

# 平成 29 年度日本フルハップ研究助成報告書

## 中小企業におけるメンタルヘルス不調社員の復職判定支援ツールの開発

遠藤 源樹

順天堂大学医学部公衆衛生学講座

共同研究者：

杉田篤子（産業医科大学精神医学講座）

大崎陽平（株式会社ヘルスデザイン）

春山康夫（獨協医科大学公衆衛生学講座）

【はじめに】 先進国では、うつ病は公衆衛生上の重要な課題であることが指摘されている。WHOの報告によると、うつ病は2020年に、生涯発症率が約15%、年間罹患率が約6%になることが予想されている。産業保健の観点から、労働者がうつ病に罹患した場合、生産性の低下、病休の発生、他の人員の確保による労働コストの上昇、長期間の休業による医療費の増大など、企業に多大な悪影響を及ぼす。特に2000年以降、うつ病等のメンタルヘルス不調による病休の件数、労働災害の認定件数などが急増しており、企業規模、業種を問わず、産業保健の重要な課題の一つとして認識されている。

一方、Muller などをはじめとする精神医学の先行研究によると、うつ病は再発率が高い疾患であるといわれている。労働者がある時、初めて、うつ病のようなメンタルヘルス不調のために、療養せざるを得なくなり、治療の効果などで、職場復帰を果たした後も、うつ病自体が再発して、職務を継続できなくなり、その結果、再休務するような事例が多い。オランダなどの先行研究によると、「復職可能」と判定された労働者の約半数が再休務していたとの研究もある。厚生労働省から、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出され、企業として、職場のメンタルヘルスの3次予防の指針となるような通達が2004年に出され、メンタルヘルス不調社員の復職支援に関心が向けられている。

中小企業の労働者が長期病休の最大の原因はメンタルヘルス不調であることが知られているが、メンタルヘルス不調社員が復職する際の復職判定に関する疫学的知見と支援ツールがなく、多くの中小企業が復職判定に苦慮している現状がある。研究代表者の遠藤は、今まで、「うつ病社員の復職後の再発率が約5割で、ストレスチェックで「仕事の量的負荷が高い組織に復職した労働者は、約1.5倍再病休しやすいこと」等、多くの復職に関する研究結果を実施してきた(Industrial health, 2013、Inter Env Health 等)。

【研究目的】本研究は、メンタルヘルス不調社員に対する復職判定委員会の有無の違いで、その後の復職後の再病休率に差があるかどうかを分析することである。また、メンタルヘルス不調社員の産業医学の知見を集積して、精神科医、産業医によるパネル会議を経て、『中小企業のためのメンタルヘルス不調社員 実務対応・復職支援ハンドブック』を作成し、中小企業でメンタルヘルス不調社員が復職する際に、実務として使えるツールを公表・社会的発信することが目的である。

【方法】既に遠藤が保有するメンタルヘルス不調社員の病休・復職データベース(約7万人の労働者のデータから抽出した、新規でメンタルヘルス不調社員になった労働者の就労状況に関する、日本で唯一のデータベース)を活用した、復職判定委員会の有無による復職後の再病休率の差等の調査・分析を実施した。

本研究の研究デザインは、後ろ向きの追跡研究である。研究の対象者は、2002年4月1日から2008年3月31日までの6年間に、ICD-10分類でF3群の精神疾患で、「要療養」と記載された精神科医の診断書にて、産業医により病休が認められた労働者のうち、療養の後、精神科医の「復職可能」と記載された診断書で、復職が認められたフルタイムの正社員595名であった。復職判定委員会のエントリー基準は、入社9年以下が3か月を超える病休、入社10年から19年までが6か月を超える病休、入社20年以上が1年を超える病休を認めた場合である。復職判定委員会へのエントリーが必要になった場合は、3か月の試し出勤とその3か月の試し出勤期間の職務評価に関する委員会での評価がなされる。本研究対象者は復職した労働者のみであるため、復職判定委員会による判定の有り無しで、復職後の再病休のリスクに差があるのかが本研究の主要な評価指標である。統計解析は、Kaplan-Meier生存時間解析、コックス比例ハザード分析を用いた。生存時間解

析のエントリー日は復職日、打ち切り日（イベントあり）は再病休日、打ち切り日（イベントなし）は、フォローアップ最終日（2010年9月30日）、他の疾患（腰痛、産休、がんなど）での再病休日、退職日、他の企業への出向日とした。

## 【結果】

表1. 本研究の対象者の基本属性

	全体 (n=595)	男性 (n=495)	女性 (n=100)	p 値
年齢（歳） (平均年齢±標準偏差)	40.9±8.8	41.3±8.4	38.6±10.1	p<0.05
雇用年数（年） (平均年数±標準偏差)	19.6±10.6	20.1±10.2	17.0±12.2	p<0.05
入社年齢（歳） (平均年齢±標準偏差)	21.3±3.8	21.2±3.7	21.7±4.0	N.S
病休日数（日） (平均年齢±標準偏差)	129.8±162.1	122.5±145.7	165.6±221.1	N.S.
復職判定委員会による 判定の有無 (n)	あり 55 なし 540	40 455	15 85	p<0.05

本研究の対象者は下記の通り、男性 495 名、女性 100 名で、平均年齢は男性 41.3 歳、女性 38.6 歳。雇用年数の平均年数は全体で 19.6 年で、男性が 20.1 年、女性が 17.0 年であった。復職判定委員会による判定ありの労働者が 55 名、なしが 540 名であった。

表2. メンタルヘルス不調社員の復職後の再病休のリスクに関するコックス比例ハザードモデルによる単変量・多変量解析

		単変量解析		多変量解析	
		HR (95%CI)	p 値	HR (95%CI)	p 値
年齢（歳）	40 歳以下	1	N.S.	1	N.S.
	41 歳以上	1.02 (0.79-1.30)		1.30 (0.83-2.04)	
性別	男性	1	N.S.	1	N.S.
	女性	0.99 (0.71-1.39)		0.97 (0.66-1.41)	
雇用年数（年）	<19	1	N.S.	1	N.S.
	20<	0.82 (0.64-1.06)		0.67(0.43-1.43)	
病休日数（日）	<130	1	N.S.	1	N.S.
	130<	0.98 (0.74-1.29)		0.83 (0.60-1.14)	
家族との同居	なし	1	N.S.	1	N.S.
	あり	1.31 (0.98-1.75)		1.39 (1.00-1.94)	
職種	管理職	1		1	
	技術職	0.82 (0.54-1.25)	N.S.	0.76 (0.48-1.20)	N.S.
	営業職	0.73 (0.47-1.14)	N.S.	0.78 (0.49-1.26)	N.S.
	事務職	1.04 (0.72-1.51)	N.S.	1.04 (0.69-1.55)	N.S.
復職判定委員会による 判定の有無	なし	1	N.S.	1	0.02
	あり	0.60 (0.36-1.01)		0.48 (0.26-0.90)	

メンタルヘルス不調社員の復職後の再病休のリスクに関するコックス比例ハザードモデルによる単変量・多変量解析を実施した所、復職判定委員会による判定なしで復職した労働者に比べて、委員会による判定ありで復職した労働者の方が、オッズ比 0.48 (95%信頼区間： 0.26-0.90)で再病休のリスクが低いことが示唆された。それ以外の項目では有意差を認めなかった。

### 【考察と成果物】

本研究は、復職時の就労判定の基準の難易による、メンタルヘルス不調社員の復職後の再病休のリスクを分析した初めての研究である。本研究の結果から、復職時の就労判定を厳しくすることにより、再病休率の改善が見込めることが示唆された。本研究の対象者は大企業の正社員であるが、中小企業において、メンタルヘルス不調社員が復職した場合、どのように対応するべきかを考察する。通常、中小企業において、年次有給休暇が私傷病の療養によってゼロになった社員は「欠勤」扱いとなる場合が少なく、私傷病の身分保障期間は、3 か月～12 か月である場合が少なくない。メンタルヘルス不調社員の平均療養日数は 2 か月～6 か月であるため、中小企業でメンタルヘルス不調で療養となった社員は、退職満了になることもあるが、復職を考慮せざるを得ない場合も少なくない。

中小企業におけるメンタルヘルス不調社員の復職判定について、研究代表者の遠藤源樹を中心に、精神医学の立場から杉田篤子(産業医科大学精神医学講座 講師)、産業医学の立場から大崎陽平(ヘルスデザイン株式会社 代表・産業医)、スーパーバイザーとして春山康夫(獨協医科大学公衆衛生学講座 准教授)の 4 名で、パネル会議等を経て、『中小企業のためのメンタルヘルス不調社員 実務対応・復職支援ハンドブック』を作成した。メンタルヘルス不調社員の就労実態調査(Endo et al.)の結果や産業医学の知見等を含めた、実務に役立つハンドブックになるように作成した。今後、中小企業のメンタルヘルス不調社員に対する実務対応と復職支援のために、本ハンドブックの活用促進を図っていく予定である。

# 中小企業のための メンタルヘルス不調社員 実務対応・復職支援ハンドブック

## 1. メンタルヘルス不調

- \*メンタルヘルス不調とは？
- \*メンタルヘルス不調の特性
- \*メンタルヘルスを疑うサイン
- \*うつ病と「新型うつ病」の違いについて
- \*自殺リスクの高い精神疾患と状態
- \*うつ病の症状
- \*うつ病の治療
- \*うつ病の予後

