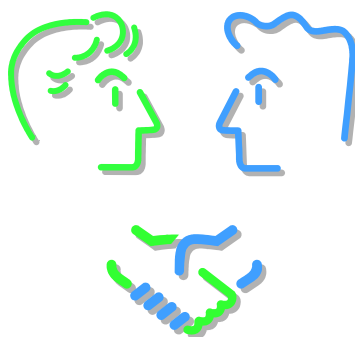


- 障害者施設におけるメンタルヘルス不調者への
労務管理ガイドライン - （第一次案）

人を育てる、組織を育てる



発行：NPO 法人大阪障害者センター「福祉現場のメンタルヘルス検討会」

2013 年 1 月

人を育てる、組織を育てる - 障害者施設におけるメンタルヘルス不調者への労務管理ガイドライン - を発行するにあたって

はじめに

厚生労働省が実施した平成 19 年労働者健康状況調査によると、仕事や職業生活に関し強い不安、悩み、ストレス等を感じる労働者の割合は 58.0%と半数をこえ、メンタルヘルス上の理由により過去 1 年間で 1 か月以上休業・退職した労働者のいる事業場の割合は、7.6%となっています。

福祉職場においては、未来に向けて作業所をつくろうと、なかまと共に育ち合い発展してきた経緯もあり、メンタルヘルス不調を訴える者がいないと考えられるかもしれませんが、しかし、近年、私たちの職場においても、不調を訴える職員がどの職場でも出てきています。その状況については、私たちがおこなったメンタルヘルス調査からも明らかです。今や 6 割の職員がメンタルヘルス不調のリスクを抱えながら職務に従事しています。しかも、今後の将来を担う中間管理職のメンタルヘルスは更に悪い傾向があります。

しかしながら、障害者福祉職場においては、職員のメンタルヘルスケアの検討、実施まで十分には至っていない現状があります。調査の結果からも、メンタルヘルス対策が講じられていないと感じている職員は 6 割に上り、対策があったとしても満足していない職員が 8 割に上ります。

なかまたちと一緒に育ち合う私たち職員ひとりひとりの心身の健康が蝕まれることがあってよいのでしょうか。たとえ一時的に疲れ切ってしまったとしても、またそこから一緒に育ち合うなかまとして再出発が保障されることが大切ではないでしょうか。特に、2000 年の社会福祉基礎構造改革以降の流れの中、私たちは制度と実践の狭間で自己矛盾を抱えています。私たちの仕事の源泉部分として存在する障害をもつ人たちを心から共感し支えようとする想いが、制度改革によって金銭や時間等によって縛られざるを得ない状況となっているのです。そのしわ寄せが、職員のメンタルヘルス問題として浮かび上がっています。よりよい実践を続けていくために、そして、組織と人を守っていくために、関係者の皆様が、各法人の対策を真剣に検討する段階にきていると思われます。

このたび、NPO 法人大阪障害者センターを中心に、2009 年 5 月に立ち上げたメンタルヘルス検討会で議論し、「人を育てる、組織を育てる - 障害者施設におけるメンタルヘルス不調者への労務管理ガイドライン - (第一次案)」を発行する運びとなりました。この冊子では、メンタルヘルス不調となった人やそのリスクをもつ人々に対し、管理者や管理職になった人（中間管理職を含む）が、どのように対策を講じていけばよいかについて書かれています。作成にあたっては、多くの法人にヒアリングを重ね、出来る限り福祉現場の参考になるように工夫を凝らしました。法人の規模によって、現在のメンタルヘルス支援体制はバラバラでしたが、それぞれのメンタルヘルスが傾いた職員が出てきたときに行っていた工夫などについても載せています。

メンタルヘルス問題は、法人の就業規則や職員の配置転換等に関わってくる問題であり、管理者の決断・決定がないと、解決できない管理業務を含みます。国の指針が明確に出ている今日、各法人がこれらの課題に着手する余裕がないという言い訳では済まされない重要事項になっています。是非、管理者が率先してこの問題を真剣に取り上げてもらうきっかけになればと考えています。

「福祉現場における職員のメンタルヘルス研修用テキスト（第一次案） 管理するメンタルヘルスから育ち合うメンタルヘルスへ」と共にご利用ください。

メンタルヘルス検討会一同

目次

第1章. 福祉現場におけるメンタルヘルス	1
1. 福祉現場のメンタルヘルス状況	1
2. 福祉現場のメンタルヘルス対策の意義	3
3. 福祉現場に求められるメンタルヘルス対策の方向性	5
 第2章. ケアシステム	 8
1. 気づき	10
(1) 仕事ぶりの変化	10
(2) 日常の様子の変化	10
(3) 勤怠状況の変化	11
事例：「最近、職場でイライラする。利用者にあたることも・・・」	12
実践例：「しんどいと言おう」キャンペーン	12
コラム：バーンアウト	13
2. 対応	14
(1) 対応の考え方	14
(2) 声のかけ方	15
(3) 聴くポイント	16
(4) 受診を勧める注意点	18
(5) 受診先	18
(6) まず、休ませる、その体制づくり	21
事例：「実は・・・職場の人間関係に悩んでいるんです」	22
実践例：キーパーソンを交えての話し合い	23
コラム：不調者のためのスクリーニング	23
3. 休職決定	26
(1) 休職における対応課題	26
(2) 休職の勧め・決定	26
(3) 主治医との連携による情報収集	27
(4) 休職決定時の連絡手続き	28
(5) 職員の協力体制づくり	31
事例：「もう自分に自信がない・・・辞めたい・・・」	32

実践例：心理カウンセラーの積極的な導入	33
コラム：現代型うつ病	33
4. 定期面談	35
(1) 時期に即した支援を	35
(2) 個別支援の留意点	36
1. 個別対応に向けての体制構築	36
2. 定期面談の目的と内容	37
3. 主治医との連携	37
4. 家族との関係づくり	38
事例：「現場はいま、どんな感じですか？」	39
実践例：法人と労働組合による相談体制	39
コラム：うつ病の治療経過	40
5. 復職希望	41
(1) 本人の意向をゆっくりじっくり確かめる	41
(2) 職場側の復職支援体制	42
(3) 主治医も含めた三者面談	42
(4) 復職を受け入れる職場の環境づくり	44
事例：「職場の近くまで行くと、めまいがしてきます」	45
実践例：一人が倒れることで体制を検討	45
コラム：チーム類型	46
6. トレーニング期間	48
(1) 復職トレーニングを行うにあたって	48
(2) 試し出勤トレーニングの進め方	48
(3) 試し出勤等の設計	49
(4) 職場外の復職トレーニング	51
事例：「9時~17時を目標に」	52
実践例：安全衛生管理部	52
コラム：メンタルヘルス対策支援センター	53
7. 復職可否	54
(1) 回復度のチェック	54
(2) 復職のための最終面談	55
事例：「職場復帰だけが選択肢ではありません」	56

実践例：産業医の積極的な活用	56
コラム：うつ病の再発のしやすさ	57
8. 復職決定／復職後	58
(1) 職場復帰後の配置	58
(2) 復帰後の業務	58
(3) 復職後の定期面談とカンファレンス	59
事例：「職場を変えることがリフレッシュに」	60
実践例：ピアサポート	61
コラム：うつ病の職場再適応の決め手とは	61
 第3章. 組織をつくる	 64
A. 作業計画への参加と情報の共有	65
事例：職員のコミュニケーション増加に向けて	66
コラム：労災の心理的負荷評価表	67
B. 勤務時間と作業編成	68
事例：リフレッシュ休暇	70
コラム： パワハラ	70
C. 円滑な作業手順	71
事例：職員の健康と法人の事故件数	73
コラム：ヒアリハット・インシデント	73
D. 作業場環境	74
事例：休憩保障	75
コラム：禁煙外来	76
E. 職場内の相互支援	77
事例：マイスター制度の実践	79
コラム：メンターとマイスター	79
F. 安心できる職場のしくみ	80
事例：お手紙制度	82
コラム：4つのケア	82
 第4章. メンタルヘルスに絡む就業規則・実施要領	 84
1. メンタルヘルス不調による休職の位置づけ	84

(1) 休職と休業	84
(2) 休職制度と就業規則	84
2. メンタルヘルスをめぐる就業規則の参考例とそのポイント	86
(1) どのような場合に休職となるのか	86
(2) 休職期間の長さ	87
(3) 休職している職員の身分はどうなるのか	88
(4) どのような場合にどういう手続きで復職とするのか	88
(5) 休職期間中に復職できない場合はどうなるのか	89
3. 復職支援実施要領の参考例	90
コラム：個人情報取り扱い	93
 おわりに	 95
 別添 1. 社会福祉法人コスモスの職場復帰実践プログラム（例）	 96
別添 2. 労働者の心の健康の保持増進のための指針	122
別添 3. 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	131

第1章 福祉現場におけるメンタルヘルス

1. 障害福祉現場のメンタルヘルス状況

現在、障害者福祉現場は最大の危機を迎えています。現場にいるとその実感は伴わないかもしれませんが、事態は深刻です。2000年の社会福祉基礎構造改革を皮切りに、2003年の障害者のサービス提供のあり方が措置から契約に変わる支援費制度が導入、2006年の障害者自立支援法の施行によって、それらの制度の改革の中で、総じて福祉経営自体が逼迫してきている実情があります。障害者自立支援法施行以降、書類作成等の事務量増加に伴って管理的業務を担う人材が以前にまして必要となっている背景もあります。その中で、なかまと職員の関係性はサービスを介した形へと変わらざるを得なくなり、また、職員の雇用条件についても不遇なものとなり、よりよい実践、育ち合いが生み出されにくい環境になっているのです。現場の福祉実践の中で、なかまたちや、上の者から様々なものを若手が丁寧に学び、その中で専門職かつ職業人としてじっくり育てられていくという福祉現場の伝統・風土が機能しなくなっている可能性が高まってきているのです。各現場で試行錯誤されていることだと思いますが、よりよい実践を行いたくても、それを共に検討する時間を割くことが昔のようには容易でない状況とも言えます。これは、職員の一部が常勤雇用から非常勤雇用で対応せざるをえない状況による、時間的制約のある体制での運営をせざるを得ないことも影響しています。

もちろん、どの業界においても仕事によるストレスが高まっていると考えられています。しかし、厚生労働省の労働者健康状況調査で、医療福祉分野におけるストレスの状態は、他業種よりも高いことが明らかになりました。実際、「仕事や職業生活に関して強い不安、悩み、ストレスがあるとする労働者」は就業者全体で58%を占めているのですが、医療・福祉現場は71.5%と最も高いのです。以下、教育・学習支援業（68.3%）、対個人サービス業（66.2%）、金融・保険業（63.3%）、運輸業（63.1%）がその後に続いています。私たちが2010年に行った調査においても、障害者福祉現場で働く職員の6割が心身の健康度に課題を抱えているという結果が出ました。高齢者分野や児童福祉分野、医療分野と比較すると、似たり寄ったりの結果でした。

その一方で、私たちの調査では、現在の職場で働き続けたいかといった質問項目も交えていたのですが、その結果としては、現在の職場に希望や期待をもっている者が大半であることが分かりました。これは、私たちの職場が如何にやりがいを感じることができる職場であるかを証明するがごとき嬉しい結果です。しかしながら、私たちは、ここに障害者福祉現場のメンタルヘルスの問題が潜んでいると考えています。

実は、先ほど述べた6割が心身のリスクを抱えるという調査結果を更に詳しく述べると、心身の健康度に課題を抱えている者たちの傾向として、うつ傾向がある者は1割ほどでしたが、身体的症状、不安・不眠を抱えるものが5割弱もいるという結果だったのです。つまり、私たちの福祉職場を、魅力的な職・職場であると思っているために、心身が辛くても可能な限り社会や人に関与し頑張り続けることが可能になってしまう人が多いのです。もともと持ち合わせている責任感や使命感も関係しているかもしれません。その結果、非常に体が疲れ心も擦り切れそうな状態でも日々の実践に従事し続けるのです。

特に、一人現場や中間管理職は、その傾向が高い傾向にありました。実際、中間管理職は、地域支援センター、サービス管理責任者、主任など、多くの職員に囲まれながらも一人で仕事をせざるを得なく、ほかの人に仕事の内容を理解されていない中で不調をきたしながらも仕事をし、倒れる場合があるようです。忙しく不在がちであったり、メンタルヘルス不調をきたしている管理者をもっている場合、部下として職場の悩みを打ち明けることができない状況にあり、一人悶々と悩みながら仕事に従事することにもなります。正規職員の一人職場の典型例としてケアホームをあげると、近年、丁寧に会議を持つ、ほうれんそう（報告・連絡・相談）が気楽にできるような体制を取るなど、いろいろな工夫もされてはきています。しかしながら、上司からの指示・命令に沿いながら、全体を把握することが業務として科せられ、非常勤の部下からの愚痴もひとりで受けることになりがちです。また、「休憩を取りたいのに取れない」とか「休みたいのに休めない」という状況についてもなかなか解消されないまま現在に至っています。

また、管理職にいたっても、事態は深刻であると考えています。上記の調査からは中間管理職ほどは悪い結果ではありませんでしたが、それは数値の問題であって、実際は、今まで障害者福祉現場を創り支えてきた幹部、管理職の不調のリスクはかなり高いのではないかと予測しています。運動をすればドアは必

ず開くという経験則が利用契約制度に変わってからなし崩しにされてしまい、国の単価（単位）のちょっとした操作でかなりの減収になるなどの仕組みに制度が変わっています。自らが見通しを作って切り開いてきた時期とは違い、他者（国や自治体）によって勝手に仕組みを変えられてしまう時代です。組織の足元がかなりもろい状態になっていることに不安を感じない管理職はいないと思われます。なかまがサービスを購入する「利用者」に変わる中、「これだけ負担しているのだからこれだけはしてくれない」という苦情や要望は必ず管理職に届くものです。次善の策としてとった非常勤化によって実際は現場に軋轢が生じ、現場からの悲鳴も聞かなくてはならない状況です。現場の話では、部下の不調者の愚痴や悩みを聞くことも、かなりのストレスとなっているとのことです。管理者は、かつての運動で勝ち取ってきた汗と涙の歴史と、現在の制度の狭間で苦悩しながら苦渋の経営の選択を委ねられているともいえます。管理者のメンタルヘルスが不調をきたしていても何も不思議なことではありません。

もちろん、管理職、非管理職を問わず、自分の健康を保ち続けることができる職員もいるのは事実です。しかしながら、職務の責任や私生活のストレスなど様々な要因が重なり、心身がある一線を越えてしまうと、一気にメンタルヘルス不調へと向かってしまう職員がいるのも事実です。その疲れ果てた状況に一度陥ると、電球がプチンと切れてしまうと何をしても復元できないのと一緒に、少し休息を取ったくらいでは元に戻りづらい状況が生み出されてしまいます。よく対人援助職現場でバーンアウトという言葉が聞かれますが、まさにその状態が生じやすい環境にあるのが私たちの障害者福祉現場といえるのです。私たちの職場が魅力的な実践の現場であるからこそ、事態は深刻な状態にあるともいえるのです。

2. 福祉現場のメンタルヘルス対策の意義

私たちの現場では、日々の業務に追われ、職員のメンタルヘルス対策にまで考えが及んでいないのが実情ではないかと思います。しかしながら、上記で説明したように、全産業の分野の中でも極めてメンタルヘルスが悪い状況です。よく賃金の低さが福祉現場のそもそもの問題であるかのように語られることがありますが、近年の研究では、賃金だけでメンタルヘルス問題が片付くわけでないことは知られています。賃金という報酬に加え、仕

事の安定性や昇進、セルフエスティーム向上につながる心理的な報酬なども、安心して働き続けるための大切な要素です。また、仕事の要求度、責任、負担、職場の雰囲気、対人関係、仕事の裁量権なども、私たちのメンタルヘルスを考える上で大切です。

国では、昭和 59 年の過労自殺労災認定を端緒に、1988 年に「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」を公示し、2000 年には「事業場における労働者のこころの健康づくりのための指針」を発表し、2006 年には事業場において事業者が講ずるように努めるべき労働者の心の健康の保持増進のための措置の原則的な実施方法について、新たに「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を公示しました。その指針のなかで、メンタルヘルスクア（※）の基本的な考え方として、ストレスの原因となる要因は、仕事、職業生活、家庭、地域等に存在しているとし、心の健康づくりは、労働者自身が、ストレスに気づき、これに対処すること（セルフケア）の必要性を認識することが重要であるとしたのです。現在、このような流れの中で、事業場におけるメンタルヘルスクアを事業場自ら積極的に推進することを表明し、各事業所に衛生委員会又は安全衛生委員会（※）において十分調査審議を行わせようとしているところです。実際、このような指針にそって、大規模の企業を中心に、様々なメンタルヘルス対策を実施しています。

では、福祉現場の対策実施状況はどうでしょうか。福祉現場においては、職員数からすると中小規模が多いこともあり、大企業のようにメンタルヘルス対策を立てることが出来ていない状況です。これは福祉職場に限ったことではなく、全産業で、職員規模が小さくなるごとに、事業所のメンタルヘルス対策が出来ていないことが厚生労働省（2009）の調査結果からわかっています。「健康の保持・増進に取り組んでいる」とする事業所は、1000 人規模以上であれば 9 割以上になりますが、300 人～999 人規模では 83%、100～299 人規模では 74%、50～99 人規模では 58%、30-49 人規模では 50%、10-29 人規模では 40% にまで下がります。法律上新たに設置された制度である長時間労働者に対する医師による面接指導制度や、その事後措置（労働時間の短縮や作業の転換等）の実施も同じように規模によって比率が下がっていきます。

もしかしたら、これは職員規模が小さいので、その分メンタルヘルス問題を有する職員が少ないのだとお考えになるかもしれません。上記厚生労働省の調査において、「メンタルヘルス上の理由により休業・退職した労働者の有無」を調べる項目があるのですが、そこでは確かに職場の規模が小さくなるごとに、メンタルヘルス不調の方の認知の割合は下がっていきます。「メンタルヘルス上の理由により休業・退職した労働者の有無」について尋ねた項目で、1000 人規模だと 93%、300-999 人規模だと 67%、100-299 人規模だと 38%ですが、50-99 人規模だと 16%、30-49 人規模だと 9%、10-29 人規模だと 4%まで下がります。

しかし、一方で、厚生労働省（2012）の新規卒者の事業所規模別・産業別離職状況の最新結果をみると、職員規模が小さくなるにつれて離職する率は上昇しています。医療・福祉の分野別でみると、2011年度3月卒の就業1年後の離職率は14.7%、2010年度3月卒の就業1年後の離職率は27.8%となり、2009年度3月卒の就業3年後の離職率は38.6%となっています。就職後3年間で、1000人規模事業所だと20%、300-999人規模だと26%の離職率と、規模が比較的小さい福祉職場では、4割近くに上ってしまう状況なのです。

つまり、中小規模の職員集団を抱える障害者福祉現場は、メンタルヘルスの問題を抱える職員が少ないのではなく、その対策がままならない中で、福祉職のやりがいとストレスフルな労働条件のジレンマに身を置かざるを得ない状況です。休職する制度が確立していないがために、メンタルヘルス不全になった時には、多くを語らず去る結果となっている可能性があります。また、メンタルヘルス不調になる危機を察した若者は、その職場にさっさと見切りをつけて離職してしまうことも想定されます。

より意識してメンタルヘルスの視点も含めて人を育てようとしないと、若者をはじめ将来を担う職員が定着していかないリスクがあります。よい実践とは、仲間とともに職員にとっても居心地のよい場であるべきです。

とくに、障害福祉現場では、若手の中間管理職に上がるまでの期間が以前よりも短縮化する傾向があり、それが若手のストレスを高めているといった調査結果も出ています。職場環境を含めて、皆が真剣に働きやすい職場を再検討していく必要性に迫られているといえるでしょう。

- ※ **メンタルヘルスケア** 心の健康対策を指す。統合失調症等の精神障害の治療を主な目的とするのではなく、労働者の心の健康を主眼とし、労働者の精神的不安、自信喪失、イライラ等の軽減あるいは解消を目的に教育研修や情報提供の実施及び相談体制の整備等を図ることをいう。
- ※ **衛生委員会又は安全衛生委員会** 労働者の危険又は健康障害を防止するための基本となるべき対策などの重要事項について十分な調査審議を行う必要があることから、常時使用する労働者が50人以上の事業場（林業、鉱業、建設業、製造業・運送業の一部の業種、自動車整備業、機械修理業、清掃業）においては安全委員会、常時使用する労働者が100人以上の事業場（全業種）は衛生委員会を設置しなければならない。

3. 福祉現場に求められるメンタルヘルス対策の全体像

では、福祉現場において、今後のメンタルヘルス対策に向けて、どのような姿勢で臨めばよいのでしょうか。

もちろん、法人の規模によって、その対策の取り組み方は異なってくるでしょう。しながら、人を支援する福祉現場である以上、法人の規模が違って、それなりの職員の心身を保全する取り組みが保障されてしかるべきだと考えます。

(1) メンタルヘルス対策の3つの視点

メンタルヘルス対策を行う上の重要な視点として、ここでは、3つの事柄を挙げたいと思います。1つ目は、個々の事例対応、2つ目にメンタルヘルス対策システム（復職支援システムを含む）、3つ目は共に育ち合う職場環境という視点です。

1つ目の「個々の事例対応」とは、メンタルヘルスのリスクを抱えてしまった職員ができたときに、個別にアプローチする視点を持つことを指しています。メンタルヘルス不調の呈し方は、多種多様であり、マニュアル化できるものではありません。そのため、どのように個別対応をしていくかについて法人内で理解して関わる職員が対応できるようにする必要があります。特に、「個々の事例対応」では精神科医療従事者等との外部の専門家との連携を図ることなど、法人外との個別の交渉も適時必要になってきます。そのため、個別に臨機応変に柔軟な対応をしていく視点が求められるのです。

2点目にあげた「メンタルヘルス対策システム（復職支援システムを含む）」とは、1点目をより具体化したものであり指針になるものです。各法人で、復職支援システムを含むメンタルヘルス対策システムを構築しておくことが重要なのです。

私たちの調査においては、メンタルヘルス対策が自分の職場にあると思うかという質問に対して、「いいえ」「わからない」と回答した人が60%いました。また、その各職場の対策について満足していない者、評価できない者が8割という状況でした。実際、メンタルヘルス不調で休職した職員がスムーズに復帰することを支える復職支援システムを確立している法人は非常に少ないのが福祉現場の実情です。

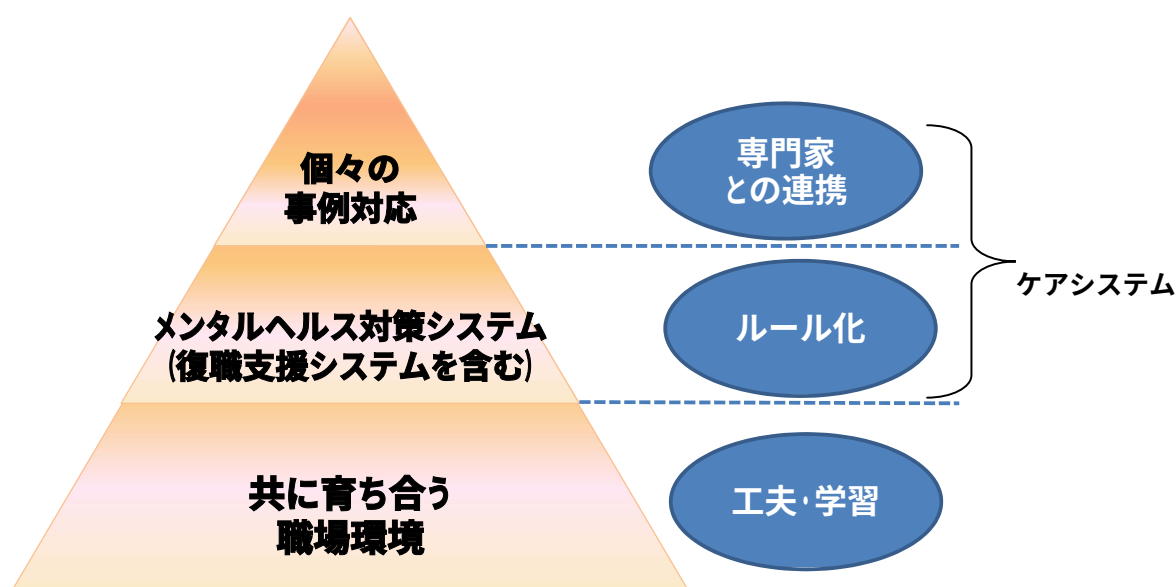
これらの結果を踏まえると、私たちのメンタルヘルス対策の中で、特に検討していくべき課題として、復職支援を含む「メンタルヘルス対策システム」が挙げられるのです。「メンタルヘルス対策システム」において、法人内のルール化をいかに行えるかがポイントになっているのです。

最後に挙げる3点目「共に育ち合う職場環境」は、これら上記でみてきた「個々の事例対応」「メンタルヘルス対策システム」の土台となるものです。私たちの福祉現場は、なかまも職員も共に育ち合う存在として、現在に至っています。そのような土台の上で、職員も日々職務に励んでいるのです。そのため、本当の意味でメンタルヘルス対策を講じようと考えたときに、共に育ち合う職場環境の工夫や学習を強化していくことが、メンタルヘルス不全の予防につながります。

なお、これらのメンタルヘルス対策の推進にあたっては、法人の管理者及びサービス管理責任者を中心に、ある一定の指針を示さないことには、組織として動けない要素を多分に含んでいます。この冊子を手にとって頂いた方から勇気を出して、メンタル

ヘルス対策を勧めていくよう周囲に進言して頂きたいと思います。

最後に付け加えておきますが、メンタルヘルス対策に各法人が着手しても、数年間は、思うように結果が出ないことが考えられます。職場のメンタルヘルスとは、簡単に結果がでるものではないからです。しかし、しっかりじっくり取り組めば、その分だけ、後には、離職者の数や休職者の数、そして、事故の発生率の軽減などのみえる形として、その法人に結果が返ってくることを約束します。



※ 第2章以降では、「個々の事例対応」と「メンタルヘルス対策システム（復職支援システムを含む）」を「ケアシステム」としてまとめて説明します。第3章で「共に育ち合う職場環境」を「組織をつくる」として説明します。

(2) 労働組合の役割

それぞれの法人に存在するであろう労働組合がメンタルヘルスにどのように関わるべきかについてはあまり知られていませんが、上記メンタルヘルス対策を進めていく上で、重要なポイントであると考えています。

現在、労働組合と共に「安全衛生委員会」を立ち上げ、機能させていくことが求められています。労働組合は、職員の雇用や生活を守ることのみならず、命と健康を守っ

ていく役割も担っているからです。つまり、労働運動のなかで安全衛生委員会をつくる運動を実施する立場にあるともいえるのです。メンタルヘルス対策には、現場の生の声がもっとも大切になるので、そのような意味でも、労使の協議事項として具体的な実施内容を提案する必要もあるでしょう。

