の許可有り)」「仮勤務…会社の指定する医師が勤務可能と認める時は、2ヶ月間仮出勤として就業し、その間の健康状態により決定する」などさまざまであった。

3. 休職者・復職者に関して

1) 休職者の有無

この1年間で1ヶ月以上の休職者がいると回答した企業は 90%を占め、ほとんどの企業で発生していた。(図 11)

休職者数は「1~5人」が 55%、「6~10人」が 21%、「11~15人」が 5%、「16~20人」

が 8%、「21～30 人」が 4%、「41～50 人」が 3%、「51～60 人」が 1%、「61～70 人」が 3%だった。(図 12)

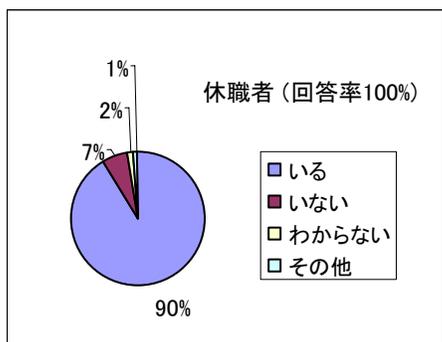


図 11

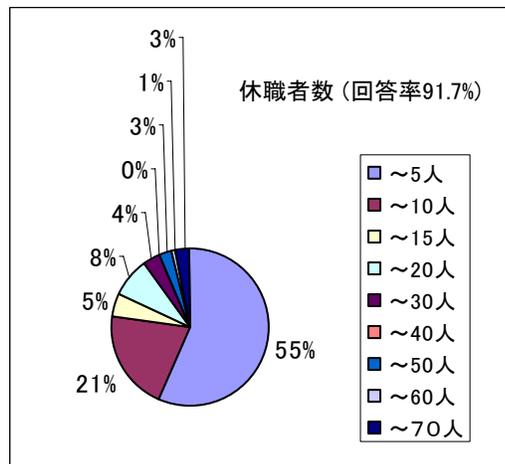


図 12

2) 復職者の有無

この 1 年間で復職して半年以上安定している従業員の有無と数を見てみると、復職者が「いる」との回答は 63%、「いない」との回答は 31%と、約 3 割が休職後に復職した従業員がいないと回答した。

復職者数は「1～5 人」が 73%、「6～10 人」が 17%、「11～15 人」が 3%、「21～30 人」が 4%、「31～40 人」が 3%だった。

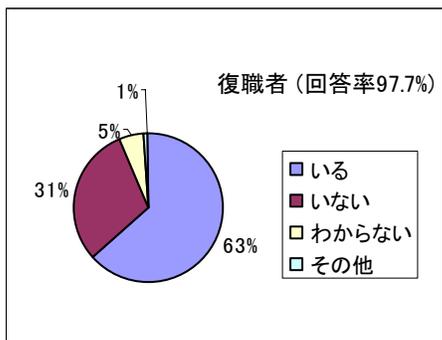


図 13

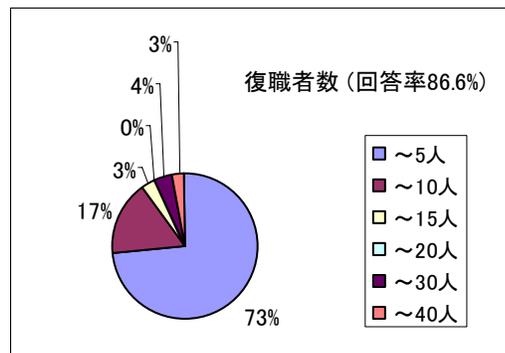


図 14

3) 復帰先の部署

この 1 年間で復職して半年以上安定して勤務している従業員の復帰先としては、「休職前の職場」が 60%、「異動」が 25%、「人事・総務付け」が 6%、「わからない」が 5%、「その他」が 4%と、6 割が元職に復帰している結果となった。(図 15)

「その他」の自由回答としては、「ケースバケース。人事だったり元の部だったり、異動だったり」「比較的軽い場合は本人との話して前職場へ。人によって異動させる事もある」「ケースバイケース。元職場の場合もあり、異動する場合もある。いずれにしても、本人と希望、要望のヒアリングをしながら復職を決めている。」「基本は元部署復帰のルール」

「実績なし」「異動し、自宅より通勤可能地」「元々異動を繰り返す方も多く、なんともいえない」と、その状況に応じて決めるという記述が多かった。

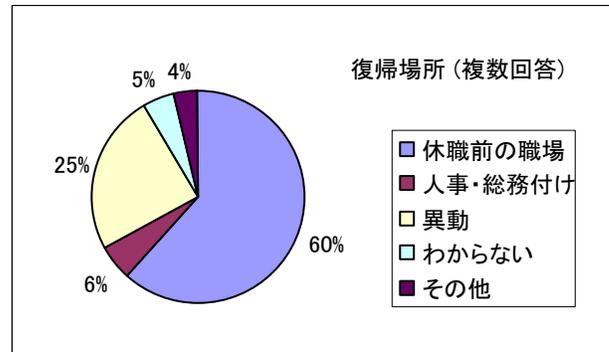


図 15

4. 休職・復職に関する制度に関して

1) 就業規則における休職期間の定めの有無

就業規則上に休職期間の定めが「ある」の回答は 92%、「ない」が 2%、「わからない」が 5%、「その他」が 1%だった。(図 16)

休職期間としては「1ヶ月」が 1%、「3ヶ月」が 4%、「6ヶ月」が 11%、「12ヶ月」が 19%、「18ヶ月」および「24ヶ月」が 20%、「36ヶ月」が 24%、「60ヶ月」が 1%となり、ほとんどの企業が 1年から 3年までの期間を設定していた。(図 17)

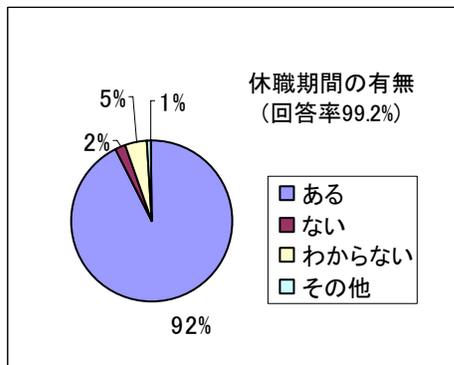


図 16

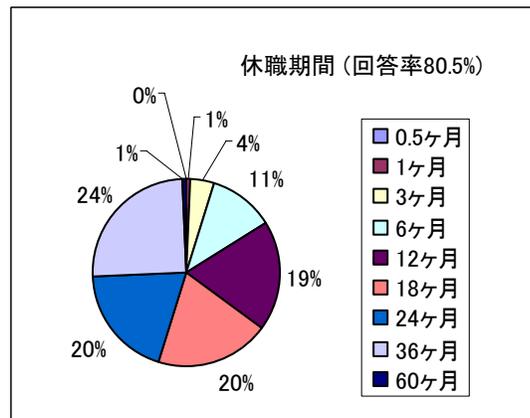


図 17

2) 就業規則における休職期間の算定

「一度復職したら、休職期間が新たに発生する(直前の休職期間と通算しない)」が 10%、「一定期間内に同一傷病で際休職した場合、直前の休職期間として通算する」が 69%、「同一傷病における休職は全雇用期間で通算される」が 9%、「特に定めはない」が 4%、「わ

からない」が3%、「その他」が5%だった。(図18) さらに、通算される一定期間は約3割が6ヶ月の期間を設定していた。(図19)

休職期間の通算規定のあるという回答は約8割を占め、その一方で1度復職するとそれまで休職した期間がゼロクリアされ新たに休職期間が発生する企業は1割だった。

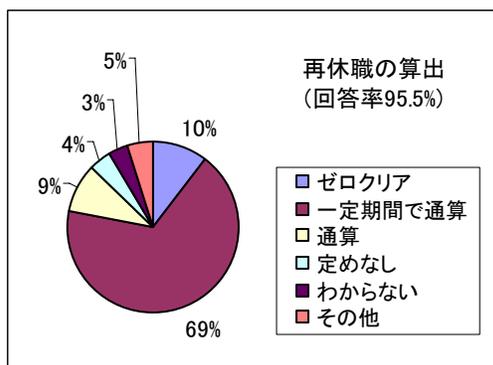


図 18

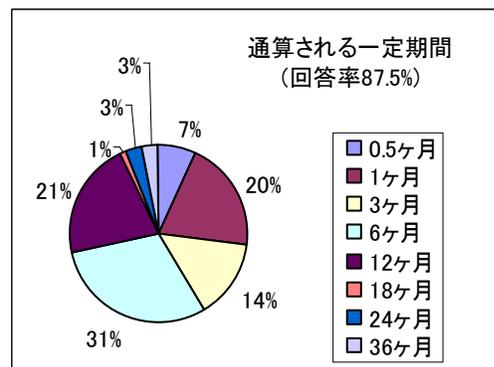


図 19

3) 復職判定 (復職許可) の判定者

復職判定の意見として最も尊重されるのは、「産業医」が46%、「主治医」が26%、「判定委員会」が12%、「当人」が9%、「人事」が4%、「産業看護職・心理職」が2%だった。

(図20)

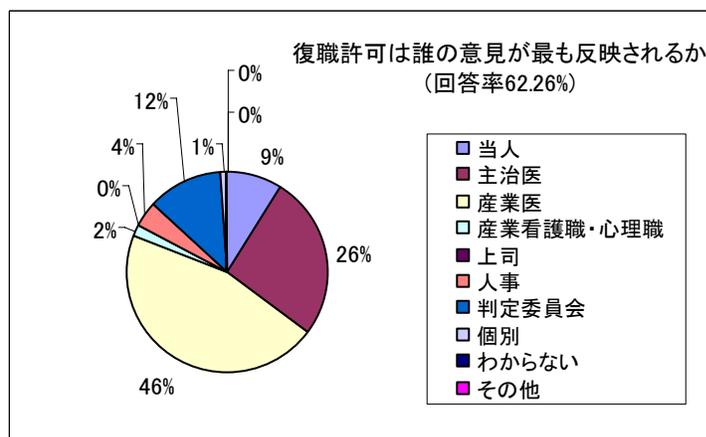


図 20

4) 復職判定基準の設置

復職判定基準の設置については、「運営上設定」が51%と約半数を占め、「決まっていない」が30%、「就業規則上設定」が11%、「わからない」が6%、「無回答」が4%、「その他」が2%だった。(図21)

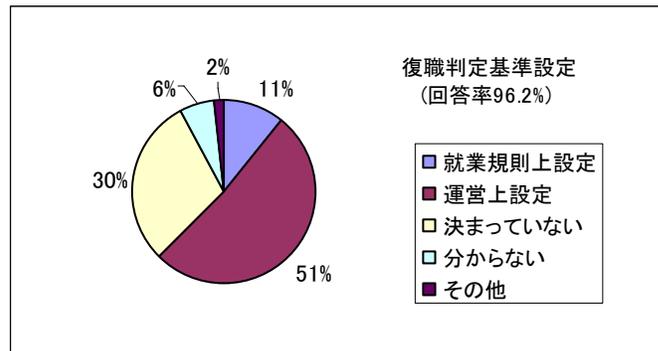


図 21

5) 復職判定基準の具体的内容

復職判定基準の内容としては、主治医、産業医、人事のそれぞれあるいはその組み合わせによる許可に基づくものが多かった。具体的には以下のようなものである。

- ・主治医診断書をもとに、産業医との面談を行い、就業できると判断された場合、復職を決定する。
- ・主治医の意見書。正常な日常生活。
- ・産業医の診断により決めている。事前に主治医の診断に各項目をつけ、可否を判断してもらっている。
- ・主治医の許可診断書をもとに提携している先生および産業医の判断で問題なければ許可。
- ・主治医・産業医の診断、本人との話し合い。
- ・主治医のコメントおよびそのコメントを産業医が勘案し、本人・上司・人事と面合意の上、決定。
- ・主治医の復職可の診断書。本人の意欲・職場の受け入れ状況。産業医または嘱託精神科医の判断。
- ・主治医の診断書で OK。産業医の面接で OK。職場調整が OK。→ 3つそろえば復職へ。
- ・主治医、産業医の意見書、診断書、所定勤務時間を働けること。
- ・主治医・産業医の復職許可があり、一定程度の業務に就くことができる場合。
- ・主治医の復職可の診断書。業務遂行能力が病前の 80%程度。
- ・主治医の許可（診断書要） □カウンセラーの意見 □ 人事労務担当者含めての話合い（直属上司、所属長含む）、最終的に産業医が就業判定をする
- ・職場の職場復帰準備性評価シートを活用し点数化し、一定点以上で OK。
- ・就業規則には明記していないが、同内規として別途「取扱い」を定めている。「休職を命じられた社員が、傷病の治癒または休職事由の消滅により復職を希望した場合で休職事由の消滅が説明出来る書類と確認出来た場合」と定め、所属長経由人事部長へ資料添付の上申請する。
- ・主治医の復職許可（診断書）、産業医の復職許可（意見書）、復職支援プログラムの実行、復職判定（関係者による＝産業医、保健師、人事、現場）。
- ・具体的な基準ではないが、復職判定での評価項目は、業務および職場との適合性（業務と本人の能力および意欲・関心との適合性、職場の人間関係など）、作業管理、作業環境管

理に関する評価・職場側による支援準備状況。

- ・主治医の意見を尊重し、社内で整合していたが、主治医の意見を鵜呑みにできないため今後は変更予定。
- ・主治医判断→診断書発行→産業医面接→人事労務（保健管理室が都度確認）。
- ・医師（主治医）の復職可能な旨の診断と本人の意思。また復職先上司、本人（配偶者同席）、人事担当者との面談により判断する。
- ・メンタル疾患に関しては、必ず復職判定委員会を開催する。その際に、第三者機関の判定や、産業医の判断により判定を出す。
- ・主治医の診断書。産業医と本人（復職者当人）の面接。産業医意見。本人、上司、人事部面接。
- ・ならし勤務→復職判定委員会→復職。
- ・通常のフルタイム勤務に耐えうる気力・体力がある、通院周期が月 2 回程度である、本人に意志がある、主治医が復職可能と判断している、産業医が復職可能と判断している。
- ・所定労働時間をフルタイム勤務が可能なこと。
- ・休職前とほぼ変わりなく働けること。
- ・通常業務の遂行可能であること。
- ・職場復帰支援プランを作成し、産業医または主治医による医学的見地からの助言を得た上で、許可するかどうかの判定を行う。
- ・詳しくは分からないが個々人によって異なる。
- ・復職判定チェックリスト（精神科医作成）、本人の復帰意思の確認、対応心理職の意見、主治医の復職診断書、以上の 4 つのすべてが復職可の場合に復職させる。
- ・回復度と準備度の両面でチェック（本人、主治医より聴取）。社員相談室、健康管理センターで継続的にフォローしている担当者意見に基づき、産業医面接で決定。
- ・1日7時間、週5勤務可能な診断書が主治医より提示され、産業医が復職可と判定した際に復職可とし、復職確認会で就労制限内容を確認して復職とする。
- ・主治医と産業医の意見をベースに、直属上司と本人の話し合い後、役員会の承認を受けて復職判定を行う。1週間単位の上司とのミーティング、月1回の産業医との面談でフォローアップしている。
- ・始業時間通りに出勤することが可能か（遅刻、欠勤がないこと）、就業時間内決められた作業を継続することが可能かで判断。
- ・休職中の者が復職を希望するときは、産業医または会社指定医師の診断書を添えて復職願を提出しなければならない。
- ・フレックスを利用せず、定時間（8:45～17:30）勤務が継続的にできること。
- ・比較的ゆるやか。
- ・出退勤時刻は通常であること。所定労働時間勤務（在社）できること。
- ・健康保険組合内に復職判定してくれる機能があり、その判断をもとに、社内サポートチームが具体的復帰職場とならし勤務内容について検討するルールとしている。
- ・主治医による復職可の判断が出ていること。1日6時間以上の勤務が可能であること。通勤時間に一人で安全に通勤できること。業務に必要な作業をこなすことができること。
- ・労働者が職場復帰に対して十分な意欲を示している。通勤時間帯に一人で安全に通勤がで

きる。会社が指定している勤務時間（9:00-17:30の1日7.5時間勤務）に就労できる。休業前の業務を通常程度に遂行できるまで回復している。作業などによる疲労が翌日までに十分回復している。

- ・休職期間中に休職事由が消滅したときは復職させる。（会社の指定医師の診断書を提出させることがある）。
- ・通常勤務(9-17時)をできるまで回復していることが条件(主治医の診断書が必要となる)。上記条件を最低条件として、産業医面談を実施し、産業医の意見を参考に、人事部で短縮勤務(10時～15時30分)を認めることもある(1ヶ月限度としている)。
- ・主治医の復職可能の診断書があること。通勤時間帯に一人で安全に通勤できること。所定労働時間就労が可能であること(ただし、短時間の勤務から段階的に延長する措置をとることもある)。生活リズムが安定している。日中眠気がなく、注意力・集中力が回復している。
- ・所定労働時間8時間の就業が継続的に実施でき、勤務態度、業務遂行状況に支障がないことが、復職検討委員にて確認されたときに、復職許可する。
- ・主治医による判断(本人からの意思表示、主治医復職可の判断)。情報収集と産業医による判断、復職プランの作成。総務部の確認を経た上で、所属長が最終的な決定をする。
- ・主治医の復職許可判断→産業医・本人・上司による話し合いにより産業医判定→人事労務許可。
- ・治療的な問題は主治医の判断であるが、判定時は産業面談、上司も含めた面談を行い、生活リズムや就業能力など客観的に観察を行い、その後心理職も含めた判定会議で決定する。復帰前より心理職と連絡は取っており、状況はある程度把握できている。

6) リハビリ出勤制度の有無

リハビリ出勤制度の有無についての回答は、「就業規則上設定している」が16%、「就業規則上設定されていないが行っている」が49%、「まったく決まっていない」が26%、「わからない」が4%、「その他」が5%であった。(図22)リハビリ出勤を運用上も含めて実施しているとの回答は、全体の65%だった。「その他」の自由記述としては、「ケースによる」「今後の検討課題」「通勤訓練として、本人の意思を尊重しながら産業医のアドバイスを踏まえて実施」「リハビリ出勤は行っていない」「ない。休職中に仕事はさせない。」「リハビリ出勤制度は原則なし」などの記述があった。

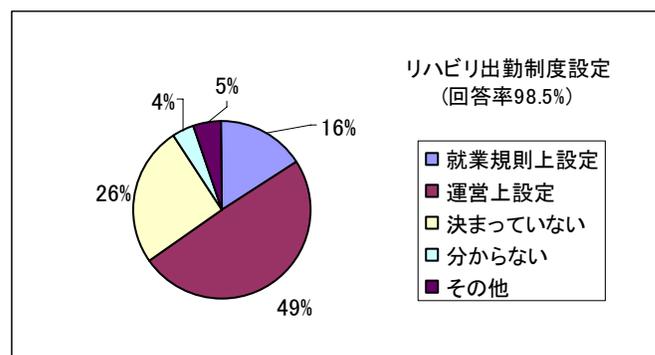


図 22

7) 産業医から見たリハビリ出勤の規定

産業医のリハビリ出勤に対する見解では、「大まかな規則しかない」が 60%、「かなり細かく規定されている」が 20%、「ほとんど整備されていない」が 12%、「全く整備されていない」が 8%だった。産業医の 8 割が何らかのリハビリ出勤の規則が整備されているとの回答だった。

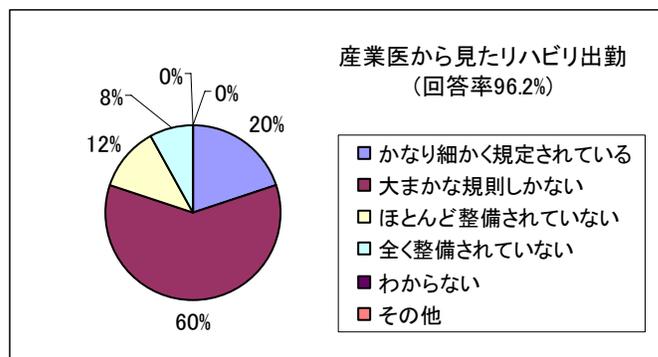


図 23

8) リハビリ出勤の実施時期

リハビリ出勤の実施時期について、「休職中（復職前）に実施している」が 45%、「復職後に実施している」が 35%、「個別によって異なる」が 14%、「一切実施していない」が 4%、「わからない」および「その他」がそれぞれ 1%だった。（図 24）

「休職中に実施している」との回答は約 5 割近くを占め、「復職後に実施している」を 10%上回った。

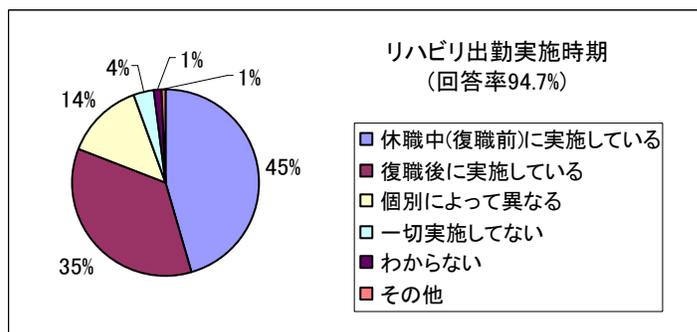


図 24

9) リハビリ出勤などの実施期間の定めについて(休職中のリハビリ出勤の場合)

休職中にリハビリ出勤をしているとの回答の中で、リハビリ出勤などの実施期間を定めているかについて、「ある」は 22%、「規定はないが、標準的な期間がある程度決まっている」が 38%、「ない」が 34%、「わかenらい」が 3%、「その他」3%であった。何らかの期間を設けている回答は全体の 6 割だった。（図 25）

また、リハビリ出勤の実施期間として最も多かったのが「4 週間」で 27%、次いで「2 週間」が 22%、「8 週間」が 21%、「6 週間」が 14%、「12 週間」が 7%、「3 週間」が 5%、

「5週間」と「20週間」がそれぞれ2%であった。以上から、「1ヶ月以内」としている回答は全体の54%と半数以上を占め、「5週間～2ヶ月」の37%と合わせると、約9割がリハビリ出勤などの期間を2ヶ月以内と設定していた。(図26)

