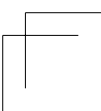
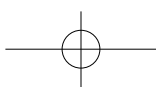
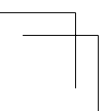
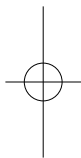
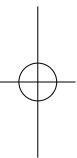
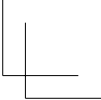
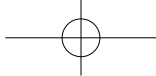
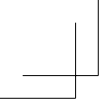


労災疾病臨床研究事業費補助金

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 29 年度 総括・分担研究報告書



目 次

I. 総括研究報告

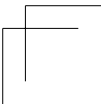
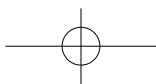
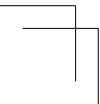
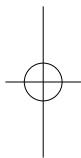
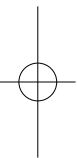
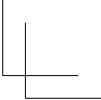
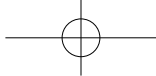
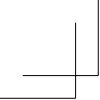
- 精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆに係る臨床研究 3
研究代表者 桂川修一

II. 分担研究報告

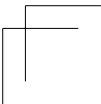
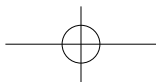
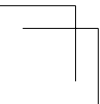
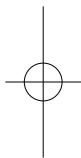
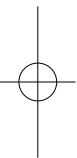
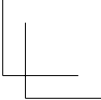
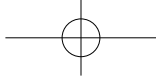
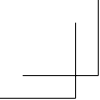
1. 業務上認定された精神障害者の早期復職・寛解・治療に関する調査・研究 55
分担研究者 黒木宣夫
2. 治療プログラム実施機関における長期療養の就労（復職）に関する調査研究 97
分担研究者 五十嵐良雄
(資料) 表1～17、調査票（別紙）
3. 長期療養・休復職事例における主治医及び産業医の休復職時の判断要件に関する研究 115
分担研究者 渡辺洋一郎
神山昭男
(資料) 表1～7、回答用紙Ⅰ、Ⅱ
4. 精神疾患に罹患した労働者の治療経過・寛解に影響する要因と
疾患群の標準的な療養期間に関する研究 159
分担研究者 小山文彦
5. 精神障害者の就労および関係機関との連携に関わる
ヒアリング調査と支援ツール開発の試み 163
分担研究者 大西 守
(資料) 添付資料1～5
6. うつ病のため長期療養する労働者に対する医学上一般に認められた医療と
症状固定時期に関するアンケート調査研究 175
分担研究者 清水栄司
(資料) 表1～2、資料1～5
7. うつ病のリワークデイケア・プログラムでの社交不安症状の変化に関する臨床研究 205
分担研究者 清水栄司
(資料) 表1～9、図1～14
8. 精神疾患による長期休業の危険因子
— 特定健診・特定保健指導データを用いた予備的縦断調査 — 225
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）・教授

研究要旨

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において、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8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、2017年7月に都道府県労働局労働基準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9月末日までに回収した。10年以上職場復帰できない理由は、(1) 病状（状態）が改善しない、(2) 手厚い休業補償給付に依存が挙げられ、行政的・医療的・福祉的対策意見では、(1) 医療、行政、企業との連携、(2) 職場復帰・就労支援体制の指導が挙げられた。調査では10年以上治ゆしていない事案は195例あり、職場復帰している事例は16例（8.2%）、復帰を果たしていない事例176例（90.7%）だった。労災認定された194例で過去に職場復帰をしたのは27例（13.9%）、で復帰したことがない事例は152例（85.0%）だった。これら結果を2016年度調査結果と合体させて検討した。認定時の病名はうつ病が多く、続いてPTSD、適応障害だった。全体561例中147例（26.2%）に傷病名の変更がなされていた。労災請求の際の事業主の証明が得られていない労働者の割合は、5年未満、5～10年、10年以上と療養期間が長くなるにつれて多くなり、長期療養の方が事業主の証明が得られにくい、また、職場復帰をしていない事例の割合は、5年未満、5～10年、10年以上と長期療養になるにしたがい職場復帰できない状況が明らかとなった。10年以上の療養群188名のなかで職場復帰をした労災認定患者は28名（15%）で、160名（85%）は職場復帰していない結果が得られた。5年以上の長期療養事例210例について休業給付金を30万円未満と30万円以上に分けて、影響する因子をステップワイズ法で探索したところ、100時間以上の労働の有無だけが要因となり、5年以上の治ゆに至らず長期療養となり、かつ30万円以上の休業給付金となる要因として100時間以上の時間外労働が有意に関連していることが明らかと

なった。これらの結果をまとめると、長期療養の要因の一つには労災補償の休業給付金額の問題が関係していて、精神障害で労災認定となった患者は、職場復帰や社会復帰をほとんどの事例が試みていないという結果が得られた。

「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、労災事例・2年以上治療プログラムに参加している長期休業事例・難治例に対し、治療プログラムにおける工夫と実現可能性について調査した。調査結果は次の通りだった。労災事例と労災に類似する事例と考えられる長期休業事例・難治例に対して治療プログラムにおける特別な対応について3割に治療機関で実施していた。特別な対応として実施している割合の高いものは、「個別対応・カウンセリング」、「特別に環境を整える」、「特別プログラム（個人）」、「特別に時間をかける」、「特別プログラム（集団）」の順だった。特別な給付（対価として診療報酬もしくはそれ以外から金銭として支給されるもの）があれば労災事例をプログラムに受け入れるかについては、1/4の治療機関で受け入れが可能だった。労災保険では治療プログラムに関連する算定項目がすでにあるため、その情報を治療機関に周知することが重要であり、労災事例だけでなく同様に特別な対応が必要とされる長期休業事例や難治例についても同様の経済的評価が望まれる。

「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（以下、「不調者」）のサンプリング調査を企画、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。調査項目は、当該事例についての休職判断、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126例、主治医から110例、計236事例を回収し集計ならびに解析を行った。

その結果、復職後1年間に安定就労群は66.4%。それ以外の不安定就労群の特徴として産業医分、主治医分ともに①不調者に精神疾患の既往、②過去に2回以上の休職歴、③休業入りにおける欠勤頻度は月当たり10日以上、④要休業の判断時は、産業医分は不調者の説得、主治医分は病態・予後の見極めに困難度が高い、⑤主治医の診断病名は気分障害圏が多く両群に差異が認められないが、産業医による診断病名では不安定就労群に双極性障害、発達障害が、安定就労群には適応障害が目立つ、⑥復職判定のタイミングは、不安定就労群に復職許可と同時に復職した割合が高い、安定就労群は復職可能性の見極めまで休職扱いが多い、などが抽出された。

以上から、2回以上の休業を繰り返す不調者事例は病態面、職場適応面の両面において種々の困難性を抱え、かつ、復職時における安定就労の可能性の見極めが不十分なまま職場に再登場した場合、職場不適応に至り再休業する可能性が高いことが示唆された。

「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についてのデータベースを作成し、F3とF4に属する症例の特性について検討した。寛解・復職に至った例のうち、F3の気分障害圏では寛解に至る期間は211.8日、復職に至るまでの期間は286.5日で、F4の不安障害・適応障害圏では寛解に至る期間は57.6日、復職に至るまでの期間は78.5日という結果が得られた。

「精神障害者の就労および関係機関との連携に関わるヒアリング調査と支援ツール開発の試み」では、これまでのアンケート調査結果から得られた課題を踏まえ、精神障害者の雇用動向、就労定着状況、医療機関をはじめとする関係機関との連携に焦点を当て、訪問ヒアリング調査を通じて現場の実情を把握し、今後の方策の手がかりを考察した。さらに、より適切で効果的な支援を容易にするために、現行の主治医意見書や就労準備性を的確に把握できるツールの改定および開発を試みた。今回調査した全てのハローワークにおいて、精神障害者の求職・就職件数が増加する一方で、支援スタッフの人材不足が顕著だった。精神障害者雇用トータルサポーターの配置は進んでいるものの、困難ケースに対して精神科医をはじめとする専門職のサポート体制を構築することで、より円滑な支援体制ができるという意見が多数あった。また、調査したハローワークにおいて労災関連事例（精神科領域）を経験した所はなく、就労を促進させて療養の長期化を防ぐという機能は果たされていないことがわかった。

「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症状固定時期に関するアンケート調査研究」では、平成28年度研究の第1ステップの結果を踏まえて、29年度研究の第2ステップとして（1）通院精神療法を月1回程度、（2）休職期間中の取り扱いについて職場の担当者から文書で説明、（3）休職期間中に職場の担当者と半年に1回以上面談（電話、メールを含む）、（4）職場の担当者は休職期間中に本人の同意のもと外来主治医との連携（面談、電話、メール、診断情報提供書などの手段を含む）を年に1回以上、（5）復職に向けてのすすめ方については職場の担当者（あるいは産業医）に相談、（6）復職前にリワーク・デイケアの見学、利用を検討、（7）3年間程度で治癒（症状固定）の7項目の推奨案を作成し、それについてアンケート調査を実施した。推奨案全てで「同意する」

の回答が全体の3分の2以上を占めた。この結果から、「患者向け」「医師、職場担当者向け」に提唱しうる「医学上一般に認められた医療」の推奨案のコンセンサスの形成がなされた。

「うつ病リワークデイケア・プログラムでの社交不安症状の変化に関する臨床研究」では、うつ病などの精神疾患のために休職した通院のリワークプログラム参加者が、うつ症状だけでなく、社交不安症状に関しても改善がみられるかを明らかにすることを目的とした。リワークプログラム参加者186人のうち、プログラム前後で3つの尺度（ベックうつ病調査票第2版BDI-II、社会適応能力評価尺度SASS、リボビッツ社交不安尺度LSAS）を完全評価可能な症例85人を対象とするPPS（Per Protocol Set）解析として、各尺度のプログラム実施前後の変化、変化量の相関、1年後の就労継続の成否との関係を調べた。第二に、プログラム後の欠損値をLOCF（Last Observation Carried Forward）で補填した143人のデータを用いるFAS（Full Analysis Set）解析を同様に行った。マインドフルネス質問紙FFMQデータで31人のPPS、69人のFAS解析も行った。結果として、85人のPPS解析では、プログラム前後でBDI-IIとLSASは有意に低下し、SASSは有意に上昇して全てに改善がみられた。FFMQは有意に上昇し、FAS解析もPPS解析と同様の結果となった。また、復職後1年後に就労継続している群では、うつ症状だけでなく社交不安症状が有意に改善している傾向が示唆された。これらの結果からリワークプログラムは、うつ症状だけでなく、社交不安症状も改善させることが示唆された。

「精神疾患による長期休業の危険因子—特定健診・特定保健指導データを用いた予備的縦断調査—」では、企業の特健健診データ及び健康保険組合の傷病給付記録をもとに精神疾患による長期休業の危険因子を検討することを目的とした。東京都内の一企業の特健健診データおよび健康保険組合の傷病給付記録をもとに作成された健康データ（3,964名分）を用いて、2016年の精神疾患による長期休業者と2014年の特定健診データとの関連を調べた。一般化線形モデルを用いて、精神疾患による短期休業と長期休業に関連する要因についての解析を行った結果、長期休業に関連する要因としては、1日の平均飲酒量が3合以上であることその他、年齢、高血圧治療中、貧血が有意な危険因子であることが示された。飲酒習慣のある労働者が精神疾患による休業を開始した場合には、休業長期化防止のために飲酒のコントロールを行うことが重要と考えられた。

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・院長
神山昭男	医療法人社団桜メデイスン・有楽町桜クリニック・院長
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・常務理事
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

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、長期療養となる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 8 つの研究を実施した。

平成 29 年度は平成 28 年度に実施した一般医療機関、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結果の集積から、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目的とした。

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
下記の調査を実施した。

1.調査対象

2017 年 7 月 2 日に班会議を開催し、調査項目・内容を検討したうえで 2017 年 7 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 9

月末日までに回収した。調査対象事例は、業務上疾病として労災認定され療養開始から10年以上の長期療養に至った事例である。

2.調査項目

1) 労働局に対する調査

【問1】調査時点で症状固定（治ゆ）していない事案のうち、療養開始から10年以上経過している者【問2】問1のうち6カ月以上、通院の実績がない事案のうち、療養開始から10年以上経過している者、【問3】問1のうち、休業補償給付を受給している者で10年以上経過している者、【問4】労災保険による10年以上の療養中、職場復帰や治癒に関して、本人以外（主治医や事業主）から照会があった事例の概要に関して、【問5】10年以上の長期にわたり職場復帰（社会復帰）できていない事案に関して、職場復帰（社会復帰）できない要因に関して、【問6】10年以上の長期にわたり職場復帰できない事案に関して、職場復帰に必要なと思われる行政的・医療的・福祉的対策に関して等である。

2) 個別事案

療養開始後10年以上経過している者についての個別の状況に関して調査票に記入していただいた。

(1) 年齢、(2)性別、(3)労災認定時の傷病名、調査時点の傷病名、(4)発病の要因となった心理評価表の出来事、(5)100時間以上の時間外労働の有無、(6)出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求したか否か、(7)出来事に遭遇した時の会社に勤務しているが、その時点(出来事)から5年以上経過して請求したか

否か、(8)業種、(9)職種、(10)通院の頻度、(11)労災請求の際の事業主の証明の有無、(12)現在、職場復帰を果たしている否かどうか、(13)調査時点前1ヶ月間のおおよその保険給付額、療養補償給付の額、休業補償給付の額、休業補償給付の支給状況、(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どうか、(15)職場復帰を主導した医師、(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、(17)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、(18)職場復帰に際して、行政から主治医に症状固定(治ゆ)の相談 (19)精神障害の既往の有無、(20)既存精神障害の有無、(21)当該事業所への復職の本人の意思を確認しているか否か、(22)当該事業所は本人の受け入れに積極的か否か、(23)定期的な補償請求、(24)今後、治癒の見通し (25)損害賠償訴訟の有無 (26)その他、この事案についてのご意見等である。2017年7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9月中旬までに全都道府県労働局から同票を100%回収した。

② 治療プログラム実施期間における長期療養の就労（復職）に関する調査研究

長期療養になる傾向が強い労災事例と2年以上治療プログラムに参加している長期休業の難治例に対する治療プログラム上での工夫を調査し、そこからどのような治療プログラムが労災事例に適しているか検討すること、労災事例に適した対応の治療プログラムの治療機関における実現可能性について調査を実

施した。対象は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 215 施設に対し、
2017 年 10 月に調査票を送付した。

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

本研究では不調者の休職過程における就
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、不調者事例に
関わった主治医と産業医に対して、休職要否
判断、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。

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」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

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」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

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.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。

⑤ 精神障害者の就労および関係機関との連 携に関わるヒアリング調査と支援ツール開発

の試み

ハローワークへの訪問ヒアリング調査：調査対象および方法

全国 8 地方区分（北海道、東北、関東、中部、近畿、中国、四国、九州・沖縄）に基づき、各拠点のハローワーク 14 カ所を選定し、訪問によるヒアリング調査を実施した。

ヒアリング調査にあたっては、インタビューガイドを作成し、主に以下の項目についてヒアリングを行った。

1) 障害者の雇用動向および精神障害者の支援状況について

- ・各障害別の求職・就職件数の動向
- ・求職登録者の精神障害者の疾病動向
- ・企業の精神障害者の雇用に対する考え方や受け入れの動向
- ・精神障害者の職場定着状況（1 年後定着率、定着が良好な背景要因、主な離職要因および就労定着に向けたハローワークの支援体制や取り組み）
- ・病状、就労準備性の把握のためのツール等の活用状況（主治医意見書のフォームなど）
- ・労災により精神障害者になった支援ケースの有無について

2) 精神障害者の雇用における関係機関との連携状況

- ・主治医との連携状況
- ・職場（人事、産業医、産業保健スタッフ）との連携状況
- ・就労支援機関（地域障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、精神保健福祉センター等）との連携状況
- ・医療機関とハローワークの連携による「医

療機関とハローワークの連携による就労支援モデル事業（通称、モデル事業）」の実施状況（実施ハローワークのみ）

3) 精神障害者の就労支援や雇用、関係機関との連携で生じる課題改善に向けて必要と考えること

4) 労災関連事例（精神科領域）の経験の有無について

⑥ うつ病のため長期療養する労働者に対する医学上一般に認められた医療と症状固定時期に関するアンケート調査研究

平成 28 年度研究での第 1 ステップにおける調査結果を踏まえて、労災保険における治癒（症状固定）の判断時期を含めて「医学上一般に認められた医療」についての推奨案を作成し、その考え方を調査することを目的とした。前回のアンケート調査結果を踏まえて、うつ病のために休職する（あるいは労働災害認定を受けた）労働者の一般的な医療についての推奨内容について、下記の 7 項目を作成した。

1) 外来主治医は、うつ病のために長期療養する労働者本人に対する「医学上認められた医療」として、外来通院精神療法を月 1 回程度行うこと。

2) 職場担当者（あるいは産業医）は休職期間中の勤務先での取り扱いについて、文書で説明すること

3) 職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人との面談（電話、メールを含む）を半年に 1 回以上行うこと。

4) 職場の担当者（あるいは産業医）は休職期

間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携（面談、電話、メール、診断療法提供書などの手段を含む）を年1回以上行うこと。

5) 職場の担当者（あるいは産業医）は職場復帰支援に向けての仕組みづくりを行うことが望ましい。そして、復職に向けてのすすめ方については、外来主治医・産業医及び職場担当者が連携して判断すること。

6) 外来主治医あるいは職場担当者（または産業医）は回復期から復職に向けてはリワーク・デイケアの見学・利用を勧めること。

7) うつ病の労働災害においては、3年間程度で治癒（症状固定）の判断を行うこと。

上記の推奨案についての意見を求める形で、下記を対象として、WEBアンケート及び紙でのアンケート調査をおこなった。質問内容は、対象の主体に応じて表現を変えたが、基本的には上記の7項目で同一である。実施にあたっては、前回の調査結果を開示した上で回答してもらうことでコンセンサスの形成を試みた。

（1）仕事をしている成人で、現在精神疾患に罹患していない人（以後、一般人と記述する）対象のアンケート調査

調査内容は、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、7つの推奨内容について同意する／同意しないを回答してもらうこととした。調査にあたっては、WEBでの無記名アンケートを実施した。調査は株式会社クロス・マーケティング（東京都新宿区）に委託して行った。

（2）雇用されている成人で（休職中を含む）現在主としてうつ病に罹患している人（以後、うつ病患者と記述する）対象のアンケート調査

調査内容は一般人対象の調査と同じで、調査内容は、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、7つの推奨内容について同意する／同意しないを回答してもらうこととした。調査にあたっては、WEBでの無記名アンケート調査を実施した。調査は株式会社クロス・マーケティングに委託して行った。

（3）産業医対象のアンケート調査

調査内容は、7つの推奨内容について同意する／同意しないを回答してもらうこととした。調査にあたっては、東京都医師会産業医研修会参加者に対して紙でのアンケート調査を、日本精神科産業医協会会員などに対してWEBでのアンケートを、いずれも無記名で実施した。

（4）医療機関職員対象のアンケート調査

調査内容は一般人対象の調査と同じで、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、7つの推奨内容について同意する／同意しないを回答してもらうこととした。調査にあたっては、千葉県精神科医療センターの職員に対して紙でのアンケートを無記名で実施した。

第2ステップにおいては統計分析を行った。

回答者の各群に対して質問 7 項目それぞれについてクロス集計表を作成、カイ 2 乗検定を実施、残差分析を行った。分析ツールは IBM SPSS Statics 22 を用いた。

⑦ うつ病リワークデイケア・プログラムでの社交不安症状の変化に関する臨床研究

うつ病などの精神疾患のために休職した A クリニックの通院患者を対象に、職場復帰を支援するうつ病復職支援デイケア（リワーク）でのプログラムに参加した方の質問紙調査と診療記録データをレトロスペクティブ（後ろ向き）に解析することで、社交不安症状の変化を明らかにすることを目的とした。

2008 年 4 月 1 日から 2017 年 9 月 30 日までの、A クリニックのリワークプログラム参加者 186 人のうち、プログラム前後で 3 つの尺度（ベックうつ病調査票第 2 版 BDI-II、社会適応能力評価尺度 SASS、リボビッツ社交不安尺度 LSAS、）が完全に評価可能な症例 85 人を対象集団とした PPS(Per Protocol Set)解析を行った。また、ITT (intention-to-treat) 解析を行うために、プログラム前のデータはあるが、プログラム後のデータのない症例について LOCF(Last Observation Carried Forward)を用いた補填を行う 143 人を対象集団とした FAS(Full Analysis Set)解析を行った。同様に、マインドフルネス質問紙 FFMQ においても PPS 解析、FAS 解析を行った。

統計解析は、BDI-II、SASS、LSAS、FFMQ の値からプログラム実施前後の経時的変化を調べるため paired-t test を行い、各尺度の変

化量の相関を Pearson の相関係数で調べた。また、PPS 解析での BDI-II、SASS、LSAS の 1 年後の就労継続の成否との関係を 3 群に分け、一元分散分析(ANOVA : Analysis of Variance)を行った後、Tukey-Kremer 法で多重比較し、A-B 群間、A-C 群間、B-C 群間の関係を調べた。検定の有意水準は両側 5%に設定した。統計解析は、SPSS Statistics Ver.25 (IBM 社) を用いて行なった。

⑧ 精神疾患による長期休業の危険因子ー特定健診・特定保健指導データを用いた予備的縦断調査ー

東京都内の一企業の 2014 年の特定健診データ（健康保険組合の傷病給付記録をもとに 2014 年時に精神疾患で休業していた者は除外）と、2016 年の健康保険組合の傷病給付記録をもとに作成された休業データが連結されたデータベースをもとに解析を行った。

本研究では、傷病手当金の支払いが開始されているケースを長期休業者と定義し、精神疾患罹患については向精神薬が処方されているケースを精神疾患患者と判断した。

まず、2014 年の特定健診・特定保健指導データと 2016 年の精神疾患長期休業の有無との相関を調べるとともに、一般化線形モデルを用いて、複数のモデルを作成し、Akaike's Information Criterion (AIC) をもとに最適なモデルを採択した。提供されたデータには、いくつかの missing at random と想定される欠測値が認められたため、Multiple Imputation (MI) 法を用いて欠測値の補完を行った。特定健診データは扱っている項目が

多いため、基本統計解析においても最終モデルで採択された説明変数のみを表記することとした。

まず、長期休業者とその他の労働者との単純比較を行った。さらに、最終的な一般化線形モデル結果を示すとともに、短期休業者の危険因子との違いを検討した。

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

1) 労働局に対する調査

問 1 : 調査時点で症状固定（治癒）していない事案のうち、療養開始から 10 年以上経過している者

10 年以上治癒していない事案は 195 例、東京が 54 例、神奈川が 24 例、大阪が 19 例、北海道は 19 例と多くみられた。

問 2 : 問 1 のうち 6 カ月以上、通院の実績がない事案のうち、療養開始から 10 年以上経過している者

6 カ月以上、通院の実績がない事案は 4 例であり、ほとんどが定期的な労災医療が継続されていた。

問 3 : 問 1 のうち、休業補償給付を受給している者で 10 年以上経過している者

男性が 125 例、女性は 60 例であった。

問 4 : 労災保険による 10 年以上の療養中、職場復帰や治癒に関して、本人以外（主治医や事業主）から照会があった事例の概要

(1) 所属事業場から「発病後 10 年経過し、今後の職場での配慮などのために労災保険上の治療期間がどの程度認められるものか聞き

たい」と問い合わせ

(2) 事業主から、療養期間が長期化している労災認定者に対する労災保険上の治癒の判断

(3) 所属会社に籍を残している事案で今後の会社としての対応（休業補償請求への事業主証明の有無や退職、解雇等）について照会

(4) 出来事が発生した作業の発注者が、長期療養者の家族と定期的に連絡を取り、監督署に長期療養者の状態を報告している事例

(5) 主治医が治癒（症状固定）と判断し、障害補償給付の請求のなされた事案があったが、後日の請求人、請求人の妻等に対する調査及び局医意見、本省との協議等の結果、障害には該当せず療養・休業の必要性が認められた事案

問 5 : 10 年以上の長期にわたり職場復帰（社会復帰）できていない事案に関して、職場復帰（社会復帰）できない要因

(1) 病状(状態)が改善しない(20)

(2) 職場復帰や受け入れ準備(復職調整)が困難(13)

(3) 本人(個体側)要因が大きい(5)

(4) 適正な休業補償給付が困難(15)

(5) 高齢化・長期化したため復職困難(8)

(6) 主治医(治療者側)の問題(5)

問 6 : 10 年以上の長期にわたり職場復帰できない事案に関して、職場復帰に必要と思われる行政的・医療的・福祉的対策

(1) 医療、行政、企業の連携(13)

(2) 職場復帰・就労支援体制の指導(6)

(3) 症状固定（治癒）寛解の判断指針がない(5)

(4) 精神障害の適正給付管理要領等施策

が必要(11)

2) 個別事案

労災認定基準で業務上と判断され、2017年8月時点で、10年以上経過した事例に関して精査した。

(1) 年齢：調査時点の年齢は40歳代が最も多く、45.9%(89)を占め、次に50歳代が29.9%(58)を占めた。(欠測値 N=1) 平均年齢は48.9歳であった。認定時の年齢も30歳代が最も多く39.7%(77)であり、次に40歳代33.3%(65)であり、平均年齢は39.9歳であった。

(2) 性別：男性は68.6%(133)、女性は31.4%(61)であった。男性の平均年齢は47.7歳、女性は47歳であった。療養開始から調査時点までの期間は、平均は12.8年であるが、16年以上が22例(11.6%)、22年療養している事例は2例であった。

(3) 傷病名：認定時の傷病名で最も多いのは、うつ病53.1%(103)、次に、PTSD10.3%(20)、神経症性障害9.3%(18)、その他7.2%(14)を占めていた。性差でみると双極性障害が認定時に男性は9例みられるのに対し、女性は0件であった。調査時点で労災認定時と傷病名が違っている場合、急性ストレス反応(認定時6例の3例が変化)⇒PTSD1例、うつ病1例、神経症性障害1例、PTSD(認定時20例の3例が変化)⇒急性ストレス反応1例、その他2例、適応障害(10例の7例が変化)⇒PTSD2例、うつ病4例、双極性障害1例、うつ病(認定時103例の13例が変化)⇒急性ストレス反応1例、PTSD1例、気分障害2例、統合失調症1例、双極性障害5例、その他3例、気分障害(認定時11例の6例が変化)⇒うつ病

5例、双極性障害1例、統合失調症1例⇒その他1例、双極性障害(認定時9例の2例が変化)⇒うつ病2例、神経症性障害(認定時18例の9例が変化)⇒急性ストレス反応1例、PTSD1例、適応障害1例、うつ病5例、双極性障害1例、その他(認定時14例の2例が変化)⇒うつ病2例と変化していた。労災認定時194例のうち46例(23.7%)が病名は変更されていた。急性ストレス反応は3例(変化率50%)、PTSDは3例(変化率15%)、適応障害は7例(変化率70%)、うつ病は13例(変化率12.6%)、気分障害は6例(変化率54.6%)双極性障害は2例(変化率22.2%)、神経症性障害は9例(変化率50%)、ストレス関連障害であるASRやPTSDの病名が変更されていないのが、診断学上、意外であった。

(4) 心理的負荷表の出来事：心理的負荷の出来事としては、仕事の量・質の変化45.4%(88)、事故や災害の体験が24.2%(47)、対人関係のトラブルが17.5%(34)、仕事の失敗・過重な責任の発生10.3%(20)、セクシュアルハラスメント1.5%(3)であった。

(5) 100時間以上の時間外労働：100時間以上の時間外労働ありが49.0%(95)であり100時間以上の労働者にうつ病の傷病名(64)がついている人が多い。

(6) 出来事に遭遇した時の会社を退職したかどうか：出来事に遭遇した会社を退職していた事例は43例(22.2%)であり、64.4%(125)は退職していなかった。

(7) 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か否か：出来事から5年以上経過して

いる事例は 49 例(25.3%)であった。

(8) 業種：製造業が 17.5%(34)、サービス業 17.5% (34)、情報通信 16.0%(31)、卸売り小売業 17%(33)であった。情報通信、サービス業にうつ病の事例が多い傾向がある。

(9) 職種：専門技術職が 32.9% (64)、事務職 11.8%(23)、管理的職業 10.3%(20)、販売 10.3%(20)であった。専門、事務、サービス業にうつ病の事例が多い傾向にある。対人関係が誘因になったのは事務職、販売職で多い傾向がある。

(10) 1 か月間の通院の頻度：1 か月間に平均 1.87 回通院している。

(11) 労災請求の際の事業主の証明：労災請求の際の事業主の証明が得られていない事例は 49.0% (95) 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、統合失調症 100% (2)、適応障害 80%(8)、双極性障害 77.8%(7)、うつ病は 55.4%(57)に事業主の証明がなかった。

(12) 現在、職場復帰を果たしているか否か：職場復帰している事例は 16 例(8.2%)であり、職場復帰を果たしていない事例は 90.7% (176)に及んだ。適応障害、気分障害、統合失調症、双極性障害は職場復帰を果たしている事例は 0 であった。特に職場環境に順応できない適応障害が 0 というのは、職場環境要因で事例化したものの、長期にわたり職場復帰できないのは、本来、あるいは現時点で個体側要因が主体となった病態が背景にあるものと推測できる。職場復帰を果たしている事例は 16 例であり、出来事に遭遇した会社への復

職事例は 9 例、別の会社は 4 例、無回答は 3 例であった。

(13) 調査時点 1 か月間の保険給付額：(1) 療養補償給付の額では、療養給付額 1.5 万円以下が 82.5%(160)であり、2.5～10 万円は 13.9%(27)であり、96.4%を占めた。(2) 休業給付の額では、全例が休業給付が支給されていたが、無回答を除いた 180 例のうち 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 72.2%(130)であった。12 の質問で 16 人が職場復帰をしていたことを考えると、休業給付を月単位で受給している事例は、月 10 万円以上の受給事例と考えて差し支えないであろう。少なくとも 10 万円以下の 4 人は、療養給付と数日の休業給付者と考えられる。(3) 調査時点前 1 ヶ月間のおおよその保険給付額休業補償給付の支給状況では、全休は、無回答を除いた 174 例の 171 例であり、98.3%を占めていた。

(14) 労災認定から調査時点まで、過去に職場復帰を果たしたことがあるか否か：労災認定時点から調査時点までに職場復帰をしたことのある事例は 13.9%(27)にすぎず、78.4% (152)は職場復帰していないという結果であり、不明・無回答 15 例を除いた 179 のうち職場復帰をしたことがない事例は 85.0%であった。職場復帰を主導したのは、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、主治医主導が 29.6%(8)、不明が 63.0%(17)であり、主治医及び産業医が 1 例であった。

(15) 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：回答した 22 例の

職場復帰までの期間は平均 4.3 年だった。

(16) 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 45.9%(89)、その他 52.1%(101)、無回答 1.0%(2)であった。

(17) 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）の相談が行政から主治医にあったのは 32.0%(62)であり、相談がなかった事例 54.1%(105)その他 13.4%(26)、無回答 0.5%(1)であった。

(18) 精神障害の既往の有無：精神障害の既往のある事例は 5.2%(10)であった。

(19) 既存精神障害の有無：既存精神障害を有していた事例は 2.6%(5)であった。

(20) 当該事業所への復職の本人の意思を確認：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、復職意思があると確認された労働者は 2.6%(5)にすぎず、86.6%(168)は復職意思は確認されていなかった。

(21) 事業者は本人の受け入れに積極的か否か：事業所は本人の復職を受け入れることに、積極的 4.1%(8)、消極的 2.1%(4)、拒否 1.0%(2)、その他 89.2%(173)、無回答 3.6%(7)であった。

(22) 定期的な補償請求：定期的な補償請求のある労働者は 94.8%(184)であり、定期的請求がない労働者は 10 名（5.2%）であった。

(23) 今後の治ゆの見通し：「あまりない」 20.1%(39)、「全くない」 33.5%(65)で、不明・無回答を除いた 117 例の 88.9%(104)が今後の見通しが立っていなかった。10

年以上経過して今後、治ゆの見通しが「おおいにある」と回答した事例は 3 例のみ、「少しある」は 10 例であり、見通しがある事例は 13 例であり、不明・無回答を除いた 117 例のうち 11.1%にすぎなかった。ICD-10 や DSM-5 で急性ストレス反応(障害)は 1 か月以内、適応障害も 6 か月以内と規定されているが、労災認定から 10 年以上経過しているにもかかわらず診断名が変わらず、認定時点と同じ病名で労災補償請求がされている現状が明らかになった。

(24) 損害賠償訴訟に関して：訴訟の実態は不明が 87.1%(171)、係争中が 2 例、和解・訴訟は終了した事例は 8 例であった。

3) 統計学的探索結果

(1) うつ病に対するリスク因子：多重ロジスティック回帰分析では要因を考えられるリスク因子は検出できなかった。また、ステップワイズ法でリスク要因を探索したが、リスク要因は明らかにならなかった。そこで、各要因の単変量ロジスティック回帰で解析した。リスクをあげる因子として、仕事の量・質の変化と 100 時間以上の労働の有無がリスク要因としてあげられた。単変量で解析した結果と多変量で解析した結果が大きく異なるのは事例によって、仕事の量・質の変化と 100 時間以上の動労の有無との相関が強いことが可能性としてあげられる。多変量解析では因子が特定できなかったのは、長時間労働と仕事・質の変化に交互作用があるからと考える。長時間労働と仕事の質・量の変化間の因果関係はこれまでの解析ではあきらかではない。

(2) PTSD に対するリスク要因：ステップワ

イズ法にて、事故や災害の体験がリスク要因となった。

(3) 神経症性障害に対するリスク要因：単変量ロジスティック回帰分析にて 100 時間以上の労働の有無に有意差が認められた。

4) 2016 年調査と 2017 調査の結果を合体させた検討

2016 年度調査は、労災認定基準で業務上と判断された 2012(H24)年度事案(366 例)の 2016 年 8 月時点での療養状況を調査した。労災認定後 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)であった。2016 年度調査では療養開始から調査時点までの 5 年未満の療養事例が 217 例、5～10 年の療養事例 85 例、10 年以上の療養事例が 10 例であった。2017 年度調査の 10 年以上の療養事例 195 例を加えて 561 例を検討した。2016 年度の 10 年以上の事例(10 例)は 2017 年度調査の事例とは重複していない。

(1) 労災認定時と傷病名：うつ病が圧倒的に多く 40.3%(226)、次に PTSD13.5%(76)、適応障害 13.2%(74)であった。

(2) 労災認定時と傷病名が違っている場合の調査時の傷病名：病名の変更率で多いのは、気分感情障害 58.8%で 17 例中 10 例が他疾患へ変更(うつ病への変更事例は 8 例)、神経症性障害は 28 例中 18 例が変更(変更率 64.3%)⇒うつ病 6 例、その他 5 例等に変更されていた。PTSD は認定時 76 例中 26 例が変更され、統合失調症、うつ病、神経症性障害へと変更されていた。適応障害は 74 例中、28 例(37.8%)がうつ病、双極性障害へと変更されて

いた。全体の 561 例中 26.2%(147 例)の病名の変更はなされていた。

(3) 職種：10 年以上の療養事例に専門的・技術的職業が 34.7%(70)がみられ、他の療養期間の労働者、5 年未満：19.4%(42)、5～10 年：18.8%(16)より割合的に多くみられた。

(4) 労災請求の際の事業主の証明の有無：労災請求の際の事業主の証明が得られていない労働者の割合は、5 年未満 33.3%(65)、5～10 年 46.2%(36)、10 年以上 54.6%(102)と療養期間が長くなるにつれて多くなり、長期療養者の方が事業主の証明が得られにくいという結果が得られた。

(5) 職場復帰を果たしているか否か：10 年以上の療養者の中で職場復帰をしていない事例は 5 年未満：62.2%(74)、5～10 年：81.8%(54)、10 年以上：91.5%(184)と長期療養になるにしたがい、職場復帰できない状況が明らかになった。

(6) 職場復帰と労災認定の傷病名：急性ストレス反応は 36.8%(7)、PTSD35.2%(19)、適応障害 33.3%(17)、うつ病 12.8%(12)が復帰しており、気分感情障害、双極性障害は 100%職場復帰していないという結果が得られた。

(7) 療養期間と休業給付金：5 年以上の療養群が、5 年未満の療養群と比較して 20～30 万、30～40 万、40～50 万と給付金が上がるにしたがって割合的に多いことが明らかになった。

(8) 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：過去に職場復帰を果たしたことの事例は、5 年未満：41.8%(41)、5～10 年：19.1%(12)、10 年以上：14.1%(28)と療養期間が増えるに従い、減少傾向にある

ことがわかる。しかも 349 例のなかで、職場復帰したことの事例は、81 例(23.2%)であり、10 年以上の療養群(188)のなかで職場復帰をした労災認定患者は 28 名(15%)にすぎない。

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

129 施設より回答を得た（回収率 60.0%）。治療プログラムにおけるこれまでの労災事例の有無については、「あった」が 19 施設（14.7%）、「なかった」が 110 施設（85.3%）であった（表 1）。労災事例が「あった」の就労形態については、休職中が 17 事例（85.0%）、失職中が 3 事例（15.0%）であった。

労災事例・長期休業（2 年以上治療プログラムに参加）事例・難治例に対する特別な対応の有無については、「原則している」が 2 施設（1.6%）、「ケースバイケース」が 36 施設（30.0%）、「原則していない」が 83 施設（69.2%）だった。

特別な対応の内容（複数回答）については、「個別対応・カウンセリングを特別に行う」が最も多く 15 施設（39.5%）であり、「特別に環境調整をする」が 9 施設（23.9%）、「特別プログラム（個人）」と「特別に対応に時間をかける」が 5 施設（13.2%）、「特別プログラム（集団）」が 3 施設（7.9%）と続いた。

特別な対応の結果、今後の治療がスムーズに進んだかどうかについては、「進んだ例が多かった」が 17 事例（70.8%）、「進まなかった例が多かった」が 6 事例（25.0%）、「現在対応中」が 1 事例（4.2%）であった。

労災・長期休業・難治例において治療プログラムに参加する際の通常とは異なる特別な条件の有無については「特別な条件を付けている」が 5 施設（4.5%）、「特別な条件を付けていない」が 105 施設（95.5%）であった。

「特別な条件を付けている」場合の内容については、次が挙げられた。

- ・労災の場合は受け入れない。
- ・利用期限が少ない、集団適応が困難、内省が困難な場合、受講するプログラムを限定することがある。
- ・リワーク開始後退職する方は利用期限を決めて受け入れている。
- ・休職や失職の原因は職場側にあり、自己の振り返りをする必要はないと考える場合は利用不可
- ・長期休業・難治例では、3 か月ごとの利用更新、最長 1 年 6 か月の利用期間としている。

特別な給付（対価として診療報酬もしくはそれ以外から金銭として支給されるもの）があれば労災の利用者を治療プログラムのサブグループとして受け入れるかどうかについては、「受け入れる」が 19 施設（24.0%）、「受け入れない」が 60 施設（75.9%）であった。

受け入れる場合の条件は、次が挙げられた。

- ・利用期間に制限
- ・一人 1 回当たり 500 点の加点
- ・症状の安定と本人のモチベーション
- ・利用者がプログラム参加期間中の治療費負担が可能であれば
- ・特別な条件がなくとも受け入れている
- ・理事長や経営者会議の判断

・本人への治療的関りの範囲内であれば受け入れ可、職場とのやり取りは現体制では困難

・患者、会社納得の上でプログラムをすすめたい

治療プログラムで労災の利用者に対する個人的な関わり（個人面談やカウンセリングなど）を行うプログラムを想定した時の具体性については次が挙げられた。

・通常参加者に週 30 分の面談を実施しておりその延長上で対応する

・精神保健福祉士による個人面談、臨床心理士によるカウンセリング

・定期的な面談の実施と本人を通した職場との連携

・（プログラム上）特別扱いで面談時間を増やすことができないため法人内のカウンセリングセンターを利用

・プログラム時間外の個人面談

・その方に応じた個人対応や家族・職場への介入

・トラウマに準じて CBT

・院内のカウンセリング枠内に組み込む

その他、労災・長期休業・難治例の対応に関する意見・要望・感想については、次が挙げられた。

・労災の場合は長期化しやすく本人のモチベーションが低い、長期休業・難治例はモチベーション維持のために他の治療との組み合わせや期間設定などの特別対応が必要かも

・再休職者の紹介が最近多いが治療期間を十分とることができない。初回でしっかり

と治療することが重要

・長期休業の大半は、会社の手厚い福利制度によるもの

・労災申請に切り替える段階で主治医と相談の上デイケアは中断・中止とする

・労災案件で裁判等で精神的に不安定になりプログラムとして成り立たなかった。

・長期休業・難治例について特別対応は今後の課題だが、現在は通常の個別対応で終始

・人数が少ないためケースバイケース

・リワークで停滞し「何も考えずに働く」感覚を失ってしまっている場合は、A 型のボランティア（農業・清掃・喫茶等）を紹介し一定期間実施

・難治例について会社との連携が不可欠だがあまり実現できていない

・再就職希望者で労災の給付額が大きく、もらい続けることで生活を成り建てようとするため就活が後回しになる

・休職して半年近く自宅で療養して生活が乱れる方はリワークでも脱落する

・個別担当心理士と連絡を取り合いアンガーコントロール（マネジメント）を取り入れる

・労災に関しては様々なファクターがあり受け入れは難しい

・長期休業事例の利用は時々あるが特別対応無しで他の利用者と同様の割合で復職し、安定就労している。ただし利用期間は 1～2 年と長期になりがち

・長期休業や難治例の中にパーソナリティや ASD 傾向を持っている方が多い印象

- ・長期休業の場合、モチベーションが低下していることが多く社会復帰への動機づけが難しい。会社側からも「性格を直して」などの訴えが多くスタッフが板挟みになる
- ・正直労災は書類、請求手続きが多くて受け入れ難い
- ・長期休業・難治例は他罰・他責的な傾向が強く、感情のコントロールがうまくできない方が多い。その現状から労災の受け入れは慎重にならざるを得ない
- ・デイケア・ショートケア初回利用から1年経過したら早期加算が無くなるが、復職後に再発した方も加算対象外であることについて検討してほしい

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

1) 回収した事例の概要：回収した調査事例の内訳は、産業医から男子 98 例、女子 28 例、計 126 例、主治医から男子 82 例、女子 30 例、計 112 例、総計 238 例。回収事例のうち、復職後1年間は安定就労した事例は産業医分 83 例（65.9%、表中で A 群）、主治医分 66 例（61.1%）、全体では 149 例（63.7%）であった。これらを除く不安定就労群は、産業医分 42 例、主治医分 36 例、全体では 78 例であった。再休業群は、産業医分は 20%、主治医分は 13.8%を占めた。産業医分、主治医分それぞれについて、男女別、各項目ごとに安定就労群と不安定就労群間の差異を、 χ^2 検定を用いて有意差検定を行った。

2) 事例のプロフィール

(1) 産業医分の事例の内訳は男性 98 名、女

性 28 名。男性のうち 40 歳代が 40 名で最多。女性は 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。

(2) 主治医分の事例の内訳は男性 82 名、女性 30 名。男女ともに 40 歳代が最多、婚姻状況は男性は既婚が多いが、女性は未婚が多い。

3) 事例の職歴

(1) 産業医分の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 44.1%と最多、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。

