

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。

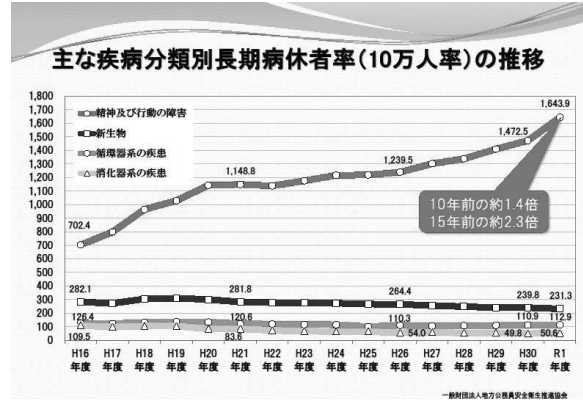
第1部 基礎編 「連携」の背景から「連携力」まで

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。

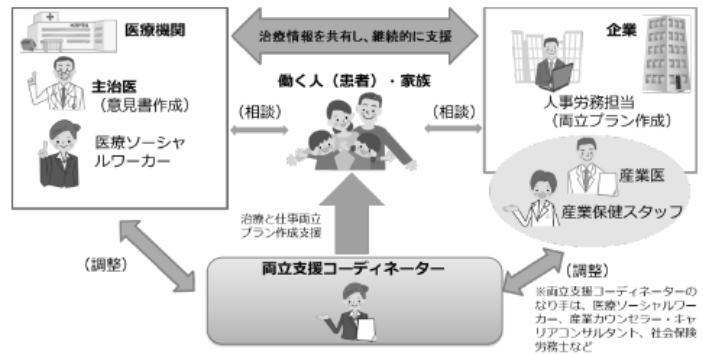


2. 治療と仕事の両立支援が基本ポリシー

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。

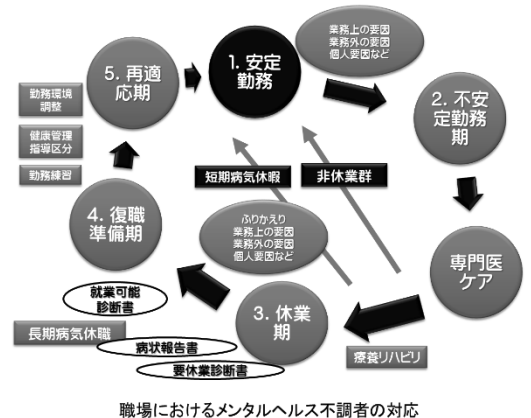
(図2：病気の治療と両立に向けたトライアングル型支援のイメージ)



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、



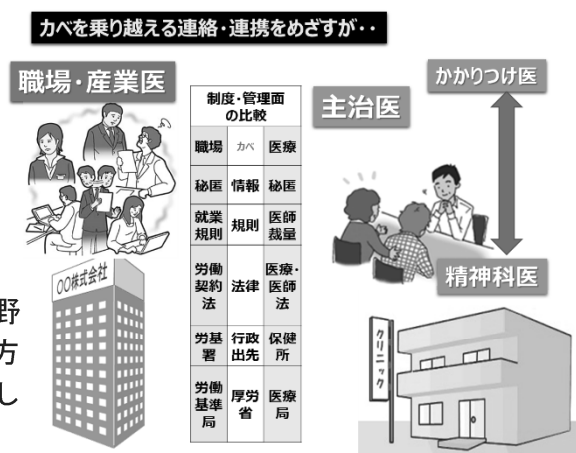
就労支援ケアはデイケア型、非デイケア型など多彩であること、さらに、職場関連情報は病態の解明、病状の回復と復職、その後の安定就労の実現に向けた治療戦略に必須であり、機能的かつタイムリーな連携は不調者の再発率、再休業率、服薬量の低下などへ導く可能性が高いこと、などが明らかにされてきた。

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つつあるともいえる。

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え、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					⑨	連携★	⑩	⑪★	⑫★			
X+10												
X+11												
X+12												
X+13												
X+14												
X+15												⑬★
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：職場の勧めでFクリニックを受診。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、再発がもたれてい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。

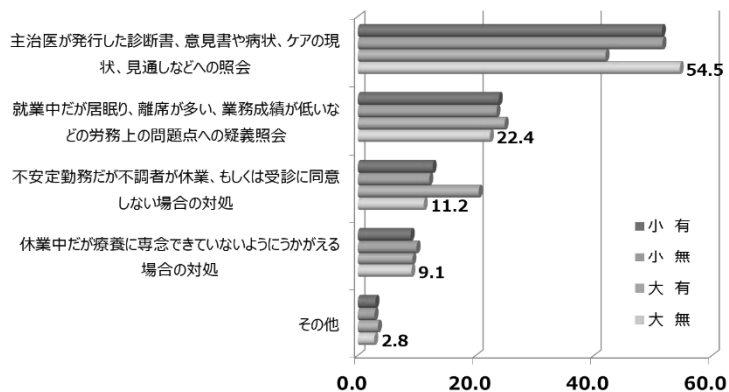
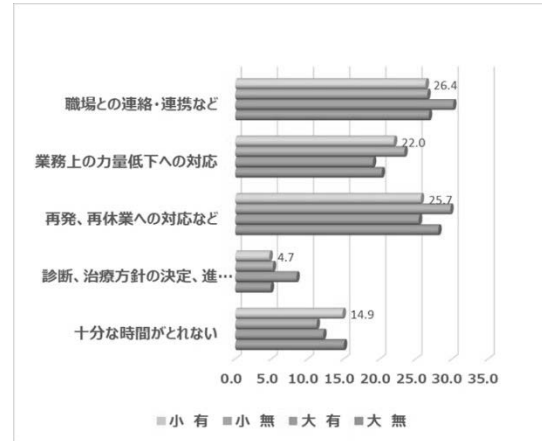
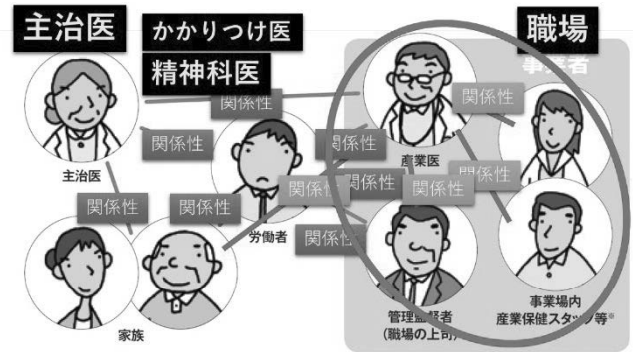


図2 職場から主治医へ不安定勤務・休業などに関して連絡・連携を受けた内容
大 (人口50万人以上都市) 小 (人口50万人未満都市) 有 (日産認定産業医内務) 無 (日産認定産業医内務) (職業の性別について、複数回答可) (文庫113)

- (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等
 出典 厚生労働省 http://kokoro.mhlw.go.jp/brochure/supporter/files/t25_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

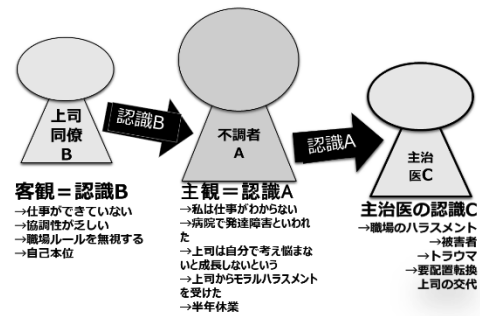
数字は該当する事例数の比率を表す。
 A群: n=86(休職歴1回)、B群: n=43(休職歴2回)、C群: n=56(休職歴3回以上)

