

労災疾病臨床研究事業費補助金

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

令和元年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 桂川 修一

令和 2 (2020) 年 3 月

労災疾病臨床研究事業費補助金

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

令和元年度 総括・分担研究報告書

目 次

I. 総括研究報告

- 仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する治療と並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究 3
研究代表者 桂川修一

II. 分担研究報告

1. メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に効果的な精神科主治医と職場との連携技法の実用化研究 49
分担研究者 神山昭男
2. うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治ゆ評価 69
分担研究者 清水栄司
3. リワークプログラムに対する企業人事労務担当者の意識調査 87
分担研究者 五十嵐良雄
4. 労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究・企業における休業者の実態調査 97
分担研究者 黒木宣夫（研究協力者：南 昌秀）
5. メンタルヘルス外部支援機関として休業者に対する支援の現状と役割に関する調査研究 99
分担研究者 黒木宣夫（研究協力者：高野知樹、吉村靖司）
6. 人事労務担当者に対する労災医療に関する意識調査研究 103
分担研究者 黒木宣夫（研究協力者：渡辺洋一郎）
7. 精神障害者・労災認定者の就労に向けた支援機関の取り組みの現状と課題－非医療機関の役割－ 113
分担研究者 大西 守

8. 精神疾患により長期療養中の労働者に対する標準的な病状評価と医療と職域間連携の 手法に関する調査研究－治療就労両立支援モデル事業等の応用－	133
分担研究者 小山文彦	
9. 労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究	137
分担研究者 黒木宣夫	
10. 諸外国の就労可否判断、及び復職支援の現状：復職ガイドラインにもとづく調査	161
分担研究者 田中克俊	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 なし

IV. 研究成果の刊行物・別冊 なし

I . 総括研究報告

労災疾病臨床研究事業費補助金

総括研究報告書

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

研究代表者 桂川 修一 東邦大学医学部精神神経医学講座（佐倉）・教授

研究要旨

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

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

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

メンタルヘルス不調者（以下「不調者」）とその職場への精神科主治医の対応状況を把握する目的で全 61 項目の自記式質問紙を作成し、全国の精神科診療所へ発送し、回収された 584 通について、自由記載を除く選択式回答項目の一次集計、分析を実施した。主な結果は以下の通りである。①本調査の記入者は全国で精神科診療所を運営する精神科専門医が大半を占めた。②「不調者」の臨床診断は気分(感情)障害、不安障害・適応障害・強迫性障害が多くを占め、約半数は発症要因が労災認定条件と重なる職場内要因と判断されていた。診療上の問題点として、再発、再休業への対応、職場との連絡・連携、「不調者」の復職可能の判断根拠、休業期間の目安、診断名の表記方法などが指摘された。③主治医から職場への連携目的は、病状に応じた配属、勤務制限、業務内容などの調整をしたい、職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配置、異動の可能性などに関する照会、意見の提言などが目立った。④職場から主治医への連携目的は、診断書、意見書の病状、ケアの見通しなどへの照会、復職時の職場側の受け入れ、特に人

事上の配慮、配属先、異動の可能性などに関する意見、調整の照会、復職可能の診断書、判断、復職準備に関する疑義照会、意見交換などが目立った。連絡・連携における問題点として、職場が一方的・主治医の意見を無視する、記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがよくわからない・「不調者」に不利となる懸念などが共通して指摘された。⑤今後への期待として連携マニュアルを発行し、主治医、職場双方で活用することが多くの支持を集め、本研究の目標と合致していた。⑥自院における「不調者」向けプログラムの取り組みは未実施が多かった。⑦自院で障害者雇用利用の患者は少ない。⑧回答者の半数が今後も産業医業務に取り組む意向である。⑨最近半年間に労災保険適用患者を有する施設は3割、今後3年以内に治癒の見込みがあるのは約半数、症状固定（治癒）していない理由は、症状の重症度、本人の復職意欲、職場の受け入れ・支援体制などが指摘された。

「うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治ゆ評価」

2019年度は下記の3つの研究を行なった。

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

研究2 医師を対象とした発症時の業務による心理的負荷の有無と時間的軽減のアンケート調査：医師150名のアンケートで、労災認定された精神疾患の症状固定（治癒）の判断は、労災の原因となった職場でのストレス（心理的負荷）が消失した期間が6か月以上継続していることを評価することに関して、半数以上の医師からのコンセンサスを得られた。さらに、患者の発病前6か月以内の職場のストレスとして（A）時間外労働（週40時間超え）、（B）職場の事件や事故、（C）職場の責任問題、（D）職場の役割変化、（E）職場の人間関係について、診察時に問診やアンケートで確認すべきというコンセンサスを8割以上の医師から得られた。

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

「リワークプログラムに対する企業人事労務担当者の意識調査」

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

人事労務担当者に対する医療機関で行われるリワークプログラムの認知度は 57.5%であった。精神疾患の労災申請を経験した人事労務担当者からの回答では、その事業場においてリワークプログラムを利用した社員がいると答えた割合は 42.8%であった。労災認定され休職している従業員の復職支援に望むことは、「長期間の休業を回避すべく前向きに取り組むプログラムにして欲しい」が 31.6%と最も多く、リワークプログラムにおいて必要と思われる情報や評価は、「症状の回復程度」が 65.4%と最も多かった。復職に対する本人の考え方については、「業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか」が 79.3%と最も多く、「会社への陰性感情（嫌悪、怒り、憎しみ、不信任など）がどの程度あるか」の 47.3%を大きく上回っていた。一方、リワークプログラム実施医療機関において、2019 年 4 月 1 日から 2019 年 9 月 30 日までの半年間に、労災保険が適用される労働者のリワークプログラムの利用は 5 施設（3.6%）と少数にとどまり、当該期間における平均利用人数は 1.4 人（SD0.9）であった。人事労務担当者からみると、医療機関で実施されるリワークプログラムの認知度はある程度確認されたものの、利用者の実績が少数であり、精神疾患による労災認定の休職者のリワークプログラムの利用に繋げるためには、人事労務担当者に対しての更なる普及啓発活動が今後必要であると考えられた。

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

専属産業医の立場から休業者の調査を実施し、長期休職者と短期休職者の相違点や復職時に周囲が留意すること、時間勤務に至るまでの期間などから企業の支援策等の検討を目的に、2010 年から 2018 年までの 9 年間に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、休職期間についても検討した。1 ヶ月以上の休業者は徐々に増加していた。うつ病、抑うつ状態、適応障害の順に多く、その増加率は、抑うつ状態、適応障害、うつ病の順に高かった。その他では顕著な増加を認めなかった。抑うつ状態は全年齢で増加しているが、特に 40 歳代と 30 歳代での増加が顕著であった。うつ病は 40 代と 30 代が主であったが近年は 20 代も多かった。休職期間について平均休業期間は 2014 年と比較して 2018 年では短くなっていた。特に再発者の休職期間の短縮化が認められ、復職者の休業期間は短くなってきているものの、それは再発復職者の休業期間の短縮によるものであり、早期発見が必ずしも早期回復や早期復帰に結びつかない可能性も考えられた。

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

精神科医療機関による精神科診療や産業保健活動において、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。本年度は、事例検証のために使用する調査票の作成を行った。

「人事労務担当者に対する労災医療に関する意識調査研究」

精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者の社会復帰支援を効果的に行うために職場の課題を明らかにし、長期療養者の社会復帰を促進するための解決方法を検討することを目的に、全国の事業所における人事労務担当者 1,000 名に対し、ネット上でアンケートを実施してその結果を分析した。結果は以下の通りである。

精神疾患を引き起こす「出来事」では「対人関係」に関する問題が非常に多かった。事業主証明が記載なしの「出来事」が 20%前後みられた。その理由としては「当該事実が確認できない」が 60%。労災認定された疾病病名は「うつ病」が 76.1%。療養期間は、全疾患平均で 1 年以上 3 年未満が 47.9%、1 年未満 29.4%、3 年以上 5 年未満 11.9%。一方、5 年以上も 6.2%。休職期間中の従業員との対応に関して苦慮した点、苦慮すると思われる点は、「復職に際して受け入れる職場がない」が最多で、「どう関わっていいかわからない」「受け入れについての方法、対応がわからない」が続いた。一方「円満な退職に向けた対応」も 22.3%。復職に対する姿勢では「本人に復職の意欲があれば、受け入れる方向で考えたい」が 59.7%。行政への要望は「労災保険による休業(補償)給付期間の目処」「症状固定(治癒判断)の考え方」「職場復帰に向けての対応」「行政主導で主治医との連携した職場復帰支援」が多かった。事業主証明は約 70%で証明されていた。産業医の関与は 80.7%あり、精神疾患の労災申請未経験者においても「産業医の関与を考え、実行できると思う」が大半を占めていた。自由記載の意見の意見においては「難しい」「わからない」が多く、また、ネガティブな感情を示す意見も少なくなかったが、対応方法の教示や支援を求める意見が多かった。

人事労務担当者の精神疾患による労災療養者への対応において、一部にはネガティブな意見や感情もうかがわれるが、基本的には復職を支援したいという姿勢である。しかしながらその対応方法が分からないために非常に困難を感じていることが示された。したがって、人事労務担当者に対する対応方法の指導と支援が、精神疾患による労災療養者の早期復職に有効と考えられる。また、産業医が大きな人的資源になると思われる。

「精神障害者の就労に向けた支援機関の取り組みの現状と課題」

全国 8 地方区分に基づき、各拠点のハローワーク 12 カ所を選定し、訪問調査を実施した。また、産業保健総合支援センターおよび地域産業保健センター、障害者就業・生活支援センターなど 4 ケ所についても訪問調査を実施した。以下調査結果を示す。

①ハローワークにおける精神障害者の求職件数はどの拠点も増加傾向にあり、3 障害の中で

最も高い割合で、求職者の5割以上が精神障害者を占めていると回答したハローワークが多かった。また、精神障害者の就労が定着せず、退職・転職を繰り返すケースも少なくないとの声も多く聞かれた。

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

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

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

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

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

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

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

⑨訪問調査を行ったハローワークを含む支援機関においては労災保険受給者の相談対応を行った事例は聞かれなかった。

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

うつ病のため休業中の労働者を対象に、治療就労両立支援モデルの4つの軸評価を行い、

休業ならびに療養期間と各状態像との相関について検討するための予備的調査を行なった。リワークデイケアを利用した 92 名の有職者を対象に利用目的、期間、休務回数、休職理由の調査を行い、利用目的は全例が復職であり、平均利用期間は 215 日、休職回数は 1 回 51 名、2 回 24 名、3 回 8 名、4 回 6 名、5 回以上 7 名だった。休職理由について主要因は業務の質的負担、量的負担が上位であり、副次的要因として、仕事のコントロール度、人間関係が有意と考えられた。

「労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究」

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

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

2) 個別事例調査：労災認定基準で業務上と判断され、2019 年 3 月時点で、①3 年以内に治癒できた事例 160 件と②5 年以上経過しても治癒しない事例 783 件、合計 943 件に関して精査した。労災認定時の傷病名に関して、うつ病は 5 年以上未治癒事例 51.1%、3 年未満治癒事例 39.2%が多く、適応障害は 3 年未満治癒事例は適応障害 25.9%、5 年以上未治癒事例：15.6%が多くみられた。調査時点の傷病名に関してうつ病は 5 年以上未治癒事例 54.2%、3 年未満治癒事例 39.5%が多く、3 年未満治癒事例にみられない疾患は統合失調症、双極性障害であった。3 年未満治癒事例に多く見られた出来事は、「事故や災害の体験」で 37.6%、「ひどい嫌がらせ・いじめ・又は暴行を受けた」26.8%であり、5 年以上未治癒事例に多くみられた出来事は、「仕事の量・質の変化があった」で 42.6%であり、統計学的に有意差が認められた。3 年未満治癒事例と 5 年以上未治癒事例を比較すると、3 年未満治癒事例は 100 時間以上の時間外労働なしが 72.7%に対し、5 年以上未治癒事例は 51.3%を占めた。時間外労働に関して、3 年未満治癒事例は 5 年以上未治癒事例に比べ、有意に時間外労働をしている事例は少なかった。業種に関しては 3 年未満治癒事例で割合的に多い業種は医療・福祉関係 24.2%、製造業 17.2%、サービス業 16.6%であり、統計学的に有意差が認められた。2019 年 3 月時点での労災請求の際の事業主の証明は、3 年未満治癒事例は 55.2%で証明があり、5 年以上未治癒事例は 24.6%しか証明が得られていなかった。

現在職場復帰を果たしているかに関して、3 年未満治癒事例で職場復帰を果たしている事例は 73.2%、5 年以上未治癒事例で職場復帰を果たしている事例は 9.5%にすぎず、5 年以上

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

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

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

「諸外国の就労可否判断、及び復職支援の現状：復職ガイドラインにもとづく調査」

精神疾患による休業者の復職支援において、休業者の状態の的確な把握と適切な就労可否判断は重要である。本研究では労働者の状態の把握と適切な就労可否判断を行うために、諸外国の就労可否判断の現状を把握することを目的とした。また、効果的な社会復帰支援を検討するため一助となるよう、諸外国の復職への取り組みも合わせて調査した。諸外国で発行されている復職ガイドラインをもとにして、諸外国の現状を、①復職に関するガイドライン、②就労可否判断の方法とその基準、③復職への取組み、の 3 点に関して調査を行った。結果は次のとおりだった。

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

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

次年度はこれら得られた知見を集積し、必要な追加調査を実施して、労災患者の治ゆに至る手順・判定の具体的な方法を検討する。治ゆ状況の精神科病態レベルの把握のための指標作成、社会復帰レベル把握のための客観的指標作成、社会復帰後の安定就労の確認・治ゆ判断の要件等の提言を目的としている。

分担研究者

神山昭男 医療法人社団桜メデイスン・理事長

清水栄司 千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学・教授

五十嵐良雄 医療法人社団雄仁会メディカルケア大手町・理事長

黒木宣夫 東邦大学名誉教授、勝田台メディカルクリニック・院長

大西 守 公益社団法人日本精神保健福祉連盟・理事

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

田中克俊 北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学・教授

A. 研究目的

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

精神障害が、どういう治療・療養経過を辿るかは、薬物治療状況のみでなく、職場の受け入れ状況や本人の業務遂行能力、対人関係等のコミュニケーション能力等を加味して就労可否判断が必要となることは言うまでもない、精神障害の治療は、骨折・挫傷のような負傷とは違い、労災請求すること自体が、企業側と対立構造を生みやすく、そのことが会社の受け入れ体制に影響し、復職の意思が固くとも復職がスムーズにいかず、休業期間だけが延長してしまい、結果的に復職が困難となる事例も認められている。本研究では、実証的なデータを基に、長期療養や休復職を繰り返す不安定就労の事例を集積・分析することにより、労働者の病状的確な把握及び治ゆ判断を実施しながら、労災保険による治療と並行して行う効果的な社会復帰支援を検討する。

すなわち、長期療養者の社会復帰をスムーズにするためには、労災保険による治療と並行して、病態のレベル、復職条件等を勘案しながら、医療・行政・企業の連携が不可欠である。労災保険による治療開始から事業所内外支援、行政的支援も並行して実施し、労災認定された労働者の社会復帰（職場復帰）の意思確認をしながら、治療プログラムを策定する必要がある。そのためには、治ゆ判断を含めた社会復帰レベル把握のための客観的指標が必要であり、主治医、産業医、企業等の支援の具体的な提言を行うことで、労災認定後の長期療養期間を短縮できる。患者が労災請求の意思表示をした時点で医療保険から労災保険へ切り替える際の問題も含め、早期に労災保険による医療の導入を図り、労災医療導入から社会復帰へ向けた対策を明らかにする。

一般医療機関、職場復帰治療プログラムを有した施設、医療機関以外の施設に関わっている精神科医、企業に所属する産業医、労働法を専門とする法律家、産業精神保健学の専門

家、医療統計学の専門家で研究チームを発足させ、2019年度、2020年度に調査を実施することを計画した。2019年度は、一般医療機関、職場復帰治療プログラムを有した施設での病状の安定、就労・職場復帰判定、医療機関以外の施設（ハローワーク等）調査、企業における長期療養事例、労災認定後の精神疾患・身体疾患の調査として10の研究を実施した。

B．研究方法

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

精神科主治医である公益社団法人日本精神診療所協会（日精診）会員を対象としたアンケートを日精診委員会で企画立案、2014年に施行した調査との比較を可能とする配慮を行い、全61項目の自記式質問紙を作成した。本調査ではメンタルヘルス不調者（以下「不調者」）を、（1）通院中の外来患者で、（2）職場に在籍、もしくは労災認定を受けている、（3）病状に関連して、過去もしくは現在、不安定勤務や休業した、もしくは今後勤務への影響が懸念されると定めた。主な設問項目の内訳は、（1）記入者の属性、（2）医療機関としての特徴、（3）「不調者」の診療の現状、（4）連絡・連携：主治医→職場、（5）連絡・連携：職場→主治医、（6）主治医と職場の連携効果を高めるための方策、（7）「不調者」向けのプログラム、（8）産業医・専門医・嘱託医の経験、（9）労災認定を受けている「不調者」、とした。2019年12月に日精診会員へ1,652通を発送、2020年1月末までに回収され

た584通について、自由記載を除く選択式回答項目の一次集計、分析を実施した。

2．うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治癒評価

研究1と2では、うつ病、適応障害等の精神疾患を対象とした治癒評価と就労（復職）の判断要件として、発症時の業務による心理的負荷（職場ストレス）や長時間労働が最近6か月でどの程度軽減しているかを判定する必要があるため、業務による心理的負荷の時間的な軽減について、通院加療中の患者および医師に対するアンケート調査を実施して、明らかにすることを目的とした。研究3では、「うつ不安スコアの医療者登録データベース研究」の中で、認知行動療法経過中に、標準である簡便な自己記入式質問紙である Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) でうつ症状を、Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) で不安症状の精神症状把握に実用可能かを明らかにすることを目的とした。研究1と2は、厚生労働省の「業務による心理的負荷評価表」を参考に、発症時の職場および私生活での心理的負荷（ストレス）と時間的軽減についてのアンケート調査をうつ病、うつ状態、適応障害により通院加療中の患者にはWEBであるいは医師には質問紙で実施した。研究3は「うつ不安スコアの医療者登録データベース研究」を千葉大学で個人認知行動療法を提供する医療者に、全症例にうつ症状のPHQ-9と不安症状のGAD-7のスコアの登録を依頼した。

3. リワークプログラムに対する企業人事労務担当者の意識調査

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

1) 人事労務担当者調査

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

2) リワークプログラム実施医療機関調査

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

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

専属産業医の立場から休職者の調査を実施し、長期休職者と短期休職者の相違点、復職時に周囲が留意すること、時間勤務に至るまでの期間などから企業の支援策等を検討する目的で今年度は休職者の実態調査を行った。

2010年から2018年までの9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、休職期間についても検討した。

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

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

6. 人事労務担当者に対する労災医療に関する意識調査研究

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

(1) 性別、(2) 年齢、(3) 居住地、(4) 職業、(5) 職種、(6) 事業場の業種、(7) 所属の「会社」の規模、(8) 過去10年間に従業員の労災請求に関わった経験、(9) ある場合の人数、(10) 精神疾患による労災請求案件、(11) 事業主の証明、(12) 証明欄に記載しなかった理由、(13) 労災認定の有無、(14) ある場合の休業（補償）給付の経験、(15) 労災疾病の病名、(16) 労災疾病ごとの休業期間、(17) 長期休業療養中の従業員の休職期間の対応、(18) 長期休業療養中の従業員の職場復帰に関する意見、(19) 行政（労働基準監督署）へ

の要望、(20) 長期間にわたる休業(補償)給付の事業主の証明、(21) 産業医の関与について。

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

第一部では、日本での障害者雇用の歴史について、広く俯瞰した。

第二部では、精神障害者の就職支援の中心的役割を担っているハローワークを中心とする非医療関係機関に対して訪問調査を行い、各現場の取り組み、生じている課題、今後必要な施策について検討を行うものとした。全国8 地方区分（北海道、東北、関東、中部、近畿、中国、四国、九州・沖縄）に基づき、各拠点のハローワーク 12 カ所を選定し、訪問調査を実施した。また、付随して事業所のメンタルヘルス活動を支える産業保健総合支援センターおよび地域産業保健センター、精神障害者を地域で支える中核拠点となる障害者就業・生活支援センターなど4ヶ所についても訪問調査を実施した。ヒアリングの内容は次の各項目である。①精神障害者の求職・就職件数および疾病動向、②企業の精神障害者の雇用に対する考え方や受け入れの動向、③精神障害者の定着上の課題と取り組み、④医療機関や職場との連携状況、⑤職員への教育および支援体制、⑥労災により精神障害者になった支援ケースの有無、⑦その他、最近の動向。

8. 精神疾患により長期療養中の労働者に対する標準的な症状評価と医療と職域間連携の

手法に関する調査研究ー治療就労両立支援モデル事業等の応用ー

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

9. 労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究

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

1) 労働局に対する調査：下記の8つの項目につき質問を行った。

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

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

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

【問 4】医療保険から労災保険に切りかえた事例

【問 5】労災認定を請求する際に事業主が証明しなかった事例数

【問 6】問 5 の事業主から証明が得られなかった理由

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

【問 8】早期復職を進めるための対策

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

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

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

10. 諸外国の就労可否判断、及び復職支援の現状：復職ガイドラインにもとづく調査

各国で作成された復職ガイドラインの内容を基にして行った。諸外国の復職ガイドラインの検索は、Pubmed を用いておこなった。復職に関するガイドラインだけでなく、産業精神保健に関するガイドラインも含め、2010 年から 2019 年 12 月 25 日までに出版された文献を対象とした。「1. 職場のメンタルヘルス、精神障害、または復職を含むこと」、「2. ガイドラインやガイダンスの文献または、それらのレビュー文献であること」、「3. 英語による記載」を判断基準として、抽出された 28 本のガイドラインをすべて精読して復職に関するガイドラインを含むものが最終的に 10 本抽出された。

これらガイドラインの作成国は、イギリス、オーストラリア、アメリカ、カナダ、及びヨーロッパ地域であった。ヨーロッパ地域において、オランダはメンタルヘルス不調による疾病休業への関心が高く、休職者への休業からの復職支援の効果に対して科学的な研究を進めてきていることから、調査対象とする諸外国は、イギリス、オーストラリア、アメリカ、カナダ、オランダの5ヵ国とした。各々のガイドラインの内容から諸外国の現状を、1. 復職に関するガイドライン、2. 就労可否判断の方法とその基準、3. 復職への取組み、の3点に関して調査した。

C．研究結果

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

1) 医療機関としての特徴

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

2) 「不調者」の診療の現状

「不調者」が診療患者全体に占める割合が

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

3) 連絡・連携：主治医→職場

主治医から職場へ連絡・連携した症例が「不調者」全体に占める割合は10%未満が62%。主治医から職場へ連絡・連携した目的は、病状・ケアなどに関しては、病状に応じた配属、勤務制限、業務内容などの調整をしたい、が44%、休復職に関しては、職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配置、異動の可能性などに関する照会、意見の提言、が35%を占めた。主治医から職場へ連絡・連携の方法は書面が36%、面談が31%。主治医から職場へ連絡・連携の際の同意は必ずとるが77%、主治医から職場へ連絡・連携の際の「不調者」側の費用負担は、場合に応じてありが52%、主治医から職場へ連絡・連携の際の職場側の窓口は、産業医もしくは他の産業保健専門職が36%、主治医から職場へ連絡・連携において困って

いることは、職場の反応が鈍いもしくは一方的・主治医の意見を無視するなどが45%、記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがわからない・「不調者」に不利となる懸念などが25%を占めた。

4) 連絡・連携：職場→主治医

職場から主治医へ連絡・連携があった症例が「不調者」全体に占める割合は10%未満が48%、不安定勤務・休業などに関して職場から主治医へ連絡・連携を受けた内容は、主治医が発行した診断書、意見書や病状、ケアの現状、見通しなどへの照会が52%、復職準備・復職後に関して職場から主治医へ連絡・連携を受けた内容は、職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配属先、異動の可能性などに関する意見、調整の照会が34%、復職可能の診断書、判断、復職準備に関する疑義照会、意見交換が26%を占めた。職場から主治医への連絡・連携の方法は、書面（郵送）が37%、面談が36%。職場から主治医への連絡・連携への応答の際の同意は、必ず取るが73%。職場から主治医への連絡・連携の際の費用負担は、職場負担が37%、「不調者」負担が25%。職場から主治医への連絡・連携の際の職場側の窓口は、配属先上司・同僚が34%、産業医もしくは他の産業保健専門職が33%、人事・総務担当者が31%。職場から主治医への連絡・連携において困ったことは、職場が一方的・主治医の意見を無視するが35%、記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがよくわからない・「不調者」に不利となる懸念が28%という結果だった。

5) 主治医と職場の連携効果を高めるための方策

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

6) 「不調者」向けのプログラム

自院における「不調者」向けプログラムの取り組みは、現在も将来も見込んでいないが65%、デイケア・ショートケア・ナイトケア型を含む各種のプログラム実施が17%。「不調者」向けプログラムの目的は、生活リズムの確保・健康習慣の実践が23%、不調に至った経緯のふり返り・病状の理解、就業に必要な作業力・会話力・コミュニケーション力の

改善、勤務先との受け入れ・職場環境調整が各々16～17%、「不調者」のうち、自院のプログラムへの参加割合は、実施していないが78%、3割未満が16%。「不調者」のうち、他院のプログラムへの参加割合は、実施していないが41%、3割未満が56%だった。

7) 障害者雇用

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

8) 産業医・専門医・嘱託医の経験

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

9) 労災認定を受けている「不調者」

最近半年間の労災保険適用患者の実人数は、0名が68%、10名未満が32%。労災保険適用

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

2. うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治癒評価

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

うつ病、うつ状態、あるいは適応障害の診断で通院し、かつ就労中の患者500名（男女各250名、平均年齢45.8歳、22歳～59歳範囲）から職場および私生活での心理的負荷（ストレス）に関するWEBアンケート調査の回答を得た。患者背景は6カ月以上の通院加療歴が98.6%、1か月以上の休職の経験がある人が64.4%、4週に1回以上の頻度の通院が86.8%であった。患者が自覚した発病前6か月以内の職場のストレスとして（A）時間外労働が30.0%に、（B）職場の事件や事故が17.0%に、（C）職場の責任問題が21.4%に、（D）職場の役割変化が40.0%に、（E）職場の人間関係が39.6%の人にあった。細項目として、頻度の多い一番目がパワーハラスメントの人間関係の21.2%で、二番目が月100時間以上の時間外労働の19.8%、三番目が業務を一人で担当するようになった役割変化の17.8%であった。一方、発病前の6か月以内の私生活の

ストレスが 26.2%の人にあった。発病前の 6 か月以内の職場ストレスなし、私生活ストレスなしで発症が 29.2%に対し、職場ストレスあり、私生活ストレスなしで発症が 44.6%、職場ストレスあり、私生活ストレスありで発症が 17.8%、職場ストレスなし、私生活ストレスありで発症が 8.4%であった。職場のストレスの状況は改善されず、通院加療中の現在も続いていると回答した人は 30.0%であった。

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

アンケート回答を得た医師 150 名(男性 118 名、女性 31 名、平均年齢 53.5 歳、20 歳代～70 歳代範囲、うち、産業医 100 人、内科認定医 41 人、精神科専門医 1 人など)の背景は、臨床経験 10 年以上が 89.2%、主業務は外来主治医として治療に従事 89.7%で、産業医として職場復帰支援に従事 10.3%であった。

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

質問 B「労災認定された精神疾患（うつ病、適応障害など）は、「症状固定（治ゆ）」の判

断は、『労災の原因となった職場でのストレス（心理的負荷）が消失した期間（心理的負荷となるトラブルが解決した状態）が 6 か月以上続いているかどうか』を唯一の基準にすべきと思いますか」では、強く思う 8.1%、やや思う 44.3%、どちらともいえない 27.5%、やや思わない 14.1%、強く思わない 6.0%であった。肯定的回答 52.4%に対して、否定的 20.1%となった。

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

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

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

「うつ不安スコアの医療者登録データベース研究」を千葉大学で個人認知行動療法を提供する医療者が、うつ不安スコアを登録した症例数：91 例のうち、12 セッション以上を実施して終結した 11 例に関して、認知行動療法の介入前後で、PHQ-9 の平均 9.0（標準偏差 5.4）が 6.0（標準偏差 5.8）に有意に改善（ $p=0.01$ ）、GAD-7 の平均 8.7（標準偏差 5.0）が 5.9（標準偏差 5.1）に改善傾向（ $p=0.08$ ）をみた。

3. リワークプログラムに対する企業人事労務担当者の意識調査

1) 人事労務担当者調査

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

設問 1.リワークプログラムの認知度

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

労務担当者に認知されていることが確認された。

設問 2.リワークプログラムを利用した社員

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

設問 3.リワークプログラムの利用人数

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

設問 4.労災認定され休職している従業員の復職支援に望むこと

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

設問 5.リワークプログラムにおける復職のための準備状況の確認

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

設問 6. 復職に対する本人の考え方

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

2) リワークプログラム実施医療機関調査

日本うつ病リワーク協会会員施設 212 施設

を対象とした郵送による質問紙調査を 2019 年 10 月に実施した。140 施設から回答を得、回収率は 66.0%であった。140 施設の内訳は、48.6%が病院であり、51.4%が診療所であった。

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

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

1 ヶ月以上の休業者は徐々に増加しており、2010 年から 2018 年までの合計ではうつ病（35%）、抑うつ状態（28%）、適応障害（14%）の順に多かった。増加率は、抑うつ状態、適応障害、うつ病の順に高かった。その他（不安障害、自律神経失調症、双極性障害、統合失調症、パニック障害、気分障害）では顕著な増加を認めなかった。

抑うつ状態は全年齢で増加しているが、特に 40 歳代と 30 歳代での増加が顕著であった。うつ病は 40 代と 30 代が主であったが近年は 20 代も多かった。

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

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

下記の調査票を作成した。

1) 記入者の属性：(1) 記入日、(2) 記入者の年齢階層を①20 歳代、②30 歳代、③40 歳代、④50 歳代、⑤60 歳代、⑥70 歳以降に区分、(3) 記入者の性別

2) 記入者の所属医療機関：(1) 所属医療機関の都道府県名、(2) 所属医療機関名、(3) 精神保健指定医資格、(4) 精神神経学会専門医資格、(5) 産業医資格

3) 事例の属性：(1) 事例の年齢階層を①20 歳未満、②20 歳代、③30 歳代、④40 歳代、⑤50 歳代、⑥60 歳代、⑦70 歳以降に区分。

(2) 事例の性別、(3) 事例発生時の勤続年数を①1 年未満、②3 年未満、③5 年未満、④10 年未満、⑤10 年以上、⑥不明に区分。(4) 事例の婚姻状態を①既婚、②未婚、③離別に区分。(5) 事例に対する記入者の立場を①主治医、②産業医、③産業医を支援する社内精神科医、④その他に区分。(6) 事例の相談経緯を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・総務担当者から、⑤上司から、⑥同僚から、⑦家族から、⑧知人・友人から、⑨その他に区分。

4) 事例の業務起因と思われる精神障害について、(1) 事例の診断名を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その他に分類した。(2) 就労状況を①現在休業中、②現在就業中に区分。(3) 現在休業中の休業期間を①1 ヶ月未満、②3 ヶ月未

満、③6 ヶ月未満、④9 ヶ月未満、⑤12 ヶ月未満、⑥1 年以上に区分。(4) 現在就業中だが当該業務上要因による過去の休業期間について、①1 ヶ月未満、②3 ヶ月未満、③6 ヶ月未満、④9 ヶ月未満、⑤12 ヶ月未満、⑥1 年以上に区分した。

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を①0、②1、③2、④3、⑤4、⑥5、(2) そのうち実際に《強》であった項目数を①0、②1、③2、④3、⑤4、⑥5、(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を①0、②1、③2、④3、⑤4、⑥5、(4) そのうち実際に《強》となった項目数を①0、②1、③2、④3、⑤4、⑥5 に分類した。

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を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・総務担当者の対応、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その他に分類した。(2) 最も有効であった連携は何かを①専門職間の連携、②専門職と人事・総務担当者との連携、③専門職と管理者との連携、④専門職と家族との連携に分類した。(3) 最も連携が困難であったものは何かを①専門職間の連携、②専門職と人事・総務担当者との連携、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、に分類した。

6. 人事労務担当者に対する労災医療に関する意識調査研究

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

- 1) 性別：男性 705 (70.5%)、女性 295 (29.6%)。
 - 2) 年齢：40代 327 (32.7%)、50代 333 (33.3%)。
 - 3) 居住地：東京都 238 (23.8%)、神奈川県 108 (10.8%)、大阪府 92 (9.2%)、愛知県 83 (8.3%)、他の項目は分担研究報告書内で詳しく述べた。
 - 4) 職業：会社員・団体職員（正社員、教員）が 870 (87.0%)、会社員・団体職員（派遣・契約社員）が 97 (9.7%)、他の項目は分担研究報告書内で詳しく述べた。
 - 5) 職種：人事 799 (79.9%)、労務 201 (20.1%)。
 - 6) 事業場の業種：サービス業 274 (27.4%)、製造業 286 (25.9%)、他の項目は分担研究報告書内で詳しく述べた。
 - 7) 所属の「会社」の規模：1000人以上の大企業 447 (44.7%)、50～299人の中企業 249 (24.9%)、300～999人の大企業 203 (20.3%)。
 - 8) 過去10年間に従業員の労災請求に関わった経験：精神疾患の経験ありが 145 (14.5%)、精神疾患以外の労災申請 231 (23.1%)、申請経験なし 624 (62.4%)。
 - 9) ある場合の人数：労災案件の平均 8.73。
 - 10) 精神疾患による労災請求案件：平均 4.03。
- 出来事について、対人関係 87 (60.0%)、事故や災害の体験 66 (45.5%)、仕事の失敗、

過重な責任の発生 66 (45.5%)、仕事の量・質の変化 62 (42.8%)、他の項目は分担研究報告書内で詳しく述べた。

11) 事業主の証明の有無は出来事の区分ごとに分担研究報告書で述べた。

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

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

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

15) 労災疾病の病名ではうつ病 70 (76.1%)、急性ストレス反応 32 (34.8%)、PTSD 22 (23.9%)、適応障害 22 (23.9%)、その他の病名は分担研究報告書で述べた。

16) 労災疾病ごとの休業期間は分担研究報告書に詳しく記載した。

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

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

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

20) 休業（補償）給付の受給に際し請求の都度必要な事業主の証明について、労災認定となった本人から依頼があれば、速やかに証明している 437（43.7%）、本人から依頼がなくとも、会社主導で証明をしている 230（23.0%）。本人から依頼があっても、会社が証明することは困難である 71（7.1%）、その他 6（0.6%）、わからない 256（25.6%）だった。

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

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

第一部 障害者雇用の歩みを年代別に記述した。最初に企業における障害者雇用の現状として、現在の障害者の雇用のルール、障害者雇用率制度における障害者の範囲、民間企業の障害者雇用の実状についてその概要を述べた。続いて、障害者には生産性がないと見なされていた時代（1940～1960年代）では、障害者雇用の始まりとしての職業安定法、職業訓練法の整備について、身体障害者雇用促進法の制定までの背景についてその概要を述べた。

労働力として認められはじめた障害者（1970～2000年代）では、民間企業の障害者雇用義務化の始まり、知的障害者や重度障害者の地域社会への進出、農業分野での障害者就労についてその概要を述べた。精神障害者が労働力と見なされた近年（2010年代～）では、2013年が国際条約批准による障害者雇用の転換年であり、障害者差別解消法と障害者雇用促進法の改正が行われたことで、生産年齢人口の減少による障害者雇用の加速と需要の高まる精神障害者雇用へと時代が変化したことを述べた。

第二部 精神障害者の新規求職件数および就職件数の動向では、ハローワークにおける精神障害者の求職・就職件数はどの拠点も増加傾向にあり、身体・知的・精神の3障害の中で最も高い割合を占めており、求職者の5割以上が精神障害者を占めていると回答したハローワークが多かった。精神障害者の就労定

着が難しいといった声が多く、精神障害者の求職・就職件数の増加の背景に退職・転職を繰り返すケースが含まれていることの言及が多かったが、具体的な数値については把握できていないという回答がほとんどだった。精神障害者の主な疾病として、統合失調症、うつ病、双極性障害、広汎性発達障害、てんかんなどが挙げられた。若い世代の発達障害者や途中でうつ病を発症して精神障害者保健福祉手帳を取得し、求職登録をするケースが年々増えているという傾向がうかがえた。

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

精神障害者の定着上の課題と取り組みでは、他の障害者に比べ定着率が低いとの見解がほとんどであり、背景要因として地域の就労支援機関や障害者就業・生活支援センター、地

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

医療機関や職場との連携状況では、ハローワークを利用した精神障害者の主治医との連携については、意見書の提出で完結しているケースが圧倒的に多かった。本人との面談で主

治医の意見書に疑問を感じたり、就労準備性に大きな課題が見られた際は、ハローワークの職員が主治医に電話で問い合わせたり、転職を繰り返している求職者の場合はトータルサポーターが必ず本人と同行通院して状況を確認しているという機関があった。2016年度より各都道府県の主要ハローワークでは、「精神科医療機関とハローワークの連携モデル事業」を実施し、ハローワークがアウトリーチしてデイケアなどに出前相談を実施するなどの取り組みを行っている。今回訪問調査を行ったハローワークにおいても本事業を実施している拠点はあったが、協力医療機関の開拓が難しかったり、実際に事業を実施してもその成果が十分得られず苦戦しているハローワークもあって実情に差がみられた。職場との連携先は、事業所の人事や本人が所属している管理職との連携がほとんどで、本人の健康を支える産業医をはじめとする産業保健スタッフとの連携しているケースはほとんど聞かれなかった。

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

労災により精神障害者になった支援ケースの有無については、今回訪問調査を行ったハローワークを含む支援機関においては労災保険受給者の相談対応を行った事例は聞かれな

かった。

その他、最近の動向では、働き方改革関連法案」に即した取り組みに関する動向についてもヒアリングを行ったが、本法案と障害者雇用を結びつける取り組みはほとんど聞かれなかったが、精神障害者だけでなく障害者を積極的に雇用している企業の中には、障害者雇用によるワークシェアを行うことで従業員の残業時間の削減につなげている事例もあった。外国人労働者の雇用については、地域により大きな差が見られた。外国人の受け入れに抵抗を示す地域もあるが、訪日外国人が多く住むエリアにおいては雇用件数が多く、大都市エリアでは外国員留学生の相談が多い傾向などが見られた。障害者就業・生活支援センターでは、外国人の発達障害者や、本人の親が発達障害を抱えているというケースもあって年々増加傾向にあるが、就労ビザの問題や言語的課題や対応できる医療機関が限られたりなど、支援が難航するケースが多いとのことだった。

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

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

9. 労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究

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

1) 労働局に対する調査

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

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

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

【問4】医療保険から労災保険に切りかえた事例：全体で444例、男性306例、女性138例、不明153例だった。最初から労災認定を希望した事例は391例で、男性248例、女性143例、不明101例だった。

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

【問7】早期復職と長期に及んでいる事例の一番の相違点については、本人の復職意欲が

67.2%（39）、次に症状の重症度が[※]31%（18）、職場の受け入れ・支援体制20.7%（12）と続いた。職場復帰・就労支援を含めた労災医療を円滑にするための行政的・医療的・福祉的対策として5つの意見として分担報告書の中に示した。

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

2) 個別事例調査

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

(1)年齢：調査時点の3年未満治ゆ事例の平均年齢は42.4歳、5年以上未治ゆ事例の平均年齢は48.1歳だった。認定時の年齢は3年未満治ゆ事例の平均年齢は40.2歳、5年以上未治ゆ事例の平均年齢は41.6歳だった。治療開始から調査時点までの期間は3年未満治ゆ事例は3年、5年以上未治ゆ事例は8.7年に至っていた。労災認定時点から調査時点までの期間は3年未満治ゆ事例は2.1年、5年以上未治ゆ事例は6.5年となった。

(2)性別：3年未満治ゆ事例は男性が87（54.4%）、女性は73（45.6%）、5年以上未治ゆ事例は男性

が 533 (68.1%)、女性は 250 (31.9%)であり、5 年以上未治ゆ事例の事例は女性の割合が少なくなっていた。

(3) 労災認定時の傷病名と調査時点の傷病名：認定時の傷病名に関してうつ病が 5 年以上未治ゆ事例はうつ病 399 (51.1%)、3 年未満治ゆ事例 461 (39.2%) で多く、適応障害は 3 年未満治ゆ事例 41 (25.9%)、5 年以上未治ゆ事例 122 (15.6%) で多くみられた。神経症性障害は 5 年以上未治ゆ事例 42 (5.4%)、3 年未満治ゆ事例 3 (1.9%) で 5 年以上未治ゆ事例に多く認められた。3 年未満治ゆ事例にみられない疾患は統合失調症、双極性障害であり、5 年以上未治ゆ事例では統合失調症は 5 例(0.6%)、双極性障害 37 例(4.7%)であった。5 年以上未治ゆ事例に割合的に多くみられる疾患は気分感情障害 21 (2.7%)、神経症性障害 42 (5.4%) であった。3 年未満治ゆ事例に多い疾患は、急性ストレス反応 15 (9.5%)、PTSD 22 (13.9%) であり、5 年以上未治ゆ事例の同病名は 36 (4.6%)、75 (9.6%) だった。

調査時点の傷病名に関してうつ病では、5 年以上未治ゆ事例 424 (54.4%)、3 年未満治ゆ事例 62 (39.5%) が多く、適応障害は 3 年未満治ゆ事例 31 (19.7%)、5 年以上未治ゆ事例 71 (9.1%)、PTSD は 3 年未満治ゆ事例 25 (15.9%)、5 年以上未治ゆ事例 55 (11.3%) が多くみられた。神経症性障害は 5 年以上未治ゆ事例 46 (5.9%)、3 年未満治ゆ事例 2 (1.3%) で 5 年以上未治ゆ事例に多く認められた。3 年未満治ゆ事例にみられない疾患は統合失調症、双極性障害であり、5 年以上未

治ゆ事例は統合失調症で 4 例(0.5%)、双極性障害 47 例(6.0%)であった。5 年以上未治ゆ事例に割合的に多くみられる疾患は気分感情障害 16 (2.1%)、神経症性障害 46 (5.9%) であった。

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

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

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

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

(8) 発病の原因となった出来事に遭遇した会

社に調査時点で在籍し、その出来事から 5 年以上経過している事例は、全体 481 例の 162 (33.7%) であり、3 年未満治癒事例は 5 (6%)、5 年以上未治癒事例は 157 (39.5%) が出来事から 5 年以上経過しても在籍していた。

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

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

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

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

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

年以上未治癒事例は 542 (75.4%) が事業主の証明は得られていなかった。

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

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

(16)調査時点前 1 ヶ月間のおおよその保険給付額、療養補償給付の額、休業補償給付の額、休業補償給付の支給状況：(i) 休業(補償)給付の支給状況では、3 年未満治癒事例で全休は 93 (93%)、5 年以上未治癒事例では全休は 656 (98.1%) であった。ただし、実際には 3 年が 160 例であるため、全 3 年の 93 (58%) が調査時点 1 か月前は全休であり、5 年以上未治癒事例は 783 例であるため全 5 年以上未治癒事例の 656 (83.8%) が全休である。(ii) 療養(補償)給付の額は、3 年未満治癒事例は同群全体の 136 (93.8%) が 5 万円以下、5 年以上未治癒事例も同様に 689 (90.1%) という結果であった。(iii) 調査時点前 1 ヶ月間のおおよその休業(補償)給付額 3 年未満治癒事例は 20 万以上の休業給付金を支給されている事例は 56 (54%) であるのに対し、5 年以上未治癒事例は 505 (72.8%) であった。

さらに5年以上未治ゆ事例では272(39.2%)は30万円以上の給付金が支給されていた。

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

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

(19) 過去に職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間：職場復帰した全91事例の認定～職場復帰までの期間は2.24年、3年未満治ゆ事例群は平均0.71年、5年以上未治ゆ事例は2.8年であり、未治ゆ事例は職場復帰までに長い期間を有していた。

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

(21) 職場復帰に際して、行政から主治医に症状固定(治ゆ)の相談：全781事例の335(42.9%)

が行政から主治医に相談しており、3年未満治ゆ事例は35(30.2%)、5年以上未治ゆ事例は300(45.1%)が行政から主治医に相談がなされていた。

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

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

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

(25) 当該事業所は本人の受け入れに積極的か：出来事に遭遇した会社の本人の受け入れに関して、全体919の853(92.8%)が不明であり、積極的な受け入れのある事例は全体の10(4.4%)、3年未満治ゆ事例は、3年未満治ゆ事例全体の12(7.9%)、5年以上未治ゆ事例は5年以上未治ゆ事例全体の28(3.7%)に過ぎなかった。

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

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

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

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

10. 諸外国の就労可否判断、及び復職支援の現状：復職ガイドラインにもとづく調査

1) 復職に関するガイドライン

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

る。

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

アメリカでは、STAY-AT-WORK / RETURN-TO-WORK (SAW/RTW) と呼ばれる就労継続・復職プログラムの導入を各州政府に対して推進させるために作成されていた。就労継続・復職プログラムは、就労困難な労働者が就労継続する事、または早期に復職をする事を目的としている。ガイドラインは州政府の職員を対象としており、すでに就労継続・復職プログラムを導入している州政府のベストプラクティスがまとめられている。各州で行われているプログラムの事例のほか、「経営者からのコミットメントの確保、復職

の方針と手続きの文書化、復職コーディネーターの任命、個々の計画を作成する委員会の設立、管理者や労働者への教育、安全（予防）プログラムの構築、職務記述書の作成、可能な配慮の調査と評価、段階的な復職、定期的なアセスメント、労働者の能力制約に合わせた調整の実施」といった推奨事項が記載されている。

カナダでは、うつ病の労働者を支援する一部として復職に関する推奨事項が記載されていた。職場の関係者（上司、同僚、人事スタッフ、組合代表者）を対象としており、「職場のカルチャー、コミュニケーション、教育、職場のプロセス、復職の計画、職場内外の資源」に関する内容が記載されている。復職に関しては、「心からの思いやりのあるコミュニケーション、個別化された段階的な復職プランの策定、配慮に関する同僚への説明、復職を歓迎する、関係者での会議、継続的なモニタリングの実施」といった推奨事項が記載されている。復職及び就労継続を目的とするガイドラインでは、介入方法のベストプラクティスが、組織、障害管理の実践、個人の観点からまとめられていた。介入方法として、「コミュニケーションのある職場の文化や、関係者間の緊密な調整、体系化・構造化された復職の実践、労働者や職場環境を考慮した配慮、職場や業務に焦点化した CBT 的介入」などが記載されている。

オランダでは、精神健康的な職場づくりを目的とした一部として復職に関する推奨事項が記載されていた。雇用主とマネジャーを対象としており、「労働者のニーズを確認する、連

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

2) 就労可否判断の方法とその基準

イギリスでは、NICE のガイドラインから就労可否判断に関連する内容として **Fit note** が確認された。ガイドラインには「GP などによって仕事への適合性を記載してもらう事」、「**Fit note** において仕事へ適合となった事を起点として環境調整を検討する事」、「GP から提示された職場での環境調整が行えず、復職できない場合は十分な状態で復職すべきと助言する事」などが記載されている。主治医向けの **Fit note** ガイダンスでは、主治医は「特定の仕事でなく、一般の仕事への適合性」を判断するとされている。アセスメント項目は、

「機能的な制限」、「健康状態の持続期間と起こりえる変動」「進行中である臨床的管理への影響」「仕事をするのが健康状態を悪化させるかどうか」となっている。Fit note に記載すべき就労可否判断の結果には、「仕事に適する可能性がある」と「仕事に適さない」の2種類があり、患者が以前と同一の仕事ではなくとも、なんらかの仕事ができる場合は、「仕事に適する可能性がある」に印をつけるという基準となっている。判断結果のコメント欄への記載は必須であり、診断や症状ではなく、患者ができることに焦点を当てて、患者の状態が機能に与える影響に関する助言の記載が求められる。また、一般的な復職のための助言として必要な調整事項を「段階的復職」、「勤務時間の変更（勤務日や時間）」、「職務の変更」、「職場環境の調整」の4つから該当する項目を選択する形となっている。

オーストラリアでは、就労可否判断に関連する内容は、いずれのガイドラインにも記載されていなかったが、Certificate of Capacity が確認された。これは傷病補償給付の申請のために医師が作成する文書であり、仕事の能力、復職のために必要な配慮、復職プログラムなどに関する情報を含む。仕事の能力に関しては、「身体的能力、精神的能力、その他の問題」が記載される。就労可否判断の結果としては、「仕事に適する」、「条件付きで仕事に適する」、「仕事に適さない」の3種類から選択することになっており、いずれも判断結果が適用される期間を記入する項目がある。「条件付きで仕事に適する」とした場合は、合理的配慮の助言として「段階的復職」、「職務の変更」、「勤

務時間の短縮」、「職場環境の調整」「復職計画の添付有無」の5つから該当する内容の選択し、詳細を記載することとなっている。

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

カナダでは、就労可否判断に関連する内容は確認されなかったが、Fit to Work と呼ばれる医学的アセスメントが行われている。復職時などにおいて、労働者の状態を確認する事を目的とし、雇用主が希望した場合に限り行われる。医療専門職が身体的、精神的評価や機能制約などを考慮し、「仕事に適する」、「仕事に適さない」、「業務調整の対象者」のいずれ

かを判定する。Functional Abilities Form と呼ばれる様式では、上司によって労働者に求められる身体的機能、物理的環境、非身体的能力（認知機能等）が選択・記載され、その項目に対して、主治医が機能制約の有無を判断する形式となっている。

オランダでは、ガイドラインからは就労可否判断に関連する内容は確認されなかったが、保険医を対象にして行われた研究結果として、長期療養者の就労能力をアセスメントするためのチェックリストが作成されている。チェックリストの内容は、身体的精神的な項目ではなく、復職の阻害要因と促進要因に分けられており、長期療養者の対処力や認知に関する項目となっている。阻害要因の項目としては、非効率的なコーピングスタイルや、病気に対する否定的な認識、病気による 2 次的な利益といった項目や、促進要因としては、復職への動機といった項目がある。また、復職プログラムを調査した文献では、オランダでは産業医が労働者の作業能力を記述した職務能力評価シートが用いられているとされる。評価項目としては、「労務能力（集中力、注意転換、記憶、単独作業、特定の作業）、社会機能（視力、聴力等）、身体状況（暑熱環境作業等）、動作を伴う作業（片手作業等、中腰作業）、静止作業（座位、立位等）、就業時間制限の要否」などがあり、労働者の現時点の就労能力だけでなく、今後の見通しまで評価するとされる。

3) 復職への取組み

イギリスでは、Fit note は復職支援において重要な役割を担っている。これは主治医が作

成する「患者の仕事への適合性を判断する診断書」であり、従来の休業診断書に代わって、2010 年 4 月より開始されている。医師にとっては患者との復職に関する会話を始める際に役立つ事などの有効性や、患者にとっては雇用主との職場調整の会話を促進するなどの有効性が報告されている。

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

その他、イギリスの復職に関する特徴的なサービスとしては、IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) プログラムや、雇用アドバイザー、Access to Work といったものがある。IAPT プログラムとは、一般的な精神障害に対して、心理的治療を早期に提供する国民保健サービスである。IAPT プログラムで提供される高強度の心理療法としては、基本的に CBT が行われている。雇用アドバイザーとは、IAPT セラピストと共に労働者に対して実践的な助言や介入を行う専門職である。雇用アドバイザーを導入した後に IAPT サービスを受けた労働者の 65% が復職したという報告もある。Access to Work とは、職場での合理的配慮が不十分であるときに、労働者が合理的配慮に関して相談することができる国営サービスであり、配慮のために要する物品やサー

ビスへの助成も提供している。また、復職を促進するための財政的なインセンティブのひとつとして、雇用主への免税制度がある。

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

アメリカでは、就労継続・復職（SAW/RTW）プログラムの導入が、各州政府によって行われている。プログラムの有効性に対する評価も行われており、カリフォルニア州の労災補償を受けた労働者を対象とした調査では、復職プログラムによって復職期間が平均 3～4 週間短縮されたという報告がされている。各州によってプログラムを推進する取り組みはさまざまであるが、復職を促進するため金銭的なインセンティブとしては、配慮のための職場環境の設備費用などに対する払い戻し、賃金の助成、税金控除の制度や、復職計画の作成や実行に対する補助金や保険料の割引と

いった制度が設けられている。ワシントン州では、官民連携による産業保健及び教育センターを設立し、雇用主と労働者に対して復職の支援を行う復職コーディネーターの提供や、医療提供者に対する教育を行っている。その他、障害者に対する就労支援サービスとしては、Individual Placement and Support (IPS) プログラムが代表として挙げられる。IPS は、アメリカで始まった重度の精神障害者の就労を支援するアプローチであるが、その有効性が示されており、日本も含めた多くの国に急速に広がりつつある。

カナダでは、復職に関するサービスや制度を調査したが、主要なものを確認する事はできなかった。カナダでは、メンタルヘルスとプライマリケアの戦略のひとつとして、協同的メンタルヘルスケア（CMHC：collaborative mental health care）が不可欠であるとされている。協同的メンタルヘルスケアは、異なる専門家や領域、部門が連携し、補完的なサービスと相互支援によって提供されるケアであり、プライマリケアにおける利点や、うつ病に対するポジティブな成果が報告されている。復職に対しても、協同的メンタルヘルスケアの効果が確認されつつあり、協同的メンタルヘルスケアを導入したグループは有意に復職率が高く、長期療養者への移行率が低いという研究結果も報告されている。

オランダでは、復職管理に対して個人と雇用主が協力して取り組むことを目的とし、復職に関する義務とインセンティブが強化されてきた。法律に基づき、復職において果たすべき義務が雇用主と労働者の両方に対して定め

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

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

D．考察

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

1) 医療機関としての特徴：診療所の所在地は50万人未満の中小都市と50万人以上の大都市がほぼ半々、日本医師会認定産業医有資格者は記入者の約半数、非常勤医師の約1/3を

占め、これらの地域差、産業医経験の違いによる回答内容への影響について、二次集計で考慮する必要が示唆された。

2) 「不調者」の診療の現状：「不調者」の臨床診断、約半数は発症要因が労災認定条件と重なる職場内要因、再発、再休業への対応、職場との連絡・連携、「不調者」の復職可能の判断根拠、休業期間の目安、診断名の表記方法などが指摘されたが、従来の報告と類似していることから、主治医の未解決課題として注目する必要がある。

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

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

る懸念などが共通して指摘されており、前項と同様に以上の問題点の解決により連携機会が高まるかもしれない。

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

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

7) 障害者雇用：障害者雇用就労者は少なく、この領域への取り組みは今後の課題という現状にある。

8) 産業医・専門医・嘱託医の経験：今後産業医業務に取り組む意向あり、過去から現在までの通算経験年数は5年以上、過去から現在までに協力した職場の総件数は10カ所未満が約半数で、その活動内容から産業医経験の乏しい精神科専門医とは大きな差異であり、他方、産業医に熱心に取り組む他科のレベルに匹敵する。然るに、本調査の回答においても大きな影響をもたらすことが示唆されるため、二次集計の重要なポイントといえる。