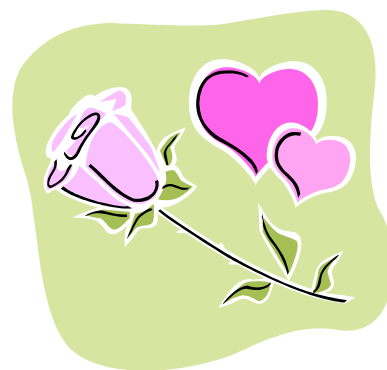
実際、メンタルヘルス対策を法人と労働組合の労使で協議して行うことが、よりよい対策につながっているようです。法人にとっても職員の命と健康を守ると同じ目標の使命を果たすべく、労働組合と安全衛生委員会で進めることができれば、結果的には管理者の負担が減り、よい形で復職できる例もあるのです。

管理者及びサービス管理責任者が、まずはメンタルヘルス対策の主導を握り進めていく必要がありますが、職員の健康を守るという視点ではパートナーとなる労働組合員とも連携し、進めていくことをお勧めします。

(3) 運動の発展へ

メンタルヘルス問題は、各法人で取り組んでいかざるを得ない部分は多分にありますが、もっと根本的な問題が横たわっていることは周知の事実だと思います。それは、メンタルヘルス問題は、福祉制度の改悪に大きく関係しているということです。そのため、その状況に対しても声をあげていく必要があります。政治の中で福祉制度が揺れ動く今、もちろん、障害者福祉施策自体もよりよい方向に向けていくための運動が欠かせないわけですが、同時に、職員のメンタルヘルスを守るための職員の処遇状況の改善・人員配置の充実を求めて、運動によって改善を求めていく必要があります。

一人の声は小さくても、皆で手を取りあって、法人を超えて、運動を発展させていく必要があるのです。是非、事業責任者にはその先頭にたって、中間管理職や他の方たちにも運動に関わってもらいたいと思います。



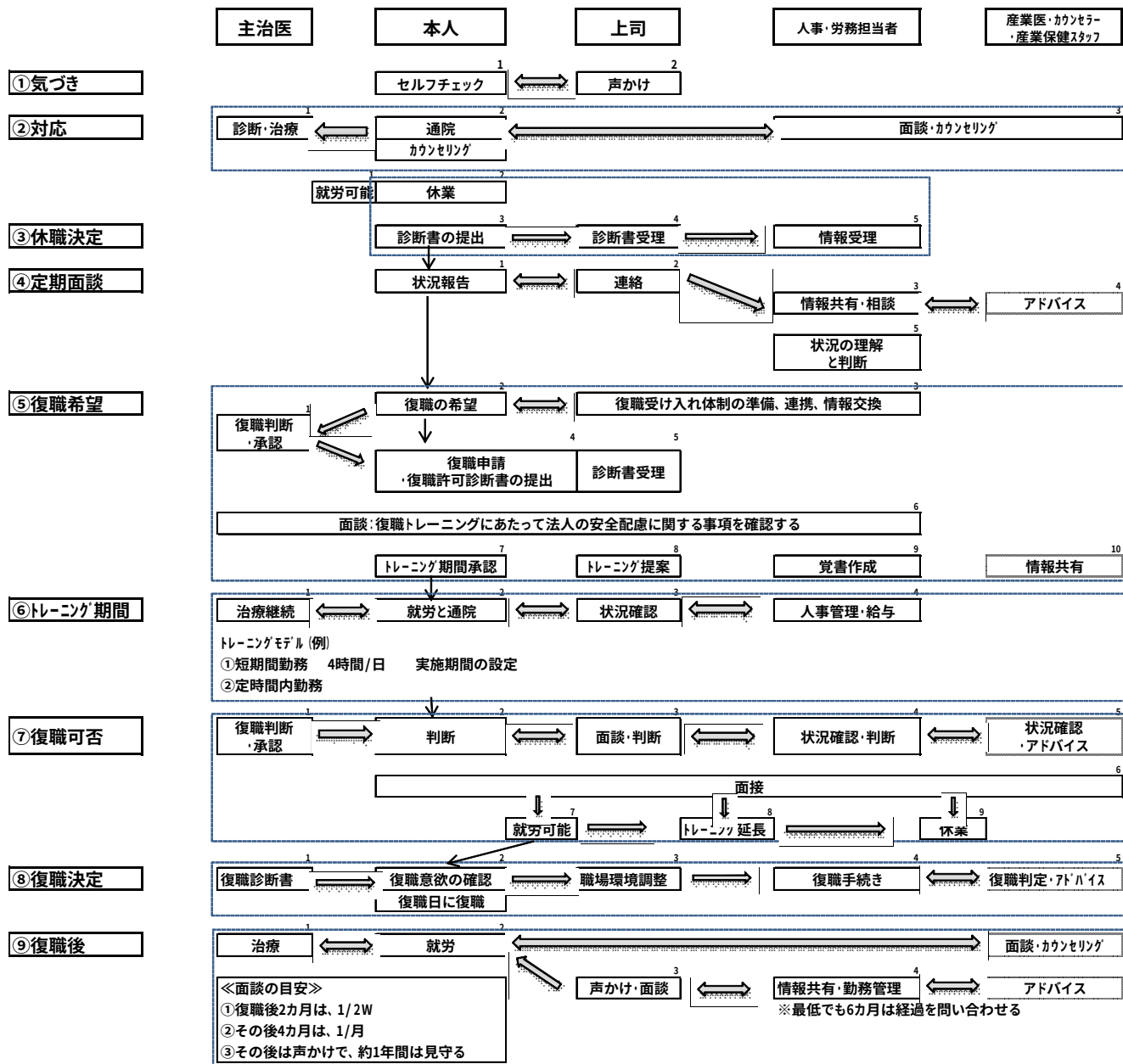
第2章 ケアシステム

ここでは、職員がメンタルヘルス不調に陥った際の、「個々の事例対応」の方法と、その方法の指針として「メンタルヘルス対策システム」の考え方について説明します。各法人で出来る範囲や条件が異なってくるものですが、その流れを押さえ、各法人でメンタルヘルス対策システムを構築していく際の参考になればと考えています。

なお、メンタルヘルス不調とは、（厚労省労働基準局の定義）では、「精神および行動の障害に部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、社会生活及び生活の質に影響を与える可能性のある精神的及び行動上の問題を幅広く含むもの」をさしますが、ここでは、近年問題となっている抑うつ状態、バーンアウト状態に陥っているうつ病レベルの方を中心とした対策に焦点を絞って説明をしています。厚生労働省のメンタルヘルス対策の指針を参考にしながら、福祉現場における実際の状況に合わせて記載をしています。全体の表【福祉現場のケアシステム体制】に従って、各項目について見ていきましょう。



【福祉現場のケアシステム体制】



参考：「心の健康づくり事例集～職場におけるメンタルヘルス対策～」；厚生労働省（一部改変）を基に作成

1. 気づき－メンタルヘルス不調に気づく

基本的に、職員は自分のメンタルヘルス不調について自己申告しにくいものです。みんなが頑張っているのに自分だけ言い出すことをためらったり、メンタルヘルス不調が出ていることが自分の能力不足や性格の弱さと思われることを避けたいためです。そのため、管理者が「いつもと違う」職員に早く気づくことは、何よりも重要で、この早期の気づきと、その後の早い対応が予後を左右します。

「いつもと違う」という感じをもつのは、職員がそれまでに示してきた行動様式からズレた行動をするからです。早期に不調者に気づくと、早期治療に結びつきます。また治療に結びつける必要までなくても、睡眠や生活習慣等の自らの気づきや指導・支援につながる場合もあります。

速やかな気づきのためには、日頃から他の職員に関心を持って接しておき、いつもの行動様式や人間関係の持ち方について知っておくことが必要となります。日々の職員間の信頼しあえる人間関係も大切になるでしょう。基本的なスタンスは、発見漏れや対応漏れをなくし、職員の落ちこぼしを作らないという職員、職場集団の共通認識が必要なのです。

特にここでは、心の不調のサインの出し方として、3つのポイントを指摘しておきます。

(1) 仕事ぶりの変化

日々利用者の支援等で頑張っている職員の仕事のやり方も「いつもと違う」感じをもつために大切な視点です。これまで1時間でできていたような仕事が半日たっても終わっていない場合や、その人らしくないミスや事故が増えたりするのは、心の不調によって注意力や集中力が低下しているからかもしれません。また、注意力が落ちると、同じことを何回も聞いてきたり、簡単な判断・利用者の対応が出来なくなったりします。自分でなんとかしようと必死になるために、利用者の接し方も管理的、威圧的になったり、無理矢理でゆとりなく物事をこなそうとする姿が見受けられることもあるかもしれません。同僚、班長・管理者への「ほう・れん・そう（報告・連絡・相談）」も滞りがちとなることも多いです。また、疲れているにも関わらず、能率の低下をカバーしようとして、残業を自ら自分に強いることも出てきます。

(2) 日常の様子の変化

管理者は、職員一人一人の日ごろの様子やその変化を十分に観察する必要もありま

す。たとえば、午前中にぼんやりした表情でいることが増えていたり、元気がない・覇気を感じることができない場合があります。ちらっと辞めてしまいたいといったことを周囲に漏らすこともあります。他の職員が話しかけても口数が少なく、愛想笑いでその場をやり過ごすこともメンタル不調の表れのサインとして見過ごすことはできません。

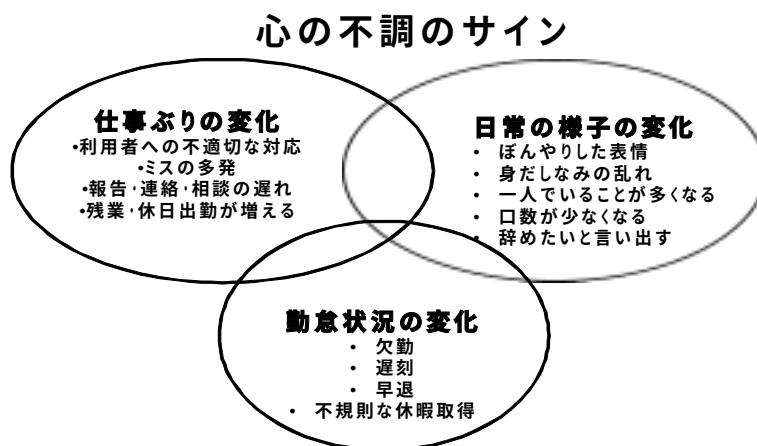
また、気持ちに余裕がなかったり、体力が消耗することで身づくろいに気が回らないため、シャツを汚れたまま着ていたり、いつも髭を剃る人が剃らないで出勤してきていたり、入浴することもままならない状況になることもあります。明らかに洗髪していない様子でフケが目立ったりといった様子が見られることもあります。

近年、福祉現場において、ケアホーム等の一人職場や、調理室などの密閉された空間では、日常の様子を管理者が把握することが出来づらくなります。さらに、近年の働き方として、流動的な非常勤職員の中に常勤1名体制という班を中心とした活動の中では、常勤職員の变化が見えづらくなってきています。そういう場合には、管理者が意識的に確認する必要があります。

(3) 勤怠状況の変化

いよいよメンタルヘルスが不調になってきたとき、これまであまり休まなかった職員の欠勤が増えたり、遅刻や早退が増えたり、不規則な休暇取得が増えることがあります。特に、月曜日や連休の翌日などに休みが増えることがあります。その理由は、風邪を引いた、持病が出てきた、腰が痛いといった身体面の不調の訴えであることもしばしばです。

毎日連絡が入るも休みが続く、あるいは、連絡が入って休むうちはよいですが、連絡が入らず2、3日の休みが続くようであれば、それは危険信号と捉えてください。休ませるか否かの判断を管理者が中心に検討していかなければならない時期ともいえます。



<事例>

「最近、職場でもイライラする。利用者にあたることも…」 A さん 28 歳男性

ケアホームに従事する唯一の正規職員である A さんは、いつも夜遅くまで仕事をして帰る真面目な方です。周りからも信頼を得ています。しかし、法人の管理職は、ケアホームの非常勤スタッフから「最近、A さんがイライラしているようだ」と相談を受けました。非常勤スタッフの話によれば、利用者への暴言などもみられるということでした。

相談を受けた管理職は、さっそく A さんの元に行き、話を聞きました。「ちょっと話を聞いたけれど、最近どうかな？」と声をかけると、A さんは「大丈夫です」と答えました。しかし、A さんは髪の毛は少しボサボサで、髪の毛ちゃんと剃

★ポイント★

「なんだかイライラする」というのは、メンタルヘルス不調の初期にみられることがあります。このようなサインに管理者はいち早く気づくことが大切です。特にグループホームやケアホームの正規職員は一人職場になりがちです。このとき周りの非常勤などのスタッフの気づきも大切になってきます。管理職は、周りの職員がメンタルヘルス不調に気づき、そして報告しやすくなるような環境を整えておく必要があります。

また、気づきの段階では、管理者が声をかけても「大丈夫です」と答える方があります。このとき、楽観視することなく、「心の不調のサイン」を確認したり、他の職員などから様子をしっかりと聞いておくことが求められます。

<注意：一人職場や中間管理職の対応>

一人職場の例としてサービス管理責任者、サービス提供責任者、主任、管理者代理あるいは副管理者、事務員、そしてメンタルヘルスの中心を担うことになっている管理者等は基本、一人職場のようなものです。ひとりぼっちにしないための手立てが必要です。また、不調になることを予測したそれぞれについての発見・気づき体制をいかにとるのが重要になるでしょう。

★実践例★（A 法人 職員数 50 名程度）

「“しんどい”と言おう」というキャンペーン活動

A 法人では、職員同士の横のつながりである労働組合の中で「しんどいことを“しんどい”と言おう」というキャンペーンを行いました。月に一度開かれる組合の会議には非常勤職員も出席しています。このキャンペーンにより、職員ひとり一人が自身のメン

タルヘルス不調を訴えることができるようになり、また周りの職員の“気づき”も増えるようになりました。

＜注意：管理者の苦悩＞

実践例として面白い活動です。ただ、行き過ぎると管理者と他職員が対峙することにつながります。まずは、管理者は、それぞれの事業、企画の経緯を語る説明責任があるでしょう。両者が納得いく方向性をともに見つめる視点が欠かせません。

＜コラム：バーンアウト＞……………

バーンアウトとは、対人援助職の病と言われてきました。今まで頑張って仕事をしていた人が、急に、あたかも「燃え尽きたように」意欲を失い、休職、ついには離職してしまう危険すらある大変な状態です。

彼らが、最初から福祉実践に意欲や情熱がない「怠け者」であったならば、事態はそう複雑ではなかったかもしれません。しかし、このバーンアウトの状態に陥る前は、精力的に利用者に関わり、周りの人からも一目置かれる存在であった場合も多く、その前後の落差が大きいだけに、同僚や上司も、まさに「燃え尽きた」としか言いようもないことも多いものです。

歴史的な話をすると、バーンアウトという概念を初めて論文でとりあげたのはフロイデンバーガーです。彼は、保健施設に勤務していた間、数多くの同僚が精神的・身体的に不調を訴え、また、一年余りの間に徐々に、あたかもエネルギーが失われていくかのように、仕事に対する意欲や関心を失っていったことをバーンアウトととらえました。その後、マスラックがバーンアウト研究に着手することになりましたが、その中で、燃え尽き症候群尺度 (Maslach Burnout Inventory: MBI) というバーンアウト尺度を開発しました。本邦においては久保ら (1992) が改訂した MBI 改訂版バーンアウト尺度が多く使用されるに至っています。この尺度は、「情緒的消耗感 (Emotional Exhaustion; E) : 肉体的疲労ではなく心理的な疲労感・虚脱感のことを指す」、「脱人格化 (De-personalization; DE) : 煩わしい人間関係を避けたり、個々の個人差や人格を無視し機械的に対応する傾向」、「個人的達成感 (Personal Accomplishment; P) : 仕事の成果に伴って感じる成功感や効力感であるが、バーンアウトの症状としては反対にこういった達成感が低下してしまう徴候が見られる」の 3 因子から構成されています。

誰しも、燃え尽きてしまい、エネルギーもなくなるリスクがあります。ほうっておくと、うつ病になってしまうこともあります。バーンアウトを予防するためには、まず仕事を終えたときの充実感を大切にすることです。自分ではその仕事の意味や充実感を感じられないことも多いのですが、周囲の人の一言で、多忙感が充実感に変わることも多いものです。そして、しっかりと休養をとることも重要です。あるいは、お酒を飲みながら友人や同僚とコミュニケーションを

交わすことも、適切なコーピングだと考えられます。逆に、誰ともコミュニケーションをとらず、自分のストレスを紛らわせるために、一人孤独にお酒を飲むことが習慣化すると、アルコール依存症になる危険もあります。

田尾雅夫：バーンアウトの理論と実際、誠信書房、p29-38、1996。

久保真人：バーンアウト－ヒューマンサービス職のストレス、日本労働研究雑誌、Np558,54-64,2007。

2. 対応－受診の見極めと受診の促し

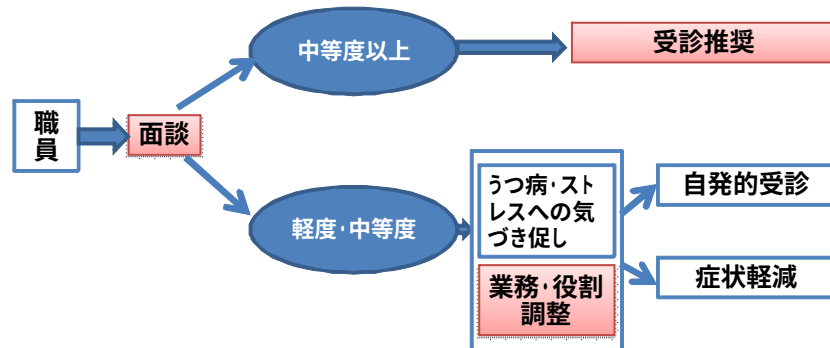
(1) 対応の考え方

「いつもと違う」部下に対して、職場の誰かがいち早く気づき、管理者等を中心に対応していくことが求められています。管理者がすべての職員を把握することは不可能ですし、また管理者自身が多大な管理業務を抱える中でその余裕がないことも多いものなので、現場のことを把握している中間管理職等が管理者に協力して対応していく姿勢が求められます。

まず、その当人は病んでいることもあり、また、その背後に病気が隠れている可能性があるため、病気でないかを確認する必要があります。しかし、病気の判断は管理者等にはできません。これは、産業医もしくはそれにかわる精神科医や心療内科医師の仕事だからです。

管理者等が行う見立てとしては、管理者等が「いつもと違う」と感じた職員の話を聴き、その症状が「軽度・中等度」あるいは「中等度以上（重症）」かの判断を行うことです。「軽度・中等度」の場合の目安は、客観的にみて本人が自分の疲れている状態を認識できており、その原因もはっきりし、業務や役割の調整を行い、しっかり休養を取れば改善する見込みがありそうな場合です。ストレス症状に伴うなんとなくダルい、疲れが取れないといった身体症状は自覚しやすいものです。その身体面の改善を図る視点から休養の必要性について一緒に考えることができそうな時にもあたります。つまり、管理者として本人に決定権を委ね少し様子をみてもいいかなと思える余裕がある時を指しています。「中等度以上」の場合の目安は、管理者等からみて、その職員の精神状態をどう見立ててよいかわからず、専門的診断が必要だと思われた場合です。聞く限り、差し迫った状態であると感じられる場合や、不眠や不安が顕著な場合も含まれます。

不調者の対応



＜参考＞DSM大うつ病出典：平成21年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「リワークプログラムを中心とするうつ病の早期学研から職場復帰に至る包括的治療に関する研究」分担研究書, 2010. (一部改変)

「軽度・中等度」の場合は、(難しいことも多いですが) 本人の意向を酌みつつ、うつ病やストレス状態の自覚をさせ、生活の立て直しについて検討させます。管理者側の配慮として、業務量や仕事の役割で配慮できる点を行います。残業は当面はさせないなどの方針を管理者側として明確に示すことも大切です。「中等度以上」の場合は、医療機関の受診を推奨します。医師のところへ行かせる、一緒に行く、あるいは管理者自身が産業医等の関連ある医師のところに相談に行く仕組みを職場の中に作っておくこともよいでしょう。

もちろん、これらの見立ては精神科の専門家ではありませんので、あくまでも管理者としての見立てで構いません。ただ、判断を行う際に、管理者一人で行うのではなく、出来る限り複数名の管理者集団で客観的に判断を下すことが望ましいでしょう。その際に、後のコラムにつけた「こころの健康測定調査質問票」などの自記式尺度を利用することも有効です。

なお、受診の推奨はあってしかるべきですが、受診を強制することは避けるべきです。無理やり受診をさせることは、当人の被害的な思いを引き出すのでよいこととは言えません。また、「軽度・中等度」あるいは「中等度以上(重症)」の判断に迷う場合は、一定期間の間で改善が認められるか観察し、判断を下すことも一つでしょう。

単なる情報の確認だけではなく、「しんどいね」「そんなに思いつめていたんだね。つらかったね」といったように、本人の思いをまずは聞き取りましょう。その中で本人が自分のことを客観的に見つめなおすことで職場への思いをしっかりと語りはじめたり、ちょっとした後押しで本人が思い切って通院に結びつくケースもあります。そして、2、3週間後に再度当人の話を聞く機会を設定し見守りましょう。

ただ、本人が自発的に受診を希望する場合は、積極的に法人としても受診するための配慮をしてほしいと思います。どのような症状レベルであっても職場が受診を妨げることはあってはなりません。

（２）声のかけ方―“しんどさ”の自覚を促す

では、見立てを含めて職員の声聞きだすときに、どのように誰が声をかけていけばよいのでしょうか。

基本的には、不調に気づいた直属の上司が、さりげなく声をかけるのが適切だとされています。ただ、班の人間関係がこじれて心身の不調につながっている場合もあるため、ケースに応じて、誰が声掛けするのが本人にとって望ましいか検討する必要があります。その職員と直接的には関わりのない、しかし、その職場のことをよく理解している職員や管理職やその他の事務などの職種、また、法人に出入りしているカウンセラーが声かけていくこともよいでしょう。

どのように声かけをしていくかについては、次の図にあるように、叱咤激励をするような対応は望ましくありません。元気づけよう、気晴らしになるようにと、一方的に飲み会やレジャーに誘ったりすることも、その場に出向くまでのパワーが本人にないため負担に感じやすく、逆効果となることがあります。心が傾いたときは、誘われることは苦痛に感じがちなのです。

よい声かけの仕方としては、穏やかな口調で、さりげなく、体調面に焦点をあてて尋ねてみるのが効果的です。心の不調は、不眠や食欲不振（反対に、他の傾向として過眠・過食の場合もあります）などの体調の変化を伴うことが多く、体調の変化から心の不調も気づいていくことができるものです。また、尋ねられる側としても、いきなり悩み事について話し出すよりも、体調のことから話すほうが話しやすいということがあります。無理矢理に聞き出そうとするのではなく、上司として当人のことを心配している気持ちを伝えながら、話を進めていくことが大切です。その当人が、法人にとって“必要な貴重な存在”である、というメッセージを込めて言葉を発する姿勢も欠かせません。

声かけのポイント

<よい例>

- ・顔色がよくないようだけど、体調でも悪いの？
- ・最近、ミスが多いけど、君らしくないな？何か困っていることがあるのか？
- ・遅刻が増えているようだけど、大丈夫？
- ・最近疲れているように見えるよ、ちゃんと休めている？
- ・ちょっと最近痩せたんじゃない？どうしたの？
- ・よかったら話を聞かせてくれないですか？

<悪い例>

- ・ボーっとしてどうしたんだ。しっかりしてや。
- ・また遅刻か。利用者が迷惑するんだぞ。
- ・俺だって若いときは辛かったけど、根性で乗り切ったわ。
- ・考えすぎだ、もっと楽に考えてごらんよ。
- ・君には期待しているんだ。
- ・暗い顔していないで、飲みにいけば気も晴れるさ。
- ・みんな頑張っているんだ。お前もがんばれ。

(3) 聴くポイント

心が傾いている方と話をする時に気をつけたいポイントは、以下のとおりです。

~~~~~

#### ①相手のいうことを頭から否定しない。

×「とにかく、君の考えは間違えている」

×「そんな考えではやっていけない」

#### ②相手の苦しみや辛さに対して、気持ちや気分の問題としたり、一般論化した話・他者との比較をしたりしない。

×「そんなことを考えて悩んでいるよりも、楽しいことを考えよう」

×「普通は、そこまで気にしない。要は気の持ちようだ」

×「他の人はこうしている」

#### ③相手の言うことを先回りしない。話を途中で遮らない。

×「(話の途中で) 早い話が、君は○○と言おうとしているのでしょ？それはもうわかっているよ」

#### ④無理な励ましをしない。

×「弱音を吐かず、頑張らないとだめだ」

#### ⑤無理に行動を促さない。

×「気分転換のレジャーに行ってみたらどう？」

~~~~~

勿論、事例によっては、正しいであろう回答が誤った回答となることもあります。下記に望ましいと思われる具体的例をあげておきます。

①⇒相手の言っていることに同意できない、納得できない場合でも、理解しようとしている姿勢を見せましょう。

例)「どうしてそんな風に考えるのか、教えてくれないかな？」

②⇒気持ちの問題や、一般論に置き換えず、相手と向き合う姿勢を示しましょう。

例)「君は○○について、そんなに悩んでいたんやね」

③⇒他者に気持ちを伝えることが、気持ちの整理にも役立ちます。相談者が考えながら話をしている時には、最後まで聴くように努めましょう。聴き終えた後で、相手の言っ

たことを確認するのは悪いことではありません。

例)「(聴いた後で) 君が伝えたかったのは、こういうことで間違いないかな？」

④⇒相手が精神的にプレッシャーを感じるような励ましの仕方は、逆効果となることがあります。(励ます行動が必ずしも悪いわけではありません)