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

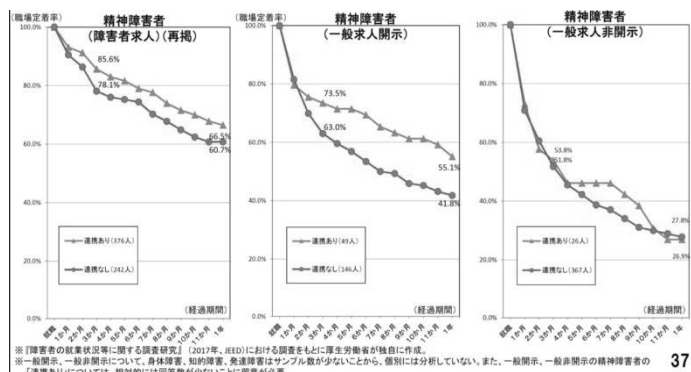
ただし、この実現には不調者との良好な関係性が不可欠である。ところが、図3に示すように、現実感覚や現場感覚の共有ができない場合がある。この際は、職場の論理、社会の常識という筋立てでは対立的になるばかりである。主観が強く職場社会の基準、目標との折り合いがつかない、客観性、自己と他者の関係性、協調性とは何かかわからない、といった社会性に難点を抱えた不調者への対応は、どのように対応すればいいのか。



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。

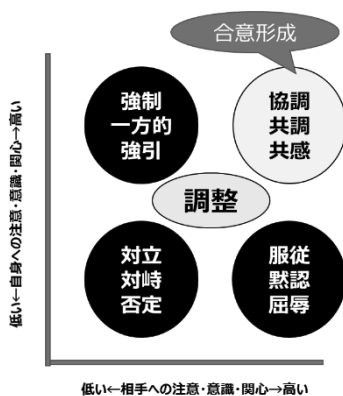
最近の調査から、主治医は連携の必要性を理解しつつも、主治医から職場への連携の実績、頻度は多くなく、むしろ職場から主治医への連携がやや多い、また、職場の対応から認識や受け止め方との隔たりに直面し、不調者の同意取得を除き、タイミング、進め方などの連携のノウハウが不足し、連携の困難性に戸惑っている現状が明らかとなった。この解決へ向けた一案として、主治医や産業医の連携プロセス、ノウハウなどを網羅した連携ハンドブックを主治医、産業医双方で活用する案に大きな期待が寄せられている。然るに、今般の研究において、長年本領域で取り組んできた専門家による効果的な連携実績を「好事例」として収集し、そこから得られた知見、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。

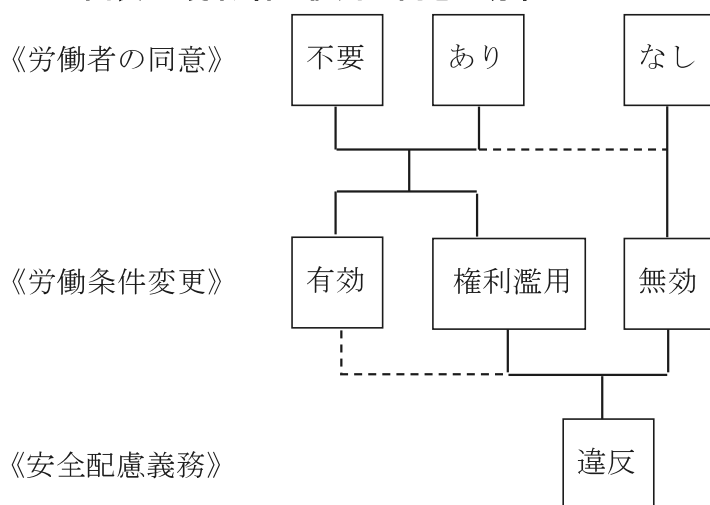
また、主治医として精神科医等が職場復帰の可否や就業上の措置に関する診断書を作成する際も、同様の認識を持つことが望ましい。

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

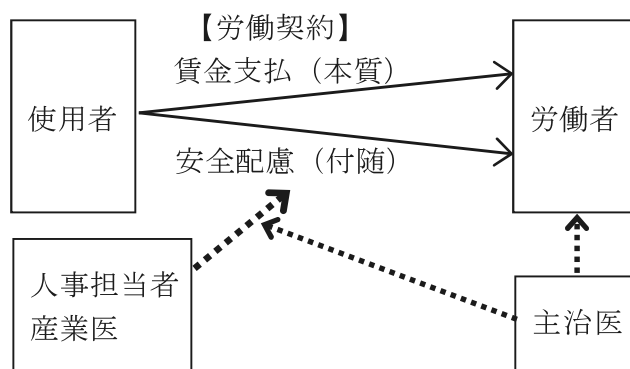
近年、メンタルヘルス不調の労働者に対してパフォーマンスが低下したことなどを理由とする降格や解雇、職場復帰時の配置転換や退職をめぐる裁判が増えている。裁判に至らなくても、職域では、「心理的負荷による精神障害の認定基準」（平成 23 年 12 月 26 日基発 1226 第 1 号、改正令和 2 年 8 月 21 日基発 0821 第 4 号）が業務起因性を肯定する強度「Ⅲ」の心理的負荷を生じさせる業務上の出来事や要因よりも、単体では労災認定されない強度「Ⅱ」以下のケースを扱うことが多いと思われる。強度「Ⅱ」でも、メンタルヘルス不調者にとってはストレス要因となることから、使用者側の対応を難しくしている。

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か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。

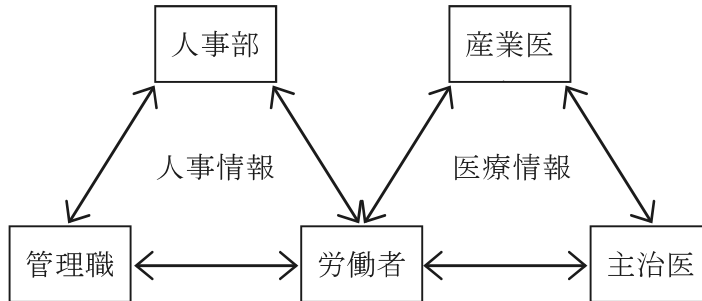
契約内容の変更をめぐるコンフリクトは不可避免的に発生するが、このとき、管理監督者、人事労務管理スタッフや産業医等という組織内だけでなく、主治医等との間でも労働契約に関する認識が共通になっていないことから、必ずしも情報共有が十全になされず、労働契約の解釈や評価にずれが生じることが見受けられる。

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

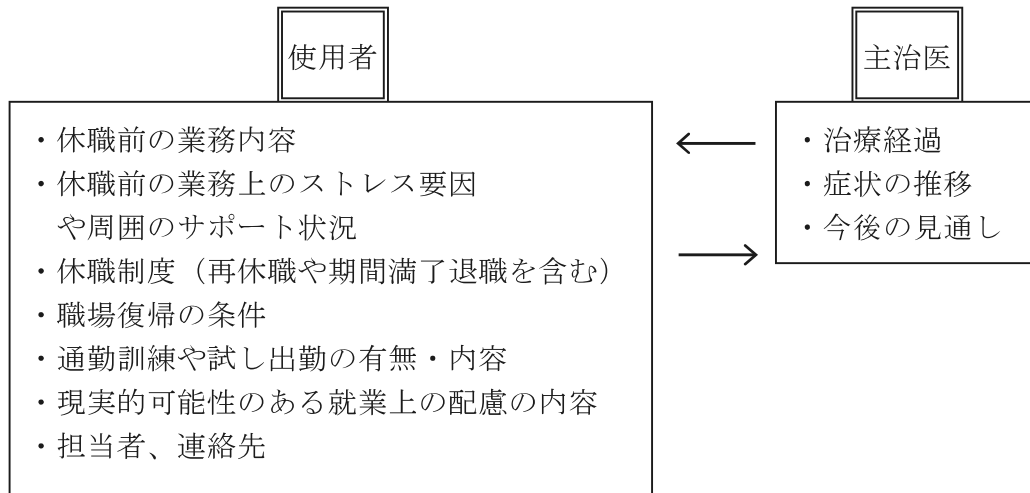
《管理》誰(部署)の責任者・担当者が一元管理



《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の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か月以内 <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

