

## 総 説

症例報告に基づくうつ症状を呈する  
ホワイトカラー従業員への復職支援の検討井上 都<sup>1</sup>, 安部 猛<sup>2</sup>, 宮崎彰吾<sup>2, 3</sup>, 萩原明人<sup>1</sup>九州大学大学院<sup>1</sup>医学研究院医療経営管理学分野, <sup>2</sup>医学研究院医療システム学分野,  
<sup>3</sup>帝京平成大学ヒューマンケア学部はり灸学科

**抄録:** 症例報告に基づくうつ症状を呈するホワイトカラー従業員への復職支援の検討: 井上 都ほか. 九州大学大学院医学研究院医療経営管理学分野—目的: わが国では, 労働ストレスに起因する従業員のメンタルヘルス不全が大きな問題となっている. うつ病で休職した従業員の復職についても, 効果的な支援に関する知見は確立されていない. そこで, 本研究では, 効果的な復職支援のあり方に関する知見を得ることを目的とした. **対象と方法:** ホワイトカラー従業員を対象に, うつ病による休職後の復職に限定し, 1983年1月から2009年5月までに出版された復職支援に関する症例報告を系統的に収集し, 知見を整理した. **結果:** 企業の復職支援は (1) 欠勤もしくは休職措置, (2) 所属場所の変更, (3) 上司の交替, (4) 業務内容の変更, (5) 業務軽減措置, (6) 業務軽減期間, (7) 就業制限, (8) 産業保健スタッフ等との面談, および, (9) 企業以外の外部機関による介入, の9種類であった. 9種類の支援介入には, 全ての介入に長所と短所が見られた. **考察:** 個別の支援介入を有効に機能させるためには, 十分な事前調整と本人の同意, および, 実施後のフォロー・アップが必要と思われる. また, うつ病の再発に関連する要因のうち, 産業保健スタッフ等との面談がある場合は, ない場合よりも「再発なし」の比率が統計的に有意に高かった ( $p < 0.01$ ). しかし, この知見に関しては, 出版バイアスおよび, 論文発表者 (産業医, カウンセラー, 産業保健師) と患者本人の関係性に関するバイアスがかかっている可能性がある. さらに, 支援の内容や時期にバラツキがある.

従って, 知見の解釈には注意を要する必要がある.  
(産衛誌 2010; 52: 267-274)

**キーワード:** Case report, Depression, Return to work, Sick leave, Support, White-collar workers

## I. はじめに

近年, 産業のグローバル化や競争の激化により, 組織 (例, 部や課) の統廃合, 人員削減, 業務の外部委託 (アウトソーシング), 不採算部門の切り捨て等の合理化を行っている事業所が多い. また, ITを導入し業務の効率化を図ることで, 情報の共有や交換が瞬時に行われるようになった<sup>1)</sup>. そのため, 個々のホワイトカラー従業員の業務量は増加し, 高度かつ迅速な対応能力が求められる. こうした厳しい労働環境における肉体的, 心理的な負担増に加え, 終身雇用制や年功序列制度が崩壊し, 雇用情勢が不安定化している<sup>2)</sup>.

以上の労働環境を反映し, 我が国の産業保健分野では, 労働ストレスに起因する従業員のメンタルヘルス不全が大きな問題となっている. 厚生労働省の患者調査によれば, 平成8年には約20万人であったうつ病患者が平成17年には約63万人と3倍以上に増加した<sup>3)</sup>. また, 我が国の年間自殺者は平成10年に3万人を突破し, 今なおその傾向は横ばいもしくは漸増状態にある. 自殺とうつ病の関連については, 警察庁の調査報告によれば, 平成20年の自殺者が32,249人で, うち, うつ病による自殺者が6,490人と2割強を占めていた<sup>4)</sup>. 動機や原因別では勤務問題による自殺が2,412件報告されている. 具体的統計はないが, これらの自殺のうち, 労働ストレスに起因するものも相当程度あるのではないかと推測される. 精神障害等で労働災害を申請する件数は増加傾向にあり, 自殺者が3万人を突破した平成10年は42件で

2009年12月21日受付; 2010年7月16日受理

J-STAGE 早期公開日: 2010年8月4日

連絡先: 萩原明人 〒812-8582 福岡県福岡市東区馬出3-1-1  
九州大学大学院医学研究院医療経営管理学分野  
(e-mail: hagihara@hsmmp.med.kyushu-u.ac.jp)

あったが、平成 20 年には 927 件に急増し、これに伴う認定件数も増加している<sup>5)</sup>。メンタルヘルス問題は企業に多大な経済的損害を与える可能性がある。

これまでのメンタルヘルス対策の歴史を概観すると、1950 年代より 60 年代までは、一部大企業の産業衛生活動の延長として、「精神衛生」について一定の取り組みが見られたに過ぎなかった。しかし、70 年代後半以降になると、「メンタルヘルス」にかかわる事項が、労働関連法や労働省による施策に徐々に反映されるようになった。さらに、80 年代後半からは、(1) 労働者のセルフケア、(2) 管理監督者によるストレスマネジメント、(3) 事業場内での産業保健スタッフによるケア等に関し、事業者への努力義務を課すようになった<sup>6)</sup>。特に近年では、厚生労働省が、平成 12 年に「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」(平成 12 年 3 月第三号公示)(表 1-1)<sup>7)</sup>を策定し、次いで平成 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(平成 21 年 3 月一部改正)」を作成した(表 1-2)<sup>8)</sup>。骨子は、従業員がうつ病を発症した場合、企業は休養と治療への専念を目的に休職させ、疾病が治癒もしくは緩解した段階で職場復帰を検討するというものである。