例)「みんなも協力するから一緒にどうするか考えていこう」

⑤⇒少しの行動を起こすのも大変な状況にあることが多いものです。

例)「今はどんな風に過ごしているの？何か力になれることはある？」

~~~~~

#### (4) 受診を勧める注意点

本人に自覚症状があったり困難さを強く感じているときには受診意欲が強く病識もあり、積極的に治療に取り組むことが容易です。しかしそうでない場合、受診を促すためにもある程度の工夫が必要になります。本人の健康を最優先してそれを心配して改善を促す姿勢は大切ですが、極端に病人扱いすることは、特に病識の乏しい人にとっては受け入れ難く、周囲の上司・同僚・利用者の間で対立関係を生みかねません。先ほども述べましたが、決めつけによる治療の導入は、当本人の被害感情を掻き立てます。ただ、たとえば受診を拒否する背景には家族の生活を考えるとここで自分が病気になるわけにはいかないといった経済的不安が絡んでいる場合もあります。本人が現在困っている点をうまく取り上げ、その解決のための受診であること、職場と本人の両者が一緒に考え、協働して取り組んでいくという意識を本人と共有することが大切とされています。

困ったことや症状がありながらなかなか受診しないような場合は、本人にとって何が受け入れ難いか丁寧に聞き取り、受診するメリット・必要性を理解してもらうことも必要です。また、客観的な事実をもとに、本人が困っていることについて、一度医療機関で相談することも一つの方法だと思ってもらうことも一つです。キーパーソン(その人に影響を与えやすい人)を見つけて、その方に受診を進めてもらう方法もよくとる方法です。その際、管理者や上司・同僚による同行などのサポート体制を整えておくことも必要になってきます。

## 受診を促す対応・工夫

- 病人扱いせず、本人が困っている点を本人と管理者（それにかわる上司）で共有
- 受診する上で受け入れがたい点を明確にし、受診への抵抗感を減らす
- 受診するメリット・必要性を理解してもらう
- キーパーソンとなる人を見つけ受診を勧めてもらう
- 職場のルールや事業者の安全配慮義務も説明する
- 客観的な事実をもとに問題に直面化させること
- 病状によっては家族に連絡を取り、受診を促す
- 受診同行などのサポートを整えておく
- 受診しやすいように業務の調整や日時の確保をする
- 法人に関係しているメンタルヘルスの専門家を介して受診を促進する

### （５）受診先

あなたの法人に、関連している精神科の医療機関があれば、その法人のことを理解してくれた上で話が進むのでベストです。しかし、そのようなシステムを構築できている法人は多くはありません。そのような場合、それぞれの地域にある診療所やクリニックなどで、本人が希望する医療機関に受診してもらうようにします。医療機関の選定にあたっては、下記の点で本人のニーズにあったところを重視することが大切です。

#### ＜紹介先の選定＞

- 入院の可否（入院が必要な場合は精神科病院）
- 受診のしやすさ（受診への抵抗の少なさ）
- 治療継続のしやすさ（診察曜日や診察時間や職場・自宅周辺など）
- 対象としている疾病
- 身体疾患の併発している可能性のある時は総合病院の精神神経科
- 提供している医療の内容（カウンセリングの有無、職場復帰支援など）

職場の部下・同僚がうつ病などの心の病気かもしれないと疑うときや、受診をすすめたいと考えた場合に相談できる場所としては、法人に関連ある産業医や保健師、あるいは、次頁の表の地域産業保健センターに相談できます。



地域産業保健センター（※）一覧（大阪府下）

| 大阪府下地域産業保健センター一覧 |                                                                                                |                     |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 名 称              | 所 在 地                                                                                          | 担 当 区 域             |
|                  |                                                                                                | 電話番号                |
| 大阪中央             | 〒536-0003 大阪市鶴見区鶴見3-6-37 大阪市鶴見区医師会内<br>大阪市のうち中央区・城東区・東成区・天王寺区・浪速区・生野区・鶴見区                      | TEL 06-6911-2030    |
| 大阪南              | 〒557-0044 大阪市西成区玉出中2-11-4 大阪南労働基準協会内<br>大阪市内のうち、住之江区・住吉区・西成区・阿倍野区・東住吉区・平野区                     | TEL 06-6656-3443    |
| 天 満              | 〒530-0053 大阪市北区末広町3-14 大阪市北区医師会館 大阪市北区医師会内<br>大阪市内のうち、北区・都島区・旭区                                | TEL 06-6312-3531    |
| 大阪西              | 〒550-0015 大阪市西区南堀江1-11-1 三共四ツ橋ビル8F<br>大阪市内のうち、西区・港区・大正区                                        | TEL 06-6533-3350    |
| 西野田              | 〒554-0012 大阪市此花区西九条5-3-60 西野田労働基準協会内<br>大阪市内のうち、此花区・西淀川区・福島区                                   | TEL 06-6462-4451    |
| 淀川               | 〒532-0006 大阪市淀川区西三国2-18-16 淀川労働基準協会内<br>大阪市内のうち、淀川区・東淀川区・池田市・豊中市・箕面市・豊能郡                       | TEL (協)06-6396-5601 |
| 東大阪              | 〒578-0944 東大阪市若江西新町1-6-5 東大阪労働基準協会内<br>東大阪市・八尾市                                                | TEL 06-6723-3450    |
| 岸和田              | 〒596-0073 岸和田市岸城町23-17 (社)岸和田労働基準協会内<br>岸和田市・貝塚市・泉佐野市・泉南市・阪南市・泉南郡                              | TEL 090-1951-6400   |
| 堺                | 〒590-0953 堺市堺区甲斐町東3-2-26 堺市医師会内<br>堺市（美原区を除く）                                                  | TEL 072-221-2330    |
| 羽曳野              | 〒582-0018 柏原市大泉4-15-35 柏原市立健康福祉センター1階 柏原市医師会内<br>富田林市・河内長野市・松原市・柏原市・羽曳野市・藤井寺市・大阪狭山市・南河内郡・堺市美原区 | TEL 072-971-9007    |
| 北大阪              | 〒573-0023 枚方市東田宮1-6-4 北大阪労働基準協会内<br>枚方市・守口市・寝屋川市・大東市・門真市・四条畷市・交野市                              | TEL 072-846-2343    |
| 泉大津              | 〒595-0013 泉大津市宮町2-25 泉大津市立保健センター 泉大津市医師会内<br>泉大津市・和泉市・高石市・泉北郡                                  | TEL 0725-32-2536    |
| 茨木               | 〒567-0031 茨木市春日3-13-5 茨木市保健医療センター茨木市医師会内<br>茨木市・高槻市・吹田市・摂津市・三島郡                                | TEL 0726-31-2770    |

※ 地域産業保健センター：厚生労働省から地域の医師会が委託を受けて、産業医の選任義務のない規模の 50 人規模の事業場等を対象に、そこで働く労働者や事業主等に対して、健康相談・保健相談・保健指導等の産業保健サービスを無料で行っています。従業員の病後、復職後の健康管理に関することやメンタルヘルスに関することについて相談できます。

なお、受診にあたって助言を求められた場合、心身症が疑われる場合は心療内科を紹介しますが、それ以外は、基本的には精神科や精神神経科への紹介や情報提供が望ましいです。日本精神科病院協会のホームページからは全国の精神科病院が、精神神経科診療所協会からは診療所クリニックが都道府県ごとに検索可能となっています。また、最寄りの精神保健福祉センターや保健所に問い合わせると、適切な情報を複数提供してもらえる場合も多いです。また、近年では、下記のサイトの利用も可能となっています。

★ 大阪府 大阪府医療機関情報システム

<http://www.mfis.pref.osaka.jp/apqq/qq/men/pwtpmenult01.aspx>

★ 京都府 京都健康医療よろずネット

<http://www.mfis.pref.kyoto.lg.jp/ap/qq/men/pwtpmenult01.aspx>

★ 兵庫県 兵庫県医療機関情報システム

<http://web.qq.pref.hyogo.lg.jp/hyogo/ap/qq/men/pwtpmenult01.aspx>

#### (6) まず休ませる、その体制づくり

受診をためらうが、状況がぱっとしない場合など、一方法として有給休暇や欠勤を利用して休ませる方法があります。軽度・中等度の場合であれば、2、3日～1週間休養を取れば改善する場合もあると考えられるからです。走り出して止まらない状況の職員にとっては、この“待った”を管理職等がかけることが、自分の仕事のペースを見直すきっかけになることもあるのです。

本人にまだパワーが残存しているような軽度の時に限ってですが、思い切って生活圏内を離れて時間を過ごすことを勧めてもいいでしょう。本人は、仕事を休んで実家へ帰郷したり旅にでるなどといったことは躊躇しているものなので、そのようなリフレッシュの機会として休みを勧めてみるのも一案です。(そのようなパワーがなさそうな場合は、受診がより推奨されるレベルと捉えた方が無難です)

ただ、その際に期限をきっちり決めておく必要があります。もしも、期限を超えて休みたいと申し出てきた場合は、少々の休みでは状態が改善しないということを指しています。その時点で面談の実施あるいは医療機関を受診するように促しましょう。従来の就業規則に基づいて休職のプロセスを経るように指導していく必要があります。判断に迷う場合は産業医に相談をする手もあります。

なお、このような休みに関する事項は、管理者等の判断がないと踏みきれないものです。管理職一人の判断で迷う場合は、複数の管理者集団で判断すべきことです。ただ、その際に現場の意向を無視してはいけません。職員が一人抜けたあとの協力体制の検討も管理者集団ですべきところです。数日間の切り盛りになりますので、役割等について具体的な指示をして現場が混乱しないようにしましょう。

#### <事例>

##### 「実は…職場の人間関係に悩んでいる」 Bさん 25歳 女性

Bさんは、今年の4月から一人暮らしをはじめ、数か月が経過します。しかし、最近、遅刻や欠勤が多くなってきました。Bさんの様子が気になった上司は、Bさんに声をかけましたが、本人は「大丈夫です」と話します。管理者は、「そうか、私がちょっと心配になったただけだから、何かあったら話してくれよ」と声をかけました。

管理者は、Bさんに断りを入れた上でBさんの実家に連絡し、Bさんが普段何でも相談している両親に本人の最近の様子が心配であることを伝えました。その後、両親が一人暮らしをしているBさんのアパートを訪れ、話を聞いてみると、「職場の人間関係で悩んでいる」と悩みを打ち明けてくれました。

本人と両親と上司の三者で何度か面談し、上司は十分にBさんの話を聞いた上でBさんに受診をすすめました。Bさんは「通院させて、自分を辞めさせる気ではないか」と最初は通院を拒否していましたが、上司が「あなたは法人の大切な職員だから」と伝え、丁寧にBさんの普段の様子について話をすると、

#### ★ポイント★

遅刻や欠勤が多くなるのは、メンタルヘルス不調の初期にみられるものの一つです。このような職員に対応する際には、本人がメンタルヘルス不調に気づいていない段階で無理やり受診をすすめるようなことはしないことが重要です。本人が「大丈夫です」と話している場合も、「あなたのことを心配している」「あなたは法人の大切な職員だ」という気持ちを相手に伝えていくことが大切です。

また、このときに家族の協力を得ることは一つの方法です。このようなときのためにも普段から法人と職員家族との交流もあるといいかもしれません。この事例にあるように、支援実践の悩みなどは職場の上司などに打ち明けやすくても、職員間の人間関係などの悩みは打ち明けにくいことがあります。その際、キーパーソンとして本人の家族や友人などに聞いてもらうことも1つの方法です。そして、本人を受診へとつなげていくためには、数回に分けて面談をおこない、本人がある程度納得して受診できるようにすることが大切です。

### ★実践例★（B 法人 職員数 600 人規模）

#### キーパーソンを交えての話し合い

B 法人では、休職や「しんどい」という悩みを相談する際に、管理職と本人のほかに、「キーパーソン」となる人を交えて話し合いが行われることがあります。キーパーソンとなるのは、本人の配偶者や恋人、友だち、親、兄弟、職場での同僚などで、本人が信頼できる相手を、本人自身で選んでいます。

キーパーソンを交えて話し合いをすることによって、本人のプライベートでの様子なども聞くことができます。また、本人が管理職と会うことが難しい場合には、仲介役をしてもらうことも可能です。しかし、本人が地方出身者である場合など、親しい友人や親などが遠くにおり、キーパーソンが探しにくいことも考えられます。

#### <コラム：不調者のスクリーニング>……………

不調者発見のための代表的なツールとしては、GHQ M.I.N.I CES-D SDS K6 など色々なツールがあります。気分・不安障害のスクリーニングの目的として簡便なものは、以下の K6 (無料) です。

なお、このようなスクリーニング尺度は、職場内における適切な事後措置が確立されている場合に使用することが望ましいです。事後措置が不明瞭のままスクリーニングを行うことは、望ましくありません。ただ、質問項目は一度ご覧いただき、職員の心身状態を尋ねるときの目安にして頂けます。なお、現在、年に1度の健康診断の際に、メンタルヘルスのスクリーニング尺度を導入する案が大企業を中心に広まろうとしています。中小規模の職場が多い福祉現場においても今後の課題となってくるかもしれません。



# こころの健康測定調査

## 質問票

(K6質問票)

過去30日の間に、どれくらいの  
頻度で次のことがありましたか？

全くない

少しだけ

ときどき

たいてい

いつも

1 神経過敏に感じましたか。

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2 絶望的だと感じましたか。

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3 そわそわ、落ち着かなく感じましたか。

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4 気分が沈み込んで、  
何が起こっても気が晴れないように感じましたか。

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

5 何をするのも骨折りだと感じましたか。

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

6 自分は価値のない人間だと感じましたか。

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

↓

↓

↓

↓

↓

0点  
x

1点  
x

2点  
x

3点  
x

4点  
x

☐
☐
☐
☐
☐

点

点

点

点

点

☐
☐
☐
☐
☐

=

合計点

☐点



## “こころの健康測定調査質問票” の使用方法

- ① この30日間の症状について、患者さんに“こころの健康測定調査質問票”に回答していただきます。
- ② 1 から 6 に ☒ された回答の合計点から評価します。

| 各列の点数 |      |      |      |     | 合 計 点   | 症状レベル     |
|-------|------|------|------|-----|---------|-----------|
| 全くない  | 少しだけ | ときどき | たいてい | いつも | 5～9 点   | 心理的ストレス相当 |
|       |      |      |      |     | 10～12 点 | 気分・不安障害相当 |
|       |      |      |      |     | 13～24 点 | 重症精神障害相当  |
| 0 点   | 1 点  | 2 点  | 3 点  | 4 点 |         |           |

### K6質問票について

- “こころの健康測定調査質問票”においては、K6調査票を採用しています。
- K6質問票は、精神疾患（うつ病性障害および不安障害）を効率よくスクリーニングするための尺度として、2002年に米国のKesslerらと提案した、6項目からなる自記式質問票です。
- 不安、抑うつ症状の頻度を5件法で求め、合計得点0～24点で症状評価を行います。  
(参考資料)
- Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL et al. Shortscreening scales to monitor population trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine* 2002;32:959-76.
- 川上憲人2006「全国調査におけるK6調査票による心の健康状態の分布と関連要因」平成18年度厚生労働科学研究費補助金（統計情報高度利用総合研究事業）「国民の健康状況に関する統計情報を世帯面から把握・分析するシステムの検討に関する研究」

### 3. 休職決定

「休職」とは、何らかの事由により業務に従事できない社員に対して職員としての身分を保有させたまま、一定期間、労務の提供を免除または禁止する制度をさします。つまり、休職は、法人が決定するものです。休職の事由や休職期間については、各法人で任意に就業規則等で定めることになるものであり、管理者集団が予め検討すべきことになります。就業規則等の検討については第3章に譲り、ここでは「休職」にあたっての決定の考え方と初期対応について述べていきます。

#### (1) 休職における対応課題

休職に至るには、通常、専門医の診断・意見に加えて、本人の希望および了解が必要であり、それを受けて、職場の管理職が話し合いを行い、決定されます。特に本人の希望が強い場合は、その意思が優先されます。

休職で重要なことは、第一に適切な治療が定期的・継続的に行われているかです。治療に専念するという休職の目的をきちんと果たしていなければ、休職の意味がなくなってしまう。そのため、休職に至る職員に接する管理者は、治療継続をしているかについては休職中も情報を得て、療養を支援する必要があります。

休職の際に第二に重要なことは、“休職は復職を前提として行う”ということです。ただ、休めばよいということではなく、休職するところから復職までを見通して、法人としての進め方を考えることが大切です。

第三に、法人として対応することです。本人へは休業補償を徹底すべきところです。法人の欠員保障はないですが、これは法人として休む職員に提供すべき情報です。また、休職決定は、長期的な個別支援が開始されることを意味しますので、特別な体制づくりが必要になります。法人によっては、この時点でその人のための労働安全委員会が開催されることになります。

#### (2) 休職の勧め・決定

基本的には本人、あるいはその家族によって診断書の提出をしてもらうことが前提となります。口頭のやり取りだけで休職に入ることは避けるべきでしょう。休職の際には、主治医から診断書を出してもらい、それをもとに法人が休職するかどうかを判断するわけですが、診断書の中身は定型化されていることが多く、その人の病状が診断書だけでつかめることは少ないでしょう。病名についても、「自律神経失調症」や「抑うつ状態」などと解釈を広げて書かれていることがあります。そのため、必要に際し、直接主治医

に病気や治療についての情報をもらうことが必要になります。

なお、休職の話題を持ち出す時期は、本人が休業に至った後になることが多く、郵送によるやり取りを事務的に行う方が本人にとっては負担が少ない場合が多いです。休業に至った直後に職場に無理やり書類の届け出に来させることは避けた方がよいでしょう。

### (3) 主治医との連携による情報収集

職員の休職などに関わる事項では、主治医と職場担当者の「連携」が重要となります。早期に連携体制がとれると、その後の復職もスムーズに進むことが多いです。円滑な連携体制が、休職期間中の状況確認、復職準備、復職後の経過に大きく影響するのです。法人側からは、職場での様子を提供することが、主治医にとって有用となることも多いので、法人からも積極的に情報提供に努めることがよいでしょう。

## 職場から提供が可能で主治医の診療に 有用となることが多い情報

- 普段の職場での言動
- 受診前の職場での言動
- 職務内容の詳細
- 職場での本人をめぐる人間関係
- 職場での本人の仕事ぶりに対する評価
- 最近の残業時間
- 職場からみた発症の要因(誘因)
- 過去の健康診断の結果
- (職場で把握している) 既往歴
- (職場で把握している) 本人が抱えている仕事外の問題
- 同僚や上司のおおよその作業負荷
- 職場の休業に関する諸制度(認められる休業期間、休業期間中の補償など)

なお、主治医とのやりとりは、産業医がいる会社であれば、産業医の助言や措置の元に情報提供依頼書や主治医意見書などの医学的見立てを含めた文書のやりとりを行うことが多いです。しかし、中小規模の福祉現場においては、産業医が常駐していることはほとんどないので、それらの医学的見地からの文書をやり取りしたとしても、人事・労務を取り仕切る管理者がその内容を理解して、一人ひとりの休職者に合った具体的な

取り組みを行うことは困難です。そのため、主治医との連携を図る場合は、主治医にアポイントをとって直接面談を行うことが効果的です。そのアポイントの取り方については、「面談の予約状（※次の頁）」などを、本人を通じて主治医に渡してもらったり、本人が次回受診の予約を取る際に、その旨を口頭で主治医に伝えてもらうという方法があります。

そして、面談は、原則的には三者面談となります。本人を抜きにして主治医に面談を申し込む場合は、個人情報の観点から本人の了解を得て、そのうえで面談を進める必要があります。

#### （４）休業決定時の連絡手続き

休職が決定したら、必要な事務手続きについて本人や家族に示すことになります。管理者は、事務手続きの書類や提出時期等についてはあらかじめマニュアル化しておくべきでしょう。そして、一連の手続き書類や、休職に至るまでの経過および面談記録、診断書、事実上の勤務管理表などは重要なので、一定期間きちんと管理しておきます。

また、休職中の連絡事項や連絡方法についても、文書にして本人や家族に渡しておく、行き違いが起こりにくくなります。その目的は、本人に休職中の対応窓口を明確に示すことで、誰から連絡があるかわからない、あるいは誰に連絡したらよいかかわからないといった不安を解消し、安心して療養できるようにすることにあります。対応窓口は、出来る限り一本化しておくほうが、それぞれの立場で個別に対応することを防ぐ意味でもよいでしょう。

※ 面接の予約状（例）

○△メンタルクリニック      ○○先生 御机下

ご多忙中に誠に恐れ入ります。

また、平素より当法人にご理解とご協力を頂きありがとうございます。

さて、このたびは、当法人職員○○を御高診いただきありがとうございます。当法人では、職員の病気療養および職場復帰などに関しまして、私、△△が担当しております。

つきましては、適切な療養のために必要なことや、スムーズな職場復帰への支援のために注意すべきことなどにいて、先生よりご教示いただきたく存じます。必要ならば、発病前の勤務状況や職場環境などについて、情報提供させていただきます。

○○の次回診察時に私が同席させていただければ幸いに存じますが、診察外の時間であれば先生のご都合にあわせて伺いますので、予約を入れていただきたく存じます。いずれの場合でも面談はすべて本人同席の下で行い、プライバシーについては十分に配慮いたします。

上記ご了解頂けましたら、その旨を本人○○にお伝えください。

何卒ご高配のほど、よろしくお願い申し上げます。

平成○年○月△日

社会福祉法人    ○○会  
事業責任者    △△△△

この連絡手続の際に付け加えておかないといけないことは、連絡は、職場からの一方通行でよいことを伝えておくことです。そうでないと、法人に連絡をしなければならぬと考えて、ゆっくり療養することができなくなってしまいます。電話一本かけるにも、休職者には負担になるものです。

## 休業した職員および家族に伝えられるべき情報

- ☐ 休業中の事務的な手続き
- ☐ 有給休暇でどこまで休めるのか
- ☐ その後の病気欠勤扱いはいつまでか、どの時点を過ぎれば休職となるのか
- ☐ 休職期間の限界はどれだけか
- ☐ クーリング期間に関すること
- ☐ 休んでいる間の給与の扱いはどうなるのか
- ☐ 健康保険組合からの傷病手当金はいくらか、いつまでもらえるのか など

なお、可能であれば、療養開始時に、休業に関する就業規則および関連の社内ルール、

療養中の過ごし方や注意事項、健康保険組合の傷病手当金の申請方法などの事務手続きの案内、職場復帰プログラムの流れ、職場内外の相談窓口の連絡先などの説明事項を、手引書のような形であらかじめ職員へ手渡しておくのも一方法です。休職時に本人に渡す手紙の一例をつけておきます。

## 【休業時に本人にわたす手紙（例）】

### 病気で休まれる職員の方へ

#### 1. はじめに

病気で休職（病欠）される方のために  
休業補償のこと、傷病手当のことなど  
知ってほしい内容について簡単にまとめました。



#### 2. 病気になった

1. すみやかに班長・施設長に連絡をし、病状を伝えましょう。
2. 症状が落ち着かない場合は、必ず医療機関で受診しましょう。  
長引く場合は、医師の診断書が必要になります。班長・施設長に相談してください。
3. 病欠が 4 日以上になる場合は、診断書の提出や傷病手当金の手続きが必要になります。
4. 有給休暇への振り替えも行っています。  
施設長へ相談するか人事担当にお問い合わせください。
5. 医療費の控除があります。領収書は、必ず月に 1 度人事にまとめて提出してください。  
(診察費、薬代など)

#### 3. 有給休暇について

あなたの有給休暇は、〇〇年〇月〇日において、〇〇日あります。  
有給休暇振り替えについては、人事△△にご相談ください。

#### 4. 休職について

- ・私傷病が 3 か月に及んだ場合、休職となります。
- ・休職期間は、あなたの勤務年数は〇年 休職期間は〇年です。  
(休職〇年で復職できないときは期間満了にて退職となります)

#### 5. 私傷病中の給与について

- ・私傷病中の賃金控除は、翌月分の給与に反映されます。
- ・通勤手当は、欠勤日数により通勤定期の解約または支給を停止させていただきます。
- ・給与の計算対象期間は、暦日（1 日～月末日）の一か月です。給与計算対象期間の全日を私傷病欠勤した場合は、基準内賃金、食費補助等の手当は支給されません。

#### 6. 傷病手当金について

- ・傷病手当金は、受給開始から通算 1 年 6 か月の期間を限度として支給されます。  
あなたの傷病手当開始日    〇年〇月〇日  
傷病手当金終了日            〇年〇月〇日

## （５）職員の協力体制づくり

急に一緒に仕事をしていた同僚が明日から抜けるとなると、現場の職員にもっともしわ寄せがいきます。そのため、出来る限り早い時点で、協力体制について管理職を交えて話し合っておく必要があります。その現場の人間関係の中で起こったメンタルヘルス不調である可能性もあるため、残された現場職員の不安や不満も聴き取っておくいい機会です。

手順として管理者は、第一に、管理者が行うべき労働者の安全配慮義務に基づき休職になった事実を伝えます。その際、出来る限り、医療機関の見解も同時に示す方がよいです。たとえば、職場の同僚にどのように説明するかは、復職する本人の希望を聞いて進める必要がありますが、本当の病名を伝えたくない、一部の管理者だけには伝えてもよいといった場合にも、職場内で何らかの説明を行ってコンセンサスを得ておかなければ、無用な詮索を行うことになります。常勤、非常勤を問わず、事実は正確に伝えることの方がよいようです。職場が事実を知っている者と知っていない者の間でぎくしゃくしたりするからです。周囲に病気についての理解をしてもらっていないということは、本人にとっても長い目で復職後を考えてときに、よいことではありません。そのため、本人にもカミングアウトの必要性とその理解をもとめ、職場がチームとしてよりよい形で回り始める病状・病名説明の方法を模索する必要があります。

手順の２つ目として、管理者としての方針（予測する休職期限や役割分担）についてみんなに伝えます。メンタルヘルスによる休職はその期間が延びる場合もあるので、その際の対応についても予測できる範囲で伝えます。職場内に安全衛生委員会がある場合は、その存在にも触れ、他の職員が困ったことがあれば、管理者だけではなく、その休職者のことを取り扱う委員会に相談できることも補足します。また、産業医の存在についても触れることができるでしょう。