<p>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）</p> <p>■診断名（状態像）： ■診断の根拠（主病状および治療の経過概要）： ■最近の処方： ■復職後の服薬内容： 上記と同じ・上記以外 ■復職可能の判断根拠 1) 就労意欲 2) 生活リズム 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 4) 復職準備練習実績（期間・内容） ■復職可能時期： 平成 年 月 日以降 ■復職後の通院頻度： 回/月 ■復職後1カ月間の就業条件 1) 勤務時間：（1日7時間30分、週5日）の可否： 可・否 2) 勤務時間制限の要否：要・否（例 3) 出張（日帰り・短期）の可否： 可・否（例 4) 自動車運転の可否： 可・否（例 5) その他配慮すべき点： 無・有（例 ■職場からの照会の可否： 面談（可・否） 電話（可・否）メール（可・否） 医療機関名： _____ 電話 _____ メール _____ 平成 年 月 日 主治医署名： _____ 印</p>	<p>本人（最も配慮を希望すること・復職意思確認）</p> <p>無・有 復職したいのでよろしくをお願いします。 署名： 年 月 日</p> <p>家族（就業再開についての同意：有・無）</p> <p>ご意見 署名： 年 月 日（続柄： ）</p> <p>産業医</p> <p>復職 可・否 根拠 本人・家族・主治医 開始時期 年 月 日以降 年 月 日 産業医署名： _____ 印</p> <p>健康管理指導区分</p> <p>適用期間： 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 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	
	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、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：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、うつ病の診断を受け、(A)退職した患者群 200 名、(B)就労継続の患者群 167 名、職場のストレスからうつ病の診断はないが、(C)退職した一般群 200 名、(D)就労継続の一般群 200 名への WEB アンケートの結果 (767 名の全平均年齢 48.1 歳、男性 66.1%)、うつ病患者の両群は、一般の両群に比べて、うつ症状 PHQ-9 だけでなく、PTSD と診断される命に関わるトラウマではないにしても、平均して 30 歳代に経験した強い職場のストレスに対する 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) のスコアが有意に高く、カットオフ値を超え、後々まで苦悩が持続していることが明らかとなった。また、IES-R とうつ症状 PHQ-9 のスコアには強い正の相関がみられた。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。

A. 研究目的

本邦では、2020 年 6 月 1 日から、いわゆるパワハラ防止法「労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律」(略称：労働施策総合推進法)が施行された。

PTSD (心的外傷後ストレス障害) のトラウマのような生命を脅かすリスクではないにしても、うつ病の発症に強く関連しているライフイベント (職場ストレス) として、無理な配置転換、ワンマン・オペレーション (ワンオペ)、職場いじめ、パワーハラスメント (パワハラ) 等が考えられる。アメリカ精神医学

会の精神疾患の診断・統計マニュアル DSM-5 では、うつ病が抑うつ障害群のカテゴリーで、PTSD や適応障害が心的外傷およびストレス因関連障害群のカテゴリーに分類されている。一方で、職場ストレスによって発症したうつ病と適応障害 (抑うつ気分を伴う) とは、診断名は異なるが、臨床的には、ある種の連続性が考えられる。

Kimura et al. (Journal of Affective Disorders, 2015) の研究によれば、うつ病の難治群 (n=31) と寛解群 (n=31) に関して、発症と関連するライフイベントについて、PTSD の評価尺度として用いられる改訂出来事

インパクト尺度 (IES-R) で評価したところ、難治群では、平均 46.7 (標準偏差 15.1) である一方、寛解群では平均 10.3 (標準偏差 9.9) で、難治群は、PTSD のカットオフ値 (24/25) を超えていたことが明らかとなり、難治性うつ病の患者は、発症に関連するライフイベントを生命のリスクがあった出来事ではないにしても、PTSD 的に「トラウマ」としてとらえていることが示唆された。

本研究では、うつ病発症に関するライフイベントを、強い職場のストレスとして、検討することとした。

カナダ精神保健委員会 (Mental Health Commission of Canada : MHCC) では、心理学的問題によって就労不能なカナダ人が週に 50 万人おり、職場での psychological-injury「心理学的な傷、いわゆる、こころの傷」やハラメントに対処するように求めている。同様に、オーストラリアでも、職場での psychological injury という表現で、うつ病、不安症、PTSD につながりうる、仕事に関連した「心理学的な傷、いわゆる、こころの傷(心的外傷)」に対処するように求めている。

そこで、今回、2020 年度の本研究では、労災疾病臨床における職場での psychological injury の実態を明らかにするための基盤となるデータを収集し、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 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とした。

B. 研究方法

千葉大学大学院医学研究院の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。「これまで、うつ病と医師から診断されたことがあるかどうか」という回答でうつ病患者群と一般群に W 調査内容が分けられ、職場ストレスを感じたことがないと回答した患者および一般人は調査終了となり、対象外となった。

WEB アンケート調査の項目は、

1. 回答者の年齢、性別、職種、うつ病診断の有無(患者群には通院間隔、通院加療期間、合併する診断の有無などを加えた)
2. うつ病の評価尺度として PHQ-9((Patient Health Questionnaire-9) (Muramatsu et al, 2018)。うつ症状 9 項目の 0 から 3 点までの 4 件法で、合計 0 点から 27 点満点で、高いほど、うつ病の症状が重く、10 点以上はうつ病の疑いである(10 問目は、うつ症状による日常機能の困難度の 0 から 3 点までの 4 件法)。

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。

職場ストレスの7つのカテゴリーの詳細は以下の通りである。

①過去に経験した業務と全く異なる質の業務に従事することとなったため、配置転換後の業務に対応するのに多大な労力を費した（配置転換）

②業務を一人で担当するようになったため、業務量が著しく増加し時間外労働が大幅に増えるなどの状況になり、かつ、必要な休憩・休日も取れない等常時緊張を強いられるような状態となった（ワンオペ：ワンマン・オペレーション）

③職場で、ひどい嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた（たとえば、同僚等による多人数が結託しての人格や人間性を否定するような言動が執拗に行われた等）（職場いじめ）

④部下に対する上司の言動が、業務指導の範囲を逸脱しており、その中に人格や人間性を否定するような言動が含まれ、かつ、これが執拗に行われた（パワハラ：パワーハラスメント）

⑤上司とのひどいトラブルがあった（業務をめぐる方針等において、周囲からも客観的に

認識されるような大きな対立が上司との間に生じ、その後の業務に大きな支障を来した）（上司トラブル）

⑥同僚や部下とのひどいトラブルがあった（業務をめぐる方針等において、周囲からも客観的に認識されるような大きな対立が多数の同僚あるいは部下との間に生じ、その後の業務に大きな支障を来した）（部下トラブル）

⑦以上の記載以外に、職場のストレスがあった場合、簡単にその職場のストレスについて自由記載で回答（その他）

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。0から5点の6件法の22項目で0点から110点満点で、カットオフは24/25点とされ、高いほど、PTSDの症状が重い。

5. 一般的信頼尺度（山岸、1998）、「ほとんどの人は信用できる」「ほとんどの人は他人を信頼している」「私は人を信頼するほうである」等の質問項目で、1（全くそう思わない）から7点（非常にそう思う）の7件法の6項目で6点から42点満点で、高いほど、信頼傾向があると考えられる。

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）「自分の考え方に柔軟性があると感じる」「自分には良いところがあるように感じる」