以上で見たように、わが国ではホワイトカラー従業員を巡る労働環境が悪化し、労働ストレスに起因するメンタルヘルス不全が大きな問題となっている。現在、多くの企業は、厚生労働省の指針や手引きを基に、独自の職場復帰支援を行っている。しかし、いかなる方法が円滑な職場復帰につながるのか、あるいは、再休職に陥ることなく就業を継続できるのかといった点に関し、知見はいまだ確立されているとは言い難い。そこで、本研究では、効果的な復職支援のあり方に関する知見を得るため、ホワイトカラー従業員を対象に、うつ病による休職後の復職に限定し、復職支援に関する症例報告を系統的に収集し、知見を整理した。特に、症例報告をベースにして、

- (1) 企業による支援介入の種類と各介入の長短、および、
- (2) 各支援介入の効果について検討した。

## II. 方 法

### (1) 文献検索

ホワイトカラー従業員のうつ病や復職支援のあり方は、わが国の文化、制度、労働法制、労働慣行などと強く関連していると考えられる。そこで、本研究では文献を和文の文献に限定した。データベースは医中誌を利用し、検索対象年度を 1983 年から 2009 年までとした。なお、文献の検索を行った時期は 2009 年 5 月から 7 月である。検索に使用したキーワードは以下の通りである。カッコ内は該当する文献件数である。

- #1 = うつ病 (22,571 件)
- #2 = 職場復帰 (3,248 件)
- #3 = 復職支援 (107 件)
- #4 = #2 or #3 (3,268 件)
- #5 = #1 and #4 (282 件)

第一段階で、複数のキーワード(「うつ病」「復職支援」「職場復帰」)を使って文献を 282 件に絞り込んだ。さらに、メンタルヘルス対策は医療および労務の両面から実施することが肝要である。そこで、第二段階で、以下の除外基準に該当する文献を除外した。(1) 薬物療法や心理療法による結果のみで「企業側の介入がないもの」、または、(2) 「企業による介入の有無が不明なもの」。さらに、(3) 集団を対象に各種の療法や効果を測定し、本研究で取り上げた個々の要因が把握できないもの。以上の除外基準に該当する文献は 249 件あった。最終的に、残りの 33 件の文献で報告された 51 症例を分析対象とした。

表 1-1. 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針 (平成 12 年)

事業者は具体的な方策等について「心の健康づくり計画」の策定を行う
①労働者自身による「セルフケア」
②管理監督者による「ラインによるケア」
③健康管理担当者による「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」
④事業場外の専門家による「事業場外資源によるケア」 <sup>1)</sup>

表 1-2. 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 (平成 16 年) の流れ

①第 1 ステップ 病気休業開始および休業中のケア
②第 2 ステップ 主治医による職場復帰可能の判断
③第 3 ステップ 職場復帰の可否の判断および職場復帰支援プランの作成
④第 4 ステップ 最終的な職場復帰の決定
<b>【職場復帰】</b>
⑤第 5 ステップ 職場復帰後のフォローアップ

## (2) 企業等介入の種類

選択基準を満たした33文献に報告された51症例につき、それぞれの症例で実施された介入について検討し、種類を特定した。さらに、これら企業の支援介入につき、その長所、短所、および介入時の留意点について要約した。

## (3) 支援介入の効果

51症例につき、(2)で特定した企業による介入のほか、復職の潜在的な関連要因（年齢、性別、婚姻状況、他疾患の有無と既往歴、職種、職位）を加え、うつ病の再発もしくは再燃との関連性を、カイ2乗検定によって検討した。

## Ⅲ. 結 果

表2に、選択基準を満たし、本研究で取り上げた文献の内訳を示した。表3に、取り上げた症例報告の中で実施された介入について検討し、種類、長所、短所および注意点に着目して整理した。要約すれば、9種類の介入に分けられた。それは、(1)欠勤もしくは休職措置、(2)所属場所の変更、(3)上司の交替、(4)業務内容の変更、(5)業務軽減措置、(6)業務軽減期間、(7)就業制限、(8)産業保健スタッフ等との面談、および、(9)企業以外の外部機関による介入、であった。(1)欠勤もしくは休職措置については、90日未満の私傷病欠勤および90日以上での休職扱いに分類された。ただし、病状の回復と業務遂行能力の回復は一致しないため、職場復帰の可否はこれを判断することが可能な質問票を用い、客観的に把握する必要があると思われる。(2)所属場所の変更については、同一社内での所属変更（例、本社から支社へ、総務部から企画部へ）および関連会社への出向に分類された。ただし、変更の際には、十分に事前調整や検討を行い、本人の納得を得て行う必要がある。変更後のサポート体制を整え、症状が再燃しやすい3ヶ月、6ヶ月、1年経過時に注意する必要がある。(3)上司の交替については、配置転換に伴う上司の交替および上司自身に問題がある場合の上司の異動に分類される。ただし、上司が原因の場合には効果があるが、本人に問題がある場合は効果が少ない。(4)業務内容の変更については、業務の種類変更（例、事務職から作業員へ、経理業務から総務業務へ）および複数の担当を持つ場合の割合変更（例、技術5、文書作成5を、技術8、文書作成2へ変更）に分類される。苦手な作業から得意な作業、あるいは、単純作業にすることで、負担感が減る一方、単純作業ばかりではモチベーションが上がらないこともある。(5)業務軽減措置については、業務の質を軽減する場合（例、単純作業に限定する場合）と、業務の量を軽減する場合（例、担当業務数を減らす場合）がある。軽減解除で再

