

メンタル不全者の職場復帰時の対応に関する調査研究

調査態勢

主任研究者	京都産業保健総合支援センター	所長	油谷 桂朗
共同研究者	〃	相談員	江崎 高史
	〃		〃 小林 一之
	〃		〃 西尾 元哉
	〃		〃 内藤 勝巳
	〃		〃 志岐 初子

1.はじめに

近年増加傾向にあるメンタル不全者対策として平成12年に「事業場における労働者の心の健康づくりの指針」、平成16年に「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」が公表された。しかし、その指針や手引きについての周知や実施については、企業においてどこまでがなされているか確認されていない。また、その対応状況についても企業により格差が大きいといわれている。メンタル不全者対策は本人にとって、また企業にとっても非常に大きな問題であり、当該者の労働力の低下だけでなく職場の周囲の方々に対する労働負荷の増大やストレスの増大などの悪影響は非常に大きい。また、対応にあたる中心的役割を担う衛生担当者や管理監督者にとっても労働時間の喪失や精神的負荷は少なくない。そこで今回我々は、京都府内事業場においてメンタル不全者の職場復帰時における対応状況について調査したので報告する。

2.調査方法の概要

京都産業保健総合支援センター(以下当センターとする)にて把握している京都府内の従業員200人以上の事業場366社に対し、平成17年9月から11月までにかけて「メンタル不全者の職場復帰時の対応に関する調査研究」の自記式アンケートを郵送にて配布・回収し解析を行った。

3.調査結果および考察

調査を依頼した366事業場のうち193社からアンケートを回収した。そのうち有効回答数は189社、有効回答率は51.6%であった。

A. 企業属性について

1) 業種

対象事業場の業種は、製造業38.3%、サービス業21.2%、卸売・小売・飲食業9.3%、公務(国家・地方公務員)4.7%、金融・保険・不動産4.1%、運輸・通信4.1%、その他17.1%などであった。

2) 従業員数

従業員数内訳では、「201~500人」が50.8%と過半数を占め、「501~1000人」19.3%、「50~200人」14.4%、「1001~2000人」10.2%、「2001人以上」3.7%となった。今回の調査では当センターの資料で従業員200人以上の事業場を対象としたが、回答時点で「10~49人」2事業場1.1%、「0~9人」1事業場0.5%と産業医や衛生管理者の選任義務のない事業場になっているところも見受けられた。

3) 産業保健選任スタッフの選任状況

産業医は選任の必要な事業場のうち98.4%が選任していた。看護師、保健師は56.3%の事業場で選任されていた。衛生管理者または衛生推進者は98.9%で選任されていたが、2事業場では選任義務があるも

の選任されていない状況であった。

B. 企業におけるメンタルヘルス対策について

1) ストレスや心の不調で悩んでいる労働者の存在

「いる」と答えた企業が83.0%あり、メンタルヘルスの問題が京都府内のあらゆる規模・職種における事業場においても大きいことを示す結果であった。

2) メンタル事例の存在

「過去3年間の間にメンタルヘルス関連疾患で休業や退職したケースがあったか」については「1～5件」が57.4%と最も多く、「6～10件」が11.1%、「11件以上」が10.5%であった。「なし」は21.1%にとどまった。企業規模で見ると、規模が大きくなるにつれて休業・退職したケースが多くなる傾向にあった。

3) メンタルヘルスの相談は主として誰が対応しているか。(複数回答可)

「職場の管理者または職場のリーダー」が最も多く61.8%であった。次に「産業医」が60.7%、「人事・労務関係担当者」55.5%、「保健師または看護師」32.5%、「衛生管理者」22.5%、「専属または嘱託の臨床心理士または産業カウンセラー」17.3%、「専属または嘱託の精神科医」15.7%、「EAP機関など外部の専門家」3.7%であった。

産業医や保健師、カウンセラーなどの産業保健専門職よりも、労働時間の中で最も接触時間の長い職場の管理職の方が多く結果であった。この結果からは、厚生労働省の指針にある「ライン管理」がある程度実践されている結果であるとともに、メンタルヘルス対策として管理職教育の重要性が再確認される結果であった。

4) 「事業場における労働者の心の健康づくりの指針」について

平成12年に、労働省(現厚生労働省)から公表された「事業場における労働者の心の健康づくりの指針」について74.2%が知っていた。

5) 「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」について

平成16年に、年厚生労働省から公表された「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」について55.8%が知っていた。公表から1年以内の調査であるため「事業場における労働者の心の健康づくりの指針」より少ない認識率であった。