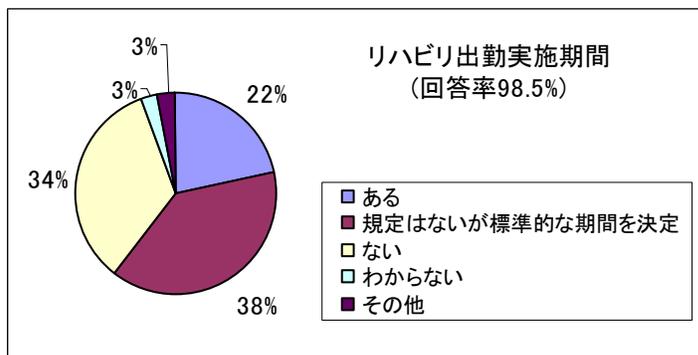


図 25

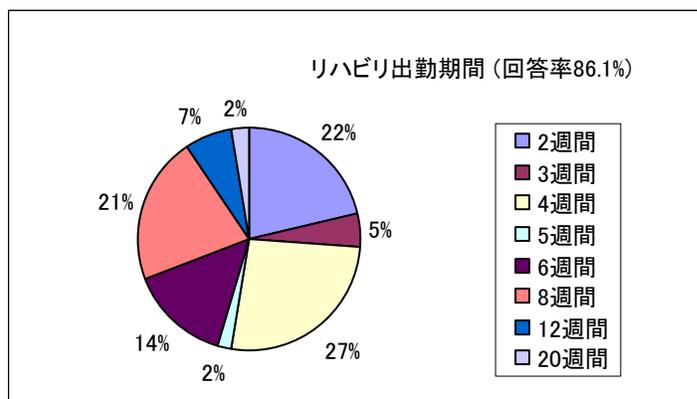


図 26

10) リハビリ出勤などの実施中の事故等についての配慮の有無

リハビリ出勤などの実施中の事故等についての配慮の状況は、「本人の承諾書をとる」が35%、「通勤途上災害などの補償が出るようにしている」が29%となり、「配慮していない」が22%、「わからない」と「その他」がそれぞれ7%となっていた。(図27)

「その他」の7%の中には「基本的には配慮していないがとれる人には自己責任」「個別対応」「運用中のため、出勤のケースが発生したらこれから検討する。」「承諾書までは取っていないが、本人の意思を尊重し、本人が望む場合に実施」「実施中の事故などに関する保障がないことを十分説明している」などの記述があった。

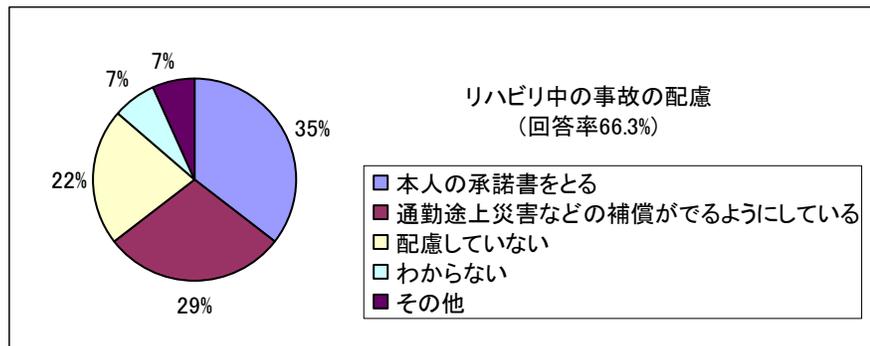


図 27

11) 休職期間中の経済的補償

休職中の経済的補償については、「健康保険の傷病手当金の支給」が70%、「傷病手当金以外の経済的補償制度（独自の付加給付）の支給」が15%、「企業で手当している民間保険（所得保障保険）の支給」が7%で、傷病手当金以外に何らかの手当てを支給している回答は2割強の割合であった。（図 28）また、経済的補償がある場合、その金額として休職前の給与の70%以上を支払っている企業が約7割を占めていた。（図 29）

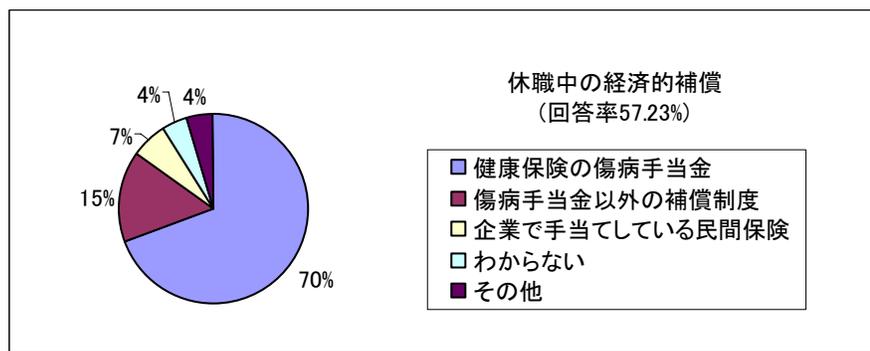


図 28

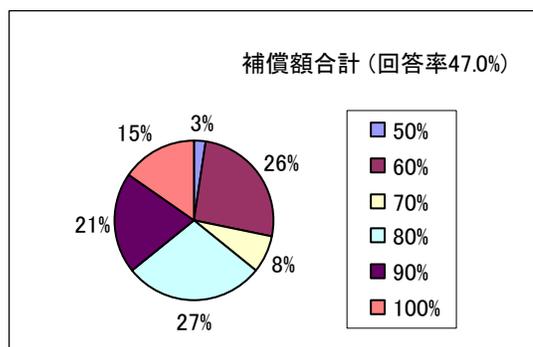


図 29

12) リハビリ出勤中の経済的補償

リハビリ出勤などの実施中の経済的保証については、「支給なし」が46%と半数近くの

割合を占め、「リハビリ出勤に対する何らかの手当て(交通費・支援金など)の支給がある」が 34%だった。「その他」の 6%の中には「給与を時間割で支給」「通常の給与支給」「勤務時間に応じた賃金支給」「交通費実費のみ」などの記述があった。(図 30)

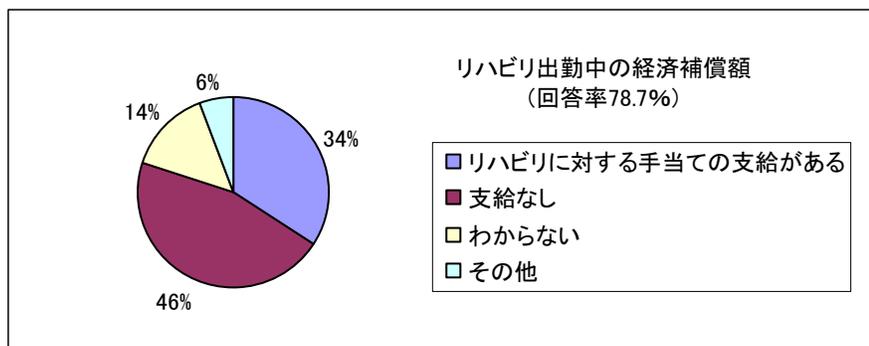


図 30

13) 復職後の軽減勤務の意見に関して

復職後に軽減勤務を実施する際の勤務時間や内容について最も意見が尊重されるのは、「産業医」が 39%、「主治医」が 25%、「判定委員会」が 12%、「当人」が 9%、「上司」が 6%、「人事」と「産業看護職・心理職」がそれぞれ 3%だった。(図 31)

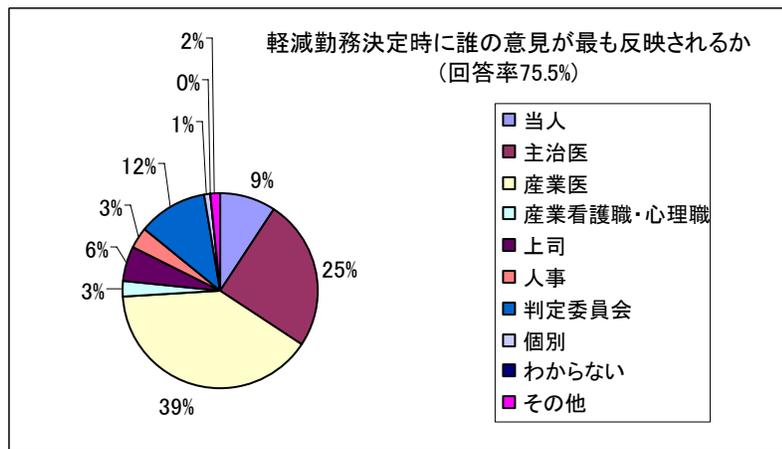


図 31

14) 復職後の軽減勤務の標準的な出勤頻度と勤務時間

復職後の軽減勤務開始時の標準的な出勤頻度と勤務時間がどの程度かについては、「週〇日、1日〇時間」と設定するとの回答が 59%と大きな割合を占め、「復職者当人の自由」と「残業も含め時間的な配慮はしない」はそれぞれ 4%と少ない割合となっている。(図 32)

軽減勤務開始時の日数については、「週 5 日」が 90%、「週 3 日」が 9%となり、約 9 割がフル日数出勤から開始するとの回答をした。(図 33)

軽減勤務開始時の時間については、「4 時間」が 40%、「8 時間」が 20%、「3 時間」が 18%、「6 時間」が 9%、「5 時間」と「7 時間」がそれぞれ 6%、「2 時間」が 1%となり、およそ半日勤務でスタートする回答が約 6 割を占めた。(図 34)

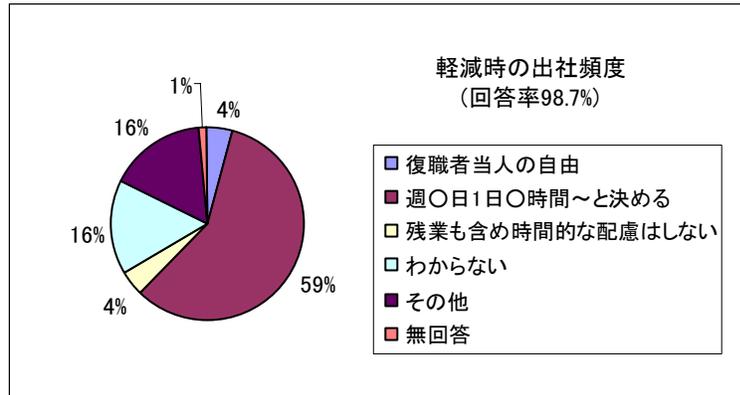


図 32

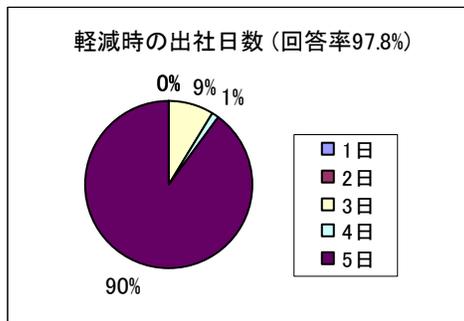


図 33

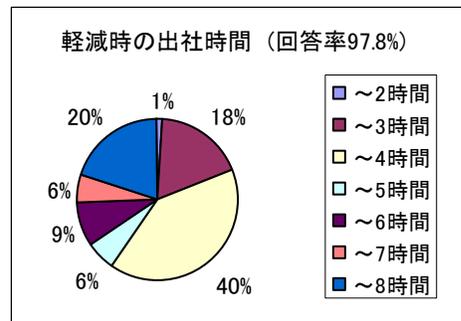


図 34

15) 復職後の軽減勤務の標準的な質的配慮

復職後の軽減勤務の標準的な質的配慮の内容としては、「業務量の軽減」が 26%、「責任や期限のない業務」が 18%、「外出や出張などは制限する」が 16%、「単純作業（資料整理など）」が 12%、「営業や接客など対人業務は制限する」が 11%、「危険な業務は制限する」が 10%、「復職者当人の自由」「わからない」「その他」がそれぞれ 2%、「特に質的な配慮はしない」が 1%と、多岐に渡り配慮がされていた。

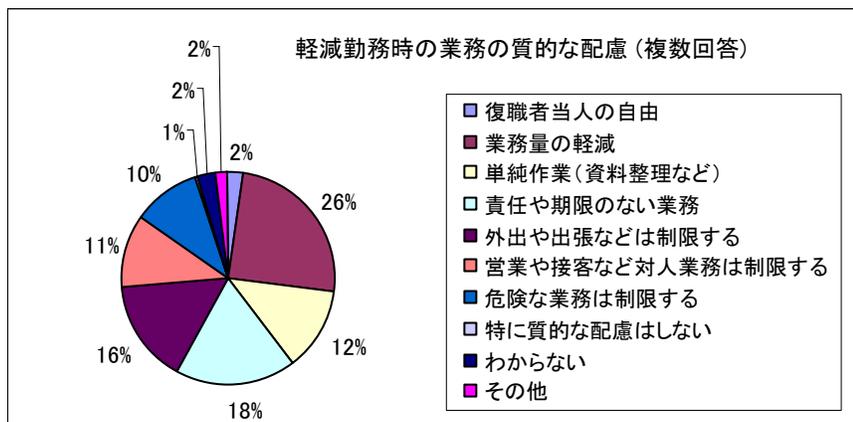


図 35

16) リハビリ出勤制度などの導入による職場側の影響

リハビリ出勤制度などの導入は、職場側にどのように影響するかについては、「休職者の速やかな復職につながる」が 23%、「リハビリを管理する担当者の負担や人選に苦慮する」が 18%、「メンタルヘルスに対する従業員の意識向上に役立つ」および「十分な安全配慮義務が果たせるか心配である」がそれぞれ 16%、「期待するほど効果が出ず、中途半端な勤務状態につながる」が 10%、「職場の士気が下がる」が 7%、「業務のあらい出しができずに苦慮する」が 6%となっていた。

すなわち、リハビリ出勤が与える影響として、肯定的な回答が約 4 割に対して、否定的な回答が 6 割弱とやや否定的な回答が優勢していた。

「その他」の記述として、「リハビリは翌日～1week で休職に戻る人がほとんど」「復帰後の職場対応に向けて管理監督者の人材マネジメント力の向上がはかれる。」「再発防止ができる」「現場が何をさせたらよいか困っているようだ」「制度の導入からスムーズに復職できた例、休職に戻ってしまった例、どちらもあり、導入前と比較してどうか、という点は評価できていない。」「復帰前のリハビリ出勤となると責任とか安全、通勤など法整備が必要」とプラスの影響面とマイナスの影響面の双方の記載があった。

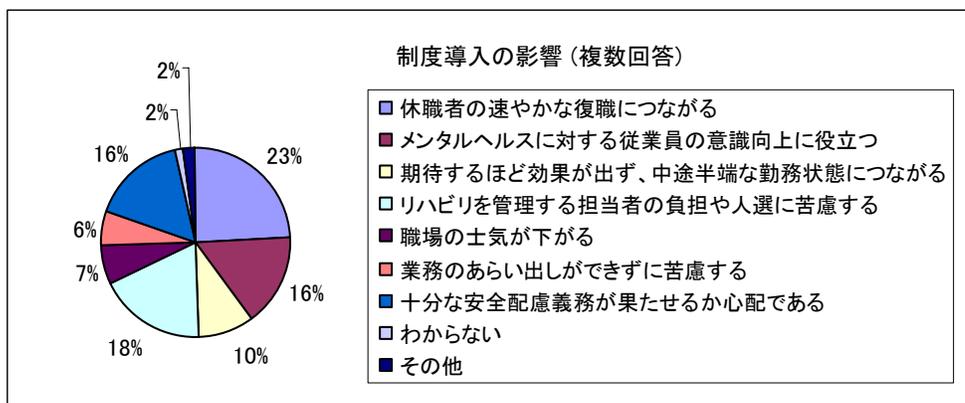


図 36

IV. 事業所の規模別による分析結果

全回答者を従業員規模別に 999 人以下(以下、中小企業)と、1000 人以上(以下、大企業)の 2 群に分け、主な項目について分析を行った。各内訳は中小企業が 65 名で 41%、大企業が 94 名で 59%となっていた。(図 37)

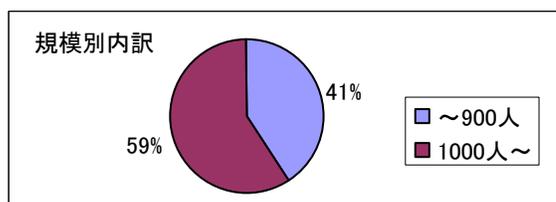


図 37

1. リハビリ出勤に関して

1) リハビリ出勤導入に関して

リハビリ出勤への考え方については、企業規模によって明確な考え方の違いは見られなかった。(図 38)

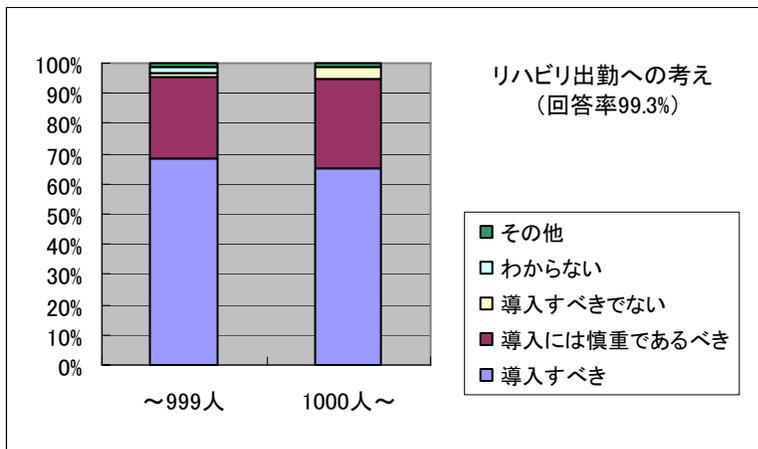


図 38

2) 用語の使い方

「リハビリ出勤」という用語の使い方について、「特に区別をしていない」は中小企業が 78%、大企業が 66%と、中小企業のほうが大企業よりも用語を区別せずに使用していることがわかった。(図 39)

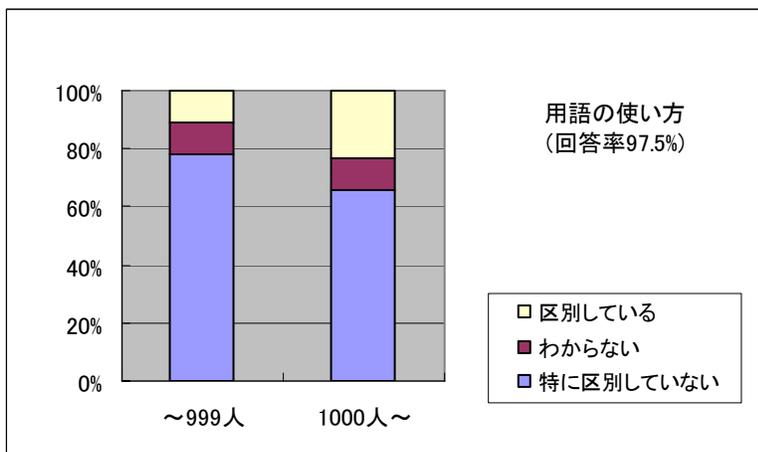


図 39

2. 休職者・復職者に関して

1) 休職者の有無

休職者の有無については、中小企業では 15%の企業が休職者は発生していないと回答

したが、大企業においては休職者が発生していないと回答した企業はなかった。(図 40) 休職者数は、中小企業の約 8 割が 5 人以下と回答しているが、大企業においては 5 人以下と回答した企業が 37%、「6～10 人」が 29%、「16～20 人」が 11%、「21～30 人」が 6%、以下、「11～15 人」、「41～50 人」、「61 人以上」がほぼ同数の 5%程度だった。(図 41)

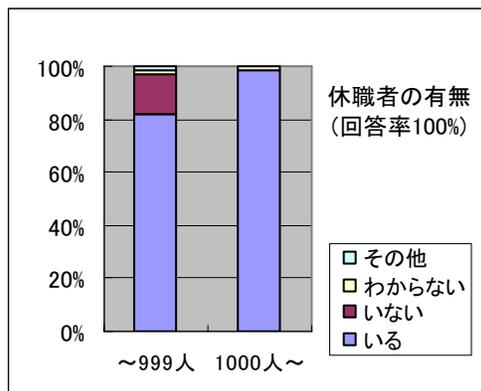


図 40

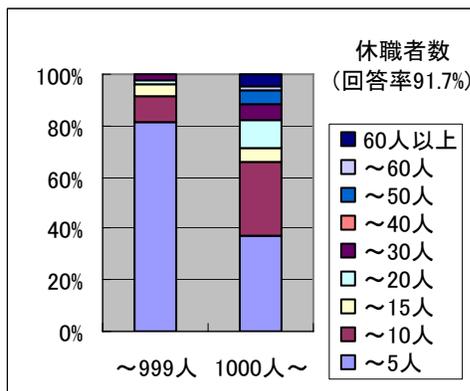


図 41

2) 復職者の有無

この 1 年間で復職して半年以上安定している従業員の有無については、復職者が「いる」と回答した企業は、中小企業で 36%であったが、大企業では 85%が回答した。(図 42)

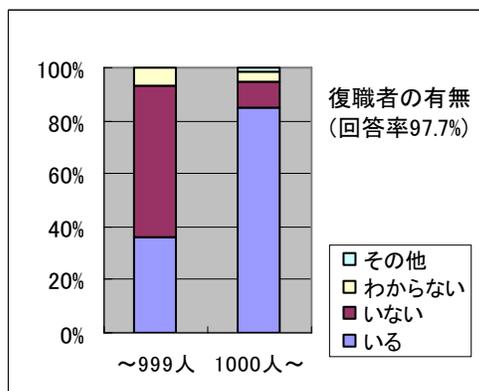


図 42

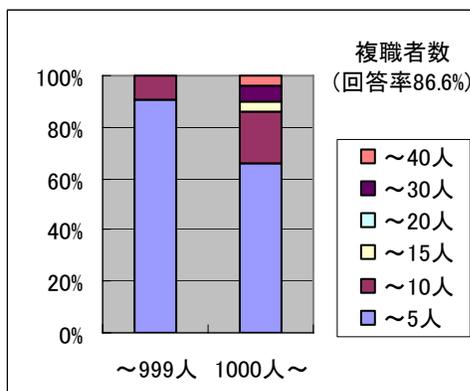


図 43

3) 復職先の部署について

復職後の職場としては、大企業の 85%が「休職前の職場」と回答したが、中小企業においては 62%だった。また「異動」は、大企業が 5%である一方、中小企業においては 23%と高い割合だった。(図 44)

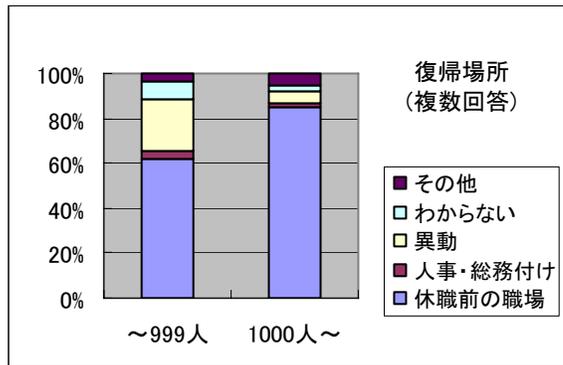


図 44

3. 休職・復職に関する就業規則

1) 休職期間の定め

就業規則上に休職期間の定めについては、規模に関わらず約 9 割の企業が「ある」と回答している。(図 45) また、中小企業の休職期間は、約半数が 1 年以内である一方で、大企業の約半数が 1 年半以内であった。(図 46)