9) 労災認定を受けている「不調者」：最近半年間の労災保険適用患者を有する施設は3割、そのうち症状固定（治癒）していない労災保険適用者を有する施設が4割。今後3年以内に治癒の見込みがあるのは約半数、症状固定（治癒）していない理由は、症状の重症度、本人の復職意欲、職場の受け入れ・支援体制などが指摘された。これらの現状の有無も本調査の回答に大きな影響をもたらす可能性が示唆されるため、二次集計の重要なポイントといえる。

2. うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治癒評価

1) 研究1では、通院中の患者に発症と関連する職場のストレスの有無と改善されたかどうかを問診で確認することは、仕事を原因とした精神疾患の治癒評価において重要と考えられた。

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

3) 研究3の結果から、うつ症状のPHQ-9と

不安症状の GAD-7 の自己記入式質問紙の認知行動療法経過中の実用性が示唆された。

3. リワークプログラムに対する企業人事労務担当者の意識調査

1) 人事労務担当者調査

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

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

復職のための準備状況の確認するためにアセスメントが必要な情報に関する質問では、どの年代別でも「症状の回復程度」の評価が必要という割合が最も多かったことから、人事労務担当者の目線から、「症状の回復程度」は長期休業解消に直結する大変重要な項目と位置づけされていることが示唆された。また、

「生活リズムの回復の程度」の評価が必要という割合が全体で 41.3%と最も少なかったことから、「生活リズムの回復の程度」は復職するためにはできていて当然の事項として解釈されている可能性があることが示唆された。

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

2) リワークプログラム実施医療機関調査

人事労務担当者において、医療機関で実施されるリワークプログラムの認知度はある程度確認されたものの、利用者の実績は少数であり、精神疾患による労災認定の休職者のリワークプログラムの利用に繋げるためには、まだ課題が大きく、更なる普及啓発活動が今後とも必要であると考えられた。

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

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

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

本年度は「心理的負荷による精神障害の認定基準」の心理的負荷評価表を参考に、仕事を原因とした精神疾患発症例に対する調査票を作成した。今後は、精神科医療機関における精神科医療および産業保健活動の場面で、実際に活動する複数の精神科医に調査票の記入をお願いし、集計および分析することにより、社会復帰を目指した適正な支援のあり方を明らかにしていきたい。

6. 人事労務担当者に対する労災医療に関する意識調査研究

精神疾患の労災申請の経験者 A 群 145 名の労災請求経験数は平均 4.03 件であったが 60 件の経験を有する者もあり、中央値は 2 件であった。精神疾患を引き起こす「出来事」に関しては、「対人関係」が 60%と最多で、対人関係の問題の多さを示している。事業主証明欄に記載しなかった理由としては「当該事実が確認できない」が 60%と圧倒的に多く、このような出来事の客観性の難しさを示していると思われた。休業補償給付を受けた案件

の対応経験を有している 92 名による労災認定された疾病の病名は、「うつ病」が 76.1%と圧倒的に多く、ついで「急性ストレス反応」(34.8%)「PTSD」(23.9%)「統合失調症」(21.7%)「神経症性障害」(15.2%)と続き、双極性障害は 5.4%と少なかった。労災疾病ごとの療養期間では、すべての疾患の平均で 1 年以上 3 年未満が 47.9%と最多で、次いで 1 年未満 29.4%、3 年以上 5 年未満 11.9%であった。一方、5 年以上に及ぶものも 6.2%みられた。精神疾患で労災認定され休職期間中の従業員との対応に関して苦慮した点、苦慮すると思われる点については、「復職に際して受け入れる職場がない」が 30.8%と最多であった。続いて対応方法が分からないために困るといったことが多い。ただ、同時に「円満な退職に向けた対応」が 22.3%にみられ、復職をあきらめてしまっていると思われる姿勢も少なくなく今後の課題と考えられる。精神疾患で労災認定され休職期間中の従業員の復職に対する姿勢では、「本人に復職の意欲があれば、受け入れる方向で考えたい」が 59.7%と最多で本人に復職意欲があれば受け入れる姿勢が少なくないことがみてとれた。行政に(労働基準監督署)への要望では、「従業員の職場復帰を支援するため、労災保険による休業(補償)給付期間の目処」、「精神疾患に係る症状固定(治癒判断)の考え方を教えてほしい」、「休業している労災保険受給者に職場復帰に向けてどのように対応したらよいのか教えてほしい」、「行政主導で医療機関の主治医と連携して職場復帰を支援してほしい」が 32%~44%で拮抗しており、この問題に対する知識

や対応方法についての見識やスキルの伝授、支援を求めている現状がうかがえる。休業(補償)給付の受給に際し請求の都度必要な事業主の証明について、「労災認定となった本人から依頼があれば、速やかに証明している」(43.7%)「本人から依頼がなくとも、会社主導で証明をしている」(23.0%)と合わせて70%近くあり、事業主証明については大きな抵抗はないと考えられる。精神疾患の労災請求の経験者においては、「産業医が職場におけるメンタルヘルス対策のために関与した」が80.7%を占めており、産業医が何らかの形で関与はしていることが分かった。精神疾患の労災申請未経験者においても産業医を選任している事業所においては「産業医の関与を考え、実行できると思う」が大半を占めており、事業所としては産業医の関与を十分に認識していることを示しており、同時に産業医の機能の重要性を示唆していると考ええる。

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

第一部 障害者雇用の歩みを踏まえて、これからの精神障害者雇用に必要なこととして、大学には入れるのに、会社には入れない精神障害者の問題を取り上げ、入社後の精神障害者のキャリア開発が求められており、今後の精神障害者の職場定着率の課題と専門職が関わる必要性を述べた。

第二部 精神障害者の新規就職件数や就職件数の増加の背景には、退職と就職を繰り返している件数が一定の割合で含まれていること

が今回の調査で改めて把握できた。新規求職件数や就職件数のうち、同一人物がどれくらいの割合で含まれているか把握できていないことも大きな課題である。離職の要因は、本人の就労準備性に関わる課題、業務スキルのアンマッチ、雇用側の合理的配慮の不足など様々であるが、こうした要因を精査していく調査手法も開発が必要と思われる。また、各ハローワークや事業所での有効な取り組みが、十分共有できていないことから、ノウハウの共有化がはかれるような仕組みづくりも求められる。

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

育成に向けた環境づくりが引き続き求められる。

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

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

9. 労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究

1) 労働局に対する調査

労災保険による療養開始(労災認定時点)から 5 年以上治癒していない事例は 790 例であり、そのうち 90%(711 例)が休業補償給付を受給していた。医療保険から労災保険に切りかえた事例は 444 例で全体の 56.2%、最初から労災認定を希望した事例は 391 例で 49.5%を占めた。また 6 カ月以上、通院の実績がない事例は 11 例であった。すなわち全体の 1.4%が、定期的な労災医療が継続されていなかった。早期復職事例と長期療養事例との一番の差異は、本人の復職意欲が 67.2%、次に症状の重症度が 31%と回答し、職場復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養期間の目安を

示す」は最も多く、60.3%を占め、次に現場の受け入れ・支援体制が 32.8%を占めていた。

2) 個別事例調査

(1) 療養期間における傷病名

労災認定時と調査時点で変化した傷病名は、3 年未満治癒事例は 42 例(変化率: 26.8%)、5 年以上未治癒事例は 216 例(変化率: 27.6%)であり、3 年未満治癒事例で多く変化した傷病名は、急性ストレス反応 15⇒8(変化率 53.3%)、適応障害 40⇒13(変化率: 32.5%)、5 年以上未治癒事例では急性ストレス反応 35⇒25(変化率 71.4%)、次に気分感情障害 21⇒15(変化率: 71.4%)、適応障害 122⇒70(変化率 57.4%)であり、両群で急性ストレス反応、適応障害は変化率が高く、5 年以上未治癒事例は気分感情障害が大きく変化していた。心理的負荷(ストレス)によって引き起こされる精神疾患は傷病名により、比較的早期に変更されるという結果が得られたが、労働災害時の心理的負荷のストレス強度と精神疾患発症と相当因果関係をもって発症したことは検討されても、労働災害に起因した精神疾患を有した個人にその後、どのように影響し、その心理的負荷が、どこまで影響因子として関係があるかは、検討されていないことは、今までの調査結果と同様であり、心理的負荷がかったときの個体側の心理的反応⇒精神疾患⇒時間的推移⇒精神疾患の病態の変化⇒治療経過より本質的な精神科病態が顕在化⇒精神疾患の病態が複雑化していく過程をさらに検討すべきであると考える。

(2) 長期療養と職場(社会)復帰

今回の調査結果と過去の調査結果から、職場

復帰できる事例は、3年以内に7割は職場復帰できるが、そうでない事例は職場復帰できない状況に陥り、社会復帰できずに未治ゆのまま経過していく傾向が強くなると言える。早期復職を進めるための対策としては全国労災補償課長に回答を1つ（又は2つまで）と限定して選択してもらったところ「一定の療養期間の目安を示す」60.3%、「職場の受け入れ・支援体制」32.8%、「リワークプログラム」15.5%という順位であった。自由記載の意見としては「医療側で『寛解』の一定ガイドラインを確立…療養開始後、各傷病に適した時機に、主治医、補償の基準行政、職業紹介の安定行政が立会いの下で、被保険者に療養期間の目安を始め、早期社会復帰に向けた説明や相談を受ける業務体制、事務処理マニュアルを確立する必要がある」「休業（補償）給付が期間を制限することなく支給されることから、生活保障金捉えられ、復職意欲がわかず、長期間の療養に至っている」「医師からは何も言われていない」等の理由で職場復帰や治癒を拒否する療養者もいます。早期に復職を進めるためには、主治医からも職場復帰の提示をいただきながら治療を実施し、できるだけ早い時期に復職を進めていただくことで復職ができるのではないかと…」との見解が得られた。職場復帰を推進させるためには行政、主治医の間の連携が重要であり、労災認定⇒療養開始⇒休業給付金開始⇒療養継続という図式は存在しても、療養継続⇒治ゆ判断⇒職場（社会）復帰の図式が欠落しており、精神障害の労災補償に関しては、大きな課題である。そして、今回の調査で「一定の療養期間の目

安を示す」が60.3%も認められたことが、精神障害の労災補償の在り方を示唆するものと判断できる。

（3）休業給付金と時間外労働、心理的負荷の出来事に関して

2016年度調査と2017年度調査を比較し、さらに5年以上療養している事例を抽出し、100時間残業の有無で比較検討した。5年以上の長期療養事例に関して、100時間以上の時間外労働あり群と100時間以内の時間外労働なし群に分けたところ、100時間以上群は、給付金20万円以上が87.5%、100時間未満群は53.7%であり、5年以上の療養群の中で100時間以上群は、100時間未満群員比べ、圧倒的に高い休業給付金を受給している割合が高いことが明らかになった。次に休業給付金を30万円未満と30万円以上に分けて、影響する因子についてステップワイズ法を用いて探索したところ、100時間以上の労働の有無だけが要因として残り、30万円以上の給付になる要因として100時間以上の時間外労働が関連していることが示された、すなわち、5年以上の治ゆに至らず長期療養となり、かつ30万円以上の休業給付金となる要因として100時間以上の時間外労働が有意に関連していることが明らかになった。今年度の調査でも5年以上未治ゆ事例では39.2%は30万円以上の給付金が支給されており、3年未満治ゆ事例は17%にすぎないという結果も前述したことを証明するものである。長期療養の要因の一つに労災補償の休業給付金額の問題が関係していることを報告した。

（4）事業主証明と職場復帰

労災請求の際の事業主の証明は、3 年未満治癒事例は 55.2%に証明があり、比較的、災害体験等は事業主も証明しやすいことが推測される。また、3 年未満治癒事例で職場復帰を果たしている事例は 73.2%であることを考慮すると、療養開始から 3 年未満であれば、職場復帰の受け入れ状況や支援体制が、さらに復職意欲も伴って 3 年未満に治癒に至っていることも多いと思われる。職場復帰、5 年以上未治癒事例は 24.6%しか証明が得られおらず、3 年未満治癒事例に比べ統計学的に有意差が認められた。5 年以上未治癒事例は 75.4%が H31 年 3 月時点での事業主の証明は得られていなかったことも、事業主や職場の受け入れ体制や被災労働者との支援協力が少ないことが伺われ、職場復帰が円滑にいかないことに繋がっていると思われた。2016 年度と 2017 年度調査の結果を合体して分析した結果、長期療養の方が事業主の証明が得られにくいという結果が得られた。早期復職を進めるための対策としては全国労災補償課長の回答から、3 年間という一定期間の間にさまざまな施策を講じることが求められており、労災認定後の長期療養を防止する施策として、一定期間の療養の間に職場復帰(社会復帰)への道筋を立てることが必要であろう。

(5) 今後の精神障害の労災治療

労働者に発病した精神疾患が労働基準監督署に労災請求され、「業務上」の疾病として労災認定されると、当該精神障害の療養には労災保険が適用され、当該精神障害の療養のため労働することができず、賃金を受けられない場合には、「休業補償給付」が支給される。

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

労災保険の休業補償給付の背景に精神科病態が複雑に変遷し、労働災害に遭遇、あるいは業務が大きなストレス(心理的負荷)としてその因果関係が認定時点で存在したとしても、その後、治療過程の中で、その判断され

たストレスが持続的に長期に経過した時点の病像や病状の形成因子として持続しているかどうかは、慎重に第三者の視点から検討していくプロセス(過程)が必要である。そして労災保険という労働者のための手厚い補償を、ただ単に生活給付という観点からではなく、精神障害者を自立させる視点に立って、精神障害の適正給付の検討、さらに労働者としての職場（社会）復帰を含めた地域及び社会の中での位置づけを検討することが喫緊の課題と考える。

10. 諸外国の就労可否判断、及び復職支援の現状：復職ガイドラインにもとづく調査

1) 復職に関するガイドライン

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

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

2) 就労可否判断の方法とその基準

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

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

3) 復職への取組み

(1) 復職支援のサービスに関して

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

(2) 心理療法やケアに関して

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

(3) 復職のインセンティブとなる制度

イギリスでは労働者の治療費に関する免税制度、アメリカでは合理的配慮のための職場環

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

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

E. 総括（まとめ）

今回の調査研究は下記のようにまとめられる。

精神科主治医と職場との連携技法の実用化について、次年度は診療所の所在地人口、日本医師会認定産業医資格、自院プログラム、これらのアイテムによる回答内容への影響について二次集計で検討した結果を踏まえ、実務に密着したマニュアルを作成する。その後

精神科主治医と職場を対象とした評価調査を行い、連携作業の標準化ツールとしての実用化をめざす。

うつ病、うつ状態、適応障害の診断で通院中、就労中の患者の大半に、発病前の6か月以内の職場ストレスがあり、医師側も診察時に問診やアンケートで確認すべきというコンセンサスを得た。職場ストレス（心理的負荷）の有無とその時間経過による改善の日常的な評価が精神疾患の治癒評価と効果的な社会復帰支援において重要であり、PHQ-9 と GAD-7 は経過中の確認に有用である。

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

企業における休業者の実態調査を通じて、次年度は長期休職者と短期休職者の相違点、復職時に周囲が留意すること、時間勤務に至るまでの期間などから企業の支援策等を検討する。

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

では、調査票を作成するに至ったところであり、次年度は実際に複数の精神科医により事例を収集し分析する。

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

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

リワークデイケア利用者を対象として、治療就労両立支援モデル4つの軸評価を用いて休業ならびに療養期間と各状態像との相関を明らかにする。

労働局への調査では、過去に職場復帰した事例の認定から職場復帰までの期間は、3年未満治癒事例は平均0.71年、5年以上未治癒事

例は 2.8 年であり、3 年未満治癒事例は極めて早期に復職を試みており、未治癒事例は職場復帰までに長い期間を有していた。早期の職場復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養期間の目安を示す」ことが今後の労災補償行政に不可欠な状況にある。

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

これら調査の結果を踏まえて 2020 年度の研究調査においては治癒状況の精神科病態レベルの把握のための指標作成、社会復帰レベル把握のための客観的指標作成、社会復帰後の安定就労の確認・治癒判断の要件等の作成を計画している。

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

F. 健康危険情報

該当せず

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし

Ⅱ．分担研究報告

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

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

研究分担者：神山 昭男（有楽町桜クリニック院長）
研究協力者：東谷慶昭、有馬秀晃、越川裕樹、高野知樹、藤田春洋、奥山真司、
田中和秀、渡辺洋一郎、松川悦之、馬野育次、兼田康宏、中野英樹

研究要旨

メンタルヘルス不調者（以下「不調者」）とその職場への精神科主治医の対応状況を把握する目的で全 61 項目の自記式質問紙を作成し、全国の精神科診療所へ 1,652 通を発送、回収された 584 通（回収率は 35.3%）について、自由記載を除く選択式回答項目の一次集計、分析を実施した。主な結果は以下の通り。①本調査の記入者は全国で精神科診療所を運営する精神科専門医が大半を占めた。②「不調者」の臨床診断は気分(感情)障害、不安障害・適応障害・強迫性障害が多くを占め、約半数は発症要因が労災認定条件と重なる職場内要因と判断されていた。診療上の問題点として、再発、再休業への対応、職場との連絡・連携、「不調者」の復職可能の判断根拠、休業期間の目安、診断名の表記方法などが指摘された。③主治医→職場の連携目的は、病状に応じた配属、勤務制限、業務内容などの調整をしたい 職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配置、異動の可能性などに関する照会、意見の提言などが目立った。④職場→主治医の連携目的は、診断書、意見書の病状、ケアの見通しなどへの照会、復職時の職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配属先、異動の可能性などに関する意見、調整の照会、復職可能の診断書、判断、復職準備に関する疑義照会、意見交換などが目立った。連絡・連携における問題点として、職場が一方的・主治医の意見を無視する、記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがよくわからない・「不調者」に不利となる懸念などが共通して指摘された。⑤今後への期待として連携マニュアルを発行し、主治医、職場双方で活用することが多くの支持を集め、本研究の目標と合致していた。⑥自院における「不調者」向けプログラムの取り組みは未実施が多かった。⑦自院で障害者雇用利用の患者は少ない。⑧回答者の半数が今後も産業医業務に取り組む意向である。⑨最近半年間に労災保険適用患者を有する施設は 3 割、今後 3 年以内に治癒の見込みがあるのは約半数、症状固定（治癒）していない理由は、症状の重症度、本人の復職意欲、職場の受け入れ・支援体制などが指摘された。以上から、次年度は診療所の所在地人口、日本医師会認定産業医有資格者、自院プログラムの有無、これらの違いによる回答内容への影響について二次集計で検討した結果を踏まえ、実務に密着したマニュアルを作成し、精神科主治医と職場を対象とした評価調査を行い、連携作業の標準化ツールとしての実用化をめざす予定である。

A. 研究目的

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。

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

本テーマに対する一つのアプローチとして、「不調者」の治療を担当する主治医と職場・産業医らとの相互の

連携効果に関する研究を最近7年間にわたり取り組んできた。

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

これらの先行研究により、「不調者」の病状回復と安

定就労には精神科主治医と職場の連携が大きく寄与するが、その効果発揮には以下の要件、すなわち、①メンタルヘルス不調の発症過程には不安定就労期、休業期、復職準備期、復職期、そして安定就労期の各ステージ別にテーマがあること、②それらを「不調者」、主治医、職場ともに見極め、共通して理解していくことが基本的に重要、③職場側の連携への準備として、職場内の手続きと連絡調整、連携のポイントを事前にまとめておく、④主治医側も連携への準備として「不調者」の心境や悩み、職場状況等を理解し、職場との連携への事前同意を「不調者」から得ること、⑤「不調者」と職場・産業医、主治医が同じ目的に向かって取り組んでいるという合意形成が必要、などが重要であることが明らかとなった。

そこで、本研究はこれまでの一連の研究の集大成と位置づけ、テーマを「メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に効果的な精神科主治医と職場との連携技法の実用化」とした。初年度の目標は現状分析に必要な基礎データの収集、2年度目は現状分析を踏まえ実務に密着したマニュアルを作成し、精神科主治医と職場を対象としたマニュアルの試用、評価調査を行い、連携作業の標準化ツールとしての実用化をめざす予定である。

B. 研究方法

今年度は、全国の精神科クリニックの院長が正会員として加盟する団体、公益社団法人日本精神診療所協会（以下、「日精診」）の産業メンタルヘルス関連委員会（以下、「日精診委員会」）委員が研究協力者として本研究に参加した。

日精診委員会は、2014年5月に現況を把握するための第1回目のアンケートを実施し、その成果を日精診学術研究会、日本精神神経学会等で報告した。

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

そこで、今回改めて精神科主治医である日精診会員を対象とした第2回目のアンケートを日精診委員会で企画立案、第1回調査との比較を可能とする配慮を行い、全61項目の自記式質問紙を作成した（資料1参照）。

本調査では「不調者」を、① 通院中の外来患者で、② 職場に在籍（勤務形態を問わず）、もしくは労災認定を受けている（いた）、③ 病状に関連して、過去もし

くは現在、不安定勤務（＝同月中に5日以上欠勤をくりかえすなど）や休業した（ている）、もしくは今後勤務への影響が懸念される）と定めた。

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

そして、日精診常任理事会、理事会の承認後、研究倫理委員会の審査を受け、2019年12月に日精診会員へ1652通を発送、2020年1月末までに回収された584通（回収率は35.3%）について、自由記載を除く選択式回答項目の一次集計、分析を実施した。

（倫理面への配慮）

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

C. 研究結果

本年度は自由記載欄を除く選択式回答項目について、頻度分布を中心とする一次集計を行った。

① 医療機関としての特徴（資料2 図A1 A2 B5～B13）

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

② 「不調者」の診療の現状（資料2 図C14～C22）

「不調者」が診療患者全体に占める割合が30%未満は81%、「不調者」の臨床診断上の主病名に占める割合が3割以上の施設は、気分（感情）障害（F30-F39）は62%、不安障害・適応障害・強迫性障害（F40-F44）は51%、心理的発達障害（F80-F89）は11%、身体表現性障害（F45-F48）は5%、統合失調症（F20-F29）は2%、であった。発症要因（契機・健康阻害要因）を職場内要因、職場外要因、個人要因に分けた場合、職場内要因（業務負担、人間関係など）が最大要因と判断する症例が、「不調者」全体に占める割合は50%以上が46%、「不調者」に対する診療において困っている内容は、再発、

再休業への対応、職場との連絡・連携が各々27%を占めた。「不調者」への診断書（要休業・復職可能など）発行に際し困っていることは、復職可能の判断根拠が34%、休業期間の目安が23%、診断名の表記方法が17%など。

③ 連絡・連携：主治医→職場（資料2 図D23～D30）

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

④ 連絡・連携：職場→主治医（資料2 図E31～E38）

職場から主治医へ連絡・連携があった症例が「不調者」全体に占める割合は10%未満が48%、不安定勤務・休業などに関して職場から主治医へ連絡・連携を受けた内容は、主治医が発行した診断書、意見書や病状、ケアの現状、見通しなどへの照会が52%、復職準備・復職後に関して職場から主治医へ連絡・連携を受けた内容は、職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配属先、異動の可能性などに関する意見、調整の照会が34%、復職可能の診断書、判断、復職準備に関する疑義照会、意見交換が26%を占めた。職場から主治医への連絡・連携の方法は、書面（郵送）が37%、面談が36%。職場から主治医への連絡・連携への応答の際の同意は、必ず取るが73%。職場から主治医への連絡・連携の際の費用負担は、職場負担が37%、「不調者」負担が25%。職場から主治医への連絡・連携の際の職場側の窓口は、配属先上司・同僚が34%、産業医もしくは他の産業保健専門職が33%、人事・総務担当者が31%。職場から主治医への連絡・連携において困ったことは、職場が一方的・主治医の意見を無視するが35%、記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがよくわからない・「不調者」に不利となる懸念が28%。

⑤ 主治医と職場の連携効果を高めるための方策（資料2 図F39～F42）

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

⑥ 「不調者」向けのプログラム（資料2 図G43～G46）
自院における「不調者」向けプログラムの取り組みは、現在も将来も見込んでいないが65%、デイケア・ショートケア・ナイトケア型を含む各種のプログラム実施が17%。「不調者」向けプログラムの目的は、生活リズムの確保・健康習慣の実践が23%、不調に至った経緯のふり返り・病状の理解、就業に必要な作業力・会話力・コミュニケーション力の改善、勤務先との受け入れ・職場環境調整が各々16～17%、「不調者」のうち、自院のプログラムへの参加割合は、実施していないが78%、3割未満が16%。「不調者」のうち、他院のプログラムへの参加割合は、実施していないが41%、3割未満が56%。

⑦ 障害者雇用（資料2 図H47～H49）

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

⑧ 産業医・専門医・嘱託医の経験（資料2 図I50～I56）

過去から現在までの通算経験年数（期間制限なし、契約形態を問わない）は、5年以上が49%、過去から現在までに協力した職場の総件数（期間制限なし、単数・複数問わず担当事業所を1件と数える）は、10カ所未満

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

⑨ 労災認定を受けている「不調者」（資料 2 図 J57～J60）

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

D. 考察

① 医療機関としての特徴

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

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

② 「不調者」の診療の現状

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

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

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

③ 連絡・連携：主治医→職場

主治医から職場へ連絡・連携した目的は、病状に応じた配属、勤務制限、業務内容などの調整をしたい 職場

側の受け入れ、特に人事上の配慮、配置、異動の可能性などに関する照会、意見の提言などが目立った。

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

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

④ 連絡・連携：職場→主治医

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

職場から主治医へ、主治医から職場へ、いずれも連絡・連携における問題点として、職場が一方的・主治医の意見を無視する、記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがよくわからない・「不調者」に不利となる懸念などが共通して指摘された。

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

⑤ 主治医と職場の連携効果を高めるための方策

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

このうち、連携マニュアルの活用は本研究の目標と合致しており、次年度に是非実現することが必要である。

⑥ 「不調者」向けのプログラム

自院における「不調者」向けプログラムの取り組みは未実施が多く、デイケア・ショートケア・ナイトケア型を含む各種のプログラム実施が 2 割に満たない。そして、「不調者」のうち、他院のプログラムへの参加割合も低く、プログラム実施施設の乏しさが目立った。これらの特徴について、二次集計では地域差、施設規模をはじめとする関係要因との交絡分析が必要である。

⑦ 障害者雇用

自院の全ての外来患者の中で障害者雇用就労者は 1 割未満が多い。最近各地に障害者雇用を支援する就労支援センター、就職斡旋会社などに積極的に協力して

いきたいが半数にとどまり、この領域への取り組みは今後の課題という現状にある。

⑧ 産業医・専門医・嘱託医の経験

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

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

これらの活動は、産業医経験の乏しい精神科専門医とは大きな差異であり、他方、産業医に熱心に取り組む他科のレベルに匹敵する。然るに、本調査の回答においても大きな影響をもたらすことが示唆されるため、二次集計の重要なポイントといえる。

⑩ 労災認定を受けている「不調者」

最近半年間の労災保険適用患者を有する施設は3割、そのうち症状固定(治癒)していない労災保険適用者を有する施設が4割。今後3年以内に治癒の見込みがあるのは約半数、症状固定(治癒)していない理由は、症状の重症度、本人の復職意欲、職場の受け入れ・支援体制などが指摘された。これらの現状の有無も本調査の回答に大きな影響をもたらす可能性が示唆されるため、二次集計の重要なポイントといえる。

E. 結論

「不調者」とその職場への精神科主治医の対応状況を把握する目的で全61項目の自記式質問紙を作成し、全国の精神科診療所へ1,652通を発送、回収された584通(回収率は35.3%)について、自由記載を除く選択式回答項目の一次集計、分析を実施した。

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

主治医から職場への連携目的は、病状に応じた配属、勤務制限、業務内容などの調整をしたい。職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配置、異動の可能性などに関する照会、意見の提言などが目立った。職場から主治医への連携目的は、診断書、意見書の病状、ケアの見通しなどへの照会、復職時の職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配属先、異動の可能性などに関する意見、調整の照会、復職可能な診断書、判断、復職準備に関する

疑義照会、意見交換などが目立った。連絡・連携における問題点として、職場が一方的・主治医の意見を無視する、記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがよくわからない・「不調者」に不利となる懸念などが共通して指摘された。

今後への期待として連携マニュアルを発行し、主治医、職場双方で活用することが多くの支持を集め、本研究の目標と合致していた。自院における「不調者」向けプログラムの取り組みは未実施が多かった。回答者の半数が今後も産業医業務に取り組む意向である。

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

以上から、次年度は診療所の所在地人口、日本医師会認定産業医資格、自院プログラム、これらのアイテムによる回答内容への影響について二次集計で検討した結果を踏まえ、実務に密着したマニュアルを作成し、精神科主治医と職場を対象とした評価調査を行い、連携作業の標準化ツールとしての実用化をめざす予定である。

参考文献

1. ストレスチェック制度の実施から見えてきたことー精神科医の立場から
産業精神保健 単 25(特別号):141-145 2017 産業精神保健学会
2. 仕事のストレスと自殺対策
日精診ジャーナル 共 42(4):571-625 2017 日本精神神経科診療所協会
3. これからの職場のメンタルヘルス不調者対策を考えるー精神科臨床医・産業医の経験をふりかえってー
産業ストレス研究(Job Stress Res.) 単 24:59-67 2017 日本産業ストレス学会
4. ストレスチェック時代の職場環境改善への取り組みをめぐるー集団分析の活かし方と留意点ー
産業ストレス研究(Job Stress Res.) 単 24:105-109 2017 日本産業ストレス学会
5. 職場のメンタルヘルス不調者への対応ー力動的的理解と精神療法的アプローチの効用
精神医療からみたわが国の特徴と問題点(外来精神科診療シリーズ) 単 98-104 2017 中山書店
6. メンタル労災を防ぐために精神科医ができること
メンタルクリニックのこれからを考える(外来精神科診療シリーズ) 単 121-125 2018 中山書店
7. 精神・発達障害者の就労支援を担う産業保健スタッフに必要な教育研修アイテム

- 産業精神保健 単 26(3) : 219-226 2018 産業精神保健学会
8. 関係性づくりは基礎工事が大切
安全スタッフ 単 2316:32-33 2018 労働新聞社
9. 長期療養・休復職事例における主治医及び産業医の休復職判断要件に関する研究
厚労省平成 28-29 年度「精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆに係る臨床研究」研究報告書 共 181-231 2018 厚生労働省
10. メンタルヘルス不調者の事例性と疾病性の形成過程と相互関連性に関する分析的研究
厚労省平成 27-29 年度「職場におけるメンタルヘルス不調者の事例性に着目した支援方策に関する研究」研究報告書 単 165-301 2018 厚生労働省
11. 安定就労につながる休復職支援とは～産業医・主治医の関わり方の大切なポイント～
外来精神医療 単 29(1): 29-33 2019 日本外来精神医療学会
12. 精神疾患を有する長期療養事例の休復職過程における問題点と解決への方策～精神科産業医・主治医によるフォローアップ調査から～ 産業精神保健 共 27(3) 2019 産業精神保健学会
13. 社会脳(Social Brain)研究の視点からみた職場適応支援のあり方
日社精医誌, 29 : 67-74, 2020 日本社会精神医学会
- F. 健康危険情報
(非該当)
- G. 研究発表
1. 論文発表
なし
2. 学会発表(予定)
2020 年 6 月 第 26 回日精診学術研究会
2020 年 6 月 第 116 回日本精神神経学会
- H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。) なし。
1. 特許取得 非該当
2. 実用新案登録 非該当
3. その他 なし。

2019 年 日精診 産業メンタルヘルス関連委員会 アンケート用紙
 ***** 回答用紙 記入後、全4枚、裏表で全8ページ返送してください *****

下記を回答前に必ず読んで、□に確認済みの【レ】を入れてください

□1 職場のメンタルヘルス不調者（以下「不調者」と略します）とは、

- ① 通院中の外来患者様で、② 職場に在籍（勤務形態を問わず）、もしくは、労災認定を受けている(いた)、
 ③ 病状に関連して、過去もしくは現在、不安定勤務（＝同月中に5日以上の欠勤をくりかえすなど）や
 休業した（ている）、もしくは今後勤務への影響が懸念される方、です

□2 設問には主治医の立場で、無記名式で回答してください。

□3 記入日からさかのぼって過去1カ月以内をメドとして回答してください。（一部に最近1年間の設問があります）

□4 設問は回答欄の該当項目に○印を1つ（「複数選択可」と書かれた設問以外）、もしくは直接回答を記述してください。

□6 誤って記入した場合は横線を2本引いてください。不明な点は欄外に記入してください。

□7 記入後、4枚(全8ページ)の回答用紙を、12月10日（火）までに、事務局必着で返送してください。

以下 設問です。

A. 記入者の属性

1. 記入者の年齢階層

- ① 20歳台 ② 30歳台 ③ 40歳台 ④ 50歳台 ⑤ 60歳台 ⑥ 70歳台以降

2. 記入者の性別 ① 男性 ② 女性

3. 記入月日 _____月_____日

B. 医療機関としての特徴

4. 記入者の診療所所在地 都道府県名 _____ 都道府県

5. 記入者の所属先診療所の市区町村の人口

- ① 10万人未満 ② 10万人～50万人 ③ 50万人～100万人未満 ④ 100万人以上

6. 記入者の所属先診療所の設立経過年数

- ① 1年未満 ② 1年～5年 ③ 5年～10年 ④ 10年以上

7. 記入者の精神保健指定医資格の有無

- ① 現在あり ② 過去にあったが今はない ③ 将来取得したい ④ 過去も現在もない、将来も取得しない

8. 記入者の日本精神神経学会専門医資格の有無

- ① 現在あり ② 過去にあったが今はない ③ 将来取得したい ④ 過去も現在もない、将来も取得しない

9. 記入者の日本医師会認定産業医資格の有無

- ① 現在あり ② 過去にあったが今はない ③ 将来取得したい ④ 過去も現在もない、将来も取得しない

10. 記入者の所属先診療所の院長以外の常勤医師数

- ① 0名 ② 1名 ③ 2名 ④ 3名以上

11. 記入者の所属先診療所の非常勤医師数

- ① 0名 ② 1名 ③ 2名 ④ 3名以上

12. 記入者の所属先診療所医師（常勤・非常勤問わず）の日本医師会認定産業医有資格者数

- ① 0名 ② 1名 ③ 2名 ④ 3名以上

13. 記入者の所属先診療所の医師をのぞく全スタッフ数（勤務形態を問わず、受付、診療補助などを含む）

- ① 1名 ② 2名以上、10名未満 ③ 10名以上、20名未満 ④ 20名以上

C. 「不調者」の診療の現状

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

14. 「不調者」が診療患者全体に占める割合（％）

- ① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

15. 「不調者」の臨床診断上の主病名に占める不安障害・適応障害・強迫性障害（F40-F44）の割合（％）

- ① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

16. 「不調者」の臨床診断上の主病名に占める身体表現性障害（F45-F48）の割合（％）

- ① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

17. 「不調者」の臨床診断上の主病名に占める気分(感情)障害(F30-F39)の割合（％）

- ① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

18. 「不調者」の臨床診断上の主病名に占める統合失調症（F20-F29）の割合（％）

- ① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

19. 「不調者」の臨床診断上の主病名に占める心理的発達障害（F80-F89）の割合（％）

- ① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

20. 発症要因（契機・健康阻害要因）を職場内要因、職場外要因、個人要因に分けた場合、職場内要因（業務負担、人間関係など）が最大要因と判断する症例が、「不調者」全体に占める割合（％）

- ① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

21. 「不調者」に対する診療において困っている内容（複数選択可）

- ① 十分な時間がとれない ② 診断、治療方針の決定、進め方など ③ 再発、再休業への対応など
④ 業務上の力量低下への対応 ⑤ 職場との連絡・連携など ⑥ ない ⑦ その他（具体的に： ）

22. 「不調者」への診断書（要休業・復職可能など）発行に際し困っていること（複数選択可）

- ① あり（診断名の表記方法） ② あり（休業期間の目安） ③ あり（復職可能の判断根拠） ④ ない
⑤ その他（具体的に： ）

E. 連絡・連携：職場 → 主治医**31. 職場から主治医へ連絡・連携があった症例が、「不調者」全体に占める割合（％）**

- ① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

32. 不安定勤務・休業などに関して職場から主治医へ連絡・連携を受けた内容（複数の症例について、複数回答可）

- ① 就業中だが居眠り、離席が多い、業務成績が低いなどの労務上の問題点への疑義照会
 ② 不安定勤務だが不調者が休業、もしくは受診に同意しない場合の対処
 ③ 主治医が発行した診断書、意見書や病状、ケアの現状、見通しなどへの照会
 ④ 休業中だが療養に専念できていないようかかえる場合の対処 ⑤ その他（具体的に： ）

33. 復職準備・復職後に関して、職場から主治医へ連絡・連携を受けた内容（複数の症例について、複数回答可）

- ① 休業期間、復職条件など就業規則、賃金支払い、傷病手当金などに関する情報提供
 ② 復職可能の診断書、判断、復職準備に関する疑義照会、意見交換
 ③ 職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配属先、異動の可能性などに関する意見、調整の照会
 ④ 職場側の受け入れ、特に産業医、上司に配慮事項 病状理解などに関する照会、意見の提言
 ⑤ その他（具体的に： ）

34. 職場から主治医への連絡・連携の方法（複数の症例について、複数回答可）

- ① 面談 ② 書面（郵送） ③ 書面（ファクス） ④ 書面（メール） ⑤ 電話 ⑥ その他（具体的に： ）

35. 職場から主治医への連絡・連携への応答の際の同意（複数の症例について、複数回答可）

- ① 必ずとる ② 場合に依じてとる ③ とっていない ④ その他（具体的に： ）

36. 職場から主治医への連絡・連携の際の費用負担（複数の症例について、複数回答可）

- ① ない ② 「不調者」が負担 ③ 職場が負担 ④ その他（具体的に： ）

37. 職場から主治医への連絡・連携の際の職場側の窓口（複数の症例について、複数回答可）

- ① 人事・総務担当者 ② 配属先上司・同僚 ③ 産業医もしくは他の産業保健専門職
 ④ 外部コンサルタント（弁護士・社会保険労務士など） ⑤ その他（具体的： ）

38. 職場から主治医への連絡・連携において困ったこと（複数の症例について、複数回答可）

- ① ある（不調者自身が連絡に同意しない） ② ある（職場が一方的・主治医の意見を無視するなど）
 ③ ある（記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがよくわからない・不調者に不利となる懸念など）
 ④ ない ⑤ その他（具体的に： ）

F. 主治医と職場の連携効果を高めるための方策

39. 今後、日精診が診断書、意見書などの共通書式、連携モデルや、職場が主治医に相談する際の手続きなどを網羅した連携マニュアルを発行し、主治医、職場双方で活用することは

- ① よいと思うので製作協力をしたい ② よいと思うが製作協力はできない ③ 不要 ④ わからない
⑤ その他（具体的に： ）

40. 主治医が職場との連携作業に取り組む対価として、社会保険診療請求に加算（例えば、職域調整料：1回30分以上の職場側との面談、連絡などに対して月2回まで、各500点）を厚生労働省に働きかけていくことは

- ① 賛成 ② 一部（点数・頻度・条件などを）修正すれば賛成 ③ 反対 ④ わからない
⑤ その他（具体的に： ）

41. 各職場が主治医との連絡・連携に前向きに取り組んでいくよう、厚生労働省、労働基準監督署、ハローワークなどが職場に働きかけていくことは

- ① 賛成 ② 反対 ③ わからない ④ その他（具体的に： ）

42. 本領域に深い関心を有し、主治医として患者様の心身の回復を図るとともに、職場との調整、連携などを行いながら安定就労を目指して積極的に支援していく医師を「産業メンタルヘルス認定医」として認定、登録、習練していく制度を日精診が立ち上げ、本領域のレベルアップをめざすことは

- ① よいと思うので、設立後積極的に認定医をめざしたい ② よいと思うが、認定医にはなりたいたと思わない
③ 今はまだわからない ④ 必要ない ⑤ その他（具体的に： ）

G. 「不調者」向けのプログラム

43. 自院における「不調者」向けプログラムの取り組みは

- ① デイケア・ショートケア・ナイトケア型などのプログラム ② デイケア・ショートケア・ナイトケア型以外のプログラム
③ 現在はないが、今後何らかの方法で実施の予定あり ④ 現在も将来も見込んでいない
⑤ その他（具体的に： ）

44. 「不調者」向けプログラムの目的（複数の症例について、複数回答可）

- ① 生活リズムの確保・健康習慣の実践など ② 不調に至った経緯の振り返り・病状の理解など
③ 就業に必要な作業力・会話力・コミュニケーション力の改善など
④ 勤務先との受け入れ・職場環境調整など ⑤ 実施していない ⑥ その他（具体的に： ）

45. 「不調者」のうち、自院のプログラムへの参加割合（%）

- ① 実施していない ② 10%未満 ③ 10%以上、30%未満 ④ 30%以上、50%未満 ⑤ 50%以上

46. 「不調者」のうち、他院のプログラムへの参加割合（%）

- ① 実施していない ② 10%未満 ③ 10%以上、30%未満 ④ 30%以上、50%未満 ⑤ 50%以上

H. 障害者雇

47. 自院の全ての外来患者の中に障害者雇用で就労中の方の割合 (%)

- ① 5%未満 ② 5%以上、10%未満、 ③ 10%以上、30%未満 ④ 30%以上 ⑤ 不明

48. 障害者雇用として、精神障害者の雇用が全職場で 2018 年度から義務化されたことを知っていますか

- ① 知っているので積極的に取り組んでいきたい ② 知っているが今後は未定 ③ 知らない

49. 最近各地に障害者雇用を支援する就労支援センター、就職移行会社などが立ち上がっていますが、関心はありますか

- ① 大に関心があるので協力したい ② 少しあるが今後は未定 ③ 関心はない

I. 産業医・専門医・嘱託医の経験

50. 過去から現在までの通算経験年数（期間制限なし、契約形態を問わない）

- ① 経験がない ② 1 年未満 ③ 1 年以上、5 年未満 ④ 5 年以上、10 年未満 ⑤ 10 年以上

51. 過去から現在までに協力した職場の総件数（期間制限なし、単数・複数問わず担当事業所を 1 件と数える）

- ① 経験ない（以下、52 から 54 まで回答不要） ② 10 カ所未満 ③ 10 カ所以上、30 カ所未満
④ 30 カ所以上、50 カ所未満 ⑤ 50 カ所以上

52. 最近 1 年間の業務方法（複数事業所の場合、複数回答可）

- ① 職場からの依頼時のみの対応で職場には出向かない ② 職場からの依頼時のみの対応だが職場に出向くこともある ③ 定期的に職場へ訪問している ④ その他（具体的に： ）

53. 最近 1 年間の担当事業所の他の産業医（医師）との業務分担（複数事業所の場合、複数回答可）

- ① ない ② ある（非精神科系と） ③ ある（精神科系と） ④ ある（精神科系・非精神科系と）
⑤ 経験がない

54. 事業所へ赴き、産業医業務のために滞在する時間（1 事業所当たり、1 カ月の平均）？

- ① 1 時間未満 ② 1 時間以上、2 時間未満 ③ 2 時間以上、3 時間未満 ④ 4 時間以上

55. 最近 1 年間に契約先の従業員（雇用形態を問わない）を主治医として関わった経験

- ① 10 例未満 ② 10 例以上、30 例未満 ③ 30 例以上

56. 今後、産業医業務に取り組む意向は

- ① 今後、産業医資格を取得するが、積極的に取り組む考えはない ② 今後、産業医資格を取得し、積極的に取り組んでいきたい ③ 引き続き取り組んでいきたい ④ 今後とも取り組むは予定ない

J. 労災認定を受けている不調者**57. 最近半年間の労災保険適用患者の実人数（名）**

- ① いない ② 5 名未満 ③ 5 名以上、10 名未満、 ④ 10 名以上、30 名未満 ⑤ 30 名以上

→①を回答した場合は設問 60 へ

58. 労災保険適用者で症状固定（治癒）していない実人数（名）

- ① いない ② 5 名未満 ③ 5 名以上、10 名未満、 ④ 10 名以上、30 名未満 ⑤ 30 名以上

→①を回答した場合は設問 60 へ

59. 設問 57 の該当者の今後 3 年以内に治癒の見込みがある実人数（名）

- ① いない ② 5 名未満 ③ 5 名以上、10 名未満、 ④ 10 名以上、30 名未満 ⑤ 30 名以上

60. 労災保険適用者で症状固定（治癒）していない理由を選択してください（複数選択可）

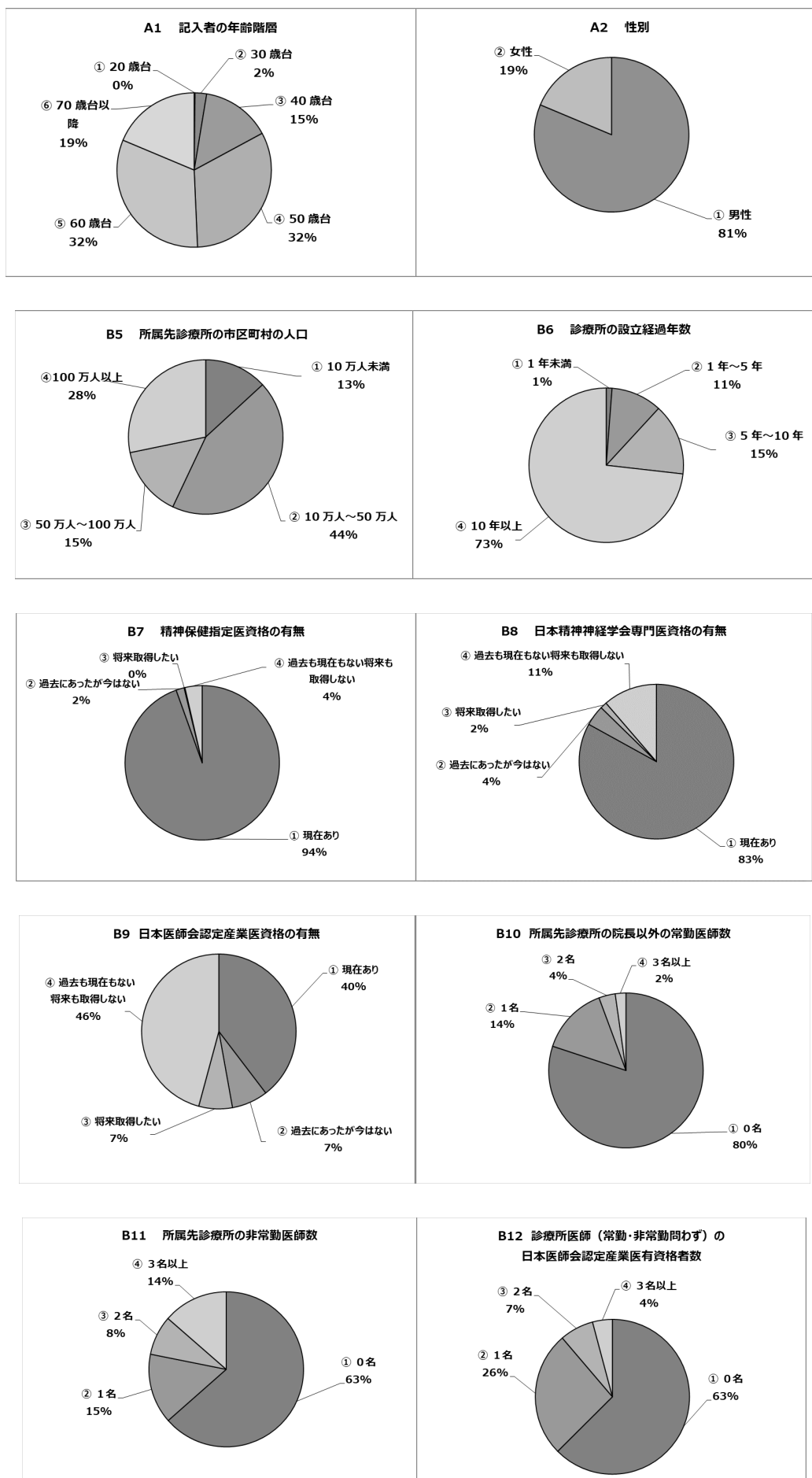
- ① 症状の重症度 ② 本人の復職意欲 ③ 職場の受け入れ・支援体制 ④ 経済的背景 ⑤ 医療側の問題
⑥ その他（具体的に下記にお答えください）

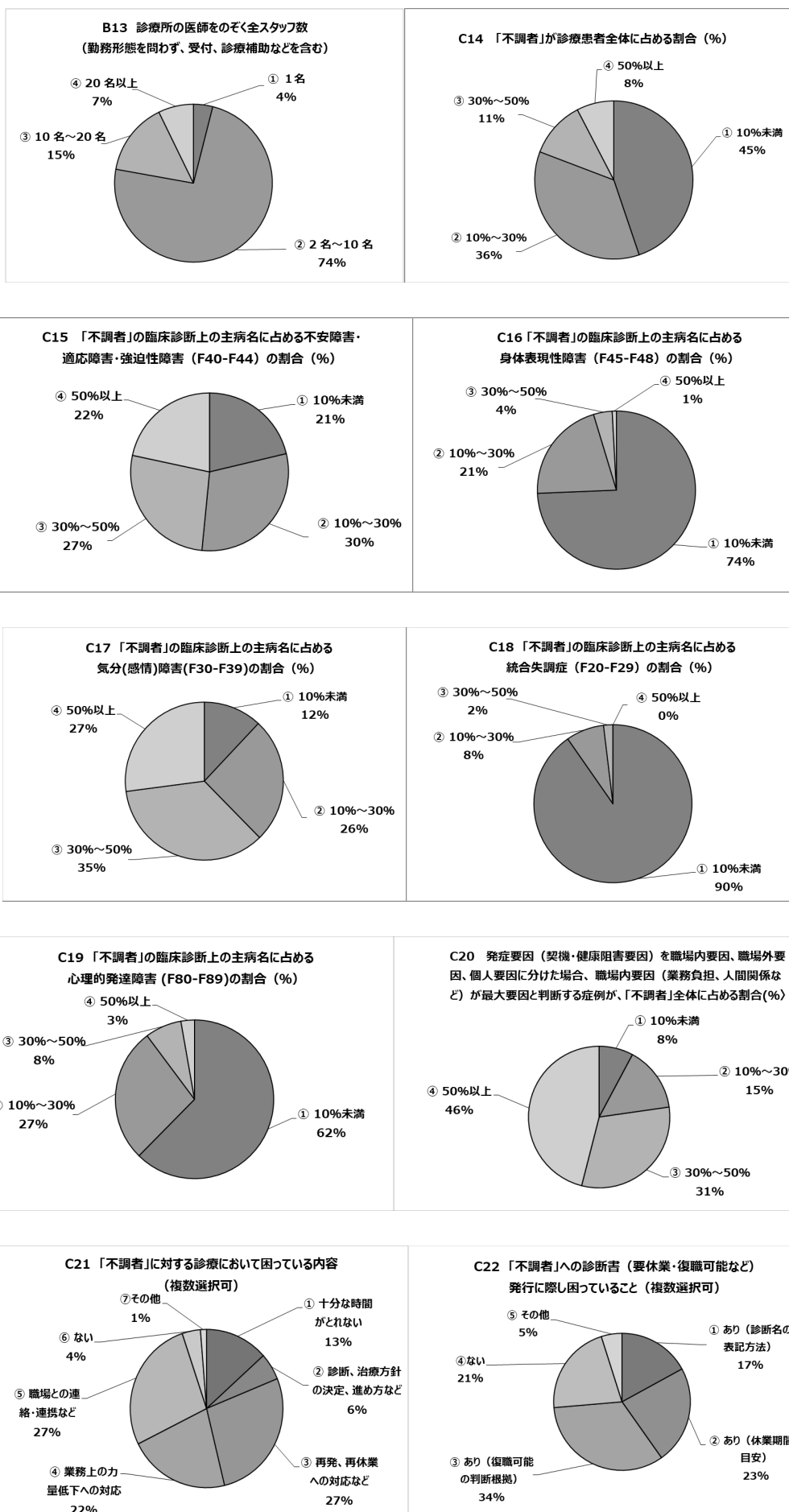
--

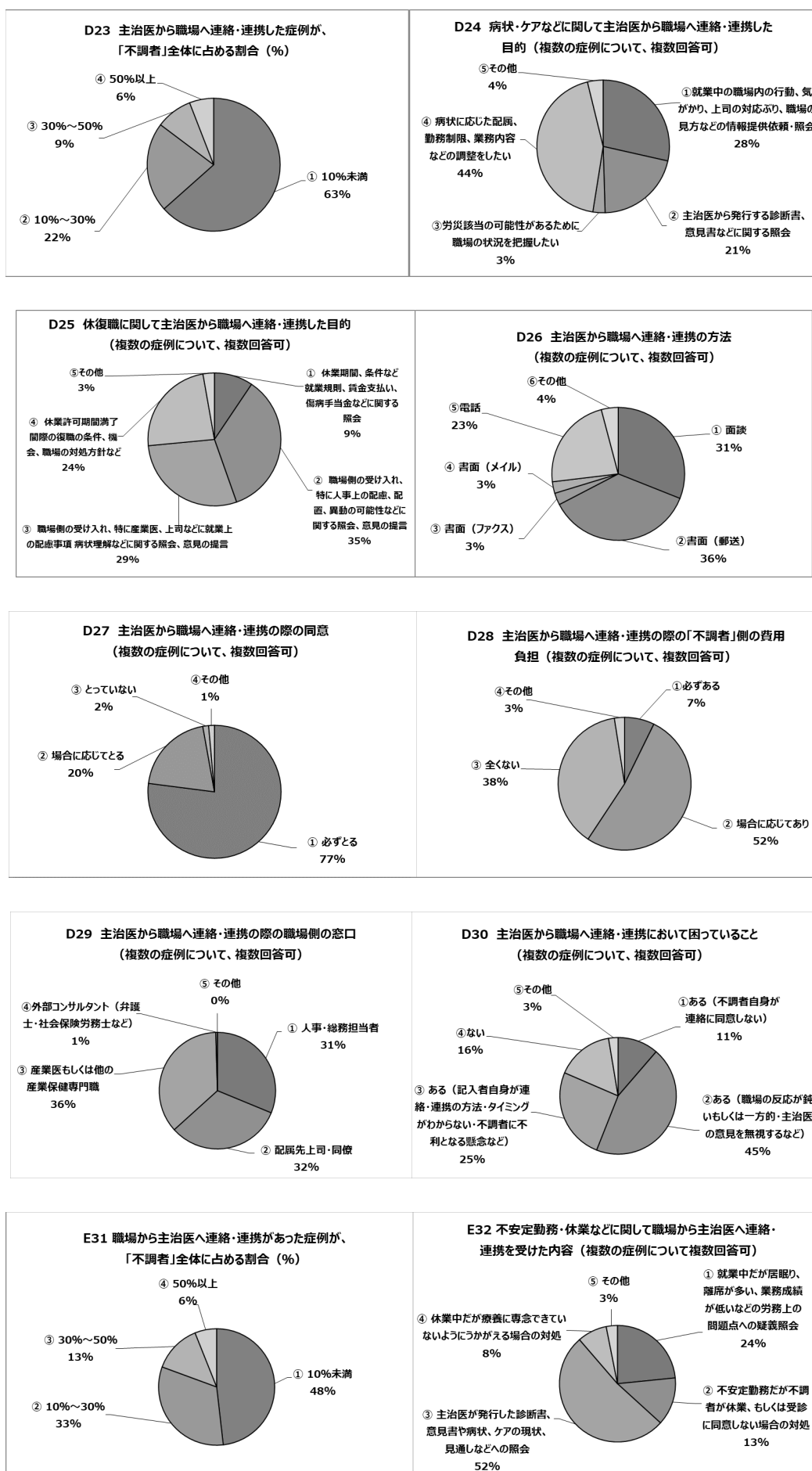
61. 職場のメンタルヘルス問題について、特に強調したい点をご教示ください。

--

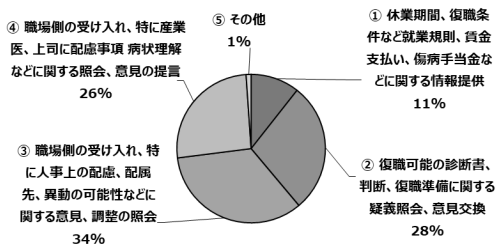
以上です。封筒に入れる前に、全 61 問の回答漏れがないか、ご確認ください。ご協力をありがとうございました。



