

図2 回収事例の年齢階層

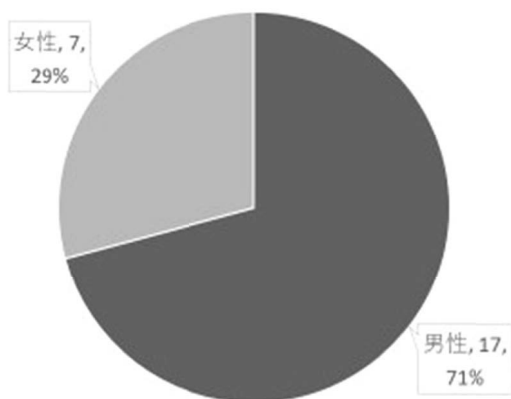


図3 回収事例の性別

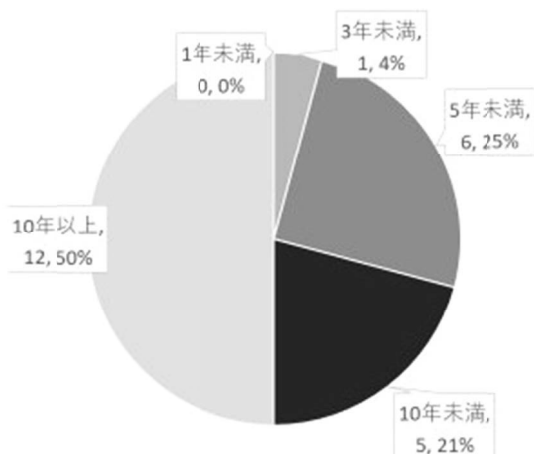


図4 回収事例の勤続年数

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。

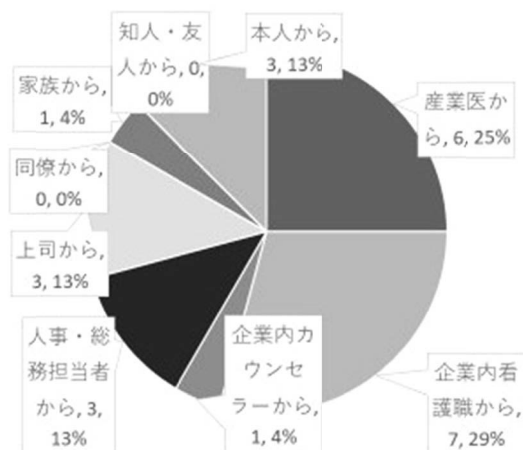


図5 回収事例の相談に至る経緯

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。

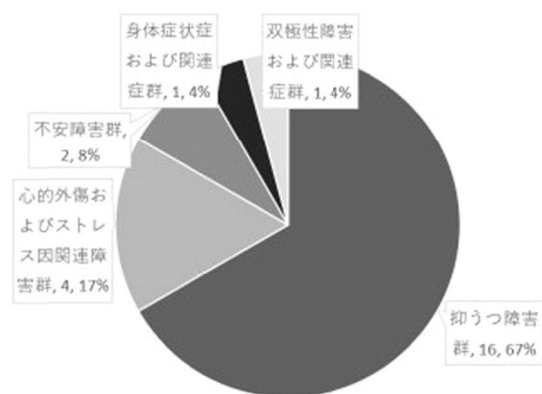


図6 業務起因と思われる精神障害の内訳

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。

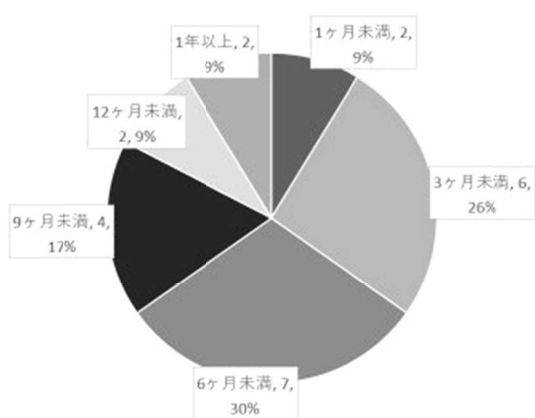


図7 回収事例の過去の休業期間

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

Ⅲ	0項目	1項目	2項目	3項目	4項目	5項目
Ⅱ						
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。

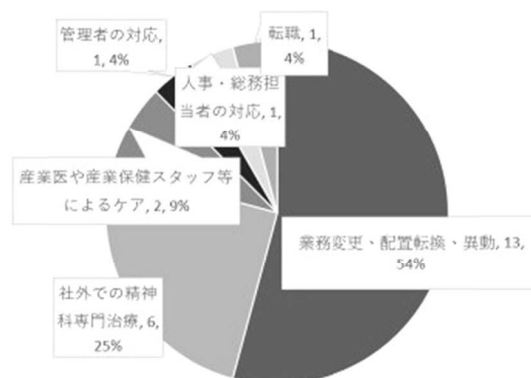


図8 回収事例に対する最も効果的な支援

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。

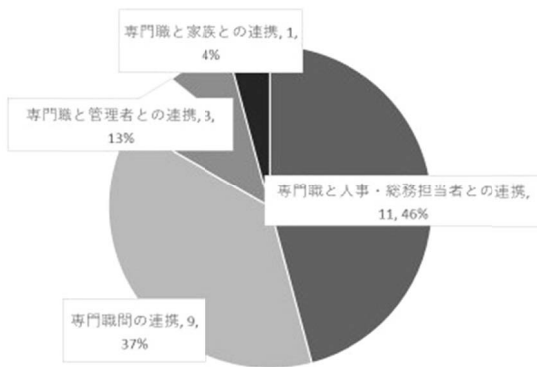


図9 回収事例に対する最も有効な連携

(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)。

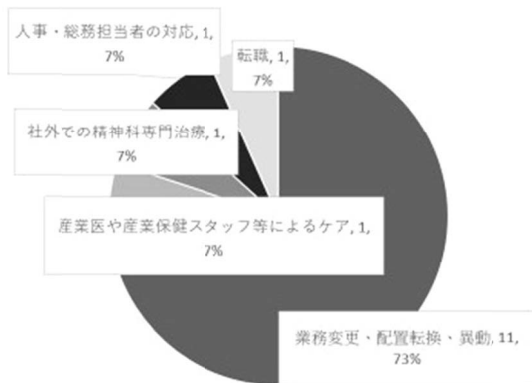


図10 休業6ヶ月未満事例の有効な支援

(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。

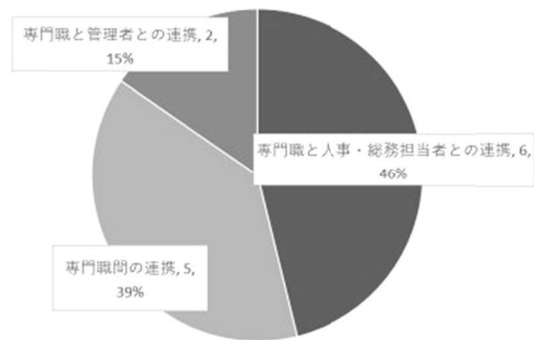


図11 業務変更・配置転換・異動に有効な連携

回収事例における対応で、最も困難な連携の種類の分布を(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。

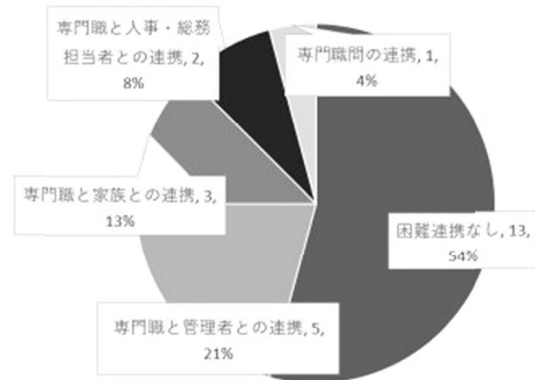


図12 回収事例における困難な連携

## 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、発症したものである。

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すぎることにより、復帰する労働者側の苦悩、復帰を受け入れる側の苦労があり、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)



厚生労働省 令和元年度 労災疾病臨床研究事業費補助金

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～

分担研究者：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

### <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%、採用基準には入れていない 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%、就業規則やルールへの遵守 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%、就業規則やルールへの遵守 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に関わる 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。精神障害者雇用に際して、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こととして、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. 精神障害者雇用に際して、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	-
精神障害者雇用に際して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ではない	332	25.5
キーパーソン(指示・命令・相談を受ける人)をつける	86	6.6
キーパーソン(指示・命令・相談を受ける人)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がある	38	2.9
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らの支援	263	20.2
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
定期的な面談する	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、助言などが無い	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無い	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	-
「時間が無いから」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のは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のは359名、D群：会社自体が障害者雇用の経験がないのは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%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、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%、これまでに労災に係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。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。

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

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に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%、就業規則やルールへの遵守 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%、就業規則やルールへの遵守 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（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

「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：張磊<sup>1)2)</sup>，種市冴美<sup>1)</sup>，加藤枝里<sup>1)</sup>，坂苗碧<sup>1)3)</sup>，諏訪裕子<sup>1)</sup>，中田貴晃<sup>1)</sup>