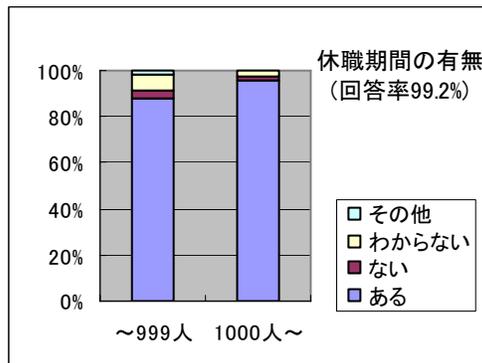


図 45

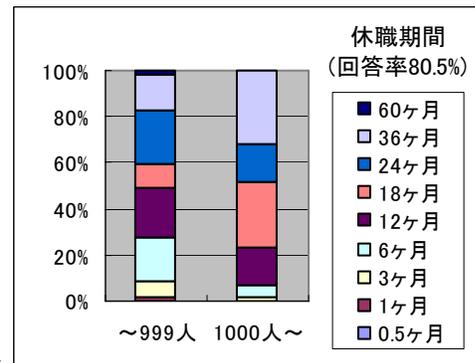


図 46

2) 休職期間の算出方法

休職期間の算出方法の定めについては、規模に関わらず約 6 割の企業が「一定期間内に同一傷病で際休職した場合、直前の休職期間として通算する」と回答した。また、「一度復職したら、休職期間が新たに発生する(直前の休職期間と通算しない)」と回答した中小企業は 15%であったが、大企業においては 7%と中小企業の半分の割合だった。(図 47)

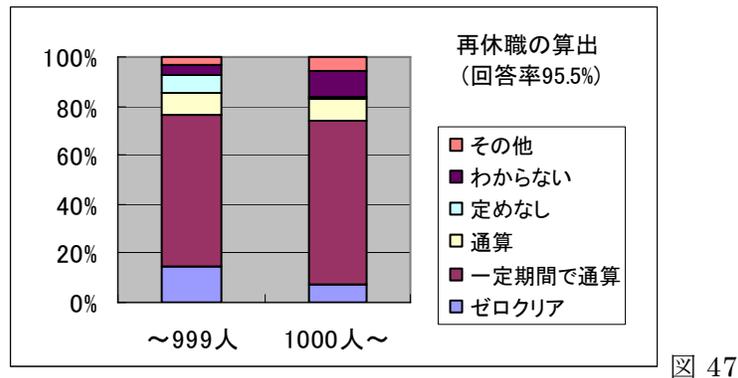


図 47

3) 復職判定基準に関して

復職判定基準の設置については、「就業規則上設定」という企業は規模に関わらず 1 割程度と就業規則上に基準を設置する企業は少ないことがわかった。復職判定基準を運用上設定しているとの回答は、中小企業においては 41%であったが、大企業においては 61%だった。(図 48)

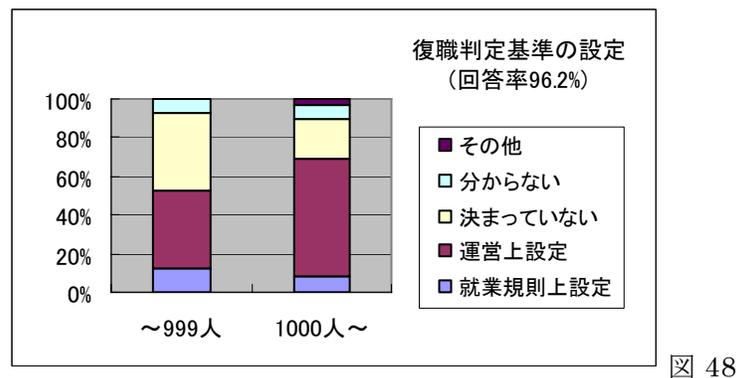


図 48

4. リハビリ出勤制度に関して

1) リハビリ出勤制度の有無

リハビリ出勤を運用上も含めて実施しているとの回答は、中小企業においては約 5 割に対し大企業においては約 8 割を占めた。大企業の方がリハビリ出勤制度を設定している割合が高かった。(図 49)

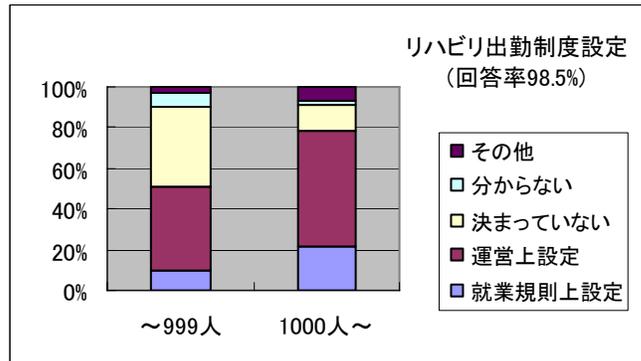


図 49

2) リハビリ出勤の実施時期

リハビリ出勤の実施時期について、「休職中（復職前）に実施している」は規模にかかわらず約 40%、「一切実施していない」企業は規模にかかわらず約 5%であった。

中小企業では「個別によって異なる」と「復職後に実施している」がほぼ同じ割合（約 25%）であったが、大企業では「個別によって異なる」は 10%、「復職後に実施している」が 40%と大企業の方が個別対応が少ないことがわかった。（図 50）

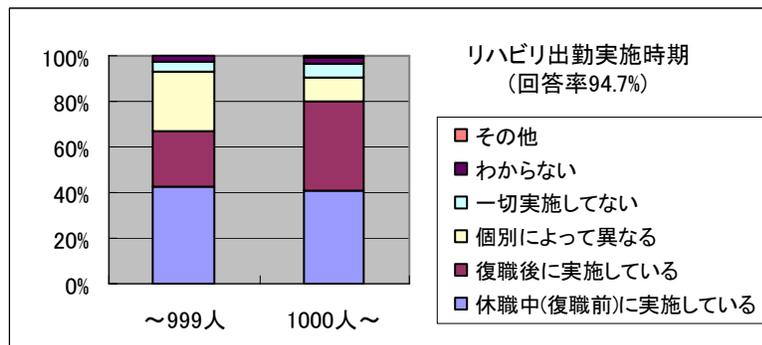


図 50

3) リハビリ出勤などの実施期間について(休職中のリハビリ出勤の場合)

休職中にリハビリ出勤をしているとの回答の中で、リハビリ出勤などの実施期間を定めているかについて、「ある」と回答した企業は規模にかかわらず約 2 割だった。また、中小企業においては 43%が期間の定めが「ない」と回答しているが、大企業においては 28%と、大企業の方が一定の期間を設けて実施している割合が高かった。（図 51）

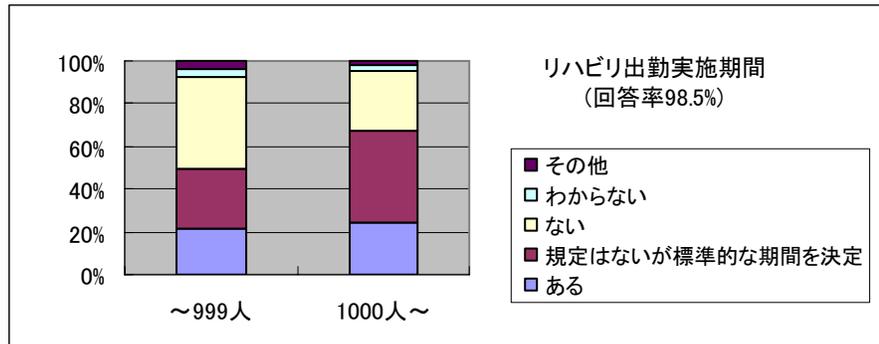


図 51

5. 復職後の措置に関して

1) 復職後の軽減勤務の意見尊重者

復職後に軽減勤務を実施する際の勤務時間や内容について最も意見が尊重されるのは、大企業においては「産業医」が最も多く 49%、次に「主治医」が 21%、ついで「判定委員会」13%、「当人」5%であるが、中小企業においては「主治医」が最も多く 32%、次に「産業医」25%、ついで「当人」18%、「判定委員会」9%だった。(図 52)

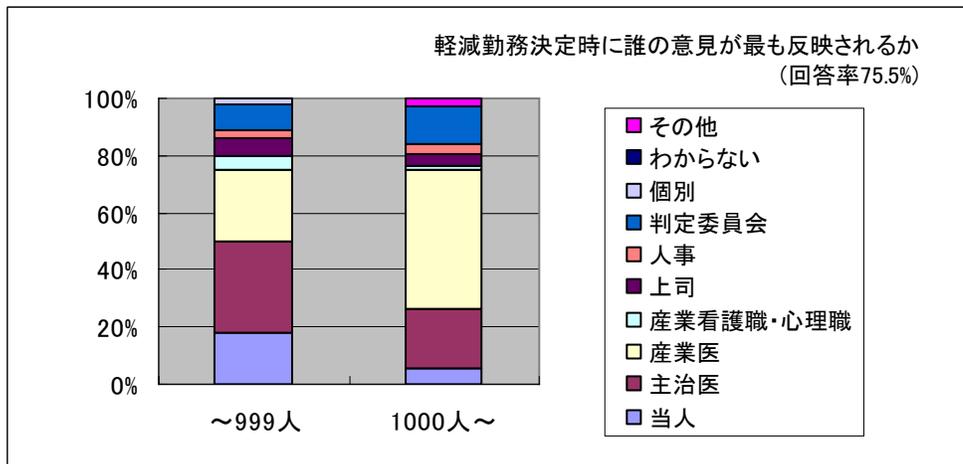


図 52

2) 復帰後の軽減勤務の出勤頻度

復帰後の出勤頻度に関しては、「残業も含め時間的な配慮はしない」もしくは「週〇日 1日〇時間～」などと明確に基準を決めている大企業は 73%であった。一方中小企業は、49%だった。(図 53)

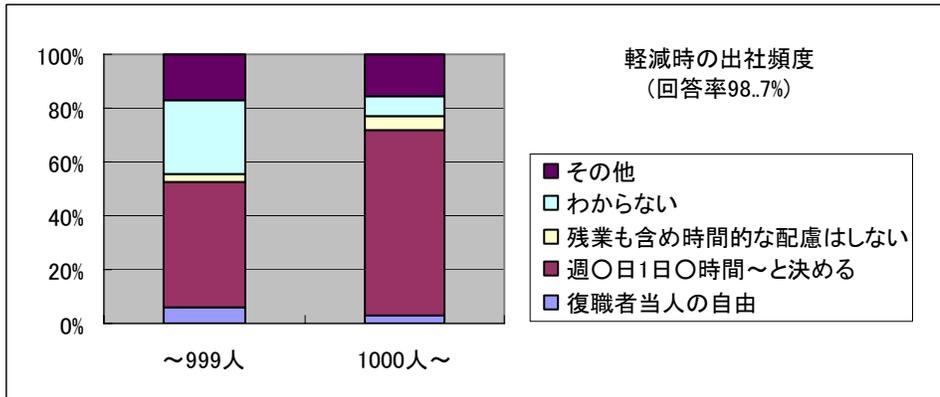


図 53

3) 復職後の軽減勤務の標準的な質的配慮

復職後の軽減勤務の標準的な質的配慮について、中小企業では「業務量の軽減」が 63% を占めているが、大企業においては「業務量の軽減」と「責任や期限のない業務」が同数の 26%、「単純作業（資料整理など）」と「外出や出張などは制限する」が同数の 15% と大企業のほうが軽減勤務の内容について細かく配慮されていることがわかった。(図 54)

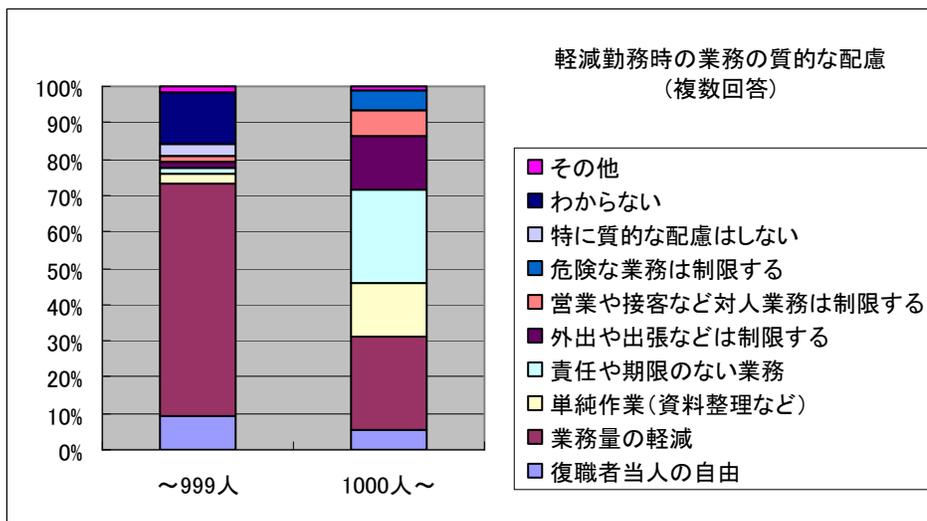


図 54

6. リハビリ出勤制度などの導入による職場側の影響

リハビリ出勤制度などの導入が職場側にどのように影響するかについては、規模によって大きな違いは見られなかった。多少ではあるが違いが見られる項目としては「メンタルヘルスに対する従業員の意識向上に役立つ」が中小企業では 19%、大企業では 14%、「期待するほど効果が出ず、中途半端な勤務状態につながる」が中小企業では 7%、大企業では 11%、「十分な安全配慮義務が果たせるか心配である」が中小企業では 19%、大企業では 14%であった。(図 55)

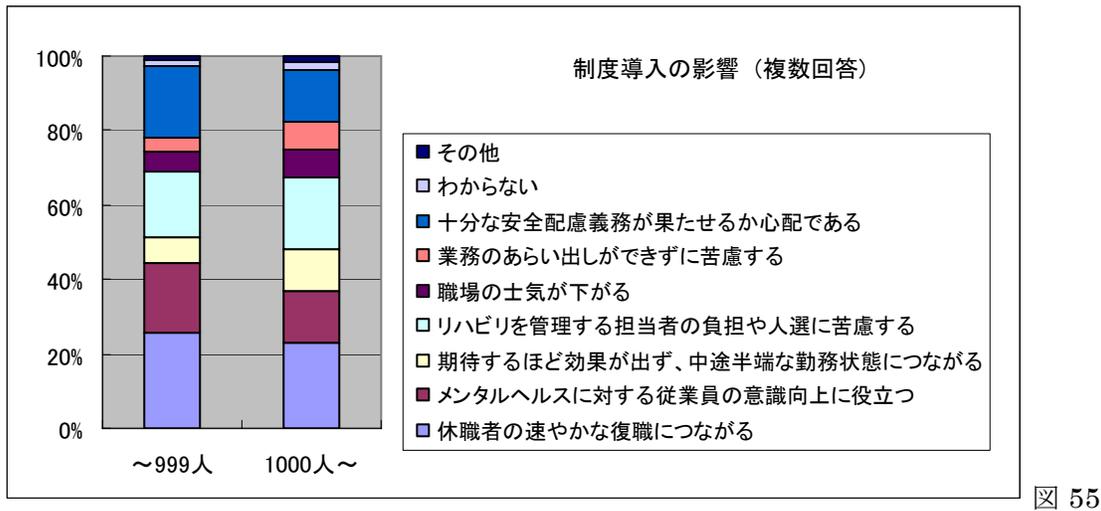


図 55

V. 事業所の業種別に分析した結果

全回答者の業種を製造業・情報通信業(以下 IT 業)・その他の 3 群に分け、主な項目について分析を行った。

各内訳は製造業が 62 名で 39%、IT 企業が 21 名で 13%、その他が 76 名 48%となっている。(図 56)

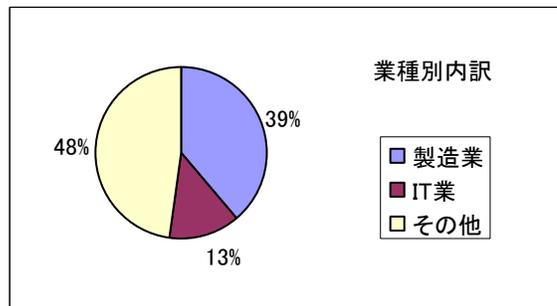


図 56

1. リハビリ出勤に関して

1) リハビリ出勤への考え

リハビリ出勤への考えについては、業種別によって明確な考え方の違いは見られなかった。(図 57)

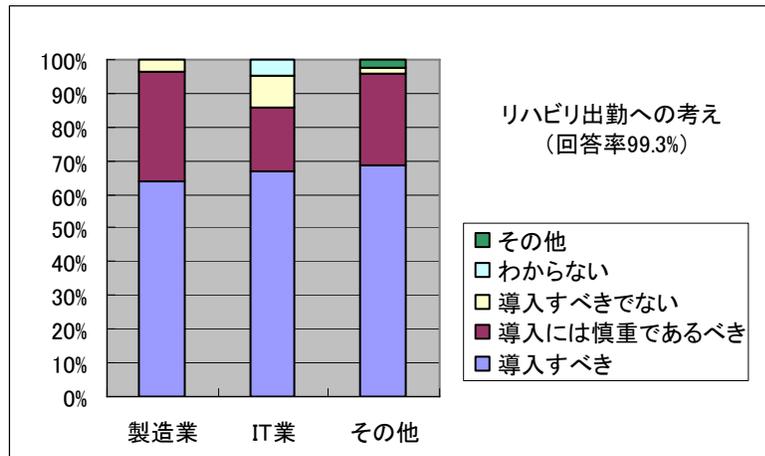


図 57

2) 用語の使い方

「リハビリ出勤」という用語の使い方については、業種別によって明確な考え方の違いは見られなかった。(図 58)

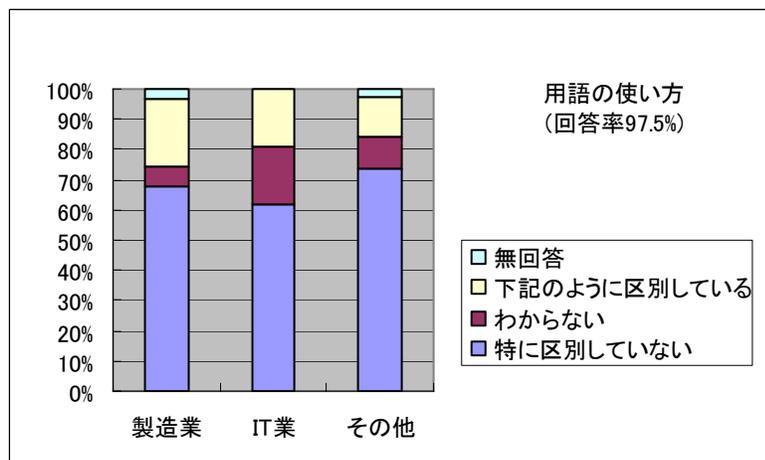


図 58

2. 休職者・復職者に関して

1) 休職者の有無

休職者は約 9 割の企業が「いる」と回答している。中でも、IT 業では「いない」と回答した企業は 1 社もなかった。(図 59)

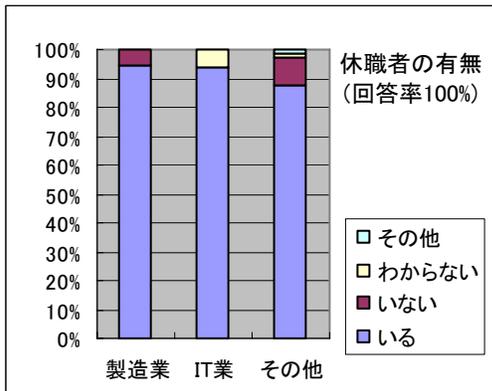


図 59

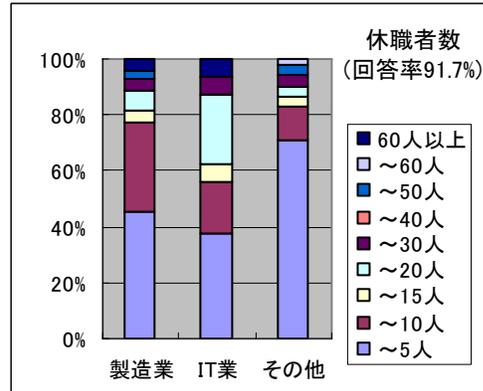


図 60

2) 復職者の有無

この1年間で復職して半年以上安定している従業員の有無に関して、復職者が「いる」と回答した企業は、製造業では78%だったが、IT業では59%、その他は52%だった。復職後安定した従業員がいるとの回答は、製造業の方が割合は比較的高かった。(図 61)

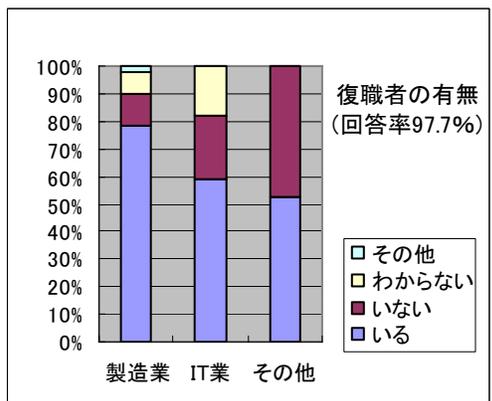


図 61

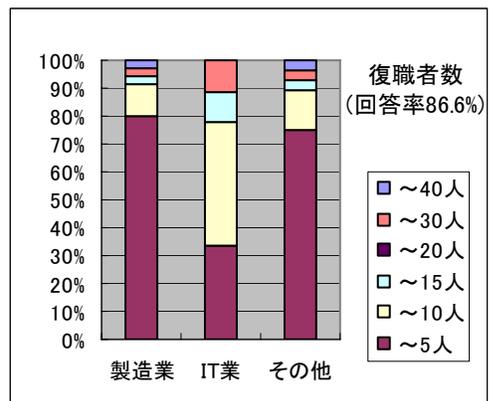


図 62

3) 復職者の復職部署

この1年間で復職して半年以上安定して勤務している従業員の復職場所として、業種別によって明確な考え方の違いは見られず、8割の企業が休職前の職場に復帰させると回答した。(図 63)