## 2. メンタルヘルス不調社員への対応「療養編」

- \*療養中
- \*「復職可能」な診断書が出されたら
- \*健康情報の保護の徹底

## 3. メンタルヘルス不調社員への対応「復職編」

- \*復職するための4つの要素
- \*復職できそうだと本人が言ってきたら
- \*復職面談の設定
- \*復職判定チェックリスト
- \*メンタルヘルス不調と就労
- \*事例性と疾病性
- \*管理職の「ひと」のマネジメント
- \*重要な3者の連携

## 4. メンタルヘルス不調社員の復職：実務 Q&A 集、事例

- \*Q&A
- \*復職判定のポイント

# 1. メンタルヘルス不調

## メンタルヘルス不調とは

### メンタルヘルス不調

- 心の不健康を総称する言葉。
- 精神および行動の障害に分類される精神障害や自殺だけでなく、ストレスや悩み、不安など、労働者の心身の健康、社会生活および生活の質に影響を与える可能性のある精神および行動上の問題を幅広く含むものをいう。

### 現状

強いストレス  
を抱える労働者  
55.7%

連続1 か月  
以上の休業者  
0.4%

退職者  
0.2%

休職者・退職者  
がいる事業場  
10%

### 企業が抱えるリスク

- ・病休の発生、離職
- ・生産性低下
- ・人員確保による労働コスト上昇
- ・事故やミスの発生
- ・医療費の増大
- ・自殺
- ・業務に密接な関係がある場合、労災補償対象
- ・事業者が民事上の損害賠償責任を問われる可能性
- ・企業イメージの低下

### 対策の重要性

- メンタルヘルス不調は、本人とその家族だけでなく、企業や社会への影響が大きい。
- 企業におけるメンタルヘルスケアは、法令順守、リスクマネジメント、社会的責任、生産性向上の観点から、必要かつ重要である。
- ケアを適切に行うことで、組織全体の心の健康度が上がり、企業の発展につながる。

- ◆メンタルヘルス不調とは、心の不健康を総称する言葉である。
- ◆精神および行動の障害に分類される精神障害や自殺のみならず、ストレスや強い悩み、不安など、労働者の心身の健康、社会生活および生活の質に影響を与える可能性のある精神および行動上の問題を幅広く含むものをいう。
- ◆2000年以降、メンタルヘルス不調により療養する労働者が急増している。
- ◆2015年には、55.7%の労働者が仕事や職業生活に関することで強いストレスを感じており、0.4%の労働者が連続1か月以上休業し、0.2%の労働者が退職している。
- ◆メンタルヘルス上の理由による1ヶ月以上の休職者・退職者がいる事業所は10%にのぼる。

- ◆労働者がメンタルヘルス不調となった場合、病休の発生や離職による生産性の低下や、新たな人員の確保による労働コストの上昇が生じる。
- ◆事故やミスが発生しやすくなる。
- ◆医療費も増大する。
- ◆自殺の可能性もある。
- ◆メンタルヘルス不調や自殺の原因が業務に密接な関係があると判断された場合、労災補償対象となり、事業者が民事上の損害賠償責任を問われることもあり、企業イメージの低下につながる。
- ◆メンタルヘルス不調は本人とその家族だけでなく、企業や社会への影響が大きい。
- ◆企業におけるメンタルヘルスケアは、法令順守、リスクマネジメント、社会的責任、生産性向上の観点から、必要かつ重要である。
- ◆ケアを適切に行うことで、組織全体の心の健康度が上がり、企業の発展につながる。

#### 参考文献

- 1) 労働者の心の健康の保持増進のための指針(改正平成27年11月30日健康保持増進のための指針公示第6号)
- 2) 平成27年度厚生労働省「労働安全衛生調査(実態調査)」

# メンタルヘルス不調の特性

## メンタルヘルス不調の特性

- メンタルヘルス不調は、“生物学的要因”、“心理学的要因”、“環境要因”が相互作用して生じる。
- メンタルヘルス不調の発生過程には個人差が大きく、そのプロセスの把握が難しい。
- 心の健康を客観的に測定する方法が十分確立していない。
- 本人から心身の状況を確認して評価する必要がある。
- 心の健康問題を抱える労働者に対して、健康問題以外の観点から評価が行われる傾向がある。
- 心の健康問題への偏見をおそれ、職場には分からないように治療している労働者がいる。
- 治療期間や休業期間が長期化することがある。

## 対応のポイント

- 労働者の個人情報保護や意思の尊重に留意する。
- 人事・労務担当者、上長、産業医、主治医が適切に連携する。

- ◆メンタルヘルス不調は、脳の機能変調といった“生物学的要因”、性格や価値観、認知の特性などの“心理学的要因”、環境やストレス等の“環境要因”が複雑に相互作用して生じる。
- ◆メンタルヘルス不調の発生過程には個人差が大きく、そのプロセスの把握が難しい。
- ◆心の健康を客観的に測定する方法が十分確立していないため、評価には本人から心身の状況に関する情報を取得する必要がある。
- ◆すべての労働者が心の健康問題を抱える可能性があるが、心の健康問題を抱える労働者に対して、健康問題以外の観点から評価が行われる傾向がある。
- ◆心の健康問題自体への偏見をおそれ、職場では隠して治療を受けている労働者もいる。
- ◆メンタルヘルス不調が悪化した場合は、治療や休業期間が長期化することがある。
- ◆メンタルヘルスケアにあたっては、労働者の個人情報保護を徹底、意思の尊重に留意し、人事・労務担当者、職場の上長、産業医、主治医が適切に連携することが重要である。

参考文献:労働者の心の健康の保持増進のための指針(改正平成27年11月30日健康保持増進のための指針公示第6号)



# メンタルヘルス不調を疑うサイン

## 日常の様子の変化

- 以前に比べて表情が暗く、元気がない。
- 痩せて、顔色が悪い。
- 単調で力のない話し方をする。
- 服装や髪形が乱れている。
- 体調不良の訴えが増える。
- 周囲との折り合いが悪くなり、孤立する。
- 飲酒によるトラブルが増える。
- 他人の言動を必要以上に気にする。



## 勤務・業務面の変化

- 欠勤、遅刻、早退が増える。
- 当日の休暇取得が増える。
- 残業や休日出勤が業務量と釣り合いに増える。
- 仕事の能率が低下する。
- ミスが増える。
- 上司への報告や相談が遅れる。
- 事故が生じる。
- 辞めたいという。

メンタルヘルス不調に気づくためには、  
普段の様子をよく知っておくことが大切！

職場でメンタルヘルス不調に気づくきっかけは、日常の様子の変化、勤務・業務面の変化

### 日常の様子の変化として・・・

- 表情が暗く、元気がない。
- 痩せて、顔色が悪い。
- 単調で力のない話し方をする。
- 服装や髪形が乱れている。
- 体調不良の訴えが増える。
- 周囲との折り合いが悪くなり、孤立する。
- 飲酒によるトラブルが増える。
- 他人の言動を必要以上に気にする。

### 勤務・業務面の変化として・・・

- 欠勤、当日の休暇取得、遅刻、早退が増える。
- 仕事の能率が低下する。
- 残業や休日出勤が業務量と釣り合いに増える。
- ミスが増える。
- 上司への報告や相談が遅れる。
- 事故が生じる。
- 辞めたいという。

# うつ病と「新型うつ病」の違いについて

\*「新型うつ病」は医学用語ではない。

	うつ病	「新型うつ病」
年齢層	中高年層	若年層
性格	社会的役割、規範への愛着 秩序を愛する まじめ、几帳面 責任感や役割意識が強い	自分自身への愛着 規範や秩序への抵抗 他者への配慮に乏しい
発症の誘因	昇進、引越し、退職、 子育ての終了	就職後の上司や同僚との関係 ルールやノルマ
症状の特徴	疲弊、罪悪感、焦燥	回避、他罰的感情 不全感、倦怠感、
経過	初期は診断に抵抗 趣味を楽しむ意欲がない 休養と薬で治りやすい	初期から診断に協力的 趣味や好きなことは楽しめる 休養と薬のみでは慢性化
薬物反応性	良好	部分的