燃する場合もあるため、時期の見極めは慎重にするべきであるが、中小企業では人的資源に限りがあるため実施が困難である。(6)業務軽減期間については、3ヶ月未満の場合と3ヶ月以上の場合に分類された。軽減解除で再燃する場合もあるため、時機の見極めは慎重にするべきである。また、中小企業では人的資源に限りがあるため実施に困難が伴う場合が多い。(7)就業制限については、具体的には、残業・休日出勤・出張の制限や禁止が挙げられる。周囲への状況説明を行い、納得を得て実施する必要がある。また、作業、健康状態に注意し、時機を見て制限を一部または全面解除すべきである（例、「短時間残業のみ可」や「日帰り出張のみ可」など）。(8)産業保健スタッフ等との面談については、内容的には、人事部門との面談および産業保健職（医療職）との面談に分類される。人事部門と産業保健職は必要な内容については情報を共有し、円滑な復職に向け、労務と疾病についての意見交換を行うことが重要である。(9)企業以外の外部機関による介入については、医療機関による介入、行政による介入、および周囲の支援に分類される。これらの介入が効果的な場合が多いが、他方、実施機関が少ない、機関によって方法や対象が異なり、病状や希望に沿った最良の選択の余地がない、家族教育は強制的には行えない、といった特徴がある。

表3にうつ病の復職支援に関する介入につき、再発の有無に関連する要因の検討結果を示した。うつ病の再発に関連する要因のうち、産業保健スタッフ等との面談がある場合は、ない場合よりも「再発なし」の比率が統計的に有意に高かった ( $p < 0.01$ )。また、企業以外の医療機関の介入がある場合は、ない場合よりも「再発なし」比率が高かったが、これは有意傾向 ( $p = 0.05$ ) にはあるが有意ではなかった。従業員の年齢は40歳代および50歳代は、20歳代および30歳代よりも「再発なし」比率が高かったが、これも有意傾向 ( $p = 0.07$ ) にはあるが有意ではなかった。特に、産業保健スタッフ等との面談は、厚生労働省の「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」(表1)に示される通り、スタッフ等の中には人事担当者が含まれている。これは、当該担当者が職場復帰支援に際し、疾病を理解し、人事異動や配置転換などの環境調整を行い、長期的視点で従業員を支援する役割を担っているからである。産業保健職は従業員の精神的不安を軽減し、同時に外部機関と連携し、従業員の状態を正確に把握し、復帰可否の判断材料を人事担当者に提供し、円滑な復職を促進する役割を担っている。

外部機関の介入には、医療機関による心理療法、精神科デイケアなどの従業員を対象とした治療、および、家族や企業の教育等の従業員の周囲への働きかけがある。また、行政は障害者雇用促進の一環として、職場復帰支