「目の前の問題を解決するための方法を思い浮かぶことができる」等の質問項目で0（そう思わない）から4点（そう思う）の5件法の10項目で0点から40点満点で、高いほど、こころの健康づくりがなされていると考えられる。

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、有意差があった場合、その後の多重比較のBonferroniのpost hoc testを行なった。4群の性別、人数の度数分布のカイ二乗検定を行った。Spearman相関分析、ステップワイズ法の重回帰分析を行った。p値は0.05未満を有意と設定した。

C. 研究結果

(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（期間内に200名に達せず）、(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。

4群の性別は、A群が男性130名（65.0%）、女性70名、B群が男性130名（77.8%）、女性が36名、C群が男性106名（53.0%）、女性が94名、D群が男性141名（70.5%）で女性が58名で、カイ二乗検定で有意差があった。

年齢の平均スコアは、A群47.10歳（標準偏差9.82）、B群48.93歳（標準偏差9.67）、C群46.47歳（標準偏差9.54）、D群50.12歳（標準偏差9.75）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。

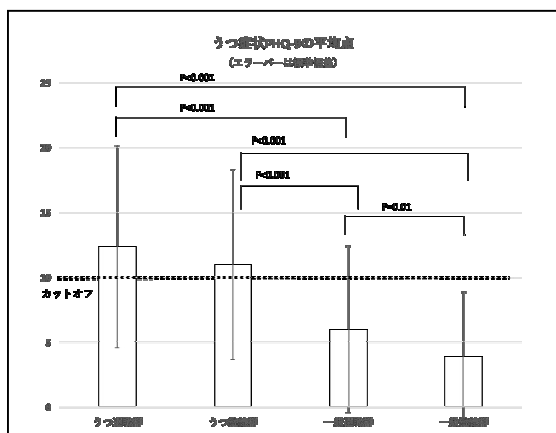
職業を無職と回答した人はA群で67名（33.5%）、B群で16名（9.6%）、C群で45名（22.5%）、D群で23名（11.5%）で、有職と無職の分布はカイ二乗検定で有意差があった。

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。また、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 1)

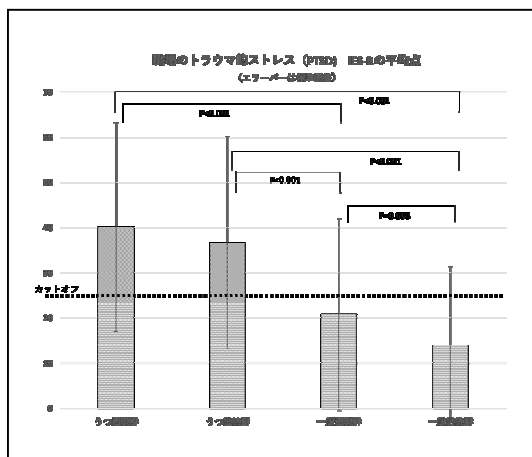


職場のストレスについて、複数回答可としたところ、一人当たり平均のストレスの選択個数は A 群 1.72 個、B 群 1.56 個、C 群 1.38 個、D 群 1.26 個であった。1 番目に強かった職場

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関しての 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 2)



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。

D. 考察

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。

一方で、一般的信頼尺度（山岸、1998）に関しては、うつ病患者群と一般群で有意差がなかったことから、一般的な信頼感については、うつ病患者が問題を抱えているわけではないことが示唆された。

こころの健康づくり尺度については、一般的に使用されている標準的尺度と呼べるものではないため、解釈には十分留意する必要があるが、患者群では一般就労継続群よりも低いため、認知行動療法のセルフヘルプを進め、こころの健康をさらに増進できる余地があると考えられた。

一方で、通常のうつ病に対する認知行動療法、特に、うつ病による休職者の復職支援プログラム（リワーク）で行われている集団認知行動療法では、過去のトラウマ的記憶を扱うことに焦点化した意識づけを担当医療者

（セラピスト）が持っていない限り、PTSD 的な職場での psychological injury については、全く取り扱われていない可能性が高く、うつ病の集団認知行動療法を中心にしたリワークの限界が考察された。

その限界を克服するために、別の研究課題として、職場での psychological injury の改善のために、我々は、「難治性うつ病の記憶のイメージ書き換えを用いた認知行動療法の新しい発展」（清水、臨床精神薬理 2017 年）の研究を経て、2016 年～2019 年度の文科省科研費基盤 (C) うつ病休職者に対する職場トラウマ記憶書き直しに関する認知療法技法の導入と効果検証（研究代表者 高梨利恵子、分

担研究者 清水栄司）を行った。その研究では、うつ病による休職者のリワーク）に焦点をあてた。職場でのストレスフルな出来事が認知や行動に強く影響して、復職後の再発、再休職につながるケースがあるため、生命の危機に関わらない苦痛な出来事であっても、心的外傷後ストレス障害様の症状を起こすことが知られている。その研究の中では、そのような職場でのストレスフルな出来事の記憶を「職場トラウマ記憶」と定義し、心的イメージを用いて書き直しを行う「職場トラウマ記憶に対するイメージ書き直し技法 (imagery rescripting: IR)」の効果検証を行った。うつ病リワークに参加した患者 45 名（女性 13 名、 $M=36.69 \pm 10.39$ ）に対し、「職場トラウマ記憶」として、「侵入的に体験される記憶」について調査を行った結果 40 名（89%、うち女性 12 名）が平均 2 つ以上の侵入的な職場トラウマ記憶（平均 2.76 個 ± 標準偏差 2.28）を持っていて、1 週間の出現頻度の平均は 2.62 回（± 標準偏差 1.15）であった。また、26 名（65%）は「仕事ができないと居場所はない／必要とされない」などの「仕事」についての侵入記憶と結びついた信念を持っていた。さらに、職場トラウマ記憶を書き直す IR を開発し、6 例に対して施行し、うち 3 名について有効性の検証を行い、「否定的な気分」、「スキーマに対する確信度」、「記憶のつらさ」などについて改善をみたので、さらに、職場トラウマ記憶を書き直す認知行動療法の研究を進めていく予定である。

また、前回の平成 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の判断に係る臨床研究」の分担研究（主任研究者：桂川修一東邦大学医療センター佐倉病院教授）において、筆者らは、「うつ病患者への職場復帰介入における社交不安の改善」として、職場復帰介入プログラムは、介入後にうつ症状だけでなく、社交不安症状も改善させること、また、介入後1年間就労継続した患者は、しなかった患者より、介入後の社交不安症状が改善されていたことを明らかにし、職場復帰時における社交不安症状の影響を示してきた。職場での社交不安症状は、職場ストレス（トラウマ的出来事）による心的外傷（psychological injury）との関係性も考えられる。

本研究の限界について以下に3点を述べる。第一の限界は、無記名式のWEBアンケート調査のため、簡単に多数の回答結果を得られるメリットの一方で、記名式調査や面接調査に比べて、質問を正しく理解して、正直に回答してくれているかという点に不安が残る点である。第二の限界は、うつ病の診断の有無については、回答者が医師から診断を受けたことがあるかどうかを自主的に答えてもらっていることによるため、うつ病群の人が国際標準の診断基準でうつ病と診断されたのかどうか、また、一般群の人が医療機関を受診しなかっただけで、未治療ながら、うつ病の診断基準を満たしていた可能性が残る点である。第三の限界は、質問紙の選択についても、PHQ-9、IES-Rと組み合わせて、国際標準の評価尺度での信頼感や認知の歪みについての検討を行わなかった点である。今後は、国際標準

の診断基準、評価尺度を用いるなどして、さらに精緻な研究を行いたい。

以上のような研究の限界があるにしても、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。

E. 結論

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

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

労災疾病臨床研究事業費補助金研究報告書
分担研究報告書

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

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の変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