## 安易に「新型うつ病」とレッテルを貼るのは慎むべき！

◆ メンタルヘルス不調のサインに気づくには、普段の様子をよく知っておくことが大切である。

◆ 「うつ病」

中高年層に多く社会的役割・規範への愛着があり、秩序を愛しまじめで几帳面、責任感や役割意識が強く、仕事熱心な人に多い。

昇進等による責任の増大や業務負荷の荷卸し、引越し、退職、子育ての終了などが発症の誘因となりやすい。

疲弊、罪業感（申し訳なさの表明）、焦燥が強い。

うつ病に罹患したことで行動変化が明らかであるが、初期はうつ病と診断されることに抵抗する。

趣味を楽しむ意欲がない。

薬物療法が効果的で、休養や服薬で軽快しやすい。

#### ◆ いわゆる「新型うつ病」

マスメディアを通じて、社会的に広く浸透しているが、精神医学的に厳密な定義はなされておらず、医学用語と認められていない。

「新型うつ病」は、若年層に多く成熟度が低く、自己自身への愛着、規範や秩序への抵抗を示し、他者への配慮に乏しい。

就職後、上司や同僚との関係、ルールやノルマなどで問題が生じ、不適応や抑うつ状態となることが多い。

自責の念が薄い一方、不全感と倦怠感が強く、仕事では抑うつ的となり、仕事の回避や他罰的な感情が生じる。

初期から診断には協力的であり、趣味や好きなことは楽しめることが多い。

薬物療法への反応が部分的で、しばしば慢性化するが、おかれた環境の変化で急速に改善することもある。

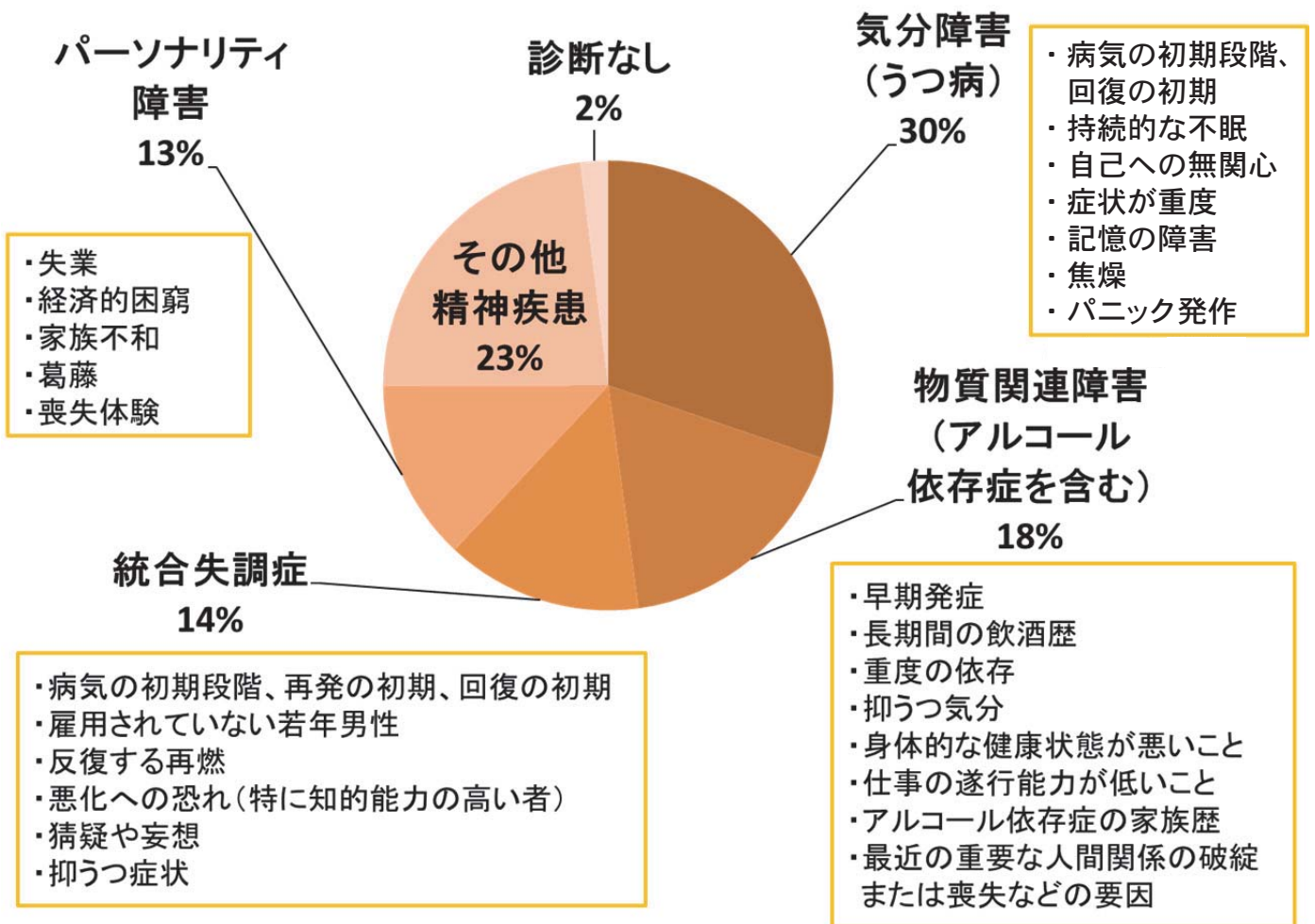
いわゆる「新型うつ病」の中にも、双極性障害（躁うつ病）のうつ病相や発達障害、適応障害などの精神疾患が隠れていることもあり、安易に「新型うつ病」とレッテルを貼るのは慎むべきである。

時に、自殺のリスクを有することもあり、専門医に相談の上対応することが望ましい。

#### 参考文献

- 1) 日本うつ病学会 うつ病 Q&A  
<http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/qa/pdf/qa4.pdf>

# 自殺リスクの高い精神疾患と状態



**Q.病状とそれに伴うリスク、対処法。例えば自殺リスクはどんな病名のどのような症状が出ているときに高くなるものなのか？**

- ◆メンタルヘルス不調で、最も注意すべき徴候は、自殺念慮、自殺企図である。
- ◆自殺念慮が強く、自殺の計画を具体的に考えている場合は、特に自殺の切迫性が高い。
- ◆自殺のリスクが最も高い疾患は、気分障害（特にうつ病）であり、自殺者の30%を占める。次に、物質関連障害（本来は生体内には存在しない物質であるアルコール・危険ドラッグ・覚醒剤などが体内に入り、脳に影響を及ぼすことによって生じる精神障害:18%)、統合失調症(14%)、パーソナリティ障害（13%）が続く。

- ◆うつ病では、極期には自殺する気力がないため、病気の初期段階と、回復初期の方が自殺のリスクが高い。
- ◆持続的な不眠、自己への無関心、症状が重度（特に妄想を伴う）、記憶の障害、焦燥、パニック発作などがある際も要注意である。
- ◆アルコール依存症では、早期発症、長期間の飲酒歴、重度の依存、抑うつ気分、身体的な健康状態が悪いこと、仕事の遂行能力が低いこと、アルコール依存症の家族歴、最近の重要な人間関係の破綻または喪失などの要因がある人では自殺のリスクが高い。
- ◆統合失調症では、病気の初期段階、再発の初期、回復の初期で自殺が生じやすい。
- ◆雇用されていない若年男性、反復する再燃、悪化への恐れ（特に知的能力の高い者）、妄想、抑うつ症状などが、危険因子である。
- ◆パーソナリティ障害、中でも境界型パーソナリティ障害では、衝動性が自殺のリスクを高める。
- ◆失業、経済的困窮、家族不和、葛藤、喪失体験が危険因子となる。

#### 参考文献

- 1) 日常臨床における自殺予防の手引き 平成 25 年 3 月版  
日本精神神経学会精神保健に関する委員会編著
- 2) 知ることからはじめようみんなのメンタルヘルス 病名から知る  
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/know/disease.html>

## うつ病の症状

### 【心の症状】

- 気分の落ち込み  
憂鬱、悲しい
- 意欲の低下  
やる気がでない  
楽しめない
- 思考力の低下  
忘れっぽい  
決断できない  
集中できない
- 焦り・罪悪感  
いらいらする  
自分を責める  
自分を生きる価値の  
ない人間と感じる



### 【体の症状】

全身倦怠感、疲労感  
不眠、過眠  
頭痛、頭重、めまい、耳鳴り  
微熱、発汗、動悸、ため息  
目のかすみ・疲れ  
食欲低下、口渇  
胸焼け、吐き気  
腹痛、便秘、下痢  
手足のしびれ、肩凝り  
体重減少  
性欲低下、頻尿、排尿痛  
※内科を受診しても異常が  
みつからない。

これらの症状(特に気分の落ち込み、意欲の低下)が、  
ほぼ1日中、ほぼ毎日、2週間以上続く場合は、うつ病が疑われる。

◆うつ病は、心と体の両面で症状が出る。

◆心の症状として、気分の落ち込み(憂鬱、悲しい)、意欲の低下(やる気がでない、楽しめない)、思考力の低下(忘れっぽい、決断できない、集中できない)、焦り・罪悪感(いらいらする、自分を責める、自分を生きる価値のない人間と感じる)などが生じる。

◆体の症状として、全身倦怠感、疲労感、不眠、過眠、頭痛、頭重、めまい、耳鳴り、微熱、発汗、動悸、ため息、目のかすみ・疲れ、食欲低下、口渇、胸焼け、吐き気、腹痛、便秘、下痢、手足のしびれ、肩凝り、体重減少、性欲低下、頻尿、排尿痛など、ありとあらゆる症状が生じうる。

◆体の症状は、内科を受診しても異常が見つからない。

◆特に、普段感じることのない耐えがたい気分の落ち込みや、楽しめていたことが楽しめなくなる  
といった症状が、ほぼ1日中、ほぼ毎日、2週間以上続く場合は、うつ病が疑われる。