できれば、その休職者のキーパーソンとなっている者の存在も開示しておくことが、今後の復職を視野に入れた支援では重要になると思われます。





## 〈事例〉

「もう自分に自信がない…辞めたい…」 Cさん 25歳 女性 抑うつ状態  
休職中

日々の業務に追われ、最近、顔色も悪く、疲れた様子をみせているCさんは、ある日、管理者のもとを訪れて、「もう辞めたいんです」と相談しました。管理者はCさんの思いを傾聴した上で、Cさんの話から自己肯定感がかなり下がっていることを確認しました。そこで管理者はCさんに十分な休養が必要ではないかと考え、「何だか疲れているみたいだね。仕事を辞めるというのは、人生の重要な決断だから、その決断をするかどうか決めるのは一度“棚上げ”しない？」と話しました。

その後、何度か面談をし、Cさんは受診を決め、管理者と共に地域のクリニックを受診しました。管理者は主治医に対して、「先生、この人は、うちの大切な職員なんです。少し疲れているようなので、休ませてやりたいのですが。」と伝

## ★ポイント★

この事例では、働き続けた結果、「心のガソリンが切れた」と表現されるバーンアウト状態にあるといえます。バーンアウト状態の職員に対しては、ガソリンを満タンにするために十分な休養が必要になります。（本人が通院しながらない時は、無理に勧めることはできませんが、）基本的には早期に受診につなげ、服薬と休息を確保することが必要になります。

評価の見えにくい福祉職場では、職員の自己肯定感が下がり、それがメンタルヘルス不調に影響することがあります。メンタルヘルスが健康でないときに「仕事を辞める」などといった人生の重要な決断を早期にすることを避け、一度“棚上げ”するよう声をかけてみるのが大切です。また、本人の状態によっては、十分な休息を取ってから、気持ちに余裕をもって考え直せるように、休業の手続きをすすめていきます。

受診の際には、休職のための診断書を出してもらう必要があります。このためにも普段から障害者福祉の職場に理解のある医師のいる地域のクリニックを見つけておくことが大切です。

## ★実践例★（C 法人 職員数 300 人規模）

### 心理カウンセラーの積極的な導入

C 法人では、心理カウンセラーを積極的に導入し、月 1 回のメンタルヘルスに関するセルフケアやラインケアの学習会にも参加してもらっています。また、学習会とは別に職員のカウンセリング相談もしてもらっています。法人のすべての職員が、心理カウンセラーが相談にのってくれることを知っているため、最近では自発的に相談に行く人も増えています。相談を進めていくなかで、「自分には少し休憩する時間が必要なんだ」と、休職に至った職員もいます。

このほか、職員の相談にのってもらうだけでなく、法人全体のメンタルヘルスの問題を把握してもらいながら、職員からの相談を受ける側である管理者にもアドバイスをしてもらいます。職員からの相談をすべて受け止めていては、管理者自身がしんどくなってしまう。B 法人の管理者は、心理カウンセラーに少し話を聞いてもらうというかたちでガス抜きをしています。

### <コラム：現代型うつ病>.....

正式な医学病名ではありません。従前からの典型的なうつ病（メランコリー型、内因性うつ病）と違うものを意味する総称として名前が一人歩きしている傾向があり、専門家の間でも見解は一致していません。

「新型うつ病」などとも言われ、あたかも最近新しく生じたうつ病のようですが、実は古くから「ディスチミア親和型」「逃避型うつ病」「アパシー」「退却神経症」「パーソナリティ障害（境界性、自己愛性など）」「甘え、怠け、わがまま、自己中心的な性格の問題」など専門家の間では様々な見方をされてきています。

本人だけの問題と考えられがちですが、社会が生んでいるという観点も重要と思われます。DSM-IV-TR（米国精神医学会）にはメランコリー型に対し非定型うつ病の診断基準の記載があり、1) 気分の反応性：楽しい出来事には気分が明るい、2) 食欲の増加、体重増加、3) 過眠、4) 鉛様の麻痺（身体が鉛のように重い）、5) 拒絶過敏性（他人の言動にひどく敏感）、などを特徴としています。

食欲不振や不眠、動機、だるさなどの身体的症状が病感ともなるため、その当惑を受容しながら、身体症状の改善に力点を置く方向で治療も進みます。急がれることを嫌うので、生活リズムの調整に力点を置き、「自分の生活リズムを立て直そう」というスローガンを支持していきます。「服薬と休養で比較的短期間で治る」ものではないことも多いものです。初期の疲労が解消してきた時期を見計らい、規則正しい生活を送るように指導することも有効とされています。たとえば貝谷は、「毎日、同じ時間に起きることを習慣づける」「昼間はなるべく、外

にでる機会をつくる」「毎日、できるだけ人と触れあう」「三度の食事は規則正しく、決まった時間にとるようにする」「生活の記録をつける」の5つの工夫を推奨しています。復職してからも1-2年はかかると心得て、長い目でみて、その職員の職業人としての文化様式の再獲得をサポートし育てる姿勢が欠かせません。

野村総一郎：多様化したうつ病をどう診るか，医学書院，2011

貝谷久宣：気まぐれ「うつ」病―誤解される非定型うつ病，ちくま新書 筑摩書房 2007

## 4. 定期面談

休職後、入院している場合や、自宅療養に入っすぐは、しばらくは直接的な連絡は差し控えた方がよいとされています。そのことは本人にも伝えた上で様子を見ましょう。少し落ち着いたところから接触を図っていくことになりますが、休職中に1か月に1回程度の定期面談は、治療を継続しているかのチェックや、回復の具合を確認するために必要です。ただ、回復が進まず外出も困難であったりすると、面談を拒否される場合もあります。その場合にも、職場からキーパーソンやご家族を通じて状態を確認したり、返信不要の手紙という負担にならない形をとるなどして、本人が、浦島太郎状態（取り残された状態）になったり、復職へのモチベーションが低下したりしないようにしなければなりません。

### （１）時期に即した支援を

基本的に、休業開始から就労開始までに経る３つの時期があると考えられています。それらの時期の流れを的確に把握し共通認識をもって対応にあたろうとすることが、大切な視点です。

#### < 3つの時期 >

##### ①職場離脱期

職場から心身共に離れ、休息をとり、生活リズムの安定を図る時期です。

##### ②心身安定期

安定した生活の中に日課を取り入れると同時に、内面の整理を進める時期です。

##### ③復職準備期

自主的に職場復帰に向けたトレーニングを行いながら、復職に向けた環境調整などを職場や家庭の関係者と進める時期です。

[職場離脱期]は、治療と療養に専念し、症状の改善に努める時期です。そのため、この時期は、本人や主治医に意向を確認し、あまり頻繁な接触にならないように申し合わせておくことが望ましいとされている。連絡は本人から自発的に行うことを基本ルールとし、業務上どうしても必要な確認事項や事務連絡がある際に、管理監督者から本人へ連絡することがあるといった内容で、あらかじめ本人にも文書で示しておくのがよいでしょう。

[心身安定期]には、急性期の症状が緩和し、少しずつ日常生活に支障がなくなってくる時期である。外出したり、人と会話したり、「好きなことならできる」状態で、徐々に就業にあわせた基本的な生活リズムを整え、日中の活動度を挙げていくことが可能になってきます。メンタルヘルス不調に陥った誘因・要因についても振り返るとともに、繰り返さないための方策について内省を深めたりすることも可能です。職場からのかかわりを徐々に増やしていい時期です。

[復職準備期]は、基本的な生活リズムが整い、業務に関連した準備を具体的に行っていく時期です。あらかじめ決めておいたスケジュールにしたがって、「好きではないこともやれる」状態です。職場復帰プログラムを開始する時期と重なります。

## （２）個別支援の留意点

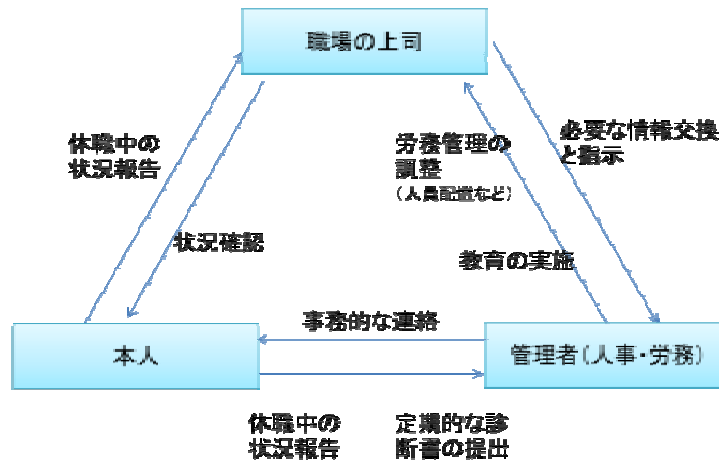
### １．個別対応に向けての体制構築

まず管理者が組織として行わなければならないこととして、法人の規程に基づいて、個別にどのように対応していくかということです。休職者が１０人おれば、１０人の対応は異なるからです。

組織に、メンタルヘルス推進担当者を選任することになっており、たとえ５０人未満の職場においても、１０人以上の職場においては、労働安全衛生法１２条２において、安全衛生推進者の選任が義務付けられています。この担当の責務は重大ですので、他の業務や役割の兼ね合いを管理者集団で検討した上で、任命していく姿勢が欠かせません。少なくとも、このメンタルヘルス不調者の問題が発生したときに、この休職者問題を、どの会議で議題とするのか、また、個別対応する場合の役割分担を明確にしておきましょう。

誰が面談を行うかという点については、基本的には法人で人事・労務を担当している管理者となるでしょう。直属の上司との関係が良ければ、上司でも構いません。また、労働組合側としての対応者がいる場合は、休職中の情報収集に際し、労働組合側のスタッフと連携していくことが望まれます。

## 休職中の本人に関わる役割



### 2. 定期 と内容

### 面談の目的

定期面談の中で職場の管理者が得られる情報の中心は、「現在の状態」「治療の経過」などです。とはいえ、いきなり病気の話をするのではなく、まずは話しやすい雰囲気づくりが大切です。本題に入る前に、ちょっとした雑談（天気の話など）をして気持ちをほぐすこともよいですし、まずは「寒くなってきたけど、風邪をひいていないかい？」などと体調について配慮することも、その後の話をスムーズに進めるためのコツです。

休職初期は、身体的にもつらく、疲労感も取れていない状況ですから、ある程度眠ってゆっくり過ごすことが大事ですが、症状が改善してきたら、リズムある生活を送ることも、回復のために重要なことです。職場復帰の目途がついてきたら、主治医と相談しながら、職員自身が、下記の項目をチェックしてみるように促しましょう。

なお、職場から自分について点検するよういわれると、自分に非があるというメッセージが同時に伝わるのが予想されます。そのため、自己点検をして、職場がその当人の復帰に備えて何ができるかを教えてほしい、といったスタンスを説明することが大切です。

## 休業期間中の指導目標 (本人が確認する客観的な回復の指標)

- 回復状況  
休業前にあった症状の有無
- 日常生活・勤務時と同じリズムに戻っているか  
就寝時間と起床時間、昼間の眠気の有無
- 職務能力(体力、集中力、持続力、判断力など)の評価  
散歩、読書、他者との共有時間やパソコン操作などが持続できる時間
- 職場要因(業務による負荷、適性、人間関係)の検討  
業務の質的・量的負担、上司・同僚の支援、業務の指示系統、研修機会など
- 休業に至った本人側の原因は見直されているか  
対人関係能力、ストレス対処能力の向上、家庭の支援など

### 3. 主治医との連携

復職が近づいてくると、医療状況がいかなものか気にかけていく必要があります。本人の話と、管理者が観察して感じられる印象の間に隔たりがある場合など、主治医の意見を聞きたいときは、主治医と直接会って話を聞くことがよいでしょう。また、休職中に、職場内でも情報交換を行い、経過を共有しておくことも欠かせません。たとえば、近年のコミュニケーションツールである、Mixi や Facebook で休職者が情報を発信することなども含め、アンテナをはると様々なところから本人の情報は得られるものです。総合的な判断をしていくためにも、主治医と連携を密にして、相談の上当人の復職の時期を法人としてもさぐっていきましょう。

### 4. 家族との関係づくり

休職中の本人のサポーターとなる家族との関係もまた重要です。

家族の多くは、メンタルヘルス不調に陥った家族員に対して支持的に接するものですが、経済的な問題が背景にある場合などは、本人の病状が十分に回復していないにも関わらず、家族の強い希望で職場復帰の意向が示されることがあります。したがって、家族にも、職場が用意している職場復帰支援の仕組みや、健康保険組合の傷病手当金の仕組みなどの経済的制度について説明を行い、療養について無用な不安を取り除いておくような支援が望ましいです。一方、家族が抱える問題そのものについては、職場からの安易で中途半端な介入が問題を複雑化させることにもなりかねないので、慎重を期すべきとされています。

また、労働者からの情報だけを聞いている家族は、法人に対して誤解を抱いてしまうことがあります。とくに、年齢の若い職員で一人暮らしをしているような場合は、療養前の就業状況や体調管理状況、職場が行ってきた就業上の配慮について実家の家族が関知しておらず、一方的に法人側に責任があるとしてトラブルになることがあります。療養中の安全管理の観点からも、一人暮らしの労働者には原則として家族の下での療養を推奨することを考慮し、休業する際はできるだけ家族同伴での面談の場を設けて、家族に対してこれまでの経緯を説明しておくことが望ましいでしょう。定期面談の際に家族に同席を御願いすることも、正しい情報を収集するために役に立ちます。

#### <事例>

「現場はいま、どんな感じですか？大丈夫ですか？」 Dさん 30歳 男性 うつ病 休職中

うつ病で休職中のDさんは、休職して約1か月が経過します。Dさんには、休職にあたりしっかり休むよう説明しましたが、Dさんは職場復帰に向けてかなり焦っているようです。そのため現場統括者は、家庭訪問の頻度を2週間に一度のペースに増やしています。

家庭訪問の際には、職場の話を取りわけするわけではなく、世間話をし、Dさんの生活のついて困ったことなどがなければ相談を受けています。

Dさんから「現場は今、どんな感じですか？」とDさんは自分が休んでいることによって、職場に迷惑をかけているのではないかと心配している様子です。現場統括者は、「職場のことは大丈夫だから、ゆっくりしてな。今は休むのが仕事よ。」



## ★ポイント★

休職している職員に対しては、電話や家庭訪問などで本人の様子を伺うことが大切です。家庭訪問をする際は、本人の状態に合わせて、法人のメンタルヘルス担当者が訪問するのか、直接の上司がよいか、もしくは職場の同僚がいいか判断する必要があります。またこの事例のように休職して間もない時期には、焦燥感から十分な休息をとれない方もいます。そのような職員に対して、訪問者はメッセージャーとして、訪問の回数を調整する必要があります。

休職中は、本人を焦らせたりすることなく、まずは十分に休養できるよう配慮する必要があります。このときにはメンタルヘルス不調の背景にある職場以外の要因である生活問題などの相談も受けていくことも大切です。

ただし、中には職員の家庭訪問によって不安が強まり、ゆっくり休息できない職員の場合もあります。このときは無理に家庭訪問や電話することをせず、ある程度時間を置くことも必要です。

## ★実践例★（D 法人 職員数 50 人規模）

### 法人と労働組合による相談体制

D 法人では、休職中の職員が復職するに向けて面談をすすめていく際に、法人の管理職と労働組合の組合員のそれぞれ 1 人ずつ担当を設置しています。それぞれの担当者を置くことによって、段階的な定期面談をおこなっています。定期面談をおこなっていく際、休職中の初期には同僚である組合員が家庭訪問し、生活の相談などを受けています。その後、本人の回復を待って、復職の話を進めていく際には、法人の担当者も入れて、三者で面談を進めていっています。この役割分担により、休職している職員は安心して復帰にむけた相談ができています。

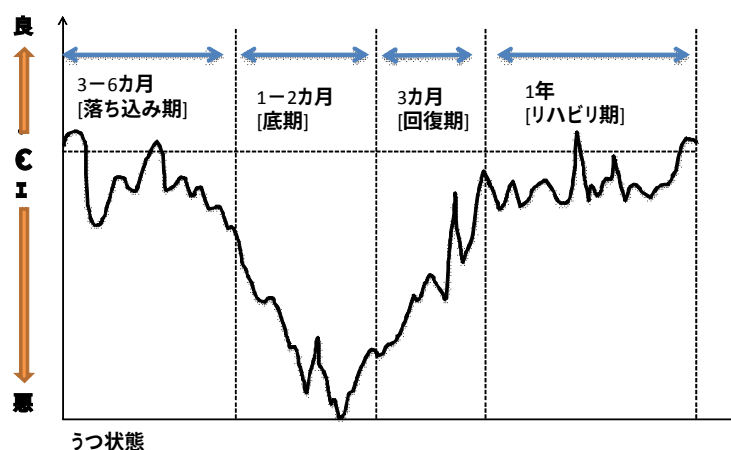
< コ ラ ム : う つ 病 の 治 療 経 過  
> .....

本文中で休業開始から就労開始までに経る 3 つの時期については説明しましたが、それらの時期はうつ病の治療経過とも重なるものです。

うつ病のうつ状態は、3－6 か月は落ち込み期といわれ、気分の状態は下降していく一方です。しかしそれにも波があり、少し盛り上がることもあります。とくにバーンアウト症状とうつ状態が絡み合うと、心身がきつくなっていく一方で、再起して頑張ろうと思う時期があることが知られており、心身は頑張れないと悲鳴を上げているのに、気分をあげて精力的に活動しようとしします。

落ち込み期が深刻になってきたと思うと、急下降し1－2か月は底期と呼ばれる時期がきます。その時期は寝たっきりになっていることも多く、ひどい場合は入院を要します。起き上がれず仕事に行けなくなったという状況は、この時期に値することもあります。しかし、しっかりと休息をとると、徐々によくなり回復してきます。ただし、うつ病の治療の中ではこの回復期がもっとも自殺のリスクも伴うことが知られています。心身にパワーがでてくると、企図を実行に移すことができてしまうからです。少し元気になってきた時こそ、しっかりと見守りをして頂きたいと思います。なお、リハビリ期は1年以上かかります。低空飛行で4、5年がうつ病の治療でよく語られることです。ゆっくりじっくり取り組む姿勢が必要です。

## うつ病の治療経過



## 5. 復職希望

### (1) 本人の意向をゆっくりじっくり確かめる

法人によって、復職願が存在するところとそうでないところがありますが、基本的には、本人から復職について打診があって初めて調整に入るものです。本人の意向に従い職場と事前に調整ができると、より円滑に復職ができます。そのためにも、休職中に定期的な面談を通してコミュニケーションが図れていることが望ましいといえます。管理者は、随時、直接やりとりをしている者からの情報をキャッチし、今後の見通しを持つことが賢明です。

必要であれば、復職準備のための予備面接を設定してもよいでしょう。そこでは本人の復職の意思と意欲を確認することが主な目的です。チェックポイントとして重要なのは、「焦り」から復職を希望しているのか、心理的余裕を持って復職希望をしているかという点です。心身の状態が安定しているか、心理的負荷に対する抵抗力・回復力があるかなども重要です。

定期面談の中で、本人から復職についての希望が語られる時期になったら、面談の担当者に本人とともに休職に至った原因や問題点などを洗い出す作業をしておいてもらうこともよいでしょう。この作業は、本人にとっては再発を防ぐために重要なポイントになりますし、職場側にとっては復職のためにどのような準備が必要かを検討するときのヒントになります。問題を整理するために「復職にあたって考えておくことリスト(下表)」を示して、担当者が一緒に考えていくことができるとよいでしょう。

| 復職にあたって考えておくことリスト                                             |  |
|---------------------------------------------------------------|--|
| 1. どういった理由で、休職することになったのでしょうか？<br>＜自分のストレスを振り返る＞               |  |
| 2. 今後、復職にあたって、どのようなことが気になりますか？どのようなことが不安ですか？<br>＜自分のストレスに気づく＞ |  |
| 3. 今後、職場でのストレスには、どのように対処していけばよいのでしょうか？<br>＜ストレスコーピング＞         |  |
| 4. どうすれば、再び調子が悪くならないですむでしょうか？<br>＜再発サインとは？＞                   |  |

## （２）職場側の復職支援体制

本人から担当者に復職希望が提出された段階で、法人としても復職準備を整えていくことになります。重要なことは、「復職を支援するチームで対応する」という視点です。担当者一人が抱えていても復職のプロセスはうまくいきません。管理者が中心となって、復職支援体制チームを確立していくことが求められます。

まず、チームの構成員としては、定期面談などで継続的なかわりをもっている管理職、あるいは休職者が話しやすいキーパーソン、そして、法人の人事・労務を統括する担当者、労働組合側職員などになるでしょう。さらに、産業医がいたり、カウンセラーがおれば、それらのスタッフも加わってチームとして対応します。

チームの検討事項は、復職の時期や復職に向けてのトレーニングの必要性、トレーニングが必要と判断されれば、それを職場内で行うのか否かを考えます。職場内で行う場合は、その担当者や内容、期間について本人に案として提示するプランの確認を行います。

## （３）主治医も含めた三者面談

本人や家族が不安や焦りから職場復帰を急ぎ、回復が不十分なまま職場復帰の希望が出されることがあるので、主治医の見立てがどうなっているかは必ず確認する必要があります。ただ、主治医からの復職可能の診断書だけでは復職を判断する材料として不十

分であることが多いものです。福祉現場の仕事内容を十分に理解してもらった上でないと、イメージがつきづらいものなのかもしれません。

それを補う意味でも、職場から主治医に対して、病状紹介や職場復帰に関する具体的な情報提供依頼をすることが方法として挙げられます。ただし、その場合は法人側に産業医を選任することが望ましいとされており、復職診断書（表）に記載された主治医の意見をもとに、産業医による本人との面談を実施した上で、本人、産業医および人事労務担当者、班長による３者（４者）面談を行うことになります。

産業医がいない場合でも、主治医に職場の情報を提供することによって、より適切な判断をしてもらうことは可能となります。本人の同意を得た上で、本人、主治医、管理者あるいは人事・労務担当者による３者（４者）面談を主治医に申し入れるとよいでしょう。３者面談が受け入れられない場合は、先に提出してもらった「復職診断書」をできるだけ詳しく記述してもらい、それを参考に、本人と、人事・労務担当者、班長、場合によっては労働組合職員に同席してもらう検討の場を設けます。現在の回復状況での復帰の可否（再度確認）、就業上の配慮などについて意見を効率よく提供してもらうため、確認したい事項を準備して面談に臨むとよいとされています。なお、「復職診断書」は、あらかじめ職場で準備した書面（一般的な書式に具体的な就業上の配慮についての記載等を追加したもの）を用いることがよいとされています。参考例を下記につけています。

### 3者面談における確認事項

- ① 発症前後の状況と業務の関連性・・・本人の健康問題、家庭の問題など他の要因の有無
- ② 治療の経過（簡単に）
- ③ 最近の日常生活・・・基本的な生活習慣の確立ができているか
- ④ 現在の症状・・・復職後の作業内容、勤務形態の決定のため
- ⑤ 現在の治療状況・・・通院の必要性、頻度、何を目安に本人の体調を見ればよいのか
- ⑥ 復職にあたっての主治医の注意事項  
配置転換の必要性があるのか、当面してはいけない業務はあるか（車両運転、行事参加など）  
就業時間の制限はあるか（残業、出張、深夜・交代勤務など）
- ⑦ 同じ職場の者はどのような対応をすればいいか  
業務に関する対応（復職後の業務範囲や配慮の必要な期間の確認）、人間関係における対応、特に差し控えるべきことがあるか（しばらく酒席には誘わない等）

## 【主治医に依頼する復職診断書（例）】

| 職場復帰支援に関する情報提供書（復職診断書）                      |                            |
|---------------------------------------------|----------------------------|
| 下記の職員の職場復帰支援に際し、下記の内容についての情報提供及びご意見をお願いします。 |                            |
| 〇〇法人 △△                                     | 所属 氏名                      |
| (主治医記入)                                     |                            |
| 患者氏名                                        | 生年月日： 年 月 日 ( 男・女 )        |
| 診断書病名または状態：                                 |                            |
| 現在の状態（業務に影響を与える可能性など）、回復の程度：                |                            |
| 治療経過：                                       |                            |
| 治療継続の必要性、今後の見通しなど：                          |                            |
| 就労の可否： (1) 可 (2) 条件つき (3) 否                 |                            |
| ＊上記において (2) 条件つき可の場合、就労の条件：                 |                            |
| (1) 就業時間 ( ) (2) 業務内容 ( )                   |                            |
| (3) 業務上の車両運転の可否 (4) その他 ( )                 |                            |
| ※ 短縮勤務などに対応できない場合は、その旨を注意書きしておくといでしょう。      |                            |
| ＊ 就業上の配慮に関するご意見（症状の再燃・再発防止のために必要な注意事項など）：   |                            |
| 上記の通り情報を提供致します。                             |                            |
| 年 月 日                                       | 医療機関所在地<br>医療機関名<br>主治医名 印 |

#### (4) 復職を受け入れる職場の環境づくり

復職には、復職する人だけではなく、復職を受け入れる職場側の体制を整えておくことが非常に重要になります。管理者は他の職員と情報交換を密にして、協力して職場全体を見渡して統制していく必要があります。

うつ病になった人が引け目を感じないですむような職場の雰囲気作りが不可欠ですし、復職したときの仕事内容やフォロー体制などを明確にしておくことなども復職の際の安心感につながるでしょう。

また、受け入れる職場側の職員が常勤、非常勤を問わず、安心して本人に対応できるようにしておくことも重要です。どう言葉をかけていいかわからなかったり、自分が何か話したことでまた不調に陥ったらどうしようなどと不安に思ったりすることの方が多いのではないでしょうか。だからこそ、受け入れる職場側の職員に対して、必要最低限の病気の説明と対応について具体的なアドバイスが必要になるのです。

たとえば、うつ病について理解してほしいポイントとしては、ストレスの強い環境に置かれれば、誰でもかかりうる病気であること、心の症状のほか、身体にも症状が現れること、休養と治療によってよくなる病気であること、回復は一直線によくなるわけではなく、行きつ戻りつしながら回復すること、周囲の人も病気を理解して穏やかにサポートしてほしいことなどがあげられるでしょう。言葉かけについては、基本的には、自分が言われたくないことは言わないということが原則です。「無理しないで」とさりげなく声をかけられるくらいがちょうどよいようです。`心の病気だからとあまり難しく考えず、天気の話やテレビや新聞のニュースなどの話題で雑談することから初めてみましょう”と、まずは復職者との関係づくりを行うように勧めるのも一案です。

挨拶や何気ない声かけというものは、復職者だけではなく、通常勤務している職員すべてにとって、職場の風通しを良くする潤滑油のようなものです。これを機に、互に気づけ合うコミュニケーションづくりに気をつけておくとういかもしれません。

#### 復職者への言葉かけ

##### <良い例>

- おはようございます(まず挨拶)
- 今日もうるさいですね。体調はどうですか？
- 少し慣れましたか？
- 疲れませんか？
- ちょっと休憩しませんか？
- よかったら一緒にお昼を食べませんか？
- 手が空いたのでお手伝いしましょうか？
- 慣れるまで大変ですけど、無理しないでくださいね。
- 無理せず、ゆっくりね。

##### <悪い例>

- 病気は何なの？どんな病気？薬は？
- 気の持ちようで何とでもなるさ。
- 君が休んでいる間は大変だったよ。
- また休むことのないようにしてね。
- 君はいいなあ。軽い仕事ばかりで。
- 頑張って！

## <事例>

「職場の近くまで行くと、めまいがしてきます」 Bさん 28歳 女性 うつ病  
休職中

Bさんは、最近休職から復帰した、同じ作業班の先輩から相談を受けるうちに、なんだか自分もしんどくなってしまいました。管理職と相談した結果、少し傷病休暇を取るようになりました。

休暇中に、復帰に向けた話し合いをするために職場へ向かおうとしますが、その途中で、めまいや吐き気がしてきて、職場まで来ることができません。そこで管理職は、職場内で話し合いを行うのではなく、Bさんが出掛けられる範囲にある喫茶

## ★ ポイント ★

休職を希望する職員のなかには、復帰の話し合いのために職場まで来るエネルギーが残っていない方もおられます。そのような場合、本人が職場へ来ることを待つだけでなく、家庭訪問や本人が出て来られる場所を探して話し合いを行うことも必要かもしれません。ゆっくり、じっくり本人の回復を待ちながら、出来る範囲のところから少しずつクリアしていくことが大切です。

## ★実践例★

一人が倒れることで体制を検討しはじめた（F法人 職員数300人規模）

本法人では、一人の職員が配置転換で一人職場となり、仕事に追われる中で、徹夜で仕事をするようなことも出てきていました。その結果、その職員は抑うつ状態ということで休職に入りました。それまでも職員の心身の健康を真剣に考え、福利厚生もそれなりに整っていたF法人では、どうしたらよいかを考えました。その結果、衛生委員会を立ち上げ、その担当者を中心に、いろいろな活動をはじめました。産業医に職員の心身のことで困ったことがあればすぐに連絡相談をしたり、職員向けの講演会を開催するなどの機会を設けました。また、管理職および中間管理職がやるべきこと、人事担当者がやるべきことを丁寧に伝え、うつ病についての理解を深めてもらう活動を積み上げていきました。その結果、上記の一人が復職を考え始める半年後には、メンタルヘルスへの理解が組織として向上し、受け入れ体制が安心できるものになりました。



<コラム:チーム類型>.....

私たちはよく、チーム、チームワーク、チームによる連携といった言葉を多用します。しかし、チームとは果たしてなんでしょうか？