(2) 主治医分の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。

(3) 安定就労群と不安定就労群の男女別比較において、主治医分の男性の職務内容を除き職歴間に有意差は認められなかった。

4) 事例の病歴

(1) 精神・行動面の障害の既往（関わり以前）

a. 産業医分：全体に既往の有無は半々にわかれたが、安定就労群は既往なしが 6 割を占めるが、不安定就労群は既往ありが 5 割を占め、男性、男女合計で有意差が認められた。

b. 主治医分：全体に既往の有無は 4:6 にわかれたが、安定就労群と不安定就労群間に有意差は認められなかった。

(2) 精神・行動面以外の障害の既往（関わり以前）

a. 産業医分：全体に既往なしが 8 割と多数を占めたが、安定就労群に比し不安定就労群は既往ありが多く、男性、女性、男女合計ともに有意差が認められた。

b. 主治医分：全体に既往の有無は1：9にわかれ、安定就労群と不安定就労群ともに既往なしが多数を占め、群間に有意差は認められなかった。

(3) 精神・行動面の障害による休業歴（関わり以前、1カ月以上）

a. 産業医分：全体では休業歴なしが6割を超え、休業歴ありでは、1回が最多で18%、3回以上は7%を上回った。安定就労群の男性、男女合計ともに休業歴なしが7割に比し不安定就労群は4割で有意差が認められた。

b. 主治医分：全体では休業歴なしが7割を超え、休業歴ありでは、1回が最多で19%、3回以上は3%を上回った。安定就労群、不安定就労群ともに休業歴なし6割台で有意差は認められなかった。

(4) 精神・行動面以外の障害による休業歴（関わり以前、1カ月以上）

a. 産業医分：全体では休業歴なしは9割を超え、同様に安定就労群、不安定就労群ともに休業歴なしが9割台で有意差は認められなかった。

b. 主治医分：休業歴なしは全体、安定就労群、不安定就労群ともに9割台で有意差は認められなかった。

5) 事例の休職過程

(1) 本人の休職決定過程における休職入りに対する考え

a. 産業医分：全体では消極的が5割、積極的は3割、残りの2割はどちらともいえない。この傾向は安定就労群、不安定就労群ともに同様で有意差は認められなかった。

b. 主治医分：全体では積極的が5割弱、消極

的は3割、残りの2割はどちらともいえない。安定就労群、不安定就労群の比較では、男女合計で不安定就労群にどちらともいえないが消極的を上回り有意差が認められた。

(2) 本人の休職決定過程における休職入りに対する考えが消極的もしくはどちらともいえない場合、休職入りに対する本人の同意の取り付け、確認の要否

a. 産業医分：全体では必要だったは6割を超え、安定就労群、不安定就労群ともに同様の傾向であり有意差は認められなかった。

b. 主治医分：全体では必要だったは8割を超え、安定就労群、不安定就労群ともに同様の傾向であり有意差は認められなかった。

(3) 前記設問で本人の同意の取り付け、確認が不要だった理由

a. 産業医分：すでに休職入りであったから、が全体では8割を超え、安定就労群、不安定就労群ともに同様の傾向が認められた。

b. 主治医分：対象は全体で10例。すでに休職入りであったからと、諸情報から要休職の判断ができていたので不要との判断が各々半数の割合。

(4) 本人が最終的に休職に同意した理由

a. 産業医分：全体では、本人が療養専念を希望した事例が5割、主治医による説得が2割、産業保健専門職による説得が1割と続く。

b. 主治医分：全体では、本人が療養専念を希望した事例が8割、わずかに産業医による説得、家族・友人等による説得が6～7%台。

(5) 休職の同意が「主治医もしくは産業医による説得」の場合の産業医と主治医との連携

a. 産業医分：全体では未実施が6割、実施し

た場合は文書による連携が多数を占めた。

b. 主治医分：全体では未実施が 4 割弱、実施した場合は文書による連携が多数を占めた。産業医分に比し連携には消極的傾向。

(6) 要休職の可能性を示唆する情報の出所

a. 産業医分：全体では、本人が 3 割、上司が 2 割、人事担当が 2 割弱、主治医と産業保健専門職が共に 1 割強と続く。

b. 主治医分：全体では、本人が 6 割弱、上司、家族が 1 割強、産業医が 1 割弱と続く。職場からの情報は上司が産業医を上回る傾向。

(7) 要休職の可能性を示唆する情報の内容

a. 産業医分：全体では、心身の消耗をうかがわせる本人の所見が 3 割、就業力低下、勤怠が不安定が 2 割強。これらの 3 要因が 8 割を超え、安定就労群、不安定就労群ともに同様の傾向が認められた。

b. 主治医分：全体では、心身の消耗をうかがわせる本人の所見、就業力低下が各々 3 割を超え、勤怠が不安定が 2 割。これらの 3 要因が 9 割を超えた。その他として、周囲との協調性保てず、不自然・場違いな言動、上司の指示守れない、過度の自己主張、迷惑行為、所在不明・連絡不能、その他の就業規則を逸脱、は 1 割に満たないのに比し産業医分は 2 割。安定就労群、不安定就労群ともに同様の傾向が認められた。

(8) 要休職の可能性を示唆する情報の内容が心身の消耗をうかがわせる本人の所見の場合、具体的に早退、遅刻、欠勤の頻度

a. 産業医分：全体では、月 5 日以上が 5 割強、月 10 日以上が 4 割弱。男女合計で安定就労群では月 5 日以上が月 10 日以上を上回るが、不

安定就労群では逆に月 10 日以上が多く有意差が認められた。

b. 主治医分：全体では、月 5 日以上が 6 割強、月 10 日以上が 2 割強、月 15 日以上も 1 割の割合。産業医分に比しやや頻度を多めにする場合が強い傾向。

(9) 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、取り組んだ内容

a. 産業医分：全体では、定期的な面談が 3 割弱、人事・上司への就業面配慮の理解を得るが 2 割弱、受診勧奨、主治医と情報交換、業務負担の軽減が各々 1 割台。これら 5 項目で 9 割を占めた。

b. 主治医分：全体では、定期的な診療が 4 割弱、休職勧奨が 3 割弱、就業時間の調整の提案、家族の理解と支援依頼が 1 割台。これら 4 項目で 9 割を占めた。

(10) 前設問の取り組み中に困難を感じた点

a. 産業医分：全体では、指示・助言の受け入れが 3 割弱、職場の支援を得る、本人の業務力と職業適性評価、病態・予後の見極め、専門医受診、意思疎通、が各々 1 割台。これら 6 項目で 9 割弱を占めた。

b. 主治医分：全体では、本人の業務力と職業適性評価、指示・助言の受け入れ、が 2 割弱、職場の支援を得る、病態・予後の見極め、が 1 割台、意思疎通、家族の理解を得る、産業医との連携、が 1 割弱。これら 7 項目で 9 割を占めた。

(11) 主治医発行の要休職と記載の診断書における病名

a. 産業医分：全体では、うつ状態・抑うつ状態、うつ病、が 6 割強、適応障害が 2 割弱、

これらの病名が8割を占めた。双極性障害、発達障害とが各々1割台。これら6項目で9割弱を占めた。

b. 主治医分：全体では、うつ状態・抑うつ状態、うつ病、双極性障害、で8割を占めた。適応障害が1割弱、これら病名が9割を占めた。

(12) 産業医の見込み診断病名

a. 産業医分：全体では、適応障害、うつ状態・抑うつ状態、うつ病、が6割、発達障害、双極性障害、が1割弱、これらの病名が8割を占めた。さらに、パーソナリティ障害、アルコール性障害と続く。男女合計で安定就労群は適応障害が多いが、不安定就労群にはうつ病、発達障害、双極性障害が目立ち、両群間に有意差が認められた。

b. 主治医分：全体では、産業医の見込み診断病名を承知していない、が7割台、その他は主治医と同じが占めた。

(13) 休職中の療養場所

a. 産業医分：全体では、自宅が8割強、実家、自宅と実家双方、が各々1割弱。

b. 主治医分：全体では、自宅が8割強、実家を合わせると9割を占めた。

(14) 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

a. 産業医分：全体では、産業医との定期連絡が5割弱、産業保健専門職との定期連絡が3割、さらに産業医との定期面談、上司・人事との連絡中止、が1割。休業報告書の提出は1%台。

b. 主治医分：全体では、指示・指導を未実施

が4割。上司・人事との連絡については、定期連絡が3割強に対し連絡中止は7%。さらに、産業保健専門職との定期連絡が1割強。休業報告書の提出は1%台。

6) 復職過程

(1) 復職の可能性を示唆する情報の出所

a. 産業医分：全体では、本人が4割弱、主治医が3割弱、人事担当、産業保健専門職が各々1割と続く。

b. 主治医分：全体では、本人が6割、復職支援プログラム担当スタッフが2割、家族が1割、以上の3項目で多数を占める。

(2) 復職の可能性を示唆する情報の内容

a. 産業医分：全体では、心身の安定の本人所見、就業意欲の回復、生活活動の安定、が各々2割、主治医の診断書が続き、これら4項目が7割強を占めた。

b. 主治医分：全体では、心身の安定の本人所見、就業意欲の回復、生活活動の安定、が各々2割程度、復職支援プログラム担当スタッフの評価、就業力の回復、言動の落ちつき、自己抑制・セルフコントロールの回復、思慮分別・社会性判断・行動の回復、が5~7%。休職を必要とした理由・事情の改善・解決、連絡・約束を守り時間に正確に行動、安全感覚行動の実行、周囲との協調性の回復、上司の指示を守る、薬物療法、が1~4%。

(3) 復職可能性の具体的確認方法

a. 産業医分：人事・上司との面談が2割台。専門施設におけるリワーク参加実績、休職前の振り返り書類提出が1割、以上の5項目が9割を占めた。

b. 主治医分：全体では、生活日誌の記載・携

出、自主トレ、専門施設におけるリワーク参加実績、が各々2割。人事・上司との面談、産業医面談が1割、以上の5項目が8割を占めた。

(4) 職場が企画実施する復職準備プログラム

a. 産業医分：全体では、実施している、していないがほぼ半々の割合。

b. 主治医分：全体では、実施している、していないがほぼ6:4の割合。男女合計で実施していない割合は安定就労群に比し不安定就労群で高く、両群間に有意差が認められた。

(5) 職場が企画実施する復職準備プログラムの実施期間

a. 産業医分：全体では、1カ月以内が4割、3カ月以内が3割強、両方で8割を占めたが、他方、半年以上が1割を上回った。

b. 主治医分：全体では、3カ月以内が6割弱、1カ月以内が残りの4割。

(6) 職場が企画実施する復職準備プログラムの復職判定のタイミング

a. 産業医分：全体では、終了時まで休職扱いが6割強、終了時まで仮復職扱いが2割強。開始時に復職が1割。

b. 主治医分：全体では、終了時まで休職扱いが5割強、開始時に復職が3割、終了時まで仮復職扱いが1割強。

(7) 職場における復職可能性の最終判定

a. 産業医分：全体では、本人・人事・上司の産業医面談、職場の復職判定委員会、が3割、本人のみ産業医面談が1割強、不明が2割弱。

b. 主治医分：全体では、本人のみ産業医面談、本人・人事・上司の産業医面談、職場の復職判定委員会、が2割。さらに本人と人事責任

者との面談安定が1割強。不明が2割。

(8) 復職時の就業上の配慮

a. 産業医分：全体では、実施が9割を超えた。

b. 主治医分：全体では、実施が9割弱だが不明が1割認められた。安定就労群、不安定就労群いずれも実施が多数だが、不安定就労群に不明分が多く、男性、女性、男女合計いずれも両群間に有意差が認められた。

(9) 復職時の就業上の配慮の内容

a. 産業医分：全体では、業務負担の軽減、就業時間制限、産業医との定期面談、が各々2割、業務内容の変更が1割、これらで8割弱を占めた。その他、配属場所の変更、主治医へ情報提供・連携の確認、産業保健専門職との定期面談、家族への支援協力依頼、上司の変更が2~7%。

b. 主治医分：全体では、業務負担の軽減、就業時間制限が3割、産業医との定期面談が1割、これらで7割弱を占めた。その他、業務内容の変更、配属場所の変更、産業保健専門職との定期面談、主治医へ情報提供・連携の確認、家族への支援協力依頼、上司の変更、机の位置変更が1~7%。

(10) 復職1年後の就業状況

a. 産業医分：全体では、安定就労群は6割強、休職に至らない不安定就労、再休職（通算1カ月以上、6カ月未満）が1割、再休業（通算1カ月未満）、再休職（通算6カ月以上）が各々4%。

b. 主治医分：全体では、安定就労群は6割強、休職に至らない不安定就労が2割、再休業（通算1カ月未満）、再休職（通算6カ月以上）が各々6~7%。

(11) 復職 1 年後の安定就労実現の理由

a. 産業医分：全体では、就業環境、業務負担の段階的調整が 2 割弱。勤勉性・勤務努力、上司の指導力、治療努力、人事の配慮、が 1 割台。これら 6 項目で 8 割強を占めた。

b. 主治医分：全体では、本人の治療努力が 2 割弱、就業環境とのマッチング、本人の勤勉性・勤務努力、業務負担の段階的調整、人事の配慮が 1 割台で、産業医の協力、上司の指導力、同僚の支援、家族の支援が数%と続く。

(12) 復職 1 年後の不安定就労の理由

a. 産業医分：全体では、本人の勤勉性・勤務努力の乏しさ、治療努力の乏しさを合わせて 4 割弱、就業環境との不具合、業務負担の段階的調整がおいつかない、合わせて 3 割強、対人支援環境として、上司の指導力が難しい、同僚の支援の弱さ、人事の配慮の乏しさを合わせて 1 割、その他、家族の支援の弱さ、主治医の協力がいないなど。

b. 主治医分：全体では、就業環境との不具合、業務負担の段階的調整がおいつかない、合わせて 5 割弱、対人支援環境として、同僚の支援の弱さ、人事の配慮の乏しさ、産業医の協力が得られないを合わせて 2 割強、家族の支援の弱さが 1 割強、本人の勤勉性・勤務努力の乏しさ、治療努力の乏しさを合わせて 1 割強、など。概して、産業医は本人の要因を、主治医は職場の要因を重く評価する傾向。

(13) 復職 1 年後の不安定就労事例の最初の兆候

a. 産業医分：全体では、勤怠の不安定が最多で 4 割弱、次いで心身の消耗をうかがわせる本人の所見が 3 割、就業力低下が 2 割弱、こ

れら 3 項目で 8 割強を占めた。

b. 主治医分：全体では、心身の消耗をうかがわせる本人の所見が最多で 3 割強、次いで勤怠の不安定、就業力低下が各々 3 割弱、これら 3 項目で 9 割強を占めた。

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

寛解・復職に至った例のうち、F3：気分障害圏と F4：不安障害・適応障害圏について、各群の寛解・復職に至るまでの期間についてそれぞれ調査した。結果を下記に示した。

1) F3：気分障害圏

(1) 寛解に至るまでの期間 (n=22) 211.8
±388.3 mean±SD (days)

(2) 復職に至るまでの期間 (n=13) 286.5
±487.2 mean±SD (days)

2) F4：不安障害・適応障害圏

(1) 寛解に至るまでの期間 (n=18) 57.6
±59.8 mean±SD (days)

(2) 復職に至るまでの期間 (n=14)
78.5±65.9 mean±SD (days)

⑤ 精神障害者の就労および関係機関との連携に関わるヒアリング調査と支援ツール開発の試み

1) 障害者の雇用動向および精神障害者の支援状況について

(1) 各障害別の求職・就職件数の動向： 3 障害のうち、精神障害者については調査を実施したほとんどのハローワークで求職件数・就職件数ともに増加傾向との回答だった。ま

た、知的障害者については、地域によって就職件数の増加傾向が見られたハローワークや、3 障害の中で就職割合が高いハローワークもあった。身体障害者については、横ばいなし微減しているという回答がほとんどだった。

(2) 求職登録者の精神障害者の疾病動向：求職登録者の疾病としては、統合失調症、気分障害、双極性障害の割合が中心を占め、発達障害者の割合は年々増加しているとの回答が多く見られた。気分障害については、中途障害で発症し手帳を取得するケースが増加し、中には気分障害が求職登録者の約半分の割合を占めるというハローワークもあった。また、他の障害に比べて割合は少ないものの、てんかんの求職・就職者も一定割合で見られた。

(3) 企業の精神障害者の雇用に対する考え方や受け入れの動向：精神障害者を雇用する企業は増加しているとの回答が大多数だった。また、企業の従業員が精神障害に関する基礎的な知識習得と理解促進を目的に「精神・発達障害者しごとサポーター養成講座」を開催しているハローワークも多くあった。養成講座への参加者も徐々に増え、精神障害者に対する雇用の意識は高まっているとの回答もあった。その一方、雇用側が抱く不安として挙げられたのが、就労後に症状が寛解した場合、合理的配慮が必要でありながら、精神障害者保健福祉手帳の更新ができなくなる可能性が生じるということである。

(4) 精神障害者の職場定着状況（1 年後定着率、定着が良好な背景要因、主な離職要因および就労定着に向けたハローワークの支援体制や取り組み）：精神障害者の就労定着率につ

いては、1 年後の定着率が 7 割で比較的良好との見解を示した回答もあったが、具体的な定着率の割合を算定しているハローワークはほとんどなかった。就職後の就労定着については全てのハローワークで重要課題として受け止めていた。離職の主な要因としては、当事者が焦って就職するなどの就労準備性の問題、職場の人間関係、トップと現場との考えの相違による配慮不足などが指摘された。就労支援機関がついているケースについては、就労定着率は良好との回答が多く見られた。精神障害者を初めて雇用し定着した事業所では、さらに追加雇用する所も多いことから、新規で精神障害者を雇用する事業所に対しては慎重に紹介しているという見解もあった。

精神障害者トータルサポーターの取り組みについては、職場や就労支援機関との連携をはかりながら定着支援に介入していることが、多くのハローワークから報告された。しかし、精神障害者トータルサポーターだけでなく専門援助に関わるハローワークもマンパワー自体が不足しているところが圧倒的で、ハローワークでは就職までに力点を置き、就労後の定着については地域の就労支援機関に委ねるなど、就職前後で完全に役割分担をしているという回答も多く聞かれた。

(5) 病状、就労準備性の把握のためのツール等の活用状況（主治医意見書のフォームなど）：病状、就労準備性の把握のためのツール等については、主治医の意見書が共通の雛形として使われているが、主治医意見書の依頼状については各ハローワークがオリジナルで作成していた。また、就労支援に関係する機

関との連携をスムーズにするために個人情報
を共有する同意書を取り付けている事例や、
一部ではあるが就労準備性を確認するための
簡易チェックシートを作成・活用しているハ
ローワークも見られた。

(6) 労災により精神障害者になった支援ケ
ースの有無について：高次脳機能障害により精
神障害者として労災が適応された1事例のみ
で、それ以外は把握できていないとの結果で
あった。

2) 精神障害者の雇用における関係機関との連 携状況

(1) 主治医との連携状況：医療機関との連携
については、主治医とは意見書のみやりと
りになっているとの回答が圧倒的に多かった。
また、連携を取るにしても医療機関側の精神
保健福祉士、看護師、臨床心理士などのコ
メディカルスタッフを通じて実施していると
の回答や、医療機関の敷居は高く連携が難し
いとの回答も多く見られた。

(2) 職場（人事、産業医、産業保健スタッフ）
との連携状況：産業医・産業保健スタッフと
連携するケースはほとんどなく、人事担当者
および上司と連携することが多いとの回答が
大半だった。

(3) 就労支援機関（地域障害者職業センター、
障害者就業・生活支援センター、精神保健福
祉センター等）との連携状況：外部の就労支
援機関との連携については、最も頻度が多い
のは障害者就業・生活支援センター（通称、
中ポツセンター）で、次いで就労移行支援施
設が多いとの回答はどのハローワークでも共
通した見解であった。エリアによっては地域

障害者職業センターとの連携も密にしている
との回答も見られた。就労継続支援事業A
型・B型、精神保健福祉センターとの連携は
ほとんどないとの見解が大多数だった。

(4) 医療機関とハローワークの連携による
「医療機関とハローワークの連携による就労
支援モデル事業（通称、モデル事業）」の実施
状況（実施ハローワークのみ）：「医療機関と
ハローワークの連携による就労支援モデル事
業」（以下、モデル事業）は、平成30年4月
からの精神障害者の法定雇用率の算定基礎の
対象への追加を踏まえて、精神障害者の就労
支援策を充実・強化を見据えた取り組みとし
て全国各地でその任命を受けたハローワーク
が平成27年度から実施している事業であり、
本モデル事業を実施しているハローワークか
らは、地元医療機関との連携が強化され就労
につながった事例や、就職した精神障害者の
定着率が高く成果を出している事例も聞かれ
た。その一方で、本モデル事業については、
医療機関側に大きな時間的労力的な負担がか
かり、加えてボランティアとして参画しても
らう形になることから、協力医療機関の開拓
が難航し、目標としている協力医療機関数を
大きく下回るハローワークが多く見られた。

3) 精神障害者の就労支援や雇用、関係機関と
の連携で生じる課題改善に向けて必要と考
えること

今回調査した全てのハローワークで、精神
障害者の求職・就職件数が増加する一方で、
支援者の人材不足の話が出ていた。

就職に向けたコーディネート役を担う精神
障害者雇用トータルサポーターの配置は進ん

でいるが、精神障害者雇用トータルサポーターには、(精神保健福祉士等の) 専門資格の資格要件は定められていない。そのため、特に困難ケースに対しては、精神保健福祉士によるサポート体制があると、より円滑な支援体制ができるのではないかという意見もあった。

また、医療機関との連携が事実上困難なハローワークでは、就労可能かどうか判断が難しいケースの見立てや主治医との連携が必要な場合に対応してくれる精神科医が手当てされると、精神障害者の支援に関わるスタッフの負担は軽減されるとの意見も多く聞かれた。

4) 労災関連事例(精神科領域)の経験の有無について

今回調査したハローワークにおいては労災関連事例(精神科領域)を経験した所はなく、就労を促進させて療養の長期化を防ぐという機能は果たされていなかった。

⑥ うつ病のため長期療養する労働者に対する医学上一般に認められた医療と症状固定時期に関するアンケート調査研究

1) 一般人向けのアンケート結果

300 人から回答が得られた。(1)「外来主治医は、うつ病のために長期療養する労働者本人に対する『医学上認められた医療』として、外来通院精神療法を月 1 回程度行うこと。」については、同意する 87.7%、同意しない 12.3%であった。(2)「職場担当者(あるいは産業医)から休職期間中の勤務先での取り扱いについて、文書で説明を受けること。」については、同意する 87.0%、同意しない 13.0%であった。

(3)「職場の担当者(あるいは産業医)は休

職期間中に本人との面談(電話、メールを含む)を半年に 1 回以上行うこと」については、同意する 81.7%、同意しない 18.3%であった。

(4)「職場の担当者(あるいは産業医)は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携(面談、電話、メール、診断療法提供書などの手段を含む)を年 1 回以上行うこと。」については、同意する 81.0%、同意しない 19.0%であった。(5)「職場の担当者(あるいは産業医)は職場復帰支援に向けての仕組みづくりを行うことが望ましい。そして、復職に向けてのすすめ方については、外来主治医・産業医及び職場担当者が連携して判断すること。」については、同意する 84.0%、同意しない 16.0%であった。(6)「外来主治医あるいは職場担当者(または産業医)は回復期から復職に向けてはリワーク・デイケアの見学・利用を勧めること。」については、同意する 84.0%、同意しない 16.0%であった。(7)「うつ病の労働災害においては、3 年間程度で治癒(症状固定)の判断を行うこと。」については、同意する 83.3%、同意しない 16.7%であった。

統計分析の結果としては、一般人は(1)、(2)、(3)、(5)において有意に「同意しない」の比率が高かった。

2) うつ病患者向けのアンケート結果

100 人から回答が得られた。(1)「外来主治医は、うつ病のために長期療養する労働者本人に対する『医学上認められた医療』として、外来通院精神療法を月 1 回程度行うこと。」については、同意する 91.0%、同意しない 9.0%であった。(2)「職場担当者(あるいは産業医)

は休職期間中の勤務先での取り扱いについて、文書で説明すること。」については、同意する 88.0%、同意しない 12.0%であった。(3)「職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人との面談（電話、メールを含む）を半年に 1 回以上行うこと。」については、同意する 82.0%、同意しない 18.0%であった。(4)「職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携（面談、電話、メール、診断療法提供書などの手段を含む）を年 1 回以上行うこと。」については、同意する 74.0%、同意しない 26.0%であった。(5)「職場の担当者（あるいは産業医）は職場復帰支援に向けての仕組みづくりを行うことが望ましい。そして、復職に向けてのすすめ方については、外来主治医・産業医及び職場担当者が連携して判断すること。」については、同意する 84.0%、同意しない 16.0%であった。(6)「外来主治医あるいは職場担当者（または産業医）は回復期から復職に向けてはリワーク・デイケアの見学・利用を勧めること。」については、同意する 73.0%、同意しない 27.0%であった。(7)「うつ病の労働災害においては、3 年間程度で治ゆ（症状固定）の判断を行うこと。」については、同意する 67.0%、同意しない 33.0%であった。

統計分析の結果としては、うつ病患者は (4)、(5)、(6)、(7) において有意に「同意しない」の比率が高かった。

3) 産業医向けの対象のアンケート結果

東京都医師会産業医研修会参加者に対する紙でのアンケート調査で 255 人、日本精神科産業医協会会員などに対する WEB でのアンケ

ート調査で 48 人、合計で 303 人から回答が得られた。(1)「外来主治医は、うつ病のために長期療養する労働者本人に対する『医学上一般に認められた医療』として、外来通院精神療法を月 1 回程度行うこと。」については、同意する 95.4%、同意しない 4.0%、NA0.7%であった。(2)「職場担当者（あるいは産業医）は休職期間中の勤務先での取り扱いについて、文書で説明すること。」については、同意する 95.4%、同意しない 4.3%、NA0.3%であった。(3)「職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人との面談（電話、メールを含む）を半年に 1 回以上行うこと。」については、同意する 94.1%、同意しない 5.9%であった。(4)「職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携（面談、電話、メール、診断療法提供書などの手段を含む）を年 1 回以上行うこと。」については、同意する 91.1%、同意しない 8.9%であった。(5)「職場の担当者（あるいは産業医）は職場復帰支援に向けての仕組みづくりを行うことが望ましい。そして、復職に向けてのすすめ方については、外来主治医・産業医及び職場担当者が連携して判断すること。」については、同意する 97.40%、同意しない 2.3%、NA0.3%であった。(6)「外来主治医あるいは職場担当者（または産業医）は回復期から復職に向けてはリワーク・デイケアの見学・利用を勧めること。」については、同意する 86.5%、同意しない 12.5%、NA1.0%であった。(7)「うつ病の労働災害においては、3 年間程度で治ゆ（症状固定）の判断を行うこと。」については、同意する 88.8%、同意しない 8.6%、

NA2.6%であった。

統計分析の結果としては、産業医は(1)、(2)、(3)、(4)、(5)、(6)、(7)のすべてにおいて有意に「同意する」の比率が高かった。

4) 医療機関職員向けのアンケート結果

87人から回答が得られた。(1)「外来主治医は、うつ病のために長期療養する労働者本人に対する『医学上一般に認められた医療』として、外来通院精神療法を月1回程度行うこと。」については、同意する88.5%、同意しない10.3%、NA1.1%であった。(2)「職場担当者(あるいは産業医)は休職期間中の勤務先での取り扱いについて、文書で説明すること。」については、同意する89.7%、同意しない10.3%であった。(3)「職場の担当者(あるいは産業医)は休職期間中に本人との面談(電話、メールを含む)を半年に1回以上行うこと。」については、同意する89.7%、同意しない10.3%であった。(4)「職場の担当者(あるいは産業医)は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携(面談、電話、メール、診断療法提供書などの手段を含む)を年1回以上行うこと。」については、同意する80.5%、同意しない18.4%、NA1.1%であった。

(5)「職場の担当者(あるいは産業医)は職場復帰支援に向けての仕組みづくりを行うことが望ましい。そして、復職に向けてのすすめ方については、外来主治医・産業医及び職場担当者が連携して判断すること。」については、同意する90.8%、同意しない6.9%、NA2.3%であった。(6)「外来主治医あるいは職場担当者(または産業医)は回復期から復職に向けてはリワーク・デイケアの見学・利用を勧め

ること。」については、同意する73.6%、同意しない25.3%、NA1.1%であった。(7)「うつ病の労働災害においては、3年間程度で治癒(症状固定)の判断を行うこと。」については、同意する83.9%、同意しない14.9%、NA1.1%であった。

統計分析の結果としては、医療機関職員については質問全7項目について、「同意する」/「同意しない」の比率について有意差はなかった。

⑦ うつ病リワークデイケア・プログラムでの社交不安症状の変化に関する臨床研究

1) リワークプログラム参加者の全データ186人の属性

全参加者186人の属性は、男性132人(71%)、女性54人(29%)、平均年齢は38.1歳(標準偏差9.6)であった。この内、プログラム終了後の復職者は112人(60.2%)、プログラム中断者は36人(19.4%)、プログラム継続中は33人(17.7%)、転職や他院へ転院等の理由による終了者は5人(2.7%)であった。

参加者の診断の内訳は、大うつ病性障害が全体の52.7%を占め、双極性障害Ⅱ型が22.0%、適応障害が14.5%、反復性うつ病性障害が5.9%、身体表現性障害2.2%、双極性障害Ⅰ型1.1%、不安障害1.1%、その他0.5%と続いた。通所期間は平均247.5日(標準偏差147.0)、休職回数は平均2.2回(標準偏差1.5)であった。同居家族有は75.3%、同居家族無は24.7%であった。

参加者の職業を業種別にみると、公務員が最も多く30.1%、その他21.0%、製造業19.4%、

通信 9.7%、サービス 9.1%、金融・保険 8.6%、卸売・小売 2.2%の順であった。職種別では、技術・専門職 40.3%と事務 29.0%が全体の約 7割を占め、さらに職階別では、一般社員 67.2%と係長・主任担当 25.8%が全体の約 9割を占めた。

2) BDI-II, SASS, LSAS の PPS(Per Protocol Set)解析による結果

プログラム前後で、3つの尺度 (BDI-II, SASS, LSAS) が完全評価可能な 85 人を対象集団とする PPS(Per Protocol Set)解析を行った。

(1) PPS 解析対象としたプログラム参加者の属性 (85 人)

参加者 85 人の属性は、男性 63 人 (74.1%)、女性 22 人 (25.9%)、平均年齢は 37.7 歳 (標準偏差 9.7) であった。

(2) BDI-II, SASS, LSAS の値のプログラム実施前と実施後の経時的変化 (PPS 解析)

BDI-II のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前に比べ実施後有意な低下がみられ、うつ症状が改善した。

SASS のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前に比べ実施後有意な上昇がみられ、社会適応能力の自己評価が改善した。

LSAS のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前に比べ実施後有意な低下がみられ、社交不安症状が改善した。

(3) LSAS の変化量と他尺度 (BDI-II, SASS) の変化量との相関 (PPS 解析)

LSAS の変化量と他尺度 (BDI-II, SASS) の変化量との相関をみたところ、LSAS の変化量

は、BDI-II の変化量と正の有意な相関、SASS の変化量とは負の有意な相関がみられた。

(4) 1 年後の就労継続の成否との関係 (PPS 解析)

1 年後の就労継続の成否を 3 群に分けて (A 群: 就労継続成功 36 名、B 群: 就労継続否 9 名、C 群: 就労継続が不明・その他 40 名) を従属変数とし、3 尺度 (BDI-II, SPSS, LSAS) のリワークプログラム実施前、実施後、変化量を要因とする一元性分散分析 (ANOVA : Analysis of Variance) を行った結果、有意な差はみられなかった。

3 群比較では、有意差はみられなかったが、A 群の就労継続成功の 36 名が、LSAS のプログラム実施前の平均値が実施後にと下がったのに対し、B 群の就労継続否の 9 名においては、プログラム実施前の平均値は実施後も下がらなかった。

3) BDI-II, SASS, LSAS の FAS(Full Analysis Set) 解析による結果

LSAS のリワークプログラム実施前のデータがあり、3 尺度のプログラム実施後のデータが無い症例に、LOCF (Last Observation Carried Forward) を用いて欠損値を補填した 143 人を対象集団とした。

(1) FAS 解析対象としたプログラム参加者の属性 (143 人)

参加者 143 人の属性は、男性 98 人 (68.5%)、女性 45 人 (31.5%)、平均年齢は 37.9 歳 (標準偏差 9.7) であった。

(2) BDI-II, SASS, LSAS の値のプログラム実施前と実施後の経時的変化 (FAS 解析)

BDI-II のプログラム前後での平均値はプロ

グラム実施前より実施後有意な低下がみられ、抑うつ症状が改善した。

SASS のプログラム前後での平均値はプログラム実施前より実施後有意な上昇がみられ、社会適応能力の自己評価が改善した。

LSAS のプログラム前後での平均値はプログラム実施前より実施後有意な低下がみられ、社交不安症状が改善した。

(3) LSAS の変化量と他尺度 (BDI-II, SASS) の変化量との相関 (FAS 解析)

FAS においても、LSAS の変化量は、BDI-II の変化量と正の有意な相関、SASS の変化量とは負の有意な相関がみられた。

4) FFMQ の PPS (Per Protocol Set) 解析による結果

FFMQ のリワークプログラム前後の完全評価可能な 31 人を対象集団とする。更に、3 尺度 (BDI-II, SASS, LSAS) についてもプログラム実施前後のデータがある 31 人を対象集団とした。

(1) PPS 解析対象としたプログラム参加者の属性 (31 人)

参加者 31 人の属性は、男性 22 人 (71.0%)、女性 9 人 (29.0%)、平均年齢は 35.6 歳 (標準偏差 9.9) であった。

(2) FFMQ 及び BDI-II, SASS, LSAS の値のプログラム実施前と実施後の経時的変化 (PPS 解析)

FFMQ の総計のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前に比べ、実施後有意な上昇がみられ、マインドフルネス傾向が高まった。

観察力、非反応力、非判断力、記述力、気

づき力の 5 つの下位尺度についてプログラム前後での結果を比較したが、いずれも実施前より実施後に有意な上昇がみられ、マインドフルネス傾向が高まった。

BDI-II のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前に比べ、実施後に有意な低下がみられ、うつ症状が改善した。

SASS のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前に比べ実施後に有意な上昇がみられ、社会適応能力の自己評価が改善した。

LSAS のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前に比べ実施後に有意な低下がみられ、社交不安が改善した。

(3) FFMQ の変化量と他尺度 (BDI-II, SASS, LSAS) の変化量との相関 (PPS 解析)

FFMQ の変化量は、BDI-II, SASS, LSAS, の変化量との間に、いずれも有意な相関はなかった。

5) FFMQ の FAS (Full Analysis Set) 解析による結果

FFMQ のリワークプログラム前のデータがあり、FFMQ のプログラム後のデータが無い症例に、LOCF (Last Observation Carried Forward) を用いて欠損値を補填した 69 人を対象集団とした。69 人に関して、3 尺度 (BDI-II, SASS, LSAS) についてもプログラム実施前のデータがあり、プログラム実施後のデータが無い症例に、LOCF を用いて欠損値を補填した。

(1) FAS 解析対象としたプログラム参加者の属性 (69 人)

参加者 69 人の属性は、男性 48 人 (69.6%)、女性 21 人 (30.4%)、平均年齢は 37.4 歳 (標

準偏差 10.1) であった。

(2) FFMQ 及び BDI-II, SASS, LSAS の値のプログラム実施前と実施後の経時的変化(FAS 解析)

FFMQ の総計のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前に比べ実施後に、有意な上昇がみられ、マインドフルネス傾向が高まった。

観察力、非反応力、非判断力、記述力、気づき力の 5 つの下位尺度についてプログラム前後での結果を比較したが、いずれも実施前より実施後に、有意な上昇がみられ、マインドフルネス傾向が高まった。

BDI-II のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前に比べ実施後に有意な低下がみられ、うつ症状が改善した。

SASS のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前に比べ実施後に有意な上昇がみられ、社会適応能力の自己評価が改善した。

LSAS のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前に比べ実施後に有意な低下がみられ、社交不安が改善した。

(3) FFMQ の変化量と他尺度 (BDI-II, SASS, LSAS) の変化量との相関(FAS 解析)

FFMQ の変化量は、BDI-II との変化量と負の有意な相関、SASS の変化量と正の有意な相関、LSAS の変化量と負の有意な相関がみられた。

⑧ 精神疾患による長期休業の危険因子—特定健診・特定保健指導データを用いた予備的縦断調査—

2014 年の特定健診データと、2016 年の

休業データを連結した 3,964 名分のデータ提供を受け、解析を行った。

性別、年齢、30 分以上の運動習慣の有無、睡眠で休養が取れているか否か、平均飲酒量/日、喫煙習慣、高血圧治療中か否か、糖尿病治療中か否か、脂質異常症治療中か否か、貧血の有無について、2 年後の長期休業者とその他の従業員との比較を行った。その結果、毎日 3 合以上以上の飲酒、高血圧治療を行っていること、貧血を認めることが 2 年後の長期休業とある程の関連を示していた。

次に一般化線形モデルを用いて、精神疾患による短期休業と長期休業に関連する要因についての解析を行った。その結果、短期休業者においては睡眠で休養が取れていること、1 日の平均飲酒量が 3 合以上であることが有意に関連していた。

長期休業に関連する要因としては、短期休業でも認められた 1 日の平均飲酒量が 3 合以上であることその他、年齢、高血圧治療中、貧血が有意な危険因子であることが示された。

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

1) 2016 年度調査の重要な結果

(1) 過去 5 年間に年度ごとに治癒に至った事例:平成 27 年度に労災認定された事案の調査時点の治癒率は 35.8 %、26 年度事案の治癒率 49.6%、25 年度事案の治癒率 53.3%、24 年度事案の治癒率 59.3%、23 年度事案の治癒

率 61.4%で、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 23 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) 平成 24 年度事案(366 例)が平成 28 年 8 月時点で、3 年以上の長期療養者：給付額が高くなるほど未治癒者割合が高くなる。年度と治癒していない割合（男女）の二変量の関係は Cochran-Armitage の傾向検定で年度ごとに治癒していない割合が増えていることがわかった。

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。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。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。

2) 本調査の結果より

(1) 職場復帰（社会復帰）できない要因：自覚的な症状が改善せず、「病状が改善しない」が全体の 32.8%であった。次に「手厚い休業補償給付に依存」が 24.6%が 2 番目に多くみられた意見であった。さらに「職場復帰や受け入れ（復職調整）困難」が 21.3%であった。「高齢化、長期化したために復職困難」は(13.1%)、「主治医の問題」は(8.2%)であった。

(2) 10 年以上の長期療養事例の対策：「医療、行政、企業の連携」が 37.1%、「精神障害の適正給付管理要領等の施策」が 31.4%、「症状固定（治癒）寛解の判断指針がない」との意見は 14.3%であった。「職場復帰・就労支援体制の指導」も 17.1%であった。

(3) 10 年以上の長期療養事例：全国では調査時点で 10 年以上治癒していない事案は 195 例であり、東京が 54 例、神奈川が 24 例、大阪が 19 例、北海道は 19 例と多くみられた。療養開始から調査時点までの期間は、平均は 12.8 年であるが、16 年以上が 22 例(11.6%)、22 年療養している事例は 2 例であった。認定時傷病名で最も多いのは、うつ病 53.1%、次に PTSD10.3%、神経症性障害 9.3%、その他 7.2%であった。

労災認定時 194 例のうち調査時点では 46 例(23.7%)に病名が変更されていた。急性ストレス反応は 3 例(変化率 50%)、PTSD は 3 例(変化率 15%)、適応障害は 7 例(変化率 70%)、うつ病は 13 例(変化率 12.6%)、気分障害は 6 例(変化率 54.6%)、双極性障害は 2 例(変化率

22.2%)、神経症性障害は9例(変化率50%)
が変更され、ストレス関連障害であるASR
(急性ストレス障害)や適応障害の病名が変
更されていない事案があり、認定時当初の傷
病名が継続されている点に関しては、主治医
側の問題が大きいものと思われた。

急性ストレス反応からPTSD、うつ病、神
経症性障害、適応障害(10例の7例が変化)⇒
PTSD2例、うつ病4例、双極性障害1例へと
変化、うつ病(認定時103例の13例が変化)
⇒急性ストレス反応1例、PTSD1例、気分障
害2例、統合失調症1例、双極性障害5例、
その他3例、気分障害(認定時11例の6例が
変化)⇒うつ病5例、双極性障害1例へと変化
していた。

心理的負荷の出来事としては、仕事の量・質
の変化45.4%、事故や災害の体験が24.2%、対
人関係のトラブルが17.5%、仕事の失敗・過重
な責任の発生10.3%(20)が多く、100時間以上
の時間外労働ありが49.0%(95)であり、100時
間以上の労働者にうつ病の傷病名(64)の人が多
く、出来事から5年以上経過して労災請求して
いた事例は49例(25.3%)であった。業種に関し
ては、製造業が17.5%(34)、サービス業17.5%
(34)、卸売り小売業17%(33)、情報通信16.0%
(31)の順に多く、情報通信、サービス業にうつ
病の事例が多い傾向がみられた。職種に関して
は、専門技術職が32.9%(64)、事務職11.8%
(23)、管理的職業10.3%(20)、販売10.3%(20)
の順で多く、専門、事務、サービス業にうつ病
の事例が多い傾向にあり、対人関係が誘因にな
った職種に事務職、販売職で多い傾向が認めら
れた。1か月間に平均1.87回通院していたが、

労災請求の際の事業主の証明が得られていな
い事例は49.0%(95)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ものの統合失調症
100%(2)、適応障害80%(8)、双極性障害77.8%
(7)、うつ病は55.4%(57)に事業主の証明がなか
った。

職場復帰を果たしている事例は16例(8.2%)
であり、職場復帰を果たしていない事例は
90.7%(176)に及んだ。適応障害、気分障害、統
合失調症、双極性障害は職場復帰をしている事
例は0であった。特に職場環境に順応できない
適応障害が0という結果は、職場環境要因で事
例化したものの、長期にわたり職場復帰できず、
個体側要因が主体となった病態と受け入れ側
の問題が背景にあるものと推測された。職場復
帰を果たしている事例は16例であり、出来事
に遭遇した会社への復職事例は9例、別の会社
は4例、無回答は3例であった。

全例が休業給付が支給されていたが、無回答
を除いた180例のうち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72.2%
(130)であった。

労災認定時点から調査時点までに過去に職
場復帰をしたことのある事例は13.9%(27)
にすぎず、不明・無回答15例を除いた179
のうち職場復帰をしたことがない事例は
85.0%(152)にも及んだ。この152例は10年
以上もの長期休業を継続しており、117例(不
明・無回答を除く)の88.9%(104)が今後の見
通しが立っていないという結果であったが、
この療養状況から考えると、今後も職場復帰
(社会復帰)することなく、休業補償給付を受給

し続けることが推測される。また過去に職場復帰したことのあつた 27 例のうち職場復帰を主導したのは主治医が 29.6%(8)、不明が 63.0%(17)であり、主治医及び産業医が 1 例のみであつた。そして職場復帰までの期間を回答したのは 22 例(27 例中)であり、その平均期間は 4.3 年もかかつており、症状固定(治ゆ)の相談が主治医から行政に行われたのは 2 例にすぎず、症状固定(治ゆ)の相談が行政から主治医に求められたのも 62 例(32.0%)であり、行政から当該事業所へ本人の復職の意思確認がなされた労働者は 2.6%(5)にすぎず、事業所の本人の復職を受け入れに積極的であつた事例は 4.1%(8)しかなかつた状況から、労災認定となつた精神障害の復職プログラムや就労支援がほぼ行われていないという現状が明らかになつた。

3) 2016 年度調査と 2017 年度調査の結果を合体して検討

認定時の傷病名は、うつ病が圧倒的に多く、次に PTSD、適応障害であつた。病名の変更で多いのは、気分感情障害で 17 例中 10 例が他疾患へ変更、神経症性障害は 28 例中 18 例が変更されていた。PTSD は認定時 76 例中 26 例が変更されていた。適応障害は 74 例中、38 例が変更されていた。全体の 561 例中 26.2%(147 例)の傷病名の変更がなされていた。

10 年以上の療養事例に専門的・技術的職業が 34.7%(70)がみられ、他の療養期間の労働者よりも割合的に多くみられた。労災請求の際の事業主の証明が得られていない労働者の割合は、5 年未満 33.3%(65)、5～10 年 46.2%