## うつ病の治療

### 休養



### 精神療法

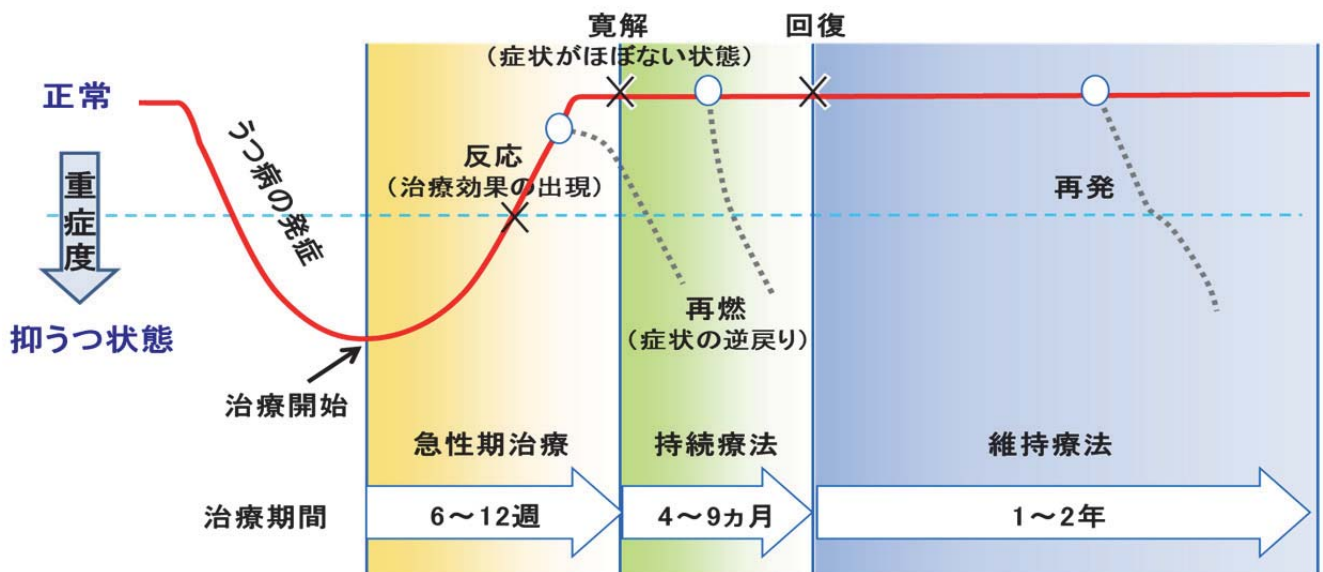


### 薬物療法



- ◆主な治療法として、休養、薬物療法、精神療法があげられる。
- ◆うつ病の治療では、薬物療法と併せて、十分な休養をとることが大切である。
- ◆心身のストレスがかかった状態では、十分な治療効果は期待できないため、休職が必要となることもある。
- ◆症状が重篤な場合や、家庭では休養ができない場合は、入院も選択肢となる。
- ◆薬物療法では、主に、抗うつ薬が用いられ、症状によっては、抗不安薬、睡眠薬、気分安定薬、抗精神病薬なども併用されることがある。
- ◆精神療法では、専門的な知識と経験を持つ医師との会話を通して、患者自らが症状や病気が生じるに至った原因や考え方に気づき、健康を取り戻し、社会適応できるようサポートがなされる。
- ◆勤労者では、病状がある程度回復した後、ストレス対処法の習得、生活リズムの構築、業務遂行能力の回復等を目的として、職場復帰のためのリハビリテーション（リワーク）を行うことで、再休職の予防につながる。

# うつ病の予後



Kupfer DJ: J Clin Psychiatry 52 (suppl): 28-34, 1991より改変

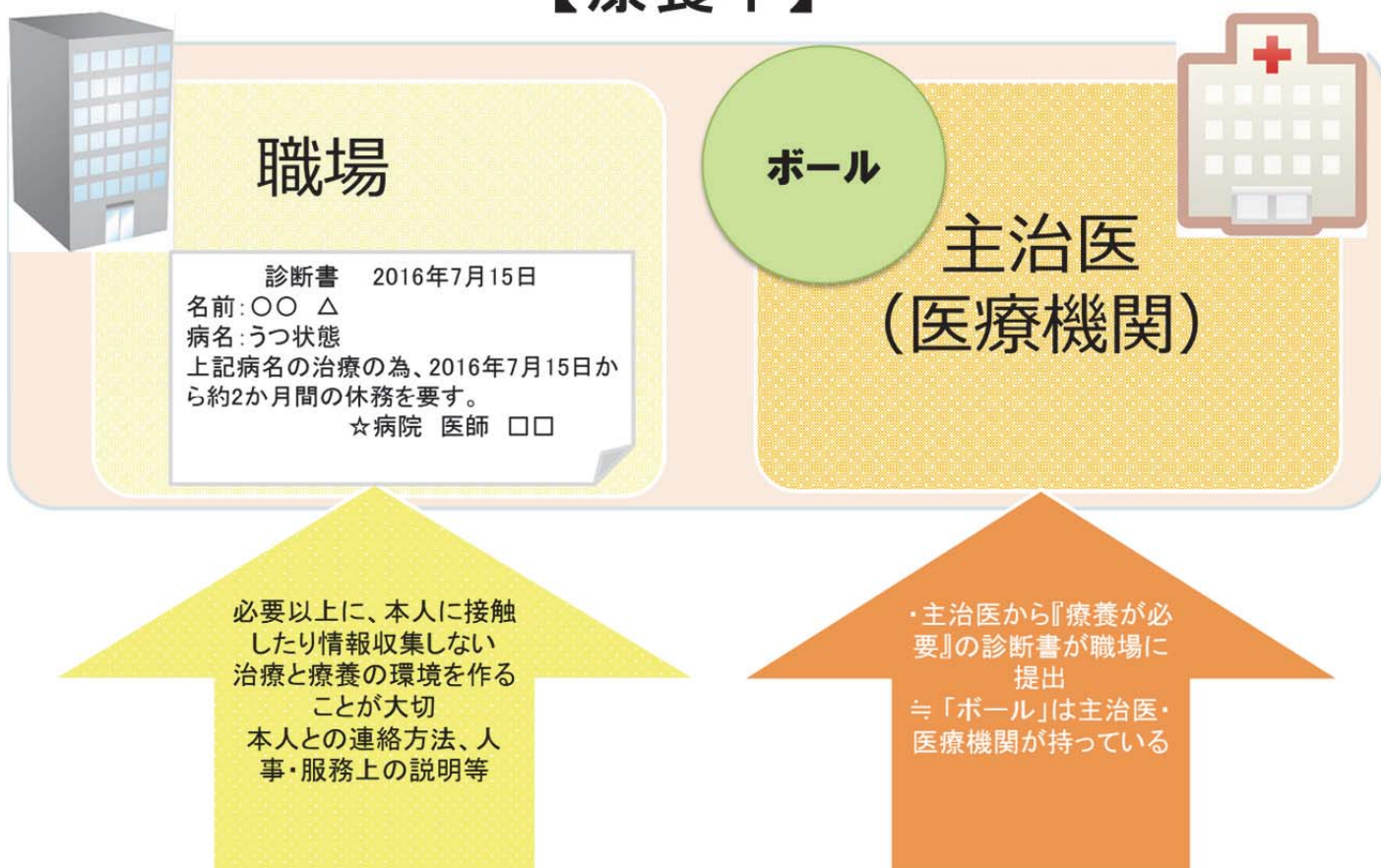
**基本的には回復するが、再燃、再発しやすい疾患である。**

- ◆うつ病は、適切な治療と十分な休養により、基本的には回復するが、再燃（症状の逆戻り）、再発しやすい疾患である。
- ◆治療開始後、3～6カ月で3分の1、1年以内に70%弱の人が回復する。
- ◆寛解（症状がほぼない状態）した後4～9カ月間は、些細なストレスによって症状が再燃しやすい。
- ◆初めてうつ病に罹患（初発）した人のうち約50～60%が、再発する。
- ◆うつ病を1回再発した人が、2回目の再発する可能性は70%、2回再発した人が、3回目の再発する可能性は90%である。
- ◆再発を繰り返すと、症状が重症化し回復に時間を要する。
- ◆早期に抗うつ薬を中止・減量することは、再燃の危険性を高める。
- ◆再発を予防するためには、副作用がなければ、初発例の寛解後で4～9カ月またはそれ以上、再発例で寛解後約2年間抗うつ薬の内服を続ける必要がある。