チームという考えについてですが、M.T. Brannick によると、「チームとは、明確な共有された目標を達成するために協働して働く、異なった課題をもった 2 人以上の人達」とされています。また、チームの特性については、1) 実際に顔を合わせて意見交換ができる、2) チームメンバーが相互に影響しあう、3) チームに属しているという意識がもてる、4) チームメンバーで目標や課題を共有できる、が挙げられています。

では、チームとして人が連携をする際に、関係者がチームという視点を有しておくべき理由は何であろうか。それは、Salas.E によると、チームに課せられた課題によってチームの形が異なってくるからであるという。意識的にチームを意識して他者、他機関と連携しなければ、それぞれの個人、組織上の構造が支援形態に引きさかれることになり、チームでの遂行能力が低下してしまうと考えられている。よく引き合いに出される知っておきべきチームの形であるので、図を参照ください。

|                                             | 特徴                                                                                                                                                                   | 図 |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| <b>マルチモデル</b><br>(Multidisciplinary Model)  | チームに課せられた人命に関わる可能性がある緊急な課題を達成するために、しばしば1人の人物の指示により、チームの中で与えられた専門職としての役割を果たすことに重点を置いたチームアプローチの方法<br>(例;救急医療のチーム)                                                      |   |
| <b>インターモデル</b><br>(Interdisciplinary Model) | チームに課せられた複合的な、しかし緊急性がなく直接人命に関わることが少ない課題を達成するために、各専門職がチームの意思決定に主体的に関与し、それぞれの役割を協働・連携しながら果たすことに重点を置いたチームアプローチの方法<br>(例;ケアマネジメントのチーム)                                   |   |
| <b>トランスモデル</b><br>(Transdisciplinary Model) | チームに課せられた課題を達成するために、ケアの提供に関する決定は、チームでの詳細な議論と計画の後に決められる。目的志向のケアが提供されるので、伝統的な専門職の境界は薄れていく(役割解放 role release)。アセスメントと援助は通常、援助の領域ごとよりも機能的で自然に行われるチームアプローチ<br>(例;精神科デイケア) |   |

Hibbert.E (1994)、C.A.Young (1998)、菊池 (1999,2000,2002)、図は文献を参考に筆者が作成。

復職を支えるチームといったときに、パイの一片を仲間や家族や同僚、上司が担うような「トランスモデル」で進めることが職員皆の共通認識となっておれば理想です。管理職が主導で率いるようなマルチモデルの類型をイメージする方がいない方が、チームが一団となって職場を回していくことができるでしょう。

京極高宣監、小田兼三他編 (1998) .現代福祉学レキシコン (第 2 版) 雄山閣出版 p.185.  
久保紘章・副田あけみ編 (2005) ソーシャルワークの実践モデルー心理社会的アプローチからナラティブまで 川島書店 p.187.  
中央法規出版編集部 (2001) 社会福祉用語辞典 中央法規出版 p.217  
佐藤 純 (2012) ネットワーキングと包括的支援.MINERVA 福祉資格テキスト.精神保健福祉士専門科目編ミネルヴァ書房 p.296-301.



## 6.トレーニング期間

(1) 復職トレーニングを行うにあたって

復職時期の目途がたっていても、いきなり復職した日から丸一日勤務をすることは、それまで自宅で療養していた人にとっては、大変負荷のかかることです。そのため、復職に向けてのなんらかの練習期間が設けられることが望ましいです。

法人によっては、段階的な働き方は班の行動を考えた時に支障が出るというようなこともあるかもしれませんが、段階的なトレーニングがあってこそ、長い目で見ると、その本人の復職を成功させるカギにもなるものです。

トレーニングを行う際には、本人の生活リズムが整っていて、自分でスケジュール管理ができていることが前提です。その確認のためには、休職の後半から一日のスケジュール管理表をつけてもらい、定期面談などの際にチェックできるとよいでしょう。管理者はこのような視点をもって対応してもらうよう復職トレーニングにむけての手筈を整えます。

[illegible]

## （２） 試し出勤トレーニングの進め方

試し出勤とは、症状や生活リズムはもとより、業務遂行能力についてもある程度の回

復が見て取れる段階まで至っている労働者が、職場復帰にあたって出勤や勤務に関する感触をたしかめ、上司や同僚もどの程度の業務をこなせそうかの見通しを立てるといった、文字通りの「試し」あるいは練習の期間です。下記に一般的なトレーニングモデルを示しましたが、福祉職場では班単位の行動に合わせてプログラムを組むなど、アレンジを行うことが大切です。

（具体的な参考例は、別添 1. 社会福祉法人コスモスの職場復帰実践プログラム（例）をご覧ください。）

### ■一般的なトレーニングモデル

|              |         |                  |
|--------------|---------|------------------|
| I 短時間勤務（軽作業） | 4時間/日程度 | 約2週間程度           |
| II 常勤フルタイム   | 軽作業     | 約2週間程度           |
| III 常勤フルタイム  | 通常作業    | 約1カ月程度（フォロー者をおく） |
| IV 交代フルタイム   | 通常作業    | 約1カ月程度（フォロー者をおく） |

- ◎ 詳細は、覚書で設定。  
 復職先は面談で決定（原則、現職復帰）  
 期間は最長1カ月。休職期間の通算とする  
 トレーニング期間は、通常の欠勤期間には設定しない  
 上記段階経過後、復職面談を行う  
 3か月期間を区切りとして主治医に相談する

- ★ トレーニング期間に入る前には上記の段階を目標として復帰支援をしていくことを本人に説明  
 お互いの目標を明確にしておくことが重要。

### （3）試し出勤等の設計

従来、復職にあたってのプログラムとして、「リハビリ出勤」や「試し出勤」、「慣らし勤務」等さまざまな名称が使用されてきました。共有する内容は、長期に休業した労働者に対して、通常の勤務に戻る前に、通勤の練習、単純作業、その他負荷の軽い作業を行わせる（行う事を認める）ことです。なお、国の「復職支援手引き」では、職場復帰前、すなわち休業中におこなうものを「試し出勤等」とし、職場復帰後に軽減された業務を行うのは、業務面の配慮として取り扱っています。「リハビリ」という表現は、医療的な関わりを想起させる面があるため使用していません。また、「復職支援の手引き」では、「試し出勤等」を、①模擬出勤、②通勤訓練、③試し出勤 の3つに分類し、その間の処遇や災害が生じた場合の対応、人事労務管理上の位置づけ等については、あらかじめ労使間で十分に検討し、ルールを決めておく必要があるとしています。

表に、主に想定される試し出勤の型と労働条件を示しました。例えば、試し出勤を「時間または/および内容的に軽減された業務を行う時間（休業明け）」に行う場合、休職中であれば給与月額額の3分の2が支給されていたものが、勤務時間短縮をするために受け取れる額が減ってしまうという状況が起こることになります。遅刻・早退として処理される場合、給与に反映されることもあるかもしれません。それなら有給休暇として処理

するならよいかということそうとばかりいえず、復職後の医療機関受診の際には、有給休暇を取得して通院しなければなりませんから、できるだけ有給休暇はそのまま残しておきたいということもあるでしょう。法人ごとに、本人と法人の諸事情を勘案して制度を使う必要があります。実際、賃金支払い等についての就業規則や賃金規定の変更等が絡むことがあり、またその間の労災事故や通勤災害の取り扱いのルールが不明確なまま実施されると後の処理が複雑になりますので、制度設計は十分な検討が必要ともいえます。

なお、「試し出勤」制度を設けたとしても、休業したすべての労働者に職場復帰前に「試し出勤」を課すことはできません。「試し出勤」制度を運用するためには、以下の3つの要件がすべて満たされる必要があるとされています。

- ①本人が主体的に参加する意思を有していること
- ②主治医が理解していること
- ③産業医が関与していること

(廣尚典：メンタルヘルス どう進める？職場復帰支援の実務、産業医学振興財団、pp56-58,2011.)

基本的には、復職可否や職場復帰支援プラン作成は、主治医や産業医の意見に基づいて行うものであります。しかし法人によっては、産業医がいなくてもあると思います。産業医がいなくても、その都度、主治医にできるだけ詳しく状況を確認し行ってください。職場の事情に精通している医師に相談できると心強いものですので、地域産業保健センターなどをうまく活用しましょう。地域産業保健センターのほかに、都道府県産業保健推進センター、メンタルヘルス対策支援センターや社会保険労務士に相談することもできます。

| 試し出勤中の労働条件(私傷病の場合) |                                                        |                                                                                                |                                                             |                                      |                               |                    |
|--------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------|
|                    |                                                        | 賃金                                                                                             | 労災及び通<br>災の適用                                               | 安全配慮<br>義務等の<br>民事責任                 | 通勤費の支払義務                      | 傷病手当               |
| ①                  | 通常の労働をさせる時間                                            | 所定賃金(賞与・手当含<br>め)満額支給                                                                          | あり                                                          | 負う                                   | 就業規則、個別契<br>約等に定めのある<br>限り、あり | 不支給                |
| ②                  | 時間または/および内容<br>的に軽減された業務を行<br>う時間(休業明け)                | 原則として所定賃金(社内<br>資格に対応した基本給部<br>分等)満額支給 ※1                                                      | あり                                                          | 負う                                   | 就業規則、個別契<br>約等に定めのある<br>限り、あり | ケースバ<br>イケース<br>※2 |
| ③                  | 時間または/および内容<br>的に軽減された業務を行<br>う時間(休業期間中・別<br>途契約の締結なし) | 軽減勤務に就労させる場<br>合は、上と同じ。その他の<br>場合、合理性の認められ<br>る限り、就業規則等による<br>制度設計のあり方、その客<br>観的解釈による          | 制度上就労<br>が予定され<br>ているか否<br>かにかかわ<br>らず、作業<br>の実態から<br>判断される | 負う                                   | 就業規則、個別契<br>約等に定めのある<br>限り、あり | ケースバ<br>イケース<br>※2 |
| ④                  | 時間または/および内容<br>的に軽減された業務を行<br>う時間(休業期間中・別<br>途契約の締結あり) | 別契約所定賃金につき、<br>原則として満額支給。本契<br>約所定賃金(賞与・手当含<br>む)は、原則として⑥に準<br>じる                              | あり                                                          | 負う                                   | 就業規則、個別契<br>約等に定めのある<br>限り、あり | ケースバ<br>イケース<br>※2 |
| ⑤                  | ボランティアで作業を行<br>う時間                                     | 作業の実態につき労働基<br>準法上の労働時間性がみ<br>とめられない場合は、原<br>則として⑥と同じ扱い。<br>労働時間性が認められ<br>る場合は、原則として③<br>と同じ扱い |                                                             | 指揮命令<br>関係がそ<br>れに準じ<br>る関係が<br>ある限り |                               |                    |
| ⑥                  | 純粋に休業している時間                                            | 原則として支払いなし                                                                                     | 原則として<br>なし                                                 | 原則として<br>負わない                        | なし                            | 支給                 |

※1 就業規則等で減給の定めを設ければ減給支給も可能。就業規則等の定めにかかわらず、勤務時間短縮分につき欠勤控除として減給支給を行うことが可能。

※2 就労の可否に関する医師の判断を前提として、フルタイム労働との比較での労働時間の長さ、就労している職種(原職が否か)などを基準として判断



#### （４）職場外の復職トレーニング

職場内で試し出勤ができればよいですが、それを本人が希望しなかった場合、制度がその法人にない場合などは、外部のトレーニング機関のリワークプログラムを利用することもできます。

リワークプログラムは、在職精神障害者の職場復帰（Return - to - Work）支援プログラムの通称です。平成 14 年度から障害者職業総合センターで試行が開始され、その後各都道府県の地域障害者職業センターで展開されています。障害者職業カウンセラーおよびアシスタントが、主治医、当該労働者の職場関係者と連携しながら、12－16 週程度の支援活動を行っています。プログラムの内容としては、基礎体力の向上、職業生活や対人関係に関するカウンセリング、アサーショントレーニング（※）、模擬的な就労場面を設定した作業支援、ストレス場面での自己コントロールなどがあります。認知行動療法的アプローチも積極的に取り入れられています。最近では、民間医療機関でリワークプログラムを実施するところも増えてきています。その多くは、デイケアの枠を利用しての取り組みです。リワークプログラムに対して過度の期待を抱き、職場側の受け入れ状況の改善に向けた取り組みを怠ってはいけませんが、法人に、復職プログラムがない場合など、これらのプログラムを利用することも一案です。

※ アサーショントレーニング：アサーティブな方法でコミュニケーションが取れるようにする訓練を指します。相手も自分も尊重されるアサーションは、対人関係の改善につながるとされており、対人関係が改善されることで、ストレスを軽減することもできると考えられて近年リワークで用いられることも多いです。

| 民間医療機関の主なリワーク施設（大阪・京都）              |                                                   |                          |          |                                         |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------|-----------------------------------------|
| 医療機関名<br>リワーク施設名                    | 住 所<br>電話番号                                       | 施設種類                     | 保険<br>適用 | 主な<br>プログラム                             |
| 医療法人あけぼの会<br>復職支援プログラム“SPICE”       | 大阪府大阪市東淀川区西淡路 2-15-5<br>06-6322-0030              | ショートケア                   | 適用       | 認知行動療法、アサーショントレーニング、<br>キャリアセミナー、等      |
| 医療法人正正会 分野病院<br>ワーキングデイケア ドリーム      | 大阪府大阪市都島区東野田町5-3-33<br>06-6351-0002               | デイケア<br>デイナーケア<br>ショートケア | 適用       | オフィスワーク、軽作業、喫茶練習、<br>アサーションSST、心理教育、マナ- |
| ちかまつクリニック                           | 大阪府大阪市中央区今橋3-2-17<br>06-6654-5555                 | ショートケア                   | 適用       | 個別活動、認知行動療法、<br>グループワーク、ソーシャルスキルを学ぶ     |
| 阪尾なんばメンタルクリニック                      | 大阪府大阪市中央区難波4-2-4<br>06-6646-1789                  | ショートケア                   | 適用       | 集団活動プログラム<br>作業療法プログラム                  |
| さくらクリニック<br>リワーク・プログラム              | 大阪府貝塚市島中22-1<br>072-430-5155                      | デイケア                     | 適用       | オフィスワーク<br>心理教育プログラム 等                  |
| 医療法人渡辺クリニック                         | 大阪府茨木市春日2-1-12ラウンド春日3F<br>072-627-9876            | ショートケア                   | 適用       | グループワーク、個別活動                            |
| 関西記念病院<br>復職専門デイケア                  | 大阪府枚方市西招提町2198番地<br>072-867-0051                  | ショートケア<br>デイケア           | 適用       | オフィスワーク、グループワーク、体力づくり                   |
| 栄仁会京都駅前メンタルクリニック<br>バックアップセンター・きょうと | バックアップセンター・きょうと<br>京都府京都市下京区七条通烏丸<br>075-334-6777 | ショートケア<br>デイケア<br>作業療法   | 適用       | 個別ワーク、ストレスマネジメント、身体活動<br>ミーティング         |
| 宇治おうばく病院<br>ステップアップ・きょうと            | ステップアップ・きょうと<br>京都府宇治市五ヶ庄三番割32-1<br>0774-32-8111  |                          |          |                                         |
| 財団法人長岡記念財団 長岡ヘル<br>スケアセンター          | 京都府長岡市友岡4-18-1<br>075-951-9201                    | 通院集団精神<br>療法             | 適用       | 集団認知行動療法プログラム                           |

（うつ病リワーク研究会 会員医療機関一部抜粋 H25.1現在）

## <事例>

### 「9時から17時を目標に」 Sさん 43歳 男性 躁うつ病 復職

Sさんは、自分と違う意見を持つ人とぶつかると興奮から震えが止まらなくなっていました。管理職と相談した結果、2年間の休職を取ることにしました。

職場に戻って来たSさんは、同僚と「低め安定」を合い言葉に、まず職場に来られるようにすることからプログラムを開始しました。復帰直後は職員会議や運動には参加せず、また、同僚が「Sさんが無理している」と感じたら上司に相談するといった連携をしながら、9時から17時までの連続勤務を目指しました。

現在では、Sさんが自身で体調のコントロールを行いながら働いており、会議

## ★ ポイント ★

復帰した直後は、「頑張らなきゃ！」という気持ちでいっぱいになってしまいがちです。しかし、過度に頑張りすぎることは、病気をぶり返したり、再びしんどい状況に陥りやすくなります。そうならないためにも、職場全体で助け合いながら、時間内の勤務が可能になるまでは、他の責任を負わせないなど、できることから少しずつを目指しましょう。上記の事例のように、本人の負担を軽減するために、会議や運動への参加を制限することも良いかもしれません。しかし、休んでいるのが正規職員であれば、非正規職員やパートから、「どうしてあの人だけ休めるの？」といった声もあるでしょう。「復職後」の同僚への配慮と同様、周知徹底しながら本人が復職しやすい環境を整えることが必要です。

## ★実践例★（F法人 職員数300人規模）

### 安全衛生管理部

F法人では、職員と利用者の安全を守ることを目的に、「安全衛生管理部」が立ち上がりました。現在では、事故などへの予防や対応、職員や利用者の労働環境の調整を行っています。休職者が出た場合、休職になった職員と、施設長との話し合いが行われ、

その報告を受けて安全衛生管理部による支援がなされます。ここでは、復職プログラムの検討や、トレーニングの内容などの決定がなされます。

（補足）小規模事業場でのメンタルヘルスケアの取り組みにあたっては、厚生労働省の「労働者の心の健康の保持増進のための指針」によると、まず事業者がメンタルヘルスケア実施の表明をして、セルフケア、ラインケアを中心とした実施可能な取り組みをすることとされています。その際、メンタルヘルス対策を推進する担当者として、「事業場内メンタルヘルス推進担当者」を選任することになっています。労働安全衛生法第12条の2において、50人未満の職場においても、事業場規模10人から49人の事業場については、安全衛生推進者（一定の業種については「衛生推進者」）の選任が義務付けられていることを根拠にしています。それらの担当者を、上記法人では安全衛生管理部として配置しています。

#### ＜コラム：メンタルヘルス対策支援センター＞・・・・・・・・・・・・・・・・

メンタルヘルス対策支援センターは、独立行政法人 労働者健康福祉機構が厚生労働省の委託を受けて、各都道府県に設置している産業保健推進センター内に設置されているものです。メンタルヘルス対策支援センターの事業は、次のとおりで、利用する場合はすべて無料です。

##### ➤ 相談・問い合わせ

事業場等からのメンタルヘルス全般の相談に応じます。

##### ➤ 訪問支援

専門家が、事業場を訪問し、メンタルヘルス対策の導入助言等を行います。

##### ➤ 説明会

関係機関と連携して、メンタルヘルスに関する説明会を開催します。

##### ➤ 事例検討会・交流会

事例検討会、事業場・医療機関等の交流会を開催して、関係者間のネットワーク形成のお手伝いをします。

##### ➤ 情報の提供

メンタルヘルスに関する地域の総合的な情報を提供します。

なお、大阪は、下記のセンターの管轄です。



メンタルヘルス対策支援センター O S A K A

〒540-0033 大阪府大阪市中央区石町 2-5-3 エル・おおさか南館 9 階

大阪産業保健推進センター内

専用電話：06-6944-0971 専用ファックス：06-6944-0972

専用メールアドレス：osakamental@kza.biglobe.ne.jp

## 7. 復職可否

復職はタイミングが重要です。症状がどこまで回復したら復職していいのか、判断することはなかなか難しいのですが、復職の時期が近づいてきたら、本人との定期面談の中で、いくつかの点をチェックしながら話を聞いていくように管理者は担当者に促しましょう。

### (1) 回復度のチェック

6. で述べた復職トレーニングを行う際には、このチェックが前後しますが、どちらにせよ、職場に戻るにあたって、基本的な生活が遅れるようになっているかが重要となります。例えば、下記の項目について聴き取っていくことがよいでしょう。

#### <基本的項目>

- ✓ よく眠れる
- ✓ 朝すっきり目覚められる
- ✓ 体調が安定している
- ✓ 気分が穏やかで安定している
- ✓ 翌日までに疲れがとれる
- ✓ テレビや新聞・雑誌などを見て、興味が持てる
- ✓ 家族や友人とリラックスして話ができる
- ✓ 自分の趣味が楽しめる

また、復職トレーニングを受けた後、最終的に通常作業に戻る可否を判断するには下記の項目が目安になります。

#### <勤務・労働部分>

- ※ 職場復帰に対する意欲がある

- ※ 通勤時間帯に一人で安全に通勤ができること
- ※ 職場が設定している勤務時間の就労が可能であること
- ※ 業務に必要な読み、書き、話す、作業スピード能力の回復
- ※ 仕事中に眠気がなくて、注意力・集中力が回復していること
- ※ 一日8時間の勤務ができること
- ※ 翌日までに疲労が回復できるだけの体力があること

## (2) 復職のための最終面談

復職のための面談に先駆けて、復職予定職場の状況を確認しておくことも重要なことです。産業医がいる場合は、それらの項目を踏まえた上で、主治医からの意見書の内容を確認し、当該職員本人と面接、あるいは管理者などと共に最終面接を行う流れとなります。産業医がいない場合は、管理者、人事・労務担当者、労働組合職員等、加えて配属先が決まっている場合はその職場の上司が立ち会うことになります。復職判定にあたって対応者が最低限必要な情報は以下の通りです。ご覧頂いたらわかるように、主治医の判断だけでは決定することができないのが、復職可否です。本人の状況に加えて、職場に関する事項も重要となりますので、あくまでも復職可否は職場が最終判断を行うものであると認識し、取り組むことが大切です。就業規則に基づいて行いましょう。

## 復職判定に最低限必要な情報

| 本人に関する事項                                                                                                                             | 職場に関する事項                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 主治医の意見<br>症状等の改善度<br>生活リズムの回復度<br>日中の過ごし方<br>薬剤の副作用<br>発症、増悪の要因(特に仕事関連)<br>本人の復職・職場への思い<br>肉親(配偶者)の復職・職場への思い<br>再発、再燃に関する脆弱性(可能な範囲で) | 直属の上司・同僚の復職に関する考え<br>直属の上司・同僚の病状に対する理解<br>元の業務内容(負荷)<br>現時点での繁忙状況<br>元の職場環境(人間関係を含む)<br>業務上の配慮に関する可能性 |

最終面談の目的は、職場の復職に対する総合的な見解を伝えることと、家族に対して今後の協力を依頼することです。家族には、復職後も本人の様子を見守り、受診や服薬についてサポートしてもらう必要がありますし、復職後の定期面談にも参加してもらうこともよいでしょう。

なお、本人は、最終面談となると非常に緊張し過敏になっているものです。職場側から、未決定の事項を話したり、本人を不安にさせるような発言をしないように注意してください。本人には、その場でどんどん発言してもらうようにし、復職に対する不安を取り除いて、良い形で復職がスタートできるようにしましょう。主治医にも情報提供を行い、その後も治療を継続しながら職場再適応が効果的に行えるように連携していくことが必要です。