(36)、10 年以上 54.6%(102)と療養期間が長くなるにつれて多くなり、長期療養の方が事業主の証明が得られにくいという結果が得られた。

次に職場復帰に関しては、療養者の中で職場復帰をしていない事例の割合は、5 年未満：62.2%、5～10 年：81.8%、10 年以上：91.5%と長期療養になるにしたがい、職場復帰できない状況が明らかになつた。急性ストレス反応は 36.8%、PTSD 35.2%、適応障害 33.3%、うつ病 12.8%が復帰しており、気分感情障害、双極性障害は 100%職場復帰していないという結果が得られた。

5 年以上の療養群が、5 年未満の療養群と比較して 20～30 万、30～40 万の給付金が割合的に多いことが明らかになつた。

過去に職場復帰を果たしたことのあつた事例は、5 年未満、5～10 年、10 年以上と療養期間が増えるに従い、減少傾向にあることがわかる。

労災認定から療養期間が明らかになつた 349 例のなかで、職場復帰したことのあつた事例は、81 例(23.2%)であり、10 年以上の療養群(188)のなかで職場復帰をした労災認定患者は 28 名(15%)にすぎず、85%(160)は職場復帰をしていないという結果が得られた。

4) 長期療養と職場(社会)復帰

今回調査(10 年以上療養している事例)に関して、調査時点で、職場復帰している事例は 16 例(8.2%)であり、職場復帰を果たしていない事例は 90.7%(176)にも及んでいた。すなわち、ほとんどの事例が休業し、休業給付金を受給していた。

そして2016年度、2017年度の合体調査では、療養者の中で職場復帰をしていない事例は、5年未満：62.2%、5～10年：81.8%、10年以上：91.5%と長期療養になるにしたがい、職場復帰できない割合が増えていることが明らかになった。過去に職場復帰していない事例は今年度調査でも不明・無回答15例を除いた179のうち職場復帰をしたことがない事例は85.0%(152)であった。すなわち、精神障害で労災認定となった患者は、職場復帰や社会復帰をほとんど事例が試みていないという結果が得られた。なぜ復帰できないのかは、今回の調査で「病状が改善しない」が全体の32.8%であり、次に「手厚い休業補償給付に依存」が24.6%であった。対策としては職場（社会）復帰に向けた訓練的機関を経て元の職場に復帰できるまたは別会社に就職する仕組みを充実させる等の「医療、行政、企業の連携」が37.1%で最も多くみられたが、一番の問題は、行政、主治医が全く連携がとれていないことが一番の原因であろう。すなわち、1年に1回の監督署への病状報告はあるにしても、どういう状態になったら治ゆ判断とするのか、治ゆ要件が定められておらず、精神障害の多様さに関して、客観的に判断する仕組みが作られていない。医療機関に通院はしているが、その状態がなぜ治ゆ判断ができないのか、さまざまな要因を第三者の立場から評価し、判断決定する仕組みがほぼ皆無と言っても過言ではない。すなわち、労災認定⇒療養開始⇒休業給付金開始⇒療養継続という図式は存在しても、療養継続⇒治ゆ判断⇒職場（社会）復帰の図式が欠落しており、精神障害の労災

補償に関しては、大きな課題であろう。

5) 休業給付金と時間外労働

2016年度調査で全休の事例（113）の療養期間と給付額に関しては、1年未満では休業給付額は20万円未満の事例が多いが、療養期間が2年を超えると20万円を超える事例が増えてくることが明らかにされ、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。また、治ゆしている事例と治ゆしていない事例の療養期間に関して、治ゆしていない事例（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。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。

今回、2016年度調査と今年度（2017）調査を比較し、さらに5年以上療養している事例を抽出し、100時間残業の有無で比較検討した。5年以上の長期療養事例(210)に関して、100時間以上の時間外労働あり群と100時間以内の時間外労働なし群に分けたところ、100時間以上群は、給付金20万円以上が87.5%(112)、100時間未満群は53.7%(44)であり、5年以上の療養群の中で100時間以上群は、100時間未満群員比べ、圧倒的に高い休業給付金を受給している割合が高いことが明らかになった。

次に休業給付金を 30 万円未満と 30 万円以上に分けて、影響する因子を探索したところ 100 時間以上の労働の有無だけが要因として残り、30 万円以上の給付になる要因として 100 時間以上の時間外労働が関連していることが示された、すなわち、5 年以上の治ゆに至らず長期療養となり、かつ 30 万円以上の休業給付金となる要因として 100 時間以上の時間外労働が有意に関連していることが明らかになった。

2015 年調査で 5 年以上の長期療養事例が職場復帰できない理由として「手厚い補償・生活に困窮しない・権利意識 19 (24.1%)」「復帰すると収入減、労災給付後の不安 2(2.5%)」、2017 年度調査でも「休業補償を継続している者の多くは労災保険に依存する傾向、手厚い休業補償給付に依存 15(24.6%)」という調査結果からも、長期療養の要因の一つに労災補償の休業給付金額の問題が関係しているといえる。

6) 精神科病態の変遷と背景

労働者に発病した精神疾患が労働基準監督署に労災請求され、「業務上」の疾病として労災認定されると、当該精神障害の療養には労災保険が適用され、当該精神障害の療養のため労働することができず、賃金を受けられない場合には、「休業補償給付」が支給される。療養の期間については、当該疾患が療養を必要としなくなるまで、すなわち「治ゆ（症状固定）」するまでの期間とされており、精神科医としては、この療養の過程を通じて、できる限り早期に患者の精神障害を治ゆ（症状固定）の状態にし、患者の職場復帰（社会復帰）

の促進を図ることが望まれる。

前述してきたように治ゆに至らない事例が多いことが、2015 年以降の全国の労災補償課宛の調査で明らかになったが、その一つの要因に「病状(状態)が改善しない、20(32.8%)」と最も多く認められた。現在の認定基準は、心理的ストレス（負荷）が業務上の「強」の出来事に遭遇して精神疾患が発症した場合に、業務が濃厚に関係したとして、労災認定となり、労災保険が適用されて治療が開始される。そこで、心理的負荷と精神疾患発症との関係を述べる。

精神疾患はストレス脆弱性理論を基本に認定基準が作成されており、ストレスが非常に強ければ個体側の脆弱性が小さくても精神疾患が起こるし、逆に個体側の脆弱性が大きければストレスが弱くても破綻が生じて精神疾患が発病するという考え方である。しかし、心理的負荷がかったときの個体側の心理的反応⇒精神疾患⇒時間的推移⇒精神疾患の病態の変化⇒治療経過より本質的な精神科病態が顕在化⇒精神疾患の病態が複雑化していく過程が、明確化されていない。現在の認定基準は、心理的負荷のストレス強度の判断⇒精神疾患の病名等の特定は公平に認定基準が定められている。しかしながら、労働災害時の心理的負荷のストレス強度と精神疾患発症と相当因果関係をもって発症したことは検討されても、労働災害に起因した精神疾患を有した個人にその後、どのように影響し、その心理的負荷が、どこまで影響因子として関係があるかは、検討されていない。「認定基準」では、その対象となる精神障害は国際疾病分類第

10 回修正版（ICD-10）第 5 章「精神および行動の 障害」に分類される精神障害であって、認知症や頭部外傷などによる障害（F0）およびアルコールや薬物による障害（F1）は除き、業務に関連して発病する可能性のある精神障害の代表的なものは、うつ病（F3）や急性ストレス反応（F4）と精神障害の労災認定に記載されているが、現実には、大きな「強」のストレスが評価されたら、統合失調症であれ双極性障害であれ、業務ストレスと相当因果関係があると判断され、業務起因性疾病として労災保険で療養給付及び休業給付が支給される。精神障害が、労働災害によって惹起された不可逆的な身体疾患と大きな相違点は、ストレスを受け止める側の心の動きや、精神障害の症状の推移や個体側要因の労働者自身の性格や能力等の特性の問題が見え隠れしながら病像が変遷するという点である。すなわち労災認定時点で業務が大きなストレス（心理的負荷）として精神疾患発病に関係があったとして因果関係が認定時点で存在したとしても、その後、長い経過を経ていく過程で、その認定時点で判断されたストレスが持続的に長期に経過した時点の病像や病状の形成因子として持続しているかという点、必ずしも、そう言えないのではないだろうか。すなわち、業務ストレス(心理的負荷)に起因した精神障害は、化学物質やアスベストや有機溶剤が引き起こす健康障害とは、異質であり、心理的負荷そのものが内容や強度が変化し、状況によっては減弱し、業務ストレスが影響した病態とは違う病態が明らかになることは、日常臨床のなかで良く経験するところである。認

定時点では業務ストレスが関係していたとしても、労働災害に起因した精神障害が長い経過を経ていく過程で。その病像が、その労働者の本質的で本来の疾病が根底に存在していたと判断できないだろうか。労災認定時にいったん認められた精神障害は、治癒するまでストレス起因性（労働災害に起因した）のある精神科病態として労災保険で補償され続けるのは、見直されるべきである。

業務に起因した心理的負荷が引き起こした、ストレスが濃厚な病態は、治療過程のなかで大きく変化し、その心理的負荷による病態は長い経過のなかで減弱化し、それと逆比例するかのように生来性等の個体側要因や認定時点と違った精神科病態に変遷・推移していくという特性が精神疾患・障害に内在するという事実を受け入れた形での職場（社会）復帰を促進する精神障害に適合する労災補償を検討するべきであろう。

また既存精神障害の悪化に関しても、業務に起因した心理的負荷と悪化との関係を慎重に判断すべきである。

今回、2016 年度調査と今年度（2017）調査を合計(210)して 100 時間以上の時間外労働のある事例(128)に休業給付金 30 万円以上の休業給付金を支給されている労働者が多く、30 万円以上の労災保険高額受給者と 5 年以上の治癒に至らない長期療養との間に有意に関連があることが認められた。全国の労災補償課調査で担当者から「長時間労働を伴うものの事案は、給付日額も高く、安定して高額な労災保険給付を受け取れる」との意見を裏付けるものである。今年度調査でも職場復帰をし

たことがない事例は 85.0%(152)であり、精神障害で労災認定となった患者は、職場復帰や社会復帰をほとんどの事例が試みていないという結果が得られた。労災補償が、精神障害に関しては、むしろ職場（社会）復帰を阻害している因子として作用していると言っても過言ではない。

7) 今後の精神障害の労災治療

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

労災保険の根幹である「治癒するまで障害認定しない」という規定があるものの、行政、医療が連携する時がきていると思われる。そ

して職場復帰させる手順として下記を提案したい。

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

②治療プログラム実施期間における長期療養の就労（復職）に関する調査研究

労災事例の有無について 85.5%の治療機関では労災事例がなかった。昨年度調査では 90.1%で労災事例がなかったため、今年度調査と併せ大部分の治療機関では労災事例を経験したことがないことが改めて明らかになった。その要因の一つとして労災保険の請求が本人からの手続きとなるため、本人に労災との認識が無く請求していない場合が考えられる。昨年度調査でも長期休職案件の背景・要因のキーワードとして「対人関係」や「上司」、「恐怖」「パワハラ」、「異動」、「能力」など業

務に関係するキーワードが数多く見られたが、治療プログラムの参加者は程度の差はあるにしても病因として業務上の要素は多くみられる。そのため労災保険の請求はしていないがすれば対象になる可能性の利用者も存在することが予想される。

一方、治療プログラム利用者に労災事例が少ない点として、労災事例の方の社会復帰へのモチベーションの低さからプログラムに参加することを拒否する、もしくは治療機関側がモチベーションの低さ等からグループになじまないため受け入れを拒否していることも考えられる。また、これまでの調査から事業所との連携に苦慮する事例として本人要因では発達障害、会社要因では受入れが消極的であることを背景とする割合が多いことが判っている。治療機関として限られたスタッフで労災事例を対応するには時間と手数を多く要することが予測されるため避ける傾向にあることが予想される。

労災事例の就労状況については84%が休職中であったが、これは休職者を対象としている治療プログラムへ参加している方を調査対象にしているため休職中の割合が多くなるのは当然であろう。また失職中の事例が15.8%であったが他の調査によると治療プログラム全体に占める失職者の割合は13.2%のため少し今回の調査の方が高かった。治療プログラムでは失職中の方に対し利用期間の制限を定めていることが多いため、利用期間終了後に向けたハローワーク等関連機関との連携も重要になると考えられる。

労災事例・長期休業（2年以上）事例・難

治例に対する特別な対応については、「原則している」と「ケースバイケース」で実施している治療期間が31%でその他多くの治療機関は特別な対応を行っていない。その理由としてスタッフ体制などが通常業務で手一杯の中、通常対応以外の特別な対応をすることが難しいことが考えられる。

特別な対応をしている場合、「個別対応・カウンセリングを特別に行う」が最も多かったが、これは「特別プログラム（個人）」とも重なる部分があったがもともと備えているプログラムにおける個人面談の場や治療機関に併設しているカウンセリング機能を活用していることが分かった。次に多かった「特別に環境調整をする」については、企業や外部機関、家族との連携を精神保健福祉士や看護師、作業療法士などのスタッフが訪問しながら実施していることが分かった。この中には労災保険の職場復帰訪問指導料を算定している事例もあると思われる。また文書の発行やカンファレンスをする場合は、労災保険の職場復帰支援・療養指導料を算定することもあると考えられる。

特別な対応をした結果として7割ではその後の治療がスムーズに進んだとの回答があり、特別な対応について治療上の効果があったことが回答者に感じられていたことが判った。

労災・長期休業・難治のケースにおいて、治療プログラムに参加する際に通常とは異なる条件付加の有無については95%の治療機関が特別な条件を付けていないことが分かった。ほとんどの治療機関では通常の治療プログラムと同様の条件で受け入れており、特別な条

件を付けている場合も利用期間の制限や受け入れ拒否に関する条件であった。治療プログラム導入時点でその後に労災を請求するのか、その後長期休業となるのか、難治化するのか、が判りにくい点から条件を設定しても実態として利用制限につながらないことが考えられる。

特別な給付があれば労災の利用者を治療プログラムのサブグループとして受け入れるかどうかについては75.9%が受け入れないと回答しており、多くの治療機関では積極的に治療プログラムに受け入れることは考えていない。しかしながら1/4の治療機関では労災専用のグループも可能と回答している。これは治療プログラムを実施することで得た経験とノウハウが労災事例に活用できると考えていることが予想される。労災保険では、精神科職場復帰支援加算があることは治療プログラムを実施している治療機関としてはぜひ知っておくべき情報であろう。また、労災事例だけでなく同様に特別な対応が必要とされる長期休業事例や難治例についても精神科職場復帰支援加算と同様の経済的評価が望まれる。それにより個別対応の強化を図ることが可能となり、労災給付の長期化同様に健康保険における傷病手当金の削減にも寄与できると考えられる。

また治療プログラムにおける労災利用者の個人的な関わりの方法の想定については、個人面談やカウンセリング、事業所・家族との連携が挙げられた。これは、労災事例・長期休業・難治例に対する特別な対応の結果と同様の内容であり、治療機関で対応を新たに検

討する際の参考になると考えられる。

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

本調査での解析テーマは、職場のメンタルヘルス不調者に対して、休業の要否、復職の可否、さらに安定就労へという一連の過程で、産業医、主治医はそれぞれどのような情報に基づき、どのように判断しているのか、現状を明らかにすること、特に産業医と主治医の連携の視点から連携作業はどのように組み込まれているのか、さらに、復職後1年間に安定就労を果たした群と果たせない群を比較して、その違いの成因を明らかにすることである。成績をまとめると、

1) 不調者に対する産業医・主治医の判断過程

(1) 不調者の休業入りの姿勢：休職入りへの本人の姿勢は5割が、産業医で消極的、主治医で積極的、と異なる傾向が認められた。

(2) 不調者の休業入りの説得：本人が療養専念を希望した事例が主治医では8割、産業医では5割に主治医による説得が2割加わっていた。休業同意に果たす主治医の役割は大きい。

(3) 要休業判断の根拠：要休職を示唆する情報として、心身の消耗をうかがわせる本人の所見、就業力低下、勤怠が不安定、を主要3要因とする点は産業医、主治医ともに同じだが、その背景要因を着目する割合は産業医は主治医に比しほぼ倍の割合。産業医は事例性を着目しやすい傾向。

(4) 要休職を示唆する情報の主な出所：本人以外に、産業医は職場内から、主治医は職場

内の上司からに頼る傾向。

(5) 勤怠の乱れ：要休業の判断は月 5 日以上の勤怠の乱れが、産業医、主治医ともに標準だが、主治医は欠勤等の頻度を多めに判断する傾向。

(6) 休職時の診断病名：うつ状態・抑うつ状態、うつ病、双極性障害、適応障害、発達障害の診断病名が産業医、主治医ともに 9 割を占めるが、概して主治医側では発達障害などの病名が乏しい傾向。対職場への対策の結果とも受け止められる。

(7) 休業中の本人と職場との連絡：本人と休業中の職場との接触について、産業医は何らかの方法で接触を維持する傾向、主治医は 4 割が指示なしなど考え方が異なる傾向。

(8) 復職根拠：心身の安定の本人所見、就業意欲の回復、生活活動の安定、が主要な 3 要因。休職を必要とした理由・事情の改善・解決、薬物療法の改善などへの着目度は、産業医、主治医ともに低い。

(9) 復職根拠の確認方法：生活日誌の記載・提出、自主トレ、人事・上司との面談、産業医面談、専門施設におけるリワーク参加実績などが共通している。

(10) 復職後における就業上の配慮：実施が産業医、主治医の共通のコンセンサスだが、主治医の一部は就業上の配慮について未確認である。

(11) 復職 1 年後の安定就労もしくは不安定就労の理由：本人側の要因は勤勉性・勤務努力、治療努力、就業環境の要因はマッチング、業務負担の段階的調整、対人支援環境として上司の指導力、など。概して、産業医は本人

側の要因を、主治医は職場側の要因を重視する傾向。

(12) 復職 1 年後の不安定就労の兆候：心身の消耗をうかがわせる本人の所見、勤怠の不安定、就業力低下の 3 項目が不安定就労の初期兆候として重視している傾向は産業医、主治医ともに同じ。

以上から明らかとなった各段階における産業医、主治医の判断と背景の一般的傾向を、今後さらに実践的に不調者対応へ活かしていく必要がある。

2) 不調者に対する産業医・主治医の連携

(1) 休職の同意が「主治医もしくは産業医による説得」の場合：連携の未実施が 4~6 割、実施した場合は文書による連携が多数を占め、産業医から主治医への働きかけが多い傾向。

(2) 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困難点：本人の業務力と職業適性評価、指示・助言の受け入れ、職場の支援を得る、病態・予後の見極め、互いに連携に産業医、主治医共通して困難を感じている。

(3) 復職時の就業上の配慮の内容：業務負担の軽減、就業時間制限、産業医との定期面談が主な配慮点、その他、業務内容の変更、配属場所の変更、産業保健専門職との定期面談、家族への支援協力依頼、上司の変更などに加え、産業医と主治医との情報提供・連携の確認が指摘された。

以上から、休職に入る過程、復職時の就業上の配慮において、産業医、主治医間の連携の意義が指摘されたが、必ずしも円滑に機能していないため、今後意識的に両者のアプロ

一チが必要と考えられる。

3) 復職後 1 年間の安定就労群と不安定就労群の比較

復職後 1 年間に安定就労群は 66.4 %。それ以外の不安定就労群の特徴として、産業医分、主治医分ともに、(1) 不調者に精神疾患の既往がある、(2) 過去に 2 回以上の休職歴がある、(3) 休業前欠勤頻度は月当たり 10 日以上が多い、(4) 要休業の判断時は、産業医分は不調者の説得、主治医分は病態・予後の見極めに困難度が高い、(5) 主治医の診断病名は気分障害圏が多く両群に差異が認められないが、産業医による診断病名では不安定就労群に双極性障害、発達障害が、安定就労群には適応障害が目立つ、(6) 復職判定のタイミングは不安定就労群に復職許可と同時に復職した割合が高い、安定就労群は復職可能性の見極めまで休職扱いが多い、などが抽出された。

以上から、2 回以上の休業を繰り返す不調者事例は病態面、職場適応面の両面において種々の困難性を抱え、かつ、復職時における安定就労の可能性の見極めが不十分なまま職場に再登場した場合、職場不適応に至り再休業する可能性が高いことが示唆された。

これらの職場適応困難群に対しては、主治医は休業時から復職時、そして就労再開後のフォローに至るまで、病態との関連で不適応性の根拠を見極め、接触性、判断力の低下等の社会適応性の改善へ向けた働きかけに注力することが望ましい。また、産業医は受け入れ職場の調整において、特に不調者のレベルに合った業務負担をはじめとする再適応支援環境などの対策が有効と考えられた。

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

不安障害・適応障害圏の疾病に罹患した労働者の寛解に至るまでの平均値は、約 58 日、復職に至るまでの期間は、約 79 日という結果であった。これに対し、うつ病等の気分障害圏では、寛解に至るまでの平均値は、約 212 日、復職に至るまでの期間は、約 287 日であり、概ね 6 か月～10 か月の間に復職を検討され職場復帰に至っていた。

⑤ 精神障害者の就労および関係機関との連携に関わるヒアリング調査と支援ツール開発の試み

1) ヒアリング調査に関して

過去のアンケート調査に加え、今回の訪問調査からも精神障害者の求職および就職者は年々増加していることが確認できた。その背景要因として最も大きいのは精神障害者が雇用率の算定基礎に加えられたことによる雇用率の引き上げにより、企業側の雇用が進んでいることが挙げられる。この他にも、精神科治療での新しい薬剤が登場し、多剤処方から単剤処方へと切り替えを行うことで症状が改善したことや、発達障害者支援法の施行後に精神障害者保健福祉手帳の取得者が増加したことで障害をオープンにして就労する障害者が増えていったことも大きな要因と考えられる。そして、就労移行支援事業所の職場開拓からフォローアップの後押しによる影響力も忘れてはならない。

精神障害者の就職に際しては、ハローワー

クの専門援助部門に相談・登録しても、障害をクローズにして就労する割合が高く、ハローワークの職員も対応に苦慮することが多いようだった。こうした背景には、精神障害者に対する偏見の問題も一部介在していると考えられる。今回の訪問調査でも精神障害者の偏見の問題はまだ多くの課題が残されていることを改めて実感した。

ハローワークの精神障害者の職場開拓や定着に向けた取り組みとしては、先述した「精神・発達障害者しごとサポーター養成講座」の取り組みに関する話が多く聞かれた。ニーズがある企業に対して出前出張して講座を開催しているハローワークも複数あった。職場内におけるサポーターを増やす取り組みは、精神障害に対する理解が浸透し、実際雇用し迎え入れた精神障害者が安心して働く人的環境づくりとなり、ネガティブな要因で離職するリスクを軽減することが期待できる。今後は、各ハローワークが成果を上げた好事例をどう共有していくかも一つの課題と思われる。

関係機関との連携については、過去の本研究事業による調査結果に示されているように、今回の訪問調査からも医療機関との連携については、大きな溝と課題が生じている状況が露呈されている。主治医意見書以外の関わりがないとの話も多く、また、主治医意見書の内容と本人の病態像とに大きなギャップが見られたり、実際に求人を紹介するに当たって情報が不十分と感じたりするという話も非常に多く聞かれた。現実的に主治医と密に連携を取ることは難しく、主治医意見書が、精神障害者の職業紹介にあたって重要な情報を有

していることから、現行の書式の雛形に工夫の余地がないかを検討していく必要がある。

モデル事業については、ハローワークと医療機関との連携効果を探る重要な事業であり、実際に就職後の定着率の向上が見られるなどの成果も上がっているが、医療機関側の負担が大きく、ハローワーク側も協力医療機関の開拓に苦勞をしていることから、今後この仕組みを浸透させていくには何らかの工夫をしていくことが必要であろう。

今回の訪問調査において最も多く訴えがあったのは、ハローワークにおける人的資源の課題であった。平成 28 年度の本事業のハローワークのアンケート調査においても、医療・職場・就労新機関の各機関との連携における課題要因として「ハローワーク側の連携に伴う物理的・人的資源の問題」の回答割合は 42～46%を占め、2 番目に多い要因となっている。ハローワークに求人登録をする精神障害者は、民間の人材紹介会社の登録者と比較すると、就労準備性に課題がある登録者が多いと考えられるため、ハローワークの職員には高度な対応力が求められることとなる。有能なスタッフをどう確保し、どう育成していくかが、今後の就労支援を円滑にしていく大きな鍵になると考えられる。また、先述のように医療機関との連携をはかっていくためにも、精神科医が各ハローワークに定期的に訪問するなどの体制づくりが今後必要になってくると考える。

精神科医の定期訪問が実現することで、ハローワークの職員に対して医学的見地からアドバイスを行ったり、あるいは、就労に向け

て慎重な判断を要するケースについては、主治医と直接連携を行ったりすることでハローワークの対応力向上が見込まれる。

今回調査したハローワークにおいては、労災関連事例（精神科領域）を経験した拠点はなく、就労を促進させて療養の長期化を防ぐという機能は果たされていなかった。そのため、こうした機能を求めるのであれば、法的整備も含め何らかの措置を講じる必要がある。

2) ハローワークの連携および支援ツールの作成

精神障害者がハローワークの専門援助部門に求職登録する際には、「主治医の意見書」の提出が求められる。現在ハローワークで共通した意見書の雛形があるが、運用上様々な課題が生じている。今回、現行の意見書の雛形に対してより効果的な改訂ができないか検討を行った。付随する主治医への依頼文書、本人への説明書についても、臨床現場で意見書を多く記載している精神科医や就労支援を行っている専門家によるレビューを踏まえ、修正の検討および作成を試みた。

また、求職登録を行う精神障害者の就労準備性の把握については、専門援助の職員が職業準備性をチェックするツールを活用しているハローワークは少ない状況であった。そこで今回は、新規で求職登録に相談してきた精神障害者に対して、職業準備性の状況をチェックするだけでなく、自己理解を促すためのツールを作成した。作成した支援ツールは分担研究報告の添付資料として示した。

⑥ うつ病のため長期療養する労働者に対する医学上一般に認められた医療と症状固定時期に関するアンケート調査研究

1) 第2ステップでのアンケート調査から

第1ステップのアンケート結果に基づいて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」について7項目の推奨内容を作成し、一般人303人、うつ病患者100人、産業医303人、医療機関職員87人を対象にアンケート調査を行った推奨内容ごとの回答に焦点をあてて考察を行った。

(1)「外来主治医は、うつ病のために長期療養する労働者本人に対する「医学上一般に認められた医療」として、外来通院精神療法を月1回程度行うこと。」については、同意するとの回答が一般人87.7%、うつ病患者91.0%、産業医95.4%、医療機関職員88.5%から得られコンセンサスが形成されていることが示唆された。

(2)「職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中の勤務先での取り扱いについて、文書で説明すること。」については、同意するとの回答が一般人87.0%、うつ病患者88.0%、産業医95.4%、医療機関職員89.7%から得られ、コンセンサスが形成されていることが示唆された。

(3)「職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人との面談（電話、メールを含む）を半年に1回以上行うこと。」については、同意するとの回答が一般人81.7%、うつ病患者82.0%、産業医94.1%、医療機関職員89.7%から得られ、コンセンサスが形成されている

ことが示唆された。

(4)「職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携（面談、電話、メール、診断情報提供書などの手段を含む）を年1回以上行うこと。」については、同意するとの回答が一般人81.0%、うつ病患者74.0%、産業医97.4%、医療機関職員80.5%から得られた。うつ病患者の同意が比較的少ないがそれでも70%を超えており、コンセンサスが形成されていることが示唆された。

(5)「職場の担当者（あるいは産業医）は職場復帰支援に向けての仕組みづくりを行うことが望ましい。そして、復職に向けてのすすめ方については、外来主治医・産業医及び職場の担当者が連携して判断すること。」については、同意するとの回答が一般人84.0%、うつ病患者84.0%、産業医97.4%、医療機関職員90.8%から得られ、コンセンサスが形成されていることが示唆された。

(6)「外来主治医あるいは職場担当者（または産業医）は回復期から復職に向けてはリワーク・デイケアの見学・利用を勧めること。」については、同意するとの回答が一般人84.0%、うつ病患者73.0%、産業医86.5%、医療機関職員73.6%から得られた。うつ病患者と医療機関職員の同意が比較的少ないがいずれも70%を超えており、コンセンサスが形成されていることが示唆された。

(7)「うつ病の労働災害においては、3年間程度で治ゆ（症状固定）の判断を行うこと。」については、同意するとの回答が一般人83.3%、うつ病患者67.0%、産業医88.8%、医療機関職員

83.9%から得られた。うつ病患者の回答がやや少ないが、67%と3分の2を超えており、いずれの回答群においてもコンセンサスが形成されていることが示唆された。

2) その他考察

本研究では、第1、第2ステップを通じて、うつ病のために休職する（あるいは労働災害認定を受けた）労働者の一般的な医療についての推奨内容について、7項目を作成、これについて、一般人、うつ病患者、産業医および医療機関職員から、3分の2以上のコンセンサスを得ることができた。

日本産業衛生学会関東地方会の産業保健による復職ガイダンス策定委員会による「産業保健における復職ガイダンス2017」によるメンタルヘルスに関わる記述の部分と当研究の内容を比較しながら考察を加えた。

精神疾患による休職期間についての研究は少ないことが確認できたが、復職ガイダンスにおいては、休職中の労働者の復職に関する推奨として下記の4項目を上げている。

(1) リハビリテーションを含む通常の医療措置に加えて、復職支援プログラムを条件付きで推奨する。本研究においては、回復期から復職に向けてリワーク・デイケアの見学・利用を勧めることを推奨内容にあげており、この部分は共通している。

(2) 休職者に対する産業保健活動として臨床と連携することを条件付きで推奨する。本研究においては、職場の担当者（あるいは産業医）と外来主治医との連携を推奨内容にあげており、この部分は共通している。

(3) 休職中の労働者に対して、家族・同僚・

上司等によるソーシャルサポートを行うことを Best practice statement として提案。本研究においては、職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人との面談を半年に1回以上行うことを推奨内容にあげており、この部分はソーシャルサポートにつながる部分といえる。

(4) 休職中の労働者に対して、復職時に就業上の配慮を行うことを提案。本研究では、休職期間中の勤務先での取り扱いについて、職場の担当者（あるいは産業医）から文書で説明を受ける、また、復職に向けてのすすめ方については、職場の担当者（あるいは産業医）に相談する、を推奨内容にあげており、復職時に就業上の配慮に関係する部分といえる。

3) 考察まとめ

以上の結果から、「医学上一般に認められた医療」について、一般人、うつ病患者、産業医及び医療機関職員の各群からある程度のコンセンサスの形成がなされたものと思われる。推奨内容の7項目を、「患者向け」と「医師、職場担当者向け」に対してそれぞれ編集・作成し、提唱したい。

⑦ うつ病リワークデイケア・プログラムでの社交不安症状の変化に関する臨床研究

BDI-II, SASS, LSAS の PPS 解析において、各尺度の値のリワークプログラム実施前後の経時的変化を調べた結果、BDI-II の平均値は、プログラム実施前から実施後に有意な低下があり、うつ症状が改善した。SASS の平均値においても、プログラム実施前から実施後に有意な上昇がみられ、社会適応能力の自己評

価が高まった。LSAS の平均値においても、プログラム実施前から実施後に有意な低下がみられ、社交不安症状が改善した。

以上の前後変化の結果に加え、LSAS の変化量と他尺度 (BDI-II, SASS) の変化量との有意な相関の結果から、社交不安症状の改善は、抑うつ症状の改善および社会適応度の自己評価の向上と並行して起こることが、今回の結果から考えられた。

プログラム終了後に復職した人の1年後の就労継続の成否との関係を3群に分けて検定した結果、サンプル数の偏りもあり、3群間の有意差はみられなかったのだが、A群の就労継続成功36名は、LSAS のプログラム実施前後の平均値の低下がみられ、社交不安症状が改善したのに対して、B群の就労継続否の9名においては、プログラム実施前後の平均値の下がり幅が小さく、社交不安症状の改善が乏しかった。以上から、社交不安症状が改善している人の方が、有意差はみられないものの、リワークプログラム終了後において就労継続が成功する可能性が示唆された。

FFMQ の PPS 解析による結果から、FFMQ 及び BDI-II, SASS, LSAS の値のプログラム実施前後の経時的変化は、FFMQ の総合計及び5つの下位尺度について、いずれも実施前より実施後に、有意な上昇がみられ、マインドフルネス傾向が高まっており、うつ症状、社交不安症状、社会適応度の自己評価の改善と並行して起こっていることが示唆された。

これらの結果から、うつ病で休職中の方の回復期に医療機関で、集団でのリワークプログラムを行うことは、抑うつ症状が下がり、

社会適応度、あるいはマインドフルネス傾向が高まると同時に、社交不安症状も下がることで安定した復職につながりやすい可能性が示唆されたと考える。

医療機関でのリワークにおいて、リワークマニュアルにもあるように復職のステップを踏みながら、プログラム参加者の再発防止に努めることは重要なミッションである。抑うつ症状だけでなく、社交不安症状も十分回復し、社会適応能力やマインドフルネスのスキルを身につけた人達が就労継続性を維持出来るかどうかについて、更に統計解析に十分なサンプル数のデータ収集を継続し、さらなる研究を行う必要がある。

科学的根拠に基づく「産業保健における復職ガイダンス 2017」の報告によると、復職に対する介入として、休職中の労働者に対して通常の医療措置に加え、認知行動療法に基づく復職支援プログラム（リワーク）を条件付きで推奨しているが、研究数が少なく統計学的な有効性は示されていないとも述べている。

これまでの臨床研究は、うつ症状改善のみを検証したものが多く、社交不安症状の改善に着目し、検証した研究は少ない。今回の研究では、リワークプログラムの実施により、うつ症状だけでなく社交不安症状が改善することが示されたことは、非常に意義深い。

社交不安症は、頻度の高い一般的な精神疾患であるが、慢性化し、日常機能に困難を抱えながらも、職業生活を送り、対人面での困難さや能力・性格の問題と捉え、本人は病気に気づかないまま、職場での対人関係ストレスから、メンタル不調に陥りやすい傾向があ

ることが考えられる。うつ病を合併し、医療機関の受診、休職につながるケースもあるが、うつ病と診断されても、社交不安症の診断は、本人が医師の問診で人前での緊張などの症状を語らないために、見逃されている可能性がある。よって、休職者がリワークプログラムへの参加につながった場合は、社交不安症についても十分な評価を行い、うつ症状と同様に社交不安症状の改善に寄与する為の治療及び支援が重要になると考える。

リワークプログラムには、うつ病の集団認知行動療法が取り入れられていることが多いが、今後は、職場環境を想定した対人場面での社交不安に関する集団認知行動療法も含める可能性が考慮されるべきであろう。

⑧ 精神疾患による長期休業の危険因子—特定健診・特定保健指導データを用いた予備的縦断調査—

本研究データは、3964 名分のデータであり、長期休業者をアウトカムとするにはその数は十分ではないものの、得られた結果はいつくかの有用な示唆も与えている。

精神疾患の発症、重症・遷延化の背景に過度の飲酒があることは良く知られている。本研究においても、毎日 3 合以上の飲酒が短期休業および長期休業に一貫して有意な危険因子であり、その影響も大きいことが示された。休業者の多くは向精神薬服用中であり、服薬中の飲酒は治療薬の効果を減弱させ有害事象の出現頻度を上げる可能性があるため、基本的には禁酒もしくは節酒指導が行われるべきであるが、そうした指導は主治医から十分に

行われているとは言えない。また、家族や本人も禁酒をするどころか、休業に伴うストレス緩和や睡眠の補助として休業中に飲酒量が増えるケースも少なくない。特に1日3合以上という大量飲酒の習慣がある人にとっては、休業中に飲酒量が増加し、原疾患の治療を著しく妨げ、短期休業で留まらず休業が長期化する大きな要因になっている可能性がある。

高血圧の治療が精神疾患の長期休業の危険因子になることについての合理的な理由を見出すことはできないが、高血圧患者に認められやすい交感神経優位の状況がその後の精神疾患の発症と遷延化に結びついているのかもしれない。貧血についても、近年の研究で示されているうつ病と鉄不足の関係を反映している可能性もある。

E. 総括（まとめ）

「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、2017年度調査、さらに2016年度調査結果と2017年度の調査結果を合体させて、長期療養の背景にある要因を分析した。その結果、早急に労災患者の治癒判定の検討及び労災保険による休業患者に対する職場(社会)復帰支援に対する具体的な対策を検討すべきであるとの結論を得た。

「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、労災事例と労災に類似する事例と考えられる長期休業事例・難治例に対して治療プログラムにおける特別な対応について3割の治療機関で実施していた。特別な対応として実施して

いる割合の高いものは、「個別対応・カウンセリング」、「特別に環境を整える」、「特別プログラム（個人）」、「特別に対応に時間をかける」、「特別プログラム（集団）」の順であった。

特別な給付があれば労災事例をプログラムに受け入れるかについては、1/4の治療機関で受け入れ可能であった。労災保険では治療プログラムに関連する算定項目が既にあるため、その情報を治療機関に周知することが重要であり、労災事例だけでなく同様に特別な対応が必要とされる長期休業事例や難治例についても同様の経済的評価が望まれる。労災事例の治療プログラムへの参加を推進することで職場復帰もしくは再就労への支援を強化していくことが長期化しないために必要な対策との結論を得た。

「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、主治医の休復職判断過程の現状として、判断根拠、情報のリソース、困難点などを具体的に明らかとなった。さらに、復職後1年間の不安定就労群の分析から、2回以上の休業を繰り返す不調者事例は病態面、職場適応面の両面において種々の困難性を抱え、かつ、復職時に安定就労の可能性の見極めが不十分なまま職場に再登場した場合、職場不適応に至り再休業する可能性が高いことが示唆された。

職場適応困難群に対しては、休業時から就労再開後へ至るまで、主治医は病態との関連で不適応性の根拠を見極め、社会適応性の改善へ向けた働きかけに注力し、産業医は受け入れ職場の調整において、特に不調者のレベ

ルに合った再適応支援環境を用意するなどの対策が有効と考えられるとの結論を得た。

「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、不安障害・適応障害圏の疾病に罹患した労働者の寛解に至るまでの平均値は約 58 日、復職に至るまでの期間は、約 79 日であり、うつ病等の気分障害圏では寛解に至るまでの平均値は約 212 日、復職に至るまでの期間は約 287 日であり、概ね 6 か月～10 か月の間に職場復帰に至っていたとの結論だった。

「精神障害者の就労および関係機関との連携に関わるヒアリング調査と支援ツール開発の試み」では、精神障害者の雇用動向、就労定着状況、医療機関をはじめとする関係機関との連携に焦点を当て、訪問ヒアリング調査を通じて現場の実情を把握し、今後の方策の手がかりを考察した。さらに、より適切で効果的な支援を容易にするために、現行の主治医意見書や就労準備性を的確に把握できるツール改訂および開発を試みた。今回調査したハローワークにおいては労災関連事例（精神科領域）を経験した所はなく、残念ながら就労を促進させて療養の長期化を防ぐという機能は果たされていなかったとの結論を得た。

「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症状固定時期に関するアンケート調査研究」では、うつ病のために長期療養する労働者本人に対する「医学的上一般に認められた医療」について、2つのステップでのアンケート調査を通じて、「患者向け」と「医師、職場担当者向け」の

7 項目のコンセンサスに基づく推奨案を作成した。今後、さらなるエビデンスの集積の必要があるとの結論を得た。

「うつ病リワークデイケア・プログラムでの社交不安症状の変化に関する臨床研究」では、うつ病などの精神疾患のために休職した人達に対して、リワークプログラムの活用が、抑うつ症状を改善させるとともに社交不安症状をも改善させることが示された。

「精神疾患による長期休業の危険因子ー特定健診・特定保健指導データを用いた予備的縦断調査ー」では、1 日 3 合以上の飲酒習慣が大きな危険因子であることが示唆された。飲酒習慣のある労働者が精神疾患による休業を開始した場合には、休業長期化防止のために飲酒のコントロールを行うことが重要であると考えられた。

以上 8 つの研究をまとめて下記の提言を行いたい。

(1) 労災患者の治癒判定の検討及び労災保険による休業患者に対する職場(社会)復帰支援に対する具体的な対策を検討すべきである。

(2) 治療プログラム実施機関において労災事例の治療プログラムへの参加を推進することで職場復帰もしくは再就労への支援を強化していくことが長期化しないために必要な対策となる。

(3) 長期療養・休復職事例における復職では主治医は社会適応性の改善に注力し、産業医は受け入れ職場の調整において再適応支援環境を用意するなど対策を講じることが有用。

(4) 主治医と企業の間で就労の可否および職場復帰・治療就労両立支援に際して情報交換

を行うことで、不安障害・適応障害圏あるいはうつ病等の気分障害圏の疾病に罹患した労働者の寛解と職場復帰がより早期に達成できる可能性がある。

(5) 精神障害者の求職・就職件数が増加しているハローワークにおいて支援スタッフの人材不足を解消することと、労災患者など困難ケースに対しては精神科医をはじめとする専門職のサポート体制を構築するより円滑な支援を行える。これにより療養の長期化を防ぐ機能が果たされるものとする。

(6) うつ病のために長期療養する労働者本人に対する医学上一般に認められた医療と症状固定時期に関するコンセンサスの推奨案が具体的対策を講じる上で有用となる。

(7) リワークプログラムを活用することで、抑うつ症状のみならず社交不安症状の改善が認められることから、労災患者の職場復帰もしくは再就労への支援が期待できる。

(8) 飲酒習慣のある労働者が精神疾患による休業を開始した際は、休業長期化の予防のために飲酒をコントロールする指導が必要である。

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

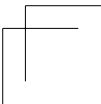
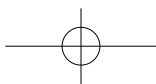
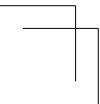
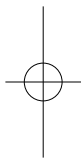
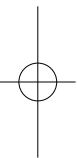
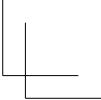
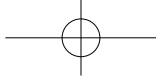
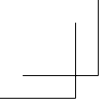
H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

F. 健康危険情報

該当せず

Ⅱ．分担研究報告



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	大阪樟蔭女子大学名誉教授
野村俊明	日本医科大学教授
藤原修一郎	金沢文庫エールクリニック院長
丸山総一郎	神戸親和女子大学教授
増田将史	イオン株式会社グループ人事部 イオングループ総括産業医
南 昌秀	コマツ本社健康増進センター 副センター長
宮本 俊明	新日鐵住金(株)君津製鐵所 総括産業医（東日本エリア統括産業医）
吉村靖司	医療法人社団 弘富会 神田東クリニック院長（診療統括）
渡辺洋一郎	日本精神科診療所協会会長
山本和儀	EAP 産業ストレス研究所所長
山村重雄	城西国際大学教授（統計解析）

研究要旨：2017 年 7 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 9 月末日までに回収した。全国補償課調査では 10 年以上職場復帰できない理由は、(1)病状(状態)が改善しないが 20(32.8%)、2) 手厚い休業補償給付に依存が 15(24.6%)、同様に行政的・医療的・福祉的対策意見としては(1) 医療、行政、企業の連携が 13(37.1%)、(2) 職場復帰・就労支援体制の指導が 6(17.1%)であった。全国で調査時点で 10 年以上治癒していない事案は 195 例であり、東京が 54 例、神奈川が 24 例、大阪が 19 例、北海道は 19 例と多くみられた。認定時傷病名で最も多いのは、うつ病 53.1%(103)、次に PTSD10.3%(20)、神経症性障害 9.3%(18)、その他 7.2%(14)であった。労災認定時 194 例のうち調査時点では 46 例(23.7%)が病名が変更されていた。職場復帰している事例は 16 例(8.2%)であり、職場復帰を果たしていない事例は 90.7%(176)に及んだ。労災認定時点から調査時点までに過去に職場復帰をしたことのある事例は 13.9%(27)にすぎず、不明・無回答 15 例を除いた 179 のうち職場復帰をしたことがない事例は 85.0%(152)にも及んだ。

