

労災疾病臨床研究事業費補助金

仕事を原因とした精神疾患の発症により
労災認定を受けた長期療養者に対する
治療と並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究

令和元年度・2年度 総合研究報告書

研究代表者 桂川 修一

令和3(2021)年3月

労災疾病臨床研究事業費補助金

**仕事を原因とした精神疾患の発症により
労災認定を受けた長期療養者に対する
治療と並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究**

令和元年度・2年度 総合研究報告書

目 次

I. 総括研究報告

- 仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する治療と並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究 …………… 1
研究代表者 桂川修一

II. 分担研究報告

1. メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に効果的な精神科主治医と職場との連携技法の実用化研究…………… 95
分担研究者 神山昭男
2. うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治ゆ評価…………… 249
分担研究者 清水栄司
3. リワークプログラムに対する企業人事労務担当者の意識調査…………… 257
分担研究者 五十嵐良雄
4. 労災認定された長期療養者を対象とした企業と協働した段階的な治療プログラムの提言 …………… 277
分担研究者 五十嵐良雄
5. 労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究・企業における休職者の実態調査…………… 287
分担研究者 黒木宣夫（研究協力者：南 昌秀）
6. メンタルヘルス外部支援機関として休業者に対する支援の現状と役割に関する調査研究 …………… 299
分担研究者 黒木宣夫（研究協力者：高野知樹、吉村靖司）
7. 精神疾患による労災認定患者の長期療養を防ぐための職場における課題と支援方法の調査研究
分担研究者 黒木宣夫（研究協力者：渡辺洋一郎）
8. 精神障害者・労災認定者の就労に向けた支援機関の取り組みの現状と課題－非医療機関の役割－…………… 325
分担研究者 大西 守

9. 精神疾患により長期療養中の労働者に対する標準的な病状評価と医療と職域間連携の
手法に関する調査研究—治療就労両立支援モデル事業等の応用—…………… 345
分担研究者 小山文彦
10. 労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究…………… 357
分担研究者 黒木宣夫
(資料) 近畿大学法学部教授 三柴 丈典：ドイツにおける精神障害による労災保険受給
者への給付の適正化策について—ドイツ労災保険組合 (DGUV)・健康保険組
(GKV) から得られた情報—
11. 復職支援制度の国際比較および生活モニタリングデータを用いた
就労可否判断の可能性に関する研究…………… 411
分担研究者 田中克俊
12. 精神障害による休職者の社会的寛解に要する期間の検討…………… 475
分担研究者 林 果林

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表 なし

Ⅳ. 研究成果の刊行物・別冊 なし

労災疾病臨床研究事業費補助金
総括研究報告書

仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する治療と並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究

研究代表者 桂川 修一 東邦大学医学部精神神経医学講座（佐倉）・教授

研究要旨

2016年度および2017年度の労災疾病臨床研究事業費補助金研究から、労災認定された事例の療養期間が長期化している現状が明らかになっている。これらの調査から、治ゆ状況の精神科病態レベルの把握のための指標作成、社会復帰レベル把握のための客観的指標作成、社会復帰後の安定就労の確認・治ゆ判断の要件等を検討することが課題として挙げられた。

患者が労災請求の意思表示をした時点で医療保険から労災保険へ切り替える際の問題も含め、早期に労災保険による医療の導入を図り、労災医療導入から社会復帰へ向けた対策を明らかにする。労災認定患者の長期療養化の要件を明らかとし、同患者の長期療養化の防止策の具体的な提言を行うこと目的として本研究を実施することとした。2019年度は一般医療機関、職場復帰治療プログラムを有した施設での病状の安定、就労・職場復帰判定、医療機関以外の施設（ハローワーク等）調査、企業における長期療養事例、労災認定後の精神疾患・身体疾患の調査として10にわたる研究を実施し、2020年度は2019年度の調査結果を踏まえて11にわたる研究を実施した。

「メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に効果的な精神科主治医と職場との連携技法の実用化研究」

メンタルヘルス不調者（以下「不調者」）とその職場への精神科主治医の対応状況を把握する目的で全61項目の自記式質問紙を作成し、全国の精神科診療所へ発送、回収された回答の集計、分析を実施した。本調査の記入者は全国で精神科診療所を運営する精神科専門医が大半を占めた。「不調者」の臨床診断は気分(感情)障害、不安障害・適応障害・強迫性障害が多くを占め、約半数は発症要因が労災認定条件と重なる職場内要因と判断されていた。診療上の問題点として、再発、再休業への対応、職場との連絡・連携、「不調者」の復職可能の判断根拠、休業期間の目安、診断名の表記方法などが指摘された。そして、最近半年間に労災保険適用患者を有する施設は3割、今後3年以内に治癒の見込みがあるのは約半数、症状固定（治ゆ）していない理由は、症状の重症度、本人の復職意欲、職場の受け入れ・支援体制などが指摘された。さらに、主治医から職場への連携目的は、病状に応じた配属、勤務制限、

業務内容などの調整をしたいなど。職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配置、異動の可能性などに関する照会、意見の提言などが目立った。職場から主治医への連携目的は、診断書、意見書の病状、ケアの見通しなどへの照会、復職時の職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配属先、異動の可能性などに関する意見、調整の照会、復職可能の診断書、判断、復職準備に関する疑義照会、意見交換などが目立った。連絡・連携における問題点として、職場が一方的・主治医の意見を無視する、記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがよくわからない・「不調者」に不利となる懸念などが共通して指摘された。回答者の半数が今後も産業医業務に取り組む意向を示し、今後の期待で連携ハンドブックを発行して主治医と職場双方で活用することに多くの支持を集めた。

第1の研究成果を踏まえ「メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に関わる精神科主治医と職場に有用な連携ハンドブックの作成」をめざして、この内容の具体的な根拠を得るべく、全国の専門家から連携効果が認められた好事例を集積した。回答者は本研究の目的達成に必要な業務経験を十分に備えると判断された。試作した連携ハンドブックは全59頁で、第1部は基礎編：「連携」の背景から「連携力」まで、第2部は実践編：好事例から学ぶ「連携」の実際として、好事例を不安定就労期・休業期・復職期別に並べ、好事例とした根拠から連携に関わるリスクまで、好事例における連携プロセスの特徴を理解できるように編集した。今後は、当初の目的を踏まえ、不調者の就労支援に関わる専門家間で共有し、かつ、ノウハウを具体的に習得、実践してレベルアップを図り、内容をさらに充実していく必要がある。

「うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治ゆ評価」

2019年度は下記の3つの研究を行なった。

【研究1】患者を対象とした発症時の業務による心理的負荷の有無と時間的軽減のアンケート調査：うつ病、うつ状態、適応障害の診断で通院し、かつ就労中の患者500名へのWEBアンケートにより、発病前の6か月以内の職場ストレスあり、私生活ストレスなしで発症が44.6%の患者に、職場ストレスと私生活ストレスがともにありで発症が17.8%の患者に見られ、発症に関連する職場ストレスが6割以上の患者に見られた。また、職場のストレス状況は改善されず、通院加療中の現在も続いていると回答した人が30.0%だった。

【研究2】医師を対象とした発症時の業務による心理的負荷の有無と時間的軽減のアンケート調査：医師150名のアンケートで、労災認定された精神疾患の症状固定（治ゆ）の判断は、労災の原因となった職場でのストレス（心理的負荷）が消失した期間が6か月以上継続していることを評価することに関して、半数以上の医師からのコンセンサスを得られた。さらに、患者の発病前6か月以内の職場のストレスとして（A）時間外労働（週40時間超え）、（B）

職場の事件や事故、(C) 職場の責任問題、(D) 職場の役割変化、(E) 職場の人間関係について、診察時に問診やアンケートで確認すべきというコンセンサスを8割以上の医師から得られた。

【研究3】 うつ病の Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9)と不安症状の Generalized Anxiety Disorder-7(GAD-7)の自己記入式質問紙の認知行動療法経過中の実用性調査：「うつ不安スコアの医療者登録データベース研究」により、うつ症状 PHQ-9 の有意な改善と不安症状の GAD-7 の改善傾向を個人認知行動療法1回50分で12セッションの経過中に確認でき、その実用性が示唆された。

2020年度は産業医や担当医が就労(復職)の判断要件、精神症状把握のポイントのために、職場での psychological injury に関する患者および労働者に対する簡便な自己記入式質問紙として、PTSD(心的外傷後ストレス障害)の重症度評価に用いられる改訂出来事インパクト尺度(IES-R)の有用性を検討した。無理な配置転換、ワンオペ、職場いじめ、パワハラ等の強い職場のストレスから、うつ病を発病し、(A)退職した患者群、(B)就労継続の患者群、職場のストレスからうつ病を発病せず、(C)退職した一般群、(D)就労継続の一般群の767名に対してWEBアンケートを実施し、うつ症状 PHQ-9 だけでなく、PTSD(心的外傷後ストレス障害)用の改訂出来事インパクト尺度(IES-R)を用いて、職場ストレス(トラウマ的出来事)による「心的外傷(psychological injury)」を適切に評価する必要性が示唆された。

「リワークプログラムに対する企業人事労務担当者の意識調査」

企業人事労務担当者に対し、医療機関で行われるリワークプログラムに対する意識調査とリワークプログラム実施医療機関に対し、労災保険適用利用者の実態調査を実施した。調査は、人事労務担当者1,000人を対象とするインターネット調査、及び、リワークプログラム実施医療機関140施設に対する郵送による質問紙調査の2つの調査を行った。

人事労務担当者に対する医療機関で行われるリワークプログラムの認知度は57.5%であった。精神疾患の労災申請を経験した人事労務担当者からの回答では、その事業場においてリワークプログラムを利用した社員がいると答えた割合は42.8%であった。労災認定され休職している従業員の復職支援に望むことは、「長期間の休業を回避すべく前向きに取り組むプログラムにして欲しい」が31.6%と最も多く、リワークプログラムにおいて必要と思われる情報や評価は、「症状の回復程度」が65.4%と最も多かった。復職に対する本人の考え方については、「業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか」が79.3%と最も多く、「会社への陰性感情(嫌悪、怒り、憎しみ、不信感など)がどの程度あるか」の47.3%を大きく上回っていた。一方、リワークプログラム実施医療機関において、2019年4月1日から2019

年 9 月 30 日までの半年間に、労災保険が適用される労働者のリワークプログラムの利用は 5 施設 (3.6%) と少数にとどまり、当該期間における平均利用人数は 1.4 人 (SD0.9) であった。人事労務担当者からみると、医療機関で実施されるリワークプログラムの認知度はある程度確認されたものの、利用者の実績が少数であり、精神疾患による労災認定の休職者のリワークプログラムの利用に繋げるためには、人事労務担当者に対しての更なる普及啓発活動が今後も必要であると考えられた。

「労災認定された長期療養者を対象とした企業と協働した段階的な治療プログラムの提言」 コロナ禍におけるリワークプログラムの現状と今後の動きに関して把握することを目的として、一般社団法人日本うつ病リワーク協会に所属する施設における、プログラム運営担当者に対し、新型コロナウイルス感染が拡大する中での施設対応、及び運営方法の見直しや対策などについて調査を全 3 回実施した。リワークプログラムを「デイケア」及び「ショートケア」で実施している会員施設が最も多く、其々「デイケア」第 1 回 83.2%、第 2 回 82.8%、第 3 回 81.4%、「ショートケア」第 1 回 65.3%、第 2 回 59.1%、第 3 回 52.6% という結果であった。なお、調査時点でのプログラム開催に関しては「全て通常通り」という回答が最も多く第 1 回 74.3%、第 2 回 72.0%、第 3 回 86.6% であった。今後プログラムの内容を見直す場合の判断基準については、「国、自治体からの勧告や要請等」、「施設管理者の判断」が最も多く、概ね国や自治体からの要請があるまではなるべく通常通りの運用を行う、という会員施設側の意思が示された。他方、利用者の復職先の会社に関する勤務状況に関しては、「休職者の復職後の就労環境について」、「コロナ禍における社内環境や体制の変化」が多数を占め、会社側の就労環境や会社の動きを敏感に把握したい医療機関側の考えが明らかとなった。テレワーク環境下でのリワークプログラムの見直しについては「見直す必要がある」、コロナ禍でリワークプログラムを継続するための制度や枠組みの必要性についても「見直す必要がある」という意見が多数であった。コロナ禍でプログラムは多大な影響を受けており、プログラムの内容や枠も再検討を迫られる状況で治療施設自身の努力も必要であるが、診療報酬の制度改変や経済的支援も欠くべからざるものである。

「労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究・企業における休職者の実態調査」

専属産業医の立場から休業者の調査を実施し、長期休職者と短期休職者の相違点や復職時に周囲が留意すること、時間勤務に至るまでの期間などから企業の支援策等の検討を目的に、令和元年度は 2010 年から 2018 年までの 9 年間、令和 2 年度は 2010 年から 2019 年までの 10 年間に調査した。休職者は徐々に増加しており、増加率は、抑うつ状態、適応障害、うつ病の順に高く、2019 年においては、抑うつ状態、うつ病、適応障害の順に多くなっていた。疾病ごとに年齢別に推移を確認したところ、抑うつ状態は全年齢で増加しているが、特

歳代と 30 歳代での増加が顕著であった。休職者全体の平均休職期間は短縮されていた。初発者より再発者の休職期間が、概して長いと考えられた。休職の推定要因は「個人の性格傾向」の比率が増加し、「仕事の質」や「職場の人間関係」の比率は、ほぼ横ばいであった。長期休職者（1 年以上）はうつ病が多く、そのほとんどが退職していた。なお、退職者を含む長期休職者は全員が労災の申請を行っていなかった。企業としての取組として管理職に対して「ハラスメント」や「行き過ぎた指導」を行わないための教育研修を継続し、今後メンタル休職者と対応する人事労務中堅社員に対して、事例を提示しグループワークを行う実践的な教育研修を開始している。

「メンタルヘルス外部支援機関として休業者に対する支援の現状と役割に関する調査研究」精神科医療機関による精神科診療や産業保健活動を行っている精神科医師に対し、支援内容な効果に関する調査票を配布・回収し、休業者に対する支援事例を質的に検証し、社会復帰を目指した適正な支援のあり方を明らかにする一助とすることを目的とした。

令和元年度は、事例検証のために使用する調査票の作成を行った。

令和 2 年度は下記の 2 つの研究を実施した。

【研究 1】2019 年度に作成した調査票の一部を改訂した。

【研究 2】研究 1 で作成した調査票を、(公社)日本精神神経科診療所協会の産業メンタルヘルス関連委員会に所属する医療機関に勤務する精神科医師に対し、メール送付による返信の形式で調査を実施した。回収できた 24 例について解析した。

事例は、精神疾患の発症に業務要因が大きく影響し、休業に至り、何らかの支援による効果があったという好事例を解析した。その結果、好事例においては産業医・産業保健スタッフからの相談経緯が大きな役割を担っていることが示され、休業後、6 ヶ月未満の短期に就業再開に至るケースのほとんどが、人事・労務担当者との連携や関与により、業務変更・配置転換・異動を伴う環境調整がなされていたことも示唆された。

事例数は少ないものの、支援者は事例ごとに業務による心理的負荷の有無や内容、その強度を丁寧に把握することに努め、職場環境調整が必要な場合には、適切なタイミングで人事・労務担当者との連携を意識することが重要だと思われた。

「精神疾患による労災認定患者の長期療養を防ぐための職場における課題と支援方法の調査研究」

仕事を原因した精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者の社会復帰支援を効果的に行うためには、職場における受け入れ態勢など職場の支援が大きな影響を及ぼすと考えられる。また、昨今、精神障害者の障害者雇用が非常に増加しているが、精神障害者の障害者雇用においては、定着率が低いことが指摘されている。定着率が低い理由としては症状の

増悪、再発などもその一因として考えられる。このことは、労災との関連も考えられ、症状の増悪、再発が労災認定され、療養が長期化する事例が増加することも考えられる。

そこで、職場が効果的な支援を行うためにどのような課題があるかを検討するため、職場の人事労務担当者を対象として精神疾患における労災認定に関する意識調査を行い、その課題を明らかにするとともに精神疾患により労災認定を受けた長期療養者の社会復帰を促進するための解決方法を検討した。さらに精神障害者の障害者雇用の現状、症状の増悪、再発に関係する因子を調査し、精神障害者の雇用の安定、定着率の増加、労災発生の予防における課題を検討することを目的として以下の2つの調査研究を実施した。

【研究1】人事労務担当者における労災医療に関する意識調査

【研究2】精神障害者雇用における病状経過と労災予防に関する調査研究 ～人事労務担当者へのアンケート調査を通して～

【研究結果1】人事労務担当者における労災医療に関する意識調査から、人事労務担当者の精神疾患による労災療養者への対応においては、一部にはネガティブな意見や感情もうかがわれるが、基本的には復職を支援したいという姿勢であること、しかしながらその対応方法が分からないために非常に困難を感じていることが示された。したがって、人事労務担当者に対する対応方法の指導と支援が精神疾患による労災療養者の早期復職に有効と考えられた。また、そのための人的資源としては産業医が重要であると思われた。

【研究結果2】精神障害者雇用における病状経過と労災予防に関する調査研究として、人事労務担当者へのアンケート調査を実施したところ、精神障害者雇用が労災に進展する可能性も低くないこと、そして多くの担当者が労災に進展する心配を持っていることが示された。

その背景として、精神障害者の障害者雇用に関する制度、体制、あるいは障害者雇用に関する人事制度が十分でないこと、また、支援制度に対する認知も十分でないことが示された。そして、精神障害者雇用経験のある担当者のほとんどが難しさを感じており、不安も大きいことが示された。精神障害者の安定就労のために必要な事柄としては、担当者自身、そして、精神障害者を現実的、実践的なレベルで支援する制度や体制の必要性が高いことが示された。

また、精神障害者雇用が健康問題を基盤としていることを考えると、産業医の関与は十分とは言えないと思われた。現場のニーズに応えていくことが産業医における今後の課題と考えられる。

「精神障害者の就労に向けた支援機関の取り組みの現状と課題—非医療機関の役割—」

【研究1】精神障害者 労災認定者の就業への支援機関の取り組みの現状と課題

訪問調査を実施した。また、産業保健総合支援センターおよび地域産業保健センター、障害者就業・生活支援センターなど4ヶ所についても訪問調査を実施した。以下調査結果を示す。

①ハローワークにおける精神障害者の求職件数はどの拠点も増加傾向にあり、3障害の中で最も高い割合で、求職者の5割以上が精神障害者を占めていると回答したハローワークが多かった。また、精神障害者の就労が定着せず、退職・転職を繰り返すケースも少なくないとの声も多く聞かれた。

②訪問調査を行ったすべてのハローワークが、企業に対して精神障害者雇用の説明会を実施するなどの何等かの啓発活動を行っていた。

③精神障害者の就労後の定着については、他の障害者に比べ依然として定着率が低いとの見解がほとんどであった。ほとんどのハローワークが精神障害者の窓口利用者の増加により就職や関係機関へのコーディネートの業務で手が一杯で定着支援までカバーできていないとの声が多かった。

④主治医との連携については、意見書の提出で完結しているケースが圧倒的に多かった。精神科医療機関とハローワークの連携モデル事業において、(a)利用者へのジョブガイダンスの実施、(b)職業相談・紹介、キャリアコンサルティング、就労支援サービス、(c)職場実習等の機会の積極的な提供、(d)3ヶ月目と支援期間終了時のケース会議の開催、(e)フォローアップ支援の実施がなされているが、訪問調査を行ったハローワークでは、モデル事業を実施している拠点はあったが、協力医療機関の開拓が難しかったり、実際に事業を実施してもその成果が十分得られていない機関も多く見られた。

⑤職場との連携先は事業所の人事や本人が所属している管理職との連携がほとんどで、産業保健スタッフとの連携しているケースはほとんど聞かれなかった。

⑥ハローワークの相談窓口担当職員への研修を定期的に行っている機関はほとんどなかった。窓口対応をしている職員は嘱託職員が多く、本人が自費で自主的に研修会や学会に参加研鑽しているのが現状である。

⑦外国人労働者の雇用については、地域により大きな差が見られた。地方によって外国人の受け入れに抵抗を示す地域もあり、旅館・ホテル業が多いエリアは外国人の雇用が難しかったと意見があった。一方で、訪日外国人が多く住むエリアにおいては雇用件数も多く、大都市エリアのハローワークでは外国員留学生の相談が多い傾向などが見られた。

⑧障害者を積極的に雇用している企業の中には、障害者雇用によるワークシェアを行うことで従業員の残業時間の削減につなげている事例もあった。

⑨訪問調査を行ったハローワークを含む支援機関においては労災保険受給者の相談対応を

行った事例は聞かれなかった。

【研究2】令和2年度においては精神障害者の安定就労・雇用促進に向けて、全国の障害者就業・生活支援センター関係機関にアンケート調査と訪問調査を実施し、コロナ禍時代における新たな課題と対応を探るものとした。

その結果、障害者就業・生活支援センターが、今後の精神障害者の雇用促進に向けて必要と思われる取組みとして、「リモート対応」「国の施策」「雇用者の対策」「支援機関の対策」「障害者本人の対策」の5つに分類された。

「リモート対応」は、コロナ禍の課題ではあるが、在宅ワークを希望する精神障害者のニーズの高まりと同時に、精神障害者の新たな働き方の可能性を感じての意見である。また、本人支援や関係者との連携する場合も、オンライン会議システムを活用し、感染症対策を講じた上で雇用を促進していきたい意向と思われる。一方で、こうしたインターネット環境や操作スキルの乏しい障害者も多いという課題が残されている。障害者の失業率については、「国の施策」である感染症対策によっても障害者の収入減や離職を余儀なくされているとの声が聞かれた。「雇用者の対策」、「支援機関の対策」、「精神障害者本人の対策」は、従来からの課題を反映しており、コロナ禍で精神障害者が感じるストレスから、より一層の工夫が求められている。在宅ワークを行う精神障害者を管理する場合、既存業務の見直しや、業務面だけでなく生活面も含めた本人へのケアなど負担も大きく、社外の公的支援機関や社内の健康管理部門との連携強化が求められる。

また、精神疾患の労災認定者を対象に就労支援に関わった経験があるセンターは11か所で、「職場での事故」や「不注意による怪我」後のメンタル不調、「パワーハラスメント」や「セクシャルハラスメント」に関するもので、支援にかかる負担が大きく時間を要するとの意見もみられた。障害者就業・生活支援センターが狭い精神障害という概念ではなく、身体障害も伴う複数障害や生活障害を伴う事例の受け皿になっている可能性が示唆された。

「精神疾患により長期療養中の労働者に対する標準的な症状評価と医療と職域間連携の手法に関する調査研究—治療就労両立支援モデル事業等の応用—」

【令和元年度研究】うつ病のため休業中の労働者を対象に、治療就労両立支援モデルの4つの軸評価を行い、休業ならびに療養期間と各状態像との相関について検討するための予備的調査を行なった。東邦大学産業精神保健職場復帰支援センター（佐倉）において、2010年10月～2019年5月の期間に、うつ病エピソード（ICD-10 F32）に罹患しリワークデイケアを利用した92名の有職者を対象に利用目的、期間、休務回数、休職理由の調査を行った。利用目的は全例が復職であり、平均利用期間は215日、休職回数は1回51名、2回24名、3回8名、4回6名、5回以上7名だった。休職理由について主要因は業務の質的負担、量的負担が上位であり、副次的要因として、仕事のコントロール度、人間関係が有意と考えられ

【令和2年度研究】東邦大学医療センター佐倉病院メンタルヘルスクリニック通院患者・デイケア利用者を対象に、①医学所見、②安全衛生要因、③個人生活状況の3つの要因にかかる自覚的ストレス要因および発達特性に関する状況等について、無記名自記式のアンケート調査を行い、罹病及び休業の実態と職業性ストレス等の相関についての傾向を求めた。その結果、休業の原因となった者の疾患分布は、休業1回と複数回ともに、うつ病（うつ状態）が48%であった。このうち外来通院者では、休業1回と複数回ともに、うつ病（うつ状態）が60%以上を占めるが、リワークデイケア利用中の者では、発達障害の診断・指摘を受けた者が10%を超え、相対的に多く、とくに複数回休業中の者は17%とより多い結果であった。発達障害の診断（指摘）を受けた休業経験のある者は7名であったが、このうち休業の契機となった症状・要因について自覚的にも発達特性の問題を挙げた者は6名であり、発達特性の問題が、従来のうつ病像の他に職場復帰の成否に関わっていることが示された。さらに、休業の契機と自覚された症状、要因については、複数回休業群において、「対人関係上の問題」が顕著に高い結果であり、これが安定就労上の障壁となっている要因だと推測された。

「労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究」

【令和元年度研究】全国都道府県労働局労災補償課長への統括調査と2019年3月時点で、3年以内に治癒できた事例と5年以上経過しても治癒しない事例に関して個別調査を実施した。

1) 労災補償課長への調査：労災保険による療養開始（労災認定時点）から5年以上治癒していない事例は790例であり、6カ月以上、通院の実績がない事例は11例であった。早期復職事例と長期療養事例との一番の差異は、本人の復職意欲が67.2%、次に症状の重症度が31%と回答し、職場復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養期間の目安を示す」は最も多く、60.3%(35)を占め、次に現場の受け入れ・支援体制が32.8%を占めていた。

2) 個別事例調査：労災認定基準で業務上と判断され、2019年3月時点で、①3年以内に治癒できた事例160件と②5年以上経過しても治癒しない事例783件、合計943件に関して精査した。労災認定時の傷病名に関して、うつ病は5年以上未治癒事例51.1%、3年未満治癒事例39.2%が多く、適応障害は3年未満治癒事例は適応障害25.9%、5年以上未治癒事例：15.6%が多くみられた。調査時点の傷病名に関してうつ病は5年以上未治癒事例54.2%、3年未満治癒事例39.5%が多く、3年未満治癒事例にみられない疾患は統合失調症、双極性障害であった。3年未満治癒事例に多く見られた出来事は、「事故や災害の体験」で37.6%、「ひどい嫌がらせ・いじめ・又は暴行を受けた」26.8%であり、5年以上未治癒事例に多くみられた出来事は、「仕事の量・質の変化があった」で42.6%であり、統計学的に有意差が認められた。3年未満治癒事例と5年以上未治癒事例を比較すると、3年未満治癒事例は100時間以上

間外労働なしが 72.7%に対し、5年以上未治ゆ事例は 51.3%を占めた。時間外労働に関して、3年未満治ゆ事例は 5年以上未治ゆ事例に比べ、有意に時間外労働をしている事例は少なかった。業種に関しては 3年未満治ゆ事例で割合的に多い業種は医療・福祉関係 24.2%、製造業 17.2%、サービス業 16.6%であり、統計学的に有意差が認められた。2019年3月時点での労災請求の際の事業主の証明は、3年未満治ゆ事例は 55.2%で証明があり、5年以上未治ゆ事例は 24.6%しか証明が得られていなかった。

現在職場復帰を果たしているかに関して、3年未満治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は 73.2%、5年以上未治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は 9.5%にすぎず、5年以上未治ゆ事例で職場復帰を果たしていない事例は 90.5%だった。過去に職場復帰を果たしたことがあるかに関して、3年未満治ゆ事例は 60%が職場復帰を果たしているのに対し、5年以上未治ゆ事例は 16.7%しか過去に職場復帰を果たしておらず、5年以上未治ゆ事例では 83.3%が一度も職場復帰を果たしていないという結果が得られた。

調査時点前1ヶ月間のおおよその休業給付額 20万円以下の休業給付金を支給されている事例は 3年未満治ゆ事例は 46.1%であるのに対し、5年以上未治ゆ事例は 27.2%にすぎなかった。さらに 5年以上未治ゆ事例では 39.2%は 30万円以上の給付金が支給されていた。

5年以上未治ゆ事例 776例の中で、治ゆの見通しが「大いにある」は 2.6%、「少しある」は 7.3%にすぎず、両者合わせても 9.9%にすぎないという結果が得られた。

【令和2年度研究】業務上疾病として労災認定され療養開始から 15年以上の長期療養に至った事例調査を実施し、治ゆに至らない要因を明らかにして職場復帰・就労支援のための治療プログラム等の方策を検討することを目的とした。

各都道府県労働局補償課長宛てに労働局に対する調査と個別事案の調査用紙を送付し回答を得た。そこでは、一定の療養期間の目安を示すことについては、「目安の時期・期間は慎重に」「精神における『治ゆ』は傷病とは異なる定義をするべき」等の3例のみが慎重な見解であったが、88%は長期療養を防止する有効な対策との見解であった。職場の受入れ・支援対策の構築に関しては、離職している労働者も多く、中小・零細企業においては、そもそも、困難な課題であり、ハローワーク等の他支援機関との連携や再就職の助成金や公的な就労等支援制度等の活用等の労働基準行政を超えた枠組みで長期療養の就労を考えるべきとの見解が得られた。また、行政側から主治医への期待で圧倒的に多いのは、労災保険制度と症状固定（治ゆ）の考え方を周知するという見解だった。

個別事例調査では、労災認定時は平均年齢が 40.1歳、調査時点の平均年齢は 53.3歳であり、男性は 69.9%、女性は 30.1%であった。労災認定から調査時点までは平均 12.7年であるが、療養開始から調査時点までは 17.7年経過していた。調査時点で出来事に遭遇した時の会社に

在籍している労働者は27.4%、労災請求を行った時には、出来事に遭遇した時の会社を退職していた事例は38.9%、退職していなかった事例は41.6%だった。直近の事業主証明ありは22.1%、離職後のため証明書なしは63.7%であり、事業主証明を拒否している事例が5例認められた。調査日時点において職場復帰事例は7.1%、職場復帰をしていない事例は82.3%であり、15年以上の長期療養を継続し、職場復帰をしていながら障害認定されていない事例が8例あった。全休業は84.1%、通院日休業と一部休業は3.6%だった。調査日前直近1ヶ月間の保険給付額では療養給付金の平均26,600円、休業給付金は平均283,016円であった。主治医から監督署へ症状固定の相談は3例にすぎなかったが、監督署から主治医に症状固定（治ゆ）についての相談は、31%であり、監督署は3割の事例に主治医に相談していた。今後、治ゆの見込みが大いにあるは3.5%、少しある6.2%、あまりない・全くないは45.1%だった。今後の就業可否に関して、就労移行支援が可能な事例は1例、就労継続事業所での就労が可能な事例は3例、就業不可能と判断された事例は58.4%であり、一般就労が可能と判断された事例は4例にすぎなかった。

以上の結果から、理由や病態はさまざまであるにしても、休業給付金の大きさが長期療養の一つの要因となっていた。さらに長期療養になるにしたがい、職場復帰できない状況が明らかになったが、療養の長期化が職場復帰の困難さを示していると言っても過言ではない。

治療が進み療養期間が長くなればなるほど、十分な治療が治ゆ率をあげることにしないことを認識すべきである。また、改善していない精神疾患の場合は、事業主証明を取得することはハードルが高く、治療的な観点から考えるならば、保険給付金の請求の在り方を整理・検討すべき時期にきている。就労移行支援や就労継続事業所での就労や一般就労が可能と判断された事例は少数で、就業不可能と判断された事例が過半数であったことから長期療養期間のなかで、すでに症状固定（治ゆ）に至っている可能性のある事例が多く含まれていると考えられる。長期療養事例に対しての障害認定の在り方が問われており、長期療養に対する対策が必要な時期に来ていると言える。

「復職支援制度の国際比較および生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の可能性に関する研究」

精神疾患による休業者の的確な状態把握と適切な就労可否判断を行うために、諸外国の就労可否判断の現状を把握、また休業者への効果的な社会復帰支援を検討するため諸外国の復職への取り組みも合わせて調査した。気分障害の療養者に対する就労可否判断の客観的な指標として、生活モニタリングデータを実用する可能性を検討した。

【研究1】復職支援制度の国際比較

諸外国で発行されている復職ガイドラインをもとにして、諸外国の現状を、1. 復職に関する

るガイドライン、2. 就労可否判断の方法とその基準、3. 復職への取組み、の3点に関して調査を行った。諸外国と本邦では、重視する復職の目標やモデル、制度において異なる点はあるが、同様の復職支援に関する取組みが多くみられた。また、イギリスの雇用アドバイザーのサービスや、アメリカの業務活動分析書のような個別の業務内容と身体的・精神的要件に基づく就労可否判断、オランダの労働者に対してインセンティブとなる制度などは学ぶべき点があった。

【研究2】生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の可能性

長年にわたり多数の研究で用いられているアクチグラフィと気分障害の症状との関連、及び、近年注目されているスマートフォン等で収集した生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連に関する文献を調査し、選定した文献から就労可否判断に有用な結果を精査した。その結果、アクチグラフィと気分障害の症状との関連を評価したメタアナリシスおよびシステマティックレビューは7編選定され、活動量を大うつ病性障害の寛解の判断指標とする可能性が示唆された。スマートフォン等で収集した生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連に関する文献は27編選定され、位置情報と音声データは、双極性障害の症状との関連が一貫して認められており、データ分析に基づく双極性障害の寛解期の判別能力は、中等程度であった。

研究1では、アメリカのように個別の業務内容と精神的要件に基づく判断を検討していくことは有用であると考えられ、諸外国にみられない、本邦の生活記録表による就労可否判断に加えて、客観的な方法で測定した休業者の日中活動量等を利用した判断の知見を蓄積していく事は今後重要になると考えられた。諸外国の復職支援サービスやインセンティブとなる制度は効果的な社会復帰支援の検討において有用と考えられた。

研究2に関して、結果からは、アクチグラフィの活動量、及びスマートフォンで収集した位置情報や音声データを気分障害の寛解の判断指標とする可能性が示唆されたが、研究の患者のサンプル数が十分ではないことから、現時点では実用することは難しいと考えられた。

就労可否判断に客観的な指標の導入を進めるためには、復職に影響を与える症状以外の要因の評価に客観的データを用いる方法の検討や、評価尺度と客観的データを複合した就労可否判断モデルの探索と評価などの研究が必要になると考えられた。

「精神障害による休職者の社会的寛解に要する期間の検討」

既存精神障害者が労務上の出来事に遭遇し症状を認めた場合、その出来事と因果関係があると判断されるためには、「特別な出来事」の存在が不可欠となる。一方、既存の精神障害が寛解（症状固定）と判断された場合には、新たな精神障害発病として、発病前6ヶ月間の出来事の存在が評価されるが、認定基準では精神障害が寛解状態にあると判断されるために

必要な期間は定められていない。精神障害が寛解状態（治ゆ、症状固定）にあると判断するためには、どれだけの社会的寛解の期間が必要であるかを調査した。

対象は2007年10月～2021年1月までに東邦大学医療センター佐倉病院デイケア（DC）を利用した3回以上休職歴があり、DC終了後の経過を追うことのできた63名について、休職期間、次の休職まで安定して就労していた期間等について集計・分析を実施した。

全例において1回目の休職期間の平均は5.2か月、2回目は7.1か月、3回目以降間近の一つ前の休職期間は7.7か月で、最終休職期間は15.6か月と徐々に延長する傾向が認められた。一方、最終休職前の安定就労が継続していた期間は26か月と約2年に上った。統合失調症においては休職期間が徐々に短くなる一方、安定した就労ができる期間も短い傾向が認められた。得られた結果より、症状固定（治ゆ）の判断は休職回数が多いものほど長期的な寛解期間が必要な可能性が示唆され、平均的には2年ほど安定的な就労をしたのちに複数回目の休職に至っていることから、症状固定には一定以上の寛解期間が必要であると考えられた。一方で10年以上長期的に安定した就労が得られた後に再発する場合もあり個別の検討が必要である。

これら分担研究者の成果から参考となる資料を添付して、治ゆ判断を含めた社会復帰レベル把握のための客観的指標および主治医、産業医、企業等の支援の具体的な提言を述べた。

研究分担者

神山昭男 医療法人社団桜メディスン・理事長

清水栄司 千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学・教授

五十嵐良雄 医療法人社団雄仁会メディカルケア大手町・理事長

黒木宣夫 東邦大学名誉教授、勝田台メディカルクリニック・院長

大西 守 公益社団法人日本精神保健福祉連盟・常務理事

小山文彦 東邦大学医療センター佐倉病院 産業精神保健・職場復帰センター センター長・教授

田中克俊 北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学・教授

林 果林 東邦大学医学部精神神経医学講座（佐倉）・講師

A. 研究目的

労災認定患者の長期療養化の要件を明らかにし、同患者の長期療養化の防止策の具体的な提言を行うことが課題となっている。

精神障害が、どういう治療・療養経過を辿るかは、薬物治療状況のみでなく、職場の受け入れ状況や本人の業務遂行能力、対人関係等のコミュニケーション能力等を加味して就労可否判断が必要となることは言うまでもない、精神障害の治療は、骨折・挫傷のような負傷とは違い、労災請求すること自体が、企業側と対立構造を生みやすく、そのことが会社の受け入れ体制に影響し、復職の意思が固くとも復職がスムーズにいかず、休業期間だけが延長してしまい、結果的に復職が困難となる事例も認められている。本研究では、実証的なデータを基に、長期療養や休復職を繰り返す不安定就労の事例を集積・分析することにより、労働者の病状の的確な把握及び治ゆ判断を実施しながら、労災保険による治療と並行して行う効果的な社会復帰支援を検討する。すなわち、長期療養者の社会復帰をスムーズにするためには、労災保険による治療と並行して、病態のレベル、復職条件等を勘案しながら、医療・行政・企業の連携が不可欠である。労災保険による治療開始から事業所内外支援、行政的支援も並行して実施し、労災認定された労働者の社会復帰（職場復帰）の意思確認をしながら、治療プログラムを策定する必要がある。そのためには、治ゆ判断を含めた社会復帰レベル把握のための客観的指標が必要であり、主治医、産業医、企業等の支援の具体的な提言を行うことで、労災認定後の長期

療養期間を短縮できる。患者が労災請求の意思表示をした時点で医療保険から労災保険へ切り替える際の問題も含め、早期に労災保険による医療の導入を図り、労災医療導入から社会復帰へ向けた対策を明らかにする。

一般医療機関、職場復帰治療プログラムを有した施設、医療機関以外の施設に関わっている精神科医、企業に所属する産業医、労働法を専門とする法律家、産業精神保健学の専門家、医療統計学の専門家で研究チームを発足させ、2019年度、2020年度に調査を実施することを計画した。2019年度は、一般医療機関、職場復帰治療プログラムを有した施設での病状の安定、就労・職場復帰判定、医療機関以外の施設（ハローワーク等）調査、企業における長期療養事例、労災認定後の精神疾患・身体疾患の調査として10の研究を実施した。

2020年度は、2019年度の調査結果を勘案して、早急に労災患者の治ゆに至る手順・判定の具体的な方法を検討し、仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた療養者に対して、労災保険による治療と並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究を実施することとした。すなわち、①就労可能レベルの評価ツール、職場との情報共有・連携用ハンドブック等の開発研究、②うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治ゆ評価に関わる研究、③復職ダイケアプログラムの実施経験に関する調査、④専属産業医の立場からの休職者の調査、⑤メンタルヘルス外部支援機関として休業者に対する支援の現状と役割に関する調査、⑥精神障害者雇用における病状経過と労災予防に関する調査、⑦精神障害者・

労災認定者の就労に向けた支援機関の取り組みの調査、⑧精神疾患により長期療養中の労働者に対する標準的な病状評価と医療と職域間連携の手法に関する調査、⑨労働局への業務上疾病として労災認定され療養開始から15年以上の長期療養に至った事例の調査、⑩休業者の生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の実用可能性の検討、⑪社会的寛解の期間に関する調査といった11の研究を実施した。

B. 研究方法

1. メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に効果的な精神科主治医と職場との連携技法の実用化研究

本研究には大きく2つの内容が含まれている。第1は2019年度に実施したメンタルヘルス不調者（以下「不調者」）とその職場への精神科主治医の対応状況に関する調査と分析である。第2は2020年度に実施した精神科主治医と産業医の連携効果が認められた好事例収集調査と分析、を行い精神科主治医と産業医の連携に役立つ「連携ハンドブック」の編纂を目的とした。

第1章：精神科主治医の対応状況に関する調査

精神科主治医である公益社団法人日本精神診療所協会（日精診）会員を対象としたアンケートを日精診委員会で企画立案、2014年に施行した調査との比較を可能とする配慮を行い、全61項目の自記式質問紙を作成した。本調査ではメンタルヘルス不調者（以下「不調者」）を、①通院中の外来患者で、②職場に在籍、もしくは労災認定を受けている、③病

状に関連して、過去もしくは現在、不安定勤務や休業した、もしくは今後勤務への影響が懸念されると定めた。主な設問項目の内訳は、①記入者の属性、②医療機関としての特徴、③「不調者」の診療の現状（9項目）、④連絡・連携：主治医→職場（8項目）、⑤連絡・連携：職場→主治医（8項目）、⑥主治医と職場の連携効果を高めるための方策（4項目）⑦「不調者」向けのプログラム（7項目）、⑧産業医・専門医・嘱託医の経験（7項目）⑨労災認定を受けている「不調者」（4項目）、とした。そして、日精診研究倫理委員会の審査を受け、2019年12月に日精診会員へ1652通を発送、2020年1月末までに回収された584通について、自由記載を含めた選択式回答項目の集計、分析を実施した。

第2章：好事例収集調査及び「連携ハンドブック」の編纂

「メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に関わる精神科主治医と職場に有用な連携ハンドブックの作成」を目的として、「連携効果が認められた好事例」収集プロジェクト」と題して、メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に長年関わってきた精神科主治医、産業医、産業保健専門職、弁護士等に協力を依頼し、回答用紙を配付・回収した。回答用紙は3部構成で、1) 回答用紙（Ⅰ）：回答者のプロフィール、2) 回答用紙（Ⅱ）：「連携力」についてのアンケート、3) 回答用紙（Ⅲ）：好事例に関する設問とし、回答は無記名を原則とした。また、別途関連論文の寄稿を依頼、集積した調査回答内容と合わせ、効果的な連携を生み出すノウハウを抽出、最終

的には「連携ハンドブック」の編纂に活用した。

1) 回答用紙 (I) : 回答者のプロフィール

1-1) 回答者のプロフィールの設問は、①回答記入年月日、②年齢階層、③性別、④住居地、⑤資格、⑥主治医としての診療実務、⑦主治医としての標榜科目、⑧臨床医の通算経年数、⑨産業医としての実務、⑩産業医業務の通算経年数、⑪日本医師会会員の有無、の11項目である。

1-2) 回答者の要件：主治医、産業医、産業保健専門職の要件を満たしていることとした。それぞれの定義は、分担研究報告書を参照のこと。

2) 回答用紙 (II) : 「連携力」についてのアンケート

「連携力」の内容についての重要度評価を求めた。評価項目は、①主治医・産業医に共通な要素として4項目、②主治医に必要な連携力として4項目、③産業医(産業保健専門職)に必要な連携力として5項目、④その他、計14項目である。

3) 回答用紙 (III) : 「好事例」に関する設問
本回答用紙の設問は大きく3部で構成し、3-1「好事例」のプロフィール、3-2 連携のパターン、3-3「好事例」における連携の実際とした。

3-1) 「好事例」のプロフィールの設問は、①性別、②年齢階層、③婚姻状況、④業種、⑤職務内容、⑥雇用状況、⑦障害者雇用該当、⑧精神および行動面の障害による1カ月以上の休職回数、⑨精神および行動面の障害以外による1カ月休職回数、⑩連携前の治療歴、

⑪診断名の計10項目とした。

3-2) 連携のパターンでは、連携の始点により、3パターンを区別した。①主治医から産業医への連携、②産業医から主治医への連携、③産業医と職場内の関係者との連携とした。

3-3) 「好事例」における連携の実際の設問は、①連携開始のタイミング、②連携の目的、③連携の具体的手順、内容、④連携の準備、⑤連携の頻度、⑥連携に活用したツール、⑦連携の手段、⑧本人の同意、⑨連携に要した費用負担、⑩連携に関わるリスク、⑪連携後の本人の変化、⑫連携後の職場側の変化、⑬連携後の主治医側の変化、⑭連携の具体的成果、⑮本事例を好事例とした最大の根拠、⑯その他のコメント、の計16項目とした。

4) 関連論文の執筆依頼：本研究に関連の深いテーマを取り上げた先行研究2件、法務面の留意点に関して1件、折しも新たな脅威となった新型コロナウイルスによる影響に関連してテレワークの労働環境、労働衛生上の問題点1件、計4件の論文を集積した。

5) 主治医と産業医のためのハンドブックの試作：本研究で集積された各種データ、論文等に基づき、連携の実務において役立つハンドブックの試作をめざした。

2. うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治癒評価

【令和元年度研究】

研究1と2では、うつ病、適応障害等の精神疾患を対象とした治癒評価と就労(復職)の判断要件として、発症時の業務による心理的負荷(職場ストレス)や長時間労働が最近6

か月でどの程度軽減しているかを判定する必要があるため、業務による心理的負荷の時間的な軽減について、通院加療中の患者および医師に対するアンケート調査を実施して、明らかにすることを目的とした。研究3では、「うつ不安スコアの医療者登録データベース研究」の中で、認知行動療法経過中に、標準である簡便な自己記入式質問紙である Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9)でうつ症状を、Generalized Anxiety Disorder-7(GAD-7)で不安症状の精神症状把握に実用可能かを明らかにすることを目的とした。研究1と2は、厚生労働省の「業務による心理的負荷評価表」を参考に、発症時の職場および私生活での心理的負荷(ストレス)と時間的軽減についてのアンケート調査をうつ病、うつ状態、適応障害により通院加療中の患者にはWEBであるいは医師には質問紙で実施した。研究3は「うつ不安スコアの医療者登録データベース研究」を千葉大学で個人認知行動療法を提供する医療者に、全症例にうつ症状のPHQ-9と不安症状のGAD-7のスコアの登録を依頼した。

【令和2年度研究】

職場での psychological injury に関する患者および労働者に対する簡便な自己記入式質問紙として、PTSDの重症度評価に用いられる改訂出来事インパクト尺度(IES-R)の有用性を検討することを目的に、回答者からWEB上での同意を得て無記名の「うつ病と職場のストレスに関するアンケート調査」をネット調査会社に委託して実施した。WEBアンケートは、(A)うつ病になって仕事を退職した(継

続できなかった)患者群、(B)うつ病になったが、仕事を継続できた患者群、(C)職場のストレスで仕事を退職した(継続できなかった)一般群、(D)職場のストレスはあったが、仕事を継続した一般群の4群で各群200名ずつの回収を目標に実施した。調査項目は、1)回答者の年齢、性別、職種、うつ病診断の有無、2)うつ病の評価尺度としてPHQ-9((Patient Health Questionnaire-9)、3)一般群はこれまでに受けた強い職場ストレス、患者群はうつ病を発病した職場ストレスについて、そのストレスを受けた年齢を回答してもらうとともに、職場ストレスを以下の7つのカテゴリー項目(配置転換、ワンオペ、職場いじめ、パワハラ、上司トラブル、部下トラブル、その他)から、複数回答可として選択、さらに、その中から、最も(1番目に)強いストレスを一つ選択した。4)PTSDの評価尺度としてIES-R(Impact of Event Scale-Revised)を用いるが、トラウマ体験の代わりに、上記で回答してもらった「一番目に強かった職場のストレス」に関して、どの程度強く悩まされたかについての回答を依頼した。5)山岸が作成した一般的信頼尺度、6)篠原と清水が作成したこころの健康づくり尺度である。統計解析は、IBMのSPSSソフトウェアVer22.0を用いて、4群の年齢および評価尺度のスコアに関しては一元配置分散分析を行い、4群の性別、人数の度数分布のカイ二乗検定を行った。さらにSpearman相関分析、ステップワイズ法の重回帰分析を行った。

3. リワークプログラムに対する企業人事労

務担当者の意識調査

本調査は、企業の人事労務担当者を対象としたインターネット調査とリワークプログラムを実施する医療機関に対する郵送による質問紙調査の2構成で実施した。

1) 人事労務担当者調査

対象は、リサーチ会社に登録されたアンケートモニターにおいて、全国の事業所における20～65歳の人事労務担当者1,000人である。回答者の事業場における、精神疾患による労災認定を受けた休職者のリワークプログラムの利用状況等を、インターネット上でアンケート調査を実施し回答を得た。

2) リワークプログラム実施医療機関調査

対象は、日本うつ病リワーク協会会員施設212施設を対象とした郵送による質問紙調査を実施した。当該施設のリワークプログラムにおける、労災保険が適用される利用者の実態について140施設より回答を得た。

4. 労災認定された長期療養者を対象とした企業と協働した段階的な治療プログラムの提言

一般社団法人日本うつ病リワーク協会(以下、協会)に所属する施設における、プログラム運営担当者に対し、新型コロナウイルス感染が拡大する中での施設対応、及び運営方法の見直しや対策などについて調査し、コロナ禍におけるリワークプログラムの現状と今後の動きに関して把握することを目的とした。

2020年4月3日における、協会会員205施設に対し下記の通り3回にわたり調査を実施した。いずれも調査表添付のメール送信による

アンケート方式で、メール及びファクシミリでの返信を得た。

第1回：2020年4月3日～4月10日

第2回：同年6月1日～6月12日

第3回：同年12月21日～12月29日

5. 労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究・企業における休職者の実態調査

1) 疾病調査：令和元年度、令和2年度

令和元年度は2010年から2018年までの9年間、令和2年度は2010年から2019年までの10年間におけるメンタル休職に係る診断書病名を国際疾病分類ICD-10に基づいて分類した。また休職期間、休職の推定要因についても検討した。分類にあたって1人1病名とした。複数病名の場合の疾病分類ICD-10の優先順位優先順位は以下の通りとした。

F20 統合失調症>F31 双極性障害>F32 うつ病
≧F32.8 うつ状態>F34 気分障害・気分変調症
>>F45.3 自律神経失調症・F48 神経衰弱>
F40 不安障害(不安神経症)>F41 パニック障害
>F43.2 適応障害

2) 長期休職者調査：令和2年度

長期休職者(1年以上)の調査を、一事業所の復職支援面談記録を基に行った。

3) 企業としての取組を調査：令和2年度

企業としての取組で実際に行われていることを調査した。

6. メンタルヘルス外部支援機関として休業者に対する支援の現状と役割に関する調査研究

【研究1】精神科医療機関による精神科診療

や産業保健活動において、仕事を原因とした精神疾患により休業経験者に対する適正な支援のあり方を検証することを目的とした。研究実施するための調査票を「心理的負荷による精神障害の認定基準」（厚生労働省、2011年）の心理的負荷評価表を参考に、仕事を原因とした精神疾患により休業経験事例に対して支援者が記入する調査票を作成した。

【研究 2-1】

研究 1 で作成した調査票の一部を改訂した。

【研究 2-2】

公社)日本精神神経科診療所協会の産業メンタルヘルス関連委員会に所属する医療機関に勤務する精神科医師に対し、メール送付による返信の形式で調査を実施した。回収できた 24 例について解析した。

7. 精神疾患による労災認定患者の長期療養を防ぐための職場における課題と支援方法の調査研究

【研究 1】人事労務担当者に対する労災医療に関する意識調査研究

全国の事業所における 20 歳～59 歳の人事労務担当者を対象として、リサーチ会社に登録されたアンケートモニターにおいて、調査対象となる人事労務担当者を 1,000 名選出し、ネット上でアンケートを実施してその結果を分析した。質問項目は次のとおりである。

(1) 性別、(2) 年齢、(3) 居住地、(4) 職業、(5) 職種、(6) 事業場の業種、(7) 所属の「会社」の規模、(8) 過去 10 年間に従業員の労災請求に関わった経験、(9) ある場合の人数、(10) 精神疾患による労災請求案件、(11)

事業主の証明、(12) 証明欄に記載しなかった理由、(13) 労災認定の有無、(14) ある場合の休業（補償）給付の経験、(15) 労災疾病の病名、(16) 労災疾病ごとの休業期間、(17) 長期休業療養中の従業員の休職期間の対応、(18) 長期休業療養中の従業員の職場復帰に関する意見、(19) 行政（労働基準監督署）への要望、(20) 長期間にわたる休業（補償）給付の事業主の証明、(21) 産業医の関与について。

【研究 2】精神障害者雇用における病状経過と労災予防に関する調査研究～人事労務担当者へのアンケート調査を通して～

精神障害にて障害者雇用されている労働者における就労状況、支援状況、精神症状増悪による労災申請状況などを調査し、労災発生の予防、安定就労、および社会復帰支援に向けた職場の課題を明らかにするために全国の事業場における 20 歳～59 歳の人事労務担当者を対象に調査を行った。方法はリサーチ会社に登録されたアンケートモニターにおいて、調査対象となる人事労務担当者を 1,300 名選出し、ネット上でアンケートを実施してその結果を分析したものである。質問項目は下記のとおりである。1) 性別、2) 年齢、3) 住所地、4) 職業、5) 職種、6) 事業場の業種、7) 会社規模、8) 障害者雇用経験、9) 募集機関、10) 実習の実施、11) トライアル雇用、12) 採用基準、13) 入社面接の留意点、14) 障害者難しさ、15) その内容、16) 労災の経験、17) 労災の背景、18) 精神障害者雇用の印象、19) 支援制度・体制、20) キーパーソン、21) キーパーソンの研修、22) キャリアアップ制度、23) 障害者雇用の不安、24) 安定就労に

必要な内容、25) 産業医の選任、26) 産業医の関与、27) その内容、28) 産業医の有用性、29) 役に立たない理由、30) 産業医が関与しない理由、31) 産業医側の理由、32) 職場側の理由、33) 産業医への要望。

8. 精神障害者・労災認定者の就労に向けた支援機関の取り組みの現状と課題－非医療機関の役割－

【研究1】精神障害者・労災認定者の就労に向けた支援機関の取り組みの現状と課題（ハローワークの訪問調査より）

精神障害者の就職支援の中心的役割を担っているハローワークを中心とする非医療関係機関に対して訪問調査を行い、各現場の取り組み、生じている課題、今後必要な施策について検討を行うものとした。全国8地方区分（北海道、東北、関東、中部、近畿、中国、四国、九州・沖縄）に基づき、各拠点のハローワーク12カ所を選定し、訪問調査を実施した。また、付随して事業所のメンタルヘルス活動を支える産業保健総合支援センターおよび地域産業保健センター、精神障害者を地域で支える中核拠点となる障害者就業・生活支援センターなど4ヶ所についても訪問調査を実施した。ヒアリングの内容は次の各項目である。①精神障害者の求職・就職件数および疾病動向、②企業の精神障害者の雇用に対する考え方や受け入れの動向、③精神障害者の定着上の課題と取り組み、④医療機関や職場との連携状況、⑤職員への教育および支援体制、⑥労災により精神障害者になった支援ケースの有無、⑦その他、最近の動向。

【研究2】全国の障害者就業・生活支援センター関係機関のアンケート調査

精神障害者の就労定着に向けた取り組みや課題に加え、新型コロナウイルス感染症による支援状況の影響や在宅ワークに対するニーズの変化に関する調査結果を整理し、現状の課題や今後の方向性についての検討を目的として、全国の障害者就業・生活支援センター計334か所に対し、郵送法によるアンケート調査を実施した。実施期間は2020年10月6日～11月13日であり、アンケートの回収は114部だった（回収率34.1%）。

9. 精神疾患により長期療養中の労働者に対する標準的な症状評価と医療と職域間連携の手法に関する調査研究－治療就労両立支援モデル事業等の応用－

【令和元年度研究】

うつ病のため休業中の労働者を対象に、リワーク開始時、治癒状況、復職時（社会復帰レベル）、復職3か月後（安定就労）の4群（時点）における病状把握と就業状態について、治療就労両立支援モデルの評価法である4つの軸評価（Ⅰ現症、Ⅱ安全衛生要因、Ⅲ個人生活状況、Ⅳ事業場側の懸念等の各項目を用いた評価を行い、休業ならびに療養期間と各状態像との相関について検討する。そのための予備的調査として、リワークデイケアを利用した92名の有職者を対象に利用目的、期間、休務回数、休職理由の調査を行った。

【令和2年度研究】

「治療と就労の両立支援」ならびに復職支援にかかる先行研究において、精神疾患に罹患

し休業した労働者の休業期間と、①医学所見、②安全衛生要因、③個人生活状況および職場側の懸念等との関連が知られている。また、近年では発達障害・特性の問題が長期の休業や不安定就労と関与していることが強く疑われることから、東邦大学医療センター佐倉病院、産業精神保健・職場復帰支援センター（デイケア）利用者とメンタルヘルスクリニック外来通院患者を対象に、上記3つの要因にかかる自覚的ストレス要因および発達特性に関する状況等について、無記名自己記入式のアンケート調査を行い、罹病及び休業期間と職業性ストレス、発達特性の問題点等との関連について検討した。

10. 労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究

【令和元年度研究】

2019年8月に都道府県労働局労働基準部労災補償課長宛てに2019年3月末日を調査時点とした精神障害者の早期復職・就労支援に関する調査用紙を発送し、同年11月末日までに回収した。調査対象は、3年以内に治癒した事例と5年以上経過しても治癒しない事例であり、労働局労災補償課長にも早期復職に関する対策等を質問した。

1) 労働局に対する調査：下記の8つの項目につき質問を行った。

【問1】調査時点で症状固定（治癒）※していない事例のうち、療養開始から5年以上経過している者

【問2】問1のうち6カ月以上、通院の実績がない事例のうち、療養開始から5年以上経過

している者

【問3】問1のうち、問1のうち休業補償給付を受給している人数、休業補償給付を受給している者で5年以上経過している者

【問4】医療保険から労災保険に切りかえた事例

【問5】労災認定を請求する際に事業主が証明しなかった事例数

【問6】問5の事業主から証明が得られなかった理由

【問7】職場復帰・就労支援を含めた労災医療を円滑にするための行政的・医療的・福祉的対策

【問8】早期復職を進めるための対策

2) 個別事例の調査：平成31年3月31時点で労災認定から5年以上の長期療養（未治癒）に至っている患者群と平成29年度及び30年度において療養開始から3年以内に症状固定（治癒）に至っている群を比較検討する目的で、下記の項目について質問した。

(1)年齢、(2)性別、(3)労災認定時の傷病名、調査時点の傷病名、(4)発病の要因となった心理負荷評価表の出来事、(5)100時間以上の時間外労働の有無、(6)出来事に遭遇した時の会社に調査時点で在籍していたかどうか、(7)出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求したか否か、(8)出来事に遭遇した時の会社に勤務しているが、その時点（出来事）から5年以上経過して請求したか否か、(9)出来事に遭遇した時の事業場の規模、(10)業種、(11)職種、(12)通院の頻度、(13)労災請求の際の事業主の証明の有無、(14)現在、職場復帰を果たしているかどうか、(15)復帰場所、(16)調査時点

前1ヶ月間のおおよその保険給付額、療養補償給付の額、休業補償給付の額、休業補償給付の支給状況、(17) 労災認定から調査時点までに職場復帰を果たしたことがあるかどうか、(18)職場復帰を主導した医師、(19)過去に職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間、(20) 職場復帰に際して、主治医から行政に症状固定(治ゆ)の相談、(21) 職場復帰に際して、行政から主治医に症状固定(治ゆ)の相談 (22) 精神障害の既往の有無、(23) 既存精神障害の有無、(24) 当該事業所への復職の本人の意思を確認しているかどうか、(25) 当該事業所は本人の受け入れに積極的かどうか、(26) 定期的な補償請求、(27) 今後の治ゆの見通し、(28) 損害賠償訴訟の有無、(29) 休業中、会社側から働きかけ、(30)その他、事例についての意見等である。

【令和2年度研究】

業務上疾病として労災認定され療養開始から15年以上の長期療養に至った事例調査を実施し、治ゆに至らない要因を明らかにした上で、職場復帰・就労支援のための治療プログラム等の方策を検討するために、2020年9月に都道府県労働局労働基準部労災補償課宛てに業務上認定された精神障害者の早期復職・寛解・治療に関する調査用紙を発送し、同年11月末日までに回収した。

a. 労働局に対する調査：1) 調査時点で症状固定(治ゆ)していない事案のうち、療養開始から15年以上経過している者、2) そのうち6カ月以上、通院の実績がない事案のうち、療養開始から15年以上経過している者、さらに、その中で療養補償の請求が6か月以上中

断した事例、3) 休業補償給付を受給している者で15年以上経過している者、その中で療養補償の請求が6か月以上中断した事例、4) 在籍証明取得に本人が困難を感じてる場合の監督署としての対応、5) 早期復職の対策、6) 長期療養期間を短縮化に関して等である。

b. 個別事案調査：療養開始後15年以上経過している者についての個別の状況に関して調査票に記入を求めた。内容は、1)年齢、2)性別、3)労災認定時の傷病名、調査時点の傷病名、4) 100時間以上の時間外労働の有無、5-1) 発病の要因となった心理負荷評価表の出来事、出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求したか否か、出来事に遭遇した時の会社に勤務しているが、その時点(出来事)から5-2) 在籍の有無、5-3) 退職の有無、5-4) 在籍期間5-5) 会社の規模、5-6)業種、職種、6) 通院の頻度、7) 労災請求の際の事業主の証明の有無、8-1) 現在、職場復帰を果たしている否かどうか、8-2) 出来事に遭遇した会社への復帰、9-1) 労災認定から調査日以前までの職場復帰の有無、9-2) 職場復帰の主導者、9-3) 職場復帰までの期間、10)直近1ヶ月間のおおよその保険給付額、11)職場復帰の意思確認、12) 復帰に対する会社の対応、13)主治医から行政に症状固定(治ゆ)の相談、14) 職場復帰に際して、行政から主治医に症状固定(治ゆ)の相談15) 精神障害の既往の有無、16) 既存精神障害の有無、17) 治ゆの見込み、18) 所属会社を相手とした訴訟の状況、19)当会社側からの職場復帰への働きかけ、20) 今後における就業の可否、21)その他、この事案についての意見等。

11. 復職支援制度の国際比較および生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の可能性に関する研究

【研究 1】復職支援制度の国際比較

各国で作成された復職ガイドラインの内容を基にして行った。諸外国の復職ガイドラインの検索は、Pubmed を用いておこなった。復職に関するガイドラインだけでなく、産業精神保健に関するガイドラインも含め、2010 年から 2019 年 12 月 25 日までに出版された文献を対象とした。

調査の結果、具体的な数量データが示された報告については、就労の可否判断のアルゴリズムを明らかにするための解析を試みる。復職の可否について定義がなされ、アウトカムが明確に 2 分（就労可 or 不可）されている場合には、ロジスティックモデルを用いた回帰分析を用いて解析を行う。ただし、就労可否の判断については、わが国でいう試し出勤制度など、就労可 or 不可とアウトカムが明確に 2 つに分けられていない場合が多いと想定されるため、その場合には決定木分析を行う。それでも十分なアルゴリズムが示されない場合（線形分離不可能な場合など）、ニューラルネットワークを用いたデータマイニング（分類と回帰の推定）を試みる。

【研究 2】生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の可能性

就労可否判断において行動評価が可能な生活モニタリングデータが有用となることが考えられ、長期療養者の主要な精神疾患である気分障害の患者を対象とし、アクチグラフィ及び、スマートフォン等で収集した生活モニ

タリングデータと気分障害の症状との関連を調査した。

1) アクチグラフィと気分障害の症状との関連の調査：アクチグラフィと気分障害の症状との関連を調べたメタアナリシス、およびシステムティックレビューを抽出するため、PubMed を用いた文献検索を行い、選択された文献から、成人を対象としたアクチグラフィと気分障害との関連に対するメタアナリシスまたはシステムティックレビューの結果をまとめた。

2) スマートフォン等で収集した生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連の調査：第一段階では、生活モニタリングデータと気分障害との関連を調べたメタアナリシスまたはシステムティックレビューの検索と選択を行い、第二段階では第一段階で選択されたメタアナリシスまたはシステムティックレビューの対象となっている個々の文献の中から、生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連に関する文献の抽出と選択を行った。選定された文献にて報告された、成人の生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連に関する結果をモニタリングデータの種別ごとに整理した。

12. 精神障害による休職者の社会的寛解に要する期間の検討

精神障害が寛解状態にあると判断するためには、どれだけの社会的寛解の期間が必要であるかを検討するため、休職復職を繰り返すディケア通所事例を調査分析し、勤務している期間～病態の変化・再発までの期間、およ

びその後の再療養期間を調査した。対象は2007年10月～2021年1月までに東邦大学医療センター佐倉病院復職ダイケア（DC）を復利用した625名（男性510名、女性116名）のうち、3回以上休職歴のある113名で、そのうちDC終了後もその後の経過を追うことのできた63名（男性59名、女性4名）について、それぞれの休職期間、次の休職まで安定して就労していた期間、休職してからDCを利用後、正式復職・定時勤務可能時期までの期間等について集計分析し検討を行った。

C．研究結果

1. メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に効果的な精神科主治医と職場との連携技法の実用化研究

第1章：精神科主治医の対応状況に関する調査

各回答項目について、頻度分布を中心とする集計と分析、2014調査と同一の回答項目については比較検討を行った。

①回答者のプロフィール・医療機関としての特徴

記入者の年齢階層は50歳台が32%、性別は男性が81%を占めた。所属先診療所の市区町村人口は50万人未満が57%、所属先診療所の設立経過年数は10年以上が79%、精神保健指定医有資格者が94%、日本精神神経学会専門医有資格者が83%、日本医師会認定産業医有資格者が47%を占めた。院長以外の常勤医師数は0名が80%、非常勤医師数は1名以上が37%、院長以外の医師（常勤・非常勤問わず）の日本医師会認定産業医有資格者数は1

名以上が37%、医師をのぞく全スタッフ数は2～10名が74%であった。

②労災認定を受けている「不調者」

最近半年間の労災保険適用患者の実人数は、0名が68%、10名未満が32%。労災保険適用者で症状固定（治癒）していない実人数は、0名が59%、10名未満が41%。前設問の該当者の今後3年以内に治癒の見込みがある実人数は、0名が54%、5名未満が46%、治癒していない理由は、症状の重症度が31%、本人の復職意欲が26%、職場の受け入れ・支援体制が24%など。

③「不調者」の診療の現状

「不調者」が診療患者全体に占める割合が30%未満は81%、「不調者」の臨床診断上の主病名に占める割合が3割以上の施設は、気分（感情）障害（F3）は62%、不安障害・適応障害・強迫性障害（F40-44）は51%、心理的発達障害（F8）は11%、身体表現性障害（F45-48）は5%、統合失調症（F2）は2%であった。発症要因を職場内要因、職場外要因、個人要因に分けた場合、職場内要因が最大要因と判断する症例が、「不調者」全体に占める割合は50%以上が46%、「不調者」に対する診療において困っている内容は、再発、再休業への対応、職場との連絡・連携が各々27%を占めた。「不調者」への診断書発行に際し困っていることは、復職可能の判断根拠が34%、休業期間の目安が23%、診断名の表記方法が17%などであった。

④連絡・連携：主治医→職場

主治医から職場へ連絡・連携した症例が「不調者」全体に占める割合は10%未満が62%。

主治医から職場へ連絡・連携した目的は、病状・ケアなどに関しては、病状に応じた配属、勤務制限、業務内容などの調整をしたい、が44%、休復職に関しては、職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配置、異動の可能性などに関する照会、意見の提言、が35%を占めた。主治医から職場へ連絡・連携の方法は書面が36%、面談が31%。主治医から職場へ連絡・連携の際の同意は必ずとるが77%、主治医から職場へ連絡・連携の際の「不調者」側の費用負担は、場合に応じてありが52%、主治医から職場へ連絡・連携の際の職場側の窓口は、産業医もしくは他の産業保健専門職が36%、主治医から職場へ連絡・連携において困っていることは、職場の反応が鈍いもしくは一方的・主治医の意見を無視するなどが45%、記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがわからない・「不調者」に不利となる懸念などが25%を占めた。

⑤連絡・連携：職場→主治医

職場から主治医へ連絡・連携があった症例が「不調者」全体に占める割合は10%未満が48%、不安定勤務・休業などに関して職場から主治医へ連絡・連携を受けた内容は、主治医が発行した診断書、意見書や病状、ケアの現状、見通しなどへの照会が52%、復職準備・復職後に関して職場から主治医へ連絡・連携を受けた内容は、職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配属先、異動の可能性などに関する意見、調整の照会が34%、復職可能の診断書、判断、復職準備に関する疑義照会、意見交換が26%を占めた。職場から主治医への連絡・連携の方法は、書面（郵送）が37%、

面談が36%。職場から主治医への連絡・連携への応答の際の同意は、必ず取るが73%。職場から主治医への連絡・連携の際の費用負担は、職場負担が37%、「不調者」負担が25%。職場から主治医への連絡・連携の際の職場側の窓口は、配属先上司・同僚が34%、産業医もしくは他の産業保健専門職が33%、人事・総務担当者が31%。職場から主治医への連絡・連携において困ったことは、職場が一方的・主治医の意見を無視するが35%、記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがよくわからない・「不調者」に不利となる懸念が28%という結果だった。

⑥主治医と職場の連携効果を高めるための方策

今後、日精診が診断書、意見書などの共通書式、連携モデルや、職場が主治医に相談する際の手続きなどを網羅した連携ハンドブックを発行し、主治医、職場双方で活用することは、よいと思うが製作協力はできないが53%、同製作協力をしたいが15%。主治医が職場との連携作業に取り組む対価として、社会保険診療請求に加算を厚生労働省に働きかけていくことは、一部修正も含めて賛成が80%。各職場が主治医との連絡・連携に前向きに取り組んでいくよう、厚生労働省、労働基準監督署、ハローワークなどが職場に働きかけていくことは、賛成が72%。本領域に深い関心を有し、主治医として患者様の心身の回復を図るとともに、職場との調整、連携などを行いながら安定就労を目指して積極的に支援していく医師を「産業メンタルヘルス認定医」として認定、登録、習練していく制度を日精診

が立ち上げ、本領域のレベルアップをめざすことは、今はまだわからないが36%、よいと思うので設立後積極的に認定医をめざしたいが28%となった。

⑦「不調者」向けのプログラム

自院における「不調者」向けプログラムの取り組みは、現在も将来も見込んでいないが65%、デイケア・ショートケア・ナイトケア型を含む各種のプログラム実施が17%。「不調者」向けプログラムの目的は、生活リズムの確保・健康習慣の実践が23%、不調に至った経緯のふり返り・病状の理解、就業に必要な作業力・会話力・コミュニケーション力の改善、勤務先との受け入れ・職場環境調整が各々16~17%、「不調者」のうち、自院のプログラムへの参加割合は、実施していないが78%、3割未満が16%。「不調者」のうち、他院のプログラムへの参加割合は、実施していないが41%、3割未満が56%だった。

⑧障害者雇用

自院の全ての外来患者の中に障害者雇用で就労中の方の割合は、1割未満が86%。障害者雇用として、精神障害者の雇用が全職場で2018年度から義務化されたことを、知っているので積極的に取り組んでいきたいが5割、知っているが今後は未定が42%。最近各地に障害者雇用を支援する就労支援センター、就職斡旋会社などに、積極的に協力していききたいが44%、今後は未定が50%だった。

⑨産業医・専門医・嘱託医の経験

過去から現在までの通算経験年数は、5年以上が49%、過去から現在までに協力した職場の総件数は、10カ所未満が47%。最近1年間

の業務方法は、職場へ訪問を定期的は39%、不定期は16%、職場からの依頼時のみの対応で職場には出向かないが38%。最近1年間の担当事業所の他の産業医（医師）との業務分担ありが42%だった。事業所へ赴き、産業医業務のために滞在する時間（1事業所当たり、1カ月の平均）は、2時間未満が74%。最近1年間に契約先の従業員を主治医として関わった経験は10例未満が78%。今後、産業医業務に取り組む意向ありは47%だった。

⑩自由記載について

「労災業務が大変である」、「職場との連携に要する時間、労力が診療報酬に反映されない状況を改善して欲しい」、「発達障害への対応」、など様々な意見が記述されていた。概して、産業保健への理解、取り組みに問題を抱え困惑している様子が見えられた。

第2章：好事例収集調査及び「連携ハンドブック」の編纂

1) 回答者のプロフィール：令和2年11月に全121名に回答用紙を発送し、令和3年1月にかけて回収した。有効回答は全38通（回答率は31.4%）。全回答者を専門性の内容に応じて2群に区分した。精神科専門医として診療に従事し、かつ産業医としてのキャリアを有し、引き続き双方の業務に従事中の要件を満たす回答者をA群：精神科医・産業医は19名、B群：その他の医師・産業保健専門職は19名、両群ともに男性が大半を占めたが、年齢階層の比較ではA群は50から60歳代、B群は30歳代に最大値が認められた。専門職経験の平均年数について両群を比較すると、産業保健経験年数はA群が17.0年、B群が10.2年、

臨床医経験年数はA群が28.2年、B群が16.6年と隔たりが認められた。産業保健専門職種ではA群は非常勤産業医が大半だが、B群の半数は非常勤産業医、残りは常勤産業医、医師以外の専門職が占めた。日本医師会会員の占める割合はA群が63.2%、B群が60.0%と近似していた。

2) 「連携力」についてのアンケート：「連携力」、すなわち、効果的な「連携」を実現するために主治医及び産業医に必須なスキルを14項目について①必須である、を選択した回答率を比較した。全項目のうち5割以上の高回答率を得た項目は、A群は13項目、B群は7項目と差異が目立った。両群合わせた高回答率12項目の順位は次のとおりであった。

主治医・産業医に共通な要素として、a. 本人の主観的判断と、周囲の客観的判断を参考としながら取り組む、b. 病状の背景にある、業務上要因、業務外要因、個人要因を見極めていく、c. 常にメンタルヘルスの視点を重視する、d. 治療と就労の両立支援の観点から、産業医と主治医等との連携に取り組む。主治医に必要な連携力の内容として、a. 本人と合意形成しつつ診療に取り組む、b. 産業保健関連諸制度・規則等の動向に注目し研鑽を積む、c. 本人の所属職場の就業規則、休業時の対応等について情報収集する。産業医に必要な連携力の内容として、a. 合理的配慮、安全配慮を重視する、b. 職場内連携（上司、人事、他の関係者らとの共同支援）を基本とする、c. 本人の業務の力量・体調に配慮した3管理（作業、作業環境、健康）、業務環境調整を行う、d. 職場環境の改善、ひいては、組織運営の向

上を考慮した支援をめざす、e. 精神科医療、制度への関心を高め理解を深める。

3) 「好事例」のプロフィール：回収された好事例全49例の内訳は、回答者群、連携のパターン、連携時期の3軸により分類した。好事例を提出した回答者はA群27件で、B群22件だった。連携パターンでは、主治医から産業医への連携は16件、産業医から主治医への連携は19件と最多、産業医と職場内の関係者との連携は14件で、ほぼ均等な割合であった。連携開始時期による分類では、不安定就労期は16件、休業期は20件と最多、復職期は13件であった。

医療情報について、性別では全体で男性が8割を占めた。連携のパターン、タイミング別にも同様の傾向が認められた。年齢階層では、全体では30歳代、40歳代、60歳代に頻度が高く、連携のパターン、タイミング別にも同様の傾向が認められた。診断分類では、全体ではF30-F39 気分〔感情〕障害が半数近く、次いでF40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が約3割を占めた。産業医から主治医への連携分、休業期分では気分障害群が神経症性障害群の2倍を占めた。その他はF10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害、F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、F80-F89 心理的発達の障害、F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害がほぼ同数を占めた。連携前の治療歴について、全体では、無しが3割強、主治医から産業医への連携分、不安定就労期、休業期分の多数をしめた。他方、3年以上は職場内連携分、復職

期分で最多を占めた。連携前の休職歴について、休職(1カ月以上)回数は、精神および行動面の障害による場合、1~2回が6割、不安定就労期分では無しが最多をしめた。精神および行動面の障害以外による件数は無しが9割を占めた。

職務情報について、業種については、製造業が4割、情報通信、卸売・小売業、サービス業が続く。職務内容は、専門・技術が5割、事務、販売が続く。雇用状況については、正社員・一般職が8割、正社員・管理職が1割。障害者雇用の該当件数は1割に留まった。

4) 「好事例」における連携の特徴：全49事例の回答は連携過程に関する14項目の回答で構成され、個別回答の総数は686個であった。そこで、好事例3例を見本として、また「好事例とした最大の根拠」については全例の回答要旨を示した。また、連携内容に関する設問の15項目を連携開始時期により区分、さらに各期別に連携の始時点による3パターン別に区分、計9区分に分類し、計13枚の表にまとめ比較検討した。内容の詳細は分担研究報告書を参照のこと。

5) 関連論文の執筆依頼：小山文彦氏、福田真也氏、佐久間大輔氏、井上彰臣氏より寄稿があり、分担研究報告書巻末に資料として掲載した。

6) 主治医と産業医のためのハンドブックの試作：メンタル不調者の就労支援のための精神科主治医と職場の「連携」ハンドブックとして作成し、分担研究報告書巻末に資料として掲載した。

2. うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治ゆ評価

【令和元年度研究】

1) 研究1：うつ病、適応障害により、通院加療中の患者を対象とした、発症時の業務による心理的負荷の有無と時間的な軽減についてのアンケート調査

うつ病、うつ状態、あるいは適応障害の診断で通院し、かつ就労中の患者 500 名(男女各 250 名、平均年齢 45.8 歳)から職場および私生活での心理的負荷(ストレス)に関する WEB アンケート調査の回答を得た。患者背景は 6 カ月以上の通院加療歴が 98.6%、1 カ月以上の休職の経験がある人が 64.4%、4 週に 1 回以上の頻度の通院が 86.8%であった。患者が自覚した発病前 6 カ月以内の職場のストレスとして (A) 時間外労働が 30.0%に、(B) 職場の事件や事故が 17.0%に、(C) 職場の責任問題が 21.4%に、(D) 職場の役割変化が 40.0%に、(E) 職場の人間関係が 39.6%の人であった。細項目として、頻度の多い一番目がパワーハラスメントの人間関係の 21.2%で、二番目が月 100 時間以上の時間外労働の 19.8%、三番目が業務を一人で担当するようになった役割変化の 17.8%であった。一方、発病前の 6 カ月以内の私生活のストレスが 26.2%の人であった。発病前の 6 カ月以内の職場ストレスなし、私生活ストレスなしで発症が 29.2%に対し、職場ストレスあり、私生活ストレスなしで発症が 44.6%、職場ストレスあり、私生活ストレスありで発症が 17.8%、職場ストレスなし、私生活ストレスありで発症が 8.4%であった。職場のストレスの状況

は改善されず、通院加療中の現在も続いていると回答した人は30.0%であった。

2) 研究2：医師を対象とした、発症時の業務による心理的負荷の有無と時間的な軽減についてのアンケート調査

アンケート回答を得た医師150名(男性118名、女性31名、平均年齢53.5歳、20歳代～70歳代範囲)の背景は、臨床経験10年以上が89.2%、主業務は外来主治医として治療に従事89.7%で、産業医として職場復帰支援に従事10.3%であった。

質問A「明確な職場でのストレス(心理的負荷)に伴い、発症した精神疾患(うつ病、適応障害など)が労災認定され、その職場でのストレスがない状態(心理的負荷となるトラブルが解決した状態)が6か月以上維持されていれば、労災認定された精神疾患(うつ病、適応障害など)は、症状固定(治ゆ)判定すべきと思いますか。」については、強くそう思う8.7%、ややそう思う48.0%、どちらともいえない27.3%、ややそう思わない12.7%、強くそう思わない3.3%であった。肯定的回答56.7%に対して、否定的回答16.0%となった。

質問B「労災認定された精神疾患(うつ病、適応障害など)は、「症状固定(治ゆ)」の判断は、『労災の原因となった職場でのストレス(心理的負荷)が消失した期間(心理的負荷となるトラブルが解決した状態)が6か月以上続いているかどうか』を唯一の基準にすべきと思いますか」では、強くそう思う8.1%、ややそう思う44.3%、どちらともいえない27.5%、ややそう思わない14.1%、強くそう思わない6.0%であった。肯定的回答52.4%に対

して、否定的20.1%となった。

質問C「労災認定された精神疾患(うつ病、適応障害など)の「症状固定(治ゆ)」の判断は、患者の自覚的症状が消失していなくとも、『労災の原因となった職場でのストレス(心理的負荷)が消失した期間(心理的負荷となるトラブルが解決した状態)が少なくとも何か月以上続いているならば、症状固定と判断すべき』と思いますか。」では、少なくとも2か月以上2.0%、少なくとも3か月以上7.4%、少なくとも6か月以上34.9%、少なくとも12か月以上17.4%、少なくとも24か月以上0.7%、少なくとも36か月以上0%、期間だけでは決めることができない34.2%、わからない3.4%であった。職場ストレス消失6か月以上の継続で症状固定(治ゆ)と判断という回答を合計すると53.0%であった。

また、患者の発病前6か月以内の職場のストレスとして(A)時間外労働、(B)職場の事件や事故、(C)職場の責任問題、(D)職場の役割変化、(E)職場の人間関係について、いずれも診察時に、問診やアンケートなどで、その有無を確認し、また、次の診察時にその状況が改善されていることを確認すべきと8割以上の医師が回答した。

3) 研究3：うつ症状のPHQ-9と不安症状のGAD-7の自己記入式質問紙の認知行動療法経過中の実用性調査

「うつ不安スコアの医療者登録データベース研究」を千葉大学で個人認知行動療法を提供する医療者が、うつ不安スコアを登録した症例数：91例のうち、12セッション以上を実施して終結した11例に関して、認知行動療法

の介入前後で、PHQ-9 の平均 9.0 (標準偏差 5.4) が 6.0 (標準偏差 5.8) に有意に改善 ($p=0.01$)、GAD-7 の平均 8.7 (標準偏差 5.0) が 5.9 (標準偏差 5.1) に改善傾向 ($p=0.08$) をみた。

【令和 2 年度研究】

(A) うつ病になって退職した(仕事を辞めた)患者群は 200 名、(B) うつ病になったが、仕事を継続できた患者群は 167 名、(C) 職場のストレスで退職した(仕事を辞めた)一般群は 200 名、(D) 職場のストレスはあったが、仕事を継続した一般群は 200 名の回答を得た。全回答者 767 名の性別では男性が 507 名 (66.1%) と多く、平均年齢は 48.1 歳 (21 歳~65 歳範囲) であった。

A 群が職場ストレスによるうつ病で退職した平均年齢は 38.1 歳、C 群が職場ストレスで退職した平均年齢は 32.9 歳であった。

うつ病患者群の発症時の平均年齢は両群 37.4 歳で、通院加療歴が 3 年以上という回答が最も多かった。A 群の 88.0%、B 群の 62.4% がうつ病による休職を経験し、そのうち、合計 2 年以上の休職が A 群の 31.0%、B 群の 12.6% であった。なお、うつ病と医師から診断された患者群のうち、うつ病+PTSD と合併を診断された人は、A 群のうち 11.0%、B 群のうち 5.4% であった。また、うつ病のみを診断されている人は A 群 51.0%、B 群 60.5%、うつ病+社交不安症は A 群 13.5%、B 群 9.0% で、うつ病+パニック症は A 群 17.0%、B 群 13.8% で、うつ病+その他の精神疾患は A 群 17.5%、B 群 15.0% であった。

うつ症状の評価尺度である PHQ-9 について、

うつ病患者である A 群平均値は 12.35、B 群平均値は 10.98 であり、いずれもカットオフ値 (10 点) を超えていた一方、一般群である C 群平均値は 5.98、D 群平均値は 3.86 であり、いずれもカットオフ値を下回っていた。

職場のストレスについて、複数回答可としたところ、一人当たり平均のストレスの選択個数は A 群 1.72 個、B 群 1.56 個、C 群 1.38 個、D 群 1.26 個であった。1 番目に強かった職場のストレスについては、A 群では「ワンオペ」(30.0%) が最も多く、次に「配置転換」(21.5%)、3 番目に「職場いじめ」(15.0%) であった。B 群では「ワンオペ」(22.8%) が最も多く、次に「配置転換」(20.4%)、3 番目に「パワハラ」(15.0%) であった。C 群では「職場いじめ」(17.5%)、「パワハラ」(17.5%) が最も多い同点 1 位で、3 番目に配置転換 (15.0%) であった。D 群では「配置転換」(30.0%) が最も多く、次に「ワンオペ」(24.5%) で、3 番目に「その他」(16.5%) であった。

一番目に強かった職場のストレスに関しての IES-R スコアは、うつ病患者である A 群の平均値は 40.07、B 群の平均値は 36.67 であり、いずれも PTSD のカットオフ値 (24/25 点) を超えていた一方、一般群である C 群の平均値は 20.74、D 群の平均値は 13.89 であり、いずれもカットオフ値を下回っていた。

一般的信頼尺度 (山岸、1998) の平均スコアは、A 群 21.20、B 群 21.92、C 群 21.46、D 群 23.40 という値で、A 群と D 群には有意差があった。

また、こころの健康づくり尺度 (篠原、清水

2016)の平均スコアは、A群18.58、B群19.29、C群21.70、D群23.28で、A群を基準としてB群とは有意差がないが、C群、D群とは有意差があった。また、B群を基準として、A群、C群とは有意差がないが、D群とは有意差があった。C群とD群の間の有意差はなかった。

職場のストレスについて今は状況改善された、今も状況継続しているかという質問項目では、A群が状況改善121名に対して状況継続79名、B群が状況改善93名に対して状況継続74名、C群が状況改善174名に対して状況継続26名、D群が状況改善153名に対して状況継続47名であり、状況継続している患者群(A群で39.5%、B群で44.3%)が一般群(C群で13.0%、D群で23.5%)に比べて多く、有意差があった。

全回答者のIES-Rは、PHQ-9との有意な正の強い相関が見られた一方で、一般的信頼尺度、こころの健康尺度、年齢とそれぞれ有意な負の弱い相関が見られたが、IES-Rを従属変数とした重回帰分析では、PHQ-9、一般的信頼尺度、こころの健康尺度、年齢をステップワイズ法で投入して、残る説明変数はPHQ-9(標準化係数 $\beta=0.721$)のみであった。4群に分けてのIES-RとPHQ-9の相関係数は、A群で0.648、B群で0.718、C群で0.712、D群で0.430となり、いずれも有意な正の相関を認めた。

A群とB群を一体としたうつ病患者集団で、ストレスイベント後の退職の有無を予想する二項ロジスティック回帰分析では、「ワンオペ」は1.63倍、退職する確率を有意に高める因子であった。一方、ストレスイベント時の年齢は1歳増えるごとに0.95倍、退職する確率を

下げる因子であった。C群とD群を一体とした非うつ病患者集団で、ストレスイベント後の退職の有無を予想する同様の分析では、「職場いじめ」は3.87倍、「上司トラブル」は2.27倍、それぞれ退職する確率を高める因子であることがわかった。一方、「配置転換」は0.53倍、ストレスイベント時の年齢は1歳増えるごとに0.95倍、それぞれ有意に退職する確率を下げる因子であった。いずれの群でも一般信頼尺度、こころの健康づくり尺度、およびその他のストレスイベントに、退職の有無への有意な関与は見られなかった。

3. リワークプログラムに対する企業人事労務担当者の意識調査

1) 人事労務担当者調査

調査対象者1,000人の基本属性は、705人(70.5%)が男性であり、平均年齢は41.1歳(SD10.1)であった。「休職中の従業員に対して復職支援(リワーク)をする治療プログラムが全国の医療機関で行われています。精神疾患により労災認定され、会社を休職している従業員におきましてもこのプログラムを受けることにより、スムーズな復職を果たすことが期待されるプログラムです」と説明をした上で、下記の6つの質問をして回答を得た。

設問1.リワークプログラムの認知度

「このような復職支援(リワーク)治療プログラムについて、ご存知でしたか」に対して「よく知っている」が18.5%、「聞いたことがある」が39.0%、「聞いたこともない」が42.5%であり、リワークプログラムは57.5%の人事労務担当者に認知されていることが確認され

た。

設問2.リワークプログラムを利用した社員

対象者の中から、精神疾患の労災申請を経験した対象者 145 人 (14.5%)に限定し、「このような復職支援 (リワーク) 治療プログラムを利用した社員はいますか」との設問に対して 42.8%の対象者が「利用した社員がいる」と回答した。

設問3.リワークプログラムの利用人数

設問2の回答者に対し、そのリワークプログラムを利用した社員の人数の回答は平均 4.4 人 (SD12.7)であった。

設問4.労災認定され休職している従業員の復職支援に望むこと

「労災認定され休職している従業員の復職支援 (リワーク) 医療機関、治療プログラムにしどのようなことを望みますか。(複数回答)」では、多い回答の順に、「長期間の休業を回避するべく前向きに取り組むプログラムにしてほしい」が 31.6%、「特に希望はない」が 31.2%、「労災認定となったことに対する本人の会社に対する考えを知りたい」が 30.5%、「復職に関して会社と連携を取ってほしい」が 27.2%、「今後の参考とするため、内容がわかるパンフレットが欲しい」が 25.6%、「その他」が 0.5%であった。「その他」の回答として、「地域や医療機関によってプログラムの内容・質・量が違うので一定の方向性を統一して欲しい」といった「統一」に関する要望が複数見られた。

設問5.リワークプログラムにおける復職のための準備状況の確認

「人事労務担当者の立場から考えたとき、精

神疾患で労災認定を受け休職中の従業員の復職支援プログラムにおいて情報の収集及び評価が必要だと考える内容を以下からそれぞれ選んでください (複数回答)」のうち、「復職のための準備状況の確認」では、多い回答の順に、「症状の回復程度」が 65.4%、「就労継続できる体力の有無」が 53.3%、「精神の安定性」が 50.2%、「対人関係のレベル」が 45.3%、「生活リズムの回復の程度」が 41.3%、「その他」が 0.8%であった。「その他」の回答として、「周囲 (他の従業員) の考え方・対応の仕方」や「考え方や受け止め方の矯正」などがあった。

設問6.復職に対する本人の考え方

「人事労務担当者の立場から考えたとき、精神疾患で労災認定を受け休職中の従業員の復職支援プログラムにおいて情報の収集及び評価が必要だと考える内容を以下からそれぞれ選んでください。(複数回答)」のうち、「復職に対する本人の考え方」では、多い回答の順に、「業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか」が 79.3%、「会社への陰性感情 (嫌悪、怒り、憎しみ、不信感など) がどの程度あるか」が 47.3%、「その他」が 1.1%であった。「その他」の回答として、「基本的に完治はないとされているので、寛解を保つために頑張りすぎない・自身の状態を意識・管理することができるかどうか」や「何を不安に感じているか」、「同じメンバーで働くことができるのか」という回答が見られた。

2) リワークプログラム実施医療機関調査

日本うつ病リワーク協会会員施設 212 施設を対象とした郵送による質問紙調査を 2019

年10月に実施した。140施設から回答を得、回収率は66.0%であった。140施設の内訳は、48.6%が病院であり、51.4%が診療所であった。

2019年4月1日から2019年9月30日の半年間の、当該施設のリワークプログラムにおける労災保険が適用される利用者の実績は、5施設(3.6%)にみられ、平均1.4人(SD0.9)であった。受け入れ実績のあった5施設の内訳は、3施設が病院、2施設が診療所であった。

4. 労災認定された長期療養者を対象とした企業と協働した段階的な治療プログラムの提言

会員205施設に対し3回の調査の回答数と回答率は以下の通りであった。

第1回：101施設(回収率：49.3%)

第2回：93施設(回収率：45.4%)

第3回：97施設(回収率：47.3%)

調査の設問は以下の6項目で、結果の詳細は分担研究報告書を参照のこと。

設問1.リワークの診療報酬の算定項目について：全3回とも「デイケア」という回答が最も多く第1回83.2%、第2回82.8%、第3回81.4%。次いで「ショートケア」という回答が多く第1回65.3%、第2回59.1%、第3回52.6%。デイケアあるいはショートケア単独で開催している施設ばかりでなく、デイケアとショートケアを組み合わせで開催している施設が多いことがわかった。

設問2.プログラムへの対応について：全3回とも「全て通常通り」という回答が最も多く、第1回74.3%、第2回72.0%、第3回86.6%。

「一部実施」は第1回19.8%、第2回22.6%、第3回10.3%、「全て休止」は第1回5.0%、第2回8.6%、第3回3.1%だった。リワークプログラムを「デイケア」や「ショートケア」の枠組みで行なっているという構造上、仕組みとしての代替選択肢がなく、現時点では時間や人数を制限することが精一杯の対策であることがうかがわれた。

設問3.今後プログラムの内容を見直す場合の判断基準について：国、自治体からの勧告や要請等(第1回77.2%、第2回73.1%、第3回83.5%)と、「施設管理者の判断」(第1回73.3%、第2回83.9%、第3回80.4%)が選択されていた。「利用者からの要望」は第1回12.9%、第2回25.8%、第3回18.6%、「その他」は第1回9.9%、第2回12.9%、第3回4.1%だった。設問2の回答と合わせると、概ね国や自治体からの要請があるまではなるべく通常通りの運用を行う、という医療機関側の意思が示された。

設問4.リスク管理のための施策について：「発熱があるなど体調不良者には欠席してもらおう」、「手指消毒用を用意」、「スタッフ及び利用者はマスクを着用」、「室内のこまめな換気」、「ドアノブなど室内の消毒」などの一般的に推奨されている対策に関しては、概ね90%以上実施がされていた。「必ず参加時に体温を測定する」(第1回81.2%、第2回84.9%、第3回91.8%)や「利用者の間隔を拡げて、密接にならないようにする」(第1回74.3%、第2回96.8%、第3回84.5%)に関しては、第1回よりは第2回、第3回と増加傾向にあ

り、通常の感染拡大予防対策が現在も取られていることが判明した。「その他」の記述式回答では「アクリル板の設置」や「フェイスシールドの利用」といった物理的に遮断をする対策が目立った。

設問 5. コロナ禍におけるプログラムの継続について：「感染対策を徹底し、既存の集団プログラムを継続」への回答が最も多く 83.5%、次いで「支援内容や体制を変更し集団プログラムを継続」が 43.3%、「個別プログラム等やオンライン面談等も含む、新規取組みへの移行」が 15.5%、「一時休止」が 9.3%、「その他」が 6.2%、「閉所（永続的に）」は 0%であり、設問 2 の回答結果と類似し、通常のプログラムを継続する回答が多数を占め、参加人数や時間の制限をかけることに加えて、プログラム内容の修正も行なっている状況が示された。

設問 6 -1. 利用者の復職先の会社に関する現状把握に関して：「休職者の復職後の就労環境について」が 87.6%と一番多く、次いで「コロナ禍における社内環境や体制の変化」が 79.4%、「復職基準見直しの有無」が 41.2%、「人事評価基準見直しの有無」が 21.6%、「その他」が 4.1%となった。コロナ禍における復職後の就労環境や会社の動きを敏感に把握したい医療機関側の要望が示された。

設問 6 -2. テレワーク環境下でのリワークプログラムの見直しについて：見直す必要はない」が 18.6%であった。「見直す必要はない」との回答施設を除外した残りの 81.4%の施設を母数に計算した結果として、「テレワーク環境下での業務報告等のコミュニケーションを

取る方法」が 68.4%と最も多く、次いで「利用者へかける負荷の質やタイプの見直し」が 53.2%、「テレワーク環境下での復職準備性評価の見直し」が 39.2%、「リモートワーク環境で必要なビジネススキルの取得のためにプログラムを変更する」が 36.7%、「その他」が 8.9%であった。大多数の施設が「見直す必要がある」との見解を示し、プログラム見直しが重要であるとの認識が示された。

設問 6 -3. 復職先の産業医や人事担当者との連携方法の見直しに関して：「見直す必要はない」が 30.9%。「見直す必要はない」と回答した施設を除外した残りの 69.1%の施設を母数に計算した結果では、「オンラインミーティングの実施」が 73.1%で最も多く、次いで「会社へ提供する情報提供書や、レポートの内容を見直し」が 59.7%、「主治医から受け取る情報提供書の内容を見直し」が 17.9%、「その他」が 1.5%だった。

設問 6 -4. コロナ禍でリワークプログラムを継続するための制度や枠組みの必要性について：見直す必要はない」が 14.4%。「見直す必要はない」との回答を除外した残りの 85.6%の施設を母数に計算した結果として、「オンラインもしくはリモート支援が診療報酬として認められる新たな制度が必要」で 88.0%と最も多く、次いで「オンラインによるリワークプログラムなどに対する国からの経済的支援が必要」が 71.1%、「民間業者との協働による新たな枠組みが必要」が 19.3%、「その他」が 2.4%だった。大多数の施設が「見直す必要がある」との考えを示し、制度や枠組みに関す

る見直しの必要性が示された。

5. 労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究・企業における休職者の実態調査

【令和元年度・研究結果】

1) 疾病調査

1-1) 疾病分類

1ヶ月以上の休業者は徐々に増加しており、2010年から2018年までの合計ではうつ病(35%)、抑うつ状態(28%)、適応障害(14%)の順に多かった。増加率は、抑うつ状態、適応障害、うつ病の順に高かった。その他(不安障害、自律神経失調症、双極性障害、統合失調症、パニック障害、気分障害)では顕著な増加を認めなかった。抑うつ状態は全年齢で増加しているが、特に40歳代と30歳代での増加が顕著であった。うつ病は40代と30代が主であったが近年は20代も多かった。

1-2) 休職期間

休職期間について平均休業期間は2014年7.3ヶ月であったが、2018年4.8ヶ月であり、短くなっていた。特に再発者の休職期間の短縮化が認められた。

【令和2年度・研究結果】

1) 疾病調査

1-1) 疾病分類

2010年から2019年までの合計ではうつ病(33.7%)、抑うつ状態(28.8%)、適応障害(15.1%)の順に多かった。休職者は徐々に増加しており、増加率は、抑うつ状態、適応障害、うつ病の順に高かった。2010年では、抑うつ状態はうつ病の半数以下であったが、徐々に増加し2017年にはうつ病を超えた。

2019年においては、抑うつ状態、うつ病、適応障害の順に多くなっていた。特に抑うつ状態と適応障害は増加していた。その他(不安障害、自律神経失調症、双極性障害、統合失調症、パニック障害、気分障害)では顕著な変化を認めなかった。

10年間の前半(2010-2014)と後半(2015-2019)とで比較したところ、ほとんどの疾病で増加を認めた。うつ病は約1.2倍であったが、抑うつ状態と適応障害が約2倍となっていた。不安障害、自律神経失調症、双極性障害、統合失調症、気分障害、ストレス障害、神経衰弱も、わずかではあるが増加していた。

疾病ごとに年齢別に推移を確認したところ、抑うつ状態は全年齢で増加しているが、特に40歳代と30歳代での増加が顕著であった。うつ病は40代と30代が主であったが近年において20代はほぼ同数であった。

1-2) 休職期間

休職者全体の平均休職期間は、2014年は7.3ヶ月であったが、2018年は4.8ヶ月、2019年は5.6ヶ月であり、短縮されていた。

初発者より再発者の休職期間が、概して長いと考えられた。再発者の休職期間は2014年で7.3ヶ月、2018年で4.3ヶ月、2019年は7ヶ月であり短縮されておらず、むしろ初発者が2014年は7.2ヶ月、2018年で5ヶ月、2019年は5.1ヶ月で短縮されていた。

1-3) 休職の推定要因

休職の推定要因では「個人の性格傾向」の比率が増加しており、「仕事の質」や「職場の人間関係」の問題の比率は、ほぼ横ばいであった。

2) 長期休職者調査

長期休職者（1年以上）の調査を、一事業所の復職支援面談記録を基に行った。長期休職者は休職者全体の7%であった。うつ病(6%)と抑うつ状態(1%)に限られていた。うつ病と診断された休職者のうち長期休職者は13%であり、そのうちの7割が退職していた。復職支援面談実施者のうち分析対象者は121人（性110人、女性11人）、平均年齢は36.9歳だった。

疾病の内訳では、男性はうつ病53人、抑うつ状態34人、適応障害7人、統合失調症3人、気分障害3人、不安障害3人、自律神経失調症3人、その他4人であった。女性は、抑うつ状態4人、適応障害4人、その他3人だった。

平均休職日数は、うつ病平均131.7日±214.2日、抑うつ状態平均87日±114.6日、適応障害平均59.4日±41.5日であり、うつ病が最も長かった。

長期休職者（1年以上）は9人（うち男性8人）あり、そのうちのうつ病7人中5人が退職していた。抑うつ状態2人中1人が退職していた。退職者を含む長期休職者は全員が労災の申請を行っていなかった。

なお、半年以上1年未満の休職者は5人（全員男性）であり、疾病内訳は、うつ病2件、抑うつ状態2件であり、全員が労災の申請を行っていなかった。退職者は15人認められた。男性12人であり、そのうち、うつ病が8人を占めていた。疾病別の休職平均日数を求めたところ、うつ病約130日、統合失調症約90日、抑うつ状態が約90日、双極性障害約85日、

適応障害約60日であった。

3) 企業としての取組

企業としての取組として現在、管理職に対して「ハラスメント」や「行き過ぎた指導」を行わないための教育研修を継続している。さらに、今後メンタル休職者に対応する人事労務中堅社員に対して、事例を提示しグループワークを行うという、実践的な教育研修を開始した。

6. メンタルヘルス外部支援機関として休業者に対する支援の現状と役割に関する調査研究

【研究1】

下記の調査票を作成した。詳細は分担研究報告書を参照のこと。

「心理的負荷による精神障害の認定基準」（厚生労働省、2011年）に基づき下記の調査票を作成した。

1. 記入者の属性

1) 記入日 ____ 年 ____ 月 ____ 日

2) 記入者の年齢階層

①20歳代

②30歳代

③40歳代

④50歳代

⑤60歳代

⑥70歳代以降

3) 記入者の性別

①男性

②女性

2. 記入者の所属医療機関

1) 記入者の所属医療機関の都道府県名 _____

都・道・府・県

2) 記入者の所属医療機関名 _____

3) 記入者の精神保健指定医資格の有無

- ①現在あり
- ②過去にあったが現在はない
- ③将来取得したい
- ④現在も過去もない、将来も予定なし

4) 記入者の精神神経学会専門医資格の有無

- ①現在あり
- ②過去にあったが現在はない
- ③将来取得したい
- ④現在も過去もない、将来も予定なし

5) 記入者の産業医資格の有無

- ①現在あり
- ②過去にあったが現在はない
- ④将来取得したい
- ⑤現在も過去もない、将来も予定なし

問 3. 事例の属性

1) 事例の年齢階層

- ① 20 歳未満
- ② 20 歳代
- ③ 30 歳代
- ④ 40 歳代
- ⑤ 50 歳代
- ⑥ 60 歳代
- ⑦ 70 歳代以降

2) 事例の性別

- ①男性
- ②女性

3) 事例発生時の勤続年数

- ① 1 年未満
- ② 3 年未満
- ③ 5 年未満

④ 10 年未満

⑤ 10 年以上

⑥ 不明

4) 事例の婚姻状態

- ①既婚
- ②未婚
- ③離別

5) 事例に対する記入者の立場

- ①主治医
- ②産業医
- ③産業医を支援する社内精神科医
- ④その他 (_____)

6) 事例の相談経緯

- ①産業医から
- ②企業内看護職から
- ③企業内カウンセラーから
- ④人事・労務担当者から
- ⑤上司から
- ⑥同僚から
- ⑦家族から
- ⑧知人・友人から
- ⑨その他 (_____)

⑦同僚から

⑧知人・友人から

⑨その他 (_____)

4. 事例の業務起因と思われる精神障害

1) 事例の主たる診断名 (ひとつ選択)

- ①抑うつ障害群
- ②不安障害群
- ③心的外傷およびストレス因関連障害群
- ④強迫性障害および関連障害群
- ⑤解離性障害群
- ⑥身体症状症および関連症群
- ⑦双極性障害および関連障害群
- ⑧統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群

- ⑨その他 (_____)
- 2) 就労状況について
- ①現在休業中 →設問 3)へ
- ②現在就業中 →設問 4)へ
- 現在休業中の休業期間について
- ①1 ヶ月未満
- ②3 ヶ月未満
- ③6 ヶ月未満
- ④9 ヶ月未満 設問 5. へ
- ⑤12 か月未満
- ⑥1 年以上
- 4) 現在就業中だが当該業務上要因による過去の休業期間について
- ①1 ヶ月未満
- ②3 ヶ月未満
- 6 ヶ月未満
- ③9 ヶ月未満 設問 5. へ
- ④12 か月未満
- ⑤1 年以上
5. 業務上の出来事について
- 1) 平均的な心理的負荷の強度《Ⅲ》の項目が該当した項目数
- ① 0
- ② 1
- ③ 2
- ④ 3
- ⑤ 4
- ⑥ 5
- 2) 1)のうち実際に《強》であった項目数
- ① 0
- ② 1
- ③ 2
- ④ 3
- ⑤ 4
- ⑥ 5
- 3) 平均的な心理的負荷の強度《Ⅱ》の項目が該当した項目数
- ① 0
- ② 1
- ③ 2
- ④ 3
- ⑤ 4
- ⑥ 5
- 4) 3)のうち実際には《強》となった項目数
- ① 0
- ② 1
- ③ 2
- ④ 3
- ⑤ 4
- ⑥ 5
6. 事例に対してなされた支援について
- 1) 最も効果的であった支援は何か (ひとつ選択)
- ①業務変更、配置転換や異動
- ②業務は大きく変えずに負荷軽減
- ③管理者の対応
- ④管理者の交替
- ⑤人事・労務担当者の対応
- ⑥家族への対応
- ⑦産業医や産業保健スタッフ等によるケア
- ⑧社外での精神科専門治療
- ⑨社外でのカウンセリング
- ⑩転職
- ⑪退職
- ⑫その他 (_____)
- 2) 最も有効であった連携は何か (ひとつ選択)

- ①専門職間の連携
 - ②専門職と人事・労務担当者との連携
 - ③専門職と管理者との連携
 - ④専門職と家族との連携
- 3) 最も連携が困難であったものは何か(ひとつ選択)

- ①専門職間の連携
- ②専門職と人事・労務担当者との連携
- ③専門職と管理者との連携
- ④専門職と家族との連携
- ⑤困難な連携はなかった

【研究 2-1】2019 年度作成した調査票を見直し、下記のような改訂版を行った。主な改訂箇所を太文字で示した。

問1. 記入者の属性

- 1) 記入日 _____年 _____月 _____日
- 2) 記入者の年齢階層
 - ① 20 歳代
 - ② 30 歳代
 - ③ 40 歳代
 - ④ 50 歳代
 - ⑤ 60 歳代
 - ⑥ 70 歳代以降
- 3) 記入者の性別
 - ① 男性
 - ② 女性

問2. 記入者の所属医療機関

- 1) 記入者の所属医療機関の都道府県名 _____
_____都・道・府・県
- 2) 記入者の所属医療機関名 _____

- 3) 記入者の**精神保健指定医資格もしくは精神科専門医資格の有無**

- ①現在あり
 - ②過去にあったが現在はない
 - ③将来取得したい
 - ④現在も過去もない、将来も予定なし
- 4) 記入者の産業医資格の有無
- ① 現在あり
 - ② 過去にあったが現在はない
 - ③ 将来取得したい
 - ④ 現在も過去もない、将来も予定なし

問3. 事例の属性

- 1) 事例の年齢階層
 - ① 20 歳未満
 - ② 20 歳代
 - ③ 30 歳代
 - ④ 40 歳代
 - ⑤ 50 歳代
 - ⑥ 60 歳代
 - ⑦ 70 歳代以降
- 2) 事例の性別
 - ① 男性
 - ② 女性
- 3) 事例発生時の勤続年数
 - ① 1 年未満
 - ② 3 年未満
 - ③ 5 年未満
 - ④ 10 年未満
 - ⑤ 10 年以上
 - ⑥ 不明
- 4) 事例の婚姻状態
 - ① 既婚
 - ② 未婚
 - ③ 離別・死別
- 5) 事例に対する記入者の立場

- | | |
|-----------------------------|--|
| ① 主治医 | ④ 9ヶ月未満 |
| ② 産業医 | ⑤ 12か月未満 |
| ③ 産業医を支援する社内精神科医 | ⑥ 1年以上 |
| ④ その他（ _____ ） | 4) 現在就業中だが <u>当該業務上要因による過去の休業期間</u> について |
| 6) 事例の相談経緯 | |
| ① 産業医から | ① 1ヶ月未満 |
| ② 企業内看護職から | ② 3ヶ月未満 |
| ③ 企業内カウンセラーから | ③ 6ヶ月未満 |
| ④ 人事・労務担当者から | ④ 9ヶ月未満 |
| ⑤ 上司から | ⑤ 12か月未満 |
| ⑥ 同僚から | ⑥ 1年以上 |
| ⑦ 家族から | 問5. 業務上の出来事について |
| ⑧ 知人・友人から | 1) 『平均的な心理的負荷の強度』《Ⅲ》の項目が該当した項目数 |
| ⑨ その他（ _____ ） | |
| 問4. 事例の業務起因と思われる精神障害 | ① 0 |
| 1) 事例の主たる診断名（ひとつ選択） | ② 1 |
| ① 抑うつ障害群 | ③ 2 |
| ② 不安障害群 | ④ 3 |
| ③ 心的外傷およびストレス因関連障害群 | ⑤ 4 |
| ④ 強迫性障害および関連障害群 | ⑥ 5 |
| ⑤ 解離性障害群 | 2) 1)のうち実際に《強》であった項目数 |
| ⑥ 身体症状症および関連症群 | ① 0 |
| ⑦ 双極性障害および関連障害群 | ② 1 |
| ⑧ 統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群 | ③ 2 |
| ⑨ その他（ _____ ） | ④ 3 |
| 2) 就労状況について | ⑤ 4 |
| | ⑥ 5 |
| ① 現在休業中 →設問 3)へ | 3) 『平均的な心理的負荷の強度』《Ⅱ》の項目が該当した項目数 |
| ② 現在就業中 →設問 4)へ | |
| 3) 現在休業中の休業期間について | ① 0 |
| ① 1ヶ月未満 | ② 1 |
| ② 3ヶ月未満 | ③ 2 |
| ③ 6ヶ月未満 | ④ 3 |

⑤ 4

⑥ 5 以上

4) 1)のうち実際には《強》となった項目数

① 0

② 1

③ 2

④ 3

⑤ 4

⑥ 5 以上

問6. 事例に対してなされた支援について

1) 最も効果的であった支援は何か (ひとつ選択)

① 業務変更、配置転換や異動

② 業務は大きく変えずに負荷軽減

③ 管理者の対応

④ 管理者の交替

⑤ 人事・労務担当者の対応

⑥ 家族への対応

⑦ 産業医や産業保健スタッフ等によるケア

⑧ 社外での精神科専門治療

⑨ 社外でのカウンセリング

⑩ 転職

⑪ 退職

⑫ その他 (_____)

2) 最も有効であった連携は何か (ひとつ選択)

① 専門職間の連携

② 専門職と人事・労務担当者との連携

③ 専門職と管理者との連携

④ 専門職と家族との連携

3) 最も連携が困難であったものは何か (ひとつ選択)

① 専門職間の連携

② 専門職と人事・労務担当者との連携

③ 専門職と管理者との連携

④ 専門職と家族との連携

⑤ 困難な連携はなかった

【研究 2-2】

公社)日本精神神経科診療所協会の産業メンタルヘルス関連委員会に所属する医療機関に勤務する精神科医師から回収できた 24 例について解析した。

精神科医師 10 名すべてが精神保健指定医もしくは公社)日本精神神経学会認定の専門医資格を有していた。またすべての精神科医師が、厚生労働省の定める産業医の要件を満たしていた。回答者の年齢階層については、全医師が精神保健指定医または精神科専門医資格の両方もしくはいずれかを有し、産業医資格を有していることから、すべて 40 歳代以上であり、40 歳代 30%、50 歳代 50%、60 歳代 10%、70 歳以上 10%だった。

回収事例の年齢階層、性別、勤続年数については分担研究報告書に示すとおりであり、半数が勤続年数 10 年以上であった。

回収事例が相談に至った経緯について一番多いルートが事業場内保健師などの看護職で 29%、次いで産業医から 25%であった。続いて、人事・労務担当者から 13%、上司から 13%と同数であり、また本人自ら相談に至る事例も 13%と希求行動がみられる事例も少なくなかった。

回収事例にて、業務起因性で発症したと考えられる精神障害(診断)では、うつ病などの抑うつ障害群が 67%と最多で、次いで心的外傷およびストレス因関連障害群が 17%、不安障害群が 8%と続いた。

回収事例はすべて精神障害の発症に業務要

因が大きく影響して休業歴のある事例に限っているが、調査票回収時点での勤務状況については、現在も休業中の1事例(6ヶ月以上9ヶ月未満)を除き、23事例は職場復帰して就業中であった。過去に休業し現在は就業中である23事例について、過去の休業期間は3ヶ月以上6ヶ月未満が30%、次いで1ヶ月以上3ヶ月未満が26%である。6ヶ月以上の事例が35%と長期休業も多かった。

回収事例の中で、業務上の心理的負荷が認定基準の「業務による心理的負荷評価表」の心理的強度《Ⅲ》に相当する具体的出来事の項目数についての内訳であるが、0項目が最も多く58%、次いで1項目が33%。中には4項目という事例も1例あった。心理的強度《Ⅱ》については、2項目が最も多く38%、次いで1項目・3項目・5項目以上がいずれも17%であった。回収事例の強度《Ⅲ》と強度《Ⅱ》の該当項目数のクロス表からは、強度《Ⅲ》が0もしくは1項目であっても、《Ⅱ》が複数該当する事例が回収事例の70%以上を占めていることが分かった。

回収事例において、最も効果的と思われた支援については、最多が業務変更・配置転換・異動が54%で半数を超えた。次いで社外での精神科専門治療で25%、産業医や産業保健スタッフ等によるケアが9%と続いた。

回収事例において、最も有効であった連携については最多が専門職と人事・労務担当者との連携で46%であった。次いで産業医と主治医などの専門職間の連携で37%であった。

休業期間が比較的短期の6ヶ月未満の15事例のみを抽出して、最も効果的な支援を分析

すると、業務変更・配置転換・異動が11事例と73%を占めていた。最も効果的な支援が最多の業務変更・配置転換・異動であった13事例のみを抽出して、最も有効な連携を分析すると、専門職と人事・労務担当者との連携が46%と半数近くを占めており、業務変更・配置転換・異動の実現には、人事・労務担当者との連携が重要であることが示唆された。

回収事例における対応で、最も困難な連携の種類では、困難な連携なしが最も多く54%であった。次いで専門職と管理者との連携が21%であり、業務要因と管理者が関与しているため、連携が困難であることが推測された。

7. 精神疾患による労災認定患者の長期療養を防ぐための職場における課題と支援方法の調査研究

【研究1】人事労務担当者に対する労災医療に関する意識調査研究

1,000名の人事労務担当社に労災医療に対する意識調査を行い、そのうちA群：精神疾患の労災申請の経験者は145名、B群：精神疾患以外の労災申請経験者231名、C群：労災申請の未経験者624名であった。結果は次のとおりだった。

- 1) 性別：男性705(70.5%)、女性295(29.6%)。
- 2) 年齢：40代327(32.7%)、50代333(33.3%)。
- 3) 居住地：東京都238(23.8%)、神奈川県108(10.8%)、大阪府92(9.2%)、愛知県83(8.3%)、他の項目は分担研究報告書内で詳しく述べた。
- 4) 職業：会社員・団体職員(正社員、教員)が870(87.0%)、会社員・団体職員(派遣・

契約社員)が97(9.7%)、他の項目は分担研究報告書内で詳しく述べた。

5) 職種: 人事 799(79.9%)、労務 201(20.1%)。

6) 事業場の業種: サービス業 274(27.4%)、製造業 286(25.9%)、他の項目は分担研究報告書内で詳しく述べた。

7) 所属の「会社」の規模: 1000人以上の大企業 447(44.7%)、50~299人の中企業 249(24.9%)、300~999人の大企業 203(20.3%)。

8) 過去10年間に従業員の労災請求に関わった経験: 精神疾患の経験ありが145(14.5%)、精神疾患以外の労災申請 231(23.1%)、申請経験なし 624(62.4%)。

9) ある場合の人数: 労災案件の平均 8.73。

10) 精神疾患による労災請求案件: 平均 4.03。出来事について、対人関係 87(60.0%)、事故や災害の体験 66(45.5%)、仕事の失敗、過重な責任の発生 66(45.5%)、仕事の量・質の変化 62(42.8%)、他の項目は分担研究報告書内で詳しく述べた。

11) 事業主の証明の有無は出来事の区分ごとに分担報告書で述べた。

12) 証明欄に記載しなかった理由は事実関係が確認できないが 36(60.0%)、当該出来事が原因として精神疾患に罹患したとは考えられないが 22(36.7%)。

13) 労災認定された事案が 97(66.9%)、労災認定された事案がないが 29(20.0%)、まだ結果が出ていないが 12(8.3%)。

14) 全 97 件のうち休業(補償)給付の対応経験ありが、92(94.8%)。

15) 労災疾病の病名ではうつ病 70(76.1%)、急性ストレス反応 32(34.8%)、PTSD 22

(23.9%)、適応障害 22(23.9%)、その他の病名は分担研究報告書で述べた。

16) 労災疾病ごとの休業期間は分担研究報告書に詳しく記載した。

17) 長期休業療養中の従業員の休職期間の対応では、特に苦慮する点はない 379(37.9%)、復職にあたり、受け入れる職場(配置先)がない 308(30.8%)、長期間の休業に及んでいるため、どう関わってよいか、わからない 246(24.6%)、その他は分担研究報告書に詳しく記載した。

18) 長期休業療養中の従業員の職場復帰に関する意見では、本人に復職の意欲があれば、受け入れる方向で考えたい 597(59.7%)、本人の復職の意欲にかかわらず、できるだけことはしたい 348(34.8%)、その他の意見は分担研究報告書に詳しく記載した。

19) 行政(労働基準監督署)への要望では、従業員の職場復帰を支援するため、労災保険による休業(補償)給付期間の目処 442(44.2%)、精神疾患に係る症状固定(治ゆ判断)の考え方を教えてほしい 380(38.0%)、休業している労災保険受給者に職場復帰に向けてどのように対応したらよいか教えてほしい 369(36.9%)、行政主導で医療機関の主治医と連携して職場復帰を支援してほしい 320(32.0%)、その他 23(2.3%)だった。

20) 休業(補償)給付の受給に際し請求の都度必要な事業主の証明について、労災認定となった本人から依頼があれば、速やかに証明している 437(43.7%)、本人から依頼がなくとも、会社主導で証明をしている 230(23.0%)。本人から依頼があっても、会社

が証明することは困難である 71 (7.1%)、その他 6 (0.6%)、わからない 256 (25.6%) だった。

21) 産業医の関与について：精神疾患の労災申請経験者では、産業医が職場におけるメンタルヘルス対策のために関与した 117 (80.7%)、産業医を選任していない 24 (16.6%)、産業医の関与を考えたが実行できなかった 1 (0.7%)、産業医は関与していない 3 (2.1%) だった。精神疾患の労災申請未経験者では、産業医の関与を考え、実行できると思う 570 (66.7%)、産業医の関与を考えるが、産業医を選任していないので実行できない 255 (29.8%)、産業医の関与を考え、産業医も選任しているが実行は難しい 10 (1.2%)、産業医の関与は考えない 11 (1.3%)、その他 9 (1.1%) だった。

【研究 2】精神障害者雇用における病状経過と労災予防に関する調査研究～人事労務担当者へのアンケート調査を通して～

1) 調査対象の背景：(1) 性別：男性 1,144 名 (88.0%)、女性 156 名 (12.0%) の計 1,300 名。(2) 年齢：平均 48.94 歳、(3) 居住地域は東京都が最多で、以下神奈川県、大阪府、埼玉県と続く。詳細は分担研究報告書を参照のこと。(4) 職業：会社員・団体職員（正社員、教員）が 1,052 名 (80.9%)。(5) 職種：人事 17.2%、労務 82.8%。(6) 勤務している事業場の職種：運輸業・郵便業 26.1%、製造業 22.9%、サービス業 21.5%。(7) 会社規模：50 人～299 人の中企業 32.3%、49 人以下の小企業 27.8%、1,000 人以上の大企業 26.2%。

2) 障害者雇用の経験：A 群—精神障害者雇用

に関わった経験がある 105 名 (8.1%)、B 群—障害者雇用に関わった経験はあるが精神障害雇用の経験はない 76 名 (5.8%)、C 群—会社としては障害者雇用を行なっているが自分は障害者雇用に関わった経験はない 359 名 (27.6%)、D 群—会社全体が障害者雇用の経験がない 760 名 (58.5%)。

3) 障害者を雇用する際に募集に利用する主たる機関：ハローワーク 61.0%、ハローワークとエージェントがほぼ半々 20.0%、エージェント 12.4%。

4) 採用前に実習を実施しているか：実施している 45.7%、場合によって実施 32.4%、実施してない 17.1%。

5) トライアル雇用制度は利用しているか：利用している 36.2%、場合によって利用 26.7%、精度は知っているが利用してない 19.0%、制度自体を知らない 15.2%。

6) 支援機関の有無が採用基準にあるか：場合によって採用基準に入れる 41.0%、採用基準に関係している 29.5%、採用基準に入れていない 20.0%。

7) 精神障害者雇用に際して、入社面接の時に留意している点：病気についての理解 71.4%、面接時の就労意欲 54.3%、通院の頻度 52.4%、面接時の印象 51.4%、診断名 49.5%。

8) 精神障害者雇用での困難：8-1 難しいと感じる頻度で、時々 61.0%、頻回にある 34.3%、8-2 難しいと感じる内容で、業務遂行能力 65.0%、仕事内容の配慮 54.0%、仕事量の配慮 52.0%、仕事の指示の仕方 47.0%、本人への関わり方あるいはコミュニケーションの取り方 45.0%。

9) 精神障害者雇用における労災：(1) 労災の経験は、これまでに労災に関係するような問題が生じたことはないが今後生じる心配はある45.7%、これまでに問題は生じてないし特に心配していない23.8%、労災申請には至らなかったが問題になりかけたことがある21.0%、精神障害者雇用の労働者が労災問題になったことがある9.5%。(2) 問題の背景として考えられるものは、仕事のやり方に関する問題41.3%、仕事内容の問題38.8%、他の従業員との人間関係38.8%、仕事量の問題31.3%。

10) 精神障害者雇用に対する印象：難しいこともあるが成果は期待できる52.4%、難しいことも多く、かつ成果は期待できない25.7%、特に難しいこともなく成果が期待できる14.3%。

11) 障害者を支援する制度・体制：一般の社員に対する支援制度以上のものはない25.5%、障害者を支援する制度・体制はない18.1%、キーパーソン(指示・命令・相談を受ける人)をつける6.6%。

12) キーパーソンに関して：12-1 キーパーソンは誰かは、現場担当者55.8%、人事担当者40.7%、12-2 キーパーソンは障害者雇用に関する研修を受けているかは、受講している52.3%、受講していない47.7%。

13) 障害者雇用された精神障害者に対するキャリアアップ制度の有無:制度はない31.4%、一般従業員と同じ制度を活用している11.0%、障害者雇用の独自制度がある5.1%。

14) 精神障害者を障害者雇用する際に不安に感じること：特に不安を感じることはない

39.8%、業務遂行能力36.8%、就労の継続28.4%、周囲の従業員とのトラブル26.6%、就業規則やルールへの遵守21.3%。障害者雇用における経験別の結果は分担研究報告書を参照のこと。

15) 障害者雇用した精神障害者が安定して就労を継続するために必要と思うもの：特に必要だと思うことはない33.8%、一般社員へのメンタルヘルス研修21.8%、人事・労務担当者への専門的立場からの支援20.2%、就業制度の見直し19.0%、上司など障害者へ関わるものへの支援14.2%、キーパーソン(指示・命令・相談を受ける人)をつける13.8%、上司に対するメンタルヘルス研修12.5%、ジョブコーチなど障害者に対する支援員の導入12.3%。障害者雇用における経験別の結果は分担研究報告書を参照のこと。

16) 産業医に関して：(1) 産業医の選任は、職場に専属産業医がいる、職場に嘱託産業医がいる、職場にはいないが本社に専属もしくは嘱託産業医がいるとの回答がそれぞれ

25.7%、選任がない22.9%。(2) 障害者雇用された精神障害者に対する関与は、大いに関与している33.3%、多少関与している32.1%、ほとんど関与してない18.5%。(3) 関与の内容は、定期的に面談60.4%、身体症状、検診結果など身体面で関わる52.8%、精神症状などに関しても関わる43.4%、就業上の配慮など職場適応に関して上司や人事担当者に対する相談・支援に関わる41.5%。(4) 関与の有用性は、まずまずが49.1%、非常に、が47.2%。

(5) 役に立たないとした理由は、職場関係者への指示、指導、助言が適切でない、職場の

状況を理解していない、労基法の認識が乏しいであった。(6) 関与しない理由は、主として職場側の理由 54.2%、産業医側の理由が 25.0%。(7) 具体的には、専門ではないから 83.3%、時間がないが 33.3%。(8) 職場側の理由は、産業医の関与を必要としない 46.2%、訪問時間を増やすなど時間的な面で困難と産業医が関わるべき業務という認識がなかったが、それぞれ 30.8%。(9) 精神障害者の障害者雇用において産業医の望むことの記述は、分担研究報告書を参照のこと。

8. 精神障害者・労災認定者の就労に向けた支援機関の取り組みの現状と課題－非医療機関の役割－

【研究 1】精神障害者・労災認定者の就労に向けた支援機関の取り組みの現状と課題（ハローワークの訪問調査より）

1) 精神障害者の新規求職件数および就職件数の動向

ハローワークにおける精神障害者の求職・就職件数はどの拠点も増加傾向にあり、身体・知的・精神の 3 障害の中で最も高い割合を占めており、求職者の 5 割以上が精神障害者を占めていると回答したハローワークが多かった。精神障害者の就労定着が難しいといった声が多く、精神障害者の求職・就職件数の増加の背景に退職・転職を繰り返すケースが含まれていることの言及が多かったが、具体的な数値については把握できていないという回答がほとんどだった。精神障害者の主な疾病として、統合失調症、うつ病、双極性障害、広汎性発達障害、てんかんなどが挙げられた。

若い世代の発達障害者や途中でうつ病を発症して精神障害者保健福祉手帳を取得し、求職登録をするケースが年々増えているという傾向がうかがえた。

2) 企業の精神障害者の雇用に対する考え方や受け入れの動向

すべてのハローワークが、企業に対して精神障害者雇用の説明会や企業に出向いての出前講座を実施するなどの何等かの啓発活動を行っている。精神障害者の雇用については不安を抱える事業所もあり、そういった事業所には本人が就労支援機関に登録し、サポートを受けている精神障害者を優先的に紹介しているというハローワークもあった。採用面接に就労支援機関が同席することで採用を検討する企業も安心感につながるといった取り組みなどから、精神障害者の理解は少しずつ深まり、雇用を意識する企業も増え、従来あった精神障害者に対する抵抗感も緩和されてきているという声も多く聞かれた。一方で、雇用に対する抵抗や求める要求水準が高いなど、職業紹介が難航している事業所もあった。

精神障害者の定着上の課題と取り組みでは、他の障害者に比べ定着率が低いとの見解がほとんどであり、背景要因として地域の就労支援機関や障害者就業・生活支援センター、地域障害者職業センターなどの就労支援機関の支援が得られてないケースなど、就労前後にフォローがない事例ほど定着率が低い傾向が認められるとの声があった。早期に離職するケースは業務が合わないという理由、一定期間就労して離職するケースは上司や職務内容が変わるなどの職場環境の変化に適応できな

いという理由により退職する傾向が見られるという見解もあった。また、採用側と受け入れ先の部門との精神障害者への理解度に差があり、結果的に適切な配慮につながらず離職してしまうというケースもあるとの声も聞かれた。早期離職予防に向けた取り組みとしては、就労移行支援機関、委託訓練、地域障害者職業センターでの職業評価など、適切な就労支援機関にコーディネートを行っているという。取り組みを行う際は、地域障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、医療機関などが相互に連携を取りながら本人の適性に見合った就労につながる体制を構築している。企業側に向けては、職場体験やトライアル雇用制度などの制度を活用、就職後に職場内のサポーターを養成するような取り組みも行っている。就労後のハローワーク側の定着支援にあたっては、精神障害者雇用トータルサポーターが就職後の一定期間、定期的に企業に訪問してフォローアップしているという機関と定着支援までカバーできていないという機関もあった。

4) 医療機関や職場との連携状況

ハローワークを利用した精神障害者の主治医との連携については、意見書の提出で完結しているケースが圧倒的に多かった。本人との面談で主治医の意見書に疑問を感じたり、就労準備性に大きな課題が見られた際は、ハローワークの職員が主治医に電話で問い合わせたり、転職を繰り返している求職者の場合はトータルサポーターが必ず本人と同行通院して状況を確認しているという機関があった。2016年度より各都道府県の主要ハローワー

クでは、「精神科医療機関とハローワークの連携モデル事業」を実施し、ハローワークがアウトリーチしてデイケアなどに出前相談を実施するなどの取り組みを行っている。今回訪問調査を行ったハローワークにおいても本事業を実施している拠点はあったが、協力医療機関の開拓が難しかったり、実際に事業を実施してもその成果が十分得られず苦戦しているハローワークもあって実情に差がみられた。職場との連携先は、事業所の人事や本人が所属している管理職との連携がほとんどで、本人の健康を支える産業医をはじめとする産業保健スタッフとの連携しているケースはほとんど聞かれなかった。

5) 職員への教育および支援体制

ハローワークの相談窓口担当職員への研修を定期的に行っている機関はほとんどなかった。窓口対応をしている職員は嘱託職員が多く、本人が自費で自主的に研修会や学会に参加して研鑽していて、精神科医等の専門家による助言指導を受けられる体制をもっているハローワークはなかった。

6) 労災により精神障害者になった支援ケースの有無

今回訪問調査を行ったハローワークを含む支援機関においては労災保険受給者の相談対応を行った事例は聞かれなかった。

7) その他、最近の動向では、働き方改革関連法案」に即した取り組みに関する動向についてもヒアリングを行ったが、本法案と障害者雇用を結びつける取り組みはほとんど聞かれなかったが、精神障害者だけでなく障害者を積極的に雇用している企業の中には、障害者

雇用によるワークシェアを行うことで従業員の残業時間の削減につなげている事例もあった。外国人労働者の雇用については、地域により大きな差が見られた。外国人の受け入れに抵抗を示す地域もあるが、訪日外国人が多く住むエリアにおいては雇用件数も多く、大都市エリアでは外国員留学生の相談が多い傾向などが見られた。障害者就業・生活支援センターでは、外国人の発達障害者や、本人の親が発達障害を抱えているというケースもあって年々増加傾向にあるが、就労ビザの問題や言語的課題や対応できる医療機関が限られたりなど、支援が難航するケースが多いとのことだった。

【研究2】全国の障害者就業・生活支援センター関係機関のアンケート調査

1) 選択肢式調査項目結果

1-1) 各精神疾患別の利用割合と増減傾向：就業・生活支援センターを利用する精神障害者の精神疾患別の割合は「統合失調症」が28%と最も多く、次いで「発達障害」(25%)、「うつ病」(17%)、「双極性障害」(8%)、「てんかん」(6%)、「その他」(16%)という結果だった。

疾患別による利用者の増減は、「発達障害」(87%)・「うつ病」(51%)で増加傾向、「統合失調症」(54%)・「双極性障害」(62%)・「てんかん」(76%)・「その他」(50%)で不変という結果だった。

1-2) 就職1年後の定着率：就職後1年後の定着率は、平均73%であった。具体的には61~80%が最も多く、次いで41~60%、81~100%、21~40%、不明という結果だった。

1-3) 職場定着が難しかった要因：就職後の定

着が難しかった要因については、「職場の人間関係」が最も多く(79%)、次いで「症状の悪化」(75%)、「本人のコミュニケーション能力」(52%)、「障害に対する職場・従業員の理解不足」(51%)、「業務とのミスマッチ」(43%)、「職場の相談・支援体制の不足」(35%)、「仕事へのモチベーション低下」(32%)、「待遇への不満」(19%)、「家族にまつわる問題」(18%)、「業務量の増加」(15%)、「キャリアアップ」(11%)、「業務の難易度」(9%)、「その他」(6%)、「物理的な作業環境」(5%)という結果だった。最も就職後の定着が難しかった要因は、「職場の人間関係」が多く(50%)、次いで「症状の悪化」(25%)、「本人のコミュニケーション能力」(12%)、「障害に対する職場・従業員の理解不足」(6%)、「仕事へのモチベーション低下」(4%)、「業務とのミスマッチ」(2%)、「職場の相談・支援体制」(2%)、「その他」(1%)という結果だった。

1-4) 新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言後(2020年4月以降)の利用者の増減傾向：利用者数の増減については、精神障害者は「増加傾向」と回答した割合は半数を超え(54%)、知的障害者(22%)と身体障害者(14%)と、障害種別間で差が見られた。いずれの疾患においても減少傾向にあると回答したのは15%以下であったが、増加傾向にあるとの回答は、知的障害者、身体障害者に比べて精神障害者が2倍以上多く、特に精神障害者の需要が多いことが分かった。

1-5) 精神疾患の労災認定者の就労支援経験の有無：これまでに精神疾患の労災認定者を対象に就労支援に関わった経験があると回答し

た就業・生活支援センターは有効回答 112 か所のうち 11 か所 (10%) という結果だった。具体的には、「職場での事故」、「不注意による怪我」、「パワーハラスメント」、「セクシャルハラスメント」、「モラハラを受けた人の支援で裁判まで行ったことがある」、「建設現場にて高所落下し、以後なかなか希望通りに物事が進まず、年月だけが過ぎた。何か救う手立てはないかと模索するが、難しい状況にある」という回答が得られた。

2) 自由記述式調査項目についての結果

アンケート調査から得られた自由記述は、KJ法を援用して分類し、ここでは大カテゴリーのみ表記した。詳細は分担研究報告書を参照のこと。

2-1) 就業・生活支援センターの就労定着の向上に向けた取り組み：就業・生活支援センターが行っている取り組みとしては、主に「就労先訪問」、「受け入れ企業へのアプローチ」、「アセスメント」、「医療機関との連携」、「他専門支援機関・専門家との連携」、「利用者へのアプローチ」、「支援体制の充実化」の7つのカテゴリーに分類された。

2-2) 就労定着に向けて就業・生活支援センターが必要と考える工夫や改善：必要と考える工夫や改善については、「利用者へのアプローチ」、「他機関との連携」、「受け入れ企業とのかかわり方」、「センター内の取り組み」の4つのカテゴリーに分類された。

2-3) 就労定着に向けて精神障害者に求められる工夫や改善：就業・生活支援センターの視点で、精神障害者に求められる工夫や改善点は、「障害の受容」、「セルフマネジメント」、「就

労前準備」、「働く上での心得」、と4つのカテゴリーに分類され、就労前後に渡って言及されていた。

2-4) 就労定着の向上に向け、雇用側に求められる工夫や改善：雇用側に求められる工夫や改善点は、「障害者雇用に対する企業方針」、「適切な合理的配慮の実施」、「障害者理解への意識づけ」、「具体的な活動や環境づくり」、「本人への関わり方」の5つのカテゴリーに分類された。

2-5) 新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言後 (2020年4月以降) の在宅ワークに関するニーズ：緊急事態宣言後の在宅ワークに関するニーズについては、雇用者側、利用者側それぞれについて、下記にまとめられた。まず、雇用者側のニーズについては、「在宅ワーク導入」、「在宅ワーク未導入」、「導入における課題」、「障害者雇用自体の危機」、「求人要件の制限」の5つのカテゴリーに分類された。次に、利用者側のニーズについては、「企業による対応状況」、「利用者のニーズ」、「メリット」、「デメリット・課題」、「業務遂行に関する課題」、「導入への課題」、「感染症拡大の影響による雇用不安」の7つのカテゴリーに分類された。

2-6) コロナ禍を踏まえて今後必要な施策や支援体制：昨今のコロナ禍で就業・生活支援センターが、今後の精神障害者の雇用促進に向けて必要と思われる取り組みは、「リモート対応」、「国の施策」、「雇用者の対策」、「支援機関の対策」、「利用者の対策」の5つのカテゴリーに分類された。

9. 精神疾患により長期療養中の労働者に対する標準的な症状評価と医療と職域間連携の手法に関する調査研究—治療就労両立支援モデル事業等の応用—

【令和元年度研究】

利用目的は全例が復職であり、平均利用期間は215日、休職回数は1回51名、2回24名、3回8名、4回6名、5回以上7名だった。休職理由について主要因は業務の質的負担、量的負担が上位であり、副次的要因として、仕事のコントロール度、人間関係が優位と考えられた。

【令和2年度研究】

1) 対象数と年齢:本調査に協力した対象者は、外来通院者12名、リワークデイケア利用者23名の計35名(男性25名、女性10名)だった。年代は20~29歳と30~39歳がそれぞれ23%、40~49歳が37%、50代以上は17%だった。

2) 診断名:うつ病(うつ状態)は50%、適応障害が18%、発達障害が14%、その他が18%だった。

3) 休業経験と診断名:「1回ある」が17名、「複数回ある」が12名、「休業の経験はない」が6名、一か月未満の休業については0名であり、休業1回も複数回もうつ病(うつ状態)が48%で最多だった。

4) 外来通院とリワークデイケア利用者の比較:外来通院者では、休業1回と複数回ともに、うつ病(うつ状態)が60%以上を占めるが、リワークデイケア利用中の者では、発達障害圏の診断・指摘を受けた者が10%を超えて相対的に多く、複数回の休業中の者では7%

とより多い結果だった。

5) 休業の契機となったと自覚している症状、要因:両立支援事業等で用いた、A:医学所見、B:安全衛生要因、C:個人生活状況にD:発達特性上のカテゴリーを加えた質問票の結果から、休業複数回で「対人関係の問題」としたカテゴリーが50.0%となった。調査票の結果は分担研究報告書を参照のこと。

10. 労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究

【令和元年度研究】

全都道府県労働局から送付した質問票を100%回収した。以下に結果を記載した。

1) 労働局に対する調査

【問1】調査時点で症状固定(治ゆ)していない事例のうち、療養開始から5年以上経過している者:5年以上治ゆしていない事例は790例、男性554例(70.1%)、女性は236例(29.9%)であり、最大は男性127例、女性52例だった。

【問2】問1のうち6カ月以上、通院の実績がない事例のうち、療養開始から5年以上経過している者:6カ月以上、通院の実績がない事例は11例であり、全体(790)の1.4%だった。

【問3】問1のうち、問1のうち休業補償給付を受給している人数、休業補償給付を受給している者で5年以上経過している者:全体790例のうち711例(90%)が休業補償給付を受給していた。男性が499例(70.2%)、女性は212例(29.8%)だった。

【問4】医療保険から労災保険に切りかえた

事例：全体で 444 例、男性 306 例、女性 138 例、不明 153 例だった。最初から労災認定を希望した事例は 391 例で、男性 248 例、女性 143 例、不明 101 例だった。

【問 5、6】労災認定を請求する際に事業主が証明しなかった事例数とその理由：事例の理由を 8 つにまとめた。具体的な数値は分担報告書で詳しく述べる。

【問 7】早期復職と長期に及んでいる事例の一番の相違点については、本人の復職意欲が 67.2%(39)、次に症状の重症度が 31%(18)、職場の受け入れ・支援体制 20.7%(12)と続いた。職場復帰・就労支援を含めた労災医療を円滑にするための行政的・医療的・福祉的対策として 5 つの意見として分担報告書の中に示した。

【問 8】早期復職を進めるための対策職場では、復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養期間の目安を示す」は最も多く、60.3%(35)、次に現場の受け入れ・支援体制が 32.8%(19)を占めていた。その他の意見として、5 つを分担報告書の中に示した。

2) 個別事例調査

3 年以内に治癒できた事例 160 件と、5 年以上経過しても治癒しない事例 783 件、合計 943 件に関して精査した。各都道府県労働局管内の事例数は 5 年以上の治癒していない事例は、多い順に東京 239 (30.5%)、大阪 81 (10.3%)、神奈川 72 (9.2%)、北海道 67 (8.6%) の順に多い。この 4 都道県で全体の 58.6%を占めていた。

(1)年齢：調査時点の 3 年未満治癒事例の平均年齢は 42.4 歳、5 年以上未治癒事例の平均年

齢は 48.1 歳だった。認定時の年齢は 3 年未満治癒事例の平均年齢は 40.2 歳、5 年以上未治癒事例の平均年齢は 41.6 歳だった。治療開始から調査時点までの期間は 3 年未満治癒事例は 3 年、5 年以上未治癒事例は 8.7 年に至っていた。労災認定時点から調査時点までの期間は 3 年未満治癒事例は 2.1 年、5 年以上未治癒事例は 6.5 年となった。

(2)性別：3 年未満治癒事例は男性が 87(54.4%)、女性は 73 (45.6%)、5 年以上未治癒事例は男性が 533 (68.1%)、女性は 250 (31.9%)であり、5 年以上未治癒事例の事例は女性の割合が少なくなっていた。

(3)労災認定時の傷病名と調査時点の傷病名：認定時の傷病名に関してうつ病が 5 年以上未治癒事例はうつ病 399 (51.1%)、3 年未満治癒事例 461 (39.2%) で多く、適応障害は 3 年未満治癒事例 41 (25.9%)、5 年以上未治癒事例 122 (15.6%) で多くみられた。神経症性障害は 5 年以上未治癒事例 42(5.4%)、3 年未満治癒事例 3 (1.9%) で 5 年以上未治癒事例に多く認められた。3 年未満治癒事例にみられない疾患は統合失調症、双極性障害であり、5 年以上未治癒事例では統合失調症は 5 例(0.6%)、双極性障害 37 例(4.7%)であった。5 年以上未治癒事例に割合的に多くみられる疾患は気分感情障害 21 (2.7%)、神経症性障害 42 (5.4%) であった。3 年未満治癒事例に多い疾患は、急性ストレス反応 15 (9.5%)、PTSD22 (13.9%) であり、5 年以上未治癒事例の同病名は 36 (4.6%)、75 (9.6%) だった。

調査時点の傷病名に関してうつ病では、5 年

以上未治ゆ事例 424 (54.4%)、3 年未満治ゆ事例 62 (39.5%) が多く、適応障害は 3 年未満治ゆ事例 31 (19.7%)、5 年以上未治ゆ事例 71 (9.1%)、PTSD は 3 年未満治ゆ事例 25 (15.9%)、5 年以上未治ゆ事例 55 (11.3%) が多くみられた。神経症性障害は 5 年以上未治ゆ事例 46 (5.9%)、3 年未満治ゆ事例 2 (1.3%) で 5 年以上未治ゆ事例に多く認められた。3 年未満治ゆ事例にみられない疾患は統合失調症、双極性障害であり、5 年以上未治ゆ事例は統合失調症で 4 例(0.5%)、双極性障害 47 例(6.0%)であった。5 年以上未治ゆ事例に割合的に多くみられる疾患は気分感情障害 16 (2.1%)、神経症性障害 46 (5.9%) であった。

(4)発病の要因となった心理負荷評価表の出来事：3 年未満治ゆ事例に割合的に多いのは、「事故や災害の体験」で 59 (37.6%)、5 年以上未治ゆ事例 149 (19.5%)、「ひどい嫌がらせ・いじめ・又は暴行を受た」は 3 年未満治ゆ事例 42 (26.8%)、5 年以上未治ゆ事例 108 (14.1%)であった。5 年以上未治ゆ事例に割合的に多くみられる出来事は、「仕事の量・質の変化があった」で 326 (42.6%)であり、3 年未満治ゆ事例 40 (25.5%)だった。

(5)100 時間以上の時間外労働の有無：3 年未満治ゆ事例と 5 年以上未治ゆ事例を比較すると、3 年未満治ゆ事例は 100 時間以上の時間外労働なしが 104 (72.7%) に対し、5 年以上未治ゆ事例は 358 (51.3%) を占めた。時間外労働に関して、3 年未満治ゆ事例は 5 年以上未治ゆ事例に比べ、有意に時間外労働をしている事例は少なかった。

(6) 出来事に遭遇した時の会社に調査時点で在籍していたかどうか：全体の 264 (37.8%) が在籍、3 年未満治ゆ事例は 42 (43.3%)、5 年以上未治ゆ事例は 222 (36.9%) であった。

(7)出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求したか否か：出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求した事例は 238 (33%) であり、3 年未満治ゆ事例は 37 (28.2%)、5 年以上未治ゆ事例は 201 (34.1%) であった。

(8) 発病の原因となった出来事に遭遇した会社に調査時点で在籍し、その出来事から 5 年以上経過している事例は、全体 481 例の 162 (33.7%) であり、3 年未満治ゆ事例は 5 (6%)、5 年以上未治ゆ事例は 157 (39.5%) が出来事から 5 年以上経過しても在籍していた。

(9)出来事に遭遇した時の事業場の規模：全体 872 例の 357 (40.9%) は 49 人以下の小企業で出来事に遭遇しており、小規模の企業からの労災申請は 3 年未満の事例が多く、大企業からの労災申請は 5 年以上の割合が多い傾向が見られたが統計学的には有意差は認められなかった。

(10)業種：3 年未満治ゆ事例で割合的に多い業種は医療・福祉関係 38 (24.2%)、製造業 27 (17.2%)、サービス業 26 (16.6%) であり、5 年以上未治ゆ事例はその他 155 (19.8%)、サービス業 142(18.2%)、卸売り小売り業 125 (16%) だった。

(11)職種：3 年未満治ゆ事例で割合的に多い職種は専門的技術職が 35 (22.3%)、事務職 21 (13.4%)、5 年以上未治ゆ事例に多い職種も専門的技術職が 168 (21.5%)、事務職 137 (17.6%) だった。

(12)通院の頻度：H31年3月時点前1か月間の通院回数では1ヶ月間の通院回数は、3年未満治ゆ事例は1.53回、5年以上未治ゆ事例は1.9回で、3年未満治ゆ事例の方が回数は少ないという結果が得られた。

(13) 労災請求の際の事業主の証明の有無：H31年3月時点での労災請求の際の事業主の証明は、3年未満治ゆ事例は74(55.2%)に証明があり、5年以上未治ゆ事例は177(24.6%)しか証明が得られていなかった。5年以上未治ゆ事例は542(75.4%)が事業主の証明は得られていなかった。

(14) 現在、職場復帰を果たしているかどうか：3年未満治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は41(73.2%)、5年以上未治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は68(9.5%)にすぎず、5年以上未治ゆ事例で職場復帰を果たしていない事例は644(90.5%)であった。

(15)復帰場所：職場復帰を果たしている事例で、出来事に遭遇した会社に復職した事例は3年未満治ゆ事例は20(54.1%)、5年以上未治ゆ事例は36(62.1%)、その他の会社に転職事例は3年未満治ゆ事例は17(45.9%)、5年以上未治ゆ事例は22(37.9%)であった。

(16)調査時点前1ヶ月間のおおよその保険給付額、療養補償給付の額、休業補償給付の額、休業補償給付の支給状況：(i) 休業(補償)給付の支給状況では、3年未満治ゆ事例で全休は93(93%)、5年以上未治ゆ事例では全休は656(98.1%)であった。ただし、実際には3年が160例であるため、全3年の93(58%)が調査時点1か月前は全休であり、5年以上

未治ゆ事例は783例であるため全5年以上未治ゆ事例の656(83.8%)が全休である。(ii) 療養(補償)給付の額は、3年未満治ゆ事例は同群全体の136(93.8%)が5万円以下、5年以上未治ゆ事例も同様に689(90.1%)という結果であった。(iii) 調査時点前1ヶ月間のおおよその休業(補償)給付額3年未満治ゆ事例は20万以上の休業給付金を支給されている事例は56(54%)であるのに対し、5年以上未治ゆ事例は505(72.8%)であった。さらに5年以上未治ゆ事例では272(39.2%)は30万円以上の給付金が支給されていた。

(17) 労災認定から調査時点までに職場復帰を果たしたことがあるかどうか：3年未満治ゆ事例は51(60%)が職場復帰を果たしているのに対し、5年以上未治ゆ事例は104(16.7%)しか過去に職場復帰を果たしていない。すなわち、5年以上未治ゆ事例は、518(83.3%)が一度も職場復帰を果たしていないという結果が得られた。

(18)職場復帰を主導した医師：全体の事例の74.3%が、主導した医師の関わりは不明である。3年未満治ゆ事例74.0%、5年以上未治ゆ事例74.5%が「不明」であった。主治医、産業医、あるいは両方が主導した事例の割合は、3年未満治ゆ事例11(22%)、5年以上未治ゆ事例26(25.5%)であるが、主治医の割合は、3年未満治ゆ9(18%)、5年以上未治ゆ23(22.5%)が高いことをみると、日常臨床の中で労災患者への治ゆに至る関わりが困難であることを示している。

(19)過去に職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間：職場復帰した全91

事例の認定～職場復帰までの期間は 2.24 年、3 年未満治ゆ事例群は平均 0.71 年、5 年以上未治ゆ事例は 2.8 年であり、未治ゆ事例は職場復帰までに長い期間を有していた。

(20) 職場復帰に際して、主治医から行政に症状固定(治ゆ)の相談:主治医から行政に症状固定(治ゆ)の相談があった事例は 6 例のみで、殆どの主治医は相談をしていなかった。

(21) 職場復帰に際して、行政から主治医に症状固定(治ゆ)の相談:全 781 事例の 335 (42.9%) が行政から主治医に相談しており、3 年未満治ゆ事例は 35 (30.2%)、5 年以上未治ゆ事例は 300 (45.1%) が行政から主治医に相談がなされていた。

(22) 精神障害の既往の有無:全 84 事例の 114 (13.4%) に精神障害の既往があり、3 年未満治ゆ事例は 3 年未満治ゆ事例群の 18 (12%) を占め、5 年以上未治ゆ事例は 96 (12.7%) が精神障害の既往を有していた。

(23) 既存精神障害の有無:既存精神障害を有している事例は、全 797 事例 47 (5.9%) であり、3 年未満治ゆ事例群は全体の 6 (4.3%)、5 年以上未治ゆ事例は全体の 41 (6.2%) であった。

(24) 当該事業所への復職の本人の意思を確認しているか:出来事に遭遇した会社への復職に対する本人の意思を確認している事例は、全体 911 の 55(6.0%)例にすぎず、3 年未満治ゆ事例は 17(11.1%)、5 年以上未治ゆ事例は 38(5%)にすぎなかった。全体の 69.5%(633) が不明という結果も得られた。

(25) 当該事業所は本人の受け入れに積極的か:出来事に遭遇した会社の本人の受け入れ

に関して、全体 919 の 853 (92.8%) が不明であり、積極的な受け入れのある事例は全体の 10 (4.4%)、3 年未満治ゆ事例は、3 年未満治ゆ事例全体の 12 (7.9%)、5 年以上未治ゆ事例は 5 年以上未治ゆ事例全体の 28(3.7%) に過ぎなかった。

(26) 定期的な補償請求:5 年以上未治ゆ事例全体 765 の 719 (94%) は定期的な補償請求がなされ、46 (6%) は補償請求はなされていなかった。

(27) 今後、治ゆの見通し:5 年以上未治ゆ事例 776 例の中で、治ゆの見通しが「大いにある」は 20 (2.6%)、「少しある」は 57 (7.3%) にすぎず、両者合わせても 77 (9.9%) にすぎないという結果が得られた。

(28) 損害賠償訴訟の有無:全体 938 のうち係争中の事例は 11 (1.2%)、訴訟が終了した事例は 27 (2.9%) であり、850 例(90.6%)は不明であった。

(29) 休業中、会社側から働きかけ:全体 927 例の 38 (4.1%) のみが、会社からの働きかけがあった事例であるが、801 例 (86.4%)は不明である。

【令和 2 年度研究】

a. 労働局に対する調査

1) 調査時点で症状固定(治ゆ)していない事案のうち、療養開始から 15 年以上経過している者は、男 79 名、女性 33 名、無回答 1 名、合計 113 例。1-2) うち 6 カ月以上、通院の実績がない事案で、療養開始から 15 年以上経過している者は 7 例で不明は 39 例。1-3) うち療養補償給付の請求が 6 カ月以上中断した期間がある被災者は、7 例で不明は 39 例。1-4)

うち休業補償給付を受給している被災者は、95 例、不明が 8 例。1-5) うち休業補償給付の請求が 6 か月以上中断した期間がある被災者は、中断事案は 8 例、不明は 41 例。

2) 休業補償給付支給請求書に対する監督署の対応：「監督署が代わりに取得してくれないかと相談されることはあるが、本人が取得するものであることから代わりに行うことはない」の回答 40%、「監督署が事業主に説明し本人に代わって取得することがある」は 16%、その他が 40%。

3) 職場復帰を進めるための有効な対策：①一定の療養期間の目安を示すことについて、有効な対策・必要・意欲向上が 32.0%、目安による説明と社会・職場復帰に有効が 32.0%。②職場の受け入れ・支援体制の構築について、政府・他支援機関との連携 14.8%、職場復帰の理解 14.8%、事業所への支援・助成 14.8%。4) 行政側から主治医に求めること：労災保険制度と症状固定（治ゆ）の考え方で 37.5%、アフターケア措置 9.4%、適切な療養と社会復帰 9.4%、主治医にリワーク・就労支援連携 9.4%。

b. 個別事案結果

1) 年齢：認定時は平均年齢が 40.1 歳、調査時点では 53.3 歳であり、50 歳以上が 62%を占めていた。調査時点の年齢層は 50 歳代が最も多く 42.5%であり、次に 40 歳代 35.4%、60 歳代は 19.5%を占め、平均年齢は 53.3 歳だった。療養開始から調査時点までの平均期間は 17.7 年だった。労災認定から調査時点までは平均 12.7 年であるが、療養開始から調査時点までは 17.7 年経過していた。

2) 性別：男女比は、7:3 であり、男性は 69.9%、女性は 30.1%だった。

3) 認定時病名：44.2%がうつ病、17.7%が PTSD、その他が 13.3%だった。調査時点の傷病名は、うつ病が 54.0%、PTSD 16.8%、その他が 14.2%、双極性障害は 9.7%だった。

4) 100 時間以上の時間外労働の有無：不明・無回答を入れると全体の 38.9%が 100 時間以上の残業、回答のあった対象者では、100 時間以上の時間外労働ありの労働者は 72.1%を占めた。

5) 労災請求の契機となった心理的負荷評価表の出来事：事故や災害の体験は 22.2%、仕事の量・質の変化が 46.8%、対人関係のトラブルが 15.9%だった。調査した時点で出来事に遭遇した時の会社に在籍している労働者は 27.4%だった。労災請求を行った時には、出来事に遭遇した時の会社を退職していた事例は 38.9%、退職していなかった事例は 41.6%だった。出来事に遭遇してから 1 年未満で退職した事例 7.1%、出来事に遭遇してから 2 年未満で退職した事例 7.1%、5 年以内に退職した事例 31.9%であったが、退職せず現在も在籍している事例は 14.2%だった。出来事遭遇時に在籍していた会社の規模について、大企業が多く 39.8%、小企業は 26.5%、中企業は 24.8%だった。出来事遭遇時に在籍していた会社の業種について、その他が 23.9%で最も多く、製造業が 18.6%、卸売業・小売業 13.3%、情報通信 10.6%と続いた。出来事遭遇時の職種については専門技術職が最も多く 32.7%、事務職が 12.4%、その他 11.5%と続いた。

6) 令和 2 年 3 月（1 ヶ月）における通院回数：

48.7%が月に1回は通院、23.9%は月に2回通院していた。

7) 直近の休業補償給付請求書の事業主証明：直近の事業主証明ありは22.1%、離職後のため証明書なしは63.7%であり、事業主が15年以上も証明を拒否している事例が5例(4.4%)認められた。

8) 調査日時点において職場復帰をしている事例：7.1%、職場復帰をしていない事例は82.3%であり、15年以上経過しても職場復帰していながら症状固定になっていない事例が8例認められた。調査時点で同じ会社に復帰している事例は4例、別の会社に復帰している事例は3例、不明1例だった。

9) 調査日以前までに出来事に遭遇した会社に職場復帰した事例：17例(15%)であり、出来事に遭遇した会社とは別の会社に復帰したことがある事例は5例(4.4%)のみであった。不明が74.3%であった。職場復帰を主導した方について主治医が4名、主治医と産業医が1名であった。労災認定から復帰までの期間は、15年9カ月(1名)、10年7カ月(1名)、5年(1名)、4年(1名)、3年9カ月(1名)、2年(4名)、1年(2名)、1年未満(3名)であり平均すると44.5か月(3.7年)であった。

10) 調査日前直近1ヶ月間の給付金：療養給付金の最大値は185,190円、最小値が1,840円、平均は26,600円。休業給付金は最大値631,964円、最小値117,072円、平均は293,016円だった。休業補償給付で全休業は84.1%であり、通院日休業と一部休業は3.6%であり、無回答は14名。

11) 出来事に遭遇した時の会社に復帰する意

思の確認について：不明が70人と多いものの、復帰する意思を確認されている労働者は5人(4.7%)のみであった。

12) 出来事に遭遇した時の会社に被災者が復帰することについて：職場復帰に対して積極的な会社は6例(5.3%)であり、拒否は4例(3.5%)、不明は89.4%だった。

13) 主治医から監督署へ症状固定の相談：3例(2.7%)にすぎなかった。不明も39.8%だった。

14) 監督署から主治医に症状固定(治ゆ)について相談：31%あり、監督署は3割の事例に主治医に相談していたことになる。

15) 労災認定前の精神障害の既往がある事例は7例(6.2%)にすぎなかった。病名は、うつ病2例、うつ状態・不安神経症、心因反応・神経疲労状態、不安神経症・うつ状態、自律神経失調症だった。

16) 労災認定時に既存の精神障害があると記載した事例は3例(2.7%)のみだった。具体的な記載内容は適応障害・うつ病・双極性感情障害、不安神経症・うつ状態だった。

17) 今後における治ゆの見込みについて：治ゆの見込みが大いにあるは3.5%、少しある6.2%、あまりない・全くないは45.1%だった。

18) 所属会社を相手とした訴訟の状況：係争中の事例は0件、訴訟が終了した事例は8件(7.1%)、不明は86.7%だった。

19) 会社側からの職場復帰への働きかけがあった事例は6例(5.3%)あったが、不明が88.5%を占めた。

20) 後における就業の可否について：就業不

可能は 58.4%であり、一般就労が可能と労災保険課長が判断した事例は 4 例(3.5%)にすぎなかった。

11. 復職支援制度の国際比較および生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の可能性に関する研究

【研究 1】復職支援制度の国際比較

検索の結果、合わせて 1027 本の文献が抽出された。抽出された各論文について、表題および抄録を精読し、本文および、参考文献で記載されているガイドラインを抽出した結果、英語のガイドラインが 28 本抽出された（英語以外では、オランダ 8 本、ドイツ 2 本、フィンランド 2 本、韓国 2 本、日本 2 本を抽出）。それら 28 本のガイドラインをすべて精読した結果、復職に関するガイドラインを含むものが最終的に 10 本抽出された。

抽出された 10 本のガイドラインの作成国は、イギリス、オーストラリア、アメリカ、カナダ、及びヨーロッパ地域であった。調査対象とする諸外国をイギリス、オーストラリア、アメリカ、カナダ、オランダの 5 ヶ国とし、ガイドラインの内容に基づき、諸外国の現状を、1. 復職に関するガイドライン、2. 就労可否判断の方法とその基準、3. 復職への取組み、の 3 点に関して調査した。

1) 復職に関するガイドライン

イギリスでは、雇用主やラインマネージャーを対象として、「休業者との継続で適切なコミュニケーション、効果的な計画立案（段階的

な復職、環境調整の具体的な方法（労働時間や職務内容等）、復職を歓迎する」といった推奨事項が記載されている。NICE では、長期間の休業や就労困難な労働者の支援を目的として雇用主や管理職、GP（医師）やケア専門家、労働者などに向けた包括的な関係者を対象としていた。そのガイドラインには、①職場の文化と方針、②職務への適合性のアセスメントと保証、③仕事への適合性の文書、④職場環境調整、⑤休業中の人と連絡を取り合う、⑥早期介入、⑦就労継続と再発の低減、⑧健康状態や障害のため雇用されていない人たちについて、に関する推奨事項が記載されている。

オーストラリアでは、精神健康的な職場づくりの一部として復職に関する推奨事項が記載されていた。雇用主や人事、管理職を対象としており、復職に関しては、「関係者（保健スタッフ、専門家、家族）の協力に基づいた復職計画の立案、休業者との早期の連絡とニーズの専門的評価、合理的な調整、精神障害に対するスティグマへの対応」などの推奨事項が記載されている。復職支援を目的としたガイドラインでは、①復職の方針や手順、②組織で行う事、③上司や同僚が行う事、④復職コーディネーターの役割、⑤上司の役割、⑥復職計画の立案、という形で構成されており、「復職方針や手順の定義、復職計画立案、復職の管理、休業者との連絡、合理的配慮、同僚は復職を歓迎する」などの推奨事項が記載されている。また、復職やメンタルヘルスを管理し、休業者と連絡を取る役割を担う「復職コーディネーター」を企業内に準備する事

が記載されている。

アメリカでは STAY-AT-WORK/RETURN-TO-WORK (SAW/RTW) と呼ばれる就労継続・復職プログラムの導入を各州政府に対して推進させるために作成されていた。就労継続・復職プログラムは、就労困難な労働者が就労継続する事、または早期に復職をする事を目的としている。ガイドラインは州政府の職員を対象としており、すでに就労継続・復職プログラムを導入している州政府のベストプラクティスがまとめられている。各州で行われているプログラムの事例のほか、「経営者からのコミットメントの確保、復職の方針と手続きの文書化、復職コーディネーターの任命、個々の計画を作成する委員会の設立、管理者や労働者への教育、安全（予防）プログラムの構築、職務記述書の作成、可能な配慮の調査と評価、段階的な復職、定期的なアセスメント、労働者の能力制約に合わせた調整の実施」といった推奨事項が記載されている。

カナダでは、うつ病の労働者を支援する一部として復職に関する推奨事項が記載されていた。職場の関係者（上司、同僚、人事スタッフ、組合代表者）を対象としており、「職場のカルチャー、コミュニケーション、教育、職場のプロセス、復職の計画、職場内外の資源」に関する内容が記載されている。復職に関しては、「心からの思いやりのあるコミュニケーション、個別化された段階的な復職プランの策定、配慮に関する同僚への説明、復職を歓迎する、関係者での会議、継続的なモニタリングの実施」といった推奨事項が記載されている。復職及び就労継続を目的とするガイド

ラインでは、介入方法のベストプラクティスが、組織、障害管理の実践、個人の観点からまとめられていた。介入方法として、「コミュニケーションのある職場の文化や、関係者間の緊密な調整、体系化・構造化された復職の実践、労働者や職場環境を考慮した配慮、職場や業務に焦点化した CBT 的介入」などが記載されている。

オランダでは、精神健康的な職場づくりを目的とした一部として復職に関する推奨事項が記載されていた。雇用主とマネジャーを対象としており、「労働者のニーズを確認する、連絡を取り合う、労働者が職場に貢献できる事に焦点を当てる、専門家の支援を利用する、合理的な配慮を行う」といった推奨事項が記載されている。産業医向けの復職支援ガイドラインを調査した文献では、ガイドラインは、①問題の理解と診断、②介入、③予防・再発予防、④評価と完了、の4つのフェーズから構成されている。①問題の理解と診断では、労働者だけでなく職場の課題やリスク要因と、その解決状況がどの段階にいるかを評価し、②介入では労働者と上司の両方の問題解決力を強化するように、経過の観察と、労働者への介入（CBT）、職場への介入を行う。③予防・再発予防では、職場での構造的な問題に対処し、労働者が再発リスクを同定する事を支援し、④評価と完了では、評価の対象や時点を決める。産業医は、休業後2週間で治療を開始し、最低30分の診察を3週間に1度行い、職場の上司とは月に1度連絡を取ることにしている。

2) 就労可否判断の方法とその基準

イギリスでは、NICE のガイドラインから就労可否判断に関連する内容として Fit note が確認された。ガイドラインには「GP などによって仕事への適合性を記載してもらう事」、「Fit note において仕事へ適合となった事を起点として環境調整を検討する事」、「GP から提示された職場での環境調整が行えず、復職できない場合は十分な状態で復職すべきと助言する事」などが記載されている。主治医向けの Fit note ガイダンスでは、主治医は「特定の仕事でなく、一般の仕事への適合性」を判断するとされている。アセスメント項目は、「機能的な制限」、「健康状態の持続期間と起こりえる変動」「進行中である臨床的管理への影響」「仕事をするのが健康状態を悪化させるかどうか」となっている。Fit note に記載すべき就労可否判断の結果には、「仕事に適する可能性がある」と「仕事に適さない」の 2 種類があり、患者が以前と同一の仕事ではなくとも、なんらかの仕事ができる場合は、「仕事に適する可能性がある」に印をつけるという基準となっている。判断結果のコメント欄への記載は必須であり、診断や症状ではなく、患者ができることに焦点を当てて、患者の状態が機能に与える影響に関する助言の記載が求められる。また、一般的な復職のための助言として必要な調整事項を「段階的復職」、「勤務時間の変更（勤務日や時間）」、「職務の変更」、「職場環境の調整」の 4 つから該当する項目を選択する形となっている。

オーストラリアでは、就労可否判断に関連する内容は、いずれのガイドラインにも記載されていなかったが、Certificate of Capacity

が確認された。これは傷病補償給付の申請のために医師が作成する文書であり、仕事の能力、復職のために必要な配慮、復職プログラムなどに関する情報を含む。仕事の能力に関しては、「身体的能力、精神的能力、その他の問題」が記載される。就労可否判断の結果としては、「仕事に適する」、「条件付きで仕事に適する」、「仕事に適さない」の 3 種類から選択することになっており、いずれも判断結果が適用される期間を記入する項目がある。「条件付きで仕事に適する」とした場合は、合理的配慮の助言として「段階的復職」、「職務の変更」、「勤務時間の短縮」、「職場環境の調整」「復職計画の添付有無」の 5 つから該当する内容の選択し、詳細を記載することとなっている。

アメリカでは、就労可否判断に関連する内容として、ジョージア州の業務活動分析書とニューヨーク州の過渡期業務任命書の事例が確認された。ジョージア州の業務活動分析書は、雇用主が労働者の業務内容記載した文書である。主治医は、提供された労働者（患者）の業務活動分析書に基づき、就労可否判断を行う。雇用主が記載する業務活動分析書の項目には「業務内容、及び各業務に必要な身体的要求、精神的要求、環境条件」及び、「求められる質的・量的生産性、必要な勤務時間」があり、医師が記載する就労可否判断の項目には「復職」、「条件付き復職」、「復職不可」が用意されている。ニューヨーク州の過渡期業務任命書は、医療提供者が記載する労働者（患者）の労働状態や身体的能力に関する情報提供文書である。労働者の段階的な復職の過渡

期において、雇用主が労働者に対して割当する業務内容を検討するために用いられる。雇用主が業務内容を記載した過渡期業務任命書入力フォームを用意し、それに対して、医療提供者は労働者が可能な業務を選択する。

カナダでは、就労可否判断に関連する内容は確認されなかったが、Fit to Work と呼ばれる医学的アセスメントが行われている。復職時などにおいて、労働者の状態を確認する事を目的とし、雇用主が希望した場合に限り行われる。医療専門職が身体的、精神的評価や機能制約などを考慮し、「仕事に適する」、「仕事に適さない」、「業務調整の対象者」のいずれかを判定する。Functional Abilities Form と呼ばれる様式では、上司によって労働者に求められる身体的機能、物理的環境、非身体的能力（認知機能等）が選択・記載され、その項目に対して、主治医が機能制約の有無を判断する形式となっている。

オランダでは、ガイドラインからは就労可否判断に関連する内容は確認されなかったが、保険医を対象にして行われた研究結果として、長期療養者の就労能力をアセスメントするためのチェックリストが作成されている。チェックリストの内容は、身体的精神的な項目ではなく、復職の阻害要因と促進要因に分けられており、長期療養者の対処力や認知に関する項目となっている。阻害要因の項目としては、非効率的なコーピングスタイルや、病気に対する否定的な認識、病気による 2 次的な利益といった項目や、促進要因としては、復職への動機といった項目がある。また、復職プログラムを調査した文献では、オランダで

は産業医が労働者の作業能力を記述した職務能力評価シートが用いられているとされる。評価項目としては、「労務能力（集中力、注意転換、記憶、単独作業、特定の作業）、社会機能（視力、聴力等）、身体状況（暑熱環境作業等）、動作を伴う作業（片手作業等、中腰作業）、静止作業（座位、立位等）、就業時間制限の要否」などがあり、労働者の現時点の就労能力だけでなく、今後の見通しまで評価するとされる。

3) 復職への取組み

イギリスでは、Fit note は復職支援において重要な役割を担っている。これは主治医が作成する「患者の仕事への適合性を判断する診断書」であり、従来の休業診断書に代わって、2010年4月より開始されている。医師にとっては患者との復職に関する会話を始める際に役立つ事などの有効性や、患者にとっては雇用主との職場調整の会話を促進するなど有効性が報告されている。