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

### 【研究要旨】

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・知的障害者と比べて、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。

精神疾患やメンタルヘルス領域の労災事例に対しては、単に就労を目標とするだけでなく、地域・職場に定着することで、やりがい、生きがい、自信・自尊心を創出させることが大きな目標となっている。さらに、精神障害者雇用において、就労者が極端に分離・集合化されたり、逆に過剰に庇護されたりする事態を防ぐ必要もある。

こうした基本認識に立って、「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。

令和元年の初年度においては、地域レベルでの就労支援に関与する非医療機関（ハローワーク、障害者就業・生活支援センター、産業保健総合支援センター、地域産業保健センター）の活動状況・連携について訪問・面接調査を実施した。

その結果をもとに令和2年度は、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。弱い立場にある障害者、失業者、休職者及び家族にとっても深刻な影響をもたらしている。全国民が感じている先の見えない言いようのない不安や、感染拡大への備えも忘れてはならない。

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

に閉館となり、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、活動量も減りがちである。家族も在宅ワークや休校となり、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。

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(2020年10月6日-11月13日)し、114か所からの回答を得た(回収率34.1%)。

さらに、調査結果の考察を深めるべく、障害者就業・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、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。

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」、「精神障害者本人の対策」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、まだ数値に表れていないが、「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現場から聞かれた。

「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(感染症への不安、新しい生活様式への変化など)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見られた。

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を有する機関はなかったことから、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。



## 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。

ハローワークをはじめとする就労支援機関は精神障害者の就労定着は最も大きな課題として受け止められており、ハローワークにおいては、従来の精神障害者雇用トータルサポーターに加えて発達障害者雇用トータルサポーターを配置するなどの施策により、精神障害者の定着率を向上させる取り組みを行っている。

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、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」が殆どであったが、中には「パーソナリティ障害」という回答が含まれていた。

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。

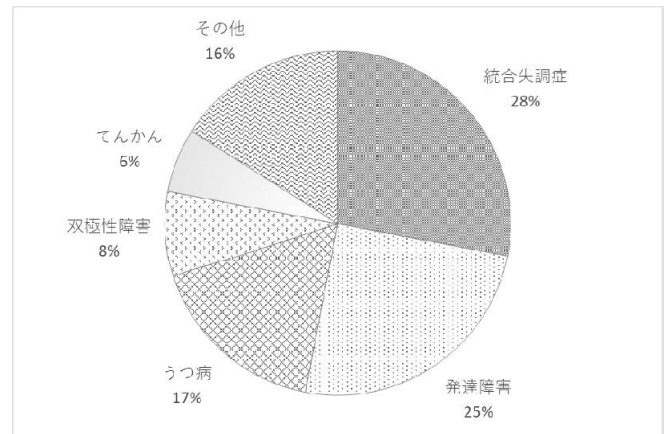


図1. 各精神疾患別の利用割合

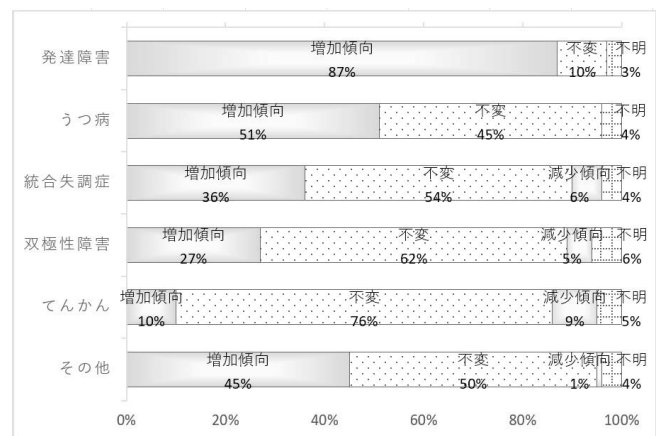


図2. 各精神疾患別の増減傾向

#### 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、障害者就業・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。

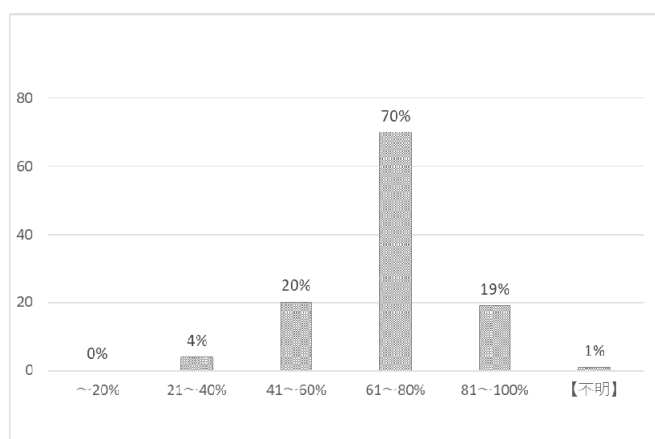


図 3. 就職 1 年後の定着率

### 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」、「結婚や引越、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。

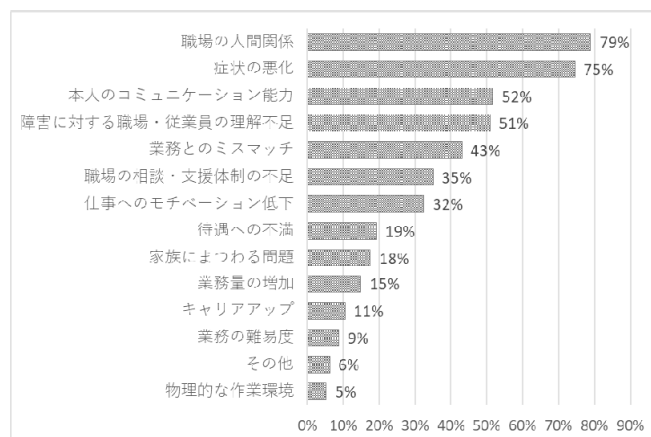


図 4. 職場定着が難しかった要因

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」が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。なかには、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。

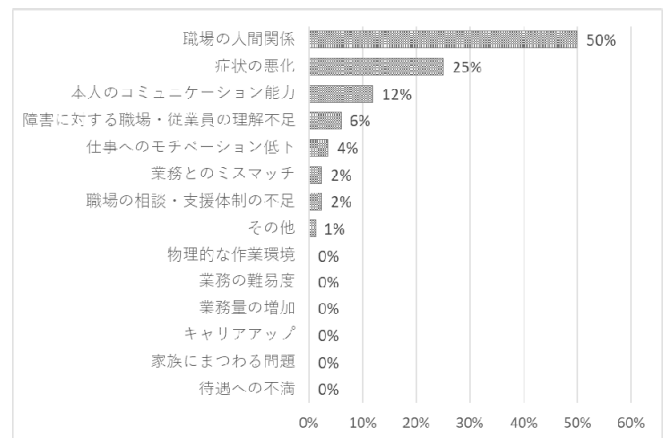


図5. 定着が最も難しかった要因

### 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(2020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、2020年4月7日~2020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。

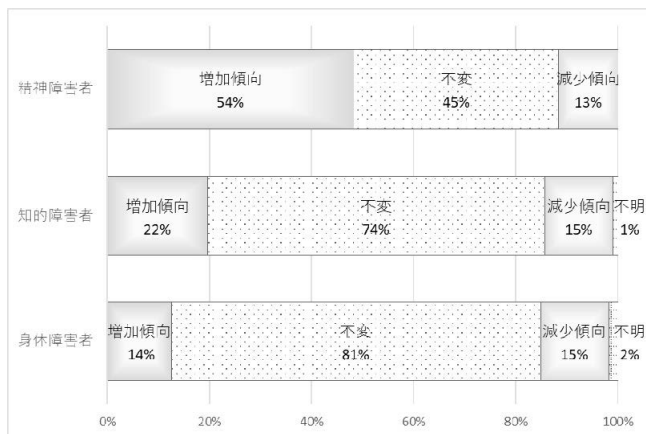


図6. 緊急事態宣言後の利用者の増減

### 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ため、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。

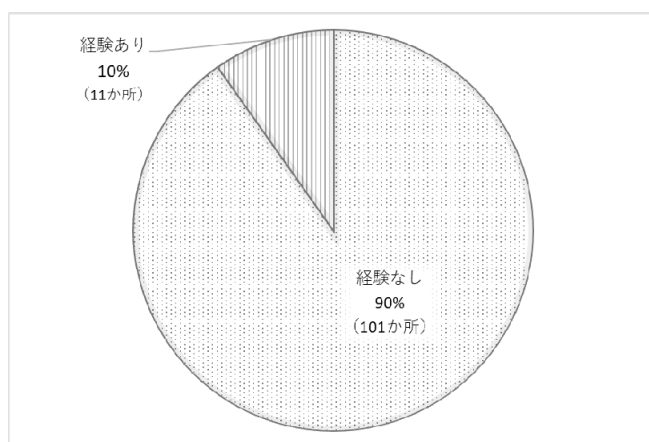


図7. 精神疾患の労災認定者の就労経験の有無

## 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ヵ月と定期的に職場訪問し、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、呼吸法のワークショップ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