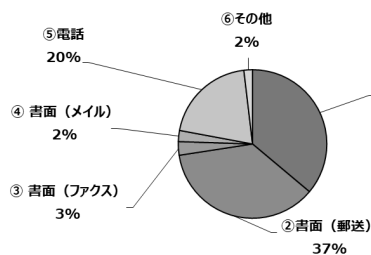




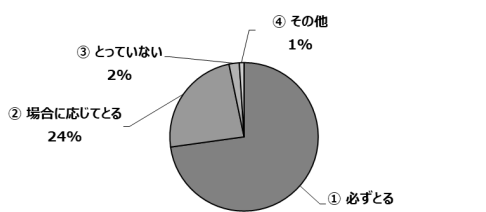
E33 復職準備・復職後に関して、職場から主治医へ連絡・連携を受けた内容（複数の症例について複数回答可）



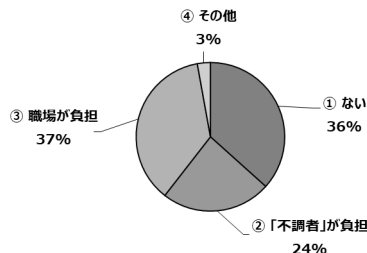
E34 職場から主治医への連絡・連携の方法（複数の症例について、複数回答可）



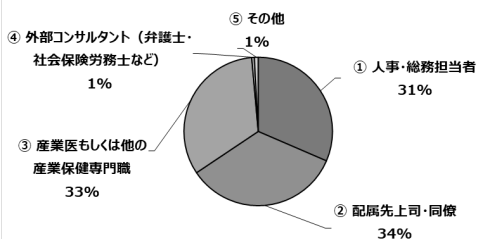
E35 職場から主治医への連絡・連携への応答の際の同意（複数の症例について複数回答可）



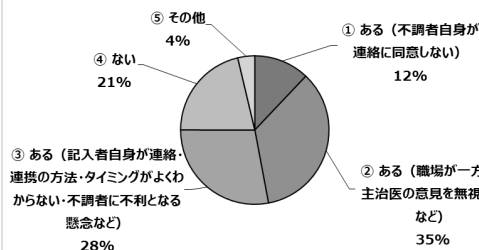
E36 職場から主治医への連絡・連携の際の費用負担（複数の症例について複数回答可）



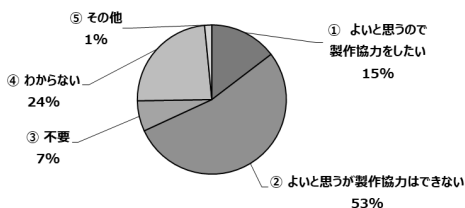
E37 職場から主治医への連絡・連携の際の職場側の窓口（複数の症例について複数回答可）



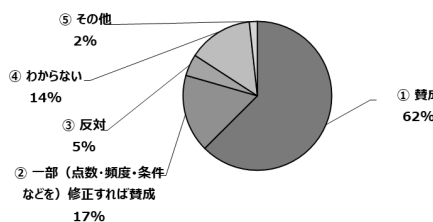
E38 職場から主治医への連絡・連携において困ったこと（複数の症例について、複数回答可）



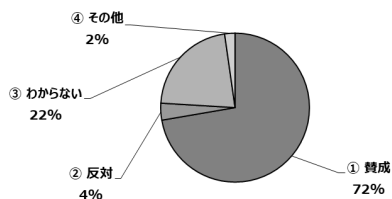
F39 今後、日精診が診断書、意見書などの共通書式、連携モデルや、職場が主治医に相談する際の手続きなどを網羅した連携マニュアルを発行し、主治医、職場双方で活用することは



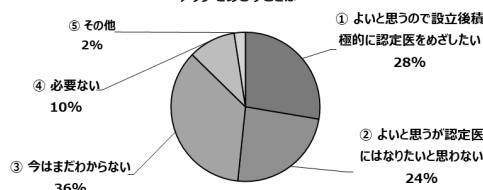
F40 主治医が職場との連携作業に取り組む対価として、社会保険診療請求に加算（例えば、職域調整料：1回30分以上の職場側との面談、連絡などに対して月2回まで、各500点）を厚生労働省に働きかけていくことは

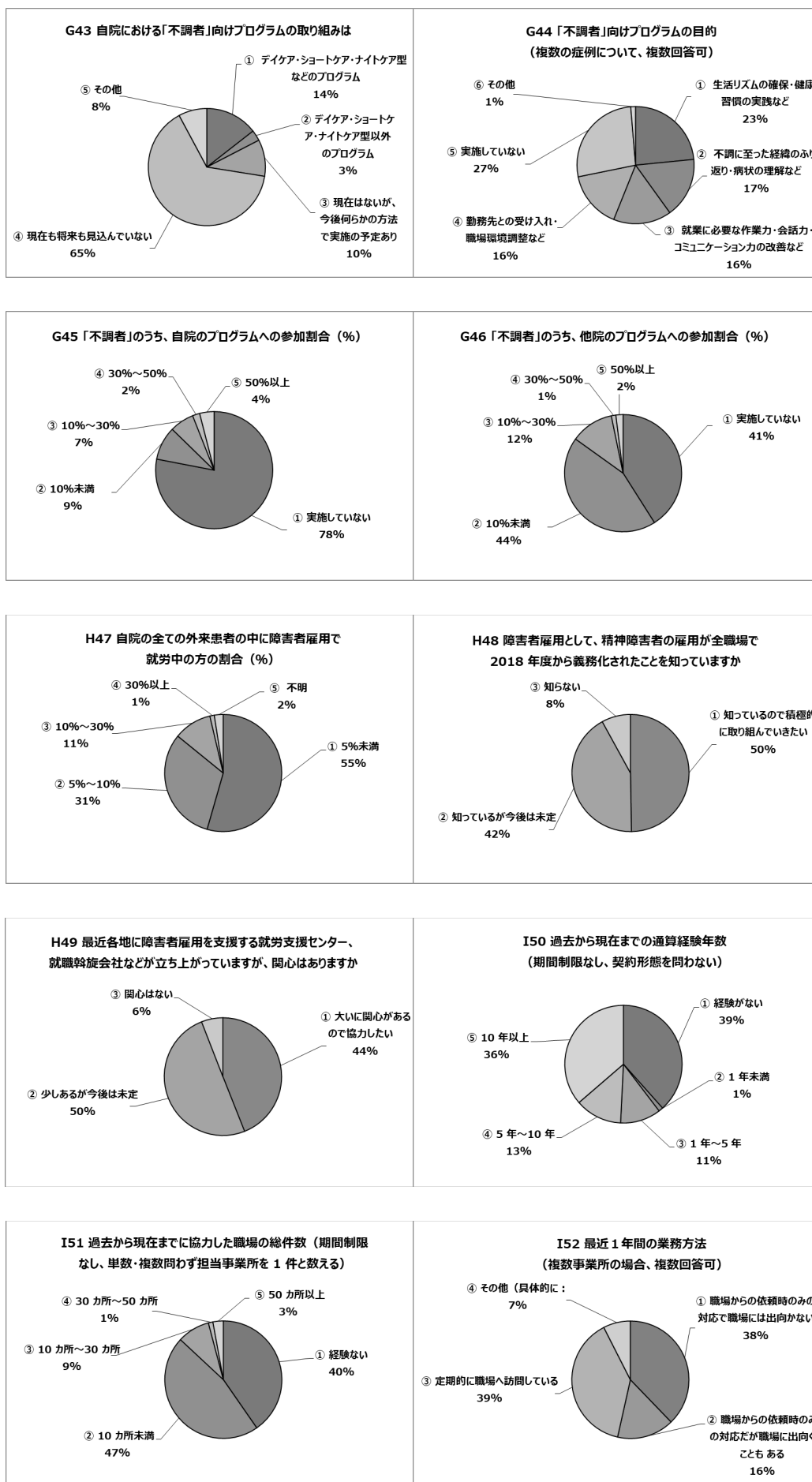


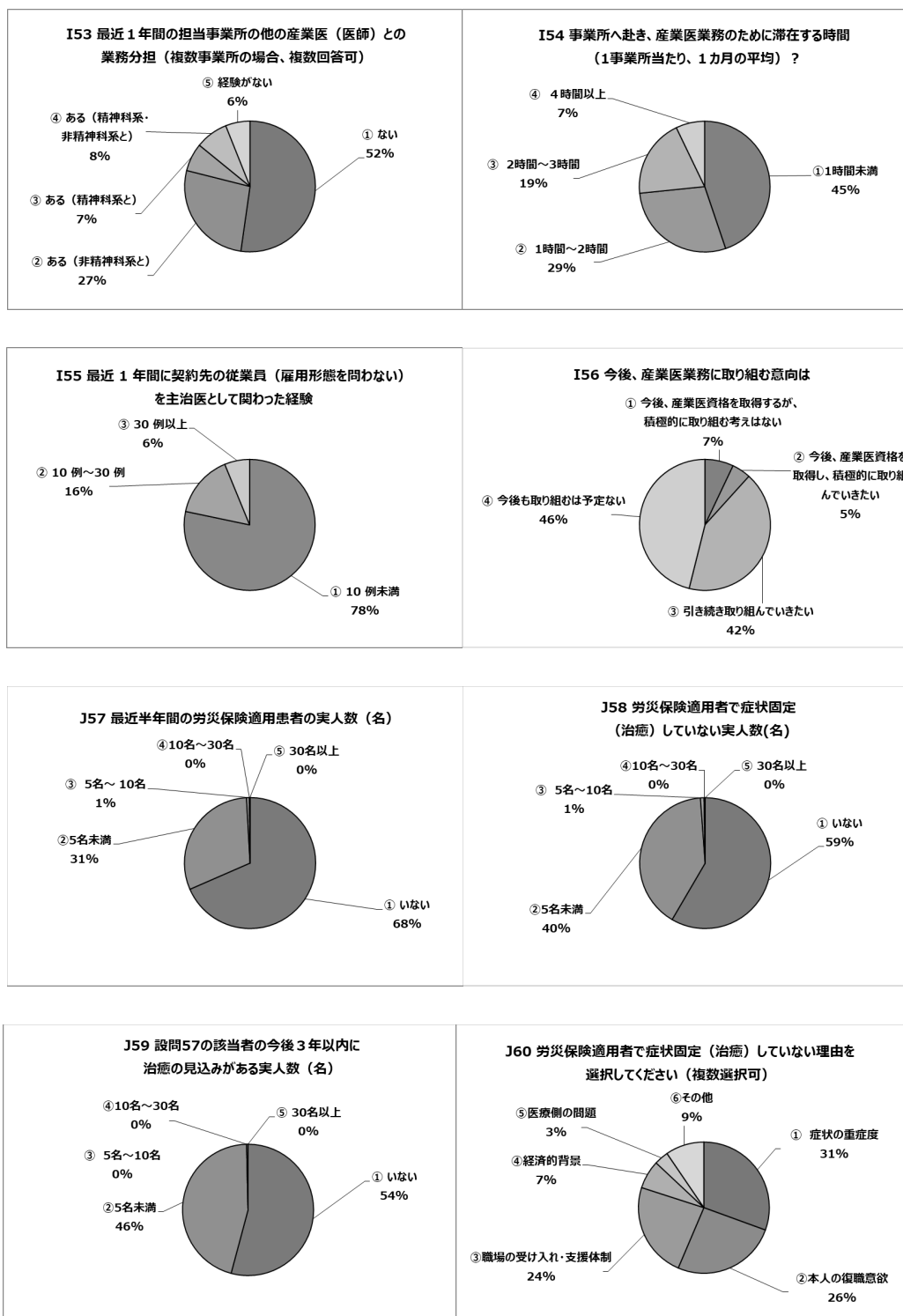
F41 各職場が主治医との連絡・連携に前向きに取り組んでいよう、厚生労働省、労働基準監督署、ハローワークなどが職場に働きかけていくことは



F42 本領域に深い関心を有し、主治医として患者様の心身の回復を図るとともに、職場との調整、連携などを行いながら安定就労を目指して積極的に支援していく医師を「産業メンタルヘルス認定医」として認定、登録、習練していく制度を日精診が立ち上げ、本領域のレベルアップをめざすことは







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 千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学 吉川智博、須藤千尋、
千葉大学子どものこころの発達教育研究センター 沼田法子)

研究要旨：うつ病、うつ状態、適応障害の診断で通院中、就労中の患者 500 名への WEB アンケートにより、発病前の 6 か月以内の職場ストレス（心理的負荷）が 6 割以上の患者に見られ、そのストレス状況は改善されず、現在も続いている患者が 3 割であることが明らかとなった。医師 150 名のアンケートで労災認定された精神疾患の症状固定（治ゆ）の判断は職場ストレスが消失した期間が 6 カ月以上継続していることの評価に 5 割以上、職場ストレスを診察時に問診やアンケートで確認すべきというコンセンサスを 8 割以上の医師からそれぞれ得られた。一方、「うつ不安スコアの医療者登録データベース研究」により、うつ症状 PHQ-9 の有意な改善と不安症状の GAD-7 の改善傾向を個人認知行動療法 1 回 50 分で 12 セッションの経過中に確認でき、その実用性が示唆された。

A. 研究目的

うつ病、神経症性障害等の精神疾患を対象とした治ゆ評価（病態レベル）に基づいた社会復帰に関する調査研究を実施し、就労（復職）の判断要件、精神症状把握のポイントに検討を加え提言を行うために、3つの研究を行うこととした。研究1と2では、うつ病、適応障害等の精神疾患を対象とした治ゆ評価と就労（復職）の判断要件として、発症時の業務による心理的負荷（職場ストレス）や長時間労働が最近 6 か月でどの程度軽減しているかを判定する必要があるため、業務による心理的負荷の時間的な軽減について、通院加療中の患者および医師に対するアンケート調査を実施して、明らかにすることを目的とした。研究3では、「うつ不安スコアの医療者登録データベース研究」の中で、認知行動療法

経過中に、標準である簡便な自己記入式質問紙である Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9)でうつ症状を、Generalized Anxiety Disorder-7(GAD-7)で不安症状の精神症状把握に実用可能かを明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

研究1と2は、厚生労働省の「業務による心理的負荷評価表」を参考に、発症時の職場および私生活での心理的負荷（ストレス）と時間的軽減についてのアンケート調査をうつ病、うつ状態、適応障害により通院加療中の患者には WEB であるいは医師には質問紙で、研究計画書とともに作成し、千葉大学大学院医学研究院の倫理審査委員会の承認後、匿名での同意を得て、実施した。

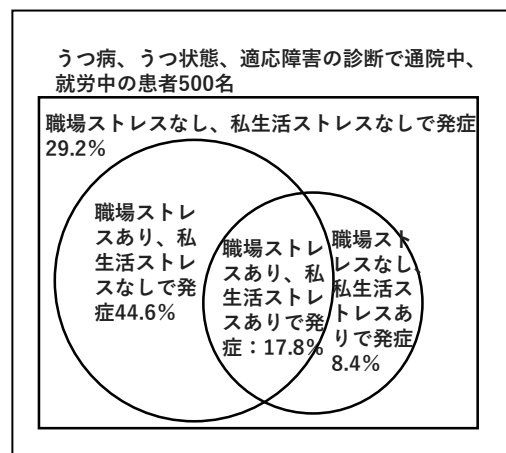
研究3は「うつ不安スコアの医療者登録データベース研究」を患者に研究の実施についての情報を公開し、拒否の機会を保障するオプトアウト方式について、千葉大学倫理審査委員会の承認を得て、千葉大学で個人認知行動療法（毎週1回50分で16回程度）を提供する医療者に、全症例にうつ症状の Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9)と不安症状の Generalized Anxiety Disorder-7(GAD-7)のスコアの登録を依頼した。

C. 研究結果

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

うつ病、うつ状態、あるいは適応障害の診断で通院し、かつ就労中（うち非常勤38.0%）の患者500名（男女各250名、平均年齢45.8歳、22歳～59歳範囲）から職場および私生活での心理的負荷（ストレス）に関するWEBアンケート調査の回答を得た。患者背景は、6カ月以上の通院加療歴が98.6%（うち2年以上の通院加療歴が90.0%）、1か月以上の休職の経験がある人が64.4%（うち2年以上の休職は25.2%）、4週に1回以上の頻度の通院が86.8%であった。患者が自覚した発病前6か月以内の職場のストレスとして（A）時間外労働（週40時間超え）が30.0%に、（B）職場の事件や事故が17.0%に、（C）職場の責任問題が21.4%に、（D）職場の役割変化が40.0%に、（E）職場の人間関係が39.6%の人にあった（複数回答可）。細項目として、頻度の多い一

番目がパワーハラスメントの人間関係の21.2%で、二番目が月100時間以上の時間外労働の19.8%、三番目が業務を一人で担当するようになった役割変化の17.8%であった。一方、発病前の6か月以内の私生活のストレスが26.2%の人にあった。発病前の6か月以内の職場ストレスなし、私生活ストレスなしで発症が29.2%に対し、職場ストレスあり、私生活ストレスなしで発症が44.6%、職場ストレスあり、私生活ストレスありで発症が17.8%、職場ストレスなし、私生活ストレスありで発症が8.4%であった（図1）。職場のストレスの状況は改善されず、通院加療中の現在も続いていると回答した人は30.0%であった。



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

アンケート回答を得た医師150名（男性118名、女性31名、平均年齢53.5歳、20歳代～70歳代範囲、うち、産業医100人、内科認定医41人、精神科専門医1人など）の背景は、臨床経験10年以上が89.2%（うち、20年以

上 72.3% (n=148))、主業務は外来主治医として治療に従事 89.7%で、産業医として職場復帰支援に従事 10.3%(n=145)であった。

質問 A「明確な職場でのストレス（心理的負荷）に伴い、発症した精神疾患（うつ病、適応障害など）が労災認定され、その職場でのストレスがない状態（心理的負荷となるトラブルが解決した状態）が 6 か月以上維持されていれば、労災認定された精神疾患（うつ病、適応障害など）は、症状固定（治ゆ）判定すべきだと思いますか。」については、強くそう思う 8.7%、ややそう思う 48.0%、どちらともいえない 27.3%、ややそう思わない 12.7%、強くそう思わない 3.3%、(n=150)であった。肯定的回答(強くそう思う、ややそう思う)56.7%に対して、否定的回答 16.0%(強くそう思わない、ややそう思わない)となった。

質問 B「労災認定された精神疾患（うつ病、適応障害など）は、「症状固定（治ゆ）」の判断は、『労災の原因となった職場でのストレス（心理的負荷）が消失した期間（心理的負荷となるトラブルが解決した状態）が 6 か月以上続いているかどうか』を唯一の基準にすべきだと思いますか」では、強くそう思う 8.1%、ややそう思う 44.3%、どちらともいえない 27.5%、ややそう思わない 14.1%、強くそう思わない 6.0%、(n=149)であった。肯定的回答(強くそう思う、ややそう思う)52.4%に対して、否定的(強くそう思う、ややそう思う)20.1%となった。

質問 C「労災認定された精神疾患（うつ病、適応障害など）の「症状固定（治ゆ）」の判断は、患者の自覚的症状が消失していなくとも、

『労災の原因となった職場でのストレス（心理的負荷）が消失した期間（心理的負荷となるトラブルが解決した状態）が少なくとも何か月以上続いていれば、症状固定と判断すべき』と思いますか。」では、少なくとも 2 カ月以上 2.0%、少なくとも 3 カ月以上 7.4%、少なくとも 6 カ月以上 34.9%、少なくとも 12 カ月(1 年以上)以上 17.4%、少なくとも 24 カ月(2 年以上)以上 0.7%、少なくとも 36 カ月(3 年以上)以上 0%、期間だけでは決めることができない 34.2%、わからない 3.4%、(n=144)であった。職場ストレス消失 6 カ月以上の継続で症状固定（治ゆ）と判断という回答を合計すると、53.0%であった。

また、研究 1 の患者へのアンケート調査と同様に、患者の発病前 6 か月以内の職場のストレスとして (A) 時間外労働 (週 40 時間超え)、(B) 職場の事件や事故、(C) 職場の責任問題、(D) 職場の役割変化、(E) 職場の人間関係について、いずれも診察時に、問診やアンケートなどで、その有無を確認し、また、次の診察時にその状況が改善されていることを確認すべきと 8 割以上の医師が回答した。

研究 3、うつ症状の Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9) と 不安症状の Generalized Anxiety Disorder-7(GAD-7)の自己記入式質問紙の認知行動療法経過中の実用性調査

「うつ不安スコアの医療者登録データベース研究」を千葉大学で個人認知行動療法（毎週 1 回 50 分で 16 回程度）を提供する医療者が、

うつ不安スコアを登録した症例数：91 例（年齢範囲 14～76 歳：中央値 32 歳）、男性 39 例（42.9%）、女性 52 例（57.1%）のうち、12 セッション以上を実施して終結した 11 例に関して、認知行動療法の介入前後で、PHQ-9 の平均 9.0（標準偏差 5.4）が 6.0（標準偏差 5.8）に有意に改善（ $p=0.01$ ）、GAD-7 の平均 8.7（標準偏差 5.0）が 5.9（標準偏差 5.1）に改善傾向（ $p=0.08$ ）をみた。

D. 考察

研究 1 の結果から、通院中の患者に発症と関連する職場のストレスの有無と改善されたかどうかを問診で確認することは、仕事を原因とした精神疾患の治ゆ評価において重要と考えられた。

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

研究 3 の結果から、うつ症状の Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9)と不安症状の Generalized Anxiety Disorder-7(GAD-7)の自己

記入式質問紙の認知行動療法経過中の実用性が示唆された。

E. 結論

うつ病、うつ状態、適応障害の診断で通院中、就労中の患者の大半に、発病前の 6 か月以内の職場ストレス（心理的負荷）が見られ、そのような職場ストレスを診察時に問診やアンケートで確認すべきというコンセンサスを医師が持っているため、職場ストレス（心理的負荷）の有無とその時間経過による改善の日常的な評価が精神疾患の治ゆ評価と効果的な社会復帰支援において重要と考えられた。また、「うつ不安スコアの医療者登録データベース研究」により、うつ症状 PHQ-9 と不安症状 GAD-7 の経過中の確認の実用性が示唆された。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

山内信隆, 清水栄司, 澁谷孝之, 岡本洋子, 須藤千尋 【精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆの判断に係る臨床研究】うつ病のため長期療養する労働者に対する医学上一般に認められた医療と症状固定時期に関するアンケート調査研究、産業精神保健 2019 (27-3), 194-200.

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

厚生科学研究費補助金（生活安全総合研究事業）
分担研究報告書

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

Q4	うつ病、うつ状態、あるいは適応障害の発病前の６か月以内にあなたがした時間外労働（週４０時間を超える労働時間）について、下記からあてはまるものがあれば、選んでください。（MA）				
				回答数	%
	全体			500	100.0
	1	仕事量が著しく増加して時間外労働も大幅に増える（倍以上に増加し、１か月当たりおおむね１００時間以上となる）などの状況になり、その後の業務に多大な労力を費した（休憩・休日を確保するのが困難なほどの状態となった等を含む）		99	19.8
	2	発病直前の連続した２か月間に、１か月当たりおおむね１２０時間以上の時間外労働を行い、その業務内容が通常その程度の労働時間を要するものであった		47	9.4
	3	発病直前の連続した３か月間に、１か月当たりおおむね１００時間以上の時間外労働を行い、その業務内容が通常その程度の労働時間を要するものであった		50	10.0
	4	２週間（１２日）以上にわたって連続勤務を行い、その間、連日、深夜時間帯に及ぶ時間外労働を行った、あるいは、１か月以上にわたって連続勤務を行った（いずれも、１日あたりの労働時間が特に短い場合、手待時間（いつでも稼働できる態勢で待つ労働時間）が多い等の労働密度が特に低い場合を除く）		45	9.0
	5	上記の選択肢にあてはまるものはない		350	70.0

Q4SQ	Q４での、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害の発病前の６か月以内にあなたがした時間外労働（週４０時間を超える労働時間）について、あてはまるものがあつた場合、医療機関で診療を受けるようになって、その状況は改善され、今はなくなりましたか？（改善され、なくなった場合、現在までにどのくらいなくなった期間が続いていますか？）（SA）				
			回答数	%	全体500人の%
	全体			150	100.0
	1	状況は改善され、なくなって１か月未満である	15	10.0	3.0
	2	状況は改善され、なくなって１か月以上３か月未満である	5	3.3	1.0
	3	状況は改善され、なくなって３か月以上６か月未満である	7	4.7	1.4
	4	状況は改善され、なくなって６か月以上１年未満である	10	6.7	2.0
	5	状況は改善され、なくなって１年以上である	62	41.3	12.4
	6	状況は改善されておらず、今も続いている	51	34.0	10.2

厚生科学研究費補助金（生活安全総合研究事業）
分担研究報告書

Q5	うつ病、うつ状態、あるいは適応障害の発病前の6か月以内にあなたに起こった職場での事件や事故などの具体的な出来事について、下記からあてはまるものがあれば、選んでください。（MA）				
			回答数	%	
	全体		500	100.0	
	1	職場での事故や災害を経験し、2か月以上の入院を要するような重度の病気やケガをした	11	2.2	
	2	職場での悲惨な事故や災害を目撃し、自らの死を予感するような体験をしたり、死亡者を目前にしたりする体験をした	21	4.2	
	3	職場での仕事に関連した重大な人身事故、重大事故を引き起こした	10	2.0	
	4	会社の経営に影響するなどの重大な仕事上のミスをし、事後対応にも当たった	17	3.4	
	5	重大な事故、事件（倒産を招きかねない事態や大幅な業績悪化に繋がる事態、会社の信用を著しく傷つける事態、他人を死亡させ、又は生死に関わるケガを負わせる事態等）の責任（監督責任等）を問われ、事後対応に多大な労力を費した	6	1.2	
	6	会社で起きた事故、事件について、責任を問われ、立場や職責を大きく上回る事後対応を行った（減給、降格等の重いペナルティが課された等を含む）	25	5.0	
	7	会社の経営に影響するなどの特に多額の損失（倒産を招きかねない損失、大幅な業績悪化に繋がる損失等）が生じ、倒産を回避するための金融機関や取引先への対応等の事後対応に多大な労力を費した	11	2.2	
	8	職場で業務に関連し、反対したにもかかわらず、重大な違法行為を執拗に命じられ、やむなくそれに従った、あるいは、業務に関連し、重大な違法行為を命じられ、何度もそれに従った	32	6.4	
	9	上記の選択肢にあてはまるものはない	415	83.0	

Q5SQ	Q5での、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害の発病前の6か月以内にあなたに起こった職場での事件や事故などの具体的な出来事について、あてはまるものがあつた場合、医療機関で診療を受けるようになって、その状況は改善され、今はなくなりましたか？（改善され、なくなった場合、現在までにどのくらいなくなった期間が続いていますか？）（SA）				
			回答数	%	全体500人の%
	全体		85	100.0	17.0
	1	状況は改善され、なくなって1か月未満である	6	7.1	1.2
	2	状況は改善され、なくなって1か月以上3か月未満である	6	7.1	1.2
	3	状況は改善され、なくなって3か月以上6か月未満である	5	5.9	1.0
	4	状況は改善され、なくなって6か月以上1年未満である	7	8.2	1.4
	5	状況は改善され、なくなって1年以上である	33	38.8	6.6
	6	状況は改善されておらず、今も続いている	28	32.9	5.6 全体500人

厚生科学研究費補助金（生活安全総合研究事業）
分担研究報告書

Q6	うつ病、うつ状態、あるいは適応障害の発病前の6か月以内にあなたに起こった職場での責任問題などの具体的な出来事について、下記からあてはまるものがあれば、選んでください。（MA）				
			回答数	%	
	全体		500	100.0	
	1	職場で、客観的に、相当な努力があっても達成困難なノルマが課され、達成できない場合には重いペナルティがあると予告された	52	10.4	
	2	職場で、経営に影響するようなノルマ（達成できなかったことにより倒産を招きかねないもの、大幅な業績悪化につながるもの、会社の信用を著しく傷つけるもの等）が達成できず、そのため、事後対応に多大な労力を費した（懲戒処分、降格、左遷、賠償責任の追及等重いペナルティを課された等を含む）	27	5.4	
	3	経営に重大な影響のある新規事業等（失敗した場合に倒産を招きかねないもの、大幅な業績悪化につながるもの、会社の信用を著しく傷つけるもの、成功した場合に会社の新たな主要事業になるもの等）の担当であって、事業の成否に重大な責任のある立場に就き、当該業務に当たった	16	3.2	
	4	重要な顧客や取引先からのものであるため、通常なら拒むことが明らかな注文（業績の著しい悪化が予想される注文、違法行為を内包する注文等）ではあるが、これを受け、他部門や別の取引先と困難な調整に当たった	26	5.2	
	5	顧客や取引先から重大なクレーム（大口の顧客等の喪失を招きかねないもの、会社の信用を著しく傷つけるもの等）を受け、その解消のために他部門や別の取引先と困難な調整に当たった	31	6.2	
	6	上記の選択肢にあてはまるものはない	393	78.6	

Q6SQ	Q6での、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害の発病前の6か月以内にあなたに起こった職場での責任問題などの具体的な出来事について、あてはまるものがあつた場合、医療機関で診療を受けるようになって、その状況は改善され、今はなくなりましたか？（改善され、なくなった場合、現在までにどのくらいなくなった期間が続いていますか？）（SA）				
			回答数	%	全体500人の%
	全体		107	100.0	21.4
	1	状況は改善され、なくなって1か月未満である	7	6.5	1.4
	2	状況は改善され、なくなって1か月以上3か月未満である	7	6.5	1.4
	3	状況は改善され、なくなって3か月以上6か月未満である	5	4.7	1.0
	4	状況は改善され、なくなって6か月以上1年未満である	7	6.5	1.4
	5	状況は改善され、なくなって1年以上である	41	38.3	8.2
	6	状況は改善されておらず、今も続いている	40	37.4	8.0 全体500人

厚生科学研究費補助金（生活安全総合研究事業）
分担研究報告書

Q7	うつ病、うつ状態、あるいは適応障害の発病前の6か月以内にあなたに起こった職場での役割変化などの具体的な出来事について、下記からあてはまるものがあれば、選んでください。（MA）				
			回答数	%	
	全体			500	100.0
	1	退職を強要された	55	11.0	
	2	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	61	12.2	
	3	配置転換後の地位が、過去の経験からみて異例なほど重い責任が課されるものであった	33	6.6	
	4	左遷された（明らかな降格であって配置転換としては異例なものであり、職場内で孤立した状況になった）	27	5.4	
	5	転勤先は初めて赴任する外国であって現地の職員との会話が不能、治安状況が不安といったような事情から、転勤後の業務遂行に著しい困難を伴った	5	1.0	
	6	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	89	17.8	
	7	上記の選択肢にあてはまるものはない	300	60.0	

Q7SQ	Q7での、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害の発病前の6か月以内にあなたに起こった職場での役割変化などの具体的な出来事について、あてはまるものがあつた場合、医療機関で診療を受けるようになって、その状況は改善され、今はなくなりましたか？（改善され、なくなった場合、現在までにどのくらいなくなった期間が続いていますか？）（SA）				
			回答数	%	全体500人の%
	全体			200	100.0
	1	状況は改善され、なくなって1か月未満である	7	3.5	1.4
	2	状況は改善され、なくなって1か月以上3か月未満である	8	4.0	1.6
	3	状況は改善され、なくなって3か月以上6か月未満である	5	2.5	1.0
	4	状況は改善され、なくなって6か月以上1年未満である	12	6.0	2.4
	5	状況は改善され、なくなって1年以上である	75	37.5	15.0
	6	状況は改善されておらず、今も続いている	93	46.5	18.6 全体500人

厚生科学研究費補助金（生活安全総合研究事業）
分担研究報告書

Q8	うつ病、うつ状態、あるいは適応障害の発病前の6か月以内にあなたに起こった職場での人間関係などの具体的な出来事について、下記からあてはまるものがあれば、選んでください。（MA）				
				回答数	%
	全体			500	100.0
	1	非正規社員であるとの理由等により、仕事上の差別、不利益取扱いの程度が著しく大きく、人格を否定するようなものであって、かつこれが継続した		34	6.8
	2	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）		81	16.2
	3	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（パワーハラスメント）		106	21.2
	4	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）		67	13.4
	5	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）		53	10.6
	6	ひどいセクシャルハラスメントがあった（胸や腰等への身体接触を含むセクシュアルハラスメントであって、継続して行われた、あるいは胸や腰等への身体接触を含むセクシュアルハラスメントであって、行為は継続していないが、会社に相談しても適切な対応がなく、改善されなかった又は会社への相談等の後に職場の人間関係が悪化した、あるいは、身体接触のない性的な発言のみのセクシュアルハラスメントであって、発言の中に人格を否定するようなものを含み、かつ継続してなされた、あるいは、身体接触のない性的な発言のみのセクシュアルハラスメントであって、性的な発言が継続してなされ、かつ会社がセクシュアルハラスメントがあると把握していても適切な対応がなく、改善がなされなかった）		24	4.8
	7	上記の選択肢にあてはまるものはない		302	60.4

Q8SQ	Q8での、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害の発病前の6か月以内にあなたに起こった職場での人間関係などの具体的な出来事について、あてはまるものがあった場合、医療機関で診療を受けるようになって、その状況は改善され、今はなくなりましたか？（改善され、なくなった場合、現在までにどのくらいなくなった期間が続いていますか？）（SA）				
			回答数	%	全体500人の%
	全体		198	100.0	39.6
	1	状況は改善され、なくなって1か月未満である	8	4.0	1.6
	2	状況は改善され、なくなって1か月以上3か月未満である	10	5.1	2.0
	3	状況は改善され、なくなって3か月以上6か月未満である	5	2.5	1.0
	4	状況は改善され、なくなって6か月以上1年未満である	12	6.1	2.4
	5	状況は改善され、なくなって1年以上である	70	35.4	14.0
	6	状況は改善されておらず、今も続いている	93	47.0	18.6 全体500人

厚生科学研究費補助金（生活安全総合研究事業）
分担研究報告書

Q9	うつ病、うつ状態、あるいは適応障害の発病前の6か月以内にあなたに起こった職場と関係ない（業務以外の）私的な出来事について、下記からあてはまるものがあれば、選んでください。（MA）				
				回答数	%
	全体			500	100.0
	1	離婚（又は夫婦が別居）した		34	6.8
	2	自分が（職場と関係なく）重い病気やケガをした又は流産した		38	7.6
	3	配偶者や子供、親又は兄弟が死亡した、または、親族の出来事 配偶者や子供が重い病気やケガをした、または、親類の誰かで世間的にまずいことをした人が出た		46	9.2
	4	（職場と関係なく）多額の財産を損失した又は突然大きな支出があった		41	8.2
	5	（職場と関係なく）天災や火災などにあった又は犯罪に巻き込まれた		13	2.6
	6	上記の選択肢にあてはまるものはない		369	73.8

Q9SQ	Q9での、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害の発病前の6か月以内にあなたに起こった職場と関係ない（業務以外の）私的な出来事について、あてはまるものがあった場合、医療機関で診療を受けるようになって、その状況は改善され、今はなくなりましたか？（改善され、なくなった場合、現在までにどのくらいなくなった期間が続いていますか？）（SA）				
			回答数	%	全体500人の%
	全体			131	100.0
	1	状況は改善され、なくなって1か月未満である	6	4.6	1.2
	2	状況は改善され、なくなって1か月以上3か月未満である	6	4.6	1.2
	3	状況は改善され、なくなって3か月以上6か月未満である	9	6.9	1.8
	4	状況は改善され、なくなって6か月以上1年未満である	3	2.3	0.6
	5	状況は改善され、なくなって1年以上である	36	27.5	7.2
	6	状況は改善されておらず、今も続いている	71	54.2	14.2

全体500人

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

医師の背景情報

年齢

全体		回答数	%
		150	100.0
(1)	20歳代	6	4.0
(2)	30歳代	16	10.7
(3)	40歳代	25	16.7
(4)	50歳代	44	29.3
(5)	60歳代	58	38.7

性別

全体		回答数	%
		150	100.0
(1)	男	118	78.6
(2)	女	31	20.6
(3)	その他	0	0
(4)	無回答	1	0.5

臨床経験

全体		回答数	%
		148	100.0
(1)	5年未満	9	6.1
(2)	5年以上10年未満	7	4.7
(3)	10年以上15年未満	13	8.8
(4)	15年以上20年未満	12	8.1
(5)	20年以上	107	72.3

所有資格（重複回答可）

全体		回答数	%
		179	100.0
(1)	産業医	100	55.8
(2)	内科認定医	41	22.9
(3)	精神科専門医	1	0.5
(4)	労働衛生コンサルタント	1	0.5
(5)	そのほか	36	20.1

日頃の主業務

	回答数	%
--	-----	---

全体		145	100.0
(1)	産業医として職場復帰支援に従事	15	10.3
(2)	外来主治医として治療に従事	130	89.7

質問 A

労災保険における「治ゆ」とは、身体の諸器官・組織が健康時の状態に完全に回復した状態のみをいうものではなく、傷病の症状が安定し、医学上一般に認められた医療を行ってもその医療効果が期待できなくなった状態（「症状固定」の状態）を指しています。「治ゆ」の判断は、患者の自覚的症状が消失していない場合には、医師として、その判断を行うことが困難な場合が少なくないと思われます。

DSM-5 における「適応障害」の診断基準には、（１）明確なストレス要因があり３か月以内に症状があらわれている、（２）著しい苦痛で毎日の生活に支障がある、（３）他の精神疾患ではない、に加え、（４）ストレスの原因がなくなると改善し、６か月以内によくなっているというものがあります。

明確な職場でのストレス（心理的負荷）に伴い、発症した精神疾患（うつ病、適応障害など）が、労災認定されますが、その職場でのストレスがない状態（心理的負荷となるトラブルが解決した状態）が６か月以上維持されていれば、労災認定された精神疾患（うつ病、適応障害など）は、「症状固定（治癒）」判定すべきだと思いますか。

		回答数	%
全体		150	100.0
(1)	強くそう思う	13	8.7
(2)	ややそう思う	72	48.0
(3)	どちらともいえない	41	27.3
(4)	ややそう思わない	19	12.7
(5)	強くそう思わない	5	3.3

質問 B

労災認定された精神疾患（うつ病、適応障害など）は、「症状固定（治癒）」の判断は、『労災の原因となった職場でのストレス（心理的負荷）が消失した期間（心理的負荷となるトラブルが解決した状態）が６か月以上続いているかどうか』を唯一の基準にすべきだと思いますか。すなわち、『労災の原因となった職場でのストレス（心理的負荷）が消失した期間が６か月以上続いていれば、症状固定と判断すべき』と思いますか。（逆に、『労災の原因となった職場でのストレス（心理的負荷）が消失した期間が６か月以上続いていなければ、症状固定と判断すべき』ではないと思いますか）。

		回答数	%
全体		149	100.0
(1)	強くそう思う	12	8.1
(2)	ややそう思う	66	44.3
(3)	どちらともいえない	41	27.5
(4)	ややそう思わない	21	14.1
(5)	強くそう思わない	9	6.0

質問 C

労災認定された精神疾患（うつ病、適応障害など）の「症状固定（治癒）」の判断は、

厚生科学研究費補助金（生活安全総合研究事業）
分担研究報告書

患者の自覚的症状が消失していなくとも、『労災の原因となった職場でのストレス（心理的負荷）が消失した期間（心理的負荷となるトラブルが解決した状態）が少なくとも何か月以上続いていれば、症状固定と判断すべき』と思いますか。

全体		回答数	%
		149	100.0
(1)	少なくとも2カ月以上	3	2.0
(2)	少なくとも3カ月以上	11	7.4
(3)	少なくとも6カ月以上	52	34.9
(4)	少なくとも12か月（1年）以上	26	17.4
(5)	少なくとも24か月（2年）以上	1	0.7
(6)	少なくとも36か月（3年）以上	0	0
(7)	期間だけでは決めることができない	51	34.2
(8)	わからない	5	3.4

質問6 あなたが患者を診察する時に、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害を発病する6か月前の、下記のような時間外労働（週40時間を超える労働時間）について、問診やアンケートなどで、その有無を確認すべきだと思いますか？また、実際に確認していますか？

①仕事量が著しく増加して時間外労働も大幅に増える（倍以上に増加し、1月当たりおおむね100時間以上となる）などの状況になり、その後の業務に多大な労力を費した（休憩・休日を確保するのが困難なほどの状態となった等を含む）

②発病直前の連続した2か月間に、1月当たりおおむね120時間以上の時間外労働を行い、その業務内容が通常その程度の労働時間を要するものであった

③発病直前の連続した3か月間に、1月当たりおおむね100時間以上の時間外労働を行い、その業務内容が通常その程度の労働時間を要するものであった

④2週間（12日）以上にわたって連続勤務を行い、その間、連日、深夜時間帯に及ぶ時間外労働を行った、あるいは、1か月以上にわたって連続勤務を行った（いずれも、1日あたりの労働時間が特に短い場合、手待ち時間が多い等の労働密度が特に低い場合を除く）

産業医として確認すべきと思う99.2%、確認すべきと思わない0.7%、外来主治医として確認すべきと思う87.4%、確認すべきと思わない12.6%となった。産業医としていつも確認している50.0%、時々確認している39.2%、確認することはまれである8.3%、確認することは全くない2.3%、外来主治医としていつも確認している22.8%、時々確認している47.6%、確認することはまれである17.1%、確認することは全くない12.3%となった。

質問6—(B) 質問6での、あなたが診察した患者が、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害を発病する6か月前の、時間外労働（週40時間を超える労働時間）について、上記にあてはまるものがあつた場合、その職場での状況が改善されていることを、次の診察時に確認すべきだと思いますか？ また、実際に確認していますか？

産業医として確認すべきと思う98.4%、確認すべきと思わない1.5%、外来主治医として確認すべきと思う87.8%、確認すべきと思わない12.1%となった。産業医としていつも確認している50.0%、時々確認している36.8%、確認することはまれである11.8%、確認することは全くない1.3%、外来主治医としていつも確認している29.0%、時々確認している48.0%、確認することはまれである13.0%、確認することは全くない10.0%となった。

質問7 あなたが患者を診察する時に、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害を発病する6か月前の、下記のような、職場での事故や事件などの具体的な出来事について、問診やアンケートなどで、その有無を確

認すべきだと思いますか？また、実際に確認していますか？

①職場での事故や災害を経験し、2か月以上の入院を要するような重度の病気やケガをした

②職場での悲惨な事故や災害を目撃し、自らの死を予感するような体験をしたり、死亡者を目前にした
りする体験をした。

③職場での仕事に関連した重大な人身事故、重大事故を引き起こした

④会社の経営に影響するなどの重大な仕事上のミスをし、事後対応にも当たった

⑤重大な事故、事件（倒産を招きかねない事態や大幅な業績悪化に繋がる事態、会
社の信用を著しく傷つける事態、他人を死亡させ、又は生死に関わるケガを負わせ
る事態等）の責任（監督責任等）を問われ、事後対応に多大な労力を費した

⑥会社で起きた事故、事件について、責任を問われ、立場や職責を大きく上回る事後対応を行った（減
給、降格等の重いペナルティが課された等を含む）

⑦会社の経営に影響するなどの特に多額の損失（倒産を招きかねない損失、大幅な業績悪化に繋がる損
失等）が生じ、倒産を回避するための金融機関や取引先への対応等の事後対応に多大な労力を費した

⑧職場で業務に関連し、反対したにもかかわらず、重大な違法行為を執拗に命じられ、やむなくそれに
従った、あるいは、業務に関連し、重大な違法行為を命じられ、何度もそれに従った

産業医として確認すべきと思う 99.2%、確認すべきと思わない 0.7%、外来主治医として確認すべきと思
う 85.2%、確認すべきと思わない 14.7%となった。産業医としていつも確認している 47.4%、時々確認して
いる 37.1%、確認することはまれである 12.8%、確認することは全くない 2.5%、外来主治医としていつも
確認している 28.8%、時々確認している 43.3%、確認することはまれである 15.4%、確認することは全くな
い 12.3%となった。

質問 7—（B）、質問 7 での、あなたが診察した患者が、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害を発病す
る6か月前の、職場での事故や事件などの具体的な出来事について、上記にあてはまるものがあった場合、
その職場での状況が改善されていることを、次の診察時に確認すべきだと思いますか？ また、実際に確認し
ていますか？

産業医として確認すべきと思う 97.5%、確認すべきと思わない 2.4%、外来主治医として確認すべきと思
う 88.0%、確認すべきと思わない 11.9%となった。産業医としていつも確認している 46.6%、時々確認して
いる 40.0%、確認することはまれである 13.3%、確認することは全くない 0%、外来主治医としていつも確
認している 29.1%、時々確認している 46.8%、確認することはまれである 11.4%、確認することは全くない
12.5%となった。

質問 8 あなたが患者を診察する時に、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害を発病する6か月前の、下記
のような、職場での責任問題などの具体的な出来事について、問診やアンケートなどで、その有無を確認
すべきだと思いますか？また、実際に確認していますか？

①職場で、客観的に、相当な努力があっても達成困難なノルマが課され、達成でき
ない場合には重いペナルティがあると予告された

②職場で、経営に影響するようなノルマ（達成できなかったことにより倒産を招
きかねないもの、大幅な業績悪化につながるもの、会社の信用を著しく傷つけるもの等）が達成できず、
そのため、事後対応に多大な労力を費した（懲戒処分、降格、左遷、賠償責任の追及等重いペナルティを
課された等を含む）

③経営に重大な影響のある新規事業等（失敗した場合に倒産を招きかねないもの、

大幅な業績悪化につながるもの、会社の信用を著しく傷つけるもの、成功した場合に会社の新たな主要事業になるもの等）の担当であって、事業の成否に重大な責任のある立場に就き、当該業務に当たった

④重要な顧客や取引先からのものであるため、通常なら拒むことが明らかな注文（業績の著しい悪化が予想される注文、違法行為を内包する注文等）ではあるが、これを受け、他部門や別の取引先と困難な調整に当たった

⑤顧客や取引先から重大なクレーム（大口の顧客等の喪失を招きかねないもの、会社の信用を著しく傷つけるもの等）を受け、その解消のために他部門や別の取引先と困難な調整に当たった

産業医として確認すべきと思う 95.9%、確認すべきと思わない 4.0%、外来主治医として確認すべきと思う 77.3%、確認すべきと思わない 22.6%となった。産業医としていつも確認している 29.3%、時々確認している 45.3%、確認することはまれである 17.3%、確認することは全くない 8.0%、外来主治医としていつも確認している 20.0%、時々確認している 41.0%、確認することはまれである 22.1%、確認することは全くない 16.8%となった。

質問 8—(B) 質問 8 での、あなたが診察した患者が、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害を発病する 6 か月前の、職場での責任問題などの具体的な出来事について、上記にあてはまるものがあつた場合、その職場での状況が改善されていることを、次の診察時に確認すべきだと思いますか？ また、実際に確認していますか？

産業医として確認すべきと思う 96.6%、確認すべきと思わない 3.3%、外来主治医として確認すべきと思う 80.6%、確認すべきと思わない 19.3%となった。産業医としていつも確認している 34.2%、時々確認している 40.7%、確認することはまれである 22.3%、確認することは全くない 2.6%、外来主治医としていつも確認している 20.0%、時々確認している 46.0%、確認することはまれである 12.0%、確認することは全くない 13.0%となった。

質問 9 あなたが患者を診察する時に、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害を発病する 6 か月前の、下記のような、職場での役割変化などの具体的な出来事について、問診やアンケートなどで、その有無を確認すべきだと思いますか？ また、実際に確認していますか？

①退職を強要された

②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

③配置転換後の地位が、過去の経験からみて異例なほど重い責任が課されるものであつた

④左遷された（明らかな降格であつて配置転換としては異例なものであり、職場内で孤立した状況になった）

⑤転勤先は初めて赴任する外国であつて現地の職員との会話が不能、治安状況が不安といったような事情から、転勤後の業務遂行に著しい困難を伴った

⑥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況となった

産業医として確認すべきと思う 97.5%、確認すべきと思わない 2.4%、外来主治医として確認すべきと思う 85.4%、確認すべきと思わない 14.5%となった。産業医としていつも確認している 39.1%、時々確認している 37.8%、確認することはまれである 21.6%、確認することは全くない 1.3%、外来主治医としていつも確認している 21.2%、時々確認している 46.8%、確認することはまれである 17.0%、確認することは全くない

い14.89%となった。

質問9—(B) 質問9での、あなたが診察した患者が、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害を発病する6か月前の、職場での役割変化などの具体的な出来事について、上記にあてはまるものがあつた場合、その職場での状況が改善されていることを、次の診察時に確認すべきだと思いますか？ また、実際に確認していますか？

産業医として確認すべきと思う99.17%、確認すべきと思わない0.8%、外来主治医として確認すべきと思う85.5%、確認すべきと思わない14.4%となった。産業医としていつも確認している36.8%、時々確認している42.1%、確認することはまれである18.4%、確認することは全くない2.6%、外来主治医としていつも確認している23.0%、時々確認している48.3%、確認することはまれである15.3%、確認することは全くない13.1%となった。

質問10あなたが患者を診察する時に、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害を発病する6か月前の、下記のような、職場での人間関係などの具体的な出来事について、問診やアンケートなどで、その有無を確認すべきだと思いますか？また、実際に確認していますか？

①非正規社員であるとの理由等により、仕事上の差別、不利益取扱いの程度が著しく大きく、人格を否定するようなものであつて、かつこれが継続した

②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）

③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（パワーハラスメント）

④上司とのひどいトラブルがあつた（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）

⑤同僚や部下とのひどいトラブルがあつた（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）

⑥ひどいセクシャルハラスメントがあつた（胸や腰等への身体接触を含むセクシュアルハラスメントであつて、継続して行われた、あるいは 胸や腰等への身体接触を含むセクシュアルハラスメントであつて、行為は継続していないが、会社に相談しても適切な対応がなく、改善されなかった又は会社への相談等の後に職場の人間関係が悪化した、あるいは、身体接触のない性的な発言のみのセクシュアルハラスメントであつて、発言の中に人格を否定するようなものを含み、かつ継続してなされた、あるいは、身体接触のない性的な発言のみのセクシュアルハラスメントであつて、性的な発言が継続してなされ、かつ会社がセクシュアルハラスメントがあると把握していても適切な対応がなく、改善がなされなかった）

産業医として確認すべきと思う98.3%、確認すべきと思わない1.6%、外来主治医として確認すべきと思う82.9%、確認すべきと思わない17.0%となった。産業医としていつも確認している32.4%、時々確認している44.5%、確認することはまれである17.5%、確認することは全くない5.4%、外来主治医としていつも確認している20.2%、時々確認している45.7%、確認することはまれである20.2%、確認することは全くない13.8%となった。

質問10—(B) 質問10での、あなたが診察した患者が、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害を発病する6か月前の、職場での人間関係などの具体的な出来事について、上記にあてはまるものがあつた場合、その職場での状況が改善されていることを、次の診察時に確認すべきだと思いますか？ また、実際に確認していますか？

産業医として確認すべきと思う97.4%、確認すべきと思わない2.5%、外来主治医として確認すべきと思

う 85.2%、確認すべきと思わない 14.7%となった。産業医としていつも確認している 35.5%、時々確認している 43.4%、確認することはまれである 15.7%、確認することは全くない 5.2%、外来主治医としていつも確認している 22.3%、時々確認している 43.6%、確認することはまれである 20.2%、確認することは全くない 13.8%となった。

質問 1 1 あなたが患者を診察する時に、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害を発病する6か月前の、下記のような、職場と関係ない（業務以外の）私的な出来事について、問診やアンケートなどで、その有無を確認すべきだと思いますか？また、実際に確認していますか？

①離婚（又は夫婦が別居）した

②自分が（職場と関係なく）重い病気やケガをした又は流産した

③配偶者や子供、親又は兄弟が死亡した、または、親族の出来事 配偶者や子供が重い病気やケガをした、または、親類の誰かで世間的にまずいことをした人が出た

④（職場と関係なく）多額の財産を損失した又は突然大きな支出があった

⑤（職場と関係なく）天災や火災などにあった又は犯罪に巻き込まれた

産業医として確認すべきと思う 88.2%、確認すべきと思わない 11.7%、外来主治医として確認すべきと思う 83.1%、確認すべきと思わない 16.8%となった。産業医としていつも確認している 22.6%、時々確認している 49.3%、確認することはまれである 24.0%、確認することは全くない 4.0%、外来主治医としていつも確認している 16.6%、時々確認している 51.1%、確認することはまれである 20.0%、確認することは全くない 12.2%となった。

質問 1 1 — (B) 質問 1 1 での、あなたが診察した患者が、うつ病、うつ状態、あるいは適応障害を発病する 6 か月前の、職場と関係ない（業務以外の）私的な出来事について、上記にあてはまるものがあつた場合、その状況が改善されていることを、次の診察時に確認すべきだと思いますか？ また、実際に確認していますか？

産業医として確認すべきと思う 86.9%、確認すべきと思わない 13.0%、外来主治医として確認すべきと思う 81.2%、確認すべきと思わない 18.7%となった。産業医としていつも確認している 22.6%、時々確認している 52.0%、確認することはまれである 20.0%、確認することは全くない 5.3%、外来主治医としていつも確認している 15.9%、時々確認している 46.8%、確認することはまれである 24.4%、確認することは全くない 12.7%となった。

以上

令和元年度 厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金
仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する
治療と並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究

