

原 著

## 患者の立場からみた心の病の職場復帰

Psychological disorders examined from the situation of patients returning to work

藤野 ゆき 常磐会短期大学

Yuki Fujino, Tokiwakai Junior College

心の病による休職者の増加に伴い、一定期間の休職を経て職場復帰する労働者も増加している。中小企業など、産業保健スタッフが不在、あるいは十分に機能していない職場の職場復帰では、患者本人が会社に対して話し合いを行わなければならない。患者の日常的な治療に関わる主治医、団体交渉権をもつ労働組合、そして、職業病の患者会のそれぞれの役割について考察する。

The number of people who take leave of absence because of depression or other psychiatric disorders is increasing. Consequently, there is also an increase in cases of people returning to work after leaves of absence. Small and medium-sized companies are often not served by industrial physicians or public health nurses, and so employees are left to negotiate with companies themselves for the best way to ease the transition back into work. Patients have a primary physician at a medical institution, and in some cases have a labor union. Some also belong to patients' associations. We consider the roles of related parties in cases when the transition back to work cannot be made smoothly.

キーワード 心の病の職場復帰、患者、主治医、地域労組

Keywords: return to work of person with psychological disorder, patient, chief physician, local labor union

はじめに

近年、心の病による休職者が増加している。その背景に「職場の人間関係」との認識。「コミュニケーションの希薄化」の影響大きいことなどが、社会経済生産性本部メンタルヘルス研究所の調査でも明らかにされている<sup>1)</sup>。休職者が増加する一方で、一定の休職期間を経て職場復帰する例も見られるようになってきている。厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課は、2004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」<sup>2)</sup>（以下「手引き」）を発表した。この手引きには心の病による休職から復帰に至るまでをステップごとに解説し、企業による協力体制を促すことが示されている。さらに、大企業でも、心の病の職場復帰に積極的な取り組みを行ってきているところあり、様々な事例報告などが行われるようになってきている<sup>3)~5)</sup>。しかしながら、その事例報告の多くは産業医や産業保健スタッフの立場から行われており、実際には、中小企業など産業保健スタッフがない、あるいは十分に機能していない職場での職場復帰も存在する。そし

て、何より、患者本人がどのような立場で職場復帰を果たしていくかという視点にたった報告はあまり行われていない。

本稿では、患者の立場からみた職場復帰についての報告と検討を行う。本事例は、産業保健スタッフが不在であり、職場には企業別の労働組合がないため、個人加盟の地域労働組合（以下、地域労組）の職場分会を結成し、職場復帰支援を行っている。この事例を通して、患者となった労働者、そして、その労働者を支援する立場からみた職場復帰のあり方について検討していきたい。

### 1 事例の概要

#### (1) 休職までの経過

医療関係の団体職員をしていたAさん（40代女性）は、2004年に同僚1人とともに解雇され、それを不当として裁判で争い和解。その後2005年1月に職場復帰した。

Aさんは不当解雇前は職員の共済保険等の事務（共済部）をしていた。職場復帰後、それまでに経験のな

い政策策定の部署（政策部）に配属され、具体的な研修は行われることはなく、自主的に業務に必要と思われる学習をしながら、時折指示される細かな業務をこなすような状況であった。一方で、上司から「今、何の仕事をしているのか」「その仕事にはそんなに時間がかかるのか」といった言葉がかけられたり、トイレに行った時には「今の離席理由を述べよ」といったことを執拗に問いただされることなどもあった。同じく解雇、職場復帰した同僚も同様の対応に耐えきれず、体調を崩し退職するに至っている。他にも管理者の一貫しない、差別的な言動が日常的に行われ、4人がうつ病を発症して職場を辞めているという状況があり、職場環境が心の健康を悪化させている職場といえる。

2005年5月、同じ地域労組に加入する労働者の勧めで、Aさんは医療機関に受診。Aさんは表向きは元気に出勤を続けていたものの、内面では職場に行くことが負担になっており、同僚の勧めに従った。その結果「うつ状態」として診断書がだされて休職する。Aさんは受診するまで自らの状態を病気とまでは思い至っていなかったものの、休職してからしばらくの間はやる気の減退など体調不良が続いていた。また、休職をきっかけに「あんな職場には戻りたくない」という気持ちが強くなっていた。