<b>就労先訪問</b>	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
<b>受け入れ企業へのアプローチ</b>	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
<b>アセスメント</b>	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)
<b>医療機関との連携</b>	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感じがうかがえた。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いこう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
	徹底的な支援
他機関との連携	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
	他機関連携の中心機関としての役割
受け入れ企業と のかかわり方	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	支援者の専門性向上
	専門職の配置

取り組み	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こと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的一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う必要があり、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がうかがえる。

「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、働くイメージがつきやすくなる。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
適切な合理的配慮の実施	適切な合理的配慮の実施
	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
	サポーター養成講座の受講
	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（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（表5）。

雇用側の現状としては、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難しさ
	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
感染症拡大の影響 による雇用不安	収入減少への不安
	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（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「雇用者の対策」、「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

## 5. ハローワークをはじめとする関係機関の聞き取り調査から

新型コロナウイルス感染症が蔓延し、約 9～11 カ月が経過した 2020 年 10～12 月にわたり、全国各地のハローワーク 7 か所（都市部：横浜・川崎北・梅田、地方：日光・伊東・大分・那覇）へ聞き取り調

査を行った。

### 5-1. 令和 1 年度における精神障害者の新規求人・求職件数の動向

令和元年度における精神障害者の新規求人・求職者件数は、都市部と地方で僅かな差が見られた。都市部の各ハローワークでは、精神障害者の求人・求職件数は年々増加しており、中でも主な疾病として「発達障害」の利用者が急増しているという。これは、2020 年 4 月 1 日より法定雇用率が 2.0%から 2.2%へ引き上げられたことが影響し、精神障害者の雇用を意識した事業所が増えていることがうかがえる。一方、地方では、精神障害者の新規求人・求職件数は例年と大きく変動はないものの、高齢の利用者が多いとの回答が得られた。都市部と地方でこのような差が現れたのは、経済の中心地である都市部の方が元々の求人数が多いという理由が推察される。いずれも具体的数値は、都市部・地方ともに把握できていないとの回答であった。

### 5-2. 新型コロナウイルス感染症の発生による、精神障害者の求人・求職件数、就労支援への影響

新型コロナウイルス発生後の精神障害者の求人・求職件数ならびに就労支援では、都市部と地方の両者において少なくとも多方面で影響が出ているという回答が得られた。

求人・求職件数では、都市部・地方ともに「障害有無に関係なく窓口の利用者が増えた」という声や「新規求人数が減少した」、「中でもサービス業や観光業からの新規求人数が減少した」という声があがった。一方で、同じ都市部において、新型コロナウイルス感染症による求人・求職件数に大きな変動は

なかったというハローワークもあった。いずれも具体的な数値は把握できていないという。また、新型コロナウイルス感染症の影響で推奨された「在宅ワーク」であるが、在宅ワークを中心とした求人は現時点（2020年10～12月時点）で少ないという回答が得られた。求職者においても、体調不良により在宅ワークにつながるケースはあるものの、自ら在宅ワークを望む求職者の支援は経験がないという。本来、2018年6月に成立した「働き方改革関連法」の影響も相まって導入が検討され始めた在宅ワークであるが、今回の感染症の影響で在宅ワークの導入に拍車がかかったことは間違いない。しかし、新型コロナウイルス感染症という未曾有の危機において、事業所側も求職者側も先行きが見えないことで身動きが取れず、就労形態においては現状維持を望む心理状況であったことが推察される。今後も社会情勢に応じて、求人・求職の動向に変化が見られるといえよう。

就労支援では、都市部・地方ともに「ハローワークの勤務職員の半数が一時在宅ワークになった」、「対面での面接説明会が不可能になった」など、求人と求職者をつなぐ就労支援機関にも影響があったことがうかがえた。今後は、ハローワーク職員の在宅ワークへの対応や今回のコロナ禍へ柔軟に対応できるよう、オンラインでの相談対応「Web相談」が求められる。しかし、導入に向けた設備が窓口において不十分であることや、障害者や高齢者にWeb相談に対応できるパソコンスキルが備わっていない場合にアクセスが難しい可能性があるなど、導入までの課題は多いという回答が得られた。

### 5-3. 若年精神障害者の求職者の動向

ハローワークを利用する精神障害者の求職者について、若年の求職者ほど障害をクローズにして求職活動を行う者が多いという回答が得られた。データを基にしたものではなく肌感覚ではあるが、一般窓口を訪れる求職者（精神障害者と認定されていない方）で採用が決まりづらいケースを見ていると、背景に障害を抱えている印象を受けるといえる。

一方で、障害をオープンにした求職者（精神障害者と認定を受けた求人登録者）では、若年の求職者ほど大手企業への就職希望が強いとの回答が得られた。障害者であることを割り切りオープンにした方がより障害に配慮がある職に就けるといふ点や、少しでも早く社会とのつながりを持ちたいという理由が大きいという。障害をオープンにすることは自己と向き合い障害を容認する行為であり、誰もが安易に出来ることではない。個人が「働く」において何が大切であり、どの範囲の自己開示が必要であるかを求職者自身に考えてもらうよう共に寄り添うことも、ハローワークの肝要な役割の一つなのかもしれない。

### 5-4. 医療機関との連携

医療機関（主に精神科）との連携状況について、都市部・地方ともに「連携は意識しているが、事実として関係性が薄い」という回答が得られた。具体的には「主治医とのやり取りは意見書止まり」、「産業医・産業看護職との直接のやり取りはない」という声や、「敷居が高い」という声がうかがえた。中には困難事例の対応において、精神科医などの専門家からハローワーク相談窓口担当職員へ“研修”のような形で助言・指導の援助を求める声もあり、医療機関を要の機関として重要視していることが推察さ

れる。ここでは、医療機関と就労支援をつなぐワーカーの存在と行動がキーポイントだといえよう。

### 5-5. 精神障害者の定着上の課題と取り組み、定着に向けて必要なこと

精神障害者の就労定着が難しい要因に、「職場の人間関係のつまずき」という回答が得られた。このような要因での離職を未然に防ぐため、ハローワークに配置される精神障害者雇用トータルサポーターが、適宜、事業所への訪問や電話等で本人と事業所担当者へヒアリングを行っている。ここでは、事業所担当者は障害に理解があるが、他社員より不満の声があがり本人がその声について思い悩むというケースが多くみられるという。今後の精神障害者の雇用促進・定着において必要なことは「地域や病院、関係機関との連携」の他、就労だけでなく生活基盤のサポートも担う「就業・生活支援センター」が要の機関であるという声もうかがえた。その他、「障害の理解」を事業所に求める声や精神障害者本人にも「自己理解」が必要という声も得られた。

定着の課題に「人間関係」が要因という結果は、前述した就業・生活支援センターにおける「職場定着が難しかった要因（3-3）」のアンケート調査においても同等の結果が見られた。人間関係の悩みから不眠等で生活に支障が生じることも推測され、ここでは、なにが要因となり、人間関係のねじれが発生するかを事業所単位で追究し、改善に努めていくことが求められる。そのためにはハローワークのような第三者としての関わりが欠かせないといえる。

### 5-6. 精神疾患の労災認定者の就労支援経験の有無

今回訪問したハローワークにおいては、精神疾患の労災認定者の就労支援を行った経験はないとの回答が得られた。その理由に、労災認定者は主治医から就労の許可が下りていないためハローワークへ結びつくことは考えにくく、まずは「福祉」を頼るのではないかとの見解もあった。

一方で、前述した「就業・生活支援センターにおける労災認定者の就労支援経験の有無（3-5）」のアンケート調査では、11か所で「経験あり」という回答が得られた。今回聞き取り調査を行ったハローワーク担当者の見解にもあるように、就業・生活支援センターが担う「福祉」と「雇用」をまたぐ中核的ポジションであることから抽出できた回答であると考えられる。近年、同一労働同一賃金などの働き方改革関連法やパワーハラスメント防止法の施行など、労働者をめぐる世情が比較的速いスピードで移り変わっている。今後、ハローワークにおいても労災認定者を支援するケースは十分に考えられるため、長い目で動向を追っていくことが必要だといえよう。

#### 【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2年度 労災疾病臨床研究事業

「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」

アンケート調査用紙

貴センター名： \_\_\_\_\_ ご回答者： \_\_\_\_\_ 職種： \_\_\_\_\_

1. 貴センターを利用している精神障害者の主診断名のおおよその割合をご記入いただき、ここ数年の利用者の増減傾向について、当てはまるものに○をつけてください (疾患が併存している場合は主疾患を優先してください)

- ① 統合失調症 : 利用者全体の約 割 ( 増加傾向 不変 減少傾向 不明 )
- ② 発達障害 : 利用者全体の約 割 ( 増加傾向 不変 減少傾向 不明 )
- ③ うつ病 : 利用者全体の約 割 ( 増加傾向 不変 減少傾向 不明 )
- ④ 双極性障害 : 利用者全体の約 割 ( 増加傾向 不変 減少傾向 不明 )
- ⑤ てんかん : 利用者全体の約 割 ( 増加傾向 不変 減少傾向 不明 )
- ⑥ その他 : 利用者全体の約 割 ( 増加傾向 不変 減少傾向 不明 )

