

・文献研究

1. うつ病等の休職・復職に関連した文献研究

分担研究者 : 倉林るみい

・文献研究

1. うつ病者の職場復帰に関する文献検索

うつ病は、WHO(1990)によって、世界で最も頻繁にみられる疾患の第4位として、下部気道感染症、下痢性疾患、周産期の諸問題、に次いで位置づけられている¹⁾。また、2020年までには全疾病の15%を占め、第2位に浮上するだろうと予測されている¹⁾。職域においても、休職による労働力喪失や労働者の自殺の問題も含めて、うつ病への対応はきわめて大きな課題となっている。

しかし、在職精神障害者の職場復帰の研究は数少ない。うつ病に限定した職場復帰の文献となるとほとんどない。1987年から現在までの文献を網羅している医学中央雑誌Webにて「うつ病」と「職場復帰または復職」とを掛け合わせた検索を行ったところ、該当リストはわずか11件に留まった。しかもこのうち4件は学会抄録、4件は解説であり、原著論文は3件に過ぎない。しかもその原著論文3件は1-3例の症例報告である。Pub Medによる国際的な検索でも、ほぼ上記の日本語文献が抽出されるに留まった。

2. うつ病の職場復帰の現状

まず、うつ病の復職の現状、または復職後の転帰に関する統計調査を紹介しよう。永田²⁾が産業保健スタッフ48名から質問紙調査により収集した職場困難事例131例中では、精神疾患が最多の51例を占め、その中でもうつ病が最も多く15例であった。このうち最終的には8例が退職、5例が職務や職場の変更・出向という転帰をたどっている。川上ら³⁾は、製造業17事業所における職場復帰後1年から8年の大うつ病60事例を追跡した。50%が一般健康人と同様かそれ以上の職場適応の水準を示していた。うつ病の再発は復帰後4年間に集中して多く、4年目までに45%が1回以上の再発をみるものと考えられた。

大手製造業の産業医を務める中川⁴⁾が、平成7年度に復職判定対象となった精神疾患および心身症の24事例(躁うつ病圏9例を含む)を1年追跡したところ、再発・再休職4例(うち、躁うつ病圏2例)と、退職5例(うち、躁うつ病圏2例)を認めた。適応している事例は63%、躁うつ病圏では56%に過ぎなかった。

中村⁵⁾は40年間産業医を務めている電力会社での精神障害事例1108例の追跡調査を行っている。復職事例とは限らない。このうち気分障害201例では、中途退職例が44例(21.9%)であった。これは、神経症性障害の15.7%より多かったが、統合失調症の42.6%、人格障害の39.1%、アルコール精神障害の31.7%より少なく、気分障害の予後は比較的良好と考えられた。しかしながら、気分障害の中途退職者の36.4%は病氣退職(休職期限満了による退職)、36.4%は死亡退職で、死因の多くが自殺だったという。

3. 復職の成否に影響する個人や周囲の要因

西田ら⁶⁾は、職場復帰困難事例を身体疾患37例と、うつ病15例を含む精神疾患44例の2群に分けて、復職に影響する要因の差異を比較した。身体疾患群の復職に、より強く関連していたのは、疾病の程度や本人の復帰意志などだったのに対し、精神疾患の復職には、家族の協力などの環境要因との関連がより強かった。永田²⁾は復職に影響する要因として、疾病の種類と病状の回復、労働能力のほかに、性格行動要因を挙げており、この要因は身体疾患事例より精神疾患事例において影響が大きいとしている。復職を左右する多くの要因のうち最も重要なのは、病前性格と病前の職場適応状況だと鎗田⁷⁾はいう。廣⁸⁾も同じく産業医としての経験から、本人の日頃の人柄や仕事ぶりもかなり復職過程に影響すると述べ

ている。夏目⁹⁾も、病前に職場適応が良好であった人への復職へのサポートがよくなされていると指摘する。

4．復職をとりまく今日の職場環境の変化

業務の外注化に伴い、従来に比べると、複雑で高度な仕事しか正社員には残されていない。復職者の受け皿としてはまことに厳しい状況である^{9,10)}。また、昨今の不況も復職者を直撃する。人員削減により個人の業務負荷が増大し、職場に復職者を受け入れてサポートするだけの余裕がなくなっている^{11,12)}。