## （2）職場復帰の経過

### ①休職から職場復帰へ

休職してすぐは、Aさん自身は「そんなに悪いのだろうか」と思いながらも、実際は休職してからしばらくは睡眠の乱れと無気力感があり、活動範囲が極端に減少した。元々、時間があれば映画をみるという趣味があったが、数ヶ月間は映画を見る気力がない状態が続いていた。その期間は日常的な活動もあまりできず、家事も家族に任せる事が多くなっていた。気力が回復すると外出の機会も増え、食事を作る機会も増えていった。

このように、十分な休息をとることが治療に大きく役立っており、徐々に仕事をのぞく様々な活動に参加する事もできるようになっている。体調のよい時には地域労組の活動に参加した。それでも、しばらくは「もう、あの職場に戻る事はできない」と友人に語っていたこともあり、周囲も無理に職場に戻ることはないのではないかとという雰囲気もあった。

職場復帰への意欲の高まりの大きなきっかけとなったのは地域労組おおさかの「一泊学習交流会」への参

加であった。学習交流会では、解雇撤回や賃下げの問題で闘争する仲間との交流があり、「このまま仕事を辞めてしまうことは簡単だけれど、それでは職場は何も変わらない」と感じ、「私も職場に戻ってがんばりたい」という気持ちが高まったという。不当な使用者の行為に対して異議を申し立てるという仲間が存在が復職の原動力になったとAさんは明言している。

さらに2006年の始め頃には職業病相談会（大阪労災職業病対策連絡会）にも参加し、他の職業病患者（頸肩腕障害）の職場復帰の経験などを聞くことによって、具体的な復帰のイメージをつかむようになった。

### ②職場復帰にむけての交渉

2006年3月8日、Aさんは主治医と相談し、「4月よりそろそろリハビリ出勤を始める事が望ましい」という診断書がだされた。さらに『「リハビリ出勤プラン」作成のお願い』を作成し、診断書とともに3月14日、会社に送付する。

これに対して、会社は3月17日に復帰に向けて意見を聞きたいという主旨の文書が届く。それを受けて、主治医と相談の上、最初は朝礼のみの出勤（2週間）、その後1時間ずつ延長していくという段階的なリハビリ出勤、希望する部署、受診日の保障、適応状況に応じてのプログラムの変更、職場での学習会の開催などの要望の文書を送付する。

復帰を希望していた4月になっても会社から連絡はなく、受診の際に主治医に相談し、主治医から会社に連絡をした。会社は「4月上旬の会議で検討する、産業医と主治医とでの面談を行いたい」という返答があった。この会議とは、管理者及び職員全員が参加する会議（以下、管理者会議）が月1回開催されており、その中で業務の方針から職員処遇についても決定される。この会議でAさんの職場復帰にも検討されていた。この後、会社、産業医、主治医との面談、本人と産業医との面談が行われたが、いずれも折り合いがつかない状態であった。この会社は医療関係の職場であり、産業医が管理者側の1人であり、積極的に意見を述べたことを回避する姿勢がみられた。

復帰の目処が立たないことから、地域労組が団体交渉を申し入れ、数回にわたって拒否され、6月末になってようやく団体交渉が行われた。この団体交渉は、地域労組がAさんと相談し、本人は立ち会わず、他の組合員が団体交渉に参加して意見交換を行った。この席上で、管理者の長からは病気のことを理解するよう

に努力しているといいながら、「完全に治っているんだろうな」「職場復帰するというのなら、100%治っているんだろうな」「まだ休んでいる状況なのに、外出していたという話を聞いたが寝てなくていいのか」などといった発言がくり返された。

地域労組からは、「Aさんの職場復帰を成功させるためにお互い努力しましょう」という提案を行っているにもかかわらず、本人が仕事をしやすい部署の希望については「他にも病人がいるからできない」「Aさんだけのことを考えるわけにはいかない」といった発言を直属の上司が述べる状況で、心の病に対する理解のない状況が十分伝わってくる内容であった。

最終的に3月に提出した要望について、会社側から配属部署にのみ異議がだされた。しかし、これ以上、職場復帰を引き延ばすことは本人の意欲を消失させ、治療の進行にもよくないといったことから、配属部署を未定として7月から職場復帰を行うこととなる。会社側が提案してきた部署は、本人の病気の発症の原因となった上司がいる部署であり、また、業務経験もない部署であった。そのため、会社の要求をそのまま受け入れがたく、継続して交渉を行うこととなった。