(その他: 不安障害、パーソナリティ障害、アルコール・薬物依存症等)

2. 貴センターの精神障害者の利用者で就職後の1年後の定着率のおおよその割合をご記入ください ⇒ 約 割

3. 就職後の職場定着が難しかった要因について、以下の選択肢でよく当てはまるものに○をつけてください (複数回答可)。また、その中で最も多い要因について1つに◎をつけてください

① 待遇への不満	② 本人のコミュニケーション能力	③ 仕事へのモチベーション低下	④ 症状の悪化
⑤ 職場の人間関係	⑥ 業務量の増加	⑦ 業務の難易度	⑧ 業務とのミスマッチ
⑨ 物理的な作業環境	⑩ 障害に対する職場・従業員の理解不足	⑪ 職場の相談・支援体制の不足	⑫ 家族にまつわる問題
⑬ キャリアアップ	⑭ その他 「 _____ 」		

4. 精神障害者の就労定着の向上に向けて、貴センターが取り組まれていることがありましたらご記入ください

5. 精神障害者の就労定着の向上に向けて、以下のそれぞれの立場で工夫や改善が必要と思われることを簡潔にご記入ください

① 貴センター：

[ ]

②精神障害者当事者：

[ ]

③ 雇用側：

[ ]

6. 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）の貴センターの利用者数の増減傾向について、当てはまるものに○をつけてください

身体障害者：	増加傾向	不変	減少傾向	不明
知的障害者：	増加傾向	不変	減少傾向	不明
精神障害者：	増加傾向	不変	減少傾向	不明

7. 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）の精神障害者の在宅ワークに関して、雇用側および利用者の声（現状、ニーズ、希望など）についてご記入ください

① 雇用側の在宅ワークの現状、ニーズ、希望など

[ ]

② 利用者の在宅ワークの現状、ニーズ、希望など

[ ]

8. 新型コロナ感染症の遷延が憂慮される中で、今後の精神障害者の雇用促進に向けて必要と思われる施策や支援体制、事業所の取り組みについて、お考えのことがありましたらご記入ください

[ ]

9. これまでに精神疾患の労災認定者の就労支援に関わられた経験について、当てはまるものに○をつけてください

経験なし      経験あり

[ ※「経験あり」と回答された方は、差し支えない範囲で事例をご記入ください ]

—お忙しい中、ご協力頂き誠にありがとうございました—

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 研究協力者：加島佐知子  
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

**研究概要：**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。

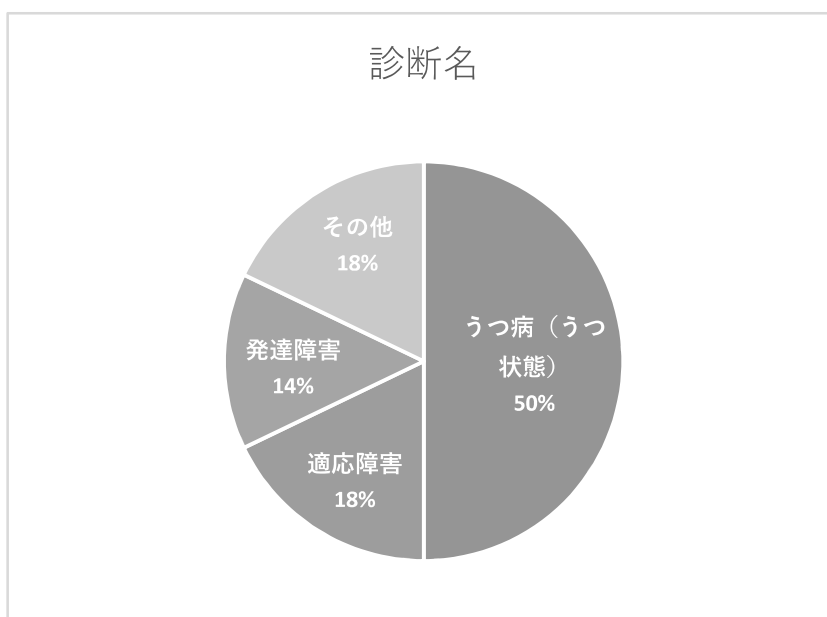
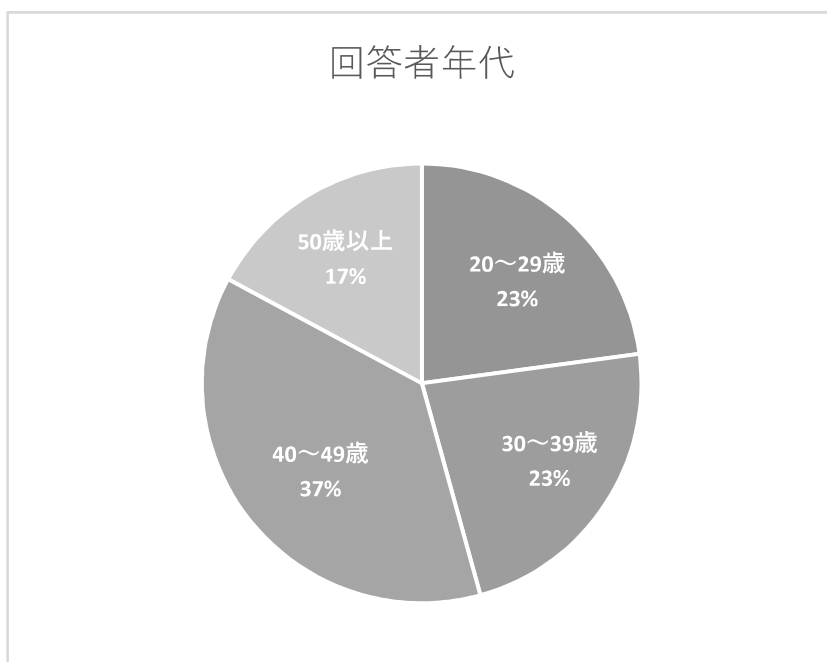
## A. 研究目的

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：調査票)

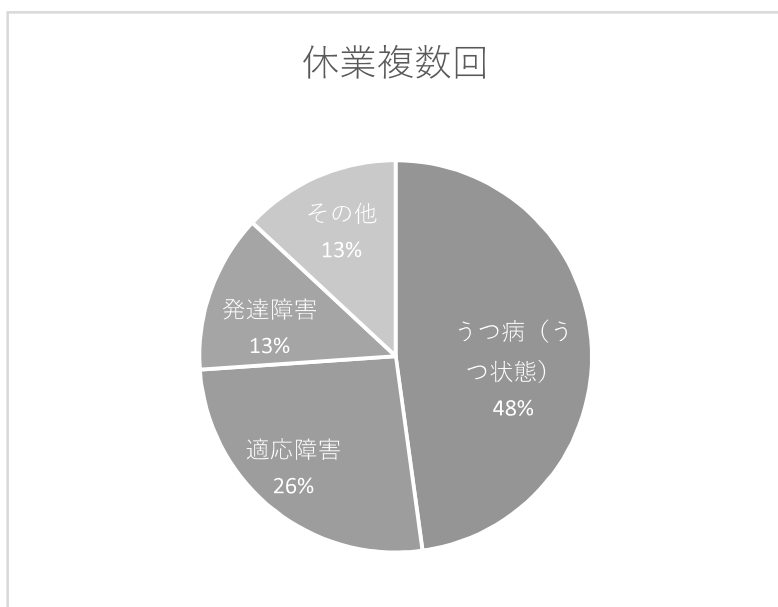
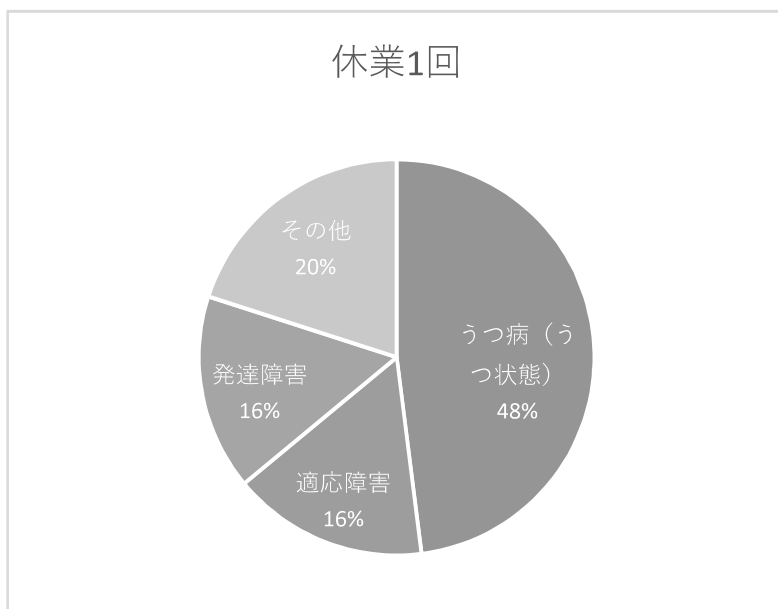
## B. 結果