れていたため、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ため、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判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低かったものの、第2.3回と増加傾向にあり、通常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外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、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うまでもない。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。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。

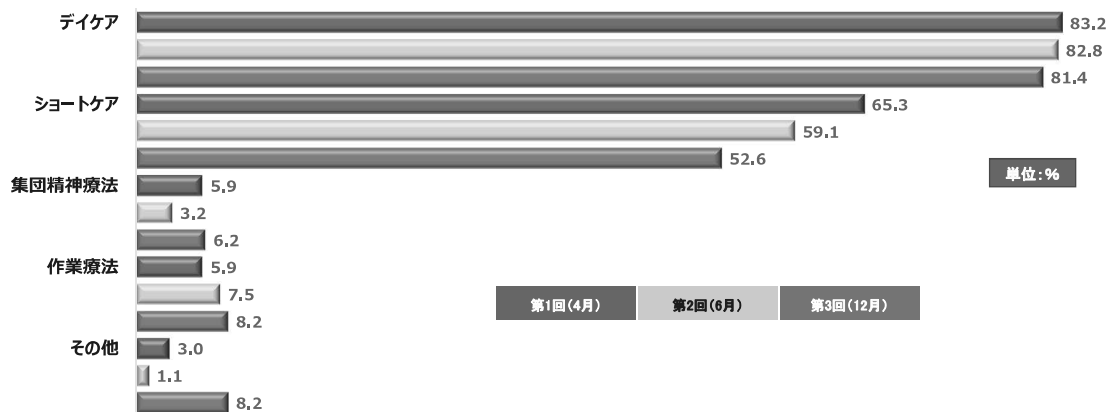
3. その他

なし。

令和2年度労災疾病研究会議資料（2012年1月31日、ZOOM）
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



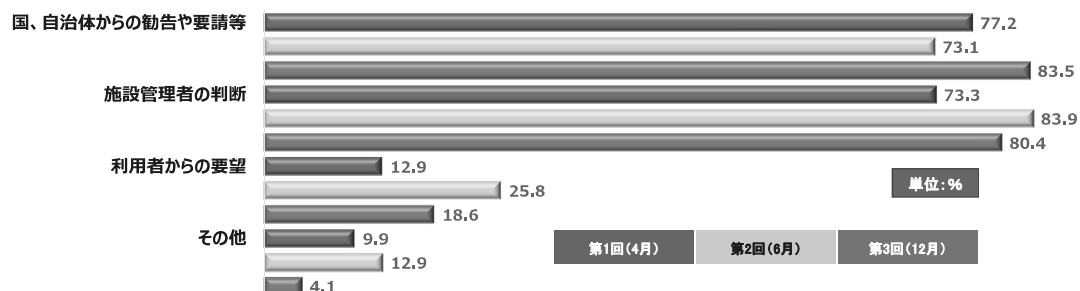
その他（各回共に）	
①	
②	● ナイトケア ● デイナイトケア
③	

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



その他	
①	<ul style="list-style-type: none"> ● 時間は変更なし ● 時間は通常通り、プログラム内容の一部見直し ● 時間変更なし 集団プログラム中止 ● 院内作業療法のみ実施 ● 個人プログラムのみ実施している
②	<ul style="list-style-type: none"> ● 一部カリキュラムは休止し、図書/PC等の共有物も当面使用禁止としている ● 6月第1週まで、変則・選択制にて実施 ● 開催時間は通常通り、プログラムに一部変更あり(「3密」を防ぐ工夫)
③	<ul style="list-style-type: none"> ● 外来リワークは休止中だが、入院リワークは通常通り実施

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)



その他	
①	<ul style="list-style-type: none"> ● 県医師会の指示 ● 同地域、他地域の実施状況 ● 主治医、利用者の所属企業判断
②	<ul style="list-style-type: none"> ● 緊急事態宣言解除により、6/8より段階的に戻していく予定 ● 弊院を出入りされている方で感染が確認され、弊院関係者が濃厚接触者となった場合 ● 当県は新規感染者ゼロが継続しているため、参加人数制限などしながら6/15～集団プログラム開始予定です ● スタッフからの要望 ● 利用者の会社の要望 ● 近辺地域での感染状況を見て
③	<ul style="list-style-type: none"> ● 感染予防対策に係るコストとの兼ね合い

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？

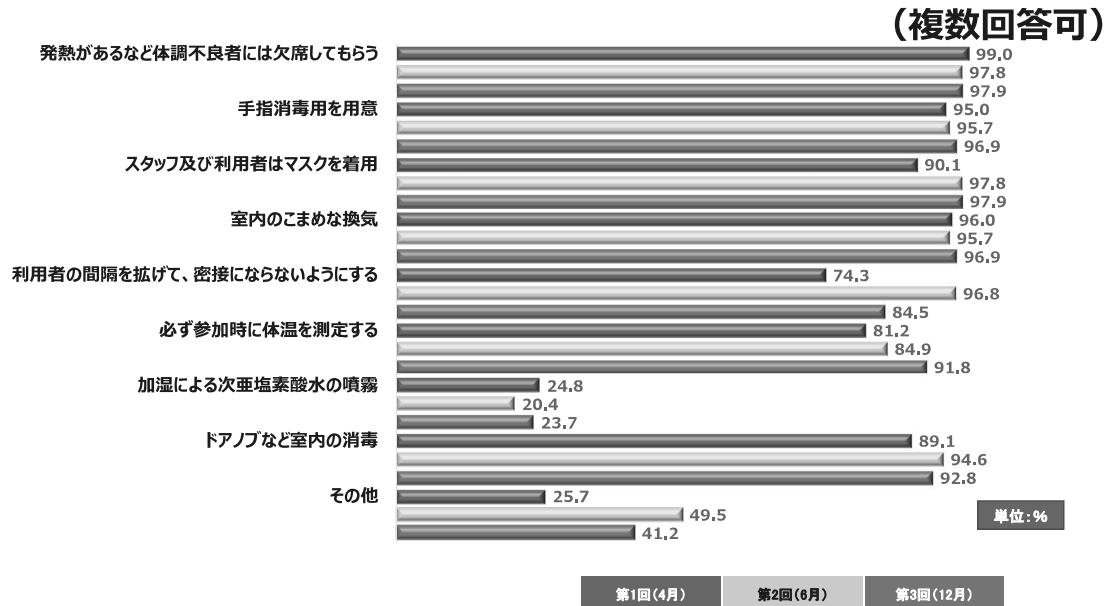


図4-2.リスク管理のためにされている、これからしようと考えていることはありますか？

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)

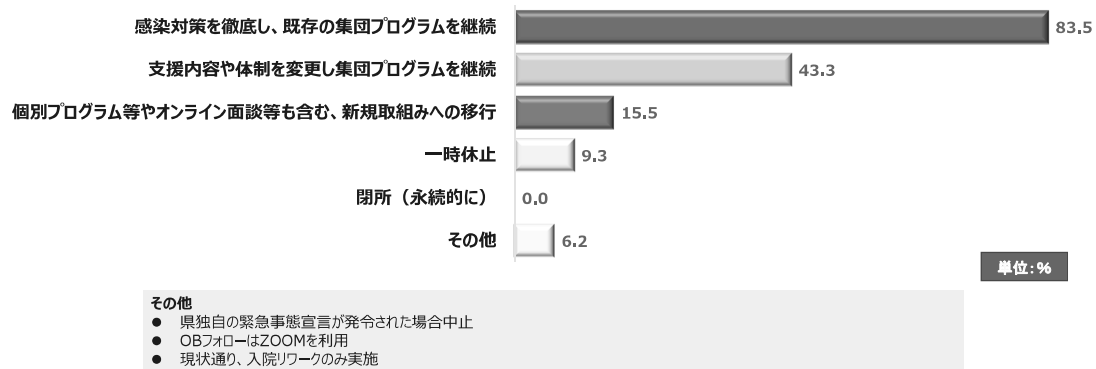


図6-1.利用者の復職先の会社に関する現状把握に関して、どのような項目を確認するのが必要とお考えでしょう ※複数回答可
 (今回新たに設定した設問)