### ③職場復帰から再休職

7月3日から職場復帰を行うことが決定し、その前に会社側から主治医の意見を踏まえた「職場復帰支援プログラム(案)」が提示された。追加された内容として、リハビリ出勤期間の業務について具体的な指示が書かれ、通院治療に加えて産業医の健康相談を受けることが明記された。このプログラムにそって本人は職場復帰を開始した。時折、休むこともあったが、ほぼプログラム通りの出勤を継続した。

職場復帰後、本人が主治医と相談の上、配属部署、リハビリ出勤の中での配慮について主治医からの意見書を提出する。「発症の原因となった上司のもとに配属しないこと」「ルーチンワークから始めること」「管理者会議には出席しないこと」など具体的な希望を主治医から提案された。同時に本人からも要望書を書面で提出した。

この申し入れに対して、会社は本人に対して意見を求めることはなかった。しかし、管理者会議で検討され、会議録で、「本人の主観ではなく、主治医の診断の到達点とすれば会社の認識と相容れないことになる。休職後の労組団交では原因は他にもとめており、傷病手当請求にかかる主治医の意見欄には発病原因は不明

とされている。そこで主治医に病気の原因について質問することにした。」と報告、会社は主治医に対して「お尋ね」として意見を求めている。

主治医は「主治医は、意見書に発症原因を書く場合、いろいろなことに配慮して書くのが当然であります。当初から誰かを原因として名指して書くという事は、しないのが普通と思います。勿論原因としては、幾つかの問題が絡んでいるであろうし、その詳細は主治医意見書で明らかにされるものではない」とし、さらには「意見書が(患者)の主観に基づくものではないか」とのご意見ですが、主治医は、どんな患者さんの訴えにも、まず心を傾けて傾聴するのが医療の基本です。その患者さんの意見を「主観」という言葉で、表現するのは適切ではありません。」として、主治医の立場を明らかにしている。

約3ヵ月にわたって行われたリハビリ復帰の期間は無事に終了を迎え、本人は実質的にはフルタイムの勤務にまで到達していた。しかし、プログラム終了時になっても、その後について会社からの指示がなくAさんは不安を感じるようになる。この頃には、会社の指示による業務はほぼ確実に遂行することができるようになっていた。しかし、出勤というものの、制度上は休職中であり、健康保険の傷病手当を受給していた。Aさんは定時出勤も行き、業務も通常に近い状態で行っていることから賃金を受け取る形での出勤を希望していたが、9月の管理者会議で10月中旬までのリハビリ勤務の継続が決定された。

会社と主治医とのやりとりを社内文書と主治医との面談で聞いていたAさんは上記の決定が行われる頃から再び体調を崩し始め、10月初旬に体調不良のために出勤できずに再休職となる。

その後、主治医との相談の上、このまま復職をすることは本人にとってよくないと判断され、12月末に退職する事を決意する。

## 2 会社の対応の問題点

### (1) 職場復帰の診断書の放置

3月上旬に医師の診断書も添えて復職の意志表示をしたにもかかわらず、会社は迅速な対応を怠っている。最終的に休職期間は1年2ヵ月になっている。休職期間及び傷病手当(健康保険で通常1年6ヵ月)には上限があり、復職の引き延ばしは労働者個人の不利益につながるものである。また、職場復帰は本人の体調の回復と意欲の高まりに応じて行うものである。しかし、

会社の対応が引き延ばすことで患者本人の復帰への意欲を消失させ、また、不安を増大させることにつながっている。

### (2) 病気への理解のない職場

職場復帰の前後において、会社側は A さんの病気に対して理解しようとする姿勢がみられなかった。地域労組が行った団体交渉の席では「職場復帰するという事は完全に治っているんだらうな」という発言と共に「まだ病気の人間が歩いているのか。寝てなくていいのか」など精神疾患に対して理解のない発言が行われた。

また「会社の決定」の連絡方法は、A さんの不安を増大させるものがあつた。リハビリ勤務中、A さんは会社の方針や職員処遇を決定する管理者会議に、精神的な負担が大きいことが予測されることから参加しないことにしていた。職場復帰後、管理者会議の中で A さんのリハビリ出勤、及び主治医からの意見書について数回にわたって検討されている。この結果について、管理者は直接 A さんに告げる機会があつたにも関わらず、議事録を通して間接的な方法で伝えている。これに対して、A さんは大きな不信感を抱いている。