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。

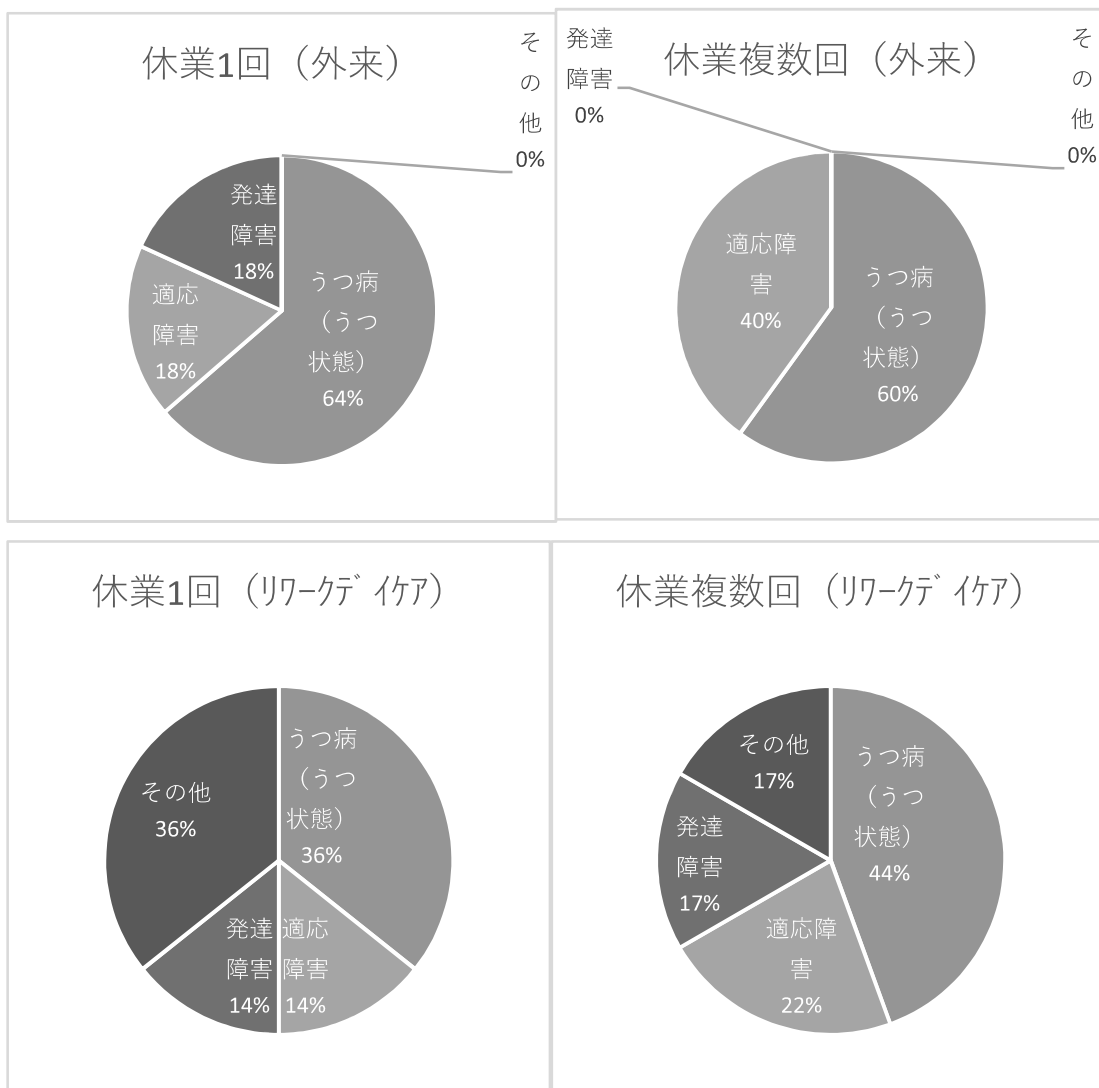


休業経験については、「1回ある」が17名、「複数回ある」が12名、「休業の経験はない」が6名、一か月未満の休業については0名であった。

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

今回の調査対象では、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る。

#### D. 発表業績（令和1～2年度）

##### 【復職・両立支援に関連した論文】

- 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：暮らし・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・両立支援に係る学会発表】

- 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～

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 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、一定の療養期間の日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、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<sup>1,2</sup>

【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

6カ月以上、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

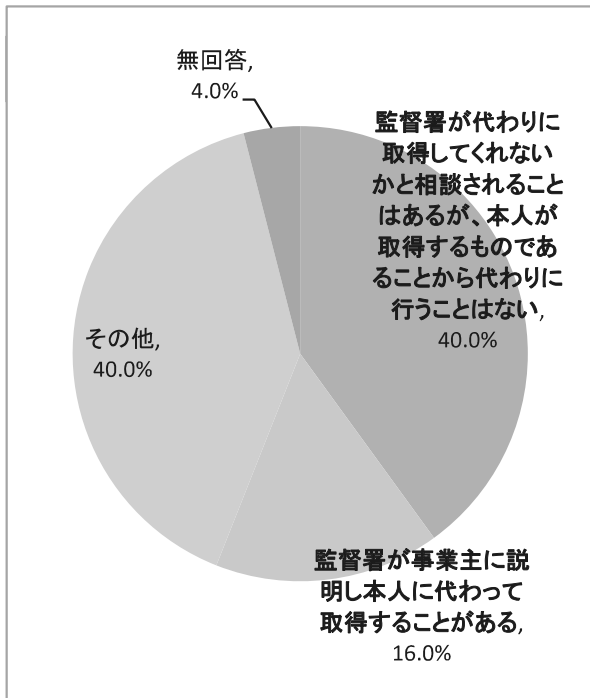
中断した事案は7例であったが、不明が39例であった。

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。



#### <その他の意見>

- (1) 退職者を除き、出来事に遭遇した時の会社に在籍している者は事業主証明を受けて請求している。
- (2) 初回請求時の請求書に事業主証明がない場合は、事業主より証明ができない旨の理由書の添付を求め、2回目以降の事業主証明がなくても求めることはない。
- (3) 請求人が事業主に依頼できないと言った理由がある場合または事業主が証明拒否の場合は、署から事業主に説明、取得するケースもある。
- (4) 事業主証明が出来ない理由書の添付を指導する、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
- (5) 請求書裏面の(注)「請求が離職後である場合には事業主の証明は受ける必要はありません」…  
**3人**
- (6) 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。

- (7) 証明がもらえない場合は、その理由書（原則事業主さらに拒否の場合は請求人）を添付してもらう。

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、①一定の療養期間の目安を示す、②職場の受け入れ・支援体制の構築をあげることが多くいましたが、貴職のお考えを教えてください。

#### 【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%
望ましいが現実には困難・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%
不可逆的の症状に有効	1	4.0%
有効・非公平性	1	4.0%
合計	25	100.0%

- (1) ある程度は有効・統一的な一般療養期間があれば適管はやりやすい
- (2) 職場復帰にも有効な対策
- (3) 療養期間の目安が請求人の社会復帰に向けた目標・効果が期待できる
- (4) 一定の療養期間の目安・主治医に社会復帰の促進する意識を高める
- (5) 有効な対策
- (6) 望ましいが、制度や他疾患療養者との整合性から現実には困難な面あり
- (7) 療養期間の目安の時期や期間は慎重な対応が必要

- (8) 目安を示す・被災者や主治医に労災保険の取扱いをわかりやすく説明できる
- (9) 有効・症状の軽快度合い等を個別に評価・慎重な検討が必要・
- (10) 療養期間の目安により漫然とした療養の防止と復帰プログラム設定ができる
- (11) 療養期間の目安・有効・症状の程度等・個人差の問題・実効性に疑問
- (12) 一定の療養期間の目安・必要
- (13) 健康保険の傷病手当金（1年6か月）の様に・終了とすることが有効
- (14) 被災者・目安・行政の対応として正しい・影響（悪化や自殺の懸念）が課題
- (15) 既往症と労災による精神障害の境目が・明確でない・職場復帰に有効
- (16) 職場復帰の相談やその時期の検討・社会復帰準備期間が確保・有効
- (17) 当期間を行政指示によるリワークプログラム実施機関での参加を条件
- (18) 精神における「治ゆ」の概念・傷病とは異なる定義・必要
- (19) 社会復帰を進める理由付け（動機付け）として、非常に重要かつ必要
- (20) 不可逆的に症状が残存する精神障害とそれ以外の精神障害を分離・有効
- (21) 効果は得られる・限定的・保険給付の公平性が損なわれる恐れ
- (22) 職業紹介の充実・社会復帰援護金の拡充
- (23) 一般傷病とは異なる「治ゆ(症状固定)」の考え方・「治療期間」や「休業補償期間」に限度を設ける必要
- (24) 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
- (25) 一定の療養期間の目安・社会復帰を念頭に置いた療養を促す