表 2. 企業等による支援介入の内訳

種類	長所	短所	注意点
(休職期間)			
① 90 日未満の私傷病欠勤	・初期のうつには期間的に十分である。給与に大きな影響がない <sup>6, 19)</sup> 。	・休養が不十分であれば再燃の可能性がある <sup>6, 19)</sup> 。	・病状の回復と業務遂行能力の回復は一致しない。職場復帰の可否はこれを判断できる質問票等(本文参考文献 19, 20 参照)で客観的に把握すべきである <sup>8, 29)</sup> 。
② 90 日以上休職扱い	・十分な休養により体調を改善できる。身分保証と一定の収入が確保された状態で、治療に専念できる <sup>2, 3, 8, 22)</sup> 。	・給与減額による経済的な損失がある。休職が長引くほど復帰への不安が強くなる。疾病利得が成立する(病氣から何らかの利得を得る事を知ることで、治療が遷延する)可能性がある <sup>2, 3, 8, 29)</sup> 。	
(所属場所の変更)			
① 同一社内での所属変更 (例, 本社から支社へ, 総務から企画へ)	・所属場所内での対人関係や業務内容が原因の場合は効果がある <sup>14, 21, 23, 27)</sup> 。	・知人がいない場合, 業務内容, 環境, 交通の便, 福利厚生などの変化により, ストレスが新たに発生する <sup>14, 21, 23, 27)</sup> 。	・変更の際には, 十分に事前調整や検討を行い, 本人の納得を得て, 行う必要がある。変更後のサポート体制を整え, 再燃しやすい 3ヶ月, 6ヶ月, 1年経過時に注意する必要がある <sup>21, 23)</sup> 。
② 関連会社への出向			
(上司の交替)			
① 配置転換に伴う上司の交替	・上司が原因の場合には効果がある <sup>2, 22, 29)</sup> 。	・本人の人格に問題がある場合は効果が少ない。新しい上司は本人をよく知る人が望ましい。上司の受け入れ如何によっては, 上司自身がうつになる可能性がある <sup>2, 22, 29)</sup> 。	
② 上司自身に問題がある場合の上司の異動			
(業務内容の変更)			
① 業務の種類変更(例, 事務職から作業員へ, 経理から総務へ)	・苦手な作業から得意な作業, あるいは, 単純作業にすることで, 負担感が減る <sup>14, 17, 22)</sup> 。	・作業の性質が違いすぎると習熟するのが困難である。単純作業ばかりではモチベーションが上がらない <sup>14, 17, 22)</sup> 。	
② 複数の担当を持つ場合の割合変更(例, 「技術 5, 文書作成 5」を「技術 8, 文書作成 2」へ)			
(業務軽減措置)			
① 業務の質を軽減 (例, 単純作業に限定)	・質, 量, 時間を軽減することにより, 段階的に業務遂行能力を上げることが可能になる <sup>9, 14, 27)</sup> 。	・人並に仕事ができないことによる劣等感や周囲への気遣いが負担になる。過剰な軽減は本人のやる気をそぐ <sup>11, 14, 27)</sup> 。	・軽減解除で再燃する場合もあるため, 時機の見極めは慎重にすべきである。中小企業では人的資源に限りがあるため実施が困難である <sup>14, 27)</sup> 。
② 業務の量を軽減 (例, 担当業務数を減らす)			
(業務軽減期間)			
① 3ヶ月未満	・環境と業務が休職前と同じで, 休職が長くない場合は, 有効である <sup>15, 31, 32)</sup> 。	・体力や心的エネルギーが十分復活していない場合, 3ヶ月でも足りない可能性がある <sup>15, 31, 32)</sup> 。	・軽減解除で再燃する場合もあるため, 時機の見極めは慎重にすべきである。中小企業では人的資源に限りがあるため実施が困難である <sup>14, 27, 32)</sup> 。
② 3ヶ月以上	・長期休職後, あるいは, 業務内容に変更があった場合, 業務に慣れるまで時間が必要なため, 有効である <sup>14, 21, 23, 27)</sup> 。	・軽減が長期にわたると, その質や量に慣れてしまい, 元に戻す場合の負担感が大きくなる可能性がある <sup>14, 21, 23, 27)</sup> 。	
(就業制限)			
残業・休日出勤・出張の制限や禁止	・通常業務外の労働をなくすことにより, 疲労を最小限に抑えられる <sup>6, 25, 26)</sup> 。	・多忙な部署の場合, 周囲への気兼ねによる重圧を感じやすい。同僚が, 業務量の増大により, 精神的不調が生じる可能性がある <sup>6, 25, 26)</sup> 。	・周囲への状況説明を行い, 納得を得て実施する必要がある。作業, 健康状態に注意し, 時機を見て制限を一部または全面解除すべきである(例, 「短時間残業のみ可」や「日帰り出張のみ可」など) <sup>25, 26)</sup> 。
(産業保健スタッフ等による面談)			
① 人事部門との面談	・服務取扱いを明確にし, 不安なく静養させることができる <sup>17, 20)</sup> 。	・疾病休業による一方的な人事変更や退職勧奨等は避ける。実施にあたっては事前の十分な検討と本人への説明が不可欠である <sup>17, 20)</sup> 。	・人事と産業保健職は必要な内容については情報を共有し, 円滑な復職に向け, 労務と疾病についての意見交換を行うことが重要である <sup>11, 20)</sup> 。
② 産業保健職(医療職)との面談	・業務と疾病を理解できる専門職の支援により, 問題の解決を図りやすい <sup>11)</sup> 。	・企業と労働者の中間的立場で考え, 客観的に判断する必要がある。主治医の治療方針に疑義がある場合や, 復職に際し必要な場合, 本人の了承を得て主治医から情報提供を受ける必要がある <sup>11)</sup> 。	
③ セカンドオピニオンや外部の各種支援に関する情報提供ができる <sup>11)</sup> 。			
(企業以外の外部機関介入)			
① 医療機関介入 (精神科デイケア・心理療法・家族教育・企業への進言)	・専門職による心理療法の治療効果が得られる <sup>14, 21)</sup> 。	・実施機関が少ない。機関によって方法や対象が異なり, 病状や希望に沿った最良の選択の余地がない。	
② 行政介入(リワーク支援)	・家族の疾患理解により, 治療に協力が得られる <sup>17, 20)</sup> 。	・家族教育は強制的にはできない <sup>17, 20)</sup> 。	
③ 周囲の支援 (家族や友人・同僚の精神的援助)	・企業による疾患理解により, 復職しやすい環境整備が促進される <sup>11, 12)</sup> 。	・企業によっては精神障害への理解が乏しく, 外部からの介入を拒絶する場合がある <sup>12)</sup> 。	
	・職場復帰プログラムにより, 段階的な復職が可能になる <sup>12)</sup> 。	・地域によっては希望者が多く, 待機期間がある。居住地によっては通所が困難である <sup>11, 12)</sup> 。	
	・休職中の不安を和らげ, 回復への意欲を高める <sup>17, 20)</sup> 。	・希望者の増加に伴い, スタッフの増員も行われているが, 不足する傾向にある。単身赴任者や独身者は精神的な支えを得にくい。病状の変化に伴い周囲の人間も長期に心理的負担がかかる。家族や友人を支える支援者も必要になる <sup>17, 20)</sup> 。	

出典番号は Appendix に記載された文献である。

表3. ホワイトカラー従業員のうつ病の再発に関連する要因 (N = 51)