Fit note を作成する主治医を支援するサービスとして、Fit for Work がある。これは復職を目的とした長期休業者に対する労働衛生アセスメント及び助言のサービスであり、パイロット導入を経て 2014 年から本導入されている。Fit for Work は、休業者に対する生物心理社会的アセスメントやそれに基づく個別の復職計画の策定や、雇用主や労働者への助言といったサービスの提供を行っていた。

その他、イギリスの復職に関する特徴的なサービスとしては、IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) プログラムや、雇用アドバイザー、Access to Work といったも

がある。IAPTプログラムとは、一般的な精神障害に対して、心理的治療を早期に提供する国民保健サービスである。IAPTプログラムで提供される高強度の心理療法としては、基本的に CBT が行われている。雇用アドバイザーとは、IAPTセラピストと共に労働者に対して実践的な助言や介入を行う専門職である。雇用アドバイザーを導入した後に IAPT サービスを受けた労働者の 65%が復職したという報告もある。Access to Work とは、職場での合理的配慮が不十分であるときに、労働者が合理的配慮に関して相談することができる国営サービスであり、配慮のために要する物品やサービスへの助成も提供している。また、復職を促進するための財政的なインセンティブのひとつとして、雇用主への免税制度がある。

オーストラリアでは、EAPs (Employee assistance programs) が職場のメンタルヘルスを支援するサービスとして確立されている。EAPs は労働者とその家族を支援するためサービスとして、アセスメントや機関への紹介、短期間のカウンセリングを提供している。また、障害者の就労に対する支援としては、連邦政府による Job Access というサービスがあり、相談業務や Employment Assistance Fund という合理的配慮に対する助成を行っている。2019 年時点では、復職支援への取り組みが進んでおり、復職コーディネーターを企業内に準備することがガイドラインに記載されている。ニューサウスウェールズ州においては、適用基準（賃金や労働者数等）に該当する雇用主は、復職コーディネーターの選任が義務

づけられている。

アメリカでは、就労継続・復職 (SAW/RTW) プログラムの導入が、各州政府によって行われている。プログラムの有効性に対する評価も行われており、カリフォルニア州の労災補償を受けた労働者を対象とした調査では、復職プログラムによって復職期間が平均 3~4 週間短縮されたという報告がされている。各州によってプログラムを推進する取り組みはさまざまであるが、復職を促進するため金銭的なインセンティブとしては、配慮のための職場環境の設備費用などに対する払い戻し、賃金の助成、税金控除の制度や、復職計画の作成や実行に対する補助金や保険料の割引といった制度が設けられている。ワシントン州では、官民連携による産業保健及び教育センターを設立し、雇用主と労働者に対して復職の支援を行う復職コーディネーターの提供や、医療提供者に対する教育を行っている。その他、障害者に対する就労支援サービスとしては、Individual Placement and Support (IPS) プログラムが代表として挙げられる。IPS は、アメリカで始まった重度の精神障害者の就労を支援するアプローチであるが、その有効性が示されており、日本も含めた多くの国に急速に広がりつつある。

カナダでは、復職に関するサービスや制度を調査したが、主要なものを確認する事はできなかった。カナダでは、メンタルヘルスとプライマリケアの戦略のひとつとして、協同的メンタルヘルスケア (CMHC : collaborative mental health care) が不可欠であるとされている。協同的メンタルヘルスケアは、異な

る専門家や領域、部門が連携し、補完的なサービスと相互支援によって提供されるケアであり、プライマリケアにおける利点や、うつ病に対するポジティブな成果が報告されている。復職に対しても、協同的メンタルヘルスケアの効果が確認されつつあり、協同的メンタルヘルスケアを導入したグループは有意に復職率が高く、長期療養者への移行率が低いという研究結果も報告されている。

オランダでは、復職管理に対して個人と雇用主が協力して取り組むことを目的とし、復職に関する義務とインセンティブが強化されてきた。法律に基づき、復職において果たすべき義務が雇用主と労働者の両方に対して定められている。雇用主は、労働者の疾病管理に関して産業医へコンサルテーションを受ける事（産業医の選任）と、ケースマネージャーを設けることが義務付けられている。復職プロセスは労働保険実施機関（UWV）によって評価され、もし復職に対して雇用主と労働者が非協力的だと判断された場合は、罰則が科される。オランダの制度では2007年には産業医の役割が疾病管理に焦点を置くように変更されたため、その主な役割は復職における問題の分析と復職計画に対する助言となっている。主治医や産業医だけでなく、他の専門職が多面的に関わって復職支援を行っており、復職支援の効果や経済的評価に関する研究が進められている。主治医、産業医、ソーシャルワーカー、社会保険労務士を対象とした復職支援の研究の中では、産業医による復職支援が、休業期間の短縮や高い復職率に効果があることが報告されている。

各国のガイドラインおよびその根拠となった論文・報告書は専門家による合意に基づくものがほとんどであったことから、統計学的に就労可否判断のアルゴリズム解析は行えなかった。

【研究 2】生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の可能性

1) アクチグラフィと気分障害の症状との関連の調査：抽出されたメタアナリシスおよびシステムティックレビューは16編であった。それらを選択基準に基づき精査した結果、7編の文献が選定された。1編を除き、そのほか6編はすべてメタアナリシスであった。選定された文献において対象となった気分障害は、双極性障害は7編すべての対象であり、大うつ病性障害は2編、季節性感情障害は1編で対象であった。また、対象となった研究デザインは、気分障害の患者と健康者のアクチグラフィの結果を比較した症例対照研究は7編すべての対象であり、患者の治療前後のアクチグラフィの結果を比較した事前事後研究は2編において対象であった。選定された6編のメタアナリシスのうち、双極性障害の寛解期の患者と健康者の比較を分析した文献は5編あり、大うつ病性障害の寛解の患者と健康者の比較を分析した文献は1編のみであった。そのほか、寛解期以外の患者と健康者との比較を分析したものが3編、患者と健康者との比較を分析したものは1編であった。患者内における寛解期と寛解期以外の比較を分析した文献は認められなかった。

双極性障害の寛解期の患者と健康者のアクチグラフィを比較した分析結果では、有意差

のあるアウトカムとして、睡眠時間は5編全てで報告されており、睡眠潜時と中途覚醒は4編、活動量は3編、就床時間は2編に共通して報告されていた。一方、有意差のないアウトカムとして、睡眠効率が4編に共通して報告されていた。

大うつ病性障害の寛解の患者と健康者のアクチグラフィを比較した分析結果では、有意差のあるアウトカムとして報告されたものはなく、有意差のないアウトカムとして、活動量、睡眠時間、睡眠潜時、中途覚醒時間、睡眠効率が報告されていた。

寛解期以外の患者と健康者のアクチグラフィを比較した分析結果では、うつ症状を有する患者と健康者との間で有意差のあるアウトカムとして、活動量が3編すべてで報告されていた。2編において分析されていた睡眠時間と中途覚醒は、一方では有意差があり、他方では有意差がなかった。また、躁症状を有する患者と健康者との比較した2編において、活動量と睡眠潜時、中途覚醒時間は、一方では有意差があり、他方では有意差がなかった。

患者のうつ症状に対する治療前後のアクチグラフィを比較した2編のメタアナリシスにおいては、両編に共通した結果はみとめられなかった。一方は治療後に、睡眠潜時、中途覚醒時間、及び睡眠効率は有意に改善されたが、活動量と睡眠時間には有意差がなかった。他方は治療後に、活動量は有意に改善されたが、睡眠効率は有意差がなかった。

2) スマートフォン等で収集した生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連の調査：第一段階の文献調査において、抽出され

たメタアナリシスおよびシステマティックレビューは133編であった。それらを選択基準に基づき精査した結果、6編のシステマティックレビューが選定された。選定された6編のシステマティックレビューがレビュー対象とした文献の合計は190編であった。第二段階において、それらを選択基準に基づき精査した結果、スマートフォン等で収集した成人の生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連を調査した文献が27編選定された。選定された文献において対象となった気分障害は、双極性障害は27編すべての対象であり、そのほか、大うつ病性障害は1編においてのみ対象であった。また、研究デザインは、3編は患者と健康者を比較した症例対照研究であり、それ以外の24編は患者を対象とした観察研究であった。

モニタリングデータとして身体活動量を対象としたものは5編あった。4編は気分障害の症状との関連を調査した文献であり、そのうち2編では症状との関連が認められたが、他2編では関連は認められなかった。そのほかの1編は、身体活動量によって患者の気分状態を判別した文献であり、その判別結果は、正確度 (accuracy) 72%、適合率 (precision) 65%、検出率 (recall) 63%であった。

位置情報を対象としたものは7編あり、気分障害の症状との関連を調査した6編すべての文献において、位置情報と症状との関連が認められた。そのほかの1編は、位置情報のデータによって患者の気分状態を判別した文献であり、その判別結果は、正確度 80%、適合率 81%、検出率 82%であった。

音声データを対象としたものは7編あり、すべてが音声データによって患者の気分状態を判別した文献であった。判別結果を Area Under the Curve (AUC) で評価した文献のうち、最も値の高い文献は、躁状態、又は混合状態に対する AUC は 0.89、抑うつ状態に対する AUC は 0.78 であった。判別結果を正確度で評価した文献は、正確度 70%、適合度 60%、検出率 59% であった。

電話/SMS の使用頻度・時間を対象としたものは 6 編あった。5 編は気分障害の症状との関連を調査した文献であり、そのうち 4 編では症状との関連が認められたが、1 編では関連が認められなかった。そのほかの 1 編は、電話の使用頻度・時間によって患者の気分状態を判別した文献であり、その判別結果は、正確度 66%、適合度 61%、検出率 58% であった。

スマートフォン/モバイルフォンの使用法を対象としたものは 6 編あった。5 編は気分障害の症状との関連を調査した文献であり、そのうち 4 編では症状との関連が認められたが、1 編では関連が認められなかった。そのほかの 1 編は、スマートフォン/モバイルフォンの使用法によって患者のうつ症状を予測した文献であり、その予測結果は正確度 90% であった。

心拍データを対象としたものは 2 編あり、すべて患者の気分状態を判別した文献であった。正確度が示された文献において、心拍データのみを用いた判別結果は、正確度 69% であった。

身体活動量、位置情報、音声データなどを統合・集約したデータを対象としたものは 3 編あった。1 編はソーシャルリズムの安定/不安定を予測した文献であり、その予測結果は適合度 85%、検出率は 86% であった。患者の気分状態を判別した文献は 2 編あり、そのうち 1 編は気分状態の変化に対する検出も行っていった。気分状態の判別結果は、正確度 85%、及び 76% であり、気分状態の変化に対する検出結果は、適合度 97%、検出率 97% であった。

その他、患者が定期的に SMS 等で回答した気分状態を対象としたものが 2 編あり、1 編は患者の気分状態の予測を行い、もう 1 編は症状が安定している患者と不安定の患者の判別を行っていた。

12. 精神障害による休職者の社会的寛解に要する期間の検討

1) 対象者の背景：年代では 35 歳～54 歳までに多くが分布していたが、最も多いのは 45 歳～49 歳の就労上の責務が大きくなると思われる年代であった。学歴は大学卒が最も多く、少なくとも高校卒業以上だった。精神疾患はうつ病が最も多かった。また中には当初うつ病であったがのちに双極性障害であることが、DC 利用中に明らかになり診断変更となった症例が 1 例、発達障害の併存が明らかになった症例が 3 例認められた。休職回数で最も多かったのは 3 回であり 4 回 5 回以上になるほど減少していた。

2) 対象者の DC 利用状況と転帰

2-1) 直近の利用期間：3 回以上の休職歴のある利用者においては、平均で復職準備性を整

えるのに8か月を要していた。

2-2) 利用後の転帰：3回以上休職を経験している利用者も1名を除いてほぼすべてが復職準備性を整えることができ最終的には復職を果たすことができていた。復職未達成のものも復職DCからリワークセンターに移行し最終的には復職を果たしていた。

2-3) 全例(63名)の1回目・2回目・最終休職の期間と最終の寛解期間：最終休職前ほどの程度の期間就労できていたか(寛解期間)を調査した結果、3回目以上の休職の前においても平均的に2年以上、最も長期のものでは15年弱もの長い間安定就労をすることができていた。一方3か月以内に再休職となっている事例も11名、半年以内に再休職となっている事例は22名で約1/3に上っていた。

2-4) 疾病ごとの最終休職期間までの期間：最も多いのはうつ病44名で平均的に2年ほどの安定就労のちであっても再発し休職となっていた。一方3か月以内に再休職となっている事例は9名、半年以内に再休職となっている事例は15名で約1/3に上っていた。双極性障害5名の中で休職前の寛解期間としては3か月、6か月、22か月、60か月、173か月と開きが認められた。不安障害、神経症性障害、適応障害(10名)のうち寛解期間が6か月以内のものは5名でそのうち4名は適応障害であり、職場環境の調整がないままの復職で休職を繰り返している可能性が考えられた。統合失調症2名はいずれも一回目の休職回数を重ねるごとに休職期間は短くなる傾向があるが、一方で安定して就労できる休職と休職の間の寛解期間も1年以内と短い傾向を示して

いた。発達障害の6名には他の精神疾患合併例が3例あり、1例はうつ病、1例は双極性障害、1例は適応障害であった。3例はいずれも間近の休職期間が2か月、8か月、3か月と短いものの、その後の寛解期間は10か月、173か月、4か月とばらつきがあり、1例を除き短い傾向にあった。その他の症例も間近の休職期間は1か月、21か月、10か月と短く、自身の病態への自覚に乏しい発達障害の特徴から、復職準備性が実際には十分ではないまま復職に至っている可能性が示唆された。

D. 考察

1. メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に効果的な精神科主治医と職場との連携技法の実用化研究

第1章：精神科主治医の対応状況に関する調査

①医療機関としての特徴：診療所の所在地は50万人未満の中小都市と50万人以上の大都市がほぼ半々、日本医師会認定産業医有資格者は記入者の約半数、非常勤医師の約1/3を占め、これらの地域差、産業医経験の違いによる回答内容への影響について、二次集計で考慮する必要が示唆された。

②労災認定を受けている「不調者」：最近半年間の労災保険適用患者を有する施設は3割、そのうち症状固定(治癒)していない労災保険適用者を有する施設が4割。今後3年以内に治癒の見込みがあるのは約半数、症状固定(治癒)していない理由は、症状の重症度、本人の復職意欲、職場の受け入れ・支援体制などが指摘された。

③不調者の診療の現状：「不調者」の臨床診断は気分(感情)障害、不安障害・適応障害・強迫性障害が多くを占め、「不調者」の約半数は発症要因が労災認定条件と重なる 職場内要因(業務負担、人間関係など)と判断されていた。そして、「不調者」に対する診療上の問題点として、再発、再休業への対応、職場との連絡・連携、「不調者」の復職可能の判断根拠、休業期間の目安、診断名の表記方法などが指摘された。これらの内容は従来の報告と類似していることから、主治医の未解決課題として注目する必要がある。

④連絡・連携：主治医から職場へ連絡・連携した目的は、病状に応じた配属、勤務制限、業務内容などの調整をしたい、職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配置、異動の可能性などに関する照会、意見の提言などが目立ったが、職場の反応が鈍いもしくは一方的・主治医の意見を無視する、記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがわからない・「不調者」に不利となる懸念などの問題点が指摘された。これら問題点の解決により連携頻度が高まるかもしれない。

⑤連絡・連携：職場から主治医への連絡・連携の目的は、主治医が発行した診断書、意見書や病状、ケアの現状、見通しなどへの照会、復職時の職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配属先、異動の可能性などに関する意見、調整の照会、復職可能の診断書、判断、復職準備に関する疑義照会、意見交換などが目立った。いずれも連絡・連携における問題点として、職場が一方的・主治医の意見を無視する、記入者自身が連絡・連携の方法・タイミ

ングがよくわからない・「不調者」に不利となる懸念などが共通して指摘されており、前項と同様に以上の問題点の解決により連携機会が高まるかもしれない。

⑥主治医と職場の連携効果を高めるための方策：診断書、意見書などの共通書式、連携モデルや、手続きなどを網羅した連携ハンドブックを発行し、主治医、職場双方で活用すること、また、主治医が職場との連携作業に取り組む対価を社会保険診療に求めること、各職場が主治医との連絡・連携に前向きに取り組んでいくよう、行政側から職場に働きかけていくことが多くの支持を集めており、連携ハンドブックの活用は次年度に是非実現することが必要である。

⑦「不調者」向けのプログラム：自院、他院のプログラムへの参加割合も低く、プログラム実施施設の乏しさが目立った。二次集計では地域差、施設規模をはじめとする関係要因との交絡分析が必要である。

⑧障害者雇用：自院の全ての外来患者の中で障害者雇用就労者は1割未満が多い。障害者雇用を支援する就労支援センター、就職斡旋会社などに積極的に協力していきたいが半数にとどまり、この領域への取り組みは今後の課題という現状にある。

⑨産業医・専門医・嘱託医の経験：今後産業医業務に取り組む意向あり、過去から現在までの通算経験年数は5年以上、過去から現在までに協力した職場の総件数は10カ所未満が約半数で、その活動内容から産業医経験の乏しい精神科専門医とは大きな差異であり、

他方、産業医に熱心に取り組む他科のレベルに匹敵する。然るに、本調査の回答においても大きな影響をもたらすことが示唆される。

第2章：好事例収集調査及び「連携ハンドブック」の編纂

1) 回答者のプロフィール

全回答者の専門性により、A群：精神科医・産業医とB群：その他の医師・産業保健専門職に区分して分析を進めた。A群は50から60歳代、B群は30歳代に最大値が認められ、住居地ではA群は全国にばらつき、B群は関東、関西に集中するなど、年齢、住居地などの点においても異なった特徴を有していた。専門職経験の比較では、産業保健経験年数、臨床医経験年数はともにA群はB群より長く、産業保健専門職種ではA群は非常勤産業医、B群は非常勤産業医、残りは常勤産業医、医師以外の専門職が占めるなどの差異が認められた。専門性のルーツの違いが反映されている両群ながら、上記の結果から本研究の目的達成に必要な専門家としての業務経験は十分に備えていると判断した。

2) 「連携力」に必要な要素

効果的な連携を実現するために、主治医及び産業医にはどのようなスキル、力量を備える必要があるのかについては、効果的な連携を行った実績と豊富な業務経験を有する専門家から得られた最大公約数的見解として明らかにされると考えられた。必要な連携力として、両群に共通して選択された項目を、主治医、産業医別に整理すると以下の通りとなった。

2-1) 主治医に必要な連携力の内容として、①

本人の主観的判断と、周囲の客観的判断を参考としながら取り組む、②病状の背景にある、業務上要因、業務外要因、個人要因を見極めていく、③常にメンタルヘルスの視点を重視する、④治療と就労の両立支援の観点から、産業医と主治医等との連携に取り組む。⑤本人と合意形成しつつ診療に取り組む、⑥産業保健関連諸制度・規則等の動向に注目し研鑽を積む、⑦本人の所属職場の就業規則、休業時の対応等について情報収集する。

2-2) 産業医に必要な連携力の内容として、①本人の主観的判断と、周囲の客観的判断を参考としながら取り組む、②病状の背景にある、業務上要因、業務外要因、個人要因を見極めていく、③常にメンタルヘルスの視点を重視する、④治療と就労の両立支援の観点から、産業医と主治医等との連携に取り組む。⑤合理的配慮、安全配慮を重視する、⑥職場内連携を基本とする、⑦本人の業務の力量・体調に配慮した3管理、業務環境調整を行う、⑧職場環境の改善、ひいては、組織運営の向上を考慮した支援をめざす、⑨精神科医療、制度への関心を高め理解を深める。

今後さらに充実した力量を育てていく研鑽の機会を確保していくことが課題である。

3) 「好事例」のプロフィール

好事例の内訳は、連携開始のタイミングの3区分、連携のパターンによる3区分、の2軸により分類したが各群の頻度には大きな偏りは認められなかった。また、好事例を提出した回答者は、A群：精神科医・産業医が、B群：その他の医師・産業保健専門職を上回った。医療情報、連携前の治療歴、連携前の精神および行動の障害による休職、職務情報の結果

を総合して、収集した好事例のプロフィールには、主治医や産業医が日常的に遭遇する可能性が高い状況が網羅されている傾向が認められた。このことから、データとしての活用においては、連携のパターン×連携のタイミング別に9区分し、診断分類を付与した形式で記述回答を整理し、その他のプロフィール要因を除外して記述回答の好事例間の比較が可能となるよう配慮した。

4) 「好事例」における連携過程の分析は、①本事例を好事例とした最大の根拠、②連携の目的、③連携後の本人の変化、④連携後の職場側の変化、⑤連携後の主治医側の変化、⑥連携の具体的成果、⑦連携の具体的手順と内容、⑧連携の準備、⑨連携の頻度、⑩連携に活用したツール、⑪連携の手段、⑫本人の同意、⑬連携に要した費用負担、⑭連携に関わるリスク、⑮その他のコメントに着目して行い、その詳細は分担研究報告書で述べた。

5) 関連テーマに関する寄稿論文

連携問題にこれまで積極的に関わり、自著、論文を発表してきた著者の書下ろしにより豊富な経験知を提供した他、主治医、産業医が理解しておくべき法務面のノウハウを解説しており、連携ハンドブックに収載することとした。テレワークの実施では、近い将来顕在化する可能性を秘めた論点を含んでいた。さらに今回の研究課題に近い、メンタル労災を防ぐために精神科医のできることは何かを追加して収載した。

6) 主治医と産業医のための連携ハンドブック

これまでの研究成果を網羅した本書は3部で構成し、精神科主治医、産業医が「連携」

への具体的な概念、フロー、留意点などを理解、学習し実務に活かすことを念頭に編集した。第1部のまとめとして、主治医・産業医に必要な効果的な連携のための「連携力」を取り上げた。「好事例収集プロジェクト」に回答を寄せた専門家が選択した「連携力」とは、すなわち、効果的な「連携」を実現するために主治医及び産業医に必須なスキルである。第2部では、最初に連携の取り組みを具体的に理解するために、不安定就労期・休業期・復職期別に並べ、「連携」のチェックポイントとして、好事例とした根拠/連携の目的/連携後の本人の変化/連携後の職場側の変化/連携後の主治医側の変化/連携の具体的成果/連携の具体的手順/連携の準備/連携の頻度/連携に活用したツール/連携の手段/本人の同意/連携に要した費用負担/連携に関わるリスク/その他のコメント、に区分して好事例から連携の典型例3例を紹介した。最後に、主治医から産業医へ、産業医から主治医へ、産業医から職場内関係者への3パターン別、不安定就労期・休業期・復職期のタイミング別、さらにチェックポイント別に区分して、条件、要素別比較から、好事例における連携プロセスの特徴を理解できるように編集した。第3部では、収集資料、文献等の参考資料を収載した。

2. うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治ゆ評価

【令和元年度研究】

1) 研究1では、通院中の患者に発症と関連する職場のストレスの有無と改善されたかど

うかを問診で確認することは、仕事を原因とした精神疾患の治ゆ評価において重要と考えられた。

2) 研究2では、労災認定された精神疾患の症状固定(治ゆ)の判断は、労災の原因となった職場でのストレス(心理的負荷)が消失した期間が6カ月以上継続していることを評価することに関して、半数以上の医師からのコンセンサスを得られたと考えられた。発病前6か月以内の職場のストレスとして(A)時間外労働(週40時間超え)、(B)職場の事件や事故、(C)職場の責任問題、(D)職場の役割変化、(E)職場の人間関係については、診察時に問診やアンケートで確認すべきというコンセンサスを8割以上の医師から得られたと考えられた。

3) 研究3の結果から、うつ症状のPHQ-9と不安症状のGAD-7の自己記入式質問紙の認知行動療法経過中の実用性が示唆された。

【令和2年度研究】

本研究の結果から、平均30歳代で、配置転換、ワンオペ、職場いじめ、パワハラやなどの職場ストレスに関連したトラウマ的イベントを経験し、平均48歳の現在、(A)うつ病で退職した(仕事を継続できなかった)患者群、および、(B)うつ病で仕事を継続した患者群は、(C)職場のストレスで退職した(仕事を継続できなかった)一般群、および、(D)職場のストレスはあったが、仕事を継続できた一般群の4群で比較したところ、うつ病患者の両群は、一般の両群に比べて、うつ症状がカットオフ値を超えるくらい重症であるだけでなく、PTSD的な職場での psychological

injuryも強く有している可能性が示唆された。

労災疾病臨床研究としての本研究結果から、うつ病の職場復帰時の治ゆ評価には、うつ症状の改善のみならず、職場ストレス(トラウマ的出来事)による心的外傷(psychological injury)を適切に評価する必要性が示唆されたため、今後、さらに、職場での psychological injury を評価する方法の検討を進め、認知行動療法による介入、あるいは、職場での psychological injury の発生の予防などを検討していく必要がある。

職場のストレスイベントを経験してうつ病を発症した従業員(A群+B群)で退職リスクに影響する因子を探索したところ、「ワンオペ」が退職をオッズ比1.63倍で促進することがわかった。実際の就労環境で企業側がリアルタイムにうつ病の発症を確認することは現実的ではないため、うつ病発症の有無を問わず、「ワンオペ」状態を避けることは退職を回避するために有効であることが示唆された。職場のストレスを経験してもうつ病と診断されない者が実際には大多数であり、そのような従業員の退職は、企業組織の経営層にとってはより身近な経営上の課題である。C群とD群の回答によって、「職場いじめ」(3.87倍)と「上司トラブル」(2.27倍)が退職を促進することが示唆された。このような対人トラブルが発生したとき、「配置転換」(0.53倍)は、それが新たなストレスを与えるリスクがあるとしても、他のストレスイベントの影響を緩和しうる緊急的な退職リスク緩和策として有用であるかもしれない。また、うつ病発症の有無を問わず、加齢はストレスイベント

後の退職リスクを下げる因子であった。人生経験の蓄積が退職リスクを緩和したともとれるが、家族構成や家計といった周辺状況の変化が退職を許さなくなっているともとれるだろう。

3. リワークプログラムに対する企業人事労務担当者の意識調査

1) 人事労務担当者調査

医療機関におけるリワーク（復職支援）プログラムについては、半数以上の人事労務担当者がその存在を認知していた。精神疾患の労災申請を経験した対象者 145 人（14.5%）に限定し、リワークプログラムを利用した社員の有無を聞いたところ、42.8%の対象者が「利用した社員がいる」と回答し、利用者の平均は 4.4 人（SD12.7）であった。医療機関におけるリワークプログラムについては、その存在を大部分の人事労務担当者に認知されており、精神疾患の労災申請を経験するような事業場においては、リワークプログラム利用者もある程度存在することが確認できた。

医療機関で行われるリワークプログラムに人事労務担当者が望むことで、「長期間の休業を回避すべく前向きに取り組むプログラムにして欲しい」という回答が、最も多い回答となったことは、人材不足に悩む企業が多い現代の時代背景を反映している結果であることが示唆された。

復職のための準備状況の確認するためにアセスメントが必要な情報に関する質問では、どの年代別でも「症状の回復程度」の評価が必要という割合が最も多かったことから、人

事労務担当者の目線から、「症状の回復程度」は長期休業解消に直結する大変重要な項目と位置づけされていることが示唆された。また、「生活リズムの回復の程度」の評価が必要という割合が全体で 41.3%と最も少なかったことから、「生活リズムの回復の程度」は復職するためにはできていて当然の事項として解釈されている可能性があることが示唆された。

また、人事労務担当者の立場から考えたとき、精神疾患で労災認定を受け休職中の従業員のリワークプログラムにおいて、情報の収集及び評価が必要であると考える本人の復職に関する考え方について、「業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか」が「会社への陰性感情（嫌悪、怒り、憎しみ、不信感など）がどの程度あるか」を大きく上回っていた。これは、「業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか」を“どれだけプラスの要素を持っているか”、「会社への陰性感情（嫌悪、怒り、憎しみ、不信感など）がどの程度あるか」を“どれだけマイナス要素が軽減されているか”と解釈した場合、人事労務担当者の多くは、“マイナスをどれだけ軽減できているか”ではなく、“どれだけプラスの要素を持っているか”という点を復職者に対し期待している傾向があることが示唆されたとと言える。

2) リワークプログラム実施医療機関調査

人事労務担当者において、医療機関で実施されるリワークプログラムの認知度はある程度確認されたものの、利用者の実績は少数であり、精神疾患による労災認定の休職者のリワークプログラムの利用に繋げるためには、ま

だ課題が大きく、更なる普及啓発活動が今後とも必要であると考えられた。

4. 労災認定された長期療養者を対象とした企業と協働した段階的な治療プログラムの提言

日本うつ病リワーク協会に施設会員として登録されている全国の医療機関に対してコロナ禍におけるリワークプログラムの現状と今後の動きに関して調査を実施し、大半の施設は、「デイケア」や「ショートケア」という算定項目でリワークプログラムを運営しており、それぞれの施設で感染対策を徹底しながら、コロナ前と変わらない形で概ね通常通りプログラムを開催していることが判明した。他方で、コロナ禍でプログラム内容見直しの必要性について「必要」と考えている施設が多いことから、感染拡大前と変わらない形での運用、あるいは利用者人数や利用時間を制限する形での運用を行なっているのは、代替できる制度や枠組みがないがための苦肉の策である可能性が高いといえる。

プログラム内容見直しの必要性は、プログラム提供側として、感染拡大前と感染拡大後で就労環境が変化することを予測し、在宅勤務が増える環境下での社員同士のコミュニケーションの方法が変わるなど、復職後にかかるストレスの種類やその度合いも感染拡大前と比較すると変化することを予測しているためと考えられる。さらにこの状況を打破するためには「オンラインもしくはリモート支援が診療報酬として認められる新たな制度が必要」や、「オンラインによるリワークプログラムな

どに対する国からの経済的支援が必要」への回答にみられるように国や行政機関に対して制度の改変や経済的支援を求める強いメッセージと考えられる。

従来のリワークプログラムでの復職可能レベルは入社しての規準であり、テレワークでの復職準備性は個人要因が大きく影響することから、今回の調査で得られた結果のように「テレワーク」下での「復職準備性」の判定を再検討する必要があると同時にプログラムの内容もそれに合わせて変化させる必要もあろう。コロナ禍でプログラムは多大な影響を受けており、プログラムの内容や枠も再検討を迫られる状況で治療施設自身の努力も必要であるが、診療報酬の制度改変や経済的支援も欠くべからざるものである。

5. 労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究・企業における休職者の実態調査

令和元年度における疾病調査では、復職者の休業期間は短くなってきているものの、それは再発復職者の休業期間の短縮によるものであり、早期発見が必ずしも早期回復や早期復帰に結びつかない可能性も考えられた。

続く令和2年度調査の結果をまとめると下記のようなであった。

- ・2010年 - 2019年の累積は、うつ病、抑うつ状態、適応障害の順に多かった。

- ・2019年においては、抑うつ状態、うつ病、適応障害の順に多くなっていた。

- ・休業者は徐々に増加しており、増加率は、抑うつ状態、適応障害、うつ病の順に高かった。

- ・抑うつ状態は全年齢で増加しており、40 歳代と 30 歳代での増加が顕著であった。
- ・うつ病は 40 代と 30 代が主であったが近年において 20 代はほぼ同数であった。
- ・休職者全体の平均休職期間は、短縮されていた。
- ・休職者において初発者より再発者の休職期間が長かった。
- ・休職の推定要因では「個人の性格傾向」の比率が増加しており、「仕事の質」や「職場の人間関係」の問題の比率はほぼ横ばいであった。
- ・長期休職者（1 年以上）は休職者全体の 7% 存在し、うつ病と抑うつ状に限られていた。
- ・長期休職者（1 年以上）のうち、うつ病 7 人中 5 人、抑うつ状態 2 人中 1 人が退職していた。退職者を含む長期休職者は全員が労災の申請を行わなかった。
- ・平均休職日数は、うつ病が最も長かった。

以上の結果から、調査において、メンタル休業にかかる労災の申請も認定も確認できなかったが、今後増加してくる可能性が高いと懸念されている。それは、適応障害が増加しており、休職推定要因においても「個人の性格傾向」の比率が増加していることから、本人と会社との意思疎通が困難で、本人も会社の望む「円滑な職場復帰」、もしくは「円満な退社」が達成できず、労災という争議に陥る可能性が増えるのではないかと懸念によるものである。そのような状況を回避する企業としての取組として、管理職に対して「ハラスメント」や「行き過ぎた指導」を行わないための教育研修が必要であると考えられる。

また、今後メンタル休職者に対応するであろう、人事労務中堅社員に対して事例に基づいた実践的な教育研修も必要であり、より一層の個人のパーソナリティに応じた職場環境の整備が企業に求められると考えられた。

6. メンタルヘルス外部支援機関として休業者に対する支援の現状と役割に関する調査研究

「心理的負荷による精神障害の認定基準」の心理的負荷評価表を参考に仕事を原因とした精神疾患発症例に対する調査票を作成した。精神科医療機関における精神科医療および産業保健活動の場面で、実際に活動する複数の精神科医に調査票の記入をお願いし、集計および分析した結果から下記の考察を行なった。

1) 回収事例から推測される特徴

勤続 10 年以上の事例が半数であることから、様々な職場環境の変化にもある程度適応をしてきた経験を有していた労働者が、強度の高い業務による心理的負荷により、発症したものであると思われる。強度の高い業務による心理的負荷により発症した精神疾患は 67%がうつ病などの抑うつ障害群で、次いで適応障害などが含まれる心的外傷およびストレス因関連障害群が 17%であった。発症に業務要因が大いに関与した事例は、適応障害を越えてうつ病レベルに至っていることが推測される。相談に至る経緯としては、産業医からが 25%、事業場内保健師などの看護職からが 29%と、産業保健スタッフ機能の重要性が示唆される。

休業期間に関しては、6 ヶ月未満が 63%と比較的速やかに就業を再開していたが、1 年以

上の事例も 10%近くあった。

2) 業務による心理的負荷の影響を受けた事例に対する効果的な支援

認定基準の業務による心理的負荷評価表における心理的負荷強度《Ⅲ》の具体的出来事は 7 項目に限られるが、回収事例で 1 項目以上該当する事例が 42%もあった。また《Ⅲ》よりは平均的な強度が低い《Ⅱ》の項目は 20 項目もあるため、回収事例で 1 項目以上該当する事例は 96%であり、80%は複数の項目に該当していた。

最も効果的な支援の 54%が業務変更・配置転換・異動という結果であり、次いで精神科専門治療が 25%となったことから、明らかに業務要因が精神疾患に関与していると思われる場合には、環境整備という支援が有効であることが示唆された。

さらに休業期間が 6 ヶ月未満と比較的短期に就業再開した事例を分析すると最も効果的な支援は、業務変更・配置転換・異動が 73%を占めており、業務要因が精神疾患に大きく関与したと思われる場合には早期の回復に環境整備が重要であることを示唆していると思われた。

3) 効果的な支援に有効な連携

最も効果的な支援で最多の業務変更・配置転換・異動において、最も有効な連携についての調査結果は、専門職と人事・労務担当者との連携が 46%と最多であり、配置転換や異動を伴う環境調整には人事・労務担当者の強い協力が必須であることを示唆し得ていると思われた。

7. 精神疾患による労災認定患者の長期療養を防ぐための職場における課題と支援方法の調査研究

【研究 1】人事労務担当者に対する労災医療に関する意識調査研究

精神疾患の労災申請の経験者 A 群 145 名の労災請求経験数は平均 4.03 件であったが 60 件の経験を有する者もおり、中央値は 2 件であった。精神疾患を引き起こす「出来事」に関しては、「対人関係」が 60%と最多で、対人関係の問題の多さを示している。事業主証明欄に記載しなかった理由としては「当該事実が確認できない」が 60%と圧倒的に多く、このような出来事の客観性の難しさを示していると思われた。休業補償給付を受けた案件の対応経験を有している 92 名による労災認定された疾病の病名は、「うつ病」が 76.1%と圧倒的に多く、ついで「急性ストレス反応」(34.8%)「PTSD」(23.9%)「統合失調症」(21.7%)「神経症性障害」(15.2%)と続き、双極性障害は 5.4%と少なかった。労災疾病ごとの療養期間では、すべての疾患の平均で 1 年以上 3 年未満が 47.9%と最多で、次いで 1 年未満 29.4%、3 年以上 5 年未満 11.9%であった。一方、5 年以上に及ぶものも 6.2%みられた。精神疾患で労災認定され休職期間中の従業員との対応に関して苦慮した点、苦慮すると思われる点については、「復職に際して受け入れる職場がない」が 30.8%と最多であった。続いて対応方法が分からないために困るといったことが多い。ただ、同時に「円満な退職に向けた対応」が 22.3%にみられ、復職をあきらめてしまっていると思われる姿

勢も少なくなく今後の課題と考えられる。精神疾患で労災認定され休職期間中の従業員の復職に対する姿勢では、「本人に復職の意欲があれば、受け入れる方向で考えたい」が 59.7%と最多で本人に復職意欲があれば受け入れる姿勢が少なくないことがみてとれた。行政に(労働基準監督署)への要望では、「従業員の職場復帰を支援するため、労災保険による休業(補償)給付期間の目処」、「精神疾患に係る症状固定(治ゆ判断)の考え方を教えてほしい」、「休業している労災保険受給者に職場復帰に向けてどのように対応したらよいのか教えてほしい」、「行政主導で医療機関の主治医と連携して職場復帰を支援してほしい」が 32%~44%で拮抗しており、この問題に対する知識や対応方法についての見識やスキルの伝授、支援を求めている現状がうかがえる。休業(補償)給付の受給に際し請求の都度必要な事業主の証明について、「労災認定となった本人から依頼があれば、速やかに証明している」(43.7%)「本人から依頼がなくとも、会社主導で証明をしている」(23.0%)と合わせて 70%近くあり、事業主証明については大きな抵抗はないと考えられる。精神疾患の労災請求の経験者においては、「産業医が職場におけるメンタルヘルス対策のために関与した」が 80.7%を占めており、産業医が何らかの形で関与はしていることが分かった。精神疾患の労災申請未経験者においても産業医を選任している事業所においては「産業医の関与を考え、実行できると思う」が大半を占めており、事業所としては産業医の関与を十分に認識していることを示しており、同時に産業医の機

能の重要性を示唆していると考ええる。

【研究 2】精神障害者雇用における病状経過と労災予防に関する調査研究～人事労務担当者へのアンケート調査を通して～

調査対象である A 群 105 名、B 群 76 名、C 群 359 名、D 群 760 名のうち、A 群の企業規模別分布は、小企業(49 人以下)8 名(7.6%)、中企業(50 人~299 人)33 名(31.4%)、大企業①(300 人~999 人)25 名(23.8%)、大企業②(1000 人以上)39 名(37.1%)であった。A 群において、障害者を雇用する際に募集に利用する主たる機関はハローワークが 64 名(61.0%)、エージェント 13 名(12.4%)、ハローワークとエージェントがほぼ半々が 21 名(20.0%)でハローワークが主体であることが分かる。採用前の実習の実施に関しては、実施しているが 48 名(45.7%)、場合によって実施している 34 名(32.4%)で実習はほぼ実施していると思われる。トライアル雇用制度の利用に関しては、利用しているが 38 名(36.2%)、場合によって利用している 28 名(26.7%)、と半数以上は利用をしているが、制度は知っているが利用していない 20 名(19.0%)、制度自体を知らない 16 名(15.2%)であった。トライアル雇用は非常に有用性が高い制度であるので、この制度の啓発の必要性があると考えられる。

支援機関の有無が採用基準にあるかでは、80%が採用基準に入れる方向であるが、採用基準には入れていないところも 20%みられた。

雇用に際して入社面接のときに留意している点は、病気についての理解 71.4%、面接時の就労意欲 54.3%、通院の頻度 52.4%、面接

時の印象 51.4%、診断名 49.5% 過去の職歴 49.5%、支援機関の有無 30.5%、学歴 9.5% の順であった。本人が自分の病気をどう理解しているかは確かに重要な問題と思われるが、どう理解していれば安定した就労につながるのかというところはかなり専門的な知識を要するとも思われ、今後の課題と考える。一方で支援機関の有無は就職後に支援を受けることにもつながることから、留意してもよいのではないかと思われた。

精神障害者雇用での困難に関して、難しいと感じることが頻回にある 34.3%、難しいと感じることが時々ある 61.0% とほとんどの者が難しさを感じていることが分かる。その内容においては、業務遂行能力 65.0%、仕事内容の配慮 54.0%、仕事量の配慮 52.0%、仕事の指示の仕方 47.0%、と業務そのものの遂行上に困難を感じていることが分かる。また、本人への関わり方もしくはコミュニケーションの取り方 45.0%、従業員との関係 41.0%、とコミュニケーション、人間関係の困難さもうかがわれるが、上司との関係は 17% であまり困難を感じていないという結果であった。

精神障害者雇用における労災では、精神症状の悪化などにて労災問題になったことがあるものが 10 名 (9.5%) みられ、労災申請には至らなかったが問題になりかけたことがあるが 22 名 (21.0%)、これまでに問題が生じたことはないが今後生じる心配はある 48 名 (45.7%) という結果は、精神障害者雇用が労災に進展する可能性も低くはないこと、そして多くの担当者が労災に進展する心配を持っていることを示している。労災にまつわる

問題の背景として考えられるものは、仕事のやり方に関する問題 41.3%、他の従業員との人間関係 38.8%、仕事内容の問題 38.8%、仕事量の問題 31.3%、職場の就業規則やルールにまつわる問題 27.5%、上司との人間関係 18.8%、「合理的配慮」に関する認識の差異 16.3%、労働契約上の問題 13.8%、という結果であり、仕事のやり方に関する問題を始めとして現場での仕事に関する現実的な問題及び周囲との人間関係が主体になっていると思われる。

精神障害者雇用に対する印象では、3 分の 2 の者は成果が期待できるという印象を持っていることが分かる。一方で、成果を期待できないとする者も 3 分の 1 におよび二極化していると思われる。特に小企業においては仕事の種類が限られ、精神障害者の特性に合わせた仕事が提供しにくいことが一因になっていることが推測される。

全対象者 1,300 名に尋ねた障害者を支援する制度・体制では、一般の社員に対する支援制度以上のものはないが 25.5%、キーパーソンをつける 6.6% を始めとした具体的な支援制度はいずれも極めて低い結果であり、障害者を支援する制度・体制の整備に関しては極めて遅れていると思われる。キーパーソン制度がある 86 名によるキーパーソンは人事担当者 40.7%、現場担当者 55.8% と現場担当者がやや多い傾向がある。また、キーパーソンは障害者雇用に関する研修について受講していないが 47.7% であり、ここでもキーパーソンに対する支援体制が十分ではないことがうかがわれる。全対象者に障害者雇用された精

精神障害者に対するキャリアアップ制度の有無では、障害者雇用の独自制度がある 5.1%、一般従業員と同じ制度を活用している 11.0%で、制度はないが 31.4%と多く、わからないが 48.6%と最多であった。この結果は障害者雇用における人事制度の未確立がうかがわれ、今後障害者雇用を発展させていくための大きな課題になると考える。

全対象者に尋ねた精神障害者を障害者雇用する際に不安に感じるものの結果からは現場での業務遂行力や現場における人間関係への不安が大きいが分かる。A群のみで不安の内容を見てみると、就労の継続 53.3%、業務遂行能力 51.4%が非常に多く、ついで、周囲の従業員とのトラブル 40%、就業規則やルールの遵守 35.2%、自傷他害の恐れ 24.8%が続き、いずれも職場自体に精神障害者雇用の経験のないD群と比すと大きな差があった。障害者雇用した精神障害者が安定した就労を継続するために必要と思うものでも、精神障害者雇用の経験のある者のみでみると、人事・労務担当者への専門的立場からの支援が最も高く、ついで、上司など障害者へ関わるものへの支援体制、経営層に対する障害者就労に関する考え方の啓発が高くなっている。また、ジョブコーチなど障害者に対する支援員の導入、キーパーソンをつけるといった項目は、障害者雇用の経験のない群に比し2~3倍の数値となっており、精神障害者の安定就労のために必要な事柄は、精神障害者雇用を経験することではじめて現実的なニーズが見えてくることが推測される。

産業医に関する質問では、精神障害者雇用

においては、本来であれば産業医が大いに関与すべき対象と考えられるが、そのような事業所が3分の1にとどまっていることは、今後の課題であると思われる。産業医が多少なりとも関与している職場において定期的な面談が60%に見られることから精神障害者であっても関わる姿勢の産業医が少なくないことが示されたが、精神障害が本来健康問題であること、また安定した職場適応が困難であることを考えると、採用後まもなく職場に必要な配慮などを検討するために面談することは本来必須ではないかと考える。産業医の活動の有用性は示されていたが、産業医が関与しない理由については本調査結果からは不明である。産業医に望むことの自由記載を大別すると、人事労務担当者との連携、支援、産業医としての積極的な関与、メンタルヘルスに関するかかわりや見識、障害者本人への関わりなどで、この領域での産業医の課題がうかがわれた。

8. 精神障害者・労災認定者の就労に向けた支援機関の取り組みの現状と課題－非医療機関の役割－

【研究 1】精神障害者・労災認定者の就労に向けた支援機関の取り組みの現状と課題（ハローワークの訪問調査より）

精神障害者の新規就職件数や就職件数の増加の背景には、退職と就職を繰り返している件数が一定の割合に含まれていることが今回の調査で改めて把握できた。新規求職件数や就職件数のうち、同一人物がどれくらいの割合に含まれているか把握できていないことも

大きな課題である。離職の要因は、本人の就労準備性に関わる課題、業務スキルのアンマッチ、雇用側の合理的配慮の不足など様々であるが、こうした要因を精査していく調査手法も開発が必要と思われる。また、各ハローワークや事業所での有効な取り組みが、十分共有できていないことから、ノウハウの共有化がはかれるような仕組みづくりも求められる。

各ハローワークに配置されているトータルサポーターの働きは重要である。しかしながら、トータルサポーターは嘱託職員で1年契約であることをはじめ、実際の業務内容に見合った労働条件になっていない状況や、日々の業務に追われスキルアップに向けた研修や困難事例に対するスーパービジョンを受けられないような環境がないなど、労働環境が厳しいことから人材確保が難しいという声も多かった。平成30年より発達障害者雇用トータルサポーターも主要ハローワークに配置され始めたが、こうした第一線で働く職員に対する処遇改善も改善すべき課題の一つと考えられる。就労後の定着支援については、多くのハローワークは定着支援までカバーできず、他の就労支援機関に委ね、役割分担を行っているケースがほとんどだった。他方、地域の就労支援機関も人材不足により定着支援まで十分カバーできていないケースも多い。就労移行支援事業所をはじめとする各就労支援機関が参入しているが、就労支援に関わる人材の育成に向けた環境づくりが引き続き求められる。

【研究2】全国の障害者就業・生活支援セン

ター関係機関のアンケート調査

1) 選択肢式調査項目について

各精神疾患別の利用割合と増減傾向については、「発達障害」が約9割を占める顕著な増加傾向を示していることから、将来的には、現在最も多い「統合失調症」を抜き、発達障害の利用者が最も多くなることが推察される。また、「うつ病」においても約5割の増加傾向を示すことから、発達障害までの勢いには及ばずにしても近い将来において増減変化がない「統合失調症」を超えることが推察される。いずれの疾患においても減少傾向が0%であることから今後も増加することはほぼ確実であり、支援者や事業主側はより発達障害やうつ病の利用者に適した対応が多く求められることが想定される。

就職1年後の定着率は、過去の研究報告に照らして精神障害者の定着率は向上している傾向がうかがえる。就業・生活支援センターでは、就労面だけでなく生活面へのサポートの役割を担いながら事業所との連携ができていることも定着率が高い要因となっていることが考えられる。

職場定着が難しかった要因は、就労定着が難しかった要因については、先行研究である平成28年度のハローワークを対象としたアンケート調査でもほぼ同様の回答順位が得られており、離職要因については支援機関や時期による違いは見られなかった。「職場の人間関係」の回答割合が最も高く、加えて最も定着が難しかった要因の回答でも他の要因と大きく差があったことから、最終的な離職の要因は「職場の人間関係」にあるものの、その背

景には「症状の悪化」、「本人のコミュニケーション能力」、「障害に対する職場・従業員の理解不足」にあり、人間関係悪化の影響要因になっていることが推測される。

新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言後（2020年4月以降）の利用者数の増減については、特に精神障害者の需要が多いことが分かった。これは、緊急事態宣言発令による在宅ワークへの移行の影響で、精神障害者の職場定着に向けた支援の需要が高まったことが推察される。また、就業・生活支援センターは障害者それぞれの障害特性を踏まえた雇用管理について事業所へ助言する役割もあることから、緊急事態宣言下での雇用管理について、本人にとどまらず事業所への助言が多く行われたと推察される。

精神疾患の労災認定者の就労支援経験について、今回の調査では一定割合で「経験あり」の回答が得られたのは注目すべき点である。就業・生活支援センターの立場として、就労支援を行う際に利用者の過去の経緯を丁寧にヒアリングしていることが要因として考えられ、きめ細やかな支援に掛かる負担や時間的な労力が大きいものと推測された。

2) 自由記述式調査項目について

就業・生活支援センターの就労定着の向上に向けた取り組みでは、就労前の利用者のアセスメントや企業への障害理解の啓発活動など、就職前の様々な活動がその後の定着にも大きく関わる視点を持って支援に臨んでいる様子がうかがえた。

就労定着の向上に向け、雇用側に求められる工夫や改善では、害者雇用全体に対する企業

としての姿勢から、障害者への具体的な関わり方まで、様々な水準での工夫や改善案が言及されており、詳細は分担研究報告書に記述されている。

新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言後の在宅ワークに関するニーズでは、精神障害者の在宅ワークを導入している企業が一定数見られており、導入の契機としては、精神障害者だけでなく全社員を対象として実施した企業も多く、その後も継続して、他県から在宅ワークの求人が出るようになったという状況も見られる。健常社員の在宅ワークの導入が成功した企業では、精神障害のある社員の在宅ワークも可能性が見えてきたのではないかと推察される。利用者側として、感染症への不安、通勤のストレス、対人関係の苦手さ等から、在宅ワークを希望するニーズが高まっているが、雇用機会が十分に用意されておらず、まだ安定した雇用形態とはなっていないようである。一方で、在宅ワーク中の精神障害者は、生活リズムの乱れ、不安感の増大や落ち込みなどの症状悪化のリスクが大きな課題となっている。これらの理由により、障害種別による一律の判断ではなく、個々の特性により柔軟に働き方を選択できることが望ましい。

コロナ禍を踏まえて今後必要な施策や支援体制では、「リモート対応」は、コロナ禍の課題ではあるが、在宅ワークを希望する精神障害者のニーズの高まりと同時に、精神障害者の新たな働き方の可能性を感じて挙げられた意見である。また、本人支援や関係者との連携においても、オンライン会議システムを活

用し、感染症対策を講じた上で雇用を促進していきたいという意向が汲み取れる。また、障害者の失業率については、まだ数値に表れていないが、「国の施策」に対する意見もコロナ禍における障害者の収入減や離職を踏まえて現場から挙げられた声である。雇用現場の管理職は、既存業務の見直しや、業務面だけでなく生活面も含めた本人へのケアなど負担も大きくなっているため、社外の支援機関や社内の健康管理部門との連携を強化する体制作りが求められる。

9. 精神疾患により長期療養中の労働者に対する標準的な症状評価と医療と職域間連携の手法に関する調査研究—治療就労両立支援モデル事業等の応用—

【令和元年度研究】

調査対象者 92 名について、病状 (BDI-II 等) ならびに業務外要因などと利用期間、休職期間との相関について、さらに解析を進める。また、今後のリワークデイケア利用者を対象に、治療就労両立支援モデルの評価法である 4 つの軸評価 (Ⅰ 現症、Ⅱ 安全衛生要因、Ⅲ 個人生活状況、Ⅳ 事業場側の懸念等の各項目を用いた評価を行い、休業ならびに療養期間と各状態像との相関について検討する予定とした。

【令和 2 年度研究】

調査対象では、休業の原因となった疾患分布は、休業 1 回と複数回ともに、うつ病 (うつ状態) が 48% であった。このうち外来通院者では、休業回数に関わらず、うつ病 (うつ状態) が 60% 以上を占めるが、リワークデイ

ケア利用中の者では、発達障害の診断・指摘を受けた者が 10% を超え、相対的に多く、とくに複数回休業中の者は 17% とより多い結果であった。発達障害の診断 (指摘) を受けた休業経験のある者は 7 名であったが、休業の契機となった症状・要因について、発達特性の問題を挙げた者は 6 名であり、複数回の休業経験は 3 名であった。発達特性の問題は、従来のうつ病像の他に職場復帰の成否に関わっていることが示唆された。

休業の契機となったと自覚している症状、要因について検討した結果、A 医学所見に含まれる要因 (症状) では、抑うつ・不安といった精神症状が、両群ともに 40% 前後で最も多く、次いで睡眠の問題 (約 30%) が多かった。B 安全衛生要因においては、長時間労働・過労が複数回休業群のほうが多く、これは安全衛生管理上の懸念である。C 個人生活状況においては、「生活習慣の乱れ」が複数休業群において若干多い傾向であった。D 発達特性上の問題では、複数回休業群において、「対人関係上の問題」が顕著に高い結果であり、これは安定就労上の障壁となっている要因だと考えられた。

10. 労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究

【令和元年度研究】

1) 労働局に対する調査

労災保険による療養開始 (労災認定時点) から 5 年以上治癒していない事例は 790 例であり、そのうち 90% (711 例) が休業補償給付を受給していた。医療保険から労災保険に切りかえ

た事例は 444 例で全体の 56.2%、最初から労災認定を希望した事例は 391 例で 49.5%を占めた。また 6 カ月以上、通院の実績がない事例は 11 例であった。すなわち全体の 1.4%が、定期的な労災医療が継続されていなかった。早期復職事例と長期療養事例との一番の差異は、本人の復職意欲が 67.2%、次に症状の重症度が 31%と回答し、職場復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養期間の目安を示す」は最も多く、60.3%を占め、次に現場の受け入れ・支援体制が 32.8%を占めていた。

2) 個別事例調査

(1) 療養期間における傷病名

労災認定時と調査時点で変化した傷病名は、3 年未満治癒事例は 42 例(変化率: 26.8%)、5 年以上未治癒事例は 216 例(変化率: 27.6%)であり、3 年未満治癒事例で多く変化した傷病名は、急性ストレス反応 15⇒8(変化率 53.3%)、適応障害 40⇒13(変化率: 32.5%)、5 年以上未治癒事例では急性ストレス反応 35⇒25(変化率 71.4%)、次に気分感情障害 21⇒15(変化率: 71.4%)、適応障害 122⇒70(変化率 57.4%)であり、両群で急性ストレス反応、適応障害は変化率が高く、5 年以上未治癒事例は気分感情障害が大きく変化していた。心理的負荷(ストレス)によって引き起こされる精神疾患は傷病名により、比較的早期に変更されるという結果が得られたが、労働災害時の心理的負荷のストレス強度と精神疾患発症と相当因果関係をもって発症したことは検討されても、労働災害に起因した精神疾患を有した個人にその後、どのように影響し、その心理的負荷が、どこまで影響因子として関係があるかは、検

討されていないことは、今までの調査結果と同様であり、心理的負荷がかかったときの個体側の心理的反応⇒精神疾患⇒時間的推移⇒精神疾患の病態の変化⇒治療経過より本質的な精神科病態が顕在化⇒精神疾患の病態が複雑化していく過程をさらに検討すべきであると考える。

(2) 長期療養と職場(社会)復帰

今回の調査結果と過去の調査結果から、職場復帰できる事例は、3 年以内に 7 割は職場復帰できるが、そうでない事例は職場復帰できない状況に陥り、社会復帰できずに未治癒のまま経過していく傾向が強くなると言える。早期復職を進めるための対策としては全国労災補償課長に回答を 1 つ (又は 2 つまで) と限定して選択してもらったところ「一定の療養期間の目安を示す」60.3%、「職場の受け入れ・支援体制」32.8%、「リワークプログラム」15.5%という順位であった。自由記載の意見としては「医療側で『寛解』の一定ガイドラインを確立・療養開始後、各傷病に適した時機に、主治医、補償の基準行政、職業紹介の安定行政が立会いの下で、被保険者に療養期間の目安を始め、早期社会復帰に向けた説明や相談を受ける業務体制、事務処理マニュアルを確立する必要がある」「休業(補償)給付が期間を制限することなく支給されることから、生活保障金捉えられ、復職意欲がわからず、長期間の療養に至っている」「医師からは何も言われていない」等の理由で職場復帰や治療を拒否する療養者もいます。早期に復職を進めるためには、主治医からも職場復帰の提示をいただきながら治療を実施し、できるだけ

早い時期に復職を進めていただくことで復職ができるのではないか・・・」との見解が得られた。職場復帰を推進させるためには行政、主治医の間の連携が重要であり、労災認定⇒療養開始⇒休業給付金開始⇒療養継続という図式は存在しても、療養継続⇒治ゆ判断⇒職場（社会）復帰の図式が欠落しており、精神障害の労災補償に関しては、大きな課題である。

そして、今回の調査で「一定の療養期間の目安を示す」が60.3%も認められたことが、精神障害の労災補償の在り方を示唆するものと判断できる。

(3) 休業給付金と時間外労働、心理的負荷の出来事に関して

2016年度調査と2017年度調査を比較し、さらに5年以上療養している事例を抽出し、100時間残業の有無で比較検討した。5年以上の長期療養事例に関して、100時間以上の時間外労働あり群と100時間以内の時間外労働なし群に分けたところ、100時間以上群は、給付金20万円以上が87.5%、100時間未満群は53.7%であり、5年以上の療養群の中で100時間以上群は、100時間未満群員比べ、圧倒的に高い休業給付金を受給している割合が高いことが明らかになった。次に休業給付金を30万円未満と30万円以上に分けて、影響する因子をステップワイズ法を用いて探索したところ、100時間以上の労働の有無だけが要因として残り、30万円以上の給付になる要因として100時間以上の時間外労働が関連していることが示された、すなわち、5年以上の治ゆに至らず長期療養となり、かつ30万円以上の休業給付金となる要因として100時間以

上の時間外労働が有意に関連していることが明らかになった。今年度の調査でも5年以上未治ゆ事例では39.2%は30万円以上の給付金が支給されており、3年未満治ゆ事例は17%にすぎないという結果も前述したことを証明するものである。長期療養の要因の一つに労災補償の休業給付金額の問題が関係していることを報告した。

(4) 事業主証明と職場復帰

労災請求の際の事業主の証明は、3年未満治ゆ事例は55.2%に証明があり、比較的、災害体験等は事業主も証明しやすいことが推測される。また、3年未満治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は73.2%であることを考慮すると、療養開始から3年未満であれば、職場復帰の受け入れ状況や支援体制が、さらに復職意欲も伴って3年未満に治ゆに至っていることも多いと思われる。職場復帰、5年以上未治ゆ事例は24.6%しか証明が得られおらず、3年未満治ゆ事例に比べ統計学的に有意差が認められた。5年以上未治ゆ事例は75.4%がH31年3月時点での事業主の証明は得られていなかったことも、事業主や職場の受け入れ体制や被災労働者との支援協力が少ないことが伺われ、職場復帰が円滑にいかないことに繋がっていると思われた。早期復職を進めるための対策としては全国労災補償課長の回答から、3年間という一定期間の間にさまざまな施策を講じることが求められており、労災認定後の長期療養を防止する施策として、一定期間の療養の間に職場復帰(社会復帰)への道筋を立てることが必要であろう。

(5) 今後の精神障害の労災治療

労働者に発病した精神疾患が労働基準監督署に労災請求され、「業務上」の疾病として労災認定されると、当該精神障害の療養には労災保険が適用され、当該精神障害の療養のため労働することができず、賃金を受けられない場合には、「休業補償給付」が支給される。療養の期間については、当該疾患が療養を必要としなくなるまで、すなわち「治ゆ（症状固定）」するまでの期間とされており、精神科医としては、この療養の過程を通じて、できる限り早期に患者の精神障害を治ゆ（症状固定）の状態にし、患者の職場復帰（社会復帰）の促進を図ることが望まれる。労働者が傷病に罹患し治療する場合において、治療を担当する主治医と、労働者の健康と安全の観点から職場での対応を担当する産業医との間で、労働者の同意のもとに適切な情報交換・連携が図られることが、治療面からも就業面からも有意義であることが指摘されており、労災認定患者を早期に復職させるためには、その連携強化は不可欠と言える。しかしながら今回の調査からは、日常臨床の中で労災患者への治ゆに至る関わりが困難であることを示している。出来事に遭遇した会社への復職に対する本人の意思を確認している事例は、全体の6.0%にすぎず、出来事に遭遇した会社の本人の受け入れに関して、全体の92.8%が不明であり、積極的な受け入れのある事例は全体の4.4%にすぎず、さらに5年以上未治ゆ事例776例の中で、治ゆの見通しが少しでもある事例は、9.9%にすぎないという結果も、産業医を含めた企業側、主治医等の医療者側も労災という被災者の医療に関しては、手が打

てない状況が継続していると言える。

労災保険の休業補償給付の背景に精神科病態が複雑に変遷し、労働災害に遭遇、あるいは業務が大きなストレス（心理的負荷）としてその因果関係が認定時点で存在したとしても、その後、治療過程の中で、その判断されたストレスが持続的に長期に経過した時点の病像や病状の形成因子として持続しているかどうかは、慎重に第三者の視点から検討していくプロセス(過程)が必要である。そして労災保険という労働者のための手厚い補償を、ただ単に生活給付という観点からではなく、精神障害者を自立させる視点に立って、精神障害の適正給付の検討、さらに労働者としての職場（社会）復帰を含めた地域及び社会の中での位置づけを検討することが喫緊の課題と考える。

【令和2年度研究】

a. 各都道府県労働局補償課長調査

2019年度の補償課長調査では、早期復職事例と長期療養事例との一番の差異は、本人の復職意欲が67.2%、次に症状の重症度が31%と回答し、職場復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養期間の目安を示す」は最も多く、60.3%を占め、次に現場の受け入れ・支援体制が32.8%を占めていた。

一定の療養期間の目安を示すことについては、3例のみが慎重な見解であったが、残りの88%は長期療養を防止する有効な対策との見解だった。職場の受け入れ・支援対策の構築に関しては、離職している労働者も多く、中小・零細企業においては、そもそも、困難な課題であり、ハローワーク等の他支援機関と

の連携や再就職の助成金や公的な就労等支援制度等の活用等の労働基準行政を超えた枠組みで長期療養の就労を考えるべきとの見解が得られた。

行政側から主治医への期待として多い労災保険制度と症状固定（治ゆ）の考え方を周知するという見解については、労災保険制度を医師に周知させることで長期療養が医師の労災患者に対する意識は変わる可能性はあるが、実際に治ゆ判断をすることは容易ではない。それは、社会保険の障害給付の場合とは異なり、労災保険の障害給付の場合は、原則としてその傷病が治ゆしない限り障害認定はされない。精神疾患の治ゆ判断は、単に病状が安定したから症状固定（治ゆ）にすると、労災患者に告げることは、日常臨床の場では困難であることが少なくないという現場の意見があるためである。身体疾患が治ゆに至る過程と精神疾患が治ゆに至る過程は全く異なっており、被災から治ゆに至る期間が、ある程度客観的に判断できる身体疾患と、被災⇒発病⇒治療⇒寛解⇒再燃⇒寛解、被災⇒発病⇒悪化⇒自閉等、複雑な療養過程を経る精神疾患の障害認定の時期を医療側にだけ求めるのは、病態の把握が複雑であるゆえに精神科医の症状固定（治ゆ）の判断を求めるのは無理があると言わざるを得ない。

労災保険制度は、被災労働者の社会復帰促進・援護、労働者の安全衛生の確保等を図る社会復帰促進等事業を行っているが、精神疾患の療養期間の短縮化のために、何が求められているのか、慎重に再考する必要がある。

b. 個別調査

調査結果の概要は、C. 結果の項目で述べた。

1) 統計学的検索結果

①性別と傷病名：女性に PTSD(35.3%)が多く、男性にうつ病（46.8%）が多い傾向が認められた。

②事故や災害の体験と傷病名（認定時の関係）：事故や災害の体験と傷病名をみると PTSD が 60.7%で有意に多く認められた。

③仕事の量・質の変化と傷病名（認定時の関係）：仕事の量・質の変化と傷病名の関係では、うつ病が仕事の量・質の変化事例の 59.3%を占めた。

④認定時と調査時点の傷病名の変化：認定時傷病名は 44.2%がうつ病、17.7%が PTSD、その他が 13.3%であり、調査時点の傷病名は、うつ病が 54.0%、PTSD 16.8%、その他が 14.2%、双極性障害は 9.7%であった。傷病名が変化しているのは、PTSD 19 例中 4 例（21%）、うつ病 61 例中 17 例（28%）、気分感情障害 1 例中 1 例(100%)急性ストレス反応 1 例中 0 例、神経症性 3 例 1 例（33%）、双極性障害 11 例中 2 例（18%）、適応障害 1 例中 0 例、その他 16 例中 11 例（69%）であり、今回調査した 113 例のうち 78 例（77%）は傷病名が変わっていなかった。

⑤2016 年度調査結果での長期療養の特徴～年度と治癒していない割合（男女）の二変数の関係～：Cochran-Armitage の傾向検定（増えていく傾向にあるかどうかの検定）年度ごとに治癒していない割合が増えている。単に、年度ごとに増えているだけではなく、増え方が徐々に大きくなってきていることを示している。2016 年度調査では、労災認定から 4 年

経過して治癒している事例は 53.2%、治癒していない事例は 44.6%であり、治癒していない事例 165 例のうち、治癒の見通しがある事例は 7.3%にすぎなかった。全休と回答のあった事例 123 例の中で労災認定から 3 年以上経過している事例は 81.3%を占め、休業補償給付の支給額と療養期間に関しては、休業補償給付（全休）を受けている労働者の療養期間が長期化していた。

2) 個別調査結果の考察

今回の調査対象は、労災認定から調査時点までは平均 12.7 年であるが、療養開始から調査時点までは 17.7 年経過していた。2017 年度調査で 10 年以上の長期療養事例 194 例のうち調査時点では 46 例 (23.7%) に病名が変更されていたと報告したが、今回も同様の結果と考えると、仕事の変化が 46.8%、事故や災害の体験は 22.2%、対人関係のトラブルが 15.9%であり、事故や災害の体験と傷病名では、PTSD が 60.7%で有意に多く、仕事の変化とでは、うつ病が仕事の変化事例の 59.3%が有意に多かった。

①事業主証明に関して：今回の調査で、休業給付や療養給付を請求するにあたり、直近の事業主証明ありは 22.1%、離職後のため証明書なしは 63.7%であり、事業主証明を拒否している事例が 5 例 (4.4%) 認められた。病状が改善していない精神疾患者の場合は、この証明を取得することはハードルが高く、治療的な観点から考えるならば、保険給付金の請求の在り方を整理・検討すべきであろう。

②100 時間以上の時間外労働：2016 年度調査と 2017 調査の比較、さらに 5 年以上療養している事例を抽出し、100 時間残業の有無と比較検討した結果から、5 年以上の療養群の中で 100 時間以上群は、100 時間未満群員比べ、圧倒的に高い休業給付金を受給している割合が高いことが明らかになっている。また、休業給付金を 30 万円未満と 30 万円以上に分けて、影響する因子を探索（ステップワイズ法）したところ、30 万円以上の給付になる要因として 100 時間以上の時間外労働が関連していることが示されており、5 年以上の治癒に至らず長期療養となり、かつ 30 万円以上の休業給付金となる要因として 100 時間以上の時間外労働が有意に関連していることが明らかになっている。今回の長期療養事例では、調査日前直近 1 ヶ月間の保険給付額に関して休業給付金は最大値が 631,964 円、最小値が 117,072 円、平均は 293,016 円であった。100 時間以上の時間外労働ありは全体の 38.9%、回答者だけに限定すると 100 時間以上の残業ありは 72.1%を占めていることから、長期療養に至る要因に理由や病態はさまざまであるにしても、休業給付金の大きさも長期療養の要因となっているといえる。

③職場復帰・社会復帰に関して：2016 年度調査と 2017 調査を合体した調査では、過去に職場復帰を果たしたことのある事例は、5 年未満 41.8%、5～10 年 19.1%、10 年以上 14.9%と療養期間が増えるに従い、職場復帰をした事例の割合は減少傾向にある。さらに同調査では、職場復帰に関して、療養者の中で職場復帰をしていない事例の割合は、5 年未満

62.2%、5～10年81.8%、10年以上91.5%と長期療養になるにしたがい、職場復帰できない状況を明らかにした。本調査でも調査日時点において職場復帰事例は7.1%、職場復帰をしていない事例は82.3%であったことから、療養の長期化が職場復帰の困難さを示していると言っても過言ではないであろう。

④症状固定（治ゆ）に関して：調査時点で出来事に遭遇した時の会社に在籍している労働者は27.4%（31）、すなわち労災認定から平均12年以上経過しても在籍している労働者が31名おり、調査日時点において職場復帰をしている事例が8例認められたが、本来であれば職場復帰してからの期間等を考慮して障害認定しても良い事例と推認される。すなわち、8例と事例は少ないものの症状固定（治ゆ）に至らずに就業している実態が明らかになった。年に1回の主治医見解は出されていても就業していながら治ゆに至らない理由を検討すべきであり、主治医と監督署との間で症状固定（治ゆ）に関する双方向のやり取りのなかで主治医が症状固定（治ゆ）にできない理由や病態の確認等を再度、検討すべきである。

今回の15年以上の長期療養事例に関して、今後治ゆの見込みがあまりない・全くないが45.1%であったが、2016年度調査では年度と治癒していない割合の二変量の関係に関して、Cochran-Armitageの傾向検定で年度ごとに治ゆしていない割合の増え方が徐々に大きくなってきていることが統計学的に示されたことから、療養期間が長くなればなるほど、十分な治療が治ゆ率をあげることにならないことを認識すべきである。

今後の就業可否に関して、就労移行支援や就労継続事業所での就労が可能な事例は4例、一般就労が可能と判断された事例は4例にすぎず、就業不可能と判断された事例が58.4%であったことを考慮すると、長期療養期間のなかで、すでに症状固定（治ゆ）に至っている可能性のある事例が多く含まれており、その長期療養事例に対しての障害認定の在り方が問われており、長期療養に対する対策が必要な時期に来ていると言っても過言ではないであろう。

10. 復職支援制度の国際比較および生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の可能性に関する研究

【研究1】復職支援制度の国際比較

1) 復職に関するガイドライン

諸外国の復職に関するガイドラインに共通する、アセスメントや評価の実施、復職計画策定（個別化・段階的）、休業者との適切なコミュニケーション、合理的配慮に関する事項は、本邦の復職のガイドライン「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」とも共通している。一方、本邦のガイドラインには明示されていない事項として、協力的な職場の文化の醸成と復職コーディネーターの任命が挙げられる。協力的な職場の文化の醸成に関連した推奨事項として、オーストラリアとカナダのガイドラインには、精神障害に関するスティグマへの対応が記載されていた。今後、スティグマの軽減を目的とした心理教育を推進していく事は重要であると考えられる。本邦では、復職コーディネー

ターは設けられていないが、ガイドラインには、衛生管理者等（衛生管理者、衛生推進者又、安全衛生推進者）が同様の役割を担う事が明記されている。労働者健康安全機構では2015年度から、治療と仕事の両立に向けて労働者（患者）、主治医、会社・産業医等のコミュニケーションが円滑に行われるよう支援する「両立支援コーディネーター」の養成を行っていることから、今後長期療養者の支援においても両立支援コーディネーターの役割が期待される。

2) 就労可否判断の方法とその基準

イギリスでは、Fit note と呼ばれる診断書が運用され、主治医によって就労可否判断が行われていた。また、オーストラリアでも類似した文書がある。本邦においても治療と仕事の両立支援ガイドラインでFit note に類する様式例がすでに提供されている。アメリカでは労働者に求められる個別の業務内容と必要とする能力に基づいて就労可否判断が行われていた。ジョージア州で用いられている業務活動分析書は、雇用主によって労働者の業務内容、及び各業務に必要な身体的要求、精神的要求、環境条件が記載され、主治医はそれに基づき就労可否判断を行っている。本邦でも主治医または産業医が事業場での労働者の状況に沿った就労可否判断や助言を行う事は、休業者の早期の職場復帰と長期の就労継続に対して重要であることから、この業務活動分析書に学ぶべき点はある。オランダでは復職の阻害・促進要因となる長期療養者の対処力や認知を確認するチェックリストが作成されていた。本邦においても休業者の対処力や認

知面を含んだ職場復帰援助プログラム評価シート（RAPAS）が開発されており、長期療養者の就労可否判断においても、RAPAS による評価結果は重要な情報であると考えられる。また、長期就業不能となりえる労働者のスクリーニングをおこなうチェックリストが、ワシントン州の医師ハンドブックには記載されており、本邦においても、長期療養者となる労働者をスクリーニングし、個別の対応を早期に行うという方法も検討すべき点と考えられる。諸外国での生活状況の把握に関する取り組みは確認されなかったが、生活記録表に加えて、客観的な方法を用いて測定した休業者の睡眠覚醒リズムや日中活動量を利用することで、より科学的に就労可否判断を行う事が可能になると考えられる。

3) 復職への取組み

(1) 復職支援のサービスに関して

イギリスで導入されている Fit for Work や IATPセラピストと共に労働者に対して実践的な助言や介入を担う雇用アドバイザーという専門職の存在は、復職のプロセスの中で労働者のキャリア形成の支援も含めて重要であると考えられ、支援方法のひとつとして今後の検討が必要になると考えられる。

(2) 心理療法やケアに関して

イギリスの IAPT プログラムにある CBT に加えて、カナダでの専門職が連携してケアを行う協同的メンタルヘルスケアは復職への効果もみられていることから、本邦においても、CBT とともに協同的メンタルヘルスケアの実践は復職への効果が期待される。

(3) 復職のインセンティブとなる制度

イギリスでは労働者の治療費に関する免税制度、アメリカでは合理的配慮ための職場環境の設備費用などに対する助成や免税等、復職計画策定と実行に対する助成や保険料割引制度がある。またオランダでは復職に対して非協力的な雇用主への罰則がある。本邦においても、治療と仕事の両立支援制度や障害者雇用安定助成金などの復職に関連した様々な助成制度がある。しかしながら、労働者のインセンティブとなる制度はほぼ見られない。労働者のモチベーションは復職への基礎であるため、労働者のインセンティブとなる制度を検討することも重要だと考えられる。

就労可否に関する論文・報告書は多く報告されているものの、その根拠は、わが国と同様、専門家による合意に基づくものがほとんどであり、就労可否判断の根拠に資するような具体的な観察研究や介入研究はほとんど行われていないことが分かった。そのため、統計学的に就労可否判断のアルゴリズム解析を行うことは出来なかった。今後は就労可否判断のみをアウトカムにせず、就労不可につながる精神的状況をアウトカムにしたアルゴリズム解析（回帰モデル、決定木、ニューラルネットワーク）を行う予定である。

【研究 2】生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の可能性

文献の調査結果より、アクチグラフィ及び、スマートフォン等で収集した生活モニタリングデータを、気分障害による療養者の就労可否の判断指標として実用することが可能であるかを検討した。

1) アクチグラフィのデータに基づく就労可

否判断の指標の検討

文献調査により選定されたメタアナリシスには、アクチグラフィのデータをアウトカムとして「双極性障害の寛解期の患者と健康者の比較」、「大うつ病性障害の寛解の患者と健康者の比較」、「寛解期以外（症状の有する状態）の患者と健康者との比較」、「患者（すべての状態を含む）と健康者との比較」及び「患者の治療前後の比較」の分析結果が報告されていた。これらの比較分析の結果を就労可否判断に用いる方法としては、アウトカムの値を寛解または症状改善の判断指標とすることが考えられる。

寛解期の患者と健康者との比較分析においては有意差のないアウトカムが存在すれば、患者が寛解または寛解期となった時点で、そのアウトカムの値は健康者の範囲内に収まる確率が高いと推察される。よって、そのアウトカムを寛解の判断指標として実用できる可能性が考えられる。大うつ病性障害の寛解の患者と健康者を比較した分析結果においては、活動量は有意差のないアウトカムとして報告されており、大うつ病性障害の患者の寛解の判断指標として活動量を実用できる可能性が示唆された。しかしながら、活動量に対して、大うつ病性障害の寛解の患者と健康者を比較している文献は 1 編だけであり、分析対象となった患者数は 34 名と限られていたことから現時点では、活動量を寛解の判断指標として実用できると判断するには研究結果が十分ではないと考えられる。

2) スマートフォン等で収集した生活モニタリングデータに基づく就労可否判断の指標の検

討

文献調査の結果、気分障害の症状との関連を調査するために測定された生活モニタリングデータは、身体活動、位置情報、音声データ、電話/SMSの使用頻度・時間、スマートフォン/モバイルフォンの使用法、心拍データであった。そのうち、位置情報と音声データは、双極性障害の症状との関連を調査した複数の文献において、一貫して症状との関連が認められていた。また、測定データを用いて気分状態を判別した文献において、判別能力が高かった結果は、位置情報（正確度 80%、適合率 81%、検出率 82%）、音声データ（躁状態、又は混合状態：AUC=0.89、抑うつ状態：AUC=0.78）、及び、通話中の音声データと身体活動の複合データ（正確度 85%）を用いていた。この結果からすると、双極性障害の寛解期の判別能力は中等程度ではあるが、判別能力が高かったこれらの3編はいずれも対象の患者数が30名に満たず、寛解の判断指標として実用するには研究結果が十分ではないと考えられた。

今後の研究によっては、スマートフォンで収集した療養者の生活モニタリングデータを用いて双極性障害の寛解期を判別する可能性があると思われるが、現時点では生活モニタリングデータを寛解の判断指標として実用する事は難しいと考えられる。

3) 今後の研究課題

本研究では、生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連に関する文献調査を行い、その結果に基づき、生活モニタリングデータを就労可否判断の指標として実用する可能性

を検討した。そのため、就労可否判断の指標の検討対象が、療養者の症状に対するものに限られたが、復職には療養者の症状のほか、復職への動機や、コーピングスタイル、ステイグマといった病気への否定的な認識、職場の対人関係、業務負担の調整、家族の理解などのさまざまな要因が影響する。復職準備性評価スケールを用いた研究では、症状以外にも、基本的な生活、職場との関係、健康管理といった要因が復職6ヶ月後の就労継続を有意に予測するといった報告もされていることから、就労可否判断においては、本調査で対象とした症状の以外の要因の評価に対しても客観的なデータを用いることは重要である。

例えば、復職準備性評価スケールの下位尺度である基本的な生活には、起床時間や戸外での活動頻度を回答する項目があり、アクチグラフィなどで収集した生活モニタリングデータを用いるといった方法が考えられる。また、眠気や集中力を客観的に評価するために、精神運動ヴィジランス課題（psychomotor vigilance test：PVT）の結果を用いるといった方法も考えられる。

今後、症状以外の就労可否判断の要因に対して、客観的なデータを用いた指標を検討する余地はまだまだあると考えられる。また、復職に影響するさまざまな要因を考慮した総合的な就労可否判断のためには、評価尺度と客観的なデータを複合した就労可否判断モデルや指標の探索と評価に関する研究も今後必要であると考えられる。

12. 精神障害による休職者の社会的寛解に要

する期間の検討

精神疾患の労災認定に関して、症状固定までの期間について見極める社会的寛解の期間については定められていない。寛解期間の指標と考えられるのは、最終休職の前に、どのくらいの期間安定した定時勤務が続けられていたか（寛解期間）、またその後の休職にはどのくらいの期間を要したか（最終休職の休職期間）であると考えられる。本調査における最終休職前に安定して就労できていた期間は44.2±59.1か月であり、症例によりかなりのばらつきがあった。

疾患別にみると、統合失調症以外の疾患ではいずれにおいても1回目より2回目、2回目より3回目以降の休職期間が長期化する傾向が認められる一方、統合失調症において休職期間は長期化しないものの、寛解期間も短く、長期的に安定した就労を持続することが困難であった。慢性疾患としての疾病性を考えると統合失調症は、症状固定（治ゆ）との判断そのものが困難であると考えられる。また、双極性障害と発達障害を合併した症例は長期療養事例が多く認められたが、長期療養事例の中には単一の疾病概念で把握しきれない病態が混在していることも多く、寛解～再燃～寛解を幾度となく繰り返すことに加え、疾患単位で安定就労の期間を特定することは困難であると言わざるを得ない。

症状固定（治ゆ）の判断は、休職回数が多いものほど長期的な寛解期間が必要な可能性が示唆された。平均的には2年ほど安定的な就労をしたのちに複数回目の休職に至っており症状固定には一定以上の観察期間が必要であ

ると考えられる。症状固定（治ゆ）の判断は、休職回数が多いものほど長期的な寛解期間が必要な可能性が示唆され、平均的には2年ほど安定的な就労をしたのちに複数回目の休職に至っていたことから、症状固定には一定以上の観察期間が必要であると考えられた。

E. 総括（まとめ）

今回の調査研究は下記のようにまとめられる。

精神科主治医と職場との連携技法の実用化について、「不調者」とその職場への精神科主治医の対応状況を把握する目的で全61項目の自記式質問紙を作成し、全国の精神科診療所へ発送、回収された回答について、自由記載を含む選択式回答項目の集計、分析を実施した。今後への期待として連携ハンドブックを発行し、主治医、職場双方で活用することが多くの支持を集めたという第1の研究成果を踏まえ、第2のテーマは、「メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に関わる精神科主治医と職場に有用な連携ハンドブックの作成」とし、内容の具体的な根拠を得るべく、全国の専門家から連携効果が認められた好事例を集積した。試作した連携ハンドブックは全59頁で、第1部は基礎編：「連携」の背景から「連携力」まで、第2部は実践編：好事例から学ぶ「連携」の実際として、好事例を不安定就労期・休業期・復職期別に並べ、好事例とした根拠から連携に関わるリスクまで、好事例における連携プロセスの特徴を理解できるように編集した。今後は、当初の目的を踏まえ、不調者の就労支援に関わる専門家間で共有し、かつ、ノウハウを具体的に習

得、実践してレベルアップを図り、内容をさらに充実していく必要がある。

うつ病、うつ状態、適応障害の診断で通院中、就労中の患者の大半に、発病前の6か月以内の職場ストレスがあり、医師側も診察時に問診やアンケートで確認すべきというコンセンサスを得た。職場ストレス（心理的負荷）の有無とその時間経過による改善の日常的な評価が精神疾患の治癒評価と効果的な社会復帰支援において重要であり、PHQ-9とGAD-7は経過中の確認に有用である。また、ワンオペ、配置転換、職場いじめ、パワハラ等の強い職場のストレスから、うつ病を発病した患者は、うつ症状だけでなく、PTSDの評価尺度の改訂出来事インパクト尺度（IES-R）の平均スコアが有意に高く、カットオフ値を超え、現在も苦悩が持続していることが明らかとなったことから、うつ病の職場復帰時の治癒評価には、うつ症状の改善のみならず、職場ストレス（トラウマ的出来事）による心的外傷（psychological injury）を適切に評価する必要性が示唆された。

人事労務担当者の調査では医療機関で実施されるリワークプログラムは認知されており、労災申請した利用者があることも確認された。リワークプログラムに対する要望は、「長期間の休業を回避すべく前向きに取り組むプログラム」であり、「病状の回復程度」は長期休業解消に直結する重要な項目であること、加えて復職について本人がプラスの要素を持っているか期待する傾向が示唆された。リワークプログラム実施機関の調査では、利用者の実績が少なかったことから、精神疾患により労

災認定された休職者のリワークプログラム利用につなげるには、人事労務担当者への更なる普及啓発活動が必要である。

労災認定された長期療養者を対象とした企業と協働した段階的な治療プログラムの提言では、コロナ禍でリワークプログラムは多大な影響を受けており、プログラムの内容や枠も再検討を迫られる状況であることが示された。ここでは治療施設自身の努力も必要であるが、診療報酬の制度改変や経済的支援も欠くべからざるものであると結論されている。

労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究・企業における休職者の実態調査では、

長期休職者と短期休職者の相違点、復職時に周囲が留意すること、時間勤務に至るまでの期間などから企業の支援策等を検討し、適応障害が増加、休職推定要因での「個人の性格傾向」の比率が増加していることから、労災という争議の懸念が示されており、管理職や人事労務社員への教育研修と個人のパーソナリティに応じた職場環境整備が提言された。

メンタルヘルス外部支援機関として休業者に対する支援の現状と役割に関する調査研究では、精神疾患の発症に業務要因が大きく影響して休業に至り、何らかの支援による効果があったという好事例を解析した結果、産業医・産業保健スタッフからの相談経緯が大きな役割を担っていることが示された。休業後、6ヶ月未満の短期に就業再開に至るケースのほとんどが、人事・労務担当者との連携や関与により、業務変更・配置転換・異動を伴う環境調整がなされていたことも示唆された。支援者は、事例ごとに業務による心理的負荷

の有無や内容、その強度を丁寧に把握することに努め、職場環境調整が必要な場合には、現職復帰に縛られすぎずに、適切なタイミングで人事・労務担当者との連携を意識することが重要だと思われた。

精神疾患による労災認定患者の長期療養を防ぐための職場における課題と支援方法の調査研究では、人事労務担当者の精神疾患による労災療養者への対応は復職を支援したいという姿勢であるが、その対応方法が分からないために非常に困難を感じていることが示された。人事労務担当者に対する対応方法の指導と支援が、精神疾患による労災療養者の早期復職に有効と考えられる。また、産業医が大きな人的資源になると思われる。

精神障害者雇用において、関連する制度、体制、あるいは障害者雇用に関する人事制度が十分でないこと、また、支援制度に対する認知も十分でないことが示された。

精神障害者雇用経験のある担当者のほとんどが難しさを感じており、業務そのものの遂行上に困難さやコミュニケーション、人間関係の困難さが高く、現場における現実的な支援の必要性がうかがわれた。精神障害者雇用における労災についての質問からは、精神障害者雇用が労災に進展する可能性も低くないこと、そして多くの担当者が労災に進展する心配を持っていることが示された。精神障害者雇用経験のあるものにおいては、精神障害者雇用に対する期待は高いが、安定就労のために必要な事柄としては、担当者自身、そして、精神障害者を現実的、実践的なレベルで支援する制度や体制の必要性が高いことが

示された。産業医の関与は十分とは言えず、現場のニーズに応えていくことが産業医における今後の課題と考えられる。

精神障害者・労災認定者の就労に向けた支援機関の取り組みの現状と課題—非医療機関の役割—では、精神障害者の早期離職の背景となる課題は、①服薬や治療中断などの体調・生活管理、②障害および就労に対する自己理解、③就労への意欲、④障害の非開示、⑤対人コミュニケーション、⑥作業能力などが挙げられ、職場定着支援には治療的な関わりを要する。精神障害者雇用では、社内外の関係者との有機的かつ効率的なネットワークの構築が求められ、産業医や主治医との連携の強化が急務であり、精神疾患のアセスメント、治療的な関わり、他職種との連携という点において、精神科医、公認心理師、精神保健福祉士といった専門職が関わる意義が大きい。就労支援に関わる人材の育成に向けた環境づくりが求められている。

障害者就業・生活支援センターでは今後の精神障害者の雇用促進に向けて必要と思われる取組みとして、「リモート対応」、「国の施策」、「雇用者の対策」、「支援機関の対策」、「精神障害者本人の対策」の5つが挙げられた。「リモート対応」は、コロナ禍の課題ではあるが、在宅ワークを希望する精神障害者のニーズの高まりと精神障害者の新たな働き方の可能性を感じての意見である。その一方で、インターネット環境や操作スキルの乏しい障害者も多いという課題が残されている。「雇用者の対策」、「支援機関の対策」、「精神障害者本人の対策」は、従来からの課題を反映しており、

コロナ禍で精神障害者が感じるストレスから、より一層の工夫が求められる。精神疾患の労災認定者を対象に就労支援に関わった経験があるセンターは11か所で、「職場での事故」や「不注意による怪我」後のメンタル不調、「パワーハラスメント」や「セクシャルハラスメント」に関するもので、支援にかかる負担が大きく時間を要するとの意見も見られた。障害者就業・生活支援センターが精神障害という狭い概念ではなく、身体障害も伴う複数障害や生活障害を伴う事例の受け皿になっている可能性が推測された。

リワークデイケア利用者を対象として、治療就労両立支援モデル4つの軸評価を用いて休業ならびに療養期間と各状態像との相関を見たところ、発達特性の問題が従来のうつ病像の他に職場復帰の成否に関わっていることが示され、休業の契機と自覚された症状、要因については、複数回休業群において、「対人関係上の問題」が顕著に高く安定就労上の障壁となっている要因だと推測された。標準的な症状評価には発達障害特性の評価も念頭におく必要がある。

労働局への調査では、過去に職場復帰した事例の認定から職場復帰までの期間は、3年未満治癒事例は平均0.71年、5年以上未治癒事例は2.8年であり、3年未満治癒事例は極めて早期に復職を試みており、未治癒事例は職場復帰までに長い期間を有していた。早期の職場復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養期間の目安を示す」ことは、社会復帰準備期間を確保、社会復帰を促進するための意識・認識を高める上で有効と

の見解が得られた。日常臨床の中で主治医は労災患者の診療・対応に苦慮しており、労災保険制度における療養期間に関して、具体的な施策が求められている。

諸外国の現状の調査から、本邦でも復職支援については同様な仕組みがあるものの、雇用アドバイザーのサービスや労働者に対してインセンティブとなる制度などについては検討する価値がある。就労可否判断に関しては、諸外国においてもエビデンスに基づく判断基準等は作成されておらず、今後、客観的な指標に基づくエビデンスレベルの高い判断基準づくりに資する研究（睡眠覚醒リズムや日中活動量を利用したものなど）が必要になる。

生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の実用可能性の検討では、アクチグラフィの活動量、及びスマートフォンで収集した位置情報や音声データを気分障害の寛解の判断指標として実用する可能性が示唆されたが、研究の患者のサンプル数が十分ではないことから、現時点では、気分障害の寛解の判断指標として実用することは難しいと考えられる。就労可否判断に客観的な指標の導入を進めるために、復職に影響を与える症状以外の要因の評価に客観的データを用いる方法の検討や、評価尺度と客観的データを複合した就労可否判断モデルの探索と評価などの研究が課題になると結論された。

精神障害による休職者の社会的寛解に要する期間の検討では、治療者側が症状固定（治癒）を判断するには継続的な診察によるある一定の期間が必要となる。病状の変動を繰り返す精神疾患の場合、復職～定時勤務～就業

制限解除～安定就労までの期間を検討して、社会的寛解期間を設定すべきであるとの結論に至った。

これら分担研究者の研究成果から、治ゆ判断を含めた社会復帰レベル把握のための客観的指標および主治医、産業医、企業等の支援の具体的な提言を述べる。①長期療養者の就労には今回開発されたハンドブックを活用して主治医と産業医の連携力を高める。②PHQ-9とGAD-7はうつ病の経過中の確認に有用である。また職場復帰時には職場ストレスによる心的外傷（psychological injury）の評価を追加する。③働き方に影響する社会環境の変化に対して見直しされるリワークプログラムへの診療報酬の制度改変や経済的支援を検討する。④企業に対しては管理職や人事労務社員への教育研修を行う一方で、労働者個人のパーソナリティに応じた職場環境整備を実施する。⑤精神疾患による労災療養者の職場復帰には労務人事担当者に対する指導と支援が必要である。同時に、精神障害者雇用においても企業が取り組むべき労災予防対策に必要な研修教育や制度を設けること、これには産業医が果たすべき業務の追加が含まれる。⑥精神障害者の早期離職には幾つかの要因があり、職場定着支援には治療的な関わりを要することから、精神障害者雇用では就労支援に関わる人材育成が求められている。障害者就業・生活支援センターにおいては「リモート対応」、「国の施策」、「雇用者の対策」、「支援機関の対策」、「精神障害者本人の対策」の5つの取り組みを支援する。⑦長期療養者の復職に際しては、安定就労を図るための発達特

性に着目した評価を追加する一方で、社会的寛解期間を設定する必要がある。⑧就労可否判断について諸外国でもエビデンスに基づく判断基準は作成されておらず、エビデンスレベルの高い判断基準づくりに資する研究が必要である。有効な生活モニタリングは、生物学的指標であるアクチグラフィの活動量やスマートフォンで収集した位置情報ならびに音声データの活用が挙げられるが、症状評価に限らない客観的データの使用や評価尺度を取り入れた就労可否判断モデルに関する研究を行う。⑨労災認定患者の長期療養を防ぐために療養期間の目安を示すことは重要であるが、休業給付金の支給を含め身体疾患とは異なる複雑な療養過程を経る精神疾患の障害認定について主治医のみの判断に委ねることなく、①から⑧に述べられた研究成果を踏まえた方向性を示す必要がある。それには三柴丈典氏によるドイツにおける精神障害による労災保険受給者への給付の適正化の取り組みの報告が参考となると考えられた。

F. 健康危険情報

該当せず

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に効果的な 精神科主治医と職場との連携技法の実用化研究

研究分担者: 神山 昭男 (有楽町桜クリニック院長)

研究要旨

本研究では最初に、メンタルヘルス不調者（以下「不調者」）とその職場への精神科主治医の対応状況を把握する目的で全61項目の自記式質問紙を作成し、全国の精神科診療所へ発送、回収された回答の集計、分析を実施した。本調査の記入者は全国で精神科診療所を運営する精神科専門医が大半を占めた。「不調者」の臨床診断は気分(感情)障害、不安障害・適応障害・強迫性障害が多くを占め、約半数は発症要因が労災認定条件と重なる職場内要因と判断されていた。診療上の問題点として、再発、再休業への対応、職場との連絡・連携、「不調者」の復職可能の判断根拠、休業期間の目安、診断名の表記方法などが指摘された。そして、最近半年間に労災保険適用患者を有する施設は3割、今後3年以内に治癒の見込みがあるのは約半数、症状固定(治癒)していない理由は、症状の重症度、本人の復職意欲、職場の受け入れ・支援体制などが指摘された。さらに、主治医から職場への連携目的は、病状に応じた配属、勤務制限、業務内容などの調整をしたいなど。職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配置、異動の可能性などに関する照会、意見の提言などが目立った。職場から主治医への連携目的は、診断書、意見書の病状、ケアの見通しなどへの照会、復職時の職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配属先、異動の可能性などに関する意見、調整の照会、復職可能の診断書、判断、復職準備に関する疑義照会、意見交換などが目立った。連絡・連携における問題点として、職場が一方的・主治医の意見を無視する、記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがよくわからない・「不調者」に不利となる懸念などが共通して指摘された。回答者の半数が今後も産業医業務に取り組む意向である。今後への期待として連携ハンドブックを発行し、主治医、職場双方で活用することが多くの支持を集め、本研究の目標と合致していた。

次いで第1の研究成果を踏まえ、「メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に関わる精神科主治医と職場に有用な連携ハンドブックの作成」をめざした。そこで、この内容の具体的な根拠を得るべく、全国の専門家から連携効果が認められた好事例を集積した。回答者は本研究の目的達成に必要な業務経験を十分に備えていると判断した。試作した連携ハンドブックは全59頁で、第1部は基礎編「連携」の背景から「連携力」まで、第2部は実践編「好事例から学ぶ「連携」の実際」として、好事例を不安定就労期・休業期・復職期別に並べ、好事例とした根拠から連携に関わるリスクまで、好事例における連携プロセスの特徴を理解できるように編集した。今後は、当初の目的を踏まえ、不調者の就労支援に関わる専門家間で共有し、かつ、ノウハウを具体的に習得、実践してレベルアップを図り、内容をさらに充実していく必要がある。

はじめに

本研究には大きく2つの内容が含まれている。第1は初年度に実施したメンタルヘルス不調者（以下「不調者」）とその職場への精神科主治医の対応状況に関する調査と分析である。第2は本年度に実施した精神科主治医と産業医の連携効果が認められた好事例収集調査と分析、そして究極の目標である、精神科主治医と産業医の連携に役立つ「連携ハンドブック」の編纂である。

そこで本報告書では、第1章、第2章において各年度の内容を収載、第3章では全体の総括的結論を述べた。

第1章：精神科主治医の対応状況に関する調査

A. 研究目的

職場の「不調者」の一部に療養が長期化し、安定就労が困難となり休復職をくりかえす事例が認められている。この中には、仕事を原因とした精神疾患により労災認定を受けた長期療養者事例も含まれ、最近も増加傾向が続いている。

このような状況を打開するためには、病状の安定化に向けた治療と並行して、職場適応を果たしつつ安定した職業生活を営む、いわゆる社会復帰の実現をめざした効果的な支援の方策を具体的に明らかにする必要

がある。

本テーマに対する一つのアプローチとして、「不調者」の治療を担当する主治医と職場・産業医らとの相互の連携効果に関する研究を最近7年間にわたり取り組んできた。

具体的には、2012年9月に「主治医と企業の連携を求めて」をテーマとしたシンポジウム、2014年5月に全国の精神科クリニックを対象とした連携問題への対応に関するアンケート調査(以下「2014調査」)、2014年度以降は労災疾病臨床研究事業として、「メンタルヘルス不調者の病状回復と安定就労に効果的な産業医と精神科主治医の連携のあり方に関する研究」、「長期療養・休復職事例における主治医及び産業医の休復職判断要件に関する研究」、「メンタルヘルス不調者の事例性と疾病性の形成過程と相互関連性に関する分析的研究」を行ってきた。

そこで、本研究はこれまでの一連の研究の集大成と位置づけ、テーマを「メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に効果的な精神科主治医と職場との連携技法の実用化」とし、初年度は労災認定を受けている「不調者」をはじめとする基礎データの収集を行い、2年度目の実務に密着したハンドブック作成の準備過程と位置づけた。

B. 研究方法

全国の精神科クリニックの院長が正会員として加盟する団体である、公益社団法人日本精神神経科診療所協会(以下、「日精診」)が研究協力を承認した。

日精診は、2014年5月に第1回目のアンケートを実施し、筆者はその成果を日精診学術研究会、日本精神神経学会等で報告した。

その後5年が経過し、職場の健康管理、労務管理の制度面の改定が相次ぎ、ストレスチェック制度の導入開始、働き方改革と称する新施策による労働時間制限、治療と就労の両立支援、障害者雇用の充実などが職場に課せられ、職場を取り巻く環境は大きく変化した。その結果、この流れに即して前向きに取り組む職場が増える一方で、全く逆行する職場も多く、職場間の格差が拡大したとの指摘もある。

そこで、第2回目のアンケートでは第1回2014調査との比較を可能とする配慮を行い、全61項目の自記式質問紙を作成した(資料1参照)。

本調査では「不調者」を、① 通院中の外来患者で、② 職場に在籍(勤務形態を問わず)、もしくは労災認定を受けている(いた)、③ 病状に関連して、過去もしくは現在、不安定勤務(=同月中に5日以上欠勤をくりかえすなど)や休業した・している、もしくは今後勤務への影響が懸念される、と定めた。

主な設問項目の内訳は、① 記入者の属性(3項目)、② 医療機関としての特徴(10項目)、③ 「不調者」の診療の現状(9項目)、④ 連絡・連携:主治医→職場(8項目)、⑤ 連絡・連携:職場→主治医(8項目)、⑥ 主治医と職場の連携効果を高めるための方策(4項目)⑦ 「不調者」向けのプログラム(7項目)、⑧ 産業医・専門医・嘱託医の経験(7項目)⑨ 労災認定を受けている「不調者」(4項目)、とした。

そして、日精診研究倫理委員会の審査を受け、2019年12月に日精診会員へ1652通を発送、2020年1月末までに回収された584通(回収率は35.3%)について(図1、2)、自由記載を含めた選択式回答項目の集計、分析を実施した。

(倫理面への配慮)

本研究は、2019年11月日精診倫理委員会の承認を得た。なお、疫学研究に関する倫理指針(文科省・厚労省)の適用範囲③に該当し、本指針の対象とはならない。

C. 研究結果

各回答項目について、頻度分布を中心とする集計と分析、2014調査と同一の回答項目については比較検討を行った。

① 回答者のプロフィール・医療機関としての特徴
(資料2表1, 2, 3, 4, 図3, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5, 6, 7, 8, 9)

記入者の年齢階層は50歳台が32%、性別は男性が81%を占めた。所属先診療所の市区町村人口は50万人未満が57%、所属先診療所の設立経過年数は10年以上が79%、精神保健指定医有資格者が94%、日本精神神経学会専門医有資格者が83%、日本医師会認定産業医有資格者が47%を占めた。院長以外の常勤医師数は0名が80%、非常勤医師数は1名以上が37%、院長以外の医師(常勤・非常勤問わず)の日本医師会認定産業医有資格者数は1名以上が37%、医師をのぞく全スタッフ数(勤務形態を問わず、受付、診療補助などを含む)は2~10名が74%であった。

② 労災認定を受けている「不調者」

(資料2図10, 11, 12, 13, 14, 15)

最近半年間の労災保険適用患者の実人数は、0名が68%、10名未満が32%。労災保険適用者で症状固定(治癒)していない実人数は、0名が59%、10名未満が41%。前設問の該当者の今後3年以内に治癒の見込みがある実人数は、0名が54%、5名未満が46%、治癒)していない理由は、症状の重症度が31%、本人の復職意欲が26%、職場の受け入れ・支援体制が24%など。

③ 「不調者」の診療の現状

(資料2 図 16, 17, 18.1, 18.2, 19, 20, 21, 22, 23)
「不調者」が診療患者全体に占める割合が30%未満は81%、「不調者」の臨床診断上の主病名に占める割合が3割以上の施設は、気分(感情)障害(F30-F39)は62%、不安障害・適応障害・強迫性障害(F40-F44)は51%、心理的発達障害(F80-F89)は11%、身体表現性障害(F45-F48)は5%、統合失調症(F20-F29)は2%、であった。発症要因(契機・健康阻害要因)を職場内要因、職場外要因、個人要因に分けた場合、職場内要因(業務負担、人間関係など)が最大要因と判断する症例が、「不調者」全体に占める割合は50%以上が46%、「不調者」に対する診療において困っている内容は、再発、再休業への対応、職場との連絡・連携が各々27%を占めた。「不調者」への診断書(要休業・復職可能など)発行に際し困っていることは、復職可能の判断根拠が34%、休業期間の目安が23%、診断名の表記方法が17%など。

④ 連絡・連携：主治医→職場

(資料2 図 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37)

主治医から職場へ連絡・連携した症例が「不調者」全体に占める割合は10%未満が62%。主治医から職場へ連絡・連携した目的について、病状・ケアなどに関しては、病状に応じた配属、勤務制限、業務内容などの調整をしたいが44%、休復職に関しては、職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配置、異動の可能性などに関する照会、意見の提言、が35%を占めた。主治医から職場へ連絡・連携の方法は書面が36%、面談が31%。主治医から職場へ連絡・連携の際の同意は必ずとるが77%、主治医から職場へ連絡・連携の際の「不調者」側の費用負担は場合に応じてありが52%、主治医から職場へ連絡・連携の際の職場側の窓口は、産業医もしくは他の産業保健専門職が36%、主治医から職場へ連絡・連携において困っていることは、職場の反応が鈍いもしくは一方的・主治医の意見を無視するなどが45%、記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがわからない・「不調者」に不利となる懸念などが25%を占めた。

⑤ 連絡・連携：職場→主治医

(資料2 図 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52)

職場から主治医へ連絡・連携があった症例が「不調者」全体に占める割合は10%未満が48%、不安定勤務・休業などに関して職場から主治医へ連絡・連携を受けた内容は、主治医が発行した診断書、意見書や病状、ケアの現状、見直しなどへの照会が52%、復職準備・復職後に関して職場から主治医へ連絡・連携を受けた内容は、職場側の受け入れ、特に人事上の

配慮、配属先、異動の可能性などに関する意見、調整の照会が34%、復職可能の診断書、判断、復職準備に関する疑義照会、意見交換が26%を占めた。職場から主治医への連絡・連携の方法は、書面(郵送)が37%、面談が36%。職場から主治医への連絡・連携への応答の際の同意は、必ず取るが73%。職場から主治医への連絡・連携の際の費用負担は、職場負担が37%、「不調者」負担が25%。職場から主治医への連絡・連携の際の職場側の窓口は、配属先上司・同僚が34%、産業医もしくは他の産業保健専門職が33%、人事・総務担当者が31%。職場から主治医への連絡・連携において困ったことは、職場が一方的・主治医の意見を無視するが35%、記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがよくわからない・「不調者」に不利となる懸念が28%。

⑥ 主治医と職場の連携効果を高めるための方策

(資料2 図 53, 54)

今後、日精診が診断書、意見書などの共通書式、連携モデルや、職場が主治医に相談する際の手続きなどを網羅した連携ハンドブックを発行し、主治医、職場双方で活用することは、よいと思うが製作協力はできないが53%、同製作協力をしたいが15%。主治医が職場との連携作業に取り組む対価として、社会保険診療請求に加算(例えば、職域調整料：1回30分以上の職場側との面談、連絡などに対して月2回まで、各500点)を厚生労働省に働きかけていくことは、一部修正も含めて賛成が80%。各職場が主治医との連絡・連携に前向きに取り組んでいくよう、厚生労働省、労働基準監督署、ハローワークなどが職場に働きかけていくことは、賛成が72%。本領域に深い関心を有し、主治医として患者様の心身の回復を図るとともに、職場との調整、連携などを行いながら安定就労を目指して積極的に支援していく医師を「産業メンタルヘルス認定医」として認定、登録、習練していく制度を日精診が立ち上げ、本領域のレベルアップをめざすことは、今はまだわからないが36%、よいと思うので設立後積極的に認定医をめざしたいが28%。

⑦ 「不調者」向けのプログラム

(資料2 図 55, 56, 57, 58, 59)

自院における「不調者」向けプログラムの取り組みは、現在も将来も見込んでいないが65%、デイケア・ショートケア・ナイトケア型を含む各種のプログラム実施が17%。「不調者」向けプログラムの目的は、生活リズムの確保・健康習慣の実践が23%、不調に至った経緯の振り返り・病状の理解、就業に必要な作業力・会話力・コミュニケーション力の改善、勤務先との受け入れ・職場環境調整が各々16~17%、「不調者」のうち、自院のプログラムを実施していないが78%、自院

のプログラムへの参加割合は3割未満が16%。「不調者」のうち、他院のプログラムへの参加について、実施していないが41%、他院へのプログラムへの参加割合は3割未満が56%。

⑧ 障害者雇用について

(資料2 図60, 61, 62, 63, 64)

自院の全ての外来患者の中に障害者雇用で就労中の方の割合は、1割未満が86%。障害者雇用として、精神障害者の雇用が全職場で2018年度から義務化されたことを、知っているのが積極的に取り組んでいきたいが5割、知っているが今後は未定が42%。最近各地に障害者雇用を支援する就労支援センター、就職斡旋会社などに、積極的に協力していきたいが44%、今後は未定が50%。

⑨ 産業医・専門医・嘱託医の経験

(資料2 図65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76)

過去から現在までの通算経験年数(期間制限なし、契約形態を問わない)は、5年以上が49%、過去から現在までに協力した職場の総件数(期間制限なし、単数・複数問わず担当事業所を1件と数える)は、10カ所未満が47%。最近1年間の業務方法は、職場へ訪問を定期的は39%、不定期は16%、職場からの依頼時のみの対応で職場には出向かないが38%。最近1年間の担当事業所の他の産業医(医師)との業務分担ありが42%。事業所へ赴き、産業医業務のために滞在する時間(1事業所当たり、1カ月の平均)は、2時間未満が74%。最近1年間に契約先の従業員(雇用形態を問わない)を主治医として関わった経験は10例未満が78%。今後、産業医業務に取り組む意向ありは47%。

⑩ 自由記載について

(資料2 表5)

「労災業務が大変である」、「職場との連携に要する時間、労力が診療報酬に反映されない状況を改善して欲しい」、「発達障害への対応」、など様々な意見が記述されていた。概して、産業保健への理解、取り組みに問題を抱え困惑している様子が見られた。

D. 考察

① 医療機関としての特徴

本調査の記入者は全国で精神科診療所を運営する医師であり、精神保健指定医、日本精神神経学会専門医資格を有する精神科専門医が大半を占め、設立経過年数は10年以上、診療所の約1/3は院長以外の非常勤医師数1名以上、同じく医師をのぞく全スタッフ数は2～10名が多い。

しかし、診療所の所在地は50万人未満の中小都市と50万人以上の大都市がほぼ半々、日本医師会認定産業

医有資格者は記入者の約半数、非常勤医師の約1/3を占め、これらの地域差、産業医経験の違いによる回答内容への影響について、二次集計で考慮する必要が示唆された。

② 労災認定を受けている「不調者」

最近半年間の労災保険適用患者を有する施設は3割、そのうち症状固定(治癒)していない労災保険適用者を有する施設が4割。

今後3年以内に治癒の見込みがあるのは約半数、症状固定(治癒)していない理由は、症状の重症度、本人の復職意欲、職場の受け入れ・支援体制などが指摘された。

これらの現状からしても、不調者対策の促進は喫緊の課題であり、この解決に向けて効果的な連携は重要なポイントといえる。

③ 「不調者」の診療の現状

「不調者」の臨床診断は気分(感情)障害、不安障害・適応障害・強迫性障害が多くを占め、「不調者」の約半数は発症要因が労災認定条件と重なる職場内要因(業務負担、人間関係など)と判断されていた。

そして、「不調者」に対する診療上の問題点として、再発、再休業への対応、職場との連絡・連携、「不調者」の復職可能の判断根拠、休業期間の目安、診断名の表記方法など、が指摘された。

これらの内容は従来の報告と類似していることから、主治医の未解決課題として注目する必要がある。

④ 連絡・連携：主治医→職場

主治医から職場へ連絡・連携した目的は、病状に応じた配属、勤務制限、業務内容などの調整をしたい、職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配置、異動の可能性などに関する照会、意見の提言などが目立った。

他方、職場の反応が鈍いもしくは一方的・主治医の意見を無視する、記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがわからない、「不調者」に不利となる懸念などの問題点が指摘された。

主治医から職場へ連絡・連携した症例は「不調者」全体の10%未満と低く、以上の問題点の解決により連携頻度が高まるかもしれない。

⑤ 連絡・連携：職場→主治医

職場から主治医への連絡・連携の目的は、主治医が発行した診断書、意見書や病状、ケアの現状、見直しなどへの照会、復職時の職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配属先、異動の可能性などに関する意見、調整の照会、復職可能の診断書、判断、復職準備に関する疑義照会、意見交換などが目立った。

職場から主治医へ、主治医から職場へ、いずれも連絡・連携における問題点として、職場が一方的・主治医の意見を無視する、記入者自身が連絡・連携の方法・

タイミングがよくわからない・「不調者」に不利となる懸念などが共通して指摘された。

職場から主治医へ連絡・連携があった症例が「不調者」全体に占める割合も低く、前項と同様に以上の問題点の解決により連携機会が高まるかもしれない。

⑥ 主治医と職場の連携効果を高めるための方策

今後への期待として、診断書、意見書などの共通書式、連携モデルや、職場が主治医に相談する際の手続きなどを網羅した連携ハンドブックを発行し、主治医、職場双方で活用すること、また、主治医が職場との連携作業に取り組む対価を社会保険診療に求めること、各職場が主治医との連絡・連携に前向きに取り組んでいくよう、行政側から職場に働きかけていくことが多くの支持を集めた。

このうち、連携ハンドブックの活用は本研究の目標と合致していた。

⑦ 「不調者」向けのプログラム

自院における「不調者」向けプログラムの取り組みは未実施が多く、デイケア・ショートケア・ナイトケア型を含む各種のプログラム実施が2割に満たない。そして、「不調者」のうち、他院のプログラムへの参加割合も低く、プログラム実施施設の乏しさが目立った。

⑧ 障害者雇用について

自院の全ての外来患者の中で障害者雇用就労者は1割未満が多い。障害者雇用を支援する就労支援センター、就職斡旋会社などに積極的に協力していきたいが半数にとどまり、この領域への取り組みは今後の課題という現状にある。

⑨ 産業医・専門医・嘱託医の経験

今後産業医業務に取り組む意向あり、過去から現在までの通算経験年数は5年以上、過去から現在までに協力した職場の総件数は10カ所未満、が約半数。

その活動内容は、最近1年間は職場に出向き、担当事業所の他の産業医との業務分担ありが4割程度。事業所滞在時間(1事業所当たり、1カ月の平均)は2時間未満、最近1年間に契約先の従業員を主治医として関わった経験は10例未満が7割、であった。

これらの活動は、産業医経験の乏しい精神科専門医とは大きな差異であり、他方、産業医に熱心に取り組む他科のレベルに匹敵する。然るに、本調査の回答においても大きな影響をもたらすことが示唆される。

第2章：好事例収集調査及び「連携ハンドブック」の編纂

A. 研究目的

「不調者」の一部に療養が長期化し、安定就労が困難となり休職をくりかえす事例が認められている。

この中には、仕事を原因とした精神疾患により労災認定を受けた長期療養者事例も含まれ、最近も増加傾向が続いている。

全国の精神科診療所を対象とした初年度の研究調査によれば、最近半年間に労災保険適用患者を有する施設は3割、今後3年以内に治癒の見込みがあるのは約半数、症状固定(治癒)していない理由として、症状の重症度、本人の復職意欲、職場の受け入れ・支援体制などが指摘され、背景には発症から始まる一連の過程の長期化影響が示唆された。

このような状況を打開するためには、病状の安定化に向けた治療と並行して、職場適応を果たしつつ安定した職業生活を営む、早期の社会復帰の実現をめざした効果的な支援の方策を具体的に明らかにする必要がある。

実際、初年度の調査では、主治医側、職場側が効果的な連携を生み出すスキル、ツールなどのノウハウを双方共有し、活用していくことについて、多くの主治医、産業医ともに賛意を示し、その実現を期待していることが明らかとなった。

そこで、本研究はこれまでの一連の研究の集大成と位置づけ、研究目的を「メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に関わる精神科主治医と職場に有用な連携ハンドブックの作成」とした。

B. 研究方法

「連携効果が認められた好事例」収集プロジェクト」と題して、メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に長年関わってきた精神科主治医、産業医、産業保健専門職、弁護士等に協力を依頼し、回答用紙を配付、回収した。

回答用紙は3部構成で、①回答用紙(I)：回答者のプロフィール(資料1)、②回答用紙(II)：「連携力」についてのアンケート(資料2)、③回答用紙(III)：好事例に関する設問とし、回答は無記名を原則とした(資料3)。

また、別途関連論文の寄稿を依頼、集積した調査回答内容と合わせ、効果的な連携を生み出すノウハウを抽出、最終的には「連携ハンドブック」の編纂に活用した。

1. 回答用紙(I)：回答者のプロフィール

1.1 回答者のプロフィール

設問は、①回答記入年月日、②年齢階層、③性別、④住居地、⑤資格、⑥主治医としての診療実務、⑦主治医としての標榜科目、⑧臨床医の通算経験年数、⑨産業医としての実務、⑩産業医業務の通算経験年数、⑪日本医師会会員の有無、の11項目。

1.2 回答者の要件

回答者の要件として、以下の要件を満たしていることとした。

「主治医」とは、①不調者本人のメンタルヘルス不調問題に直接関わり、②薬物療法、精神療法などの診療を担当している医師と定義した。

「産業医」とは、①労働安全衛生規則第14条第2項に定められた産業医要件を満たす医師、②職名(産業医、嘱託医等)や労基署への産業医登録の有無によらず、当該の職場と契約して、③不調者本人や担当者と直接関わり、④休職、復職等の判断、指示、方針決定、就業上の配慮等の業務に取り組んでいる医師と定義した。

「産業保健専門職」とは、①保健師、看護師、公認心理師等の有資格者、もしくは当該の職場と契約した人事専門職、②不調者本人や担当者等と直接関わり、③休職、復職等の判断、指示、方針決定、就業上の配慮等の業務に直接もしくは間接的に取り組んでいると定義した。

2. 回答用紙(Ⅱ)：「連携力」についてのアンケート

2.1 「連携力」について

連携効果を高めていく一助として、主治医も産業医も「連携」を円滑に進めていくための力量、すなわち「連携力」を備えることが重要との指摘がある。そこで、「連携力」の内容についての重要度評価を求めた。

2.2 評価項目

①主治医・産業医に共通な要素として4項目、②主治医に必要な連携力として4項目、③産業医(産業保健専門職)に必要な連携力として5項目、④その他、計14項目とした。

3. 回答用紙(Ⅲ)：「好事例」に関する設問

本回答用紙の設問は大きく3部で構成し、①連携のパターン、②「好事例」のプロフィール、③「好事例」における連携の実際、とした。

3.1 「好事例」の要件

「好事例」として選択する要件は以下の通りとした。過去5年以内の自験例から最大3事例を選択、不調者本人の病状回復、安定就労の実現にあたり、それらの一部もしくは全体に対し、「連携」が寄与した事例であり、他の産業医、主治医に参考となる内容を含んでいると判断した事例を「好事例」と定義した。

3.2 「好事例」のプロフィール

設問は、①性別、②年齢階層、③婚姻状況、*職歴として：④業種、⑤職務内容、⑥雇用状況、⑦障害者雇用該当、*病歴として：⑧精神および行動面の障害による休職(1カ月以上)回数、⑨精神および行動面の障害以外による休職(1カ月以上)回数、⑩連携前の治療歴、⑪診断名、の計10項目とした。

3.3 連携のパターン

連携の始点により、3パターンを区別した。①主治医から産業医への連携：例えば、復職時に職場で配慮して欲しい事柄を依頼するべく連携し、復職時に不調者本人に好都合な職場環境が実現し、安定就労に至った例。②産業医から主治医への連携：例えば、体調不良で不安定就労の従業員が休業に応じないため、不調者本人の同意を得て主治医へ職場の心配と現状を伝え、主治医が休業を勧奨して休業が実現した例。③産業医と職場内の関係者との連携：例えば、不調者本人に関わる上司、人事、産業医、産業保健スタッフが情報収集、情報共有、役割分担などを円滑に行うために定期的に会議を開催する例、とした。

3.4 「好事例」における連携の実際

設問は、①連携開始のタイミング、②連携の目的、③連携の具体的手順、内容、④連携の準備、⑤連携の頻度、⑥連携に活用したツール、⑦連携の手段、⑧本人の同意、⑨連携に要した費用負担、⑩連携に関わるリスク、⑪連携後の本人の変化、⑫連携後の職場側の変化、⑬連携後の主治医側の変化、⑭連携の具体的な成果、⑮本事例を好事例とした最大の根拠、⑯その他のコメント、の計16項目とした。

4. 関連論文の執筆依頼

本研究に関連の深いテーマを取り上げた先行研究2件、法務面の留意点に関して1件、折しも新たな脅威となった新型コロナウイルスによる影響に関連してテレワークの労働環境、労働衛生上の問題点1件、計4件の論文を集積した。

5. 主治医と産業医のためのハンドブックの試作

本研究で集積された各種データ、論文等に基づき、連携の実務において役立つハンドブックの試作をめざした。

(倫理面への配慮)

本研究は、2020年5月著者が在籍する医療法人社団桜メデイスン内に設置された倫理委員会の承認を得た。なお、疫学研究に関する倫理指針(文科省・厚労省)の適用範囲③に該当し、本指針の対象とはならない。

C. 研究結果

1. 回答者のプロフィール：表1

1.1 回答状況

2020年11月に全121名に回答用紙を発送し、2021年1月にかけて回収した。有効回答は全38通(回答率は31.4%であった)。

1.2 回答者の内訳

全回答者を専門性の内容に応じて2群に区分した。精神科専門医として診療に従事し、かつ産業医としてのキャリアを有し、引き続き双方の業務に従事中の要

件を満たす回答者をA群：精神科医・産業医は19名、B群：その他の医師・産業保健専門職は19名、両群ともに男性が大半を占めたが、年齢階層の比較ではA群は50から60歳代、B群は30歳代に最大値が認められた。住居地はA群は全国にばらつき、B群は関東、関西に集中していた。

また、専門職経験の平均年数について両群を比較すると、産業保健経験年数はA群は17.0年、B群は10.2年、臨床医経験年数はA群は28.2年、B群は16.6年と隔たりが認められた。産業保健専門職種ではA群は非常勤産業医が大半だが、B群の半数は非常勤産業医、残りは常勤産業医、医師以外の専門職が占めた。日本医師会会員の占める割合はA群は63.2%、B群は60.0%と近似していた。

2. 「連携力」についてのアンケート：表2

「連携力」、すなわち、効果的な「連携」を実現するために主治医及び産業医に必須なスキルを14項目について、①必須である、② 必要な場合がある、③あまり必要でない、④ わからない、の4択から、①必須である、を選択した回答率を比較した。

全項目のうち5割以上の高回答率を得た項目は、A群は13項目、B群は7項目と差異が目立った。両群合わせた高回答率12項目の順位は次のとおりであった。

2.1 主治医・産業医に共通な要素

①本人の主観的判断と、周囲の客観的判断を参考としながら取り組む、②病状の背景にある、業務上要因、業務外要因、個人要因を見極めていく、③常にメンタルヘルスの視点を重視する、④治療と就労の両立支援の観点から、産業医と主治医等との連携に取り組む。

2.2 主治医に必要な連携力の内容

①本人と合意形成しつつ診療に取り組む、②産業保健関連諸制度・規則等の動向に注目し研鑽を積む、③本人の所属職場の就業規則、休業時の対応等について情報収集する。

2.3 産業医に必要な連携力の内容

①合理的配慮、安全配慮を重視する、②職場内連携(上司、人事、他の関係者らとの共同支援)を基本とする、③本人の業務の力量・体調に配慮した3管理(作業、作業環境、健康)、業務環境調整を行う、④職場環境の改善、ひいては、組織運営の向上を考慮した支援をめざす、⑤精神科医療、制度への関心を高め理解を深める。

3. 「好事例」に関する設問

3.1 好事例の内訳：表3-1・表3-2

回収された好事例全49例の内訳は、回答者群(上記のA群・B群)、連携のパターン(連携の始時点による3区分)、連携時期(連携開始のタイミングの3区分)の3軸により分類した。

3.1.1 回答者群

好事例を提出した回答者で分類すると、A群：精神科医・産業医から27件で、B群：その他の医師・産業保健専門職から22件を上回った。

3.1.2 連携パターン

主治医から産業医への連携は16件、産業医から主治医への連携は19件と最多、産業医と職場内の関係者との連携は14件で、ほぼ均等な割合であった。

3.1.3 連携開始のタイミング

連携開始時期による分類では、不安定就労期は16件、休業期は20件と最多、復職期は13件であった。

3.2 好事例のプロフィール：医療情報(表4)

3.2.1 性別

全体では男性が8割を占めた。連携のパターン、タイミング別にも同様の傾向が認められた。

3.2.2 年齢階層

全体では30歳代、40歳代、60歳代に頻度が高く、連携のパターン、タイミング別にも同様の傾向が認められた。

3.2.3 診断分類

全体ではF30-F39 気分[感情]障害が半数近く、次いでF40-F48 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が約3割を占めた。産業医から主治医への連携分、休業期分では気分障害群が神経症性障害群の2倍を占めた。その他はF10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害、F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、F80-F89 心理的発達の障害、F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害がほぼ同数を占めた。

3.2.4 連携前の治療歴

全体では、無しが3割強、主治医から産業医への連携分、不安定就労期、休業期分の多数を占めた。他方、3年以上は職場内連携分、復職期分で最多を占めた。

3.2.5 連携前の休職歴

休職(1カ月以上)回数は、精神および行動面の障害による場合、1~2回が6割、不安定就労期分では無しが最多を占めた。精神および行動面の障害以外による件数は無しが9割を占めた。

3.3 好事例のプロフィール：職務情報(表5)

業種については、製造業が4割、情報通信、卸売・小売業、サービス業が続く。職務内容は、専門・技術が5割、事務、販売が続く。雇用状況については、正社員・一般職が8割、正社員・管理職が1割。障害者雇用の該当件数は1割に留まった。

4. 「好事例」における連携の特徴：表6・表7

全49事例の回答は連携過程に関する14項目の回答で構成され、個別回答の総数は686個であった。

そこで、好事例3例を見本として、また「好事例とした最大の根拠」については全例の回答要旨をそれぞれ表6、表7に示した。

また、上記の好事例のプロフィール解析を踏まえ、連携作業の条件設定を一致して比較することが必要と判断し、連携内容に関する設問の15項目(連携のタイミングについては既述)を連携開始時期(不安定就労期、休業期、復職期)により区分、さらに各期別に連携の始終点による3パターン別(主治医から産業医への連携、産業医から主治医への連携、産業医と職場内の関係者との連携)に区分、計9区分に分類し、計13枚の表にまとめ比較検討した(表8, 9, 10, 11, 12 参照)。

各回答が記述回答であることから、休業期、産業医から主治医への連携、の回答2例を選択して以下に例示した。

4.1 本事例を好事例とした最大の根拠

- ①産業医も精神科診療に関して詳しいため治療転機のタイミングを判断、その後の主治医との連携が社内調整にも良い影響を及ぼした。
- ②病状悪化時に機会を逃さず、本人を説得して適切な療養につなげたこと。

4.2 連携の目的

- ①産業医が、転医を希望したため。治療方針としての薬剤調整やリワーク等について、別の主治医に依頼した
- ②服薬治療の開始と休職要否の判断。休職となり回復した場合は心理療法を追加し、復職準備性を高めること。

4.3 連携後の本人の変化

- ①当該職員と産業医との関係性が良い状況となった
- ②服薬治療と休職を受け入れ、リワーク受講、復職。思うに任せない現実を受け入れた。

4.4 連携後の職場側の変化

- ①産業医、安全衛生(健康管理)側が、信頼感を抱ける主治医の調整が行われる。
- ②休職前は本人任せが、復職後は産業医面談終了時に上司が同席して情報共有する。

4.5 連携後の主治医側の変化

- ①双極性障害のため、今後も長い治療と連携が必要だと考えた。
- ②産業医との信頼関係が向上した。

4.6 連携の具体的成果

- ①障がい者職業センターのリワーク支援を活用し復帰後も治療、就労継続。
- ②休職による病状の回復、主治医の後押しによるリワーク利用でストレス耐性を向上できた。

4.7 連携の具体的手順、内容

- ①事業場保健師が同行して、主治医を受診した。

- ②本人承諾を得たうえで、産業医からの紹介状で概要と要望を主治医に伝えた。

4.8 連携の準備

- ①診療情報提供書と、受診(初診)日等の調整。
- ②連携に前向きでない本人への必要性の丁寧な説明

4.9 連携の頻度

- ①リワークでの検討等を含めると、複数回
- ②1往復。

4.10 連携に活用したツール

- ①診療情報提供書と、保健師が同行して主治医に説明。
- ②書面および本人による伝言。

4.11 連携の手段

- ①書面、診療情報提供書
- ②書面

4.12 本人の同意

- ①産業医から、信頼のある専門医の下での治療が必要と説明され、同意があった。
- ②趣旨を説明して同意を得た。書面の記載内容を確認の上で診察時に持参させた。

4.13 連携に要した費用負担

- ①診療報酬の範囲。
- ②診断書は個人負担である。

4.14 連携に関わるリスク

- ①リスクというよりもむしろ(主治医側の)責任感として、双極性障害のため、今後も長い治療と連携が必要だと考えた。
- ②主治医から否定的な意見が出ることで本人の産業医に対する信用が低下するリスク。主治医も同意してくれたため杞憂に終わった。

4.15 その他のコメント

- ①アルコール問題があるが内科受診しているケースは存在する。内科だけでなく、精神科につなげる理解を本人及び内科医に得る連携が必要。その場合の話の中心は事例性となる。アルコール関連障害を扱う精神科医は極めて多忙であることが多く、その状況を理解していかに適切に情報提供を行い、信頼関係を作るのが重要
- ②主治医の選択を間違えないようにした方がいい。

5. 関連論文の執筆依頼

以下の寄稿論文を受理した、

- ① 小山文彦著：メンタルヘルス不調者をめぐる治療と職業生活の両立支援の視点から
- ② 福田真也著：働く人のこころのケア・ガイドブック会社を休むときのQ&A
- ③ 佐久間大輔著：精神科主治医と職域との連携に関わる法務上の留意点
- ④ 井上彰臣著：テレワークの実施に際して懸念される労働者への健康影響

6. 主治医と産業医のためのハンドブックの試作 次項の考察にて取り上げる。

D. 考察

1. 回答者のプロフィール

今回の調査の有効回答率は31.4%であった。全回答者の専門性により、A群：精神科医・産業医とB群：その他の医師・産業保健専門職に区分して分析を進めた。A群は50から60歳代、B群は30歳代に最大値が認められ、住居地はA群は全国にばらつき、B群は関東、関西に集中するなど、年齢、住居地などの点においても異なった特徴を有していた。

そして、専門職経験について両群を比較すると、産業保健経験年数、臨床医経験年数はともにA群はB群より長く、産業保健専門職種ではA群を非常勤産業医が占め、B群を非常勤産業医、残りは常勤産業医、医師以外の専門職が占めるなどの差異が認められた。

他方、専門性のルーツの違いが反映されている両群ながら、上記の結果から本研究の目的達成に必要な専門家としての業務経験は十分に備えていると判断した。

2. 「連携力」に必要な要素

効果的な連携を実現するために、主治医及び産業医にはどのようなスキル、力量を備える必要があるのか。

これは、効果的な連携を行った実績と豊富な業務経験を有する専門家から得られた最大公約数的見解として明らかにされると考えられた。

提示された全項目のうち高い支持を得た項目は、A群は13項目、B群は7項目と差異が目立った。

このことは端的に両群間の立場の違い、連携概念の違い、ひいては連携作業における力点の違いなどを示唆しているかもしれない。

そこで、必要な連携力として、両群に共通して選択された項目を、主治医、産業医別に整理すると以下の通りとなった。

2.1 主治医に必要な連携力の内容

①本人の主観的判断と、周囲の客観的判断を参考としながら取り組む、②病状の背景にある、業務上要因、業務外要因、個人要因を見極めていく、③常にメンタルヘルスの視点を重視する、④治療と就労の両立支援の観点から、産業医と主治医等との連携に取り組む。⑤本人と合意形成しつつ診療に取り組む、⑥産業保健関連諸制度・規則等の動向に注目し研鑽を積む、⑦本人の所属職場の就業規則、休業時の対応等について情報収集する。

2.2 産業医に必要な連携力の内容

①本人の主観的判断と、周囲の客観的判断を参考としながら取り組む、②病状の背景にある、業務上要因、業務外要因、個人要因を見極めていく、③常にメンタ

ルヘルスの視点を重視する、④治療と就労の両立支援の観点から、産業医と主治医等との連携に取り組む。⑤合理的配慮、安全配慮を重視する、⑥職場内連携(上司、人事、他の関係者らとの共同支援)を基本とする、⑦本人の業務の力量・体調に配慮した3管理(作業、作業環境、健康)、業務環境調整を行う、⑧職場環境の改善、ひいては、組織運営の向上を考慮した支援をめざす、⑨精神科医療、制度への関心を高め理解を深める。

今後もこれらのノウハウをめぐって、さらに充実した力量を育てていく研鑽の機会を確保していくことが課題である。

3. 「好事例」のプロフィール

好事例の内訳は、連携開始のタイミングの3区分、連携のパターン(連携の始終点)による3区分、の2軸により分類したが各群の頻度には大きな偏りは認められなかった。

また、好事例を提出した回答者は、A群：精神科医・産業医が、B群：その他の医師・産業保健専門職を上回った。

医療情報を概括すると、全体では男性が8割を占め、年齢階層は30歳代、40歳代、60歳代に頻度が高く、診断分類全体ではF30-F39 気分[感情]障害とF40-F48 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が大半を占めた。産業医から主治医への連携分、休業期分では気分障害群が神経症性障害群の2倍を占めた。

連携前の治療歴は、無しが3割強、主治医から産業医への連携分、不安定就労期、休業期分の多数を占めた。他方、3年以上は職場内連携分、復職期分で最多を占めた。

連携前の精神および行動面の障害による休職は1~2回が6割、不安定就労期分では無しが最多を占めた。

職務情報では、業種については製造業、情報通信、卸売・小売業、サービス業が、職務内容は専門・技術、事務、販売が、雇用状況は正社員・一般職が多数を占めた。

以上から、回収した好事例のプロフィールには、主治医や産業医が日常的に遭遇する可能性が高い状況が網羅されている傾向が認められた。

したがって、データとしての活用においては、連携のパターンX連携のタイミング別に9区分し、診断分類を付与した形式で記述回答を整理し、その他のプロフィール要因を除外して記述回答の好事例間の比較が可能となるよう配慮した。

4. 「好事例」における連携過程の分析

まず、各項目の記述内容の要旨を概括する。

4.1 本事例を好事例とした最大の根拠

連携により、主治医、産業医、職場などの関係者間で情報共有が実現し、不安定就労、休業から安定就労への展開、治療へのプラス効果などへとつながった点への指摘など。

4.2 連携の目的

主治医からは休業期から復職期における職場による就労再開後の支援、産業医からは不安定就労期の休業入りへの主治医の理解と支援など、各ステージに典型的な問題解決を目指す内容など。

4.3 連携後の本人の変化

主治医、産業医との関係性、現実感が改善した事例が多いなど。

4.4 連携後の職場側の変化

職場内の産業医、安全衛生（健康管理）側が、信頼感を増し、主治医との調整への能動性が高まるなど。

4.5 連携後の主治医側の変化

治療と職場連携の双方が必要だと考え、産業医との信頼関係が向上したなど。

4.6 連携の具体的成果

就労再開後の安定就労の達成、早期の治療導入、事業場外資源のアクセスと協力、本人の気づきの達成など。

4.7 連携の具体的手順、内容

本人承諾を得たうえで、主治医、産業医から書面で概要と要望を産業医、主治医に伝える、事業場保健師が同行して、主治医を受診など。

4.8 連携の準備

診療情報提供書作成、受診（初診）日等の調整、連携に前向きでない本人への丁寧な説明など。

4.9 連携の頻度

1往復から複数回までばらつきがあるが、多くは数回以内であり、連携効果は頻度よりも連携情報、やり取りの質が重要であることが示唆された。

4.10 連携に活用したツール

本人による伝言、診療情報提供書、保健師が同行して主治医に説明など。

4.11 連携の手段

書面、診療情報提供書、電話など。

4.12 本人の同意

十分丁寧な説明、書面の記載内容を確認の上で本人の同意を得ることは大変重要である。

4.13 連携に要した費用負担

主治医は診療報酬の範囲が多く、診断書は個人負担であるなど。

4.14 連携に関わるリスク

相手先から否定的な意見が出ること、本人の立場が悪くなるなどのリスクを想定するなど。

4.15 その他のコメント

アルコール問題については事例性の観点から、本人及び内科医と精神科医との連携が必要。多忙な精神科医は、その状況を理解して適切に情報提供を行い、信頼関係を作ることが重要であるなど。

5. 関連テーマに関する寄稿論文

受理した論文のうち、① 小山文彦著：メンタルヘルス不調者をめぐる治療と職業生活の両立支援の視点から、及び② 福田真也著：働く人のこころのケア・ガイドブック-会社を休むときのQ&A、は連携問題にこれまで積極的に関わり、自著、論文を発表してきた著者の書下ろしで、豊富な経験知を提供していた。また、③ 佐久間大輔著：精神科主治医と職域との連携に関わる法務上の留意点は、主治医、産業医が理解しておくべき法務面のノウハウを解説しており、連携ハンドブックに収載した。さらに、④ 井上彰臣著：テレワークの実施に際して懸念される労働者への健康影響は、近い将来顕在化する可能性を秘めた論点を含んでいた。今回の研究課題に近い、⑤ 自著メンタル労災を防ぐために精神科医のできることは何か、を追加した。

6. 主治医と産業医のための連携ハンドブック

上記の資料並びに先行研究の成果を活用して、ハンドブックを試作した。タイトルと全体構成は以下の通り。

タイトル：メンタルヘルス不調者の就労支援のための精神科主治医と職場の「連携」ハンドブック

本書は3部で構成し、精神科主治医、産業医が「連携」への具体的な概念、フロー、留意点などを理解、学習し実務に活かすことを念頭に編集した。

第1部 基礎編 「連携」の背景から「連携力」まで

総論的にメンタルヘルス不調者をめぐる動向、休復職支援に関わる主治医と産業医の現状に触れる。他方、働き方改革で強調された治療と就労の両立支援の概念とそこに盛り込まれた「連携」の重要性、そして、「連携する」意義と「連携しない」リスク。さらに、本書の作成の契機となった「好事例収集プロジェクト」研究を概説した。そして、第1部のまとめとして、主治医・産業医に必要な効果的な連携のための「連携力」を取り上げた。「好事例収集プロジェクト」に回答を寄せた専門家が選択した「連携力」とは、すなわち、効果的な「連携」を実現するために主治医及び産業医に必須なスキルである。

第2部 実践編 好事例から学ぶ「連携」の実際

ここでは、不調者の就労支援に長年取り組んできた専門家から収集した「好事例を中心に取り上げる。最初に連携の取り組みを具体的に理解するために、不安定就労期・休業期・復職期別に並べ、「連携」のチェックポイントとして、好事例とした根拠/連携の目的/連携後の本人の変化/連携後の職場側の変化/連携後の

主治医側の変化/連携の具体的成果/連携の具体的手順/連携の準備/連携の頻度/連携に活用したツール/連携の手段/本人の同意/連携に要した費用負担/連携に関わるリスク/その他のコメント、に区分して好事例から連携の典型例3例を紹介した。

最後に、主治医から産業医へ、産業医から主治医へ、産業医から職場内関係者への3パターン別、不安定就労期・休業期・復職期のタイミング別、さらにチェックポイント別に区分して、条件、要素別比較から、好事例における連携プロセスの特徴を理解できるように編集した。

第3部 資料編では、収集資料、文献等の参考資料を収載した。

今後は、当初の目的に照らし、不調者の就労支援に関わる専門家間で共有し、かつ、ノウハウを具体的に習得、実践して育てていく研鑽の機会を確保していく必要がある。

E. 第3章 総括と結論

本研究では最初に、「不調者」とその職場への精神科主治医の対応状況を把握する目的で全61項目の自記式質問紙を作成し、全国の精神科診療所へ発送、回収された回答について、自由記載を含む選択式回答項目の集計、分析を実施した。

本調査の記入者は全国で精神科診療所を運営する精神科専門医が大半を占めた。「不調者」の臨床診断は気分(感情)障害、不安障害・適応障害・強迫性障害が多くを占め、約半数は発症要因が労災認定条件と重なる職場内要因と判断されていた。診療上の問題点として、再発、再休業への対応、職場との連絡・連携、「不調者」の復職可能の判断根拠、休業期間の目安、診断名の表記方法などが指摘された。

そして、最近半年間に労災保険適用患者を有する施設は3割、今後3年以内に治癒の見込みがあるのは約半数、症状固定(治癒)していない理由は、症状の重症度、本人の復職意欲、職場の受け入れ・支援体制などが指摘された。

さらに、主治医から職場への連携目的は、病状に応じた配属、勤務制限、業務内容などの調整をしたい、など。職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配置、異動の可能性などに関する照会、意見の提言などが目立った。職場から主治医への連携目的は、診断書、意見書の病状、ケアの見通しなどへの照会、復職時の職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配属先、異動の可能性などに関する意見、調整の照会、復職可能の診断書、判断、復職準備に関する疑義照会、意見交換などが目立った。連絡・連携における問題点として、職場が一方的・主治医の意見を無視する、記入者自身が

連絡・連携の方法・タイミングがよくわからない・「不調者」に不利となる懸念などが共通して指摘された。

回答者の半数が今後も産業医業務に取り組む意向である。今後への期待として連携ハンドブックを発行し、主治医、職場双方で活用することが多くの支持を集め、本研究の目標と合致していた。

次いで、第1の研究成果を踏まえ、第2のテーマは、「メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に関わる精神科主治医と職場に有用な連携ハンドブックの作成」とした。2015年以降の一連の研究の集大成と位置づけた。

この内容の具体的な根拠を得べく、全国の専門家から連携効果が認められた好事例を集積した。回答者は本研究の目的達成に必要な業務経験を十分に備えていると判断した。

試作した連携ハンドブックは全59頁で、第1部は基礎編「連携」の背景から「連携力」まで、第2部は実践編「好事例から学ぶ「連携」の実際」として、好事例を不安定就労期・休業期・復職期別に並べ、好事例とした根拠から連携に関わるリスクまで、好事例における連携プロセスの特徴を理解できるように編集した。

今後は、当初の目的を踏まえ、不調者の就労支援に関わる専門家間で共有し、かつ、ノウハウを具体的に習得、実践してレベルアップを図り、内容をさらに充実していく必要がある。

参考文献

1. ストレスチェック制度の実施から見えてきたことー精神科医の立場から
産業精神保健 単 25 (特別号) :141-145 2017
産業精神保健学会
2. 仕事のストレスと自殺対策
日精診ジャーナル 共 42 (4) :571-625 2017
日本精神神経科診療所協会
3. これからの職場のメンタルヘルス不調者対策を
考えるー精神科臨床医・産業医の経験をふりかえ
ってー
産業ストレス研究 (Job Stress Res.) 単 24 :
59-67 2017 日本産業ストレス学会
4. ストレスチェック時代の職場環境改善への取
組みをめぐってー集団分析の活かし方と留意点
ー
産業ストレス研究 (Job Stress Res.) 単 24 :
105-109 2017 日本産業ストレス学会
5. 職場のメンタルヘルス不調者への対応ー力動的理
解と精神療法的アプローチの効用
精神医療からみたわが国の特徴と問題点(外来精
神科診療シリーズ) 単 98-104 2017 中山書店

6. メンタル労災を防ぐために精神科医ができること
メンタルクリニックのこれからを考える(外来精神科診療シリーズ) 単 121-125 2018 中山書店
7. 精神・発達障害者の就労支援を担う産業保健スタッフに必要な教育研修アイテム
産業精神保健 単 26(3) : 219-226 2018 産業精神保健学会
8. 関係性づくりは基礎工事が大切
安全スタッフ 単 2316:32-33 2018 労働新聞社
9. 長期療養・休復職事例における主治医及び産業医の休復職判断要件に関する研究
厚労省平成 28-29 年度「精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆに係る臨床研究」研究報告書 共 181-231 2018 厚生労働省
10. メンタルヘルス不調者の事例性と疾病性の形成過程と相互関連性に関する分析的研究
厚労省平成 27-29 年度「職場におけるメンタルヘルス不調者の事例性に着目した支援方策に関する研究」研究報告書 単 165-301 2018 厚生労働省
11. 安定就労につながる休復職支援とは～産業医・主治医の関わり方の大切なポイント～
外来精神医療 単 29(1) : 29-33 2019 日本外来精神医療学会
12. 精神疾患を有する長期療養事例の休復職過程における問題点と解決への方策～精神科産業医・主治医によるフォローアップ調査から～ 産業精神保健 共 27 (3) 2019 産業精神保健学会
13. 社会脳(Social Brain)研究の視点からみた職場適応支援のあり方
日社精医誌, 29 : 67-74, 2020 日本社会精神医学会
14. 職場のメンタルヘルス対策に関わる専門職の連携力をめぐって～効果的な連携に役立つセンスとスキルとは～
産業ストレス研究、共 27(4), 429-432(2020) 日本産業ストレス学会
15. 就労支援に効果的な職場内・職場外連携をめざして
産業精神保健 28 (3) : 217-224, 2020 産業精神保健学会
- F. 健康危険情報 (非該当)
- G. 研究発表
1. 論文発表 なし
 2. 学会発表
2020年6月 第116回日本精神神経学会
- H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。) なし。
1. 特許取得 非該当
 2. 実用新案登録 非該当
 3. その他 なし。

労災疾病臨床研究事業費補助金

(分担)総括研究報告書

メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に効果的な
精神科主治医と職場との連携技法の実用化研究

研究分担者: 神山 昭男 (有楽町桜クリニック院長)

第1章

資料 1 (調査用紙)

資料 2 (図表)

***** 回答用紙 記入後、全4枚、裏表で全8ページ返送してください *****

下記を回答前に必ず読んで、□に確認済みの【レ】を入れてください

□1 職場のメンタルヘルス不調者（以下「不調者」と略します）とは、

- ① 通院中の外来患者様で、② 職場に在籍（勤務形態を問わず）、もしくは、労災認定を受けている(いた)、
③ 病状に関連して、過去もしくは現在、不安定勤務（＝同月中に5日以上の欠勤をくりかえすなど）や
休業した（ている）、もしくは今後勤務への影響が懸念される方、です

□2 設問には主治医の立場で、無記名式で回答してください。

□3 記入日からさかのぼって過去1カ月以内をメドとして回答してください。（一部に最近1年間の設問があります）

□4 設問は回答欄の該当項目に○印を1つ（「複数選択可」と書かれた設問以外）、もしくは直接回答を記述してください。

□6 誤って記入した場合は横線を2本引いてください。不明な点は欄外に記入してください。

□7 記入後、4枚(全8ページ)の回答用紙を、12月10日(火)までに、事務局必着で返送してください。

以下 設問です。

A. 記入者の属性

1. 記入者の年齢階層

- ① 20歳台 ② 30歳台 ③ 40歳台 ④ 50歳台 ⑤ 60歳台 ⑥ 70歳台以降

2. 記入者の性別 ① 男性 ② 女性

3. 記入月日 _____月_____日

B. 医療機関としての特徴

4. 記入者の診療所所在地 都道府県名 _____ 都道府県

5. 記入者の所属先診療所の市区町村の人口

- ① 10万人未満 ② 10万人～50万人 ③ 50万人～100万人未満 ④ 100万人以上

6. 記入者の所属先診療所の設立経過年数

- ① 1年未満 ② 1年～5年 ③ 5年～10年 ④ 10年以上

7. 記入者の精神保健指定医資格の有無

- ① 現在あり ② 過去にあったが今はない ③ 将来取得したい ④ 過去も現在もない、将来も取得しない

8. 記入者の日本精神神経学会専門医資格の有無

- ① 現在あり ② 過去にあったが今はない ③ 将来取得したい ④ 過去も現在もない、将来も取得しない

9. 記入者の日本医師会認定産業医資格の有無

- ① 現在あり ② 過去にあったが今はない ③ 将来取得したい ④ 過去も現在もない、将来も取得しない

10. 記入者の所属先診療所の院長以外の常勤医師数

- ① 0名 ② 1名 ③ 2名 ④ 3名以上

11. 記入者の所属先診療所の非常勤医師数

- ① 0名 ② 1名 ③ 2名 ④ 3名以上

12. 記入者の所属先診療所医師（常勤・非常勤問わず）の日本医師会認定産業医有資格者数

- ① 0名 ② 1名 ③ 2名 ④ 3名以上

13. 記入者の所属先診療所の医師をのぞく全スタッフ数（勤務形態を問わず、受付、診療補助などを含む）

- ① 1名 ② 2名以上、10名未満 ③ 10名以上、20名未満 ④ 20名以上

C. 「不調者」の診療の現状

（注「不調者」とは、①通院中の外来患者様で、②職場に在籍し（勤務形態を問わず）職場に在籍（勤務形態を問わず）、もしくは、労災認定を受けている（いた）、③病状に関連して過去もしくは現在、不安定勤務（＝同月中に5日以上の欠勤をくりかえすなど）や休業した（ている）、もしくは今後勤務への影響が懸念される方、です。

14. 「不調者」が診療患者全体に占める割合（％）

- ① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

15. 「不調者」の臨床診断上の主病名に占める不安障害・適応障害・強迫性障害（F40-F44）の割合（％）

- ① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

16. 「不調者」の臨床診断上の主病名に占める身体表現性障害（F45-F48）の割合（％）

- ① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

17. 「不調者」の臨床診断上の主病名に占める気分（感情）障害（F30-F39）の割合（％）

- ① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

18. 「不調者」の臨床診断上の主病名に占める統合失調症（F20-F29）の割合（％）

- ① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

19. 「不調者」の臨床診断上の主病名に占める心理的発達障害（F80-F89）の割合（％）

- ① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

20. 発症要因（契機・健康阻害要因）を職場内要因、職場外要因、個人要因に分けた場合、職場内要因（業務負担、人間関係など）が最大要因と判断する症例が、「不調者」全体に占める割合（％）

- ① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

21. 「不調者」に対する診療において困っている内容（複数選択可）

- ① 十分な時間がとれない ② 診断、治療方針の決定、進め方など ③ 再発、再休業への対応など
④ 業務上の力量低下への対応 ⑤ 職場との連絡・連携など ⑥ ない ⑦ その他（具体的に： ）

22. 「不調者」への診断書（要休業・復職可能など）発行に際し困っていること（複数選択可）

- ① あり（診断名の表記方法） ② あり（休業期間の目安） ③ あり（復職可能の判断根拠） ④ ない
⑤ その他（具体的に： ）

D. 連絡・連携：主治医 → 職場

23. 主治医から職場へ連絡・連携した症例が、「不調者」全体に占める割合 (%)

- ① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

24. 病状・ケアなどに関して主治医から職場へ連絡・連携した目的（複数の症例について、複数回答可）

- ① 就業中の職場内の行動、気がかり、上司の対応ぶり、職場の見方などの情報提供依頼・照会
② 主治医から発行する診断書、意見書などに関する照会
③ 労災該当の可能性があるので職場の状況を把握したい
④ 病状に応じた配属、勤務制限、業務内容などの調整をしたい
⑤ その他（具体的に： _____）

25. 休復職に関して主治医から職場へ連絡・連携した目的（複数の症例について、複数回答可）

- ① 休業期間、条件など就業規則、賃金支払い、傷病手当金などに関する照会
② 職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配置、異動の可能性などに関する照会、意見の提言
③ 職場側の受け入れ、特に産業医、上司などに就業上の配慮事項 病状理解などに関する照会、意見の提言
④ 休業許可期間満了間際の復職の条件、機会、職場の対処方針など
⑤ その他（具体的に： _____）

26. 主治医から職場へ連絡・連携の方法（複数の症例について、複数回答可）

- ① 面談 ② 書面（郵送） ③ 書面（ファクス） ④ 書面（メール） ⑤ 電話
⑥ その他（具体的に： _____）

27. 主治医から職場へ連絡・連携の際の同意（複数の症例について、複数回答可）

- ① 必ずとる ② 場合に応じてとる ③ とっていない ④ その他（具体的に： _____）

28. 主治医から職場へ連絡・連携の際の「不調者」側の費用負担（複数の症例について、複数回答可）

- ① 必ずある ② 場合に応じてあり ③ 全くない ④ その他（具体的に： _____）

29. 主治医から職場へ連絡・連携の際の職場側の窓口（複数の症例について、複数回答可）

- ① 人事・総務担当者 ② 配属先上司・同僚 ③ 産業医・もしくは他の産業保健専門職
④ 外部コンサルタント（弁護士・社会保険労務士など） ⑤ その他（具体的に： _____）

30. 主治医から職場へ連絡・連携において困っていること（複数の症例について、複数回答可）

- ① ある（不調者自身が連絡に同意しない） ② ある（職場の反応が鈍いもしくは一方的・主治医の意見を無視するなど）
③ ある（記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがわからない・不調者に不利となる懸念など）
④ ない ⑤ その他（具体的に： _____）

E. 連絡・連携：職場 → 主治医

31. 職場から主治医へ連絡・連携があった症例が、「不調者」全体に占める割合 (%)

- ① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

32. 不安定勤務・休業などに関して職場から主治医へ連絡・連携を受けた内容 (複数の症例について、複数回答可)

- ① 就業中だが居眠り、離席が多い、業務成績が低いなどの労務上の問題点への疑義照会
② 不安定勤務だが不調者が休業、もしくは受診に同意しない場合の対処
③ 主治医が発行した診断書、意見書や病状、ケアの現状、見直しなどへの照会
④ 休業中だが療養に専念できていないよううかがえる場合の対処 ⑤ その他 (具体的に：)

33. 復職準備・復職後に関して、職場から主治医へ連絡・連携を受けた内容 (複数の症例について、複数回答可)

- ① 休業期間、復職条件など就業規則、賃金支払い、傷病手当金などに関する情報提供
② 復職可能な診断書、判断、復職準備に関する疑義照会、意見交換
③ 職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配属先、異動の可能性などに関する意見、調整の照会
④ 職場側の受け入れ、特に産業医、上司に配慮事項 病状理解などに関する照会、意見の提言
⑤ その他 (具体的に：)

34. 職場から主治医への連絡・連携の方法 (複数の症例について、複数回答可)

- ① 面談 ② 書面 (郵送) ③ 書面 (ファクス) ④ 書面 (メール) ⑤ 電話 ⑥ その他 (具体的に：)

35. 職場から主治医への連絡・連携への応答の際の同意 (複数の症例について、複数回答可)

- ① 必ずとる ② 場合に応じてとる ③ とっていない ④ その他 (具体的に：)

36. 職場から主治医への連絡・連携の際の費用負担 (複数の症例について、複数回答可)

- ① ない ② 「不調者」が負担 ③ 職場が負担 ④ その他 (具体的に：)

37. 職場から主治医への連絡・連携の際の職場側の窓口 (複数の症例について、複数回答可)

- ① 人事・総務担当者 ② 配属先上司・同僚 ③ 産業医もしくは他の産業保健専門職
④ 外部コンサルタント (弁護士・社会保険労務士など) ⑤ その他 (具体的：)

38. 職場から主治医への連絡・連携において困ったこと (複数の症例について、複数回答可)

- ① ある (不調者自身が連絡に同意しない) ② ある (職場が一方的・主治医の意見を無視するなど)
③ ある (記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがよくわからない・不調者に不利となる懸念など)
④ ない ⑤ その他 (具体的に：)

F. 主治医と職場の連携効果を高めるための方策

39. 今後、日精診が診断書、意見書などの共通書式、連携モデルや、職場が主治医に相談する際の手続きなどを網羅した連携マニュアルを発行し、主治医、職場双方で活用することは

- ① よいと思うので製作協力をしたい ② よいと思うが製作協力はできない ③ 不要 ④ わからない
⑤ その他（具体的に： _____）

40. 主治医が職場との連携作業に取り組む対価として、社会保険診療請求に加算（例えば、職域調整料：1回30分以上の職場側との面談、連絡などに対して月2回まで、各500点）を厚生労働省に働きかけていくことは

- ① 賛成 ② 一部（点数・頻度・条件などを）修正すれば賛成 ③ 反対 ④ わからない
⑤ その他（具体的に： _____）

41. 各職場が主治医との連絡・連携に前向きに取り組んでいくよう、厚生労働省、労働基準監督署、ハローワークなどが職場に働きかけていくことは

- ① 賛成 ② 反対 ③ わからない ④ その他（具体的に： _____）

42. 本領域に深い関心を有し、主治医として患者様の心身の回復を図るとともに、職場との調整、連携などを行いながら安定就労を目指して積極的に支援していく医師を「産業メンタルヘルス認定医」として認定、登録、習練していく制度を日精診が立ち上げ、本領域のレベルアップをめざすことは

- ① よいと思うので、設立後積極的に認定医をめざしたい ② よいと思うが、認定医にはなりたくないと思わない
③ 今はまだわからない ④ 必要ない ⑤ その他（具体的に： _____）

G. 「不調者」向けのプログラム

43. 自院における「不調者」向けプログラムの取り組みは

- ① デイケア・ショートケア・ナイトケア型などのプログラム ② デイケア・ショートケア・ナイトケア型以外のプログラム
③ 現在は無いが、今後何らかの方法で実施の予定あり ④ 現在も将来も見込んでいない
⑤ その他（具体的に： _____）

44. 「不調者」向けプログラムの目的（複数の症例について、複数回答可）

- ① 生活リズムの確保・健康習慣の実践など ② 不調に至った経緯の振り返り・病状の理解など
③ 就業に必要な作業力・会話力・コミュニケーション力の改善など
④ 勤務先との受け入れ・職場環境調整など ⑤ 実施していない ⑥ その他（具体的に： _____）

45. 「不調者」のうち、自院のプログラムへの参加割合（%）

- ① 実施していない ② 10%未満 ③ 10%以上、30%未満 ④ 30%以上、50%未満 ⑤ 50%以上

46. 「不調者」のうち、他院のプログラムへの参加割合（%）

- ① 実施していない ② 10%未満 ③ 10%以上、30%未満 ④ 30%以上、50%未満 ⑤ 50%以上

H. 障害者雇

47. 自院の全ての外来患者の中に障害者雇用で就労中の方の割合 (%)

- ① 5%未満 ② 5%以上、10%未満、 ③ 10%以上、30%未満 ④ 30%以上 ⑤ 不明

48. 障害者雇用として、精神障害者の雇用が全職場で2018年度から義務化されたことを知っていますか

- ① 知っているので積極的に取り組んでいきたい ② 知っているが今後は未定 ③ 知らない

49. 最近各地に障害者雇用を支援する就労支援センター、就職斡旋会社などが立ち上がっていますが、関心はありますか

- ① 大に関心があるので協力したい ② 少しあるが今後は未定 ③ 関心はない

I. 産業医・専門医・嘱託医の経験

50. 過去から現在までの通算経験年数（期間制限なし、契約形態を問わない）

- ① 経験がない ② 1年未満 ③ 1年以上、5年未満 ④ 5年以上、10年未満 ⑤ 10年以上

51. 過去から現在までに協力した職場の総件数（期間制限なし、単数・複数問わず担当事業所を1件と数える）

- ① 経験ない（以下、52から54まで回答不要） ② 10カ所未満 ③ 10カ所以上、30カ所未満
④ 30カ所以上、50カ所未満 ⑤ 50カ所以上

52. 最近1年間の業務方法（複数事業所の場合、複数回答可）

- ① 職場からの依頼時のみの対応で職場には出向かない ② 職場からの依頼時のみの対応だが職場に出向くこともある ③ 定期的に職場へ訪問している ④ その他（具体的に： ）

53. 最近1年間の担当事業所の他の産業医（医師）との業務分担（複数事業所の場合、複数回答可）

- ① ない ② ある（非精神科系と） ③ ある（精神科系と） ④ ある（精神科系・非精神科系と）
⑤ 経験がない

54. 事業所へ赴き、産業医業務のために滞在する時間（1事業所当たり、1カ月の平均）？

- ① 1時間未満 ② 1時間以上、2時間未満 ③ 2時間以上、3時間未満 ④ 4時間以上

55. 最近1年間に契約先の従業員（雇用形態を問わない）を主治医として関わった経験

- ① 10例未満 ② 10例以上、30例未満 ③ 30例以上

56. 今後、産業医業務に取り組む意向は

- ① 今後、産業医資格を取得するが、積極的に取り組む考えはない ② 今後、産業医資格を取得し、積極的に取り組んでいきたい ③ 引き続き取り組んでいきたい ④ 今後取り組むは予定ない

J. 労災認定を受けている不調者

57. 最近半年間の労災保険適用患者の実人数（名）

- ① いない ② 5名未満 ③ 5名以上、10名未満、 ④ 10名以上、30名未満 ⑤ 30名以上
→①を回答した場合は設問 60へ

58. 労災保険適用者で症状固定（治癒）していない実人数（名）

- ① いない ② 5名未満 ③ 5名以上、10名未満、 ④ 10名以上、30名未満 ⑤ 30名以上
→①を回答した場合は設問 60へ

59. 設問 57 の該当者の今後3年以内に治癒の見込みがある実人数（名）

- ① いない ② 5名未満 ③ 5名以上、10名未満、 ④ 10名以上、30名未満 ⑤ 30名以上

60. 労災保険適用者で症状固定（治癒）していない理由を選択してください（複数選択可）

- ① 症状の重症度 ② 本人の復職意欲 ③ 職場の受け入れ・支援体制 ④ 経済的背景 ⑤ 医療側の問題
⑥ その他（具体的に下記にお答えください）

61. 職場のメンタルヘルス問題について、特に強調したい点をご教示ください。

以上です。封筒に入れる前に、全61問の回答漏れがないか、ご確認ください。ご協力をありがとうございました。

都道府県別回答数

図1 2020

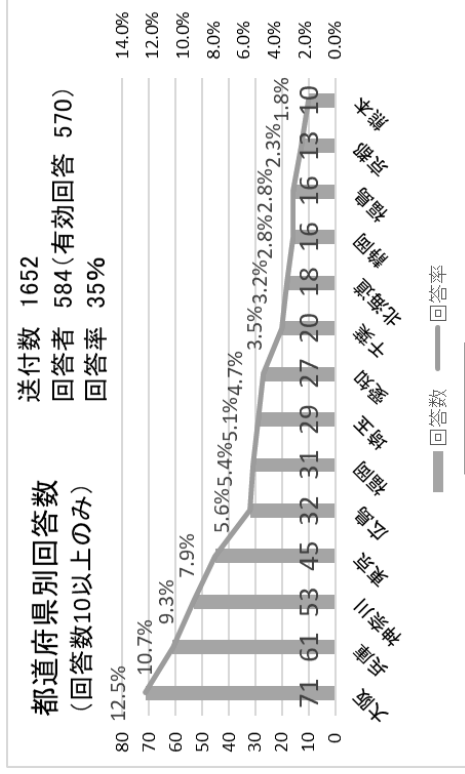


図1

回答者のプロフィール

表1 2020

回答者のプロフィール		
人口	50万未満	57.0%
	50万以上	43.0%
設立	10年以上	73.3%
	10年未満	26.7%
指定医	現在あり	94.4%
	無 (将来も取得しない)	3.7%
専門医	現在あり	83.2%
	無 (将来も取得しない)	11.2%
産業医	現在あり	39.6%
	無 (将来も取得しない)	46.0%

表1

図2 2014

都道府県別回答数

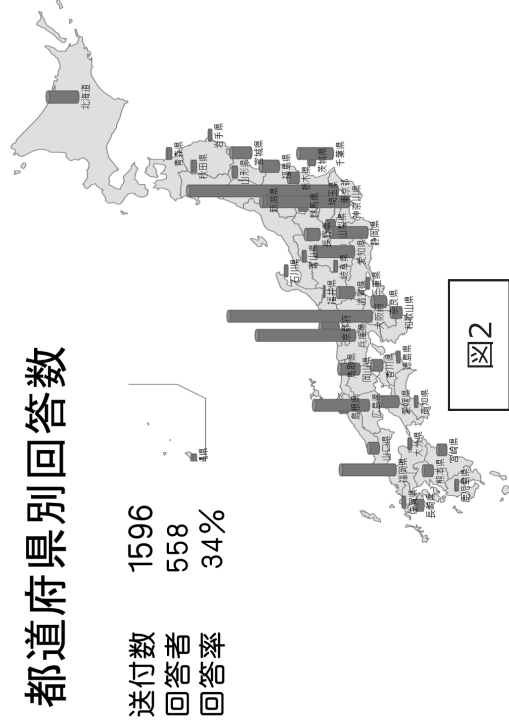


図2

表2 2014

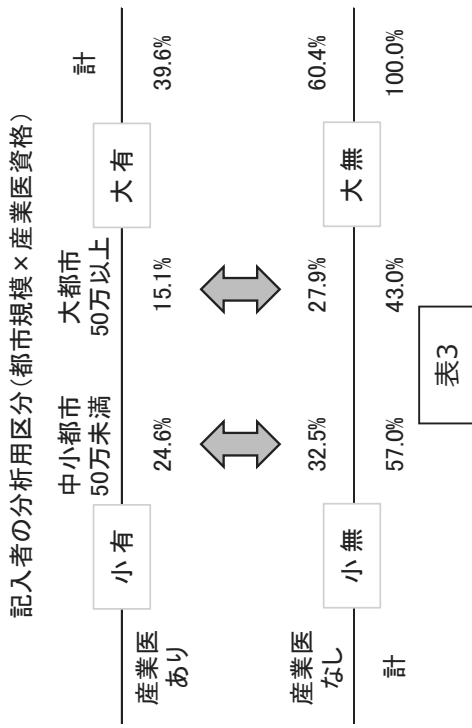
回答者のプロフィール		
人口	50万未満	62.6%
	50万以上	38.4%
設立	10年以上	72.1%
	10年未満	27.9%
指定医	有	94.3%
	無	5.7%
専門医	有	80.9%
	無	19.1%
産業医	有*	50.4%
	無	49.6%

* (現在有35.3%)

表2

記入者の分析用区分

表3 2020



回答者の性・年齢層区分

図3 2020 A-1、B-5

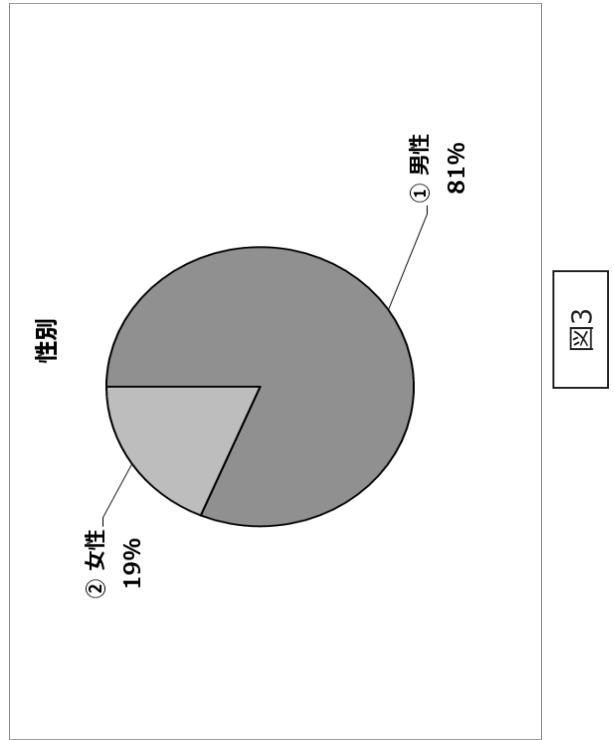


図3

表4 2014

記入者の分析用区分(都市規模×産業医資格)