### 【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%

- (1) 職場復帰プログラム等ある程度有効・症状の程度（重症度）による
- (2) 職場の受け入れ・支援体制の構築は・有効な対策・中小・零細企業は困難
- (3) 休業が長期化する者に対する公的な就労等支援制度等の活用
- (4) 職場の受け入れ・支援体制を構築・制度化・望ましい
- (5) 療養が長期・ハローワークや障害者支援施設との連携強化を制度化
- (6) 必要に応じて部署変更等の職場環境の変更
- (7) 労災認定された原因等の再発防止策を講じ、職場環境を整備
- (8) 被災者が当該職場を離職・復職を希望・確認しながら、適切に対応する必要
- (9) 職場の受け入れ・支援体制の構築・（人間関係等）の解消が不可欠
- (10) 復帰に雇用保険事業と連携、労災休業者に特化した就職斡旋や各種手当



- (11) 職場復帰に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
- (12) 経産省が展開する健康経営の推進・両立支援等・あらゆる・事業場への支援
- (13) ハローワークと協議するなどして職の斡旋を行ってはどうか。
- (14) 当該長期療養者は、元の職場を離職・労働基準行政では限界
- (15) 職場復帰支援プログラム導入の指導等、安全衛生部署との連携による指導
- (16) ・・コロナ禍で労災以外の精神障害も増加・・政府として支援体制の構築
- (17) 受け入れや支援体制の構築により・・勤務時間の調整や業務内容の配慮等
- (18) リワークプログラム修了後・・リハビリ出勤等の段階的な労働
- (19) 厚生労働省が作成・・手引きを参考に職場復帰を支援する必要
- (20) 元の職場への復帰、症状悪化等のリスク・・社会復帰（再就職）支援等が必要
- (21) 元の職場への復帰、大規模事業場では可能と考えるが、それ以外は難しい。
- (22) 職場復帰に対する助成金制度の新設等、
- (23) 行政による支援体制の確立
- (24) 再就職先事業主に対する助成金の新設
- (25) ・・ハローワークと連携・・事業場選定、地方公共団体等・・就労受け入れ
- (26) 受け入れ事業場への助成金等による支援体制の構築等が有効
- (27) 受診している医療機関と連携・・事業場の支援体制構築・・行政の支援も重要・・元の職場に復帰・・再燃の可能性・・他の職場への就労支援策

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が大きいと思われませんが、行政側から主治医に求めることあるいは期待することについて貴職の考えを教えてください。

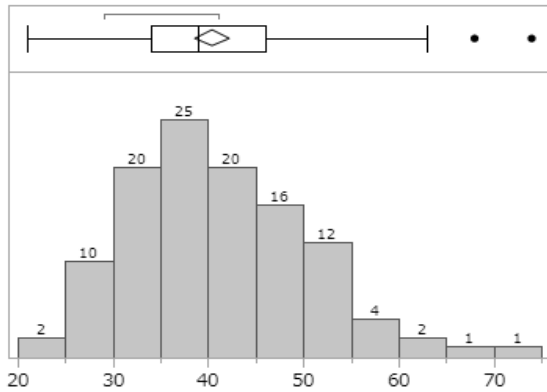
行政から主治医への期待	N	%
制度・症状固定の考え方を理解	12	37.5%
精神障害の適正給付管理・ガイドライン	1	3.1%
パンフレットを作成・配付・傷病別	2	6.3%
復職意欲を高める医療的な対策・意識改革	2	6.3%
アフターケア措置	3	9.4%
医療機関の多くは非労災指定・非協力	2	6.3%
適切な療養と社会復帰	3	9.4%
非指定医療機関は非協力	1	3.1%
主治医にリワーク・就労支援連携	3	9.4%
医師の判断を覆す困難・主治医へ期待は困難	2	6.3%
別機関で治ゆ認定	1	3.1%
合計	32	100.0%

- (1) 行政への理解と連携。労災保険法における症状固定の考え方を理解
- (2) 療養が長期化・薬物療法が中心・傾向・主治医の理解が重要・
- (3) ・・精神障害の適正給付管理・ガイドライン・主治医も治癒の判断できない
- (4) 主治医に労災保険制度を理解していただくことが最も重要
- (5) 医師会等の団体と連携を図り・制度を周知していくことなどが必要
- (6) 精神障害の症状固定の考え方に関するパンフレットを作成し、配付
- (7) 被災者の復職意欲を高めるための医療的な対策
- (8) 主治医に労災保険の取扱いについて理解、協力
- (9) 診察で症状の変動が大きい状態が継続・アフターケア措置がある旨
- (10) 精神科・心療内科等を標榜する医療機関の多くは労災指定ではない

- (11) 労災保険制度を理解されていない主治医が多い・・・結果として・・・長期化
- (12) 行政側の問題・・・主治医に正しい労災保険制度を説明する機会を増やす
- (13) 適切な療養と社会復帰を見据えた指導
- (14) 労災保険の非指定医療機関・・・意見書・診療録の提出等行政に非協力的
- (15) 症状固定への理解。一定の療養期間の目安を教示
- (16) 主治医に労災保険の症状固定の考え方を理解
- (17) アフターケアの拡充等があれば、療養期間の短縮に大きく寄与する
- (18) ・・症状固定に当たり主治医の役割は大
- (19) 傷病別に症状固定（行政基準）の診断方法がわかる資料を作成
- (20) 主治医に対して労災保険制度の理解・・・症状固定の判断が行われることを期待
- (21) 主治医にリワークプログラムの指導が必要
- (22) 薬物療法のみではなく・・・被災者の意識改革を積極的に行っていただく
- (23) 医療機関において、就労支援機関等への案内や連携を取ってほしい
- (24) リーフレット「精神障害者の就労支援における医療と労働の連携のために」参照
- (25) 漫然と同じ治療を繰り返すだけでなく、社会復帰意欲を向上させる指導
- (26) 症状固定の時期・・・社会復帰促進が労災保険の目的・・・主治医の理解が少ない
- (27) 労災保険での治ゆの考え方やアフターケア制度の理解不足
- (28) 社会復帰に必要な療養プログラムの構築
- (29) 行政側は医師による判断を覆してまで治ゆ認定等をするのは困難
- (30) 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
- (31) 精神専門部会・・・別機関で治ゆ認定・・・労災給付とは異なる制度へ移行
- (32) 労災保険制度における治ゆの概念を主治医に理解していただく必要

## ②個別事案結果

### 問-1 認定時の年齢層

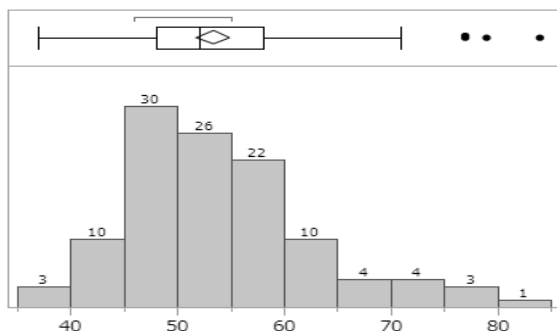


年齢層	N	%
20歳代	12	10.6
30歳代	45	39.8
40歳代	36	31.9
50歳代	16	14.2
60歳代	4	0.04
合計	113	100

平均	40.4 (48.1, 43.1)
標準偏差	9.6 (9.9, 11.0)
N	113 (783, 366)

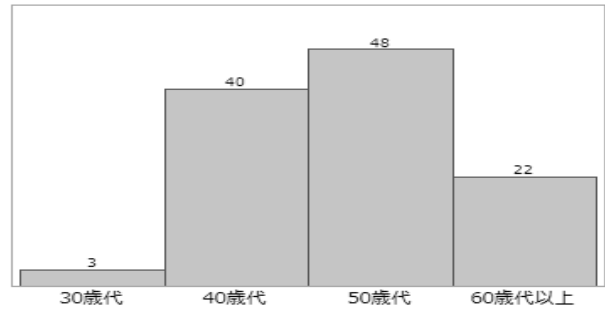
認定時は平均年齢が 40.1 歳、調査時点では 53.3 歳であり、50 歳以上が 62% を占めていた。

### Q 1-2 調査時の年齢



平均	53.3
標準偏差	8.8
N	113

### Q1-2a1 調査時の年齢層



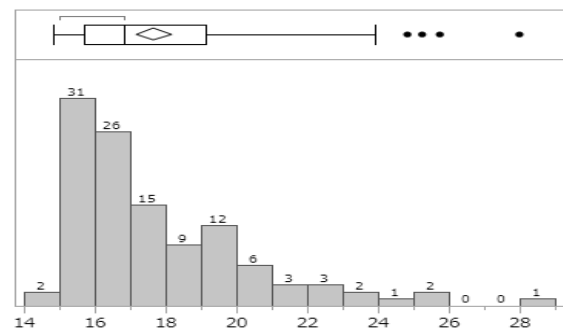
年齢層	N	%
30歳代	3	2.6
40歳代	40	35.4
50歳代	48	42.5
60歳代	22	19.5
合計	113	100