	再発あり (n = 16)	再発なし (n = 35)	$\chi^2$ 値 (p) <sup>a</sup>
(個人属性および休職期間)			
年齢			
20・30歳代	12	17	3.12 (0.07)
40・50歳代	4	18	
性別			
男	15	31	- (0.50)
女	1	4	
婚姻状況			
既婚	6	16	- (0.30)
独身	4	5	
不明 <sup>b</sup>	6	14	
他疾患・既往歴			
有	2	4	- (0.69)
無	4	8	
不明 <sup>b</sup>	10	23	
職種			
事務職 (総務・企画・営業・公務員)	7	18	2.94 (0.26)
技術職 (技術・研究・開発業務)	5	6	
不明 <sup>b</sup>	4	11	
職位			
管理職	4	13	0.73 (0.30)
非管理職	10	18	
不明 <sup>b</sup>	2	4	
休職 (欠勤) 期間			
なし・3ヶ月未満	3	9	- (0.29)
3ヶ月以上	11	18	
不明 <sup>b</sup>	2	8	
(企業の介入・職場環境調整)			
所属場所の変更			
有	5	9	- (0.46)
無	11	26	
上司の交替			
有	6	10	0.40 (0.37)
無	10	25	
業務の変更			
有	3	9	- (0.44)
無	13	26	
業務軽減措置 (時間・量・範囲)			
有	12	20	1.49 (0.18)
その他	4	15	
業務軽減期間			
3ヶ月未満 (「なし」も含む)	6	12	- (0.52)
3ヶ月以上	4	6	
不明 <sup>b</sup>	6	17	
就業制限 (残業・休日出勤・出張)			
1項目以上に該当	2	7	- (0.41)
該当なし	14	28	
(その他の企業の介入)			
産業保健スタッフ等との面談			
1項目以上に該当	1	15	6.83 (< 0.01)
該当なし	15	20	
(企業以外の外部機関による介入)			
医療機関介入 (デイケア・心理療法・家族へのうつ病教育・企業への進言)・行政介入 (リワーク支援)・周囲の支援 (家族や友人, 同僚の精神的援助)			
1項目以上に該当	4	19	3.80 (0.05)
該当なし	12	16	

a: セルの期待値が5以下の場合にはフィッシャーの直接確率法によった。表中には, 直接確率のみを示した。

b: 検定を行う場合には除外した。

援事業を実施し、休職中の従業員を段階的に職場復帰させるための訓練を提供している。

#### IV. 考 察

今日まで、うつ病で休職したホワイトカラー従業員の職場復帰に関し、効果的な支援のあり方に関する知見は得られていない。そこで、本研究では、1985年から2009年5月時点でのわが国のうつ病患者の復職支援に関する症例報告を系統的に収集し、企業等による介入支援の内容および効果を検討した。まず、症例報告に着目した本研究の方法論について言及する。信頼性や妥当性のある知見を得るためには、本来は、うつ病の企業従業員を対象とした研究を行うことが望ましい。しかし、個人プライバシーの保護の観点から、その種の調査は不可能である。そこで、文献に報告された症例報告を検討することとした。出版バイアスの可能性が考えられるが、今日まで、複数の症例を系統的に検討し、企業等の支援介入について評価した例は見あたらない。その意味で、本研究は、実務上、有益な知見が含まれているものと思われる。

まず、企業等の支援介入の種類やその長短であるが、9種類の介入の全てについて、長短があることが明らかになった(表3)。これは、単一の支援介入によって問題を解決することは難しく、場合によっては、各支援介入には2次的な問題を生む可能性があることを意味する。例えば、「所属場所の変更」の場合、重症のうつ病の場合には効果が見られないのみならず、業務内容や環境の変化が伴うため、新たなストレスを生む可能性がある<sup>9)</sup>。「業務内容の変更」の場合も、作業の性質が大きく異なる場合、新たな作業に習熟するのに時間がかかる。また、逆に、単純作業ばかりの場合、本人のモチベーションが低下する可能性がある<sup>10)</sup>。「休職」の場合も、十分な休養により体調を改善することが可能になるが、他方、休養が長引くと、復帰への不安が強まることがある(表2, 文献14参照)。「上司の交替」の場合、上司に問題がある場合は効果が期待できるが、そうではない場合は効果がないばかりか、新たに受け入れる側の上司がうつになる可能性すらある(表2, 文献23参照)。「就業制限」の場合は、本人の疲労を最小限に抑えることが可能になる反面、本人が周囲への気兼ねにより重圧を感じたり、同僚の業務量が増加し、精神的不調をきたす可能性がある(表2, 文献21参照)。以上を踏まえ、個別の支援介入を有効に機能させるためには、(1)事前に十分に調整し、本人の同意を得て行う必要があると思われる。さらに、(2)実施後のフォロー・アップも必要と思われる。しかし、復職支援は様々な要因によって有効となる手だてが異なってくることで、単一の介入方法を用いることはむしろ少なく、複合的な介入が現場で行わ

れることから、うつ病に対する復職支援には万能薬、もしくは唯一の正解が存在しないとされる。すなわち、支援介入は「両刃の剣」であり、個々の状況に応じて個別に、かつ、きめ細かく状況を分析し、新たなストレスを生まないように、継続的に監視する必要があると思われる。

支援介入の有効性について、以下の知見が得られた。(1)産業保健スタッフ等による面談、および企業以外の外部機関の介入とうつ病の再発との間に、有意な関連が認められた。従来から、うつ病患者の復職支援に必要な不可欠な要素として企業の産業医と医療機関(臨床医)との連携により、情報を統合し、対象に見合った復職の方法を模索することの重要性が説かれている<sup>11-13)</sup>。産業保健スタッフ等は従業員の身分保証や適正配置、疾病と労務の兼合いを調整できる唯一の職種であり、外部機関は専門的な医療介入により従業員が自分で解決し得ない思考パターンを改善し、職場では実行困難な段階的就業を可能にすることから、支援の有効性が示されている。つまり、職場環境調整と並行し、産業保健スタッフや外部機関を積極的に活用することで円滑な復職が可能になる<sup>14-17)</sup>。本知見はこの先行知見と同様の結果であると思われる。