2016 年度調査と 2017 年度調査の結果を合体させて検討した。認定時の傷病名は、うつ病が圧倒的に多く 40.3%(226)、次に PTSD13.5%(76)、適応障害 13.2%(74)であった。病名の変更で多いのは、気分感情障害 58.8%で 17 例中 10 例、神経症性障害は 28 例中 18 例、PTSD は認定時 76 例中 26 例が変更、適応障害は 74 例中、38 例(37.8%)が変更されていた。全体の 561 例中 26.2%(147 例)の傷病名の変更がなされていた。10 年以上の療養事例に専門的・技術的職業が 34.7%(70)がみられ、他の療養期間の労働者よりも割合的に多くみられた。労災請求の際の事業主の証明が得られていない労働者の割合は、5 年未満 33.3%(65)、5～10 年 46.2%(36)、10 年以上 54.6%(102)と療養期間が長くなるにつれて多くなり、長期療養者の方が事業主の証明が得られにくいという結果が得られた。療養者の中で職場復帰をしていない事例の割合は、5 年未満：62.2%(74)、5～10 年：81.8%(54)、10 年以上：91.5%(184)と長期療養になるにしたがい、職場復帰できない状況が明らかになった。労災認定から療養期間が明らかになった 349 例のなかで、職場復帰したことのある事例は、81 例(23.2%)であり、10 年以上の療養群(188)のなかで職場復帰をした労災認定患者は 28 名(15%)にすぎず、85%(160)は職場復帰をしていないという結果が得られた。また、5 年以上の長期療養事例(210)に関して、休業給付金を 30 万円未満と 30 万円以上に分けて、影響する因子を探索（ステップワイズ法）したところ 100 時間以上の労働の有無だけが要因として残り、30 万円以上の給付になる要因として 100 時間以上の時間外労働が影響していることが示された、すなわち、5 年以上の治ゆに至らず長期療養となり、かつ 30 万円以上の休業給付金となる要因として 100 時間以上の時間外労働が有意に関連($P<.0001^*$)していることが明らかになった。

今年度(2017 年度)調査でも「休業補償を継続している者の多くは労災保険に依存する傾向、手厚い休業補償給付に依存 15(24.6%)」という調査結果からも、長期療養の要因の一つに労災補償の休業給付金額の問題が関係していることは間違いのない事実である。不明・無回答 15 例を除いた 179 のうち職場復帰をしたことがない事例は 85.0%(152)であり、精神障害で労災認定となった患者は、職場復帰や社会復帰をほとんど事例が試みていないという結果が得られた。このことは、まさしく早期に職場（社会）復帰させる労災補償が、精神障害に関しては、むしろ職場（社会）復帰を阻害している因子として作用していると言っても過言ではない。労災保険という労働者のための手厚い補償を、ただ単に生活給付という観点からではなく、精神障害者を自立させる視点に立って、精神障害の適正給付の検討、さらに労働者としての職場（社会）復帰を含めた地域及び社会の中での位置づけを検討することが喫緊の課題と考える。早急に労災患者の治ゆ判定の検討及び労災保険による休業患者に対する職場(社会)復帰支援に対する検討会を設置すべきである。

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をするとの意見に関して、全体の 85%の精神科医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。今回、業務上疾病として労災認定され療養開始から 10 年以上の長期療養に至った事例調査を実施し、治ゆに至らない要因を明らかにした上で、職場復帰・就労支援のための治療プログラム等の方策を検討することが本年度の調査研究の目的である。

B.調査対象と調査方法

1.調査対象

2017 年 7 月 2 日に班会議を開催し、調査項目・内容を検討したうえで 2017 年 7 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 9 月末日までに回収した。調査対象事例は、業務上疾病として労災認定され療養開始から 10 年以上の長期療養に至った事例である。

2.調査項目

①労働局に対する調査

【問 1】調査時点で症状固定（治癒）※していない事案のうち、療養開始から 10 年以上経過してい

る者【問 2】問 1 のうち 6 カ月以上、通院の実績がない事案のうち、療養開始から 10 年以上経過している者、【問 3】問 1 のうち、休業補償給付を受給している者で 10 年以上経過している者、【問 4】労災保険による 10 年以上の療養中、職場復帰や治癒に関して、本人以外（主治医や事業主）から照会があった事例の概要に関して、【問 5】10 年以上の長期にわたり職場復帰（社会復帰）できていない事案に関して、職場復帰（社会復帰）できない要因に関して、【問 6】10 年以上の長期にわたり職場復帰できない事案に関して、職場復帰に必要と思われる行政的・医療的・福祉的対策に関して等である。

②個別事案

療養開始後 10 年以上経過している者についての個別の状況に関して調査票に記入していただいた。

(1)年齢、(2)性別、(3)労災認定時の傷病名、調査時点の傷病名、(4)発病の要因となった心理負荷評価表の出来事、(5)100 時間以上の時間外労働の有無、(6)出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求したか否か、(7)出来事に遭遇した時の会社に勤務しているが、その時点(出来事)から 5 年以上経過して請求したか否か、(8)業種、(9)職種、(10)通院の頻度、(11) 労災請求の際の事業主の証明の有無、(12) 現在、職場復帰を果たしているかどうか、(13)調査時点前 1 ヶ月間のおおよその保険給付額、療養補償給付の額、休業補償給付の額、休業補償給付の支給状況、(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どうか、(15)職場復帰を主導した医師、(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、(17) 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、(18) 職場復帰に際して、行政から主治医に症状固定(治ゆ)の相談 (19) 精神障害の既往の有無、(20) 既存精神障害の有無、(21) 当該事業所への復職の本人の意思を確認しているか否か、(22) 当該事業所は本人の受け入れに積極的か否か、(23) 定期的な補償請求、(24) 今後、治癒の見通し (25) 損害賠償訴訟の有無 (26)その他、この事案についてのご意見等である。2017 年 7 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9月中旬までに全都道府県労働局から同票を100%回収した。

問1：調査時点で症状固定（治癒）※していない事案のうち、療養開始から10年以上経過している者

10年以上治癒していない事案は195例、東京が54例、神奈川が24例、大阪が19例、北海道は19例と多くみられた。

問2：問1のうち6カ月以上、通院の実績がない事案のうち、療養開始から10年以上経過している者

6カ月以上、通院の実績がない事案は4例であり、ほとんどが定期的な労災医療が継続されていた。

問3：問1のうち、休業補償給付を受給している者で10年以上経過している者、

男性が125例、女性は60例であった。

問4：労災保険による10年以上の療養中、職場復帰や治癒に関して、本人以外（主治医や事業主）から照会があった事例の概要

- (1) 所属事業場から「発病後10年経過し、今後の職場での配慮などのために労災保険上の治療期間がどの程度認められるのか聞きたい」と問い合わせ
- (2) 事業主から、療養期間が長期化している労災認定者に対する労災保険上の治癒の判断
- (3) 所属会社に籍を残している事案で今後の会社としての対応（休業補償請求への事業主証明の有無や退職、解雇等）について照会
- (4) 出来事が発生した作業の発注者が、長期療養者の家族と定期的に連絡を取り、監督署に長期療養者の状態を報告している事例
- (5) 主治医が治癒（症状固定）と判断し、障害補償給付の請求のなされた事案があったが、後日の請求人、請求人の妻等に対する調査及び局医意見、本省との協議等の結果、障害には該当せず療養・休業の必要性が認められた事案

問5：10年以上の長期にわたり職場復帰（社会復帰）できていない事案に関して、職場復帰（社会復帰）できない要因

(1) 病状(状態)が改善しない(20)

・症状が回復（軽減）しないため（精神状態が不安定）改善しない

・高齢化、終日自宅内での行動 症状の慢性化で活動性低下 症状悪化時には希死念慮が強まり、1日中介護や見守りを要する状態、
・「傷病の状態に関する報告書」添付の診断書の医師の診断状況では、「視力障害、ふらつき、めまい、手指のふるえなど多彩な自律神経症状を認める。」

・「精神運動抑制のため、一日中臥床していることが多く、1回外出するとその後2～3日の間は非常に疲れてしまう。」などの記載があり、傷病の状態が就労可能な状態にまで回復していないため

・傷病そのものが治癒しないため復帰できない。また、主治医において、治癒しないことが保険利益と直接つながるので、自ら治ろうとしないという意見があった。

・発病の原因となった事件を想起させるような周囲の状況や、ささやかなきっかけで症状が悪化するため。

・労災の原因となった元上司が近所の会社で働いているとか知人から聞いたり、また元同僚を見かけたり、作業着の人を見かけると当時の元上司に見える錯覚に陥る時がある。また、監督署の近くに行くと当時の聴取調査を思い出したりして、突然不安となり、フラッシュバックする。そして頭痛や血圧が上がり過呼吸となり体調を崩したり、感情のコントロールが効かない状態となりこれを繰り返していることが、職場復帰できない要因と考えます。

・男性…主治医所見では、本人がいわゆる「引きこもり」状態であり、今まで本人の口から前向きな意見は一度もでていないとされています。今年、ようやく主治医の限定的な許可が下りたため、本人と面談しましたが、労災を切られる

かも知れないとの不安から、面談後に症状が悪化している模様です。

(2) 職場復帰や受け入れ準備(復職調整)が困難(13)

- ・職場（社会）復帰するタイミングがつかめず、家族や職場、医療機関、行政などが一体となった職場（社会）復帰に向けた取り組みへの環境が不十分（整っていない）

- ・長期的、段階的に亘る支援があれば、原職復帰を含む社会復帰も可能

- ・事業場の規模による受入れの体制 被災労働者の就労する意欲 景気動向で受け入れ困難症状の程度に見合う職場 中小企業で受け入れ体制ができていない

- ・寛解の判断が出来ず、労災給付を継続・・・長期療養者には毎年「診断書」主治医の診断書記載が「ひきつづき定期通院を要する。」「精神療法の継続を要する。」「要通院、全部休業を要する。」等、漠然とした回答・・・通常の就労が可能な状態であるとまでは判断出来ず、療養を継続している事案がみられます。

- ・10年以上も症状が改善していないケースでは、更なる効果的な加療機会の検討が必要

- ・自宅から出られない状態となっていること。本人（家族含む）と事業主（事業場担当者）との間で職場復帰に向けた話し合いが複数回行われているが、合意に至っていないこと

- ・療養開始6年経過後に、元の職場あるいは新しい職場に復帰する試みを行ったが、結果としては再休業となり、その後5年以上全部休業の状態が続いている事例がある。

- ・復帰するまでの6年という期間が長すぎたかどうかは個々の症状によるので一概には評価できないが、一般論として社会と接触しない期間が長くなると復帰へのハードルが高くなると考える。

(3) 本人(個体側)要因が大きい(5)

- ・発病後、離職するケースは多く、再発も懸念

されるため、一個人の努力では復帰困難だと考えられる。

- ・離職と治療の遷延、疾病にあった適切な治療が出来ていないか、本人の素因によるものが大きいと考える。

- ・精神障害の既往歴、傷病名の変遷も認められ、業務以外の心理的負荷及び個体側要因によるもの

- ・女性・・・最近傷病名に「ADHD」が追加されました。（私病扱い）主治医は元々幼少期からADHDがあったとしており、発症の背景にADHD特性も関与していると考えられる以上、ADHDに対する処置が必要としています。

(4) 適正な休業補償給付が困難(15)

- ・休業補償給付を生活保護と同様に・・・給付されると考えており、職場復帰する意欲が希薄である、休業補償を継続している者の多くは労災保険に依存する傾向、金銭面による生活への不安、働く意欲が乏しい、休業補償給付への依存、職場側の積極的な受け入れ体制が期待できない

- ・労災認定されている多くの事案は長時間労働を伴うものであり、給付日額も高く、安定して高額な労災保険給付を受け取れることも、職場復帰を妨げる一つの要因、

- ・精神障害に係る労災保険の障害等級が厚生・国民年金と比較して低いということも一因と考える

(5) 高齢化・長期化したため復職困難(8)

- ・高齢者であり、職場復帰・社会復帰に対する意欲が希薄化する傾向、

- ・長期化で活動性低下、発病原因となった職場に戻ることにに対する恐怖感や、疾病による社会適応能力の低下というものが要因

- ・療養の長期化により、社会性や活動性が著しく低下

(6) 主治医(治療者側)の問題(5)

- ・主治医の診断書により、症状固定の判断がされない、主治医に労災保険法上の「症状固定の

状態」の考え方の周知等が進んでいないと考える、

- ・受診医療機関において、初期症状が落ち着いた段階において、職場復帰（社会復帰）を目標とした治療計画等を立てていないのではないかと考える、管轄の監督署が主治医と面談した際、主治医からは、「（療養開始後10年以上が経過した現在においても）症状が安定していない。

- ・患者が社会復帰を受け入れようとしない。医師は社会復帰プログラムを実施、指導する立場にはない。」などの意見が述べられ、あくまで職場復帰は、患者と行政が考えるものと認識しているようである。

- ・「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会報告書（平成23年11月8日）」によると「6療養及び治ゆ」の項で「精神症状が一定程度改善・安定した後に、早期の社会復帰を目的に職場復帰プログラム等を活用したリハビリテーション療法が行われることが通例である」と記載されているが、当局の事案においては、このような動きはみられず、主治医から積極的に社会復帰を促しているケースはみられない。

問6：10年以上の長期にわたり職場復帰できない事案に関して、職場復帰に必要と思われる行政的・医療的・福祉的対策

(1) 医療、行政、企業の連携(13)

- ・離職しているケースが多く、医療機関及びハローワークによる職業紹介施策の協力及び充実が必要と思われます。

- ・長期になり、高齢化も進むことから、ますます難しくなるものと思われます。・本人に働く意欲があれば障害者雇用や地域の精神保健福祉センター等との連携も考えられるが、現実的には難しい。

- ・ハローワーク等と連携を図り、被災者の就労先を確保できるような体制（制度）をつくる。・医療行為とともに、職場（社会）復帰に向けた訓練的機関を経て、元の職場に復帰できるまた

は別会社に就職する仕組みを充実させることなどが考えられると思います。

- ・発症してから、1～2年以内の早期段階において、社会復帰プログラムを行政的（職業紹介等）及び市町村の福祉サービスを構築する必要がある。

- ・精神障害で長期化している被災者を見ると、単に月1回程度の通院以外は、自宅等で引きこもった生活をしている印象を受けますので、前述のような積極的な取り組みがなければ、長期化する方が増える一方だと思います。

- ・行政側・医師との連携を積極的に図り、症状固定制度等を理解していただくよう努める。

- ・リワーク支援が有効と思われますが、知らない人も多く、活用されていない現状にあります。

- ・行政機関、医療機関などで検討し法整備が必要、
- ・発病後1年6か月等（どの程度の時期が良いかはわかりませんが）で、職場復帰プログラムを実践させるなどの制度化はいかがでしょうか。

（受け入れる企業に対しては助成金を交付する）

また、同時点で職場復帰できない方については、年金給付（発病前の所得によらず一律的な年額による）により給付管理を行う方がよいと考えます。法整備化等により各事業場における職場復帰プログラムの実践等が必要と思われます。

- ・労災として認められた者について、ある程度の年数で復帰できない者については、労災から切り離し医療対策を講ずるべきと思います。

- ・希死念慮等の有無を十分に見極めた上で、行動範囲の拡大を具体的に指示して活動性の向上を図るなど、通院と自宅療養を漫然と継続させるだけの状況は避け、少しでも職場復帰に近づくための努力を促す。

- ・症状の回復段階を細かく設定し、職場復帰までに何と何をクリアさせなければならないのかを明確にする。

- ・障害者の意思を尊重した、医療、行政、企業の連携。

- ・職場復帰を支援するための医療機関や福祉行政における復帰プログラムの確立や、事業場側

が受入体制を確立できるよう行政から指導を行うことなど。

(2) 職場復帰・就労支援体制の指導(6)

- ・受け入れる側など社会全体の精神障害等に対する知識や理解を深めるため、訓練的機関では、職場復帰に向け被災者と職場とのマッチング的役割や研修等も行うことが考えられる。
- ・事業場側が受け入れられる体制を整えるための補助金等の制度を確立する（助成金制度等の確立）。受け入れ体制を整備していくことと並行して被災者及びその家族の意識を職場復帰に向けるような取り組みも必要、
- ・職場復帰を受け入れる側に対して、援助や指導が必要だと思います。復帰する側も不安であると同時に、受け入れる側も不安を抱えているのが実態だと思います。
- ・心理的負荷のあった出来事の内容により、以前と同じ事業場や職務に就くことが困難な場合もあります。職場復帰より社会への復帰を考えられる制度があれば良いと思います。
- ・段階的社会復帰を促すための職業訓練やメンタルトレーニング。精神障害発症の原因となったパワハラや長時間労働の改善を強く事業場に求め、社員教育に取り入れてもらい、社員の意識及び資質の向上を図ること。

(3) 症状固定（治ゆ）寛解の判断指針がない(5)

- 定期的に症状調査を行っているが、主治医の回答は症状の不安定（抑うつ気分、希死念慮等）がみられるとされます。
- ・医師側・労災保険における精神障害に係る症状固定制度をよく理解していただいたうえで、被災者に対して、積極的に症状固定の説明、復職の指導等を行っていただく。
 - ・寛解時期を明確にするため、毎年提出させている「診断書」の見直しが必要です。治療内容の詳細や定期受診による治療効果、就労意欲の有無、就労意欲がないとすれば、その理由は何かなどについても主治医に回答いただきたい
 - ・一定の年数経過により寛解と判断することも

必要かと思います。大半の事案については、診断書の内容から通常就労は困難であると考えられます。

- ・年1回程度の専門医を活用した面接による現状把握を行う制度の確立により、主治医まかせではなく、行政側からの積極的なアプローチが必要（職員による面接は困難なケースが多い。）

(4) 精神障害の適正給付管理要領等施策が必要(11)

- ・精神障害の場合、「症状固定＝給付打ち切り」（アフターケア制度はあるが）、と捉えられ不安感を助長したり、「非器質性の精神障害」の障害等級の格付けが一時金のみであり、評価が低いと解釈されること等、行政判断で治ゆとできない部分もあります。
- ・「精神障害を対象とした期間限定給付」、「障害等級の見直し（9級を超える障害等級の設定）」も必要かと考えます
- ・精神障害の認定基準において、「通常の就労が可能な状態で、精神障害の症状が現れなくなった又は安定した状態を示す寛解との診断がなされている場合には、投薬等を継続している場合であっても、通常は治癒（症状固定）の状態にあると考えられる。
- ・症状固定の説明をする場合、認定者の動揺や症状の悪化を懸念し、職員が説明に苦慮している。
- ・精神障害については、主治医に対し治癒の考え方を周知し、行政側の主治医同席による認定者との面談を適切に実施し、さらに専門医から意見を聴取し症状固定の判断を行うことが必要と考えられ、そのために、精神障害の適正給付管理要領を斉一的に定めるべきと考えられる。
- ・労災保険制度の見直し（給付期間の制限等）とその後のフォロー（福祉対策）
- ・職場に限定せず広く社会に精神障害に対する理解を深めるための広報活動を行っていく必要
- ・一部就労やアルバイト契約による就労であれば、現在受給している休業補償給付を下回ります。その差額程度を寛解と判断され、障害が残

存していると考えられる事案については、障害給付制度の案内を行っています。障害給付決定時にアフターの必要性についても確認し、アフターケア制度を利用し措置を継続している方が多数みられます。アフターケアが承認されることにより、受診は継続して行えるため療養費の負担はありません。被災者へ寛解の了承を得るためにも障害等級が認定されなくてもアフターケア制度同様に措置を継続できる制度が必要で、す何らかの形で支給出来るような制度があれば、就労意欲も増加する。

・「行政との面談により症状が悪化した」等の主張をされないよう、精神障害の長期療養者に接する際の留意点をマニュアル化する。

・障害認定基準の改正：厚年等の障害等級と均衡を保てるような内容を明記する。

・アフターケアの対象・措置範囲を拡大する。
アフターケアにかかる医療機関を非指定病院に広げる（精神障害事案においては、非指定病院での継続療養が多くみられる）。現在、精神障害の障害等級は原則9級止まりであるが、7級（年金）程度まで広げる。職場復帰という観点からすれば、リワーク訓練等について、労災給付や社会復帰促進事業で措置する事を検討する。

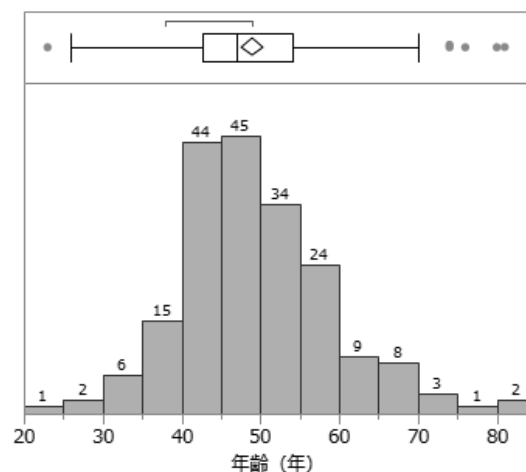
・労災保険の一般傷病における「治ゆ（症状固定）」の概念と異なり、「寛解」の診断について、リーフレット「精神障害の労災認定」及び「労災保険における傷病が「治ったとき」とは…」の見直しを行い、拡充を図る必要があります。また、請求件数の増加に伴い、精神障害専門部会において意見を徴する事案も増加し、現状は対応に苦慮しておりますが、今後は、適正給付管理にあたり、アフターケアでの対応の可否及び症状固定時期等についても、精神障害専門部会において、意見を徴するよう積極的な活用を図る必要があります。

・精神疾患については10年を支給限度とするなど、法律的改正が必要かと思われます。

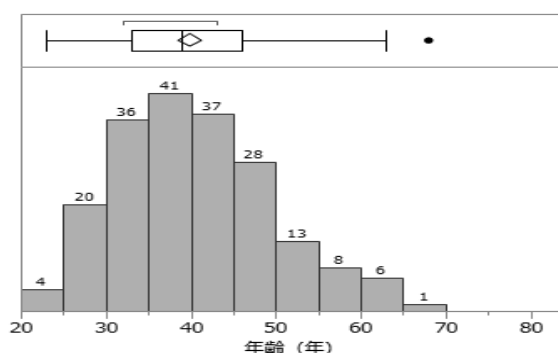
②個別事案

労災認定基準で業務上と判断され、2017年8月時点で、10年以上経過した事例に関して精査した。

1. 年齢



調査時点の年齢は40歳代が最も多く、45.9%(89)を占め、次に50歳代が29.9%(58)を占めた。（欠測値 N=1）平均年齢は48.9歳であった。

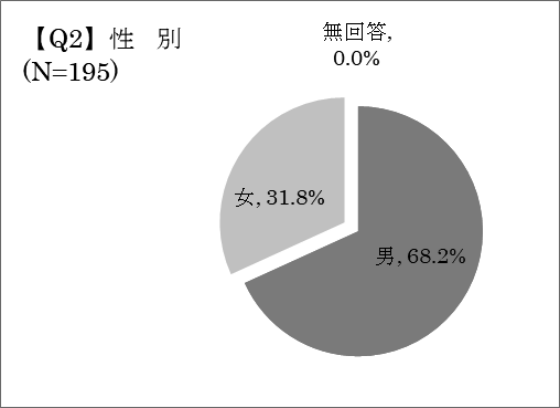


認定時の年齢も30歳代が最も多く39.7%(77)であり、次に40歳代33.3%(65)であり、平均年齢は39.9歳であった。

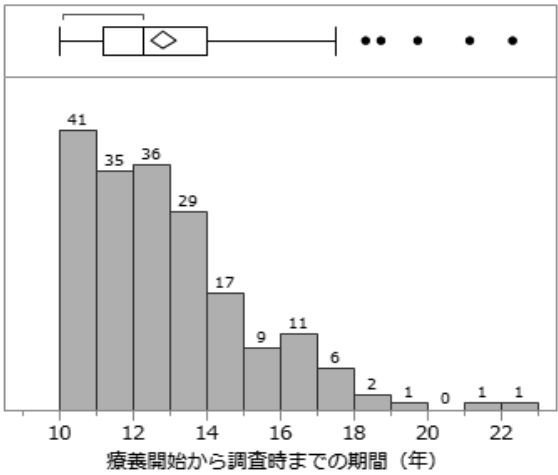
2. 性別

性別	度数	割合
男	133	68.6%
女	61	31.4%
合計	194	100.0%

男性は68.6%(133)、女性は31.4%(61)であった。
 男性の平均年齢は47.7歳、女性は47歳であった。



療養開始から調査時点までの期間（年）



療養開始から調査時点までの期間は、平均は12.8年であるが、16年以上が22例(11.6%)、22年療養している事例は2例であった。

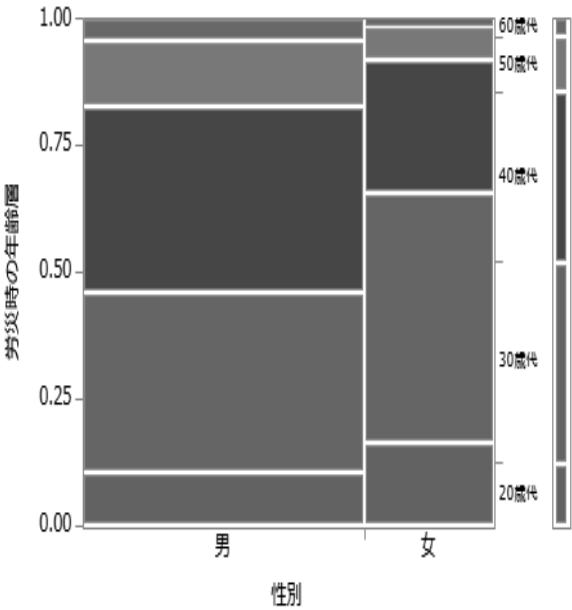
水準	数	平均	標準偏差
男	133	41.0	9.2
女	61	37.4	8.7

等分散性の検定：p=0.576、平均値の差の検定
 (t検定)：p=0.011

度数	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	合計
男	14	47	49	17	6	133
	10.5	35.34	36.84	12.8	4.51	
女	10	30	16	4	1	61
	16.4	49.18	26.23	6.56	1.64	
計	24	77	65	21	7	194

水準	数	平均	標準偏差
男	129	13	2.3
女	60	12.6	2.1

等分散性の検定：p=0.300、平均値の差の検定
 (t検定)：p=0.285



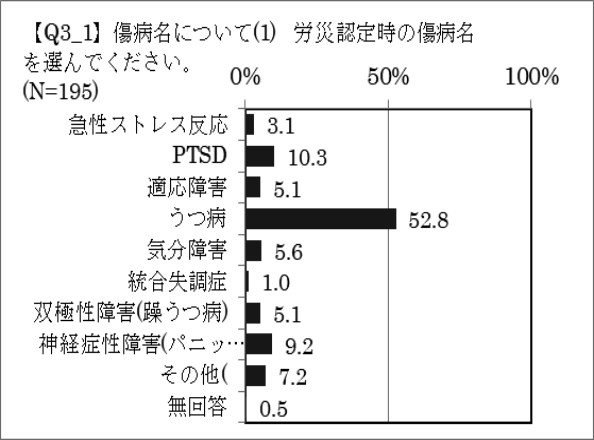
χ²乗検定：p=0.134

3. 傷病名（認定時）

水準	度数	割合
急性ストレス反応	6	3.1%
PTSD	20	10.3%
適応障害	10	5.2%
うつ病	103	53.1%
気分障害	11	5.7%
統合失調症	2	1.0%
双極性障害（躁うつ病）	9	4.6%
神経症性障害	18	9.3%
その他	14	7.2%
無回答	1	0.5%
合計	194	100.0%

傷病名で最も多いのは、うつ病53.1%(103)、次に、

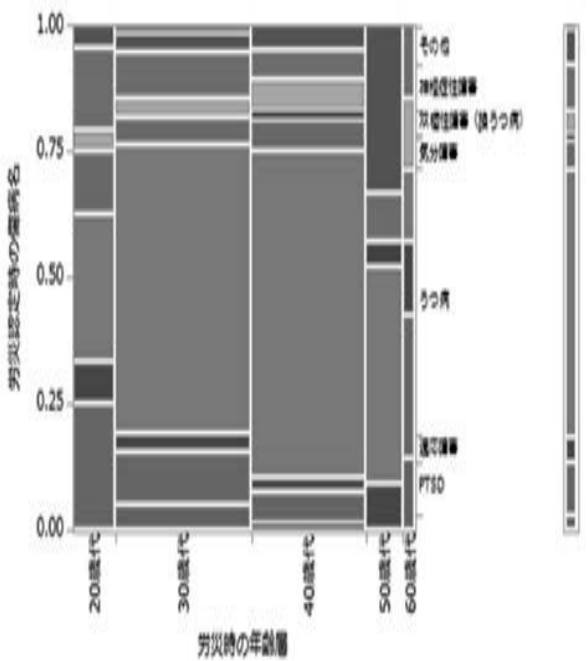
PTSD10.3%(20)、神経症性障害 9.3%(18)、その他 7.2%(14)を占めていた。



その他の内訳

		調査時点での傷病名									
	度数	急性ストレス反応	PTSD	適応障害	うつ病	気分障害	統合失調症	双極性障害	神経症性障害	その他	合計
労災認定時の傷病名	急性ストレス反応	-	1	0	1	0	0	0	1	0	3
	PTSD	1	-	0	0	0	0	0	0	2	3
	適応障害	0	2	-	4	0	0	1	0	0	7
	うつ病	1	1	0	-	2	1	5	0	3	13
	気分障害	0	0	0	5	-	0	1	0	0	6
	統合失調症	0	0	0	0	0	-	0	0	1	1
	双極性障害	0	0	0	2	0	0	-	0	0	2
	神経症性障害	1	1	1	5	0	0	1	-	0	9
	その他	0	0	0	2	0	0	0	0	-	2
合計		3	5	1	19	2	1	8	1	6	46

水準	度数
解離性転換性障害 F 4 4	1
外傷性頭髄症、重度ストレス反応	1
混合性不安抑うつ障害	2
自律神経失調症	1
身体表現性障害	3
他の重度ストストレス反応	1
天然ガス中毒後遺症	1
抑うつ状態	2
抑うつ神経症	2
合計	14



	急性ストレス反応	PTSD	適応障害	うつ病	気分障害	統合失調症	双極性障害(躁うつ病)	神経症性障害	その他	無回答	合計
男	4	11	5	72	10	2	9	7	12	1	133
	3.01	8.27	3.76	54.14	7.52	1.5	6.77	5.26	9.02	0.75	
女	2	9	5	31	1	0	0	11	2	0	61
	3.28	14.75	8.2	50.82	1.64	0	0	18.03	3.28	0	
合計	6	20	10	103	11	2	9	18	14	1	194

性差でみると双極性障害が認定時に男性は9例みられるのに対し、女性は0件であった。

傷病名（調査時点）

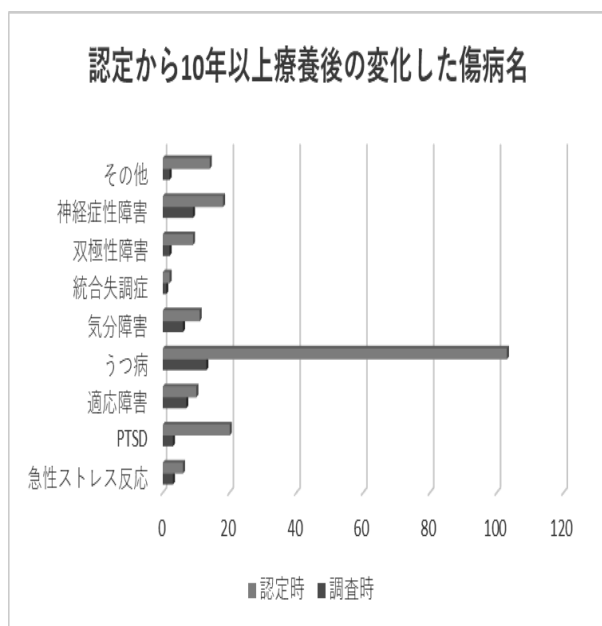
Q3(2) 調査時点で労災認定時と傷病名が違っている場合の調査時の傷病名：表には、労災認定時の傷病名と異なっている事例数を表にした。

急性ストレス反応(認定時 6 例の 3 例が変化)⇒PTSD1 例、うつ病 1 例、神経症性障害 1 例、PTSD(認定時 20 例の 3 例が変化)⇒急性ストレス反応 1 例、その他 2 例、適応障害(10 例の 7 例が変化)⇒PTSD2 例、うつ病 4 例、双極性障害 1 例、うつ病(認定時 103 例の 13 例が変化)⇒急性ストレス反応 1 例、PTSD1 例、気分障害 2 例、統合失調症 1 例、双極性障害 5 例、その他 3 例、気分障害(認定時 11 例の 6 例が変化)⇒うつ病 5 例、双極性障害 1 例、統合失調症 1 例⇒その他 1 例、双極性障害(認定時 9 例の 2 例が変化)⇒うつ病 2 例、神経症性障害 (認定時 18 例の 9 例が変化)⇒急性ストレス反応 1 例、PTSD1 例、適応障害 1 例、うつ病 5 例、双極性障害 1 例、その他(認定時 14 例の 2 例が変化)⇒うつ病 2 例と変化していた。労災認定時 194 例のうち 46 例(23.7%)が病名は変更されていた。

傷病名	調査時	認定時	%
急性ストレス反応	3	6	50.0%
PTSD	3	20	15.0%
適応障害	7	10	70.0%
うつ病	13	103	12.6%
気分障害	6	11	54.5%
統合失調症	1	2	50.0%
双極性障害	2	9	22.2%
神経症性障害	9	18	50.0%
その他	2	14	14.3%
合計	46	193	23.8%

急性ストレス反応は 3 例(変化率 50%)、PTSD は 3 例(変化率 15%)、適応障害は 7 例(変化率 70%)、うつ病は 13 例(変化率 12.6%)、気分障害は 6 例(変化率 54.6%)双極性障害は 2 例(変化率 22.2%)、神経症性障害は 9 例(変化率 50%)、ストレス関連障害である ASR や PTSD の病名が変更されていないのが、診断学上、意外であった。

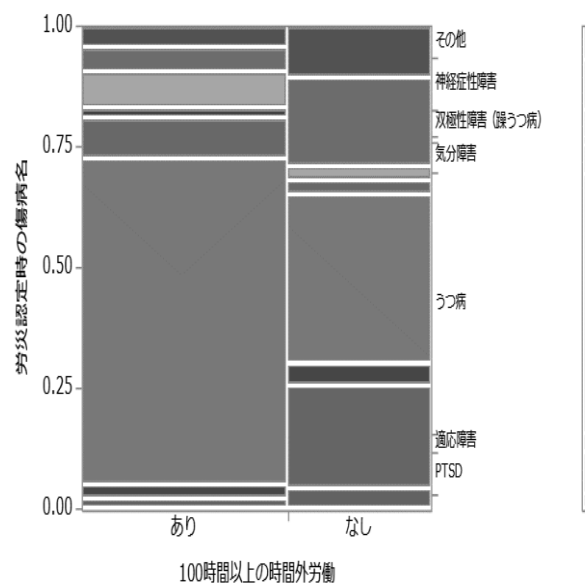
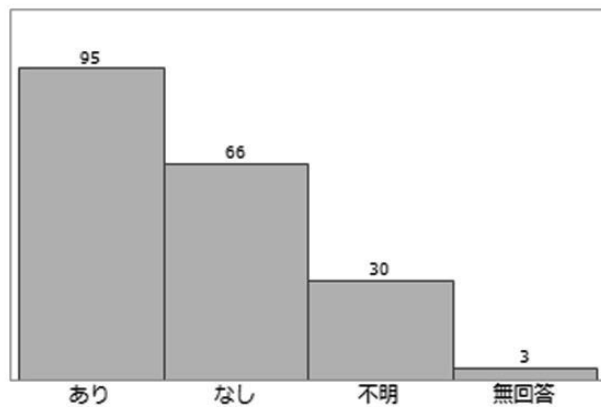
4. 心理的負荷表の出来事



出来事の種類	度数	%
事故や災害の体験	47	24.2
仕事の失敗、過重な責任の発生	20	10.3
仕事の量・質の変化	88	45.4
役割・地位の変化	17	8.8
対人関係	34	17.5
セクシャルハラスメント	3	1.5
その他	21	10.8

心理的負荷の出来事としては、仕事の量・質の変化 45.4%(88)、事故や災害の体験が 24.2%(47)、対人関係のトラブルが 17.5%(34)、仕事の失敗・過重な責任の発生 10.3%(20)、セクシュアルハラスメント 1.5%(3)であった。

5. 100 時間以上の時間外労働



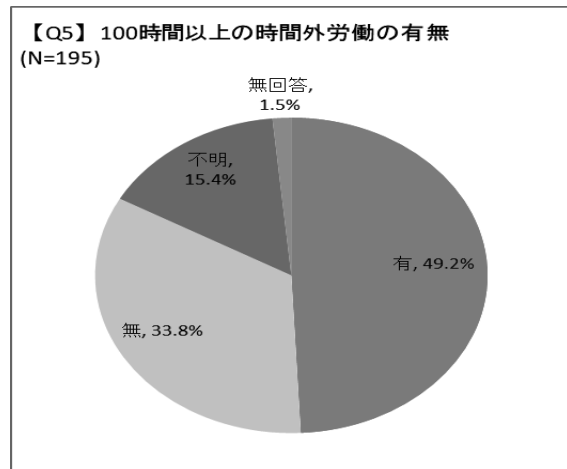
100時間以上の時間外	度数	割合
あり	95	49.0%
なし	66	34.0%
不明	30	15.5%
無回答	3	1.5%
合計	194	100.0%

100 時間以上の時間外労働ありが 49,0%(95)であり
100 時間以上の労働者にうつ病の傷病名(64)がついている人が多い。カイ二乗検定：p=0.0005

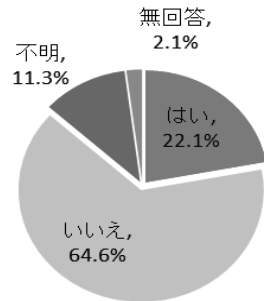
6. 出来事に遭遇した時の会社を退職したかどうか

出来事に遭遇した会社を退職	度数	割合
はい	43	22.2%
いいえ	125	64.4%
不明	22	11.3%
無回答	4	2.1%
合計	194	100.0%

出来事に遭遇した会社を退職していた事例は 43 例
(22.2%)であり、64.4%(125)は退職していなかった。



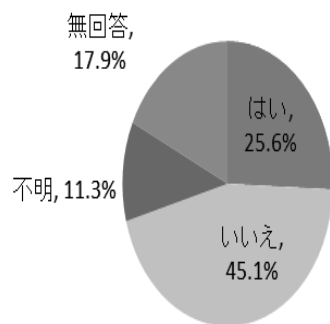
【Q6】4の出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求
(N=195)



7. 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か否か

出来事から5年以上経過	度数	割合
はい	49	25.3%
いいえ	88	45.4%
不明	22	11.3%
無回答	35	18.0%
合計	194	100.0%

【Q7】4の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
(N=195)

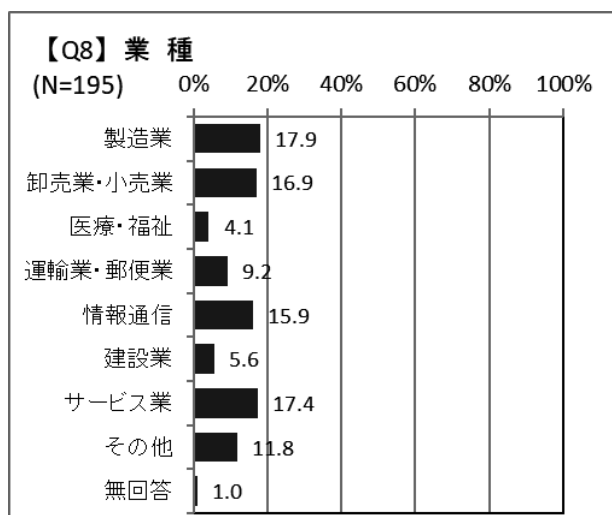


出来事から 5 年以上経過している事例は 49 例 (25.3%)であった。

8. 業種

業種	度数	割合
製造業	34	17.5%
卸売業・小売業	33	17.0%
医療・福祉	8	4.1%
運輸業・郵便業	18	9.3%
情報通信	31	16.0%
建設業	11	5.7%
サービス業	34	17.5%
その他	23	11.9%
無回答	2	1.0%
合計	194	100.0%

業種	急性ストレス反応	PTSD	適応障害	うつ病	気分障害	統合失調症	双極性障害	神経症性障害	その他	合計
製造業	0	4	2	14	2	0	3	5	3	33
	0	12.12	6.06	42.4	6.06	0	9.09	15.15	9.09	
卸売業・小売業	1	3	3	18	1	2	1	3	1	33
	3.03	9.09	9.09	54.6	3.03	6.06	3.03	9.09	3.03	
医療・福祉	0	2	0	4	0	0	0	2	0	8
	0	25	0	50	0	0	0	25	0	
運輸業・郵便業	3	3	0	9	1	0	0	0	2	18
	16.67	16.67	0	50	5.56	0	0	0	11.1	
情報通信	1	0	1	22	3	0	2	1	1	31
	3.23	0	3.23	71	9.68	0	6.45	3.23	3.2	
建設業	0	3	0	3	1	0	2	0	2	11
	0	27.27	0	27.3	9.09	0	18.18	0	18.2	
サービス業	1	1	1	21	1	0	1	6	2	34
	2.94	2.94	2.94	62	2.94	0	2.94	17.7	5.9	
その他	0	3	2	12	2	0	0	1	3	23
	0	13.04	8.7	52.2	8.7	0	0	4.35	13	
無回答	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
	0	50	50	0	0	0	0	0	0	
合計	6	20	10	103	11	2	9	18	14	193

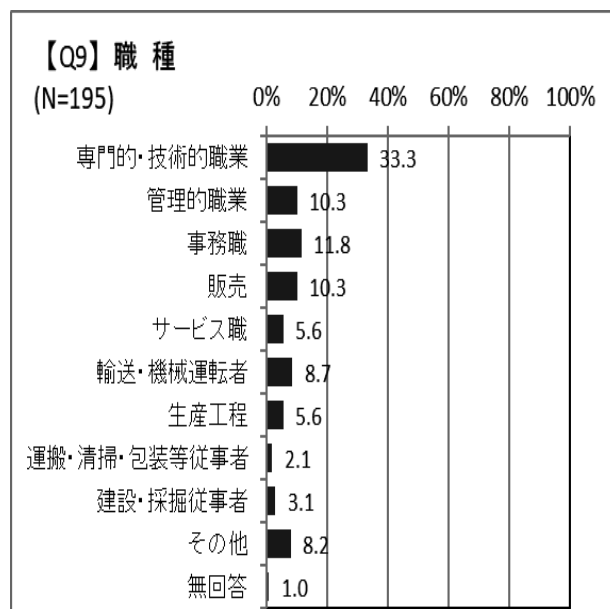


製造業が 17.5%(34)、サービス業 17.5% (34)、情報通信 16.0%(31)、卸売り小売業 17%(33)であった。情報通信、サービス業にうつ病の事例が多い傾向がある。(χ²乗検定: p=0.0673)

9. 職種

職種	度数	割合
専門的・技術的職業	64	32.9%
管理的職業	20	10.3%
事務職	23	11.8%
販売	20	10.3%
サービス職	11	5.6%
運送・機械運転者	17	8.7%
製造工程	11	5.6%
運搬・清掃・包装等従事者	4	2.0%
建設・採掘従事者	6	3.1%
その他	16	8.2%
無回答	2	1.0%
合計	194	100.0%