リワークプログラムに対する企業人事労務担当者の意識調査

研究分担者：五十嵐良雄（一般社団法人東京リワーク研究所、医療法人社団雄仁会）

研究協力者：大木洋子（一般社団法人東京リワーク研究所）

宮島大（一般社団法人東京リワーク研究所）

要旨：企業人事労務担当者に対し、医療機関で行われるリワークプログラムに対する意識調査、及び、リワークプログラム実施医療機関に対し、労災保険適用利用者の実態調査を実施した。調査は、人事労務担当者 1000 人を対象とするインターネット調査、及び、リワークプログラム実施医療機関 140 施設に対する郵送による質問紙調査の 2 つの調査を行った。

人事労務担当者に対する医療機関で行われるリワークプログラムの認知度は 57.5%であった。精神疾患の労災申請を経験した人事労務担当者からの回答では、その事業場においてリワークプログラムを利用した社員がいると答えた割合は 42.8%であった。労災認定され休職している従業員の復職支援に望むことは、「長期間の休業を回避すべく前向きに取り組むプログラムにして欲しい」が 31.6%と最も多く、リワークプログラムにおいて必要と思われる情報や評価は、「症状の回復程度」が 65.4%と最も多かった。復職に対する本人の考え方については、「業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか」が 79.3%と最も多く、「会社への陰性感情（嫌悪、怒り、憎しみ、不信感など）がどの程度あるか」の 47.3%を大きく上回っていた。一方、リワークプログラム実施医療機関において、2019 年 4 月 1 日から 2019 年 9 月 30 日までの半年間に、労災保険が適用される労働者のリワークプログラムの利用は 5 施設（3.6%）と少数にとどまり、当該期間における平均利用人数は 1.4 人（SD0.9）であった。人事労務担当者からみると、医療機関で実施されるリワークプログラムの認知度はある程度確認されたものの、利用者の実績が少数であり、精神疾患による労災認定の休職者のリワークプログラムの利用に繋げるためには、人事労務担当者に対しての更なる普及啓発活動が今後必要であると考えられた。

A.研究目的

企業人事労務担当者に対し、医療機関で行われるリワークプログラムに対する意識調査、及び、リワークプログラム実施医療機関に対し、労災保険適用利用者の実態調査を実施した。

B.方法

本調査は、企業の人事労務担当者を対象としたインターネット調査とリワークプログラ

ムを実施する医療機関に対する郵送による質問紙調査の 2 構成で実施した。

人事労務担当者調査

対象は、リサーチ会社に登録されたアンケートモニターにおいて、全国の事業所における 20～65 歳の人事労務担当者 1000 人である。回答者の事業場における、精神疾患による労災認定を受けた休職者のリワークプログラムの利用状況等を、インターネット上でア

ンケート調査を実施し回答を得た。

リワークプログラム実施医療機関調査

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

C.結果

人事労務担当者対象

全国の事業場における人事労務担当者 1000 人に対し、調査を実施した。対象者の基本属性は、705 人 (70.5%) が男性であり、平均年齢は 41.1 歳 (SD10.1) であった。「休職中の従業員に対して復職支援（リワーク）をする治療プログラムが全国の医療機関で行われています。精神疾患により労災認定され、会社を休職している従業員におきましてもこのプログラムを受けることにより、スムーズな復職を果たすことが期待されるプログラムです」と説明をした上で、下記の 6 つの質問をして回答を得た。

設問 1.リワークプログラムの認知度

「このような復職支援（リワーク）治療プログラムについて、ご存知でしたか」に対する回答を表 1-3 に示す。「よく知っている」が 18.5%、「聞いたことがある」が 39.0%、「聞いたこともない」が 42.5%であり、リワークプログラムは 57.5%の人事労務担当者に認知されていることが確認された。

設問 2.リワークプログラムを利用した社員

対象者の中から、精神疾患の労災申請を経験した対象者 145 人 (14.5%) に限定し、「このような復職支援（リワーク）治療プログラムを利用した社員はいますか」との設問に対する回答を表 4-6 に示す。42.8%の対象者が「利用した社員がいる」と回答した。

設問 3.リワークプログラムの利用人数

設問 2 の回答者に対し、そのリワークプログラムを利用した社員の人数の回答結果を表 7-8 に示す。その結果、平均 4.4 人 (SD12.7) であった。

設問 4.労災認定され休職している従業員の復職支援に望むこと

「労災認定され休職している従業員の復職支援（リワーク）医療機関、治療プログラムにしどのようなことを望みますか。（複数回答）」の回答を表 9-11 に示す。多い回答の順に、「長期間の休業を回避するべく前向きに取り組むプログラムにしてほしい」が 31.6%、「特に希望はない」が 31.2%、「労災認定となったことに対する本人の会社に対する考えを知りたい」が 30.5%、「復職に関して会社と連携を取ってほしい」が 27.2%、「今後の参考とするため、内容がわかるパンフレットが欲しい」が 25.6%、「その他」が 0.5%であった。「その他」の回答として、「地域や医療機関によってプログラムの内容・質・量が違うので一定の方向性を統一して欲しい」といった「統一」に関する要望が複数見られた。

設問 5.リワークプログラムにおける復職のための準備状況の確認

「人事労務担当者の立場から考えたとき、精神疾患で労災認定を受け休職中の従業員の復職支援プログラムにおいて情報の収集及び評価が必要だと考える内容を以下からそれぞれ選んでください（複数回答）」のうち、「復職のための準備状況の確認」の回答を表 12-14 に示す。多い回答の順に、「症状の回復程度」が 65.4%、「就労継続できる体力の有無」が 53.3%、「精神の安定性」が 50.2%、「対人関係のレベル」が 45.3%、「生活リズムの回復の程度」が 41.3%、「その他」が 0.8%であった。「その他」の回答として、「周囲（他の従業員）の考え方・対応の仕

方」や「考え方や受け止め方の矯正」などがあった。

設問6.復職に対する本人の考え方

「人事労務担当者の立場から考えたとき、精神疾患で労災認定を受け休職中の従業員の復職支援プログラムにおいて情報の収集及び評価が必要だと考える内容を以下からそれぞれ選んでください。(複数回答)」のうち、

「復職に対する本人の考え方」の回答を表15-17に示す。多い回答の順に、「業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか」が79.3%、「会社への陰性感情（嫌悪、怒り、憎しみ、不信感など）がどの程度あるか」が47.3%、「その他」が1.1%であった。

「その他」の回答として、「基本的に完治はないとされているので、寛解を保つために頑張りすぎない・自身の状態を意識・管理することができるかどうか」や「何を不安に感じているか」、「同じメンバーで働くことができるのか」という回答が見られた。

リワークプログラム実施医療機関調査

日本うつ病リワーク協会会員施設212施設を対象とした郵送による質問紙調査を2019年10月に実施した。140施設から回答を得、回収率は66.0%であった。140施設の内訳は、48.6%が病院であり、51.4%が診療所であった。

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

D.考察

人事労務担当者調査

本調査では、企業の人事労務担当者を対象に調査を実施した。医療機関におけるリワー

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

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

復職のための準備状況の確認するためにアセスメントが必要な情報に関する質問では、どの年代別でも「症状の回復程度」の評価が必要という割合が最も多かった(20代70.6%、30代69.3%、40代66.7%、50代61.3%、60代63.8%)ことから、人事労務担当者の目線から、「症状の回復程度」は長期休業解消に直結する大変重要な項目と位置づけされていることが示唆された。また、「生活リズムの回復の程度」の評価が必要という割合が全体で41.3%と最も少なかったことから、「生活リズムの回復の程度」は復職するためにはできていて当然の事項として解釈されている可能性があることが示唆された。

また、人事労務担当者の立場から考えたとき、精神疾患で労災認定を受け休職中の従業員のリワークプログラムにおいて、情報の収集及び評価が必要であるとする本人の復職に関する考え方について、「業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか」が「会社への陰性感情（嫌悪、怒り、憎しみ、不信感

など) がどの程度あるか」を大きく上回っていた。これは、「業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか」を“どれだけプラスの要素を持っているか”、「会社への陰性感情(嫌悪、怒り、憎しみ、不信感など) がどの程度あるか」を“どれだけマイナス要素が軽減されているか”と解釈した場合、人事労務担当者の多くは、“マイナスをどれだけ軽減できているか”ではなく、“どれだけプラスの要素を持っているか”という点を復職者に対し期待している傾向があることが示唆されたとと言える。

なし。
3.その他
なし。

リワークプログラム実施医療機関調査

日本うつ病リワーク協会会員施設 212 施設において、2019 年 4 月 1 日から 2019 年 9 月 30 日の半年間の、当該施設のリワークプログラムにおける労災保険が適用される利用者の実績は、5 施設 (3.6%)に見られ、平均 1.4 人 (SD0.9)であった。

人事労務担当者において、医療機関で実施されるリワークプログラムの認知度はある程度確認されたものの、利用者の実績は少数であり、精神疾患による労災認定の休職者のリワークプログラムの利用に繋げるためには、まだ課題が大きく、更なる普及啓発活動が今後とも必要であると考えられた。

E.健康危険情報

なし。

F.研究発表

1.論文発表

なし。

2.学会発表

なし。

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし。

2.実用新案登録

表1 リワークプログラムについて

(n=1000)

	n	%
よく知っている	185	18.5
聞いたことがある	390	39.0
聞いたこともない	425	42.5

表2 リワークプログラムについて（年代別）

(n=1000)

	よく知っている		聞いたことがある		聞いたこともない	
	n	%	n	%	n	%
20代 (n=68)	10	14.7	18	26.5	40	58.8
30代 (n=192)	55	28.6	62	32.3	75	39.1
40代 (n=327)	57	17.4	141	43.1	129	39.4
50代 (n=333)	54	16.2	135	40.5	144	43.2
60代 (n=80)	9	11.3	34	42.5	37	46.3

表3 リワークプログラムについて（年齢×性別）

(n=1000)

		よく知っている		聞いたことがある		聞いたこともない	
		n	%	n	%	n	%
男性	20代 (n=16)	2	12.5	5	31.3	9	56.3
	30代 (n=88)	35	39.8	23	26.1	30	34.1
	40代 (n=240)	35	14.6	110	45.8	95	39.6
	50代 (n=287)	45	15.7	123	42.9	119	41.5
	60代 (n=74)	9	12.2	28	37.8	37	50
男性全体 (n=705)		126	17.9	289	41	290	41.1
女性	20代 (n=52)	8	15.4	13	25	31	59.6
	30代 (n=104)	20	19.2	39	37.5	45	43.3
	40代 (n=87)	22	25.3	31	35.6	34	39.1
	50代 (n=46)	9	19.6	12	26.1	25	54.3
	60代 (n=6)	0	0.0	6	100	0	0.0
女性全体 (n=295)		59	20	101	34.2	135	45.8

表4 リワークプログラムを利用した社員

(n=145)

	n	%
利用した社員がいる	62	42.8
利用した社員はいない	83	57.2

表5 リワークプログラムを利用した社員（年齢別）
(n=145)

	利用した社員 がいる		利用した社員 はいない	
	n	%	n	%
20代 (n=10)	4	40.0	6	60.0
30代 (n=31)	14	45.2	17	54.8
40代 (n=46)	19	41.3	27	58.7
50代 (n=49)	20	40.8	29	59.2
60代 (n=9)	5	55.6	4	44.4

表6 リワークプログラムを利用した社員（年齢×性別）
(n=145)

		利用した社員 がいる		利用した社員 はいない	
		n	%	n	%
男性	20代 (n=0)	0	0.0	0	0.0
	30代 (n=16)	11	68.8	5	31.3
	40代 (n=34)	14	41.2	20	58.8
	50代 (n=43)	17	39.5	26	60.5
	60代 (n=9)	5	55.6	4	44.4
男性全体 (n=102)		47	46.1	55	53.9
女性	20代 (n=10)	4	40	6	60
	30代 (n=15)	3	20	12	80
	40代 (n=12)	5	41.7	7	58.3
	50代 (n=6)	3	50	3	50
	60代 (n=0)	0	0.0	0	0.0
女性全体 (n=43)		15	34.9	28	65.1

表7 リワークプログラムを利用した社員の人数
(n=62)

	mean	SD	median
全体 (n=62)	4.4	12.7	2.0
20代 (n=4)	1.3	0.5	1.0
30代 (n=14)	3.3	2.6	2.5
40代 (n=19)	2.4	2.8	1.0
50代 (n=20)	8.4	22.0	2.5
60代 (n=5)	1.8	1.3	1.0

表8 リワークプログラムを利用した社員の人数（年齢×性別）
(n=62)

		mean	SD	median
男性	20代 (n=0)	0	0	0
	30代 (n=11)	3.8	2.7	4
	40代 (n=14)	2.6	3.2	1.5
	50代 (n=17)	9.7	23.7	3
	60代 (n=5)	1.8	1.3	1
男性全体 (n=47)		5.4	14.5	2
女性	20代 (n=4)	1.3	0.5	1
	30代 (n=3)	1.3	0.6	1
	40代 (n=5)	1.8	1.8	1
	50代 (n=3)	1	0	1
	60代 (n=0)	0	0	0
女性全体 (n=15)		1.4	1.1	1

表9 労災認定され休職している従業員の復職支援（医療機関、プログラム）に望むこと（複数回答）

	(n=1000)	
	n	%
今後の参考とするため、内容がわかるパンフレットが欲しい	256	25.6
労災認定となったことに対する本人の会社に対する考えを知りたい	305	30.5
長期間の休業を回避するべく前向きに取り組むプログラムにしてほしい	316	31.6
復職に関して会社と連携を取ってほしい	272	27.2
その他	5	0.5
特に希望はない	312	31.2

表10 労災認定され休職している従業員の復職支援（医療機関、プログラム）に望むこと（年齢別・複数回答） (n=1000)

	今後の参考とするため 内容がわかる パンフレットが 欲しい		労災認定となった ことに対する 本人の会社に対する 考えを知りたい		長期間の休業を 回避するべく 前向きに取り組む プログラムにしてほしい		復職に関して 会社と連携を 取ってほしい		その他		特に希望 はない	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
20代 (n=68)	16	23.5	17	25.0	22	32.4	19	27.9	0	0.0	22	32.4
30代 (n=192)	60	31.3	70	36.5	58	30.2	61	31.8	2	1.0	59	30.7
40代 (n=327)	83	25.4	102	31.2	109	33.3	93	28.4	1	0.3	103	31.5
50代 (n=333)	81	24.3	91	27.3	96	28.8	85	25.5	0	0.0	104	31.2
60代 (n=80)	16	20.0	25	31.3	31	38.8	14	17.5	2	2.5	24	30.0

表11 労災認定され休職している従業員の復職支援（医療機関、プログラム）に望むこと（年齢×性別・複数回答） (n=1000)

		今後の参考とするため 内容がわかる パンフレットが 欲しい		労災認定となった ことに対する 本人の会社に対する 考えを知りたい		長期間の休業を 回避するべく前向きに 取り組む プログラムにしてほしい		復職に関して 会社と連携を 取ってほしい		その他		特に希望 はない	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
男性	20代 (n=16)	2	12.5	3	18.8	5	31.3	5	31.3	0	0.0	6	37.5
	30代 (n=88)	28	31.8	31	35.2	28	31.8	25	28.4	1	1.1	29	33
	40代 (n=240)	58	24.2	73	30.4	71	29.6	64	26.7	0	0.0	77	32.1
	50代 (n=287)	67	23.3	79	27.5	81	28.2	73	25.4	0	0.0	90	31.4
	60代 (n=74)	15	20.3	22	29.7	28	37.8	13	17.6	2	2.7	23	31.1
男性全体 (n=705)		170	24.1	208	29.5	213	30.2	180	25.5	3	0.4	225	31.9
女性	20代 (n=52)	14	26.9	14	26.9	17	32.7	14	26.9	0	0.0	16	30.8
	30代 (n=104)	32	30.8	39	37.5	30	28.8	36	34.6	1	1	30	28.8
	40代 (n=87)	25	28.7	29	33.3	38	43.7	29	33.3	1	1.1	26	29.9
	50代 (n=46)	14	30.4	12	26.1	15	32.6	12	26.1	0	0.0	14	30.4
	60代 (n=6)	1	16.7	3	50	3	50	1	16.7	0	0.0	1	16.7
女性全体 (n=295)		86	29.2	97	32.9	103	34.9	92	31.2	2	0.7	87	29.5

表12 人事労務担当者の立場から考える、精神疾患で労災認定を受け休職中の従業員の復職支援プログラムにおいて情報の収集及び評価が必要だと考える、復職のための準備状況の確認（複数回答）（n=1000）

	n	%
症状の回復程度	654	65.4
就労継続できる体力の有無	533	53.3
生活リズムの回復の程度	413	41.3
対人関係のレベル	453	45.3
精神の安定性	502	50.2
その他	8	0.8

表13 人事労務担当者の立場から考える、精神疾患で労災認定を受け休職中の従業員の復職支援プログラムにおいて情報の収集及び評価が必要だと考える、復職のための準備状況の確認（年齢別・複数回答）（n=1000）

	症状の回復程度		就労継続できる		生活リズムの		対人関係の		精神の安定性		その他	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
20代 (n=68)	48	70.6	37	54.4	33	48.5	28	41.2	41	60.3	0	0.0
30代 (n=192)	133	69.3	118	61.5	83	43.2	94	49.0	96	50.0	0	0.0
40代 (n=327)	218	66.7	178	54.4	142	43.4	162	49.5	170	52.0	2	0.6
50代 (n=333)	204	61.3	163	48.9	126	37.8	146	43.8	154	46.2	4	1.2
60代 (n=80)	51	63.8	37	46.3	29	36.3	23	28.8	41	51.3	2	2.5

表14 人事労務担当者の立場から考える、精神疾患で労災認定を受け休職中の従業員の復職支援プログラムにおいて情報の収集及び評価が必要だと考える、復職のための準備状況の確認（年齢×性別・複数回答）（n=1000）

		症状の回復程度		就労継続できる 体力の有無		生活リズムの 回復の程度		対人関係の レベル		精神の安定性		その他	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
男性	20代 (n=16)	9	56.3	8	50.0	3	18.8	5	31.3	6	37.5	0	0.0
	30代 (n=88)	60	68.2	50	56.8	37	42.0	40	45.5	35	39.8	0	0.0
	40代 (n=240)	158	65.8	125	52.1	95	39.6	117	48.8	114	47.5	1	0.4
	50代 (n=287)	176	61.3	142	49.5	110	38.3	121	42.2	129	44.9	4	1.4
	60代 (n=74)	48	64.9	32	43.2	25	33.8	20	27.0	37	50.0	2	2.7
男性全体 (n=705)		451	64.0	357	50.6	270	38.3	303	43.0	321	45.5	7	1.0
女性	20代 (n=52)	39	75.0	29	55.8	30	57.7	23	44.2	35	67.3	0	0
	30代 (n=104)	73	70.2	68	65.4	46	44.2	54	51.9	61	58.7	0	0
	40代 (n=87)	60	69.0	53	60.9	47	54.0	45	51.7	56	64.4	1	1.1
	50代 (n=46)	28	60.9	21	45.7	16	34.8	25	54.3	25	54.3	0	0
	60代 (n=6)	3	50.0	5	83.3	4	66.7	3	50.0	4	66.7	0	0
女性全体 (n=295)		203	68.8	176	59.7	143	48.5	150	50.8	181	61.4	1	0.3

表15 人事労務担当者の立場から考える、精神疾患で労災認定を受け休職中の復職支援プログラムにおいて情報の収集および評価が必要だと考える、復職に対する本人の考え方（複数回答）
(n=1000)

	n	%
業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか	793	79.3
会社への陰性感情（嫌悪、怒り、憎しみ、不信任など）がどの程度あるか	473	47.3
その他	11	1.1

表16 人事労務担当者の立場から考える、精神疾患で労災認定を受け休職中の復職支援プログラムにおいて情報の収集および評価が必要だと考える、復職に対する本人の考え方（年齢別・複数回答）
(n=1000)

	業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか		会社への陰性感情（嫌悪、怒り、憎しみ、不信任など）がどの程度あるか		その他	
	n	%	n	%	n	%
20代 (n=68)	52	76.5	38	55.9	0	0.0
30代 (n=192)	151	78.6	98	51.0	1	0.5
40代 (n=327)	254	77.7	169	51.7	5	1.5
50代 (n=333)	271	81.4	139	41.7	3	0.9
60代 (n=80)	65	81.3	29	36.3	2	2.5

表17 人事労務担当者の立場から考える、精神疾患で労災認定を受け休職中の復職支援プログラムにおいて情報の収集および評価が必要だと考える、復職に対する本人の考え方（年齢×性別・複数回答）
(n=1000)

	全体	業務に対してどれだけ前向きに取り組もうとしているか		会社への陰性感情（嫌悪、怒り、憎しみ、不信任など）がどの程度あるか		その他	
		n	%	n	%	n	%
男性	20代 (n=16)	6	37.5	13	81.3	0	0.0
	30代 (n=88)	68	77.3	43	48.9	0	0.0
	40代 (n=240)	189	78.8	115	47.9	2	0.8
	50代 (n=287)	229	79.8	122	42.5	3	1.0
	60代 (n=74)	60	81.1	26	35.1	2	2.7
男性全体 (n=705)		552	78.3	319	45.2	7	1.0
女性	20代 (n=52)	46	88.5	25	48.1	0	0.0
	30代 (n=104)	83	79.8	55	52.9	1	1.0
	40代 (n=87)	65	74.7	54	62.1	3	3.4
	50代 (n=46)	42	91.3	17	37	0	0.0
	60代 (n=6)	5	83.3	3	50	0	0.0
女性全体 (n=295)		241	81.7	154	52.2	4	1.4

労災疾病臨床研究事業費補助金令和元年度（分担）研究報告書

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

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

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：企業における休業者の実態調査を開始した。1ヶ月の休業者は徐々に増加しており、特に増加しているのは抑うつ状態と適応障害であった。復職者の休業期間は短くなっているが、2020年度はさらに詳細を検討する予定である

研究目的

専属産業医の立場から休職者の調査を実施し、長期休職者と短期休職者の相違点、復職時に周囲が留意すること、時間勤務に至るまでの期間などから企業の支援策等を検討する。今年度はまず休職者の実態調査を行ったので報告する。

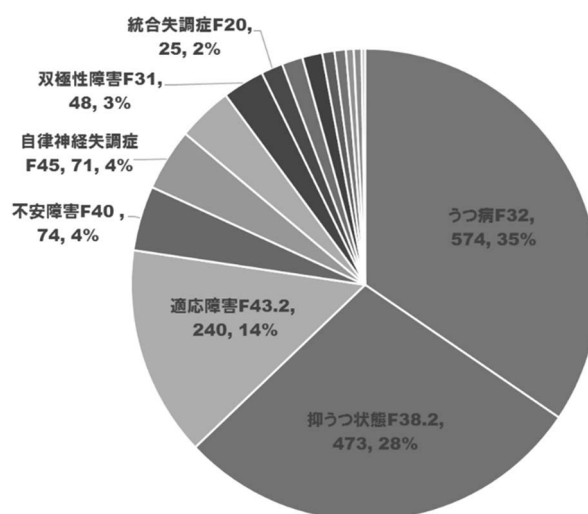
研究方法

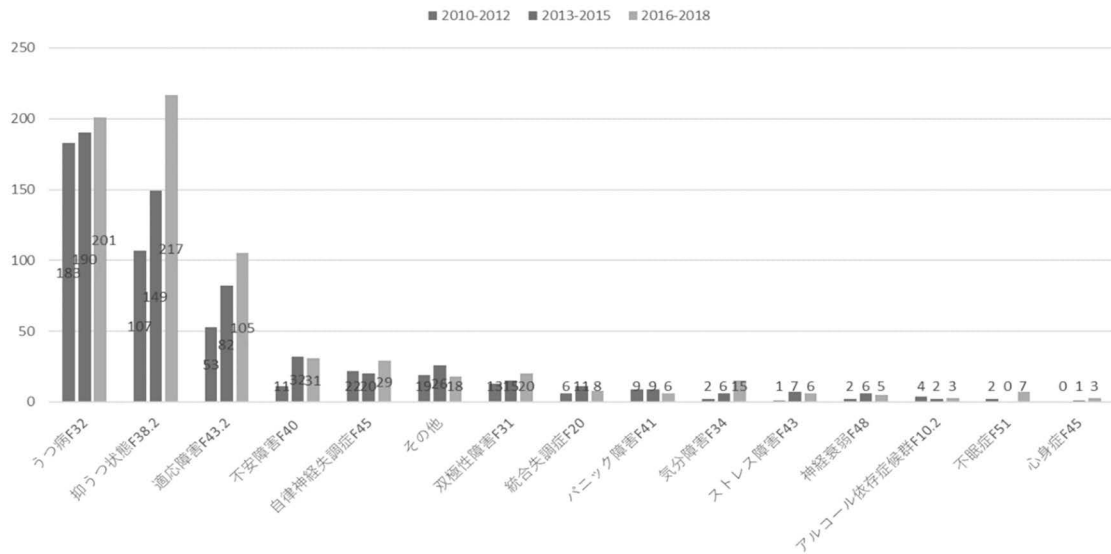
2010年から2018年までの9年間におけるメンタル休職に係る診断書病名を国際疾病分類ICD-10に基づいて分類した。また休職期間についても検討した。

研究結果

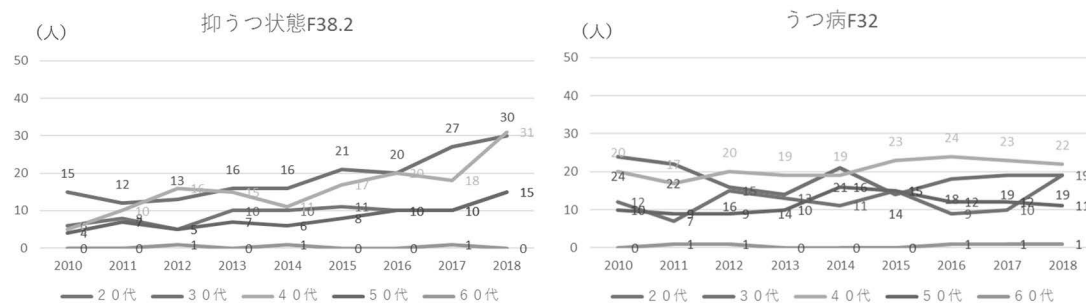
1ヶ月以上の休業者は徐々に増加しており、2010年から2018年までの合計ではうつ病（35%）、抑うつ状態（28%）、適応障害（14%）の順に多かった（右グラフ）。

増加率は、抑うつ状態、適応障害、うつ病の順に高かった。その他（不安障害、自律神経失調症、双極性障害、統合失調症、パニック障害、気分障害）では顕著な増加を認めなかった。





抑うつ状態は全年齢で増加しているが、特に40歳代と30歳代での増加が顕著であった。うつ病は40代と30代が主であったが近年は20代も多かった（下グラフ）。



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



考察

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

健康危険情報 特になし

研究発表 なし

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1年度労災疾病臨床研究事業費補助金
「仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する治療と
並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究」（分担・中間報告）

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
研究協力者：高野 知樹，吉村 靖司
医療法人社団 弘富会 神田東クリニック

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において、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。本年度は、事例検証のために使用する調査票の作成を行った。

A. 研究目的

地方公務員についての 2017 年の公表資料によれば、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）が全体の約 74%と最多であり、これは全職員数の約 1.3%が精神疾患により長期病休している現状を示している。年次推移についても、他の疾患は年々減少傾向だが、精神及び行動の障害（精神疾患）は唯一年々の増加が継続している。長期休業者の統計について、公表されている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でも請求件数、支給決定件数ともに増加傾向が継続している。2017 年度請求件数は 1,732 件で前年度比 146 件の増となり、うち未遂を含む自殺件数は前年度比 23 件増の 221 件であった。支給決定件数は 506 件で前年度比 8 件の増となり、うち未遂を含む自殺の件数は前年度比 14 件増の 98 件であった。

加えて、我が国の自殺者数は 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 2017 年から 2 年連続増加している。

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において、仕事を原因とした精神疾患により休業経験者に対する適正な支援のあり方を検証するための調査票を作成する。

B. 研究方法

「心理的負荷による精神障害の認定基準」（厚生労働省、2011 年）の心理的負荷評価表を参考に、仕事を原因とした精神疾患により休業経験事例に対して支援者が記入する調査票を作成した。

C. 研究結果

本年度の結果として、下記の調査票を作成した。

1. 記入者の属性

1) 記入日 _____ 年 ____
____ 月 ____ 日

2) 記入者の年齢階層

- 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
- 2. 記入者の所属医療機関
 - 1) 記入者の所属医療機関の都道府県名 _____ 都・道・府・県
 - 2) 記入者の所属医療機関名 _____
 - 3) 記入者の精神保健指定医資格の有無
 - ① 現在あり
 - ② 過去にあったが現在はな
 - い
 - ③ 将来取得したい
 - ④ 現在も過去もない、将来も予定なし
 - 4) 記入者の精神神経学会専門医資格の有無
 - ① 現在あり
 - ② 過去にあったが現在はな
 - い
 - ③ 将来取得したい
 - ④ 現在も過去もない、将来も予定なし
 - 5) 記入者の産業医資格の有無
 - ① 現在あり
 - ② 過去にあったが現在はな
 - い
 - ③ 将来取得したい
 - ④ 現在も過去もない、将来も予定なし
- 3. 事例の属性
 - 1) 事例の年齢階層
 - ① 20 歳未満
 - ② 20 歳代
 - ③ 30 歳代
 - ④ 40 歳代
 - ⑤ 50 歳代
 - ⑥ 60 歳代
 - ⑦ 70 歳代以降
 - 2) 事例の性別
 - ① 男性
 - ② 女性
 - 3) 事例発生時の勤続年数
 - ① 1 年未満
 - ② 3 年未満
 - ③ 5 年未満
 - ④ 10 年未満
 - ⑤ 10 年以上
 - ⑥ 不明
 - 4) 事例の婚姻状態
 - ① 既婚
 - ② 未婚
 - ③ 離別
 - 5) 事例に対する記入者の立場
 - ① 主治医
 - ② 産業医
 - ③ 産業医を支援する社内精神科医
 - ④ その他 (_____)
 - 6) 事例の相談経緯
 - ① 産業医から
 - ② 企業内看護職から
 - ③ 企業内カウンセラーから
 - ④ 人事・総務担当者から
 - 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 (_____)

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 ① 0
 ② 不安障害群 ② 1
 ③ 心的外傷およびストレス因関連障害群 ③ 2
 ④ 強迫性障害および関連障害群 ④ 3
 ⑤ 解離性障害群 ⑤ 4
 ⑥ 身体症状症および関連症群 ⑥ 5
- 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 ① 0
 ② 3ヶ月未満 ② 1
 ③ 6ヶ月未満 ③ 2
 ④ 9ヶ月未満 ④ 3
 ⑤ 12ヶ月未満 ⑤ 4
 ⑥ 1年以上 ⑥ 5
- 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 ① 0
 ② 3ヶ月未満 ② 1
 ③ 6ヶ月未満 ③ 2
 ④ 9ヶ月未満 ④ 3
 ⑤ 12ヶ月未満 ⑤ 4
 ⑥ 1年以上 ⑥ 5
5. 業務上の出来事について
- 1) 平均的な心理的負荷の強度《Ⅲ》の項目が該当した項目数
- ① 0
 ② 1
 ③ 2
 ④ 3
 ⑤ 4
 ⑥ 5
- 2) 1)のうち実際に《強》であった項目数
- ① 0
 ② 1
 ③ 2
 ④ 3
 ⑤ 4
 ⑥ 5
- 3) 平均的な心理的負荷の強度《Ⅱ》の項目が該当した項目数
- ① 0
 ② 1
 ③ 2
 ④ 3
 ⑤ 4
 ⑥ 5
- 4) 1)のうち実際には《強》となった項目数
- ① 0
 ② 1
 ③ 2
 ④ 3
 ⑤ 4
 ⑥ 5
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・総務担当者の対応
 - 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・総務担当者との連携
 - 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・総務担当者との連携
 - 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

D. 考察

本年度は「心理的負荷による精神障害の

認定基準」（厚生労働省、2011 年）の心理的負荷評価表を参考に、仕事を原因とした精神疾患発症例に対する調査票を作成した。今後は、精神科医療機関における精神科医療および産業保健活動の場面で、実際に活動する複数の精神科医に調査票の記入をお願いし、集計および分析することにより、社会復帰を目指した適正な支援のあり方を明らかにしていきたい。

E. 結論

本年度は調査票を作成するに至ったのみであり、次年度は実際に複数の精神科医により事例を収集し分析する。

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

「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

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・中間報告）

人事労務担当者に対する労災医療に関する意識調査研究

分担研究者 黒木宣夫

東邦大学名誉教授

研究協力者 渡辺洋一郎

一般社団法人日本精神科産業医協会共同代表

医療法人メディカルメンタルケア横山・渡辺クリニック

研究要旨

<目的>

精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者の社会復帰支援を効果的に行うために職場の課題を明らかにし、長期療養者の社会復帰を促進するための解決方法を検討する。

<方法>

全国の事業所における人事労務担当者 1,000 名に対し、ネット上でアンケートを実施してその結果を分析した。

<結果>

精神疾患を引き起こす「出来事」では「対人関係」に関する問題が多かった。20%前後事業主証明が記載なしの「出来事」もみられた。その理由としては「当該事実が確認できない」が 60%。労災認定された疾病病名は「うつ病」が 76.1%。療養期間は、全疾患平均で 1 年以上 3 年未満が 47.9%、1 年未満 29.4%、3 年以上 5 年未満 11.9%。一方、5 年以上も 6.2%。休職期間中の従業員との対応に関して苦慮した点、苦慮すると思われる点は、「復職に際して受け入れる職場がない」が最多で、「どう関わっていいかわからない」「受け入れについての方法、対応がわからない」が続いた。一方「円満な退職に向けた対応」も 22.3%。復職に対する姿勢では「本人に復職の意欲があれば、受け入れる方向で考えたい」が 59.7%。行政への要望は「労災保険による休業(補償)給付期間の目処」「症状固定(治癒判断)の考え方」「職場復帰に向けての対応」「行政主導で主治医との連携した職場復帰支援」が多かった。事業主証明は約 70%で証明されていた。産業医の関与は 80.7%あり、精神疾患の労災申請未経験者においても「産業医の関与を考え、実行できると思う」が大半を占めていた。自由記載の意見においては「難しい」「分からない」が多く、また、ネガティブな感情を示す意見も少なくなかったが、対応方法の教示や支援を求める意見が多かった。

<考察>

人事労務担当者の精神疾患による労災療養者への対応において、一部にはネガティブな意見や感情もうかがわれるが、基本的には復職を支援したいという姿勢である。しかしながらその対応方法が分からないために非常に困難を感じていることが示された。したがって、人事労務担当者に対する対応方法の指導と支援が、精神疾患による労災療養者の早期復職に有効と考えられる。また、産業医が大きな人的資源になると思われる。

A.研究目的

仕事を原因した精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者の社会復帰支援を効果的に行うためには、職場における受け入れ態勢など職場の支援が大きな影響を及ぼすと考えられる。職場が効果的な支援を行うためにどのような課題があるかを検討するため、職場の人事労務担当者を対象として精神疾患における労災認定に関する意識調査を行い、その課題を明らかにするとともに精神疾患により労災認定を受けた長期療養者の社会復帰を促進するための解決方法を検討する。

B.調査対象と調査方法

1. 調査対象

全国の事業所における 20 歳～59 歳の人事労務担当者

2. 調査方法

リサーチ会社に登録されたアンケートモニターにおいて、調査対象となる人事労務担当者を 1,000 名選出し、ネット上でアンケートを実施してその結果を分析した。

3. 質問項目

- 1 あなたの性別をお答えください。(答えは 1 つ)
- 2 あなたの年齢をお答えください。
- 3 あなたのお住まいの地域をお答えください。(答えは 1 つ)
- 4 あなたの職業をお答えください。(答えは 1 つ)
- 5 あなたが現在就いている職種をお答えください。
(答えは 1 つ) ※複数あてはまる方は、最も中心なお仕事についてお答えください。
- 6 お勤めの事業場 (※) の業種について下記の中で該当するものをお答えください。(答えは 1 つ)
(※) 事業が行われている場所のことで、企業全体ではなく、支社や営業所、店舗、工場のように、組織上、一定程度独立して業務が行われている単位をいいます。
- 7 ご所属の「会社」の規模について下記の中で該当するものをお答えください。(答えは 1 つ)
- 8 あなたは勤務先にて、過去 10 年間に従業員の労災請求に関わった経験はございますか。(答え

は 1 つ)

- 9 前問で「精神疾患の労災申請を含め経験がある」または「労災申請の経験はあるが、精神疾患の労災申請の経験はない」とお答えの方にお伺いします。
- 10 以下についての具体的な人数をお答えください。不明な場合は、回答は入力せずに次へお進みください。
- 11 精神疾患を引き起こす「出来事」に関しては、おおまかに下記の出来事に区分されておりますが、あなたが今までに人事・労務の担当として経験(対応)された労災請求案件に該当するものをお答えください。(答えはいくつでも)
- 12 前問でお答えいただいた「労務の担当として経験(対応)された労災請求案件」について、従業員の労災請求にあたり、請求書の「事業主の証明」欄を記載されましたか。(お答えはそれぞれ 1 つ)
- 13 前問で、従業員の労災請求にあたり、請求書の「事業主の証明」欄を、「記載しなかった」または「記載したことも、記載しなかったことも、両方ある」と回答された方にお伺いします。事業主の証明欄に記載をしなかった理由をお答えください。(答えはいくつでも)
- 14 従業員の労災請求を行った結果(労災認定されたか否か)についてお答えください。(お答えはいくつでも) ※1 つでも労災認定された事案があれば、「労災認定された事案がある」をお選びください。
- 15 前問で、従業員の労災請求の結果「労災認定された事案がある」とお答えの方にお伺いします。労働基準監督署から労災認定を受けた場合、労災保険から治療費、休業(補償)給付が支給されますが、人事・労務担当として従業員が休業(補償)給付を受けた案件の対応をされた経験はありますか。(答えは 1 つ)
- 16 前問で、人事・労務担当として「従業員が休業(補償)給付を受けた案件の対応経験がある」とお答えの方にお伺いします。当該案件に係る労災疾病の病名をお答えください。(答えはいくつでも)

17 前問でお答えいただいた労災疾病ごとに、休業療養期間をお答えください。(答えはそれぞれ1つ) ※各労災疾病ごとに、複数事案がある場合は、直近の事案についてお答えください。

18 精神疾患として労災認定され、長期間にわたり休業療養中の従業員に対する人事労務の担当としての休職期間中の対応についてお聞きします。従業員との対応で苦慮された点、苦慮すると思われる点として該当するものをお答えください。(答えはいくつでも)

19 精神疾患として労災認定され、長期間にわたり休業療養している従業員に対する職場復帰に関して、人事労務の担当者としての意見をお聞きします。(答えはいくつでも)

20 精神疾患として労災認定され長期休業療養している社員に対する対応において、人事労務担当者として、行政(労働基準監督署)に要望したいことは何でしょうか。下記の中で該当するものをお答えください。(答えはいくつでも)

21 従業員が労災保険による長期間にわたる休業(補償)給付を受給している場合であっても、請求の都度、請求書に事業主の証明が必要です。事業主の証明欄の記載はどのようにされていますでしょうか。(答えは1つ)

22 精神疾患の労災申請を経験された方にお聞きします。対象者のメンタルヘルス対策において産業医がどのように関与されましたでしょうか。(答えは1つ)

23 精神疾患の労災申請の経験のない方にお聞きします。精神疾患で労災認定された社員が発生した場合の産業医の関与はどの程度だと思いますか。(答えは1つ)

	N	%
男性	705	70.5
女性	295	29.5
全体	1000	100.0

2) 年齢

年代別	N	%
20代	68	6.8
30代	192	19.2
40代	327	32.7
50代	333	33.3
60代	80	8.0
全体	1000	100.0

3) 居住地域

	N	%
北海道	20	2.0
青森県	5	0.5
岩手県	6	0.6
宮城県	14	1.4
秋田県	3	0.3
山形県	4	0.4
福島県	11	1.1
茨城県	13	1.3
栃木県	6	0.6
群馬県	13	1.3
埼玉県	72	7.2
千葉県	62	6.2
東京都	238	23.8
神奈川県	108	10.8
新潟県	5	0.5
富山県	9	0.9
石川県	4	0.4
福井県	4	0.4
山梨県	1	0.1
長野県	4	0.4
岐阜県	11	1.1
静岡県	17	1.7
愛知県	83	8.3

	N	%
滋賀県	4	0.4
京都府	21	2.1
大阪府	92	9.2
兵庫県	44	4.4
奈良県	9	0.9
和歌山県	3	0.3
鳥取県	2	0.2
島根県	2	0.2
岡山県	6	0.6
広島県	16	1.6
山口県	6	0.6
徳島県	2	0.2
香川県	6	0.6
愛媛県	7	0.7
高知県	3	0.3
福岡県	31	3.1
佐賀県	3	0.3
長崎県	8	0.8
熊本県	3	0.3
大分県	2	0.2
宮崎県	2	0.2
鹿児島県	0	-
沖縄県	4	0.4

C.調査結果

1. 調査対象の背景

1) 性別

三重県	11	1.1	海外	0	-
			全体	1000	100.0

4) 職業

	N	%
会社経営者・役員・団体役員	13	1.3
会社員・団体職員（正社員、教員）	870	87.0
会社員・団体職員（派遣・契約社員）	97	9.7
自営業・個人事業主・フリーランス	4	0.4
自由業（開業医・弁護士事務所経営など）	1	0.1
公務員	15	1.5
その他	0	-
全体	1000	100.0

5) 職種 ※複数あてはまる場合には最も中心的な仕事

	N	%
人事	799	79.9
労務	201	20.1
全体	1000	100.0

6) 勤務している事業場の業種

	N	%
製造業	259	25.9
卸売業・小売業	84	8.4
医療・福祉	49	4.9
運輸業・郵便業	93	9.3
情報通信	53	5.3
建設業	79	7.9
サービス業	274	27.4
その他	109	10.9
全体	1000	100.0

7) 所属会社の規模

	N	%
--	---	---

小企業(49人以下)	101	10.1
中企業(50人～299人)	249	24.9
大企業①(300人～999人)	203	20.3
大企業②1000人以上	447	44.7
全体	1000	100.0

2. 労災請求の経験

1) 過去10年間に従業員の労災請求に関わった経験

	N	%
精神疾患の労災申請を含め経験がある	145	14.5
労災申請の経験はあるが、精神疾患の労災申請の経験はない	231	23.1
労災申請の経験がない	624	62.4
全体	1000	100.0

2) 労災請求の経験内容と人数

	全体	無回答	合計	平均	最小値	最大値	中央値
労災経験案件数	376	103	2383	8.73	0	300	3
うち、精神疾患	145	35	443	4.03	0	60	2

3. 精神疾患を引き起こす「出来事」に関して（複数回答可）

	N	%
事故や災害の体験	66	45.5
仕事の失敗、過重な責任の発生等	66	45.5
仕事の量・質の変化	62	42.8
役割・地位などの変化等	38	26.2
対人関係	87	60.0
ひどい嫌がらせ・いじめ・暴行を受けた	44	30.3

セクシュアルハラスメント	23	15.9
その他	2	1.4
全体	145	100.0

4. 「事業主の証明」欄を記載に関して

1) 「事業主の証明」欄記載の有無

	全体	記載した	記載しなかった	両方ある
事故や災害の体験	66 100.0	55 83.3	9 13.6	2 3.0
仕事の失敗、過重な責任の発生等	66 100.0	44 66.7	13 19.7	9 13.6
仕事の量・質の変化	62 100.0	42 67.7	12 19.4	8 12.9
役割・地位などの変化等	38 100.0	24 63.2	8 21.1	6 15.8
対人関係	87 100.0	54 62.1	16 18.4	17 19.5
ひどい嫌がらせ・いじめ・暴行を受けた	44 100.0	30 68.2	4 9.1	10 22.7
セクシュアルハラスメント	23 100.0	16 69.6	3 13.0	4 17.4
その他	2 100.0	1 50.0	1 50.0	0 -

2) 事業主証明欄に記載しなかった理由（複数回答可）

	N	%
当該出来事が原因として精神疾患に罹患したとは考えられない	22	36.7
当該事実が確認できない	36	60.0
当該出来事は会社として通常ありうる範囲の事柄、あるいは適切に対応された事柄と考えられる	15	25.0
その他	2	3.3
全体	60	100.0

5. 労災請求を行った結果について

1) 労災認定された事案の有無

	N	%
労災認定された事案がある	97	66.9
労災認定された事案はない	29	20.0
また結果が出ていない	12	8.3
不明	10	6.9
全体	145	100.0

2) 休業(補償)給付を受けた案件の対応経験の有無

	N	%
ある	92	94.8
ない	5	5.2
全体	97	100.0

3) 当該案件に係る労災疾病の病名（複数回答可）

	N	%
急性ストレス反応	32	34.8
PTSD	22	23.9
適応障害	22	23.9
うつ病	70	76.1
気分感情障害	4	4.3
統合失調症	20	21.7
双極性障害(躁うつ病)	5	5.4
神経症性障害*	14	15.2
その他	0	-
病名不明	5	5.4
全体	92	100.0

*パニック障害、全般性不安障害、社会恐怖（症）を含む

4) 労災疾病ごとの休業療養期間

※各労災疾病ごとに、複数事案がある場合は、直近の事案

	全体	1年未満	1~3年未満	3~5年未満	5~7年未満	7~9年未満	9~11年未満	11年以上	不明

急性 スト レス 反応	32 100.0	12 37.5	13 40.6	5 15.6	1 3.1	0 -	0 -	0 -	1 3.1
PTSD	22 100.0	6 27.3	10 45.5	3 13.6	1 4.5	1 4.5	0 -	0 -	1 4.5
適応 障害	22 100.0	7 31.8	10 45.5	3 13.6	1 4.5	1 4.5	0 -	0 -	0 -
うつ 病	70 100.0	20 28.6	39 55.7	8 11.4	0 -	0 -	1 1.4	0 -	2 2.9
気分 感情 障害	4 100.0	1 25.0	2 50.0	0 -	0 -	1 25.0	0 -	0 -	0 -
統合 失調 症	20 100.0	5 25.0	10 50.0	3 15.0	1 5.0	0 -	0 -	0 -	1 5.0
双極 性障 害	5 100.0	2 40.0	4 40.0	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	1 20.0
神経 症性 障害 *	14 100.0	3 21.4	7 50.0	1 7.1	2 14.3	0 -	0 -	0 -	1 7.1
その 他	0 100.0	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
病名 不明	5 100.0	1 20.0	0 -	0 -	1 20.0	0 -	1 20.0	0 -	2 40.0

*パニック障害、全般性不安障害、社会恐怖（症）を含む

6. 精神疾患として労災認定され休業療養中の従業員 に関して

1) 休職期間中の対応について 従業員との対応で苦 慮した点、苦慮すると思われる点

複数回答可)

	N	%
--	---	---

長期間の休業に及んでいるため、どう 関わってよいか、わからない	246	24.6
復職にあたり、受け入れる職場（配置 先）がない	308	30.8
受け入れについての方法、対応がわか らない	214	21.4
労災保険による休業(補償)給付がいつ まで支給されるのか、症状固定（治 ゆ）の考え方がわからない	188	18.8
円満な退職に向けた対応	223	22.3
その他	11	1.1
特に苦慮する点はない	379	37.9
全体	100 0	100. 0

2) 休業療養している従業員に対する職場復帰に関し て（複数回答可）

	N	%
本人の復職の意欲にかかわらず、でき るだけのことはしたい	348	34.8
本人に復職の意欲があれば、受け入れ る方向で考えたい	597	59.7
本人に復職の意欲があったとしても、 会社は労災として考えていないので復 職は考えにくい	97	9.7
本人に復職の意欲があったとしても、 受け入れが難しいので復職は考えにく い（受け入れが難しい背景：	11	1.1
本人に復職の意欲があったとしても、 上記3.4 以外の理由*で復職は考えにく い（*理由：	0	-
本人に復職の意欲がなければ、そのま ま様子を見る	188	18.8
本人に復職の意欲がなければ、会社と して何らかの対応*を考える	19	1.9
その他	16	1.6
(全体	100 0	100. 0

3) 人事労務担当者として、行政（労働基準監督署）

に要望したいこと（複数回答可）

	N	%
従業員の職場復帰を支援するため、労災保険による休業(補償)給付期間の目処	442	44.2
精神疾患に係る症状固定（治癒判断）の考え方を教えてほしい	380	38.0
休業している労災保険受給者に職場復帰に向けてどのように対応したらよいのか教えてほしい	369	36.9
行政主導で医療機関の主治医との連携して職場復帰を支援してほしい	320	32.0
その他	23	2.3
全体	1000	100.0

4) 休業(補償)給付の受給に際し請求の都度必要な事業主の証明について

	N	%
本人から依頼がなくとも、会社主導で証明をしている	230	23.0
労災認定となった本人から依頼があれば、速やかに証明している	437	43.7
本人から依頼があっても、会社が証明することは困難である	71	7.1
その他	6	0.6
分からない	256	25.6
全体	1000	100.0

7. 産業医のかかわりに関して

1) 精神疾患の労災申請経験者：対象者のメンタルヘルス対策において産業医がどのように関与したか

	N	%
1.産業医が職場におけるメンタルヘルス対策のために関与した	117	80.7
2.産業医が上記1以外の目的で関与した	0	-

3.産業医の関与を考えたが実行できなかった	1	0.7
4.産業医を選任していない	24	16.6
5.産業医は関与していない（上記3,4以外の場合）	3	2.1
その他	0	-
全体	145	100.0

2) 精神疾患の労災申請未経験者：産業医の関与はどの程度だと考えるか

	N	%
産業医の関与を考え、実行できると思う	570	66.7
産業医の関与を考えるが、産業医を選任していないので実行できない	255	29.8
産業医の関与を考え、産業医も選任しているが実行は難しい	10	1.2
産業医の関与は考えない	11	1.3
その他	9	1.1
全体	855	100.0

D.考察

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

A群145名の労災請求経験数は平均4.03件であったが60件の経験を有する者もあり、中央値は2件であった。精神疾患を引き起こす「出来事」に関しては、「対人関係」が60%と最多で、ついで「事故や災害の経験」、「仕事の失敗、過重な責任の発生など」、がそれぞれ45.5%、「仕事の量・質の変化」が42.8%「ひどい嫌がらせ・いじめ・暴行を受けた」が30.3%、「役割・地位などの変化」26.2%、「セクシャルハラスメント」15.9%と続いていた。この結果は、対人関係の問題の多さを示している。

次に、事業主の証明の有無をみると「役割・地位などの変化」「仕事の失敗、過重な責任の発生など」「仕事の量・質の変化」「対人関係」で20%前後が記

載なしとされている。

事業主証明欄に記載しなかった理由としては「当該事実が確認できない」が60%と圧倒的に多く、このような出来事の客観性の難しさを示していると思われる。

労災申請経験者において労災認定された事案のある者は97名(66.9%)でそのうちの92名(94.8%)が休業補償給付を受けた案件の対応経験を有していた。この92名に労災認定された疾病の病名を尋ねたところ「うつ病」が76.1%と圧倒的に多く、ついで「急性ストレス反応」(34.8%)「PTSD」(23.9%)「適応障害」(23.9%)「統合失調症」(21.7%)「神経症性障害」(15.2%)と続き、双極性障害は5.4%と少なかった。しかし、発症時にうつ状態であれば病名はうつ病とされ、その後にそう状態が生じても病名が変更されないといったケースも考えられ、ただちに双極性障害が少ないとは断じえないとも考えられる。

次に、労災疾病ごとの療養期間をたずねたところ、すべての疾患の平均で1年以上3年未満が47.9%と最多で、次いで1年未満29.4%、3年以上5年未満11.9%であった。一方、5年以上に及ぶものも6.2%みられた。

次に精神疾患で労災認定され休職期間中の従業員との対応に関して苦慮した点、苦慮すると思われる点につき質問したところ、「復職に際して受け入れる職場がない」が30.8%と最多であった。続いて「どう関わっていいかわからない」「受け入れについての方法、対応がわからない」といった対応方法がわからないために困るといったことが多い。ただ、同時に「円満な退職に向けた対応」が22.3%にみられ、復職をあきらめてしまっていると思われる姿勢も少なく今後課題と考えられる。

次に、同じく精神疾患で労災認定され休職期間中の従業員の復職に対する姿勢をたずねたところ、「本人に復職の意欲があれば、受け入れる方向で考えた」として、会社は労災として考えていないので復職は考えにくい(9.7%)「本人に復職の意欲があったとしても、受け入れが難しいので復職は考えにくい」(1.1%)は少なく、本人に復職意欲があれば受け入

れる姿勢が少なくないことがみてとれた。

次に人事労務担当者として行政に(労働基準監督署)への要望をたずねたところ、「従業員の職場復帰を支援するため、労災保険による休業(補償)給付期間の目処」「精神疾患に係る症状固定(治癒判断)の考え方を教えてほしい」「休業している労災保険受給者に職場復帰に向けてどのように対応したらよいのか教えてほしい」「行政主導で医療機関の主治医との連携して職場復帰を支援してほしい」が32%~44%で拮抗しており、この問題に対する知識や対応方法についての見識やスキルの伝授、支援を求めている現状がうかがえる。

次に、休業(補償)給付の受給に際し請求の都度必要な事業主の証明についてたずねたところ、「労災認定となった本人から依頼があれば、速やかに証明している」(43.7%)「本人から依頼がなくとも、会社主導で証明をしている」(23.0%)と合わせて70%近くあり、「本人から依頼があっても、会社が証明することは困難である」は7.1%と少なく、事業主証明については大きな抵抗はないと考えられる。

最後に産業医のかかわりについてたずねた。精神疾患の労災請求の経験者においては、「産業医が職場におけるメンタルヘルス対策のために関与した」が80.7%と産業医を選任していない事業所を除けば大半を占めており、産業医が何らかの形で関与はしていることが分かった。精神疾患の労災申請未経験者においても産業医を選任している事業所においては「産業医の関与を考え、実行できると思う」が大半を占めており、「産業医の関与を考え、産業医も選任しているが実行は難しい」「産業医の関与は考えない」はそれぞれ1.2%、1.3%と少なかった。これらの結果は事業所としては産業医の関与を十分に認識していることを示しており、同時に産業医の機能の重要性を示唆していると考えられる。

E. 結語

人事労務担当者の精神疾患による労災療養者への対応において、一部にはネガティブな意見や感情もうかがわれるが、基本的には復職を支援したいという姿勢である。しかしながらその対応方法が分か

らないために非常に困難を感じていることが示された。したがって、人事労務担当者に対する対応方法の指導と支援が、精神疾患による労災療養者の早期復職に有効と考えられる。また、産業医が大きな人的資源になると思われる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 論文発表 なし

I. 知的財産権の出願・登録状況 なし

厚生労働省 令和元年度 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：中田貴晃，諏訪裕子，種市冴美、張磊

キューブ・インテグレーション株式会社

【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。また、感情障害、統合失調症の多くが症状に波があり、症状固定の概念が当てはまらない事例も存在する。さらに、精神障害・精神障害者に対する偏見・誤解も根強いものがある。

一方で、医療機関での対応には福祉的な対応を含め限界があり、非医療機関における多職種協働による支援組織の働きが注目されている。

近年、精神疾患やメンタルヘルス領域の労災事例に対しては、たん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。例えば、職域において精神障害の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る事態を防ぐ必要もあろう。