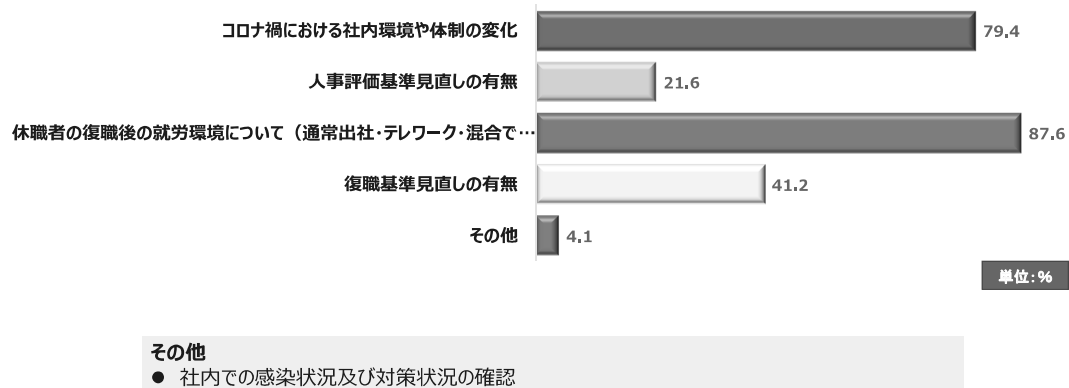


図6-2.テレワーク環境下でのリワークプログラムなどの見直しについて、どのような点を見直す必要があるとお考えですか？※複数回答可
(今回新たに設定した設問)

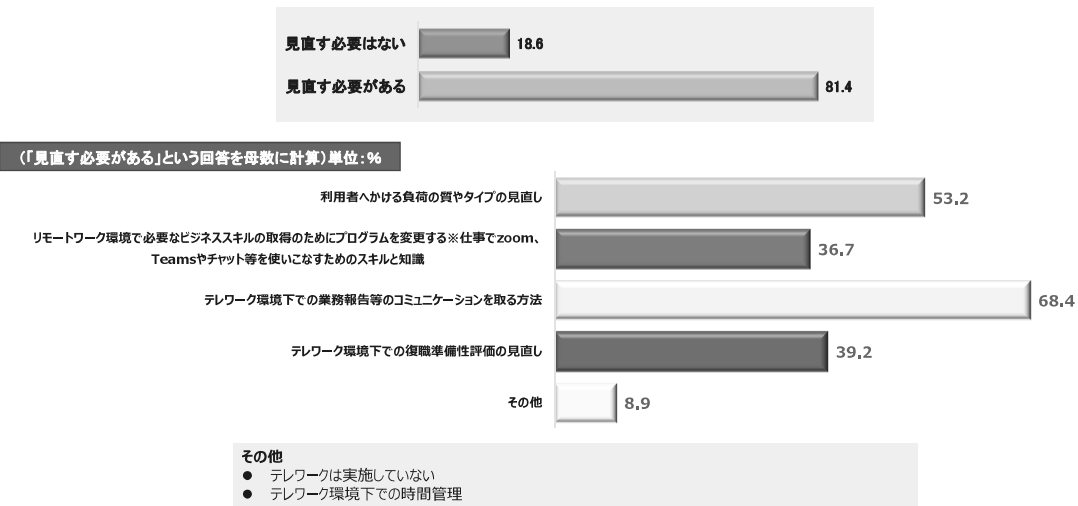
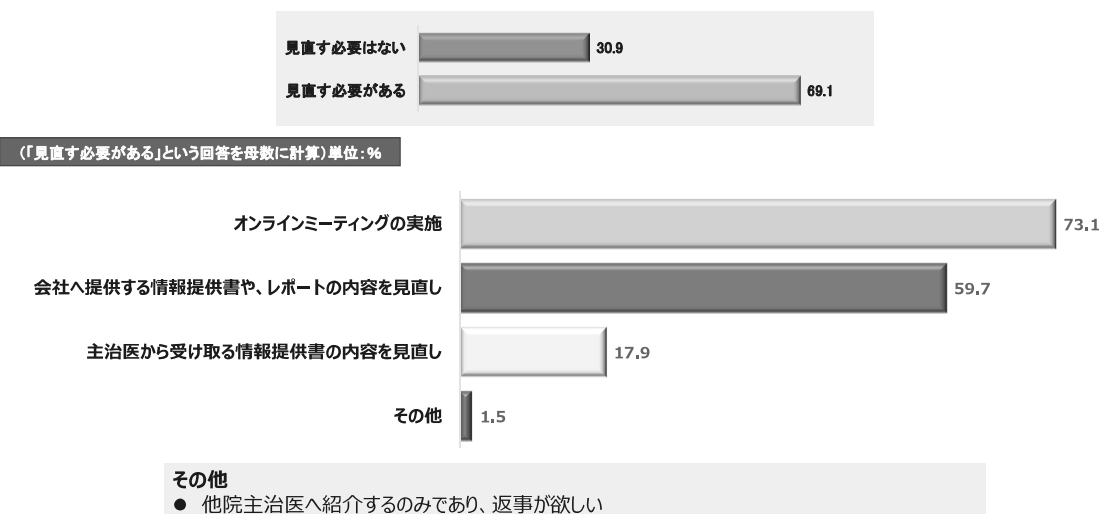
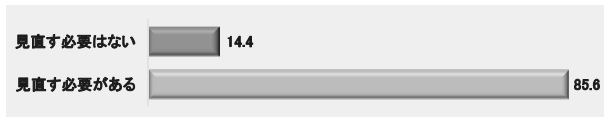


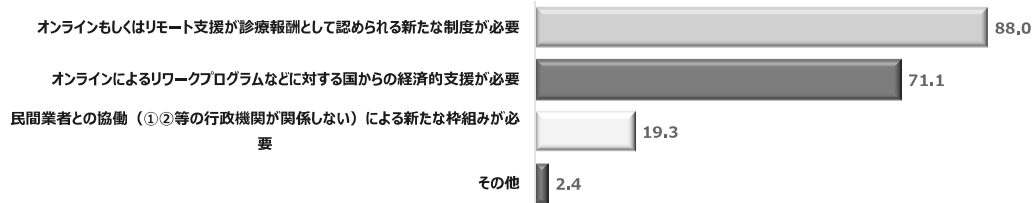
図6-3.復職先の産業医や人事担当者との連携方法の見直しに関して、どのような点を見直す必要があるとお考えですか？※複数回答可
(今回新たに設定した設問)



**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)**



（「見直す必要がある」という回答を母数に計算）単位：%



- その他
- どれもあってもいいと思うが、その前にリワークPG自体が診療報酬として認められれば
 - 感染予防に関するコストの診療報酬への上乗せ

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

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。1ヶ月以上の休職者は増加しており、特に増加しているのは抑うつ状態と適応障害であった。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、今後、いっそう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。