専門技術職が 32.9% (64)、事務職 11.8%(23)、管理的職業 10.3%(20)、販売 10.3%(20)であった。



度数	急性ストレス反応	PTSD	適応障害	うつ病	気分障害	統合失調症	双極性障害	神経症性障害	その他	合計
専門的・技術的職業	1 1.56	2 3.13	3 4.69	40 62.5	4 6.25	0	3 4.69	6 9.38	5 7.81	64
管理的職業	1 5	1 5	1 5	9 45	4 20	0	2 10	0	2 10	20
事務職	0 0	2 8.7	0	14 60.9	0	0	1 4.35	5 21.74	1 4.35	23
販売	1 5	4 20	2 10	6 30	1 5	1 5	1 5	3 15	1 5	20
サービス職	0 0	0 0	0	9 81.8	0	0	0	1 9.09	1 9.09	11
運送・機械運転者	3 17.65	2 11.76	0	8 47.1	0	1 5.88	0	0	3 17.7	17
製造工程	0 0	2 18.18	2 18.18	4 36.4	1 9.09	0	0	2 18.18	0	11
運搬・清掃・包装等従事者	0 0	1 25	0	2 50	0	0	0	1 25	0	4
建設・採掘従事者	0 0	3 50	0	1 16.7	0	0	1 16.67	0	1 16.7	6
その他	0 0	3 18.75	2 12.5	9 56.3	1 6.25	0	1 6.25	0	0	16
無回答	0 0	0	0	1 100	0	0	0	0	0	1
合計	6	20	10	103	11	2	9	18	14	193

専門、事務、サービス業にうつ病の事例が多い傾向にある。(χ²乗検定: p=0.1408)

対人関係	なし	あり	合計
専門的・技術的職業	55 85.94	9 14.06	64
管理的職業	19 95	1 5	20
事務職	14 60.87	9 39.13	23
販売	11 55	9 45	20
サービス職	8 72.73	3 27.27	11
運送・機械運転者	16 94.12	1 5.88	17
製造工程	9 81.82	2 18.18	11
運搬・清掃・包装等 従事者	4 100	0 0	4
建設・採掘従事者	6 100	0 0	6
その他	16 100	0 0	16
無回答	2 100	0 0	2
合計	160	34	194

対人関係が誘因になったのは事務職、販売職で多い傾向がある。(χ²乗検定：p=0.0013)

10.1 か月間の通院の頻度

1か月平均の通院回数	1.87
標準偏差	2.067
N	185

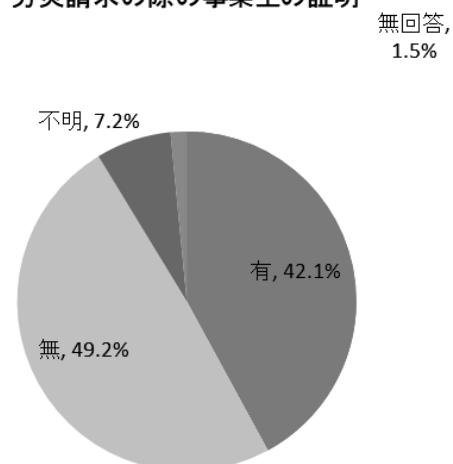
1 か月間に平均 1.87 回通院している

11. 労災請求の際の事業主の証明

事業主の証明	度数	割合
有り	82	42.3%
なし	95	49.0%
不明	14	7.2%
無回答	3	1.5%
合計	194	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 49.0% (95) であった。

【Q11】 労災請求の際の事業主の証明の有無 (N=195)

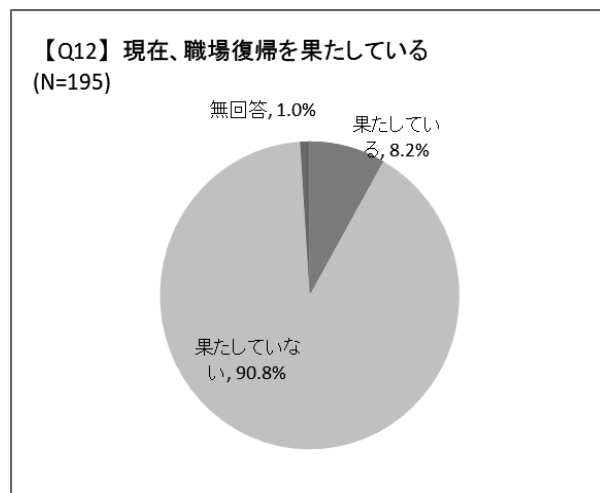


事業主の証明	有り	なし	不明	無回答	合計
急性ストレス反応	5 83.33	1 16.67	0 0	0 0	6
PTSD	16 80	2 10	1 5	1 5	20
適応障害	2 20	8 80	0 0	0 0	10
うつ病	36 34.95	57 55.34	8 7.77	2 1.94	103
気分障害	3 27.27	6 54.55	2 18.18	0 0	11
統合失調症	0 0	2 100	0 0	0 0	2
双極性障害	2 22.22	7 77.78	0 0	0 0	9
神経症性障害	10 55.56	7 38.89	1 5.56	0 0	18
その他	8 57.14	5 35.71	1 7.14	0 0	14
合計	82	95	13	3	193

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、統合失調症 100%(2)、適応障害 80%(8)、双極性障害 77.8%(7)、うつ病は 55.4%(57)に事業主の証明がなかった。

12. 現在、職場復帰を果たしているか否か

現在の職場復帰の有無	度数	割合
果たしている	16	8.2%
果たしていない	176	90.7%
無回答	2	1.0%
合計	194	100.0%

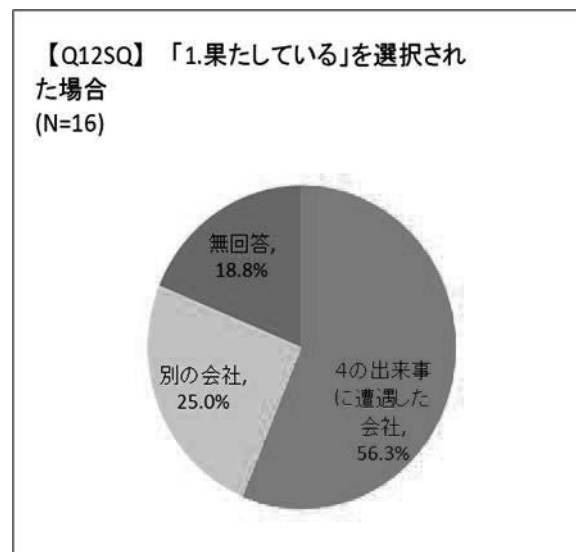


職場復帰している事例は 16 例(8.2%)であり、職場復帰を果たしていない事例は 90.7%(176)に及んだ。

現在の職場復帰の有無	果たしている	果たしていない	無回答	合計
急性ストレス反応	1 16.67	5 83.33	0 0	6
PTSD	1 5	19 95	0 0	20
適応障害	0 0	9 90	1 10	10
うつ病	9 8.74	93 90.29	1 0.97	103
気分障害	0 0	11 100	0 0	11
統合失調症	0 0	2 100	0 0	2
双極性障害	0 0	9 100	0 0	9
神経症性障害	2 11.11	16 88.89	0 0	18
その他	2 14.29	12 85.71	0 0	14
合計	15	176	2	193

適応障害、気分障害、統合失調症、双極性障害は職場復帰を果たしている事例は0であった。特に職場環境に順応できない適応障害が0というのは、職場環境要因で事例化したものの、長期にわたり職場復帰できないのは、本来、あるいは現時点で側面要因が主体となった病態が背景にあるものと推測できる。

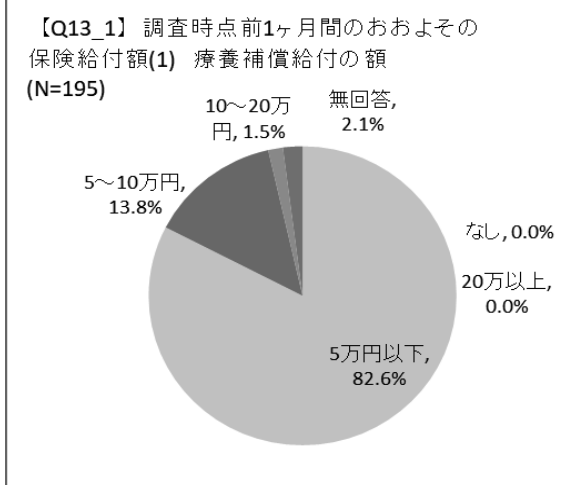
職場復帰を果たしている事例は 16 例であり、出来事に遭遇した会社への復職事例は 9 例、別の会社は 4 例、無回答は 3 例であった。



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	度数	割合
1.5万円以下	160	82.5%
2.5～10万円	27	13.9%
10～20万円	3	1.5%
無回答	4	2.1%
合計	194	100.0%

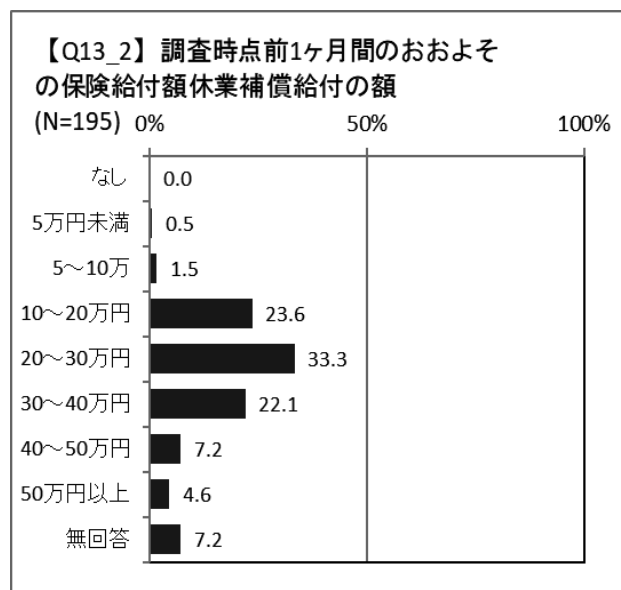


療養給付額 1.5 万円以下が 82.5%(160)であり、2.5～10 万円は 13.9%(27)であり、96.4%を占めた。

2) 休業給付の額

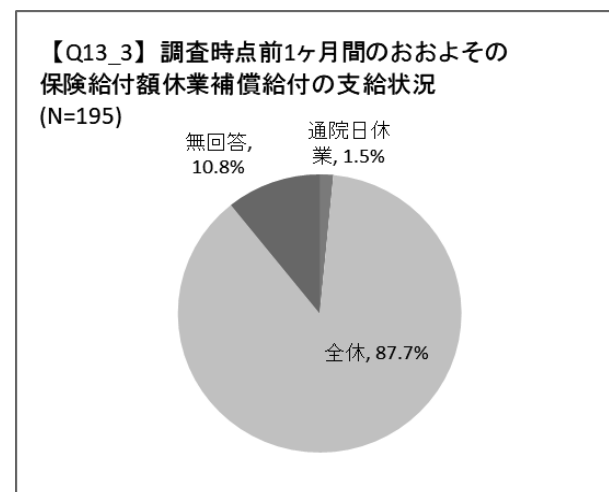
療養給付の額	度数	割合
5万円以下	1	0.5%
5～10万円	3	1.5%
10～20万円	46	23.7%
20～30万円	64	33.0%
30～40万円	43	22.1%
40～50万円	14	7.2%
50万円以上	9	4.6%
無回答	14	7.2%
合計	194	100.0%

全例が休業給付が支給されていたが、無回答を除いた 180 例のうち 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 72.2%(130)であった。12 の質問で 16 人が職場復帰をしていたことを考えると、休業給付を月単位で受給している事例は、月 10 万円以上の受給事例と考えて差し支えないであろう。少なくとも 10 万円以下の 4 人は、療養給付と数日の休業給付者と考えられる。



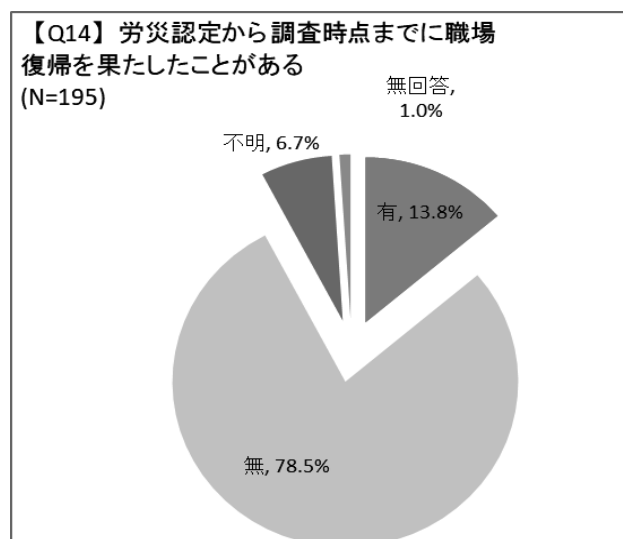
3) 調査時点前1ヶ月間のおおよその保険給付額休業補償給付の支給状況

全休は、無回答を除いた 174 例の 171 例であり、98.3%を占めていた。



14. 労災認定から調査時点まで、過去に職場復帰を果たしたことがあるか否か

過去の職場復帰の有無	度数	割合
ある	27	13.9%
ない	152	78.4%
不明	13	6.7%
無回答	2	1.0%
合計	194	100.0%

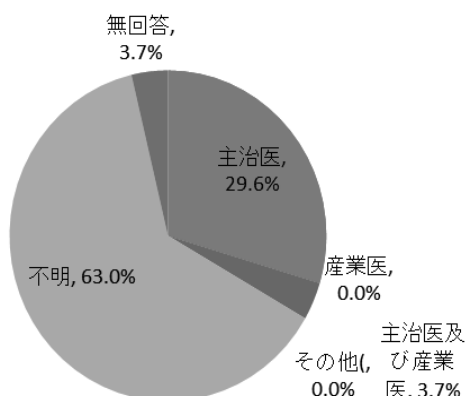


労災認定時点から調査時点までに職場復帰をしたことのある事例は13.9%(27)にすぎず、78.4%(152)は職場復帰していないという結果であり、不明・無回答15例を除いた179のうち職場復帰をしたことがない事例は85.0%であった。

職場復帰を主導したのは

職場復帰を主導者	度数	割合
主治医	8	29.6%
産業医	0	0.0%
主治医および産業医	1	3.7%
不明	17	63.0%
無回答	1	3.7%
合計	27	100.0%

【Q15】14の項で、1.有 と回答した者について、職場復帰を主導したのは(N=27)



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、主治医主導が29.6%(8)、不明が63.0%(17)であり、主治医及び産業医が1例であった。

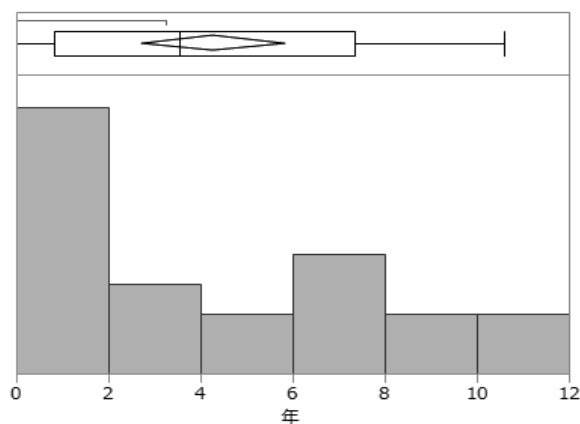
15. 過去に職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間は

平均	4.277
標準偏差	3.522
N	22

回答した22例の職場復帰までの期間は上記表の

とおりであるが、平均4.3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。

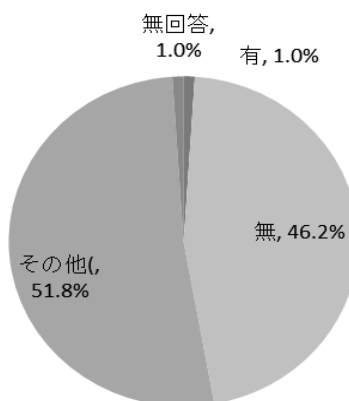
16. 職場復帰に際して主治医から行政に治癒の相談



主治医から行政へ相談	度数	割合
あり	2	1.0%
なし	89	45.9%
その他	101	52.1%
無回答	2	1.0%
合計	194	100.0%

症状固定（治癒）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45.9%(89)、その他52.1%(101)、無回答1.0%(2)であった。

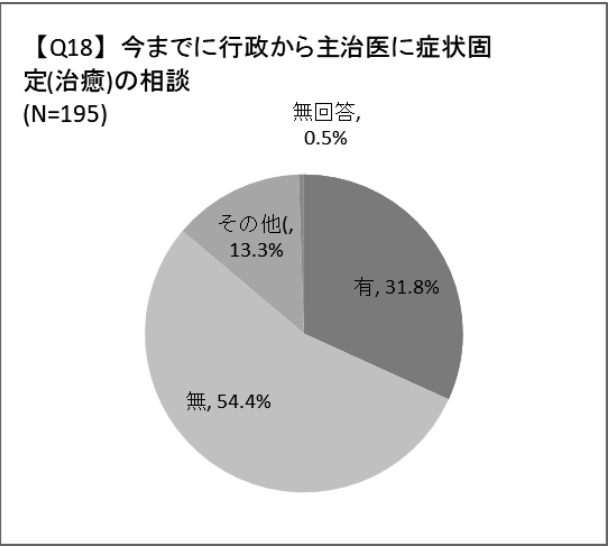
【Q17】今までに主治医から行政に症状固定(治癒)の相談(N=195)



17. 職場復帰に際して行政から主治医に治ゆの相談

行政から主治医へ相談	度数	割合
あり	62	32.0%
なし	105	54.1%
その他	26	13.4%
無回答	1	0.5%
合計	194	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32.0%(62)であり、相談がなかった事例54.1%(105)その他13.4%(26)、無回答0.5%(1)であった。



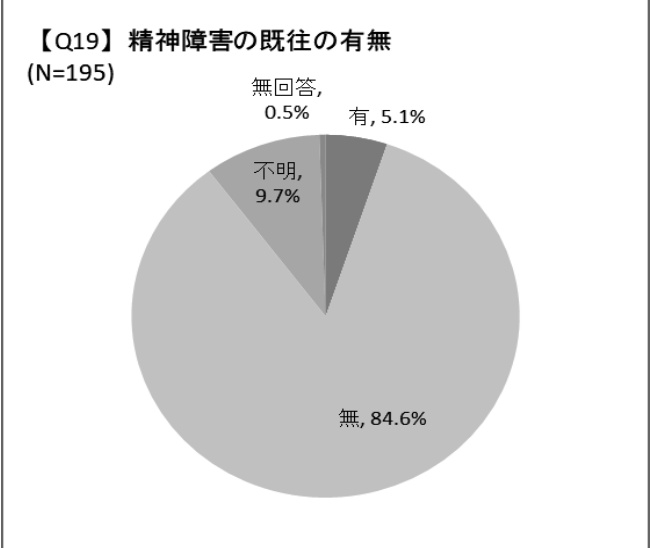
傷病名と治癒相談	あり	なし	合計
急性ストレス反応	2 33.33	4 66.67	6
PTSD	12 66.67	6 33.33	18
適応障害	6 66.67	3 33.33	9
うつ病	26 29.55	62 70.45	88
気分障害	2 20	8 80	10
統合失調症	1 100	0 0	1
双極性障害（躁うつ病）	1 11.11	8 88.89	9
神経症性障害	8 47.06	9 52.94	17
その他	4 44.44	5 55.56	9
合計	62	105	167

(χ^2 二乗検定： $p=0.0161$) PTSD、適応障害で少ない傾向がある

18. 精神障害の既往の有無

精神障害の既往の有無	度数	割合
あり	10	5.2%
なし	164	84.5%
不明	19	9.8%
無回答	1	0.5%
合計	194	100.0%

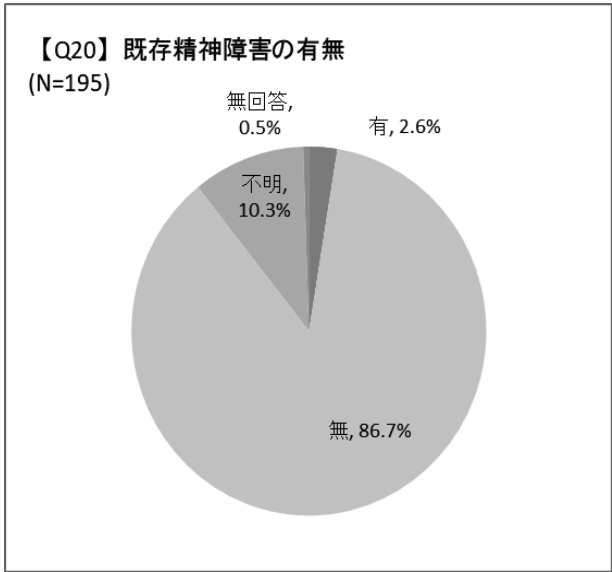
精神障害の既往のある事例は5.2%(10)であった。



19. 既存精神障害の有無

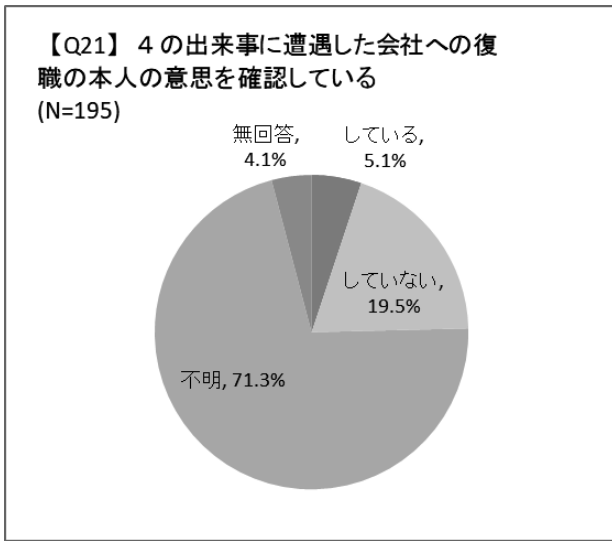
既存精神障害の有無	度数	割合
あり	5	2.6%
なし	168	86.6%
不明	20	10.3%
無回答	1	0.5%
合計	194	100%

既存精神障害を有していた事例は2.6%(5)であった。



20. 当該事業所への復職の本人の意思を確認

復職意思の確認	度数	割合
あり	5	2.6%
なし	168	86.6%
不明	20	10.3%
無回答	1	0.5%
合計	194	100.0%



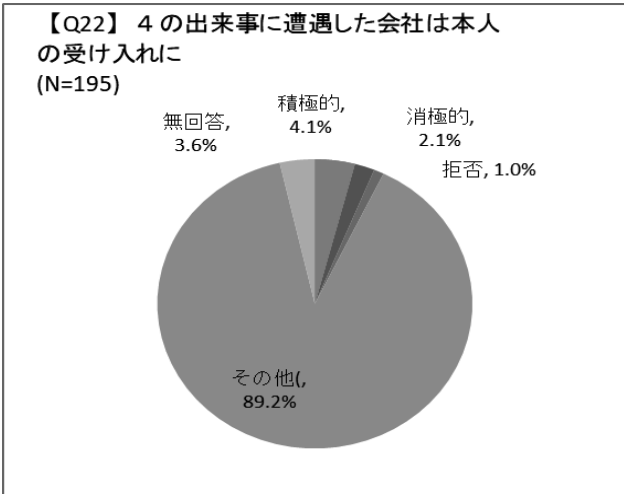
行政から事業所へ本人が復職の意思確認があるかどうかに関しては、復職意思があると確認された労働者は2.6%(5)にすぎず、86.6%(168)は復職意思は確認されていなかった。

復職意思の確認	している	していない	合計
急性ストレス反応	0	1	1
PTSD	0	100	1
適応障害	3	4	7
	42.86	57.14	
うつ病	0	2	2
	0	100	
双極性障害	5	21	26
	19.23	80.77	
神経症性障害	0	3	3
	0	100	
その他	1	1	2
	50	50	
合計	1	5	6
	16.67	83.33	
合計	10	37	47

PTSDで職場復帰を希望していない事例が多い傾向が認められた。(χ²二乗検定：p=0.5836)

21. 事業者は本人の受け入れに積極的か否か

職場への受け入れに対して	度数	割合
積極的	8	4.1%
消極的	4	2.1%
拒否	2	1.0%
その他	173	89.2%
無回答	7	3.6%
合計	194	100.0%



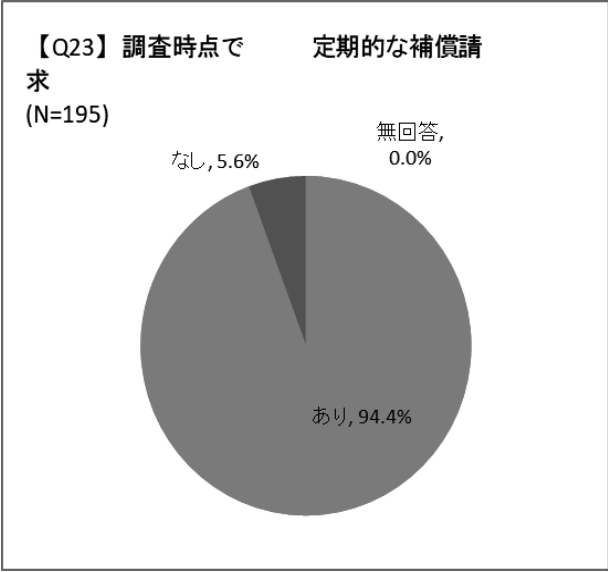
事業所は本人の復職を受け入れることに関して、積極的 4.1%(8)、消極的 2.1%(4)、拒否 1.0%(2)、その

他 89.2%(173)、無回答 3.6%(7)であった。

22. 定期的な補償請求

定期的な補償請求	度数	割合
あり	184	94.8%
なし	10	5.2%
合計	194	100.0%

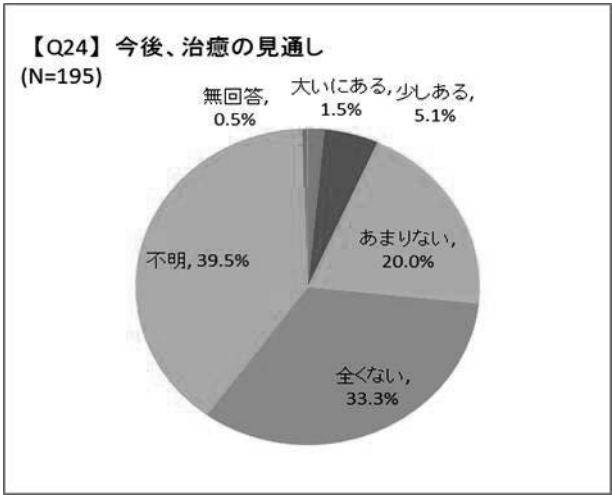
定期的な補償請求のある労働者は 94.8%(184)であり、定期的請求がない労働者は 10 名 (5.2%) であった。



23. 今後の治癒の見通し

今後の治癒の見通し	度数	割合
大いにある	3	1.5%
少しある	10	5.2%
あまりない	39	20.1%
全くない	65	33.5%
不明	76	39.2%
無回答	1	0.5%
合計	194	100.0%

「あまりない」 20.1%(39)、「全くない」 33.5%(65)で、不明・無回答を除いた 117 例の 88.9%(104)が今後の見通しが立っていなかった。



10 年以上経過して今後、治癒の見通しが「おおいにある」と回答した事例は 3 例のみ、「少しある」は 10 例であり、見通しがある事例は 13 例であり、不明・無回答を除いた 117 例のうち 11.1%にすぎなかった。

今後の治癒の見通し	大いにある	少しある	あまりない	全くない	合計
急性ストレス反応	0	0	2	3	5
	0	0	40	60	
PTSD	0	2	6	3	11
	0	18.18	54.55	27.27	
適応障害	0	3	2	2	7
	0	42.86	28.57	28.57	
うつ病	2	4	15	39	60
	3.33	6.67	25	65	
気分障害	0	0	4	6	10
	0	0	40	60	
双極性障害（躁うつ病）	0	0	3	5	8
	0	0	37.5	62.5	
神経症性障害	1	0	5	5	11
	9.09	0	45.45	45.45	
その他	0	1	2	2	5
	0	20	40	40	
合計	3	10	39	65	117

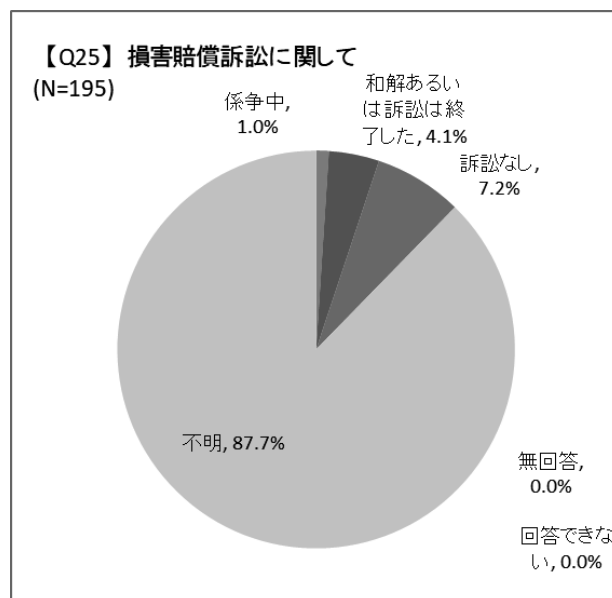
ICD-10 や DSM-5 で急性ストレス反応(障害)は 1 か月以内、適応障害も 6 か月以内と規定されているが、労災認定から 10 年以上経過しているにもかかわらず診断名が変わらず、認定時点と同じ病名で

労災補償請求がされている現状が明らかになった。

24. 損害賠償訴訟に関して

損害賠償訴訟に関して	N	%
係争中	2	1.0
和解あるいは訴訟は終了した	8	4.1
訴訟なし	14	7.2
不明	171	87.7
回答できない	0	-
無回答	0	-
全体	195	100.0

訴訟の実態は不明が87.1%(171)、係争中が2例、和解・訴訟は終了した事例は8例であった。



25. 事案についての意見

以上、主治医診断書、および本人による療養状況報告書より=Aとして報告

・元職へ復帰したものの、その後退職して現在は別会社で就労している。主治医によると、転職後も元職場での出来事が尾を引いていること、現職場でのストレスの訴えがあり、ストレスが減るとかなり症状が良くなると考えている。

・当該対象者は、労働災害（業務中の交通事故）による脊髄損傷のため、障害補償年金（第1級3号）を受給。事故により重度障害に至ったことに悲観的になりうつ病を呈した経過であり、身体の状態は改善が見込めないことから、精神疾患も慢性化している印象。

・本人は職場復帰の希望はあるものの、長期にわたり過眠と不眠を繰り返す睡眠障害を呈しており、職場復帰や治癒の時期が見通せない。

・薬物療法を主体とした療養が継続されているが、主治医によると意欲低下や抑うつ気分は遷延しており、いまだ就労は困難な状態と判断している。治癒の時期が見通せない。

・本件精神疾患発病前に発症した私病で、精神疾患発病後に両眼をほぼ失明した（身障者手帳2級、厚生障害2級）。ボランティアによるリハビリ就労をした時期もあるが、5年前より完全に不就労。和解成立前の主治医意見では和解成立によって症状は軽快見込みであったが、期待していた再就職が叶わなかったことなどにより、実際には和解成立後も全く軽快していない。

・尿道狭窄による排尿障害等の身体障害による苦痛のため、将来設計に関する不安焦燥感、絶望感や希死念慮が常にある、うつ症状が持続しているため、今後も治療の継続が必要とされている。

・症状の改善傾向に伴い、一時主治医とともに就労への働きかけを行ったが、これがとん挫したことで症状が停滞し、現在無気力状態にある。また、いまだ毎晩のように悪夢を見たりフラッシュバックが起これ、これらにより不眠状態にあることから、主治医にさらに強力な薬剤の処方求めたが、現在のもの以上は処方できないと説明されている。これらから、現時点において今後治癒又は寛解の状態まで至るのは、困難な

状況にあると思われる。

・X 年〇月〇日、アセトアルデヒド、ホルムアルデヒド吸入による、「中枢神経機能障害」、「自律神経失調症」にて療養中、X+1 年〇月頃「重度ストレス障害」発症として労災認定されたもの。現在、「中枢神経機能障害」、「重度ストレス障害」にて療養中。※「重度ストレス障害」の労災請求は X+12 年〇月〇日に療養請求があったもの。

・請求書受付時、既に復職をしており、認定後再休業するも、再度復職しています。再休業の期間 4 年間
・主治医の診断内容は通年変わらない。本人は治療効果ありで良くなっていきざしがみえる、としている。子供の世話など簡単な社会生活の限りで過ごしている。認定事業場に在籍しているも全休で復職の見通しはない。「生きている」ことが大変なこと、としている。《A》

・強い不安抑うつ状態が遷延との診断。数年前からリワークプログラム開始、本人はこれを進めたい、としている。それまで（補償を）お時間くださいとの訴え。労災の他、厚生年金受給。《A》

・月 1 回の通院以外社会とのかかわりが希薄、ひきこもりがち。本人も「悪くなった」「ひきこもり強くなった」。復職には大分遠い状況。労災の他、厚生年金受給。《A》

・薬物、支持性治療継続。難治性うつ病で長期に及んでいる、との診断。本人はカウンセリングにて整理できている、減薬を試みたい。身体的な衰え自覚、スポーツ療法を受けたい。現状に即した職業訓練を受けたい。労災の他、厚生年金受給。《A》

・X 年入院治療を経て、現在も改善見込めず薬物療法を主とした通院を継続。家族の買い物に付き合う程度。自宅にこもりがち。認定事業場は大手で、未だ在籍している。休業補償は高額。復帰目途はない。《A》

・状態変動なく遷延化している。無気力で、復帰目途はない。《A》

・通院継続必要で、寛かいと増悪繰り返す。悪くなった、入院を勧められた。家族の問題で多忙を極めた。滑舌悪いことからコミュニケーション閉ざしてしまう。労災の他、厚生年金受給。復帰目途はない。《A》

・薬物精神療法を続けているが、一進一退の状況。体力と免疫がますます落ちている、弱っているとの自

覚。…他に父の介護量が増え、右上肢の痛みを強く感じるようになる。家庭内の仕事は家族の協力が必要とし、復帰の見通しは立っていない。《A》

・薬物精神療法を続けているが、特記する所見なし。労働審判により解雇から合意退職に変更した。意欲がなく、日常の手続きを放置してしまう。労災の他、厚生年金受給。復帰目途はない。《A》

・心的外傷のため症状が遷延している。抑うつ気分、罪悪感が希死念慮に発展することも多くある。ハムスターの止まらない歯車のように追いつめられて逃げられない恐怖から自分で出ることができない。復帰目途はない。《A》

・治療内容は、定期通院、薬物療養で、特に変わらず。自宅でひきこもりがち。療養状況報告は妻記載。復帰目途はない。《A》

・リワーク（20 日／月）等のリハビリも行っているが、活動性の低下は持続している。医師が就労可とした場合、事業場と話し合いをもつ予定。高額休業補償と厚年を併給している。復帰目途はない。《A》

・意欲低下、集中困難持続（重篤な精神症状は認めない）。療養状況報告も「寝ている」との記載のみ。高額な休業補償と厚年を併給しており、就労意欲は何ら認めない。《A》

・非定型の病像。不安、イライラ、意欲低下、倦怠感持続。復帰目途はない。《A》

・徐々に軽快との診断ながら、親の介護等の問題が加わり、不安定になっている。日常生活に多くの支障を来し、就労できる段階にないとの自己申告。復帰目途はない。《以上、主治医診断書・本人による療養状況報告書より》

X 年〇月 診断書にて復職可となった。その後、請求人と会社側は復職にかかる協議を経て、X 年〇+7 月復職を果たしたもよう。X+1 年〇月治ゆ。《A》

・生活指導・社会復帰訓練を行っている。作業所の通所し、生活リズムを整えている。良くなっているとの自覚あるも、復帰目途はない。《A》

・薬物療法、精神療法の継続となっているが、変化は乏しい。不安、パニックが持続。人事部所属で休職中となっている。1-2 回／月の頻度で面談のため事業場に出向いている。会社に行くことへの抵抗はほぼな

くなった。《以上、主治医診断書・・・療養状況報告書より》

・他の疾患（ぜんそく、花粉症）を含め、症状は持続している。吐き気、嘔吐で、救急搬送された。体験のトラウマが強いため、報告書も家族が記載。厚生障害年金も併給されており、復職目途は立たない。《A》

・主治医はX年〇月症状固定について本人の動機づけとしているので、流動的とする。本人から事業場に復職の申し出をするも、労災認定者を簡単に復職させられない。暗に引き伸ばしされていると請求人は受け止めている。《以上、主治医診断書より》

X年清掃作業中刃物で脅かされた。怪我の一月程度の休業のみ。メンタル疾患は未だ20年継続しているが、休業請求なし。直近の意見書では、就労困難、治ゆ困難である。《以上、主治医診断書より》

・保険所等の当事者ミーティングに参加。減薬を図る。早く治したいとするも、過去に急ぎ復職したところ、失敗し、再休職となった。事業場関係者から「復職は覚悟をもって欲しい」というような主旨のことを言われた。復帰目途はない。《A》

・X年以降(13年前) 働けなくなった。人混みではめまい吐き気。疲れると呼吸が苦しくなる。疲れが溜まると体中が痛くなる。洗顔歯磨きも調子が悪い時はできない（一方、6：30起床、子供の面倒を見ながら食事・洗濯とのコメント。発症時と現在の苗字が違う。療養途中に婚姻?）。復帰目途はない。《A》

・労災補償の他、障害厚生年金2級を受けている。3週に1度の通院。1か月に1度の訪問看護。会社の産業医には、3か月に1度電話報告をして病状伝えている。復職目途は立たない。《A》

・元職は合併のためない。どのような形で社会復帰してよいかわからない。別会社に就職し、労災がなくなった後、うつ病が再発して働けなくなったら、それが一番の不安。公のサービスで再び働くためのトレーニングをさせてほしい。どこをもって完治と役所は判断するものかも不安。《A》

・精神科受診はなく、化学物質専門医の治療を続けている。日常生活に多くの制限があり、家族等の支援・援助が必要な状況。年に一度の報告書作成も辛い作業と訴える。復帰目途はない。《A》 部会で「うつ病」

と診断されたが、基礎的な（本来、業務起因性が否定的な）化学物質過敏症に特化している。

・一般的な人付き合いも完全に避けるようになっている。テレビ等で労災被害の話題が目に入り、私がもっと声を上げていれば多くの人が被害にあわずに済んだと後悔する。出産・育児を行いたいと考え、薬を減らせる方法に希望をもって取り組んでいる。復帰目途はない。《A》

・身体症状が加わり症状は遷延。本人は、良くなったり、元に戻ったりを繰り返すとする。電通事件に刺激を受けている。元の事業場と本格的な裁判となり、長期化、悪化の一因となっている。《A》

・主治医は入院加療が望ましいとする。フラッシュバックの依然多い。治療するも変わらない。自殺未遂も起こす。横になって眠れない。自分の正常な感覚を取り戻したい。復帰目途はない。《A》

・無気力と軽そう。生涯通院と服薬を必要といわれている。高額休業補償と厚年受給もあり、職場復帰の目途はない。《A》

X年から8年間休業後復職したもよう。直近意見書では当面治療が必要とされる。《A》

・X年〇月 リワーク実施。事業場関係者と面談機会に緊張。X年〇+6か月リワーク失敗。X+1年〇 休職期間満了が迫る。《A》

・今年こそ社会復帰を果たしたい、とする。学位をとり自信を持ってよいのだと自身に言い聞かせている。落ち込みから脱却したい。医師からは積極的な社会参加を指導されている。復帰目途はない。《A》

・長期的な薬物療法、十分な休養が必要との診断。常に倦怠感、何か作業始めても2-3時間で心身ともに疲れてしまい横になってしまう。報告も書けずに苦しかった。就労していないが、休養請求が途絶えている。復帰目途はない。《A》

・重症ではないが、抑うつが遷延。安定、できることを一つずつやる、治ゆの時期は不明。元職は休職扱い。復帰目途はない。認定時と現在、氏名が変わっている。結婚か、離婚かは不明。《A》

・症状は動揺性あり、休息、薬物、調整的に入院が必要。復職目途はたたない。《A》

・11年前治療開始以後軽快にいたらず、外来薬物療法

中心で加療中。復帰目途はない。《A》

・2年前療養・休業請求なくなった。署からの問合せにも回答ないので、最終請求分をもって終了とした。職場復帰等は不明。

・うつ遷延に強迫性障害が加わる。週に一度の通院でカウンセリング。日常は昼過ぎまでほぼ動かず横になっている。復帰目途はない。《A》

・発症から長期間、弱っているのを自覚。過労死関連ニュースに自己の体験が想起され、恐怖感を感じる。会社への不信感が強く残る。復帰目途はない。《A》

・一日の過ごし方；認知行動療養、趣味、子育て等。高額な休業補償、住居は千代田区のマンション。病気主体ではなく、就労意欲の問題を疑う。36歳認定で現在41歳、この年代に職に就かないことで職業能力の喪失も大きいと推察される《A》

・退職以後10年以上就労せず。薬を飲むことで現在の具合を保つとの申告。復帰目途はない。《A》

・タクシー乗務中、ナイフで切りつけられたより発病。不眠遷延、音に過敏。外出ままならず。入浴洗顔も自発的に行わない。60歳で認定、現在70歳。復帰は見込めない。《A》

・少しずつ改善傾向との診断。友人トラブルで社会とのつながりが希薄に。働くことはまだ少し遠い目標との申告《A》

・うつ状態難治性のところ身体疾患が加わる。会社の人間性を無視した過重労働ダメージが継続している。電通事件にショックを受けた。監督署は何をしていたのか。高給より安心して働ける職場を望むとの申告。《A》

・再発防止の通院を継続。話し合いを通じて6年前復帰。治ゆにおいては不安。減薬から普通にしたいことを目標としている。《A》

・未だ回復困難との診断。病気に対して家族や周囲の理解がない二次被害が軽快を妨げる。そもそもの完全癖、固執性でさらに症状を強めている。《A》

・入院中で獲得した生活リズムを継続していく。失効した運転免許取得を目指している。復帰目途はない。《A》

・精神既往あるところ、父親経営の建設会社で勤務し、長時間労働で精神疾患を最初発した。現在、厚生医療

センターでケアを受けている。家族では手におえない。恒久的に就労は困難な状況。厚年も併給している。《A》

・愛犬死亡に一時的に落ち込み。前向きに物事を考える時間が増えたとするが、13年前退職後、就労機会はない。《A》

・長期間にわたり治療継続も重篤な精神症状が遷延、入院を要する場合もとの診断。極度の長時間労働で認定されたが、近況は人間関係で悩みがあり落ち着いて過ごせないとの訴え。《A》

・直近、希死念慮があるとの診断。X年〇月まで復職に向けたリハビリり出社。X+1年中は全休。発症原因となった女性上司が昇進しており不安が大きいとの訴え。《A》

・全体休業（人事部付）から脱出し職場復帰したい。ヘルニア、家族の問題（裁判）が労災に覆いかぶさり苦しい状況《A》

・出来事から約3年後に作業療法の一環として軽作業を始めたものの継続できず、現在は自宅周辺の雑務（雪かき、畑仕事等）をこなしている程度であり、職場復帰の見通しが立たない。

・多少の家事をこなす程度で就労困難との所見であり、職場復帰の見通しが立たない。

・症状は遷延化しているものの、ほぼ症状固定に近い。主治医は、症状悪化の可能性が高いとして、症状固定は慎重に進めるべきとの立場である。休業補償並みの障害補償があれば、生活への不安なく、症状固定・アフターケア以降・社会復帰が可能となる見込みがある。

・本事案は、X年〇月に発病したとして、X+8年〇月に労災請求を受理した事案である。認定時（X+9年〇月）には会社に復帰していたが、期間を空けて短期間休業請求後、X+11年〇月より再休業している。

・主治医等からパートでの就労を勧められているが、不安が強く、本人が行動に移せずにいる。本人は自宅から外出することが困難な状態にあり、治癒までになお相当期間を要すると考えられる。アフターケアへの移行が検討されるも、要件を満たしていないため、療養が続いている。

