

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

# 目 次

## I. 総括研究報告

- 精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆに係る臨床研究 …………… 3  
研究代表者 桂川修一

## II. 分担研究報告

1. 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 …………… 29  
分担研究者 黒木宣夫
2. 治療プログラム実施機関における長期療養の就労（復職）に関する調査研究 …………… 57  
分担研究者 五十嵐良雄  
(資料) 表1～10、調査票（別紙1、2）
3. 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 …………… 69  
分担研究者 神山昭男  
渡辺洋一郎  
(資料) 回答用紙Ⅰ、Ⅱ、表1～82
4. 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 …………… 95  
分担研究者 小山文彦  
(資料) 別表
5. 障害者職業センター・ハローワーク等の調査研究 …………… 101  
分担研究者 大西 守
6. 精神疾患の適切な療養期間 …………… 113  
分担研究者 清水栄司  
(資料) 資料1 一般人向けのうつ病医療アンケート、2 医師向けうつ病医療アンケート
7. 産業医の立場からの長期療養者の就労可否判断 …………… 135  
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

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

研究代表者 桂川 修一 東邦大学医学部精神神経医学講座（佐倉）・准教授

研究要旨

平成 26 年度労災疾病臨床研究事業費補助金事業による労災認定に関する精神科医調査において、精神科医として労災保険法上の症状固定(治ゆ)の判断に難渋しており、労災保険制度における療養補償給付の在り方が大きな課題であるとの報告がなされている。業務が原因で療養に入った事例と業務以外の要因で長期療養、さらに休復職を繰り返した事例の双方に対する調査研究が必要であり、治ゆ判定の判断要件、その後の具体的な復職の方策等を検討し、必要な施策を進めていくことを目的として7つの研究を実施した。

「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」では、平成23年度から各年度に認定された事案の治癒率に関して、23年度事案の治ゆ率61.4%であり、労災認定時点から5年経過しても4割近くは治ゆに至っていないという結果が得られた。統計学的探索によれば、年度ごとに未治ゆしない事例の割合がただ単に増えているだけではなく、増え方が徐々に大きくなってきていることが認められた。労災認定基準で業務上と判断された平成24年度事案が平成28年8月時点で、どのような経緯をたどっているのか、その療養状況について精査した。労災認定から4年経過して治ゆしている事例は53.2%、治ゆしていない事例は44.6%であり、治ゆしない事例が多いことが明らかになった。治ゆしていない事例165例のうち、治ゆの見通しがある事例は7.3%にすぎなかった。さらに全休の事例の療養期間と給付額に関しては、1年未満では休業給付額は20万円未満の事例が多いが、療養期間が2年を超えると20万円を超える事例が増えてくることが明らかになった。

「治療プログラム実施機関における長期療養の就労（復職）に関する調査研究」では、2つの調査を実施した。すなわち、全国のリワークプログラムを実施している医療機関を対象として、これまでの利用者における労災事例を集めて、その事例の概要を調査、2つめとして同じ医療機関における2年間以上の長期療養患者の背景や要因についての調査を行った。

142施設から回答を得たが、労災事例は14施設合計14例あった。同事例の診断ではF3気分（感情）障害が12例（85.7%）、F4神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が1例（7.1%）、F6成人のパーソナリティ障害が1例（7.1%）の結果だった。労災となった背景・要因は長時間労働が6例、長時間労働とパワハラが2例、その他6例の結果だった。長期休職事例は106施設から1,467例の報告があり、1施設平均13.8例となった。それらの診断では、F3気分（感情）障害802例（80.7%）が最も多く、F4神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が109例（11.0%）、F2統合失調症、統合失調症型および妄想性障害が36例（3.6%）、F8心理的発達の障害が29例（2.9%）、その他となっていた。これらの事例の背景・要因となるキーワードをICD-10診断別に分類してみると、F2では「ストレス」、「能力」、「（身内の）死」、「対人関係」「家族」、「受け入れ」、「知的」の含まれる案件が多く、F3では「ストレス」、「対人関係」、「上司」、「子」が含まれる案件が多かった。F4では「コミュニケーション」、「ストレス」、「上司」「異動」、「対人関係」、「モチベーション」、「リズム」、「家族」、「家庭」、「意欲」が含まれる案件が多かった。F8では「コミュニケーション」、「対人関係」、「公務員」、「人間関係」、「モチベーション」、「制度」、「充実」、「内省」、「上司」、「叱責」、「異動」、「能力」が含まれる案件が多かった。

「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」では、産業医もしくは主治医として関わった精神疾患を有する長期療養・休復職事例について、休業過程、復職過程などの一連のプロセスにおける判断状況の実態を解明する目的で、過去5年以内に1回以上の休職をした事例について調査を行った。当該事例について、休職判断、復職判断、就労再開時の配慮、復職後のフォロー状況、安定就労達成度などを含む調査用紙を産業医、主治医に送付して、産業医から44例、主治医から30例の事例を回収して一次集計した。その結果、不調者の休業入りにおける本人説得の困難度、休業時、復職時に産業医、主治医が判断材料とする情報の出所、確認方法などに種々のバラツキがあること、復職後1年以内の安定就労の達成要因、さらには不安定就労に至った背景要因などが抽出され、これらは就労安定化の促進もしくは阻害に関連する可能性が示唆された。

「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」では、精神疾患に罹患した有職者で企業（産業保健スタッフ等）と就労の可否および職場復帰に関して情報交換を行った50例について、①疾患名、②支援期間初診日

から寛解に至った時期、③休業日から職場復帰に至るまでの期間、④復帰後の就労状況、⑤4つのケアに則した連携様式についてのデータベースを整理した。

疾患内訳は統合失調症3例、うつ病エピソード12例、気分変調症3例、双極感情障害2例、適応障害14例、全般性不安障害2例、混合性不安抑うつ障害7例、パニック障害2例、その他5例であった。これらを支援の様式、支援期間、就労状況と転帰に分類したところ、支援の様式では事業場内外の連携、寛解に至るまでの期間は3ヶ月以内、復職までの期間内は3ヶ月以内、次いで6ヶ月以内が多かった。就労状況と転帰では、就労継続が最も多く、次いで復職準備中としたものが多かった。

「障害者職業センター・ハローワーク等の調査研究」では、非医療施設として障害者職業センター、ハローワーク等を対象に、利用状況および関係機関との連携状況について2つの調査を行った。1つめは全国の地域障害者職業センター16カ所にアンケート調査を行い、14カ所から回答を得た。2つめは全国のハローワーク約550カ所から150カ所を抽出し、専門援助部門担当者にアンケート調査を実施して、84カ所から回答を得た。調査結果の概要は次のとおりである。1つめの障害者職業センターにおける復職支援（リワーク支援）の利用者数は「増加傾向」にある。利用者全体に占める各年代の割合は、30代と40代の利用が全体の6割以上を占めた。精神障害者の利用者の主診断名について、「うつ病・躁うつ病」が全体の67%を占め、平成25年度の調査結果よりその割合が増加していた。リワーク支援修了者の実施期間については、「2～4ヶ月未満」が69%で最も多く、利用中止者の割合は7%であった。リワーク支援の際の職場への支援において生じる課題および医療機関との連携での課題要因は、「連携に対する非協力的な姿勢」（職場21%、医療機関25%）という回答が共通して最も割合が多かった。2つめのハローワークでの調査結果は、精神、知的、身体各障害者の求職登録者が増加傾向と回答した割合は、それぞれ95%、24%、12%との回答結果で、精神障害者の求職者が顕著に増加していた。精神障害者の求職登録者の主診断はうつ病・躁うつ病が45%で最も多く、統合失調症が30%、その他が24%であった。精神障害者の就労一年後の定着率は、「不明」の回答を除く59%が4割以内という回答で、1年以内に離職している精神障害者の割合の高さがうかがえた。また、精神障害者の就労後の定着が難しかった要因としては、「症状の悪化と職場」「人間関係」が16%と最も割合が多く、次いで「本人のコミュニケーション能力」が14%という結果であった。

ハローワークと職場・医療機関・就労支援の各3機関との連携における課題要因として最も回答が多かった要因は、職場が「職場側の負担増」、医療機関が「連携に対する非協力的な姿勢」、就労支援機関が「就労支援機関の担当者とのスケジュール調整」という結

果となり、機関によってその要因が異なる結果が見られた。一方で、「物理的・人的資源の問題」の回答はいずれも2番目に回答が多く、連携の課題要因にハローワークのマンパワー不足が大きく介在している状況がうかがえる。これまでに精神疾患の労災認定者を対象に就労支援に関わられた経験の有無については、96%で経験がないとの回答だった。

「精神疾患の適切な療養期間」では、「医学上一般に認められた医療」を受けた後の治ゆ（症状固定）判断に関する一般人向けおよび産業医向けのWEBアンケートをそれぞれ行った。うつ病で自宅療養中の患者について、①「医学上一般に認められる医療」の内容としては、薬物療法を不応性、不耐性の判断まで3種類以上、通院精神療法を年24回以上、リワーク・デイケア在籍に30日以上、職場担当者（産業医を含む）からの相談支援（休職や復職に関する仕組みについての文書を用いた説明、年4回の面談、年1回の外来主治医との連携）が7割以上の回答としてあげられた。また、②症状固定と判断するために必要な期間としては、3年以内という回答が、一般人400人の92.6%、産業医46人の89%であり、コンセンサスとして示唆された。

「産業医の立場からの長期療養者の就労可否判断」では、専属および嘱託産業医10名による長期療養者および休復職を繰り返している労働者の事例検討を行い、休業が長期化した原因や現状の課題について整理を行った。その結果をもとに産業医として実施可能で有用と思われる就業可否判断のポイントについて検討した。整理した結果は次のとおりである。①労働者個人の心理行動（疾病）特性、②就業場の措置が適切に行われないこと、③休業中のケアおよび生活の状況、④主治医以外の専門医によるアドバイス、⑤主治医との情報交換不足、⑥その他が挙げられた。これら整理された要点から、産業医の立場で実施可能で有用と思われる就業可否判断は、休業中の生活状況の評価、なかでもきちんとした睡眠覚醒リズムおよび日中の活動状況の把握が重要と考えられた。

これらの結果から得られる知見を集積し、次年度は精神疾患の病状安定、就労判断、職場復帰判断、寛解状態判断の基準および日常臨床や労働局現場での症状固定（治ゆ）判断の基準の作成を予定としている。

#### 研究分担者

|       |   |
|-------|---|
| 黒木宣夫  | 東邦大学名誉教授                                |
| 五十嵐良雄 | 医療法人社団雄仁会メディカルケア虎ノ門・理事長                 |
| 神山昭男  | 医療法人社団桜メディスン・理事長                        |
| 渡辺洋一郎 | 医療法人 渡辺クリニック・院長                         |
| 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 |
| 大西 守  | 公益社団法人日本精神保健福祉連盟・理事                     |
| 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                  |
| 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

わが国において職業生活等において強い不安、ストレス等を感じる労働者は約 6 割にも及び精神障害の労災請求件数は毎年過去最高を更新しており、事業者が民事上の損害賠償責任を問われる判例も増えており、労働者のメンタルヘルス不調は企業経営のリスク要因として見逃せない問題であるという認識が定着してきている。労災認定に関する精神科医調査結果（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・労災疾病臨床研究事業費補助金・平成 26 年度分担研究報告書）では、病状が安定したら患者の在籍する職場の産業医に復職を相談するとの意見に関して、全体の 85%が肯定的見解を有していたが、精神科医として療養補償給付をいつまで継続すれば良いのか、すなわち労災保険法上の症状固定(治ゆ)の判断に難渋していた。特に認定後 3 年以上経過している事例の場合に職場復帰（社会復帰）できない理由として、症状が改善しない、職場の受け入れ状況が困難であり、

労災保険制度における療養補償給付の在り方が大きな課題であることが報告されている。業務が原因で療養に入った事例が、長期療養から職場復帰できない原因を特定し、早急に職場復帰・就労支援の対策を立てるべきであり、そのためには、長期療養できない理由を明確化すると同時に、早期に復職した事例に対する調査研究が必要である。また業務以外の要因で長期療養、さらに休復職を繰り返した事例に対する調査研究も必要であり、治癒判定の判断要件、その後の具体的な復職の方策等を検討し、必要な施策を進めていくことが喫緊の課題であることから、さまざまな角度から病状の安定と速やかな復職・就労へと導入する過程を実証的なデータを基に検討し、治療効果向上、再発・再燃防止や、就労継続・離職等防止の有効な手法の提案や制度的な方策等の提言を行うことを目的に 7 つの研究を実施した。

平成 28 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、各都道府県労働局の症状固定（治ゆ）の判断の運用の現場調査を実施して、29年度にこの調査結果を集積し、多角的な角度から精神疾患の病状安定、就労判断、職場復帰判断、寛解状態判断の基準を作成し、その上で日常臨床や労働局現場での症状固定（治ゆ）判断の基準を作成し、精神疾患の早期復職・早期就労のプログラムを提言することを計画している。

## B. 研究方法

### ① 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

2つの調査を実施した。1つめは、平成23年度から27年度まで各年度に労災認定された患者が、調査した平成28年8月調査時点に治ゆした事例数、治ゆしていない事例数、ならびにアフターケアに係る健康管理手帳を取得した事例数を調査した。2つめは、労災認定基準で業務上と判断された平成24年度事案の、平成28年8月時点の療養状況について精査した。2016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業務上認定された精神障害者の早期復職・寛解・治療に関する調査用紙を発送し、同年12月中旬までに回収した。

### ② 治療プログラム実施機関における長期療養の就労（復職）に関する調査研究

治療機関で組織しているうつ病リワーク研究会の会員施設207施設に対し、労災によりプログラムに参加した患者に関する調査票を

送付した。研究1として、これまでのプログラム参加者における労災案件の有無とその概要について調査を実施し、その実態を把握することとした。研究2として、労災と認定されてはいるが、プログラム参加者のうち合算して2年間以上の長期間療養している患者についても概要と背景について調査を行い、長期療養となる要因を検討した。

### ③ 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

日本精神神経科診療所協会産業メンタルヘルス関連委員会、東京精神神経科診療所協会産業メンタルヘルス委員会、日本精神科産業医協会に所属する医師を対象として、調査用紙をインターネット上のメール添付で送付し、回答はインターネット、ファックス、郵送により回収した。調査項目は過去5年以内に1回以上の休職をした事例について、1. 産業医として関わった事例と、2. 主治医として関わった事例に関する調査であり、調査項目の詳細は研究結果にて示した。

### ④ 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

平成22年4月～平成27年3月までの期間に、精神疾患のため労災病院等を受診した労働者のうち、就労の可否および職場復帰に関して情報交換を行い、秘匿性担保の上、両立支援経過をとりまとめ解析することに同意した者50名を調査対象とした。対象者は、精神障害に罹患した有職者で、企業（産業保健ス

スタッフ等)と就労の可否および職場復帰・治療就労両立支援(以下、支援)に際して情報交換を行った者であり、その50例について、

(1)疾患名(ICD-10)、(2)支援期間初診日から寛解に至った時期、(3)休業日から職場復帰に至るまでの期間、(4)復帰後の就労状況、(5)4つのケアに則した連携様式等についてのデータベースを整理した。

#### ⑤ 障害者職業センター・ハローワーク等の調査研究

2つの調査を実施した。1つめは独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構と相談の上、調査対象施設を地域障害者職業センター16施設とした。16施設の選出にあたっては、平成24年経済センサスのデータを使用し、事業所数の上位1・4・7・10・13・16・19・22・25・28・31・34・37・40・43・46番目を無作為抽出した。回答負担軽減のための工夫を加え、アンケート調査・電子メール添付法により2016年11月16日～12月31日の期間で実施した。調査用紙の質問項目ごとに集計を行い、自由記述部分は、職場との連携(職場への支援)、医療機関との連携、それぞれに課題の内容をまとめた。2つめの調査は、全国の公共職業安定所(ハローワーク障害者専門援助部門)の約550施設から、総務省の地方公共団体の区分に基づいた、指定都市、中核市、特例市、特別区のいずれかに指定されている地区、及び県庁所在地になっている地区に設置されている計150施設を選出した。回答負担軽減のための工夫を加え、アンケート調査・郵送法により2016年11月16日～

12月31日の期間で実施し、調査用紙の質問項目ごとに集計を行った。

#### ⑥ 精神疾患の適切な療養期間

うつ病のために長期療養する労働者が受ける「医学上一般に認められた医療」の具体的内容(1)抗うつ薬治療、(2)認知行動療法、(3)人事担当者または産業医による対応、(4)リワークデイケア)および労災保険上の「治ゆ」と判断する時期について、一般人向けおよび産業医向けの異なる内容の選択式のWEBアンケートを実施した。

#### ⑦ 産業医の立場からの長期療養者の就労可否判断

専属および嘱託産業医として約10年以上の経験を持つ産業医計10名が参加して事例検討を行った。それぞれが、長期療養者および休復職を繰り返している労働者の復職に関わった自験例をもとに、休業が長期化した原因や現状の課題について意見を述べた。提示された原因や課題について整理を行ったあと、産業医として実施可能で有用と思われる就業可否判断のポイントについて検討を行った。

### C. 研究結果

#### ① 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

2016年12月中旬までに送付した調査票を全都道府県労働局から100%回収した。

1. 労働局に対する調査では、過去5年間の年度ごとに治ゆに至った精神事案は次のようであった。平成27年度に労災認定された事案

は、調査時点の治ゆ率は 35.8 % (138)、26 年度事案は同様に治ゆ率 49.6% (199)、25 年度事案は治ゆ率 53.3% (203)、24 年度事案は治ゆ率 59.3% (229)、23 年度事案は治ゆ率 61.4% (162)であった。すなわち各年度ごとに治ゆ率は上昇しているものの、労災認定時点から 5 年経過しても 23 年度事案の治ゆ率 61.4%であることを考慮すると、4 割近くは治ゆに至っていないという結果が得られた。また、アフターケアに係る健康管理手帳を取得した事例数も治ゆした事例の 11.6%～19.23%に過ぎないという結果が得られた。

2. 労災認定基準で業務上と判断された平成 24 年度事案 (366 例) が平成 28 年 8 月時点でのどのような経緯をたどっているのか、その療養状況は以下のとおりだった。(1) 年齢は調査時も認定時も 40 歳代が最も多く、次に 30 歳代であり、療養開始から調査時点までの平均期間は 3.9 年だった。(2) 性別は、男性 63.9%、女性 32.1%だった。(3) 傷病名では認定時、調査時も最も多いのがうつ病、次にその他、適応障害、PTSD となっていた。

(4) 心理的負荷表の出来事では事故や災害の体験が 25.8%、対人関係のトラブルが 25.8%、極度の長時間労働が 13.6%、仕事の量・質の変化 22%、極度の心理的負荷 11.1%、仕事の失敗・過重な責任の発生 9.5%、セクシュアルハラスメント 8.7%だった。(5) 100 時間以上の時間外労働は 36.4%で、うつ病の傷病名が多かった。(6) 出来事に遭遇した時に退職したかどうかは有意差がなかった。(7) 出来事に遭遇したときの会社に勤務しているが、その時点(出来事)から 5 年以上経過している

か否かについては、無回答や不明が多く明らかではなかった。(8) 業種は製造業が 18.3%、サービス業 15.8%、その他 15.8%、医療福祉 14.7%だった。(9) 職種は専門技術職が 21.5%、事務職 16.8%、サービス職 12.2%、販売 11.5%だった。(10) 1 か月間の通院頻度は平均 1.5 回だった。(11) 労災請求の際の事業主の証明があるものは 57.3%だった。(12) 現在復職を果たしていないものは 43.4%あり、傷病名ではうつ病が多かった。(13) 調査時点 1 か月間の保険給付額について、療養補償給付はなしが 42.4%、5 万円以下が 41.8%だが、休業給付はなしが 53.0%、ありが 41.8%で、給付ありのなかでは 1 か月 20 万円以上の支給が 62.3%あった。(14) 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について、職場復帰を果たしたのは 17.1%、職場復帰をしていないのは 36.4%であり、そこでの傷病名では適応障害やうつ病が多かった。(15) 職場復帰を主導したのは主治医 34.9%、その他 60.3%だった。(16) 過去に職場復帰を果たした場合の労災認定から復帰までの期間は、25 例の事案で平均 2.2 年だった。(17) 職場復帰に際して主治医から行政に治ゆの相談があったのは、2 例のみで、相談がなかった事例 47.8%、その他 7.3%、無回答 44.3%だった。(18) 職場復帰に際して行政から主治医に治ゆの相談があったのは、11.1%であり、相談がなかった事例 36.4%、その他 8.7%、無回答 43.8%だった。(19) 精神障害の既往の有無では、既往のある事例は 11.9%だった。(20) 既存精神障害の有無については、既存精神障害を有する事例は 4.4%だった。(21)

当該事業所への復職の意思確認については、行政から本人に復職の意思確認がされているのは 7.1%で、されていない 23%、無回答 12.5%、不明 57.3%だった。(22) 事業者は本人の受け入れに積極的か否かについては、事業所が本人の復職を受け入れるのに積極的は 7.0%、消極的 5.4%、拒否 2.4%、その他 56.2%、無回答 28.8%だった。(23) 調査時点での治ゆの有無について、4 年経過して治ゆしている事例は 53.2%、治ゆしていない事例 44.6%だった。(24) 今後の治ゆの見通しについて、治ゆの見通しがある事例 7.3%、見通しがない事例 19.4%、不明 68.5%だった。

3. 上記 2.の療養状況について統計学的解析を行った結果は次のとおりとなった。(1) 出来事と治ゆの関係では、心理的負担が極度の出来事は治ゆしている割合が多い。(2) 事故や災害の体験では、事故や災害の体験がある事例ほど治ゆしている。(3) 仕事の質・量の変化が出来事である事例は治ゆしていない。

(4) 療養期間が長くなるにつれて、休業給付額がどのようになるかでは、療養期間 1 年未満では 20 万円未満の者が多いが、2 年を超えると 20 万円を超える者が増えている。(5) 休業補償給付と支給状況と療養期間では、全体の労働者で療養期間が長期化していた。(6) 治ゆしている者と治ゆしていない者での療養期間は、治ゆしていない者は 3 年以上がほとんどであった。(7) 3 年以上の長期療養者では、治ゆしていない者に給付額が増えていた。

(8) 年度と治ゆしていない割合の二変数の関係を Cochran-Armitage の傾向検定でみると、治ゆしていない割合は年度ごとに増えるだけ

でなく、増え方が徐々に大きくなっていることがわかった。

## ② 治療プログラム実施機関における長期療養の就労（復職）に関する調査研究

1. 研究 1 労災事案とその概要。142 施設より回答を得た（回収率 68.6%）。そのうち 14 施設（9.9%）より合計 14 例の労災事例があり、128 施設（90.1%）では労災事例がなかった。14 例の内容は、男性が 12 例（85.7%）、女性が 2 例（14.3%）、年齢は平均 43.9 歳で、最低 25 歳、最高 59 歳だった。プログラムの参加状況は、現在プログラム参加中が 3 例、プログラムをすでに終了または中止が 11 例だった。ICD-10 による診断は、F3 気分（感情）障害が 12 例（85.7%）、F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が 1 例（7.1%）、F6 成人のパーソナリティおよび行動の障害（F6）が 1 例（7.1%）だった。労災となった背景・要因について、長時間労働が 6 例、長時間労働とパワハラが 2 例、再休職を繰り返し退職勧告が 1 例、長時間労働について労働基準監督署に相談が 1 例、長時間労働と身体負傷が 1 例、セクハラが 1 例、パワハラが 1 例、身体傷害が 1 例となった。

2. 研究 2 2 年間以上の長期療養患者に関する調査の結果。138 施設より回答を得た（回収率 66.7%）。プログラムの利用者で休職期間の合計が 2 年以上を長期休職事例とし、その有無について聞いたところ、長期休職事例を持つ施設が 106 施設（76.8%）、長期休職事例のない施設が 32 施設（23.2%）だった。長期休職事例を持つ施設の事例合計数は 1,467

例であり、1施設平均13.8例であった。このうち概要が得られたのは994例であり、男性744例(74.8%)、女性246例(24.7%)、不明4例(0.4%)だった。年齢は平均44.3歳で、最低は20歳、最高は63歳だった。プログラムへの参加状況は、現在プログラム参加中が334例(33.6%)、プログラムをすでに終了または中止が650例(65.4%)、不明・未回答が10例(1.0%)だった。

ICD-10診断としては、F3気分(感情)障害が802例(80.7%)で最も多く、F4神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が109例(11.0%)、F2統合失調症、統合失調症型および妄想性障害が36例(3.6%)、F8心理的発達の障害が29例(2.9%)、F1精神作用物質使用による精神および行動の障害とF6成人のパーソナリティおよび行動の障害がともに10例(1.0%)、F7精神遅滞[知的障害]とF9小児及び青年期に通常発達する行動及び情緒の障害がともに5例(0.5%)、F5生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群が2例(0.2%)、F0症状性を含む器質性精神障害が1例(0.1%)だった。

長期休職案件となった背景・要因について自由記載してもらった内容について背景・要因となるキーワードを抽出し、各キーワードを含む案件数を集計し、関連するキーワードを18の群に整理した。これらの群で案件数の多かったのは、「精神疾患群」344件、「家族関係群」242件、「コミュニケーション群」133件、「いじめ群」107件、「業務適正群」97件となった。ICD-10診断別に背景・要因のキーワードを分類したところ、F2統合失調症、統

合失調症型および妄想性障害では「ストレス」、「能力」、「(身内の)死」、「対人関係」、「家族」、「受け入れ」、「知的」が含まれる案件が多かった。F3気分(感情)障害では「ストレス」、「対人関係」、「上司」、「子」が含まれる案件が多かった。F4神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害では「コミュニケーション」、「ストレス」、「上司」、「異動」、「対人関係」、「モチベーション」、「リズム」、「家族」、「意欲」が含まれる案件が多かった。F8心理発達の障害では「コミュニケーション」、「対人関係」、「公務員」、「人間関係」、「モチベーション」、「制度」、「充実」、「内省」、「上司」、「叱責」、「異動」、「能力」が含まれる案件が多かった。

### ③ 長期療養・休職事例における主治医及び産業医の休職判断要件に関する研究

産業医から44例、主治医から30例の事例を回収した。

1. 産業医として関わった事例。(1) 産業医のプロフィールは総計44名のうち1名を除き全員が事業所と産業医契約を行っており、事例が所属する職場での産業医経験は4年以上10年未満が最も多かった。(2) 事例の内訳は男性35名、女性9名。男性のうち30歳代、40歳代が27名で最多だった。女性の年齢階層は30歳未満から50歳代までバラツキが認められた。婚姻状況では男性は既婚が多いが女性は未婚が多かった。(3) 職務状況では男女とも製造業が最も多く、職務内容では男性は専門技術が最も多く、続いて管理、事務の順に多かった。女性では事務職が多く、職位

は男女とも一般職が多かった。(4) 事例の既往では、精神・行動面の疾病の既往はあり1：なし2の割合だった。(5) 事例の休職歴としては、男女とも精神・行動面の疾病の既往、その他の疾病いずれも「なし」が約7割を占めた。(6) 事例の休復職エピソードにおける休職過程で、(a)休職同意までの経緯では、男性では休職入りに消極的が半数、積極的が3割であり、女性では休職入りに積極的と消極的が半数ずつだった。(b)休職要否判断では、休職が必要と判断する情報の出所は、本人、上司、人事担当、主治医、産業保健専門職の順が多かった。情報の内容は、身心の消耗をうかがわせる本人の所見、就業力低下、勤怠不安定、の3要素が多かった。(c)主治医発行の要休職診断病名は、うつ状態・抑うつ状態、適応障害、うつ病が多数を占めた。産業医としての診断名は、適応障害、うつ状態・抑うつ状態、うつ病、発達障害が多かった。

(d)休職中の療養場所は自宅が最多、実家は少なかった。休職中の本人と職場との連絡について上司や人事との定期連絡を指示、産業保健専門職との定期連絡の指示が多かった。

(7)事例の休復職エピソードにおける復職過程では、(a)復職の可能性を示唆する情報の出所は本人、主治医、人事担当が多数を占めた。復職の可能性を示唆する情報の内容は心身の安定をうかがわせる本人の所見、就業意欲の回復、生活行動の安定、主治医の診断書が多数を占めた。(b)復職準備プログラムと復職決定では、職場が企画実施する復職準備プログラムの有無はほぼ1:1だった。復職判定のタイミングはプログラム開始時に復職、

プログラム終了時まで休職扱い、プログラム終了時まで仮復職扱い、の3通りに分かれた。職場における復職可能性の最終判定は、職場の復職判定委員会が4割、その他は「本人と産業医との面談」と「本人と人事責任者の面談」の組み合わせが多かった。(c)復職後の就業上の配慮は全例で実施されていた。その内容は、業務負担の軽減、就業時間制限、産業医の定期面談が最多だった。(d)復職後1年間の就業状況では、7割が安定就労(休職なし)の維持を達成していたが、その理由として、就業環境、業務負担の段階的調整、勤勉性・勤勉努力、治療努力、上司の指導力が続いていた。不安定就労の理由としては、就業環境との不具合、本人の勤勉性・勤務努力が乏しい、などが挙げられた。不安定就労の最初の兆候として、勤怠が不安定、心身の消耗をうかがわせる本人の所見、就業力低下などが挙げられた。

2. 主治医として関わった事例。(1)主治医のプロフィールとして、総計30名のうち調査事例の主治医としての関わりは約5割が4年以上。所属医療機関は診療所が約5割、その他は大学以外の総合病院、単科精神病院などだった。(2)事例の内訳は男性21名、女性9名。男女ともに30歳代、40歳代が最多、婚姻状況は既婚が多く、同居中が多かった。(3)業種は男女ともに情報通信業が最多で、職務内容は専門技術、事務と続いた。職位は男女ともに一般職が多かった。(4)事例の既往では精神・行動面の疾病の既往は男性ではあり1：なし2の割合だったが、女性ではほぼ1：1だった。

(5) 休職以前の休職歴は、男女ともに精神・行動面の疾病、その他の疾病いずれも「なし」が約8割を占めた。(6) 事例の休復職エピソードにおける休職過程 (a) 休職同意までの経緯では、男性は、休職入りに対して積極的が約7割。本人の同意取り付けが必要な場合が3割。女性は休職入りに対して消極的が7割だった。(b) 休職が必要と判断する情報の出所として、本人が最多で家族、上司、産業医と続いていた。情報の内容は、身心の消耗をうかがわせる本人の所見、就業力低下が多く、続いて勤怠不安定が多かった。(c) 主治医発行の要休職診断病名は、うつ状態・抑うつ状態、うつ病、適応障害が多数を占めた。(d) 休職中の療養場所は自宅が最多で、実家は少なかった。本人から復職の意向が表明されるまでの間に休職中の本人と職場との連絡についての指示・提案は半数がしていなかった。

(7) 事例の休復職エピソードにおける復職過程 (a) 復職の可能性を示唆する情報の出所は本人が最多で、次いで復職支援プログラム担当スタッフ、家族が占めた。復職の可能性を示唆する情報の内容は、身心の安定をうかがわせる本人の所見、生活行動の安定、就業意欲の回復が多数を占めた。(b) 復職準備プログラムと復職決定では、職場が企画実施する復職準備プログラムは6割が未実施だった。実施している場合、3カ月以内が6割だった。復職判定のタイミングはプログラム終了時まで休職扱い、プログラム終了時まで仮復職扱い、の2通りに分かれた。職場における復職の可能性の最終判定は、「本人と産業医との面

談」が3割。その他、職場の復職判定委員会、「本人と人事責任者の面談」の組み合わせが多かった。(c) 復職後の就業上の配慮は8割で実施されていた。その内容は、業務負担の軽減、就業時間制限、産業医の定期面談、業務内容の変更の順となっていた。(d) 復職後1年間の就業状況では、7割が安定就労（休職なし）の維持を達成、その理由として、勤勉性・勤勉努力、業務負担の段階的調整、治療努力、就業環境とのマッチング、人事の配慮が続いていた。不安定就労の理由としては、就業環境との不具合、同僚の支援の乏しさ、人事の配慮の乏しさ、などが挙げられた。不安定就労の最初の兆候として、心身の消耗をうかがわせる本人の所見、勤怠が不安定など、が挙げられた。

#### ④ 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

(1) 支援の様式の分類（主な連携先）をⅠ：労働者自身によるセルフケア、Ⅱ：管理監督者が施すラインによるケア、Ⅲ：事業場内の産業保健スタッフによるケア、Ⅳ：事業場内外の連携（事業場外担当医療機関）、F：家族によるケアとし、支援期間を1：3ヶ月以内、2：6ヶ月以内、3：1年以内、4：1年半以内、5：1年半以上とした。就労状況を、休業あり：abS、abA、休業なし：prA、prSとして、就労状況の分類（転帰）をS：両立支援終了、A：就労継続、B：復職準備中（リハビリ出勤やリワーク支援の利用）、C：就労不可、

退職、D：不明とした。(2) 支援様式による分類ではⅣ：事業場内外の連携（事業場外担当医療機関）が最も多く、次いでⅢ：事業場内の産業保健スタッフによるケアが多くなっていた。支援期間では、(a) 寛解に至るまでの期間は、1：3ヶ月以内が多く、次いで2：6ヶ月以内が多かった。(b) 復職に至るまでの期間は、1：3ヶ月以内が多く、次いで2：6ヶ月以内、その次に3：1年以内が多くなっていた。(3) 就労状況と転帰については、A：就労継続が最も多く、次いでB：復職準備中（リハビリ出勤やリワーク支援の利用）、その次にS：両立支援終了が多くなっており、C：就労不可、退職、D：不明はなかった。

#### ⑤ 障害者職業センター・ハローワーク等の調査研究

##### 1. 地域障害者職業センターへの調査

(1) 地域障害者職業センターの職場復帰支援（リワーク支援）の利用状況については、ここ2、3年と比較して増加傾向にある。利用者全体に占める男女別の割合は男性81%、女性19%だった。各年代の割合は20代16%、30代29%、40代37%、50代以上18%で30代と40代が全体の6割を占めた。利用者の主診断名は、うつ病・躁うつ病が最も多く、全体の67%、統合失調症は2%、その他31%の内訳は、適応障害、不安障害（パニック障害）が多かった。この2年間でうつ病・躁うつ病が29%増加、統合失調症が11%減少していた。リワーク支援修了者の実施期間では、2～4ヶ月未満が69%で最も多く、4ヶ月～半年が15%、1～2ヶ月が10%、半年以上が4%、1

ヶ月未満が2%だった。リワーク支援の利用中止者の割合は7%だった。

(2) 職場との連携（職場への支援）において生じる課題の要因は「連携に対する非協力的な姿勢」の回答86%が最も多く、次いで「職場復帰支援に対する方針の相違」79%、「産業医・産業保健スタッフの不在」57%、「職場側の負担」50%、「利用者本人の職場との連携に対する抵抗感」43%、「職場側の情報の開示範囲の制限」36%の回答となった。リワーク支援の際の職場への支援において生じる課題の要因の中で最も要因になりやすいと考えられる内容は、「連携に対する非協力的な姿勢」57%、「職場復帰支援に対する方針の相違」36%、その他として、「復職後に残る病状（精神障害）が、復職基準を満たさない（完治が求められている）」だった。職場から得られる情報の中で、重要度が高いと考えられる情報としては、「休職に至った経緯」、「従前の状況」、「復職基準」という回答が最も多かった。次いで「職場担当者のリワーク支援への意向」、「休職情報」、「復職後の業務内容」という順だった。自由記述では、職場への支援に際しての課題として、「復職判断としてのリワーク支援活用の仕方」、「リワーク支援に対する職場側の要求の高さ」、「復職時の職場の受け入れ体制」、「復職基準の把握の難しさ」の回答があった。

(3) 医療機関との連携において生じる課題の要因としては、「連携に対する非協力的な姿勢」の回答79%が最も多く、次いで「主治医とスケジュール調整」64%、「職場復帰支援に対する方針の相違」50%、「医療機関側の情報の開

示範囲の制限」29%、「コ・メディカルスタッフの不在」29%の回答となった。リワーク支援の際の医療機関との連携において生じる課題の要因の中で最も要因になりやすいと考えられる内容は、「連携に対する非協力的な姿勢」の回答72%が最も多く、次いで「主治医とスケジュール調整」、「職場復帰支援に対する方針の相違」がそれぞれ14%だった。医療機関から得られる情報の中で、重要度が高いと考えられる情報としては、「現在の病状」、「本人の課題に関する見解」という回答が最も多かった。次いで「復職に関する見解」、「リワーク支援に関する見解」、「病名・診断名」、「治療経過」という順だった。医療機関リワークプログラムと連携したケースは、「連携なし」が93%、「連携あり」が7%だった。自由記述では、医療機関との連携に際しての課題として「リワーク支援に対する理解や協力の不足」といった回答が主だった。

## 2. 公共職業安定所（ハローワーク）への調査

(1) 公共職業安定所（ハローワーク障害者専門支援部門）における求職登録者の増減は、身体障害者で減少傾向、知的障害者では不変、精神障害者では顕著な増加傾向となった。精神障害者の求職登録者の主診断名は、うつ病・躁うつ病が45%で最も多く、次いで統合失調症30%、その他24%で、その他の内訳は発達障害が最も多く、てんかん、適応障害、不安障害が多かった。精神障害者の求職登録者の失業期間について1年以上54%、1年未満35%であり、前職なしは全体の12%だった。精神障害者の就職後、1年以上職場に定着し

ている割合について最も多い割合は「3割」36%で、「5割以下」と回答した割合が82%、「不明」が74%だった。就職後の職場定着が難しかった要因について、「症状の悪化」80%、「職場の人間関係」79%、「本人のコミュニケーション能力」71%、「障害に対する職場・従業員の理解不足」50%が上位で半数を上回った。

(2) トライアル雇用制度の実施状況について、同制度を利用しないケースは平均で約85%だった。同制度利用後の就職につながらなかった割合は平均で17%だった。トライアル雇用後に就職につながらなかった要因として、「症状の悪化を理由とする施設」が51%で最も多く、次いで「業務の難易度」43%、「業務とのミスマッチ」43%、「職場の人間関係」37%、「本人のコミュニケーション能力」34%が挙げられた。これら要因の中で、最も要因となりやすいと考えているのは、「症状悪化」23%、「業務の難易度」20%、「業務とのミスマッチ」14%だった。

(3) 職場との連携で生じる課題の要因としては、「職場側の負担増」60%が最も多く、次いで「（ハローワーク側の）連携に伴う物理的・人的資源の問題」46%、「障害者雇用に対する方針の相違」40%、「職場側の連携に対する非協力的な姿勢」29%、「連携のタイミングの遅れ」29%が多かった。これら要因の中で各施設が最も要因になりやすいと考えるのは、「職場側の負担増」29%が最も多く、次いで「（ハローワーク側の）連携に伴う物理的・人的資源の問題」25%、「障害者雇用に対する方針の相違」13%だった。

(4) 医療機関との連携で生じる課題の要因としては、「就労支援に対する方針の相違」49%が最も多く、次いで「(ハローワーク側の) 連携に伴う物理的・人的資源の問題」42%、「主治医とのスケジュール調整」41%、「医療機関側の情報の開示制限」37%、「利用者本人の医療機関との連携に対する抵抗感」33%が多かった。これら要因の中で、最も要因となりやすいと考えているのは、「就労支援に対する方針の相違」29%、「(ハローワーク側の) 連携に伴う物理的・人的資源の問題」15%、「医療機関側の情報の開示制限」13%だった。

(5) 就労支援機関との連携について、就労支援機関を利用している割合について「不明」と回答した施設が半数だった。利用割合を把握している施設では、「41～60%」との回答が16施設、「61～80%」との回答が13施設だった。就労支援機関のうち、最も利用が多い機関は「障害者就業・生活支援センター」であり、次いで「就労移行支援施設」、「地域障害者職業センター」の順だった。就労支援機関との連携で生じる課題の要因として、「就労支援機関の担当者とのスケジュール調整」を理由に挙げたのが54%で最も多く、次いで「(ハローワーク側の) 連携に伴う物理的・人的資源の問題」42%、「就労支援機関側の負担増」40%、「利用者本人の就労支援機関との連携に対する抵抗感」31%が多かった。これら要因の中で、最も要因となりやすいと考えているのは、「(ハローワーク側の) 連携に伴う物理的・人的資源の問題」23%次いで「就労支援機関側の負担増」21%、「就労支援機関の担当者とのスケジュール調整」16%だった。

(6) 労災認定者の就労支援経験について、支援に関わった経験があると回答した施設は84施設中3施設だった。

#### ⑥ 精神疾患の適切な療養期間

##### 1. 一般人400名のWEBアンケート結果

うつ病のために長期療養する労働者が受ける「医学上一般に認められた医療」の具体的な内容 (a. 抗うつ薬治療、b. 認知行動療法、c. 産業医による支援、d. リワーク・デイケア等) および労災保険上の「治ゆ」と判断する療養期間について選択式のアンケートを、仕事をしている成人を対象として300人はうつ病をよく知らない一般群、100人はうつ病を身近で知る知識あり群とする計400名で実施した。(1) 自宅療養を勧められても休まない人は、一般群34.7%、知識あり群19.0% (全体30.8%) だった。(2) 労災となる可能性を知っていた人は、一般群47.0%、知識あり群68.0% (全体52.3%) だった。(3) 抗うつ薬治療を受けるは、一般群で58.0%、知識あり群で82.0% (全体64.0%)、(4) 2種類目の抗うつ薬治療を受けるは、一般群で55.3%、知識あり群で72.0% (全体59.5%) だった。

(5) 認知行動療法を受けるは、一般群で59.7%、知識あり群で76.0% (全体63.8%) だった。(6) 職場に問い合わせをするは、一般群で67.0%、知識あり群で78.0% (全体69.8%) だった。(7) リワーク・デイケアを受けるは、一般群で62.7%、知識あり群で77.0% (全体66.3%) だった。(8) 自宅療養中、(1) から (7) まで医師の指示通りにしたが、外来主治医から「うつ病の症状が固定し

て、これ以上の回復は見込めないで、労災としては治癒（症状固定）として、後遺症の認定になる」という説明は、どのくらいの期間が過ぎたところで、自分のうつ病の症状が職場復帰できるまでの回復が見込めないと判断できるかという質問（症状固定の判断時期）については、1年6か月が、一般群で55.3%、知識あり群で54.0%（全体55.0%）だった。3年以内（1年6か月、2年、3年）の期間の回答は、一般群で92.0%、知識あり群で94.0%（全体92.6%）だった。

## 2. 産業医46名のWEBアンケート結果

うつ病（抑うつ状態を伴う適応障害を含む）のために休職中の患者（労災認定の有無を問わない）に対する「医学上一般に認められる医療」には、どのような内容（薬物療法・精神療法・事業者による職場復帰支援）が含まれるべきかについてWEBアンケート調査を行った。(1) 薬物療法については、「医学上一般に認められる薬物療法を行ったが症状改善が得られない」と感じるまでに何種類以上の抗うつ薬で効果を試されるべきかについては、3種類以上が72%で最も多く、次に2種類以上が26%だった。(2) 精神療法については3つの項目で調査を行った。外来通院精神療法の頻度は、年24回（月2回または2週間ごと）が72%で最も多い回答で、次に年12回（月1回）が22%だった。外来通院精神療法については、「必須ではない」が39%と最も多く、次いで年8~15回が28%、3番目に年4~7回が18%で、まとめて年2回以上とした場合61%だった。リワーク・デイケアの在籍については、60日以上が28%で最も多く、次に

30日以上が24%、「必須でない」が24%、90日以上が22%だった。まとめて30日以上とした場合74%だった。(3) 事業者による職場復帰支援については3つの項目で調査を行った。患者が職場担当者から休職や復職に関する仕組みについて文書を用いた説明を受けているべきかについては、「必須である」が78%、「必須でない」が22%だった。患者と職場担当者との面談に頻度については、年6~11回が37%で最も多く、次に年4~5回が24%、3番目に年2~3回15%、4番目に年12回以上13%、「必須でない」が11%で、年4回以上にまとめた場合74%だった。職場担当者から患者の同意のもと、外来主治医との連携の頻度については、年2~3回が41%で最も多く、次に「必須ではない」が26%だった。年1回以上にまとめた場合72%だった。(4) 上記の「医学上一般に認められた医療」がすべて行われたにもかかわらず、うつ症状の改善が得られず、休職もしくは労務制限の状態が続いている場合、症状固定（労災保険における「治癒」と判断するために必要な期間を調査した。上記の状態の期間中に、一時的に通常の労務に服していた期間があった場合、症状固定の判断材料として、「一時的に通常の労務に服していた期間をどう取り扱うべき」と感じるかについて、一時的に通常の労務に服していた期間が1か月以下ならば、うつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間を合計して判断に用いるべきという回答が15%、3か月以下が22%、6か月以下が13%、1年以下が15%、1年6か月以下が4%、2年以下が7%、「期間の長さにかかわらず、常に合計して判断に用

いるべき」が 11%、「期間は合計すべきでない」が 13%だった。合計すべきでない 13%と 1 か月以下 15%を除外して、「3 か月以下を合計すべき」とまとめると 72%になった。うつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間がどのくらい続いたときに症状固定したと判断すべきかについては、1 年 6 か月が 31%、2 年が 27%、3 年が 31%だった。3 年以内とまとめた場合 89%だった。

#### ⑦ 産業医の立場からの長期療養者の就労可否判断

##### 1. 長期療養者および休復職を繰り返の原因および現状の課題

事例検討の結果から以下の要因にまとめることができた。(1) 労働者個人の心理行動(疾病)特性、(2) 就業上の措置が適切に行われないこと、(3) 休業中のケアおよび生活の状況、(4) 主治医以外の専門医によるアドバイス、(5) 主治医との情報交換不足、(6) その他として、休職・復職の制度の整備、復職前のリワークプログラムの充実、実施施設の増設、プログラム参加の妥当性、職場側の精神疾患の認識・理解、医師の質の向上、職場の考え方に外部の反応が冷淡であること、主治医の診断技術、休業期間終了間近の復職判断に関してといった事項が挙げられた。

##### 2. 産業医の立場で実施可能で有用と思われる就業可否判断についての検討

上記 1. でさまざまにとりあげられた原因と課題を記述したように (1) から (6) の項目に整理を行った。これら項目のうち復職可否判断については、(1) 労働者個人の心理行

動(疾病)特性を把握すること、(3) 休業中のケアおよび生活の状況を把握すること、(4) 主治医の復職診断書だけに依らず主治医以外の専門医によるアドバイスを受けること、(5) 主治医との情報交換を十分に行うこと、(6) 外部のリワークプログラム実施状況の把握が有用と判断された。しかしながら (1)、(4)、(5) については実施について限界もあることから産業医の立場から実施可能な就業判断として、(3) 休業中の生活状況の評価が、復職後の適応状態を予見するものとして最も有用であろうとの結論に達した。生活状況の評価において、中でもきちんとした睡眠覚醒リズムおよび日中の活動状況が重要との結論に至った。

#### D. 考察

##### ① 業務上認定された精神障害者の早期復職・寛解・治療に関する調査・研究

労働局に対する調査 (1) 平成 23 年度から 5 年間の治ゆ率について、平成 27 年度事案は 35.8%、26 年年度事案は 49.6%、25 年度事案は 53.3%、24 年度事案は 59.3%、23 年度事案は 61.4%であり、労災認定時点から 5 年経過しても 4 割近くは治ゆに至っていない結果が得られた。年度と治ゆしていない割合(男女)の二変数の関係は統計学的検討から年度ごとに治ゆしていない割合が増えているだけでなく、増え方が徐々に大きくなっていることが認められた。

労働局に対する調査 (2) 平成 24 年度の労災認定事案 (366 例) の療養状況については、労災認定時点ではうつ病 33.4%、その他

21.7%、適応障害 17.4%、PTSD15.2%であったが調査時点では、うつ病 33.1%、その他 25.2%、適応障害 13.0%、無回答 9.2%、PTSD8.4%であり、適応障害や PTSD は診断名変更が変更されており、認定後の時間的な推移のなかで、ストレス反応としての診断名から労働者本人の側面要因を主体とした診断名に変化していることが示唆された。心理的負荷の出来事としては、事故や災害の体験が 25.8%、対人関係のトラブルが 25.8%、極度の長時間労働が 13.6%、仕事の量・質の変化 22%、極度の心理的負荷 11.1%、仕事の失敗・過重な責任の発生 9.5%、セクシュアルハラスメント 8.7%だったが、大きな特徴としては、対人関係とセクシュアルハラスメントを合わせると 34.5%を占めており、労働者が対人関係葛藤に起因したストレスを契機に労災請求・認定となっていることが推測される。100 時間以上の長時間労働者にはうつ病の傷病名が有意差をもって多くみられた。事故や災害の体験を原因に労災に至った例では、運搬・機械運転者、製造工程の職種が多い。役割・地位の変化を原因として労災認定になった事例は管理的職業が多い。対人関係が原因で労災になったのは管理的職業が多く、製造工程の職種では少ない。セクシュアルハラスメントが原因で労災に至ったのは事務職でその割合が多かった。急性ストレス反応や PTSD ではほとんどの症例で労災申請の際の事業主の証明があるが、うつ病では半数がその証明がなかった。またうつ病で職場復帰していない症例が多い。最近の労災請求の増加は、災害関係から過重負荷に起因した請求に

シフトしたことが一つの要因と考えられるが、精神障害の請求・認定の請求内容も同様に過重負荷に起因した内容に変化したことが、うつ病等の傷病名が多いことが推測される。療養給付に関して給付なしが 42.4%を占めたが、この結果は労災認定から調査時点までに職場復帰した事例が 17.1%にすぎず、36.4%が職場復帰をしていないという結果からは矛盾するものであることから、詳細な調査が必要と考えられる。適応障害やうつ病で職場復帰できていない症例が多いことも、早期の職場復帰が簡単ではなく、その病態の理解と早期復帰のための支援プログラムが望まれる。労災認定時点から職場復帰した 25 例の事例では、認定から復帰までの期間が平均 2.2 年であることが明らかになった。主治医から行政に、あるいは行政から主治医に症状固定（治ゆ）の相談があった事例は少数であり、うつ病において多い傾向がみられた。労災認定から 4 年経過して治ゆしている事例は 53.2%、治ゆしていない事例は 44.6%で、治ゆしていない事例では治ゆの見通しについて不明が多かった。心理的負担が極度の出来事は治ゆしている割合が多く、事故や災害を体験している労働者ほど治ゆしており、仕事の質・量の変化の出来事で労災認定になった事例に治ゆしていない傾向がみられた。療養期間が長期化すればするほど事業者との関係も受け入れ（職場復帰）がスムーズにいかない側面が出てくる事例もあり、心理的反応としての精神疾患からうつ病等の側面要因を主体とした病態に変遷する事例もあり、さまざまな要因が絡んで社会復帰ができない現状が明らかに

なった。全休の事例の療養期間と給付額に関して、療養期間が2年を超えると20万円を超える事例が増えてくることが明らかになった。休業補償給付を受けている労働者の療養期間が長期化しており、治ゆしていない事例で3年以上の長期療養となっており、給付額が増加していたことから労災保険による治療プログラムの早急な検討が必要であり、病態に合わせた治ゆ判定の条件や仕組みを策定する必要があると結論された。

## ② 治療プログラム実施機関における長期療養の就労（復職）に関する調査研究

1. 研究1 労災事案については、治療施設における労災案件は1割の施設でみられたが、複数の事例を持つ施設はなかった。概要としては、40代男性が長時間労働やパワーハラスメントを背景に気分障害を発症するものが多い。これまでのリワークプログラム利用者の割合からみても少なく、今後は多くの利用が望まれると考えられた。

2. 研究2 2年間以上の長期療養患者に関する調査では、8割弱の施設で事例がみられた。各ケースの背景・要因について整理を行うため文中の類似のキーワードを抽出してまとめ、キーワード群とした。最も多かった群は「精神疾患群」343件であり、「発達障害」、「双極性障害」、「不安障害」、などが挙げられて、単にうつ病でない複雑化した背景疾患がみられている。次いで「家族関係群」242件で、家族の結婚や離婚、DV、死の出来事といった関連が考えられた。3番目に多かったのは「コミュニケーション群」133件で、知人関係上

でのコミュニケーションの障害が挙げられた。4番目は「いじめ群」107件では、上司からの叱責に対する恐怖やパワーハラスメントなどの要素が考えられた。5番目は「業務適正群」97件で異動による業務不適應や能力に問題がある場合が考えられた。診断別に分類した際に、F2統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害、F3気分（感情）障害、F4神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害、F8心理的発達の障害のいずれにも「コミュニケーション群」が多く含まれるキーワードであったため、周囲とのコミュニケーションの不調が表面化することが背景・要因に存在している。診断名別では、F2統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害では能力障害に加えて（身内の）死などの家族的背景が大きく、F3気分（感情）障害では業務上の対人関係に加えて家族的要因が存在すると思われた。F4神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害では、上司との対人関係や異動、業務へのモチベーションに加えて、家族・家庭の課題がみられた。F8心理的発達の障害では上司との対人関係、叱責、異動、モチベーションといった職場が主な要因となっていた。長期療養化は疾患による背景要因の違いがみられたことから、疾患による違いに着目してプログラム上の対応に工夫を加えることを提案したい。

## ③ 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

過去5年以内に「産業医」もしくは「主治医」として関わった事例について質問紙調査

を実施し、産業医から 44 例、主治医から 30 例の事例を回収し一次集計を行った結果から次のような可能性が考えられた。すなわち、

(1) 不調者の休業入りにおける本人説得の困難度として、指示、提案への受容の低下が指摘された。これは接触性、判断力の低下といった病態が深く込み入った場合に起きる可能性が考えられた。(2) 休業時、復職時に産業医、主治医が判断材料とする情報の出所、確認方法などに種々のバラツキがあることが明らかとなった。主治医は本人からの情報に頼る傾向が認められたが、職場内の情報についても積極的に収集していくことで認識の乖離を回避できる可能性がある。(3) 復職後 1 年以内の安定就労の達成要因、さらには不安定就労に至った要因として、主治医も産業医も本人要因と職場環境要因の 2 要因を指摘している。これらは意識的に取り組めば各々の過程で改善もしくは解消に近づく可能性がある。