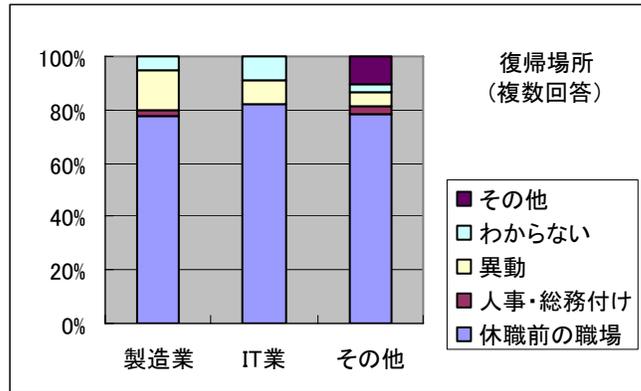


図 63

3. 休職・復職に関する就業規則について

1) 休職期間について

就業規則上に休職期間の定めについては、業種に関わらず約 9 割の企業が「ある」と回答した。(図 64)

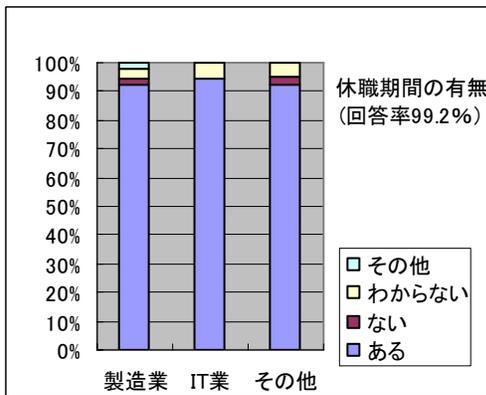


図 64

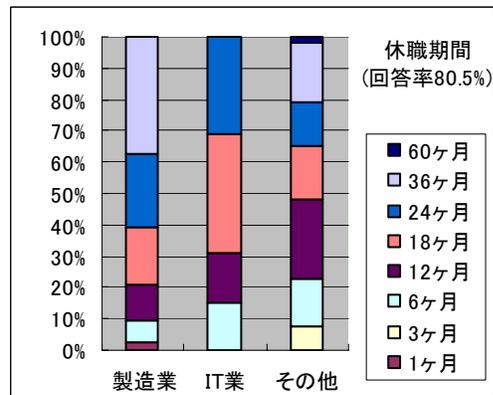


図 65

2) 休職期間の算出方法

休職期間の算出方法の定めについては、製造業では 70%、IT 企業では 65%の企業が「一定期間内に同一傷病で際休職した場合、直前の休職期間として通算する」と回答している。

IT 企業においては「一度復職したら、休職期間が新たに発生する（直前の休職期間と通算しない）」「特に定めはない」回答した企業は 1 社もなかった。(図 66)

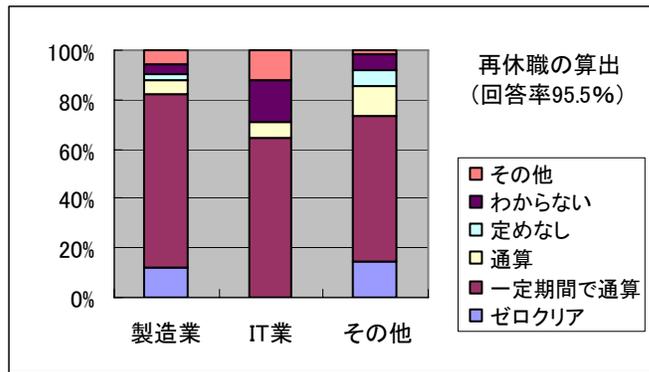


図 66

3) 復職判定基準の設置

復職判定基準の設置については、「就業規則上設定」という企業は業種に関わらず 1 割程度と就業規則上に基準を設置する企業は少ないことがわかった。

復職判定基準を運用上も含めて設定しているとの回答は、製造業においては 6 割であったが、IT は約 5 割、その他は約 4 割であることがわかった。(図 67)

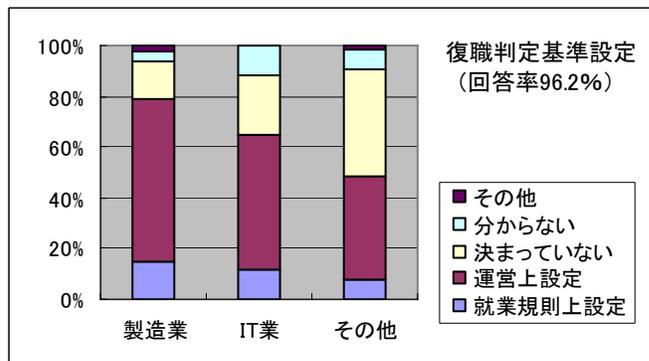


図 67

4) リハビリ出勤制度の有無

リハビリ出勤を運用上も含めて実施しているとの回答は、製造業においては約 7 割であったが、IT 業、その他において約 6 割であった。(図 68)

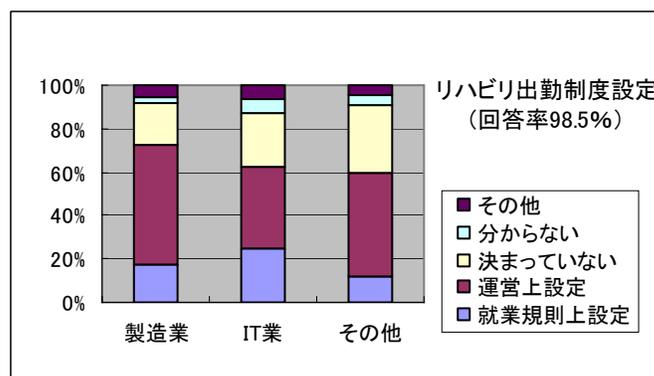


図 68

5) リハビリ出勤の実施時期

リハビリ出勤の実施時期について、「休職中（復職前）に実施している」は業種にかかわらず約 4 割、「一切実施していない」企業は規模にかかわらず 6%であった。

製造業において「復職後に実施している」と回答している企業は約 35%であったが、IT 企業では 24%、その他で 40%であった。IT 企業は「個別によって異なる」が 24%だが、製造業は 13%、その他は 17%であった。（図 69）

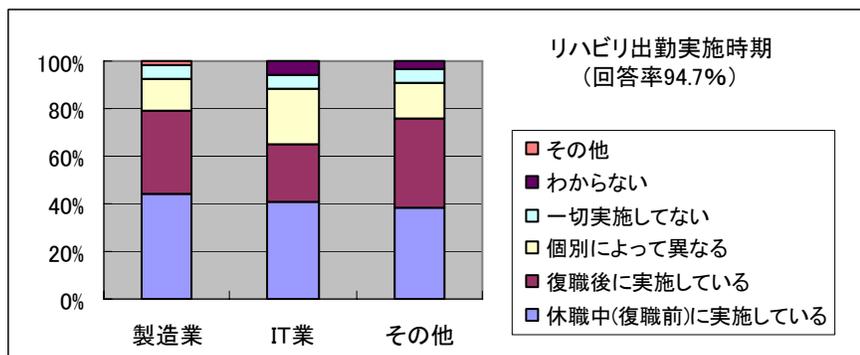


図 69

6) リハビリ出勤などの実施期間の定めの有無（休職中のリハビリ出勤の場合）

休職中にリハビリ出勤をしているとの回答の中で、リハビリ出勤などの実施期間を定めについて、製造業は「ある」が 27%、「規定はないが期間を設定」が 36%、IT 業がそれぞれ 20%、50%、その他が 17%、37%であった。（図 70）

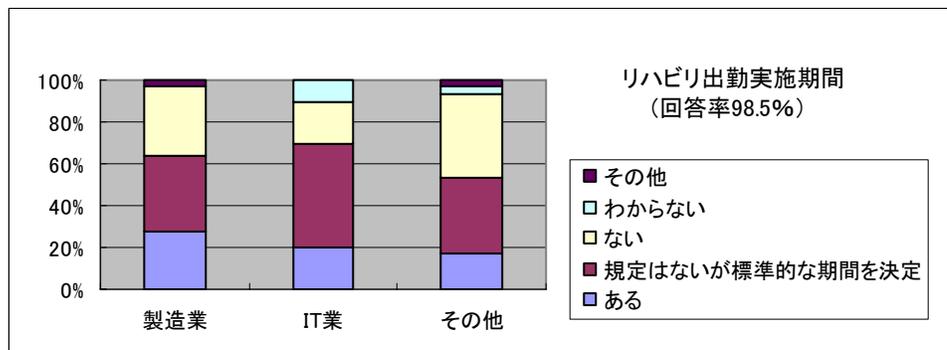


図 70

4. 復職後の措置に関して

1) 軽減勤務の意見尊重者

復職後に軽減勤務を実施する際の勤務時間や内容について最も意見が尊重されるのは、

IT業においては「産業医」が最も多く75%、次に「主治医」「人事」「当人」が同数で8%、製造業は「産業医」が40%、次に「主治医」が23%、「判定委員会」17%、その他は「産業医」が34%、「主治医」が31%、「当人」と「判定委員会」10%だった。(図71)

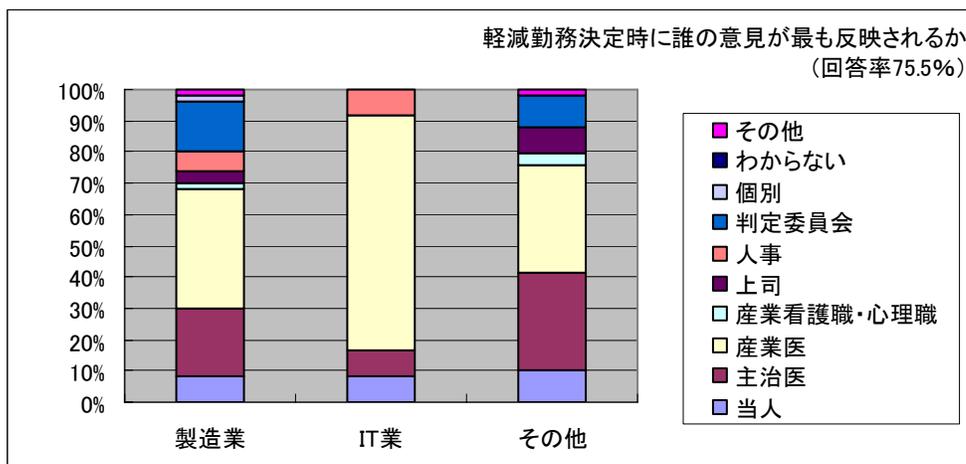


図 71

2) 復帰後の軽減勤務の出勤頻度

復帰後の出勤頻度に関しては、半数以上の企業が「残業も含め時間的な配慮はしない」もしくは「週〇日1日〇時間～」などと明確に基準を決めており、業種によって明確な違いはなかった。また、IT企業のみ、「復職者当人の自由」という回答がなかった。(図72)

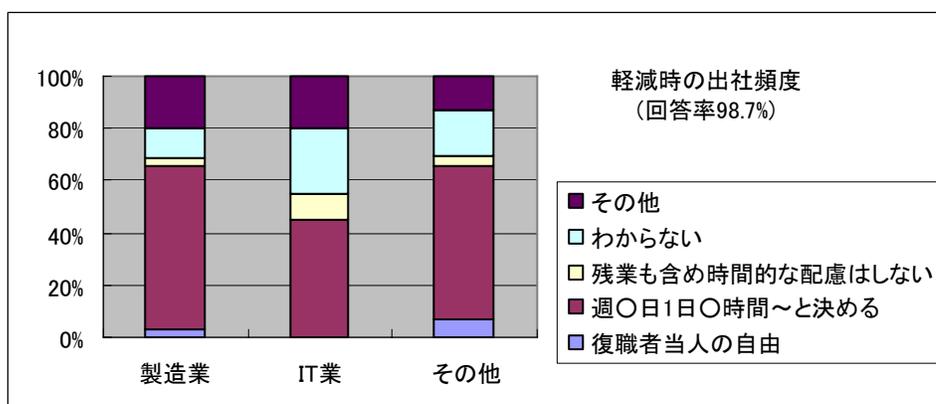


図 72

3) 復職後の軽減勤務の標準的な質的配慮

復職後の軽減勤務の標準的な質的配慮について、業種によって明確な違いはなかった。

「当人の自由」と回答した企業は業種に関わらず3%未満であった。(図73)

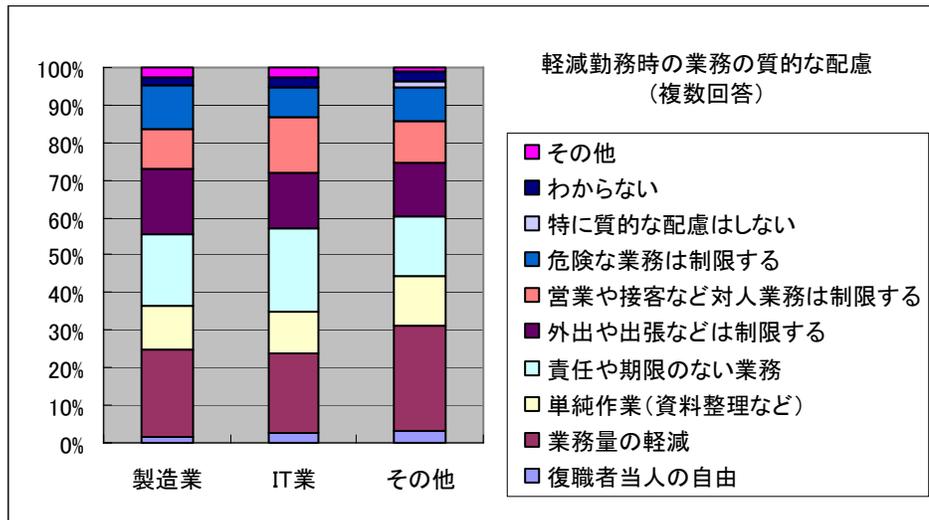


図 73

5. リハビリ出勤制度などの導入による職場側の影響

リハビリ出勤制度などの導入が職場側にどのように影響するかについては、業種によって大きな違いは見られなかった。違いが見られる項目は「休職者の速やかな復職につながる」と回答した企業が製造業、その他は約 25%であったが、IT 業では 20%、「リハビリを管理する担当者の負担や人選に苦慮する」は製造業が 18%、その他が 17%であったが、IT 業では 24%、「職場の士気が下がる」は製造業が 9%、その他が 6%であったが、IT 業では 2%、「十分な安全配慮義務が果たせるか心配である」は製造業が 14%、IT 業では 20%、その他は 18%であった。(図 74)

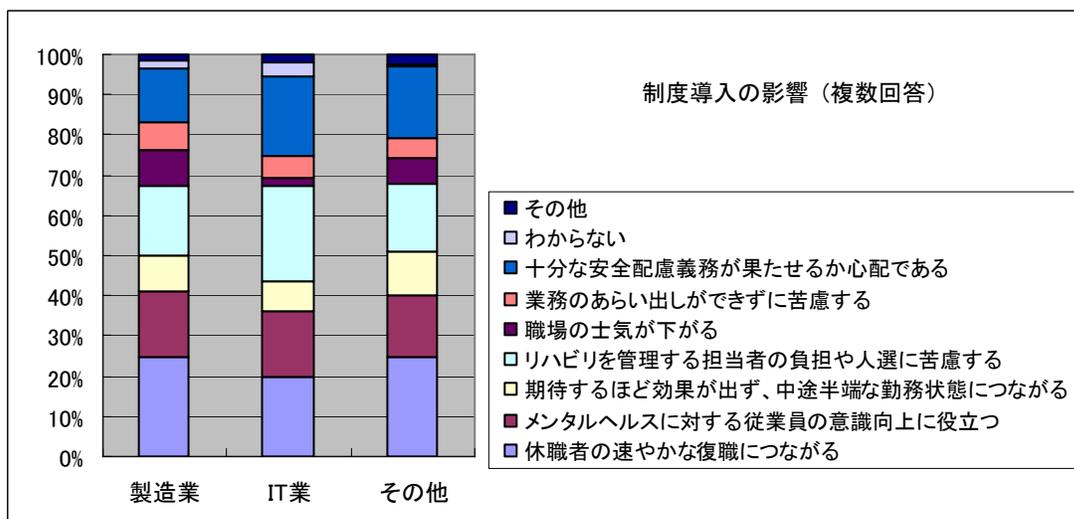


図 74

VI. 考 察

1. 回答者の属性

本調査では研修会参加者に協力を仰ぐなど、回答者に一定の偏りがあることは否めず、その検討・考察に限界があることを前提としている。

対象者の年齢層をみると、「30歳代」が25%、「40歳代」が37%、「50歳代」24%と中高年齢層がほとんどで、7割が男性である。職種では、「人事労務担当者」が37%、次いで「衛生管理者」が21%と、人事労務に直接関わる人が多い対象者と考えられる。

所属企業の規模をみると、従業員1000人以上を大企業と位置づければ、約6割が大企業からの回答で、業種別にみると、「製造業」が39%と約4割を占め、次いで「その他のサービス業」が14%、「情報通信業」が13%、「卸売・小売業」が11%となっている。

すなわち、大企業に所属し、人事労務に直接関わることの多い中堅社員が回答者の典型といえよう。

2. リハビリ出勤に関する考え方

職場において「リハビリ出勤制度を導入すべき」と回答した割合は67%と7割弱の企業がリハビリ出勤の導入に肯定的な考え方をもっている一方で、「導入には慎重であるべき」「導入すべきでない」と回答した割合はそれぞれ28%、3%と合わせて3割近くあり、その理由（複数回答）としては「職場はリハビリ施設ではない」が39%、「周囲の負担など」が29%、「実施中の事故への対応が難しい」が22%など、職場での対応の難しさが認められる。

すなわち、リハビリ出勤の導入に消極的な回答は全体の3割を占め、その背景には「職場はリハビリ施設ではない」、「周囲の負担など」、「実施中の事故への対応が難しい」などの指摘があり、克服すべき課題は多い。

3. リハビリ出勤に関する用語の使い方

本稿では「リハビリ出勤」という用語を統一したが、実際の職場ではさまざまな用語が使われていた。例えば「慣らし出勤」「仮勤務」「適応観察」「自主的入社訓練」「復職支援プログラム」「会社ごっこ」など、いかにリハビリ出勤に伴う労務性やリスクを回避するため、用語に関してもかなり慎重な配慮が感じられる。

また、用語に関する定義も職場毎でばらばらで、統一的な定義は見出せなかった。したがって、われわれがリハビリ出勤制度を語る際には、各個人がどのような概念をもって主張

しているのか再確認する必要があるだろう。

4. 各職場での休職者・復職者の実態

休職者がいると回答した企業は 133 社中 121 社(92%)と、ほとんどの企業で発生している。規模別で見れば、大企業においては全て休職者が発生している一方で、中小企業では 15%の企業が休職者は発生していないと回答している。さらに業種別にみると、IT 業では「いない」と回答した企業は 1 社もなかった。

また、この 1 年間で復職して半年以上安定している従業員の有無に関しては、復職者が「いる」との回答は 63%、「いない」との回答は 31%と、休職後に復職した従業員がいないという企業が 3 割を占める厳しい現実が認められる。さらに規模別にみても、大企業では 85%が復職者は「いる」と回答しているのに対し、中小企業で 36%であったことは、元来の絶対数の問題なのか、退職などを余儀なくされた結果なのか、さらに検討を進める余地がある。

また、業種別にみると、復職者が「いる」と回答した企業は、製造業では 78%だったが、IT 業では 59%と、比較的製造業に多い。

復職して半年以上安定して勤務している従業員の復帰先としては、「休職前の職場」が 43%、「異動」が 18%、「人事・総務付け」が 4%と、元の職場への復帰が多い一方で、復帰先を異動や人事付けなど個別に対応している企業もみられた。

5. 休職・復職に関する就業規則に関して

就業規則上に休職期間の定めが「ある」との回答は 92%とほとんどの企業で整備されていた。休職期間としては「12 ヶ月」が 19%、「18 ヶ月」と「24 ヶ月」が 20%、「36 ヶ月」が 24%と、1 年から 3 年までの休職期間が 83%を占める結果だった。

また、就業規則における休職期間の算定は多くの意見がある。「一度復職したら、休職期間が新たに発生する（直前の休職期間と通算しない）」が 10%、「一定期間内に同一傷病で際休職した場合、直前の休職期間として通算する」が 69%、「同一傷病における休職は全雇用期間で通算される」が 9%など、休職期間の通算規定のあるという回答が 78%と約 3/4 を占めている。

ただし、メンタル疾患の場合には、同一疾患と思われる場合でも主治医からの診断名(とくに主治医が変更した場合)には微妙に異なることが多く、その対応に苦慮する職場も少なくないようだ。

また、産業医のリハビリ出勤に対する見解も、「大まかな規則しかない」が 60%、「かなり細かく規定されている」が 20%と、産業医の 8 割が何らかのリハビリ出勤の規則が整備されていると一定の認識を示しており、人事関係者任せにはなっていないようだ。

6. 復職判定に際して

復職判定の意見として最も尊重される職種としては、「産業医」が46%、「主治医」が26%、「判定委員会」が12%、「当人」が9%と、やはり「産業医」「主治医」の意見が大きな影響をもっている。

復職判定基準の設置については、「運営上設定」が51%と約半数を占め、「決まっていない」が30%、「就業規則上設定」が11%となる。しかしながら、実際の運用は主治医の許可、産業医の判断、さらには上司・人事の意見などが複雑にからみあっていることが多い。

7. リハビリ出勤の実施に関して

リハビリ出勤に関して、運用上も含めてリハビリ出勤を実施しているとの回答は全体の65%と半数を超える割合となっている。これを規模別にみると、中小企業においては約5割であったが、大企業においては約8割と大企業の方がリハビリ出勤制度を設定しており、やはり中小企業における余裕のなさなどが関係していると推測される。

リハビリ出勤の実施時期については、「休職中（復職前）に実施している」が45%、「復職後に実施している」が35%、「個別によって異なる」が14%と、「休職中に実施している」が「復職後に実施している」を10%上回り、約5割近くとなっている。

休職中にリハビリ出勤を実施している企業では、リハビリ出勤などの実施期間の規定が「ある」が22%、「規定はないが、標準的な期間がある程度決まっている」が38%と、何らかの期間を設けている回答は60%だった。全体の6割の企業は、休職中のリハビリ出勤を一定の枠組みの中で実施していた。

その実施期間として最も多かったのが「4週間」で27%、次いで「2週間」が22%、「8週間」が21%、「6週間」が14%など、「1ヶ月以内」としている回答が全体の54%と半数以上を占め、「5週間～2ヶ月」の37%を含めれば、約8割がリハビリ出勤の期間を2ヶ月以内としている。

また、リハビリ出勤などの実施中の事故などについての配慮は、「本人の承諾書をとる」が35%、「通勤途上災害などの補償が出るようにしている」が29%となり、「配慮していない」の22%に対し大きく上回っている。