(2)企業の職場環境調整等に関する要因とうつ病の再発との間に、有意な関連は見られなかった。しかし、本検討結果は51例の症例報告に基づくものであり、症例報告自体に出版バイアスがかかっている可能性がある。従って、本検討結果のみをもって、企業の職場環境調整等に関する要因は効果がないと結論付けることはできないと思われる。

最後に本研究の限界について触れる。第一に、うつ病は精神障害の一種であり、原則的に患者の同意を要する公の症例報告となりにくいいためか、該当する文献の件数が1991年から2008年の33件(51症例)と少数であった。症例報告は原則的に発表に関して患者の同意が必要であり、そもそも症例報告の発表者(産業医、保健師、心理士など)と関係性が良好である症例が選択されている可能性が高い。よって、選択バイアスおよび出版バイアスが知見に影響する可能性がある。第二に、再発の有無に関わらず遷延性の症例が多く、職場復帰に困難を極めた特定のケースに偏っている可能性が否定できない。第三に、文献の著者が精神科医、産業医、保健師、心理職と、様々な職種にわたり、論文のスタイルや取り上げる要因に差が見られ、結果的に「不明値」が多くなった。第四に、ケースへの介入について、介入内容の質および量については考慮されていない。そのため知見の妥当性に影響を与える可能性がある。従って、これら51症例のみでうつ病の有効な職場復帰支援に関する最終的な知見を得られるものではないことに注意する必要がある。

最後に、本総説で得られた知見を整理する。(1) 企業の復職支援として、9種類の支援介入が明らかになった。内訳は、欠勤もしくは休職措置、所属場所の変更、上司の交替、業務内容の変更、業務軽減措置、業務軽減期間、就業制限、産業保健スタッフ等との面談、および、企業以外の外部機関による介入の9種類であった。(2) 9種類の支援介入には、全ての介入に長所と短所が見られた。個別の支援介入を有効に機能させるためには、十分な事前調整と本人の同意、および、実施後のフォロー・アップが必要と思われる。(3) 支援介入は「両刃の剣」であり、個々の状況に応じて個別に、かつ、きめ細かく状況を分析し、新たなストレスを生まないように、継続的に監視する必要があると思われる。(4) うつ病再発のアウトカムに、産業保健スタッフ等との面談 ( $p < 0.01$ ) が有意な関連を示していた。しかし、この知見に関しては、出版バイアスおよび、論文発表者(産業医、カウンセラー、産業保健師)と患者本人の関係性に関するバイアスがかかっている可能性がある。さらに、支援の内容や時期にバラツキがある。従って、知見の解釈には注意を要する必要がある。

## 文 献

- 森崎美奈子. 企業のメンタルヘルス活動とうつ病対策. 医学のあゆみ 2006; 219: 1011-6.
- 下光輝一. 職場におけるストレス対策の基本一考え方と進め方. 中央労働災害防止協会. 事業場におけるストレス対策の実践. 東京: 中央労働災害防止協会, 2006: 10-7.
- 第18回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会(資料2). 厚生労働省 (2009-6).
- 平成20年中における自殺の概要資料. 警察庁生活安全局生活安全企画課 (2009-5).
- 平成20年度における脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況について. 厚生労働省 (2009-6-8).
- 荻野達史. 産業精神保健の社会学: 歴史的考察を中心に. 第82回日本社会学会一般研究報告要旨 2009: 99.
- 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針. 労働省 (2000-8-9).
- 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. 厚生労働省 (2004-10).
- 島 悟, 佐藤 隆. 出向・異動・配置転換に伴う精神障害. 臨床精神医学 1991; 20: 171-6.
- 廣 尚典. 労働安全衛生総合研究事業. うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究(総合研究報告書)(2002-2004).
- 五十嵐良雄. メンタルクリニックにおけるうつ病. 現代のエスプリ 2007; 486: 150-9.
- 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.
- 中山 純. 職場のメンタルヘルス—うつ病者の職場復帰. 精神神経学雑誌 2001; 103: 608-12.
- 小嶋秀幹, 中村 純. 病休・休職者の動向とうつ病. 臨床精神医学 2006; 35: 1047-51.
- 西岡和郎, 尾崎紀夫. 長期休務者. 精神科治療学 2007; 22: 147-52.
- 黒田裕子, 新垣 浩, 宮崎美里, ほか. 治療経過中に退行し, 復職プログラムと集団精神療法が有効であった遷延うつ病の症例. 精神科 2005; 6: 65-70.
- 亀山知道. 適応障害患者の職場復帰. 精神科臨床サービス 2006; 6: 96-9.
- 岡崎祐士, 西田淳志, 伊藤雅之. うつ病で病休・休職中の患者の「復職可能」診断をめぐる. 臨床精神医学 2006; 35: 1059-67.
- 秋山 剛, 富永真己, 酒井佳永, 岡崎 渉, 河村代志也. 復職をめぐる職場健康管理システムの現況, 問題点と対応策. 臨床精神医学 2006; 35: 1069-78.