#### ④ 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

対象者 50 例を支援の様式、寛解に至るまでの期間と復職に至るまでの期間、就労状況と転帰について分類整理を行った。これらについては疾患別に分類を示す必要があるが、さらに症例数を追加して行う予定としている。また疾患別に、経過からそれぞれの事例について疾病性、事例性、連携様式、寛解判断となった状況、残存する問題点を検討する予定である。

#### ⑤ 障害者職業センター・ハローワーク等の調査研究

##### 1. 地域障害者職業センターへの調査

地域障害者職業センターにおける職場復帰支援（リワーク支援）の利用者数は増加傾向にあり、利用年齢層は上昇傾向にある。利用者の主診断名は統合失調症は減少し、うつ病・躁うつ病が増加している結果から、うつ病・躁うつ病の休職者においては、積極的に職場復帰支援を活用していることがうかがえる。リワーク支援修了者の利用期間は、7 割弱が 2～4 か月となっており、概ね 3 か月前後で終えて復帰している一方で、中止ケースの 6 割弱は「病状の悪化」を中止理由としていることから、職場復帰の準備段階でも、再発に留意する必要性が推測される。支援における課題として、職場側の非協力的な姿勢や支援方針の相違が挙げられ、職場と足並みを揃えた職場復帰支援に苦慮していることがうかがえる。「休職に至った経緯」、「従前の状況」、「復職基準」といった職場側からの情報が職場復帰支援において重要と考えられており、職場側と良好な関係性を築く必要性に迫られていると推測された。医療機関との連携においても、医療機関の非協力的な姿勢が挙げられており、支援プログラムの負荷のかけかた、復帰後の再発の可能性を検討する上でも、「現在の病状」、「本人の課題に関する見解」といった疾患の状態や影響は主治医から可能な限り確認したいところであろう。復職後の就労継続を安定させていくためにも、主治医との連携の必要性を感じていると推測される。

##### 2. 公共職業安定所（ハローワーク）への調

査

精神障害者のハローワークの新規求職件数は他の障害に比べて顕著であることが示された。登録者の主診断名がうつ病・躁うつ病が45%と最も多いこと、前職がない登録者が12%であったことから前職でうつ病等を発症して離職した労働者が、精神障害者保健福祉手帳を取得し、再就職を目指すケースが増加している背景がうかがえる。精神障害の就職1年後の定着割合が3割の回答が約4割、5割以下の回答が約8割を占める結果から、就労後の定着に大きな課題が見られている。「不明」に回答率が74%だったことから、就職後の定着状況が把握できていない実態もうかがえる。トライアル雇用制度は、障害者を雇い入れる企業が双方のミスマッチを防ぐために最長3か月間の試用雇用を行う制度であるが、精神障害者でこの制度を活用しているのは約15%で十分活用できていない実態がうかがえる。トライアル雇用後に就職できなかった要因が「症状の悪化」、「業務の難易度」、「業務とのミスマッチ」となっていて、就職後の定着困難要因が「症状の悪化」、「職場の人間関係」、「本人のコミュニケーション能力」という結果から、「症状の悪化」に次ぐ要因に相違が出ているのが特徴となっている。これら一連の結果から、求職者には就職前に就労に耐えられる準備活動の取り組みや健康維持のためのセルフケア教育を行い、事業所に対しては本人の適正に合った業務アサインと職場内での対人関係のサポートを行うことが、定着率を上げる鍵となることが考えられる。ハローワークと各機関との連携についての課題要因では、

「就労支援に対する方針の相違」の回答の割合が、医療機関（49%）、職場（40%）、就労支援機関（21%）と結果に相違が見られ、医療機関や職場については支援方針をめぐる連携の難しさが生じている状況がうかがえる。また、ハローワーク側の「連携に伴う物理的・人的資源の問題」は各機関ともに2番目に高い回答割合となっていることから、ハローワークの人材不足が連携活動の根本的な原因となっていることが推察でき、各機関との連携の要となる専門スタッフの配置を充実させることなどが課題と考えられた。

#### ⑥ 精神疾患の適切な療養期間

##### 1. 一般人400名のWEBアンケート結果

医学上一般に認められた医療を受けた後の治ゆ（症状固定）判断に関する一般人向けのWEBアンケートを実施し、自宅療養からどのくらいの期間が過ぎたところで、自分のうつ病の症状が職場復帰できるまでの回復が見込めないと判断できるかという質問については、3年以内の期間の回答が一般群95.0%、知識あり群94.0%（全体92.6%）という結果だった。同じ内容のアンケート調査を医療関係者やうつ病当事者についても行い、症状固定の判断期間のコンセンサスを探索していく方向性が考察された。

##### 2. 産業医46名のWEBアンケート結果

70%以上を占める回答に焦点をあてて考察した。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」としては、薬物療法は3種類以上、外来通院精神療法の頻度は年24回、リワーク・デイケアの在

籍については 30 日以上がコンセンサスと考えられた。事業者による職場復帰支援については、職場担当者は患者に休職や復職に関する仕組みについて文書を用いた説明を行うべきであり、患者との面談は年 4 回（3 か月ごと）に行われ、患者の同意のもと、外来主治医との連携は年 1 回行われるべきというコンセンサスが考えられた。うつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間の間に、一時的に通常の労務に服していた期間があった場合、症状固定の判断材料として、一時的に通常の労務に服していた期間をどう取り扱うべきとを感じるかについては、一時的に通常の労務に服していた期間が 3 か月以下ならば、うつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間を合計して判断に用いるべきというコンセンサスが 72%で、うつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間がどのくらい続いたときに症状固定したとする判断は、3 年以内にすべきというコンセンサスが 89%と考えられた。

#### ⑦ 産業医の立場からの長期療養者の就労可否判断

休業の長期化の背景には多くの原因や課題があることが示された。産業医の立場から就業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のが有用と考えられ、次年度は復職前の睡眠覚醒リズムおよび日中の活動量を客観的な方法を用いて測定し、それらが復職後の予後と有意に関連するか調査する予定とした。

#### E. 総括（まとめ）

平成 28 年度の労働局調査とそれ以前の長

期療養者の調査から業務上認定された精神疾患を有する患者の職場復帰・就労が困難である実態が明らかとなった。労災患者の治癒判定基準および労災保険による独自の治療プログラムを策定すべきである。治療プログラム機関を利用する労災案件は少ないが、早期に適切な就労に結びつける可能性があることと、長期利用者の疾患により異なる背景因子があることから治療プログラムの工夫が必要であることが示された。産業医もしくは主治医として関わった長期療養・休職事例では調査結果をさらに解析して、就労安定化の促進もしくは阻害に関する要因を抽出して、就労安定化に向けた指針や要領などに活用を予定している。精神疾患に罹患した労働者の治療と就労の両立および安定就労をかなえるために主治医と職域との情報共有を主とした連携様式が必要であり、望ましい連携のありかたのポイントを把握する必要がある。非医療機関では、障害者職業センターにおける復職支援（リワーク）とハローワーク専門部門において精神障害者の利用が増加している。うつ病・躁うつ病に加え、新たな疾患特性への配慮が必要となってきた。利用者の病態把握や医療、機関あるいは職場との連携に苦慮している意見も多く聞かれており、両施設の専門性の向上ならびに人員確保、利用者の援助のための支援ツール開発などが課題に挙げられた。WEB アンケートを用いた一般人 400 名および産業医 46 名の回答からは、うつ病のために休職中の患者について、医学上一般に認められる医療内容は、薬物療法、通院精神療法、リワーク・デイケア、事業者からの相談支援

が含まれ、症状固定と判断するために必要な期間は3年以内であることが示唆された。産業医の立場から長期療養者の就労可否判断のためには、生活状況の把握、特に復職前の睡眠覚醒リズムおよび日中の活動量に焦点を当てることが有用と考えられた。

今回の調査結果を踏まえ、平成29年度研究では早急に追加調査を行いつつさらに多角的に分析し、精神疾患の病状安定、就労判断、職場復帰判断、寛解状態判断の基準および日常臨床や労働局現場での症状固定（治ゆ）判断の基準の作成に着手する。

#### F. 健康危険情報

該当せず

#### G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

## Ⅱ．分担研究報告書

労災疾病臨床研究事業費補助金  
(分担) 研究報告書

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

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 日本精神科診療所協会会長  
  
山村重雄 城西国際大学教授（統計解析）

**研究要旨:**平成23年度から各年度に認定された事案の治癒率に関して、23年度事案の治癒率61.4%(162)であり、労災認定時点から5年経過しても四割近くは治癒に至っていないという結果が得られた。統計学的探索によれば、年度ごとに治癒しない事例の割合がただ単に増えているだけでなく、増え方が徐々に大きくなってきていることが認められた。

労災認定基準で業務上と判断された2012年度事案(366例)が2016年8月時点で、どのような経緯をたどっているのか、その療養状況について精査した。療養開始から調査時点までの平均期間は3.9年(N=312)であり、男性は63.9%(235)、女性は32.1%(118)であった。労災認定時点の傷病名で最も多いのは、うつ病33.4%(123)、次にその他21.7%(80)、適応障害17.4%(64)、PTSD15.2%(56)を占めていた。心理的負荷の出来事としては、事故や災害の体験が25.8%(95)、対人関係のトラブルが25.8%(95)、極度の長時間労働が13.6%(50)、仕事の量・質の変化22%(81)であり、大きな特徴としては、対人関係とのトラブルとセクシュアルハラスメントを合わせると34.5%(127)を占めており、労働者が対人間葛藤に起因したストレスを契機に労災請求・認定となっていることが推測される。100時間以上の時間外労働ありが36.4%(134)であり100時間以上の長時間労働者にうつ病の傷病名がついている人が多くみられた。(p<.0001\*)

業種に関しては、製造業が18.3%(51)、サービス業15.8%(44)、その他15.8%(44)、医療福祉14.7%(41)であった。職種に関しては、専門技術職が21.5%(60)、事務職16.8%(47)、サービス職12.2%(34)、販売11.5%(32)であった。事故や災害の体験を原因に労災に至った例では、運搬・機械運転者、製造工程の職種が多い。(P<.0001\*)役割・地位の変化を原因として労災認定になった事案は管理的職業が多い。(P=0.0395\*)対人関係が原因で労災になったのは管理的職業で多く、製造工程の職種では少ない。(P値=0.0399\*)セクシュアルハラスメントが原因で労災に至ったのは事務職でその割合が多い。(P値=0.0187\*)

急性ストレス反応やPTSDではほとんどの症例で労災申請の際の事業主の証明があるが、うつ病では半数が、その証明がない。(P<.0001\*)うつ病で職場復帰していない症例が多い(P値=0.0044\*)

労災保険給付に関して、休業給付なしが53.0%(195)、休業給付ありは41.8%(154)であり、無回答、休業給付なしを除くと1か月に20万円以上の休業給付金を支給されている休業者は62.3%(96)であった。休業給付なしが42.4%(156)、労災認定時点から職場復帰をした事例は17.1%(63)にすぎず、36.4%(134)は職場復帰はしていないという結果であり、不明・無回答も46.5%(171)を占めていた。主治医から行政に症状固定(治癒)の相談があった事例は2例にすぎず、相談がなかった事例47.8%(176)であった。行政から主治医に症状固定(治癒)の相談があった事例は41例(11.1%)、行政から本人の復職の意思確認をなされている労働者は7.1%(24)であり、事業所は本人の復職を受け入れることに関して、積極的に受け入れるとの回答は7.9%(26)、消極的は5.4%(20)、拒否は2.4%(9)であった。

労災認定から4年経過して治癒している事例は53.2%(196)、治癒していない事例は44.6%(165)であり、治癒していない事例165例のうち、治癒の見通しがある事例は7.3%(12)にすぎなかった。さらに全休の事例(113)の療養期間と給付額に関しては、1年未満では休業給付額は20万円未満の事例が多いが、療養期間が2年を超えると20万円を超える事例が増えてくることが明らかになった。(P値=0.0166\*)休業が長期化している事例は多くの給付額が支給されていた。全休と回答のあった事例123例の中で労災認定から3年以上経過している事例は81.3%(100例)を占め、休業補償給付の支給額と療養期間に関しては、休業補償給付(全休)を受けている労働者の療養期間が長期化していた。(P<.0001\*)また、治癒していない事例(145)の3年以上の療養事例は91%(132)であり、ほとんどの事例の療養期間が長期化すると言っても過言ではない。(P<.0001\*)この結果から、労災保険による治療プログラムの早急な検討が必要であり、どの時点で治癒と判断するのか、治癒過程の流れの中で病態に合わせた治癒判定の条件や仕組みを早急に策定する必要がある。

## A 研究目的

労災認定に関する精神科医調査結果（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-労災疾病臨床研究事業費補助金-2014 年度（分担）研究報告書）では、病状が安定したら患者の在籍する職場の産業医に復職の相談するとの意見に関して、全体の 85%が肯定的見解を有していたが、精神科医として療養補償給付をいつまで継続すれば良いのか、すなわち労災保険法上の(症状固定(治癒)の判断に難渋している実態が明らかにされた。特に認定後 3 年以上経過している事例の場合に職場復帰(社会復帰)できない理由として、症状が改善しない、職場の受け入れ状況が困難であり、労災保険制度における療養補償給付の在り方が大きな課題であることが報告されている。さらに労災疾病臨床研究事業費補助金-2015 年度（分担）研究では全国の都道府県労働局労働基準部労災補償課に対する調査では、療養開始から 5 年以上の長期療養者に関しては、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事例は 64 例（14%）であり、職場復帰を一度もしていない事例は 354 例(77.3%)であった。精神疾患で労災認定された患者を職場復帰・就労支援することに行政側も難渋している実態が明らかにされた。

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、当該精神疾患の療養には労災保険が適用され、当該精神疾患の療養のため労働することができず、賃金を受けられない場合には、「休業補償給付」が支給される。療養の期間については、当該疾患が療養を必要としなくなるまで、すなわち「治ゆ（症状固定）」するまでの期間とされており、精神科医としては、この療養の過程を通じて、できる限り早期に患者の精神疾患を治ゆ（症状固定）の状態にし、患者の職場復帰（社会復帰）の促進を図ることが望まれる。労働者が傷病に罹患し治療する場合において、治療を担当する主治医と、労働者の健康と安全の観点から職場での対応を担当する産業医との間で、労働者の同意のもとに適切な情報交換・連携が図られることが、治療面からも就業面からも有意義であることが指摘されており、労災認定患者を早期に復職

させるためには、その連携強化は不可欠と言える。本調査の目的は、業務に関連した精神疾患を早期に復職させるための調査として実施した。

## B.調査対象と調査方法

### 1.調査対象

2016 年度研究では 2011 年度から 2015 年度まで各年度に労災認定された患者が、調査した 2016 年 8 月調査時点に治ゆした事例数、治ゆしていない事例数、ならびにアフターケアに係る健康管理手帳を取得した事例数を調査した。さらに労災認定基準で業務上と判断された 2012 年度の精神障害事案(366 例)の、2016 年 8 月時点の療養状況について精査した。

2016 年 6 月 27 日に班会議を開催し、調査項目・内容を検討したうえで 2016 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業務上認定された精神障害者の早期復職・寛解・治療に関する調査用紙を発送し、同年 12 月中旬までに回収した。

### 2.調査項目

#### ①労働局に対する調査

##### 1.過去 5 年間の年度ごとに治ゆに至った精神事案

2016 年 8 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 12 月中旬までに全都道府県労働局から同票を 100%回収した。

| 年度     | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 治ゆ件数   | 162   | 229   | 203   | 204   | 138   |
| 認定事案数  | 264   | 386   | 381   | 401   | 386   |
| 治癒率    | 61.4% | 59.3% | 53.3% | 49.6% | 35.8% |
| 健康管理取得 | 28    | 34    | 39    | 23    | 18    |
| 取得率    | 17.3% | 14.8% | 19.2% | 11.6% | 13.0% |

2015 年度に労災認定された事案は、調査時点の治癒率は 35.8 % (138)、2014 年度事案は同様に治癒率 49.6% (199)、2013 年度事案は治癒率 53.3% (203)、2012 年度事案は治癒率 59.3% (229)、2011 年度事案は治癒率 61.4% (162)であった。すなわち各年度ごと

に治癒率は上昇しているものの、労災認定時点から5年経過しても2011年度事案の治癒率61.4%であることを考慮すると、四割近くは治癒に至っていないという結果が得られた。また、アフターケアに係る健康管理手帳を取得した事例数も治癒した事例の11.6%~19.23%に過ぎないという結果が得られた。

## 2. 労災保険法上の症状固定(治癒)判断に関する意見。

**岩手**：比較的短期間で治療終了に至る者がいる一方で、長い人では、10年を経過してなお休業を伴い療養継続中という者もいます。労災認定にあたっては、認定基準として一定のラインが整備されてきていますが、症状固定に関しては、そのようなラインが認定の場合に比較して未整備であり、どのような段階(状態)に至ったところで症状固定の判断をすべきか、医学的な検討を行っていただけるとありがたいです。治療期間の目安ということではなく、「投薬内容」や「症状の推移」から、「このような状態で推移している場合には一般に症状固定の段階にあると判断できる」というような、具体的に当てはめて検討することが可能なラインが表示されるといいと思います。

**宮城**：労災保険における症状固定の概念は、整形外科分野における概念と思われませんが、精神障害における症状固定の判断は、怪我(負傷)と同一に扱うことに違和感がありますので、別の基準が必要なのではと感じております。

**千葉**・精神疾患の症状固定について、労災保険上の医学的意見を求める場所を確立していただきたい。・精神疾患の私病混入による継続事案について症状固定の判断について苦慮している。例(適応障害認定→躁鬱病、パニック障害混入) ・同じ診断名でも症状は様々であり、主治医の労災保険制度の理解も弱く、主治医が治癒とすることがない。

**東京** 療養が長期化する前に、主治医主導で職場復帰や治療終了(アフターケアへ移行を含む)を促す制度的なものができるとういと考えます。行政との連携が前提の上です。

**長野**：労災認定から治癒まで長期化する事案が多い。

**京都**：適正給付管理において、本人面接を行うため

には、主治医意見が重要であると思うが、主治医が症状固定と判断しなければ、いつまでも労災保険給付を継続することとなる。現状では行政主導の症状固定判断は難しい。

**和歌山**：精神科主治医の労災保険制度(症状固定の取扱いなど)への理解が必要であると思います。

**鳥取**：精神障害にかかる症状固定の時期については、「寛解」の診断がなされている場合と考えるとありますが、主治医からは「明確な時期を判断することは困難」との意見で、「寛解」の診断が得られず、長期にわたって継続治療行っている事案が多くあります。本人の状態および投薬の状況、リハビリによる治療の期間により、「寛解」(症状固定)の時期が必然的に決められるようなことにはならないでしょうか。

**岡山**：・労災保険給付の終了により生活が困窮するとして、そのことにより症状の悪化を訴える場合の対応が困難。 ・日頃の療養が精神科の専門医でない場合は、症状固定について医師より積極的指導がなされないことから、結果的に療養が長期に及んでいる。(内科医等が投薬のみ行っている場合)

**広島**：・主治医等意見より、当初の出来事による症状は軽快していると判断されるものの、他のストレスにより病態は増悪を繰り返している方が多く見受けられる。どこまでが労災か判断が難しく、症状固定までに長期化する傾向があることから、精神疾患については「何年」で症状固定と定めていただきたい。 ・精神科、心療内科は指定医療機関が少ないものの、アフターケアは指定医療機関での受診に限られているため、症状固定の調査にアフターケアの教示が難しい。 ・精神障害は、認定後に症状固定とすることが大変厳しい。出来事をもって認定しても、やはり根本には個々の病気になりやすさが垣間見える。

**徳島**：うつ状態の人に、症状が一定の状態であるとして症状固定の説明(休業補償の打ち切り)をしたところ、請求人の状態が悪化した場合の症状固定時期の判断に苦慮している。

**沖縄**：療養が長引けば長引くほど、治癒(症状固定)、職場復帰は難しいようである。行政側から、主治医

等に対し、治ゆの相談することによって、請求人の症状の増悪を招くのではないかと懸念されるため、積極的に働きかけることができない。

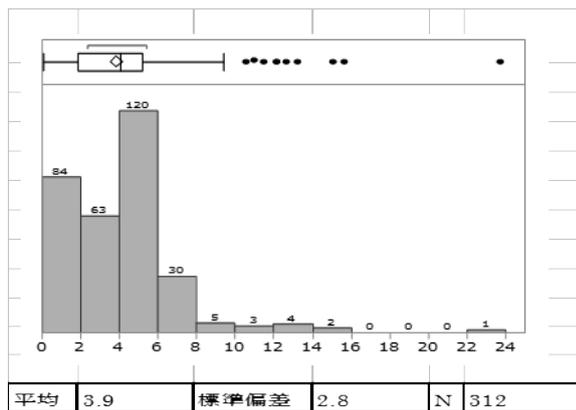
## ②個別事案

労災認定基準で業務上と判断された2012(H24)年度事案(366例)が2016年8月時点で、労災認定された後、どのような経緯をたどっているのか、その療養状況について精査した。

### 1. 年齢

| 年齢(表1) | 数   | 割合     |
|--------|-----|--------|
| 20歳代   | 46  | 12.6%  |
| 30歳代   | 93  | 25.4%  |
| 40歳代   | 129 | 35.2%  |
| 50歳代   | 66  | 18.0%  |
| 60歳代   | 28  | 7.7%   |
| 70歳代   | 4   | 1.1%   |
| 合計     | 366 | 100.0% |

調査時点の年齢は40歳代が最も多く、35.2%(129)を占め、次に30歳代が25.4%(93)を占めた。  
(欠測値 N=2)



| 認定時年齢(表1-1) | 数   | 割合     |
|-------------|-----|--------|
| 10歳代        | 3   | 0.8%   |
| 20歳代        | 69  | 18.8%  |
| 30歳代        | 102 | 27.7%  |
| 40歳代        | 137 | 37.2%  |
| 50歳代        | 40  | 10.9%  |
| 60歳代        | 14  | 3.8%   |
| 70歳代        | 3   | 0.8%   |
| 合計          | 368 | 100.0% |

認定時の年齢も40歳代が最も多く37.2%(137)であり、次に30歳代27.7%(102)

療養開始から調査時点までの平均期間は3.9年であった。(N=312)

### 2. 性別

| 性別(表2) | 数   | 割合     |
|--------|-----|--------|
| 男      | 235 | 63.9%  |
| 女      | 118 | 32.1%  |
| 無回答    | 15  | 4.1%   |
| 合計     | 368 | 100.0% |

男性は63.9%(235)、女性は32.1%(118)であった。

### 3. 傷病名(認定時)

| 傷病名(表3)  | 数   | 割合     |
|----------|-----|--------|
| 急性ストレス反応 | 23  | 6.3%   |
| PTSD     | 56  | 15.2%  |
| 適応障害     | 64  | 17.4%  |
| うつ病      | 123 | 33.4%  |
| 気分障害     | 6   | 1.6%   |
| 統合失調症    | 2   | 0.5%   |
| 双極性障害    | 4   | 1.1%   |
| 神経症性障害   | 10  | 2.7%   |
| その他      | 80  | 21.7%  |
| 合計       | 368 | 100.0% |

傷病名で最も多いのは、うつ病33.4%(123)、次にその他21.7%(80)、適応障害17.4%(64)、

PTSD15.2%(56)を占めていた。

#### 傷病名（調査時点）

| 傷病名(表3-1) | 度数  | 割合     |
|-----------|-----|--------|
| 急性ストレス反応  | 27  | 7.3%   |
| PTSD      | 31  | 8.4%   |
| 適応障害      | 48  | 13.0%  |
| うつ病       | 122 | 33.1%  |
| 気分障害      | 2   | 0.5%   |
| 統合失調症     | 3   | 0.8%   |
| 双極性障害     | 6   | 1.6%   |
| 神経症性障害    | 2   | 0.5%   |
| その他       | 93  | 25.2%  |
| 無回答       | 34  | 9.2%   |
| 合計        | 368 | 100.0% |

傷病名で最も多いのは、うつ病 33.1%(122)、次にその他 25.2%(93)、適応障害 13.0%(48)、無回答 9.2%(34)、PTSD 8.4%(31)を占めていた。

#### 4. 心理的負荷表の出来事

| 出来事(表4)         | 例数 | %    |
|-----------------|----|------|
| 心理的負荷が極度のもの     | 41 | 11.1 |
| 極度の長時間労働        | 50 | 13.6 |
| 事故や災害の体験        | 95 | 25.8 |
| 仕事の失敗、過重な責任の発生等 | 35 | 9.5  |
| 仕事の量・質          | 81 | 22   |
| 役割・地位の変化等       | 30 | 8.1  |
| 対人関係            | 95 | 25.8 |
| セクシュアルハラスメント    | 32 | 8.7  |

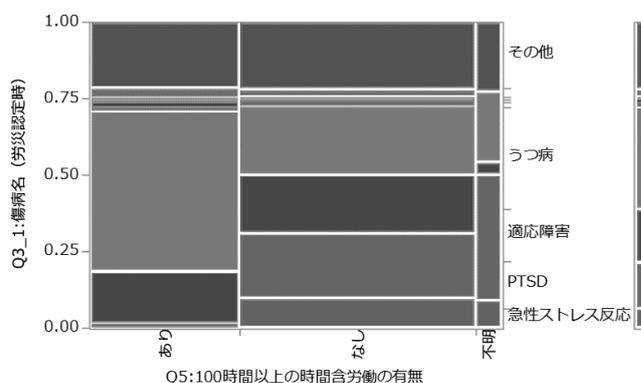
心理的負荷の出来事としては、事故や災害の体験が 25.8%(95)、対人関係のトラブルが 25.8%(95)、極度の長時間労働が 13.6%(50)、仕事の量・質の変化 22%(81)、極度の心理的負荷 11.1%(41)、仕事の

失敗・過重な責任の発生 9.5%(35)、セクシュアルハラスメント 8.7%(37)であった。

#### 5. 100 時間以上の時間外労働

| 傷病名(表5)  | 100時間以上あり |       | 100時間以上なし |       | 不明 | 合計    |     |
|----------|-----------|-------|-----------|-------|----|-------|-----|
| 急性ストレス反応 | 0         | 0     |           | 9.91  | 2  | 9.09  | 23  |
| PTSD     | 2         | 1.49  | 45        | 21.23 | 9  | 40.91 | 56  |
| 適応障害     | 23        | 17.16 | 40        | 18.87 | 1  | 4.55  | 64  |
| うつ病      | 70        | 52.24 | 48        | 22.64 | 5  | 22.73 | 123 |
| 気分障害     | 2         | 1.49  | 4         | 1.89  | 0  | 0     | 6   |
| 統合失調症    | 2         | 1.49  | 0         | 0     | 0  | 0     | 2   |
| 双極性障害    | 2         | 1.49  | 2         | 0.94  | 0  | 0     | 4   |
| 神経症性障害   | 4         | 2.99  | 6         | 2.83  | 0  | 0     | 10  |
| その他      | 29        | 21.64 | 46        | 21.7  | 5  | 22.73 | 80  |
| 合計       | 134       |       | 212       |       | 22 | 368   |     |

100 時間以上の時間外労働ありが 36.4%(134)であり 100 時間以上の労働者にうつ病の傷病名がついている人が多い。p 値<.0001\*



| 検定      | カイ 2 乗 | p 値(Prob>ChiSq) |
|---------|--------|-----------------|
| Pearson | 74.117 | <.0001*         |

#### 6. 出来事に遭遇した時の会社を退職したかどうか

| 傷病名(表6)  | はい          | いいえ         | 不明          | 無回答       | 合計  |
|----------|-------------|-------------|-------------|-----------|-----|
| 急性ストレス反応 | 2<br>8.7    | 19<br>82.61 | 2<br>8.7    | 0<br>0    | 23  |
| PTSD     | 6<br>10.71  | 39<br>69.64 | 9<br>16.07  | 2<br>3.57 | 56  |
| 適応障害     | 13<br>20.31 | 39<br>60.94 | 11<br>17.19 | 1<br>1.56 | 64  |
| うつ病      | 27<br>21.95 | 61<br>49.59 | 31<br>25.2  | 4<br>3.25 | 123 |
| 気分障害     | 2<br>33.33  | 3<br>50     | 1<br>16.67  | 0<br>0    | 6   |
| 統合失調症    | 0<br>0      | 2<br>100    | 0<br>0      | 0<br>0    | 2   |
| 双極性障害    | 1<br>25     | 1<br>25     | 2<br>50     | 0<br>0    | 4   |
| 神経症性障害   | 2<br>20     | 5<br>50     | 3<br>30     | 0<br>0    | 10  |
| その他      | 12<br>15    | 45<br>56.25 | 18<br>22.5  | 5<br>6.25 | 80  |
| 合計       | 65          | 214         | 77          | 12        | 368 |

有意差はないが、適応障害やうつ病で退職後に請求した例が多い傾向がある。

7. 出来事に遭遇したときの会社に勤務しているが、その時点(出来事)から 5 年以上経過しているか否か

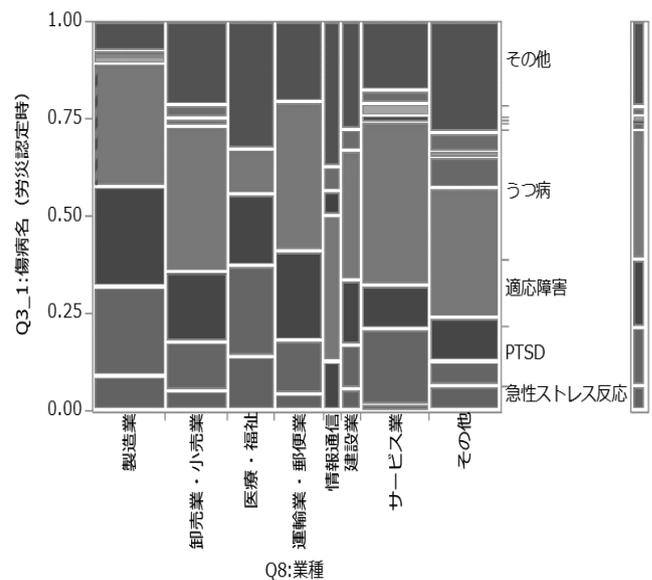
| 傷病名(表7)  | はい         | いいえ         | 不明         | 無回答        | 合計  |
|----------|------------|-------------|------------|------------|-----|
| 急性ストレス反応 | 1<br>4.35  | 13<br>56.52 | 9<br>39.1  | 0<br>0     | 23  |
| PTSD     | 6<br>10.7  | 24<br>42.86 | 19<br>33.9 | 7<br>12.5  | 56  |
| 適応障害     | 8<br>12.5  | 28<br>43.75 | 17<br>26.6 | 11<br>17.2 | 64  |
| うつ病      | 15<br>12.2 | 44<br>35.77 | 38<br>30.9 | 26<br>21.1 | 123 |
| 気分障害     | 0<br>0     | 2<br>33.33  | 3<br>50    | 1<br>16.7  | 6   |
| 統合失調症    | 1<br>50    | 1<br>50     | 0<br>0     | 0<br>0     | 2   |
| 双極性障害    | 1<br>25    | 2<br>50     | 0<br>0     | 1<br>25    | 4   |
| 神経症性障害   | 0<br>0     | 4<br>40     | 5<br>50    | 1<br>10    | 10  |
| その他      | 8<br>10    | 18<br>22.5  | 44<br>55   | 10<br>12.5 | 80  |
| 合計       | 40         | 136         | 135        | 57         | 368 |

無回答や不明の症例が多いので明らかではないが、急性ストレス反応の場合に 5 年以上勤務している人の割合が少ない傾向がある。

8. 業種

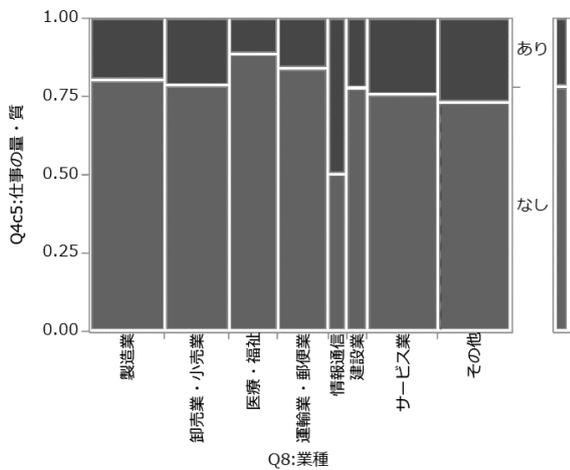
| 業種(表8)  | 度数  | 割合     |
|---------|-----|--------|
| 製造業     | 51  | 18.3%  |
| 卸売業・小売業 | 39  | 14.0%  |
| 医療・福祉   | 41  | 14.7%  |
| 運輸業・郵便業 | 33  | 11.8%  |
| 情報通信    | 13  | 4.7%   |
| 建設業     | 14  | 5.0%   |
| サービス業   | 44  | 15.8%  |
| その他     | 44  | 15.8%  |
| 合計      | 279 | 100.0% |

製造業が 18.3%(51)、サービス業 15.8% (44)、その他 15.8% (44)、医療福祉 14.7%(41)であった。



医療・福祉関係に「急性ストレス反応」が多く、「うつ病」が少ない。サービス業に適応障害がやや低い傾向がある。(P 値 0037\*)

| 検定      | カイ 2 乗 | p 値(Prob>ChiSq) |
|---------|--------|-----------------|
| Pearson | 88.419 | 0.0037*         |

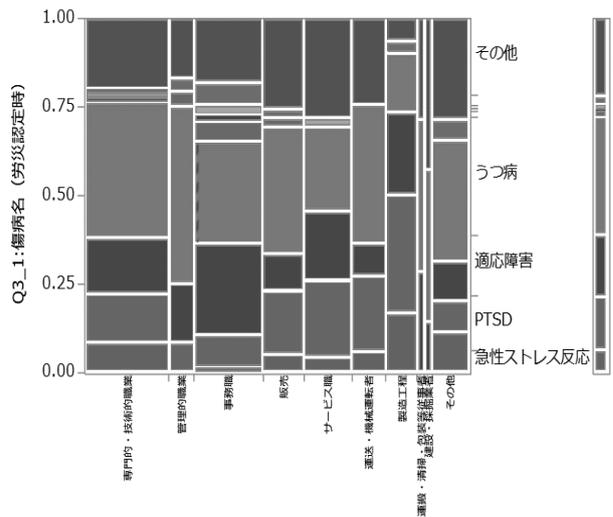


有意差はないが、仕事の質・量を原因として労災に至った例では情報・通信業が多い。(P 値=0.0925)

### 9. 職種

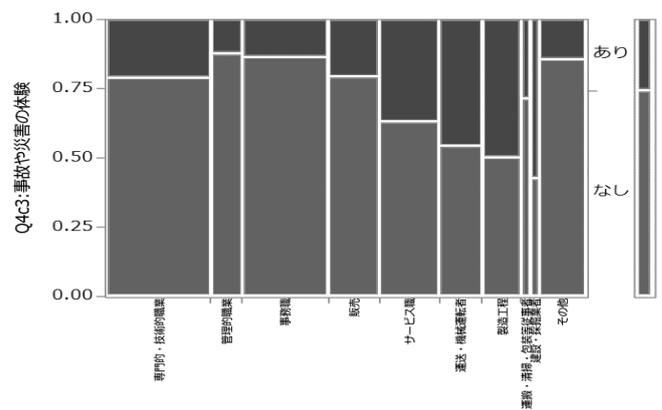
| 職種(表9)       | 数   | 割合     |
|--------------|-----|--------|
| 専門的・技術的職業    | 60  | 21.5%  |
| その他          | 26  | 9.3%   |
| 管理的職業        | 20  | 7.2%   |
| 事務職          | 47  | 16.8%  |
| 販売           | 32  | 11.5%  |
| サービス職        | 34  | 12.2%  |
| 運送・機械運転者     | 28  | 10.0%  |
| 製造工程         | 22  | 7.9%   |
| 運搬・清掃・包装等従事者 | 4   | 1.4%   |
| 建設・採掘業者      | 6   | 2.2%   |
| 合計           | 279 | 100.0% |

専門技術職が 21.5% (60)、事務職 16.8%(47)、サービス職 12.2%(34)、販売 11.5%(32)であった。明らかな傾向は見られないが、製造工程に関わる業種で、「急性ストレス反応」や PTSD が多い傾向がある。事故・や災害の体験を原因に労災に至った例では、運搬・機械運転者、製造工程の職種が多い。



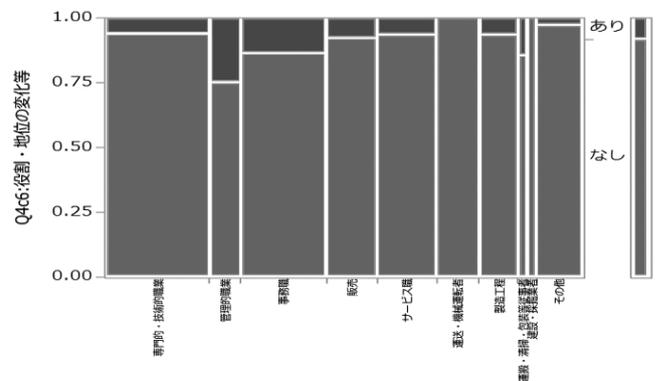
Q9:職種

### 災害との関係



Q9:職種

### 役割地位との関係



Q9:職種

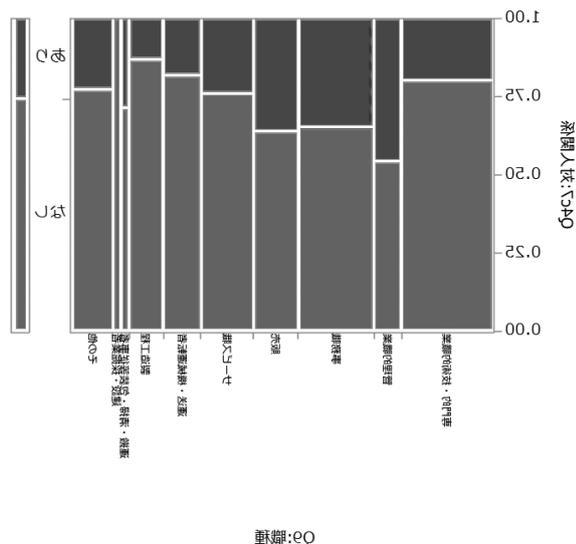
役割・地位の変化を原因として労災認定になった事案は管理的職業が多い。

| 検定      | カイ 2 乗 | p 値(Prob>ChiSq) |
|---------|--------|-----------------|
| Pearson | 17.648 | 0.0395*         |

セクシュアルハラスメントが原因で労災に至ったのは事務職でその割合が多い、

| 検定      | カイ 2 乗 | p 値(Prob>ChiSq) |
|---------|--------|-----------------|
| Pearson | 19.870 | 0.0187*         |

### 対人関係



対人関係が原因で労災になったのは管理的職業が多く、製造工程の職種では少ない。

| 検定      | カイ 2 乗 | p 値(Prob>ChiSq) |
|---------|--------|-----------------|
| Pearson | 17.614 | 0.0399*         |

### 10. 1 か月間の通院の頻度

|      |       |      |       |     |     |
|------|-------|------|-------|-----|-----|
| 平均 = | 1.486 | 標準偏差 | 3.345 | N = | 277 |
|------|-------|------|-------|-----|-----|

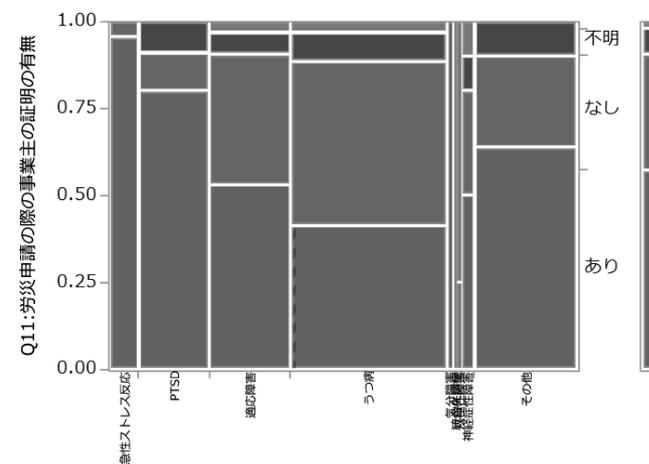
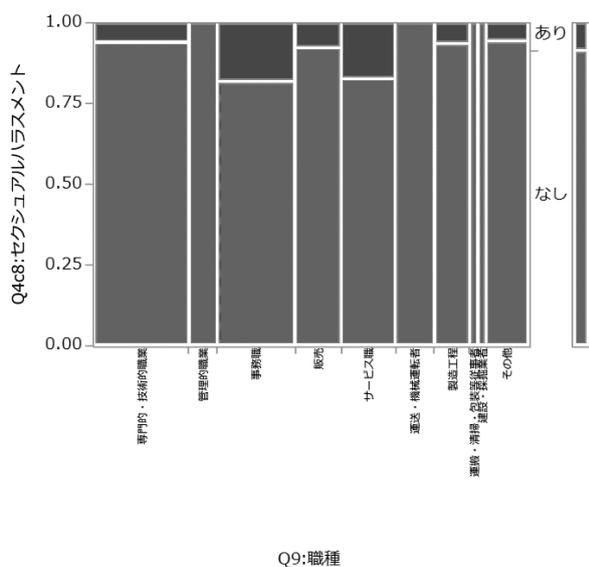
1 か月間に平均 1.5 回通院している

### 11. 労災請求の際の事業主の証明

| 証明の有無 (表11) | 数   | 割合     |
|-------------|-----|--------|
| あり          | 211 | 57.3%  |
| なし          | 122 | 33.1%  |
| 不明          | 28  | 7.6%   |
| 無回答         | 7   | 1.9%   |
| 合計          | 368 | 100.0% |

労災請求の際の事業主の証明が得られていない事例は 33.1% (122) であった。

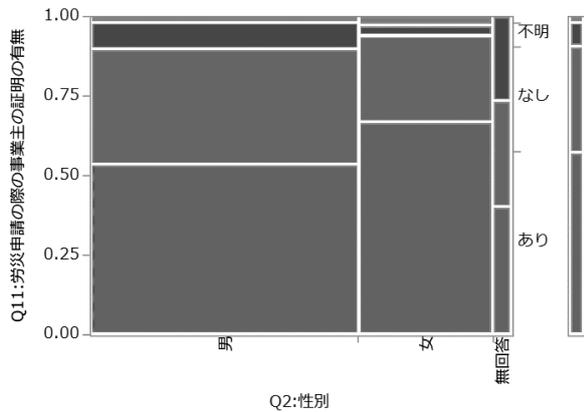
### セクシュアルハラスメント



Q3\_1:傷病名 (労災認定時)

急性ストレス反応や PTSD ではほとんどの症例で労災申請の際の事業主の証明があるが、うつ病では半数は証明がない。

| 検定      | カイ 2 乗 | p 値(Prob>ChiSq) |
|---------|--------|-----------------|
| Pearson | 68.131 | <.0001*         |

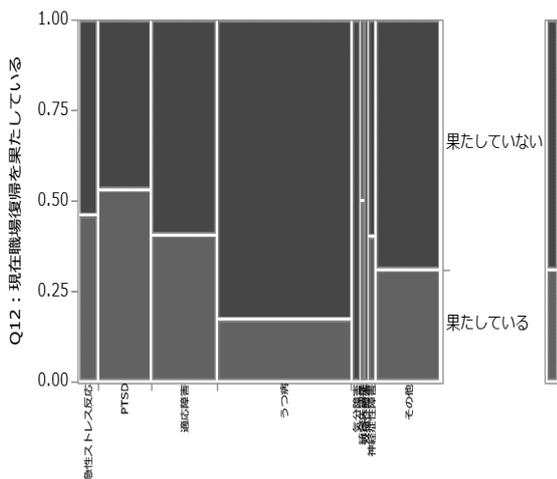


女性の方が労災申請の際の事業主の証明がある割合が高そうである。

| 検定      | カイ 2 乗 | p 値(Prob>ChiSq) |
|---------|--------|-----------------|
| Pearson | 15.957 | 0.0140*         |

## 12. 現在、職場復帰を果たしているか否か

| 職場復帰の有無 (表12) | 度数  | 割合     |
|---------------|-----|--------|
| 果たしている        | 72  | 19.5%  |
| 果たしていない       | 160 | 43.4%  |
| 無回答           | 136 | 36.9%  |
| 合計            | 368 | 100.0% |



Q3\_1: 傷病名 (労災認定時)

| 傷病名<br>行% | 果たして<br>いる  | 果たして<br>いない | 合計  |
|-----------|-------------|-------------|-----|
| 急性ストレス反応  | 6<br>46.15  | 7<br>53.85  | 13  |
| PTSD      | 18<br>52.94 | 16<br>47.06 | 34  |
| 適応障害      | 17<br>40.48 | 25<br>59.52 | 42  |
| うつ病       | 15<br>17.44 | 71<br>82.56 | 86  |
| 気分障害      | 0<br>0      | 6<br>100    | 6   |
| 統合失調症     | 1<br>50     | 1<br>50     | 2   |
| 双極性障害     | 0<br>0      | 2<br>100    | 2   |
| 神経症性障害    | 2<br>40     | 3<br>60     | 5   |
| その他       | 13<br>30.95 | 29<br>69.05 | 42  |
| 合計        | 72          | 160         | 232 |

うつ病で職場復帰していない症例が多い

| 検定      | カイ 2 乗 | p 値(Prob>ChiSq) |
|---------|--------|-----------------|
| Pearson | 22.309 | 0.0044*         |

## 13. 調査時点 1 か月間の保険給付額

### 1) 療養補償給付の額

| 療養給付の額 (表13-1) | 数   | 割合     |
|----------------|-----|--------|
| なし             | 156 | 42.4%  |
| 5万円未満          | 154 | 41.8%  |
| 5-10万円         | 22  | 6.0%   |
| 10-20万円        | 4   | 1.1%   |
| 20万円以上         | 12  | 3.2%   |
| 無回答            | 20  | 5.4%   |
| 合計             | 368 | 100.0% |

療養給付額なしが 42.4%(156)、5 万円以下が 41.8% (154)であり、20 万円以上は 3.2%(12)であった。

### 2) 休業給付の額

| 休業給付の額(表13-2) | 数   | 割合     |
|---------------|-----|--------|
| なし            | 195 | 53.0%  |
| 5万円未満         | 6   | 1.6%   |
| 5-10万円        | 5   | 1.4%   |
| 10-20万円       | 47  | 12.8%  |
| 20-30万円       | 41  | 11.1%  |
| 30-40万円       | 27  | 7.3%   |
| 40-50万円       | 9   | 2.4%   |
| 50万円以上        | 19  | 5.2%   |
| 無回答           | 19  | 5.2%   |
| 合計            | 368 | 100.0% |

休業給付なしが 53.0%(195)、休業給付ありは 41.8%(154)であり、無回答、休業給付なしを除くと下記の表となる。

| 休業給付の額(表13-3) | 数   | 割合     |
|---------------|-----|--------|
| 5万円未満         | 6   | 3.9%   |
| 5-10万円        | 5   | 3.2%   |
| 10-20万円       | 47  | 30.5%  |
| 20-30万円       | 41  | 26.6%  |
| 30-40万円       | 27  | 17.5%  |
| 40-50万円       | 9   | 5.8%   |
| 50万円以上        | 19  | 12.3%  |
| 合計            | 154 | 100.0% |

1 月に 20 万円以上の休業給付金を支給されている休業者は 62.3%(96)であった。

### 3) 休業給付の支給状況

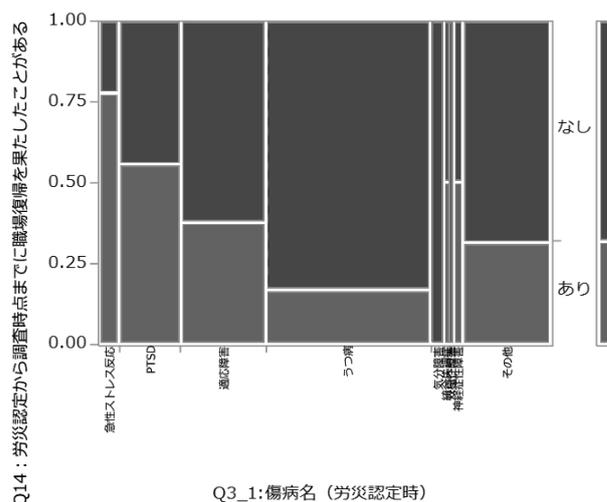
| 休業給付の支給状況(表13-4) | 数   | 割合     |
|------------------|-----|--------|
| 通院日休業            | 7   | 1.9%   |
| 全体               | 139 | 37.8%  |
| 無回答              | 222 | 60.3%  |
| 合計               | 368 | 100.0% |

通院日休業は 7 人、全休は 37.8%(139)であり、60.3%(222)は無回答であった。

### 14. 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

| 認定時点から職場復帰(表14) | 数   | 割合     |
|-----------------|-----|--------|
| あり              | 63  | 17.1%  |
| なし              | 134 | 36.4%  |
| 不明              | 145 | 39.4%  |
| 無回答             | 26  | 7.1%   |
| 合計              | 368 | 100.0% |

労災認定時点から職場復帰をした事例は 17.1%(63)にすぎず、36.4%(134)は職場復帰はしていないという結果であり、不明・無回答も 46.5%(171)を占めていた。



Q3\_1: 傷病名 (労災認定時)

| 傷病名<br>行% | あり          | なし          | 合計  |
|-----------|-------------|-------------|-----|
| 急性ストレス反応  | 7<br>77.78  | 2<br>22.22  | 9   |
| PTSD      | 15<br>55.56 | 12<br>44.44 | 27  |
| 適応障害      | 14<br>37.84 | 23<br>62.16 | 37  |
| うつ病       | 12<br>16.67 | 60<br>83.33 | 72  |
| 気分障害      | 0<br>0      | 6<br>100    | 6   |
| 統合失調症     | 1<br>50     | 1<br>50     | 2   |
| 双極性障害     | 0<br>0      | 2<br>100    | 2   |
| 神経症性障害    | 2<br>50     | 2<br>50     | 4   |
| その他       | 12<br>31.58 | 26<br>68.42 | 38  |
| 合計        | 63          | 134         | 197 |

適応障害やうつ病で職場復帰できていない症例が多い。

| 検定      | カイ 2 乗 | p 値(Prob>ChiSq) |
|---------|--------|-----------------|
| Pearson | 28.582 | 0.0004*         |

15. 職場復帰を主導したのは

| 復帰を主導したのは (表15) | 度数 | 割合     |
|-----------------|----|--------|
| 主治医             | 22 | 34.9%  |
| その他             | 38 | 60.3%  |
| 無回答             | 3  | 4.8%   |
| 合計              | 63 | 100.0% |

選択肢は主治医、主治医及び産業医、産業医、その他であったが、表 15 のとおり主治医主導が 34.9% (22)、その他が 60.3%(38)であり、産業医、主治医及び産業医の選択はなかった。

16. 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は

| 平均の期間 (表16) | 2.223年 |
|-------------|--------|
| 標準偏差        | 1.239  |
| 平均の標準誤差     | 0.247  |
| 平均の上側95%    | 2.734  |
| 平均の下側95%    | 1.711  |
| N           | 25     |

25 例の事案が回答していたが、平均 2,2 年、労災認定から職場復帰までの期間かかっていることが明らかになった。

17. 職場復帰に際して主治医から行政に治ゆの相談

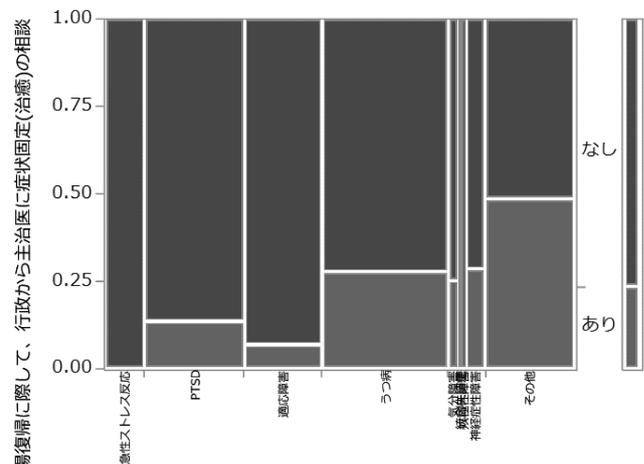
| 症状固定 (治ゆ) の相談 (表17) | 数   | 割合     |
|---------------------|-----|--------|
| あり                  | 2   | 0.5%   |
| なし                  | 176 | 47.8%  |
| その他                 | 27  | 7.3%   |
| 無回答                 | 163 | 44.3%  |
| 合計                  | 368 | 100.0% |

症状固定 (治ゆ) の相談が主治医から行政にあったのは 2 例にすぎず、相談がなかった事例 47.8% (176)、その他 7.3%(27)、無回答 44.3%(163)であった。

18. 職場復帰に際して行政から主治医に治ゆの相談

| 症状固定 (治ゆ) の相談 (表18) | 度数  | 割合     |
|---------------------|-----|--------|
| あり                  | 41  | 11.1%  |
| なし                  | 134 | 36.4%  |
| その他                 | 32  | 8.7%   |
| 無回答                 | 161 | 43.8%  |
| 合計                  | 368 | 100.0% |

症状固定 (治ゆ) の相談が行政から主治医にあったのは 11.1%(41)であり、相談がなかった事例 36.4% (134)、その他 8.7%(32)、無回答 43.8%(161)であった。



Q3\_1: 傷病名 (労災認定時)

| 傷病名<br>行% | あり          | なし          | 合計  |
|-----------|-------------|-------------|-----|
| 急性ストレス反応  | 0<br>0      | 15<br>100   | 15  |
| PTSD      | 5<br>13.51  | 32<br>86.49 | 37  |
| 適応障害      | 2<br>6.9    | 27<br>93.1  | 29  |
| うつ病       | 13<br>27.66 | 34<br>72.34 | 47  |
| 気分障害      | 1<br>25     | 3<br>75     | 4   |
| 統合失調症     | 0<br>0      | 1<br>100    | 1   |
| 双極性障害     | 2<br>100    | 0<br>0      | 2   |
| 神経症性障害    | 2<br>28.57  | 5<br>71.43  | 7   |
| その他       | 16<br>48.48 | 17<br>51.52 | 33  |
| 合計        | 41          | 134         | 175 |