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。

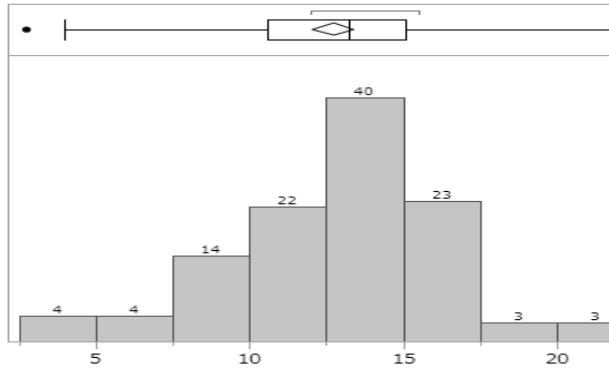
### 1-3 療養開始から調査までの期間 (年)

平均	17.7
標準偏差	2.6
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。



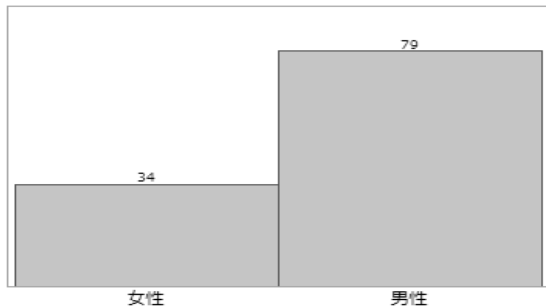
**Q1-4 労災認定時点から調査時点までの期間 (年)**



平均	12.7
標準偏差	3.5
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。

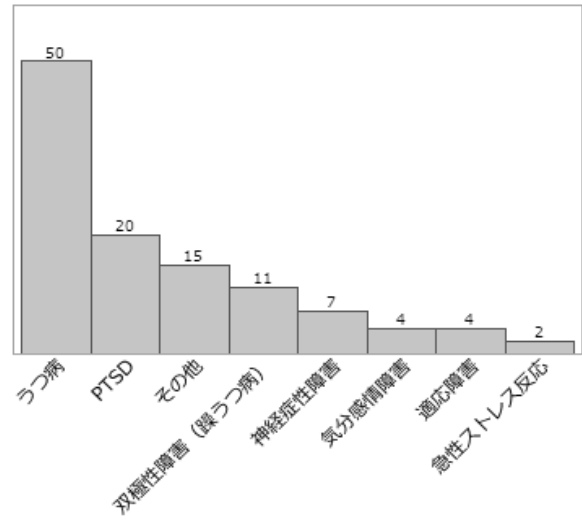
**問 2 性別**



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。

性別	N	%
男性	79	69.9
女性	34	30.1
全体	113	100.0

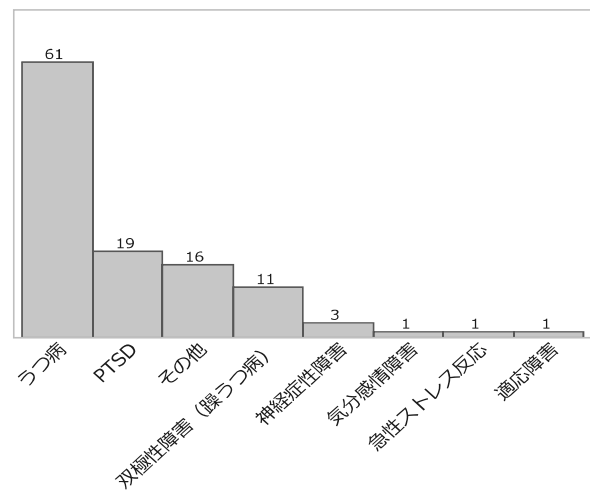
**問 3 認定時傷病名**



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

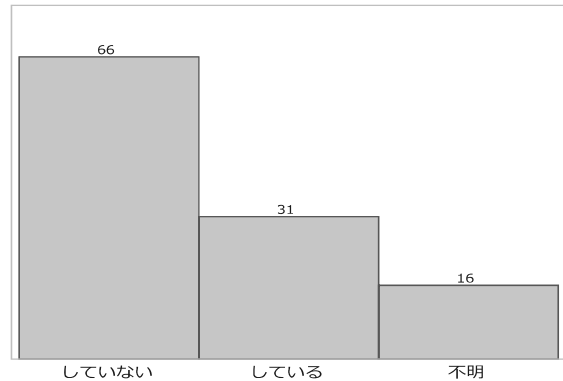
不明・無回答を入れると全体の38.9%(44)が100時間以上の残業をしていた。回答された対象者では、100時間以上の時間外労働ありの労働者は72.1%(44)を占めた。

#### 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

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%

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。

#### 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



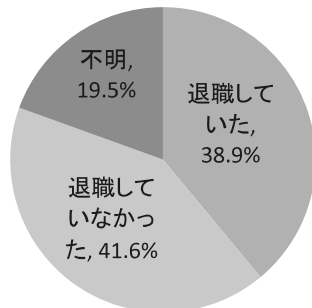
	N	%
在籍している	31	27.4
在籍していない	66	58.4
不明	16	14.2
全体	113	100.0

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**

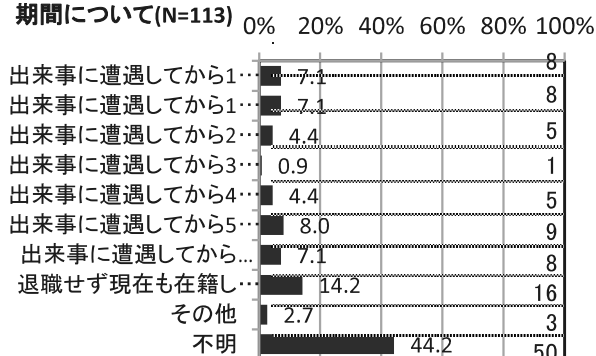


<退職していた：44 退職していなかった：47 不明：22>

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**

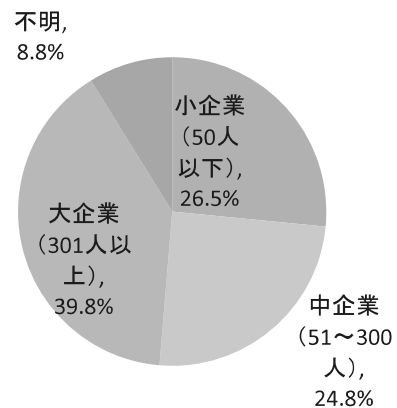
**【Q5\_4】 Q5\_1の出来事に遭遇した会社の在籍期間について(N=113)**



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)**

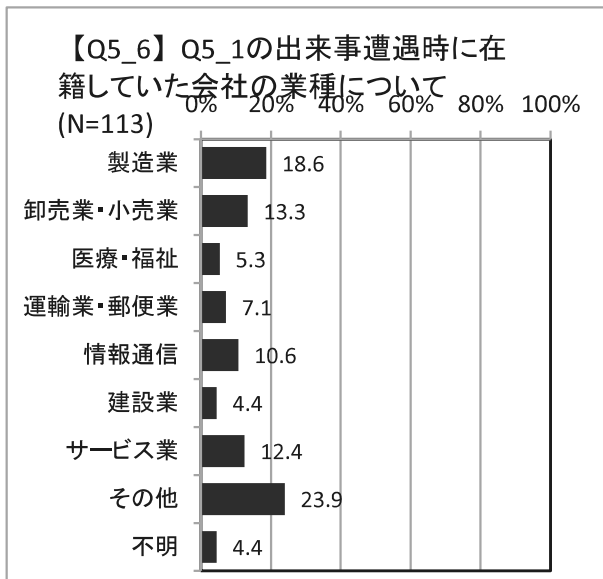


企業規模	N	%
小企業(50人以下)	30	26.5
中企業(51~300人)	28	24.8
大企業(301人以上)	45	39.8
不明	10	8.8
全体	113	100.0

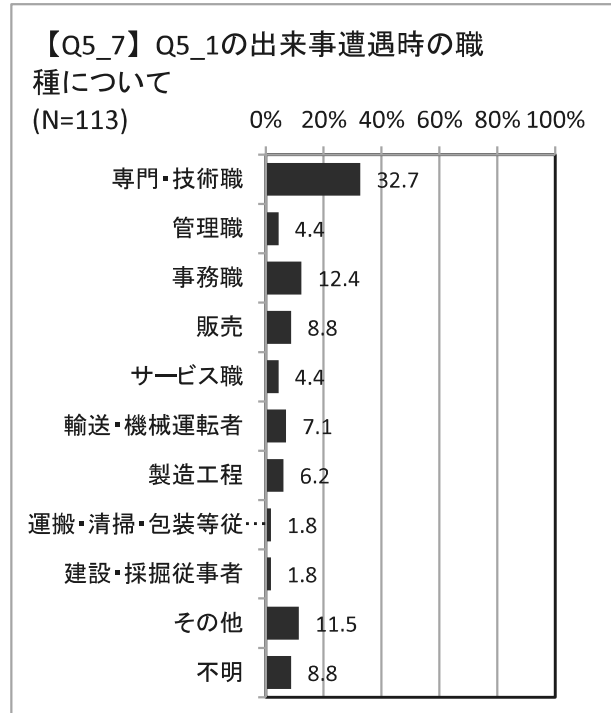
出来事遭遇時に在籍していた会社の規模について、大企業が多く39.8%(45)、小企業は26.5%(30)、中企業は24.8%(28)であった。