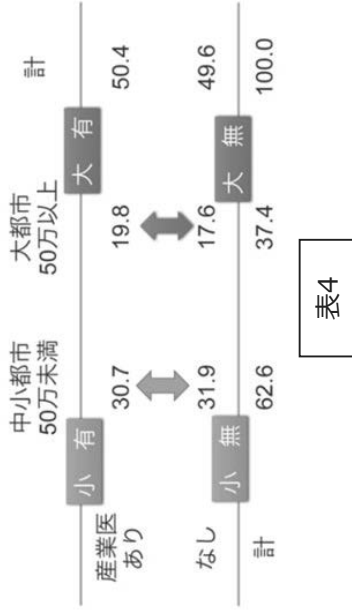


表4

図4.1 2020

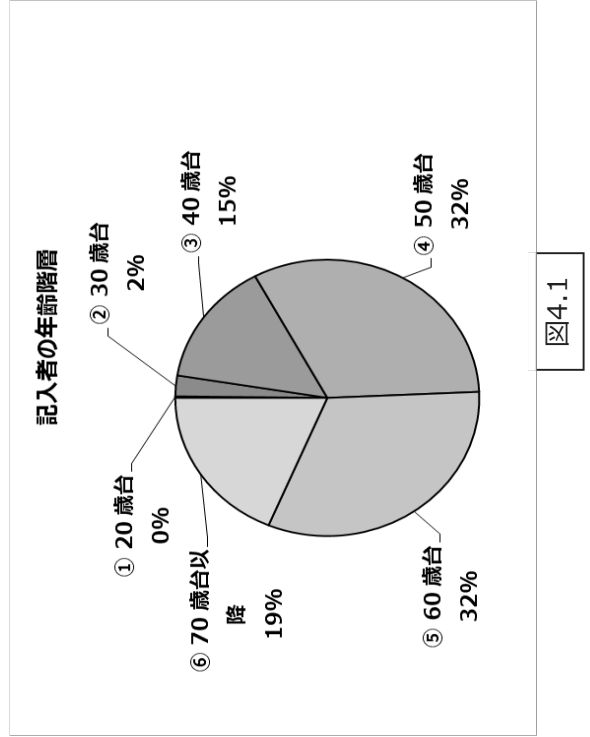


図4.1

回答者の性・年齢層区分・所属施設の設立経過年数

図4.2 2020 A-1、B-5

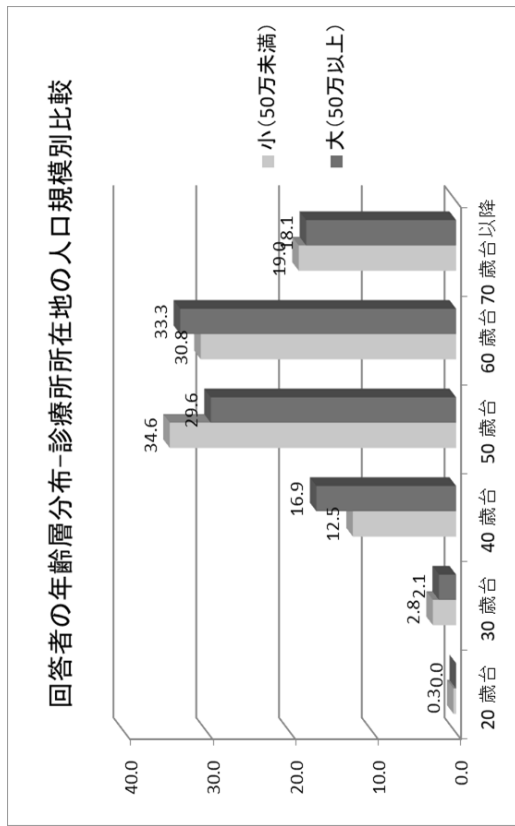


図4.2

図4.4 2020 B-6

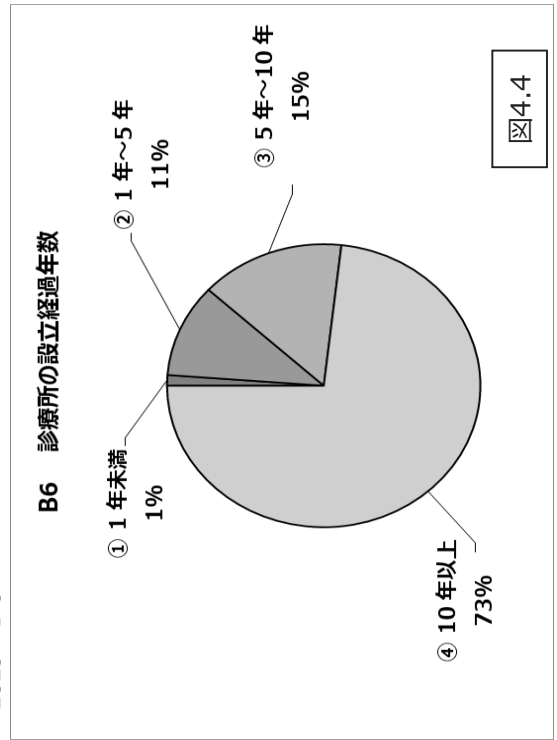


図4.4

図4.3 2014

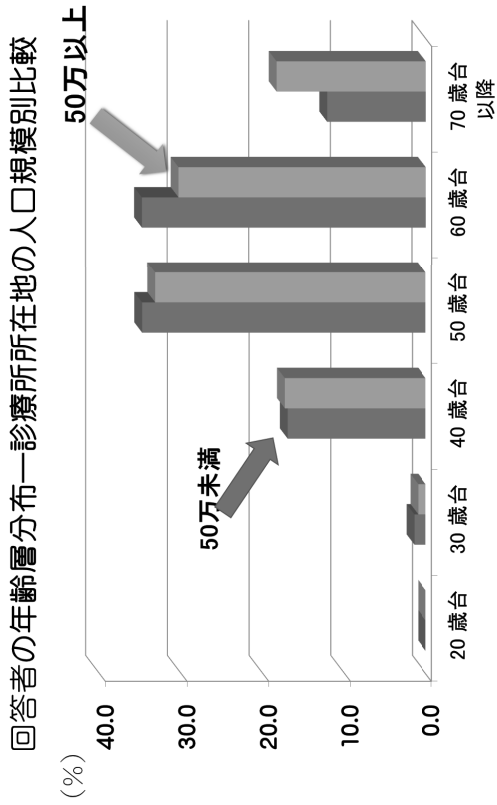
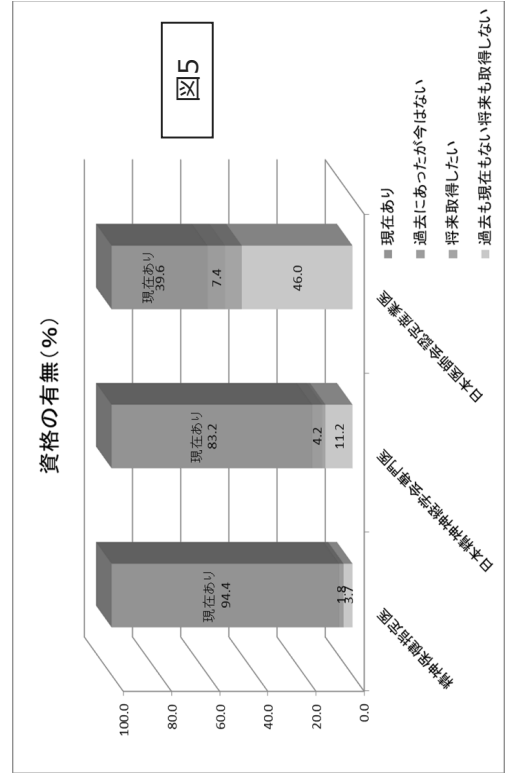


図4.3

指定医・専門医・産業医の資格の有無

図5 2020



所属先診療所の院長以外の常勤医師数

図6 2020 B-10

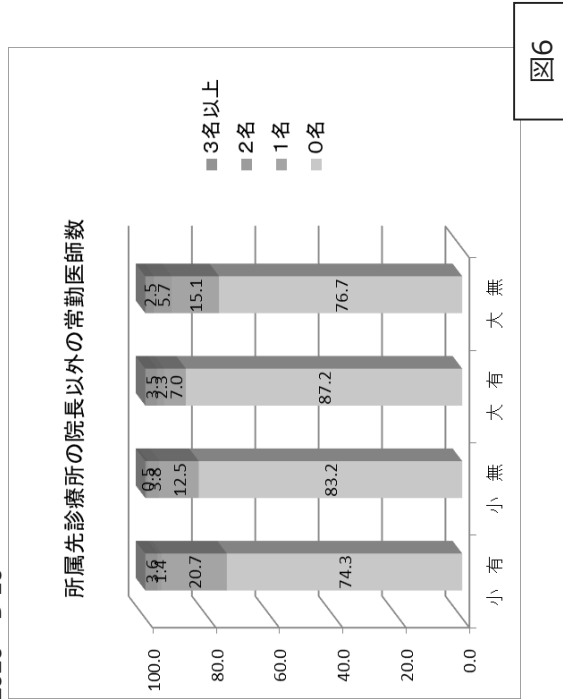


図6

所属先診療所の非常勤医師数

図7 2020 R-11

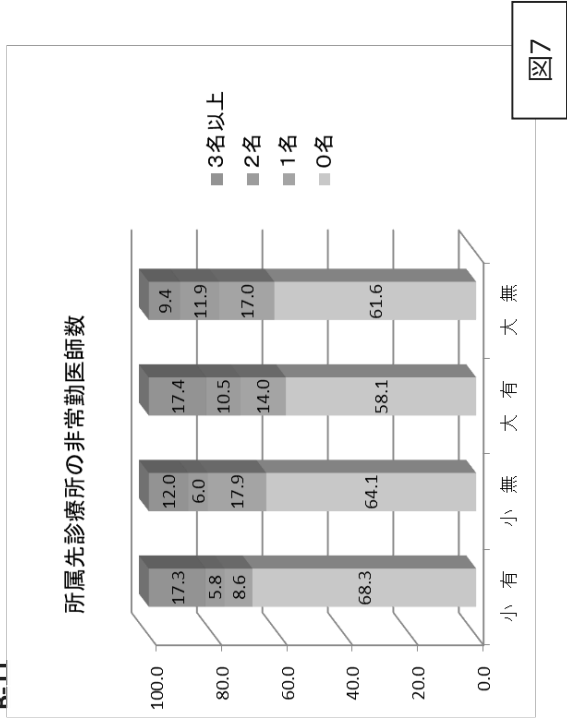


図7

診療所医師の産業医有資格者数

図8 2020 B-12

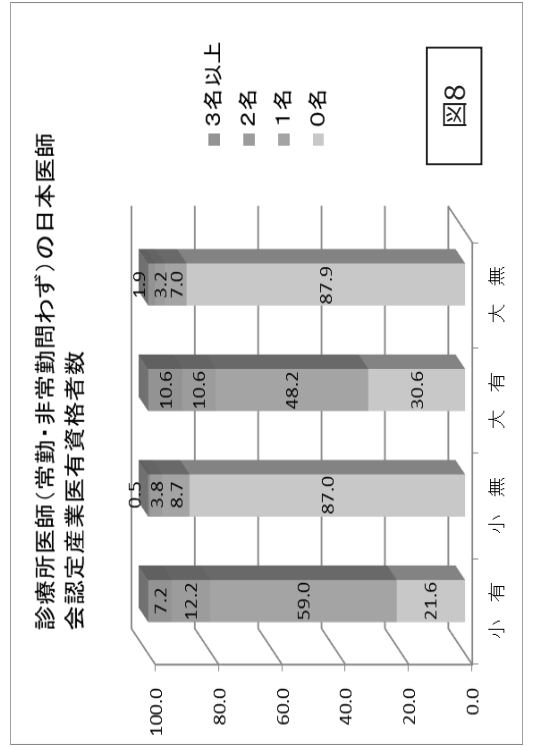


図8

診療所の全スタッフ数

図9 2020 B-13

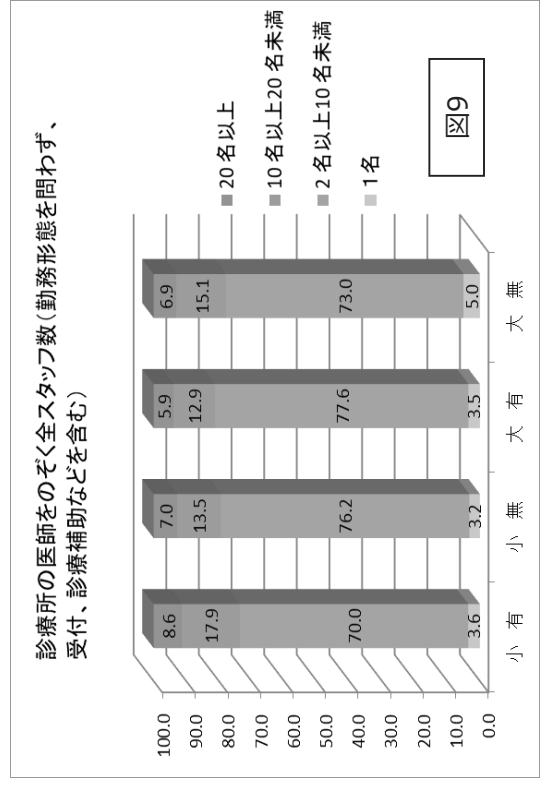


図9

労災適用患者の実人数

図10 2020 J-57

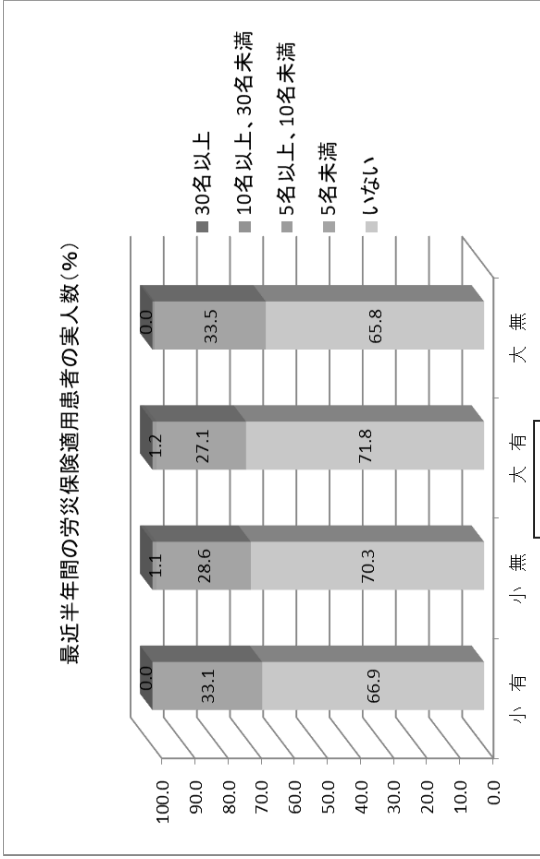


図10

労災適用者で症状固定（治癒）していない実人数

図11 2020 J-58

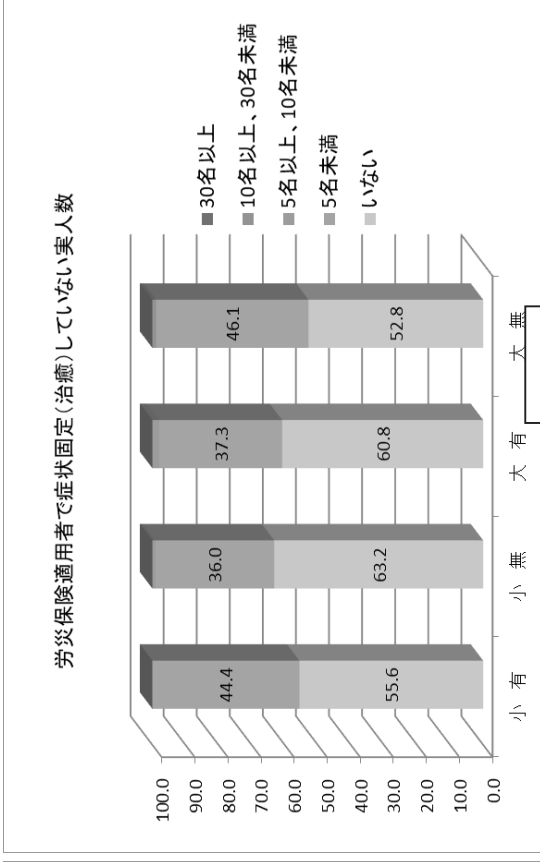


図11

J-57の該当者の今後3年以内に治癒の見込みがある実人数

図12 2020 J-59

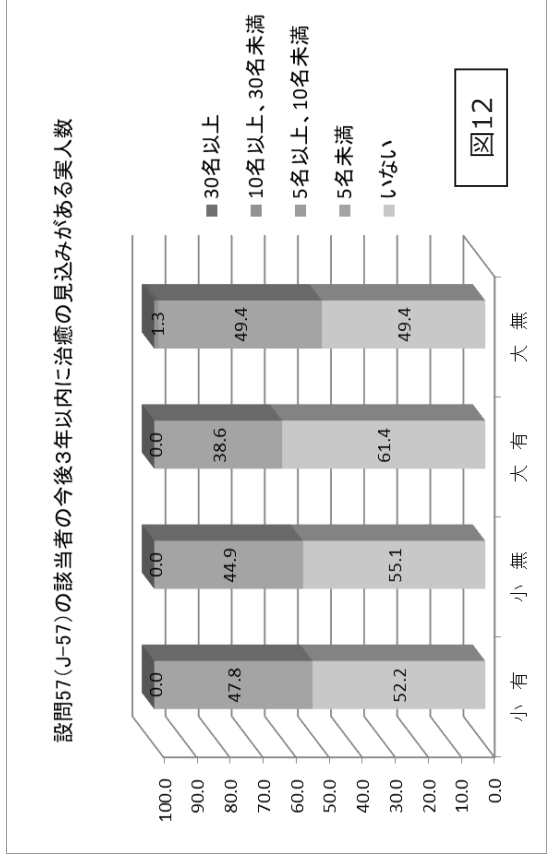


図12

労災適用者で症状固定（治癒）していない理由

図13 2020 J-58

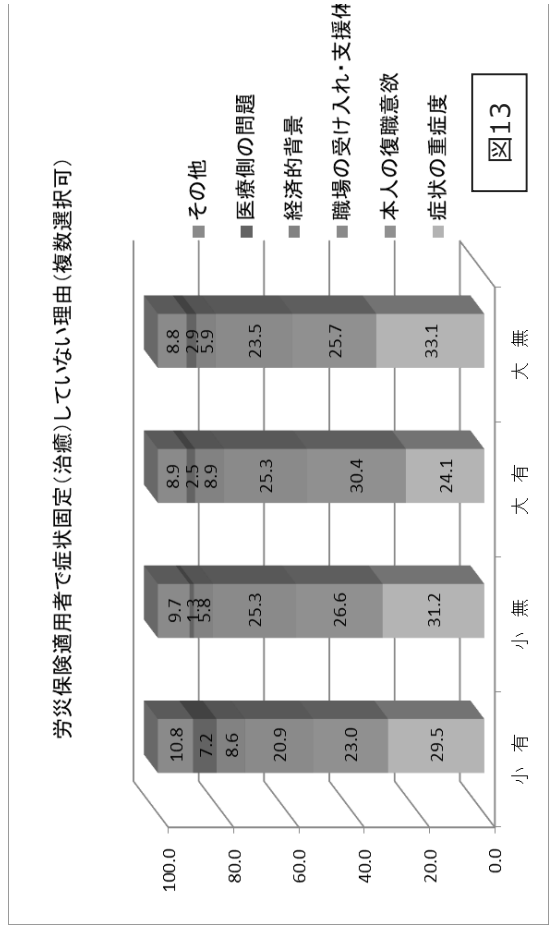


図13

不調者が全体に占める割合

図14 2020 C-14

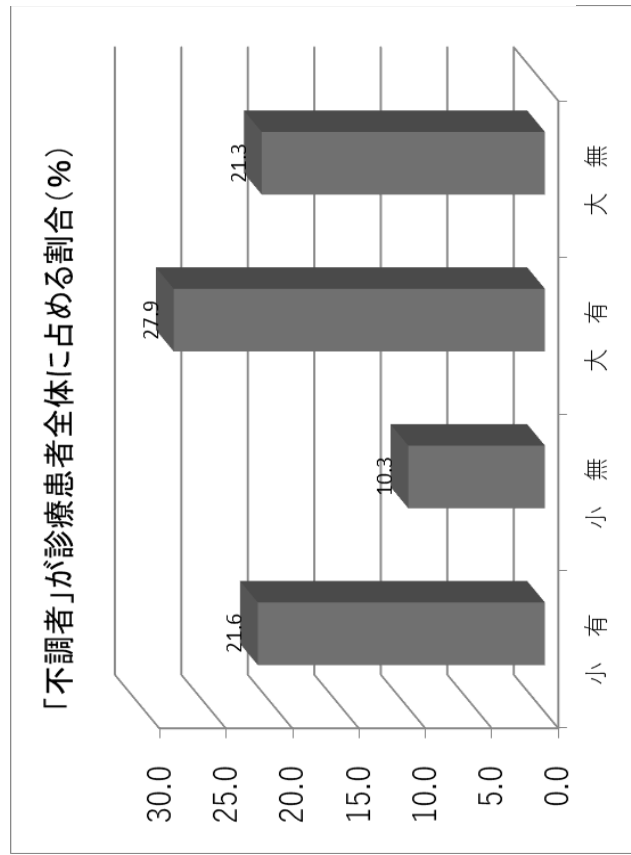


図14

図15 2014

「不調者」が診療患者全体の30%以上を占める診療所

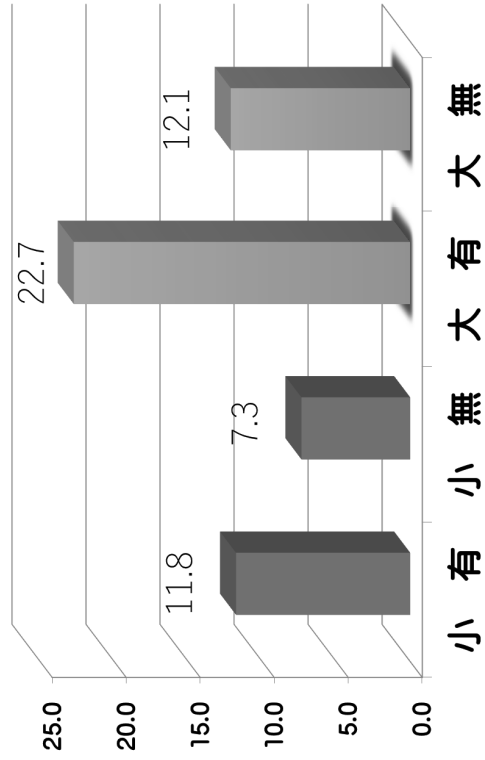


図15

該当する臨床診断

図16 2020 C-15からC-19

不調者の30%以上に該当する臨床診断名

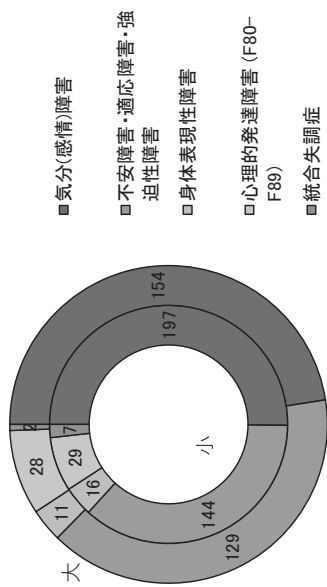


図16

図17 2014

不調者の30%以上に該当する臨床診断名

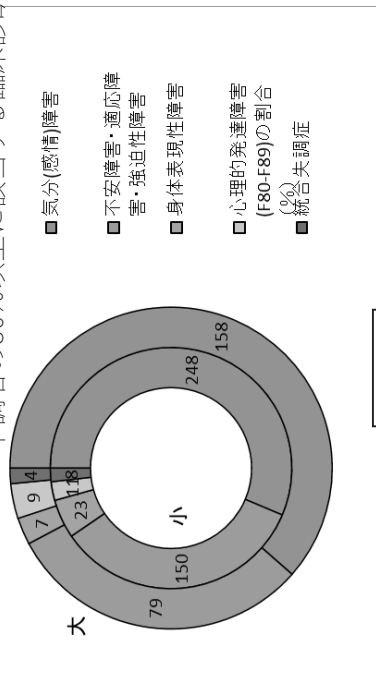


図17

図18.1 2020 C-15からC-19 (%表示)

不調者の30%以上に該当する臨床診断名(%)

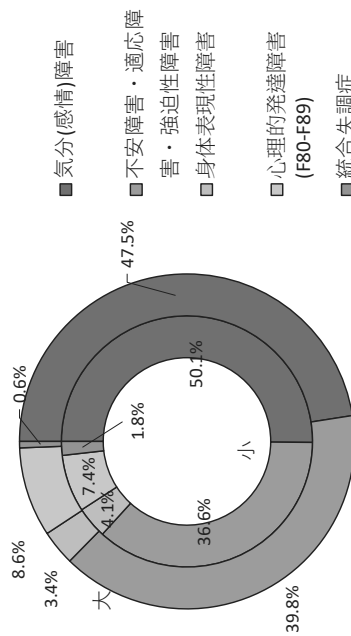


図18.1

図18.2 2014

不調者の30%以上に該当する臨床診断名(%)

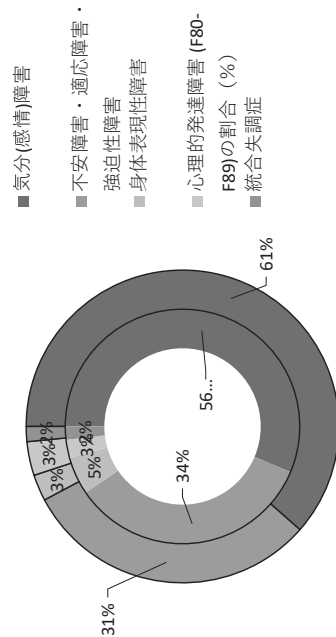


図18.2

発症要因

図19 2020 C-20

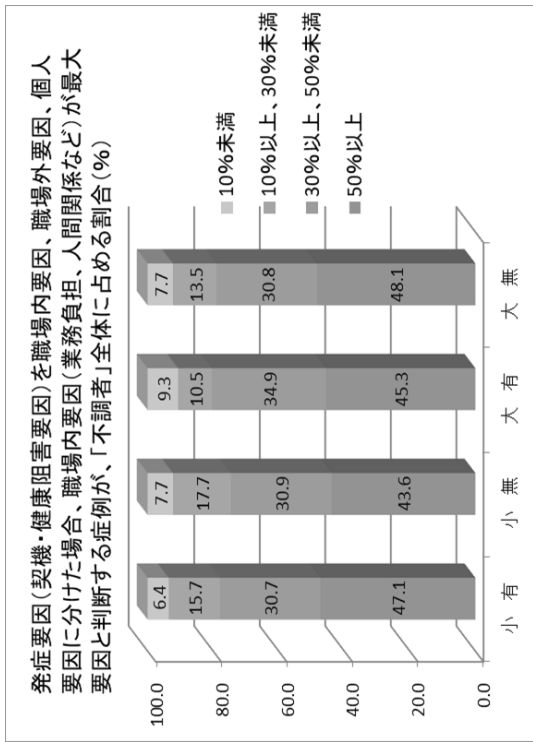


図19

不調者に対する診療において困っていること

図21 2020 C-21

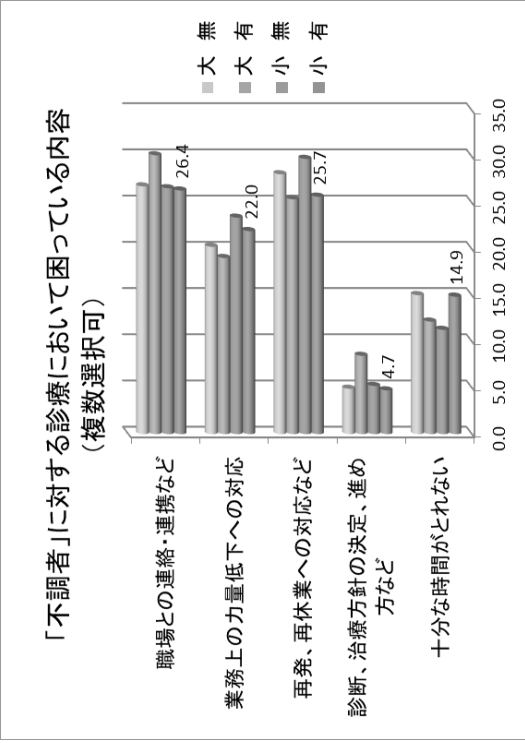


図21

図20 2014

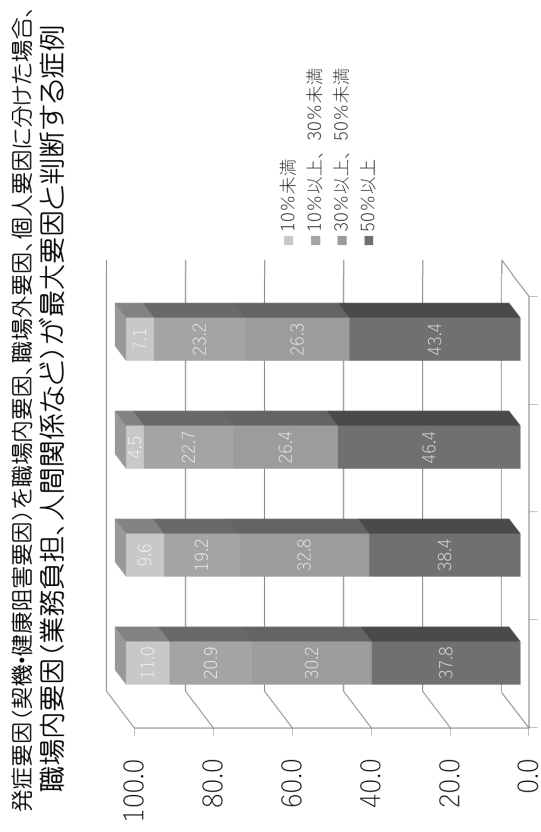


図20

「不調者」に対する診療において困っている内容

図22 2014

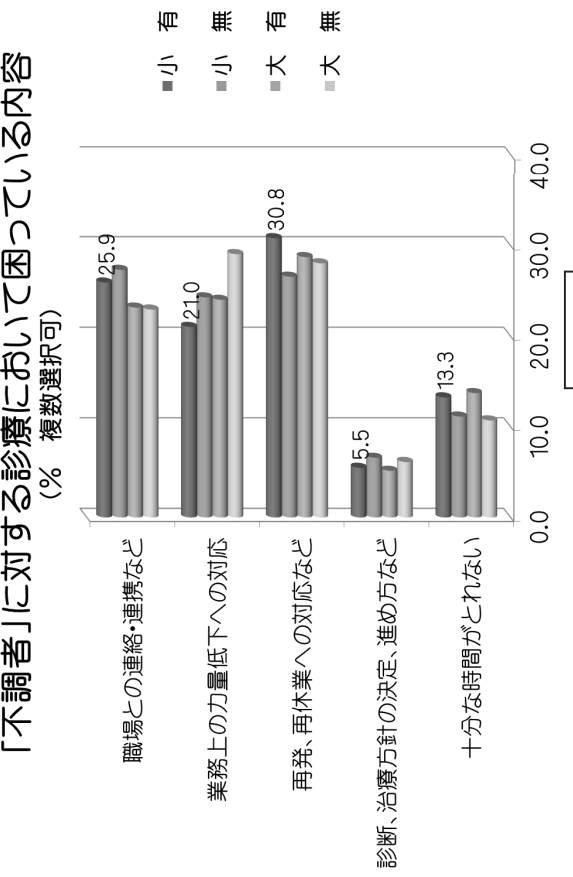


図22

診断書発行に際し困っていること

図23 2020 C-22

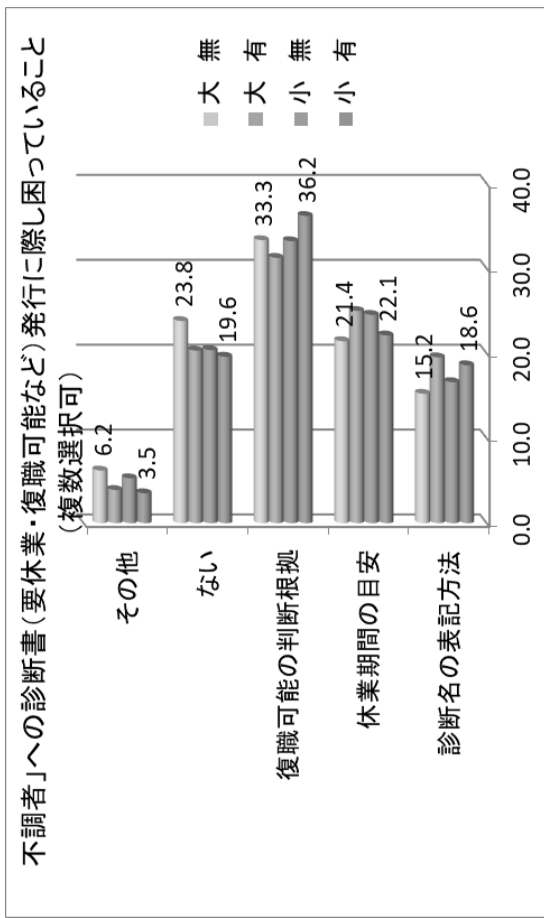


図23

主治医から職場へ連絡・連携した症例

図24 2020 D-23

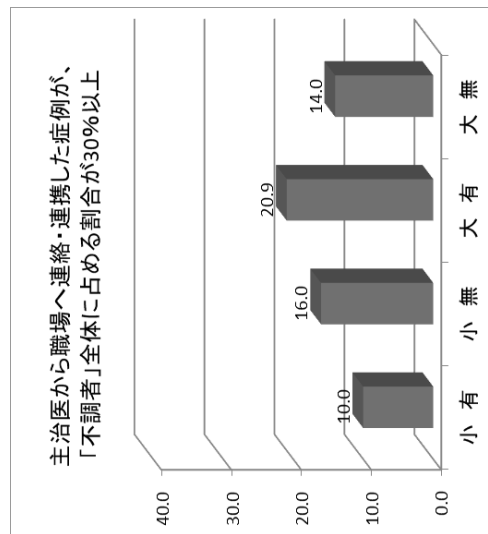


図24

図25 2014

連絡・連携した症例が「不調者」全体に占める割合 (%)

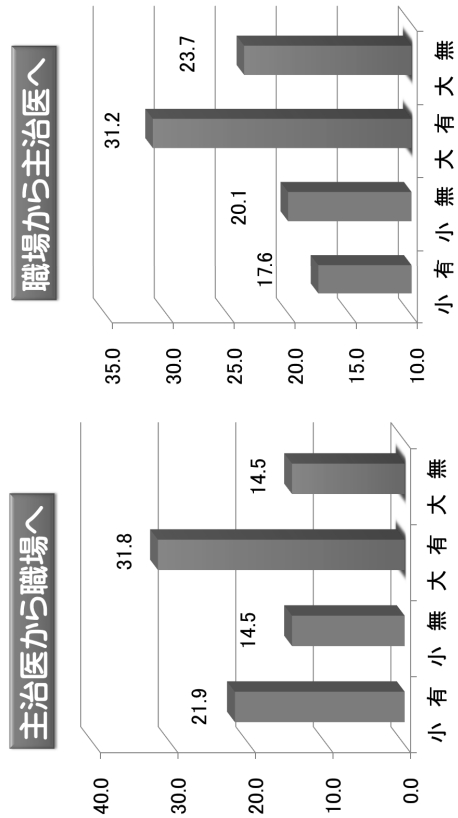


図25

病状・ケアなどに関して主治医から職場へ連絡・連携した目的

図26 2020 D-24

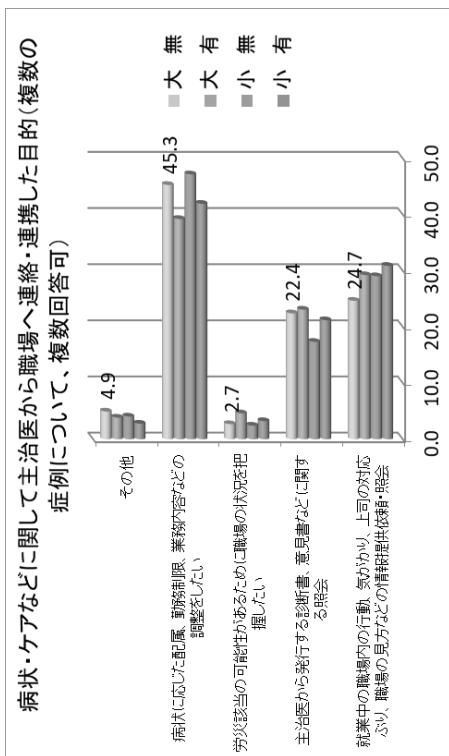


図26

休復職に関して主治医から職場へ連絡・連携した目的

図27 2020 D-25

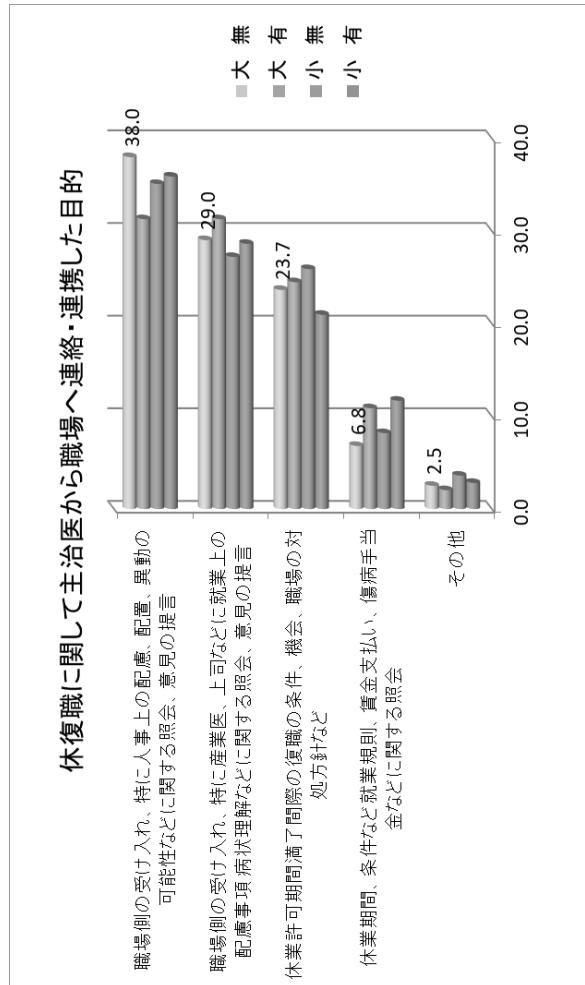


図27

図28 2014

休復職に関して主治医から職場へ連絡・連携した目的 (複数の症例について、複数回答可)

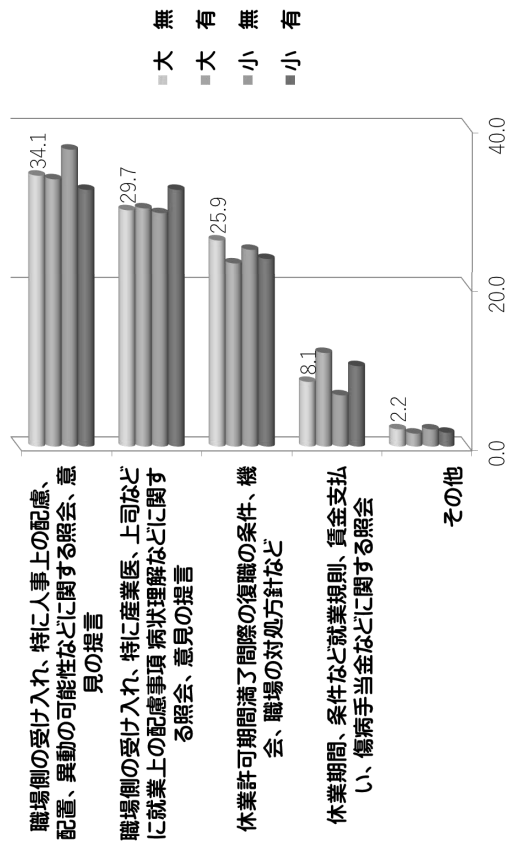


図28

主治医から職場へ連絡・連携の方法

図29 2020 D-26

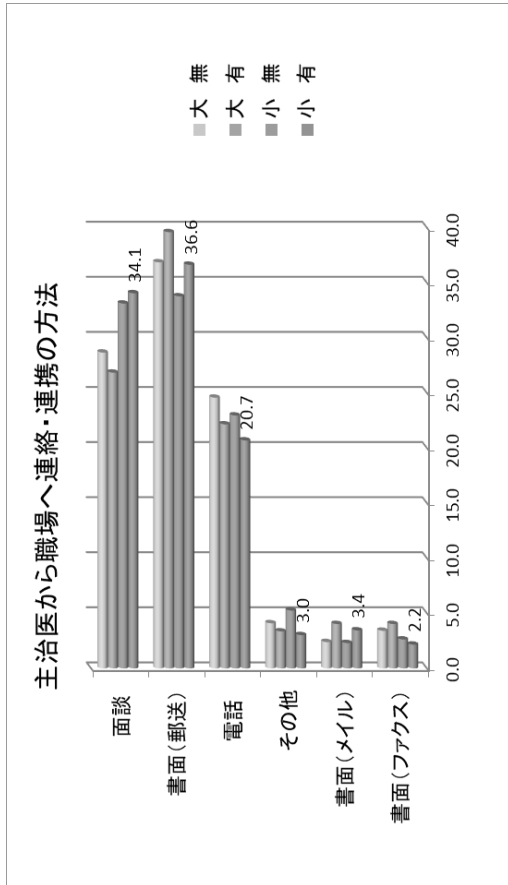


図29

主治医から職場へ連絡・連携の際の同意

図31 2020 D-27

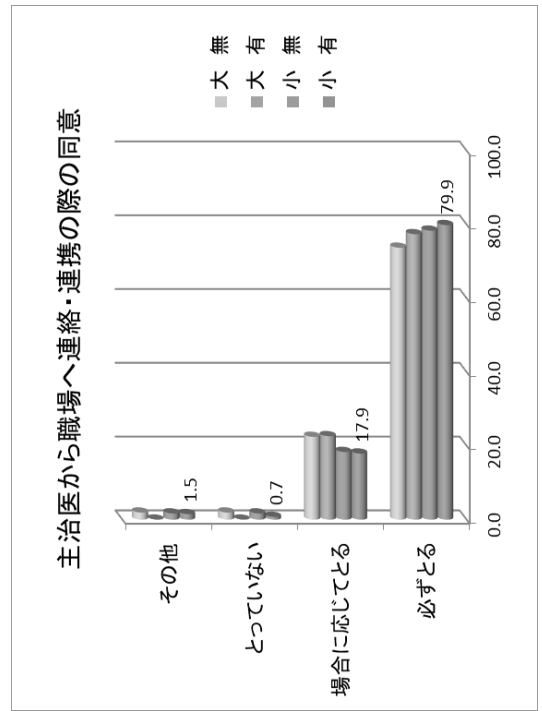


図31

図30 2014

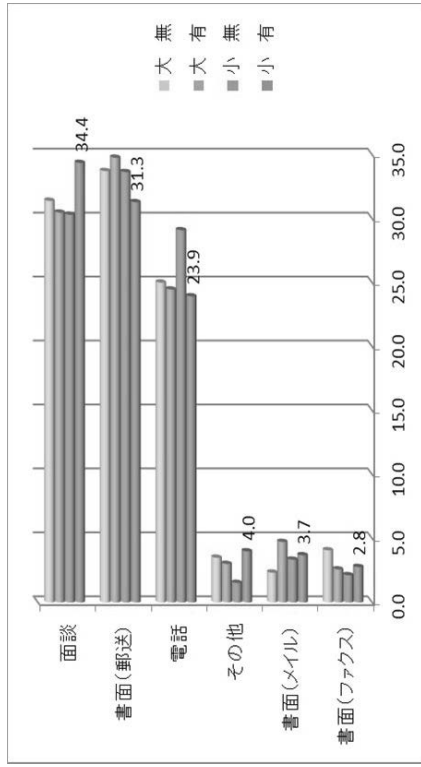


図30

図32 2014

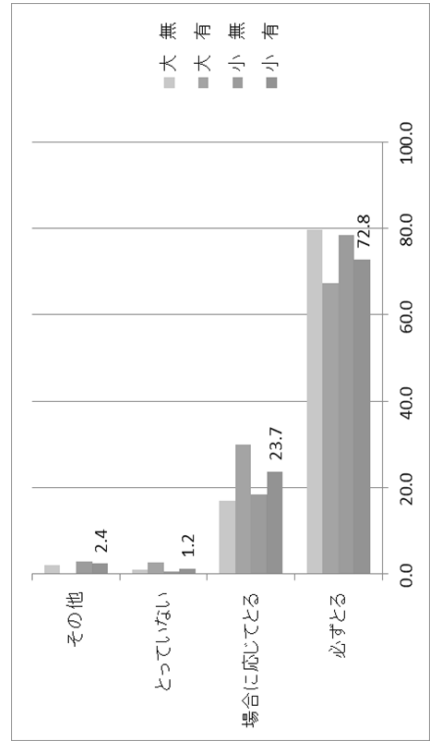


図32

主治医から職場へ連絡・連携の際 不調者側の費用負担

図33 2020 D-28

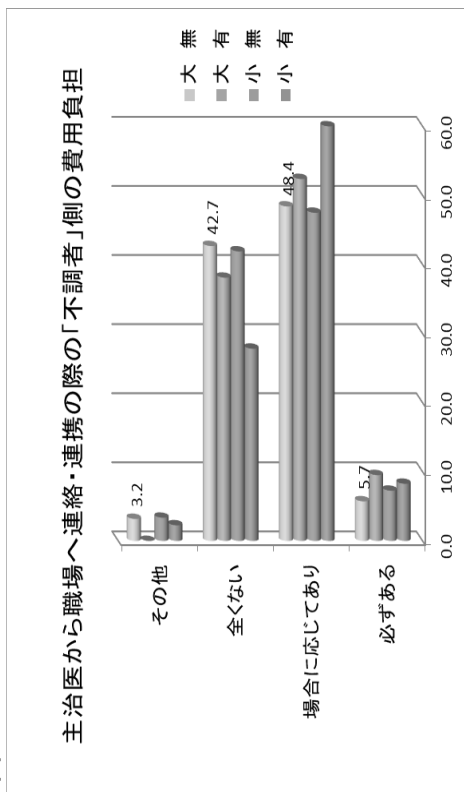


図33

主治医から職場へ連絡・連携の際の職場側の窓口

図35 2020 D-29

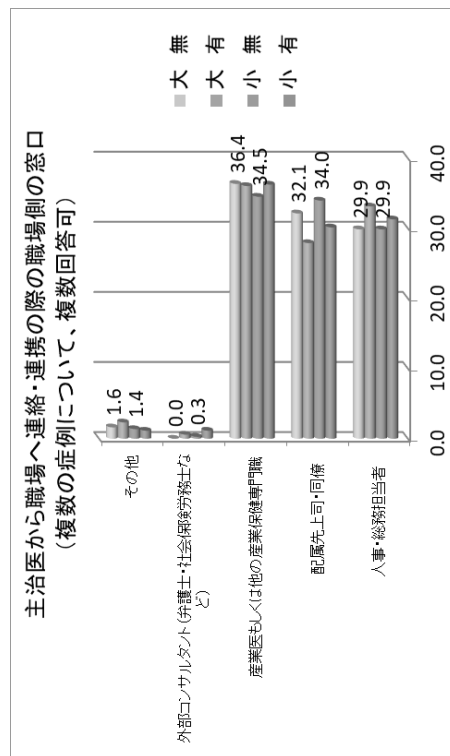


図35

図34 2014

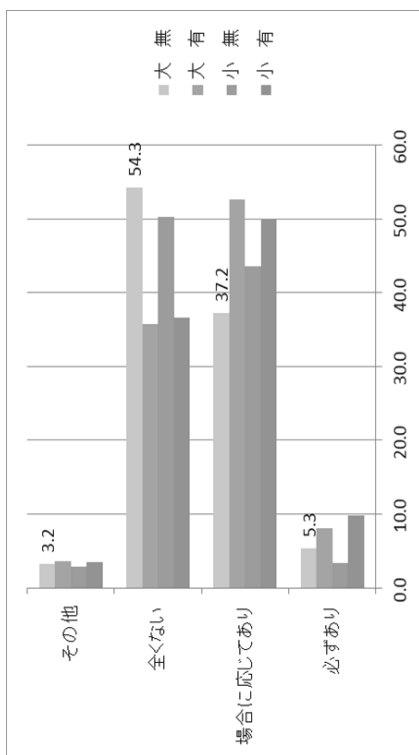


図34

主治医から職場へ連絡・連携において困っていること

図36 2020 D-30

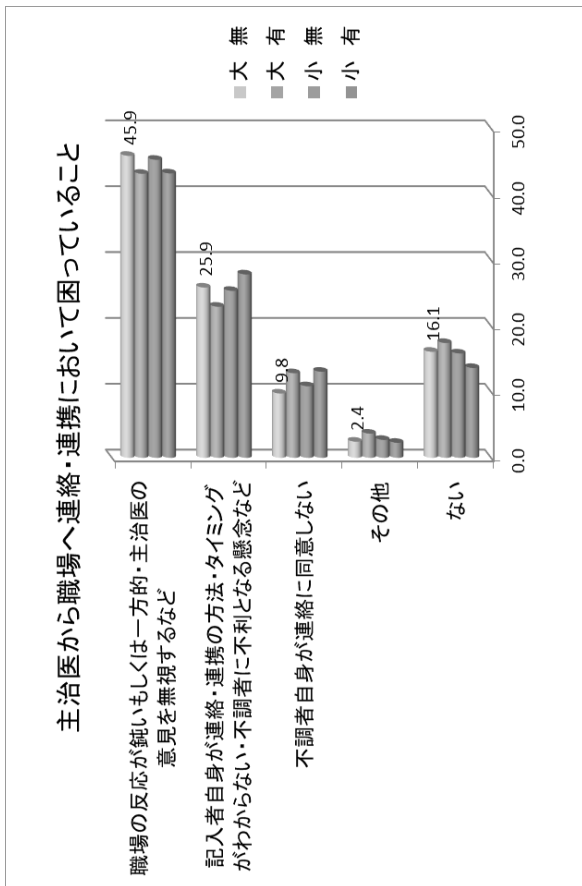


図36

図37 2014

主治医から職場へ連絡・連携において困っていること
(複数の症例について、複数回答可)

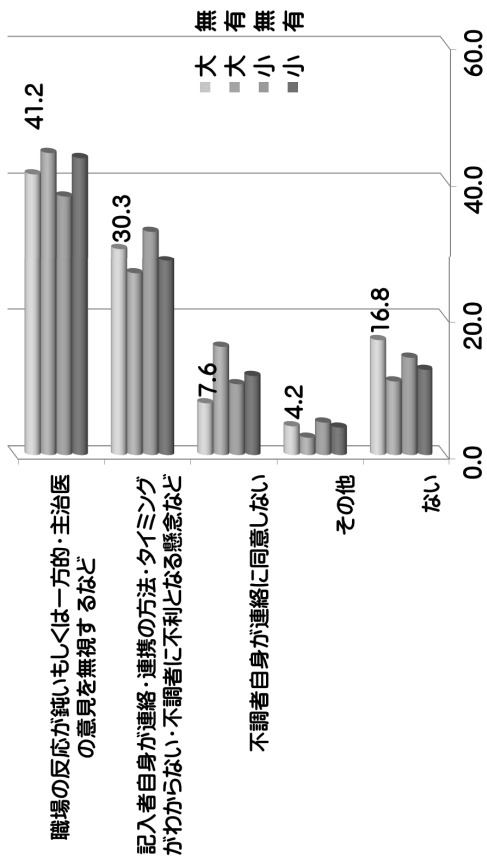


図37

職場から主治医へ連絡・連携があった症例が「不調者」全体に占める割合

図38 2020 E-31

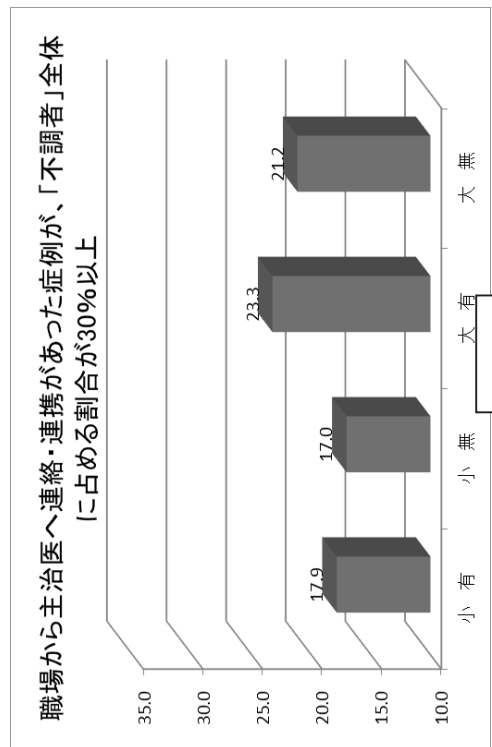


図38

図39 2014

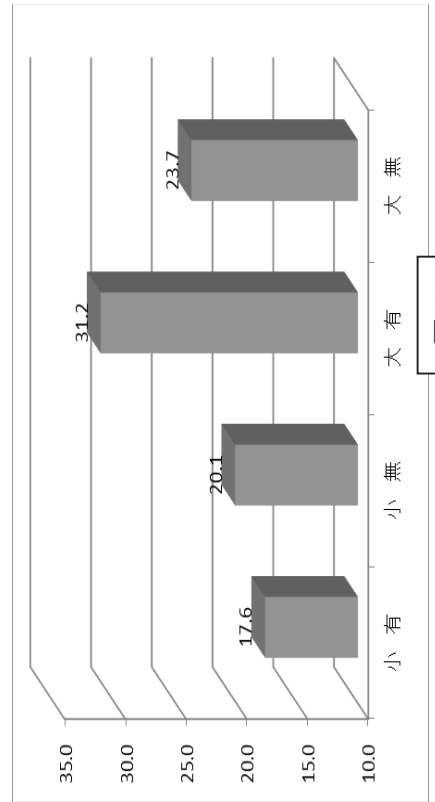


図39

不安定勤務・休職などに関して、職場から主治医へ連絡・連携を受けた内容

図40 2020 E-32

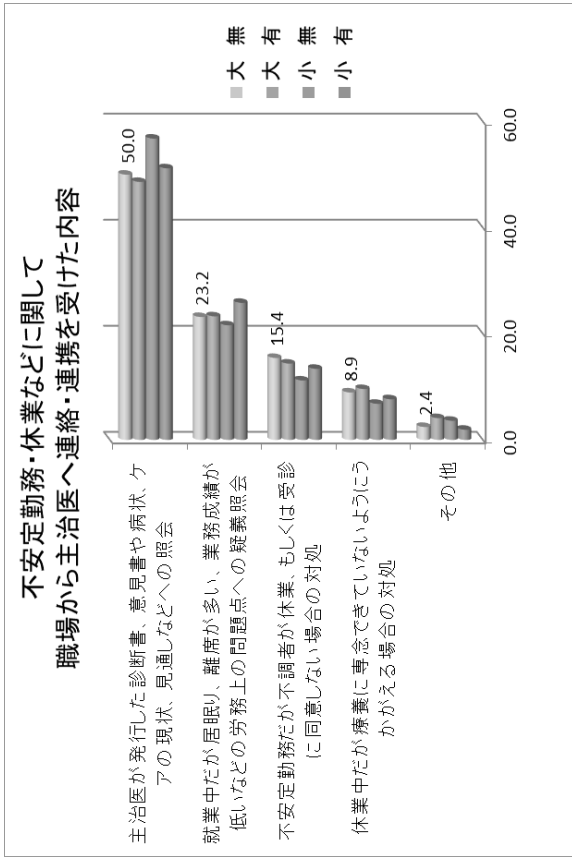


図40

図41 2014

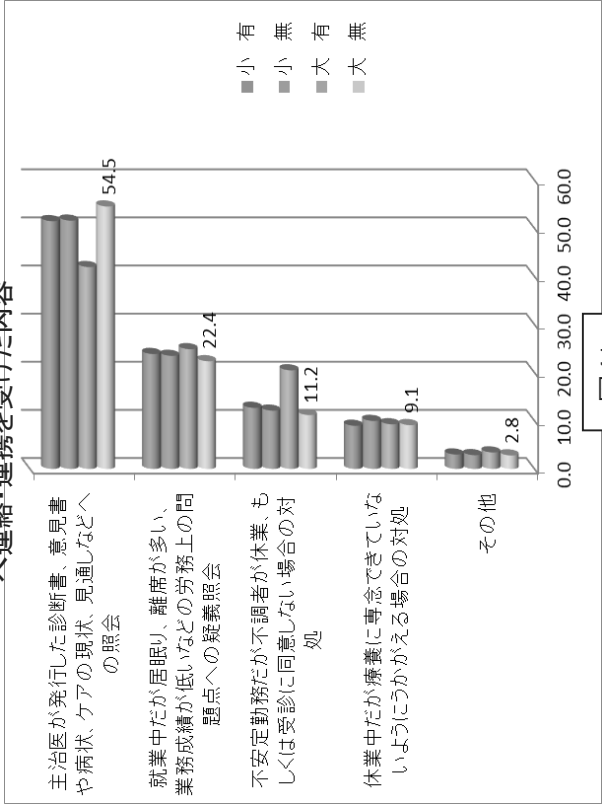


図41

復職準備・復職後に、職場から主治医へ連絡・連携があった症例が「不調者」全体に占める割合

図42 2020 E-33

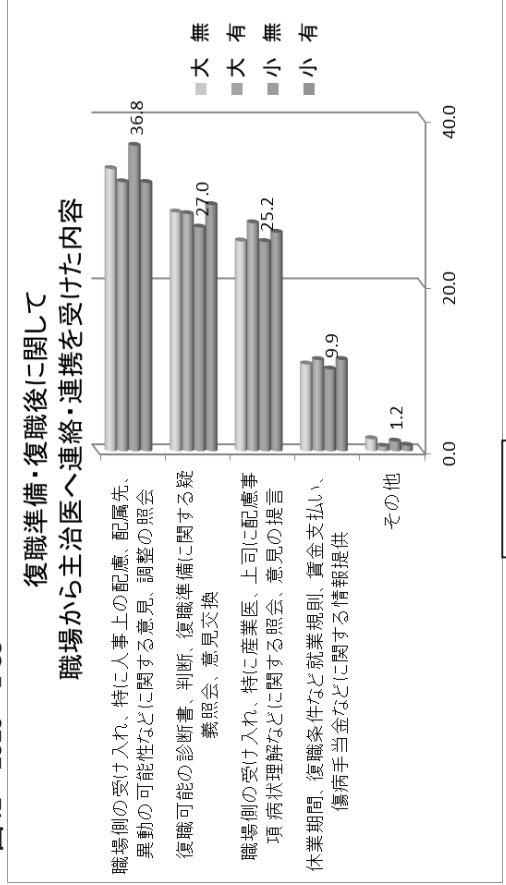


図42

図43 2014

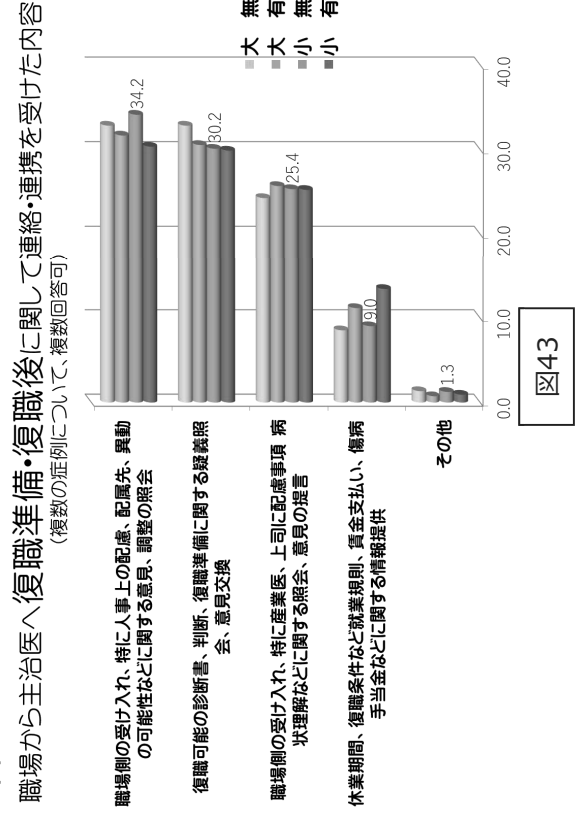


図43

職場から主治医へ連携の方法

図44 2020 E-34

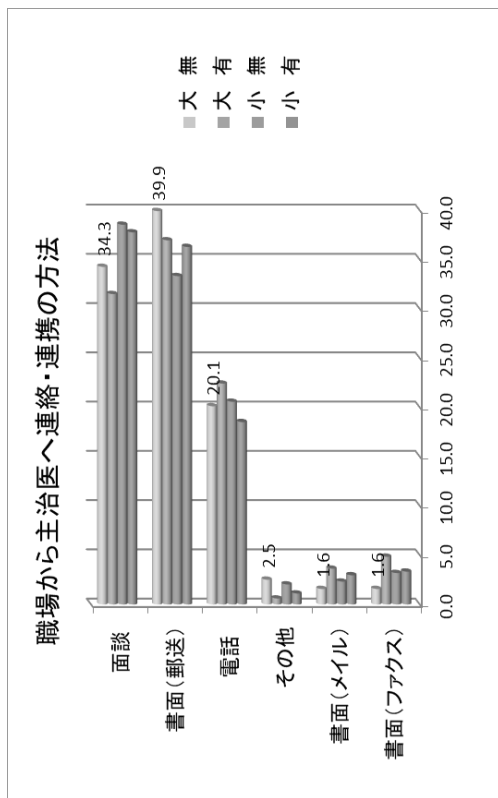


図44

職場から主治医へ 連携の際の同意

図46 2020 E-35

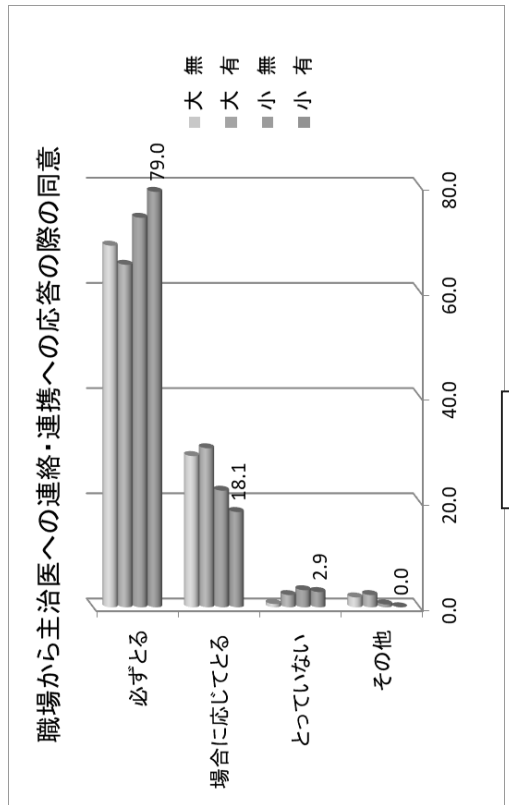


図46

図45 2014

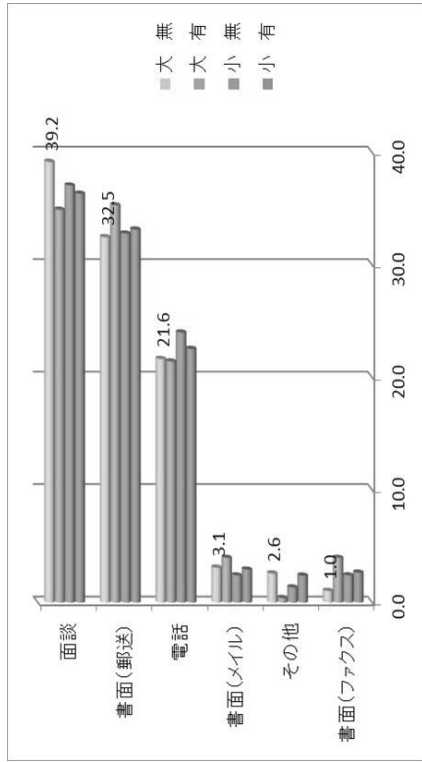


図45

図47 2014

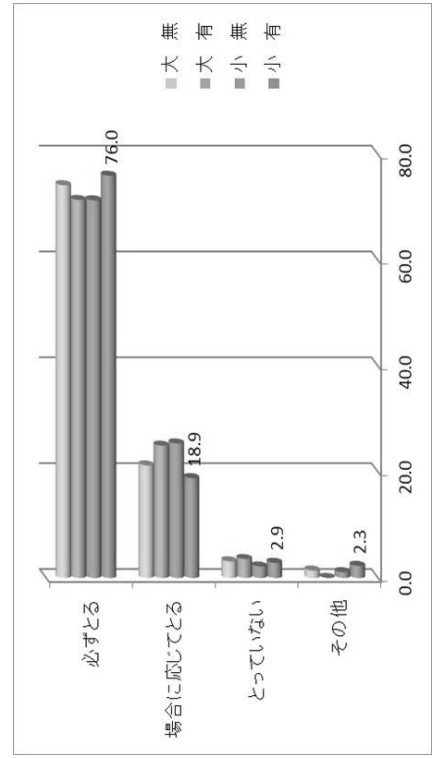


図47

職場から主治医へ連絡・連携の際の「不調者」側の費用負担

図48 2020 E-36

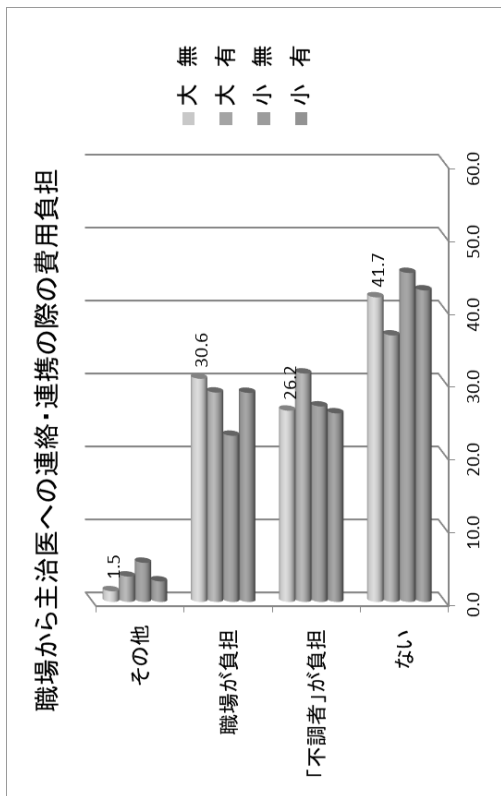


図48

図49 2014

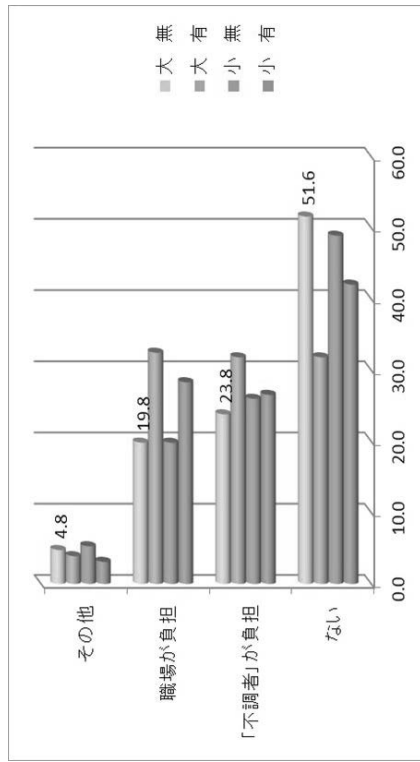


図49

職場から主治医への連絡・連携の際の職場の窓口

図50 2020 E-37

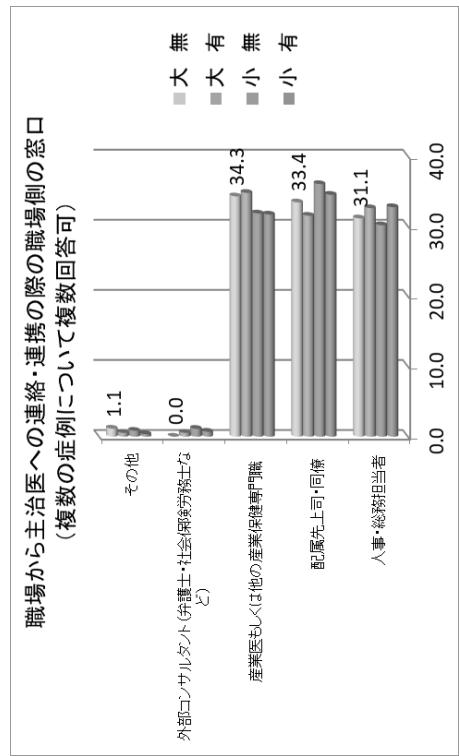


図50

職場から主治医への連絡・連携において困ったこと

図51 2020 E-38

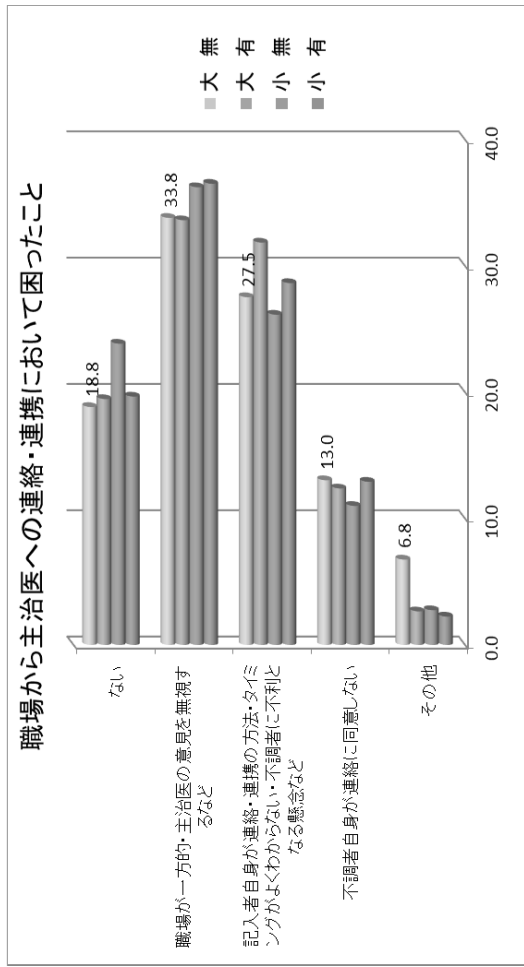


図51

連携効果を高める方策への支持割合

図53 2020 F-39からF-42

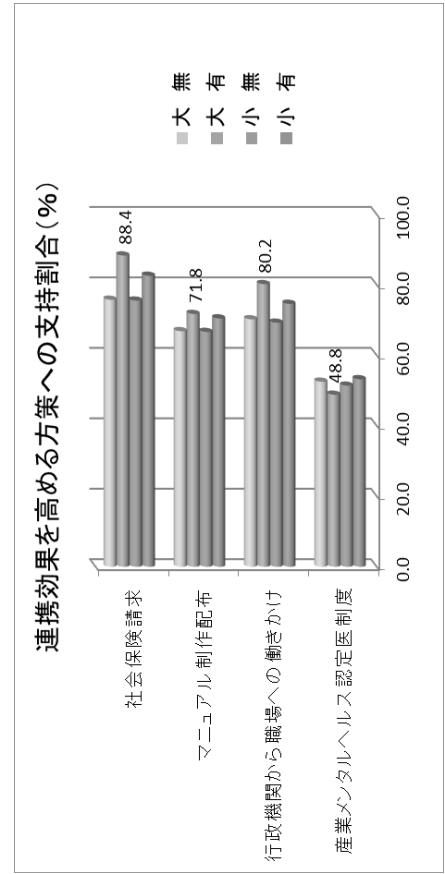


図53

図52 2014

職場から主治医への連絡・連携において困ったこと

(複数の症例について、複数回答可)

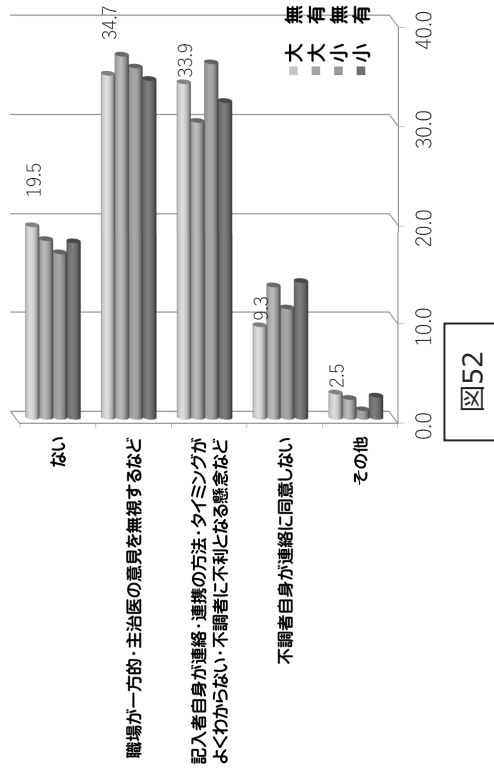


図52

図54 2014

連携効果を高める方策への支持割合(%)

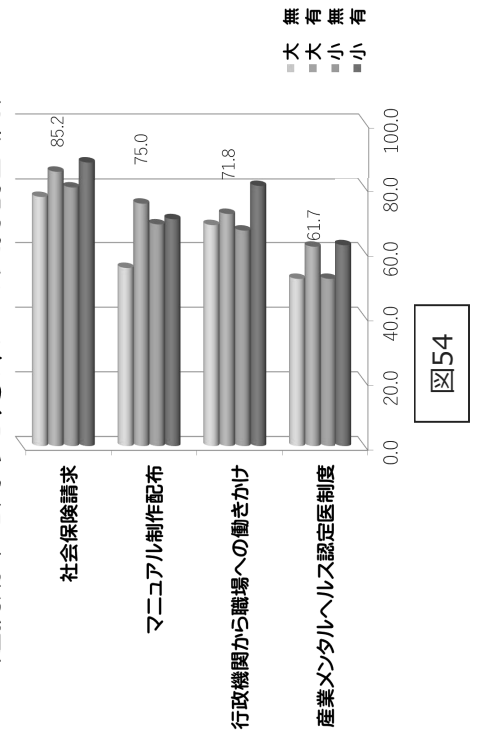


図54

自院における「不調者」向けプログラムの取り組み

図55 2020 G-43

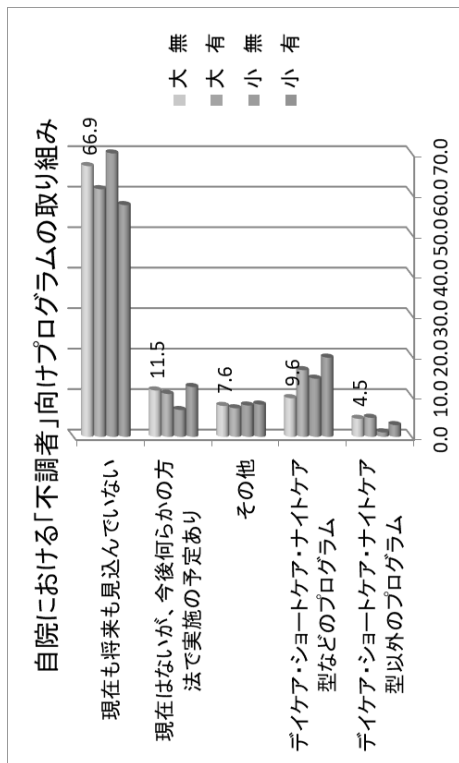


図55

不調者向けプログラムの目的

図57 2020 G-44

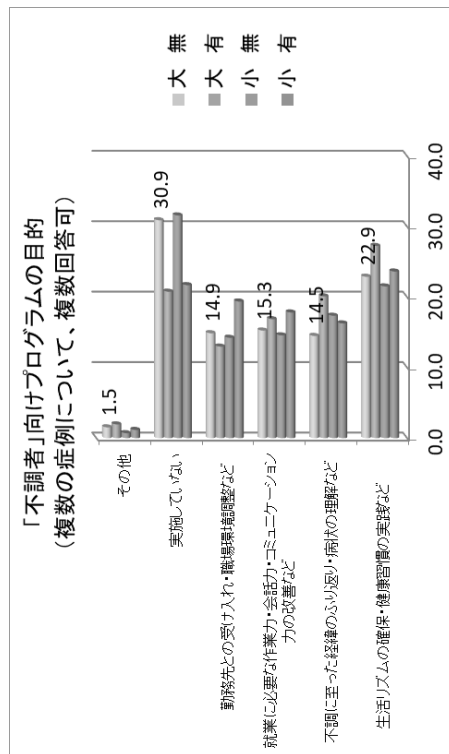


図57

図56 2014

自院における「不調者」向けプログラムの取り組み

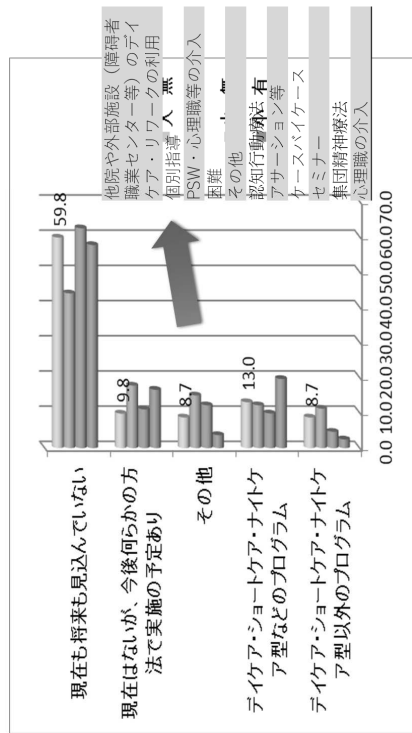


図56

図56 2014

自院における「不調者」向けプログラムの取り組み

不調者のうち、自院のプログラムへの参加割合

図58 2020 G-45

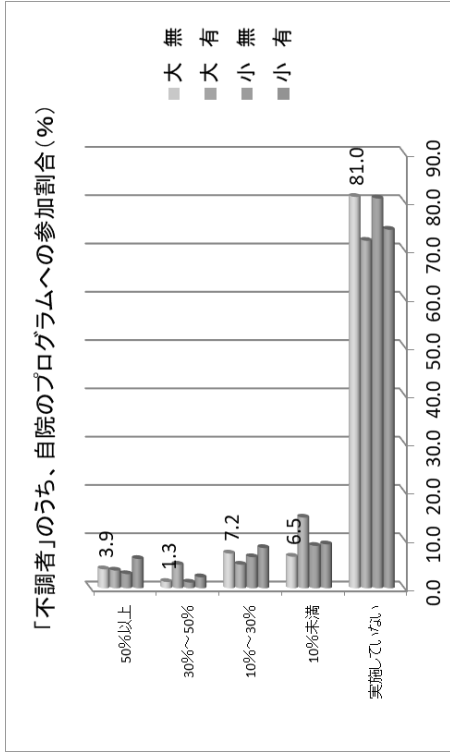


図58

不調者のうち、自院のプログラムへの参加割合

図59 2020 G-46

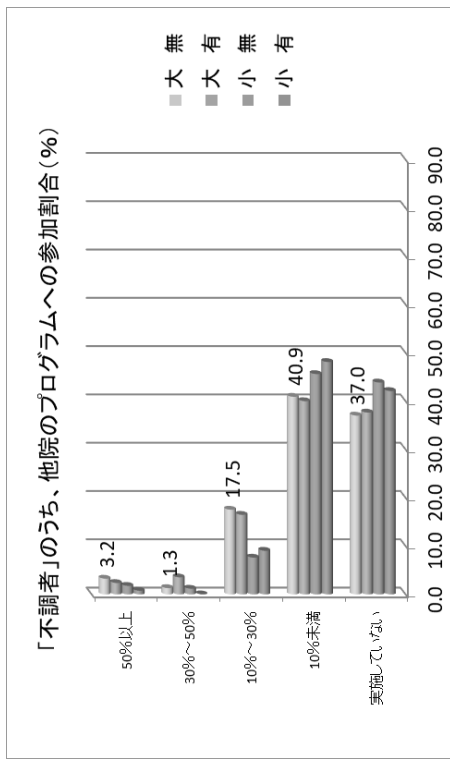


図59

外来患者の中に障害者雇用で就労中の方の割合

図60 2020 H-47

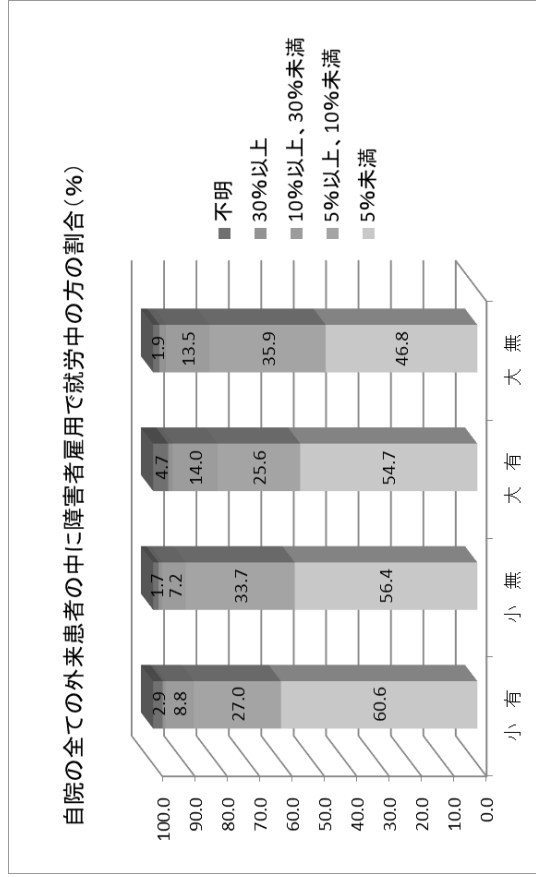


図60

【全体】外来患者の中に障害者雇用で就労中の方の割合

図61 2020 H-47

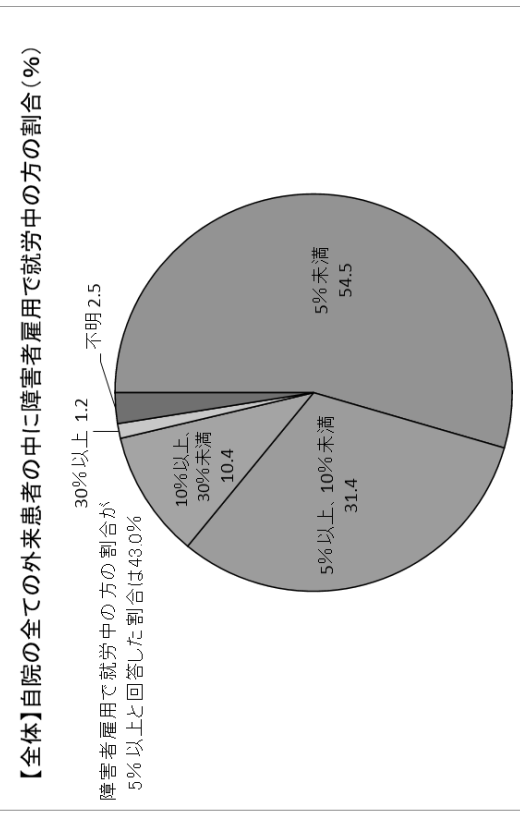


図61

障害者雇用の義務化

図62 2020 H-48

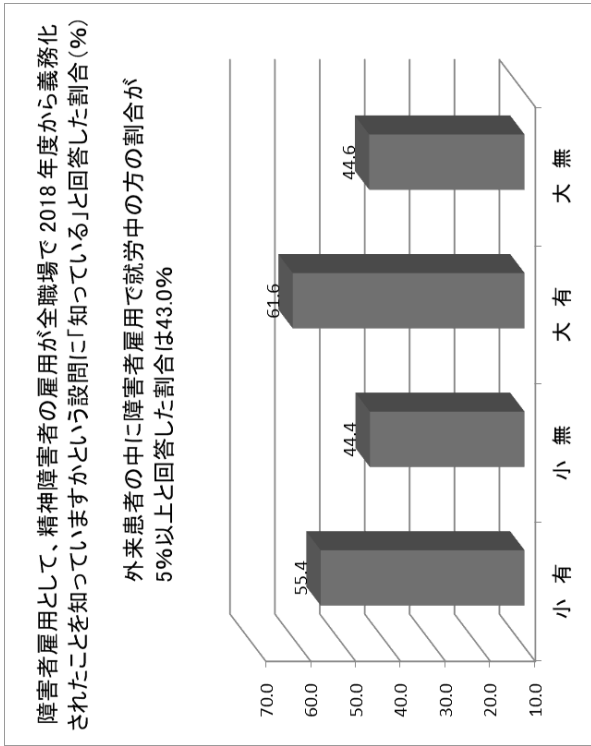


図62

関心

図64 2020 H-49

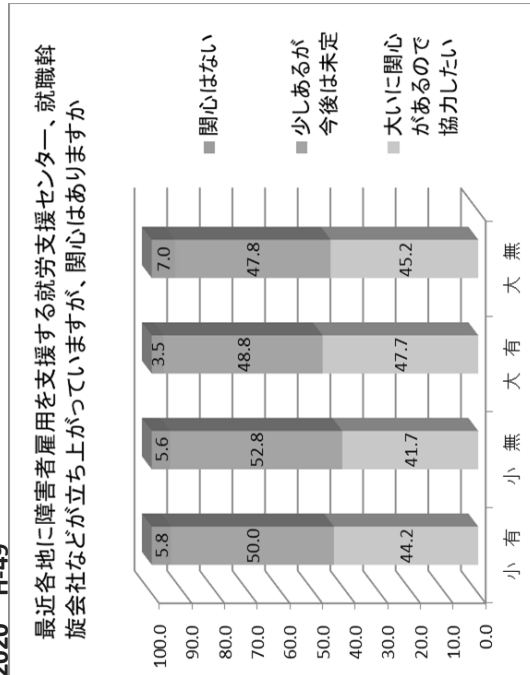


図64

図63 2014

障害者雇用として、精神障害者の雇用が全職場で2018年度から義務化されることを知っていますか

自院の全ての外来患者の中に障害者雇用で就労中の方の割合が5%以上の診療所 → 25.8% (23.3~30.8)

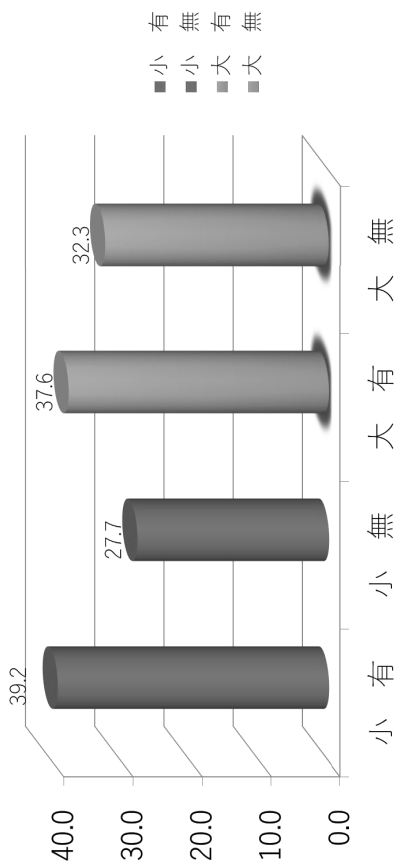


図63

産業医通算経験年数

図65 2020 I-50

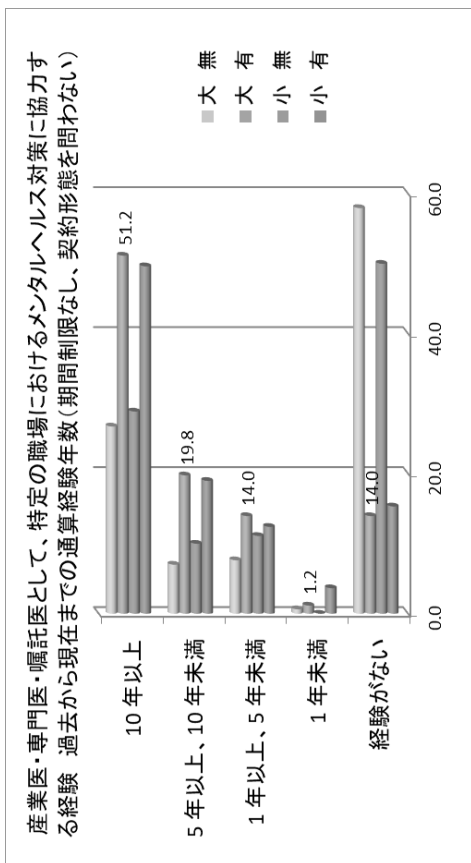


図65

協力した職場の総件数

図67 2020 I-51

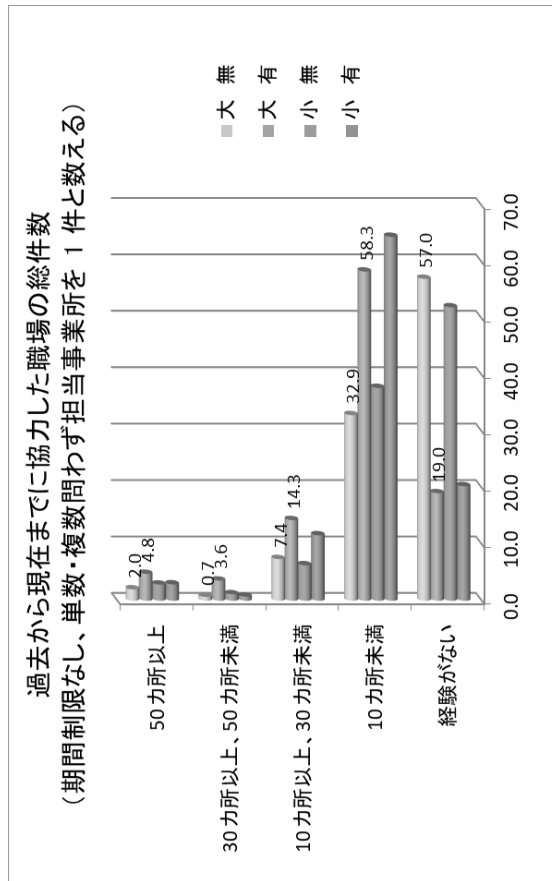


図67

図66 2014

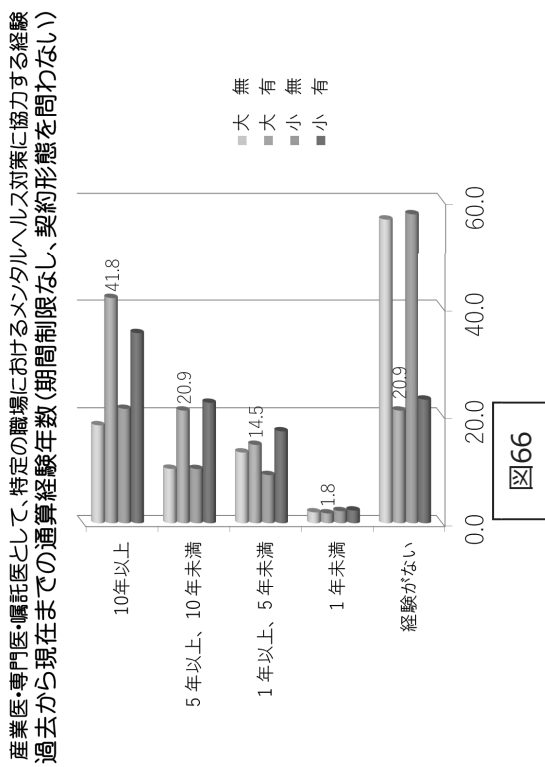


図66

図68 2014

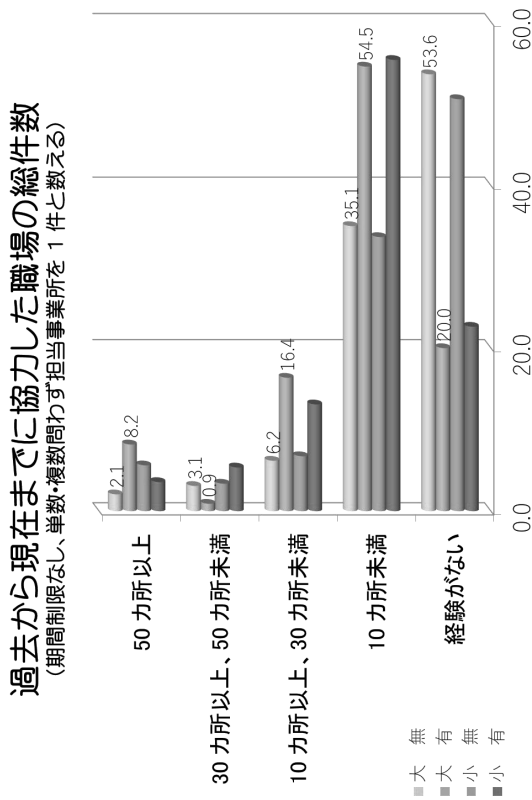


図68

最近1年間の業務方法

図69 2020 I-52

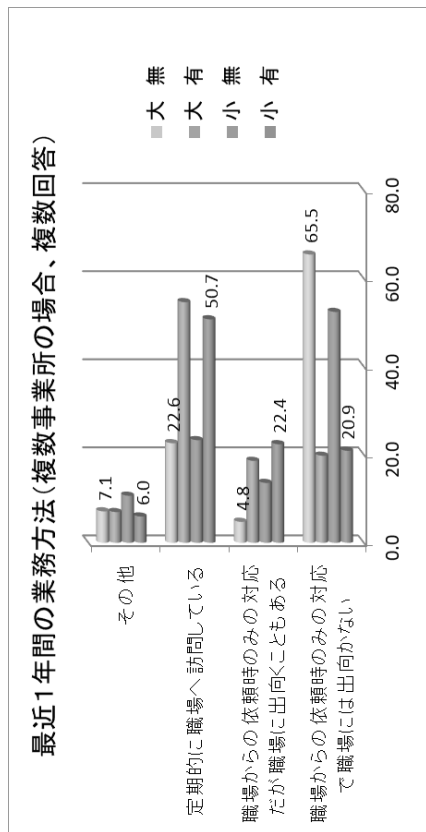


図69

最近1年間の業務方法

(複数事業所の場合、複数回答可)

図70 2014

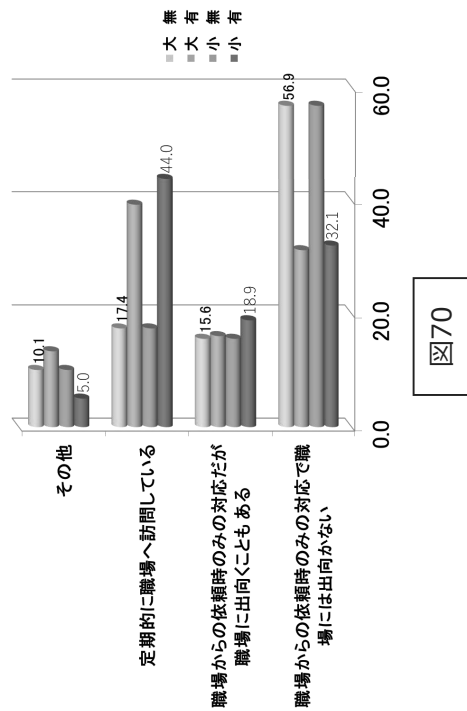


図70

他の産業医との業務分担

図71 2020 I-53

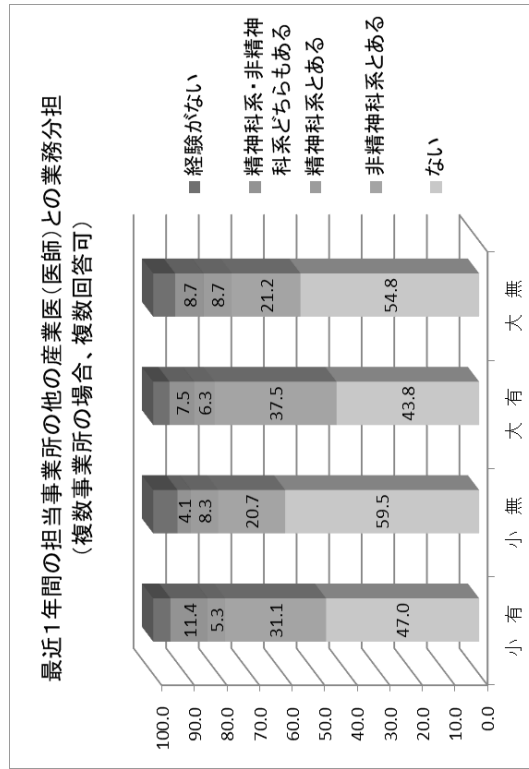


図71

事業所へ赴き、産業医のために滞在する時間

図72 2020 I-54

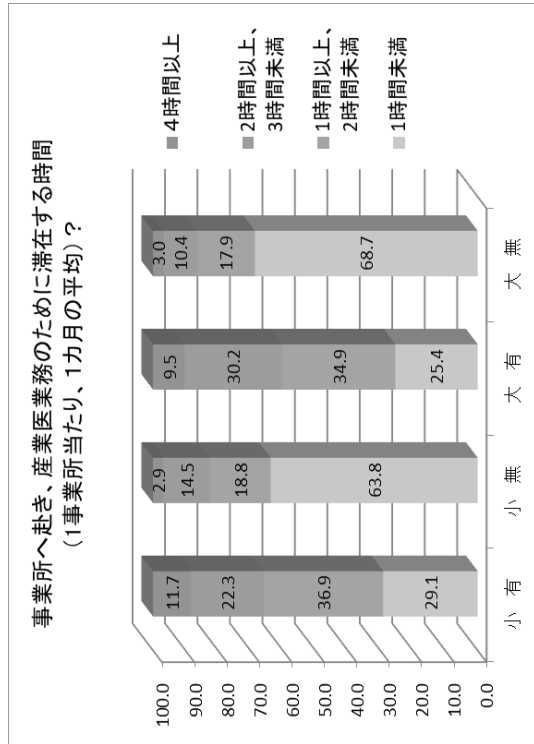


図72

10例以上主治医として関わった経験

図73 2020 I-55

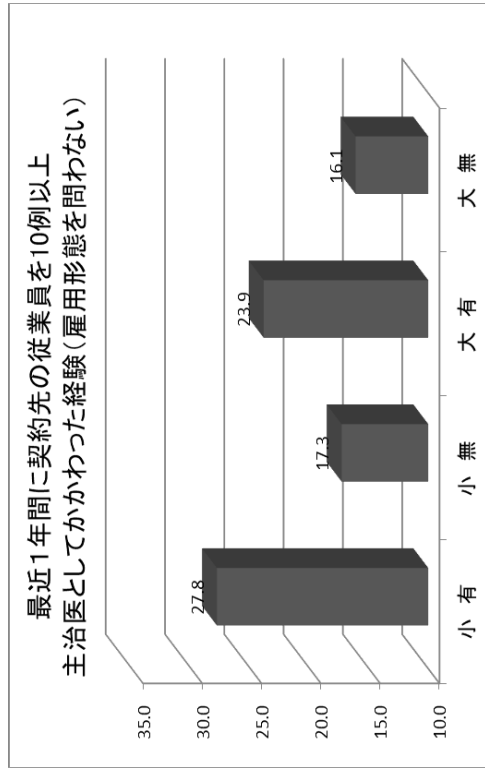


図73

図74 2014

最近1年間に契約先の従業員を10例以上
主治医として関わった経験(雇用形態を問わない)

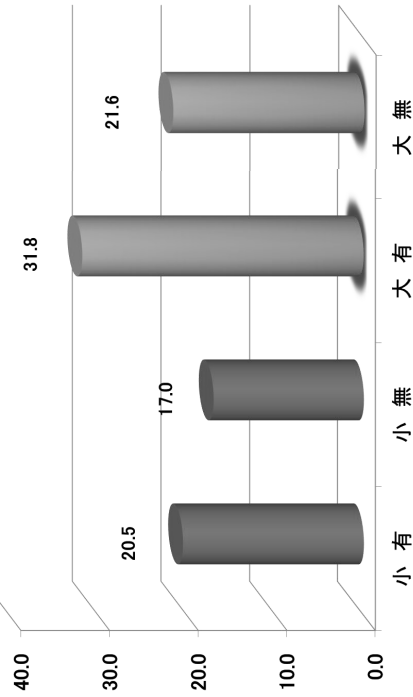


図74

今後、産業医業務に取り組み意向は

図75 2020 I-56

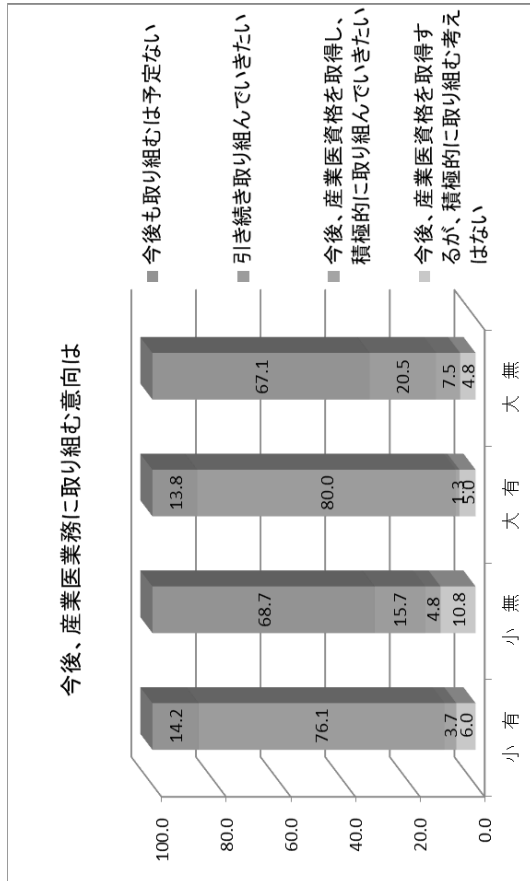


図75

図76 2014 I-55

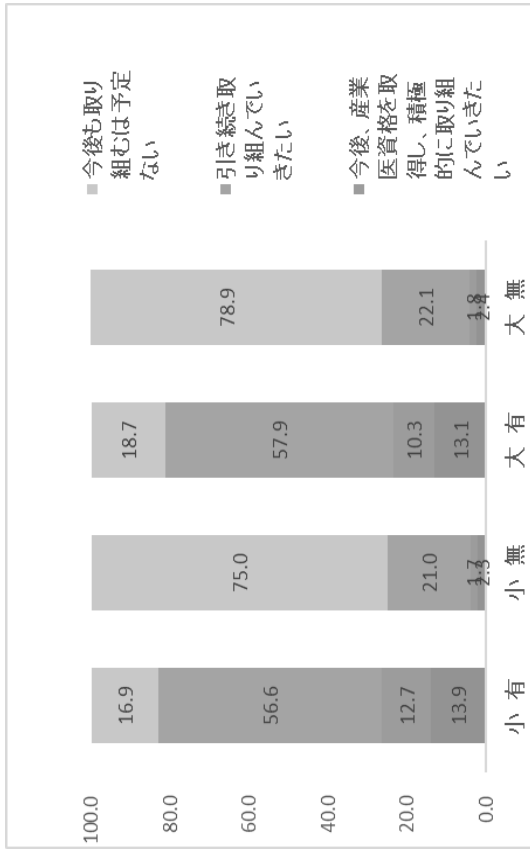


図76

表5 自由記載まとめ

J-61 自由記載	
分析カテゴリ	職場の対応 被災業務が大変である 職場との連携に要する時間、労力が診療報酬に反映されない状況を改善して欲しい 会社側負担で自費請求すると拒否する企業あり 発達障害への対応
小	①産業医の質の問題が大きい。②産業医が一般的にここは問題ありとされる医療機関に誘導する行為がある。半年間で2件。③産業医として50年近く仕事をしているが、患者さんを通してよりも、職場の一般的な精神___について話をしたりする事が多い。それは大切だと思う。④一般診療をさせながら顧問の産業医となるのはどんなものだろうか？おほかえ医師となってしまふ。
有	クビにしたい社員が休職になった場合。ほとんど復職させてもらえず、最終的に自己都合で退職となっている。 主治医と産業医との連携を密にする。クリニック、デイクアなどとの連携が望ましい。不調の職員がメンタルクリニックに予約しても1ヶ月以上先になってしまうことが多い。不調者が増加の傾向にありその対応が医療の側に十分応じていない状況にある。 質問内容、選択肢などもう少し推敲された方が良かったかもしれません。
大	事業所によっては、ひじょうに力を注ぐところもありますが、大手の事業所では、「個人の問題」として、取り組まない事業所があります。また、管理者のメンタル不調を指摘すると管理職から外すといった事業所もあり、その個人の不利益となる場合、治療にも継ぎながらない事があります。ともかく時間がかります。しかしその分回復されるケースが激増しており、対策が必要。その為には発達障害特有の病態を知り、具体策を示すことが必要である。
有	休業の診断書を出しても休業できないことがしばしばある。 職場の理解を得るためには、法的に方向づけをしないと進まない。善意のみでは限界がある。医療機関が職場に対して警戒しすぎる面がある。そのため連携がうまく行かない場合がある。 パワーハラスメントも多く、上司とのつながりがあった。その上司が辞めて、あと、別の上司になったり、部署変更によるものや本人が有能であるので上司からかえってねたまれ、うまく業務が遂行できない状態になること等、経験的に、ご本人の心因的負担が気の毒な場合もあります。事実を表明できないこと等、ご本人には心の負担となるようす。
小	パブル崩壊後の就職氷河期の非正規の労働者が多いような気がします。当院は5年前より高齢の為に閉院予定で新患は診ておりません!!どうも過剰労働者に多いような気がします。
無	産業医として精神科医とカウンセラーを援用すべきでしょう 労働環境の調整を更に進めてもらいたい 労基署のより踏みこんだ職場への対応が必要。 あまり神経質にならない方が良い 職場の状況を確かめることができないので、本人の訴えから推測することになるが、本人の側に問題があるのではないかと考えることが多く、対応に迷うことが多い。
大	無 適応障害かうつ病かは常に悩むところです。・非正規労働者が、不調のまま、職場をおわれ、そのまま治療脱落となるケースがかなりあるだろうと思います。・周囲に新患予約が1ヶ月以上先というふうなところが多すぎます。新患を回避しすぎです。 働き方改革の成果は？ 職場のメンタルヘルスの取り組みの差が大きき、保健師がいなくて、保健師がいても、連携がとりにくく、産業医や上司の___理解がないところもある。 高齢の為、簡単な方のみ、話していますが、近日常、閉院の予定です(1月20日で) 産業医、保健師等の専門的にかかわるスタッフの能力、やる気、態度に差が大き過ぎること。主治医として関わる時に? ? います。専門性を高める研修や資格? よりも“均質化”の方が大切だと思う 職場によりうけとめ方や対応の違いがあり、治療の場で困惑することがある。職場の理解を深めるとりくみや対応の統一化などを図ってほしい。 職場での対人、怒りなどの心理教育を実施する為の標準的なテキストの作成が必要では。 郵送 封背にある「要返信」の文章はいかげなな物かと思ひます。 産業メンタルヘルスは積極的にはとりくんでいないが患者さんは時々来られるのでできる範囲で対応している。専門的に行うクリニックへの流れをつくっていただけるとありがたいと思ふ。パワハラ上司が放置されているような職場では、どうにもならず、医療の範囲をこえていると思つてしまふ。会社の収益にもマイナスだと思ふのだが…。

労災疾病臨床研究事業費補助金

(分担)総括研究報告書

メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に効果的な
精神科主治医と職場との連携技法の実用化研究

研究分担者: 神山 昭男 (有楽町桜クリニック院長)

第2章

表 1～12

資料 1・2・3 (調査用紙)

参考論文 (5篇)

連携ハンドブック

表1 回答者のプロフィール

区分		全体	A群（精神科医・産業医）	B群（精神科以外の医師・産業保健スタッフ）
人数	総数	38	19	19
性別	男性	29	18	11
	女性	9	1	8
年齢階層	① 30～39 歳	8	1	7
	② 40～49 歳	7	4	3
	③ 50～59 歳	12	7	5
	④ 60～69 歳	9	6	3
	⑤ 70 歳～	1	1	0
住居地	① 北海道	1	1	0
	② 東北	1	1	0
	③ 関東	16	7	9
	④ 中部	1	1	0
	⑤ 関西	5	0	5
	⑥ 中国/四国	2	2	0
	⑦ 九州/沖縄	4	1	3
産業保健経験年数	平均	14.5	17.0	10.2
	SD	9.1	7.6	9.7
産業保健専門職	非常勤産業医	28	18	10
	常勤産業医	6	1	5
	医師以外の産業保健専門職	4	0	4
臨床医経験年数	平均	22.4	28.2	16.6
	SD	11.5	9.8	9.9
日本医師会入会	あり	21	12	9
	%	61.8	63.2	60.0

表2 効果的な「連携」を実現するために主治医及び産業医に必須なスキル（選択率：％）

区分		全体	A群（精神科医・産業医）	B群（精神科以外の医師・産業保健スタッフ）
1. 主治医・産業医に共通な要素	a. 常にメンタルヘルスの視点を重視する	65.8	84.2	47.4
	b. 本人の主観的判断と、周囲の客観的判断を参考としながら取り組む	86.8	89.5	84.2
	c. 病状の背景にある、業務上要因、業務外要因、個人要因を見極めていく	86.8	89.5	84.2
	d. 治療と就労の両立支援の観点から、産業医と主治医等との連携に取り組む	60.5	73.7	47.4
2. 主治医に必要な連携力	a. 本人と合意形成しつつ診療に取り組む	92.1	100.0	84.2
	b. 外部との連携に必要な人員、機器等を確保する	39.5	47.4	31.6
	c. 本人の所属職場の就業規則、休業時の対応等について情報収集する	52.6	57.9	47.4
	d. 産業保健関連諸制度・規則等の動向に注目し研鑽を積む	63.2	78.9	47.4
3. 産業医に必要な連携力	a. 合理的配慮、安全配慮を重視する	86.8	94.7	78.9
	b. 本人の業務の力量・体調に配慮した3管理（作業、作業環境、健康）、業務環境調整を行う	78.9	78.9	78.9
	c. 職場内連携（上司、人事、他の関係者らとの共同支援）を基本とする	84.2	89.5	78.9
	d. 職場環境の改善、ひいては、組織運営の向上を考慮した支援をめざす	60.5	73.7	47.4
	e. 精神科医療、制度への関心を高め理解を深める	57.9	57.9	57.9

表 3-1 好事例の内訳: 回答者群・連携の始点・連携時期 (1)

群・区分		全体	不安定就労期	休業期	復職期
A群	① 主治医から産業医への連携	13	2	7	4
	② 産業医から主治医への連携	7	4	2	1
	③ 産業医と職場内の関係者との連携	7	3	2	2
	計	27	9	11	7
B群	① 主治医から産業医への連携	3	0	3	0
	② 産業医から主治医への連携	12	6	3	3
	③ 産業医と職場内の関係者との連携	7	1	3	3
	計	22	7	9	6
全体	① 主治医から産業医への連携	16	2	10	4
	② 産業医から主治医への連携	19	10	5	4
	③ 産業医と職場内の関係者との連携	14	4	5	5
	全体	49	16	20	13

表 3-2 好事例の内訳: 連携の始点・連携時期・回答者群 (2)

区分	不安就労期		休業期		復職期		不安定 就労期	休業期	復職期	全体	% (各 区分 内)
	A群	B群	A群	B群	A群	B群					
① 主治 医から産業 医への連携	2	0	7	3	4	0	2	10	4	16	32.7
② 産業医 から主治医 への連携	4	6	2	3	1	3	10	5	4	19	38.8
③ 産業医 と職場内の 関係者との 連携	3	1	2	3	2	3	4	5	5	14	28.6
全体	9	7	11	9	7	6	16	20	13	49	100.0
%(各群内)	33.3	31.8	40.7	40.9	25.9	27.3	32.7	40.8	26.5	100.0	

表4 好事例のプロフィール: 医療情報

区分		連携の始点			連携の時期			全体	
		① 主治 医から産 業医への 連携	② 産業 医から主 治医への 連携	③ 産業 医と職場 内の関係 者との連 携	不安定就 労期	休業期	復職期	連携の始 点	連携の時 期
全体	人数	16	19	14	16	20	13	49	49
性別	男性	13	16	10	12	13	13	39	38
	女性	3	1	4	3	5	0	8	8
	計	16	17	14	15	18	13	47	46
年齢階層	① 30歳未満	3	5	3	1	6	2	11	9
	② 30～39歳	3	4	3	5	4	3	10	12
	③ 40～49歳	3	4	3	3	5	5	10	13
	④ 50～59歳	0	0	0	0	0	0	0	0
	⑤ 60歳～	5	5	5	7	2	3	15	12
	計	14	18	14	16	17	13	46	46
診断分類	① F10-F19 精神作用	0	1	1	1	0	1	2	2
	② F20-F29 統合失調	2	0	1	0	2	1	3	3
	③ F30-F39 気分 [病	8	10	5	8	11	4	23	23
	④ F40-F48 神経症性	6	5	5	4	6	6	16	16
	⑧ F80-F89 心理的発	0	1	2	2	0	1	3	3
	⑨ F90-F98 小児<小	0	2	0	1	1	0	2	2
連携前の 治療歴	① なし	9	6	2	7	9	1	17	17
	② 1年以内	1	6	2	3	2	4	9	9
	③ 1～2年以内	3	2	3	2	4	2	8	8
	④ 3年以上	3	5	7	4	5	6	15	15
	計	16	19	14	16	20	13	49	49
精神および 行動面の障 害による休職 (1カ月以 上)回数	① なし	1	5	2	6	2	0	8	8
	② 1回	8	4	8	3	12	5	20	20
	③ 2回	4	6	3	4	4	5	13	13
	④ 3回以上	3	3	1	2	2	3	7	7
	計	16	18	14	15	20	13	48	48
精神および行 動面の障害以 外による休職 (1カ月以上) 回数	① なし	16	16	11	13	17	13	43	43
	② 1回	0	3	3	3	3	0	6	6
	計	16	19	14	16	20	13	49	49

表5 好事例のプロフィール:職務情報

区分		連携の始点			連携の時期			全体	
		① 主治 医から産 業医への 連携	② 産業 医から主 治医への 連携	③ 産業 医と職場 内の関係 者との連 携	不安定就 労期	休業期	復職期	連携の始 点	連携の時 期
業種	① 建設業	2	2	0	0	1	0	4	1
	② 製造業	5	8	9	6	9	7	22	22
	③ 情報通信	4	2	0	1	1	4	6	6
	④ 運輸業	0	0	0	0	0	0	0	0
	⑤ 卸売・小売業	2	1	1	3	1	0	4	4
	⑥ 金融・保険業	0	1	1	2	0	0	2	2
	⑦ 医療・福祉業	1	1	0	1	1	0	2	2
	⑧ サービス業	2	1	1	2	1	1	4	4
	⑨ 公務	0	0	1	0	1	0	1	1
	⑩ 農林水産	0	0	0	0	0	0	0	0
	⑪ その他	0	1	1	0	1	1	2	2
	計	16	19	14	16	20	13	49	49
職務内容	① 専門・技術	10	11	6	8	12	7	27	27
	② 管理	0	1	0	0	1	0	1	1
	③ 事務	2	2	6	4	4	2	10	10
	④ 販売	2	2	1	2	2	1	5	5
	⑤ サービス	1	0	0	0	0	1	1	1
	⑥ 運転	0	0	0	0	0	0	0	0
	⑦ 不明	0	1	0	0	1	0	1	1
	⑧その他	1	2	1	2	0	2	4	4
	計	16	19	14	16	20	13	49	49
雇用状況	① 正社員・一般職	12	16	12	13	17	11	40	41
	② 正社員・管理職	3	2	1	2	3	0	6	5
	③ 正社員以外の社員	1	0	0	0	0	1	1	1
	④ 不明	0	0	0	0	0	0	0	0
	⑤その他	0	1	1	1	0	1	2	2
	計	16	19	14	16	20	13	49	49
障害者雇 用	① 非該当	16	17	12	14	19	12	45	45
	② 該当	0	2	2	2	1	1	4	4

表6 「好事例」3例における連携作業の具体的内容と成果など

事例	事例 1	事例2	事例 3
連携パターン	産業医から主治医への連携	主治医から産業医への連携	産業医から職場内への連携
連携のタイミング	不安定就労期	休業期	復職期
1 本事例を好事例とした最大の根拠	本人が強く休職に難色を示したが、主治医と産業医との情報共有をもとに休職療養につながったため。	診察場面、本人供述だけでは知り得ぬ情報を得て、アセスメントや方針決定に有益であった。	産業医、上司、人事労務担当者、産業看護職などが連携し順調な復職につながった。
2 連携の目的	・産業医からの紹介状をもとに心療内科を受診し、治療と休職療養が必要な状況とみられたため。本人が管理職で責任感が強く、強く休職を拒否し、紹介状持参のもと受診したが1回目の診察では休職診断書が発行されなかった（本人が休職に抵抗があったため、主治医に休職診断書を断った可能性あり）。しかし、その後不安定な就労が続き、再度、本人の体調や勤怠状況について主治医に対し、情報診療提供書を送付し、主治医から休職診断書が発行され休職に至った。	本人供述の信憑性が疑わしく、産業医に職場での問題行動、迷惑行為の有無を把握する必要がある。産業医より客観的な職場での迷惑行為、その内容、職場での本人の問題事例を把握する必要があった。	再不調が危惧されたため、上司等との連携により、予防策を講じることが必要と考えられた。連携により安定就労を期待した。
3 連携後の本人の変化	病気に対して、休職自体が治療になるということへの受入れに繋がった。	産業医からの情報提供内容を否認された。	やや自信を持った様子となり、安定して就労できている。
4 連携後の職場側の変化	勤怠が不安定で職場も対応に苦慮していたため、人員・業務調整に繋がった。	主治医への連携に信頼を示し、より強力的になった。	特段の変化なし。
5 連携後の主治医側の変化	投薬治療のみから休職診断書の発行に繋がった。	診察場面だけでは把握できない実態を知ることができた。	本人から受診時に会社の取り組みを伝達しているが、特段の変化なし。
6 連携の具体的成果	急性期で体調が悪い時は、客観的に自分の状況を捉えられず診察時に主治医へ状況を説明できない方もいるため、職場での客観的な状態を産業医の立場から主治医に伝えることで、具体的な状況がより伝わり休職療養に繋がった。	被害妄想、恋愛妄想にもとづく迷惑行為を知ることができた。	部署の適切な支援を得ることが出来、病状の安定と安定就労を実現できている可能性がある。
7 連携の具体的手順、内容	①紹介状②情報診療提供書の主治医への郵送。	書面での事例性把握を書面で照会。産業医の了解のうえ、書面及び電話等で事例性を聴取。	本人の承諾のもと、上司、人事労務担当者、産業看護職と打ち合わせの機会を持ち、業務内容やその教育を含む復職プランを作成した。
8 連携の準備	人事と上司に対して、勤怠や業務パフォーマンスの状況確認し、休職を拒否している段階では週一で面談設定し、体調確認と休職の必要性について産業医から本人への説明を繰り返し行った。	照会事項及び同意書を含めた書面を作成。	産業看護職が上司と事前打ち合わせを行った。
9 連携の頻度	2回。	複数回のやり取りを行った。	復職前、慣らし勤務終了時、など節目に複数回の会議を実施した。
10 連携に活用したツール	書面での情報診療提供書のやり取りのみ。	厚労省のガイドラインに準拠した照会文。	本人から同意を得た範囲で産業医面談記録を共有した。
11 連携の手段	⑤その他（手紙）	①電話/③メール/⑤その他	④面談
12 本人の同意	産業医面談時に受診先紹介とともに産業医から説明し、同意を得る。	産業医への聴き取りの旨を書面化し、本人へ提示して、同意文へ署名・捺印を得た。	産業医面談時に、再発防止のための社内関係者との会議を提案して同意を得た。その旨を面談記録に残した。
13 連携に要した費用負担	なし。	費用は当方でのみ負担。	社内関係者のみであり、費用負担なし。
14 連携に関わるリスク	主治医は、患者の意向に沿うことが多く、会社側の産業医の意見をあまりくみ取ってもらえないこともあるが、具体的な勤怠の状況等についての詳細を連絡したことで本人の状況が伝わり、治療・休職療養に至ったと考える。	本人からの同意拒否。結果として、丁寧な説明のもと同意を得ることができた。	上司の理解不足があれば、復職早期に想定より高い負荷がかかる可能性がある。逆に負荷が軽いと職場が対応に苦慮する可能性もあった。産業医が提案した頻度での、上司と本人による打ち合わせを実施し、いずれも回避できた。

表7 本事例を好事例とした最大の根拠

不安定就労期		休業期		復職期	
主治医	1 複数回の休職をしたが、休職に至らなくなった	主治医	1 薬物・精神療法による再発防止の限界があり(複数回の休復職)、本人の問題、上司の対応を職場が理解したへ。	主治医	1 異動先で不適応をくり返す抑うつ→退職となる手前で復職出来たこと。
	2 回復のために勤務状況の改善が必要と主治医の診立てを産業医に伝え不調者の改善と安定就労が両立。		2 診察場面、本人供述だけでは知り得ぬ情報を得て、アセスメントや方針決定に有益であった。		2 産業医を通じて服薬の必要性、それに伴う運転の可否を職場に十分理解いただいた。
産業医	3 治療は主治医の判断となるため、本人も職場も適切に初診の主治医に理解してもらうかが重要な点。	産業医	3 産業医とスピーディーな連携ができ、結果的に短期間の休職で環境改善された職場に復帰できたこと。	産業医	3 診断書にもとづく配慮として異動が出来、スムーズな復職へとつながった。
	4 本人は産業医との複数回の面談の中でリーダーシップを学び、会社の貴重な人材として重宝されている		4 主治医が職場の就労状況を把握でき、主治医と職場が患者に対する同じ考えを共有できることの重要性を感じた。		4 障害者雇用拡大に主治医意見書が有効であり、主治医は患者を守る連携を図ること。
	5 本人に病識がないが、事例性を主治医へ伝えて連携し患者の病態が安定、職場の安心を得た。		5 主治医側の診察室情報と、産業保健スタッフ側からの懸念についても双方の関心領域となり治療と仕事の両立を促せた。		5 妄想があっても認知機能が保たれていれば就労可能であることを理解してもらえた。
	6 職場で困って手が無いと思われたASD傾向の事例、連携後、職場と本人の理解が進み適応的になった。		6 うつ病の復職支援プログラムであるリワーク医＝主治医と産業医の連携を行って、安定就労に成功した事例であること。		6 主治医からの返信状により、職場のハラスメント相談を利用することにつながった点
	7 産業精神保健分野の研究會に産業医および精神科医が積極的に参加することが就労支援に役立つ一例。		7 産業医との連携により異動が実現できた可能性が大きい。		7 本人への対応を産業医だけでなく、職場も人事も共通の認識で問題行動へ対応した。
	8 異動後不調が続き内科で療養中の社員の同意を得て精神科を紹介し病状や就労の安定につながったこと。		8 連携前後で明らかに変化があった。		8 会社が職場復帰の条件を主治医に示すことの重要性。
	9 本人が強く休職に難色を示したが、主治医と産業医との情報共有をもとに休職療養につながったため。		9 産業医、上司が本人の特性を理解、本人が周囲にヘルプを出しやすく、本人に合った職場に復職再発リスクが減った。		9 アルコール依存にも職場内連携は有効である。
	10 本人の不安定就労がなくなり、生き生きとした表情で就労されているところ。		10 文書での密な情報交換ができた事(本症例では、自動的に会社・産業医共に情報共有できていたのは良かった)		10 しっかり連携して本人・職場に働きかければ、本人らしさを取り戻し戦力となる。
	11 主治医の気分を害してしまわないか心配があったが、丁寧に記載しスムーズに治療まで進んだため。		11 業務上の大きな出来事であったんかんだけでなく、他の障害・問題について目を向ける必要があることを学んだ。		11 会社を休む日が少なくなった。上司にすぐ相談ができて対応してもらえた。
	社内		12 職場で困り手が無いと思われたASD傾向だったが、職場と本人の理解が進み適応的になった。		社内
13 健康管理室内と医療機関では困難であり、人事労務担当者と協働し、組織的な動きにつながったこと。		13 本人を介した連携が、主治医と産業医(会社)との相互理解を高め、復職の一助となった。	13 産業保健に携わる中で困ったこと、大変だったことの記憶が一番大きかった。		
14 本人の特性について上司や人事に産業医がわかりやすく説明し相談できて職場が対応できた。		14 病状悪化時に機会を逃さず、本人を説得して適切な療養につながったこと。			
15 これまで数年間続いた問題(当事者も直属上司も問題にできなかった)を会社として解決してくれた。		15 2回目の休職、勤怠安定期間がなかったことを重視してリワークプログラムにつなげることができたため。			
16 産業医は疾患だけでなく、労働に関連する法令や障害福祉サービスの知識も必要であると再認識した。		16 メンタル疾患は「怠け」との上司、周囲の感覚が変化し、多様性を認め生産性をあげる職場に変化が感じられた。			
		17 主治医の選択を慎重にする。治療対応の枠組みの大切さ。			
	18 安定就労に継続的な服薬治療が不可欠と考えられる統合失調症に対して、職場内の関係者が協力して本人を後押ししたこと。				
	19 障害者の二次障害的な気分障害に対して、関係者が緊密な連携を行い、速やかで適切な対応ができたこと。				
	20 初めてのメンタルヘルス不調者の復職を経験する上長に対して成功体験を得る手助けになったと考えられるため。				

表8-1

連携の時期	連携の起点	診断名	本事例を好事例とした最大の根拠	連携の目的
不安定就労期	① 主治医から産業医へ	3	複数回の休職をしたが、休職に至らなくなった	休職を繰り返しており、ローパフォーマーとなり、会社で問題化していた。
		4	主治医が診立てを産業医に伝え、産業医の進言により職場改善の方向付けができた。	受診前2か月間は約70～80時間/月の時間外労働の是正が必要と職場に伝えるため。
	② 産業医から主治医へ	3	本人も職場も望んでいる状況を、適切に初診を受けてもらう主治医にどう理解してもらうかが重要な点。	安易に要休業の判断を主治医がしてしまうことは、本人も職場も休まれると困ることも十分主治医に伝える必要があった。
		3	本人は産業医との複数の面談の中でリーダーシップを学んだと話し、現在も会社の貴重な人材として重宝されている	主治医への紹介、復帰後の安定就労を目的とする
		1	本人に病識があまりない場合、事例性を通して主治医と連携することで適切な医療導入と治療継続への協力が得やすくなった。	アルコール関連障害が強く疑われるが本人は強く否認する。事例性への対応には内科医と、精神科医との連携が必要と考えた。
		9	職場で困ったASD傾向のある男性だったが、職場と本人の理解が進み、適応的になった。	精神科の受診歴もない。産業医として、主治医を作り、そこにつないで解決したいと考えました。
		4	本人、上司、会社側との合意形成に至ることができたため	主治医の意見・治療状況を確実に把握し、合理的な配慮、上長、会社側との合意形成に用いる
		4	産業精神保健分野の研究會に産業医および精神科医が積極的に参加することが、実際の就労支援に役立つことの一例と考えたため。	主治医として療養を継続してもらい、安定就労につなげること。
		3	産業医が社員の同意を得て速やかに精神科クリニックを紹介し、精神科治療を開始し病状や就労の安定につなげたこと。併せて、産業精神保健分野の研修に産業医および精神科医が積極的に参加することが就労支援に役立つ。	本人の承諾のもと精神科クリニックを紹介し、近い将来見込まれる多少の時間外労働の増加による病状悪化を未然に防ぐこと。
		3	本人が強く休職に難色を示して理解が得られてなかったが、主治医と産業医との情報共有をもとに休職療養につながったため。	・産業医からの紹介状をもとに心療内科を受診したが本人が休職に抵抗、その後も不安定な就労が続き、再度、主治医に情報診療提供書を送付し、主治医から休職診断書かた発行され休職に至った。
		8	本人の不安定就労がなくなり、生き生きとした表情で就労されているところ。	業務内容が本人に適切なものかどうか、主治医に意見を伺うことは治療に有効、本人もそのことに対して期待感があった、連携することにより、業務変更がスムーズとなり、主治医の本人理解・治療への情報活用も期待。
		3	主治医の気分を害してしまわないかの心配があり、丁寧な内容で記載することに努めた。スムーズに治療まで進んだ。	定期受診では本人が他人に攻撃的な言動をしていることを主治医に伝えず、主治医が躁状態となっている点に気付いていない可能性があった。職場内の状況や産業医面談で聴取した内容を主治医に伝えて正しく診断および加療に繋げてもらうため。
	③ 産業と職場関係者へ	3	産業医として関わったが、健康管理室内と医療機関だけではどうしても軽快が困難であり、人事労務担当者とともに協働し、本人のサポーターである管理者を設置するなど組織的な動きにつながったこと。	産業医として普段から連携が出来ている主治医へ紹介し、本人も素直に受診。しかし過大な業務負荷について、部長クラスや人事労務担当者との連携も必要と判断した。
		8	本人の特性が課題となった場合、職場上司や人事に産業医がわかりやすく説明し、必要時相談できるようにすることで職場上司などが安心して対応できるようになった。	発達特性が疑われたが職場にその理解はなく、繰り返す事例性と長引く休職が見られた。職場関係者との連携により就労環境の適正化と、ラインケアのやり方を変えられると考えた
		4	これまで数年間続いた問題（当事者も直属上司も問題にできなかった）を会社として解決してくれた。	
		3	障害者に対する職場の理解度はまだ低い。産業医は疾患だけでなく、労働に関連する法令（安衛法・規則以外）や公的な障害福祉サービスに対する知識も必要である。	上記①～③を上司、職場管理者、人事担当と本人同意のもとで共有し、事業所側、産業医側で取り込み可能なことであると判断し、連携をとった。

注：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞/>⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

表8-2

連携の時期	連携の起点	診断名	本事例を好事例とした最大の根拠	連携の目的
休業期	① 主治医から産業医への連携	3	薬物・精神療法による再発防止の限界があり、本人に対する上司の対応の問題、職場の方々への状況共有と理解。	主治医として要休業を判断と同時に、本人の同意を得て、産業医へ情報提供。休業により回復は見込まれるが、同じ環境での職場復帰が困難であることを産業医に理解していただきたい。
		2	診察場面、本人供述だけでは知り得ぬ情報を得て、アセスメントや方針決定に有益であった。	本人供述の信憑性が疑わしく、産業医に職場での問題行動、迷惑行為の有無を把握する必要があった。
		4	産業医とスピーディーな連携ができ、結果的に短期間の休職で環境改善された職場に復帰できたこと。	業務上の負荷により適応障害を起こした為、疾病性よりは事例性が問題となると判断した。連携により産業医・職場・人事等が職場環境改善に着手することを期待した。
		3	職域と連携することにより、主治医が職場の就労状況を把握できること、主治医と職場が患者に対する同じ考えを共有できることの重要性を感じたため	性格傾向から復職後症状再燃の可能性が高いと判断。産業保健スタッフに対し、主治医の見立て、根拠、望ましい対応方法を伝えることで病状再燃が抑えられる。
		4	主治医側の診察室で得られる情報、産業保健スタッフ側からの懸念についても、併せて相互補完的に、治療と仕事の両立を促せた結果となったため。	Aさんの今後の就業について社内健康管理室にて協議した（4軸アセスメントと復職に向けた方針の検討・共有）。
		3	うつ病の復職支援プログラムであるリワーク医＝主治医と産業医の連携を行って、安定就労に成功した事例であること。	休職中の職場との連絡の維持と、復職時判定の検討や助言。復職後の職場での配慮、復職後の職場の復職支援プログラムに主治医の助言を必要としたため
		3	産業医との連携により異動が実現できた可能性が大きい。	本人が過剰適応するタイプであり、現場でのプレーキ役が必要であることと現職場からの異動が必要と考え、主治医としての意見を産業医を通じて人事に伝えるため。
		3	連携前後で明らかに変化があった故	上司との人間関係に大きな要因があったため
		4	産業医、上司が自身の特性を理解してくれたという安心感から、本人が周囲にヘルプを出しやすくなった。本人の特性に合った職場に復職できたため再発のリスクが減った	職場内での本人の特性の共有 及び 配属部署の調整が必要と判断し、産業医と連携し、復職時には職場異動となった
		3	文書での密な情報交換ができた事（本症例では、自動的に会社・産業医共に情報共有できていたのは良かった	本人は早い復職を希望していたが、医学的に適切な時期を相談、本人が得意とする業務に就けるよう主治医の意見を伝える連携により、会社側も本人に好意的に接触できるようになる。
	② 産業医から主治医への連携	9	業務上の大きな出来事であったてんかんに注目のだけでなく、ほあkの障害・問題についても目を向ける必要があることを改めて学んだ。	業務ができず、他の職員、クライアント先から苦情が出ていたこと、薬の内服をしばしば忘れ発作を起こし、発達障害専門の精神科医との連携が必要と判断した。
		3	産業医も精神科診療に関して詳しいため治療転機のタイミングを判断、その後の主治医との連携が社内調整にも良い影響を及ぼした。	産業医が、転医を希望したため。治療方針としての薬剤調整やリワーク等について、主治医Bに依頼した
		4	本人を介した連携が、主治医と産業医（会社）との相互理解を高め、復職の一助となった。	主治医・本人と会社・産業医との認識のずれの修正が目的であった。
		3	病状悪化時に機会を逃さず、本人を説得して適切な療養につなげたこと。	服薬治療の開始と休職要否の判断。休職となり回復した場合は心理療法を追加し、復職準備性を高めること。
		4	2回目の休職だがその間の勤怠安定期間がほとんどなかったことを重視してリワークプログラムにつなげることができたため。	主治医にリワークプログラムへの参加を検討していただくため
	③ 産業医と職場内の関係者との連携	3	メンタル疾患は「怠け」という、上司ならびに周囲の感覚が変化し、多様性を認めつつ生産性をあげる職場に変化しようという意識が感じられたこと	職場内で復職後も本人が孤立すると考えられ、また専門職であるがゆえにその職場以外には異動が考えられないため
		3	（ダメな主治医には退場してもらおう）だが、一応、治療対応の枠組みの大切さ。	治療の枠組みの再構築
		2	安定就労に継続的な服薬治療が不可欠と考えられる統合失調症に対して、職場内の関係者が協力して本人を後押ししたこと。	自宅近くの精神科クリニックで継続療養をしながら、復職を目指すこと。
		3, 8	障害者の二次障害的な気分障害に対して、関係者が緊密な連携を行い、速やかで適切な対応ができたこと。主治医とも連携しているが、社内連携の方がより特徴的と考える。	主治医は定期的を受診していたが、最近の不調に対して「無理せずに」などの助言にとどまっていることを本人より聴取したため、産業医や会社が観察している事象を主治医に伝える必要があると判断した。
4	初めてのメンタルヘルス不調者の復職を経験する上長に対して成功体験を得る手助けになったと考えられるため。	メンタル不調対応が初めての経験と情報共有することで管理職としての負担、不安の軽減		

注：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害＜精神遅滞/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児＜児童＞期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

表8-3

連携の時期	連携の起点	診断名	本事例を好事例とした最大の根拠	連携の目的
復職期	① 主治医から産業医へ連携	4	異動先で不適應をくり返す抑うつ→退職となる手前で復職出来たこと。	根本的解決のため「異動（出身地近くでの勤務が望ましい）」と記載。
		3	地方では仕事上、車の運転が必要とされることが多い。産業医を通じて服薬の必要性、運転の可否を職場に十分理解していただいた。	投薬を減らすことは安定した病状を保つためには困難であるため、職場の配慮が出来ないか、と考えた。
		4	通常のルートとは違い、診断書にもとづく配慮として異動が出来、スムーズな復職へとつながった。	職場復帰時における環境調整
		2	公共性の高い事業所の障害者雇用拡大に主治医意見書が有効、顔のみえない産業医にも主治医は患者を守る連携を図る	障害者枠での就労ではなく契約が更新されない可能性が大きかったため、産業医の理解、ひいては職場の理解を求めた。
	② 産業医から主治医へ連携	3	妄想も認知機能が保たれていれば就労可能であると理解してもらえた	産業医が復職可能か判断に迷ったため主治医である私にコンタクトを取ってきた。
		4	主治医からの返信状により、職場のハラスメント相談を利用することにつながった点	傷病手当金が切れてしまうなど、経済的理由が発生したため
		3	本人への対応を、産業医だけではなく、職場も人事も問題行動対応へ逃げずに本人に直視し共通の認識で対応できたこと	他害の恐れがあり、また治療回復に疑念が生じ人事や、職場、健康管理部門が連携し、リハビリ出社を停止する必要があった
		3	会社が職場復帰の条件を主治医に示すことの重要性	復帰後の勤務条件について主治医に理解していただき、その条件での勤務が可能か否かの判断を仰ぐ必要があると考えた。
	③ 産業と職場の関係と連携	1	アルコール依存にも職場内連携は有効である。	・再飲酒のリスクを減らすためにも職場内で本人を支えていくことが必要と考えたから。
		4	高卒後に就職し、不適應を起こして退職するケースも多いが、しっかり連携して本人・職場に働きかければ、本人らしさを取り戻し、戦力となりうるから。	本人への働きかけ（人間的成長が必要）と同時に、職場側の受け入れに関する取り組みが必要だと考えたため。
8		・会社を休む日が少なくなった。・上司にすぐ相談ができて、対応してもらえるようになった。	・精神科医を受診し「復職するときに職場環境調整をした方がよい」との指示を受けたこと。	
4		異動後の業務で調子を崩したものの当該部署で復職せざるを得ない困難なケース、産業医、上司、人事労務担当者、産業看護職などが連携し、業務内容の微調整、上司の支援強化などを行い、順調な復職につながったこと。	再不調が危惧されたため、上司等との連携により、予防策を講じるが必要と考えられた。連携により安定就労を期待した。	
	4	産業保健に携わる中で、困ったこと、大変だったことの記憶が、自身の中では一番大きかった。	1年以上の療養後、復職に際し障がい者職業センターのジョブコーチをつけ、新しい業務に従事するため、職場に連携した。	

表9-1

連携の時期	連携の起点	診断名	連携後の本人の変化	連携後の職場側の変化	連携後の主治医側の変化	連携の具体的成果
不安定就労期	① 主治医から産業医への連携	3	産業医と主治医に伝える情報が異なることが、連携後は少なくなった。	職場側も本人の対処を正確にできるようになった。	本人の主観的言動だけでなく客観的情報が入り治療に促進的となった。	会社側の本人に対する陰性勘定が徐々に改善した
		4	労働負荷軽減の方向に進むことでの安心感もあってかストレス軽減、回復、安定就労に至った。	産業医から事業者に進言した頃から○さんの心身不調が自覚的に改善してきた。	特にないように思います。	リラクゼーション法やコーピングについて指導し、事業場看護師によるリスニングを続けている。
	② 産業医から主治医への連携	3	通院加療による軽快、職場環境調整による過重労働の軽減などから、休業なく働きやすくなった。	本人にも職場にも大きなマイナスが生じず、健康管理室との協働の意義が管理者側に伝わった	治療と仕事が改善、主治医も連携の意義が伝わり、連携の下地ができた	職場環境調整と適切な治療
		3	リハビリ勤務を経て段階的に復職し、現在も元気に働いている	復職の成功事例を蓄積できた	不明	安定復職ができ、貴重な人材を失わずにすんだ
		1	事例性から指示している解決のための連携を職場の協力が得られた	事例性に変化が生じたときに精神科主治医に連絡話しやすくなった	適切に対応すると、主治医側からも情報交換が行われるようになった	事例性の再燃を繰り返してはいるが、早期に対応、医療導入がしやすくなった
		9	産業医以外の第三者からも、ASDの傾向を説明され、受容がすすんだ。	本人に対する解決手段がありうるので、安心したよう。	職場の情報を渡しアセスメントが進んだ。診察室、職場による違い。	本人に病識が得られ、産業医の助言に対応してくれるようになった。
		4	主治医からの書面で証明できたような安心感	納得、理解が得られた	職場、就業条件における健康管理についての理解が得られた	合意形成ができた
		4	産業医と主治医間の信頼関係で安心感を醸成している。	特段の変化なし。	特段の変化なし。	通常よりも密な連携により安定就労を実現できている可能性がある。
		3	産業医と主治医間の信頼関係で安心感が高まっている様子である。	特段の変化なし。	特段の変化なし。	産業医が紹介した専門医により治療が開始され安定就労の可能性はある。
		3	病気に対して、休職自体が治療になることへの受入れに繋がった。	勤怠が不安定で職場も対応に苦慮し、人員・業務調整に繋がった。	投薬治療のみから休職診断書の発行に繋がった。	職場での客観的な状態を産業医から主治医に伝え休職療養に繋がった。
		8	業務遂行できる、上司から褒められ、自信を取り戻してきている	現職場の上司から、本人の働きが良いことを耳にしているとのこと。	本人からは主治医から上手くいった良かったね、と言われました	本人の表情が生き生きとしていることが何よりの成果
		3	本人も感じていたようであり、連携が奏功して早期に治療介入された	攻撃性が出てきたことに困惑していた職場は、安心していった	適切な治療を現在も継続し、産業保健上必要な措置にも理解。	日頃から良い連携のある人事担当者からの早期の相談で分かった事例である
	③ 産業医と職場内関係者の連携	3	多くの方がその状況を把握することにより、安心感は芽生えたよう。	当該社員が動きやすい環境を構築できそうな見通しがたった。	紹介状に記載し、状況を理解の上、治療をしていた。	管理者の上司をサポートできる人材の配置など、組織的な対応
		8	病態が安定して就労継続	事例性に変化が生じたときに産業医に聞けることで安心した様子である	特になし	事例性が減少し、突発休も無くなり、安定就労に結びついた
		4	話せたことで安心。職場内で同様の経験された方がサポートしてくれた。	所長より、問題の方に対して事実確認が行われた。	-	イジメ、人権侵害を会社として取り組めた。問題は小さくなった。
3		勤怠の安定（完全とは言えなかったが）。パフォーマンス向上。	本人の特性が理解でき、不調時にも柔軟に対応可能になった。	特になし	契約更新にもつながった。本人の経済的不安をある程度解消できた。	

注：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞/⑧F80-F89 心理的発達障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

表9-2

連携の時期	連携の起点	診断名	連携後の本人の変化	連携後の職場側の変化	連携後の主治医側の変化	連携の具体的成果
休業期	① 主治医から産業医への連携	3	職場復帰と同時に、同部門の他グループに移り、安定就労が半年以上継続している。	産業医が適切に動いてくれ、上位上司の配慮により、職場復帰と同時に異動決定	産業医への信頼感が高まった。	状況の理解・共有と職場環境調整
		2	産業医からの情報提供内容を否認された。	主治医への連携に信頼を示し、より強力的になった。	診察場面だけでは把握できない実態を知ることができた。	被害妄想、恋愛妄想にもとづく迷惑行為を知ることができた。
		4	主治医が目前で産業医と対応していることで安心していた様子	過重労働であったことを認め、職場の就労時間の見直しながされた。	診察場面で思い切って連携したことが良かったと改めて感じた。	心身のリズムが回復後に産業医からの要請があり、リワーク終了後に復職。
		3	職場および産業保健スタッフへの信頼が増し就労が安定した	何かあれば本人を通して主治医に労働条件を確認してくるようになった	職場からの客観的労働情報を得ることで治療がしやすくなった	長期安定就労が可能となった
		4	復職の際には現職以外に就くこととなったが、これには前向きであり安心もできた	職場側の具体的な懸念も聞かれたため、解決・緩和に向けた注力を絞ることができた	職場、産業保健スタッフとの協調が図れ、外来フォローにも安心感を持てた。	安定就労に至った。その数年後に、育児、育児を契機に退職となった。
		3	復職後に職場での業務内容や業務負担が適切に改善され就労継続できた	主治医に通院および復職後フォローに参加し、支援が継続し業務を任せられた	職場での業務負担を減らして症状悪化が防げた。	複数回、休職していた事例が再休職せずに就労継続できている。
		3	産業医とのやり取りを積極的に開示。	残業時間の制限をする。本人と定期的に面談してくれるようになった。	特になし。	本人の望む部署への異動。産業医から職場側へ過重労働の注意をした。
		3	上司への恐怖感が減少、コミュニケーションが増える	上司から本人への声掛け増加	特になし	症状の改善
		4	上司や産業医に不安な点を自ら相談できるようになった	本人と特性の理解に努めてくださり、職場異動がなかった	本人との信頼関係がさらに進んだ	病気の再発予防に寄与したと思われる
		3	大きなストレスなく適度なストレス下で就労継続できた。	うつのも燃兆候が出た場合は休養できたり、業務調整をしてくれるようになった。	一	スピーディーに適材適所で、再休職に至らず2年程度経過している。
	② 産業医から主治医への連携	9	就職後は発作はコントロールされ、休職、連携により受容的な態度となっている。	(てんかんについては職場ではオープンに、ADHDについては公表せず)	てんかんとADHDの合併症例ということで興味を抱いた様子	てんかん、ADHDが確認され、その後の就業状況把握がうまくなった。
		3	当該職員と産業医との関係性が良い状況となった	産業医、安全衛生(健康管理)側が、信頼感を抱ける主治医の調整が行われる	双極性障害のため、今後も長い治療と連携が必要だと考えた。	障がい者職業センターのリワーク支援を活用し復帰後も治療、就労継続。
		4	産業医への信頼が向上し会社の理解や受容が向上した。	主治医への不信感が軽減。	著明な変化はないが、会社の実情への理解が高まったと推察される。	順調な復職を実現できた。
		3	服薬治療と休職を受け入れ、リワーク受講、職、思うに任せない現実の受け入れた。	休職前は本人任せが、復職後は産業医面談終了時に上司が同席して情報共有する。	産業医との信頼関係が向上した。	休職による病状の回復、主治医の後押しによるリワーク利用でストレス耐性を向上できた。
		4	連携のみでの変化は特にありません。	特になし	1往復のやり取りのため変化は確認できませんでした。	リワークプログラムに参加し、べき思考への気づき、対人スキルの向上。
		3	周囲に対する被害念慮が薄れた	多様性を認める職場に少し近づいた	特に感じられなかった	安定就労できるようになった
	③ 産業医と職場内の関係者との連携	3	生活リズムが整い、症状も軽快→満了直前に復職できた	ちゃんと治療の枠組みができれば、本当に良くなるという実感がもてた	主治医は交代している	メンタル事例も、それなりの対応をすれば良くなるという管理職の認識
		2	継続的な服薬治療を受け入れて、安定就労を達成した。	精神科クリニックの継続受診により本人の病状が安定	目立つ変化なし。	病状の回復、上司や人事担当者の態度が支持的に変化した。
		3,8	主治医と産業医の一連の連携を経験し、両者への信頼が高まった。	復職時には職場での観察事項の定期的な産業医への報告などが行われた。	目立つ変化なし。	産業保健職が状況を整理し、要領よく主治医に報告、遅滞ない休職を実現できた。
		4	特にありません。	上長のメンタル不調への知識が増え、復職プログラム作成に理解が深まった。	一	上長の負担や不安が軽減。復職面談に上長も参加積極的に発言。

注：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分【感情】障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞/⑧F80-F89 心理的発達障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

表9-3

連携の時期	連携の起点 診断名	連携後の本人の変化	連携後の職場側の変化	連携後の主治医側の変化	連携の具体的成果	
復職期	① 主治医から産業医への連携	④ 4	ストレス軽減	時短勤務→復職2ヶ月後希望どおりの異動	特になし	復職しストレス因の少ない土地での異動
		3		病状への理解、服薬の必要性の理解	—	仕事をするために減薬ということをまぬがれた。
		4	診断書にて、異動の後ろだてがあり、復職を安心してのぞめた	異動の必要性の理解が深まった	—	—
		2	本人・家族とも非常に安心して喜んだ	相応の配慮がなされたが、上司によっては理解が足りず負荷をかけることもあり再休職に至った。しかしその後は今日まで安定して就労継続できている(二度目の意見書)	思い切った提案(H23年分の⑤)ができたことで、障害者枠の雇用についてはその後継続的にとり組んでいる。	雇用の継続確保、業務負担の軽減
	② 産業医から主治医への連携	3	主治医に自分の置かれた状況(症状)をより詳しくわかってもらえたようで喜んでいて。また、主治医が産業医に主治医としての考えを伝えることで復職に際して配慮されることが期待できるため喜んでいて。	配置転換の上での復職に前向きに取り組んでもらえた。	症状の捉え方が変わった(以前は抑うつ症状が主であったが、以降はそれに加えて妄想も確認するようになった)。最も良かったのは、抗精神病薬を使用する契機になったこと。	復職に成功し、現在まで就労継続できている。さらに、通院も定期的にできている。幸い妄想も認められていない(抗精神病薬の効果/配置転換)。
		4	現在、進行中のため	真摯に対応してくれるように	現在、進行中のため	現在、進行中のため
		3	復帰の許可が得られなかったため、ショックを受け、プライベートでのやや逸脱した行動が見られた	リハビリ出社が中止され安堵したが、本人への信頼が失われ、受け入れ拒否姿勢が強まった	他害の恐れがあり産業医から連絡した際も、本人の診療情報提供は同意がないとできないとの消極的な姿勢であったが、復職過程を一旦中止し産業医が同行受診してから病状評価と服薬内容を見直した	再療養後、一時はプライベートでの異常な行動があったが、治療内容の変更も含めて徐々に安定し4ヶ月後の復職対応再開に至った
		3	会社が示した条件を満たせるようになってから復職することになった。	特になし	会社示す条件での就業は困難とのことで休職を継続する旨の診断書を書かれた	就業の条件について主治医の理解を得た
	③ 産業医と職場内の関係者との連携	1	上司・同僚、人事総務への感謝の言葉が出てきた。断酒会に毎週言っている。仕事を少しずつ与えてもらい、やりがいを感じるようになった。	あたたかく本人を迎えてくれた。本人の能力に合わせて仕事量を適切にわりふってくれるようになった。	特になし	復職後1年経過しているが、断酒が続き、メンタル不調で休むことなく過ごせている。
		4	復職前は下を向いて小さな声で自信なく話していたが、連携して復職後は会うたびにたくましく、元気になった。	上司をはじめは「最近の若い奴は」と本人に対して否定的だった。しかし、指導に気を付けてもらったことで本人が元気になり、上司の本人に対する評価が上がった。	大きな変化はないが、念のため抗うつ薬を継続処方している。	復職後、研修も順調にこなし、休むこともなく勤務できている。
		8	・きちんと理解してもらえて、安心感がもてた(100%安心というわけではないが・・・)	・どのような対応(仕事の与え方、サポートの仕方、など)がわかった。・本人の言動が、疾病の特性から来ていることがわかった。	・体調の変化があれば、主治医としてはどうしてほしいかについて、メモ書きでこちらに渡してもらえるようになった。	・本人としっかり話ができて、変化が起こったら、こちらに報告がきたり、スムーズに対応してもらえるようになった
		4	やや自信を持った様子となり、安定して就労できている。	特段の変化なし。	本人から受診時に会社の取り組みを伝えているが、特段の変化なし。	部署の適切な支援を得ることが出来、病状の安定と安定就労を実現できている可能性がある。
4	本人の認識は、当初からほとんど変わらない。業務上の間違いの回数や内容について記録を取ったが、失敗や間違いは誰にでもあると気にしない様子で、業務改善は大きくは計られなかった。	11の回答通り、周りの同僚たちは深く関係を持つことを避け、上司のみが中心的に対応を余儀なくされた。大きなトラブルは事前連携のおかげで起こらなかったが、本人の業務内容は、失敗のたびにたらい回し状態になった。	障がい者職業センターにお世話になったのみで、主治医とは連携していない。当初療養時の診断と職場復帰後の対応は、別次元のものであった為。	職場のトラブルはおそらく連携しないよりは減っていたと思われる。職場の理解・協力がなければ、営業時代と同じくメンタル不調に再度なったかもしれない。職種の変更とともに、職場関係者との連携を図って正解。		

注：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

表10-1

連携の時期	連携の起点	診断名	連携の具体的手順、内容	連携の準備	連携の頻度	連携に活用したツール
不安定就労期	① 主治医から産業医への連携	3	産業医と互いの個人メールにて連絡を行った	産業医と産業医の会や精神科の会などで個人的関係を構築	複数回	書面やEmail
		4	主治医は、翌日より休業を指示し、事業場産業医宛に現症と	主治医は当該事業所の産業医、保健師とは、以前にも不調職員をめぐり連携した経験のある関係性があった。	その後の状態を確認するなど複数回であったと思います	書面（診断書）
	② 産業医から主治医への連携	3	本人に対して、治療が必要な状態であり紹介先に受診してほしいことを説得。同時に上司にも状況を共有して業務調整などについて検討していくことも理解を促し、本人の同意を得た。	本人の同意を得てから、上司と個別に面接する機会を設け、職場の現状と本人の勤務状況を確認。	文書は1回。	書面により主治医あてに送付。
		3	初診時の紹介状作成、産業医としての見立てと休職期間、復帰後の会社でできる配慮を伝えた。その後、治療が進みリハビリが必要となったとき、主治医のクリニックにリワーク施設などがなかったため、産業医が協力体制を作り、リハビリを行う旨主治医に伝え、主治医と協力しながら本人の復職準備を高めた	会社内で復帰プログラムを作成し、段階的復職を可能にするともに、求職中のリハビリについて月に数回の面談を行い、アドバイスを行う体制を構築	複数回	書面
		1	事例性を理由に精神科専門医受診を指示するも、本人の否認が強かった。そのため事例性を中心とした詳細な紹介状を内科医宛に作成した。内科医と産業医および人事からの説明により精神科受診に至った。	本人の否認が強いため事例性を中心とした詳細な紹介状をまずは内科医に、ついで精神科医に作成した	事例性の変化時、就労環境の変化時などに複数回の連携を積み上げた	通常の紹介状
		9	精神科医に紹介状を書き、ASDの検査を依頼しました。また、電話で精神科主治医に状況を説明しました。	本人に説明して同意を得て、受診の説得をおこないました。その上で、精神科主治医に情報提供書と電話にて情報提供した。	本人受診の報告も含め、4-5回のやり取りをおこなった。	主治医は顔見知りだったので、メールと電話、情報提供書で連絡しました。
		4	診療情報提供書を受診日に本人が持参、医療機関より会社に返書送付	本人、上長、人事労務担当者、保健師、産業医で面談し、主治医に確認すべきこと確認、同意の上、記載	複数回 3回	診療情報提供書
		4	産業医の知り合いであり、産業精神保健に造詣が深い精神科医であること伝えううえで、受診を促した。以後の連携は本人の病状の変動により行われたが、休復職時の診断書や意見書以外は全て本人を通じた伝言で行われている。	特になし。産業精神保健研究会が前提となっている	産業医面談ごとに本人から主治医の意見を聴取するため複数回である。	書面および本人による伝言。
		3	産業医の知り合いであり、産業精神保健に造詣が深い精神科クリニック宛に紹介状を作成して受診させた。紹介状は本人が内容を確認したうえで持参させた。その後は本人を通じた伝言で主治医と産業医の連携を行っている。	特になし。産業保健総合支援センターの研修などでの協働により、主治医と産業医は顔見知りであった。	紹介状の作成は1回（主治医からの文書回答あり）。産業医面談ごとに本人から主治医の意見を聴取し、複数回の連携がある。	書面および本人による伝言。
		3	①紹介状②情報診療提供書の主治医への郵送。	人事と上司に対して勤怠や業務パフォーマンスの状況確認し、休職を拒否している段階では週一で面談設定し、体調確認と休職の必要性について産業医から本人への説明を繰り返した。	書面での情報診療提供書のやり取りのみ。	
	8	本人と面談、目的を伝え本人の意向を確認。本人経由で主治医受診時に連携をとりたい旨、伝え。本人より「主治医からまずメール連絡がほしいと仰っていた」と伝言あり。保健師より主治医へ連携をとりたい旨、今までの状況を簡単に説明。次回、本人とともに主治医のもとを訪れることを約束。主治医を訪れる前に、上司に過去の業務歴を伝えても、実際の作業を現場で確認。	まずは本人の意向を確認し、同意を得ること。またこれまでの困難な状況を調査すること。そして業務変更内容を人事と検討することを実施。主治医に細かな状況を伝えられるように準備した。職場のキーパーソンに説明する書面で「特性」「困りごと」「お願いしたいこと」をまとめ、との形として残らないよう回収した	メールでは数回。直接的な面談は1回。その後、経過が順調であるため、今後は本人を通じた報告となる。	発達検査の結果は本人の状況を確認するため重要な情報源。過去の業務歴と困難であったことをまとめた文章を作成し、主治医へ。	
	3	産業医面談で本人に双極性障害の疑いがあることを説明した。他人に対して誰にでも攻撃性があること、疑われる疾病について理解も納得もしない可能性を考えて、双極性障害の症状などが書かれた教科書やインターネットの記事を本人に提示して説明を行った。	本人が疑われる疾病について理解も納得もしない可能性を考えて、双極性障害の症状などが書かれた教科書やインターネットの記事を本人に提示して説明した。診療情報提供書に記載する内容の概要を作成段階で本人にも先に説明した。（産業医から主治医に相談する内容や目的についてより本人が理解するため）	産業医-主治医間で1往復のみ	診療情報提供書 その他、上記に記載した教科書やインターネットの記事	
	③ 産業医と職場内の関係者との連携	3	使命感を持って数年かけて責任者としてやってきた本人の意志も尊重し、ただ、このままでは心身不調で業務遂行が困難になってしまうことを説明し、本人の同意を得た。	当該社員の直属上司は、まだ着任したばかりであり、専門外で、当該社員の業務支援は事実上できていないことから、人事労務担当者から今後のサポート体制など聴取。この過程でも事前に本人の同意を得た。	複数回、人事労務担当者や部長と積み重ねた。	メールと面接
		8	主治医から情報提供を受け、その内容と産業医としての考えを合わせて本人職場上司や人事労務に伝えた	主治医と連携し、疾病性に関する産業医の考え方の適性を担保した	複数回の積み重ね	日常生活記録表
		4	職場看護職に本人のサポートをお願いし、問題を所長権限で解決するようにした。	職場看護職と入念な準備、討論を行った。	月1回で数回。	対面での連携
3	事業所側：本人の特性等について部署内での共通認識をもってもらった。就業規則、契約内容について本人に理解可能な範囲で伝え、社内で利用できる制度についても説明。産業医側：障害福祉サービス、その他公的に利用できるサービスについて本人に案内。	就業規則や契約内容の再確認、公的サービスの情報収集など。	複数回の積み重ね	特になし		

注：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

表10-2

連携の時期	連携の起点	診断名	連携の具体的な手順、内容	連携の準備	連携の頻度	連携に活用したツール	
主治医から産業医への連携	①	3	業務体制や業務内容などを本人から聴取し、再発防止のための環境調整に産業医や産業保健スタッフとの連携が重要であることを、本人に説明し同意を得た。	直属上司との関係の問題があるため、産業保健スタッフへのダイレクトメールとしたいため、産業保健体制を本人から聴取。	文書は1回。	書面により産業医あてに送付。	
	2	2	書面での事例性把握を書面で照会。産業医の了解のうえ、書面及び電話等で事例性を聴取。	照会事項及び同意書を含めた書面を作成。	複数回のやり取った。	厚労省のガイドラインに準拠した照会文。	
	4	4	病気療養が必要と判断し、診断書作成にあたり業務起因性について触れることとした。	診断書の内容を本人と確認し同意を得た。	3回	電話と診断書	
	3	3	1度は産業保健スタッフが診察に同席。それ以降は本人を通して情報共有。	発症からこれまで、今後の見通しを心理テスト（TEG, PF, 描画テストなど）を提示しながら説明	面談は1回、それ以降は患者を通して複数回情報共有。	心理テスト（TEG, PF, 描画テストなど）を提示	
	4	4	初診からの間までに当該職場と主治医は連絡を交わすことはなかったが、9月初旬に、主治医から産業医に電話し、1週後に産業医を訪ねた。	9月初旬に、主治医から産業医に電話し、1週後に産業医を訪ねた。	複数回の積み重ね	4軸アセスメント	
	3	3	リワークへの参加を産業医が依頼、主治医を受診しリワーク開始、主治医から状況を報告。また産業医から職場での状況を報告し、主治医がリワークを進める際の参考にし、復職可否の判定に際して、主治医と産業医が検討した。	常日頃から主治医と産業医は事例の紹介、助言等で連携関係を持っていた。	複数回の積み重ね	文書/手紙、メール、急ぐときは電話	
	3	3	毎受診後、受診状況と主治医の意見をメールで産業医へ送付。	受診時、本人に、メールの大きな内容について協議。	2〜4週間毎にメール。全部で5〜6回程度。	メールのみ	
	3	3	本人の許可を得て産業医に連絡。産業医から直属上司に連絡。	—	—	メール	
	4	4	産業医と直接面談し情報共有、また書面による連携	患者の承諾を得たのち、知能・心理検査の結果も使用しながら本人の特性について産業医に情報共有した	複数回行った	知能・心理検査の結果としてWAIS-IV、ロールシャッハを用いた	
	3	3	本症例では、本人がしっかりした人であり、本人を通じて文書及び口頭で情報交換していた。大事な部分は診断書を通じて意見していた。	本人には、産業医の有無を確認してもらい、名前を把握した。連携の仕方は通常であれば産業医と聴くが、本人がしっかりと文書を作成し、情報を伝える。	受診の頻度、急性期は2Wに1回。落ち着いてからは月に1回。情報交換は毎回。	本人が作成した書面。主治医の意見も書面化していただき、伝達していただいた。後は重要部分は診断書で。	
	休業期	②	9	てんかんで休職療養中に注意障害の精査も併せて受けるよう説得し同意を得た上で連携を進めた	本人の同意書、情報提供書作成	2回	主治医の精神科医に直接電話で依頼し情報提供書送付
		3	3	事業場保健師が同行して、主治医Bを受診した。	診療情報提供書と、受診（初診）日等の調整。	リワークでの検討等を含めると、複数回	診療情報提供書と、保健師が同行して主治医Bに説明。
		4	4	1回目の産業医文書：会社方針、復職ルールなどについて情報提供した。主治医から診療情報提供書（氏名、住所、電話番号、生年月日、傷病名、紹介目的、治療経過、現在の処方）で返事を得た。治療経過欄に部署、復職プランへの要望が記載されていた。	2回目の産業医文書：復職時期や短時間勤務の期間を伝え、復職可否判断の参考としてもらった。主治医からは診断書が提出された。人事担当者及び上司と打ち合わせを行った。	上記の通り2往復。	書面および本人による伝言
3		3	本人承諾を得たうえで、産業医からの紹介状で概要と要望を主治医に伝えた。	連携に前向きでない本人への必要性の丁寧な説明。	1往復。	書面および本人による伝言。	
4		4	主治医に勤怠の状況を伝達し、リワークプログラム参加が適切かどうかの意見を求めた。	先に本人の口から産業医がリワークプログラムについて説明したことを伝えてもらった。	1回	書面	
③		3	本人同席のもと上司を交え、何度も相談し、また、社内で管理職向けの講演を何度か行った	本人並びに周辺からの情報収集	複数回	講演のためにパワーポイントを使用	
3		3	本人との面談。必要により主治医変更、リワークの導入。	信頼できる医療機関、リワーク施設の紹介	複数回	紹介状、生活記録表、薬手帳	
2	2	インターネットで検索したクリニックを本人に提示、独力で受診・継続療養の必要性は産業医から繰り返し説明し、人事担当者として上司は復職に必要な目安となる体調について本人に説明し、受診を後押しした。看護職は受診有無の確認を行った。復職時は復労働安全衛生マネジメントシステムの文書を利用した。すなわち、上司と本人が作成した業務計画を主治医に提出し、復職の注意点を聴取し、産業医が最後に復職可否の意見を述べた。	継続療養の必要性への理解が乏しい本人への丁寧な説明。	復職時に1回。	書面および本人による伝言。		
3, 8	3, 8	書面により、睡眠覚醒リズムが崩れて勤怠不良になっていることを伝えた。	産業医勤務日に欠勤したため、別日に看護職に代理としての情報収集と本人同意の取得を実施してもらった。	休職前に1回。	書面および本人による伝言。主治医からは通常の診断書。		
4	4	月1回の訪問時に10〜15分程度で上長、人事労務、産業医で情報共有	特別な準備はありません	計4回	特に無し		

注：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

表10-3

連携の時期	連携の起点	診断名	連携の具体的手順、内容	連携の準備	連携の頻度	連携に活用したツール
復職期	① 主治医から産業医への連携	4	復職の診断書	産業医面談の時期に本人とうちあわせ	今回のエピソードでは1回のみ	特になし
		3	文書などの記載	本人を通じて会社、上司に相談してもらったところ、復職時に意見書提出となった。	複数回の積み重ね	特になし（病状経過連絡書のみ）
		4	復職の診断書にて「異動が望ましい」と加える	事前に職場、本人の同意を得ること	1回のみ	復職時の診断書にて
		2	意見書2枚	家族、本人の承諾を得て障害者枠での雇用の方向で準備することにした。	二度の休職から復職に際して意見書をそれぞれ提出した。	職場規定の書面を使用した。
	② 産業医から主治医への連携	3	メールにて面接での印象や面接で得られて情報を伝えてきた。	送られてきたメールに対して返信した。	複数回。	メールでのやり取りのみであった。
		4	ハラスメント相談窓口を利用してもらうこと	特になし	複数回	診断書、紹介状と返信状
		3	問題点を提示し再度療養するよう指導し、リハビリ出社を中止すること、再度受診する様指導した。	本人に自覚がないため、人事と職場と産業医、保健師で情報を共有し、事実として職場で起きていることの実事確認を行った	複数回	特別なものは使用していない
		3	産業医より主治医宛に文書を作成し、会社が勤務を認める条件を示したうえで、就業可否の判断をお願いした。	上司、人事と勤務を認める条件を確認した。産業医の文書とともに、人事も就業するための条件についての文書を作成して本人に渡した。	1回	照会状
	③ 産業医と職場内の関係者の連携	1	・休業中から本人と産業医面談をおこない、関係をきざしておく。・復職後、部署異動し、人間関係や職務内容を再構築する。・復職後、月1回の産業医面談を継続する。・復職後、人事担当者が断酒会に月1回同席する。	・復職後の部署の管理職と会議を設定し、アルコール依存症の説明や治療について説明し、今後のフォローアップ体制の依頼をした。・同様の会議で人事・総務担当者にも説明した。	複数回	特に使用せず、口頭中心で連携しました。
		4	・復職前から本人と定期面談し、社会人としての態度や、ストレス対処法について対話する。・復職前から職場の管理監督者と情報交換し、復職後も対応について助言した。	・会社の保健師から連携について本人・上司に説明してもらった。	複数回の積み重ね	復職時の意見書
		8	①主治医から意見書をもとに、本人と面談（苦手なこと、つらいこと、どのようにしてほしいかなど）して具体的に聞く。②職場の上司から、以前の職場での様子、職場の現在の状況、懸念点などを聞く。③本人・上司・産業医の三者で、復職後の仕事の内容、サポート体制など合意形成を行う。④最終的には人事も含め、復職を決定する。	—	複数回（4～5回）	主治医からの意見書。・面談の際は本人・上司・産業医が記録、面談の初めに前回話し合った内容を確認、その後に新たな相談に入った。
		4	本人の承諾のもと、上司、人事労務担当者、産業看護職と打ち合わせの機会があった際、業務内容やその教育を含む復職プランを作成した。	産業看護職が上司と事前打ち合わせを行った。	復職前、慣らし勤務終了時、など節目に複数回の会議を実施した。	本人から同意を得た範囲で産業医面談記録を共有した。
		4	1年以上の療養後、復職したが、アスペルガーの疑いとの産業医の判断もあり、障がい者職業センターのジョブコーチをつけながら異動。職場の上司・同僚にジョブコーチと産業保健関連職で、行動特性や仕事の進め方、何かトラブルがあった際の対応方法などを事前に複数回打ち合わせや学習をおこなった。本人には、指導を受けた事、実際に起こったミスなどをメモに記載し、原因や再発防止の手順などを自ら追記・学習してもらった。	連携前に、まず本人とジョブコーチらとの面談を行い、ジョブコーチには職場環境の確認と業務内容の把握を行って頂き、職場同僚への事前説明会にも同席頂いた。	複数回実施。当初、ジョブコーチは交代で週3回程度、本人と一緒に仕事ぶりのチェック・指導も行っていった。トラブルが起こったり、上司や同僚らのクレームに応じて、連携をさらに図った。	特に活用したツールはない。