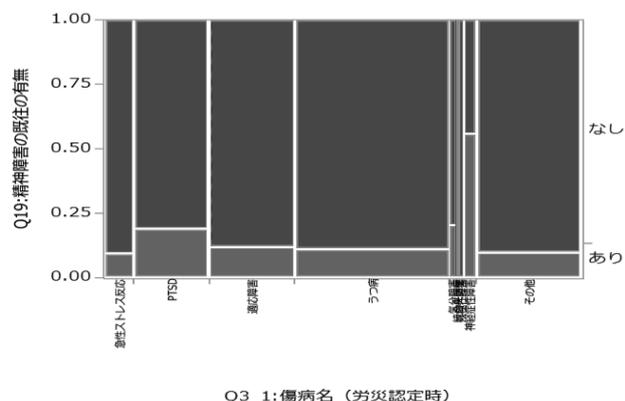
急性ストレス反応では、職場復帰に行政から主治医に症状固定（治癒）の相談は全くなく、うつ病において相談が多かった傾向がある。

| 検定      | カイ 2 乗 | p 値(Prob>ChiSq) |
|---------|--------|-----------------|
| Pearson | 30.004 | 0.0002*         |

#### 19. 精神障害の既往の有無

| 精神障害の既往の有無 (表19) | 数   | 割合     |
|------------------|-----|--------|
| あり               | 44  | 11.9%  |
| なし               | 291 | 79.0%  |
| 不明               | 27  | 7.3%   |
| 無回答              | 6   | 1.6%   |
| 合計               | 368 | 100.0% |

精神障害の既往のある事例は 11.9%(44)であった。



| 傷病名<br>行% | あり          | なし          | 合計  |
|-----------|-------------|-------------|-----|
| 急性ストレス反応  | 2<br>9.52   | 19<br>90.48 | 21  |
| PTSD      | 10<br>18.87 | 43<br>81.13 | 53  |
| 適応障害      | 7<br>11.67  | 53<br>88.33 | 60  |
| うつ病       | 12<br>11.01 | 97<br>88.99 | 109 |
| 気分障害      | 1<br>20     | 4<br>80     | 5   |
| 統合失調症     | 0<br>0      | 2<br>100    | 2   |
| 双極性障害     | 0<br>0      | 3<br>100    | 3   |
| 神経症性障害    | 5<br>55.56  | 4<br>44.44  | 9   |
| その他       | 7<br>9.59   | 66<br>90.41 | 73  |
| 合計        | 44          | 291         | 335 |

例数が少ないが、神経症性障害で労災認定となった事例で精神障害の既往がある例が多い

| 検定      | カイ 2 乗 | p 値(Prob>ChiSq) |
|---------|--------|-----------------|
| Pearson | 18.274 | 0.0193*         |

#### 20. 既存精神障害の有無

| 既存精神障害の有無 (表20) | 数   | 割合     |
|-----------------|-----|--------|
| あり              | 15  | 4.4%   |
| なし              | 302 | 90.1%  |
| 不明              | 17  | 5.0%   |
| 無回答             | 1   | 0.3%   |
| 合計              | 335 | 100.0% |

既存精神障害を有していた事例は 4.4%(15)であった。

#### 21. 当該事業所への復職の本人の意思を確認

| 事業所への本人の復職意思確認 (表21) | 度数  | 割合     |
|----------------------|-----|--------|
| している                 | 24  | 7.1%   |
| していない                | 77  | 23.0%  |
| 不明                   | 192 | 57.3%  |
| 無回答                  | 42  | 12.5%  |
| 合計                   | 335 | 100.0% |

行政から事業所へ本人が復職の意思確認があるかどうかに関しては、意思確認をされている労働者は7.1%(24)にすぎず、していない23%(77)、無回答12.5%(42)、不明57.3%(192)であった。

## 22. 事業者は本人の受け入れに積極的か否か

| 事業所は本人を受け入れることに(表22) | 数   | 割合     |
|----------------------|-----|--------|
| 積極的                  | 26  | 7.0%   |
| 消極的                  | 20  | 5.4%   |
| 拒否                   | 9   | 2.4%   |
| その他                  | 207 | 56.2%  |
| 無回答                  | 106 | 28.8%  |
| 合計                   | 368 | 100.0% |

事業所は本人の復職を受け入れることに関して、積極的7.0%(26)、消極的5.4%(20)、拒否2.4%(9)、その他56.2%(207)、無回答28.8%(106)であった。その他は退職15、就業困難1、事業停止3、内服薬すべての中止を条件としている1、死亡1、裁判中1、不明170等である。

## 23. 調査時点の治癒の有無

| 調査時点の治癒の有無(表23) | 数   | 割合     |
|-----------------|-----|--------|
| 治癒している          | 196 | 53.2%  |
| 治癒していない         | 165 | 44.8%  |
| 無回答             | 7   | 1.9%   |
| 合計              | 368 | 100.0% |

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、治癒しない事例が多いことが明らかになった。

## 24. 今後の治癒の見通し

| 今後の治癒の見通し(表24) | 度数  | 割合     |
|----------------|-----|--------|
| あり             | 12  | 7.3%   |
| なし             | 32  | 19.4%  |
| 不明             | 113 | 68.5%  |
| 無回答            | 8   | 4.8%   |
| 合計             | 165 | 100.0% |

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)、治癒の見通しが無い事例は19.4%(32)、不明68.5%(113)であった。

## 25. 事案についての意見

- ・アフターケア健康管理手帳交付あり
  - ・自殺企図によるCO中毒による高次脳機能障害があり、傷病補償年金受給中。
  - ・発症後、部署を配置転換となり休業せずに療養した結果、認定後1年後に治癒
  - ・被災労働者は交通災害により下肢を数カ所骨折したもので、当該事故の体験をしたことにより精神障害を発病したものである。休業給付中
  - ・死亡
  - ・化学物質暴露による「中枢神経機能障害」により労災認定され、その後、暴露1年後には「重度ストレス反応」を発症したものと労災認定されたもの。「中枢神経機能障害」「重度ストレス反応→重度ストレス障害」にて、共に療養中である。
  - ・正確に治癒は確認できていない1
- 認定後、一定期間後診療費等の請求がないことから治癒と判断した
- ・精神障害(PTSD)以外に脊髄損傷を負っており、脊髄損傷による障害第1級、精神障害による障害第14級を認定しています。
  - ・認定後、一定期間後以降、通院歴なし、休業補償給付支給請求なし。
  - ・本件は長時間労働により認定されたが、個体側要因もかなり認められる事案である。生活保護を使用しているが、今後請求が行われる見込みである。
  - ・死亡
  - ・休業のみ請求。平成24年6月まで

・本件に係る認知後、主治医意見書では数か月後症状固定の目安にしたいとされており、労災保険における療養期間は、その時点までであり同日以降の請求は無いことから、同時期が治癒と考えられる。また、会社には復職するもその後に退職しており、上記時点では就職活動中であった。

・労災保険には、休業補償給付のみの請求であり、治療費請求はなされていない。休業補償給付請求も約9か月給付したが、その後の請求はなく、復職等についても不明。なお、最終の休業補償給付請求書の主治医証明には治療継続中とあり。

・会社への復職を希望し、災害の補償について会社との折衝を行っていたが誠意が見られないと双方で弁護士を立てるまでに発展して精神疾患を発病。認定後、一定期間後の治癒日まで全休。その後については不明。

・現在は、認定一定期間後に別疾病（脳脊髄液減少症）を発症し、休業

・認定一定期間後時点で主治医の証明は「療養継続」としていますが、以降の労災請求はなされておらず、治癒しているのか確認ができません。

・当初傷病名「肺がん」で労災請求があり、肺がんの傷病名の中に「うつ病」が含まれており調査したもの。請求人は肺がんで、死亡しており、「うつ病」に対する直接的な療養請求はないもの。

・本件は、交通事故によりPTSDを発症したものであるが、治療費等は自賠責保険等から支払われ、労災保険へは治癒後に障害補償給付の請求があって初めて労災の認定を行ったものであり、労災認定の時期としては特殊である。

・労災請求時点で事業場から就業規則違反による解職を通知されており、退職の意思はないとする請求人（代理人）に対し、事業場が解職の撤回を拒否したもの。認定一定期間後に症状固定（治癒）済のため、調査時点での療養、就労の状況は不明。

・療養開始から調査時点まで休業（全休）しており、症状固定（治癒）や職場復帰の見込み時期は不明。

・療養（1週間）のみで休業なし。精神疾患からの早期復職のための調査の対象としては適当でないと思料。

・被災者は、中小事業主の特別加入者である。

・治癒及び当時の事業場の退職を確定できているが、

現時点での復職状況は不明である。

・発病年月日以降、退職するまでの間、当該事業場において就労事実あり。退職後は不明。（会社担当者あて確認）

・症状固定後、ハローワークにて就職活動を行う旨の連絡を受けているが、就職先が決まったかは不明（会社担当あて確認）

・認定一定期間後、症状照会では、今後、外出や対人交流において、慣らしてゆくように支持的精神療法を行う予定。主治医意見では、対人恐怖症による症状の改善はできていないとの事、その後、結婚し出産している。

・職場は理解があり、もう少し時間がかかっても療養継続して元の職場への事業復帰を期待している。主治医の医療機関が労災非指定病院であるため、アフターケアの受診ができないことが問題点である。

・復帰後認定

・現在、治癒していなかったとして、再度休業請求があり審査中

・休業補償は「熱傷」に対するものと思われます。精神の療養状況は、○病院で受診（月1回程度）

・通院の頻度（被災者は上肢切断の傷病名で入院し休業補償給付を受給）

・7M支払(-)-3M支払-9M支払(-)-11日支払

・認定一定期間後 休業支払なし

・休業後後遺障害請求なし

・休業なし 在職中の治療費、後遺障害の請求のみ後遺障害

・休業後（復学） 後遺障害請求あり5級の2（上肢切断） 精神障害は一定期間後心療内科受診なし 治癒後後遺障害残存しない

・休業-復帰-休業 復帰-休業-復帰-休業継続中

・職場復帰＝もとの職場であれば復帰はしていない  
職場復帰＝社会復帰（≠もとの職場への復帰）と言う意味であれば、休業がなくなった時点で果たしている  
・労災認定後に他社への職場復帰の有無は不明

・死亡・

・不休災害

・労災認定一定期間後離職確認済み

・出来事遭遇後も休業請求なし

・初診後に受診がないまま、相当期間経過しているため、治癒したものと判断した。

・治療費のみの請求

・調査時点治癒

・漁船転覆により遭難漂流（船員死亡・行方不明）したことにより事業主が精神障害を発症。平均時間外労働時間の調査なし。

・死の恐怖を感じる交通事故により、PTSD と診断された。休業期間末日で治癒（頸椎捻挫）、障害等級 14 級と認定されている。

・セクシュアルハラスメントが原因でうつ病を発病したとして、労災認定されたもの。療養費のみの請求。請求当時、仕事は続けていた。労災認定一定期間後以降の請求がなく、中止と判断したもの。

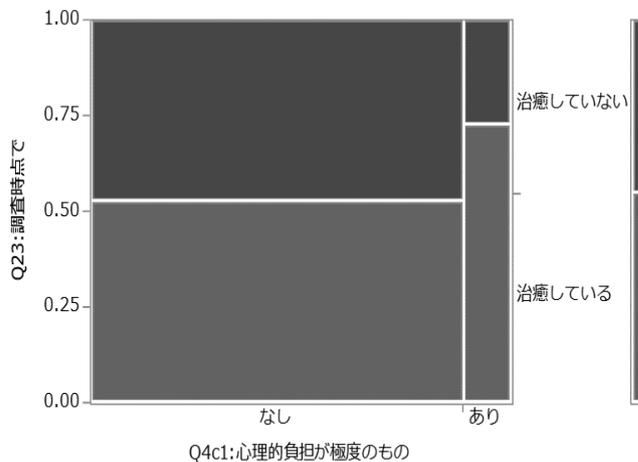
・出来事遭遇時の事業場に在職中だが、事業場と係争中（控訴審）のため、職場復帰に対する不安あり。和解、退職の決心をしつつあるため、その後に症状固定の見込みとのこと。

・療養により症状の悪化を回避、就労は困難との主治医意見あり（調査時点）。現在も、出来事遭遇時の事業場に在職。

・本件は、初診日を発病日として、初診 1 か月後までの療養の費用請求書が初診日 3 か月後に署に提出されたものである。請求人は発病日から会社を休職し、初診日 3 か月後に事業場を退職、転居し、初診日 4 か月目から別の会社に就職している。転居前の療養の費用請求がなされており、その時点で中止となっている。

### ③山村重雄研究協力員の統計学的探索

#### 1. 出来事と治癒の関係

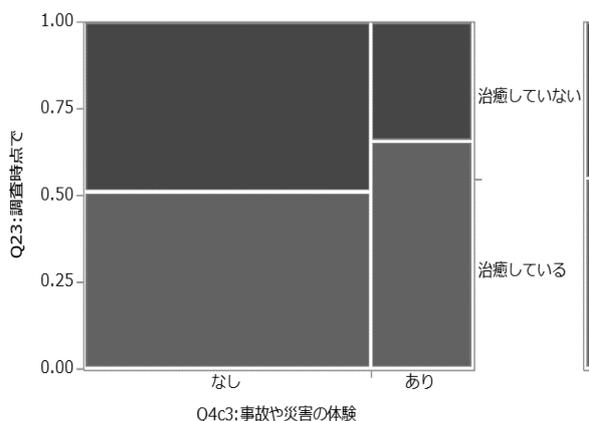


| 数  | 治癒  | 未治癒 | 合計  |
|----|-----|-----|-----|
| なし | 167 | 151 | 318 |
| あり | 29  | 11  | 40  |
| 合計 | 196 | 162 | 358 |

| 検定      | カイ 2 乗 | p 値(Prob>ChiSq) |
|---------|--------|-----------------|
| Pearson | 5.728  | 0.0167*         |

心理的負担が極度の出来事は治癒している割合が多い

#### 2. 事故や災害の体験

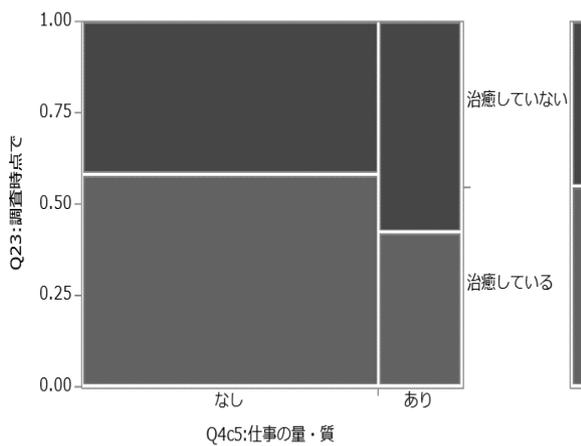


| 数<br>行% | 治癒          | 未治癒          | 合計  |
|---------|-------------|--------------|-----|
|         | なし          | 135<br>50.94 |     |
| あり      | 61<br>65.59 | 32<br>34.41  | 93  |
| 合計      | 196         | 162          | 358 |

| 検定      | カイ 2 乗 | p 値(Prob>ChiSq) |
|---------|--------|-----------------|
| Pearson | 5.962  | 0.0146*         |

事故や災害の体験している人ほど治癒している

### 3. 仕事の質・量

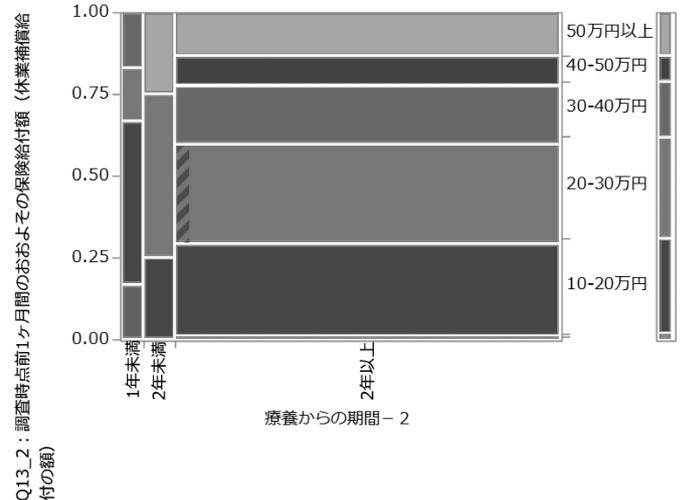


| 度数<br>行% | 治癒          | 未治癒          | 合計  |
|----------|-------------|--------------|-----|
|          | なし          | 163<br>58.21 |     |
| あり       | 33<br>42.31 | 45<br>57.69  | 78  |
| 合計       | 196         | 162          | 358 |

| 検定      | カイ 2 乗 | p 値(Prob>ChiSq) |
|---------|--------|-----------------|
| 尤度比     | 6.211  | 0.0127*         |
| Pearson | 6.23   | 0.0126*         |

仕事の質・量の変化が出来事である人は治癒していない

### 4. 全休の人が療養期間が長くなるにつれて、休業給付額がどのようになるか。

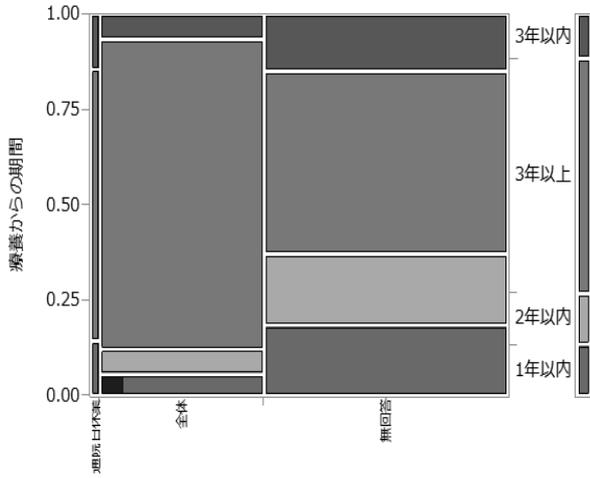


| 休業期間<br>行% | 5万円<br>未満 | 5-10<br>万円 | 10-20<br>万円 | 20-30<br>万円 | 30-40<br>万円 | 40-50<br>万円 | 50万円<br>以上 | 合計  |
|------------|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|-----|
| 1年未満       | 1<br>16.7 | 0<br>0     | 3<br>50     | 1<br>16.7   | 1<br>16.7   | 0<br>0      | 0<br>0     | 6   |
| 2年未満       | 0<br>0    | 0<br>0     | 2<br>25     | 4<br>50     | 0<br>0      | 0<br>0      | 2<br>25    | 8   |
| 2年以上       | 0<br>0    | 1<br>1.01  | 28<br>28.3  | 30<br>30.3  | 18<br>18.2  | 9<br>9.09   | 13<br>13.1 | 99  |
| 合計         | 1         | 1          | 33          | 35          | 19          | 9           | 15         | 113 |

| 検定      | カイ 2 乗 | p 値(Prob>ChiSq) |
|---------|--------|-----------------|
| Pearson | 24.641 | 0.0166*         |

1年未満では、20万円未満の人が多いが、療養期間が2年を超えると20万円を超える人が増えてくることがわかる。

5. 休業補償給付の支給状況と療養期間

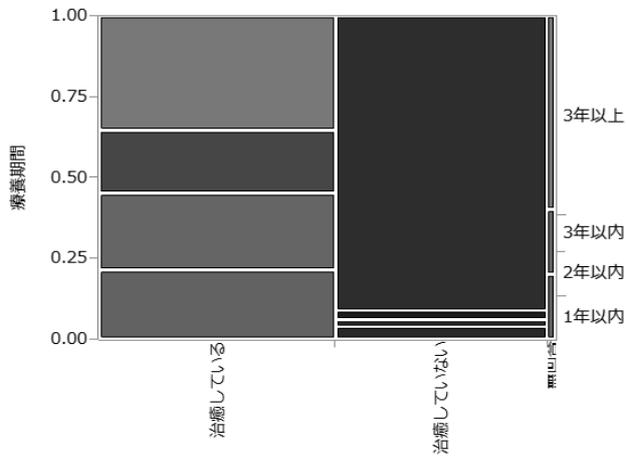


Q13\_2\_2: 休業補償給付の支給状況

| 休業形態  | 1年以内        | 2年以内        | 3年以上        | 3年以内        |     |
|-------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----|
| 行%    |             |             |             |             |     |
| 通院日休業 | 1<br>14.29  | 0<br>0      | 5<br>71.43  | 1<br>14.29  | 7   |
| 全体    | 7<br>5.69   | 8<br>6.5    | 100<br>81.3 | 8<br>6.5    | 123 |
| 無回答   | 34<br>18.68 | 34<br>18.68 | 87<br>47.8  | 27<br>14.84 | 182 |
|       | 42          | 42          | 192         | 36          | 312 |

検定 カイ2乗 p値(Prob>ChiSq)  
 Pearson 36.213 <.0001\*  
 全休の労働者が療養期間が長期化する。

6. 治癒している人と治癒していない人の療養期間



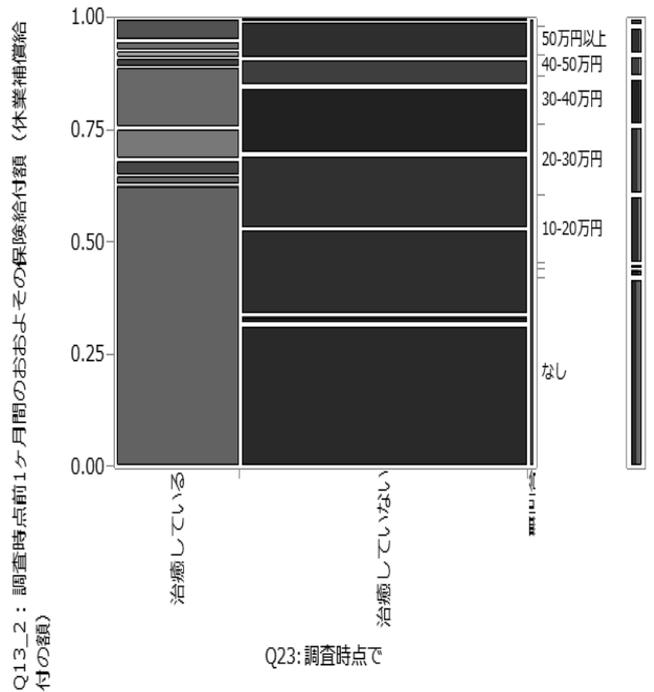
Q23: 調査時点で

| 療養期間 | 1年以内       | 2年以内        | 3年以内        | 3年以上         |     |
|------|------------|-------------|-------------|--------------|-----|
| 行%   |            |             |             |              |     |
| 治癒   | 35<br>21.6 | 38<br>23.46 | 32<br>19.75 | 57<br>35.19  | 162 |
| 未治癒  | 6<br>4.14  | 3<br>2.07   | 4<br>2.76   | 132<br>91.03 | 145 |
| 無回答  | 1<br>20    | 1<br>20     | 0<br>0      | 3<br>60      | 5   |
|      | 42         | 42          | 36          | 192          | 312 |

検定 カイ2乗 p値(Prob>ChiSq)  
 Pearson 102.187 <.0001\*

治癒していない人は3年以上がほとんどで療養期間が長期化する。

7. 3年以上の長期療養者



Q23: 調査時点で

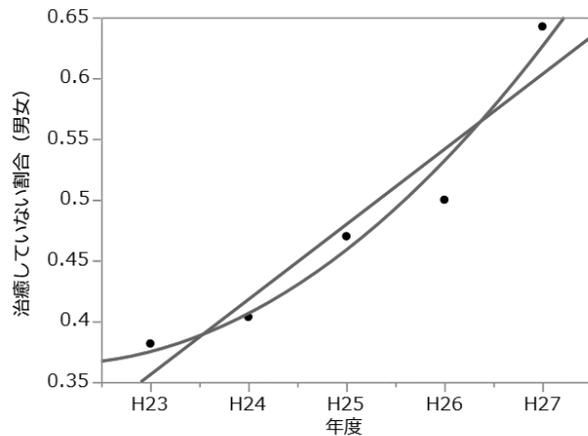
| 給付額<br>行% | なし  | 5万円<br>未満 | 5-10<br>万円 | 10-20<br>万円 | 20-30万<br>円 | 30-40<br>万円 | 40-50<br>万円 | 50万円<br>以上 | 無回答  |     |
|-----------|-----|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|------|-----|
|           | 治癒  | 36        | 1          | 2           | 4           | 8           | 1           | 1          | 1    |     |
|           | 63  | 1.75      | 3.5        | 7.02        | 14          | 1.75        | 1.75        | 1.75       | 5.26 |     |
| 未治癒       | 42  | 3         | 0          | 25          | 22          | 20          | 8           | 11         | 1    | 132 |
|           | 32  | 2.27      | 0          | 18.9        | 16.7        | 15.2        | 6.06        | 8.33       | 0.76 |     |
| 無回答       | 3   | 0         | 0          | 0           | 0           | 0           | 0           | 0          | 0    | 3   |
|           | 100 | 0         | 0          | 0           | 0           | 0           | 0           | 0          | 0    |     |
|           | 81  | 4         | 2          | 29          | 30          | 21          | 9           | 12         | 4    | 192 |

検定           カイ 2 乗           p 値(Prob>ChiSq)

Pearson       36.867           0.0022\*

給付額が高くなるほど未治癒者割合が高くなる。

## 8. 年度と治癒していない割合 (男女) の二変量の関係



— 直線のあてはめ  
— 変換されたあてはめ to Square

Cochran-Armitage の傾向検定 (増えていく傾向にあるかどうかの検定) 年度ごとに治癒していない割合が

| 漸近検定 Z   | p 値<br>(Prob>Z) | p 値<br>(Prob> Z ) |
|----------|-----------------|-------------------|
| 7.362214 | <.0001*         | <.0001*           |

増えている。

直線の当てはめ (緑: 0 次過程) と指数関数 (赤: 一次過程) の当てはめの比較を検討した。治癒していない

割合 (男女) = 0.2941664 + 0.0617969\*年度

1 年たつと 治癒していない割合が 0.0617 多くなるという関係であり、モデルとデータのフィッティングは 0.9007 である。

|                        |          |
|------------------------|----------|
| R2 乗                   | 0.901    |
| 自由度調整 R2 乗             | 0.86761  |
| 誤差の標準偏差(RMSE)          | 0.03746  |
| Y の平均                  | 0.479557 |
| オブザベーション<br>(または重みの合計) | 5        |

1 に近い方がフィットする。2 は二次式にフィットしている。治癒していない割合 (男女) = 0.3644821 + 0.0104614\*(年度)\* (年度) にフィットする。フィッティングは 0.9653 となり、さらにフィットする。2 年目は治癒していない割合 0.0104×2<sup>2</sup>=0.0416、3 年目は治癒していない割合 0.0104×3<sup>2</sup>=0.0936、4 年目治癒していない割合 0.0104×4<sup>2</sup>=0.1664 と徐々に大きくなっているモデルが、直線的に増えているというよりも実際のデータによくフィットしている。すなわち、単に、年度ごとに増えているだけではなく、増え方が徐々に大きくなってきていることを示している。

## D. 考察

### 1. 本調査より

#### (1) 平成 23 年度から 5 年間の治癒率

平成 23 年度から各年度に認定された事案の治癒率に関して、平成 27 年度に労災認定された事案の調査時点 (28 年 8 月) の治癒率は 35.8 % (138)、同様に 26 年度事案の治癒率 49.6% (199)、25 年度事案の治癒率 53.3% (203)、24 年度事案の治癒率 59.3% (229)、23 年度事案の治癒率 61.4% (162) であり、労災認定時点から 5 年経過しても四割近くは治癒に至っていないという結果が得られた。また、アフターケアに係る健康管理手帳を取得した事例数も治癒した事例の 11.6%~17.3% に過ぎないという結果が得られた。年度と治癒していない割合 (男女) の二変数の関係を統計学的検討から年度ごとに治癒していない割合が増えているだけではなく、増え方が徐々に大きくなってきていることが認められた。

#### (2) 平成 24 年度の労災認定事案(366 例)の療養状況

労災認定基準で業務上と判断された平成 24 年度事案(366 例)が平成 28 年 8 月時点で、労災認定された後、どのような経緯をたどっているのか、その療養状況について精査した。

療養開始から調査時点までの平均期間は 3.9 年 (N=312) であり、男性は 63.9% (235)、女性は 32.1% (118) であった。労災認定時点の傷病名で最も多いのは、うつ病 33.4% (123)、次にその他 21.7% (80)、適応障害 17.4% (64)、PTSD 15.2% (56) を占めていた。調査時点で最も多いのは、うつ病 33.1% (122)、次にその他 25.2% (93)、適応障害 13.0% (48)、無回答 9.2% (34)、PTSD 8.4% (31) を占めた。認定時点から 4 年経過した時点で適応障害や PTSD の診断名が変更されていたが、認定後の時間的な推移のなかでストレス反応としての傷病名から、労働者本人の個体要因を主体とした傷病名に変化していることが示唆された。心理的負荷の出来事としては、事故や災害の体験が 25.8% (95)、対人関係のトラブルが 25.8% (95)、極度の長時間労働が 13.6% (50)、仕事の量・質の変化 22% (81)、極度の心理的負荷 11.1% (41)、仕事の失敗・過重な責任の発生 9.5% (35)、セクシュアルハラスメント 8.7% (37) であった。大き

な特徴としては、対人関係とのトラブルとセクシュアルハラスメントを合わせると 34.5% (132) を占めており、労働者が対人間葛藤に起因したストレスを契機に労災請求・認定となっていることが推測される。

100 時間以上の時間外労働ありが 36.4% (134) であり 100 時間以上の長時間労働者にうつ病の傷病名がついている人が多くみられた。(p 値<0.0001\*)

業種に関しては、製造業が 18.3% (51)、サービス業 15.8% (44)、その他 15.8% (44)、医療福祉 14.7% (41) であった。

有意差はないが、適応障害やうつ病で退職後に請求した例が多い傾向がある。(P=0.0925) 無回答や不明の症例が多いので明らかではないが、急性ストレス反応の場合に 5 年以上勤務している人の割合が少ない傾向がみられた。(p 値=0.0513) 製造業が 18.3% (51)、サービス業 15.8% (44)、その他 15.8% (44)、医療福祉 14.7% (41) であった。医療・福祉関係者に「急性ストレス反応」が多く、「うつ病」が少なく、サービス業に適応障害がやや低い傾向がみられた。

(P 値 0037\*) 有意差はないが、仕事の質・量を原因として労災に至った例では情報・通信業が多い。

(P 値=0.0925) 職種に関しては、専門技術職が 21.5% (60)、事務職 16.8% (47)、サービス職 12.2% (34)、販売 11.5% (32) であった。

明らかな傾向は見られないが、分割表から製造工程に関わる業種で「急性ストレス反応」や PTSD が多い傾向が伺える。(P 値=0.3143) 事故や災害の体験を原因に労災に至った例では、運搬・機械運轉者、製造工程の職種が多い。(P<0.0001\*) 役割・地位の変化を原因として労災認定になった事案は管理的職業が多い。(P 値=0.0395\*) 対人関係が原因で労災になったのは管理的職業で多く、製造工程の職種では少ない。(P 値=0.0399\*) セクシュアルハラスメントが原因で労災に至ったのは事務職でその割合が多い。(P 値=0.0187\*)

通院回数に関して 1 か月間に平均 1.5 回通院している。労災請求の際の事業主の証明が得られていない事例は 33.1% (122) であった。

急性ストレス反応や PTSD ではほとんどの症例

で労災申請の際の事業主の証明があるが、うつ病では半数が、その証明がない。(P<.0001\*)女性の方が労災申請の際の事業主の証明がある割合が高い傾向がみられた。(P値=0.0140\*)うつ病で職場復帰していない症例が多い(P値=0.0044\*)

最近の労災請求の増加は、災害関係から過重負荷に起因した請求にシフトしたことが一つの要因と考えられるが、精神障害の請求・認定の請求内容も同様に過重負荷に起因した内容に変化したことが、うつ病等の傷病名が多いことが推測される。

事業者の証明に関しても、急性ストレス反応、PTSD等の明らかに心理的反応を惹起する災害的出来事は事業者の証明が得られやすいが、対人葛藤や過重負荷に起因したうつ病等の病態は、事業者と見解が対立する場合も少なくなく、うつ病の半数が事業主の証明が得られないこと、さらに職場復帰を受け入れること(職場復帰)も事業者との対立の構図からスムーズではないことも推測される。

療養給付に関して、療養給付なしが42.4%(156)、5万円以下が41.8%(154)であり、20万円以上は3.2%(12)であった。休業給付なしが53.0%(195)、休業給付ありは41.8%(154)であり、無回答、休業給付なしを除くと1か月に20万円以上の休業給付金を支給されている休業者は62.3%(96)に及んだ。休業給付なしが42.4%(156)を占めていたが、この結果は、労災認定から調査時点までに職場復帰をした事例は17.1%(63)にすぎず、36.4%(134)は職場復帰はしていないという結果から考えると矛盾するものであり、今後、詳細な調査・検討が必要となるであろう。適応障害やうつ病で職場復帰できていない症例が多い(P値=0.0004\*)ことも、早期の職場復帰が簡単ではなく、職場復帰できない病態の理解し、早期復帰のための支援プログラムが必要とされていることが望まれる。

労災認定時点から職場復帰をした事例(63)に関して、職場復帰を主導したのは、主治医主導が34.0%(22)、その他が60.3%(38)であり、産業医、主治医及び産業医は登場しなかった。25例の事案が回答していたが、労災認定から職場復帰までの期間は平均2.2年かかっていることが明らかになった。

主治医から行政に症状固定(治ゆ)の相談があった事例は2例にすぎず、相談がなかった事例47.8%(176)、その他7.3%(27)、無回答44.3%(163)であった。行政から主治医症状固定(治ゆ)の相談があった事例は41例(11.1%)であり、36.4%(134)は相談はなかった。急性ストレス反応では、職場復帰に行政から主治医に症状固定(治癒)の相談は全くなく、うつ病において相談が多かった傾向がみられた。(P値=0.0002\*)行政から事業所へ本人が復職の意思確認があるかどうかに関しては、意思確認をされている労働者は7.1%(24)にすぎず、事業所は本人の復職を受け入れることに関して、積極的に受け入れるとの回答は7.9%(26)、消極的は5.4%(20)、拒否は2.4%(9)、その他56.2%(207)もあり、その他の内容は、退職15例、就業困難1例、事業停止3例、内服薬すべての中止を条件としているとの記載1例、死亡1例、裁判中1例、不明170例であった。

労災認定から4年経過して治ゆしている事例は53.2%(196)、治ゆしていない事例は44.6%(165)であり、治ゆしない事例が多いことが明らかになった。治ゆしていない事例165例のうち、治ゆの見通しがある事例は7.3%(12)、治ゆの見通しが無い事例は19.4%(32)、不明68.5%(113)であった。心理的負担が極度の出来事(40)は治癒している割合が多い(P値=0.0167\*)事故や災害の体験している労働者(93)ほど治癒している(P値=0.0146\*)仕事の質・量の変化の出来事で労災認定になった事例(78)は治癒していない傾向がみられた(P値=0.0127\*)

療養期間が長期化すればするほど事業者との関係も受け入れ(職場復帰)がスムーズにいかない側面が出てくる事例もあり、心理的反応としての精神疾患からうつ病等の側面側要因を主体とした病態に変遷する事例もあり、さまざまな要因が絡んで社会復帰ができない状況に労災保険での治療が、大きな壁に直面しているといっても過言ではない現状が明らかになった。

さらに全休の事例(113)の療養期間と給付額に関しては、1年未満では休業給付額は20万円未満の事例が多いが、療養期間が2年を超えると20万円を超える事例が増えてくること明らかになった。(P

値=0.0166\*)すなわち、休業が長期化している事例は多くの給付額が支給されていた。全休と回答のあった事例123例の中で労災認定から3年以上経過している事例は81.3%(100例)を占め、休業補償給付の支給額と療養期間に関しては、休業補償給付(全休)を受けている労働者の療養期間が長期化していた。(P<.0001\*)また、治癒している事例と治癒していない事例の療養期間に関して、治癒していない事例(145)の3年以上の療養事例は91%(132)であり、ほとんどの事例が療養期間が長期化することが明らかになった。(P<.0001\*)そして3年以上の長期療養者(192例)の中で治癒していない事例は76%(132)であり、給付額が増加していた。(P値=0.0022\*)この結果から、労災保険による治療プログラムの早急な検討が必要であり、どの時点で治ゆと判断するのか、治ゆ過程の流れの中で病態に合わせた治癒判定の条件や仕組みを早急に策定する必要がある。

### (3) 個別事案に関する見解と各労働局労災保険法上の症状固定(治ゆ)判断に関する意見。

<個別事案に関する意見>

重要な意見をまとめると、

- 1)療養中に死亡した事例は3例、
- 2)請求がないことから治癒と判断した事例は4例、
- 3)初診後に受診がないまま、相当期間経過しているため、治癒したものと判断した事例、
- 4)職場は理解があり、職場復帰を期待しているが、主治医の医療機関が労災指定病院でないため、アフターケアの受診ができないことが問題、
- 5)治癒していなかったとして、再度休業請求があり審査中、
- 6)休復職を繰り返し、休業中は休業褒章給付が支払われる、休業-復帰-休業、復帰-休業-復帰-休業継続中、休復職を繰り返す事例の労災給付の在り方、
- 7)出来事遭遇時の事業場に在職中だが、事業場と係争中(控訴審)のため、職場復帰に対する不安あり。和解、退職の決心をしつつあるため、その後症状固定の見込みとのこと。

<各労働局の治ゆに関する意見>

- 1)精神疾患の私病混入による継続事案について症状固定の判断に苦慮している。例(適応障害認定→躁鬱病、パニック障害混入)
- 2)同じ診断名でも症状は様々であり、主治医が治ゆとすることがない。
- 3)療養が長期化する前に、主治医主導で職場復帰や治療終了(アフターケアへ移行を含む)を促す制度的なものができるとうい
- 4)適正給付管理において、本人面接を行うためには、主治医意見が重要・主治医が症状固定と判断しなければ、いつまでも労災保険給付を継続することとなる。現状では行政主導の症状固定判断は難しい。
- 5)精神障害にかかる症状固定の時期については、「寛解」の診断がなされている場合と考えるとあるが、主治医からは「明確な時期を判断することは困難」との意見で、「寛解」の診断が得られず、長期にわたって継続治療行っている事案が多い・本人の状態および投薬の状況、リハビリによる治療の期間により、「寛解」(症状固定)の時期が必然的に決定?
- 6)労災保険給付の終了により生活が困窮するとして、症状の悪化を訴える場合の対応が困難。
- 7)日頃の療養が精神科の専門医でない場合は、症状固定について医師より積極的指導がなされないことから、結果的に療養が長期に及んでいる。(内科医等が投薬のみ行っている場合)
- 8)主治医等意見より、当初の出来事による症状は軽快していると判断されるものの、他のストレスにより病態は増悪を繰り返している方が多く見受けられる。・症状固定までに長期化する傾向があることから、精神疾患については「何年」で症状固定と定めていただきたい。
- 9)精神科、心療内科は指定医療機関が少ないため、症状固定の調査にアフターケアの教示が難しい。
- 10)精神障害は・出来事をもって認定しても、やはり根本には個々の病気になりやすさが垣間見える。
- 11)うつ状態の人に、症状が一定の状態であるとして症状固定の説明(休業補償の打ち切り)をしたところ、請求人の状態が悪化した場合の症状固定時期の判断に苦慮している。

12)療養が長引けば長引くほど、治ゆ(症状固定)、職場復帰は難しい。行政側から、主治医等に対し、治ゆの相談することによって、請求人の症状の増悪を招くのではないかと懸念されるため、積極的に働きかけることができない。

個別事案の意見から考察すると、基本的な問題として、精神科専門医でない医師が治療している実態は問題であり、精神科治療を受けるべく指導が難しいのであろうか、また、治療者患者関係からいっても、その医療機関が労災指定機関でなければ、アフターケアを勧められないという点も問題であろう、また休復職を繰り返してる事例に関して、いったん病状が回復したから復職し、さまざまな要因で病状が悪化したから休業を繰り返す事例に関して、復職した時点では「寛解」「復帰可能」と判断されていることから判断すると、なぜ、この時点で治ゆ(症状固定)ということにならないのか、精神科医からすると2回目以降の病状悪化、休業の要因は、当初、労災認定となった要因とは違う業務要因や側面要因、業務外要因が絡んで休業になった事例も存在し得るし、休業補償給付、療養補償給付の在り方も検討が必要であろう。

次に各労働局の治ゆに関する意見は、非常に貴重な意見が得られている。

精神疾患の病態が、当初の病態とは違った病態に変化、さらに対応によっては過敏な反応、行政が適切な治ゆ(症状固定)に関する説明をしたとしても、病態が悪化するのではないかと、との不安・恐れから、それ以上の説明、対応ができないと考えている労働局もあり、目に見えた形での治ゆが明らかである怪我(負傷)と同一に扱うことに違和感を感じている労働局もあり、労災保険給付の終了により生活が困窮するとして、症状の悪化を訴える場合の対応が困難をあげた労働局もあり、症状固定の時期を必然的に決められないか、あるいは「何年」で症状固定と決めてほしいとの見解を出した労働局もみられた。まさしく、精神障害が、心理的要因、側面要因、社会的要因、病態としての生物学的要因から病状が揺れ動き、症状固定の判断を困難にしているものと

思われる。現在、主治医からの病状照会、報告を監督署に提出することにはなっているものの、それについての主治医、給付を管理する監督署担当者との協議はなされていないことが多いのではないかとと思われる、すなわち、主治医が治療者患者関係のなかで労災保険による治療を行っても、主治医から実際に直接、病態の理解を聞いたうえで行政が判断することが少ないという現状が存在し、仮に病態を十分理解して、労災患者に説明しようとしても、過敏に過大に反応され、判断をしづらいというのが現状であろう。治ゆ(症状固定)の説明、今後の治療・生活等の説明は、主治医、行政、労災患者本人の三者での合意がなければ、進まないのではないだろうか、そのための治ゆの判断要件・基準を労災保険給付時点から時系列に示していくことが必要かであるかもし、主治医側と行政側の、それに対する協議が必要であろう。

## 2.療養開始後5年以上の長期療養事例

平成27年度研究で同年8月末時点で症状固定(治ゆ)していない事例は458例であった。

出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求した事例は128例(27.9%)であり、不明、無回答を除くと、全体(372)の34.4%が退職して労災請求していた。すなわち、転職、あるいは無職の状態で労災請求に至った事例が3割以上ということになる。また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年以上経過している事例は62例、不明、無回答を除くと、全体(265)の23.4%が出来事から5年以上も経過して労災請求していることになる。したがって業務上の出来事に遭遇して精神障害を発症し、かなり時間を経て、あるいは退職後に労災請求している事例が存在するということになる。

労災請求の際の事業主の証明が労災認定時に得られなかった事例が218例(47.6%)で、約半分の事例が労災請求の際に事業主証明が得られていなかった。この結果は、精神障害の労災請求過程がスムーズにいかないことがわかる。すなわち、業務が絡んだ精神障害が、たとえば対人関係問題や労務管理に

直結する内容が労災請求により事業主の責任問題（安全配慮義務）に発展させる可能性があるがために事業主の証明が簡単に得られないのではないかと推測される。

調査時点で職場復帰を果たしている事例は 39 例(8.5%)であり、この 39 例は職場復帰を果たしながら症状固定(治ゆ)には至っていなかった。このような事例は再休業に入ると生活費等は再度、休業補償給付から支給されることになる。生活費等の休業補償給付額は 20~30 万円/月が 136 例(29.7%)、10~20 万円/月が 126 例(27.5%)、30~40 万円/月が 79 例(17.2%)、40~50 万円/月が 43 例(9.4%)、50 万円以上/月は 16 例(3.5%)であり、40 万円以上/月は 121 例(26.6%)であった。これらの額は障害厚生年金の額が 1 級でも年間 966000 円であることを考えると高額となっているが、これは被災労働者に対する休業損害を填補するという労災補償制度に由来するものである。

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事例は 64 例(14%)であり、職場復帰を一度もしていない事例は 354 例(77.3%)であった。この結果も 5 年以上の長期療養をしていながら、職場復帰に向けた療養とは言えない実態が存在すると考えざるを得ない。また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の平均は、2.98 年であり、簡単に職場復帰しているわけではないことがわかるが、果たして本当に職場復帰訓練等の過程を経て復帰に至ったのか、スムーズに復帰できない理由が存在するからなのか、検討が必要であろう。職場復帰した事例に関して職場復帰を主導した医師は、26 例であり、主治医の労災認定になった精神障害事例に関する職場復帰の役割がいかに少ないかが推測されるのである。職場復帰に際して、主治医から行政に症状固定(治ゆ)の相談があった事例は 1 例のみであった。行政から主治医に症状固定(治ゆ)の相談があった事例は 50 例(10.9%)のみであった。これらの結果からも、主治医、行政共に長期療養者に職場(社会)復帰の働きかけができていない現状が明らかになった。また当該事業所への復職の本人の意思が確認されている事例は 30 例

(6.6%)のみであり、当該事業所が本人を受け入れることに対し、積極的態度の事例は 30 例(6.6%)、消極的事例は 6 例、拒否している事例は 6 例であった。この結果から考えると、精神障害で療養している患者に休業補償等の生活費は支給しているものの本来の労災保険の目的である早期職場復帰からは逸脱した療養状況が存在し、事業所側の療養者に対する複雑な事情もあり、主治医、行政も早期復職の手段が取ることができない現状が明らかになった。

労災認定時の傷病名がうつ病は全体の 56.3%(258)を占め、その他 13.1%(60)、適応障害 11.6%(53)、PTSD10.7%(49)であった。調査時点で傷病名が変更となった事例は 118 例であり、477 例(複数傷病名)のうち 24.7%が傷病名が変更されていた。調査時点の傷病名で多い疾病はうつ病 28.8%(34)、その他 26.3%(31)、双極性障害 20.3%(24)であった。労災認定時は双極性障害は 8 例のみであったが、調査時点では 24 例の事例が双極性障害に変更されていた。また統合失調症も認定時点では 4 例であったが、調査時点でさらに 8 例が同種病名に変更となっていた。

### 3.治ゆ(症状固定)しない長期療養事例対策

行政への照会で最も多いのは、生活費等の休業補償給付の支給期間、すなわち 3 年、5 年経過しても症状の改善が認められないという制限のない給付期間に関する照会 19%(8)であり、次に治ゆ判断の基準に関する照会 11%(5)、さらに治療は中止しているのに治ゆの説明に本人が納得しないという内容、主治医から症状固定判断に際し行政を含めた三者面談を希望、産業医との連携等であった。また、一步上で日本各地の旅行、海外旅行、パチンコの目撃情報等の適切な療養に問題があると思わせる照会もみられた。

長期療養の原因に関する行政の回答で最も多いのは、症状が改善しない・就業不安・リハへ導入ができない 26.6%(21)、次に手厚い休業補償給付のために生活に困窮しない、労災患者としての権利を主張 24.1%(21)、主治医の無理解・医療への疑問 13.9%(11)、係争中、事業場と対立している事例も多い

13.9%(11)、・・本来病態は別・他疾患へ移行し、病状の波があり 個体側要因が主体 7(8.9%)、適正給付管理すると症状悪化し、面談すらできなくなる、治癒判断基準なく休業補償支給期間制限なしことも長期療養の大きな原因、本来の病態は別であり、素因や脆弱性が長期療養には大きく関係している等である。

長期療養者に対する職場復帰対策としては、他機関との連携で社会復帰に向けた専門スタッフと行政の連携、職業安定所と連携、主治医と事業場の連携が18.6%(11)、主治医との定期的な面談や受け入れ体制整備や事業主の指導強化28.8%(17)、支給期間・要件・金額等の制度改正、適正給付管理対策としての治癒認定10(16.9%)であり、復職・転職の際の差額を補填(10万等)、職場復帰支援助成金制度、リハビリにボランティアをすることを条件、前職場への復帰を義務化する8.5%(5)等であった。

労災認定から調査時点までの期間に関連する事例の背景の探索的解析(山村研究協力員)では、単変量解析、多変量解析の場合とも「適応障害」 $<P$  値=0.0466(\*) $>$ で認定された場合に、認定から調査までの期間が短く、双極性障害 $<P$  値=0.0420(\*) $>$ がある場合に期間が長くなる傾向がみられた。あくまでも5年以上の長期事例である。認定から調査までの期間は、仕事の失敗 $<P$  値=0.0312(\*) $>$ の出来事としてある場合に長く、役割・地位等の変化が出来事 $<P$  値=0.0444(\*) $>$ としてある場合に短くなる傾向がある。労災請求の際の事業主の証明の有無と療養開始から調査時点までの期間の関係に関して、 $p=0.0652$  (t検定) 事業主の証明がない労働者は期間が長くなる傾向があり、疾病別にみると、PTSD  $p<0.0001$  がある場合に証明がある割合が高く、うつ病がある場合に証明がある割合が低い ( $p=0.0028$ )という結果が得られた。また、有意差はないが、休業給付額が多い方が、平均期間がやや長い傾向がある。 $<p=0.7597$  (分散分析)  $>$

問題は全体(265)の23.4%が出来事から5年以上も経過して労災請求していたという点である。

#### 4.平成26年度労災疾病臨床研究事業「業務に関連した精神科医療の現状と早期復職に関する調査・研

#### 究」(精神科主治医に対する調査)

労災認定された精神疾患の患者の精神科主治医は125(35.6%)人、回収された事例数は217例であった。労災認定された時点と現在の精神科診断に関して、認定時点の急性ストレス反応、PTSD、適応障害、反応性うつ病は減少し、逆に増加した診断名は、内因性うつ病、統合失調症、双極性障害、神経症性障害であった。心理的負荷の出来事として多いのは、パワーハラスメント(55)、事故や災害の体験(51)、仕事の失敗・過重な責任の発生(28)、仕事の量・質の変化(28)等の順位であった。エピソードと要因の関係をみると、パワーハラスメントにおいて、労働者側 ( $p$  値=0.0613)、職場の要因 ( $p$  値=0.0416)、労働者・会社・医療機関 ( $p$  値=0.0079) とほかの要因とは比率が異なっており、パワーハラスメントによる労災認定は、労働者、職場の両方の要因が絡んでいることが示唆された。特に「仕事の量・質の変化( $P$  値=0.0480)あるいは「パワーハラスメント ( $P$  値=0.0072)」により労災認定された場合の職場復帰は難しい側面があることも明らかになった。労災認定後から現在までの経過年数は3年以内が91(42%)であった。現時点で病状は安定(寛解)している事例は83例(38.2%)、事業主の証明が得られなかった事例は62例(28.6%)であった。現在、職場復帰を果たしている事例は66例(30.4%)であった。労災認定から復帰までの期間に関して回答が得られた事例は79人であったが、3年以内に職場復帰した事例は83.6%(66)であった。職場復帰できない要因として、労働者の要因25.3%、職場側の要因23.5%と約半分以上を占めた。職場復帰を阻害している要因は、会社側の受け入れ対策62(28.6%)、制度的な問題が大きい22(10.1%)、療養期間の期間設定すべき16(7.4%)という順に回答が得られた。会社の受け入れ状況が悪い事例は50(23%)みられた。産業医の関わりが良い事例は27.2%(59)、悪いとする事例は23%(50)であった。3年以上経過している事例の場合 職場復帰(社会復帰)できない理由として、回答数108全体のうち症状が改善しない事例は29.6%(32)、次に職場の受け入れ状況が困難22.4%(24)と続いた。

病状が安定したら患者の在籍する職場の産業医に復職の相談するとの意見に関して、全体の85%が肯定的見解を有していたが、精神科医として療養補償給付をいつまで継続すれば良いのか、すなわち労災保険法上の(症状固定(治癒))の判断に難渋していた。認定後3年以内に職場復帰を果たした事例の中で、職場復帰できない要因は、労働者の要因、職場側の要因があり、職場復帰を阻害している要因は、会社側の受け入れ対策、制度的な問題であった。エピソードと要因の関係を見ると、パワーハラスメントにおいて、労働者側(p値=0.0613)、職場の要因(p値=0.0416)、労働者・会社・医療機関(p値=0.0079)とほかの要因とは比率が異なっており、パワーハラスメントによる労災認定は、労働者、職場の両方の要因が絡んでいることが示唆された。特に「仕事の量・質の変化(P値=0.0480)」あるいは「パワーハラスメント(P値=0.0072)」により労災認定された場合の職場復帰は難しい側面があることも明らかにされた。認定後3年以上経過している事例の場合に職場復帰(社会復帰)できない理由として、症状が改善しない、職場の受け入れ状況が困難であり、労災保険制度における精神疾患により長期療養する労働者の病状的確な把握方法及び治癒の判断が大きな課題であることが認識できた。

## 5.2014～2016年度調査をとうして

2015年8月時点で労災疾病として5年以上の長期療養していた事例は458例であり、職場復帰を一度もしていない事例は354例(77.3%)であった。

この結果は5年以上の長期療養をしながら、職場復帰に向けた療養とは言えない実態が明らかにされた。2014年度調査(精神科主治医調査)で3年以内に職場復帰した事例は、83.6%(66)であったが、調査時点(2015年8月)まで5年以上治癒しない事例(458)は5年前の自殺ではない労災認定事例全体(2010年までの精神障害認定事例:1279)の35.8%が治癒していないと考えると、必ずしも精神科主治医の治癒した事例は83.6%(66)は、労災認定された精神疾患全体の数値ではないと考えられる。

さて今回の2016年度調査で平成23年度から各

年度に認定された事案の治癒率に関して、平成27年度に労災認定された事案の調査時点(28年8月)の治癒率は年度が変わるごとに減少しており、年度が古くなれば治癒率が上がるのは当然のことである、しかし、労災認定時点から5年経過しても四割近くは治癒に至っていないという結果が得られ、治癒しない事例は、統計学的探索によれば、年度ごとに治癒しない事例の割合がただ単に増えているだけではなく、増え方が徐々に大きくなってきていることが認められたことは、精神障害の請求・認定事案が急増していることの影響があるものと考えられる。