さらに、休職中の経済的補償については、「健康保険の傷病手当金の支給」が70%、「傷病手当金以外の経済的補償制度（独自の付加給付）の支給」が15%、「企業で手当している民間保険（所得保障保険）の支給」が7%で、傷病手当金以外に何らかの手当てを支給している回答は2割強と多彩な経済的支援が認められた。

一方、リハビリ出勤などの実施中の経済的支援については、「支給なし」が46%と半数近い一方で、「リハビリ出勤に対する何らかの手当て（交通費・支援金など）の支給がある」が34%となっている。その他としては、「給与を時間割で支給」「通常の給与支給」「勤務時間に応じた賃金支給」「交通費実費のみ」などの記述があった。すなわち、リハビリ出勤時の労働性をどう判断するか、判断が分かれるところである。

8. 復職後の軽減勤務に関して

復職後に軽減勤務を実施する際の勤務時間や内容について最も意見が尊重されるのは、「産業医」が39%、「主治医」が25%、「判定委員会」が12%、「当人」が9%、「上司」が6%と、やはり「産業医」「主治医」の影響力が強い。

ただし、さらに規模別にみると、大企業においては「産業医」が49%、次に「主治医」が21%、ついで「判定委員会」13%、「当人」5%であるが、中小企業においては「主治医」が32%、次に「産業医」25%、ついで「当人」18%、「判定委員会」9%と、産業医の介入が手薄になりがちな中小企業においては、主治医の意見に頼らざるを得ない現実が認められる。

さらに業種別にみると、IT業においては「産業医」が75%、次に「主治医」「人事」「当人」が同数の8%、製造業は「産業医」が40%、次に「主治医」が23%、「判定委員会」が17%となっており、IT業においては「産業医」の役割が重視されている。

軽減勤務開始時の日数については、「週5日」が90%と、9割がフル日数出勤から開始するとの回答をしている。ただし、その軽減勤務開始時の時間については、「4時間」が40%、「8時間」が20%、「3時間」が18%と、およそ半日勤務でスタートする回答が約6割を占めている。すなわち、職場は半日勤務しかできない労働レベルで、復職を認めている。

また、復職後の軽減勤務の標準的な質的配慮の内容としては、「業務量の軽減」が26%、「責任や期限のない業務」が18%、「外出や出張などは制限する」が16%、「単純作業（資料整理など）」が12%、「営業や接客など対人業務は制限する」が11%、「危険な業務は制限する」が10%など、ほとんどの職場で何らかの質的配慮をするとの回答となっている。

これを規模別にみると、大企業のほうが軽減勤務の内容についてより細かく配慮されている。

9. リハビリ出勤制度などの導入による職場への影響

リハビリ出勤制度などの導入が職場にどのように影響するかについては、「休職者の速やかな復職につながる」が23%、「メンタルヘルスに対する従業員の意識向上に役立つ」が16%と計39%が評価する一方で、「リハビリを管理する担当者の負担や人選に苦慮する」が18%、「十分な安全配慮義務が果たせるか心配である」が16%、「期待するほど効果が出ず、中途半端な勤務状態につながる」が10%、「職場の士気が下がる」が7%、「業務のあらい出しができずに苦慮する」が6%と、合わせて57%が悪影響を指摘している。

また業種別にみると、「休職者の速やかな復職につながる」と回答した企業が製造業、25%であったが、IT業では20%、「リハビリを管理する担当者の負担や人選に苦慮する」が製造業は18%であったがIT業では24%、「職場の士気が下がる」が製造業は約9%であったがIT業では2%など、若干の違いが認められる。

すなわち、リハビリ出勤が与える影響として、肯定的な回答が約4割に対して、否定的

な回答が 6 割弱と、やや否定的な回答が優勢していることはリハビリ実施の現場での厳しさをうかがわせる。

VII. まとめ

本調査の結果では、ほとんどの職場においてメンタルな疾患を事由に休職した労働者に対し、その復職に前後してリハビリテーション的な制度・支援が実施されていた。

しかしながら、こうした制度や概念は必ずしも明確化されておらず、これがスムーズな復職の妨げとなったり、混乱を招く要因とも考えられた。

たとえば、回答した 7 割弱の企業がリハビリ出勤の導入に肯定的な考え方をもっている一方で、「導入には慎重であるべき」と回答した割合が 3 割近くあり、その理由として職場関係者の負担や予想通りいかない失望感が存在したことは重く受け止めるべきだろう。

また、リハビリ出勤に関する名称・規則・運用にはさまざまな配慮や工夫をうかがわせたが、リハビリと労務性(労働性)との整合性には大きな困難を伴うことも事実である。

さらに、個人の精神的健康の回復を目指したリハビリ制度が、上司・同僚の精神的負担になったり、職場のモラル低下につながるという意見をみても、改めて個人の健康と集団の健康とのバランス感覚が求められている。

さらに、産業医との関わりが比較的少ない中小企業においては、復職判定などに際して精神科主治医に頼らざるを得ない現状では、精神科主治医が患者擁護に終始するのではなく、より客観的・専門的な判断を示す必要があるだろう。

最近の風潮として、ややもすれば安易にリハビリ出勤を導入される傾向があるが、厳しい経済状況の現在、職場でのリハビリ出勤の長所・欠点を再評価していく検証を継続することが肝要である。

2008年9月

各位

厚生労働省 平成20年度障害者保健福祉推進事業

メンタル疾患により休職した方への復職支援に関するアンケート調査

ご協力のお願い

社団法人 日本精神保健福祉連盟
会長 保崎 秀夫

謹啓

時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。

近年、うつ病をはじめとするメンタル疾患を事由に休職する労働者が増加しており、各企業で深刻な問題となっています。このような状況に対しいくつかの企業では、休職者の復職に前後してリハビリ出勤・試し出勤・仮出勤などさまざまな名称のもと、職場においてリハビリテーション的な制度・支援が実施されています。

しかしながら、このような概念のあり方、適切な制度の設計や運用については必ずしも明確化されていません。また、この有用性や導入リスクに関する客観的な検証が必ずしも十分ではないため、かえってこのような概念や制度がスムーズな復職の妨げになっているケースもあると考えられます。

こうした状況を踏まえ、本研究は厚生労働省 平成20年度障害者保健福祉推進事業の一環として、企業におけるリハビリ出勤・試し出勤・仮出勤など（以下、リハビリ出勤など、と記載）の概念や制度に関して、アンケートを実施することとなりました。

要務ご多忙の折とは存じますが、趣旨をご賢察下さり、本アンケート調査にご協力を賜りますようお願い申し上げます。

なお、ご回答下さいました内容については、すべて統計的に処理させていただきますので、ご記入下さいました内容が他に漏れることはございません。

謹白

<ご記入上のお願い>

質問内容には、あてはまる番号に○印をつけて頂くもの、数字を記入して頂くものなどがあります。各設問の指示に従ってご回答下さいますようお願い申し上げます。

<本調査に関するお問い合わせ先>
社団法人 日本精神保健福祉連盟 常務理事
大西 守
TEL : 03-5232-3308 FAX : 03-5232-3309
e-mail : frenmei@nisseikyo.or.jp

I. ご自身および関与されている企業（団体）についてお伺いします。

I-1. ご自身の年齢について、該当するもの1つに○をつけて下さい。

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. 20 歳代 | 3. 40 歳代 | 5. 60 歳代 |
| 2. 30 歳代 | 4. 50 歳代 | |

I-2. ご自身の性別について、該当するもの1つに○をつけて下さい。

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

I-3. ご自身の職種について、該当するもの全てに○をつけてください。

- | | |
|-----------------|------------|
| 1. 産業医 | 6. 人事労務担当者 |
| 2. 精神科医 | 7. 衛生管理者 |
| 3. 心療内科医 | 8. 経営者(役員) |
| 4. カウンセラーおよび心理職 | 9. その他() |
| 5. 産業看護職 | |

I-4. ご自身が関与されている企業（団体）の規模について、該当するもの1つに○をつけて下さい。（複数関与されている場合は最も関与されている企業をご記入下さい。以下、同様）

- | | | |
|--------------|----------------|------------------|
| 1. 50 人未満 | 3. 100 人-299 人 | 5. 1000 人-2999 人 |
| 2. 50 人-99 人 | 4. 300 人-999 人 | 6. 3000 人以上 |

I-5. ご自身が関与されている企業（団体）の業種について該当するもの1つに○をつけて下さい。

- | | | |
|----------|-------------|--------------|
| 1. 建設業 | 5. 卸売・小売業 | 9. その他のサービス業 |
| 2. 製造業 | 6. 金融・保険業 | 10. その他() |
| 3. 情報通信業 | 7. 飲食・宿泊業 | |
| 4. 運輸業 | 8. 医療・福祉・教育 | |

II. リハビリ出勤などに関するご自身の考えについてお伺いします。

II-1. 日頃からリハビリ出勤などに関してどのようなお考えをお持ちですか？ 該当するもの1つに○をつけ、さらにその理由の全てに○をつけて下さい。

- | | | |
|----------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 導入すべき | → | <理由>
1. 円滑な復職のため
2. 企業の社会的責任として
3. 社会的な流れなので
4. その他() |
| 2. 導入には慎重であるべき | → | 1. 職場はリハビリ施設ではないため
2. 経営者の理解と協力が得られないため
3. 周囲の負担などがあるため
4. 実施中の事故への対応がむずかしいため
5. その他() |
| 3. 導入すべきでない | → | |
| 4. わからない | | |
| 5. その他() | | |

Ⅱ-2. リハビリ出勤・試し出勤・仮出勤などの用語の使い方の差異はありますか？ 最も近いもの 1 つに○をつけて下さい。

1. 特に区別していない（意識していない）
2. わからない
3. 下記のように区別している（関与されている企業（団体）での表現も含める）

()

Ⅲ. ご自身が関与されている企業（団体）のリハビリ出勤などについてお伺いします。

Ⅲ-1. 就業規則や運用ルールなどで復職に関する制度や方法が整備されていますか？ 最も近いもの 1 つに○をつけて下さい。

1. かなり細かく規定されている
2. 大まかな規則しかない
3. ほとんど整備されていない
4. 全く整備されていない
5. わからない
6. その他()

Ⅲ-2. リハビリ出勤などは、休職中・復職後など、どの時期に実施していますか？ 該当するもの 1 つに○をつけて下さい。（下記 1. 以外にご回答頂いた場合はVにお進み下さい）

1. 休職中（復職前）に実施している →Ⅳにお進み下さい
2. 復職後に実施している
3. 個別によって異なる
4. 一切実施していない
5. わからない
6. その他 ()

→Vにお進み下さい

Ⅳ. リハビリ出勤などが休職状態で実施されている場合についてお伺いします。

Ⅳ-1. リハビリ出勤などの実施期間の定めはありますか？ 該当するもの 1 つに○をつけて下さい。また、ある場合には期間の長さをご記入ください。（複数の規定がある場合には、該当者の一番多い期間をご記入下さい）

1. ある (週間)
2. 規定はないが標準的な期間がある程度決まっている(週間)
3. ない
4. わからない
5. その他 ()

2008年9月

各位

厚生労働省 平成20年度障害者保健福祉推進事業

メンタル疾患により休職した方への復職支援に関するアンケート調査

ご協力をお願い

社団法人 日本精神保健福祉連盟
会長 保崎 秀夫

謹啓

時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。

近年、うつ病をはじめとするメンタル疾患を事由に休職する労働者が増加しており、各企業で深刻な問題となっています。このような状況に対しいくつかの企業では、休職者の復職に前後してリハビリ出勤・試し出勤・仮出勤などさまざまな名称のもと、職場においてリハビリテーション的な制度・支援が実施されています。

しかしながら、このような概念のあり方、適切な制度の設計や運用については必ずしも明確化されていません。また、この有用性や導入リスクに関する客観的な検証が必ずしも十分ではないため、かえってこのような概念や制度がスムーズな復職の妨げになっているケースもあると考えられます。

こうした状況を踏まえ、本研究は厚生労働省 平成20年度障害者保健福祉推進事業の一環として、企業におけるリハビリ出勤・試し出勤・仮出勤など（以下、リハビリ出勤など、と記載）の概念や制度に関して、アンケートを実施することとなりました。

要務ご多忙の折とは存じますが、趣旨をご賢察下さり、本アンケート調査にご協力を賜りますようお願い申し上げます。

なお、ご回答下さいました内容については、すべて統計的に処理させていただきますので、ご記入下さいました内容が他に漏れることはございません。また、集計結果は、まとまり次第、ご連絡させていただきます。

謹白

<ご記入上のお願い>

1. 質問内容には、あてはまる番号に○印をつけて頂くもの、数字を記入して頂くものなどがあります。各設問の指示に従ってご回答下さいますようお願い申し上げます。
2. ご記入いただきました調査票は、9月30日（火）までに、添付した返信用封筒にて、直接当方へご返送下さいますようお願い申し上げます。

<本調査に関するお問い合わせ先>
株式会社アドバンテッジリスクマネジメント
就業支援事業 復職支援チーム（担当：綾・隅谷・中田）
〒153-0051 東京都目黒区上目黒2-1-1 中目黒GTタワー17階
TEL：03-5794-3791 FAX：03-5794-3793

IV-2. 同一傷病で再休職した場合、休職期間に関する算出方法の定めについて該当するもの 1つに○をつけて下さい。

1. 一度復職したら、休職期間が新たに発生する（直前の休職期間と通算しない）
2. 一定期間内に同一傷病で再休職した場合、直前の休職期間として通算する
→ 一定期間（ _____ 日）
3. 同一傷病における休職は全雇用期間で通算される
4. 特に定めはない
5. わからない
6. その他（ _____ ）

IV-3. 復職判定（復職許可）は誰の意見が尊重されますか？ 該当するもの 全てに○をつけて下さい。また、その中で最も重視するものに◎をつけてください。

- | | |
|------------------|-------------------------|
| 1. 復職者本人 | 6. 人事労務担当者 |
| 2. 主治医 | 7. 関係者間の話し合い（復職判定委員会など） |
| 3. 産業医 | 8. 個別によって異なる |
| 4. 産業看護職または心理職など | 9. わからない |
| 5. 直属上司または所属長 | 10. その他（ _____ ） |

IV-4. メンタル疾患に関する復職判定（復職許可）基準を設定していますか？ 該当するもの 1つに○をつけて下さい。（下記 1・2以外にご回答頂いた場合はIV-6にお進み下さい）

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| 1. 就業規則上設定している | } → <u>IV-5</u> もご回答下さい |
| 2. 就業規則上設定されていないが運営上ある程度決まっている | |
| 3. まったく決まっていない | } → <u>VI-6</u> にお進み下さい |
| 4. わからない | |
| 5. その他（ _____ ） | |

IV-5. 復職判定（復職許可）基準はどのようなものですか？（ご自由にご記入下さい）

IV-6. リハビリ出勤制度などがありますか？ 該当するもの 1つに○をつけて下さい。（下記 1・2以外にご回答頂いた場合はVIにお進み下さい）

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| 1. 就業規則上設定している | } → <u>IV-7</u> もご回答下さい |
| 2. 就業規則上設定されていないが行っている | |
| 3. まったく決まっていない | } → <u>VI</u> にお進み下さい |
| 4. わからない | |
| 5. その他（ _____ ） | |

VI. 復職後の軽減勤務についてお伺いします。

(※ 本アンケートにおける軽減勤務とは、勤務時間や業務内容になんらかの制限(残業はさせない等)を加えた勤務をさします。また、復職後に行われるリハビリ出勤などもこれに含まれます)

VI-1. 復職後の軽減勤務を開始する際の勤務時間や内容は、誰の意見が尊重されますか? 該当するもの全てに○をつけて下さい。また、その中で最も重視するものに◎をつけてください

- | | |
|------------------|-------------------------|
| 1. 復職者本人 | 6. 人事労務担当者 |
| 2. 主治医 | 7. 関係者間の話し合い(復職判定委員会など) |
| 3. 産業医 | 8. 軽減勤務は一切行わない |
| 4. 産業看護職または心理職など | 9. わからない |
| 5. 直属上司または所属長 | 10. その他() |

VI-2. 復職後、軽減勤務を開始した当初の標準的な出勤頻度と勤務時間はどのくらいですか? 該当するもの1つに○をつけて下さい。また、時間的配慮がある場合には頻度と時間をご記入下さい。(複数ある場合には、該当者の一番多いものをご記入下さい)

1. 復職者本人の自由
2. 週()日 1日()時間
3. 残業も含め時間的配慮はしない
4. わからない
5. その他()

VI-3. 復職後の軽減勤務を開始した当初の標準的な業務の質的な配慮はどのようなものですか? 該当するもの全てに○をつけて下さい。

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1. 復職者本人の自由 | 6. 営業や接客など対人業務は制限する |
| 2. 業務量の軽減 | 7. 危険な業務は制限する |
| 3. 単純作業(資料整理など) | 8. 特に質的な配慮はしない |
| 4. 責任や期限のない業務 | 9. わからない |
| 5. 外出や出張などは制限する | 10. その他() |

VI-4. リハビリ出勤制度などの導入は、職場側にどのように影響する(またはしている)とお考えですか? 該当するもの全てに○をつけて下さい。

1. 休職者の速やかな復職につながる
2. メンタルヘルスに対する従業員の意識向上に役立つ
3. 期待するほど効果が出ず、中途半端な勤務状態につながる
4. リハビリを管理する担当者の負担や人選に苦慮する
5. 職場の士気が下がる
6. 業務のあらい出しができずに苦慮する
7. 十分な安全配慮義務が果たせるか心配である
8. わからない
9. その他()

●その他、ご意見・ご感想がありましたらご自由にご記入下さい

--

ーお忙しい中、ご協力頂き誠にありがとうございましたー

◆調査結果は、まとめ次第、下記あて先に郵送させていただきます◆

※調査結果をお送りいたしますので、差し支えなければ下記に住所・氏名等をご記入、またはお名刺を添付願います。ご記入頂いた住所・氏名等は、株式会社アドバンテッジリスクマネジメントが「個人情報保護法」に基づき安全かつ厳正に管理し、調査結果の送付のみ使用いたします。（「個人情報保護方針」については <http://www.armg.jp/policy.html> をご覧下さい）

貴社名	
ご住所	〒
フリガナ	
ご氏名	
所属・役職	
電話番号	()
ファックス番号	()
メールアドレス	@

お名刺の場合は枠内にホチキス止め

※ご記入いただくかわりにお名刺をこの用紙の右端の点線枠にホチキス止めにて添付頂いても構いません

第2章

調査実践報告

『メンタル疾患による休職者に関する休職・復職制度』

ーリハビリり出勤における制度の類型別 メリット・デメリット・留意点ー

主任研究者： 大西 守 (社)日本精神保健福祉連盟)

調査協力員： 隅谷 理子 (株)アドバンテッジリスクマネジメント)
綾 千晶 (株)アドバンテッジリスクマネジメント)
中田 貴晃 (株)アドバンテッジリスクマネジメント)

研究協力者： 黒木 宣夫 (東邦大学医療センター佐倉病院精神神経学 教授)
田中 克俊 (北里大学大学院医療系研究科産業保健 准教授)
廣 尚典 (産業医科大学産業生態科学研究所 准教授)

I. 職場でのメンタルヘルス活動の枠組み

メンタルな問題で休職を余儀なくされる労働者が急増している日本では、職場での適切なメンタルヘルス活動が不可欠である。ただし忘れてはならないのは、職場でのメンタルヘルス活動や管理は、労働者の福利厚生を目指す一方で、職場として適切なリスクマネジメントを行なうことで無用のリスクを減らして労働災害や公務災害の発生を防ぐ目的があることだ。

したがって、職域で展開されるメンタルヘルス活動は、「職場」という枠組内で実施されるべき事柄である。ところが、職場関係者はサービス精神の名のもとに不適切な対応をとっていることが少なくない。その典型が不適切な職場でのリハビリテーション的対応や制度である。日本では、「リハビリり出勤」「試し出勤」と称して(以下、リハビリり出勤で統一)職場においてリハビリり的なことを実施したがる傾向にあるが、リハビリりテーション施設でもない職場で、リハビリりの専門家でもない上長が面倒をみることでリハビリりテーション機能がはたせるのか、そのリスクに配慮する必要がある。回復期の多くの精神疾患は症状的には不安定で、その限界や危険性を認識しなければならない。まして、治療を兼ねたりハ

ビリテーションであれば、医療の枠で実施すべき事柄で、職場に能力以上の支援を期待するのは職場・労働者双方にとって不幸なことである。

また、職場でのメンタルヘルス活動は業務活動の一環であり、一定期間内にその結果と評価がなされるのは当然のことである。ところが、リハビリテーションと労働性が曖昧なまま漫然と同一手法での対応を繰り返している事例が散見される。

さらに、残念ながら精神疾患の一部は十分に回復せず障害が残る現実がある。職場でのメンタルヘルス管理において、メンタルな病気は治療してリハビリテーションに励めば原則 10 割回復できることが大前提になっていることがほとんどだが、どんなに頑張っても 5 割・6 割しか回復が望めないケースが少なからず存在する。余裕のなくなった職場において、障害が残り戦力になり得ない事例への対応を考えていく必要がある。

もちろん、個人の健康だけでなく、集団の健康管理を見据えた視点が重要である。当該労働者への職場としての支援が大切なのは間違いないが、周囲の上司・同僚への過度の負担を避けなければならない。復職を表面的に果たしたものの職場の戦力とはなり得ないまま抱え込み事例として放置される事態となれば、職場全体の士気の低下やモラル低下につながる。

II. 不適切な復職判定がもたらす弊害

職場関係者が悩まされる深刻な問題の 1 つが、メンタルな事由で休職した労働者の職場復帰の判断とその後のフォローである。せっかく復職したものの、すぐに病状が悪化して再休職に入るものや、休職・復職を繰り返す事例が少なくないからである。

こうした事態を生じさせている要因がいくつか考えられる。まず、復職判定に際して当該労働者と職場側との判断が必ずしも一致せず、曖昧なまま復職に至ることが少なくない点である。また、情緒的に判断したり、リスクマネジメントの意識がないまま安易に復職を認めてしまうことも多い。復職判定システムが整備されていない職場において、当該労働者に関してきちんとした判定手順を踏まない(踏めない)からである。

さらに、重要な判断材料となるべき精神科領域での診断書に関し、その妥当性・信頼性に疑義があることが少なくないことも問題を一層複雑化させている。精神科主治医が患者擁護を第一に、恣意的に作成したり、病状の良し悪しといった疾病性だけで現実的な就労能力を判断していないことがあるからである。