注：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

表11-1

連携の時期	連携の起点	診断名	連携の手段	本人の同意	連携に要した費用負担	連携に関わるリスク	
不安定就労期	① 主治医から産業	3	1, 3, 5 手紙	同意を得た	なし	当初は情報を本人の退職の勧奨に使われるのではないかと懸念したが、産業医の性格からその可能性はないと判断した。	
		4	5 書面 (診断書)	現在の不調と勤務の関係が深いと考えられるため、働き方について産業医の先生にお伝えし検討いただこうと思うかよいか?と具体的に(その必要性を説き)勧めると同意された。	初診再診における診療報酬の範囲	労務環境の是正の進言を行ったため、患者によっては職場への不満が高まることや場合によっては労災請求心性の方向に動くこともありうるstoryかもしれないが、治療上の有益性を説明し、その態度姿勢からは、そのリスクはあっても低いと判断した。	
	② 産業医から主治医への連携	3	-		休んで治療する方向は本人も職場も望んでいないため、治療を受けながら働けるために、職場や上司の協力の他、状況の理解を主治医にもしていただく必要がある、という説明で同意を得た。	無償 (産業医業務の一環であるため)	状況を説明したにもかかわらず、主治医は「要休業」という判断となる場合もある。
		3	5 書面	有、診療情報提供の作成の同意を得るとともに、本人にも診療情報提供書の内容を直接見せて同意を得た	主治医の診療情報の提供に対して、会社が診療情報提供代を負担	主治医からの同意が得られない可能性を考え、また主治医が復職準備が高まっていないのに復職を許可し、安定復職ができないリスクを考えたが、主治医が産業医の意見に賛同してくれたため、そうならなかった	
		1	1, 5 紹介状	産業医として事例性から見た病態仮説、発症からこれまで、今後の見通しを再発リスクを含めて説明し、まずは内科医と、ついで精神科医と連携する重要性の理解と同意を得た	連携にかかる費用は会社負担。診察は保険診療。	労働者の連携受け入れは表面的であり、連携の中断を想定。実際時に治療中断という形で連携中断が生じた	
		9	3	本人の同意のもと、受診してもらいました。	本人が保険診療を受け、それに関する支払いをただけです。	主治医と、産業医のみで方針がずれると厄介だが、そういうことはありませんでした。	
		4	5 書面・診療情報提供書	会社の知りたいこと、産業医から状況含め説明し、主治医の意見を書面でもらう、	返書の支払い、本人負担	主治医と産業医の意見の乖離、主治医意見に会社の理解が得られない	
		4	5 書面、本人を介する伝言	復職時は復労働安全衛生マネジメントシステムの文書を利用した。起点となる復職願を提出する際に同意欄に署名している。その他は本人経由の伝言であり、同意は不要。	個人負担。	多くが本人経由であるため、情報の正確性に一定の懸念がある。	
		3	5 書面、本人を介する伝言	精神科クリニックを紹介した際は本人の口頭同意を得て面談記録に記載している。紹介状は本人が内容を確認したうえで持参させた。その他は本人経由の伝言であり同意は不要。	主治医からの返信書面は個人負担。	多くが本人経由であるため、情報の正確性に一定の懸念がある。	
		3	5 手紙	産業医面談時に受診先紹介とともに産業医から説明し、同意を得る。	なし。	主治医は、患者の意向に沿うことが多く、会社側の産業医の意見をあまりくみ取ってもらえないこともあるが、具体的な動向の状況等についての詳細を連絡したことで本人の状況が伝わり、治療・休職療養に至ったと考える。	
		8	3, 4	会社の対応として現在困っている状況を少しでも改善したいこと、それにあたり本人の状況をよくご存じである主治医に意見を伺いたいことを本人に伝え、同意を得ました。	本人受診に同行のため、本人の受診費用 (本人負担) と保健師の外出費用 (会社負担) がありました。	主治医との連携というより新しい職場へ状況を伝える時、情報を受けた人の中で情報漏洩や本人の名誉棄損につながるものが起きてしまうのではないかと危惧しました。そのため伝える情報は最低限とし、事前に本人と細かく確認した上で情報も残らないような形にして伝達しました。そして伝えるときにも言葉を選びながら、本人の誹謗中傷となるような行為は絶対になきよう、職場の人に伝えていきます。結果、本人が今の業務を問題なく遂行していることもあり誹謗中傷・名誉棄損のような案件にはなっておりません。	
		3	5 診療情報提供書	本人に疑われる疾病 (双極性障害の疑い) について説明した。また、主治医が定期診察の中では病状の変化や現在疑われる疾病を感知できていない可能性を伝えた。疾病の性質上、未治療のままでは就業を継続することにより社会的地位や信用を失う可能性を伝え、専門医の診断が早期に必要であることを説明して、本人から同意を得た。	産業医から主治医への診療情報提供書には費用発生なし。主治医から会社への診断書は本人が費用負担	定期的に診察をしている主治医の見解について非専門医の産業医が意見をすることになり、主治医の気分を害さないかという点を考慮して、齟齬のないように診療情報提供書の内容を丁寧に作成した。職場の状況など主治医が変化として捉えられるような情報を本人が主治医に申し出ていなかったため、主治医が正しい病状を把握できなかったとのコメントが診察の中であったようだった。主治医の気分を害することなく双極性障害の診断書を作成していただいた。	
	③ 産業医と職場内との連携	3	3, 4	使命感を持って数年かけて責任者としてやってきた本人の意志も尊重し、ただ、このままでは心身不調で業務遂行が困難になってしまうことを説明し、本人の同意を得た。	無償 (産業医業務の一環であるため)	管理者である当該社員は、以前から高い評価の上で、その責務を負っていたが、人事的な評価や本人の望まないキャリア変更などが生じるリスク	
		8	4	主治医の意見を元に、産業医として事例性から見た病態仮説、発症からこれまで、今後の見通しを再発リスクを含めて説明し、職場内で連携する重要性の理解と同意を得た	社内連携では費用は発生せず。主治医との連携にかかる費用は会社負担。	上司が発達障害労働者の受け入れを許容するかどうか。部署異動は伴ったが、受け入れ上司は見つかった	
		4	4	問題解決のため、所長に相談することを同意いただきました。	なし	ご本人に不利益となるリスク	
		3	4	病状等、事業所に開示してよい内容を事前に確認し同意を得た。	費用負担なし	事業所内で本人の特性について誤った認識が広まってしまう可能性→なかった	

注1：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分[感情]障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞/⑧F80-F89 心理的発達障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

注2：連携の手段欄の数字は以下の丸数字に対応する：①電話②ファクス③メール④面談⑤その他(具体的)

表11-2

連携の時期	連携の起点	診断名	連携の手段	本人の同意	連携に要した費用負担	連携に関わるリスク	
休業期	① 主治医から産業医への連携	3	一	再発防止のための環境調整に産業医や産業保健スタッフとの連携が重要であることを、本人に説明し同意を得た。	無償（主治医の意志での作成という点も）	連携の手間について、本人のことをやっかない社員と受け取られるリスク	
		2	1, 3, 5	書面	産業医への聴き取りの旨を书面化し、本人へ提示して、同意文へ署名・捺印を得た。	費用は当方でのみ負担。	本人からの同意拒否。結果として、丁寧な説明のもと同意を得ることができた。
		4	2	診断書	「信頼できる産業医の先生だから積極的に連携した方がいい」と説明したところ同意。	携帯電話代主治医負担、診断書本人負担	産業医とは連携できるが、上司・人事の対応はどうか？結果的には特に問題は生じなかった。
		3	4, 5	本人経由	発症からこれまで、今後の見通しを性格傾向の評価を含めた再発リスクを含めて説明し、職場と連携する重要性の理解と同意を得た	保険診療のみ	職場の無理解の可能性もあったが、結果はよく理解し連携してくれた
		4	4		以前にも相談しやすいなどの良好な関係性もあり、主治医から産業医保健師に復職のための連絡を取ることを提案した際に同意された。	診療報酬の範囲で実費なし。	患者（職員）からの、その後も職場との連携に対する過剰な期待を抱かれる、あるいは、主治医の動きが、過剰サービスとなりはしないかと懸念はしたが、他に好機がないため、産業医等と面談し調整を図った。今後このような事例では、主治医とともに両立支援コーディネーターが活用される形がよい。
		3	1, 3, 5	意見書などを郵送	主治医と産業医が連携して支援していくことは受診時、リワーク開始時に伝え承を得た。	通常の保険診療費用（初診、再診療、処方せん料、精神科デイケアなど）のみ	復職できるほど回復せず休職満了期限がきてしまい、退職を余儀なくされることを危惧した。実際は無事に復職できた
		3	3		会社の上層部・人事に本人の状況をよりよく理解してもらうため。	なし。	産業医から多方面への個人情報の拡散。杞憂に終わった。
		3	3		文書にて承諾	なし	なし
		4	2, 4		復職後の再発予防のために、産業医との連携が有用であることを伝えました	なし	患者の希望にそぐわない形の職場異動などが起きた際、患者-主治医-産業医の信頼関係の破綻のリスクはあると考えたが、結果的には起こらなかったです
		3	5	文書	本人はキャリアに傷が付くことを懸念して精神科受診をためらっていたが、病状が結構あり、今度の人生や仕事人としてのキャリアの面でも、しっかりと治療することの重要性と治りきってから復職することの意義（プレゼンティーズム）を説明し、治療同意を得ました。連携についても会社に適切に情報を伝えることで本人への理解が得られ、業務負担の軽減につながる可能性を説明し、同意を得た。	本人が労力を負担してくれていた。	主治医の意見と会社の都合を折り合わせるのに時間がかかるorできない可能性を考えていた。実際は思惑通りにスピーディーに調整できた。
	② 産業医から主治医への連携	9	1, 5	情報提供書	てんかんのコントロールが不十分であるうえにADHDの可能性も否定できない為業務がうまく遂行できていなかった。この際将来の為にもしっかり精査、治療を受けること。	電話、情報提供書料は職場負担、診療については本人負担	特になし、服薬状況等は毎週メールで上司に報告していた。
		3	4, 5	書面、診療情報提供書	産業医から、信頼のある専門医の下での治療が必要と説明され、同意があった。	診療報酬の範囲。	リスクというよりもむしろ（主治医側の）責任感？として、双極性障害のため、今後も長い治療と連携が必要だと考えた。
		4	5	書面	趣旨を説明して同意を得た。書面の記載内容を確認の上で診察時に持参させた。	主治医が作成する書面は会社負担とした	本人や主治医からの会社や産業医への不信任。透明性を高め、説明を尽くしたことで問題を回避した。
		3	5	書面	趣旨を説明して同意を得た。書面の記載内容を確認の上で診察時に持参させた。	診断書は個人負担である。	本件では格別なリスクは想定しなかった。
		4	5	情報提供書	2回目の休職であることと、休職前の動向も一度も安定した時期が無かったことから、このままの状態でも同じことの可能性もある。リワークプログラムを活用することで考え方の変容や心理学的な対処方法を習得し、復職後のストレス耐性を強くすることができる。	特に無し（主治医から産業医への返信で本人に診療情報提供書代が請求されたかは未確認で済んだ）	主治医から否定的な意見が出ることで本人の産業医に対する信用が低下するリスク。主治医もどうしてくれたため杞憂に終わった。
	③ 産業医と職場内の関係者との連携	3	4, 5	講演	周囲からの陰性感情のため、復職後、人間関係の構築が困難と思われ、上司に正確な情報を提供することに同意を得、また上司との面談の際には、本人の同席を求めた	産業医活動の範囲内で行った	復職がうまくいかなかったとき、本人からの個人情報漏洩の訴訟と本人の個人情報を、上司が感情に任せて他へ漏洩するリスクを考えたが、疾病性ではなく、事例性を中心に相談を行ったため、考えたようなリスクはなかった
		3	3, 5	紹介・依頼状	面談の上、同意（+）	基本、本人負担	復職意欲の継続→維持された
		2	5	書面	復職願を提出する際に同意欄に署名している。そののちに、所属長と本人が検討した業務内容が記載された書面を作成し、主治医に持参させた。	診断書は個人負担である。	全てのプロセスに本人が参加しており、本件では格別のリスクは想定しなかった。
3, 8		5	書面	看護師の電話面談時に口頭で取得した。	診断書は個人負担である。	本件では格別なリスクは想定しなかった。	
	4	4		得ていません	なし	特に想定していません。ネガティブな結果も認めませんでした。	

注1：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞/⑧F80-F89 心理的発達障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

注2：連携の手段欄の数字は以下の丸数字に対応する：①電話/②ファクス/③メール/④面談/⑤その他（具体的）

表11-3

連携の時期	連携の起点	診断名	連携の手段	本人の同意	連携に要した費用負担	連携に関わるリスク	
復職期	① 主治医から産業医への連携	4	5 診断書にて	記載内容をみせた	診断書料金のうち	異動が出来ないことで、職場復帰に至らず、退職となる可能性	
		3	—	本人に口頭にて同意を得た	会社負担	職場復帰可否への影響のリスク→結果としては特に問題なし	
		4	5 書面	口頭にて	診断書料に込み	異動が望ましいと記載すると、異動が出来ないから復職させないと言われぬか心配→そういうことなく異動した	
		2	5 意見書送付	改めて病名告知、障害者雇用制度について説明し同意を得た。	意見書代は職場負担、意見書とともに請求書用紙が送付されてきた。	主治医と全く関わりのない難行委であったが、意見書送付の際のていねいな依頼文より判断し提案することにしたが、人事等への慎重な対応をしていただけのものか、障害者枠での雇用の進んでいない時代、地域であり、強い不安を抱いたが、結果的に障害者枠での雇用となった。	
	② 産業医から主治医への連携	3	3		初診時に、産業医の存在を伝え、まず産業医の面接を受けること、そして必要ならこちらから産業医に連絡を入れることもできる旨伝え、口頭ではあるが了承を得た。	特に発生していない(強いて言うなら、通常の診療の範囲内)。	特に想定していない。連携はこの場合、win-win (win-win-win?) である。
		4	5	文書	口頭で同意を得た	なし	特になし
		3	1, 3, 4		対面での面談にて同意を得た	社内での連携なので、特別な費用追加はない	本人が関係ない社員への関わりを求めて攻撃的な言動があったため互いのリスク。指導による易怒性からの対応者への口撃
		3	5	文書	会社から説明された勤務を認める条件下での就業可否についての主治医の意見が必要なことを説明した。	なし	主治医が会社の示した勤務の条件をさらに緩和するように求める可能性があると考えた。休職を継続することになった。
	③ 産業医と職場内の関係者の連携	1	3, 4		復職前から本人に説明(アルコール依存症の再燃防止のため、通院・断酒会に加えて職場の人間関係ややりがい大切に、同意を得た。	企業が産業医に対して給与を支払った。	人間関係がうまくいかず、再飲酒してしまい連続飲酒して入院するリスクを想定した。結果としては断酒が1年間以上続いている。
		4	4		「復職してからの再発予防のためにも連携が必要」と説明し、同意を得た。	会社が当医に対して支払った。	上司・同僚との関係がうまくいかず、症状再発してしまい、再休職もしくは退職するリスク。結果としては安定して勤務できるようになった。
		8	4		「安心して仕事が始められるように、上司も含め一緒に考えていきましょう」	なし	・上司が疾病の特徴を理解してくれるか。・一緒に仕事をすることになる人に対して、どのように説明するか。
		4	4		産業医面談時に、再発防止のための社内関係者との会議を提案して同意を得た。その旨を面談記録に残した。	社内関係者のみであり、費用負担なし。	上司の理解不足があれば、復職早期に想定より高い負荷がかかる可能性がある。逆に負荷が軽いと職場が対応に苦慮する可能性もあった。産業医が提案した頻度での、上司と本人による打ち合わせを実施し、いずれも回避できた。
4	4		ジョブコーチをつけて、指導頂く事に同意は得たが、職場関係者との連携には同意は得ていない。業務上の問題解決を図るのが、一番だったので、改善策の検討で本人の疾病・障害には触れていない	障がい者職業センターのジョブコーチ派遣やその他の相談・打合せ・説明会は全て無料。また、産業保健関連職と職場関係者はどちらも社員なので説明会・打ち合わせは費用なし。	業務に於ける言動が、ひいてはハラスメントに発展しないか? 本人が職場で阻害されることがないか?などを想定していた。特に上司については度々話し合い、対応の仕方、指導の方法など細かく打合せた。ハラスメントは発生しなかったが、当初暖かい目で対応されていたが、徐々に回りが当人と関わりを持たなくなった。		

注1: 診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

注2: 連携の手段欄の数字は以下の丸数字に対応する: ①電話/②ファクス/③メール/④面談/⑤その他(具体的)

表12

連携の時期	連携の起点	No	その他のコメント
不安定就労期	① 主治医から産業医へ	1	主治医と当該事業場（産業保健スタッフ）との連携において、過去にも不調者」をめぐる治療・連携が成功した体験があり、信頼関係が構築されていることが、今回の連携も行いやすく、主治医意見が反映されやすかった。日頃からの事業場内外の連携・関係性の構築が有益であった。
		2	本人と職場の連携の意義を理解し同意すること。主治医への必要な職場情報の共有。
		3	アルコール問題があるが内科受診しているケースは存在する。内科だけでなく、精神科につなげる理解を本人及び内科医に得る連携が必要。その場合の話の中心は事例性となる。アルコール関連障害を扱う精神科医は極めて多忙であることが多く、その状況を理解していかに適切に情報提供を行い、信頼関係を作るのが重要
		4	主治医の選択を間違えないようにした方がいい。
		5	妊婦手帳のように、費用が掛からない、ある事項に関する可否のみでも気軽に主治医に記載してもらい、やり取りできるようにするとよい。
		6	社員が産業医と主治医双方との信頼関係が構築できていることが大前提。社員が会社や産業医に不信感を抱いているケースは、連携もうまくいかないことが多い。
		7	関わる方々の理解が大きかった。その理解を得るために動くのが人をつなぐ役割だ。
	③ 職場内	8	産業医として関わったが、健康管理室内と医療機関だけではどうにも軽快が困難であるときには、人事労務担当者との協働重要。
		9	産業医として、一般労働者、特に人事系やラインに関わる人の信頼を普段から十分に得ておくことが成功のカギとなる
		10	本人の同意、連携先の状況・情報
休業期	① 主治医から産業医へ	11	休職早期に職場との連携を図ることで、本人が安心して休むことができ、結果として休職期間を短縮できたこと。顔のメル関係を普段から産業医との間で築いていくことがいざという時に役に立つ。
		12	メンタルヘルスに対しては、職場に様々な思いを持った人がいるため（連携に積極的、消極的、回避など）、適切な連携相手を見つけることが重要
		13	・復職・両立支援は、診察室情報と連携情報の両視点が必要だと考える。・主治医（あるいは産業医）から、患者（職員）に、職場（医療機関）に情報提供する、または、連携を図ることの同意を得る際には連携する目的と、連携した場合に期待されることを具体的に診立てて伝えることが重要だと思われる。
		14	リワーク・プログラムをもっと周知していただき、利用して欲しいと思っています。
		15	なるべく受診当日のうちに、メールを送ること。
		16	。可能であれば患者にお金の負担なく、密に連携がとれると良い。TELや面会では日時設定だけで1ヶ月要するので気軽に手紙交換みたいな感覚で意見交換できればスピーディー。もちろん、TELや面会での情報交換があればなお良い。
		17	てんかん専門医、主治医とも日頃より交流があった為連携がスムーズに行えた。
	② 産業医から主治医へ	18	産業にとって、日頃から信頼感の持てる専門医との関係性保持がカギとなったように思われる点。
		19	出来るだけ、本人に開示しながら進めることを心掛けている。
		20	勤務頻度が低い嘱託産業医でも時機を逃さず速やかに対応することが重要と考える。
		21	いきなり紹介状を送り付けるのではなく本人を通じて事前に産業医の意向を伝えておくワンクッションは有効かと感じました。
		22	職場の上司一人の考え方をかえるのではなく、会社全体の意識を変える必要があると考えた
	③ 職場内	23	多くの関係者が「自分事」として関与できる点、漏れを防ぐことが出来る点などから、労働安全衛生マネジメントシステムとして対応することにはメリットがあると考える。
		24	本件では産業看護職の貢献が特記事項である。
		25	この会社の産業医は復職の事例があり、今回異動先を限定する診断書（産業医は本人に奇妙な診断書と言っていたそうである）を受け入れてもらったこと（一応、事前に本人の上司の同意は得ていました）
	復職期	① 主治医から産業医へ	26
27			今回のケースでの産業医は専属で非精神科であった。やはり「顔の見える関係」（今回の産業医とはFBでも繋がっている）が大事。
② 産業医から主治医へ		28	社外及び別居家族からも産業医や看護職に連絡が寄せられ情報を把握できたことも良い方向にみつびくことができたと思う
		29	保健師の存在も大きい。

好事例収集プロジェクト 回答用紙(Ⅰ)

要回答・要返送

回答者のプロフィール

以下の設問について、該当する番号に○、もしくは記述して回答をお願いします。

1. 回答記入年月日 年 月 日
2. 年齢階層 ① 30～39 歳 ② 40～49 歳 ③ 50～59 歳 ④ 60～69 歳 ⑤ 70 歳～
3. 性別 ① 男 ② 女
4. 住居地 ① 北海道 ② 東北 ③ 関東 ④ 中部 ⑤ 関西 ⑥ 中国/四国 ⑦ 九州/沖縄
5. 資格:産業医(労働安全衛生規則第14条第2項に定められた産業医要件) ① なし ② あり
6. 資格:日本精神神経学会専門医 ① なし ② あり
7. 資格:精神保健指定医 ① なし ② あり
8. 現在、主治医として診療に取り組んでいる ① いいえ ② はい
9. 主治医としての標榜科目 ① 非該当 ② 精神科 ③ 心療内科 ④ 内科 ⑤ その他()
10. 臨床医の通算経験年数 年 月
11. 現在、産業医業務に取り組んでいる ① いいえ ② はい(非常勤) ③ はい(常勤)
12. 産業医業務の通算経験年数 年 月
13. 日本医師会会員 ① いいえ ② はい

好事例収集プロジェクト 回答用紙(Ⅱ) 要回答・要返送

「連携力」についてのアンケート

連携効果を高めていく一助として、主治医も産業医も「連携」を円滑に進めていくための力量、すなわち「連携力」を備えることが重要との指摘があります。ついては、「連携力」の内容としてどのような要素がふさわしいか、以下の各要素について重要度を評価してください。

1. 主治医・産業医に共通な要素

a. 常にメンタルヘルスの視点を重視する

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

b. 本人の主観的判断と、周囲の客観的判断を参考としながら取り組む

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

c. 病状の背景にある、業務上要因、業務外要因、個人要因を見極めていく

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

d. 治療と就労の両立支援の観点から、産業医と主治医等との連携に取り組む

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

2. 主治医に必要な連携力

a. 本人と合意形成しつつ診療に取り組む

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

b. 外部との連携に必要な人員、機器等を確保する

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

c. 本人の所属職場の就業規則、休業時の対応等について情報収集する

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

d. 産業保健関連諸制度・規則等の動向に注目し研鑽を積む

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

3. 産業医に必要な連携力

a. 合理的配慮、安全配慮を重視する

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

b. 本人の業務の力量・体調に配慮した 3 管理(作業、作業環境、健康)、業務環境調整を行う

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

c. 職場内連携(上司、人事、他の関係者らとの共同支援)を基本とする

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

d. 職場環境の改善、ひいては、組織運営の向上を考慮した支援をめざす

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

e. 精神科医療、制度への関心を高め理解を深める

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

4. 上記以外に備えるべき要素があれば、ご教示ください。

以上です。ご協力ありがとうございました。

好事例収集プロジェクト 回答用紙（Ⅲ）

提供していただく「好事例」に関する設問

(注: 回答は任意でご判断ください。回答いただける場合は、1事例ごとに回答用紙（Ⅲ）を1部ずつ記入をお願いします。回答済の場合のみ返送してください。)

A. 連携パターン (番号を選択)

- ① 主治医から産業医への連携 ② 産業医から主治医への連携 ③ 産業医と職場内の関係者との連携

B. 事例のプロフィール (番号を選択)

1. 事例番号 ① 1 ② 2 ③ 3
2. 性別 ① 男性 ② 女性
3. 年齢階層 ① 30歳未満 ② 30～39歳 ③ 40～49歳 ⑤ 50～59歳 ⑥ 60歳～
4. 住まい ① 単身 ② 家族同居 ③ 不明 ④ その他(具体的に)
5. 婚姻状況 ① 未婚 ② 既婚 ③ 離婚後 ④ 死別 ⑤ 不明 ⑥ その他(具体的に)

* 職歴

6. 業種 ① 建設業 ② 製造業 ③ 情報通信 ④ 運輸業 ⑤ 卸売・小売業
⑥ 金融・保険業 ⑦ 医療・福祉 ⑧ サービス業 ⑨ 公務 ⑩ 農林水産業
⑪ 不明 ⑫ その他(具体的に)
7. 職務内容 ① 専門・技術 ② 管理 ③ 事務 ④ 販売 ⑤ サービス ⑥ 運転 ⑦ 不明
⑧ その他(具体的に)
- 8a. 雇用状況 ① 正社員・一般職 ② 正社員・管理職 ③ 正社員以外の社員 ④ 不明
⑤ その他(具体的に)
- 8b. 障害者雇用 ① 非該当 ② 該当

* 病歴

9. 精神および行動面の障害による休職(1カ月以上)回数
① なし ② 1回 ③ 2回 ④ 3回以上 ⑤ 不明
10. 精神および行動面の障害以外による休職(1カ月以上)回数
① なし ② 1回 ③ 2回 ④ 3回以上 ⑤ 不明
11. 連携前の治療歴
① なし ② 1年以内 ③ 1～2年以内 ④ 3年以上 ⑤ 不明

12. **診断名** 注:複数回答可ですが、順位付けの番号を記入してください。回答者による診断が望ましいですが、わからない場合は主治医の診断を引用してください。

→下記の回答は 回答者による 主治医による その他

- ① F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
- ② F20-F29 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害
- ③ F30-F39 気分[感情]障害
- ④ F40-F48 神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害
- ⑤ F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群
- ⑥ F60-F69 成人の人格及び行動の障害
- ⑦ F70-F79 知的障害<精神遅滞>
- ⑧ F80-F89 心理的発達の障害
- ⑨ F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

c. 連携の取り組み

1. 連携の契機 :

1a 連携開始のタイミング: 取り組みの発端となるステージを以下の項目から選択してください。(複数選択可)

- ① 不安定就労期
- ② 休業開始期
- ③ 休業期(1年以内)
- ④ 休業期(1年以上)
- ⑤ 休業許可期間満了半年以内
- ⑥ 復職準備期
- ⑦ 復職可否判定期
- ⑧ 復職後1年以内
- ⑨ 復職後1年以上
- ⑩ 退職後
- ⑪ その他(具体的に)

注: 以下の設問(7,8を除く)については記述式回答です。字数に制限はありません。スペースは適宜調整してください。

1b. どのような状況で、どのような問題があり、どのように事態が運びつつあったか、など

2. 連携の目的 : なぜ連携が必要と判断したか、連携により期待された成果は、など

3. 連携の具体的手順、内容

4. 連携の準備 : 連携に際し、どのような準備をしましたか

資料3-3

5. **連携の頻度** : 1回でしょうか、それとも複数回の積み重ねたでしょうか
6. **連携に活用したツール** : 情報伝達やコミュニケーションに有用な書面、その他のツールは使いましたか
7. **連携のツール・サンプルの提供** : (番号を選択)
① 非該当 ② 提供できません ③ 提供します→ 回答用紙とともに送付してください
8. **連携の手段** : (番号を選択)
① 電話 ② ファクス ③ メール ④ 面談 ⑤ その他 (具体的に)
9. **本人の同意** : 連携にあたり、どのように説明し同意を得ましたか
10. **連携に要した費用負担** : 誰が誰に対して具体的に負担、支払いなどはいかがでしょうか
11. **連携に関わるリスク** : どのようなリスクを想定しましたか、結果としてはいかがでしたか
12. **連携後の本人の変化** : どのような変化が認められましたか
13. **連携後の職場側の変化** : どのような変化が認められましたか
14. **連携後の主治医側の変化** : どのような変化が認められましたか
15. **連携の具体的成果** : どのような成果が認められましたか
16. **本事例を好事例とした最大の根拠** : どのような部分でしょうか
17. **その他のコメント** : 連携に関して協調したい点、留意点などご教示ください

以上です。ご協力ありがとうございました。

メンタルヘルス不調者をめぐる治療と職業生活の両立支援の視点から

小山文彦/東邦大学医療センター佐倉病院 産業精神保健・職場復帰支援センター

1. 医療と職域間の連携に求められる情報は何か

働き盛り層のメンタルヘルス不調者の治療と就労の両立を支援する視点から、医療現場では「患者」と呼ばれる者は、生活場面や職場ではそれぞれ家族、労働者といった複数の役割を併せ持ち、その現状（今、ここ）を評価する際には家庭や職場における状況をも検討すべきである。また、一人で何役もこなしている職業生活への慮りは言うまでもなく大切である。そして、「不調者」の就労可否判断の際に精神科主治医と産業医等が情報を共有する場合、ある程度構造化された評価法が確立され、そのアセスメント結果が情報提供書や意見書等に適用できれば、両者の連携と相互補完はより促進されるであろう。これまで治療と職業生活の両立支援にかかる厚生労働省委託事業等（平成22-24年度）における取組では、医学所見（現症）・安全衛生要因（勤労状況）・個人生活状況・職域の懸念、以上4つの視点からのアセスメント項目（表1）を考案し、現場応用を重ねてきた¹⁻⁴⁾。また、平成26-27年度厚生労働省労災疾病臨床研究において、医療と職域間の連携がもたらすアウトカムは、職場復帰に至るまでの期間の短縮化のみならず治療効果と関連することを示唆する知見も得られつつある⁵⁻⁷⁾。

表1：Ⅰ現症、Ⅱ勤労状況、Ⅲ全般的な生活状況、Ⅳ事業場側の懸念について各項目を示す。（文献4）より

Ⅰ. 【医学的見解】現症

- ・疾患の種類（ICD-10）：うつ病エピソード、不安障害、適応障害、身体化障害など
- ・主な症状：不眠、抑うつ気分、全般的意欲低下、全般的な不安耐性低下、焦燥など
- ・症状の程度：軽症、中等症、異常体験を伴う重症など（ICD-10に則して評価）
- ・服薬の状況：薬剤名と服用量/日、服薬に伴う眠気や注意集中の鈍麻やふらつきなど
- ・睡眠の状況：入眠、熟眠、早朝覚醒の有無（構造化面接にて把握する）
- ・生活全般における意欲と興味・関心の保持：最低2週間の持続状況を把握する
- ・気分・不安：気分変調、全般的状態不安などについてSDS、STAI等にて評価する
- ・注意集中力：日常生活動作、問診、簡易前頭前野機能テスト等にて評価する
- ・他、身体所見：運動性緊張、消化器症状、頭痛・筋骨格系症状など

Ⅱ. 【安全・衛生にかかる要因】勤労状況のアセスメント項目

- ・作業環境：高・低温、高所、VDT、有機物質、騒音など
- ・勤務時間と適切な休養の確保（勤務形態の規則性、出張、超過勤務等の状況）
- ・職業性ストレスの程度（職業性ストレス簡易調査票等に沿う）
- ・就労に関する意欲と業務への関心
- ・段階的復帰、リハビリ出勤制度についての理解と同意
- ・職場の対人関係における予期的不安等の程度
- ・治療と職業生活の両立についての支持・理解者（上司、産業保健スタッフ等）の存在
- ・安全な通勤の可否
- ・疲労蓄積度：自身および家族から見た「仕事の疲労蓄積度チェックリスト」で評価

Ⅲ. 【個人・状況要因】全般的な生活状況のアセスメント項目

- ・睡眠-覚醒リズムの保持
- ・適切な食習慣（栄養、嗜好品への依存度を含む）
- ・適度な運動習慣
- ・日常生活における業務と類似した行為への関心・遂行状況
- ・経済状況と医療費・保険書類等の利用・管理状況等

- ・整容、居住環境の清潔保持
- ・家事または、育児・介護などの有無と程度
- ・生活全般における支持的な家族（配偶者等）や友人（同僚等）の存在
- ・QOL：包括的健康度等を把握

IV. 事業場側の懸案事項チェックリスト

- ・診断書病名と現症との相関についての理解
- ・寛解に併せた就労意欲の確認
- ・寛解と業務遂行能力との相関についての理解
- ・寛解の確認と予後診断についての理解
- ・対象労働者へのコミュニケーション（接し方、人間関係）
- ・通常の職務による疾患への影響（再発しないか等）
- ・長期休業による部署・組織全体のパフォーマンスの低下
- ・長期休業による対象労働者の将来性（キャリア形成や勤続可否についての判断等）
- ・通勤・実務に伴い安全・衛生面での危険が回避されるか（労働災害の可能性）
- ・自殺及び危険行為に及ぶ可能性

2. 過去に著した両立・復職支援にかかる好事例集（書籍）の概要から

前述の厚生労働省委託事業において、表1のごとく、Ⅰ現症、Ⅱ勤労状況、Ⅲ全般的な生活状況、Ⅳ事業場側の懸念についての4つの視点からの各評価項目を用いて支援を図った事例集「主治医と職域間の連携好事例30（治療と仕事の「両立支援」メンタルヘルス不調編Ⅱ）」^⑧を平成27（2015）年に発刊した。この書籍では、30事例の病歴・支援経過の詳述に加えて、いわゆる「4つのケア」に沿う事業場内外の連携様式を図式化し、不調者の職域内外における出来事、事例性、疾病性、支援内容をタイムラインで表した。各事例については、どのような病像を示し、どのような就業困難があり、どのような支援が奏功したかについて纏めたフレーズを事例の表題とし、全30事例を疾病性サイン（不調の兆し）別に分けて構成した。具体的には、疾病性サインとして、①疲労・倦怠、②痛み（頭痛・筋骨格系）、③睡眠の問題、④身体的ストレス反応（痛み以外の体調の変化）、⑤心理的ストレス反応（不安・抑うつ等）、⑥言動・行動面の変化のいずれから不調が起ってきたかによって分類した。また、両立・復職支援に関わった者は、専門職と家族等、職場関係者であるが、連携の図式において、だれがどのようなベクトルを向けて連携したかを表し、専門職のうち「両立支援コーディネーター」として支援に介在した場合も、その動きを明確にした。各事例の病態と支援の経過から、今後の不調早期発見と復職、その後の安定就労を図る際の参考のために「事例からの学び」を加えた。書籍掲載の一例を示す。

【事例X】

50代前半に、業務内容の変化から重責感が強まり、うつ病を発症したケース

○さん：50代、男性、地方自治体職員

既往歴：なし

疾病性サイン：不眠

支援者・支援体制

家族：妻

メンタルヘルス対策：精神科主治医、産業医、保健師（職場）

○さんは、自治体（役場）市民課に勤める50代の男性です。これまで、主に地元の農業政策を担っていましたが、住民からの信望も厚く、そのマネジメント手腕を買われて、昨春、現在の係に異動となりました。自治体は、ある計画道路に関わる地域住民への立ち退きを求めています。住民からの反対が根強く難航しています。○さんは、当該の計画道路を進める立場にあり、交渉に直接かわりながらも、内心は住民の気持ちを察し、葛藤が続いていました。

夏になり、夜いったん寝付いても深夜3時ごろに覚醒することが増えてきました。毎晩のように中途覚醒し、その後もぐっすり眠れず、気持ちも落ち着かないため、不要なまでに早朝に出勤する毎日が続いていました。出勤し

ても、立ち退き問題以外の仕事にすら意欲的になることができず、今まで感じたことのない疲労感を覚えました。○さんは、よく眠れないのは暑さのせいだと考えていました。しかし、さすがに一月近く不眠が続き、体のだるさがひどくなるため職場の産業医 A に相談しました。A 医師は、身体所見・諸検査では異常が捉えられず、二週間以上毎日のように不眠があり、○さんの表情（意欲のなさ）や話しぶり（楽しいことがない等）から抑うつ傾向を認めないため、B 病院（精神科）への受診を勧めました。B 医師は、○さんを診察し、うつ病と診断し、抗うつ剤の内服を勧めました。○さんは、受診した日から処方された薬を服用しましたが、数日経っても倦怠感が解消されず、胃のあたりの違和感、日中の眠気が強いため、服用を断念し、7 日後の診察予約をキャンセルしてしまいました。

その後 2 週間が経過しましたが、○さんは「どうしても体が動かない」状態となってしまう、産業医 A からの進言により再び B 病院を受診しました。しかし、この日の B 医師との面接では、発語もままならず、入院治療を勧められても決心がつかない状態で、うつ病が重症化していました。翌日、○さんは妻の同意の下、B 病院に医療保護入院となりました。以後、規則的な服薬と休養を主体とした入院治療が始まりましたが、病状が好転するまで三週間を要しました。次第に発語はスムーズになったものの、○さんは、罪責感が強く、計画道路の件がうまく運ばないことは自身のふがいなさのせいだと頑ななため、主治医 B 医師は、この重責が緩和されない限り回復が難しいと考えました。B 医師は職場（自治体）の産業医 A 医師に連絡をとり、数日後、○さんと A 医師、C 保健師の四者で面談を持ちました。

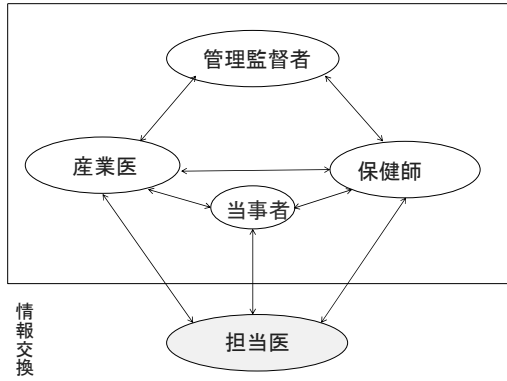
この面談の目的は、○さんのうつ病が回復するために、なんとかして仕事の重責を緩和できる方法を探ることでした。住民との交渉は簡単なことではありませんでしたが、産業保健スタッフ（A 医師、C 保健師）の進言から、自治体では○さんに替わってプロジェクトを進める担当チームが立ち上がりました。その後、担当チームのメンバーは、○さんと何度か面会を重ね、頑ななまでの重責感は次第に緩和されていきました。入院から 2 ヶ月目に入り、○さんは自宅への外泊を試みっていますが、本来の笑顔とともに自宅での生活に安堵できるようになり、ようやく退院への準備段階です。

事例からの学び

産業医 A 医師は、○さんの生活全般における意欲低下と興味・関心の低下が毎日 2 週間以上続き、それに先駆けて睡眠不足の持続があることから、うつ病を疑い、精神科医につなぎました。産業保健スタッフによるケアが適切に運べた一例です。ところが、抗うつ薬の副作用（胃部不快感と眠気）と効果を速やかに自覚できないことから、一旦治療が中断しました。抗うつ薬には、新しいものでも、腹部症状などの副作用があり、また、効果を発するまでには 1~2 週間かかることが多く、この点が今後の治療事例でも注意し参考にしたところです。

また、うつ病治療においては、安心して十分に休めることが先決となるため、この事例における精神科主治医は、まず回復（治療上の目的）のために職域との連携に着手しました。医療と職域との連携の目的は、治療と就労の両立のためになされますが、これまでの職場復帰に関する研究の多くが、どのくらいの割合で職場復帰（就労上の目的）が叶ったかに焦点がありました。「回復」と「就労可能」は、いつも同じタイミングで両立できるものではありませんが、○さんの場合は、就労について考慮するよりも治療上妨げとなっている業務への頑なな責任感（自負）を緩和することでした。「回復」と「就労可能」の両立は、決して診察室や病室の中でかなえられるものではなく、本書の主旨である医療-職域間の相補的な連携がいかに重要かについて、ご理解いただけるかと思います。

連携の図式



事例X ○さんのタイムライン

	出来事	事例性	疾病性	支援
X-1年 春	自治体の計画道路の推進の係に異動	立退き住民の反対根強い ⇒○さんも住民の気持ちを察し葛藤		
X年 夏		中途覚醒し眠れず 早朝出勤するが、勤労意欲わかない 疲労感 ↓ 1か月近い不眠体のだるさが酷くなる	抑うつ傾向	産業医Aに相談 ・身体所見異常なし ・不眠(2週間以上毎日のように) ・表情(意欲のなさ) ・話しぶり(楽しい事がない等) ⇒抑うつ傾向 B病院精神科の受診を勧める
X年Y月Z日の2週間前			うつ病 ↓ 抗うつ剤服用 ↓ 倦怠感解消せず 胃の辺りの違和感 日中の強い眠気 ↓ 服用断念 7日後の診察予約もキャンセル	B病院精神科を受診 うつ病と診断 ⇒抗うつ剤を処方
X年Y月Z日			「どうしても体が動かない」状況 ↓ うつ病が重症化	産業医Aの進言で、B病院を再受診しB主治医と面接 ・発語もままならず ・入院治療の判断つかない状況 ↓ 翌日、妻の同意の下、B病院に「医療保護入院」 ⇒規則的な服薬と休養を主体とした入院治療
X年Y月Z日の3週間後			状況好転(発語スムーズ) 罪悪感強い(計画道路がうまく推進しないのは自分のせい) ↓ 担当チームメン	主治医所見 ⇒○さんの回復には、仕事の重責緩和が必要 ↓ 四者面談で対策検討(本人、産業医A、B主治医、C保健師) ↓

			バーと何度かの 面会 ↓ 頑ななまでの重 責感が緩和	(産業保健スタッフの進言で) ○さんに替わるプロジェクト 推進の担当チームが立ち上がる
X年Y月Z 日 の2か月後	自宅への外泊 (退院の準備段階)	本来の笑顔戻る 自宅での生活に 安堵		

3. 精神科主治医と職域間の連携にかかる留意点

1) 「連携」の前に大切なこと

事業場内外における連携の前提には、不調者と産業保健スタッフ等との日頃からのラポール（信頼関係）形成が重要となる。そして、情報共有する際には、「4つのケア」を構成する各立場が求めるメリットだけでなく、双方の限界やデメリットについて配慮しながら連携することが求められる。これまでに見えてきた、連携を抑制する現状と促進する視点について、表2に示す。

表2 事業場内外の連携を抑制する現状と促進する視点（文献8）より

連携を抑制する現状	連携を促進する視点
<p>▼ 治療の視点では、不調者は「患者」であり、「労働者・生活者」としての診立てに主眼が置かれない。</p> <p>▼ 職業生活のフィールドである職場との連携および調整に、治療行為と同等の医療エフォートを投入できるほどの自由度が、事業場外主治医に確保されていない。</p> <p>▼ 職場側との連携・調整に費やす医療エフォートに見合うだけの診療報酬上のメリットを享受できていない。</p> <p>▼ 患者の個人情報を保護し、患者が不利益を被らないために、上司や産保スタッフに病名や疾病性を伝え難い。</p>	<p>○ 事業場が知りたい情報は、(不調者の) 詳細な診断や治療方針よりも、業務遂行能力と安全衛生面の課題。</p> <p>○ 事業場では、主治医と介在する産業保健スタッフ等の存在・確保。</p> <p>○ 治療機関では、職場と介在するコーディネーターなどの育成・確保</p> <p>○ 「治療」+「就業の支援」を多軸的アセスメント等を基に行った場合⇒ 通院精神療法等 + ならかの指導料等の算定</p> <p>○ 予防を含め、ある程度客観的な医学的見解を提示すること</p>

このように、必ずしも主治医と職域間の連携が容易でない現状を踏まえて、職域では、以下について自己点検することが有用だろう。

- ✓ 事業場内で、メンタルヘルスについての啓蒙が図れているか？（セルフケア、ラインによるケア、相談体制等の周知と健康教育）
- ✓ 安全・衛生委員会等が、過重労働やメンタルヘルス問題について踏み込み、機能しているか？
- ✓ 管理監督者・人事労務担当者等・産業保健スタッフ間の日常的なラポールと「風通し」はどうか？
- ✓ 事業場外資源との連携を図る場合、担当医とのチャンネルになれる産業保健スタッフがいるか？
- ✓ 主に産業保健スタッフが、セカンドオピニオン的に相談できる専門医（精神科領域での連携先や相談役的存在）がいるか？

2) 復職の可否判断等に求められる主治医と産業医等の連携において

メンタルヘルス不調により一定期間の休業をした労働者の復職の可否を判断するために、産業医または事業場をよく知る医師が面談を行う（復職面接）。その前提には、主治医による復帰可能の診断書が必要であるが、まずは、

「復職可能」以前に「就労可能」な状態にまで回復しているか否かについての意見が望まれる。すなわち、病状の回復に伴い、働けるであろうという診立てがあり、その上で、就労復帰への準備（事業場における復職訓練やトライアル出勤等）を行うことが可能と判断され、その後の経過により、職場において復職の可否が判断される。本来、主治医の役割は診断と治療にあり、その延長に就業という社会生活への再適応がある。一方、産業医の役割は、事業場内の就業規則等や職場の状況、労働者本人の業務内容や働き方を踏まえて、復帰にかかる判断と支援を行うことにある。各事業場によって、復職とは、フルタイム（定時）勤務が可能が前提というルールがある場合や、短時間勤務等からの段階的復帰が可能な場合があり、主治医側がこのような当該職場の事情を知らない場合には混乱が生じることもある。したがって、不調者（患者）が属する事業場における復職までの流れ（出勤訓練や復職訓練等）や基本ルール等は、主治医と事業場（産業医等）の間で共有される必要があるだろう⁹⁾。

おわりに

メンタルヘルス不調をかかえた労働者への復職支援は、厚生労働省「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」¹⁰⁾にあるように、休業（療養）開始時からのケア、主治医による病状回復および就労可能の判断、事業場における復職の可否判断、復職の決定、復職後の安定就労に向けたフォローアップと段階的に進む。産業医にとって、復職面接は重要な場面であり、復職の可否判断は決して容易な問題ではない。しかしながら、本稿で述べたように、日頃からの事業場内外の連携による情報共有や共通理解、ラポールが大きな助けとなると言ってもよいだろう。特に社内（事業場内）における産業看護職、人事労務担当者、管理者等との連携は、一人の不調労働者の再起という重要課題を多軸的に検討し、その後の職業生活を安全衛生配慮の下に守っていく厚いネットワークのようなものだろうと思う。⁹⁾

文献

- 1) 小山文彦：特集 メンタルヘルス不調における治療と仕事の「両立支援」をめぐる一事業場内外の「連携」に求められる情報とは何か―，産業医ジャーナル，**37**(1)：4-11 (2014)
- 2) 小山文彦：治療と就労の両立支援から連携を考える，産業精神保健，**22**：75-80 (2014)
- 3) 小山文彦：メンタルヘルス不調者の治療と仕事の「両立支援」―厚生労働省委託事業・検討会から―，産業ストレス研，**20**：303-309 (2013)
- 4) 小山文彦，黒川淳一，浅海明子：メンタルヘルス不調に罹患した労働者の治療と就労の「両立支援」―厚生労働省委託「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発のための事業」において活用した就労可否判断のアセスメント手法―，日職災医誌，**61**：251-258 (2013)
- 5) 小山文彦(研究分担者)：メンタルヘルス不調に罹患した労働者をめぐる主治医と産業医等との医療連携にかかる調査研究，In 黒木宣夫(研究代表者)：厚生労働省平成26年度労災疾病臨床研究事業補助金「労働者の治療過程における，主治医と産業医等の連携強化の方策とその効果に関する調査研究」総括・分担研究報告書：pp89-93，厚生労働省(2015)
- 6) Koyama F: Collaboration between primary and industrial physicians in treatment of workers with mental health disorder, Jpn J Ambulat Psychi Serv, **16**：80-85 (2016)
- 7) 小山文彦：メンタルヘルス不調者をめぐる主治医と産業医等との連携がもたらす治療効果に関する検討，産業精神保健，**24**，100-105 (2016)
- 8) 小山文彦著，労働者健康福祉機構編：主治医と職域間の連携好事例30（治療と仕事の「両立支援」メンタルヘルス不調編Ⅱ，労働調査会(2015)
- 9) 小山文彦：メンタルヘルス不調者に対する復職面接と社内連携，産業精神保健，**28**，194-199 (2020)
- 10) 厚生労働省：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～メンタルヘルス対策における職場復帰支援～。 <https://www.mhlw.go.jp/content/000561013.pdf> (2020年12月30日アクセス)

寄稿

働く人のこころのケア・ガイドブック

——会社を休むときのQ&A. (金剛出版. 2019.)

福田真也

・はじめに

メンタルヘルス不調によって従業員が長期療養すなわち休職すると、職場や産業医はどのように過ごしているのか、病状がどうかといった情報は月に1回程度の電話やメールの連絡で確認するに留まり、主治医による復職可能の診断書が提出されてから初めて面談を行い、詳細な状況を把握して職場復帰の可否や復職後の支援、配慮を検討することが多い。一方、従業員を診ている精神科主治医は本人の病状はわかるが、職場でどのような要因が関係して休職に至ったか、それを復職に際してどのように改善すればよいのか、職場でどのような支援や配慮が受けられるかなどの情報は積極的に職場に問い合わせない限りよくわからない。

このように精神科主治医と職場の連携にはまだまだ課題がある。また一方、従業員本人も精神科主治医の外来診療では薬物療法や生活上の助言は受けられるが、復職と就労継続のためどのような準備をしていけばよいのか今一つ分からないということがしばしばみられ、病気の治療だけではなく就業を再開するためのリハビリテーションや心理教育の重要性を強く感じる。

筆者は精神科クリニックで外来診療、および2007年より14年にわたりリワーク・プログラム(※)の担当医として従業員の職場復帰に力を入れ、2020年末まで500人以上の復職支援に携わっており、一方ある事業所で産業医としても活動しているため、両者の実践経験を活かして従業員本人、産業医、職場の上司や人事、他院の精神科主治医に説明する際の資料を作成し、それを”働く人のこころのケア・ガイドブック——会社を休むときのQ&A. 金剛出版. 2019.”として上梓した。

・対象

想定した読者はうつ病や適応障害で休職・復職する従業員本人と家族、事業所の上司、人事・総務、産業医や保健師・看護師など産業保健スタッフである。医学の専門家でない人を対象としたため、肩の力が抜けるコラムも適宜入れて読みやすくなるようにした。

また休職に限らずうつ病などの疾患、事業所での健康管理、精神科診療など幅広い内容を含んでいるため、メンタルヘルスに携わる作業療法士、ソーシャルワーカー、カウンセラーなどコ・メディカルスタッフ、あるいはフレッシュマンの精神科医、精神科で実習中の他科の研修医にも役立つと思う。

・内容

第1章ではストレスの基礎知識、特に事業所内のストレスについて、対処法として重要な認知行動療法やカウンセリングについて述べた。

第2章では仕事を休むか働き続けるかのおよその基準、休んでいる時の生活の仕方、家族の対応、休みはじめから休職・復職までの流れ、仕事を休むにあたっての療養休暇や休職などの制度と傷病手当金など経済的支援、そして復職支援プログラムであるリワーク、復職手順と手続き、リハビリ出勤など事業所

の復職支援制度など休職に関係する項目について詳細に述べ、また失業・退職・転職の際の手続きと経済的問題も加えた。

第3章では仕事を休むメンタルヘルス上の問題で最も重要であるうつ病、適応障害、躁うつ病、不安障害と強迫性障害、背景にあるかもしれない発達障害など心の病気について述べた。

第4章では精神科医療について、クリニック、大学病院や総合病院、精神病院の利点と欠点、精神科医の役割、精神科受診の仕方と診療の実際、また事業所での健康診断やストレスチェックなど健康管理制度や人間ドック、産業保健スタッフ、特に産業医の役割をまとめた。以上の内容について該当する項目を読めばいいよう182問のQ&A方式とし、それぞれ関連を持たせつつも独立して記載した。

職場での安全配慮や健康管理など就業支援は産業医が、治療は精神科主治医が行うと分担されているが、こうした役割と立場の違いについて以下の表にまとめた。

表★産業医と主治医の役割と立場の違い

	産業医	主治医
スタンス	会社組織の一員として健康管理業務を行う	医療機関の医師として医療行為を行う
対象	会社組織の一員としての従業員	患者としての従業員
目標	従業員個人の健康の維持増進と疾患予防に加え、職場環境を整備する一次予防や疾患の早期発見の二次予防も担い、作業能率や経営改善の役目も担う	患者さんの病気の診断と治療を行い、あくまで患者さん個人の健康と利益、ひいては生活の充実を目標とすることに徹する
医師を選べるか？	会社が産業医と契約し決められているため、従業員は選べない	従業員が受診先を選ぶことができるので、別の医師に変更することができる
行えること	業務内容、部署、異動など職場内での処遇	医学的な評価、診断、治療
個人情報	安全配慮義務があり他の従業員や職場に影響を及ぼす場合は、面接で得た健康情報を会社に伝えることがある	診療で得た情報は守秘義務があり、患者の承諾なしに診療で得た情報は会社には伝えない
職場 vs 患者個人	生産性向上も考える人事労務管理の一翼を担うため、両者に目を配る	会社より患者の利益を優先する
情報源	従業員本人に加え職場の上司・同僚からの情報も得られるため就業状況が良くわかる 職場での状態を1日8時間、週40時間にわたり上司や保健師などから確認できる	診察で本人や家族から得た情報に限られ、職場での問題がわかるとは限らない 1週か隔週に一回、短時間の診察でしか状態は把握できない
復職に関して	復職の是非の判断に加えて残業・出張・休日出勤の有無など配慮を策定する	医学的に復職が可能かを判断する、復職後の治療を継続する

復職する場合に精神科主治医が復職可能という診断書を提出しても、産業医の復職前面談で時期尚早ということがしばしば起きる。これは主治医が精神医学的な症状の改善を目安にするのに対し、産業医は職場での業務遂行能力の回復をメインとする食い違いがあるためと考えられるが、産業医と主治医が症状や疾病に留まらず業務遂行能力や職場での対人関係にも配慮して仕事が続けられるよう連携・支援していくことが求められる。

さらに巻末付録に健康保険や傷病手当金、年金や雇用保険、税金といった社会保障制度とその窓口、またある従業員の給与明細票を提示して、天引きされている項目がどのような制度でどう利用されている

のかを詳細に解説してまとめた。このような社会保障制度、特に休職中の経済的な支援を知ることは長期療養者の不安を減らして症状を緩和し、治療上も有意義であると確信している。

・さいごに

正規雇用の従業員は長期療養中も雇用の保証、経済的補償が確保されているが、その代わり義務と責任がとても重く過重労働などの問題も生じている。一方、非正規雇用や自営業者はリワークなどの復職支援を受けることは元より、休むこと自体が職を失うなど雇用が不安定で社会保障も十分でない問題がある。しかしこの本では有効な助言が記せなかった。

メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援において精神科主治医と職場・産業医との連携にこの本が役立てば幸いである。

※リワーク・プログラムとは

リワークは1997年NTT東日本関東病院の秋山剛先生が精神科作業療法の一環として、休職し薬物療法を行うだけでは復職が困難だったり、一旦、復職しても再び調子を崩して再休職する職場復帰が困難なうつ病の勤労者にリハビリテーションとして職場復帰支援プログラムを開始、再休職を防ぐ取り組みを始めた。それがreturn to work＝リワークとして全国に広まり、2008年リワークを行っている機関が集まってリワーク研究会が設立、2018年に日本リワーク協会に改組され、現在全国で約220機関が参加している。医療機関の保険診療では精神科デイケアとして行われることが多いため、リワーク・デイケアとも呼ばれる。

精神科主治医と職域との連携に関わる法務上の留意点

弁護士 佐久間大輔（つまこい法律事務所）

1 就業上の措置と労働契約の変更

「労働契約は、労働者が使用者に使用されて労働し、使用者がこれに対して賃金を支払うことについて、労働者及び使用者が合意することによって成立する」（労働契約法 6 条）。労働契約によって労使の権利義務関係が発生、変更、消滅する。そのため、労働者が契約内容となっている「労働」をすることができなければ、使用者は労働契約を解除（＝解雇）できることになり、労使の権利義務関係が消滅するとの効果が発生する。

労働者が義務を負う「労働」をするには、労働条件が定まっていなければならない。その具体的な内容は、①いつ（労働日・期間）、②何時から何時まで（労働時間）、③どこで（労務提供場所）、④誰（労務提供先）に対し、⑤どのような職務を行うのか（職種・業務内容）、⑥「労働の対償」としていくら支払われるのか（賃金）、である。

健康診断後や、長時間労働者又は高ストレス者の面接指導の結果に基づく就業上の措置について、労働安全衛生法は、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮などを例示しているが、この3つの措置を見ても図表1のとおり労働契約の内容が変更される。

図表1 労働安全衛生法に基づく事後措置と労働契約の変更

就業場所の変更	労務提供場所、職種・業務内容の変更。場合によっては労働日、労働時間の変更も。これに伴う賃金の変更。
作業の転換	職種・業務内容の変更。これに伴う賃金の変更。
労働時間の短縮	労働日、労働時間の変更。これに伴う賃金の変更。

「労働者及び使用者は、その合意により、労働契約の内容である労働条件を変更することができる」（労働契約法 7 条）。しかし、実際には労使の合意があっても共通認識が形成されていないため、契約内容の変更に齟齬が生じることがある。

そこで、産業医等の産業保健スタッフ（以下「産業医等」という）が介入する際には、メンタルヘルス不調者に対する就業上の措置が労働契約の変更に当たり、労働法の解釈や労働契約の評価が問題となることを使用者と共有すべきである。

また、主治医として精神科医等が職場復帰の可否や就業上の措置に関する診断書を作成する際も、同様の認識を持つことが望ましい。

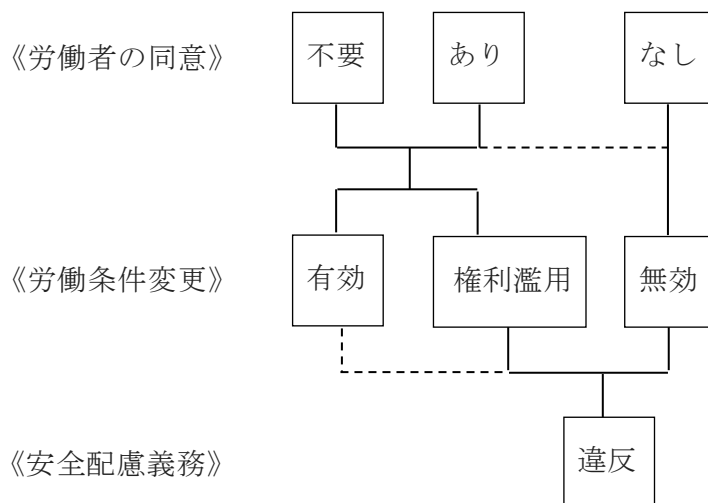
2 労働契約の変更における労働者の同意

個別的労使関係における法律問題は、労働契約の内容の解釈をめぐって発生するが、特

に契約変更に当たって労働トラブルが発生することが多い。変更時に労働者の同意を得ていないケースが散見されるため、労働条件の設定・変更をめぐる裁判例においては、労働者の個別的な同意が強調される傾向が見受けられる。

そのため、使用者としても、労働条件の設定や変更において労働者の同意を得ることを常に意識しなければならない。しかし、労働者の同意は取ればよいというものではなく、キーワードは「自由な意思」である。

図表 2 労働者の個別的同意と効果



うつ病で休職した労働者が職場復帰をする際に他の職場に配置転換させることがあるが、就業規則に業務上の都合により配転を命ずることができる旨の定めがあり、現に配転を行っている実態があれば、配転について、労働者より個別的同意を得る必要はない（東亜ペイント事件・最高裁判所第二小法廷昭和61年7月14日判決・最高裁判所裁判集民事148号281頁）。これに対し、就業規則に減給の規定がないのに、配転に伴って減給した場合、労働者の個別的同意がなければ、配転は有効であっても、減給は無効となる。個別的同意があったとしても、労働者が不利益変更について十分な説明を受けず、内容が理解できていないまま同意をしたのであれば、労働者が自由な意思を形成していなかったことになるから、使用者が配転や減給を実行しても無効となる可能性がある。図表2の、労働者の同意「あり」から労働条件変更「無効」につながる点線はこの趣旨である。

一方、就業規則に規定があったとしても、うつ病によりパフォーマンスが悪いという理由だけで使用者が一方的に減給を伴う配転をすることは、人事権を濫用するものとして無効と判断されることがある（労働契約法3条5項）。

特に労働条件の不利益変更の場面では、労働者に自由な意思を形成してもらうために、どのような説明を行い、何を配慮すべきであるのかが、労務管理上の留意点となる。労働契約は労使の合意により成立・変更されることが労働契約法の原則であるとの感覚を磨くことが労働トラブルを防止するために必要である。その意味で、経営者や人事労務管理スタッフだけでなく、産業医等も、労使関係における契約の観念を意識した方がよい。

精神科主治医や外部支援機関等の事業場外資源（以下「主治医等」という）は、労働契

約の当事者ではないが、この意識を持つことが望ましい。

3 メンタルヘルス不調の安全配慮義務

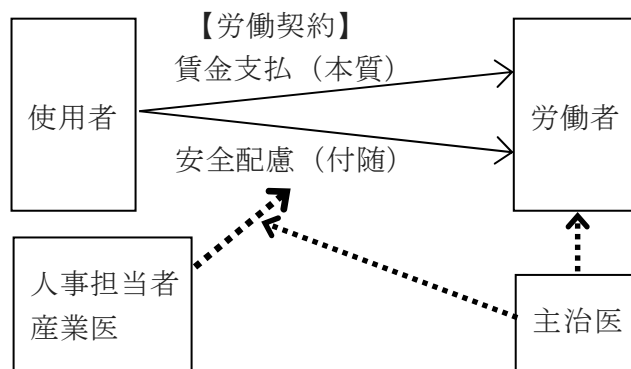
近年、メンタルヘルス不調の労働者に対してパフォーマンスが低下したことなどを理由とする降格や解雇、職場復帰時の配置転換や退職をめぐる裁判が増えている。裁判に至らなくても、職域では、「心理的負荷による精神障害の認定基準」（平成 23 年 12 月 26 日基発 1226 第 1 号、改正令和 2 年 8 月 21 日基発 0821 第 4 号）が業務起因性を肯定する強度「Ⅲ」の心理的負荷を生じさせる業務上の出来事や要因よりも、単体では労災認定されない強度「Ⅱ」以下のケースを扱うことが多いと思われる。強度「Ⅱ」でも、メンタルヘルス不調者にとってはストレス要因となることから、使用者側の対応を難しくしている。

裁判例の傾向に鑑みれば、心理的負荷の強度「Ⅱ」以下の業務による出来事やストレス要因は労災認定されないから問題はないといった楽観視は許されない。労働契約法 5 条が定める「安全配慮義務の具体的内容は、労働者の職種、労務内容、労務提供場所等安全配慮義務が問題となる当該具体的状況等によって異なるべきものであり」（川義事件・最高裁判所第三小法廷昭和 59 年 4 月 10 日判決・最高裁判所民事判例集 38 卷 6 号 557 頁）、労働者の就業場所や業務内容だけでなく、年齢や健康状態などの個人的な事情も踏まえて具体的に決まるので、特定の労働者に対する義務は状況によって変化する。過重労働に従事させていなくても、健康状態の悪化を認識できるであれば（現に認識している必要はない）、その悪化を回避・軽減するための安全配慮義務は発生するのである。うつ病により休職した労働者が職場復帰をする際に配置転換されたといったことが心理的負荷要因となり、疾病が増悪したことから、労働トラブルが発生して裁判に至ったケースがあるが、配転自体が直ちに安全配慮義務違反と評価されるとまではいえないものの、具体的状況によっては同義務違反となり、紛争に発展するリスクがある。

使用者が株式会社などの法人であれば安全配慮義務を現に履行するのは自然人となる。法人の組織構成員である人事労務管理スタッフや管理監督者は賃金の支払いという使用者の本質的義務の履行に関与できないが、労働契約上の付随的義務である安全配慮義務については、使用者の義務の履行を補助する立場にある。これは産業医等も同様である。

これに対し、主治医等は、労働契約上の法的な責任を負う地位にないが、労使双方を補完する役割を分担しているといえる。

図表 3 人事労務担当者・産業医の法的地位と主治医の役割



そうすると、安全配慮義務が発生する要件や時期が問題となる。

「使用者は、必ずしも労働者からの申告がなくても、その健康に関わる労働環境等に十分な注意を払うべき安全配慮義務を負っている」とし、「（使用者）に申告しなかった自らの精神的健康（いわゆるメンタルヘルス）に関する情報」については、「労働者本人からの積極的な申告が期待し難いことを前提とした上で、必要に応じてその業務を軽減するなど労働者の心身の健康への配慮に努める必要がある」（東芝（うつ病・解雇）事件・最高裁判所第二小法廷平成 26 年 3 月 24 日判決・最高裁判所裁判集民事 246 号 89 頁）。したがって、労働者の申告がなくても、健康状態の変化について予見可能性が認められれば、使用者の安全配慮義務は発生する。

安全配慮義務の範囲を制限することに労働者の個別的同意があったとしても、労働者の健康状態が変化したことを認識していたのであれば、安全配慮義務としての就業上の措置を講じなければならないのであり、これを怠ったという場合は、同義務に違反して損害賠償責任を負うことになる。安全配慮義務は具体的な状況により変化するので、文書であっても一律に内容を画することはできない。その意味で労働契約法上の合意原則を修正するものといえ、図表 2 の、労働条件変更「有効」から安全配慮義務「違反」につながる点線はこの趣旨である。

自殺を防げなかったケースでは、産業医が定期的な面談をしておらず、事例性・疾病性が正確に把握できていなかった、また人事労務管理スタッフや主治医との情報交換が不十分であったなど、産業医等を軸にした、人事労務管理スタッフや主治医等との連携がなされていなかった事象が見受けられる。メンタルヘルス不調者の事例性・疾病性が正確に把握できずに自殺という最悪の転帰に至ると、職域に影響を及ぼすだけでなく、遺族との裁判になれば関係者間の意思疎通が不十分であったことを理由に使用者の損害賠償責任が肯定されることがある。メンタルヘルス不調者に対する人事労務管理スタッフの指導や管理監督者のフォローアップができていたのかが司法判断の帰趨に影響を与えるので、主治医等を含めた関係者と連携することに留意する。

4 労働契約の変更における情報流

うつ病で休職した労働者を職場復帰させる際、主治医と産業医の意見が食い違うことがある。それは、主治医は職場に関する情報をよく聞いていない、一方で産業医は治療に関する情報を不完全にしか持ち合わせていないことから起こる。実際に裁判例を見ると、主治医から産業医へ、産業医から主治医へ、正確な情報が提供されていないケースが多い。このとき、本来選択すべき結論とは別の結論を選択してしまい、労働トラブルに発展する。

それでは、うつ病休職者の職場復帰を成功させるには関係者間で何が必要となるのか。

一般に契約の締結や変更の場面において、契約当事者は契約に関する情報を共有することが前提となる。労働契約も契約の一種であるから、契約当事者である労使間で情報共有することが必要である。職場復帰において図表 1 の措置を講じることがあるが、いずれも労働契約の変更を伴うので、その評価が契約当事者にとって重要となる。

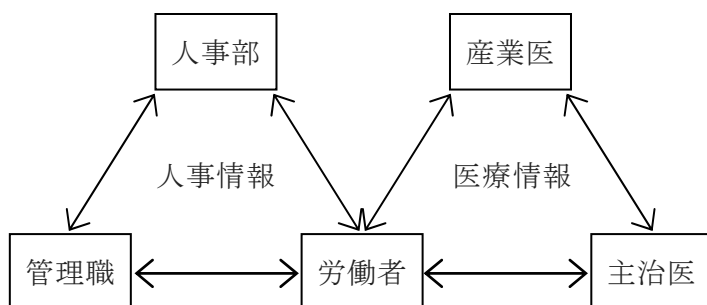
契約内容の変更をめぐるコンフリクトは不可避免的に発生するが、このとき、管理監督者、人事労務管理スタッフや産業医等という組織内だけでなく、主治医等との間でも労働契約に関する認識が共通になっていないことから、必ずしも情報共有が十全になされず、労働契約の解釈や評価にずれが生じることが見受けられる。

労働契約の変更を伴う職場復帰の場面においては、主治医等も含めて関係者が情報共有をし、相互に相手方の意見や利害を尊重し合いながら共同で解決策を模索する。

そのため、人事労務管理スタッフが中心となり、円滑な情報流を構築すべきである。

図表 4 情報管理体制の整備

《管理》誰(部署の責任者・担当者)が一元管理

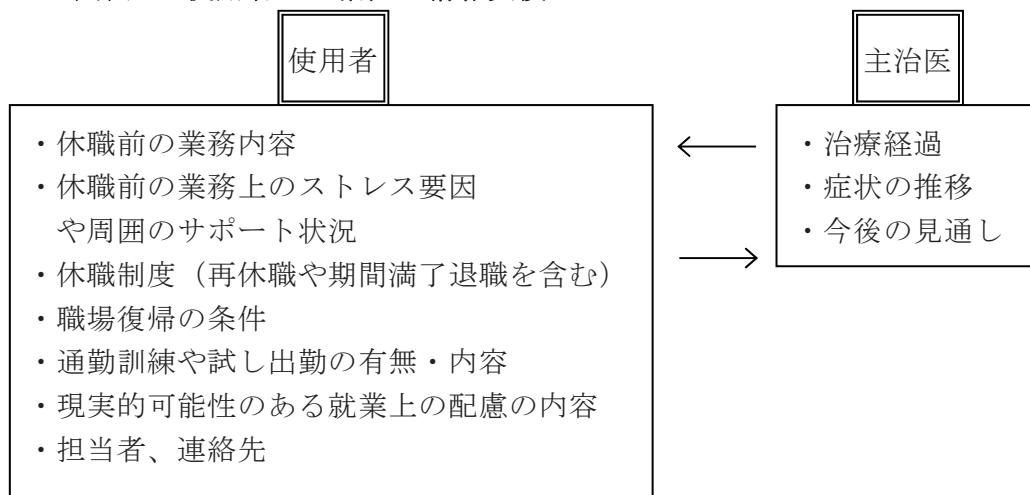


《伝達》誰(部署)から誰(部署)へ

《共有》誰(部署)と誰(部署)の間で

一方、産業医等が中心となり、休職の前後の早い段階から、主治医等と情報共有する。休職者に職場復帰に向けた焦りの気持ちがあり、それが主治医の復職診断書に反映されることがあるので、早めに主治医とコンタクトを取っておくと、本人の意向や病状が理解しやすくなるからである。ただし、本人からあらかじめ同意を得ることが必要である（個人情報保護に関する法律 17 条 2 項）。そして、使用者は、事例性だけでなく、疾病性に関する情報を取得し、一方、主治医等は、疾病性だけでなく、事例性に関する情報を取得することで、両者が共通認識を作り上げることが肝要である。

図表 5 使用者と主治医の情報交換



主治医については、使用者側との認識のずれの一つに治ゆの意義があることを意識した方がよい。主治医は、睡眠覚醒リズムや生活リズムが整ってきたら、患者の意向もあり、職場復帰可能との診断書を書く傾向が見られるが、「現に就業を命じられた特定の業務に

ついて労務の提供が」できるか、又はそれが「十全にはできないとしても、その能力、経験、地位、当該企業の規模、業種、当該企業における労働者の配置・異動の実情及び難易等に照らして、当該労働者が配置される現実的可能性があると認められる他の業務について労務の提供をすることができ（る）」ことが、治ゆとなる（片山組事件・最高裁判所第一小法廷平成10年4月9日判決・最高裁判所裁判集民事188号1頁）。したがって、原職又は原職以外の配置可能性のある職場での労務提供が可能でないのに、主治医が職場復帰可能との診断書を作成しても、治ゆのレベルとのギャップは埋まらない。また、配置される現実的可能性のある業務が存在しないのに、職場復帰の条件として配置転換が妥当であるとの診断書を作成しても、メンタルヘルス不調による休職という変化への対応としての改善策に実行可能性がないので、就業上の措置にはなり得ない。

そこで、主治医は、労働者に対しては、原職での労務提供ができるか、又は原職以外の配置可能性のある職場での労務提供は可能であるか、また使用者に対しては、労働者が配置される現実的可能性がある業務は存在するかをそれぞれ確認した上で医学的意見を述べ、労働契約における補完的な役割を果たすことが求められる。

とはいえ、職域と主治医等との認識にずれが生じるのは主治医のみに起因するのではなく、人事労務管理スタッフや産業医等が事業場や休職者の業務に関する情報を提供していないことにもよる。そこで、人事労務管理スタッフとしては、主治医より任意書式による診断書が提出された段階で動き始めるのではなく、早い段階から休職者や主治医と連絡を取り合い、三者面談を実施するなどして、当初より主治医に対して職場復帰支援に関する情報提供書の提出を依頼し、これを復職診断書として休職者に提出させることが望ましい。

このように関係者が労働契約の変更場面である職場復帰において、必要な情報を共有した上で、労働者から自由な意思に基づく同意を得るために丁寧な対応をすることが求められている。これが、うつ病による休職からの職場復帰が成功する主因となるであろう。

以上

テレワークの実施に際して懸念される労働者への健康影響

井上 彰臣（産業医科大学 IR 推進センター・准教授）

1. はじめに

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の拡大に伴い、多くの企業や労働者が十分な準備のないまま、ほぼ強制的に働き方の変容を迫られることになった。中でも、急速に導入が進められたのがテレワークである。実際、東京都が都内にある従業員数 30 人以上の企業を対象に実施した「テレワーク導入実態調査」では、令和元年 7 月時点におけるテレワークの導入率は 25.1%であったのに対し、令和 2 年 6 月時点では 57.8%となっており、この 1 年間でテレワークの導入が急速に進んでいることを窺い知ることができる。

テレワークとは「情報通信技術 (Information and Communication Technology : ICT) を活用し、場所や時間を有効に活用できる柔軟な働き方」のことを指し、その形態によって①雇用型と②自営型の 2 つに大別することができる。①雇用型テレワークは、ICT を活用して、所属する職場とは異なる場所で業務を行うことを指し、就業場所によって、在宅勤務（自宅を就業場所とするもの）、サテライトオフィス勤務（自宅の近くや通勤途中の場所などに設けられたサテライトオフィス、テレワークセンター、スポットオフィスなどを利用するもの）、モバイル勤務（施設に依存せず、いつでも、どこでも仕事が可能な状態のもので、労働者が自由に働く場所を選択することができるもの）に分けられる。一方、②自営型テレワークは、ICT を活用して、請負契約等に基づき、遠隔で個人事業者・小規模事業者等が業務を行うことを指し、代表的なものとして SOHO (Small Office/Home Office)、在宅ワーク、クラウドソーシングなどが挙げられる。

テレワークは本来、「働き方改革実行計画」(平成 29 年 3 月)に掲げられている「柔軟な働き方がしやすい環境整備」の一環として、労働者がワーク・ライフ・バランスを充実させ、健康で豊かな生活のための時間を確保できるようにすることを目的としたものである。しかしながら、その実施にあたっては、コミュニケーションの不足による精神的健康への影響など、必ずしも、労働者にとって好ましい影響のみがもたらされるわけではないことが指摘されている。また、このような健康影響は、テレワークを実施する労働者のみならず、テレワークの対象とはならなかった（オフィス勤務を継続している）労働者にももたらされることが指摘されており、事業者や産業保健スタッフには、それぞれの立場にもたらされる健康影響を十分に理解した上で健康管理を行っていくことが求められている。同時に、主治医もこのような健康影響を把握しておくことで、事業者や産業保健スタッフとの連携がより一層円滑なものになると思われる。本稿では、主に雇用型テレワークの実施に際して懸念される健康影響について、「テレワーク実施者」と「テレワーク対象外の者」の 2 つの立場に分けて概説する。

2. テレワーク実施者への健康影響

2-1. 身体的な健康影響

テレワーク実施者に生じる身体的な健康影響の多くは、主に生活習慣の変化に起因するものであるため、労働者が自身の健康を維持するには、オフィス勤務の場合よりも一層の自己管理が求められる。

以下、懸念される身体的な健康影響について概説する。

まず、生活リズムの乱れによる影響が挙げられる。テレワークには、通勤が不要になることによる余暇時間の増加や、睡眠不足の解消といった好ましい側面がある一方で、自分のペースで仕事ができることや、仕事と家庭の境界が曖昧になることによる睡眠リズムの乱れ（就寝時刻や起床時刻の遅延化など）が生じる可能性がある。このような睡眠リズムの乱れは、1日の生活リズム全体の乱れにつながり、日中の眠気や頭痛、倦怠感、食欲の低下など、様々な身体的不調をきたすことになる。

次に、食生活の乱れや飲酒・喫煙の増加による影響が挙げられる。テレワークでは自由に食べ物を食べることができるため、人によっては間食が増える可能性がある。また、オフィス勤務時は社員食堂でバランスの取れた食事をしてきた人が、テレワークによって自宅でコンビニ弁当を食べようになり、栄養バランスが崩れるといったことも考えられる。同様に、テレワークでは自由に飲酒・喫煙ができるため、人によっては飲酒量や喫煙本数が増える可能性がある。このような食生活の乱れや、飲酒・喫煙の増加によって、生活習慣病のリスクが高まる可能性がある。

また、身体活動量の低下による影響も挙げられる。公共交通機関や自転車を使って通勤している人の場合、通勤そのものが身体活動となり、健康の保持増進に寄与している可能性があるが、テレワークでは通勤が不要になるため、意識的に身体活動を行わない限り、身体活動量が大きく低下することになる。このような身体活動量の低下によって、肥満や生活習慣病のリスクが高まる可能性がある。

上記のほか、肩こりや腰痛の悪化も挙げられる。テレワークでは、就業場所にオフィス環境が十分に整備されていない場合、自分の身体に合った椅子や机がない、ノート PC で作業を行うなど、人間工学的に好ましくない姿勢で長時間の座位作業を行うことになるため、肩や腰などに痛みが生じ、慢性的な肩こりや腰痛のリスクが高まる可能性がある。

2-2. 精神的な健康影響

テレワーク実施者に生じる精神的な健康影響の多くは、主に働き方や仕事環境に起因するものである。以下、懸念される精神的な健康影響について概説する。

まず、冒頭でも少し触れた通り、コミュニケーションの不足による影響が挙げられる。テレワークでは、上司や同僚と顔を合わせてコミュニケーションを取る機会が減少するため、周りの仕事の状況が見えず、上司の意向も汲み取りにくい状況になることから、「自分だけが取り残されていないか」、「自分はきちんと成果を上げているだろうか」といった不安が増強し、精神的健康が悪化する可能性がある。とくに、一人暮らしの労働者の場合、テレワークによって他者とのコミュニケーションの機会が大幅に失われることになるため、孤独感・孤立感が増強し、本人が（上司や同僚に限らず）何らかの形で意識的にコミュニケーションを取る機会を作らない限り、精神的健康を悪化させるリスクが大きくなる可能性がある。

上記に関連して、コミュニケーションエラーによる影響も挙げられる。テレワークでは、上司や同僚とのコミュニケーションは WEB 会議やメールを中心としたオンライン上で行われることになるが、WEB 会議では「Zoom fatigue」という言葉に象徴されるように、精神的健康に大きな影響を及ぼすことが懸念される。例えば、WEB 会議は画面越しでの会話になることから、言葉以外のコミュニケーションが取りづらく、相手の表情や感情も読み取りにくいいため、互いに誤解が生じやすく、それが精神的健康の悪化につながる可能性がある。また、インターネットの通信環境が悪い場合、相手の音声は上手く聞き取れなかったり、重要な情報を聞き逃したりするような不具合が生じ、意思決定や情報共有に時間と

手間がかかってしまうことも精神的健康を悪化させる原因になる可能性がある。更に、オフィス勤務であれば、口頭で簡単に済ませられるような些細な相談も、テレワークでは、その都度メールで相談する必要があり、作業効率が落ちてしまうことも精神的健康の悪化につながる可能性がある。

コミュニケーションによる問題以外にも、テレワークの導入に伴う働き方の変化や実務上の問題が精神的健康の悪化に影響を及ぼす可能性がある。例えば、遠隔ツールなどの新しいシステムが導入されることによって、業務方法や仕事環境が変化することによるストレスや、外部ネットワーク接続によるセキュリティ上のリスクや、情報機器端末の紛失・盗難による情報漏洩リスクに対するストレスなどが挙げられる。また、社内の体制整備が不十分であることによって生じる不適正な業務管理、不正確な労務管理（とくに労働時間管理）、曖昧な人事評価制度なども、精神的健康の悪化につながる可能性があるため、注意が必要である。

上記のほか、家族との関係による影響にも注意する必要がある。テレワークでは、自宅で過ごす時間が増えることから、同居家族がいる場合、必然的に家族と過ごす時間が増えることになるが、場合によっては、先の見えない不安や外出できないストレスなどから、家庭内暴力や離婚の温床になる可能性がある。「労働者の健康管理」の枠組みで、事業者や産業保健スタッフが家庭環境にまで立ち入ることは難しいが、テレワークの実施によって不調をきたしている労働者に対しては、可能な範囲で家庭環境の状況についても把握することが、回復への手がかりになる可能性がある。

3. テレワーク対象外の者への健康影響

3-1. 身体的な健康影響

テレワークの実施に伴う労働者への健康影響について考える場合、どうしても「テレワーク実施者」への健康影響に注目しがちであるが、事業者や産業保健スタッフが労働者の健康管理を行う場合、「テレワーク対象外の者」への健康影響にも着目することが不可欠である。ここでは、テレワーク対象外の者に生じる身体的な健康影響について概説する。

テレワークの対象外となった人は、引き続きオフィス勤務を行うことになるが、書類への押印など、オフィス勤務でないと実施できない業務もあるため、テレワーク実施者をサポートするような業務が発生する可能性がある。これに加え、WEB会議の増加や、今般のようなコロナ禍においては、感染発生時の現場対応などの業務も発生する可能性があるため、全体的な業務量が増加する可能性がある。このような状況が慢性的に続いた場合、脳・心臓疾患の発症リスクが高まるため、注意が必要である。

また、コロナ禍に特化した身体的な健康影響として、通勤時や勤務時の感染リスクが挙げられる。とくに、高齢者や糖尿病、心疾患、呼吸器疾患などの基礎疾患がある人は、感染した際に重症化するリスクが高いため、十分な感染対策を行う必要がある。また、このような基礎疾患を持ち、定期的に通院している人の場合、感染リスクを恐れて受診を控え、基礎疾患が重症化する可能性もあることから、基礎疾患の通院状況も把握しておくことが重要である。

3-2. 精神的な健康影響

テレワーク対象外の者に生じる精神的な健康影響については、テレワーク実施者と共通するものと、そうでないものとに大別することができる。以下、それぞれについて概説する。

まず、テレワーク実施者と共通するものとして、コミュニケーションの不足とコミュニケーションエラーによる影響が挙げられる。テレワーク対象外の場合、出勤している者同士のコミュニケーションは

維持されるため、テレワーク実施者に比べてコミュニケーション不足による精神的な健康影響は小さいと思われるが、テレワーク実施者とのコミュニケーションは不足するため、少なからず影響を受ける可能性がある。また、テレワーク実施者とのコミュニケーションは WEB 会議やメールなどのオンライン上で行われることになるため、前述したような「言葉以外のコミュニケーションが取りづらい」、「相手の表情や感情が読み取りにくい」などの問題による影響は、テレワーク対象外の者にも同様に生じる可能性がある。

次に、テレワーク対象外の者に特有の精神的な健康影響として、テレワーク実施者になれなかったことに対する不満や不安が挙げられる。とくに、テレワーク実施者と共同で仕事を進めている場合、相手の仕事の様子が見えづらいため、「本当に仕事をしているのか」、「なぜ自分は出勤しなければならないのか」といった不信感や不満が増強され、精神的健康の悪化につながる可能性がある。

また、コロナ禍に特化した精神的な健康影響として、通勤時や勤務時における感染リスクや、家族に感染させてしまうリスクに対する不安が挙げられる。とくに、本人や家族が高齢であったり、基礎疾患を持っていたりする場合は、その不安は更に強くなると考えられる。前述の身体的な健康影響と関連する部分ではあるが、このような不安を払拭するには、社内で十分な感染対策を行うことが不可欠である。

4. テレワークの実施による労働者への健康影響を軽減するために

ここまで、主に雇用型テレワークの実施に際して懸念される健康影響について、「テレワーク実施者」と「テレワーク対象外の者」の2つの立場に分けて概説した。テレワークの実施によって労働者が心身に不調をきたした場合、事業者や産業保健スタッフには、上記で挙げた様々な健康影響の可能性を踏まえて対応することが求められると同時に、本人が受診することになった場合は、主治医にも、このような健康影響の可能性を念頭に置いて、仕事の状況や家庭環境について聴取することが求められるであろう。このような二次予防・三次予防に基づく対応は当然重要であるが、「テレワーク」という、労働者の様子に目が行き届きにくい働き方を推進していくには、労働者自身による健康管理はもとより、事業者にも一次予防に基づく対応がより一層求められることになる。

このような一次予防に基づく対応を考える上で、近年、オーストラリアを中心に注目を集めている「心理社会的な安全風土」(psychosocial safety climate : PSC) という考え方が有用である可能性がある。PSC は「事業者が労働者の心の健康の保持増進を最優先事項として支援し、積極的に関与すると同時に、労働者自身もストレス対策について積極的に関与していく」という考え方である。このような「事業者と労働者が一丸となって心の健康の保持増進に取り組む」という考え方は、テレワークを推進していく上では、より一層重要になるものと思われる。テレワークを推進しながら PSC を醸成していくには、オンラインでのミーティングや昼食会の開催など、人とコミュニケーションが取れる機会を意識的に作っていく必要があり、このような風土が醸成されることで、労働者がより健康的にテレワークを実施できるようになるものと思われる。本稿がテレワーク実施下における労働者の健康管理に少しでも役立つことができれば幸いである。

<参考文献>

Dollard MF, Bakker AB. Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *J Occup Organ Psychol* 2010; 83(3): 579–599.

働き方改革実現会議. 働き方改革実行計画 (概要). <https://www.kantei.go.jp/jp/headline/pdf/20170328/05.pdf>

国土交通省都市局都市政策課都市環境政策室. 平成 31 年度 (令和元年度) テレワーク人口実態調査－調査結果の概要－. <https://www.mlit.go.jp/report/press/content/001338554.pdf>

Mann S, Holdsworth L. The psychological impact of teleworking: stress, emotions and health. *New Technol Work Employ* 2003; 18(3): 196-211.

産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学. 新型コロナウイルス流行に伴い急遽はじまったテレワークの健康影響. <https://www.ohpm.jp/index/covidtelework/>

東京都産業労働局. テレワーク導入実態調査結果. <https://www.metro.tokyo.lg.jp/tosei/hodohappyo/press/2020/09/14/10.html>

メンタル労災を防ぐために精神科医のできることは何か

神山 昭男（有楽町桜クリニック）

1. 精神的不調を抱える労働者が増えている

精神的な不調を抱える労働者が全国で増えている。地方公務員の長期休業者について疾病動向を公表しているデータ（<http://www.jalsha.or.jp/tyosa>）によれば、新生物、循環器疾患、消化器疾患は概して減少傾向にあるが、精神及び行動の障害の割合だけは最近20年間に約4倍へと右肩上がりに増えている。

この流れと並んで、精神障害に関連した労働災害（以下「メンタル労災」）の申請件数も平成18年度に比べ約10年間で2倍強、決定件数も1.4倍へと増加している。これらには過労死、自殺案件も含まれる。因みに自殺案件は以前も現在もほぼ同じく1/6を占める。

最近のメンタル労災決定件数の内訳をみると、年代別に平成21年度は20歳代<40歳代<30歳代、平成27年度では20歳代<30歳代<40歳代の順、そして、自殺案件は、平成21年度は20歳代<50歳代<40歳代であったが、平成27年度では50歳代<30歳代<40歳代の順と変化した。現状では全体の8割を30歳代から50歳代までの働き盛り世代が占める。

業種別にみると、最近の上位5種は、道路貨物運送業、社会保険・社会福祉・介護事業、医療業、小売業、情報サービス業である。世の中の数ある業種の中で、業務に起因した健康障害をもたらすハイリスク業種である。

ところで、メンタル労災とは労働に起因した心理的負荷による精神障害（負傷・疾病・障害・死亡など）であり、業務上災害または通勤災害に分けられる。労働現場に起因したということは、精神医学上はいわゆる状況因により生じた精神的な不調である。

見方を変えれば、メンタル労災問題は、もしかしたら状況因を緩和、制限、回避、解消などにより予防できたかもしれない、新たな発生を減らすことができるかもしれない。であれば、主治医として、もしくは産業医として労働者の精神的な健康に関わる立場にある精神科医には、この話題にどのように関わるのが可能だろうか。

2. メンタル労災認定では主治医の意見は重い

まずはメンタル労災の認定要件、ルールなど、最近の動向を知っておく必要がある。昨今のメンタル労災申請件数の増加に伴い、審査過程の透明性を図り、迅速な審査手続きなどをめざす必要から、2011年12月に認定基準の見直しが図られた。

ここで登場した概念は図のとおりである。厚生労働省が作成した「精神障害の労災認定」と題するパンフレット（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken04/120427.html>、以

下、「パンフレット」)に掲載され、メンタル労災における精神障害の要因は、業務上の要因、業務外の要因、そして、個人要因の3要因に分けられた。メンタル労災の認定要件を図にあてはめると、①認定基準の対象となる精神障害があること(F3、F4など)、②発病前の期間のおおむね6カ月以内に業務による「強」と分類される心理的負荷(図の左部分)が認められること、③業務以外の心理的負荷(図の右側部分)や個人要因(図の中央下部分)により発病したとは認められないこと、とされた。

因みに「強」に該当するエピソードとは、①過去に経験した業務と全く異なる質の業務に従事した、②配置転換後の業務対応に多大な労力を費した、③配置転換後の地位が過去の経験に比し相当重い責任が課された、④明らかな降格であって配置転換としては異例で、職場内で孤立した状況になった、などである。

さらに、生死に関わるような極度の心理的負荷、極度の長時間労働は「特別な出来事」とされ、これら以外は、①事故や災害の体験、②仕事の失敗、過重な責任の発生、③仕事の量、質、④役割、地位の変化等、⑤対人関係、⑥ハラスメント、に区分され、パンフレットにそれぞれの内容が概説されている。

したがって、メンタル労災認定においては、業務外の要因や個人要因を遥かに上回る業務上の要因の存在、そして、それによる病態形成と程度が大きなポイントとなる。では、これらをどのように判断するか。結論は主治医による判断、意見が大幅に採用されることとなった。

しかし、メンタル労災申請という局面ではなく、これをメンタル労災の予防的観点からみた場合はどうか。日常診療においても、職場でつらいことがあったとの訴えがあった際は、いつからどのような業務を担当し、どのような責任、役割をもたされ、さらに上司、同僚らとの人間関係はどうであったか、など本人の目線でどのように体験している、あるいは、していたのか、力動的理解でエピソードの概要をつかんでいくことが治療のカギとなる。

3. 職場の安全配慮義務遵守が大前提

もう一つの新たな潮流に着目しておく。2017年3月に政府による働き方改革実行計画の発表が行われ、これからの理想的なビジョンが提案された。しかし、他方では労働基準監督署が職場に立ち入り検査をして是正勧告を指導しても、過労死事案、自殺事案がくりかえされている。

特に日本経済を名実ともにリードするはずの大企業に悪質な違反事案の数々が暴露されるに及んで、厚生労働省は職場指導の見直しを図り、職場名とその違反事実の公表に踏み切った。同様な改善指導の強化策は、障害者雇用率の低い職場に対しても実施された。

これを受けて業界誌の見出しには、「人事部 vs 労基署、働き方攻防戦」(週刊ダイヤモンド、2017年5月27日号)、「労基署はもう見逃さない、あなたが書類送検される日」(日経ビジネス、2017年6月5日号)、「残業禁止時代、働き方改革のオモテと裏」(週刊東洋経済、2017年7月1日号)、などと書き立てられた。おかげで、職場が関連法規、制度など

をしっかりと遵守しなければならない、との行政の見解が浸透し、いわば大前提が確保された。

次に、職場の秩序維持に関して大切なキー概念が明記されている「労働契約法」に触れておかねばならない。それは、使用者、労働者の双方が守るべき義務であり、使用者には、①賃金支払い義務、②職務遂行能力開発のための配慮義務、そして、③安全配慮義務を、労働者には、①労働義務と職務専念義務、②業務命令に従う義務、③誠実義務と職場秩序遵守義務、である。職場ごとの就業規則も重要だが、全職場共通の基本ルールであるので、主治医であれ、産業医であれ、いずれの立場でも知っておくべき事項であろう。

これらの中で使用者の「安全配慮義務」は、同法第5条では、「使用者は労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう必要な配慮をする」とされている。使用者がこのような安全配慮を怠り、業務上の要因がもたらす健康影響を回避できなかった事案がメンタル労災関連事案には多い。

具体的には、健康上の不調、特に精神障害もしくは精神的な不調を抱えている労働者が就業に何らかの支障をきたしている場合、身心の具合を確認する、から始まり、業務負担の制限、外出、出張の制限など、健康悪化を回避するという方向で就業上の配慮をする、ことが義務である。知っていながら知らない同然の対応、すなわち放置が最も悪質とされている。

しかし、労働者の顔色、表情などから精神的な不調を判断することには困難さを伴う。そのため、使用者からは安全配慮の方法、タイミングなどがわからないという声が強くなる。これについて、最近の最高裁判例では、「医療機関に受診中という健康管理情報は個人情報に属し、労働者から見た場合、使用者へ告知しづらい性質があるので、労働者が告知しなかったので配慮できなかったでは通らない、職場は本人が会議を欠席するとか、遅刻、早退、欠勤等の行動面の変化を伴う不安定就労をしていることを見逃してはならない」

(http://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail2?id=84051)、という見解が示され、使用者の安全配慮義務を改めて厳格に規定した。

もうひとつ大切な義務が、使用者の「職務遂行能力開発のための配慮義務」である。職務遂行能力のレベルは、そもそも個人差が大きく、雇用後に職場が求める技術力、現場対応力に応じられない場合も当然ありうる。また、精神的な不調により職務遂行能力は大きく影響を受ける。これらの労働契約法で課せられた使用者の義務に照らせば、本来は本人のレベルに応じた職場側の配慮、指導等が先行するはずであり、業務負担、勤務時間、勤務条件等の調整が必須である。しかし、現実にはそれらの形跡もないまま、一方的に本人の努力不足、能力不足という判断で本人を追い込んでしまっている事例も少なくないよううかがえる。

4. メンタル労災予防の視点に立つ

以上からもわかるように、メンタル労災予防の第一歩とは、日常診療において精神的な不調を抱えた労働者と接した際に、職場の状況がメンタル労災認定基準に接近していない

か、安全配慮義務などをきちんと守っているか、本人も果たすべき義務を履行しているか、等々に関心を持つことである。

もしも該当していることが判明した場合は、本人の保護、ケアのために職場への介入が必要かもしれない。その際は主治医として、職場の人事担当者、産業医に、労働環境、業務負担等へのアラームを発することには大きな意味があり、環境調整など職場との連携を図ることにより病態悪化の危機を回避できるかもしれない、と本人から承諾を得ることから始めることになる。

そこで、本人が職場で最も信頼を寄せる人物に相談し、本人が勇気を持って主張した場合、職場側がそのような訴えや情報を得て、気づくのが遅れて配慮が不足していたとあっさりとして反省の弁を述べた事案を筆者は幾度も経験している。

しかし、主治医が職場に介入することはまだまだ制度上も公式化されていないこともあり、職場側の反応には読めない部分が多く、本人にはさらに大きな負荷がかかり病状を悪化させてしまうリスクも懸念される。

そもそもメンタル労災寸前の事案であれば、法定制限を遥かに超える過重労働、度重なるハラスメント、その窮地を救う職場の支援機能がない、など職場の安全配慮義務が軽視された結果である可能性が高い。本来であれば産業医に通じておくことが有効なはずだが、すでに産業医の問題解決力さえダウンしている可能性も考慮しておく必要がある。

斯様な場合には、社会保険労務士、弁護士、さらには労働基準監督署などへ、本人のプロテクションの確保、積極的介入の方法、タイミングなどをしっかりと相談し、ベストアンサーを得てから動き始めることが安全であり、本人の了解も得やすい。

それにしても、何かしらの法制度的な枠組みがあってもよい気がする。因みに、配偶者暴力防止法、児童虐待防止法ではどうか。この中では、多くの被害者は医療機関に受診するので主治医が早期発見者となる可能性が高いことから、主治医が被害事実を確認した場合は被害防止のために警察、相談機関に届け出る努力義務を課している。これらと比較してみると、社会的背景、法体系、制度の違いはあるものの、メンタル労災の予防にはまだまだ関連制度の整備が必要な余地が多々あるよううかがえる。

ということで、メンタル労災の予防的視点は精神科医には重要なテーマの一つである。最近では制度面では主治医の意見が重視され、職場も安全配慮義務履行への追い風は強まっている。職場との接点を見据えた対応、場合によっては職場介入により大きな治療効果を上げる可能性がある。今後、益々本領域への関心が高まり、諸制度の整備が進み、メンタル労災の問題解決が進展することを願うばかりである。

第2部 実践編 好事例から学ぶ「連携」の実際

ポイント 好事例のサンプルを理解し、好事例の根拠を見比べながら、自分で連携のイメージを見つけましょう。

1. 「連携」の取り組みを理解するための分類

収集された好事例 49 例に盛り込まれたノウハウを抽出し、連携の仕組みと流れを理解するために、好事例をまず以下の項目で区分した。

■ 第1分類:連携パターン による

- (1) 主治医から産業医への連携
- (2) 産業医から主治医への連携
- (3) 産業医から職場内関係者への連携、

■ 第2分類:連携のタイミングによる、

- (1) 不安定就労期
- (2) 休業期
- (3) 復職期

■ 第3分類:次のチェック項目には、

好事例とした根拠/

連携の目的/

連携後の本人の変化/連携後の職場側の変化/連携後の主治医側の変化/

連携の具体的成果/

連携の具体的手順/連携の準備/連携の頻度/連携に活用したツール/連携の手段/

本人の同意/

連携に要した費用負担/

連携に関わるリスク/

その他のコメント

という分類でデータが整理されている。

2. 好事例のサンプル紹介 (表 1)

上記の3×3分類で、3つの好事例をチェック項目ごとに「連携」過程を読み取ることができる。

3. チェック項目別に比較して好事例の特徴を読む。

表「好事例」3例における連携作業の具体的内容と成果など

事例	事例 1	事例2	事例 3
連携パターン	産業医から主治医への連携	主治医から産業医への連携	産業医から職場内への連携
連携のタイミング	不安定就労期	休業期	復職期
1 本事例を好事例とした最大の根拠	本人が強く休職に難色を示したが、主治医と産業医との情報共有をもとに休職療養につながったため。	診察場面、本人供述だけでは知り得ぬ情報を得て、アセスメントや方針決定に有益であった。	産業医、上司、人事労務担当者、産業看護職などが連携し順調な復職につながった。
2 連携の目的	・産業医からの紹介状をもとに心療内科を受診し、治療と休職療養が必要な状況とみられたため。本人が管理職で責任感が強く、強く休職を拒否し、紹介状持参のもと受診したが1回目の診察では休職診断書が発行されなかった（本人が休職に抵抗があったため、主治医に休職診断書を断った可能性あり）。しかし、その後不安定な就労が続き、再度、本人の体調や勤怠状況について主治医に対し、情報診療提供書を送付し、主治医から休職診断書が発行され休職に至った。	本人供述の信憑性が疑わしく、産業医に職場での問題行動、迷惑行為の有無を把握する必要がある。産業医より客観的な職場での迷惑行為、その内容、職場での本人の問題事例を把握する必要がある。	再不調が危惧されたため、上司等との連携により、予防策を講じることが必要と考えられた。連携により安定就労を期待した。
3 連携後の本人の変化	病気に対して、休職自体が治療になるということへの受入れに繋がった。	産業医からの情報提供内容を否認された。	やや自信を持った様子となり、安定して就労できている。
4 連携後の職場側の変化	勤怠が不安定で職場も対応に苦慮していたため、人員・業務調整に繋がった。	主治医への連携に信頼を示し、より強力的になった。	特段の変化なし。
5 連携後の主治医側の変化	投薬治療のみから休職診断書の発行に繋がった。	診察場面だけでは把握できない実態を知ることができた。	本人から受診時に会社の取り組みを伝達しているが、特段の変化なし。
6 連携の具体的成果	急性期で体調が悪い時は、客観的に自分の状況を捉えられず診察時に主治医へ状況を説明できない方もいるため、職場での客観的な状態を産業医の立場から主治医に伝えることで、具体的な状況がより伝わり休職療養に繋がった。	被害妄想、恋愛妄想にもとづく迷惑行為を知ることができた。	部署の適切な支援を得ることが出来、病状の安定と安定就労を実現できている可能性がある。
7 連携の具体的手順、内容	①紹介状②情報診療提供書の主治医への郵送。	書面での事例性把握を書面で照会。産業医の了解のうえ、書面及び電話等で事例性を聴取。	本人の承諾のもと、上司、人事労務担当者、産業看護職と打ち合わせの機会を持ち、業務内容やその教育を含む復職プランを作成した。
8 連携の準備	人事と上司に対して、勤怠や業務パフォーマンスの状況確認し、休職を拒否している段階では週一で面談設定し、体調確認と休職の必要性について産業医から本人への説明を繰り返し行った。	照会事項及び同意書を含めた書面を作成。	産業看護職が上司と事前打ち合わせを行った。
9 連携の頻度	2回。	複数回のやり取りを行った。	復職前、慣らし勤務終了時、など節目に複数回の会議を実施した。
10 連携に活用したツール	書面での情報診療提供書のやり取りのみ。	厚労省のガイドラインに準拠した照会文。	本人から同意を得た範囲で産業医面談記録を共有した。
11 連携の手段	⑤その他（手紙）	①電話/③メール/⑤その他	④面談
12 本人の同意	産業医面談時に受診先紹介とともに産業医から説明し、同意を得る。	産業医への聴き取りの旨を書面化し、本人へ提示して、同意文へ署名・捺印を得た。	産業医面談時に、再発防止のための社内関係者との会議を提案して同意を得た。その旨を面談記録に残した。
13 連携に要した費用負担	なし。	費用は当方でのみ負担。	社内関係者のみであり、費用負担なし。
14 連携に関わるリスク	主治医は、患者の意向に沿うことが多く、会社側の産業医の意見をあまりくみ取ってもらえないこともあるが、具体的な勤怠の状況等についての詳細を連絡したことで本人の状況が伝わり、治療・休職療養に至ったと考える。	本人からの同意拒否。結果として、丁寧な説明のもと同意を得ることができた。	上司の理解不足があれば、復職早期に想定より高い負荷がかかる可能性がある。逆に負荷が軽いと職場が対応に苦慮する可能性もあった。産業医が提案した頻度での、上司と本人による打ち合わせを実施し、いずれも回避できた。

本事例を好事例とした最大の根拠

不安定就労期		休業期		復職期		
主治医	1 複数回の休職をしたが、休職に至らなくなった	主治医	1 薬物・精神療法による再発防止の限界があり(複数回の休復職)、本人の問題、上司の対応を職場が理解したへ。	主治医	1 異動先で不適応をくり返す抑うつ→退職となる手前で復職出来たこと。	
	2 回復のために勤務状況の改善が必要と主治医の診立てを産業医に伝え不調者の改善と安定就労が両立。		2 診察場面、本人供述だけでは知り得ぬ情報を得て、アセスメントや方針決定に有益であった。		2 産業医を通じて服薬の必要性、それに伴う運転の可否を職場に十分理解いただいた。	
産業医	3 治療は主治医の判断となるため、本人も職場も適切に初診の主治医に理解してもらおうかが重要な点。	産業医	3 産業医とスピーディーな連携ができ、結果的に短期間の休職で環境改善された職場に復帰できたこと。	産業医	3 診断書にもとづく配慮として異動が出来、スムーズな復職へとつながった。	
	4 本人は産業医との複数回の面談の中でリーダーシップを学び、会社の貴重な人材として重宝されている		4 主治医が職場の就労状況を把握でき、主治医と職場が患者に対する同じ考えを共有できることの重要性を感じた。		4 障害者雇用拡大に主治医意見書が有効であり、主治医は患者を守る連携を図ること。	
	5 本人に病識がないが、事例性を主治医へ伝えて連携し患者の病態が安定、職場の安心を得た。		5 主治医側の診察室情報と、産業保健スタッフ側からの懸念についても双方の関心領域となり治療と仕事の両立を促せた。		5 妄想があっても認知機能が保たれていれば就労可能であることを理解してもらえた。	
	6 職場で困って手が無いと思われたASD傾向の事例、連携後、職場と本人の理解が進み適応的になった。		6 うつ病の復職支援プログラムであるリワーク医＝主治医と産業医の連携を行って、安定就労に成功した事例であること。		6 主治医からの返信状により、職場のハラスメント相談を利用することにつながった点	
	7 産業精神保健分野の研究會に産業医および精神科医が積極的に参加することが就労支援に役立つ一例。		7 産業医との連携により異動が実現できた可能性が大きい。		7 本人への対応を産業医だけでなく、職場も人事も共通の認識で問題行動へ対応した。	
	8 異動後不調が続き内科で療養中の社員の同意を得て精神科を紹介し病状や就労の安定につながったこと。		8 連携前後で明らかに変化があった。		8 会社が職場復帰の条件を主治医に示すことの重要性。	
	9 本人が強く休職に難色を示したが、主治医と産業医との情報共有をもとに休職療養につながったため。		9 産業医、上司が本人の特性を理解、本人が周囲にヘルプを出しやすく、本人に合った職場に復職再発リスクが減った。		9 アルコール依存にも職場内連携は有効である。	
	10 本人の不安定就労がなくなり、生き生きとした表情で就労されているところ。		10 文書での密な情報交換ができた事(本症例では、自動的に会社・産業医共に情報共有できていたのは良かった)		社内	10 しっかり連携して本人・職場に働きかければ、本人らしさを取り戻し戦力となる。
	11 主治医の気分を害してしまわないか心配があったが、丁寧に記載しスムーズに治療まで進んだため。		11 業務上の大きな出来事であったんかんだけでなく、他の障害・問題について目を向ける必要があることを学んだ。			11 会社を休む日が少なくなった。上司にすぐ相談ができて対応してもらえた。
	社内		12 職場で困り手が無いと思われたASD傾向だったが、職場と本人の理解が進み適応的になった。		社内	12 転医、治療転機のタイミングを判断でき主治医との連携もラポールがあり連携が社内調整にも良い影響を及ぼした。
13 健康管理室内と医療機関では困難であり、人事労務担当者と協働し、組織的な動きにつながったこと。		13 本人を介した連携が、主治医と産業医(会社)との相互理解を高め、復職の一助となった。	13 産業保健に携わる中で困ったこと、大変だったことの記憶が一番大きかった。			
14 本人の特性について上司や人事に産業医がわかりやすく説明し相談できて職場が対応できた。		14 病状悪化時に機会を逃さず、本人を説得して適切な療養につなげたこと。				
15 これまで数年間続いた問題(当事者も直属上司も問題にできなかった)を会社として解決してくれた。		15 2回目の休職、勤怠安定期間がなかったことを重視してリワークプログラムにつなげることができたため。				
16 産業医は疾患だけでなく、労働に関連する法令や障害福祉サービスの知識も必要であると再認識した。		16 メンタル疾患は「怠け」との上司、周囲の感覚が変化し、多様性を認め生産性をあげる職場に変化が感じられた。				
		社内	17 (ダメな主治医には退場してもらおう)だが、一応、治療対応の枠組みの大切さ。			
	18 安定就労に継続的な服薬治療が不可欠と考えられる統合失調症に対して、職場内の関係者が協力して本人を後押ししたこと。					
	19 障害者の二次障害的な気分障害に対して、関係者が緊密な連携を行い、速やかで適切な対応ができたこと。					
	20 初めてのメンタルヘルス不調者の復職を経験する上長に対して成功体験を得る手助けになったと考えられるため。					

A. 主治医→産業医 ①不安定就労期

診断名	本事例を好事例とした最大の根拠		連携の目的		
3	複数回の休職をしたが、休職に至らなくなった		休職を繰り返しており、ローパーフォーマーとなり、会社で問題化していた。		
4	主治医が診立てを産業医に伝え、産業医の進言により職場改善の方向付けができた。		受診前2か月間は約70～80時間/月の時間外労働の是正が必要と職場に伝えるため。		
診断名	連携後の本人の変化	連携後の職場側の変化	連携後の主治医側の変化	連携の具体的成果	
3	産業医と主治医に伝える情報が異なることが、連携後は少なくなった。	職場側も本人の対処を正確にできるようになった。	本人の主観的言動だけでなく客観的情報が入り治療に促進的となった。	会社側の本人に対する陰性感情が徐々に改善した	
4	労働負荷軽減の方向に進むことでの安心感もあってかストレス軽減、回復、安定就労に至った。	産業医から事業者に進言した頃から本人の心身不調が自覚的に改善してきた。	特になし。	リラクゼーション法やコーピングについて指導し、事業場看護師によるヒアリングを続けている。	
診断名	連携の具体的手順	連携の準備	連携の頻度	連携に活用したツール	
3	産業医と互いの個人メールにて連絡を行った	産業医と産業医の会や精神科の会などで個人的関係を構築	複数回	書面やEmail	
4	主治医は、翌日より休業を指示し、事業場産業医宛に現症と作業関連性について意見書で伝えた。	主治医は当該事業所の産業医、保健師とは、以前にも不調職員をめぐり連携した経験のある関係性があった。	その後の状態を確認するなど複数回のやり取りをした。	書面（診断書）	
診断名	連携の手段		本人の同意	連携に要した費用負担	連携に関わるリスク
3	1, 3, 5	手紙	同意を得た	なし	当初は情報を本人の退職の勧奨に使われるのではないかと懸念したが、産業医の性格からその可能性はないと判断した。
4	5	書面（診断書）	現在の不調と勤務の関係が深いと考えられるため、働き方について産業医の先生にお伝えし検討いただこうと思うがよいか？と具体的に（その必要性を説き）勧めると同意された。	初診再診における診療報酬の範囲	労務環境の是正の進言を行ったため、患者によっては職場への不満が高まることや場合によっては労災請求申請の方向に動くこともありうるstoryかもしれないが、治療上の有益性を説明し、その態度姿勢からは、そのリスクはあっても低いと判断した。

注：連携の手段欄の数字は以下の丸数字に対応する：①電話/②ファクス/③メール/④面談/⑤その他

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

A. 主治医→産業医 ②休業期

診断名	本事例を好事例とした最大の根拠	連携の目的
3	薬物・精神療法による再発防止の限界があり、本人に対する上司の対応の問題、職場の方々への状況共有と理解。	主治医として要休業の判断と同時に、本人の同意を得て、産業医へ情報提供。休業により回復は見込まれるが、同じ環境での職場復帰が困難であることを産業医に理解していただくため。
2	診察場面、本人供述だけでは知り得ぬ情報を得て、アセスメントや方針決定に有益であった。	本人供述の信憑性が疑わしく、産業医に職場での問題行動、迷惑行為の有無を把握する必要があった。
4	産業医とスピーディーな連携ができ、結果的に短期間の休職で環境改善された職場に復帰できたこと。	業務上の負荷により適応障害を起こした為、疾病性よりは事例性が問題となると判断した。連携により産業医・職場・人事等が職場環境改善に着手することを期待した。
3	職域と連携することにより、主治医が職場の就労状況を把握できること、主治医と職場が患者に対する同じ考えを共有できることの重要性を感じたため	性格傾向から復職後症状再燃の可能性が高いと判断。産業保健スタッフに対し、主治医の見立て、根拠、望ましい対応方法を伝えることで病状再燃が抑えられる。
4	主治医側の診察室で得られる情報、産業保健スタッフ側からの懸念についても、併せて相互補完的に、治療と仕事の両立を促せた結果となったため。	本人の今後の就業について社内健康管理室にて協議した（4軸アセスメントと復職に向けた方針の検討・共有）。
3	うつ病の復職支援プログラムであるリワーク医＝主治医と産業医の連携を行って、安定就労に成功した事例であること。	休職中の職場との連絡の維持と、復職時判定の検討や助言。復職後の職場での配慮、復職後の職場の復職支援プログラムに主治医の助言を必要としたため
3	産業医との連携により異動が実現できた可能性が大きい。	本人が過剰適応するタイプであり、現場でのブレイキ役が必要であることと現職場からの異動が必要と考え、主治医としての意見を産業医を通じて人事に伝えるため。
3	連携前後で明らかに変化有ったため	上司との人間関係に大きな要因が有ったため
4	産業医、上司が自身の特性を理解してくれたという安心感から、本人が周囲にヘルプを出しやすくなった。本人の特性に合った職場に復職できたため再発のリスクが減った	職場内での本人の特性の共有 及び 配属部署の調整が必要と判断し、産業医と連携し、復職時には職場異動となった
3	文書での密な情報交換ができた事（本事例では、自動的に会社・産業医共に情報共有できていたのは良かった	本人は早い復職を希望していたが、医学的に適切な時期を相談、本人が得意とする業務に就けるよう主治医の意見を伝える連携により、会社側も本人に好意的に接触できるようになる。

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分 [感情] 障害/④F40-F48神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害 /⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

A. 主治医→産業医 ②休業期

診断名	連携後の本人の変化	連携後の職場側の変化	連携後の主治医側の変化	連携の具体的成果
3	職場復帰と同時に、同部門の他グループに移り、安定就労が半年以上継続している。	産業医が適切に動いてくれ、上位上司の配慮により、職場復帰と同時に異動決定	産業医への信頼感が高まった。	状況の理解・共有と職場環境調整
2	産業医からの情報提供内容を否認された。	主治医への連携に信頼を示し、より強力的になった。	診察場面だけでは把握できない実態を知ることができた。	被害妄想、恋愛妄想にもとづく迷惑行為を知ることができた。
4	主治医が目の前で産業医と対応していることで安心していた様子	過重労働であったことを認め、職場の就労時間の見直しがなされた。	診療場面で思い切って連携したことが良かったと改めて感じた。	心身のリズムが回復後に産業医からの要請があり、リワーク終了後に復職。
3	職場および産業保健スタッフへの信頼が増し就労が安定した	何かあれば本人を通して主治医に労働条件を確認してできるようになった	職場からの客観的就労情報を得ることで治療がしやすくなった	長期安定就労が可能となった
4	復職の際には現職以外に就くこととなったが、これには前向きであり安心もできた	職場側の具体的な懸念も聞かれたため、解決・緩和に向けた注力を絞ることができた	職場、産業保健スタッフとの協調が図れ、外来フォローにも安心感を持てた。	安定就労に至った。その数年後に、育児、育児を契機に退職となった。
3	復職後に職場での業務内容や業務負荷が適切に改善され就労継続できた	主治医に通院および復職後フォローに参加し、支援が継続し業務を任せられた	職場での業務負担を減らして症状悪化が防げた。	複数回、休職していた事例が再休職せずに就労継続できている。
3	産業医とのやり取りを積極的に開示。	残業時間の制限をする。本人と定期的に面談してくれるようになった。	特になし。	本人の望む部署への異動。産業医から職場側へ過重労働の注意をした。
3	上司への恐怖感が減少、コミュニケーションが増える	上司から本人への声掛け増加	特になし	症状の改善
4	上司や産業医に不安な点を自ら相談できるようになった	本人と特性の理解に努めてくださり、職場異動がなかった	本人との信頼関係がさらに進んだ	病気の再発予防に寄与したと思われる
3	大きなストレスなく適度なストレス下で就労継続できた。	うつ再燃兆候が出た場合は休養できたり、業務調整をしてくれるようになった。	—	スピーディーに適材適所でき、再休職に至らず2年程度経過している。

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

A. 主治医→産業医 ②休業期

診断名	連携の具体的手順	連携の準備	連携の頻度	連携に活用したツール
3	業務体制や業務内容などを本人から聴取し、再発防止のための環境調整に産業医や産業保健スタッフとの連携が重要であることを、本人に説明し同意を得た。	直属上司との関係の問題があるため、産業保健スタッフへのダイレクトメールとしたいため、産業保健体制を本人から聴取。	文書は1回。	書面により産業医あてに送付。
2	書面での事例性把握を書面で照会。産業医の了解のうえ、書面及び電話等で事例性を聴取。	照会事項及び同意書を含めた書面を作成。	複数回のやり取りをした。	厚労省のガイドラインに準拠した照会文。
4	病気療養が必要と判断し、診断書作成にあたり業務起因性について触れることとした。	診断書の内容を本人と確認し同意を得た。	3回	電話と診断書
3	1度は産業保健スタッフが診察に同席。それ以降は本人を通して情報共有。	発症からこれまで、今後の見通しを心理テスト（TEG, PF, 描画テストなど）を提示しながら説明	面談は1回、それ以降は患者を通して複数回情報共有。	心理テスト（TEG, PF, 描画テストなど）を提示
4	初診からこの間までに当該職場と主治医は連絡を交わすことはなかったが、一度主治医から産業医に電話し、1週後に産業医を訪ねた。	主治医から産業医に電話し、1週後に産業医を訪ねた。	複数回の積み重ね	4軸アセスメント
3	リワークへの参加を産業医が依頼、主治医に受診しリワーク開始、主治医から状況を報告。また産業医から職場での状況を報告し、主治医がリワークを進める際の参考にし、復職可否の判定に際して、主治医と産業医が検討した。	常日頃から主治医と産業医は事例の紹介、助言等で連携関係を持っていた。	複数回の積み重ね	文書/手紙、メール、急ぐときは電話
3	毎受診後、受診状況と主治医の意見をメールで産業医へ送付。	受診時、本人に、メールの大まかな内容について協議。	2～4週間毎にメール。全部で5～6回程度。	メールのみ
3	本人の許可を得て産業医に連絡。産業医から直属上司に連絡。	—	—	メール

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分 [感情] 障害/④F40-F48神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

A. 主治医→産業医 ②休業期

(診断名)	(連携の具体的手順)	(連携の準備)	(連携の頻度)	(連携に活用したツール)
4	産業医と直接面談し情報共有、また書面による連携	本人の承諾を得たのち、知能・心理検査の結果も使用しながら本人の特性について産業医に情報共有した	複数回行った	知能・心理検査の結果としてWAIS-IV、ロールシャッハを用いた
3	本事例では、本人がしっかりした人であり、本人を通じて文書及び口頭で情報交換していた。大事な部分は診断書を通じて意見していた。	本人には、産業医の有無を確認してもらい、名前を把握した。連携の仕方は通常であれば産業医と聴くが、本人がしっかりと文書を作成し、情報を伝える。	受診の頻度、急性期は2Wに1回。落ち着いてからは月に1回。情報交換は毎回。	本人が作成した書面。主治医の意見も書面化していただき、伝達していただいた。後は重要部分は診断書で。

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分 [感情] 障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

A. 主治医→産業医 ②休業期

診断名	連携の手段		本人の同意	連携に要した費用負担	連携に関わるリスク
3	—		再発防止のための環境調整に産業医や産業保健スタッフとの連携が重要であることを、本人に説明し同意を得た。	無償（主治医の意志での作成という点もあり）	連携の手間について、本人のことをやっかない社員と受け取られるリスク
2	1, 3, 5	書面	産業医への聴き取りの旨を書面化し、本人へ提示して、同意文へ署名・捺印を得た。	費用は当方でのみ負担。	本人からの同意拒否。結果として、丁寧な説明のもと同意を得ることができた。
4	1, 5	診断書	「信頼できる産業医の先生だから積極的に連携した方がいい」と説明したところ同意。	携帯電話代主治医負担、診断書本人負担	産業医とは連携できるが、上司・人事の対応はどうか？結果的には特に問題は生じなかった。
3	4, 5	本人経由	発症からこれまで、今後の見通しを性格傾向の評価を含めた再発リスクを含めて説明し、職場と連携する重要性の理解と同意を得た	保険診療のみ	職場の無理解の可能性もあったが、結果はよく理解し連携してくれた
4	4		以前にも相談しやすいなどの良好な関係性もあり、主治医から産業医保健師に復職のための連絡を取ることを提案した際に同意された。	診療報酬の範囲で実費なし。	本人からの、その後も職場との連携に対する過剰な期待を抱かれる、あるいは、主治医の動きが、過剰サービスとなりはしないかと懸念はしたが、他に好機がないため、産業医等と面談し調整を図った。今後このような事例では、主治医とともに両立支援コーディネーターが活用される形がよい。

注：連携の手段欄の数字は以下の丸数字に対応する：①電話/②ファクス/③メール/④面談/⑤その他

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

A. 主治医→産業医 ②休業期

(診断名)	(連携の手段)	(本人の同意)	(連携に要した費用負担)	(連携に関わるリスク)
3	1, 3, 5 意見書などを郵送	主治医と産業医が連携して支援していくことは受診時、リワーク開始時に伝えた承を得た。	通常の保険診療費用（初診、再診療、処方せん料、精神科デイケアなど）のみ	復職できるほど回復せず休職満了期限がきてしまい、退職を余儀なくされることを危惧した。実際は無事に復職できた
3	3	会社の上層部・人事に本人の状況をよりよく理解してもらうため。	なし。	産業医から多方面への個人情報拡散の杞憂に終わった。
3	3	文書にて承諾	なし	なし
4	2, 4	復職後の再発予防のために、産業医との連携が有用であることを伝えた	なし	本人の希望にそぐわない形の職場異動などが起きた際、本人-主治医-産業医の信頼関係の破綻のリスクはあると考えたが、結果的には起こらなかった
3	5 文書	本人はキャリアに傷が付くことを懸念して精神科受診をためらっていたが、病状が結構あり、今度の人生や仕事人としてのキャリアの面でも、しっかりと治療することの重要性と治りきってから復職することの意義（プレゼンティーズム）を説明し、治療同意を得ました。連携についても会社に適切に情報を伝えることで本人への理解が得られ、業務負担の軽減につながる可能性を説明し、同意を得た。	本人が労力を負担してくれていた。	主治医の意見と会社の都合を折り合わせるのに時間がかかるorできない可能性を考えていた。実際は思惑通りにスピーディーに調整できた。

注：連携の手段欄の数字は以下の丸数字に対応する：①電話/②ファクス/③メール/④面談/⑤その他

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

A. 主治医→産業医 ③復職期

診断名	本事例を好事例とした最大の根拠	連携の目的		
4	異動先で不適応をくり返す抑うつ→退職となる手前で復職出来たこと。	根本的解決のため「異動（出身地近くでの勤務が望ましい）」と記載。		
3	地方では仕事上、車の運転が必要とされることが多い。産業医を通じて服薬の必要性、運転の可否を職場に十分理解していただいた。	投薬を減らすことは安定した病状を保つためには困難であるため、職場の配慮が出来ないか、と考えた。		
4	通常のルートとは違い、診断書にもとづく配慮として異動が出来、スムーズな復職へとつながった。	職場復帰時における環境調整		
2	公共性の高い事業所の障害者雇用拡大に主治医意見書が有効、顔のみえない産業医にも主治医は本人を守る連携を図る	障害者枠での就労ではなく契約が更新されない可能性が大きかったため、産業医の理解、ひいては職場の理解を求めた。		
診断名	連携後の本人の変化	連携後の職場側の変化	連携後の主治医側の変化	連携の具体的成果
4	ストレス軽減	時短勤務→復職2ヶ月後希望どおりの異動	特になし	復職しストレス因の少ない土地での異動
3		病状への理解、服薬の必要性の理解	—	仕事をするために減薬ということをまぬがれた。
4	診断書にて、異動の後ろだてがあり、復職を安心してのぞめた	異動の必要性の理解が深まった	—	—
2	本人・家族とも非常に安心し喜んだ	相応の配慮がなされたが、上司によっては理解が足りず負荷をかけることもあり再休職に至った。しかしその後は今日まで安定して就労継続できている	思い切った提案ができたことで、障害者枠の雇用についてはその後継続的に取り組んでいる。	雇用の継続確保、業務負担の軽減

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

A. 主治医→産業医 ③復職期

診断名	連携の具体的手順		連携の準備	連携の頻度	連携に活用したツール
4	復職の診断書		産業医面談の時期に本人とうちあわせ	今回のエピソードでは1回のみ	特になし
3	文書などの記載		本人を通じて会社、上司に相談してもらったところ、復職時に意見書提出となった。	複数回の積み重ね	特になし（病状経過連絡書のみ）
4	復職の診断書にて「異動が望ましい」と加える		事前に職場、本人の同意を得ること	1回のみ	復職時の診断書にて
2	意見書を発行		家族、本人の承諾を得て障害者枠での雇用の方向で準備することにした。	二度の休職から復職に際して意見書をそれぞれ提出した。	職場規定の書面を使用した。
診断名	連携の手段		本人の同意	連携に要した費用負担	連携に関わるリスク
4	5	診断書にて	記載内容をみせた	診断書料金のうち	異動が出来ないことで、職場復帰に至らず、退職となる可能性
3	一	一	本人に口頭にて同意を得た	会社負担	職場復帰可否への影響のリスク→結果としては特に問題なし
4	5	書面	口頭にて	診断書料に込み	異動が望ましいと記載すると、異動が出来ないから復職させないと言われなにか心配→そういうことなく異動した
2	5	意見書送付	改めて病名告知、障害者雇用制度について説明し同意を得た。	意見書代は職場負担、意見書とともに請求書用紙が送付されてきた。	主治医と全く関わりのない産業医であったが、意見書送付の際のていねいな依頼文より判断し提案することにしたが、人事等への慎重な対応をしていただけるものか、障害者枠での雇用の進んでいない時代、地域であり、強い不安を抱いたが、結果的に障害者枠での雇用となった。

注：連携の手段欄の数字は以下の丸数字に対応する：①電話/②ファクス/③メール/④面談/⑤その他

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

B. 産業医→主治医 ①不安定就労期

診断名	本事例を好事例とした最大の根拠	連携の目的
3	本人も職場も望んでいる状況を、適切に初診を受けてもらう主治医にどう理解してもらうかが重要な点。	安易に要休業の判断を主治医がしてしまうことは、本人も職場も休まれると困ることも十分主治医に伝える必要があった。
3	本人は産業医との複数の面談の中でリーダーシップを学んだと話し、現在も会社の貴重な人材として重宝されている	主治医への紹介、復帰後の安定就労を目的とする
1	本人に病識があまりない場合、事例性を通して主治医と連携することで適切な医療導入と治療継続への協力が得やすくなった。	アルコール関連障害が強く疑われるが本人は強く否認する。事例性への対応には内科医と、精神科医との連携が必要と考えた。
9	職場で困ったASD傾向のある事例だったが、職場と本人の理解が進み、適応的になった。	精神科の受診歴もない。産業医として、主治医を作り、そこにつないで解決したいと考えた。
4	本人、上司、会社側との合意形成に至ることができたため	主治医の意見・治療状況を確実に把握し、合理的な配慮、上長、会社側との合意形成に用いる
4	産業精神保健分野の研究会に産業医および精神科医が積極的に参加することが、実際の就労支援に役立つことの一例と考えたため。	主治医として療養を継続してもらい、安定就労につなげること。
3	産業医が本人の同意を得て速やかに精神科クリニックを紹介し、精神科治療を開始し病状や就労の安定につなげたこと。併せて、産業精神保健分野の研修に産業医および精神科医が積極的に参加することが就労支援に役立つ。	本人の承諾のもと精神科クリニックを紹介し、近い将来見込まれる多少の時間外労働の増加による病状悪化を未然に防ぐこと。
3	本人が強く休職に難色を示して理解が得られてなかったが、主治医と産業医との情報共有をもとに休職療養につながったため。	・産業医からの紹介状をもとに心療内科を受診したが本人が休職に抵抗、その後も不安定な就労が続き、再度、主治医に情報診療提供書を送付し、主治医から休職診断書が発行され休職に至った。
8	本人の不安定就労がなくなり、生き生きした表情で就労されているため。	業務内容が本人に適切なものかどうか、主治医に意見を伺うことは治療に有効、本人もそのことに対して期待感があった、連携することにより、業務変更がスムーズとなり、主治医の本人理解・治療への情報活用も期待。
3	主治医の気分を害してしまわないかの心配があり、丁寧な内容で記載することに努めた。スムーズに治療まで進んだ。	定期受診では本人が他人に攻撃的な言動をしていることを主治医に伝えず、主治医が躁状態となっている点に気付いていない可能性があった。職場内の状況や産業医面談で聴取した内容を主治医に伝えて正しく診断および加療に繋げてもらうため。

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

B. 産業医→主治医 ①不安定就労期

診断名	連携後の本人の変化	連携後の職場側の変化	連携後の主治医側の変化	連携の具体的成果
3	通院加療による軽快、職場環境調整による過重労働の軽減などから、休業なく働きやすくなった。	本人にも職場にも大きなマイナスが生じず、健康管理室との協働の意義が管理者側に伝わった	治療と仕事が改善、主治医も連携の意義が伝わり、連携の下地ができた	職場環境調整と適切な治療
3	リハビリ勤務を経て段階的に復職し、現在も元気に働いている	復職の成功事例を蓄積できた	不明	安定復職ができ、貴重な人材を失わずにすんだ
1	事例性から指示している解決のための連携を職場の協力が得られた	事例性に変化が生じたときに精神科主治医に連絡・相談しやすくなった	適切に対応すると、主治医側からも情報交換が行われるようになった	事例性の再燃を繰り返してはいるが、早期に対応、医療導入がしやすくなった
9	産業医以外の第三者からも、ASDの傾向を説明され、受容がすすんだ。	本人に対する解決手段がありうるので、安心したよう。	職場の情報を渡しアセスメントが進んだ。診察室、職場による違い。	本人に病識が得られ、産業医の助言に対応できるようになった。
4	主治医からの書面で証明できたような安心感	納得、理解が得られた	職場、就業条件における健康管理についての理解が得られた	合意形成ができた
4	産業医と主治医間の信頼関係で安心感を醸成している。	特段の変化なし。	特段の変化なし。	通常よりも密な連携により安定就労を実現できている可能性がある。
3	産業医と主治医間の信頼関係で安心感が高まっている様子である。	特段の変化なし。	特段の変化なし。	産業医が紹介した専門医により治療が開始され安定就労の可能性はある。
3	病気に対して、休職自体が治療になるということへの受入れに繋がった。	勤怠が不安定で職場も対応に苦慮し、人員・業務調整に繋がった。	投薬治療のみから休職診断書の発行に繋がった。	職場での客観的な状態を産業医から主治医に伝え休職療養に繋がった。
8	業務遂行できる、上司から褒められ、自信を取り戻してきている	現職場の上司から、本人の働きが良いことを耳にしているとのこと。	本人からは主治医から上手くいって良かったね、と言われた	本人の表情が生き生きとしていることが何よりの成果
3	本人も感じていたようであり、連携が奏功して早期に治療介入された	攻撃性が出てきたことに困惑していた職場は、安心していた	適切な治療を現在も継続し、産業保健上必要な措置にも理解。	日頃から良い連携のある人事担当者からの早期の相談で分かった事例である

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

B. 産業医→主治医 ①不安定就労期

診断名	連携の具体的手順	連携の準備	連携の頻度	連携に活用したツール
3	本人に対して、治療が必要な状態であり紹介先に受診してほしいことを説得。同時に上司にも状況を共有して業務調整などについて検討していくことも理解を促し、本人の同意を得た。	本人の同意を得てから、上司と個別に面接する機会を設け、職場の現状と本人の勤務状況を確認。	文書は1回。	書面により主治医あてに送付。
3	初診時の紹介状作成、産業医としての見立てと休職期間、復帰後の会社でできる配慮を伝えた。その後、治療が進みリハビリが必要となったとき、主治医のクリニックにリワーク施設などがなかったため、産業医が協力体制を作り、リハビリを行う旨主治医に伝え、主治医と協力しながら本人の復職準備性を高めた	会社内で復帰プログラムを作成し、段階的復職を可能にするとともに、休職中のリハビリについて月に数回の面談を行い、アドバイスを行う体制を構築	複数回	書面
1	事例性を理由に精神科専門医受診を指示するも、本人の否認が強かった。そのため事例性を中心とした詳細な紹介状を内科医宛に作成した。内科医と産業医および人事からの説明により精神科受診に至った。	本人の否認が強いため事例性を中心とした詳細な紹介状をまずは内科医に、ついで精神科医に作成した	事例性の変化時、就労環境の変化時などに複数回の連携を積み上げた	通常の紹介状
9	精神科医に紹介状を書き、ASDの検査を依頼した。また、電話で精神科主治医に状況を説明した。	本人に説明して同意を得て、受診の説得をおこないました。その上で、精神科主治医に情報提供書と電話にて情報提供した。	本人受診の報告も含め、4-5回のやり取りをおこなった。	主治医は顔見知りだったので、メールと電話、情報提供書で連絡した。
4	診療情報提供書を受診日に本人が持参、医療機関より会社に返書送付	本人、上長、人事労務担当者、保健師、産業医で面談し、主治医に確認すべきこと確認、同意の上、記載	複数回 3回	診療情報提供書

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

B. 産業医→主治医 ①不安定就労期

(診断名)	(連携の具体的手順)	(連携の準備)	(連携の頻度)	(連携に活用したツール)
4	産業医の知り合いであり、産業精神保健に造詣が深い精神科医であること伝え、受診を促した。以後の連携は本人の病状の変動により行われたが、休復職時の診断書や意見書以外は全て本人を通じた伝言で行われている。	特になし。	産業医面談ごとに本人から主治医の意見を聴取するため複数回である。	書面および本人による伝言。
3	産業医の知り合いであり、産業精神保健に造詣が深い精神科クリニック宛に紹介状を作成して受診させた。紹介状は本人が内容を確認したうえで持参させた。その後は本人を通じた伝言で主治医と産業医の連携を行っている。	特になし。産業保健総合支援センターの研修などでの協働により、主治医と産業医は顔見知りであった。	紹介状の作成は1回（主治医からの文書回答あり）。産業医面談ごとに本人から主治医の意見を聴取し、複数回の連携がある。	書面および本人による伝言。
3	①紹介状②情報診療提供書の主治医への郵送。	人事と上司に対して勤怠や業務パフォーマンスの状況確認し、休職を拒否している段階では週一で面談設定し、体調確認と休職の必要性について産業医から本人への説明を繰り返し行った。	2回。	書面での情報診療提供書のやり取りのみ。

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分 [感情] 障害/④F40-F48神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

B. 産業医→主治医 ①不安定就労期

(診断名)	(連携の具体的手順)	(連携の準備)	(連携の頻度)	(連携に活用したツール)
8	<p>本人と面談、目的を伝え本人の意向を確認。本人経由で主治医受診時に連携をとりたい旨、伝え。本人より「主治医からまずメール連絡がほしいと仰っていた」と伝言あり。保健師より主治医へ連携をとりたい旨、今までの状況を簡単に説明。次回、本人とともに主治医のもとを訪れることを約束。主治医を訪れる前に、上司に過去の業務歴を教えてもらい、実際の作業を現場で確認。</p>	<p>まずは本人の意向を確認し、同意を得ること。またこれまでの困難な状況を調査すること。そして業務変更内容を人事と検討することを実施。主治医に細かな状況を伝えられるように準備した。職場のキーパーソンに説明する書面で「特性」「困りごと」「お願いしたいこと」をまとめ、との形として残らないよう回収した</p>	<p>メールでは数回。直接的な面談は1回。その後、経過が順調であるため、今後は本人を通した報告となる。</p>	<p>発達検査の結果は本人の状況を確認するため重要な情報源。過去の業務歴と困難であったことをまとめた文章を作成し、主治医へ。</p>
3	<p>産業医面談で本人に双極性障害の疑いがあることを説明した。他人に対して誰にでも攻撃性があること、疑われる疾病について理解も納得もしない可能性を考えて、双極性障害の症状などが書かれた教科書やインターネットの記事を本人に提示して説明を行った。</p>	<p>本人が疑われる疾病について理解も納得もしない可能性を考えて、双極性障害の症状などが書かれた教科書やインターネットの記事を本人に提示して説明した。診療情報提供書に記載する内容の概要を作成段階で本人にも先に説明した。(産業医から主治医に相談する内容や目的についてより本人が理解するため)</p>	<p>産業医－主治医間で1往復のみ</p>	<p>診療情報提供書 その他、上記に記載した教科書やインターネットの記事</p>

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分 [感情] 障害/④F40-F48神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

B. 産業医→主治医 ①不安定就労期

診断名	連携の手段		本人の同意	連携に要した費用負担	連携に関わるリスク
3	-		休んで治療する方向は本人も職場も望んでいないため、治療を受けながら働けるために、職場や上司の協力の他、状況の理解を主治医にもしていただく必要がある、という説明で同意を得た。	無償（産業医業務の一環であるため）	状況を説明したにもかかわらず、主治医は「要休業」という判断となる場合もある。
3	5	書面	有、診療情報提供の作成の同意を得るとともに、本人にも診療情報提供書の内容を直接見せて同意を得た	主治医の診療情報の提供に対して、会社が診療情報提供代を負担	主治医からの同意が得られない可能性を考え、また主治医が復職準備性が高まっていないのに復職を許可し、安定復職ができないリスクを考えたが、主治医が産業医の意見に賛同してくれたため、そうならなかった
1	1, 5	紹介状	産業医として事例性から見た病態仮説、発症からこれまで、今後の見通しを再発リスクを含めて説明し、まずは内科医と、ついで精神科医と連携する重要性の理解と同意を得た	連携にかかる費用は会社負担。診察は保険診療。	労働者の連携受け入れは表面的であり、連携の中断を想定。実際時に治療中断という形で連携中断が生じた
9	3		本人の同意のもと、受診してもらった。	本人が保険診療を受け、それに関する支払いをした	主治医と、産業医のみたて・方針がずれると厄介だが、そういうことはなかった
4	5	書面・診療情報提供書	会社の知りたいこと、産業医から状況含め説明し、主治医の意見を書面でもらう	返書の支払い、本人負担	主治医と産業医の意見の乖離、主治医意見に会社の理解が得られない

注：連携の手段欄の数字は以下の丸数字に対応する：①電話/②ファクス/③メール/④面談/⑤その他

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

B. 産業医→主治医 ①不安定就労期

(診断名)	(連携の手段)	(本人の同意)	(連携に要した費用負担)	(連携に関わるリスク)
4	5 書面、本人を介する伝言	復職時は労働安全衛生マネジメントシステムの文書を利用した。起点となる復職願を提出する際に同意欄に署名している。その他は本人経由の伝言であり、同意は不要。	個人負担。	多くが本人経由であるため、情報の正確性に一定の懸念がある。
3	5 書面、本人を介する伝言	精神科クリニックを紹介した際は本人の口頭同意を得て面談記録に記載している。紹介状は本人が内容を確認したうえで持参させた。その他は本人経由の伝言であり同意は不要。	主治医からの返信書面は個人負担。	多くが本人経由であるため、情報の正確性に一定の懸念がある。
3	5 手紙	産業医面談時に受診先紹介とともに産業医から説明し、同意を得る。	なし。	主治医は、患者の意向に沿うことが多く、会社側の産業医の意見をあまりくみ取ってもらえないこともあるが、具体的な勤怠の状況等についての詳細を連絡したことで本人の状況が伝わり、治療・休職療養に至ったと考える。
8	3, 4	会社の対応として現在困っている状況を少しでも改善したいこと、それにあたり本人の状況をよくご存じである主治医に意見を伺いたいことを本人に伝え、同意を得た。	本人受診に同行のため、本人の受診費用（本人負担）と保健師の外出費用（会社負担）があった。	主治医との連携というより新しい職場へ状況を伝える時、情報を受けた人の中で情報漏洩や本人の名誉棄損につながるものが起きてしまうのではないかと危惧した。そのため伝える情報は最低限とし、事前に本人と細かく確認した上で情報も残らないような形にして伝達した。そして伝えるときにも言葉を選びながら、本人の誹謗中傷となるような行為は絶対になきよう、職場の人に伝えている。結果、本人が今の業務を問題なく遂行していることもあり誹謗中傷・名誉棄損のような案件にはなっていない。

注：連携の手段欄の数字は以下の丸数字に対応する：①電話/②ファクス/③メール/④面談/⑤その他

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

B. 産業医→主治医 ①不安定就労期

(診断名)	(連携の手段)	(本人の同意)	(連携に要した費用負担)	(連携に関わるリスク)
3	5 診療情報提供書	本人に疑われる疾病（双極性障害の疑い）について説明した。また、主治医が定期診察の中では病状の変化や現在疑われる疾病を感知できていない可能性を伝えた。疾病の性質上、未治療のままでは就業を継続することにより社会的地位や信用を失う可能性を伝え、専門医の診断が早期に必要なことを説明して、本人から同意を得た。	産業医から主治医への診療情報提供書には費用発生なし。主治医から会社への診断書は本人が費用負担	定期的に診察をしている主治医の見解について非専門医の産業医が意見をすることになり、主治医の気分を害さないかという点を考慮して、齟齬のないように診療情報提供書の内容を丁寧に作成した。職場の状況など主治医が変化として捉えられるような情報を本人が主治医に申し出ていなかったため、主治医が正しい病状を把握できなかったとのコメントが診察の中であったようだった。主治医の気分を害することなく双極性障害の診断書を作成していただいた。

注：連携の手段欄の数字は以下の丸数字に対応する：①電話/②ファクス/③メール/④面談/⑤その他

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

B. 産業医→主治医 ②休業期

診断名	本事例を好事例とした最大の根拠		連携の目的	
9	業務上の大きな出来事であったてんかんだけに注目するのではなく、ほかの障害・問題についても目を向ける必要性があることを改めて学んだ。		業務ができず、他の職員、クライアント先から苦情が出ていたこと、薬の内服をしばしば忘れ発作を起こし、発達障害専門の精神科医との連携が必要と判断した。	
3	産業医も精神科診療に関して詳しいため治療転機のタイミングを判断、その後の主治医との連携が社内調整にも良い影響を及ぼした。		産業医が、転医を希望したため。治療方針としての薬剤調整やリワーク等について、他の主治医に依頼した	
4	本人を介した連携が、主治医と産業医（会社）との相互理解を高め、復職の一助となった。		主治医・本人と会社・産業医との認識のずれの修正が目的であった。	
3	病状悪化時に機会を逃さず、本人を説得して適切な療養につなげたこと。		服薬治療の開始と休職要否の判断。休職となり回復した場合は心理療法を追加し、復職準備性を高めること。	
4	2回目の休職だがその間の勤怠安定期間がほとんどなかったことを重視してリワークプログラムにつなげることができたため。		主治医にリワークプログラムへの参加を検討していただくため	
診断名	連携後の本人の変化	連携後の職場側の変化	連携後の主治医側の変化	連携の具体的成果
9	就職後は発作はコントロールされ、休職、連携により受容的な態度となっている。	てんかんについては職場ではオープンに、ADHDについては公表せず	てんかんとADHDの合併症例ということで興味を抱いた様子	てんかん、ADHDが確認され、その後の就業状況把握がうまくなった。
3	当該職員と産業医との関係性が良い状況となった	産業医、安全衛生（健康管理）側が、信頼感を抱ける主治医の調整が行われる	双極性障害のため、今後長い治療と連携が必要だと考えた。	障がい者職業センターのリワーク支援を活用し復帰後も治療、就労継続。
4	産業医への信頼が向上し会社の理解や受容が向上した。	主治医への不信感が軽減。	著明な変化はないが、会社の実情への理解が高まったと推察される。	順調な復職を実現できた。
3	服薬治療と休職を受け入れ、リワーク受講、復職。思うに任せない現実を受け入れた。	休職前は本人任せが、復職後は産業医面談終了時に上司が同席して情報共有する。	産業医との信頼関係が向上した。	休職による病状の回復、主治医の後押しによるリワーク利用でストレス耐性を向上できた。
4	連携のみでの変化は特にありません。	特になし	1往復のやり取りのため変化は確認できませんでした。	リワークプログラムに参加し、べき思考への気づき、対人スキルの向上。

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分 [感情] 障害/④F40-F48神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害 /⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

B. 産業医→主治医 ②休業期

診断名	連携の具体的手順	連携の準備	連携の頻度	連携に活用したツール
9	てんかんで休職療養中に注意障害の精査も併せて受けるよう説得し同意を得た上で連携を進めた	本人の同意書、情報提供書作成	2回	主治医の精神科医に直接電話で依頼し情報提供書送付
3	事業場保健師が同行して、他の主治医を受診した。	診療情報提供書と、受診（初診）日等の調整。	リワークでの検討等を含めると、複数回	診療情報提供書と、保健師が同行して他の主治医に説明。
4	1回目の産業医文書：会社方針、復職ルールなどについて情報提供した。主治医から診療情報提供書（氏名、住所、電話番号、生年月日、傷病名、紹介目的、治療経過、現在の処方）で返事を得た。治療経過欄に部署、復職プランへの要望が記載されていた。	2回目の産業医文書：復職時期や短時間勤務の期間を伝え、復職可否判断の参考としてもらった。主治医からは診断書が提出された。人事担当者及び上司と打ち合わせを行った。	上記の通り2往復。	書面および本人による伝言
3	本人承諾を得たうえで、産業医からの紹介状で概要と要望を主治医に伝えた。	連携に前向きでない本人への必要性の丁寧な説明。	1往復。	書面および本人による伝言。
4	主治医に勤怠の状況を伝達し、リワークプログラム参加が適切かどうかの意見を求めた。	先に本人の口から産業医がリワークプログラムについて説明したことを伝えてもらった。	1回	書面

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

B. 産業医→主治医 ②休業期

診断名	連携の手段	本人の同意	連携に要した費用負担	連携に関わるリスク
9	1, 5 情報提供書	てんかんのコントロールが不十分であるうえにADHDの可能性も否定できない為業務がうまく遂行できていなかった。この際将来の為にもしっかりい精査、治療を受けること。	電話、情報提供書料は職場負担、診療については本人負担	特になし、服薬状況等は毎週メールで上司に報告していた。
3	4, 5 書面、診療情報提供書	産業医から、信頼のある専門医の下での治療が必要と説明され、同意があった。	診療報酬の範囲。	リスクというよりもむしろ（主治医側の）責任感として、双極性障害のため、今後も長い治療と連携が必要だと考えた。
4	5 書面	趣旨を説明して同意を得た。書面の記載内容を確認の上で診察時に持参させた。	主治医が作成する書面は会社負担とした。	本人や主治医からの会社や産業医への不信感。透明性を高め、説明を尽くしたことで問題を回避した。
3	5 書面	趣旨を説明して同意を得た。書面の記載内容を確認の上で診察時に持参させた。	診断書は個人負担である。	本件では格別のリスクは想定しなかった。
4	5 情報提供書	2回目の休職であることと、休職前の勤怠も一度も安定した時期が無かったことから、このままの状態でも復職しても同じことの繰り返しになる可能性がある。リワークプログラムを活用することで考え方の変容や心理学的な対処方法を習得し、復職後のストレス耐性を強くすることができる。	特に無し（主治医から産業医への返信で本人に診療情報提供書代が請求されたかは未確認）	主治医から否定的な意見が出ることで本人の産業医に対する信用が低下するリスク。主治医もどうしてくれたため杞憂に終わった。

注：連携の手段欄の数字は以下の丸数字に対応する：①電話/②ファクス/③メール/④面談/⑤その他

注：診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

B. 産業医→主治医 ③復職期

診断名	本事例を好事例とした最大の根拠		連携の目的	
3	妄想も認知機能が保たれていれば就労可能であると理解してもらえた、職場内での妄想には配置転換が有効と理解してもらえた		産業医が復職可能か判断に迷ったため主治医である私にコンタクトを取ってきた。	
4	主治医からの返信状により、職場のハラスメント相談を利用することにつながった点		傷病手当金が切れてしまうなど、経済的理由が発生したため	
3	本人への対応を、産業医だけではなく、職場も人事も問題行動対応へ逃げずに本人に直視し共通の認識で対応できたこと		他害の恐れがあり、また治療回復に疑念が生じ人事や、職場、健康管理部門が連携し、リハビリ出社を停止する必要があった	
3	会社が職場復帰の条件を主治医に示すことの重要性		復帰後の勤務条件について主治医に理解していただき、その条件での勤務が可能か否かの判断を仰ぐ必要があると考えた。	
診断名	連携後の本人の変化	連携後の職場側の変化	連携後の主治医側の変化	連携の具体的成果
3	主治医に自分の置かれた状況（症状）をより詳しくわかってもらえたように喜んでいました。また、主治医が産業医に主治医としての考えを伝えることで復職に際して配慮されることが期待できるため喜んでいました。	配置転換の上での復職に前向きに取り組んでもらえた。	症状の捉え方が変わった（以前は抑うつ症状が主であったが、以降はそれに加えて妄想も確認するようになった）。最も良かったのは、抗精神病薬を使用する契機になったこと。	復職に成功し、現在まで就労継続できている。さらに、通院も定期的にできており、幸い妄想も認められていない（抗精神病薬の効果／配置転換）。
4	現在、進行中のため	真摯に対応してくれるように	現在、進行中のため	現在、進行中のため
3	復帰の許可が得られなかったため、ショックを受け、プライベートでのやや逸脱した行動が見られた	リハビリ出社が中止され安堵したが、本人への信頼が失われ、受け入れ拒否姿勢が強まった	他害の恐れがあり産業医から連絡した際も、本人の診療情報提供は同意がないとできないとの消極的な姿勢であったが、復職過程を一旦中止し産業医が同行受診してから病状評価と服薬内容を見直した	再療養後、一時はプライベートでの異常な行動があったが、治療内容の変更も含めて徐々に安定し4ヶ月後の復職対応再開に至った
3	会社が示した条件を満たせるようになってから復職することになった。	特になし	会社示す条件での就業は困難とのことで休職を継続する旨の診断書を書かれた	就業の条件について主治医の理解を得た

注:診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症,統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分[感情]障害/④F40-F48神経症性障害,ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

B. 産業医→主治医 ③復職期

診断名	連携の具体的手順		連携の準備	連携の頻度	連携に活用したツール
3	メールにて面接での印象や面接で得られて情報を伝えてきた。		送られてきたメールに対して返信した。	複数回。	メールでのやり取りのみであった。
4	ハラスメント相談窓口を利用してもらうこと		特になし	複数回	診断書、紹介状と返信状
3	問題点を提示し再度療養するよう指導し、リハビリ出社を中止すること、再度受診する様指導した。		本人に自覚がないため、人事と職場と産業医、保健師で情報を共有し、事実として職場で起きていることの実確認を行った	複数回	特別なものは使用していない
3	産業医より主治医宛に文書を作成し、会社が勤務を認める条件（上記）を示したうえで、就業可否の判断をお願いした。		上司、人事と勤務を認める条件を確認した。産業医の文書とともに、人事も就業するための条件についての文書を作成して本人に渡した。	1回	照会状
診断名	連携の手段		本人の同意	連携に要した費用負担	連携に関わるリスク
3	3		初診時に、産業医の存在を伝え、まず産業医の面接を受けること、そして必要ならこちらから産業医に連絡を入れることもできる旨伝え、口頭ではあるが了承を得た。	特に発生していない（強いて言うなら、通常の診療の範囲内）。	特に想定していない。連携はこの場合、win-win（win-win-win?）である。
4	5	文書	口頭で同意を得た	なし	特になし
3	1, 3, 4		対面での面談にて同意を得た	社内での連携なので、特別な費用追加はない	本人が関係ない社員への関わりを求めて攻撃的な言動があったため互いのリスク。指導による易怒性からの対応者への口撃
3	5	文書	会社から説明された勤務を認める条件下での就業可否についての主治医の意見が必要なことを説明した。	なし	主治医が会社の示した勤務の条件をさらに緩和するよう求める可能性があると考えた。休職を継続することになった。

注：連携の手段欄の数字は以下の丸数字に対応する：①電話/②ファクス/③メール/④面談/⑤その他

注:診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症,統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分[感情]障害/④F40-F48神経症性障害,ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

C. 産業医→職場内関係者 ①不安定就労期

診断名	本事例を好事例とした最大の根拠	連携の目的		
3	産業医として関わったが、健康管理室内と医療機関だけではどうしても軽快が困難であり、人事労務担当者とともに協働し、本人のサポーターである管理者を設置するなど組織的な動きにつながったこと。	産業医として普段から連携が出来ている主治医へ紹介し、本人も素直に受診。しかし過大な業務負荷について、部長クラスや人事労務担当者との連携も必要と判断した。		
8	本人の特性が課題となった場合、職場上司や人事に産業医がわかりやすく説明し、必要時相談できるようにすることで職場上司などが安心して対応できるようになった。	発達特性が疑われたが職場にその理解はなく、繰り返す事例性と長引く休職が見られた。職場関係者との連携により就労環境の適正化と、ラインケアのやり方を変えられると考えた		
4	これまで数年間続いた問題（当事者も直属上司も問題にできなかった）を会社として解決してくれた。			
3	障害者に対する職場の理解度はまだ低い。産業医は疾患だけでなく、労働に関連する法令（安衛法・規則以外）や公的な障害福祉サービスに対する知識も必要である。	上司、職場管理者、人事担当と本人同意のもとで共有し、事業所側、産業医側で取り込み可能なことであると判断し、連携をとった。		
診断名	連携後の本人の変化	連携後の職場側の変化	連携後の主治医側の変化	連携の具体的成果
3	多くの方がその状況を把握することにより、安心感は芽生えたよう。	当該社員が動きやすい環境を構築できそうな見通しがたった。	紹介状に記載し、状況を理解の上、治療をしていた。	管理者の上司をサポートできる人材の配置など、組織的な対応
8	病態が安定して就労継続	事例性に変化が生じたときに産業医に聞けることで安心した様子である	特になし	事例性が減少し、突発休も無くなり、安定就労に結びついた
4	話せたことで安心。職場内で同様の経験された方がサポートしてくれた。	所長より、問題の方に対して事実確認が行われた。	-	イジメ、人権侵害を会社として取り組めた。問題は小さくなった。
3	勤怠の安定（完全とは言えなかったが）。パフォーマンス向上。	本人の特性が理解でき、不調時にも柔軟に対応可能になった。	特になし	契約更新にもつながった。本人の経済的不安がある程度解消できた。

注:診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症,統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分[感情]障害/④F40-F48神経症性障害,ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

C. 産業医→職場内関係者 ①不安定就労期

診断名	連携の具体的手順	連携の準備	連携の頻度	連携に活用したツール
3	使命感を持って数年かけて責任者としてやってきた本人の意志も尊重し、ただ、このままでは心身不調で業務遂行が困難になってしまうことを説明し、本人の同意を得た。	当該社員の直属上司は、まだ着任したばかりであり、専門外で、当該社員の業務支援は事実上できていないことから、人事労務担当者から今後のサポート体制など聴取。この過程でも事前に本人の同意を得た。	複数回、人事労務担当者や部長と積み重ねた。	メールと面接
8	主治医から情報提供を受け、その内容と産業医としての考えを合わせて本人職場上司や人事労務に伝えた	主治医と連携し、疾病性に関する産業医の考え方の適性を担保した	複数回の積み重ね	日常生活記録表
4	職場看護職に本人のサポートをお願いし、問題を所長権限で解決するようにした。	職場看護職と入念な準備、討論を行った。	月1回で数回。	対面での連携
3	事業所側：本人の特性等について部署内での共通認識をもってもらった。就業規則、契約内容について本人に理解可能な範囲で伝え、社内で利用できる制度についても説明。産業医側：障害福祉サービス、その他公的に利用できるサービスについて本人に案内。	就業規則や契約内容の再確認、公的サービスの情報収集など。	複数回の積み重ね	特になし

注:診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症,統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分[感情]障害/④F40-F48神経症性障害,ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

C. 産業医→職場内関係者 ①不安定就労期

診断名	連携の手段	本人の同意	連携に要した費用負担	連携に関わるリスク
3	3, 4	使命感を持って数年かけて責任者としてやってきた本人の意志も尊重し、ただ、このままでは心身不調で業務遂行が困難になってしまうことを説明し、本人の同意を得た。	無償（産業医業務の一環であるため）	管理者である当該社員は、以前から高い評価の上で、その責務を負っていたが、人事的な評価や本人の望まないキャリア変更などが生じるリスク
8	4	主治医の意見を元に、産業医として事例性から見た病態仮説、発症からこれまで、今後の見通しを再発リスクを含めて説明し、職場内で連携する重要性の理解と同意を得た	社内連携では費用は発生せず。主治医との連携にかかる費用は会社負担。	上司が発達障害労働者の受け入れを許容するかどうか。部署異動は伴ったが、受け入れ上司は見つかった
4	4	問題解決のため、所長に相談することを同意いただいた。	なし	ご本人に不利益となるリスク
3	4	病状等、事業所に開示してよい内容を事前に確認し同意を得た。	費用負担なし	事業所内で本人の特性について誤った認識が広まってしまう可能性→なかった

注：連携の手段欄の数字は以下の丸数字に対応する：①電話/②ファクス/③メール/④面談/⑤その他

注:診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症,統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分[感情]障害/④F40-F48神経症性障害,ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

C. 産業医→職場内関係者 ②休業期

診断名	本事例を好事例とした最大の根拠	連携の目的		
3	メンタル疾患は「怠け」という、上司ならびに周囲の感覚が変化し、多様性を認めつつ生産性をあげる職場に変化しようという意識が感じられたこと	職場内で復職後も本人が孤立すると考えられ、また専門職であるがゆえにその職場以外には異動が考えられないため		
3	主治医の選択を慎重にすること。治療対応の枠組みの大切さ。	治療の枠組みの再構築		
2	安定就労に継続的な服薬治療が不可欠と考えられる統合失調症に対して、職場内の関係者が協力して本人を後押ししたこと。	自宅近くの精神科クリニックで継続療養をしながら、復職を目指すこと。		
3, 8	障害者の二次障害的な気分障害に対して、関係者が緊密な連携を行い、速やかで適切な対応ができたこと。主治医とも連携しているが、社内連携の方がより特徴的と考える。	主治医は定期的を受診していたが、最近の不調に対して「無理せずに」などの助言にとどまっていることを本人より聴取したため、産業医や会社が観察している事象を主治医に伝える必要があると判断した。		
4	初めてのメンタルヘルス不調者の復職を経験する上長に対して成功体験を得る手助けになったと考えられるため。	メンタル不調対応が初めての上長と情報共有することで管理職としての負担、不安の軽減		
診断名	連携後の本人の変化	連携後の職場側の変化	連携後の主治医側の変化	連携の具体的成果
3	周囲に対する被害念慮が薄れた	多様性を認める職場に少し近づいた	特に感じられなかった	安定就労できるようになった
3	生活リズムが整い、症状も軽快→満了直前に復職できた	ちゃんと治療の枠組みができれば、本当に良くなるという実感がもてた	主治医は交代している	メンタル事例も、それなりの対応をすれば良くなるという管理職の認識
2	継続的な服薬治療を受け入れて、安定就労を達成した。	精神科クリニックの継続受診により本人の病状が安定	目立つ変化なし。	病状の回復、上司や人事担当者の態度が支持的に変化した。
3, 8	主治医と産業医の一連の連携を経験し、両者への信頼が高まった。	復職時には職場での観察事項の定期的な産業医への報告などが行われた。	目立つ変化なし。	産業保健職が状況を整理し、要領よく主治医に報告、遅滞ない休職を実現できた。
4	特になし。	上長のメンタル不調への知識が増え、復職プログラム作成に理解が深まった。	ー	上長の負担や不安が軽減。復職面談に上長も参加積極的に発言。

注:診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症,統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分[感情]障害/④F40-F48神経症性障害,ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

C. 産業医→職場内関係者 ②休業期

診断名	連携の具体的手順	連携の準備	連携の頻度	連携に活用したツール
3	本人同席のもと上司を交え、何度も相談し、また、社内で管理職向けの講演を何度か行った	本人並びに周辺からの情報収集	複数回	講演のためにパワーポイントを使用
3	本人との面談。必要により主治医変更、リワークの導入。	信頼できる医療機関、リワーク施設の紹介	複数回	紹介状、生活記録表、薬手帳
2	インターネットで検索したクリニックを本人に提示、独力で受診・継続療養の必要性は産業医から繰り返し説明し、人事担当者と上司は復職に必要な目安となる体調について本人に説明し、受診を後押しした。看護職は受診有無の確認を行った。復職時は復労働安全衛生マネジメントシステムの文書を利用した。すなわち、上司と本人が作成した業務計画を主治医に提出し、復職の注意点を聴取し、産業医が最後に復職可否の意見を述べた。	継続療養の必要性への理解が乏しい本人への丁寧な説明。	復職時に1回。	書面および本人による伝言。
3, 8	書面により、睡眠覚醒リズムが崩れて勤怠不良になっていることを伝えた。	産業医勤務日に欠勤したため、別日に看護職に代理としての情報収集と本人同意の取得を実施してもらった。	休職前に1回。	書面および本人による伝言。主治医からは通常の診断書。
4	月1回の訪問時に10～15分程度で上長、人事労務、産業医で情報共有	特別な準備はなし	計4回	特に無し

注:診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症,統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分[感情]障害/④F40-F48神経症性障害,ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

C. 産業医→職場内関係者 ②休業期

診断名	連携の手段		本人の同意	連携に要した費用負担	連携に関わるリスク
3	4, 5	講演	周囲からの陰性感情のため、復職後、人間関係の構築が困難と思われ、上司に正確な情報を提供することに同意を得、また上司との面談の際には、本人の同席を求めた	産業医活動の範囲内で行った	復職がうまくいかなかったとき、本人からの個人情報漏洩の訴訟と本人の個人情報を、上司が感情に任せて他へ漏洩するリスクを考えたが、疾病性ではなく、事例性を中心に相談を行ったため、考えたようなリスクはなかった
3	3, 5	紹介・依頼状	面談の上、同意 (+)	基本、本人負担	復職意欲の継続→維持された
2	5	書面	復職願を提出する際に同意欄に署名している。そののちに、所属長と本人が検討した業務内容が記載された書面を作成し、主治医に持参させた。	診断書は個人負担である。	全てのプロセスに本人が参加しており、本件では格別のリスクは想定しなかった。
3, 8	5	書面	看護師の電話面談時に口頭で取得した。	診断書は個人負担である。	本件では格別のリスクは想定しなかった。
4	4		得ていない	なし	特に想定していません。ネガティブな結果も認められなかった。

注：連携の手段欄の数字は以下の丸数字に対応する：①電話/②ファクス/③メール/④面談/⑤その他

注:診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症,統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分[感情]障害/④F40-F48神経症性障害,ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

C. 産業医→職場内関係者 ③復職期

診断名	本事例を好事例とした最大の根拠	連携の目的		
1	アルコール依存にも職場内連携は有効である。	・再飲酒のリスクを減らすためにも職場内で本人を支えていくことが必要と考えたから。		
4	高卒後に就職し、不適応を起こして退職するケースも多いが、しっかり連携して本人・職場に働きかければ、本人らしさを取り戻し、戦力となりうるから。	本人への働きかけ（人間的成長が必要）と同時に、職場側の受け入れに関する取り組みが必要だと考えたため。		
8	・会社を休む日が少なくなった。・上司にすぐ相談ができて、対応してもらえるようになった。	・精神科医を受診し「復職するときに職場環境調整をした方がよい」との指示を受けたこと。		
4	異動後の業務で調子を崩したものの当該部署で復職せざるを得ない困難なケース、産業医、上司、人事労務担当者、産業看護職などが連携し、業務内容の微調整、上司の支援強化などを行い、順調な復職につなげたこと。	再不調が危惧されたため、上司等との連携により、予防策を講じることが必要と考えられた。連携により安定就労を期待した。		
4	産業保健に携わる中で、困ったこと、大変だったことの記憶が、自身の中では一番大きかった。	1年以上の療養後、復職に際し障がい者職業センターのジョブコーチをつけ、新しい業務に従事するため、職場に連携した。		
診断名	連携後の本人の変化	連携後の職場側の変化	連携後の主治医側の変化	連携の具体的成果
1	上司・同僚、人事総務への感謝の言葉が出てきた。断酒会に毎週言っている。仕事を少しずつ与えてもらい、やりがいを感じるようになった。	あたたかく本人を迎えてくれた。本人の能力に合わせて仕事量を適切にわりふってくれるようになった。	特になし	復職後1年経過しているが、断酒が続き、メンタル不調で休むことなく過ごせている。
4	復職前は下を向いて小さな声で自信なく話していたが、連携して復職後は会うたびたくましく、元気になった。	上司はじめは「最近の若い奴は」と本人に対して否定的だった。しかし、指導に気を付けてもらったことで本人が元気になり、上司の本人に対する評価が上がった。	大きな変化はないが、念のため抗うつ薬を継続処方している。	復職後、研修も順調にこなし、休むこともなく勤務できている。
8	・きちんと理解してもらえて、安心感がもてた（100%安心というわけではないが・・・）	・どのような対応（仕事の与え方、サポートの仕方、など）がわかっただけでなく、本人の言動が、疾病の特性から来ていることがわかった。	・体調の変化があれば、主治医としてはどうしてほしいかについて、メモ書きでこちらに渡してもらえるようになった。	・本人としっかり話ができて、変化が起こったから、こちらに報告がきたり、スムーズに対応してもらえるようになった

注:診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症,統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分[感情]障害/④F40-F48神経症性障害,ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

C. 産業医→職場内関係者 ③復職期

(診断名)	(連携後の本人の変化)	(連携後の職場側の変化)	(連携後の主治医側の変化)	(連携の具体的成果)
4	やや自信を持った様子となり、安定して就労できている。	特段の変化なし。	本人から受診時に会社の取り組みを伝達しているが、特段の変化なし。	部署の適切な支援を得ることが出来、病状の安定と安定就労を実現できている可能性がある。
4	本人の認識は、当初からほとんど変わらない。業務上の間違いの回数や内容について記録を取ったが、失敗や間違いは誰にでもあると気にしない様子で、業務改善は大きくは計られなかった。	周りの同僚たちは深く関係を持つことを避け、上司のみが中心に対応を余儀なくされた。大きなトラブルは事前連携のおかげで起こらなかったが、本人の業務内容は、失敗のたびにたらい回し状態になった。	障がい者職業センターにお世話になったのみで、主治医とは連携していない。当初療養時の診断と職場復帰後の対応は、別次元のものであった為。	職場のトラブルはおそらく連携しないよりは減っていたと思われる。職場の理解・協力がなければ、営業時代と同じくメンタル不調に再度なったかもしれない。職種の変更とともに、職場関係者との連携を図って正解。
診断名	連携の具体的手順	連携の準備	連携の頻度	連携に活用したツール
1	・休業中から本人と産業医面談をおこない、関係をきずいておく。・復職後、部署異動し、人間関係や職務内容を再構築する。・復職後、月1回の産業医面談を継続する。・復職後、人事担当者が断酒会に月1回同席する。	・復職後の部署の管理職と会議を設定し、アルコール依存症の説明や治療について説明し、今後のフォローアップ体制の依頼をした。・同様の会議で人事・総務担当者にも説明した。	複数回	特に使用せず、口頭中心で連携した。
4	・復職前から本人と定期面談し、社会人としての態度や、ストレス対処法について対話する。・復職前から職場の管理監督者と情報交換し、復職後も対応について助言した。	・会社の保健師から連携について本人・上司に説明してもらった。	複数回の積み重ね	復職時の意見書
8	①主治医から意見書をもとに、本人と面談(苦手なこと、つらいこと、どのようにしてほしいかなど)して具体的に聞く。②職場の上司から、以前の職場での様子、職場の現在の状況、懸念点などを聞く。③本人・上司・産業医の三者で、復職後の仕事の内容、サポート体制など合意形成を行う。④最終的には人事も含め、復職を決定する。	—	複数回(4~5回)	主治医からの意見書。・面談の際は本人・上司・産業医が記録、面談の初めに前回話し合った内容を確認、その後に新たな相談に入った。

注:診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症,統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分[感情]障害/④F40-F48神経症性障害,ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

C. 産業医→職場内関係者 ③復職期

(診断名)	(連携の具体的手順)	(連携の準備)	(連携の頻度)	(連携に活用したツール)
4	本人の承諾のもと、上司、人事労務担当者、産業看護職と打ち合わせの機会を持ち、業務内容やその教育を含む復職プランを作成した。	産業看護職が上司と事前打ち合わせを行った。	復職前、慣らし勤務終了時、など節目に複数回の会議を実施した。	本人から同意を得た範囲で産業医面談記録を共有した。
4	1年以上の療養後、復職したが、アスペルガーの疑いと産業医の判断もあり、障がい者職業センターのジョブコーチをつけながら異動。職場の上司・同僚にジョブコーチと産業保健関連職で、行動特性や仕事の進め方、何かトラブルがあった際の対応方法などを事前に複数回打合せや学習をおこなった。本人には、指導を受けた事、実際に起こったミスなどをメモに記載し、原因や再発防止の手順などを自ら追記・学習してもらった。	連携前に、まず本人とジョブコーチらとの面談を行い、ジョブコーチには職場環境の確認と業務内容の把握を行って頂き、職場同僚への事前説明会にも同席頂いた。	複数回実施。当初、ジョブコーチは交代で週3回程度、本人と一緒に仕事ぶりのチェック・指導も行っていった。トラブルが起こったり、上司や同僚らのクレームに応じて、連携をさらに図った。	特に活用したツールはない。

注:診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症,統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分[感情]障害/④F40-F48神経症性障害,ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

C. 産業医→職場内関係者 ③復職期

診断名	連携の手段	本人の同意	連携に要した費用負担	連携に関わるリスク
1	3, 4	復職前から本人に説明（アルコール依存症の再燃防止のため、通院・断酒会に加えて職場の人間関係ややりがいが大切）し、同意を得た。	企業が産業医に対して給与を支払った。	人間関係がうまくいかず、再飲酒してしまい連続飲酒して入院するリスクを想定した。結果としては断酒が1年間以上続いている。
4	4	「復職してからの再発予防のためにも連携が必要」と説明し、同意を得た。	会社が当医に対して支払った。	上司・同僚との関係がうまくいかず、症状再発してしまい、再休職もしくは退職するリスク。結果としては安定して勤務できるようになった。
8	4	「安心して仕事が始めるように、上司も含め一緒に考えていきましょう」	なし	・上司が疾病の特徴を理解してくれるか。・一緒に仕事をするようになる人に対して、どのように説明するか。
4	4	産業医面談時に、再発防止のための社内関係者との会議を提案して同意を得た。その旨を面談記録に残した。	社内関係者のみであり、費用負担なし。	上司の理解不足があれば、復職早期に想定より高い負荷がかかる可能性がある。逆に負荷が軽いと職場が対応に苦慮する可能性もあった。産業医が提案した頻度での、上司と本人による打ち合わせを実施し、いずれも回避できた。
4	4	ジョブコーチをつけて、指導頂く事に同意は得たが、職場関係者との連携には同意は得ていない。業務上の問題解決を図るのが、一番だったので、改善策の検討で本人の疾病・障害には触れていない	障がい者職業センターのジョブコーチ派遣やその他の相談・打合せ・説明会は全て無料。また、産業保健関連職と職場関係者はどちらも社員なので説明会・打ち合わせは費用なし。	業務に於ける言動が、ひいてはハラスメントに発展しないか？本人が職場で阻害されることがないか？などを想定していた。特に上司については度々話し合い、対応の仕方、指導の方法など細かく打合せた。ハラスメントは発生しなかったが、当初暖かい目で対応されていたが、徐々に回りが当人と関わりを持たなくなった。

注：連携の手段欄の数字は以下の丸数字に対応する：①電話/②ファクス/③メール/④面談/⑤その他

注:診断名

①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症,統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分[感情]障害/④F40-F48神経症性障害,ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