**【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**

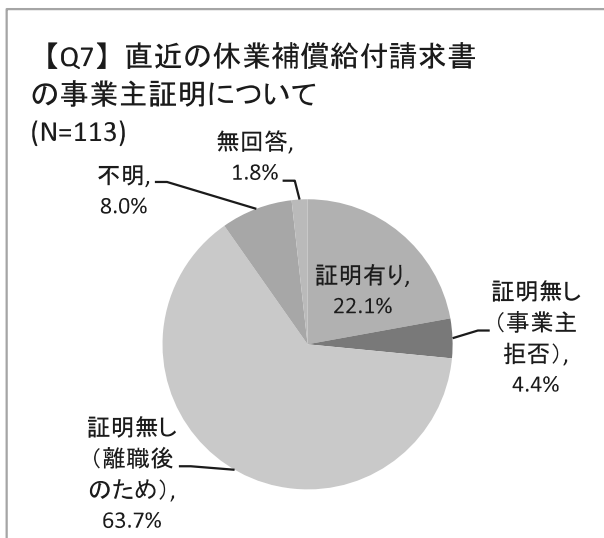
R2年3月(1ヶ月)の通院回数	N	%
1回	55	48.7
2回	27	23.9
3回	2	1.8
4回以上	10	8.8
不明	17	15.0
無回答	2	1.8
全体	113	100.0

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

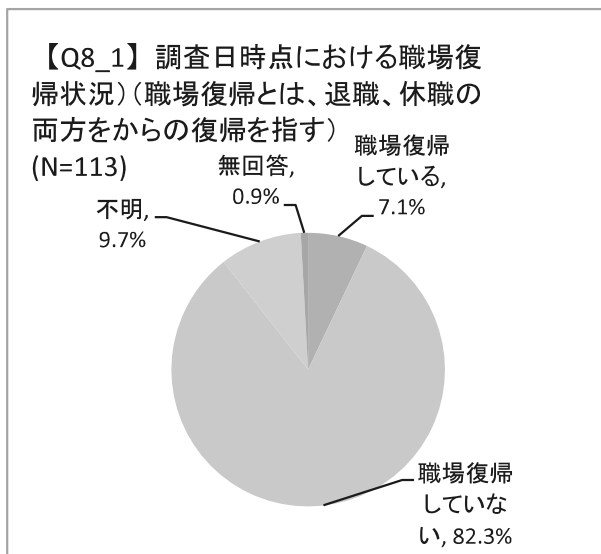
事業主証明	N	%
証明有り	25	22.1
証明無し(事業主拒否)	5	4.4
証明無し(離職後のため)	72	63.7
不明	9	8.0
無回答	2	1.8
全体	113	100.0

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。



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。

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

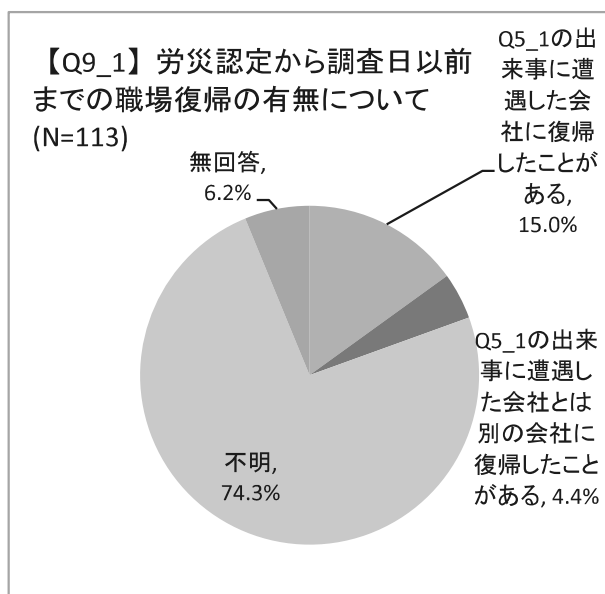
調査時点で同じ会社に復帰している事例は4例、別の会社に復帰している事例は3例、不明1例であった。



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。

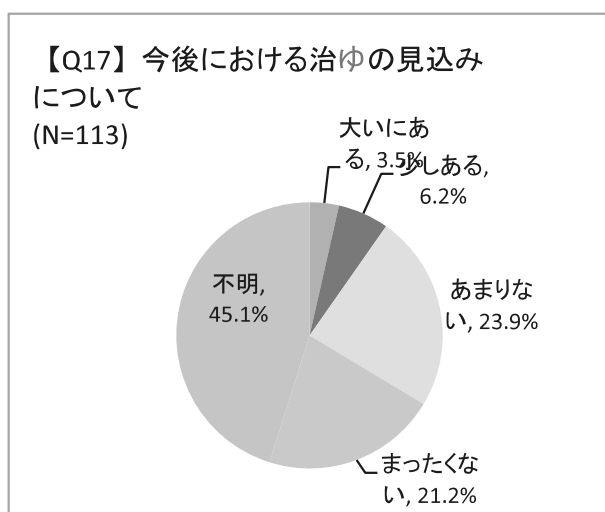
### 問 16 : 労災認定時に既存の精神障害の有無

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

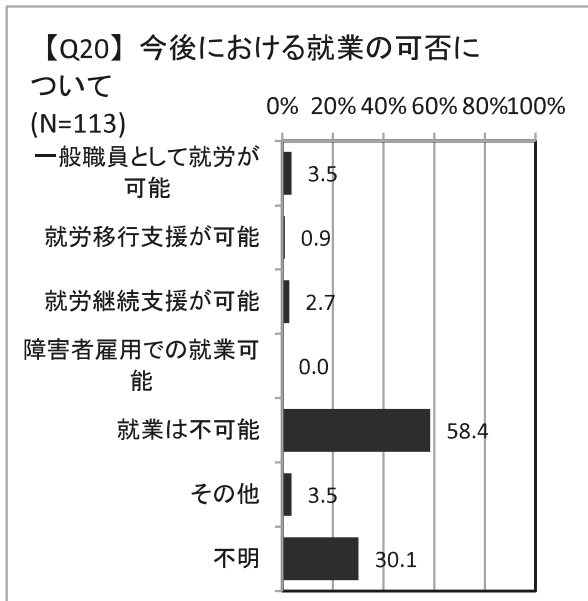
会社側からの職場復帰への働きかけがあった事例は6例(5.3%)であったが、不明が88.5%(100)を占めた。

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。



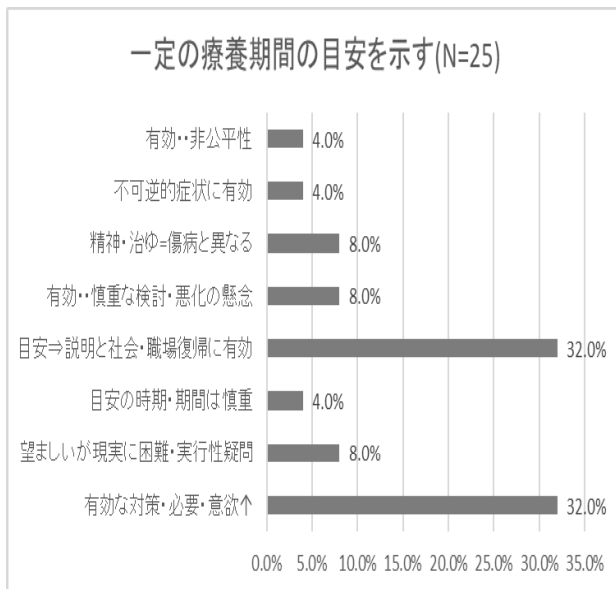
## D. 考察

### 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

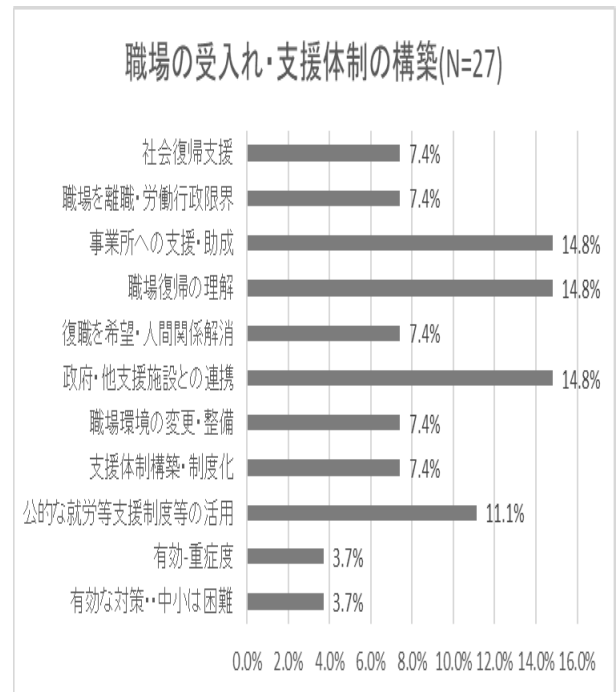
今回、一定の療養期間の目安を示すことについて



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「事業所への支援・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するのは困難であり、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。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が、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する事例など、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っており、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う見解が得られたが、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)、PTSD16.8%(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(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、