#### <事例>

##### 職場復帰だけが選択肢ではありません Hさん 30歳 男性 発達障害 退職

1人職場で働いていたHさんは、音楽を大音量で流しながら毎日朝から夜中まで仕事をしていました。あるときから、眠れない日が続き、受診の結果少し休職することになりました。しかし、休職中もなんだか落ち着いて休めず、「ボランティアに来た」と職場に行ってしまうこともありました。

休職期間が終わり、主治医から職場復帰可能の診断を受け取ったHさんでしたが、つい頑張りすぎてしまうために体調のコントロールができず、復帰しては倒れるということを何度か繰り返していました。そして、法人内で職場を変えるなど復職に向けたプログラムがなされましたがうまくいかず、再度休職することになりました。

Hさんは、休職期間を延ばして職場復帰したいという希望でしたが、労働組合の委員長、産業医、職場復帰委員会との話し合いのなかで、休職期間を延ばすよりも、回復しつつある状態で他の仕事を探すほうが良いのではないかという結論に至り、話

## ★ ポイント★

主治医の判断と、産業医の判断では復職に対する意見が異なる場合もあります。復職可否は、同僚や仲間、本人の仕事の内容など、職場全体を考えなければならないことです。ですから、職場復帰が第一の目標ですが、それが必ずしも最善の選択ということではありません。本人と話し合いながら、他の職場や他の仕事に就くことも選択肢の一つではないでしょうか。この他の事例では、他の職業につき何年か働いた後に、一度退職した法人に復帰したという人もあるようです。

## ★ 実践例★（G 法人 職員数 300 人規模）

### 産業医の積極的な活用

G 法人では復帰支援委員会を開く際には、産業医にも毎回参加してもらっています。G 法人では復帰支援委員会において、休職者が職場への復帰が可能かどうか、産業医から助言をもらうシステムです。また、復帰委員会に休職者自身が参加し、産業医と委員会との産業医面談がなされることもあります。

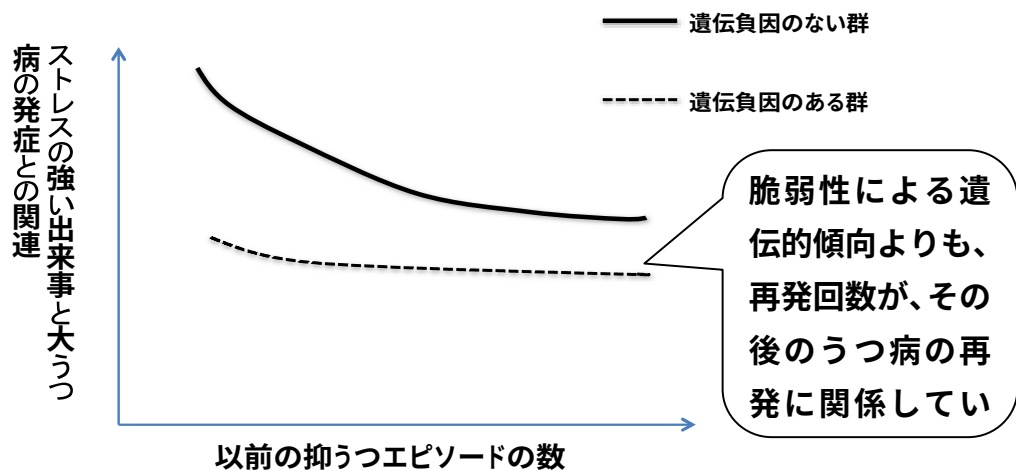
### <コラム：うつ病の再発のしやすさ>・・・・・・・・・・・・・・・・

休業に至った理由がうつ病の場合、遺伝素因がない者でも、再発を繰り返すほど、その次の再発をきたしやすくなることが報告されています。遺伝的要素をもたない者のほうがその傾向が強いこともわかっています。

そのため、初回の職場復帰での慎重な支援が望まれます。しかし、一方で、初回の職場復帰においては、本人や家族はできるだけ早期の職場復帰を望みがちであることも事実です。職場関係者からみて、職場復帰を試みる時期については、よく主治医のはっきりした要請に加え、本人、家族の意向を踏まえ検討していく必要があります。

職場復帰に一度躓いたとき、その教訓から学ぶことができればよいですが、結果的に、本人にとっても周囲にとっても、残念な結果につながっていくことも多いものです。

## うつ病の再発のしやすさ



Kendler KS, et al: Genetic risk number of previous depressive episodes and stressful life events in predicting onset of major depression. Am J Psychiatry 158,582-586,2001.

## 8. 復職決定 / 復職後

### (1) 職場復帰後の配置

正式に職場復帰が決定したら、管理者が中心となって、その受け入れ態勢を具体的に整えておかねばなりません。例えば、復職する部署については、どうしても決めておかねばならないことの一つでしょう。

復職する場所は、休職する前の場所に戻すことが原則です。復職という環境の変化に加えて、新しい仕事や久しぶりの同僚やなかまとの人間関係になじむまでに時間がかかり、新たなストレスとなる可能性があるからです。何も変わっていないように周囲には思えても、なかまのちょっとした変化で、自分だけが取り残されてきたような焦りに襲われることも少なくありません。

ただし、元の職場の人間関係や仕事内容が今回のメンタルヘルス不調の明らかな誘因となっているケースなどでは、最初から配置転換をした方がよいこともあります。復職トレーニング時に配置された場所での状況を加味しながら、本人の意向を尊重し、復職後の配置についても改めて検討していくことも必要になるかもしれません。最終的な判

断は関係者間で十分な情報交換を行った後に総合的に行う必要がありますが、配置転換や異動などの人事労務上の配慮は、就業規則等から逸脱しない範囲にとどめるべきでしょう。

## （２）復帰後の業務

復職した直後の仕事内容は、以前の業務にそのまま戻すのではなく、まずは簡単な軽作業から始めることが適切といわれています。しかし、障害者福祉現場では、どちらかというと、資料や書類の整理よりも、比較的落ち着いたなかま集団の対応など、自分のペースで関わることでできる方が、復職初期の業務としては向いているかもしれません。ただし、基本的に、判断や決定を求められるような業務は控えた方がよいでしょう。

なお、本人の調子を気にするあまり、極めて負荷の少ない業務を与え続けようとする場合があるかもしれません。急激に業務負荷を高めることが好ましくないことは自明ですが、長期にわたって負荷の軽い作業を続けさせると、当該職員は、同僚の業務負荷との落差から、疎外感や焦りを強め、不調の再燃をきたす可能性があることが指摘されています。

本人が仕事の内容について困ったことがあるときに、質問に答えたり、困りごとの解決をサポートする人を決めておくことも安心感を持たせるよい方法です。そのためにも、本人が復職してくる前に、その部署でミーティングを開き、役割を決めておくこともよいでしょう。なお、業務上の配慮の例としては、以下のようなものがあります。

## 業務上の配慮の例

- |                |                   |
|----------------|-------------------|
| • 短時間勤務        | • 交代勤務制限          |
| • 軽作業や定型業務への従事 | • 業務制限            |
| • 残業・深夜業務の禁止   | • フレックス制度の制限または適用 |
| • 出張制限         | • 転勤についての配慮       |

## （３）復職後の定期面談とカンファレンス

スムーズな復職を進めていくには、復職後の継続的な定期面談を行っていくことが必要です。復職初期は、できるだけキーパーソンからも情報を収集しながら、本人の面談を頻繁に行うことがよいとされています。面談の頻度の目安は以下の通りです。

### 《面談の目安》

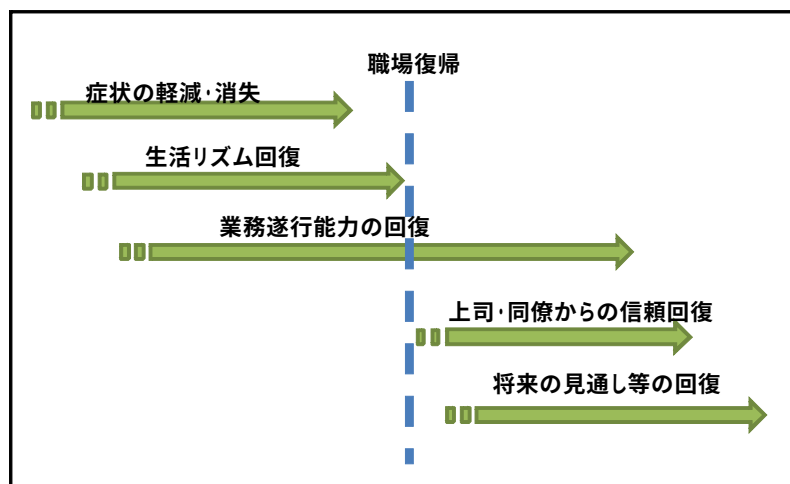
- ①復職後2 か月は、1/2 週
- ②その後4 か月は、1/月
- ③その後は声かけで、約1 年間は見守る

また、定期面談の意義は、サポートという意味で大切と言われます。下の図にあるように、ひとまず症状の軽減・消失が認められ復職している訳ですから、その後のサポートといったときに、どのように職場に再適応を図っていけるかということがポイントになります。決して病気の再発を見つけ出して休ませることが目的ではありません。本人が今の与えられた仕事についてどう感じているのか、どうしたいのか、何か困っていることはないかなどについてじっくり聞いていきます。面談の内容としては、「気分の状態」「自覚症状の有無や程度」「心配や不安感」などに加えて、業務に関する問題などにも耳を傾けましょう。定期的な受診を継続しているか、主治医の指示通りに服薬しているかも確認すべきです。

仕事を再開した直後は、まだ本調子でもないのに、上司や同僚からの信頼回復、なかまたちの心配してくれる想いにこたえようと、必要以上に頑張ってしまうことがあります。

面談をする者は、職場の再適応にはじっくり取り組むことで、自然と周囲からの信頼も回復してくることを伝え、段階をおって一緒に取り組んでいくことを示唆することが大切です。

### 職場復帰と職場再適応の過程



また、この間、本人と関わる人たちは、その職員を支えようと必要以上に頑張ってしまうこともあるものです。常勤、非常勤職員を含め、全員でカンファレンスの機会を作ることも必要です。月に1回程度で十分ですので、忌憚ない意見を皆が言い合えるようにし、皆で支え合える職場の意識を高めていくことが大切です。管理職もその場に同席し、必要があれば、職員を応援にいかせたり、その他役割分担等の調整を行うとよいでしょう。休業者が一人発生したということだけで、その現場は大変なことです。よく労い、決して、同じ職場内で「うつ」を“うつ”させない”ように配慮しなければなりません。

#### <事例>

##### 「職場をかえることがリフレッシュに」 Iさん 女性 うつ病 復職

事務で働くIさんは、毎月締め切りに追われながら仕事をしていました。どれだけミスを出さずにいても、それが「当たり前」だとされるようになり、そのプレッシャーからため息ばかり出る、落ち込む、眠れないという日が続きました。管理者と相談した結果、1年の休職を経て、職場復帰プログラムを行うことになりました。しかし産業医から、「1人職場で職場復帰プログラムをするのは難しいのではないか？」と言われ、復帰プログラムは、事務所ではなく現場で行われることになりました。

プログラム当初は慣れない現場の仕事に不安なこともありましたが、上司や仲間の支えに助けられたそうです。プログラムが終わる頃には、「仲間と関わるなかで、自分を見直すことにもつながった」と言っています。現在は事務職に復帰しましたが「事務ではなく 現場に入ろうかと思う」と 異動も考えているよ

#### ★ ポイント★

##### 本人に合わせた柔軟な復帰職場選択

休職していた職員が職場復帰するにあたっては、元の職場に戻ることを原則としながらも、本人の特性を見抜いた柔軟な配置転換をおこなっている法人もあります。例えば、作業班の中に入り、職員との人間関係に悩んでいた職員には、事務などを中心とする職場への復帰をする。また、一人職場によりメンタルヘルス不調になった職員に対しては、業務軽減した上で、作業班に異動するなどが挙げられます。法人の規模によって、対応は異なりますが、「適材適所」の復帰を検討することも大切です。



### ★ 実践例★（H 法人 職員数 300 人規模）

#### ピアサポート

H 法人では、職員同士のピアサポートがなされています。最近では、休職期間を経て職場に復帰した職員（S さん）が、同僚から「仕事の最中に呼吸が苦しくなる」という相談にのっています。S さんは、「もし嫌でなければ、カウンセラーのところに相談に行ってみたらどう？」というアドバイスをしました。同僚は、最初は渋っていましたが、S さんや管理職の支えもあり、カウンセラーとの面接の予約を取ることにしました。S さんは、いまでは、この同僚だけでなく多くの同僚からの相談窓口になっています。

このように、休職を経験した職員にだからこそ「しんどい」ことを発信しやすい、相談しやすいといったこともあります。しかし、相談を受けている職員が辛くなってしまうように、負担を分散させることが必要です。これは管理者も同じです。一対一で支えようとするのではなく、職場全体で支えていくことが大切です。そのためには、個人で解決しようとするのではなく、産業心理カウンセラーとも密に情報を交換することや、法人内での連携を密にすることが必要となります。

#### <コラム：うつ病の職場再適応の決め手とは>・・・・・・・・・・・・・・・・

うつ病になって休業し、復職する際に就業上の配慮を適切に行うことは重要であることは自明の事実ですが、実際にどのような配慮がよいものでしょうか。産業保健スタッフ対象に行ったうつ病の職場再適応例の関する調査の結果を紹介しましょう。

うつ病の順調な職場再適応例から見た影響因子は、「重要であった」という回答率が高い順に、以下の項目が挙げられました。

#### <順調な再適応例>

1. 適切な就業上の配慮がなされた
2. 十分に病状が回復していた
3. 残業時間の制限がなされた
4. 職場異動がなされた
5. 本人の仕事に関する考え方・姿勢が変わった
6. 主治医から適切な情報が得られた
7. 職場内の人間関係の調整がなされた
8. 家族の十分な協力が得られた

反対に、うつ病の難航している職場再適応例からみた影響因子は、どうでしょうか？さきほ

どと同様に、上から順位「重要であった」という回答率の高い項目を並べました。

<難航している再適応例>

1. 本人の仕事に関する考え方・姿勢が変わらなかった
2. 病状が十分に回復していなかった
3. 病状が軽症ではなかった
4. 家族の十分な協力が得られなかった
5. 職場内の人間関係の調整がなされなかった
6. 主治医から適切な情報が得られなかった
7. 適切な就業面の配慮がなされなかった

廣尚典：うつ病の職場復帰および職場再適応に影響を及ぼす因子に関する検討. 労働安全衛生総合研究事業. うつ病を中心とした心の健康障害がもつ労働者の職場復帰および職場再適応支援方策に関する研究 (主任研修者：島悟) 平成 15 年度総括・分担研究報告書, pp35-49, 2004.

<参考・引用文献>

※ 文中掲載をしていない文献のみ記載しています。

野村総一郎：多様化したうつ病をどう診るか. 医学書院. 2011

貝谷久宣：気まぐれ「うつ」病—誤解される非定型うつ病. ちくま新書. 筑摩書房. 2007

松原六郎、五十川早苗、齊藤忍：職場のうつ—対策実践マニュアル. 星和書店. 2010.

廣 尚典：メンタルヘルス どう進める？職場復帰支援の実務. 産業医学振興財団. 2011.

廣 尚典：産業保健スタッフと精神科医の連携を円滑に進めるために. 中央労働災害防止協会編：心の健康 詳細 職場復帰支援の手引き. 中高労働災害防止協会. 2010.

永田 頌史：チームで取り組む 職場のメンタルヘルス. 診断と治療社. 2011.

中央労働災害防止協会：心の健康 詳説 職場復帰支援の手引き. 日本制作センター. 2010.

廣尚典：うつ病の職場復帰および職場再適応に影響を及ぼす因子に関する検討．労働安全衛生総合研究事業．うつ病を中心とした心の健康障害がもつ労働者の職場復帰および職場再適応支援方策に関する研究（主任研修者：島悟）平成 15 年度総括・分担研究報告書,pp35-49,2004.

中央労働災害防止協会：こころのリスクマネジメントーあなたとあなたの周囲の人のためにー．中央労働災害防止協会．2010.

大槻久美子：職場復帰を成功させる．- 「わかる」から「できる」メンタルヘルス対策（下）学習の友社.2011.

厚生労働省：こころの耳．働く人のメンタルヘルスポータルサイト．（2012.9 現在）

<http://kokoro.mhlw.go.jp/>

## 第3章 組織をつくる

職場におけるストレス対策としては、1次予防（メンタルヘルス不調の発症予防）、2次予防（メンタルヘルス不調者の早期発見・早期治療）、3次予防（職場復帰・再発防止）となっています。

第2章では、2、3次予防に焦点をあてて「個々の事例対応」「メンタルヘルス対策システム」について論じてきましたが、実は、1次予防の視点も非常に重要な項目です。1次予防として、ストレス体制を高めてメンタルヘルス不調の発症を未然に防止するための適切な保健活動や健康増進に資する個人向けの活動と、ストレスのもととなる好ましくない職場環境等を改善していく組織的な活動が含まれます。一言でいうと、“共に育ち合う職場環境”の構築を目指すものです。

職場環境といっても、物理環境、作業・支援方法、労働時間、勤務形態、職場組織等、心の健康に影響を与える要因すべてが含まれます。1992年のILOの報告では、世界9カ国から19事例収集された職場メンタルヘルス対策の成功事例のうち、14事例が作業改善、組織の再構成の職場環境の改善を通じた対策だったそうです。メンタルヘルス不調者対策として、より根本的な対策部分は、この職場環境の検討にあるといっても過言ではありません。

ここでは、中央労働災害防止協会の「メンタルヘルスのための職場環境改善」のヒント集を参考に、現場で行いやすい改善アクションをお示しします。現場で行いやすい改善アクションとしての6つの領域として、下記のものが挙げられています。

- A 作業計画への参加と情報の共有
- B 勤務時間と作業編成
- C 円滑な作業手順
- D 作業場環境
- E 職場内の相互支援
- F 安心できる職場のしくみ

福祉現場でより取り組みやすい点について解説し、その参考例として、社会

福祉法人等の独自の取り組み例についても載せました。是非、御参照ください。



## A．作業計画への参加と情報の共有

他の職員が、どの班で何をして、何を考えているか、そしてどのようにお互いに協力し合えるのかを職員同士が知っている時、仕事はずっとよくはかどります。その状況がわからない時、独りよがりの支援となったり、利用者の予定を狂わすことになったり、さらには、ミスや災害をもたらすことになるかもしれません。そのような状況は、心理的にも大きな負担となりますし、大きなストレスがかかることになります。

お互いの実践を支援し合えるように話し合いの具体的な機会を作って、毎日の作業に組み込んでいくことから始める必要があります。

### **改善アクション**

---

**（作業の日程作成に参加する手順を定める）**

**1．作業分担や日程についての計画作成に，作業者と管理監督者が参加する機会を設ける．**

**（少人数単位の裁量範囲を増やす）**

**2．具体的なすすめ方や作業順序について，少人数単位または作業担当者ごとに決定できる範囲を増やしたり，再調整する．**

**（個人あたりの過大な作業量があれば見直す）**

**3．特定のチーム，または特定の個人あたりの作業量が過大になる場合があるかどうかを点検して，必要な改善を行なう．**

**（各自の分担作業を達成感あるものにする）**

**4．分担範囲の拡大や多能化などにより，単調な作業ではなく，個人の技量を生かした達成感が得られる作業にする．**

**（必要な情報が全員に正しく伝わるようにする）**

5. 朝の短時間ミーティングなどの情報交換の場を設け、作業目標や手順が各人に伝わり、  
チーム作業が円滑に行なえるように、必要な情報が職場の全員に正しく伝わり、共有できるようにする。

-----

以下の点にとくに注目してみましょう！

◆ 作業の日程作成に参加する手順を定めます チェックポイント1.

それぞれの職員が個々の作業の目的や手順、業務に関する必要な情報を十分理解して、仕事に取り組んでいくことが求められています。

この課題に改めて取り組むことで、一人職場であったとしても、業務に関する疎外感を少なくし、誰が何を担当して現在の法人の仕事が行われているか理解することができ、個人の能力を最大限発揮することができます。

＜どのように取り組むか？＞

- ✓ 朝の短時間ミーティングに、常勤・非常勤を問わず、関係しているすべての職員が参加して、一日の作業計画をお互いに知らせ合い、わからないことは聞きあえる時間を持ちましょう。
- ✓ 定期的に支援の見直しの機会を設けることで、お互いの作業の進捗を確認し、それぞれの役割分担を理解しましょう。
- ✓ 各班のメンバーが、ときどきミーティングの機会を持てるようにして、職場全体の実践や作業手順を見直しましょう。
- ✓ 年次有給休暇や休みの取得の見通しをお互いに知らせ合い、業務計画の実施にあたってバランスをとることができるよう、作業計画を立てましょう。

◆ 個人あたりの過大な作業量があれば見直します チェックポイント3.

部署内、班内における作業量の偏りは、作業が偏っている個人の負荷の増大として健康リスクが増悪するとともに、職場における不公平感の温床となります。職場のメンタルヘルスの危険因子であることもわかってきています。

実際、「複数名で担当していた業務を一人で担当するようになる」など、仕事の責任や困難性が増大する状況は、心理的負荷のかかる仕事上の出来事として、労働災害認定の判断指針にも挙げられています。

この課題に改めて取り組むことで、個人のリスク増加を予防するとともに、職場内の公平感を高めることに寄与します。

#### <どのように取り組むか？>

- ✓ 各自が担当している仕事の数や進行状況を報告しあって、仕事量の調整をします。実践のことは報告にのぼりやすいですが、それ以外の見えない負担こそ、報告していくよう促していくことが望めます。
- ✓ 大型の掲示板やホワイトボードを利用して、誰がどの作業をやっているか、「みえる化」を行い、適切な業務配分を心がけます。
- ✓ 作業量に偏りがある場合は、作業の棚卸と再分配を行います。

#### <事例：職員のコミュニケーション増加に向けて>

A 法人 障害者通所施設 職員 30 人規模

A 法人では、無認可からスタートした小規模の法人です。当時は常勤職員で仕事を回していましたが、障害者自立支援法の流れもあり、非常勤、常勤非常勤職員の数が徐々に増えてきました。今では、常勤よりも非常勤職員が 2 倍以上います。

非常勤職員は、時間の関係から会議には参加してもらわず、直属の班長から情報を伝達してもらう形をとっていましたが、様々な理由から離職が相次ぎました。

そのため、非常勤も基本的には全員出席のミーティングの機会を、班単位、職場全体でそれぞれ月 2 回、月 1 回のペースで取ることに決めました。

ただでさえ忙しい中でのミーティングで支障は出ないだろうかと心配しましたが、実際行い始めると、非常勤職員ともなかまたちの実践のことが共有できるようになり、誰がどの仕事をどれくらいしたらよいかということ、それぞれが察することができるようになりました。会議では常勤職員が発言をしがちでしたが、今では非常勤の意見も活発です。実践を皆で「みえる化」したことにより、同僚の業務内容やその負担がわかり、コミュニケーションが増え共通の話題が持てるようになった、職場が以前よりも明るくなった気がしています。

## ＜コラム：労災の心理的負荷評価表＞・・・・・・・・・・・・・・・・

厚生労働省は、平成 11 年には「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」を策定しました。その指針における心理的負荷評価表については、表のとおりです（平成 21 年の指針一部改正に基づく記載に従っている）。

表にあるように、仕事の量や質に大きな変化があった場合も心理的負荷に入ります。メンタルヘルス問題で、人が抜けることがあっても、他の人にしわ寄せがいかないようにするのは、管理職の責任と言えるでしょう。

表. 職場における心理的負荷評価表（一部）

| 出来事の種類           | 主な具体的な出来事                          | 心理的負荷の強度 |
|------------------|------------------------------------|----------|
| ①事故や災害の体験        | 重度の病気やケガをした                        | Ⅲ        |
| ②仕事の失敗、過重な責任の発生等 | 交通事故（重大な人身事故、重大事故）を起こした            | Ⅲ        |
|                  | ノルマが達成できなかった                       | Ⅱ        |
|                  | 研修や会議などの参加を強要された                   | Ⅰ        |
| ③仕事の量・質          | 仕事内容・仕事量の大きな変化を生じさせる出来事があった        | Ⅱ        |
|                  | 職場のOA化が進んだ                         | Ⅰ        |
| ④身分の変化等          | 退職を強要された                           | Ⅲ        |
|                  | 非正規社員であるとの理由により、仕事上で差別、不利益取り扱いを受けた | Ⅱ        |
|                  | 早期退職制度の対象になった                      | Ⅰ        |
| ⑤役割・地位等の変化       | 転勤をした                              | Ⅱ        |
|                  | 部下が減った                             | Ⅰ        |
| ⑥対人関係のトラブル       | ひどい嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた               | Ⅲ        |
|                  | セクシャルハラスメントを受けた                    | Ⅱ        |
|                  | 同僚とのトラブルがあった                       | Ⅰ        |
| ⑦対人関係の変化         | 理解してくれた人の移動があった                    | Ⅰ        |

（心理的負荷の強度Ⅰは日常的に経験するもの、強度Ⅲは人生の中でまれに経験することもあるもの、強度Ⅱはその中間に位置するもの）

## B. 勤務時間と作業編成

残業が当たり前であったり、代休も取りにくく、休日・休暇が十分に取れない、などの状況が続くと、ストレス反応が発生しやすくなります。そして、ストレス反応がなかまの実践や作業能率の低下を招き、ますます組織としての生産性が下がることになります。仕事の量的負担や求められる速さなど、いわゆる仕事の要求度を適切な状態に保つための対応を行うことは、メンタルヘルス対策でも重要なポイントなのです。

仕事の要求度に適切に対処しやすい環境を整えることが求められています。



## 改善アクション

---

(労働時間の目標値を定め、残業の恒常化をなくす)

6. 1日、1週、1ヶ月単位ごとの労働時間に目標値を設け、ノー残業デーなどを運用す

ることで、長時間労働が当たり前である状態を避ける。

(繁忙期やピーク時の作業方法を改善する)

7. 繁忙期やピーク時などの特定時期に個人やチームに作業が集中せず、作業の負荷や配

分を公平に扱えるように、人員の見直しや業務量の調整を行なう。

(休日・休暇が十分取れるようにする)

8. 定めた休日日数がきちんと取れ、年次有給休暇やリフレッシュ休暇などが計画的に、

また必要に応じて取れるようにする。

(勤務時間制、交代制を改善する)

9. 勤務時間制を見直し、十分な休養時間が確保でき、深夜・早朝勤務や不規則勤務によ

る過重負担を避けるようにする。

(個人の生活条件にあわせて勤務調整ができるようにする)

10. 個人の生活条件やニーズに応じて、チーム編成や勤務条件などが柔軟に調整できる

ようにする

(例：教育研修、学校、介護、育児)

---

以下の点にとくに注目してみましょう！

### ◆ 労働時間の目標値を定め、残業の恒常化をなくします チェックポイント6.

管理職を含め、遅くまで仕事をしている法人をちらほら見かけます。しかし、長時間労働が恒常化すれば、心身の健康障害にかかるリスクが上昇することが指摘されています。労働安全衛生法令により、月に100時間以上の残業をした職員、または2か月ないし6か月間、月に平均80時間以上の残業をした職員に

対して、事業主は医師による面接を受けさせるよう求められているように、長時間労働と健康障害の関連は密接なものなのです。

実際、長時間労働は残念ながら、必ずしも生産性を向上させるものとはいえません。むしろ、労働時間の目標値を定め、その時間内に業務を終わらせるよう工夫することができれば、一人あたりの生産性は向上します。管理者が率先して職場の風土を変えていく必要に迫られています。

#### **<どのように取り組むか？>**

- ✓ **不要な残業を続けないよう、法人の方針を明示し、管理者、中間管理者に指導を行います。**
- ✓ **残業が恒常化しないように、作業の到達目標と進捗を確認し、日・週・月ごとに労働時間の目標値を設定します。**
- ✓ **曜日などでノー残業デーを設定し、一斉に帰る日を設け、それを前提に業務スケジュールを組みます。管理職も、せめてその日は早く帰りましょう（利用者の利用時間で早く帰ることができないときは遅出の勤務形態で対応します）。**
- ✓ **ノー残業デーを形骸化させないために、朝礼や周礼の機会に定時で帰ることを確認し合い、残業が必要な場合は前もって申告するなどのルールを設けます。**
- ✓ **就業時間に退出準備を促すよう短く音楽を流します。一度消灯することも、就業時間を知らせる目的で有効です。**

#### **◆ 休暇・休日が十分に取れるようにします** チェックポイント8.

障害者自立支援法等の施策の変遷の中で、作業量の増加、人員不足が日常化してしまっている法人がほとんどです。たとえ、法人として年次有給休暇やリフレッシュ休暇が設定されていても、忙しい職場ではなかなか思うように取得できないことも多いのではないのでしょうか。

しかし、休日や休暇が十分に取れないという問題は、個人の割り切りやルール化だけでは解決できないことが多く、組織的な対応を講じる必要があります。その背景には、なかまのたちのためには休まず働くことをよしとする風土、職場内の連携不足など、さまざまな要因も絡むことがよくあります。改めて、管理監督者が、自分の法人の要因を検討し、休日取得に向けての検討を始める必要があります。なお、管理職にいたっても、次の世代に管理職を引き継ぐこと

も視野にいれ、きちっと休みは取得する習慣をつけておきましょう。

#### ＜どのように取り組むか？＞

- ✓ 職場単位で休暇の取得計画を決め、その計画に合わせて仕事のスケジュールを組むようにします。仕事量が多すぎる場合は、他部門に応援要請をしましょう。
- ✓ 個々人の休暇計画が周囲の人にもわかるように休暇取得計画表などを作成し、期限を決めて記入を促し、共有します。
- ✓ 休日が取れなかった際は、代休をきちんととるよう促します。

#### ＜事例：リフレッシュ休暇＞

##### B 法人 障害者施設 職員 50 人規模

B 法人は、無認可の作業所として立ち上がってから約 20 年が経過します。無認可時代から法人化し、事業を拡大していく中で職員数も増えてきました。

この法人では、勤続年数が 10 年になると、2 週間の休暇をとることができ、さらに勤続年数が 20 年になると 1 か月の休暇をとることができます。この休暇はリフレッシュ休暇として、与えられるもので、休暇中には職場に足を運ぶということがないよう準備します。最近、勤続年数が 20 年を越える職員が少しずつ増えてくるようになり、1 か月の休暇をとる職員が出てきました。中には休暇を使って海外旅行に出かけたり、たっぷりと趣味の活動をして過ごしているようです。1 か月の休暇をとった職員は「休みの期間も 2 週間と 1 か月ではできることが全く違う」と嬉しそうに話します。