精神科主治医と職場の「連携」ハンドブック

目次

はじめに～本書の構成と活用法	1
第1部 基礎編 「連携」の背景から「連携力」まで	2
1. メンタルヘルス不調者をめぐる動向	
2. 治療と仕事の両立支援が基本ポリシー	
3. 両立支援としての主治医と職場の連携	
4. ストレスチェックも連携の一つの契機	
5. 主治医と産業医の立場の違い	
6. 主治医の産業医との連携を軸とした就労支援例	
7. 主治医が取り組む職場との連携ポイント	
8. 関係性づくりは連携作業の第一歩	
9. 連携を取り巻くリスクとは	
10. 連携が必須な頻回休職群への対応	
11. 主観的傾向の強い場合の対応	
12. 連携が必須な障害者雇用への支援	
13. 「好事例収集プロジェクト」から生まれた連携ガイドブック	
14. 主治医・産業医に必要な効果的な連携のための「連携力」	
15. もう一つの連携力～法務からのアドバイス	10
第2部 実践編 好事例から学ぶ「連携」の実際	16
1. 「連携」の取り組みのチェックポイント～連携の内容と成果など	
好事例とした根拠/連携の目的/連携後の本人の変化/ 連携後の職場側の変化/連携後の主治医側の変化/ 連携の具体的成果/連携の具体的手順/連携の準備/連携の頻度/ 連携に活用したツール/連携の手段/本人の同意/ 連携に要した費用負担/連携に関わるリスク/その他のコメント	
2. 好事例の紹介～不安定就労期・休業期・復職期における「連携」の取り組み	18
3. 好事例とした根拠	19
4. チェックポイント別に比較して好事例の特徴を知る	20
(1) 主治医から産業医への連携	
(2) 産業医から主治医への連携	
(3) 産業医から職場内関係者への連携	
第3部 資料編	51

はじめに～本書の作成の目的と活用法

ポイント 本書に盛り込まれた内容とそのねらいを理解し、自分に合った使い方を見つけましょう。

1. 本書の作成の目的

職場のメンタルヘルス不調者(以下「不調者」)の一部に療養が長期化し、安定就労が困難となり休復職をくりかえす事例が認められている。この中には、仕事を原因とした精神疾患により労災認定を受けた長期療養者事例も含まれ、最近も増加傾向が続いている。

全国の精神科診療所を対象とした調査によれば、最近半年間に労災保険適用患者を有する施設は3割、今後3年以内に治癒の見込みがあるのは約半数、症状固定(治癒)していない理由として、症状の重症度、本人の復職意欲、職場の受け入れ・支援体制などが指摘され、背景には発症から始まる一連の過程の長期化影響が示唆された。

斯様な状況を打開するためには、病状の安定化に向けた治療と並行して、職場適応を果たしつつ安定した職業生活を営む、早期の社会復帰の実現をめざした効果的な支援の方策を具体的に明らかにする必要がある。実際、最近の研究からは、主治医側、職場側が効果的な連携を生み出すスキル、ツールなどのノウハウを双方共有し、活用していくことについて、多くの主治医、産業医ともに賛意を示し、その実現を期待していることが明らかとなった。

そこで、これまでの一連の研究成果を踏まえ、メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に関わる精神科主治医と産業医、職場に有用なツールとして本書を作成した。

2. 本書の構成と活用法

本書は3部で構成し、精神科主治医、産業医が「連携」への具体的な概念、フロー、留意点などを理解、学習し実務に活かすことを念頭に編集した。

第1部 基礎編 「連携」の背景から「連携力」まで

総論的にメンタルヘルス不調者をめぐる動向、休復職支援に関わる主治医と産業医の現状に触れる。他方、働き方改革で強調された治療と就労の両立支援の概念とそこに盛り込まれた「連携」の重要性、そして、「連携する」意義と「連携しない」リスク。さらに、本書の作成の契機となった「好事例収集プロジェクト」研究を概説した。そして、第1部のまとめとして、主治医・産業医に必要な効果的な連携のための「連携力」を取り上げた。「好事例収集プロジェクト」に回答を寄せた専門家が選択した「連携力」とは、すなわち、効果的な「連携」を実現するために主治医及び産業医に必須なスキルである。

第2部 実践編 好事例から学ぶ「連携」の実際

ここでは、不調者の就労支援に長年取り組んできた専門家から収集した「好事例」を中心に取り上げる。最初に連携の取り組みを具体的に理解するために、不安定就労期・休業期・復職期別に並べ、「連携」のチェックポイントとして、好事例とした根拠/連携の目的/連携後の本人の変化/連携後の職場側の変化/連携後の主治医側の変化/連携の具体的成果/連携の具体的手順/連携の準備/連携の頻度/連携に活用したツール/連携の手段/本人の同意/連携に要した費用負担/連携に関わるリスク/その他のコメント、に区分して好事例から連携の典型例3例を紹介した。

最後に、主治医から産業医へ、産業医から主治医へ、産業医から職場内関係者への3パターン別、不安定就労期・休業期・復職期のタイミング別、さらにチェックポイント別に区分して、条件、要素別比較から、好事例における連携プロセスの特徴を理解できるように編集した。

第3部 資料編

収集された資料、文献等の参考資料を収載した。

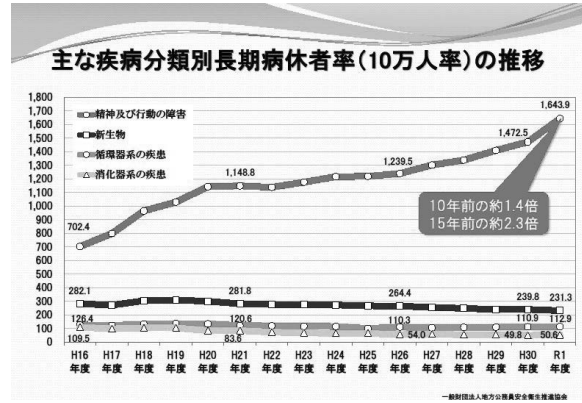
第1部 基礎編 「連携」の背景から「連携力」まで

ポイント 連携を軸にすえた主治医、産業医の取り組みについて理解する。

1. 職場のメンタルヘルス不調者をめぐる動向

職場のメンタルヘルス不調者(以下、「不調者」という)の長期休業者は依然として増加傾向にある。休業問題を扱う多くの調査は、上司、同僚との人間関係、ハラスメントに絡んだトラウマや心的葛藤、過重な業務負担、濃厚・濃密なスケジュールに基づく蓄積疲労、消耗などを業務上要因として取り上げ、職場にねざした様々な問題とメンタルヘルス不調とは深い関連があるとの認識が広く一般化しつつある。

そして、近年の人口の少子高齢化、日本経済の先行き不安などの要因を背景として、2017年3月に政府の新たな労働政策である「働き方改革実行計画」が発表された。本計画には「病気治療と仕事の両立」を含む計11本の戦略目標が盛り込まれ、厚生労働省を中心にがん対策、発達障害者支援など広い範囲で具体化され、今後の職場のメンタルヘルス対策にも大きく影響すると考えられている。

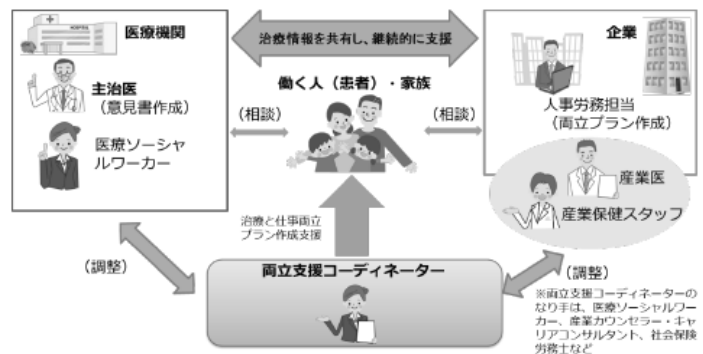


2. 治療と仕事の両立支援が基本ポリシー

本計画では、病気を治療しながら仕事をしている人は労働人口の3人に1人と多数を占め、病気を理由に仕事を辞めざるを得ない場合や仕事を続けていても職場の理解が乏しいなど治療と仕事の両立が困難な状況に直面している人々も多い、と現状を分析した。

そして、自分の仕事に期待してくれる人々がいることは、職場に自分の存在意義を確認できる、いわば居場所があると感じさせ、病と闘う励みにもなる。また、倦怠感やうつ症状など本人以外には理解しにくい病状もあり、やる気がないと思われがちで、そう思われたくないために必要以上に頑張り、体を壊してその職場を離れるという選択をする場合もある、と「病気治療と仕事の両立」の意義と両立支援の社会的効用を説明した。具体的な方策としては、治療と仕事の両立に向けて患者に寄り添う両立支援コーディネーターが、主治医、産保スタッフの連携作業の担い手となる「トライアングル型のサポート体制」が有効である」とした。

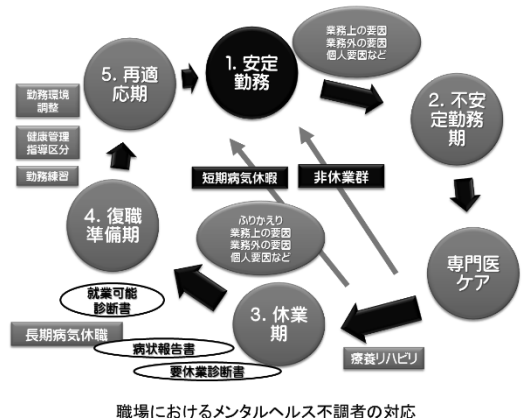
(図2：病気の治療と両立に向けたトライアングル型支援のイメージ)



3. 両立支援としての主治医と職場の連携

さらに最近では、メンタルヘルス対策に取り組む職場では安全配慮義務の観点から、人事担当者、上司、産業保健専門職らによる問題発見、早期介入から復職、職場調整、さらに安定就労までの一連の過程に対して健康面、就労面にまたがる広範なサポートを実施していくことが徐々に公式化されてきた。

全国調査や厚労省班研究から、日医認定産業医資格を有する精神科主治医を中心として不調者ケアへの関心は高いこと、



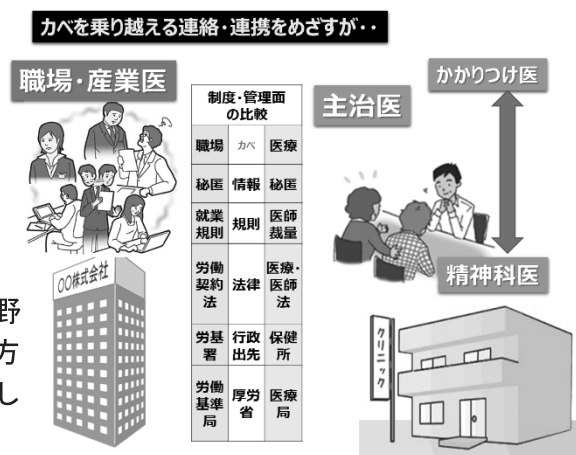
就労支援ケアはデイケア型、非デイケア型など多彩であること、さらに、職場関連情報は病態の解明、病状の回復と復職、その後の安定就労の実現に向けた治療戦略に必須であり、機能的かつタイムリーな連携は不調者の再発率、再休業率、服薬量の低下などへ導く可能性が高いこと、などが明らかにされてきた。

4. ストレスチェックも連携の一つの契機

そして、2015年12月からは、労働安全衛生法の改正によるストレスチェック制度が各職場で導入開始される段階を迎えた。本制度によりハイリスク者や希望者への面接指導が行われ、産業医・職場と臨床医、主治医の新たな接点、連携の契機が加わることとなる。いかに確かな、意義のある連携を実践できるか、に焦点が移ってきている。

5. 主治医と産業医の立場の違い

しかし、従来から主治医は医療法、医師法などとともに保険診療の枠組みで、他方、職場・産業医は産業現場、産業保健の枠組みで、互いに異なった立場での最適化を目指してきた。治療現場では、職場との連絡、連携の必要性を感じつつも、現実には種々の不都合に直面していることが調査で明らかとなっている。今後、この枠組みを超えて、ストレスチェック制度や不調者対策を視野に入れた連携を一般化、標準化していくには、まず連携の方策の共通目的、目標を具体的に明らかにし、かつ、共有していく作業が必要である。



6. 主治医の産業医との連携を軸とした就労支援例

表に精神科主治医が取り組む治療プログラム例を時間軸に従って治療導入期、休業期(前期と後期)、復職期(準備期、就労慣らし期、安定就労期)に区分し、各ステージ別に心理面、体調面、生活面、行動記録、業務面、薬物療法の課題と方策を、さらに不調者、職場ともに共通して理解しておく手続きと情報連絡ならびに環境調整、連携のポイントなどをまとめた。以下に、ステージ別にケアの動きと付随する関連情報を述べる。

(1) 連携の受け入れ準備

治療歴を有し、所属先の人事、産業医などから紹介されて来院する場合は、前の主治医はうつ病と診断したが、1年経過しても状態の改善は芳しくなく、挙句に難治性うつ病とされたことを契機として、職場では産業医、人事スタッフはうつ病の診断に疑問を発生し、他院への紹介、依頼に踏み切る事例が多い。

したがって、産業医は主治医との連携を積極的に期待し、社員には事前に連携のメリットを説明、来院の日程、心構えなどについて職場側が説明し、納得して受診する段取りである。

そして、来院後は主治医が改めて診察に至るプロセスと個人情報保護、同意なき情報提供はない点を本人と確認してから診療を本格的に開始する。

一定程度の信頼関係にのっつた合意形成、相互理解を踏まえ、不調者の身心の回復、社会的回復を共通課題とし、必要な情報のシェアを行う連携である。

(2) 治療導入期

不調者は消耗し、混乱し、動揺している場合が多く、まずは休養を勧め、ゆっくり言い分を聞き、現実感を確認していく。この際、主治医は診察室で職業人の悩みにしっかりと触れる姿勢が大切であり、診察室では様々な制約があるものの、仕事の一部始終を専門性の中身までしっかりとトレースし、不調者の内側、外側に存在する話題を丹念に拾い上げていく。「うつ」という入口から入っていくにしても、その奥には様々な病態、環境因が存在するかもしれない。その過程で不調者と主治医との関係性を育てていく。

(3) 休業期

身心の不調に加え不安定就労が目立ち、就業に具体的な影響が出始めていれば、本人の納得を得て休業環境を実現する。この際、不調者の気持ちは大きく二通りにわかれる。すなわち、積極的に休業を希望する場合と休業は絶対いやだと拒否する場合である。後者の場合は、原則として1カ月の猶予を置き、猶予期間中はケアを続け、なお不安定勤務が続く場合は1カ月後に休業に入ることとする。

休業期に入る前には不調者の同意を得て、休業の準備、背景の理解、納得、見通し、休業期間、就業規則などを職場と確認しておく必要がある。この手続きを経てから、休業期の前半は休養と病状の理解が、後半は仕事生活への動機づけ、再稼働のイメージづくりがテーマとなる。

さらに、安定した職場再適応を実現するために、個人要因を心理検査なども駆使して丁寧かつ慎重に把握する。性格、生活歴、家族歴といった個人の特徴、多彩な病態、さらにこれまでの経緯の個別事情、業務環境を構成する業種、業態、責任者、上司、人事に加え組織、職場のサイズ、システムの特徴などである。

診断よりも病態を重視する背景には、近年の精神薬理学、遺伝学など多くの研究が病態の類型化と治療の公式化の困難性を示唆している点、さらに、職場との連携作業には難解な理論、概念、用語を極力避け、病名よりは病態、事例性という解決すべき問題を中心にする、平易な表現でのコミュニケーションが必須である点、などの配慮が必要である。

(4) 復職期

厚労省の復職支援の手引きでは、主治医が行う医学的判断と職場の就労可否判断とは異なるとしている²⁾。他方、従来から主治医は就労可能の診断書を書かねばならない立場にあるが、これまで就労可能性の評価方法、ポイントなどは必ずしも明らかでない。

そこで、復職の準備にあたり、職業生活を詳しく分析する上で有用な「メンタルヘルスから見た業務力」という概念を活用する。大脳辺縁系を中心に病態が高次神経活動に様々な影響を及ぼし、やがて業務力の低下をもたらすが、自己評価で全く問題ないと回答する不調者は多い。困って、業務面はWAISⅢ、厚労省編職業適性検査(GATB)などにより定量的評価を本人にフィードバックし回復過程に活かす取り組みが有効である。

安定就労達成には職場での適切な配慮としての三管理、すなわち、作業管理、作業環境管理、健康管理にポイントがある。但し、このポイントを実現するには業務力の回復を視野に入れる必要がある。身体障害の場合、例えば、膝関節を傷めて歩行困難で車いす使用者の場合、重い荷物を運搬する作業は指示しない。但し、歩行障害の場合、車いすという補助具が有効であるが、不調者の中にはそれに相当するものではなく、かつ、目に見える形ではない。そこで、業務力の低下に備えるには、時間外労働、並列処理、抽象化作業、対人交渉作業、集団でのプレゼン、能率向上強化研修などをなるべく避けることが望ましい。これらは主治医として就労可否、就労上の配慮などに言及することを求められた場合に有効である。

ケース8 【B群】 50代男性・製造業・技術職・精神病圏

年月	就業継続			不安定勤務			休業					
	Y-11	Y-10	Y-9	Y-8	Y-7	Y-6	Y-5	Y-4	Y-3	Y-2	Y-1	Y
X-14				入社								
X-1										結婚		
X												①
X+1	②		③				異動					
X+2										④	⑤	
X+3	別職											
X+4				⑥								
X+5						⑦						
X+6				休業 1回目	⑧							
X+7												
X+8												復職
X+9						⑩ 連携★	⑪	⑫★	⑬★			
X+10												
X+11												
X+12												
X+13												
X+14												
X+15											⑭★	
X+16												
X+17												

連携前：入社後16年目に発症。当初は家人への関係妄想による家庭不和が表面化。Aクリニックを皮切りにB,C,D,Eの各医療機関への受診をくりかえすが不安定就労が目立った改善がみられず、ついに6年目に休業となった。2年後に復職するが翌年再び不安定就労へ。
 連携後：職場の勤めてFクリニックへ受診。治療の見直しで陽性症状への対策と薬物の処方を変更し、次第におちつきをとり安定化を達成。家族内の葛藤もこだわりを捨てるようになる。以後、7年間安定就労を達成、職場は上司の交代、業務内容の調整などで主治医の意見を参考にするなど継続的、安定的に連携力が発揮され、再発がみられない病態にもかかわらず両立支援が実現している。

	連携後 経過期間	病態						計	
		気分障害圏		精神病圏		不安障害圏		n	%
		n	%	n	%	n	%		
改善群	1年以上	12	54.5	41	73.2	18	42.9	71	59.2
	1年未満	4	18.2	1	1.8	12	28.6	17	14.2
	小計	16	72.7	42	75.0	30	71.4	88	73.3
非改善群		6	27.3	14	25.0	12	28.6	32	26.7
全体		22	100.0	56	100.0	42	100.0	120	100.0

表1 連携事例120例の分析：就労改善群と非改善群(文献14)

なお、薬物療法では復職準備期から安定就労達成後3カ月から半年までを一応の目安として、いわゆる再適応に向けたストレス増加対策を維持療法に加えることを基本とする。但し、通勤用の自動車運転をはじめとして業務中の安全配慮面に不都合な場合は総合的に判断するが、連携による調整がこの際も有効である。

7. 主治医が取り組む職場との連携のポイント

治療戦略上の重点課題は、不調者の治療意欲、自己管理能力、現実認識力、判断力、会話力などが重要と位置付ける。さらに家族、主治医、職場の支援力、それらを結集する連携力の役割が大きい。連携に取り組む就業改善に至った事例分析から得られた知見は以下の通りである。

(1) 連携における一般的な留意点

- 1) できるだけわかりやすい概念、表現で問題を抽出、説明し、不調者、職場との意志疎通をはかる。
- 2) 不調者がかかえる問題について職場の見立てとも十分すりあわせながら病態への認識を深める。
- 3) 不調者が職場との協調的な解決を受けいれてくれるように慎重かつ丁寧に、柔軟に取り組んでいく。
- 4) 不調者と職場との関係性を踏まえて、連携は書面のやりとりから直接の面談まで柔軟に調整する。

(2) 連携の方法、頻度

これまでの研究では、「電話」(72.5%)、「メール」(65.0%)、「書面」(63.3%)、「(職場関係者が主治医の医療機関に出向き本人と同席で面談)」(61.7%)が多い。また、連携頻度は年に4回以下を「少ない」、5回以上を「多い」と定義すると、就業改善群は「多い」が48.3%で「少ない」の25.0%のほぼ倍なのに比し、非改善群は「多い」、「少ない」がほぼ同じ割合に留まっていた。なお、書面の参考例として、職場側の安全配慮に重点を置きつつ、かつ、主治医側のケアのポイントも解説する点で両者の目的に合致した復職診断書例、休業中の病状報告書例を資料編の表に示す。

(3) 診断書の記載内容

1) 休業期前期: ①状態像(初診からまもない時期であり休業が必要な病態、状況を理解することに重点を置き断定的な表現を避ける)・②要休養・③要休業・④期間(当初は相当長期間とせず1カ月程度にとどめる)・⑤見通し(控えめにとどめる)など。

2) 休業期後期: ①状態像(休業が必要な病態、状況を理解することに重点を置き、確定診断を得たとして表現は慎重に)・②要休養・③要休業・④期間(最長3カ月程度にとどめる)・⑤見通し(控えめにとどめる)など。

3) 復職準備期: ①就労再開可能(産業医からの照会時に対応可能な根拠を準備する)・②期間(いつからを明示)・③就業再開時の配慮事項(就業時間、業務負担の軽減措置を盛り込む。業務内容変更に関わる場合は主治医との要調整など準備期間をおく。産業医からの照会時に対応可能な根拠を準備する)、④家族の同意など。

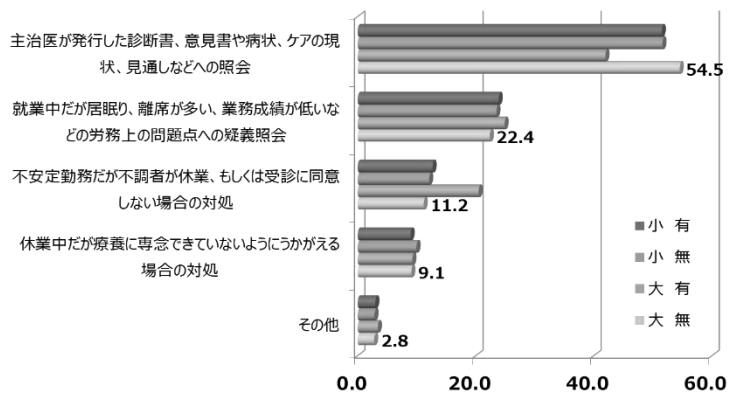
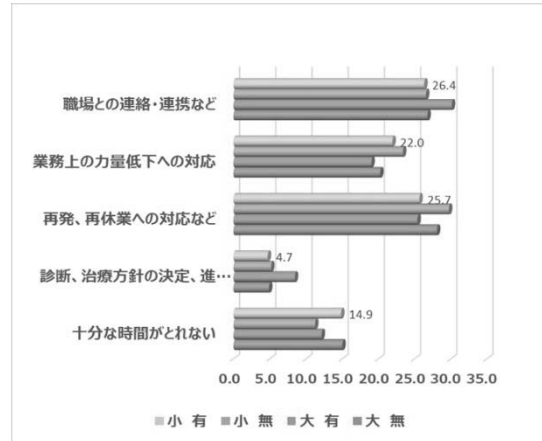
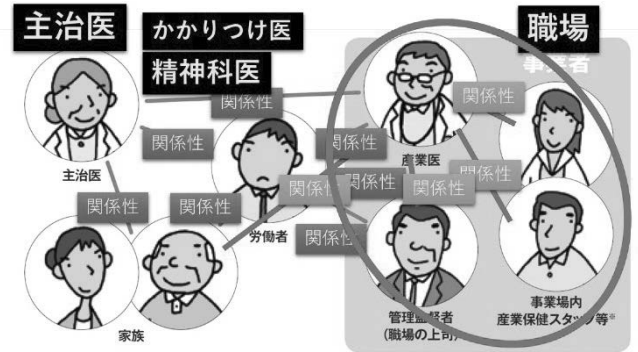


図2 職場から主治医へ不安定勤務・休業などに関して連絡・連携を受けた内容
大 (人口50万人以上都市) 小 (人口50万人未満都市) 有 (日医認定産業医資格) 無 (日医認定産業医資格) (職業の属性について、複数回答可) (文庫13)

- (4)意見書:①病態への影響が懸念される場合(異動、業務変更、上司の変更など)、②再燃傾向の場合、③事前調整の要否、④懸念事項の確認、⑤改善提案など。
 (5)病状報告書:①生活状況・②治療状況・③治療の見通し・④就業再開の意思確認など(産業医から本人へ提出を指示する場合、主治医から本人へ提出を促す場合がある)。

8. 関係性づくりは連携作業の第一歩

また、図2のごとく、職場で不調者支援に関わる主要メンバーは大きく3グループに分かれる6)。①主役である不調者本人とその家族、友人など。②職場内の関係者として、上司、同僚、人事、産業医、産業看護職、心理職など。そして、③外部の医療機関、関連支援機関など。



※衛生管理者等、事業場内の保健師及び心の健康づくり専門スタッフ、人事労務管理スタッフ
 出典 厚生労働省 http://kokoro.mhlw.go.jp/brochure/supporter/files/h25_Return.pdf

このメンバーが就労支援という共通テーマで共同作業を取り組むことが理想とすると、ここには当然ながら良質の関係性づくりの課題が生まれる。その過程には、相互の情報と意見、主張をやりとりしながら信頼、理解、合意、同意、協力関係を目指すこと、すなわち連携作業の取り組みが含まれる。したがって、関係性づくりと連携作業は表裏一体の構造といえる。

関係性づくりの第1の課題は職場内の協力体制の構築である。特に人事労務と健康支援スタッフの情報共有、役割分担、そのためのルールづくり、協議など。そして第2の課題は職場外との関係づくりであるが、お互いの制度、規則、ポリシーなどの違いから派生する障壁の存在を理解しておく必要がある。それは例えば、①個人情報保護:各々に定められた秘匿義務、②規則:職場側は就業規則、主治医側は医師の裁量による判断、③法制度:労働安全衛生法、労働契約法と医師法、医療法など、④行政機関:労働基準監督署と保健所、などである。

9. 連携を取り巻くリスクとは

他方、双方の連携が全く取組まれない場合、あるいは実効性が上がらない場合に生じるリスクを知っておくことも必要である。例えば、①情報量は乏しく偏る可能性、②主観的見解に頼るしかなく検証ができない、③誤判断、誤診の可能性、④支援のタイミングの遅れ、⑤背景もしくは周辺要因への理解、認識の不足、⑥不調者の安定就労が達成困難な場合、不調者の病状の重篤度や治療の困難性、もしくは職場側の支援の不備、不足などの理由に一方向的に帰結してしまい、連携の取り組みへの検証を怠る可能性が高いなど、これらのリスクを減らす努力が期待される。

10. 連携が必須な頻回休職群への対応

不調者対策の喫緊の課題の一つに、頻回に休復職を繰り返す事例への対応がある。これまでの調査から、10年余りの観察データによれば、大企業の長期休業者の1/4が3回以上休業することが判明している。

従来から、不調者の休業の契機は業務上要因、すなわち職場要因の比重が高いと見られていた。

しかし、実際は業務上、業務外、個人要因の3要因をいずれも有し、頻回休業群は休業回数が増えるにつれて個人要因の占める割合が高まっていた。つまり、個人と社会の双方が複雑に絡みあって休業が起きている。

この状況を乗り越えるには、職場内と職場外の包括的な連携に取り組む必要がある。例えば、産業医は

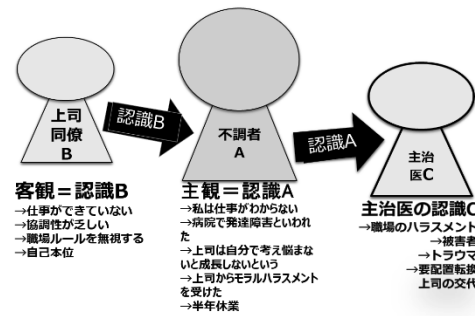
契機と思われる要因区分 (事例性)	1回目休職時(%)			2回目休職時(%)		3回目 休職時 (%)	4回目 休職時 (%)
	A群	B群	C群	B群	C群	C群	C群
職場内要因のみ	32.6	30.2	35.7	20.9	23.2	21.4	3.7
職場外要因のみ	19.8	20.9	30.4	48.8	55.4	55.4	74.1
職場内要因及び職場外要因	47.7	48.8	33.9	30.2	21.4	23.2	22.2
全体	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
数字は該当する事例数の比率を表す。 A群:n=86(休職歴1回)、B群:n=43(休職歴2回)、C群:n=56(休職歴3回以上)							

不調者のレベルに合った再適応支援環境を用意する、主治医は不適応状態に至る根拠を見極めつつ、業務力、現実認識力等の社会適応性の改善へ向けて注力する。これらが実現すれば安定就労への道筋ができるという考え方である。

この取り組みを実践していく中で種々の医療的ケアを駆使しても目立った改善は得られなかった不調者が、産業医と主治医の連携と職場環境調整を組み合わせると、臨床的重症度が改善していくことが新たにわかった。この結果は個人要因の比重が高い場合も、職場の就労機会の再設定による適応改善効果が期待できることを示唆する。

11. 主観的傾向の強い場合の対応

ただし、この実現には不調者との良好な関係性が不可欠である。ところが、図3に示すように、現実感覚や現場感覚の共有ができない場合がある。この際は、職場の論理、社会の常識という筋立てでは対立的になるばかりである。主観が強く職場社会の基準、目標との折り合いがつかない、客観性、自己と他者の関係性、協調性とは何かかわからない、といった社会性に難点を抱えた不調者への対応は、どのように対応すればいいのか。

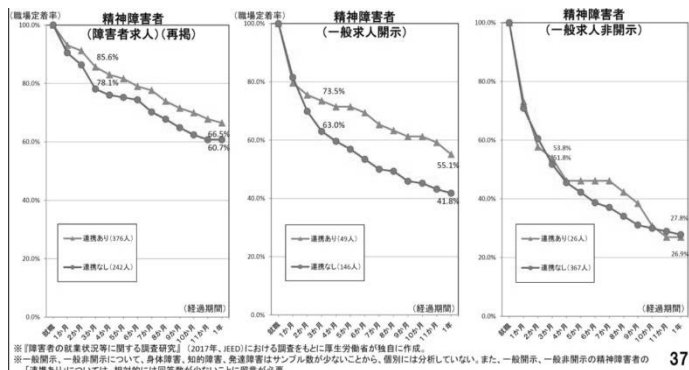


結論から言えば、職場からのアプローチは困難を伴いやすい。そこで、不調者を職場では病人扱いせず、職場は安全配慮上心配しているという見解で接し、専門医もしくは主治医の医学判断に委ねる、専門的判断にイニシアチブを期待しつつ、本人からは同意を得て、産業医と主治医の連携による現状認識の共有が当面の目標となる。そして、不調者、主治医、産保スタッフが同伴受診などで合同で話し合い、実行可能な状況を見出す努力を重ねていくことが基本となる。

12. 連携が必須な障害者雇用への支援

障害者雇用の義務化は民間企業の従業員50人以上から45.5人以上へと進み、その事業主には毎年6月1日時点の障害者雇用状況をハローワークに報告することや、障害者の雇用の促進と継続を図るための障害者雇用推進者を選任するなどの義務が課せられた。今後さらに法定雇用率は上昇が見込まれている。

職場の取り組みの現状はどうか。厚生労働省のデータによれば、就労開始1年後の職場定着率は約50%、長く続かない理由として、周囲の支援、特に職場側、主治医側との連携の希薄さ、職場側の支援体制の不足への指摘が目立つ。



残念ながら、主治医の一部には主治医の役割は乏しく、就労支援には消極的な対応をする傾向が認められる。しかし、職場で障害者雇用勤務者の就労支援の経験から言えば、決して一義的に適応困難ではなく、個人の特徴に合った環境設定と地道な支援、そして職場側、主治医側との連携により適応可能性を向上することが基本テーマである。むしろ、障害の回復可能性と適応可能性を区別し、職場適応という命題に対して画一的でなく柔軟な見解と対応が必要である。以下に実務上の重要なポイントをまとめておく。

- (1) 職場適応力: 職場で仕事ができているかどうか、適応状況に焦点をあてる。職場適応力は決定的、固定的、限定的ではなく、相対的、流動的、可変的との前提に立つ必要がある。職場環境、個人環境によっても変化することを知っておく。
- (2) 生活状況: 本人の傾向や未解決点、解決点などを整理しておく。個人要因を簡潔にまとめておくと、環境不適応の問題解決のヒントとなる。本人の動機づけを確かめ、目標を低め、小さめ、少なめにしていくと

行動や病態が修正可能となる場合がある。

(3) 障害、病状の自覚: 本人の認識レベルは適応力の改善、向上を左右する。また、職場側の理解のレベルと調整力も就業生活の安定化に寄与する。本人にはなにかどのように見えているのか、を知り職場側で調整することをめざす。

(4) 周囲のフォロー: 同僚、上司らのフォローも同時に継続していく必要がある。常に職場全体への配慮を忘れず、負担やストレスが偏らない工夫をめざす。

(5) 産保スタッフの役割: 医療職は障害の重さや特徴を把握し、安定した適応の道筋を立てていく役割があり、その力量を身に付けておくことが期待されている。

(6) 職場内外の連携: 産業医を中心に人事、上司、産保スタッフが連携し、医療的、労務的支援と、家族や主治医、外部の支援者との連携を組み合わせた包括的支援をめざす。

総じて、不調者支援の基本ステップを土台として段階的に取り組んでいくことが重要である。

13. 「好事例収集プロジェクト」から生まれた連携ガイドブック

行政の指針をはじめとして、主治医と産業医両者の連携の意義を支持する多くの実践活動や研究報告が発表されている。しかし、実際に連携効果をあげていくには、主治医も職場も概念、情報を共有し、共通の目標づくりとその達成へ向けた実行力を備える必要がある。

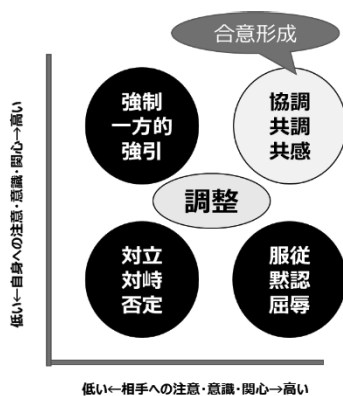
最近の調査から、主治医は連携の必要性を理解しつつも、主治医から職場への連携の実績、頻度は多くなく、むしろ職場から主治医への連携がやや多い、また、職場の対応から認識や受け止め方との隔たりに直面し、不調者の同意取得を除き、タイミング、進め方などの連携のノウハウが不足し、連携の困難性に戸惑っている現状が明らかとなった。この解決へ向けた一案として、主治医や産業医の連携プロセス、ノウハウなどを網羅した連携ハンドブックを主治医、産業医双方で活用する案に大きな期待が寄せられている。然るに、今般の研究において、長年本領域で取り組んできた専門家による効果的な連携実績を「好事例」として収集し、そこから得られた知見、経験値を集約した連携ガイドブックを作成する計画を「好事例収集プロジェクト」と題して企画、実行した。総じて 38 名の専門家から 49 件の好事例を回収、本書のそれらにエッセンスが盛り込まれた。それらの内容は第 2 部において紹介する。

14. 主治医・産業医に必要な効果的な連携のための「連携力」

「好事例収集プロジェクト」に回答を寄せた専門家が選択した「連携力」とは、すなわち、効果的な「連携」を実現するために主治医及び産業医に必須なスキルである。右の表に一覧を紹介する。

内容的には上記の内容とほぼ一致している。

今後は、これらを専門家間で共有し、かつ、ノウハウを具体的に習得、実践して育てていく研鑽の機会を確保していくことが課題である。



主治医→7・産業医→9に必要な連携力

1. 主治医・産業医に共通な要素

- ① 本人の主観的判断と、周囲の客観的判断を参考としながら取り組む
- ② 病状の背景にある、業務上要因、業務外要因、個人要因を見極めていく
- ③ 常にメンタルヘルスの視点を重視する
- ④ 治療と就労の両立支援の観点から産業医と主治医等との連携に取り組む

2. 主治医に必要な要素

- ⑤ 本人と合意形成しつつ診療に取り組む
- ⑥ 産業保健関連諸制度・規則等の動向に注目し研鑽を積む
- ⑦ 本人の所属職場の就業規則、休業時の対応等について情報収集する

3. 産業医に必要な要素

- ⑤ 合理的配慮、安全配慮を重視する
- ⑥ 職場内連携（上司、人事、他の関係者らとの共同支援）を基本とする
- ⑦ 本人の業務の力量・体調に配慮した3管理（作業、作業環境、健康）、業務環境調整を行う
- ⑧ 職場環境の改善、ひいては、組織運営の向上を考慮した支援をめざす
- ⑨ 精神科医療、制度への関心を高め理解を深める

15. もう一つの連携力～法務からのアドバイス

本書に掲載するべく弁護士である佐久間大輔先生に執筆を依頼した。テーマは連携力として必須な法務上の留意点についてである。

寄稿

精神科主治医と職域との連携に関わる法務上の留意点

弁護士 佐久間大輔(つまこい法律事務所)

1 就業上の措置と労働契約の変更

「労働契約は、労働者が使用者に使用されて労働し、使用者がこれに対して賃金を支払うことについて、労働者及び使用者が合意することによって成立する」(労働契約法 6 条)。労働契約によって労使の権利義務関係が発生、変更、消滅する。そのため、労働者が契約内容となっている「労働」をすることができなければ、使用者は労働契約を解除(＝解雇)できることになり、労使の権利義務関係が消滅するとの効果が発生する。

労働者が義務を負う「労働」をするには、労働条件が定まっていなければならない。その具体的な内容は、①いつ(労働日・期間)、②何時から何時まで(労働時間)、③どこで(労務提供場所)、④誰(労務提供先)に対し、⑤どのような職務を行うのか(職種・業務内容)、⑥「労働の対償」としていくら支払われるのか(賃金)、である。

健康診断後や、長時間労働者又は高ストレス者の面接指導の結果に基づく就業上の措置について、労働安全衛生法は、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮などを例示しているが、この3つの措置を見ても図表1のとおり労働契約の内容が変更される。

図表1 労働安全衛生法に基づく事後措置と労働契約の変更

就業場所の変更	労務提供場所、職種・業務内容の変更。場合によっては労働日、労働時間の変更も。これに伴う賃金の変更。
作業の転換	職種・業務内容の変更。これに伴う賃金の変更。
労働時間の短縮	労働日、労働時間の変更。これに伴う賃金の変更。

「労働者及び使用者は、その合意により、労働契約の内容である労働条件を変更することができる」(労働契約法 7 条)。しかし、実際には労使の合意があっても共通認識が形成されていないため、契約内容の変更に齟齬が生じることがある。

そこで、産業医等の産業保健スタッフ(以下「産業医等」という)が介入する際には、メンタルヘルス不調者に対する就業上の措置が労働契約の変更に当たり、労働法の解釈や労働契約の評価が問題となることを使用者と共有すべきである。

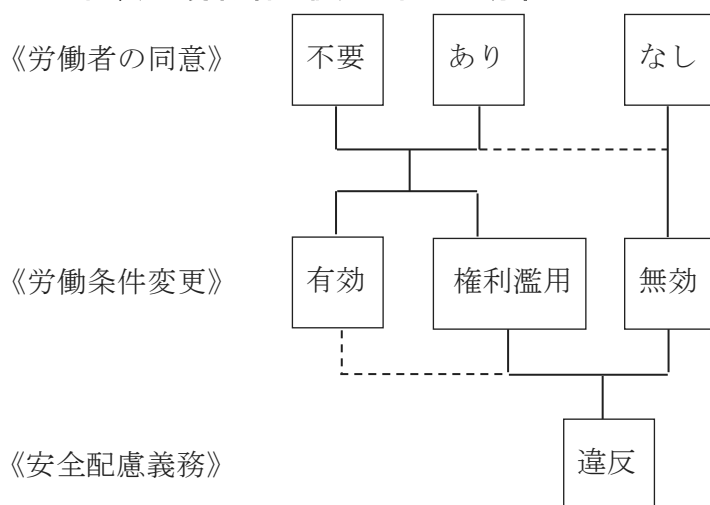
また、主治医として精神科医等が職場復帰の可否や就業上の措置に関する診断書を作成する際も、同様の認識を持つことが望ましい。

2 労働契約の変更における労働者の同意

個別的労使関係における法律問題は、労働契約の内容の解釈をめぐって発生するが、特に契約変更に当たって労働トラブルが発生することが多い。変更時に労働者の同意を得ていないケースが散見されるため、労働条件の設定・変更をめぐる裁判例においては、労働者の個別的な同意が強調される傾向が見受けられる。

そのため、使用者としても、労働条件の設定や変更において労働者の同意を得ることを常に意識しなければならない。しかし、労働者の同意は取ればよいというものではなく、キーワードは「自由な意思」である。

図表 2 労働者の個別的同意と効果



うつ病で休職した労働者が職場復帰をする際に他の職場に配置転換させることがあるが、就業規則に業務上の都合により配転を命ずることができる旨の定めがあり、現に配転を行っている実態があれば、配転について、労働者より個別的同意を得る必要はない(東亜ペイント事件・最高裁判所第二小法廷昭和 61 年 7 月 14 日判決・最高裁判所裁判集民事 148 号 281 頁)。これに対し、就業規則に減給の規定がないのに、配転に伴って減給した場合、労働者の個別的同意がなければ、配転は有効であっても、減給は無効となる。個別的同意があったとしても、労働者が不利益変更について十分な説明を受けず、内容が理解できていないまま同意をしたのであれば、労働者が自由な意思を形成していなかったことになるから、使用者が配転や減給を実行しても無効となる可能性がある。図表 2 の、労働者の同意「あり」から労働条件変更「無効」につながる点線はこの趣旨である。

一方、就業規則に規定があったとしても、うつ病によりパフォーマンスが悪いという理由だけで使用者が一方的に減給を伴う配転をすることは、人事権を濫用するものとして無効と判断されることがある(労働契約法 3 条 5 項)。

特に労働条件の不利益変更の場面では、労働者に自由な意思を形成してもらうために、どのような説明を行い、何を配慮すべきであるのかが、労務管理上の留意点となる。労働契約は労使の合意により成立・変更されることが労働契約法の原則であるとの感覚を磨くことが労働トラブルを防止するために必要である。その意味で、経営者や人事労務管理スタッフだけでなく、産業医

等も、労使関係における契約の観念を意識した方がよい。

精神科主治医や外部支援機関等の事業場外資源（以下「主治医等」という）は、労働契約の当事者ではないが、この意識を持つことが望ましい。

3 メンタルヘルス不調の安全配慮義務

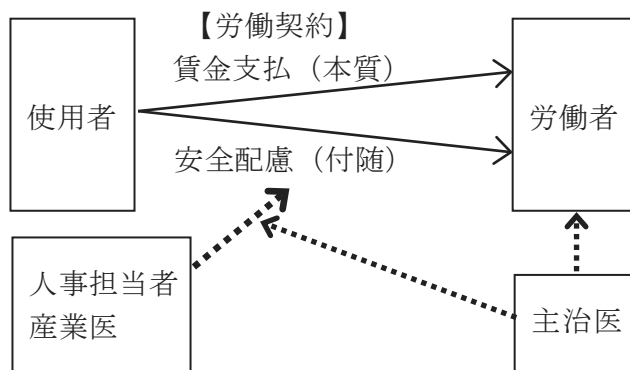
近年、メンタルヘルス不調の労働者に対してパフォーマンスが低下したことなどを理由とする降格や解雇、職場復帰時の配置転換や退職をめぐる裁判が増えている。裁判に至らなくても、職域では、「心理的負荷による精神障害の認定基準」（平成 23 年 12 月 26 日基発 1226 第 1 号、改正令和 2 年 8 月 21 日基発 0821 第 4 号）が業務起因性を肯定する強度「Ⅲ」の心理的負荷を生じさせる業務上の出来事や要因よりも、単体では労災認定されない強度「Ⅱ」以下のケースを扱うことが多いと思われる。強度「Ⅱ」でも、メンタルヘルス不調者にとってはストレス要因となることから、使用者側の対応を難しくしている。

裁判例の傾向に鑑みれば、心理的負荷の強度「Ⅱ」以下の業務による出来事やストレス要因は労災認定されないから問題はないといった楽観視は許されない。労働契約法 5 条が定める「安全配慮義務の具体的内容は、労働者の職種、労務内容、労務提供場所等安全配慮義務が問題となる当該具体的状況等によって異なるべきものであり」（川義事件・最高裁判所第三小法廷昭和 59 年 4 月 10 日判決・最高裁判所民事判例集 38 巻 6 号 557 頁）、労働者の就業場所や業務内容だけでなく、年齢や健康状態などの個人的な事情も踏まえて具体的に決まるので、特定の労働者に対する義務は状況によって変化する。過重労働に従事させていなくても、健康状態の悪化を認識できるであれば（現に認識している必要はない）、その悪化を回避・軽減するための安全配慮義務は発生するのである。うつ病により休職した労働者が職場復帰をする際に配置転換されたといったことが心理的負荷要因となり、疾病が増悪したことから、労働トラブルが発生して裁判に至ったケースがあるが、配転自体が直ちに安全配慮義務違反と評価されるとまではいえないものの、具体的状況によっては同義務違反となり、紛争に発展するリスクがある。

使用者が株式会社などの法人であれば安全配慮義務を現に履行するのは自然人となる。法人の組織構成員である人事労務管理スタッフや管理監督者は賃金の支払いという使用者の本質的義務の履行に関与できないが、労働契約上の付随的義務である安全配慮義務については、使用者の義務の履行を補助する立場にある。これは産業医等も同様である。

これに対し、主治医等は、労働契約上の法的な責任を負う地位にないが、労使双方を補完する役割を分担しているといえる。

図表 3 人事労務担当者・産業医の法的地位と主治医の役割



そうすると、安全配慮義務が発生する要件や時期が問題となる。

「使用者は、必ずしも労働者からの申告がなくても、その健康に関わる労働環境等に十分な注意を払うべき安全配慮義務を負っている」とし、「(使用者)に申告しなかった自らの精神的健康(いわゆるメンタルヘルス)に関する情報」については、「労働者本人からの積極的な申告が期待し難いことを前提とした上で、必要に応じてその業務を軽減するなど労働者の心身の健康への配慮に努める必要がある」(東芝(うつ病・解雇)事件・最高裁判所第二小法廷平成 26 年 3 月 24 日判決・最高裁判所裁判集民事 246 号 89 頁)。したがって、労働者の申告がなくても、健康状態の変化について予見可能性が認められれば、使用者の安全配慮義務は発生する。

安全配慮義務の範囲を制限することに労働者の個別的同意があったとしても、労働者の健康状態が変化したことを認識していたのであれば、安全配慮義務としての就業上の措置を講じなければならないのであり、これを怠ったという場合は、同義務に違反して損害賠償責任を負うことになる。安全配慮義務は具体的な状況により変化するので、文書であっても一律に内容を画することはできない。その意味で労働契約法上の合意原則を修正するものといえ、図表 2 の、労働条件変更「有効」から安全配慮義務「違反」につながる点線はこの趣旨である。

自殺を防げなかったケースでは、産業医が定期的な面談をしておらず、事例性・疾病性が正確に把握できていなかった、また人事労務管理スタッフや主治医との情報交換が不十分であったなど、産業医等を軸にした、人事労務管理スタッフや主治医等との連携がなされていなかった事象が見受けられる。メンタルヘルス不調者の事例性・疾病性が正確に把握できずに自殺という最悪の転帰に至ると、職域に影響を及ぼすだけでなく、遺族との裁判になれば関係者間の意思疎通が不十分であったことを理由に使用者の損害賠償責任が肯定されることがある。メンタルヘルス不調者に対する人事労務管理スタッフの指導や管理監督者のフォローアップができていたのが司法判断の帰趨に影響を与えるので、主治医等を含めた関係者と連携することに留意する。

4 労働契約の変更における情報流

うつ病で休職した労働者を職場復帰させる際、主治医と産業医の意見が食い違うことがある。それは、主治医は職場に関する情報をよく聞いていない、一方で産業医は治療に関する情報を不完全にしか持ち合わせていないことから起こる。実際に裁判例を見ると、主治医から産業医へ、産業医から主治医へ、正確な情報が提供されていないケースが多い。このとき、本来選択すべき結論とは別の結論を選択してしまい、労働トラブルに発展する。

それでは、うつ病休職者の職場復帰を成功させるには関係者間で何が必要となるのか。

一般に契約の締結や変更の場面において、契約当事者は契約に関する情報を共有することが前提となる。労働契約も契約の一種であるから、契約当事者である労使間で情報共有することが必要である。職場復帰において図表 1 の措置を講じることがあるが、いずれも労働契約の変更を伴うので、その評価が契約当事者にとって重要となる。

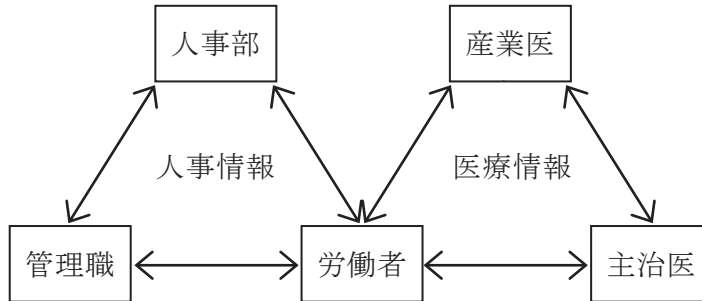
契約内容の変更をめぐるコンフリクトは不可避免的に発生するが、このとき、管理監督者、人事労務管理スタッフや産業医等という組織内だけでなく、主治医等との間でも労働契約に関する認識が共通になっていないことから、必ずしも情報共有が十全になされず、労働契約の解釈や評価にずれが生じることが見受けられる。

労働契約の変更を伴う職場復帰の場面においては、主治医等も含めて関係者が情報共有をし、相互に相手方の意見や利害を尊重し合いながら共同で解決策を模索する。

そのため、人事労務管理スタッフが中心となり、円滑な情報流を構築すべきである。

図表 4 情報管理体制の整備

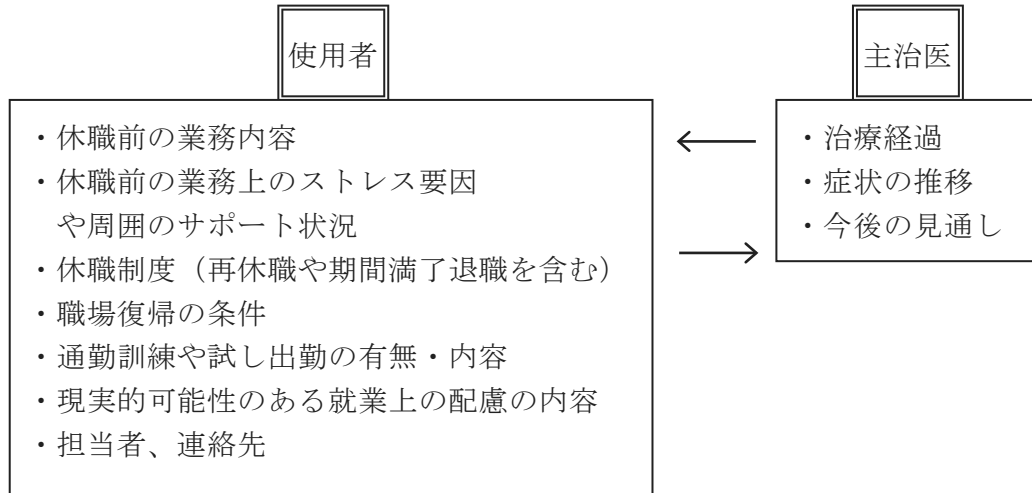
《管理》誰(部署の責任者・担当者)が一元管理



《伝達》誰(部署)から誰(部署)へ
《共有》誰(部署)と誰(部署)の間で

一方、産業医等が中心となり、休職の前後の早い段階から、主治医等と情報共有する。休職者に職場復帰に向けた焦りの気持ちがあり、それが主治医の復職診断書に反映されることがあるので、早めに主治医とコンタクトを取っておくと、本人の意向や病状が理解しやすくなるからである。ただし、本人からあらかじめ同意を得ることが必要である(個人情報の保護に関する法律 17 条 2 項)。そして、使用者は、事例性だけでなく、疾病性に関する情報を取得し、一方、主治医等は、疾病性だけでなく、事例性に関する情報を取得することで、両者が共通認識を作り上げることが肝要である。

図表 5 使用者と主治医の情報交換



主治医については、使用者側との認識のずれの一つに治ゆの意義があることを意識した方がよい。主治医は、睡眠覚醒リズムや生活リズムが整ってきたら、患者の意向もあり、職場復帰可能との診断書を書く傾向が見られるが、「現に就業を命じられた特定の業務について労務の提供が」できるか、又はそれが「十全にはできないとしても、その能力、経験、地位、当該企業の規模、業種、当該企業における労働者の配置・異動の実情及び難易等に照らして、当該労働者が配置される現実的可能性があると認められる他の業務について労務の提供をすることができ(る)」こ

とが、治ゆとなる(片山組事件・最高裁判所第一小法廷平成10年4月9日判決・最高裁判所裁判集民事188号1頁)。したがって、原職又は原職以外の配置可能性がある職場での労務提供が可能でないのに、主治医が職場復帰可能との診断書を作成しても、治ゆのレベルとのギャップは埋まらない。また、配置される現実的可能性のある業務が存在しないのに、職場復帰の条件として配置転換が妥当であるとの診断書を作成しても、メンタルヘルス不調による休職という変化への対応としての改善策に実行可能性がないので、就業上の措置にはなり得ない。

そこで、主治医は、労働者に対しては、原職での労務提供ができるか、又は原職以外の配置可能性がある職場での労務提供は可能であるか、また使用者に対しては、労働者が配置される現実的可能性がある業務は存在するかをそれぞれ確認した上で医学的意見を述べ、労働契約における補完的な役割を果たすことが求められる。

とはいえ、職域と主治医等との認識にずれが生じるのは主治医のみに起因するのではなく、人事労務管理スタッフや産業医等が事業場や休職者の業務に関する情報を提供していないことにもよる。そこで、人事労務管理スタッフとしては、主治医より任意書式による診断書が提出された段階で動き始めるのではなく、早い段階から休職者や主治医と連絡を取り合い、三者面談を実施するなどして、当初より主治医に対して職場復帰支援に関する情報提供書の提出を依頼し、これを復職診断書として休職者に提出させることが望ましい。

このように関係者が労働契約の変更場面である職場復帰において、必要な情報を共有した上で、労働者から自由な意思に基づく同意を得るために丁寧な対応をすることが求められている。これが、うつ病による休職からの職場復帰が成功する主因となるであろう。

以上

第3部 資料編

ポイント 好事例で使われた資料を理解し、自分で連携のツールを見つけましょう。

休業状況報告書(年 月分) : 返信期限: 平成 年 月 日

〇〇株式会社人事労務担当者 殿

最近の休業中の状況につき、下記のとおりご報告致します。

記入日: 平成 年 月 日

所属		社員番号	
氏名	印	休業開始日	年 月 日

1. 生活状況	① 睡眠は? <input type="checkbox"/> とてもよい <input type="checkbox"/> まあまあよい <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> とてもよくない ② 食欲は? <input type="checkbox"/> とてもよい <input type="checkbox"/> まあまあよい <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> とてもよくない ③ 外出は?(1日平均) <input type="checkbox"/> 3時間以上 <input type="checkbox"/> ~3時間 <input type="checkbox"/> ~1時間 <input type="checkbox"/> ほとんどしない ④ 自宅での主な過ごし方は?(複数回答可) <input type="checkbox"/> 読書 <input type="checkbox"/> ネット・パソコン <input type="checkbox"/> TV, ビデオ鑑賞 <input type="checkbox"/> 横になって休んでいる <input type="checkbox"/> 眠っている <input type="checkbox"/> その他
2. 通院状況	⑤ 通院先医療機関名「 _____ 」 主治医氏名「 _____ 」 ⑥ 直近の通院日 月 日() (定期的 ・ 不定期) ⑦ 次回の通院予定日 月 日()
3. 主治医の指示	⑧ 指示内容 <input type="checkbox"/> 要安静 <input type="checkbox"/> 外出可能 <input type="checkbox"/> 復職準備可能 <input type="checkbox"/> その他
4. 服薬	⑨ 服薬 <input type="checkbox"/> 毎日服薬している <input type="checkbox"/> 時々服薬している <input type="checkbox"/> 服薬していない 服薬中の場合は最近の服薬内容を下記に記載してください。(薬の名前、量等) [_____]
5. 最近の状態	⑩ 最近1ヵ月間の安定感は? <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> わからない
6. 就労再開の見通し (自身の判断)	⑪ 再開見通し <input type="checkbox"/> おおよそ()月頃 <input type="checkbox"/> 未定
7. 職場からの連絡可否	⑫ 連絡 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 可 → <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 電話→番号 <input type="checkbox"/> E-mail→アドレス *連絡時期…… <input type="checkbox"/> 1ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 翌月 <input type="checkbox"/> 2ヵ月後
8. その他 特記事項	⑬ 今後の見通し、希望・相談などがありましたら記入してください 無 ・ 有

回答できない場合は、右を記入して下さい	<input type="checkbox"/> 回答できません(理由: _____)
最後に記入漏れのチェックです。	<input type="checkbox"/> 確認しました

復職に関する診断書

カタカナ 本人氏名	印	社員 番号	入社： 年 月 日 勤続 年 月
本人配属先：	職位	性別： 男・女	生年月日： 年 月 日 満 歳
カタカナ 上長氏名	印	職位 雇用形態：正・契約	カタカナ 人事氏名 職位 印

主治医（現病歴・復職可能性・業務負担等についての見解・判断）	本人（最も配慮を希望すること・復職意思確認）
<p>■診断名（状態像）：</p> <p>■診断の根拠（主病状および治療の経過概要）：</p> <p>■最近の処方：</p> <p>■復職後の服薬内容： 上記と同じ・上記以外</p> <p>■復職可能の判断根拠</p> <p>1) 就労意欲</p> <p>2) 生活リズム</p> <p>3) 業務遂行に必要な機能 判断力・記憶力・理解力 社会行動力 集中力・持続力 協調性 会話力・表現力</p> <p>4) 復職準備練習実績（期間・内容）</p> <p>■復職可能時期： 平成 年 月 日以降</p> <p>■復職後の通院頻度： 回／月</p> <p>■復職後 1 カ月間の就業条件</p> <p>1) 勤務時間：（1日7時間30分、週5日）の可否： 可・否</p> <p>2) 勤務時間制限の要否：要・否 （例</p> <p>3) 出張（日帰り・短期）の可否： 可・否 （例</p> <p>4) 自動車運転の可否： 可・否（例</p> <p>5) その他配慮すべき点： 無・有 （例</p> <p>■職場からの照会の可否： 面談（可・否） 電話（可・否）メール（可・否）</p> <p>医療機関名： _____</p> <p>電話 _____ メール _____</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">主治医署名： _____ 印</p>	<p>無・有</p> <p>復職したいのでよろしくお願いします。 署名： 年 月 日</p> <hr/> <p>家族（就業再開についての同意： 有・無）</p> <p>ご意見</p> <p>署名： 年 月 日（続柄： ）</p> <hr/> <p>産業医</p> <p>復職 可・否 根拠 本人・家族・主治医</p> <p>開始時期 年 月 日以降 年 月 日</p> <p>産業医署名： _____ 印</p> <hr/> <p>健康管理指導区分</p> <p>適用期間：</p> <p>開始 年 月 日 終了 年 月 日</p> <p>就業条件 就業時間： 平常・制限 業務負担： 量 密度 範囲 スピード</p> <p>上司：声かけ 業務日誌：要・否 自動車運転：可・否 外出：可・否 出張：可・否 短期・長期 その他：無・有</p>

診療情報提供書

先生御侍史

令和 2 年 8 月 28 日

依頼元：株式会社

電話番号： FAX：

医師氏名 印

氏名	殿 性別
生年月日	年 月 日 () 歳
目的 復職にあたっての当社対応について情報のご提供および主治医のご意見の確認	
平素は大変お世話になっております。 ご高診の際の参考資料としてもご利用いただければ幸いです。	
当社が実施可能な就業配慮	
備	考

就業力の自己評価シート

軸	項目	番号	説明	最近1カ月間についての自己評価				コメント (自由記述)
				3	2	1	0	
(A) 生活行動面 (自己管理能力)	生活リズム	1	起床から睡眠まで、健康的な生活日課を安定して取り組めていますか	とても安定している	ほぼ安定している	ときどき不安定	とても不安定	
	睡眠	2	睡眠は寝つきがよく、途中や朝早すぎてめざめることなく、安定していますか	とても安定している	ほぼ安定している	ときどき不安定	とても不安定	
	食欲	3	食事内容がかたよらず、規則的においしく食生活はできていますか	とても安定している	ほぼ安定している	ときどき不安定	とても不安定	
	体調	4	心は穏やかで、身体の不調が目立たず、体調は安定していますか	とても安定している	ほぼ安定している	ときどき不安定	とても不安定	
	病状	5	自分の病状を理解し、主治医とのケア、服薬などに安定して取り組んでいますか	とても安定している	ほぼ安定している	ときどき不安定	とても不安定	
(B) 心理行動面 (社会適応力)	通勤	6	毎日遅刻しないで、安定して通勤はできますか	いつでもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
	労働意欲・自発性・自立性	7	ひとに頼らず、自分で計画を立て目的を持って行動しながら、積極的、意欲的に職業生活に取り組めますか	いつでもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
	社会性・思慮分別	8	社会、職場のルール・マナーを守りながら行動できますか	いつでもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
	現実感、現場感覚、現実判断力	9	自分をとりまく状況がどのようになっているか、周囲と歩調をあわせながら行動できますか	いつでもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
	対人関係調整力・協調性	10	周囲の人に気を配り、相手の体調や自分への要求に配慮しながら行動できますか	いつでもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
	自省力・向上心	11	自分の行動を冷静にふりかえりつつ問題点に気づき、改善、向上へ向けて取り組むことはできますか	いつでもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
	自制力・感情/不安のコントロール力	12	自分の怒り、不満、心配、気がかり、焦り、喜び、うれしさ、悲しさなどの感情におぼれないように注意しながら行動できますか	いつでもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
(C) 作業面 (業務力)	集中力	13	本や新聞を読む、パソコン作業をする、ひとの話を聞くなどの行動を30分以上おちついて取組めますか	いつでもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
	持続力・勤勉性	14	朝から夕方まで日課や仕事を毎日くりかえし、目標に向けて根気よく取組めますか	いつでもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
	対話力	15	相手のいうことを聞いて理解し、自分の思ったこと、考えたこと、やろうとすることをことばで表現しながら意見のやりとりができますか	いつでもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
	初級技術力	16	新聞記事を読んで理解する、パソコン基礎作業をする、コピー機を使う、電話機を使うなどの作業はひとの力を借りずに自分でできますか	いつでもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
採点欄	(A) 生活行動面 (自己管理能力) (5項目)			3X	2X	1X	0	/15
	(B) 心理行動面 (社会適応力) (7項目)			3X	2X	1X	0	/21
	(C) 作業面 (業務力) (4項目)			3X	2X	1X	0	/12
				合計				/48

職場復帰・復職における職務適性に関する意見書(1/3)

人事秘

1. この意見書は、1ヶ月以上の傷病欠勤からの(職場復帰・復職)時に健康状態を把握して、適切な就業上の配慮を実施し、職場への再適応を支援するために必要な情報を収集するための意見書です。
2. この意見書は、所属長→本人→主治医→(本人)→産業医の順に送付して下さい。
3. この意見書は、人事部で保管します。

対象者氏名： _____	生年月日： _____ 年 月 日
入社年月日： _____ 年 月 日	所 属： _____

休業開始日	_____ 年 月 日	休職開始日	_____ 年 月 日
-------	-------------	-------	-------------

所属長記入欄

(職場復帰・復職)後に配置する業務について考えておられる仕事の内容・質・量等の要求度についての意見を記載して下さい。また、主治医、産業医に対する具体的な質問があれば記入して下さい。

この意見書に基づいて、就業上の配慮が実施されることに同意します。

記載日 _____ 年 月 日

部門長： _____ 印 所属長： _____ 印

本人記入欄

主な仕事の内容(主治医にも理解できる言葉で)や今後の仕事についての要望、意見を、ご記入下さい。

この意見書に基づいて、就業上の処置が実施されることに同意します。

記載日 _____ 年 月 日

本 人： _____ 印

職場復帰・復職における職務適性に関する意見書(2/3)

人事秘

主治医記入欄	
本人・所属長による仕事の内容や要求事項を参考に、今後の就業上の配慮の必要性や望ましい職務についてのご意見をご記入下さい。	
診断： 治療状況、投薬の内容等：	
入院期 年 月 日 ～ 年 月 日 (入院した場合のみ記入して下さい)	
就業上の配慮について(□をチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 就業上の配慮は必要ない <input type="checkbox"/> 就業上の配慮が必要 <input type="checkbox"/> 就業は困難 (就業禁止) コメント (就業上の配慮が必要な場合は、具体的な内容を必ずご記入下さい)	
その他 (ご意見があればご記入下さい)	
医療機関名 住 所 電 話 () 記 入 日 年 月 日 主治医氏名： 印	

※主治医意見記入後は、ご本人より直接本社健康管理担当者に送付願います。

職場復帰・復職における職務適性に関する意見書(3/3)

1. この意見書は、1ヶ月以上の傷病欠勤からの(職場復帰・復職)時に健康状態を把握して、適切な就業上の配慮を実施し、職場への再適応を支援するために必要な情報を収集するための意見書です。
2. 産業医による本人面談と同(1/3)～(2/3)を参考の上、産業医が意見を記入。その後、本人と所属長の同意を取ります。(その際、本紙(3/3)のみ回覧)
3. この意見書は、人事部で保管します。

対象者氏名： _____	生年月日： _____ 年 月 日
所 属： _____	休業開始日： _____ 年 月 日

産業医記入欄	
(職場復帰・復職)の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
就業上の配慮 <input type="checkbox"/> 不必要 <input type="checkbox"/> 必 要 必要な場合の内容(リハビリ勤務を含む)	
内容の見直し時期 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日 頃</div>	
記入日 年 月 日	産 業 医： _____ 印

本人記入欄	
この意見書に基づいて、就業上の措置が実施されることに同意します。	
記入日 年 月 日	本 人： _____ 印

所属長記入欄	
年 月 日より就業上の配慮を実施します。	所 属 長： _____ 印

人事部		総務担当		所属部門	
部 長	担当課長	課 長	担当者	部門長	所属長

仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する 治療と並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究

(課題名) 「うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治ゆ評価」

分担研究者 (氏名 千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学 清水栄司)

研究協力者 (氏名 千葉大学子どものこころの発達教育研究センター 田中麻里、平野好幸、高梨利恵子、沼田法子、千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学 須藤千尋、吉川智博)

研究要旨：就労中のうつ病、うつ状態、適応障害患者 500 名への WEB アンケートにより、発病前の 6 か月以内の職場ストレス（心理的負荷）が 6 割以上に見られ、そのストレスが持続している患者が 3 割ということが明らかとなった。また、「うつ不安スコアの医療者登録データベース研究」により、うつ症状 PHQ-9 と不安症状 GAD-7 の実用性を示した。さらに、無理な配置転換、ワンオペ、職場いじめ、パワハラ等の強い職場のストレスから、うつ病を発病し、(A) 退職した患者群、(B) 就労継続の患者群、職場のストレスからうつ病を発病せず、(C) 退職した一般群、(D) 就労継続の一般群への 767 名の WEB アンケートにより、うつ症状 PHQ-9 だけでなく、PTSD（心的外傷後ストレス障害）用の改訂出来事インパクト尺度（IES-R）を用いて、職場ストレス（トラウマ的出来事）による「心的外傷（psychological injury）」を適切に評価する必要性が示唆された。

A. 研究目的

令和元年度、令和二年度の労災疾病臨床における本研究は、うつ病、神経症性障害等の精神疾患を対象とした治ゆ評価、就労（復職）の判断要件、精神症状把握のポイントを明らかにすることを目的とした。

令和元年度は、うつ病、適応障害等の精神疾患を対象とした治ゆ評価と就労（復職）の判断要件として、発症時の業務による心理的負荷（職場ストレス）が診療後、どの程度軽減しているかを明らかにするため、通院加療中の患者および医師に対するアンケート調査を実施した。また、「うつ不安スコアの医療者登録データベース研究」の中で、認知行動療法経過中に、標準である簡便な自己記入式質

問紙である Patient Health

Questionnaire-9(PHQ-9)でうつ症状を、Generalized Anxiety Disorder-7(GAD-7)で不安症状の精神症状把握の実用可能性を検討した。

令和二年度は、産業医や担当医が就労（復職）の判断要件、精神症状把握のポイントのために、職場での psychological injury に関する患者および労働者に対する簡便な自己記入式質問紙として、PTSD（心的外傷後ストレス障害）の重症度評価に用いられる改訂出来事インパクト尺度（IES-R）の有用性を検討した。加えて副次的な検討として、全体をうつ病群（A群+B群）と非うつ病群（C群+D群）の2群に分け、退職についての回答を元に、各群内における退職の促進・抑制因子の検討を行

った。退職は退職者自身にとって大きなライフイベントであるが、同時に採用・教育コストの無駄、生産性低下、資産流出などの意味で組織経営上の損失イベントとも捉えられるためである。うつ病を発症したか否かによって、退職を促進あるいは抑制する因子に違いがあるかを探索するためである。

B. 研究方法

令和元年度は、千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認後、匿名での同意を得て、厚生労働省の「業務による心理的負荷評価表」を参考に、発症時の職場および私生活での心理的負荷（ストレス）と時間的軽減についてのアンケート調査をうつ病、うつ状態、適応障害により通院加療中の患者には WEB で、医師には質問紙で実施した。また、同倫理審査委員会の承認後、「うつ不安スコアの医療者登録データベース研究」を患者に研究実施情報を公開し、拒否の機会を保障するオプトアウト方式で、千葉大学で個人認知行動療法（毎週 1 回 50 分で 16 回程度）を提供する医療者に全症例のうつ症状の Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9) と不安症状の Generalized Anxiety Disorder-7(GAD-7)のスコアの登録を依頼した。

令和二年度は、同倫理審査委員会での承認後、回答者から WEB 上での同意を得て無記名の「うつ病と職場のストレスに関するアンケート調査」を (A) うつ病になって仕事を退職した患者群、(B) うつ病になったが、仕事を継続できた患者群、(C) 職場のストレスで仕事を退職した一般群、(D) 職場のストレ

スはあったが、仕事を継続した一般群の 4 群に実施した。調査項目は、1. 年齢、性別、職種、診断の有無、2. うつ評価尺度 PHQ-9((Patient Health Questionnaire-9) (Muramatsu et al, 2018)、

3. 一般群はこれまでに受けた強い職場ストレス、患者群はうつ病を発病した職場ストレスについて、そのストレスを受けた年齢を回答してもらうとともに、職場ストレスを 7 つのカテゴリー項目（配置転換、ワンオペ、職場いじめ、パワハラ、上司トラブル、部下トラブル、その他）から、複数回答可として選択、さらに、その中から、最も（1 番目に）強いストレスを一つ選択。4. PTSD の評価尺度として IES-R（Impact of Event Scale-Revised : Asukai et al. 2002)を用いるが、トラウマ体験の代わりに、上記で回答してもらった「一番目に強かった職場のストレス」に関して、どの程度強く悩まされたかについての回答を依頼。5. 一般的信頼尺度（山岸, 1998）、6. こころの健康づくり尺度（篠原、清水 2016、修士論文を改変し、使用）であった。統計解析は、IBM の SPSS ソフトウェア Ver22.0 で一元配置分散分析と Bonferroni の post hoc test、カイ二乗検定、Spearman 相関分析、重回帰分析を行った。

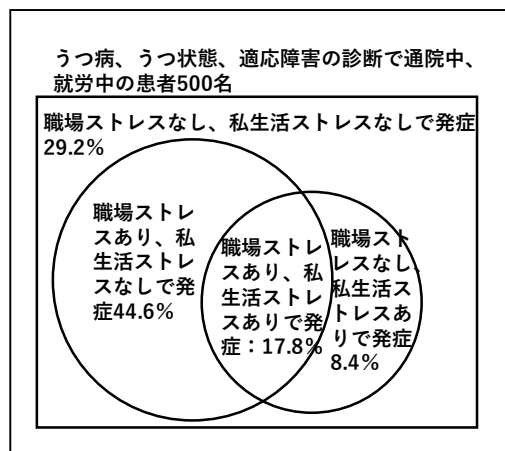
A 群と B 群を一体としたうつ病患者集団を対象に、ストレスイベント後の退職の有無を目的変数とした二項ロジスティック回帰分析を行った。退職を予想した因子を探索するため、説明変数には最も強いストレスイベントのあった年齢、6 項目のストレスイベントの経験の有無（複数回答可の項目。第 7 番目の項目

の「その他」は本分析からは除外した)、一般信頼尺度スコア、こころの健康づくり尺度スコアを、尤度比による変数増加法で投入した。同様の分析を、C群とD群を一体とした非うつ病患者集団に対しても行った。p 値は 0.05 未満を有意と設定した。

C. 研究結果

令和元年度は、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害の診断で通院し、かつ就労中の患者 500 名 (男女各 250 名、平均年齢 45.8 歳) から職場および私生活での心理的負荷 (ストレス) に関する WEB アンケート調査の回答を得た。患者背景は、6 か月以上の通院加療歴が 98.6% (うち 2 年以上の通院加療歴が 90.0%)、1 か月以上の休職の経験がある人が 64.4%、4 週に 1 回以上の頻度の通院が 86.8% であった。患者が自覚した発病前 6 か月以内の職場のストレスとして、頻度の多い一番目がパワーハラスメント (パワハラ) の 21.2% で、二番目が月 100 時間以上の時間外労働の 19.8%、三番目が業務を一人で担当するようになった役割変化 (ワンマン・オペレーション: ワンオペ) の 17.8% であった。一方、発病前の 6 か月以内の私生活のストレスが 26.2% の人であった。発病前の 6 か月以内の職場ストレスなし、私生活ストレスなしで発症が 29.2% に対し、職場ストレスあり、私生活ストレスなしで発症が 44.6%、職場ストレスあり、私生活ストレスありで発症が 17.8%、職場ストレスなし、私生活ストレスありで発症が 8.4% であった (図 1)。職場のストレスの状況は改善されず、通院加療中の現在も続

いていると回答した人は 30.0% であった。



医師 150 名 (男性 118 名、女性 31 名、平均年齢 53.5 歳、20 歳代~70 歳代範囲、うち、産業医 100 人、内科認定医 41 人、精神科専門医 1 人など、臨床経験 10 年以上が 89.2% (うち、20 年以上 72.3% (n=148))、主業務は外来主治医として治療に従事 89.7% で、産業医として職場復帰支援に従事 10.3% (n=145) から得たアンケートの結果、「明確な職場でのストレス (心理的負荷) に伴い、発症した精神疾患 (うつ病、適応障害など) が労災認定され、その職場でのストレスがない状態 (心理的負荷となるトラブルが解決した状態) が 6 か月以上維持されていれば、労災認定された精神疾患 (うつ病、適応障害など) は、症状固定 (治ゆ) 判定すべきと思いますか。」については、肯定的回答 (強くそう思う、ややそう思う) 56.7% に対して、否定的回答 16.0% (強くそう思わない、ややそう思わない) となった。また、「労災認定された精神疾患 (うつ病、適応障害など) は、「症状固定 (治ゆ)」の判断は、『労災の原因となった職場でのストレス (心理的負荷) が消失した期間 (心理的負荷とな

るトラブルが解決した状態)が6か月以上続いているかどうか』を唯一の基準にすべきと思いますか』では、肯定的回答(強く思う、やや思う)52.4%に対して、否定的(強く思う、やや思う)20.1%となった。「労災認定された精神疾患(うつ病、適応障害など)の「症状固定(治ゆ)」の判断は、患者の自覚的症状が消失していなくとも、『労災の原因となった職場でのストレス(心理的負荷)が消失した期間(心理的負荷となるトラブルが解決した状態)が6か月以上という回答を合計すると、53.0%であった。患者の発病前6か月以内の職場のストレスについて、いずれも診察時に、問診やアンケートなどで、その有無を確認し、また、次の診察時にその状況が改善されていることを確認すべきと8割以上の医師が回答した。

「うつ不安スコアの医療者登録データベース研究」で、医療者がうつ不安スコアを登録した症例数:91例(年齢の中央値32歳)、男性39例(42.9%)、女性52例(57.1%)のうち、12セッション以上を実施して終結した11例に関して、認知行動療法の介入前後で、PHQ-9の平均9.0(標準偏差5.4)が6.0(標準偏差5.8)に有意に改善($p=0.01$)、GAD-7の平均8.7(標準偏差5.0)が5.9(標準偏差5.1)に改善傾向($p=0.08$)をみた。

令和二年度の研究結果の要約を以下に示す。
(A) うつ病になって退職した患者群は200名、
(B) うつ病になったが、仕事を継続できた患者群は167名(期間内に200名に達せず)、(C) 職場のストレスで退職した一般群は200名、
(D) 職場のストレスはあったが、仕事を継続

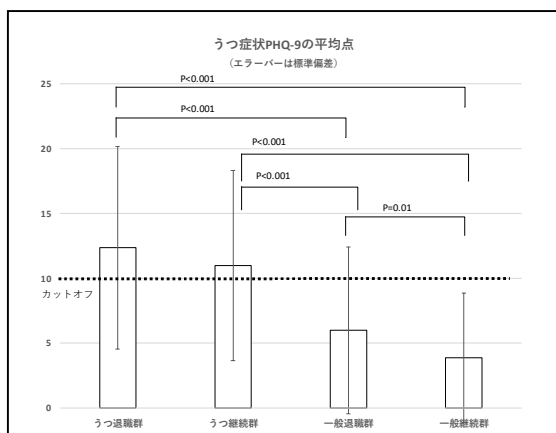
した一般群は200名の回答を得た。全回答者767名の性別では男性が507名(66.1%)、平均年齢は48.1歳(21歳~65歳)であった。

A群が職場ストレスによるうつ病で退職した平均年齢は38.1歳、C群が職場ストレスで退職した平均年齢は32.9歳であった。

うつ病患者群の発症時の平均年齢は、両群37.4歳(A群35.3歳、B群40.0歳)で、通院加療歴が3年以上という回答が最も多かった(A群の74.5%、B群の69.2%)。A群の88.0%、B群の62.4%がうつ病による休職を経験し、そのうち、合計2年以上の休職がA群の31.0%、B群の12.6%であった。なお、うつ病と医師から診断された患者群のうち、うつ病+PTSDと合併を診断された人は、A群(200名)のうち、22名(11.0%)、B群(167名)のうち、9名(5.4%)であった。うつ病のみを診断されている(うつ病以外の診断名はない)人はA群102名(51.0%)、B群101名(60.5%)、うつ病+社交不安症はA群27名(13.5%)、B群15名(9.0%)で、うつ病+パニック症はA群34名(17.0%)、B群23名(13.8%)で、うつ病+その他の精神疾患はA群35名(17.5%)、B群25名(15.0%)であった。

うつ症状の評価尺度であるPHQ-9(Patient Health Questionnaire-9)について、うつ病患者であるA群の平均値は12.35(標準偏差7.81)、B群の平均値は10.98(標準偏差7.33)であり、いずれもカットオフ値(10点)を超えていた一方、一般群であるC群の平均値は5.98(標準偏差6.44)、D群の平均値は3.86(標準偏差5.01)であり、いずれもカットオ

フ値 (10 点) を下回っていた。(PHQ-9 スコアの post-hoc test では A 群を基準とすると、B 群とは有意差がないが、C 群、D 群とは有意差があった。また、B 群を基準とすると、A 群とは有意差がないが、C 群、D 群とは有意差があった。C 群と D 群の間の有意差はあった。図 2)



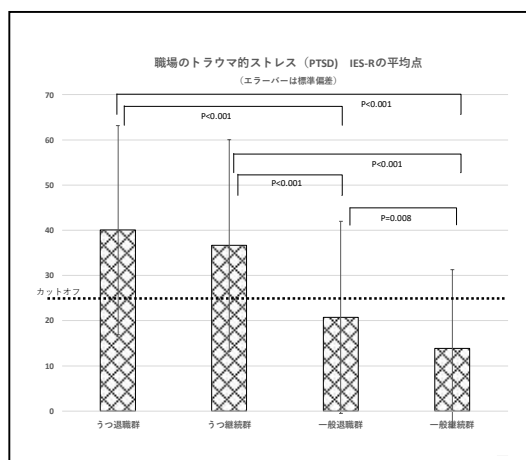
職場のストレスについて、複数回答可としたところ、一人当たり平均のストレスの選択個数は A 群 1.72 個、B 群 1.56 個、C 群 1.38 個、D 群 1.26 個であった。1 番目に強かった職場のストレスについては、A 群では「ワンオペ」(30.0%) が最も多く、次に「配置転換」(21.5%)、3 番目に「職場いじめ」(15.0%) であった。B 群では「ワンオペ」(22.8%) が最も多く、次に「配置転換」(20.4%)、3 番目に「パワハラ」(15.0%) であった。C 群では「職場いじめ」(17.5%)、「パワハラ」(17.5%) が最も多い同点 1 位で、3 番目に配置転換」(15.0%) であった。D 群では「配置転換」(30.0%) が最も多く、次に「ワンオペ」

(24.5%) で、3 番目に「その他」(16.5%) であった。

1 番目に強いストレスがあった平均年齢は A 群が 34.17 歳、B 群が 38.83 歳、C 群が 31.01 歳、D 群が 36.76 歳であった。

一番目に強かった職場のストレスについての IES-R (Impact of Event Scale-Revised、改訂出来事インパクト尺度) スコアは、うつ病患者である A 群の平均値は 40.07 (標準偏差 23.1)、B 群の平均値は 36.67 (標準偏差 23.4) であり、いずれも PTSD のカットオフ値 (24/25 点) を超えていた一方、一般群である C 群の平均値は 20.74 (標準偏差 21.2)、D 群の平均値は 13.89 (標準偏差 17.4) であり、いずれもカットオフ値 (24/25 点) を下回っていた。

(IES-R スコアの post-hoc test では A 群を基準とすると、B 群とは有意差がないが、C 群、D 群とは有意差があった。また、B 群を基準とすると、A 群とは有意差がないが、C 群、D 群とは有意差があった。C 群と D 群の間の有意差もあった。図 3)



一般的信頼尺度 (山岸、1998) の平均スコア

は、A群 21.20 (標準偏差 8.24)、B群 21.92 (標準偏差 8.61)、C群 21.46 (標準偏差 8.00)、D群 23.40 (標準偏差 8.30) という値で、post-hoc test ではA群とD群には有意差があったが、それ以外には有意差がなかった。また、こころの健康づくり尺度 (篠原、清水 2016、修士論文を改変し、使用) の平均スコアは、A群 18.58 (標準偏差 9.12)、B群 19.29 (標準偏差 9.05)、C群 21.70 (標準偏差 8.82)、D群 23.28 (標準偏差 7.91) で、post-hoc test ではA群を基準とすると、B群とは有意差がないが、C群、D群とは有意差があった。また、B群を基準とすると、A群、C群とは有意差がないが、D群とは有意差があった。C群とD群の間の有意差もなかった。

職場のストレスについて今は状況改善された、今も状況継続しているかという質問項目では、A群が状況改善 121 名に対して状況継続 79 名、B群が状況改善 93 名に対して状況継続 74 名、C群が状況改善 174 名に対して状況継続 26 名、D群が状況改善 153 名に対して状況継続 47 名であり、状況継続している患者群 (A群で 39.5%、B群で 44.3%) が一般群 (C群で 13.0%、D群で 23.5%) に比べて多く、カイ二乗検定で有意差があった (ただし、状況の継続は、回答者の主観による判断であり、その解釈には注意が必要である)。

全回答者の IES-R は、PHQ-9 との有意な正の強い相関 (Spearman の $r=0.708$) が見られた一方で、一般的信頼尺度 (-0.207)、こころの健康尺度 (-0.311) 年齢 (-0.111) とそれぞれ有意な負の弱い相関が見られたが、IES-R を従属変数とした重回帰分析では、PHQ-9、一

般的信頼尺度、こころの健康尺度、年齢をステップワイズ法で投入して、残る説明変数は PHQ-9 (標準化係数 $\beta=0.721$) のみであった。4群に分けての IES-R と PHQ-9 の Spearman の r の相関係数は、A群で 0.648、B群で 0.718、C群で 0.712、D群で 0.430 でいずれも有意な正の相関を認めた。

A群とB群を一体としたうつ病患者集団で、ストレスイベント後の退職の有無を予想する二項ロジスティック回帰分析では、「ワンオペ」は 1.63 倍、退職する確率を有意に高める因子であった。一方、ストレスイベント時の年齢は 1 歳増えるごとに 0.95 倍、退職する確率を下げる因子であった。C群とD群を一体とした非うつ病患者集団で、ストレスイベント後の退職の有無を予想する同様の分析では、「職場いじめ」は 3.87 倍、「上司トラブル」は 2.27 倍、それぞれ退職する確率を高める因子であることがわかった。一方、「配置転換」は 0.53 倍、ストレスイベント時の年齢は 1 歳増えるごとに 0.95 倍、それぞれ有意に退職する確率を下げる因子であった。いずれの群でも一般信頼尺度、こころの健康づくり尺度、およびその他のストレスイベントに、退職の有無への有意な関与は見られなかった。

D. 考察

令和元年度に行った研究 1 の結果からは、通院中の患者に発症と関連する職場のストレスの有無と改善されたかどうかを問診で確認することは、仕事を原因とした精神疾患の治癒評価において重要と考えられた。

研究 2 の結果からは、労災認定された精神

疾患の症状固定（治ゆ）の判断は、労災の原因となった職場でのストレス（心理的負荷）が消失した期間が6カ月以上継続していることを評価することに関して、半数以上の医師からのコンセンサスを得られたと考える。さらに、患者の発病前6か月以内の職場のストレスとして(A)時間外労働(週40時間超え)、(B)職場の事件や事故、(C)職場の責任問題、(D)職場の役割変化、(E)職場の人間関係については、診察時に問診やアンケートで確認すべきというコンセンサスを8割以上の医師から得られたと考える。

また、研究3の結果から、うつ症状の Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9)と不安症状の Generalized Anxiety Disorder-7(GAD-7)の自己記入式質問紙の認知行動療法経過中の実用性が示唆された。

令和二年度の研究結果から、平均30歳代で、配置転換、ワンオペ、職場いじめ、パワハラなどの職場ストレスに関連したトラウマ的イベントを経験し、平均48歳の現在、(A)うつ病で退職した(仕事を継続できなかった)患者群、および、(B)うつ病で仕事を継続した患者群は、(C)職場のストレスで退職した(仕事を継続できなかった)一般群、および、(D)職場のストレスはあったが、仕事を継続できた一般群の4群で比較したところ、うつ病患者の両群は、一般の両群に比べて、うつ症状がカットオフ値を超えるくらい重症であるだけでなく、PTSD的な職場での psychological injury も強く有している可能性が示唆された。

労災疾病臨床研究としての本研究結果から、

うつ病の職場復帰時の治ゆ評価には、うつ症状の改善のみならず、職場ストレス(トラウマ的出来事)による心的外傷(psychological injury)を適切に評価する必要性が示唆されたため、今後、さらに、職場での psychological injury を評価する方法の検討を進め、認知行動療法による介入、あるいは、職場での psychological injury の発生の予防などを検討していく必要がある。

職場のストレスイベントを経験してうつ病を発症した従業員(A群+B群)で退職リスクに影響する因子を探索したところ、「ワンオペ」が退職をオッズ比1.63倍で促進することがわかった。実際の就労環境で企業側がリアルタイムにうつ病の発症を確認することは現実的ではないため、うつ病発症の有無を問わず、「ワンオペ」状態を避けることは退職を回避するために有効であることが示唆された。職場のストレスを経験してもうつ病と診断されない者が実際には大多数であり、そのような従業員の退職は、企業組織の経営層にとってはより身近な経営上の課題である。C群とD群の回答によって、「職場いじめ」(3.87倍)と「上司トラブル」(2.27倍)が退職を促進することが示唆された。このような対人トラブルが発生したとき、「配置転換」(0.53倍)は、それが新たなストレスを与えるリスクがあるとしても、他のストレスイベントの影響を緩和しうる緊急的な退職リスク緩和策として有用であるかもしれない。また、うつ病発症の有無を問わず、加齢はストレスイベント後の退職リスクを下げる因子であった。人生経験の蓄積が退職リスクを緩和したともとれ

るが、家族構成や家計といった周辺状況の変化が退職を許さなくなっているともとれるだろう。

E. 結論

令和元年度および二年度の我々の研究結果から、うつ病、うつ状態、適応障害の診断で通院中、就労中の患者の大半に、発病前の6か月以内の職場ストレス（心理的負荷）が見られ、そのような職場ストレスを診察時に問診やアンケートで確認すべきというコンセンサスを医師が持っているため、職場ストレス（心理的負荷）の有無とその時間経過による改善の日常的な評価が精神疾患の治ゆ評価と効果的な社会復帰支援において重要と考えられた。

また、「うつ不安スコアの医療者登録データベース研究」により、うつ症状 PHQ-9 と不安症状 GAD-7 の経過中の確認の実用性が示唆された。

さらに、ワンオペ、配置転換、職場いじめ、パワハラ等の強い職場のストレスから、うつ病を発病した患者は、うつ症状だけでなく、PTSD（心的外傷後ストレス障害）の評価尺度の改訂出来事インパクト尺度（IES-R）の平均スコアが有意に高く、カットオフ値を超え、

現在も苦悩が持続していることが明らかとなったことから、うつ病の職場復帰時の治ゆ評価には、うつ症状の改善のみならず、職場ストレス（トラウマ的出来事）による心的外傷（psychological injury）を適切に評価する必要性が示唆された。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

山内信隆, 清水栄司, 澁谷孝之, 岡本洋子, 須藤千尋 【精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆの判断に係る臨床研究】うつ病のため長期療養する労働者に対する医学上一般に認められた医療と症状固定時期に関するアンケート調査研究、産業精神保健 2019 (27-3), 194-200.

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

令和元年度 厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金
仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する
治療と並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究

リワークプログラムに対する企業人事労務担当者の意識調査

研究分担者：五十嵐良雄（一般社団法人東京リワーク研究所、医療法人社団雄仁会）

研究協力者：大木洋子（一般社団法人東京リワーク研究所）

宮島大（一般社団法人東京リワーク研究所）

要旨：企業人事労務担当者に対し、医療機関で行われるリワークプログラムに対する意識調査、及び、リワークプログラム実施医療機関に対し、労災保険適用利用者の実態調査を実施した。調査は、人事労務担当者 1000 人を対象とするインターネット調査、及び、リワークプログラム実施医療機関 140 施設に対する郵送による質問紙調査の 2 つの調査を行った。

人事労務担当者に対する医療機関で行われるリワークプログラムの認知度は 57.5%であった。精神疾患の労災申請を経験した人事労務担当者からの回答では、その事業場においてリワークプログラムを利用した社員がいると答えた割合は 42.8%であった。労災認定され休職している従業員の復職支援に望むことは、「長期間の休業を回避すべく前向きに取り組むプログラムにして欲しい」が 31.6%と最も多く、リワークプログラムにおいて必要と思われる情報や評価は、「症状の回復程度」が 65.4%と最も多かった。復職に対する本人の考え方については、「業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか」が 79.3%と最も多く、「会社への陰性感情（嫌悪、怒り、憎しみ、不信感など）がどの程度あるか」の 47.3%を大きく上回っていた。一方、リワークプログラム実施医療機関において、2019 年 4 月 1 日から 2019 年 9 月 30 日までの半年間に、労災保険が適用される労働者のリワークプログラムの利用は 5 施設（3.6%）と少数にとどまり、当該期間における平均利用人数は 1.4 人（SD0.9）であった。人事労務担当者からみると、医療機関で実施されるリワークプログラムの認知度はある程度確認されたものの、利用者の実績が少数であり、精神疾患による労災認定の休職者のリワークプログラムの利用に繋げるためには、人事労務担当者に対しての更なる普及啓発活動が今後も必要であると考えられた。

A.研究目的

企業人事労務担当者に対し、医療機関で行われるリワークプログラムに対する意識調査、及び、リワークプログラム実施医療機関に対し、労災保険適用利用者の実態調査を実施した。

B.方法

本調査は、企業の人事労務担当者を対象としたインターネット調査とリワークプログラ

ムを実施する医療機関に対する郵送による質問紙調査の 2 構成で実施した。

人事労務担当者調査

対象は、リサーチ会社に登録されたアンケートモニターにおいて、全国の事業所における 20～65 歳の人事労務担当者 1000 人である。回答者の事業場における、精神疾患による労災認定を受けた休職者のリワークプログラムの利用状況等を、インターネット上でア

ンケート調査を実施し回答を得た。

リワークプログラム実施医療機関調査

対象は、日本うつ病リワーク協会会員施設 212 施設を対象とした郵送による質問紙調査を実施した。当該施設のリワークプログラムにおける、労災保険が適用される利用者の実態について 140 施設より回答を得た。

C.結果

人事労務担当者対象

全国の事業場における人事労務担当者 1000 人に対し、調査を実施した。対象者の基本属性は、705 人 (70.5%) が男性であり、平均年齢は 41.1 歳 (SD10.1) であった。「休職中の従業員に対して復職支援 (リワーク) をする治療プログラムが全国の医療機関で行われています。精神疾患により労災認定され、会社を休職している従業員におきましてもこのプログラムを受けることにより、スムーズな復職を果たすことが期待されるプログラムです」と説明をした上で、下記の 6 つの質問をして回答を得た。

設問 1.リワークプログラムの認知度

「このような復職支援 (リワーク) 治療プログラムについて、ご存知でしたか」に対する回答を表 1-3 に示す。「よく知っている」が 18.5%、「聞いたことがある」が 39.0%、「聞いたこともない」が 42.5% であり、リワークプログラムは 57.5% の人事労務担当者に認知されていることが確認された。

設問 2.リワークプログラムを利用した社員

対象者の中から、精神疾患の労災申請を経験した対象者 145 人 (14.5%) に限定し、「このような復職支援 (リワーク) 治療プログラムを利用した社員はいますか」との設問に対する回答を表 4-6 に示す。42.8% の対象者が「利用した社員がいる」と回答した。

設問 3.リワークプログラムの利用人数

設問 2 の回答者に対し、そのリワークプログラムを利用した社員の人数の回答結果を表 7-8 に示す。その結果、平均 4.4 人 (SD12.7) であった。

設問 4.労災認定され休職している従業員の復職支援に望むこと

「労災認定され休職している従業員の復職支援 (リワーク) 医療機関、治療プログラムにしどのようなことを望みますか。(複数回答)」の回答を表 9-11 に示す。多い回答の順に、「長期間の休業を回避するべく前向きに取り組むプログラムにしてほしい」が 31.6%、「特に希望はない」が 31.2%、「労災認定となったことに対する本人の会社に対する考えを知りたい」が 30.5%、「復職に関して会社と連携を取ってほしい」が 27.2%、「今後の参考とするため、内容がわかるパンフレットが欲しい」が 25.6%、「その他」が 0.5% であった。「その他」の回答として、「地域や医療機関によってプログラムの内容・質・量が違うので一定の方向性を統一して欲しい」といった「統一」に関する要望が複数見られた。

設問 5.リワークプログラムにおける復職のための準備状況の確認

「人事労務担当者の立場から考えたとき、精神疾患で労災認定を受け休職中の従業員の復職支援プログラムにおいて情報の収集及び評価が必要だと考える内容を以下からそれぞれ選んでください (複数回答)」のうち、「復職のための準備状況の確認」の回答を表 12-14 に示す。多い回答の順に、「症状の回復程度」が 65.4%、「就労継続できる体力の有無」が 53.3%、「精神の安定性」が 50.2%、「対人関係のレベル」が 45.3%、「生活リズムの回復の程度」が 41.3%、「その他」が 0.8% であった。「その他」の回答として、「周囲 (他の従業員) の考え方・対応の仕

方」や「考え方や受け止め方の矯正」などがあった。

設問6.復職に対する本人の考え方

「人事労務担当者の立場から考えたとき、精神疾患で労災認定を受け休職中の従業員の復職支援プログラムにおいて情報の収集及び評価が必要だと考える内容を以下からそれぞれ選んでください。(複数回答)」のうち、

「復職に対する本人の考え方」の回答を表15-17に示す。多い回答の順に、「業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか」が79.3%、「会社への陰性感情(嫌悪、怒り、憎しみ、不信感など)がどの程度あるか」が47.3%、「その他」が1.1%であった。

「その他」の回答として、「基本的に完治はないとされているので、寛解を保つために頑張りすぎない・自身の状態を意識・管理することができるかどうか」や「何を不安に感じているか」、「同じメンバーで働くことができるのか」という回答が見られた。

リワークプログラム実施医療機関調査

日本うつ病リワーク協会会員施設212施設を対象とした郵送による質問紙調査を2019年10月に実施した。140施設から回答を得、回収率は66.0%であった。140施設の内訳は、48.6%が病院であり、51.4%が診療所であった。

2019年4月1日から2019年9月30日の半年間の、当該施設のリワークプログラムにおける労災保険が適用される利用者の実績は、5施設(3.6%)にみられ、平均1.4人(SD0.9)であった。受け入れ実績のあった5施設の内訳は、3施設が病院、2施設が診療所であった。

D.考察

人事労務担当者調査

本調査では、企業の人事労務担当者を対象に調査を実施した。医療機関におけるリワー

ク(復職支援)プログラムについては、半数以上の人事労務担当者がその存在を認知していた。対象者の中から、精神疾患の労災申請を経験した対象者145人(14.5%)に限定し、リワークプログラムを利用した社員の有無を聞いたところ、42.8%の対象者が「利用した社員がいる」と回答し、利用者の平均は4.4人(SD12.7)であった。医療機関におけるリワークプログラムについては、その存在を大部分の人事労務担当者に認知されており、精神疾患の労災申請を経験するような事業場においては、リワークプログラム利用者もある程度存在することが確認できた。

医療機関で行われるリワークプログラムに人事労務担当者が望むことで、「長期間の休業を回避すべく前向きに取り組むプログラムにして欲しい」という回答が、最も多い回答となったことは、人材不足に悩む企業が多い現代の時代背景を反映している結果であることが示唆された。

復職のための準備状況の確認するためにアセスメントが必要な情報に関する質問では、どの年代別でも「症状の回復程度」の評価が必要という割合が最も多かった(20代70.6%、30代69.3%、40代66.7%、50代61.3%、60代63.8%)ことから、人事労務担当者の目線から、「症状の回復程度」は長期休業解消に直結する大変重要な項目と位置づけされていることが示唆された。また、「生活リズムの回復の程度」の評価が必要という割合が全体で41.3%と最も少なかったことから、「生活リズムの回復の程度」は復職するためにはできていて当然の事項として解釈されている可能性があることが示唆された。

また、人事労務担当者の立場から考えたとき、精神疾患で労災認定を受け休職中の従業員のリワークプログラムにおいて、情報の収集及び評価が必要であると考えた本人の復職に関する考え方について、「業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか」が「会社への陰性感情(嫌悪、怒り、憎しみ、不信感

など)がどの程度あるか」を大きく上回っていた。これは、「業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか」を“どれだけプラスの要素を持っているか”、「会社への陰性感情(嫌悪、怒り、憎しみ、不信感など)がどの程度あるか」を“どれだけマイナス要素が軽減されているか”と解釈した場合、人事労務担当者の多くは、“マイナスをどれだけ軽減できているか”ではなく、“どれだけプラスの要素を持っているか”という点を復職者に対し期待している傾向があることが示唆されたとと言える。

なし。
3.その他
なし。

リワークプログラム実施医療機関調査

日本うつ病リワーク協会会員施設 212 施設において、2019年4月1日から2019年9月30日の半年間の、当該施設のリワークプログラムにおける労災保険が適用される利用者の実績は、5施設(3.6%)に見られ、平均1.4人(SD0.9)であった。

人事労務担当者において、医療機関で実施されるリワークプログラムの認知度はある程度確認されたものの、利用者の実績は少数であり、精神疾患による労災認定の休職者のリワークプログラムの利用に繋げるためには、まだ課題が大きく、更なる普及啓発活動が今後とも必要であると考えられた。

E.健康危険情報

なし。

F.研究発表

1.論文発表

なし。

2.学会発表

なし。

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし。

2.実用新案登録

表1 リワークプログラムについて

(n=1000)

	n	%
よく知っている	185	18.5
聞いたことがある	390	39.0
聞いたこともない	425	42.5

表2 リワークプログラムについて (年代別)

(n=1000)

	よく知っている		聞いたことがある		聞いたこともない	
	n	%	n	%	n	%
20代 (n=68)	10	14.7	18	26.5	40	58.8
30代 (n=192)	55	28.6	62	32.3	75	39.1
40代 (n=327)	57	17.4	141	43.1	129	39.4
50代 (n=333)	54	16.2	135	40.5	144	43.2
60代 (n=80)	9	11.3	34	42.5	37	46.3

表3 リワークプログラムについて (年齢×性別)

(n=1000)

		よく知っている		聞いたことがある		聞いたこともない	
		n	%	n	%	n	%
男性	20代 (n=16)	2	12.5	5	31.3	9	56.3
	30代 (n=88)	35	39.8	23	26.1	30	34.1
	40代 (n=240)	35	14.6	110	45.8	95	39.6
	50代 (n=287)	45	15.7	123	42.9	119	41.5
	60代 (n=74)	9	12.2	28	37.8	37	50
男性全体 (n=705)		126	17.9	289	41	290	41.1
女性	20代 (n=52)	8	15.4	13	25	31	59.6
	30代 (n=104)	20	19.2	39	37.5	45	43.3
	40代 (n=87)	22	25.3	31	35.6	34	39.1
	50代 (n=46)	9	19.6	12	26.1	25	54.3
	60代 (n=6)	0	0.0	6	100	0	0.0
女性全体 (n=295)		59	20	101	34.2	135	45.8

表4 リワークプログラムを利用した社員

(n=145)

	n	%
利用した社員がいる	62	42.8
利用した社員はいない	83	57.2

表5 リワークプログラムを利用した社員（年齢別）
(n=145)

	利用した社員 がいる		利用した社員 はいない	
	n	%	n	%
20代 (n=10)	4	40.0	6	60.0
30代 (n=31)	14	45.2	17	54.8
40代 (n=46)	19	41.3	27	58.7
50代 (n=49)	20	40.8	29	59.2
60代 (n=9)	5	55.6	4	44.4

表6 リワークプログラムを利用した社員（年齢×性別）
(n=145)

		利用した社員 がいる		利用した社員 はいない	
		n	%	n	%
男性	20代 (n=0)	0	0.0	0	0.0
	30代 (n=16)	11	68.8	5	31.3
	40代 (n=34)	14	41.2	20	58.8
	50代 (n=43)	17	39.5	26	60.5
	60代 (n=9)	5	55.6	4	44.4
男性全体 (n=102)		47	46.1	55	53.9
女性	20代 (n=10)	4	40	6	60
	30代 (n=15)	3	20	12	80
	40代 (n=12)	5	41.7	7	58.3
	50代 (n=6)	3	50	3	50
	60代 (n=0)	0	0.0	0	0.0
女性全体 (n=43)		15	34.9	28	65.1

表7 リワークプログラムを利用した社員の人数
(n=62)

	mean	SD	median
全体 (n=62)	4.4	12.7	2.0
20代 (n=4)	1.3	0.5	1.0
30代 (n=14)	3.3	2.6	2.5
40代 (n=19)	2.4	2.8	1.0
50代 (n=20)	8.4	22.0	2.5
60代 (n=5)	1.8	1.3	1.0

表8 リワークプログラムを利用した社員の人数（年齢×性別）
(n=62)

		mean	SD	median
男性	20代 (n=0)	0	0	0
	30代 (n=11)	3.8	2.7	4
	40代 (n=14)	2.6	3.2	1.5
	50代 (n=17)	9.7	23.7	3
	60代 (n=5)	1.8	1.3	1
男性全体 (n=47)		5.4	14.5	2
女性	20代 (n=4)	1.3	0.5	1
	30代 (n=3)	1.3	0.6	1
	40代 (n=5)	1.8	1.8	1
	50代 (n=3)	1	0	1
	60代 (n=0)	0	0	0
女性全体 (n=15)		1.4	1.1	1

表9 労災認定され休職している従業員の復職支援（医療機関、プログラム）に望むこと（複数回答）

	(n=1000)	
	n	%
今後の参考とするため、内容がわかるパンフレットが欲しい	256	25.6
労災認定となったことに対する本人の会社に対する考えを知りたい	305	30.5
長期間の休業を回避するべく前向きに取り組むプログラムにしてほしい	316	31.6
復職に関して会社と連携を取ってほしい	272	27.2
その他	5	0.5
特に希望はない	312	31.2

表10 労災認定され休職している従業員の復職支援（医療機関、プログラム）に望むこと（年齢別・複数回答） (n=1000)

	今後の参考とするため 内容がわかる パンフレットが 欲しい		労災認定となった ことに対する 本人の会社に対する 考えを知りたい		長期間の休業を 回避するべく 前向きに取り組む プログラムにしてほしい		復職に関して 会社と連携を 取ってほしい		その他		特に希望 はない	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
20代 (n=68)	16	23.5	17	25.0	22	32.4	19	27.9	0	0.0	22	32.4
30代 (n=192)	60	31.3	70	36.5	58	30.2	61	31.8	2	1.0	59	30.7
40代 (n=327)	83	25.4	102	31.2	109	33.3	93	28.4	1	0.3	103	31.5
50代 (n=333)	81	24.3	91	27.3	96	28.8	85	25.5	0	0.0	104	31.2
60代 (n=80)	16	20.0	25	31.3	31	38.8	14	17.5	2	2.5	24	30.0

表11 労災認定され休職している従業員の復職支援（医療機関、プログラム）に望むこと（年齢×性別・複数回答） (n=1000)

		今後の参考とするため 内容がわかる パンフレットが 欲しい		労災認定となった ことに対する 本人の会社に対する 考えを知りたい		長期間の休業を 回避するべく前向きに 取り組む プログラムにしてほしい		復職に関して 会社と連携を 取ってほしい		その他		特に希望 はない	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
男性	20代 (n=16)	2	12.5	3	18.8	5	31.3	5	31.3	0	0.0	6	37.5
	30代 (n=88)	28	31.8	31	35.2	28	31.8	25	28.4	1	1.1	29	33
	40代 (n=240)	58	24.2	73	30.4	71	29.6	64	26.7	0	0.0	77	32.1
	50代 (n=287)	67	23.3	79	27.5	81	28.2	73	25.4	0	0.0	90	31.4
	60代 (n=74)	15	20.3	22	29.7	28	37.8	13	17.6	2	2.7	23	31.1
男性全体 (n=705)		170	24.1	208	29.5	213	30.2	180	25.5	3	0.4	225	31.9
女性	20代 (n=52)	14	26.9	14	26.9	17	32.7	14	26.9	0	0.0	16	30.8
	30代 (n=104)	32	30.8	39	37.5	30	28.8	36	34.6	1	1	30	28.8
	40代 (n=87)	25	28.7	29	33.3	38	43.7	29	33.3	1	1.1	26	29.9
	50代 (n=46)	14	30.4	12	26.1	15	32.6	12	26.1	0	0.0	14	30.4
	60代 (n=6)	1	16.7	3	50	3	50	1	16.7	0	0.0	1	16.7
女性全体 (n=295)		86	29.2	97	32.9	103	34.9	92	31.2	2	0.7	87	29.5

表12 人事労務担当者の立場から考える、精神疾患で労災認定を受け休職中の従業員の復職支援プログラムにおいて情報の収集及び評価が必要だと考える、復職のための準備状況の確認（複数回答）（n=1000）

	n	%
症状の回復程度	654	65.4
就労継続できる体力の有無	533	53.3
生活リズムの回復の程度	413	41.3
対人関係のレベル	453	45.3
精神の安定性	502	50.2
その他	8	0.8

表13 人事労務担当者の立場から考える、精神疾患で労災認定を受け休職中の従業員の復職支援プログラムにおいて情報の収集及び評価が必要だと考える、復職のための準備状況の確認（年齢別・複数回答）（n=1000）

	症状の回復程度		就労継続できる		生活リズムの		対人関係の		精神の安定性		その他	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
20代 (n=68)	48	70.6	37	54.4	33	48.5	28	41.2	41	60.3	0	0.0
30代 (n=192)	133	69.3	118	61.5	83	43.2	94	49.0	96	50.0	0	0.0
40代 (n=327)	218	66.7	178	54.4	142	43.4	162	49.5	170	52.0	2	0.6
50代 (n=333)	204	61.3	163	48.9	126	37.8	146	43.8	154	46.2	4	1.2
60代 (n=80)	51	63.8	37	46.3	29	36.3	23	28.8	41	51.3	2	2.5

表14 人事労務担当者の立場から考える、精神疾患で労災認定を受け休職中の従業員の復職支援プログラムにおいて情報の収集及び評価が必要だと考える、復職のための準備状況の確認（年齢×性別・複数回答）

(n=1000)

		症状の回復程度		就労継続できる		生活リズムの		対人関係の		精神の安定性		その他	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
男性	20代 (n=16)	9	56.3	8	50.0	3	18.8	5	31.3	6	37.5	0	0.0
	30代 (n=88)	60	68.2	50	56.8	37	42.0	40	45.5	35	39.8	0	0.0
	40代 (n=240)	158	65.8	125	52.1	95	39.6	117	48.8	114	47.5	1	0.4
	50代 (n=287)	176	61.3	142	49.5	110	38.3	121	42.2	129	44.9	4	1.4
	60代 (n=74)	48	64.9	32	43.2	25	33.8	20	27.0	37	50.0	2	2.7
男性全体 (n=705)		451	64.0	357	50.6	270	38.3	303	43.0	321	45.5	7	1.0
女性	20代 (n=52)	39	75.0	29	55.8	30	57.7	23	44.2	35	67.3	0	0
	30代 (n=104)	73	70.2	68	65.4	46	44.2	54	51.9	61	58.7	0	0
	40代 (n=87)	60	69.0	53	60.9	47	54.0	45	51.7	56	64.4	1	1.1
	50代 (n=46)	28	60.9	21	45.7	16	34.8	25	54.3	25	54.3	0	0
	60代 (n=6)	3	50.0	5	83.3	4	66.7	3	50.0	4	66.7	0	0
女性全体 (n=295)		203	68.8	176	59.7	143	48.5	150	50.8	181	61.4	1	0.3

表15 人事労務担当者の立場から考える、精神疾患で労災認定を受け休職中の復職支援プログラムにおいて情報の収集および評価が必要だと考える、復職に対する本人の考え方（複数回答）
(n=1000)

	n	%
業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか	793	79.3
会社への陰性感情（嫌悪、怒り、憎しみ、不信任など）がどの程度あるか	473	47.3
その他	11	1.1

表16 人事労務担当者の立場から考える、精神疾患で労災認定を受け休職中の復職支援プログラムにおいて情報の収集および評価が必要だと考える、復職に対する本人の考え方（年齢別・複数回答）
(n=1000)

	業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか		会社への陰性感情（嫌悪、怒り、憎しみ、不信任など）がどの程度あるか		その他	
	n	%	n	%	n	%
20代 (n=68)	52	76.5	38	55.9	0	0.0
30代 (n=192)	151	78.6	98	51.0	1	0.5
40代 (n=327)	254	77.7	169	51.7	5	1.5
50代 (n=333)	271	81.4	139	41.7	3	0.9
60代 (n=80)	65	81.3	29	36.3	2	2.5

表17 人事労務担当者の立場から考える、精神疾患で労災認定を受け休職中の復職支援プログラムにおいて情報の収集および評価が必要だと考える、復職に対する本人の考え方（年齢×性別・複数回答）
(n=1000)

	全体	業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか		会社への陰性感情（嫌悪、怒り、憎しみ、不信任など）がどの程度あるか		その他	
		n	%	n	%	n	%
男性	20代 (n=16)	6	37.5	13	81.3	0	0.0
	30代 (n=88)	68	77.3	43	48.9	0	0.0
	40代 (n=240)	189	78.8	115	47.9	2	0.8
	50代 (n=287)	229	79.8	122	42.5	3	1.0
	60代 (n=74)	60	81.1	26	35.1	2	2.7
男性全体 (n=705)		552	78.3	319	45.2	7	1.0
女性	20代 (n=52)	46	88.5	25	48.1	0	0.0
	30代 (n=104)	83	79.8	55	52.9	1	1.0
	40代 (n=87)	65	74.7	54	62.1	3	3.4
	50代 (n=46)	42	91.3	17	37	0	0.0
	60代 (n=6)	5	83.3	3	50	0	0.0
女性全体 (n=295)		241	81.7	154	52.2	4	1.4

令和2年度 厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金
仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する治療と並行
して行う効果的な社会復帰支援に関する研究

労災認定された長期療養者を対象とした

企業と協働した段階的な治療プログラムの提言

研究分担者：五十嵐良雄（一般社団法人東京リワーク研究所、医療法人社団雄仁会）

研究協力者：大木洋子（一般社団法人東京リワーク研究所）

宮島大（一般社団法人東京リワーク研究所）

江島明浩（一般社団法人日本リワーク協会）

要旨：コロナ禍におけるリワークプログラムの現状と今後の動きに関して把握することを目的として、一般社団法人日本うつ病リワーク協会に所属する施設における、プログラム運営担当者に対し、新型コロナウイルス感染が拡大する中での施設対応、及び運営方法の見直しや対策などについて調査を実施した。日本うつ病リワーク協会所属の会員205施設に対し2020年4月、6月、12月の3回にわたってメール及びファクシミリによるアンケート方式で調査を行なった。設問1～4は全3回で調査を行い実施回毎の比較を行なったが、テレワークや在宅ワークの全国的な波及等の環境的变化が急激に進んだことを考慮し、設問5及び6は第3回調査に新規設問として追加した。

リワークプログラムを「デイケア」及び「ショートケア」で実施している会員施設が最も多く、其々「デイケア」第1回83.2%、第2回82.8%、第3回81.4%、「ショートケア」第1回65.3%、第2回59.1%、第3回52.6%という結果であった。なお、調査時点でのプログラム開催に関しては「全て通常通り」という回答が最も多く第1回74.3%、第2回72.0%、第3回86.6%であった。今後プログラムの内容を見直す場合の判断基準については、「国、自治体からの勧告や要請等」（第1回77.2%、第2回73.1%、第3回83.5%）、「施設管理者の判断」（第1回73.3%、第2回83.9%、第3回80.4%）が最も多く、概ね国や自治体からの要請があるまではなるべく通常通りの運用を行う、という会員施設側の意思が示された。

他方、利用者の復職先の会社に関する勤務状況に関しては、「休職者の復職後の就労環境について（通常出勤・テレワーク・混合であればその比率等）」が87.6%と一番多く、「コロナ禍における社内環境や体制の変化」が79.4%であり、会社側の就労環境や会社の動きを敏感に把握したい医療機関側の考えが明らかとなった。なお、テレワーク環境下でのリワークプログラムの見直しについては「見直す必要がある」が81.4%であり、コロナ禍でリワークプログラムを継続するための制度や枠組みの必要性についても「見直す必要がある」が85.6%であった。このコロナ禍でプログラムは多大な影響を受けており、プログラムの内容や枠も再検討を迫られる状況で治療施設自身の努力も必要であるが、診療報酬の制度改変や経済的支援も欠くべからざるものである。

A.研究目的

今年度当初の調査目的は、労働保険を原資に運営されている地方障害者職業センターでは労災認定者が一定数利用していると推測されていたので、全国の障害者職業センターに協力を得てその実態を明らかにし、今後の障害者職業センターと医療機関の協働作業を行う方策を提言することであった。

しかし、昨年1月に始まる新型コロナウイルスのパンデミックを受け4月7日より発令された緊急事態宣言にともない、障害者職業センターの「リワーク支援」が4月7日より5月31日の間は一斉に中断される状況となったので、事実上調査は不可能と判断し、当初の目的を変更せざるを得なくなった。

このため、一般社団法人日本うつ病リワーク協会（以下、協会）に所属する施設における、プログラム運営担当者に対し、新型コロナウイルス感染が拡大する中での施設対応、及び運営方法の見直しや対策などについて調査し、コロナ禍におけるリワークプログラムの現状と今後の動きに関して把握することを目的とした。

B.方法

2020年4月3日における、協会会員205施設に対し下記の通り3回にわたり調査を実施した。いずれも調査表添付のメール送信によるアンケート方式で、メール及びファクシミリでの返信を得た。

第1回：2020年4月3日～4月10日

第2回：同年6月1日～6月12日

第3回：同年12月21日～12月29日

C.結果

会員205施設に対し3回の調査の回答数と回答率は以下の通りであった。

第1回：101施設（回収率：49.3%）

第2回：93施設（回収率：45.4%）

第3回：97施設（回収率：47.3%）

調査の設問は以下の6項目であった。

設問1.リワークの診療報酬の算定項目について（図1）

「貴施設のリワークの診療報酬の算定項目について教えてください」に対する回答を表1に示す。全3回とも「デイケア」という回答が最も多く第1回83.2%、第2回82.8%、第3回81.4%であった。次いで「ショートケア」という回答が多く第1回65.3%、第2回59.1%、第3回52.6%であった。このことはデイケアあるいはショートケア単独で開催している施設ばかりでなく、デイケアとショートケアを組み合わせで開催している施設が多いことがうかがわれる。

「集団精神療法」は第1回5.9%、第2回3.2%、第3回6.2%、「作業療法」は第1回5.9%、第2回7.5%、第3回8.2%、「その他」は第1回3.0%、第2回1.1%、第3回8.2%という結果であった。

設問2.プログラムへの対応について（図2）

「記載日時点でのプログラムへの対応について教えてください」に対する回答を表2に示す。全3回とも「全て通常通り」という回答が最も多く、第1回74.3%、第2回72.0%、第3回86.6%であった。「一部実施」は第1回19.8%、第2回22.6%、第3回10.3%、「全て休止」は第1回5.0%、第2回8.6%、第3回3.1%に留まった。「一部実施」の記述式回答の中では「人数制限」や「時間制限」が目立った。リワークプログラムを「デイケア」や「ショートケア」の枠組みで行なっているという構造上、仕組みとしての代替選択肢がなく、現時点では時間や人数を制限することが精一杯の対策であることがうかがわれた。このため、経営的側面も考慮すると通常通りの運用を決断せざるを得ない厳しい環境であると考えられた。

設問3.今後プログラムの内容を見直す場合の判断基準について（図3）

設問2の回答者に対して行なった、「質問2の対応を、今後見直すとしたら何を基準に判断されますか」に対する回答を図3に示す。「国、自治体からの勧告や要請等」（第1回77.2%、第2回73.1%、第3回83.5%）と、「施設管理者の判断」（第1回73.3%、第2回83.9%、第3回80.4%）が選択されていた。

「利用者からの要望」は第1回12.9%、第2回25.8%、第3回18.6%、「その他」は第1回9.9%、第2回12.9%、第3回4.1%であった。「その他」の回答で「感染予防対策に係るコストとの兼ね合い」という回答もあったが、設問2の回答と合わせると、概ね国や自治体からの要請があるまではなるべく通常通りの運用を行う、という医療機関側の意思が示された。

設問4.リスク管理のための施策について（図4-1,2）

「リスク管理のためにされている、これからしようと考えていることはありますか？」に対する回答を表4-1に示す。

「発熱があるなど体調不良者には欠席してもらう」、「手指消毒用を用意」、「スタッフ及び利用者はマスクを着用」、「室内のこまめな換気」、「ドアノブなど室内の消毒」などの一般的に推奨されている対策に関しては、概ね90%以上実施がされていた。他方、「必ず参加時に体温を測定する」（第1回81.2%、第2回84.9%、第3回91.8%）や「利用者の間隔を拡げて、密接にならないようにする」（第1回74.3%、第2回96.8%、第3回84.5%）に関しては、第1回は実施施設数が比較的良かったものの、第2,3回と増加傾向にあり、通常の感染拡大予防対策が現在も取られていることが判明した。「その他」（第1回25.7%、第2回49.5%、第3回41.2%）の記述式回答（図4-2）の中では「アクリル板

の設置」や「フェイスシールドの利用」といった物理的に遮断をする対策が目立った。なお、「県外や流行地域へ移動した方は帰県から2週間の自宅待機」といったような地域からの流入を防ぐ対策を取っている施設も目立った。

設問5.コロナ禍におけるプログラムの継続について（図5）

「今後、コロナ感染拡大の可能性を考慮し、貴施設のリワークプログラムの継続についてどのようにお考えになっていますか？ ※複数回答可（第3回目でも新たに設定した設問）」に対する回答を図5に示す。「感染対策を徹底し、既存の集団プログラムを継続」への回答が最も多く83.5%、次いで「支援内容や体制を変更し集団プログラムを継続」が43.3%、「個別プログラム等やオンライン面談等も含む、新規取組みへの移行」が15.5%、「一時休止」が9.3%、「その他」が6.2%、「閉所（永続的に）」は0%であった。

設問2の回答結果と類似し、通常のプログラムを継続する回答が多数を占め、参加人数や時間の制限をかけることに加えて、プログラム内容の修正も行なっている状況が示される。他方、「ZOOMを用いたプログラムの実施」等の回答もあり、変更が可能な一部分においては、オンライン化も試みられていることも判明した。

設問6-1.利用者の復職先の会社に関する現状把握に関して（図6-1）

「利用者の復職先の会社に関する現状把握に関して、どのような項目を確認するのが必要とお考えでしょう※複数回答可（第3回目に新たに設定した設問）」に対する回答を図6-1に示す。「退職者の復職後の就労環境について（通常出勤・テレワーク・混合であればその比率等）」が87.6%と一番多く、次いで「コロナ禍における社内環境や体制の変化」が79.4%、「復職基準見直しの有無」が

41.2%、「人事評価基準見直しの有無」が21.6%、「その他」が4.1%となった。

コロナ禍における復職後の就労環境や会社の動きを敏感に把握したい医療機関側の要望が示された。復職や人事評価の基準については、まだ現段階では未定であるとの予測から比較的低い数値にとどまった可能性がある。

設問 6-2.テレワーク環境下でのリワークプログラムの見直しについて (図 6-2)

「テレワーク環境下でのリワークプログラムなどの見直しについて、どのような点を見直す必要があるとお考えですか? ※複数回答可 (第3回目に新たに設定した設問)」に対する回答を図 6-2 に示す。まず、「見直す必要はない」が18.6%であった。「見直す必要はない」との回答施設を除外した残りの81.4%の施設を母数に計算した結果として、「テレワーク環境下での業務報告等のコミュニケーションを取る方法」が68.4%と最も多く、次いで「利用者へかける負荷の質やタイプの見直し」が53.2%、「テレワーク環境下での復職準備性評価の見直し」が39.2%、「リモートワーク環境で必要なビジネススキルの取得のためにプログラムを変更する (※仕事で Zoom、Teams やチャット等を使いこなすためのスキルと知識)」が36.7%、「その他」が8.9%であった。

大多数の施設が「見直す必要がある」との見解を示し、プログラム見直しが重要であるとの認識が示された。なお、「テレワーク環境下での業務報告等のコミュニケーションを取る方法」や「利用者へかける負荷の質やタイプの見直し」への回答数が比較的多いことから、就労環境の変化に伴ってストレスの種類やその度合いが変わる可能性をプログラムに反映させたい、という施設側の考えが示された。

設問 6-3.復職先の産業医や人事担当者との連携方法の見直しに関して (図 6-3)

「復職先の産業医や人事担当者との連携方法の見直しに関して、どのような点を見直す必要があるとお考えですか? ※複数回答可 (第3回目に新たに設定した設問)」に対する回答を図 6-3 に示す。まず、「見直す必要はない」が30.9%であった。「見直す必要はない」と回答した施設を除外した残りの69.1%の施設を母数に計算した結果では、「オンラインミーティングの実施」で73.1%で最も多く、次いで「会社へ提供する情報提供書や、レポートの内容を見直し」が59.7%、「主治医から受け取る情報提供書の内容を見直し」が17.9%、「その他」が1.5%であった。

設問 6-4.コロナ禍でリワークプログラムを継続するための制度や枠組みの必要性について (図 6-4)

「コロナ感染拡大の状況に順応するための制度や枠組みの必要性について、以下のどのような点が必要でしょうか ※複数回答可 (第3回目に新たに設定した設問)」に対する回答を図 6-4 に示す。まず、「見直す必要はない」が14.4%であった。「見直す必要はない」との回答を除外した残りの85.6%の施設を母数に計算した結果として、「オンラインもしくはリモート支援が診療報酬として認められる新たな制度が必要」で88.0%と最も多く、y次いで「オンラインによるリワークプログラムなどに対する国からの経済的支援が必要」が71.1%、「民間業者との協働 (①②等の行政機関が関係しない) による新たな枠組みが必要」が19.3%、「その他」が2.4%であった。

大多数の施設が「見直す必要がある」との考えを示し、制度や枠組みに関する見直しの必要性が示された。コロナ禍での復職支援と経営の両立には新たな診療報酬の制度や経済的支援が必要不可欠であると感じている施設が多数であることが設問 6-4 において改めて判明した。

D.考察

本調査では、日本うつ病リワーク協会に施設会員として登録されている全国の医療機関に対して、コロナ禍におけるリワークプログラムの現状と今後の動きに関して調査を実施した。大半の施設は、「デイケア」や「ショートケア」という算定項目でリワークプログラムを運営しており、それぞれの施設で感染対策を徹底しながら、コロナ前と変わらない形で概ね通常通りプログラムを開催していることが判明した。

他方、コロナ禍でプログラム内容見直しの必要性について「必要」と考えている施設が多いことから、感染拡大前と変わらない形での運用（もしくは利用者人数や利用時間を制限する形での運用）を行なっているのは、代替できる制度や枠組みがないがための苦肉の策である可能性が高いといえる。

プログラム提供側として、感染拡大前と感染拡大後で就労環境が変化することを予測し、在宅勤務が増える環境下での社員同士のコミュニケーションの方法が変わるなど、復職後にかかるストレスの種類やその度合いも感染拡大前と比較すると変化することを予測している。そのためプログラムにおける内容の見直しの必要性に関する認識が高まっている。

リワークプログラムの内容も含めた見直しが必要と感じながらも、代替制度がなく選択肢が限られているため、大半の施設が既存の運営方法を継続している傾向があることが示唆された結果ともいえる。この状況を打破するためには「オンラインもしくはリモート支援が診療報酬として認められる新たな制度が必要」や、「オンラインによるリワークプログラムなどに対する国からの経済的支援が必要」への回答にみられるように国や行政機関に対して制度の改変や経済的支援を求める強いメッセージと考えられる。

コロナ禍で急速に進む「テレワーク」という働き方については、コミュニケーションを

とるのに手間がかかり、ベテランには割合なじむが、経験の浅い社員（特に新入社員）はたちまち業務遂行が困難となる状況が頻発している。そもそも「テレワーク」とは働き方の一つの形態であり、コロナ禍の感染拡大予防のため「在宅勤務」を強いた結果、「テレワーク」的な働き方が増えただけのことであり、本質的には別の事象である。

「在宅勤務」とは家庭が職場となると考えるとわかりやすい。家庭や家族環境によっては、本人および家族にストレスが生ずる。外部環境とのリアルな情報交換が途絶され、概日リズムを狂わせる要因の一つとして精神疾患の発症や増悪に大きく関連し、自殺者数の増加も指摘されている。一方、「テレワーク」は多々の条件、例えば業種、業務の内容、業務を行う場所、更には評価とその結果の報酬上の配慮が必要であることはいまでもない。一方、業務遂行能力の高い発達障害は、「在宅勤務」となってもコミュニケーションをとる必要がなく、通勤時間もなくなるため、業務環境さえ整っていればうまく「在宅勤務」を継続できているという例も多く経験する。

現在のコロナ禍の状況下で産業医の復職判定において「在宅勤務」で復職可としている会社もあるが、復職後に短期間で再休職に至る例もあり、大きな悩みであろう。従来のリワークプログラムでの復職可能レベルは出社しての規準であり、テレワークでの復職準備性は個人要因が大きく影響することから、今回の調査で得られた結果のように「テレワーク」下での「復職準備性」の判定を再検討する必要がある。プログラムの内容もそれに合わせて変化させる必要もあろう。また、リワーク実施機関からみると、利用者から得られる情報を企業と共有できれば、利用者本人と会社双方にとってメリットが出る。なかなか試し出勤などが出来ない現在の状況下では、復職準備性の確認はリワークプログラムでしかできないことから、会社にとって役立つ情

報が得られる唯一の仕組みともいえ、会社とプログラム提供施設との連携が上手に取れば利用者も含め3者にメリットが出る。

いずれにせよ休職した労働者が復職後にいかに安全に働いていけるかを確認する手段はリワークプログラム以外には存在しない。このコロナ禍でプログラムは多大な影響を受けており、プログラムの内容や枠も再検討を迫られる状況で治療施設自身の努力も必要であるが、診療報酬の制度改変や経済的支援も欠くべからざるものである。

E.健康危険情報

なし。

F.研究発表

1.論文発表

なし。

2.学会発表

第40回日本社会精神医学会においてシンポジウム「新型コロナウイルス感染症渦中における産業精神保健の課題」において発表した。

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし。

2.実用新案登録

なし。

3.その他

なし。

労災認定された長期療養者を対象とした企業と協働した段階的な治療プログラムの提言（図表）一般社団法人 東京リワーク研究所 五十嵐良雄

図1.貴施設のリワークの診療報酬の算定項目について教えてください

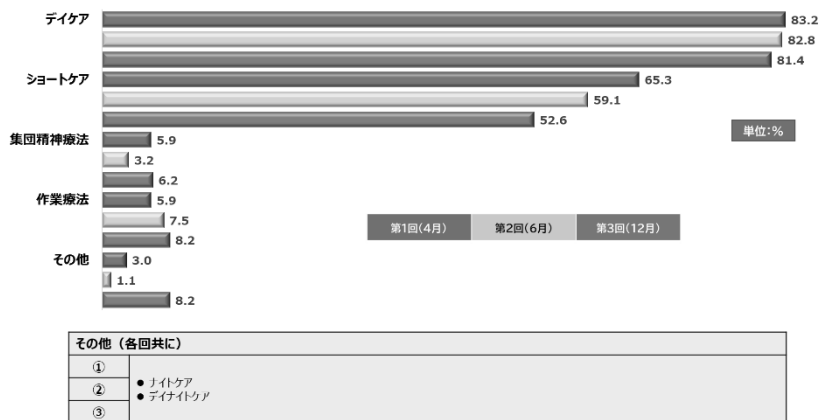


図2.記載日時点でのプログラムへの対応について教えてください



図3.質問2の対応を、今後見直すとしたら何を基準に判断されますか
(複数回答可)

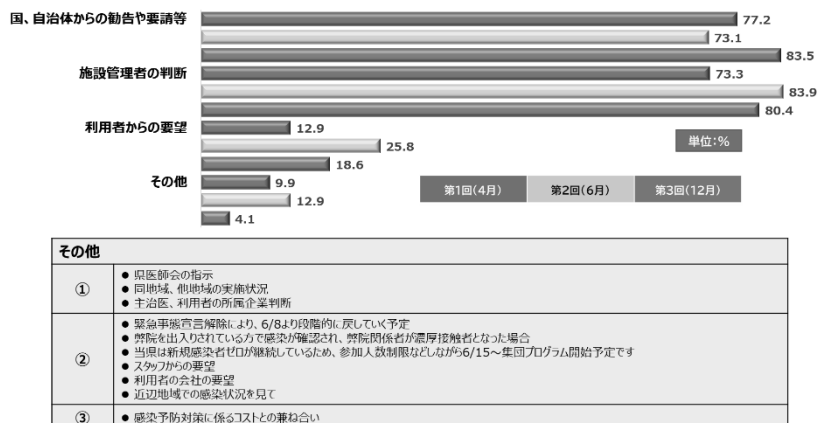


図4-1. リスク管理のためにされている、これからしようと考えていることはありますか？

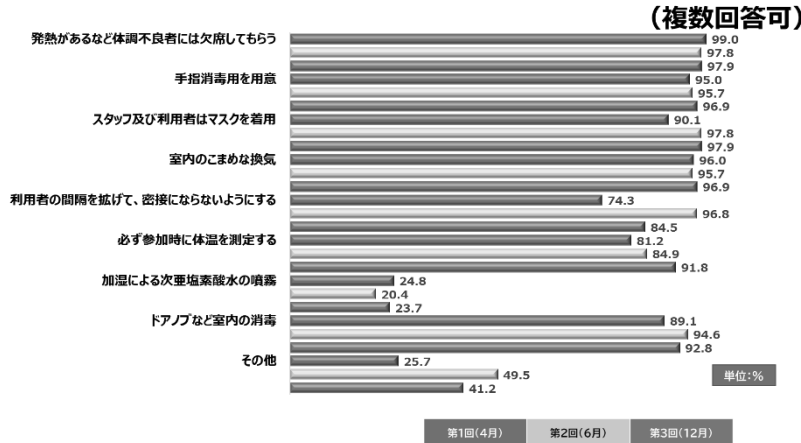


図4-2. リスク管理のためにされている、これからしようと考えていることはありますか？

その他	
①	<ul style="list-style-type: none"> ● リワーク中に使用するPCを個人毎に決めた ● 感染予防の心理教育、簡易マスクを作る作業、ミーティングなど距離を明け、15分に1回は換気・休憩を入れる ● スタッフも距離を置く、別室に居る。面接室にはスクリーンを設置 ● 入室時の手洗い、食事の時には会話を控えてもらう
②	<ul style="list-style-type: none"> ● ディスカッションを主とするグループワークプログラムの内容変更 ● 昼食時などマスクを外した状態の会話は禁止 ● 机や席の配置をスクール形式に変更。グループワークは密にならないようにする、あるいは形態を変更。土曜日も開催し1日の利用人数を減らす。時差通所
③	<ul style="list-style-type: none"> ● フェイスシールドの着用（スタッフ・利用者とも） ● 1日当たりの参加者数を減らす、フォローアッププログラムのオンライン化を検討 ● 「酸素飽和度測定」、緊急事態宣言下・緊急事態措置下では、電話(再診)での対応。 ● 県外や流行地域へ移動した方は帰県から2週間の自宅待機

図5. 今後、コロナ感染拡大の可能性を考慮し、貴施設のリワークプログラムの継続についてどのようにお考えになっていますか？ ※複数回答可 (今回新たに設定した設問)

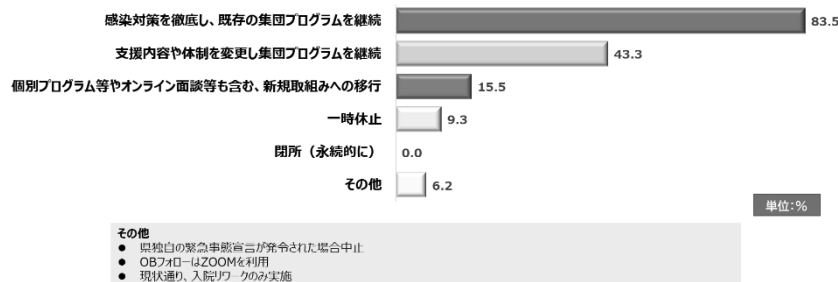


図6-1. 利用者の復職先の会社に関する現状把握に関して、どのような項目を確認するのが必要とお考えでしょう ※複数回答可 (今回新たに設定した設問)

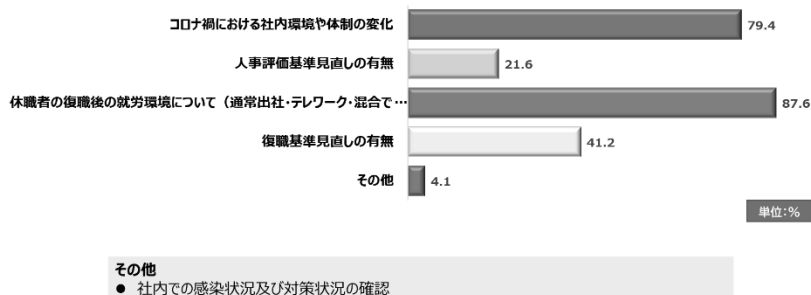


図 6-2.テレワーク環境下でのリワークプログラムなどの見直しについて、どのような点を見直す必要があるとお考えですか？※複数回答可
(今回新たに設定した設問)

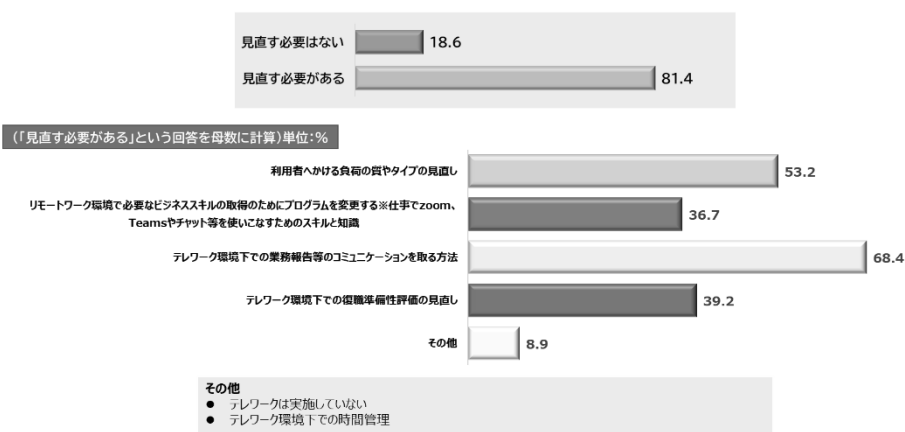


図 6-3.復職先の産業医や人事担当者との連携方法の見直しに関して、どのような点を見直す必要があるとお考えですか？※複数回答可
(今回新たに設定した設問)

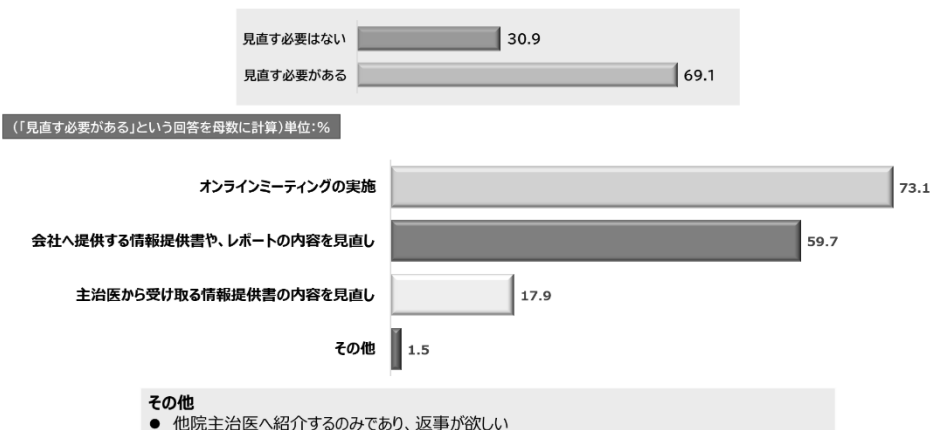
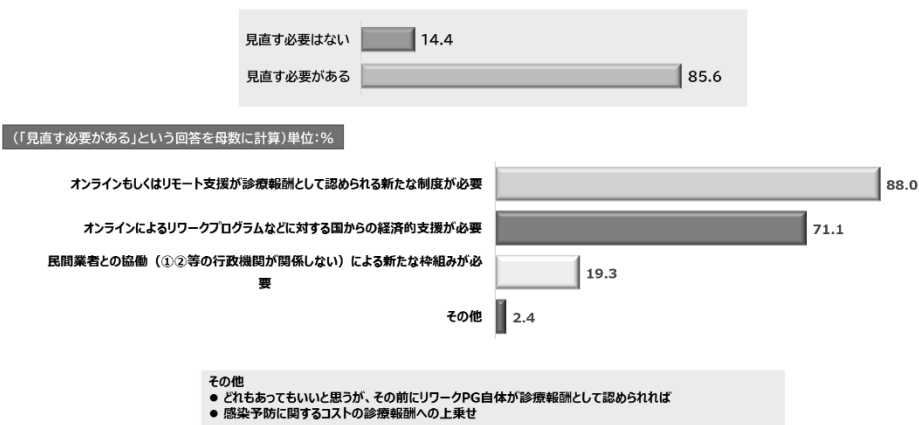


図 6-4.コロナ感染拡大の状況に順応するための制度や枠組みの必要性について、以下のどのような点が必要でしょうか※複数回答可
(今回新たに設定した設問)



労災疾病臨床研究事業費補助金令和元年度・令和2年度（分担）研究報告書

仕事を原因した精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する治療と並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究

～労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究・企業における休職者の実態調査～

分担研究者 黒木 宣夫 東邦大学名誉教授

研究協力者 南 昌秀 コマツ健康増進センター

主任研究者 桂川修一 東邦大学医学部精神神経学講座（佐倉）

研究概要

企業における休職者の実態調査を行った。令和元年度は2010年から2018年までの9年間、令和2年度は2010年から2019年までの10年間を調査した。休職者は徐々に増加しており、増加率は、抑うつ状態、適応障害、うつ病の順に高く、2019年においては、抑うつ状態、うつ病、適応障害の順に多くなっていた。疾病ごとに年齢別に推移を確認したところ、抑うつ状態は全年齢で増加しているが、特に40歳代と30歳代での増加が顕著であった。休職者全体の平均休職期間は短縮されていた。初発者より再発者の休職期間が、概して長いと考えられた。休職の推定要因は「個人の性格傾向」の比率が増加し、「仕事の質」や「職場の人間関係」の比率は、ほぼ横ばいであった。

長期休職者（1年以上）はうつ病が多く、そのほとんどが退職していた。なお、退職者を含む長期休職者は全員が労災の申請を行っていなかった。

企業としての取組として管理職に対して「ハラスメント」や「行き過ぎた指導」を行わないための教育研修を継続し、今後メンタル休職者と対応する人事労務中堅社員に対して、事例を提示しグループワークを行う実践的な教育研修を開始している。

研究目的

専属産業医の立場から休職者の実態調査を行ったので報告する。

研究方法

1. 疾病調査：令和元年度、令和2年度

令和元年度は2010年から2018年までの9年間、令和2年度は2010年から2019年までの10年間におけるメンタル休職に係る診断書病名を国際疾病分類ICD-10に基づいて分類した。また休職期間、休職の推定要因についても検討した。分類にあたって1人1病名とした。複数病名の場合の疾病分類ICD-10の優先順位優先順位は以下の通りとした。

F20 統合失調症 > F31 双極性障害 > F32 うつ病 ≥ F32.8 うつ状態 >

F34 気分障害・気分変調症 >> F45.3 自律神経失調症・F48 神経衰弱 >

F40 不安障害（不安神経症） > F41 パニック障害 > F43.2 適応障害

2. 長期休職者調査：令和2年度

長期休職者（1年以上）の調査を、一事業所の復職支援面談記録を基に行った。

3. 企業としての取組を調査：令和2年度

企業としての取組で実際に行われていることを調査した。

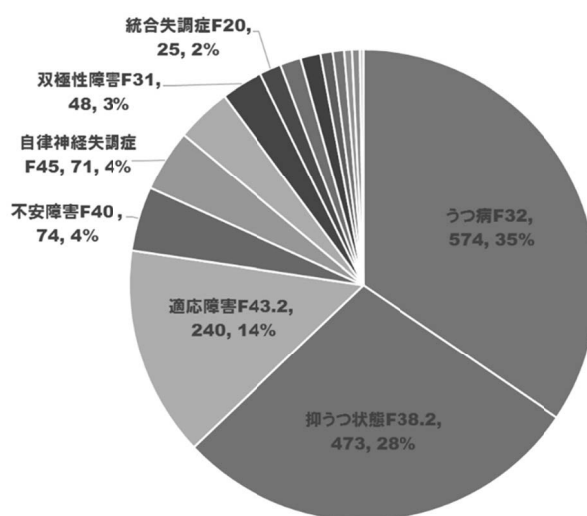
【令和元年度・研究結果】

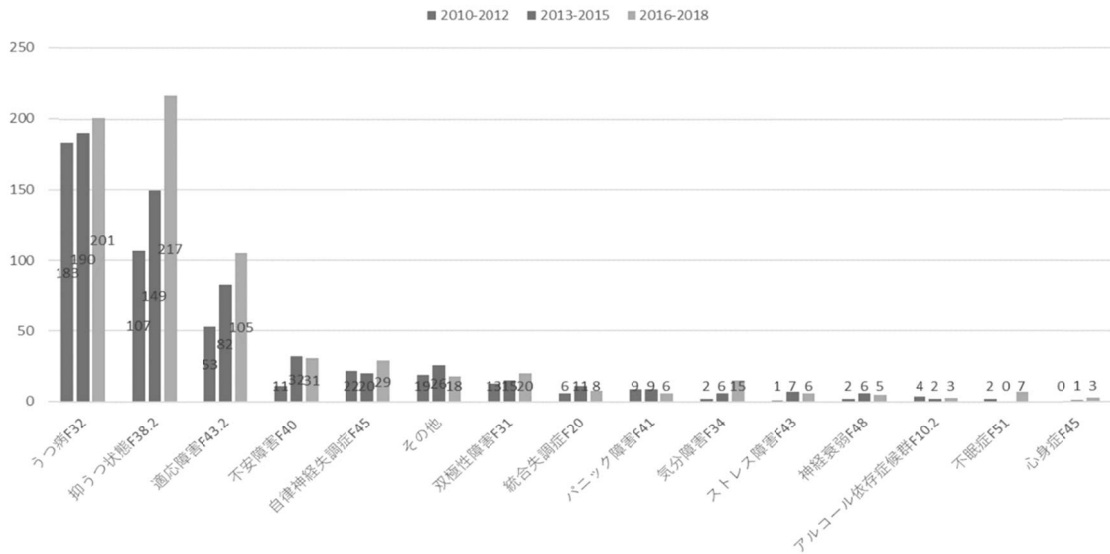
1. 疾病調査

1-1. 疾病分類

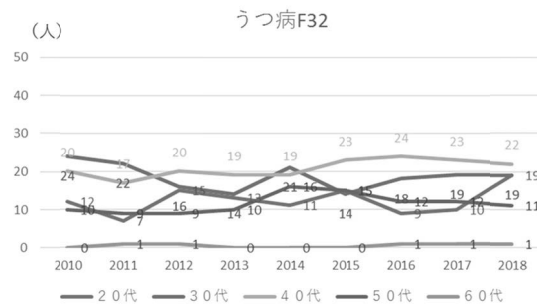
1ヶ月以上の休業者は徐々に増加しており、2010年から2018年までの合計ではうつ病（35%）、抑うつ状態（28%）、適応障害（14%）の順に多かった（右グラフ）。

増加率は、抑うつ状態、適応障害、うつ病の順に高かった。その他（不安障害、自律神経失調症、双極性障害、統合失調症、パニック障害、気分障害）では顕著な増加を認めなかった。





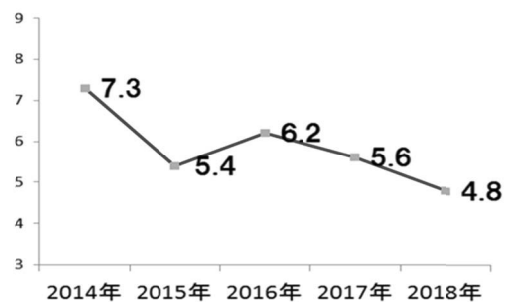
抑うつ状態は全年齢で増加しているが、特に40歳代と30歳代での増加が顕著であった。うつ病は40代と30代が主であったが近年は20代も多かった（下グラフ）。



1-2. 休職期間

休職期間について平均休業期間は2014年7.3ヶ月であったが、2018年4.8ヶ月であり、短くなっていた（右グラフ）。

特に再発者の休職期間の短縮化が認められた。



考察

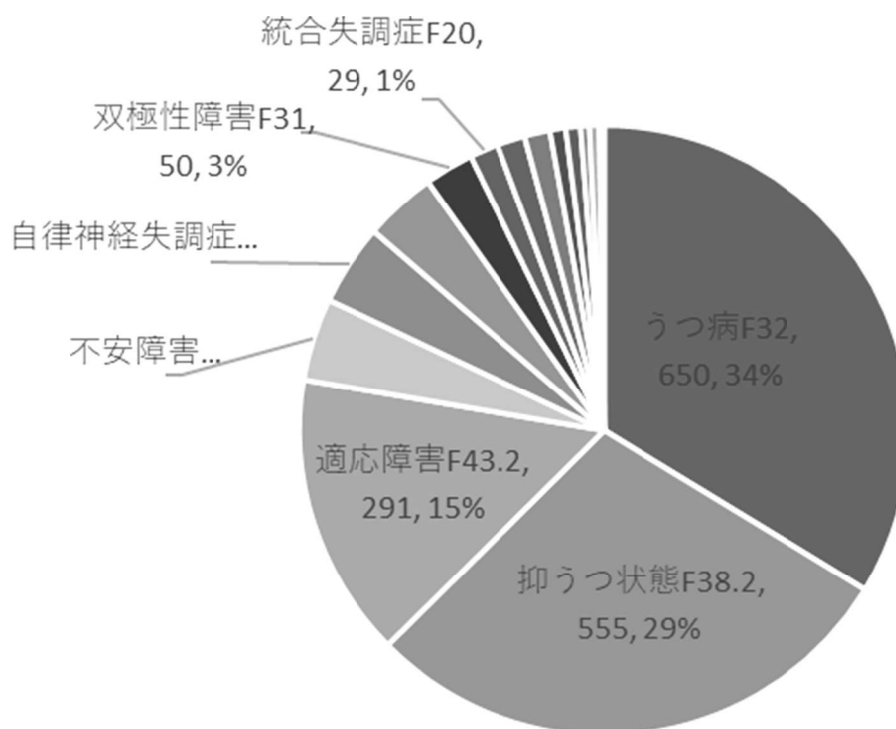
復職者の休業期間は短くなってきているものの、それは再発復職者の休業期間の短縮によるものであり、早期発見が必ずしも早期回復や早期復帰に結びつかない可能性も考えられた。

【令和2年度・研究結果】

1. 疾病調査

1-1. 疾病分類

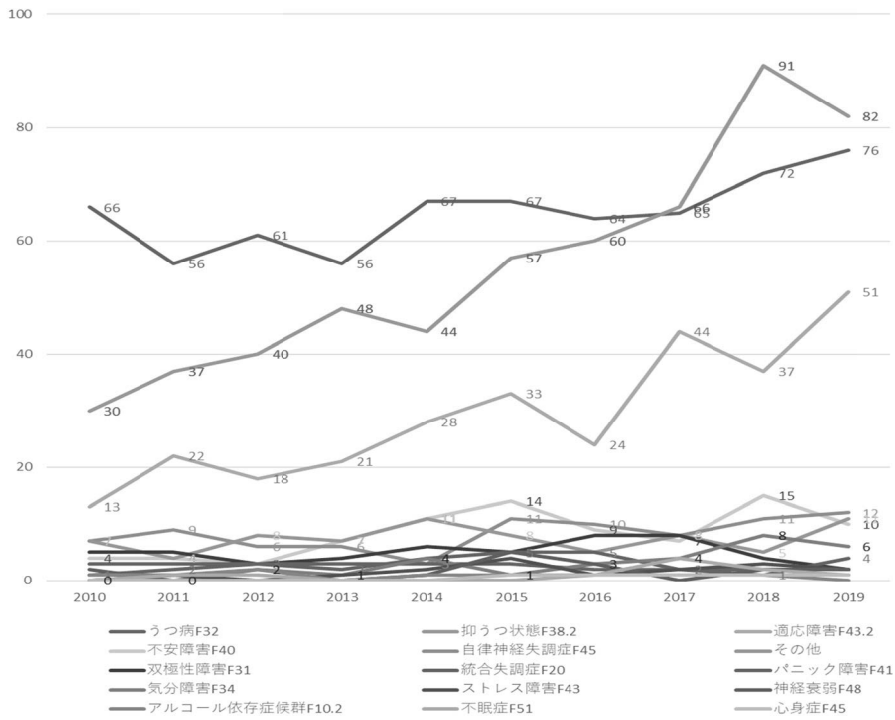
2010年から2019年での合計ではうつ病(33.7%)、抑うつ状態(28.8%)、適応障害(15.1%)の順に多かった。(下:円グラフ)



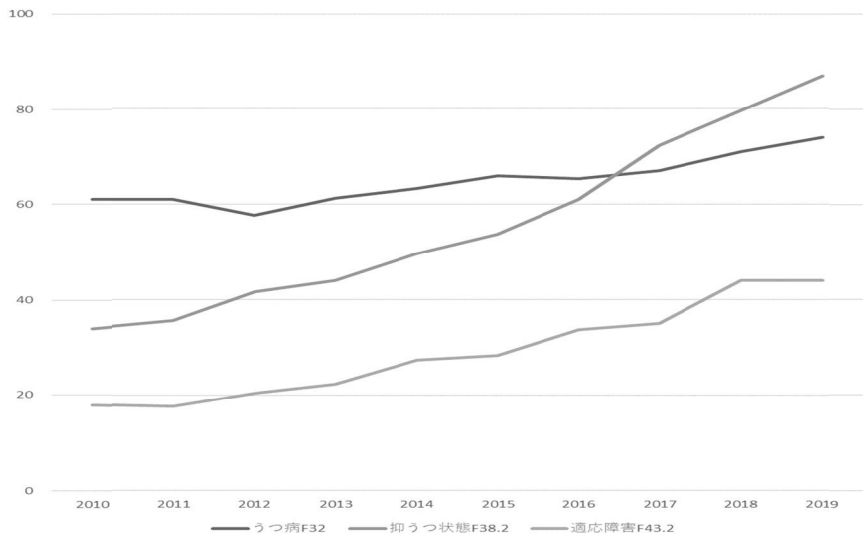
休職者は徐々に増加しており、増加率は、抑うつ状態、適応障害、うつ病の順に高かった。2010年では、抑うつ状態はうつ病の半数以下であったが、徐々に増加し2017年にはうつ病を超えた。2019年においては、抑うつ状態、うつ病、適応障害の順に多くなっていた。(グラフ:2010-2019疾病の推移) 特に抑うつ状態と適応障害は増加していた。(グラフ:3年移動平均)

その他(不安障害、自律神経失調症、双極性障害、統合失調症、パニック障害、気分障害)では顕著な変化を認めなかった。(グラフ:2010-2019疾病の推移)

2010-2019 疾病の推移

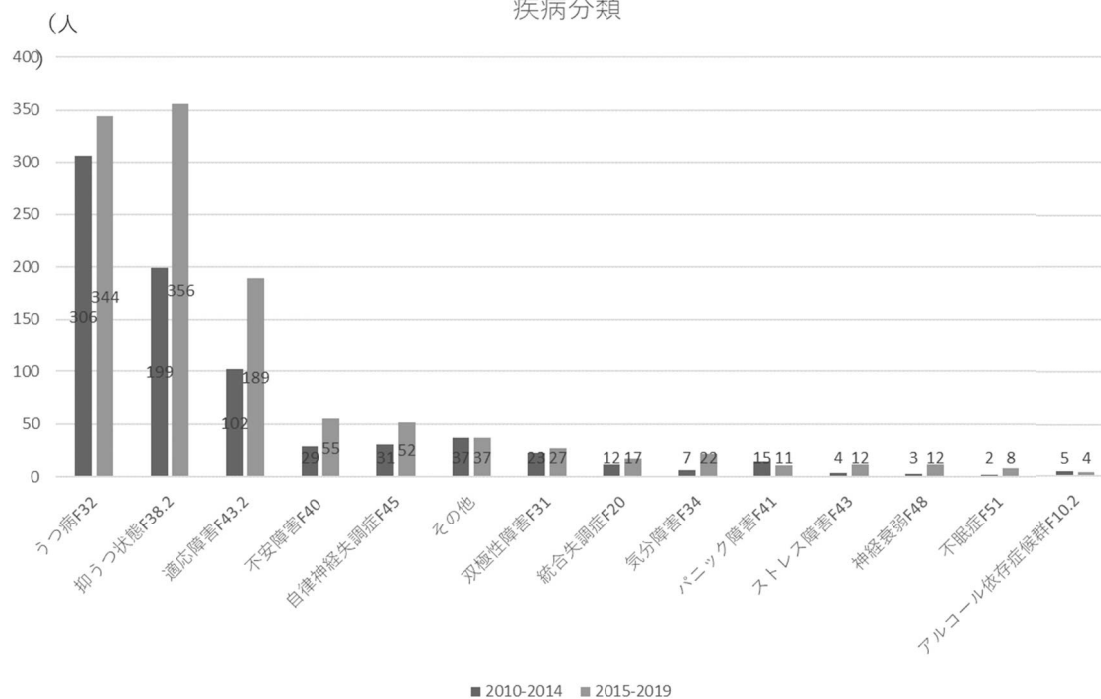


3年移動平均

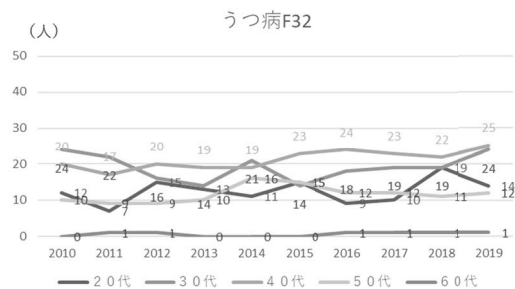


10年間の前半（2010-2014）と後半（2015-2019）とで比較したところ、ほとんどの疾病で増加を認めた。うつ病は約1.2倍であったが、抑うつ状態と適応障害が約2倍となっていた。不安障害、自律神経失調症、双極性障害、統合失調症、気分障害、ストレス障害、神経衰弱も、わずかではあるが増加していた。（グラフ：疾病分類）

疾病分類

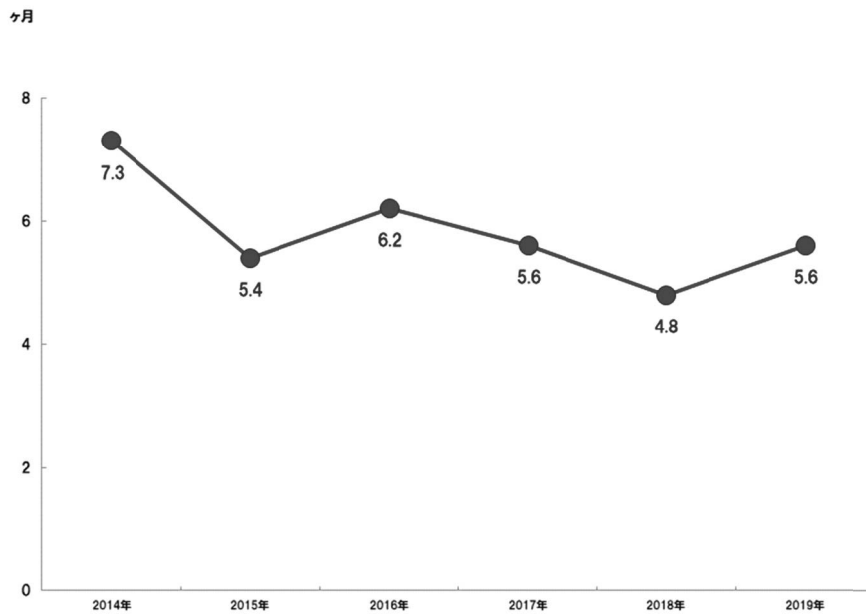


疾病ごとに年齢別に推移を確認したところ、抑うつ状態は全年齢で増加しているが、特に40歳代と30歳代での増加が顕著であった。うつ病は40代と30代が主であったが近年において20代はほぼ同数であった。(下グラフ)。

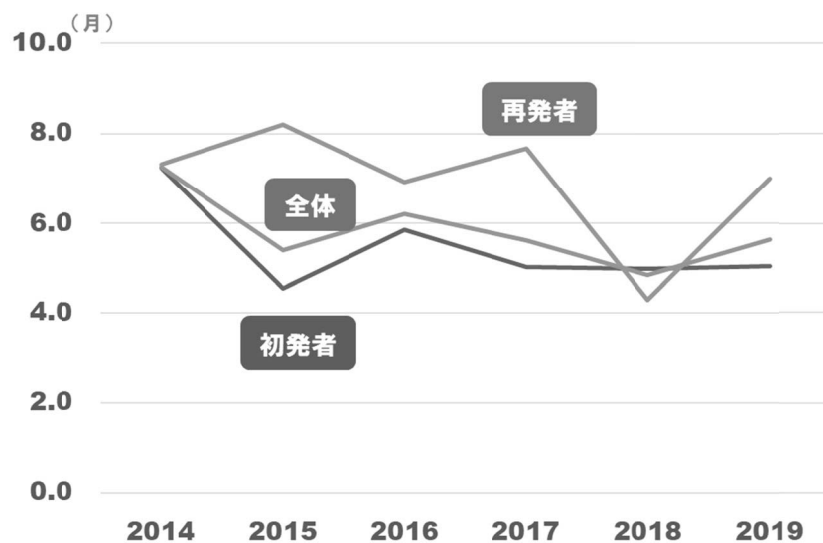


1-2. 休職期間

休職者全体の平均休職期間は、2014年は7.3ヶ月であったが、2018年は4.8ヶ月、2019年は5.6ヶ月であり、短縮されていた。(下グラフ)

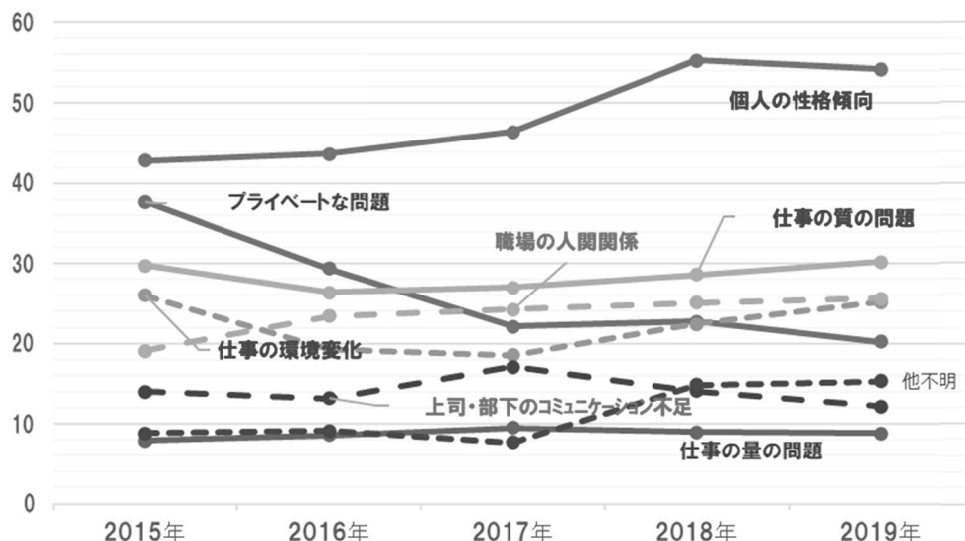


初発者より再発者の休職期間が、概して長いと考えられた。再発者の休職期間は2014年で7.3ヶ月、2018年で4.3ヶ月、2019年は7ヶ月であり短縮されておらず、むしろ初発者が2014年は7.2ヶ月、2018年で5ヶ月、2019年は5.1ヶ月で短縮されていた。



1-3. 休職の推定要因

また、休職の推定要因では「個人の性格傾向」の比率が増加しており、「仕事の質」や「職場の人間関係」の問題の比率は、ほぼ横ばいであった。



2. 長期休職者調査

長期休職者（1年以上）の調査を、一事業所の復職支援面談記録を基に行った。長期休職者は休職者全体の7%であった。うつ病（6%）と抑うつ状態（1%）に限られていた。うつ病と診断された休職者のうち長期休職者は13%であり、そのうちの7割が退職していた。復職支援面談実施者のうち分析対象者は121人（性110人、女性11人）、平均年齢は36.9歳であった。

疾病の内訳であるが、男性はうつ病53人、抑うつ状態34人、適応障害7人、統合失調症3人、気分障害3人、不安障害3人、自律神経失調症3人、その他4人であった。女性は、抑うつ状態4人、適応障害4人、その他3人であった。

平均休職日数は、うつ病平均131.7日±214.2日、抑うつ状態平均87日±114.6日、適応障害平均59.4日±41.5日であり、うつ病が最も長かった。

長期休職者（1年以上）は9人（うち男性8人）あり、そのうちのうつ病7人中5人が退職していた。抑うつ状態2人中1人が退職していた。退職者を含む長期休職者は全員が労災の申請を行っていなかった。

なお、半年以上1年未満の休職者は5人（全員男性）であり、疾病内訳は、うつ病2件抑うつ状態2件であり、全員が労災の申請を行っていなかった。

また、退職者は15人認められた。男性12人であり、そのうち、うつ病が8人を占めていた。疾病別の休職平均日数を求めたところ、うつ病約130日、統合失調症約90日、抑うつ状態が約90日、双極性障害約85日、適応障害約60日であった。

3. 企業としての取組

企業としての取組として現在、管理職に対して「ハラスメント」や「行き過ぎた指導」を行わないための教育研修を継続している。さらに、今後メンタル休職者に対応する人事労務中堅社員に対して、事例を提示しグループワークを行うという、実践的な教育研修を開始した。

結果のまとめ

- ・2010年 - 2019年の累積は、うつ病、抑うつ状態、適応障害の順に多かった。
- ・2019年においては、抑うつ状態、うつ病、適応障害の順に多くなっていた。
- ・休業者は徐々に増加しており、増加率は、抑うつ状態、適応障害、うつ病の順に高かった。
- ・抑うつ状態は全年齢で増加しており、40歳代と30歳代での増加が顕著であった。
- ・うつ病は40代と30代が主であったが近年において20代はほぼ同数であった。
- ・休職者全体の平均休職期間は、短縮されていた。
- ・休職者において初発者より再発者の休職期間が長かった。
- ・休職の推定要因では「個人の性格傾向」の比率が増加しており、「仕事の質」や「職場の人間関係」の問題の比率はほぼ横ばいであった。
- ・長期休職者（1年以上）は休職者全体の7%存在し、うつ病と抑うつ状態に限られていた。
- ・長期休職者（1年以上）のうち、うつ病7人中5人、抑うつ状態2人中1人が退職していた。退職者を含む長期休職者は全員が労災の申請を行わなかった。
- ・平均休職日数は、うつ病が最も長かった。

考察

調査において、メンタル休業にかかる労災の申請も認定も確認できなかったが、今後、増加してくる可能性が高いと懸念している。

適応障害の増加しており、休職推定要因においても「個人の性格傾向」の比率が増加していることから、本人と会社との意思疎通が困難で、本人も会社の望む「円滑な職場復帰」、もしくは「円満な退社」が達成できず、労災という争議に陥る可能性が増えるのではないかと懸念しているのである。

そういう状況に陥らないために企業としての取組として、管理職に対して「ハラスメント」や「行き過ぎた指導」を行わないための教育研修が必要である。

加えて、今後メンタル休職者に対応するであろう、人事労務中堅社員に対して事例に基づいた実践的な教育研修も必要だと考える。今後、一層、個人のパーソナリティに応じた職場環境の整備が企業に求められるであろう。

厚生労働省令和元年度・2年度労災疾病臨床研究事業費補助金
「仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する治療と並
行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究」（分担、2019年度・2020年度総括）

メンタルヘルス外部支援機関として休業者に対する支援の現状と役割に関する調査研究

研究分担者：黒木 宣夫 東邦大学名誉教授

研究協力者：高野 知樹¹、吉村 靖司¹、赤松 拓²、市村 麻衣³、兼田 康宏⁴、神山 昭男⁵、
田中 和秀³、中野 英樹⁶、藤田 春洋⁷、吉田 光輔¹

1 医療法人社団弘富会 神田東クリニック、2 仁大クリニック、3 医療法人ひつじクリニック、

4 医療法人翠松会 岩城クリニック、5 医療法人桜メディスン 有楽町桜クリニック、

6 特定医療法人社団宗仁会 博多筑紫口こころクリニック、7 高円寺ふじたクリニック

研究概要：精神科医療機関による精神科診療や産業保健活動を行っている精神科医師に対し、支援内容な効果に関する調査票を配布・回収し、休業者に対する支援事例を質的に検証し、社会復帰を目指した適正な支援のあり方を明らかにする一助とすることを目的とする。

A. 研究目的

地方公務員についての2019年度の公表資料¹⁾によれば、1カ月以上の長期病休者のうち「精神及び行動の障害（精神疾患）」による休者数10万人率は、1,643.9人であり、2018年度より171.4人増加しており、10年前の約1.4倍、15年前の約2.3倍となっている。また「精神及び行動の障害（精神疾患）」の長期病休者全体に占める割合は、初めて6割を超え60.7%となっている。2012年度から50%を超え、年々の増加が継続している。一方で身体疾患による長期病休者は年々減少であり、民間企業のデータにも同様の傾向が見られている。

また、精神障害による労災補償状況²⁾においても請求件数、支給決定件数ともに増加傾向が継続している。2019年度請求件数は2,060件と初めて2,000件を超え、前年度比240件の増となっている。うち未遂を含む自殺件数は前年度比2件増の202件であった。支給決定件数は509件で前年度比