・主治医意見、労災医員意見より平成29年7月31日を以て症状固定との確認を得ているが、本省との協議結果待ち。主治医が労災保険の症状固定の制度とい

うものを理解おらず苦慮している。

・本件は、疾患名：PTSD、発症時期：X年〇月と認定していますが、精神疾患にかかる治療は、X+2年〇月から開始しており、労災請求は平成25年6月という事案です。就労状況については、外傷の症状固定後（平X年〇月）（精神疾患労災認定後6か月）しばらく経ってから、体調を見つつ家業の手伝いを行っていましたが、X年〇月に家業が廃業となり、X+8年1月に新しい職場に就職するも1週間程度で体調を崩し退職しています。その後は現在まで職場復帰できていないという状況です。

・初診の会社内診療所から市中病院へ照会後も療養は長期化している。傷病年金（障害）も同一事由にて受給中であり長期化しています。

・主治医の意見で症状の改善がみられた場合、どの程度で症状固定とすべきものか、判断するのに苦慮される。

・発症から10年を超え、家事も全くできない等、症状は以前より悪化しているような状態と聞いている。労災保険上の「治癒」とは、医学上一般に認められた医療を行っても、その医療効果が期待できなくなった状態（投薬等により一時的な回復がみられるに過ぎない場合など、症状が残存している場合であっても、その傷病の症状の回復・改善が期待できなくなった状態。）をいうところ、主治医は「医療効果あり」と述べ、労災の「治癒」について主治医の理解を得られない面がある。

<山村重雄研究協力員の統計学的探索>

1. うつ病に対するリスク因子

多重ロジスティック回帰分析

要因	尤度比カイ 2乗	オッズ比 (あり/なし)	p値 (Prob>ChiSq)
1. 事故や災害の体験	1.069	0.56	0.3012
2. 仕事の失敗、過重な責任の発生	0.948	1.799	0.3304
3. 仕事の量・質の変化	1.425	1.715	0.2326
4. 役割・地位の変化等	1.367	2.008	0.2423
5. 対人関係	0.086	1.167	0.7694
6. セクシュアルハラスメント	2.459	0	0.1168
100時間以上の労働の有無	2.308	2.103	0.1287

多重ロジスティック回帰分析では要因を考えられるリスク因子は検出できなかった。また、ステップワイズ法でリスク要因を探索したが、リスク要因は明らかにならなかった。そこで、各要因の単変量ロジスティック回帰で解析した。

要因	尤度比カイ 2乗	オッズ比 (あり/なし)	p値 (Prob>ChiSq)
1. 事故や災害の体験	19.425	0.211	<0.0001
2. 仕事の失敗、過重な責任の発生	1.2922	1.733	0.2556
3. 仕事の量・質の変化	12.763	2.855	0.0005
4. 役割・地位の変化等	2.368	2.268	0.1238
5. 対人関係	0.1581	0.8604	0.6909
6. セクシュアルハラスメント	4.595	不安定	0.0321
100時間以上の労働の有無	16.811	3.86	<0.0001

リスクをあげる因子として、仕事の量・質の変化と100時間以上の労働の有無がリスク要因としてあげられた。単変量で解析した結果と多変量で解析した結果が大きく異なるのは事例によって、仕事の量・質の変化と100時間以上の労働の有無との相関が強いことが可能性としてあげられる。多変量解析では因子が特定できなかったのは、長時間労働と仕事・質の変化に交互作用があるからと考える。長時間労働と仕事の質・量の変化間の因果関係はこれまでの解析ではあきらかではない。

2. PTSD に対するリスク要因

多変量ロジスティック解析

要因	尤度比カイ 2乗	オッズ比 (あり/なし)	p値 (Prob>ChiSq)
1. 事故や災害の体験	1.218	不安定 (大きな値)	0.2697
2. 仕事の失敗、過重な責任の発生	1.218	0	0.2697
3. 仕事の量・質の変化	1.218	0	0.2697
4. 役割・地位の変化等	0	0	0.998
5. 対人関係	0	0.0307	0.9991
6. セクシュアルハラスメント	0.68	不安定 (大きな値)	0.4097
100時間以上の労働の有無	0	0.1247	0.9994

ステップワイズ

要因	尤度比カイ 2乗	オッズ比 (あり/なし)	p値 (Prob>ChiSq)
1. 事故や災害の体験	23.09	不安定 (大きな値)	<.0001*
6. セクシュアルハラスメント	5.32	不安定 (大きな値)	<.0001*
100時間以上の労働の有無	6.038	不安定 (大きな値)	<.0001*

単変量ロジスティック回帰分析

要因	尤度比カイ 2乗	オッズ比 (あり/なし)	p値 (Prob>ChiSq)
1. 事故や災害の体験	33.1642	55.823	0.0001
2. 仕事の失敗、過重な責任の発生	3.1688	不安定	0.0751
3. 仕事の量・質の変化	17.8245	不安定	0.0001
4. 役割・地位の変化等	2.67	不安定	0.1023
5. 対人関係	5.6222	不安定	0.0177
6. セクシュアルハラスメント	1.7869	6.8461	0.1813
100時間以上の労働の有無	26.9199	不安定	<0.0001

PTSD に関しては、事故や災害の体験がリスク要因となる。

3.神経症性障害に対するリスク要因

要因	尤度比カイ 2乗	オッズ比 (あり/なし)	p値 (Prob>ChiSq)
1. 事故や災害の体験	0.198	0.6452	0.6566
2. 仕事の失敗、過重な責任の発生	0.141	0.6655	0.707
3. 仕事の量・質の変化	1.2	2.3996	0.2734
4. 役割・地位の変化等	2.282	0	0.1309
5. 対人関係	1.123	2.4026	0.2893
6. セクシュアルハラスメント	0.554	3.1884	0.4567
100時間以上の労働の有無	5.054	5.5032	0.0246*

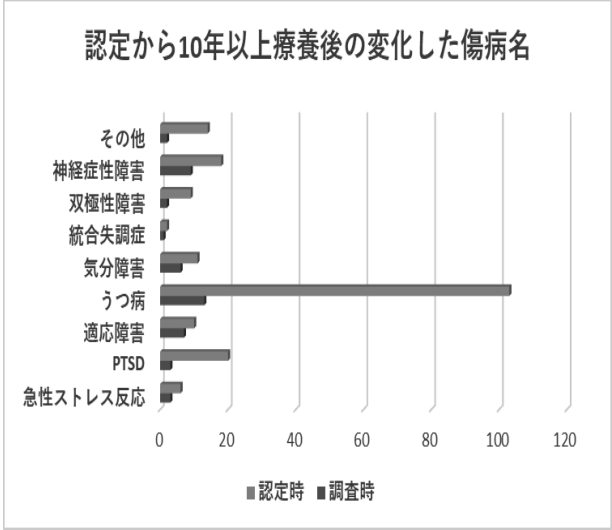
単変量ロジスティック回帰分析

要因	尤度比カイ 2乗	オッズ比 (あり/なし)	p値 (Prob>ChiSq)
1. 事故や災害の体験	0.4684	0.6477	0.4937
2. 仕事の失敗、過重な責任の発生	0.4537	0.5197	0.5366
3. 仕事の量・質の変化	0.0216	1.0777	0.8831
4. 役割・地位の変化等	3.2705	不安定	0.0705
5. 対人関係	5.8554	3.888	0.0112
6. セクシュアルハラスメント	1.4531	5.468	0.228
100時間以上の労働の有無	6.8138	4	0.009

ステップワイズ法では意味のある要因の探索はできなかった。神経症性疾患では、長時間労働と対人関係が影響していそうである。

③2016 年調査と 2017 調査の結果を合体させて検討

2016 年度調査は、労災認定基準で業務上と判断された 2012(H24)年度事案(366 例)の 2016 年 8 月時点での療養状況を調査した。労災認定後 4 年経過して治めている事例は 53.2%(196)、治めていない事例は 44.6%(165)であった。2016 年度調査では療養開始から調査時点までの 5 年未満の療養事例が 217 例、5～10 年の療養事例 85 例、10 年以上の療養事例が 10 例であった。2017 年度調査の 10 年以上の療養事例 195 例を加えて 561 例を検討した。2016 年度の 10 年以上の事例 (10 例) は 2017 年度調査の事例とは重複していない。



1. 労災認定時と傷病名

調査時点の傷病名										
	急性ストレス反応	PTSD	適応障害	うつ病	気分感情障害	統合失調症	双極性障害	神経症性障害	その他	合計
認定時の傷病名	急性ストレス反応	0	2	0	1	0	0	1	1	5
		0	40	0	20	0	0	20	20	
	PTSD	3	0	1	2	0	1	0	18	26
		11.54	0	3.85	7.69	0	3.85	0	69.23	
	適応障害	3	2	0	14	0	0	0	7	28
		10.71	7.14	0	50	0	0	7.14	25	
	うつ病	2	1	3	0	3	1	8	1	16
		5.71	2.86	8.57	0	8.57	2.86	22.86	2.86	45.71
	気分感情障害	0	0	0	8	0	0	1	0	10
		0	0	0	80	0	0	10	0	
	統合失調症	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		0	0	0	0	0	0	0	100	
	双極性障害	0	0	0	3	0	0	0	1	4
		0	0	0	75	0	0	0	25	
	神経症性障害	1	1	4	6	0	0	1	0	5
		5.56	5.56	22.2	33.3	0	0	5.56	0	27.78
	その他	1	2	5	12	0	0	0	0	20
		5	10	25	60	0	0	0	0	
	合計	10	8	13	46	3	2	12	3	147

傷病名	数	割合
急性ストレス反応	29	5.2%
PTSD	76	13.5%
適応障害	74	13.2%
うつ病	226	40.3%
気分感情障害	17	3.0%
統合失調症	4	0.7%
双極性障害	13	2.3%
神経症性障害	28	5.0%
その他	94	16.8%
合計	561	100.0%

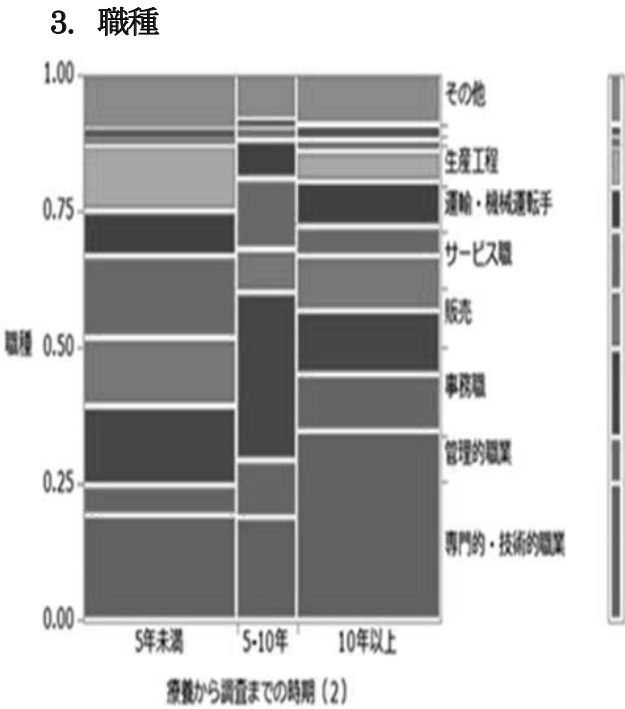
うつ病が圧倒的に多く 40.3 % (226)、次に PTSD13.5%(76)、適応障害 13.2%(74)であった。

2. 労災認定時と傷病名が違っている場合の調査時の傷病名

病名の変更率で多いのは、気分感情障害 58.8%で 17 例中 10 例が他疾患へ変更(うつ病への変更事例は 8 例)、神経症性障害は 28 例中 18 例が変更(変更率 64.3%)⇒うつ病 6 例、その他 5 例等に変更されていた。PTSD は認定時 76 例中 26 例が変更され、統合失調症、うつ病、神経症性障害へと変更されていた。

	認定時	調査時	%
急性ストレス反応	29	5	17.2%
PTSD	76	26	34.2%
適応障害	74	28	37.8%
うつ病	226	35	15.5%
気分感情障害	17	10	58.8%
統合失調症	4	1	25.0%
双極性障害	13	4	30.8%
神経症性障害	28	18	64.3%
その他	94	20	21.3%
合計	561	147	26.2%

適応障害は74例中、28例(37.8%)がうつ病、双極性障害へと変更されていた。全体の561例中26.2%(147例)の病名の変更はなされていた。



10年以上の療養事例に専門的・技術的職業が34.7%(70)がみられ、他の療養期間の労働者、5年未満:19.4%(42)、5~10年:18.8%(16)より割合的に多くみられた。

年数	専門的・技術的職業	管理的職業	事務職	販売	サービス職	運輸・機械運転手	生産工程	運輸・清掃・包装等従事者	建設・採掘従事者	その他	合計
5年未満	42	12	31	28	32	18	26	3	4	21	217
	19.35	5.53	14.3	13	14.75	8.29	11.98	1.38	1.84	9.68	
5-10年	16	9	26	7	11	6	0	2	1	7	85
	18.82	10.59	30.6	8.2	12.94	7.06	0	2.35	1.18	8.24	
10年以上	70	21	24	20	11	17	11	4	6	18	202
	34.65	10.4	11.9	9.9	5.45	8.42	5.45	1.98	2.97	8.91	
合計	128	42	81	55	54	41	37	9	11	46	504

4. 労災請求の際の事業主の証明の有無

事業主の証明	あり	なし	合計
5年未満	129	65	194
	66.49	33.51	
5-10年	42	36	78
	53.85	46.15	
10年以上	85	102	187
	45.45	54.55	
合計	256	203	459

労災請求の際の事業主の証明が得られていない労働者の割合は、5年未満33.3%(65)、5~10年46.2%(36)、10年以上54.6%(102)と療養期間が長くなるにつれて多くなり、長期療養者の方が事業主の証明が得られにくいという結果が得られた。

5. 職場復帰を果たしているか否か

職場復帰	いいえ	はい	合計
5年未満	74 62.18	45 37.82	119
5-10年	54 81.82	12 18.18	66
10年以上	184 91.54	17 8.46	201
合計	312	74	386

10年以上の療養者の中で職場復帰をしていない事例は5年未満：62.2%(74)、5～10年：81.8%(54)、10年以上：91.5%(184)と長期療養になるにしたがい、職場復帰できない状況が明らかになった。

6. 職場復帰と労災認定の傷病名

職場復帰	いいえ	はい	合計
急性ストレス反応	12 63.16	7 36.84	19
PTSD	35 64.81	19 35.19	54
適応障害	34 66.67	17 33.33	51
うつ病	164 87.23	24 12.77	188
気分感情障害	17 100	0 0	17
統合失調症	3 75	1 25	4
双極性障害	11 100	0 0	11
神経症性障害	19 82.61	4 17.39	23
その他	41 73.21	15 26.79	56
合計	336	87	423

急性ストレス反応は36.8%(7)、PTSD35.2%(19)、適応障害33.3%(17)、うつ病12.8%(12)が復帰しており、気分感情障害、双極性障害は100%職場復帰していないという結果が得られた。

7. 療養期間と休業給付金

休業給付	10-20万円	2.5-10万円	20-30万円	30-40万円	40-50万円	50万円以上	
5年以上	59 24.8%	3 1.3%	83 34.9%	55 23.1%	21 8.8%	17 7.1%	238 100%
5年未満	24 35.8%	3 4.5%	18 26.9%	11 16.4%	2 3.0%	9 13.4%	67 100%

5年以上の療養群が、5年未満の療養群と比較して20～30万、30～40万、40～50万と給付金が増えるにしたがって割合的に多いことが明らかになった。

8. 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

過去の職場復帰	あり	なし	合計
5年未満	41 41.84	57 58.16	98
5-10年	12 19.05	51 80.95	63
10年以上	28 14.89	160 85.11	188
合計	81	268	349

過去に職場復帰を果たしたことがある事例は、5年未満：41.8%(41)、5～10年：19.1%(12)、10年以上：14.1%(28)と療養期間が増えるに従い、減少傾向にあることがわかる。しかも349例のなかで、職場復帰したことがある事例は、81例(23.2%)であり、10年以上の療養群(188)のなかで職場復帰をした労災認定患者は28名(15%)にすぎない。

C 考察

1.2016 年度調査の重要な結果

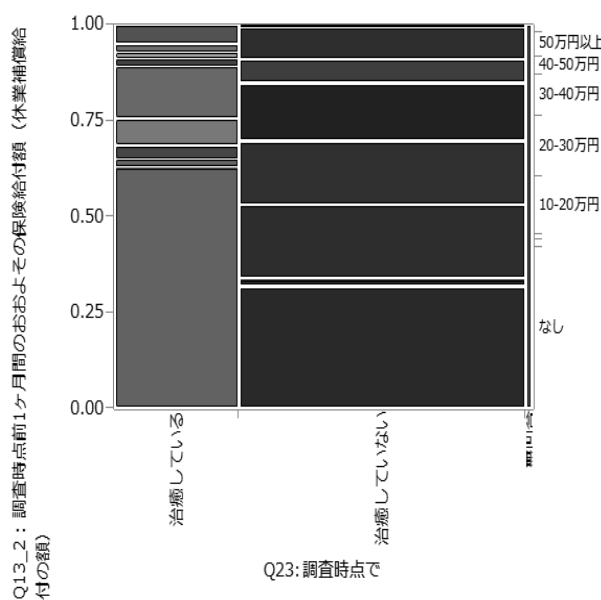
(1) 過去 5 年間に年度ごとに治癒に至った事例

年度	H23	H24	H25	H26	H27
治癒件数	162	229	203	199	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%

平成 27 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)、26 年度事案は同様に治癒率 49.6% (199)、25 年度事案は治癒率 53.3% (203)、24 年度事案は治癒率 59.3% (229)、23 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 23 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) 平成 24 年度事案(366 例)が平成 28 年 8 月時点で

(a) 3 年以上の長期療養者



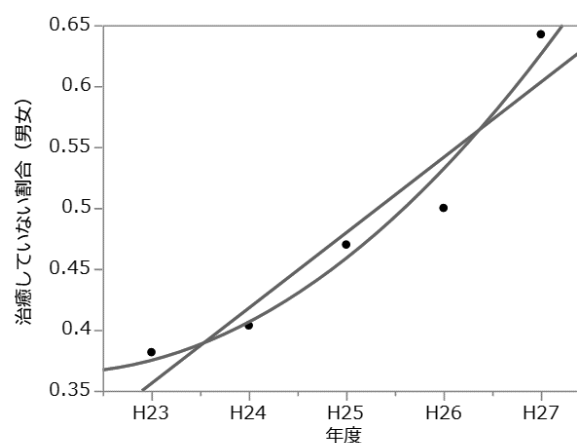
給付額	なし	5万円未満	5-10万円	10-20万円	20-30万円	30-40万円	40-50万円	50万円以上	無回答	
治癒	36	1	2	4	8	1	1	1	3	57
	63	1.75	3.5	7.02	14	1.75	1.75	1.75	5.26	
未治癒	42	3	0	25	22	20	8	11	1	132
	32	2.27	0	18.9	16.7	15.2	6.06	8.33	0.76	
無回答	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	100	0	0	0	0	0	0	0	0	
	81	4	2	29	30	21	9	12	4	192

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。

(b) 年度と治癒していない割合 (男女) の二変量の関係



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

Cochran-Armitage の傾向検定 (増えていく傾向にあるかどうかの検定) 年度ごとに治癒していない割合が増えている。直線の当てはめ (緑: 0 次過程) と指数関数 (赤: 一次過程) の当てはめの比較を検討した。

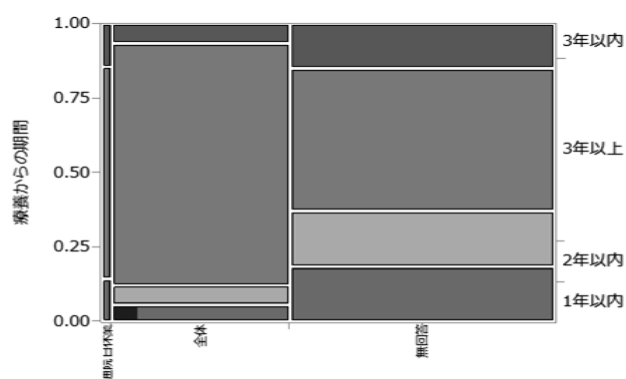
治癒していない割合 (男女) = $0.2941664 + 0.0617969^*$ 年度 1 年たつと 治癒していない割合が 0.0617 多くなるという関係であり、モデルとデータのフィッテ

イングは0.9007である。

1に近い方がフィットする。2は二次式にフィットしている。治癒していない割合（男女）＝0.3644821＋0.0104614*（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0.0104×2²＝0.0416、3年目は治癒していない割合0.0104×3²＝0.0936、4年目は治癒していない割合0.0104×4²＝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。

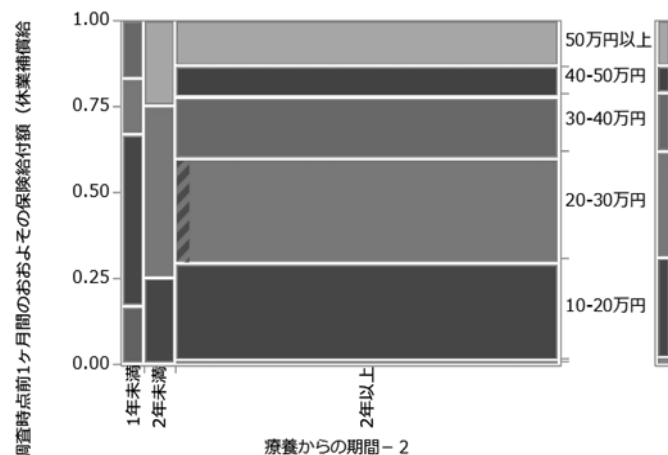
労災認定から4年経過して治癒している事例は53.2%(196)、治癒していない事例は44.6%(165)であり、治癒していない事例165例のうち、治癒の見通しがある事例は7.3%(12)にすぎなかった。さらに全休の事例(113)の療養期間と給付額に関しては、1年未満では休業給付額は20万円未満の事例が多いが、療養期間が2年を超えると20万円を超える事例が増えてくるのが明らかになった。(P値＝0.0166*)休業が長期化している事例は多くの給付額が支給されていた。全休と回答のあった事例123例の中で労災認定から3年以上経過している事例は81.3%(100例)を占め、休業補償給付の支給額と療養期間に関しては、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。

<労災認定から4年の時点で全休者の療養状況>



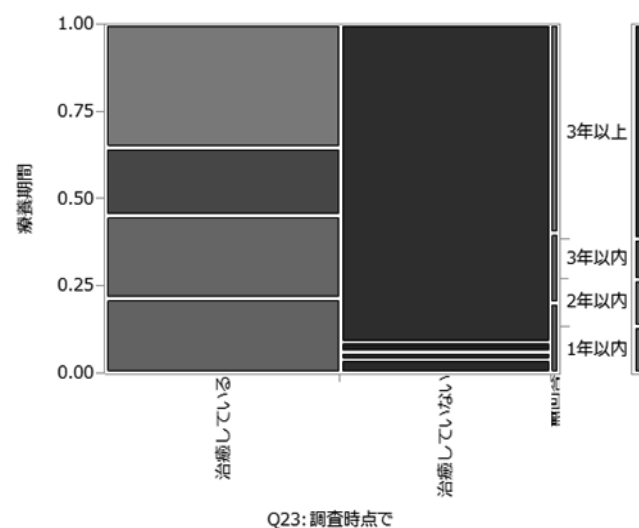
Q13_2_2: 休業補償給付の支給状況

<療養期間による給付額>



Q13_2: 調査時点前1ヶ月間のおおよその保険給付額（休業補償給付の額）

<治癒・未治癒の療養期間>



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 21.6	38 23.46	32 19.75	57 35.19	162
未治癒	6 4.14	3 2.07	4 2.76	132 91.03	145
無回答	1 20	1 20	0 0	3 60	5
	42	42	36	192	312

2.本調査の結果より

(1) 職場復帰（社会復帰）できない要因

職場復帰できない要因	見解数	%
(1) 病状(状態)が改善しない	20	32.8%
(2) 手厚い休業補償給付に依存	15	24.6%
(3) 職場復帰や受け入れ(復職調整)困難	13	21.3%
(5) 高齢化・長期化したため復職困難	8	13.1%
(6) 主治医(治療者側)の問題	5	8.2%
	61	100%

自覚的な症状が改善せず、監督署の近くに行くと当時の聴取調査を思い出したりして、突然不安となり、フラッシュバックするという訴えや面談後に症状が悪化するといった内容が多く、「病状が改善しない」が全体の32.8%(20)であった。次に休業補償給付を生活保護と同様に・・・給付されると考えており、職場復帰する意欲が希薄である、休業補償を継続している者の多くは労災保険に依存する傾向、金銭面による生活への不安、働く意欲が乏しい、長時間労働を伴うものの事案は、給付日額も高く、安定して高額な労災保険給付を受け取れる等の「手厚い休業補償給付に依存」が24.6%(15)が2番目に多くみられた意見であった。さらに職場（社会）復帰するタイミングがつかめず、家族や職場、医療機関、行政などが一体となった職場（社会）復帰に向けた取り組みへの環境が不十分、事業場の規模による受入れの体制が不十分、寛解の判断が出来ず、労災給付を継続等の「職場復帰や受け入れ(復職調整)困難」が21.3%(13)であった。「高齢化、長期化したために復職困難」は8例（13.1%）、主治医から積極的に社会復帰を促しているケースはみられない等の「主治医の問題」は5例(8.2%)であった。

(2) 10年以上の長期療養事例の対策

離職しているケースが多く、医療機関及びハローワーク等と連携を図り、被災者の就労先を確保できるような体制（制度）、職場（社会）復帰に向けた訓練的機関を経て元の職場に復帰できるまたは別会社に就職する仕組みを充実させる等の「医療、行政、企業の連携」が37.1%(13)、症状固定の説明をする場合、認定者の動揺や症状の悪化を懸念し、職

員が説明に苦慮しているため、精神障害を対象とした期間限定給付、精神障害の適正給付管理要領を齊一的に定めるべき等の「精神障害の適正給付管理要領等の施策」が31.4%(3)、治癒判断の検討、年1回程度の専門医を活用した面接による現況把握を行う制度の確立により、主治医まかせではなく行政側からの積極的なアプローチが必要等の「症状固定(治

行政的・医療的・福祉的対策	見解数	%
(1) 医療、行政、企業の連携	13	37.1%
(2) 職場復帰・就労支援体制の指導	6	17.1%
(3) 症状固定（治癒）寛解の判断指針がない	5	14.3%
(4) 精神障害の適正給付管理要領等の施策が必要	11	31.4%
	35	100.0%

癒）寛解の判断指針がない」との意見は5例(14.3%)であった。訓練的機関では職場復帰に向け被災者と職場とのマッチング的役割や研修、事業場側が受け入れられる体制を整えるための補助金等の制度を確立する（助成金制度等の確立）等の「職場復帰・就労支援体制の指導」も17.1%（6）であった。

(3) 10年以上の長期療養事例

全国では調査時点で10年以上治癒していない事案は195例であり、東京が54例、神奈川が24例、大阪が19例、北海道は19例と多くみられた。療養開始から調査時点までの期間は、平均は12.8年であるが、16年以上が22例(11.6%)、22年療養している事例は2例であった。認定時傷病名で最も多いのは、うつ病53.1%(103)、次にPTSD10.3%(20)、神経症性障害9.3%(18)、その他7.2%(14)であった。

労災認定時194例のうち調査時点では46例(23.7%)が病名が変更されていた。急性ストレス反応は3例(変化率50%)、PTSDは3例(変化率15%)、適応障害は7例(変化率70%)、うつ病は13例(変化率12.6%)、気分障害は6例(変化率54.6%)双極性障害は2例(変化率22.2%)、神経症性障害は9例(変化率50%)が変更され、ストレス関連障害であるASR（急性ストレス障害）や適応障害の病名が変更され

ていない事案があり、認定時当初の傷病名が継続されている点に関しては、主治医側の問題が大きいものと思われた。

急性ストレス反応から PTSD、うつ病、神経症性障害、適応障害(10 例の 7 例が変化)⇒PTSD2 例、うつ病 4 例、双極性障害 1 例へと変化、うつ病(認定時 103 例の 13 例が変化)⇒急性ストレス反応 1 例、PTSD1 例、気分障害 2 例、統合失調症 1 例、双極性障害 5 例、その他 3 例、気分障害(認定時 11 例の 6 例が変化)⇒うつ病 5 例、双極性障害 1 例へと変化していた。

心理的負荷の出来事としては、仕事の量・質の変化 45.4%(88)、事故や災害の体験が 24.2%(47)、対人関係のトラブルが 17.5%(34)、仕事の失敗・過重な責任の発生 10.3%(20)が多く、100 時間以上の時間外労働ありが 49.0%(95)であり、100 時間以上の労働者にうつ病の傷病名(64)の人が多く、出来事から 5 年以上経過して労災請求していた事例は 49 例(25.3%)であった。業種に関しては、製造業が 17.5%(34)、サービス業 17.5% (34)、卸売り小売業 17%(33)、情報通信 16.0%(31)の順に多く、情報通信、サービス業にうつ病の事例が多い傾向がみられた。職種に関しては、専門技術職が 32.9% (64)、事務職 11.8%(23)、管理的職業 10.3%(20)、販売 10.3%(20)の順で多く、専門、事務、サービス業にうつ病の事例が多い傾向にあり

(χ^2 乗検定 ; $p=0.1408$)、対人関係が誘因になった職種に事務職、販売職で多い傾向が認められた。(χ^2 乗検定 : $p=0.0013$) 1 か月間に平均 1.87 回通院していたが、労災請求の際の事業主の証明が得られていない事例は 49.0% (95) 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ものの統合失調症 100%(2)、適応障害 80%(8)、双極性障害 77.8%(7)、うつ病は 55.4%(57)に事業主の証明がなかった。

職場復帰を果たしている事例は 16 例(8.2%)であり、職場復帰を果たしていない事例は 90.7%(176)に及んだ。適応障害、気分障害、統合失調症、双極性障害は職場復帰をしている事例は 0 であった。特に職場環境に順応できない適応障害が 0 という結果は、職場環境要因で事例化したものの、長期にわたり職

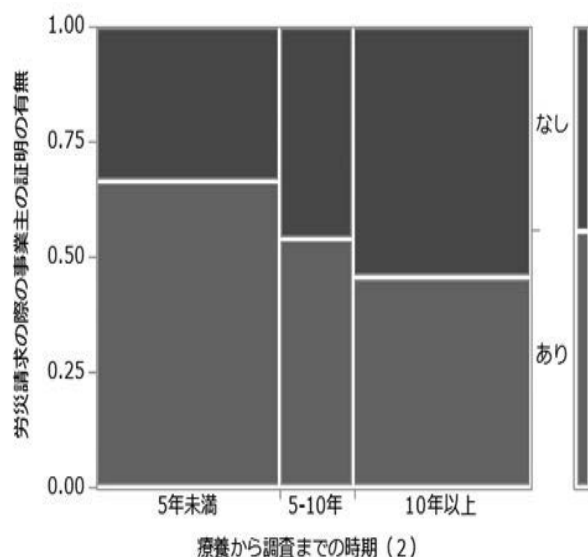
場復帰できず、個体側要因が主体となった病態と受け入れ側の問題が背景にあるものと推測された。職場復帰を果たしている事例は 16 例であり、出来事に遭遇した会社への復職事例は 9 例、別の会社は 4 例、無回答は 3 例であった。

全例が休業給付が支給されていたが、無回答を除いた 180 例のうち 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 72.2%(130)であった。労災認定時点から調査時点までに過去に職場復帰をしたことのある事例は 13.9%(27)にすぎず、不明・無回答 15 例を除いた 179 のうち職場復帰をしたことがない事例は 85.0%(152)にも及んだ。この 152 例は 10 年以上もの長期休業を継続しており、117 例(不明・無回答を除く)の 88.9%(104)が今後の見通しが立っていないという結果であったが、この療養状況から考えると、今後も職場復帰(社会復帰)することなく、休業補償給付を受給し続けることが推測される。また過去に職場復帰したことのある 27 例のうち職場復帰を主導したのは主治医が 29.6%(8)、不明が 63.0%(17)であり、主治医及び産業医が 1 例のみであった。そして職場復帰までの期間を回答したのは 22 例(27 例中)であり、その平均期間は 4.3 年もかかっており、症状固定(治ゆ)の相談が主治医から行政に行われたのは 2 例にすぎず、症状固定(治ゆ)の相談が行政から主治医に求められたのも 62 例(32.0%)であり、行政から当該事業所へ本人の復職の意思確認がなされた労働者は 2.6%(5)にすぎず、事業所の本人の復職を受け入れに積極的であった事例は 4.1%(8)しかなかった状況から、労災認定となった精神障害の復職プログラムや就労支援がほぼ行われていないという現状が明らかになった。

3, 2016年度調査と2017年度調査の結果を合体して検討

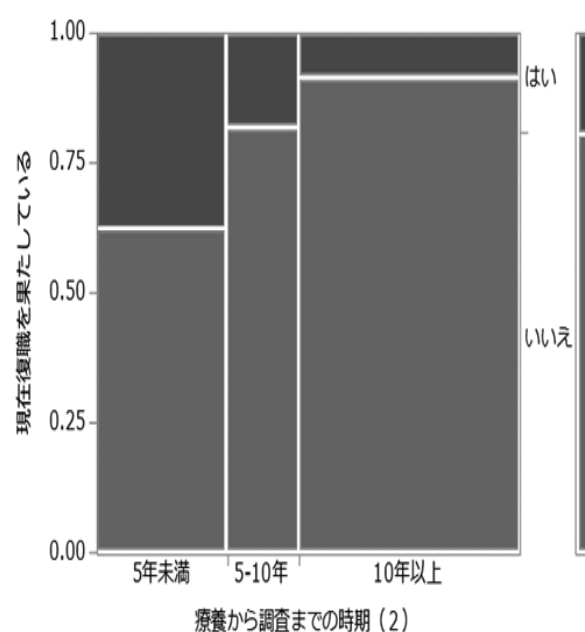
認定時の傷病名は、うつ病が圧倒的に多く40.3%(226)、次にPTSD13.5%(76)、適応障害13.2%(74)であった。病名の変更で多いのは、気分感情障害58.8%で17例中10例が他疾患へ変更(うつ病への変更事例は8例)、神経症性障害は28例中18例が変更(変更率64.3%)、うつ病6例、その他5例等に変更されていた。PTSDは認定時76例中26例が変更され、統合失調症、うつ病、神経症性障害へと変更されていた。神経症性障害は28例中18例が変更され、うつ病、適応障害へと変更されていた。適応障害は74例中、38例(37.8%)がうつ病、双極性障害へと変更されていた。全体の561例中26.2%(147例)の傷病名の変更がなされていた。

10年以上の療養事例に専門的・技術的職業が34.7%(70)がみられ、他の療養期間の労働者よりも割合的に多くみられた。労災請求の際の事業主の証明が得られていない労働者の割合は、5年未満33.3%(65)、5～10年46.2%(36)、10年以上54.6%(102)と療養期間が長くなるにつれて多くなり、長期療養者の方が事業主の証明が得られにくいという結果が得られた。

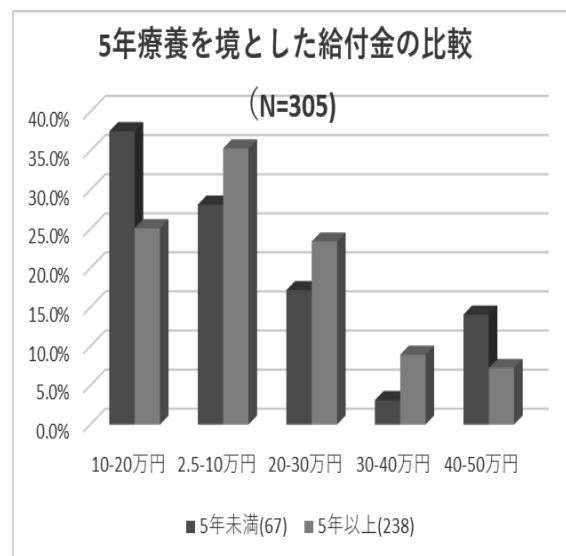


次に職場復帰に関しては、療養者の中で職場復

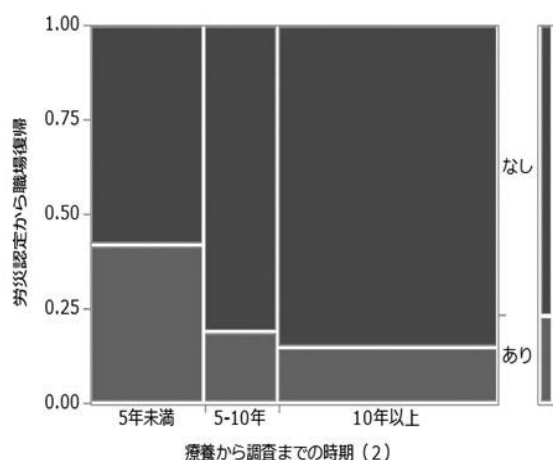
帰をしていない事例の割合は、5年未満：62.2%(74)、5～10年：81.8%(54)、10年以上：91.5%(184)と長期療養になるにしたがい、職場復帰できない状況が明らかになった。急性ストレス反応は36.8%(7)、PTSD35.2%(19)、適応障害33.3%(17)、うつ病12.8%(12)が復帰しており、気分感情障害、双極性障害は100%職場復帰していないという結果が得られた。



5年以上の療養群が、5年未満の療養群と比較して20～30万、30～40万の給付金が割合的に多いことが明らかになった。



過去に職場復帰を果たしたことがある事例は、5年未満、5～10年、10年以上と療養期間が増えるに従い、減少傾向にあることがわかる。



労災認定から療養期間が明らかになった349例のなかで、職場復帰したことがある事例は、81例(23.2%)であり、10年以上の療養群(188)のなかで職場復帰をした労災認定患者は28名(15%)にすぎず、85%(160)は職場復帰をしていないという結果が得られた。

4. 長期療養と職場(社会)復帰

2014年～2016年度調査の要約を下記に示す。

①2014年1月の日本産業精神保健学会と日本精神神経学会合同調査：精神科専門医537人も有効回答：重度の統合失調症を除いて、うつ病、神経症、ASD・PTSD、適応障害、心因性うつ病は8割以上の精神科医が2年以内に病状が安定すると回答し、職場復帰までの期間に関しても重度の統合失調症を除いて、8割以上の精神科医が3年以内に職場復帰可能と回答していた。

②2014年度の労災疾病臨床研究事業では、精神科専門医あるいは精神保健指定医を取得している精神科医は342人(95.3%)精神疾患の適切な療養期間に関しては、「3年以内」は268であり、全体の75.5%を占めていた。(症状固定(治癒)と判断する場合の状態：「臨床的に『問題ない程度』にまで状態が改善し

た状態を(症状固定(治癒)とする)」が最も多く140(39.1%)、次に「服薬を続けていても6ヶ月ほどの安定した状態が継続したら(症状固定(治癒)と判断する)」が127(35.5%)であった。

③2015年度の労災疾病臨床研究事業では、都道府県労働局労働基準部労災補償課長宛てに調査を実施したが、症状固定(治癒)していない事案のうち療養開始から3年以上経過している事例は720例、その中で5年以上経過している事例は456例(個別調査では458)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。

④2016年度の労災疾病臨床研究事業では、労災認定から4年経過して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)にすぎませんでした。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*)

今回調査(10年以上療養している事例)に関して、調査時点で、職場復帰している事例は16例(8.2%)であり、職場復帰を果たしていない事例は90.7%(176)<無回答2例を除く91.2%>にも及んでいた。すなわち、ほとんどの事例が休業し、休業給付金を受給していた。2015年研究では5年以上の事例では調査時点で職場復帰を果たしていた事例は39例(8.5%)であり、同様に88.6%(446)<無回答13を除くと91.2%>に及んでいた。そして2016年度、2017年度の合体調査では、療養者の中で職場復帰をしていない事例は、5年未満:62.2%(74)、5～10年:81.8%(54)、10年以上:91.5%(184)と長期療養になるにしているが、職場復帰できない割合が増えていることが明らかになった。過去に職場復帰していない事例も同様で2015年調査では過去に職場復帰を一度もしていない事例は不明・無回答40を除いた418例の84.7%(354)であり、今年度調査でも不明・無回答15例を除いた179のうち職場復帰をしたことがない事

例は85.0%(152)であった。すなわち、精神障害で労災認定となった患者は、職場復帰や社会復帰をほとんど事例が試みていないという結果が得られた。まさしく、早期に治療し、できるだけ早く職場復帰(社会復帰)させるという労災保険の趣旨から、精神障害の療養に関しては、大きく外れていることが明らかになった。なぜ復帰できないのかは、今回の調査で「病状が改善しない」が全体の32.8%(20)であり、次に休業補償給付を生活保護と同様に・・・給付されると考えており、職場復帰する意欲が希薄である、休業補償を継続している者の多くは労災保険に依存する傾向、安定して高額な労災保険給付を受け取れる等の「手厚い休業補償給付に依存」が24.6%(15)であった。対策としては職場(社会)復帰に向けた訓練的機関を経て元の職場に復帰できるまたは別会社就職する仕組みを充実させる等の「医療、行政、企業の連携」が37.1%(13)で最も多くみられたが、一番の問題は、行政、主治医が全く連携がとれていないことが一番の原因であろう。すなわち、1年に1回の監督署への病状報告はあるにしても、どういう状態になったら治癒判断とするのか、治癒要件が定められておらず、精神障害の多様さに関して、客観的に判断する仕組みが作られていない。医療機関に通院はしているが、その状態がなぜ治癒判断ができないのか、さまざまな要因を第三者の立場から評価し、判断決定する仕組みがほぼ皆無と言っても過言ではない。すなわち、労災認定⇒療養開始⇒休業給付金開始⇒療養継続という図式は存在しても、療養継続⇒治癒判断⇒職場(社会)復帰の図式が欠落しており、精神障害の労災補償に関しては、大きな課題であろう。

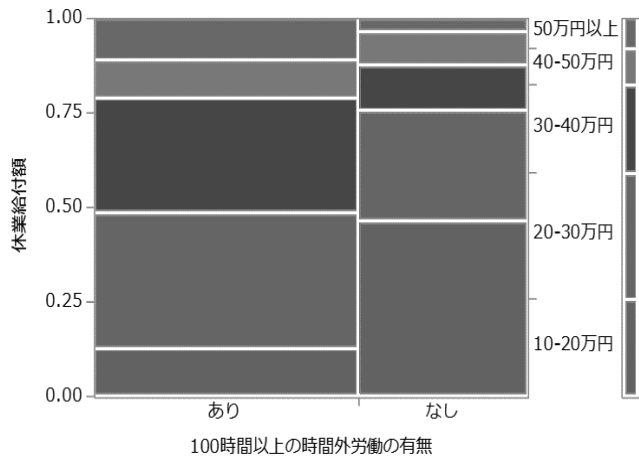
5. 休業給付金と時間外労働

2016年度調査で全休の事例(113)の療養期間と給付額に関しては、1年未満では休業給付額は20万円未満の事例が多いが、療養期間が2年を超えると20万円を超える事例が増えてくる事が明らかにされた。(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*)

今回、2016年度調査と今年度(2017)調査を比較し、さらに5年以上療養している事例を抽出し、100時間残業の有無で比較(下記の表)検討した。

100時間残業	10-20万円	20-30万円	30-40万円	40-50万円	50万円以上	合計
あり	16	46	39	13	14	128
	12.5	35.94	30.47	10.16	10.94	
なし	38	24	10	7	3	82
	46.34	29.27	12.2	8.54	3.66	
合計	54	70	49	20	17	210



5年以上の長期療養事例(210)に関して、100時間以上の時間外労働あり群と100時間以内の時間外労働なし群に分けたところ、100時間以上群は、給付金が20万円以上が87.5%(112)、100時間未満群は53.7%(44)であり、5年以上の療養群の中で100時間以上群は、100時間未満群員比べ、圧倒的に高い