この休暇制度は、若い職員の間では勤続のためのひとつのモチベーションにもなっているそうです。法人の理事長は、「30 年目のときはどうしようかと考えているところ」と話しています。

#### ＜コラム：パワハラ＞・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

2012 年 1 月 30 日、厚生労働省の「職場のいじめ・嫌がらせ問題に関する円卓会議ワーキング・グループ報告」によると、職場のパワーハラスメント（パワハラ）とは、「同じ職場で働く者に対して、職務上の地位や人間関係などの職場内の優位性を背景に、業務の適正な範囲を超えて、精神的・身体的苦痛を与える又は職場環境を悪化させる行為をいう。」と定義されています。上司から部下に行われるものだけでなく、先輩・

後輩間や同僚間、さらには部下から上司に対して様々な優位性を背景に行われるものも含まれます。職場のパワーハラスメントの行為類型は以下のとおりです。

- (1) 身体的な攻撃 (暴行・傷害)
- (2) 精神的な攻撃 (脅迫・暴言等)
- (3) 人間関係からの切り離し (隔離・仲間外し・無視)
- (4) 過大な要求 (業務上明らかに不要なことや遂行不可能なことの強制、仕事の妨害)
- (5) 過小な要求 (業務上の合理性なく、能力や経験とかけ離れた程度の低い仕事を命じることや仕事を与えないこと)
- (6) 個の侵害 (私的なことに過度に立ち入ること)

実は、このようなパワハラは、上司の過度の不適切な叱責によりメンタルヘルス不調が生じたという関係に収まらない例が散見されるようになっていきます。つまり、長時間労働からメンタルヘルス不調 (イライラ、易怒性の高まり) をきたし、作業効率の低下も招き、さらにそれらの関係が悪循環となって、結果的に周囲にパワハラを引き起こしてしまうことがあるのです。パワーハラスメントが起こっている際に、職場の問題を多角的に分析する視点も欠かせません。

## C. 円滑な作業手順

心身に負担なく、仕事や作業を円滑に進めることができれば、それぞれの仕事の目標への到達は早く、仕事にも満足することができます。

しかし実際は、職場によっては、福祉現場は限られたスペースで、限られた設備で運用されていることが多く、その中で書類や物が積み上げられ続ける状況にあることも少なくありません。しかし、物品が取りだしにくい職場では、誰しもミスをします。作業ミスなどは、場合によっては労働災害の発生や生産設備への大きな損害、生産低下につながる可能性があります、その場に居合わせた職員にとっても大きなストレスになります。

作業の仕方を多面的に工夫することで、作業ミスや事故を防ぎ、職員の心身のストレスを軽減する必要があります。

### 改善アクション

(物品と資材の取り扱い方法を改善する)

1 1. 物品と資材、書類などの保管・運搬方法を工夫して負担を軽減する。

(例：とりだしやすい保管場所、台車の利用、不要物の除去や整理整頓など)

(個人ごとの作業場所を仕事しやすくする)

12. 各自の作業場のレイアウト、姿勢、操作方法を改善して、仕事しやすくする。

（例：作業台の配置、肘の高さでの作業、パソコン操作方法の改善など）

（作業の指示や表示内容をわかりやすくする）

13. 作業のための指示内容や情報が作業中にいつでも容易に入手し確認できるように

する。

（例：見やすい指示書、表示・ラベルの色分け、標識の活用など）

（反復・過密・単調作業を改善する）

14. 心身に大きな負担となる反復作業や過密作業、単調作業がないかを点検して、適正

な負担となるよう改善する。

（作業ミス防止策を多面に講じる）

15. 作業者が安心して作業ができるように、作業ミスや事故を防ぎ、もし起こしても重大な結果に至らないように対策を講じる。

（例：作業手順の標準化、マニュアルの作成、チェック方法の見直し、安全装置、警報など）

-----  
*以下の点にとくに注目してみましょう！*

◆ 個人の作業場所を改善し、仕事をしやすくします チェックポイント12.

仲間と行う作業を行う作業台は、みなさんにとって、ストレスフルではありませんか？ 手作業を行う作業台が正しい高さであれば、効率的な作業が容易に行われ、疲労を減らします。作業面が高すぎると、腕を高く保たないといけないため、首と肩がこります。作業面が低すぎると、身体を前方に曲げるので、腰を痛めやすくなります。

これは一例ですが、この作業に対する感覚は、その作業を行っている当事者以上に、わかる人はいません。個々の状況に合わせて、ストレスを改善する方法を図ってみましょう。

**<どのように取り組むか？>**

✓ 作業面の高さをひじの高さ辺りにします。背が低い人には足台を、背が高い

人にはテーブル上のスタンドを使って調整します。

- ✓ 立位の作業は、作業面の手の高さか、ひじよりいくらか下の高さにします。  
(首と肩、腕の不快感を減らすために、正しい手の高さの「ひじ高ルール」を適用します)
- ✓ 可能な限り、利用者・職員が立位・座位を交互に取れるように、作業場所に椅子を備えます。
- ✓ 職員皆が作業場所のデザインに参加できるようにします。

◆ 作業ミス防止策を多面的に講じます チェックポイント15.

どんなに熟練した職員であっても、作業の過程でミスをすることがあります。しかし、多面的に災害防止の対策をとることで、作業ミスや災害の発生率を下げ、また発生したとしてもその被害を最小限にすることが可能です。不注意は、結果であって原因ではないのです。

<どのように取り組むか？>

- ✓ 作業ミス防止のための手順を、現場の職員が中心となって、職員の言葉で作成します。
- ✓ 偶然によるスイッチのオン・オフが起こる可能性が高い操作具は、覆いをつけるか「囲い」に入れます。
- ✓ 緊急時の正しい操作、避難が迅速に行われるように、緊急時計画を確立します。
- ✓ 見やすいラベル表示や色分けなどで工夫します。
- ✓ 作業ミスが発生しても、個人の責任にせず組織として対応することを徹底します。
- ✓ ヒヤリハットやインシデント（小さな出来事）を報告しやすい職場文化を作ります。

## <事例：職員の健康と法人の事故件数>

### A 知的障害児・養護学校

この養護学校は、小学部の児童 34 人に対し、職員 26 名です。1996 年頃、26 人の職員のなかで頸腕や腰痛で 1 か月以上休業する人が年間 6～7 人いました。これではいけないと、病気の同僚と一緒に年 3～4 回の食事会をして病気についての交流をしたり、病人が出た時に聞き取り調査をしたり、「健康」について話す時間を設けてもらうように 2 人の職員が中心となって進めました。教育内容の見直しをはじめ、細かな問題では、散歩の時に頸肩腕障害の人は子どもとの手つなぎが辛いということから、手つなぎの要らないコースに変更しました。また、行事の時期、回数、内容等を中止も含めて「白紙」から見直していきました。職員の負担軽減ということとともに、「体育祭が終わったらすぐに文化祭の準備」というふうに子どもを追い立てていないか、その行事のあり方が子どもたちの実態とかけ離れていないか、という実践の視点から議論を重ねました。

結果としてですが、2002 年以降は、一か月以上の休職者はゼロになり、風邪で休む人も少なくなってきました。同時に、子どもたちも生き生きし、パニックを起こす子も減ってきました。何よりも、子どもたちの事故が減ったという大きな改善が得られました。治療を要した子どもの怪我の件数は、1996 年 7 件、1997 年 9 件、1998 年 9 件、1999 年 10 件、2000 年 8 件でしたが、2001 年 3 件、2002 年 1 件、2003 年 0 件と減少傾向で推移しました。職員が不健康な健康状態に長期間慣れてしまうと、その状態は変わらないものであるかのような感じ方も生まれます。しかし、働き方が変われば、健康状態も変わるし、その中で実践のあり方も好転していくものだったのです。

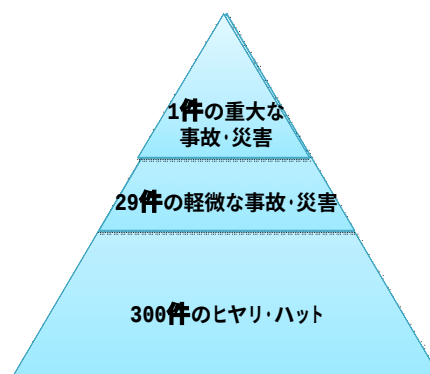
## <コラム：ヒヤリハット・インシデント>.....

ハインリッヒの法則をご存知ですか？労働災害における経験則の一つです。ある一件の大きな事故・災害の裏には、29 件の軽微な事故・災害、そして 300 件のヒヤリ・ハット（事故には至らなかったもののヒヤリとした、ハッとした事例）があるとされています。

重大災害の防止のためには、事故や災害の発生が予測されたヒヤリ・ハットの段階で対処していく必要があります。

近年、医療現場の看護分野を中心に、ヒヤリハット報告、防止の取り組みが盛んになってきています。

福祉現場の参考になるかもしれません。



## D. 作業場環境

職員が働きたいと思う職場は、どのような環境でしょうか？社会福祉構造改革以降、福祉業界もサービス色が強まりその功罪が問われるところですが、しかし福祉を必要とする人々へのサービス環境と考えたときにも、この視点は重要です。明るくきれいなトイレや洗面所があって、職場の同僚やなかま達と楽しく食事や休憩ができる場所があれば、どれほどよいことでしょう。

冷暖房設備が整えられていて、騒音対策が行われてうるさくない職場は、快適に仕事に集中することができて、いらいらした気持ちを生じさせません。

### 改善アクション

---

(温熱環境や視環境、音環境を快適化する)

16. 冷暖房設備などの空調環境、照明などの視環境を整え、うるさい音環境などを、

個々の作業者にとって快適なものにする。

(有害環境源を隔離する)

17. 健康を障害するおそれのある、粉じん、化学物質など、人体への有害環境源を隔離するか、適切な防護対策を講じる。

(職場の受動喫煙を防止する)

18. 職場における受動喫煙による健康障害やストレスを防止するため、話し合いに基

づいて職場の受動喫煙防止対策をすすめる。

(衛生設備と休養設備を改善する)



19．快適で衛生的なトイレ，更衣室を確保し，ゆっくりとくつろげる休憩場所，飲料設備，食事場所や福利厚生施設を備える．

（緊急時対応の手順を改善する）

20．災害発生時や火災などの緊急時に適切に対応できるように，設備の改善，通路の確保，全員による対応策と分担手順をあらかじめ定め，必要な訓練を行なうなど，日頃から準備を整えておく．

---

以下の点にとくに注目してみましょう！

◆ 職場の受動喫煙を防止します チェックポイント18.

喫煙が肺がんに限らず、全身の様々ながん発生や心血管疾患に関連していることはよく知られています。一方で、職場の喫煙に関連した件で、喫煙者・非喫煙者間で対立があったり、喫煙室の設け方や全面禁煙の方針作りなどの過程で、職場の人間関係を悪くしてしまうことがあります。煙草を吸わない人が自分の意思とは関係なく間接的に副流煙を吸わされてしまうことを受動喫煙と呼びますが、喘息や気道過敏症の人には有害ですし、妊婦は流産のリスクが高まることが知られています。

喫煙はマナーの問題でもあり、何気ない言葉であっても、指摘された方はついカッとなって、人間関係をこじれさせてしまうことがあります。不必要なストレスを互いに増やさないためにも、受動喫煙防止策を適切に講じることが、職場で取り組むストレス対策の一つです。

＜どのように取り組むか？＞

- ✓ 職場内の喫煙についてのルールを、手順に従って決めます。
- ✓ 受動喫煙防止に関する情報を職員に提供します。
- ✓ 行政機関や公共スペースでは、条例で喫煙が禁止になっている地域が増えています。公の委託事業をうける法人は、再度、法令等に従った対応になっているか見直します。
- ✓ 喫煙者への禁煙指導を、医療機関と連携して進めます。

◆ 衛生設備と休養設備を改善します チェックポイント19.

トイレや洗面所は、その職場を表わす鏡にたとえられることがあります。皆が利用しやすい明るく清潔な場所になっているでしょうか。

また、飲料の自動販売機の設置や、食事スペースと休憩室の確保は、職員の疲労防止や健康維持のために大いに役立ちます。プライバシーの守れる専用のロッカーや個人用用具の保管場所も、職員に喜ばれます。声の漏れないちょっとした会議室は、込み入った話や相談をする際に有用です。

＜どのように取り組むか？＞

- ✓ 洗面所、トイレ、更衣室を整え、よくメンテナンスします。
- ✓ 現在ある施設について、数、場所の利便性やデザインについて、改善する計画を立てます。作業所が新しくなる際には、休憩設備も必ずその計画に含めます。

＜事例：休憩保障＞

大阪の保育団体の一部では、1980年代を通じて職員の休憩取得の実践が広まりました。当初は、保育者の意識も、「保育園で休憩をとる余裕も場所もない」とあきらめているのが普通だったようです。保育というものが、子どもから場所的に離れない限り作業負担が続く、連続労働としての性格をもっており、しかも休憩を確保するための人的保障がないとあきらめていたのです。しかし、

り、頸肩腕障害や腰痛症などの保育者の職業病の訴えも少なくなっています。休憩が取れるか取れないかの決定的な違いは、議論の進め方にあったようです。休憩は何がなんでも取らなければならないものだという大前提があるかどうかが決め手となるようです。

# <コラム：禁煙外来>・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

たばこをやめたい人のために病院に設けられた専門外来のことをいいます。カウンセリングや生活指導といった精神面での禁煙サポートや、ニコチンガム・ニコチンパッチを使用したニコチン置換療法などによる禁煙治療が行われます。

従来このような治療にかかる費用は健康保険の対象外でしたが、2006年4月1日から一定の基準を満たす患者の禁煙治療に関して保険適用が認められるようになりました。中央社会保険医療協議会の「平成18年度診療報酬改定における主要改定項目について」（2006年2月）では禁煙治療を保険で行うことができる患者の条件として、ニコチン依存度スクリーニングテスト（TDS）が5点以上であることやブリンクマン指数（1日当たりの平均喫煙本数×喫煙継続年数）が200以上であることなど、いくつかの条件が定められています。また、保健診療を行うことのできる施設にもいくつか条件があります。禁煙外来を設けている専門病院でなくても、内科や呼吸器科などで禁煙治療を受けられる医療機関もあります。

| ＜ニコチン依存症のスクリーニングテスト「TDS」＞ |                                                                                              |          |           |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|
| 設問内容                      |                                                                                              | はい<br>1点 | いいえ<br>0点 |
| 問1.                       | 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまいましたか。                                                             |          |           |
| 問2.                       | 禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありますか。                                                               |          |           |
| 問3.                       | 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか。                                             |          |           |
| 問4.                       | 禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。（イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加） |          |           |
| 問5.                       | 問4でうかがった症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。                                                       |          |           |
| 問6.                       | 重い病気にかかったときに、タバコはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか。                                                   |          |           |
| 問7.                       | タバコのために自分に健康問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。                                                   |          |           |
| 問8.                       | タバコのために自分に精神的問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。                                                  |          |           |
| 問9.                       | 自分はタバコに依存していると感じることがありましたか。                                                                  |          |           |
| 問10.                      | タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。                                                          |          |           |
| 合 計                       |                                                                                              |          |           |

このテストは日本人を対象に信頼性と妥当性の検討がなされており、WHO の統合国際診断面接（WHO-CIDI）を用いた ICD-10 の診断結果を gold standard とした場合の TDS の感度は 95%、特異度は 81%と報告されています。精神医学的な立場から薬物依存症としてのニコチン依存症をスクリーニングする場合は TDS を用いるのが望ましいと考えられます。Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, et al: Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R and DSM-IV, Addictive Behaviors. 24: 155-166, 1999.

## E. 職場内の相互支援

なかまの実践で、保護者とのやりとりで、トラブルが生じた時、どれほど同僚や上司の声かけや励ましが私たちのストレスを和らげてくれたり、心を落ち着かせてくれることでしょう。

仕事上や個人的な問題について悩んだり困った時に周囲から得られる有形無形の支援を社会的支援（ソーシャルサポート）と呼ばれますが、この社会的支援は、メンタルヘルスにプラスに働くことが知られています。社会的支援が豊富であるほど、問題の発生も未然に防ぐことができます。日ごろから適切な支援を受ける機会や仕組みを構築しておくことが望まれます。

### 改善アクション

---

（上司に相談しやすい環境を整備する）

2 1．従業員が必要なときに上司や責任者に問題点を報告し、また相談しやすいように普

段から職場環境を整えておくようにする。

（例：上司に相談する機会を確保する、サブリーダーの設置、相談しやすいよう職場レイ

アウトを工夫するなど）

（同僚間で相談でき、コミュニケーションがとりやすい環境を整備する）

2 2．同僚間でさまざまな問題点を報告しあい、また相談しあえるようにする。

（例：作業グループ単位で定期的な会合を持つ、日報やメーリングリストを活用するなど）

（チームワークづくりを進める）

2 3．グループとしてお互いを理解し支え合い、相互に助け合う雰囲気が生まれるように、

メンバーで懇親の場を設けたり、研修の機会をもつなどの工夫をする。

（仕事に対する適切な評価を受け取ることができるようにする）

2 4．作業者が自分の仕事の出来や能力についての評価を、実績に基づいて、納得できる

形で、タイミングよく受け取ることができるようにする。

(職場間の相互支援を推進する)

25. 職場や作業グループの間で、それぞれが作業しやすくなるように情報を共有した

り、連絡調整をおこなったりするなど、相互支援を推進する。

---

以下の点にとくに注目してみましょう！

◆ チームワークづくりをすすめます チェックポイント23.

チームワークが良好な職場では、メンバーがお互いに信頼し合い、理解し合い、尊重し合っています。そのため、トラブルの発生を未然に防ぐことができ、仮にトラブルが発生してもチームのメンバーがお互いにサポートしながら、その処理に当たることができるため、メンタルヘルスの悪化を防ぐことができます。良いチームワーク作りの第一歩は、お互いのこと、お互いの仕事をよく知ることです。チームというものを意識することから始めましょう。

<どのように取り組むか？>

- ✓ 日常の元気良いあいさつや、目線を合わせた声かけなどに努めます。
- ✓ 一部が離れた別の部屋（建屋）で働いている場合は、定期的にこの班から仕事の状況を聴き取る機会をつくります。
- ✓ 「あの人にしかわからない」仕事を減らし、サブのスタッフあるいは職場メンバーで情報を共有しましょう。
- ✓ 気軽に業務の打ち合わせや相談ができるように、職場に小テーブルや椅子を設置します。
- ✓ 支障のない範囲で（個人情報に配慮しながら）私生活を含む個人スケジュールを職場共有のスケジュールボードに、数カ月先まで記入するようにします。

◆ 職場間の相互支援を推進します チェックポイント25.

職場間の相互支援を進める上で最も大切なことは、各職場でどんな仕事を誰が行っているかを理解し、お互いの仕事を尊重し合うことです。作業によっては、体力勝負のものがあったり、緻密に気を使わないとできないようなものもあります。異なる部署の仕事を理解する仕組みもつくることに加え、相互交流

の機会となり、職場間の相互支援は促進されます。

#### ＜どのように取り組むか？＞

- ✓ 法人のトップは、各職場の仕事内容とその重要性を、すべてのメンバーが認識できるようにします。
- ✓ 職場間の各種会議や定期的な連絡を通じて、重要な情報を法人全体で共有できるようにします。
- ✓ 掲示板、広報誌、メーリングリストなどで、重要な情報を共有できるようにします。各職場の仕事内容やメンバー紹介をすることも、相互理解の一步です。
- ✓ 部署対抗スポーツ大会などの機会を持つことも、法人全体で支援し合える雰囲気を作るのに役に立つでしょう。

#### ＜事例：マイスター制度の実践＞

A 法人では、「マイスター」と呼ばれる先輩職員が、新人職員のサポートを行います。新人職員 1 人に対して、マイスターが 1 人つく決まりです。マイスターは、新人職員の就職採用試験当日から 3 年間の導入期を、共に過ごします。この導入期において、A 法人がどのような組織であるのかを、共に育ち合いながら理解してもらうのです。A 法人では、職員会、共済会など、職員同士が自分の思いをたくさん言える場を共有することを大切にしています。マイスターに仕事の面だけでなく、気持ちの面においてもサポートをしてもらいながら、少しずつ自分の思いを伝える練習をしています。

#### ＜コラム：メンターとマイスター＞・・・・・・・・・・・・・・・・

福祉現場では、メンターやマイスターといった言葉はあまりなじみがないかもしれないが、現在大企業を中心に、この言葉が意味する動きが活発になっています。

「メンター (mentor)」という語は、ホメロスの叙事詩「オデュッセイア」で、

オデュッセウスがトロイ戦争に赴く際、息子の育成を託した老賢人の名前（メントール）に由来するといわれています。そこから、職場の配属部署における上司とは別に指導・相談役となる先輩社員が新入社員をサポートする制度を指すとされています。メンターは、昼休みや勤務時間外を利用し、メンティと月1回、1時間程度面談を行うという。内容は、日常業務上の悩みや、今後のキャリア形成、ワーク・ライフ・バランスなど多岐にわたります。新入社員は、上司とは別の相談相手ができることで、必要なスキルや技術を身につけながら、職場に馴染むことができるとされています。

一方、「マイスター制度」とは、もともとはドイツ発祥の職能訓練制度のことです。中世以来の手工業の技を引き継ぐために1953年に法制化され、ドイツの産業発展を支えてきました。近年、日本でも製造業を中心に、現場の熟練技能者から中堅・若手人材への円滑な技能継承を促す仕組みづくりが模索され、注目を集めています。

職場で認定されたマイスター（高度な技能を持つ技術者）がトレイニー（技能継承者）に対し、1年程度かけてOJT形式（※）でコア技能を伝承します。それまで現場の長の判断に任されていた技能の伝承を、人材育成の制度として組み入れることで、計画的な技能の伝承が可能となるといわれています。

福祉分野においては、よりよい実践をしていくためにも、新人のメンターは欠かせない存在であり、制度上、早くして中間管理職に昇進していかざるをえない状況になっている現実を踏まえると、新人からのマイスター制度も必要になってきているといえます。

※OJT：On-the-Job Training；職場の上司や先輩が部下や後輩に対し具体的な仕事を通じて必要な知識・技術・技能・態度などを意図的・計画的・継続的に指導することによって、全体的な業務処理能力や力量を育成するすべての活動のこと。

## F. 安心できる職場のしくみ

安心して働き続けるためには、職場で一人ひとりが大切にされている感覚が伴うことが重要です。それぞれの個性や性格に配慮しつつ適切な役割が与えられていると個々が感じる事が出来ればベストです。少なくとも、自分が困った時などに、仕事や自分のことを職場で相談できる体制が整っているかは大切な点です。

特に、心の悩みなどについて気兼ねなく誰かに相談できれば、またそのような悩みの解決の仕方を教えてくれれば、そして、相談に的確に将来の見通しを伝えてくれる存在がおれば、よいものです。皆で、安心し、育ち合える職場の枠組みを検討してみましょう。

## **改善アクション**

---

**（個人の健康や職場内の問題について相談できる窓口を設置する）**

**26．心の健康や悩み、ストレス、あるいは職場内の人間関係などについて、気兼ねなく**

**相談できる窓口または体制を確保する．**

**（例：社内のメンタルヘルス相談窓口の設置）**

**（セルフケアについて学ぶ機会を設ける）**

**27．セルフケア（自己健康管理）に役立つ情報を提供し、研修を実施する．**

**（例：ストレスへの気づき、保健指導、ストレスへの上手な対処法など）**

**（職場の将来計画や見通しについて、いつも周知されているようにする）**

**28．組織や作業編成の変更など職場の将来計画や見通しについて、普段から周知されているようにする．**

**（昇進・昇格、資格取得の機会を明確にし、チャンスを公平に確保する）**

**29．昇進・昇格のモデル例や、キャリア開発のための資格取得機会の有無や時期が明**

**確にされ、また従業員に公平にチャンスが与えられることが従業員に伝えられているよ**

**うにする．**

**（緊急の心のケア体制をつくる）**

**30．突発的な事故が生じた時に、救急処置や緊急の心のケアが受けられるように、あら**

**かじめ職場内の責任者や産業保健スタッフ、あるいは社外の専門家との連絡体制や手順**

**を整えておく．**

---



以下の点にとくに注目してみましょう！

◆ **セルフケアについて学ぶ機会を設けます** チェックポイント27.

厚生労働省は、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」の中で、4つのメンタルヘルスケアの推進をあげ、その一つにセルフケアを上げています。セルフケアの学びの機会を設けることで、職員がこころの健康についてより正しい知識を持つことができるだけでなく、こころの健康に関する理解をより深めることができるようになります。このような機会は、周囲の人がメンタルヘルス不調で倒れたときにも、理解と協力を取り付けることにつながります。

**<どのように取り組むか？>**

- ✓ **セルフケア（自己健康管理）に役立つ情報を提供します。**
- ✓ **セルフケアについての教育・研修等を実施し、ストレスへの気づき、ストレスへの上手な対処法などについて学ぶことのできる機会を設けます。**
- ✓ **研修を実施する際には、情報提供だけではなく、実技・ワーク形式にするとより受講者の関心を高めることができます。**

◆ **組織や仕事の急激な変化にあらかじめ対処します** チェックポイント28.

福祉現場は、制度に振り回されることで、支援や仕事の方法の再検討を余儀なくされています。管理者としては、どうにもできない部分であり、かつ、工夫にも限界があるため無力感を覚える辛いことになります。しかし、その組織の急激な変化にあらかじめ対処するためにも、前もって、法人の組織や作業編成の変更、職場の将来計画、見通しなどについて、皆に早めに説明をきっちりすべきです。なぜそうなったのかについての情報を提供するのです。結果よりも、その決定にいたるプロセスこそ、共に仕事を行う皆の関心事であることも多いです。

非正規職員も増えてきている今、管理者と他の職員が双方で対応な、十分なコミュニケーションの場がもてることこそ、その現場の実情が大変でも、育ち合いを促進していけるのです。労働者の公平感や納得感ほど、職場を支えようと思う意識に反映されるものではありません。