こうした病気への理解のなさに対して、地域労組から管理者、職員を対象とした病気に関する学習会の開催を要求していたが、最後まで実現することはなかった。

### (3) 主治医の診断書への反論

リハビリ出勤中に、主治医から新たに A さんに対する職場での配慮として「発症の原因となつた上司のもとへ配属しないように」との意見書を提出している。これは A さんが直面する実態を通しての意見書であつたが、会社は「患者の主観ではないか」として主治医に対して意見を求めるということを行っている。これは会社は「自らに誤りはない」という姿勢を誇示しているものであり、A さんの病気の発症について会社の責任を否定する行為でもあり、これが A さんの会社への不信感をさらに増大させたことにつながっている。

## 3 主治医と支援者の役割

A さんの職場復帰に際して、様々な人の協力があり、それが「絶対に職場に戻る事ができない」と思つていた A さんをフルタイムの勤務まで復帰させる原動力となっている。そこで、それぞれの果たした役割についてまとめる。

### (1) 主治医の役割

#### ①主治医の立場

主治医とは患者の治療に大きく関わり、患者の症状と治療の経過を最も理解している専門家（医師）である。同時に、患者にとっては信頼できる存在であることが多い。そのため、患者の治療の進行にそつて患者の状態や意向をくみ取ることができる。医師という専門家であり、患者を最も理解できる立場から会社に対して意見を述べるというのは大きな意義がある。患者の状態を把握していても、家族や同僚は専門家ではなく、会社に意見を述べたとしても説得力がない。主治医の意見が会社を動かす原動力となりうる。

また、同じ専門家として産業医がある。産業医と主治医の大きな違いは患者との質的、量的な関わりの違いである。産業医は日常的な患者の治療に関わっているわけではないため、患者との信頼関係を十分に形成することは困難であり、患者も職場復帰にあつての要望や要求をありのままに訴え、伝えることができるとは限らない。この点については、厚生労働省の手引きにおいても「主治医の意見を聞く」ことが示されていることから明らかである。

#### ②本事例における主治医の活躍

この事例において、主治医の行動は、今後の職場復帰に活かせる教訓を与えてくれている。A さんがリハビリ出勤を開始してから、主治医は A さんから職場で配慮して欲しいという要望を聞き取り、「主治医の意見書」として会社に提出をしている。しかし会社はこの意見書に対して「患者の主観ではないか」という立場をとり、主治医に対して「お尋ね」として反論し、患者を守る姿勢を示している。会社はこの主治医の意見を全面的に否定することはできず、一定の譲歩を行った。このように主治医は専門家という立場から、患者の状態、意向を十分理解し、会社に対して意見を述べ、時には会社を説得するということに大きな役割があるといえる。

### (2) 地域組合の役割

#### ①精神的な支え

A さんは休職する前から地域労組との関わりをもつており、休職してからも回復に応じて地域労組の活動に参加するようになっている。地域労組は行事に参加するなどの場を提供し、時には仲間同士での助け合いの場となって病状の回復を支えてきている。心の病による休職期間は、ちょっとした事柄でも外出のきっかけがあること、調子がよかつたら参加できるという程

度の活動の場が回復に役立つともされているため、地域労組の活動が回復を促進したと考えられる。こうした地域労組の存在は患者にとって精神的に大きな支えとなっている。

#### ②職場復帰の具体的な要求作り

Aさんが職場復帰を決めてからは、職場分会を中心として復職のための条件について数回にわたって検討してきた。復職のための条件は、患者本人だけではなく、職場を知っている者や病気の経験者などの協力を得ることで深めることができる。復職後の仕事の内容については、「ルーチンワークのようなものから始めることが望ましい」といった具体的でわかりやすい要求も会議の中で明確にすることができた。

#### ③団体交渉による職場復帰要求

条件交渉については、主治医との本人による交渉を先行させたが、会社側が職場復帰を引き延ばすような姿勢がみられたことから「迅速な対応を求めて」団体交渉を申し入れた。数回の団交拒否（引き延ばし）があったものの、団体交渉の開催が職場復帰を早める原動力となった事は明らかなことであった。