休業給付金を受給している割合が高いことが明らかになった。

次に休業給付金を30万円未満と30万円以上に分けて、影響する因子を探索（ステップワイズ法）したところ100時間以上の労働の有無だけが要因として残り、30万円以上の給付になる要因として100時間以上の時間外労働が関連していることが示された、すなわち、5年以上の治ゆに至らず長期療養となり、かつ30万円以上の休業給付金となる要因として100時間以上の時間外労働が有意に関連(P<.0001*)していることが明らかになった。

要因	パラメータ数	自由度	尤度比カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
100時間以上の時間外労働の有無	1	1	15.78	<.0001*

2015年調査で5年以上の長期療養事例が職場復帰できない理由として「手厚い補償・生活に困窮しない・権利意識 19 (24.1%)」「復帰すると収入減、労災給付後の不安 2(2.5%)」、2017年度調査でも「休業補償を継続している者の多くは労災保険に依存する傾向、手厚い休業補償給付に依存 15(24.6%)」という調査結果からも、長期療養の要因の一つに労災補償の休業給付金額の問題が関係していることは間違いのない事実である。

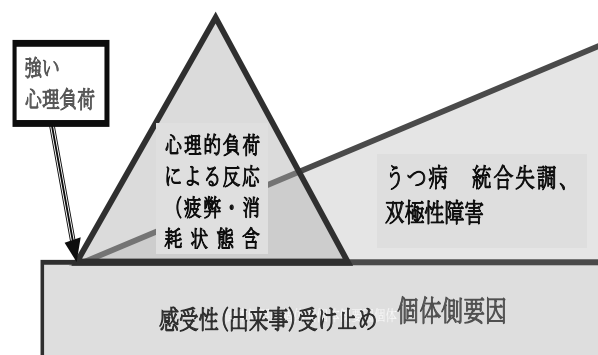
6. 精神科病態の変遷と背景

労働者に発病した精神疾患が労働基準監督署に労災請求され、「業務上」の疾病として労災認定されると、当該精神障害の療養には労災保険が適用され、当該精神障害の療養のため労働することができず、賃金を受けられない場合には、「休業補償給付」が支給される。療養の期間については、当該疾患が療養を必要としなくなるまで、すなわち「治ゆ（症状固定）」するまでの期間とされており、精神科医としては、この療養の過程を通じて、できる限り早期に患者の精神障害を治ゆ（症状固定）の状態にし、患者の職場復帰（社会復帰）の促進を図ることが望まれる。

前述してきたように治ゆに至らない事例が多いことが、2015年以降の全国の労災補償課宛の調査で明

らかになったが、その一つの要因に「病状(状態)が改善しない、20(32.8%)」と最も多く認められた。現在の認定基準は、心理的ストレス（負荷）が業務上の「強」の出来事に遭遇して精神疾患が発症した場合に、業務が濃厚に関係したとして、労災認定となり、労災保険が適用されて治療が開始される。そこで、心理的負荷と精神疾患発症との関係を私見として述べる。

精神疾患は、まず他因子によって発病し、複雑要因によって精神疾患が発症することは、論をまたない。つまり、ストレスを受け止める側とストレスの強度の関係、すなわちストレス脆弱性理論を基本に認定基準が作成されたことは論をまたない。ストレスが非常に強ければ個体側の脆弱性が小さくても精神疾患が起こるし、逆に個体側の脆弱性が大きければストレスが弱くても破綻が生じて精神疾患が発病するという考え方である。しかし、心理的負荷があったときの個体側の心理的反応⇒精神疾患⇒時間的推移⇒精神疾患の病態の変化⇒治療経過より本質的な精神科病態が顕在化⇒精神疾患の病態が複雑化していく過程が、明確化されていない。現在の認定基準は、心理的負荷のストレス強度の判断⇒精神疾患の病名等の特定は公平に認定基準が定められている。しかしながら、労働災害時の心理的負荷のストレス強度と精神疾患発症と相当因果関係をもって発症したことは検討されても、労働災害に起因した精神疾患を有した個人にその後、どのように影響し、その心理的負荷が、どこまで影響因子として関係があるかは、検討されていない。下記に心理的負荷と精神疾患発症の関係を図示する。

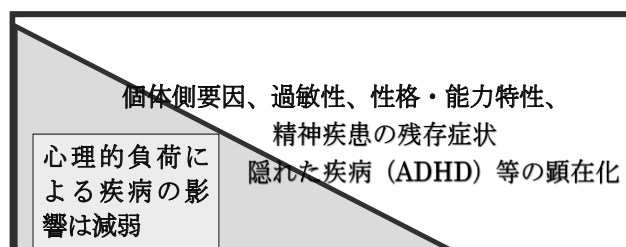


労災認定の判断指針前に「心因性精神障害の業務上認定に際する留意事項（労働省）」があり、心因性精神障害は「その他業務に起因することの明らか疾病」として対象疾病は、神経症、心身症、反応性うつ病等の精神的原因（心因）による精神障害と規定されていた。そして業務上疾病として労災認定するためには、

- 1)十分な強度の精神的負担が業務と関連して存在することが認められること、
- 2)業務以外の精神的負担がないこと、
- 3)既往歴などの個体側要因がないこと

と実務的でない抽象的とも言える要件が定められていた。しかし「認定基準」では、その対象となる精神障害は、国際疾病分類第10回修正版（ICD-10）第5章「精神および行動の障害」に分類される精神障害であって、認知症や頭部外傷などによる障害（F0）およびアルコールや薬物による障害（F1）は除き、業務に関連して発病する可能性のある精神障害の代表的なものは、うつ病（F3）や急性ストレス反応（F4）と精神障害の労災認定に記載されている。現実には、大きな「強」のストレスが評価されたら、統合失調症であれ双極性障害であれ、業務ストレスと相当因果関係があると判断され、業務起因性障害として労災保険で療養給付及び休業給付が支給される。精神障害が、労働災害によって惹起された不可逆的な身体疾患と大きな相違点は、ストレスを受け止める側の心の動きや、精神障害の症状の推移や個体側要因の労働者自身の性格や能力等の特性の問題が見え隠れしながら病像が変遷するという点である。すなわち労災認定時点で業務が大きなストレス（心理的負荷）として精神疾患発病に関係があったとして因果関係が認定時点で存在したとしても、その後、長い経過を経ていく過程で、その認定時点で判断されたストレスが持続的に長期に経過した時点の病像や病状の形成因子として持続しているかという点、必ずしも、そう言えないのではないだろうか。すなわち、業務ストレス（心理的負荷）に起因した精神障害は、化学物質やアスベストや有機溶剤が引き起こす健康障害とは、異質であり、心理的負荷そのものが内容や強度が変化し、状況によっては減弱し、業務ストレスが影響した病態とは違う

病態が明らかになることは、日常臨床のなかで良く経験するところである。今回の調査で10年以上職場復帰できない理由に「最近傷病名に「ADHD」



が追加されました。（私病扱い）主治医は元々幼少期からADHDがあったとしており、発症の背景にADHD特性も関与していると考えられる以上、ADHDに対する処置が必要としています」という見解がみられたが、まさしく、認定時点では業務ストレスが関係していたとしても、労働災害に起因した精神障害が長い経過を経ていく過程で、その病像が、その労働者の本質的で本来の疾病が根底に存在していたと判断できないだろうか。極端なことを言えば、強い業務上の心理的負荷を受けて発病すれば、その後、認定時点で評価された心理的負荷が、長い経過を経た時点で病態が変遷して、その心理的負荷の影響は少なくなった、あるいは関係がない病態であったとしても、労災認定時にいったん認められた精神障害は、治癒するまでストレス起因性（労働災害に起因した）のある精神科病態として労災保険で補償され続けるのは、見直されるべきである。

アスベスト⇒吸入し暴露⇒肺癌や中皮腫
化学物質⇒人体に有害性⇒暴露⇒癌等の慢性障害
(不可逆的)

精神科病態の変化

心理的負荷⇒ストレス反応⇒可逆的

<実際の事例>

心理的負荷⇒うつ病・寛解・・・残存症状
心理的負荷⇒うつ病⇒双極性障害
心理的負荷⇒PTSD⇒統合失調症
⇒うつ病
⇒神経症性障害

心理的負荷⇒適応障害⇒うつ病

⇒双極性障害

心理的負荷⇒(認定時傷病)⇒ADHD

心理的負荷⇒(認定時傷病)⇒引きこもり

長い経過を経て、上記のように様々な傷病名が561例中26.2%(147例)＜10年以上の長期療養事例では46例(23.7%)＞病名の変更がなされていた。これだけみても精神科病態は時間的経緯により病態が変化する可能性が高く、個体側要因として生来の隠れていた病態が顕在化した可能性もあり、上記の身体疾患のように不可逆的な健康障害を惹起するのとは違い、心理的負荷は可逆的な病態を引き起こし、生物学的疾病や生来性の病態が顕在化した傷病へと変遷するという視点が、精神障害の労災補償の在り方から欠落していると言っても過言ではないであろう。すなわち、業務に起因した心理的負荷が引き起こした、ストレスが濃厚な病態は、治療過程のなかで大きく変化し、その心理的負荷による病態は長い経過のなかで減弱化し、それと逆比例するかのようになり生来性等の個体側要因や認定時点と違った精神科病態に変遷・推移していくという特性が精神疾患・障害に内在するという事実を受け入れた形での職場(社会)復帰を促進する精神障害に適合する労災補償を検討するべきであろう。

また既存精神障害の悪化に関しても、本来、業務外の精神障害であり、労働者の生物学的要因や生来性の特性に起因した精神障害であり、業務に起因した心理的負荷(ストレス)の影響によって心理的反応をした部分(悪化部分)に関して一定の期間、労災補償を行うのは日常臨床に携わる精神科医としては了解できるが、そもそも業務起因性のない病態まで持続的に労災補償を行うのは、一臨床医としては疑問を感じざるを得ない。平成30年2月22日東京高裁判決・平成29年(行コ)第30号遺族補償給付不支給処分取等取消請求控訴事件で「障害という事実を業務自体に内在する危険と見ることはできない」との既存精神障害の形成因子の基本原則を踏まえた上で業務に起因した心理的負荷と悪化との関係を慎重に判断すべきである。

今回の調査を勘案すると、時間が経過するにつれ業務外の要因が加わり、全国の労災補償課宛に行った調査結果では、担当者が治ゆに至る過程で、その対応に苦慮している現状が明らかになった。特に自覚的な症状が改善せず、監督署の近くに行くと当時の聴取調査を思い出したりして、突然不安となり、フラッシュバックするという訴えや面談後に症状が悪化するといった内容が多く、「病状が改善しない」が全体の32.8%(20)認められたが、精神科医の立場から考えると、治ゆ(症状固定)や労災補償終了の面談に対する心理的反応の側面もあり、精神疾患の悪化ではない可能性も十分あり、主治医と行政が連携して労働者の労災補償の在り方を検討すべきである。すなわち、ここで精神医学的に留意しなければならないのは、業務中の出来事(時に嫌がらせ、いじめ)を受けた出来事が大きな誘因として労働災害に起因した精神障害が発病した場合、「心の傷」として記憶に残存していることと、疾病(精神障害)としての後遺障害として残存しているかは、事例によっては区別して考えることも必要である。10年以上も前の出来事を忘れられない、あの出来事から自分は病気になったという訴えは、労働災害時の心理的負荷に対する個体側の受け止め方により病気(精神障害)が、どの程度、関係しているのか、現在の精神状態の影響が、どの程度あるのか、あるいは別の要因で訴えているのかは、慎重に多角的に検討する必要がある。

次に「休業補償給付を生活保護と同様に…給付されると考えており、職場復帰する意欲が希薄である、休業補償を継続している者の多くは労災保険に依存する傾向…働く意欲が乏しい、長時間労働を伴うものの事案は、給付日額も高く…労災保険給付を受け取れる」等の「手厚い休業補償給付に依存」が24.6%(15)が2番目に多く得られた意見であるが、まさに早期に治療し、職場(社会)復帰を促進する労災保険の趣旨を大きく外れた形で休業補償給付を受給している実態があると現状を認識すべきである。

2016年度調査＜2012年度認定事例(366例)が2016年8月時点での療養状況の調査＞で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（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、ほとんどの事例で療養期間が長期化することが明らかになった。(P<.0001*)

今回、2016 年度調査と今年度（2017）調査を合計して休業給付金を 30 万円未満と 30 万円以上に分けて、影響する因子を探索したところ 100 時間以上の労働の有無だけが要因として残り、5 年以上の長期療養事例に 30 万円上の休業給付金受給者が多いことが明らかになった。なぜ 100 時間以上の時間外労働者に高額な労災保険給付者が多いのか、という点を検討する。

療養のため労働することができず、賃金を受けられないときに、休業の 4 日目から、休業 1 日につき、給付基礎日額の 80%が支給される。支給の際、「休業（補償）給付×60%+休業特別支給金×20%」が支給される。その際、災害発生（疾病の場合は医師の診断により疾病の発生が確定した日）前 3 ヶ月間の賃金をその間の日数（暦日数）で除したものが基本となる。したがって「給与+残業代÷給付基礎日額」を算出し、①休業補償給付×0.6+②休業特別支給金×0.2=給付額が支給される。厚生労働省から「労災年金給付等に係る給付基礎日額の年齢階層別最低・最高限度額」(平成 29 年 8 月 1 日から平成 30 年 7 月 31 日までの期間) が提示されており、50～54 歳の最低限度額=6,802 円、最高限度額=25,219 円が提示されている。仮に 20,000 円の給付基礎日額が算定されたとすると、①20000×0.6+②20000×0.2=16000 円となり、1 か月間全休した場合には、1,6000 円×30 日=480,000 円が支給される。

今回、2016 年度調査と今年度（2017）調査を合計(210)して 100 時間以上の時間外労働のある事例(128)に休業給付金 30 万円以上の休業給付金を支給されている労働者が多く、30 万円以上の労災保険高額受給者と 5 年以上の治ゆに至らない長期療養との間に有意に関連(P<.0001*)があることが認められた。全国の労災補償課調査で担当者から「長時間労働を伴うものの事案は、給付日額も高く、安定して高額

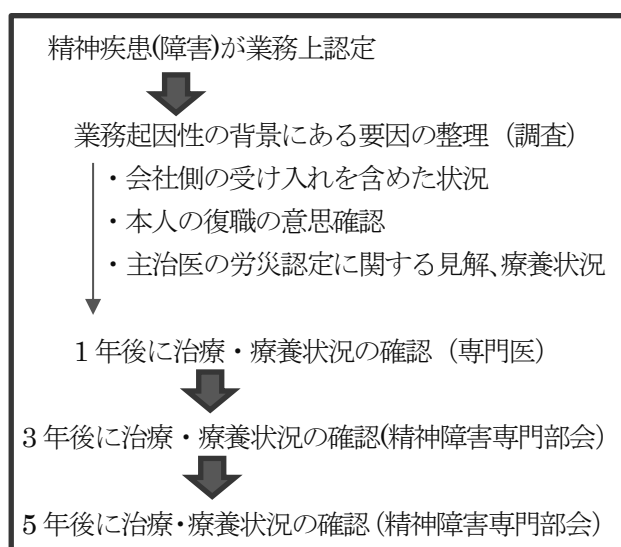
な労災保険給付を受け取れる」との意見を裏付けるものであり、果たして、このような長期療養事例が、適切な療養が行われているのか疑問を感じざるを得ない。そして、今年度調査でも不明・無回答 15 例を除いた 179 のうち職場復帰をしたことがない事例は 85.0%(152)であり、精神障害で労災認定となった患者は、職場復帰や社会復帰をほとんどの事例が試みていないという結果が得られた。このことは、まさしく早期に職場（社会）復帰させる労災補償が、精神障害に関しては、むしろ職場（社会）復帰を阻害している因子として作用していると言っても過言ではない。

7. 今後の精神障害の労災治療

労働者に発病した精神疾患が労働基準監督署に労災請求され、「業務上」の疾病として労災認定されると、当該精神障害の療養には労災保険が適用され、当該精神障害の療養のため労働することができず、賃金を受けられない場合には、「休業補償給付」が支給される。療養の期間については、当該疾患が療養を必要としなくなるまで、すなわち「治ゆ（症状固定）」するまでの期間とされており、精神科医としては、この療養の過程を通じて、できる限り早期に患者の精神障害を治ゆ（症状固定）の状態にし、患者の職場復帰（社会復帰）の促進を図ることが望まれる。労働者が傷病に罹患し治療する場合において、治療を担当する主治医と、労働者の健康と安全の観点から職場での対応を担当する産業医との間で、労働者の同意のもとに適切な情報交換・連携が図られることが指摘されており、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障害を早期に復職させるための調査として実施した。

全国労災補償課調査では、「医療、行政、企業の連携」が 37.1%(13)、精神障害を対象とした期間限定給付、精神障害の適正給付管理要領を斉一的に定めるべき等の「精神障害の適正給付管理要領等の施策」が 31.4%(3)、治ゆ判断の検討、年 1 回程度の専門医を活用した面接による現況把握を行う制度の確立に

より、主治医まかせではなく行政側からの積極的なアプローチが必要等の「症状固定(治ゆ) 寛解の判断指針がない」との意見は5例(14.3%)であったが、労災保険の根幹である「治癒するまで障害認定しない」という規定があるものの、行政、医療が連携する時がきていると思われる。そして職場復帰させる手順として下記を提案したい。



精神障害が、身体疾患と大きな相違点は、ストレスを受け止める側の心の動きや、精神障害の症状の推移や潜在していた病態が顕在化したり、個体側要因の労働者自身の性格や生来性の能力等の特性の問題が見え隠れしながら病像が変遷するという点であることは前述した。労災認定時点の傷病名から大きく傷病名が変更された事例も約四分の一みられた。労災保険の休業補償給付の背景に精神科病態が複雑に変遷し、不幸にも労働災害に遭遇、あるいは労災認定時点で業務が大きなストレス(心理的負荷)として精神障害発病に関係があったとして因果関係が認定時点で存在したとしても、その後、長い経過を経ていく過程で、その認定時点で判断されたストレスが持続的に長期に経過した時点の病像や病状の形成因子として持続しているかどうかは、慎重に第三者の視点から検討していくプロセス(過程)が必要である。そして労災保険という労働者のための手厚い補償を、ただ単に生活給付という観点からではなく、精神障害者を自立させる視点に立つて、精神障害の

適正給付の検討、さらに労働者としての職場(社会)復帰を含めた地域及び社会の中での位置づけを検討することが喫緊の課題と考える。

E. 結論

2017年度調査、さらに2016年度調査結果と2017年度の調査結果を合体させて、長期療養の背景にある要因を分析した。その結果、早急に労災患者の治ゆ判定の検討及び労災保険による休業患者に対する職場(社会)復帰支援に対する具体的な対策を検討すべきである。

参考文献

1. 厚生労働省労働基準局補償課職業病認定対策室：心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針について、1999.9
2. 厚生労働省労働基準局補償課職業病認定対策室：心理的負荷による精神障害の認定基準について(基発1226第1号) 2011.12
3. 労災年金給付等に係る給付基礎日額の年齢階層別最低・最高限度額(2017.8.1)

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

平成 29 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

長期化する労災事例に対する治療効果向上、再発・再燃防止、職場復帰・再就労に向けた有効な手法を検討するため、労災事例・2 年以上治療プログラムに参加している長期休業事例・難治例に対し、治療プログラムにおける工夫と実現可能性について調査した。

労災事例と労災に類似する事例と考えられる長期休業事例・難治例に対して治療プログラムにおける特別な対応について 3 割の治療機関で実施していた。

特別な対応として実施している割合の高いものは、「個別対応・カウンセリング」、「特別に環境を整える」、「特別プログラム（個人）」、「特別に対応に時間をかける」、「特別プログラム（集団）」の順であった。

特別な給付（対価として診療報酬若しくはそれ以外から金銭として支給されるもの）があれば労災事例をプログラムに受け入れるかについては、1/4 の治療機関で受け入れ可能であった。

労災保険では治療プログラムに関連する算定項目が既にあるため、その情報を治療機関に周知することが重要であり、労災事例だけでなく同様に特別な対応が必要とされる長期休業事例や難治例についても同様の経済的評価が望まれる。労災事例の治療プログラムへの参加を推進することで職場復帰もしくは再就労への支援を強化していくことが長期化しないために必要な対策と考えられる。

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 220 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昨年度調査によると 1 割の治療機関に存在した

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。また労災保険の請求手続きは本人が行うため、患者本人に労災対象の自覚が乏しい場合は請求せずに健康保険を利用して治療プログラムに参加している可能性がある。

そこで、長期療養になる傾向が強い労災事例と2年以上治療プログラムに参加している長期休業の難治例に対する治療プログラム上での工夫を調査し、そこからどのような治療プログラムが労災事例に適しているか検討することとした。また、労災事例に適した対応の治療プログラムの治療機関における実現可能性について調査を実施した。

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215施設に対し、2017年10月に調査票（別紙1）を送付した。

C. 研究結果

129施設より回答を得た（回収率60.0%）。治療プログラムにおけるこれまでの労災事例の有無については、「あった」が19施設（14.7%）、「なかった」が110施設（85.3%）であった（表1）。労災事例が「あった」の就労形態については、休職中が17事例（85.0%）、失職中が3事例（15.0%）であった（表2）。

労災事例・長期休業（2年以上治療プログラムに参加）事例・難治例に対する特別な対応の有無については、「原則している」が2施設（1.6%）、「ケースバイケース」が36施設（30.0%）、「原則していない」が83施設（69.2%）だった（表3）。

特別な対応の内容（複数回答）については、「個別対応・カウンセリングを特別に行う」が最も多く15施設（39.5%）であり、「特別に環境調整をする」が9施設（23.9%）、「特別プログラム（個人）」と「特別に対応に時間をかける」が5施設

（13.2%）、「特別プログラム（集団）」が3施設（7.9%）と続いた（表4）。特別な対応の具体的な内容としては次の記載があった（表5～10）。

特別プログラム（集団）

- ・週1回心理士によるアンガーマネジメント
- ・少人数で休職体験の振り返り・再発予防対策
- ・6カ月・月4回疾患や課題によるグループ

特別プログラム（個人）

- ・認知行動療法
- ・不安階層表によるエクスポージャー法
- ・個別プログラム
- ・2年以上個別課題ワークブック
- ・週2回4時間机上作業・PC作業

特別に対応に時間をかける

- ・個別に休職要因分析
- ・必要時に個別面接
- ・リワーク導入前に通常デイケアで最低2週間過ごしてもらう
- ・参加時は30～40分の面談
- ・関係機関との連携や入退院調整、カンファレンスの開催

個別対応・カウンセリングを特別に行う

- ・リワークと併用してカウンセリング
- ・併設のカウンセリングセンターを紹介
- ・外来にて心理士が継続的にカウンセリング
- ・1～2年以上トラウマに向けたカウンセリング
- ・過去の休職歴を詳しく聞く
- ・定期的な面接
- ・イベントごとに個別フォロー
- ・リワークスタッフとカウンセラーで情報

共有

特別に環境調整をする

- ・企業や外部機関との連携
- ・上司や保健スタッフと職場面談
- ・家族と連絡・状況報告

その他

- ・利用期間が残り少ない利用者に受講するプログラムを検討
- ・その人に合ったプログラムを考えグループに取り入れる
- ・メールや電話で本人・家族・職場への相談オファー

特別な対応の結果、以後の治療がスムーズに進んだかどうかについては、表 11 に示すように「進んだ例が多かった」が 17 事例（70.8%）、「進まなかった例が多かった」が 6 事例（25.0%）、「現在対応中」が 1 事例（4.2%）であった。

労災・長期休業・難治例において治療プログラムに参加する際の通常とは異なる特別な条件の有無については表 12 に示すように、「特別な条件を付けている」が 5 施設（4.5%）、「特別な条件を付けていない」が 105 施設（95.5%）であった。

「特別な条件を付けている」場合の内容については、次が挙げられた（表 13）。

- ・労災の場合は受け入れない。
- ・利用期限が少ない、集団適応が困難、内省が困難な場合、受講するプログラムを限定することがある。
- ・リワーク開始後退職する方は利用期限を決めて受け入れている。
- ・休職や失職の原因は職場側にあり、自己の振り返りをする必要はないと考える場合は利用不可

・長期休業・難治例では、3 か月ごとの利用更新、最長 1 年 6 か月の利用期間としている。

特別な給付（対価として診療報酬もしくはそれ以外から金銭として支給されるもの）があれば労災の利用者を治療プログラムのサブグループとして受け入れるかどうかについては、「受け入れる」が表 14 に示すように 19 施設（24.0%）、「受け入れない」が 60 施設（75.9%）であった。

受け入れる場合の条件（表 15）は、次が挙げられた。

- ・利用期間に制限
- ・一人 1 回当たり 500 点の加点
- ・症状の安定と本人のモチベーション
- ・利用者がプログラム参加期間中の治療費負担が可能であれば
- ・特別な条件がなくとも受け入れている
- ・理事長や経営者会議の判断
- ・本人への治療的関りの範囲内であれば受け入れ可、職場とのやり取りは現体制では困難
- ・患者、会社納得の上でプログラムをすすめたい

治療プログラムで労災の利用者に対する個人的な関わり（個人面談やカウンセリングなど）を行うプログラムを想定した時の具体性については次が挙げられた（表 16）。

- ・通常参加者に週 30 分の面談を実施しておりその延長上で対応する
- ・精神保健福祉士による個人面談、臨床心理士によるカウンセリング
- ・定期的な面談の実施と本人を通した職場との連携

- ・(プログラム上) 特別扱いで面談時間を増やすことができないため法人内のカウンセリングセンターを利用
- ・プログラム時間外の個人面談
- ・その方に応じた個人対応や家族・職場への介入
- ・トラウマに準じて CBT
- ・院内のカウンセリング枠内に組み込む

その他、労災・長期休業・難治例の対応に関する意見・要望・感想については、次が挙げられた(表 17)。

- ・労災の場合は長期化しやすく本人のモチベーションが低い、長期休業・難治例はモチベーション維持のために他の治療との組み合わせや期間設定などの特別対応が必要かも
- ・再休職者の紹介が最近多いが治療期間を十分とることができない。初回でしっかりと治療することが重要
- ・長期休業の大半は、会社の手厚い福利制度によるもの
- ・労災申請に切り替える段階で主治医と相談の上デイケアは中断・中止とする
- ・労災案件で裁判等で精神的に不安定になりプログラムとして成り立たなかった。
- ・長期休業・難治例について特別対応は今後の課題だが、現在は通常の個別対応で終始
- ・人数が少ないためケースバイケース
- ・リワークで停滞し「何も考えずに働く」感覚を失ってしまっている場合は、A 型のボランティア(農業・清掃・喫茶等)を紹介し一定期間実施
- ・難治例について会社との連携が不可欠だがあまり実現できていない

- ・再就職希望者で労災の給付額が大きく、もらい続けることで生活を成り立てようとするため就活が後回しになる
- ・休職して半年近く自宅で療養して生活が乱れる方はリワークでも脱落する
- ・個別担当心理士と連絡を取り合いアンガークontrol (マネジメント)を取り入れる
- ・労災に関しては様々なファクターがあり受け入れは難しい
- ・長期休業事例の利用は時々あるが特別対応無しで他の利用者と同様の割合で復職し、安定就労している。ただし利用期間は 1~2 年と長期になりがち
- 長期休業や難治例の中にパーソナリティや ASD 傾向を持っている方が多い印象
- 長期休業の場合、モチベーションが低下していることが多く社会復帰への動機づけが難しい。会社側からも「性格を直して」などの訴えが多くスタッフが板挟みになる
- ・正直労災は書類、請求手続きが多くて受け入れ難い
- ・長期休業・難治例は他罰・他責的な傾向が強く、感情のコントロールがうまくできない方が多い。その現状から労災の受け入れは慎重にならざるを得ない
- ・デイケア・ショートケア初回利用から 1 年経過したら早期加算が無くなるが、復職後に再発した方も加算対象外であることについて検討してほしい

D. 考察

労災事例の有無について 85.5%の治療機関では労災事例がなかった。昨年度調査¹⁾では 90.1%で労災事例がなかったため、今年度調査と併せ大部分の治療機関では労災

事例を経験したことがないことが改めて明らかになった。その要因の一つとして労災保険の請求が本人からの手続きとなるため、本人に労災との認識が無く請求していない場合が考えられる。昨年度調査でも長期休職案件の背景・要因のキーワードとして「対人関係」や「上司」、「恐怖」「パワハラ」、「異動」、「能力」など業務に関係するキーワードが数多く見られたが、治療プログラムの参加者は程度の差はあるにしても病因として業務上の要素は多くみられる。そのため労災保険の請求はしていないがすれば対象になる可能性の利用者も存在することが予想される。

一方、治療プログラム利用者に労災事例が少ない点として、労災事例の方の社会復帰へのモチベーションの低さからプログラムに参加することを拒否する、もしくは治療機関側がモチベーションの低さ等からグループになじまないため受け入れを拒否していることも考えられる。また、これまでの調査²⁾から事業所との連携に苦慮する事例として本人要因では発達障害、会社要因では受入れが消極的であることを背景とする割合が多いことが判っている。治療機関として限られたスタッフで労災事例を対応するには時間と手数を多く要することが予測されるため避ける傾向にあることが予想される。

労災事例の就労状況については84%が休職中であつたが、これは休職者を対象としている治療プログラムへ参加している方を調査対象にしているため休職中の割合が多くなるのは当然であろう。また失職中の事例が15.8%であつたが他の調査³⁾によると治療プログラム全体に占める失職者の割合

は13.2%のため少し今回の調査の方が高かった。治療プログラムでは失職中の方に対し利用期間の制限を定めていることが多いため、利用期間終了後に向けたハローワーク等関連機関との連携も重要になると考えられる。

労災事例・長期休業（2年以上）事例・難治例に対する特別な対応については、「原則している」と「ケースバイケース」で実施している治療期間が31%でその他多くの治療機関は特別な対応を行っていない。その理由としてスタッフ体制などで通常対応体制などが通常業務で手一杯の中、通常対応以外の特別な対応をすることが難しいことが考えられる。

特別な対応をしている場合、「個別対応・カウンセリングを特別に行う」が最も多かったが、これは「特別プログラム（個人）」とも重なる部分があつたがもともと備えているプログラムにおける個人面談の場や治療機関に併設しているカウンセリング機能を活用していることが分かった。次に多かった「特別に環境調整をする」については、企業や外部機関、家族との連携を精神保健福祉士や看護師、作業療法士などのスタッフが訪問しながら実施していることが分かった。この中には労災保険の職場復帰訪問指導料（傷病労働者が職場復帰を予定している事業場に対し、医師等が職場訪問し事業主に対して職場復帰のための必要な指導を行う）を算定している事例もあると思われる。また文書の発行やカンファレンスをする場合は、労災保険の職場復帰支援・療養指導料（①傷病労働者の主治医が産業医に対して文書をもって情報提供をした場合、②主治医またはその指示を受けた看護職員、

理学療法士、作業療法士もしくはソーシャルワーカーが医療機関等に赴いた事業主と面談し職場復帰のための説明・指導をした場合)を算定することもあると考えられる。

特別な対応をした結果として7割ではその後の治療がスムーズに進んだとの回答があり、特別な対応について治療上の効果があったことが回答者に感じられていたことが判った。

労災・長期休業・難治のケースにおいて、治療プログラムに参加する際に通常とは異なる条件付加の有無については95%の治療機関が特別な条件を付けていないことが分かった。ほとんどの治療機関では通常の治療プログラムと同様の条件で受け入れており、特別な条件を付けている場合も利用期間の制限や受け入れ拒否に関する条件であった。治療プログラム導入時点でその後に労災を請求するのか、その後長期休業となるのか、難治化するのか、が判りにくい点から条件を設定しても実態として利用制限につながらないことが考えられる。

特別な給付(対価として診療報酬もしくはそれ以外から金銭として支給されるもの)があれば労災の利用者を治療プログラムのサブグループとして受け入れるかどうかについては75.9%が受け入れないと回答しており、多くの治療機関では積極的に治療プログラムに受け入れることは考えていない。しかしながら1/4の治療機関では労災専用のグループも可能と回答している。これは治療プログラムを実施することで得た経験とノウハウが労災事例に活用できると考えていることが予想される。労災保険では、

精神科職場復帰支援加算(精神科を受診中の傷病労働者に、精神科ショートケア、精神科デイケア、精神科ナイトケア、精神科デイナイトケア、精神科作業療法、通院集団精神療法を実施した場合であって、当該プログラムに職場復帰支援のプログラムが含まれている場合に算定)があることは治療プログラムを実施している治療機関としてはぜひ知っておくべき情報であろう。また、労災事例だけでなく同様に特別な対応が必要とされる長期休業事例や難治例についても精神科職場復帰支援加算と同様の経済的評価が望まれる。それにより個別対応の強化を図ることが可能となり、労災給付の長期化同様に健康保険における傷病手当金の削減にも寄与できると考えられる。

また治療プログラムにおける労災利用者の個人的な関わりの方法の想定については、個人面談やカウンセリング、事業所・家族との連携が挙げられた。これは、労災事例・長期休業・難治例に対する特別な対応の結果と同様の内容であり、治療機関で対応を新たに検討する際の参考になると考えられる。

E. 結論

労災事例と労災に類似する事例と考えられる長期休業事例・難治例に対して治療プログラムにおける特別な対応について3割の治療機関で実施していた。

特別な対応として実施している割合の高いものは、「個別対応・カウンセリング」、「特別に環境を整える」、「特別プログラム(個人)」、「特別に対応に時間をかける」、「特別プログラム(集団)」の順であった。特別な給付(対価として診療報酬若しく

はそれ以外から金銭として支給されるもの)があれば労災事例をプログラムに受け入れるかについては、1/4 の治療機関で受け入れ可能であった。

労災保険では治療プログラムに関連する算定項目が既にあるため、その情報を治療機関に周知することが重要であり、労災事例だけでなく同様に特別な対応が必要とされる長期休業事例や難治例についても同様の経済的評価が望まれる。労災事例の治療プログラムへの参加を推進することで職場復帰もしくは再就労への支援を強化していくことが長期化しないために必要な対策と考えられる。

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

I. 引用文献

1)五十嵐良雄: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. 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症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) 平成 28 年度総括・分担研究報告書 pp57-67, 2017

2) 五十嵐良雄:治療プログラム実施機関と産業医等との連携に伴う治療効果の指標に関する研究. 労災疾病臨床研究事業 労働者の治療過程における、主治医と産業医等との連携強化の方策とその効果に関する調査研究(研究代表者:黒木宣夫) 平成 26 年度総括・分担研究報告書 49-87, 2015

3)五十嵐良雄:リワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究. 厚生労働省障害者対策総合研究事業 うつ病患者に対する復職支援体制の確立 うつ病患者に対する社会復帰プログラムに関する研究(研究代表者:秋山剛) 平成 25 年度総括分担研究報告書 77-117, 2014

平成 29 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

調査票送付数 215 施設

調査回答数 129 施設（回収率 60.0%）

■労災事例について

（表 1）これまでに労災事例はありましたか n=129

労災事例はあった	19	14.7%
労災事例はなかった	110	85.3%

（表 2）あった場合、その方は休職中ですか失職中ですか n=20

休職中	17	85.0%
失職中	3	15.0%

■労災事例・長期休業（2 年以上）事例・難治例について

（表 3）特別な対応をしているか n=120

原則している	2	1.6%
原則していない	83	69.2%
ケースバイケース	35	30.0%

（表 4）特別な対応をしている場合、どのようなことをしているか n=38（複数回答可）

特別プログラム(集団)	3	7.9%
特別プログラム(個人)	5	13.2%
特別に対応に時間をかける	5	13.2%
個別対応・ カウンセリングを特別に行う	15	39.3%
特別に環境調整をする	9	23.9%
その他	4	10.5%

《具体例》 ※具体的な内容、対応するスタッフの業種と人数、時間と回数

(表 5)1.特別プログラム(集団)

週 1 回 90 分、心理士による <u>アンガーマネジメント</u> など
1～2 名の少人数で、自身の休職体験の <u>振り返り・再発予防のためにできることを考える。</u> 心理士 2～3 名で実施。週に 2～5 日、2・3 時間
主担当:PSW+CP、Ns 3 人、6 ヶ月間・月 4 回をベースに実施 <u>疾患や課題に応じたグループにて対応</u>

(表 6)2.特別プログラム(個人)

長期休業事例に <u>認知行動療法</u> を実施
適宜、作業療法士あるいは心理士による <u>不安階層表を用いたエクスポージャー法</u> 導入など
<u>個別状況に応じたプログラムの実施</u> 、PSW・1 名、回数等ケースバイケース
主担当:PSW・1 人 フォロー:OP、Ns・2 名 2 年以上 定期的に 60～90 分/日、 <u>個別課題のワークブック</u> を使用しながら行う
OT、心理士・2 名、 <u>文字や数字を扱う机上の作業・PC 作業</u> (週 2 回 4 時間程度)

(表 7)3.特別に対応に時間をかける

CP1 名、 <u>個別での休職要因分析</u> 、時間・回数は本人の希望で
<u>個別面接(必要時)</u> CP1 人、1 回 30 分、回数の設定はなし
<u>リワーク導入前に通常デイレ最低 2 週間過ごしてもらう。</u> 標準実施機関よりも長期リワーク実施
<u>参加時は面談を実施</u> 、30～40 分程度、Ns・1 名
主担当:PSW・1 人、2 年以上 定期的又はその時に応じて行う <u>関係機関との連携や入退院調整、カンファレンスの開催</u>

(表 8)4.個別対応・カウンセリングを特別に行う

<u>対象者に合わせて内容やスタッフを決めていく</u>
4 週に 1 回程度の <u>カウンセリング</u>
<u>リワークと併用してカウンセリングを行う</u> 、臨床心理士が対応、週 1 回 50 分程度
<u>併設のカウンセリングセンターを紹介</u>

外来にて CP が継続的にカウンセリング実施
個別カウンセリングを臨床心理士が行う (外来診察と並行して実施するため、リワークとしてというより外来での対応となる)
精神保健福祉士や臨床心理士が過去の休業歴についてより詳しく聞きます。 時間と回数は特別決めてはいません
状況・意思の確認・定期的な面談、PSW・1 名、最低週 1 回実施
主担当:PSW・1 人 フォロー:CP・1 人、1~2 年以上、定期的に行う(60~90 分/日) トラウマに向けたカウンセリングやセラピーを行う
デイスタッフ 6 名全員 面談にて生活の振り返り現状の確認を行う(週 1 回、1 時間程度)
Dr.PSW のリワーク外での関わり
困難なケースでは、個別対応の時間・頻度を増やすことがある。休職期限が迫っているケース、転職活動を行うケースなどでは、イベントがある毎に個別のフォローを行っている。ある程度経験のあるスタッフ(主任・副主任)のみ行う。
リワークスタッフからカウンセラーに集団療法内の様子を伝え現状を共有

(表 9)5.特別に環境調整をする

対象者に合わせて内容やスタッフを決めていく
企業や外部機関との連携、Dr.CP 各 1 名、2 ヶ月に 1 回、1h 等。
職場面談(スタッフ、必要時は医師面談)
診療を希望のように受け、その後職場との連携を密にしている。
精神保健福祉士 1 人が本人と共に職場へ行き、上司や保健師と話を聞きます。 その後も可能であれば適宜連絡、面談を行います。
通常 1 回職場訪問しているところ 2 回以上行い、より環境調整に時間をかけている。 1 回 1 時間×2 回以上。対応するスタッフ人数は変わらない(OT、PSW)
家族と連絡・状況報告(1 回/2~3 週)、Ns・1 名、5~10 分程度
主担当:PSW・1 人 フォロー:CP・1 名、2 年以上、必要に応じて行っている 家族への介入や面談、教室の開催、職場や関係機関との連携
OT・1 名、プログラムを個人プログラムに差し替える(週 2 回、4 時間程度)

(表 10)6.その他

利用期間が残り少ない利用者に対しては受講するプログラムを検討することがある
必要に応じてその人に合ったプログラムを考えグループに取り入れる
職場訪問、上司と面談、Ns と PSW もしくは CP の 2 名で
主担当:PSW・1 人、6 時間/月、1~2 日、メールや電話での本人・家族・職場への相談オファー

(表 11) 特別な対応の結果、以後の治療がスムーズに進んだか n=24

進んだ例が多かった	17	70.8%
進まなかった例が多かった	6	25.0%
(現在対応中)	1	4.2%

■労災患者等の治療プログラムへの受け入れ条件について

(表 12) 労災・長期休業・難治のケースにおいて治療プログラムに参加する際に通常とは異なる

特別な条件を付けているか n=110

特別な条件を付けている	5	4.5%
特別な条件を付けていない	105	95.5%

(表 13) 付けている場合、どのような内容か

労災の場合は <u>受け入れない</u>
現在労災患者の <u>受け入れは行っていない</u> 。(受入条件変更によるもの)
受講するプログラムを <u>限定</u> することがある(利用期間が残り少ない場合、集団適応が難しい場合、内省するプログラムが難しいと予想される場合)
リワーク開始してから <u>退職してしまう(失職)方は、期限を決めて受け入れている</u> 。
休職や失職の原因は職場側にあると考え、 <u>自己の振り返りをする必要はないと考えている場合は不可</u>
長期休業・難治ケースでは、 <u>3ヶ月ごとの利用更新、最長1年6ヶ月の利用期間までとしている</u>

■特別な給付(対価として診療報酬若しくはそれ以外から金銭として支給されるもの)について
 (表 14) 特別な給付があれば労災の利用者を治療プログラムのサブグループとして受け入れるか n=83

受け入れる	21	25.3%
受け入れない	62	74.7%

(表 15) 受け入れる場合の条件

可能であれば利用期間に制限を設けたい
1 人 1 回あたり 500 点程の加点がつけば
現在は特別には設けていません
過去に例がないためわからない
今後そういった事例があった場合に検討する必要がある
症状の安定と本人のモチベーション
利用者がプログラム参加期間中の治療費を負担できるのであれば可能
未検討
特別な条件はない
特別な条件はなくても受け入れている
特になし。通常利用者と同様に対応。
とくになし。今でも除外しているので。
理事長や経営者会議の判断による
今まで対象となる方がおられず未検討
特になし
あくまでも本人への治療的関わりの範囲内で。職場関係者とのやりとりなどは、現在の体制では困難
特別な給付等無くても、参加希望があれば通常の参加者と同様の手順で導入の検討を行う予定
経験がないためよく分からない
現時点で未定

現段階では特別に条件を設けていません
特になし
<u>患者、会社の納得の上で、プログラムをすすめたいです。</u>
検討中
<u>上司が必要と認めれば行う。</u> 出来れば受け入れたくない。権利意識の強い他罰的な人が多い印象があるため、他のメンバーへの影響が心配。
特になし

(表 16) リワークプログラムで労災の利用者の場合に個人的な関わり、例えば個人的な面談やカウンセリングを行うプログラムを想定したとき、どのように具体化できますか。

当院では <u>通常の参加者1人につき、週 30 分程度の面談</u> は行っているためその <u>延長上</u> での対応を実施します
現在受け入れがありませんので想定が困難です。
精神保健福祉士による <u>個別面談</u> (状況の確認、関係機関との連絡調整) 臨床心理士による <u>カウンセリング</u> (他の担当プログラムとの兼ね合いもある為限定的な関わり。適宜実施)
<u>個別のカウンセリング</u>
通常 <u>個人的な面談、必要に応じてのカウンセリング</u> を行っていますので、労災利用者にも同様の対応をしていくと思います。
未だイメージが浮かびません
実際に 1 名おりますので、他メンバーと同様に <u>定期的な面談</u> にて状況をきいています。場合によっては <u>関係機関に連絡をとり情報を得ることも行っていますが、本人でなければ情報を知ることができないことが多いので「〇〇をきいてきて下さい」という形で本人に主体的に確認をとってもらっています</u>
<u>主治医との相談</u> による
通常の参加者と同様に月数回の 30 分/回の <u>個別面談</u> で対応可能です
・ <u>当院へ転院を必須</u> (通常は他院も受け入れ) ・ <u>退職の際は事業所との連携を必須</u>
未定
特別にその人だけ <u>個人カウンセリング(面談)</u> を増やすということは出来ないので、 <u>法人内のカウンセリングセンター(実費・有料)</u> を利用してもらうことになると思います。