44件の増となり、うち未遂を含む自殺の件数は前年比12件増の88件であった。

加えて、我が国の自殺者数³⁾は2010年以降減少が続いているが、「勤務問題」を原因・動機の1つとする自殺者の数は1,978件(2016年度)から、1,991件(2017年度)、2,018件(2018年度)と2年連続増加し、2019年度は1,949件とやや減少したものの下げ止まりの傾向がみられる。

こうした現状を鑑み、精神科医療機関による精神科診療や産業保健活動を行っている精神科医師に対し、支援内容な効果に関する調査票を配布・回収し、休業者に対する支援事例を質的に検証し、社会復帰を目指した適正な支援のあり方を明らかにする一助とすることを目的とする。

B. 研究方法

【研究1】

「心理的負荷による精神障害の認定基準」（厚生労働省、2011年）⁴⁾の心理的負荷評価表を参考に、仕事を原因とした精神疾患により休業経験事例に対して支援者が記入

する調査票を作成した。

【研究 2-1】

研究 1 で作成した調査票の一部を改訂した。

【研究 2-2】

公社)日本精神神経科診療所協会の産業メンタルヘルス関連委員会に所属する医療機関に勤務する精神科医師に対し、メール送付による返信の形式で調査を実施した。回収できた 24 例について解析した。

C. 研究結果

【研究 1】

「心理的負荷による精神障害の認定基準」(厚生労働省、2011 年)⁴⁾に基づき下記の調査票を作成し、以下に示す。

問1. 記入者の属性

- 1) 記入日 _____年 ____
____月 ____日
- 2) 記入者の年齢階層
 - ① 20 歳代
 - ② 30 歳代
 - ③ 40 歳代
 - ④ 50 歳代
 - ⑤ 60 歳代
 - ⑥ 70 歳代以降
- 3) 記入者の性別
 - ① 男性
 - ② 女性

問2. 記入者の所属医療機関

- 1) 記入者の所属医療機関の都道府県名 _____都・道・府・県
- 2) 記入者の所属医療機関名 _____
- 3) 記入者の精神保健指定医資格の有無

- ① 現在あり
- ② 過去にあったが現在は無い
- ③ 将来取得したい
- ④ 現在も過去もない、将来も予定なし

4) 記入者の精神神経学会専門医資格の有無

- ① 現在あり
- ② 過去にあったが現在は無い
- ③ 将来取得したい
- ④ 現在も過去もない、将来も予定なし

5) 記入者の産業医資格の有無

- ① 現在あり
- ② 過去にあったが現在は無い
- ③ 将来取得したい
- ④ 現在も過去もない、将来も予定なし

問3. 事例の属性

- 1) 事例の年齢階層
 - ① 20 歳未満
 - ② 20 歳代
 - ③ 30 歳代
 - ④ 40 歳代
 - ⑤ 50 歳代
 - ⑥ 60 歳代
 - ⑦ 70 歳代以降
- 2) 事例の性別
 - ① 男性
 - ② 女性
- 3) 事例発生時の勤続年数
 - ① 1 年未満
 - ② 3 年未満

- ③ 5年未満
- ④ 10年未満
- ⑤ 10年以上
- ⑥ 不明
- 4) 事例の婚姻状態
 - ① 既婚
 - ② 未婚
 - ③ 離別
- 5) 事例に対する記入者の立場
 - ① 主治医
 - ② 産業医
 - ③ 産業医を支援する社内精神科医
 - ④ その他 (_____)
- 6) 事例の相談経緯
 - ① 産業医から
 - ② 企業内看護職から
 - ③ 企業内カウンセラーから
 - ④ 人事・労務担当者から
 - ⑤ 上司から
 - ⑥ 同僚から
 - ⑦ 家族から
 - ⑧ 知人・友人から
 - ⑨ その他 (_____)
- ⑨ その他 (_____)
- 2) 就労状況について
 - ① 現在休業中 →設問 3)へ
 - ② 現在就業中 →設問 4)へ
- 3) 現在休業中の休業期間について
 - ① 1ヶ月未満
 - ② 3ヶ月未満
 - ③ 6ヶ月未満
 - ④ 9ヶ月未満 設問 5.へ
 - ⑤ 12か月未満
 - ⑥ 1年以上
- 4) 現在就業中だが当該業務上要因による過去の休業期間について
 - ① 1ヶ月未満
 - ② 3ヶ月未満
 - ③ 6ヶ月未満
 - ④ 9ヶ月未満 設問 5.へ
 - ⑤ 12か月未満
 - ⑥ 1年以上

問4. 事例の業務起因と思われる精神障害

- 1) 事例の主たる診断名(ひとつ選択)
 - ① 抑うつ障害群
 - ② 不安障害群
 - ③ 心的外傷およびストレス因関連障害群
 - ④ 強迫性障害および関連障害群
 - ⑤ 解離性障害群
 - ⑥ 身体症状症および関連症群
 - ⑦ 双極性障害および関連障害群
 - ⑧ 統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群

問5. 業務上の出来事について

- 1) 平均的な心理的負荷の強度《Ⅲ》の項目が該当した項目数
 - ① 0
 - ② 1
 - ③ 2
 - ④ 3
 - ⑤ 4
 - ⑥ 5
- 2) 1)のうち実際に《強》であった項目数
 - ① 0
 - ② 1
 - ③ 2
 - ④ 3

- ⑤ 4
⑥ 5
- 3) 平均的な心理的負荷の強度《Ⅱ》の項目が該当した項目数
- ① 0
② 1
③ 2
④ 3
⑤ 4
⑥ 5
- 4) 1)のうち実際には《強》となった項目数
- ① 0
② 1
③ 2
④ 3
⑤ 4
⑥ 5

問6. 事例に対してなされた支援について

- 1) 最も効果的であった支援は何か (ひとつ選択)
- ① 業務変更、配置転換や異動
② 業務は大きく変えずに負荷軽減
③ 管理者の対応
④ 管理者の交替
⑤ 人事・労務担当者の対応
⑥ 家族への対応
⑦ 産業医や産業保健スタッフ等によるケア
⑧ 社外での精神科専門治療
⑨ 社外でのカウンセリング
⑩ 転職
⑪ 退職
⑫ その他 (_____)
- 2) 最も有効であった連携は何か (ひとつ選択)

ひとつ選択)

- ① 専門職間の連携
② 専門職と人事・労務担当者との連携
③ 専門職と管理者との連携
④ 専門職と家族との連携
- 3) 最も連携が困難であったものは何か (ひとつ選択)
- ① 専門職間の連携
② 専門職と人事・労務担当者との連携
③ 専門職と管理者との連携
④ 専門職と家族との連携
⑤ 困難な連携はなかった

【研究2-1】

研究1で作成した調査票を見直し、下記のような改訂版を行った。主な改訂箇所は斜体文字で示す。

問1. 記入者の属性

- 1) 記入日 _____年 ____月 ____日
- 2) 記入者の年齢階層
- ① 20歳代
② 30歳代
③ 40歳代
④ 50歳代
⑤ 60歳代
⑥ 70歳代以降
- 3) 記入者の性別
- ① 男性
② 女性

問2. 記入者の所属医療機関

- 1) 記入者の所属医療機関の都道府県名 _____都・道・府・県
- 2) 記入者の所属医療機関名 _____

3) 記入者の精神保健指定医資格もしくは精神科専門医資格の有無

- ① 現在あり
- ② 過去にあったが現在はない
- ③ 将来取得したい
- ④ 現在も過去もない、将来も予定なし

4) 記入者の産業医資格の有無

- ① 現在あり
- ② 過去にあったが現在はない
- ③ 将来取得したい
- ④ 現在も過去もない、将来も予定なし

問3. 事例の属性

1) 事例の年齢階層

- ① 20歳未満
- ② 20歳代
- ③ 30歳代
- ④ 40歳代
- ⑤ 50歳代
- ⑥ 60歳代
- ⑦ 70歳代以降

2) 事例の性別

- ① 男性
- ② 女性

3) 事例発生時の勤続年数

- ① 1年未満
- ② 3年未満
- ③ 5年未満
- ④ 10年未満
- ⑤ 10年以上
- ⑥ 不明

4) 事例の婚姻状態

- ① 既婚
- ② 未婚

③ 離別・死別

5) 事例に対する記入者の立場

- ① 主治医
- ② 産業医
- ③ 産業医を支援する社内精神科医
- ④ その他 (_____)

6) 事例の相談経緯

- ① 産業医から
- ② 企業内看護職から
- ③ 企業内カウンセラーから
- ④ 人事・労務担当者から
- ⑤ 上司から
- ⑥ 同僚から
- ⑦ 家族から
- ⑧ 知人・友人から
- ⑨ その他 (_____)

問4. 事例の業務起因と思われる精神障害

1) 事例の主たる診断名(ひとつ選択)

- ① 抑うつ障害群
- ② 不安障害群
- ③ 心的外傷およびストレス因関連障害群
- ④ 強迫性障害および関連障害群
- ⑤ 解離性障害群
- ⑥ 身体症状症および関連症群
- ⑦ 双極性障害および関連障害群
- ⑧ 統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群
- ⑨ その他 (_____)

2) 就労状況について

- ① 現在休業中 →設問 3)へ
- ② 現在就業中 →設問 4)へ

3) 現在休業中の休業期間について

- ① 1ヶ月未満
- ② 3ヶ月未満

- ③ 6ヶ月未満
 - ④ 9ヶ月未満
 - ⑤ 12か月未満
 - ⑥ 1年以上
- 4) 現在就業中だが当該業務上要因による過去の休業期間について
- ① 1ヶ月未満
 - ② 3ヶ月未満
 - ③ 6ヶ月未満
 - ④ 9ヶ月未満
 - ⑤ 12か月未満
 - ⑥ 1年以上

問5. 業務上の出来事について

- 1) 『平均的な心理的負荷の強度』《Ⅲ》の項目が該当した項目数
- ① 0
 - ② 1
 - ③ 2
 - ④ 3
 - ⑤ 4
 - ⑥ 5
- 2) 1)のうち実際に《強》であった項目数
- ① 0
 - ② 1
 - ③ 2
 - ④ 3
 - ⑤ 4
 - ⑥ 5
- 3) 『平均的な心理的負荷の強度』《Ⅱ》の項目が該当した項目数
- ① 0
 - ② 1
 - ③ 2
 - ④ 3
 - ⑤ 4

- ⑥ 5 以上
- 4) 1)のうち実際には《強》となった項目数
- ① 0
 - ② 1
 - ③ 2
 - ④ 3
 - ⑤ 4
 - ⑥ 5 以上

問6. 事例に対してなされた支援について

- 1) 最も効果的であった支援は何か（ひとつ選択）
- ① 業務変更、配置転換や異動
 - ② 業務は大きく変えずに負荷軽減
 - ③ 管理者の対応
 - ④ 管理者の交替
 - ⑤ 人事・労務担当者の対応
 - ⑥ 家族への対応
 - ⑦ 産業医や産業保健スタッフ等によるケア
 - ⑧ 社外での精神科専門治療
 - ⑨ 社外でのカウンセリング
 - ⑩ 転職
 - ⑪ 退職
 - ⑫ その他（ _____ ）
- 2) 最も有効であった連携は何か（ひとつ選択）
- ① 専門職間の連携
 - ② 専門職と人事・労務担当者との連携
 - ③ 専門職と管理者との連携
 - ④ 専門職と家族との連携
- 3) 最も連携が困難であったものは何か（ひとつ選択）
- ① 専門職間の連携

- ② 専門職と人事・労務担当者との連携
- ③ 専門職と管理者との連携
- ④ 専門職と家族との連携
- ⑤ 困難な連携はなかった

【研究 2 - 2】

公社)日本精神神経科診療所協会の産業メンタルヘルス関連委員会に所属する医療機関に勤務する精神科医師から回収できた 24 例について解析した。

精神科医師 10 名すべてが精神保健指定医もしくは公社)日本精神神経学会認定の専門医資格を有していた。

またすべての精神科医師が、厚生労働省の定める産業医の要件を満たしていた。

回答者の年齢階層については、全医師が精神保健指定医または精神科専門医資格の両方もしくはいずれかを有し、産業医資格を有していることから、すべて 40 歳代以上であり、その割合を (図 1) に示す。

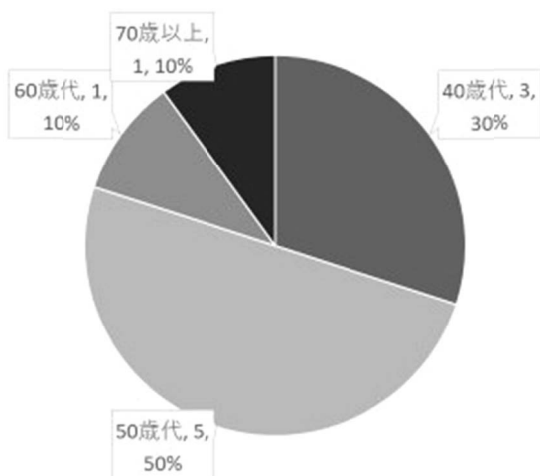


図 1 回答者(精神科医師)の年齢階層

回収事例の年齢階層、性別、勤続年数については (図 2)、(図 3)、(図 4) に示すとおりである。回収事例の半数が勤続年数 10

年以上であった。

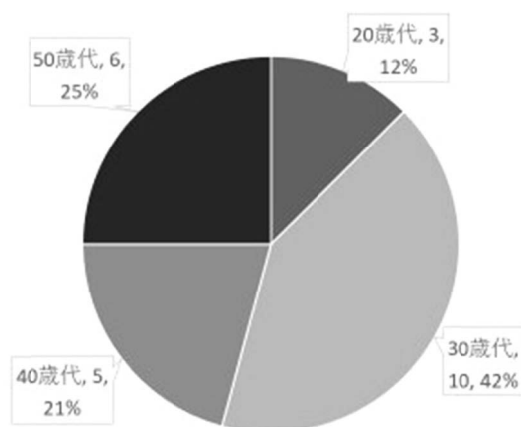


図 2 回収事例の年齢階層

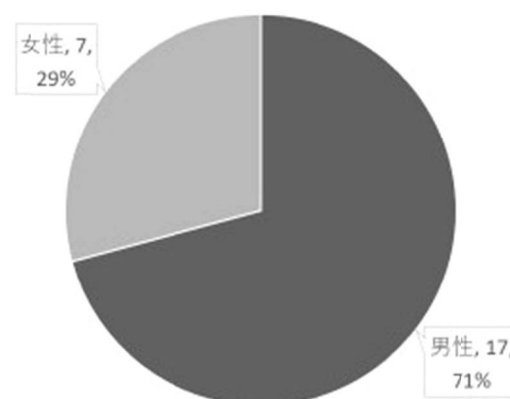


図 3 回収事例の性別

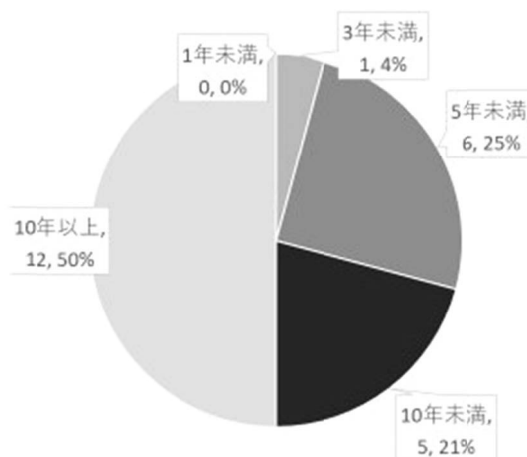


図 4 回収事例の勤続年数

回収事例が相談に至った経緯についての

分布を（図 5）に示す。一番多いルートが事業場内保健師などの看護職で 29%、次いで産業医から 25%であった。続いて、人事・労務担当者から 13%、上司から 13%と同数であり、また本人自ら相談に至る事例も 13%と希求行動がみられる事例も少なくなかった。同僚や友人、家族からという事例はほぼなかった。

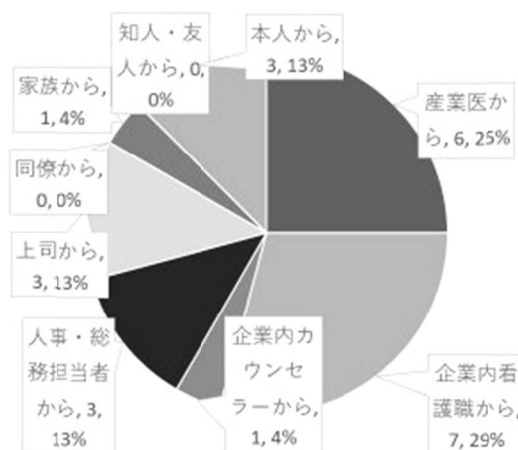


図 5 回収事例の相談に至る経緯

回収事例にて、業務起因性で発症したと考えられる精神障害（診断）の分布を（図 6）に示す。うつ病などの抑うつ障害群が 67%と最多で、次いで心的外傷およびストレス関連障害群が 17%、不安障害群が 8%と続く。

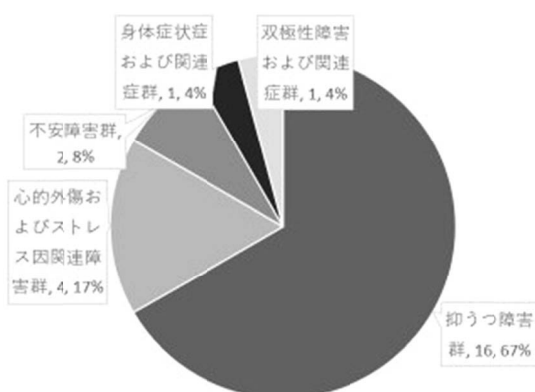


図 6 業務起因と思われる精神障害の内訳
回収事例はすべて精神障害の発症に業務

要因が大きく影響して休業歴のある事例に限っているが、調査票回収時点での勤務状況については、現在も休業中の 1 事例（6ヶ月以上 9ヶ月未満）を除き、23 事例は職場復帰して就業中であった。

過去に休業し現在は就業中である 23 事例について、過去の休業期間を（図 7）に示す。3ヶ月以上 6ヶ月未満が 30%、次いで 1ヶ月以上 3ヶ月未満が 26%である。6ヶ月以上の事例が 35%と長期休業も多かった。

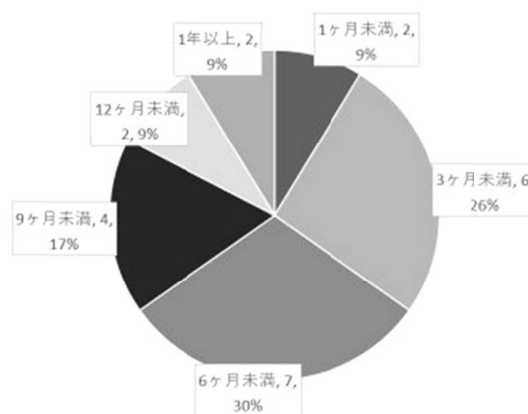


図 7 回収事例の過去の休業期間

回収事例の中で、業務上の心理的負荷が認定基準の「業務による心理的負荷評価表」の心理的強度《Ⅲ》に相当する具体的出来事の項目数についての内訳であるが、0項目が最も多く 58%、次いで 1項目が 33%。中には 4項目という事例も 1例あった。心理的強度《Ⅱ》については、2項目が最も多く 38%、次いで 1項目・3項目・5項目以上がいずれも 17%であった。

（表 1）に、回収事例の強度《Ⅲ》と強度《Ⅱ》の該当項目数のクロス表を示す。強度《Ⅲ》が 0もしくは 1項目であっても、《Ⅱ》が複数該当する事例が回収事例の 70%以上を占めていることが分かった。

表 1 回収事例の強度Ⅲ・Ⅱのクロス表

Ⅱ	0項目	1項目	2項目	3項目	4項目	5項目
0項目	0	1	0	0	0	0
1項目	3	1	0	0	0	0
2項目	6	1	1	0	1	0
3項目	3	1	0	0	0	0
4項目	0	2	0	0	0	0
5項目以上	2	2	0	0	0	0

回収事例において、最も効果的と思われた支援についての分布を（図8）に示す。最多が業務変更・配置転換・異動で54%で半数を超えた。次いで社外での精神科専門治療で25%、産業医や産業保健スタッフ等によるケアが9%と続く。

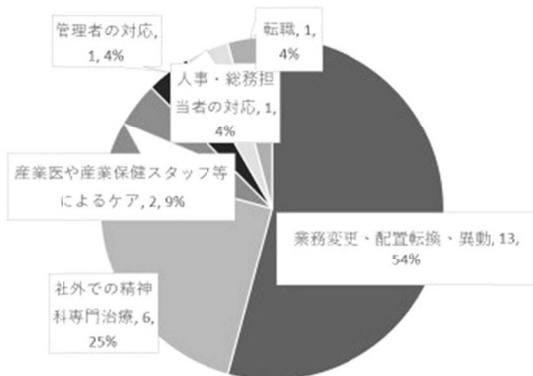


図8 回収事例に対する最も効果的な支援

回収事例において、最も有効であった連携についての分布を（図9）に示す。最多が専門職と人事・労務担当者との連携で46%であった。次いで産業医と主治医などの専門職間の連携で37%であった。

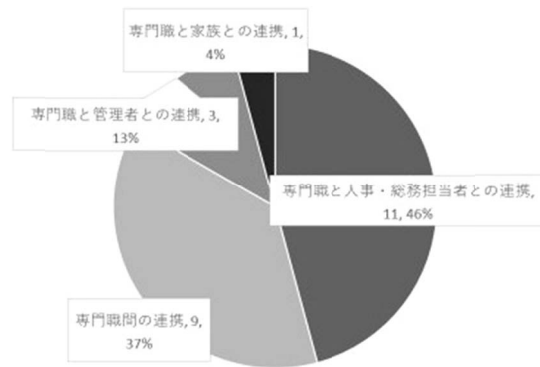


図9 回収事例に対する最も有効な連携

（図7）の休業期間が比較的短期の6ヶ月未満の15事例のみを抽出して、最も効果的な支援を分析すると、業務変更・配置転換・異動が11事例と73%を占めていた（図10）。



図10 休業6ヶ月未満事例の有効な支援

（図8）の最も効果的な支援が最多の業務変更・配置転換・異動であった13事例のみを抽出して、最も有効な連携を分析すると、専門職と人事・労務担当者との連携が46%と半数近くを占めていた（図11）。業務変更・配置転換・異動の実現には、人事・労務担当者との連携が重要であることが示唆された。

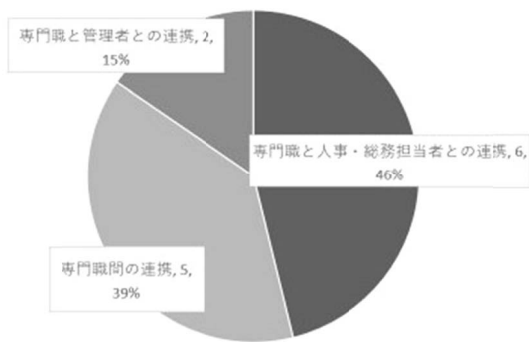


図 11 業務変更・配置転換・異動に有効な連携

回収事例における対応で、最も困難な連携の種類を（図 12）に示す。困難な連携なしが最も多く 54%であった。次いで専門職と管理者との連携が 21%であり、業務要因と管理者が関与しているため、連携が困難であることが推測される。

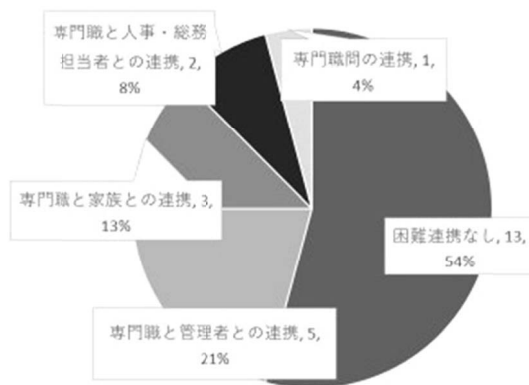


図 12 回収事例における困難な連携

D. 考察

1. 回収事例から推測される特徴

勤続 10 年以上の事例が半数であることから、様々な職場環境の変化にもある程度適応をしてきた経験を有していた労働者が、強度の高い業務による心理的負荷により、発症したものと思われる。

強度の高い業務による心理的負荷により発症した精神疾患は 67%がうつ病などの抑

うつ障害群で、次いで適応障害などが含まれる心的外傷およびストレス因関連障害群が 17%であった。発症に業務要因が大いに関与した事例は、適応障害を越えてうつ病レベルに至っていることが推測される。

相談に至る経緯としては、産業医からが 25%、事業場内保健師などの看護職からが 29%と、産業保健スタッフ機能の重要性が示唆される。

休業期間に関しては、6 ヶ月未満が 63%と比較的速やかに就業を再開していたが、1 年以上の事例も 10%近くあった。

2. 業務による心理的負荷の影響を受けた事例に対する効果的な支援

認定基準の業務による心理的負荷評価表における心理的負荷強度《Ⅲ》の具体的出来事は 7 項目に限られるが、回収事例で 1 項目以上該当する事例が 42%もあった。また《Ⅲ》よりは平均的な強度が低い《Ⅱ》の項目は 20 項目もあるため、回収事例で 1 項目以上該当する事例は 96%であり、80%は複数の項目に該当していた。

最も効果的な支援の 54%が業務変更・配置転換・異動という結果が得られたことは興味深い。次いで精神科専門治療が 25%となっているが、明らかに業務要因が精神疾患に関与していると思われる場合には、治療と同等かそれ以上に、環境整備という支援が有効であることが示唆された。

さらに、休業期間が 6 ヶ月未満と比較的短期に就業再開した事例を分析すると、最も効果的な支援は、業務変更・配置転換・異動が実に 73%を占めていた。このことは、業務要因が精神疾患に大きく関与したと思われる場合には、早期の回復に環境整備が

重要であることを示唆していると思われる。

3. 効果的な支援に有効な連携

最も効果的な支援で最多の業務変更・配置転換・異動において、最も有効な連携についての調査結果は、専門職と人事・労務担当者との連携が46%と最多であった。このことは、配置転換や異動を伴う環境調整には、人事・労務担当者の強い協力が必須であることを示唆し得ていると思われる。

E. 結論

本研究では、精神科医としての十分な経験を有し、産業医資格も有する医師に対し、業務による心理的負荷によって精神疾患を発症した事例に関する調査を行った。事例は、精神疾患の発症に業務要因が大きく影響し、休業に至り、何らかの支援による効果があったという好事例を解析した。

まずは事例化してからの早期相談につながるルートが重要だが、本研究の好事例においては、産業医・産業保健スタッフからの相談経緯が大きな役割を担っていることが示された。

また休業後、6ヶ月未満の短期に就業再開に至るケースのほとんどが、人事・労務担当者との連携や関与により、業務変更・配置転換・異動を伴う環境調整がなされていたことも示唆された。

まだ多くの事業場では、精神疾患により休業している労働者が職場復帰をする際に、「現職復帰が原則」という原則に縛られず

ざることにより、復帰する労働者側の苦悩、復帰を受け入れる側の苦勞があり、結果として復帰者の再発や再燃が引き起こされるケースもみられる。

本研究における事例数は少ないが、支援者は、事例ごとに業務による心理的負荷の有無や内容、その強度を丁寧に把握することに努め、職場環境調整が必要な場合には、適切なタイミングで人事・労務担当者との連携を意識することが重要だと思われる。

F. 健康危機情報

特になし

G. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

- | | |
|-----------|----|
| 1. 特許取得 | なし |
| 2. 実用新案登録 | なし |
| 3. その他 | なし |

参考文献

1. 「地方公務員健康状況等の現況の概要」(地方公務員安全衛生推進協会、2020年)
2. 「精神障害に関する事案の労災補償状況」(厚生労働省、2020)
3. 「令和元年中における自殺の状況」(厚生労働省・警察庁、2020)
4. 「心理的負荷による精神障害の認定基準」(厚生労働省、2011年)

仕事を原因した精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する
治療と並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究
～労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究～

**「精神疾患による労災認定患者の長期療養を防ぐための
職場における課題と支援方法の調査研究」**

分担研究者 黒木宣夫 東邦大学名誉教授

研究協力者 渡辺洋一郎

一般社団法人日本精神科産業医協会共同代表

医療法人メディカルメンタルケア横山・渡辺クリニック

【研究要旨】

仕事を原因した精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者の社会復帰支援を効果的に行うためには、職場における受け入れ態勢など職場の支援が大きな影響を及ぼすと考えられる。また、昨今、精神障害者の障害者雇用が非常に増加しているが、精神障害者の障害者雇用においては、定着率が低いことが指摘されている。定着率が低い理由としては症状の増悪、再発などもその一因として考えられる。このことは、労災との関連も考えられ、症状の増悪、再発が労災認定され、療養が長期化する事例が増加することも考えられる。

そこで、職場が効果的な支援を行うためにどのような課題があるかを検討するため、職場の人事労務担当者を対象として精神疾患における労災認定に関する意識調査を行い、その課題を明らかにするとともに精神疾患により労災認定を受けた長期療養者の社会復帰を促進するための解決方法を検討する。さらに、精神障害者の障害者雇用の現状、症状の増悪、再発に関係する因子を調査し、精神障害者の雇用の安定、定着率の増加、労災発生の予防における課題を検討することを目的として以下の2つの調査研究を実施した。

1. 人事労務担当者における労災医療に関する意識調査
2. 精神障害者雇用における病状経過と労災予防に関する調査研究 ～人事労務担当者へのアンケート調査を通して～

その結果、1. 人事労務担当者における労災医療に関する意識調査から、人事労務担当者の精神疾患による労災療養者への対応においては、一部にはネガティブな意見や感情もわかられるが、基本的には復職を支援したいという姿勢であること、しかしながらその対応方法が分からないために非常に困難を感じていることが示された。したがって、人事労務担当者に対する対応方法の指導と支援が精神疾患による労災療養者の早期復職に有効と考えられた。また、そのための人的資源としては産業医が重要であると思われた。

次に、2. 精神障害者雇用における病状経過と労災予防に関する調査研究として、人事労務担当者へのアンケート調査を実施したところ、精神障害者雇用が労災に進展する可能性も低くはないこと、そして多くの担当者が労災に進展する心配を持っていることが示された。その背景として、精神障害者の障

害者雇用に関する制度、体制、あるいは障害者雇用に関する人事制度が十分でないこと、また、支援制度に対する認知も十分でないことが示された。そして、精神障害者雇用経験のある担当者のほとんどが難しさを感じており、不安も大きいことが示された。精神障害者の安定就労のために必要な事柄としては、担当者自身、そして、精神障害者を現実的、実践的なレベルで支援する制度や体制の必要性が高いことが示された。また、精神障害者雇用が健康問題を基盤としていることを考えると、産業医の関与は十分とは言えないと思われた。現場のニーズに応えていくことが産業医における今後の課題と考えられる。

研究テーマ 1：人事労務担当者に対する労災医療に関する意識調査研究

研究要旨

<目的>

精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者の社会復帰支援を効果的に行うために職場の課題を明らかにし、長期療養者の社会復帰を促進するための解決方法を検討する。

<方法>

全国の事業所における人事労務担当者 1,000 名に対し、ネット上でアンケートを実施してその結果を分析した。

<結果>

精神疾患を引き起こす「出来事」では「対人関係」に関する問題が非常に多かった。20%前後事業主証明が記載なしの「出来事」もみられた。その理由としては「当該事実が確認できない」が 60%。労災認定された疾病病名は「うつ病」が 76.1%。療養期間は、全疾患平均で 1 年以上 3 年未満が 47.9%、1 年未満 29.4%、3 年以上 5 年未満 11.9%。一方、5 年以上も 6.2%。休職期間中の従業員との対応に関して苦慮した点、苦慮すると思われる点は、「復職に際して受け入れる職場がない」が最多で、「どう関わっていいかわからない」「受け入れについての方法、対応がわからない」が続いた。一方「円満な退職に向けた対応」も 22.3%。復職に対する姿勢では「本人に復職の意欲があれば、受け入れる方向で考えたい」が 59.7%。行政への要望は「労災保険による休業(補償)給付期間の目処」「症状固定(治ゆ判断)の考え方」「職場復帰に向けての対応」「行政主導で主治医との連携した職場復帰支援」が多かった。事業主証明は約 70%で証明されていた。産業医の関与は 80.7%あり、精神疾患の労災申請未経験者においても「産業医の関与を考え、実行できると思う」が大半を占めていた。自由記載の意見においては「難しい」「分からない」が多く、また、ネガティブな感情を示す意見も少なくなかったが、対応方法の教示や支援を求める意見が多かった。

<考察>

人事労務担当者の精神疾患による労災療養者への対応において、一部にはネガティブな意見や感情もうかがわれるが、基本的には復職を支援したいという姿勢である。しかしながらその対応方法が分からないために非常に困難を感じていることが示された。したがって、人事労務担当者に対する対応方法の指導と支援が、精神疾患による労災療養者の早期復職に有効と考えられる。また、産業医が大きな人的資源になると思われる。

A.研究目的

仕事を原因した精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者の社会復帰支援を効果的に行うためには、職場における受け入れ態勢など職場の支援が大きな影響を及ぼすと考えられる。職場が効果的な支援を行うためにどのような課題があるかを検討するため、職場の人事労務担当者を対象として精神疾患における労災認定に関する意識調査を行い、その課題を明らかにするとともに精神疾患により労災認定を受けた長期療養者の社会復帰を促進するための解決方法を検討する。

B.調査対象と調査方法

1. 調査対象

全国の事業所における 20 歳～59 歳の人事労務担当者

2. 調査方法

リサーチ会社に登録されたアンケートモニターにおいて、調査対象となる人事労務担当者を 1,000 名選出し、ネット上でアンケートを実施してその結果を分析した。

3. 質問項目

- 1 あなたの性別をお答えください。(答えは 1 つ)
- 2 あなたの年齢をお答えください。
- 3 あなたのお住まいの地域をお答えください。(答えは 1 つ)
- 4 あなたの職業をお答えください。(答えは 1 つ)
- 5 あなたが現在就いている職種をお答えください。(答えは 1 つ) ※複数あてはまる方は、最も中心なお仕事についてお答えください。
- 6 お勤めの事業場 (※) の業種について下記の中で該当するものをお答えください。(答えは 1 つ) (※) 事業が行われている場所のことで、企業全体ではなく、支社や営業所、店舗、工場のように、組織上、一定程度独立して業務が行われている単位をいいます。
- 7 ご所属の「会社」の規模について下記の中で該当するものをお答えください。(答えは 1 つ)
- 8 あなたは勤務先にて、過去 10 年間に従業員の労災請求に関わった経験はございますか。(答え

は 1 つ)

- 9 前問で「精神疾患の労災申請を含め経験がある」または「労災申請の経験はあるが、精神疾患の労災申請の経験はない」とお答えの方にお伺いします。
- 10 以下についての具体的な人数をお答えください。不明な場合は、回答は入力せずに次へお進みください。
- 11 精神疾患を引きおこす「出来事」に関しては、おおまかに下記の出来事に区分されておりますが、あなたが今までに人事・労務の担当として経験(対応)された労災請求案件に該当するものをお答えください。(答えはいくつでも)
- 12 前問でお答えいただいた「労務の担当として経験(対応)された労災請求案件」について、従業員の労災請求にあたり、請求書の「事業主の証明」欄を記載されましたか。(お答えはそれぞれ 1 つ)
- 13 前問で、従業員の労災請求にあたり、請求書の「事業主の証明」欄を、「記載しなかった」または「記載したことも、記載しなかったことも、両方ある」と回答された方にお伺いします。事業主の証明欄に記載をしなかった理由をお答えください。(答えはいくつでも)
- 14 従業員の労災請求を行った結果(労災認定されたか否か)についてお答えください。(お答えはいくつでも) ※1 つでも労災認定された事案があれば、「労災認定された事案がある」をお選びください。
- 15 前問で、従業員の労災請求の結果「労災認定された事案がある」とお答えの方にお伺いします。労働基準監督署から労災認定を受けた場合、労災保険から治療費、休業(補償)給付が支給されますが、人事・労務担当として従業員が休業(補償)給付を受けた案件の対応をされた経験はありますか。(答えは 1 つ)
- 16 前問で、人事・労務担当として「従業員が休業(補償)給付を受けた案件の対応経験がある」とお答えの方にお伺いします。当該案件に係る労災疾病の病名をお答えください。(答えはいくつでも)

17 前問でお答えいただいた労災疾病ごとに、休業療養期間をお答えください。(答えはそれぞれ1つ) ※各労災疾病ごとに、複数事案がある場合は、直近の事案についてお答えください。

18 精神疾患として労災認定され、長期間にわたり休業療養中の従業員に対する人事労務の担当としての休職期間中の対応についてお聞きします。従業員との対応で苦慮された点、苦慮すると思われる点として該当するものをお答えください。(答えはいくつでも)

19 精神疾患として労災認定され、長期間にわたり休業療養している従業員に対する職場復帰に関して、人事労務の担当者としての意見をお聞きします。(答えはいくつでも)

20 精神疾患として労災認定され長期休業療養している社員に対する対応において、人事労務担当者として、行政(労働基準監督署)に要望したいことは何でしょうか。下記の中で該当するものをお答えください。(答えはいくつでも)

21 従業員が労災保険による長期間にわたる休業(補償)給付を受給している場合であっても、請求の都度、請求書に事業主の証明が必要です。事業主の証明欄の記載はどのようにされていますでしょうか。(答えは1つ)

22 精神疾患の労災申請を経験された方にお聞きします。対象者のメンタルヘルス対策において産業医がどのように関与されましたでしょうか。(答えは1つ)

23 精神疾患の労災申請の経験のない方にお聞きします。精神疾患で労災認定された社員が発生した場合の産業医の関与はどの程度だと思いますか。(答えは1つ)

	N	%
男性	705	70.5
女性	295	29.5
全体	1000	100.0

2) 年齢

年代別	N	%
20代	68	6.8
30代	192	19.2
40代	327	32.7
50代	333	33.3
60代	80	8.0
全体	1000	100.0

3) 居住地域

	N	%
北海道	20	2.0
青森県	5	0.5
岩手県	6	0.6
宮城県	14	1.4
秋田県	3	0.3
山形県	4	0.4
福島県	11	1.1
茨城県	13	1.3
栃木県	6	0.6
群馬県	13	1.3
埼玉県	72	7.2
千葉県	62	6.2
東京都	238	23.8
神奈川県	108	10.8
新潟県	5	0.5
富山県	9	0.9
石川県	4	0.4
福井県	4	0.4
山梨県	1	0.1
長野県	4	0.4
岐阜県	11	1.1
静岡県	17	1.7
愛知県	83	8.3

	N	%
滋賀県	4	0.4
京都府	21	2.1
大阪府	92	9.2
兵庫県	44	4.4
奈良県	9	0.9
和歌山県	3	0.3
鳥取県	2	0.2
島根県	2	0.2
岡山県	6	0.6
広島県	16	1.6
山口県	6	0.6
徳島県	2	0.2
香川県	6	0.6
愛媛県	7	0.7
高知県	3	0.3
福岡県	31	3.1
佐賀県	3	0.3
長崎県	8	0.8
熊本県	3	0.3
大分県	2	0.2
宮崎県	2	0.2
鹿児島県	0	-
沖縄県	4	0.4

C.調査結果

1. 調査対象の背景

1) 性別

三重県	11	1.1	海外	0	-
			全体	1000	100.0

4) 職業

	N	%
会社経営者・役員・団体役員	13	1.3
会社員・団体職員（正社員、教員）	870	87.0
会社員・団体職員（派遣・契約社員）	97	9.7
自営業・個人事業主・フリーランス	4	0.4
自由業（開業医・弁護士事務所経営など）	1	0.1
公務員	15	1.5
その他	0	-
全体	1000	100.0

5) 職種 ※複数あてはまる場合には最も中心的な仕事

	N	%
人事	799	79.9
労務	201	20.1
全体	1000	100.0

6) 勤務している事業場の業種

	N	%
製造業	259	25.9
卸売業・小売業	84	8.4
医療・福祉	49	4.9
運輸業・郵便業	93	9.3
情報通信	53	5.3
建設業	79	7.9
サービス業	274	27.4
その他	109	10.9
全体	1000	100.0

7) 所属会社の規模

	N	%
小企業(49人以下)	101	10.1

中企業(50人～299人)	249	24.9
大企業①(300人～999人)	203	20.3
大企業②1000人以上	447	44.7
全体	1000	100.0

2. 労災請求の経験

1) 過去10年間に従業員の労災請求に関わった経験

	N	%
精神疾患の労災申請を含め経験がある	145	14.5
労災申請の経験はあるが、精神疾患の労災申請の経験はない	231	23.1
労災申請の経験がない	624	62.4
全体	1000	100.0

2) 労災請求の経験内容と人数

	全体	無回答	合計	平均	最小値	最大値	中央値
労災経験案件数	376	103	2383	8.73	0	300	3
うち、精神疾患	145	35	443	4.03	0	60	2

3. 精神疾患を引き起こす「出来事」に関して（複数回答可）

	N	%
事故や災害の体験	66	45.5
仕事の失敗、過重な責任の発生等	66	45.5
仕事の量・質の変化	62	42.8
役割・地位などの変化等	38	26.2
対人関係	87	60.0
ひどい嫌がらせ・いじめ・暴行を受けた	44	30.3
セクシュアルハラスメント	23	15.9

その他	2	1.4
全体	145	100.0

4. 「事業主の証明」欄を記載に関して

1) 「事業主の証明」欄記載の有無

	全体	記載した	記載しなかった	両方ある
事故や災害の体験	66 100.0	55 83.3	9 13.6	2 3.0
仕事の失敗、過重な責任の発生等	66 100.0	44 66.7	13 19.7	9 13.6
仕事の量・質の変化	62 100.0	42 67.7	12 19.4	8 12.9
役割・地位などの変化等	38 100.0	24 63.2	8 21.1	6 15.8
対人関係	87 100.0	54 62.1	16 18.4	17 19.5
ひどい嫌がらせ・いじめ・暴行を受けた	44 100.0	30 68.2	4 9.1	10 22.7
セクシュアルハラスメント	23 100.0	16 69.6	3 13.0	4 17.4
その他	2 100.0	1 50.0	1 50.0	0 -

2) 事業主証明欄に記載しなかった理由 (複数回答可)

	N	%
当該出来事が原因として精神疾患に罹患したとは考えられない	22	36.7
当該事実が確認できない	36	60.0
当該出来事は会社として通常ありうる範囲の事柄、あるいは適切に対応された事柄と考えられる	15	25.0
その他	2	3.3
全体	60	100.0

5. 労災請求を行った結果について

1) 労災認定された事案の有無

	N	%
労災認定された事案がある	97	66.9
労災認定された事案はない	29	20.0
まだ結果が出ていない	12	8.3
不明	10	6.9
全体	145	100.0

2) 休業(補償)給付を受けた案件の対応経験の有無

	N	%
ある	92	94.8
ない	5	5.2
全体	97	100.0

3) 当該案件に係る労災疾病の病名 (複数回答可)

	N	%
急性ストレス反応	32	34.8
PTSD	22	23.9
適応障害	22	23.9
うつ病	70	76.1
気分感情障害	4	4.3
統合失調症	20	21.7
双極性障害(躁うつ病)	5	5.4
神経症性障害*	14	15.2
その他	0	-
病名不明	5	5.4
全体	92	100.0

*パニック障害、全般性不安障害、社会恐怖(症)を含む

4) 労災疾病ごとの休業療養期間

※各労災疾病ごとに、複数事案がある場合は、直近の事案

	全体	1年未満	1~3年未満	3~5年未満	5~7年未満	7~9年未満	9~11年未満	11年以上	不明
急性ストレス	32 100.0	12 37.5	13 40.6	5 15.6	1 3.1	0 -	0 -	0 -	1 3.1

反応									
PTSD	22	6	10	3	1	1	0	0	1
	100.0	27.3	45.5	13.6	4.5	4.5	-	-	4.5
適応障害	22	7	10	3	1	1	0	0	0
	100.0	31.8	45.5	13.6	4.5	4.5	-	-	-
うつ病	70	20	39	8	0	0	1	0	2
	100.0	28.6	55.7	11.4	-	-	1.4	-	2.9
気分感情障害	4	1	2	0	0	1	0	0	0
	100.0	25.0	50.0	-	-	25.0	-	-	-
統合失調症	20	5	10	3	1	0	0	0	1
	100.0	25.0	50.0	15.0	5.0	-	-	-	5.0
双極性障害	5	2		0	0	0	0	0	1
	100.0	40.0	40.0	-	-	-	-	-	20.0
神経症性障害*	14	3	7	1	2	0	0	0	1
	100.0	21.4	50.0	7.1	14.3	-	-	-	7.1
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-
病名不明	5	1	0	0	1	0	1	0	2
	100.0	20.0	-	-	20.0	-	20.0	-	40.0

*パニック障害、全般性不安障害、社会恐怖(症)を含む

6. 精神疾患として労災認定され休業療養中の従業員に関して

1) 休職期間中の対応について 従業員との対応で苦慮した点、苦慮すると思われる点

複数回答可)

	N	%
長期間の休業に及んでいるため、どう関わってよいか、わからない	246	24.6

復職にあたり、受け入れる職場(配置先)がない	308	30.8
受け入れについての方法、対応がわからない	214	21.4
労災保険による休業(補償)給付がいつまで支給されるのか、症状固定(治ゆ)の考え方がわからない	188	18.8
円満な退職に向けた対応	223	22.3
その他	11	1.1
特に苦慮する点はない	379	37.9
全体	1000	100.0

2) 休業療養している従業員に対する職場復帰に関して(複数回答可)

	N	%
本人の復職の意欲にかかわらず、できるだけことはしたい	348	34.8
本人に復職の意欲があれば、受け入れる方向で考えたい	597	59.7
本人に復職の意欲があったとしても、会社は労災として考えていないので復職は考えにくい	97	9.7
本人に復職の意欲があったとしても、受け入れが難しいので復職は考えにくい(受け入れが難しい背景:	11	1.1
本人に復職の意欲があったとしても、上記3.4以外の理由*で復職は考えにくい(*理由:	0	-
本人に復職の意欲がなければ、そのまま様子を見る	188	18.8
本人に復職の意欲がなければ、会社として何らかの対応*を考える	19	1.9
その他	16	1.6
全体	1000	100.0

3) 人事労務担当者として、行政(労働基準監督署)に要望したいこと(複数回答可)

	N	%
従業員の職場復帰を支援するため、労災保険による休業(補償)給付期間の目	442	44.2

処		
精神疾患に係る症状固定（治ゆ判断） の考え方を教えてほしい	380	38.0
休業している労災保険受給者に職場復 帰に向けてどのように対応したらよい のか教えてほしい	369	36.9
行政主導で医療機関の主治医との連携 して職場復帰を支援してほしい	320	32.0
その他	23	2.3
全体	1000	100.0

4) 休業(補償)給付の受給に際し請求の都度必要な事業主の証明について

	N	%
本人から依頼がなくとも、会社主導で 証明をしている	230	23.0
労災認定となった本人から依頼があ れば、速やかに証明している	437	43.7
本人から依頼があっても、会社が証明 することは困難である	71	7.1
その他	6	0.6
分からない	256	25.6
全体	1000	100.0

7. 産業医のかかわりに関して

1) 精神疾患の労災申請経験者：対象者のメンタルヘルス対策において産業医がどのように関与したか

	N	%
1.産業医が職場におけるメンタルヘルス 対策のために関与した	117	80.7
2.産業医が上記1以外の目的で関与した	0	-
3.産業医の関与を考えたが実行できな かった	1	0.7
4.産業医を選任していない	24	16.6

5.産業医は関与していない（上記3,4以 外の場合）	3	2.1
その他	0	-
全体	145	100.0

2) 精神疾患の労災申請未経験者：産業医の関与はどの程度だと考えるか

	N	%
産業医の関与を考え、実行できると思う	570	66.7
産業医の関与を考えるが、産業医を選任し ていないので実行できない	255	29.8
産業医の関与を考え、産業医も選任してい るが実行は難しい	10	1.2
産業医の関与は考えない	11	1.3
その他	9	1.1
全体	855	100.0

D. 考察

1,000名の人事労務担当社に労災医療に対する意識調査を行った。1,000名のうちA群：精神疾患の労災申請の経験者は145名、B群：精神疾患以外の労災申請経験者231名、C群：労災申請の未経験者624名であった。

A群145名の労災請求経験数は平均4.03件であったが60件の経験を有する者もおり、中央値は2件であった。精神疾患を引き起こす「出来事」に関しては、「対人関係」が60%と最多で、ついで「事故や災害の経験」、「仕事の失敗、過重な責任の発生など」、がそれぞれ45.5%、「仕事の量・質の変化」が42.8%、「ひどい嫌がらせ・いじめ・暴行を受けた」が30.3%、「役割・地位などの変化」26.2%、「セクシャルハラスメント」15.9%と続いていた。この結果は、対人関係の問題の多さを示している。

次に、事業主の証明の有無をみると「役割・地位などの変化」「仕事の失敗、過重な責任の発生など」「仕事の量・質の変化」「対人関係」で20%前後が記載なしとされている。

事業主証明欄に記載しなかった理由としては「当該事実が確認できない」が60%と圧倒的に多く、この

ような出来事の客観性の難しさを示していると思われた。

労災申請経験者において労災認定された事案のある者は97名(66.9%)でそのうちの92名(94.8%)が休業補償給付を受けた案件の対応経験を有していた。この92名に労災認定された疾病の病名を尋ねたところ「うつ病」が76.1%と圧倒的に多く、ついで「急性ストレス反応」(34.8%)「PTSD」「適応障害」(23.9%)「統合失調症」(21.7%)「神経症性障害」(15.2%)と続き、双極性障害は5.4%と少なかった。しかし、発症時にうつ状態であれば病名はうつ病とされ、その後にもう状態が生じても病名が変更されないといったケースも考えられ、ただちに双極性障害が少ないとは断じえないとも考えられる。

次に、労災疾病ごとの療養期間をたずねたところ、すべての疾患の平均で1年以上3年未満が47.9%と最多で、次いで1年未満29.4%、3年以上5年未満11.9%であった。一方、5年以上に及ぶものも6.2%みられた。

次に精神疾患で労災認定され休職期間中の従業員との対応に関して苦慮した点、苦慮すると思われる点につき質問したところ、「復職に際して受け入れる職場がない」が30.8%と最多であった。続いて「どう関わっていいかわからない」「受け入れについての方法、対応がわからない」といった対応方法がわからないために困るといったことが多い。ただ、同時に「円満な退職に向けた対応」が22.3%にみられ、復職をあきらめてしまっていると思われる姿勢も少なく今後課題と考えられる。

次に、同じく精神疾患で労災認定され休職期間中の従業員の復職に対する姿勢をたずねたところ、「本人に復職の意欲があれば、受け入れる方向で考えたい」が59.7%と最多で「本人に復職の意欲があったとしても、会社は労災として考えていないので復職は考えにくい」(9.7%)「本人に復職の意欲があったとしても、受け入れが難しいので復職は考えにくい」(1.1%)は少なく、本人に復職意欲があれば受け入れられる姿勢が少なくないことがみてとれた。

次に人事労務担当者として行政に(労働基準監督署)への要望をたずねたところ、「従業員の職場復帰

を支援するため、労災保険による休業(補償)給付期間の目処」「精神疾患に係る症状固定(治癒判断)の考え方を教えてほしい」「休業している労災保険受給者に職場復帰に向けてどのように対応したらよいか教えてほしい」「行政主導で医療機関の主治医との連携して職場復帰を支援してほしい」が32%~44%で拮抗しており、この問題に対する知識や対応方法についての見識やスキルの伝授、支援を求めている現状がうかがえる。

次に、休業(補償)給付の受給に際し請求の都度必要な事業主の証明についてたずねたところ、「労災認定となった本人から依頼があれば、速やかに証明している」(43.7%)「本人から依頼がなくとも、会社主導で証明をしている」(23.0%)と合わせて70%近くあり、「本人から依頼があっても、会社が証明することは困難である」は7.1%と少なく、事業主証明については大きな抵抗はないと考えられる。

最後に産業医のかかわりについてたずねた。精神疾患の労災請求の経験者においては、「産業医が職場におけるメンタルヘルス対策のために関与した」が80.7%と産業医を選任していない事業所を除けば大半を占めており、産業医が何らかの形で関与はしていることが分かった。精神疾患の労災申請未経験者においても産業医を選任している事業所においては「産業医の関与を考え、実行できると思う」が大半を占めており、「産業医の関与を考え、産業医も選任しているが実行は難しい」「産業医の関与は考えない」はそれぞれ1.2%、1.3%と少なかった。これらの結果は事業所としては産業医の関与を十分に認識していることを示しており、同時に産業医の機能の重要性を示唆していると考えられる。

E. 結語

人事労務担当者の精神疾患による労災療養者への対応において、一部にはネガティブな意見や感情も浮かばれるが、基本的には復職を支援したいという姿勢である。しかしながらその対応方法がわからないために非常に困難を感じていることが示された。したがって、人事労務担当者に対する対応方法の指導と支援が、精神疾患による労災療養者の早

期復職に有効と考えられる。また、産業医が大きな人的資源になると思われる。

F. 健康危険情報なし

G. 研究発表なし

H. 論文発表なし

I. 知的財産権の出願・登録状況なし

研究テーマ2：精神障害者雇用における病状経過と労災予防に関する調査研究
～人事労務担当者へのアンケート調査を通して～

研究要旨

<目的>

精神障害にて障害者雇用されている労働者における就労状況、支援状況、精神症状増悪による労災申請状況などを調査し、労災発生の予防、安定就労、および社会復帰支援に向けた職場の課題を明らかにし、精神障害者雇用の成功と促進するための方法を検討する。

<方法>

全国の事業所における人事労務担当者 1,300 名に対し、ネット上でアンケートを実施してその結果を分析した。

<結果>

A 群：精神障害者雇用に関わった経験があるは 105 名、B 群：障害者雇用に関わった経験はあるが精神障害者雇用の経験はないは 76 名、C 群：会社としては障害者雇用を行っているが自分は障害者雇用に関わった経験はないは 359 名、D 群：会社自体が障害者雇用の経験がないは 760 名であった。A 群 105 名において、障害者を雇用する際に募集に利用する主たる機関はハローワークが 64 名 61.0%、エージェント 13 名 12.4%、ハローワークとエージェントがほぼ半々が 21 名 20.0%、採用前の実習の実施に関しては、実施しているが 48 名 45.7%、場合によって実施している 34 名 32.4%、トライアル雇用制度の利用に関しては、利用しているが 38 名 36.2%、場合によって利用している 28 名 26.7%、制度は知っているが利用していない 20 名 19.0%、制度自体を知らない 16 名 15.2% であった。支援機関の有無が採用基準にあるかをたずねたところ、採用基準に関係している 31 名 29.5%、場合によっては採用基準に入れる 43 名 41.0%、採用基準には入っていない 21 名 20.0%。精神障害者雇用に際して、入社面接のときに留意している点は、病気についての理解 71.4%、面接時の就労意欲 54.3%、通院の頻度 52.4%、面接時の印象 51.4%、診断名 49.5%、過去の職歴 49.5%、支援機関の有無 30.5%、学歴 9.5% の順であった。精神障害者雇用での困難については、難しいと感じることが頻回にある 34.3%、難しいと感じることが時々ある 61.0%。難しいと感じることの内容は、業務遂行能力 65.0%、仕事内容の配慮 54.0%、仕事量の配慮 52.0%、仕事の指示の仕方 47.0%、本人への関わり方もしくはコミュニケーションの取り方 45.0%、従業員との関係 41.0%、上司との関係は 17% であった。

精神障害者雇用における労災については、精神障害者雇用の労働者が精神症状の悪化などにて労災問題になったことがあるものが 10 名 9.5%、労災申請には至らなかったが問題になりかけたことがあるが 22 名 21.0%、これまでに労災に関係するような問題が生じたことはないが今後生じる心配はある 48 名 45.7%。労災にまつわる問題の背景としては、仕事のやり方に関する問題 41.3%、他の従業員との人間関係 38.8%、仕事内容の問題 38.8%、仕事量の問題 31.3%、職場の就業規則やルールにまつわる問題 27.5%、上司との人間関係 18.8%、「合理的配慮」に関する認識の差異 16.3%、労働契約上の問題 13.8%。精神障害者雇用に対する印象は、難しいこともあるが成果は期待できる 52.4%、特に難しいこともなく成果が期待できる 14.3%、難しいことも多くかつ成果は期待できない 25.7%、特に難しいことはないが成果が期待できない 7.6%。

障害者を支援する制度・体制については、一般の社員に対する支援制度以上のものはないが25.5%、キーパーソンをつける6.6%。障害者を支援する制度・体制はない18.1%、わからないが42.3%。キーパーソンは人事担当者40.7%、現場担当者55.8%。キーパーソンの障害者雇用に関する研修を受講していないが47.7%。キャリアアップ制度については、障害者雇用の独自制度がある5.1%、一般従業員と同じ制度を活用している11.0%、制度はない31.4%、わからない48.6%。精神障害者を障害者雇用する際不安は、業務遂行能力36.8%、就労の継続28.4%、周囲の従業員とのトラブル26.6%、就業規則やルールの遵守21.3%、自傷他害の恐れ14.3%、上司とのトラブル5.3%、会社とのトラブル5.5%。不安を感じることはない39.8%の内訳は、障害者雇用の経験のない者ほど多かった。A群のみでは、就労の継続53.3%、業務遂行能力51.4%、周囲の従業員とのトラブル40%、就業規則やルールの遵守35.2%、自傷他害の恐れ24.8%などでD群と差があった。安定した就労を継続に必要と思うものでは、一般社員へのメンタルヘルス研修が21.8%、人事・労務担当者への専門的立場からの支援20.2%、就業規則の見直し19.0%、経営層に対する障害者就労に関する考え方の啓発18.4%、上司など障害者へ関わるものへの支援体制14.2%、キーパーソンをつける13.8%、上司に対するメンタルヘルス研修12.5%、ジョブコーチなど障害者に対する支援員の導入12.3%、主治医との連携9.9%産業医の障害者への定期的面談や上司への助言など積極的関与9.0%。特に必要と思うことはないが33.8%。障害者雇用の経験別でみると、精神障害者雇用の経験のない者で「必要と思うことはない」が高い。A群のみでは、人事・労務担当者への専門的立場からの支援が最も高く、ついで、上司など障害者へ関わるものへの支援体制、経営層に対する障害者就労に関する考え方の啓発が高い。ジョブコーチなど障害者に対する支援員の導入、キーパーソンをつけるといった項目は、障害者雇用の経験のない群に比し2～3倍高い。

産業医の関与は、産業医が存在する81事業所で、大いに関与している33.3%、多少関与している32.1%、ほとんど関与していない18.5%、まったく関与していない11.1%。関与の内容は、定期的に面談する60.4%、身体症状、検診結果など身体面で関わる52.8%、精神症状などに関しても関わる43.4%、就業上の配慮など職場適応に関して上司や人事担当者に対する相談・支援に関わる41.5%、採用後まもなく職場で必要な配慮などを検討するために面談する34.0%、採用の可否に関わる32.1%、主治医との連携をはかる24.5%。産業医の関与の有用性は、まずまず役に立っている49.1%、非常に役に立っているが47.2%、あまり役に立っていない、ほとんど役に立っていないはそれぞれ1名のみ。産業医が関与していない19名においてその理由は、産業医側の理由としては「専門ではないから」が最多。職場側の理由としては「産業医の関与を必要としていない」「産業医が関わるべき業務という認識がなかった」「訪問時間を増やすなど時間的な面で困難」が多い。精神障害者の障害者雇用において、産業医に望むことを自由記載で記してもらったところ人事労務担当者との連携、支援を望むもの、産業医としての積極的な関与を望むもの、メンタルヘルスに関するかかわりや見識を求めるもの、障害者本人への関わりに関する要望が多かった。

<結語>

今回のアンケート調査の結果、精神障害者の障害者雇用に関する制度、体制、あるいは障害者雇用に関する人事制度が十分でないこと、また、支援制度に対する認知も十分でないことが示された。支援の乏しさも関係していると思われるが、精神障害者雇用においては、経験のある担当者のほとんどが難しさを感じていた。難しさの内容としては、業務そのものの遂行上に困難さやコミュニケーション、人間関係の困難さが高く現場における現実的な支援の必要性がうかがわれた。

精神障害者雇用における労災についての質問からは、精神障害者雇用が労災に進展する可能性も低くないこと、そして多くの担当者が労災に進展する心配を持っていることが示された。一方、精神障害者雇用の経験のあるものにおいては、精神障害者雇用に対する期待は高いことも示されている。しかし、精神障害者雇用の経験のある者ほど、不安も多い。精神障害者の安定就労のために必要な事柄としては、担当者自身、そして、精神障害者を現実的、実践的なレベルで支援する制度や体制の必要性が高いことが示された。

産業医のかかわりについては何らかの形で関わっていることはうかがわれ、またその関与の有用性も示された。しかし、精神障害者雇用が健康問題を基盤としていることを考えると、産業医の関与は十分とは言えないと思われる。現場の担当者としては、人事労務担当者との連携と支援、産業医としての積極的な関与、メンタルヘルスに関する見識、障害者本人への関与などを望む声が見られた。これら現場のニーズに応えていくことが産業医における今後の課題と考えられる。

A.研究目的

精神障害者の障害者雇用においては、定着率が低いことが指摘されている。定着率が低い理由としては症状の増悪、再発などもその一因として考えられる。このことは、労災との関連も考えられ、症状の増悪、再発が労災認定され、療養が長期化する事例が増加することも考えられる。そこで、精神障害者の障害者雇用の現状、症状の増悪、再発に関係する因子を調査し、精神障害者の雇用の安定、定着率の増加、労災発生の予防における課題を検討する必要性が高まっていると考える。

今回、精神障害にて障害者雇用されている労働者における就労状況、支援状況、精神症状増悪による労災申請状況などを調査し、労災発生の予防、安定就労、および社会復帰支援に向けた職場の課題を明らかにし、精神障害者雇用の成功と促進するための方法を検討する。

B.調査対象と調査方法

1. 調査対象

全国の事業所における20歳～59歳の人事労務担当者

2. 調査方法

リサーチ会社に登録されたアンケートモニターにおいて、調査対象となる人事労務担当者を1,300名選出し、ネット上でアンケートを実施してその結果を分析した。

3. 質問項目

- 1 あなたの性別を教えてください。(答えは1つ)
- 2 あなたの年齢を教えてください。
- 3 あなたのお住まいの地域を教えてください。
- 4 あなたの職業を教えてください。(答えは1つ)
- 5 あなたが現在就いている職種を教えてください。(答えは1つ) ※複数あてはまる方は、最も中心的なお仕事について教えてください。
- 6 お勤めの事業場(※)の業種について下記の中で該当するものを教えてください。(答えは1つ)(※) 事業が行われている場所のことで、企業全体ではなく、支社や営業所、店舗、工場のように、組織上、一定程度独立して業務

が行われている単位をいいます。

- 7 ご所属の「会社」の規模について下記の中で該当するものを教えてください。(答えは1つ)
- 8 あなたの、障害者雇用の経験について下記の中で該当するものを教えてください。(答えは1つ)
- 9 精神障害者雇用に関わった経験があると回答した方にお伺いします。精神障害者を雇用する際に募集に利用する主たる機関はどこですか。(答えは1つ)
- 10 精神障害者雇用に関わった経験があると回答した方にお伺いします。採用前に実習を実施していますか。(答えは1つ)
- 11 精神障害者雇用に関わった経験があると回答した方にお伺いします。トライアル雇用制度は利用していますか。(答えは1つ)
- 12 精神障害者雇用に関わった経験があると回答した方にお伺いします。支援機関のある、なしが採用基準にありますか。(答えは1つ)
- 13 精神障害者雇用に関わった経験があると回答した方にお伺いします。精神障害者雇用の際して、入社面接のときに留意している点をすべて教えてください。(答えはいくつでも)
- 14 精神障害者雇用に関わった経験があると回答した方にお伺いします。精神障害者雇いで難しいと感じる頻度に該当するものを教えてください。(答えは1つ)
- 15 精神障害者雇いで【Q14で1. 2】と回答した方にお伺いします。難しいと感じることの内容に該当するものをすべて教えてください。(答えはいくつでも)
- 16 精神障害者雇用に関わった経験があると回答した方にお伺いします。精神障害者雇用における労災に関して、該当するものを教えてください。(答えは1つ)
- 17 精神障害者雇用における労災に関して、【Q16で1. 2. 3】と回答した方にお伺いします。労災にまつわる問題の背景として考えられるものを重要と思われる順に最大3つまで教えてください。(答えは3つまで)

- 18 精神障害者雇用に関わった経験があると回答した方にお伺いします。精神障害者雇用に対する、あなたが持つ印象に最も該当するものを教えてください。(答えは1つ)
- 19 あなたのお勤め先において、障害者を支援する制度・体制に該当するものをすべて教えてください。(答えはいくつでも)
- 20 あなたのお勤め先における障害者を支援する制度・体制の1つとして「キーパーソン(指示・命令・相談を受ける人)をつける」と回答した方にお伺いします。キーパーソンとはどなたですか。(答えは1つ)
- 21 あなたのお勤め先における障害者を支援する制度・体制の1つとして「キーパーソン(指示・命令・相談を受ける人)をつける」と回答した方にお伺いします。キーパーソンは障害者雇用に関する研修を受けていますか。(答えは1つ)
- 22 あなたのお勤め先において、障害者雇用された精神障害者に対してキャリアアップの制度がありますか。(答えは1つ)
- 23 精神障害者を障害者雇用する際に不安に感じる事として、該当するものを重要と思われる順に最大3つまで教えてください。(答えは3つまで)
- 24 障害者雇用した精神障害者が安定した就労を継続するために、必要と思うものを重要と思われる順に最大3つまで教えてください。(答えは3つまで) ※精神障害者雇用の経験が無い方は推測で構いませんので教えてください。
- 25 あなたのお勤め先の、産業医の選任に関して該当するものを教えてください。(答えは1つ)
- 26 【Q25で1. 2. 3】と回答された方にお伺いします。障害者雇用された精神障害者に対する産業医の関与はどの程度ですか。(答えは1つ)
- 27 障害者雇用された精神障害者に対して産業医が【Q26で1. 2】と回答した方にお伺いします。産業医の関与の内容に該当するものをすべて教えてください。(答えはいくつでも)
- 28 障害者雇用された精神障害者に対して産業医が【Q26で1. 2】と回答した方にお伺いします。産業医の関与の有用性はどの程度だと考えますか。(答えは1つ)
- 29 障害者雇用された精神障害者に対して、産業医が【Q28で3. 4】と回答した方にお伺いします。役に立っていない理由に該当するものをすべて教えてください。(答えはいくつでも)
- 30 障害者雇用された精神障害者に対して産業医が【Q26で3. 4】と回答した方にお伺いします。産業医が関与しない理由に該当するものを教えてください。(答えは1つ)
- 31 障害者雇用された精神障害者に対して産業医が関与しない理由として、【産業医側の理由】を回答した方にお伺いします。具体的には、どのような理由ですか。(答えはいくつでも)
- 32 障害者雇用された精神障害者に対して産業医が関与しない理由として、【職場側の理由】を回答した方にお伺いします。具体的には、どのような理由ですか。(答えはいくつでも)
- 33 精神障害者の障害者雇用において、あなたが産業医に望むことを自由に記してください。(答えは具体的に)

C.調査結果

1. 調査対象の背景

1) 性別

	N	%
男性	1144	88.0
女性	156	12.0
全体	1300	100.0

2) 年齢

平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値
48.94	9.156	20	65	50

3) 居住地域

	N	%
--	---	---

北海道	57	4.4
青森県	6	0.5
岩手県	14	1.1
宮城県	27	2.1
秋田県	9	0.7
山形県	15	1.2
福島県	11	0.8
茨城県	22	1.7
栃木県	16	1.2
群馬県	18	1.4
埼玉県	89	6.8
千葉県	77	5.9
東京都	157	12.1
神奈川県	109	8.4
新潟県	21	1.6
富山県	13	1.0
石川県	9	0.7
福井県	10	0.8
山梨県	4	0.3
長野県	14	1.1
岐阜県	22	1.7
静岡県	43	3.3
愛知県	98	7.5
三重県	23	1.8
滋賀県	17	1.3
京都府	26	2.0
大阪府	93	7.2
兵庫県	66	5.1
奈良県	11	0.8
和歌山県	8	0.6
鳥取県	6	0.5
島根県	10	0.8
岡山県	20	1.5
広島県	26	2.0
山口県	10	0.8
徳島県	4	0.3
香川県	8	0.6
愛媛県	13	1.0

高知県	0	-
福岡県	39	3.0
佐賀県	10	0.8
長崎県	9	0.7
熊本県	11	0.8
大分県	8	0.6
宮崎県	2	0.2
鹿児島県	5	0.4
沖縄県	14	1.1
全体	1300	100.0

4) 職業

	N	%
会社経営者・役員・団体役員	8	0.6
会社員・団体職員(正社員、教員)	1052	80.9
会社員・団体職員(派遣・契約社員)	233	17.9
自営業・個人事業主・フリーランス	2	0.2
自由業(開業医・弁護士事務所経営など)	1	0.1
公務員	4	0.3
全体	1300	100.0

5) 職種

	N	%
人事	223	17.2
労務	1077	82.8
全体	1300	100.0

6) 勤務している事業場の業種

	N	%
製造業	298	22.9
卸売業・小売業	69	5.3
医療・福祉	101	7.8
運輸業・郵便業	339	26.1
情報通信	22	1.7
建設業	120	9.2
サービス業	280	21.5
その他	71	5.5
全体	1300	100.0

7) 所属会社の規模

	N	%
小企業(49人以下)	361	27.8
中企業(50人～299人)	420	32.3
大企業①(300人～999人)	178	13.7
大企業②(1000人以上)	341	26.2
全体	1300	100.0

2. 障害者雇用の経験

	N	%
精神障害者雇用に関わった経験がある	105	8.1
障害者雇用に関わった経験はあるが精神障害者雇用の経験はない	76	5.8
会社としては障害者雇用を行っているが自分は障害者雇用に関わった経験はない	359	27.6
会社自体が障害者雇用の経験がない	760	58.5
全体	1300	100.0

3. 障害者を雇用する際に募集に利用する主たる機関

	N	%
ハローワーク	64	61.0
エージェント	13	12.4
ハローワークとエージェントがほぼ半々	21	20.0
その他	1	1.0
わからない	6	5.7
全体	105	100.0

4. 採用前に実習を実施しているか

	N	%
実施している	48	45.7
場合によって実施している	34	32.4
実施していない	18	17.1
その他	0	-
わからない	5	4.8
全体	105	100.0

5. トライアル雇用制度は利用しているか

	N	%
利用している	38	36.2
場合によって利用している	28	26.7
制度は知っているが利用していない	20	19.0
制度は知っているが利用しているかわからない	3	2.9
制度自体を知らない	16	15.2
その他	0	-
全体	105	100.0

6. 支援機関の有無が採用基準にあるか

	N	%
採用基準に関係している	31	29.5
場合によっては採用基準に入れる	43	41.0
採用基準には入れていない	21	20.0
その他	0	-
わからない	10	9.5
全体	105	100.0

7. 精神障害者雇用の際に、入社面接のときに留意している点

	N	%
診断名	52	49.5
病気についての理解	75	71.4
通院の頻度	55	52.4
過去の職歴	52	49.5
学歴	10	9.5
面接時の就労意欲	57	54.3
面接時の印象	54	51.4
支援機関の有無	32	30.5
その他	0	-
精神障害者雇用の際に入社面接のときに留意している点は特に無い	10	9.5
全体	105	100.0

8. 精神障害者雇用での困難

1) 難しいと感じる頻度

	N	%
難しいと感じることが頻回にある	36	34.3

難しいと感じることが時々ある	64	61.0
難しいと感じることはほとんどない	5	4.8
全体	105	100.0

2) 難しいと感じることの内容

	N	%
業務遂行能力	65	65.0
勤怠関係	39	39.0
仕事量の配慮	52	52.0
仕事内容の配慮	54	54.0
仕事の指示の仕方	47	47.0
就業規則やルールの遵守	28	28.0
上司との関係	17	17.0
従業員との関係	41	41.0
本人への関わり方 or コミュニケーションの取り方	45	45.0
精神症状の理解	34	34.0
その他	1	1.0
全体	100	100.0

9. 精神障害者雇用における労災

1) 労災の経験

	N	%
精神障害者雇用の労働者が精神症状の悪化などにて労災問題になったことがある	10	9.5
労災申請には至らなかったが問題になりかけたことがある	22	21.0
これまでに労災に関係するような問題が生じたことはないが今後生じる心配はある	48	45.7
これまで労災に関係するような問題も生じていないし、今後も特に心配していない	25	23.8
全体	105	100.0

2) 労災にまつわる問題の背景として考えられるもの

	N	%
仕事量の問題	25	31.3

仕事内容の問題	31	38.8
仕事のやり方に関する問題	33	41.3
他の従業員との人間関係	31	38.8
上司との人間関係	15	18.8
職場の就業規則やルールにまつわる問題	22	27.5
労働契約上の問題	11	13.8
「合理的配慮」に関する認識の差異	13	16.3
その他	1	1.3
労災にまつわる問題の背景として考えられるものは特に無い	3	3.8
全体	80	100.0

10. 精神障害者雇用に対する印象

	N	%
難しいこともあるが成果は期待できる	55	52.4
特に難しいこともなく成果が期待できる	15	14.3
難しいことも多く、かつ成果は期待できない	27	25.7
特に難しいことはないが成果が期待できない	8	7.6
全体	105	100.0

11. 障害者を支援する制度・体制

	N	%
一般の社員に対する支援制度以上のものはない	332	25.5
キーパーソン(指示・命令・相談を受け人)をつける	86	6.6
キーパーソン(指示・命令・相談を受け人)を支援する体制(制度)がある	61	4.7
企業在籍型職場適応援助者(ジョブコーチ)養成研修を受講したものが関わる	29	2.2
障害者職業生活相談員の資格認定講習を受講した者が関わる	36	2.8
職場適応援助者(ジョブコーチ)の支援を受けている	36	2.8
外部の支援機関と連携をはかる	55	4.2
障害者当事者に対する社員教育制度	38	2.9

がある		
一般社員に対して障害に対する研修・教育制度がある	54	4.2
その他	2	0.2
障害者を支援する制度・体制はない	235	18.1
わからない	550	42.3
全体	1300	100.0

12. キーパーソンに関して

1) キーパーソンはだれか

	N	%
人事担当者	35	40.7
現場担当者	48	55.8
その他	3	3.5
全体	86	100.0

2) キーパーソンは障害者雇用に関する研修を受けているか。

	N	%
受講している	45	52.3
受講していない	41	47.7
その他	0	-
全体	86	100.0

13. 障害者雇用された精神障害者に対するキャリアアップ制度の有無

	N	%
障害者雇用の独自制度がある	66	5.1
一般従業員と同じ制度を活用している	143	11.0
正規社員にはあるが、非正規社員にはない	50	3.8
その他	1	0.1
制度はない	408	31.4
わからない	632	48.6
全体	1300	100.0

14. 精神障害者を障害者雇用する際に不安に感じること（全体）

	N	%
--	---	---

業務遂行能力	479	36.8
就労の継続	369	28.4
就業規則やルールの遵守	277	21.3
自傷他害の恐れ	186	14.3
周囲の従業員とのトラブル	346	26.6
上司とのトラブル	69	5.3
会社とのトラブル	72	5.5
その他	6	0.5
特に不安に感じることはない	518	39.8
全体	1300	100.0

(障害者雇用における経験別)

	全体		A群		B群		C群		D群	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
全体	1300	100.0	105	100.0	76	100.0	359	100.0	760	100.0
業務遂行能力	479	36.8	54	51.4	33	43.4	127	35.4	265	34.9
就労の継続	369	28.4	56	53.3	32	42.1	108	30.1	173	22.8
就業規則やルールの遵守	277	21.3	37	35.2	25	32.9	99	27.6	116	15.3
自傷他害の恐れ	186	14.3	26	24.8	14	18.4	53	14.8	93	12.2
周囲の従業員とのトラブル	346	26.6	42	40.0	30	39.5	112	31.2	162	21.3
上司とのトラブル	69	5.3	11	10.5	6	7.9	22	6.1	30	3.9
会社とのトラブル	72	5.5	10	9.5	7	9.2	16	4.5	39	5.1
その他	6	0.5	0	-	0	-	3	0.8	3	0.4
特に不安に感じることはない	518	39.8	7	6.7	11	14.5	127	35.4	373	49.1

15. 障害者雇用した精神障害者が安定した就労を継続するために、必要と思うもの

(全体)

	N	%
就業規則の見直し	247	19.0
経営層に対する障害者就労に関する考え方の啓発	239	18.4
人事・労務担当者への専門的立場か	263	20.2

らの支援		
上司に対するメンタルヘルス研修	162	12.5
上司など障害者へ関わるものへの支援体制	184	14.2
一般社員へのメンタルヘルス研修	284	21.8
キーパーソン(指示・命令・相談を受ける人)をつける	180	13.8
ジョブコーチなど障害者に対する支援員の導入	160	12.3
産業医の障害者への定期的面談や上司への助言など積極的関与	117	9.0
主治医との連携	129	9.9
その他	4	0.3
特に必要だと思うことはない	439	33.8
全体	1300	100.0

(障害者雇用の経験別)

	全体		A群		B群		C群		D群	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
全体	1300	100.0	105	100.0	76	100.0	359	100.0	760	100.0
就業規則の見直し	247	19.0	17	16.2	15	19.7	64	17.8	151	19.9
経営層に対する障害者就労に関する啓発	239	18.4	28	26.7	21	27.6	66	18.4	124	16.3
人事・労務担当者への専門的立場からの支援	263	20.2	29	27.6	22	28.9	88	24.5	124	16.3
上司に対するメンタルヘルス研修	162	12.5	26	24.8	10	13.2	57	15.9	69	9.1
上司など障害者へ関わるものへの支援体制	184	14.2	28	26.7	11	14.5	65	18.1	80	10.5
一般社員へのメンタルヘルス研修	284	21.8	24	22.9	21	27.6	107	29.8	132	17.4
キーパーソンをつける	180	13.8	25	23.8	14	18.4	65	18.1	76	10.0
ジョブコーチなど支援員の導入	160	12.3	26	24.8	13	17.1	56	15.6	65	8.6
産業医の積極的関与	117	9.0	15	14.3	15	19.7	36	10.0	51	6.7
主治医との連携	129	9.9	9	8.6	10	13.2	39	10.9	71	9.3
その他	4	0.3	0	-	0	-	0	-	4	0.5
特に必要と思うことはない	439	33.8	9	8.6	9	11.8	83	23.1	338	44.5

16. 産業医に関して

1) 産業医の選任

	N	%
自身の職場に専属産業医がいる	27	25.7
自身の職場に嘱託産業医がいる	27	25.7

自身の職場にはいないが、本社に専属もしくは嘱託産業医が選任されている	27	25.7
産業医は選任されていない	24	22.9
その他	0	-
全体	105	100.0

2) 障害者雇用された精神障害者に対する産業医の関与

	N	%
大いに関与している	27	33.3
多少関与している	26	32.1
ほとんど関与していない	15	18.5
まったく関与していない	9	11.1
わからない	4	4.9
全体	81	100.0

3) 産業医の関与の内容

	N	%
採用の可否に関わる	17	32.1
採用後まもなく職場に必要な配慮などを検討するために面談する	18	34.0
定期的に面談する	32	60.4
身体症状、検診結果など身体面で関わる	28	52.8
精神症状などに関しても関わる	23	43.4
就業上の配慮など職場適応に関して上司や人事担当者に対する相談・支援に関わる	22	41.5
主治医との連携をはかる	13	24.5
その他	0	-
わからない	0	-
全体	53	100.0

4) 産業医の関与の有用性

	N	%
非常に役に立っている	25	47.2
まずまず役に立っている	26	49.1
あまり役に立っていない	1	1.9
ほとんど役に立っていない	1	1.9

わからない	0	-
全体	53	100.0

5) 役に立っていない理由

	N	%
精神医学的見識の不足	0	-
職場関係者への指示、指導、助言などがない	1	50.0
職場関係者への指示、指導、助言などはあるが適切でない	0	-
職場の状況を理解していない	1	50.0
職場関係者の意見を聞いてくれない	0	-
主治医との連携をはかってくれない	0	-
該当者に対するスキルアップ、パフォーマンス向上への指導がない	0	-
該当者との信頼関係、コミュニケーションが十分築けない	0	-
就業規則に関する認識が乏しい	0	-
労基法など法的知識が乏しい	1	50.0
その他	0	-
全体	2	100.0

6) 産業医が関与しない理由

	N	%
主として産業医側の理由	6	25.0
主として職場側の理由	13	54.2
その他	0	-
わからない	5	20.8
全体	24	100.0

7) 産業医側の理由を回答した方において、具体的には、どのような理由か

	N	%
「専門ではないから」と言われる	5	83.3
「対応がわからないから」と言われる	0	-
「時間がないから」と言われる	2	33.3
「報酬が低いから」と言われる	1	16.7
その他	0	-
わからない	0	-

全体	6	100.0
----	---	-------

8) 職場側の理由を回答した方において、具体的には、どのような理由か

	N	%
産業医の能力的に期待できない	2	15.4
訪問時間を増やすなど時間的な面で困難	4	30.8
産業医の報酬の面で困難	1	7.7
産業医の関与を必要としていない	6	46.2
産業医が関わるべき業務という認識がなかった	4	30.8
その他	0	-
わからない	0	-
全体	13	100.0

9) 精神障害者の障害者雇用において、あなたが産業医に望むこと（自由記載）

「産業医の観点からのサポート」「医学的なアドバイス」「各病歴ごとの留意点を教えてほしい」「気をつけなければいけないポイントを逐一教えてほしい」「採用の後押し」「職務遂行上の困難度の見極め」「専門用語ではなく、解りやすい表現で説明してほしい」「定期的に専門的な意見交換をしたい」といった人事労務担当者との連携、支援を望むものが11件、「もう少し入り込んで、真剣に話を聞いて親身になって欲しいです」「関与してほしい」「精神障害者は理解力に時間が掛かるが、辛抱強く対話を続けて欲しい。」「積極的に障害者に対してアプローチしてほしい。」「定期的なコミュニケーション、問診、主治医連携」といった産業医としての積極的な関与を望むものが10件、「メンタルの変化、気付き」「一般社員へのメンタルヘルスケア」「産業医にメンタルヘルス専門の人が欲しい」「仕事が円滑に行えるようなメンタルケア」「専門的な意見」といったメンタルヘルスに関するかかわりや見識を求める者が9件、自分の症状を改善させるような指導をしてほしい。そして、「カウンセリング」「たくさん受け入れて欲しい」「抽象的な指示ではなく、具体的に従業員にも指示してほしい」「一般社員と同様に必要に応じた面談・ア

ドバイスの実施」といった、障害者本人への関わりに関する要望が7件みられた。その他「満足」が2件、「特になし」が17件であった。

D. 考察

1,300名の人事労務担当社に労災医療に対する意識調査を行った。A群：精神障害者雇用に関わった経験があるのは105名、B群：障害者雇用に関わった経験はあるが精神障害者雇用の経験はないは76名、C群：会社としては障害者雇用を行っているが自分は障害者雇用に関わった経験はないは359名、D群：会社自体が障害者雇用の経験がないは760名であった。A群105名の企業規模別分布は、小企業(49人以下)8名(7.6%)、中企業(50人～299人)33名(31.4%)、大企業①(300人～999人)25名(23.8%)、大企業②(1000人以上)39名(37.1%)であった。

A群105名において、障害者を雇用する際に募集に利用する主たる機関はハローワークが64名61.0%、エージェント13名12.4%、ハローワークとエージェントがほぼ半々が21名20.0%でハローワークが主体であることが分かる。採用前の実習の実施に関しては、実施しているが48名45.7%、場合によって実施している34名32.4%で実習はほぼ実施していると思われる。トライアル雇用制度の利用に関しては、利用しているが38名36.2%、場合によって利用している28名26.7%、と半数以上は利用しているが、制度は知っているが利用していない20名19.0%、制度自体を知らない16名15.2%であった。トライアル雇用は非常に有用性が高い制度であるので、この制度の啓発の必要性があると考えられる。支援機関の有無が採用基準にあるかをたずねたところ、採用基準に関係している31名29.5%、場合によっては採用基準に入れる43名41.0%と80%が採用基準に入れる方向であるが、採用基準には入れていないところも21名20.0%みられた。精神障害者雇用に際して、入社面接のときに留意している点をたずねたところ、病気についての理解71.4%、面接時の就労意欲54.3%、通院の頻度52.4%、面接時の印象51.4%、診断名49.5%、過去の職歴49.5%、支援機関の有無30.5%、学歴9.5%の順であった。本人が自分の病気をどう理解しているかは確かに重要な

問題と思われるが、どう理解していれば安定した就労につながるのかということはかなり専門的な知識を要するとも思われ、今後の課題と考える。一方、支援機関の有無は就職後に支援を受けることにもつながり、もっと留意してもよいのではないかと考える。

次に、精神障害者雇用での困難に関してたずねたところ、難しいと感じることが頻回にある34.3%、難しいと感じることが時々ある61.0%とやはりほとんどの者が難しさを感じていることが分かる。難しいと感じることの内容においては、業務遂行能力65.0%、仕事内容の配慮54.0%、仕事量の配慮52.0%、仕事の指示の仕方47.0%、と業務そのものの遂行上に困難さを感じていることが分かる。また、本人への関わり方もしくはコミュニケーションの取り方45.0%、従業員との関係41.0%、とコミュニケーション、人間関係の困難さもうかがわれるが、上司との関係は17%と最も少なく上司との関係ではあまり困難を感じていないという結果であった。

次に、精神障害者雇用における労災についてたずねた。精神障害者雇用の労働者が精神症状の悪化などで労災問題になったことがあるものが10名9.5%みられ、労災申請には至らなかったが問題になりかけたことがあるが22名21.0%、これまでに労災に関係するような問題が生じたことはないが今後生じる心配はある48名45.7%であった。この結果は、精神障害者雇用が労災に進展する可能性も低くないこと、そして多くの担当者が労災に進展する心配を持っていることを示している。次に、労災にまつわる問題の背景として考えられるものをあげてもらったところ、仕事のやり方に関する問題41.3%、他の従業員との人間関係38.8%、仕事内容の問題38.8%、仕事量の問題31.3%、職場の就業規則やルールにまつわる問題27.5%、上司との人間関係18.8%、「合理的配慮」に関する認識の差異16.3%、労働契約上の問題13.8%、という結果であった。仕事のやり方に関する問題を始めとして現場での仕事に関する現実的な問題及び周囲との人間関係が主体になっていると思われる。

次に、精神障害者雇用に対する印象を尋ねた。難しいこともあるが成果は期待できる52.4%と最も多く、特に難しいこともなく成果が期待できる14.3%と合

わせると3分の2の者は成果が期待できるという印象を持っていることが分かる。一方で、難しいことも多く、かつ成果は期待できない25.7%、特に難しいことはないが成果が期待できない7.6%と成果を期待できないとする者も3分の1におよび、二極化していると思われる。企業規模別でみると、小企業の担当者においては8名中7名が、「難しいことも多く、かつ成果は期待できない」としている。これは、小企業においては仕事の種類に限られ、精神障害者の特性に合わせた仕事が提供しにくいことが一因になっていることが推測される。

次に、全対象者1300名に、障害者を支援する制度・体制についてたずねたところ、一般の社員に対する支援制度以上のものはないが25.5%、キーパーソン（指示・命令・相談を受ける人）をつける6.6%を始めとする具体的な支援制度はいずれも極めて低い結果であった。そして、障害者を支援する制度・体制はないが18.1%で、わからないが42.3%と最多であった。この結果から、障害者を支援する制度・体制の整備に関しては極めて遅れていると思われる。キーパーソン制度がある86名に対し、キーパーソンはだれかを尋ねたところ人事担当者40.7%、現場担当者55.8%と現場担当者がやや多い傾向がある。また、キーパーソンは障害者雇用に関する研修については、受講していないが47.7%にみられ、ここでもキーパーソンの対する支援体制が十分ではないことがうかがわれる。また、全対象者1300名に障害者雇用された精神障害者に対するキャリアアップ制度の有無を尋ねたところ、障害者雇用の独自制度がある5.1%、一般従業員と同じ制度を活用している11.0%で、制度はないが31.4%と多く、わからないが48.6%と最多であった。この結果は、精神障害者雇用に限ったことではないかもしれないが、障害者雇用における人事制度の未確立がうかがわれる。今後障害者雇用を発展させていくためには大きな課題になると考える。

次に、全対象者1300名に、精神障害者を障害者雇用する際に不安を感じることをたずねたところ、業務遂行能力36.8%、就労の継続28.4%、周囲の従業員とのトラブル26.6%、就業規則やルールの遵守21.3%、自傷他害の恐れ14.3%、上司とのトラブル5.3%、会社

とのトラブル5.5%、の順で、この結果はやはり現場での業務遂行能力や現場における人間関係への不安が大きいことが分かる。この質問項で興味深いことは、不安を感じることはないとしたものが39.8%にもみられたのであるが、その内訳を障害者雇用の経験別でみると、「不安を感じたことはない」は精神障害者雇用の経験のあるものでは6.7%に過ぎず、精神障害者雇用の経験はないが障害者雇用の経験があるもので14.5%、会社としては障害者雇用をしているが自身では経験のないもので35.4%、会社自体が障害者雇用の経験のないもので49.1%となっており、経験のない者ほど不安を感じていないことが分かる。このことは、経験することによって、その難しさを実感し、不安も生じてくると考えられる。そこで、精神障害者雇用の経験のあるA群のみで不安の内容を見てみると、就労の継続53.3%、業務遂行能力51.4%が非常に多く、ついで、周囲の従業員とのトラブル40%、就業規則やルールの遵守35.2%、自傷他害の恐れ24.8%が続き、いずれも職場自体に精神障害者雇用の経験のないD群と比すと大きな差があった。

そして、障害者雇用した精神障害者が、安定した就労を継続するために必要と思うものを尋ねると、一般社員へのメンタルヘルス研修が21.8%で、以下、人事・労務担当者への専門的立場からの支援20.2%、就業規則の見直し19.0%、経営層に対する障害者就労に関する考え方の啓発18.4%、上司など障害者へ関わるものへの支援体制14.2%、キーパーソン（指示・命令・相談を受ける人）をつける13.8%、上司に対するメンタルヘルス研修12.5%、ジョブコーチなど障害者に対する支援員の導入12.3%、主治医との連携9.9%産業医の障害者への定期的面談や上司への助言など積極的関与9.0%であった。一方、特に必要と思うことはないが33.8%と最多であった。この結果も障害者雇用の経験別でみると、精神障害者雇用の経験のあるもので「特に必要と思うことはない」は8.6%に過ぎず、精神障害者雇用の経験はないが障害者雇用の経験があるもので11.8%、会社としては障害者雇用をしているが自身では経験のないもので23.1%、会社自体が障害者雇用の経験のないもので44.5%となっており、経験のない者ほど必要と思うことがないとしていることが分

かる。このことは、経験がないと必要な事柄も見えてこないことが分かる。そこで、精神障害者雇用の経験のある者のみで安定した就労を継続するために必要と思うものをみても、人事・労務担当者への専門的立場からの支援が最も高く、ついで、上司など障害者へ関わるものへの支援体制、経営層に対する障害者就労に関する考え方の啓発が高くなっている。また、ジョブコーチなど障害者に対する支援員の導入、キーパーソン（指示・命令・相談を受ける人）をつけるといった項目は、障害者雇用の経験のない群に比し2～3倍の数値となっている。この結果から、精神障害者の安定就労のために必要な事柄は、精神障害者雇用を経験することではじめて現実的なニーズが見えてくることが推測される。そして、担当者自身、そして、障害者を支援する体制の必要性の高さを示している。

次に、産業医に関する質問を行った。産業医の選任に関しては、職場に専属産業医がいる、嘱託産業医がいる、自身の職場にはいないが、本社に専属もしくは嘱託産業医が選任されているがいずれも27名、25.7%で、産業医は選任されていない職場が22.9%であった。

何らかの形で産業医が存在する81名について、障害者雇用された精神障害者に対する産業医の関与を尋ねたところ、大いに関与している33.3%、多少関与している32.1%、ほとんど関与していない18.5%、まったく関与していない11.1%であった。健康問題であり、かつ、安定した雇用継続が難しいと言われている精神障害者雇用においては、本来であれば産業医が大いに関与すべき対象と考えられるが、大いに関与している事業所が3分の1にとどまっていることは、今後の課題であると思われる。

次に、産業医が多少なりとも関与している職場において、産業医の関与の内容を尋ねると、定期的に面談する60.4%、身体症状、検診結果など身体面で関わる52.8%、精神症状などに関しても関わる43.4%、就業上の配慮など職場適応に関して上司や人事担当者に対する相談・支援に関わる41.5%、採用後まもなく職場で必要な配慮などを検討するために面談する34.0%、採用の可否に関わる32.1%、主治医との連携をはかる24.5%であった。この結果、産業医は定期的な面談が60%に見られることから精神障害者であっても関わ

る姿勢の産業医が少なくないことが示された。しかし、精神障害が本来健康問題であること、また、安定した職場適応が困難であることを考えると、採用後まもなく職場で必要な配慮などを検討するために面談することは本来必須ではないかと考える。

次に、産業医の関与の有用性をたずねたところ、まずまず役に立っている49.1%、非常に役に立っているが47.2%とほとんどで、あまり役に立っていない、ほとんど役に立っていないはそれぞれ1名に過ぎなかった。このことは、産業医の活動の有用性を示しており、この分野における産業医活動の重要性を示していると考えられる。役に立っていない職場において、その理由を尋ねているが、これは母数が2名と少ないために評価はできない。

次に、産業医が関与していないとした19名において、その理由を尋ねたところ、主として産業医側の理由が6名25.0%、主として職場側の理由が13名54.2%であった。産業医側の理由を回答したものにおいては「専門ではないから」を5名があげており、「時間がないから」2名、「報酬が低いから」を1名があげていた。次に、職場側の理由と回答した13名にその理由を尋ねたところ、産業医の関与を必要としていない6名、産業医が関わるべき業務という認識がなかった4名、訪問時間を増やすなど時間的な面で困難4名、産業医の能力的に期待できない2名、産業医の報酬の面で困難1名であった。「関与を必要としていない」が6名で最多であったことは、産業医が関与していない職場を母数としていることが関係していると思われるが、その理由は今回の調査からは不明である。その他、母数が少ないためにはっきりしたことは言えないが、現実的な問題があることが推測される。

最後に、全対象者1300名に対し、精神障害者の障害者雇用において、産業医に望むことを自由記載で記してもらった。

大別すると、人事労務担当者との連携、支援を望むものが11件、産業医としての積極的な関与を望むものが10件、メンタルヘルスに関するかわりや見識を求める者が9件、障害者本人への関わりに関する要望が7件などあり、この領域での産業医の課題がうかがわれた。

E. 結語

1300名の人事労務担当者の中で精神障害者の障害者雇用の経験のあるものは105名と多くはなかった。今回のアンケート調査の結果、精神障害者の障害者雇用に関する制度、体制、あるいは障害者雇用に関する人事制度が十分でないこと、また、支援制度に対する認知も十分でないことが示された。

支援の乏しさも関係していると思われるが、精神障害者雇用においては、経験のある担当者のほとんどが難しさを感じていた。難しさの内容としては、業務そのものの遂行上に困難さやコミュニケーション、人間関係の困難さが高く現場における現実的な支援の必要性がうかがわれた。

精神障害者雇用における労災についての質問からは、精神障害者雇用の労働者が精神症状の悪化などにて労災問題になったことがあるものが105名中9.5%みられ、労災申請には至らなかったが問題になりかけたことがあるものも21.0%、これまでに労災に関係するような問題が生じたことはないが今後生じる心配はある者は45.7%と、精神障害者雇用が労災に進展する可能性も低くはないこと、そして多くの担当者が労災に進展する心配を持っていることが示された。

一方、精神障害者雇用の経験のあるものにおいては、精神障害者雇用に対する期待は高いことも示されている。しかし、精神障害者雇用の経験のある者ほど、不安も多く、業務遂行、就労継続、周囲の従業員とのトラブル、就業規則やルールの遵守、自傷他害の恐れなどであった。そして、安定した就労を継続するために必要と思うものでは、人事・労務担当者への専門的立場からの支援が最も高く、ついで、上司など障害者へ関わるものへの支援体制、経営層に対する障害者就労に関する考え方の啓発が高くなっている。また、ジョブコーチなど障害者に対する支援員の導入、キーパーソンをつけるといった項目は、障害者雇用の経験のない群に比し2～3倍の数値となっている。

これらの結果から、精神障害者の安定就労のために必要な事柄としては、担当者自身、そして、精神障害者を現実的、実践的なレベルで支援する制度や体制の必要性が高いことが示された。

最後に産業医のかかわりを聞いてみたところ、産業医が何らかの形で関わっていることはうかがわれ、またその関与の有用性も示された。しかし、精神障害者雇用が健康問題を基盤としていることを考えると、産業医の関与は十分とは言えないと思われる。現場の担当者としては、人事労務担当者との連携と支援、産業医としての積極的な関与、メンタルヘルスに関する見識、障害者本人への関与などを望む声が見られた。これら現場のニーズに応えていくことが産業医における今後の課題と考えられる。

F. 健康危険情報なし

G. 研究発表なし

H. 論文発表なし

I. 知的財産権の出願・登録状況なし

厚生労働省 令和元年度・2年度 労災疾病臨床研究事業費補助金

仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた

長期療養者に対する治療と並行して行う

効果的な社会復帰支援に関する研究 分担研究報告書

「精神障害者・労災認定者の就労に向けた

支援機関の取り組みの現状と課題」

－非医療機関の役割－

分担研究者

大西 守

公益社団法人 日本精神保健福祉連盟 常務理事

研究協力者

加藤枝里¹⁾，張磊¹⁾²⁾，種市冴美¹⁾，坂苗碧¹⁾³⁾，諏訪裕子¹⁾，中田貴晃¹⁾

※ 1)キューブ・インテグレーション株式会社 2)国際医療福祉大学 3)東京大学保健・健康推進本部

令和元年度・2年度研究の総括

何らかの障害を抱え、就労に恵まれない人々が存在する。とりわけ、メンタルヘルス領域においては、他の身体障害者・知的障害と比べて、その対応に慎重を要することが多い。精神疾患やメンタルヘルス領域の労災事例の多くが、通院・服薬中という患者でもあるからである。一方で、医療機関での対応には福祉的な対応を含め限界があり、非医療機関における多職種協働による支援組織の働きが注目されている。

こうした基本認識に立って、令和元年度において、「精神障害者・労災認定者の就労に向けた支援機関の取り組みの現状と課題」と題して、非医療機関に特化してその役割について研究を行なった。その結果 今回訪問したハローワークなど非医療関係機関においては、①地域によらず精神障害者の新規求職者ならびに就職者は着実に増加していること、②精神障害者の新規就職件数や就職件数増加の背景には、退職と就職を繰り返している件数が一定の割合で含まれていること、③各ハローワークや事業所での有効な取り組みが、十分共有できていないため、共有化がはかれる仕組みづくりも求められることなどが判明した。なお、メンタルヘルス領域の労災事例の対応経験はなく、アクセスに問題があると考えられた。

令和2年度は、その結果をもとに機関相互の連携、医療機関・職場との連携強化に向けて、情報共有について検討することとした。そうした中、多大な影響を与えたのが新型コロナウイルス感染症の蔓延・遷延化である。特に、障害者にとって日中活動の場が奪われたことは深刻である。

そのため、令和2年度においては精神障害者の安定就労・雇用促進に向けて、全国の障害者就業・生活支援センターにアンケート調査と訪問調査を実施し、コロナ禍時代における新たな課題と対応を探るものとした。

その結果、障害者就業・生活支援センターが、今後の精神障害者の雇用促進に向けて必要と思われる取り組みとして、「リモート対応」「国の施策」「雇用者の対策」「支援機関の対策」「障害者本人の対策」の5つに分類された。

また、精神疾患の労災認定者を対象に就労支援に関わった経験があるセンターは11か所で、「職場での事故」や「不注意による怪我」後のメンタル不調、「パワーハラスメント」や「セクシャルハラスメント」に関するもので、支援にかかる負担が大きく時間を要するとの意見もみられた。障害者就業・生活支援センターが狭い精神障害という概念ではなく、身体障害も伴う複数障害や生活障害を伴う事例の受け皿になっている可能性が示唆された。

【研究要旨】

令和元年度において、「精神障害者・労災認定者の就労に向けた支援機関の取り組みの現状と課題」と題して、非医療機関に特化してその役割について研究を行なった。

その結果 今回訪問したハローワークおよび非医療関係機関においては、①地域によらず精神障害者の新規求職者ならびに就職者は着実に増加していること、②精神障害者の新規就職件数や就職件数増加の背景には、退職と就職を繰り返している件数が一定の割合で含まれていること、③新規求職件数や就職件数のうち、同一人物がどれくらいの割合で含まれているか把握できていないこと、④離職の要因として、本人の就労準備性に関わる課題、業務対応スキルのアンマッチ、雇用側の合理的配慮の不足など様々であること、⑤各ハローワークや事業所での有効な取り組みが、十分共有できていないため、そうしたノウハウの共有化がはかれる仕組みづくりも求められること、⑥各ハローワークに配置されているトータルサポーターの働きは重要であるが、労働環境が厳しいことから人材確保が難しいという声も多かったこと、⑦就労後の定着支援については、人材不足から他の就労支援機関に委ね、役割分担を行っているケースがほとんどなこと、⑧平成30年度より就労定着支援が制度化され、就労移行支援事業所をはじめとする各就労支援機関が参入しているが、その支援の質にばらつきが大きいことが判明した。なお、メンタルヘルス領域の労災事例の対応経験はなく、アクセスに問題があると考えられた。

令和2年度は、その結果をもとに機関相互の連携、医療機関・職場との連携強化に向けて、情報共有について検討することとした。そうした中、多大な影響を与えたのが新型コロナウイルス感染症の蔓延・遷延化である。

特に、障害者にとって日中活動の場が奪われたことは深刻である。企業をはじめ、ハローワークや地域障害者職業センター、多くのデイケア施設、就労支援施設、地域生活支援センターなどが一時的に休みになり、活動日数や活動時間の削減が実施された。自宅待機・在宅ワーク・テレワークでの会議・打合せなど余儀なくされた人も多い。その結果、生活リズムを維持することが難しく、活動量も減ってしまいがちである。家族も在宅ワークや休校になり、顔を合わせるが多くなり、些細なことでぶつかってしまうこともある。相談に乗ってもらっている主治医やスタッフ、職場での上司・同僚と会う機会が少なくなり、気軽に相談できる機会が奪われてしまった。

そのため、令和2年度においては精神障害者の安定就労・雇用促進に向けて、全国の障害者就業・生活支援センター関係機関にアンケート調査と訪問調査を実施し、コロナ禍時代における新たな課題と対応を探るものとした。

その結果、障害者就業・生活支援センターが、今後の精神障害者の雇用促進に向けて必要と思われる取組みとして、「リモート対応」「国の施策」「雇用者の対策」「支援機関の対策」「障害者本人の対策」の5つに分類された。

また、精神疾患の労災認定者を対象に就労支援に関わった経験があるセンターは11か所で、「職場での事故」や「不注意による怪我」後のメンタル不調、「パワーハラスメント」や「セクシャルハラスメント」に関するもので、支援にかかる負担が大きく時間を要するとの意見もみられた。昨年度までのハローワークや地域障害者職業センターなどでの調査では、精神疾患の労災認定者を対象に就労支援に関わった経験があった機関はなく、障害者就業・生活支援センターが狭い精神障害という概念ではなく、身体障害も伴う複数障害や生活障害を伴う事例の受け皿になっている可能性が示唆された。

【第1部】令和元年度「精神障害者の就労に関わる取り組みの現状と課題（ハローワークの訪問調査より）」

1. 研究目的とその背景

平成18年4月に精神障害者が法定雇用率として算定されるようになって以来、精神障害者のハローワークの新規求職件数と就職件数は増加の一途を辿り、平成30年度の新規求職件数は10万人を突破している（図1）。

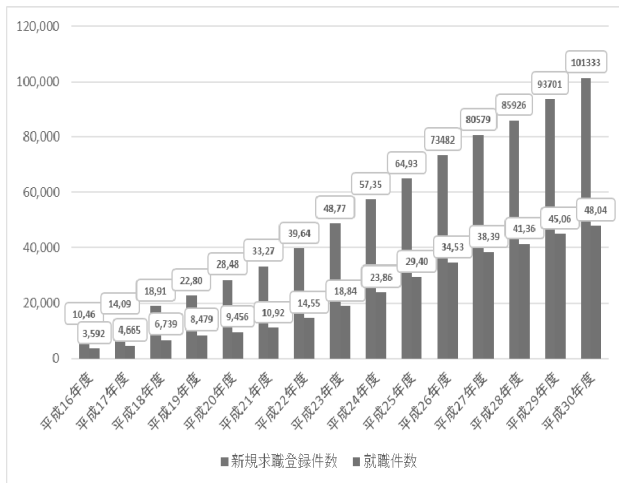


図1. 精神障害者の新規求職件数と就職件数の推移

「障害者雇用促進法」の改正により平成30年度より雇用率が更に引き上げられたことで(2.0%⇒2.2%)、障害者の雇用義務の対象となる事業所規模が50人以上から45.5人以上となり、令和3年3月1日に更に2.3%への引き上げにより、ハローワークをはじめとする就労支援機関は急増する精神障害者の雇用先の開拓に尽力を尽くしている。一方で、精神障害者の就労がなかなか定着しない状況は、依然として現場で大きな課題となっている。

本研究では、こうした精神障害者の就労に関わる課題を踏まえ、精神障害者の就職支援の中心的役割を担っているハローワークを中心とする非医療関係機関に対して訪問調査を行い、各現場の取り組み、生じている課題、今後必要な施策について検討を行うものとした。

2. ハローワークおよび関係機関調査対象・方法

全国8地方区分（北海道、東北、関東、中部、近畿、中国、四国、九州・沖縄）に基づき、各拠点のハローワーク12カ所を選定し、令和元年6月から令和2年2月にかけて訪問調査を実施した。また、付随して事業所のメンタルヘルス活動を支える産業保健総合支援センターおよび地域産業保健センター、精神障害者を地域で支える中核拠点となる障害者就業・生活支援センターなど4ヶ所についても訪問調査を実施した。

ハローワークに対するヒアリング内容については、主に以下の項目について聞き取りを行っている。

- ①精神障害者の求職・就職件数および疾病動向
- ②企業の精神障害者の雇用に対する考え方や受け入れの動向
- ③精神障害者の定着上の課題と取り組み
- ④医療機関や職場との連携状況
- ⑤職員への教育および支援体制
- ⑥労災により精神障害者になった支援ケースの有無
- ⑦その他、最近の動向

3. 調査結果

3-1. 精神障害者の新規求職件数および就職件数の動向

ハローワークにおける精神障害者の求職・就職件数はどの拠点も増加傾向にあり、身体・知的・精神の3障害の中で最も高い割合を占めており、求職者の5割以上が精神障害者を占めていると回答したハローワークが多かった。

一方で、精神障害者の就労定着が難しいといった声が多く、精神障害者の求職・就職件数の増加の背景に退職・転職を繰り返すケースが含まれていることの言及が多かったが、具体的な数値については把握できていないという回答がほとんどだった。精神障害者の主な疾病として、統合失調症、うつ病、双極性障害、広汎性発達障害、てんかん

などが挙げられた。若い世代の発達障害者や中途でうつ病を発症して精神障害者保健福祉手帳を取得し、求職登録をするケースが年々増えているという傾向がうかがえた。

身体障害者、知的障害者の求職・就職件数については、各ハローワークの対象規模や地域性により微減、横ばいなど若干の相違が見られた。

3-2. 企業の精神障害者の雇用に対する考え方 や受け入れの動向

平成30年度の障害者の法定雇用率の引き上げに伴い、雇用義務の対象となる企業が増えたこともあり、今回訪問調査を行ったすべてのハローワークが、企業に対して精神障害者雇用の説明会や企業に出向いての出前講座を実施するなどの何等かの啓発活動を行っている。精神障害者の雇用については不安を抱える事業所もあり、そういった事業所には本人が就労支援機関に登録し、サポートを受けている精神障害者を優先的に紹介しているというハローワークもあった。その際、採用面接に就労支援機関が同席することで採用を検討する企業も安心感につながるという。こうした取り組みなどから、精神障害者の理解は少しずつ深まり、雇用を意識する企業も増え、従来あった精神障害者に対する抵抗感も緩和されてきているという声も多く聞かれた。その一方で、精神障害者の雇用に対する抵抗が強いこと、企業側が求める要求水準が高いなどで、職業紹介が難航している事業所もあるとの声もあった。

3-3. 精神障害者の定着上の課題と取り組み

精神障害者の就労後の定着については、他の障害者に比べ依然として定着率が低いとの見解がほとんどであった。その背景要因として、地域の就労支援機関や障害者就業・生活支援センター、地域障害者職業センターなどの就労支援機関の支援が得られてないケースなど、就労前後にフォローがない事例ほど定着率が低い傾向が認められると

の声が少なからずあった。また、早期に離職するケースは業務が合わないという理由、一定期間就労して離職するケースは上司や職務内容が変わるなどの職場環境の変化に適応できないという理由により退職する傾向が見られるという見解もあった。また、人事などの採用側と受け入れ先の部門との精神障害者への理解度に差があり、結果的に適切な配慮につながらず離職してしまうというケースもあるとの声も聞かれた。

早期離職予防に向けた取り組みとしては、就職に向けて準備性に不安がある場合は、就労移行支援機関へ、比較的短期で職能習得を目指すニーズがあれば委託訓練へ、職業適性の見立てが難しい場合は地域障害者職業センターにつなぎ職業評価を実施して本人の職業適性や必要な合理的配慮などをアセスメントしてもらうなど、求職者の就労準備性に応じて適切な就労支援機関にコーディネートを行っているという。こうした取り組みを行う際、チーム支援という形で、地域障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、医療機関などが相互に連携を取りながら本人の適性に見合った就労につながる体制を構築しているとのことだった。

また、企業側に向けたアプローチとしては、職場体験（インターン）やトライアル雇用制度などの制度活、「精神・発達障害者しごとサポーター養成講座」を開催し、就職後に職場内のサポーターを養成するような取り組みも行っている。就職後にハローワークに相談がある際は既に問題が深刻化しているケースが多い中で、企業内にサポーターが配置されることで、何らかの課題が発生した際に早期にハローワークや就労支援機関につながり、課題解決がはかれたという事例もあるとのことだった。

就労後のハローワーク側の定着支援にあたっては、精神障害者雇用トータルサポーター（以下、トータルサポーター）が就職後の一定期間、定期的に企業に訪問してフォローアップしているとい

うハローワークがある一方で、精神障害者の窓口利用者の増加により就職や関係機関へのコーディネート業務で手が一杯で定着支援までカバーできていないというハローワークもあった。従来、就労後の定着支援については、障害者就業・生活支援センター、地域の就労支援センター、地域障害者職業センターなどが中心となっていたが、改正障害者総合支援法により平成30年4月から就労定着支援制度が施行されたことにより、地域の就労定着支援事業所がサポートを行うケースも増えているようである。

3-4. 医療機関や職場との連携状況

ハローワークを利用した精神障害者の主治医との連携については、意見書の提出で完結しているケースが圧倒的に多かった。その中で、本人との面談で主治医の意見書に疑問を感じたり、就労準備性に大きな課題が見られた際は、ハローワークの職員が主治医に電話で問い合わせしているというハローワークや、転職を繰り返している求職者の場合はトータルサポーターが必ず本人と同行通院して状況を確認していると回答したハローワークも一部あった。このように医療機関と連携を取る方針を持ったハローワークについては、医療機関側に精神保健福祉士などのソーシャルワーカーが配置されていると、やはり連携が取りやすいとのことだった。

また、2016（平成28）年度より各都道府県の主要ハローワークでは、「精神科医療機関とハローワークの連携モデル事業」（以下、モデル事業）を実施し、ハローワークがアウトリーチしてデイケアなどに出前相談を実施するなど、以下の取り組みを行っている。

- ①連携対象医療機関を利用している精神障害者に対して就職に関する知識や技術を付与するためのジョブガイダンスの実施
- ②職業相談・紹介、キャリアコンサルティング、職業訓練あっせん等の就労支援サービス

③職場実習等の機会の積極的な提供

④3ヶ月目と支援期間終了時に医療機関側の担当者を含めたケース会議の開催

⑤職場定着支援等のフォローアップ支援の実施

2018（平成30）年度は47労働局でモデル事業が展開され、今回訪問調査を行ったハローワークにおいてもモデル事業を実施している拠点はあったが、協力医療機関の開拓が難しく、実際に事業を実施してもその成果が十分得られず苦戦しているハローワークもあった。しかし中にはこうした取り組みにより就労のきっかけづくりを行うことで就労者が着実に増加しているハローワークもあり、各ハローワークによって実情に差が見られた。

職場との連携先は、事業所の人事や本人が所属している管理職との連携がほとんどで、本人の健康を支える産業医をはじめとする産業保健スタッフとの連携しているケースはほとんど聞かれなかった。

産業医をはじめ、健康保健スタッフとの連携は今後の重要な課題である。

3-5. 職員への教育および支援体制

ハローワークの相談窓口担当職員への研修を定期的に行っている機関はほとんどなかった。質の高い支援サービスを提供するためには、研修など一層の充実が望まれるとの認識はあるものの、窓口対応をしている職員は嘱託職員が多く、本人が自費で自主的に研修会や学会に参加して研鑽しているのが現状とのことだった。

また、精神科医等の専門家による助言指導を受けられる体制をもっているハローワークはなく、現場では困難事例を抱えることも多い状況から、そうした環境を望む声は多く聞かれた。

3-6. 労災により精神障害者になった支援ケースの有無について

今回訪問調査を行ったハローワークを含む支援機関においては労災保険受給者の相談対応を行っ

た事例は聞かれなかった。

3-7. その他、最近の動向

また、令和元年4月に一部施行された「働き方改革関連法案」に即した取り組みに関する動向についてもヒアリングを行った。本法案と障害者雇用を結びつける取り組みはほとんど聞かれなかったが、精神障害者だけでなく障害者を積極的に雇用している企業の中には、障害者雇用によるワークシェアを行うことで従業員の残業時間の削減につながっている事例もあった。

現在労働者不足を抱えている外国人労働者の雇用については、地域により大きな差が見られた。地方によって外国人の受け入れに抵抗を示す地域もあり、旅館・ホテル業が多いエリアは外国人の雇用が難しかったと意見があった。一方で、訪日外国人が多く住むエリアにおいては雇用件数も多く、大都市エリアのハローワークでは外国員留学生の相談が多い傾向などが見られた。

今回ハローワークに付随して訪問調査を行った障害者就業・生活支援センターでは、中には外国人の発達障害者や、本人の親が発達障害を抱えているというケースもあるとのことで、年々増加傾向にあるとのことだった。就労ビザの問題や言語的課題や対応できる医療機関に限られるなど、支援が難航するケースが多いとのことだった。

4. 考察

今回訪問したハローワークおよび非医療関係機関の訪問調査から、地域によらず精神障害者の新規求職者ならびに就職者は着実に増えている状況が把握できた。

精神障害者の新規就職件数や就職件数の増加の背景には、退職と就職を繰り返している件数が一定の割合で含まれていることが今回の調査で改めて把握できた。新規求職件数や就職件数のうち、同一人物がどれくらいの割合で含まれているか把握できていないことも大きな課題である。

また、離職の要因は、本人の就労準備性に関わる課題、業務スキルのアンマッチ、雇用側の合理的配慮の不足など様々であるが、こうした要因を精査していく調査手法も開発が必要と思われる。また、各ハローワークや事業所での有効な取り組みが、十分共有できていないことから、ノウハウの共有化がはかれるような仕組みづくりも求められる。

したがって、各ハローワークに配置されているトータルサポーターの働きは重要である。しかしながら、トータルサポーターは嘱託職員で1年契約であることをはじめ、実際の業務内容に見合った労働条件になっていない状況や、日々の業務に追われスキルアップに向けた研修や困難事例に対するスーパービジョンを受けられるような環境がないなど、労働環境が厳しいことから人材確保が難しいという声も多かった。平成20年の精神障害者雇用トータルサポーターの配置に続き、平成30年より発達障害者雇用トータルサポーターも主要ハローワークに配置され始めたが、こうした第一線で働く職員に対する処遇改善も改善すべき課題の一つと考えられる。

就労後の定着支援については、今回訪問調査を行ったハローワークの中ではトータルサポーターが就労後に一定期間訪問しているという拠点もあったが、多くのハローワークは日々の窓口業務の対応で定着支援までカバーできず、他の就労支援機関に委ね、役割分担を行っているケースがほとんどだった。他方、地域の就労支援機関も人材不足により定着支援まで十分カバーできていないケースも多い。

平成30年度より就労定着支援が制度化され、就労移行支援事業所をはじめとする各就労支援機関が参入しているが、その支援のクオリティのばらつきが大きく、必要にして十分は定着支援がなされていないといった声も聞かれていることから、就労支援に関わる人材の育成に向けた環境づくりが引き続き求められよう。

【文献】

令和元年度

- 1) 厚生労働省. 平成 30 年度障害者の職業紹介状況等. 2019
- 2) 大西守「医療機関以外の施設の治療プログラムにおける産業医等と主治医との連携を明確化するための調査研究」厚生労働省平成 26・27 年度労災疾病臨床研究事業, 労働者の治療過程における、主治医と産業医等の連携強化の方策とその効果に関する調査研究 535-567,2016
- 3) 大西守「障害者職業センター・ハローワーク等の調査研究」厚生労働省平成 28・29 年度労災疾病臨床研究事業, 精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆに係る臨床研究, 245-254,2018
- 4) 大西守「精神障害者の就労および関係機関との連携に関わるヒアリング調査と支援ツール開発の試み」厚生労働省平成 28・29 年度労災疾病臨床研究事業, 精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆに係る臨床研究, 255-266,2018
- 5) 林輝男: 精神障害者の「働きたい」を実現するために—IPS 個別就労支援の効果と可能性。精神神経学雑誌 121:91-106,2019
- 6) 小塩靖崇、佐藤さやか、市川健ほか: 障害者就業・生活支援センターにおける精神障害者の就労支援に関する実態調査。日社精医誌 28:246-254,2019

【第 2 部】令和 2 年度：精神障害者の就労に関わる取り組みの現状と課題（障害者就業・生活支援センターアンケート調査より）

1. 研究目的とその背景

「障害者の雇用の促進等に関する法律（障害者雇用促進法）」の改正により、平成 30 年 4 月から精神障害者の雇用が義務化されたことに加え、令和 3 年 3 月 1 日に民間企業における法定雇用率が現行の 2.2%から 2.3%への引上げを見据えた採用の動きもあり、近年ハローワークにおける精神障害者の求職件数及び就職件数は増加の一途を辿っており、既に身体障害者や知的障害者の就職件数を上回る状況となっている。

その一方で、職場定着がうまくいかず、早期に離職してしまうケースも多く発生しているのが現状である。精神障害者の障害特性は、一見して理解されにくいことも多くあり、雇用をスムーズに進めていくためには、当事者、家族、主治医をは

じめとする医療関係者、就労を支援する施設関係者、産業医、職場関係者、それぞれの連携や協働は非常に重要なものと考えられる。

このような状況をふまえ、平成 26 年度労災疾病臨床研究事業では「医療機関以外の施設の治療プログラムにおける産業医等と主治医との連携を明確化するための調査研究」として地域障害者職業センター、精神保健福祉センター、ハローワークに対してアンケート調査を実施し、特に医療機関と非医療機関との連携上の様々な課題が明らかにされた。

また、平成 28 年度と同研究事業「精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握及び治ゆの判断に係る臨床研究」においては、ハローワークを対象にしたアンケート調査を実施し、精神障害者の求職者が顕著に増加している一方で、一年後の定着率は、「不明」の回答を除く 59%が 4 割以内との回答で、一年以内に離職している精神障害者の割合の高さが浮き彫りとなり、その後の

同事業の研究調査ではハローワークに訪問による聞き取り調査を実施し、現場で就労定着支援に苦慮しているリアルな状況と課題を聴取している。

本研究では、従来から本研究事業の調査対象としてきたハローワークと密接な連携を保ちながら、障害者の就労及び生活の支援の中核を担う障害者就業・生活支援センターを対象にアンケート調査を行い、精神障害者の就労定着に向けた取り組みや課題に加え、令和2年に一変させた新型コロナウイルス感染症による支援状況の影響や在宅ワークに対するニーズの変化に関する調査結果を整理し、現状の課題や今後の方向性について検討を目的とする。

2. 方法

全国の障害者就業・生活支援センター（以下、就業・生活支援センター）計334か所に対し、郵送法によるアンケート調査を実施した。実施期間は2020年10月6日～11月13日とした。アンケートの回収は114部となった（回収率34.1%）。また本アンケート調査の結果の考察を深めるべく、令和2年9月から12月にかけて就業・生活支援センターと連携の深い全国のハローワーク7か所の他、地域障害者職業センター2か所、産業保健総合支援センター2か所、地域産業保健センター1か所に対して聞き取り調査を行った。

3. 選択肢式調査項目についての結果と考察

3-1. 各精神疾患別の利用割合と増減傾向

就業・生活支援センターを利用する精神障害者の精神疾患別の割合は「統合失調症」が28%と最も多く、次いで「発達障害」(25%)、「うつ病」(17%)、「双極性障害」(8%)、「てんかん」(6%)、「その他」(16%)という結果であった(図1)。「その他」には「無回答」がほとんどであったが、中には「パーソナリティ障害」という回答が含まれていた。

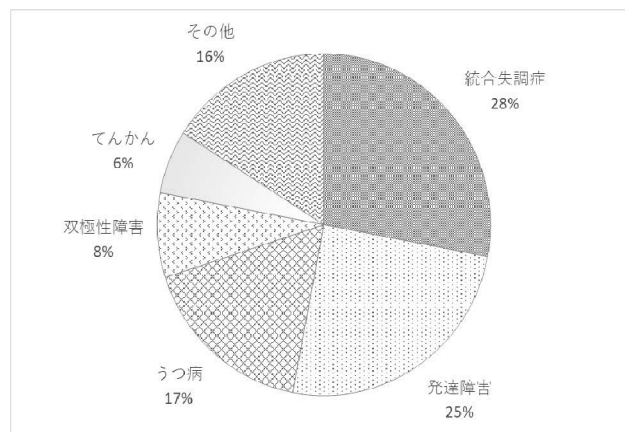


図1. 各精神疾患別の利用割合

疾患別による利用者の増減は、「発達障害」(87%)・「うつ病」(51%)で増加傾向、「統合失調症」(54%)・「双極性障害」(62%)・「てんかん」(76%)・「その他」(50%)で不変という結果であった。(図2)。

「発達障害」が約9割を占める顕著な増加傾向を示していることから、将来的には、現在最も多い「統合失調症」を抜き、発達障害の利用者が最も多くなることが推察される。また、「うつ病」においても約5割の増加傾向を示すことから、発達障害までの勢いには及ばずにしても近い将来において増減変化がない「統合失調症」を超えることが推察される。いずれの疾患においても減少傾向が0%であることから今後も増加することはほぼ確実であり、支援者や事業主側はより発達障害やうつ病の利用者に適した対応が多く求められることが想定される。

こうした増加傾向の背景には、DSM-5の改訂で発達障害と診断された患者が増加したことや、近年、書店に精神疾患を扱う書籍が並ぶ様子からも見て取れるように、疾患への世間的周知が広まったことで障害がありながらも就労が可能という認知が広まったことが影響していることや、特にうつ病については直近の新型コロナウイルス感染症の影響を含め社会経済や生活環境の変化も要因としてうかがえる。しかし真相は明らかにされていないため、増加傾向の背景要因を踏まえた課題解

決の方策や各障害に特化した支援技法を追究していくことは今後の研究課題となろう。

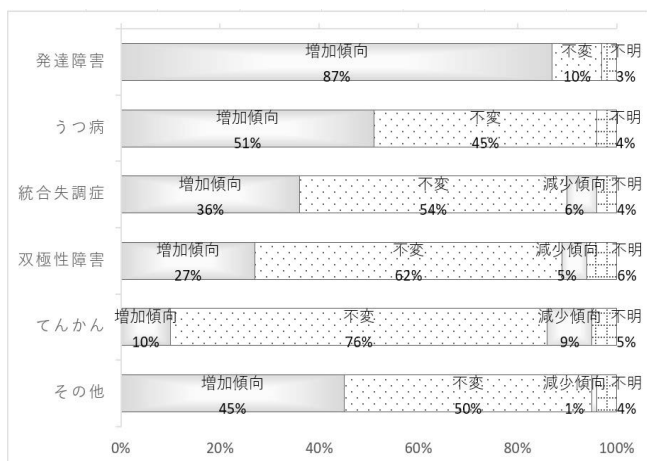


図2. 各精神疾患別の増減傾向

3-2. 就職1年後の定着率

就業・生活支援センターを利用する精神障害者の就職後1年後の定着率は平均73%で、具体的には61~80%が最も多く、次いで41~60%、81~100%、21~40%、不明という結果であった(図3)。

精神障害者の就労後の定着率については、「精神疾患により長期療養する労働者の病状的確な把握及び治ゆの判断に係る臨床研究」において、平成28年度にハローワークを対象としたアンケート調査を行っている。その結果では、定着率が「5割以下」と回答をした割合は82%であったことから、調査対象の機関は異なるものの、精神障害者の定着率は向上している傾向がうかがえる。定着率の向上は、平成30年4月から就労定着支援制度が開始されたことで、就業・生活支援センターにおいても定着支援に注力していることが影響しているものと推測される。また、厚生労働省による平成30年度の障害者雇用実態調査では、知的障害者・精神障害者・発達障害者において、就業・生活センターがハローワークを抜いて、最も多く事業所と連携しているという結果が出ている。

すなわち、就業・生活支援センターでは、就労面だけでなく生活面へのサポートの役割を担いながら事業所との連携ができていることも定着率が高い要因となっていることが考えられる。

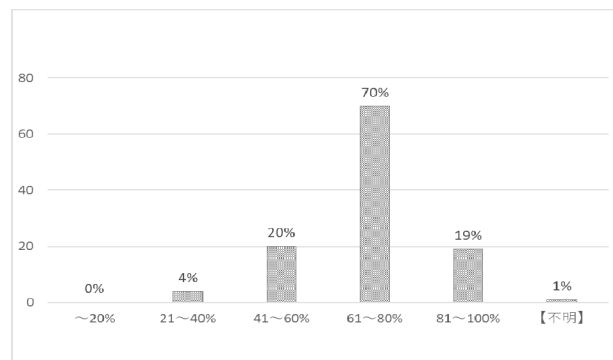


図3. 就職1年後の定着率

3-3. 職場定着が難しかった要因

就職後の定着が難しかった要因については、「職場の人間関係」が最も多く(79%)、次いで「症状の悪化」(75%)、「本人のコミュニケーション能力」(52%)、「障害に対する職場・従業員の理解不足」(51%)、「業務とのミスマッチ」(43%)、「職場の相談・支援体制の不足」(35%)、「仕事へのモチベーション低下」(32%)、「待遇への不満」(19%)、「家族にまつわる問題」(18%)、「業務量の増加」(15%)、「キャリアアップ」(11%)、「業務の難易度」(9%)、「その他」(6%)、「物理的な作業環境」(5%)という結果であった(図4)。

「その他」に関しては、「本人の自己理解不足」、「働く」ことに対する基本的な考え方、「結婚や引っ越し、逮捕」、「病識・病感の否認、服薬・治療拒否」、「本人の甘え」という回答が得られた。

また、「症状の悪化」について、「そもそもの就労準備性が低い、自らは認めず欠勤したりする」という補足回答も得られた。

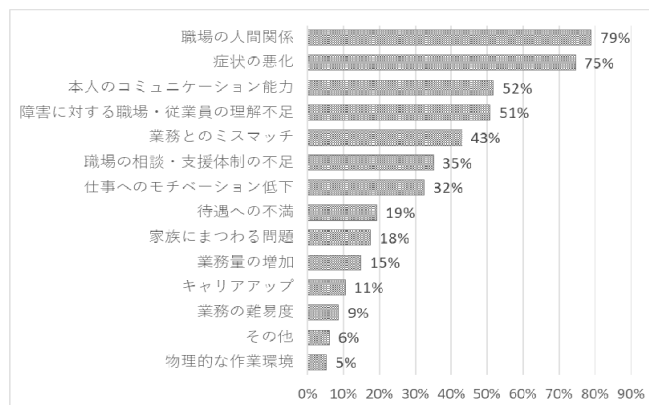


図4. 職場定着が難しかった要因

最も就職後の定着が難しかった要因は、「職場の人間関係」が多く（50%）、次いで「症状の悪化」（25%）、「本人のコミュニケーション能力」（12%）、「障害に対する職場・従業員の理解不足」（6%）、「仕事へのモチベーション低下」（4%）、「業務とのミスマッチ」（2%）、「職場の相談・支援体制」（2%）、「その他」（1%）という結果であった（図5）。

上位4要因までは、全体で回答率の高い要因と同じものが回答された。「物理的な作業環境」、「業務の難易度」、「業務量の増加」、「キャリアアップ」、「家族にまつわる問題」、「待遇への不満」については、最も就職後の定着が難しかった要因としては回答されなかった。就労定着が難しかった要因については、先述した平成28年度のハローワークを対象としたアンケート調査でもほぼ同様の回答順位が得られており、離職要因については支援機関や時期による違いは見られなかった。

「職場の人間関係」の回答割合が最も高く、加えて最も定着が難しかった要因の回答でも他の要因と大きく差があったことから、最終的な離職の要因は「職場の人間関係」にあるものの、その背景には「症状の悪化」、「本人のコミュニケーション能力」、「障害に対する職場・従業員の理解不足」にあり、人間関係悪化の影響要因になっていることが推測される。これは、定着が難しかった要因として様々な要因が挙げられていたにもかかわらず、最も定着が難しかった要因となると「職場の人間関係」が一番多くなったという結果からも分かる。中には、就労準備性が低いまま就職した事例もあり、自己理解が不足しているまま就職した障害者が、悪化した症状に対応できず、周囲との関係が良好に保てない状況にあったこともうかがえる。また、「物理的な作業環境」、「業務の難易度」、「キャリアアップ」、「業務量の増加」などは職場定着が難しかった要因として割合が低く、障害者が職場に定着しにくい背景として大きな影響を及

ぼしていないことが確認できた。

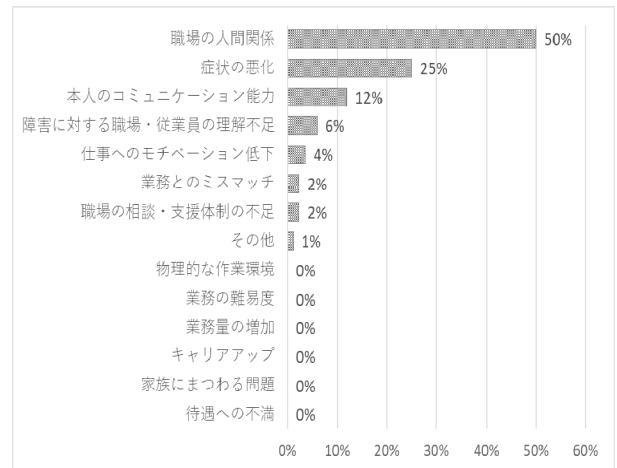


図5. 定着が最も難しかった要因

3-4. 新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言後（2020年4月以降）の利用者の増減傾向

新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言後（令和2年4月以降）の利用者数の増減については、精神障害者は「増加傾向」と回答した割合は半数を超え（54%）、知的障害者（22%）と身体障害者（14%）と、障害種別間で差が見られた（図6）。

いずれの疾患においても減少傾向にあると回答したのは15%以下であったが、増加傾向にあるとの回答は、知的障害者、身体障害者に比べて精神障害者が2倍以上多く、特に精神障害者の需要が多いことが分かった。これは、緊急事態宣言発令による在宅ワークへの移行の影響で、精神障害者の職場定着に向けた支援の需要が高まったことが推察される。また、就業・生活支援センターは障害者それぞれの障害特性を踏まえた雇用管理について事業所へ助言する役割もあることから、緊急事態宣言（ここでいう緊急事態宣言とは、令和2年4月7日～令和2年5月25日まで施行された1度目の宣言をいう）下での雇用管理について、本人にとどまらず事業所への助言が多く行われたと推察される。

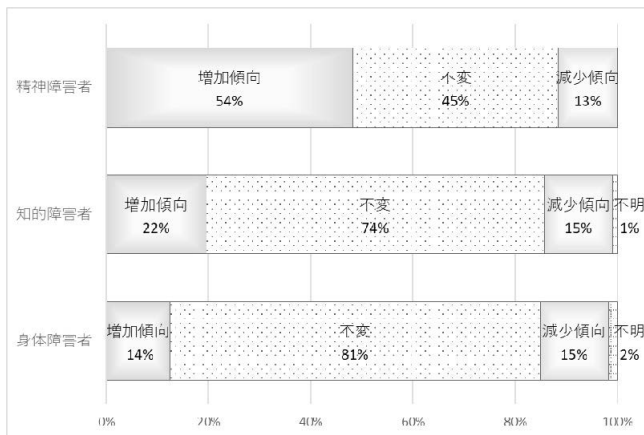


図6. 緊急事態宣言後の利用者の増減

3-5. 精神疾患の労災認定者の就労支援経験の有無

これまでに精神疾患の労災認定者を対象に就労支援に関わった経験があると回答した就業・生活支援センターは有効回答 112 か所のうち 11 か所 (10%) という結果であった (図7)。

具体的には、「職場での事故」、「不注意による怪我」、「パワーハラスメント」、「セクシャルハラスメント」、「モラハラを受けた人の支援で裁判まで行ったことがある」、「建設現場にて高所落下し、以後なかなか希望通りに物事が進まず、年月だけが過ぎた。何か救う手立てはないかと模索するが、難しい状況にある」という回答が得られた。

精神疾患のある労災認定者の就労支援の経験の有無については、本事業のこれまでのハローワークへのアンケート調査でも質問項目として入れていたが、一貫して「経験なし」、「不明」の回答にとどまっていたこともあり、今回の調査で割合は少ないものの一定割合で「経験あり」の回答が得られたのは注目すべき点である。就業・生活支援センターの立場として、就労支援を行う際に利用者の過去の経緯を丁寧にヒアリングしていることが要因として考えられ、きめ細やかな支援に掛かる負担や時間的な労力が大きいものと推測された。

すなわち、昨年度までのハローワークや地域障害者職業センターなどでの調査では、精神疾患の労災認定者を対象に就労支援に関わった経験があ

った機関はなかったもので、障害者就業・生活支援センターが精神障害という狭い概念ではなく、身体障害も伴う複数障害や生活障害を伴う事例の受け皿になっている可能性が示唆された。

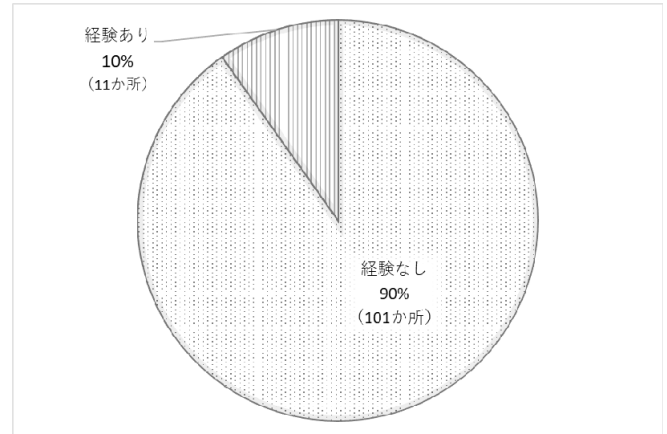


図7. 精神疾患の労災認定者の就労経験の有無

4. 自由記述式調査項目についての調査結果・考察

アンケート調査から得られた自由記述は、KJ法を援用して分類した。各項目の回答につき、意味のあるまとまりを1切片で下位カテゴリーとし、ラベリングして小カテゴリーとした。小カテゴリーのさらに上位に、中カテゴリー、大カテゴリーを同定し、データを構造化した。なお、本文には、中カテゴリー以上を掲載する。

4-1. 就業・生活支援センターの就労定着の向上に向けた取り組み

精神障害者の就労定着の向上に向けて、就業・生活支援センターが行っている取り組みとしては、主に「就労先訪問」、「受け入れ企業へのアプローチ」、「アセスメント」、「医療機関との連携」、「他の専門支援機関・専門家との連携」、「利用者へのアプローチ」、「支援体制の充実化」の7つのカテゴリーに分類された (表1)。

「就労先訪問」については、必要に応じて訪問するというスタンスだけでなく、就職後3ヵ月、6ヵ月、12ヵ月と定期訪問し、その後も年3回程度

継続して訪問しているという回答も見られた。

「受入企業へのアプローチ」については、就職後のミスマッチ防止に向けた就労前実習、雇用先の企業や受け入れ部門に対する精神障害の特性理解や雇用管理のポイント等をテーマにした研修会、雇用開始前の情報共有（症状による配慮事項や作業上の得意・不得意など）、事業主との調整（業務量、配置換え、配慮点など）などの回答があった。

「アセスメント」については、幕張ストレス・疲労アセスメントシート（MSFAS）や幕張ワークサンプルなど、高齢・障害・求職者支援機構が開発したアセスメントツールを中心に、中には市町村独自のアセスメントツールを活用しているという回答も見られた。

「医療機関との連携」と「他の専門機関・専門家との連携」に触れた言及は多く、医療機関に対しては不調が見られた際に通院同行を行ったり、業務適応に向けてジョブコーチを依頼したりするなど、他機関・他職種との連携を行っているといった回答も見られた。

「利用者へのアプローチ」としては、定期面談の他に学びや支えの場を提供しているとの言及も多く、具体的には、就労パスポートの作成をテーマにした学習会、ピアサポーターが体験談を語る講演会の開催、在職中の悩みや相談事を話し合う自助グループの運営、定期的な SST の実施、呼吸法のワークセッションなど様々な取り組みに関する回答が見られた。

「支援体制の充実化」に向けては、就業・生活支援センター内のスタッフの研修、外部のアドバイザーの配置の他、支援ツールの活用などの取り組みを行っているとの回答が見られた。

就労定着に向けた支援といった場合、一見就労後の様々なアプローチにウエイトが置かれがちだが、就労前の利用者のアセスメントや企業への障害理解の啓発活動など、就職前の様々な活動がその後の定着にも大きく関わる視点を持って支援に臨んでいる様子がうかがえる。

表 1. 就労定着の向上に向けた取り組み

就労先訪問	本人の状況把握
	利用者・企業担当者との三者面談
	定期的面談
	訪問回数を増加
	PSW と訪問
受け入れ企業へのアプローチ	就労前実習
	企業向け研修会の実施
	環境構築の提案
	産業医・保健師との連携
	情報共有、職場環境・職務調整
アセスメント	MSFAS、幕張ワークサンプル、簡易職業適性検査、作業検査、GATB、スキルアナリスト、川崎市就労定着支援ツール(K-Step)
医療機関との連携	通院の同行
	主治医との連携
	医療機関との継続的な関係づくり
他の専門支援機関・専門家との連携	ハローワーク
	ジョブコーチ
	発達障害支援センター
	障害者職業カウンセラー
	訪問看護・ヘルパー
	PSW・CP・OTR
	生活支援機関
利用者へのアプローチ	定期面談
	家庭訪問
	家族との連携
	危機介入
	ピアグループの開催
	利用者の学びの機会づくり
支援体制の充実化	センター支援者の勉強会
	定着アドバイザーの配置
	支援ツールの活用 K-Step ツール定着支援システム SPIS

4-2. 就労定着に向けて就業・生活支援センターが必要と考える工夫や改善

精神障害者の就労定着に向けて、就業・生活支援センターが必要と考える工夫や改善については、「利用者へのアプローチ」、「他機関との連携」、「受け入れ企業とのかかわり方」、「センター内の取り組み」の4つのカテゴリーに分類された（表2）。

最も多く言及されていたのは、「利用者へのアプローチ」で、支援がスタートした時点で、利用者の障害特性の理解を重視しようとする姿勢がうかがえた。就労前の準備としては、啓発活動、職業準備性の向上、就労前の訓練に力を入れつつ、労働施策など関連制度の情報提供も丁寧に行い、さらに、就労後の体調不良時の対処方法をシミュレーションするなど未然に離職を防ぐための工夫が必要との回答が見られた。そして、就労後においては、職場訪問や継続的な面談体制を充実させる必要性についての回答が見られた。

また、現在のコロナ禍の状況に応じた柔軟な対応が必要との言及もあり、従来の対面のみならず、電話面談、ウェブ面談、メール面談など幅広い面談方法の導入が挙げられていた。さらに、就労のみならず、生活面の支援やキャリアアップ形成の支援など、利用者の全般的な支援に力を入れているが、同時に依存させない関係づくりも心掛けたいといった意見もあり、障害者の自立につながる支援のあり方を意識し、模索している姿勢がうかがえる。

「他機関との連携」については、主に医療機関との連携に関する課題を感じている回答が多く見られ、他の就労支援関係機関との連携よりもやはり壁が高い様子がうかがえた。そうした中でも他機関との連携を行う際に、受け身的な連携ではなく中心機関としての積極的な連携を図ってほしいとする意見も見られた。

「受け入れ企業とのかかわり方」については、まず、障害特性の理解、就労した障害者の職場理解を促すと同時に、研修会などの啓発活動に力を

入れる必要性を感じているとの意見があり、企業側の理解を持ちながら、企業と障害者のつなぎ役として就業・生活支援センターが機能しようとする姿勢が見られる。

「就業・生活支援センター内の取り組み」については、支援者の専門性向上のための研修や、専門職の配置、より効率的な支援に繋ぐための登録方法の改善など、人員面だけではなく、制度面の改善が必要との意見も見られた。また、アセスメントの強化やツールの活用などアセスメントの取り組みを行い、本人支援につながる工夫が必要との見解もあった。

その一方で、色々な工夫や改善の必要性を感じつつも、就業・生活支援センターとして人員不足により支援が足りないことや、利用者のフォローに追いつかないなど、体制的に余力がないとの声もあった。

表2. 就業・生活支援センターが必要と考える工夫や改善

利用者へのアプローチ	特性の理解
	就労前の準備
	定期的な職場訪問
	面談の体制づくり
	依存させない、しない関係づくり
他機関との連携	徹底的な支援
	関係機関などとの連携
	ナチュラルサポートの形成
	医療機関との連携
受け入れ企業とのかかわり方	他機関連携の中心機関としての役割
	障害特性の理解
	職場の障害理解
	研修会開催などの啓発活動
	適切な情報提供
	企業との関係構築
企業内支援体制の確保	

	企業のことを知る
	企業と本人のつなぎ役
就業・生活支援 センター内の 取り組み	支援者の専門性向上
	専門職の配置
	登録方法の改善
	アセスメントの実施

4-3. 就労定着に向けて精神障害者に求められる工夫や改善

就業・生活支援センターの視点で、精神障害者に求められる工夫や改善点は、「障害の受容」、「セルフマネジメント」、「就労前準備」、「働く上での心得」、と4つのカテゴリーに分類され、就労前後に渡って言及されていた（表3）。

「障害の受容」について、利用者はもちろんのこと、家族をはじめとする周囲の理解も含めた障害受容に触れた意見もあり、支援場面で障害特性の理解、病識や状態の把握、自己分析などが必要との問題意識を感じる事が多く生じている状況がうかがえる。

「セルフマネジメント」はあらゆる角度から述べられており、就労定着向上に向け、最も重要な内容と考えられる。体調管理、セルフモニタリング、生活リズムの安定、受診及び治療などフィジカルの面におけるセルフマネジメントの他に、カウンセリングの活用、自己決定、自暴自棄にならないことなどメンタルヘルス面におけるセルフマネジメントも含まれている。さらに、資源の活用にも視野に入れ、多面的な支援の活用、相談する力を身に付けることなど、一人で抱え込まないように周囲への発信することもセルフマネジメントとして重要な働きであることは、利用者に理解してもらいが必要があり、周囲のサポートを引き出す力をどう醸成していくかが、就業・生活支援センターとしての課題となっている様子うかがえる。

「就労前準備」については、就労前の訓練の参加や職業理解の促進を通して、働くイメージが付きやすくなる。さらに、社会的ルールの取得は、

就労の準備性が一層の向上につながり、精神障害者のこうした就労準備性を整える取り組みが就労定着の大切なポイントとなることが示唆された。同時に、アセスメントや就労パスポートの活用を積極的に取り組むようなコーディネートが必要と思われる。

「働く上での心得」としては、職場とのかかわり方の情報共有、周囲とのコミュニケーションを図ることが挙げられた。配慮の歩み寄りについて、雇用側のニーズに歩み寄りながら、同時に積極的な配慮要請も大事であると強調している。自ら積極的に周りの人と関わり、情報を共有し、周囲とのコミュニケーションを促進することが期待され、その上で、自分自身の勤務態度の向上や周りの意見の受け入れるなどが、働く上での心得として挙げられている。

一方、コロナ禍の状況の下に、今後就労に対してのあり方が見直されていると予想しているとの回答もあった。後述の在宅ワークについてのまとめがそれらに関連していると考えられる。

表3. 精神障害者に求められる工夫や改善

障害の受容	障害と病気の需要
	家族の障害の需要
	周りの理解と受容
	幅広い自己理解
セルフ マネジメント	体調管理
	セルフモニタリング
	自己管理
	対処方法の習得
	余暇活動
	無理をしない働き方
	自身の限界の認識
	生活リズムの安定
	受診及び治療
	カウンセリングの活用
多面的な支援の活用	

	相談する力を身に付けること
	自己決定
	自暴自棄にならないこと
	強みの自覚
就労前準備	就労前訓練への参加
	就労準備性の向上
	就労パスポートの活用
	社会的ルールの習得
	アセスメント
	職業理解
	マッチング
働く上での心得	職場との情報共有
	周囲とのコミュニケーション
	配慮の歩み寄り
	勤務態度の向上
	意見の受け入れ

4-4. 就労定着の向上に向け、雇用側に求められる工夫や改善

就業・生活支援センターの視点で、雇用側に求められる工夫や改善点は、「障害者雇用に対する企業方針」、「適切な合理的配慮の実施」、「障害者理解への意識づけ」、「具体的な活動や環境づくり」、「本人への関わり方」の5つのカテゴリーに分類された（表4）。障害者雇用全体に対する企業としての姿勢から、障害者への具体的な関わり方まで、様々な水準での工夫や改善案が言及された。

「障害者雇用に対する企業方針」としては、障害者が働きやすくなるような支援や管理体制の構築等を求める回答が見られた。具体的な内容として、社員に合わせた勤務日・勤務時間の変更や時短勤務制度など、柔軟な勤務形態を求める回答が多く見られた。

「適切な合理的配慮の実施」については、企業として配慮できること・できないことを整理することに言及する回答があり、配慮することが前提ではなく、企業と障害者とのすり合わせの重要性

がうかがえた。

全体で最も多かった回答は「障害理解」についての項目だった。「障害者理解への意識付け」の中では、人事・管理職だけではなく、現場で関わる従業員や同僚への障害理解を求める回答が多数みられた。

「具体的な活動や環境づくり」については、社内従業員向けの研修や勉強会での障害理解の機会の提案が多かった。また、就業・生活支援センターを始め障害者の支援をする機関との密な連携が必要という回答も多く見られた。

「本人への関わり方」としては、定期的な面談や日常的なコミュニケーションの中で体調や状況の理解を深めることを重視する回答が多かった。その一方で、障害者に対し「配慮をしすぎてしまう」、「構えすぎてしまう」といった過度な対応はせず、適度な距離感で接することを求める回答もあった。

その他、回答の中には「採用者と現場との（障害者雇用への）温度差」や「先入観が強く、受け入れが難しい」という課題も述べられていた。

雇用者側として様々な水準で積極的な障害者雇用の対応が求められるが、障害者への対応や配慮について「無理しすぎない」ことや就業・生活支援センターとの連携の提案も多数見られ、企業で抱え込まず、まずは就業・生活支援センターをはじめとした支援機関と企業とが連携することの重要性がうかがえた。

表4. 雇用者側に求められる工夫や改善

障害者雇用に対する企業方針	主体的な姿勢
	受入れ体制の調整
	雇用率の順守
	雇用率に左右されない雇用体制
	働きがいを持てる仕組みづくり
	柔軟性のある就労
	制度の活用
適切な合理的	適切な合理的配慮の実施

配慮の実施	配慮事項の整理
	配慮事項の明確化
障害者理解への意識づけ	障害特性の理解
	現場・同僚レベルでの障害理解
	職場従業員の意識の向上
	本人と向き合うこと
具体的な活動や環境づくり	障害理解のための講義・啓蒙活動
	サポータ養成講座の受講
	社内支援者の設置
	就労前準備や研修の充実
	復職プラン
	環境づくり
	相談できる体制づくりやラインケア
	支援機関との連携
	情報共有
	メンタルヘルスサポートの活用
精神障害者への関わり方	定期面談
	日常的な関わり
	体調不良時の対応
	指導方法の改善
	業務内容の考慮
	業務評価
	業務変化による丁寧な対応
	過度な対応になりすぎないこと
	障害の軽視をしないこと

4-5. 新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言後（令和2年4月以降）の在宅ワークに関するニーズ

緊急事態宣言後の在宅ワークに関するニーズについては、雇用者側、利用者側それぞれについて、下記にまとめられた。

まず、雇用者側のニーズについては、「在宅ワーク導入」、「在宅ワーク未導入」、「導入における課題」、「障害者雇用自体の危機」、「求人要件の制限」の5つのカテゴリーに分類された（表5）。

雇用者側の現状としては、緊急事態宣言期間中の一時対応や週に数日程度の実施も含め、精神障害者の在宅ワークを導入している企業が一定数見られた。導入の契機としては、精神障害者だけでなく全社員を対象として実施した企業も多く、その後も継続して、他県から在宅ワークの求人が出るようになったという状況も見られる。健常社員の在宅ワークの導入が成功した企業では、精神障害のある社員の在宅ワークも可能性が見えてきたのではないかと推察される。一方で、在宅ワークの導入が難しい背景にある課題としては、環境の整備、在宅ワークに適した業務の創出、体調管理やコミュニケーションも含めた業務マネジメントの困難さ等が挙げられており、支援機関からのフォローのニーズが高まっている。

表5. 雇用者側の在宅ワークに関するニーズ

在宅ワーク導入	在宅ワーク導入済
	一時的な在宅ワーク対応
	在宅ワークの求人の増加
	支援機関へのフォロー・助言依頼
在宅ワーク未導入	ニーズの少なさ
	変更なし・不明
	自宅待機等による一時対応
導入における課題	仕事の創出の困難さ
	フォローや管理の困難さ
	テレワーク設備の調整の問題
障害者雇用自体の危機	雇用の継続の困難さ
	業務の減少
	自宅待機の対応
求人要件の制限	身体障害者を限定とした求人
	就労経験者を限定とした求人
	フォロー・体調管理がしやすい人を限定とした求人

次に、利用者側のニーズについては、「企業による対応状況」、「利用者のニーズ」、「メリット」、「デメリット・課題」、「業務遂行に関する課題」、「導

入への課題」、「感染症拡大の影響による雇用不安」の7つのカテゴリーに分類された（表6）。

利用者の現状としては、感染症への不安、通勤のストレス、対人関係の苦手さ等から、在宅ワークを希望するニーズが高まっているが、雇用機会が十分に用意されておらず、まだ安定した雇用形態とはなっていないようである。一方で、在宅ワーク中の精神障害者は、生活リズムの乱れ、不安感の増大や落ち込みなどの症状悪化のリスクが大きな課題となっている。これらの理由により、主治医によっては在宅ワークを勧めないケースや、働き方の変化を希望しないケースもあるため、障害種別による一律の判断ではなく、個々の特性により柔軟に働き方を選択できることが望ましい。

表6. 利用者側の在宅ワークに関するニーズ

企業による 対応状況	自宅待機対応
	在宅ワーク対応
	休暇対応
	緊急事態宣言時の一時対応
利用者のニーズ	在宅ワークのニーズ向上
	コミュニケーションの不得手さによるニーズ向上
	感染への不安によるニーズ向上
	和委託ワークのニーズ無し
メリット	在宅ワークによる業務負荷の軽減
デメリット・課題	在宅による生活リズムの乱れ
	在宅での過ごし方への不安
	在宅ワーク明けの適応への不安
	出社を希望してもできない状況
業務遂行 に関する課題	コミュニケーションの困難さ
	在宅業務の少なさ
	慣れない在宅ワークへの困惑
導入への課題	環境・設備調整の不足
	在宅ワークに向かない業務
	本人のスキルや障害による不向き
感染症拡大の影	収入減少への不安

響 による雇用不安	雇用状況の先行きの見えない不安
--------------	-----------------

4-6. コロナ禍を踏まえて今後必要な施策や支援体制

昨今のコロナ禍で就業・生活支援センターが、今後の精神障害者の雇用促進に向けて必要と思われる取組みは、「リモート対応」、「国の施策」、「雇用の対策」、「支援機関の対策」、「利用者の対策」の5つのカテゴリーに分類された（表7）。

「リモート対応」は、コロナ禍の課題ではあるが、在宅ワークを希望する精神障害者のニーズの高まりと同時に、精神障害者の新たな働き方の可能性を感じて挙げられた意見である。また、本人支援や関係者との連携においても、オンライン会議システムを活用し、感染症対策を講じた上で雇用を促進していきたいという意向が汲み取れる。また、障害者の失業率については、まだ数値に表れていないが、「国の施策」に対する意見もコロナ禍における障害者の収入減や離職を踏まえて現場から挙げられた声である。

続く「雇用の対策」、「支援機関の対策」、「利用者の対策」、は、従来からの課題を反映しているが、コロナ禍で精神障害者が感じるストレス（感染症への不安、新しい生活様式への変化等）から、より一層の工夫が求められていることが理解できる。特に、雇用が保障されている大企業であっても、緊急事態宣言期間中の精神障害者は、在宅ワークとしながらも実質は自宅待機の状態が見られていた。そのため、雇用現場の管理職は、既存業務の見直しや、業務面だけでなく生活面も含めた本人へのケアなど負担も大きくなっているため、社外の支援機関や社内の健康管理部門との連携を強化する体制作りが求められる。

表 7. コロナ禍における今後の精神障害者の雇用促進に向けて必要な取組み

リモート対応	在宅ワークの環境整備
	在宅ワークによる雇用機会の拡充
	在宅ワークに対応するスキル向上
	オンライン面談・会議の体制構築
国の施策	障害者への経済的補助
	障害者雇用・就労施策の見直し
	障害者雇用率制度の見直し
雇用者の対策	障害特性の理解・啓発活動
	障害者本人への相談サポート体制
	既存業務の拡大
	新たな雇用機会の創出
支援機関の対策	障害者本人への支援の工夫
	随時対応できる体制作り
	企業との連携
	他の支援機関との連携
	今後の支援活動の継続
障害者本人の対策	コロナ禍のストレスへの対処
	家族からのサポート

【文献】

- 1) 厚生労働省：令和元年 障害者雇用状況の集計結果，2019.
<https://www.mhlw.go.jp/content/11704000/000580481.pdf>
- 2) 大西守，中田貴晃，諏訪裕子，島倉大：精神障害者の復職・就労支援の状況と連携に関する調査から，産業精神保健，2019，27（3），207-213.
- 3) 中田貴晃，諏訪裕子，大西守：精神障害者の雇用に関わる制度と就労定着の現状と課題，産業精神保健，2019，27（特別号），10-14.
- 4) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者総合センター：障害者の就業状況等に関する調査研究調査研究報告書 No.137，2017.
- 5) 桂川修一，大西守他：精神障害者の就労及び関係機関との連携に関わるヒアリング調査と支援ツール開発の試み，平成 29 年度労災疾病臨床研究事業「精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆに係る臨床研究」総括・分担研究報告書，2017.
- 6) 桂川修一，大西守他：障害者職業センター・ハローワーク等の調査研究．平成 28 年度労災疾病臨床研究事業「精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆに係る臨床研究」総括・分担研究報告書，2016.