どのような労働組合であっても、労働組合には団体交渉権があり、それを行使することができる。本事例は労働組合のもつ権利を行使してリハビリ出勤を実現させたという点では、労働組合の本来的な活動を行った事例であるといえる。

#### (4) 患者会の役割

Aさんは職場復帰を前にして職業病相談会（大阪労災職業病対策連絡会）に参加して、他の職業病（頸肩腕障害）の患者と交流をしている。職業病相談会は患者相互の交流を目的としており、この中でお互いの病気の症状や治療に関する交流を行っている。Aさんは職業病相談会に来て話をすることで、自らの病気の症状に向き合うことができたという。

また、具体的な職場復帰の流れなどを経験者からの体験談を聞くことによって、ゆるやかなリハビリ出勤プログラムで復帰することを決断している。経験者からは「自分が思っているよりも、低いハードルで始めるくらいでちょうどいい」という話から、リハビリ出勤の最初の2週間はあいさつだけというスケジュールにしていた。低すぎるハードルのように思えたこの計画について、Aさんは「あの2週間はやはり必要だった」と後から振り返って語っている。

#### 4 患者の立場からみた心の病からの職場復帰

本事例はフルタイムのリハビリ勤務を行いながらも、最終的には退職という結果に終わっているが、そこに残された教訓と課題は大きい。

リハビリ勤務をフルタイムまで実施するために重要な役割を果たしたのは、前項にも挙げた主治医と地域労組である。職場復帰に積極的に協力した主治医とそれを支援した地域労組の存在がなければ、Aさんのリハビリ勤務を実現することは困難であったといえる。また、Aさんは定期的な受診を継続するとともに、体調の回復に従って、積極的に地域労組などの活動に参加するなどの自主的なリハビリを行い、日常生活だけでなく、通常の事務作業を行えるようになっている。

一定の支援体制があり、充実したリハビリ復帰プログラムを作成したとしても、それを受け入れる会社側に職場改善の意志がなければ、職場復帰を実現していくことは困難である。本事例では、団体交渉でAさんの要望を提出しつつ、会社の提案も受け入れるなどの交渉を行い、職場復帰プログラムの作成まで実現することができたが、Aさんの発症の原因が会社側にあることを最後まで認めようとはせず、また、病気の理解を促す学習会などの要求に応えることもなかった。そして間接的にAさんを追い込むような行為をくり返していたことが職場復帰が成功しなかった要因となっている。

厚生労働省の「手引き」では、企業に職場復帰のプログラムの作成を求めているが、企業内の職場改善は明確に位置づけられていない。患者の希望に応じて、復帰時の配属先を変更したり、一時的な時間外労働や休日労働を制限することを示唆しているにすぎない。成果主義賃金の導入をはじめとした激しい競争の中で、多くの労働者が心の病に追い込まれている。競争の激化は人間関係を悪化させたり、管理者による労働者への締め付け、いじめや嫌がらせという形で表面化する。こうした職場の背景に目を向けず、患者を一時的に職場に戻すためだけのプログラムを充実させるだけでは、真の意味での職場復帰を実現することはできない。心の病からの職場復帰を実現していくためには、形式的なプログラムだけではなく、健康に働けるための職場改善も共に行う必要がある。

#### 参考文献

- 1) 年社会経済生産性本部メンタルヘルス研究所.『労

- 働組合のメンタルヘルスの取り組み』に関するアンケート調査結果. [online] 平成 17 年 7 月 15 日, [平成 19 年 12 月 20 日検索], インターネット  
<URL : <http://www.js-mental.org/images/03/kekka.pdf>>
- 2) 中央労働災害防止協会編.心の健康 職場復帰支援 手引き [解説と取り組み事例].東京:中央労働災害防止協会、2005
  - 3) 中庭慶子. 産業保健師からみた職場復帰こころの科学, 通号 135, 2007
  - 4) 島悟編.現代のエスプリ別冊 こころの病からの職場復帰.東京:至文堂,2004
  - 5) 秋山剛.職場復帰支援の課題.精神科臨床サービス.2006;6(1)12-18
  - 6) 渡部真弓、田中克俊.職場復帰プログラムの考え方.精神科臨床サービス.2006;6(1)19-24