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。

第一部では、日本での障害者雇用の歴史について、広く俯瞰した。すなわち、障害者には生産性がないと見なされていた 1940 年－1960 年代、労働力として認められはじめた 1970 年－2000 年代、精神障害者が労働力と見なさるようになった 2010 年代について考察した。さらに、これからの精神障害者雇用に必要な課題についても検討を加えている。

第二部では、「障害者の雇用の促進等に関する法律（通称「障害者雇用促進法」）」の改正により平成 30 年

度より雇用率が更に引き上げられ（2.0%⇒2.2%）、障害者の雇用義務の対象となる事業所規模が50人以上から45.5人以上となり、ハローワークをはじめとする就労支援機関への対応が急務となっている一方で、精神障害者の就労が定着しない状況に関して検討を加えた。具体的には、精神障害者の就職支援の中心的役割を担っているハローワークをはじめ非医療関係機関に対して訪問調査を行い、各現場の取り組み、生じている課題、今後必要な施策について検討している。ハローワークに関しては、全国8地方区分（北海道、東北、関東、中部、近畿、中国、四国、九州・沖縄）に基づき、各拠点のハローワーク12カ所を選定し、訪問調査を実施した。さらに、事業所のメンタルヘルス活動を支える産業保健総合支援センターおよび地域産業保健センター、精神障害者を地域で支える中核拠点となる障害者就業・生活支援センターなど4ヶ所についても訪問調査を実施している。

その結果 今回訪問したハローワークおよび非医療関係機関においては、①地域によらず精神障害者の新規求職者ならびに就職者は着実に増加していること、②精神障害者の新規就職件数や就職件数増加の背景には、退職と就職を繰り返している件数が一定の割合で含まれていること、③新規求職件数や就職件数のうち、同一人物がどれくらいの割合で含まれているか把握できていないこと、④離職の要因として、本人の就労準備性に関わる課題、業務対応スキルのアンマッチ、雇用側の合理的配慮の不足など様々であること、⑤各ハローワークや事業所での有効な取り組みが、十分共有できていないため、そうしたノウハウの共有化がはかれる仕組みづくりも求められること、⑥各ハローワークに配置されているトータルサポーターの働きは重要であるが、労働環境が厳しいことから人材確保が難しいという声も多かったこと、⑦就労後の定着支援については、人材不足から他の就労支援機関に委ね、役割分担を行っているケースがほとんどなこと、⑧平成30年度より就労定着支援が制度化され、就労移行支援事業所をはじめとする各就労支援機関が参入しているが、その支援の質にばらつきが大きいこと、⑨メンタルヘルス領域の労災事例の対応経験はなく、アクセスに問題があると考えられること、などが判明した。

こうした研究調査結果を踏まえ、来年度事業に関しては、就労支援関係機関における相互の連携体制のあり方、医療機関・職場との連携強化に向けて、情報共有の簡易ツールやフォーマット作成、職員向けの教育・研修について検討したい。

第一部 障害者雇用の歩み

1. 企業における障害者雇用の現状

1-1. 現在の障害者の雇用のルール

現在、障害者の雇用には、①障害者雇用率制度、②障害者雇用納付金制度、③雇用の分野における障害者の差別禁止及び合理的配慮の提供義務、④障害者職業生活相談員の選任、⑤障害者雇用に関する届出、⑥障害者の虐待防止、という 6 つのルールがある。

障害者が地域の一員として共に生活できる「共生社会」実現の理念の基、全ての事業主（民間企業、国・地方公共団体等、都道府県等の教育委員会）には、法定雇用率以上の割合で障害者を雇用する義務がある（障害者雇用率制度）。

2018（平成 30）年 3 月までの障害者雇用率（法定雇用率）の算出方法では、身体障害者と知的障害者のみが対象とされていたが、同年 4 月以降の算出方法では、精神障害者も含まれ（図 1）、法定雇用率が引上げられることになった。2020（令和元）年 3 月現在、民間企業の法定雇用率は 2.2%であり、従業員を 45.5 人以上雇用している企業は、障害者を 1 人以上雇用しなければならない。

2018年3月末までの算出方法

$$\text{障害者雇用率} = \frac{\text{身体障害者および知的障害者である常用労働者数} + \text{失業している身体障害者および知的障害者の数}}{\text{常用労働者数} - \text{除外率相当労働者数} + \text{失業者数}}$$

現行(2018年4月以降)の算出方法

$$\text{障害者雇用率} = \frac{\text{身体障害者および知的障害者および精神障害者である常用労働者数} + \text{失業している身体障害者および知的障害者および精神障害者の数}}{\text{常用労働者数} + \text{失業者数}}$$

《図 1 障害者雇用率（法定雇用率）の算出方法》

また、障害者を雇用するには、設備改善や特別な雇用管理等が必要となり、障害のない人の雇用と比べて、一定の経済的負担を伴う。社会的な連帯責任の理念の基で、法定雇用率を達成している企業と未達成の企業で生じる経済的負担の調整を行うため、障害者雇用納付金制度が設けられている。未達成企業から徴収した納付金（不足人数 1 人当たり月額 50,000 円）を財源として、各種の調整金・報奨金・助成金として支給している。

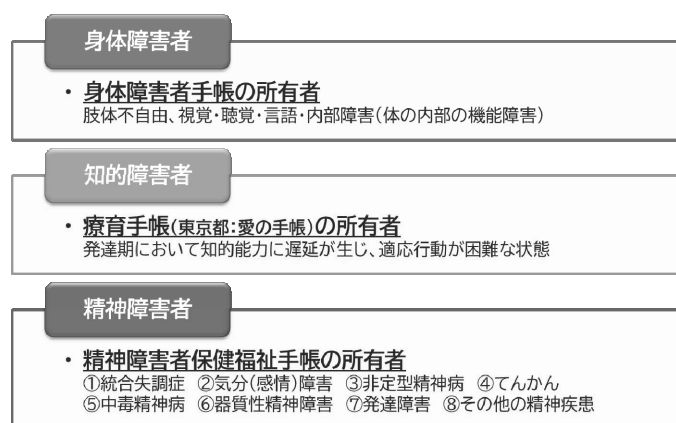
1-2. 障害者雇用率制度における障害者の範囲

我が国の障害者就労・雇用の施策は、「障害者総合支援法」に基づく福祉的就労施策（就労移行支援、就労継続支援 A 型、就労継続支援 B 型、就労定着支援）、「障害者の雇用の促進等に関する法律（以下、「障害者雇用促進法」）に基づく雇用施策（雇用義務制度、職業リハビリテーション、差別禁止・合理的配慮提供義務）の 2 つに大きく分かれる。

障害者雇用促進法における障害者の範囲は、同法 2 条 1 号から 6 号に定められている。①身体障害者（身体障害者福祉法施行規則別表第 5 号の身体障害者障害等級表の 1 級から 6 級および 7 級に掲げる障害が 2 以上重複：身体障害者手帳の所持者）、②知的障害者（促進法施行規則 1 条の 2：児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医または障害者職業センターにより知的障害であると判定された者：判定書の交付者または療育手帳の所持者）、③精神障害者（促進法施行規則 1 条の 4：精神障害者保健福祉手帳の所持者あるいは手帳未所持の統合失調症、そううつ病・そう病・うつ病、てんかんに罹患している者、発達障害者）、④難病者（その他の心身の機能の障害）、①から④のうち長期

に渡り職業生活上の相当な制限を受ける者を指す。
これらに該当する障害者が「障害者雇用促進法」における差別禁止、合理的配慮、職業リハビリテーションの対象となる。

ここで注意すべきことは、障害者雇用義務制度の対象障害者は、障害者雇用促進法 37 条 2 項に定められている通り「各手帳を所持している身体障害者・知的障害者・精神障害者」ということである（図 2）。このように法律の範囲によって、対象障害者が異なるため、昨今の行政機関による障害者雇用の水増し問題等、対象障害者の誤った解釈も生まれやすい。



《図 2 障害者雇用率制度における障害者の範囲》

1 - 3. 民間企業の障害者雇用の実状

民間企業の障害者雇用の実状は、毎年 12 月に厚生労働省から発表される「障害者雇用状況の集計結果」によって確認することができる。これは、毎年 6 月 1 日時点の障害者の雇用状況に基づいており、民間企業の報告義務が障害者雇用促進法 43 条 7 項に定められている。

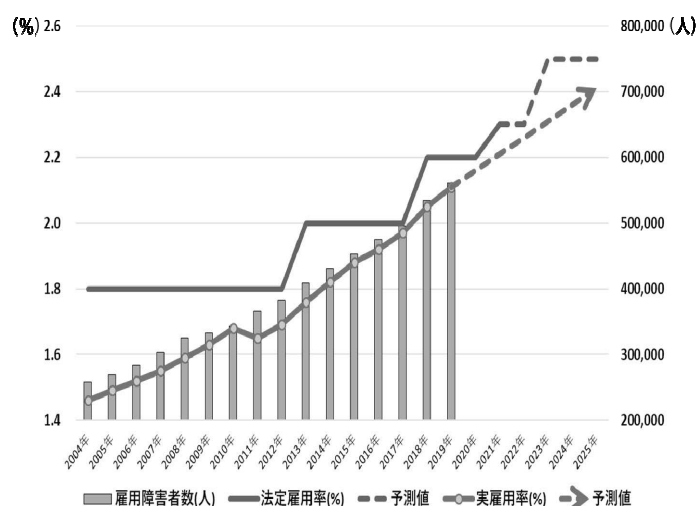
2019（令和元）年度の集計結果を見てみると、身体障害者が 354,134 人、知的障害者が 128,383 人、精神障害者が 78,091 人で、計 560,608 人の障害者が

民間企業で雇用されている 1)。ただし、この人数は、重度障害の雇用者をダブルカウントし、短時間雇用者をハーフカウントしているため（図 3）、実雇用人数ではないが概ねこの数の通りであろう。民間企業は様々な経営課題を抱えつつも、法定雇用率の上昇に合わせて、誠実に結果を出す努力を続け、年々実雇用率を伸ばしており、民間企業の実雇用率は、2.11%となった（図 4）。

週所定労働時間	30時間以上	20時間以上30時間未満
身体障害者	1	0.5
重度	2	1
知的障害者	1	0.5
重度	2	1
精神障害者	1	0.5※

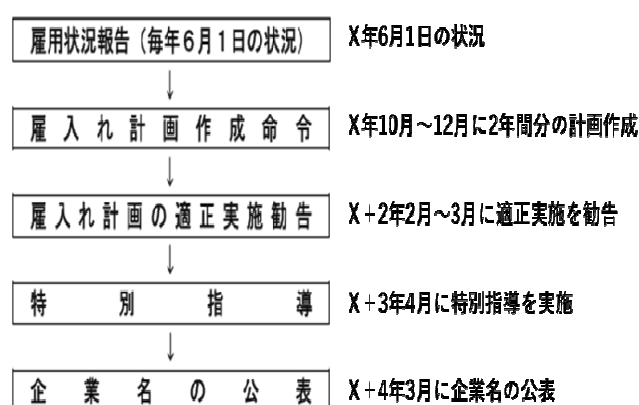
※ 精神障害者である短時間労働者で、①かつ②を満たす方については、1人をもって1人とみなす。
①新規雇入れから3年以内の方 又は 精神障害者保健福祉手帳取得から3年以内の方
②平成35年3月31日までに、雇い入れられ、精神障害者保健福祉手帳を取得した方

《図 3 障害者のカウントの仕方》



《図 4 民間企業における法定雇用率の推移と障害者雇用状況》（厚生労働省「障害者雇用状況の集計結果」に基づき作成）

また、ハローワークは、企業から提出される「障害者雇用状況報告書」を基に、実雇用率の低い企業に対して雇用率達成指導を行っている。雇入れ計画作成命令の対象は6月1日時点で、①障害者の実雇用率が全国平均実雇用率未満で不足数が5人以上である企業、②法定雇用障害者数が3～4人のところで障害者を1人も雇用していない企業(実雇用率0%)、③不足数が10人以上の企業、①～③のいずれかに該当する企業である。雇入れ計画の実施状況が悪い企業に対して適正な実施をするよう勧告が入り、それでも雇用状況の改善が特に遅れている企業に対して、公表を前提とした特別指導の実施が行われる。勧告に従わない企業に対しては、最終的に厚生労働大臣が企業名を公表する(図5)。



《図5 雇用率達成指導の流れ》

厚生労働省の報告によると、2015(平成27)年1月1日から2016(平成28)年12月31日の2年間で、雇入れ計画の作成命令を出した280社のうち雇用状況の改善が特に悪かった21社と、2016(平成28)年度に企業名公表を猶予した12社の計33社を対象に特別指導が実施された2)。しかし、いずれの企業も一定の改善が見られたため、公表には至らな

かった。企業名の公表は年間で数社に止まるため、公表された場合の企業のインパクトは大きい。

2. 障害者には生産性がないと見なされていた時代 【1940～1960年代】

2-1. 障害者雇用の始まり

1800年代後半から1900年代前半に掛けて、アメリカでは、障害者の遺伝に着目し、「劣等な遺伝子を排除、優良な遺伝子を選抜する」という優生思想が人々に強い影響を与えていた。日本においても、1940(昭和15)年の「国民優生法」から、1948(昭和23)年の「優生保護法」に法律内容を強化し、「優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する」という目的を掲げ、障害者をはじめとする16,000人以上に対して、強制的な不妊・断種手術を実施していた。「障害」が本来あってはならない存在であることを国が法律で規定していたのである。

このような障害者に対する認識の中、第二次世界大戦後の1945(昭和20)年以降に日本の障害者雇用施策は始まった。障害者雇用支援は、戦争で負傷した「傷痍(しょうい)軍人」を対象とした職業更生を契機としている。1937(昭和12)年の日中戦争以降、傷痍軍人への対策は軍事援護の重要な1つとして位置づけられていた。特殊教育(盲学校・聾学校の設置)や職業訓練等によって、戦地で名誉の負傷となった一部の身体障害者に対する援護が優先的に行われていた。傷痍軍人はこの恩恵を受けながら生活し、国民も彼らには敬意を払うことが求められていた。

しかし、第二次世界大戦の敗戦後、GHQの対日戦略であった「民主化」と「非軍事化」の方針によって、傷痍軍人に対する特権的保護(傷病恩給の給

付等）が全廃されることになった。傷痍軍人を対象として優先的に行われていた各種の施策は、全ての国民に対象が拡大され、平等に取り扱われると同時に、傷痍軍人に対する国民の同情的な感情は徐々に薄れ、彼らは生活苦に直面しながら、社会から疎外される存在となった。

全国民に対する平等な障害者雇用施策としては、まず、1947（昭和 22）年の「職業安定法」によって、公共職業補導（職業指導・職業紹介・職業補導等）が整備された。さらに、1949（昭和 24）年の「身体障害者福祉法」と一体となることにより、身体障害者の雇用対策を総合的に実施する体制が確立された。また、身体障害を抱える労働者に対する職業訓練の確立を図るため、1958（昭和 33）年「職業訓練法」により、身体障害者職業訓練所の設置が定められた。これらの法制度に基づき積極的な対応が図られた結果、1952（昭和 27）年に 0.38%であった身体障害者の実雇用率は、1959（昭和 34）年には、公的機関で 0.66%、民間企業で 0.65%に上昇した。

1950 年代、身体障害者の盲学校や聾学校では職業教育が実施されていたのに対し、知的障害者の養護学校では職業教育よりも「療育」に重きが置かれていた。さらに、精神障害者にいたっては医療や保護といった「療養」に重きが置かれている（1950（昭和 25）年「精神衛生法」）。この時期の障害者雇用施策は、身体障害者を中心とするものであり、知的障害者や精神障害者は、労働者としてみなされていない時代であった。

2 - 2. 身体障害者雇用促進法の制定までの背景

身体障害者を中心とする障害者雇用施策が進んできていたとはいえ、きっかけは戦争の終結に伴う生

活困窮や身体障害者急増への緊急対応であったため、1960（昭和 35）年当時、まだ日本では、身体障害者は「ベッドで寝て過ごすことが一番」と言われていた時代であった。また、障害児教育も健常児との分離別学のみであり、当時の文部科学省の出版物では「普通の学級の中に、強度の弱視や難聴や、さらに精神薄弱や肢体不自由の児童・生徒が交じり合っ

て編入されているとしたら・・・学級内で大多数を占める心身に異常のない児童・生徒の教育そのものが、大きな障害を受けずにはいられません」と、当時の障害者に対する考え方が率直に記されている。

1960 年代は高度経済成長の影響により、労働力が不足している時期であったが、企業には障害者雇用の理解が進んでおらず、多くの障害者が失業状態であった。資本主義は、障害者を労働の場から排除する性質を本質的に持っている。景気を活性化するために効率化や競争原理が優先され、企業間の競争に勝ち抜くために生産性を高め、低いコストで商品生産を行う。そして、企業は肉体的に機能の高い人を優先的に雇う方向となり、結果として、障害者は嫌煙されてしまう。

その状況の改善を図るため、諸外国、特にヨーロッパの現状に習い、雇用率制度が導入された。雇用率の導入には、1955（昭和 30）年に採択された I L O（国際労働機関）の第 99 勧告「身体障害者の職業更生に関する勧告」も影響している。この勧告では、現在の雇用率制度につながる内容として、「企業は、一般健常者の解雇を避けるような方法で、一定率の身体障害者を雇用することによって、障害者の雇用機会の増大を図らなければならない」ことが示された。

また、この当時は、障害者は企業に雇用されても、

最低賃金法の適用になっていなかった。1960（昭和35）年「最低賃金法」では、第8条に適用除外の規定があり、当時、障害者は、その対象であった。国は「身体障害者は、その能力、能率に応じたところの賃金が支払われることが必要である」とし、むしろ、そうでなくては、企業は身体障害者を雇用しなくなるとされていた。

そして、1960（昭和35）年「身体障害者雇用促進法」で、初めて雇用率が定められ、企業に一定数の障害者を雇用するように割り当てられた。この当時の民間企業の雇用率は努力義務であり、1968（昭和43）年の法改正では1.3%の雇用率が定められた。身体障害者雇用促進法は、1950年代後半からの急速な高度経済成長に伴って顕在化した労働力不足への対応策として成立した側面もある。労働力としての可能性のある身体障害者を安価な労働力として労働市場に提供する役割であった。

《表1 障害者雇用促進法の制定と改正》

制定・改正年	主な内容	法定雇用率 (民間企業)
1960(S.35)年	雇用率制度の開始。民間企業は、努力義務。	
1976(S.51)年	民間企業は、努力義務から雇用義務へ、納付金制度、法定雇用率の未達成企業の公表制度。	1.5%
1987(S.62)年	知的障害者を実雇用率の算出にカウントする措置の導入、特例子会社制度の法定化、法定雇用率の見直し(1988年施行)	1.6%
1997(H.9)年	知的障害者の雇用義務化(法定雇用率の算定基礎に加算) 法定雇用率の見直し(1998年施行)	1.8%
2005(H.17)年	精神障害者を実雇用率の算出にカウントする措置の導入。	
2012(H.24)年	法定雇用率の見直し(2013年施行)	2.0%
2013(H.25)年	障害者差別禁止および合理的配慮提供義務(2016年施行) 精神障害者の雇用義務化 (法定雇用率の算定基礎に加算、2018年施行)	
2017(H.29)年	法定雇用率の見直し(2018年施行)	2.2%

3. 労働力として認められはじめた障害者 【1970～2000年代】

3-1. 民間企業の障害者雇用義務化の始まり

高度経済成長に支えられ、雇用率制度を導入した

1960年代の障害者施策の展開は、1973年（昭和48年）のオイルショックの影響を受けることになった。しかし、それに対抗して、1976（昭和51）年「身体障害者雇用促進法」は大改正され、それまで努力義務であった民間企業の雇用義務が法的な義務として位置づけ、当時の法定雇用率は1.5%であった。また、法定雇用率の未達成企業に対しては納付金を課す、障害者雇用納付金制度が導入され、経営としての義務であることが明確化された。

3-2. 知的障害者や重度障害者の地域社会への進出

障害者の雇用義務の責任単位は「企業」である。法定雇用率の適用も、実雇用率の計算も、1つの法人格全ての部門を合わせて計算されるのが原則である。しかし、例外扱いとなっているのが「特例子会社制度」であり（特例というのはこの意味）、いくつかの条件を満たす場合、別の法人格の組織を合算することができる。

1976（昭和51）年の身体障害者雇用促進法の改正の際、障害者雇用をより一層進展させるために「特別に配慮した職場を設けることは適切である」「親会社が責任を持ちつつも実際の運営は子会社として独立させた障害者の働きやすい環境づくりは妥当である」という考え方から、この制度が通達された。1977（昭和52）年に、シャープ株式会社の特例子会社として、シャープ特選工業株式会社が、特例子会社の第1号として認定された。2017（平成29）年現在、全国で464社、雇用されている障害者は、身体障害者10,699人、知的障害者15,402人、精神障害者3,667人に達している。

特例子会社制度は、当初、障害者を隔離するような印象を持たれ、反対意見も出ていたが、現在では、

障害のある人も普通に生活できる社会の実現、そのための手段という考え方が浸透してきている。2002（平成 14）年の厚生労働省の見解では、健常者と同様に障害者が雇用されることが理想だが、そのためにも、まず障害者の働く場の拡大が重要であるとしている。また、特例子会社制度は、障害者に配慮した職場環境の設定、障害特性に対応した業務の再編成を可能とし、職域が拡大されることにより、知的障害者や重度障害者にとってのメリットが大きい。特に、知的障害者では、作業の習得に時間が掛かる、職場環境や対人関係の調整が必要になる等の障害特性に対応することができ、障害者雇用の取り組みが難しい大企業では機能している。

1980 年代に入って、日本の障害者施策に影響を与えたのは、完全参加と平等をスローガンとした 1981（昭和 56）年「国際障害者年」であった。この時期からノーマライゼーションの理念が普及し、関連法や障害者施策は、施設入所中心から地域福祉を加味して変更されている。ノーマライゼーションとは、障害者などを施設に隔離せず、健常者と一緒に助け合いながら暮らしていくのが正常な社会のあり方とする考え方である。

1985（昭和 60）年に「国民年金法」改正があり障害年金の充実が図られ、障害者の所得保障に重要な変更がもたらされた。1987（昭和 62）年に「身体障害者雇用促進法」から「障害者雇用促進法」へ改正されたことにより、法の対象者は、身体障害者から全ての障害者に拡大されたが、当時の法律の中には「精神障害者」の定義がなく、精神障害の特性に配慮した雇用支援策は十分に整備されていなかった。知的障害者は、「雇用に適するかどうかの判断に困難が伴うこと」「適職の開発が進んでいないこと」「社

会生活指導の面で特別の配慮を必要とすること」等の理由から、雇用義務の対象となることがこれまで先送りされてきたが、1987（昭和 62）年の改正により、知的障害者の雇用人数を身体障害者の雇用率に算入できることになった。

1997（平成 9）年の「障害者雇用促進法」改正によって、知的障害者も法定雇用率の算定基礎に加えられる（雇用義務の対象に含まれる）ことになったが、精神障害者は、「雇用にに関するノウハウが普及していない」「プライバシーに配慮した対象者の把握の方法が確立していない」等の理由から、その後も長年に渡って、雇用義務の対象に含めることが見送られてきた。この法改正により、1989（昭和 63）年以来 1.6%であった法定雇用率が 10 年ぶりに 1.8%に引き上げられた。

3 - 3. 農業分野での障害者就労

従来の福祉就労から企業就労へという流れを踏まえて、障害者の雇用を推進する施策が各省庁の関係部署において提言されてきた。その中で、農林水産省では、障害者の農業分野での雇用推進が明記され、積極的な事業化が進められてきた。

障害を抱える人が働く場には、3 種類あると言われている。第 1 には、障害者の関連法などの制度による税金によって維持されている職場で、昔でいう授産施設や福祉工場、現在でいう就労継続支援事業 A 型・B 型である。これは「福祉的就労」とも呼ばれ、社会福祉法制によって規定された障害者福祉サービスである。第 2 には、法定雇用率に則り、公的機関や一般の民間企業が障害者を雇用するものであり、「一般雇用」と呼ばれ、労働法制によって規定されている。この制度的にも二分化された働く場の中間

に、第 3 として、税金に頼らないビジネスモデルを基本とするソーシャルファームと呼ばれる事業形態がある。

ソーシャルファームは、1970 年代にイタリアにある精神病院の開放から始まったとされ、1990 年代にはイギリスでも関連法が制定され、ヨーロッパでは仕事を通じてのリハビリテーションとして発展している。近年、日本でも盛んな農業就労は、この第 2 の障害者雇用にあたる。一般の労働市場では、なかなか働く場がない障害者の人達に対して、仕事場を提供するという社会的な目的、公益的な目的を経営理念に掲げ、事業を運営している。

2011（平成 23）年の農林水産省の研究報告では、農業分野での障害者就労に、農業生産法人等（一般農家や特例子会社を含む）で働くケースと、社会福祉法人・NPO 法人等の福祉施設で働くケースがあるとされている。農業分野で積極的な雇用が見られる知的障害者については、役割として与えられた作業を根気よく、丁寧に行うことのできる特性がよく活かされている。また、自然の中で伸び伸びと自分のペースで作業ができ、対人ストレスも少ない農作業は精神障害者に向いていると感じている雇用主もある一方で、農業分野で働くには興味関心と体力が必要であり、これらを合わせ持つ精神障害者は少ないのではないかという指摘もある。農業には様々な手作業があり、障害者を多様な労働力として活用できるメリットがあるとする一方、障害者に適した業務の特定等の課題もあり、障害者本人と業務とのマッチングの悩みを抱えている。

4. 精神障害者が労働力と見なされた近年【2010 年代～】

4-1. 国際条約批准による障害者雇用の転換年

2013（平成 25）年は、日本の障害者雇用の方向性を示す大きな転換の年であった。障害者の人権や基本的自由の確保などを定めた国際条約である「障害者権利条約」に批准し、日本も条約国の仲間入りを果たしたのである。

2014（平成 26）年の国際条約批准を見据えて、2013（平成 25）年「障害者差別解消法」「障害者雇用促進法」の改正が行われた。この法改正により、1998（平成 10）年以来 1.8%であった法定雇用率が 15 年ぶりに 2.0%へ引き上げられ、雇用側の企業にとって、新たなハードルが設定された。

「障害者雇用促進法」では、以下の 3 つの項目が新たに定められた。①障害者に対する差別禁止：雇用の分野において、障害を理由とする差別的取扱いを禁止する。②合理的配慮の提供義務：雇用する企業に、障害者が職場で働くにあたっての支障を改善するための措置を講ずることを義務づける。③苦情処理・紛争解決援助：①②に関して、雇用された障害者本人からの苦情を企業自らが解決することを努力義務とする。

差別禁止については、例えば「障害があることを理由に採用を拒否する」「障害があることを理由に昇給をさせない」といったように、どのような対応が差別に該当するのか、といった常識的判断がしやすい。しかし、合理的配慮については、「過重な負担を及ぼさない範囲で」という但し書きもあり、判断が難しい。また、障害者雇用促進法では、障害者の範囲は各障害者手帳を所持しているものに限らないため、企業としては、誰に対して何をどこまで配慮しなければならないのかわからず、この当時は非常に混乱していた。

この合理的配慮の解釈としては、障害を抱える労働者が「業務で力を発揮してもらうために」どのようなところを配慮したら良いか、という建設的な視点で考えていかなければならない。障害者が安心して働ける企業風土づくりを行うことは、企業の労働者全体が働きやすい環境づくりにつながるだけでなく、社外の利害関係者（顧客、取引先、地域社会、行政機関など）への信頼の獲得や、優秀な一般雇用人材の確保など、企業成長にもつながっていく。大手企業を中心に、障害者雇用を重要な経営課題として、取り組む企業も増えており、障害者雇用の推進は、企業風土や組織の成熟度を示す指標になっている。

4 - 2. 生産年齢人口の減少による障害者雇用の加速

これまで振り返ってきた歴史の通り、障害者雇用においては精神障害者を対象とする法律の成立が、身体障害者や知的障害者と比べて、格段に遅れていた。精神障害者は疾患の側面が強調され、長らく「治療及び保護」の対象であったため、障害者施策では自宅や病院へ隔離・収容される者として労働力にならないと考えられてきた。

総務省の統計によると、日本の総人口は、2015年の127,090,000人から年々減少しており、2053年には1億人を割るものと推計されている。また、15歳から64歳までの生産年齢人口においては、1995年の87,260,000人から減少し、2015年には77,280,000人となっており、2056年には6千万人を割るものと予測されている³⁾。一方で、厚生労働省によると、2018（平成30）年度の各障害者手帳の交付台帳登録数は、身体障害者手帳は5,087,257人（前年比0.4%減少）、療育手帳は1,115,962人（前年比3.3%増加）、

精神障害者保健福祉手帳は1,062,700人（前年比7.1%増加）と報告されている^{4, 5)}。2008（平成20）年度からの推移を見ると、身体障害者手帳では55,574人、療育手帳では330,242人、精神障害者保健福祉手帳では579,795人、所持者が増加している^{6, 7)}。生産年齢人口の減少に反して、直近10年間の精神障害者保健福祉手帳の所持者は年々増加しており、「精神障害者は労働力にならない」と無視することはできない時代になってきているのである。

4 - 3. 需要の高まる精神障害者雇用

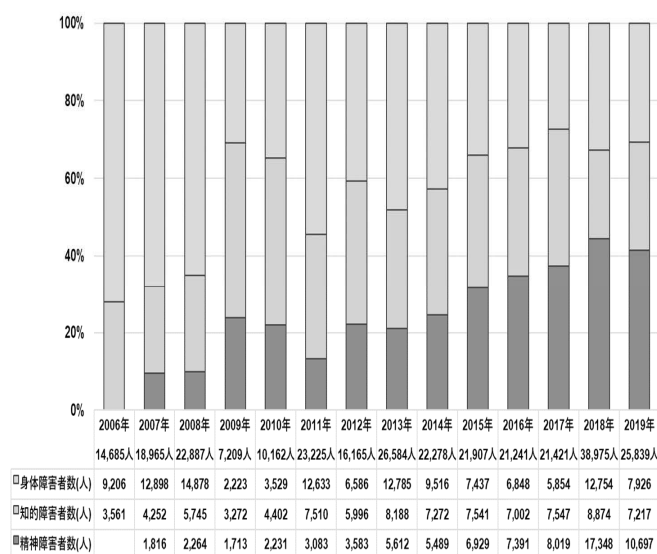
2018（平成30）年4月、精神障害者が法定雇用率の算定基礎に加えられた（雇用義務の対象に含まれた）ことにより、公共団体は2.3%から2.5%に、民間企業は2.0%から2.2%に法定雇用率が引き上げられた。2021年3月末までには、更に0.1%引き上げられることが決定している。今後も5年毎の見直しにより、法定雇用率は更に引き上げられることになる。

先にも述べた通り、手帳を所持する精神障害者は、この10年間で2.2倍に増加している。また、民間企業における精神障害者の新規雇用人数は、2008（平成20）年の2,264人から2018（平成30）年には17,348人となり、7.7倍に増加している。また、2016（平成28）年に新規雇用の身体障害者が6,848人であったことに対して、精神障害者は7,391人であり、新規雇用人数で初めて身体障害者を上回り、今後も精神障害求職者の増加が見込まれる（図6）。

2018（平成30）年の法定雇用率の引き上げに伴い「精神障害者雇用の義務化」という言葉が使われるが、現状では、企業の障害者雇用において、身体・知的・精神の障害種別は問われておらず、企業は雇用イメージが持ちやすい身体障害者の採用活動に注

力している。しかしながら、身体障害者の雇用が伸び悩み、事業構造から知的障害者に任せる業務の切り出しに限りがある企業では、実雇用率の改善に向けて、主たる雇用対象者を精神障害者にシフトせざるを得ない。

従来から、精神障害者は職場定着の難しさが指摘されている。また、身体障害者や知的障害者と異なり、障害状況がわかりにくい性質もあり、実際の雇用にあたってはどのような配慮をしたらよいか、どのような仕事を任せたらよいか等、企業は苦慮するところも多くある。社会体験が乏しく、社会のルールが必ずしもきちんと身に着いていない精神障害者。病気が故に、日常勤務で不安定さを示す精神障害者に、企業は接しにくさを感じて距離を置きたがっている。働く世代の精神障害者が増え続けている現在、精神障害者と上手く共働き、将来の貴重な働き手に育て上げる取り組みが企業に求められている。



《図 6 民間企業における障害者の新規雇用人数の内訳》

(厚生労働省「障害者雇用状況の集計結果」に基づき作成)

5. これからの精神障害者雇用に必要なこと

5-1. 大学には入れるのに、会社には入れない精神障害者

身体障害者や精神障害者は、一定の学力が備わっていれば、大学まで進学することができる。それぞれの興味関心のもと、学業に励むことも可能で、バリアフリーや合理的配慮の理解が進んだ大学のキャンパスでは、快適に学ぶことができる。しかし、身体障害者と精神障害者では、卒業するまでの経過が異なる。大学入試は問題なくクリアできても、スムーズに卒業できない精神障害者が一定数見られる。

高校までのように、担任の先生による細やかな目は行き届いていない。大学では、時間割を自分で決め、4年間で卒業するためのスケジュール管理を自ら行わなければならない。大学に入ると生活様式が変わり、高校生活とのギャップにつまずきやすい。また、レポートの提出期限に追われたり、ゼミ等のグループ発表をしなければならなかったり、大学生活は精神障害者にとって困難な課題が多くある。

精神障害者は、対人面で不安を抱えていたり、自己評価が低かったり、就職活動で必須となる自己PRが極端に苦手で、就職活動へのハードルが高い。「こんな自分が就職なんてできるわけがない」「本当の自分の能力に下駄を履かせてアピールすることなんてできない」「自分を偽って、過大評価を履歴書に書くことは苦痛だ」「自分には特技や趣味なんてものはない」等、自分を他者に見せることに苦手意識を持っている人が多い。

このような人達は、本来、高い能力を持っているにも拘らず、能力に適したポジションで就職することができない。大学に入るには、黙々と試験勉強に励み、一定以上の点数を獲得することが求められる

が、企業に入るには、自分の内面をより良く自己評価できている人でないと、採用面接を通過しにくい。

企業は精神障害者の採用段階でつまずきやすく、書類や面接の選考で、精神障害を抱える求職者の本質を見極めることが困難である。言葉にこだわる特性のある精神障害者は、適切な表現を追い求め、相手に与える印象についてはあまり意識を向けない。履歴書は自分の能力等の長所が伝わる内容になっておらず、診断名や精神症状のみが独り歩きし、相手にネガティブな印象を与えてしまう。また、面接選考では、嘘を言うてはいけないという意識、元々の対人場面への苦手さ、面接自体への緊張感などにより、うまく言葉を発することができない。

精神障害者にとって、就職活動は過度のストレスが掛かるばかりか、本来のその人の性格や特徴が何も見えない状況に陥りやすく、企業の人事担当者は、ストレスフルな状態の精神障害者を、採用面接の場面で、ただ観察するに留まってしまうのである。

5-2. 入社後の精神障害者のキャリア

大学には入れたが企業に入るのに苦慮する精神障害者について述べたが、その人達の入社後キャリアはどうであろうか。キャリアという言葉自体は、日常的に使われるようになっているが、障害者のキャリアについての研究や書籍は少なく、見落とされているテーマである。特に、知的障害者や精神障害者にとっては、どこことなく縁遠いテーマのように扱われている。

厚生労働省の障害者雇用実態調査によると、雇用している障害者への配慮事項として、「職業生活に関する相談員の配置・委嘱」を実施している企業は24.5%未満、「研修・職業訓練等能力開発機会」を実

施している企業は3.4%未満に止まっており7)、一般社員に対する個別の職業相談や社内外の研修を通じたキャリア開発の機会と比較すると、大きなギャップがあるのが現状である。

特に、知的障害者や精神障害者に対しては、本人も周囲も「あまり成長が望めない」という見方を無意識的にしているのではないだろうか。また、「環境の変化に弱い」「同じ作業の繰り返しが安定する」という障害特性の認識によって、安全配慮や合理的配慮の視点から、「変化のない環境を提供する」ようにしているのかもしれない。

しかしながら、行き過ぎた配慮は、障害者の成長の機会を奪ってしまう側面があることを認識しておかなければならない。障害を抱える社員に対しても一般社員と同じように、キャリア開発の視点を持ち、成長を促す教育環境を整えることで、彼らの能力を発揮することができれば、組織や企業の生産性向上に貢献することが可能となる。

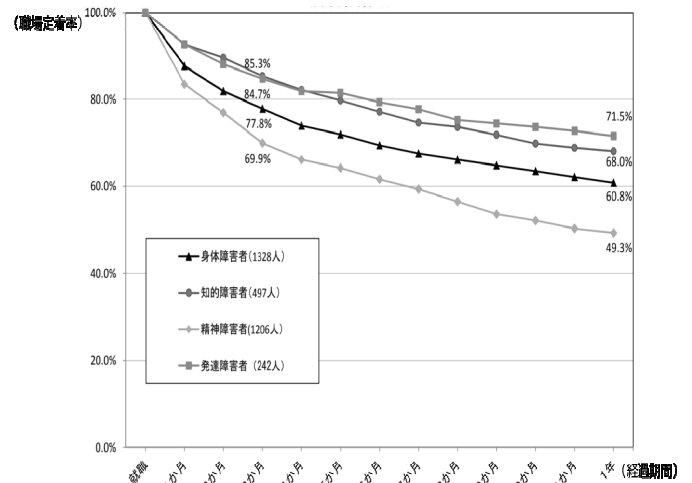
バブル崩壊1991(平成3)年以降、多くの企業は、人材を育成する余裕を失ったこともあり、即戦力としての人材を求めてきている。こうした状況と連動して、障害者雇用においても、即戦力として高い能力を備えた障害者が、企業の雇用現場で求められている。時間を掛けて、障害者本人のペースに合わせて、働くことへの動機づけを高めるとともに、職業能力を付与していく、そうしたゆとりは企業の中では失われている。これにより、企業側が求める障害者の職業能力と、受け入れた障害者の実際の能力との間にギャップが生じ、その結果、採用はできたものの短期間で離職してしまうという問題も顕在化してきている。

5-3. 精神障害者の職場定着率の課題と専門職が関わる必要性

現状では、企業は特に精神障害者の難しさを感じている。同じ精神障害者保健福祉手帳を取得している人でも、精神疾患の種類や程度によって、個人が「できること」「できないこと」の振れ幅も大きい。企業の人事部門に所属する障害者雇用担当者は、程度の差はあれ、障害者雇用に関して知識を備えており、精神障害者の対応においても、本人から必要な情報収集をしようと試みる。例えば、採用面接では、障害者本人への負担を気遣いながら、障害の状態や生活状況等を確認しようとする。しかし、精神障害者の場合は、個々の多くの要素が複雑に絡み合っているため、情報収集した内容から、そのケースを統合的に見ることが、人事担当者では難しいのである。面接場面の印象の良し悪しに左右され、相互理解が不十分で業務ミスマッチが起こってしまったり、精神疾患に対する不確かな理解で不採用としてしまったりする状況も見られる。精神障害者採用の場合、人事による採用面接の情報のみで見極めることは難しく、主治医からの健康面の情報や支援機関からの生活面の情報を得ることが望ましい。精神疾患にまつわる機微情報を安全かつ適切に取り扱える点においても、採用に専門職が関わることは企業と障害者双方にメリットがあると思われる。

また、2015（平成 27）年度から 2 年間に渡った就職状況、職場定着状況等の就業実態の調査研究によると、一般企業への就職後 1 年時点での定着率は、身体障害者 60.8%、知的障害者 68.0%、精神障害者 49.3%、発達障害者 71.5%であり（図 7）、精神障害者（発達障害者を除く）が他の障害者と比較して早期に離職しやすい 8）。

主な離職理由としては「労働条件が合わない」「業務遂行上の課題あり」「障害・病気のため」がある。



《図 7 障害者の就職後の定着率》

その背景となる課題は、①服薬や治療中断などの体調・生活管理、②障害および就労に対する自己理解、③就労への意欲、④障害の非開示、⑤対人コミュニケーション、⑥作業能力などが挙げられる 9）。就労による心理・社会的側面が精神疾患や精神症状そのものに影響することもあり、職場定着支援には治療的な関わりを要する。

また、障害開示と非開示では定着率に大きな差が見られ、障害開示により職場定着を促進させる結果となっている 8）。障害者に対する雇用管理上の配慮は障害開示が前提となるため、本人の障害受容や自己理解と併せて、企業と本人との調整の役割、企業内外の関係者との連携が重要となる。これまでの歴史的背景に基づけば、様々な障害者福祉施策や公的機関の取り組みは、障害者本人への福祉を重視しており、労働の生産性を追求する雇用主とは立場が異なるため、障害者雇用の企業支援まで手が届きにくい。

精神障害者雇用においては、社内外の関係者との

有機的かつ効率的なネットワークの構築が求められ、産業医や主治医との連携の強化が急務である 10)。
精神障害者雇用では、精神疾患のアセスメント、治療的な関わり、他職種との連携という点において、精神科医、公認心理師、精神保健福祉士といった専門職が関わる意義が大きいと考える。

【文献】

- 1) 厚生労働省：令和元年 障害者雇用状況の集計結果,
<https://www.mhlw.go.jp/content/11704000/000580481.pdf> (2020 年 2 月 28 日閲覧)
- 2) 厚生労働省職業安定局：障害者雇用の現状等 平成 29 年 9 月 20 日,
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11601000-Shokugyouanteikyoku-Soumuka/0000178930.pdf> (2020 年 2 月 28 日閲覧)
- 3) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口 平成 29 年推計, 人口問題研究資料第 336 号 (2017)
- 4) 厚生労働省：平成 30 年度福祉行政報告例 結果の概況,
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/gyousei/18/dl/kekka_gaiyo.pdf (2020 年 2 月 28 日閲覧)
- 5) 厚生労働省：平成 30 年度衛生行政報告例 結果の概況,
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/18/dl/kekka1.pdf (2020 年 2 月 28 日閲覧)
- 5) 厚生労働省：平成 20 年度 社会福祉行政業務報告 (福祉行政報告例) 結果の概況,
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/gyousei/08/kekka2.html>,

- <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/gyousei/08/kekka3.html> (2020 年 2 月 28 日閲覧)
- 6) 厚生労働省：平成 20 年度 保健・衛生行政業務報告 (衛生行政報告例) 結果の概況,
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/08/dl/data_002.pdf (2020 年 2 月 28 日閲覧)
- 7) 厚生労働省：平成 30 年度障害者雇用実態調査結果,
<https://www.mhlw.go.jp/content/11601000/000521376.pdf> (2020 年 2 月 28 日閲覧)
- 8) 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)
- 9) 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, 27 (特別号), 10-14 (2019)
- 10) 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, 27 (3), 207-213 (2019)

第二部 精神障害者の就労に関わる取り組みの現状と課題—ハローワークの訪問調査より—

1. 研究目的とその背景

本稿の第一部でも述べた通り、2006（平成 18）年 4 月に精神障害者が法定雇用率として算定されるようになって以来、精神障害者のハローワークの新規求職件数と就職件数は増加の一途を辿り、2018（平成 30）年度は 10 万人を突破している（図 1）。

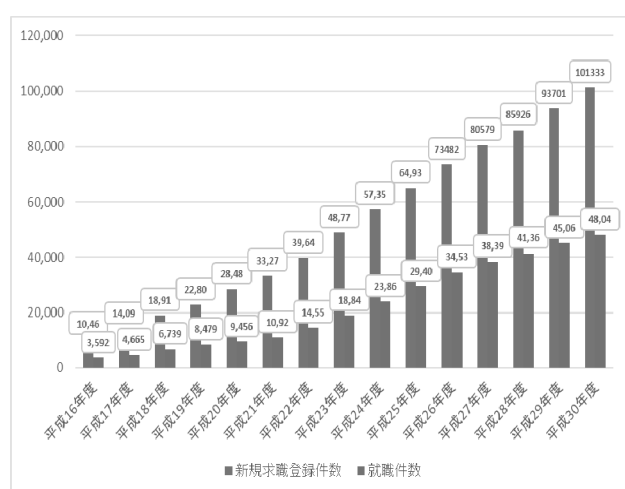


図 1. 精神障害者の新規求職件数と就職件数の推移

「障害者雇用促進法」の改正により 2018（平成 30）年度より雇用率が更に引き上げられたことで（2.0%⇒2.2%）、障害者の雇用義務の対象となる事業所規模が 50 人以上から 45.5 人以上となり、2021（令和 3 年）3 月までに更に 2.3%まで引き上げられる予定になっていることから、ハローワークをはじめとする就労支援機関は急増する精神障害者の雇用先の開拓に尽力を尽くしている。一方で、精神障害者の就労がなかなか定着しない状況は、依然として現場で大きな課題となっている。

本研究では、こうした精神障害者の就労に関わる課題を踏まえ、精神障害者の就職支援の中心的役割

を担っているハローワークを中心とする非医療関係機関に対して訪問調査を行い、各現場の取り組み、生じている課題、今後必要な施策について検討を行うものとした。

2. ハローワークおよび関係機関調査対象・方法

全国 8 地方区分（北海道、東北、関東、中部、近畿、中国、四国、九州・沖縄）に基づき、各拠点のハローワーク 12 カ所を選定し、訪問調査を実施した。また、付随して事業所のメンタルヘルス活動を支える産業保健総合支援センターおよび地域産業保健センター、精神障害者を地域で支える中核拠点となる障害者就業・生活支援センターなど 4 ヶ所についても訪問調査を実施した。

ハローワークに対するヒアリング内容については、主に以下の項目について聞き取りを行っている。

- ①精神障害者の求職・就職件数および疾病動向
- ②企業の精神障害者の雇用に対する考え方や受け入れの動向
- ③精神障害者の定着上の課題と取り組み
- ④医療機関や職場との連携状況
- ⑤職員への教育および支援体制
- ⑥労災により精神障害者になった支援ケースの有無
- ⑦その他、最近の動向

3. 調査結果

3-1. 精神障害者の新規求職件数および就職件数の動向

ハローワークにおける精神障害者の求職・就職件数はどの拠点も増加傾向にあり、身体・知的・精神の 3 障害の中で最も高い割合を占めており、求職者の 5 割以上が精神障害者を占めていると回答したハ

ローワークが多かった。

一方で、精神障害者の就労定着が難しいといった声が多く、精神障害者の求職・就職件数の増加の背景に退職・転職を繰り返すケースが含まれていることの言及が多かったが、具体的な数値については把握できていないという回答がほとんどだった。精神障害者の主な疾病として、統合失調症、うつ病、双極性障害、広汎性発達障害、てんかんなどが挙げられた。若い世代の発達障害者や途中でうつ病を発症して精神障害者保健福祉手帳を取得し、求職登録をするケースが年々増えているという傾向がうかがえた。

身体障害者、知的障害者の求職・就職件数については、各ハローワークの対象規模や地域性により微減、横ばいなど若干の相違が見られた。

3-2. 企業の精神障害者の雇用に対する考え方や受け入れの動向

2018（平成30）年度の障害者の法定雇用率の引き上げに伴い、雇用義務の対象となる企業が増えたこともあり、今回訪問調査を行ったすべてのハローワークが、企業に対して精神障害者雇用の説明会や企業に出向いての出前講座を実施するなどの何等かの啓発活動を行っている。精神障害者の雇用については不安を抱える事業所もあり、そういった事業所には本人が就労支援機関に登録し、サポートを受けている精神障害者を優先的に紹介しているというハローワークもあった。その際、採用面接に就労支援機関が同席することで採用を検討する企業も安心感につながるという。こうした取り組みなどから、精神障害者の理解は少しずつ深まり、雇用を意識する企業も増え、従来あった精神障害者に対する抵抗感も

緩和されてきているという声も多く聞かれた。その一方で、精神障害者の雇用に対する抵抗が強かったり、企業側が求める要求水準が高いなどで、職業紹介が難航している事業所もあるとの声もあった。

3-3. 精神障害者の定着上の課題と取り組み

精神障害者の就労後の定着については、他の障害者に比べ依然として定着率が低いとの見解がほとんどであった。その背景要因として、地域の就労支援機関や障害者就業・生活支援センター、地域障害者職業センターなどの就労支援機関の支援が得られないケースなど、就労前後にフォローがない事例ほど定着率が低い傾向が認められるとの声が少なからずあった。また、早期に離職するケースは業務が合わないという理由、一定期間就労して離職するケースは上司や職務内容が変わるなどの職場環境の変化に適応できないという理由により退職する傾向が見られるという見解もあった。また、人事などの採用側と受け入れ先の部門との精神障害者への理解度に差があり、結果的に適切な配慮につながらず離職してしまうというケースもあるとの声も聞かれた。

早期離職予防に向けた取り組みとしては、就職に向けて準備性に不安がある場合は、就労移行支援機関へ、比較的短期で職能習得を目指すニーズがあれば委託訓練へ、職業適性の見立てが難しい場合は地域障害者職業センターにつなぎ職業評価を実施して本人の職業適性や必要な合理的配慮などをアセスメントしてもらうなど、求職者の就労準備性に応じて適切な就労支援機関にコーディネートを行っているという。こうした取り組みを行う際、チーム支援という形で、地域障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、医療機関などが相互に連携を取

りながら本人の適性に見合った就労につながる体制を構築しているとのことだった。

また、企業側に向けたアプローチとしては、職場体験（インターン）やトライアル雇用制度などの制度を活用したり、「精神・発達障害者しごとサポーター養成講座」を開催し、就職後に職場内のサポーターを養成するような取り組みも行っている。就職後にハローワークに相談がある際は既に問題が深刻化しているケースが多い中で、企業内にサポーターが配置されることで、何らかの課題が発生した際に早期にハローワークや就労支援機関につながり、課題解決がはかれたという事例もあるとのことだった。

就労後のハローワーク側の定着支援にあたっては、精神障害者雇用トータルサポーター（以下、トータルサポーター）が就職後の一定期間、定期的に企業に訪問してフォローアップしているというハローワークがある一方で、精神障害者の窓口利用者の増加により就職や関係機関へのコーディネート業務で手が一杯で定着支援までカバーできていないというハローワークもあった。従来、就労後の定着支援については、障害者就業・生活支援センター、地域の就労支援センター、地域障害者職業センターなどが中心となっていたが、改正障害者総合支援法により平成30年4月から就労定着支援制度が施行されたことにより、地域の就労定着支援事業所がサポートを行うケースも増えているようである。

3-4. 医療機関や職場との連携状況

ハローワークを利用した精神障害者の主治医との連携については、意見書の提出で完結しているケースが圧倒的に多かった。その中で、本人との面談で主治医の意見書に疑問を感じたり、就労準備性に大

きな課題が見られた際は、ハローワークの職員が主治医に電話で問い合わせているというハローワークや、転職を繰り返している求職者の場合はトータルサポーターが必ず本人と同行通院して状況を確認していると回答したハローワークも一部あった。このように医療機関と連携を取る方針を持ったハローワークについては、医療機関側に精神保健福祉士などのソーシャルワーカーが配置されていると、やはり連携が取りやすいとのことだった。

また、2016（平成28）年度より各都道府県の主要ハローワークでは、「精神科医療機関とハローワークの連携モデル事業」（以下、モデル事業）を実施し、ハローワークがアウトリーチしてデイケアなどに出前相談を実施するなど、以下の取り組みを行っている。

- ①連携対象医療機関を利用している精神障害者に対して就職に関する知識や技術を付与するためのジョブガイダンスの実施
- ②職業相談・紹介、キャリアコンサルティング、職業訓練あっせん等の就労支援サービス
- ③職場実習等の機会の積極的な提供
- ④3ヶ月目と支援期間終了時に医療機関側の担当者を含めたケース会議の開催
- ⑤職場定着支援等のフォローアップ支援の実施

2018（平成30）年度は47労働局でモデル事業が展開され、今回訪問調査を行ったハローワークにおいてもモデル事業を実施している拠点はあったが、協力医療機関の開拓が難しかったり、実際に事業を実施してもその成果が十分得られず苦戦しているハローワークもあった。しかし中にはこうした取り組みにより就労のきっかけづくりを行うことで就労者が着実に増加しているハローワークもあり、各ハロー

ワークによって実情に差が見られた。

職場との連携先は、事業所の人事や本人が所属している管理職との連携がほとんどで、本人の健康を支える産業医をはじめとする産業保健スタッフとの連携しているケースはほとんど聞かれなかった。

産業医をはじめ、健康保健スタッフとの連携は今後の重要な課題である。

3-5. 職員への教育および支援体制

ハローワークの相談窓口担当職員への研修を定期的に実施している機関はほとんどなかった。質の高い支援サービスを提供するためには、研修など一層の充実が望まれるとの認識はあるものの。窓口対応をしている職員は嘱託職員が多く、本人が自費で自主的に研修会や学会に参加して研鑽しているのが現状とのことだった。

また、精神科医等の専門家による助言指導を受けられる体制をもっているハローワークはなく、現場では困難事例を抱えることも多い状況から、そうした環境を望む声は多く聞かれた。

3-6. 労災により精神障害者になった支援ケースの有無について

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

3-7. その他、最近の動向

また、2019（令和元）年4月に一部施行された「働き方改革関連法案」に即した取り組みに関する動向についてもヒアリングを行った。本法案と障害者雇用を結びつける取り組みはほとんど聞かれなかったが、

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

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

今回ハローワークに付随して訪問調査を行った障害者就業・生活支援センターでは、中には外国人の発達障害者や、本人の親が発達障害を抱えているというケースもあるとのことで、年々増加傾向にあるとのことだった。就労ビザの問題や言語的課題や対応できる医療機関が限られたりなど、支援が難航するケースが多いとのことだった。

4. 考察

今回訪問したハローワークおよび非医療関係機関の訪問調査から、地域によらず精神障害者の新規求職者ならびに就職者は着実に増えている状況が把握できた。

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

また、離職の要因は、本人の就労準備性に関わる

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

したがって、各ハローワークに配置されているトータルサポーターの働きは重要である。しかしながら、トータルサポーターは嘱託職員で1年契約であることをはじめ、実際の業務内容に見合った労働条件になっていない状況や、日々の業務に追われスキルアップに向けた研修や困難事例に対するスーパービジョンを受けられるような環境がないなど、労働環境が厳しいことから人材確保が難しいという声も多かった。平成20年の精神障害者雇用トータルサポーターの配置に続き、平成30年より発達障害者雇用トータルサポーターも主要ハローワークに配置され始めたが、こうした第一線で働く職員に対する処遇改善も改善すべき課題の一つと考えられる。

就労後の定着支援については、今回訪問調査を行ったハローワークの中ではトータルサポーターが就労後に一定期間訪問しているという拠点もあったが、多くのハローワークは日々の窓口業務の対応で定着支援までカバーできず、他の就労支援機関に委ね、役割分担を行っているケースがほとんどだった。他方、地域の就労支援機関も人材不足により定着支援まで十分カバーできていないケースも多い。

平成30年度より就労定着支援が制度化され、就労移行支援事業所をはじめとする各就労支援機関が参入しているが、その支援のクオリティのばらつきが大きく、必要にして十分は定着支援がなされていないといった声も聞かれていることから、就労支援に