精神科主治医調査からも調査時点で職場復帰を果たしている事例は66例(30.4%)、専門スタッフや主治医訪問は数少なく、診療情報提供書のやり取りが34(61.8%)、労災認定の際の事業主の証明が得られなかった事例は62例(28.6%)であったが、2015年度調査では長期療養事例は、約半分の事例が労災請求の際に事業主証明が得られていなかった。精神科主治医調査では職場復帰を阻害している要因は、会社側の受け入れ対策62(28.6%)、制度的な問題が大きい22(10.1%)、療養期間の期間設定すべき16(7.4%)という順に回答されていたが、今年度も行政に対する調査では長期療養の原因に関する行政の回答で最も多いのは、症状が改善しない、就業不安・リハへ導入ができない26.6%(21)、次に休業補償給付のために生活に困窮しない、労災患者としての権利を主張24.1%(21)であり、長期療養者に対する職場復帰対策としては、他機関との連携で社会復帰に向けた専門スタッフと行政の連携、職業安定所と連携、主治医と事業場の連携が18.6%(11)、主治医との定期的な面談や受け入れ体制整備や事業主の指導強化28.8%(17)、支給期間・要件・金額等の制度改正、適正給付管理対策としての治癒認定10(16.9%)であり、復職・転職の際の差額を補填(10万等)、職場復帰支援助成金制度、リハビリにボランティアをすることを条件、前職場への復帰を義務化する8.5%(5)等であった。今回の調査(23年度事案が28年8月時点)で労災認定時点から職場復帰をした事例(63)に関して、職場復帰を主導したのは、主治医主導が34.0%(22)、その他が60.3%(38)であり、産業医、主

治医及び産業医の選択はなかった。また、2016年調査で療養期間が2年を超えると20万円を超える事例が増えてくること(P値=0.0166\*)、さらに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。労災認定された5年以上の長期療養者(2015年度調査)に関しては、調査時点で職場復帰を果たしている事例は39例(8.5%)であり、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事例は64例(14%)であり、職場復帰を一度もしていない事例は354例(77.3%)であった。このことから、療養期間が長期化する背景に休業補償給付の在り方が関係している可能性が高く、労災保険給付を受けている精神障害を有する労働者へ、主治医や行政からの治ゆや職場復帰の働きかけが、ほぼ実施されていない現状が明らかにされた。2015年度の行政調査で早期に職場復帰するためには、職場復帰すると収入減少となるため、その差額分を支払うことを条件とする意見もあり、精神疾患で労災認定された患者を職場復帰・就労支援することに行政側も難渋している実態が明らかにされた。極端に言えば、労災補償という補償に依存している実態が事実であり、早急な改善策を検討する時期に来ているのであろう。

今回の調査で休復職を繰り返す事例に関して、2回目以降の休業の要因は、当初、労災認定となった要因とは違う業務要因や個体側要因、業務外要因が絡んで休業になった事例も存在し得る可能性があり、休業補償給付、療養補償給付の在り方も今後、検討が必要であろう。さらに各労働局から治癒判断に関して貴重な意見が得られたが、主治医は、治療者患者関係のなかで労災保険による治療を行っても、病態の理解を主治医から直接、病態、患者の特性を聞いたうえで行政が判断することが少ないという現状が存在し、仮に病態を十分理解して、労災患者に説明しようとしても、過敏に過大に反応され、判断をしづらいというのが現状であろう。治ゆ(症状固定)の説明、今後の治療・生活等の説明は、主治医、行

政、労災患者本人の三者での合意がなければ、進まないと考えられ、そのための治ゆの判断要件・基準を労災保険給付時点から時系列に示していくことが必要であるかもしれない、主治医側と行政側の、それに対する協議が必要であろう。そして被災労働者に対する休業損害を填補するという労災補償制度に見合った具体的な治療プログラムを策定する時期に来ているのであろう。

## E. 結論

2014年、2015年、2016年度調査をとうして業務上認定された精神疾患を有した患者の職場復帰・就労がいかに困難かが、明らかにされたが、精神科主治医、事業所、行政の三者ともに、この長期療養者の対応に難渋していることが明らかになった。今後は、労災患者の治ゆ判定の基準や、労災保険による独自の治療プログラムを策定すべきである。

## 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

## 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

| 年度   | H23 |     |        | H24 |     |        | H25 |     |        | H26 |     |        | H27 |     |        |
|------|-----|-----|--------|-----|-----|--------|-----|-----|--------|-----|-----|--------|-----|-----|--------|
|      | 事案数 | 治ゆ  | 治癒率    |
| 都道府県 | 264 | 162 | 61.4%  | 386 | 229 | 59.3%  | 381 | 203 | 53.3%  | 401 | 199 | 49.6%  | 386 | 138 | 35.8%  |
| 北海道  | 13  | 8   | 61.5%  | 22  | 8   | 36.4%  | 18  | 9   | 50.0%  | 30  | 17  | 56.7%  | 16  | 5   | 31.3%  |
| 青森   | 0   | 0   | 0.0%   | 3   | 1   | 33.3%  | 2   | 0   | 0.0%   | 6   | 5   | 83.3%  | 6   | 4   | 66.7%  |
| 岩手   | 1   | 1   | 100.0% | 5   | 4   | 80.0%  | 5   | 3   | 60.0%  | 8   | 3   | 37.5%  | 6   | 1   | 16.7%  |
| 宮城   | 20  | 16  | 80.0%  | 15  | 11  | 73.3%  | 11  | 6   | 54.5%  | 11  | 6   | 54.5%  | 7   | 0   | 0.0%   |
| 秋田   | 2   | 1   | 50.0%  | 1   | 1   | 100.0% | 3   | 3   | 100.0% | 2   | 0   | 0.0%   | 2   | 0   | 0.0%   |
| 山形   | 1   | 1   | 100.0% | 6   | 4   | 66.7%  | 1   | 0   | 0.0%   | 5   | 4   | 80.0%  | 6   | 1   | 16.7%  |
| 福島   | 5   | 4   | 80.0%  | 9   | 6   | 66.7%  | 8   | 3   | 37.5%  | 4   | 1   | 25.0%  | 10  | 3   | 30.0%  |
| 茨城   | 10  | 5   | 50.0%  | 11  | 5   | 45.5%  | 8   | 6   | 75.0%  | 5   | 2   | 40.0%  | 3   | 2   | 66.7%  |
| 栃木   | 1   | 0   | 0.0%   | 1   | 0   | 0.0%   | 1   | 1   | 100.0% | 2   | 0   | 0.0%   | 0   | 0   | 0.0%   |
| 群馬   | 2   | 1   | 50.0%  | 3   | 3   | 100.0% | 2   | 2   | 100.0% | 3   | 1   | 33.3%  | 4   | 3   | 75.0%  |
| 埼玉   | 3   | 1   | 33.3%  | 3   | 3   | 100.0% | 7   | 5   | 71.4%  | 20  | 12  | 60.0%  | 10  | 5   | 50.0%  |
| 千葉   | 7   | 4   | 57.1%  | 8   | 5   | 62.5%  | 10  | 5   | 50.0%  | 16  | 6   | 37.5%  | 12  | 3   | 25.0%  |
| 東京   | 30  | 13  | 43.3%  | 69  | 38  | 55.1%  | 70  | 27  | 38.6%  | 73  | 33  | 45.2%  | 76  | 26  | 34.2%  |
| 神奈川  | 30  | 13  | 43.3%  | 42  | 16  | 38.1%  | 30  | 18  | 60.0%  | 27  | 10  | 37.0%  | 34  | 8   | 23.5%  |
| 新潟   | 3   | 2   | 66.7%  | 3   | 3   | 100.0% | 8   | 4   | 50.0%  | 5   | 4   | 80.0%  | 2   | 1   | 50.0%  |
| 富山   | 0   | 0   | 0.0%   | 2   | 1   | 50.0%  | 3   | 3   | 100.0% | 0   | 0   | 0.0%   | 4   | 1   | 25.0%  |
| 石川   | 1   | 1   | 100.0% | 2   | 1   | 50.0%  | 2   | 2   | 100.0% | 2   | 2   | 100.0% | 4   | 2   | 50.0%  |
| 福井   | 2   | 0   | 0.0%   | 5   | 3   | 60.0%  | 0   | 0   | 0.0%   | 4   | 2   | 50.0%  | 4   | 0   | 0.0%   |
| 山梨   | 1   | 1   | 100.0% | 4   | 4   | 100.0% | 5   | 5   | 100.0% | 1   | 1   | 100.0% | 2   | 2   | 100.0% |
| 長野   | 4   | 0   | 0.0%   | 2   | 1   | 50.0%  | 6   | 3   | 50.0%  | 4   | 2   | 50.0%  | 1   | 0   | 0.0%   |
| 岐阜   | 4   | 1   | 25.0%  | 5   | 4   | 80.0%  | 5   | 2   | 40.0%  | 5   | 0   | 0.0%   | 2   | 2   | 100.0% |
| 静岡   | 6   | 3   | 50.0%  | 5   | 5   | 100.0% | 4   | 2   | 50.0%  | 9   | 5   | 55.6%  | 9   | 3   | 33.3%  |
| 愛知   | 7   | 5   | 71.4%  | 16  | 14  | 87.5%  | 8   | 6   | 75.0%  | 15  | 9   | 60.0%  | 8   | 8   | 100.0% |
| 三重   | 0   | 0   | 0.0%   | 0   | 0   | 0.0%   | 2   | 1   | 50.0%  | 6   | 5   | 83.3%  | 6   | 4   | 66.7%  |
| 滋賀   | 6   | 6   | 100.0% | 7   | 4   | 57.1%  | 2   | 1   | 50.0%  | 5   | 4   | 80.0%  | 7   | 1   | 14.3%  |
| 京都   | 12  | 6   | 50.0%  | 15  | 12  | 80.0%  | 7   | 3   | 42.9%  | 14  | 8   | 57.1%  | 13  | 3   | 23.1%  |
| 大阪   | 17  | 9   | 52.9%  | 33  | 16  | 48.5%  | 38  | 16  | 42.1%  | 33  | 16  | 48.5%  | 35  | 8   | 22.9%  |
| 兵庫   | 15  | 13  | 86.7%  | 18  | 12  | 66.7%  | 32  | 18  | 56.3%  | 23  | 13  | 56.5%  | 17  | 8   | 47.1%  |
| 奈良   | 5   | 5   | 100.0% | 1   | 1   | 100.0% | 6   | 3   | 50.0%  | 1   | 0   | 0.0%   | 3   | 3   | 100.0% |
| 和歌山  | 1   | 1   | 100.0% | 0   | 0   | 0.0%   | 0   | 0   | 0.0%   | 2   | 0   | 0.0%   | 1   | 0   | 0.0%   |
| 鳥取   | 3   | 2   | 66.7%  | 2   | 1   | 50.0%  | 3   | 0   | 0.0%   | 0   | 0   | 0.0%   | 3   | 1   | 33.3%  |
| 島根   | 1   | 0   | 0.0%   | 1   | 0   | 0.0%   | 0   | 0   | 0.0%   | 1   | 0   | 0.0%   | 1   | 0   | 0.0%   |
| 岡山   | 6   | 5   | 83.3%  | 3   | 3   | 100.0% | 3   | 1   | 33.3%  | 5   | 4   | 80.0%  | 2   | 2   | 100.0% |
| 広島   | 6   | 4   | 66.7%  | 12  | 8   | 66.7%  | 11  | 6   | 54.5%  | 8   | 3   | 37.5%  | 11  | 2   | 18.2%  |
| 山口   | 3   | 3   | 100.0% | 4   | 4   | 100.0% | 4   | 3   | 75.0%  | 2   | 2   | 100.0% | 1   | 1   | 100.0% |
| 徳島   | 0   | 0   | 0.0%   | 1   | 1   | 100.0% | 2   | 1   | 50.0%  | 0   | 0   | 0.0%   | 2   | 2   | 100.0% |
| 香川   | 2   | 1   | 50.0%  | 3   | 1   | 33.3%  | 0   | 0   | 0.0%   | 4   | 0   | 0.0%   | 2   | 1   | 50.0%  |
| 愛媛   | 2   | 0   | 0.0%   | 5   | 3   | 60.0%  | 4   | 4   | 100.0% | 2   | 2   | 100.0% | 0   | 0   | 0.0%   |
| 高知   | 4   | 2   | 50.0%  | 4   | 1   | 25.0%  | 7   | 2   | 28.6%  | 3   | 1   | 33.3%  | 2   | 0   | 0.0%   |
| 佐賀   | 5   | 4   | 80.0%  | 2   | 1   | 50.0%  | 4   | 4   | 100.0% | 1   | 1   | 100.0% | 8   | 3   | 37.5%  |
| 福岡   | 8   | 8   | 100.0% | 13  | 8   | 61.5%  | 24  | 15  | 62.5%  | 12  | 5   | 41.7%  | 20  | 8   | 40.0%  |
| 長崎   | 0   | 0   | 0.0%   | 9   | 5   | 55.6%  | 2   | 1   | 50.0%  | 5   | 1   | 20.0%  | 7   | 3   | 42.9%  |
| 熊本   | 2   | 1   | 50.0%  | 1   | 0   | 0.0%   | 2   | 2   | 100.0% | 4   | 2   | 50.0%  | 3   | 1   | 33.3%  |
| 大分   | 2   | 2   | 100.0% | 3   | 2   | 66.7%  | 1   | 1   | 100.0% | 4   | 2   | 50.0%  | 3   | 1   | 33.3%  |
| 宮崎   | 7   | 6   | 85.7%  | 2   | 2   | 100.0% | 3   | 3   | 100.0% | 1   | 1   | 100.0% | 5   | 4   | 80.0%  |
| 鹿児島  | 1   | 0   | 0.0%   | 1   | 1   | 100.0% | 4   | 1   | 25.0%  | 5   | 2   | 40.0%  | 4   | 2   | 50.0%  |
| 沖縄   | 3   | 3   | 100.0% | 4   | 2   | 50.0%  | 3   | 2   | 66.7%  | 3   | 2   | 66.7%  | 2   | 0   | 0.0%   |

平成 28 年度労災疾病臨床研究事業費  
精神疾患により長期化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  
分担研究報告書

治療プログラム実施機関における長期療養の就労（復職）に関する調査研究

(分担研究者) 五十嵐良雄 メディカルケア虎ノ門 院長

要旨

目的

病状の安定と速やかな復職・就労へと導入する過程を実証的なデータを基に検討し、治療効果向上、再発・再燃防止や、就労継続・離職等防止の有効な手法の提案や制度的な方策等の提言を行う

概要

1. 全国の治療機関を対象としてこれまでの利用者における労災事例を集め、各例における労災となった背景・要因を記述してもらい、診断別に分析した。
2. 職場復帰治療プログラムを実施している施設を対象として、連続してあるいはこれまでの療養期間の合計が2年以上の長期療養事例に対し、復職プログラムから見た長期となった要因を記述してもらい、診断別の分類を試みた。これを通して労災を含む長期療養者への背景・要因を探った。

年度別計画案

A. 平成 28 年度：うつ病リワーク研究会の正会員施設に対して、以下について調査する。

- ① 労災案件の有無と事例の概要、
- ② 長期療養案件（復職者、脱落者を含む）の有無の調査と事例の概要

B. 平成 29 年度：28 年度調査結果から、以下の 2 点に関する調査研究を実施する。

- ① 疾患に着目した治療プログラム上での工夫に関する調査
- ② 労災案件の積極的な利用を促すためには、治療施設が受け入れをスムーズに行うため、治療施設に対して制度的な提案や要望に関するアンケート調査を実施

研究協力者：林俊秀（うつ病リワーク研究会、メディカルケア虎ノ門）

A. 研究目的

うつ病などの精神疾患で休職した労働者に対し、職場復帰と再休職予防を目的としたリハビリテーションであるリワークプログラム(以下、プログラム)を実施する治療プログラム実施医療機関(以下、治療機関)

は全国で 210 施設を超えている。プログラムに参加する労災を原因とした患者は必ずしも多くはないと推測されるが、労災とは認定されていないにしても、精神疾患を発症した要因として職場や業務の要因が直

接・間接的に影響していることはこれまでの調査研究から明確である。労災案件は一般的に長期療養となることが既に指摘されており、そのため長期療養となったプログラム利用者の要因を分析することにより、労災を含む案件の課題に対する治療プログラム上での工夫が可能ではないかと考えられる。

そこで、治療機関を対象としてこれまでのプログラム参加者における労災案件の有無とその概要について調査を実施し、その実態を把握することとした（研究1）。

また、労災と認定されてはいないが、プログラム参加者のうち合算して2年間以上の長期間療養している患者についても概要と背景について調査を行い、長期療養となる要因を検討することとした（研究2）。

## **研究1**

### **B. 研究方法**

治療機関で組織しているうつ病リワーク研究会の会員施設 207 施設に対し、労災によりプログラムに参加した患者に関する調査票（別紙1）を送付した。

### **C. 研究結果**

142 施設より回答を得た（回収率 68.6%）。そのうち 14 施設（9.9%）より合計 14 例の労災事例があり、128 施設（90.1%）では労災事例がなかった（表1）。

労災事例 14 施設 14 例の内容は、男性が 12 例（85.7%）、女性が 2 例（14.3%）であった（表2）。年齢は平均 43.9 歳で、最低 25 歳、最高 59 歳であった。プログラムの参加状況は、現在プログラム参加中が 3 例、プログラムをすでに終了または中止が 11 例であった（表3）。

ICD10 診断としては、気分（感情）障害（F3）が 12 例（85.7%）、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（F4）が 1 例（7.1%）、成人のパーソナリティおよび行動の障害（F6）が 1 例（7.1%）であった（表4）。

労災となった背景・要因については、長時間労働が 6 例、長時間労働とパワハラが 2 例、再休職を繰り返し退職勧告が 1 例、長時間労働について労働基準監督署に相談が 1 例、長時間労働と身体負傷が 1 例、セクハラが 1 例、パワハラが 1 例、身体傷害が 1 例、であった（表5）。

## **研究2**

### **B. 研究方法**

治療機関で組織しているうつ病リワーク研究会の会員施設 207 施設に対し、2 年以上の長期療養患者に関する調査票（別紙2）を送付した。

### **C. 研究結果**

138 施設より回答を得た（回収率 66.7%）。プログラムの利用者で休職期間の合計が 2 年以上を長期休職事例とし、その有無について聞いたところ、長期休職事例を持つ施設が 106 施設（76.8%）、長期休職事例のない施設が 32 施設（23.2%）であった。長期休職事例を持つ施設の事例合計数は 1467 例であり、1 施設平均 13.8 例であった（表6）。

長期休職事例の概要については 994 例の回答があった。性別では男性が 744 例（74.8%）、女性が 246 例（24.7%）、不明 4 例（0.4%）であった（表7）。年齢は平均 44.3 歳で、最低は 20 歳、最高は 63 歳であった。プログラムへの参加状況は、現在プログラ

ム参加中が 334 例 (33.6%)、プログラムをすでに終了または中止が 650 例 (65.4%)、不明・未回答が 10 例 (1.0%) であった (表 8)。

ICD10 診断としては、気分 (感情) 障害 (F3) が 802 例 (80.7%) で最も多く、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 (F4) が 109 例 (11.0%)、統合失調症、統合失調症型および妄想性障害 (F2) が 36 例 (3.6%)、心理的発達の障害 (F8) が 29 例 (2.9%)、精神作用物質使用による精神および行動の障害 (F1) と成人のパーソナリティおよび行動の障害 (F6) がともに 10 例 (1.0%)、精神遅滞 [知的障害] (F7) と小児及び青年期に通常発達する行動及び情緒の障害 (F9) がともに 5 例 (0.5%)、生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群 (F5) が 2 例 (0.2%)、症状性を含む器質性精神障害 (F0) が 1 例 (0.1%) であった (表 9)。

長期休職案件となった背景・要因について自由記載してもらった内容について背景・要因となるキーワードを抽出し、各キーワードを含む案件数を集計した (表 10)。そして、関連するキーワードをキーワード群としてまとめた。その結果、キーワード群として「家族関連群」、「身体疾患群」、「精神疾患群」、「コミュニケーション群」、「希死念慮群」、「意欲群」、「復職に時間がかかる群」、「休職期間が長い群」、「リワークまで長期間群」、「生活リズム群」、「内省群」、「回避群」、「ストレス群」、「いじめ群」、「トラウマ群」、「業務適正群」、「過重労働群」、「労災群」の 18 の群に整理した。

キーワード群の中で案件数が最も多かった群は「精神疾患群」343 件であり、「発達

障害」や「双極性障害」、「不安障害」などのキーワードが含まれていた。次いで「家族関係群」が 242 件で、「家族」や「子」、「離婚」、「(身内の) 死」などのキーワードが含まれていた。次いで多かったのは「対人関係」や「人間関係」などのキーワードが含まれる「コミュニケーション群」133 件で、次いで「上司」や「恐怖」、「パワハラ」などのキーワードが含まれる「いじめ群」107 件、「異動」や「能力」などのキーワードが含まれる「業務適正群」97 件とつづいた。

ICD10 診断別に背景・要因のキーワードを分類 (表 11) したところ、統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害 (F2) では「ストレス」、「能力」、「(身内の) 死」、「対人関係」「家族」、「受け入れ」、「知的」の含まれる案件が多かった。気分 (感情) 障害 (F3) では、「ストレス」、「対人関係」、「上司」、「子」が含まれる案件が多かった。神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F4) では、「コミュニケーション」、「ストレス」、「上司」「異動」、「対人関係」、「モチベーション」、「リズム」、「家族」、「家庭」、「意欲」が含まれる案件が多かった。心理的発達の障害 (F8) では、「コミュニケーション」、「対人関係」、「公務員」、「人間関係」、「モチベーション」、「制度」、「充実」、「内省」、「上司」、「叱責」、「異動」、「能力」が含まれる案件が多かった。

#### D. 考察

研究 1 では、治療施設における労災案件は 1 割の施設であったが、複数の事例を持つ施設はなかった。概要としては 40 代の男性が長時間労働やパワハラを背景に気分障

害を発症するという案件が多かった。これまでのリワークプログラムの総利用者の割合からみてもかなり少ない割合であり、今後さらに多くの利用が望まれる実態が明らかとなった。

研究 2 では、プログラム利用者のうち 2 年以上の長期休職案件については 8 割弱の施設で事例を有していた。回答された 994 例の年齢が 44 歳という点は研究 1 の労災事例と同じであった。

各ケースの背景・要因について記載の内容を整理するために文中のキーワードを抽出し、類似のキーワードをまとめてキーワード群とした。最も多かった群は「精神疾患群」343 件であり、「発達障害」や「双極性障害」、「不安障害」などがキーワードとしてあげられ、単なるうつ病ではない複雑化した背景疾患の存在があった。次いで、「家族関係群」が 242 件で、配偶者や親・子供などの家族が結婚や離婚、DV、死などの出来事と関連することが考えられる。次いで多かったのは「コミュニケーション群」133 件で、知人関係上でのコミュニケーションの障害があげられた。次いで多かった「いじめ群」107 件では、上司からの叱責に対する恐怖やパワハラなどの要素が考えられた。また、「業務適正群」97 件では、異動により業務に適応できなくなった場合や能力に問題がある場合が考えられた。

診断別に分類したところ統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害 (F2)、気分 (感情) 障害 (F3)、神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F4)、心理的発達の障害 (F8) いずれにも多く含まれるキーワードとしては「コミュニケーション群」であったことから、いずれの疾

患においても周囲とのコミュニケーションの不調が表面化することが背景・要因として存在するといえる。また、各診断名別にみると背景要因に違いがあり、疾患の特異性が影響を与えていた。統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害 (F2) では能力障害の存在に加えて (身内の) 死などの家族的背景が大きいと考えられた。気分 (感情) 障害 (F3) では、上司などの業務上の対人関係に加えて子供などの家族的要因が存在すると思われる。神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F4) では、上司との対人関係や異動、業務へのモチベーションなどの要素に加え、家族や家庭における課題があった。心理的発達の障害 (F8) では、上司との対人関係や叱責に加え、異動やモチベーションなどの職場の要因が主な要因であった。

このように疾患によって長期療養化する背景要因に違いがあったことから、疾患による違いに着目した治療機関でのプログラム上の対応に工夫を加えることが提案できる。

#### E. 結論 (今後の研究の方向性)

今回の調査から労災案件の治療プログラムの利用は極めて少ない実態が明らかとなった。職場復帰を目的としたプログラムは、労災案件においても精神症状の回復と職場復帰に向けた就労可否の評価に活用できると考えられ、労災の場合も積極的に治療機関を利用することで早期に適切な就労に結び付けることができる可能性があり、そのためにも労災病院等の専門医療機関と治療機関との連携なども検討する必要がある。

また、治療プログラムの長期利用者の調

査結果から疾患によって異なる背景因子があることが判明し、治療プログラムの工夫がその効果をさらに上げることが出来る可能性がある。

今年度の研究の成果を基に来年度の研究のテーマとしては、疾患に着目した治療プログラム上での工夫に関する調査を行う。また、労災案件の積極的な利用を促すためには、治療施設が受け入れをスムーズに行う必要があることから、治療施設に対して制度的な提案や要望に関するアンケート調査を実施する。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし（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

■ (表1) 労災事例有無

|       | 度数  | %     |
|-------|-----|-------|
| 合計    | 142 | 100.0 |
| 労災事例有 | 14  | 9.9   |
| 労災事例無 | 128 | 90.1  |

労災事例14件の内訳

■ (表2) 性別

|    | 度数 | %     |
|----|----|-------|
| 合計 | 14 | 100.0 |
| 男性 | 12 | 85.7  |
| 女性 | 2  | 14.3  |

■ (表3) リワーク参加状況

|         | 度数 | %     |
|---------|----|-------|
| 合計      | 14 | 100.0 |
| 参加中     | 3  | 21.4  |
| 終了または中止 | 11 | 78.6  |

■ (表4) 診断名

|    | 度数 | %     |
|----|----|-------|
| 合計 | 14 | 100.0 |
| F3 | 12 | 85.7  |
| F4 | 1  | 7.1   |
| F6 | 1  | 7.1   |

■ (表5) 背景・要因

|                | 度数 | %     |
|----------------|----|-------|
| 合計             | 14 | 100.0 |
| 長時間労働          | 6  | 42.9% |
| 長時間労働＋パワハラ     | 2  | 14.3% |
| 再休職繰り返し退職勧告    | 1  | 7.1%  |
| 長時間労働について労基に相談 | 1  | 7.1%  |
| 長時間労働＋身体負傷     | 1  | 7.1%  |
| セクハラ           | 1  | 7.1%  |
| パワハラ           | 1  | 7.1%  |
| 身体傷害           | 1  | 7.1%  |

■ (表6)長期休職事例有無

|         | 度数  | %     |
|---------|-----|-------|
| 合計      | 138 | 100.0 |
| 長期休職事例有 | 106 | 76.8  |
| 長期休職事例無 | 32  | 23.2  |

概要報告のあった長期休職事例994件の内訳

■ (表7)性別

|    | 度数  | %     |
|----|-----|-------|
| 合計 | 994 | 100.0 |
| 男性 | 744 | 74.8  |
| 女性 | 246 | 24.7  |
| 不明 | 4   | 0.4   |

■ (表8)リワーク参加状況

|         | 度数  | %     |
|---------|-----|-------|
| 合計      | 994 | 100.0 |
| 参加中     | 334 | 33.6  |
| 終了または中止 | 650 | 65.4  |
| 不明・未回答  | 10  | 1.0   |

■ (表9)診断名(複数回答)

|    | 度数  | %     |
|----|-----|-------|
| 合計 | 994 | 100.0 |
| F3 | 802 | 80.7  |
| F4 | 109 | 11.0  |
| F2 | 36  | 3.6   |
| F8 | 29  | 2.9   |
| F1 | 10  | 1.0   |
| F6 | 10  | 1.0   |
| F7 | 5   | 0.5   |
| F9 | 5   | 0.5   |
| F5 | 2   | 0.2   |
| F0 | 1   | 0.1   |

(表10)背景・要因:自由記載の内容を整理、キーワードで文章を検索し該当した事例の件数

| キーワード群 | キーワード     | 件数 |
|--------|-----------|----|
| 家族関連群  | 家族        | 48 |
|        | 家庭        | 27 |
|        | 身内        | 3  |
|        | プライベート    | 7  |
|        | 夫         | 14 |
|        | 妻         | 18 |
|        | 子         | 41 |
|        | 結婚        | 5  |
|        | 出産        | 1  |
|        | 離婚        | 27 |
|        | 流産        | 2  |
|        | 浮気        | 2  |
|        | DV        | 2  |
|        | 不登校       | 2  |
| 死      | 26        |    |
| 喪失     | 7         |    |
| 単身     | 10        |    |
| 身体疾患群  | 内科        | 8  |
|        | 身体疾患      | 8  |
|        | 更年期       | 2  |
|        | 腰痛        | 6  |
|        | 交通事故      | 2  |
|        | 体力        | 8  |
|        | 睡眠時無呼吸症候群 | 6  |

| キーワード群     | キーワード     | 件数          |    |
|------------|-----------|-------------|----|
| 精神疾患群      | 発達障害      | 発達障害        | 42 |
|            |           | 自閉症スペクトラム障害 | 22 |
|            |           | アスペルガー      | 5  |
|            |           | ADHD        | 12 |
|            | 双極性障害     | 双極性障害       | 64 |
|            |           | 躁           | 21 |
|            | パーソナリティ   | パーソナリティ     | 17 |
|            | 依存        | アルコール       | 31 |
|            |           | ギャンブル       | 2  |
|            |           | 依存          | 24 |
| 統合失調症      | 統合失調症     | 3           |    |
| 不安障害       | 対人緊張      | 1           |    |
|            | 不安        | 99          |    |
| コミュニケーション群 | コミュニケーション | 38          |    |
|            | 対人関係      | 52          |    |
|            | 人間関係      | 43          |    |
| 希死念慮群      | 自殺        | 12          |    |
|            | 希死念慮      | 10          |    |
| 意欲群        | 意欲        | 43          |    |
|            | モチベーション   | 36          |    |
|            | 転職        | 17          |    |

| キーワード群       | キーワード    | 件数 |
|--------------|----------|----|
| 復職に時間がかかる群   | 慎重       | 10 |
|              | 受け入れ     | 14 |
|              | 陰性感情     | 4  |
| 休職期間が長い群     | 充実       | 13 |
|              | 公務員      | 17 |
|              | 制度       | 12 |
| リワーク開始まで長期間群 | リワーク開始まで | 17 |
| 生活リズム群       | リズム      | 49 |
| 内省群          | 内省       | 14 |
|              | 自己分析     | 2  |
| 回避群          | 回避       | 22 |
|              | 逃避       | 3  |
| ストレス群        | ストレス     | 62 |
|              | 脆弱性      | 3  |
| いじめ群         | いじめ      | 7  |
|              | パワハラ     | 11 |
|              | セクハラ     | 3  |
|              | 叱責       | 7  |
|              | 上司       | 56 |
|              | 恐怖       | 19 |
|              | 指導       | 4  |

| キーワード群 | キーワード   | 件数 |
|--------|---------|----|
| トラウマ群  | トラウマ    | 15 |
|        | 心的外傷    | 6  |
| 業務適性群  | 適性      | 1  |
|        | ミスマッチ   | 5  |
|        | 異動      | 42 |
|        | 能力      | 41 |
|        | 知的      | 8  |
|        | 転勤      | 10 |
| 過重労働群  | 転居      | 3  |
|        | 過重労働    | 5  |
|        | 業務量     | 7  |
|        | 過多      | 7  |
|        | 業務多忙    | 10 |
| 労災群    | オーバーワーク | 2  |
|        | 労災      | 4  |

(表11)背景・要因:自由記載の内容を整理、キーワードで文章を検索し該当した事例の件数(診断名別)

| キーワード群       | キーワード     | 件数   | F2 n=36 | F3 n=802 | F4 n=109 | F7 n=5 | F8 n=29 |      |      |       |       |       |      |
|--------------|-----------|------|---------|----------|----------|--------|---------|------|------|-------|-------|-------|------|
| 家族関連群        | 家族        | 48   | 2       | 5.6%     | 37       | 4.6%   | 7       | 6.4% | 1    | 20.0% | 0     | 0.0%  |      |
|              | 家庭        | 27   | 0       | 0.0%     | 23       | 2.9%   | 7       | 6.4% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 身内        | 3    | 0       | 0.0%     | 2        | 0.2%   | 2       | 1.8% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | プライベート    | 7    | 0       | 0.0%     | 6        | 0.7%   | 0       | 0.0% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 夫         | 14   | 0       | 0.0%     | 11       | 1.4%   | 1       | 0.9% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 妻         | 18   | 1       | 2.8%     | 14       | 1.7%   | 2       | 1.8% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 子         | 41   | 0       | 0.0%     | 40       | 5.0%   | 5       | 4.6% | 0    | 0.0%  | 1     | 3.4%  |      |
|              | 結婚        | 5    | 0       | 0.0%     | 3        | 0.4%   | 2       | 1.8% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 出産        | 1    | 0       | 0.0%     | 1        | 0.1%   | 0       | 0.0% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 離婚        | 27   | 0       | 0.0%     | 26       | 3.2%   | 2       | 1.8% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 流産        | 2    | 1       | 2.8%     | 1        | 0.1%   | 0       | 0.0% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 浮気        | 2    | 0       | 0.0%     | 2        | 0.2%   | 0       | 0.0% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | DV        | 2    | 0       | 0.0%     | 2        | 0.2%   | 0       | 0.0% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 不登校       | 2    | 0       | 0.0%     | 2        | 0.2%   | 1       | 0.9% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 身体疾患群     | 死    | 26      | 3        | 8.3%     | 21     | 2.6%    | 1    | 0.9% | 0     | 0.0%  | 1     | 3.4% |
| 喪失           |           | 7    | 1       | 2.8%     | 5        | 0.6%   | 1       | 0.9% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
| 単身           |           | 10   | 10      | 0        | 0.0%     | 7      | 0.9%    | 2    | 1.8% | 1     | 20.0% | 0     | 0.0% |
| 内科           |           | 8    | 0       | 0.0%     | 6        | 0.7%   | 1       | 0.9% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
| 身体疾患         |           | 8    | 0       | 0.0%     | 8        | 1.0%   | 0       | 0.0% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
| 更年期          |           | 2    | 2       | 0        | 0.0%     | 2      | 0.2%    | 0    | 0.0% | 0     | 0.0%  | 0     | 0.0% |
| 腰痛           |           | 6    | 6       | 0        | 0.0%     | 5      | 0.6%    | 2    | 1.8% | 0     | 0.0%  | 0     | 0.0% |
| 交通事故         |           | 2    | 2       | 0        | 0.0%     | 2      | 0.2%    | 1    | 0.9% | 0     | 0.0%  | 0     | 0.0% |
| 体力           |           | 8    | 8       | 0        | 0.0%     | 7      | 0.9%    | 0    | 0.0% | 0     | 0.0%  | 0     | 0.0% |
| 睡眠時無呼吸症候群    |           | 6    | 6       | 0        | 0.0%     | 5      | 0.6%    | 0    | 0.0% | 0     | 0.0%  | 0     | 0.0% |
| コミュニケーション群   | コミュニケーション | 38   | 0       | 0.0%     | 22       | 2.7%   | 10      | 9.2% | 0    | 0.0%  | 5     | 17.2% |      |
|              | 対人関係      | 52   | 3       | 8.3%     | 42       | 5.2%   | 2       | 1.8% | 0    | 0.0%  | 5     | 17.2% |      |
|              | 人間関係      | 43   | 1       | 2.8%     | 33       | 4.1%   | 8       | 7.3% | 1    | 20.0% | 2     | 6.9%  |      |
| 希死念慮群        | 自殺        | 12   | 1       | 2.8%     | 10       | 1.2%   | 0       | 0.0% | 0    | 0.0%  | 1     | 3.4%  |      |
|              | 希死念慮      | 10   | 1       | 2.8%     | 8        | 1.0%   | 1       | 0.9% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
| 意欲群          | 意欲        | 43   | 1       | 2.8%     | 34       | 4.2%   | 6       | 5.5% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | モチベーション   | 36   | 1       | 2.8%     | 25       | 3.1%   | 7       | 6.4% | 0    | 0.0%  | 2     | 6.9%  |      |
|              | 転職        | 17   | 17      | 0        | 0.0%     | 12     | 1.5%    | 3    | 2.8% | 0     | 0.0%  | 0     | 0.0% |
| 復職に時間がかかる群   | 慎重        | 10   | 0       | 0.0%     | 8        | 1.0%   | 2       | 1.8% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 受け入れ      | 14   | 2       | 5.6%     | 10       | 1.2%   | 0       | 0.0% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 陰性感情      | 4    | 0       | 0.0%     | 4        | 0.5%   | 0       | 0.0% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
| 休職期間が長い群     | 充実        | 13   | 0       | 0.0%     | 7        | 0.9%   | 4       | 3.7% | 0    | 0.0%  | 2     | 6.9%  |      |
|              | 公務員       | 17   | 0       | 0.0%     | 15       | 1.9%   | 1       | 0.9% | 0    | 0.0%  | 4     | 13.8% |      |
|              | 制度        | 12   | 0       | 0.0%     | 6        | 0.7%   | 4       | 3.7% | 0    | 0.0%  | 2     | 6.9%  |      |
| リワーク開始まで長期間群 | リワーク開始まで  | 17   | 17      | 0        | 0.0%     | 15     | 1.9%    | 1    | 0.9% | 0     | 0.0%  | 0     | 0.0% |
| 生活リズム群       | リズム       | 49   | 49      | 1        | 2.8%     | 38     | 4.7%    | 7    | 6.4% | 2     | 40.0% | 1     | 3.4% |
| 内省群          | 内省        | 14   | 0       | 0.0%     | 10       | 1.2%   | 2       | 1.8% | 0    | 0.0%  | 2     | 6.9%  |      |
|              | 自己分析      | 2    | 0       | 0.0%     | 2        | 0.2%   | 0       | 0.0% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
| 回避群          | 回避        | 22   | 0       | 0.0%     | 18       | 2.2%   | 4       | 3.7% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 逃避        | 3    | 0       | 0.0%     | 3        | 0.4%   | 0       | 0.0% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
| ストレス群        | ストレス      | 62   | 5       | 13.9%    | 46       | 5.7%   | 10      | 9.2% | 1    | 20.0% | 0     | 0.0%  |      |
|              | 脆弱性       | 3    | 1       | 2.8%     | 2        | 0.2%   | 0       | 0.0% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | いじめ       | 7    | 0       | 0.0%     | 6        | 0.7%   | 2       | 1.8% | 0    | 0.0%  | 1     | 3.4%  |      |
| いじめ群         | パワハラ      | 11   | 0       | 0.0%     | 7        | 0.9%   | 4       | 3.7% | 0    | 0.0%  | 1     | 3.4%  |      |
|              | セクハラ      | 3    | 0       | 0.0%     | 0        | 0.0%   | 2       | 1.8% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 叱責        | 7    | 1       | 2.8%     | 3        | 0.4%   | 2       | 1.8% | 0    | 0.0%  | 2     | 6.9%  |      |
|              | 上司        | 56   | 1       | 2.8%     | 41       | 5.1%   | 9       | 8.3% | 0    | 0.0%  | 2     | 6.9%  |      |
|              | 恐怖        | 19   | 0       | 0.0%     | 13       | 1.6%   | 3       | 2.8% | 0    | 0.0%  | 1     | 3.4%  |      |
|              | 指導        | 4    | 0       | 0.0%     | 2        | 0.2%   | 0       | 0.0% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | トラウマ群     | トラウマ | 15      | 0        | 0.0%     | 10     | 1.2%    | 5    | 4.6% | 1     | 20.0% | 1     | 3.4% |
| 業務適性群        | 心的外傷      | 6    | 0       | 0.0%     | 5        | 0.6%   | 3       | 2.8% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 適性        | 1    | 0       | 0.0%     | 0        | 0.0%   | 1       | 0.9% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | ミスマッチ     | 5    | 0       | 0.0%     | 4        | 0.5%   | 1       | 0.9% | 0    | 0.0%  | 1     | 3.4%  |      |
|              | 異動        | 42   | 0       | 0.0%     | 30       | 3.7%   | 8       | 7.3% | 0    | 0.0%  | 2     | 6.9%  |      |
|              | 能力        | 41   | 4       | 11.1%    | 30       | 3.7%   | 5       | 4.6% | 1    | 20.0% | 2     | 6.9%  |      |
|              | 知的        | 8    | 2       | 5.6%     | 5        | 0.6%   | 0       | 0.0% | 2    | 40.0% | 0     | 0.0%  |      |
|              | 転勤        | 10   | 10      | 1        | 2.8%     | 7      | 0.9%    | 2    | 1.8% | 0     | 0.0%  | 0     | 0.0% |
| 過重労働群        | 転居        | 3    | 0       | 0.0%     | 2        | 0.2%   | 1       | 0.9% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 過重労働      | 5    | 0       | 0.0%     | 5        | 0.6%   | 0       | 0.0% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 業務量       | 7    | 0       | 0.0%     | 7        | 0.9%   | 0       | 0.0% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 過多        | 7    | 0       | 0.0%     | 5        | 0.6%   | 2       | 1.8% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
|              | 業務多忙      | 10   | 0       | 0.0%     | 9        | 1.1%   | 4       | 3.7% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |
| 労災群          | 労災        | 2    | 0       | 0.0%     | 2        | 0.2%   | 0       | 0.0% | 0    | 0.0%  | 0     | 0.0%  |      |

別紙1

平成 28 年度労災疾病臨床研究

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  
分担研究：治療プログラム実施機関における長期療養の就労（復職）に関する調査研究

これまでのリワークプログラム利用者における労災事例に関する調査のお願い

リワークプログラムの利用者における労災事例についてお聞きします。

問1. これまでに労災事例はありましたか。

|                                     |
|-------------------------------------|
| あった → 件数                  件<br>なかった |
|-------------------------------------|

問2. 問1で「あった」と答えた方にお聞きします。

労災事例の概要についてご記入ください。

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 基本属性                  | 現在の年齢                                  才<br>性別                                  男                  ・                  女  |
| リワーク参加状況<br>※該当するものに○ | 現在リワーク参加中                  ・                  既にリワーク終了、または中止   |
| 労災となった背景・要因           |  |
| ICD 診断名<br>※該当するものに○  | 1. 症状性を含む器質性精神障害（F 0）<br>2. 精神作用物質使用による精神および行動の障害（F 1）<br>3. 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害（F 2）<br>4. 気分（感情）障害（F 3）<br>5. 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害（F 4）<br>6. 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群（F 5）<br>7. 成人のパーソナリティおよび行動の障害（F 6）<br>8. 精神遅滞[知的障害]（F 7）<br>9. 心理的発達の障害（F 8）<br>10. 小児期および青年期に通常発達する行動及び情緒の障害（F 9） |

2例以上ある場合は、コピーしてご記入をお願いいたします。

調査へのご協力ありがとうございました。



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

研究分担者

渡辺 洋一郎 (渡辺クリニック院長)

神山 昭男 (有楽町桜クリニック院長)

研究要旨

本年度は、産業医もしくは主治医として関わった精神疾患を有する長期療養・休復職事例について、休業過程、復職過程などの一連のプロセスにおける判断状況の実態を解明する目的で、当該事例のサンプリング調査を渡辺、神山が共同して企画、実施した。

対象事例の要件は、過去5年以内に第N回目 ( $1 \leq N$ ) の休職(=連続して1カ月以上の休業)開始過程、さらに続いて休職後の復職開始過程、復職後1年以上の経過(安定就労、不安定就労、再休業等)に産業医もしくは主治医として関わった事例とした。

調査は当該事例について、休職判断、復職判断、就労再開時の就業上の配慮、復職後のフォロー状況、安定就労達成度などを含む計42問で構成した調査用紙を産業医、主治医に送付し回収する方法で実施し、産業医から44例、主治医から30例の事例を回収し一次集計を行った。

その結果、不調者の休業入りにおける本人説得の困難度、休業時、復職時に産業医、主治医が判断材料とする情報の出所、確認方法などに種々のバラツキがあること、復職後1年以内の安定就労の達成要因、さらには不安定就労に至った背景要因などが抽出され、これらは就労安定化の促進もしくは阻害に関連する可能性が示唆された。次年度も引き続き本調査を継続してデータの集積を図り、さらなる検討を続けていく予定である。

A. 研究目的

職場のメンタルヘルス不調者のなかには療養が長期化し、就労がしばしば困難となり頻回の休復職をくりかえす事例が多数認められ、病状の安定と速やかな復職・就労へと導入するための方策の確立が喫緊の課題となっている。

本テーマに対する一つのアプローチとして、メンタルヘルス不調者の治療を担当する主治医と労働者の安全配慮を担う職場・産業医らによる相互の連携効果に関する研究を最近5年間にわたり取り組んできた。

具体的には、平成24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、平成26年5月に全国の精神科クリニックを対象として連携問題への対応に関するアンケート調査、同年6月に第110回日本精神神経学会での講演、シンポジウム、さらに同年9月に「職場と主治医の連携効果をいかに高めるか」のシンポジウム、平成26～27年度の2年間には、これらを集約する形で労災疾病臨床研究事業として「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」(分担)を行った。

これらの先行研究により、①時系列的に不安定就労期、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対応テーマがあり、それらを不調者、主治医、職場ともに共通して理解していくことが重要、②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必要、③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が必要、④効果的な連携を進める上で不調者と職場・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土台として必要、などの点が明らかとなった。

これらを踏まえ、本年度は不調者の休復職過程における就労安定化の促進もしくは阻害に関連する要因を抽出することを目的として、精神疾患を有する長期療養・休復職事例に関わった主治医と産業医に対して、休職要否ならびに就労可否判断、復職後のフォロー状況、安定就労達成に向けた配慮、諸要件などを調査した。

B. 研究方法

1. 調査方法

本領域で専門医として取り組む医師へ事例提供を依頼して実施した。依頼した医師らは、全国の精神科クリニックの会員で構成された(公社)日本精神神経科診療所協会(日精診)産業メンタルヘルス関連委員会、東京都内の精神科クリニックの会員で構成された(一社)東京精神神経科診療所協会(東精診)産業メンタルヘルス委員会、さらに全国の精神科産業医が集う(一社)日本精神科産業医協会会員である。

別紙（資料1、2）をインターネット上のメール添付で送付、回答はインターネット、ファクス、郵送により回収した。

## 2. 調査項目と回答要領

### (1) 産業医として関わった事例の調査項目

①過去5年以内に事例の所属する職場で「産業医」（注1）として関わった事例

②「産業医」として第N回目（ $1 \leq N$ ）の休職（=連続して1カ月以上の休業）開始過程に関わった事例

③「産業医」として、上記の休職後の復職開始過程に関わった事例

④「産業医」として上記の復職後1年以上、その後の経過（安定就労、不安定就労、再休業等）に関わった事例（注2）

注1：「産業医」とは、職名（産業医、嘱託医等）や労基署への産業医登録の有無にかかわらず、当該の職場と契約して「本人や担当者と直接関わり、休職、復職の判断、指示、方針決定、就業上の配慮等の業務を取り組んでいる医師」と定義した。

注2：④の復職後の経過において1年以内に退職した事例（退職理由にかかわらず）は除く。

調査項目は計42問、内訳は以下の通り。

① 回答者のプロフィール：3問

② 事例の属性（産業医として関わり始めた時点において）：5問

③ 事例の職歴：3問

④ 事例の病歴：4問

⑤ 産業医として関わった休職過程：14問

⑥ 産業医として関わった復職過程：13問

### (2) 主治医として関わった事例の調査項目

①過去5年以内に事例と「主治医」（注1）として関わった事例

②「主治医」として第N回目（ $1 \leq N$ ）の休職（=連続して1カ月以上の休業）開始過程に関わった事例

③「主治医」として上記の休職後の復職開始過程に関わった事例

④「主治医」として上記の復職後1年以上、その後の経過（安定就労、不安定就労、再休業等）に関わった事例（注2）

注1：「主治医」とは、本人のメンタルヘルス不調に関わり、薬物療法、精神療法などの診療を担当している医師、と定義した。

注2：④の復職後の経過において1年以内に退職した事例（退職理由にかかわらず）は除いた。調査項目は計42問、内訳は以下の通り。

① 回答者のプロフィール：3問

② 事例の属性（主治医として関わり始めた時点において）：5問

③ 事例の職歴：3問

④ 事例の病歴：4問

⑤ 主治医として関わった休職過程：14問

⑥ 主治医として関わった復職過程：13問

各事例は本研究に関わる一切の治療的介入をせず、本研究に協力する医師から既に連結不可能匿名化され予め用意されたフォーマットに従い、本研究開始時点に提供された情報のみを用いた。

（倫理面への配慮）本研究は、平成28年11月医療法人社団桜メデイスン利益相反委員会および倫

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

## C. 研究結果

### 1. 産業医として関わった事例

#### (1) 産業医のプロフィール（表1～表3）

総計44名のうち1名をのぞく全員が事業所と産業医契約を行っていた。総じて産業医総経験年数は4年以上が多数を占め、事例が所属する職場での産業医経験は4年以上10年未満が最多。

#### (2) 事例の性・年齢・婚姻・世帯（表4～表7）

事例の内訳は男性35名、女性9名。男性のうち30歳代、40歳代が27名で最多。女性の年齢階層は30歳未満から50歳代までバラツキが認められた。婚姻状況は男性は既婚が多いが女性は未婚が多い。同様に同居中と単身生活の比率は男性が1:2、女性は2:1と対照的。

#### (3) 事例の職務状況（表8～表10）

所属業種は男女ともに製造業が最多、職務内容は男性は専門技術が最多、管理、事務と続くが、女性は事務職が多い。職位は男女ともに一般職が多い。

#### (4) 事例の既往（表11、表12）

精神・行動面の疾病の既往は男女ともにあり1：なし2の割合、その他の疾病の既往ありは男性の7名のみ。

#### (5) 事例の休職歴（表13、表14）

本調査でとりあげた休職以前の休職歴は、男女ともに精神・行動面の疾病、その他の疾病いずれも「なし」が約7割を占める。

#### (6) 事例の休復職エピソードにおける休職過程

##### ① 休職同意までの経緯（表15～表19）

男性は、休職入りに対して消極的が約半数、積極的が3割。本人の同意取り付けが必要な場合が7割、残りの不要な場合の理由としてはすでに休職入りが多い。

女性は、休職入りに対して積極的と消極的が半々。すでに休職入りしているため本人の同意取り付けは不要が大部分。

男女ともに、本人が最終的に同意した理由は、療養専念を希望が最多、主治医、産業保健職による説得、と続く。主治医との連携は半数で実施、文書による方法が半数。

##### ② 休職要否判断（表20～表24）

休職が必要と判断する情報の出所として、本人、上司、人事担当が多く、次いで主治医、産業保健専門職と続く。情報の内容は、身心の消耗をうかがわせる本人の所見、就業力低下、勤怠不安定、の3要素が多い。勤怠不安定の具体的内容は、月10日以上と月5日以上に意見が分かれた。情報の入手から休職必要の判断決定までに取り組んだ内容は、定期的な面談、就業面の配慮に関して人事、上司らの理解を求めた、主治医との情報交換、業務負担の軽減実施、受診勧奨など。その際の困難点は、指示・助言の受け入れに応じようとしない、意思疎通を図れない、など。

- ③ 要休職の診断病名(表25、表26)  
主治医発行の要休職診断病名は、うつ状態・抑うつ状態、適応障害、うつ病が多数を占める。産業医としての診断名は、適応障害、うつ状態・抑うつ状態、うつ病、発達障害が多い。
- ④ 休職中の対応(表27、表28)  
休職中の療養場所は自宅が最多、実家は少ない。本人から復職の意向が表明されるまでの間に休職中の本人と職場との連絡についての指示は、上司や人事との定期連絡を指示、産業保健専門職との定期連絡を指示、が多いが、上司や人事との連絡は中止の指示、本人に休職報告書を毎月1回提出する、などの指示は少ない。
- (7) 事例の休復職エピソードにおける復職過程
- ① 復職の可能性を示唆する情報(表29～表31)  
情報の出所は、本人、主治医、人事担当が多数を占めた。復職の可能性を示唆する情報の内容は、心身の安定をうかがわせる本人の所見、就業意欲の回復、生活行動の安定、主治医の診断書、が多数を占めた。また、確認方法は、生活日誌の記載・提出、人事・上司との面談、自主トレ(図書館、職場近辺への通勤・通所練習)の実績、専門施設におけるリワーク・各種復職準備プログラムの参加実績、など。
- ② 復職準備プログラムと復職決定(表32～表35)  
職場が企画実施する復職準備プログラムの有無はほぼ1:1。実施している場合、1カ月以内が最多。復職判定のタイミングはプログラム開始時に復職、プログラム終了時まで休職扱い、プログラム終了時まで仮復職扱い、の

3通りに分かれた。職場における復職可能性の最終判定は、職場の復職判定委員会が4割、その他は「本人と産業医との面談(その他同席せず)」と「本人と人事責任者の面談(その他同席せず)」の組み合わせが多い。

- ③ 復職後の就業上の配慮(表36、表37)  
復職後の就業上の配慮は全例で実施。その内容は、業務負担の軽減、就業時間制限、産業医の定期面談、が最多。次いで、配属場所の変更、業務内容の変更、主治医への情報提供と続く。
- ④ 復職後1年間の就業状況(表38～表41)  
7割が安定就労(休職なし)の維持を達成、その理由として、就業環境、業務負担の段階的調整、勤勉性・勤勉努力、治療努力、上司の指導力が続く。  
他方、不安定就労の理由としては、就業環境との不具合、本人の勤勉性・勤務努力が乏しい、など。そして、不安定就労の最初の兆候として、勤怠が不安定、心身の消耗をうかがわせる本人の所見、就業力低下など。

## 2. 主治医として関わった事例

- (1) 主治医のプロフィール(表42～表44)  
総計30名のうち調査事例の主治医としての関わりは約5割が4年以上。所属医療機関は診療所が約5割、その他は大学以外の総合病院、単科精神病院など。
- (2) 事例の性・年齢・婚姻・世帯(表45～表48)  
事例の内訳は男性21名、女性9名。男女ともに30歳代、40歳代が最多、婚姻状況は既婚が多い、同居中と単身生活の比率は男性が3:1、女性は8:1、どちらも同居中が多い。
- (3) 事例の職務状況(表49～表51)  
所属業種は男女ともに情報通信業が最多、職務内容は専門技術、事務と続く。職位は男女ともに一般職が多い。
- (4) 事例の既往(表52、表53)  
精神・行動面の疾病の既往は男性はあり1:なし2の割合、女性はほぼ1:1。その他の疾病の既往ありは男性4名、女性1名のみ。
- (5) 事例の休職歴(表54、表55)  
本調査でとりあげた休職以前の休職歴は、男女ともに精神・行動面の疾病、その他の疾病いずれも「なし」が約8割を占める。
- (6) 事例の休復職エピソードにおける休職過程