## Appendix. 分析した症例報告が掲載された文献の内訳

- 相田貴子, 林たみ子, 白石 愛, 深尾篤嗣. 長期休職後の職場復帰困難を示した際に, 自己愛の傷つきの取り扱いと認知行動療法が有効であった遷延性抑鬱の症例. 心療内科 2007; 11: 367-71.
- 秋山 剛, 田島美幸. 産業精神医学にみられる軽症遷延例. 臨床精神医学 2008; 37: 1117-9.
- 福井城次. 対応困難事例への対応と職場復帰支援. 日本職業・災害医学会会誌 2007; 136: 65-8.
- 東 友幸. 疾病逃避傾向の休職者に対して目的分析を行った心理療法事例. カウンセリング研究 2005; 38: 293-302.
- 東 友幸. うつ病で疾病休職している中年期男性への心理療法事例. カウンセリング研究 2006; 39: 317-26.
- 日野義之. 急成長企業における指示命令混乱事例—産業医の立場から—. 産業精神保健 2006; 14: 9-11.
- 平林栄一, 飯森真喜雄. 自殺企図に至った重症うつ病がパロキセチンにより職場復帰可能となった1症例. Pharma Medica 2005; 23: 167-9.
- 広瀬徹也. 反復欠勤者. 精神科治療学. 2007; 22: 153-8.
- 市村麻衣, 田中和秀, 山田尚登, 大川匡子, 森 信繁, 山脇成人. 大うつ病性障害の再燃による休職に対して1勤1休のリハビリ勤務にて職場復帰シアドヒアランスが向上した男性会社員の1例. Pharma Medica 2008; 26: 137-42.
- 井上幸紀. 精神科医として対応が困難であった外来の1症例. 産業精神保健 2006; 14: 18-20.
- 岩田輝男, 中西真知子, 谷ゆかり, 長池加代子, 中尾雅春. メンタルヘルス不全職員の復職支援. 通信医学 2007; 59: 65-8.
- 岩谷泰志. パーソナリティの未熟に起因するうつと職場復帰. こころの科学 2007; 135: 67-72.
- 亀山知道. 適応障害患者の職場復帰. 精神科臨床サービス 2006; 6: 96-9.
- 小嶋秀幹, 中村 純. 病休・休職者の動向とうつ病. 臨床精神医学 2006; 35: 1047-51.
- 黒田裕子, 新垣 浩, 宮崎美里, 正木秀和, 大島一成, 車地暁生, 西川 徹. 治療経過中に退行し, 復職プログラムと集団精神療法が有効であった遷延うつ病の症例. 精神科 2005; 6: 65-70.
- 黒川淳一, 井上真人, 井奈波良一, 岩田弘敏. メンタルヘルス不調者への対応事例を通じて職場での問題点を考え

- る. 日本職業・災害医学会誌 2008; 56: 53-61.
- 17) 黒木宣夫. 遷延性うつ病—事例からの検討—. 産業精神保健 2007; 15: 233-8.
  - 18) 京谷美奈子. 組織の風土や体制から系統的な対応が困難だった事例—産業看護職の立場から—. 産業精神保健 2006; 14: 30-2.
  - 19) 牧野 純. 心理職として配転後の業務で適応困難を訴え, 職種を転々とした事例について. 産業精神保健 2006; 14: 15-7.
  - 20) 宮本俊明. 産業医と精神科医の見解が異なったケース. 産業精神保健 2006; 14: 6-8.
  - 21) 長田陽一, 節家麻里子, 藤井明人, 本間裕士, 岩崎俊司, 松原繁廣. 内因性うつ病の病状が軽快した後も社会復帰に困難が続く3症例. 臨床精神医学 2008; 37: 1241-8.
  - 22) 夏目 誠, 花谷隆志, 藤井久和. 適応障害—職場不適応症を中心に, 精神科医の立場から—. 産業ストレス研究 2005; 12: 275-83.
  - 23) 西岡和郎, 尾崎紀夫. 長期休務者. 精神科治療学 2007; 22: 147-52.
  - 24) 樋川 毅, 多賀千明, 井上和臣, 山下達久, 中嶋 照. 職場復帰後に認知療法が奏効した反復性うつ病の一症例. 精神科治療学 1996; 11: 479-85.
  - 25) 大庭さよ. 心理職として対応に苦慮した事例. 産業精神保健 2006; 14: 12-4,
  - 26) 尾崎紀夫. 現在の精神医学診断体系におけるうつ病の位置づけ: 今一度, うつ病とは何かを考える—社会復帰における職場環境調整について. 産業精神保健 2007; 15: 208-10.
  - 27) 佐伯俊成. 昇進を契機に発症し復職に長期間を要したうつ病の男性例. 分子精神医学 2006; 6: 107-12.
  - 28) 笹原信一郎. 先進的職場復帰制度を考える. こころの科学 2007; 135: 73-8.
  - 29) 島 悟, 佐藤 隆. 出向・異動・配置転換に伴う精神障害. 臨床精神医学 1991; 20: 171-6.
  - 30) 高崎正子. 休職と復職を何度も繰り返し, 職場適応が困難であった事例—産業看護職の立場から—. 産業精神保健 2006; 14: 27-9.
  - 31) 友竹正人, 大蔵雅夫, 生田琢己. 再発防止に認知療法が効果的であった神経症性抑うつの一症例. 精神科治療学 1998; 13: 473-80.
  - 32) 内海 健, 安藤義将, 北澤康久, 佐々木司. うつ病の復職に対する産業精神医学的支援のあり方について. 精神科 2005; 7: 476-81.
  - 33) 和田 明, 丹羽真一. 社会恐怖, 大うつ病性障害から出社拒否を呈した1症例の発達の評価. 精神科 2004; 5: 328-35.