ところで、職場復帰可能な回復レベルは、通常勤務に耐えられるまで回復していることが原則である。具体的には、障害が残存する場合(統合失調症など)を除いて、うつ病圏内や神経症圏内においては 7-8 割の回復が一応の目途と考える。これは 9 時から 17 時までの勤務で残業なしといったレベル(もちろん当初の 1-2 ヶ月は半日程度の勤務も考慮される)である。一部の精神科医や産業医は、ひたすら復職のハードルを低くしたががるが、病気である以上は十分な回復が大前提である。したがって、復職後に半日勤務が 6 ヶ月以上も続くような事態になれば、復職判定そのものの是非が問われることになる。

Ⅲ. リハビリ出勤導入時点での一般的留意点

職場において、どのような形であるにせよリハビリ出勤を実施するに際しては、以下のような手順や確認が原則となろう。

1) 精神科主治医の確認が前提

なんらかの形で精神科・心療内科に受診している労働者が対象となる。したがって、精神科主治医による同意や意見を文書で求める必要がある。

2) 本人・家族への十分な説明と取り決めが必要

当然のことながら、当該労働者・家族に対しリハビリ出勤の目的、期間、内容、補償などを事前に話し合い、確認する必要がある。

3) 職場側（産業医・産業保健看護職・人事労務担当者・上司等）の受入れ態勢を確立

職場関係者が連携し、リハビリ出勤の目的、期間、内容、補償などを協議し、職場としての対応を統一する必要がある。

4) 就業規則・内規文書など社内規定の整備

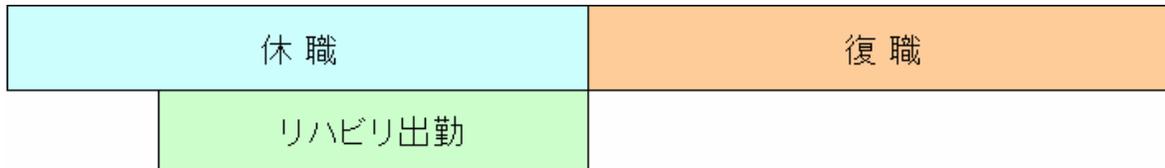
企業・組織の規模などにもよるが、リハビリ出勤を導入するのであれば、就業規則・内規文書などを整備する必要がある。基本的に残業制限、長期出張・海外出張の禁止、交代制勤務の軽減などが想定される。

Ⅳ. リハビリ出勤の導入パターンとそのメリット・デメリット

先述してきたように、職場で実施されるリハビリ出勤にはさまざまなメリット・デメリットが伴うため、企業・組織では多様なリハビリ出勤を試みている。結局は、疾病労働者と労働者性との兼ね合いをどう考えるかという見地から創出されたようである。

以下、いくつかのケースを紹介する。

(1) 休職中にリハビリ出勤



■メリット

- ・リハビリ出勤を通じて回復状況を確認することが可能である
- ・本人にとっては段階的に復帰することで負担を軽減できる
- ・リハビリ出勤がうまくいなくても、本人にとっては復職後の再休職より失敗体験の度合いが低くなり、担当者にとっては手続きなどの負担が軽減できる
- ・周囲の理解や支援を得やすい

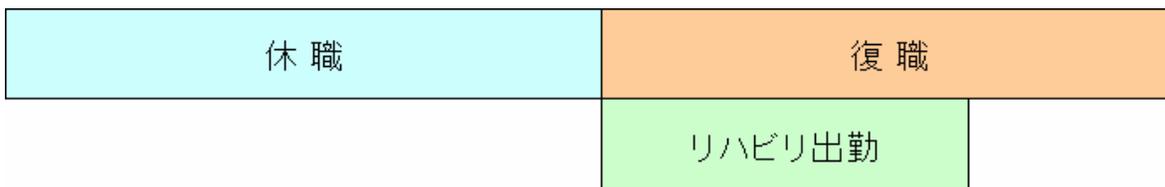
■デメリット

- ・リハビリ出勤が労務者性を伴うかどうか曖昧である
- ・労務者性を伴わないリハビリ出勤であっても、担当者・関係者には負担がかかる
- ・リハビリ出勤中の処遇の取扱いや、労災の取扱いに関する取り決めが難しい

◆留意点

- ・リハビリ出勤中の作業に労務性を伴うかどうか、リハビリ出勤の定義を明確にする必要がある
- ・リハビリ出勤中の処遇(賃金やポジションなど)の取扱いの取り決めを行う必要がある

(2) 復職後にリハビリ出勤



■メリット

- ・本人にとっては、段階的に復帰することで負担を軽減できる
- ・職場での労務提供が可能である
- ・本人にとっては、復職後経済面も心配せずに取り組むことができる

■デメリット

- ・不十分な状態で受け入れるなど復職判定が甘くなる
- ・リハビリ出勤を管理する上司などの負担が大きい
- ・他の従業員からの不公平感が生じやすい

- ・主治医から軽減勤務の指示があった場合、柔軟に対応できない
- ・本人にとっては再発リスクが高い

◆留意点

- ・十分な回復が大前提になる
- ・復職前に外部機関のリワークプログラムなどの情報提供などを行う

(特殊ケース1) リハビリ出勤形態の変更



■メリット

- ・リハビリ出勤中の訓練も労務として扱われる
- ・リハビリ出勤が成功したら勤続年数にカウントされる
- ・労務提供のため労災扱いになる

■デメリット

- ・労務と訓練の位置づけが曖昧になる
- ・遡って変更されるため労務管理が煩雑になる
- ・再休職におちいった際に取り扱いが困難になる

◆留意点

- ・制度が煩雑なため本人・関係者に十分説明する必要がある
- ・法的な裏づけが曖昧であり、訴訟が発生した際に敗訴のリスクが高い

(特殊ケース2) 休職延長の場合の対応



■メリット

- ・退職に伴うトラブルを先送りできる

■デメリット

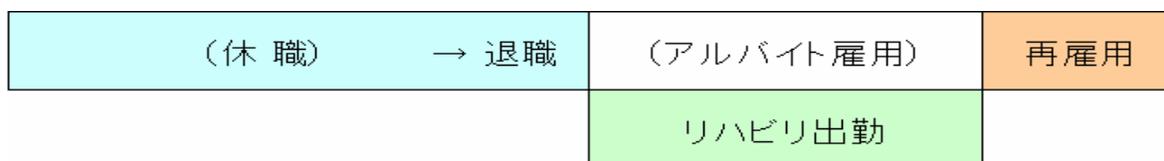
- ・先送りすることで最終的な問題解決をさらに困難にさせる

- ・他の休職者との不公平感が生まれ、トラブルになりやすい
- ・職場モラルが低下する

◆留意点

- ・延長の期限を取り決めておく必要がある
- ・デメリットの事項を把握した上で行う必要がある

(退職ケース1) 退職後の雇用



■メリット

- ・休職期間が満了した従業員へのリスクが軽減できる
- ・休職期間が満了した従業員に対しても再雇用の機会を与える
- ・労働対価が適切なものとなる

■デメリット

- ・アルバイト雇用後の再雇用判断が難しい

◆留意点

- ・アルバイト雇用に関する期限設定や再雇用判定を明確にする必要がある

(退職ケース2) 退職後の障害者雇用



■メリット

- ・能力に見合った労務提供ができる
- ・支援があれば働ける人達に就労の機会を与えることができる
- ・本人は周囲の理解や支援を得やすい
- ・障害者雇用率に算入できる

■デメリット

- ・本人・家族のプライドが傷つく場合がある
- ・職場側の負担が生じる

◆留意点

- ・本人より障害者雇用の申し出が前提になる
- ・精神障害者保健福祉手帳所持者が対象となる

V. まとめ

職場で実施されるリハビリ出勤にはさまざまなメリット・デメリットを伴うため、企業・組織では多様なリハビリ出勤を試みている。結局は、疾病労働者と労働者性との兼ね合いをどう考えるかという見地から創出されたようであるが、このパターンでやれば安全かつ完全だというものはないようだ。

要は、各企業・組織がそれぞれのメリット・デメリットをよく理解したうえで、身に合ったやり方を選択するしかないだろう。

また、企業・組織によっては弁護士など専門家の判断を事前に仰いだうえでリハビリ出勤制度を導入しているところも少なくないが、実際にリハビリ出勤に伴う事件・事故が発生した際の司法の判断と乖離する可能性もあり微妙な問題も多い。

第3章

調査結果報告

「精神科診療所におけるうつ病・うつ状態により休職されている方への 復職支援」に関する実態調査

五十嵐良雄^{1,2)}、大木洋子²⁾、福島南^{1,2)}、横山太範^{1,3)}

- 1) うつ病リワーク研究会
- 2) メディカルケア虎ノ門
- 3) さっぽろ駅前クリニック

I. はじめに

うつ病やうつ状態で休職する社員が企業において増加していることはかねてより指摘されている。全国に存在する精神科診療所はそのアクセスの良さや診療時間の長さなどから治療の最前線である。本調査は精神科診療所で診療を行う精神科医を対象として、産業メンタルヘルスに関する意識、とりわけ休職中の患者の復職支援に焦点をあてた調査を実施した。

II. 対象と方法

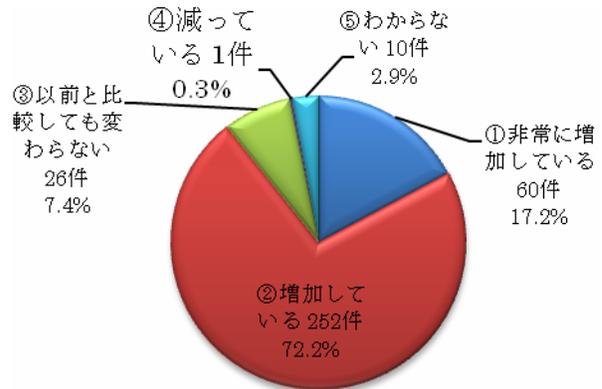
対象は日本精神神経科診療所協会会員（1512件）に対し平成20年11月28日に調査票を送付し、復職支援に対する意識調査を行った。なお、回答者は診療に携わる医師に限定して実施した。平成21年1月26日に回収を締切りその時点で358件の調査票を回収し解析して結果をえた。回収率は23.7%であった。

III. 結果

以下、調査票の質問と得られた回答の集計結果を示し、結果のまとめを列記する。

問1： 診療中の印象として、うつ病休職者は近年増加していると感じますか？あてはまるものを下から一つを選び、□をチェックして下さい。

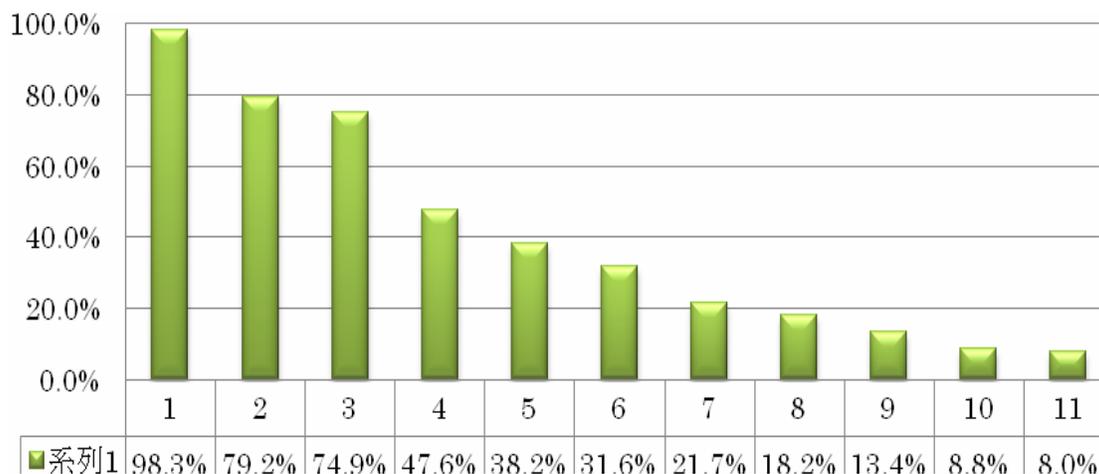
問1	回答率 97.5% (349/358 件)	
<input type="checkbox"/> 非常に増加している	60	17.2%
<input type="checkbox"/> 増加している	252	72.2%
<input type="checkbox"/> 以前と比較しても変わらない	26	7.4%
<input type="checkbox"/> 減っている	1	0.3%
<input type="checkbox"/> わからない	10	2.9%
計	349	100.00%



うつ病休職者の増加に関する印象を聞いた設問であるが、「増えている」という回答が7割を超え、次いで「非常に増加している」という回答が17%あり、これらが9割を占めたという驚くべき現実がみられる。

問2： 貴院通院中のうつ病休職者に対し、復職前にどのような治療や支援を行っていますか。以下のうちあてはまる項目を全て選び、□をチェックして下さい。

問2	回答率 98.0% (351/358 件)	
<input type="checkbox"/> 薬物治療と外来診療時の支持的カウンセリング	345	98.3%
<input type="checkbox"/> 事業所(直属上司、所属長、人事・労務担当者など)と連絡をとり、復職時の注意点を伝える	278	79.2%
<input type="checkbox"/> 事業所の健康管理部門(産業医、産業保健師・看護師、衛生管理者など)と連絡をとり、復職時の注意点を伝える	263	74.9%
<input type="checkbox"/> 図書館などの公共施設を利用させる	167	47.6%
<input type="checkbox"/> 地域内の障害者職業センターなどの復職支援(リワーク)を行う機関の利用	134	38.2%
<input type="checkbox"/> 心理職などによる個人カウンセリング	111	31.6%
<input type="checkbox"/> 個人あるいは集団での認知療法や行動療法	76	21.7%
<input type="checkbox"/> 他院での復職支援(リワーク)プログラムへの参加	64	18.2%
<input type="checkbox"/> デイケアやナイトケアへの参加(リワークに特化していないもの)	47	13.4%
<input type="checkbox"/> 院内での復職支援(リワーク)プログラム参加	31	8.8%
<input type="checkbox"/> グループ療法(SST、心理教育、集団認知行動療法などを含む)	28	8.0%



精神科診療所におけるうつ病休職者に対する復職前の治療や支援に関する質問である。最も多かったのは「薬物療法、診療での支持的カウンセリング」であり 98%を占めたのは精神科診療所としては当然の結果である。次いで「事業所あるいは事業所の健康管理部門との連絡をとり復職時の注意点を伝える」がそれぞれ 7割を超えたのは、予想外の高い割合であり、精神科診療所の医師が産業メンタルヘルスに高い関心を持ち、事業所との連絡調整役となりうることを示すものであろう。

次いで「図書館などの利用」が 5割近くであった。自宅から外に出かけ、机の前で文字情報に触れ、なおかつ他者の存在がある場所は図書館が身近な資源である。復職して業務に戻るということは、毎朝一定の時間に起床して出勤し、事業所で一定時間を拘束されるということであり、これをシミュレートしたものが「図書館通い」であり、治療場面での指導としても一般化しつつあるのは喜ばしい。

復職支援（リワーク）プログラムを持つ地域の資源として「障害者職業センターなど」が 38%、「他院のリワークプログラム」が 18%、「（リワークに特化していないデイケアやナイトケア）が 13%、「自院のリワークプログラム」が 8%、といわゆるリハビリテーションを合わせると 40%程度であった。また、「心理職による個人カウンセリング」が 31%、「個人・集団での認知・行動療法」が 21%、グループ療法が 8%と 6割を占めており、薬物療法以外のリハビリテーションや心理療法を実施して復職を促す努力が行われていると考えられる。

問 3：うつ病休職者の復職時や復職後にお困りのことで、以下の当てはまる項目を全て選
び、○をチェックして下さい。

問3	回答率 97.8% (350/358%)
<input type="checkbox"/> 復職可能な状態かの判断が難しく迷うことが多い	193 55.1%
<input type="checkbox"/> 復職しても短期間で再休職することが多い	185 52.9%
<input type="checkbox"/> 不十分な回復状態だが、本人や家族から強い復職の希望があり対応に困る	172 49.1%
<input type="checkbox"/> 会社とのコミュニケーションが取れないのでスムーズに復職がすすまない	152 43.4%
<input type="checkbox"/> 休職のための診断書や傷病手当金申請書などの書類の記入のみ要求する	114 32.6%
<input type="checkbox"/> 通院しなくなる、または通院が不規則になる	101 28.9%
<input type="checkbox"/> 服薬しなくなる、または服薬が不規則になる	83 23.7%
<input type="checkbox"/> 投薬治療を最初から拒否する	31 8.9%
<input type="checkbox"/> 病識がない	28 8.0%
<input type="checkbox"/> 困ることは特にない	25 7.1%

精神科診療所の医師にとって、復職時・復職後で困ることは「復職可能性の判断」、「復職後の再休職」、「不十分な回復にもかかわらず本人・家族からの復職希望への対応」、「会社とのコミュニケーションが取れない」の4項目であった。これらの項目は相互に関係があり、本人などから強い復職希望が出されると回復が不十分であると判断しても、強く休職を継続させることができなければ主治医は復職許可を与えるという現実の中で、復職後の再休職が起こるという連関がある。しかも復職可能性を主治医が的確に判断できない場合、この連関は一層強まることになる。更に事業所との上手なコミュニケーションが取れなければ主治医として復職が失敗する可能性は極めて高くなるといえよう。

主治医は治療上の必要性から休職を命じることを診断書として書面で明示するとともに、休職中に給付される傷病手当金などの意見書を作成するが、「これらの書類の記入のみを要求」というケースを32%の医師が経験しているのは驚くべき数字である。その他、診療上で「通院しなくなる、通院不規則」が29%、「服薬しなくなる、服薬不規則」が23%、「投薬を最初から拒否」が8%という数値は、基本的な医師患者関係が保てていない患者が多いことを意味すると思われ、治療上で困難性のある患者の存在が背景にもあるといえる。

問4：～うつ病休職者に対し、職場復帰に向けた治療（リハビリテーション）の一環として、デイケアなどの診療報酬上の仕組みを利用したリワーク（復職支援）プログラムを実施する医療機関がありますが～
このようなリワークプログラムについてご存知ですか。

問4-1	回答率 99.4% (356/358件)
聞いたことがなく、知らない	61 17.1%
聞いたことがある、知っている	295 82.9%
	計 356 100.0%

問4で「聞いたことがある、知っている」と答えた方のみ、以下の質問であてはまるものを全て選び、をチェックして下さい。

問4-2		
<input type="checkbox"/> プログラムのある医療機関に個々に紹介する形で利用している	110	37.3%
<input type="checkbox"/> 実施はしてみたいが、場所やスタッフを確保できない	82	27.8%
<input type="checkbox"/> 人数が集まらず運営が困難と考え、実施は現実的ではない	54	18.3%
<input type="checkbox"/> これから院内でプログラムを持ちたい	35	11.9%
<input type="checkbox"/> すでに院内のプログラムを持っている	33	11.2%
<input type="checkbox"/> プログラムのある医療機関と連携して利用する	28	9.5%
<input type="checkbox"/> 実施してみたいが、やり方がわからない	28	9.5%
<input type="checkbox"/> 医療機関の役割とは考えないので、実施することは考えていない	8	2.7%
<input type="checkbox"/> プログラムに効果がないと考えるため、実施しない	4	1.4%

リワークプログラムの周知度は8割を超える極めて高い率であった。そのうちで「紹介してプログラムを利用している」が37%、「既に院内でプログラムを持つ」が11%、「プログラムのある医療機関と連携」が9%であり、比較的積極的に利用されている。

リワークプログラムに対し「医療機関の役割とは考えない」は3%、「プログラムに効果がない」が1%で否定的な意見は極めて少なく、一方で「これからプログラムを持ちたい」という意見は11%と少ないものの、「実施してみたいが、場所スタッフの確保に問題」が3割弱、「人数が集まらず運営困難で実施は現実的ではない」が2割弱、「実施してみたいがやり方がわからない」が1割弱というプログラム開始に際しての施設整備やスタッフ・利用者の確保、プログラムの作成などに困難を感じており、それらの点を克服できれば興味のある精神科診療所が一定数あることが判明した。

問5：地域内の復職支援を行う医療機関以外の期間との連携についてうかがいます。利用の有無について該当する項目のをチェックして下さい。（複数回答可）

問5	回答率 99.1% (355/358 件)	
<input type="checkbox"/> 障害者職業センターを利用したことがある	220	62.0%
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉センターを利用したことがある	114	32.1%
<input type="checkbox"/> 保健所・保健センターを利用したことがある	94	26.5%
<input type="checkbox"/> 民間EAPや民間NPO法人を利用したことがある	78	22.0%
<input type="checkbox"/> 何も利用したことがない	71	20.0%

精神科診療所と地域内のリワークプログラムを実施する医療機関以外の機関との連携について質問した。都道府県毎に設置されている障害者職業センターの利用が最も多く62%を占め、次いで精神保健福祉センターが32%、保健所・保健センターの利用が26%であり、地域の公的なリワーク機関が上位を占めた。具体的にどのようなリワークプログラムが実施されているかに関しては限定的な情報があるのみで、今後その実態に関して調べていく必要があると思われる。また、民間EAPやNPO法人の利用も22%あり、具体的な内容に関して調査を行う価値があると思われる。

問6：先生は企業において産業医や顧問医、専門医として活動を行っておられますか？

問6	回答率 98.3% (352/358 件)	
<input type="checkbox"/> 活動している	127	36.1%
<input type="checkbox"/> していない	225	63.9%
計	352	100.0%

地域の企業での精神科医の企業における産業医・顧問医・専門医としてのニーズは今後高まっていくと思われるが、実際にこのような役割で活動している割合は64%であった。必ずしも産業医資格を必要としない役割もあり、今後一層の企業との連携が望まれるところである。

IV. 考 察

精神科診療所で診療にあたる精神科医の9割以上がうつ病・うつ状態の患者の休職が増えているという認識を示しており、主治医からみてもうつ病休職者の診療をどのように実施していくのかは重要な課題である。

うつ病休職者に対する復職前の治療や支援では一般的な治療以外に、事業所あるいは事業所の健康管理部門との連絡を主治医がとり復職時の注意点を伝達することが7割を超えて選ばれていることは、精神科診療所の精神科医が産業メンタルヘルズに高い関心を持っていることを示すものである。したがって、今後において精神科診療上の精神科医が主治医として事業所との連絡調整役となりうることを示すものであり、復職にあたって診療行為としての主治医と事業所の情報交換を点数化するなど、この機能をうまく引き出す施策展開が望まれる。

精神科診療所の主治医からみて、復職時・復職後で困ることは、□復職可能性の判断、□復職後の再休職の発生、□不十分な回復にもかかわらず本人・家族からの復職希望への対応、□会社との連携が困難、の4項目であった。これらの項目は相互に関係があり、的確な復職への判断が主治医としても必要と感じていることを示している。しかしながら、復職準備性の客観的判断はリワークプログラムなどを実施するなかで行われることであり、のちに触れるリワークプログラムを実施する医療機関が今後さらに増える必要があると指摘できる。