6) 心の健康づくり計画がたてられているか。

「はい」24.7%「いいえ」45.8%であり、心の健康づくり計画がたてられている事業場は4分の1にとどまった。ただ、「検討中」の事業場が29.5%ありメンタルヘルス対策の必要性を認識している事業場が多く存在していることも確認された。今後の計画実施事業場の拡大に期待したい。

7) 事業場外資源の活用

69.1%の事業場が「はい」と回答した。

資源の内訳は、「精神科(総合病院・単科・クリニック)」44.6%、「健康保険組合」40.0%、「心療内科」33.1%、「京都産業保健総合支援センター」30.8%、「労働衛生コンサルタント」6.9%、「労災病院」5.4%、「保健所、府市精神保健センター、市町村保健センター」3.8%、「地域産業保健センター」1.5%であった。

病院・医院といった外部医療専門機関だけでなく、京都産業保健総合支援センターが40社、30.8%、「地域産業保健センター」が2社、1.5%と多くの事業場で活用されている点は非常によい傾向であり、職場におけるメンタルヘルス対策において産業保健推進センター、地域産業保健センターの果たすべき役割は大きいと考えられた。また、「健康保険組合」も40%の事業場でメンタルヘルス対策に関わっている事が確認され、健康保険組合にとってもこの問題は大きな課題と考えられている実態が明らかになった。「保健所・府市精神保健センター、市町村保健センター」は3.8%とまだまだ十分には活用されておらず、今後の認知の普及、活用の拡大が求められる。

C. 休業・休職した従業員に対する職場復帰プログラムについて

1) 事業場内で周知されている「職場復帰プログラム」の存在

「貴事業場内で周知されている何らかの職場復帰プログラムが存在するか」という問いに対し、「事業場で独自の「職場復帰プログラム」を作成して対応している」と回答した事業場が17.5%、「厚生労働省の「職場復帰支援の手引き」を活用している」4.2%、または「一部利用している」10.3%存在し、32.0%が「職場復帰プログラム」を活用していた。それに対し、「特に作成していない」が68.0%と多くの企業が未だ「職場復帰プログラム」が存在していない現状であった。それらの事業場に対しては、厚生労働省が公表している「職場復帰支援の手引き」をもっと広報し、企業への浸透を図るべきであると考えられる。

2) 厚生労働省版「職場復帰支援の手引き」と「独自のプログラム」との比較

厚生労働省が公表している「職場復帰支援の手引き」があらゆる職種、企業規模の事業場に対し汎用性があるか、また、企業特性により使い易さ、使いにくさがあるのかは今後の検討課題である。そのひとつの検討資料として「事業場独自のプログラムを作成している」と答えた32事業場に対し、各社のプログラムと厚生労働省版「職場復帰支援の手引き」を比較について意見を尋ねたところ、19の事業場からコメントをいただいた。

9社は「厚労省の手引きとほとんど同じ内容で相違点は特になし」であった。その他「基本的に復職可の診断書に基づき、産業医による、本人、所属長等の面談をメインに作成され、厚生労働省のプログラムの様なトータルなものではない」「病気全般について全て同じ書類を使用するので、手引きほど細かくない」「プログラムという程のものは使用していないが、会社の業務内容等、割と詳細に話し合って復帰してもらうようにしている」と簡易版を独自で作成している事業場や、「復帰に関しては本人の意向、希望をとり入れ、上司が判断する」と産業医の関与がないという事業場もあった。

一方「手引きと大体同じであるが、職場復帰可否について担当医＋本人、所属長と面談を申し入れることもある(担当医の意見を聴く)」「<第3ステップ>職場復帰の可否の判断について、専門医による面談を通じて復職判定を実施する(産業医同席)」と主治医・専門医の意見収集に留意したコメントも見受けられた。手引きにも反映しているように、本人の企業内での勤務状況・職場環境を的確に主治医に情報伝達し、主治医の病状に対する情報をいかに労働環境に反映させることができるかが復職にあたり重要なポイントとなると考えられる。その点ではこのような主治医との情報交換に関する意見は重要と考えられる。

その他「産業医、看護師、上司を含めカウンセリング実施」「厚労省は患者にそった物であるが、企業から見れば、理想論的な手引きだと思う。手引きは見本となるが、現実にはケースバイケース対応となるため企業への負担は大きい」「静岡の産保センターで作成されたマニュアルを参考にしているので厚労省のものとは大差はないが、休業～復帰の各ステップを関連部署を含めたフロー図にまとめてあるので、こちらの方がわかりやすいと思う」などのコメントを頂いた。