## 2. メンタルヘルス不調社員への対応：療養編

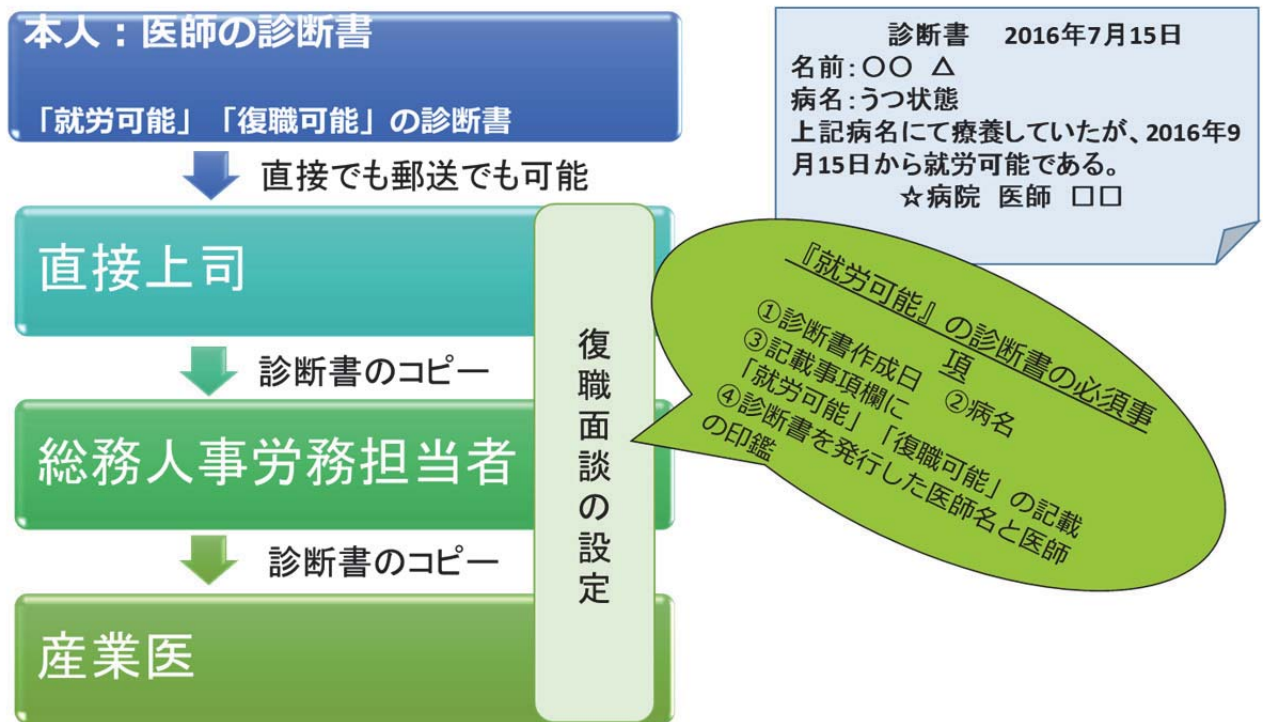
### 【療養中】



- ◆お見舞いの気持ちを告げることがとても大切である。
- ◆本人の連絡先などを確認する。家族等の連絡先に関する情報、できれば、病院名、主治医等の情報を、本人から聞き取っても良い。ただし、必要以上の情報収集は禁物。
- ◆診断書は、医師からの医学的な証明。診断書を提出させて、医師が「病名：○○、療養が必要な状態である」ことを確認する。診断書には、病名、診断書発行日、療養期間(例：「○月●日まで療養が必要である」)の3点が記載されていることが必須。
- ◆当初の診断書に記載されていた日よりさらに何カ月、何週間か継続して療養が必要な場合には、当初の診断書で指定されていた療養日数を超えないように、次の診断書を提出することを必須にした方が望ましい。

- ◆健保の傷病手当金の支給期間は18か月であり（健康保険法99条2項）、その支給額は「標準報酬日額の3分の2」が上限となる（同法99条1項）。詳細が分からない場合は、社会保険労務士に相談し、療養中の給与、傷病手当金の説明を口頭もしくは文書で、本人に知らせておくことが重要。
- ◆職場が必要以上に本人と接触しない。主治医から「療養が必要である」旨の診断書が提出されたということは、「ボールは病院・主治医が持っている」ということ。
- ◆良かれと思って、あれやこれや、会社から本人にアプローチすることは決して好ましい事とは言えず、トラブルを招く場合がある。
- ◆「ボールが病院・主治医にある」限り、メンタルヘルス不調社員が安心して療養する環境づくりに徹することが重要。
- ◆人事やサービスに関する事項は、本人に伝えておく方が望ましい。（会社の病休制度を確認。多くの企業では、勤務年数に応じて、療養期間や身分保障期間（社員が会社に籍を残してもらえる期間）が定められている。
- ◆本人が直接会社に来られない場合は、郵便等で確実に本人もしくは家族に書面を送り、郵送したことを記録し、郵便の記録等も保存しておく。療養中の社員が、「退職満了期限について、知らせてもらえず、いつの間にか、退職満了になり離職していた」と、後日言われぬ為にも注意が必要。
- ◆身分保障期間の提示以外にも、療養中の給与、傷病手当金等の申請などに関する情報も、直接もしくは書面による周知が望ましい。

## 『復職可能』の診断書が出されたら…



- ◆療養が必要な場合は、本人もしくは家族から、主治医の「療養が必要」な診断書を会社宛に郵送か直接持参を促す。
- ◆『療養が必要』の診断書の必須事項としては、①診断書の作成日、②病名、③記載事項欄に「いつまで療養が必要であるか」の療養期間の記載、④診断書を発行した医師名と医師の印鑑が必要。  
(特に、③の療養期間の記載が漏れやすいので、注意が必要)
- ◆会社に提出された診断書の原本は、直属の上司が、鍵がかかる場所に保管。  
(製造業などで、その直属の上司が鍵がかかる場所に保管することが難しい場合は、総務人事労務担当者が代理で、鍵がかかる場所に保管した方が良い)
- ◆診断書の原本のコピーは、直属の上司から総務人事労務担当、そして、産業医に、紙ベースか添付ファイル等で送り、情報を共有する。

◆総務人事労務担当は、診断書のコピーを紙ベースか電子ベースで保管

◆今後の社員の病休・産休のデータ管理の為に、病休・産休のデータベースを excel で作成・保管

【病休・産休データベース：データシート 1】

診断書や母性健康管理指導事項連絡カード等の書類ベースで、データシート 1 を入力します。

診断書等一枚あたり一行にデータを入力。列の欄に、社員番号、社員の氏名、年齢、生年月日、性別、診断書発行日、病名、療養期間、記載事項欄のその他の記載、診断書を発行した医療機関名、医師名の欄を作成。

【病休・産休データベース：データベース 2】

・本人の療養実態等を、一人一行でデータシート 2 を入力。

・列の欄に、社員番号、社員の氏名、年齢、生年月日、性別、入社した年月日、在職年数、健康保険証の番号などに加えて、療養開始日、欠勤開始日(病休開始日：各企業の病休制度に合わせて改変)、復職日、短時間勤務の有無（短時間勤務の期間の記載も）、再休務日とその理由となる病名、退職日、死亡日、他へ出向日などのフォローアップ最終日などを、列の欄に作成する。

◆病休・産休データベースは、産業医等とも情報共有を図ることが極めて重要

## 健康情報の保護の徹底を

### やってはいけないリスト

- × 診断書をまわりの人に開示する。
- × 診断書等を紛失する。
- × 病休データの紛失・漏えいをする
- × 電話口で大きな声で療養中の社員の話をする
- × 居酒屋などで、知りえた情報をべらべらと話す
- × 本人の了解なく、主治医と面談する。
- × 本人の了解なく、  
産業医等が知りえた情報開示を要求する

- ◆ 診断書の原本、診断書のコピー等を、社内手続き等で健康情報を扱わざるを得ないスタッフ（直属の上司や総務人事労務担当者、産業医等）以外に、開示しない。
- ◆ 療養中のメンタルヘルス不調社員の職場の他のスタッフに対して、メンタルヘルス不調社員の病状についてはコメントしない。例：「体調不良で、しばらくの間、療養することになりました」ぐらいの情報で留めておくべき。
- ◆ 故意の有無に関わらず、診断書等の健康情報を含んでいる書類の紛失やデータの漏えい等が無いように、データの管理方法のチェックや細心の注意等に最大限努めることが重要。
- ◆ 電話口で、大きな声で、メンタルヘルス不調社員本人と療養のことなどについて話すことは、他の社員が知ってしまう可能性がある。席を外して、誰もいない場所で小声で話すなどの、細やかな配慮が必要。
- ◆ 居酒屋などのアフターファイブで、療養中の本人の病気に関する、知り得た情報を、べらべらと話すことも御法度。
- ◆ 本人の了解なく、主治医と面談しようとしたり、本人の了解なく、産業医等が知り得た健康情報を教えるように要求することも御法度。

### 3. メンタルヘルス不調社員への対応：復職編

#### 図. 復職するための4つの要素 (①②③④)

- ①日常生活に大きな支障をきたす症状がない（疲労・症状等）
- ②復職する意思が十分にある（就労意欲）
- ③就労に必要な労働等が持続的に可能（就業能力）
- ④職場が受け入れ可能である（職場の復職支援/労働負荷）

#### 2段目 **働くことができるレベル**

復職  
認定

- ④職場が受け入れ可能（職場の復職支援）
- ③就業に必要な労働等が持続的に可能（就業能力）
- ②復職する意思が十分にある（就労意欲）

#### 1段目 **日常生活が『普通に』できるレベル**

- ①日常生活に大きな支障をきたす症状がない  
（疲労、疼痛等の症状の有無、睡眠、メンタルヘルス等）

治療

- ◆復職判定する際のポイントが「復職するため4つの要素」
- ◆「日常生活が普通にできるレベル（図の1段目：①日常生活に大きな支障を来す症状がない）」であることは、復職の必要条件の一つに過ぎない
- ◆復職するためには、①にプラスして、②就労意欲、③就業能力（「週5日、始業時間までに出社する」「求められる仕事をこなす」「職場では協調性をもって行動する」などの「就労に必要な労働等が持続的に可能」であるか）と、④職場の復職支援（職場が受け入れ可能である）の3点を満たした「働くことができるレベル（図の2段目）」に達していなければならない
- ◆①と②を満たしていれば、主治医は、通常、「職場復帰可能」「就労可能」の主治医の診断書が提出される。
- ◆①と②だけでは、就労に耐え得る能力があるとは限らない。

◆職場復帰時に、企業と主治医との間に、しばしば誤解や苦悩の種になることが少なくないのは、

この1段目と2段目との間にギャップがあるからである

◆主治医が「復職可能」の診断書が提出された場合に、企業側が復職判定しなければならない

◆職場は、病院やリハビリ施設ではない

(職場は、利害関係が渦巻く、収益を求める組織)