関わる人材の育成に向けた環境づくりが引き続き求められよう。

【文献】

厚生労働省. 平成30年度障害者の職業紹介状況等. 2019

大西守「医療機関以外の施設の治療プログラムにおける産業医等と主治医との連携を明確化するための調査研究」厚生労働省平成26・27年度労災疾病臨床研究事業, 労働者の治療過程における、主治医と産業医等の連携強化の方策とその効果に関する調査研究 535-567,2016

大西守「障害者職業センター・ハローワーク等の調査研究」厚生労働省平成28・29年度労災疾病臨床研究事業, 精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆに係る臨床研究, 245-254,2018

大西守「精神障害者の就労および関係機関との連携に関わるヒアリング調査と支援ツール開発の試み」厚生労働省平成28・29年度労災疾病臨床研究事業, 精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆに係る臨床研究, 255-266,2018

林輝男: 精神障害者の「働きたい」を実現するために—IPS 個別就労支援の効果と可能性。精神神経学雑誌 121:91-106,2019

小塩靖崇、佐藤さやか、市川健ほか: 障害者就業・生活支援センターにおける精神障害者の就労支援に関する実態調査。日社精医誌 28:246-254,2019

厚生労働省令和1年度労災疾病臨床研究事業費補助金
「仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する治療と
並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究」（分担・中間報告）

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：前田 隆光，松田由美江，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：今年度は、東邦大学産業精神保健職場復帰支援センター（佐倉）において、2010年10月～2019年5月の期間に、うつ病エピソード（ICD-10 F32）に罹患し、リワークデイケアを利用した92名の有職者を対象に、利用目的、期間、休務回数、休職理由（業務上、その他）等について予備的調査を行った。病状・経過より休職の主要因は、業務の質的負担、量的負担が上位であり、副次的要因としては、仕事のコントロール度（自己裁量他）、人間関係が優位であった。

A. 研究目的

本研究においては、長期療養中の労働者に対する標準的な病状等評価と医療職域間連携の手法の開発を目的に、両立支援取組にて活用してきた評価・連携手法が効果的に適応できる可能性について検証することを目的に、医療職域間連携・支援現場において産業現場にて応用を試みる。具体的には、うつ病のため休業中の労働者を対象に、例えば、リワーク開始時、治癒状況、復職時（社会復帰レベル）、復職3か月後（安定就労）の4群（時点）における病状把握と就業状態について、これまでの治療就労両立支援モデルの評価法である4つの軸評価（Ⅰ現症、Ⅱ安全衛生要因、Ⅲ個人生活状況、Ⅳ事業場側の懸念等の各項目を用いた評価を行い、休業ならびに療養期間と各状態像との相関について検討する。

B. 結果

対象者の、利用目的、期間、休務回数、休職理由（業務上、その他）について、図表で示す。

性別	
男	82
女	10

92

紹介	
当院	22
紹介	61
転院	9

92

自立支援医療	
利用有	62
利用無	30

92

官民の別	
公務員	29
準公務員	0
民間	63
無職	0

利用目的	
復職	92
就労	0
転職	0
その他	0

92

利用期間	
平均	215
データ個数	92
最大値	463
最小値	50

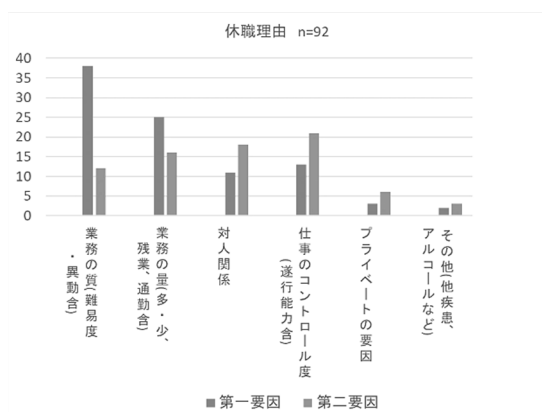
現在の休務の回数	
1回	51
2回	24
3回	8
4回	6
5回以上	7

総利用者数	92
在職過去利用者数 (B)	92
離職過去利用者数 (C)	0
その他過去利用者数 (D)	0
過去利用者総数 (E= B+C+D)	92
在職現在利用者数 (F)	0
無職現在参加者 (G)	0
その他過去利用者数 (D)	0
現在利用者数 (H= F+G)	0
総延べ利用者数 (I= E+H)	92
復職者数 (J)	76
リハビリ出勤 (K)	13
復職率 (L= (J+K) /B*100)	96.7
開始平均年齢	41.8

休職理由	第一要因	第二要因
業務の質(難易度・異動含)	38	12
業務の量(多・少、残業、通勤含)	25	16
対人関係	11	18
仕事のコントロール度(遂行能力含)	13	21
プライベートの要因	3	6
その他(他疾患、アルコールなど)	2	3
	92	76

※主要因は業務に関するものが多いが、副要因は対人関係や仕事のコントロール、本人の就労パフォーマンス等能力・適正等の問題が関係していると考えられる。

※休職理由②が少ないのは、理由①が優勢で副要因が該当しないケースがあるため。



C. 今後の課題

今回の調査対象者 92 名について、病状(BDI-Ⅱ等)ならびに業務外要因などと利用期間、休職期間との相関について、さらに解析を進めたい。また、今後のリワークデイケア利用者を対象に、これまでの治療就労両立支援モデルの評価法である 4 つの軸評価(Ⅰ現症、Ⅱ安全衛生要因、Ⅲ個人生活状況、Ⅳ事業場側の懸念等の各項目を

用いた評価を行い、休業ならびに療養期間と各状態像との相関について検討したい。

D. 発表業績(令和元年度)

【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・両立支援に関係する学会発表】

- 1) 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）
- 2) 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）
- 3) 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）
- 4) 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）
- 5) 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）
- 6) 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）
- 7) 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）

労災疾病臨床研究事業費補助金
令和元年度（分担）研究報告書

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～労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究～

分担研究者 黒木 宣夫 東邦大学名誉教授

主任研究者：桂川修一 東邦大学医学部精神神経学講座（佐倉）

<研究協力者>

荒井稔	日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院精神科部長
小山善子	金城大学医療健康学部教授
田中克俊	北里大学大学院 医療系研究科産業精神保健学 教授
高野知樹	医療法人社団 弘富会 神田東クリニック院長（産業医統括）
築島健	札幌市総務局職員部職員健康管理担当部長
夏目誠	大阪樟蔭女子大学名誉教授
野村俊明	日本医科大学教授
藤原修一郎	金沢文庫エールクリニック院長
丸山総一郎	神戸親和女子大学教授
増田将史	イオン株式会社グループ人事部 イオングループ総括産業医
南 昌秀	コマツ本社健康増進センター 副センター長
宮本 俊明	新日鐵住金(株)君津製鐵所 総括産業医（東日本エリア統括産業医）
吉村靖司	医療法人社団 弘富会 神田東クリニック院長（診療統括）
渡辺洋一郎	医療法人メディカルメンタルケア横山・渡辺クリニック
山本和儀	EAP 産業ストレス研究所所長
林 果林	東邦大学医学部精神神経学講座（佐倉）
山村重雄	城西国際大学教授（統計解析）

研究要旨：全国都道府県労働局労災補償課長への統括調査と2019年3月時点で、(1)3年以内に治ゆできた事例160例と(2)5年以上経過しても治ゆしない事例に関して個別調査を実施した。

<労災補償課長への調査>労災保険による療養開始(労災認定時点)から5年以上治ゆしていない事例は790例であり、6カ月以上、通院の実績がない事例は11例であった。早期復職事例と長期療養事例との一番の差異は、本人の復職意欲が67.2%(39)、次に症状の重症度が31%(18)と回答し、職場復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養期間の目安を示す」は最も多く、60.3%(35)を占め、次に現場の受け入れ・支援体制が32.8%(19)を占めていた。

<個別事例調査>労災認定基準で業務上と判断され、2019年3月時点で、①3年以内に治ゆできた事例160例と②5年以上経過しても治ゆしない事例783件、合計943事例に関して精査した。労災認定時の傷病名に関して5年以上未治ゆ事例はうつ病51.1%(399)<3年未満治ゆ事例39.2%(62)>が多く、3年未満治ゆ事例は適応障害25.9%(41)<5年以上未治ゆ事例：15.6%(122)>が多くみられた。(P<0.0001*) 調査時点の傷病名に関して5年以上未治ゆ事例はうつ病54.2%(424)<3年未満治ゆ事例39.5%(62)>が多く、3年未満治ゆ事例にみられない疾患は統合失調症、双極性障害であった。(P<0.0001*) 3年未満治ゆ事例に多く見られた出来事は、「事故や災害の体験」で59(37.6%)、「ひどい嫌がらせ・いじめ・又は暴行を受けた」42(26.8%)であり、5年以上未治ゆ事例に多くみられた出来事は、「仕事の量・質の変化があった」で326(42.6%)であり、統計学的に有意差が認められた。(p<0.0001) 3年未満治ゆ事例と5年以上未治ゆ事例を比較すると、3年未満治ゆ事例は100時間以上の時間外労働なしが72.7%(104)に対し、5年以上未治ゆ事例は51.3%(358)を占めた。時間外労働に関して、3年未満治ゆ事例は5年以上未治ゆ事例に比べ、有意に時間外労働をしている事例は少なかった。(P<0.0001) 業種に関しては3年未満治ゆ事例で割合的に多い業種は医療・福祉関係24.2%(38)、製造業17.2%(27)、サービス業16.6%(26)であり、統計学的に有意差が認められた。(P<0.0001*) H31年3月時点での労災請求の際の事業主の証明は、3年未満治ゆ事例は55.2%(74)が証明があり、5年以上未治ゆ事例は24.6%(177)しか証明が得られていなかった。(P<0.0001)

現在、職場復帰を果たしているか否かに関しては、3年未満治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は73.2%(41)、5年以上未治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は9.5%(68)にすぎず、5年以上未治ゆ事例で職場復帰を果たしていない事例は90.5%(644)であった。(P<0.0001) 過去に職場復帰を果たしたことがあるか否かに関しては、3年未満治ゆ事例は60%(51)が職場復帰を果たしているのに対し、5年以上未治ゆ事例は16.7%(104)しか過去に職場復帰を果たしていない。(P<0.0001)すなわち、5年以上未治ゆ事例は、83.3%(518)が一度も職場復帰を果たしていないという結果が得られた。

調査時点前1ヶ月間のおおよその休業給付額3年未満治ゆ事例は20万円以下の休業給付金を支給されている事例は46.1%(48)であるのに対し、5年以上未治ゆ事例は27.2%(189)にすぎなかった。さらに5年以上未治ゆ事例では39.2%(272)は30万円以上の給付金が支給されていた。(P<0.0001*)

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

A 研究目的

労働社会保険の障害給付には、労災保険の障害給付と社会保険（厚生年金・国民年金など）の障害給付の2種類があり、各々の保険制度で年金給付と一時金給付が定められている。社会保険の障害給付の場合は、どんなに遅くとも傷病の初診日から1年6ヶ月が経過した日に障害認定されるが、労災保険の障害給付の場合は、原則としてその傷病が治癒しない限り障害認定はされない。「自殺ではない精神障害」の労災請求件数は、「認定基準」が運用された2012年から2018年までの6年間に9398件、同期間の労災認定件数は2743件（認定率は29.2%）に及び、「自殺ではない精神障害」の労災認定件数が、今後も急増するものと推測される。

2016年度の労災疾病臨床研究事業費補助金研究では、労災認定から4年経過して治癒している事例は53.2%(196)、治癒していない事例は44.6%(165)であり、治癒していない事例165例のうち、治癒の見通しがある事例は7.3%（12）にすぎなかった。また治癒していない事例（145）のうち3年以上の療養事例は91%(132)であり、ほとんどの事例の療養期間が長期化している現状が明らかになった。(P<.0001*)

さらに2017年度労災疾病臨床研究事業費補助金研究では長期療養事例調査を実施したが、調査時点（同年7月）で10年以上治癒していない長期療養事例は全国に195例みられた。都道府県労働局労働基準部労災補償課長調査で、10年以上職場復帰できない理由に関して（1）病状（状態）が改善しないが20(32.8%)、（2）手厚い休業補償給付に依存が15(24.6%)、同様に行政的・医療的・福祉的対策意見としては（1）医療・行政・企業の連携が13(37.1%)、（2）職場復帰・就労支援体制の指導が6(17.1%)との回答が得られた。

今回、療養後3年以内に治癒した事例調査と5年以上経過しても治癒しない事例調査を実施した。そして短期に復職が可能となった事例と長期休業者との比較検討を実施、長期療養を短期化する方法・手段を検討する。

B.調査対象と調査方法

1.調査対象

2019年8月29日に班会議を開催し、調査項目・内容を検討したうえで2019年8月に都道府県労働局労働基準部労災補償課長宛てに精神障害者の早期復職・就労支援に関する調査用紙を発送し、同年11月末日までに回収した。調査対象は、3年以内に治癒した事例と5年以上経過しても治癒しない事例であり、労働局労災補償課長にも早期復職に関する対策等を踏査した。

2.調査項目

①労働局に対する調査

【問1】調査時点で症状固定（治癒）※していない事例のうち、療養開始から5年以上経過している者【問2】問1のうち6カ月以上、通院の実績がない事例のうち、療養開始から5年以上経過している者、【問3】問1のうち、問1のうち休業補償給付を受給している人数、休業補償給付を受給している者で5年以上経過している者、【問4】医療保険から労災保険に切りかえた事例、【問5】労災認定を請求する際に事業主が証明しなかった事例数、【問6】問5の事業主から証明が得られなかった理由、【問7】職場復帰・就労支援を含めた労災医療を円滑にするための行政的・医療的・福祉的対策、【問8】早期復職を進めるための対策

②個別事例

平成31年3月31時点で労災認定から5年以上の長期療養（未治癒）に至っている患者群と平成29年度及び30年度において療養開始から3年以内に症状固定（治癒）に至っている群を比較検討する。（1）年齢、（2）性別、（3）労災認定時の傷病名、調査時点の傷病名、（4）発病の要因となった心理負荷評価表の出来事、（5）100時間以上の時間外労働の有無、（6）出来事に遭遇した時の会社で調査時点で在籍していたかどうか、（7）出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求したか否か、（8）出来事に遭遇した時の会社で勤務しているが、その時点（出来事）から5年以上経過して請求したか否か、（9）出来事に遭遇した時の事業場の規模、（10）業

種、(11)職種、(12)通院の頻度、(13) 労災請求の際の事業主の証明の有無、(14) 現在、職場復帰を果たしている否かどうか、(15)復帰場所 (16)調査時点前1ヶ月間のおおよその保険給付額、療養補償給付の額、休業補償給付の額、休業補償給付の支給状況、(17) 労災認定から調査時点までに職場復帰を果たしたことがあるかどうか、(18)職場復帰を主導した医師、(19)過去に職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間、(20) 職場復帰に際して、主治医から行政に症状固定(治ゆ)の相談、(21) 職場復帰に際して、行政から主治医に症状固定(治ゆ)の相談 (22) 精神障害の既往の有無、(23) 既存精神障害の有無、(24) 当該事業所への復職の本人の意思を確認しているか否か、(25) 当該事業所は本人の受け入れに積極的か否か、(26) 定期的な補償請求、(27) 今後、治ゆの見通し (28) 損害賠償訴訟の有無 (29) 休業中、会社側から働きかけ、(30)その他、この事例についてのご意見等である。2019年3月末日を調査時点に都道府県労働局労働基準部労災補償課長宛てに調査票を送付し、同年11月下旬までに全都道府県労働局から同票を100%回収した。

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

Q1	調査時点で症状固定(治癒)していない事案				
	5年以上経過し	統計母数	合計	平均	最大値
	男	57	554	10.5	129
	女	54	236	4.7	48

5年以上治ゆしていない事例は790例、最大は男性127例、女性52例であった。男性554例(70.1%)、女性は236例(29.9%)であった。

問2：問1のうち6カ月以上、通院の実績がない事例のうち、療養開始から5年以上経過している者
6カ月以上、通院の実績がない事例は11例であり、全体(790)の1.4%が、定期的な労災医療が継続され

Q2	問1のうち6カ月以上、通院の実績がない事案				
	5年以上経過し	統計母数	合計	平均	最大値
	男	53	135	2.5	1
	女	52	50	1.0	1

ていなかった。男性8例、女性3例であった。

問3：問1のうち、休業補償給付を受給している者

Q3	問1のうち休業補償給付を受給中の人数				
	5年以上経過した人数	統計母数	合計	平均	最大値
	男	56	497	8.9	110
	女	54	209	3.9	42

全体790例のうち711例(90%)が休業補償給付を受給していた。男性が499例(70.2%)、女性は212例(29.8%)であった。

問4：医療保険から労災保険に切りかえた事例と最初から労災認定を希望した事例

Q4	医療保険から労災保険に切りかえた事例					
	5年以上経過した人数	無回答	統計母数	合計	平均	最大値
	男	6	52	306	5.9	87
	女	9	49	138	2.8	42
	不明	23	35	153	4.4	53
	最初から労災認定を希望					
	男	7	51	248	4.9	63
	女	9	49	143	2.9	24
	不明	26	32	101	3.2	58

医療保険から労災保険に切りかえた事例は444例、男性306例、女性138例、不明153例であった。最初から労災認定を希望した事例は391例であった。

男性 248 例、女性 143 例、不明 101 例であった。

【問 6】事業主から証明が得られなかった事例の理由

	Q6T1:事業主から証明が得られなかった事例の理由	数	%
1	事実・出来事が確認困難と証明拒否、因果関係不明・疑義、私生活が原因で拒否、暴力事件が原因ではなく、脳梗塞の既存障害がうつ病の原因	12	19.7
2	業務に起因する精神障害ではない、事実認識・調査内容の相違、トラブル、業務起因性なし、申立・出来事を否定、事実と異なる、過重労働が認められない、ミスが多く、注意は 1 回で一過性・発病との関連なし	27	44.3
3	事業場を退職、入職、辞職、次に他で就労・時間が経過して請求・関係ない、退職後、雇用関係が継続していない、解雇	8	13.1
4	本人が主張する諸般の事情が疾病の原因が確認不能、就労中の症状がなく仮病、・請求人の主張や主治医診断内容から詐病	3	4.9%
5	申し立てる出来事(パワハラ等)自体を否定、パワハラ・セクハラ事例・・・その事実が認められない、パワハラの認識がなく業界は普通の範囲、嫌がらせはない、	7	11.5
6	事実関係に争い・事業場と係争中のため(セクハラ事例)・労災保険の補償以外に目的があると窺えるため、係争中、退職(解雇)済、事業場と請求人との間で認識の相違	2	3.3
7	療養継続者の 1 名「・・・今までの業務での行いを考えると証明できない」との回答、同じく療養継続者の 1 名同者より事業場に証明依頼「会社の意向により認めないと判断・・・証明なし」	1	1.6
8	事業場が存在しない(東日本大震災、)	1	1.6

61 100

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

Q7	早期復職と長期に及んでいる事例の一番の相違点		
		N	%
1	症状の重症度	18	31.0
2	本人の復職意欲	39	67.2
3	職場の受け入れ・支援体制	12	20.7
4	経済的背景	9	15.5
5	医療側の問題	6	10.3
6	その他	9	15.5
	全体	58	100

早期復職事例と長期療養事例との一番の差異は、本人の復職意欲が 67.2%(39)、次に症状の重症度が 31%(18)、職場の受け入れ・支援体制 20.7%(12)と続いた。

	Q7(6):職場復帰・就労支援を含めた労災医療を円滑にするための行政的・医療的・福祉的対策
1	(そもそも復職の事例は少ないが)請求人自身の復職意欲が強くないと復職には至らない。医師が請求人(患者)へ強く復職を進めている事例は殆ど見られない。
2	・労災保険における後遺障害では年金給付に該当しないため、療養、休業が長期化している。年金給付に該当できれば、経済的負担は解消する。
3	・F4にり患した精神障害の場合、相対的に職場復帰が早いように思われる。
4	「認定基準」の「第7 療養及び治ゆ」では、「寛解」について触れられているが、主治医や労災医員との面談において、精神障害の「寛解」の取扱いについて医療側で一致した考え方か否か、職員としては懐疑的・労災保険での休業、療養の補償内容が充実していることも、本人の復職意欲を削ぐ一因・・・。
5	復職をしなくても労災保険より休業(補償)給付が期間を制限することなく支給される・・・生活保

障金と捉えられ、復職意欲がわからない…長時間労働やパワハラ等が原因での精神障害であるケースが多いため、元の職場への復帰ができず、長期間の療養により、復職意欲もわいてこず、職場復帰を果たせない…

踏んでしまう傾向にある…医療側で「寛解」の一定ガイドラインを確立…療養開始後、各傷病に適した時機に、主治医、補償の基準行政、職業紹介の安定行政が立会いの下で、被保険者に療養期間の目安を始め、早期社会復帰に向けた説明や相談を受ける業務体制、事務処理マニュアルを確立する必要がある。

【問 8】 早期復職を進めるための対策

Q8	早期復職を進めるための対策＜回答数は1つ(又は2つまで)＞		
		N	%
1	職場の受け入れ・支援体制	19	32.8
2	リワークプログラム	9	15.5
3	職場メンタルヘルス研修・対策	5	8.6
4	一定の療養期間の目安を示す	35	60.3
5	アフターケアの活用周知	8	13.8
6	その他	6	10.3
	全体	58	100

職場復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養期間の目安を示す」は最も多く、60.3%(35)、次に現場の受け入れ・支援体制が、32.8%(19)を占めていた。

4	療養開始からの期間ではなく、業務上外の調査によって業務による心理的負荷と認められた要因が排除された日から起算して一定期間の療養までは認める等が考えられる。負荷が無くなればそれ以上の悪化はないと考えられるため。
5	労災保険から休業(補償)給付が期間を制限することなく支給されることから、生活保障金捉えられ、復職意欲がわかず、長期間の療養に至っている…また、治癒や現場復帰を指導いただけない医師もいるため「医師からは何も言われていない」等の理由で職場復帰や治癒を拒否する療養者もいます。早期に復職を進めるためには、主治医からも職場復帰の提示をいただきながら治療を実施し、できるだけ早い時期に復職を進めていただくことで復職ができるのではないか…

Q8T6: 早期復職を進めるにはどんな対策が必要ですか(その他の意見)＞	
1	・フラッシュバック及び傷病の状態による職場復帰への不安等がある…日常生活から職場復帰へつながる精神療法及びカウンセリングの拡充を要する。休業補償給付等の支給がなくなることにより、経済的な不安があるので職場復帰に対する職業指導及び社会復帰援護金等による支援があればいいと思われる。
2	・健康保険と同じように1年6か月休業補償を打ち切る。
3	業務量、長時間労働、いじめ、嫌がらせ等の人間関係が原因で精神障害を発病した場合、ほぼ離職し、元の事業場への職場復帰は望んでいません。精神障害の既往歴がある方を新たに雇用する事業場側も、雇用後の対応方法が分からず、二の足を

②個別事例

労災認定基準で業務上と判断され、2019年3月時点で、(1)3年以内に治癒できた事例160例と(2)5年以上経過しても治癒しない事例783件、合計943事例に関して精査した。

各都道府県労働局管内の事例数は次の表のとおりである。5年以上の治癒していない事例は、多い順に東京239例で全体の30.5%を示し、大阪81、神奈川72、北海道67の順に多い。この4都道県で全体の58.6%(459)を占めていた。

労働局	数	割合	3年未満	割合	5年以上	割合
東京	261	27.7%	22	13.8%	239	30.5%
大阪	90	9.5%	9	5.6%	81	10.3%
神奈川	86	9.1%	14	8.8%	72	9.2%
北海道	72	7.6%	5	3.1%	67	8.6%
兵庫	45	4.8%	6	3.8%	39	5.0%
福岡	33	3.5%	12	7.5%	21	2.7%
宮城	23	2.4%	4	2.5%	19	2.4%
埼玉	23	2.4%	9	5.6%	14	1.8%
愛知	22	2.3%	8	5.0%	14	1.8%
福島	20	2.1%	3	1.9%	17	2.2%
京都	20	2.1%	7	4.4%	13	1.7%
広島	17	1.8%	1	0.6%	16	2.0%
千葉	17	1.8%	3	1.9%	14	1.8%
滋賀	15	1.6%	6	3.8%	9	1.1%
静岡	14	1.5%	6	3.8%	8	1.0%
長野	13	1.4%	2	1.3%	11	1.4%
秋田	13	1.4%	3	1.9%	10	1.3%
茨城	11	1.2%	1	0.6%	10	1.3%
岩手	11	1.2%	1	0.6%	10	1.3%
高知	11	1.2%	1	0.6%	10	1.3%
大分	11	1.2%	3	1.9%	8	1.0%
福井	10	1.1%	2	1.3%	8	1.0%
岐阜	10	1.1%	2	1.3%	8	1.0%
沖縄	9	1.0%	3	1.9%	6	0.8%
群馬	8	0.8%	2	1.3%	6	0.8%
新潟	6	0.6%	1	0.6%	5	0.6%
三重	6	0.6%	4	2.5%	2	0.3%
和歌山	6	0.6%	3	1.9%	3	0.4%
佐賀	5	0.5%	2	1.3%	3	0.4%
徳島	5	0.5%	4	2.5%	1	0.1%
山形	5	0.5%			5	0.6%
熊本	5	0.5%	1	0.6%	4	0.5%
岡山	5	0.5%	2	1.3%	3	0.4%
愛媛	4	0.4%	2	1.3%	2	0.3%
長崎	4	0.4%	1	0.6%	3	0.4%
奈良	4	0.4%			4	0.5%
鹿児島	3	0.3%	1	0.6%	2	0.3%
青森	3	0.3%			3	0.4%
宮崎	3	0.3%			3	0.4%
山梨	2	0.2%	2	1.3%		
石川	2	0.2%	1	0.6%	1	0.1%
山口	2	0.2%			2	0.3%
鳥取	2	0.2%			2	0.3%
島根	2	0.2%			2	0.3%
栃木	2	0.2%			2	0.3%
香川	1	0.1%	1	0.6%		
富山	1	0.1%			1	0.1%
合計	943	100%	160	100%	783	100%

年齢

調査時年齢	平均値	標準偏差	N
全体	47.2	10.6	940
3年未満	42.4	12.5	157
5年以上	48.1	9.9	783

調査時点の年齢は 3 年未満治ゆ事例の平均年齢は 42.4 歳、5 年以上未治ゆ事例の平均年齢は 48.1 歳であった。P=0.0001

認定時年齢	平均値	標準偏差	N
全体	41.4	10.2	938
3年未満	40.2	12.5	158
5年以上	41.6	9.7	780

認定時の年齢も年齢は 3 年未満治ゆ事例の平均年齢は 40.2 歳、5 年以上未治ゆ事例の平均年齢は 41.6 歳であった。

治療開始～調査時点	平均値	標準偏差	N
全体	7.7	4.4	941
3年未満	3	1.1	158
5年以上	8.7	4.2	783

治療開始から調査時点までの期間は 3 年未満治ゆ事例は 3 年、5 年以上未治ゆ事例は 8.7 年に至っていた。

認定時点～調査時点	平均値	標準偏差	N
全体	5.7	3.6	940
3年未満	2.1	1	157
5年以上	6.5	3.5	783

労災認定時点から調査時点までの期間は 3 年未満治ゆ事例は 2.1 年、5 年以上未治ゆ事例は 6.5 年に至っていた。P<0.0001

1. 性別

3 年未満治癒事例は男性が 87(54.4%)、女性は 73 (45.6%)、5 年以上未治癒事例は男性が 533 (68.1%)、女性は 250 (31.9%)であり、5 年以上未治癒事例の事例は女性が割合的に少なくなっている。

性別	全体	3年未満	5年以上
男性	620 (65.7%)	87 (54.4%)	533 (68.1%)
女性	323 (34.3%)	73 (45.6%)	250 (31.9%)
計	943 (100%)	160 (100%)	783 (100%)

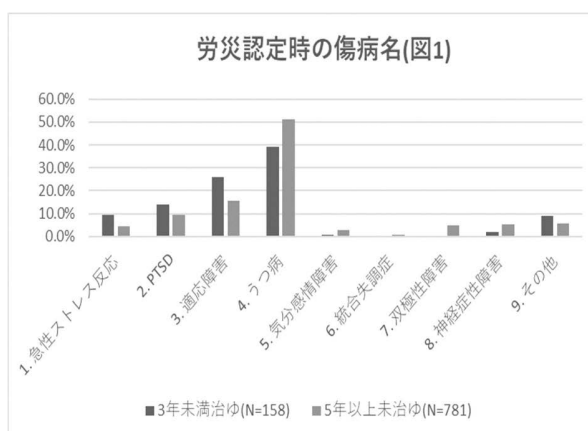
2. 傷病名（認定時）

傷病名	数	割合	3年未	割合	5年以上	割合
1.ASR	51	5.4%	15	9.5%	36	4.6%
2. PTSD	97	10.3%	22	13.9%	75	9.6%
3. 適応障害	163	17.4%	41	25.9%	122	15.6%
4. うつ病	461	49.1%	62	39.2%	399	51.1%
5. 気分感情障害	22	2.3%	1	0.6%	21	2.7%
6. 統合失調症	5	0.5%			5	0.6%
7. 双極性障害	37	3.9%			37	4.7%
8. 神経症性障害	45	4.8%	3	1.9%	42	5.4%
9. その他	58	6.2%	14	8.9%	44	5.6%
合計	939	100%	158	100%	781	100%

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	36.382	<.0001*

認定時の傷病名に関して 5 年以上未治癒事例はうつ病 51.1%(399)<3 年未満治癒事例 39.2%(62)>が多く、3 年未満治癒事例は適応障害 25.9%(41)<5 年以上未治癒事例：15.6%(122)>が多くみられた。神経症性障害 5.4%(42)<3 年未満治癒事例;1.9%(3)>も 5 年以上未治癒事例に多く認められた。3 年未満治癒事例にみられない疾患は統合失調症、双極性障害であり、5 年以上未治癒事例は統合失調症は 5 例(0.6%)、双極性障害 37 例(4.7%)であった。5 年以上未治癒事

例に割合的に多くみられる疾患は気分感情障害 2.7%(21)、神経症性障害 5.4%(42)であった。3 年未

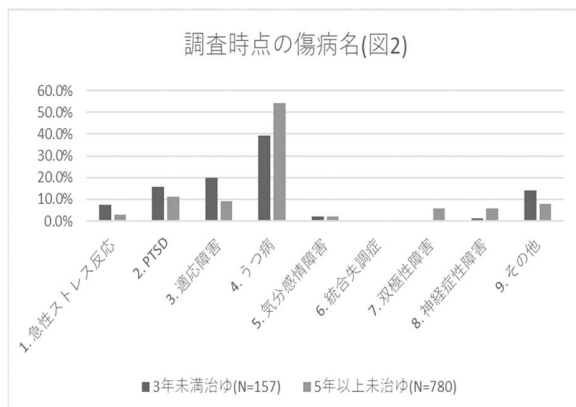


満治癒事例に多い疾患は、急性ストレス反応は 9.5%(15)、PTSD は 13.9%(22)、5 年以上未治癒事例は同疾患は 4.6%(36)、9.6%(75)であった。(図 1)

Q3-2. 調査時点の傷病名

傷病名	数	割合	3年未	割合	5年以上	割合
1.ASR	34	3.6%	12	7.6%	22	2.8%
2. PTSD	113	12.1%	25	15.9%	88	11.3%
3. 適応障害	102	10.9%	31	19.7%	71	9.1%
4. うつ病	486	51.9%	62	39.5%	424	54.4%
5. 気分感情障害	19	2.0%	3	1.9%	16	2.1%
6. 統合失調症	4	0.4%			4	0.5%
7. 双極性障害	47	5.0%			47	6.0%
8. 神経症性障害	48	5.1%	2	1.3%	46	5.9%
9. その他	84	9.0%	22	14.0%	62	7.9%
合計	937	100%	157	100%	780	100%

調査時点の傷病名に関して 5 年以上未治癒事例はうつ病 54.4%(424)<3 年未満治癒事例 39.5%(62)>が多く、3 年未満治癒事例は適応障害 19.7%(31)<5 年以上未治癒事例：9.1%(71)>、PTSD15.9%(25)<5 年以上未治癒事例：11.3%(88)>が多くみられた。神経症性障害 5.9%(46)<3 年未満治癒事例;1.3%(2)>も 5 年以上未治癒事例に多く認められた。3 年未満治癒事例にみられない疾患は統合失調症、双極性障害であり、5 年以上未治癒事例は統合失調症は 4 例



(0.5%)、双極性障害 47 例(6.0%)であった。5 年以上未治癒事例に割格的に多くみられる疾患は気分感情障害 2.1%(16)、神経症性障害 5.9%(46)であった。

(図 2)	検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
	Pearson	36.382	<.0001*

3. 心理負荷評価表の出来事(複数選択可)

3 年未満治癒事例に割格的に多いのは、「事故や災害の体験」で 59 (37.6%)<5 年以上未治癒事例 149 (19.5%)、「ひどい嫌がらせ・いじめ・又は暴行を受

出来事の種類	全体 (922件)	3年未満 (157件)	5年以上 (765件)	P値
事故や災害の体験	208 (22.6%)	59 (37.6%)	149 (19.5%)	<0.0001
仕事の失敗、過重な責任の発生	91 (9.9%)	10 (6.4%)	81 (10.6%)	0.1064
仕事の量・質の	366 (39.7%)	40 (25.5%)	326 (42.6%)	<0.0001
役割・地位などの変化等	88 (9.5%)	12 (7.6%)	76 (9.9%)	0.3734
対人関係	148 (16.1%)	22 (14.0%)	126 (16.5%)	0.4448
ひどい嫌がらせ・いじめ・暴行	150 (16.3%)	42 (26.8%)	108 (14.1%)	<0.0001
セクシュアルハラスメント	57 (6.2%)	14 (8.9%)	43 (5.6%)	0.1183
その他	118 (12.8%)	17 (10.8%)	101 (13.2%)	0.4172

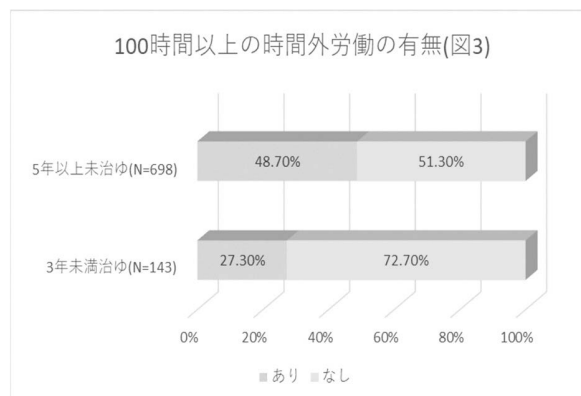
けた」で 42 (26.8%)<5 年以上未治癒事例 ; 108 (14.1%)>であった。(p<0.0001)5 年以上未治癒事例に割格的

に多くみられる出来事は、「仕事の量・質の変化があった」で 326 (42.6%)<40 (25.5%)であった。(P<0.0001)

4. 100 時間以上の時間外労働の有無

	全体	3年未満	5年以上
あり	379 (45.1%)	39 (27.3%)	340 (48.7%)
なし	462 (54.9%)	104 (72.7%)	358 (51.3%)
計	841 (100%)	143 (100%)	698 (100%)

3 年未満治癒事例と 5 年以上未治癒事例を比較すると、3 年未満治癒事例は 100 時間以上の時間外労働



働なしが 72.7% (104)に対し、5 年以上未治癒事例は 51.3% (358)を占めた。時間外労働に関して、3 年未満治癒事例は 5 年以上未治癒事例に比べ、有意に時間外労働をしている事例は少なかった。(P<0.0001) (図 3)

5. 出来事に遭遇した時の会社に調査時点で在籍

在籍の有無	全体	3年未満	5年以上
在籍	264 (37.8%)	42 (43.3%)	222 (36.9%)
在籍なし	434 (62.2%)	55 (56.7%)	379 (63.1%)
計	698 (100%)	97 (100%)	601 (100%)

調査時点で当該企業に在籍しているかどうか、ということに関しては、全体の 37.8%(264)が在籍、3 年

未満治ゆ事例は 43.3%(42)、5 年以上未治ゆ事例は 36.9%(222)であった。P=0.2307

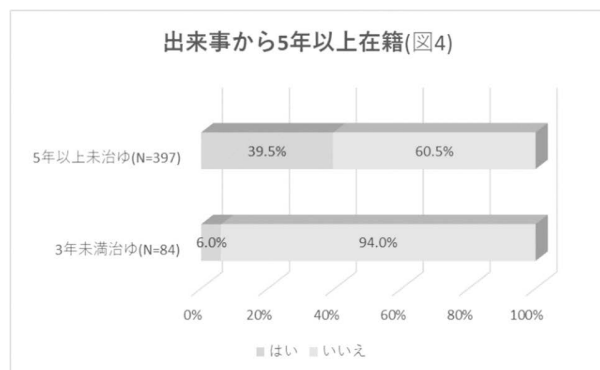
6. 出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求

退職後に請求	全体	3年未満	5年以上
はい	238 (33.0%)	37 (28.2%)	201 (34.1%)
いいえ	483 (67.0%)	94 (71.8%)	389 (65.9%)
計	721 (100%)	131 (100%)	590 (100%)

出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求した事例は33%(238)であり、3年未満治ゆ事例は28.2%(37)、5 年以上未治ゆ事例は 34.1%(201)であった。P=0.1998

7. 出来事に遭遇した時の会社に在籍しているが、その時点(出来事)から 5 年以上経過している

発病の原因となった出来事に遭遇した会社に調査時点で在籍し、その出来事から 5 年以上経過している



	全体	3年未満	5年以上
はい	162 (33.7%)	5 (6.0%)	157 (39.5%)
いいえ	319 (66.3%)	79 (94.0%)	240 (60.5%)
計	481 (100%)	84 (100%)	397 (100%)

事例は、全体 (481) の 33.7%(162)であり、3 年未満治ゆ事例は6%(5)、5 年以上未治ゆ事例は39.5%(157)が出来事から 5 年以上経過しても在籍していた。(P<0.0001) (図 4)

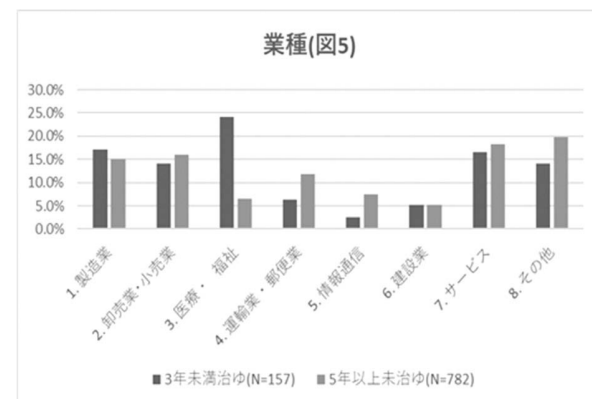
8. 出来事に遭遇した時の事業場の規模

	全体	3年未満	5年以上
1. 小企業 (49人以下)	357 (40.9%)	74 (48.4%)	283 (39.4%)
2. 中企業 (50～300)	249 (28.6%)	43 (28.1%)	206 (28.7%)
3. 大企業 (301人以上)	266 (30.5%)	36 (23.5%)	230 (32.0%)
計	872 (100%)	153 (100%)	719 (100%)

全体(872)の 40.9%(357)は小企業 (49 人以下) で出来事に遭遇しており、小規模の企業からの労災申請は 3 年未満の事例が多く、大企業からの労災申請は 5 年以上の割合が多い傾向が見られたが統計学的には有意差は認められない。P=0.0648

9. 業 種

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



業 16%(125)であった。(図 5)

業種	全体	割合	3年未満	割合	5年以上	割合
1. 製造業	144	15.3%	27	17.2%	117	15.0%
2. 卸売業・小売業	147	15.7%	22	14.0%	125	16.0%
3. 医療・福祉	90	9.6%	38	24.2%	52	6.6%
4. 運輸・郵便業	102	10.9%	10	6.4%	92	11.8%
5. 情報通信	62	6.6%	4	2.5%	58	7.4%
6. 建設業	49	5.2%	8	5.1%	41	5.2%
7. サービス	168	17.9%	26	16.6%	142	18.2%
8. その他	177	18.8%	22	14.0%	155	19.8%
合計	939	100%	157	100%	782	100%

10. 職種

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

職種	全体	割合	3年未満	割合	5年以上	割合
1. 専門技術職	203	21.7%	35	22.3%	168	21.5%
2. 管理的職業	84	9.0%	10	6.4%	74	9.5%
3. 事務職	158	16.9%	21	13.4%	137	17.6%
4. 販売	91	9.7%	14	8.9%	77	9.9%
5. サービス職	94	10.0%	20	12.7%	74	9.5%
6. 運転者	64	6.8%	10	6.4%	54	6.9%
7. 製造工程	69	7.4%	14	8.9%	55	7.1%
8. 運搬・清掃・包装等	27	2.9%	7	4.5%	20	2.6%
9. 建設・採掘	22	2.3%	7	4.5%	15	1.9%
10. その他	125	13.3%	19	12.1%	106	13.6%
合計	937	100%	157	100%	780	100%

務職 17.6%(137)であった。

11. H31 年 3 月時点前 1 か月間の通院回数

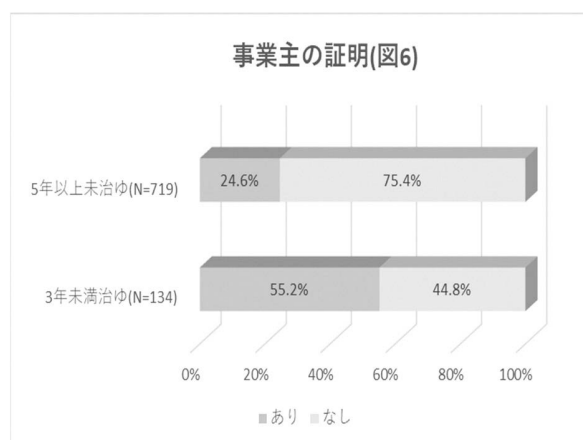
1 ヶ月間の通院回数は、3 年未満治ゆ事例は 1.53 回、5 年以上未治ゆ事例は 1.9 回で、3 年未満治ゆ事例の方が回数は少ないという結果が得られた。

時期	平均値 (中央値)	標準偏差 (四分位範囲)	N
全体	1.83 (1.00)	2.96 (1.00-2.00)	937
3年未満	1.53 (1.00)	2.55 (1.00-2.00)	157
5年以上	1.90 (1.00)	3.03 (1.00-2.00)	780

12. 労災請求の際の事業主の証明の有無

事業主の証明	全体	3年未満	5年以上
あり	251 (24.9%)	74 (55.2%)	177 (24.6%)
なし	602 (70.6%)	60 (44.8%)	542 (75.4%)
計	853 (100%)	134 (100%)	719 (100%)

H31 年 3 月時点での労災請求の際の事業主の証明は、



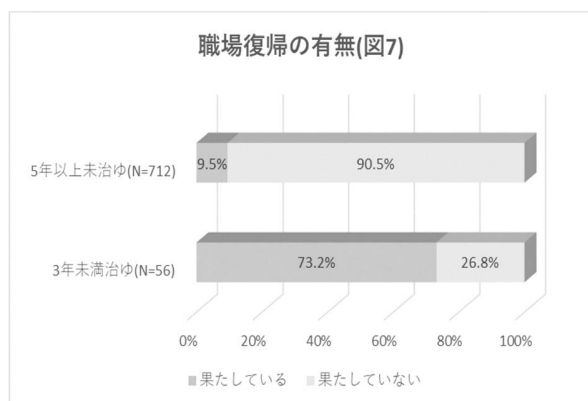
3 年未満治ゆ事例は 55.2%(74)が証明があり、5 年以上未治ゆ事例は 24.6%(177)しか証明が得られていなかった。5 年以上未治ゆ事例は 75.4%(542)が事業主の証明は得られていなかった。(P<0.0001)

(図 6))

13. 現在、職場復帰を果たしているか否か

職場復帰の有無	全体	3年未満	5年以上
果たしている	109 (14.2%)	41 (73.2%)	68 (9.5%)
果たしていない	659 (85.8%)	15 (26.8%)	644 (90.5%)
計	768 (100%)	56 (100%)	712 (100%)

現在、職場復帰を果たしているか否かに関しては、3年未満治癒事例で職場復帰を果たしている事例は73.2%(41)、5年以上未治癒事例で職場復帰を果たし



ている事例は9.5%(68)にすぎず、5年以上未治癒事例で職場復帰を果たしていない事例は90.5%(644)であった。(図7) (P<0.0001)

14. 13の項で「1.果たしている」を選択された場合

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

復職先	全体	3年未満	5年以上
出来事に遭遇した会社に復職	56 (58.9%)	20 (54.1%)	36 (62.1%)
その他の会社に転職	39 (41.1%)	17 (45.9%)	22 (37.9%)
計	95 (100%)	37 (100%)	58 (100%)

15. 調査時点前1ヶ月間のおおよその保険給付額

(1) 休業(補償)給付の支給状況

水準	全体	割合	3年未満	割合	5年以上	割合
全休	749	97%	93	93.0%	656	98.1%
通院日休業	20	3%	7	7.0%	13	1.9%
合計	769	100%	100	100%	669	100%

3年未満治癒事例で全休は93%(93)、5年以上未治癒事例では全休は98.1%(656)であった。ただし、実際には3年が160例であるため、全3年の58%(93)が調査時点1か月前は全休であり、5年以上未治癒事例は783例であるため全5年以上未治癒事例の83.8(656)が全休である。

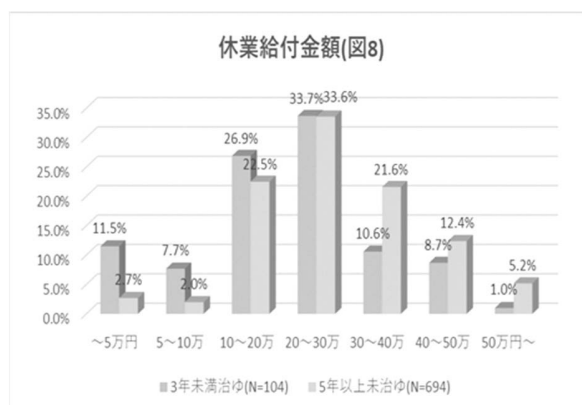
(2) 療養(補償)給付の額

療養(補償)給付の額は、3年未満治癒事例は同群全体の93.8%(136)が5万円以下、5年以上未治癒事例も同様に90.1%(689)という結果であった。

額	全体	割合	3年未満	割合	5年以上	割合
1. ~5万円	825	90.7%	136	93.8%	689	90.1%
2. 5~10万	63	6.9%	5	3.4%	58	7.6%
3. 10~20万	14	1.5%	1	0.7%	13	1.7%
4. 20万以上	8	0.9%	3	2.1%	5	0.7%
合計	910	100%	145	100%	765	100%

(3) 休業(補償)給付の額

調査時点前1ヶ月間のおおよその休業給付額 3年未満治癒事例は20万以上の休業給付金を支給されてい



る事例は 54%（56）であるのに対し、5 年以上未治ゆ事例は 72.8%(505)であった。さらに 5 年以上未治ゆ事例では 39.2%(272)は 30 万円以上の給付金が支給されていた。（図 8）

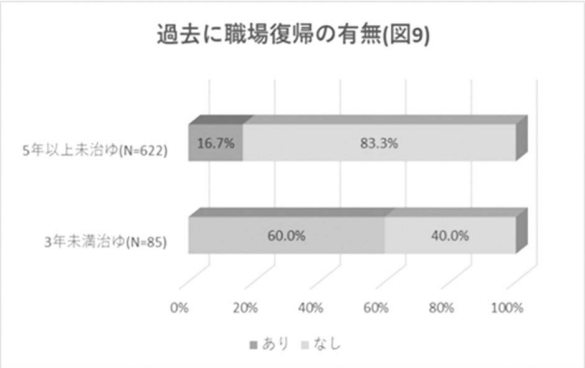
額	全体	割合	3年未満	割合	5年以上	割合
1. ～5万円	31	4%	12	11.5%	19	2.7%
2. 5～10万	22	3%	8	7.7%	14	2.0%
3. 10～20万	184	23%	28	26.9%	156	22.5%
4. 20～30万	268	34%	35	33.7%	233	33.6%
5. 30～40万	161	20%	11	10.6%	150	21.6%
6. 40～50万	95	12%	9	8.7%	86	12.4%
7. 50万円～	37	5%	1	1.0%	36	5.2%
合計	798	100%	104	100%	694	100%

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	39.38	<.0001*

16. 労災認定から調査時点までに職場復帰を果たしたことがある か否か

過去の職場復帰	全体	3年未満	5年以上
あり	155 (21.9%)	51 (60.0%)	104 (16.7%)
なし	552 (78.1%)	34 (40.0%)	518 (83.3%)
計	707 (100%)	85 (100%)	622 (100%)

過去に職場復帰を果たしたことがあるか否かに関



しては、3 年未満治ゆ事例は 60%(51)が職場復帰を果たしているのに対し、5 年以上未治ゆ事例は 16.7%

(104)しか過去に職場復帰を果たしていない。すなわち、5 年以上未治ゆ事例は、83.3%(518)が一度も職場復帰を果たしていないという結果が得られた。(P<0.0001)(図 8)

17. 16 の項で「1.有」と回答した場合、職場復帰を主導した医師

全体の事例の 74.3%(152)が、主導した医師の関わりは不明である。3 年未満治ゆ事例、5 年以上未治ゆ事例も同様、74%~74.5%<3 年未満治ゆ事例(37)、5 年以上未治ゆ事例(76)>が「不明」であった。

職場復帰主導的役割	全体	割合	3年未満	割合	5年以上	割合
1. 主治医	32	21.1%	9	18.0%	23	22.5%
2. 産業医	2	1.3%	1	2.0%	1	1.0%
3. 主治医及び産業医	3	2.0%	1	2.0%	2	2.0%
4. その他	2	1.3%	2	4.0%		
5. 不明	113	74.3%	37	74.0%	76	74.5%
合計	152	100%	50	100%	102	100%

主治医、産業医、あるいは両方が主導した事例の割合は、3 年未満治ゆ事例 22%(11)、5 年以上未治ゆ事例 25.5%(26)であるが、主治医の割合(3 年未満治ゆ：18%(9)、5 年以上未治ゆ：22.5%(23)が高いことをみると、日常臨床の中で労災患者への治ゆに至る関わりが困難であることを示している。

18. 17 の項で「1.有」との回答、過去に職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間

時期	平均値 (中央値)	標準偏差 (四分位範囲)	N
全体	2.24 (3.00)	2.52 (0.5-3.00)	91
3年未満	0.71 (0.53)	0.62 (0.08-1.06)	24
5年以上	2.80 (2.00)	2.71 (0.75-3.83)	67

全体で職場復帰した事例の認定～職場復帰までの期間は2.24年、3年未満治癒事例群は平均0.71年、

5年以上未治癒事例は2.8年であり、未治癒事例は職場復帰までに長い期間を有していた。

19. 今まで主治医から行政に症状固定(治癒)の相談

相談あり	全体	3年未満	5年以上
あり	6 (0.9%)	1 (1.0%)	5 (0.9%)
なし	626 (99.1%)	95 (99%)	531 (99.1%)
計	632 (100%)	96 (100%)	536 (100%)

主治医から行政に症状固定(治癒)の相談があった事例は6例のみで、表のとおり、殆どの主治医は相談はしていないという結果であった。

20. 今まで行政から主治医に症状固定(治癒)の相談

行政から相談	全体	3年未満	5年以上
あり	335 (42.9%)	35 (30.2%)	300 (45.1%)
なし	446 (57.1%)	81 (69.8%)	365 (54.9%)
計	781 (100%)	116 (100%)	665 (100%)

全事例(781)の42.9%(335)が行政から主治医に相談しており、3年未満治癒事例は30.2%(35)、5年以上未治癒事例は45.1%(300)が行政から主治医に相談がなされていた。(P<0.0001)

21. 精神障害の既往の有無

全体(849)事例の13.4%(114)が精神障害の既往があり、3年未満治癒事例は3年未満治癒事例群の12%(18)を占め、5年以上未治癒事例は12.7%(96)が精神障害の既往を有していた。

精神障害の既往	全体	3年未満	5年以上
あり	114 (13.4%)	18 (12.0%)	96 (12.7%)
なし	735 (86.6%)	132 (88.0%)	603 (86.3%)
計	849 (100%)	150 (100%)	899 (100%)

22. 既存精神障害の有無

既存精神障害	全体	3年未満	5年以上
あり	47 (5.9%)	6 (4.3%)	41 (6.2%)
なし	750 (94.1%)	134 (95.7%)	616 (93.8%)
計	797 (100%)	140 (100%)	657 (100%)

既存精神障害を有している事例は、全事例(797)の5.9%(47)であり、3年未満治癒事例群は3年未満治癒事例群全体の4.3%(6)、5年以上未治癒事例は同様に6.2%(41)であった。

23. 会社への復職に対する本人の意思を確認

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

復職の意思確認	全体	3年未満	5年以上
している	55 (6.0%)	17 (11.1%)	38 (5.0%)
していない	223 (24.5%)	41 (26.8%)	182 (24.0%)
不明	633 (69.5%)	95 (62.1%)	548 (71.0%)
計	911 (100%)	153 (100%)	758 (100%)

24. 会社の本人に対する受け入れ

会社の受け入れ	全体	3年未満	5年以上
積極的	40 (4.4%)	12 (7.9%)	28 (3.7%)
消極的	15 (1.6%)	4 (2.6%)	11 (1.4%)
拒否	11 (1.2%)	3 (2.0%)	8 (1.0%)
不明	853 (92.8%)	133 (87.5%)	720 (93.9%)
計	919 (100%)	152 (100%)	767 (100%)

出来事に遭遇した会社の本人の受け入れに関して、全体(919)の 92.8%(853)が不明であり、積極的な受け入れのある事例は全体の 4.4%(40)、3 年未満治ゆ事例は、3 年未満治ゆ事例全体の 7.9%(12)、5 年以上未治ゆ事例は 5 年以上未治ゆ事例全体の 3.7%(28)に過ぎなかった。

25. 定期的な補償請求

補償請求	3年未満	5年以上
あり		719 (94.0%)
なし		46 (6.0%)
計		765 (100%)

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

26. 今後、治癒の見通し

治癒の見通し	3年未満	5年以上
大いにある		20 (2.6%)
少しある		57 (7.3%)
あまりない		152 (19.6%)
全くない		181 (23.3%)
不明		366 (47.2%)
計		776 (100%)

5 年以上未治ゆ事例 776 例の中で、治癒の見通し

が「大いにある」は 2.6%(20)、「少しある」は 7.3%(57)にすぎず、両者合わせても 9.9%(77)にすぎないという結果が得られた。

27. 損害賠償訴訟

損害賠償	全体	3年未満	5年以上
係争中	11 (1.2%)	4 (2.6%)	7 (0.9%)
和解・訴訟終了	27 (2.9%)	4 (2.6%)	23 (2.9%)
訴訟なし	46 (4.9%)	15 (9.6%)	31 (4.0%)
不明	850 (90.6%)	134 (85.4%)	716 (91.7%)
回答できない	4 (0.4%)	0 (0.0%)	4 (0.5%)
計	938(100%)	157 (100%)	938 (100%)