3) 休業・休職中の従業員に対する会社からの連絡の有無

「連絡を取っている」91.6%と多くの企業は連絡を取っていた。具体的に連絡を取るのには、「職場上司、職場の同僚」82.2%、「衛生管理者、人事担当者」55.8%、「産業医や保健師など産業保健専門職」19.0%であった。「メンタルヘルスの相談は主として誰が対応しているか」という質問と同様に、職場上司、職場の同僚や衛生管理者、人事担当者などが連絡を取ることがほとんどである実情を考慮すると、職場部署単位のコミュニケーションの重要性が再認識された。また、非医療職である管理職・一般従業員が当該従業員と接したり話をする機会が多くなることを考えると、彼らに対するメンタルヘルス教育を行い、メンタルヘルス関連疾患に対する基礎的知識の情報提供や接し方・話し方に関する教育が非常に重要であると思われる。

4) 従業員の家族への連絡の有無

3)にて「1 連絡を取っている」と回答された方に対し、「家族への連絡は行かうか」とたずねたところ、「企業・本人・家族3者で話し合いの場を持っている」33.1%、「家族に時々連絡をしている」37.0%、「家族には連絡をしていない」29.9%とほぼ3分の1ずつ回答が分かれた。メンタルヘルス関連疾患で休業している従業員は、企業と接触を持つことが困難な場合、または企業

から介入を行うことが病状の回復を妨げる場合がある。そのような時は、当該従業員の家族への情報提供や情報収集が必要となる。もちろん病状の回復に家族のサポートが必要なことは言うまでもない。その点では、本人の同意の上で「企業・本人・家族3者で話し合いの場を持っている」ことが最も望ましいといえる。

5) 職場復帰の可否の判断

「職場復帰の可否の判断を誰が行うか」という質問に対し、最も望ましい「産業医を中心に決定する」と回答した事業場は45.8%に留まり、「主治医の意見のみで決定し、産業医の意見は入らない」17.3%、更には、産業医や主治医の意見は入らず、「本人の申告と会社の関係部署との協議で行われる」事業場が36.9%も存在した。今回の回答事業場において98.4%の事業場では産業医が選任されているにもかかわらず、産業医が判断に関与しない企業が54.2%と半数以上あることは問題である。さらに主治医を含め医療専門職の判断が全く関与しない事業場が36.9%も認められた。メンタルヘルス関連疾患は病態や病状の判断が非常に難しく、復職後の病状の再悪化・再休業が多い。さらにはうつ病の自殺念慮などの最悪の事態も起こりうる。このことを考慮すると、企業に対して、また選任されている産業医に対してもメンタルヘルス関連疾患による休業ケースの復職に関してもっと積極的に関与するよう周知・広報することが産業保健推進センターに課せられた緊急の課題であると思われる。

6) 復職情報の通知形式

復職情報の通知形式に関しては、「定型の書類が存在する」44.5%、「主治医の診断書を代用している」33%、「書類は作成せず、口頭での通知としている」16.5%と定型書式が存在しない企業が半数以上あることは問題である。主治医の診断書を代用することは病名が明記してある書類を事業場内で閲覧することになり、個人情報保護という面でも問題あり。口頭での通知も病状の悪化や再休業など新たに対応しないといけないケースが起こった場合に問題が生じる。そのため必ず定型の書類を作成しなければならない。この点においてまだまだ改善の余地があると思われる。

7) 復職後の産業医による経過面談や再評価

「ある」45.3%、「ない」54.7%と再評価がない企業が多い結果であった。メンタルヘルス事例は復職後に病状の再悪化をきたすケースや残業制限や出張制限など業務上の配慮を必要としないような病状の改善に長期間を要するケースが多く、そのようなケースには復職後も産業医の定期的な観察や面談が必要である。そういう点では半数以上が再評価を行っていないという結果は問題である。

8) 試し出勤制度(リハビリ出勤制度)の有無。その制度の正式な社内通達の有無

「試し出勤制度(リハビリ出勤制度)はありますか。また、その制度は就業規則や社内規則などで通達されているものですか」という問いには「通達されているし、実施している」11.2%、「通達されていないが、実施している」31.9%、「実施していない」56.9%と半数以上の事業場でリハビリ出勤制度がないという結果であった。リハビリ出勤制度がない場合は制度がある場合と比較すると、当事者の復職条件は厳しくなると予想される。そのため7)で述べたような復職後の産業医による再評価や経過観察が非常に重要になる。