また、主治医が治療上問題であると感じている点は書類の記入のみを要求するケースの存在や、通院しなくなる、通院不規則あるいは服薬しなくなる、服薬不規則となるような、基本的な医師患者関係を保てない患者が存在することを意味すると思われ、治療困難性のある患者の存在も指摘でき、企業での社員に対するメンタルヘルス対策の中で上手に診療をける必要のあることを盛り込む必要もあろう。

また、4割程度の頻度で復職前の治療や支援としてのリハビリテーションである復職支援（リワーク）プログラムを利用していることが判明し、今後における更なる利用が望まれるところである。また、心理職による個人カウンセリングや認知・行動療法、グループ療法を合わせると6割を占めており、薬物療法以外のリハビリテーションや心理療法を使用して復職を促す努力が払われていると考えられる。リワークプログラムも心理教育や心理技法を利用しており、心理職の精神科診療所における必要性が今後さらに高まると考えられる。

リワークプログラムの知名度は8割を超える極めて高い率であり、自院あるいは他院のリワークプログラムが5割程度の精神科診療所で利用されていた。また、リワークプログラムそのものに対する否定的な意見は極めて少なかったが、積極的にこれからプログラムを始めたいという精神科診療所は1割程度であった。しかし、プログラム開始に際しての施設整備やスタッフ・利用者の確保、プログラムの開始に困難を感じているものの、興味を持つ精神科診療所が2-3割程度は存在することが判明した。今後の施策としてプログラムを実施する施設を増やすには、心理職の配置を厚くできるような施策に加え診療報酬上でリワーク加算などの経済性を確保すれば相当数の精神科診療所がリワーク施設に参入してくると想定される。また、同時に開設のための講習会や研修会が実施されることも必要であろう。

精神科診療所と地域内のリワークプログラムを実施する医療機関以外の機関との連携は地域の公的なリワーク機関が上位を占めたが、民間EAPやNPO法人の利用も22%あり、具体的な内容に関して調査を行い、情報を整理して開示していく価値があると思われる。

地域の企業での精神科医の企業における産業医・顧問医・専門医として活動している割合は6割程度であったが、今後一層の企業との連携が望まれるところである。

以上、本邦ではじめてリワークプログラムに関する精神科診療所で診療にあたる精神科医の意識調査を実施し、いくつかの重要な知見を得て施策上の課題を提言した。

第4章

調査報告

英国地域精神医療におけるうつ病対策と復職支援

岩手医科大学神経精神科学講座 鈴木 満

I. はじめに

英国は、我が国と同じ島国でありながら、地域文化の尊重、階級社会的枠組みの残存、移民および外国人労働者の受け入れを背景に、複雑多層な社会構造を持っている。国民皆保険を謳った **National Health Services (NHS)** は、それらを横断し今なお英国医療制度の根幹とすることができるが、時代とともにリフォームされ、現在では民間医療および非営利的支援団体との共生的混在をしている。英国地域精神医療の最前線は家庭医 **General Practitioner (GP)** であり、精神科専門治療は多職種協働のもとで包括的に行われている。精神障害者への復職支援サービスは、官民双方が様々なスタイルで提供しており、それらの基盤をなす行政理念は、身体障害および知的障害へのそれと共通する。従って、わが国の復職支援サービスとの違いを理解するためには、**NHS** による地域精神医療システムと様々な医療福祉関連法規とについて把握しておく必要がある。本稿では、英国の地域精神医療におけるうつ病対策ならびに障害者全般の復職支援施策について概説する。

II. 英国におけるうつ病の現状

英国人の病気休暇理由の第一位はうつ病である。2005年に行われた調査によると、年間のべ1億7600万日分の労働力がうつ病によって失われており、政府から支給される障害手当 **Incapacity Benefit (IB)** のうつ病患者への支給額は年間130億ポンド（約1兆7000億円）に上るとされている¹。そしてこれらの数字は年々増加している。医師は、うつ病の原因が過労による場合、または症状が労働能力に影響を与える場合には、その重症度に応じた期間、患者に病気休暇を取得することを勧める。しかし、労働年金省 **The Department of Work and Pensions (DWP)** によると、精神保健上の理由で一年以上の病気休暇をとる労働者は、生涯復職できない割合が非常に高く、長期病気休暇はうつ症状の悪化につながるという調査結果も出ている¹。DWPは後述する職場復帰プログラム“**Pathways to Work**”

により精神障害者の早期職場復帰を支援している。

Ⅲ. 地域精神医療サービスにおけるうつ病への対応

60年の歴史を誇るNHSは、現在も無料医療を基本にサービスを提供しており、住民はプライマリケアの担い手である近隣のGPに登録する。NHSは、うつ病の早期発見を目的に、その基本症状（身体的、心理的、社会的）と対処方法を冊子（図1）やウェブサイト²などを用いて啓発教育し、症状を自覚した場合はGPへの受診を勧奨している。GPは精神科専門医ではないが、基本的な臨床訓練を受けている。

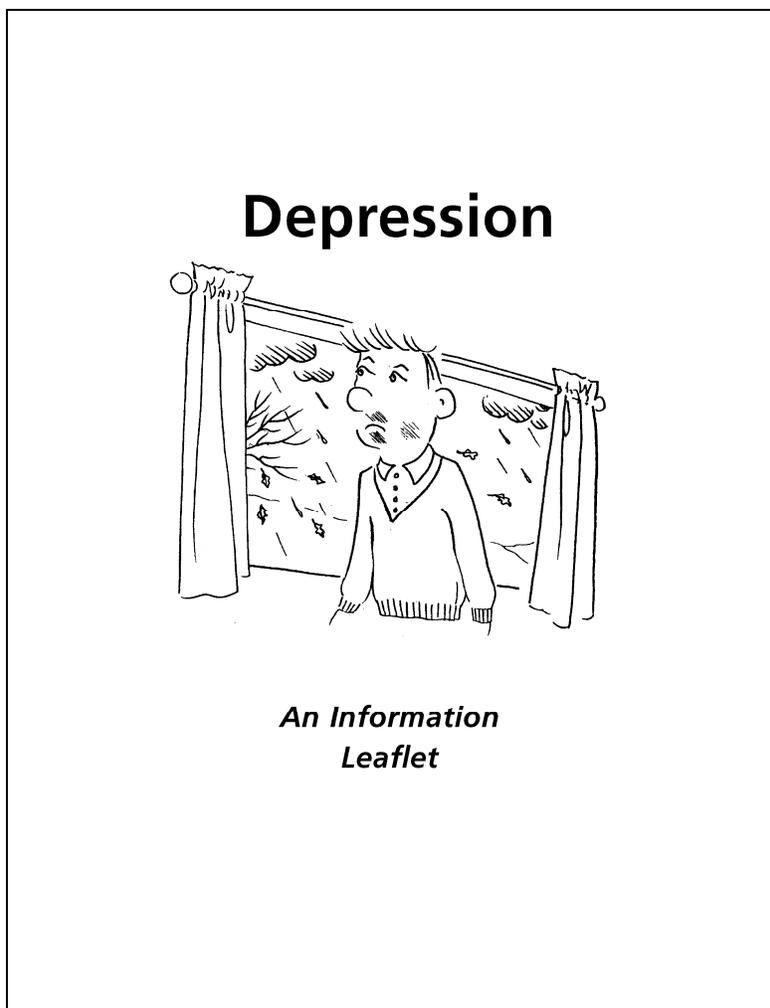
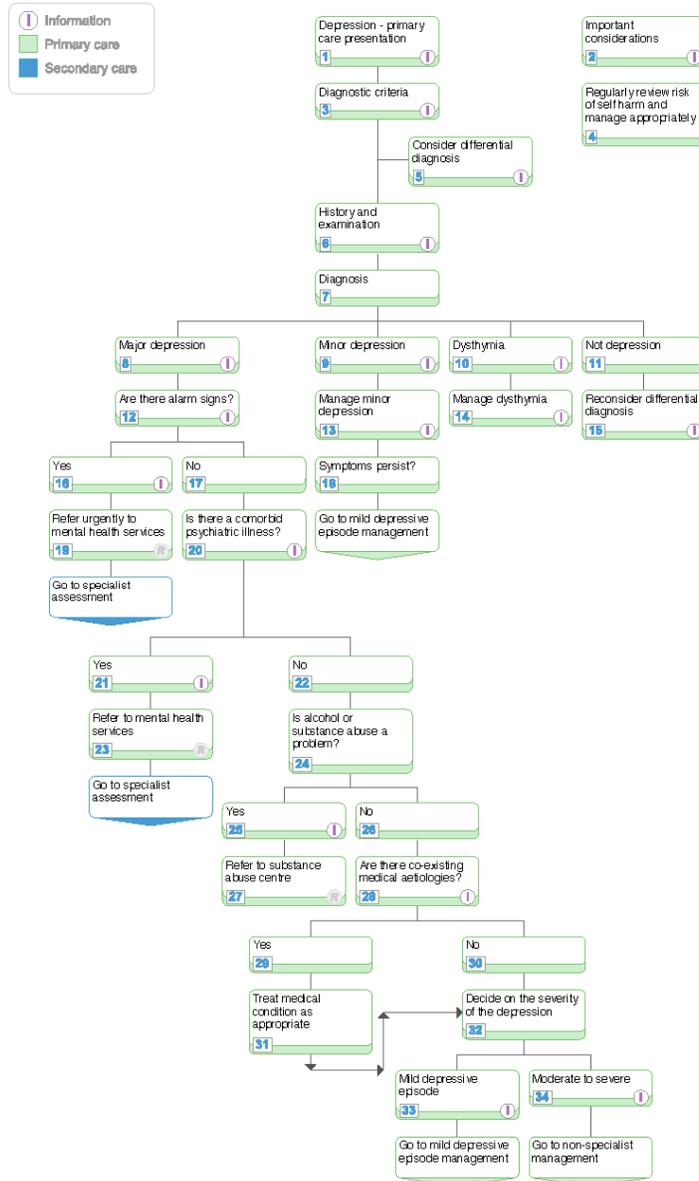


図 1

プライマリケアにおけるうつ病対応の原則^{3,4}は以下に示す通り、まずMajor depression、

Minor depression、Dysthymia、Not depressionの鑑別診断を行い、重症例は地域精神医療サービスや精神科専門医に紹介する（図2）。

<http://healthguides.mapofmedicine.com/choices/map/depression1.html>



Last reviewed: 31-Jul-2008 Due for review: 28-Feb-2009 Printed on: 16-Dec-2008 © Map of Medicine Ltd

IMPORTANT NOTE

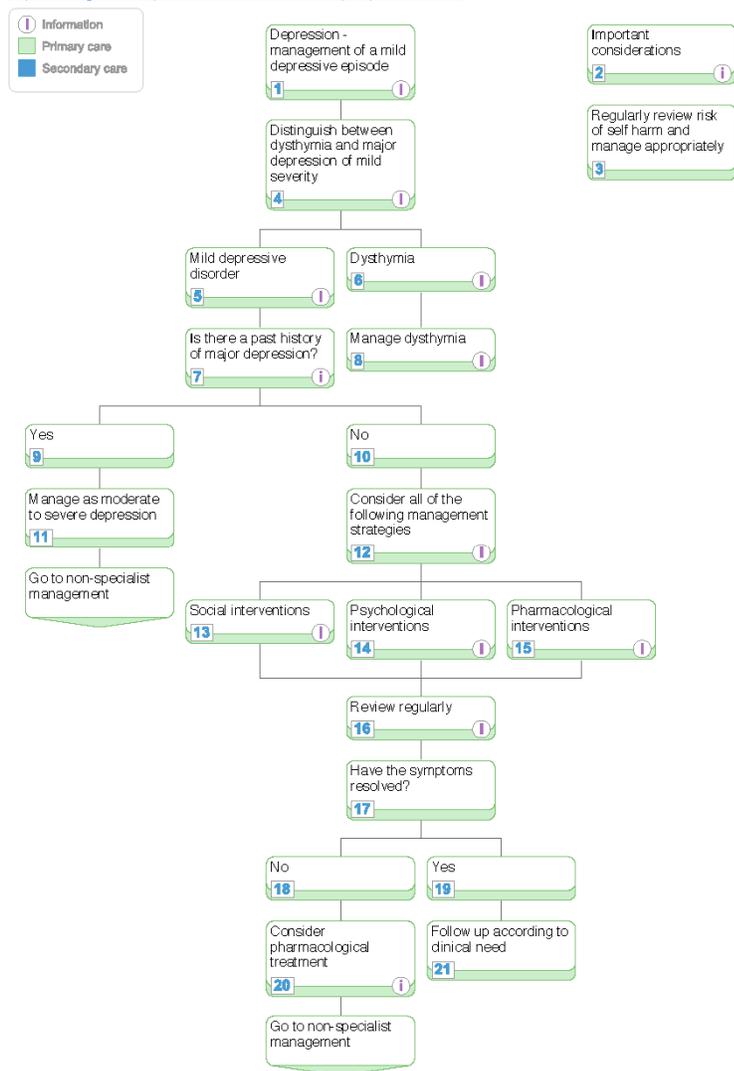
Last reviewed refers to the date of completion of the most recent review process for a pathway. All pathways are reviewed regularly every twelve months, and on an ad hoc basis if required.

プライマリケアでは、うつ病のみならず、睡眠障害、不安症状などについても冊子を用いた患者教育を重視している。

軽症エピソードへの対応（図 3）に際しては、インターネット関連サイトからの情報入手や週 3 回程度の運動など、自助的行動についても指導する。抗うつ薬による risk-benefit ratio はわずかであることから推奨されていない。

mapofmedicine® healthguides Depression - management of a mild depressive episode

<http://healthguides.mapofmedicine.com/choices/map/depression2.html>

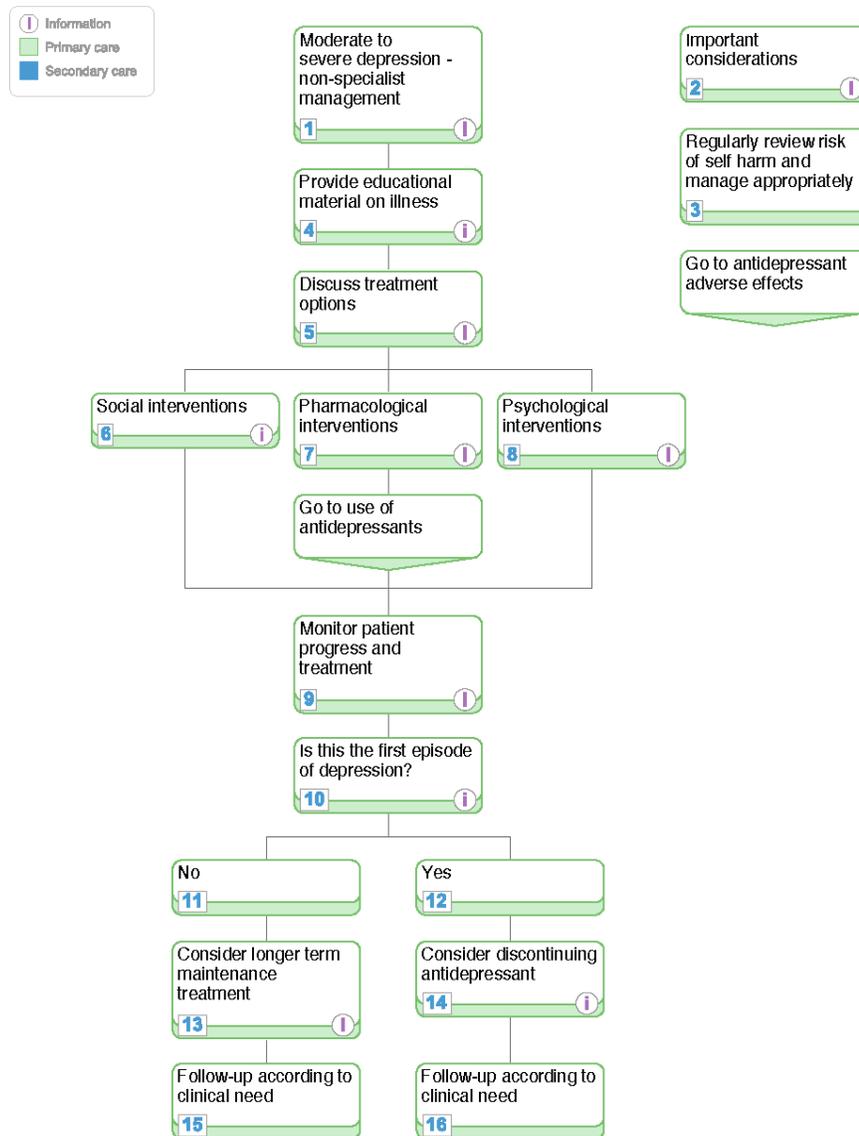


Last reviewed: 31-Jul-2008 Due for review: 28-Feb-2009 Printed on: 16-Dec-2008 © Map of Medicine Ltd

IMPORTANT NOTE
 Last reviewed refers to the date of completion of the most recent review process for a pathway. All pathways are reviewed regularly every twelve months, and on an ad hoc basis if required.

中等症・重症うつ病への対応（図4）に際しては、抗うつ薬投与に加え認知行動療法 Cognitive Behavioural Therapy (CBT)を治療選択肢に挙げている。

<http://healthguides.mapofmedicine.com/choices/map/depression3.html>



Last reviewed: 31-Jul-2008 Due for review: 28-Feb-2009 Printed on: 16-Dec-2008 © Map of Medicine Ltd

IMPORTANT NOTE
 Last reviewed refers to the date of completion of the most recent review process for a pathway. All pathways are reviewed regularly every twelve months, and on an ad hoc basis if required.

英国政府は 2007 年 10 月、「薬物療法に変わる治療法」として、2011 年までに CBT を施せるセラピストの養成に、1 億 7300 万ポンド（約 225 億円）を注ぎ込むと発表した。しかし、重症事例には効果が少ない等の指摘を受け、2008 年末に上記予算を、CBT に限らず National Institute for Health and Clinical Excellence が認定するすべての精神療法に適用する、と修正した³。うつ病患者におけるサービス需要は高く、CBT だけでも治療待ちの期間は数ヶ月からひどい場合は数年にわたる。この対処方法として、政府はコンピューター CBT を導入する計画を進めている。軽症および中等症うつ病を対象とするオンライン CBT は、セラピストと 1 対 1 で行われる通常の CBT に比べ、自宅のコンピューターを用いて自分のペースでリラックスして進めることができることから、本人の回復意欲と自己管理を促進する良い手段であるという声もある⁴。

GP から精神科専門医へ紹介された重症例については、自傷・他害の恐れ、焦燥感、衝動性、薬物乱用の合併、身体合併症、入院同意の可否などに応じて通院治療、入院治療、地域精神保健サービスの利用など治療方法が決定される。入院となった場合には、精神科医、臨床心理士、精神科専門看護師、作業療法士などで構成された Specialist Mental Health Team が、包括的治療として薬物療法に加え、精神療法、Creative Therapies（アートセラピー、ドラマセラピー、ミュージックセラピーなど）、作業療法（運動、料理、造園など）を集中的に行う。

IV. 労働年金省による障害者復職プログラム “Pathways to Work”

Pathways to Work⁷は、精神障害者をふくむ障害者復職支援のためのプログラムである。英国には 270 万人の IB 受給者がおり、勤労可能な年齢にある長期受給者に対する復職支援が重大な課題となっている。精神障害による IB 受給者は全体の 35% であり、その大半はうつ病、不安障害、神経症圏の患者である。

IB 受給を決める手続きには、Own Occupational test と Personal Capability Assessment があり、前者は有職者が疾病などで通常業務能力を喪失したことを GP などが評価する際に用いる。その後も就業困難な場合には後者を用いて受給の可否が判定される。これには、他者との相互交流や対処能力といった精神機能の評価が含まれる。2009 年現在、IB 受給額はその期間によって、週 63.75 ポンド（約 8,500 円）から 84.50 ポンド（約 11,000 円）と規定されている。

IB 受給者の職場復帰を阻害する要因として、未回復の健康状態、雇用機会の少なさ、自信のなさ、職業技術の不足、障害への差別、通勤費用などが報告されており、休職が長引くほど復職はより困難となる。障害への差別は精神障害者にとってより深刻な問題である。Pathways to Work では、障害が慢性化する前の早期かつ包括的支援を目指している。

復職支援を推進するにあたり、NHS を介した障害者対策および国営の復職支援機関である Jobcentre Plus が活用されている（図 5）。



図 5

Jobcentre Plus は、早期復職のための継続的支援として IB 受給希望者とアドバイザーとの面談を提供している。障害のために職を得ることに困難をきたしている場合には Disability employment advise が復職支援を担当する。Jobcentre Plus の雇用支援プログラムには様々なものがあり、以下に精神障害者と関連が深いプログラムを示す。

- (1) New Deal for Disabled People (NDDP): 障害者のための就職支援を行うだけでなく必要な職業訓練についても支援する。さらに現在職を持つ障害者が失職しないための支援も行う。
- (2) New Deal 50 plus: 50 歳以上のクライアントを対象とした、職探しと職業訓練のための支援プログラム。
- (3) Work Preparation (Employment Rehabilitation): 障害の種類と程度に応じた長期休職後のテイラーメイド復職支援プログラム。
- (4) WORKSTEP: より複雑な復職困難理由を抱えている障害者への支援プログラム。
- (5) Access to Work: 障害者のみならず障害者を雇用する側にも、復職障害要因を乗り越えるための助言を行うプログラム。

職場復帰の際には、通常 GP の助言のもとに労働者と雇用者との間での復帰計画が立てられる。例えば、初めの 2 週間は週 2 日の(または短縮時間の)労働、そして徐々に時間を増やして 2ヶ月で本来の労働時間まで復帰する等、お互いが話し合った上で雇用者が労働者の問題を理解し、それに合わせて就労の詳細が調節されるのが望ましい。労働者はこの短縮時間労働(週 16 時間まで)の期間、IB を継続して受給することが可能であり、またカウンセリングや支援グループへの参加を併行することもできる。

うつ病の原因が職場環境にある場合は、雇用主側がその原因を認識し、環境改善により復帰の受け入れ態勢を整えることが要求される。政府は、労働時間の問題や性・人種差別の他にも、職場でのいじめやハラスメントなどの対策として、雇用者向けのガイドを作成している(図6)。カウンセラー配備など、職場内に精神面でのサポートへのアクセスがあることは、労働者の早期回復につながるるとともに、うつ病再発予防の鍵となる。