5．復職判定の基準

精神疾患は身体疾患に比べ客観的な評価が難しく、復職判定の目安がはっきりしにくいと、高田¹³⁾は述べている。藤井¹⁴⁾は「同僚の7割程度（本人が世帯主の場合は6割）の仕事が続けてできるかどうか」という視点から復職の判断をするのが賢明であるという。夏目⁹⁾は復職関連ワークショップの座長を務めて、復職には6-8割の稼働能力が必要との見解に多くの参加者の共感が得られたとしている。河野¹⁵⁾は 通勤時間帯に一人で安全に通勤ができる 会社が設定している通常の勤務時間の労働が可能である、の2点を最低条件として掲げている。

6．産業保健スタッフ・上司と主治医との連携

復職への一連の過程の中で、産業保健スタッフや上司など職場関係者と主治医との連携は必要不可欠ではあるが、実際にはなかなか難しい。この一因として、広瀬¹⁶⁾は主治医の知りたいことと職場関係者が知りたいこととそのタイミングが微妙にずれていることを取り上げている。すなわち職場関係者は、病状、予後などを早い時期に知りたがるが、その時期には連携の必要性をほとんど感じていない主治医は、守秘義務を楯に門前払いを食らわせかねない。ひとたびコミュニケーションに失敗すると、今度は職場側が主治医との再度の接触に尻込みしてしまうというのである。主治医が過剰に防衛的にならないよう戒められている。

廣⁸⁾は、産業医の立場から、必ずしも主治医から産業医に対して詳細な情報が伝えられる必要はないと述べている。症状の再燃の可能性、症状および内服薬の副作用が業務に与える影響、およびその業務上配慮の必要性、本人への支援のしかた、本人および家族との話し合いの要旨といった点について要所を抑えて伝達されれば事足りるはずだという。さらに廣は、職務遂行の様子や職場の受け入れ体制など、産業医から主治医への情報提供も重要だとしている。

7．異動に関する配慮

復職時には休職前の職場への復帰を原則とするが、異動が奏効する場合もある。

功刀¹⁷⁾は、人事異動を誘因として発症したうつ病男性の17事例を検討した。以前勤務していた職場への再異動が本人の希望により実現した場合は完全寛解に至る例が多かったという。藤井¹⁸⁾は、職場不応症のうちの「まじめ・几帳面・完全主義で仕事人間タイプ」は、本人が希望する職務適性のある部署への配転を前提に復職させると、特効薬的効果があると述べている。この性格傾向は、うつ病の病前性格にも通じるものである。

8．いわゆるリハビリ出勤

藤井¹⁴⁾は昭和46年開設の職場内診療所精神科受診者500名中、平成7年末までに75名（うち統合失調症38名、職場不応症20名）にリハビリ出勤を実施した。そのうち、中断者は7名、すなわちリハビリ出勤後の復職率は90.7%と報告している。リハビリ出勤は3ヶ月以上の休職者の復職判定時に本人が希望した場合に、産業保健スタッフの判断の元に行い、その間は週1回産業医が面接するとしている。

リハビリ出勤のメリットとして、河野¹⁵⁾は労働者が比較的気楽に職場に戻れること、どれくらい仕事ができるかを自分自身で知ることができることを指摘し、復職直後の再休職の防止にもなるとしている。島¹⁰⁾は、段階的に負荷を上げられること、病状と就業能力の両方を評価できることを利点として挙げている。職場内や通う途中での事故発生時の補償など、身分上休職扱いのために派生するデメリットはあるものの、精神疾患による休職者の職場復帰に有効な方策として概ね好評を得ている^{10,14,15,19)}。

一方、福井²⁰⁾が十数社の産業保健スタッフを対象に行ったヒアリングでは、リハビリ出勤を正式に活用している企業は少なかったという。福井の勤務する大手製造業では、ある復職希望者がリハビリ出勤を快諾しながら、陰で「長く休職すると、お礼奉公しないと復職させてもらえない」と不満をもらしていたことが発覚し、以降、この制度が廃止されたとのことである。立場の弱い復職希望者が本音を率直に表明できなかった可能性について、福井は自戒の念を込めて述懐している。

9. うつ病者の復職の留意点—自殺など

うつ病における最も悲劇的な結末は自殺である。荒井²¹⁾によれば、就業者の自殺のおよそ70%はうつ病が原因と推定される。自殺が生じやすいのはうつ病の初期あるいは回復期²²⁾といわれる。回復過程の終末期動揺が、ちょうど復職時期に重なる²³⁾。大西²⁴⁾は、精神症状が回復し就職が決まりかけた時期は、精神的には不安定になりやすい時期でもあり、自殺の危険性が高いことから慎重な対応を勧めている。