9) 休業・休職可能な最長期間

「メンタルヘルス関連疾患で療養のために休業・休職できる期間は最大どれくらいか」という問いには、「0~1年間まで」28.2%、「1~2年間まで」29.8%、「2~3年間まで」31.5%、「3年よりも長い期間」10.5%と企業により様々な結果であった。メンタルヘルスケースの休業期間が一般的に長いことを考慮すると、休業・休職可能期間の長さというのは最終的に当事者が復職できるかどうかを判断する場合は重要な因子となる。実際は、休職期間満了で自動退職となるケースも少なくない。

10) 職場復帰プログラム活用事例でうまくいっている点、問題点について

24事業場から自由回答式でコメントを頂いた。

まず問題点については、「プログラムの見直しをして詳細まで記入する様式に変えた方がいいと思う」「具体的に職場復帰プログラムが明文化されていないので、ケースバイケースとなり得る。現在事例が少ないが今後増加することが考えられるため、より明文化していく必要があると思われる」「各ステップを処理していくのに少し時間がかかる点」といったシステムに関することや、「産業医がメンタルヘルスについての知識に欠けるため、産業医に頼るべきこと(診断書作成)と、頼ること(面接、評価)ができないことで、苦労がある」といった産業医の資質そのものに関するコメントも頂いた。

さらに、「職場復帰後、時々再発がある」「復帰後3ヶ月以内での再発が目立ってきた」「復職後再発する人が多く、主治医との関係において現場で困っている」「主治医の復職可という診断書と本人の状況が一致していない場合、復職後再発する場合がある」といった復職後の再発についてのコメントが多く見受けられた。まさにメンタルヘルス関連疾患の職場復帰の困難さにそのものについての意見である。これらの点をできるだけ解決する一つのツールとして厚生労働省が「職場復帰支援の手引き」を公表したわけである。

それを裏付ける結果として、反対にうまくいっている点についてのコメントも頂いた。

・「関係者(人事担当者、部門長、産業医、主治医、産業保健スタッフ等)が連携を図ることで、必要な情報が共有され、復職がスムーズに進むようになった」

・「主治医、産業医、現場上長の意見、会社としての意見を総合的に入れ、最終会社がプログラムを承認し、実施している。病状によってうまく行く場合といかない場合があるが、ある一定の効果はあげていると思う」

具体的には、カウンセラーや産業医などの定期的なフォローが有効であるというコメントをいくつか頂いた。

・「休業中、リハビリ出勤中にカウンセラーが面接する」

・「再度の休職対策とし、復職後1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月と定期的に面談」

・「復職してからもカウンセラー(社内)の継続フォローを原則としているので、経過が把握しやすい」

以上のような各事業場の取り組みの結果として、

・「休業者が休んでいる間も会社とのつながりを保ちながら、休みに専念できる環境づくりが可能となった」

・「復職後も継続的なフォローを実施することにより、再休業者、再燃者が減少した」

といった結果につながったというコメントもあり非常に嬉しいことである。頂いた問題点・課題に対する解決策がこれらのコメントにあるのではないかと考えられた。

11) 復職後すぐに再休業する場合の休業期間の取り扱い

「貴事業場において、復職後すぐに再休業する場合は、その休業期間についてどのように取り扱うようにしていますか?」という問いには「合算」43.4%、「リセット」18.1%、「事例なし」28.6%、「その他」9.9%という結果であった。

4.まとめ

1、多くの事業場において、未だ「職場復帰プログラム」が存在していない現状であり、既存の厚生労働省版「職場復帰支援の手引き」をさらに広報し普及を図るべきである。

2、休業・休職中の従業員への連絡については、医療専門職でない職場上司・同僚が行うことが多いため、彼らに対してもメンタルヘルス教育を行うことが重要である。

3、メンタル事例では、企業関係者と当該労働者の家族が情報交換を行い、共同で病状の回復や復職後のサポートに関わっていくことが重要であり、事業場からの家族への連絡をさらに積極的に行っていくべきである。

4、復帰決定の通知形式や職場復帰後のフォロー体制にも問題点があることが確認された。

以上、京都府内事業場においてメンタル不全者の職場復帰時の対応状況についての課題が明らかになった。今後、結果を事業場へフィードバックしメンタルヘルス対策の推進に役立てたい。