研究目的

専属産業医の立場から企業における休職者の調査を実施し報告する。

研究方法

1. 疾病調査

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。

なお、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

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

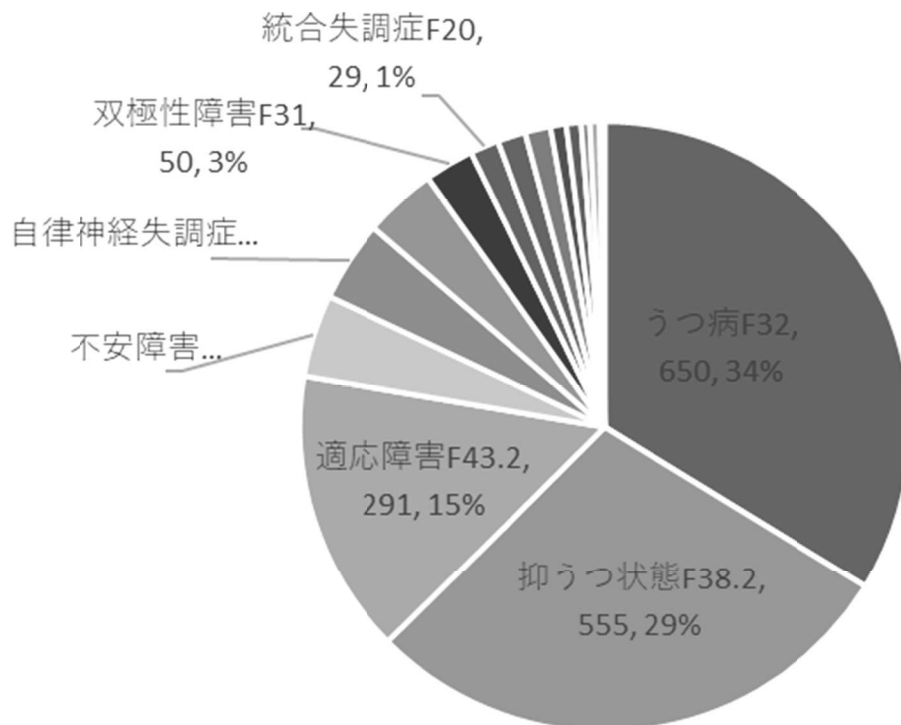
企業としての取組で実際に行われていることを調査した。

研究結果

1. 疾病調査

1-1. 疾病分類

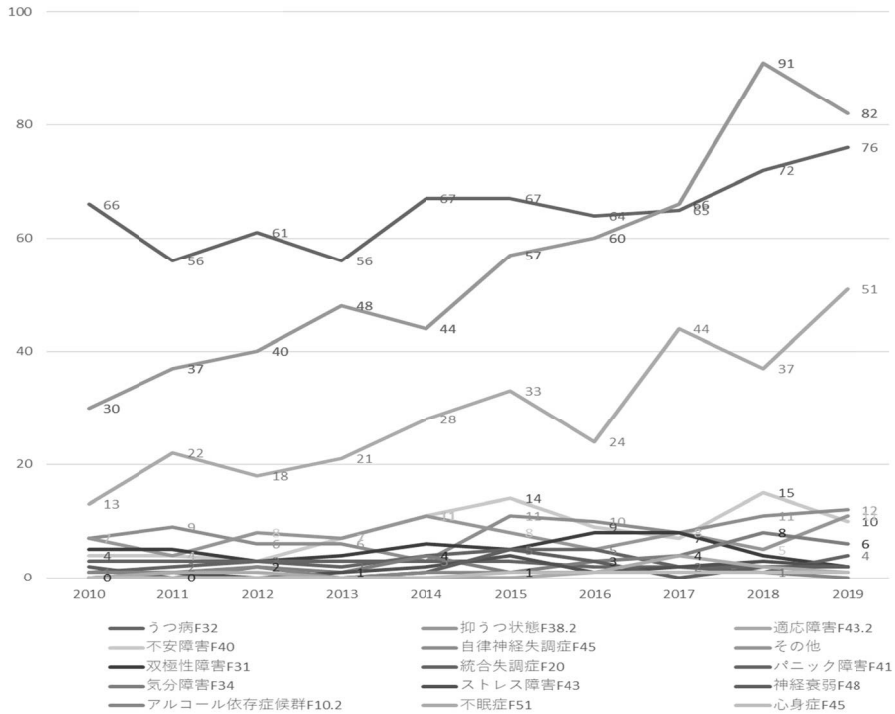
2010年から2019年での合計ではうつ病(33.7%)、抑うつ状態(28.8%)、適応障害(15.1%)の順に多かった。(下：円グラフ)



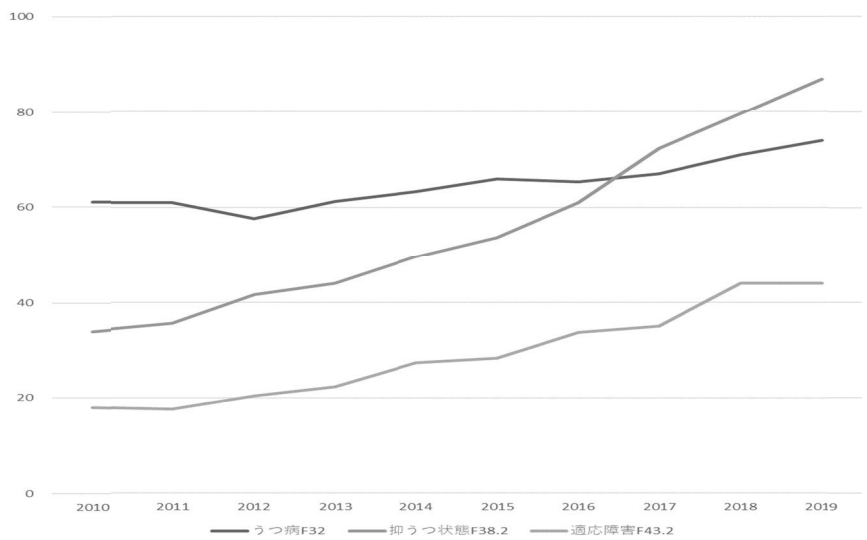
休職者は徐々に増加しており、増加率は、抑うつ状態、適応障害、うつ病の順に高かった。2010年では、抑うつ状態はうつ病の半数以下であったが、徐々に増加し2017年にはうつ病を超えた。2019年においては、抑うつ状態、うつ病、適応障害の順に多くなっていた。(グラフ：2010 - 2019 疾病の推移) 特に抑うつ状態と適応障害は増加していた。(グラフ：3年移動平均)