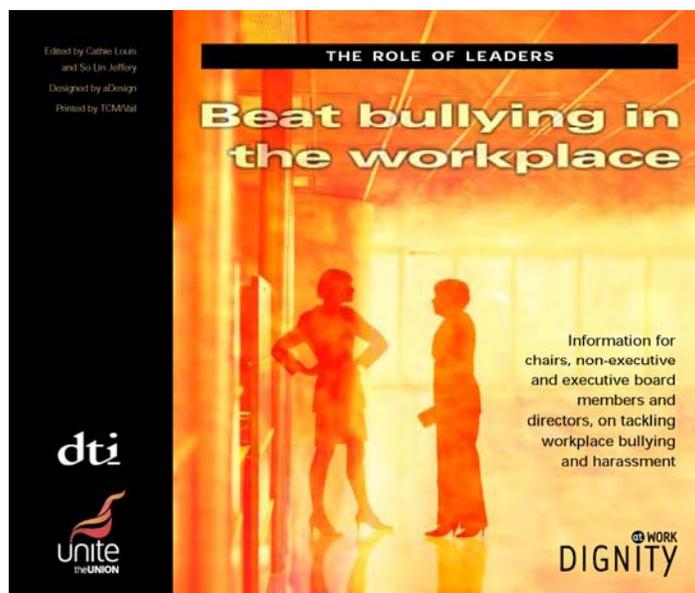


図6

V. 地域の支援グループによる復職支援

英国には、NHSに加えて地方自治体や慈善団体が運営している様々な支援グループによるサービスがあり、これらに要する費用は無料である。先に述べた通り、軽症および中等症のうつ病患者には、GPがそれぞれの症状に見合った支援グループに紹介するか、または自発的に参加することを勧める。重症うつ病患者の復職リハビリテーションへの参加は、作業療法士がアレンジする⁸。

地域の支援グループには、うつ病を主体とした支援グループ(図7)の他、アルコール・薬物関連問題への支援グループ、家庭内暴力への支援グループ、精神病患者リハビリテーション支援グループなどがある。これらの組織は、有資格のセラピスト、アドバイザー、ソーシャルワーカーを揃えており、慈善団体でありながら NHS の傘下に入っているプロジェクトもある。

<p>GROUP DATES</p> <p><i>Groups are held during term time on Thursdays</i> 0930-1130</p> <p><i>Groups commence in</i></p> <p><i>January</i> <i>April</i> <i>September</i></p> <p>VENUE <i>Crownhill Family Centre</i> <i>Crownhill Fort Road</i> <i>Crownhill</i> <i>PL6 5BX</i> 01752 779054</p>	<p><i>If you would like details of the next group please contact either,</i></p> <p><i>Amanda Brown</i></p> <p><i>Community Mental Health Nurse</i> <i>Gateway</i> <i>Dunsford</i> <i>Glenbourne</i> <i>Morlaix Drive</i> <i>Derriford</i> <i>PL6 5AF</i> 01752 669709</p> <p><i>or</i></p> <p><i>Lynn Spencer</i></p> <p><i>Social Worker</i> <i>Naval Personal and Family Service</i> <i>Fenner Block</i> <i>HMS Drake</i> <i>Devonport</i> <i>PL2 2BG</i> 01752 555041</p>	<p style="text-align: right;">C.15</p>  <p style="text-align: center;">WOMEN'S GROUP</p> <p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">THERAPEUTIC GROUP</p> <p style="text-align: center;">FOR WOMEN</p> <p style="text-align: center;">DIAGNOSED</p> <p style="text-align: center;">WITH DEPRESSION</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

図 7

地域支援グループがうつ病患者に提供するサービスには様々なものがある⁹が、一般的なサービスとして以下のものがある。

- (1) 精神面でのサポートとして、1 対 1 のカウンセリングサービスから、ディスカッショングループ、自己評価改善のためのセラピークラス、また自己表現を促す芸術、音楽、ダンスなどのクラスや、運動のグループなどがある。
- (2) 職業復帰に関しての実用的な面でのサポートとしては、個人にあった様々な職業訓練（土木建築、コンピューター、言語、美容など）の受講支援、そして地域の就職情報の提供から、履歴書の記入サポートや、模擬面接までと様々である。これらの支援グループは、職場復帰後の精神面のサポートも行っている。

VI. 私立医療機関におけるうつ病治療と復職支援

英国の私立医療機関の多くは民間保険会社などによって経営されており、国民保険 National insurance 負担金の他に高額の民間保険金を支払うことができる富裕層を対象と

したもの、という考えが一般的である。重症うつ病患者が NHS の専門家チームから得られるような高度治療は期待出来ないものの、富裕層の薬物乱用が増加している現在、これに付随するうつ病治療の場として、待ち時間無しに人目を避けた場所で快適なりハビリ環境が得られる、ということで需要が高まっている。このような施設では、有資格セラピストによる CBT、グループセラピーや心理教育的ワークショップの他に、運動、ヨガ、マッサージ、針灸、指圧まで、回復と職場復帰を促すための様々なプログラムが組み込まれている(図 8)。

VII. まとめ

以上、英国地域精神医療制度におけるうつ病対策と復職支援について概観した。医療サービスの向上と医療費抑制との葛藤は、どこの国でも基本問題とであり NHS の細部には多くの課題があるものの、根拠に基づく目的指向的行政指針には学ぶところが大きい。それにしても、2008 年に勃発した世界的経済不安により、雇用状況の悪化や障害者支援予算縮小の可能性は否定できない。また、文中に引用したポンド円換算は、2009 年 2 月現在で約 130 円と、1 年前に比べて約 2 倍の円高となっており、円換算による予算比較は実体と乖離していることを申し添える。

謝辞：本報告書を作成するにあたり、武松直生子先生 (Twelves Company, Plymouth, UK) から貴重なご助言と資料提供を頂いた。

〈参考サイトおよび資料〉

1. <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/4419491.stm>
2. <http://www.nhs.uk/Conditions/Depression/Pages/Introduction.aspx?url=Pages/What-is-it.aspx>
3. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG23quickrefguideamended.pdf>
4. <http://healthguides.mapofmedicine.com/choices/map/depression1.html> (or PDF)
5. <http://www.communitycare.co.uk/Articles/2008/11/28/110117/alan-johnson-talking-therapy-programme-not-just-about-cbt.html>
6. http://www.thepsychologist.org.uk/archive/archive_home.cfm/volumeID_19-editionID_134-ArticleID_1006-getfile_getPDF
7. <http://www.nhs.uk/Pathways/depression/Pages/Landing.aspx?WT.srch=1>
8. Vocational Rehabilitation: what is it, who can deliver it, and who pays? Sainsbury Centre for Mental Health & College of Occupational Therapists 2008
9. <http://www.mind.org.uk/About+Mind>

〈図の説明〉

- 図 1 : NHS 発行のうつ病啓発用冊子 (全 11 頁)。GP の待合室などに置いてある。
- 図 2 : プライマリケアにおけるうつ病治療全体の流れ。Major depression の重症例と他の精神障害併存例は専門医に紹介する (青表記部分)。
- 図 3 : プライマリケアにおける軽症抑うつエピソードへの対応。
- 図 4 : プライマリケアにおける中等症・重症抑うつエピソードへの対応。
- 図 5 : Jobcentre Plus の外観。
- 図 6 : 「職場でのいじめ」に関する雇用者用の対策冊子 Dignity at work
- 図 7 : 女性うつ病者を対象とした地域支援活動の冊子
- 図 8 : ロンドン北部にある私立精神科病院。緑豊かな広大な敷地内にあり、高級ホテル並の設備を備えた病室と食事が提供される。

第5章

調査報告

フランスにおけるうつ病患者の社会復帰支援に関する調査研究

主任研究者：大西 守 (社)日本精神保健福祉連盟)
研究協力者：村橋 明子 (九州大学医学部 心療内科 心理士)

I. 序 論

「苦しみは苦しみにすぎない。しっかりと治療し、我々が苦しんでいることを人々に知ってもらうことは、医療として正当なことであることを認めてもらう必要がある。それは決して無意味なものではない」(France-Dépression Actualités, n° 4, 1994)

フランスにおけるうつ病患者の苦しみは、周囲の理解を得にくいことからうつ病患者の社会復帰を困難にしている。1997年7月のJOLYの報告によると「うつ病患者のイメージは嘆かわしいままであった。患者は、世間によって生み出された根深い偏見の犠牲者である。彼らは再び沈黙に耐えなければならない。」と述べている。

フランス厚生省は2004年10月に精神障害と精神保健に関するイメージの統計研究を行った。36,000人の18歳以上のフランス人を対象に「精神異常 (Fou)」「精神病 (Malade Mental)」「うつ(Dépressif)」の3つの語に関するフランス人の印象を調査した。そこでは「精神異常」「精神病」という語はフランス人に暴力的なイメージを思い起こさせ、彼らを「犯罪予備軍」として見なしていることがわかった。また「精神障害」に関しては精神錯乱、幻覚、知性の欠如をフランス人の約半分が連想する。このように、一般的な精神障害に対するフランスの偏見は厳しい。一方で「うつ」に関してのイメージはフランス語で「あの人はずつだ」や「今日はうつっぽい気分だ」など日常的に頻繁に使われる語であるため、同じ精神疾患の中でも世間の受け入れは比較的寛容である。

* 「うつ」とはどんな状態か？

- 87% 「良く泣き悲しんでいること」
- 62% 「人から離れて一人でいたがる」
- 80% 「自殺を考える」

また、フランス人の意識調査では、以下のように「うつ」は一過性の感情の障害で治療を受けて改善するというイメージを持たれていることが明らかになった。

* 「うつ」の治療は可能か？

94% 「治療は可能」

75% 「完全に治癒することは可能」

しかしながら、うつ病患者の社会復帰の現実には厳しいものがある。うつ病の再発や慢性化により実際には完治となって社会復帰に至るケースは世間のイメージほど多くはない。また近年では、PTSD やパーソナリティ障害など他の精神疾患との関わりが示唆される研究も多くなり、うつ病は他の精神疾患と同様に治療、予後、特に社会復帰に関しては様々な課題を抱えていることが顕在化している。また、上記のよううつ病に関しても「治療さえすれば治るもの」という安易なイメージが強いため、さらにうつ病患者を苦しめている。実際には治療だけでなく、むしろその後の社会復帰に多くの困難さを抱えているケースが少なくないのである。

そのため、WHO ヨーロッパ会議では精神障害者への急務な支援活動として職場復帰に関する支援が組み込まれた。WHO の流れを汲んで、フランスの精神医療システムでも、特に精神障害者が地域(社会)に受け入れられる生活を目指し、社会復帰できるような援助施設に力を入れている。

本調査研究では、うつ病を発病した後の社会復帰に関して、どのような援助システムが考えられるか、フランスの精神医療システムを紹介しながら概観する。

II. 中央集権的な精神病院から地域精神医療セクター制へ

フランスの歴史の中で、フランスの精神障害者が社会参加を訴えるようになったのはごく最近のことである。1972年に各都市に精神保健センターをおくようになった「セクター制」の医療体制は、「地域共同体」の考えに基づくものであった。その基本原則は1960年5月15日「患者は家族あるいはその社会環境からできる限り引き離さないようにすること」と通達された。そのためには「最小限の入院に留め、デイホスピタル、アフターケアのための施設、保護作業所などが必要となる」と、セクター内で精神科に関わる全ての問題を把握し、医療社会福祉チームを一つの社会活動チームとして統合することとなった。また、各県がセクター内の患者の病院外諸経費も負担することを保証し3ヶ月ごとに前払いする規定となっている。

こうしたセクター制によって、中央に集められた「精神病院」から精神障害者を解放し、それぞれの地域に受容させていく必要性が生じた。このことは、精神障害者を人間らしい自立した社会生活に導く一方で、長期化による経済的、精神的な家族の負担を増加させる問題が生じた。

そのため、こうした問題を軽減するために、後述するフランスの「精神障害者友人、家族の会 (UNAFAM)」が発展していった。フランスでの精神障害者の社会復帰において、

この非営利団体の地道な活動は、少しずつではあるが確実に波及する力となっている。また、セクター制に伴い協会団体も地域密着型の活動を、市政や県会、地域の病院施設との関係を深めながら展開している。地域社会参加を目指す過程において出て来た問題と解決策を、「白い本(LIVRE BLANC)」として総括し行政やメディアに啓発している。

すなわち、うつ病をはじめ精神障害者の社会復帰援助活動支援に関しては、フランスでは多くの場合は協会・団体が先導している。

次にそれらの代表的な協会団体を紹介する。

III. フランスにおけるうつ病患者への社会復帰支援施設

1. 社会復帰を支える関係機関

1) フランスうつ病協会 AFD

フランスうつ病協会(AFD)は1992年に、うつ病患者、家族、医療関係者によって設立された。協会設立の理念は、うつ病患者や家族を支え、適切な情報を与え、社会のうつ病への理解を促し、精神障害に関する偏見との戦い、うつ病の原因と治療の研究を発展させることである。

さらにAFDの主要な役割として、患者への社会的な援助をもたらすことである。治療はもちろんのこと、患者の社会参加(Brown 1995) また再発時の社会的なサポート(Goering 1983) .そして社会制度を利用しうつ病患者の孤立を防ぎ精神的に脆弱になりうる病後のサポートである。

具体的なサポートとして以下の方法をとる。

患者に対して：

●電話相談の常設窓口の設置:症状だけでなく、社会生活に関するあらゆる不安に答える。
定期的なメンバーの集会：それぞれの立場から社会生活に関する意見交換または経験の共有を行う。

受け入れ社会への啓発として：

●報告書の作成：鬱病患者の疾患に関するあらゆる問題を自由に語れる場を設ける役割がある。同時に病のため自らの社会的権利を主張するために最新医療事情、社会制度、社会復帰の情報を発信する。

●定期的な集会：一般公開しそれぞれの立場から鬱病やその療法に関する意見交換または経験の共有を行う。

●パンフレット作成：啓蒙のため鬱病とその治療に関して作成する。

これまでに、AFD でうつ病から回復し社会復帰した患者の経過は直ちに報告され、いま

だ戦いの渦中にある患者に還元される仕組みになっており、大きな支えとなっている。

うつ病患者の大きな問題の一つに経済的なものがある。特に、銀行問題や雇用の問題が争点となり、なかには就業契約危機に陥るものもある。協会はうつ病患者のさらなる社会的支援、特に今後は職業復帰のため社会制度、精神障害者の人権に関する研究、発表、啓蒙、実践を目指している。

もう一つ今後の課題が、各地域との連携である。協会は本部のパリ市にしかないが、相談の約半数が地方からのものである。今後は各地方にネットワークを築き、地方支部の発展が急務である。

また、後述する UNAFAM との連携も重要な課題としている。

2) 精神障害者家族会 UNAFAM

1963年に「精神障害者の友人、家族の会」Union National des Amis et Familles de Malade Psychiques (UNAFAM) が精神障害者の家族の手によって精神科医の援助を得ながら設立された。UNAFAM 設立当初の目的は、精神障害者が他の疾患に比べて社会に理解されにくいという面があり、家族も患者への理解が難しく、家族自身もまた社会の中で偏見の目にさらされて孤立してしまうことから、精神障害者を取りまく周囲の人々を支えながら適切な情報を提供できる組織を作ることであった。

フランス政府が各都市各区に外来診療所や医療心理センターを設けて、地域に根ざした精神科医療を提供していくようになったことを受け、UNAFAM もフランス全土の各都市に支部を設けて外来診療所や医療心理センターとの関わりを深めていった。現在では1,200家族が登録しており、97支部を持ち、1,500人のボランティア(精神科医、心理士、教育者、ソーシャルワーカー、その他)が活動している。フランスの精神障害者に関わる協会として最も大きな組織であり、精神障害のあらゆる活動の拠点でもある。

家族と精神障害者への様々な援助を目的とするこの協会は、2000年以来新たな政策として、「精神障害者に対する社会の偏見の問題と機会均等の探求」を掲げている。社会の中で彼らの障害を認めてもらうこと。社会から孤立しないように援助すること。彼らが障害を持つものとして当然得られるべきものを明確にすること(治療、情報、住居、社会参加の法律)が目的である。

また、UNAFAM は、精神障害者とその家族の援助として、電話相談や「クラブ」と呼ばれる出入り自由なグループの会を用意するなど、障害者と家族が孤立しないよう気軽にUNAFAM にアクセスできるサービスを提供している。さらに、精神障害に関わる様々な研究及び統計チームを作り、科学的情報の収集をおこなっている。

そして、UNAFAM は積極的に他の多くの精神保健に関する機関と連携し、全国規模での活動にも力を入れている。

2. デイホスピタル

フランスのデイホスピタルは外来患者専用もしくは短期的な入院のみを受け入れる施設

で、セクター制により各都市に配置されている。これは、患者が家族と過ごす時間を優先させたシステムといえる。入院期間を経て、通常の外来もしくは院外生活に移行するための中間的な役割を担う。つまり、入院治療の時期は過ぎたが、社会参加にはまだ多くの危険を伴う患者が対象となることが多い。

デイホスピタルにおいて、多くの社会的援助が必要な患者に対するスタッフの労働力などコストがかかるデメリットはあるが、患者の社会生活へのモチベーションを上げ、一般的な生活の喜びを感じてもらうために重要な役割を担っている。また、経済的な負担も入院に比べて低く、より広い社会的な場面を経験でき、自立性を獲得できるという利点がある。

そして、スタッフの支援には大きく次の3つが上げられる。

- 治療全般（薬物療法、個人または集団精神療法）
- 家族への心理的な、社会的な負担の相談（家族療法）
- 退行現象に関する対応（作業療法）

ここでの大きな目的は、社会復帰に際して、まずは家族との交流に焦点を当てている。家庭内での居場所の確保、単純な意思の疎通や余暇の過ごし方、食事の摂り方、緊張のほぐし方などを再習得できるように援助し、家族と徐々に深い信頼関係を作り上げていくものである。

特に、病態が慢性化していない若年層は社会生活が困難になって間もないので、デイホスピタルは治療を継続しながら社会との接点を結ぶことに大きな力を発揮する。しかしながら、問題が解決されず、経済的な問題や家族の患者に対する不信感が強い場合は、家族との信頼関係が十分に回復しないため、「慢性化現象」に移行する危険を孕んでいる。すなわち、デイホスピタルでは家族の存在が予後に大きく関与する。

3. 社会復帰施設

社会復帰施設に関しては、規模の大きさの差もあり、プライベートのものから行政に認知されたものまで数多く存在する。その中で、パリ市内にある主要な社会復帰に関わる施設を紹介する。

1) 職業援助センター

職業援助センターは職業訓練とその活動を支援する組織であり、適応は18歳以上の男女で、身体障害者及び精神障害者となっている。特に、うつ病患者の社会復帰として利用されることが多い。施設への滞在期間は個人または職業の特色によって様々で、職業訓練の教官及び精神医療スタッフの常勤によって利用者の社会復帰は促される。

職業援助センターでは具体的に以下の6点において援助する。

- 実際の生産活動に携わる教官による職業訓練を提供する。
- 職業訓練の個人計画をさらに実現可能なものとなるよう援助する

- 毎年目標設定を発展させる
- 個人の職業能力をさらに発展させるため企業への研修制度を実施する
- 個人能力に合った訓練活動を提供する
- 企業での研修における給与を保証する

このセンターでは職業訓練を以下のカテゴリーに分け、それぞれのアトリエに専門教員を配置している：加工業アトリエ、裁縫アトリエ、レストラン業アトリエ、事務作業アトリエ、企業の参加アトリエ

職業訓練センターはたんに職業に関するスキルを訓練するためだけでなく、その訓練の過程において生じる精神保健上の問題に対処するために医療チームが常勤していることが大きな特色である。これは、職業訓練などの社会復帰活動は治療の一環であるというフランスのセクター制の基盤となった精神保健理念と密接に関係している。医療チームは精神科医、精神科看護師、心理士がおり、薬物療法から心理療法まで幅広く治療を受けることができる。

応募に関しては、動機を記載した手紙と履歴書、そして精神科医による職業訓練を開始して良いという確認書の提出が必要である。入所までの段階は、15日間の研修を2回ずつ異なるアトリエで体験してもらい、自分の職業志向や能力をそこで確認してもらう。次に、その研修時の様子によって応募資格が与えられ、上記の書類審査を通過した後、待機リストに入る。席が空き次第、センター長と心理士そして希望アトリエの教官との面接となる。合格しても6ヶ月の研修があり、そこをクリアして初めて最終的に入所となる。これだけの長い審査を設けているのは、入所者の社会復帰に対する動機を確認し、情性でこのセンターを利用させないためである。

2) 休息の家

社会復帰のための精神科専門の施設で、各人の自立性、主体性、生きる喜びを回復することがこの施設の目的である。対象は18歳以上の男女で、身の自立が確立していることが必要である。対象疾患で最も多いのがうつ病で、次に不安障害、統合失調症、パーソナリティ障害となる。また、疾患が緩解期であること、施設の目的である集団生活や交流が十分にできることが入所条件となっている。この施設は入院後の社会復帰の足がかりとして利用されることもあるが、初期症状の時点で入院を避けるために治療を受けながら社会生活のレベルを保つ目的で利用されることもある。そのため、重度のうつ病や、自立性が保たれていない高齢者などは対象外となる。

また、この施設では職業訓練のような社会復帰に必要な具体的スキルを学ぶのではなく、むしろ人間として自立して生活することに喜びを感じるような情緒面での回復を目指し、その安定した自尊感情を社会復帰の基盤とする考え方である。そのため、施設では主な活動として、制作活動、スポーツ活動、文化活動、小旅行などが小集団で定期的に行われる。

入所の必要条件是、精神科主治医の推薦書である。それに応じて書類審査が行われる。ここでも精神科医、精神科専門看護師、心理士、および作業療法士などが常勤し、服薬、

精神療法、作業療法などが日常的に受けられるシステムとなっている。精神障害者、特にうつ病などの感情障害の患者の多くはこのような集団行動の過程であらゆる陰性感情が奮起しやすい。そのため、リハビリ活動の過程では、むしろ強固な治療枠組みが必要だと考えられている。

IV. まとめ

フランスにおけるうつ病患者をはじめとする精神障害者の社会復帰を支援するリハビリ活動を概観した。主な特徴として次の2点が挙げられる。一つは中央に集められた精神病院で治療するという考え方でなく、各地域で精神障害者を受け入れていくという点である。もう一つが、医療制度と福祉制度を統一化し、治療とは社会復帰を果たすところまでを含むという考え方である。この理念はセクター制度の基本理念でもあり、フランスの精神保健システムの核であるといえる。しかしながら、実践するにあたり様々な問題、とりわけ人手不足や経済的保証の確保の問題などがあり、今後その解決が急務となっている。

とはいえ、フランス社会は急激な高齢化に伴う社会保障の見直しがはかられている最中で、昨今の深刻な経済不況や雇用不安の増大など、流動的な要素も多い。

平成 20 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業
(自立支援調査研究プロジェクト)

うつ病者に対するリハビリテーション・システム構築のための調査研究

発行日	平成 21 年 3 月
編集発行	社団法人 日本精神保健福祉連盟 〒105-8554 港区芝浦 3-15-14 TEL 03-5232-3308 FAX 03-5232-3309