◆メンタルヘルス不調の労働者、主治医が「復職可能」だと判断しても、

「復職の壁の高さ」を決めるのは企業

## 復職できそうだと本人が言ってきたら

### \* 主治医の診断書の提出を求める。

- ①「病名」
- ②「何月何日から」
- ③「復職可能」「勤務可能」と記載。

### \* 総務担当に連絡。

できれば**産業医面談**の設定。

## 復職面談の設定

- 復職面談の場所 : 会議室や医務室など  
(プライバシーが保たれる場所)
- 復職面談の時間 : 一人30分～60分で設定 (就業時間内)  
(産業医の訪問時間に合わせて、  
総務人事担当者が、復職面談を設定)
- 復職面談の参加者 : 本人、直属の上長、産業医、総務人事担当者
- 産業医面談票 : 産業医面談票を復職面談対象者に面談前に配布  
必要事項を記入の上、  
指定の時間に産業医面談を受けさせる
- 復職面談で準備物 : 本人の健康診断や今までの経緯の記録  
(特に、療養期間、残りの年休日数等)  
主治医の「復職可能」の診断書のコピー  
産業医の意見書 (産業医に記載してもらう)

◆復職面談は、プライバシーが十分に保たれる場所 (会議室や医務室など、話し声が部屋の外に漏れない部屋) に設定

◆復職面談は、通常、就業時間内で、一人 30 分～60 分で設定される場合が一般的。

治療内容や、就業能力の判断、職場の受け入れ状況など確認すべき事柄が多いため、一人 30～60 分での面談時間を設けることが望ましい。

◆復職面談の参加者は、復職希望の社員、直属の上長、産業医、そして、できれば総務人事担当者であることが望ましい



## 復職判定チェックリスト(メンタルヘルス不調社員用)

主治医から「復職可能」の診断書を確認

治療状況の確認

受診中の医療機関： 主治医：

病名：

現在内服薬のリスト：

今後の受診間隔：約（ ）に1回

今後の検査：

今後の治療方針：

主治医に確認する必要性あり（照会状）

体力が就労に耐えうる状態である。

「療養前の元気な時の体力を100%とすると、今は（ ）%」  
(就労の目安：70%以上)

生活に支障をきたす程の症状ではない（疲労・症状等）

疲労

食欲不振・悪心・嘔吐等

便秘・下痢等

その他（ ）

睡眠状態は良好で、メンタルヘルス不調の兆候はない（睡眠・精神面）

睡眠時間：\_\_時間、入眠時刻：\_\_時\_\_分 起床時刻：\_\_時\_\_分

入眠困難 中途覚醒 早朝覚醒

朝寝・昼寝を週2日以上する 気分の落ち込みがある

不安感・焦りが強い その他（ ）

精神科医等の継続的なフォローアップが必要

復職する意思が十分にある（労働意欲）

職場での配慮が必要な状況である（就業上の措置等の検討）

フルタイム勤務が難しい 時間外労働は難しい 夜勤は難しい

身体に負荷がかかる作業は難しい

その他の懸念（ ）

毎日（週5日）、決められた時間に通勤できる状態である(通勤)

通勤経路： (通勤時間： )

就労に必要な頭脳労働・肉体労働が可能（労働能力）

求められる仕事を実施可能

職場での良好な人間関係の構築が可能

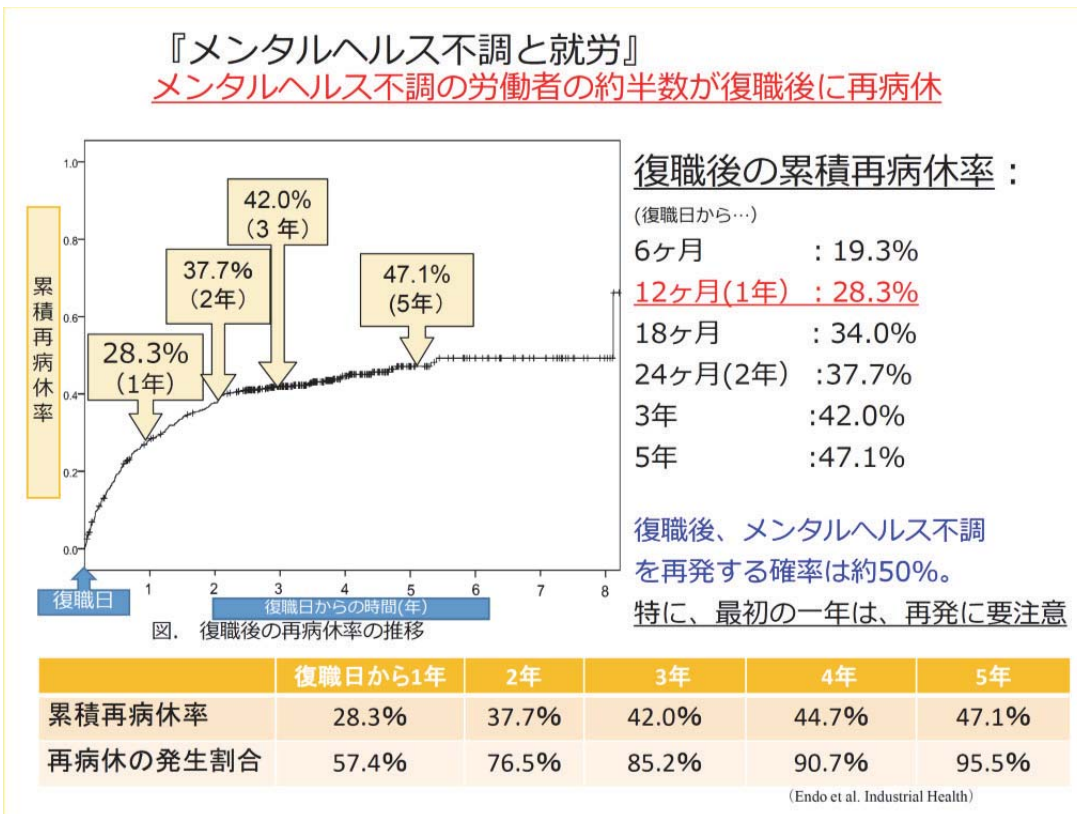
職場が、復職を受け入れるスタンス、受け入れ可能である(復職支援)

受け入れ職場： (例：営業部営業3課等)

直属の上司： (例：〇〇課長)

## 【参考資料】

メンタルヘルス不調の労働者の復職後の再病休率は、復職後 5 年で約 5 割



- ◆メンタルヘルス不調は再発率が高い
- ◆復職後の再病休率は、復職日から12ヶ月(1年)で28.3%、5年で47.1%
- ◆復職日から1年間が、最も再病休しやすい時期
- ◆再病休は、復職から時間が経つにつれて、そのリスクは低下  
(復職後、再発するか(“黒”)、再発しない(“白”)の混ざった『グレーな状態』)
- ◆復職時、産業医や主治医が、再発率が高そうな健康状態であると医学的に判断される場合、無理な復職は勧められず、より適切な復職判定が重要
- ◆短時間勤務制度の適応、職務内容・業務量等の配慮、産業保健スタッフのケアなど、復職後の2年間は、特に注意が必要
- ◆「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」を活用することで、メンタルヘルス不調の労働者の再病休予防に努めることが望ましい

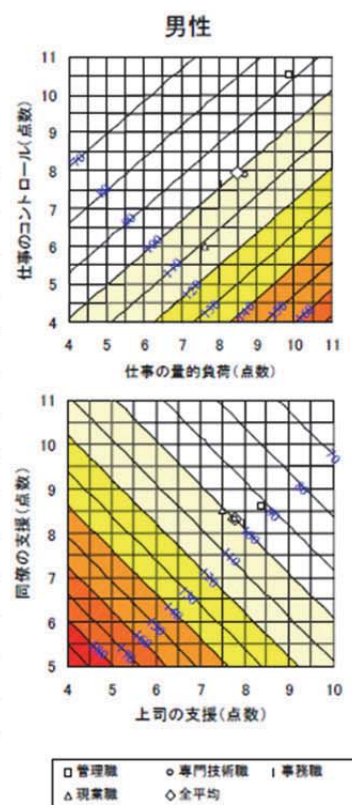
復職後、“忙しい職場”に復職した社員の方が再病休しやすい

## 『メンタルヘルス不調と就労』 “忙しい”職場に復職したほうが再発しやすい。 復職後の再休務に関する危険因子の分析

(コックス比例ハザード分析)

共変量		多変量解析	
		ハザード比(95% CI)	P値
年齢(歳) (ref; 41歳以下)	42歳以上	0.907 (0.628-1.311)	0.60
性別 (ref; 男性)	女性	0.776 (0.483-1.245)	0.29
入社年齢(歳)(ref; 23歳以下)	24歳以上	1.011 (0.714-1.433)	0.95
病休期間(日数) (ref; 129日以下)	130日以上	1.086 (0.788-1.496)	0.61
家族と同居/一人暮らし (ref; 家族と同居)	一人暮らし	1.266 (0.861-1.862)	0.23
通勤時間(分) (ref; 70分以下)	71分以上	0.757 (0.551-1.041)	0.09
管理職/非管理職 (ref; 非管理職)	管理職	1.145 (0.731-1.792)	0.56
職種 (ref; 事務職)	営業職	0.903 (0.607-1.343)	0.62
	技術職	0.820 (0.563-1.195)	0.30
	研究職	0.315 (0.073-1.360)	0.12
組織の心理的な仕事の量的負荷 (ref; 低い群)	高い群	1.456 (1.010-2.098)	0.04*
組織の仕事のコントロール度 (ref; 高い群)	低い群	1.085 (0.795-1.482)	0.61