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

28. 休業中、会社側（人事、上司、産業保健スタッフ）からの働きかけ

会社側の働きかけ	全体	3年未満	5年以上
あり	38 (4.1%)	9 (6.0%)	38 (4.1%)
なし	88 (9.5%)	19 (12.6%)	69 (8.9%)
不明	801 (86.4%)	123 (81.5%)	678 (87.4%)
計	927 (100%)	151 (100%)	927 (100%)

全体 927 例の 4.1%(38)のみが、会社からの働きかけがあった事例であるが、801 (86.4%)例は不明事例である。

C 考察

労災保険における「治ゆ」とは、身体の諸器官・組織が健康時の状態に完全に回復した状態のみをいうものではなく、傷病の症状が安定し、医学上一般に認められた医療を行ってもその医療効果が期待できなくなった状態（「症状固定」の状態）を指している。「治ゆ」の判断は、患者の自覚的症状が消失していない場合には、主治医として、その判断を行うことが困難な場合が少なくないと思われる。

1. 労災補償課長への調査

労災保険による療養開始(労災認定時点)から5年以上治ゆしていない事例は790例であり、そのうち90%(711例)が休業補償給付を受給していた。医療保険から労災保険に切りかえた事例は444例で全体の56.2%、最初から労災認定を希望した事例は391例で49.5%を占めた。

また6カ月以上、通院の実績がない事例は11例であった。すなわち全体(790)の1.4%が、定期的な労災医療が継続されていなかった。

早期復職事例と長期療養事例との一番の差異は、本人の復職意欲が67.2%(39)、次に症状の重症度が31%(18)と回答し、職場復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養期間の目安を示す」は最も多く、**60.3%(35)**を占め、次に現場の受け入れ・支援体制が32.8%(19)を占めていた。

2. 個別事例調査

労災認定基準で業務上と判断され、2019年3月時点で、①3年以内に治ゆできた事例160例と②5年以上経過しても治癒しない事例783例、合計943事例に関して精査した。

5年以上未治ゆ事例は男性が533(68.1%)、女性は250(31.9%)であり、5年以上未治ゆ事例は女性が割合的に少なくなっていた。

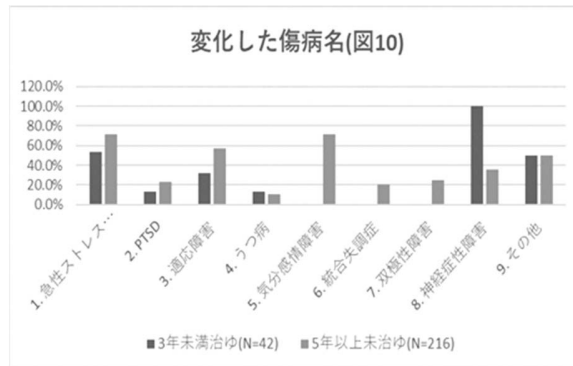
3年未満治ゆ事例で割合的に多い業種は医療・福祉関係24.2%(38)、製造業17.2%(27)、サービス業16.6%(26)であり、5年以上未治ゆ事例はその他19.8%(155)、サービス業18.2%(142)、卸売り小売り業16%(125)であった。(P<.0001*)

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

1) 療養期間における傷病名

早期復職と長期に及んでいる事例の一番の相違点に関して、調査の結果でもっと多いのは本人の復職意欲67.2%(39)、次に症状の重症度31.0%(18)、職場の受け入れ・支援体制20.7%(12)であった。労災認定時の傷病名に関して5年以上未治ゆ事例はうつ病51.1%(399)<3年未満治ゆ事例39.2%(62)>が多く、**3年未満治ゆ事例は適応障害25.9%(41)<5年以上未治ゆ事例：15.6%(122)>が多くみられた。**(P<.0001*)3年未満治ゆ事例にみられない疾患は統合失調症、双極性障害であり、5年以上未治ゆ事例に割合的に多くみられる疾患は気分感情障害2.7%(21)、神経症性障害5.4%(42)であった。

調査時点の傷病名に関して5年以上未治ゆ事例は



うつ病54.4%(424)<3年未満治ゆ事例39.5%(62)>が多く、3年未満治ゆ事例は適応障害19.7%(31)<5年以上未治ゆ事例：9.1%(71)>、PTSD15.9%(25)<5年以上未治ゆ事例：11.3%(88)>が多くみられた。

(P<.0001*)3年未満治ゆ事例にみられない疾患は統合失調症、双極性障害であり、5年以上未治ゆ事例に統合失調症は4例(0.5%)、双極性障害47例(6.0%)が認められた。

縦：認定時の傷病名、横：調査時の傷病名(3未満治ゆ)													
度数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	合計	変化 件数	%	
1. ASR	7	2	0	0	0	--	--	1	5	15	8	53.3%	
2. PTSD	2	19	0	0	1	--	--	0	0	22	3	13.6%	
3. 適応障 害	1	0	27	5	0	--	--	0	7	40	13	32.5%	
4. うつ病	1	2	2	54	0	--	--	0	3	62	8	12.9%	
5. 気分感 情障害	0	0	0	0	1	--	--	0	0	1	0	0.0%	
6. 統合失 調症	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
7. 双極性 障害	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
8. 神経症 性障害	0	0	1	1	1	--	--	0	0	3	3	100.0%	
9. その他	1	2	1	2	0	--	--	1	7	14	7	50.0%	
合計	12	25	31	62	3	--	--	2	22	157	42	26.8%	

変化した傷病名は、3 年未満治ゆ事例は 42 例(変化率：26.8%)、5 年以上未治ゆ事例は 216 例(変化率：27.6%)であり、3 年未満治ゆ事例で多く変化した傷病名は、急性ストレス反応 15⇒8(変化率 53.3%)、適応障害 40⇒13(変化率：32.5%)、5 年以上未治ゆ事例では急性ストレス反応 35⇒25(変化率 71.4%)、次に気分感情障害 21⇒15(変化率：71.4%)、適応障害 122⇒70(変化率 57.4%)であり、両群で急性ストレス反応、適応障害は変化率が高く、5 年以上未治ゆ事例は気分感情障害が大きく変化していた。

縦：認定時の傷病名、横：調査時の傷病名(5年未治)													
度数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	合計	変化 件数	割合%	
1. ASR	10	11	2	4	0	0	0	2	6	35	25	71.4%	
2. PTSD	5	58	3	1	0	0	0	3	5	75	17	22.7%	
3. 適応障 害	4	7	52	32	2	0	3	5	17	122	70	57.4%	
4. うつ病	2	5	7	356	6	0	12	5	5	398	42	10.6%	
5. 気分感 情障害	0	0	0	8	6	0	4	1	2	21	15	71.4%	
6. 統合失 調症	0	0	0	0	0	4	0	0	1	5	1	20.0%	
7. 双極性 障害	0	0	0	7	1	0	27	0	1	36	9	25.0%	
8. 神経症 性障害	1	2	3	5	1	0	0	27	3	42	15	35.7%	
9. その他	0	4	4	11	0	0	1	2	22	44	22	50.0%	
合計	22	87	71	424	16	4	47	45	62	778	216	27.8%	

2015 年度調査で 10 年以上の長期療養事例 194 例のうち調査時点では 46 例(23.7%)が病名が変更されて

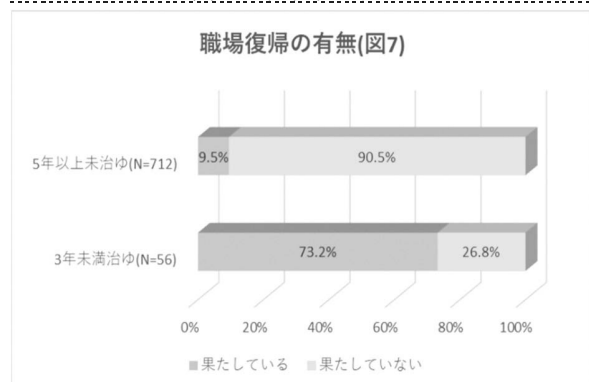
いた。今回、3 年未満治ゆ事例 42 例(変化率：26.8%)、5 年以上未治ゆ事例は 216 例(変化率：27.6%)と 3 年未満治ゆ事例、5 年以上未治ゆ事例、10 年以上未治ゆ事例は、傷病名の変化率は、ほぼ同一であった、現在の認定基準は、心理的ストレス（負荷）が業務上の「強」の出来事に遭遇して精神疾患が発症した場合に、業務が濃厚に関係したとして、労災認定となり、労災保険が適用されて治療が開始される。精神疾患は、まず他因子によって発病し、複雑要因によって精神疾患が発症することは、論をまたない。つまり、ストレスを受け止める側とストレスの強度の関係、すなわちストレス脆弱性理論を基本に認定基準が作成されたことは論をまたない。ストレスが非常に強ければ個体側の脆弱性が小さくても精神疾患が起こるし、逆に個体側の脆弱性が大きければストレスが弱くても破綻が生じて精神疾患が発病するという考え方である。そして現在の認定基準は、心理的負荷のストレス強度の判断⇒精神疾患の病名等の特定は公平に認定基準が定められている。

今回の調査結果すなわち、3 年未満治ゆ事例 42 例(変化率：26.8%)、5 年以上未治ゆ事例は 216 例(変化率：27.6%)を勘案すると、比較的、一定期間(3 年未満)に傷病名の変更がなされているが、3 年未満治ゆ事例で多く変化した傷病名は、急性ストレス反応（変化率 53.3%）、適応障害（変化率：32.5%）、5 年以上未治ゆ事例では急性ストレス反応（変化率 66.0%）、次に気分感情障害（変化率：68.2%）、適応障害（変化率 51.2%）であり、両群とも適応障害が高い確率で傷病名が変化していた。すなわち、心理的負荷(ストレス)によって引き起こされる精神疾患は傷病名により、比較的早期に変更されるという結果が得られた。しかしながら、労働災害時の心理的負荷のストレス強度と精神疾患発症と相当因果関係をもって発症したことは検討されても、労働災害に起因した精神疾患を有した個人にその後、どのように影響し、その心理的負荷が、どこまで影響因子として関係があるかは、検討されていないことは、今までの調査結果と同様である。したがって、心理的負荷がかったときの個体側の心理的反応⇒精神疾患⇒時間的推移⇒精神疾患の病態の変化⇒治療経過より本質的な精神科病態が

顕在化⇒精神疾患の病態が複雑化していく過程をさらに検討すべきであると考え。

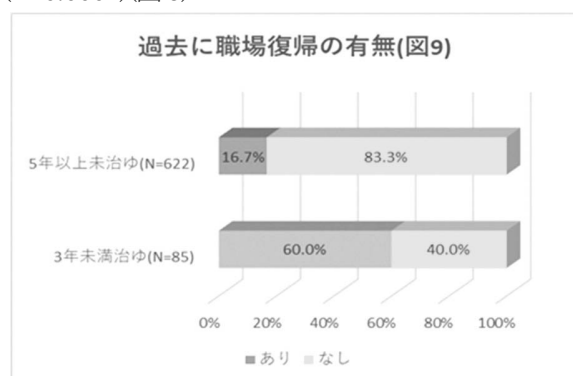
2) 長期療養と職場(社会)復帰

現在、職場復帰を果たしているか否かに関しては、3 年未満治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は 73.2%(41)、5 年以上未治ゆ事例は 9.5%(68)にすぎ



ず、5 年以上未治ゆ事例で職場復帰を果たしていない事例は 90.5%(644)であった。(P<0.0001) (図 7)

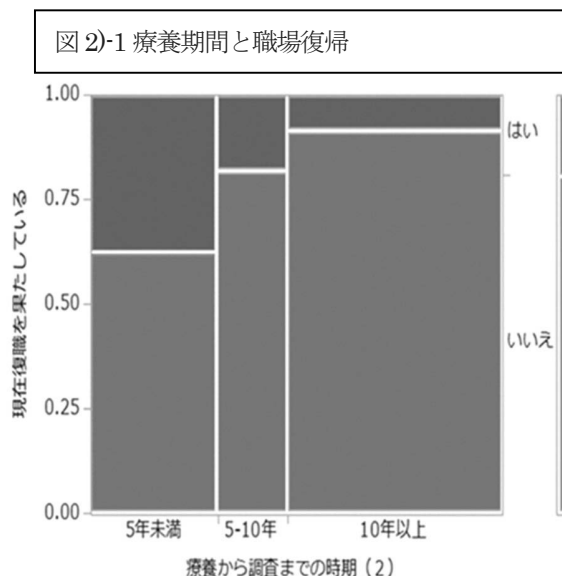
過去に職場復帰を果たしたことがあるか否かに関しては、3 年未満治ゆ事例は 60%(51)が職場復帰を果たしているのに対し、5 年以上未治ゆ事例は 16.7%(104)しか過去に職場復帰を果たしていない。すなわち、5 年以上未治ゆ事例は、83.3%(518)が一度も職場復帰を果たしていないという結果が得られた。(P<0.0001)(図 9)



2016 年度、2017 年度の合体調査では、療養者の中で職場復帰をしていない事例は、5 年未満:62.2%(74)、5~10 年: 81.8%(54)、10 年以上: 91.5%(184)と長期療養になるにしたがい、職場復帰できない割合が増えていることが明らかになった。図 2)-1

過去に職場復帰していない事例も同様に 2015 年

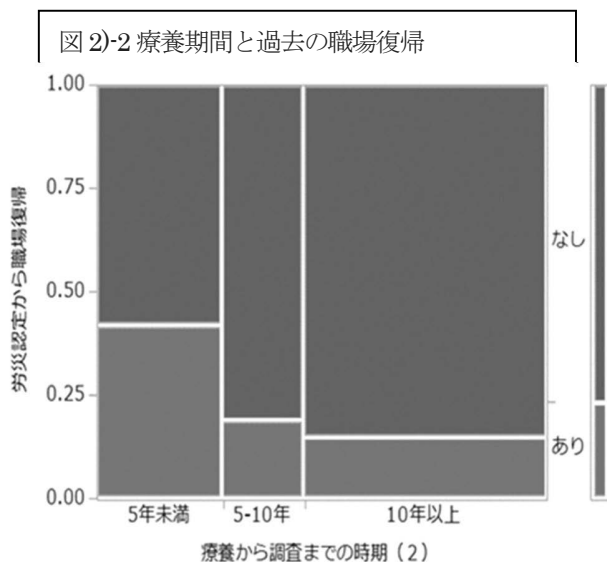
調査では過去に職場復帰を一度もしていない事例は



不明・無回答 40 を除いた 418 例の 84.7%(354)であり、2017 年度調査でも不明・無回答 15 例を除いた 179 のうち職場復帰をしたことがない事例は 85.0%(152)であった。2015 年度調査(215 年 8 月時点)で 5 年以上治ゆしていない事例は 456 例、今回、5 年以上治ゆしていない事例(2019 年 3 月時点)788 例であり、3 年 7 カ月の期間に 332 例増加していた。年間 93 例ずつ増加していたことになる。そして今回の調査でも 3 年未満治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は 73.2%(41)、5 年以上未治ゆ事例は 9.5%(68)にすぎず、5 年以上未治ゆ事例で職場復帰を果たしていない事例は 90.5%(644)であった。(P<0.0001) 過去に職場復帰を果たしたことがあるか否かに関しては、3 年未満治ゆ事例は 60%(51)が職場復帰を果たしているのに対し、5 年以上未治ゆ事例は 16.7%(104)しか過去に職場復帰を果たしていない。すなわち、5 年以上未治ゆ事例は、83.3%(518)が一度も職場復帰を果たしていないという結果が得られた。(P<0.0001)すなわち、職場復帰できる事例は、3 年以内に 7 割は職場復帰できるが、そうでない事例は職場復帰できない状況に陥り、社会復帰できずに未治ゆのまま経過していく傾向が強くなると言っても過言ではないであろう。

2016 年度と 2017 年度調査の結果を合体して分析した結果、過去に職場復帰を果たしたことがある事例は、5 年未満、5～10 年、10 年以上と療養期間が増えるに従い、減少傾向にあることがわかる。

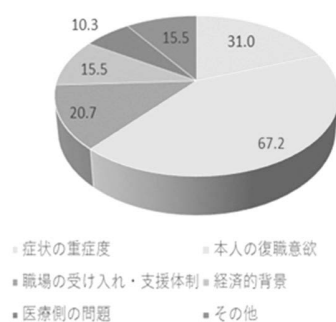
(図 2)-2



そして精神障害で労災認定となった患者の中で 5 年以上長期療養の未治癒事例の 83.3%(518)が、一度も職場復帰や社会復帰をほとんど事例が試みていないという結果が得られた。まさしく、早期に治療し、できるだけ早く職場復帰 (社会復帰) させるという労災保険の趣旨から、精神障害の療養に関しては、大きく外れていることが明らかになった。早期復職と長期に及んでいる事例の一番の相違点に関して、全国労災補償課長調査の結果でもっと多いのは本人の復職意欲 67.2%(39)、次に症状の重症度 31.0%(18)、職場の受け入れ・支援体制 20.7%(12)であった。(図 11)、2017 年調査で職場復帰ができないのかは「病状が改善しない」が全体の 32.8%(20)であり、次に休業補償給付を生活保護と同様に・・・給付されると考えており、職場復帰する意欲が希薄である、休業補償を継続している者の多くは労災保険に依存する傾向、安定して高額な労災保険給付を受け取れる等の「手厚い休業補償給付に依存」が 24.6%(15)であった。今回の調査でも「復職をしなくても労災保険より休業 (補償) 給付が期間を制限することなく支給される・生活保

早期復職事例と長期療養事例の相違点(図11)

(労災補償課長調査N=58)



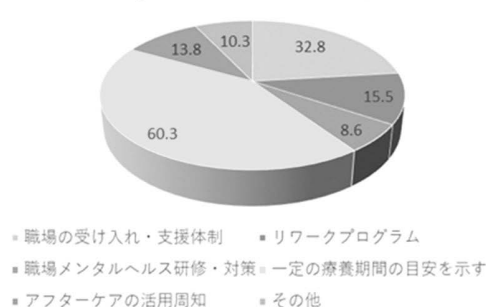
障金と捉えられ、復職意欲がわからない」との意見が得られた。

早期復職を進めるための対策としては全国労災補償課長に回答を 1 つ (又は 2 つまで) と限定して選択してもらったところ「一定の療養期間の目安を示す」 60.3%(35)、「職場の受け入れ・支援体制」32.8%(19)、「リワークプログラム」15.5% (9)

という順位であった。自由記載の意見としては「医療側で『寛解』の一定ガイドラインを確立・療養開始後、各傷病に適した時機に、主治医、補償の基準行政、職業紹介の安定行政が立会いの下で、被保険者に療養

早期復職を進める対策(図12)

(労災補償課長調査N=58)

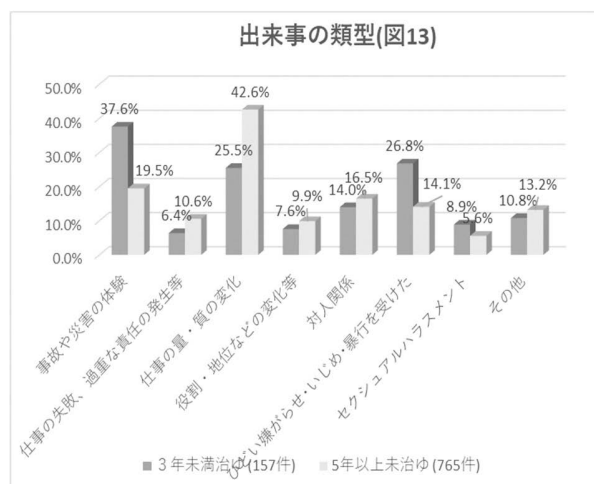


期間の目安を始め、早期社会復帰に向けた説明や相談を受ける業務体制、事務処理マニュアルを確立する必要がある」「休業 (補償) 給付が期間を制限することなく支給されることから、生活保障金捉えられ、復職意欲がわからず、長期間の療養に至っている」「医師からは何も言われていない」等の理由で職場復帰や治癒を拒否する療養者もいます。早期に復職を進

めるためには、主治医からも職場復帰の提示をいただきながら治療を実施し、できるだけ早い時期に復職を進めていただくことで復職ができるのではないかと…」との見解が得られた。(図 12)

2017 年度調査では職場復帰を推進させるためには「医療、行政、企業の連携」が 37.1%(13)で最も多くみられたが、一番の問題は、行政、主治医が全く連携がとれていないことが一番の原因であろう。すなわち、1 年に 1 回の監督署への病状報告はあるにしても、どういう状態になったら治ゆ判断とするのか、治ゆ要件が定められておらず、精神障害の多様さに関して、客観的に判断する仕組みが作られていない。医療機関に通院はしているが、その状態がなぜ治癒判断ができないのか、さまざまな要因を第三者の立場から評価し、判断決定する仕組みがほぼ皆無と言っても過言ではない。すなわち、労災認定⇒療養開始⇒休業給付金開始⇒療養継続という図式は存在しても、療養継続⇒治ゆ判断⇒職場(社会)復帰の図式が欠落しており、精神障害の労災補償に関しては、大きな課題である。そして、今回の調査で「一定の療養期間の目安を示す」が 60.3%(35)も認められたことが、精神障害の労災補償の在り方を示唆するものと判断できる。

3) 休業給付金と時間外労働、心理的負荷の出来事に関して



3 年未満治ゆ事例に割合的に多いのは、「事故や災害の体験」で 59 (37.6%)<5 年以上未治ゆ事例 149 (19.5%)、次に「ひどい嫌がらせ・いじめ・又は暴行を受けた」で 42 (26.8%)<5 年以上未治ゆ事例 ; 108 (14.1%)>であり、統計学的に有意差が認められた。(p<0.0001) 5 年以上未治ゆ事例に割合的に多くみられる出来事は、「仕事の量・質の変化があった」で 42.6%(326)で、3 年未満治ゆ事例 40 (25.5%)に比べ有意差が認められた。(P<0.0001) (図 13)

時間外労働に関して、3 年未満治ゆ事例は 100 時間以上の時間外労働がある事例は 27.3%(104)にすぎず、5 年以上未治ゆ事例は 48.7%(340)であった。3 年未満治ゆ事例は 100 時間以上の時間外労働がない事例は 72.7%(104)であり、5 年以上の未治ゆ事例は

100時間以上の時間外労働	3年未満治ゆ(N=143)	5年以上未治ゆ(N=698)
あり	27.3%(39)	48.7%(340)
なし	72.7%(104)	51.3%(358)
計	143 (100%)	698 (100%)

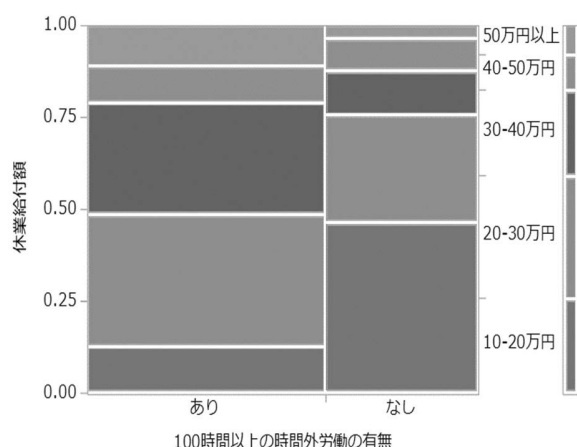
51.3%(358)であり、3 年未満治ゆ事例は、5 年以上の未治ゆ事例に比べ有意に時間外労働をしている事例は少なかった。(P<0.0001)

調査時点前 1 ヶ月間のおおよその休業給付額 3 年未満治癒事例は 20 万円以下の休業給付金を支給されている事例は 46.1%(48)であるのに対し、5 年以上未治癒事例は 27.2%(189)にすぎなかった。(P<.0001*)しかし 5 年以上未治癒事例では 39.2%(272)は 30 万円以上の給付金が支給されており、3 年未満治癒事例は 17%(10)にすぎず、統計学的に有意差が認められた。

2016 年度調査で全休の事例 (113) の療養期間と給付額に関しては、1 年未満では休業給付額は 20 万円未満の事例が多いが、療養期間が 2 年を超えると 20 万円を超える事例が増えてくることが明らかにされた。(P 値=0.0166*)また、全休と回答のあった事例 123 例の中で労災認定から 3 年以上経過している事例は 81.3%(100 例)を占め、休業補償給付の支給額と療養期間に関しては、休業補償給付 (全休) を受けている労働者の療養期間が長期化していた。(P<.0001*)

2016 年度調査と今年度 (2017) 調査を比較し、さらに 5 年以上療養している事例を抽出し、100 時間残業の有無で比較 (下記の表) 検討した。

100時間残業	10-20万円	20-30万円	30-40万円	40-50万円	50万円以上	合計
あり	16 12.5	46 35.94	39 30.47	13 10.16	14 10.94	128
なし	38 46.34	24 29.27	10 12.2	7 8.54	3 3.66	82
合計	54	70	49	20	17	210



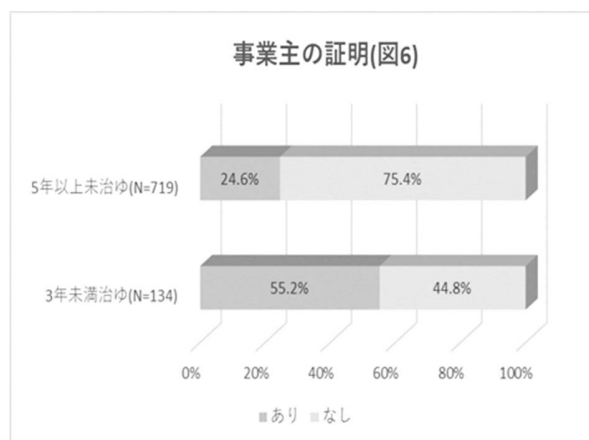
5 年以上の長期療養事例(210)に関して、100 時間以

上の時間外労働あり群と 100 時間以内の時間外労働なし群に分けたところ、100 時間以上群は、給付金が 20 万円以上が 87.5%(112)、100 時間未満群は 53.7%(44)であり、5 年以上の療養群の中で 100 時間以上群は、100 時間未満群員比べ、圧倒的に高い休業給付金を受給している割合が高いことが明らかになった。次に休業給付金を 30 万円未満と 30 万円以上に分けて、影響する因子を探索 (ステップワイズ法) したところ 100 時間以上の労働の有無だけが要因として残り、30 万円以上の給付になる要因として 100 時間以上の時間外労働が関連していることが示された、すなわち、5 年以上の治癒に至らず長期療養となり、かつ 30 万円以上の休業給付金となる要因として 100 時間以上の時間外労働が有意に関連(P<.0001*)していることが明らかになった。

要因	パラメータ数	自由度	尤度比カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
100時間以上の時間外労働の有無	1	1	15.78	<.0001*

今年度の調査でも 5 年以上未治癒事例では 39.2%(272)は 30 万円以上の給付金が支給されており、3 年未満治癒事例は 17%(10)にすぎないという結果も前述したことを証明するものである。2015 年調査で 5 年以上の長期療養事例が職場復帰できない理由として「手厚い補償・生活に困窮しない・権利意識 19 (24.1%)」「復帰すると収入減、労災給付後の不安 2(2.5%)」、2017 年度調査でも「休業補償を継続している者の多くは労災保険に依存する傾向、手厚い休業補償給付に依存 15(24.6%)」という調査結果からも、長期療養の要因の一つに労災補償の休業給付金額の問題が関係していることを報告した。

4)事業主証明と職場復帰



3年未満治ゆ事例に「事故や災害の体験」59(37.6%)、次に「ひどい嫌がらせ・いじめ・又は暴行を受けた」で 42(26.8%)が多いという結果も、これらの出来事は時間外労働が少ないことも推測され、労災請求の際の事業主の証明は、3年未満治ゆ事例は 55.2%(74)が証明があり(図 6)、比較的、災害体験等は事業主も証明しやすいことが推測される。また、3年未満治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は 73.2%(41)であることを考慮すると、療養開始から 3年未満であれば、職場復帰の受け入れ状況や支援体制が、さらに復職意欲も伴って 3年未満に治ゆに至っていることも多いと思われる。職場復帰、5年以上未治ゆ事例は 24.6%(177)しか証明が得られおらず、3年未満治ゆ事例に比べ統計学的に有意差が認められた。 $(P<0.0001)$ 5年以上未治ゆ事例は 75.4%(542)が H31 年 3 月時点での事業主の証明は得られていなかったことも、事業主や職場の受け入れ体制や被災労働者との支援協力が少ないことが伺われ、職場復帰が円滑にいかないことに繋がっていると思われる。

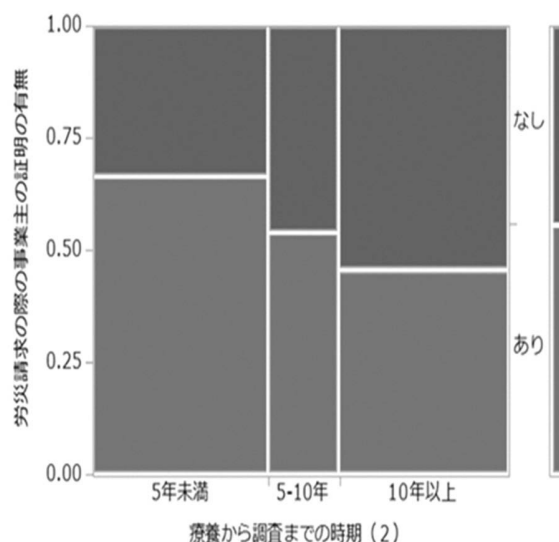
2016 年度と 2017 年度調査の結果を合体して分析した結果、労災請求の際の事業主の証明が得られていない労働者の割合は、5年未満 33.3%(65)、5～10 年 46.2%(36)、10 年以上 54.6%(102)と療養期間が長くなるにつれて多くなり、長期療養の方が事業主の証明が得られにくいという結果が得られた。

(図 2)-3

早期復職を進めるための対策としては全国労災補

償課長に回答を 1 つ(又は 2 つまで)と限定して選択してもらったところ「一定の療養期間の目安を示す」 60.3%(35)、「職場の受け入れ・支援体制」32.8%(19)で全体の 93.1%を占めたことは、3 年間という一

図 2)-3 事業主の証明と療養期間



定期間の間にさまざまな施策を講じることが求められており、労災認定後の長期療養を防止する施策として、一定期間の療養の間に職場復帰(社会復帰)への道筋を立てることが必要であろう。

5)今後の精神障害の労災治療

出来事に遭遇した会社の本人の受け入れに関して、全体(919)の92.8%(853)が不明であり、積極的な受け入れのある事例は全体の4.4%(40)、3年未満治癒事例は、3年未満治癒事例全体の7.9%(12)、5年以上未治癒事例は5年以上未治癒事例全体の3.7%(28)に過ぎなかった。

また、5年以上未治癒事例776例の中で、治癒の見通しが「大いにある」は2.6%(20)、「少しある」は7.3%(57)にすぎず、両者合わせても9.9%(77)にすぎないという結果が得られた。また、全体927例の801(86.4%)例は不明事例であるものの4.1%(38)のみが、会社からの働きかけがあった事例が認められた。

労働者に発病した精神疾患が労働基準監督署に労災請求され、「業務上」の疾病として労災認定されると、当該精神障害の療養には労災保険が適用され、当該精神障害の療養のため労働することができず、賃金を受けられない場合には、「休業補償給付」が支給される。療養の期間については、当該疾患が療養を必要としなくなるまで、すなわち「治癒（症状固定）」するまでの期間とされており、精神科医としては、この療養の過程を通じて、できる限り早期に患者の精神障害を治癒（症状固定）の状態にし、患者の職場復帰（社会復帰）の促進を図ることが望まれる。

今回の調査で5年以上未治癒事例は、83.3%(518)が一度も職場復帰を果たしていないという結果が得られた。 $(P<0.0001)$ (図9) また、職場復帰した事例の認定～職場復帰までの期間は3年未満治癒事例は平均0.71年、5年以上未治癒事例は2.8年であり、3年未満治癒事例は極めて早期に復職を試みており、未治癒事例は職場復帰までに長い期間を有していた。労働者が傷病に罹患し治療する場合において、治療を担当する主治医と、労働者の健康と安全の観点から職場での対応を担当する産業医との間で、労働者の同意のもとに適切な情報交換・連携が図られることが指摘されており、労災認定患者を早期に復職させるためには、その連携強化は不可欠と言える。しかし、全体の事例の74.3%(152)が、主導した医師の関わりは不明である。主治医、産業医、あるいは両方が主導

した事例の割合は、3年未満治癒事例22%(11)、5年以上未治癒事例25.5%(26)であるが、主治医の割合(3年未満治癒：18%(9)、5年以上未治癒：22.5%(23))が高いことをみると、日常臨床の中で労災患者への治癒に至る関わりが困難であることを示している。出来事に遭遇した会社への復職に対する本人の意思を確認している事例は、全体(911)の55(6.0%)例にすぎず、出来事に遭遇した会社の本人の受け入れに関して、全体(919)の92.8%(853)が不明であり、積極的な受け入れのある事例は全体の4.4%(40)にすぎず、さらに5年以上未治癒事例776例の中で、治癒の見通しが少しでもある事例は、9.9%(77)にすぎないという結果も、産業医を含めた企業側、主治医等の医療者側も労災という被災者の医療に関しては、手が打てない状況が継続していると言っても過言でないであろう。

精神障害が、身体疾患と大きな相違点は、ストレスを受け止める側の心の動きや、精神障害の症状の推移や潜在していた病態が顕在化したり、個体側要因の労働者自身の性格や生来性の能力等の特性の問題が見え隠れしながら病像が変遷するという特徴であることは論をまたない。労災認定時点の傷病名から大きく傷病名が変更された事例も約四分の一みられた。労災保険の休業補償給付の背景に精神科病態が複雑に変遷し、不幸にも労働災害に遭遇、あるいは労災認定時点で業務が大きなストレス（心理的負荷）として精神障害発病に関係があったとして因果関係が認定時点で存在したとしても、その後、治療過程の中で、その認定時点で判断されたストレスが持続的に長期に経過した時点の病像や病状の形成因子として持続しているかどうかは、慎重に第三者の視点から検討していくプロセス(過程)が必要である。そして労災保険という労働者のための手厚い補償を、ただ単に生活給付という観点からではなく、精神障害者を自立させる視点に立って、精神障害の適正給付の検討、さらに労働者としての職場（社会）復帰を含めた地域及び社会の中での位置づけを検討することが喫緊の課題と考える。

今回の全国労災補償課調査では、早期の職場復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養

期間の目安を示す」は最も多く、60.3%(35)を占めたことは、一定の療養期間の間にさまざまな医療施策を集中して実施することが、労災患者だけではなく、当該企業、被災者の家族にとって必要な時が来ていると考える。

E. 結論

労災認定基準で業務上と判断され、2019年3月時点で、①3年以内に治癒できた事例160例と②5年以上経過しても治癒しない事例783例、合計943事例に関して精査し、その相違点に関して検討を加えた。その結果、過去に職場復帰した事例の認定～職場復帰までの期間は、3年未満治癒事例は平均0.71年、5年以上未治癒事例は2.8年であり、3年未満治癒事例は極めて早期に復職を試みており、未治癒事例は職場復帰までに長い期間を有していた。また、過半数の全国の労災補償課長が、早期の職場復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養期間の目安を示す」が必要と回答したことが、今後の労災補償行政に不可欠な状況にあることを認識すべきである。

参考文献

1. 厚生労働省労働基準局補償課職業病認定対策室:心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針について、1999.9
2. 厚生労働省労働基準局補償課職業病認定対策室:心理的負荷による精神障害の認定基準について(基発1226第1号) 2011.12
3. 黒木宣夫:労災疾病臨床研究事業2015年度研究:業務に関連した精神科医療の現状と早期復職に関する研究 1～35
4. 黒木宣夫:労災疾病臨床研究事業2016年度研究:業務上認定された精神障害者の早期復職・寛解・治療に関する調査・研究 1～30
5. 黒木宣夫:労災疾病臨床研究事業2017年度研究:業務上認定された精神障害者の早期復職・寛解・治療に関する調査・研究 1～42

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

1. 論文発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

厚生労働省令和1年度労災疾病臨床研究事業費補助金
「仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する治療
と並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究」
分担研究報告書

諸外国の就労可否判断、及び復職支援の現状：
復職ガイドラインにもとづく調査

研究分担者 田中克俊¹

研究協力者 飯田大作¹、荒木光¹、大島優子¹、渡部真弓¹、加藤憲忠¹、山本
愛¹、大石悟²、鎌田直樹³

1 北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学 2 北里大学医学部精神科

3 富士電機株式会社

研究要旨

＜目的＞

精神疾患による休業者の復職支援において、休業者の状態の的確な把握と適切な就労可否判断は重要である。本研究では労働者の状態の把握と適切な就労可否判断を行うために、諸外国の就労可否判断の現状を把握することを目的とした。また、効果的な社会復帰支援を検討するため一助となるよう、諸外国の復職への取り組みも合わせて調査する。

＜方法＞

諸外国で発行されている復職ガイドラインをもとにして、諸外国の現状を、1. 復職に関するガイドライン、2. 就労可否判断の方法とその基準、3. 復職への取り組み、の3点に関して調査を行った。

＜結果＞

諸外国と本邦では、重視する復職の目標やモデル、制度において異なる点はあるが、同様の復職支援に関する取り組みが多くみられた。また、イギリスの雇用アドバイザーのサービスや、アメリカの業務活動分析書のような個別の業務内容と身体的・精神的な要求に基づく就労可否判断、オランダの労働者に対してインセンティブとなる制度などは学ぶべき点があった。

＜考察＞

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

A. 研究目的

近年、精神疾患による休業の長期化が問題となっており、OECD 諸国においても、長期的な病気と障害の 3 割から 5 割が、精神疾患によるものであるといった報告もある¹⁾。精神疾患による長期の休業者は、症状の改善しない事以外にも、休業補償制度や仕事に対するモチベーション、生活パターン、コーピングスタイルなど様々な影響を受けるため、労働者の状態の把握と適切な就労可否判断は重要となる。

本研究では精神疾患による休業者の的確な状態把握と適切な就労可否判断を行うために、諸外国の就労可否判断の現状を把握することを目的とした。調査の結果、具体的な数量データが示された報告については、就労可否判断のアルゴリズムを明らかにするために回帰分析や決定木、またはニューラルネットワークを用いた解析を試みる。

また、休業者への効果的な社会復帰支援を検討するため一助となるよう、諸外国の復職への取り組みも合わせて調査する。

B. 方法

復職に関するガイドラインには、各国の復職支援の内容が包括的に含まれていると考え、諸外国の現状の調査は、各国で作成された復職ガイドラインの内容を基にして行った。

諸外国の復職ガイドラインの検索は、Pubmed を用いておこなった。復職に関するガイドラインだけでなく、産業精神保健に関するガイドラインも含め、2010 年 1 月以降から検索日 (2019 年 12 月 25 日) までに出版された文献を対象とした。復職に関するガイドラインの検索語には、「復職 (return to work、RTW 等)、ガイドライン・ガイダンス (guidelines、guidance 等)」、産業精神保健に関するガイドラインの検索語には「メンタル (mental)、ヘルス・障害・病気 (health、disorder、illness 等)、産業・仕事・職場 (occupational、work、workplace 等)、ガイドライン・ガイダンス (guidelines、

guidance 等)」を用いた。それぞれの検索語に対して、同じ分類に含まれる語句を” OR” で繋いだ後、分類グループを” AND” で繋いで検索を行った (資料 1)。

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

C. 結果

検索の結果、合わせて 1027 本の文献が抽出された。抽出された各論文について、表題および抄録を精読し、全文精読すべきか判断した。判断基準は「1. 職場のメンタルヘルス、精神障害、または復職を含むこと」、「2. ガイドラインやガイダンスの文献または、それらのレビュー文献であること」、「3. 英語による記載」とした。全文精読と判断した 68 本の文献に対して、本文および、参考文献で記載されているガイドラインを抽出した結果、英語のガイドラインが 28 本抽出された (英語以外では、オランダ 8 本、ドイツ 2 本、フィンランド 2 本、韓国 2 本、日本 2 本を抽出)。それら 28 本のガイドラインをすべて精読した結果、復職に関するガイドラインを含むものが最終的に 10 本抽出された。

抽出された 10 本のガイドラインの作成国は、イギリス、オーストラリア、アメリカ、カナダ、及びヨーロッパ地域であった。ヨーロッパ地域

において、オランダは「メンタルヘルス不調による疾病休業への関心が高く、休職者への休業中からの復職支援の効果に対して科学的な研究を進めてきている」と報告されている 2)。したがって、調査対象とする諸外国は、イギリス、オーストラリア、アメリカ、カナダ、オランダの5カ国とした。

ガイドラインの内容に基づき、諸外国の現状を、1. 復職に関するガイドライン、2. 就労可否判断の方法とその基準、3. 復職への取組み、の3点に関して調査した。

1. 復職に関するガイドライン

1.1. イギリス

イギリスの復職に関するガイドラインの概要を表1に示す3, 4, 5)。

① ガイドラインが準拠している法律

ガイドラインが準拠している法律には、Health and Safety at Work Act 1974、および Equality Act 2010 が挙げられていた。Health and Safety at Work Act は労働衛生法であり、「労務従事者 (persons at work) の安全衛生及び厚生水準 (welfare) の確保と共に、彼らの活動に関連して生じる安全衛生上のリスクから彼ら以外の者を保護することを目的として定められたもの」である6)。Equality Act 2010 は、差別禁止法であり「職場(workplace)及び、より広い社会における差別から人々を守る法律」である7)。以前の法律である性差別禁止法 (Sex Discrimination Act 1975)、人種関係法 (Race Relations Act 1976)、障害者差別 (Disability Discrimination Act 1995) などの差別に関する法律が統合されて立法されている。

② ガイドラインの内容

ガイドラインのうち、発行元が mind と Davon Devon Partnership Trust のものは、精神健康的な職場づくりを目的としており、その一部として、復職に関する推奨事項が記載されていた。雇用主やラインマネージャーを対象としており、復職に関しては、「休業者との継続で適切

なコミュニケーション、効果的な計画立案(段階的な復職、環境調整の具体的な方法(労働時間や職務内容等)、復職を歓迎する」といった推奨事項が記載されている。

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

1.2. オーストラリア

オーストラリアの復職に関するガイドラインの概要を表2に示す8, 9, 10)。

① ガイドラインが準拠している法律

ガイドラインが準拠している法律には、Work Health and Safety Act 2011 (WHS Act)、Work Health and Safety Regulations 2011 (WHS Regulations)、および Disability Discrimination Act 1992 (DDA) が挙げられていた。WHS Act と WHS Regulations は労働衛生法であり、「労働者および他の人を健康への有害から保護することにより、労働者および職場の健康と安全を確保するための枠組みを与えるもの」であり、ほとんどの州政府がそれに基づいた法律を適用している11)。DAA は、障害者に対する差別禁止法である12)。

② ガイドラインの内容

ガイドラインのうち、発行元が Beyond Blue と Comcare のガイドラインは、精神健康的な職場づくりを目的としており、その一部として復職に関する推奨事項が記載されていた。雇用主や人事、管理職を対象としており、復職に関しては、「関係者(保健スタッフ、専門家、家族)

の協力に基づいた復職計画の立案、休業者との早期の連絡とニーズの専門的評価、合理的な調整、精神障害に対するスティグマへの対応」などの推奨事項が記載されている。

発行元が Centre for Youth Mental Health のガイドラインは、復職支援を目的としたガイドであった。ガイドラインは、1) 復職の方針や手順、2) 組織で行う事、3) 上司や同僚が行う事、4) 復職コーディネーターの役割、5) 上司の役割、6) 復職計画の立案、という形で構成されており、「復職方針や手順の定義、復職計画立案、復職の管理、休業者との連絡、合理的配慮、同僚は復職を歓迎する」などの推奨事項が記載されている。また、復職やメンタルヘルスを管理し、休業者と連絡を取る役割を担う「復職コーディネーター」を企業内に準備する事が記載されている。

1.3. アメリカ

アメリカの復職に関するガイドラインの概要を表3に示す(13)。

① ガイドラインが準拠している法律

ガイドラインが準拠している法律は明記されていなかったが、関連する連邦法として Americans with Disabilities Act (ADA) と Family and Medical Leave Act (FMLA) が挙げられていた。ADA は障害者に対する差別禁止法（障害に基づく差別を、雇用や州、地方自治体、公共施設、通信において禁止する幅広い公民権法）であり、FMLA は労働者の休職に関する米国労働法である(13)。FMLA は、家族と医療目的において休業している労働者が条件を満たす場合、1年間に最長12週間の無給休職期間を保障する。

② ガイドラインの内容

ガイドラインの発行は、米国労働省の資金提供をうけて州政府評議会 (The Council of State Governments) がおこなっており、STAY-AT-WORK / RETURN-TO-WORK (SAW/RTW) と呼ばれる就労継続・復職プログラムの導入を各州政府に対し

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

1.4. カナダ

カナダの復職に関するガイドラインの概要を表4に示す(14, 15)。

① ガイドラインが準拠している法律

ガイドラインが準拠している法律には、Canadian Human Rights Act (CHRA) が挙げられていた。CHRA は、すべての個人が他者と平等の機会をもつという原則を含んだ差別禁止法である(16)。

② ガイドラインの内容

ガイドラインのうち、発行元が IWH であるガイドラインは、職場においてうつ病の労働者を支援する事を目的としており、その一部として復職に関する推奨事項が記載されていた。職場の関係者（上司、同僚、人事スタッフ、組合代表者）を対象としており、「職場のカルチャー、コミュニケーション、教育、職場のプロセス、復職の計画、職場内外の資源」に関する内容が記載されている。復職に関しては、「心からの思いやりのあるコミュニケーション、個別化された段階的な復職プランの策定、配慮に関する同僚への説明、復職を歓迎する、関係者での会議、継続的なモニタリングの実施」といった推

奨事項が記載されている。

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

1.5 オランダ

ヨーロッパ地域のガイドラインの概要を表 5 に示す 17)。

① ガイドラインが準拠している法律

ガイドラインが準拠するものとしては、「The European Framework Directive on Safety and Health at Work (Directive 89/391 EEC)」が挙げられていた。これは、EU の加盟国に求められる労働者の安全と衛生に関する法形態である 18)。

② ガイドラインの内容

ガイドラインは、精神健康的な職場づくりを目的としたものであり、その一部として復職に関する推奨事項が記載されていた。雇用主とマネージャーを対象としており、「労働者のニーズを確認する、連絡を取り合う、労働者が職場に貢献できる事に焦点を当てる、専門家の支援を利用する、合理的な配慮を行う」といった推奨事項が記載されている。

本調査では英語のガイドラインを対象としたため、オランダ固有のガイドラインは確認できなかった。オランダの産業医向けの復職支援ガイドラインを調査した文献によると 15, 19)、ガイドラインは、1) 問題の理解と診断、2) 介入、3) 予防・再発予防、4) 評価と完了、の 4 つのフェーズから構成されている。「1) 問題の理解と診断」では、労働者だけでなく職場の課題やリスク要因と、その解決状況がどの段階にいるかを評価し、「2) 介入」では、労働者と上

司の両方の問題解決力を強化するように、経過の観察と、労働者への介入 (CBT)、職場への介入を行う。「3) 予防・再発予防」では、職場での構造的な問題に対処し、労働者が再発リスクを同定する事を支援し、「4) 評価と完了」では、評価の対象や時点を決める。産業医は、休業後 2 週間で治療を開始し、最低 30 分の診察を 3 週間に 1 度行い、職場の上司とは月に 1 度連絡を取ることにしている。

2. 就労可否判断の方法とその基準

2.1 イギリス

NICE のガイドラインから就労可否判断に関連する内容として Fit note が確認された 5)。ガイドラインには「GP などによって仕事への適合性を記載してもらう事 (Fit note への記載)」、「Fit note において仕事へ適合となった事を起点として環境調整を検討する事」、「GP から提示された職場での環境調整が行えず、復職できない場合は十分な状態で復職すべきと助言する事」などが記載されている。

Fit note のガイダンスは、主治医、患者・労働者、雇用主・ラインマネージャー向けにそれぞれ発行されている 20)。主治医向けの Fit note ガイダンスでは、主治医は「特定の仕事でなく、一般の仕事への適合性」を判断するとされている。アセスメント項目は、「機能的な制限」、「健康状態の持続期間と起こりえる変動」「進行中である臨床的管理への影響」「仕事をすることが健康状態を悪化させるかどうか」となっている (表 6)。

Fit note に記載すべき就労可否判断の結果には、「仕事に適する可能性がある (may be fit)」と「仕事に適さない (not fit)」の 2 種類があり、患者が以前と同一の仕事ではなくとも、なんらかの仕事ができる場合は、「仕事に適する可能性がある」に印をつけるという基準となっている。判断結果のコメント欄への記載は必須であり、診断や症状ではなく、患者ができることに焦点を当てて、患者の状態が機能

に与える影響に関する助言の記載が求められる。また、一般的な復職のための助言として必要な調整事項を「段階的復職」、「勤務時間の変更（勤務日や時間）」、「職務の変更」、「職場環境の調整」の4つから該当する項目を選択する形となっている。

2.2. オーストラリア

就労可否判断に関連する内容は、いずれのガイドラインにも記載されていなかったが、オーストラリアにおいてもイギリスのFit noteに類似した文書として、Certificate of Capacityが確認された。Certificate of Capacityとは、傷病補償給付の申請のために医師が作成する文書であるが、仕事の能力、復職のために必要な配慮、復職プログラムなどに関する情報を含む21)。仕事の能力に関しては、「身体的能力、精神的能力、その他の問題」が記載される。就労可否判断の結果としては、「仕事に適する (fit for work)」、「条件付きで仕事に適する (fit for work with the following)」、「仕事に適さない (not fit for work)」の3種類から選択することになっており、いずれも判断結果が適用される期間を記入する項目がある22)。「条件付きで仕事に適する」とした場合は、合理的配慮の助言として「段階的復職」、「職務の変更」、「勤務時間の短縮」、「職場環境の調整」「復職計画の添付有無」の5つから該当する内容の選択し、詳細を記載することとなっている。Certificate of Capacity作成における主治医向けの参考文書には23)、精神障害によって職務上困難となる機能（思考プロセス、組織化と計画、社会的対話、身体的症状と機能、感情）や、合理的配慮の具体例が記載されていた（表6）。

2.3. アメリカ

ガイドラインから、就労可否判断に関連する内容として、ジョージア州の「Job Activity Analysis（業務活動分析書）」24)とニューヨー

ク州の「Transitional Assignment Form（過渡期業務任命書）」25)の事例が確認された。

ジョージア州の業務活動分析書とは、雇用主が労働者の業務内容記載した文書である。主治医は、提供された労働者（患者）の業務活動分析書に基づき、就労可否判断を行う。雇用主が記載する業務活動分析書の項目には「業務内容、及び各業務に必要な身体的要求、精神的要求、環境条件」及び、「求められる質的・量的生産性、必要な勤務時間」があり、医師が記載する就労可否判断の項目には「復職」、「条件付き復職」、「復職不可」が用意されている（表6）。

ニューヨーク州の過渡期業務任命書とは、医療提供者が記載する労働者（患者）の労働状態や身体的能力に関する情報提供文書である。労働者の段階的な復職の過渡期において、雇用主が労働者に対して割当する業務内容を検討するために用いられる。雇用主が業務内容を記載した過渡期業務任命書入力フォームを用意し、それに対して、医療提供者は労働者が可能な業務を選択する（例：長時間立つなど労働者が避けるべき姿勢、運搬業務など避けるべき物品作業、キーボード入力などの避けるべき反復作業、労働時間制約など）。

2.4. カナダ

ガイドラインからは就労可否判断に関連する内容は確認されなかったが、カナダでは、Fit to Work（or Fitness to work）と呼ばれる医学的アセスメントが行われている26)。Fit to Workは、復職時などにおいて、労働者の状態を確認する事を目的とし、雇用主が希望した場合に限り行われる。医療専門職が身体的、精神的評価や機能制約などを考慮し、「仕事に適する (fit)」、「仕事に適さない (unfit)」、「業務調整の対象者 (fit subject to work modifications)」のいずれかを判定する。Functional Abilities Formと呼ばれる様式では27)、上司によって労働者に求められる身体的機能、物理的環境、非身体的能力（認知機能

等)が選択・記載され、その項目に対して、主治医が機能制約の有無を判断する形式となっている(表6)。

2.5 オランダ

ガイドラインからは就労可否判断に関連する内容は確認されなかったが、オランダでは保険医を対象にして行われた研究結果として、長期療養者の就労能力をアセスメントするためのチェックリストが作成されている(28)。チェックリストの内容は、身体的精神的な項目ではなく、復職の阻害要因と促進要因に分けられており、長期療養者の対処力や認知に関する項目となっている。阻害要因の項目としては、非効率的なコーピングスタイルや、病気に対する否定的な認識、病気による2次的な利益といった項目や、促進要因としては、復職への動機といった項目がある(表6)。

また、オランダの復職プログラムを調査した文献によると(29)、オランダでは産業医が労働者の作業能力を記述した職務能力評価シート(Capability Profile)が用いられているとされる。評価項目としては、「労務能力(集中力、注意転換、記憶、単独作業、特定の作業)、社会機能(視力、聴力等)、身体状況(暑熱環境作業等)、動作を伴う作業(片手作業等、中腰作業)、静止作業(座位、立位等)、就業時間制限の要否」などがあり、労働者の現時点の就労能力だけでなく、今後の見通しまで評価するとされる。

3. 復職への取り組み

3.1. イギリス

イギリスは、メンタルヘルスの分野においてOECD加盟国のなかで革新的であるとされているが(30)、Fit noteは復職支援において重要な役割を担っている。Fit noteとは、イギリスにおいて、主治医が作成する「患者の仕事への適合性を判断する診断書」であり、従来の休業診断書(sick note)に代わって、2010年4月

より開始されている(31)。Fit noteに対する評価研究によると、医師にとっては、Fit noteが患者との復職に関する会話を始める際に役立つ事などの有効性や(32, 33)、患者にとっては、Fit noteが雇用主との職場調整の会話を促進するなどの有効性が報告されている(34)。課題としては、適切な記載されていないことが挙げられている(35)。段階的な復職へとつながる「仕事に適する可能性がある(may be fit)」という就労可否判断が選択されていたFit noteは、調査対象全体のわずか6.4%だけであるという研究もみられた(36)。

Fit noteを作成する主治医を支援するサービスとして、Fit for Workがある(20)。Fit for Workとは、復職を目的とした長期休業者に対する労働衛生アセスメント及び助言のサービスであり、パイロット導入を経て2014年から本導入されている(37)。Fit for Workは、休業者に対する生物心理社会的アセスメントやそれに基づく個別の復職計画の策定(医師や雇用主からの紹介があり、4週間以上休業している者が対象)や、雇用主や労働者への助言といったサービスの提供を行っていた。Fit for work導入に対する評価研究では、Fit for Workのサービスを利用した労働者の65%が3ヶ月以内に復職したことが報告されている(37)。一方で問題点として、アセスメント前の脱落が40%超えるという事、復職計画の個別化が不十分である事、メンタルヘルス不調者は新たな職場へ転職する場合が多くその支援が提供できていない事が挙げられている。Fit for Workは医師や雇用主からの紹介数が少ないという理由により、2018年にアセスメントサービスの提供を終了している。2019年時点では、労働者の職場や家庭での健康状態の管理や早期の復職を支援するための助言サービスのみを提供しており、主治医や雇用主、及び労働者は、Emailやオンラインチャットや電話によって専門家の助言を無料で受ける事ができる(38)。