厚生労働省令和1・2年度労災疾病臨床研究事業費補助金
「仕事を原因した精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する治療と
並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究」（分担研究報告）

精神疾患により長期療養中の労働者に対する標準的な病状評価と医療と
職域間連携の手法に関する調査研究—治療就労両立支援モデル事業等の応用—

研究分担者：小山 文彦

研究概要：令和1年度は、東邦大学産業精神保健職場復帰支援センター（佐倉）において、2010年10月～2019年5月の期間に、うつ病エピソード（ICD-10 F32）に罹患し、リワークデイケアを利用した92名の有職者を対象に、利用目的、期間、休務回数、休職理由（業務上、その他）等について予備的調査を行った。病状・経過より休職の主要因は、業務の質的負担、量的負担が上位であり、副次的要因としては、仕事のコントロール度（自己裁量他）、人間関係が優位であった。令和2年度は東邦大学医療センター佐倉病院メンタルヘルスクリニック通院患者・デイケア利用者を対象に、①医学所見、②安全衛生要因、③個人生活状況の3つの要因にかかる自覚的ストレス要因および発達特性に関する状況等について、無記名自記式のアンケート調査を行い、罹病及び休業の実態と職業性ストレス等の相関についての傾向を求めた。その結果、休業の原因となった者の疾患分布は、休業1回と複数回ともに、うつ病（うつ状態）が48%であった。このうち外来通院者では、休業1回と複数回ともに、うつ病（うつ状態）が60%以上を占めるが、リワークデイケア利用中の者では、発達障害の診断・指摘を受けた者が10%を超え、相対的に多く、とくに複数回休業中の者は17%とより多い結果であった。発達障害の診断（指摘）を受けた休業経験のある者は7名であったが、このうち休業の契機となった症状・要因について自覚的にも発達特性の問題を挙げた者は6名であり、発達特性の問題が、従来のうつ病像の他に職場復帰の成否に関わっていることが示された。さらに、休業の契機と自覚された症状、要因については、複数回休業群において、「対人関係上の問題」が顕著に高い結果であり、これが安定就労上の障壁となっている要因だと推測された。

【令和1年度】

研究目的

本研究においては、長期療養中の労働者に対する標準的な病状等評価と医療職域間連携の手法の開発を目的に、両立支援取組にて活用してきた評価・連携手法が効果的に適応できる可能性について検証することを目的に、医療職域間連携・支援現場において産業現場にて応用を試みる。具体的には、うつ病のため休業中の労働者を対象に、例えば、リワーク開始時、治ゆ状況、復職時（社会復帰レベル）、復職3か月後（安定就労）の4群（時点）における病状把握と就業状態について、これまでの治療就労両立支援モデルの評価法である4つの軸評価（Ⅰ現症、Ⅱ安全衛生要因、Ⅲ個人生活状況、Ⅳ事業場側の懸念等の各項目を用いた評価を行い、休業ならびに療養期間と各状態像との相関について検討する。

結果

対象者の、利用目的、期間、休務回数、休職理由（業務上、その他）について、図表で示す。

利用目的	
復職	92
就労	0
転職	0
その他	0

92

利用期間	
平均	215
データ個数	92
最大値	463
最小値	50

性別	
男	82
女	10

92

紹介	
当院	22
紹介	61
転院	9

92

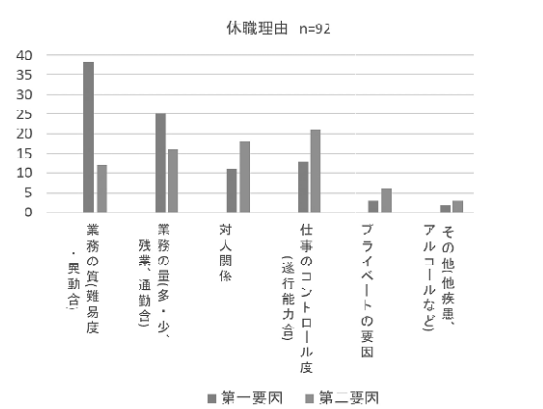
現在の休養の回数	
1回	51
2回	24
3回	8
4回	6
5回以上	7

総利用者数	92
在職過去利用者数(B)	92
離職過去利用者数(C)	0
その他過去利用者数(D)	0
過去利用者総数(E= B+C+D)	92
在職現在利用者数(F)	0
無職現在参加者(G)	0
その他過去利用者数(D)	0
現在利用者数(H= F+G)	0
総延べ利用者数(I= E+H)	92
復職者数(J)	76
リハビリ出勤(K)	13
復職率(L= (J+K)/B*100)	96.7
開始平均年齢	41.8

休職理由	第一要因	第二要因
業務の質(難易度・異動含)	38	12
業務の量(多・少、残業、通勤含)	25	16
対人関係	11	18
仕事のコントロール度(遂行能力含)	13	21
プライベートの要因	3	6
その他(他疾患、アルコールなど)	2	3
	92	76

※主要因は業務に関するものが多いが、副要因は対人関係や仕事のコントロール、本人の就労パフォーマンス等能力・適正等の問題が関係していると考えられる。

※休職理由②が少ないのは、理由①が優勢で副要因が該当しないケースがあるため。



【令和2年度】

研究目的

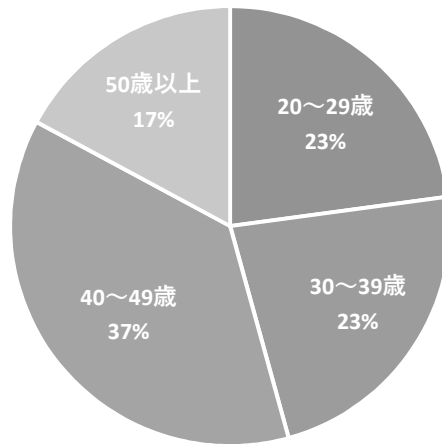
うつ病等の精神疾患に罹患し、ある程度長期間の休業を要する労働者が少なくない。職場の産業保健においては、メンタルヘルスの問題での休業者への対応は、依然困難であり、労災認定においても、就労能力の状況と寛解の程度などの関係が不明なまま、長期の保証が行われている現状があり、疾患別に標準的な治療期間、療養期間に関する知見が求められている。筆者らが取組んできた「治療と就労の両立支援」ならびに復職支援にかかる先行研究において、精神疾患に罹患し休業した労働者の休業期間と、①医学所見、②安全衛生要因、③個人生活状況および職場側の懸念等との関連が知られている。

また、最近では、発達障害・特性の問題が長期の休業や不安定就労と関与していることが強く疑われる。そのため、当院産業精神保健・職場復帰支援センター（デイケア）利用者とメンタルヘルスクリニック外来通院患者を対象に、上記3つの要因にかかる自覚的ストレス要因および発達特性に関する状況等について、無記名自己記入式のアンケート調査を行い、罹病及び休業期間と職業性ストレス、発達特性の問題点等との関連について検討した。（別添の調査票を用いた。）

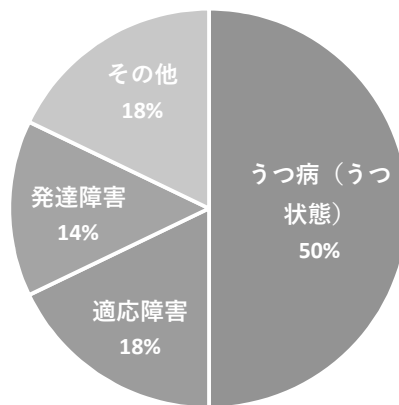
結果

本調査に協力した方は、外来通院者12名、リワークデイケア利用者23名の計35名であった。そのうち、男性25名、女性10名で、年代はそれぞれ20～29歳が8名、30～39歳が8名、40～49歳が13名、50代以上は6名であった。診断名で見ると、うつ病（うつ状態）は28名、適応障害が10名、発達障害が8名、その他が10名であった。

回答者年代

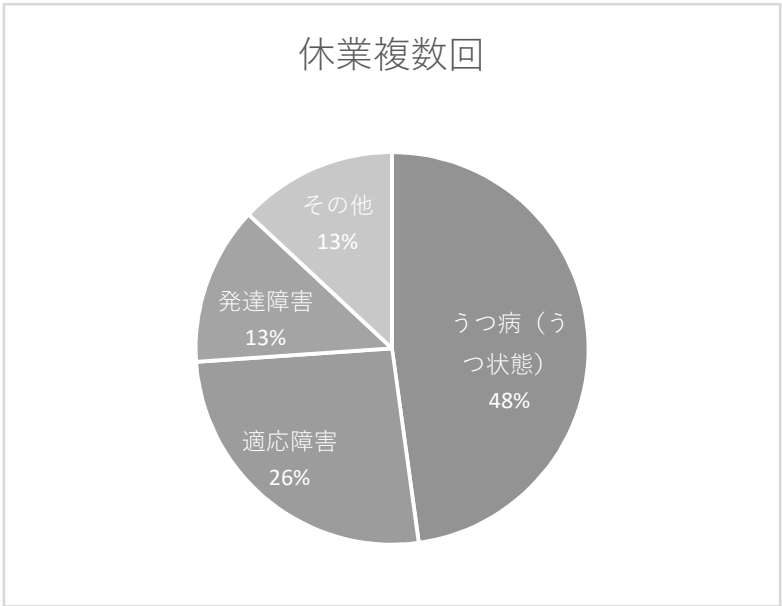
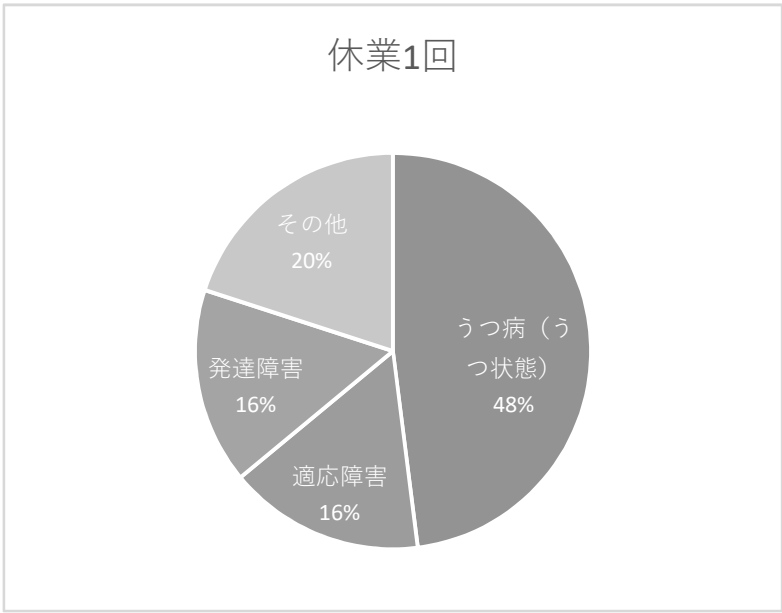


診断名

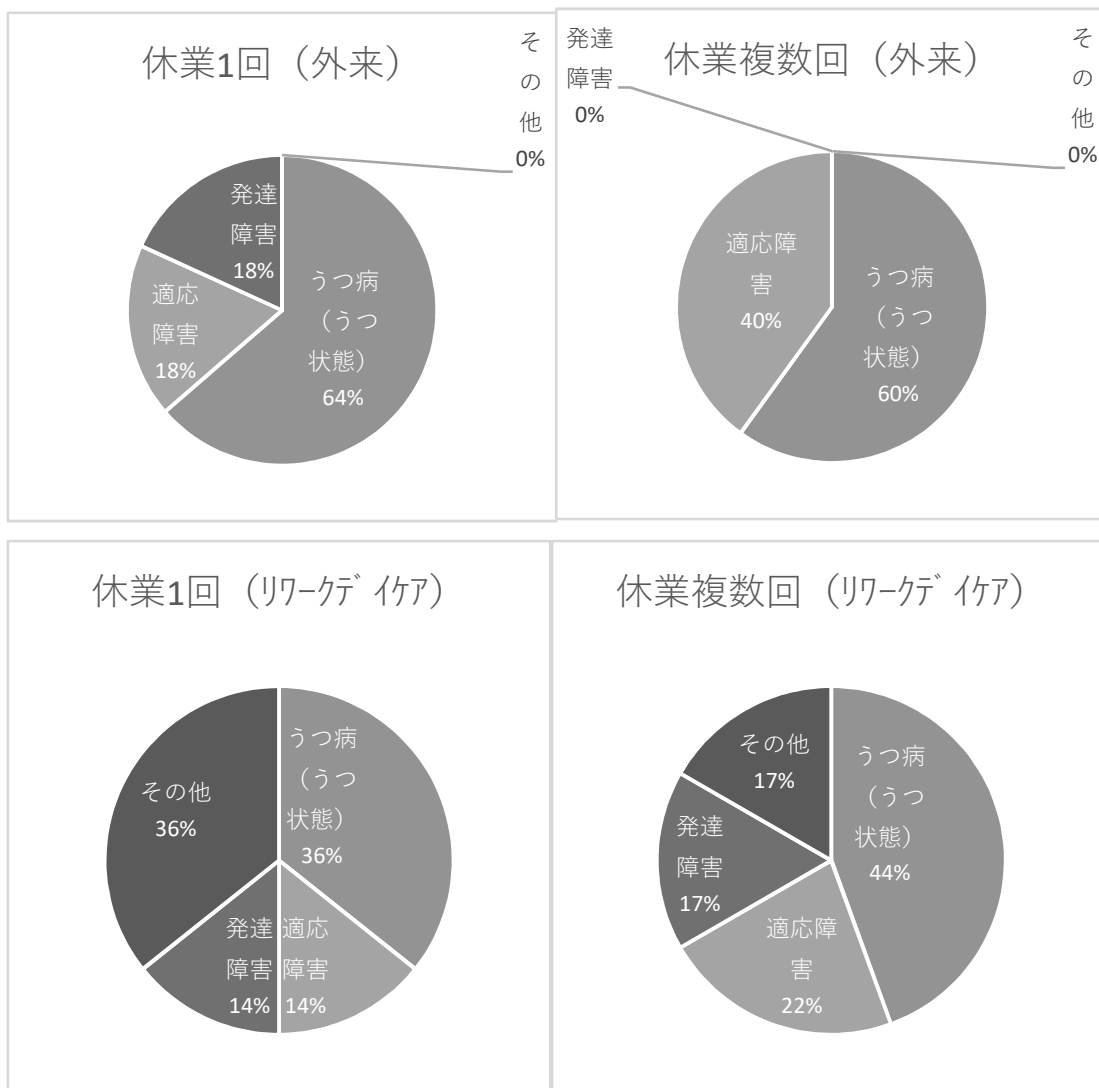


休業経験については、「1回ある」が17名、「複数回ある」が12名、「休業の経験はない」が6名、一か月未満の休業については0名であった。

この休業の原因となった者の疾患分布は、「休業1回」と「複数回」とともに、うつ病（うつ状態）が48%であった。



これを、外来通院者とリワークデイケア利用中の者との二分してそれぞれ検討した結果、外来通院者では、休業1回と複数回ともに、うつ病（うつ状態）が60%以上を占めるが、リワークデイケア利用中の者では、発達障害圏の診断・指摘を受けた者が10%を超えて相対的に多く、複数回の休業中の者では17%とより多い結果であった。



休業の契機となったと自覚している症状、要因について検討した。

調査票の設問 3「ご自身の休業のきっかけや原因となったことを以下からお選びください（複数回答可です）」における選択肢は以下ようになっており、これらは、これまでの両立支援事業等で用いた、A：医学所見、B：安全衛生要因、C：個人生活状況と、今回の調査で加えた D：発達特性上の問題の 카테고리から挙げたものである。（それぞれ、A：①～④、B：⑪～⑬、C：⑭～⑮、D：⑤～⑩となっている。）

- ① 気分の落ち込みや不安など、精神面の症状の強さ
- ② 体のだるさや痛み、その他の身体面の症状の強さ
- ③ 薬の副作用（眠気やそのほか不快な現象）
- ④ 睡眠の問題（不眠または過眠）
- ⑤ 対人関係の問題

- ⑥ コミュニケーションの難しさ
- ⑦ 相手の意図をくみ取るのが難しい（難しかった）。
- ⑧ じっくり集中して取り組めない（取り組めなかった）。
- ⑨ 仕事の過程で、うっかり忘れることが多い（多かった）。
- ⑩ 約束の時間や締め切りに遅れがちだ（だった）。
- ⑪ 長時間・過重労働による疲労の強さ
- ⑫ 職場・作業の環境
- ⑬ 職場の雰囲気
- ⑭ 生活習慣の乱れ
- ⑮ 家庭生活との両立のストレス・困難（家族の健康問題（介護なども含む）、育児、家事等）

A：医学所見、B：安全衛生要因、C：個人生活状況、D：発達特性上の問題の各カテゴリ
中の回答数の割合（%）を算出した結果を以下の表に示す。

症状	※複数回答			
	休業1回		休業複数回	
①気分の落ち込みや不安など、精神面の症状の強さ	13	39.4%	11	42.3%
②体のだるさや痛み、その他の身体面の症状の強さ	9	27.3%	6	23.1%
③薬の副作用（眠気やそのほか不快な現象）	1	3.0%	1	3.8%
④睡眠の問題（不眠または過眠）	10	30.3%	8	30.8%
⑤対人関係の問題	8	28.6%	11	50.0%
⑥コミュニケーションの難しさ	6	21.4%	5	22.7%
⑦相手の意図をくみ取るのが難しい（難しかった）。	3	10.7%	3	13.6%
⑧じっくり集中して取り組めない（取り組めなかった）。	6	21.4%	2	9.1%
⑨仕事の過程で、うっかり忘れることが多い（多かった）。	5	17.9%	1	4.5%
⑩約束の時間や締め切りに遅れがちだ（だった）。	0	0.0%	0	0.0%
⑪長時間・過重労働による疲労の強さ	9	31.0%	9	40.9%
⑫職場・作業の環境	11	37.9%	6	27.3%
⑬職場の雰囲気	9	31.0%	7	31.8%
⑭生活習慣の乱れ	7	53.8%	3	60.0%
⑮家庭生活との両立のストレス・困難（家族の健康問題（介護なども含む）	6	46.2%	2	40.0%
⑯その他	1	-	2	-

C. まとめ

令和1年度の調査後、リワークデイケア利用者を対象に、これまでの治療就労両立支援モデルの評価法である軸評価（Ⅰ現症、Ⅱ安全衛生要因、Ⅲ個人生活状況）の各項目を用いた評定と、休業回数や療養期間と各状態像との関連について検討する課題が上がった。

そのため、令和2年度の調査では、当院産業精神保健・職場復帰支援センター（デイケア）利用者とメンタルヘルスクリニック外来通院患者を対象に、上記3つの軸評価項目にかかる自覚的ストレス要因および発達特性に関する状況等について、無記名自己記入式のアンケート調査を行い、罹病及び休業期間と職業性ストレス、発達特性の問題点等との関連について検討した。

その結果、休業の原因となった疾患分布は、休業1回と複数回ともに、うつ病（うつ状態）が48%であった。このうち外来通院者では、休業回数に関わらず、うつ病（うつ状態）が60%以上を占めるが、リワークデイケア利用中の者では、発達障害の診断・指摘を受けた者が10%を超え、相対的に多く、とくに複数回休業中の者は17%とより多い結果であった。発達障害の診断（指摘）を受けた休業経験のある者は7名であったが、休業の契機となった症状・要因について、発達特性の問題を挙げた者は6名であり、複数回の休業経験は3名であった。発達特性の問題は、従来うつ病像の他に職場復帰の成否に関わっていることが示唆された。

休業の契機となったと自覚している症状、要因について検討した結果、A医学所見に含まれる要因（症状）では、抑うつ・不安といった精神症状が、両群ともに40%前後で最も多く、次いで睡眠の問題（約30%）が多かった。B安全衛生要因においては、長時間労働・過労が複数回休業群のほうが多く、これは安全衛生管理上の懸念である。C個人生活状況においては、「生活習慣の乱れ」が複数休業群において若干多い傾向であった。D発達特性上の問題では、複数回休業群において、「対人関係上の問題」が顕著に高い結果であり、これは、発達特性の問題とともに、あるいはそこに包含されている安定就労上の障壁だと推測される。

令和1～2年度発表業績（復職・両立支援に関連したもの）

【論文】

- 1) 小山文彦：働く女性の治療と仕事の両立支援. 女性心身医学 24(3), 2020
- 2) 小山文彦：働き方改革と健康経営. 心と社会 50(3), 54-60, 2019
- 3) 小山文彦：精神疾患に罹患した労働者の治療経過・寛解に影響する要因と疾患群の標準的な療養期間に関する研究. 産業精神保健 27(3), 175-181, 2019
- 4) 小山文彦：働き方改革とメンタルヘルス-治療と仕事の両立支援を中心に-. 外来精神医療 19(2), 2019
- 5) 小山文彦：職場復帰とリワークプログラム. 精神科治療学 34(1): 87-93, 2019
- 6) 小山文彦, 渡辺和広, 田村和佳子, 櫻井治彦：建設業労働災害防止協会が取り組むメンタルヘルス対策の概要. 産業精神保健 27(1), 6-11, 2019
- 7) 小山文彦：くらし・仕事・メンタルヘルスと精神医療. 外来精神医療 19(1): 61-64, 2019
- 8) 前田隆光, 小山文彦：当院のリワークプログラムの現状と課題. 外来精神医療 19(1): 78-82, 2019

- 9) 小山文彦：大会長講演 外来精神医療と産業精神保健. 外来精神医療 19(1)：8-12, 2019
- 10) 小山文彦：第 11 章 両立支援とレジリエンス. 職場ではぐくむレジリエンス-働き方を変える 15 のポイント. p166-173. 松井知子・市川佳居（編），金剛出版，東京，2019

【復職・両立支援に関する学会発表】

- 1) 小山文彦（座長・発言者）：委員会企画シンポジウム『専門職・機関等連携委員会：主治医と職場の連携成功事例から学ぶ効果的な技法とは』（第 28 回日本産業ストレス学会，2020 年 12 月，オンライン開催）
- 2) 小山文彦：治療就労両立支援に係る研究とモデル事業を通して（第 20 回日本外来精神医療学会シンポジウム⑧『両立支援と精神科医療』，2020 年 10 月，東京）
- 3) 小山文彦：メンタルヘルス不調者の治療就労両立支援に必要な連携情報は何か？（第 116 回日本精神神経学会学術総会シンポジウム 79『精神科産業医養成プログラムの必須アイテムをめぐって』，2020 年 9 月，WEB 開催）
- 4) 小山文彦（指定発言）：シンポジウム 50『主治医・産業医としての精神疾患患者の両立支援（＝治療＋就労）をめぐって』（第 116 回日本精神神経学会学術総会，2020 年 9 月，WEB 開催）
- 5) 小山文彦：メンタルヘルス不調者への治療と仕事の両立支援（フィジカルヘルスフォーラムシンポジウム 2「(大学における) 働き方改革」，2020 年 3 月，誌上開催）
- 6) 小山文彦：主治医の立場から（第 27 回日本産業ストレス学会指定シンポジウム多職種連携の進め方，2019 年 11 月，大阪）
- 7) 小山文彦：メンタルヘルス不調をかかえた労働者への治療と就労の両立支援.（日本産業衛生学会関東地方会第 287 回例会，2019 年 11 月，東京）
- 8) 松田由美江，小山文彦(座長)：うつ病等に罹患した労働者へのリワークの取組み（第 67 回日本職業・災害医学会学術大会シンポジウム「職域におけるメンタルヘルス：平常時から緊急事態まで」，2019 年 11 月，東京）
- 9) 小山文彦：職場の安全管理・労災防止とメンタルヘルス（第 26 回日本産業精神保健学会教育講演，2019 年 9 月，東京）
- 10) 小山文彦：「働き方改革」における精神科産業医の役割と課題（第 115 回日本精神神経学会学術総会指定シンポジウム「昨今の産業衛生のトピックスとメンタルヘルスの視点」，2019 年 6 月，新潟）
- 11) 小山文彦：働く女性の治療と仕事の両立支援（第 48 回日本女性心身医学会総会シンポジウム女性の就労とメンタルヘルス，2019 年 6 月，東京）
- 12) 小山文彦：医療が担うメンタルヘルス不調者への職場復帰支援（第 30 回日本医学会総会シンポジウムわが国における働き方と健康対策，2019 年 4 月，名古屋）

調査票 厚生労働省 労災疾病研究「仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する治療と並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究（190201-01）」

*以下について、番号を○でかこみ、ご回答をお願いします。

性別：①男性 ②女性

年齢：①20～29歳 ②30歳～39歳 ③40～49歳 | ④50歳以上

設問1 これまでに医師から診断（指摘・説明された）病名は、以下のいずれでしょうか。（複数回答可です）

- ①うつ病（うつ状態） ②適応障害 ③発達障害（ADHD、アスペルガー症候群等）
④その他（ご記入ください）

設問2 これまでに、一か月以上の休業（休職）を経験しましたか？下記の中からお答え下さい。

- ①一回ある ②複数回ある ③一ヵ月未満の休業は経験がある ④休業の経験はない

設問3 （2で、①～③と回答された方にうかがいます。）

ご自身の休業のきっかけや原因となったことを以下からお選びください（複数回答可です）

- ① 気分の落ち込みや不安など、精神面の症状の強さ
② 体のだるさや痛み、その他の身体面の症状の強さ
③ 薬の副作用（眠気やそのほか不快な現象）
④ 睡眠の問題（不眠または過眠）
⑤ 対人関係の問題
⑥ コミュニケーションの難しさ
⑦ 相手の意図をくみ取るのが難しい（難しかった）。
⑧ じっくり集中して取り組めない（取り組めなかった）。
⑨ 仕事の過程で、うっかり忘れることが多い（多かった）。
⑩ 約束の時間や締め切りに遅れがちだ（だった）。
⑪ 長時間・過重労働による疲労の強さ
⑫ 職場・作業の環境
⑬ 職場の雰囲気
⑭ 生活習慣の乱れ
⑮ 家庭生活との両立のストレス・困難（家族の健康問題（介護なども含む）、育児、家事等）
⑯ その他（ご記入ください）

※ご協力いただき、ありがとうございました。

労災疾病臨床研究事業費補助金
令和元年度（分担）研究報告書＜統括1＞

仕事を原因した精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する治療と並行して行う効果的な
社会復帰支援に関する研究～労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究～

分担研究者 黒木 宣夫 東邦大学名誉教授

主任研究者：桂川修一 東邦大学医学部精神神経学講座（佐倉）

<研究協力者>

荒井 稔 日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院精神科部長
小山善子 金城大学医療健康学部教授
田中克俊 北里大学大学院 医療系研究科産業精神保健学 教授
高野知樹 医療法人社団 弘富会 神田東クリニック院長（産業医統括）
築島 健 札幌市総務局職員部職員健康管理担当部長
夏目 誠 大阪樟蔭女子大学名誉教授
野村俊明 日本医科大学教授
藤原修一郎 金沢文庫エールクリニック院長
丸山総一郎 神戸親和女子大学教授
増田将史 イオン株式会社グループ人事部 イオングループ総括産業医
南 昌秀 コマツ本社健康増進センター 副センター長
宮本俊明 新日鐵住金(株)君津製鐵所 総括産業医（東日本エリア統括産業医）
吉村靖司 医療法人社団 弘富会 神田東クリニック院長（診療統括）
渡辺洋一郎 医療法人メディカルメンタルケア横山・渡辺クリニック
山本和儀 EAP 産業ストレス研究所所長
林 果林 東邦大学医学部精神神経学講座（佐倉）

山村重雄 城西国際大学教授（統計解析）

研究要旨：全国都道府県労働局労災補償課長への統括調査と2019年3月時点で、(1)3年以内に治ゆできた事例160例と(2)5年以上経過しても治ゆしない事例に関して個別調査を実施した。

＜**労災補償課長への調査**＞労災保険による療養開始(労災認定時点)から5年以上治ゆしていない事例は790例であり、6カ月以上、通院の実績がない事例は11例であった。早期復職事例と長期療養事例との一番の差異は、本人の復職意欲が67.2%(39)、次に症状の重症度が31%(18)と回答し、職場復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養期間の目安を示す」は最も多く、60.3%(35)を占め、次に現場の受け入れ・支援体制が32.8%(19)を占めていた。

＜**個別事例調査**＞労災認定基準で業務上と判断され、2019年3月時点で、①3年以内に治ゆできた事例160例と②5年以上経過しても治ゆしない事例783件、合計943事例に関して精査した。労災認定時の傷病名に関して5年以上未治ゆ事例はうつ病51.1%(399)＜3年未満治ゆ事例39.2%(62)＞が多く、3年未満治ゆ事例は適応障害25.9%(41)＜5年以上未治ゆ事例：15.6%(122)＞が多くみられた(P<0.0001*)。調査時点の傷病名に関して5年以上未治ゆ事例はうつ病54.2%(424)＜3年未満治ゆ事例39.5%(62)＞が多く、3年未満治ゆ事例にみられない疾患は統合失調症、双極性障害であった(P<0.0001*)。3年未満治ゆ事例に多く見られた出来事は、「事故や災害の体験」で59(37.6%)、「ひどい嫌がらせ・いじめ・又は暴行を受けた」42(26.8%)であり、5年以上未治ゆ事例に多くみられた出来事は、「仕事の量・質の変化があった」で326(42.6%)であり、統計学的に有意差が認められた(p<0.0001)。3年未満治ゆ事例と5年以上未治ゆ事例を比較すると、3年未満治ゆ事例は100時間以上の時間外労働なしが72.7%(104)に対し、5年以上未治ゆ事例は51.3%(358)を占めた。時間外労働に関して、3年未満治ゆ事例は5年以上未治ゆ事例に比べ、有意に時間外労働をしている事例は少なかった(P<0.0001)。業種に関しては3年未満治ゆ事例で割合的に多い業種は医療・福祉関係24.2%(38)、製造業17.2%(27)、サービス業16.6%(26)であり、統計学的に有意差が認められた。(P<0.0001*) H31年3月時点での労災請求の際の事業主の証明は、3年未満治ゆ事例は55.2%(74)が証明があり、5年以上未治ゆ事例は24.6%(177)しか証明が得られていなかった(P<0.0001)。

現在、職場復帰を果たしているか否かに関しては、3年未満治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は73.2%(41)、5年以上未治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は9.5%(68)にすぎず、5年以上未治ゆ事例で職場復帰を果たしていない事例は90.5%(644)であった(P<0.0001)。過去に職場復帰を果たしたことがあるか否かに関しては、3年未満治ゆ事例は60%(51)が職場復帰を果たしているのに対し、5年以上未治ゆ事例は16.7%(104)しか過去に職場復帰を果たしていない(P<0.0001)。すなわち、5年以上未治ゆ事例は、83.3%(518)が一度も職場復帰を果たしていないという結果が得られた。

調査時点前1ヶ月間のおおよその休業給付額3年未満治ゆ事例は20万円以下の休業給付金を支給されている事例は46.1%(48)であるのに対し、5年以上未治ゆ事例は27.2%(189)にすぎなかった。さらに5年以上未治ゆ事例では39.2%(272)は30万円以上の給付金が支給されていた(P<0.0001*)。

5年以上未治ゆ事例776例の中で、治ゆの見通しが「大いにある」は2.6%(20)、「少しある」は7.3%(57)にすぎず、両者合わせても9.9%(77)にすぎないという結果が得られた。

A. 研究目的

労働社会保険の障害給付には、労災保険の障害給付と社会保険（厚生年金・国民年金など）の障害給付の2種類があり、各々の保険制度で年金給付と一時金給付が定められている。社会保険の障害給付の場合は、どんなに遅くとも傷病の初診日から1年6ヶ月が経過した日に障害認定されるが、労災保険の障害給付の場合は、原則としてその傷病が治ゆしない限り障害認定はされない。「自殺ではない精神障害」の労災請求件数は、「認定基準」が運用された2012年から2018年までの6年間に9398件、同期間の労災認定件数は2743件（認定率は29.2%）に及び、「自殺ではない精神障害」の労災認定件数が、今後も急増するものと推測される。

2016年度の労災疾病臨床研究事業費補助金研究では、労災認定から4年経過して治ゆしている事例は53.2%(196)、治ゆしていない事例は44.6%(165)であり、治ゆしていない事例165例のうち、治ゆの見通しがある事例は7.3%(12)にすぎなかった。また治ゆしていない事例(145)のうち3年以上の療養事例は91%(132)であり、ほとんどの事例の療養期間が長期化している現状が明らかになった。(P<.0001*)

さらに2017年度労災疾病臨床研究事業費補助金研究では長期療養事例調査を実施したが、調査時点（同年7月）で10年以上治ゆしていない長期療養事例は全国に195例みられた。都道府県労働局労働基準部労災補償課長調査で、10年以上職場復帰できない理由に関して(1)病状(状態)が改善しないが20(32.8%)、(2)手厚い休業補償給付に依存が15(24.6%)、同様に行政的・医療的・福祉的対策意見としては(1)医療・行政・企業の連携が13(37.1%)、(2)職場復帰・就労支援体制の指導が6(17.1%)との回答が得られた。

今回、療養後3年以内に治ゆした事例調査と5年以上経過しても治ゆしない事例調査を実施した。そして短期に復職が可能となった事例と長期休業者との比較検討を実施、長期療養を短期化する方法・手段を検討する。

B. 調査対象と調査方法

1.調査対象

2019年8月29日に班会議を開催し、調査項目・内容を検討したうえで2019年8月に都道府県労働局労働基準部労災補償課長宛てに精神障害者の早期復職・就労支援に関する調査用紙を発送し、同年11月末日までに回収した。調査対象は、3年以内に治ゆした事例と5年以上経過しても治ゆしない事例であり、労働局労災補償課長にも早期復職に関する対策等を踏査した。

2.調査項目

①労働局に対する調査

【問1】調査時点で症状固定（治ゆ）※していない事例のうち、療養開始から5年以上経過している者【問2】問1のうち6カ月以上、通院の実績がない事例のうち、療養開始から5年以上経過している者、【問3】問1のうち、問1のうち休業補償給付を受給している人数、休業補償給付を受給している者で5年以上経過している者、【問4】医療保険から労災保険に切りかえた事例、【問5】労災認定を請求する際に事業主が証明しなかった事例数、【問6】問5の事業主から証明が得られなかった理由、【問7】職場復帰・就労支援を含めた労災医療を円滑にするための行政的・医療的・福祉的対策、【問8】早期復職を進めるための対策

②個別事例

平成31年3月31時点で労災認定から5年以上の長期療養(未治ゆ)に至っている患者群と平成29年度及び30年度において療養開始から3年以内に症状固定（治ゆ）に至っている群を比較検討する。(1)年齢、(2)性別、(3)労災認定時の傷病名、調査時点の傷病名、(4)発病の要因となった心理負荷評価表の出来事、(5)100時間以上の時間外労働の有無、(6)出来事に遭遇した時の会社に調査時点で在籍していたかどうか、(7)出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求したか否か、(8)出来事に遭遇した時の会社に勤務しているが、その時点(出来事)から5年以上経過して請求したか否か、(9)出来事に遭遇した時の事業場の規模、(10)業種、(11)職種、(12)通院の頻度、

(13) 労災請求の際の事業主の証明の有無、(14) 現在、職場復帰を果たしている否かどうか、(15) 復帰場所 (16) 調査時点前1ヶ月間のおおよその保険給付額、療養補償給付の額、休業補償給付の額、休業補償給付の支給状況、(17) 労災認定から調査時点までに職場復帰を果たしたことがあるかどうか、(18) 職場復帰を主導した医師、(19) 過去に職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間、(20) 職場復帰に際して、主治医から行政に症状固定(治ゆ)の相談、(21) 職場復帰に際して、行政から主治医に症状固定(治ゆ)の相談 (22) 精神障害の既往の有無、(23) 既存精神障害の有無、(24) 当該事業所への復職の本人の意思を確認しているか否か、(25) 当該事業所は本人の受け入れに積極的か否か、(26) 定期的な補償請求、(27) 今後、治ゆの見通し (28) 損害賠償訴訟の有無 (29) 休業中、会社側から働きかけ、(30) その他、この事例についてのご意見等である。2019年3月末日を調査時点に都道府県労働局労働基準部労災補償課長宛てに調査票を送付し、同年11月下旬までに全都道府県労働局から同票を100%回収した。

C. 調査結果

問1：調査時点で症状固定(治ゆ) ※していない事例のうち、療養開始から5年以上経過している者

Q1	調査時点で症状固定(治癒)していない事案				
	5年以上経過し	統計母数	合計	平均	最大値
	男	57	554	10.5	129
	女	54	236	4.7	48

5年以上治ゆしていない事例は790例、最大は男性127例、女性52例であった。男性554例(70.1%)、女性は236例(29.9%)であった。

問2：問1のうち6カ月以上、通院の実績がない事例のうち、療養開始から5年以上経過している者
6カ月以上、通院の実績がない事例は11例であり、全体(790)の1.4%が、定期的な労災医療が継続され

Q2	問1のうち6カ月以上、通院の実績がない事案				
	5年以上経過し	統計母数	合計	平均	最大値
	男	53	135	2.5	1
	女	52	50	1.0	1

ていなかった。男性8例、女性3例であった。

問3：問1のうち、休業補償給付を受給している者

Q3	問1のうち休業補償給付を受給中の人数				
	5年以上経過した人数	統計母数	合計	平均	最大値
	男	56	497	8.9	110
	女	54	209	3.9	42

全体790例のうち711例(90%)が休業補償給付を受給していた。男性が499例(70.2%)、女性は212例(29.8%)であった。

問4：医療保険から労災保険に切りかえた事例と最初から労災認定を希望した事例

Q4	医療保険から労災保険に切りかえた事例					
	5年以上経過した人数	無回答	統計母数	合計	平均	最大値
	男	6	52	306	5.9	87
	女	9	49	138	2.8	42
	不明	23	35	153	4.4	53
最初から労災認定を希望						
	男	7	51	248	4.9	63
	女	9	49	143	2.9	24
	不明	26	32	101	3.2	58

医療保険から労災保険に切りかえた事例は444例、男性306例、女性138例、不明153例であった。最初から労災認定を希望した事例は391例であった。

男性 248 例、女性 143 例、不明 101 例であった。

【問 6】事業主から証明が得られなかった事例の理由

Q6T1:事業主から証明が得られなかった事例の理由	数	%
1 事実・出来事が確認困難と証明拒否、因果関係不明・疑義、私生活が原因で拒否、暴力事件が原因ではなく、脳梗塞の既存障害がうつ病の原因	12	19.7
2 業務に起因する精神障害ではない、事実認識・調査内容の相違、トラブル、業務起因性なし、申立・出来事を否定、事実と異なる、過重労働が認められない、ミスが多く、注意は 1 回で一過性・発病との関連なし	27	44.3
3 事業場を退職、入職、辞職、次に他で就労・時間が経過して請求・関係ない、退職後、雇用関係が継続していない、解雇	8	13.1
4 本人が主張する諸般の事情が疾病の原因が確認不能、就労中の症状がなく仮病、・請求人の主張や主治医診断内容から詐病	3	4.9%
5 申し立てる出来事(パワハラ等)自体を否定、パワハラ・セクハラ事例・・・その事実が認められない、パワハラの認識がなく業界は普通の範囲、嫌がらせはない、	7	11.5
6 事実関係に争い・事業場と係争中のため(セクハラ事例)・労災保険の補償以外に目的があると窺えるため、係争中、退職(解雇)済、事業場と請求人との間で認識の相違	2	3.3
7 療養継続者の 1 名「・・・今までの業務での行いを考えると証明できない」との回答、同じく療養継続者の 1 名同者より事業場に証明依頼「会社の意向により認めないと判断・証明なし」	1	1.6
8 事業場が存在しない(東日本大震災、)	1	1.6

61 | 100

【問 7】職場復帰・就労支援を含めた労災医療を円滑にするための行政的・医療的・福祉的対策

Q7	早期復職と長期に及んでいる事例の一番の相違点	
	N	%
1	18	31.0
2	39	67.2
3	12	20.7
4	9	15.5
5	6	10.3
6	9	15.5
	58	100

早期復職事例と長期療養事例との一番の差異は、本人の復職意欲が 67.2%(39)、次に症状の重症度が 31%(18)、職場の受け入れ・支援体制 20.7%(12)と続いた。

【問 8】早期復職を進めるための対策

Q8	早期復職を進めるための対策<回答数は1つ(又は2つまで)>	
	N	%
1	19	32.8
2	9	15.5
3	5	8.6
4	35	60.3
5	8	13.8
6	6	10.3
	58	100

職場復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養期間の目安を示す」は最も多く、60.3%(35)、次に現場の受け入れ・支援体制が 32.8%(19)を占めていた。

労働局	数	割合	3年未満	割合	5年以上	割合
東京	261	27.7%	22	13.8%	239	30.5%
大阪	90	9.5%	9	5.6%	81	10.3%
神奈川	86	9.1%	14	8.8%	72	9.2%
北海道	72	7.6%	5	3.1%	67	8.6%
兵庫	45	4.8%	6	3.8%	39	5.0%
福岡	33	3.5%	12	7.5%	21	2.7%
宮城	23	2.4%	4	2.5%	19	2.4%
埼玉	23	2.4%	9	5.6%	14	1.8%
愛知	22	2.3%	8	5.0%	14	1.8%
福島	20	2.1%	3	1.9%	17	2.2%
京都	20	2.1%	7	4.4%	13	1.7%
広島	17	1.8%	1	0.6%	16	2.0%
千葉	17	1.8%	3	1.9%	14	1.8%
滋賀	15	1.6%	6	3.8%	9	1.1%
静岡	14	1.5%	6	3.8%	8	1.0%
長野	13	1.4%	2	1.3%	11	1.4%
秋田	13	1.4%	3	1.9%	10	1.3%
茨城	11	1.2%	1	0.6%	10	1.3%
岩手	11	1.2%	1	0.6%	10	1.3%
高知	11	1.2%	1	0.6%	10	1.3%
大分	11	1.2%	3	1.9%	8	1.0%
福井	10	1.1%	2	1.3%	8	1.0%
岐阜	10	1.1%	2	1.3%	8	1.0%
沖縄	9	1.0%	3	1.9%	6	0.8%
群馬	8	0.8%	2	1.3%	6	0.8%
新潟	6	0.6%	1	0.6%	5	0.6%
三重	6	0.6%	4	2.5%	2	0.3%
和歌山	6	0.6%	3	1.9%	3	0.4%
佐賀	5	0.5%	2	1.3%	3	0.4%
徳島	5	0.5%	4	2.5%	1	0.1%
山形	5	0.5%			5	0.6%
熊本	5	0.5%	1	0.6%	4	0.5%
岡山	5	0.5%	2	1.3%	3	0.4%
愛媛	4	0.4%	2	1.3%	2	0.3%
長崎	4	0.4%	1	0.6%	3	0.4%
奈良	4	0.4%			4	0.5%
鹿児島	3	0.3%	1	0.6%	2	0.3%
青森	3	0.3%			3	0.4%
宮崎	3	0.3%			3	0.4%
山梨	2	0.2%	2	1.3%		
石川	2	0.2%	1	0.6%	1	0.1%
山口	2	0.2%			2	0.3%
鳥取	2	0.2%			2	0.3%
島根	2	0.2%			2	0.3%
栃木	2	0.2%			2	0.3%
香川	1	0.1%	1	0.6%		
富山	1	0.1%			1	0.1%
合計	943	100%	160	100%	783	100%

②個別事例

労災認定基準で業務上と判断され、2019年3月時点で、(1)3年以内に治ゆできた事例160例と(2)5年以上経過しても治ゆしない事例783件、合計943事例に関して精査した。

各都道府県労働局管内の事例数は次の表のとおりである。5年以上の治ゆしていない事例は、多い順に東京239例で全体の30.5%を示し、大阪81、神奈川72、北海道67の順に多い。この4都道県で全体の58.6%(459)を占めていた。

1. 年齢

調査時年齢	平均値	標準偏差	N
全体	47.2	10.6	940
3年未満	42.4	12.5	157
5年以上	48.1	9.9	783

調査時点の年齢は3年未満治ゆ事例の平均年齢は42.4歳、5年以上未治ゆ事例の平均年齢は48.1歳であった(P=0.0001)。

認定時年齢	平均値	標準偏差	N
全体	41.4	10.2	938
3年未満	40.2	12.5	158
5年以上	41.6	9.7	780

認定時の年齢も年齢は3年未満治ゆ事例の平均年齢は40.2歳、5年以上未治ゆ事例の平均年齢は41.6歳であった。

治療開始～調査時点	平均値	標準偏差	N
全体	7.7	4.4	941
3年未満	3	1.1	158
5年以上	8.7	4.2	783

治療開始から調査時点までの期間は3年未満治ゆ事例は3年、5年以上未治ゆ事例は8.7年に至ってい

た。

認定時点～ 調査時点	平均値	標準偏 差	N
全体	5.7	3.6	940
3年未満	2.1	1	157
5年以上	6.5	3.5	783

労災認定時点から調査時点までの期間は3年未満治ゆ事例は2.1年、5年以上未治ゆ事例は6.5年に至っていた (P<0.0001)。

2. 性別

3年未満治ゆ事例は男性が87(54.4%)、女性は73(45.6%)、5年以上未治ゆ事例は男性が533(68.1%)、女性は250(31.9%)であり、5年以上未治ゆ事例の事例は女性が割合的に少なくなっている。

性別	全体	3年未満	5年以上
男性	620 (65.7%)	87 (54.4%)	533 (68.1%)
女性	323 (34.3%)	73 (45.6%)	250 (31.9%)
計	943 (100%)	160 (100%)	783 (100%)

3. 傷病名 (認定時)

傷病名	数	割合	3年未	割合	5年 以上	割合
1.ASR	51	5.4%	15	9.5%	36	4.6%
2. PTSD	97	10.3%	22	13.9%	75	9.6%
3. 適応障害	163	17.4%	41	25.9%	122	15.6%
4. うつ病	461	49.1%	62	39.2%	399	51.1%
5. 気分感情障害	22	2.3%	1	0.6%	21	2.7%
6. 統合失調症	5	0.5%			5	0.6%
7. 双極性障害	37	3.9%			37	4.7%
8. 神経症性障	45	4.8%	3	1.9%	42	5.4%
9. その他	58	6.2%	14	8.9%	44	5.6%
合計	939	100%	158	100%	781	100%

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	36.382	<.0001*

認定時の傷病名に関して5年以上未治ゆ事例はうつ病51.1%(399)<3年未満治ゆ事例39.2%(62)>が多く、3年未満治ゆ事例は適応障害25.9%(41)<5年以上未治ゆ事例:15.6%(122)>が多くみられた。神経症性障害5.4%(42)<3年未満治ゆ事例;1.9%(3)>も5年以上未治ゆ事例に多く認められた。3年未満治ゆ事例にみられない疾患は統合失調症、双極性障害であり、5年以上未治ゆ事例は統合失調症は5例(0.6%)、双極性障害37例(4.7%)であった。5年以上未治ゆ事例に割合的に多くみられる疾患は気分感情障害2.7%(21)、神経症性障害5.4%(42)であった。3年未満治ゆ事例に多い疾患は、急性ストレス反応は9.5%(15)、PTSDは13.9%(22)、5年以上未治ゆ事例は同疾患は4.6%(36)、9.6%(75)であった。(図1)

Q3-2. 調査時点の傷病名

傷病名	数	割合	3年 未満	割合	5年 以上	割合
1.ASR	34	3.6%	12	7.6%	22	2.8%
2. PTSD	113	12.1%	25	15.9%	88	11.3%
3. 適応障害	102	10.9%	31	19.7%	71	9.1%
4. うつ病	486	51.9%	62	39.5%	424	54.4%
5. 気分感情障害	19	2.0%	3	1.9%	16	2.1%
6. 統合失調症	4	0.4%			4	0.5%
7. 双極性障害	47	5.0%			47	6.0%
8. 神経症性障害	48	5.1%	2	1.3%	46	5.9%
9. その他	84	9.0%	22	14.0%	62	7.9%
合計	937	100%	157	100%	780	100%

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	36.382	<.0001*

調査時点の傷病名に関して5年以上未治ゆ事例はうつ病54.4%(424)<3年未満治ゆ事例39.5%(62)>が多く、3年未満治ゆ事例は適応障害19.7%(31)<5年以上未治ゆ事例:9.1%(71)>、PTSD15.9%(25)<5年以上未治ゆ事例:11.3%(88)>が多くみられた。神経症性障害5.9%(46)<3年未満治ゆ事例;1.3%(2)>も5年以上未治ゆ事例に多く認められた。3年未満治ゆ事例にみられない疾患は統合失調症、双極性障害であり、5年以上未治ゆ事例は統合失調症は4例(0.5%)、

双極性障害 47 例(6.0%)であった。5 年以上未治ゆ事例に割合的に多くみられる疾患は気分感情障害 2.1%(16)、神経症性障害 5.9%(46)であった。

4. 心理負荷評価表の出来事(複数選択可)

3 年未満治ゆ事例に割合的に多いのは、「事故や災害の体験」で 59 (37.6%)<5 年以上未治ゆ事例 149 (19.5%)、「ひどい嫌がらせ・いじめ・又は暴行を受けた」で 42 (26.8%)<5 年以上未治ゆ事例; 108 (14.1%)>であった。(p<0.0001)5 年以上未治ゆ事例に割合的に多くみられる出来事は、「仕事の量・質の変化があった」で 326 (42.6%)<40 (25.5%)であった (P<0.0001)。

出来事の種類	全体 (922件)	3年未満 (157件)	5年以上 (765件)	P値
事故や災害の体験	208 (22.6%)	59 (37.6%)	149 (19.5%)	<0.0001
仕事の失敗、過重な責任の発生	91 (9.9%)	10 (6.4%)	81 (10.6%)	0.1064
仕事の量・質の変化	366 (39.7%)	40 (25.5%)	326 (42.6%)	<0.0001
役割・地位などの変化等	88 (9.5%)	12 (7.6%)	76 (9.9%)	0.3734
対人関係	148 (16.1%)	22 (14.0%)	126 (16.5%)	0.4448
ひどい嫌がらせ・いじめ・暴行	150 (16.3%)	42 (26.8%)	108 (14.1%)	<0.0001
セクシュアルハラスメント	57 (6.2%)	14 (8.9%)	43 (5.6%)	0.1183
その他	118 (12.8%)	17 (10.8%)	101 (13.2%)	0.4172

5. 100 時間以上の時間外労働の有無

	全体	3年未満	5年以上
あり	379 (45.1%)	39 (27.3%)	340 (48.7%)
なし	462 (54.9%)	104 (72.7%)	358 (51.3%)
計	841 (100%)	143 (100%)	698 (100%)

3 年未満治ゆ事例と 5 年以上未治ゆ事例を比較すると、3 年未満治ゆ事例は 100 時間以上の時間外労働なしが 72.7% (104)に対し、5 年以上未治ゆ事例は

51.3% (358)を占めた。時間外労働に関して、3 年未満治ゆ事例は 5 年以上未治ゆ事例に比べ、有意に時間外労働をしている事例は少なかった (P<0.0001)。

(図 3)

6. 出来事に遭遇した時の会社に調査時点で在籍

在籍の有無	全体	3年未満	5年以上
在籍	264 (37.8%)	42 (43.3%)	222 (36.9%)
在籍なし	434 (62.2%)	55 (56.7%)	379 (63.1%)
計	698 (100%)	97 (100%)	601 (100%)

調査時点で当該企業に在籍しているかどうか、ということに関しては、全体の 37.8%(264)が在籍、3 年未満治ゆ事例は 43.3%(42)、5 年以上未治ゆ事例は 36.9%(222)であった (P=0.2307)。

7. 出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求

退職後に請求	全体	3年未満	5年以上
はい	238 (33.0%)	37 (28.2%)	201 (34.1%)
いいえ	483 (67.0%)	94 (71.8%)	389 (65.9%)
計	721 (100%)	131 (100%)	590 (100%)

出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求した事例は 33%(238)であり、3 年未満治ゆ事例は 28.2%(37)、5 年以上未治ゆ事例は 34.1% (201)であった (P=0.1998)。

8. 出来事に遭遇した時の会社に在籍しているが、その時点(出来事)から 5 年以上経過している

	全体	3年未満	5年以上
はい	162 (33.7%)	5 (6.0%)	157 (39.5%)
いいえ	319 (66.3%)	79 (94.0%)	240 (60.5%)
計	481 (100%)	84 (100%)	397 (100%)

発病の原因となった出来事に遭遇した会社に調査時点で在籍し、その出来事から 5 年以上経過している事例は、全体 (481) の 33.7%(162)であり、3 年未

満治ゆ事例は 6%(5)、5 年以上未治ゆ事例は 39.5% (157)が出来事から 5 年以上経過しても在籍していた (P<0.0001)。(図 4)

9. 出来事に遭遇した時の事業場の規模

	全体	3年未満	5年以上
1. 小企業 (49人以下)	357 (40.9%)	74 (48.4%)	283 (39.4%)
2. 中企業 (50～300)	249 (28.6%)	43 (28.1%)	206 (28.7%)
3. 大企業 (301人以上)	266 (30.5%)	36 (23.5%)	230 (32.0%)
計	872 (100%)	153 (100%)	719 (100%)

全体(872)の 40.9%(357)は小企業 (49 人以下) で出来事に遭遇しており、小規模の企業からの労災申請は 3 年未満の事例が多く、大企業からの労災申請は 5 年以上の割合が多い傾向が見られたが統計学的には有意差は認められない。

10. 業種

3 年未満治ゆ事例で割合的に多い業種は医療・福祉関係 24.2%(38)、製造業 17.2%(27)、サービス業 16.6%(26)であり、5 年以上未治ゆ事例はその他 19.8%(155)、サービス業 18.2%(142)、卸売・小売業 16%(125)であった。

業種	全体	割合	3年未満	割合	5年以上	割合
1. 製造業	144	15.3%	27	17.2%	117	15.0%
2. 卸売業・小売業	147	15.7%	22	14.0%	125	16.0%
3. 医療・福祉	90	9.6%	38	24.2%	52	6.6%
4. 運輸・郵便業	102	10.9%	10	6.4%	92	11.8%
5. 情報通信	62	6.6%	4	2.5%	58	7.4%
6. 建設業	49	5.2%	8	5.1%	41	5.2%
7. サービス	168	17.9%	26	16.6%	142	18.2%
8. その他	177	18.8%	22	14.0%	155	19.8%
合計	939	100%	157	100%	782	100%

11. 職種

3 年未満治ゆ事例で割合的に多い職種は専門的技術職が 22.3%(35)、事務職 13.4%(21)、5 年以上未治

ゆ事例に多い職種も専門的技術職が 21.5%(168)、事

職種	全体	割合	3年未満	割合	5年以上	割合
1. 専門技術職	203	21.7%	35	22.3%	168	21.5%
2. 管理的職業	84	9.0%	10	6.4%	74	9.5%
3. 事務職	158	16.9%	21	13.4%	137	17.6%
4. 販売	91	9.7%	14	8.9%	77	9.9%
5. サービス職	94	10.0%	20	12.7%	74	9.5%
6. 運転者	64	6.8%	10	6.4%	54	6.9%
7. 製造工程	69	7.4%	14	8.9%	55	7.1%
8. 運搬・清掃・包装等	27	2.9%	7	4.5%	20	2.6%
9. 建設・採掘	22	2.3%	7	4.5%	15	1.9%
10. その他	125	13.3%	19	12.1%	106	13.6%
合計	937	100%	157	100%	780	100%

務職 17.6%(137)であった。

12. H31 年 3 月時点前 1 か月間の通院回数

1 ヶ月間の通院回数は、3 年未満治ゆ事例は 1.53 回、5 年以上未治ゆ事例は 1.9 回で、3 年未満治ゆ事例の方が回数は少ないという結果が得られた。

時期	平均値 (中央値)	標準偏差 (四分位範囲)	N
全体	1.83 (1.00)	2.96 (1.00-2.00)	937
3年未満	1.53 (1.00)	2.55 (1.00-2.00)	157
5年以上	1.90 (1.00)	3.03 (1.00-2.00)	780

13. 労災請求の際の事業主の証明の有無

H31 年 3 月時点での労災請求の際の事業主の証明は、3 年未満治ゆ事例は 55.2%(74)が証明があり、5 年以上未治ゆ事例は 24.6%(177)しか証明が得られていなかった。5 年以上未治ゆ事例は 75.4%(542)が事

事業主の証明	全体	3年未満	5年以上
あり	251 (24.9%)	74 (55.2%)	177 (24.6%)
なし	602 (70.6%)	60 (44.8%)	542 (75.4%)
計	853 (100%)	134 (100%)	719 (100%)

業主の証明は得られていなかった(P<0.0001)。(図 6)

14. 現在、職場復帰を果たしているか否か

職場復帰の有無	全体	3年未満	5年以上
果たしている	109 (14.2%)	41 (73.2%)	68 (9.5%)
果たしていない	659 (85.8%)	15 (26.8%)	644 (90.5%)
計	768 (100%)	56 (100%)	712 (100%)

現在、職場復帰を果たしているか否かに関しては、3年未満治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は73.2%(41)、5年以上未治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は9.5%(68)にすぎず、5年以上未治ゆ事例で職場復帰を果たしていない事例は90.5%(644)であった(P<0.0001)。

15. 14の項で「1.果たしている」を選択された場合

職場復帰を果たしている事例で、出来事に遭遇した会社に復職した事例は3年未満治ゆ事例は54.1%(20)、5年以上未治ゆ事例は62.1%(36)、その他の会社に転職事例は3年未満治ゆ事例は45.9%(17)、5年以上未治ゆ事例は37.9%(22)であった。

復職先	全体	3年未満	5年以上
出来事に遭遇した会社に復職	56 (58.9%)	20 (54.1%)	36 (62.1%)
その他の会社に転職	39 (41.1%)	17 (45.9%)	22 (37.9%)
計	95 (100%)	37 (100%)	58 (100%)

16. 調査時点前1ヶ月間のおおよその保険給付額

(1) 休業(補償)給付の支給状況

水準	全体	割合	3年未満	割合	5年以上	割合
全休	749	97%	93	93.0%	656	98.1%
通院日休業	20	3%	7	7.0%	13	1.9%
合計	769	100%	100	100%	669	100%

3年未満治ゆ事例で全休は93%(93)、5年以上未治

ゆ事例では全休は98.1%(656)であった。ただし、実際には3年が160例であるため、全3年の58%(93)が調査時点1か月前は全休であり、5年以上未治ゆ事例は783例であるため全5年以上未治ゆ事例の83.8(656)が全休である。

(2) 療養(補償)給付の額

療養(補償)給付の額は、3年未満治ゆ事例は同群全体の93.8%(136)が5万円以下、5年以上未治ゆ事例も同様に90.1%(689)という結果であった。

額	全体	割合	3年未満	割合	5年以上	割合
1. 5万円	825	90.7%	136	93.8%	689	90.1%
2. 5~10万	63	6.9%	5	3.4%	58	7.6%
3. 10~20万	14	1.5%	1	0.7%	13	1.7%
4. 20万以上	8	0.9%	3	2.1%	5	0.7%
合計	910	100%	145	100%	765	100%

(3) 休業(補償)給付の額

調査時点前1ヶ月間のおおよその休業給付額3年未満治ゆ事例は20万以上の休業給付金を支給されている事例は54%(56)であるのに対し、5年以上未治ゆ事例は72.8%(505)であった。さらに5年以上未治ゆ事例では39.2%(272)は30万円以上の給付金が支給されていた。

額	全体	割合	3年未満	割合	5年以上	割合
1. 5万円	31	4%	12	11.5%	19	2.7%
2. 5~10万	22	3%	8	7.7%	14	2.0%
3. 10~20万	184	23%	28	26.9%	156	22.5%
4. 20~30万	268	34%	35	33.7%	233	33.6%
5. 30~40万	161	20%	11	10.6%	150	21.6%
6. 40~50万	95	12%	9	8.7%	86	12.4%
7. 50万円~	37	5%	1	1.0%	36	5.2%
合計	798	100%	104	100%	694	100%

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	39.38	<.0001*

17. 労災認定から調査時点までに職場復帰を果たしたことがある か否か

過去の職場復帰	全体	3年未満	5年以上
あり	155 (21.9%)	51 (60.0%)	104 (16.7%)
なし	552 (78.1%)	34 (40.0%)	518 (83.3%)
計	707 (100%)	85 (100%)	622 (100%)

過去に職場復帰を果たしたことがあるか否かに関しては、3年未満治ゆ事例は60%(51)が職場復帰を果たしているのに対し、5年以上未治ゆ事例は16.7%(104)しか過去に職場復帰を果たしていない。すなわち、5年以上未治ゆ事例は、83.3%(518)が一度も職場復帰を果たしていないという結果が得られた(P<0.0001)。

18. 17の項で「1.有」と回答した場合、職場復帰を主導した医師

全体の事例の74.3%(152)が、主導した医師の関わりは不明である。3年未満治ゆ事例、5年以上未治ゆ事例も同様、74%~74.5%<3年未満治ゆ事例(37)、5年以上未治ゆ事例(76)>が「不明」であった。

職場復帰主導的役割	全体	割合	3年未満	割合	5年以上	割合
1. 主治医	32	21.1%	9	18.0%	23	22.5%
2. 産業医	2	1.3%	1	2.0%	1	1.0%
3. 主治医及び産業医	3	2.0%	1	2.0%	2	2.0%
4. その他	2	1.3%	2	4.0%		
5. 不明	113	74.3%	37	74.0%	76	74.5%
合計	152	100%	50	100%	102	100%

主治医、産業医、あるいは両方が主導した事例の割合は、3年未満治ゆ事例22%(11)、5年以上未治ゆ事例25.5%(26)であるが、主治医の割合(3年未満治ゆ:18%(9)、5年以上未治ゆ:22.5%(23))が高いことをみると、日常臨床の中で労災患者への治ゆに至る関わりが困難であることを示している。

19. 17の項で「1.有」との回答、過去に職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間

時期	平均値 (中央値)	標準偏差 (四分位範囲)	N
全体	2.24 (3.00)	2.52 (0.5-3.00)	91
3年未満	0.71 (0.53)	0.62 (0.08-1.06)	24
5年以上	2.80 (2.00)	2.71 (0.75-3.83)	67

全体で職場復帰した事例の認定～職場復帰までの期間は2.24年、3年未満治ゆ事例群は平均0.71年、5年以上未治ゆ事例は2.8年であり、未治ゆ事例は職場復帰までに長い期間を有していた。

20. 今まで主治医から行政に症状固定(治ゆ)の相談

相談あり	全体	3年未満	5年以上
あり	6 (0.9%)	1 (1.0%)	5 (0.9%)
なし	626 (99.1%)	95 (99%)	531 (99.1%)
計	632 (100%)	96 (100%)	536 (100%)

主治医から行政に症状固定(治ゆ)の相談があった事例は6例のみで、表のとおり、殆どの主治医は相談はしていないという結果であった。

21. 今まで行政から主治医に症状固定(治ゆ)の相談

行政から相談	全体	3年未満	5年以上
あり	335 (42.9%)	35 (30.2%)	300 (45.1%)
なし	446 (57.1%)	81 (69.8%)	365 (54.9%)
計	781 (100%)	116 (100%)	665 (100%)

全事例(781)の42.9%(335)が行政から主治医に相談しており、3年未満治ゆ事例は30.2%(35)、5年以上未治ゆ事例は45.1%(300)が行政から主治医に相談がなされていた(P<0.0001)。

22. 精神障害の既往の有無

全体(849)事例の 13.4%(114)が精神障害の既往があり、3年未満治ゆ事例は3年未満治ゆ事例群の12%(18)を占め、5年以上未治ゆ事例は12.7%(96)が精神障害の既往を有していた。

精神障害の既往	全体	3年未満	5年以上
あり	114 (13.4%)	18 (12.0%)	96 (12.7%)
なし	735 (86.6%)	132 (88.0%)	603 (86.3%)
計	849 (100%)	150 (100%)	899 (100%)

23. 既存精神障害の有無

既存精神障害	全体	3年未満	5年以上
あり	47 (5.9%)	6 (4.3%)	41 (6.2%)
なし	750 (94.1%)	134 (95.7%)	616 (93.8%)
計	797 (100%)	140 (100%)	657 (100%)

既存精神障害を有している事例は、全事例(797)の5.9%(47)であり、3年未満治ゆ事例群は3年未満治ゆ事例群全体の4.3%(6)、5年以上未治ゆ事例は同様に6.2%(41)であった。

24. 会社への復職に対する本人の意思を確認

出来事に遭遇した会社への復職に対する本人の意思を確認している事例は、全体(911)の55(6.0%)例にすぎず、3年未満治ゆ事例は17例(11.1%)、5年以上未治ゆ事例は38例(5%)にすぎなかった。全体の69.5%(633)が不明という結果も得られた。

復職の意思確認	全体	3年未満	5年以上
している	55 (6.0%)	17 (11.1%)	38 (5.0%)
していない	223 (24.5%)	41 (26.8%)	182 (24.0%)
不明	633 (69.5%)	95 (62.1%)	548 (71.0%)
計	911 (100%)	153 (100%)	758 (100%)

25. 会社の本人に対する受け入れ

会社の受け入れ	全体	3年未満	5年以上
積極的	40 (4.4%)	12 (7.9%)	28 (3.7%)
消極的	15 (1.6%)	4 (2.6%)	11 (1.4%)
拒否	11 (1.2%)	3 (2.0%)	8 (1.0%)
不明	853 (92.8%)	133 (87.5%)	720 (93.9%)
計	919 (100%)	152 (100%)	767 (100%)

出来事に遭遇した会社の本人の受け入れに関して、全体(919)の92.8%(853)が不明であり、積極的な受け入れのある事例は全体の4.4%(40)、3年未満治ゆ事例は、3年未満治ゆ事例全体の7.9%(12)、5年以上未治ゆ事例は5年以上未治ゆ事例全体の3.7%(28)に過ぎなかった。

26. 定期的な補償請求

補償請求	3年未満	5年以上
あり		719 (94.0%)
なし		46 (6.0%)
計		765 (100%)

5年以上未治ゆ事例全体(765)の94%(719)は定期的な補償請求がなされ、6%(46)は補償請求はなされていないなかった。

27. 今後、治癒の見通し

治癒の見通し	3年未満	5年以上
大いにある		20 (2.6%)
少しある		57 (7.3%)
あまりない		152 (19.6%)
全くない		181 (23.3%)
不明		366 (47.2%)
計		776 (100%)

5年以上未治ゆ事例776例の中で、治癒の見通しが「大いにある」は2.6%(20)、「少しある」は7.3%(57)

にすぎず、両者合わせても 9.9%(77)にすぎないという結果が得られた。

28. 損害賠償訴訟

損害賠償	全体	3年未満	5年以上
係争中	11 (1.2%)	4 (2.6%)	7 (0.9%)
和解・訴訟終了	27 (2.9%)	4 (2.6%)	23 (2.9%)
訴訟なし	46 (4.9%)	15 (9.6%)	31 (4.0%)
不明	850 (90.6%)	134 (85.4%)	716 (91.7%)
回答できない	4 (0.4%)	0 (0.0%)	4 (0.5%)
計	938(100%)	157 (100%)	938 (100%)

全体 938 のうち係争中の事例は 1.2%(11)、訴訟が終了した事例は 2.9%(27)であり、850 例(90.6%)は不明であった。

29. 休業中、会社側（人事、上司、産業保健スタッフ）からの働きかけ

会社側の働きかけ	全体	3年未満	5年以上
あり	38 (4.1%)	9 (6.0%)	38 (4.1%)
なし	88 (9.5%)	19 (12.6%)	69 (8.9%)
不明	801 (86.4%)	123 (81.5%)	678 (87.4%)
計	927 (100%)	151 (100%)	927 (100%)

全体 927 例の 4.1%(38)のみが、会社からの働きかけがあった事例であるが、801 (86.4%)例は不明事例である。

D. 考察

労災保険における「治ゆ」とは、身体の諸器官・組織が健康時の状態に完全に回復した状態のみをいうものではなく、傷病の症状が安定し、医学上一般に認められた医療を行ってもその医療効果が期待できなくなった状態（「症状固定」の状態）を指している。「治ゆ」の判断は、患者の自覚的症状が消失していない場合には、主治医として、その判断を行うことが困難な場合が少なくないと思われる。

1. 労災補償課長への調査

労災保険による療養開始(労災認定時点)から 5 年以上治ゆしていない事例は 790 例であり、そのうち 90%(711 例)が休業補償給付を受給していた。医療保険から労災保険に切りかえた事例は 444 例で全体の 56.2%、最初から労災認定を希望した事例は 391 例で 49.5%を占めた。

また 6 カ月以上、通院の実績がない事例は 11 例であった。すなわち全体(790)の 1.4%が、定期的な労災医療が継続されていなかった。

早期復職事例と長期療養事例との一番の差異は、本人の復職意欲が 67.2%(39)、次に症状の重症度が 31%(18)と回答し、職場復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養期間の目安を示す」は最も多く、**60.3%(35)**を占め、次に現場の受け入れ・支援体制が 32.8%(19)を占めていた。

2. 個別事例調査

労災認定基準で業務上と判断され、2019 年 3 月時点で、①3 年以内に治ゆできた事例 160 例と②5 年以上経過しても治癒しない事例 783 例、合計 943 事例に関して精査した。

5 年以上未治ゆ事例は男性が 533 (68.1%)、女性は 250 (31.9%)であり、5 年以上未治ゆ事例は女性が割合的に少なくなっていた。

3 年未満治ゆ事例で割合的に多い業種は医療・福祉関係 24.2%(38)、製造業 17.2%(27)、サービス業 16.6%(26)であり、5 年以上未治ゆ事例はその他 19.8%(155)、サービス業 18.2%(142)、卸売・小売業

16%(125)であった(P<.0001*).

職種に関しては、3年未満治ゆ事例で割的に多い職種は専門的技術職が22.3%(35)、事務職13.4%(21)、5年以上未治ゆ事例に多い職種も専門的技術職が21.5%(168)、事務職17.6%(137)であった。

1) 療養期間における傷病名

早期復職と長期に及んでいる事例の一番の相違点に関して、調査の結果でもっと多いのは本人の復職意欲67.2%(39)、次に症状の重症度31.0%(18)、職場の受け入れ・支援体制20.7%(12)であった。労災認定時の傷病名に関して5年以上未治ゆ事例はうつ病51.1%(399)<3年未満治ゆ事例39.2%(62)>が多く、3年未満治ゆ事例は適応障害25.9%(41)<5年以上未治ゆ事例:15.6%(122)>が多くみられた(P<.0001*).

3年未満治ゆ事例にみられない疾患は統合失調症、双極性障害であり、5年以上未治ゆ事例に割的に多くみられる疾患は気分感情障害2.7%(21)、神経症性障害5.4%(42)であった。

調査時点の傷病名に関して5年以上未治ゆ事例はうつ病54.4%(424)<3年未満治ゆ事例39.5%(62)>が多く、3年未満治ゆ事例は適応障害19.7%(31)<5年以上未治ゆ事例:9.1%(71)>、PTSD15.9%(25)<5年以上未治ゆ事例:11.3%(88)>が多くみられた(P<.0001*).

3年未満治ゆ事例にみられない疾患は統合失調症、双極性障害であり、5年以上未治ゆ事例

度数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	合計	変化 件数	%
1. ASR	7	2	0	0	0	--	--	1	5	15	8	53.3%
2. PTSD	2	19	0	0	1	--	--	0	0	22	3	13.6%
3. 適応障害	1	0	27	5	0	--	--	0	7	40	13	32.5%
4. うつ病	1	2	2	54	0	--	--	0	3	62	8	12.9%
5. 気分感情障害	0	0	0	0	1	--	--	0	0	1	0	0.0%
6. 統合失調症	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
7. 双極性障害	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
8. 神経症性障害	0	0	1	1	1	--	--	0	0	3	3	100.0%
9. その他	1	2	1	2	0	--	--	1	7	14	7	50.0%
合計	12	25	31	62	3	--	--	2	22	157	42	26.8%

に統合失調症は4例(0.5%)、双極性障害47例(6.0%)が認められた。

変化した傷病名は、3年未満治ゆ事例は42例(変化

度数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	合計	変化 件数	割合%
1. ASR	10	11	2	4	0	0	0	2	6	35	25	71.4%
2. PTSD	5	58	3	1	0	0	0	3	5	75	17	22.7%
3. 適応障害	4	7	52	32	2	0	3	5	17	122	70	57.4%
4. うつ病	2	5	7	356	6	0	12	5	5	398	42	10.6%
5. 気分感情障害	0	0	0	8	6	0	4	1	2	21	15	71.4%
6. 統合失調症	0	0	0	0	0	4	0	0	1	5	1	20.0%
7. 双極性障害	0	0	0	7	1	0	27	0	1	36	9	25.0%
8. 神経症性障害	1	2	3	5	1	0	0	27	3	42	15	35.7%
9. その他	0	4	4	11	0	0	1	2	22	44	22	50.0%
合計	22	87	71	424	16	4	47	45	62	778	216	27.8%

率:26.8%)、5年以上未治ゆ事例は216例(変化率:27.6%)であり、3年未満治ゆ事例で多く変化した傷病名は、急性ストレス反応15⇒8(変化率53.3%)、適応障害40⇒13(変化率:32.5%)、5年以上未治ゆ事例では急性ストレス反応35⇒25(変化率71.4%)、次に気分感情障害21⇒15(変化率:71.4%)、適応障害122⇒70(変化率57.4%)であり、両群で急性ストレス反応、適応障害は変化率が高く、5年以上未治ゆ事例は気分感情障害が大きく変化していた。

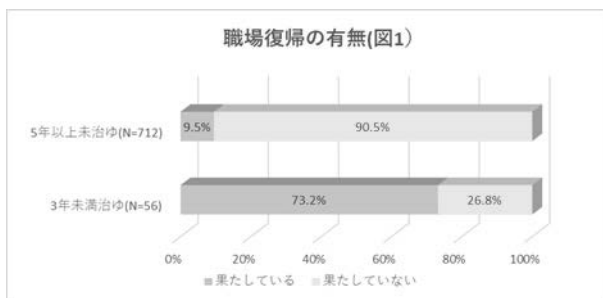
2015年度調査で10年以上の長期療養事例194例のうち調査時点では46例(23.7%)が病名が変更されていた。今回、3年未満治ゆ事例42例(変化率:26.8%)、5年以上未治ゆ事例は216例(変化率:27.6%)と3年未満治ゆ事例、5年以上未治ゆ事例、10年以上未治ゆ事例は、傷病名の変化率は、ほぼ同一であった、現在の認定基準は、心理的ストレス(負荷)が業務上の「強」の出来事に遭遇して精神疾患が発症した場合に、業務が濃厚に関係したとして、労災認定となり、労災保険が適用されて治療が開始される。精神疾患は、まず他因子によって発病し、複雑要因によって精神疾患が発症することは、論をまたない。つまり、ストレスを受け止める側とストレスの強度の関係、すなわちストレス脆弱性理論を基本に認定基準が作成

されたことは論をまたない。ストレスが非常に強ければ側側の脆弱性が小さくても精神疾患が起るし、逆に側側の脆弱性が大きければストレスが弱くても破綻が生じて精神疾患が発病するという考え方である。そして現在の認定基準は、心理的負荷のストレス強度の判断⇒精神疾患の病名等の特定は公平に認定基準が定められている。

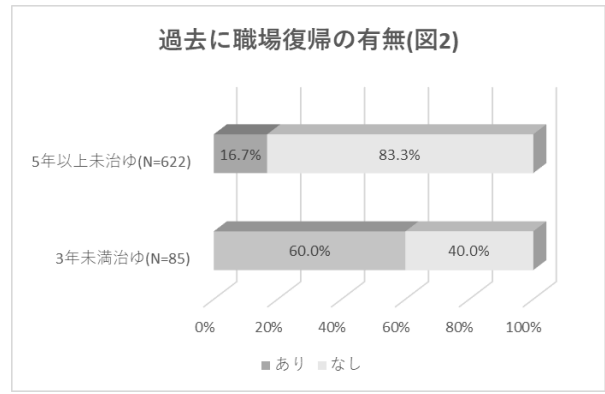
今回の調査結果すなわち、3年未満治ゆ事例 42 例(変化率: 26.8%)、5年以上未治ゆ事例は 216 例(変化率: 27.6%)を勘案すると、比較的、一定期間(3年未満)に傷病名の変更がなされているが、3年未満治ゆ事例で多く変化した傷病名は、急性ストレス反応(変化率 53.3%)、適応障害(変化率: 32.5%)、5年以上未治ゆ事例では急性ストレス反応(変化率 66.0%)、次に気分感情障害(変化率: 68.2%)、適応障害(変化率 51.2%)であり、両群とも適応障害が高い確率で傷病名が変化していた。すなわち、心理的負荷(ストレス)によって引き起こされる精神疾患は傷病名により、比較的早期に変更されるという結果が得られた。しかしながら、労働災害時の心理的負荷のストレス強度と精神疾患発症と相当因果関係をもって発症したことは検討されても、労働災害に起因した精神疾患を有した個人にその後、どのように影響し、その心理的負荷が、どこまで影響因子として関係があるかは、検討されていないことは、今までの調査結果と同様である。したがって、心理的負荷がかかったときの側側の心理的反應⇒精神疾患⇒時間的推移⇒精神疾患の病態の変化⇒治療経過より本質的な精神科病態が顕在化⇒精神疾患の病態が複雑化していく過程をさらに検討すべきであると考える。

2) 長期療養と職場(社会)復帰

現在、職場復帰を果たしているか否かに関しては、



3年未満治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は 73.2%(41)、5年以上未治ゆ事例は 9.5%(68)にすぎず、5年以上未治ゆ事例で職場復帰を果たしていない事例は 90.5%(644)であった($P<0.0001$)。(図1)



過去に職場復帰を果たしたことがあるか否かに関しては、3年未満治ゆ事例は 60%(51)が職場復帰を果たしているのに対し、5年以上未治ゆ事例は 16.7%(104)しか過去に職場復帰を果たしていない。すなわち、5年以上未治ゆ事例は、83.3%(518)が一度も職場復帰を果たしていないという結果が得られた($P<0.0001$)。(図2)

過去に職場復帰していない事例も同様に 2015 年調査では過去に職場復帰を一度もしていない事例は不明・無回答 40 を除いた 418 例の 84.7%(354)であり、2017 年度調査でも不明・無回答 15 例を除いた 179 のうち職場復帰をしたことがない事例は 85.0%(152)であった。2015 年度調査(215 年 8 月時点)で 5 年以上治ゆしていない事例は 456 例、今回、5 年以上治ゆしていない事例(2019 年 3 月時点)788 例であり、3 年 7 カ月の期間に 332 例増加していた。年間 93 例ずつ増加していたことになる。そして今回の調査でも 3 年未満治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は 73.2%(41)、5 年以上未治ゆ事例は 9.5%(68)にすぎず、5 年以上未治ゆ事例で職場復帰を果たしていない事例は 90.5%(644)であった($P<0.0001$)。過去に職場復帰を果たしたことがあるか否かに関しては、3 年未満治ゆ事例は 60%(51)が職場復帰を果たしているのに対し、5 年以上未治ゆ事例は 16.7%(104)しか過去に職場復帰を果たしていない。すなわち、5 年以上未治ゆ事例は、83.3%(518)が一度も職場復帰を果たし

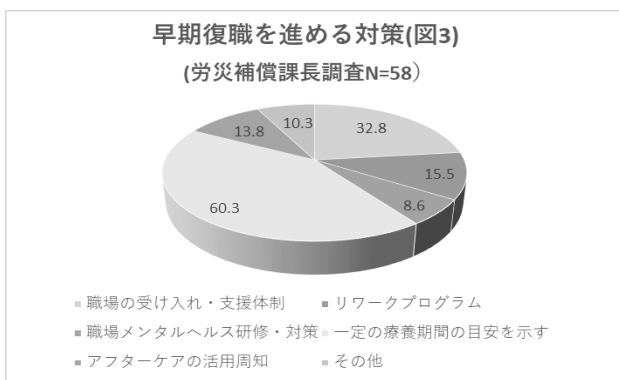
ていないという結果が得られた(P<0.0001)。すなわち、職場復帰できる事例は、3年以内に7割は職場復帰できるが、そうでない事例は職場復帰できない状況に陥り、社会復帰できずに未治ゆのまま経過していく傾向が強くなると言っても過言ではないであろう。

精神障害で労災認定となった患者の中で5年以上長期療養の未治ゆ事例の83.3%(518)が、一度も職場復帰や社会復帰をほとんど事例が試みていないという結果が得られた。まさしく、早期に治療し、できるだけ早く職場復帰(社会復帰)させるという労災保険の趣旨から、精神障害の療養に関しては、大きく外れていることが明らかになった。早期復職と長期に及んでいる事例の一番の相違点に関して、全国労災補償課長調査の結果でもっと多いのは本人の復職意欲67.2%(39)、次に症状の重症度31.0%(18)、職場の受け入れ・支援体制20.7%(12)であった。2017年調査で職場復帰ができないのかは「病状が改善しない」が全体の32.8%(20)であり、次に休業補償給付を生活保護と同様に…給付されると考えており、職場復帰する意欲が希薄である、休業補償を継続している者の多くは労災保険に依存する傾向、安定して高額な労災保険給付を受け取れる等の「手厚い休業補償給付に依存」が24.6%(15)であった。今回の調査でも「復職をしなくても労災保険より休業(補償)給付が期間を制限することなく支給される…生活保障金と捉えられ、復職意欲がわからない」との意見が得られた。

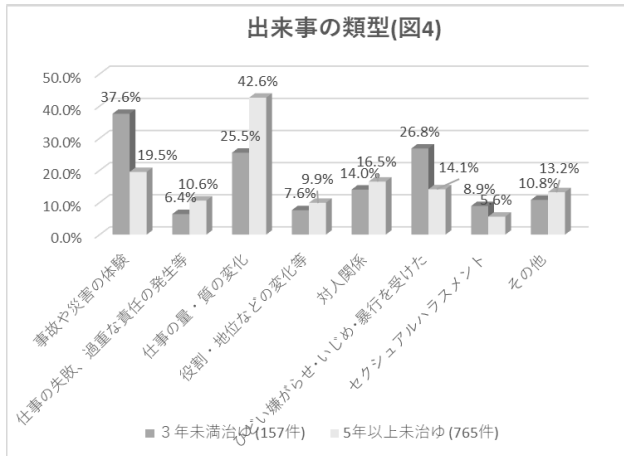
早期復職を進めるための対策としては全国労災補償課長に回答を1つ(又は2つまで)と限定して選択してもらったところ「一定の療養期間の目安を示

す」60.3%(35)、「職場の受け入れ・支援体制」32.8%(19)、「リワークプログラム」15.5%(9)という順位であった。自由記載の意見としては「医療側で『寛解』の一定ガイドラインを確立…療養開始後、各傷病に適した時機に、主治医、補償の基準行政、職業紹介の安定行政が立会いの下で、被保険者に療養期間の目安を始め、早期社会復帰に向けた説明や相談を受ける業務体制、事務処理マニュアルを確立する必要がある」「休業(補償)給付が期間を制限することなく支給されることから、生活保障金捉えられ、復職意欲がわからず、長期間の療養に至っている」「医師からは何も言われていない」等の理由で職場復帰や治癒を拒否する療養者もいます。早期に復職を進めるためには、主治医からも職場復帰の提示をいただきながら治療を実施し、できるだけ早い時期に復職を進めていただくことで復職ができるのではないか…」との見解が得られた。(図3)

2017年度調査では職場復帰を推進させるための「医療、行政、企業の連携」が37.1%(13)で最も多くみられたが、一番の問題は、行政、主治医が全く連携がとれていないことが一番の原因であろう。すなわち、1年に1回の監督署への病状報告はあるにしても、どういう状態になったら治ゆ判断とするのか、治ゆ要件が定められておらず、精神障害の多様さに関して、客観的に判断する仕組みが作られていない。医療機関に通院はしているが、その状態がなぜ治癒判断ができないのか、さまざまな要因を第三者の立場から評価し、判断決定する仕組みがほぼ皆無と言っても過言ではない。すなわち、労災認定⇒療養開始⇒休業給付金開始⇒療養継続という図式は存在しても、療養継続⇒治ゆ判断⇒職場(社会)復帰の図式が欠落しており、精神障害の労災補償に関しては、大きな課題である。そして、今回の調査で「一定の療養期間の目安を示す」が60.3%(35)も認められたことが、精神障害の労災補償の在り方を示唆するものと判断できる。



3) 休業給付金と時間外労働、心理的負荷の出来事に関して



3年未満治癒事例に割合的に多いのは、「事故や災害の体験」で 59 (37.6%) < 5年以上未治癒事例 149 (19.5%)、次に「ひどい嫌がらせ・いじめ・又は暴行を受けた」で 42 (26.8%) < 5年以上未治癒事例 ; 108 (14.1%) > であり、統計学的に有意差が認められた。(p<0.0001) 5年以上未治癒事例に割合的に多くみられる出来事は、「仕事の量・質の変化があった」で 42.6%(326)で、3年未満治癒事例 40 (25.5%)に比べ有意差が認められた (P<0.0001)。(図4)

時間外労働に関して、3年未満治癒事例は100時間以上の時間外労働がある事例は27.3%(104)にすぎず、5年以上未治癒事例は48.7%(340)であった。3年未満治癒事例は100時間以上の時間外労働がない事例は72.7%(104)であり、5年以上の未治癒事例は

100時間以上の時間外労働	3年未満治癒 (N=143)	5年以上未治癒 (N=698)
あり	27.3%(39)	48.7%(340)
なし	72.7%(104)	51.3%(358)
計	143 (100%)	698 (100%)

51.3%(358)であり、3年未満治癒事例は、5年以上の未治癒事例に比べ有意に時間外労働をしている事例は少なかった (P<0.0001)。

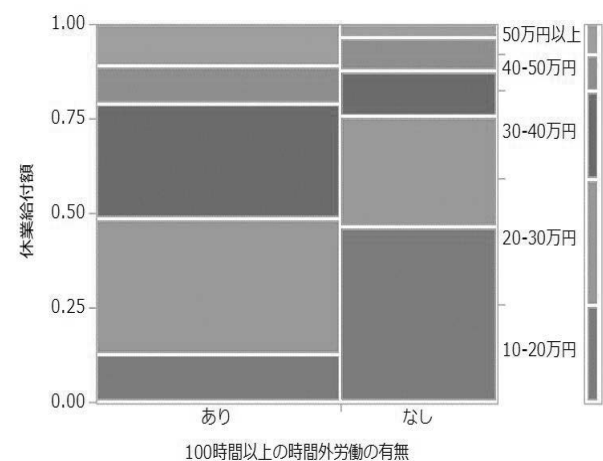
調査時点前1ヶ月間のおおよその休業給付額3年未満治癒事例は20万円以下の休業給付金を支給されている事例は46.1%(48)であるのに対し、5年以上未治癒

ゆ事例は27.2%(189)にすぎなかった (P<0.0001*)。しかし5年以上未治癒事例では39.2%(272)は30万円以上の給付金が支給されており、3年未満治癒事例は17%(10)にすぎず、統計学的に有意差が認められた。

2016年度調査で全休の事例(113)の療養期間と給付額に関しては、1年未満では休業給付額は20万円未満の事例が多いが、療養期間が2年を超えると20万円を超える事例が増えてくることが明らかにされた (P値=0.0166*)。また、全休と回答のあった事例123例の中で労災認定から3年以上経過している事例は81.3%(100例)を占め、休業補償給付の支給額と療養期間に関しては、休業補償給付(全休)を受けている労働者の療養期間が長期化していた(P<0.0001*)。

2016年度調査と今年度(2017)調査を比較し、さらに5年以上療養している事例を抽出し、100時間残業の有無で比較(下記の表)検討した。

100時間残業	10-20万円	20-30万円	30-40万円	40-50万円	50万円以上	合計
あり	16 12.5	46 35.94	39 30.47	13 10.16	14 10.94	128
なし	38 46.34	24 29.27	10 12.2	7 8.54	3 3.66	82
合計	54	70	49	20	17	210



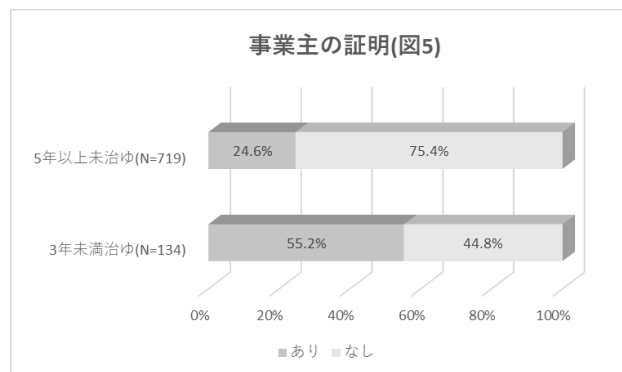
5年以上の長期療養事例(210)に関して、100時間以上の時間外労働あり群と100時間以内の時間外労働なし群に分けたところ、100時間以上群は、給付金が20万円以上が87.5%(112)、100時間未満群は53.7%

(44)であり、5年以上の療養群の中で100時間以上群は、100時間未満群員比べ、圧倒的に高い休業給付金を受給している割合が高いことが明らかになった。次に休業給付金を30万円未満と30万円以上に分けて、影響する因子を探索(ステップワイズ法)したところ100時間以上の労働の有無だけが要因として残り、30万円以上の給付になる要因として100時間以上の時間外労働が関連していることが示された、すなわち、5年以上の治ゆに至らず長期療養となり、かつ30万円以上の休業給付金となる要因として100時間以上の時間外労働が有意に関連(P<.0001*)していることが明らかになった。

要因	パラメータ数	自由度	尤度比カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
100時間以上の時間外労働の有無	1	1	15.78	<.0001*

今年度の調査でも5年以上未治ゆ事例では39.2%(272)は30万円以上の給付金が支給されており、3年未満治ゆ事例は17%(10)にすぎないという結果も前述したことを証明するものである。2015年調査で5年以上の長期療養事例が職場復帰できない理由として「手厚い補償・生活に困窮しない・権利意識19(24.1%)」「復帰すると収入減、労災給付後の不安2(2.5%)」、2017年度調査でも「休業補償を継続している者の多くは労災保険に依存する傾向、手厚い休業補償給付に依存15(24.6%)」という調査結果からも、長期療養の要因の一つに労災補償の休業給付金額の問題が関係していることを報告した。

4)事業主証明と職場復帰



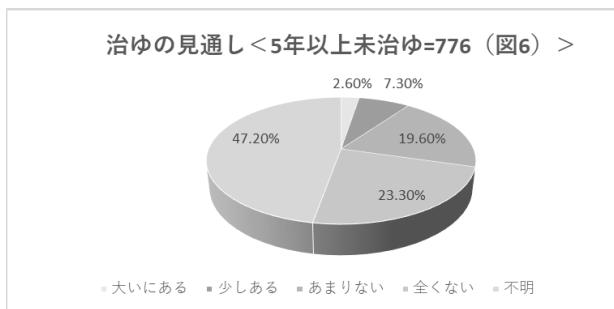
3年未満治ゆ事例に「事故や災害の体験」59(37.6%)、次に「ひどい嫌がらせ・いじめ・又は暴行を受けた」で42(26.8%)が多いという結果も、これらの出来事は時間外労働が少ないことも推測され、労災請求の際の事業主の証明は、3年未満治ゆ事例は55.2%(74)が証明があり(図5)、比較的、災害体験等は事業主も証明しやすいことが推測される。また、3年未満治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は73.2%(41)であることを考慮すると、療養開始から3年未満であれば、職場復帰の受け入れ状況や支援体制が、さらに復職意欲も伴って3年未満に治ゆに至っていることも多いと思われる。事業主の証明に関しては、5年以上未治ゆ事例は24.6%(177)しか証明が得られておらず、3年未満治ゆ事例に比べ統計学的に有意差が認められた(P<0.0001)。5年以上未治ゆ事例は75.4%(542)がH31年3月時点での事業主の証明は得られていなかったことも、事業主や職場の受け入れ体制や被災労働者との支援協力が少ないことが伺われ、職場復帰が円滑にいかないことに繋がっていると思われた。

早期復職を進めるための対策としては全国労災補償課長に回答を1つ(又は2つまで)と限定して選択してもらったところ「一定の療養期間の目安を示す」60.3%(35)、「職場の受け入れ・支援体制」32.8%(19)で全体の93.1%を占めたことは、3年間という一定期間の間にさまざまな施策を講じることが求められており、労災認定後の長期療養を防止する施策として、一定期間の療養の間に職場復帰(社会復帰)への道筋を立てることが必要であろう。

5)今後の精神障害の労災治療

出来事に遭遇した会社の本人の受け入れに関して、全体(919)の92.8%(853)が不明であり、積極的な受け入れのある事例は全体の4.4%(40)、3年未満治ゆ事例は、3年未満治ゆ事例全体の7.9%(12)、5年以上未治ゆ事例は5年以上未治ゆ事例全体の3.7%(28)に過ぎなかった。

また、5年以上未治ゆ事例776例の中で、治ゆの見通しが「大いにある」は2.6%(20)、「少しある」は7.3%



(57)にすぎず、両者合わせても9.9%(77)にすぎないという結果が得られた(図6)。また、全体927例の801(86.4%)例は不明事例であるものの4.1%(38)のみが、会社からの働きかけがあった事例が認められた。

労働者に発病した精神疾患が労働基準監督署に労災請求され、「業務上」の疾病として労災認定されると、当該精神障害の療養には労災保険が適用され、当該精神障害の療養のため労働することができず、賃金を受けられない場合には、「休業補償給付」が支給される。療養の期間については、当該疾患が療養を必要としなくなるまで、すなわち「治ゆ(症状固定)」するまでの期間とされており、精神科医としては、この療養の過程を通じて、できる限り早期に患者の精神障害を治ゆ(症状固定)の状態にし、患者の職場復帰(社会復帰)の促進を図ることが望まれる。

今回の調査で5年以上未治ゆ事例は、83.3%(518)が一度も職場復帰を果たしていないという結果が得られた($P<0.0001$)。(図2) また、職場復帰した事例の認定～職場復帰までの期間は3年未満治ゆ事例は平均0.71年、5年以上未治ゆ事例は2.8年であり、3年未満治ゆ事例は極めて早期に復職を試みており、未治ゆ事例は職場復帰までに長い期間を有していた。労働者が傷病に罹患し治療する場合において、治療を

担当する主治医と、労働者の健康と安全の観点から職場での対応を担当する産業医との間で、労働者の同意のもとに適切な情報交換・連携が図られることが、治療面からも就業面からも有意義であることが指摘されており、労災認定患者を早期に復職させるためには、その連携強化は不可欠と言える。しかし、全体の事例の74.3%(152)が、主導した医師の関わりは不明である。主治医、産業医、あるいは両方が主導した事例の割合は、3年未満治ゆ事例22%(11)、5年以上未治ゆ事例25.5%(26)であるが、主治医の割合(3年未満治ゆ:18%(9)、5年以上未治ゆ:22.5%(23))が高いことをみると、日常臨床の中で労災患者への治ゆに至る関わりが困難であることを示している。出来事に遭遇した会社への復職に対する本人の意思を確認している事例は、全体(911)の55(6.0%)例にすぎず、出来事に遭遇した会社の本人の受け入れに関して、全体(919)の92.8%(853)が不明であり、積極的な受け入れのある事例は全体の4.4%(40)にすぎず、さらに5年以上未治ゆ事例776例の中で、治ゆの見通しが少しでもある事例は、9.9%(77)にすぎないという結果も、産業医を含めた企業側、主治医等の医療者側も労災という被災者の医療に関しては、手が打てない状況が続いていると言っても過言でないであろう。

精神障害が、身体疾患と大きな相違点は、ストレスを受け止める側の心の動きや、精神障害の症状の推移や潜在していた病態が顕在化したり、個体側要因の労働者自身の性格や生来性の能力等の特性の問題が見え隠れしながら病像が変遷するという特徴であることは論をまたない。労災認定時点の傷病名から大きく傷病名が変更された事例も約四分の一みられた。労災保険の休業補償給付の背景に精神科病態が複雑に変遷し、不幸にも労働災害に遭遇、あるいは労災認定時点で業務が大きなストレス(心理的負荷)として精神障害発病に関係があったとして因果関係が認定時点で存在したとしても、その後、治療過程の中で、その認定時点で判断されたストレスが持続的に長期に経過した時点の病像や病状の形成因子として持続しているかどうかは、慎重に第三者の視点から検討していくプロセス(過程)が必要である。そして労

災保険という労働者のための手厚い補償を、ただ単に生活給付という観点からではなく、精神障害者を自立させる視点に立って、精神障害の適正給付の検討、さらに労働者としての職場（社会）復帰を含めた地域及び社会の中での位置づけを検討することが喫緊の課題と考える。

今回の全国労災補償課調査では、早期の職場復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養期間の目安を示す」は最も多く、60.3%(35)を占めたことは、一定の療養期間の間にさまざまは医療施策を集中して実施することが、労災患者だけではなく、当該企業、被災者の家族にとって必要な時が来ていると考える。

E. 結論

労災認定基準で業務上と判断され、2019年3月時点で、①3年以内に治癒できた事例160例と②5年以上経過しても治癒しない事例783例、合計943事例に関して精査し、その相違点に関して検討を加えた。その結果、過去に職場復帰した事例の認定～職場復帰までの期間は、3年未満治癒事例は平均0.71年、5年以上未治癒事例は2.8年であり、3年未満治癒事例は極めて早期に復職を試みており、未治癒事例は職場復帰までに長い期間を有していた。

また、過半数の全国の労災補償課長が、早期の職場復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養期間の目安を示す」が必要と回答したことが、今後の労災補償行政に不可欠な状況にあることを認識すべきである。

参考文献

1. 厚生労働省労働基準局補償課職業病認定対策室:心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針について、1999.9
2. 厚生労働省労働基準局補償課職業病認定対策室:心理的負荷による精神障害の認定基準について(基発1226第1号) 2011.12
3. 黒木宣夫:労災疾病臨床研究事業2015年度研究:業務に関連した精神科医療の現状と早期復職に関する研究 1.~35

4. 黒木宣夫:労災疾病臨床研究事業2016年度研究:業務上認定された精神障害者の早期復職・寛解・治療に関する調査・研究 1~30
5. 黒木宣夫:労災疾病臨床研究事業2017年度研究:業務上認定された精神障害者の早期復職・寛解・治療に関する調査・研究 1~42

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし
論文発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

労災疾病臨床研究事業費補助金
令和2年度（分担）研究報告書〈統括2〉

仕事を原因した精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する治療と並行して行う効果的な
社会復帰支援に関する研究～労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究～

分担研究者 黒木 宣夫 東邦大学名誉教授

主任研究者：桂川修一 東邦大学医学部精神神経学講座（佐倉）

<研究協力者>

荒井 稔 日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院統括産業医、特任精神科医
小山善子 金城大学医療健康学部客員教授
田中克俊 北里大学大学院 医療系研究科産業精神保健学 教授
高野知樹 医療法人社団 弘富会 神田東クリニック院長（産業医統括）
築島 健 札幌市総務局職員部職員健康管理担当部長
夏目 誠 大阪樟蔭女子大学名誉教授
野村俊明 日本医科大学名誉教授
藤原修一郎 金沢文庫エールクリニック院長
林 果林 東邦大学医学部精神神経学講座（佐倉）
丸山総一郎 神戸親和女子大学名誉教授
増田将史 イオン株式会社グループ人事部 イオングループ統括産業医
南 昌秀 コマツ本社健康増進センター 副センター長
宮本俊明 日本製鉄株式会社東日本製鉄所 統括産業医
吉村靖司 医療法人社団 弘富会 神田東クリニック院長（診療統括）
渡辺洋一郎 医療法人メディカルメンタルケア横山・渡辺クリニック
山本和儀 EAP 産業ストレス研究所所長

山村重雄 城西国際大学教授（統計解析）

研究要旨:『各都道府県労働局補償課長調査』では、一定の療養期間の目安を示すことについては、「目安の時期・期間は慎重に」「精神における『治ゆ』は傷病とは異なる定義をするべき」等の3例のみが慎重な見解であったが、残りの88%(23)は長期療養を防止する有効な対策との見解であった。職場の受入れ・支援対策の構築に関しては、離職している労働者も多く、中小・零細企業においては、そもそも、困難な課題であり、ハローワーク等の他支援機関との連携や再就職の助成金や公的な就労等支援制度等の活用等の労働基準行政を超えた枠組みで長期療養の就労を考えるべきとの見解が得られた。また、行政側から主治医への期待で圧倒的に多いのは、労災保険制度と症状固定(治ゆ)の考え方を周知するという見解であった。

『個別事例調査』では、労災認定時は平均年齢が40.1歳、調査時点の平均年齢は53.3歳であり、男性は69.9%(79)、女性は30.1%(34)であった。労災認定から調査時点までは平均12.7年であるが、療養開始から調査時点までは17.7年経過していた。調査時点で出来事に遭遇した時の会社に在籍している労働者は27.4%(31)、労災請求を行った時には、出来事に遭遇した時の会社を退職していた事例は38.9%(44)、退職していなかった事例は41.6%(47)であった。直近の事業主証明ありは22.1%(25)、離職後のため証明書なしは63.7%(72)であり、事業主証明を拒否している事例が5例(4.4%)認められた。調査日時点において職場復帰事例は7.1%(8)、職場復帰をしていない事例は82.3%(93)であり、長期療養(15年以上療養)を継続し、職場復帰をしていながら障害認定されていない事例が8例認められた。全休業は84.1%(95)であり、通院日休業と一部休業は3.6%(4)であり、無回答も14名みられた。調査日前直近1ヶ月間の保険給付額に関して、療養給付金の最大値は185,190円 最小値が1840円 平均は26600円 休業給付金は最大値は631,964円、最小値が117,072円 平均は293,016円であった。主治医から監督署へ症状固定の相談は3例(2.7%)にすぎなかったが、監督署から主治医に症状固定(治癒)についての相談は、31%(35)であり、監督署は3割の事例に主治医に相談していたことになる。今後、治ゆの見込みが大いにあるは3.5%(4)、少しある6.2%(7)、あまりない・全くないは45.1%(51)であった。今後の就業可否に関して、就労移行支援が可能な事例は1例、就労継続事業所での就労が可能な事例は3例、就業不可能と判断された事例は58.4%(66)であり、一般就労が可能と判断された事例は4例(3.5%)にすぎなかった。

今回の調査結果から、理由や病態はさまざまであるにしても、休業給付金の大きさが長期療養の一つの要因となっていた。さらに長期療養になるにしたがい、職場復帰できない状況が明らかになったが、療養の長期化が職場復帰の困難さを示していると言っても過言ではない。治療が進み療養期間が長くなればなるほど、十分な治療が治ゆ率をあげることにならないことを認識すべきである。また、改善していない精神疾患の場合は、事業主証明を取得することはハードルが高く、治療的な観点から考えるならば、保険給付金の請求の在り方を整理・検討すべき時期にきている。今後の就業可否に関して、就労移行支援や就労継続事業所での就労が可能な事例は4例、一般就労が可能と判断された事例は4例(3.5%)にすぎず、就業不可能と判断された事例が58.4%(66)であったことを考慮すると、長期療養期間のなかで、すでに症状固定(治ゆ)に至っている可能性のある事例が多く含まれており、その長期療養事例に対しての障害認定の在り方が問われており、長期療養に対する対策が必要な時期に来ていると言っても過言ではない。

A. 研究目的

労働社会保険の障害給付には、労災保険の障害給付と社会保険(厚生年金・国民年金など)の障害給付の2種類があり、各々の保険制度で年金給付と一時金給付が定められている。社会保険の障害給付の場合は、どんなに遅くとも傷病の初診日から1年6ヶ月が経過した日に障害認定されるが、労災保険の障害給付の場合は、原則としてその傷病が治癒しない限り障害認定はされない。

2019年度調査では、全国都道府県労働局労災補償課長への統括調査と3年以内に復職できた事例と5年以上経過しても治癒しない事例に関して比較調査を実施した。3年未満治癒事例と5年以上未治癒事例では、病態、業務上の出来事に有意差が認められ、職場復帰の対策を進めるための対策として労災補償課長は「一定期間の療養期間の目安を示す」との見解が最も多く認められた。今回、業務上疾病として労災認定され療養開始から15年以上の長期療養に至った事例調査を実施し、治癒に至らない要因を明らかにした上で、職場復帰・就労支援のための治療プログラム等の方策を検討することが本年度の調査研究の目的である。

B. 調査対象と調査方法

1. 調査対象

2020年8月、調査項目・内容をメールで審議検討したうえで2020年9月に都道府県労働局労働基準部労災補償課長宛てに業務上認定された精神障害者の早期復職・寛解・治療に関する調査用紙を発送し、同年11月末日までに回収した。調査対象事例は、業務上疾病として労災認定され療養開始から15年以上の長期療養に至った事例である。

2. 調査項目

①労働局に対する調査¹²

【問1】調査時点で症状固定(治癒)※していない事案のうち、療養開始から15年以上経過している者、【問2】問Iのうち6カ月以上、通院の実績がな

い事案のうち、療養開始から15年以上経過している者、さらに、その中で療養補償の請求が6か月以上中断した事例【問3】問1のうち、休業補償給付を受給している者で15年以上経過している者、その中で療養補償の請求が6か月以上中断した事例、【問4】在籍証明取得に本人が困難を感じてる場合の監督署としての対応、【問5】早期復職の対策【問6】長期療養期間を短縮化に関して等である。

②個別事案

療養開始後15年以上経過している者についての個別の状況に関して調査票に記入していただいた。(1)年齢、(2)性別、(3)労災認定時の傷病名、調査時点の傷病名、(4)100時間以上の時間外労働の有無、(5)5-1:発病の要因となった心理負荷評価表の出来事、出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求したか否か、出来事に遭遇した時の会社に勤務しているが、その時点(出来事)から5-2:在籍の有無、5-3 退職の有無、5-4:在籍期間 5-5:会社の規模、5-6)業種、5-6:職種、(6)通院の頻度、(7) 労災請求の際の事業主の証明の有無、(8) 8-1:現在、職場復帰を果たしている否かどうか、8-2:出来事に遭遇した会社への復帰 (9) 9-1:労災認定から調査日以前までの職場復帰の有無。9-2 職場復帰の主導者、9-3:職場復帰までの期間、(10)直近1ヶ月間のおおよその保険給付額、(11)職場復帰の意思確認、(12) 復帰に対する会社の対応、(13)主治医から行政に症状固定(治ゆ)の相談、(14) 職場復帰に際して、行政から主治医に症状固定(治ゆ)の相談 (15) 精神障害の既往の有無、(16) 既存精神障害の有無、(17) 治ゆの見込み、(18) 所属会社を相手とした訴訟の状況、(19)当会社側からの職場復帰への働きかけ、(20)今後における就業の可否、(21)その他、この事案についてのご意見等である。2020年9月1日を調査時点に都道府県労働局労働基準部労災補償課長宛てに調査票を送付し、同年11月20日までに全都道府県労働局から同票を100%回収した。

C. 調査結果

①労働局に対する調査

問1-1.精神障害を理由に労災認定されている被災者のうち療養開始から15年以上経過者

水準	度数	割合
東京労働局	32	28.3%
神奈川労働局	14	12.4%
大阪労働局	14	12.4%
北海道労働局	10	8.8%
兵庫労働局	7	6.2%
大分労働局	5	4.4%
秋田労働局	4	3.5%
岩手労働局	3	2.7%
群馬労働局 前橋署	3	2.7%
京都労働局	2	1.8%
広島労働局	2	1.8%
滋賀労働基準監督署	2	1.8%
福井労働局	2	1.8%
愛知労働局	1	0.9%
茨城労働局(鹿嶋署)	1	0.9%
岐阜労働局	1	0.9%
宮城労働局	1	0.9%
熊本労働局	1	0.9%
広島労働局 広島北署	1	0.9%
高知労働局	1	0.9%
埼玉労働局	1	0.9%
静岡労働局	1	0.9%
千葉労働局	1	0.9%
長崎労働局	1	0.9%
福島労働局	1	0.9%
和歌山労働局	1	0.9%
合計	113	100.0%

15年以上治癒していない事案は男79名、女性33名、無回答1名、合計113例、東京労働局32例、神奈川労働局14例、大阪労働局14例、北海道労働局10例であった。

2. 問1-Iのうち6か月以上、通院の実績がない事案のうち、療養開始から15年以上経過している者

6か月以上、通院の実績がない事案は7例であったが、不明は39例であった。

3. 問1-1のうち、療養補償給付の請求が6か月以上中断した期間がある被災者

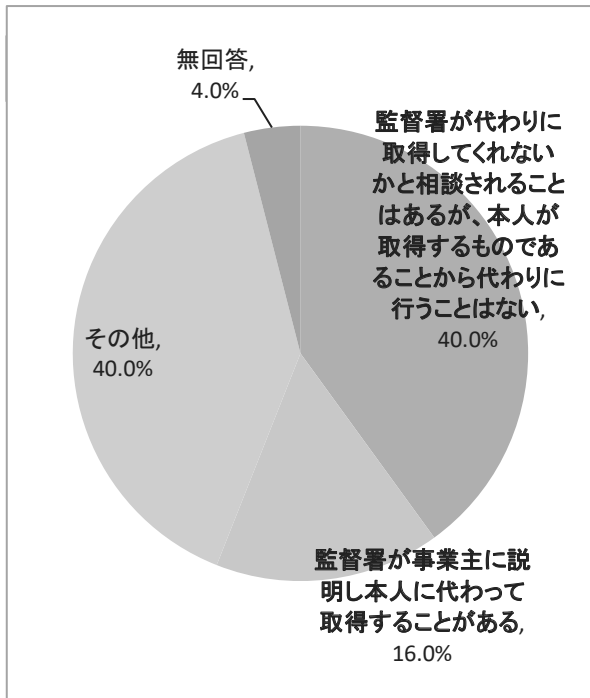
中断した事案は7例であったが、不明が39例であった。

4. 問1-1のうち休業補償給付を受給している被災者:受給事案は95例、8例は不明である

5. 問1-1 休業補償給付の請求が6か月以上中断した期間がある被災者 :中断事案は8例、不明は41例であった。

問2 休業補償給付支給請求書には、原則として事業主の証明

「監督署が代わりに取得してくれないかと相談されることはあるが、本人が取得するものであることから代わりに行くことはない」との労災課長は10人(40%)、「監督署が事業主に説明し本人に代わって取得することがある」は4例(16%)、その他は10例(40%)であった。



【職場の受け入れ・支援体制の構築について】

受入れ・支援体制の構築	N	%
有効な対策・中小は困難	1	3.7%
有効-重症度	1	3.7%
公的な就労等支援制度等の活用	3	11.1%
支援体制構築・制度化	2	7.4%
職場環境の変更・整備	2	7.4%
政府・他支援施設との連携	4	14.8%
復職を希望・人間関係解消	2	7.4%
職場復帰の理解	4	14.8%
事業所への支援・助成	4	14.8%
職場を離職・労働行政限界	2	7.4%
社会復帰支援	2	7.4%
合計	27	100.0%

問3 2019年度に精神障害による長期療養者について調査した結果、職場復帰を進めるための有効な対策として、

【一定の療養期間の目安を示すことについて】

療養期間の一定の目安	N	%
有効な対策・必要・意欲↑	8	32.0%
望ましいが現実に困難・実行性疑問	2	8.0%
目安の時期・期間は慎重	1	4.0%
目安⇒説明と社会・職場復帰に有効	8	32.0%
有効・慎重な検討・悪化の懸念	2	8.0%
精神・治ゆ=傷病と異なる	2	8.0%
不可逆的症候に有効	1	4.0%
有効・非公平性	1	4.0%
合計	25	100.0%

問4 精神障害を理由に労災認定されている被災者の療養期間を短縮するためには主治医の役割・行政側から主治医に求める期待

行政から主治医への期待	N	%
制度・症状固定の考え方を理解	12	37.5%
精神障害の適正給付管理・ガイドライン	1	3.1%
パンフレットを作成・配付・傷病別	2	6.3%
復職意欲を高める医療的な対策・意識改革	2	6.3%
アフターケア措置	3	9.4%
医療機関の多くは非労災指定・非協力	2	6.3%
適切な療養と社会復帰	3	9.4%
非指定医療機関は非協力	1	3.1%
主治医にリワーク・就労支援連携	3	9.4%
医師の判断を覆す困難・主治医へ期待は困難	2	6.3%
別機関で治ゆ認定	1	3.1%
合計	32	100.0%

②個別事案結果

問-1 認定時の年齢層

年齢層	N	%
20歳代	12	10.6
30歳代	45	39.8
40歳代	36	31.9
50歳代	16	14.2
60歳代	4	0.04
合計	113	100

平均	40.4 (48.1, 43.1)
標準偏差	9.6 (9.9, 11.0)
N	113 (783, 366)

認定時は平均年齢が 40.1 歳、調査時点では 53.3 歳であり、50 歳以上が 62%を占めていた。

Q 1-2 調査時の年齢

年齢層	N	%
30歳代	3	2.6
40歳代	40	35.4
50歳代	48	42.5
60歳代	22	19.5
合計	113	100

平均	53.3
標準偏差	8.8
N	113

Q1-2a1 調査時の年齢層

調査時点の年齢層は 50 歳代が最も多く 42.5% (48)であり、次に 40 歳代 35.4%(40)、60 歳代は 19.5%(22)を占め、平均年齢は 53.3 歳であった。

1-3 療養開始から調査までの期間 (年)

平均	12.7
標準偏差	3.5
N	113

療養開始から調査時点までの平均期間は 17.7 年であった。

Q1-4 労災認定時点から調査時点までの期間 (年)

平均	17.7
標準偏差	2.6
N	113

労災認定から調査時点までは平均 12.7 年であるが、療養開始から調査時点までは 17.7 年経過していた。

問 2 性別

性別	N	%
男性	79	69.9
女性	34	30.1
全体	113	100.0

男女比は、7:3 であり、男性は 69.9%(79)、女性は 30.1%(34)であった。

問 3 認定時傷病名

認定時病名	N	%
うつ病	50	44.2%
PTSD	20	17.7%
その他	15	13.3%
双極性障害	11	9.7%
神経症性障害	7	6.2%
気分感情障害	4	3.5%
適応障害	4	3.5%
急性ストレス反応	2	1.8%
合計	113	100%

44.2%(50)がうつ病、17.7%(20)が PTSD、その他が 13.3% (15) であった。

問3 傷病名 (調査時)

調査時病名	数	割合
うつ病	61	54.0%
PTSD	19	16.8%
その他	16	14.2%
双極性障害	11	9.7%
神経症性障害	3	2.7%
気分感情障害	1	0.9%
急性ストレス反応	1	0.9%
適応障害	1	0.9%
合計	113	100%

調査時点の傷病名は、うつ病が54.0%(61)、PTSD16.8%(19)、その他が14.2%(16)、双極性障害は9.7%(11)であった。

問4 100時間以上の時間外労働の有無

長時間労働の時間外労働時間について	N	%
100時間を超える時間外労働があった	44	38.9
100時間未満の時間外労働があった	17	15.0
不明	42	37.2
無回答	10	8.8
全体	113	100.0

不明・無回答を入れると全体の38.9%(44)が100時間以上の残業をしていた。回答された対象者では、100時間以上の時間外労働ありの労働者は72.1%(44)を占めた。

問5-1 労災請求の契機となった心理的負荷評価表の出来事

労災請求の契機となった心理的負荷評価表の出来事は、事故や災害の体験は22.2%(28)、仕事の量・質の変化が46.8%(59)であった。対人関係のトラブルが15.9%(20)であった。

出来事	N	%
事故や災害の体験	28	22.2%
仕事の失敗、過重な責任の発生等	8	6.3%
仕事の量・質の変化	59	46.8%
役割・地位などの変化等	11	8.7%
身分の変化	0	0.0%
対人関係のトラブル	20	15.9%
対人関係の変化	0	0.0%
	126	100.0%

問5-2 Q5_1の出来事に遭遇した時の会社に調査日時点で「在籍」しているか

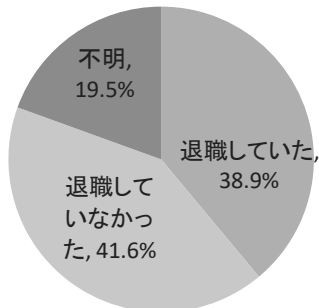
	N	%
在籍している	31	27.4
在籍していない	66	58.4
不明	16	14.2
全体	113	100.0

調査した時点で出来事に遭遇した時の会社に在籍している労働者は27.4%(31)であった。

問5-3 労災請求を行った時には、Q5_1の出来事に遭遇した時の会社を退職していたか

	N	%
退職していた	44	38.9
退職していなかった	47	41.6
不明	22	19.5
全体	113	100.0

【Q5_3】 労災請求を行った時には、Q5_1の出来事に遭遇した時の会社を退職していたか

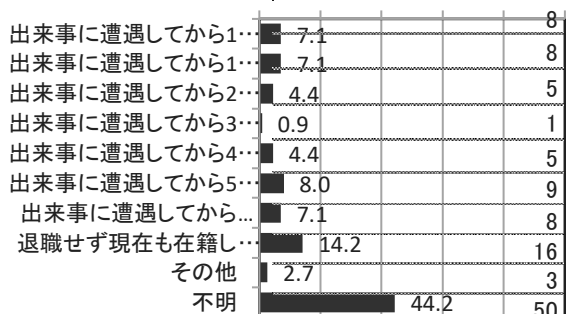


<退職していた：44 退職していなかった：47 不明：22>

労災請求を行った時には、Q5_1の出来事に遭遇した時の会社を退職していた事例は38.9%(44)、退職していなかった事例は41.6%(47)であった。

問 5-4 Q5-1の出来事に遭遇した会社の在籍期間

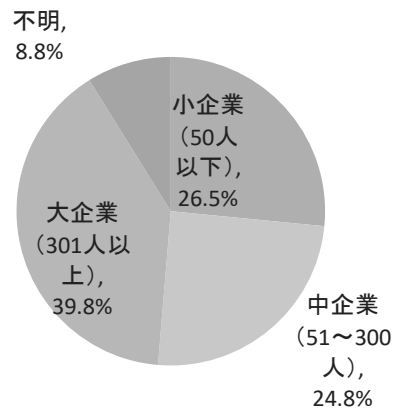
【Q5_4】 Q5_1の出来事に遭遇した会社の在籍期間について(N=113)



出来事に遭遇してから1年未満で退職した事例は8例(7.1%)、出来事に遭遇してから2年未満で退職した事例は8例(7.1%)、5年以内に退職した事例は、31.9%(36)であったが、退職せず現在も在籍している事例は14.2%(16)であった。

【Q5_5】 Q5_1の出来事遭遇時に在籍していた会社の規模について(N=113)

【Q5_5】 会社の規模について (N=113)

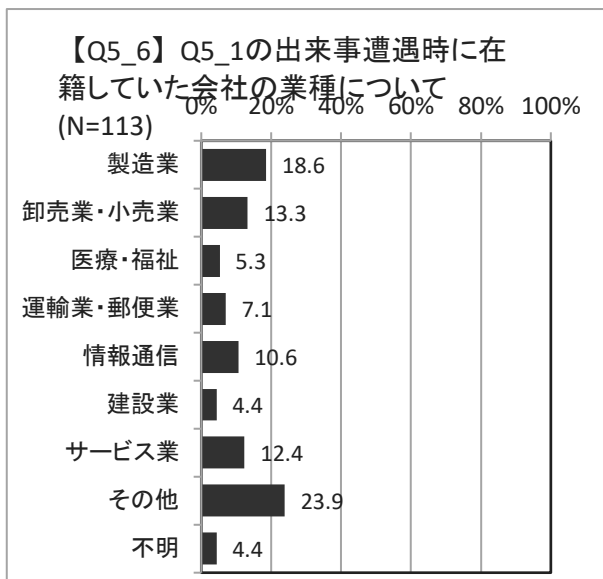


企業規模	N	%
小企業(50人以下)	30	26.5
中企業(51~300人)	28	24.8
大企業(301人以上)	45	39.8
不明	10	8.8
全体	113	100.0

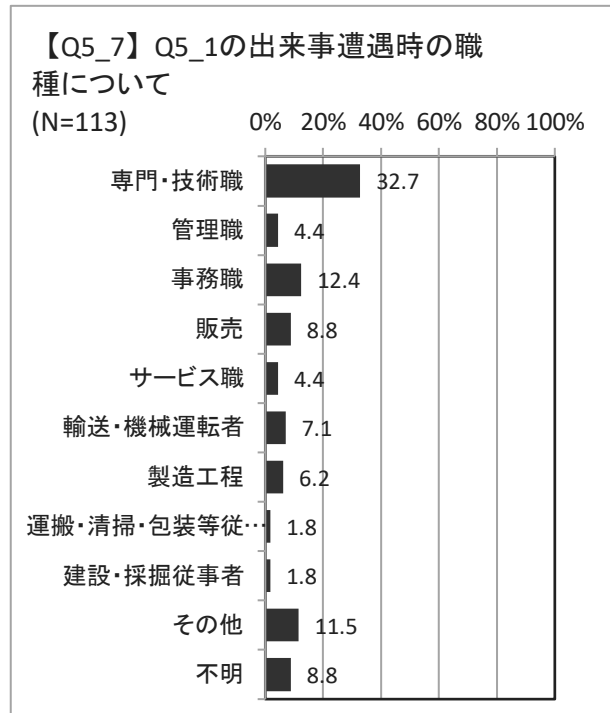
出来事遭遇時に在籍していた会社の規模について、大企業が多く39.8%(45)、小企業は26.5%(30)、中企業は24.8%(28)であった。

【Q5_6】 Q5_1の出来事遭遇時に在籍していた会社の業種について

業種	N	%
製造業	21	18.6
卸売業・小売業	15	13.3
医療・福祉	6	5.3
運輸業・郵便業	8	7.1
情報通信	12	10.6
建設業	5	4.4
サービス業	14	12.4
その他	27	23.9
不明	5	4.4
全体	113	100.0



出来事遭遇時に在籍していた会社の業種について、その他が23.9%(27)で最も多く、製造業が18.6%(21)、卸売業・小売業13.3%(15)、情報通信10.6%(12)と続いた。



出来事遭遇時の職種については専門技術職が最も多く32.7%(37)、事務職が12.4%(14)、その他11.5%(13)と続いた、

【Q5_7】 Q5_1の出来事遭遇時の職種について (N=113)

職種	N	%
専門・技術職	37	32.7
管理職	5	4.4
事務職	14	12.4
販売	10	8.8
サービス職	5	4.4
輸送・機械運転者	8	7.1
製造工程	7	6.2
運搬・清掃・包装等従事者	2	1.8
建設・採掘従事者	2	1.8
その他	13	11.5
不明	10	8.8
全体	113	100.0

問6 R2年3月(1ヶ月)における通院回数

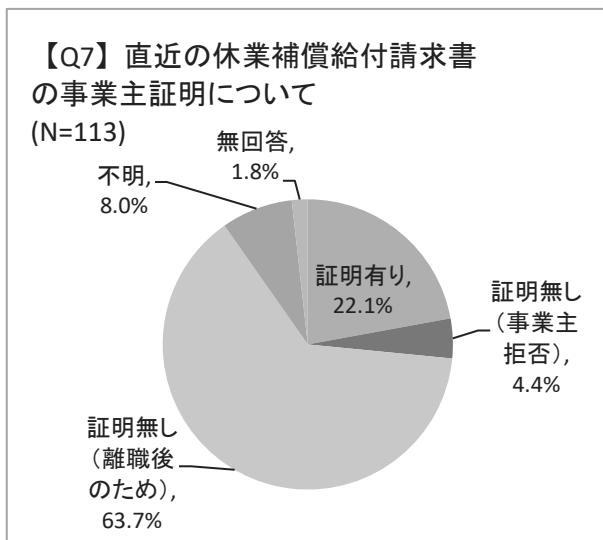
R2年3月(1ヶ月)の通院回数	N	%
1回	55	48.7
2回	27	23.9
3回	2	1.8
4回以上	10	8.8
不明	17	15.0
無回答	2	1.8
全体	113	100.0

令和2年3月(1ヶ月)における通院回数に関して、48.7%(55)が月に1回は通院、23.9%(27)は月に2回通院していた。

問7 直近の休業補償給付請求書の事業主証明

事業主証明	N	%
証明有り	25	22.1
証明無し(事業主拒否)	5	4.4
証明無し(離職後のため)	72	63.7
不明	9	8.0
無回答	2	1.8
全体	113	100.0

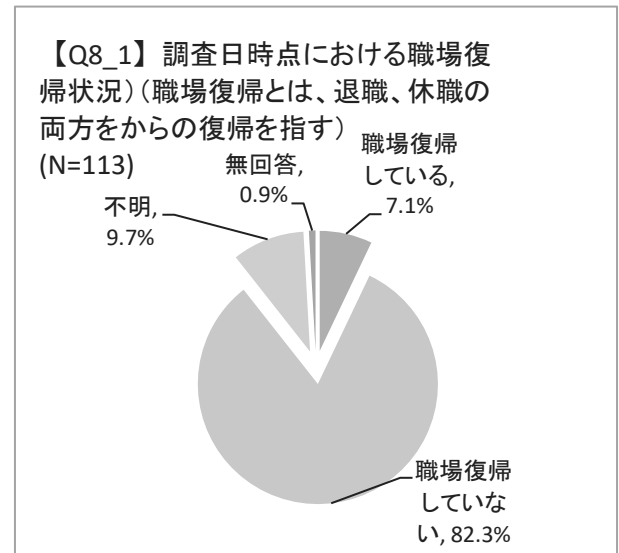
直近の事業主証明ありは22.1%(25)、離職後のため証明書なしは63.7%(72)であり、事業主が15年以上も証明を拒否している事例が5例(4.4%)認められた。



調査日時点において職場復帰をしている事例は7.1%(8)、職場復帰をしていない事例は82.3%(93)であり、15年以上経過しても職場復帰しながら症状固定になっていない事例が8例認められた。

問8 Q8_2 出来事に遭遇した会社に復帰

出来事に遭遇した会社に復帰	N	%
同じ会社に復帰している	4	50.0
別の会社に復帰している	3	37.5
不明	1	12.5
全体	8	100.0



問8 Q8_1 調査時点の職場復帰の有無

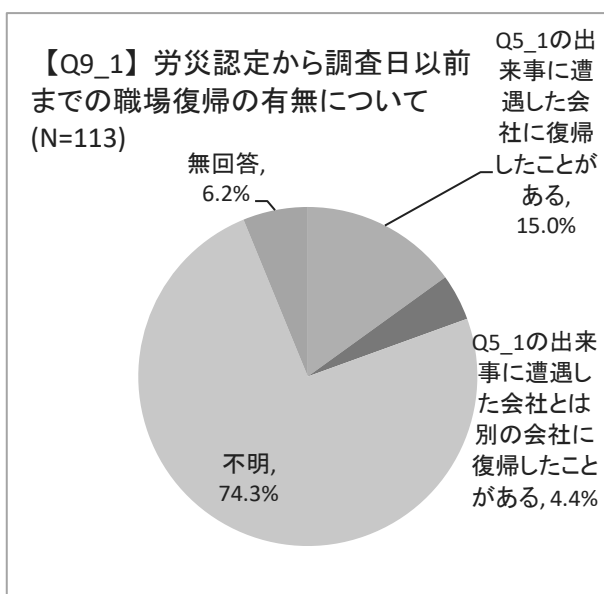
調査時点の職場復帰の有無	N	%
職場復帰している	8	7.1
職場復帰していない	93	82.3
不明	11	9.7
無回答	1	0.9
全体	113	100.0

調査時点で同じ会社に復帰している事例は4例、別の会社に復帰している事例は3例、不明1例であった。

問9 (Q9_1)調査日以前までの職場復帰の有無(過去の職場復帰の有無)

調査日以前までの職場復帰の有無	N	%
出来事に遭遇した会社に復帰したことがある	17	15.0
別の会社に復帰したことがある	5	4.4
不明	84	74.3
無回答	7	6.2
全体	113	100.0

調査日以前までに Q5_1 の出来事に遭遇した会社に職場復帰した事例は 17 例(15%)であり、Q5_1 の出来事に遭遇した会社とは別の会社に復帰したことがある事例は 5 例(4.4%)のみであった。不明が 74.3%(84)であった。



問9 (Q9_2) Q9_1 で①と回答した場合のみお答えください。職場復帰を主導した方について

主導した方	N	%
主治医	4	23.5
産業医	0	-
主治医及び産業医	1	5.9
その他	1	5.9
不明	11	64.7
全体	17	100.0

職場復帰を主導した人は、主治医が 4 名、主治医と産業医が 1 名であった。

問9 「1.有」と回答した場合、調査日までに職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間

15年9カ月(1名)、10年7カ月(1名)、5年(1名)、4年(1名)、3年9カ月(1名)、2年(4名)、1年(2名)、1年未満(3名)であり平均すると44.5か月(3.7年)であった。

問10 調査日前直近1ヶ月間の保険給付額

1ヶ月間の保険給付額	統計量母数	平均	最小値	最大値
療養補償給付(円)	102	26600	1840	185190
休業補償給付(円)	102	293016	117072	631964

調査日前直近1ヶ月間の給付金に関して、療養給付金の最大値は185,190円 最小値が1,840円 平均は26,600円 休業給付金は最大値は631,964円、最小値が117,072円 平均は293,016円であった。

問10-1 休業補償給付の支給状況

休業補償給付の支給状況	N	%
ア 通院日休業	2	1.8
イ 全部休業	95	84.1
ウ 一部休業(短時間勤務)	2	1.8
無回答	14	12.4
全体	113	100.0

全休業は84.1%(95)であり、通院日休業と一部休業は3.6%(4)であり、無回答も14名みられた。

問11 Q5_1 の出来事に遭遇した時の会社に復帰する意思の確認について

復帰する意思の確認	N	%
確認している	5	4.7
確認していない	24	22.4
不明	70	65.4
無回答	8	7.5
全体	107	100.0

Q5_1 の出来事に遭遇した時の会社に復帰する意思の確認について不明が 70 人と多いものの、復帰する意思を確認されている労働者は 5 人 (4.7%) のみであった。

問 12 Q5_1 の出来事に遭遇した時の会社に被災者が復帰することについて

復帰に対する会社の対応	N	%
積極的	6	5.3
消極的	2	1.8
拒否	4	3.5
不明	101	89.4
全体	113	100.0

Q5_1 の出来事に遭遇した時の会社に被災者が復帰することについて、職場復帰に対して積極的な会社は 6 例(5.3%) であり、拒否は 4 例(3.5%) であった。不明は 89.4%(101)であった。

問 13 主治医から監督署に症状固定 (治癒) について相談

主治医から監督署へ相談	N	%
あり	3	2.7
なし	64	56.6
不明	45	39.8
無回答	1	0.9
全体	113	100.0

主治医から監督署へ症状固定の相談は 3 例 (2.7%) にすぎなかった。不明も 39.8%(45)であった。

問 14 監督署から主治医に症状固定 (治癒) について相談

監督署から主治医へ相談	N	%
あり	35	31.0
なし	50	44.2
不明	28	24.8
全体	113	100.0

監督署から主治医に症状固定 (治癒) について相談は、31%(35)であり、監督署は 3 割の事例に主治医に相談していたことになる。

問 15 労災認定前に精神障害の既往

労災認定前に精神障害の既往	N	%
あり	7	6.2
なし	78	69.0
不明	28	24.8
全体	113	100.0

精神障害の既往がある事例は、7 例(6.2%) にすぎなかった。病名の記載は、うつ病 2 例、うつ状態・不安神経症、心因反応・神経疲労状態、不安神経症・うつ状態、自律神経失調症であった。

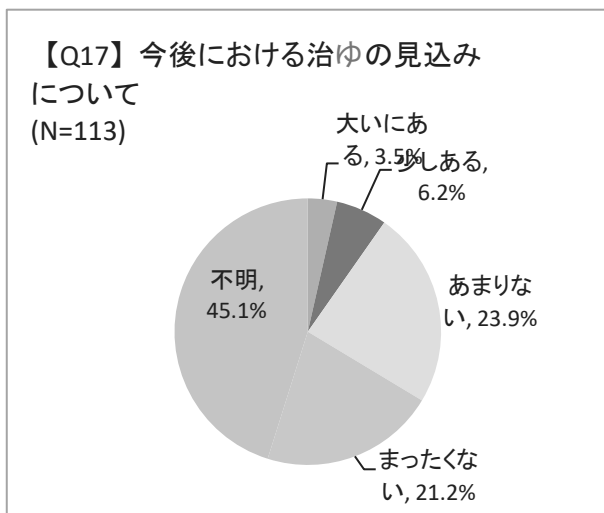
問 16 : 労災認定時に既存の精神障害の有無

労災認定時に既存精神障害	N	%
あり	3	2.7
なし	85	75.2
不明	25	22.1
全体	113	100.0

労災認定時に既存の精神障害があると記載した事例は 3 例(2.7%) のみであった。具体的な記載内容は適応障害・うつ病・双極性感情障害、不安神経症・うつ状態であった。

問 17 今後における治癒の見込みについて (直近の意見書又は令和 2 年 1 月の 19 条診断書

今後における治癒の見込み	N	%
大いにある	4	3.5
少しある	7	6.2
あまりない	27	23.9
まったくない	24	21.2
不明	51	45.1
全体	113	100.0



今後、治癒の見込みが大いにあるは3.5%(4)、少しある6.2%(7)、あまりない・全くないは45.1%(51)であった。

問 18 所属会社を相手とした訴訟の状況

所属会社を相手とした訴訟	N	%
係争中	0	-
訴訟終了(和解を含む)	8	7.1
訴訟していない	7	6.2
不明	98	86.7
全体	113	100.0

係争中の事例は0件、訴訟が終了した事例は8件(7.1%)、不明は86.7%(98)であった。

問 19 被災者に対する会社側からの職場復帰への働きかけについて

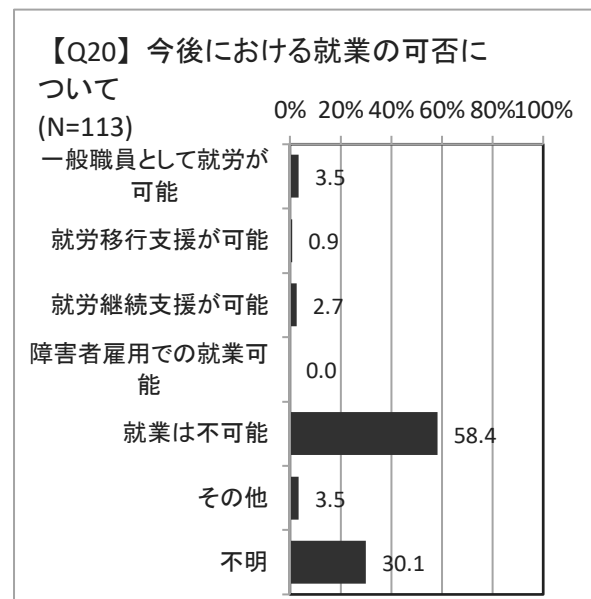
会社側からの職場復帰への働きかけがあった事例は6例(5.3%)であったが、不明が88.5%(100)を占

めた。

会社側からの職場復帰の働きかけ	N	%
あり	6	5.3
なし	7	6.2
不明	100	88.5
全体	113	100.0

問 20 今後における就業の可否について

今後の就業の可否	N	%
一般職員として就労が可能	4	3.5
就労移行支援が可能	1	0.9
就労継続支援が可能	3	2.7
障害者雇用での就業可能	0	-
就業は不可能	66	58.4
その他	4	3.5
不明	34	30.1
全体	113	100.0



就業不可能は58.4%(66)であり。一般就労が可能と労災保険課長が判断した事例は4例(3.5%)にすぎなかった。

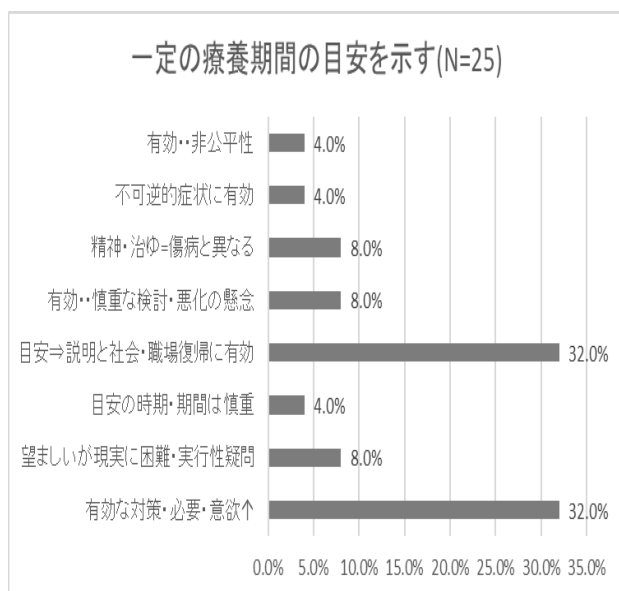
D. 考察

1 各都道府県労働局補償課長調査より

2019年度の補償課長調査では、早期復職事例と長期療養事例との一番の差異は、本人の復職意欲が67.2%(39)、次に症状の重症度が31%(18)と回答し、職場復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養期間の目安を示す」は最も多く、60.3%(35)を占め、次に現場の受け入れ・支援体制が32.8%(19)を占めていた。

1) 一定の療養期間の目安を示すことについて

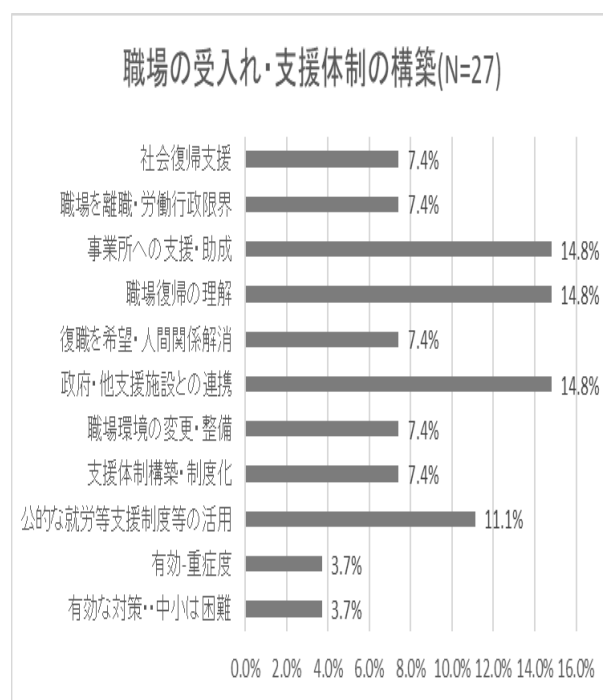
今回、一定の療養期間の目安を示すことについて補償課長に見解を求めた。



・有効であるが、他疾患による療養者との整合性を考えると、現実には困難な面がある、・効果は限定的であるが、保険給付の公平性が損なわれる恐れが生じる、・一定の療養期間の目安を示すことは、行政の対応として正しいことと認識しているところであるが、それを示すことによる影響(悪化や自殺の懸念)等、一定の療養期間の目安を示すことは、有効としながらも、現実的な困難、保険給付の公平性、目安を示す影響等で注意が必要との見解が得られた。しかし一方では、・被災者や主治医に説明しやすい、・一定の療養期間の目安を示すことは職場復帰にも有効、・職場復帰の相談やその時期の検討を促し社会復帰準備

期間が確保、・社会復帰に向けた目標としての位置付け等の見解「説明と社会・職場復帰に有効」が全体の32.0%(8)、・一定の療養期間の目安を示すことで本人の意欲が復職に向けて傾く可能性がある、社会復帰を促進するための意識、認識を高める等「有効な対策・必要・意欲を高める」が32.0%(8)と多く認められた。

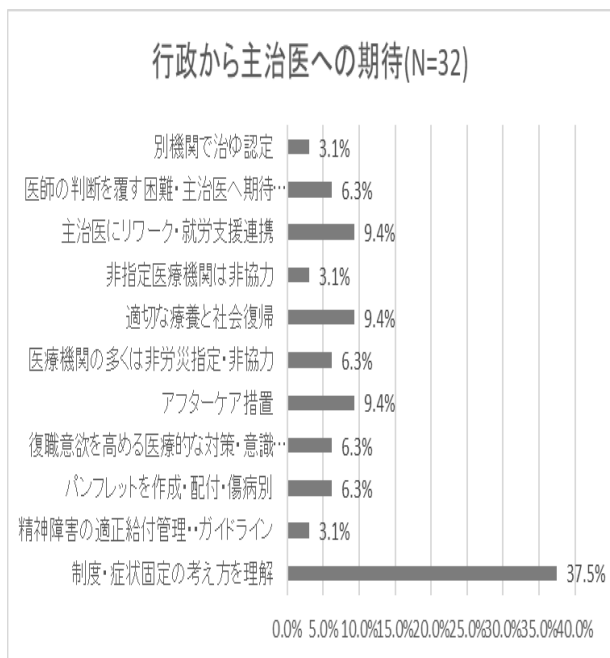
2) 職場の受け入れ・支援体制の構築について



・政府全体として職場の受け入れ・支援体制の構築を進めていく必要、・ハローワークと連携した受け入れ事業場の選定、・受診している医療機関と連携等「政府・他支援施設との連携」が14.8%(4)、・職場復帰支援プログラム導入の指導、・職場の理解と被災者への支援体制を確立した職場の受け入れ体制が必要等「職場復帰の理解」が14.8%(4)、・事業場への支援(助成金等)、・再就職先事業主に対する助成金の新設等「事業場への支援・助成」が14.8%(4)、・公的な就労等支援制度等の活用等11.1%(3)認められた。一方で、・職場を離職しているケースがほとんどであり、そのような場合は労働基準行政では限界が7.4%(2)、中小・零細企業にあつては、困難な課題等も7.4%(2)

であった。

3) 行政側から主治医に求めること



行政側から主治医に求めることが多いのは、労災保険制度と症状固定(治ゆ)の考え方であり、全体の37.5%(12)を占めていた。・精神障害の適正給付管理のためのガイドラインみたいなものがないと、主治医も治癒の判断できない、・行政側は医師による判断を覆してまで治ゆ認定等を行うことは困難であり、現状の制度上では、療養期間短縮等について主治医に何等かを期待することは困難との見解も得られた。

<補償課長調査からの考察>

一定の療養期間の目安を示すことについては、「目安の時期・期間は慎重に」「精神における『治ゆ』は傷病とは異なる定義をするべき」等の3例のみが慎重な見解であったが、残りの88%(23)は長期療養を防止する有効な対策との見解であった。職場の受入れ・支援対策の構築に関しては、離職している労働者も多く、中小・零細企業においては、そもそも、困難な課題であり、ハローワーク等の他支援機関との連携や再就職の助成金や公的な就労等支援制度等の活用等の労働基準行政を超えた枠組みで長期療養の就労を考えるべきとの見解が得られた。また、行政側から主治医への期待で圧倒的に多いのは、労災保険制度と症状固定(治ゆ)の考え方を周知

するという見解であった。しかし、現場で労災事例を担当している立場から言わせていただくと、労災保険制度を医師に周知させることで、長期療養が医師の労災患者に対する意識は変わる可能性は、あるが、実際に治ゆ判断をすることは容易ではない。なぜなら社会保険の障害給付の場合は、どんなに遅くとも傷病の初診日から1年6ヶ月が経過した日に障害認定されるが、労災保険の障害給付の場合は、原則としてその傷病が治癒しない限り障害認定はされない。精神疾患の治ゆ判断は、単に病状が安定したから症状固定(治ゆ)にすると、労災患者に告げることは、日常臨床の場では困難であることが少なくない。3年の勤務期間で既存の精神障害を有した労働者が、長時間残業や連続勤務が持続したために過重負荷が認められて新たな精神疾患として労災認定されたが、療養中に自動退職となった。本人は労災認定になると解雇権が消失することを聞き、会社相手に、その権利を巡って訴訟を起こし、結果的に会社から和解金を提示された。会社が提示した額が1000万、打ち切り補償の額が本来であれば1200万であることを理由に裁判所からの和解勧告にも躊躇し、時間だけが経過している。本人は、頭痛、めまい等の身体愁訴に加え睡眠障害を訴え、症状固定(治ゆ)を示唆することすらできない。また、労災認定から5年以上経過しているが、認定後、周囲に会社の人間が自分の行動を見張っていると自閉的な生活を送り、休業補償給付の時効ぎりぎりまで請求しようとなし事例など、精神病的(妄想状態)障害がゆえに症状固定(治ゆ)を判断することすら、できない事例もあるのである。身体疾患が治ゆに至る過程と精神疾患が治ゆに至る過程は全く異なり、被災⇒外傷⇒治療⇒治ゆに至る期間が、ある程度、客観的に判断できる身体疾患と、被災⇒発病⇒治療⇒寛解⇒再燃⇒寛解、被災⇒発病⇒悪化⇒自閉等、複雑な療養過程を経る精神疾患の障害認定の時期を医療側にだけ求めるのは、病態の把握が複雑がゆえに精神科医の症状固定(治ゆ)の判断を求めるのは無理があると言わざるを得ない。

労働基準法や労働契約法には、休職に関する規定はなく、休職制度を設けるかどうかは、会社の判断

に委ねられている。しかし、ほとんどの会社が休職制度を設け、ある一定の休職期間の間に復職することを求めている。特に休職期間に関しては、会社で自由に決められます。一定の療養期間の目安を示すことが、自ら療養期間の終わりに向けて、その期間に復職するのか、転職するのか、復職するためには受け入れ先の企業の復職条件を満たすように復職準備性を整えたり、あるいは転職するためには、資格取得した上で転職活動の時期を設定する等の今後の予定を主治医・患者関係をどうして方向性を決めていくことが、一般的である。

労災保険制度は、被災労働者の社会復帰促進・援護、労働者の安全衛生の確保等を図る社会復帰促進等事業を行っているが、精神疾患の療養期間の短縮化のために、何が求められているのか、慎重に再考する必要がある。今回、ほとんどの補償課長が一定の療養期間を定めることが、職場復帰の相談やその時期の検討を促し社会復帰準備期間が確保できるとい見解が得られたが、生活の不安もなく延々と療養が続いたり、病態がゆえに長期療養から抜け出せない被災労働者にとっての新たな施策が必要と考える。また、精神疾患の長期療養者が、今後も増加していくことを考えると、その施策が必要な時期に来ていると言っても過言ではないであろう。

2.個別調査より

①調査概要

認定時は平均年齢が 40.1 歳、調査時点の平均年齢は 53.3 歳であり、男性は 69.9%(79)、女性は 30.1%(34)であった。労災認定から調査時点までは平均 12.7 年であるが、療養開始から調査時点までは 17.7 年経過していた。

認定時傷病名は 44.2%(50)がうつ病、17.7%(20)が PTSD、その他が 13.3%(15)であり、調査時点の傷病名は、うつ病が 54.0%(61)、PTSD 16.8%(19)、その他が 14.2%(16)、双極性障害は 9.7%(11)であった。

100 時間以上の時間外労働ありは、全体の 38.9%(44)、回答者だけに限定すると 100 時間以上の残業ありは 72.1%(44)を占めた。労災請求の契機となった心理的負荷評価表の出来事は、仕事の量・質の変化

が 46.8%(59)、事故や災害の体験は 22.2%(28)、対人関係のトラブルが 15.9%(20)であった。

調査時点で出来事に遭遇した時の会社に在籍している労働者は 27.4%(31)、労災請求を行った時には、出来事に遭遇した時の会社を退職していた事例は 38.9%(44)、退職していなかった事例は 41.6%(47)であった。出来事遭遇時の職種については専門技術職が多く 32.7%(37)、事務職が 12.4%(14)、その他 11.5%(13)と続いた。

直近の事業主証明ありは 22.1%(25)、離職後のため証明書なしは 63.7%(72)であり、事業主証明を拒否している事例が 5 例(4.4%)認められた。

調査日時点において職場復帰事例は 7.1%(8)、職場復帰をしていない事例は 82.3%(93)であり、長期療養(15 年以上療養)を継続し、職場復帰をしていた事例は 8 例認められたが、本来は障害認定されても良い事例と推察される。

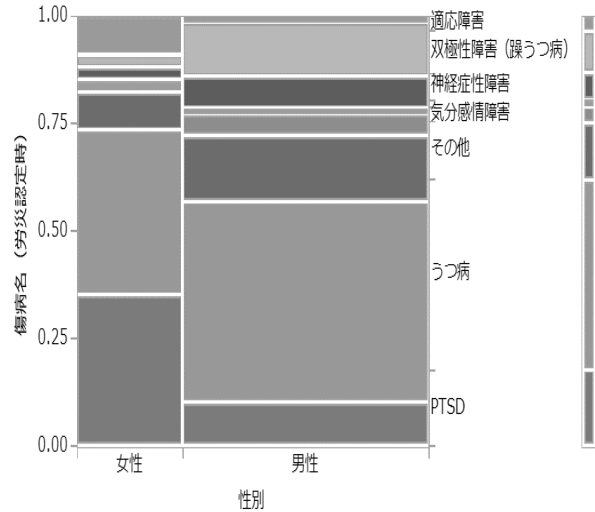
全休業は 84.1%(95)であり、通院日休業と一部休業は 3.6%(4) であり、無回答も 14 名みられた。調査日前直近 1 ヶ月間の保険給付額に関して、療養給付金の最大値は 185,190 円 最小値が 1,840 円 平均は 26,600 円 休業給付金は最大値は 631,964 円、最小値が 117,072 円 平均は 293,016 円であった。主治医から監督署へ症状固定の相談は 3 例(2.7%)にすぎなかったが、不明も 39.8%(45)であった。監督署から主治医に症状固定(治癒)についての相談は、31%(35)であり、監督署は 3 割の事例に主治医に相談していたことになる。

今後、治ゆの見込みが大いにあるは 3.5%(4)、少しある 6.2%(7)、あまりない・全くないは 45.1%(51)であった。

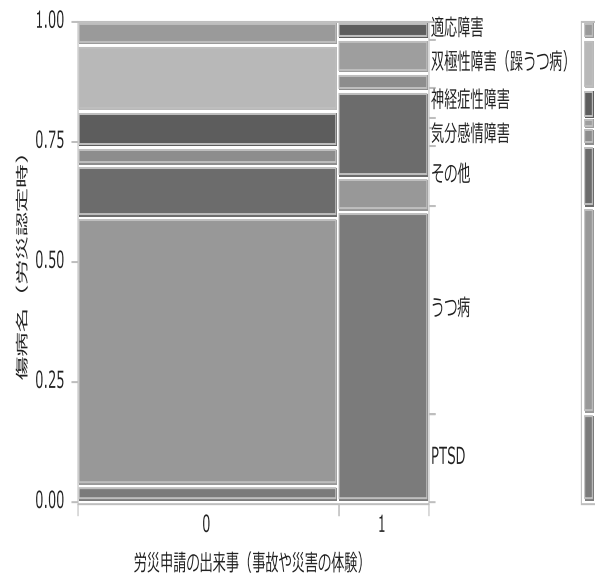
今後の就業可否に関して、就労移行支援が可能な事例は 1 例、就労継続事業所での就労が可能な事例は 3 例、就業不可能と判断された事例は 58.4%(66)であり。一般就労が可能と判断された事例は 4 例(3.5%)にすぎなかった。

②統計学的検索

(1)性別と傷病名 女性にPTSD(12:35.3%)が多い、男性にうつ病(37:46.8%)が多い傾向が認められた。P<0.0092*



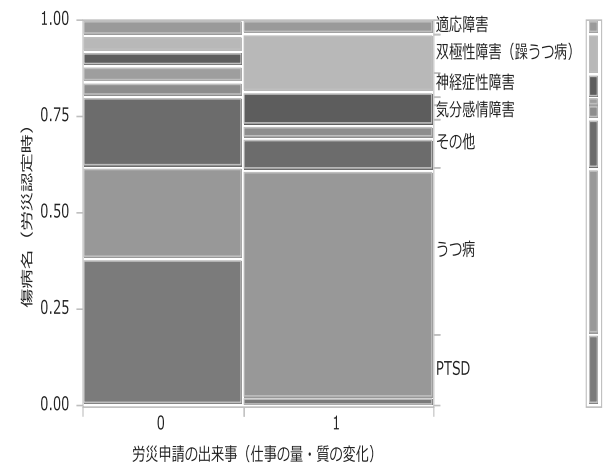
(2)事故や災害の体験と傷病名(認定時の関係)



度数	PTSD	うつ病	その他	気分感情障害	急性ストレス反応	神経症性障害	双極性障害	適応障害	合計
なし	3	45	9	3	0	6	11	4	81
あり	17	2	5	1	2	1	0	0	28
合計	20	47	14	4	2	7	11	4	109

事故や災害の体験と傷病名をみると PTSD が 60.7%(17)で有意に多く認められた。(P<0001*)

(3)仕事の量・質の変化と傷病名(認定時の関係)



度数	PTSD	うつ病	その他	気分感情	ASR	神経症	双極性	適応障害	合計
なし	19	12	9	2	2	2	2	2	50
あり	1	35	5	2	0	5	9	2	59
合計	20	47	14	4	2	7	11	4	109

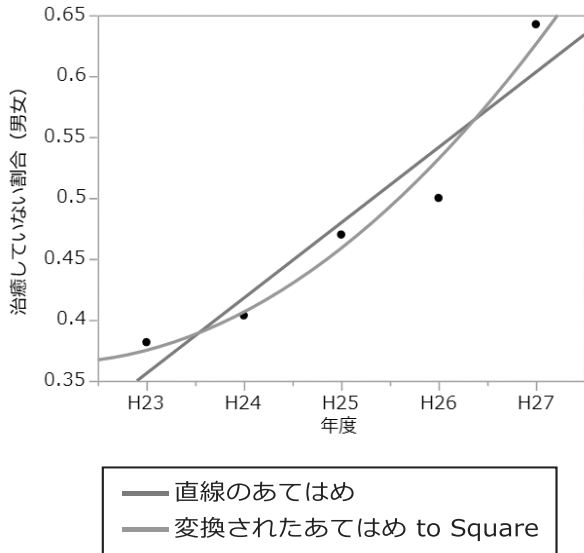
仕事の量・質の変化と傷病名の関係では、うつ病が仕事の量・質の変化事例の 59.3%(35)を占めた。(P<.0001*)

(4)認定時と調査時点の傷病名の変化

認定時傷病名は 44.2%(50)がうつ病、17.7%(20)が PTSD、その他が 13.3%(15)であり、調査時点の傷病名は、うつ病が 54.0%(61)、PTSD 16.8%(19)、その他が 14.2%(16)、双極性障害は 9.7%(11)であった。傷病名が変化しているのは、PTSD 19 例中 4 例 (21%)、うつ病 61 例中 17 例 (28%)、気分感情障害 1 例中 1 例 (100%) 急性ストレス反応 1 例中 0 例 (0%)、神経症性 3 例 1 例 (33%)、双極性障害 11 例中 2 例 (18%)、適応障害 1 例中 0 例 (0%)、その他 16 例中 11 例 (69%) で

あった。今回は、113 例中 78 例（77%）は傷病名は変わっていなかった。

(5)2016 年度調査結果³での長期療養の特徴～年度と治癒していない割合（男女）の二変量の関係～



漸近検定 Z	p値 (Prob>Z)	p値 (Prob> Z)
7.362214	<.0001*	<.0001*

Cochran-Armitage の傾向検定（増えていく傾向にあるかどうかの検定）年度ごとに治癒していない割合が増えている。直線の当てはめ（緑：0次過程）と指数関数（赤：一次過程）の当てはめの比較を検討した。治癒していない割合（男女） = $0.2941664 + 0.0617969 \times \text{年度}$ 1年たつと 治癒していない割合が 0.0617 多くなるという関係であり、モデルとデータのフィッティングは 0.9007 である。

1に近い方がフィットする。2は二次式にフィットしている。治癒していない割合（男女） = $0.3644821 + 0.0104614 \times (\text{年度})^2$ にフィットする。フィッティングは 0.9653 となり、さらにフィットする。2年目は治癒していない割合 $0.0104 \times 2^2 = 0.0416$ 、3年目は治癒していない割合 $0.0104 \times 3^2 = 0.0936$ 、4年目治癒していない割合 $0.0104 \times 4^2 = 0.1664$ と徐々に大きくなっているモデルが、直線的に増えているというよりも実際のデータによくフィットしている。すなわち、単に、年

度ごとに増えているだけではなく、増え方が徐々に大きくなってきていることを示している。

2016 年度調査では、労災認定から 4 年経過して治癒している事例は 53.2%(196)、治癒していない事例は 44.6%(165)であり、治癒していない事例 165 例のうち、治癒の見通しがある事例は 7.3% (12) にすぎなかった。さらに全休の事例 (113) の療養期間と給付額に関しては、1 年未満では休業給付額は 20 万円未満の事例が多いが、療養期間が 2 年を超えると 20 万円を超える事例が増えてくることが明らかになった。(P 値=0.0166*)休業が長期化している事例は多くの給付額が支給されていた。全休と回答のあった事例 123 例の中で労災認定から 3 年以上経過している事例は 81.3%(100 例)を占め、休業補償給付の支給額と療養期間に関しては、休業補償給付（全休）を受けている労働者の療養期間が長期化していた。(P<.0001*)また、治癒していない事例 (145) の 3 年以上の療養事例は 91%(132)であり、ほとんどの事例の療養期間が長期化すると言っても過言ではない。

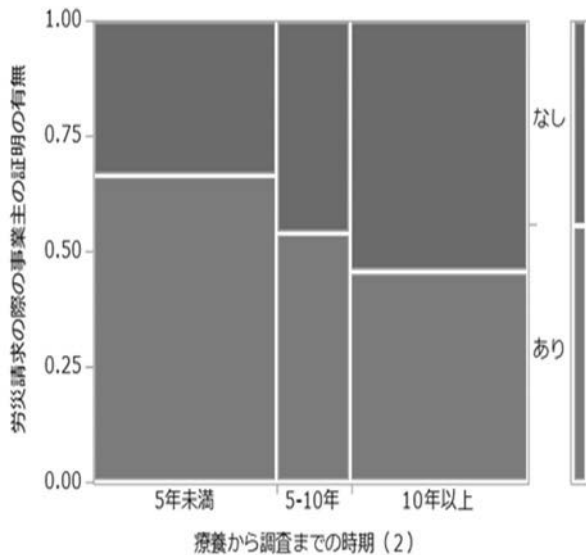
③個別調査からの考察

今回の調査対象は、労災認定から調査時点までは平均 12.7 年であるが、療養開始から調査時点までは 17.7 年経過していた。

認定時傷病名は 44.2%(50)がうつ病、17.7% (20)が PTSD、その他が 13.3% (15) であり、調査時点の傷病名は、うつ病が 54.0%(61)、PTSD 16.8%(19)、その他が 14.2%(16)、双極性障害は 9.7%(11)であった。2017 年度調査で 10 年以上の長期療養事例 194 例のうち調査時点では 46 例 (23.7%)が病名が変更されていたと報告したが、今回も同様の結果と考えて差し支えないであろう。労災請求の契機となった心理的負荷評価表の出来事は、仕事の量・質の変化が 46.8%(59)、事故や災害の体験は 22.2%(28)、対人関係のトラブルが 15.9%(20)であり、事故や災害の体験と傷病名をみると PTSD が 60.7%(17)で有意に多く認められ(P<0001*)、仕事の量・質の変化と傷病名の関係では、うつ病が仕事の量・質の変化事例の 59.3%(35)を占めた。(P<.0001*)

(1)事業主証明に関して

2016 年度調査と 2017 調査^{3.4}を合体した調査では、労災請求の際の事業主の証明が得られていない労働者の割合は、5 年未満 33.3%(65)、5



～10 年 46.2%(36)、10 年以上 54.6%(102)と療養期間が長くなるにつれて多くなり、長期療養の方が事業主の証明が得られにくいという結果が得られた。

今回の調査で、休業給付や療養給付を請求するにあたり、直近の事業主証明ありは 22.1%(25)、離職後のため証明書なしは 63.7%(72)であり、事業主証明を拒否している事例が 5 例(4.4%)認められた。精神疾患で労災認定になり退職していない患者は、会社に対してさまざまな感情を抱いていることが多く、転職活動がスムーズにいかないと、出来事に遭遇した会社に向けめをつけることができず、就労意欲が阻害され、八方塞がりのなかで時間だけが経過し、結果として自閉的な生活から脱却できない状態に陥っている事例も経験した。

労災補償課長調査で「請求人に対し、事業主に労災請求したい旨を伝えください。・証明が得られない場合は、その理由を記載してもらおうよう指導する」との見解が得られたが、自験例で、精神疾患

(妄想を伴ううつ病等) の場合は、籍のある会社に事業主証明を請求することがハードルが高く困難となり、時効の 2 年が経過した事例を経験した。その間、労災保険給付金に時効があるので事業主証明を取得するよう説得し続けたが、単身の生活で家族もおらず、自閉・無為の生活を続けているため、患者自らが請求するのは困難と判断し、監督署に連絡、監督署から事業主に説明・取得して頂いた。しかし、その後、休業給付・療養給付等の保険給付金を請求する手続きができず、周囲への外出はできるものの、主として自室に閉居する状態が続いた。そこで、監督署職員に主治医として相談し、担当職員が医療機関での診察時に同席していただき、医療機関内で手続きをして頂き、保険給付を受ける権利が時効により消滅するのをくい止めることができた。健康な人にとって一般的に考えれば、事業主証明を取得することは、困難とまで言える行為でないことは明らかである。しかしながら、病状が改善していない精神疾患の場合は、この証明を取得することはハードルが高く、治療的な観点から考えるならば、保険給付金の請求の在り方を整理・検討すべき時期にきていると言えよう。

(2)100 時間以上の時間外労働

2016 年度調査と 2017 調査^{3.4}を比較し、さらに 5 年以上療養している事例を抽出し、100 時間残業の有無で比較検討した結果を報告した。5 年以上の長期療養事例(210)に関して、100 時間以上の時間外労働あり群と 100 時間以内の時間外労働なし群に分けたところ、100 時間以上群は、給付金が 20 万円以上が 87.5%(112)、100 時間未満群は 53.7%(44)であり、5 年以上の療養群の中で 100 時間以上群は、100 時間未満群員比、圧倒的に高い休業給付金を受給している割合が高いことが明らかになった。

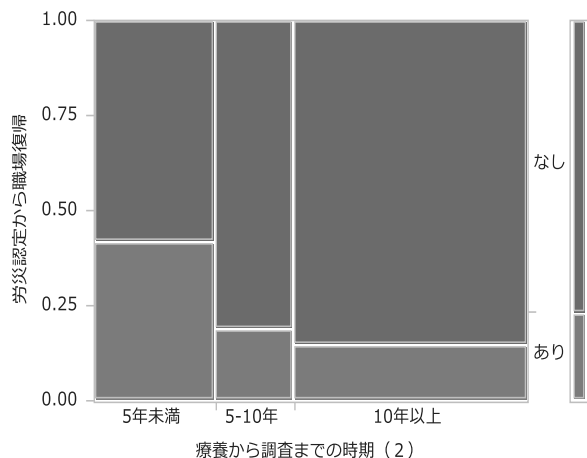
次に休業給付金を 30 万円未満と 30 万円以上に分けて、影響する因子を探索 (ステップワイズ法) したところ 100 時間以上の労働の有無だけが要因として残り、30 万円以上の給付になる要因として 100 時間以上の時間外労働が関連していることが示

された、すなわち、5年以上の治ゆに至らず長期療養となり、かつ30万円以上の休業給付金となる要因として100時間以上の時間外労働が有意に関連(P<.0001*)していることが明らかになった。

今回の長期療養事例では、調査日前直近1ヶ月間の保険給付額に関して、休業給付金は最大値が、631,964円、最小値が117,072円 平均は293,016円であった。100時間以上の時間外労働ありは、全体の38.9%(44)、回答者だけに限定すると100時間以上の残業ありは72.1%(44)を占めていることから、長期療養に至る要因に理由や病態はさまざまであるにしても、休業給付金の大きさも長期療養の要因となっていることは間違いないであろう。

(3)職場復帰・社会復帰に関して

調査日以前までに出来事に遭遇した会社に職場復帰した事例は17例(15%)であり、別の会社に復帰したことがある事例は5例(4.4%)のみであったが、2016年度調査と2017年度調査を合体した調査^{3,4}では、過去に職場復帰を果たしたことがある事例は、5年

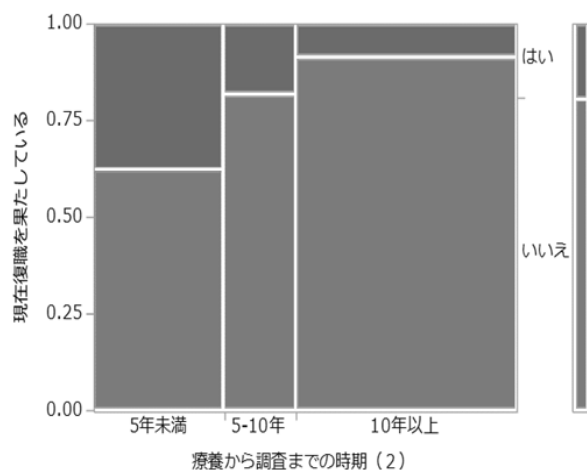


未満41.8%(41)、5~10年19.1%(12)、10年以上14.9%(28)と療養期間が増えるに従い、職場復帰をした事例の割合は減少傾向にあることが明らかになっており、療養が長期化するにしたがい、職場復帰や社会復帰が困難になっていることが明らかになった。

調査日時点において職場復帰事例は7.1%(8)、職場復帰をしていない事例は82.3%(93)であり、

長期療養(15年以上療養)を継続し、職場復帰をしていながら障害認定されていない事例が8例認められた。

2016年度調査と2017年度調査を合体した調査^{3,4}で



は、職場復帰に関して、療養者の中で職場復帰をしていない事例の割合は、5年未満:62.2%(74)、5~10年:81.8%(54)、10年以上:91.5%(184)と長期療養になるにしたがい、職場復帰できない状況が明らかになったが、療養の長期化が職場復帰の困難さを示していると言っても過言ではないであろう。

(4)症状固定(治ゆ)に関して

調査時点で出来事に遭遇した時の会社に在籍している労働者は27.4%(31)、すなわち労災認定から平均12年以上、経過しても在籍している労働者が31名おり、調査日時点において職場復帰をしている事例が8例認められたが、本来であれば職場復帰してからの期間等を考慮して障害認定しても良い事例と推認される。すなわち、8例と事例は少ないものの症状固定(治ゆ)に至らずに就業している実態が明らかになった。年に1回の主治医見解は出されていても就業しながら治ゆに至らない理由を検討すべきであろう。主治医から監督署へ症状固定(治ゆ)の相談は3例(2.7%)にすぎず、監督署から主治医に症状固定(治癒)についての相談は、31%(35)認められたことから考え

ても、主治医と監督署との間で症状固定(治ゆ)に関する双方向のやり取りのなかで主治医が症状固定(治ゆ)にできない理由や病態の確認等を再度、検討すべきである。

今回の15年以上の長期療養事例に関して、今後、治ゆの見込みがあまりない・全くないは、45.1%(51)であったが、2016年度調査で年度³と治癒していない割合(男女)の二変量の関係に関して、Cochran-Armitageの傾向検定(増えていく傾向にあるかどうかの検定)を実施したところ、年度ごとに治ゆしていない割合が増えており、単に、年度ごとに増えているだけではなく、増え方が徐々に大きくなってきていることが統計学的に示されたことから治療が進み療養期間が長くなればなるほど、十分な治療が治ゆ率をあげることにならないことを認識すべきである。

今後の就業可否に関して、就労移行支援や就労継続事業所での就労が可能な事例は4例、一般就労が可能と判断された事例は4例(3.5%)にすぎず、就業不可能と判断された事例が58.4%(66)であったことを考慮すると、長期療養期間のなかで、すでに症状固定(治ゆ)に至っている可能性のある事例が多く含まれており、その長期療養事例に対しての障害認定の在り方が問われており、長期療養に対する対策が必要な時期に来ていると言っても過言ではないであろう。

E. 結論

一定期間の療養期間の目安を示すことは、全国の労災補償課長調査で、時期・期間等は慎重にとする慎重論は2名ほど認められたが、ほぼ全員が、療養期間の目安を示すことは、社会復帰準備期間を確保、社会復帰を促進するための意識・認識を高める上で有効との見解が得られた。療養期間短縮等について主治医に何等かを期待することは困難との見解も得られたが、日常臨床の中で主治医は労災患者の診療・対応に苦慮しており、具体的な労災保険制度における療養期間に関して、具体的な施策が求められている。

参考文献

1. 厚生労働省労働基準局補償課職業病認定対策室：心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針について、1999.9
2. 厚生労働省労働基準局補償課職業病認定対策室：心理的負荷による精神障害の認定基準について(基発1226第1号) 2011.12
3. 黒木宣夫：業務上認定された精神障害者の早期復職・寛解・治療に関する調査・研究労災疾病臨床研究事業費補助金 平成27年度(分担) 研究報告書 P1~30 2016.3
4. 黒木宣夫：業務上認定された精神障害者の早期復職・寛解・治療に関する調査・研究労災疾病臨床研究事業費補助金 平成29年度(分担) 研究報告書 P1~30 2018.3

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

ドイツにおける精神障害による労災保険受給者への 給付の適正化策について

— ドイツ労災保険組合 (DGUV) ・健康保険組合 (GKV) から得られた情報 —

近畿大学法学部教授
厚生労働省労働政策審議会安全衛生分科会公益代表委員
日本産業保健法学会設立発起人
三柴 丈典

1、はじめに

このレポートでは、日本の制度への示唆を得るため、ドイツでは、精神障害による労災保険給付の適正化策をどのように講じているかについて、彼国の同制度の運営者から得られた情報を示す。

ただし、前提として、以下のようなドイツ（の制度）の特徴を踏まえる必要がある。

ア 確証度の高い科学研究を重視する。よって、そもそも、精神障害による労災補償にもメンタルヘルスへの政策的取り組みにも慎重姿勢を採っている¹。

イ 労使間が（社会）階層的に分断しており、労働者は、基本的に自分の身は自分で守る必要を感じているため、上司や組織を信頼して、保護を期待するより、正当な権利であれば積極的に主張する傾向がある。

労災補償の運営も、そうした文化を背景に、社会民主主義的に構成されており、労使の代表が、制度の形成、認定判断等に参画している²。

報告者は、2020年5月に、ドイツで労災保険制度を運営している法定労災保険組合 (DGUV) の中央本部に対し、

「日本では、精神障害による労災保険の受給が長引く傾向にあり、保険財政の負担、受給者の就業意欲の抑制などの問題も生じている。ドイツでは、こうした問題への対応をど

¹ドイツの職域における精神疾患の予防と補償制度については、三柴丈典『職場のメンタルヘルスと法：比較法的・学際的アプローチ』（法律文化社、2020年）（Takenori Mishiba, Workplace Mental Health Law. Routledge, 2020 の邦語版）3.4を参照されたい。

²ドイツの労災補償制度の概要については、三柴丈典『労働安全衛生法論序説』（信山社、2000年）第2部第1章、第2章第1節第3款等を参照されたい。

のように行っているか？」

という趣旨の質問を電子メールで送信した。また、私病にかかる取扱いも確認するため、同じ頃、ドイツの健康保険組合（DKV）の本部にも、健康保険の受給に関連して、同様の質問を送信した。

以下では、DGUV と DKV の担当者からの返信内容を示す。

2、ドイツ法定労災保険組合（DGUV）から提供された情報

1) 情報提供者

Ann-Kathrin Schäfer

Leiterin des Referats

Internationales Sozialrecht und Europarecht

国際社会法・欧州法調査研究部門長

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften

und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand

ドイツ法定労災保険組合本部

2) 提供された情報

2-1) 原文 (1)

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Mishiba,

Ich hoffe, dass Ihnen der Verweis auf die §§ 60 ff. SGB I (Erstes Sozialgesetzbuch, Allgemeiner Teil) bzgl. den unten gestellten Fragen weiterhilft. In Deutschland gibt es sog. Mitwirkungspflichten für diejenigen, die Sozialleistungen beantragen oder erhalten. Sie beziehen sich auf die Ermittlung des Sachverhalts und auf die Mitwirkung bei der Rehabilitation zum Zwecke der Minderung des eingetretenen Schadens. Eine Mitwirkungspflicht entfällt, wenn der persönliche Bereich des Versicherten und seine körperliche Unversehrtheit unzumutbar beeinträchtigt werden. Kommt der Versicherte seinen Mitwirkungspflichten nicht nach, können Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden, worauf er aber schriftlich - unter Setzung einer Frist zur Nachholung der Mitwirkung - hingewiesen werden muss. Die Versagung / Entziehung kann rückgängig gemacht werden, wenn die Mitwirkung

nachgeholt worden und ein Anspruch begründet ist.

2-2) 試訳 (1)

あなたの質問については、社会法典第1編（*報告者注）第60条以下が参考になると思います。

社会保険給付の申請者、受給者には協力義務があります。

この協力義務は、事実関係の正確な申告と、傷害の緩和のためのリハビリへの参加に関わります。

この協力義務は、私生活上の障害が生じたり、被保険者の身体の健康が不意に損なわれた場合等には履行する必要がなくなります。

被保険者が協力義務を履行しない場合、給付が全部または部分的に拒否または停止されますが、履行の期限を設定したうえで、書面で示されねばなりません。

協力義務が履行され、請求の根拠が整えば、拒否又は停止は、取り消されます。

*社会法典は、ドイツの社会保障等に関する統一的な法典であり、第1編に総則が設けられている。

2-3) 参考

ドイツでは、連邦リハビリ機構（BAR）が、日本でいうと、国立職業リハビリテーションセンターや、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構のように、職業リハビリテーションにかかる施設の運営、ネットワーク形成、研究、情報の収集と伝達等の役割を果たしている。

ここには、精神疾患による労働不能日数は長期化し易いこと（例えば、2018年の精神疾患による1件あたりの労働不能日数は約26.3日で、他の病気の2倍以上であること）、精神疾患の罹患者へのリハビリでは、社会参加を目標として、患者自身、医師、セラピストなど、様々な関係者が協働することが重要であり、それが可能な施設がドイツ国内に多数あること等が記されている。

（連邦リハビリ機構（BAR）のWEBサイト）



Die BAR.
Reha-Erfolg braucht Koordination

Sie sind hier: Service ▾ | Reha-Info und Newsletter ▾ | Reha-Info 2020 ▾ | Reha-Info 02/2020 ▾ | Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen ▾

Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen

<https://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info-und-newsletter/reha-info-2020/reha-info-022020/rehabilitation-von-menschen-mit-psychischen-erkrankungen.html>

(最終閲覧日：2021年2月22日)

また、社会法典は、職域において、事業者が、様々な種類の障害者であって、快復可能性のある者に対して、その障害等に応じた職場復帰のための体系的なプログラムを設計し、提供すべきことを定めており、これを怠ったうえでの解雇は違法と判断されやすくなる等の法的効果を招く。すなわち、社会法典第9編は、障害による労働不能や失業の防止のため、事業者を名宛人として、疾病により1年間に6週間以上労働不能となった労働者に対し、事業所編入マネジメント（Betriebliches Eingliederungsmanagement：段階的な職場復帰、労働能力や健康状態に応じた適職配置などにより、疾病の再発再燃防止や雇用維持を図る措置）の実施を義務づけている。実施に際しては、通例、労使の代表、直属の上司、産業医や外部の者などの関係者から成るチームが結成される³。これは、労働者に参加を義務づけるものではないが、社会法典第1編の協力義務との関係では、実施を図る事業者への協力が求められるように思われる。

³三柴前掲書（2020年）73-75頁（H25年度厚生労働科学研究（『諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果とわが国への適応可能性に関する調査研究』（研究代表者：三柴丈典））に掲載された水島郁子教授の分担研究報告書を基礎として、報告者が執筆したもの）。

2-4) 原文 (2)

Die §§ 60 ff. SGB I lauten:

§ 60 Angabe von Tatsachen

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,

2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,

3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen. Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

2-5) 試訳 (2)

第 60 条 事実の申告

(1) 社会保険給付を申請または受給する者は、

1. 給付にとって重要な意味を持つあらゆる事実を申告せねばならず、管轄保険機関の求めに応じた第三者による必要な情報提供に同意せねばならない。

2. 給付にとって重要な意味を持つか、給付と関係する宣言の条件に変化が生じた場合、遅滞なく申告せねばならない。

3. 証拠となるものを呈示し、管轄保険機関の求めに応じて書証を提出したり、その提出に同意せねばならない。第 1 号は、給付の返還義務を負う者にも適用される。

(2) 第 1 項第 1 号第 1 文、第 2 文の申告について書式が指定されている場合、これを用いなければならない。

2-6) 原文 (3)

§ 61 Persönliches Erscheinen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des

AntragsoderzurVornahmeandererfür die Entscheidungüber die LeistungnotwendigerMaßnahmenpersönlicherscheinen.

2-7) 試訳 (3)

第 61 条 出頭

社会保険給付を申請／受給する者は、管轄保険機関の求めに応じ、直接、口頭での事情聴取その他給付に関する決定のために必要な措置の実施のため出頭しなければならない。

2-8) 原文 (4)

§ 62 Untersuchungen

WerSozialleistungenbeantragtodererhält, sollsich auf Verlangen des zuständigenLeistungsträgersärztlichen und psychologischenUntersuchungsmaßnahmenunterziehen, soweitdiesefür die Entscheidungüber die Leistungserforderlichsind.

2-9) 試訳 (4)

第 62 条 検診

社会保険給付の申請／受給を行う者は、給付決定上必要な限り、管轄保険機関の求めに応じ、医学／心理学的な検査を受検せねばならない。

2-10) 原文 (5)

§ 63 Heilbehandlung

WerwegenKrankheitoderBehinderungSozialleistungenbeantragtodererhält, sollsich auf Verlangen des zuständigenLeistungsträgerseinerHeilbehandlungunterziehen, wennzuerwartenist, daßsieceineBesserung seines GesundheitszustandsherbeiführenodereineVerschlechterungsverhindernwird.

2-11) 試訳 (5)

第 63 条 診察

疾病障害により社会保険給付の申請／受給を行う者は、その健康状態の改善又は増悪防止が期待できる限り、管轄保険機関の求めに応じ、診察を受けねばならない。

2-12) 原文 (6)

§ 64 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wer wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, wenn bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, daß sie seine Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit auf Dauer fördern oder erhalten werden.

2-12) 試訳 (6)

稼得能力の低下、傷害の影響、失業を理由として社会保険給付を申請／受給する者は、その適性を適切に考慮したうえで、その稼得または意志疎通能力の持続的な促進や維持が期待される場合、 管轄保険機関の求めに応じ、部分的な労働参加を行わねばならない。

2-13) 原文 (7)

§ 65 Grenzen der Mitwirkung

(1) Die Mitwirkungspflichten nach den § § 60 bis 64 bestehen nicht, soweit

1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder

2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder

3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

(2) Behandlungen und Untersuchungen,

1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,

2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder

3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.

(3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozeßordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert

werden.

2-14) 試訳 (7)

第 65 条 協力の限界

(1) 第 60 条から第 64 条に基づく被保険者の協力義務は、以下の場合には生じない。

1. その履行が申請された社会保険給付との均衡を欠く場合、
2. 然るべき理由から、その履行を果たすことが当事者に期待できない場合、
3. 保険者が、申請者や受給権者よりも低コストで、自ら必要な知識を取得できる場合。

(2) 診療

1. 個別事情により、生命・健康の侵害を高確率で排除できない場合、
2. かなりの程度の痛みがある場合、
3. 身体への健康への重大な侵害をもたらす場合、

拒否し得る。

(3) 保険給付の申請者、受給権者やその承継人（民事訴訟法第 383 条第 1 項第 1 号～愛 3 号）が犯罪や秩序違反で起訴されるリスクに晒す情報の提供は拒否できる。

2-15) 原文 (8)

§ 65a Aufwendungsersatz

(1) Wer einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach den §§ 61 oder 62 nachkommt, kann auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstausfalls in angemessenem Umfang erhalten. Bei einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach § 61 sollen Aufwendungen nur in Härtefällen ersetzt werden.

(2) Absatz 1 gilt auch, wenn der zuständige Leistungsträger ein persönliches Erscheinen oder eine Untersuchung nachträglich als notwendig anerkennt.

2-16) 試訳 (8)

第 65 条 a 費用の補償

(1) 第 61 条（事情聴取のための出頭）か第 62 条（給付決定のための医学的／心理学的検査の受検）に基づき、管轄保険機関の求めに応じた者は、請求により、適当な金額の必要経費の補償及び損失補償を受けることができる。第 61 条に基づく場合の補償は、過酷だった場合に限られる。

(2) 第 1 項は、管轄保険機関が直接の出頭や、検査を事後的に不要と判断した場合にも適用される。

2-17) 原文 (9)

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

2-18) 試訳 (9)

第 66 条 協力義務の不履行の効果

(1) 社会保険給付を申請または受給する者が、第 60 条から第 62 条、第 65 条に基づく協力義務を履行せず、それによって事実関係の解明が著しく障害された場合、給付の前提条件が裏付けられない限り、保険者は、それ以上の調査を行わずして、改めて協力義務が履行されるようになるまで、全てまたは一部の給付を拒否または停止することができる。このことは、給付の申請者または受給権者が、その他の方法で、事実関係の解明を妨げた場合にも同様に当てはまる。

(2) 介護の必要、労働能力の喪失、稼得能力の低下、傷害の影響、失業を理由に社会保険給付を申請または受給する者が、第 62 条から第 65 条に基づく協力義務を履行せず、事情を総合的に考慮して、その不履行の故に、自立的な生活能力、労働、稼得、意志疎通の能力

が侵害され、改善しないと認められる場合、保険者は、当該協力義務が改めて履行されるまで、その全部または一部の支給を拒否または停止することができる。

(3) 協力義務の不履行による社会保険給付の拒否または停止は、受給権者がそうした結果についての書面での予告を受けたにもかかわらず、その協力義務が設定された適当な期間内に履行されなかった場合に限り、行われ得る。

2-19) 原文 (10)

§ 67 Nachholung der Mitwirkung

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § 66 versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

Zur Einordnung, was es für Vorschriften sind, möchte ich Ihnen ergänzend diese kurze Information geben: Das Erste Sozialgesetzbuch in Deutschland gilt für die gesamte Sozialversicherung; die Regelungen, die speziell zur Unfallversicherung getroffen werden, sind im Siebten Sozialgesetzbuch enthalten.