(Endo et al. International Archives of occupational and environmental health, 2015)



- ◆ ストレスチェックで、組織の「仕事の量的負荷」が高い組織に復職した労働者の方が、再休務しやすい（ハザード比 1.46）。
- ◆ 「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」は、元の職場への復帰することが原則と記載
- ◆ メンタルヘルス不調の労働者の復職する職場は、ストレスチェックで「仕事の量的負荷」が低い組織に復職させたほうが良い
- ◆ 他の社員との公平性の観点から、『療養前に担当していた職場で、療養前と同じ作業、同じスタッフと仕事ができること』を復職の条件とする企業が増加（10年前に比べて、企業側が設定する『メンタルヘルス不調社員の復職の壁』が高くなっている）
- ◆ メンタルヘルス不調の労働者が、よりスムーズに職場復帰と就労継続できるように支援していくスタンスが求められる。

## 事例性と疾病性を分けた対応

### 「事例性」 (仕事や職場に影響しているか) 業務を遂行する上で支障となる客観的な事実

具体例：「一日10回程、トイレで離席する」「毎月、3日以上の特発休を認める」「よくミスをする」

### 会社としての対応の目的：『事例性を無くすこと』

病気が治ることがベストだが…病気があっても、配置転換等の配慮により、仕事や職場への影響がない状態に戻すことが出来る (←事例性を無くすことが出来る)

### 「疾病性」 (症状や病名に関すること) 『病気がありそう』『病気っぽい』…

具体例：「下痢」「便秘」「食欲がない」「眠れない」「最近、顔色が悪い」

→医療職 (主治医、産業医等) に相談 (→『医療職にボールを投げる』)  
・上司や総務人事担当者は、疾病性のことで「ボール」を持ったままにせず、医療職から意見を聴きながら、今後の対応を検討する。

- ◆『普段から、社員の健康状態に配慮する』『サービス管理をしっかりと行い、事例性をベースに対応していく』の二つが重要
- ◆管理職として気付いた、『気になる具体的事実を整理して、御自身の手帳などに記録』し、その具体的事実を「事例性のもの」「疾病性のもの」に区別して整理するのが良い
- ◆「気になる具体的事実」に気付くために、普段から社員の様子をしっかりと把握しておくことが大切
- ◆重要なのは、「いつものずれ」に気付くこと。普段の勤務の様子や健康状態に配慮するスタンスが重要
- ◆管理職は、定期的に (毎月 1 回ぐらいの間隔がよい) 上長面談を実施した方が望ましい (社員に対して、無理強いさせることなく、和やかな雰囲気の中で、本人が言える範囲内で、今の勤務状況で感じていること、辛いこと、治療の見通しなどを聞き取り、より良い方向性を考える)

- ◆管理職一人で対応が難しいと判断した場合は、管理職一人で抱え込まず、総務人事労務担当の部課長、役員、産業医等と情報共有を図ることが重要。
- ◆家族との連携が必要な場合もある  
「メンタルヘルス不調社員に対して、企業ができること、できないこと」を考え、『「事例性」と「疾病性」に分けた実務対応』を行う。
- ◆①「事例性」と「疾病性」の事象を見極める（区別する）
- ◆②「疾病性」がありそうと判断した場合は、「疾病性」に関して、医療職（産業医・主治医等）の意見を聞き（『ボール』を投げて、『ボール』をもらう）、③「事例性」をベースに対応する。
- ◆企業は、事例性をベースに対応すれば良い。

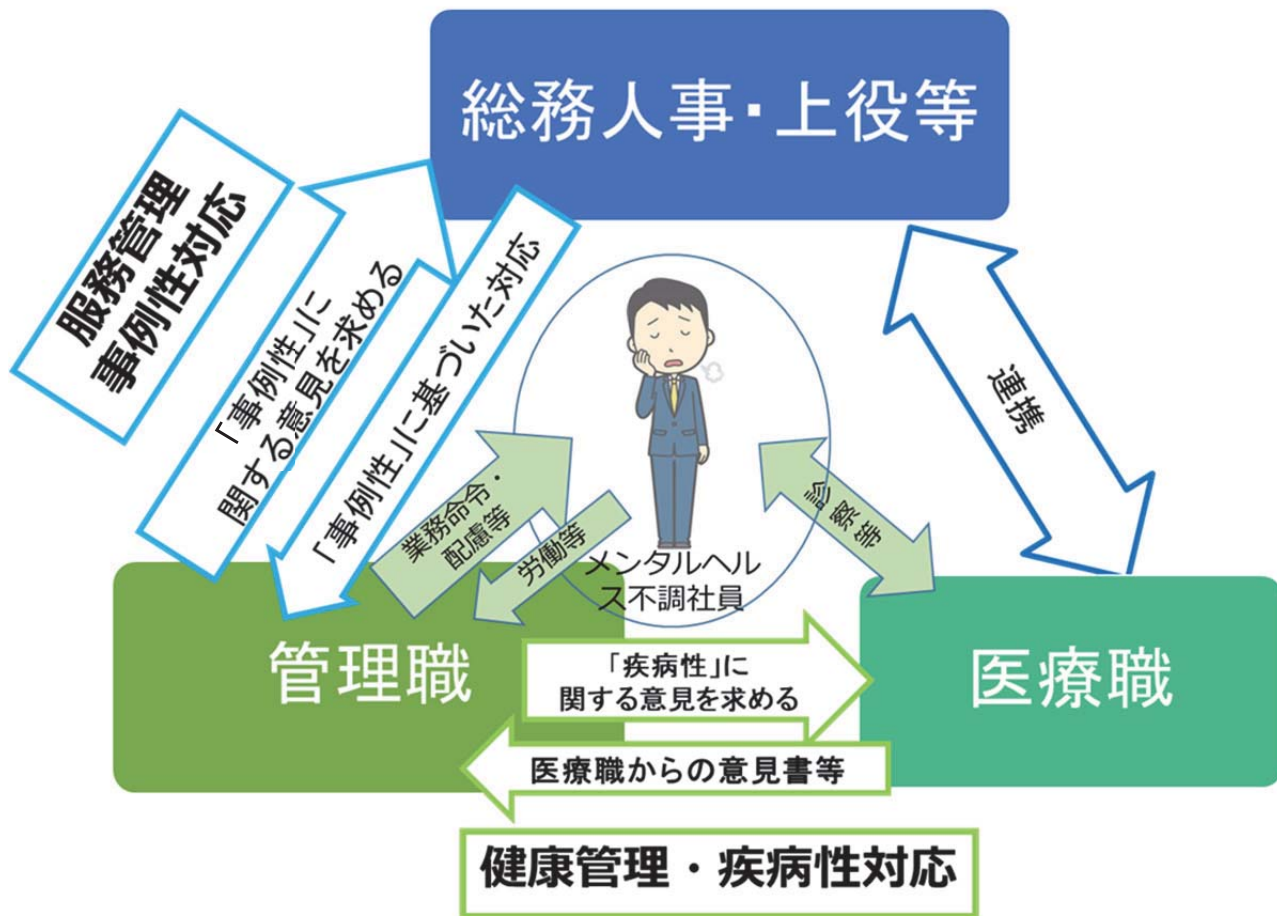
## メンタルヘルス不調社員の管理職への対応方法

### 管理職の「ひと」のマネジメント (個別対応・上長面談時のポイント)

- 普段から、社員の健康状態に気をかけ配慮する
- 服務管理、事例性をベースに対応する
- 気になる具体的事実を整理してメモ（記録）しておく  
→普段から社員の様子を把握していないと、「いつもとのずれに気付きにくい」
- この具体的事実を「事例性」「疾病性」に分けて、整理する
- 定期的な上長面談を実施する
- 対応が難しい場合は、一人で抱え込まずに、総務人事労務担当、上役、産業医に、相談する
- 家族と連携することもある

### 3者の連携が混乱事例を防ぐ

## 3者の連携が重要



・「当該社員の管理職」、「総務人事担当又は上役」「主治医・産業医等の医療職」の3者の連携が重要（特に、総務人事労務担当者と産業医との信頼関係は重要）

- ◆産業医面談票や照会状等の書式等をあらかじめ準備しておく。
- ◆主治医と産業医・企業との連携が重要

例：産業医から主治医への照会状の作成等

## 4. メンタルヘルス不調社員の復職：実務 Q&A 集、事例

Q.精神的に問題を抱えていると思われるが、本人にまったく認識がない場合、または隠している場合への対応方法について。

A:病識がない社員へ強引に対応→トラブルを招く恐れ

- ☆健康診断後の産業医面談を理由に、  
健康状態を把握・メンタルヘルス不調の状況を確認。  
産業医から「今の状態で働き続けていくのは  
とても心配だから、受診したら」と促す。
- ☆「就労可能」「療養が必要」の診断書の提出を促すことも
- ☆ 面談拒否や受診拒否する場合は、事例性の観点から、  
病気と切り離して対応することも。

- ◆病識がない社員を最初から強引に病気の扱いとするのはトラブルの元
- ◆職場の中で、本人の何を改善したいのか、課題を明確にする
- ◆仕事の進捗や態度などで気になる点があれば「事例性」としてまとめておく
- ◆本人と話し合う機会を設け「事例性」を改善できるように共通認識の課題を設ける
- ◆上司として課題解決に向けて支援するスタンスで接する。
- ◆メンタルヘルス不調の一症状として同様のことが起こりうることに触れ、産業医面談に繋ぐ（心配だから、というスタンス）
- ◆本人が拒否すれば上司として心配だから、上司が産業医に相談に行く  
→産業保健スタッフにも課題をオープンにして、一緒に解決していくことが大事
- ◆本人が全てを否定する場合は「課題」が解決されないため、病気への配慮と切り離して人事対応することも考慮する。