① 休職同意までの経緯(表 56～表 60)  
男性は、休職入りに対して積極的が約 7 割。本人の同意取り付けが必要な場合が 3 割。女性は、休職入りに対して消極的が 7 割。男女ともに、本人が最終的に同意した理由は、本人の療養専念希望が最多、家族、友人、そして上司の説得など。

② 休職要否判断(表 61～表 65)  
休職が必要と判断する情報の出所として、本人が最多。家族、上司、産業医と続く。情報の内容は、身心の消耗をうかがわせる本人の所見、就業力低下が多く、勤怠不安定と続く。勤怠不安定の具体的内容は、月 5 日以上の遅刻、早退、欠勤が多い。情報の入手から休職必要の判断決定までに取り組んだ内容は、定期的な診療、休職勧奨、就業時間の調整、産業医への業務調整への提案、家族の理解と支援依頼など。その際の困難点は、本人が指示・助言の受け入れに応じようとしない、意思疎通を図れない、家族の理解が得られない、など。

③ 要休職の診断病名(表 66、表 67)  
主治医発行の要休職診断病名は、うつ状態・抑うつ状態、うつ病、適応障害が多数を占める。産業医による診断は 9 割が承知していない。

④ 休職中の対応(表 68、表 69)  
休職中の療養場所は自宅が最多、実家は少ない。本人から復職の意向が表明されるまでの間に休職中の本人と職場との連絡についての指示・提案は半数がしていない。上司や人事との連絡は中止の指示、本人に休職報告書を毎月 1 回提出する、などの指示はない。

(7) 事例の休復職エピソードにおける復職過程

① 復職の可能性を示唆する情報(表 70～表 72)  
情報の出所は本人が最多、次いで復職支援プログラム担当スタッフ、家族が占めた。復職の可能性を示唆する情報の内容は、心身の安定をうかがわせる本人の所見、生活行動の安定、就業意欲の回復が多数を占めた。また、確認方法は、生活日誌の記載・提出、人事・上司との面談、自主トレ(図書館、職場近辺への通勤・通所練習)の実績、専門施設におけるリワーク・各種復職準備プログラムの参加実績、産業医面談など。

② 復職準備プログラムと復職決定(表 32～表

35)

職場が企画実施する復職準備プログラムは 6 割が未実施。実施している場合、3 カ月以内が 6 割。復職判定のタイミングはプログラム終了時まで休職扱い、プログラム終了時まで仮復職扱い、の 2 通りに分かれた。職場における復職可能性の最終判定は、「本人と産業医との面談(その他同席せず)」が 3 割。その他、職場の復職判定委員会、「本人と人事責任者の面談(その他同席せず)」の組み合わせが多い。

③ 復職後の就業上の配慮(表 77、表 78)  
復職後の就業上の配慮は 8 割で実施。その内容は、業務負担の軽減 就業時間制限、産業医の定期面談、業務内容の変更と続く。

④ 復職後 1 年間の就業状況(表 79～表 82)  
7 割が安定就労(休職なし)の維持を達成、その理由として、勤勉性・勤勉努力、業務負担の段階的調整、治療努力、就業環境とのマッチング、人事の配慮、が続く。他方、不安定就労の理由としては、就業環境との不具合、同僚の支援の乏しさ、人事の配慮の乏しさなど。そして、不安定就労の最初の兆候として、心身の消耗をうかがわせる本人の所見、勤怠が不安定など。

#### D. 考察

本年度は、過去 5 年以内に「産業医」もしくは「主治医」として関わった事例について質問紙調査を実施し、産業医から 44 例、主治医から 30 例の事例を回収し一次集計を行った。

不調者の休業入りにおける本人説得の困難度として、指示、提案への受容の低下が指摘された。これは接触性、判断力の低下といった病態が深く込み入った場合に起きる可能性が考えられる。

また、休業時、復職時に産業医、主治医が判断材料とする情報の出所、確認方法などに種々のバラツキがあることが明らかとなった。主治医は本人からの情報に頼る傾向が認められたが、職場内の情報についても積極的に収集していくことで認識の乖離を回避できる可能性がある。

また、復職後 1 年以内の安定就労の達成要因、さらには不安定就労に至った要因として、主治医も産業医も本人要因と職場環境要因の 2 要因を指摘している。これらは意識的に取り組めば各々の過程で改善もしくは解消に近づく可能性がある。

以上から、本データの解析により就労安定化の

促進もしくは阻害に関連する要因を抽出し、それらを現場に活用、還元する可能性が示唆された。

#### E. 結論

次年度も引き続き本調査を継続しデータの集積を図り、就労安定化に向けた指針、要領などに活用していく予定である。

#### 参考文献

##### 渡辺洋一郎分

- 1) 適性検査とその事後措置の有用性に関する検討。職場における新たな精神疾患罹患労働者に対するメンタルヘルスのあり方に関する研究(分担)、平成22年度～24年度厚生労働科学研究総合研究報告書、
- 2) メンタルヘルス不調による休職者における職場再適応方法の検討 ～労働者の適性を重視した職場異動の有効性～ 職場における新たな精神疾患罹患労働者に対するメンタルヘルスのあり方に関する研究(分担)、平成22年度～24年度厚生労働科学研究総合研究報告書、
- 3) 精神科医との連携法を知りたい ここが知りたい 職場のメンタルヘルスケア 精神医学の知識&精神医療との連携法(日本産業精神保健学会編)、単 2011 南山堂
- 4) 職場のメンタルヘルスの不調に気づく:産業医と精神科主治医との連携 Modern Physician 36(1) 71-74 単 2015 新興医学出版社
- 5) ストレスチェック制度を産業精神保健の中にどう位置づけるか 単 精神科治療学 31(1), 13-19 星和書店
- 5) ストレスチェック制度の狙いと課題 共 2015 (公財)日本生産性本部生産性労働情報センター

##### 神山昭男分

- 1) 主治医と職場の連携をどのように進めていけばいいのか?—診断書をはじめとする情報伝達をめぐって—、精神科治療学 単 31(1):55-62 2016 星和書店
- 2) “安定就労を達成するための方策をめぐって—連携力を軸とした治療導入期・休業期・復職期の対応—” 産業ストレス研究 単 23(2):125-133 2016 日本産業ストレス学会
- 3) 気分障害—メンタルクリニックでの主要な精神疾患への対応(3)統合失調症, 気分障害(外来精神科診療シリーズ) 共 1-354 2016 中山書店
- 4) 精神科医による産業医活動—ストレスチェック時代の新たな展開に向けて—メンタルクリニックでの主要な精神疾患への対応(3)統合失調症, 気分障害(外来精神科診療シリーズ) 単 323-336 2016 中山書店
- 5) 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 産業精神保健単 24(2):84-92 2016 日本産業精神保健学会

- 6) “医療機関における業務遂行力回復への試み” 日精診ジャーナル 単42(6):71-79 2016 (公社)日本精神神経科診療所協会
- 7) 職場不適応と適応障害をめぐって 健康管理 単63(12):2-17 2016 保健文化社
- 8) 適応力を上げるための支援とは 健康管理 共 63(12):18-25 2016 保健文化社
- 9) 救急医療43精神科—(3) 精神科の救急 元気がいいね 単 99:7 2016 東京都医師会
- 10) これからの職場のメンタルヘルス不調者対策を考える～精神科臨床医・産業医の経験をふりかえって～産業ストレス研究 単 24(1) : 35 2016 日本産業ストレス学会

#### 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)  
2017年6月 日精診第23回研究会会長講演  
(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

#### 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
2. 実用新案登録
3. その他

# 回答用紙（Ⅰ：産業医として関わった事例：全6ページ）

## 1. 記入・送付要領

代表例として2つの方法があります。いずれかの方法を選択してください。

- ① 添付のワードファイルをA4用紙に印刷して、ボールペン等で明瞭に記入し、ファクスもしくは郵送で事務局へ送付。（表紙に例えば回答産01、回答主01などとしていただくと助かります。）
- ② 添付のワードファイルをパソコン上でWord(ソフト)に読み込み、パソコン上で記入・保存したWordファイルをネットで事務局に送付。（ファイル名を例えば回答産01、回答主01などとしていただくと助かります。）

\* 送付・連絡先：厚労省研究事業 渡辺・神山班 事務局

住所：〒100-0006 千代田区有楽町1-7-1 電気ビル南館757区 医療法人社団桜メデイスン気付

アドレス：[kouyama@sakuramedicine.com](mailto:kouyama@sakuramedicine.com) ファクス：03-6914-5334

## 2. 事例の選択について

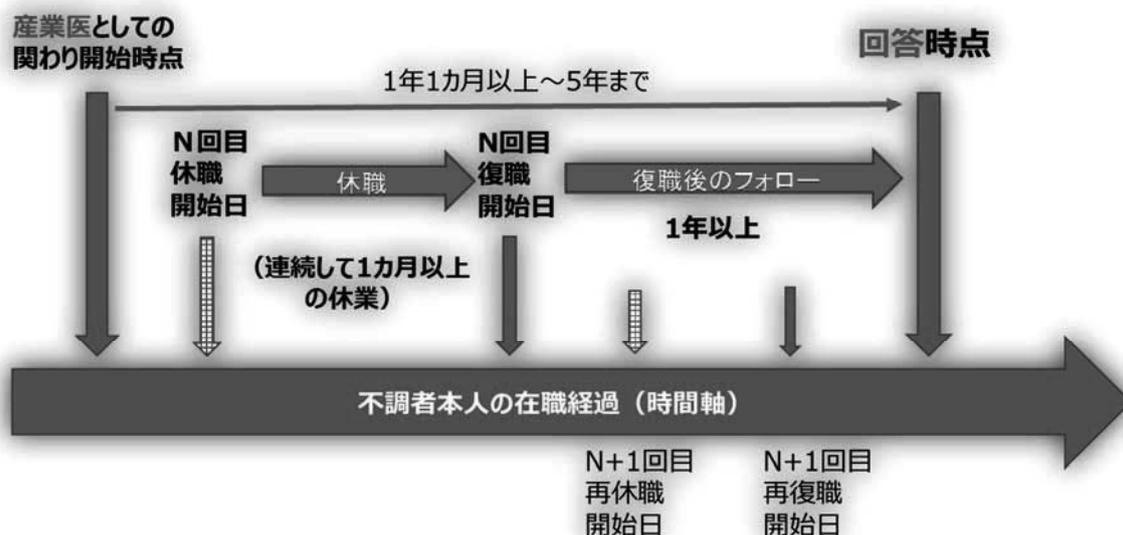
事例の選択は下図をご参照ください。すなわち、

- ① 過去5年以内に事例の所属する職場で「産業医」(注1)として関わった事例
- ② 「産業医」として、第N回目(1≤N)の休職(=連続して1か月以上の休業)開始過程に関わった事例
- ③ 「産業医」として、上記の休職後の復職開始過程に関わった事例
- ④ 「産業医」として、上記の復職後1年以上、その後の経過(安定就労、不安定就労、再休業等)に関わった事例(注2)

注1:「産業医」とは、職名(産業医、嘱託医等)や労基署への産業医登録の有無にかかわらず、当該の職場と契約して、「本人や担当者と直接関わり、休職、復職の判断、指示、方針決定、就業上の配慮等の業務に取り組んでいる医師」、と定義します。

注2:④の復職後の経過において1年以内に退職した事例(退職理由にかかわらず)は含みません。

### 図 時系列でみた事例と産業医との関わり



(回答用紙を送付する場合は、本ページから6ページまでをお送りください。)

上記の4要件を全て満たす事例を、自験例から最大5事例(できるかぎり多いほうが助かります)抽出してください。次に、その事例の第N回目の休職に続く復職過程を1つの連続したエピソードとして取り上げ、そのエピソードについて本紙の回答をお願いいたします。

**注: それぞれ該当する自験例があれば、産業医用、主治医用、それぞれ、もしくは片方だけでも結構です。1例でもご提出いただければ幸いです。**

### 3. 事例送付のお礼

事例1例ごとに薄謝をお送り申し上げます。お差し支えなければ送付先を下記に記述してください。

送付先: 〒

宛名

### 4. 事例に関する設問の構成

設問は以下の通り、6種類のテーマについて合計42問あります。最後まで回答をよろしく願いいたします。

|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| Z. 回答者のプロフィール                 | 3問  |
| ↓                             |     |
| A. 事例の属性 (産業医として関わり始めた時点において) | 5問  |
| ↓                             |     |
| B. 事例の職歴                      | 3問  |
| ↓                             |     |
| C. 事例の病歴                      | 4問  |
| ↓                             |     |
| D. 産業医として関わった休職過程             | 14問 |
| ↓                             |     |
| E. 産業医として関わった復職過程             | 13問 |

-----設問開始→これ以降の設問に回答をお願いします。-----

### Z. 回答者のプロフィール(本調査は無記名を原則とします)

Z1. 本事例の所属職場との契約書には、産業医と明記してありますか

① はい ② いいえ(産業医以外の医師として) ③ その他(具体的に )

Z2. 本事例の所属職場における業務経験は通算すると

① 2年未満 ② 2年以上、4年未満 ③ 4年以上、10年未満 ④ 10年以上

Z3. ご自分の経験として、上記の定義に見合った産業医としての総経験年数は

① 2年未満 ② 2年以上、4年未満 ③ 4年以上、10年未満 ④ 10年以上

## A. 事例の属性（産業医として関わり始めた時点において）

1. 事例番号 ① 1 ② 2 ③ 3 ④ 4 ⑤ 5
2. 性別 ①男性 ②女性
3. 年齢階層 ①30歳未満 ②30～39歳 ③40～49歳 ④50～59歳 ⑤60歳～
4. 住まい ①単身 ②家族同居 ③不明 ④その他(具体的に )
5. 婚姻状況 ①未婚 ②既婚 ③離婚後 ④死別 ⑤不明 ⑥その他(具体的に )
- 6.

## B. 事例の職歴

7. 業種 ①建設業 ②製造業 ③情報通信 ④運輸業 ⑤卸売・小売業 ⑥金融・保険業 ⑦医療・福祉  
⑧サービス業 ⑨公務 ⑩農林水産業 ⑪不明 ⑫その他(具体的に )
8. 職務内容 ①専門・技術 ②管理 ③事務 ④販売 ⑤サービス ⑥運転 ⑦不明  
⑧その他(具体的に )
9. 雇用・職位 ①正社員・一般職 ②正社員・管理職 ③正社員以外の社員 ④不明

## C. 事例の病歴

9. 産業医として関わる以前に、精神および行動面の障害の既往は  
①あり ②なし ③不明
10. 産業医として関わる以前に、精神および行動面の障害以外の既往は  
①あり ②なし ③不明
11. 産業医として関わる以前に、精神および行動面の障害による休職(1カ月以上)回数  
①なし ②1回 ③2回 ④3回以上 ⑤不明
12. 産業医として関わる以前に、精神および行動面の障害以外による休職(1カ月以上)回数  
①なし ②1回 ③2回 ④3回以上 ⑤不明

## D. 産業医として関わった休職過程

13. 休職決定までの過程において、本人の休職入りに対する考えは  
①積極的 ②消極的 ③どちらともいえない ④不明
14. 13が②、③の場合、休職入りに対する産業医による本人の同意の取り付け、確認の要否  
①必要だった ②不要だった
15. 14が②の場合の理由  
①本人はすでに休職入りしてしまった ②産業医面談をセットしたが本人が拒否  
③本人との連絡がつかなかった ④諸情報から要休職の判断ができていたので不要と判断  
⑤その他(具体的に )
16. 本人が最終的に休職に同意した理由  
①体調不良で出勤できないので本人が療養専念を希望 ②主治医による説得  
③家族、友人等による説得 ④上司による説得 ⑤人事担当者による説得  
⑥産業保健専門職(看護・心理等)による説得 ⑦その他(具体的に )

17. 16 が②の場合、産業医と主治医との連携は

- ①実施しなかった ②実施した(電話による) ③実施した(文書による) ④実施した(その他の方法)

18. 要休職の可能性を示唆する情報の出所(複数選択可)

- ①本人 ②上司 ③人事担当 ④産業保健専門職 ⑤家族 ⑥主治医 ⑦その他(具体的に )

19. 要休職の可能性を示唆する情報の内容(複数選択可)

- ①勤怠が不安定 ②心身の消耗をうかがわせる本人の所見 ③就業力低下 ④迷惑行為 ⑤過度の自己主張 ⑥不自然・場違いな言動 ⑦上司の指示を守れない ⑧所在不明・連絡不能 ⑨周囲との協調性が保てない ⑩その他の就業規則を逸脱した行為、行動 ⑪その他(具体的に )

20. 19 が①の場合、具体的に早退、遅刻、欠勤の頻度は

- ①月 5 日以上 ②月 10 日以上 ③月 15 日以上 ④その他(具体的に )

21. 要休職の可能性を示唆する情報の入手から休職決定までの間、産業医として取り組んだ内容(複数選択可)

- ①本人との定期的な面談を実行した ②業務負担の軽減措置を実施した  
③就業時間の調整(もしくは有休消化、短期間の休職)を実施した ④就業面の配慮に関して人事、上司らの理解を求めた ⑤異動、配置転換の要否、可能性を検討した(もしくは実施) ⑥心身の保養、治療の必要性とメリットを説明し受診勧奨をした ⑦本人の同意を得て主治医と情報交換を行った ⑧規則逸脱に対して指摘し改善を求めた ⑨家族(親族)に職場の対応に関する理解、支援を求めた ⑩その他(具体的に )

22. 産業医として、21 の取り組み中に困難を感じた点(複数選択可)

- ①本人の専門医受診 ②本人との意思疎通 ③本人の指示・助言の受け入れ ④病態・予後の見極め ⑤家族(親族)の理解を得る ⑥主治医との連携 ⑦職場の支援を得る  
⑧本人の業務力、職業適性の評価 ⑨作業・通勤面の安全確保 ⑩その他(具体的に )

23. 主治医発行の要休職と記載の診断書における病名(複数選択可)

- ①うつ状態・抑うつ状態 ②不安状態 ③混合性不安抑うつ状態 ④うつ病 ⑤双極性障害(躁うつ病) ⑥気分障害 ⑦不安障害 ⑧強迫性障害(神経症) ⑨PTSD ⑩発達障害(ASD、ADHD、自閉症スペクトラム障害等) ⑪アルコール使用障害(アルコール依存) ⑫パーソナリティ障害  
⑬アルコール症以外の物質使用障害 ⑭摂食障害 ⑮適応障害 ⑯不眠症・睡眠障害 ⑰心因反応 ⑱統合失調症・妄想性障害 ⑲自律神経失調症 ⑳認知症等 ㉑けいれん性疾患・器質性脳疾患  
㉒その他(具体的に )

24. 産業医の(見込み)診断病名(複数選択可)

- ①うつ状態・抑うつ状態 ②不安状態 ③混合性不安抑うつ状態 ④うつ病 ⑤双極性障害(躁うつ病) ⑥気分障害 ⑦不安障害 ⑧強迫性障害(神経症) ⑨PTSD ⑩発達障害(ASD、ADHD、自閉症スペクトラム障害等) ⑪アルコール使用障害(アルコール依存) ⑫パーソナリティ障害  
⑬アルコール症以外の物質使用障害 ⑭摂食障害 ⑮適応障害 ⑯不眠症・睡眠障害 ⑰心因反応 ⑱統合失調症・妄想性障害 ⑲自律神経失調症 ⑳認知症等 ㉑けいれん性疾患・器質性脳疾患  
㉒その他(具体的に )

25. 休職中の療養場所

- ①本人の自宅 ②本人の実家 ③①と②の双方 ④その他(具体的に )

26. 本人から復職の意向が表明されるまでの間に休職中の本人と職場との連絡についての指示  
(複数選択可)

- ①上司や人事との定期連絡を指示 ②上司や人事との連絡は中止の指示  
③本人に休職報告書を毎月1回提出することを指示 ④産業保健専門職との定期連絡を指示  
⑤その他(具体的に )

E. 産業医として関わった復職過程

27. 復職の可能性を示唆する情報の出所(複数選択可)

- ①本人 ②上司 ③人事担当 ④産業保健専門職 ⑤家族 ⑥主治医  
⑦その他(具体的に )

28. 復職の可能性を示唆する情報の内容(複数選択可)

- ①就業意欲の回復 ②心身の安定をうかがわせる本人の所見 ③生活行動が安定 ④思慮分別、  
社会性判断・行動の回復 ⑤自己抑制・セルフコントロールの回復 ⑤言動のおちつき ⑥上司の指  
示を守る ⑦連絡・約束を守り時間に正確に行動 ⑧周囲との協調性の回復 ⑨安全感・行動の  
実行 ⑩就業力の回復 ⑪主治医の診断書 ⑫薬物療法の内容(薬剤数の減少など)  
⑬休職を必要とした理由・事情の改善・解決 ⑭その他(具体的に )

29. 復職可能性の具体的確認方法(複数選択可)

- ①生活日誌の記載・提出 ②専門施設におけるリワーク・各種復職準備プログラムの参加実績  
③自主トレ(図書館、職場近辺への通勤・通所練習)の実績 ④人事・上司との面談  
⑤本人の休職前のふりかえり書類の提出 ⑥主治医との面談 ⑦家族との面談  
⑧就業力評価テスト(もしくは同等のテスト)の実施 ⑨その他(具体的に )

30. 職場が企画実施する復職準備プログラム

- ①実施しない(29のいずれかの方法のみ) ②実施した

31. 30が②の場合、実施期間

- ①1カ月以内 ②3カ月以内 ③半年以内 ④半年以上

32. 30が②の場合、復職判定のタイミング

- ①プログラム開始時に復職とした ②プログラム終了時まで休職扱い  
③プログラム終了時まで仮復職扱い ④その他(具体的に )

33. 職場における復職可能性の最終判定(複数選択可)

- ①職場の復職判定委員会 ②本人と産業医との面談(その他同席せず)  
③本人と人事責任者の面談(その他同席せず) ④=②+③ ⑤その他(具体的に )

34. 復職時の就業上の配慮

- ①実施しなかった ②実施した

35. 34が②の場合、実施内容(複数選択可)

- ①就業時間制限 ②業務負担の軽減 ③配属場所の変更 ④上司の変更 ⑤業務内容の変更  
⑥机の位置の変更 ⑦産業医の定期面談 ⑧産業保健専門職との定期面談  
⑨主治医への情報提供・連携の確認 ⑩家族への支援協力依頼  
⑪その他(具体的に )

36. 復職後 1 年間の就業状況

- ①安定就労(休職なし)の維持 ②休職まで至らないが不安定就労が続いている
- ③再休業(通算 1 カ月未満)あり ④再休職(通算 1 カ月以上、6 カ月未満)あり
- ⑤再休職(通算 6 カ月以上)あり ⑥その他(具体的に )

37. 36 が①の場合、最大の理由(3 つまで選択可)

- ①就業環境とのマッチング ②上司の指導力 ③本人の勤勉性・勤務努力 ④本人の治療努力
- ⑤同僚の支援 ⑥人事の配慮 ⑦家族の支援 ⑧業務負担の段階的調整 ⑨主治医の協力
- ⑩その他(具体的に )

38. 36 が③もしくは④もしくは⑤の場合、最大の理由(3 つまで選択可)

- ①就業環境との不具合 ②上司の指導力に難 ③本人の勤勉性・勤務努力が乏しい ④本人の治療努力が乏しい
- ⑤同僚の支援が弱い ⑥人事の配慮が乏しい ⑦家族の支援が弱い
- ⑧業務負担の段階的調整がおいつかない ⑨主治医の協力が得られない
- ⑩その他(具体的に )

39. 36 が③もしくは④もしくは⑤の場合、最初の兆候(3 つまで選択可)

- ①勤怠が不安定 ②心身の消耗をうかがわせる本人の所見 ③就業力低下 ④迷惑行為
- ⑤過度の自己主張 ⑤不自然・場違いな言動 ⑥上司の指示を守れない
- ⑦所在不明・連絡不能 ⑧周囲との協調性が保てない ⑨その他の就業規則を逸脱した行為、行動
- ⑩その他(具体的に )

以上です。ご協力ありがとうございました。

## 回答用紙(Ⅱ:主治医として関わった事例:全6ページ)

### 1. 記入・送付要領

代表例として2つの方法があります。いずれかの方法を選択してください。

- ① 添付のワードファイルをA4用紙に印刷して、ボールペン等で明瞭に記入し、ファクスもしくは郵送で事務局へ送付。(表紙に例えば回答産01、回答主01などとしていただくと助かります。)
- ② 添付のワードファイルをパソコン上でWord(ソフト)に読み込み、パソコン上で記入・保存したWordファイルをネットで事務局に送付。(ファイル名を例えば回答産01、回答主01などとしていただくと助かります。)

\*送付・連絡先: 厚労省研究事業 渡辺・神山班 事務局

住所: 〒100-0006 千代田区有楽町1-7-1 電気ビル南館757区 医療法人社団桜メデイスン気付

アドレス: [kouyama@sakuramedicine.com](mailto:kouyama@sakuramedicine.com) ファクス: 03-6914-5334

### 2. 事例の選択について

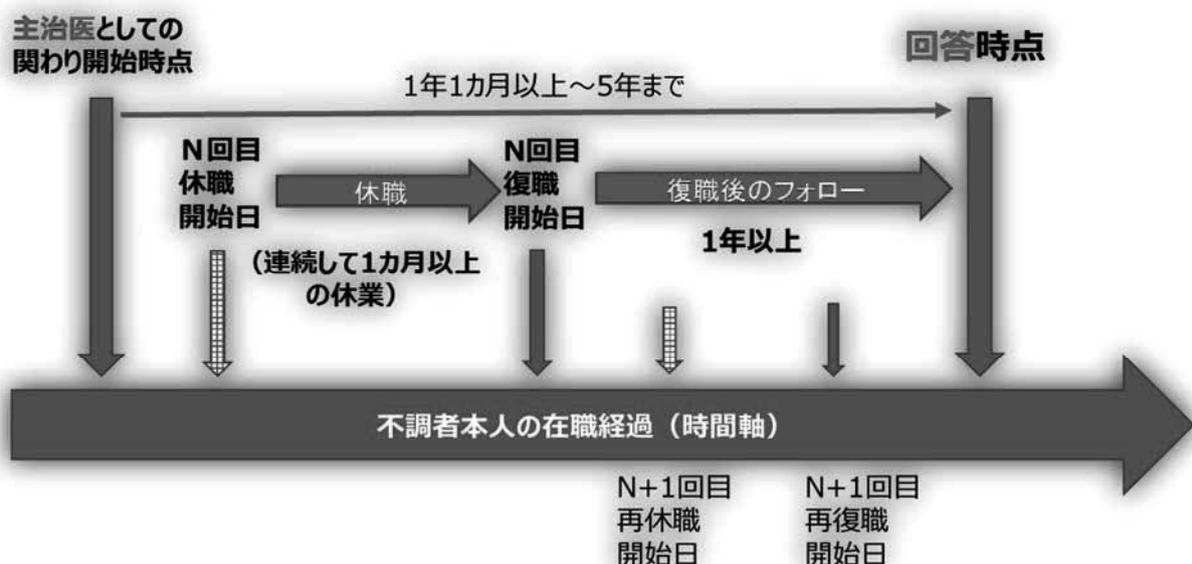
事例の選択は下図をご参照ください。すなわち、

- ① 過去5年以内に事例と「主治医」(注1)として関わった事例
- ② 「主治医」として、第N回目( $1 \leq N$ )の休職(=連続して1カ月以上の休業)開始過程に関わった事例
- ③ 「主治医」として、上記の休職後の復職開始過程に関わった事例
- ④ 「主治医」として、上記の復職後1年以上、その後の経過(安定就労、不安定就労、再休業等)に関わった事例(注2)

注1:「主治医」とは、本人のメンタルヘルス不調に関わり、薬物療法、精神療法などの診療を担当している医師、と定義します。

注2:④の復職後の経過において1年以内に退職した事例(退職理由にかかわらず)は含みません。

### 図 時系列でみた事例と主治医との関わり



(回答用紙を送付する場合は、本ページから6ページまでをお送りください。)

上記の4要件を全て満たす事例を、自験例から最大5事例(できるかぎり多いほうが助かります)抽出してください。次に、その事例の第N回目の休職に続く復職過程を1つの連続したエピソードとして取り上げ、そのエピソードについて本紙の回答をお願いいたします。

**注: それぞれ該当する自験例があれば、主治医用、産業医用、それぞれ、もしくは片方だけでも結構です。1例でもご提出いただければ幸いです。**

### 3. 事例送付のお礼

事例1例ごとに薄謝をお送り申し上げます。お差し支えなければ送付先を下記に記述してください。

送付先: 〒

宛名

### 4. 事例に関する設問の構成

設問は以下の通り、6種類のテーマについて合計42問あります。最後まで回答をよろしく願いいたします。

|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| Z. 回答者のプロフィール                 | 3問  |
| ↓                             |     |
| A. 事例の属性 (主治医として関わり始めた時点において) | 5問  |
| ↓                             |     |
| B. 事例の職歴                      | 3問  |
| ↓                             |     |
| C. 事例の病歴                      | 4問  |
| ↓                             |     |
| D. 主治医として関わった休職過程             | 14問 |
| ↓                             |     |
| E. 主治医として関わった復職過程             | 13問 |

-----設問開始→これ以降の設問に回答をお願いします。-----

### Z. 回答者のプロフィール(本調査は無記名を原則とします)

Z1. 本事例の主治医経験は通算すると

- ① 2年未満 ② 2年以上、4年未満 ③ 4年以上

Z2. 本事例の主治医経験はどこ医療機関ですか

- ① 大学 ② 大学以外の総合病院 ③ 単科精神科病院 ④ 診療所 ⑤ その他( )

Z3. ご自分の経験として、主治医としての総経験年数は

- ① 2年未満 ② 2年以上、4年未満 ③ 4年以上、10年未満 ④ 10年以上

## A. 事例の属性（主治医として関わり始めた時点において）

1. 事例番号 ① 1 ② 2 ③ 3 ④ 4 ⑤ 5
2. 性別 ①男性 ②女性
3. 年齢階層 ①30歳未満 ②30～39歳 ③40～49歳 ④50～59歳 ⑤60歳～
4. 住まい ①単身 ②家族同居 ③その他(具体的に ) ④不明
5. 婚姻状況 ①未婚 ②既婚 ③離婚後 ④死別 ⑤不明 ⑥その他(具体的に )

## B. 事例の職歴

6. 業種 ①建設業 ②製造業 ③情報通信 ④運輸業 ⑤卸売・小売業 ⑥金融・保険業 ⑦医療・福祉  
⑧サービス業 ⑨公務 ⑩農林水産業 ⑪その他(具体的に ) ⑫不明
7. 職務内容 ①専門・技術 ②管理 ③事務 ④販売 ⑤サービス ⑥運転 ⑦その他(具体的に )  
⑧不明
8. 雇用・職位 ①正社員・一般職 ②正社員・管理職 ③正社員以外の社員 ④不明

## C. 事例の病歴

9. 主治医として関わる以前に、精神および行動面の障害の既往は  
①あり ②なし ③不明
10. 主治医として関わる以前に、精神および行動面の障害以外の既往は  
①あり ②なし ③不明
11. 主治医として関わる以前に、精神および行動面の障害による休職(1カ月以上)回数  
①なし ②1回 ③2回 ④3回以上 ⑤不明
12. 主治医として関わる以前に、精神および行動面の障害以外による休職(1カ月以上)回数  
①なし ②1回 ③2回 ④3回以上 ⑤不明

## D. 主治医として関わった休職過程

13. 休職決定までの過程において、本人の休職入りに対する考えは  
①積極的 ②消極的 ③どちらともいえない ④不明
14. 13が②、③の場合、休職入りに対する主治医による本人の同意の取り付け、確認の要否  
①必要だった ②不要だった
15. 14が②の場合の理由  
①本人はすでに休職入りしてしまった ②主治医との面接をセットしたが本人が拒否  
③本人との連絡がつかなかった ④諸情報から要休職の判断ができていたので不要と判断  
⑤その他(具体的に )
16. 本人が最終的に休職に同意した理由  
①体調不良で出勤できないので本人が療養専念を希望 ②産業医による説得 ③家族、友人等による説得 ④上司による説得 ⑤人事担当者による説得  
⑥産業保健専門職(看護・心理等)による説得 ⑦その他(具体的に )

17. 16 が②の場合、産業医と主治医との連携は

- ①実施しなかった ②実施した(電話による) ③実施した(文書による) ④実施した(その他の方法)

18. 要休職の可能性を示唆する情報の出所(複数選択可)

- ①本人 ②上司 ③人事担当 ④産業保健専門職 ⑤家族 ⑥産業医  
⑦その他(具体的に )

19. 要休職の可能性を示唆する情報の内容(複数選択可)

- ①勤怠が不安定 ②心身の消耗をうかがわせる本人の所見 ③就業力低下 ④迷惑行為  
⑤過度の自己主張 ⑤不自然・場違いな言動 ⑥上司の指示を守れない ⑦所在不明・連絡不能  
⑧周囲との協調性が保てない ⑨その他の就業規則を逸脱した行為、行動  
⑩その他(具体的に )

20. 19 が①の場合、具体的に早退、遅刻、欠勤の頻度は

- ①月 5 日以上 ②月 10 日以上 ③月 15 日以上 ④不明

21. 要休職の可能性を示唆する情報の入手から休職決定までに主治医が取り組んだ内容(複数選択可)

- ①本人との定期的な診療を実行した ②産業医(職場)に業務負担の軽減措置を提案した  
③就業時間の調整(もしくは有休消化、短期間の休業)を本人に提案した ④心身の保養、治療の必要性とメリットを説明し休職勧奨をした ⑤本人の同意を得て産業医と情報交換を行った  
⑥規則逸脱に対して指摘し改善を求めた ⑦家族(親族)に病状に関する理解、支援を求めた  
⑧その他(具体的に )

22. 主治医として、21 の取り組み中に困難を感じた点(複数選択可)

- ①本人の定期受診 ②本人との意思疎通 ③本人の指示・助言の受け入れ ④病態・予後の見極め  
⑤家族(親族)の理解を得る ⑥産業医との連携 ⑦職場の支援を得る  
⑧本人の業務力、職業適性の評価 ⑨作業・通勤面の安全確保 ⑩その他(具体的に )

23. 主治医発行の要休職と記載の診断書における病名(複数選択可)

- ①うつ状態・抑うつ状態 ②不安状態 ③混合性不安抑うつ状態 ④うつ病 ⑤双極性障害(躁うつ病)  
⑥気分障害 ⑦不安障害 ⑧強迫性障害(神経症) ⑨PTSD ⑩発達障害(ASD、ADHD、自閉症スペクトラム障害等)  
⑪アルコール使用障害(アルコール依存) ⑫パーソナリティ障害  
⑬アルコール症以外の物質使用障害 ⑭摂食障害 ⑮適応障害 ⑯不眠症・睡眠障害 ⑰心因反応  
⑱統合失調症・妄想性障害 ⑲自律神経失調症 ⑳認知症等 ㉑けいれん性疾患・器質性脳疾患  
㉒その他(具体的に )

24. 産業医の(見込み)診断病名

- ①承知していない ②23 と同じ ③23 の選択以外の診断

25. 休職中の療養場所

- ①本人の自宅 ②本人の実家 ③①と②の双方 ④その他(具体的に )

26. 本人から復職の意向が表明されるまでの間に休職中の本人と職場との連絡についての指示・提案(複数選択可)

- ①していない ②上司や人事との定期連絡を指示 ③上司や人事との連絡は中止の指示  
④本人に休職報告書を毎月 1 回提出することを提案 ⑤産業保健専門職との定期連絡を提案  
⑥その他(具体的に )

## E. 主治医として関わった復職過程

### 27. 復職の可能性を示唆する情報の出所(複数選択可)

- ①本人 ②家族 ③復職支援プログラム担当スタッフ ④その他(具体的に )

### 28. 復職の可能性を示唆する情報の内容(複数選択可)

- ①就業意欲の回復 ②心身の安定をうかがわせる本人の所見 ③生活行動が安定 ④思慮分別、社会性判断・行動の回復 ⑤自己抑制・セルフコントロールの回復 ⑥言動のおちつき ⑦上司の指示を守る ⑧連絡・約束を守り時間に正確に行動 ⑨周囲との協調性の回復 ⑩安全感・行動の実行 ⑪就業力の回復 ⑫復職支援プログラム担当スタッフの評価 ⑬薬物療法の内容(薬剤数の減少など) ⑭休職を必要とした理由・事情の改善・解決 ⑮その他(具体的に )

### 29. 復職可能性の具体的確認方法(複数選択可)

- ①生活日誌の記載・提出 ②専門施設におけるリワーク・各種復職準備プログラムの参加実績 ③自主トレ(図書館、職場近辺への通勤・通所練習)の実績 ④人事・上司との面談 ⑤本人の休職前のふりかえり書類の提出 ⑥産業医との面談 ⑦家族との面談 ⑧就業力評価テスト(もしくは同等のテスト)の実施 ⑨その他(具体的に )

### 30. 職場が企画実施する復職準備プログラム

- ①実施していない(29のいずれかの方法のみ) ②実施した ③不明

### 31. 30が②の場合、実施期間

- ①1カ月以内 ②3カ月以内 ③半年以内 ④半年以上 ⑤不明

### 32. 30が②の場合、復職判定のタイミング

- ①プログラム開始時に復職となった ②プログラム終了時まで休職扱い ③プログラム終了時まで復職扱い ④その他(具体的に ) ⑤不明

### 33. 職場における復職可能性の最終判定(複数選択可)

- ①職場の復職判定委員会 ②本人と産業医との面談(その他同席せず) ③本人と人事責任者の面談(その他同席せず) ④=②+③ ⑤不明

### 34. 復職時の就業上の配慮

- ①実施しなかった ②実施した ③不明

### 35. 34が②の場合、実施内容(複数選択可)

- ①就業時間制限 ②業務負担の軽減 ③配属場所の変更 ④上司の変更 ⑤業務内容の変更 ⑥机の位置の変更 ⑦産業医の定期面談 ⑧産業保健専門職との定期面談 ⑨主治医への情報提供・連携の確認 ⑩家族への支援協力依頼 ⑪その他(具体的に ) ⑫不明

### 36. 復職後1年間の就業状況

- ①安定就労(休職なし)の維持 ②休職まで至らないが不安定就労が続いている ③再休業(通算1カ月未満)あり ④再休職(通算1カ月以上、6カ月未満)あり ⑤再休職(通算6カ月以上)あり ⑥不明 ⑦その他(具体的に )

### 37. 36が①の場合、最大の理由(3つまで選択可)

- ①就業環境とのマッチング ②上司の指導力 ③本人の勤勉性・勤務努力 ④本人の治療努力 ⑤同僚の支援 ⑥人事の配慮 ⑦家族の支援 ⑧業務負担の段階的調整 ⑨産業医の協力 ⑩その他(具体的に )

38. 36 が③もしくは④もしくは⑤の場合、最大の理由(3 つまで選択可)

- ①就業環境との不具合 ②上司の指導力に難 ③本人の勤勉性・勤務努力が乏しい
- ④本人の治療努力が乏しい ⑤同僚の支援が弱い ⑥人事の配慮が乏しい
- ⑦家族の支援が弱い ⑧業務負担の段階的調整がおいつかない
- ⑨産業医の協力が得られない ⑩その他(具体的に ) ⑪不明

39. 36 が③もしくは④もしくは⑤の場合、最初の兆候(3 つまで選択可)

- ①勤怠が不安定 ②心身の消耗をうかがわせる本人の所見 ③就業力低下 ④迷惑行為
- ⑤過度の自己主張 ⑤不自然・場違いな言動 ⑥上司の指示を守れない ⑦所在不明・連絡不能
- ⑧周囲との協調性が保てない ⑨その他の就業規則を逸脱した行為、行動
- ⑩その他(具体的に ) ⑪不明

以上です。ご協力ありがとうございました。

表1 Z-1 産業医契約

|    | 回答  | 合計 |
|----|-----|----|
| 1  | はい  | 43 |
| 2  | いいえ | 1  |
| 3  | その他 | 0  |
| 合計 |     | 44 |

表2 Z-2 所属職場の業務経験通算

|    | 回答         | 合計 |
|----|------------|----|
| 1  | 2年未満       | 6  |
| 2  | 2年以上、4年未満  | 10 |
| 3  | 4年以上、10年未満 | 28 |
| 4  | 10年以上      | 0  |
| 合計 |            | 44 |

表3 Z-3 産業医総経験年数

|    | 回答         | 合計 |
|----|------------|----|
| 1  | 2年未満       | 5  |
| 2  | 2年以上、4年未満  | 0  |
| 3  | 4年以上、10年未満 | 23 |
| 4  | 10年以上      | 16 |
| 合計 |            | 44 |

表4 産) 2.性別\3.年齢

|    | 30歳未満 | 30-39歳 | 40-49歳 | 50-59歳 | 60歳以上 | 合計 |
|----|-------|--------|--------|--------|-------|----|
| 男性 | 6     | 11     | 12     | 6      |       | 35 |
| 女性 | 3     | 2      | 2      | 2      |       | 9  |
| 総計 | 9     | 13     | 14     | 8      |       | 44 |

表5 産) 3.年齢(男)\5.婚姻

|        | 未婚 | 既婚 | 離婚後 | 死別 | 不明 | 他 | 合計 |
|--------|----|----|-----|----|----|---|----|
| 30歳未満  | 5  | 1  |     |    |    |   | 6  |
| 30-39歳 | 6  | 5  |     |    |    |   | 11 |
| 40-49歳 | 1  | 11 |     |    |    |   | 12 |
| 50-59歳 | 1  | 5  |     |    |    |   | 6  |
| 総計     | 13 | 22 | 0   | 0  | 0  | 0 | 35 |

表6 産) 3.年齢(女)\5.婚姻

|        | 未婚 | 既婚 | 離婚後 | 死別 | 不明 | 他 | 合計 |
|--------|----|----|-----|----|----|---|----|
| 30歳未満  | 3  |    |     |    |    |   | 3  |
| 30-39歳 | 2  |    |     |    |    |   | 2  |
| 40-49歳 | 1  | 1  |     |    |    |   | 2  |
| 50-59歳 | 1  | 1  |     |    |    |   | 2  |
| 総計     | 7  | 2  | 0   | 0  | 0  | 0 | 9  |

表7 産) 5.婚姻\4.住まい(男女別)

|     | 単身 |   | 同居 |   | その他 |   | 不明 |   | 総計 |
|-----|----|---|----|---|-----|---|----|---|----|
|     | 男  | 女 | 男  | 女 | 男   | 女 | 男  | 女 |    |
| 未婚  | 10 | 6 | 3  | 1 |     |   |    |   | 20 |
| 既婚  | 2  |   | 20 | 2 |     |   |    |   | 24 |
| 離婚後 |    |   |    |   |     |   |    |   | 0  |
| 死別  |    |   |    |   |     |   |    |   | 0  |
| 不明  |    |   |    |   |     |   |    |   | 0  |
| 他   |    |   |    |   |     |   |    |   | 0  |
| 総計  | 12 | 6 | 23 | 3 | 0   | 0 | 0  | 0 | 44 |

表8 産) 業種  
B-7

|   | 回答     | 男  | 女 | 合計 |
|---|--------|----|---|----|
| 1 | 建設業    | 1  |   | 1  |
| 2 | 製造業    | 13 | 4 | 17 |
| 3 | 情報通信   | 10 | 1 | 11 |
| 5 | 卸売・小売業 | 5  | 2 | 7  |
| 6 | 金融・保険業 |    | 1 | 1  |
| 7 | 医療・福祉  |    | 1 | 1  |
| 9 | 公務     | 6  |   | 6  |
|   | 合計     | 35 | 9 | 44 |

表9 産) 職務内容  
B-8

|    | 回答    | 男  | 女 | 合計 |
|----|-------|----|---|----|
| 1  | 専門・技術 | 18 | 1 | 19 |
| 2  | 管理    | 7  | 1 | 8  |
| 3  | 事務    | 6  | 4 | 10 |
| 4  | 販売    | 3  | 1 | 4  |
| 5  | サービス  |    | 1 | 1  |
| 8  | その他   |    | 1 | 1  |
| 99 | 未回答   | 1  |   | 1  |
|    | 合計    | 35 | 9 | 44 |

表10 産) 雇用・職位  
B-9

|   | 回答      | 男  | 女 | 合計 |
|---|---------|----|---|----|
| 1 | 正社員・一般職 | 29 | 9 | 38 |
| 2 | 正社員・管理職 | 6  |   | 6  |
|   | 合計      | 35 | 9 | 44 |

表11 産) 精神既往  
C-9

|   | 回答 | 男  | 女 | 合計 |
|---|----|----|---|----|
| 1 | あり | 9  | 3 | 12 |
| 2 | なし | 21 | 6 | 27 |
| 3 | 不明 | 5  |   | 5  |
|   | 合計 | 35 | 9 | 44 |

表12 産) 精神以外既往  
C-10

|   | 回答 | 男  | 女 | 合計 |
|---|----|----|---|----|
| 1 | あり | 7  |   | 7  |
| 2 | なし | 23 | 9 | 32 |
| 3 | 不明 | 5  |   | 5  |
|   | 合計 | 35 | 9 | 44 |

表13 産) 精神休職歴  
C-11

|   | 回答   | 男  | 女 | 合計 |
|---|------|----|---|----|
| 1 | なし   | 25 | 6 | 31 |
| 2 | 1回   | 4  | 1 | 5  |
| 3 | 2回   | 1  | 1 | 2  |
| 4 | 3回以上 | 3  | 1 | 4  |
| 5 | 不明   | 2  |   | 2  |
|   | 合計   | 35 | 9 | 44 |

表14 産) 精神外休職歴  
C-12

|   | 回答 | 男  | 女 | 合計 |
|---|----|----|---|----|
| 1 | なし | 28 | 8 | 36 |
| 2 | 1回 | 5  |   | 5  |
| 5 | 不明 | 2  | 1 | 3  |
|   | 合計 | 35 | 9 | 44 |

表15 産) 休職入りの考え

| D-13 |           | 回答 | 男  | 女 | 合計 |
|------|-----------|----|----|---|----|
| 1    | 積極的       |    | 12 | 4 | 16 |
| 2    | 消極的       |    | 18 | 3 | 21 |
| 3    | どちらともいえない |    | 5  | 2 | 7  |
| 合計   |           |    | 35 | 9 | 44 |

表16 産) 同意確認要否

| D-14 |       | 回答 | 男  | 女 | 合計 |
|------|-------|----|----|---|----|
| 1    | 必要だった |    | 15 | 1 | 16 |
| 2    | 不要だった |    | 8  | 4 | 12 |
| 合計   |       |    | 23 | 5 | 28 |

表17 産) 消極的理由

| D-15 |          | 回答 | 男 | 女 | 合計 |
|------|----------|----|---|---|----|
| 1    | すでに休職入り  |    | 5 | 4 | 9  |
| 3    | 本人と連絡取れず |    | 1 | 1 | 2  |
| 4    | 諸情報より不要  |    | 1 | 1 | 2  |
| 5    | その他      |    | 1 | 1 | 2  |
| 合計   |          |    | 8 | 4 | 12 |

表18 産) 最終同意理由(複数回答)

| D-16 |              | 回答 | 男  | 女  | 合計 |
|------|--------------|----|----|----|----|
| 1    | 本人が療養専念を希望   |    | 24 | 4  | 28 |
| 2    | 主治医による説得     |    | 8  | 4  | 12 |
| 3    | 家族・友人等による説得  |    | 2  | 0  | 2  |
| 4    | 上司による説得      |    | 4  | 2  | 6  |
| 5    | 人事担当者による説得   |    | 5  | 1  | 6  |
| 6    | 産業保健専門職による説得 |    | 6  | 1  | 7  |
| 7    | その他          |    | 3  | 0  | 3  |
| 合計   |              |    | 52 | 12 | 64 |

表19 産) 産業医説得

| D-17 |              | 回答 | 男 | 女 | 合計 |
|------|--------------|----|---|---|----|
| 1    | 実施せず         |    | 3 | 1 | 4  |
| 2    | 実施した(電話)     |    | 1 | 1 | 2  |
| 3    | 実施した(文書)     |    | 4 | 2 | 6  |
| 4    | 実施した(その他の方法) |    | 1 | 1 | 2  |
| 合計   |              |    | 8 | 4 | 12 |

表20 産) 情報出所

| D-18 |         | 回答 | 男  | 女  | 合計 |
|------|---------|----|----|----|----|
| 1    | 本人      |    | 25 | 9  | 34 |
| 2    | 上司      |    | 23 | 3  | 26 |
| 3    | 人事担当    |    | 16 | 3  | 19 |
| 4    | 産業保健専門職 |    | 7  | 0  | 7  |
| 5    | 家族      |    | 2  | 0  | 2  |
| 6    | 主治医     |    | 7  | 3  | 10 |
| 7    | その他     |    | 0  | 0  | 0  |
| 合計   |         |    | 80 | 18 | 98 |

表21 産) 情報内容

| D-19 |             | 回答 | 男  | 女  | 合計  |
|------|-------------|----|----|----|-----|
| 1    | 勤怠が不安定      |    | 18 | 4  | 22  |
| 2    | 心身の消耗の本人所見  |    | 31 | 9  | 40  |
| 3    | 就業力低下       |    | 24 | 6  | 30  |
| 4    | 迷惑行為        |    | 1  | 1  | 2   |
| 5-1  | 過度の自己主張     |    | 2  | 0  | 2   |
| 5-2  | 不自然・場違いな言動  |    | 1  | 1  | 2   |
| 6    | 上司の指示守れない   |    | 3  | 0  | 3   |
| 7    | 所在不明・連絡不能   |    | 3  | 0  | 3   |
| 8    | 周囲との協調性保てず  |    | 1  | 1  | 2   |
| 9    | その他の就業規則を逸脱 |    | 0  | 0  | 0   |
| 10   | その他         |    | 1  | 0  | 1   |
| 合計   |             |    | 85 | 22 | 107 |

表22 産) 勤怠頻度

| D-20 |        | 回答 | 男  | 女 | 合計 |
|------|--------|----|----|---|----|
| 1    | 月5日以上  |    | 8  | 2 | 10 |
| 2    | 月10日以上 |    | 10 | 1 | 11 |
| 3    | 月15日以上 |    | 1  | 1 | 2  |
| 合計   |        |    | 18 | 4 | 22 |

表23 産) 取組内容

| D-21 |                    | 回答 | 男  | 女  | 合計  |
|------|--------------------|----|----|----|-----|
| 1    | 定期的な面談             |    | 25 | 7  | 32  |
| 2    | 業務負担の軽減実施          |    | 13 | 4  | 17  |
| 3    | 就業時間の調整実施          |    | 5  | 2  | 7   |
| 4    | 人事・上司への就業面配慮の理解を得る |    | 17 | 4  | 21  |
| 5    | 異動・配置転換の検討         |    | 3  | 0  | 3   |
| 6    | 受診勧奨               |    | 12 | 4  | 16  |
| 7    | 主治医と情報交換           |    | 14 | 4  | 18  |
| 8    | 規則逸脱の指摘改善          |    | 2  | 0  | 2   |
| 合計   |                    |    | 91 | 25 | 116 |

表24 産) 困難点

| D-22 |               | 回答 | 男  | 女  | 合計 |
|------|---------------|----|----|----|----|
| 1    | 専門医受診         |    | 8  | 1  | 9  |
| 2    | 意思疎通          |    | 11 | 0  | 11 |
| 3    | 指示・助言の受け入れ    |    | 20 | 1  | 21 |
| 4    | 病態・予後の見極め     |    | 7  | 1  | 8  |
| 5    | 家族の理解を得る      |    | 0  | 2  | 2  |
| 6    | 主治医との連携       |    | 0  | 1  | 1  |
| 7    | 職場の支援を得る      |    | 2  | 4  | 6  |
| 8    | 本人の業務力・職業適性評価 |    | 5  | 1  | 6  |
| 9    | 作業・通勤面の安全確保   |    | 2  | 1  | 3  |
| 10   | その他           |    | 1  | 0  | 1  |
| 合計   |               |    | 56 | 12 | 68 |

表25 産) 診断書病名

| D-23 |                 | 回答 | 男  | 女 | 合計 |
|------|-----------------|----|----|---|----|
| 1    | うつ状態・抑うつ状態      |    | 13 | 4 | 17 |
| 2    | 不安状態            |    | 1  | 0 | 1  |
| 3    | 混合性不安抑うつ状態      |    | 0  | 0 | 0  |
| 4    | うつ病             |    | 9  | 0 | 9  |
| 5    | 双極性障害           |    | 1  | 0 | 1  |
| 6    | 気分障害            |    | 0  | 0 | 0  |
| 7    | 不安障害            |    | 0  | 0 | 0  |
| 8    | 強迫性障害           |    | 0  | 1 | 1  |
| 9    | PTSD            |    | 1  | 0 | 1  |
| 10   | 発達障害            |    | 0  | 0 | 0  |
| 11   | アルコール性障害        |    | 0  | 0 | 0  |
| 12   | パーソナリティ障害       |    | 0  | 0 | 0  |
| 13   | アルコール症以外の物質使用障害 |    | 0  | 0 | 0  |
| 14   | 摂食障害            |    | 0  | 0 | 0  |
| 15   | 適応障害            |    | 11 | 4 | 15 |
| 16   | 不眠症・睡眠障害        |    | 0  | 0 | 0  |
| 17   | 心因反応            |    | 1  | 0 | 1  |
| 18   | 統合失調症・妄想性障害     |    | 1  | 0 | 1  |
| 19   | 自律神経失調症         |    | 2  | 0 | 2  |
| 20   | 認知症等            |    | 0  | 0 | 0  |
| 21   | けいれん性疾患・器質性脳疾患  |    | 0  | 0 | 0  |
| 22   | その他             |    | 2  | 0 | 2  |
| 合計   |                 |    | 42 | 9 | 51 |