Ich hoffe, Ihnen weitergeholfen zu haben, und verbleibe mit freundlichen Grüßen

2-20) 試訳 (10)

第 67 条 協力義務の履行の回復

事後的に協力義務が履行され、社会保険給付の前提条件が整った場合、保険者は、第 66 条により拒否または停止されていた社会保険給付の全部または一部を、事後的に給付することができる。

なお、以上に一部を掲げたドイツの社会法典第 1 編は社会保険制度全体に適用されます。
労災保険を対象とした規制は、第 7 編に定められています。

3、ドイツ健康保険組合 (DKV) から提供された情報

1) 情報提供者

Ramón Lang

ReferatLeistungsrecht/Rehabilitation/Selbsthilfe

社会保険給付、リハビリ、自助に関する調査研究部門

GKV-Spitzenverband

ドイツ健康保険組合連合会・本部

2) 提供された情報

2-1) 原文 (1)

Sehr geehrter Herr Mishiba,

Versicherte haben nach deutschem Recht (§ 44 SGB V) Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) behandelt werden. Hierbei wird das Krankengeld für maximal 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren gewährt. Dies gilt demnach auch für psychische Erkrankungen.

Besteht demnach nach ärztlichen Attest eine Arbeitsunfähigkeit - welche jeweils abschnittsweise nachzuweisen ist - dann wird Krankengeld bis zur Ausschöpfung der Maximaldauer von 78 Wochen gewährt.

Fragen im Zusammenhang mit Erwerbsminderungsrenten können wir leider nicht beantworten und bitten Sie dies entsprechend an die Deutsche Rentenversicherung Bund zur Beantwortung zu übermitteln.

2-2) 試訳 (1)

ドイツ法（社会法典第5編第44条）では、被保険者は、疾病により労働不能となった場合、または、病院、介護施設、リハビリ施設に入院することとなった場合（第23条第4項、第24条、第40条第2項、第41条）、疾病手当を受給する権利を得ます。

この際、3年間に78週（約1年半）以内で、疾病手当が支給されます。この制度は、精神疾患にも適用されます。

ただし、最大78週にわたる疾病手当の支給には、区々の期間ごとの、労働不能に関する医師の証明が求められます。

(以下略)

2-3) 原文 (2)

Arbeitsunfähigkeit darf durch den Arzt immer nur für 2 Wochen in Ausnahmefällen für 4

Wochen in die Zukunft ausgestellt werden. Dadurch entstehen Abschnitte bei der Attestierung der Arbeitsunfähigkeit. Die Krankenkassen zahlen daher nicht monatlich oder in einem festen Intervall, sondern immer nur für den nachgewiesenen Zeitraum. Wird nach dem Ende einer bisher attestierten Arbeitsunfähigkeit z.B. erst 5 Tage verspätet die weitere AU festgestellt, dann ruht der Anspruch auf Krankengeld für diese Zeit und wird nicht an den Versicherten ausgezahlt.

2-4) 試訳 (2)

労働不能を示す医師の証明は、通常は向こう2週間、例外的な場合にも4週間に限り、発行され得ます。 こうして、労働不能の証明が分割される ことになっています。

そこで、健康保険組合は、月ごとなどの一定の長期間ごとではなく、通常、その証明書に示された期間のみ保険給付を行います。証明された労働不能期間の終了から、例えば5日遅れて、労働不能の継続が認められた場合、その期間、健康保険手当の支払いが停止され、被保険者への給付は行われません。

4、補足

労災保険の被保険者が協力義務を果たすためのリハビリ参加に関するガイドラインについては、情報提供者が言及しなかったため、おそらく存在せず、参加の可否、要否は、被保険者である労災保険組合の個別的な判断に委ねられているのではないと思われる。

その際、まずは労災保険給付の申請者が主治医の診断を示すものの、労働能力の判断が困難なケースでは、労災保険組合が自ら複数の医師に鑑定を委嘱しているようだ⁴。

また、健康保険法上の疾病手当の支給期間と同様に、労災保険の休業補償の支給期間も、78週(約1年半)に制限されているが、疾病手当とは異なり、3年内との枠はない。すなわち、社会法典の中の労災保険制度に関する規定集(第7編)において、休業補償は、所定賃金の8割支給されるものの、支給期間は78週までに制限されている。別途、災害から26週を超えて、稼働能力が2割以上低下した場合、障害年金を得られる旨の定めがあるので、そちらに移行することになる。それでも、所定賃金の2/3は補償される。

労災保険の被保険者の協力義務は、障害年金を得ている者にも、適用の可能性はあるだろうが、制度の性質上、休業補償等に比べると、適用されにくいのではなかろうか。

⁴例えば、<https://www.erca.go.jp/asbestos//chousa/pdf/h20/180-194.pdf>(最終閲覧日:2021年2月22日)。

5、まとめ

以上に示した情報を整理すれば、以下の通り。

ア 労災保険等の社会保険受給者にも快復（社会参加能力の獲得・回復）のための協力義務が課され、それを履行しなければ、合理的な理由がない限り、保険給付が拒否／停止され得る。

イ 協力義務には、①正確な事実の申告、②医学／心理学的検査の受検、③受診と治療、④部分的な労働参加等が含まれる。保険者の判断により、リハビリへの参加も求められる。

ウ 医師による要休業の診断書は、原則として向こう 2 週間分しか発行できず、保険給付もその期間のみ行われる。こうして、マメに給付の必要性が判断される。

エ これらの原則は、労災保険のみならず、全ての社会保険給付に適用される。よって、疾病の業務上外を問わない。

オ 労災保険の休業補償は、78 週までしか支給されず、期間中に改善しなければ、改めて審査を受け、障害補償が適用される。

このようにして、少なくとも、全ての社会保険給付、特に労災保険法上の休業補償について、受給期間の不当な長期化に歯止めがかけられている。しかし、社会保険は被保険者の権利という彼国の法原則に基づき、保険給付の制限には、相応の裏付けが求められる。

復職支援制度の国際比較および生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の可能性に関する研究

研究分担者 田中克俊¹

研究協力者 飯田大作¹、荒木光¹、大島優子¹、渡部真弓¹、加藤憲忠¹、山本愛¹、金子周平¹、大石悟²、鎌田直樹³

1 北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学 2 北里大学医学部精神科

3 富士電機株式会社

研究要旨

<目的>

近年、精神疾患による休業の長期化が問題となっており、OECD 諸国においても、長期的な病気と障害の3割から5割が、精神疾患によるものであるといった報告もある¹⁾。研究1では、精神疾患による休業者の的確な状態把握と適切な就労可否判断を行うために、諸外国の就労可否判断の現状を把握することを目的とした。また、休業者への効果的な社会復帰支援を検討するため一助となるよう、諸外国の復職への取り組みも合わせて調査した。

気分障害の療養者に対する適切な就労可否判断は重要な課題でありながら、就労可否に必要な療養者の状態把握は、療養者の報告に基づく部分が大きく、想起バイアス等が懸念される。研究2では、気分障害の療養者に対する就労可否判断の客観的な指標として、生活モニタリングデータを実用する可能性を検討した。

【研究1】復職支援制度の国際比較

<方法>

諸外国で発行されている復職ガイドラインをもとにして、諸外国の現状を、1. 復職に関するガイドライン、2. 就労可否判断の方法とその基準、3. 復職への取り組み、の3点に関して調査を行った。

<結果>

諸外国と本邦では、重視する復職の目標やモデル、制度において異なる点はあるが、同様の復職支援に関する取り組みが多くみられた。また、イギリスの雇用アドバイザーのサービスや、アメリカの業務活動分析書のような個別の業務内容と身体的・精神的な要求に基づく就労可否判断、オランダの労働者に対してインセンティブとなる制度などは学ぶべき点があった。

【研究2】生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の可能性

<方法>

長年にわたり多数の研究で用いられているアクチグラフィと気分障害の症状との関

連、及び、近年注目されているスマートフォン等で収集した生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連に関する文献を調査した。調査によって選定した文献から、就労可否判断に有用な結果を精査した。

<結果>

文献調査の結果、アクチグラフィと気分障害の症状との関連を評価したメタアナリシスおよびシステマティックレビューは7編選定された。大うつ病性障害の寛解患者と健康者の活動量の間には有意差がないという分析結果から、活動量を大うつ病性障害の寛解の判断指標とする可能性が示唆された。スマートフォン等で収集した生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連に関する文献は27編選定された。位置情報と音声データは、双極性障害の症状との関連が一貫して認められており、データ分析に基づく双極性障害の寛解期の判別能力は、中等程度であった。

<考察>

研究1に関しては、アメリカのように個別の業務内容と精神的要求に基づく判断を検討していくことは有用であると考えられた。また、諸外国にみられない、本邦の生活記録表による就労可否判断に加えて、客観的な方法で測定した休業者の日中活動量等を利用した判断の知見を蓄積していく事は今後重要になると考えられた。今回調査した、諸外国の復職支援サービスやインセンティブとなる制度は、効果的な社会復帰支援の検討において有用な観点となると考えられた。

研究2に関して、結果からは、アクチグラフィの活動量、及びスマートフォンで収集した位置情報や音声データを気分障害の寛解の判断指標とする可能性が示唆されたが、研究の患者のサンプル数が十分ではないことから、現時点では実用することは難しいと考えられた。今後、就労可否判断に客観的な指標の導入を進めるためには、患者のサンプル数を増やした研究に限らず、復職に影響を与える症状以外の要因の評価に客観的データを用いる方法の検討や、評価尺度と客観的データを複合した就労可否判断モデルの探索と評価などの研究が必要になると考えられた。

【研究1】復職支援制度の国際比較

A. 研究目的

近年、精神疾患による休業の長期化が問題となっており、OECD諸国においても、長期的な病気と障害の3割から5割が、精神疾患によるものであるといった報告もある¹⁾。精神疾患による長期の休業者は、症状の改善しない事以外にも、休業補償制度や仕事に対するモチベーション、生活パターン、コーピングスタイルなど様々な影響を受けるため、労働者の状態の把握と適切

な就労可否判断は重要となる。

本研究では精神疾患による休業者の的確な状態把握と適切な就労可否判断を行うために、諸外国の就労可否判断の現状を把握することを目的とした。調査の結果、具体的な数量データが示された報告については、就労可否判断のアルゴリズムを明らかにするために回帰分析や決定木、またはニューラルネットワークを用いた解析を試みる。

また、休業者への効果的な社会復帰支援を検討するため一助となるよう、諸外国の復職への取り組みも合わせて調査する。

B. 方法

復職に関するガイドラインには、各国の復職支援の内容が包括的に含まれていると考え、諸外国の現状の調査は、各国で作成された復職ガイドラインの内容を基にして行った。

諸外国の復職ガイドラインの検索は、Pubmed を用いておこなった。復職に関するガイドラインだけでなく、産業精神保健に関するガイドラインも含め、2010年1月以降から検索日（2019年12月25日）までに出版された文献を対象とした。復職に関するガイドラインの検索語には、「復職（return to work、RTW等）、ガイドライン・ガイドランス（guidelines、guidance等）」、産業精神保健に関するガイドラインの検索語には「メンタル（mental）、ヘルス・障害・病気（health、disorder、illness等）、産業・仕事・職場（occupational、work、workplace等）、ガイドライン・ガイドランス（guidelines、guidance等）」を用いた。それぞれの検索語に対して、同じ分類に含まれる語句を”OR”で繋いだ後、分類グループを”AND”で繋いで検索を行った（資料1）。

調査の結果、具体的な数量データが示された報告については、就労の可否判断のアルゴリズムを明らかにするための解析を試みる。復職の可否について定義がなされ、アウトカムが明確に2分（就労可 or 不可）されている場合には、ロジスティックモデルを用いた回帰分析を用いて解析

を行う。ただし、就労可否の判断については、わが国でいう試し出勤制度など、就労可 or 不可とアウトカムが明確に2つに分けられていない場合が多いと想定されるため、その場合には決定木分析を行う。それでも十分なアルゴリズムが示されない場合（線形分離不可能な場合など）、ニューラルネットワークを用いたデータマイニング（分類と回帰の推定）を試みる。

C. 結果

検索の結果、合わせて1027本の文献が抽出された。抽出された各論文について、表題および抄録を精読し、全文精読すべきか判断した。判断基準は「1. 職場のメンタルヘルス、精神障害、または復職を含むこと」、「2. ガイドラインやガイダンスの文献または、それらのレビュー文献であること」、「3. 英語による記載」とした。全文精読と判断した68本の文献に対して、本文および、参照文献で記載されているガイドラインを抽出した結果、英語のガイドラインが28本抽出された（英語以外では、オランダ8本、ドイツ2本、フィンランド2本、韓国2本、日本2本を抽出）。それら28本のガイドラインをすべて精読した結果、復職に関するガイドラインを含むものが最終的に10本抽出された。

抽出された10本のガイドラインの作成国は、イギリス、オーストラリア、アメリカ、カナダ、及びヨーロッパ地域であった。ヨーロッパ地域において、オランダは「メンタルヘルス不調による疾病休業への関心が高く、休業者への休業中からの復職支援の効果に対して科学的な研究を進めてきている」と報告されている2)。したがっ

て、調査対象とする諸外国は、イギリス、オーストラリア、アメリカ、カナダ、オランダの5カ国とした。

ガイドラインの内容に基づき、諸外国の現状を、1. 復職に関するガイドライン、2. 就労可否判断の方法とその基準、3. 復職への取組み、の3点に関して調査した。

1. 復職に関するガイドライン

1.1. イギリス

イギリスの復職に関するガイドラインの概要を表1に示す(3, 4, 5)。

① ガイドラインが準拠している法律

ガイドラインが準拠している法律には、Health and Safety at Work Act 1974、およびEquality Act 2010が挙げられていた。Health and Safety at Work Actは労働衛生法であり、「労務従事者(persons at work)の安全衛生及び厚生水準(welfare)の確保と共に、彼らの活動に関連して生じる安全衛生上のリスクから彼ら以外の者を保護することを目的として定められたもの」である(6)。Equality Act 2010は、差別禁止法であり「職場(workplace)及び、より広い社会における差別から人々を守る法律」である(7)。以前の法律である性差別禁止法(Sex Discrimination Act 1975)、人種関係法(Race Relations Act 1976)、障害者差別(Disability Discrimination Act 1995)などの差別に関する法律が統合されて立法されている。

② ガイドラインの内容

ガイドラインのうち、発行元がmindとDavon Devon Partnership Trustのものは、精神健康的な職場づくりを目的としており、その一部として、復職に関する推奨事

項が記載されていた。雇用主やラインマネージャーを対象としており、復職に関しては、「休業者との継続で適切なコミュニケーション、効果的な計画立案(段階的な復職、環境調整の具体的な方法(労働時間や職務内容等)、復職を歓迎する」といった推奨事項が記載されている。

それに対して、発行元がNICEのガイドラインは、長期間の休業や就労困難な労働者の支援を目的としたガイドラインであり、雇用主や管理職、GP(医師)やケア専門家、労働者などに向けた包括的な関係者を対象としていた。ガイドラインには、1) 職場の文化と方針、2) 職務への適合性のアセスメントと保証、3) 仕事への適合性の文書、4) 職場環境調整、5) 休業中の人と連絡を取り合う、6) 早期介入、7) 就労継続と再発の低減、8) 健康状態や障害のため雇用されていない人たちについて、に関する推奨事項が記載されている。

1.2. オーストラリア

オーストラリアの復職に関するガイドラインの概要を表2に示す(8, 9, 10)。

① ガイドラインが準拠している法律

ガイドラインが準拠している法律には、Work Health and Safety Act 2011(WHS Act)、Work Health and Safety Regulations 2011(WHS Regulations)、およびDisability Discrimination Act 1992(DDA)が挙げられていた。WHS ActとWHS Regulationsは労働衛生法であり、「労働者および他の人を健康への有害から保護することにより、労働者および職場の健康と安全を確保するための枠組みを与えるもの」であり、ほとんどの州政府がそれに基づ

づいた法律を適用している 11)。DAA は、障害者に対する差別禁止法である 12)。

② ガイドラインの内容

ガイドラインのうち、発行元が Beyond Blue と Comcare のガイドラインは、精神的な職場づくりを目的としており、その一部として復職に関する推奨事項が記載されていた。雇用主や人事、管理職を対象としており、復職に関しては、「関係者（保健スタッフ、専門家、家族）の協力に基づいた復職計画の立案、休業者との早期の連絡とニーズの専門的評価、合理的な調整、精神障害に対するスティグマへの対応」などの推奨事項が記載されている。

発行元が Centre for Youth Mental Health のガイドラインは、復職支援を目的としたガイドであった。ガイドラインは、1) 復職の方針や手順、2) 組織で行う事、3) 上司や同僚が行う事、4) 復職コーディネーターの役割、5) 上司の役割、6) 復職計画の立案、という形で構成されており、「復職方針や手順の定義、復職計画立案、復職の管理、休業者との連絡、合理的配慮、同僚は復職を歓迎する」などの推奨事項が記載されている。また、復職やメンタルヘルスを管理し、休業者と連絡を取る役割を担う「復職コーディネーター」を企業内に準備する事が記載されている。

1.3. アメリカ

アメリカの復職に関するガイドラインの概要を表 3 に示す 13)。

① ガイドラインが準拠している法律

ガイドラインが準拠している法律は明記されていなかったが、関連する連邦法として Americans with Disabilities Act (ADA)

と Family and Medical Leave Act (FMLA) が挙げられていた。ADA は障害者に対する差別禁止法（障害に基づく差別を、雇用や州、地方自治体、公共施設、通信において禁止する幅広い公民権法）であり、FMLA は労働者の休職に関する米国労働法である 13)。FMLA は、家族と医療目的において休業している労働者が条件を満たす場合、1 年間に最長 12 週間の無給休職期間を保障する。

② ガイドラインの内容

ガイドラインの発行は、米国労働省の資金提供をうけて州政府評議会（The Council of State Governments）がおこなっており、STAY-AT-WORK / RETURN-TO-WORK (SAW/RTW) と呼ばれる就労継続・復職プログラムの導入を各州政府に対して推進させるために作成されていた。就労継続・復職プログラムは、就労困難な労働者が就労継続する事、または早期に復職をする事を目的としている。ガイドラインは州政府の職員を対象としており、すでに就労継続・復職プログラムを導入している州政府のベストプラクティスがまとめられている。各州で行われているプログラムの事例のほか、「経営者からのコミットメントの確保、復職の方針と手続きの文書化、復職コーディネーターの任命、個々の計画を作成する委員会の設立、管理者や労働者への教育、安全（予防）プログラムの構築、職務記述書の作成、可能な配慮の調査と評価、段階的な復職、定期的なアセスメント、労働者の能力制約に合わせた調整の実施」といった推奨事項が記載されている。

1.4. カナダ

カナダの復職に関するガイドラインの概要を表4に示す(14, 15)。

① ガイドラインが準拠している法律

ガイドラインが準拠している法律には、Canadian Human Rights Act (CHRA) が挙げられていた。CHRAは、すべての個人が他者と平等の機会をもつという原則を含んだ差別禁止法である(16)。

② ガイドラインの内容

ガイドラインのうち、発行元がIWHであるガイドラインは、職場においてうつ病の労働者を支援する事を目的としており、その一部として復職に関する推奨事項が記載されていた。職場の関係者(上司、同僚、人事スタッフ、組合代表者)を対象としており、「職場のカルチャー、コミュニケーション、教育、職場のプロセス、復職の計画、職場内外の資源」に関する内容が記載されている。復職に関しては、「心からの思いやりのあるコミュニケーション、個別化された段階的な復職プランの策定、配慮に関する同僚への説明、復職を歓迎する、関係者での会議、継続的なモニタリングの実施」といった推奨事項が記載されている。発行元がOHSAHであるガイドラインは、復職及び就労継続を目的としており、介入方法のベストプラクティスが、組織、障害管理の実践、個人の観点からまとめられていた。介入方法として、「コミュニケーションのある職場の文化や、関係者間の緊密な調整、体系化・構造化された復職の実践、労働者や職場環境を考慮した配慮、職場や業務に焦点化したCBT的介入」などが記載されている。

1.5 オランダ

ヨーロッパ地域のガイドラインの概要を表5に示す(17)。

① ガイドラインが準拠している法律

ガイドラインが準拠するものとしては、「The European Framework Directive on Safety and Health at Work (Directive 89/391 EEC)」が挙げられていた。これは、EUの加盟国に求められる労働者の安全と衛生に関する法形態である(18)。

② ガイドラインの内容

ガイドラインは、精神健康的な職場づくりを目的としたものであり、その一部として復職に関する推奨事項が記載されていた。雇用主とマネジャーを対象としており、「労働者のニーズを確認する、連絡を取り合う、労働者が職場に貢献できる事に焦点を当てる、専門家の支援を利用する、合理的な配慮を行う」といった推奨事項が記載されている。

本調査では英語のガイドラインを対象としたため、オランダ固有のガイドラインは確認できなかった。オランダの産業医向けの復職支援ガイドラインを調査した文献によると(15, 19)、ガイドラインは、1) 問題の理解と診断、2) 介入、3) 予防・再発予防、4) 評価と完了、の4つのフェーズから構成されている。「1) 問題の理解と診断」では、労働者だけでなく職場の課題やリスク要因と、その解決状況がどの段階にいるかを評価し、「2) 介入」では、労働者と上司の両方の問題解決力を強化するように、経過の観察と、労働者への介入(CBT)、職場への介入を行う。「3) 予防・再発予防」では、職場での構造的な問題に対処し、労働者が再発リスクを同定する事を支援し、

「4) 評価と完了」では、評価の対象や時点を決める。産業医は、休業後 2 週間で治療を開始し、最低 30 分の診察を 3 週間に 1 度行い、職場の上司とは月に 1 度連絡を取ることになっている。

2. 就労可否判断の方法とその基準

2.1 イギリス

NICE のガイドラインから就労可否判断に関連する内容として Fit note が確認された 5)。ガイドラインには「GP などによって仕事への適合性を記載してもらう事 (Fit note への記載)」、「Fit note において仕事へ適合となった事を起点として環境調整を検討する事」、「GP から提示された職場での環境調整が行えず、復職できない場合は十分な状態で復職すべきと助言する事」などが記載されている。

Fit note のガイダンスは、主治医、患者・労働者、雇用主・ラインマネージャー向けにそれぞれ発行されている 20)。主治医向けの Fit note ガイダンスでは、主治医は「特定の仕事でなく、一般の仕事への適合性」を判断するとされている。アセスメント項目は、「機能的な制限」、「健康状態の持続期間と起こりえる変動」「進行中である臨床的管理への影響」「仕事をすることが健康状態を悪化させるかどうか」となっている (表 6)。

Fit note に記載すべき就労可否判断の結果には、「仕事に適する可能性がある (may be fit)」と「仕事に適さない (not fit)」の 2 種類があり、患者が以前と同一の仕事ではなくとも、なんらかの仕事ができる場合は、「仕事に適する可能性がある」に印をつけるという基準となっている。判断結

果のコメント欄への記載は必須であり、診断や症状ではなく、患者ができることに焦点を当てて、患者の状態が機能に与える影響に関する助言の記載が求められる。また、一般的な復職のための助言として必要な調整事項を「段階的復職」、「勤務時間の変更 (勤務日や時間)」、「職務の変更」、「職場環境の調整」の 4 つから該当する項目を選択する形となっている。

2.2 オーストラリア

就労可否判断に関連する内容は、いずれのガイドラインにも記載されていなかったが、オーストラリアにおいてもイギリスの Fit note に類似した文書として、Certificate of Capacity が確認された。Certificate of Capacity とは、傷病補償給付の申請のために医師が作成する文書であるが、仕事の能力、復職のために必要な配慮、復職プログラムなどに関する情報を含む 21)。仕事の能力に関しては、「身体的能力、精神的能力、その他の問題」が記載される。就労可否判断の結果としては、「仕事に適する (fit for work)」、「条件付きで仕事に適する (fit for work with the following)」、「仕事に適さない (not fit for work)」の 3 種類から選択することになっており、いずれも判断結果が適用される期間を記入する項目がある 22)。「条件付きで仕事に適する」とした場合は、合理的配慮の助言として「段階的復職」、「職務の変更」、「勤務時間の短縮」、「職場環境の調整」「復職計画の添付有無」の 5 つから該当する内容の選択し、詳細を記載することとなっている。

Certificate of Capacity 作成における主

治医向けの参考文書には 23)、精神障害によって職務上困難となる機能(思考プロセス、組織化と計画、社会的対話、身体的症状と機能、感情)や、合理的配慮の具体例が記載されていた(表6)。

2.3. アメリカ

ガイドラインから、就労可否判断に関連する内容として、ジョージア州の「Job Activity Analysis(業務活動分析書)」24)とニューヨーク州の「Transitional Assignment Form(過渡期業務任命書)」25)の事例が確認された。

ジョージア州の業務活動分析書とは、雇用主が労働者の業務内容記載した文書である。主治医は、提供された労働者(患者)の業務活動分析書に基づき、就労可否判断を行う。雇用主が記載する業務活動分析書の項目には「業務内容、及び各業務に必要な身体的要求、精神的要求、環境条件」及び、「求められる質的・量的生産性、必要な勤務時間」があり、医師が記載する就労可否判断の項目には「復職」、「条件付き復職」、「復職不可」が用意されている(表6)。

ニューヨーク州の過渡期業務任命書とは、医療提供者が記載する労働者(患者)の労働状態や身体的能力に関する情報提供文書である。労働者の段階的な復職の過渡期において、雇用主が労働者に対して割当する業務内容を検討するために用いられる。雇用主が業務内容を記載した過渡期業務任命書入力フォームを用意し、それに対して、医療提供者は労働者が可能な業務を選択する(例:長時間立つなど労働者が避けるべき姿勢、運搬業務など避けるべき物品作業、キーボード入力などの避けるべき

き反復作業、労働時間制約など)。

2.4. カナダ

ガイドラインからは就労可否判断に関連する内容は確認されなかったが、カナダでは、Fit to Work(or Fitness to work)と呼ばれる医学的アセスメントが行われている(26)。Fit to Workは、復職時などにおいて、労働者の状態を確認する事を目的とし、雇用主が希望した場合に限り行われる。医療専門職が身体的、精神的評価や機能制約などを考慮し、「仕事に適する(fit)」、「仕事に適さない(unfit)」、「業務調整の対象者(fit subject to work modifications)」のいずれかを判定する。Functional Abilities Formと呼ばれる様式では(27)、上司によって労働者に求められる身体的機能、物理的環境、非身体的能力(認知機能等)が選択・記載され、その項目に対して、主治医が機能制約の有無を判断する形式となっている(表6)。

2.5. オランダ

ガイドラインからは就労可否判断に関連する内容は確認されなかったが、オランダでは保険医を対象にして行われた研究結果として、長期療養者の就労能力をアセスメントするためのチェックリストが作成されている(28)。チェックリストの内容は、身体的精神的な項目ではなく、復職の阻害要因と促進要因に分けられており、長期療養者の対処力や認知に関する項目となっている。阻害要因の項目としては、非効率的なコーピングスタイルや、病気に対する否定的な認識、病気による2次的な利益といった項目や、促進要因としては、復

職への動機といった項目がある（表6）。

また、オランダの復職プログラムを調査した文献によると 29)、オランダでは産業医が労働者の作業能力を記述した職務能力評価シート (Capability Profile) が用いられているとされる。評価項目としては、「労務能力 (集中力、注意転換、記憶、単独作業、特定の作業)、社会機能 (視力、聴力等)、身体状況 (暑熱環境作業等)、動作を伴う作業 (片手作業等、中腰作業)、静止作業 (座位、立位等)、就業時間制限の要否」などがあり、労働者の現時点の就労能力だけでなく、今後の見通しまで評価するとされる。

3. 復職への取組み

3.1. イギリス

イギリスは、メンタルヘルスの分野において OECD 加盟国のなかで革新的であるとされているが 30)、Fit note は復職支援において重要な役割を担っている。Fit note とは、イギリスにおいて、主治医が作成する「患者の仕事への適合性を判断する診断書」であり、従来の休業診断書 (sick note) に代わって、2010 年 4 月より開始されている 31)。Fit note に対する評価研究によると、医師にとっては、Fit note が患者との復職に関する会話を始める際に役立つ事などの有効性が 32, 33)、患者にとっては、Fit note が雇用主との職場調整の会話を促進するなどの有効性が報告されている 34)。課題としては、適切な記載されていないことが挙げられている 35)。段階的な復職へとつながる「仕事に適する可能性がある (may be fit)」という就労可否判断が選択されていた Fit note は、調査対象全体

のわずか 6.4%だけであるという研究もみられた 36)。

Fit note を作成する主治医を支援するサービスとして、Fit for Work がある 20)。Fit for Work とは、復職を目的とした長期休業者に対する労働衛生アセスメント及び助言のサービスであり、パイロット導入を経て 2014 年から本導入されている 37)。Fit for Work は、休業者に対する生物心理社会的アセスメントやそれに基づく個別の復職計画の策定 (医師や雇用主からの紹介があり、4 週間以上休業している者が対象) や、雇用主や労働者への助言といったサービスの提供を行っていた。Fit for work 導入に対する評価研究では、Fit for Work のサービスを利用した労働者の 65% が 3 ヶ月以内に復職したことが報告されている 37)。一方で問題点として、アセスメント前の脱落が 40%超えるという事、復職計画の個別化が不十分である事、メンタルヘルス不調者は新たな職場へ転職する機会が多くその支援が提供できていない事が挙げられている。Fit for Work は医師や雇用主からの紹介数が少ないという理由により、2018 年にアセスメントサービスの提供を終了している。2019 年時点では、労働者の職場や家庭での健康状態の管理や早期の復職を支援するための助言サービスのみを提供しており、主治医や雇用主、及び労働者は、Email やオンラインチャットや電話によって専門家の助言を無料で受ける事ができる 38)。

その他、イギリスの復職に関する特徴的なサービスとしては、IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) プログラムや、雇用アドバイザー

(Employment Advisor)、Access to Work といったものがある。IAPT プログラムとは、一般的な精神障害に対して、心理的治療を早期に提供する国民保健サービスである。IAPT プログラムで提供される高強度の心理療法としては、基本的に CBT が行われている (39)。雇用アドバイザーとは、IAPT セラピストと共に労働者に対して実践的な助言や介入を行う専門職である。雇用アドバイザーを導入した後に IAPT サービスを受けた労働者の 65% が復職したという報告もある (40)。Access to Work とは、職場での合理的配慮が不十分であるときに、労働者が合理的配慮に関して相談することができる国営サービスであり、配慮のために要する物品やサービスへの助成も提供している (41)。

また、復職を促進するための財政的なインセンティブのひとつとして、雇用主への免税制度がある。4 週間以上の休業者に対して、復職のために雇用主が支払った治療費は一人当たりで年間 500 ポンドまでが免税となる (42)。

3.2. オーストラリア

オーストラリアにおいては、EAPs (Employee assistance programs) が職場のメンタルヘルスを支援するサービスとして確立されている (43)。EAPs は労働者とその家族を支援するためサービスとして、アセスメントや機関への紹介、短期間のカウンセリングを提供している。また、障害者の就労に対する支援としては、連邦政府による Job Access というサービスがあり、相談業務や Employment Assistance Fund という合理的配慮に対する助成を行って

いる (44)。しかしながら、OECD レポート (2015 年) では、オーストラリアは復職に関するサービスは不十分であり、労働者を支援するために雇用主が担うべき義務や責任は少なく、政府のさらなる対応が必要であると報告されている (45)。2019 年時点では、復職支援への取り組みが進んでおり、復職コーディネーターを企業内に準備することがガイドラインに記載されている (10)。ニューサウスウェールズ州においては、適用基準 (賃金や労働者数等) に該当する雇用主は、復職コーディネーターの選任が義務づけられている (46)。

3.3. アメリカ

アメリカでは、就労継続・復職 (SAW/RTW) プログラムの導入が、各州政府によって行われている。プログラムの有効性に対する評価も行われており、カリフォルニア州の労災補償を受けた労働者を対象とした調査では、復職プログラムによって復職期間が平均 3~4 週間短縮されたという報告がされている (47)。

各州によってプログラムを推進する取り組みはさまざまであるが (13)、復職を促進するため金銭的なインセンティブとしては、配慮のための職場環境の設備費用などに対する払い戻し、賃金の助成、税金控除の制度や、復職計画の作成や実行に対する補助金や保険料の割引といった制度が設けられている。ワシントン州では、官民連携による産業保健及び教育センター (Centers of Occupational Health and Education) を設立し、雇用主と労働者に対して復職の支援を行う復職コーディネーターの提供や、医療提供者に対する教育

を行っている。

その他、障害者に対する就労支援サービスとしては、Individual Placement and Support (IPS)プログラムが代表として挙げられる。IPSは、アメリカで始まった重度の精神障害者の就労を支援するアプローチであるが、その有効性が示されており、日本も含めた多くの国に急速に広がりつつある(48)。アメリカにおいては、全土にわたり普及しており、数多くのIPSプログラムが提供されている(49)。

3.4. カナダ

カナダで導入されている復職に関するサービスや制度を調査したが、主要なものを確認する事はできなかった。カナダでは、メンタルヘルスとプライマリケアの戦略のひとつとして、協同的メンタルヘルスケア(CMHC: collaborative mental health care)が不可欠であるとされている(50)。協同的メンタルヘルスケアは、異なる専門家や領域、部門が連携し、補完的なサービスと相互支援によって提供されるケアであり(51)、プライマリケアにおける利点や、うつ病に対するポジティブな成果が報告されている(52)。復職に対しても、協同的メンタルヘルスケアの効果が確認されつつあり、協同的メンタルヘルスケアを導入したグループは有意に復職率が高く、長期療養者への移行率が低いという研究結果も報告されている(53)。

3.5. オランダ

オランダでは、復職管理に対して個人と雇用主が協力して取り組むことを目的とし、復職に関する義務とインセンティブが

強化されてきた。Gatekeeper Improvement Act という法律に基づき、復職において果たすべき義務が雇用主と労働者の両方に対して定められている。雇用主は、労働者の疾病管理に関して産業医へコンサルテーションを受ける事(産業医の選任)と、ケースマネージャーを設けることが義務付けられている(54)。休業手当としては、最低でも労働者の賃金の70%を最長2年間支払わなければならない。また、休業開始から8週間以内に休業者と復職プランに合意し、6週間ごとに復職のプロセスのモニタリングを行う必要がある。復職プロセスは労働保険実施機関(Uwv)によって評価され、もし復職に対して雇用主と労働者が非協力的だと判断された場合は、罰則が科される。雇用主が非協力的な場合は、休業手当の支払いが1年間延長され、労働者が非協力的な場合は、手当の支払い停止または解雇となる(54, 55)。

オランダの制度も変化しており、2007年には産業医の役割が疾病管理に焦点を置くように変更されたため、産業医の主な役割は、復職における問題の分析と復職計画に対する助言となり、労働者の疾病に対する予防的な活動が減ってしまっている事が課題となっている。また、2005年以降は、ケースマネージャーが専門家である必要がなくなったため、エビデンスに基づく疾病管理ができない事やプライバシー保護の問題が課題として挙げられている(54)。

オランダでは、主治医や産業医だけでなく、他の専門職が多面的に関わって復職支援を行っており、復職支援の効果や経済的評価に関する研究が進められている(56)。主治医、産業医、ソーシャルワーカー、社

会保険労務士を対象とした復職支援の研究の中では、産業医による復職支援が、休業期間の短縮や高い復職率に効果があることが報告されている 56, 57, 58)。

3. 就労可否判断のアルゴリズム解析

就労に関する各国のガイドライン及びその根拠となった論文・報告書は多く報告されているものの、その根拠は、専門家による合意 (expert consensus) に基づくものがほとんどであり、就労可否判断の根拠に資するような具体的な観察研究や介入研究はほとんど行われていなかった。そのため、統計学的に就労可否判断のアルゴリズム解析を行うことは出来なかった。

D. 考察

1. 復職に関するガイドライン

今回調査を行った諸外国の復職に関するガイドラインに共通する、アセスメントや評価の実施、復職計画策定 (個別化・段階的)、休業者との適切なコミュニケーション、合理的配慮に関する事項は、本邦の復職のガイドライン「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」59)とも共通している。一方、本邦のガイドラインには明示されていない事項として、協力的な職場の文化の醸成と復職コーディネーターの任命が挙げられる。

協力的な職場の文化の醸成に関連した推奨事項として、オーストラリアとカナダのガイドラインには、精神障害に関するスティグマへの対応が記載されていた 8, 15)。研究結果からも、スティグマを減らす事によって、上司や同僚が早期に不調者に気づくだけでなく、休業者の復職を支援すると

ということが報告されている 15, 60-64)。本邦においては、事業所においてメンタルヘルス対策への取り組みが行われているが、平成 29 年の調査では、メンタルヘルス対策として教育研修・情報提供を実施している事業所は未だに約 40%程度である 65)。復職の観点においても、今後、スティグマの軽減を目的とした心理教育の推進していく事は重要であると考えられる。

復職コーディネーターの任命は、オーストラリア、アメリカ、カナダのガイドラインに記載されており、関係者の調整や労働者に対するケア及び管理監督者の支援を行う役割を担っている 10, 13, 15)。復職コーディネーターは、休業者の復職の経験に対して肯定的な影響を与えるなど効果が報告されている 15, 60, 61, 66)。本邦では、復職コーディネーターは設けられていないが、ガイドラインには、衛生管理者等 (衛生管理者、衛生推進者又、安全衛生推進者) が同様の役割を担う事が明記されている。また、労働者健康安全機構では 2015 年度から、治療と仕事の両立に向けて労働者 (患者)、主治医、会社・産業医等のコミュニケーションが円滑に行われるよう支援する「両立支援コーディネーター」の養成を行っている 67, 68)。今後、「主治医、会社・産業医と、両立支援コーディネーターによるトライアングル型のサポート体制」が推進されることから 69)、長期療養者の支援においても両立支援コーディネーターの役割が期待される。

2. 就労可否判断の方法とその基準

イギリスでは、Fit note と呼ばれる診断書が運用され、主治医によって就労可否判

断が行われていた。また、オーストラリアでも類似した文書（Certificate of Capacity）が確認された。本邦においても日本版 Fit note 開発、ガイドライン作成、及び導入が試行されており 31, 70)、治療と仕事の両立支援ガイドラインにおいては、Fit note に類する様式例がすでに提供されている 71)。

Fit note では、特定の仕事でなく、一般の仕事への適合性を判断し、就労可否判断と労働者に必要な配慮を助言するが、それに対して、アメリカでは労働者に求められる個別の業務内容と必要とする能力に基づいて就労可否判断が行われていた。アメリカのジョージア州で用いられている業務活動分析書（Job Activity Analysis）は、雇用主によって労働者の業務内容、及び各業務に必要な身体的要求、精神的要求、環境条件が記載され、主治医はそれに基づき就労可否判断を行っている。本邦では、復職において主治医からの診断書に記載された業務軽減などの指示が事業場の状況にそぐわないといった課題がみられるため 72)、主治医または、産業医が、事業場での労働者の状況に沿った就労可否判断や助言を行う事は、休業者の早期の職場復帰と長期の就労継続に対して重要であると考えられる。治療と仕事の両立支援ガイドラインにおいては、勤務情報を主治医に提供する様式例が提供されており、労働者の職務内容や勤務形態に基づき就労可否判断をおこなう形となっている 71)。しかしながら、業務活動分析書のような個別の業務内容ごとに必要とされる身体的・精神的要求までは含まれていないため、業務活動分析書に学ぶべき点はあると考えられ

る。

オランダでは、身体的精神的機能の観点ではなく、復職の阻害・促進要因となる長期療養者の対処力や認知を確認するチェックリストが作成されていた。本邦においても、復職の阻害要因や促進要因が研究されており 73, 74)、休業者の対処力や認知面を含んだ職場復帰援助プログラム評価シート（RAPAS）が開発されている 75)。長期療養者の就労可否判断においても、RAPAS による評価結果は重要な情報であると考えられる。就労可否判断ではなく、長期就業不能となりえる労働者のスクリーニングをおこなうチェックリストが、ワシントン州の医師ハンドブックには記載されている 76)。本邦においても、長期療養者となる労働者をスクリーニングし、個別の対応を早期に行うという方法も検討すべき点と考えられる。

就労可否判断のためには、休業中の生活状況の把握に焦点を当てることも重要だと考えられるが 77)、本調査においては、諸外国での生活状況の把握に関する取り組みは確認されなかった。本邦では、生活状況の把握に焦点を当て、就労可否判断に生活記録表を使用する取り組みが行われつつある 78)。今後、生活記録表に加えて、客観的な方法を用いて測定した休業者の睡眠覚醒リズムや日中活動量を利用することで、より科学的に就労可否判断を行う事が可能になると考えられる。

3. 復職への取組み

① 復職支援のサービスに関して

イギリスで導入されている Fit for Work は労働者の職場や家庭での健康状態を管

理や早期の復職を支援するための助言サービスであり、主治医や雇用主、及び労働者は、Email やオンラインチャットや電話によって専門家の助言を無料で受ける事ができる。日本版 Fit note 開発の導入にあたっては、Fit for Work には学ぶべき点があると考えられている 70)。また、イギリスには、IAPT セラピストと共に労働者に対して実践的な助言や介入を担う雇用アドバイザーという専門職がある。復職のプロセスの中で、労働者のキャリア形成も一緒に支援していくことは、本邦においても重要であると考えられ、支援方法のひとつとして今後の検討が必要になると考えられる。

② 心理療法やケアに関して

イギリスの IAPT プログラムで提供される高強度の心理療法としては、基本的に CBT が行われているが、カナダでは専門職が連携してケアを行う、協同的メンタルヘルスケア (CMHC: collaborative mental health care) が推進されている。協同的メンタルヘルスケアによる復職への効果もみられており 53)、本邦においても、うつ病診療において協同的ケアが実践されつつある 79, 80)。今後、CBT とともに協同的メンタルヘルスケアは、復職への効果が期待される。

③ 復職のインセンティブとなる制度

復職のインセンティブとしては、イギリスでは労働者の治療費に関する免税制度、アメリカでは合理的配慮のための職場環境の設備費用などに対する助成や免税等、復職計画策定と実行に対する助成や保険料割引制度がある。また、オランダでは復職に対して非協力的な雇用主は、休業手当の支

払いを延長する罰則がある。本邦においても、治療と仕事の両立支援制度や障害者雇用安定助成金などの復職に関連した様々な助成制度がある 81, 82)。

諸外国も本邦も、雇用主にとってインセンティブとなる制度が多いが、労働者のインセンティブとなる制度はほぼ見られない。オランダでは、労働者に対する罰則があり、復職に対して非協力的な労働者は、手当の支払い停止または解雇となる。

諸外国と本邦では、重視する復職の目標やモデルが異なるため 29)、諸外国と同じ制度を本邦に適用するべきではないが、労働者のモチベーションは復職への基礎であるため、労働者のインセンティブとなる制度を検討することも重要だと考えられる。

復職を含めた就労支援に関しては、わが国では主に「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」で示されている。これが、「手引き」として示され、法律やガイドラインではない理由には、復職支援については各事業場の様態等を考慮しながら柔軟に実施すべきという考え以外に、この手引きの内容はきちんとしたエビデンスに基づくものではないということがあげられよう。復職の可否判断のポイントは挙げられているが、これらも何らかの客観的指標を用いて策定したのではなく、専門家の合意 (expert consensus) によって定められたものである。しかしながら、今回調べた諸外国においては、就労の可否に関することが、「手引き」レベルではなく法律やガイドラインの中で示されており、エビデンスに基づく政策立案 (Evidence-based Policy Making、EBPM) を重視するこれらの行政機関においては、

その根拠となる研究報告等が存在しているであろうと考えていた。ところが、就労可否に関する論文・報告書は多く報告されているものの、その根拠は、わが国と同様、専門家による合意に基づくものがほとんどであり、就労可否判断の根拠に資するような具体的な観察研究や介入研究はほとんど行われていないことが分かった。そのため、統計学的に就労可否判断のアルゴリズム解析を行うことは出来なかった。そのため、今後は就労可否判断のみをアウトカムにせず、就労不可につながる精神的状況をアウトカムにしたアルゴリズム解析（回帰モデル、決定木、ニューラルネットワーク）を行う予定である。

就労可否判断に関する研究は容易にできるものではないが、welfare から workfare に移行しつつある先進諸国においては、就労可否および必要な支援に関する、よりエビデンスレベルの高い研究の実施が望まれている。

E. 結語

本研究では、諸外国の現状を 1. 復職に関するガイドライン、2. 就労可否判断の方法とその基準、3. 復職への取組み、の3点に関して調査を行った。諸外国と本邦では、復職のモデルや制度において異なる点はあるが、同様の復職支援の取組みが多くみられた。一方で、イギリスの雇用アドバイザーのサービスや、オランダの労働者に対してインセンティブとなる制度などは学ぶべき点があり、本邦でも今後検討が必要だと考えられる。

就労可否判断に関しては、アメリカの業務

活動分析書のような個別の業務内容ごとに必要とされる身体的・精神的要求に基づく判断を検討していくことは有用であると考えられる。本邦で行われつつある、生活記録表などによる休業中の生活状況の把握に関する取り組みは諸外国に見られなかったが、今後、客観的な方法で測定した休業者の睡眠覚醒リズムや日中活動量を利用した就労可否判断の知見を蓄積していく事は重要になると考えられる。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得 なし。
2. 実用新案登録 なし。
3. その他
なし。

【研究1】参考文献

- 1) OECD (2015). Fit Mind, Fit Job From Evidence to Practice in Mental Health and Work. OECD Publishing.
- 2) 時田征人, 川上憲人 (2012). メンタルヘルス不調により休業した労働者への復職支援: オランダにおける効果評価研究. 産業医学ジャーナル 35(2), 108-111.
- 3) mind. Taking care of business: employer's guide to mentally healthy workplaces. https://www.mind.org.uk/media/43719/EMPLOYERS_guide.pdf (2010年2月1日アクセス)
- 4) Devon Partnership Trust, United Kingdom. Mindful employer: line manager's resource. <https://www.dpt.nhs.uk/resources/leaflets/mindful-employer> (2010年2月1日アクセス)
- 5) The National Institute for Health and Care Excellence. Workplace health: long-term sickness absence and incapacity to work Public health guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng146> (2010年2月1日アクセス)
- 6) 三柴丈典. イギリスの産業精神保健法制度. 厚生労働省厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業 諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果とわが国への適応可能性に関する調査研究 平成24年度研究報告書.
- 7) GOV.UK. Equality Act 2010: guidance. <https://www.gov.uk/guidance/equality-act-2010-guidance#overview> (2020年2月1日アクセス).
- 8) Beyond Blue. Developing a workplace mental health strategy. https://www.headsup.org.au/docs/default-source/resources/393615_1117_b11833_acc-2.pdf?sfvrsn=f5cf264d_4 (2020年2月1日アクセス).
- 9) Australian Government Comcare. Working well: an organisational approach to preventing psychological injury. http://www.comcare.gov.au/forms_and_publications/publications/safety_and_prevention?a=41369 (2020年2月1日アクセス).
- 10) Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne. Helping employees successfully return to work following depression, anxiety or a related mental health problem: guidelines for organisations. <http://returntowork.workplace-mentalhealth.net.au/sites/returntowork.workplace-mentalhealth.net.au/files/Return%20to%20work%20after%20mental%20illness%20guidelines.pdf> (2020年2月1日アクセス).
- 11) Australian Government Comcare. The WHS Act. https://www.comcare.gov.au/the_scheme/the_whs_act (2020年2月1日アクセス).
- 12) Australian Government Education and Training. DISABILITY DISCRIMINATION ACT 1992. https://docs.education.gov.au/system/files/doc/other/dse-fact-sheet-1-dda_

0. pdf (2020年2月1日アクセス).
- 13) The Council of State Governments. STAY-AT-WORK/RETURN-TO-WORK TOOLKIT. https://www.csg.org/seed_report.pdf (2020年2月1日アクセス).
- 14) Institute for Work and Health (IWH). An evidence-informed guide to supporting people with depression in the workplace. https://www.iwh.on.ca/sites/iwh/files/iwh/tools/managing_depression_guide_2018.pdf (2020年2月1日アクセス).
- 15) Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in BC. Best Practices for Return-to-Work/Stay-at-Work Interventions for Workers with Mental Health Conditions. https://www.ccohs.ca/products/webinars/best_practices_rtw.pdf (2020年2月1日アクセス).
- 16) Justice Laws Website, Government of Canada. Canadian Human Rights Act. <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/h-6/page-1.html#h-256795> (2020年2月1日アクセス).
- 17) European Network for Workplace Health Promotion. A guide for employers. To Promote Mental Health in the Workplace. https://www.enwhp.org/resources/toolkit/p/doc/2018/04/23/mentalhealth_broschure_arbeitgeber.pdf (2020年2月1日アクセス).
- 18) European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). The OSH Framework Directive. <https://osha.europa.eu/en/legislation/directives/the-osh-framework-directive/the-osh-framework-directive-introduction> (2020年2月1日アクセス).
- 19) van der Klink JJJ, Ausems CMM, Beijderwellen BD, Blonk R, Bruinvels DJ, Dogger J, et al. (2007). Handelen van de bedrijfsartsbijweekenden met psychische problemen [Guideline for the Management of Mental Health Problems by Occupational Physicians]. Utrecht, NL: NVAB [Netherlands Society of Occupational Medicine].
- 20) GOV.UK. Fit note. <https://www.gov.uk/government/collections/fit-note> (2020年2月1日アクセス).
- 21) Australian Government Comcare. Better practice - Certificate of Capacity. https://www.comcare.gov.au/promoting/health_benefits_of_work/Better_practice_-_Certificate_of_Capacity (2020年2月1日アクセス).
- 22) Australian Government Comcare. A guide to using the Certificate of Capacity. https://www.comcare.gov.au/__data/assets/pdf_file/0008/148418/04146_CALM_A_guide_to_using_the_CoC_v3.pdf (2020年2月1日アクセス).
- 23) WorkCover WA. GP support Certifying capacity for work - psychological injuries. <https://www.workcover.wa.gov.au/wp-content/uploads/sites/2/2015/07/Certify>

- ingCapacity_Psychologicalinjuries1.pdf (2020年2月1日アクセス).
- 24) State Board of Workers' Compensation, State of Georgia. Model Return to Work Program. https://sbwc.georgia.gov/sites/sbwc.georgia.gov/files/related_files/site_page/ModelReturnToWorkProgram.pdf (2020年2月1日アクセス).
- 25) New York State Workers' Compensation Board. Return to Work Program. http://www.wcb.ny.gov/content/main/ReturnToWork/RTW_Handbook.pdf (2020年2月1日アクセス).
- 26) Canadian Centre for Occupational Health & Safety. Fit to Work. https://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/fit_to_work.html (2020年2月1日アクセス).
- 27) Government of Canada. Functional Abilities Form. <https://www.canada.ca/en/government/publicservice/wellness-inclusion-diversity-public-service/health-wellness-public-servants/disability-management/functional-abilities-form.html> (2020年2月1日アクセス).
- 28) Sánchez Mendoza PM (2013). Work Ability Assessment of Employees on Long Term Sick Leave in Insurance Medicine. Universiteit van Amsterdam [Host].
- 29) 有馬秀晃, 島津明人, 江口尚, 堤明純 (2016). 復職支援プログラムほかオランダにおける先進的な産業保健の取り組み. 産業医学ジャーナル 39(3), 62-68.
- 30) OECD (2014). Mental Health and Work: United Kingdom. OECD Publishing.
- 31) 堤明純. 日本型職場復帰診断書 (fit note) システムの試行. 厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金 メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発 平成27年度総括・分担研究報告書.
- 32) Fylan B, Fylan F, Caveney L (2011). An evaluation of the Statement of Fitness for Work: qualitative research with General Practitioners. DWP Research Report 780.
- 33) Hann M, Sibbald B (2011). General Practitioners' attitudes towards patients' health and work DWP Research Report 733.
- 34) Chenery V. An evaluation of the statement of fitness to work (fit note): a survey of employees. DWP Research Report No 840, 2013
- 35) Coole C, Nouri F, Potgieter I, Watson PJ, Thomson, L, Hampton R, Drummond A. (2015). Recommendations to facilitate the ideal fit note: are they achievable in practice?. BMC Fam Pract, 16(1), 138.
- 36) Chris S, Mark G, Jim H (2014). Factors associated with prevalence and types of 'may be fit' advice on fit notes: a cross-sectional primary care analysis. Br J Gen Pract. 2014; 64(620), e137-43.
- 37) Rosie G, Rosa M, Clare H (2018). Fit for Work: Final report of a process evaluation. Department for Work & Pensions Research Report 959.

- 38) Fit for work. <https://fitforwork.org/> (2020年2月1日アクセス).
- 39) David M Clark (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. Annual Review of Clinical Psychology 14, 159-183.
- 40) Terence H, Chris H, Lynn G, Heike B, Yuxin L, Clare L (2013). Evaluation of Employment Advisers in the Improving Access to Psychological Therapies programme. Department for Work & Pensions Research Report 826.
- 41) GOV.UK. Get support in work if you have a disability or health condition (Access to Work). <https://www.gov.uk/access-to-work/apply> (2020年2月1日アクセス).
- 42) GOV.UK. HS207 Expenses and benefits: medical or dental treatment and insurance. <https://www.gov.uk/expenses-and-benefits-medical-treatment/whats-exempt> (2020年2月1日アクセス).
- 43) Andrea KB, David FB (2003). Employee assistance programs: A review of the management of stress and wellbeing through workplace counselling and consulting. Australian Psychologist 38(2):138-143.
- 44) Department of Social Services. Job Access. <https://www.jobaccess.gov.au> (2020年2月1日アクセス)
- 45) OECD (2015). Mental Health and Work: Australia. OECD publishing.
- 46) State Insurance Regulatory Authority, NWS government. What's a return to work coordinator? <https://www.sira.nsw.gov.au/theres-been-an-injury/im-an-employer-helping-my-worker-recover/return-to-work-coordinators/whats-a-return-to-work-coordinator> (2020年2月1日アクセス)
- 47) Christopher FM, Robert TR, Seth AS (2019). How Effective are Employer Return to Work Programs? the RAND Institute for Civil Justice. https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2010/RAND_WR745.pdf (2020年2月1日アクセス).
- 48) Robert ED, Deborah RB, Gary RB (2019). Introducing Individual Placement and Support (IPS) supported employment in Japan. Psychiatry and Clinical Neurosciences 73(2), 47-49.
- 49) Annalee JK, Gary RB, Deborah RB, Robert ED, Mary AG (2017). Prevalence and Quality of Individual Placement and Support (IPS) Supported Employment in the United States. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 44(3), 311-319.
- 50) Nadiya S, Allyson I, Annie Z, Athina P, David R, Benoit HM (2019). Challenges in conducting research on collaborative mental health care: a qualitative study. CMAJ Open 7(2), E405-414.
- 51) Kates N, Mazowita G, Lemire F, Jayabarathan A, Bland R, Selby P, Isomura T, et al. (2011). The Evolution

- of Collaborative Mental Health Care in Canada: A Shared Vision for the Future. *Canadian Journal of Psychiatry* 56(5), 1-10.
- 52) Craven M, Bland R (2006). Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Canadian Journal of Psychiatry* 51(6 Suppl 1), 7S-72S.
- 53) Dewa CS, Hoch JS, Carmen G, Guscott R, Anderson C (2009). Cost, effectiveness, and cost-effectiveness of a collaborative mental health care program for people receiving short-term disability benefits for psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(6), 379-388.
- 54) OECD (2014). *Mental Health and Work: Netherlands*. OECD publishing.
- 55) 本庄淳志. オランダの産業精神保健法制度. 厚生労働省厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業 諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果とわが国への適応可能性に関する調査研究 平成24年度研究報告書.
- 56) 時田征人, 川上憲人 (2012). メンタルヘルス不調により休業した労働者への復職支援: オランダにおける効果評価研究. *産業医学ジャーナル* 35(2), 108-111.
- 57) van der Klink JJ, Blonk RW, ScheneAH, van Dijk FJ (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and Environmental Medicine* 60(6), 429-437.
- 58) van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JA, Drewes HW, van der Laan NC, Adèr HJ (2010). Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 6(1), 375-385.
- 59) 厚生労働省 独立行政法人労働者健康安全機構. Relax 改訂 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 . <https://www.mhlw.go.jp/content/000561013.pdf> (2020年2月1日アクセス).
- 60) British Occupational Health Research Foundation. (2005). *Workplace interventions for people with common mental health problems: Evidence review and recommendations*. https://www.bohrf.org.uk/downloads/cmh_rev.pdf (2020年2月1日アクセス).
- 61) Caveen M, Dewa CS, Goering P (2006). The influence of organizational factors on return-to-work outcomes. *Canadian Journal of Community Mental Health* 25(2), 121-142.
- 62) Michalak EE, Yatham LN, Maxwell V, Hale S, Lam RW (2007). The impact of bipolar disorder upon work functioning: A qualitative analysis. *Bipolar Disorders*, 9(1), 126-143.
- 63) Mizzoni C, Kirsh B (2006). Employer perspectives on supervising individuals with mental health problems. *Canadian Journal of Community Mental Health* 25(2),

- 193-206.
- 64) Saint-Arnaud L, Saint-Jean M, Damasse J (2006). Towards an enhanced understanding of factors involved in the return-to-work process of employees absent due to mental health problems. *Canadian Journal of Community Mental Health* 25(2), 303-315.
- 65) 厚生労働省. 平成 29 年「労働安全衛生調査（実態調査）」の概況. https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h29-46-50_gaikyo.pdf (2020 年 2 月 1 日アクセス).
- 66) Corbière M, Shen J (2006). A systematic review of psychological return-to-work interventions for people with mental health problems and/or physical injuries.
- 67) 小山文彦, 加島佐知子, 亀田美織, 宮本直美, 石川洋, 星野志保 (2017). 労働者健康安全機構『復職（両立支援）コーディネーター基礎研修』の課題と意義. *日本職業・災害医学会会誌* 65(2), 102-106.
- 68) 小川裕由, 大西洋英, 豊田章宏 (2019). 労災疾病等医学研究・両立支援報告 R1-5 両立支援コーディネーター基礎研修修了者の実践状況について：勤務先による比較. *日本職業・災害医学会会誌* 67(4), 294-302.
- 69) 首相官邸. 働き方改革実行計画（平成 29 年 3 月 28 日 働き方改革実現会議決定）. http://www.kantei.go.jp/jp/singi/hata-rakikata/pdf/honbun_h290328.pdf (2020 年 2 月 1 日アクセス).
- 70) 堤明純. 日本型職場復帰診断書 (fit note) システムの試行. 厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金 メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発 平成 28 年度総括・分担研究報告書.
- 71) 厚生労働省. 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000490701.pdf> (2020 年 2 月 1 日アクセス).
- 72) 黒川淳, 井上真人, 井奈波良一, 岩田弘敏 (2009). メンタルヘルス不調者に対する職場復帰支援の取り組みと事業場外資源に期待されること. *日本職業・災害医学会会誌* 57, 73-85.
- 73) 秋山剛, 松本聡子, 長島杏那 (2012). 気分障害のリワークプログラム リワーク・復職を困難にする要因. *臨床精神医学* 41(11), 1551-1559.
- 74) 上條知子, 小林久人, 津田洋子, 鷲塚伸介, 小泉典章, 塚原照臣, 野見山哲生 (2012). メンタルヘルス不調者の職場復帰支援の復職成功に導く個別要因の検討. *信州公衆衛生雑誌* 7(1), 62-63.
- 75) 秋山剛, 岡崎渉, 富永真己, 小山明日香, 田島美幸, 倉林るみい, 酒井佳永, ほか (2007). 職場復帰援助プログラム評価シート (Rework Assist Program Assessment Sheet:RAPAS) の信頼性と妥当性. *精神科治療学* 22(5), 571-582.
- 76) Washington States Department of Labor and Industries. Attending Doctor's Handbook. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.204.264&rep=rep1&type=pdf> (2020 年 2 月 1 日アクセス).

- 77) 田中克俊. 産業医の立場からの長期療養者の就労可否判断. 厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金 精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆに係る臨床研究 平成28年度総括・分担研究報告書.
- 78) 梶木繁之. 生活記録表を使用した復職支援の標準的方法の開発および効果評価. 厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金 メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発 平成28年度総括・分担研究報告書.
- 79) うつ病診療における協同的ケアの実践報告—臨床心理士による受療行動への介入—.
- 80) 安田貴昭, 五十嵐友里, 堀川直史, 河田真理, 長尾文子, 得丸幸夫, 眞弓久則, ほか (2016). プライマリケアでのうつ病診療における協同的ケアの有用性の検討. 精神科治療学 31(8), 1081-1088.
- 81) 厚生労働省. 事業主の方のための雇用関係助成金 . https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/kyufukin/index.html (2020年2月1日アクセス).
- 82) 労働者健康安全機構. 令和元年度版産業保健関係助成金 . <https://www.johas.go.jp/sangyouhoken/tabid/1389/Default.aspx> (2020年2月1日アクセス).

【研究1】図表

表1 イギリスの復職に関連するガイドラインの概要

ガイドライン名	発行元	ガイドラインの概要
Taking care of business: employer's guide to mentally healthy workplaces	mind	<p>雇用主向けの健康的な職場づくりのガイドライン。事例が紹介されている。</p> <p>「1. 職場の健康度のアセスメントの実施、2. 計画立案の実施、3. 職場づくりの実践」について記載されている。</p> <p>職場づくりにおいては、「不健康の原因への取組、仕事内容や勤務時間の調整、公平で支持的な組織づくり・利用可能な支援方針準備、チームワークや支援する関係性、キャリア開発や昇進の機会の提供、個人的で私的な問題の対応」など具体的な実践内容が記載されている。</p> <p>復職に関するガイドラインとしては、下記が記載されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーション方法 <ul style="list-style-type: none"> 休業中の労働者と、正直でオープンなコミュニケーションを取る。職場で調整できる事がないかを本人に確認する事。 ・不調で休業をしているときの留意点 <ul style="list-style-type: none"> 不調者が組織にとって貴重であると認識する事、連絡を取り続ける事、職場環境の調整を模索する事、段階的な復職の方法を検討する事
Mindful employer: line manager's resource	Devon Partnership Trust	<p>ラインマネージャー向けのガイドライン。事例の紹介もある。</p> <p>「1. メンタル不調の理解、2. リカバリー（治療方法など）、3. 精神的に健康な職場、4. コミュニケーション方法（会話時の留意点、連絡の継続）、5. 復職と環境調整」について記載されている。</p> <p>復職に関するガイドラインとしては、下記が記載されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連絡を継続して取ることと効果的な復職計画が重要となる事。 ・復職前に検討すべき事項の理解 <ul style="list-style-type: none"> 調整可能な欠勤の要因、できる事とできない事 ・他の組織の支援サービスを活用する事 ・段階的な復職の実施 ・職場で復職を歓迎する事 ・環境調整の具体的な方法 <ul style="list-style-type: none"> 労働時間調整、職務内容調整、物理的環境調整、規定変更、ジョブコーチなど支援、リモートワークなど技術活用、上司としての配慮（面談を増やすなど）
Workplace health: long-term sickness absence and incapacity to work Public health guideline	NICE (The National Institute for Health and Care Excellence)	<p>雇用主や管理職、GP(医師)やケア専門家、労働者、サービス提供の委員に向けた包括的なガイドライン。</p> <p>長期療養者の復職、再燃防止、休業の長期化防止に関して、下記が記載されている。</p> <p>推奨1. 職場の文化と方針</p> <p>1.1 健康と幸福を最高優先度とする組織、1.2 一貫性のある積極的な、思いやりある支援的な文化の育成、1.3 報告と休業管理のための明確な利用可能な手順を確保にする、1.4 すべての労働者が職場の復職に関する手順を知っている事、1.5 方針策定は、幅広く戦略的に行う事、1.6 EAPや産業保健プロバイダーを利用する、1.7 方針を定期的に見直す、1.8 休業の要因だと特定できないデータの収集も検討する（欠勤頻度、職務の役割など）1.9 休業の傾向に関するデータを定期的にレビューする。</p>

(続き)

ガイドライン名	発行元	ガイドラインの概要
Workplace health: long-term sickness absence and incapacity to work Public health guideline	NICE	<p>推奨 2 職務への適合性のアセスメントと保証</p> <p>2.1 GP (一般開業医) などによる仕事への適合性を記載してもらう (Fitnote への記載)、2.2 適合性がない状態の労働者と連絡を取る、2.3 四週間以上休業する場合は「リハビリサービス (作業療法、心理療法)」を紹介し、職業アドバイスの専門家に紹介する、2.4 公私にわたる様々な要因が休業に関連している事を考慮する、2.5 雇用主は労働者の状態に関する情報提供を行う。</p> <p>推奨 3 仕事への適合性の文書</p> <p>3.1 不適合となった場合は、機密的に「休業理由、治療期間、再発の見込み」を記載する、3.2 休業者の支援と復職の計画を立案する (追加情報の収集、職場環境のアドバイスを受ける、調整内容について議論し、その調整内容について社内に承認を得る)、3.3 適合性がある場合は早期に連絡をする (Fitnote を受け、労働者とラインマネージャー、人事、組合が関わる)、3.4 GP から提示された調整が行えない場合は、文書でその理由を明らかにする、3.5 調整ができず復職できない場合は、十分な状態で復職すべきと助言する、定期的な連絡をとりあう計画や回復につながる支援について話し合う。</p> <p>推奨 4 職場環境調整</p> <p>4.1 復職となった時に、追加のリスクアセスメントを行い、また環境調整について話し合う (同僚への通知について、復職者の環境調整について同僚との話し合い)、4.2 環境調整を記録する、4.3 労働者と雇用主のニーズを満たしているかモニタリングを行い、計画をレビューする。</p> <p>推奨 5 休業中の人と連絡を取り合う</p> <p>5.1 法人は継続的に労働者と連絡を取り合う、5.2 できるだけ早く四週間以内に連絡を取る、5.3 連絡時には、コミュニケーション方法に留意する (ニーズや状況を敏感にとらえる、サポートされていると感じるように接する、復職のための外部サービスを紹介する、連絡の取り方について話す、情報は機密が保持されるという安心感を与える)、5.4 連絡を取るのがだれか確認する。</p> <p>推奨 6. 早期介入</p> <p>6.1 介入を行う組織は労働者の状態を知っておく、6.2 プログラムが機密である事を保証する、6.3 四週間を超えると予想される場合は産業保健提供機関に、適合度の評価や早期サポートサービスへのリファーを議論する、6.4 産業保健提供機関や EAP のサービスを受けられない場合は、GP や専門家がそれ以外の作業療法・心理療法を紹介する。</p> <p>推奨 7. 就労継続と再発の低減</p> <p>7.2 メンタル不調の場合 (別途、骨格筋の対応も記載あり) は、3 か月間の構造化された支援を実施 (問題の特定や解決方法の議論、上司と合意した計画の導入、定期的なフォロー会議)。</p> <p>推奨 8. 健康状態や障害のため雇用されていない人たちについて</p> <p>8.1 統合されたプログラムの委託 (復職に関するアドバイザーとの面談や、職業訓練、自身の状態管理、メンタリング・ジョブコーチ・労働衛生支援・財政支援を含んだプログラム)</p>

表2 オーストラリアの復職に関連するガイドラインの概要

ガイドライン名	発行元	ガイドラインの概要
Developing a workplace mental health strategy	Beyond Blue	<p>組織用（雇用主向け）の健康的な職場づくりのガイドライン。 （その他、労働者向け、管理者向けもある）</p> <p>「1. メンタルヘルスの組織づくり、2. ニーズの同定、3. 計画策定、4. モニタリング」のステップに関する事項が記載されている。</p> <p>復職に関するガイドラインとしては、下記が記載されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診断に基づく就労継続や復職の計画の立案 計画は、個別のニーズに基づき仕事の合理的な調整と連携を行う。また、保健スタッフ、専門家、家族の協力のもとに立案されて、定期的に見直す。 ・支援に関する方針と手続き すべての方針や手続きは同じレベルで労働者に提供する。 ・メンタルヘルスを優先した調整 仕事の成果よりもメンタルヘルスを優先し、労働時間や仕事内容に関して可能な部分で柔軟に対応する。 ・スティグマへの対応 復帰したメンタル不調の経験者を招いて職場で話を聴く、メンタルヘルスに関してオープンな会話を促す、合理的な調整といった復職支援の実績を確立する。
Working well: an organisational approach to preventing psychological injury	Australian Government Comcare	<p>組織や人事、管理職向けのガイドライン。仕事関連のストレスを管理し、の精神的障害を防ぐことを目的とする。</p> <p>「1. メンタル不調の潜在的な危害を発見する」「2. リスクの体系的な評価」「3. 計画の立案と導入（一次介入：職場の要因の対処、二次介入：ストレスの影響の最小化、三次介入：安全で効果的なりハビリテーションの提供)」、「4. モニタリングとレビュー、継続的な改善の実施（指標や目標）」について記載されている。</p> <p>復職に関するガイドラインとしては、下記が記載されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・復職の結果の改善のために必要な事項 労働者が自分の仕事を大切だと感じている、経営陣が復職に取り組んでいる、ピアサポートがある。 ・復職のアプローチの推奨事項 <ul style="list-style-type: none"> - 組織的な支援が利用できる明確な方針やガイドライン - ラインマネージャーの意識、労働者との早期の連絡 - 労働者のニーズを特定するための早期かつ専門的な評価、上司と労働者が参加した復職計画の策定 - 職場での個人をサポートする柔軟な職場の提供（調整、解決法の提供） - 効果的な医療へのアクセス
Helping employees successfully return to work following depression, anxiety or a related mental health problem	Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne	<p>組織向けの復職支援のガイドライン。</p> <p>1. 復職の方針や手順に関して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・復職支援へのコミットメント（確約）、すべての関係者の期待・役割・責任を復職プロセスに含める、管理者が助言を求める方法、組織内の助言のリソース ・合理的調整、休業中に連絡を取る方法 ・復職計画の準備、復職計画を実行する責任の定義、他の規定や方針との連携

(続き)

ガイドライン名	発行元	ガイドラインの概要
Helping employees successfully return to work following depression, anxiety or a related mental health problem	Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne	<ol style="list-style-type: none">2. 組織で行う事<ul style="list-style-type: none">・職場環境の確立、労働者のメンタルヘルスへの責任を持つ事、休業と復職の管理・復職コーディネーターを準備する（上司と連携など）・復職計画策定 詳細で柔軟で一貫性、個別化された計画、複数の選択肢、合理的配慮や調整、配慮のモニタリングと改善、他の従業への周知3. 上司や同僚が行う事<ul style="list-style-type: none">・メンタル不調への理解、復職やリカバリーに対する仕事の意義の理解、職場づくり、復職者との接し方、関連する法律の理解4. 復職コーディネーターの役割<ul style="list-style-type: none">・職場でのメンタルヘルスを管理する、休業中の労働者と連絡を取る、復職を管理する。5. 上司の役割<ul style="list-style-type: none">メンタル不調についてコミュニケーションをとる、復職を管理する（コーディネーターを兼ねる）、合理的調整（配慮）、職場環境の管理（労働時間、気づきなど）6. 復職計画の立案<ul style="list-style-type: none">・労働者が自身の症状の理解と職務内容や障壁などをコーディネーターと話し合う・同僚は復職を歓迎し、敬意を払う・組合は労働者の相談にのる・家族や友人は実践的な支援やポジティブな心理的支援をする、復職を焦らせない

表3 アメリカの復職に関連するガイドラインの概要

ガイドライン名	発行元	ガイドラインの概要
STAY-AT-WORK/ RETURN-TO-WORK TOOLKIT	The Council of State Governments	<p>州職員向けの就労継続・復職のプログラムの導入ガイドライン。導入済みの州のベストプラクティスをまとめている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プログラムの導入戦略 <ol style="list-style-type: none"> 1. 経営者からのコミットメントを確保する。 2. 復職の方針と手続きの文書を作成し、全労働者が内容を知る。 3. 復職コーディネーターを任命し、チーム支援を導入する。 4. 個々の復職・就労継続計画を作成する委員会を設立する。 5. 管理者に対して、復職・就労継続についてのトレーニングを行う。 6. 労働者に対して、復職過程の権利や責任の周知や教育を行う。 7. 強力な安全（予防）プログラムを構築する。 8. すべての職位に対する明確な職務記述書を作成する（必須機能、非必須機能を含む） 9. 可能な配慮の調査と評価を行う。 10. 段階的な復職機会を用意し、定期的にあセスメントを行い、労働者の能力や医学的制約に合わせた調整を行う。 ・ワシントン州の取り組み <ol style="list-style-type: none"> 1. Centers of Occupational Health and Education を設立。 <ul style="list-style-type: none"> -雇用主と労働者に対して復職を支援するコーディネーターを提供 -医療提供者への教育、 2. Labor & Industries スタッフによる復職プログラムの提供 3. 雇用主へのインセンティブ <ul style="list-style-type: none"> 軽作業や段階的な復職に対して雇用主にインセンティブが発生。 雇用主は環境調整等にかかった費用の払戻しが受けられる。 ・ニューヨーク州での関係者の役割 <p>雇用主の責任：</p> <p>方針や手順の作成、可能な限り負傷前の雇用状態に戻すことを連絡、復職コーディネーターの任命、労働者、医師、保険会社とのコミュニケーションをとる、職務記述書作成、意味のある復職機会の提供、できない事ではなくできる事へ注目する。</p> <p>労働者の責任：</p> <p>上司への負傷の報告と継続的なコミュニケーション、医師へ合理的配慮をすることで復職が可能であることを伝える。</p> <p>保険会社の責任：</p> <p>補償請求の管理、医療提供者との労働者、雇用主、弁護士とのコミュニケーション維持、復職支援、治療の承認、リスク管理に取り組む雇用主へのインセンティブの提供</p> <p>医療提供者の責任：</p> <p>復職を促進する適切な医療の提供、負傷の心理的な影響の認識、合理的な復職の目標策定、雇用主向けの transitional assignment forms（過渡期の業務任命の文書）の記入、労働者の労働状態と身体能力の提示、雇用主への適切な復職の奨励</p> <p>組合代表者の責任：</p> <p>復職委員会への参加、個別の復職計画立案、進捗状態のモニタリング</p>

表 4 カナダの復職に関連するガイドラインの概要

ガイドライン名	発行元	ガイドラインの概要
An evidence-informed guide to supporting people with depression in the workplace.	Institute for Work and Health (IWH)	<p>職場でうつ病の労働者を支援する関係者（上司、同僚、人事スタッフ、組合代表者）のガイドライン。事例の紹介も含まれている。</p> <p>「1. 職場のカルチャー、2. コミュニケーション、3. 教育、4. 職場のプロセス、5. 復職の計画、6. 職場内外の資源」に関する事項が記載されている。</p> <p>復職に関するガイドラインとしては、下記が記載されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心からの思いやりのあるコミュニケーションを、労働者が休職中にも継続することが復職プロセスを成功へと導く。 ・個別化された段階的な復職プランの策定を行う（職場配慮の要求と職務を考慮し、相反する要求をどう解決するか創造的に検討、確立された計画が効果的だが、変化に応じて計画を調整する） ・復職のプロセスは直線的ではないので、変化する環境に気づき、新しい解決方法を見つける相談を行う。 ・労働者のプライバシーを配慮しながらも、同僚に対して職場の配慮に関する説明を行う。 ・復職者に対して、理由を聴くことなく職場で暖かく迎える。 ・復職前に復職計画に関する会議を関係者間（労働者、上司、人事、その他）で行う。計画を明確にし、継続的なモニタリングの実施者を決定。
Best Practices for Return-to-Work/ Stay-at-Work Interventions for Workers with Mental Health Conditions	Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in BC	<p>復職のための介入に関するベストプラクティス。組織レベル、マネジメントレベル、個人レベルへの介入の原則がまとめられている。</p> <p>原則 1. 明確で、詳細で、コミュニケーションがなされた組織的な職場でのメンタルヘルス介入が復職や就労継続を支える</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人が中心の文化の醸成、サポーターな管理（予防、早期発見、メンタルヘルス条件の管理）、スティグマは復職の障壁。職場での気づきのスキルの向上が早期発見・介入につながる。 <p>原則 2. 復職と就労継続の最適な結果を得るには、復職調整と、構造化、計画化された障害管理の関係者間での緊密なコミュニケーションが必要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・労働者、雇用主、組合、医療提供者などの調整を行う専門コーディネーターが有効 <p>原則 3. 体系的で、構造化され、調整された復職の実践を適用する事が、復職の結果を改善する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・労働者を活性化し従事し続ける事を支える復職プロセスの実践、産業界が現在利用できる確立されたガイドラインの導入、復職プロセスの進捗と労働者のニーズを確認（インタビュー、アセスメント、介入中、フォローアップ、再発防止の期間を含む）。具体的かつ目標志向であり、特に仕事の機能、職場の行動、職場復帰の結果に焦点を当てる。 <p>原則 4. 職場配慮は、復職プロセスの不可欠な部分であり、導入の文脈によって有効性が決まる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・適切な配慮の明確化や導入は、労働者や職場環境を考慮（同僚との業務負担の慎重な再配分と削減、対処が難しい労働者へストレスの少ない環境への移行、上級管理者の支援、同僚による支援）。スティグマや、労働者の強みや限界に対する不十分な理解が障壁。 <p>原則 5. エビデンスに基づいた治療へのアクセスを容易にすることは、欠勤を減少させる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職場や業務に焦点化した CBT 的介入と職場配慮とカウンセリングを組み合わせる。症状の改善は、専門家による介入が必要。

表 5 ヨーロッパの復職に関連するガイドラインの概要

ガイドライン名	発行元	ガイドラインの概要
A guide for employers to promote mental health in the workplace	European Network for Workplace Health Promotion	<p>ヨーロッパ地域向けに発行されている、雇用主とマネジャー向けの精神健康的な職場づくりのガイドライン。</p> <p>雇用主が行う事として、「業務プロセスの見直し、裁量権の付与、問題解決への労働者の参画、努力報酬のバランス、コミュニケーションとフィードバック改善、役割と期待の明確化、ソーシャルサポートの強化・奨励、教育（スティグマへの対応含む）」や「CBT 的な方法によるストレス管理、リラクゼーション法などの多様式なアプローチ、トレーナーの育成やリラクゼーション法」などが記載されている。</p> <p>復職に関するガイドラインとしては、下記が記載されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・労働者が休職時には、労働者のニーズを確認する事、同僚に何と伝えるべきかを確認する。 ・孤立が復職の障壁となるため、また連絡を取り合う事。労働者が、復職前に非公式に訪問できる方針を持つこと。 ・人々によって異なるため、病気ではなく、その人自身に注目し、その人がどのように職場に貢献できるかに焦点を当てること。 ・職場外の専門家のサポートを利用する。 ・合理的配慮をおこなう（業務負担の変更、軽減、柔軟な働き方、段階的な職場復帰、柔軟な休憩など）。

表 6 就労可否判断のためのアセスメント項目や合理的配慮

国	文書名	発行元	アセスメント項目や合理的配慮
イギリス	Getting the most out of the fit note GP guidance	Department for Work and Pensions	<p>主治医のためのガイダンスであり、就労可否に関するアセスメント項目について記載されている。</p> <p>特定の仕事でなく、一般の仕事への適合性のアセスメントを行う。アセスメント項目は下記の通り。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・機能的な制限 <ul style="list-style-type: none"> -スタミナ（例：午前、または午後調子が良い） -可動性（例：歩く、曲げる、かがむ） -機敏性（例：器用さ、姿勢、調整） -洞察・安定性（例：精神状態、気分） -治療（例：副作用、期間） -知的能力（例：認知能力） -感覚（例：聴覚、視覚、触覚） ・健康状態の持続期間と起こりえる変動 ・進行中である臨床的管理への影響 ・仕事をすることが健康状態を悪化させるか
オーストラリア	GP support Certifying capacity for work - psychological injuries	WorkCover WA	<p>主治医のためのガイダンスであり、就労可否判断において知っておくべき情報として、精神障害によって困難となる点及び、合理的配慮の具体例が記載されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・困難となる点 <ul style="list-style-type: none"> -思考プロセス（集中力、注意力、記憶力、情報処理、明確な考えの形成） -組織化と計画（タスク計画と実行、多重タスクの管理、期限の遵守、特定のタスクを避ける） -社会的対話（社会的対話を避ける、同僚と働く事を避ける） -身体的症状と機能（ぼやけた視界、痛み・振戦・凝り、心臓発作、眠気・ふらつき・疲労、特定の時間に調子が良い、遅刻する） -感情（不満、ストレス、不安、怒り、フィードバックに敏感、仕事の心配、落ち着かない、落ち込み） ・合理的配慮の例 <ul style="list-style-type: none"> -柔軟な働き方（勤務時間変更、在宅勤務など） -仕事の指示の調整（作業指示の記載、複雑な仕事を単純な仕事に分解するなど） -作業管理の調整（期限の遅れを認める、仕事の色分けや優先づけをするなど） -物理的環境の調整（騒音対策、職場のレイアウト等の変更など） -補助器具の利用（期限管理のためのカレンダーやスマートフォン利用、チェックリスト作成など） -社会的環境の調整（対面の会議でなくメールや電話会議、顧客との会議などを別の仕事と交換するなど） -追加のスーパーバイザーや支援（スーパーバイザーとの面談の設定、メンターの割り当て、EAP やリハビリサービスの利用など）

(続き)

国	文書名	発行元	アセスメント項目や合理的配慮
アメリカ	Model Return to Work Program	State Board of Workers' Compensation, State of Georgia	<p>雇用主（企業）向けの復職プログラム（RTW）の導入のためのガイダンス（ジョージア州）。</p> <p>医師が就労可否判断を行うために提供される「業務活動分析書（Job Activity Analysis）」には下記の内容が記載されている。</p> <ul style="list-style-type: none">・業務上のポジション・個別の業務内容と各業務に必要な身体的要求、精神的要求、環境条件<ul style="list-style-type: none">- 身体的要求：運搬（重量）、立ち姿勢（半日）など- 精神的要求：記憶力（一度に多くの事を追跡）、集中力と判別力、形態知覚の適正など- 環境条件：作業場所の気温や振動、放射線など・求められる生産性<ul style="list-style-type: none">- 質的および量的な生産性。生産業務であれば、組み立てる製品数やエラーの割合など。・必要な勤務時間<ul style="list-style-type: none">- 勤務時間、シフト勤務、出張、残業
カナダ	Functional Abilities Form	Government of Canada	<p>復職時に連邦政府内で用いられている職員の機能能力票。</p> <p>下記に対する機能要求が提示されている。</p> <ul style="list-style-type: none">・脊柱の動き（前に曲げる、ねじる等）・座位の動き（デスクワーク 1 日何%等）・立位の動き（1 日何時間立つ等）・持ちあげる、運ぶ、押す、引く作業（何 kg を運ぶ等）・肩/肘/手首/手/指での作業（タイピング 1 日何%等）・感覚を必要とする活動（運転、話す等）・物理的労働環境（室外、振動有など）・非身体的能力<ul style="list-style-type: none">- スケジュールに関する要求（シフト勤務有など）- 社会的・感情に関する要求（チームワーク有など）- 認知的・精神的要求（マルチタスク有など）
オランダ	Work Ability Assessment of Employees on Long Term Sick Leave in Insurance Medicine	Patricia Marina Sánchez Mendoza. (University of Amsterdam)	<p>長期療養者に対する就労能力アセスメントに関する文献。アセスメントのチェックリストとして下記の内容が記載されている（Checklist of factors relevant to return to work）。</p> <ul style="list-style-type: none">・復職に対する阻害要因<ol style="list-style-type: none">1. 非効率的なコーピングスタイル2. 制約を受けいれることができない。3. 病気に対する否定的な認識4. 病気による 2 次的な利益5. 復職を妨げる認知と行動6. 病気の行動を促進する態度、または/及び、復職に関する主治医の誤った助言・復職に対する促進要因<ol style="list-style-type: none">1. 仕事の再開に対する前向きな態度2. 復職への動機3. 早期から提供される復職プログラム

資料 1

2010 年から 2019 年に出版された復職ガイドライン及び、産業精神保健におけるガイドラインに関する論文の検索式

復職ガイドラインに関する論文の検索式

```
("return to work"[Title/Abstract] OR return-to-work[Title/Abstract] OR  
RTW[Title/Abstract]) AND (guidelines[Title/Abstract] OR guideline[Title/Abstract]  
OR guidance[Title/Abstract] OR toolkit[Title/Abstract])) AND ("2010/01/01"[PDAT] :  
"2019/12/25"[PDAT])
```

産業精神保健に関する論文の検索式

```
((mental[Title/Abstract] AND (health[Title/Abstract] OR disorder[Title/Abstract] OR  
disorders[Title/Abstract] OR ill[Title/Abstract] OR illness[Title/Abstract] OR  
sick[Title/Abstract] OR sick[Title/Abstract] OR sick-leave[Title/Abstract])) AND  
(occupational[Title/Abstract] OR occupationally[Title/Abstract] OR  
work[Title/Abstract] OR work-related[Title/Abstract] OR job[Title/Abstract] OR  
(job-related[All Fields] AND workers[Title/Abstract]) OR workplace[Title/Abstract]  
OR employee[Title/Abstract])) AND (guidelines[Title/Abstract] OR  
guideline[Title/Abstract] OR guidance[Title/Abstract])) AND ("2010/1/1"[PDAT] :  
"2019/12/25"[PDAT])
```

[Title/Abstract]: 文献のタイトルまたは抄録に含まれる語句を対象

[PDAT]: 文献が出版された日付を指定

検索日 : 2019 年 12 月 25 日

【研究 2】生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の可能性

A. 研究目的

近年、精神疾患の発症により労災認定を受けた療養者の療養期間が長期化しており、療養者の状態の的確な把握と適切な就労可否判断を行う事は重要な課題となっている。特に気分障害は長期療養事例における主要な精神疾患であることが報告されており、気分障害の療養者に対する就労可否判断の重要性は高いと考えられる[1]。就労可否判断に関するガイダンスとしては、本邦では職場復帰の手引きや復職ガイダンスが発行されており[2, 3]、欧米では英国の Fitnote に代表されるような復職診断書とそのガイダンスが実用されている[4]。それらのガイダンスには、就労可否判断の基本条件として、主治医による療養者の復職適合性の判断は定められているが、就労可否判断のための客観的な指標はほぼ見られない[5]。現状では、就労可否に必要な療養者の状態把握は、療養者の報告に基づく部分が大きいため、療養者の想起によるバイアスや自己認識による影響は避けられない[6]。したがって、主治医や産業医が適切な就労可否判断を行うためには、療養者からの報告だけでなく、客観的データにもとづく判断指標を導入することは重要であると考えられる。

生態学的瞬間評価（EMA：ecological momentary assessment）の概念に基づく生活モニタリングデータは、想起バイアスを避けた妥当性の高い客観的な情報である[6]。また、就労可否判断においては、気分や思考面の評価よりも復職前の生活における行動評価の信頼性が高いといった報告もあるため[7]、行動評価が可能な生活モニタリングデータは就労可否判断において有用となることが考えられる。生活モニタリングデータを用いた研究としては、活動量と睡眠データを測定するアクチグラフィを用いた研究が長年にわたり多数おこなわれている[8]。また、気分障害を対象としてアクチグラフィを用いた研究も多数行われており[9]、本邦でもアクチグラフィとうつ症状との関連や症状改善との関連が示されている[10, 11]。さらに、近年においては情報通信技術の発展によりスマートフォンやウェアラブルデバイスによって収集した生活モニタリングデータを用いて、気分障害を評価した研究が増加している[12]。そこで、本研究では、長期療養者の主要な精神疾患である気分障害の患者を対象とし、アクチグラフィ及び、スマートフォン等で収集した生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連を調査した。

そして、調査結果から、気分障害による療養者の就労可否の判断指標として、生活モニタリングデータを実用する可能性を検討した。

B. 方法

1) アクチグラフィと気分障害の症状との関連の調査

アクチグラフィと気分障害の症状との関連を調べたメタアナリシス、およびシステマティックレビューを抽出するため、PubMed を用いた文献検索を行った。

検索語には、「アクチグラフィ

(actigraphy、actimetry 等)、気分障害 (mood disorder、affective disorder、depressive、bipolar 等)、メタアナリシスまたはシステマティックレビュー

(meta-analysis、systematicreview 等)」を用いて、使用言語は英語および日本語に限定した。それぞれの検索語に対して、同じ分類に含まれる語句を” OR” で繋いだ後、分類グループを” AND” で繋いで検索を行った (資料 1)。本研究は療養中の労働者を対象としているため、抽出された文献に対して、選択基準を「1. 対象に成人を含んだアクチグラフィと気分障害との関連に対するメタアナリシスまたはシステマティックレビュー」とし、除外基準を「1. 対象を幼児、児童、青年

期、高齢者に限定しているもの」として文献選択をおこなった。

選択された文献から、成人を対象としたアクチグラフィと気分障害との関連に対するメタアナリシスまたはシステマティックレビューの結果をまとめた。

2) スマートフォン等で収集した生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連の調査

スマートフォン等で収集した生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連の調査は次の二段階でおこなった。第一段階では、生活モニタリングデータと気分障害との関連を調べたメタアナリシスまたはシステマティックレビューの検索と選択をおこなった。第二段階では第一段階で選択されたメタアナリシスまたはシステマティックレビューの対象となっている個々の文献の中から、生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連に関する文献の抽出と選択を行った。調査対象は成人とし、アクチグラフィに関しては前述のとおり別に調査を行っているため除外した。

第一段階の検索には PubMed を使用し、検索語には、「生態学的瞬間評価 (EMA、ecological momentary assessment 等) またはスマートフォンやウェアラブルデバイス (smart phone、wearable、mobile

等)、気分障害 (mood disorder、affective disorder、depressive、bipolar 等)、メタアナリシスまたはシステマティックレビュー (meta-analysis、systematic review 等)」を用いて、使用言語は英語および日本語に限定した。それぞれの検索語に対して、同じ分類に含まれる語句を” OR” で繋いだ後、分類グループを” AND” で繋いで検索を行った (資料 2)。抽出された文献に対して、次の基準に基づき文献選択を行った。選択基準は「1. 対象に成人を含んでいる生活モニタリングデータと気分障害との関連に対するメタアナリシスまたはシステマティックレビュー」、除外基準は「1. アクチグラフィに関するもの、2. 対象を幼児、児童、青年期、高齢者に限定しているもの」とした。第二段階では、第一段階で選定されたそれぞれのメタアナリシスまたはシステマティックレビューにおいて、分析またはレビュー対象となっているすべての文献の中から、次の基準に基づき、気分障害の症状との関連に関する文献を選定した。選択基準は「1. 成人を対象とした生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連を調査したもの」、除外基準は「1. 測定機器がアクチグラフィのみであるもの、2. 対象を幼児、児童、青年期、高齢者に限定しているもの、3. ケースス

タディまたは定量評価がされていないもの」とした。

選定された文献にて報告された、成人の生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連に関する結果をモニタリングデータの種別ごとに整理した。

C. 結果

1) アクチグラフィと気分障害の症状との関連の調査

抽出されたメタアナリシスおよびシステマティックレビューは 16 編であった。それらを選択基準に基づき精査した結果、7 編の文献が選定された [9, 13-18]。1 編を除き [15]、そのほか 6 編はすべてメタアナリシスであった。選定された文献とその分析結果を表 1 に示す。

選定された文献において対象となった気分障害は、双極性障害は 7 編すべての対象であり、大うつ病性障害は 2 編 [9, 14]、季節性感情障害は 1 編 [9] で対象であった。また、対象となった研究デザインは、気分障害の患者と健康者のアクチグラフィの結果を比較した症例対照研究は 7 編すべての対象であり、患者の治療前後のアクチグラフィの結果を比較した事前事後研究は 2 編において対象であった [9, 14]。

選定された 6 編のメタアナリシスのうち、双極性障害の寛解期の患者と健康者

の比較を分析した文献は5編あり[13, 14, 16-18]、大うつ病性障害の寛解の患者と健康者の比較を分析した文献は1編のみであった[14]。そのほか、寛解期以外(症状を有する状態)の患者と健康者との比較を分析したものが3編[9, 16, 14]、患者(すべての状態を含む)と健康者との比較を分析したものは1編であった[16]。患者内における寛解期と寛解期以外の比較を分析した文献は認められなかった。双極性障害の寛解期の患者と健康者のアクチグラフィを比較した分析結果では、有意差のあるアウトカムとして、睡眠時間は5編全てで報告されており[13, 14, 16-18]、睡眠潜時と中途覚醒は4編[13, 14, 17, 18]、活動量は3編[13, 16, 18]、就床時間は2編[13, 18]に共通して報告されていた。一方、有意差のないアウトカムとして、睡眠効率が4編[13, 14, 16, 18]に共通して報告されていた。

大うつ病性障害の寛解の患者と健康者のアクチグラフィを比較した分析結果では、有意差のあるアウトカムとして報告されたものはなく、有意差のないアウトカムとして、活動量、睡眠時間、睡眠潜時、中途覚醒時間、睡眠効率が報告されていた[14]。

寛解期以外(症状を有する状態)の患者と健康者のアクチグラフィを比較した分析結果では、うつ症状を有する患者と健

康者との間で有意差のあるアウトカムとして、活動量が3編すべてで報告されていた[9, 14, 16]。2編において分析されていた睡眠時間と中途覚醒は、一方では有意差があり、他方では有意差がなかった[14, 16]。また、躁症状を有する患者と健康者との比較した2編において、活動量と睡眠潜時、中途覚醒時間は、一方では有意差があり、他方では有意差がなかった[14, 16]。

患者のうつ症状に対する治療前後のアクチグラフィを比較した2編のメタアナリシスにおいては、両編に共通した結果はみとめられなかった[9, 14]。一方は治療後に、睡眠潜時、中途覚醒時間、及び睡眠効率は有意に改善されたが、活動量と睡眠時間には有意差がなかった[14]。他方は治療後に、活動量は有意に改善されたが、睡眠効率には有意差がなかった[9]。

2) スマートフォン等で収集した生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連の調査

第一段階の文献調査において、抽出されたメタアナリシスおよびシステムティックレビューは133編であった。それらを選択基準に基づき精査した結果、6編のシステムティックレビューが選定された[12, 19-23]。選定された6編のシステムティックレビューがレビュー対象とした

文献の合計は190編であった(重複含む)。第二段階において、それらを選択基準に基づき精査した結果(図1)、スマートフォン等で収集した成人の生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連を調査した文献が27編選定された[24-50]。選定された文献一覧を表2に示す。

選定された文献において対象となった気分障害は、双極性障害は27編すべての対象であり、そのほか、大うつ病性障害は1編においてのみ対象であった[37]。また、研究デザインは、3編は患者と健康者を比較した症例対照研究であり[28, 29, 37]、それ以外の24編は患者を対象とした観察研究であった。

文献で報告されている生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連を、モニタリングデータの種別ごとに分類した結果を表3に示す。

モニタリングデータとして身体活動量を対象としたものは5編あった[37, 43, 47, 48, 50]。4編は気分障害の症状との関連を調査した文献であり、そのうち2編では症状との関連が認められたが[48, 50]、他2編では関連は認められなかった[37, 47]。そのほかの1編は、身体活動量によって患者の気分状態(うつ症状、躁症状、寛解期)を判別した文献であり、その判別結果は、正確度(accuracy)72%、適

合率(precision)65%、検出率(recall)63%であった[43]。

位置情報を対象としたものは7編あり[29, 31, 33, 42, 43, 46, 50]、気分障害の症状との関連を調査した6編すべての文献において、位置情報と症状との関連が認められた[29, 31, 33, 42, 46, 50]。そのほかの1編は、位置情報のデータによって患者の気分状態を判別した文献であり、その判別結果は、正確度80%、適合率81%、検出率82%であった[43]。

音声データを対象としたものは7編あり[28, 32, 34, 38, 39, 44, 45]、すべてが音声データによって患者の気分状態を判別した文献であった。判別結果をAUCで評価した文献のうち、最も値の高い文献は、躁状態、又は混合状態に対するAUCは0.89、抑うつ状態に対するAUCは0.78であった[32]。判別結果を正確度で評価した文献は、正確度70%、適合度60%、検出率59%であった[38]。

電話/SMSの使用頻度・時間を対象としたものは6編あった[31, 33, 36, 38, 42, 50]。5編は気分障害の症状との関連を調査した文献であり、そのうち4編では症状との関連が認められたが[31, 33, 36, 50]、1編では関連が認められなかった[42]。そのほかの1編は、電話の使用頻度・時間によって患者の気分状態を判別した文献であり、その判別結果は、正確

度 66%、適合度 61%、検出率 58%であった[38]。

スマートフォン／モバイルフォンの使用法を対象としたものは6編あった[25, 26, 33, 41, 42, 47]。5編は気分障害の症状との関連を調査した文献であり、そのうち4編では症状との関連が認められたが[25, 33, 41, 47]、1編では関連が認められなかった[42]。そのほかの1編は、スマートフォン／モバイルフォンの使用法によって患者のうつ症状を予測した文献であり、その予測結果は正確度 90%であった[26]。

心拍データを対象としたものは2編あり[27, 40]、すべて患者の気分状態を判別した文献であった。正確度が示された文献において、心拍データのみを用いた判別結果は、正確度 69%であった[27]。

身体活動量、位置情報、音声データなどを統合・集約したデータを対象としたものは3編あった[30, 35, 38]。1編はソーシャルリズムの安定／不安定を予測した文献であり、その予測結果は適合度 85%、検出率は 86%であった[30]。患者の気分状態を判別した文献は2編あり[35, 38]、そのうち1編は気分状態の変化に対する検出も行っていた[38]。気分状態の判別結果は、正確度 85%[35]、及び 76%であり[38]、気分状態の変化に対する検出結

果は、適合度 97%、検出率 97%であった[38]。

その他、患者が定期的に SMS 等で回答した気分状態を対象としたものが2編あり[24, 49]、1編は患者の気分状態の予測を行い[24]、もう1編は症状が安定している患者と不安定の患者の判別を行っていた[49]。

D. 考察

文献の調査結果より、アクチグラフィ及び、スマートフォン等で収集した生活モニタリングデータを、気分障害による療養者の就労可否の判断指標として実用することが可能であるかを検討する。

1) アクチグラフィのデータに基づく就労可否判断の指標の検討

文献調査により選定されたメタアナリシスには、アクチグラフィのデータをアウトカムとして「双極性障害の寛解期の患者と健康者の比較」、「大うつ病性障害の寛解の患者と健康者の比較」、「寛解期以外（症状の有する状態）の患者と健康者との比較」、「患者（すべての状態を含む）と健康者との比較」及び「患者の治療前後の比較」の分析結果が報告されていた。これらの比較分析の結果を就労可否判断に用いる方法としては、アウトカムの値を寛解または症状改善の判断指標とする

ことが考えられる。仮に、寛解期以外の患者と健康者との比較分析においては有意差があるが、寛解期の患者と健康者との比較分析においては有意差のないアウトカムが存在すれば、患者が寛解または寛解期となった時点で、そのアウトカムの値は健康者の範囲内に収まる確率が高いと推察される。よって、そのアウトカムを寛解の判断指標として実用できる可能性が考えられる。

寛解期以外（症状を有する状態）の患者と健康者のアクチグラフィを比較した分析結果において、有意差のあるアウトカムとして一貫して報告されていたものは活動量だけであった。双極性障害の寛解期の患者と健康者のアクチグラフィを比較した分析結果において、有意差のないアウトカムとして共通して報告されたものは睡眠効率であり、活動量は寛解期でも健康者との間に有意差が残ったままであった。他方、大うつ病性障害の寛解の患者と健康者を比較した分析結果においては、活動量は有意差のないアウトカムとして報告されており、大うつ病性障害の患者の寛解の判断指標として活動量を実用できる可能性が示唆された。しかしながら、活動量に対して、大うつ病性障害の寛解の患者と健康者を比較している文献は1編だけであり、分析対象となった患者数は34名と限られている[14]。し

たがって、現時点では、活動量を寛解の判断指標として実用できると判断するには研究結果が十分ではないと考えられる。そのほか、アクチグラフィの比較分析の結果を就労可否判断に用いる方法としては、患者の治療前後の比較結果から症状の改善を判断する方法が考えられる。しかしながら、患者のうつ症状に対する治療前後のアクチグラフィを比較した2編の分析結果においては、一貫した結果は認められていないことから、その方法は難しいと考えられる。

アクチグラフィのデータを就労可否判断の指標として検討するにあたり、「患者内での寛解期と寛解期以外の比較結果」は有用であると考えられたが、本調査で選定された文献においては、その分析結果は報告されていなかった。そのため、追加の個別調査として、寛解期と寛解期以外のアクチグラフィを比較した文献を検索したが、確認された文献はわずかであった。Moonらは[51]、双極性障害の入院患者26名を対象とし、アクチグラフィ及び、生化学データ（唾液中コルチゾール、頬側細胞から取得した時計遺伝子）によって概日リズムを測定し、患者の急性期と回復期、及び健康者との間で測定結果の比較を行っている。比較結果では、アクチグラフィで測定された活動量に対しては、患者の急性期と回復期との間に有

意な差は認められなかった。睡眠データに対しては、躁症状の患者の急性期と回復期との間では有意な差が認められたが（起床時間及び睡眠効率）、うつ症状の患者においては認められなかった。生化学データを用いた概日リズムに対しては、症状に依存せず急性期と回復期との間で有意な差が認められ、回復期は健康者のリズムとほぼ重なったことが報告されている。この結果からすると、急性期と回復期との間で有意な差が認められたアクチグラフィの睡眠データを用いて双極性障害の躁症状の寛解を判断するという方法や、生化学データ用いた概日リズムを用いて寛解期を判断する方法は考えられるが、現時点では実用を検討するには、研究が不十分である。

以上、本調査の結果からは、アクチグラフィで測定された活動量を大うつ病性障害の寛解の判断指標とする可能性が示唆された。しかしながら、メタアナリシスの対象となった患者のサンプル数が十分ではないことから、現時点では、アクチグラフィのデータを寛解の判断指標として実用する事は難しいと考えられる。

2) スマートフォン等で収集した生活モニタリングデータに基づく就労可否判断の指標の検討

文献調査の結果、気分障害の症状との関連を調査するために測定された生活モニタリングデータは、身体活動、位置情報、音声データ、電話/SMSの使用頻度・時間、スマートフォン/モバイルフォンの使用方法、心拍データであった。そのうち、位置情報と音声データは、双極性障害の症状との関連を調査した複数の文献において、一貫して症状との関連が認められていた。また、測定データを用いて気分状態を判別した文献において、判別能力が高かった結果は、位置情報(正確度 80%、適合率 81%、検出率 82%) [43]、音声データ(躁状態、又は混合状態: AUC=0.89、抑うつ状態: AUC=0.78) [32]、及び、通話中の音声データと身体活動の複合データ(正確度 85%)を用いていた[35]。この結果からすると、双極性障害の寛解期の判別能力は中等程度ではあるが、判別能力が高かったこれらの3編はいずれも対象の患者数が30名に満たず、寛解の判断指標として実用するには研究結果が十分ではないと考えられる。

今後の研究によっては、スマートフォンで収集した療養者の生活モニタリングデータを用いて双極性障害の寛解期を判別する可能性があると思われるが、現時点では生活モニタリングデータを寛解の判断指標として実用する事は難しいと考えられる。

本研究では、生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連に関する文献調査を行い、その結果に基づき、生活モニタリングデータを就労可否判断の指標として実用する可能性を検討した。そのため、就労可否判断の指標の検討対象が、療養者の症状に対するものに限られたが、復職には療養者の症状のほか、復職への動機や、コーピングスタイル、ステイグマといった病気への否定的な認識、職場の対人関係、業務負担の調整、家族の理解などのさまざまな要因が影響する[52, 53]。また、復職の準備状況を評価する尺度である復職準備性評価スケールを用いた研究では、症状以外にも、基本的な生活、職場との関係、健康管理といった要因が復職6ヶ月後の就労継続を有意に予測するといった報告もされている[54]。したがって、就労可否判断においては、本調査で対象とした症状の以外の要因の評価に対しても客観的なデータを用いることは重要である。例えば、復職準備性評価スケールの下位尺度である基本的な生活には、起床時間や戸外での活動頻度を回答する項目がある。それらの項目に対して回答に基づいた評価をするのではなく、アクチグラフィなどで収集した生活モニタリングデータを用いるといった方法が考えられる。また、眠気や集中力を客観

的に評価するために、精神運動ヴィジランス課題 (psychomotor vigilance test : PVT) の結果を用いるといった方法も考えられる。精神運動ヴィジランス課題は、職域での応用が試みられており[55]、スマートフォンによる短時間での実施も可能となっている[56]。今後、症状以外の就労可否判断の要因に対して、客観的データを用いた指標を検討する余地はまだあると考えられる。また、復職に影響するさまざまな要因を考慮した総合的な就労可否判断のためには、評価尺度と客観的データを複合した就労可否判断モデルや指標の探索と評価に関する研究も今後必要であると考えられる。

本研究の限界としては、第一に、文献の調査対象をメタアナリシスやシステムティックレビューとしており、それらに含まれなかった個別の研究結果はほぼ調査対象となっていない。第二に、選定された文献が対象とした気分障害は、ほとんどは双極性障害であり、大うつ病性障害を対象とした研究は限られていた。選定された文献のうち、大うつ病性障害を対象とした文献は、アクチグラフィに関しては7編のうち2編[9, 14]、スマートフォン等に関しては27編のうち、わずか1編だけであった[37]。スマートフォン等に関する文献の選定過程においては、抑

うつ症状との関連を調査した研究は複数確認されたが、ほとんどが一般成人や大学生を対象としており、診断に基づいた患者ではなかった[57-60]。第三に、研究対象となった患者のサンプルサイズが十分ではない。アクチグラフィに関するメタアナリシスにおいても、大うつ病性障害の寛解と健康者の比較のように分析対象の患者数が限られているものがあつた[14]。また、スマートフォン等に関して選定された文献に関しては、Vazquez-Montes らの研究は 146 名[24]、Faurholt-Jepsen らの研究は 61 名の双極性障害を対象としているが[36]、それ以外の文献の患者数は 5 名から 31 名の範囲であつた。その他、アクチグラフィに関する文献においては、ほとんどが入院患者を対象としたものであり、日常生活を過ごしている外来患者だけを対象とした結果ではない事も留意すべき点である。また、薬の種類と量は寛解期の患者のアクチグラフィとは無関係といった報告はあるものの[61]、薬が生活モニタリングデータへ影響を与えている可能性もある。

E. 結語

本研究では、就労可否判断の指標としての生活モニタリングデータの実用可能性を検討することを目的とし、長期療養者の主要な精神疾患である気分障害の症状

とアクチグラフィ及び、スマートフォン・ウェアラブルデバイスで収集した生活モニタリングデータとの関連を調査した。調査結果からは、アクチグラフィの活動量、及びスマートフォンで収集した位置情報や音声データを気分障害の寛解の判断指標として実用する可能性が示唆されたが、研究の患者のサンプル数が十分ではないことから、現時点では、気分障害の寛解の判断指標として実用することは難しいと考えられる。今後、就労可否判断に客観的な指標の導入を進めるためには、患者のサンプル数を増やした研究に限らず、復職に影響を与える症状以外の要因の評価に客観的データを用いる方法の検討や、評価尺度と客観的データを複合した就労可否判断モデルの探索と評価などの研究が必要になると考えられる。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得 なし。
2. 実用新案登録 なし。
3. その他
なし。

【研究2】参考文献

- [1] 桂山修一. 精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆに係る臨床研究. 平成28年度労災疾病臨床研究事業費補助金「精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆに係る臨床研究」. 3-25, 2017.
- [2] 厚生労働省, 独立行政法人労働者健康安全機構. 改訂 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. <https://www.mhlw.go.jp/content/000561013.pdf> (2020年10月30日アクセス).
- [3] 日本産業衛生学会 関東地方会. 科学的根拠に基づく「産業保健における復職ガイダンス2017」. 日本産業衛生学会 関東地方会, 2017.
- [4] UK Department for Work and Pensions. Fit note guidance. <https://www.gov.uk/government/collections/fit-note> (2020年10月30日アクセス).
- [5] 田中克俊. 諸外国の就労可否判断、および復職支援の現状：復職ガイドラインにもとづく調査. 厚生労働省令和1年度労災疾病臨床研究事業費補助金「仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する治療と並行して行う効果的な社会復帰支援に関

- する研究」.161-188, 2020.
- [6] 菊地裕絵. EMA を活用した心身医学的病態理解. 心身医学, 59(7), 623-627, 2019.
- [7] 渡部真弓, 鎌田直樹, 田中克俊.
【精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆの判断に係る臨床研究】産業医の立場からの長期療養者の就労可否判断. 産業精神保健, 27(3), 201-206, 2019.
- [8] Martin JL, Hakim AD. Wrist Actigraphy. Chest; 139(6): 1514-1527, 2011.
- [9] Burton C, McKinstry B, SzentagotaiTatar A et al. Activity monitoring in patients with depression: a systematic review. Journal of Affective Disorders; 145(1): 21-28, 2013.
- [10] Kim J, Nakamura T, Kikuchi H, et al. Co-Variation of Depressive Mood and Spontaneous Physical Activity in Major Depressive Disorder : Towards Continuous Monitoring of Depressive. IEEE J Biomed Health Inform; 19(4): 1347-1355, 2015.
- [11] 上田敏郎, 向井泰二郎, 東睦広ほか. アクチグラフによるうつ病の回復過程の評価. 近畿大学医学雑誌, 29(1), 28A, 2004.
- [12] Rohani DA, Faurholt-Jepsen M, Kessing LV et al. Correlations Between Objective Behavioral Features Collected From Mobile and Wearable Devices and Depressive Mood Symptoms in Patients With Affective Disorders: Systematic Review. JMIR MhealthUhealth; 6(8): e165, 2018.
- [13] Meyer N, Faulkner SM, McCutcheon RA et al., Sleep and Circadian Rhythm Disturbance in Remitted Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. Schizophrenia Bulletin; 46(5): 1126-1143, 2020.
- [14] Tazawa Y, Wada M, Mitsukura Y et al. Actigraphy for evaluation of mood disorders: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders; 253: 257-269, 2019.
- [15] Scott J, Murray G, Henry C et al. Activation in Bipolar Disorders: A Systematic Review. JAMA Psychiatry; 74(2):189-196, 2017.
- [16] De Crescenzo F, Economou A, Sharpley AL et al. Actigraphic features of bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. Sleep Medicine Reviews; 33: 58-69, 2017.
- [17] Geoffroy PA, Scott J, Boudebesse

- C et al. Sleep in patients with remitted bipolar disorders: a meta-analysis of actigraphy studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 131(2):89-99, 2015.
- [18] Ng TH, Chung KF, Ho FY et al. Sleep-wake disturbance in interepisode bipolar disorder and high-risk individuals: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*; 20: 46-58, 2015.
- [19] Antosik-Wójcicka AZ, Dominiak M, Chojnacka M et al. Smartphone as a monitoring tool for bipolar disorder: a systematic review including data analysis, machine learning algorithms and predictive modelling. *International Journal of Medical Informatics*; 138: 104131, 2020.
- [20] Fraccaro P, Beukenhorst A, Sperrin M et al. Digital biomarkers from geolocation data in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*; 26(11): 1412-1420, 2019.
- [21] Seppälä J, De Vita I, Jämsä T et al. Mobile Phone and Wearable Sensor-Based mHealth Approaches for Psychiatric Disorders and Symptoms: Systematic Review. *JMIR Mental Health*; 6(2): e9819, 2019.
- [22] Cornet VP, Holden RJ. Systematic review of smartphone-based passive sensing for health and wellbeing. *Journal of Biomedical Informatics*; 77: 120-132, 2018.
- [23] Dogan E, Sander C, Wagner X et al. Smartphone-Based Monitoring of Objective and Subjective Data in Affective Disorders: Where Are We and Where Are We Going? Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*; 19(7): e262, 2017.
- [24] Vazquez-Montes M, Stevens R, Perera R et al. Control charts for monitoring mood stability as a predictor of severe episodes in patients with bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorder*; 6; art.7, 2018.
- [25] Zulueta J, Piscitello A, Rasic M et al. Predicting mood disturbance severity with mobile phone keystroke metadata: A biaffect digital phenotyping study. *Journal of Medical Internet Research*; 20(7): e241, 2018.
- [26] Cao B, Zheng L, Zhang C et al. DeepMood: Modeling Mobile Phone Typing Dynamics for Mood Detection. *Proceedings of the 23rd ACM SIGKDD*

- International Conference on Knowledge Discovery and Data Mining: 747-755, 2017.
- [27] Gentili C, Valenza G, Nardelli M et al. Longitudinal monitoring of heartbeat dynamics predicts mood changes in bipolar patients: a pilot study. *Journal of Affective Disorders*; 209: 30-38, 2017.
- [28] Guidi A, Schoentgen J, Bertschy G et al. Features of vocal frequency contour and speech rhythm in bipolar disorder. *Biomedical Signal Processing and Control*; 37: 23-31, 2017.
- [29] Palmius N, Tsanas A, Saunders KEA et al. Detecting bipolar depression from geographic location data. *IEEE Transactions on Biomedical Engineering*; 64(8): 1761-1771, 2017.
- [30] Abdullah S, Matthews M, Frank E et al. Automatic detection of social rhythms in bipolar disorder. *Journal of the American Medical Informatics Association*; 23(3): 538-543, 2016.
- [31] Beiwinkel T, Kindermann S, Maier A et al. Using smartphones to monitor bipolar disorder symptoms: a pilot study. *JMIR Mental Health*; 3(1): e2, 2016.
- [32] Faurholt-Jepsen M, Busk J, Frost M et al. Voice analysis as an objective state marker in bipolar disorder. *Translational Psychiatry*; 6(7): e856, 2016.
- [33] Faurholt-Jepsen M, Vinberg M, Frost M et al. Behavioral activities collected through smartphones and the association with illness activity in bipolar disorder. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*; 25(4): 309-323, 2016.
- [34] Gideon J, Provost EM, McInnis M. Mood state prediction from speech of varying acoustic quality for individuals with bipolar disorder. *Proceedings of the IEEE International Conference on Acoust Speech Signal Process*: 2359-2363, 2016.
- [35] Maxhuni A, Muñoz-Meléndez A, Osmani V et al. Classification of bipolar disorder episodes based on analysis of voice and motor activity of patients. *Pervasive and Mobile Computing*; 31: 50-66, 2016.
- [36] Faurholt-Jepsen M, Vinberg M, Frost M et al. Smartphone data as an electronic biomarker of illness activity in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*; 17(7): 715-728, 2015.
- [37] Faurholt-Jepsen M, Brage S,

- Vinberg M et al. Electronic monitoring of psychomotor activity as a supplementary objective measure of depression severity. *Nordic Journal of Psychiatry*; 69(2): 118-125, 2015.
- [38] Grünerbl A, Muaremi A, Osmani V et al. Smartphone-based recognition of states and state changes in bipolar disorder patients. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*; 19(1): 140-148, 2015.
- [39] Guidi A, Vanello N, Bertschy G et al. Automatic analysis of speech F0 contour for the characterization of mood changes in bipolar patients. *Biomedical Signal Processing and Control*; 17: 29-37, 2015.
- [40] Lanata A, Valenza G, Nardelli M et al. Complexity index from a personalized wearable monitoring system for assessing remission in mental health. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*; 19(1): 132-139, 2015.
- [41] Alvarez-Lozano J, Osmani V, Mayora O et al. Tell me your apps and I will tell you your mood: correlation of apps usage with bipolar disorder state. *Proceedings of the 7th International Conference on Pervasive Technologies Related to Assistive Environments*; art.19: 1-7, 2014.
- [42] Faurholt-Jepsen M, Frost M, Vinberg M et al. Smartphone data as objective measures of bipolar disorder symptoms. *Psychiatry Research*; 217(1-2): 124-127, 2014.
- [43] Grünerbl A, Osmani V, Bahle G et al. Using smart phone mobility traces for the diagnosis of depressive and manic episodes in bipolar patients. *Proceedings of the 5th Augmented Human International Conference*; art38: 1-8, 2014.
- [44] Karam ZN, Provost EM, Singh S et al. Ecologically valid long-term mood monitoring of individuals with bipolar disorder using speech. *Proceedings of the IEEE International Conference on Acoust Speech Signal Process*: 4858-4862, 2014.
- [45] Muaremi A, Gravenhorst F, Grünerbl A et al. Assessing bipolar episodes using speech cues derived from phone calls. *Pervasive Computing Paradigms for Mental Health. Mindcare 2014. Lecture Notes of the Institute for Computer Sciences, Social Informatics and Telecommunications Engineering*; 100: 103-114, 2014.

- [46] Sabatelli M, Osmani V, Mayora O et al. Correlation of significant places with self-reported state of bipolar disorder patients. Proceedings of the 2014 4th International Conference on Wireless Mobile Communication and Healthcare: Transforming Healthcare Through Innovations in Mobile and Wireless Technologies (MOBIHEALTH): 116-119, 2014.
- [47] Frost M, Doryab A, Faurholt-Jepsen M et al. Supporting disease insight through data analysis: refinements of the MONARCA self-assessment system. Proceedings of the 2013 ACM international joint conference on Pervasive and ubiquitous computing; 133-142, 2013.
- [48] Osmani V, Maxhuni A, Grünerbl A et al. Monitoring activity of patients with bipolar disorder using smart phones. Proceedings of International Conference on Advances in Mobile Computing & Multimedia: 85-92, 2013.
- [49] Bonsall MB, Swallace-Hadrill SMA, Geddes JR et al. Nonlinear time-series approaches in characterizing mood stability and mood instability in bipolar disorder. Proceedings of the Royal Society of London, Series B: Biological Sciences; 279(1730): 916-924, 2012.
- [50] Grünerbl A, Oleksy P, Bahle G et al. Towards smart phone based monitoring of bipolar disorder. Proceedings of the Second ACM Workshop on Mobile Systems, Applications, and Services for HealthCare; art. 3; 1-6, 2012.
- [51] Moon JH, Cho CH, Son GH et al. Advanced Circadian Phase in Mania and Delayed Circadian Phase in Mixed Mania and Depression Returned to Normal after Treatment of Bipolar Disorder. EBioMedicine; 11: 285-295, 2016.
- [52] Sánchez Mendoza PM. Work Ability Assessment of Employees on Long Term Sick Leave in Insurance Medicine. Universiteit van Amsterdam, 2013.
- [53] 秋山剛, 松本聡子, 長島杏那. 気分障害のリワークプログラム リワーク・復職を困難にする要因. 臨床精神医学, 41(11), 1551-1559, 2012.
- [54] 堀井清香, 酒井佳永, 田川杏那ほか. 復職準備性評価スケール (Psychiatric Rework Readiness Scale) によるリワークプログラム参加者の就労継続の予測妥当性—就労継続に影響する要因—. 精神神経学雑誌, 121, 445-456, 2019.

- [55] 阿部高志. 客観的眠気検査の有用性と職域での応用. *睡眠医療*, 8, 29-35, 2014.
- [56] Grant DA, Honn KA, Layton ME et al. 3-minute smartphone-based and tablet-based psychomotor vigilance tests for the assessment of reduced alertness due to sleep deprivation. *Behavior Research Methods*; 49(3): 1020-1029, 2017.
- [57] Canzian L, Musolesi M. Trajectories of depression: unobtrusive monitoring of depressive states by means of smartphone mobility traces analysis. *Proceedings of the 2015 ACM International Joint Conference on Pervasive and Ubiquitous Computing*: 1293-1304, 2015.
- [58] Saeb S, Zhang M, Karr CJ et al. Mobile phone sensor correlates of depressive symptom severity in daily-life behavior: an exploratory study. *Journal of Medical Internet Research*; 17(7): e175, 2015.
- [59] Saeb S, Lattie EG, Schueller SM et al. The relationship between mobile phone location sensor data and depressive symptom severity. *PeerJ*; 4: e2537, 2016.
- [60] Wahle F, Kowatsch T, Fleisch E et al. Mobile sensing and support for people with depression: a pilot trial in the wild. *JMIR mHealth and uHealth*; 4(3): e111, 2016.
- [61] Salvatore P, Ghidini S, Zita G et al. Circadian activity rhythm abnormalities in ill and recovered bipolar I disorder patients. *Bipolar Disorders*; 10(2): 256-265, 2008.

【研究2】 図表

表1. アクチグラフィと気分障害との関連を評価したメタアナリシス及び、システムティックレビュー

***p < .001; **p < .01; *p < .05

研究	文献数	対象文献の研究デザイン	対象疾患	気分障害に対する結果		
				比較対象と評価結果	アウトカム (分析患者数)	
Meyer et al. 2020[13]	30 (気分障害15 統合失調症15)	症例対照研究 (患者と健康者の 比較)	双極性障害 (患者 n=607、 健康者 n=484)	双極性障害の寛解期の患者と健康者の比較結果： 患者は健康者と比較して、活動量、睡眠効率が有意に低い。また、睡眠時間、就床時間、睡眠潜時、中途覚醒時間が有意に長い。 それ以外のアウトカムに有意差はない。 但し、睡眠効率は質の低い文献を除外すると有意差はなくなる。 CVR (変動係数比) においては、患者は健康者と比較して、活動量、睡眠時間、就床時間、睡眠効率が有意に大きい。	活動量 (314) 睡眠時間 (607) 就床時間 (247) 睡眠潜時 (431) 中途覚醒時間 (511) 睡眠効率 (537) 覚醒回数 (59) 相対振幅 (181) 日内安定性 (166) 日内変数 (166) アクロフェイズ (135)	標準化平均差(SMD) [信頼区間 (95%)] -0.75 [-1.20, -0.29] ** 0.46[0.32, 0.60] *** 0.65 [0.37, 0.92] *** 0.24 [0.04, 0.44] * 0.24 [0.10, 0.37] *** -0.16 [-0.31, -0.03] * -0.12 [-0.48, 0.32] -0.25 [-0.56, 0.05] -0.10 [-1.01, 0.82] 0.30 [-0.33, 0.94] -1.67 [-4.14, 0.81] -0.61 [-1.70, 0.49] 0.37 [0.13, 0.61]** 0.24 [0.02, 0.42] * 0.21 [0.03, 0.39] * -0.16 [-0.35, 0.02] ※基準値を健康者に改変 -0.31 [-0.99, 0.37] 0.12 [-0.56, 0.80] 0.07 [-0.56, 0.70] 0.31 [-0.32, 0.95] -0.20 [-1.00, 0.61] ※基準値を健康者に改変
Tazawa et al. 2019[14]	38	症例対照研究 (患者と健康者の 比較) 事前事後研究 (患者の治療前後 比較)	大うつ病性障害及 び 双極性障害 (患者=3,758、 健康者=2,241)	双極性障害の寛解期と健康者との比較結果： 患者は健康者と比較して、睡眠時間、睡眠潜時、中途覚醒時間が有意に長い。 活動量、睡眠効率に有意差はない。 大うつ病性障害の寛解と健康者との比較結果： すべてにおいて有意差は無い。	活動量 (108) 睡眠時間 (595) 睡眠潜時 (507) 中途覚醒時間 (469) 睡眠効率 (467) 活動量 (34) 睡眠時間 (68) 睡眠潜時 (39) 中途覚醒時間 (39) 睡眠効率 (102)	

表 1. アクチングラフと気分障害との関連を評価したメタアナリシス及び、システムティックレビュー (続き)

研究	文献数	対象文献の研究デザイン	対象疾患	比較対象と評価結果	気分障害に対する結果 アウトカム (分析患者数)	標準化平均差(SMD) [信頼区間 (95%)]
Tazawa et al. 2019[14] (続き)				比較対象と評価結果 うつ症状患者と健康者との比較結果： 患者は健康者と比較して、活動量が有意に低 く、中途覚醒時間は長い。 睡眠時間、睡眠潜時、睡眠効率に有意差はな い。	活動量 (591) 睡眠時間 (230) 睡眠潜時 (1815) 中途覚醒時間 (1773) 睡眠効率 (244)	-1.27 [-0.97, -1.57] *** 0.08 [-0.32, 0.47] 0.31 [-0.04, 0.65] 0.73 [0.25, 1.20] ** -0.54 [-1.09, 0.01] ※ 基準値を健康者に改変
				躁症の患者と健康者の比較： 患者は健康者と比較して、睡眠潜時と中途覚 醒時間が有意に長い。 活動量、睡眠時間、睡眠効率に有意差は無い。	活動量 (46) 睡眠時間 (108) 睡眠潜時 (26) 中途覚醒時間 (26) 睡眠効率 (44)	-0.60 [-1.21, 0.00] -0.07 [-0.45, 0.31] 0.87 [0.28, 1.48] ** 0.82 [0.20, 1.45] * -0.48 [-1.09, 0.13] ※ 基準値を健康者に改変
				うつ症状患者の治療前後の比較結果： 治療後は睡眠潜時、中途覚醒時間が有意に短 くなり、睡眠効率は有意に改善。 活動量、睡眠時間に有意な改善は無い。	活動量 (58) 睡眠時間 (440) 睡眠潜時 (458) 中途覚醒時間 (145) 睡眠効率 (523)	-0.03 [-0.55, 0.48] 0.00 [-0.20, 0.21] -0.85 [-1.53, -0.17] * -0.65 [-1.20, -0.10] * 0.77 [0.29, 1.24] ** ※ 基準値を健康者に改変
Scott et al. 2017[15]	56 (774771 20)	症例対照研究 (患者と健康者 の比較)	双極性障害	双極性障害の寛解期またはうつ症状の患者と 健康者との比較結果： 患者は健康者として、活動量が有意に低い (11 件の研究)。	活動量	メタ分析結果はなし

***p < .001; **p < .01; *p < .05

(続き)

研究	文献数	対象文献の研究デザイン	対象疾患	比較対象と評価結果	気分障害に対する結果 アウトカム (分析患者数)	標準化平均差(SMD)と [信頼区間 (95%)]
De Crescenzo et al. 2017[16]	13	症例対照研究 (患者と健康者の比較)	双極性障害 (患者 n=348, 健康者 n=285)	双極性障害の患者と健康者の比較結果: 患者は健康者と比較して、活動量が有意に低い。 睡眠時間、睡眠潜時、中途覚醒時間は有意に長く、睡眠効率は低い。	平均活動量 (179) 睡眠時間 (258) 睡眠潜時 (179) 中途覚醒時間 (208) 睡眠効率 (202)	-1.03 [-1.47, -0.59] *** 0.62 [0.38, 0.85] *** 0.29 [0.09, 0.5] *** 0.55[0.13, 1.98] * -0.39 [-0.71, -0.08] *
				双極性障害の寛解期の患者と健康者との比較結果: 患者は健康者と比較して、有意に活動量が低く、睡眠時間は長い。	平均活動量 (NR) 睡眠時間 (NR)	-0.85 [-1.57, -0.14] s. 0.59 [0.34, 0.84] s.
				双極性障害の症状を有する(寛解期以外)患者と健康者の比較: 患者は健康者と比較して、有意に活動量が低く、睡眠時間は長い。	平均活動量 (NR) 睡眠時間 (NR)	-1.36 [-1.66, -1.06] s. 0.93 [0.33, 1.53] s.
				双極性障害の躁症状の患者と健康者の比較: 患者は健康者と比較して、活動量が有意に低い。	平均活動量 (NR)	-1.17 [-1.60, -0.74] s.
				双極性障害のうち症状の患者と健康者との比較結果: 患者は健康者と比較して、有意に活動量が低く、睡眠時間は長い。	平均活動量 (NR) 睡眠時間 (NR)	-1.01 [-1.73, -0.30] s. 0.93 [0.33, 1.53] s.

***p < .001; **p < .01; *p < .05;

s. 統計的に有意だが、有意水準の記載はなし

(続き)

研究	文献数	対象文献の研究デザイン	対象疾患	気分障害に対する結果		
				比較対象と評価結果	アウトカム (分析患者数)	
Geoffroy et al. 2015[17]	9	症例対照研究 (患者と健康者の比較)	双極性障害 (患者 n=202、 健康者 n=210)	双極性障害の寛解期と健康者との比較結果：	睡眠時間 (202)	0.57 [0.30, 0.84] ***
				患者は健康者と比較して、有意に睡眠時間、睡眠潜時、中途覚醒時間が長く、睡眠効率は低い。	睡眠潜時 (152) 中途覚醒時間 (152) 睡眠効率は低い。	0.51 [0.28, 0.73] *** 0.28 [0.06, 0.50] * -0.38 [-0.70, -0.07] *
Ng et al. 2015[18]	21 (77対77)	症例対照研究 (患者と健康者の比較、 ハリスと健康者の比較)	双極性障害 (患者 n=531、健康者 n=678) ハリス n=157 不眠者 67)	双極性障害の寛解期と健康者の比較結果：	活動量 (NR：記載無)	-1.07 [-1.68, -0.45] ***
				患者は健康者と比較して、有意に活動量が低く、アクトメーターが早い。	睡眠時間 (NR) 就床時間 (NR) 睡眠潜時 (NR) 中途覚醒時間 (NR) 睡眠効率は低い。	0.65 [0.30, 1.00] *** 0.87 [0.26, 1.48] ** 0.37 [0.16, 0.59] *** 0.26 [0.07, 0.46] *** -0.03 [-0.30, 0.24]
				睡眠効率とその変動性、覚醒回数に有意差はない。	覚醒回数 (NR) アクトメーター (NR) 睡眠時間の変動 (NR) 就床時間の変動 (NR) 睡眠潜時の変動 (NR) 中途覚醒時間の変動 (NR) 睡眠効率の変動 (NR)	-0.12 [-0.48, 0.23] -2.81 [-4.61, -1.00] ** 0.48 [0.14, 0.81] ** 0.87 [0.26, 1.48] ** 0.51 [0.18, 0.84] ** 0.48 [0.14, 0.81] ** 0.22 [-0.12, 0.56]

***p < .001; **p < .01; *p < .05;

(続き)

研究	文献数	対象文献の研究デザイン	対象疾患	比較対象と評価結果	気分障害に対する結果 アウトカム (分析患者数)	標準化平均差(SMD)と [信頼区間 (95%)]
Burton et al. 2013[9]	19	症例対照研究 (患者と健康者の比較) 事前事後研究 (患者の治療前後比較)	大うつ病性障害 双極性障害 季節性情緒障害 (患者 n=412、 健康者 n=337)	うつ病患者と健康者との比較結果： 患者は健康者と比較して、日中活動量が有意に低い。 うつ病患者の治療前後の比較結果： 治療後有意に、日中活動量が増加し、夜間活動量は減少。 睡眠効率に有意な変化は認められない。	日中活動量 (208) 日中活動量 (163) 夜間活動量 (89) 睡眠効率 (44)	-0.76 [-1.05, -0.47] s. 0.54 [0.20, 0.87] s. -0.36 [-0.65, -0.06] s. 0.19 [-0.38, 0.76]

s. 統計的に有意だが、有意水準の記載はなし

表2. スマートフォン等で収集した生活モニタリングデータと気分障害との関連を調査した文献一覧

#	研究	対象国	研究デザイン	分析対象者：人数	女性 (%)	年齢	調査期間	アウトカム／尺度 (測定頻度)
1	Vazquez-Montes et al. (2018) [24]	イギリス	観察研究	双極性障害：146	93 (64%)	平均 43.4 歳	10 週間	QIDS、ASRM (毎週)
2	Zulueta et al. (2018) [25]	アメリカ	観察研究	双極性障害：9	8 (89%)	平均 48.7 歳	8 週間	HAMD、YMRS (毎週)
3	Cao et al. (2017) [26]	アメリカ	観察研究	双極性障害：12 健康者：8	記載なし	記載なし	1 週間以上	HDRS、YMRS (毎週)
4	Gentili et al. (2017) [27]	イタリ フランス	観察研究	双極性障害：8	3 (60%)	平均 40.5 歳	6 日間毎の測定 を 3 回～6 回	QIDS-C、YMRS (6 日間毎)
5	Guidi et al. (2017) [28]	記載なし	症例対照研究	双極性障害：11 健康者：18	5 (45%)	平均 40.0 歳	2 日～3 日間	尺度に基づく気分状態 (測定日毎)
6	Palmitus et al. (2017) [29]	イギリス	症例対照研究	双極性障害：22 健康者：14	9 (50%) 15 (68%)	平均 30.0 歳 平均 44 歳	3～12 ヶ月間	※臨床評価尺度名の記載はなし。 QIDS-SR16 (毎週)
7	Abdullah et al. (2016) [30]	アメリカ	観察研究	双極性障害：7	12 (86%)	平均 42 歳	4 週間	SRM-5：Social Rhythm Metric (毎日)
8	Beiwinkel et al. (2016) [31]	ドイツ	観察研究	双極性障害：13	5 (38%)	平均 47.2 歳	最大 1 年間	HAMD、YMRS (8 週間毎)
9	Faurholt-Jepsen et al. (2016) [32]	デンマーク	観察研究	双極性障害：28	19 (68%)	平均 30.3 歳	12 週間	自己評価に基づく気分状態 (毎日)
10	Faurholt-Jepsen et al. (2016) [33]	デンマーク	観察研究	双極性障害：29	18 (66%)	平均 30.2 歳	12 週間	※1 項目 -3.0 (うつ) ～+3.0 (躁) HDRS-17、YMRS (2 週間毎)
11	Gideon et al. (2016) [34]	アメリカ	観察研究	双極性障害：37	記載なし	記載なし	平均 29 週間	HAMD、YMRS (毎週)
12	Maxhuni et al. (2016) [35]	オーストリア	観察研究	双極性障害：5	記載なし	18～65 歳	12 週間	HAMD、ADS、YMRS、MSS (3 週間毎)、HAMD、YMRS (毎日)
13	Faurholt-Jepsen et al. (2015) [36]	デンマーク	観察研究	双極性障害：61	41 (67%)	平均 29.2 歳	6 ヶ月間	HAMD、YMRS (1 ヶ月毎)
14	Faurholt-Jepsen et al. (2015) [37]	デンマーク	症例対照研究	大うつ病性障害：18 双極性障害：18 健康者：31	11 (61%) 11 (61%) 17 (55%)	平均 45.6 歳 平均 34.9 歳 平均 32.6 歳	3 日間	HDRS-17 (測定日毎)

(続き)

#	研究	対象国	研究デザイン	分析対象者：人数	女性 (%)	年齢	調査期間	アウトカム／尺度 (測定頻度)
15	Grünerbl et al. (2015) [38]	オーストリア	観察研究	双極性障害：10	8 (80%)	記載なし	12週間	HAMD、YMRS (3週間毎)
16	Guidi et al. (2015) [39]	記載なし	観察研究	双極性障害：11 健康者：18	5 (45%) 9 (50%)	平均40.0歳 平均30.0歳	2日間	QIDS-C、YMRS
17	Lanata et al. (2015) [40]	イタリア	観察研究	双極性障害：10	記載なし	18~65歳	記載なし	医師の評価による気分状態
18	Alvarez-Lozano et al. (2014) [41]	記載なし	観察研究	双極性障害：18	記載なし	記載なし	5ヶ月間	自己評価に基づく気分状態 (毎日) ※1項目 -3.0 (うつ) ~+3.0 (躁)
19	Faurholt-Jensen et al. (2014) [42]	デンマーク	観察研究	双極性障害：17	12 (71%)	平均33.4歳	3ヶ月間	HDRS-17、YMRS (2週間毎)
20	Grünerbl et al. (2014) [43]	オーストリア	観察研究	双極性障害：10	記載なし	25~65歳	12週間以上	HAMD、ADS、YMRS、MSS (3週間毎)
21	Karam et al. (2014) [44]	アメリカ	観察研究	双極性障害：6	記載なし	平均41歳	6ヶ月~1年間	HAMD、YMRS (毎週)
22	Muaremi et al. (2014) [45]	オーストリア	観察研究	双極性障害：12	記載なし	18~65歳	12週間以上	評価尺度に基づく気分状態 (3週間毎) ※臨床評価尺度名の記載はなし。
23	Sabatelli et al. (2014) [46]	オーストリア	観察研究	双極性障害：7	記載なし	18~65歳	12週間	独自評価尺度に基づく気分状態 (毎日) ※HAMDとYMRSを基に作成
24	Frost et al. (2013) [47]	デンマーク	観察研究	双極性障害：6	記載なし	記載なし	6週間	自己評価に基づく気分状態 (毎日) ※1項目 -3.0 (うつ) ~+3.0 (躁)
25	Osmani et al. (2013) [48]	オーストリア	観察研究	双極性障害：5	記載なし	記載なし	3ヶ月間	HAMD、YMRS (3週間毎)
26	Bonsall et al. (2012) [49]	記載なし	観察研究	双極性障害：23	10 (43%)	平均44.4歳	4年と12週間	QIDS-SR (毎週)
27	Grünerbl et al. (2012) [50]	オーストリア	観察研究	双極性障害：10	8 (80%)	33~48歳	6~8週間	HAMD、ADS、MSS (3週間毎)

表 3. 生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連：データ種別ごとの結果概要

データ種別	研究	測定ツール	測定データ	分析方法	結果概要
身体活動	Faurholt-Jepsen et al. (2015) [37]	ウェアラブルデバイス	身体活動量 (加速度) 活動エネルギー消費 心肺フィットネス	線形回帰分析	患者のうつ症状と身体活動量、活動エネルギー消費量、心肺フィットネスとの間には関連は認められなかった。
	Grünerbl et al. (2014) [43]	スマートフォン	身体活動量 (加速度)	単純ベイズ分類器	患者の気分状態 (うつ症状、躁症状、寛解期) の判別を、身体活動データを用いて行った。単純ベイズ分類器による結果は、正確度 (accuracy) が 72%、適合率 (precision) 65%、検出率 (recall) 63%であった。
	Frost et al. (2013) [47]	スマートフォン	身体活動量 (加速度)	相関分析	患者の気分 (セルフレポート) と身体活動量との間には関連は認められなかった。
	Osmani et al. (2013) [48]	スマートフォン	身体活動量 (加速度)	相関分析	患者のうつ症状、及び躁症状と身体活動量との関連が認められた。
	Grünerbl et al. (2012) [50]	スマートフォン	身体活動量 (加速度)	線形回帰分析	患者の気分 (セルフレポート) と身体活動量との間に関連が認められた。また、症状の改善によって、うつ症状は活動量の増加、躁症状は活動量の減少が確認された。
位置情報	Palmius et al. (2017) [29]	スマートフォン	位置情報 (GPS)	二次判別分析	患者のうつ症状と位置情報 (家からの距離、規則性) との関連が認められた。 うつ症状が無い患者と健康者との間に違いは認められなかった。
	Beiwinkel et al. (2016) [31]	スマートフォン	位置情報 (GPS) 移動地点数 (基地局 ID)	ランダム係数回帰モデル	患者の躁症状と移動距離との間に関連が認められた。 患者内では、躁症状、及びうつ症状と移動地点数との間に関連が認められた。

(続き)

データ種別	研究	測定ツール	測定データ	分析方法	結果概要
位置情報 (続き)	Faurholt-Jepsen et al. (2016) [33]	スマートフォン	移動地点数 (基地局 ID)	線形混合効果モデル	患者のうつ症状、及び躁症状と移動地点数との間に関連が認められた。
	Faurholt-Jepsen et al. (2014) [42]	スマートフォン	移動地点数 (基地局 ID)	線形混合効果モデル	患者のうつ症状と移動地点数との間に関連が認められた。
	Grünerbl et al. (2014) [43]	スマートフォン	位置情報 (GPS)	単純ベイズ分類器	患者の気分状態の判別を、位置情報データを用いて行った。単純ベイズ分類器による判別は、正確度が80%、適合率81%、検出率82%であった。
音声データ	Sabatelli et al. (2014) [46]	スマートフォン	位置情報 (Wi-Fi 情報)	相関分析	患者の気分 (セルフレポート) と病院・家・それ以外の場所の滞在時間との間に関連が認められた。
	Grünerbl et al. (2012) [50]	スマートフォン	位置情報 (GPS)	線形回帰分析	患者の気分 (セルフレポート) と外出時間との間に関連が認められた。
	Guidi et al. (2017) [28]	音声マイク	音声	フリードマン検定、マン・ホイットニーマン検定	患者の気分状態の判別を、音声データを用いて行った。音声の基本周波数とリズムの特徴によって、患者の気分状態の違いが認められた。患者と健康者との間に違いは認められなかった。
	Faurholt-Jepsen et al. (2016) [32]	スマートフォン	電話での通話音声	ランダムフォレスト	患者の気分状態の判別を、音声データを用いて行った。ランダムフォレストによる判別は、躁状態、又は混合状態が AUC=0.89、抑うつ状態が AUC=0.78 であった。
	Gideon et al. (2016) [34]	スマートフォン	電話での通話音声	サポートベクターマシン分類	患者の気分状態の判別を、音声データを用いて行った。サポートベクターマシン分類による判別は、躁状態が AUC=0.72、うつ症状が AUC=0.75 であった。
	Grünerbl et al. (2015) [38]	スマートフォン	電話での通話音声	単純ベイズ分類器、k 近傍法、決定木	患者の気分状態の判別を、音声データを用いて行った。単純ベイズ分類器による判別は、正確度が70%、適合率60%、検出率59%であった。

(続き)

データ種別	研究	測定ツール	測定データ	分析方法	結果概要
音声データ (続き)	Guidi et al. (2015)[39]	音声マイク	音声	マン・ホイットニー-U 検定、クラスカル・ ウォリス検定、一元 配置分散分析	患者の気分状態の判別を、音声データをを用いて行った。 音声の基本周波数の特徴によって、患者の気分状態の違いが 認められた。
	Karam et al. (2014)[44]	スマートフォン	電話での通話音声	サポートベクターマ シーン分類	患者の気分状態の判別を、音声データをを用いて行った。 サポートベクターマシーン分類による判別は、躁状態が AUC=0.81、うつ症状がAUC=0.67であった。
	Muaremi et al. (2014)[45]	スマートフォン	電話での通話音声	ランダムフォレスト	患者の気分状態の判別を、音声データをを用いて行った。 ランダムフォレストによる判別は、F値(適合度と検出率の 調和平均)が0.83であった。
電話/SMSの使 用頻度・時間	Beiwinkel et al. (2016)[31]	スマートフォン	電話の通話回数・時間、SMS 送信回数	ランダム係数回帰モ デル	患者の躁症状と通話回数、うつ症状とSMS送信回数との間に 関連が認められた。
	Faurholt-Jepsen et al. (2016)[33]	スマートフォン	電話の通話回数・時間、折 り返し回数、SMS送受信回 数・送信文字数	線形混合効果モデル	患者の躁症状とSMS送信回数、送受信文字数、通話時間との 間に関連が認められた。 患者のうつ症状と電話の発信・着信回数、折り返し回数との 間に関連が認められた。
	Faurholt-Jepsen et al. (2015)[36]	スマートフォン	電話の通話回数・時間、SMS 送受信回数	線形混合効果モデル	患者の躁症状と通話回数及び通話時間、うつ症状と通話時間 との間に関連が認められた。
	Grünerbl et al. (2015)[38]	スマートフォン	電話の通話回数・時間	単純ベイズ分類器、 k近傍法、決定木	患者の気分状態の判別を、通話回数・時間をを用いて行った。 単純ベイズ分類器による判別は、正確度66%、適合度61%、 検出率58%であった。
	Faurholt-Jepsen et al. (2014)[42]	スマートフォン	電話の通話回数、SMS送信 回数	線形混合効果モデル	患者の躁症状及びうつ症状と、電話発信数、SMS送信数との 間に関連は認められなかった。

(続き)

データ種別	研究	測定ツール	測定データ	分析方法	結果概要
電話/SMSの使用頻度・時間(続き)	Grünerbl et al. (2012) [50]	スマートフォン	電話の通話回数	線形回帰分析	患者の気分(セルフレポート)と通話回数との間に関連が認められた。
スマートフォン/モバイルフォンの使用方法	Zulueta et al. (2018) [25]	モバイルフォン	モバイルフォンでのキー入力情報	混合効果モデル、重回帰分析	患者のうつ症状、及び躁症状とモバイルフォンでのキー入力の特徴との関連が認められた。
	Cao et al. (2017) [26]	スマートフォン	スマートフォンでのキー入力時間、加速度	回帰型ニューラルネットワーク (RNN)、Factorization machines (FM)	患者のうつ症状の予測を、キー入力情報を用いて行った。RNN及びFMによる予測は、抑うつ気分の正確度90.3%、F値0.91であった。
	Faurholt-Jepsen et al. (2016) [33]	スマートフォン	スマートフォンの利用時間・頻度	線形混合効果モデル	患者のうつ症状とスマートフォンの使用頻度との間に関連が認められた。
	Alvarez-Lozano et al. (2014) [41]	スマートフォン	スマートフォン画面ON・画面変更回数、アプリケーション起動数・種別	相関分析	患者の気分(セルフレポート)とスマートフォンの使用方法(画面ON回数、実行アプリ数と種類)との間に関連が認められた。
	Faurholt-Jepsen et al. (2014) [42]	スマートフォン	スマートフォン画面ON回数	線形混合効果モデル	患者の躁症状及びうつ症状と、スマートフォンの画面ON回数との間に関連は認められなかった。
	Frost et al. (2013) [47]	スマートフォン	スマートフォン画面ON・画面変更回数、アプリケーション起動数	相関分析	患者の気分(セルフレポート)とスマートフォンの使用方法(画面ON、画面変更数、アプリ起動数)との間に関連が認められた。
心拍データ	Gentili et al. (2017) [27]	ウェアラブルデバイス (Tシャツ型)	心電図、心拍数、呼吸活動	サポートベクターマシニング	患者の気分状態の判別を、心拍変動データを用いて行った。サポートベクターマシニングによる判別は、正確度が69%、前気分状態を考慮した正確度は85%、前と後の気分状態を考慮した正確度は99%であった。

(続き)

データ種別	研究	測定ツール	測定データ	分析方法	結果概要
心拍データ (続き)	Lanata et al. (2015) [40]	ウェアラブルデバイス (Tシャツ型)	心電図、心拍数、呼吸活動	t検定(スチューデント)	患者の気分状態の判別を、心拍変動データを用いて行った。気分状態によって、心拍の変動(Sample Entropy)の信頼区間が異なることが確認された。
複数のデータを 統合・集約	Abdullah et al. (2016) [30]	スマートフォン	露光、身体活動量(加速度)、音声、電話/SMS履歴、位置情報(GPS、基地局ID)	サポートベクター回帰分析	患者のソーシャルリズムの安定/不安定の予測を位置情報、移動距離、会話頻度、非座位時間の複合データを用いて行った。サポートベクター回帰分析による予測は、適合度85%、検出率86%であった。
	Maxhuni et al. (2016) [35]	スマートフォン	通話音声と身体活動	決定木、ランダムフォレスト、サポートベクターマシニング類、他	患者の気分状態の判別を、通話の音声データと身体活動を用いて行った。決定木による気分の判別は、正確度85%であった。
	Grünerbl et al. (2015) [38]	スマートフォン	電話の通話回数・時間、音声、位置情報(GPS)	単純ベイズ分類器、k近傍法、決定木	患者の気分状態の判別、及び気分状態の変化の検出を、通話履歴、音声、移動情報の複合データを用いて行った。単純ベイズ分類器による気分の判別は、正確度76%であり、気分状態の変化の検出は、適合度97%、検出率97%であった。
その他	Vazquez-Montes et al. (2018) [24]	無し (SMS等による手動送信)	症状(ASRM/QIDS)	X-bar charts、ウィルコクソンの順位和検定	患者の気分状態の予測を、管理ルール(Shewhart's control rule)を使用して行った。双極性障害の患者に発生する前の躁病エピソードまたはうつ病エピソードの約30%を予測する可能性が確認された。
	Bonsall et al. (2012) [49]	無し (SMS等による手動送信)	症状(QID-SR)	自己回帰モデル	症状が安定している患者と不安定の患者の判別を自己回帰モデルによって行った。気分の変動性は非線形であり、症状の安定と不安定は異なる非線形時系列プロセスによって記述された。

資料1：アクチグラフィと気分障害の関連を評価したメタアナリシスおよびシステムティックレビューの検索式

```
("actigraph"[Title/Abstract] OR "actimet"[Title/Abstract]) AND ("mood disorder"[Title/Abstract] OR "affective disorder"[Title/Abstract] OR "depression"[Title/Abstract] OR "depressive"[Title/Abstract] OR "bipolar"[Title/Abstract] OR "mania"[Title/Abstract] OR "hypomania"[Title/Abstract]) AND ("meta analysis"[Title/Abstract] OR "meta-analysis"[Title/Abstract] OR "systematic review"[Title/Abstract]) AND ("English"[Language] OR "Japanese"[Language])
```

資料2：生活モニタリング（EMA）と気分障害との関連を評価したメタアナリシスおよびシステムティックレビューの検索式

```
("EMA"[Title/Abstract] OR "ecological momentary assessment"[Title/Abstract] OR "experience sampling"[Title/Abstract] OR "smart phone"[Title/Abstract] OR "smartphone"[Title/Abstract] OR "wearable"[Title/Abstract] OR "portable"[Title/Abstract] OR "mobile"[Title/Abstract] OR "PDA"[Title/Abstract]) AND ("mood disorder"[Title/Abstract] OR "affective disorder"[Title/Abstract] OR "depression"[Title/Abstract] OR "depressive"[Title/Abstract] OR "bipolar"[Title/Abstract] OR "mania"[Title/Abstract] OR "hypomania"[Title/Abstract]) AND ("meta-analysis"[Title/Abstract] OR "meta-analysis"[Title/Abstract] OR "systematic review"[Title/Abstract]) AND ("English"[Language] OR "Japanese"[Language])
```

[Title/Abstract]: 文献のタイトルまたは抄録に含まれる語句

[Language]: 文献の記載された言語を指定

検索日: 2020年10月30日

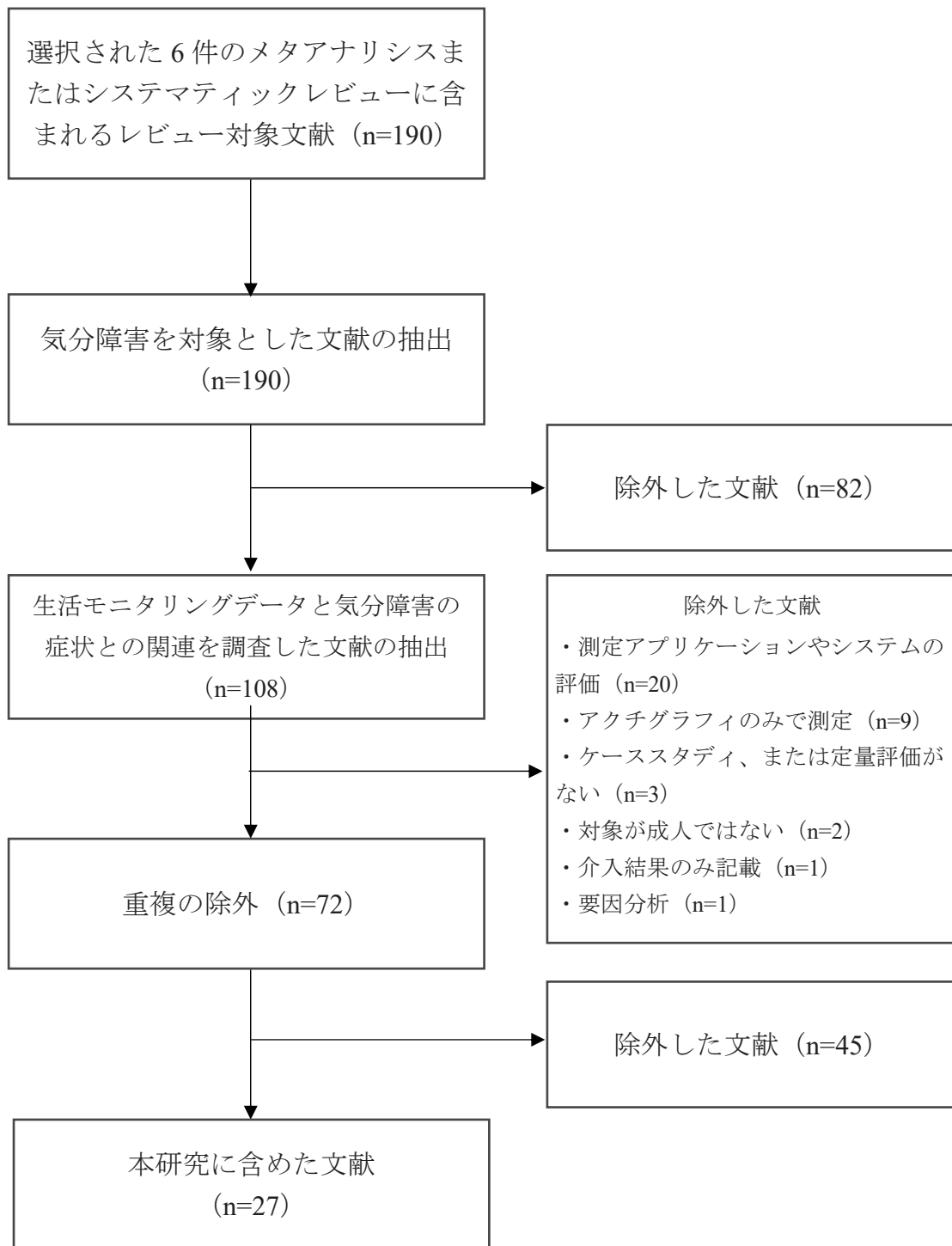


図 1. スマートフォン等に関するシステムティックレビューの対象文献から、生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連を調査した文献の選定手順

厚生労働省 労災疾病臨床研究事業費補助金
令和2年度（分担）研究報告書

「精神障害による休職者の社会的寛解に要する期間の検討」
分担研究者 林 果林（東邦大学医学部精神神経医学講座（佐倉））

主任研究者：桂川 修一（東邦大学医学部精神神経医学講座（佐倉））

<研究協力者>

黒木 宣夫（東邦大学名誉教授）

前田 隆光（東邦大学医療センター佐倉病院 産業精神保健・職場復帰支援センター）

松田 由美江（東邦大学医療センター佐倉病院 産業精神保健・職場復帰支援センター）

海保 知宏（東邦大学医療センター佐倉病院 産業精神保健・職場復帰支援センター）

【研究要旨】

目的) 既存精神障害者が労務上の出来事に遭遇し症状を認めた場合、その出来事と因果関係があると判断されるためには、「特別な出来事」の存在が不可欠となる。一方、既存の精神障害が寛解（症状固定）と判断された場合には、新たな精神障害発病として、発病前6ヶ月間の出来事の存在が評価されるが、認定基準では「精神障害が寛解状態にある」と判断されるために必要な期間は定められていない。そこで今回、「精神障害が寛解状態にある（治癒、症状固定）」と判断するためには、「どれだけの社会的寛解の期間が必要であるか」について検討すること目的とした。

対象と方法) 2007年10月～2021年1月までに当院復職デイケアを復職目的にて利用したうち、3回以上休職歴があり、復職デイケア終了後の経過を追うことのできた63名について、休職期間、次の休職まで安定して就労していた期間等について集計分析を実施した。

結果) 全例において一回目の休職期間の平均は5.2か月、2回目は7.1か月、3回目以降間近の一つ前の休職期間は7.7か月で、最終休職期間は15.6か月と徐々に延長する傾向が認められた。一方、最終休職前の安定就労が継続していた期間は26か月と約2年に上った。統合失調症においては休職期間が徐々に短くなる一方、安定した就労ができる期間も短い傾向が認められた。

考察) 症状固定（治ゆ）の判断は、休職回数が多いものほど長期的な寛解期間が必要な可能性が示唆された。平均的には2年ほど安定的な就労をしたのちに複数回目の休職に至っており症状固定には一定以上の寛解期間が必要であると考えられる。一方10年以上長期的に安定した就労を得られた後に再発する場合もあり、個別の検討が必要であると考えられる。

桂川 修一（東邦大学医学部精神神経医学講座（佐倉））

A.研究目的

既存の精神障害者が業務上の出来事に遭遇し症状が悪化再燃した場合、その業務上の出来事と因果関係があると判断されるためには、「特別な出来事」の存在が不可欠となる。一方、既存の精神障害が寛解と判断された場合には、新たな精神障害発病として、発病前6ヶ月間の出来事の存在が評価されるが、認定基準では「精神障害が寛解状態にある」と判断されるために必要な期間は定められていない。そのため、業務上の

ストレスに起因した新たな病状発症なのか、精神障害そのものの寛解増悪の自然経過として症状なのかを見極めることは、労災認定上重要なポイントとなる。そこで今回、「精神障害が寛解状態にある」と判断するためには、「どれだけの社会的寛解の期間が必要であるか」について検討するために、休職復職を繰り返すデイケア通所事例を調査分析し、勤務している期間～病態の変化・再発までの期間、およびその後の再療養期間を調査した。その結果より考察し、妥当な社会的寛解の期間に関して検討した。

B.調査対象と調査方法

2007年10月～2021年1月までに当院復職DCを復職目的にて利用した625名（男性510名 女性116名（開始時年齢をソートして計算）のうち、3回以上休職歴のある113名。その中でさらに、復職DC終了後もその後の経過を追うことのできた63名（男性59名 44.5±7.19歳 女性4名 48.8±7.9歳）について、それぞれの休職期間、次の休職まで安定して就労していた期間、休職してからDCを利用後、正式復職・定時勤務可能時期までの期間等について集計分析し検討を行った。

C.調査結果

対象の背景

<年代別分布>

年達階級	人数
25-29	2
30-34	4
35-39	11
40-44	10
45-49	18
50-54	13
55-59	5

年代では35歳～54歳までに多くのDC利用が分布していた。特に最も多いのは45歳～49歳の就労上の責務が大きくなると思われる年代であった。

<学歴>

学歴	
大学院卒以上	4
大学卒	35
短期大学・専門学校卒	11
高等学校卒	13

学歴は大学卒が最も多く少なくとも高校卒業以上であり、教育上の問題が明らかであると考えられるものは認めなかった。

<精神疾患（重複あり）>

疾患分類①

うつ病（F32）	44
双極性感情障害（F31）	5
不安障害（F41）	1
適応障害（F43）	4
神経症性障害（F48）	4
統合失調症（F20）	2
発達障害（F84）	6

精神疾患はうつ病が最も多かった。また中には当初うつ病であったがのちに双極性障害であることが、ディケア利用中に明らかになり診断変更となった症例が1例、発達障害の併存が明らかになった症例が3例認められた。

<休職回数>

現在の休職の回数	
3回	35
4回	17
5回以上	11

休職回数で最も多かったのは3回であり4回5回以上になるほど減少していた。

対象の復職DC利用状況と転帰

<直近のDC利用期間>

復職ディケア利用期間	
平均	240日（8か月）
最大値	703日（約23か月）
最小値	71（約2か月）

当院の復職DCは基本3～6か月と案内しているが、3回以上の休職歴のある利用者においては、平均でも復職準備性を整えるのに8か月を要していた。

<復職DC利用後の転帰>

復職	43	62
リハビリ勤務	18	
転職	1	
他機関	1	1
退職	0	
症状悪化	0	

3回以上休職を経験している利用者も1名を除いてほ

ばすべてが復職準備性を整えることができ最終的には復職を果たすことができていた。復職未達成のものも復職ディケアからリワークセンターに移行し最終的には復職を果たしていた。

最短期間	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0
標準偏差	4.9	5.3	4.9	30.5	7.8

最も多いのはうつ病で平均的に2年ほどの安定就労のちであっても再発し休職となっていた。一方3か月以内に再休職となっている事例は9名、半年以内に再休職となっている事例は15名で約1/3に上っていた。

<全例（63名）の1回目・2回目・最終休職の期間と最終の寛解期間>

月	一回目 休職期間	二回目 休職期間	一つ前の 休職期間	寛解期間	最終休職の 休職期間
平均期間	5.2	7.1	7.7	26.0	15.6
最長期間	36	26	25.0	173.0	41.0
最短期間	1	1	1.0	1.0	3.0
標準偏差	5.8	5.4	5.8	34.6	7.9

全例において最終休職前にどの程度の期間就労できていたか（寛解期間）を調査した結果、3回目以上の休職の前においても平均的に2年以上、最も長期のものでは15年弱もの長い間安定就労をすることができていた。一方3か月以内に再休職となっている事例も11名、半年以内に再休職となっている事例は22名で約1/3に上っていた。

<疾病ごとの最終休職期間までの期間>

うつ病（44名）

月	一回目 休職期間	二回目 休職期間	一つ前の 休職期間	寛解期間	最終休職の 休職期間
平均期間	4.8	6.6	6.7	24.5	15.5
最長期間	29.0	26.0	19.0	144.0	41.0

双極性障害（5名）

月	一回目 休職期間	二回目 休職期間	一つ前の 休職期間	寛解期間	最終休職の 休職期間
平均期間	6.2	7.6	11.6	52.8	20.8
最長期間	12.0	16.0	25.0	173.0	38.0
最短期間	3.0	1.0	1.0	3.0	9.0
標準偏差	3.3	5.9	8.2	63.4	10.6

双極性障害は今回対象者5名にとどまっていた。その中で休職前の寛解期間としては3か月、6か月、22か月、60か月、173か月と開きが認められた。

不安障害、神経症性障害、適応障害（10名）

月	一回目 休職期間	二回目 休職期間	一つ前の 休職期間	寛解期間	最終休職の 休職期間
平均期間	3.7	7.6	10.5	22.1	12.5
最長期間	9.0	18.0	21.0	109.0	21.0
最短期間	1.0	2.0	2.0	1.0	7.0
標準偏差	2.4	5.5	6.6	30.6	4.1

神経症圏としての上記疾患の10名のうち寛解期間が6か月以内のものは5名でそのうち4名は適応障害で

あり、職場環境の調整がないままの復職で休職を繰り返している可能性が考えられた。

傾向にあった。その他の症例も間近の休職期間は1か月、21か月、10か月と短く、自身の病態への自覚に乏しい発達障害の特徴から、復職準備性が実際には十分ではないまま復職に至っている可能性が示唆される。

統合失調症（2名）

月	一回 目 休職 期間	二回 目 休職 期間	一つ 前の 休職 期間	寛解 期間	最終休職の 休職期間
平均 期間	20.0	14.0	6.0	7.5	8.5
最長 期間	36.0	14.0	7.0	8.0	10.0
最短 期間	4.0	14.0	5.0	7.0	7.0
標準 偏差	16.0	0.0	1.0	0.5	1.5

統合失調症の2名はいずれも一回目の休職回数を重ねるごとに休職期間は短くなる傾向があるが、一方で安定して就労できる休職と休職の間の寛解期間も1年以内と短い傾向を示していた。

発達障害（6名）

月	一回 目 休職 期間	二回 目 休職 期間	一つ 前の 休職 期間	寛解 期間	最終休職の 休職期間
平均 期間	3.8	7.5	7.5	44.2	15.7
最長 期間	6.0	20.0	21.0	173.0	25.0
最短 期間	2.0	2.0	1.0	4.0	6.0
標準 偏差	1.5	6.0	6.8	59.1	7.2

発達障害の6名には他の精神疾患合併例が3例あり、1例はうつ病、1例は双極性障害、1例は適応障害であった。3例はいずれも間近の休職期間が2か月、8か月、3か月と短いものの、その後の寛解期間は10か月、173か月、4か月とばらつきがあり、1例を除き短い

D.考察

寛解について、精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会報告書によると、1日8時間の通常就労が確認されれば、寛解と評価し、再燃した時期を新たな発病時期として、発病前6か月間の心理的負荷の出来事の評価することになっている。また、1日8時間の通常(定時)就労後、短期間に病状の変化(増悪)がある場合もあるため、この寛解の期間をどの程度の設定とするのかは、非常に難しく、寛解の期間や病状の変化(増悪)などを踏まえ判断する必要がある。そして精神疾患の労災認定に関して、症状固定までの期間について見極める社会的寛解の期間については定められていない。そのため適切な認定のためには精神疾患の治ゆ(症状固定)に要する期間についてどの程度が妥当であるかを検討する必要がある。そのため今回、精神疾患としては慢性化、中等度以上と考えられる、休職経験3回以上の復職ディケア利用者について、休職期間と寛解期間について検討した。

寛解期間の指標と考えられるのは、最終休職の前に、どのくらいの期間安定した定時勤務が続けられていたか(寛解期間)、またその後の休職にはどのくらいの期間を要したか(最終休職の休職期間)であると考えられる。その結果、最終休職前に安定して就労できていた期間は44.2±59.1か月であり、症例によりかなりのばらつきがあった。最長期間では173か月(14.4年)間安定した就労をしていた者でも再発したものもあり、双極性障害と発達障害を合併した症例であった。また最短では1か月ですぐに再発し3回目以上の休職に入っているものがあり、うつ病、神経症圏の症例であった。

疾患別にみると、統合失調症以外の疾患ではいずれにおいても1回目より2回目、2回目より3回目以降の休職期間が長期化する傾向が認められた。一方統合失調症においては、休職期間は長期化しないものの、寛解期間も短く、長期的に安定した就労を持続するこ

とが困難であった。慢性疾患としての疾病性を考えると統合失調症は、症状固定（治ゆ）との判断そのものが困難であると考えられる。

アメリカの National Institute of Mental Health による 146 人の双極 I 型障害患者と 86 人の双極 II 型障害患者を最長 20 年間追跡した長期追跡研究によると双極 I 型は平均 12.8 年の追跡調査がなされ、無症状の期間は 52.7%，うつは 31.9%，躁や軽躁は 9.3%，混合状態は 5.9%と報告され、双極 I 型では、調査期間の 47.3%でなんらかの気分障害を伴い、鬱が躁の 3 倍を占めていた。そして、双極 I 型は、平均して 1 年に 5.9 回状態が変化し、1 年に 3 回を超える者が 54.1%，5 回を超える者は 34.9%，10 回を超える者も 11.6%，20 回を超える患者も 5.5%存在したと報告されている。双極 II 型では、平均して 1 年に 3.8 回状態が変化し、1 年に 2 回を超える者は 62.8%，5 回を超える者は 24.4%存在したと報告されている¹⁾。今回の調査研究でも双極性障害と発達障害を合併した症例は長期療養事例が多く認められたが、長期療養事例の中には単一の疾病概念で把握しきれない病態が混在していることも多く、寛解～再燃～寛解を幾度となく繰り返すことに加え、疾患単位で安定就労の期間を特定することは、困難を要することは論をまたない。

平成 26 年度の黒木らの研究において、全国の労災認定件数が 10 件以上決定された精神科の責任者に行ったアンケート調査の結果、「症状固定（治癒）と判断される場合の状態」についての質問に対し、「診療的に『問題ない程度』にまで病態が改善した状態を症状固定（治癒）とする」との解答（39.1%）が最も多く、次に「服薬を続けていても 6 か月ほど安定した状態が維持できた場合を症状固定（治ゆ）とする」との解答（35.5%）が次に多かった。「服薬を続けていても 2-3 か月ほど安定した状態が維持できた場合を症状固定（治癒）とする」との回答は 19.3%にとどまっていた²⁾。

症状固定（治ゆ）の判断は、休職回数が多いものほど長期的な寛解期間が必要な可能性が示唆された。平均的には 2 年ほど安定的な就労をしたのちに複数回目の休職に至っており症状固定には一定以上の観察期間が必要であると考えられる。一方 10 年以上長期的に安定した就労を得られた後に再発する場合もあり、個別の検討が必要であると考えられる。したがって、

精神疾患の療養期間は、身体疾患と違い精神疾患の病態や個々の就労・療養環境を勘案して社会的寛解の期間を検討すべき時期にきていると考えられる。

E. 結論

精神疾患の診断においてはバイオマーカーに乏しく客観的判断が困難である上、その時々 of 心理社会的背景も大きく影響する。そのため、治療側が症状固定（治癒）を判断するには継続的な診察によるある一定の期間が必要となる。一方 3 回以上休職を繰り返している症例においても、その前には平均して 2 年以上安定した就労を行えており、長いものでは 10 年以上安定した就労を行えている事例もある。また休職期間は回数を追うごとに長くなる傾向があるものの、最終の最長期間でも 41 か月（3 年 7 か月）にとどまっている。

今回、3 回以上休職を繰り返している事例の安定就労期間は 26 か月であったが、病状の変動を繰り返す精神疾患の場合、復職～定時勤務～就業制限解除～安定就労までの期間を検討して、社会的寛解期間を設定すべきと判断する。

参考文献

- 1) Lewis L Judd 1, Hagop S Akiskal, Pamela J Schettler et al: The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry . 2002 ;59:530-537.
- 2) 黒木宣夫：業務に関連した精神科医療の現状と早期復職に関する研究・厚生労働省労災疾病臨床研究事業補助金 平成 26 年度（分担）研究報告書 p 1-23

F.健康危険情報 なし

G.研究発表 なし

I.論文発表 なし

H.知的財産権の出願・登録情報 なし