その他、イギリスの復職に関する特徴的なサ

ービスとしては、IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) プログラムや、雇用アドバイザー (Employment Advisor)、Access to Work といったものがある。IAPT プログラムとは、一般的な精神障害に対して、心理的治療を早期に提供する国民保健サービスである。IAPT プログラムで提供される高強度の心理療法としては、基本的に CBT が行われている 39)。雇用アドバイザーとは、IAPT セラピストと共に労働者に対して実践的な助言や介入を行う専門職である。雇用アドバイザーを導入した後に IAPT サービスを受けた労働者の 65% が復職したという報告もある 40)。Access to Work とは、職場での合理的配慮が不十分であるときに、労働者が合理的配慮に関して相談することができる国営サービスであり、配慮のために要する物品やサービスへの助成も提供している 41)。

また、復職を促進するための財政的なインセンティブのひとつとして、雇用主への免税制度がある。4 週間以上の休業者に対して、復職のために雇用主が支払った治療費は一人当たりで年間 500 ポンドまでが免税となる 42)。

3.2. オーストラリア

オーストラリアにおいては、EAPs (Employee assistance programs) が職場のメンタルヘルスを支援するサービスとして確立されている 43)。EAPs は労働者とその家族を支援するためサービスとして、アセスメントや機関への紹介、短期間のカウンセリングを提供している。また、障害者の就労に対する支援としては、連邦政府による Job Access というサービスがあり、相談業務や Employment Assistance Fund という合理的配慮に対する助成を行っている 44)。しかしながら、OECD レポート (2015 年) では、オーストラリアは復職に関するサービスは不十分であり、労働者を支援するために雇用主が担うべき義務や責任は少なく、政府のさらなる対応が必要であると報告されている 45)。2019

年時点では、復職支援への取り組みが進んでおり、復職コーディネーターを企業内に準備することがガイドラインに記載されている 10)。ニューサウスウェールズ州においては、適用基準 (賃金や労働者数等) に該当する雇用主は、復職コーディネーターの選任が義務づけられている 46)。

3.3. アメリカ

アメリカでは、就労継続・復職 (SAW/RTW) プログラムの導入が、各州政府によって行われている。プログラムの有効性に対する評価も行われており、カリフォルニア州の労災補償を受けた労働者を対象とした調査では、復職プログラムによって復職期間が平均 3~4 週間短縮されたという報告がされている 47)。

各州によってプログラムを推進する取り組みはさまざまであるが 13)、復職を促進するため金銭的なインセンティブとしては、配慮のための職場環境の設備費用などに対する払い戻し、賃金の助成、税金控除の制度や、復職計画の作成や実行に対する補助金や保険料の割引といった制度が設けられている。ワシントン州では、官民連携による産業保健及び教育センター (Centers of Occupational Health and Education) を設立し、雇用主と労働者に対して復職の支援を行う復職コーディネーターの提供や、医療提供者に対する教育を行っている。

その他、障害者に対する就労支援サービスとしては、Individual Placement and Support (IPS) プログラムが代表として挙げられる。IPS は、アメリカで始まった重度の精神障害者の就労を支援するアプローチであるが、その有効性が示されており、日本も含めた多くの国に急速に広がりつつある 48)。アメリカにおいては、全土にわたり普及しており、数多くの IPS プログラムが提供されている 49)。

3.4. カナダ

カナダで導入されている復職に関するサー

ビスや制度を調査したが、主要なものを確認する事はできなかった。カナダでは、メンタルヘルスとプライマリケアの戦略のひとつとして、協同的メンタルヘルスケア（CMHC：collaborative mental health care）が不可欠であるとされている 50）。協同的メンタルヘルスケアは、異なる専門家や領域、部門が連携し、補完的なサービスと相互支援によって提供されるケアであり 51）、プライマリケアにおける利点や、うつ病に対するポジティブな成果が報告されている 52）。復職に対しても、協同的メンタルヘルスケアの効果が確認されつつあり、協同的メンタルヘルスケアを導入したグループは有意に復職率が高く、長期療養者への移行率が低いという研究結果も報告されている 53）。

3.5. オランダ

オランダでは、復職管理に対して個人と雇用主が協力して取り組むことを目的とし、復職に関する義務とインセンティブが強化されてきた。Gatekeeper Improvement Act という法律に基づき、復職において果たすべき義務が雇用主と労働者の両方に対して定められている。雇用主は、労働者の疾病管理に関して産業医へコンサルテーションを受ける事（産業医の選任）と、ケースマネージャーを設けることが義務付けられている 54）。休業手当としては、最低でも労働者の賃金の 70%を最長 2 年間支払わなければならない。また、休業開始から 8 週間以内に休業者と復職プランに合意し、6 週間ごとに復職のプロセスのモニタリングを行う必要がある。復職プロセスは労働保険実施機関（UWV）によって評価され、もし復職に対して雇用主と労働者が非協力的だと判断された場合は、罰則が科される。雇用主が非協力的な場合は、休業手当の支払いが 1 年間延長され、労働者が非協力的な場合は、手当の支払い停止または解雇となる 54, 55）。

オランダの制度も変化しており、2007 年に

は産業医の役割が疾病管理に焦点を置くように変更されたため、産業医の主な役割は、復職における問題の分析と復職計画に対する助言となり、労働者の疾病に対する予防的な活動が減ってしまっている事が課題となっている。また、2005 年以降は、ケースマネージャーが専門家である必要がなくなったため、エビデンスに基づく疾病管理ができない事やプライバシー保護の問題が課題として挙げられている 54）。

オランダでは、主治医や産業医だけでなく、他の専門職が多面的に関わって復職支援を行っており、復職支援の効果や経済的評価に関する研究が進められている 56）。主治医、産業医、ソーシャルワーカー、社会保険労務士を対象とした復職支援の研究の中では、産業医による復職支援が、休業期間の短縮や高い復職率に効果があることが報告されている 56, 57, 58）。

3. 就労可否判断のアルゴリズム解析

就労に関する各国のガイドライン及びその根拠となった論文・報告書は多く報告されているものの、その根拠は、専門家による合意（expert consensus）に基づくものがほとんどであり、就労可否判断の根拠に資するような具体的な観察研究や介入研究はほとんど行われていなかった。そのため、統計学的に就労可否判断のアルゴリズム解析を行うことは出来なかった。

D. 考察

1. 復職に関するガイドライン

今回調査を行った諸外国の復職に関するガイドラインに共通する、アセスメントや評価の実施、復職計画策定（個別化・段階的）、休業者との適切なコミュニケーション、合理的配慮に関する事項は、本邦の復職のガイドライン「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」 59）とも共通している。一方、本邦のガイドラインには明示されていない

事項として、協力的な職場の文化の醸成と復職コーディネーターの任命が挙げられる。

協力的な職場の文化の醸成に関連した推奨事項として、オーストラリアとカナダのガイドラインには、精神障害に関するスティグマへの対応が記載されていた(8, 15)。研究結果からも、スティグマを減らす事によって、上司や同僚が早期に不調者に気づくだけでなく、休業者の復職を支援するということが報告されている(15, 60-64)。本邦においては、事業所においてメンタルヘルス対策への取り組みが行われているが、平成29年の調査では、メンタルヘルス対策として教育研修・情報提供を実施している事業所は未だに約40%程度である(65)。復職の観点においても、今後、スティグマの軽減を目的とした心理教育の推進していく事は重要であると考えられる。

復職コーディネーターの任命は、オーストラリア、アメリカ、カナダのガイドラインに記載されており、関係者の調整や労働者に対するケア及び管理監督者の支援を行う役割を担っている(10, 13, 15)。復職コーディネーターは、休業者の復職の経験に対して肯定的な影響を与えるなど効果が報告されている(15, 60, 61, 66)。本邦では、復職コーディネーターは設けられていないが、ガイドラインには、衛生管理者等(衛生管理者、衛生推進者又、安全衛生推進者)が同様の役割を担う事が明記されている。また、労働者健康安全機構では2015年度から、治療と仕事の両立に向けて労働者(患者)、主治医、会社・産業医等のコミュニケーションが円滑に行われるよう支援する「両立支援コーディネーター」の養成を行っている(67, 68)。今後、「主治医、会社・産業医と、両立支援コーディネーターによるトライアングル型のサポート体制」が推進されることから(69)、長期療養者の支援においても両立支援コーディネーターの役割が期待される。

2. 就労可否判断の方法とその基準

イギリスでは、Fit note と呼ばれる診断書が運用され、主治医によって就労可否判断が行われていた。また、オーストラリアでも類似した文書(Certificate of Capacity)が確認された。本邦においても日本版Fit note 開発、ガイドライン作成、及び導入が試行されており(31, 70)、治療と仕事の両立支援ガイドラインにおいては、Fit note に類する様式例がすでに提供されている(71)。

Fit note では、特定の仕事でなく、一般の仕事への適合性を判断し、就労可否判断と労働者に必要な配慮を助言するが、それに対して、アメリカでは労働者に求められる個別の業務内容と必要とする能力に基づいて就労可否判断が行われていた。アメリカのジョージア州で用いられている業務活動分析書(Job Activity Analysis)は、雇用主によって労働者の業務内容、及び各業務に必要な身体的要求、精神的要求、環境条件が記載され、主治医はそれに基づき就労可否判断を行っている。本邦では、復職において主治医からの診断書に記載された業務軽減などの指示が事業場の状況にそぐわないといった課題がみられるため(72)、主治医または、産業医が、事業場での労働者の状況に沿った就労可否判断や助言を行う事は、休業者の早期の職場復帰と長期の就労継続に対して重要であると考えられる。治療と仕事の両立支援ガイドラインにおいては、勤務情報を主治医に提供する様式例が提供されており、労働者の職務内容や勤務形態に基づき就労可否判断をおこなう形となっている(71)。しかしながら、業務活動分析書のような個別の業務内容ごとに必要とされる身体的・精神的要求までは含まれていないため、業務活動分析書に学ぶべき点はあると考えられる。

オランダでは、身体的精神的機能の観点ではなく、復職の阻害・促進要因となる長期療養者の対処力や認知を確認するチェックリストが作成されていた。本邦においても、復職の阻害要因や促進要因が研究されており(73, 74)、休業

者の対処力や認知面を含んだ職場復帰援助プログラム評価シート（RAPAS）が開発されている 75）。長期療養者の就労可否判断においても、RAPAS による評価結果は重要な情報であると考えられる。就労可否判断ではなく、長期就業不能となりえる労働者のスクリーニングをおこなうチェックリストが、ワシントン州の医師ハンドブックには記載されている 76）。本邦においても、長期療養者となる労働者をスクリーニングし、個別の対応を早期に行うという方法も検討すべき点と考えられる。

就労可否判断のためには、休業中の生活状況の把握に焦点を当てることも重要だと考えられるが 77）、本調査においては、諸外国での生活状況の把握に関する取り組みは確認されなかった。本邦では、生活状況の把握に焦点を当て、就労可否判断に生活記録表を使用する取り組みが行われつつある 78）。今後、生活記録表に加えて、客観的な方法を用いて測定した休業者の睡眠覚醒リズムや日中活動量を利用することで、より科学的に就労可否判断を行う事が可能になると考えられる。

3. 復職への取り組み

① 復職支援のサービスに関して

イギリスで導入されている Fit for Work は労働者の職場や家庭での健康状態を管理や早期の復職を支援するための助言サービスであり、主治医や雇用主、及び労働者は、Email やオンラインチャットや電話によって専門家の助言を無料で受ける事ができる。日本版 Fit note 開発の導入にあたっては、Fit for Work には学ぶべき点があると考えられている 70）。また、イギリスには、IAPT セラピストと共に労働者に対して実践的な助言や介入を担う雇用アドバイザーという専門職がある。復職のプロセスの中で、労働者のキャリア形成も一緒に支援していくことは、本邦においても重要であると考えられ、支援方法のひとつとして今後の検討が必要になると考えられる。

② 心理療法やケアに関して

イギリスの IAPT プログラムで提供される高強度の心理療法としては、基本的に CBT が行われているが、カナダでは専門職が連携してケアを行う、協同的メンタルヘルスケア（CMHC：collaborative mental health care）が推進されている。協同的メンタルヘルスケアによる復職への効果もみられており 53）、本邦においても、うつ病診療において協同的ケアが実践されつつある 79, 80）。今後、CBT とともに協同的メンタルヘルスケアは、復職への効果が期待される。

③ 復職のインセンティブとなる制度

復職のインセンティブとしては、イギリスでは労働者の治療費に関する免税制度、アメリカでは合理的配慮のための職場環境の設備費用などに対する助成や免税等、復職計画策定と実行に対する助成や保険料割引制度がある。また、オランダでは復職に対して非協力的な雇用主は、休業手当の支払いを延長する罰則がある。本邦においても、治療と仕事の両立支援制度や障害者雇用安定助成金などの復職に関連した様々な助成制度がある 81, 82）。

諸外国も本邦も、雇用主にとってインセンティブとなる制度が多いが、労働者のインセンティブとなる制度はほぼ見られない。オランダでは、労働者に対する罰則があり、復職に対して非協力的な労働者は、手当の支払い停止または解雇となる。

諸外国と本邦では、重視する復職の目標やモデルが異なるため 29）、諸外国と同じ制度を本邦に適用するべきではないが、労働者のモチベーションは復職への基礎であるため、労働者のインセンティブとなる制度を検討することも重要だと考えられる。

復職を含めた就労支援に関しては、わが国では主に「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」で示されている。これが、「手引き」として示され、法律やガイドラインではない理由には、復職支援については各

事業場の様態等を考慮しながら柔軟に実施すべきという考え以外に、この手引きの内容はきちんとしたエビデンスに基づくものではないということがあげられよう。復職の可否判断のポイントは挙げられているが、これらも何らかの客観的指標を用いて策定したのではなく、専門家の合意（expert consensus）によって定められたものである。しかしながら、今回調べた諸外国においては、就労の可否に関することが、「手引き」レベルではなく法律やガイドラインの中で示されており、エビデンスに基づく政策立案（Evidence-based Policy Making、EBPM）を重視するこれらの行政機関においては、その根拠となる研究報告等が存在しているであろうと考えていた。ところが、就労可否に関する論文・報告書は多く報告されているものの、その根拠は、わが国と同様、専門家による合意に基づくものがほとんどであり、就労可否判断の根拠に資するような具体的な観察研究や介入研究はほとんど行われていないことが分かった。そのため、統計学的に就労可否判断のアルゴリズム解析を行うことは出来なかった。そのため、今後は就労可否判断のみをアウトカムにせず、就労不可につながる精神的状況をアウトカムにしたアルゴリズム解析（回帰モデル、決定木、ニューラルネットワーク）を行う予定である。

就労可否判断に関する研究は容易にできるものではないが、welfare から workfare に移行しつつある先進諸国においては、就労可否および必要な支援に関する、よりエビデンスレベルの高い研究の実施が望まれている。

E. 結語

本研究では、諸外国の現状を 1. 復職に関するガイドライン、2. 就労可否判断の方法とその基準、3. 復職への取組み、の 3 点に関して調査を行った。諸外国と本邦では、復職のモデルや制度において異なる点はあるが、同様の復

職支援の取り組みが多くみられた。一方で、イギリスの雇用アドバイザーのサービスや、オランダの労働者に対してインセンティブとなる制度などは学ぶべき点があり、本邦でも今後検討が必要だと考えられる。

就労可否判断に関しては、アメリカの業務活動分析書のような個別の業務内容ごとに必要とされる身体的・精神的要求に基づく判断を検討していくことは有用であると考えられる。本邦で行われつつある、生活記録表などによる休業中の生活状況の把握に関する取り組みは諸外国に見られなかったが、今後、客観的な方法で測定した休業者の睡眠覚醒リズムや日中活動量を利用した就労可否判断の知見を蓄積していく事は重要になると考えられる。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得 なし。
2. 実用新案登録 なし。
3. その他
なし。

参考文献

- 1) OECD (2015). Fit Mind, Fit Job From Evidence to Practice in Mental Health and Work. OECD Publishing.
- 2) 時田征人, 川上憲人 (2012). メンタルヘルス不調により休業した労働者への復職支援: オランダにおける効果評価研究. 産業医学ジャーナル 35(2), 108-111.
- 3) mind. Taking care of business: employer's guide to mentally healthy workplaces. https://www.mind.org.uk/media/43719/EMPLOYERS_guide.pdf (2010年2月1日アクセス)
- 4) Devon Partnership Trust, United Kingdom. Mindful employer: line manager's resource. <https://www.dpt.nhs.uk/resources/leaflets/mindful-employer>(2010年2月1日アクセス)
- 5) The National Institute for Health and Care Excellence. Workplace health: long-term sickness absence and incapacity to work Public health guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng146> (2010年2月1日アクセス)
- 6) 三柴丈典. イギリスの産業精神保健法制度. 厚生労働省厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業 諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果とわが国への適応可能性に関する調査研究 平成 24 年度研究報告書.
- 7) GOV.UK. Equality Act 2010: guidance. <https://www.gov.uk/guidance/equality-act-2010-guidance#overview> (2020年2月1日アクセス).
- 8) Beyond Blue. Developing a workplace mental health strategy. https://www.headsup.org.au/docs/default-source/resources/393615_1117_b11833_acc-2.pdf?sfvrsn=f5cf264d_4 (2020年2月1日アクセス).
- 9) Australian Government Comcare. Working well: an organisational approach to preventing psychological injury. http://www.comcare.gov.au/forms_and_publications/publications/safety_and_prevention?a=41369 (2020年2月1日アクセス).
- 10) Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne. Helping employees successfully return to work following depression, anxiety or a related mental health problem: guidelines for organisations. <http://returntowork.workplace-mentalhealth.net.au/sites/returntowork.workplace-mentalhealth.net.au/files/Return%20to%20work%20after%20mental%20illness%20guidelines.pdf> (2020年2月1日アクセス).
- 11) Australian Government Comcare. The WHS Act. https://www.comcare.gov.au/the_scheme/the_whs_act (2020年2月1日アクセス).
- 12) Australian Government Education and Training. DISABILITY DISCRIMINATION ACT 1992. https://docs.education.gov.au/system/files/doc/other/dse-fact-sheet-1-dda_0.pdf (2020年2月1日アクセス).
- 13) The Council of State Governments. STAY-AT-WORK/RETURN-TO-WORK TOOLKIT. https://www.csg.org/seed_report.pdf (2020年2月1日アクセス).
- 14) Institute for Work and Health (IWH). An evidence-informed guide to supporting people with depression in the workplace. https://www.iwh.on.ca/sites/iwh/files/iwh/tools/managing_depression_guide_2018.pdf (2020年2月1日アクセス).
- 15) Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in BC. Best Practices for Return-to-Work/Stay-at-Work Interventions for Workers with Mental Health Conditions. <https://www.ccohs.ca/products/webinars/be>

st_practices_rtw.pdf (2020 年 2 月 1 日アクセス).

16) Justice Laws Website, Government of Canada. Canadian Human Rights Act. <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/h-6/page-1.html#h-256795> (2020 年 2 月 1 日アクセス).

17) European Network for Workplace Health Promotion. A guide for employers. To Promote Mental Health in the Workplace. https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/23/mentalhealth_broschuere_arbeitgeber.pdf (2020 年 2 月 1 日アクセス).

18) European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). The OSH Framework Directive. <https://osha.europa.eu/en/legislation/directives/the-osh-framework-directive/the-osh-framework-directive-introduction> (2020 年 2 月 1 日アクセス).

19) van der Klink JJL, Ausems CMM, Beijderwellen BD, Blonk R, Bruinvels DJ, Dogger J, et al. (2007). Handelen van de bedrijfsarts bij wekenden met psychische problemen [Guideline for the Management of Mental Health Problems by Occupational Physicians]. Utrecht, NL: NVAB [Netherlands Society of Occupational Medicine].

20) GOV.UK. Fit note. <https://www.gov.uk/government/collections/fit-note> (2020 年 2 月 1 日アクセス).

21) Australian Government Comcare. Better practice - Certificate of Capacity. https://www.comcare.gov.au/promoting/health_benefits_of_work/Better_practice_-_Certificate_of_Capacity (2020 年 2 月 1 日アクセス).

22) Australian Government Comcare. A guide to using the Certificate of Capacity. https://www.comcare.gov.au/__data/assets/pdf_file/0008/148418/04146_CALM_A_guide_t

o_using_the_CoC_v3.pdf (2020 年 2 月 1 日アクセス).

23) WorkCover WA. GP support Certifying capacity for work - psychological injuries. https://www.workcover.wa.gov.au/wp-content/uploads/sites/2/2015/07/CertifyingCapacity_Psychologicalinjuries1.pdf (2020 年 2 月 1 日アクセス).

24) State Board of Workers' Compensation, State of Georgia. Model Return to Work Program.

https://sbwc.georgia.gov/sites/sbwc.georgia.gov/files/related_files/site_page/ModelReturnToWorkProgram.pdf (2020 年 2 月 1 日アクセス).

25) New York State Workers' Compensation Board. Return to Work Program. http://www.wcb.ny.gov/content/main/ReturnToWork/RTW_Handbook.pdf (2020 年 2 月 1 日アクセス).

26) Canadian Centre for Occupational Health & Safety. Fit to Work. https://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/fit_to_work.html (2020 年 2 月 1 日アクセス).

27) Government of Canada. Functional Abilities Form. <https://www.canada.ca/en/government/publicservice/wellness-inclusion-diversity-public-service/health-wellness-public-servants/disability-management/functional-abilities-form.html> (2020 年 2 月 1 日アクセス).

28) Sánchez Mendoza PM (2013). Work Ability Assessment of Employees on Long Term Sick Leave in Insurance Medicine. Universiteit van Amsterdam [Host].

29) 有馬秀晃, 島津明人, 江口尚, 堤明純 (2016). 復職支援プログラムほかオランダにおける先進的な産業保健の取り組み. 産業医学ジャーナル 39(3), 62-68.

- 30) OECD (2014). Mental Health and Work: United Kingdom. OECD Publishing.
- 31) 堤明純. 日本型職場復帰診断書 (fit note) システムの試行. 厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金 メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発 平成27年度総括・分担研究報告書.
- 32) Fylan B, Fylan F, Caveney L (2011). An evaluation of the Statement of Fitness for Work: qualitative research with General Practitioners. DWP Research Report 780.
- 33) Hann M, Sibbald B (2011). General Practitioners' attitudes towards patients' health and work DWP Research Report 733.
- 34) Chenery V. An evaluation of the statement of fitness to work (fit note): a survey of employees. DWP Research Report No 840, 2013
- 35) Coole C, Nouri F, Potgieter I, Watson PJ, Thomson, L, Hampton R, Drummond A. (2015). Recommendations to facilitate the ideal fit note: are they achievable in practice? .BMC Fam Pract, 16(1), 138.
- 36) Chris S, Mark G, Jim H (2014). Factors associated with prevalence and types of 'may be fit' advice on fit notes: a cross-sectional primary care analysis. Br J Gen Pract. 2014; 64(620), e137-43.
- 37) Rosie G, Rosa M, Clare H (2018). Fit for Work: Final report of a process evaluation. Department for Work & Pensions Research Report 959.
- 38) Fit for work. <https://fitforwork.org/> (2020年2月1日アクセス).
- 39) David M Clark (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. Annual Review of Clinical Psychology 14, 159-183.
- 40) Terence H, Chris H, Lynn G, Heike B, Yuxin L, Clare L (2013). Evaluation of Employment Advisers in the Improving Access to Psychological Therapies programme. Department for Work & Pensions Research Report 826.
- 41) GOV.UK. Get support in work if you have a disability or health condition (Access to Work).
<https://www.gov.uk/access-to-work/apply> (2020年2月1日アクセス).
- 42) GOV.UK. HS207 Expenses and benefits: medical or dental treatment and insurance. <https://www.gov.uk/expenses-and-benefits-medical-treatment/whats-exempt> (2020年2月1日アクセス).
- 43) Andrea KB, David FB (2003). Employee assistance programs: A review of the management of stress and wellbeing through workplace counselling and consulting. Australian Psychologist 38(2):138-143.
- 44) Department of Social Services. Job Access. <https://www.jobaccess.gov.au> (2020年2月1日アクセス)
- 45) OECD (2015). Mental Health and Work: Australia. OECD publishing.
- 46) State Insurance Regulatory Authority, NWS government. What's a return to work coordinator?
<https://www.sira.nsw.gov.au/theres-been-a-n-injury/im-an-employer-helping-my-worker-recover/return-to-work-coordinators/what-s-a-return-to-work-coordinator> (2020年2月1日アクセス)
- 47) Christopher FM, Robert TR, Seth AS (2019). How Effective are Employer Return to Work Programs? the RAND Institute for Civil Justice.
<https://www.rand.org/content/dam/rand/pub>

s/working_papers/2010/RAND_WR745.pdf (2020年2月1日アクセス).

48) Robert ED, Deborah RB, Gary RB (2019). Introducing Individual Placement and Support (IPS) supported employment in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 73(2), 47-49.

49) Annalee JK, Gary RB, Deborah RB, Robert ED, Mary AG (2017). Prevalence and Quality of Individual Placement and Support (IPS) Supported Employment in the United States. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 44(3), 311-319.

50) Nadiya S, Allyson I, Annie Z, Athina P, David R, Benoit HM (2019). Challenges in conducting research on collaborative mental health care: a qualitative study. *CMAJ Open* 7(2), E405-414.

51) Kates N, Mazowita G, Lemire F, Jayabarathan A, Bland R, Selby P, Isomura T, et al. (2011). The Evolution of Collaborative Mental Health Care in Canada: A Shared Vision for the Future. *Canadian Journal of Psychiatry* 56(5), 1-10.

52) Craven M, Bland R (2006). Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Canadian Journal of Psychiatry* 51(6 Suppl 1), 7S-72S.

53) Dewa CS, Hoch JS, Carmen G, Guscott R, Anderson C (2009). Cost, effectiveness, and cost-effectiveness of a collaborative mental health care program for people receiving short-term disability benefits for psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(6), 379-388.

54) OECD (2014). *Mental Health and Work: Netherlands*. OECD publishing.

55) 本庄淳志. オランダの産業精神保健法制

度. 厚生労働省厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業 諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果とわが国への適応可能性に関する調査研究 平成24年度研究報告書.

56) 時田征人, 川上憲人 (2012). メンタルヘルス不調により休業した労働者への復職支援: オランダにおける効果評価研究. *産業医学ジャーナル* 35(2), 108-111.

57) van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and Environmental Medicine* 60(6), 429-437.

58) van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JA, Drewes HW, van der Laan NC, Adèr HJ (2010). Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 6(1), 375-385.

59) 厚生労働省 独立行政法人労働者健康安全機構. Relax 改訂 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き. <https://www.mhlw.go.jp/content/000561013.pdf> (2020年2月1日アクセス).

60) British Occupational Health Research Foundation. (2005). *Workplace interventions for people with common mental health problems: Evidence review and recommendations*. https://www.bohrf.org.uk/downloads/cmh_rev.pdf (2020年2月1日アクセス).

61) Caveen M, Dewa CS, Goering P (2006). The influence of organizational factors on return-to-work outcomes. *Canadian Journal*

- of Community Mental Health 25(2), 121-142.
- 62) Michalak EE, Yatham LN, Maxwell V, Hale S, Lam RW (2007). The impact of bipolar disorder upon work functioning: A qualitative analysis. *Bipolar Disorders*, 9(1), 126-143.
- 63) Mizzoni C, Kirsh B (2006). Employer perspectives on supervising individuals with mental health problems. *Canadian Journal of Community Mental Health* 25(2), 193-206.
- 64) Saint-Arnaud L, Saint-Jean M, Damasse J (2006). Towards an enhanced understanding of factors involved in the return-to-work process of employees absent due to mental health problems. *Canadian Journal of Community Mental Health* 25(2), 303-315.
- 65) 厚生労働省. 平成 29 年「労働安全衛生調査（実態調査）」の概況. https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h29-46-50_gaikyo.pdf (2020 年 2 月 1 日アクセス).
- 66) Corbière M, Shen J (2006). A systematic review of psychological return-to-work interventions for people with mental health problems and/or physical injuries.
- 67) 小山文彦, 加島佐知子, 亀田美織, 宮本直美, 石川洋, 星野志保 (2017). 労働者健康安全機構『復職（両立支援）コーディネーター基礎研修』の課題と意義. *日本職業・災害医学会会誌* 65(2), 102-106.
- 68) 小川裕由, 大西洋英, 豊田章宏 (2019). 労災疾病等医学研究・両立支援報告 R1-5 両立支援コーディネーター基礎研修修了者の実践状況について：勤務先による比較. *日本職業・災害医学会会誌* 67(4), 294-302.
- 69) 首相官邸. 働き方改革実行計画（平成 29 年 3 月 28 日 働き方改革実現会議決定）. http://www.kantei.go.jp/jp/singi/hatarakikata/pdf/honbun_h290328.pdf (2020 年 2 月 1 日アクセス).
- 70) 堤明純. 日本型職場復帰診断書（fit note）システムの試行. 厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金 メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発 平成 28 年度総括・分担研究報告書.
- 71) 厚生労働省. 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000490701.pdf> (2020 年 2 月 1 日アクセス).
- 72) 黒川淳, 井上真人, 井奈波良一, 岩田弘敏 (2009). メンタルヘルス不調者に対する職場復帰支援の取り組みと事業場外資源に期待されること. *日本職業・災害医学会会誌* 57, 73-85.
- 73) 秋山剛, 松本聡子, 長島杏那 (2012). 気分障害のリワークプログラム リワーク・復職を困難にする要因. *臨床精神医学* 41(11), 1551-1559.
- 74) 上條知子, 小林久人, 津田洋子, 鷲塚伸介, 小泉典章, 塚原照臣, 野見山哲生 (2012). メンタルヘルス不調者の職場復帰支援の復職成功に導く個別要因の検討. *信州公衆衛生雑誌* 7(1), 62-63.
- 75) 秋山剛, 岡崎渉, 富永真己, 小山明日香, 田島美幸, 倉林るみい, 酒井佳永, ほか (2007). 職場復帰援助プログラム評価シート（Rework Assist Program Assessment Sheet:RAPAS）の信頼性と妥当性. *精神科治療学* 22(5), 571-582.
- 76) Washington States Department of Labor and Industries. Attending Doctor's HandBook. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.204.264&rep=rep1&type=pdf> (2020 年 2 月 1 日アクセス).
- 77) 田中克俊. 産業医の立場からの長期療養者の就労可否判断. 厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金 精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆに係る臨床研究 平成 28 年度総括・分担研究報

告書.

78) 梶木繁之. 生活記録表を使用した復職支援の標準的方法の開発および効果評価. 厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金 メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発 平成28年度総括・分担研究報告書.

79) うつ病診療における協同的ケアの実践報告—臨床心理士による受療行動への介入—.

80) 安田貴昭, 五十嵐友里, 堀川直史, 河田真理, 長尾文子, 得丸幸夫, 眞弓久則, ほか (2016). プライマリケアでのうつ病診療における協同的ケアの有用性の検討. 精神科治療学 31(8), 1081-1088.

81) 厚生労働省. 事業主の方のための雇用関係 助 成 金 .
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/kyufukin/index.html (2020年2月1日アクセス).

82) 労働者健康安全機構. 令和元年度版産業保健 関 係 助 成 金 .
<https://www.johas.go.jp/sangyouhoken/tabid/1389/Default.aspx> (2020年2月1日アクセス).

表1 イギリスの復職に関連するガイドラインの概要

ガイドライン名	発行元	ガイドラインの概要
Taking care of business: employer's guide to mentally healthy workplaces	mind	雇用主向けの健康的な職場づくりのガイドライン。事例が紹介されている。 「1. 職場の健康度のアセスメントの実施、2. 計画立案の実施、3. 職場づくりの実践」について記載されている。 職場づくりにおいては、「不健康の原因への取組、仕事内容や勤務時間の調整、公平で支持的な組織づくり・利用可能な支援方針準備、チームワークや支援する関係性、キャリア開発や昇進の機会の提供、個人的で私的な問題の対応」など具体的な実践内容が記載されている。 復職に関するガイドラインとしては、下記が記載されている。 ・コミュニケーション方法 - 休業中の労働者と、正直でオープンなコミュニケーションを取る。職場で調整できる事がないかを本人に確認する事。 ・不調で休業をしているときの留意点 - 不調者が組織にとって貴重であると認識する事、連絡を取り続ける事、職場環境の調整を模索する事、段階的な復職の方法を検討する事
Mindful employer: line manager's resource	Devon Partnership Trust	ラインマネージャー向けのガイドライン。事例の紹介もある。 「1. メンタル不調の理解、2. リカバリー（治療方法など）、3. 精神的に健康な職場、4. コミュニケーション方法（会話時の留意点、連絡の継続）、5. 復職と環境調整」について記載されている。 復職に関するガイドラインとしては、下記が記載されている。 ・連絡を継続して取ることと効果的な復職計画が重要となる事。 ・復職前に検討すべき事項の理解 - 調整可能な欠勤の要因、できる事とできない事 ・他の組織の支援サービスを活用する事 ・段階的な復職の実施 ・職場で復職を歓迎する事 ・環境調整の具体的な方法 - 労働時間調整、職務内容調整、物理的環境調整、規定変更、ジョブコーチなど支援、リモートワークなど技術活用、上司としての配慮（面談を増やすなど）
Workplace health: long-term sickness absence and incapacity to work Public health guideline	NICE (The National Institute for Health and Care Excellence)	雇用主や管理職、GP(医師)やケア専門家、労働者、サービス提供の委員に向けた包括的なガイドライン。 長期療養者の復職、再燃防止、休業の長期化防止に関して、下記が記載されている。 推奨1. 職場の文化と方針 1.1 健康と幸福を最高優先度とする組織、1.2 一貫性のある積極的な、思いやりある支援的な文化の育成、1.3 報告と休業管理のための明確な利用可能な手順を確保にする、1.4 すべての労働者が職場の復職に関する手順を知っている事、1.5 方針策定は、幅広く戦略的に行う事、1.6 EAPや産業保健プロバイダーを利用する、1.7 方針を定期的に見直す、1.8 休業の要因だと特定できないデータの収集も検討する（欠勤頻度、職務の役割など）1.9 休業の傾向に関するデータを定期的にレビューする。

表1 イギリスの復職に関連するガイドラインの概要（続き）

ガイドライン名	発行元	ガイドラインの概要
Workplace health: long-term sickness absence and incapacity to work Public health guideline	NICE	推奨2 職務への適合性のアセスメントと保証 2.1 GP（一般開業医）などによる仕事への適合性を記載してもらう（Fit note への記載）、2.2 適合性がない状態の労働者と連絡を取る、2.3 四週間以上休業する場合は「リハビリサービス（作業療法、心理療法）」を紹介と、職業アドバイスの専門家に紹介する、2.4 公私にわたる様々な要因が休業に関連している事を考慮する、2.5 雇用主は労働者の状態に関する情報提供を行う。 推奨3 仕事への適合性の文書 3.1 不適合となった場合は、機密的に「休業理由、治療期間、再発の見込み」を記載する、3.2 休業者の支援と復職の計画を立案する（追加情報の収集、職場環境のアドバイスを受ける、調整内容について議論し、その調整内容について社内に承認を得る）、3.3 適合性がある場合は早期に連絡をする（Fit note を受け、労働者とラインマネージャー、人事、組合が関わる）、3.4 GP から提示された調整が行えない場合は、文書でその理由を明らかにする、3.5 調整ができず復職できない場合は、十分な状態で復職すべきと助言する、定期的な連絡をとりあう計画や回復につながる支援について話し合う。 推奨4 職場環境調整 4.1 復職となった時に、追加のリスクアセスメントを行い、また環境調整について話し合う（同僚への通知について、復職者の環境調整について同僚との話し合い）、4.2 環境調整を記録する、4.3 労働者と雇用主のニーズを満たしているかモニタリングを行い、計画をレビューする。 推奨5 休業中の人と連絡を取り合う 5.1 法人は継続的に労働者と連絡を取り合う、5.2 できるだけ早く四週間以内に連絡を取る、5.3 連絡時には、コミュニケーション方法に留意する（ニーズや状況を敏感にとらえる、サポートされていると感じるように接する、復職のための外部サービスを紹介する、連絡の取り方について話す、情報は機密が保持されるという安心感を与える）、5.4 連絡を取るのがだれか確認する。 推奨6. 早期介入 6.1 介入を行う組織は労働者の状態を知っておく、6.2 プログラムが機密である事を保証する、6.3 四週間を超えると予想される場合は産業保健提供機関に、適合度の評価や早期サポートサービスへのリファーを議論する、6.4 産業保健提供機関や EAP のサービスを受けられない場合は、GP や専門家がそれ以外の作業療法・心理療法を紹介する。 推奨7. 就労継続と再発の低減 7.2 メンタル不調の場合（別途、骨格筋の対応も記載あり）は、3 か月間の構造化された支援を実施（問題の特定や解決方法の議論、上司と合意した計画の導入、定期的なフォロー会議）。 推奨8. 健康状態や障害のため雇用されていない人たちについて 8.1 統合されたプログラムの委託（復職に関するアドバイザーとの面談や、職業訓練、自身の状態管理、メンタリング・ジョブコーチ・労働衛生支援・財政支援を含んだプログラム）

表2 オーストラリアの復職に関連するガイドラインの概要

ガイドライン名	発行元	ガイドラインの概要
Developing a workplace mental health strategy	Beyond Blue	組織用（雇用主向け）の健康的な職場づくりのガイドライン。 （その他、労働者向け、管理者向けもある） 「1. メンタルヘルスの組織づくり、2. ニーズの同定、3. 計画策定、4. モニタリング」のステップに関する事項が記載されている。 復職に関するガイドラインとしては、下記が記載されている。 ・診断に基づく就労継続や復職の計画の立案 計画は、個別のニーズに基づき仕事の合理的な調整と連携を行う。また、保健スタッフ、専門家、家族の協力のもとに立案されて、定期的に見直す。 ・支援に関する方針と手続き すべての方針や手続きは同じレベルで労働者に提供する。 ・メンタルヘルスを優先した調整 仕事の成果よりもメンタルヘルスを優先し、労働時間や仕事内容に関して可能な部分で柔軟に対応する。 ・スティグマへの対応 復帰したメンタル不調の経験者を招いて職場で話を聴く、メンタルヘルスに関してオープンな会話を促す、合理的な調整といった復職支援の実績を確立する。
Working well: an organisational approach to preventing psychological injury	Australian Government Comcare	組織や人事、管理職向けのガイドライン。仕事関連のストレスを管理し、の精神的障害を防ぐことを目的とする。 「1. メンタル不調の潜在的な危害を発見する」「2. リスクの体系的な評価」「3. 計画の立案と導入（一次介入：職場の要因の対処、二次介入：ストレスの影響の最小化、三次介入：安全で効果的なリハビリテーションの提供）」、「4. モニタリングとレビュー、継続的な改善の実施（指標や目標）」について記載されている。 復職に関するガイドラインとしては、下記が記載されている。 ・復職の結果の改善のために必要な事項 労働者が自分の仕事を大切だと感じている、経営陣が復職に取り組んでいる、ピアサポートがある。 ・復職のアプローチの推奨事項 - 組織的な支援が利用できる明確な方針やガイドライン - ラインマネージャーの意識、労働者との早期の連絡 - 労働者のニーズを特定するための早期かつ専門的な評価、上司と労働者が参加した復職計画の策定 - 職場での個人をサポートする柔軟な職場の提供（調整、解決法の提供） - 効果的な医療へのアクセス
Helping employees successfully return to work following depression, anxiety or a related mental health problem	Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne	組織向けの復職支援のガイドライン。 1. 復職の方針や手順に関して ・復職支援へのコミットメント（確約）、すべての関係者の期待・役割・責任を復職プロセスに含める、管理者が助言を求める方法、組織内の助言のリソース ・合理的調整、休業中に連絡を取る方法 ・復職計画の準備、復職計画を実行する責任の定義、他の規定や方針との連携

表 2 オーストラリアの復職に関連するガイドラインの概要（続き）

ガイドライン名	発行元	ガイドラインの概要
Helping employees successfully return to work following depression, anxiety or a related mental health problem	Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne	2. 組織で行う事 ・職場環境の確立、労働者のメンタルヘルスへの責任を持つ事、休業と復職の管理 ・復職コーディネーターを準備する（上司と連携など） ・復職計画策定 - 詳細で柔軟で一貫性、個別化された計画、複数の選択肢、合理的配慮や調整、配慮のモニタリングと改善、他の従業員への周知 3. 上司や同僚が行う事 ・メンタル不調への理解、復職やリカバリーに対する仕事の意義の理解、職場づくり、復職者との接し方、関連する法律の理解 4. 復職コーディネーターの役割 ・職場でのメンタルヘルスを管理する、休業中の労働者と連絡を取る、復職を管理する。 5. 上司の役割 メンタル不調についてコミュニケーションをとる、復職を管理する（コーディネーターを兼ねる）、合理的調整（配慮）、職場環境の管理（労働時間、気づきなど） 6. 復職計画の立案 ・労働者が自身の症状の理解と職務内容や障壁などをコーディネーターと話し合う ・同僚は復職を歓迎し、敬意を払う ・組合は労働者の相談にのる ・家族や友人は実践的な支援やポジティブな心理的支援をする、復職を焦らせない

表3 アメリカの復職に関連するガイドラインの概要

ガイドライン名	発行元	ガイドラインの概要
STAY-AT-WORK/ RETURN-TO-WORK TOOLKIT	The Council of State Governments	州職員向けの就労継続・復職のプログラムの導入ガイドライン。導入済みの州のベストプラクティスをまとめている。 - プログラムの導入戦略 - 経営者からのコミットメントを確保する。 - 復職の方針と手続きの文書を作成し、全労働者が内容を知る。 - 復職コーディネーターを任命し、チーム支援を導入する。 - 個々の復職・就労継続計画を作成する委員会を設立する。 - 管理者に対して、復職・就労継続についてのトレーニングを行う。 - 労働者に対して、復職過程の権利や責任の周知や教育を行う。 - 強力な安全（予防）プログラムを構築する。 - すべての職位に対する明確な職務記述書を作成する（必須機能、非必須機能を含む） - 可能な配慮の調査と評価を行う。 - 段階的な復職機会を用意し、定期的にあセスメントを行い、労働者の能力や医学的制約に合わせた調整を行う。 - ワシントン州の取り組み - Centers of Occupational Health and Education を設立。 - 雇用主と労働者に対して復職を支援するコーディネーターを提供 - 医療提供者への教育、 - Labor & Industries スタッフによる復職プログラムの提供 - 雇用主へのインセンティブ - 軽作業や段階的な復職に対して雇用主にインセンティブが発生。 - 雇用主は環境調整等にかかった費用の払戻しが受けられる。 - ニューヨーク州での関係者の役割 雇用主の責任： 方針や手順の作成、可能な限り負傷前の雇用状態に戻すことを連絡、復職コーディネーターの任命、労働者、医師、保険会社とのコミュニケーションをとる、職務記述書作成、意味のある復職機会の提供、できない事でなくできる事へ注目する。 労働者の責任： 上司への負傷の報告と継続的なコミュニケーション、医師へ合理的配慮をすることで復職が可能なことを伝える。 保険会社の責任： 補償請求の管理、医療提供者との労働者、雇用主、弁護士とのコミュニケーション維持、復職支援、治療の承認、リスク管理に取り組む雇用主へのインセンティブの提供 医療提供者の責任： 復職を促進する適切な医療の提供、負傷の心理的な影響の認識、合理的な復職の目標策定、雇用主向けの transitional assignment forms（過渡期の業務任命の文書）の記入、労働者の労働状態と身体能力の提示、雇用主への適切な復職の奨励 組合代表者の責任： 復職委員会への参加、個別の復職計画立案、進捗状態のモニタリング

表 4 カナダの復職に関連するガイドラインの概要

ガイドライン名	発行元	ガイドラインの概要
An evidence-informed guide to supporting people with depression in the workplace.	Institute for Work and Health (IWH)	職場でうつ病の労働者を支援する関係者（上司、同僚、人事スタッフ、組合代表者）のガイドライン。事例の紹介も含まれている。 「1. 職場のカルチャー、2. コミュニケーション、3. 教育、4. 職場のプロセス、5. 復職の計画、6. 職場内外の資源」に関する事項が記載されている。 復職に関するガイドラインとしては、下記が記載されている。 ・心からの思いやりのあるコミュニケーションを、労働者が休職中にも継続することが復職プロセスを成功へと導く。 ・個別化された段階的な復職プランの策定を行う（職場配慮の要求と職務を考慮し、相反する要求をどう解決するか創造的に検討、確立された計画が効果的だが、変化に応じて計画を調整する） ・復職のプロセスは直線的ではないので、変化する環境に気づき、新しい解決方法を見つける相談を行う。 ・労働者のプライバシーを配慮しながらも、同僚に対して職場の配慮に関する説明を行う。 ・復職者に対して、理由を聴くことなく職場で暖かく迎える。 ・復職前に復職計画に関する会議を関係者間（労働者、上司、人事、その他）で行う。計画を明確にし、継続的なモニタリングの実施者を決定。
Best Practices for Return-to-Work/ Stay-at-Work Interventions for Workers with Mental Health Conditions	Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in BC	復職のための介入に関するベストプラクティス。組織レベル、マネジメントレベル、個人レベルへの介入の原則がまとめられている。 原則 1. 明確で、詳細で、コミュニケーションがなされた組織的な職場でのメンタルヘルス介入が復職や就労継続を支える ・人が中心の文化の醸成、サポートティブな管理（予防、早期発見、メンタルヘルス条件の管理）、スティグマは復職の障壁。職場での気づきのスキルの向上が早期発見・介入につながる。 原則 2. 復職と就労継続の最適な結果を得るには、復職調整と、構造化、計画化された障害管理の関係者間での緊密なコミュニケーションが必要 ・労働者、雇用主、組合、医療提供者などの調整を行う専門コーディネーターが有効 原則 3. 体系的で、構造化され、調整された復職の実践を適用する事が、復職の結果を改善する ・労働者を活性化し従事し続ける事を支える復職プロセスの実践、産業医が現在利用できる確立されたガイドラインの導入、復職プロセスの進捗と労働者のニーズを確認（インタビュー、アセスメント、介入中、フォローアップ、再発防止の期間を含む）。具体的かつ目標志向であり、特に仕事の機能、職場の行動、職場復帰の結果に焦点を当てる。 原則 4. 職場配慮は、復職プロセスの不可欠な部分であり、導入の文脈によって有効性が決まる ・適切な配慮の明確化や導入は、労働者や職場環境を考慮（同僚との業務負担の慎重な再配分と削減、対処が難しい労働者へストレスの少ない環境への移行、上級管理者の支援、同僚による支援）。スティグマや、労働者の強みや限界に対する不十分な理解が障壁。 原則 5. エビデンスに基づいた治療へのアクセスを容易にすることは、欠勤を減少させる。 ・職場や業務に焦点化した CBT 的介入と職場配慮とカウンセリングを組み合わせる。症状の改善は、専門家による介入が必要。

表 5 ヨーロッパの復職に関連するガイドラインの概要

ガイドライン名	発行元	ガイドラインの概要
A guide for employers to promote mental health in the workplace	European Network for Workplace Health Promotion	ヨーロッパ地域向けに発行されている、雇用主とマネジャー向けの精神健康的な職場づくりのガイドライン。 雇用主が行う事として、「業務プロセスの見直し、裁量権の付与、問題解決への労働者の参画、努力報酬のバランス、コミュニケーションとフィードバック改善、役割と期待の明確化、ソーシャルサポートの強化・奨励、教育（スティグマへの対応含む）」や「CBT 的な方法によるストレス管理、リラクゼーション法などの多様なアプローチ、トレーナーの育成やリラクゼーション法」などが記載されている。

復職に関するガイドラインとしては、下記が記載されている。

- ・労働者が休職時には、労働者のニーズを確認する事、同僚に何と伝えるべきかを確認する。
- ・孤立が復職の障壁となるため、また連絡を取り合う事。労働者が、復職前に非公式に訪問できる方針を持つこと。
- ・人々によって異なるため、病気ではなく、その人自身に注目し、その人がどのように職場に貢献できるかに焦点を当てること。
- ・職場外の専門家のサポートを利用する。
- ・合理的配慮をおこなう（業務負担の変更、軽減、柔軟な働き方、段階的な職場復帰、柔軟な休憩など）。

表 6 就労可否判断のためのアセスメント項目や合理的配慮

国	文書名	発行元	アセスメント項目や合理的配慮
イギリス	Getting the most out of the fit note GP guidance	Department for Work and Pensions	主治医のためのガイダンスであり、就労可否に関するアセスメント項目について記載されている。 特定の仕事でなく、一般の仕事への適合性のアセスメントを行う。アセスメント項目は下記の通り。 ・機能的な制限 - スタミナ（例：午前、または午後に調子が良い） - 可動性（例：歩く、曲げる、かがむ） - 機敏性（例：器用さ、姿勢、調整） - 洞察・安定性（例：精神状態、気分） - 治療（例：副作用、期間） - 知的能力（例：認知能力） - 感覚（例：聴覚、視覚、触覚） ・健康状態の持続期間と起こりえる変動 ・進行中である臨床的管理への影響 ・仕事をするのが健康状態を悪化させるか
オーストラリア	GP support Certifying capacity for work - psychological injuries	WorkCover WA	主治医のためのガイダンスであり、就労可否判断において知っておくべき情報として、精神障害によって困難となる点及び、合理的配慮の具体例が記載されている。 ・困難となる点 - 思考プロセス（集中力、注意力、記憶力、情報処理、明確な考えの形成） - 組織化と計画（タスク計画と実行、多重タスクの管理、期限の遵守、特定のタスクを避ける） - 社会的対話（社会的対話を避ける、同僚と働く事を避ける） - 身体的症状と機能（ぼやけた視界、痛み・振戦・凝り、心臓発作、眠気・ふらつき・疲労、特定の時間に調子が良い、遅刻する） - 感情（不満、ストレス、不安、怒り、フィードバックに敏感、仕事の心配、落ち着かない、落ち込み） ・合理的配慮の例 - 柔軟な働き方（勤務時間変更、在宅勤務など） - 仕事の指示の調整（作業指示の記載、複雑な仕事を単純な仕事に分解するなど） - 作業管理の調整（期限の遅れを認める、仕事の色分けや優先づけをするなど） - 物理的環境の調整（騒音対策、職場のレイアウト等の変更など） - 補助器具の利用（期限管理のためのカレンダーやスマートフォン利用、チェックリスト作成など） - 社会的環境の調整（対面の会議でなくメールや電話会議、顧客との会議などを別の仕事と交換するなど） - 追加のスーパーバイズや支援（スーパーバイザーとの面談の設定、メンターの割り当て、EAP やリハビリサービスの利用など）

表 6 主治医による就労可否判断のためのアセスメント項目や合理的配慮（続き）

国	文書名	発行元	アセスメント項目や合理的配慮
アメリカ	Model Return to Work Program	State Board of Workers' Compensation, State of Georgia	雇用主（企業）向けの復職プログラム（RTW）の導入のためのガイドランス（ジョージア州）。 医師が就労可否判断を行うために提供される「業務活動分析書（Job Activity Analysis）」には下記の内容が記載されている。 ・業務上のポジション ・個別の業務内容と各業務に必要な身体的要求、精神的要求、環境条件 - 身体的要求：運搬（重量）、立ち姿勢（半日）など - 精神的要求：記憶力（一度に多くの事を追跡）、集中力と判別力、形態知覚の適正など - 環境条件：作業場所の気温や振動、放射線など ・求められる生産性 - 質的および量的な生産性。生産業務であれば、組み立てる製品数やエラーの割合など。 ・必要な勤務時間 - 勤務時間、シフト勤務、出張、残業
カナダ	Functional Abilities Form	Government of Canada	復職時に連邦政府内で用いられている職員の機能能力票。下記に対する機能要求が提示されている。 ・脊柱の動き（前に曲げる、ねじる等） ・座位の動き（デスクワーク 1 日何%等） ・立位の動き（1 日何時間立つ等） ・持ちあげる、運ぶ、押す、引く作業（何 kg を運ぶ等） ・肩/肘/手首/手/指での作業（タイピング 1 日何%等） ・感覚を必要とする活動（運転、話す等） ・物理的労働環境（室外、振動有など） ・非身体的能力 - スケジュールに関する要求（シフト勤務有など） - 社会的・感情に関する要求（チームワーク有など） - 認知的・精神的要求（マルチタスク有など）
オランダ	Work Ability Assessment of Employees on Long Term Sick Leave in Insurance Medicine	Patricia Marina Sánchez Mendoza. (University of Amsterdam)	長期療養者に対する就労能力アセスメントに関する文献。アセスメントのチェックリストとして下記の内容が記載されている（Checklist of factors relevant to return to work）。 ・復職に対する阻害要因 1. 非効率的なコーピングスタイル 2. 制約を受けいれることができない。 3. 病気に対する否定的な認識 4. 病気による 2 次的な利益 5. 復職を妨げる認知と行動 6. 病気の行動を促進する態度、または/及び、復職に関する主治医の誤った助言 ・復職に対する促進要因 1. 仕事の再開に対する前向きな態度 2. 復職への動機 3. 早期から提供される復職プログラム

資料 1

2010 年から 2019 年に出版された復職ガイドライン及び、産業精神保健におけるガイドラインに関する論文の検索式

復職ガイドラインに関する論文の検索式

((("return to work"[Title/Abstract] OR return-to-work[Title/Abstract] OR RTW[Title/Abstract])) AND (guidelines[Title/Abstract] OR guideline[Title/Abstract] OR guidance[Title/Abstract] OR toolkit[Title/Abstract])) AND ("2010/01/01"[PDAT] : "2019/12/25"[PDAT])

産業精神保健に関する論文の検索式

(((((mental[Title/Abstract] AND (health[Title/Abstract] OR disorder[Title/Abstract] OR disorders[Title/Abstract] OR ill[Title/Abstract] OR illness[Title/Abstract] OR sick[Title/Abstract] OR sick[Title/Abstract] OR sick-leave[Title/Abstract])) AND (occupational[Title/Abstract] OR occupationally[Title/Abstract] OR work[Title/Abstract] OR work-related[Title/Abstract] OR job[Title/Abstract] OR (job-related[All Fields] AND workers[Title/Abstract]) OR workplace[Title/Abstract] OR employee[Title/Abstract])) AND (guidelines[Title/Abstract] OR guideline[Title/Abstract] OR guidance[Title/Abstract])) AND ("2010/1/1"[PDAT] : "2019/12/25"[PDAT])

[Title/Abstract]: 文献のタイトルまたは抄録に含まれる語句を対象

[PDAT]: 文献が出版された日付を指定

検索日 : 2019 年 12 月 25 日