表26 産) 産業医診断病名

| D-24 |             | 回答 | 男  | 女  | 合計 |
|------|-------------|----|----|----|----|
| 1    | うつ状態・抑うつ状態  |    | 13 | 1  | 14 |
| 4    | うつ病         |    | 8  | 1  | 9  |
| 5    | 双極性障害       |    | 3  | 0  | 3  |
| 7    | 不安障害        |    | 1  | 0  | 1  |
| 8    | 強迫性障害       |    | 0  | 1  | 1  |
| 10   | 発達障害        |    | 3  | 3  | 6  |
| 11   | アルコール性障害    |    | 1  | 0  | 1  |
| 12   | パーソナリティ障害   |    | 2  | 0  | 2  |
| 15   | 適応障害        |    | 17 | 5  | 22 |
| 16   | 不眠症・睡眠障害    |    | 2  | 0  | 2  |
| 18   | 統合失調症・妄想性障害 |    | 1  | 0  | 1  |
| 22   | その他         |    | 1  | 0  | 1  |
| 合計   |             |    | 52 | 11 | 63 |

表27 産) 療養場所

| D-25 |         | 回答 | 男  | 女 | 合計 |
|------|---------|----|----|---|----|
| 1    | 自宅      |    | 30 | 7 | 37 |
| 2    | 実家      |    | 2  | 1 | 3  |
| 3    | 自宅・実家双方 |    | 2  | 1 | 3  |
| 4    | その他     |    | 1  | 1 | 2  |
| 合計   |         |    | 35 | 9 | 44 |

表28 産) 指示・提案

| D-26 |               | 回答 | 男  | 女  | 合計 |
|------|---------------|----|----|----|----|
| 1    | 定期連絡          |    | 26 | 5  | 31 |
| 2    | 上司は人事との連絡中止   |    | 1  | 0  | 1  |
| 3    | 休職報告書を毎月提出    |    | 1  | 0  | 1  |
| 4    | 産業保健専門職との定期連絡 |    | 7  | 4  | 11 |
| 5    | その他           |    | 4  | 1  | 5  |
| 合計   |               |    | 39 | 10 | 49 |

表29 情報出所

| 回答        | 男  | 女  | 合計 |
|-----------|----|----|----|
| 1 本人      | 32 | 8  | 40 |
| 2 上司      | 5  | 3  | 8  |
| 3 人事担当    | 11 | 3  | 14 |
| 4 産業保健専門職 | 5  | 1  | 6  |
| 5 家族      | 4  | 0  | 4  |
| 6 主治医     | 16 | 4  | 20 |
| 7 その他     | 0  | 0  | 0  |
| 合計        | 73 | 19 | 92 |

表30 情報内容

| 回答                     | 男   | 女  | 合計  |
|------------------------|-----|----|-----|
| 1 就業意欲の回復              | 33  | 9  | 42  |
| 2 心身の安定の本人所見           | 35  | 9  | 44  |
| 3 生活活動の安定              | 29  | 6  | 35  |
| 4 思慮分別・社会性判断・行動の回復     | 4   | 0  | 4   |
| 5-1 自己抑制・セルフコントロールの回復  | 7   | 1  | 8   |
| 5-2 意動のおちつき            | 2   | 1  | 3   |
| 6 上司の指示を守る             | 0   | 0  | 0   |
| 7 連絡・約束を守り時間に正確に行動     | 2   | 1  | 3   |
| 8 周囲との協調性の回復           | 2   | 0  | 2   |
| 9 安全感覚・行動の実行           | 1   | 0  | 1   |
| 10 就業力の回復              | 4   | 1  | 5   |
| 11 主治医の診断書             | 23  | 7  | 30  |
| 12 薬物療法の内容             | 0   | 0  | 0   |
| 13 休職を必要とした理由・事情の改善・解決 | 7   | 2  | 9   |
| 14 その他                 | 0   | 1  | 1   |
| 合計                     | 149 | 38 | 187 |

表31 確認方法

| 回答                 | 男  | 女  | 合計  |
|--------------------|----|----|-----|
| 1 生活日誌の記載・提出       | 26 | 7  | 33  |
| 2 専門施設におけるリワーク参加実績 | 9  | 3  | 12  |
| 3 自主トレ             | 20 | 6  | 26  |
| 4 人事・上司との面談        | 22 | 7  | 29  |
| 5 休職前の振り返り書類提出     | 7  | 2  | 9   |
| 6 主治医との面談          | 2  | 1  | 3   |
| 7 家族との面談           | 0  | 1  | 1   |
| 8 就業力評価テスト         | 1  | 0  | 1   |
| 9 その他              | 1  | 0  | 1   |
| 合計                 | 88 | 27 | 115 |

表32 復職準備プログラム

| 回答        | 男  | 女 | 合計 |
|-----------|----|---|----|
| 1 実施していない | 21 | 1 | 22 |
| 2 実施した    | 14 | 8 | 22 |
| 合計        | 35 | 9 | 44 |

表33 復職準備プログラム実施期間

| 回答      | 男  | 女 | 合計 |
|---------|----|---|----|
| 1 1か月以内 | 9  | 5 | 14 |
| 2 3か月以内 | 3  | 2 | 5  |
| 3 半年以内  |    | 1 | 1  |
| 4 半年以上  | 2  |   | 2  |
| 合計      | 14 | 8 | 22 |

表34 復職判定タイミング

| 回答           | 男  | 女 | 合計 |
|--------------|----|---|----|
| 1 開始時に復職     | 3  | 3 | 6  |
| 2 終了時まで休職扱い  | 3  | 3 | 6  |
| 3 終了時まで仮復職扱い | 4  | 1 | 5  |
| 99 未回答       | 4  | 1 | 5  |
| 合計           | 14 | 8 | 22 |

表35 復職最終判定

| 回答             | 男  | 女  | 合計 |
|----------------|----|----|----|
| 1 職場の復職判定委員会   | 15 | 4  | 19 |
| 2 本人のみ産業医面談    | 5  | 2  | 7  |
| 3 本人と人事責任者との面談 | 0  | 0  | 0  |
| 4 2+3          | 10 | 3  | 13 |
| 5 不明           | 11 | 1  | 12 |
| 合計             | 41 | 10 | 51 |

表36 復職時の配慮

| 回答      | 男  | 女 | 合計 |
|---------|----|---|----|
| 1 実施せず* | 0  | 0 | 0  |
| 2 実施    | 35 | 9 | 44 |
| 合計      | 35 | 9 | 44 |

表37 産) 就業配慮内容

| 回答               | 男   | 女  | 合計  |
|------------------|-----|----|-----|
| 1 就業時間制限         | 26  | 6  | 32  |
| 2 業務負担の軽減        | 29  | 6  | 35  |
| 3 配属場所の変更        | 10  | 4  | 14  |
| 4 上司の変更          | 2   | 0  | 2   |
| 5 業務内容の変更        | 10  | 3  | 13  |
| 6 机の位置の変更        | 0   | 0  | 0   |
| 7 産業医との定期面談      | 26  | 4  | 30  |
| 8 産業保健専門職との定期面談  | 1   | 0  | 1   |
| 9 主治医へ情報提供・連携の確認 | 8   | 2  | 10  |
| 10 家族への支援協力依頼    | 1   | 0  | 1   |
| 合計               | 113 | 25 | 138 |

表38 産) 1年就業状況

| 回答                   | 男  | 女 | 合計 |
|----------------------|----|---|----|
| 1 安定就労の維持            | 23 | 7 | 30 |
| 2 不安定就労              | 6  | 1 | 7  |
| 3 再休業(通算1カ月未満)       | 2  |   | 2  |
| 4 再休職(通算1カ月以上、6カ月未満) | 3  |   | 3  |
| 5 再休職(通算6カ月以上)       | 1  | 1 | 2  |
| 合計                   | 35 | 9 | 44 |

表39 産) 就労安定理由

| 回答           | 男  | 女  | 合計 |
|--------------|----|----|----|
| 1 就業環境       | 9  | 3  | 12 |
| 2 上司の指導力     | 8  | 2  | 10 |
| 3 勤続性・勤務努力   | 10 | 1  | 11 |
| 4 治療努力       | 6  | 4  | 10 |
| 5 同僚の支援      | 2  | 1  | 3  |
| 6 人事の配慮      | 7  | 1  | 8  |
| 7 家族の支援      | 0  | 0  | 0  |
| 8 業務負担の段階的調整 | 11 | 1  | 12 |
| 9 主治医の協力     | 3  | 3  | 6  |
| 10 その他       | 1  | 0  | 1  |
| 合計           | 57 | 16 | 73 |

表40 産) 再休業理由

| 回答                  | 男  | 女 | 合計 |
|---------------------|----|---|----|
| 1 就業環境との不具合         | 4  | 0 | 4  |
| 2 上司の指導力が難しい        | 0  | 0 | 0  |
| 3 勤続性・勤務努力の乏しさ      | 4  | 0 | 4  |
| 4 治療努力の乏しさ          | 1  | 0 | 1  |
| 5 同僚の支援の弱さ          | 0  | 0 | 0  |
| 6 人事の配慮の乏しさ         | 0  | 0 | 0  |
| 7 家族の支援の弱さ          | 1  | 0 | 1  |
| 8 業務負担の段階的調整がおいつかない | 0  | 0 | 0  |
| 9 主治医の協力がいない        | 0  | 0 | 0  |
| 10 その他              | 1  | 0 | 1  |
| 合計                  | 11 | 0 | 11 |

表41 産) 再休業兆候

| 回答                  | 男  | 女 | 合計 |
|---------------------|----|---|----|
| 1 勤怠の不安定            | 5  | 1 | 6  |
| 2 心身の消耗をうかがわせる本人の所見 | 3  | 1 | 4  |
| 3 就業力低下             | 2  | 1 | 3  |
| 4 迷惑行為              | 0  | 0 | 0  |
| 5-1 過度の自己主張         | 0  | 0 | 0  |
| 5-2 不自然・場違いな言動      | 1  | 0 | 1  |
| 6 上司の指示を守れない        | 0  | 0 | 0  |
| 7 所在不明・連絡不能         | 1  | 0 | 1  |
| 8 周囲との協調性が保てない      | 0  | 0 | 0  |
| 9 就業規則を逸脱した行為、行動    | 0  | 0 | 0  |
| 10 その他              | 0  | 0 | 0  |
| 合計                  | 12 | 3 | 15 |

表42 事例の主治医経験  
Z-1

|    | 回答        | 合計 |
|----|-----------|----|
| 1  | 2年未満      | 7  |
| 2  | 2年以上、4年未満 | 9  |
| 3  | 4年以上      | 14 |
| 合計 |           | 30 |

表43 Z-2 事例の主治医経験の医療機関

|    | 回答        | 合計 |
|----|-----------|----|
| 1  | 大学        | 2  |
| 2  | 大学以外の総合病院 | 7  |
| 3  | 単科精神病院    | 7  |
| 4  | 診療所       | 14 |
| 5  | その他       | 0  |
| 合計 |           | 30 |

表44 Z-3 主治医総経験年数

|    | 回答         | 合計 |
|----|------------|----|
| 1  | 2年未満       | 0  |
| 2  | 2年以上、4年未満  | 9  |
| 3  | 4年以上、10年未満 | 3  |
| 4  | 10年以上      | 18 |
| 合計 |            | 30 |

表45 主)  
2.性別\  
3.年齢

|    | 30歳未満 | 30-39歳 | 40-49歳 | 50-59歳 | 60歳以上 | 合計 |
|----|-------|--------|--------|--------|-------|----|
| 男性 | 3     | 7      | 7      | 4      |       | 21 |
| 女性 | 1     | 3      | 5      |        |       | 9  |
| 総計 | 4     | 10     | 12     | 4      |       | 30 |

表46 主)  
3.年齢  
(男)\5.  
婚姻

|        | 未婚 | 既婚 | 離婚後 | 死別 | 不明 | 他 | 合計 |
|--------|----|----|-----|----|----|---|----|
| 30歳未満  | 3  |    |     |    |    |   | 3  |
| 30-39歳 | 4  | 2  |     |    | 1  |   | 7  |
| 40-49歳 | 1  | 6  |     |    |    |   | 7  |
| 50-59歳 |    | 4  |     |    |    |   | 4  |
| 総計     | 8  | 12 | 0   | 0  | 1  | 0 | 21 |

表47 主)  
3.年齢  
(女)\5.  
婚姻

|        | 未婚 | 既婚 | 離婚後 | 死別 | 不明 | 他 | 合計 |
|--------|----|----|-----|----|----|---|----|
| 30歳未満  | 1  |    |     |    |    |   | 1  |
| 30-39歳 | 1  | 2  |     |    |    |   | 3  |
| 40-49歳 | 1  | 3  |     | 1  |    |   | 5  |
| 50-59歳 |    |    |     |    |    |   | 0  |
| 総計     | 3  | 5  | 0   | 1  | 0  | 0 | 9  |

表48 主)  
5.婚姻\  
4.住まい  
(男女別)

|     | 単身 |   | 同居 |   | その他 |   | 不明 |   | 総計 |
|-----|----|---|----|---|-----|---|----|---|----|
|     | 男  | 女 | 男  | 女 | 男   | 女 | 男  | 女 |    |
| 未婚  | 5  | 1 | 2  | 2 | 1   |   |    |   | 11 |
| 既婚  |    |   | 12 | 5 |     |   |    |   | 17 |
| 離婚後 |    |   |    |   |     |   |    |   | 0  |
| 死別  |    |   |    | 1 |     |   |    |   | 1  |
| 不明  |    |   |    |   |     |   | 1  |   | 1  |
| 他   |    |   |    |   |     |   |    |   | 0  |
| 総計  | 5  | 1 | 14 | 8 | 1   | 0 | 1  | 0 | 30 |

表49 主) 業種  
B-6

|    | 回答     | 男  | 女 | 合計 |
|----|--------|----|---|----|
| 2  | 製造業    |    | 1 | 1  |
| 3  | 情報通信   | 10 | 3 | 13 |
| 4  | 運輸業    | 1  |   | 1  |
| 5  | 卸売・小売業 | 1  |   | 1  |
| 7  | 医療・福祉  | 2  | 1 | 3  |
| 8  | サービス業  | 2  |   | 2  |
| 9  | 公務     | 5  | 4 | 9  |
| 合計 |        | 21 | 9 | 30 |

表50 主) 職務内容  
B-7

|    | 回答    | 男  | 女 | 合計 |
|----|-------|----|---|----|
| 1  | 専門・技術 | 8  | 5 | 13 |
| 3  | 事務    | 8  | 4 | 12 |
| 4  | 販売    | 2  |   | 2  |
| 5  | サービス  | 3  |   | 3  |
| 合計 |       | 21 | 9 | 30 |

表51 主) 雇用・職位  
B-8

|    | 回答       | 男  | 女 | 合計 |
|----|----------|----|---|----|
| 1  | 正社員・一般職  | 19 | 8 | 27 |
| 2  | 正社員・管理職  | 1  | 1 | 2  |
| 3  | 正社員以外の社員 | 1  |   | 1  |
| 合計 |          | 21 | 9 | 30 |

表52 主) 精神既往  
C-9

|    | 回答 | 男  | 女 | 合計 |
|----|----|----|---|----|
| 1  | あり | 7  | 5 | 12 |
| 2  | なし | 14 | 4 | 18 |
| 合計 |    | 21 | 9 | 30 |

表53 主) 精神以外既往  
C-10

|    | 回答 | 男  | 女 | 合計 |
|----|----|----|---|----|
| 1  | あり | 4  | 1 | 5  |
| 2  | なし | 17 | 8 | 25 |
| 合計 |    | 21 | 9 | 30 |

表54 主) 精神休職歴  
C-11

|    | 回答   | 男  | 女 | 合計 |
|----|------|----|---|----|
| 1  | なし   | 17 | 8 | 25 |
| 2  | 1回   | 2  |   | 2  |
| 3  | 2回   | 1  |   | 1  |
| 4  | 3回以上 | 1  | 1 | 2  |
| 合計 |      | 21 | 9 | 30 |

表55主)C-12 精神外休職歴

|    | 回答 | 男  | 女 | 合計 |
|----|----|----|---|----|
| 1  | なし | 19 | 9 | 28 |
| 2  | 1回 | 1  |   | 1  |
| 5  | 不明 | 1  |   | 1  |
| 合計 |    | 21 | 9 | 30 |

表56主) 退職入考え  
D-13

|    | 回答        | 男  | 女 | 合計 |
|----|-----------|----|---|----|
| 1  | 積極的       | 13 | 2 | 15 |
| 2  | 消極的       | 5  | 6 | 11 |
| 3  | どちらともいえない | 3  | 1 | 4  |
| 合計 |           | 21 | 9 | 30 |

表57主) 同意確認要否  
D-14

|    | 回答    | 男 | 女 | 合計 |
|----|-------|---|---|----|
| 1  | 必要だった | 8 | 6 | 14 |
| 2  | 不要だった |   | 1 | 1  |
| 合計 |       | 8 | 7 | 15 |

表58主) 消極的理由  
D-15

|    | 回答      | 男 | 女 | 合計 |
|----|---------|---|---|----|
| 1  | すでに退職入り |   | 1 | 1  |
| 合計 |         | 0 | 1 | 1  |

表59主) 最終同意理由  
D-16

|    | 回答           | 男  | 女 | 合計 |
|----|--------------|----|---|----|
| 1  | 本人が療養専念を希望   | 21 | 5 | 26 |
| 3  | 家族・友人等による説得  | 2  | 1 | 3  |
| 4  | 上司による説得      |    | 1 | 1  |
| 6  | 産業保健専門職による説得 |    | 1 | 1  |
| 7  | その他          |    | 1 | 1  |
| 合計 |              | 23 | 9 | 32 |

表60主) 産業医説得  
D-17

|    | 回答           | 男 | 女 | 合計 |
|----|--------------|---|---|----|
| 1  | 実施せず         |   |   | 0  |
| 2  | 実施した(電話)     |   |   | 0  |
| 3  | 実施した(文書)     |   |   | 0  |
| 4  | 実施した(その他の方法) |   |   | 0  |
| 合計 |              | 0 | 0 | 0  |

表61主) 情報出所  
D-18

|    | 回答      | 男  | 女  | 合計 |
|----|---------|----|----|----|
| 1  | 本人      | 21 | 8  | 29 |
| 2  | 上司      | 4  | 2  | 6  |
| 3  | 人事担当    | 0  | 0  | 0  |
| 4  | 産業保健専門職 | 0  | 2  | 2  |
| 5  | 家族      | 3  | 3  | 6  |
| 6  | 産業医     | 3  | 2  | 5  |
| 7  | その他     | 0  | 0  | 0  |
| 合計 |         | 31 | 17 | 48 |

表62主) 情報内容  
D-19

|     | 回答          | 男  | 女  | 合計 |
|-----|-------------|----|----|----|
| 1   | 勤怠が不安定      | 6  | 3  | 9  |
| 2   | 心身の消耗の本人所見  | 19 | 7  | 26 |
| 3   | 就業力低下       | 16 | 8  | 24 |
| 4   | 迷惑行為        | 0  | 1  | 1  |
| 5-1 | 過度の自己主張     | 1  | 0  | 1  |
| 5-2 | 不自然・場違いな言動  | 0  | 2  | 2  |
| 6   | 上司の指示守れない   | 0  | 2  | 2  |
| 7   | 所在不明・連絡不能   | 0  | 0  | 0  |
| 8   | 周囲との協調性保てず  | 0  | 1  | 1  |
| 9   | その他の就業規則を逸脱 | 0  | 0  | 0  |
| 10  | その他         | 0  | 1  | 1  |
| 合計  |             | 42 | 25 | 67 |

表63主) 勤怠頻度  
D-20

|    | 回答     | 男 | 女 | 合計 |
|----|--------|---|---|----|
| 1  | 月5日以上  | 5 | 1 | 6  |
| 2  | 月10日以上 | 1 | 1 | 2  |
| 3  | 月15日以上 |   | 1 | 1  |
| 合計 |        | 6 | 3 | 9  |

表64主) 取組内容  
D-21

|    | 回答               | 男  | 女  | 合計 |
|----|------------------|----|----|----|
| 1  | 定期的な診療           | 15 | 7  | 22 |
| 2  | 産業医へ業務調整の提案      | 6  | 1  | 7  |
| 3  | 就業時間の調整の提案       | 8  | 3  | 11 |
| 4  | 休職勧奨             | 11 | 8  | 19 |
| 5  | 本人同意の上の産業医との意見交換 | 1  | 2  | 3  |
| 6  | 規則逸脱への指摘と改善指示    | 1  | 0  | 1  |
| 7  | 家族の理解と支援依頼       | 5  | 2  | 7  |
| 8  | その他              | 0  | 0  | 0  |
| 合計 |                  | 47 | 23 | 70 |

表65主) 困難点  
D-22

|    | 回答            | 男  | 女  | 合計 |
|----|---------------|----|----|----|
| 1  | 定期受診          | 2  | 0  | 2  |
| 2  | 意思疎通          | 5  | 3  | 8  |
| 3  | 指示・助言の受け入れ    | 7  | 3  | 10 |
| 4  | 病態・予後の見極め     | 3  | 0  | 3  |
| 5  | 家族の理解を得る      | 3  | 3  | 6  |
| 6  | 産業医との連携       | 2  | 0  | 2  |
| 7  | 職場の支援を得る      | 4  | 0  | 4  |
| 8  | 本人の業務力・職業適性評価 | 1  | 3  | 4  |
| 9  | 作業・通勤面の安全確保   | 1  | 1  | 2  |
| 10 | その他           | 2  | 1  | 3  |
| 合計 |               | 30 | 14 | 44 |

表66主) 診断書病名  
D-23

|    | 回答              | 男  | 女  | 合計 |
|----|-----------------|----|----|----|
| 1  | うつ状態・抑うつ状態      | 9  | 3  | 12 |
| 2  | 不安状態            | 0  | 0  | 0  |
| 3  | 混合性不安抑うつ状態      | 0  | 0  | 0  |
| 4  | うつ病             | 8  | 2  | 10 |
| 5  | 双極性障害           | 0  | 1  | 1  |
| 6  | 気分障害            | 0  | 0  | 0  |
| 7  | 不安障害            | 0  | 0  | 0  |
| 8  | 強迫性障害           | 0  | 0  | 0  |
| 9  | PTSD            | 0  | 0  | 0  |
| 10 | 発達障害            | 0  | 0  | 0  |
| 11 | アルコール性障害        | 0  | 0  | 0  |
| 12 | パーソナリティ障害       | 0  | 0  | 0  |
| 13 | アルコール症以外の物質使用障害 | 0  | 0  | 0  |
| 14 | 摂食障害            | 0  | 0  | 0  |
| 15 | 適応障害            | 6  | 2  | 8  |
| 16 | 不眠症・睡眠障害        | 0  | 0  | 0  |
| 17 | 心因反応            | 0  | 0  | 0  |
| 18 | 統合失調症・妄想性障害     | 0  | 0  | 0  |
| 19 | 自律神経失調症         | 0  | 0  | 0  |
| 20 | 認知症等            | 0  | 0  | 0  |
| 21 | けいれん性疾患・器質性脳疾患  | 0  | 0  | 0  |
| 22 | その他             | 0  | 2  | 2  |
| 合計 |                 | 23 | 10 | 33 |

表67主) 産業医診断病名  
D-24

|    | 回答      | 男  | 女 | 合計 |
|----|---------|----|---|----|
| 1  | 承知していない | 20 | 7 | 27 |
| 2  | 主治医と同じ  | 1  | 2 | 3  |
| 合計 |         | 21 | 9 | 30 |

主表68) 療養場所  
D-25

|    | 回答      | 男  | 女  | 合計 |
|----|---------|----|----|----|
| 1  | 自宅      | 20 | 9  | 29 |
| 2  | 実家      | 1  |    | 1  |
| 3  | 自宅・実家双方 |    | 1  | 1  |
| 4  | その他     | 1  |    | 1  |
| 合計 |         | 22 | 10 | 32 |

表69主) 指示・提案  
D-26

|    | 回答            | 男  | 女  | 合計 |
|----|---------------|----|----|----|
| 1  | していない         | 13 | 4  | 17 |
| 2  | 上司や人事と定期連絡    | 8  | 4  | 12 |
| 3  | 上司は人事との連絡中止   | 0  | 1  | 1  |
| 4  | 休職報告書を毎月提出    | 0  | 0  | 0  |
| 5  | 産業保健専門職との定期連絡 | 1  | 2  | 3  |
| 6  | その他           | 0  | 0  | 0  |
| 合計 |               | 22 | 11 | 33 |

表70主) 情報出所  
E-27

|    | 回答              | 男  | 女  | 合計 |
|----|-----------------|----|----|----|
| 1  | 本人              | 20 | 9  | 29 |
| 2  | 家族              | 0  | 2  | 2  |
| 3  | 復職支援プログラム担当スタッフ | 5  | 3  | 8  |
| 4  | その他             | 0  | 3  | 3  |
| 合計 |                 | 25 | 17 | 42 |

表71主) 情報内容  
E-28

|     | 回答                  | 男  | 女  | 合計  |
|-----|---------------------|----|----|-----|
| 1   | 就業意欲の回復             | 14 | 6  | 20  |
| 2   | 心身の安定の本人所見          | 19 | 9  | 28  |
| 3   | 生活活動の安定             | 13 | 8  | 21  |
| 4   | 思慮分別、社会性判断・行動の回復    | 3  | 3  | 6   |
| 5-1 | 自己抑制・セルフコントロールの回復   | 2  | 3  | 5   |
| 5-2 | 言動のおちつき             | 2  | 3  | 5   |
| 6   | 上司の指示を守る            | 1  | 1  | 2   |
| 7   | 連絡・約束を守り時間に正確に行動    | 1  | 2  | 3   |
| 8   | 周囲との協調性の回復          | 1  | 1  | 2   |
| 9   | 安全感覚・行動の実行          | 0  | 0  | 0   |
| 10  | 就業力の回復              | 4  | 2  | 6   |
| 11  | 復職支援プログラム担当スタッフの評価  | 6  | 3  | 9   |
| 12  | 薬物療法の内容             | 0  | 0  | 0   |
| 13  | 休職を必要とした理由・事情の改善・解決 | 0  | 0  | 0   |
| 14  | その他                 | 0  | 0  | 0   |
| 合計  |                     | 66 | 41 | 107 |

表72主) 確認方法  
E-29

|    | 回答               | 男  | 女  | 合計 |
|----|------------------|----|----|----|
| 1  | 生活日誌の記載・提出       | 12 | 4  | 16 |
| 2  | 専門施設におけるリワーク参加実績 | 6  | 3  | 9  |
| 3  | 自主トレ             | 7  | 6  | 13 |
| 4  | 人事・上司との面談        | 5  | 6  | 11 |
| 5  | 休職前の振り返り書類提出     | 1  | 1  | 2  |
| 6  | 産業医面談            | 8  | 0  | 8  |
| 7  | 家族との面談           | 2  | 0  | 2  |
| 8  | 就業力評価テスト         | 0  | 0  | 0  |
| 9  | その他              | 1  | 0  | 1  |
| 合計 |                  | 42 | 20 | 62 |

表73主) 復職準備プログラム  
E-30

|    | 回答      | 男  | 女 | 合計 |
|----|---------|----|---|----|
| 1  | 実施していない | 12 | 6 | 18 |
| 2  | 実施した    | 5  | 3 | 8  |
| 3  | 不明      | 4  | 4 | 8  |
| 合計 |         | 21 | 9 | 30 |

表74主) 復職準備プログラム実施期間  
E-31

|    | 回答      | 男 | 女 | 合計 |
|----|---------|---|---|----|
| 1  | 1カ月以内   | 3 | 3 | 6  |
| 2  | 2-3カ月以内 | 2 | 3 | 5  |
| 合計 |         | 5 | 3 | 8  |

表75主) 復職判定タイミング  
E-32

|    | 回答         | 男 | 女 | 合計 |
|----|------------|---|---|----|
| 1  | 開始時に復職     | 0 | 0 | 0  |
| 2  | 終了時まで休職扱い  | 3 | 2 | 5  |
| 3  | 終了時まで仮復職扱い | 1 | 1 | 2  |
| 4  | その他        | 1 | 1 | 2  |
| 合計 |            | 5 | 3 | 8  |

表76主) 復職最終判定  
E-33

|    | 回答           | 男  | 女 | 合計 |
|----|--------------|----|---|----|
| 1  | 職場の復職判定委員会   | 5  | 2 | 7  |
| 2  | 本人のみ産業医面談    | 9  | 2 | 11 |
| 3  | 本人と人事責任者との面談 | 1  | 0 | 1  |
| 4  | 2+3          | 4  | 4 | 8  |
| 5  | 不明           | 4  | 1 | 5  |
| 合計 |              | 23 | 9 | 32 |

表77主) 復職時の配慮  
E-34

|    | 回答   | 男  | 女 | 合計 |
|----|------|----|---|----|
| 1  | 実施せず | 0  | 0 | 0  |
| 2  | 実施   | 17 | 9 | 26 |
| 3  | 不明   | 4  | 4 | 8  |
| 合計 |      | 21 | 9 | 30 |

表78主) 就業配慮内容  
E-35

|    | 回答             | 男  | 女  | 合計 |
|----|----------------|----|----|----|
| 1  | 就業時間制限         | 10 | 6  | 16 |
| 2  | 業務負担の軽減        | 17 | 9  | 26 |
| 3  | 配属場所の変更        | 1  | 1  | 2  |
| 4  | 上司の変更          | 1  | 0  | 1  |
| 5  | 業務内容の変更        | 2  | 4  | 6  |
| 6  | 机の位置の変更        | 0  | 2  | 2  |
| 7  | 産業医との定期面談      | 5  | 2  | 7  |
| 8  | 産業保健専門職との定期面談  | 1  | 0  | 1  |
| 9  | 主治医へ情報提供・連携の確認 | 0  | 2  | 2  |
| 10 | 家族への支援協力依頼     | 1  | 0  | 1  |
| 11 | その他            | 1  | 0  | 1  |
| 合計 |                | 39 | 26 | 65 |

表79主) 1年就業状況  
E-36

|    | 回答           | 男  | 女 | 合計 |
|----|--------------|----|---|----|
| 1  | 安定就労の維持      | 15 | 6 | 21 |
| 2  | 不安定就労        | 5  | 1 | 6  |
| 3  | 再休業(通算1カ月未満) | 0  | 2 | 2  |
| 5  | 再休職(通算6カ月以上) | 1  | 0 | 1  |
| 合計 |              | 21 | 9 | 30 |

表80主) 就労安定理由  
E-37

|    | 回答          | 男  | 女  | 合計 |
|----|-------------|----|----|----|
| 1  | 就業環境とのマッチング | 6  | 1  | 7  |
| 2  | 上司の指導力      | 3  | 1  | 4  |
| 3  | 本人の勤勉性・勤務努力 | 6  | 4  | 10 |
| 4  | 本人の治療努力     | 4  | 2  | 6  |
| 5  | 同僚の支援       | 1  | 2  | 3  |
| 6  | 人事の配慮       | 3  | 3  | 6  |
| 7  | 家族の支援       | 1  | 0  | 1  |
| 8  | 業務負担の段階的調整  | 8  | 2  | 10 |
| 9  | 産業医の協力      | 1  | 1  | 2  |
| 10 | その他         | 3  | 2  | 5  |
| 合計 |             | 36 | 18 | 54 |

表81主) 再休業理由  
E-38

|    | 回答                 | 男 | 女 | 合計 |
|----|--------------------|---|---|----|
| 1  | 就業環境の不具合           | 1 | 1 | 2  |
| 2  | 上司の指導力の難しさ         | 0 | 0 | 0  |
| 3  | 本人の勤勉性・勤務努力が乏しさ    | 0 | 0 | 0  |
| 4  | 本人の治療努力が乏しさ        | 0 | 0 | 0  |
| 5  | 同僚の支援が弱さ           | 0 | 1 | 1  |
| 6  | 人事の配慮が乏しさ          | 1 | 0 | 1  |
| 7  | 家族の支援が弱さ           | 0 | 0 | 0  |
| 8  | 業務負担の段階的調整がおこなわれない | 0 | 0 | 0  |
| 9  | 産業医の協力が得られない       | 0 | 0 | 0  |
| 10 | その他                | 0 | 1 | 1  |
| 合計 |                    | 2 | 3 | 5  |

表82主) 再休業兆候  
E-39

|     | 回答                 | 男 | 女 | 合計 |
|-----|--------------------|---|---|----|
| 1   | 勤怠が不安定             | 0 | 1 | 1  |
| 2   | 心身の消耗をうかがわせる本人の所見  | 1 | 1 | 2  |
| 3   | 就業力低下              | 0 | 0 | 0  |
| 4   | 迷惑行為               | 0 | 0 | 0  |
| 5-1 | 過度の自己主張            | 0 | 0 | 0  |
| 5-2 | 不自然・場違いな言動         | 0 | 0 | 0  |
| 6   | 上司の指示を守れない         | 0 | 0 | 0  |
| 7   | 所在不明・連絡不能          | 0 | 0 | 0  |
| 8   | 周囲との協調性が保てない       | 0 | 0 | 0  |
| 9   | その他の就業規則を逸脱した行為、行動 | 0 | 0 | 0  |
| 10  | その他                | 0 | 1 | 1  |
| 合計  |                    | 1 | 3 | 4  |

労災疾病臨床研究事業費補助金  
分担研究報告書

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

研究分担者 小山 文彦  
(東邦大学 医療センター佐倉病院 産業精神保健・職場復帰支援センター センター長・教授)

研究要旨：企業内の長期療養事例、休復職事例を検討し、統合失調症や気分障害、神経 症性障害等の精神疾患の分類別に復職時の判断要件、そのポイントを作成し、同事案の安定就労へ向けた提言を行うことを目的とする。平成 28 年度は、上記計画に則して、精神障害に罹患した有職者で、企業（産業保健スタッフ等）と就労の可否および職場復帰に関して情報交換を行った 50 例について、①疾患名（ICD-10）、②支援期間初診日から寛解に至った時期、③休業日から職場復帰に至るまでの期間、④復帰後の就労状況、⑤4 つのケアに則した連携様式等についてのデータベースを整理した。

#### A. 研究目的

メンタルヘルス不調を抱えた労働者の治療と就労の両立および安定就労をかなえるためには、主治医が判断する医学所見の回復程度に併せて職域における安全衛生面の留意事項や懸念および労働者個人の生活状況等について総合的に検討する必要がある。

一般に、医学所見は治療場面（診察室）における問診から得られる情報だが、職域の安全衛生課題やメンタルヘルス不調に特有ともいえる種々の懸念等については、主治医と職域（産業保健スタッフ等）との連携が行われなければ得られない情報である。

本研究では、主治医と職域との情報共有を主とした連携様式等、当該労働者の職場復帰・安定就労（職業生活）に影響する要因を検討する。具体的には、精神疾患の分類別に復職時の判断要件、そのポイントを作成し、同事案の安定就労へ向けた提言を行うことを目的とする。

#### B. 研究方法

##### 1. 対象

平成 22 年 4 月～平成 27 年 3 月までの期間に、精神疾患のため労災病院等を受診した労働者のうち、就労の可否および職場復帰に関して情報交換を行い、秘匿性担保の上、両立支援経過をとりまとめ解析することに同意した者 50 名を調査対象とした。

##### 2. 方法

精神障害に罹患した有職者で、企業（産業保健スタッフ等）と就労の可否および職場復帰・治療就労両立支援（以下、支援）に際して情報交換を行った 50 例について、①疾患名（ICD-10）、②支援期間初診日から寛解に至った時期、③休業日から職場復帰に至るまでの期間、④復帰後の就労状況、⑤4 つのケアに則した連携様式等についてのデータベースを整理した。

疾患別内訳は、統合失調症 3 例、うつ病エピソード 12 例、気分変調症 3 例、双極感情障害 2 例、適応障害 14 例、全般性不安障

害 2 例、混合性不安抑うつ障害 7 例、パニック障害 2 例、その他 5 例であった。

この 50 例の経過から、各事例について疾病性、事例性、連携様式、寛解判断となった状況、残存する問題点（本人・事業場等）を整理する目的で経過記録を集積した。

### 【倫理的配慮】

対象となるうつ病等精神心身疾患に罹患している労働者に対して、専門医（研究分担者）から当研究の主旨と労働者本人および所属事業場に関する匿名性保持について充分説明を行った。当研究への協力について、対象労働者に対し書面にて同意を得た。期間内に両立支援取組を施した対象者においては取組事業の経過中に既に個人情報の秘匿性担保の上、研究報告、学術研究発表に治療経過等の記述を行う同意を書面で得た。当研究計画については、平成 26 年 10 月 29 日に労働者健康福祉機構東京労災病院における倫理審査委員会の承認を受けた。

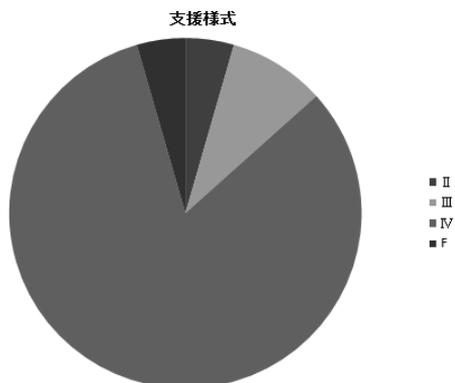
## C. 研究結果

対象者 50 例の経過記録から、別表（最終頁）のように整理した。

（n=45、全項目・変数がそろわないものが 5 例あった。）

（1）支援の様式を以下のように分類した結果を示す。

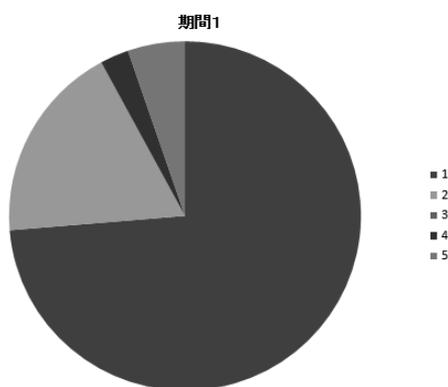
|                 |                         |
|-----------------|-------------------------|
| 支援の様式の分類（主な連携先） | I：労働者自身によるセルフケア         |
|                 | II：管理監督者が施すラインによるケア     |
|                 | III：事業場内の産業保健スタッフによるケア  |
|                 | IV：事業場内外の連携（事業場外担当医療機関） |
|                 | F：家族によるケア               |



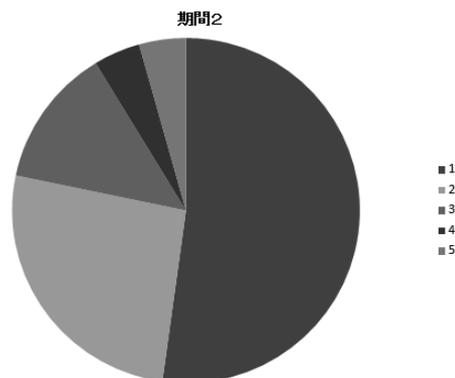
（2）支援期間については、以下の通りであった。

|        |          |
|--------|----------|
| 【支援期間】 | 1：～3M    |
|        | 2：～6M    |
|        | 3：～1Y    |
|        | 4：～1.5Y  |
|        | 5：1.5Y以上 |

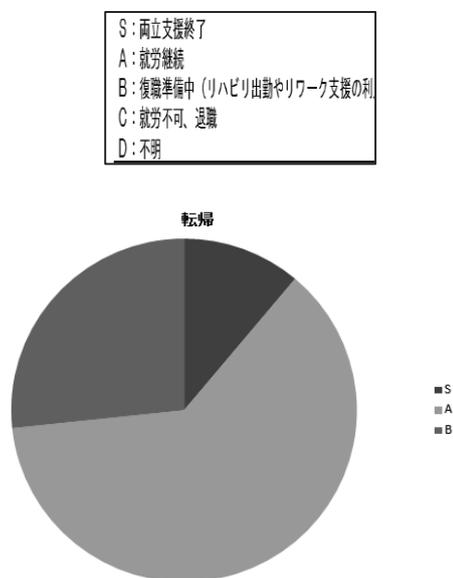
①寛解に至るまでの期間



②復職に至るまでの期間



### (3) 就労状況と転帰



以上については、疾患別に内訳を分類する必要があるが、次年度、症例数が増した段階で試みることにする。

### D. 次年度の計画

平成29年度は、以下の計画で研究を継続したい。

対象：精神障害に罹患した有職者で、企業（産業保健スタッフ等）と就労の可否および職場復帰に関して情報交換を行った事例（蓄積含め50例以上）

方法：（1）集積した対象事例について、①疾患名（ICD-10）、②支援期間初診日から寛解に至った時期、③休業日から職場復帰に至るまでの期間、④復帰後の就労状況、⑤4つのケアに則した連携様式等についてデータベースを作成する。（2）疾患別に、経過から（各事例について）疾病性、事例性、連携様式、寛解判断となった状況、残存する問題点（本人・事業場等）を narrative に検討する予定である。

### E. 発表業績等

#### 【当研究に関連した論文・著書、過去3年間】

- 1) 小山文彦：労働者健康安全機構主催「復職（両立支援）コーディネーター研修」の概要．産業医学ジャーナル 40(2), 2016 in press
- 2) 小山文彦, 加島佐知子, 亀田美織, 宮本直美, 石川洋, 星野志保：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, 2016 in press
- 3) 小山文彦：メンタルヘルス不調者をめぐる主治医と産業医等との連携がもたらす治療効果に関する検討．産業精神保健 24 巻 2 号, 100-105, 2016.
- 4) 小山文彦：治療就労両立支援コーディネーターの養成．日本医師会雑誌 144 巻 12 号 特集「勤労者のメンタルヘルス」, 2481, 2016.
- 5) Koyama F: Collaboration between primary and industrial physicians in treatment of workers with mental health disorder. 外来精神医療 16(1), 2016
- 6) 小山文彦：高ストレス者の不調予防と治療就労両立支援の実践．ヘルス・ビューー81: 2-3, 2016
- 7) 小山文彦：治療就労両立支援コーディネーターの養成．日医雑誌 144 巻 12 号, 2481, 2016
- 8) 小山文彦著：主治医と職域間の連携好事例30—治療と仕事の両立支援—メンタルヘルス不調編Ⅱ—．労働者健康福祉機構編．労働調査会，東京，2015.
- 9) 小山文彦：特集「メンタルヘルス不調における治療と仕事の“両立支援”をめぐ

- って一事業場内外の「連携」に求められる情報とは何か―. 産業医ジャーナル 37(1): 4-11, 2014
- 10) 小山文彦: 職場のメンタルヘルス、連携のコツは? 産業精神保健 22 巻特別号 産業精神保健 Q&A: 70-73, 2014
  - 11) 小山文彦: メンタルヘルス不調における治療と就労の“両立支援”―9 労災病院で「治療就労両立支援センター」がスタート―. 健康開発 18(4): 51-56, 2014
  - 12) 小山文彦: 特集「職域における連携を再考する」治療と就労の“両立支援”から連携を考える. 産業精神保健 22: 75-80, 2014
  - 13) 小山文彦: 特集 メンタルヘルス不調者治療と仕事の両立支援―事業場が必要な情報とは―. 安全スタッフNo.2218, 労働新聞社, 2014
  - 14) 小山文彦: どうする, メンタルヘルス対策; これからの予防をどう考えるべきか―予防のための三つの視点と「両立支援」の重要性―. 労政時報 3860: 68-71, 2014
  - 3) 小山文彦: 労働災害とメンタルヘルス (第 53 回全国建設業労働災害防止大会シンポジウム, 2016/9, 名古屋)
  - 4) 小山文彦: 高ストレス者の疾病性評価と一次予防ツールが活きる職場風土の醸成 (第 23 回日本産業精神保健学会・メインシンポジウム「ストレスチェック制度義務化後の諸問題」, 2016 年 6 月, 大阪)
  - 5) 小山文彦: メンタルヘルス不調に罹患した労働者をめぐる主治医と産業医等との医療連携にかかる調査研究 (第 23 回日本産業精神保健学会・シンポジウム「主治医と産業医の連携効果に関する実態調査」, 2016 年 6 月, 大阪)
  - 6) 小山文彦: メンタルヘルス不調者をめぐる主治医と職域間の連携と治療効果との関連性 (第 112 回日本精神神経学会・シンポジウム「精神科主治医と産業医等の連携強化の方策とその効果に関して」, 2016 年 6 月, 幕張メッセ)
  - 7) 小山文彦: 労災リスク事例の特徴と面接指導における留意点等 (第 112 回日本精神神経学会 ワークショップ「精神科医のための産業医実務トレーニング―ストレスチェック制度導入後への対応を学ぶ―」, 2016 年 6 月, 幕張メッセ)

**【当研究に関する学会発表、2016 年 10 月以降】**

- 1) 小山文彦: 基調講演 (大会長講演)「メンタルヘルス研究の知見と臨床・産業保健活動との相互補完」(第 24 回日本産業ストレス学会, 2016 年 11 月, 東京)
- 2) 小山文彦: メンタルヘルス不調と過労死・労災リスク―ストレスチェック時代における留意点― (第 64 回日本職業・災害医学会学術大会シンポジウム「高齢労働者の過労死予防」, 2016 年 10 月, 仙台)
- 8) 田村和佳子, 小山文彦: 建設業における新たなメンタルヘルス対策の展開―建災防方式健康KYと無記名ストレスチェック― (第 24 回日本産業ストレス学会, 2016 年 11 月, 東京)
- 9) 前田隆光, 松田由美江, 森村和恵, 小林宏美, 海保知宏: リワーク再利用率の背景より効果ある対応を模索する (第 24 回日本産業ストレス学会, 2016 年 11 月, 東京)

別表

| 疾患名 (ICD-10)                                  | 支費期間                | 初診日から算出              | ① | ② | 労務状況 | 休業中の休業の形態 | 主治医の専攻 | 療養状況 |
|---|---------------------|----------------------|---|---|------|-----------|--------|------|
| 適応障害 (F43.22)                                 | X年3月24日～5月14日       | X年3月24日～X年3月31日      | 1 |   |      | prS       | 無      | S    |
| 混合性不安抑うつ障害 (F34.1)                            | X年6月1日～10月25日       | X年5月～7月16日           | 1 | 2 |      | abA       | 有      | A    |
| 混合性不安抑うつ障害 (F34.1)                            | X年3月26日～7月末         | X年3月26日～4月上旬         | 1 |   |      | prA       | 無      | A    |
| 混合性不安抑うつ障害 (F34.1)                            | X年3月26日～7月末         | X年3月26日～4月上旬         | 1 |   |      | prA       | 無      | A    |
| 非器質性不眠症 (F51.0)                               | X年3月7月30日～X年10月30日  | X年3月7月30日～X年9月末      | 1 | 1 |      | abA       | 有      | A    |
| 適応障害 (F43.22)                                 | X年11月19日～X年12月26日   | X年11月19日～3週間後        | 1 | 2 |      | abA       | 有      | A    |
| 適応障害 (F43.22)                                 | X年8月17日～10月12日      | X年8月25日～9月14日        | 1 | 1 |      | abS       | 有      | S    |
| うつ病エピソード (F32.0)                              | X年5月11月30日～X年8月28日  | X年5月11月29日～2週間       | 1 |   |      | prA       | 無      | A    |
| 適応障害 (F43.22)                                 | X年3月10月7日～X年2月15日   | X年3月10月7日～2週間後       | 1 |   |      | prS       | 無      | S    |
| パニック障害 (F41.0)                                | X年1年12月15日～X年3月12月  | X年1年12月15日～X年2月7月10日 | 1 | 1 |      | abA       | 有      | A    |
| うつ病エピソード (F32.0)                              | X年1年8月28日～X年1月27日   | X年1年8月28日～10月        | 1 |   |      | prS       | 無      | S    |
| 適応障害 (F43.2)                                  | X年3月22日～X年12月17日    | X年3月22日～X年5月31日      | 1 | 1 |      | abA       | 有      | A    |
| 混合性不安抑うつ反応 (F43.22)                           | X年6月6日～X年7月29日      | X年6月6日～6月17日         | 1 | 1 |      | abS       | 無      | S    |
| 全般的性不安抑うつ障害 (F34.1)                           | X年1年11月16日～X年2月3日現在 | X年1年11月16日～X年1月13日   | 1 | 1 |      | abA       | 有      | A    |
| 軽症うつ病エピソード (F32.0)                            | X年1年4月4日～X年2月12日現在  | X年1年4月4日～X年1月25日     | 1 |   |      | prA       | 無      | A    |
| 混合性不安抑うつ障害 (F41.2)                            | X年11月9日～X年1年2月14日現在 | X年11月17日～            | 1 | 1 |      | abA       | 有      | A    |
| 身体表現性自律神経機能不全 (F45.3)                         | X年7月22日～X年12月21日現在  | X年7月29日～X年9月         | 1 | 2 |      | abA       | 有      | A    |
| パニック障害を伴わない広場恐怖 (F40.00)                      | X年12月～X年1年2月現在      | X年12月22日～6週間         | 1 |   |      | B         | 有      | B    |
| 双極性障害 (F31.2)                                 | X年1月12日～X年6月末       | X年1月12日～3週間          | 1 | 1 |      | abA       | 有      | A    |
| 混合性不安抑うつ障害 (F41.2)                            | X年3月24日～X年6月15日     | X年3月24日～X年4月20日      | 1 | 1 |      | abA       | 有      | A    |
| 適応障害 (F43.2)                                  | X年1月～X年2月現在         | X年1月～X年2月14日         | 1 |   |      | abA       | 有      | A    |
| 混合性不安抑うつ障害 (F41.2)                            | X年1年11月19日～X年2月現在   | X年1年11月19日～X年12月8日   | 1 | 1 |      | abA       | 有      | A    |
| 双極性感情障害 精神病症状を伴う躁病エピソード (F31.2) AD/HD (F90.0) | X年3月15日～X年12月末      | X年3月15日～2か月程度        | 1 | 1 |      | abA       | 有      | A    |
| 中等症うつ病エピソード (F32.1)                           | X年9月7日～X年11月1月末現在   | X年9月7日～1か月後頃から       | 1 | 2 |      | abA       | 有      | A    |
| 中等症うつ病エピソード (F32.1)                           | X年8月31日～X年2月現在      | X年8月31日～9月24日        | 1 | 1 |      | abA       | 有      | A    |
| 反復性うつ病性障害 (F38.1)                             | X年11月～X年2月現在        | X年11月上旬～X年1月         | 1 | 3 |      | abA       | 有      | A    |
| 適応障害 (F43.2)                                  | X年12月～X年1月現在        | X年12月14日～X年1月31日     | 1 | 2 |      | B         | 有      | B    |
| 統合失調症 (F02)                                   | X年4年7月～X年5年1月       | X年4年4月18日～X年4年6月26日  | 1 | 3 |      | abA       | 有      | A    |
| 統合失調症 (F20)                                   | X年2年1月～X年2年12月現在    | X年1年12月15日～X年1月31日   | 1 | 4 |      | abA       | 有      | A    |
| 混合性不安抑うつ障害 (F34.1)                            | X年5月15日～X年1年9月30日   | X年11月10日～X年3月5日or11日 | 2 |   |      | B         | 有      | B    |
| うつ病エピソード (F32.0)                              | X年3年12月26日～X年10月末   | X年5月26日～X年10月下旬      | 2 |   |      | prA       | 無      | A    |
| 適応障害 (F43.2)                                  | X年9月16日～X年12月28日現在  | X年9月16日～X年12月19日以降   | 2 |   |      | prA       | 無      | A    |
| パニック障害 (F41.0)                                | X年11月11日～X年4月末現在    | X年11月11日～X年4月        | 2 | 2 |      | abA       | 有      | A    |
| 適応障害 (F43.2)                                  | X年9月11日～X年1年2月現在    | X年8月22日～X年1年2月12日    | 2 |   |      | B         | 有      | B    |
| 気分変調症 (F34.1)                                 | X年8月～X年1年2月現在       | X年8月30日～X年1月31日      | 2 |   |      | B         | 有      | B    |
| うつ病 (F32)                                     | X年1月～X年1年2月現在       | X年1月～X年5月30日         | 2 | 3 |      | B         | 有      | B    |
| うつ病エピソード (F32.0)                              | X年1年8月14日～X年9月末     | X年1年11月～X年10月        | 3 |   |      | prA       | 無      | A    |
| 混合性不安抑うつ障害 (F34.1)                            | X年5月～X年1年4月         | X年5月～X年1年4月          | 3 |   |      | prA       | 無      | A    |
| 摂食障害 (F50.9)                                  | X年1年10月3日～X年1年2月4日  | X年1年10月3日～X年9月       | 3 |   |      | prA       | 無      | A    |
| うつ病 (F32.1)                                   | X年12月～X年1年2月現在      | X年6月28日～X年1年2月現在     | 3 |   |      | B         | 有      | B    |
| 全般的性不安障害 (F41.1)                              | X年3年6月8日～X年2月現在     | X年3年6月8日～X年2月        | 3 |   |      | B         | 有      | B    |
| うつ病 (F32)                                     | 適応障害 (F43.2)        | X年6月～X年6月12日現在       | 4 | 5 |      | abA       | 有      | A    |
| 気分変調症 (F34.1)                                 | X年1月13日～X年3年2月現在    | X年1月13日～X年3年2月現在     | 5 |   |      | B         | 有      | B    |
| 適応障害 (F43.2)                                  | X年1年9月～X年2月現在       | X年1年10月13日～X年2月14日現在 | 5 |   |      | B         | 有      | B    |
| 統合失調症 (F20)                                   | X年5年11月～X年2月現在      | X年5年11月～X年2月現在       |   |   |      | abA       | 有      | A    |
| 反復性うつ病性障害 (F38.1)                             | X年10月～X年1年2月現在      | X年10月～X年2月現在         |   |   |      | B         | 有      | B    |

## 厚生労働省 平成 28 年度 労災疾病臨床研究事業

### 精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握及び治ゆの判断に係る臨床研究 分担研究報告書

#### 障害者職業センター・ハローワーク等の調査研究

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

#### 研究要旨

##### 1. 研究目的

精神科臨床場面において、メンタル不調を事由とする休職者の復職支援や精神障害者の就労支援には、関係機関との連携が不可欠なのは言うまでもなく、当事者の病状把握・労務提供能力判断のため、主治医、職場、就労支援機関等との協働がポイントとなる。こうした現状認識を踏まえ、本研究では、非医療施設として障害者職業センター、ハローワーク等を対象に、利用状況および関係機関との連携状況について実情を調査し、今後の方策の手がかりを考察した。