また、通常、うつ病の回復過程では、症状の軽減と職務遂行能力の回復に、ある程度のタイムラグがある⁸⁾。Hamiltonの尺度など、臨床場面でのうつ病の症状評価に使われる尺度での評価が、必ずしも職務遂行能力を反映しないこともよく認められる。

10. 文献研究のまとめ

文献をひもときながら、うつ病を中心とした精神疾患の職場復帰に関連する留意事項について、羅列した。ここに取り上げた文献には、必ずしも実証的研究の成果ではないものも含まれているが、教科書には載っていない現場での経験から得られた貴重な示唆として、職場復帰の現状の一端を切り取っているものと思われる。

またこの文献研究を通じて、主治医との連携や、復職後のソフトランディングの一方策としてのリハビリ出勤の是非など、検討すべきいくつかの点が示されたのも大きい。

文献

- 1) Murray CJ, Lopez AD, The Global Burden of Disease. Cambridge, Harvard University Press, 1996
- 2) 永田頌史, 職場復帰を困難にする要因, 産業医科大学産業生態科学研究所編, 労働衛生スタッフのための職場復帰の理論と実際, 中央労働災害防止協会, 1997: 182-93
- 3) 川上憲人, 櫻村博康, 小泉 明, 職場におけるうつ病者の経過と予後, 産業医学 1987; 29: 375-83
- 4) 中川茂昭, 復職後のフォローアップ, 再発予防, 産業精神保健1977; 5: 177-83
- 5) 中村 豊, 職場の精神障害者の転帰, 産業精神保健1977; 5: 161-66
- 6) 西田和子, 河野啓子, 上別府由紀ほか, 職場復帰困難事例における復職促進および阻害要因に関する検討—精神疾患事例と身体疾患事例の比較, 産業精神保健 1995: 193-9
- 7) 鎗田圭一郎, 某社における復職判定の実際, 産業精神保健 2001; 9: 315-8
- 8) 廣 尚典, 木村真紀, 業務の変化に伴いうつ状態に至った事例, 産業精神保健 1979; 7: 302-5
- 9) 夏目 誠, 座長から, 産業精神保健 2001; 9: 310-1
- 10) 島 悟, 精神的問題を抱えた労働者の職場復帰における問題—主治医の立場と産業医

- の立場, 産業精神保健 2001 ; 9 : 312-4
- 11) 栗岡住子, 看護職の立場から, 産業精神保健 2001 ; 9 : 323-27
 - 12) 倉林るみい, 原谷隆史, 企業における健康管理業務と不況, 産業精神保健 1998 ; 6 : 277-80
 - 13) 高田和美, 傷病による休業から復職まで, 労働衛生1990 ; (7) : 5-9
 - 14) 藤井久和, 復職判定時のリハビリ出勤の意義と成果, 産業精神保健1977 ; 5 : 172-6
 - 15) 河野慶三, 職場復帰の問題点, 産業精神保健 1998 ; 6 : 215-7
 - 16) 広瀬徹也, 気分障害, 加藤正明監, 日本産業精神保健学会編, 産業精神保健ハンドブック, 東京, 中山書店, 1998 : 738-48
 - 17) 功刀 浩, 人事異動を誘引として発症したうつ病—臨床特性, 回復状況と治療について, 精神経誌1993 ; 95 : 325-342
 - 18) 藤井久和, 職場復帰—企業における職場復帰の現状—, 産業精神保健 1998 ; 6 : 234-7
 - 19) 本村 博, 職場復帰, 松下正明総編, 大森健一・島悟編, 臨床精神医学講座18, 家庭・学校・職場・地域の精神保健, 東京, 中山書店1998 : 305-10
 - 20) 福井城次, 復職判定, 産業精神保健 2001 ; 9 : 319-22
 - 21) 荒井 稔, 就業者における自殺の後方視的研究とその予防対策, 臨床精神病理 1991 ; 12 : 119-31
 - 22) 大森健一, 働く人々の自殺について, 産業精神保健1999 ; 7 : 250-4
 - 23) 中村 純, 職場のメンタルヘルス—うつ病者の職場復帰, 精神経誌2001 ; 103 : 608-12
 - 24) 大西 守, 精神疾患の復職判定の現状と課題, 産業精神保健1977 ; 5 : 167-71