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

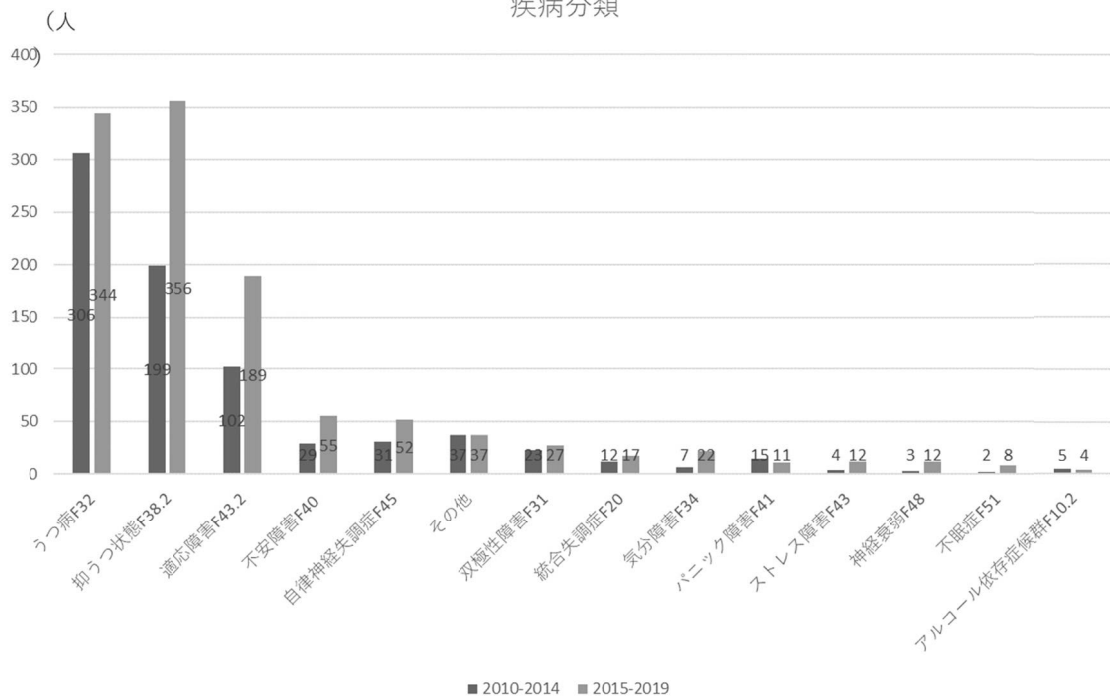


3年移動平均



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

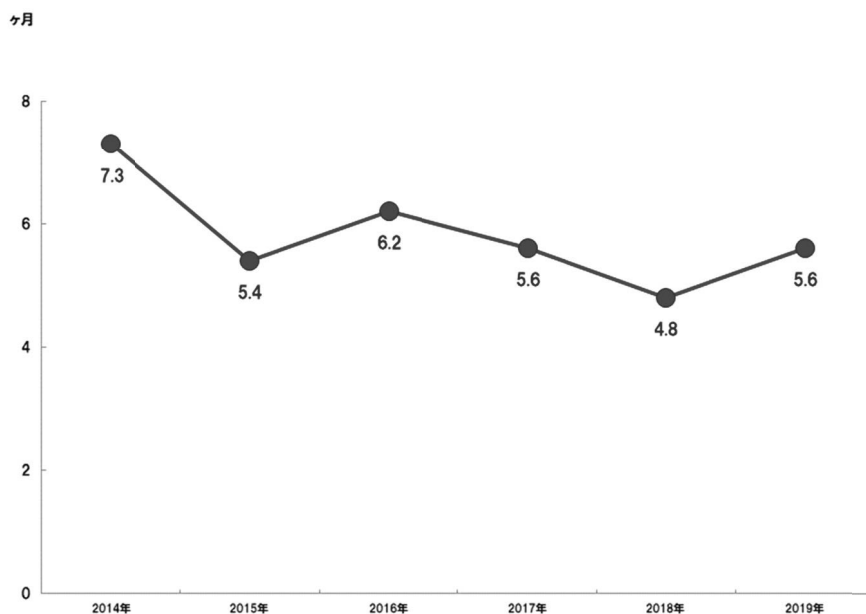


疾病ごとに年齢別に推移を確認したところ、抑うつ状態は全年齢で増加しているが、特に40歳代と30歳代での増加が顕著であった。うつ病は40代と30代が主であったが近年において20代はほぼ同数であった。(下グラフ)。

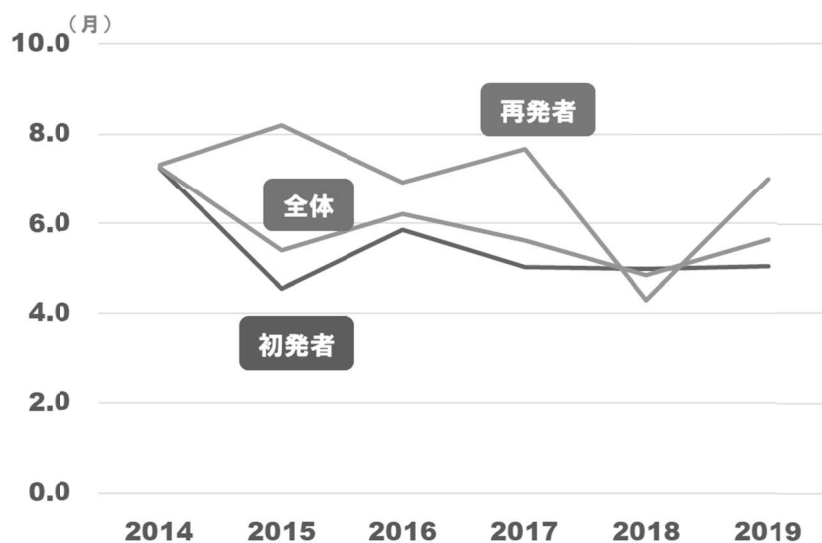


1-2. 休職期間

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）

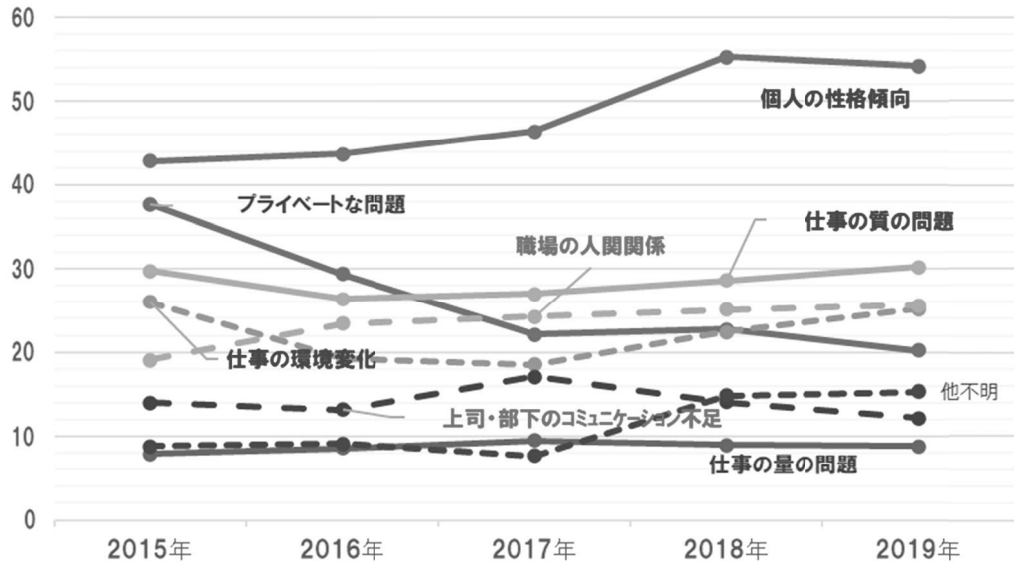


初発者より再発者の休職期間が、概して長いと考えられた。再発者の休職期間は2014年で7.3ヶ月、2018年で4.3ヶ月、2019年は7ヶ月であり短縮されておらず、むしろ初発者が2014年は7.2ヶ月、2018年で5ヶ月、2019年は5.1ヶ月で短縮されていた。



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。

健康危険情報 特になし

研究発表 第27回日本産業精神保健学会 2021年2月14日シンポジウム

「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

治療と社会復帰支援」

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。

厚生労働省令和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・2020年度報告)

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】

2019年度に作成した調査票の一部を改訂した。

【研究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】

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】

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。

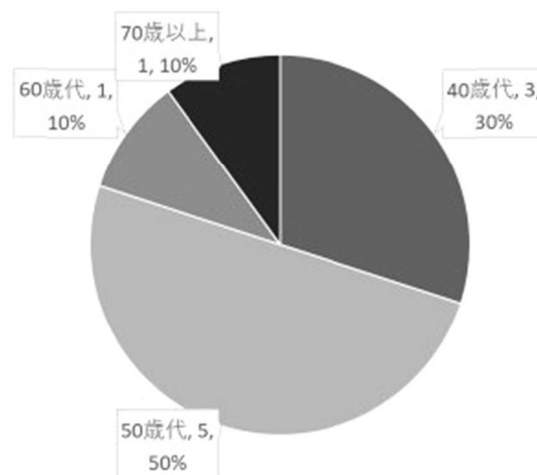


図1 回答者(精神科医師)の年齢階層

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。