##### 2. 障害者職業センターへの質問紙調査の概要

###### 【調査対象】

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構、同機構の地域障害者職業センター16カ所にアンケート調査を実施し、障害者職業総合センターおよび地域障害者職業センター14カ所から回答があった。

###### 【結果の概要】

障害者職業センターにおける復職支援（リワーク支援）の利用者数の増減傾向は、ここ2、3年と比較して、「増加傾向」にある。利用者全体に占める各年代の割合は、30代と40代の利用が全体の6割以上を占める結果であった。

精神障害者の利用者の主診断名について、「うつ病・躁うつ病」が全体の67%を占め、前回の平成25年度の調査結果と比較してその割合に増加が見られた。リワーク支援修了者の実施期間については、「2～4ヶ月未満」が69%で最も多く、利用中止者の割合は7%であった。

リワーク支援の際の職場への支援において生じる課題および医療機関との連携での課題要因は、「連携に対する非協力的な姿勢」（職場21%、医療機関25%）という回答が共通して最も割合が多かった。

### 3. ハローワークへの質問紙調査

#### 【調査対象】

全国ハローワーク（以下、HW）約 550 カ所から 150 カ所を抽出し、専門援助部門担当者にアンケート調査を実施したところ、84 カ所から回答があった（回収率 56%）。

#### 【結果の概要】

精神、知的、身体各障害者の求職登録者が増加傾向と回答した割合は、それぞれ 95%、24%、12%との回答結果で、精神障害者の求職者が顕著に増加している。精神障害者の求職登録者の主診断はうつ病躁鬱病が 45%で最も多く、統合失調症が 30%、その他が 24%であった。

精神障害者の就労一年後の定着率は、「不明」の回答を除く 59%が 4 割以内という回答で、一年以内に離職している精神障害者の割合の高さがうかがえる。また、精神障害者の就労後の定着が難しかった要因としては、「症状の悪化と職場」「人間関係」が 16%と最も割合が多く、次いで「本人のコミュニケーション能力」が 14%という結果であった。

HW と職場・医療機関・就労支援の各 3 機関との連携における課題要因として最も回答が多かった要因は、職場が「職場側の負担増」、医療機関が「連携に対する非協力的な姿勢」、就労支援機関が「就労支援機関の担当者とのスケジュール調整」という結果となり、機関によってその要因が異なる結果が見られた。一方で、「HW の物理的・人的資源の問題」の回答はいずれも 2 番目に回答が多く、連携の課題要因にハローワークのマンパワー不足が大きく介在している状況がうかがえる。

これまでに精神疾患の労災認定者を対象に就労支援に関わられた経験の有無については、96%が経験がないとの回答であった。HW での求職登録時に過去の労災経験の有無を確認はしていないことから、実際は労災認定者を支援している割合は実際は今回の割合よりも高いことが予想される。

### 4. まとめ

障害者職業センターにおける復職支援(リワーク)とハローワーク専門部門において、精神障害者の利用が、他障害と比較して著明な増加が認められる。

主要疾患としては、うつ病・躁うつ病が統合失調症を上回り、さらに背景に発達障害の可能性を勘案すると、従来からの対応方法と異なる必要性も考えられる。すなわち、新たな疾患特性に配慮する必要性が高まっているのだ。

しかしながら、非医療施設のため、利用者の病態把握や医療機関との連携に関しては、苦慮している意見を多く認められた。また、利用者増加により窓口業務などに忙殺され、十分に職場との連携や職場訪問ができにくくなったという意見にも触れた。

そのためにも、両施設での専門性の向上、人員確保的的要因は不可欠で、嘱託精神科医の確保など、必要な予算措置が望まれる。

また、利用者の状況把握のためには、病態把握だけでなく、生活睡眠リズムの安定性、体力面などの就労準備性の把握が重要となり、生活記録表や歩数計の活用など、援助のための支援ツール開発も今後の課題と考える。

## 研究協力者

中田 貴晃，諏訪 裕子，島倉 大，佐川 由紀，張 磊，伊東 あづさ，永田 有希子，北堀 真衣  
キューブ・インテグレーション株式会社

## 第一章 研究目的

精神科臨床場面において、メンタル不調を事由とする休職者の復職支援や精神障害者の就労支援には、関係機関との連携が不可欠なのは言うまでもなく、当事者の病状把握・労務提供能力判断のため、主治医、職場、就労支援機関等との協働がポイントとなる。こうした現状認識を踏まえ、本研究では、非衣料施設として地域障害者職業センター、ハローワーク等を対象に、利用状況および関係機関との連携状況について実情を調査し、今後の方策の手がかりを考察する。

## 第二章 研究1—地域障害者職業センターへの質問紙調査による現状把握

### 2.1 研究方法

#### 【調査対象・選出方法】

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構と相談の上、調査対象施設を地域障害者職業センター16施設とした。16施設の選出にあたっては、平成24年経済センサスのデータを使用し、事業所数の上位1・4・7・10・13・16・19・22・25・28・31・34・37・40・43・46番目を無作為抽出した。

#### 【調査方法・実施期間】

回答負担軽減のための工夫を加え、アンケート調査・電子メール添付法により2016年11月16日～12月31日の期間で実施した。

#### 【回収率および分析方法】

地域障害者職業センター14施設の回答が得られた（回収率88%）。調査用紙の質問項目ごとに集計を行い、自由記述部分は、職場との連携（職場への

支援）、医療機関との連携、それぞれに課題の内容をまとめた。

## 2.2 結果と考察

### 2.2.1 地域障害者職業センターの職場復帰支援（リワーク支援）の利用状況について

地域障害者職業センターにおける職場復帰支援（リワーク支援）の利用者数の増減傾向は、ここ2、3年と比較して、「増加傾向」にある。

利用者全体に占める男女別の割合は、「男性」が81%、「女性」が19%であり、男性の方が多くを占めていた。前回の平成25年度の調査結果と比較したところ、男女別の割合は、この2年間で変化が見られなかった（図1）。

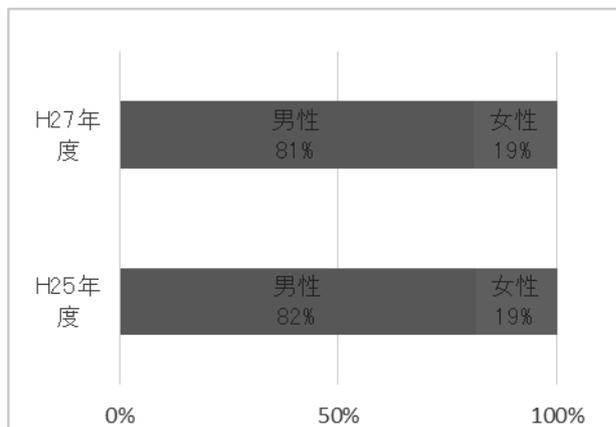


図1 リワーク支援利用者全体に占める男女別の割合の比較

利用者全体に占める各年代の割合は、「20代」が16%、「30代」が29%、「40代」が37%、「50代以上」が18%であった。30代と40代の利用が全体の6割以上を占める結果であり、10代の利用はなかった。各年代の割合は、この2年間で「30代」「40代」

においては変化が見られなかったが、「20代」が3%減少、「50代」が5%増加しており、年齢層が高い傾向となっている（図2）。

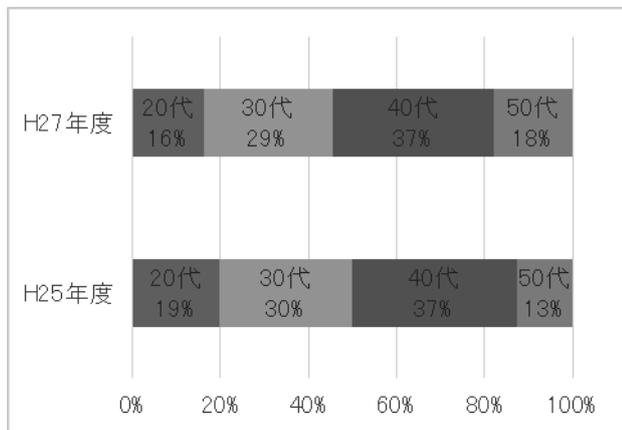


図2 リワーク支援利用者全体に占める各年代の割合の比較

利用者の主診断名について、「うつ病・躁うつ病」が最も多く、全体の67%であった。「統合失調症」は2%であった。「その他」31%の内訳は、適応障害、不安障害（パニック障害）が多いという回答であった。主診断名においては、この2年間で「うつ病・躁うつ病」が29%増加、「統合失調症」が11%減少しており、うつ病・躁うつ病の利用者が増加傾向にある（図3）。

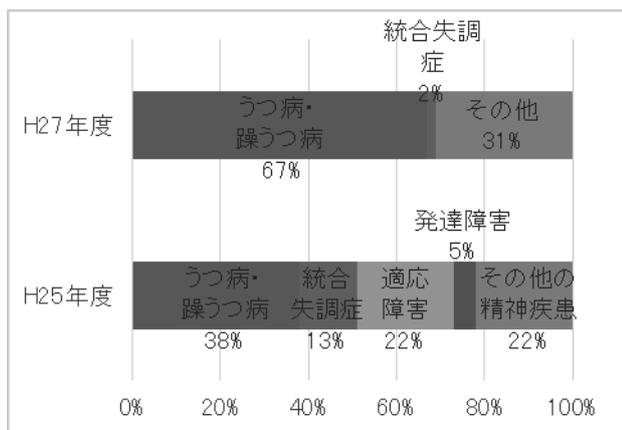


図3 リワーク支援利用者の主診断名の比較

リワーク支援修了者の実施期間については、「2～4ヶ月未満」が69%で最も多く、「4ヶ月～半年」が15%、「1～2ヶ月」が10%、「半年以上」が4%、「1

ヶ月未満」が2%であった。実施期間の割合は、2年前の調査結果では、「4ヶ月を超える者」が41%であったことに対し、今回の結果では19%に減少している（図4）。また、リワーク支援の利用中止者の割合は、7%であった。

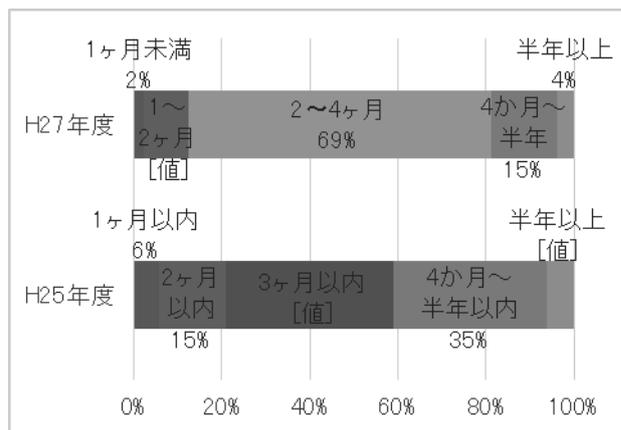


図4 リワーク支援修了者の実施期間の割合の比較

リワーク支援の利用中止ケースについて、調査対象の地域障害者職業センターのうち、「中止ケースあり」と答えた施設の割合は50%、「中止ケースなし」と答えた施設は50%であった。また、その中止理由は、「病状の悪化」によるものが58%、「転職等による復職の断念」が16%、「その他」が21%であった。

### 2.2.2 職場との連携（職場への支援）について

リワーク支援の際の職場との連携（職場への支援）において生じる課題の要因としては、「連携に対する非協力的な姿勢」と回答した機関が86%と最も多く、次いで「職場復帰支援に対する方針の相違」（79%）、「産業医・産業保健スタッフの不在」（57%）、「職場側の負担」（50%）、「利用者本人の職場との連携に対する抵抗感」（43%）、「職場側の情報の開示範囲の制限」（36%）という回答が多かった。また、回答数は少なかったものの「センター側の連携に伴う物理的・人的資源の問題」「連携のタイミングの遅れ」「担当者とのスケジュール調整」「センター側の情報の開示範囲の制限」といった回答もあった。

リワーク支援の際の職場への支援において生じる

課題の要因の中で、最も要因になりやすいと考えられる内容は、「連携に対する非協力的な姿勢」が57%と最も多く、次いで「職場復帰支援に対する方針の相違」が36%。「その他」としては、「復職後に残る病状（精神障害）が、復職基準を満たさない（完治が求められている）」という回答であった。

職場から得られる情報の中で、重要度が高いと考える情報としては、「休職に至った経緯」「従前の状況」「復職基準」という回答が最も多く、回答のあったほぼ全ての施設で重要度が高いという回答が得られた。次いで、多い回答から順に「職場担当者のリワーク支援への意向」「休職情報」「復職後の業務内容」という結果であった。また、少数ではあったが「復職後のサポート状況」「休職中の会社の関わり」「業務内容・異動歴」という回答もあった。

自由記述では、職場への支援に際しての課題として、「復職判断としてのリワーク支援の活用の仕方」「リワーク支援に対する職場側の要求の高さ」「復職時の職場の受け入れ体制」「復職基準の把握の難しさ」といった回答があり、その抜粋は下記の通りである。

また、職場側に対して、従業員のメンタルヘルス対策に関心を持ち、休職者のリワーク支援のみならず、全ての社員に向けた組織的な対策の構築に取り組んでもらいたいという提言があった。今後は、リワーク支援の周知だけでなく、効果的な活用に向けた理解を広めていく必要性についても記述があった。

#### 【復職判断としてのリワーク支援の活用の仕方】

- ・職場側が復職判断の上で、リワーク支援の受講状況を実績として重要視し過ぎる傾向がある。
- ・復職する際にリワーク支援を必須とする職場は多いが、支援の必要性が感じられないケースもある。
- ・職場側が半強制的にリワーク支援を勧める場合、本人の参加意欲や受講態度に課題が見られる。
- ・復職の前提としてリワーク支援の利用を事業所が勧める場合、事業所が本人に対してリワーク支援の

内容や利用目的等について予め説明し、利用についての理解を得ておくべき。

#### 【リワーク支援に対する職場側の要求の高さ】

- ・休職の繰り返しにより復職へのハードルが高くなり、リワーク支援への要望が厳しくなっている。
- ・職場側は休職に至った原因の分析と対策の検討を過剰に求める場合や、あたかも本人のみに原因があるように捉える場合もある。
- ・発達障害の傾向を持つ対象者へのリワーク支援では、特性自体をなくすことはできないため、会社側の理解を促すことに非常に苦勞する場合が多い。
- ・病気の発病以前から存在する課題の改善を復職基準にする職場との復職調整は苦慮する。

#### 【復職時の職場の受け入れ体制】

- ・リワーク支援修了後、復職日決定までの調整に時間が掛かる場合があり、本人の復職活動が途切れ、モチベーションの維持に苦慮することがある。
- ・本人の病状や活動状況の問題ではなく、職場環境の問題で復職を認めない場合がある。会社の状況を正しく本人に伝えていないという点で、復職に向けた情報の共有において問題があると感じる。
- ・「完全に治してから復帰するように」「配慮はできない」など、復帰にあたっての体制整備や配慮を得ることが難しい場合がある。
- ・産業医があまり機能していない職場や担当者の病気に対する理解が不足している職場は苦慮する。

#### 【復職基準の把握の難しさ】

- ・復職期限が迫っている対象者について、メンタル面・作業遂行面の課題は改善したが、身体健康面の課題により退職となり、アプローチの限界、会社側の復職基準の把握の難しさを実感した。
- ・職場側がリワーク支援の出席率のみを復職基準にしようとする等、職場における復職準備性の多角的な把握・判断が難しい場合がある。

### 2.2.3 医療機関との連携について

リワーク支援の際の医療機関との連携において生じる課題の要因としては、「連携に対する非協力的な

姿勢」と回答した機関が79%と最も多く、次いで「主治医とスケジュール調整」(64%)、「職場復帰支援に対する方針の相違」(50%)「医療機関側の情報の開示範囲の制限」(29%)、「コ・メディカルスタッフの不在」(29%)という回答が多かった。また、回答数は少なかったものの「センターの連携に伴う物理的・人的資源の問題」「連携のタイミングの遅れ」「医療機関側の負担増」「利用者本人と職場との連携への抵抗感」といった回答もあった。「その他」としては、「利用者情報の取り扱いに係る信頼感の乏しさ」という回答であった。

リワーク支援の際の医療機関との連携において生じる課題の要因の中で、最も要因になりやすいと考えられる内容は、「連携に対する非協力的な姿勢」が72%と最も多く、次いで「主治医とのスケジュール調整」「職場復帰支援に対する方針の相違」がそれぞれ14%という結果であった。

医療機関から得られる情報の中で、重要度が高いと考える情報としては、「現在の病状」「本人の課題に関する見解」という回答が最も多く、回答のあったほぼ全ての施設で重要度が高いという回答が得られた。次いで、多い回答から順に「復職に関する見解」「リワーク支援に関する見解」「病名・診断名」「治療経過」という結果であった。また、少数ではあったが「服薬内容」「本人への病名告知」という回答もあった。「その他」としては、「今後の診療方針」という回答であった。

また、医療機関リワークプログラムと連携したケースの有無は、「連携なし」が93%、「連携あり」が7%であった。連携事例としては、「医療機関リワークプログラムでは疾病理解やSST等の実施、地域障害者職業センターリワーク支援では心理教育的なプログラムと企業との連絡調整等の実施を行った」という回答があった。

自由記述では、医療機関との連携に際しての課題として、「リワーク支援に対する理解や協力の不足」といった回答が主であり、その抜粋は下記の通りで

ある。

また、医療機関との連携が円滑に進むケース程、復職後の就業継続が良好であるため、主治医の個人的見解・感情により協力が得られない事態になると、支援効果の減少に至るのではないかと危惧する声もあった。

#### 【リワーク支援に対する理解や協力の不足】

- ・主治医によっては、リワーク支援との「連携」という協同関係ではなく、指示的な態度となる場合がある。

- ・独自の価値観や実際の職場環境についての情報が乏しい等から、プログラム運営や復職調整の上で、参考・根拠となる現実的な意見が得られにくいことがある。

- ・一部の医療機関では、職場復帰に際してのアドバイス等を当施設や職場の対応では取得できず、本人(書面)が対応せざるを得なかった。

- ・法的な責任を負えないという理由により支援開始の同意書への署名を拒否されるケースがあった。

- ・本人同席の通院同行時に、リワーク支援担当者に非協力的態度を示すという例が極少数であるが存在する。

#### 2.2.4 考察

地域障害者職業センターにおける職場復帰支援(リワーク支援)の利用者数は、ここ2、3年と比較して増加傾向にあり、20代の減少、50代の増加から、利用年齢層が上昇傾向にある。また、利用者の主診断名は、「統合失調症」が2年前の調査の13%から2%に減少したことに対し、「うつ病・躁うつ病」が38%から67%に増加している結果から、うつ病・躁うつ病の休職者においては、積極的に職場復帰支援を活用していることがうかがえる。リワーク支援修了者の利用期間は、7割弱が2~4ヶ月となっており、概ね3ヶ月前後で終えて復帰している一方で、中止ケースの6割弱は「病状の悪化」を中止理由としていることから、職場復帰の準備段階でも、再発

に留意する必要があることが推測される。

地域障害者職業センターでは、利用者本人のみならず「職場」も支援対象という位置づけで捉えているが、支援における課題として、職場側の非協力的な姿勢や支援方針の相違が挙げられ、職場と足並みを揃えた職場復帰支援に苦慮していることがうかがわれる。また、「休職に至った経緯」「従前の状況」「復職基準」といった職場からの情報が職場復帰支援において重要と考え、これらの情報は、利用者本人からのヒアリングだけでは、不十分となりやすいことから、支援者側としては、効果的な支援を進める上でも、職場側と良好な関係性を築く必要性に迫られているのではないかと考えられる。

医療機関との連携における課題としても、医療機関側の非協力的な姿勢が挙げられている。支援プログラムの負荷の掛け方、復帰後の再発の可能性を検討する上でも、「現在の病状」「本人の課題に関する見解」といった疾患の状態や影響は、主治医から可能な限り確認しておきたいところであろう。また、リワーク支援が終了した後も、利用者本人の治療は継続されるため、復帰後の就労継続を安定させていくためにも、主治医との連携の必要性を感じているのではないかと推測される。

### 第三章 研究2—公共職業安定所（ハローワーク）への質問紙調査による現状把握

#### 3.1 研究方法

##### 【調査対象・選出方法】

全国の公共職業安定所（ハローワーク障害者専門援助部門）の約550施設から、総務省の地方公共団体の区分に基づいた、指定都市、中核市、特例市、特別区のいずれかに指定されている地区、及び県庁所在地になっている地区に設置されている計150施設を選出した。

##### 【調査方法・実施期間】

回答負担軽減のための工夫を加え、アンケート調査・郵送法により2016年11月16日～12月31日

の期間で実施した。

##### 【回収率および分析方法】

公共職業安定所（ハローワーク障害者専門援助部門）84施設の回答が得られ（回収率56%）、調査用紙の質問項目ごとに集計を行った。

### 3.2 結果と考察

#### 3.2.1 公共職業安定所（ハローワーク障害者専門援助部門）の利用状況について

公共職業安定所（ハローワーク障害者専門援助部門）における求職登録者数の増減は、各障害別で差が見られた。具体的には、身体障害者では減少傾向、知的障害者では不変、精神障害者においては顕著な増加傾向となった（図5）。

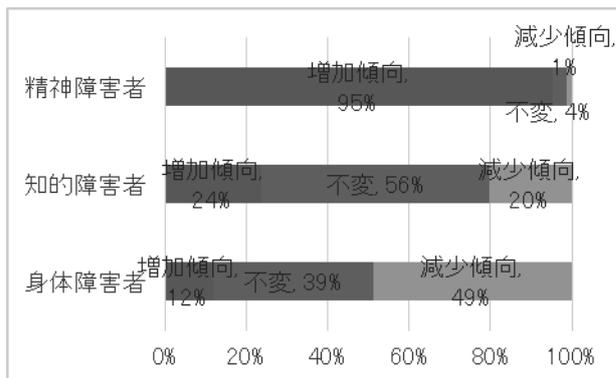


図5 各障害のハローワーク求職登録者数の増減傾向

精神障害者の求職登録者の主診断名は、「うつ病・そううつ病」が45%と最も多く、次いで「統合失調症」(30%)、「その他」(24%)という結果であった（「不明」の回答を除く）。「その他」の主診断名としては、「発達障害」を挙げた施設が94%と最も多く、次いで「てんかん」(85%)、「適応障害」(60%)、「不安障害」(57%)という回答が多かった。

精神障害者の求職登録者の失業期間について、1年以上は54%、1年未満が35%であった。前職なしは全体の12%占めている。

精神障害者の就職後、「1年以上職場に定着している割合」について、最も多い割合の回答は「3割」が36%と最も多く、「5割以下」と回答をした割合

は82%となった(「不明」の回答を除く)。また、「不明」の回答は全体の74%であった。

就職後の職場定着が難しかった要因について、「症状の悪化」(80%)、「職場の人間関係」(79%)、「本人のコミュニケーション能力」(71%)、「障害に対する職場・従業員の理解不足」(50%)が上位となり、いずれも半数を上回った(図6)。

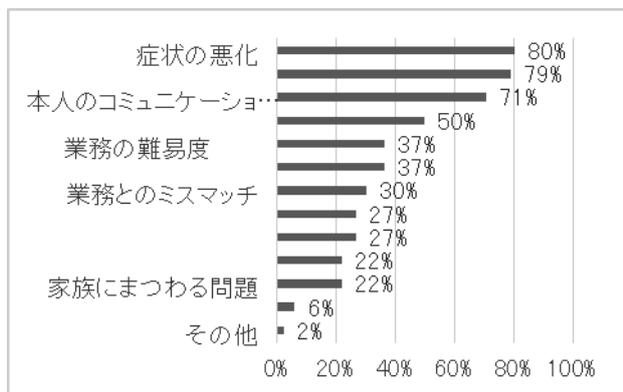


図6 就職後の職場定着が難しかった要因

### 3.2.2 トライアル雇用制度の実施状況について

トライアル雇用制度を利用しないケースの割合は平均で約85%であった。また、トライアル雇用制度利用後に就職につながらなかった割合は平均で17%であった。

トライアル雇用後に、就職につながらなかった要因として、「症状の悪化」を理由として挙げた施設が51%と最も多く、次いで、「業務の難易度」(43%)、「業務とのミスマッチ」(43%)、「職場の人間関係」(37%)、「本人のコミュニケーション能力」(34%)が挙げられる。

トライアル雇用後に、就職につながらなかった要因の中で、各施設が最も要因になりやすいと考えている内容は、「症状の悪化」(23%)、「業務の難易度」(20%)、「業務とのミスマッチ」(14%)、となった(図7)。

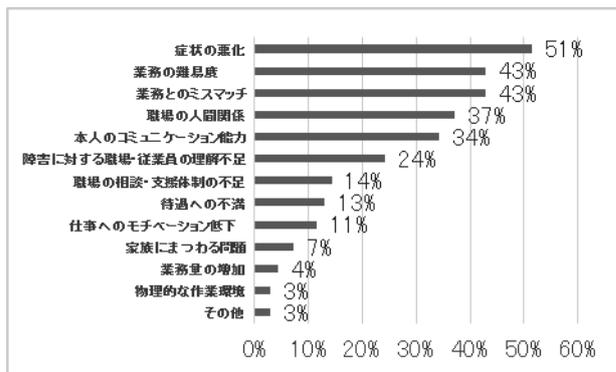


図7 トライアル雇用後に就職につながらなかった要因

### 3.2.3 職場との連携について

職場との連携で生じる課題の要因としては、「職場側の負担増」を理由として挙げた施設が60%と最も多く、次いで「(ハローワーク側の)連携に伴う物理的・人的資源の問題」(46%)、「障害者雇用に対する方針の相違」(40%)、「職場側の連携に対する非協力的な姿勢」(29%)、「連携のタイミングの遅れ」(29%)という回答が多かった(図8)。

職場との連携において生じる課題の要因の中で、各施設が最も要因になりやすいと考えている項目は、「職場側の負担増」が29%と最も多く、次いで「(ハローワーク側の)連携に伴う物理的・人的資源の問題」(25%)、「障害者雇用に対する方針の相違」(13%)となった。

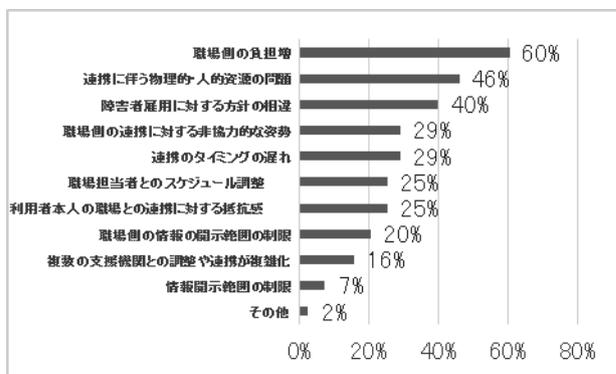


図8 職場との連携で生じている課題要因

### 3.2.4 医療機関との連携について

医療機関との連携で生じる課題の要因としては、

「就労支援に対する方針の相違」を理由として挙げた施設が49%と最も多く、次いで「(ハローワーク側の)連携に伴う物理的・人的資源の問題」(42%)、「主治医とのスケジュール調整」(41%)、「医療機関側の情報の開示範囲の制限」(37%)、「利用者本人の医療機関との連携に対する抵抗感」(33%)という回答が多かった(図9)。

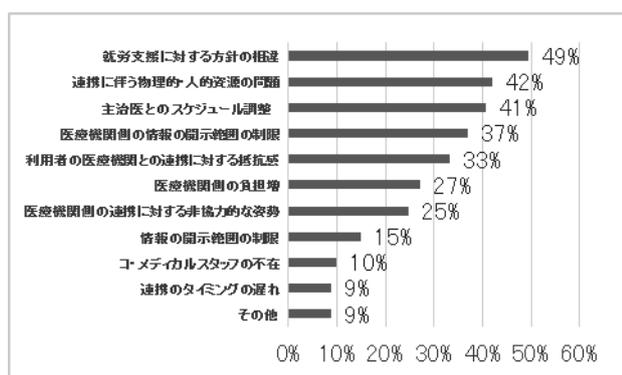


図9 医療機関との連携で生じている課題要因

医療機関との連携において生じる課題の要因の中で、各施設が最も要因になりやすいと考えている項目は、「就労支援に対する方針の相違」(29%)、「(ハローワーク側の)連携に伴う物理的・人的資源の問題」(15%)、「医療機関側の情報の開示範囲の制限」(13%)となった。

### 3.2.5 就労支援機関との連携について

精神障害者の就職にあたり、就労支援機関を利用している割合については、「不明」と回答した施設が84施設中42施設と半数に上った。利用割合を把握している施設では、「41~60%」との回答が16施設、「61~80%」との回答が13施設であった。

就労支援機関のうち、最も利用が多い機関は「障害者就業・生活支援センター」であり、次いで「就労移行支援施設」、「地域障害者職業センター」の順となった。

就労支援機関との連携で生じる課題の要因としては、「就労支援機関の担当者とのスケジュール調整」を理由として挙げた施設が54%と最も多く、次いで

「(ハローワーク側の)連携に伴う物理的・人的資源の問題」(42%)、「就労支援機関側の負担増」(40%)、「利用者本人の就労支援機関との連携に対する抵抗感」(31%)という回答が多かった(図10)。

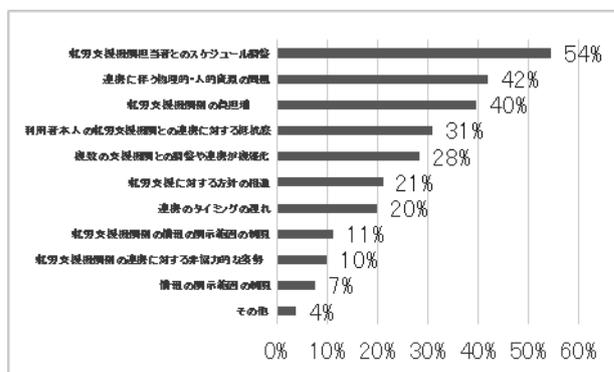


図10 就労支援機関との連携で生じている課題要因

就労支援機関との連携において生じる課題の要因の中で、各施設が最も要因になりやすいと考えている項目は、「(ハローワーク側の)連携に伴う物理的・人的資源の問題」が23%と最も多く、次いで「就労支援機関側の負担増」(21%)、「就労支援機関の担当者とのスケジュール調整」(16%)となった。

### 3.2.6 労災認定者の就労支援経験の有無について

これまで精神疾患の労災認定者を対象に就労支援に関わった経験があると回答した施設は84施設中3施設であった。

### 3.2.7 考察

厚生労働省が発表している精神障害者のハローワークの新規求職登録件数によれば、平成25年に身体障害者のそれを上回り、年々増加傾向にあるという結果が示されているが、今回の調査結果でも精神障害者の求職登録者の増加傾向は他の障害に比べ著しく顕著であった。今回の調査結果では登録者の主診断名が「うつ病・そううつ病」が45%と最も多い結果となっていること、前職がない登録者が12%という結果から、前職でうつ病等を発症して離職した労働者が、精神障害者保健福祉手帳を取得し、再就職

を目指すケースが増加している背景がうかがえる。

一方、精神障害者の就職1年後の定着割合は、3割との回答が約4割を占め、5割以下の回答が約8割を占める結果から、就労後の定着にやはり大きな課題が見られている。また、「不明」の回答率が74%であったことから、精神障害者の就職後の定着状況が把握できていない実態もうかがえ、精神障害者の求職登録者の増加の背景に短期間で離転職を繰り返している登録者がいることも推察される。

トライアル雇用制度は、障害者を雇い入れる企業が双方のミスマッチを防ぐために最長3カ月間の試用雇用を行う制度で、事業所に対して奨励金を給付する制度である。求人者の相互理解を促進すること等を通じて、障害者の早期就職の実現や雇用機会の創出を図ることを目的とされた制度であるが、精神障害者で本制度を活用している平均割合は約15%で十分活用できていない実態がうかがえる。また、トライアル雇用後に就職できなかった要因の上位3項目が「症状の悪化」、「業務の難易度」、「業務とのミスマッチ」となっているのに対し、就職後の定着困難要因の上位が、「症状の悪化」、「職場の人間関係」、「本人のコミュニケーション能力」という結果から、双方の共通要因となっている「症状の悪化」に次ぐ要因に相違が出ているのが特徴である。これは、雇用の初期では試用期間中は業務との相性や適性に関わる課題が前景に生じ、時間の経過と共に職場の人間関係に関する課題に移行している状況が推察される。この一連の結果から、求職者には就職前に就労に耐えられる準備活動の取り組みや健康維持のためのセルフケア教育を行い、事業所に対しては本人の適正に合った業務アサインと職場内での対人関係のサポートを行うことが、定着率を上げる鍵となることが考えられる。

ハローワークと各機関との連携についての課題要因では、「就労支援に対する方針の相違」の回答の割合が、医療機関(49%)、職場(40%)、就労支援機関(21%)と結果に相違が見られ、医療機関や職場については支援方針をめぐる連携の難しさが生じてい

る状況がうかがえ、立場や考え方が異なる機関とどう協働関係をつくっていくかがテーマの一つとして挙げられる。しかし、ハローワーク側の「連携に伴う物理的・人的資源の問題」は各機関ともに2番目に高い回答割合となっていることから、ハローワークの人材不足が連携活動の根本的な原因となることが推察できる。昨今、精神障害者雇用トータルサポーターを増員したいが、その確保に苦労しているケースも少なからずあるようである。こうした各機関との連携の要となる専門スタッフの配置を充実させるだけでなく、その専門性を高める教育的環境を整備することが、精神障害者の就労定着と各機関との連携を円滑化させる解決策の一つになると考えられる。

#### 第四章 総合考察

障害者職業センターにおける復職支援(リワーク)とハローワーク専門部門において、精神障害者の利用が、他障害と比較して著明な増加が認められる。

主要疾患としては、うつ病・躁うつ病が統合失調症を上回り、さらに背景に発達障害の可能性を勘案すると、従来からの対応方法と異なる必要性も考えられる。すなわち、新たな疾患特性に配慮する必要性が高まっているのだ。

しかしながら、非医療施設のため、利用者の病態把握や医療機関との連携に関しては、苦慮している意見を多く認められた。また、利用者増加により窓口業務などに忙殺され、十分に職場との連携や職場訪問ができにくくなったという意見にも触れた。

そのためにも、両施設での専門性の向上、人員確保人的要因は不可欠で、嘱託精神科医の確保など、必要な予算措置が望まれる。

また、利用者の状況把握のためには、病態把握だけではなく、生活睡眠リズムの安定性、体面などの就労準備性の把握が重要となり、生活記録表や歩数計の活用など、援助のための支援ツール開発も今後の課題と考える。

こうした平成 28 年度の基礎調査をもとに、平成 29 年度においては各施設への個別訪問を実施し、より具体的な方策を探るものである。また、必要により追加アンケート調査も実施したい。

なお、実施に際しては(公社)日本精神保健福祉連盟、キューブ・インテグレーション㈱の全面的な協力を仰ぎながら、能率的かつ効果的な運営を心がけるものである。

## 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

(課題名) 精神疾患の適切な療養期間

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 須藤千尋、澁谷孝之、  
岡本洋子、山内信隆)

研究要旨：「医学上一般に認められた医療」を受けた後の治ゆ（症状固定）判断に関する一般人向けおよび産業医向けの WEB アンケートをそれぞれ行った。産業医 46 人の WEB アンケートの結果から、うつ病で自宅療養中の患者について、①「医学上一般に認められる医療」の内容としては、薬物療法を不応性、不耐性の判断まで 3 種類以上、通院精神療法を年 24 回以上、リワーク・デイケア在籍に 30 日以上、職場担当者（産業医を含む）からの相談支援（休職や復職に関する仕組みについての文書を用いた説明、年 4 回の面談、年 1 回の外来主治医との連携）が 7 割以上の回答としてあげられた。また、②症状固定と判断するために必要な期間としては、3 年以内という回答が、一般人 400 人の 92.6%、産業医 46 人の 89%であり、コンセンサスとして示唆された。

### A. 研究目的

一般人および産業医に対して、WEBアンケートによって、職場ストレスで発症したうつ病について、適切な療養期間に行われるべき薬物療法（抗うつ薬治療）、精神療法（認知行動療法）、事業者（人事担当者、産業医等）への相談、職場復帰支援のためのリワーク・デイケアを含む「医学上一般に認められた医療」についての考え方および労災保険における治ゆ（症状固定）の判断時期についての考え方を調査することを目的とした。

### B. 研究方法

うつ病のために長期療養する労働者が受ける「医学上一般に認められた医療」の具体的な内容（①抗うつ薬治療、②認知行動療法、③

人事担当者または産業医による対応、④リワークデイケア）および労災保険上の「治ゆ」と判断する時期について、一般人向けおよび産業医向けの異なる内容の選択式のアンケートを、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（番号 2513）の承認を得て、実施した。

### C. 研究結果

(1) 一般人 400 人の WEB アンケート結果  
うつ病のために長期療養する労働者が受ける「医学上一般に認められた医療」の具体的な内容（①抗うつ薬治療、②認知行動療法、③産業医による支援、④リワークデイケア等）および労災保険上の「治ゆ」と判断する療養期間について、選択式のアンケートを作成し、

千葉大学の倫理審査委員会の承認を得て、実施した。

仕事をしている成人に限り、300人はうつ病をよく知らない一般群（性別年齢は均等化）、100人はうつ病を身近で知る知識あり群という一般人全体400名を対象にして、Aさんが職場のストレスで中等症のうつ病と外来の医師から診断され、自宅療養を勧められるストーリーを読んでもらい、Aさんが自分だという立場で回答してもらうWEBでの無記名アンケート調査を実施した。自宅療養を勧められても休まないという人は、一般群で34.7%、知識あり群で19.0%（全体30.8%）であった。また、労災となる可能性を知っている人は、一般群で47.0%、知識あり群で68.0%（全体52.3%）と、半数程度にとどまった。抗うつ薬治療を受けるは一般群で58.0%、知識あり群82.0%（全体64.0%）、2種類目の抗うつ薬治療を受けるは一般群で55.3%、知識あり群72.0%（全体59.5%）、認知行動療法を受けるは一般群59.7%、知識あり群76.0%（全体63.8%）、職場に問い合わせをするは一般群67.0%、知識あり群78.0%（全体69.8%）、リワーク・デイケアを受けるは一般群62.7%、知識あり群77.0%（全体66.3%）と治療や支援の各選択肢について6割程度の理解が得られていた。自宅療養中、これまで上にあげた、抗うつ薬治療、認知行動療法、職場への問い合わせ、リワーク・デイケアなどを医師の指示通りにしたが、外来主治医から、『これ以上の「医学上一般に認められた治療」はなく、うつ病の症状が固定して、これ以上の回復は見込めないの、労災としては、「治癒（症状

固定）」として、後遺症の認定になる』という説明は、自宅療養を開始し、どのくらいの期間が過ぎたところで、自分のうつ病の症状が職場復帰できるまでの回復が見込めないと判断できるかという質問（症状固定の判断期間）については、1年6か月が一般群55.3%、知識あり群54.0%（全体55.0%）であった。3年以内（1年6か月、2年、3年）の期間の回答は、一般群92.0%、知識あり群94.0%（全体92.6%）となった。

## （2）産業医46人のWEBアンケート結果

うつ病（抑うつ状態を伴う適応障害を含む）のために休職中の患者（労災認定の有無を問わない）に対する「医学上一般に認められる医療」には、どのような内容（薬物療法・精神療法・事業者による職場復帰支援）が含まれるべきかについて、WEBアンケート調査を行ったところ、46人からの回答を得た。

（1）薬物療法については、「医学上一般に認められる薬物療法を行ったが症状改善が得られない（不応性：単剤で、imipramine換算で150mg以上または患者の忍容可能な最大容量を8週以上投与したが、症状改善が得られなかった、あるいは不耐性：忍容性（副作用）の問題で、8週以上の投与ができなかった）」と感じるまでに、何種類以上の抗うつ薬で効果を試されているべきかについては、3種類以上が72%と最も多い回答で、次に、2種類以上が26%であった。

（2）精神療法については、以下の3つの項目についての調査を行った。

外来通院精神療法（1回5分以上～30分未

満)の頻度は、年24回(月2回または2週間ごと)が72%と最も多い回答で、次に、年12回(月1回)が22%であった。

外来通院精神療法(1回30分以上、個人認知行動療法を含む)については、「必須ではない」が39%と最も多い回答で、次に、年8~15回が28%、3番目に、年4~7回が18%であった(年2回以上というカテゴリーにまとめた場合、年2回以上は61%であった)。

リワーク・デイケアの在籍(注:実際に参加できたかどうかを問わない)については、60日以上が28%で最も多い回答で、次に、30日以上が24%および「必須ではない」24%と同率で並び、90日以上が22%と意見が分かれた。(30日以上、60日以上、90日以上を3つまとめて、「30日以上」という回答とした場合の「30日以上」は74%であった)。

(3)事業者による職場復帰支援については、以下の項目についての調査を行った。

患者が職場担当者(産業医を含む)から、休職や復職に関する仕組みについて文書を用いた説明を受けているべきかについては、「必須である」が78%、「必須ではない」が22%であった。

患者と職場担当者(産業医を含む)との面談の頻度については、年6~11回が37%と最も多く、次に、年4~5回が24%で、3番目に、年2~3回15%、4番目に、年12回以上が13%、「必須ではない」が11%と意見が分かれた(年4回以上というカテゴリーでまとめた場合は、年4回以上は74%であった)。

職場担当者(産業医を含む)から、患者の同意のもと、患者の外来主治医との連携(面

談、電話、メール、診療情報提供書などの手段を含む)の頻度については、年2~3回が41%で最も多く、次に、「必須ではない」が26%であった(年1回以上というカテゴリーにまとめた場合、年1回以上は72%であった)。

以上の「医学上一般に認められた医療」がすべて行われたにもかかわらず、うつ症状の改善が得られず、休職もしくは労務制限の状態(「服することができる労務が相当な程度に制限される」、「軽易な労務以外の労務に服することができない」、「特に軽易な労務以外の労務に服することができない」、「終身労務に服することができない」)が続いている場合、症状固定(=労災保険における「治ゆ」と判断するために必要な、の期間について調査を行った)。

うつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間の間に、一時的に通常の労務に服していた期間があった場合、症状固定の判断材料として、一時的に通常の労務に服していた期間をどう取り扱うべきと感じるかについては、一時的に通常の労務に服していた期間が1か月以下ならば、うつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間を合計して判断に用いるべきという回答が15%、3か月以下が22%、6か月以下が13%、1年以下が15%、1年6か月以下が4%、2年以下が7%、「期間の長さにかかわらず、常に合計して判断に用いるべき」が11%、「期間は合計すべきでない(直近のうつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間のみで判断すべき)」が13%で意見が分かれた(合計すべきでない13%と1か月以下15%を除外して、「3か月以下を合計すべ

き」というカテゴリーにまとめれば、72%であった)。

うつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間がどのくらい続いたときに、症状固定(=労災保険における「治ゆ」)したと判断すべきかについては、1年6か月が31%、2年が27%、3年が31%であった(3年以内というカテゴリーでまとめた場合、89%であった)。

なお、46人の産業医の背景として、日頃行っている業務は主として、産業医として職場復帰支援に従事が30人(65%)、外来主治医として治療に従事が16人(35%)であった。また、精神疾患のために労災認定されている患者の診察経験がありが30%、なしが70%であった。実務または臨床の合計経験年数10年以上が90%であった。

#### D. 考察

「医学上一般に認められた医療」を受けた後の治ゆ(症状固定)判断に関する一般人向けのWEBアンケートを300人はうつ病をよく知らない一般群、100人はうつ病を身近で知る知識あり群という一般人全体400人を対象に、Aさんが職場のストレスで中等症のうつ病と診断され、自宅療養を勧められるストーリーを読んでもらい、抗うつ薬治療、認知行動療法、職場への問い合わせ、リワーク・デイケアなどを医師の指示通りにしたが、外来主治医から労災としては「治癒(症状固定)」として後遺症の認定になるという説明を受け、自宅療養からどのくらいの期間が過ぎたところで、自分のうつ病の症状が職場復帰できる

までの回復が見込めないと判断できるかという質問(症状固定の判断期間)については、3年以内の期間の回答が一般群92.0%、知識あり群94.0%(全体92.6%)という結果であった。同じ内容のアンケート調査を、今回行った一般人だけでなく、次回は、医療関係者やうつ病当事者についても行い、症状固定の判断期間のコンセンサスを探索していく方向性が考察された。

産業医46人のWEBアンケート結果から、70%以上を占める回答に焦点をあてて考察を行うと、

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」としては、薬物療法(不応性あるいは不耐性の判断に関して)は3種類以上(少なくとも2種類以上)、外来通院精神療法(1回5分以上)の頻度は、年24回(少なくとも年12回)、リワーク・デイケアの在籍(実際に参加できたかどうかを問わない)については、30日以上がコンセンサスと考えられた。

また、事業者による職場復帰支援については、職場担当者(産業医を含む)は、患者に休職や復職に関する仕組みについて文書を用いた説明を行うべきであり、職場担当者(産業医を含む)と患者の面談は年4回(3か月ごと)に行われ、職場担当者(産業医を含む)から、患者の同意のもと、患者の外来主治医との連携(面談、電話、メール、診療情報提供書などの手段を含む)は年1回行われるべきというコンセンサスが考えられた。

また、うつ症状で休職もしくは労務制限さ

れていた期間の間に、一時的に通常の労務に服していた期間があった場合、症状固定の判断材料として、一時的に通常の労務に服していた期間をどう取り扱うべきと感じるかについては、一時的に通常の労務に服していた期間が3か月以下ならば、うつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間を合計して判断に用いるべきというコンセンサスが72%で、うつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間がどのくらい続いたときに、症状固定(=労災保険における「治ゆ」)したと判断は、3年以内にすべきというコンセンサスが89%と考えられた。

今後は、さらに、意見が分かれた質問については、質問方法を再検討するなどして、もう一度、アンケート調査を行い、産業医の回答者数を増やすなどして、コンセンサスを集約していく方向性が考えられた。

## E. 結論

一般人400人および産業医46人のWEBアンケートの結果から、うつ病のために休職中の患者について、①医学上一般に認められる医

療の内容としては、薬物療法、通院精神療法、リワーク・デイケア、事業者からの相談支援が含まれ、②症状固定と判断するために必要な期間としては、3年以内であることが示唆された。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

Isoda I, Asano K, Muramatsu K, Shimizu E. Web Based Screening for Depression in the Workplace. *British Journal of Medicine and Medical Research*. 16(6) 1-10, 2016

### 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

### 3. その他

なし

資料1 一般人向けのうつ病医療アンケート

|  |                    | 身近にうつ病患者がいて状況を<br>知る立場＝100人 | 一般の立場＝300人 |     |       |     | 合計＝400人 |  |
|--|--------------------|-----------------------------|------------|-----|-------|-----|---------|--|
|  |                    | 回答数                         | %          | 回答数 | %     | 回答数 | %       |  |
| 全体   |                    | 100                         | 100.0      | 300 | 100.0 | 400 | 100.0   |  |
| 2  | 20歳代               | 17                          | 17.0       | 60  | 20.0  | 77  | 19.3    |  |
| 3  | 30歳代               | 25                          | 25.0       | 60  | 20.0  | 85  | 21.3    |  |
| 4  | 40歳代               | 25                          | 25.0       | 60  | 20.0  | 85  | 21.3    |  |
| 5  | 50歳代               | 18                          | 18.0       | 60  | 20.0  | 78  | 19.5    |  |
| 6  | 60歳代               | 15                          | 15.0       | 60  | 20.0  | 75  | 18.8    |  |
| 1  | 男                  | 62                          | 62.0       | 150 | 50.0  | 212 | 53.0    |  |
| 2  | 女                  | 38                          | 38.0       | 150 | 50.0  | 188 | 47.0    |  |
| 1  | 会社勤務（一般社員）         | 46                          | 46.0       | 114 | 38.0  | 160 | 40.0    |  |
| 2  | 会社勤務（管理職）          | 8                           | 8.0        | 15  | 5.0   | 23  | 5.8     |  |
| 3  | 会社経営（経営者・役員）       | 4                           | 4.0        | 6   | 2.0   | 10  | 2.5     |  |
| 4  | 公務員・教職員・非営利団体職員    | 8                           | 8.0        | 20  | 6.7   | 28  | 7.0     |  |
| 5  | 派遣社員・契約社員          | 9                           | 9.0        | 31  | 10.3  | 40  | 10.0    |  |
| 6  | 自営業（商工サービス）        | 3                           | 3.0        | 26  | 8.7   | 29  | 7.3     |  |
| 7  | SOHO               | 2                           | 2.0        | 4   | 1.3   | 6   | 1.5     |  |
| 8  | 農林漁業               | 0                           | 0.0        | 2   | 0.7   | 2   | 0.5     |  |
| 9  | 専門職（弁護士・税理士等・医療関連） | 7                           | 7.0        | 10  | 3.3   | 17  | 4.3     |  |
| 10   | パート・アルバイト          | 9                           | 9.0        | 62  | 20.7  | 71  | 17.8    |  |
| 14   | その他の職業             | 4                           | 4.0        | 10  | 3.3   | 14  | 3.5     |  |
| Aさんは、これまで一度もうつ病になったことはありません。また、Aさんの家庭などの私生活にストレスとなるようなことはありません。        |                    |                             |            |     |       |     |         |  |
| ところが、仕事による非常に強いストレスが3か月続いた結果、この2週間以上毎日、眠れない、食欲がない、疲れやすい、動きが遅くなる、       |                    |                             |            |     |       |     |         |  |
| 物事に集中できない、気持ちが落ち込む、意欲がわからないなどの症状がとれないAさんは、受診したクリニックの医師から、中等症のうつ病と診断され、 |                    |                             |            |     |       |     |         |  |

|   |  |              |             |       |             |       |             |       |  |
|---|--|--------------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|--|
| 自宅療養をすすめられました。あなた自身が A さんであるとして、A さんの立場にたって考え、一番近い答えを一つ選んでください。 |  |              |             |       |             |       |             |       |  |
| Q1  | 現時点で、どのくらいの期間、仕事を休んで、自宅療養をしようと思いますか？<br>(SA)   |              |             |       |             |       |             |       |  |
|   |  |              | 回<br>答<br>数 | %     | 回<br>答<br>数 | %     | 回<br>答<br>数 | %     |  |
|   | 全体   |              | 100         | 100.0 | 300         | 100.0 | 400         | 100.0 |  |
|   | 1  | 2週間          | 19          | 19.0  | 75          | 25.0  | 94          | 23.5  |  |
|   | 2  | 1か月          | 34          | 34.0  | 77          | 25.7  | 111         | 27.8  |  |
|   | 3  | 3か月          | 17          | 17.0  | 29          | 9.7   | 46          | 11.5  |  |
|   | 4  | 6か月          | 11          | 11.0  | 15          | 5.0   | 26          | 6.5   |  |
|   | 5  | 0日(自宅療養はしない) | 19          | 19.0  | 104         | 34.7  | 123         | 30.8  |  |
| Q2  | 今回の発病が、仕事による非常に強いストレス(仕事の失敗、過重な責任の発生、ハラスメントなどの具体的出来事)によるものと調査により明確に判断できる場合、労働災害(労災)に認定される可能性があることを知っていましたか？<br>(SA)          |              |             |       |             |       |             |       |  |
|   |  |              | 回<br>答<br>数 | %     | 回<br>答<br>数 | %     | 回<br>答<br>数 | %     |  |
|   | 全体   |              | 100         | 100.0 | 300         | 100.0 | 400         | 100.0 |  |
|   | 1  | 労災の可能性と知っていた | 68          | 68.0  | 141         | 47.0  | 209         | 52.3  |  |
|   | 2  | 労災とは知らなかった   | 32          | 32.0  | 159         | 53.0  | 191         | 47.8  |  |
| Q3  | うつ病で自宅療養をすることになった A さん(あなた)は、外来主治医から、薬物療法の説明を受け、抗うつ薬 X を毎日内服する抗うつ薬治療を 8 週間行うように、勧められました。A さん(あなた)は、医師の指示通り、抗うつ薬治療を受けますか？(SA) |              |             |       |             |       |             |       |  |
|   |  |              | 回           | %     | 回           | %     | 回           | %     |  |

|        |  | 答<br>数      |       | 答<br>数      |       | 答<br>数      |       |
|--------|--|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
|        | 全体   | 100         | 100.0 | 300         | 100.0 | 400         | 100.0 |
|        | 1 抗うつ薬治療を受ける   | 82          | 82.0  | 174         | 58.0  | 256         | 64.0  |
|        | 2 抗うつ薬治療を受けない  | 18          | 18.0  | 126         | 42.0  | 144         | 36.0  |
| Q<br>4 | Q 3 の勧めを受けた診察後、抗うつ薬治療または経過観察のみを続けながら、8 週間が過ぎましたが、残念ながら、A さん（あなた）の症状は、それほど良くなりませんでした。外来主治医から、抗うつ薬の効果がみられない場合がある割合で起こるという説明を受け、2 種類目の新しい別の抗うつ薬 Y に切り替えて、再び、毎日内服する抗うつ薬治療を 8 週間行うように、勧められました。A さん（あなた）は、医師の指示通り、抗うつ薬 Y による治療を受けますか？（S A） |             |       |             |       |             |       |
|        |  | 回<br>答<br>数 | %     | 回<br>答<br>数 | %     | 回<br>答<br>数 | %     |
|        | 全体   | 100         | 100.0 | 300         | 100.0 | 400         | 100.0 |
|        | 1 2 種類目の抗うつ薬治療を受ける   | 72          | 72.0  | 166         | 55.3  | 238         | 59.5  |
|        | 2 2 種類目の抗うつ薬治療を受けない  | 28          | 28.0  | 134         | 44.7  | 162         | 40.5  |
| Q<br>5 | 自宅療養をして、しばらくの期間が過ぎました。外来主治医から、認知行動療法という精神療法の説明を受け、1 回 30 分以上、週 1 回で最大 16 週程度を勧められました。A さん（あなた）は、医師の指示通り、認知行動療法を受けますか？（S A）   |             |       |             |       |             |       |
|        |  | 回<br>答<br>数 | %     | 回<br>答<br>数 | %     | 回<br>答<br>数 | %     |
|        | 全体   | 100         | 100.0 | 300         | 100.0 | 400         | 100.0 |
|        | 1 認知行動療法を受ける   | 76          | 76.0  | 179         | 59.7  | 255         | 63.8  |
|        | 2 認知行動療法を受けない  | 24          | 24.0  | 121         | 40.3  | 145         | 36.3  |

|        |   |                |             |       |             |       |             |       |  |  |
|--------|---|----------------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|--|--|
|        |   | い              |             |       |             |       |             |       |  |  |
| Q<br>6 | 自宅療養をして、しばらくの期間が過ぎました。外来主治医から、職場の人事担当者あるいは産業医などに、環境調整の可能性や職場復帰支援制度について、問い合わせることを勧められました。Aさん（あなた）は、医師の指示通り、職場の人事担当者あるいは産業医に、問い合わせをしますか？（SA）  |                |             |       |             |       |             |       |  |  |
|        |   |                | 回<br>答<br>数 | %     | 回<br>答<br>数 | %     | 回<br>答<br>数 | %     |  |  |
|        | 全体  |                | 100         | 100.0 | 300         | 100.0 | 400         | 100.0 |  |  |
|        | 1   | 問い合わせをする       | 78          | 78.0  | 201         | 67.0  | 279         | 69.8  |  |  |
|        | 2   | 問い合わせをしない      | 22          | 22.0  | 99          | 33.0  | 121         | 30.3  |  |  |
| Q<br>7 | 自宅療養をして、しばらくの期間が過ぎました。外来主治医から、リワーク・デイケア（職場に出勤するような模擬練習を日中クリニックなどで行うこと）での職業リハビリテーションを勧められました。Aさん（あなた）は、医師の指示通り、リワーク・デイケアでの職業リハビリテーションを受けますか？ |                |             |       |             |       |             |       |  |  |
|        |   |                | 回<br>答<br>数 | %     | 回<br>答<br>数 | %     | 回<br>答<br>数 | %     |  |  |
|        | 全体  |                | 100         | 100.0 | 300         | 100.0 | 400         | 100.0 |  |  |
|        | 1   | リワーク・デイケアを受ける  | 77          | 77.0  | 188         | 62.7  | 265         | 66.3  |  |  |
|        | 2   | リワーク・デイケアを受けない | 23          | 23.0  | 112         | 37.3  | 135         | 33.8  |  |  |

|        |   |       |     |       |     |       |     |       |  |
|--------|---|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|--|
| Q<br>8 | <p>自宅療養中、これまで上にあげた、抗うつ薬治療、認知行動療法、職場への問い合わせ、リワーク・デイケアなどを医師の指示通りにしてきました。自宅療養をしている期間は、職場のストレスは全くない状態で、その期間は、治療の効果に加えて、自然治癒の効果も期待されます。しかし、Aさん（あなた）のうつ病の症状は、発病時に比べれば、多少は良くなったものの、職場復帰できるほどのレベルには、回復していません。外来主治医から、『これ以上の「医学上一般に認められた治療」はない、うつ病の症状が固定して、これ以上の回復は見込めない、労災としては、「治癒（症状固定）」として、後遺症の認定になる』という説明でした。職場からも、そういう事情で、復帰が難しいようならば、やむを得ないという回答でした。自宅療養を開始し、どのくらいの期間が過ぎたところで、Aさん（あなた）は、自分のうつ病の症状が職場復帰できるまでの回復が見込めないと判断できるでしょうか。</p> |       |     |       |     |       |     |       |  |
|        |   |       | 回答数 | %     | 回答数 | %     | 回答数 | %     |  |
|        | 全体  |       | 100 | 100.0 | 300 | 100.0 | 400 | 100.0 |  |
|        | 1   | 1年6か月 | 54  | 54.0  | 166 | 55.3  | 220 | 55.0  |  |
|        | 2   | 2年    | 28  | 28.0  | 75  | 25.0  | 103 | 25.8  |  |
|        | 3   | 3年    | 12  | 12.0  | 35  | 11.7  | 47  | 11.8  |  |
|        | 4   | 4年    | 1   | 1.0   | 4   | 1.3   | 5   | 1.3   |  |
|        | 5   | 5年    | 1   | 1.0   | 5   | 1.7   | 6   | 1.5   |  |
|        | 6   | 6年以上  | 4   | 4.0   | 15  | 5.0   | 19  | 4.8   |  |