**<どのように取り組むか？>**

- ✓ **組織や作業編成の変更など、職場の将来計画の見通しについて、ふだんから職員に周知されているようにします。**

- ✓ 組織構成や作業内容、業務分担などについて、わかりやすいように図式化して職場に掲示するなどの方法を工夫し、労働者にわかりやすいように周知します。
- ✓ 周知の方法については、一方通行の提供だけではなく、双方向でコミュニケーションの場を持つ、不安を持つ職員がいれば個別に伝えるなど、工夫します。

### ＜事例：お手紙制度＞

B 法人では、異動がある常勤職員のみ「お手紙制度」を利用することができます。これは、人事に関するアンケートで、好きなことを書いて良い決まりになっています。職員が書いたお手紙は、2名の管理職にしか読まれませんが、

お手紙には、職場におけるトラブルが書かれることもあります。このトラブルについて、管理職が秘密に調査を行い、法人全体の問題であるのか、個人または人間関係による問題であるのかを判断しています。これが管理職と職員の話し合いの機会が持たれるきっかけにもなっています。

「書くのを楽しみにしている」という声もあり、回収率は非常に良く、異動の希望も書くことが出来るので、人事配置にも活用しています。

### ＜コラム：4つのケア＞・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

2000年には「事業場における労働者のこころの健康づくりのための指針」を発表し、2006年には、平成12年の旧指針を踏まえつつ見直しを行い、事業場において事業者が講ずるよう努めるべき労働者の心の健康の保持増進のための措置の原則的な実施方法について、新たに「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を公示しました。その指針のなかで、メンタルヘルスケアの基本的な考え方として、ストレスの原因となる要因は、仕事、職業生活、家庭、地域等に存在しているとし、心の健康づくりは、労働者自身が、ストレスに気づき、これに対処すること（セルフケア）の必要性を認識することが重要であるとしました。しかしながら、職場に存在するストレス要因は、労働者自身の力だけでは取り除くことができないとし、労働の場における組織的かつ計画的なメンタルヘルスケアの対策の実施を進めていくことも大切であるとしています。

具体的には、事業場におけるメンタルヘルスケアを事業場自ら積極的に推進することを表明するとともに、衛生委員会又は安全衛生委員会（※）において十分調査審議を行い、メンタルヘルスケアに関する事業場の現状とその問題点を明確にする必要があるとしました。また、問題点を解決する具体的な実施事項等についての基本的な計画（以下「心の健康づくり計画」という。）を策定し、実施する必要もあるとしました。さらに、心の健康づくり計画の実施に当たっては、「セルフケア」、「ラインによるケア」、「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」及び「事業場外資源によるケア」の4つのメンタルヘルスケアが継続的かつ計画的に行われるよう、教育研修・情報提供を行うとともに、4つのケアを効果的に推進し、職場環境等の改善、メンタルヘルス不調への対応、職場復帰のための支援等が円滑に行われるようにする必要があります。

| 4つのケア              |                                                                            |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| セルフケア              | 労働者自身がストレスや心の健康について理解し、自らのストレスを予防、軽減するあるいはこれに対処する                          |
| ラインによるケア           | 労働者と日常的に接する管理監督者が、心の健康に関して職場環境等の改善や労働者に対する相談対応を行う                          |
| 事業場内産業保健スタッフ等によるケア | 事業場内の産業医等事業場内産業保健スタッフ等が、事業場の心の健康づくり対策の提言を行うとともに、その推進を担い、また、労働者及び管理監督者を支援する |
| 事業場外資源によるケア        | 事業場外の機関及び専門家を活用し、その支援を受ける                                                  |

※ 衛生委員会又は安全衛生委員会  
労働者の危険又は健康障害を防止するための基本となるべき対策などの重要事項について十分な調査審議を行う必要があることから、常時使用する労働者が50人以上の事業場（林業、鉱業、建設業、製造業・運送業の一部の業種、自動車整備業、機械修理業、清掃業）においては安全委員会、常時使用する労働者が100人以上の事業場（全業種）は衛生委員会を設置しなければならない。

## ＜参考・引用文献＞

※ 文中掲載をしていない文献のみ記載しています。

職場の人間関係とメンタルヘルス・労災保険の新しい精神障害認定基準を参考に  
- 中央労働災害防止協会. 2012.

アクションチェックリスト作成ワーキンググループ 編：平成15年度厚生労働科学研究「職場環境などの改善方法とその支援方策に関する研究」2003.

重田博正：保育職場のストレス. かもがわ出版. 2010.

垣内国光：保育に生きる人々. ひとなる書房. 2011.

中央労働災害防止協会：メンタルヘルスのための職場環境改善. 中央労働災害防止協会. 2010.

## 第4章 メンタルヘルスに絡む就業規則等

### 1. メンタルヘルス不調による休職の位置づけ

#### (1) 休職と休業

厚生労働省の行政通達で、「休業」とは、通常、連続して取得することができる、つまり長期的な視点で労務の提供義務を消滅させるものとしています。休業の例としては、労働基準法で定められている産前産後休業、育児介護休業法で定められている育児休業や介護休業などがあります。

これに対して単発またはその都度といった短期的な視点で労務の提供義務を消滅させるものを「休暇」としています。休暇には、法律上定められた法定休暇と職場が独自に定めた所定休暇があります。法定休暇には、労働基準法に定められている年次有給休暇、育児介護休業法で定められている子の看護休暇などがあります。また、所定休暇には、会社によって異なりますが、慶弔休暇やリフレッシュ休暇などがあります。

「休職」には、労働基準法上の定めはありません。行政通達では、長期に及ぶことから「休業」に含むと考えますが、休職の場合は、前述のように休業期間の満了で休職理由が消滅せず復職できないときは「休職期間満了による自動退職」となることがあり、その点が休業と異なる点と言えます。

休職の事由には、例えば

- (1) 傷病のため長期療養が必要になった場合の傷病休暇
- (2) 海外留学など会社が認めた場合の私的事由による休職
- (3) 事件等により起訴勾留され就業できなくなった場合の起訴休職、
- (4) 会社の指示により他社へ出向する場合の出向休職、

などがあげられます。

休職制度は、労働基準法上必ず制度を設けなければならないわけではありませんが、福祉に関わる法人としては、職員の福利厚生の一つとして是非とも設けてほしいと思います。

## (2) 休職制度の就業規則

休職制度を設ける場合、どのような場合に休職となるのか（休職の事由）、休職期間の長さ、どのような場合にどういう手続きで復職とするのか（復職の基準と手続き）、休職期間中に復職できない場合はどうなるのか（復職できない場合の措置）などの休職制度をあらかじめ就業規則等に定めておく必要がでてきます。これを怠っていると、実際にメンタルヘルス不調で休みたい職員が出てきた時の対応が就業規則上はできないことになります。法人が休職を発令することによって、労働義務を免除させることができないのです。

就業規則における明記について勧められる事項としては、具体的には下記のこと

### ＜復職に関して就業規則における明記について勧められる事項＞

- ・ 職場（事業者）が長期休職の命令を出す場合があること
- ・ 長期休業期間の上限と適応対象者
- ・ 長期休業期間中の給与
- ・ 傷病のため長期休業を希望する職員に対して、医師の診断書を要請すること。また、場合によっては会社が指定する医師の面接（診断）を受けることを命じること。
- ・ 労務の提供が可能であると職場が認めるのが、職場復帰要件のひとつであること。（「労務の提供が可能」とはどのような状態をさすのかも記す）
- ・ 復職後、欠勤または再休職に至った場合の休職期間の取り扱い（クーリング期間（※）の考え方）
- ・ 長期休職期間の退職金などの算定にあたっての勤続年数への参入の仕方
- ・ 長期休職期間の満了時に復職できない場合の扱い（必要と認めた場合に休職期間の延長を認めることがあることなども含める）
- ・ 復職後の短縮勤務の詳細（別途定める旨でも可）

※クーリング期間：認められている休業期間内に職場復帰をし、一定期間勤務を続けると、その後再度休業する場合に、取得できる休業期間がリセットされる（一度も休業していない場合と同期間の休業が認められる）制度を採用している職場があります。その期間のことをクーリング期間と呼んでいます。短期間でも職場復帰すれば、再休業の際にまた初回と同期間の休業が認められると、休業を繰り返し、実質的には勤務をほとんど行わない状態が長期にわたって続く例が生じることがあります。こうした事態は職場のみならず該当職員にとっても好ましいかどうか疑わしい場合もあり、クーリング期間の設定はそれに対して一定の抑止効果をもつと考えられています。一方、その期間が長すぎると、中長期的にみた場合、その職場で十分な職務遂行が期待できる職員が退職を余儀なくされる例が生じる可能性もあることにも注意が必要です。なお、8000 事業所を対象とした調査では、6 割の事業場がクーリング期間を有しており、休業期間がリセットされるのに必要な勤務日数の平均は 149.9 日となっています。

#### 参考文献

嘉納英樹（2010）：精神疾患と労働法・人事労務。うつ病リワーク研究会編。誰にも書けなかった復職支援のすべて。Pp120-146 日本リーダーズ社。  
廣 尚典（2011）：メンタルヘルス どう進める？職場復帰支援の実務 産業医学振興財団 pp.68

## 2. メンタルヘルスをめぐる就業規則の参考例とそのポイント

ここでは、就業規則を作成される参考として、実際の社会福祉法人の例を引き合いに出しながら主な要点について解説します。

### （1）どのような場合に休職となるのか（休職の事由）

#### ★ポイント★

休職制度を設ける場合、どのような場合に休職となるのかを記す必要があります。この際、メンタルヘルスに関わるものとして「疾病による休職」を設けます。この他に、「自己の都合による休職」、「刑事事件により起訴された際の休職」など、他の休職事由も合わせて記す場合もあります。

また、長期にわたる疾病による休職以外に、疾病による傷病休暇などの「休暇」または「休業」を設けている場合、これらとの違いや関連を記す必要があります。

参考例①…休職事由を詳細に記しているもの

**第〇条 職員が、次の各号の一に該当するときは、休職をさせることがある。**

- （1）業務によらない疾病のため、3か月以上（症状再発及び同一事由と判断される場合は、6か月以内の中断は前後の期間を通算して3か月以上）欠勤したとき。休職期間は3か月を超える日より2ヶ年**
- （2）自己の都合により引き続き2週間以上欠勤したとき。休職期間は2週間を超える日より1か月**
- （3）刑事事件に関し起訴せられたとき。休職期間は1年以内。**
- （4）国または地方議会の議員に選出されたとき。休職期間はその任期中。**

**第○条** 職員は次の各号に該当し、あらかじめ書面をもって届け出て、管理者の承認を受けた場合には、第△条に定める年次有給休暇の他、次の特別休暇を受けることができる。

(1) …

(□) 傷病休暇

職員が業務外の事由による傷病のため、1週間以上の休業を伴う療養を必要とする場合、その職員の請求により医師の診断書に基づく加療期間中、同一傷病で通算90日（土、日、祝祭日、施設の休みを含む）を限度として傷病休暇を与える。（通算する期間は取得したはじめの日より1年間とする）半日勤務なども傷病休暇の通算日数に含む。

また、別の傷病のための傷病休暇は、上記と同様に取得できる。同一傷病の判断は、診断書の病名、診断名、傷病名、傷病種などによる。

但し、上記のいずれに場合においても、その期間を明記した医師の診断書を提出しなければならない。

**第●条** 職員が次の各号の一に該当するときは、休職させることがある。

(1) 業務外の事由による傷病のため、第○条□項により90日間特別休暇を取得した後、同一傷病で1週間以上の療養を要するとき。休職期間は、療養のため休んだ日より2年とする。

また、別の傷病のための傷病休暇は、上記と同様に取得できる。同一傷病の判断は、診断書の病名、診断名、傷病名、傷病種などによる。

但し、上記のいずれに場合においても、その期間を明記した医師の診断書を提出しなければならない。

**第●条** 職員が次の各号の一に該当するときは、休職させることがある。

(1) 業務外の事由による傷病のため、第○条□項により90日間特別休暇を取得した後、同一傷病で1週間以上の療養を要するとき。休職期間は、療養のため休んだ日より2年とする。

(2) …

## (2) 休職期間の長さ

### ★ポイント★

休職期間の長さは、参考例にあるように休職の事由と共にそれぞれ明記されます。その際には、疾病によって設定された休業期間を「休職期間」に含めるのかが明記されます。

また、疾病の種類、休職する職員の勤続年数などで休職できる期間の長さを変えているものもあります。

参考例③…業務外の疾病の種類によって休職期間が異なるもの

**第〇条 常勤職員が次の事項に該当する場合には、休職を命ずることがある。**

(1) …

(2) 業務外の疾病のため 1 か月以上欠勤した時、休職期間は、1 か月を超える日より以下のとおりとする。

①一般傷病 1 年 5 か月

②結核、交通事故 2 年

(3) …

**第〇条 休職期間は、休職理由及び勤務年数により次のとおりとする。**

(1) 業務外の傷病により 30 日を超えて欠勤した場合

ア 勤務年数 3 年未満の者 1 年

イ 勤務年数 3 年以上の者 2 年

(2) …

参考例④…休職理由に加えて、勤務年数で休職年数をわけもの

## (3) 休職している職員の身分はどうなるのか（休職者の身分保障・待遇）

### ★ポイント★

休職制度を設けた場合、休職している職員の休職中の身分や給料などをどのように扱うかを記しておくといいでしょう。給与などの他に、休職期間を勤続年数に含めるのかが、賞与の取り扱いなどが記される場合もあります。



参考例⑤…休職中の職員の身分と給与について

**第〇条** 休職を命ぜられた者は、常勤職員としての身分は保有するが職務には従事しない。

(1) 休職中の常勤職員には、給与は支給しない。但し、別途定めるところにより 休職給与を支給する

(4) どのような場合にどういう手続きで復職とするのか（復職の基準と手続き）

★ポイント★

休職制度では、休職と同時に復職についても明記する必要があります。ここでは、休職者の復職する職務や職場を、休職前と同じにするのかどうか、復職後の給与などの待遇等について記します。また、復職の基準として、休職事由の消滅がわかる書類の提出を求めるのかどうか、また産業医や専門医、主治医など医師の判断を必要とするのかどうかなどを記す場合もあります。法人側がどのような基準で復職を認めるのかどうかを記します。そして、復職と同時に再び同一の事由で休職した場合の扱いについても記す場合もあります。さらに、復職に向けてのトレーニングが設けられていれば、それについて記します。

参考例⑥…復職について、再休職のことを明記するもの

**第〇条** 休職を命ぜられた常勤職員の休職事由が消滅した時は、本人の希望により休職前の職務に復帰させる。

ただし、その職務に復帰させることが困難な場合には、他の職務に就かせること

がある。

2 復帰後出勤した常勤職員が出勤日数 1 か月に達しない間に再び同一事由で休職を命ぜられたときは、前後の休職期間を合算する

参考例⑦…復職の手続きとして医師の診断書などの必要性を明記するもの

**第〇条 復職の手続きは次のとおりとする。**

- (1) 私傷病により休職を命ぜられた常勤職員は、医師の診断書を添付して復職願いを提出しなければならない。
- (2) 法人は必要と認めた場合には、前号の診断書について、法人が指定した専門医の意見を求めることができる。
- (3) 私傷病以外の事由で休職を命じられた常勤職員は、休職事由が消滅したことを確認できる証明書又はこれに代わる文書（法人が認めたもの）を提出して、復職願いを提出しなければならない。

参考例⑧…復職トレーニングがある場合

**第〇条 休職期間中または休職期間満了時に、その事由がなくなると職員のかかり付け医師または法人の指定する医師（産業医を含む）が参加した職場復帰委員会にて判断し、法人が認めた場合には復職させることができる。**

- 2 法人が認めた場合は休職期間内にリハビリを実施することができる。
- 3 30日以上休職しているものについては、医師の診断に基づいて、健康回復又は職場適応訓練のため一定期間、勤務の軽減措置が必要と法人が認めるものについて、勤務の軽減を行うことができる。
  - (1) 勤務に就くこととなった日から引き続く30日以内で必要な期間（日単位）
  - (2) 日単位での短縮時間は、1時間単位とし2時間以内とする
  - (3) 期間中の給与の減額を免除する

（5）休職期間中に復職できない場合はどうなるのか（復職できない場合の措置）

★ポイント★

設定した休職期間で復職できなかった職員がどうなるのかを記す必要があります。多くは「休職の事由」、「休職の期間」などと合わせて、「休職期間内に復職できなかった場合は、その期間満了を以って、自然退職する」といった形で記します。それ以外にも、「退職」の

規定のなかに、「休職期間が満了してもなお復職できないとき」と記す場合もあります。

### 3. 復職支援実施要領の参考例

ここでは、各法人が、就業規則に加え、別途メンタルヘルス問題をめぐる規程としてお持ちになっていた方がよい文面全体像の参考例を紹介します。

復職支援実施要領（例）として、《産業医がない場合》と《産業医等がいる場合》、また、試し出勤実施要領（例）についても、《産業医がない場合》と《産業医等がいる場合》について紹介しています。なお、それぞれの要領で出てきた書式書類については、割愛しています。各法人の復職支援の方向性が定まれば、要項として、職員にも周知しましょう。



.....

復職支援実施要領（例）《産業医がいない場合》

制定日：○年 ○月 ○日  
担当者：人事・労務担当者

1. 目的

休業していた職員の復職にあたり、当該職員、主治医、人事・労務担当者、施設長を中心とした復職に関する面談を行い、復職の可否および復職後の適切な業務上の配慮について審議を行う。これらによって復職後の疾病の再発を予防し、職員の円滑な職場復帰の実現させることを目的とする。

2. 対象

原則として同一種類の疾病、負傷によって長期に休業（1ヶ月以上、有給休暇による日数も含む）した職員。ただし、病状および本人の状況により、理事長が特に必要と認めた場合には日数に関係なく対象とする場合がある。

3. 実施方法

a. 病気休業開始及び休業中のケア

- (1) 疾病により休業しようとする職員は、休暇願及び主治医の病気休業診断書を施設長に提出する。
- (2) 施設長は、休暇願及び病気休業診断書を法人に提出する。
- (3) 人事・労務担当者は、当該職員に、休業中の事務手続きや職場復帰支援の手順についての説明を行い、当該職員が安心して療養に専念できるよう努める。
- (4) 人事・労務担当者は、「職場復帰支援に関する情報提供依頼書」を作成し、「職場復帰支援に関する情報提供書」とともに、当該職員を通じて主治医へ提出する。
- (5) 施設長は、当該職員が療養中、毎月、療養の状況及び復職の意思についての確認を行う。
- (6) 施設長は、当該職員の職場復帰の意思を確認した場合、人事・労務担当者にその旨を連絡をする。

b. 主治医による職場復帰可能の判断

- (1) 当該職員は、「職場復帰願」と主治医による職場復帰可能の判断が記された「職場復帰支援に関する情報提供者」を施設長に提出する。
- (2) 施設長は、「職場復帰願」及び「職場復帰支援に関する情報提供書」を法人に提出する。

c. 職場復帰の可否の判断及び職場復帰支援プランの作成

- (1) 施設長は、当該職員に当職場復帰支援についての説明を行い、同意を得る。
- (2) 人事・労務担当者、施設長は、主治医へ連絡し本人も含めた4者での職場復帰支援に関する面談を依頼する。
- (3) 当該職員、主治医、人事・労務担当者、施設長に職場復帰支援のための面談を行い、安全（健康）配慮義務に基づき、職場復帰支援プランを作成する。
- (4) 人事・労務担当者は、「職場復帰に関する面談記録票」を作成し保管する。

d. 最終的な職場復帰の決定

- (1) 人事・労務担当者、施設長は、面談の結果を理事長に報告する。
- (2) 人事・労務担当者（事業主、理事長の代行して）は、面談の中で検討された職場復帰支援プランを確認の上、当該職員の復職の可否を決定する。
- (3) 人事・労務担当者は、決定した復職の可否および職場復帰支援プランを当該職員に通知する。
- (4) 人事・労務担当者、主治医に「職場復帰及び就業措置に関する情報提供者」を当該職員を通じて提出する。

e. 職場復帰後のフォローアップ

- (1) 施設長は、フォローアップのための面談を行い、逐次、法人へ報告を行う。
- (2) 就業配慮が解除された後、一定期間面談を行い、問題がなければ職場復帰支援

を終了する。

.....

## 復職支援実施要領（例）《産業医等がいる場合》

制定日：○年 ○月 ○日

担当者：人事・労務担当者

### 1. 目的

休業していた職員の復職にあたり、当該職員、主治医、人事・労務担当者、施設長を中心とした復職に関する面談を行い、復職の可否および復職後の適切な業務上の配慮について審議を行う。これらによって復職後の疾病の再発を予防し、職員の円滑な職場復帰の実現させることを目的とする。

### 2. 対象

原則として同一種類の疾病、負傷によって長期に休業（1ヶ月以上、有給休暇による日数も含む）した職員。ただし、病状および本人の状況により、理事長及び産業医が特に必要と認めた場合には日数に関係なく対象とする場合がある。

### 3. 実施方法

#### a. 病気休業開始及び休業中のケア

- (1) 疾病により休業しようとする職員は、休暇願及び主治医の病気休業診断書を施設長に提出する。
- (2) 施設長は、休暇願及び病気休業診断書を法人に提出する。
- (3) 人事・労務担当者は、産業医に報告した後、当該職員に、休業中の事務手続きや職場復帰支援の手順についての説明を行い、当該職員が安心して療養に専念できるよう努める。
- (4) 産業医は、「職場復帰支援に関する情報提供依頼書」を作成し、「職場復帰支援に関する情報提供書」とともに、当該職員を通じて主治医へ依頼する。
- (5) 施設長は、当該職員が療養中、毎月、療養の状況及び復職の意思についての確認を行う。
- (6) 施設長は、当該職員の職場復帰の意思を確認した場合、人事・労務担当者にその旨を連絡をする。

#### b. 主治医による職場復帰可能の判断

- (1) 当該職員は、「職場復帰願」と主治医による職場復帰可能の判断が記された「職場復帰支援に関する情報提供書」を施設長に提出する。
- (2) 施設長は、「職場復帰願」及び「職場復帰支援に関する情報提供書」を法人に提出する。

#### c. 職場復帰の可否の判断及び職場復帰支援プランの作成

- (1) 施設長は、当該職員に当職場復帰支援についての説明を行い、同意を得る。
- (2) 人事・労務担当者、施設長は、産業医へ連絡し本人も含めた4者での職場復帰支援に関する面談を依頼する。
- (3) 当該職員、産業医、人事・労務担当者、施設長により職場復帰支援のための面談を行い、職場復帰の可否診断及び安全（健康）配慮義務に基づき、職場復帰支援プランを作成する。
- (4) 人事・労務担当者は、「職場復帰に関する面談記録票」を作成し保管する。

#### d. 最終的な職場復帰の決定

- (1) 人事・労務担当者、施設長は、面談の結果を理事長に報告する。
- (2) 人事・労務担当者（事業主、理事長の代行して）は、面談の中で検討された職場復帰支援プランを確認の上、当該職員の復職の可否を決定する。
- (3) 人事・労務担当者は、決定した復職の可否および職場復帰支援プランを当該職員に通知する。
- (4) 人事・労務担当者、主治医に「職場復帰及び就業措置に関する情報提供書」を当該職員を通じて提出する。

#### e. 職場復帰後のフォローアップ

- (1) 施設長は、フォローアップのための面談を行い、逐次、法人及び産業医へ報告を行う。
- (2) 就業配慮が解除された後、一定期間面談を行い、問題がなければ職場復帰支援を終了する。

※産業医の選任が困難な場合、産業医の役割を、企業の指定医や地域産業保健センター、労働衛生機関、労働衛生コンサルタント等の医師に委託するとしてもよい。

## < コ ラ ム ： 個 人 情 報 の 取 り 扱 い >

メンタルヘルス不調者のプライバシーへの配慮が求められます。例えば診断書や情報提供書を出して貰うとき、どのような経路で書類が回り、その内容を誰が知るのかなど職場内での担当者の役割とルールをはっきりさせておくことが職員の安心感につながります。情報が勝手に独り歩きしないための「職務において知り得た個人情報」の扱いに関する決まりが必要になります。

個人情報については、「個人情報保護法」の施行に伴い、厚生労働省では具体的な労働者の個人情報の取扱いについて「雇用管理に関する個人情報の適正な取扱いを確保するために事業者が講ずべき措置に関する指針」を定め、さらに最も配慮が必要な個人情報である健康情報について「雇用管理に関する個人情報のうち健康情報を取り扱うに当たっての留意事項」を定めています。メンタルヘルスに関する個人情報も保護への配慮をすべき情報としてその取扱いには他の健康情報と同様に慎重に取扱う必要があります。

### < 個人情報の取扱いの注意すべき点 >

- 1) 利用目的を明確にし、利用目的以外では使用しない。利用目的以外で利用する場合はあらかじめ本人の同意を得る。
- 2) 本人の同意を得るに当たっては、本人にその個人情報の利用目的を通知し、又は公表した上で、本人が口頭、書面等によりその個人情報の取扱いについて承諾する意思表示を行うことが望ましい。
- 3) 個人情報を取得する場合は、できるだけ本人から取得し、あらかじめその利用目的を公表している場合を除き、利用目的を本人に通知し、又は公表する。書面で個人情報を取得する場合は、利用目的を書面で明示する。
- 4) 個人データを第三者に提供する場合は、あらかじめ本人から同意を得る。
- 5) 職場が、労働者から提出された診断書の内容以外の情報について医療機関から健康情報を収集する必要がある場合、事業者から求められた情報を医療機関が提供することは、第三者提供に該当するため、医療機関は労働者から同意を得る必要がある。この場合において、職場は、

あらかじめこれらの情報を取得する目的を労働者に明らかにして承諾を得るとともに、労働者本人から提出を受けることが望ましい。

6) 産業保健業務従事者以外の者が健康情報を取り扱う時は、取り扱う健康情報が利用目的の達成に必要な範囲に限定されるよう、必要に応じて健康情報を適切に加工した上で提供する等の措置を講じることが望ましい。

7) 労働者の個人情報とは、基本的には雇用管理を行う者が労働者の健康の確保を目的として産業医等の専門職に取扱わせるものであるが、一方で、健康診断を委託した他の医療機関や専門職ではない労働者本人の上司等に取扱わせる場合があるため、あらかじめ事業場内の規程等として定め、これを労働者に周知するとともに、関係者に当該規程に従って取り扱わせることが望ましい。

## おわりに

このたび、第一次案として「 - 障害者施設におけるメンタルヘルス不調者への労務管理ガイドライン - 人を育てる、組織を育てる」を発行するに至りました。

しかしながら、福祉現場のメンタルヘルス検討会では、この冊子は取り組みの手始めであって、更に検討をしていかなければならない問題であると考えています。

規模としては中小規模の事業所となる福祉現場では、実際にメンタルヘルス不調の職員が出てきたとしても、多くの法人で他の事業所に簡単には異動することができません。それが一部の休職者の職場復帰のハードルを高くしてしまうことにつながります。また、職員のメンタルヘルスを預かる専門の職員を置くことも実際上は難しく、また、障害者福祉現場をよく見知って対応できる医療機関も限られています。そのような中で職場―医療―当事者・ご家庭の連携が十分には取れないが故に、職場復帰が思うように進まなかった場合も散見されます。今後、現場それぞれの状況に対してのメンタルヘルス不調の要因とその対策について調査等の実施により精査をしていく必要があると考えています。また、このような中小規模に位置づけられる障害者福祉全体の状況を鑑みると、障害者福祉現場におけるメンタルヘルス問題を各法人が相談できる第三者機関が必要であることも認識するに至っています。

更なる検討を続けていきたいと考えておりますので、現場の皆様からご意見等ございましたら、是非 NPO 法人大阪障害者センターまでお寄せください。

なお、この冊子では、個々のケア・組織の変革に焦点をあてて述べてきましたが、もちろん、制度の改悪が続く社会に向けて福祉現場の実態とその対策を一団となって求め訴えていく必要もあります。管理者を中心に、職員一人一人が力を合わせて社会全体に向けても取り組んでいかなければいけない課題です。各法人においては、人を育て組織を育てる実践は、これからともいえます。是非、横の連携を取りながら、知恵を出し合い、よりよい法人の姿を共に追求していきましょう。

(この冊子は PDF でもご覧いただけます。詳細はセンターまでお問い合わせください。)



---

- 障害者施設におけるメンタルヘルス不調者への  
労務管理ガイドライン - (第一次案)

## 人を育てる、組織を育てる

(科研費 基盤研究(B) 23330188)

2013 年 1 月 31 日印刷

発行

NP0 法人大阪障害者センター 福祉現場のメンタルヘルス検討会  
〒558-0011 大阪府大阪市住吉区苅田 5 丁目 1-22 ポポロあびこ 2F  
TEL : 06-6697-9005 HP : <http://www.npo-osc.com/>

印刷

大和出版印刷株式会社