## An Analysis of Case Studies to Evaluate Supports for Depressive White-collar Workers Who are Returning to Work after Sick Leave

Miyako INOUE<sup>1</sup>, Takeru ABE<sup>2</sup>, Shougo MIYAZAKI<sup>2,3</sup> and Akihito HAGIHARA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Health Care Administration and Management, Graduate School of Medical Sciences, <sup>2</sup>Department of Health Services Management and Policy, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University, 3-1-1 Maidashi, Higashi-ku, Fukuoka 812-8582, Japan and <sup>3</sup>Faculty of Health Care, Department of Acupuncture, Teikyo Heisei University

**Abstract: Purpose:** In Japan, mental health problems due to work stress among white-collar workers have become an important topic which needs to be addressed. As for the support for workers who are returning to work after sick leave, reliable findings have not yet been reported. The purpose of the present study was to obtain findings concerning support for workers who are returning to work after sick leave. **Method:** We analyzed cases studies of white-collar workers between Jan. 1983 and May 2009. **Results:** We identified 9 types of support; sick leave, change of work place, change of boss, change of work, decreasing work load, introduction of a decreased work load period, limiting work, consultation with corporate health care staff, and intervention by a party other than the company. **Discussion:** Generally speaking, it has been

revealed that each support has both positive and negative influences upon employees returning to work. In addition, consulting with corporate health care staff ( $p < 0.01$ ) showed significantly higher rates of no relapse into depression than in the absence of such consulting. However, this finding might be accompanied with a problem of potential bias with respect to published articles, and the relationship between health care professionals (i.e., physicians, occupational nurses, counselors, etc.) and a depressive worker. In addition, the content and date of a company's support for a worker returning to work might vary significantly. Thus, we need to be very careful in interpreting these findings.

(*San Ei Shi* 2010; 52: 267-274)



## コメント：個別の支援介入の有効性について

吉益光一  
和歌山県立医科大学

本総説は過去に出版された職域におけるうつ病の症例報告に基づき、従業員に対する復職支援の方法を系統的に整理・分類し、各々の方法についてその長所および問題点を指摘しており、現場で復職支援に従事する産業保健スタッフおよび外部専門医療機関のスタッフに有用な知見を提供しています。また、症例報告に起因する方法論上の限界点（症例選択・出版バイアス）も十分に把握されており、妥当な結論が導かれていると思います。

論文を拝見して一つ気になった点を申し上げます。本総説の骨子は上記の如く、復職支援を9種類の主要な方法に分類していることですが、読者に対するメインメッセージは抄録に書かれているように「個別の支援介入を有効に機能させるためには、十分な事前調整と本人の同意、および実施後のフォローアップが必要」という点にあると思われます。具体的な注意点は表2に記載されていますが、逆に言えば、こうした点に留意すればこれらの方法は職場復帰に対して十分に効果を発揮すると考えていいのでしょうか。つまり、「十分な事前調整と本人の同意、および実施後のフォローアップ」は個別の支援介入が有効に機能するための「必要かつ十分な」条件でしょうか。

本総説の中で行われている表3の検定結果を見る限りでは、これら9項目の中で再発に対して有意に予防的、あるいは予防的傾向が認められる項目は、「産業保健スタッフとの相談」、「医療機関・行政機関による介入」の2項目のみです。この結果は主として上記のバイアス等に代表される本研究の限界点に起因することなのか、あるいは著者らが表2で指摘している各項目についての短所の修正や「注意点」の遵守が、過去の復職支援の事例では行われていなかったがゆえの結果なのか、本研究の論旨においてやや曖昧になっている印象を受けます。もし前者に該当するのであれば本研究の意義自体が薄れてくる（すなわち何を根拠に上記のメインメッセージを発しているのが不明瞭になる）ように思えるのですが、著者らの考えをお示ししたいと思います。

## 吉益先生のコメントに対する筆者らの考え

井上 都, 安部 猛, 宮崎彰吾, 萩原明人

本総説に対する吉益先生のコメントは、本総説の中心部分をなす表2の9種類の復職支援の長所、短所、注意点等の論拠や説得性に関するものでした。つまり、表3で示すように、9種類の介入効果を検討したところ、「産業保健スタッフとの相談」、「医療機関・行政機関による介入」のみが、うつ症状の再発に予防的、または予防的傾向が認められるという結果でした。従って、この介入効果の低さが、症例報告の分析を基礎にした本研究の方法論上の問題点（出版バイアス、症例の選択バイアス）ではなく、各復職支援を実施する際の注意事項が十分に守られていないことに由来するものでない限り、表2の知見はその根拠を欠く、あるいは、その意義が薄れるというものです。

本総説では、方法で説明しておりますように、一定の基準に従って、関連論文を収集し、基準に合致した論文で報告されている症例ごとに、復職支援の内容を系統的に整理しました。結果的に、復職支援を9種類に分類し、各支援の長所、短所、および、注意点を整理したものが表2です。確かに、吉益先生が指摘されておりますように、9種類の復職支援について、大多数の項目で再発防止効果が認められれば、表2の復職支援に関する記述の説得力が大幅に向上したと思われます。しかし、表2の知見自体は、各症例報告の内容を系統的に分析し、その中で報告者が長所、短所、注意点として論じているものを整理した結果、導き出されたものです。わが国では、この種の試みがなされておきませんので、介入効果が低い症例に立脚した研究といえども、なお、学術的に意義があるのではないかと考えます。さらに、復職支援の実務に携わる産業保健職者にとっても有益であると考えております。

復職支援介入の効果の低さの原因についてですが、症例報告の分析を基礎にした本研究の方法論上の問題点である出版バイアスや症例の選択バイアス、および、各復職支援を実施する際の注意事項が十分に守られていないことの双方に由来するのではないかと考えます。最後に、有益なコメントを頂いた吉益先生に感謝しつつ、以上をもちまして、先生のコメントに対する筆者らの回答とさせていただきます。