## Q.メンタルヘルス疾患を頻回に繰り返すケースへの対応

⇒ うつ病、神経症、腰痛などが理由で、何回も休復職を繰り返す社員がいるが、きっちり休んで治らせるなどどう対応したらよいか

◆各疾患のつながりの有無を産業医に確認することが大事

→診断書情報や面談情報からストレス関連疾患として起こっているのかどうか

◆その上で、本人が「メンタルヘルス疾患」という認識を持つことができているかどうかを確かめる

◆根本的にはストレス要因の除去、軽減が目的であり、例えば腰痛治療のみがゴールではないことを共通認識とする

◆各疾患の治療において焦らず復帰することも大事

◆休職の際は、診療科が異なる場合もあるため、精神科、心療内科などを中心に診療したり、連携が取れたりできるように、過去の経緯などの情報提供を行えると良い

◆就業規則上の取り扱い（類似疾患の場合の通算方法）も人事対応として検討しておく



## Q.メンタル不調者の望ましい復職手順、手続きなど

- 復職を認めるレベルをあらかじめ決めておく  
フルタイム勤務が必須かどうか等
- “主治医の「復職可能」の診断書”を確認  
産業医面談により、“復職に関する産業医意見書”を確認
- メンタルヘルス不調社員の混乱事例等に対して、  
”復職判定委員会を設置”して  
“復職判断が望ましい事例”もある

### <休職中>

- ◆休職可発令時期や休職可能期間、復職手順などの説明を行い、安心して休養してもらう。予め復職要件を明示し、主治医にも理解を得ておく（特に可能な勤務形態など）

### <主治医による復職許可>

- ◆本人の復職意思確認と共に主治医の復職診断書の提示

### <具体的な復職検討>

- ◆産業医面談や主治医からの追加意見聴取にて体調面の評価
- ◆職場環境などの評価
- ◆復職判定委員会を設置し、上司、人事、産業保健スタッフなどを交えて協議も有効
- ◆復職支援プランを検討

### <最終的な復職決定>

- ◆産業医による就業上の配慮に関する意見書作成
- ◆会社による最終的な職場復帰の決定、本人への支援プランの説明

## <復職後のフォロー>

- ◆ 勤怠や業務遂行状況の確認
- ◆ 体調や治療経過の確認、支援プランの変更や追加事項の検討

### Q.メンタル休職者の復職判定と流れである。

以前の職務への完全な労務提供できないのに、部分回復で復職したがる方が多く、結局再休職をする方への対応を教えてください

- ◆ まず復職可能かどうかの診断書が提出されていることが大前提
- ◆ 治療的観点での「復職可能」と労務的観点での「復職可能」は異なる
- ◆ 診断書だけでなく、産業医による復職面談を行い、労務提供が十分にできるレベルまで回復しているかどうかの意見を仰ぐことが大事
- ◆ 毎日の安全な通勤や、一定の配慮を得た上で継続的な就業が可能かどうかの点で復職を判断することが求められる
- ◆ 復職する生活リズムになっているのかどうか、活動レベルは良好かどうかなど、生活記録表を作成してもらい判断することを検討する
- ◆ 出勤訓練や試し出勤などの制度導入を検討し、復職前に実際の仕事ぶりや勤怠を上司や人事が確認できる仕組みがあれば回復不十分な復職を避けることもできる
- ◆ 会社からも焦って復帰をしないように十分に説明する

### Q.メンタル疾患なのかの見分け方

⇒体調不良により、長期に休む社員がいるが、メンタル疾患なのかが判断に迷うケースにはどう対応したらよいのか

- ◆めまい、頭痛、睡眠障害などストレスに関連することのある病気で長期休養するケースも少なくない
- ◆基本的にはメンタルヘルス疾患かどうかで対応を変える必要はない
- ◆継続的に安定して働くためにどうしたら良いか、の観点で相談にのって接すること（病名に関わらず）
- ◆ただし、ストレスによって引き起こされる疾患もあるため、本人の認識がない場合は注意を促すことはできる
- ◆悩むケースは無理をせずに産業医へ職場での情報を提供し、積極的に相談する
- ◆本人が強いストレスを正しく認識できている場合と、うまく認知できていない場合がある
- ◆主治医等の意見を仰ぎ、ストレスとの関連を知ることもし可能
- ◆関連する場合はストレス要因の除去、軽減を目的として経過を見ることも可能

## 事例①：メンタルヘルス不調社員の復職に苦慮した事例

IT 企業に勤める 30 歳代の男性。IT 専門職として中途採用で入社し、データ解析を行う部署に配属されましたが、入社後より周囲の多忙さも重なり十分な初期導入の教育を受けられず、どのように作業を進めていけば十分に理解できないまま時間が過ぎました。分からない時に自主的に質問できれば良かったのですが、「学生時代から人と話すことがとても苦手だった」という本人の話の通り、上司や同僚に話しかけるタイミングがつかめず、分からないまま作業を進めてしまうことが度々あったようです。ある時、処理上のミスをしたまま作業を進めてしまった結果、大事な顧客先に迷惑をかけてしまう事態となり、上司に注意されたのを機に、緊張の糸が切れたように入社することができなくなりました。

うつ病の診断で休職に入り、服薬治療と共に数ヶ月後から症状は改善しました。間もなく、復職可能な診断書が提出され、産業医面談、人事面談となりましたが、症状は改善したものの、人と話すことの苦手意識はより強固になってしまったようでした。自宅療養する上では、全く問題ないレベルまで改善しましたが、ここで復職すれば同じようなストレスに直面することが懸念されます。チームというより一人一人が個別に作業を進め、自主的にタスク管理するような作業形態だったため、分からないことを判断し、上部にお伺いを立てながら、進めざるを得ない環境でもあったからです。復職後、しばらくは一定の配慮を得られるものの、専門職として入社した経緯もあり、長期的には独り立ちして欲しいという人事の強い希望もありました。

そこで本人には休職を延長して、リワーク施設に通ってから再度復帰を試みることを産業医から提案しました。生活費のこともあり早い復帰を望んでいた本人は当初、難色

を示しましたが、コミュニケーションスキルの訓練は今後の仕事生活の中でも必要になる大事な点であることを説明し、また人事からも今回の休職を良い機会と捉え、一度練習の機会を持った方が良いことを勧めてもらい、納得してもらいました。産業医から主治医に経緯を記した手紙を書き、2ヶ月間のリワーク訓練を経て、少し自信をつけてからの復帰となりました。復職の際は、主治医の意見も参考にしながら、単独での仕事は避け、上司のサポート業務からスタートすることで、より安心した復帰環境を整えることができました。



## 事例②：メンタルヘルス不調社員の就労継続に苦慮した事例

サービス業の企業に勤める40歳代の女性。入社後10年以上に渡り、人材育成の部署に所属して仕事をされていましたが、事業再編の都合で他部署へ異動となり、電話で顧客情報のヒヤリングを行う業務となりました。業務内容は大きく変わりましたが、新設部署でもあり、異動当時は新たな仕事に前向きに取り組んでいました。数ヶ月が経過したある日、電車の中で過呼吸発作が起き、駅の医務室で休養することになりました。10年以上前にも同じ症状で治療を受けていたことがありましたが、最近では再発することもなく長らく通院もしていません。これを機に、週に一度ほどの頻度で通勤中に発作が出て途中下車を繰り返すようになり、遅刻や欠勤をすることもありました。

上司からの相談で産業医面談となりましたが、ご本人の中では特に強いストレスを感じることはなく、心当たりもないとのことでした。ただ、話の内容が非常に前向きな発言ばかりで違和感を持った点がありました。上司から改めて状況を伺うと、近くのリーダーからたびたび電話対応について叱責を受けることがあり、また、新設部署へ異動する際、周囲には不満を漏らしていたことも分かりました。本人の中では、今回の異動について自分の立場に危機感を持つ出来事だった可能性もあり、また仕事がうまく進まないことで周囲から指摘されるのがストレスであった可能性もありそうです。

しかし、面談の中で本人がオープンに気持ちを話してくれない限り、なかなか評価もできず、一方で嘘をついているというような話でもなく、心情を考慮すれば社内で気持ちを吐露するのに心理的なブレーキがかかってしまう人もいます。原因の部分はさておき、まずは時期を考慮すれば“異動や仕事の変化で何らかの不安が生じたのかもしれない”ことを説明し、受診治療を再開することを勧めてみました。大丈夫です、という返答が多

いもの実際に遅刻や欠勤が発生することもあるため、上司と3者面談の形を取り、治療により勤怠の不安定さ少しでも改善できる可能性があるなら受診して欲しいと後押しをしてもらい、受診に結びつけることができました。

薬による過呼吸発作への対症療法は開始されましたが、真の意味での改善には至っておらず、面談の回数を重ねながら少しずつ話を聞いていく方針としました。



### 中小企業対象：復職支援ハンドブック作成委員会

研究代表者：遠藤源樹（順天堂大学公衆衛生学 准教授）

研究分担者：

杉田篤子（産業医科大学精神医学講座 講師）

大崎陽平（株式会社ヘルスデザイン 代表）

春山康夫（獨協医科大学 公衆衛生学講座 准教授）