## 資料2 医師向けうつ病医療アンケート

### 「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」に関するアンケート（医師用）

#### 調査の背景と目的

この調査は、精神科医・産業医を対象に、うつ病（抑うつ状態を伴う適応障害を含む）のために休職中の患者（労災認定の有無を問わない）について、①医学上一般に認められる医療の内容、②症状固定と判断するために必要な症状の持続期間、に関するアンケート調査を行い、医師の意見の集約を試みるものです。

この調査における「症状固定（労災保険における「治ゆ）」とは、「医学上一般に認められた医療をもってしても、その効果が期待し得ない状態で、かつ、残存する症状が、自然的経過によって到達すると認められる最終の状態に達したとき」をいいます。症状固定（治ゆ）が、完治・全快を指すのではないことにご留意ください。

以下の質問について、先生のお考えに最も近いものをお選びください。

#### 調査倫理に関わる注意事項

- この調査への協力は強制されるものではありません。回答するかどうかはあなたの意志で自由に決めることができます。
  - 答えたくない質問がある場合には、その質問をとばして次の質問に移って下さい。
  - 回答しなかったり、回答を途中でやめたりしても、あなたにはいかなる不利益も生じません。そのまま、途中で回答をやめて下さい。
  - 調査の結果は研究目的にのみ使用され、統計データとして学会発表や学会論文に投稿されます。ただし、個人の回答がそのままの形で公開されることはありません。
  - 回答の処理からデータ保管と処分まで、回答は厳重に保護されます。
- ※ 以上の注意事項を確認した上で、アンケートへのご協力に同意いただける場合には、質問に回答して下さい。

この調査は千葉大学医学部・医学研究院倫理委員会にて承認を受けております（番号：2513）。

この調査についてのお問い合わせは調査者の一人である

千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学

〒260-8670 千葉市中央区亥鼻 1-8-1

清水栄司（neurophys1@ML.chiba-u.jp）までお願いいたします。

1. うつ病（抑うつ状態を伴う適応障害を含む）のために休職中の患者（労災認定の有無

を問わない) に対する「医学上一般に認められる医療」には、どのような内容（薬物療法・精神療法・事業者による職場復帰支援）が含まれるべきでしょうか。

(1) 薬物療法

| <p>「医学上一般に認められる薬物療法を行ったが症状改善が得られない（※）」とあなたが感じるまでに、何種類以上の抗うつ薬で効果を試されているべきですか。</p> <p><input type="checkbox"/>2種類      <input type="checkbox"/>3種類</p> <p>(※次の(a), (b)いずれかに該当するときに、「症状改善がなかった」と数えてください)<br/>         (a) 単剤で、imipramine 換算で 150mg 以上または患者の忍容可能な最大容量を 8 週以上投与したが、症状改善が得られなかった<br/>         (b) 忍容性（副作用）の問題で、8 週以上の投与ができなかった</p>   | <p>1つお選びください</p> |          |            |     |     |     |     |     |    |
|--|------------------|----------|------------|-----|-----|-----|-----|-----|----|
| <p>A pie chart showing the distribution of responses to the question about the number of antidepressant types tried. The chart is divided into three segments: a large grey segment for '3種類' (72%), a smaller dark grey segment for '2種類' (26%), and a very thin white segment for '無回答' (2%).</p> <table border="1"> <caption>Figure 1: Survey Results on Number of Antidepressant Types Tried</caption> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3種類</td> <td>72%</td> </tr> <tr> <td>2種類</td> <td>26%</td> </tr> <tr> <td>無回答</td> <td>2%</td> </tr> </tbody> </table> |                  | Response | Percentage | 3種類 | 72% | 2種類 | 26% | 無回答 | 2% |
| Response   | Percentage       |          |            |     |     |     |     |     |    |
| 3種類  | 72%              |          |            |     |     |     |     |     |    |
| 2種類  | 26%              |          |            |     |     |     |     |     |    |
| 無回答  | 2%               |          |            |     |     |     |     |     |    |

参考 imipramine 150mg に相当する抗うつ薬の等価換算

|                                     |   |                                  |
|-------------------------------------|---|----------------------------------|
| amitriptyline<br>150<br>(トリプタノールなど) | <b>imipramine</b><br><b>150</b><br>(トフラニールなど) | paroxetine<br>40<br>(パキシルなど)     |
| amoxapine<br>150<br>(アモキササンなど)      | lofepramine<br>150<br>(アンプリット)                | paroxetine CR<br>50<br>(パキシル SR) |
| clomipramine<br>150<br>(アナフラニールなど)  | maprotiline<br>150<br>(ルジオミールなど)              | sertraline<br>100<br>(ジェイゾロフト)   |

|  |                                    |  |
|--|------------------------------------|--|
| dosulepin<br>150<br>(プロチアデン)               | mianserin<br>60<br>(テトラミド)         | setiptiline<br>6<br>(テシプールなど)            |
| duloxetine<br>30<br>(サインバルタ)               | milnacipran<br>100<br>(トレドミンなど)    | sulpiride<br>300<br>(ドグマチール、アビリット<br>など) |
| escitalopram<br>20<br>(レクサプロ)              | mirtazapine<br>30<br>(リフレックス、レメロン) | trazodone<br>300<br>(デジレル、レスリンなど)        |
| fluvoxamine<br>150<br>(デプロメール、ルボックス<br>など) | nortriptyline<br>75<br>(ノリトレン)     | trimipramine<br>150<br>(スルモンチール)         |

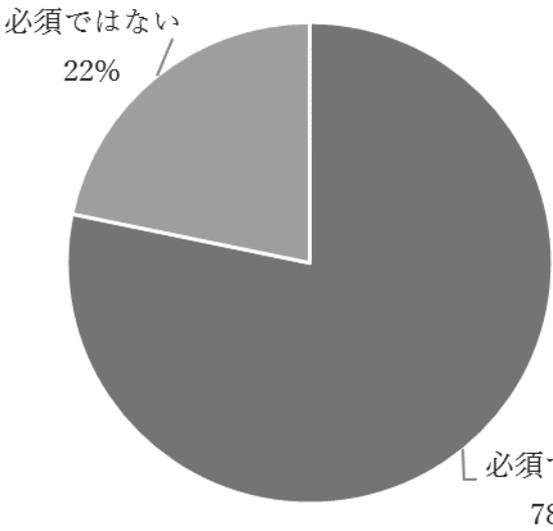
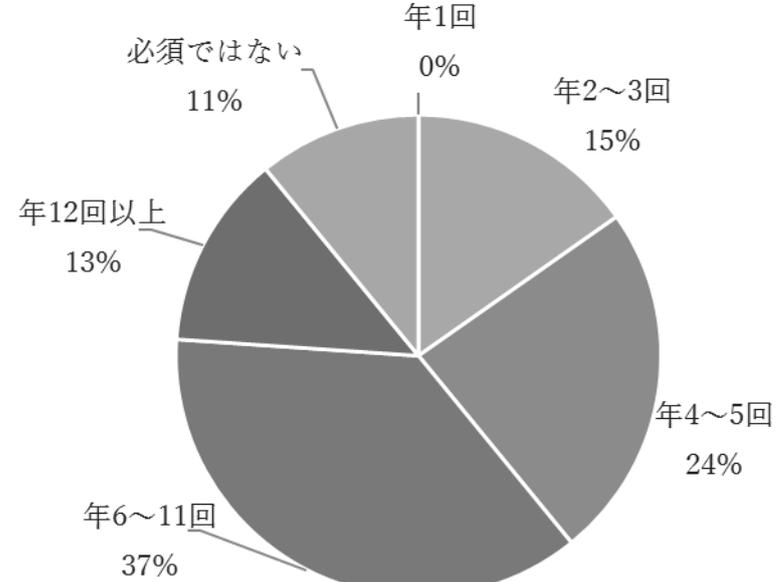
(2) 精神療法

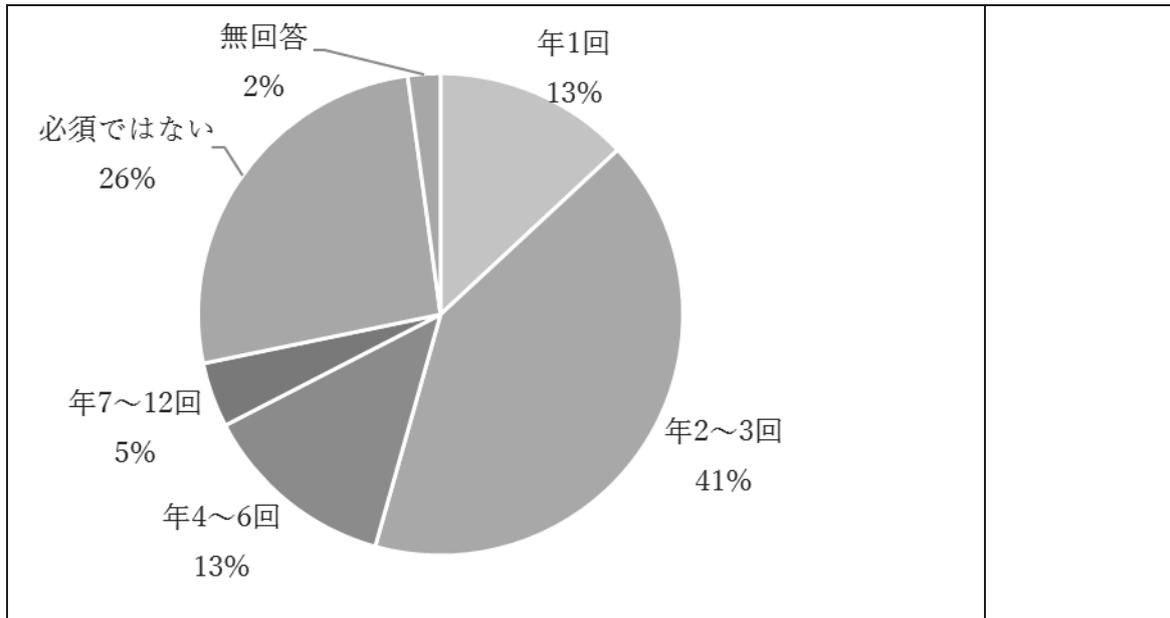
| <p>外来通院精神療法（1回5分以上～30分未満）が以下の頻度でされているべき</p> <p><input type="checkbox"/>年12回（月1回）</p> <p><input type="checkbox"/>年24回（月2回または2週間ごと）</p> <p><input type="checkbox"/>年52回（週1回）</p> <p><input type="checkbox"/>必須ではない</p>  | <p>1つお選びください</p> |    |    |           |     |                   |     |           |    |        |    |
|---|------------------|----|----|-----------|-----|-------------------|-----|-----------|----|--------|----|
| <p>A pie chart illustrating the frequency of outpatient mental health treatment. The chart is divided into four segments: a large dark grey segment for '年24回 (月2回または2週間ごと)' at 72%, a medium dark grey segment for '年12回 (月1回)' at 22%, a small light grey segment for '年52回 (週1回)' at 6%, and a very thin white segment for '必須ではない' at 0%.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>頻度</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年12回（月1回）</td> <td>22%</td> </tr> <tr> <td>年24回（月2回または2週間ごと）</td> <td>72%</td> </tr> <tr> <td>年52回（週1回）</td> <td>6%</td> </tr> <tr> <td>必須ではない</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table> |                  | 頻度 | 割合 | 年12回（月1回） | 22% | 年24回（月2回または2週間ごと） | 72% | 年52回（週1回） | 6% | 必須ではない | 0% |
| 頻度  | 割合               |    |    |           |     |                   |     |           |    |        |    |
| 年12回（月1回）   | 22%              |    |    |           |     |                   |     |           |    |        |    |
| 年24回（月2回または2週間ごと）   | 72%              |    |    |           |     |                   |     |           |    |        |    |
| 年52回（週1回）   | 6%               |    |    |           |     |                   |     |           |    |        |    |
| 必須ではない  | 0%               |    |    |           |     |                   |     |           |    |        |    |
| <p>外来通院精神療法（1回30分以上、個人認知行動療法を含む）が以下の頻度</p>  | <p>1つお選び</p>     |    |    |           |     |                   |     |           |    |        |    |

| <p>でされているべき<br/> <input type="checkbox"/>年1回 <input type="checkbox"/>年2~3回 <input type="checkbox"/>年4~7回 <input type="checkbox"/>年8~15回 <input type="checkbox"/>年16回以上<br/> <input type="checkbox"/>必須ではない</p>  | <p>ください</p>      |    |       |     |       |     |          |     |        |     |        |     |        |     |  |
|---|------------------|----|-------|-----|-------|-----|----------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--|
| <table border="1"> <caption>参加頻度の割合</caption> <thead> <tr> <th>頻度</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年1回</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>年2~3回</td> <td>4%</td> </tr> <tr> <td>年4~7回...</td> <td>28%</td> </tr> <tr> <td>年8~15回</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>年16回以上</td> <td>39%</td> </tr> <tr> <td>必須ではない</td> <td>39%</td> </tr> </tbody> </table> | 頻度               | 割合 | 年1回   | 0%  | 年2~3回 | 4%  | 年4~7回... | 28% | 年8~15回 | 11% | 年16回以上 | 39% | 必須ではない | 39% |  |
| 頻度  | 割合               |    |       |     |       |     |          |     |        |     |        |     |        |     |  |
| 年1回   | 0%               |    |       |     |       |     |          |     |        |     |        |     |        |     |  |
| 年2~3回   | 4%               |    |       |     |       |     |          |     |        |     |        |     |        |     |  |
| 年4~7回...  | 28%              |    |       |     |       |     |          |     |        |     |        |     |        |     |  |
| 年8~15回  | 11%              |    |       |     |       |     |          |     |        |     |        |     |        |     |  |
| 年16回以上  | 39%              |    |       |     |       |     |          |     |        |     |        |     |        |     |  |
| 必須ではない  | 39%              |    |       |     |       |     |          |     |        |     |        |     |        |     |  |
| <p>リワークデイケアの在籍（注：実際に参加できたかどうかを問わない）が以下の日数以上あるべき<br/> <input type="checkbox"/>30日以上 <input type="checkbox"/>60日以上 <input type="checkbox"/>90日以上 <input type="checkbox"/>必須ではない</p>   | <p>1つお選びください</p> |    |       |     |       |     |          |     |        |     |        |     |        |     |  |
| <table border="1"> <caption>在籍日数の割合</caption> <thead> <tr> <th>日数</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30日以上</td> <td>24%</td> </tr> <tr> <td>60日以上</td> <td>28%</td> </tr> <tr> <td>90日以上</td> <td>22%</td> </tr> <tr> <td>必須ではない</td> <td>24%</td> </tr> <tr> <td>無回答</td> <td>2%</td> </tr> </tbody> </table>  | 日数               | 割合 | 30日以上 | 24% | 60日以上 | 28% | 90日以上    | 22% | 必須ではない | 24% | 無回答    | 2%  |        |     |  |
| 日数  | 割合               |    |       |     |       |     |          |     |        |     |        |     |        |     |  |
| 30日以上   | 24%              |    |       |     |       |     |          |     |        |     |        |     |        |     |  |
| 60日以上   | 28%              |    |       |     |       |     |          |     |        |     |        |     |        |     |  |
| 90日以上   | 22%              |    |       |     |       |     |          |     |        |     |        |     |        |     |  |
| 必須ではない  | 24%              |    |       |     |       |     |          |     |        |     |        |     |        |     |  |
| 無回答   | 2%               |    |       |     |       |     |          |     |        |     |        |     |        |     |  |

(3) 事業者による職場復帰支援

|   |                  |
|---|------------------|
| <p>患者は、職場担当者（産業医を含む）から、休職や復職に関する仕組みについて文書を用いた説明を受けているべき<br/> <input type="checkbox"/>必須である <input type="checkbox"/>必須ではない</p> | <p>1つお選びください</p> |
|---|------------------|

|   |                  |
|---|------------------|
|  <p>必須ではない<br/>22%</p> <p>必須である<br/>78%</p>  |                  |
| <p>患者は、職場担当者（産業医を含む）との面談を以下の頻度で受けているべき<br/> <input type="checkbox"/>年1回 <input type="checkbox"/>年2～3回 <input type="checkbox"/>年4～5回 <input type="checkbox"/>年6～11回 <input type="checkbox"/>年12回以上<br/> <input type="checkbox"/>必須ではない</p>         | <p>1つお選びください</p> |
|  <p>年1回<br/>0%</p> <p>年2～3回<br/>15%</p> <p>年4～5回<br/>24%</p> <p>年6～11回<br/>37%</p> <p>年12回以上<br/>13%</p> <p>必須ではない<br/>11%</p>                                |                  |
| <p>職場担当者（産業医を含む）から、患者の同意のもと、患者の外来主治医との連携（面談、電話、メール、診療情報提供書などの手段を含む）が以下の頻度でなされているべき<br/> <input type="checkbox"/>年1回 <input type="checkbox"/>年2～3回 <input type="checkbox"/>年4～6回 <input type="checkbox"/>年7～12回 <input type="checkbox"/>必須ではない</p> | <p>1つお選びください</p> |



2. 以上の「医学上一般に認められた医療」がすべて行われたにもかかわらず、うつ症状の改善が得られず、下記（\*）のように休職もしくは労務制限の状態が続いているとします。症状固定（＝労災保険における「治ゆ」）と判断するために必要な、（\*）の期間について、お伺いします。

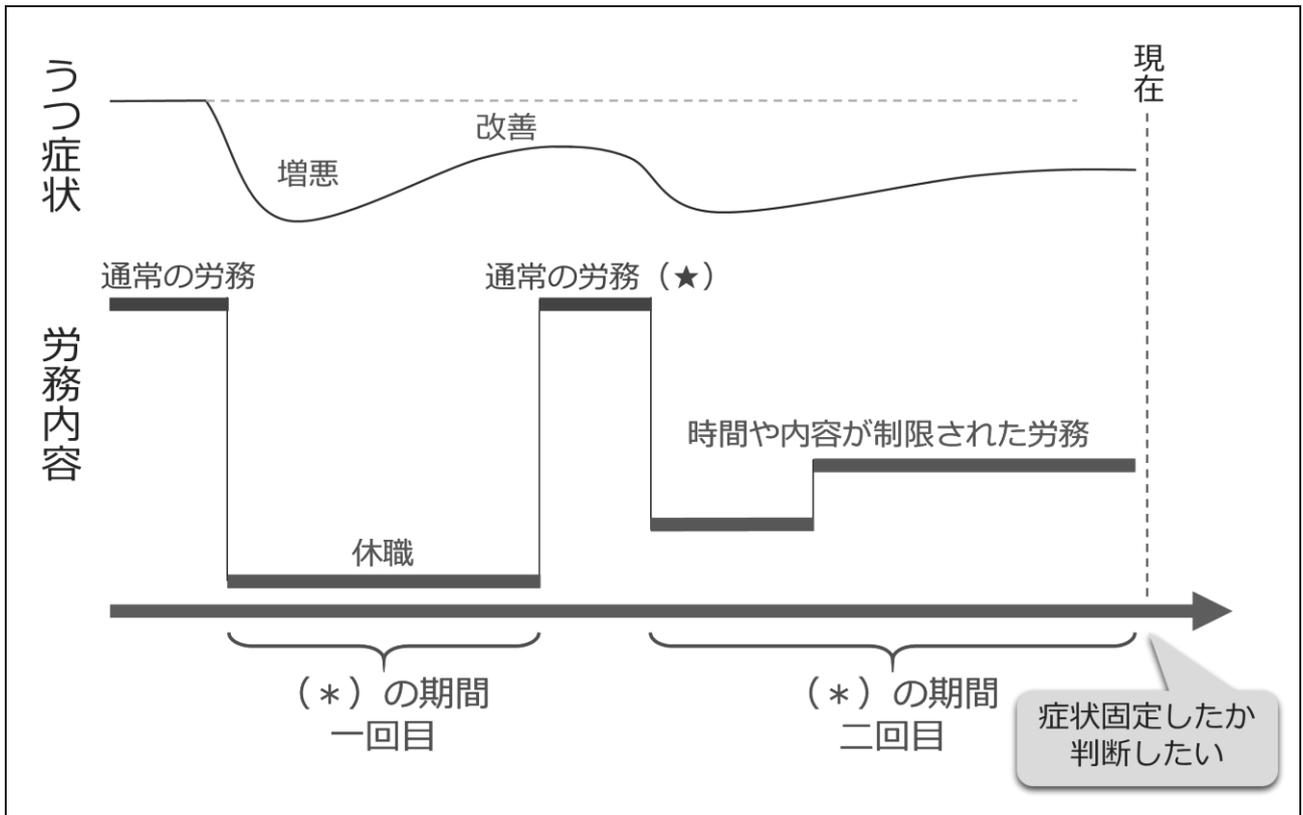
（\*）「服することができる労務が相当な程度に制限される」

「軽易な労務以外の労務に服することができない」

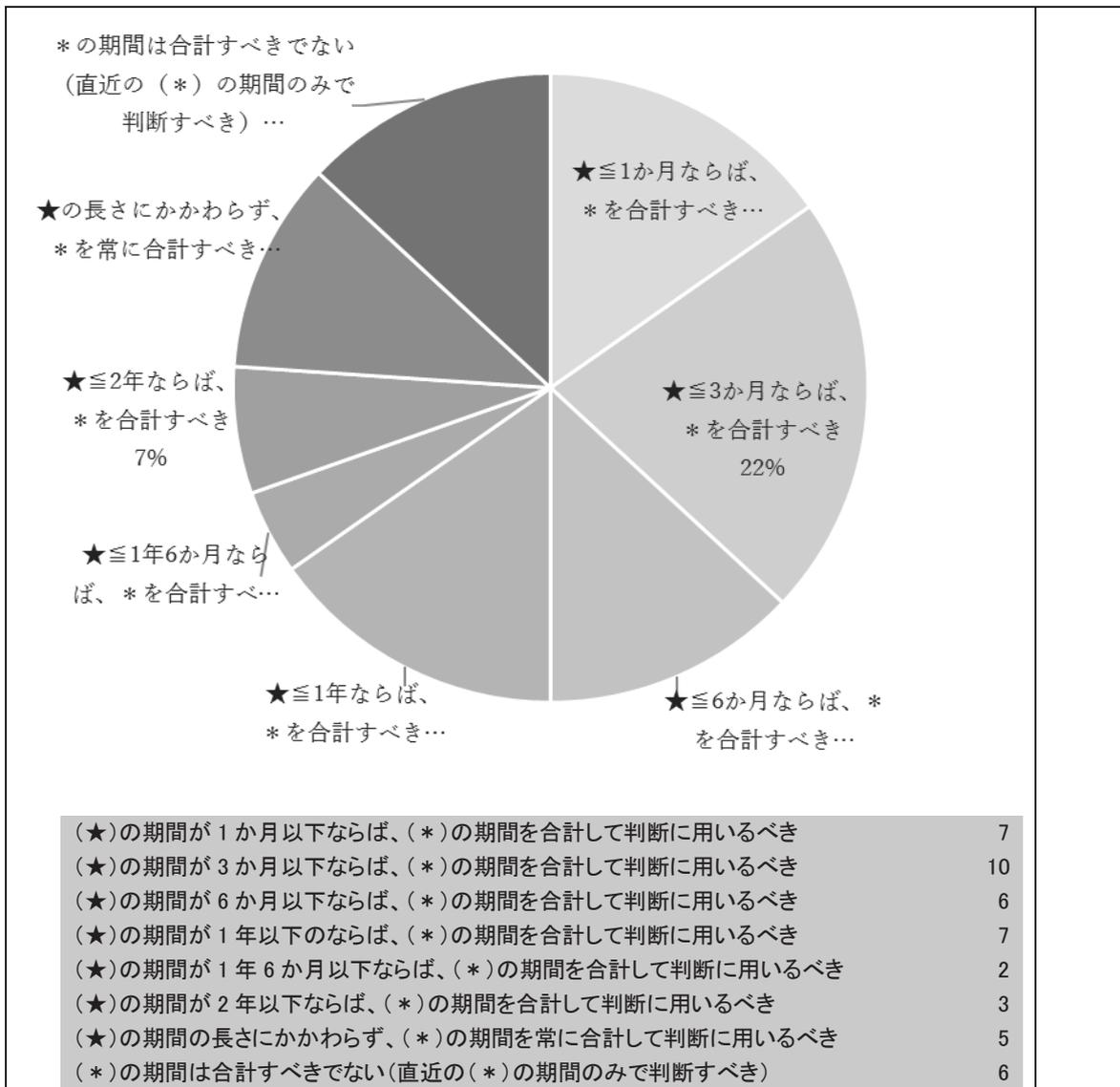
「特に軽易な労務以外の労務に服することができない」

「終身労務に服することができない」

（1）うつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間（\*）の間に、一時的に通常の労務に服していた期間（★）があった場合、症状固定の判断材料として、（\*）の期間をどう取り扱うべきと感じますか。図を参考にお答えください。

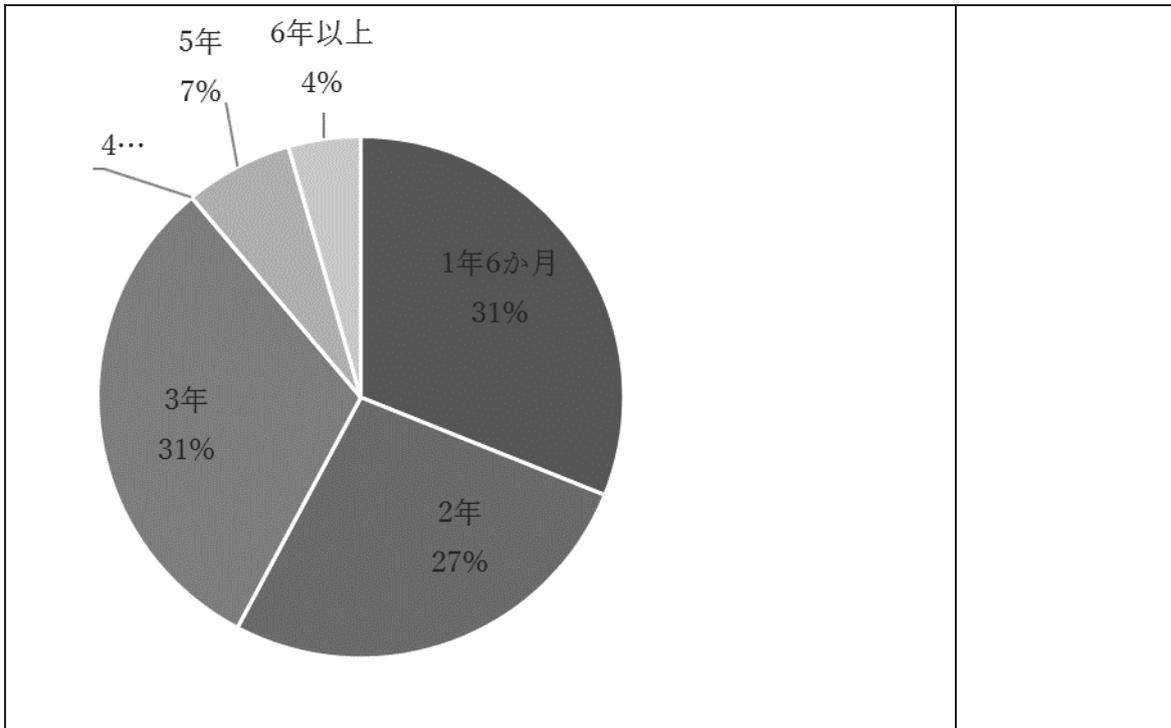


|  |                            |
|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> (★) の期間が 1 か月以下ならば、(*) の期間を合計して判断に用いるべき     | 1 つ<br>お選<br>びく<br>ださ<br>い |
| <input type="checkbox"/> (★) の期間が 3 か月以下ならば、(*) の期間を合計して判断に用いるべき     |                            |
| <input type="checkbox"/> (★) の期間が 6 か月以下ならば、(*) の期間を合計して判断に用いるべき     |                            |
| <input type="checkbox"/> (★) の期間が 1 年以下のならば、(*) の期間を合計して判断に用いるべき     |                            |
| <input type="checkbox"/> (★) の期間が 1 年 6 か月以下ならば、(*) の期間を合計して判断に用いるべき |                            |
| <input type="checkbox"/> (★) の期間が 2 年以下ならば、(*) の期間を合計して判断に用いるべき      |                            |
| <input type="checkbox"/> (★) の期間の長さにかかわらず、(*) の期間を常に合計して判断に用いるべき     |                            |
| <input type="checkbox"/> (*) の期間は合計すべきでない (直近の (*) の期間のみで判断すべき)      |                            |



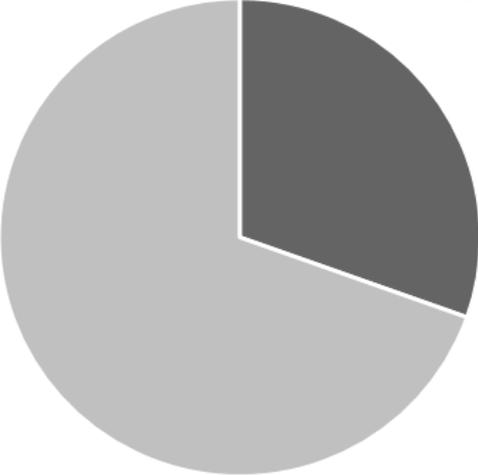
(2) (1) で判断材料として用いることにした (\*) の期間がどのくらい続いたときに、症状固定 (= 労災保険における「治ゆ」) したと判断すべきですか。

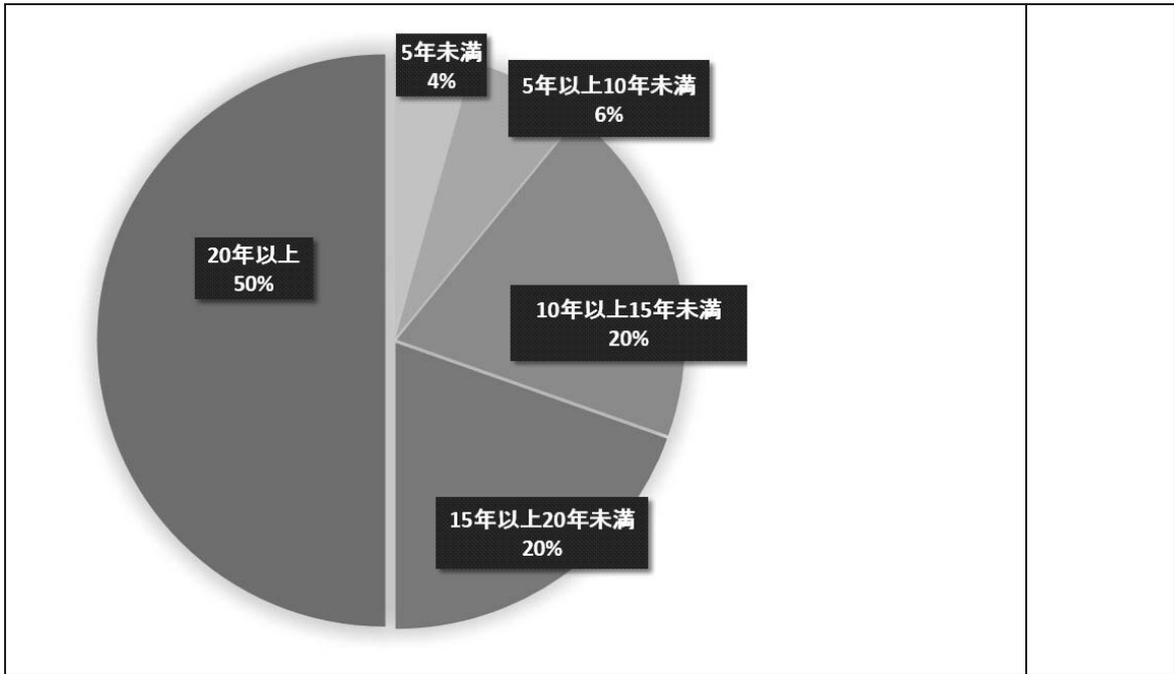
|  |           |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> 1年6か月 <input type="checkbox"/> 2年 <input type="checkbox"/> 3年 <input type="checkbox"/> 4年 <input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 6年以上 | 1つお選びください |
|--|-----------|



3. 回答された先生ご自身についてお尋ねします。

|   |                  |
|---|------------------|
| <p>日頃行っている業務は主として</p> <p><input type="checkbox"/> 産業医として職場復帰支援に従事</p> <p><input type="checkbox"/> 外来主治医として治療に従事</p> | <p>1つお選びください</p> |
| <p>外来主治医として治療に従事<br/>16 (35%)</p> <p>産業医として職場復帰支援に従事<br/>30 (65%)</p>   |                  |
| <p>精神疾患のために労災認定されている患者の診察経験が</p> <p><input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p>                     | <p>1つお選びください</p> |

|  |  |   |   |   |    |   |    |   |   |    |    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |   |   |   |   |    |   |    |   |  |  |  |
|--|--|---|---|---|----|---|----|---|---|----|----|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|---|---|---|---|----|---|----|---|--|--|--|
| <p style="text-align: center;">ある<br/>14 (30%)</p>  <p style="text-align: center;">ない<br/>32 (70%)</p>  |  |   |   |   |    |   |    |   |   |    |    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |   |   |   |   |    |   |    |   |  |  |  |
| <p>持っている資格は<br/> <input type="checkbox"/>精神科専門医 <input type="checkbox"/>内科認定医 <input type="checkbox"/>産業医 <input type="checkbox"/>労働衛生コンサルタント</p>  | <p>あてはまるもの<br/>をすべてお<br/>選びくだ<br/>さい</p> |   |   |   |    |   |    |   |   |    |    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |   |   |   |   |    |   |    |   |  |  |  |
| <div style="border: 1px solid black; border-radius: 20px; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>産業医 (46)<br/>6</p> <p>労働衛生<br/>コンサルタント (14)<br/>10</p> <p>精神科専門医 (25)<br/>21</p> <p>内科認定医 (6)<br/>4</p> <p>Overlaps: 産業医 &amp; 労働衛生: 3; 産業医 &amp; 精神科: 0; 労働衛生 &amp; 精神科: 1; 労働衛生 &amp; 内科: 1; 精神科 &amp; 内科: 1; 産業医 &amp; 内科: 1; 労働衛生 &amp; 内科: 1; 産業医 &amp; 労働衛生 &amp; 精神科: 1; 産業医 &amp; 労働衛生 &amp; 内科: 1; 労働衛生 &amp; 精神科 &amp; 内科: 1; 産業医 &amp; 精神科 &amp; 内科: 1; 産業医 &amp; 労働衛生 &amp; 精神科 &amp; 内科: 1</p> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>産業医</td> <td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td> <td>46</td> </tr> <tr> <td>精神科専門医</td> <td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>-</td><td>+</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>内科認定医</td> <td>+</td><td>+</td><td>-</td><td>+</td><td>-</td><td>+</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>労働衛生コンサルタント</td> <td>+</td><td>-</td><td>+</td><td>+</td><td>-</td><td>-</td><td>+</td><td>-</td><td>-</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>21</td><td>4</td><td>10</td><td>6</td><td></td> <td></td> </tr> </table> | 産業医                                      | + | + | + | +  | + | +  | + | + | +  | 46 | 精神科専門医 | + | + | + | - | + | - | - | - | - | 25 | 内科認定医 | + | + | - | + | - | + | - | - | - | 6 | 労働衛生コンサルタント | + | - | + | + | - | - | + | - | - | 14 |  | 0 | 1 | 3 | 1 | 21 | 4 | 10 | 6 |  |  |  |
| 産業医  | +  | + | + | + | +  | + | +  | + | + | 46 |    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |   |   |   |   |    |   |    |   |  |  |  |
| 精神科専門医   | +  | + | + | - | +  | - | -  | - | - | 25 |    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |   |   |   |   |    |   |    |   |  |  |  |
| 内科認定医  | +  | + | - | + | -  | + | -  | - | - | 6  |    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |   |   |   |   |    |   |    |   |  |  |  |
| 労働衛生コンサルタント  | +  | - | + | + | -  | - | +  | - | - | 14 |    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |   |   |   |   |    |   |    |   |  |  |  |
|  | 0  | 1 | 3 | 1 | 21 | 4 | 10 | 6 |   |    |    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |   |   |   |   |    |   |    |   |  |  |  |
| <p>実務または臨床の合計経験年数<br/> <input type="checkbox"/>5年未満 <input type="checkbox"/>5年以上 10年未満 <input type="checkbox"/>10年以上 15年未満<br/> <input type="checkbox"/>15年以上 20年未満 <input type="checkbox"/>20年以上</p>  | <p>1つお選<br/>びくだ<br/>さい</p>               |   |   |   |    |   |    |   |   |    |    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |   |   |   |   |    |   |    |   |  |  |  |



平成28年度労災疾病臨床研究事業費補助金「産精神疾患により長期療養する労働者の  
病状的確な把握方法及び治ゆの判断に係る臨床研究」  
分担研究報告書

産業医の立場からの長期療養者の就労可否判断

研究分担者 田中克俊

研究協力者 荒木光<sup>1</sup>、大島優子<sup>1</sup>、磯島学<sup>1</sup>、飯田大作<sup>1</sup>、鎌田直樹<sup>2</sup>

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神経学教室

研究要旨

<目的>精神疾患による休業者の復職の可否判断は産業医にとって容易な作業ではない。本研究では、長期療養に至る原因や課題を整理し、産業医の立場からみた長期療養者の就労可否判断のポイントについて検討した。

<方法>

専属および嘱託産業医計10名で、長期療養者および休復職を繰り返している労働者の事例検討を行った。事例検討では、自身が経験した事例をもとに、休業が長期化した原因や現状の課題について整理した。その結果をもとに、産業医として実施可能で有用と思われる就業可否判断のポイントについて検討を行った。

<結果>

事例検討をもとに休業が長期療養可した原因や現状の課題について整理したところ、1)労働者個人の心理行動(疾病)特性、2)就業上の措置が適切に行われないこと、3)休業中のケアおよび生活の状況、4)主治医以外の専門医によるアドバイス、5)主治医との情報交換不足、6)その他が挙げられた。これらの中から、産業医の立場で実施可能で有用と思われる就業可否判断として、休業中の生活状況の評価、中でもきちんとした睡眠覚醒リズムおよび日中の活動状況の把握が重要と考えられた。

<考察>

休業の長期化の背景には多くの原因や課題があることが示された。産業医の立場でアプローチできることは限られているが、就業の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のが有用と考えられた。今回の検討結果をもとに、来年度は、復職前の睡眠覚醒リズムおよび日中の活動量を測定し、それらが復職後の予後と有意に関連するかを調べる予定である。

A. 研究目的

近年、精神疾患による休業者の割合が増加するとともに、休業の長期化が大きな問題となっ

ている。長期の休業者は、休業の原因となった疾患の症状以外にも、仕事に対する自信やモチベーション、生活パターン、家族との心理的ダ

イナミクスの変化など数多くの影響を受けるため、その復職は多くの場合困難となる。したがって、長期休業者の復職の可否判断は産業医にとって容易な作業ではない。しかしながら、復職の可否判断は産業医の業務として重要なものであり、できる限りその精度を高めることが期待されている。そこで本研究では、長期療養者および休復職を繰り返している労働者の事例検討を行うことで長期療養に至る現状の課題を整理し、産業医の立場からの長期療養者の就労可否判断において注目すべき事項について検討した。

## B. 研究対象と方法

検討には、専属および嘱託産業医として約10年以上の経験を持つ産業医計10名が参加した。それぞれが、長期療養者および休復職を繰り返している労働者の復職に関わった自験例をもとに、休業が長期化した原因や現状の課題について意見を述べた。提示された原因や課題について整理を行ったあと、産業医として実施可能で有用と思われる就業可否判断のポイントについて検討を行った。

### [倫理面への配慮]

事例検討においては、参加した産業医の自験例をまとめて提示するかたちをとり、休業者の個人情報等を提示することは一切なかった。

## C. 結果

### 1. 長期療養者および休復職を繰り返しの原因および現状の課題（事例検討の結果より）

#### 1) 労働者個人の心理行動（疾病）特性

- ・病状も生活環境も個々全てに違う対応をしていかなければならないが、特にその人の性格や考え方に対応できていない。
- ・個人の特性に合わせた融通の効くプログラム、まわりの社員からも理解されるプログラムがない。
- ・精神疾患とひと言でいっても、本来その病

名によって対応は違うべきではないか。当社では似たようなプログラムで全対象者に対応しているがこれで良いとは思わない。

- ・職場復帰は個人的格差が大きく、対応する人間の好き嫌いにもよる。
- ・職場復帰支援を行う上で、特に必要なことは本人の個性に合わせた支援ができるかどうかであり、そのためには、職場が理解や連携、環境の改善などが必須となる。
- ・職場の実情や配慮と本人の捉え方に大きな違いがあり、また本人が必要以上に攻撃的になって復職支援が上手く進まないケースがある。
- ・主治医に伝えていることと産業医や会社の伝えているとの間に違いがあり、本人への対応に苦慮する場合がある。

#### 2) 就業上の措置が適切に行われないこと

- ・本人が職場復帰を希望しても、労働条件からの制約が大きい場合、配転可能性がない。
- ・職場環境が変わらなければ復帰はむずかしい。
- ・職場環境に起因する休業の場合は、同じ職場に復帰すると再発する。
- ・復職するには部署を変更しないと再発の可能性が高い。休職者が出た場合、異動を前提にした方がかえって手間が少ない。
- ・過度なる仕事を行っていないか、社員同士や経営者か個々の状態を常に把握して業務軽減を図らないと復職は成功しない。
- ・情報交換の必要性を現場管理者（直属上司）、人事担当者の意識内に強めなければ、業務配慮が上手くいかない。
- ・一度「うつ」を発症すると、本人にとってその時の状態がトラウマになり、量・質共に濃厚な通常業務への移行に抵抗する傾向がある。そのため、ストレスの少ない軽度に業務軽減しないと結局再発する。
- ・リハビリり入社または短時間勤務は2～3ヶ月でその後は残業なしという対応がで

きれることが望ましい。

- ・治療により復帰可能な従業員を早期復帰させたい反面、上司との対人関係の問題があると対応が難しい。

### 3) 休業中のケアおよび生活の状況

- ・行動記録表などを使って、復職前の生活状況を把握することが復職後の適応を推測する一番の情報となる。
- ・復職が近づいたケースでは、必ず生活費記録表を提出させ、睡眠時間と日中の活動を把握した上で復職可否判断を行っている。こうした情報が復職可否の判断の基準として最も有用である。
- ・治療の効果を、症状だけで評価する主治医の判断よりも、生活機能や就業機能の向上を評価した方が有用である。
- ・主治医によるケアでは、入社することを前提とした生活指導がほとんど行われていない。
- ・安全な通勤の確保と、きちんとした睡眠覚醒リズムの確保が復職判断の大前提と考える。そうした指導や判断基準が主治医の中にはないと思われる。
- ・休業中ずっと家の中に閉じこもっており、かえって社会的な機能が低下していると思われるケースが少なくない。
- ・適応障害と思われるのに、薬と休養だけで経過観察されているケースがほとんどである。
- ・生活記録表を提出させるようにしているが、本当の状態なのか疑わしいケースがある。
- ・休職してから復職直前まで、昼夜逆転に近い生活を送っているケースでは復職が上手くいかないのは当然と思われる。
- ・公的機関が実施してくれる職場復帰へのリワークプログラムの必要性を感じる。(各県の障害者職業センターがリワークプログラムを支援してくれているが、常に定員状態である)。

- ・休職期間中に事業所内でリハビリを実施し、出社に問題ないことを確認して、復職させている。その方が、再度勤怠が乱れ、再休職となるパターンが少ない。
- ・休業している労働者をスムーズに復職もさせるためには企業側が職務遂行能力をどのようにみるかが重要であるが、それを制度の中に組み入れ導入運用していくことは非常にむずかしい。客観的な判断方法の開発が求められる。
- ・デイケアは医療よりで、一般企業の不調者には少しプログラムが合わない。

### 4) 主治医以外の専門医によるアドバイス

- ・主治医以外の専門医からの就労能力の評価、復職復帰の可否の判断が必要なケースが多い。
- ・主治医の復職判断（うつ症状がない）と復職（ばりばり働ける）に差があり、復職者および職場に負担がかかっている。主治医以外からのセカンドオピニオンが必要。
- ・企業内に専門家がいないと具体的な対応ができない。
- ・どこまで厳密に診断できているのか、主治医の判断に疑問を感じている。そのため他の医師への相談を行っている。
- ・地方では、専門的な情報にアクセスしにくく、職場での対応に困ることが多いので、もっと気軽に専門家にアクセスできる環境を整える必要がある。
- ・主治医の先生方は、職場環境がわからない状態で復職・休職を判断されるので仕方ないが、職場のことがわかっている医師に復職を判断してほしい。
- ・産業医=精神疾患に長けた医師とは限らないのが現状であり、セカンドオピニオンの存在が重要。しかし、そのセカンドオピニオンも予約が取りにくく会社として苦慮している。
- ・復職にあたり、専門家が一定企業に入り

込む公的制度が必要。

- ・社内に専門家の指導・助言が受けられる環境があると、本人・企業にとっても安心である。
- ・企業の管理者は医療の面では素人であり、結局自分たちで何も判断できていない。
- ・他の疾患に比べ、病名や配慮事項等、内容的なものに対する取り扱いが難しく、主治医や産業医に復帰に対する意見書を記入してもらい、人事・部署上司面談を行っているが、本当に良いのか不安に思う事例が多い。今後、このような事例の増加があるのと思われセカンドオピニオンの重要性は増すと思われる。
- ・適応障害としか思えないケースでもうつ病の診断が行われ薬物治療だけが行われている。これでいいのか他の医師に会社の指示で意見を求める体制を確立することも必要。
- ・主治医との関係が良い（自分に対して有利な診断をしてくれる）と治療や対応が不適切と思えても主治医を変えようとしなないため、精神科顧問に相談するしかない。

#### 5) 主治医との情報交換不足

- ・医療機関から出される診断書は、料金（診断書料）のわりには、簡単な記入で、事業者はわかりづらい。診断書だけでは本当に復帰可能かどうかはわからない。主治医からの情報が少ないと現場は大変である。
- ・主治医とリワークプログラム実施の医療機関、産業医との連携が不足している。
- ・主治医には医療従事者以外(人事担当 e t c)が理解しやすい形での情報提供をしてもらいたい。
- ・休職者の主治医からの情報提供をもっと受けたい。

#### 6) その他

- ・会社として休職・復職の制度がきちんと整備

されていない。

- ・復職前のリワークプログラムの充実、リワークセンター施設の増設を望む。
- ・リワークプログラム参加が妥当なのか、又必要なのか疑問。
- ・職場内で精神疾患者を認識・理解する事が大切。当該者を精神的な異常をとらえなく、怠惰や弱さとした無理解が本人を追い込む結果に結びつく事が多いのではないか。
- ・メンタルクリニックの医師の質を上げてほしい。
- ・「会社はリハビリの施設ではない」という考え方に対して世間（当事者、当事者家族、学校、医療機関、行政、マスコミ）の反応が冷たい。
- ・安易にうつ病の診断書を作成する医師のモラルに問題がある。
- ・主治医が患者の医師(言葉)のみで診断書を作成している。
- ・主治医はどうしても患者寄りなので、会社とのギャップを感じる。
- ・精神科医の診断を適確に行ってほしい。精神科にかかると、すべてのケースに診断がつくのはなぜか。
- ・就業規則で休業期間の規定があるが、この期間が終了に近づくにつれて、十分な病状でないレベルでの復職が求められ、事後の訴訟リスクその他対応含め判断に苦慮することがある。

#### 2. 産業医の立場で実施可能で有用と思われる就業可否判断についての検討

事例検討の結果、精神疾患による休業の長期化及び休復職の繰り返しの原因及び課題として、数多くの事項が挙げられたが、それらは大きく1) 労働者個人の心理行動（疾病）特性、2) 就業上の措置が適切に行われないこと、3) 休業中のケアおよび生活の状況、4) 主治医以外の専門医によるアドバイス、5) 主治医との情報交換不足、6) その他に整理された。休業

の長期化及び休復職の繰り返しを予防するためには、すべてが重要な課題であるが、復職可否の判断に関しては、これらの中でも、労働者個人の心理行動（疾病）特性をきちんと把握すること、休業中の生活状況を把握すること、主治医の復職診断書だけに依らず主治医以外の専門医によるアドバイスを受けること、主治医との情報交換を十分に行うこと、外部のリワークプログラム実施状況の把握などが有用と判断された。しかしながら、労働者個人の心理行動（疾病）特性をきちんと把握することは産業医にとって容易ではないこと、精神科嘱託医等の専門医が配置されていない事業場においては主治医以外の専門医によるアドバイスを受けることは困難なことから、これらの実施可能性は低いと考えられた。また、主治医との情報交換を十分に行うことが重要であることは論を待たないが、実際には、主治医は事業場の都合よりも労働者の立場に立って考えるのが職務であり、現実には、復職判定に必要な十分な情報を主治医との間でやり取りするには明らかな限界があることが多くの産業医から報告された。その結果、産業医の立場から実施可能な就業可否判断として、休業中の生活状況の評価が、復職後の適応状態を予見するものとして最も有用であろうとの結論に達した。生活状況の評価においても様々なポイントがあるが、中でもきちんとした睡眠覚醒リズムおよび日中の活動状況の把握が重要との結論に至った。ただし、生活記録が正しい加減に記録され、実態を反映していないケースも散見されるため、アクチグラム等を用いて客観的に評価を行う必要があることも多くの産業医から指摘された。

#### D. 考察

休業の長期化の背景には多くの原因や課題があることが示された。産業医の立場でアプローチできることは限られているが、就業の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が有用と考えられた。今回の

検討結果をもとに、来年度は、復職前の睡眠覚醒リズムおよび日中の活動量をアクチグラム等の客観的な方法を用いて測定し、それらが復職後の予後と有意に関連するかを調べる予定である。

#### E. 結語

産業医の立場からの長期療養者の就労可否判断のためには、行動記録表などを用いた休業中の生活状況の把握、特に復職前の睡眠覚醒リズムおよび日中の活動量に焦点を当てること が有用と考えられた。

#### 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。