現時点では特別な対応は検討しておらず、イメージできません
経験がないのでわかりません(診療報酬関係なく必要に応じて行っている)
当院では参加者が1クール1～3名と少数であるため、労災事例いかににかかわらず、 <u>個人的な面談等、個人的かかわりはリワークプログラムの中に標準的に組み込み実施している。</u>
通常行われている <u>個人面談</u> の枠内(頻度1～2回/日)1回あたりの時間(60分)など)での対応なら可能
プログラム時間内で、 <u>個別面談</u> の時間を確保することは可能ですが、 <u>時間外に設定</u> することがあると思います。
主治医別OKとしており受け入れは難しいと思われる
臨床心理士(公認心理師)による <u>定期的な個人面談カウンセリング</u> を行い、リワークへのモチベーションを高める
当院では利用者確保のため厳しい利用条件を設けていません。そのため極力その方に応じた対応を心がけています。マンパワー不足や時間外の課題もありますが、現在もその方に応じた <u>個別対応や家族、職場への介入</u> を図っています
<u>トラウマに準じてCBTを追加します。</u>
院内で実施している月-金のカウンセリング枠内に <u>組み込みカウンセリング</u> を行う
非常に人数が少ないため <u>個別相談を手厚く行うことは可能</u>
プログラム内とは別に時間を設け <u>個人カウンセリングを実施可能</u> 。カウンセリング料を個人負担ではなく労災の負担として実施。

■その他、労災・長期休業・難治例の対応についての意見／要望／感想など（表17）

<u>労災の場合は長期化しやすい傾向があり、本人のモチベーションも低いこともある。期間を設定していくことも必要と感じる。長期休業・難治例についてはケースバイケースだが、本人のモチベーションの維持のためにも、他の治療との組み合わせや期間の設定など特別な対応も必要なのかもしれない。</u>
<u>再休職者が最近多く紹介されます。しかし経済的な面などで十分な治療期間を確保できず焦りが見られ、十分な治療を行うことができず、終了することがあります。初回でいかにしっかりと治療が行われるかが重要な気がいたします。</u>
長期休業される大企業や公務員の方も多いですが、多くは <u>会社の手厚い福利制度によるものが大半</u> であると印象を受けます。
<u>労災申請に切り替える段階で主治医と相談しデイケアは中断・中止とさせて頂いています</u>

労災の方を受け入れた事もありますが、裁判等で精神的に不安定になることも多くリワークプログラムとして成り立たなかった。クリニック自体が労災指定を外したため、それに伴い受け入れ不可となり、現在に至る。
長期休業・難治例については、プログラムとして特別な対応も検討されるべきだと思いますが、通常の個別の対応に終始しております。当院にも今後の課題と考えておりますが、現在のところ目途はありません。
長期休業・難治例ともに人数が少ないためケースバイケースになっています
長期休業・難治例で、リワークの中で停滞し、「何も考えずに働く」感覚を失ってしまっている場合は、A型のボランティア(農業・清掃・喫茶等)を紹介し、一定期間行っていただいています。十分に内省した後に停滞してボランティアに行くケース、内省すると混乱するケースなどでは著効が認められました。
難治例については、会社との連携が不可欠であるが、あまり実現できていないことが現状です。リワークの普及と共にそうしたシステムも広がっていくといいなと思います。
再就職者の方ですが、ハローワークの利用ができず、就活が進まず何年も経っているような状況。(労災でもらっている額が大きいので、もらい続けることで生活を成り立てようとするため、就活が後回しになる)「まだ労災がもらえていないので参加できない」とリワークの通所もまちまち。
休職して半年近く自宅で療養していて生活が乱れてしまう方は、リワーク開始しても脱落してしまう方が多いです。スタッフの確保や育成がすすまないと新しいプログラムなど対応は不可能です
対象となる人が少ないので特別なことはできない
長期休業者のみ経験あり。労災患者の対応はこれまで経験ありません。
労災の方については規程を設けておりませんので今後検討していきたいと考えます。
個別担当心理士と連絡をとりあい、アンダーコントロール(マネジメント)等をプログラムに取り入れること等は行っています。
労災に関しては様々なファクターがあり受入は難しいと考える
長期休業の方は時々利用はありますが、特別な対応なくとも他の利用者と同様の割合で復職し、安定して継続就労できていると思います。但し、利用期間は長期(1~2年)になりがちとの印象はあります。
労災に関しては、これまでに依頼を受けたことがなく、必要な準備や具体的な対応策のイメージがわからず、回答できませんでした。情報等いただければ嬉しいです。
今まで労災の方がいないので、どの様に受け入れるか等考えておりません
労災はまだ経験がありませんが、長期休業や難治例と言われる方の中には、パーソナリティやASD傾向を持っている方が多い印象を受けています。それらへの対応などご教示いただければ幸いです。

長期休業の場合、本人のモチベーションが低下していることが多いため、社会復帰への動機付けが難しいと感じる。また会社からも「本人の性格を直して!!」などの訴えが多く、スタッフが板挟みになる・・・辛いです。

県外での他院の対応について情報をいただけましたら有り難く思います。

Ns と非常勤 CP とやっているので正直労災は書類、請求手続きが多くて受入難い。

当院では半数が長期休業・難治例なので、いつでも対応可です。

長期休業・難治例の方は、他罰・他責的な傾向が強くみられ、また感情のコントロールが上手くできない方が多い。その対象が会社の上司、同僚である場合、プログラムの進め方に配慮が必要である。その現状を鑑みて労災の利用者受け入れは慎重にならざるを得ない

デイケア、ショートケア初回利用から1年以上経過したものについて減額がありますが、1.2 回来て1年以上経過した後に来る方も対象になることがあります。復職後、再発した方も減額対象であることについて検討いただきたく思います。

平成29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

貴院の治療プログラム（リワークプログラム）の開始時から現在までの参加者のうち、労災事例、長期休業（2年以上）事例、難治例につきまして下記質問にお答えください。

■ご記入者情報（差支えない範囲でご記入ください）

氏名	
医療機関名	
E-Mail	

■労災事例について

これまでに労災事例はありましたか	☐ あった ☐ なかった
あった場合、その方は休職中ですか失職中ですか	☐ 休職中 ☐ 失職中

■労災事例・長期休業（2年以上）事例・難治例について

特別な対応をしているか	☐ 原則 している ☐ 原則 していない ☐ ケースバイケース
特別な対応をしている場合、どのようなことをしていますか ※複数回答可	☐ 特別プログラム（集団）を受ける ⇒している場合、具体的な内容、対応するスタッフの職種と人数、時間と回数
	☐ 特別プログラム（個人）を受ける ⇒している場合、具体的な内容、対応するスタッフの職種と人数、時間と回数
	☐ 特別に対応に時間をかける ⇒している場合、具体的な内容、対応するスタッフの職種と人数、時間と回数
	☐ 個別対応・カウンセリングを特別に行う ⇒している場合、具体的な内容、対応するスタッフの職種と人数、時間と回数
	☐ 特別に環境調整をする ⇒している場合、具体的な内容、対応するスタッフの職種と人数、時間と回数

	☐ その他 ⇒具体的な内容、対応するスタッフの職種と人数、時間と回数
特別な対応の結果、今後の治療がスムーズに進んだか	☐ 進んだ例が多かった ☐ 進まなかった例が多かった

■ 労災患者等の治療プログラムへの受け入れ条件について

労災・長期休業・難治のケースにおいて治療プログラムに参加する際に通常とは異なる特別な条件を付けているか	☐ つけている ☐ つけていない
つけている場合、どのような内容か？	例) 通常は失職者も受け入れているが、労災の場合は失職中の方は受け入れず休職中の方のみ受け入れる

■ 特別な給付（対価として診療報酬若しくはそれ以外から金銭として支給されるもの）について

特別な給付があれば労災の利用者を治療プログラムのサブグループとして受け入れますか？	☐ 受け入れる ⇒その条件は？ ☐ 受け入れない
リワークプログラムで労災の利用者の場合に個人的な関わり、例えば個人的な面談やカウンセリングを行うプログラムを想定したとき貴院ではどのように具体化できますか？	

その他、労災・長期休業・難治例の対応についてご意見ご要望ご感想などお聞かせください

ご協力ありがとうございました。

労災疾病臨床研究事業費補助金分担研究報告書

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
(平成29年度)

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

本年度は前年度に引き続き、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（以下、「不調者」）のサンプリング調査を企画、実施した。

前年度同様に、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。

調査項目は、当該事例についての休職判断、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126例、主治医から110例、計236事例を回収し集計ならびに解析を行った。

その結果、復職後1年間に安定就労群は66.4%。それ以外の不安定就労群の特徴として、産業医分、主治医分ともに、①不調者に精神疾患の既往がある、②過去に2回以上の休職歴がある、③休業入りにおける欠勤頻度は月当たり10日以上が多い、④要休業の判断時は、産業医分は不調者の説得、主治医分は病態・予後の見極めに困難度が高い、⑤主治医の診断病名は気分障害が多く両群に差異が認められないが、産業医による診断病名では不安定就労群に双極性障害、発達障害が、安定就労群には適応障害が目立つ、⑥復職判定のタイミングは、不安定就労群に復職許可と同時に復職した割合が高い、安定就労群は復職可能性の見極めまで休職扱いが多い、などが抽出された。

以上から、2回以上の休業を繰り返す不調者事例は病態面、職場適応面の両面において種々の困難性を抱え、かつ、復職時における安定就労の可能性の見極めが不十分なまま職場に再登場した場合、職場不適応に至り再休業する可能性が高いことが示唆された。

したがって、これらの職場適応困難群に対しては、休業時から復職時、そして就労再開後のフォローに至るまで、主治医は病態との関連で不適応性の根拠を見極め、接触性、判断力の低下等の社会適応性の改善へ向けた働きかけに注力し、産業医は受け入れ職場の調整において、特に不調者のレベルに合った再適応支援環境を用意するなどの対策が有効と考えられた。

A. 研究目的

職場の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認められ、病状の安定と速やかな復職・就労を実現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、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）を行ってきた。

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支援テーマがあり、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である、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がある、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である、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である、などの点が明らかとなった。

これらを踏まえ、本研究で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、不調者事例に関わった主治医と産業医に対して、休職要否判断、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んでいる医師へ事

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）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（概要は表1、調査用紙は参考資料参照）

（1）産業医として関わった事例の調査項目 事例の選択条件は以下の通り。

- 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に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。また、計42問の調査項目の概要は以下の通り。

- 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 事例の選択条件は以下の通り。

- 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。

また、計42問の調査項目の概要は以下の通り。

- 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、本研究開始時点で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29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. 回収した事例の概要

回収した調査事例の内訳は、産業医から男子98例、女子28例、計126例、主治医から男子82例、女子30例、計112例、総計238例（表3、A3/A5）。

回収事例のうち、復職後1年間は安定就労した事例は産業医分83例（65.9%、表中でA群）、主治医分66例（61.1%、表中でC群）、全体では149例（63.7%）であった。これらを除く不安定就労群は、産業医分42例（表中でB群）、主治医分36例（表中でD群）、全体では78例であった。再休業群は産業医分は20%、主治医分は13.8%を占めた。（表7、E-36）

産業医分、主治医分それぞれについて、男女別、各項目ごとに安定就労群と不安定就労群間の差異を χ^2 検定を用いて有意差検定を行った。

2. 回答者のプロフィール（表2）

- （1）産業医分は総計126名のうち11名をのぞく全員が事業所と産業医契約を行い、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）主治医分は総計108名のうち7割が診療所に所属、10年以上のキャリアを有し、4年以上にわたり対象事例と関わる傾向が認められた。
- （3）安定就労群と不安定就労群の男女別比較において、産業医分、主治医分のプロフィール間に有意差は認められなかった。

3. 事例のプロフィール (表 3) (設問 2~5)

- (1) 産業医分の事例の内訳は男性 98 名、女性 28 名。男性のうち 40 歳代が 40 名で最多。女性のは 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には未婚が多い。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。
- (2) 主治医分の事例の内訳は男性 82 名、女性 30 名。男女ともに 40 歳代が最多、婚姻状況は男性は既婚が多いが女性には未婚が多い。同居中と単身生活の比率は男性が 7:1、女性は 6:1、どちらも同居中が多い。

4. 事例の職歴 (表 4) (設問 6~8)

- (1) 産業医分の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 44.1%と最多、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。
- (2) 主治医分の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。
- (3) 安定就労群と不安定就労群の男女別比較において、主治医分の男性の職務内容 ($p<0.05$) を除き職歴間に有意差は認められなかった。

5. 事例の病歴 (表 5)

- (1) 精神・行動面の障害の既往 (関わり以前) (設問 9)
 - ① 産業医分
全体に既往の有無は半々にわかれたが、安定就労群は既往なしが 6 割を占めるが、不安定就労群は既往ありが 5 割を占め、男性、男女合計で有意差が認められた。
 - ② 主治医分
全体に既往の有無は 4:6 にわかれたが、安定就労群と不安定就労群間に有意差は認められなかった。
- (2) 精神・行動面以外の障害の既往 (関わり以前) (設問 10)
 - ① 産業医分
全体に既往なしが 8 割と多数を占めたが、安定就労群に比し不安定就労群は既往ありが多く、男性 ($p<0.05$)、女性 ($p<0.05$)、男女合計 ($p<0.01$) とともに有意差が認められた。
 - ② 主治医分
全体に既往の有無は 1:9 にわかれ、安定就労

群と不安定就労群ともに既往なしが多数を占め、群間に有意差は認められなかった。

- (3) 精神・行動面の障害による休業歴 (関わり以前、1 カ月以上) (設問 11)

① 産業医分

全体では休業歴なしが 6 割を超え、休業歴ありでは、1 回が最多で 18%、3 回以上は 7%を上回った。安定就労群の男性、男女合計ともに休業歴なしが 7 割に比し不安定就労群は 4 割で有意差 ($p<0.01$) が認められた。

② 主治医分

全体では休業歴なしが 7 割を超え、休業歴ありでは、1 回が最多で 19%、3 回以上は 3%を上回った。安定就労群、不安定就労群ともに休業歴なし 6 割台で有意差は認められなかった。

- (4) 精神・行動面以外の障害による休業歴 (関わり以前、1 カ月以上) (設問 12)

① 産業医分

全体では休業歴なしは 9 割を超え、同様に安定就労群、不安定就労群ともに休業歴なしが 9 割台で有意差は認められなかった。

② 主治医分

休業歴なしは全体、安定就労群、不安定就労群ともに 9 割台で有意差は認められなかった。

6. 事例の休職過程 (表 6)

- (1) 本人の休職決定過程における休職入りに対する考え (設問 13)

① 産業医分

全体では消極的が 5 割、積極的は 3 割、残りの 2 割はどちらともいえない。この傾向は安定就労群、不安定就労群ともに同様で有意差は認められなかった。

② 主治医分

全体では積極的が 5 割弱、消極的は 3 割、残りの 2 割はどちらともいえない。安定就労群、不安定就労群の比較では、男女合計で不安定就労群にどちらともいえないが消極的を上回り有意差 ($p<0.05$) が認められた。

産業医分と主治医分では休職入りへの本人の姿勢に異なる傾向が認められた。

- (2) 本人の休職決定過程における休職入りに対する考えが消極的もしくはどちらともいえない場合、休職入りに対する本人の同意の取り付け、確認の要否 (設問 14)

① 産業医分

全体では必要だったは 6 割を超え、安定就労群、不安定就労群ともに同様の傾向であり有意差は認められなかった。

② 主治医分

全体では必要だったは 8 割を超え、安定就労群、不安定就労群ともに同様の傾向であり有意差は認められなかった。

- (3) 前記設問で本人の同意の取り付け、確認が不要だった理由（設問 15）

① 産業医分

すでに休職入りであったから、が全体では 8 割を超え、安定就労群、不安定就労群ともに同様の傾向が認められた。

② 主治医分

対象は全体で 10 例。すでに休職入りであったからと、諸情報から要休職の判断ができていたので不要との判断が各々半数の割合。安定就労群、不安定就労群ともに有意差が認められなかった。

- (4) 本人が最終的に休職に同意した理由（設問 16）

① 産業医分

全体では、本人が療養専念を希望した事例が 5 割、主治医による説得が 2 割、産業保健専門職による説得が 1 割と続く。安定就労群、不安定就労群ともに有意差が認められなかった。

② 主治医分

全体では、本人が療養専念を希望した事例が 8 割、わずかに産業医による説得、家族・友人等による説得が 6～7% 台。安定就労群、不安定就労群ともに有意差が認められなかった。

- (5) 休職の同意が「主治医もしくは産業医による説得」の場合の産業医と主治医との連携（設問 17）

① 産業医分

全体では、未実施が 6 割、実施した場合は文書による連携が多数を占めた。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。

② 主治医分

全体では、未実施が 4 割弱、実施した場合は文書による連携が多数を占めた。安定就労群、不安定就労群ともに有意差が認められなかった。産業医分に比し連携には消極的傾向。

- (6) 要休職の可能性を示唆する情報の出所（設問 18）

① 産業医分

全体では、本人が 3 割、上司が 2 割、人事担当が 2 割弱、主治医と産業保健専門職が共に

1 割強と続く。安定就労群、不安定就労群ともに有意差が認められなかった。

② 主治医分

全体では、本人が 6 割弱、上司、家族が 1 割強、産業医が 1 割弱と続く。職場からの情報は上司が産業医を上回る傾向。安定就労群、不安定就労群ともに有意差が認められなかった。

- (7) 要休職の可能性を示唆する情報の内容（設問 19）

① 産業医分

全体では、心身の消耗をうかがわせる本人の所見が 3 割、就業力低下、勤怠が不安定が 2 割強。これらの 3 要因が 8 割を超え、安定就労群、不安定就労群ともに同様の傾向が認められた。

② 主治医分

全体では、心身の消耗をうかがわせる本人の所見、就業力低下が各々 3 割を超え、勤怠が不安定が 2 割。これらの 3 要因が 9 割を超えた。その他として、周囲との協調性保てず、不自然・場違いな言動、上司の指示守れない、過度の自己主張、迷惑行為、所在不明・連絡不能、その他の就業規則を逸脱、は 1 割に満たないのに比し産業医分は 2 割。なお、安定就労群、不安定就労群ともに同様の傾向が認められた。

- (8) 要休職の可能性を示唆する情報の内容が心身の消耗をうかがわせる本人の所見の場合、具体的に早退、遅刻、欠勤の頻度（設問 20）

① 産業医分

全体では、月 5 日以上が 5 割強、月 10 日以上が 4 割弱。男女合計で安定就労群では月 5 日以上が月 10 日以上を上回るが、不安定就労群では逆に月 10 日以上が多く有意差（ $p<0.05$ ）が認められた。

② 主治医分

全体では、月 5 日以上が 6 割強、月 10 日以上が 2 割強、月 15 日以上も 1 割の割合。産業医分に比しやや頻度を多めにする場合が強い傾向。なお、安定就労群、不安定就労群ともに有意差が認められなかった。

- (9) 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、取り組んだ内容（設問 21）

① 産業医分

全体では、定期的な面談が 3 割弱、人事・上司への就業面配慮の理解を得るが 2 割弱、受

診勧奨、主治医と情報交換、業務負担の軽減が各々1割台。これら5項目で9割を占めた。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。

② 主治医分

全体では、定期的な診療が4割弱、休職勧奨が3割弱、就業時間の調整の提案、家族の理解と支援依頼が1割台。これら4項目で9割を占めた。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。

(10) 前設問の取り組み中に困難を感じた点(設問22)

① 産業医分

全体では、指示・助言の受け入れが3割弱、職場の支援を得る、本人の業務力と職業適性評価、病態・予後の見極め、専門医受診、意思疎通、が各々1割台。これら6項目で9割弱を占めた。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。

② 主治医分

全体では、本人の業務力と職業適性評価、指示・助言の受け入れ、が2割弱、職場の支援を得る、病態・予後の見極め、が1割台、意思疎通、家族の理解を得る、産業医との連携、が1割弱。これら7項目で9割を占めた。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。

(11) 主治医発行の要休職と記載の診断書における病名(設問23)

① 産業医分

全体では、うつ状態・抑うつ状態、うつ病、が6割強、適応障害が2割弱、これらの病名が8割を占めた。双極性障害、発達障害、とが各々1割台。これら6項目で9割弱を占めた。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。

② 主治医分

全体では、うつ状態・抑うつ状態、うつ病、双極性障害、で8割を占めた。適応障害が1割弱、これら病名が9割を占めた。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。

(12) 産業医の見込み診断病名(設問24)

① 産業医分

全体では、適応障害、うつ状態・抑うつ状態、うつ病、が6割、発達障害、双極性障害、が1割弱、これらの病名が8割を占めた。さらに、パーソナリティ障害、アルコール性障害と続

く。男女合計で安定就労群は適応障害が多いが、不安定就労群にはうつ病、発達障害、双極性障害が目立ち、両群間に有意差($p<0.05$)が認められた。

② 主治医分

全体では、産業医の見込み診断病名を承知していない、が7割台、その他は主治医と同じが占めた。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。

(13) 休職中の療養場所(設問25)

① 産業医分

全体では、自宅が8割強、実家、自宅と実家双方、が各々1割弱。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。

② 主治医分

全体では、自宅が8割強、実家を合わせると9割を占めた。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。

(14) 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(設問26)

① 産業医分

全体では、産業医との定期連絡が5割弱、産業保健専門職との定期連絡が3割、さらに産業医との定期面談、上司・人事との連絡中止、が1割。休業報告書の提出は1%台。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。

② 主治医分

全体では、指示・指導を未実施が4割。上司・人事との連絡については、定期連絡が3割強に対し連絡中止は7%。さらに、産業保健専門職との定期連絡が1割強。休業報告書の提出は1%台。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。

7. 復職過程(表7)

(1) 復職の可能性を示唆する情報の出所(設問27)

① 産業医分

全体では、本人が4割弱、主治医が3割弱、人事担当、産業保健専門職が各々1割と続く。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。

② 主治医分

全体では、本人が6割、復職支援プログラム担当スタッフが2割、家族が1割、以上の3項目で多数を占める。安定就労群、不安定就

- 労群間に有意差が認められなかった。
- (2) 復職の可能性を示唆する情報の内容(設問 28)
- ① 産業医分
全体では、心身の安定の本人所見、就業意欲の回復、生活活動の安定、が各々2割、主治医の診断書が続き、これら4項目が7割強を占めた。その他、自己抑制・セルフコントロールの回復、言動のおちつき、就業力の回復、思慮分別・社会性判断・行動の回復、休職を必要とした理由・事情の改善・解決、連絡・約束を守り時間に正確に行動、安全感覚・行動の実行、薬物療法、が1~4%、周囲との協調性の回復、上司の指示を守る、は1%以下。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。
- ② 主治医分
全体では、心身の安定の本人所見、就業意欲の回復、生活活動の安定、が各々2割程度、復職支援プログラム担当スタッフの評価、就業力の回復、言動の落ちつき、自己抑制・セルフコントロールの回復、思慮分別・社会性判断・行動の回復、が5~7%。休職を必要とした理由・事情の改善・解決、連絡・約束を守り時間に正確に行動、安全感覚・行動の実行、周囲との協調性の回復、上司の指示を守る、薬物療法、が1~4%。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。
- (3) 復職可能性の具体的確認方法(設問 29)
- ① 産業医分
全体では、生活日誌の記載・提出、自主トレ、人事・上司との面談が2割台。専門施設におけるリワーク参加実績、休職前の振り返り書類提出が1割、以上の5項目が9割を占めた。主治医、家族との面談は2%、就業力評価テストは1%以下。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。
- ② 主治医分
全体では、生活日誌の記載・提出、自主トレ、専門施設におけるリワーク参加実績、が各々2割。人事・上司との面談、産業医面談、が1割、以上の5項目が8割を占めた。以下、家族との面談、休職前の振り返り書類提出が5~6%、就業力評価テストは1%以下。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。
- (4) 職場が企画実施する復職準備プログラム(設問 30)
- ① 産業医分

- 全体では、実施している、していないがほぼ半々の割合。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。
- ② 主治医分
全体では、実施している、していないがほぼ6:4の割合。男女合計で実施していない割合は安定就労群に比し不安定就労群で高く、両群間に有意差($p<0.05$)が認められた。
- (5) 職場が企画実施する復職準備プログラムの実施期間(設問 31)
- ① 産業医分
全体では、1カ月以内が4割、3カ月以内が3割強、両方で8割を占めたが、他方、半年以上が1割を上回った。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。
- ② 主治医分
全体では、3カ月以内が6割弱、1カ月以内が残りの4割。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。
- (6) 職場が企画実施する復職準備プログラムの復職判定のタイミング(設問 32)
- ① 産業医分
全体では、終了時まで休職扱いが6割強、終了時まで仮復職扱いが2割強。開始時に復職が1割。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。
- ② 主治医分
全体では、終了時まで休職扱いが5割強、開始時に復職が3割、終了時まで仮復職扱いが1割強。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。
- (7) 職場における復職可能性の最終判定(設問 33)
- ① 産業医分
全体では、本人・人事・上司の産業医面談、職場の復職判定委員会、が3割、本人のみ産業医面談が1割強、不明が2割弱。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。
- ② 主治医分
全体では、本人のみ産業医面談、本人・人事・上司の産業医面談、職場の復職判定委員会、が2割。さらに本人と人事責任者との面談安定が1割強。不明が2割。就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。
- (8) 復職時の就業上の配慮(設問 34)
- ① 産業医分
全体では、実施が9割を超えた。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。

② 主治医分

全体では、実施が9割弱だが不明が1割認められた。安定就労群、不安定就労群いずれも実施が多数だが、不安定就労群に不明が多く、男性、女性、男女合計いずれも両群間に有意差 ($p<0.05$, $p<0.01$) が認められた。

(9) 復職時の就業上の配慮の内容(設問 35)

① 産業医分

全体では、業務負担の軽減、就業時間制限、産業医との定期面談、が各々2割、業務内容の変更が1割、これらで8割弱を占めた。その他、配属場所の変更、主治医へ情報提供・連携の確認、産業保健専門職との定期面談、家族への支援協力依頼、上司の変更が2~7%。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。

② 主治医分

全体では、業務負担の軽減、就業時間制限が3割、産業医との定期面談が1割、これらで7割弱を占めた。その他、業務内容の変更、配属場所の変更、産業保健専門職との定期面談、主治医へ情報提供・連携の確認、家族への支援協力依頼、上司の変更、机の位置変更が1~7%。安定就労群、不安定就労群間に有意差が認められなかった。

(10) 復職1年後の就業状況(設問 36)

① 産業医分

全体では、安定就労群は6割強、休職に至らない不安定就労、再休職(通算1カ月以上、6カ月未満)が1割、再休業(通算1カ月未満)、再休職(通算6カ月以上)が各々4%。

② 主治医分

全体では、安定就労群は6割強、休職に至らない不安定就労が2割、再休業(通算1カ月未満)、再休職(通算6カ月以上)が各々6~7%。

(11) 復職1年後の安定就労実現の理由(設問 37)

① 産業医分

全体では、就業環境、業務負担の段階的調整が2割弱。勤勉性・勤務努力、上司の指導力、治療努力、人事の配慮、が1割台。これら6項目で8割強を占めた。

② 主治医分

全体では、本人の治療努力が2割弱、就業環境とのマッチング、本人の勤勉性・勤務努力、業務負担の段階的調整、人事の配慮が1割台で、産業医の協力、上司の指導力、同僚の支

援、家族の支援が数%と続く。

(12) 復職1年後の不安定就労の理由(設問 38)

① 産業医分

全体では、本人の勤勉性・勤務努力の乏しさ、治療努力の乏しさを合わせて4割弱、就業環境との不具合、業務負担の段階的調整がみつからない、合わせて3割強、対人支援環境として、上司の指導力が難しい、同僚の支援の弱さ、人事の配慮の乏しさを合わせて1割、その他、家族の支援の弱さ、主治医の協力が、など。

② 主治医分

全体では、就業環境との不具合、業務負担の段階的調整がみつからない、合わせて5割弱、対人支援環境として、同僚の支援の弱さ、人事の配慮の乏しさ、産業医の協力が得られないを合わせて2割強、家族の支援の弱さが1割強、本人の勤勉性・勤務努力の乏しさ、治療努力の乏しさを合わせて1割強、など。概して、産業医は本人の要因を、主治医は職場の要因を重く評価する傾向。

(13) 復職1年後の不安定就労事例の最初の兆候(設問 39)

① 産業医分

全体では、勤怠の不安定が最多で4割弱、次いで心身の消耗をうかがわせる本人の所見が3割、就業力低下が2割弱、これら3項目で8割強を占めた。その他、過度の自己主張、所在不明・連絡不能、不自然・場違いな言動、上司の指示を守れない、周囲との協調性が保てない、が1~3%。

② 主治医分

全体では、心身の消耗をうかがわせる本人の所見が最多で3割強、次いで勤怠の不安定、就業力低下が各々3割弱、これら3項目で9割強を占めた。その他、過度の自己主張、周囲との協調性が保てない、就業規則を逸脱した行為・行動、が1~3%。

D. 考察

本年度は、昨年度に引き続き、調査用紙を産業医、主治医に送付し回収する方法で調査を実施し、産業医から126例、主治医から110例、計236事例を回収し集計ならびに解析を行った。

本調査での解析テーマは、職場のメンタルヘルス不調者に対して、休業の要否、復職の可否、さらに安定就労へという一連の過程で、産業医、主治医はそれぞれどのような情報に基づき、どのように判断しているのか、現状を明らかにすること、特に産業医と主治医の連携の視点から連携作業は

どのように取り組まれているのか、さらに、復職後1年間に安定就労を果たした群と果たせない群を比較して、その違いの成因を明らかにすること、である。以下に成績をまとめると、

(1) 不調者に対する産業医・主治医の判断過程

① 不調者の休業入りの姿勢

休職入りへの本人の姿勢は5割が、産業医で消極的、主治医で積極的、と異なる傾向が認められた。

② 不調者の休業入りの説得

本人が療養専念を希望した事例が主治医では8割、産業医では5割に主治医による説得が2割加わっていた。休業同意に果たす主治医の役割は大きい。

③ 要休業判断の根拠

要休業を示唆する情報として、心身の消耗をうかがわせる本人の所見、就業力低下、勤怠が不安定、を主要3要因とする点は産業医、主治医ともに同じだが、その背景要因を着目する割合は産業医は主治医に比しほぼ倍の割合。産業医は事例性を着目しやすい傾向。

④ 要休業を示唆する情報の主な出所

本人以外に、産業医は職場内から、主治医は職場内の上司から、に頼る傾向。

⑤ 勤怠の乱れ

要休業の判断は月5日以上、の勤怠の乱れが、産業医、主治医ともに標準だが、主治は欠勤等の頻度を多めに判断する傾向。

⑥ 休職時の診断病名

うつ状態・抑うつ状態、うつ病、双極性障害、適応障害、発達障害の診断病名が産業医、主治医ともに9割を占めるが、概して主治医側では発達障害などの病名が乏しい傾向。対職場への対策の結果とも受け止められる。

⑦ 休業中の本人と職場との連絡

本人と休業中の職場との接触について、産業医は何らかの方法で接触を維持する傾向、主治医は4割が指示なしなど考え方が異なる傾向。

⑧ 復職根拠

心身の安定の本人所見、就業意欲の回復、生活活動の安定、が主要な3要因。休職を必要とした理由・事情の改善・解決、薬物療法の改善などへの着目度は、産業医、主治医ともに低い。

⑨ 復職根拠の確認方法

生活日誌の記載・提出、自主トレ、人事・上司との面談、産業医面談、専門施設におけるリワーク参加実績などが共通している。

⑩ 復職後における就業上の配慮

実施が産業医、主治医の共通のコンセンサスだが、主治医の一部は就業上の配慮について未確認である。

⑪ 復職1年後の安定就労もしくは不安定就労の理由

本人側の要因は勤勉性・勤務努力、治療努力、就業環境の要因はマッチング、業務負担の段階的調整、対人支援環境として上司の指導力、など。概して、産業医は本人側の要因を、主治医は職場側の要因を重視する傾向。

⑫ 復職1年後の不安定就労の兆候

心身の消耗をうかがわせる本人の所見、勤怠

の不安定、就業力低下がの3項目が不安定就労の初期兆候として重視している傾向は産業医、主治医ともに同じ。

以上から明らかとなった各段階における産業医、主治医の判断と背景の一般的傾向を、今後さらに実践的に不調者対応へ活かしていく必要がある。

(2) 不調者に対する産業医・主治医の連携

① 休職の同意が「主治医もしくは産業医による説得」の場合

連携の未実施が4～6割、実施した場合は文書による連携が多数を占め、産業医から主治医への働きかけが多い傾向。

② 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困難点

本人の業務力と職業適性評価、指示・助言の受け入れ、職場の支援を得る、病態・予後の見極め、互いに連携に産業医、主治医共通して困難を感じている。

③ 復職時の就業上の配慮の内容

業務負担の軽減、就業時間制限、産業医との定期面談が主な配慮点、その他、業務内容の変更、配属場所の変更、産業保健専門職との定期面談、家族への支援協力依頼、上司の変更などに加え、産業医と主治医との情報提供・連携の確認が指摘された。

以上から、休職に入る過程、復職時の就業上の配慮において、産業医、主治医間の連携の意義が指摘されたが、必ずしも円滑に機能していないため、今後意識的に両者のアプローチが必要と考えられる。

(3) 復職後1年間の安定就労群と不安定就労群の比較

復職後1年間に安定就労群は66.4 %。それ以外の不安定就労群の特徴として、産業医分、主治医分ともに、

① 不調者に精神疾患の既往がある、

② 過去に2回以上の休職歴がある、

③ 休業前欠勤頻度は月当たり10日以上が多い、

④ 要休業の判断時は、産業医分は不調者の説得、主治医分は病態・予後の見極めに困難度が高い、

⑤ 主治医の診断病名は気分障害圏が多く両群に差異が認められないが、産業医による診断病名では不安定就労群に双極性障害、発達障害が、安定就労群には適応障害が目立つ、

⑥ 復職判定のタイミングは不安定就労群に復職許可と同時に復職した割合が高い、安定就労群は復職可能性の見極めまで休職扱いが多い、などが抽出された。

以上から、2回以上の休業を繰り返す不調者事例は病態面、職場適応面の両面において種々の困難性を抱え、かつ、復職時における安定就労の可能性の見極めが不十分なまま職場に再登場した場合、職場不適応に至り再休業する可能性が高いことが示唆された。

したがって、これらの職場適応困難群に対しては、主治医は休業時から復職時、そして就労再開後のフォローに至るまで、病態との関連で

不適応性の根拠を見極め、接触性、判断力の低下等の社会適応性の改善へ向けた働きかけに注力することが望ましい。

また、産業医は受け入れ職場の調整において、特に不調者のレベルに合った業務負担をはじめとする再適応支援環境などの対策が有効と考えられた。

E. 結論

本年度は前年度に引き続き、精神疾患を有する長期療養・休職事例（以下、「不調者」）のサンプリング調査を企画、実施した。

対象事例の要件は、過去5年以内に第N回目（1≦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）に関わった事例とした。

調査項目は、当該事例についての休職判断、復職判断、就労再開時の就業上の配慮などを含む計42問で構成し、精神科産業医から126例、精神科主治医から110例、計236事例を回収し集計ならびに解析を行った。

その結果、産業医、主治医の休職判断過程の現状として、判断根拠、情報のリソース、困難点などを具体的に明らかとなった。本成績は本領域の実務的なスタンダードとしての側面を有する。

さらに、復職後1年間の不安定就労群の分析から、2回以上の休業を繰り返す不調者事例は病態面、職場適応面の両面において種々の困難性を抱え、かつ、復職時に安定就労の可能性の見極めが不十分なまま職場に再登場した場合、職場不適応に至り再休業する可能性が高いことが示唆された。

したがって、これらの職場適応困難群に対しては、休業時から就労再開後へ至るまで、主治医は病態との関連で不適応性の根拠を見極め、接触性、判断力の低下等の社会適応性の改善へ向けた働きかけに注力し、産業医は受け入れ職場の調整において、特に不調者のレベルに合った再適応支援環境を用意するなどの対策が有効と考えられた。

参考文献

渡辺洋一郎分

- 1) 渡辺洋一郎；精神科医としてストレスチェック制度への意見 産業ストレス研究 24 - 3 2017
- 2) 渡辺洋一郎；ストレスチェックを活用した一次・二次予防 Progress in Medicine 37 - 12 2017
- 3) 渡辺洋一郎；精神科医による産業医活動の可能性と課題 産業精神保健 25-2 2017
- 4) 渡辺洋一郎；ストレスチェック制度の実施から見てきたこと～精神科医の立場から～ 産業精神保健 25 - 特別号 2017
- 5) 渡辺洋一郎；『外来精神科診療シリーズ』[メンタルクリニックにおける重要なトピックスへの対応] III. 職場のメンタルヘルス 3. ストレスチ

ェック制度の内容と対応 中山書店 2017

6) 渡辺洋一郎 主治医と産業医の連携 女性のメンタルヘルス 丸山総一郎編 南山堂 2017

神山昭男分

- 1) 神山昭男. ストレスチェック制度の実施から見てきたこと～精神科医の立場から、単 産業精神保健 25 (特別号):141-145, 2017. 産業精神保健学会
- 2) 神山昭男. 仕事のストレスと自殺対策、共 日精診ジャーナル 42 巻 4 号(第 223 号) 571-625, 2017 日本精神神経科診療所協会
- 3) 神山昭男. 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～ 単 産業ストレス研究 (Job Stress Res.), 24, 59-67 (2017) 日本産業ストレス学会
- 4) 神山昭男. ストレスチェック時代の職場環境改善への取り組みをめぐる一集団分析の活かし方と留意点― 単 産業ストレス研究 (Job Stress Res.), 24, 105-109 (2017) 日本産業ストレス学会
- 5) 神山昭男. 職場のメンタルヘルス不調者への対応―力動的理解と精神療法的アプローチの効用 単 精神医療から見たわが国の特徴と問題点(外来精神科診療シリーズ) 98-104. 2017 中山書店
- 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) 日本精神神経科診療所協会

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)
(1) 2018年6月 第24回日本精神神経科診療所協会研究大会
(2) 2018年6月 第114回日本精神神経学会
(3) 2018年7月 日本外来臨床精神医学会
(4) 2018年11月 日本産業ストレス学会
(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

非該当

(予定を含む。) なし。

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

表 1 調査項目の概要 (注：数字は設問番号 下記の表以外に 表2 回答者のプロフィール 末尾に調査用紙あり)

A. 事例の属性 (表3 事例のプロフィール)

1. 事例番号
2. 性別
3. 年齢階層
4. 住まい
5. 婚姻状況

B. 事例の職歴 (表4 事例の職歴)

6. 業種
7. 職務内容
8. 雇用・職位

C. 事例の病歴 (表5 事例の病歴)

9. 産業医もしくは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
10. 産業医もしくは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
11. 産業医もしくは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
12. 産業医もしくは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

D. 産業医もしくは主治医として関わった休職過程 (表6 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
14. 13が②消極的、③どちらともいえない場合、休職入りに対する産業医もしくは主治医による本人の同意の取り付け、確認の要否
15. 14が②不要だった場合の理由
16. 本人が最終的に休職に同意した理由
17. 16が②産業医もしくは主治医による説得の場合、産業医と主治医との連携は
18. 要休職の可能性を示唆する情報の出所(複数選択可)
19. 要休職の可能性を示唆する情報の内容(複数選択可)
20. 19が①勤怠が不安定の場合、具体的に早退、遅刻、欠勤の頻度は
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産業医もしくは主治医が取り組んだ内容(複数選択可)
22. 産業医もしくは主治医として、21の取り組み中に困難を感じた点(複数選択可)
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)
24. 産業医の(見込み)診断病名
25. 休職中の療養場所
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)

E. 産業医もしくは主治医として関わった復職過程 (表7 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)
28. 復職の可能性を示唆する情報の内容(複数選択可)
29. 復職可能性の具体的確認方法(複数選択可)
30. 職場が企画実施する復職準備プログラム
31. 30が②実施した場合、実施期間
32. 30が②実施した場合、復職判定のタイミング
33. 職場における復職可能性の最終判定(複数選択可)
34. 復職時の就業上の配慮
35. 34が②実施した場合、実施内容(複数選択可)
36. 復職後1年間の就業状況
37. 36が①安定就労(休職なし)の維持の場合、最大の理由(3つまで選択可)
38. 36が③再休業(通算1カ月未満)ありもしくは④再休職(通算1カ月以上、6カ月未満)ありもしくは⑤再休職(通算6カ月以上)ありの場合、最大の理由(3つまで選択可)
39. 36が③再休業(通算1カ月未満)ありもしくは④再休職(通算1カ月以上、6カ月未満)ありもしくは⑤再休職(通算6カ月以上)ありの場合、最初の兆候(3つまで選択可)

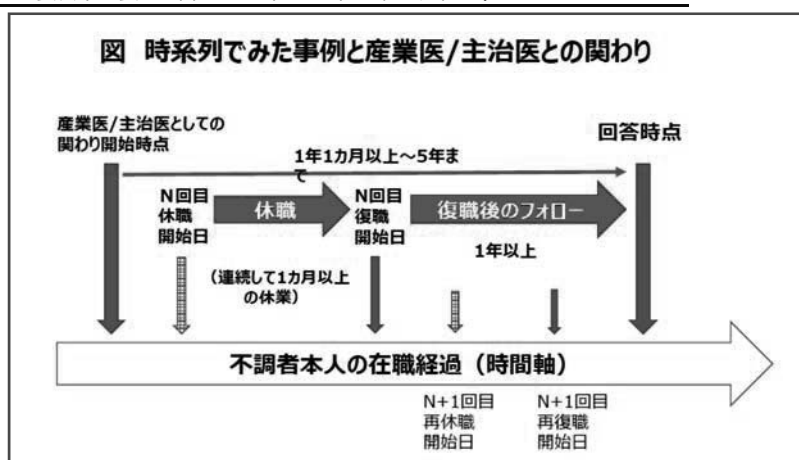


表2 回答者のプロフィール

産) Z-1 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

	回答	男				女				男女計		総計
		A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	
1	はい	63	28	14	10	77	38	115				115
2	いいえ	5	2	1	3	6	5	11				
3	その他	0	0	0	0	0	0	0				0
計		68	30	15	13	83	43	126				126
p値		NS				NS				NS		

産) Z-2 本事例の所属職場における業務経験は通算すると

	回答	男				女				男女計		総計
		A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	
1	2年未満	9	2	2	1	11	3	14				14
2	2年以上、4年未満	16	6	3	2	19	8	27				27
3	4年以上、10年未満	34	20	8	7	42	27	69				69
4	10年以上	7	1	2	2	9	3	12				12
計		66	29	15	12	81	41	122				122
p値		NS				NS				NS		

産) Z-3 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

	回答	男				女				男女計		総計
		A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	
1	2年未満	4	1	0	0	4	1	5				5
2	2年以上、4年未満	1	2	0	0	1	2	3				3
3	4年以上、10年未満	30	13	9	8	39	21	60				60
4	10年以上	31	13	6	4	37	17	54				54
計		66	29	15	12	81	41	122				122
p値		NS				NS				NS		

主) Z-1 本事例の主治医経験は通算すると

	回答	男				女				男女計		総計
		C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	
1	2年未満	15	5	2	3	17	8	25				25
2	2年以上、4年未満	14	5	4	7	18	12	30				30
3	4年以上	19	20	8	6	27	26	53				53
計		48	30	14	16	62	46	108				108
p値		NS				NS				NS		

主) Z-2 本事例の主治医経験はこの医療機関ですか

	回答	男				女				男女計		総計
		C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	
1	大学	5	2	1	1	6	3	9				9
2	大学以外の総合病院	5	1	1	0	6	1	7				7
3	単科精神科病院	7	4	4	7	11	11	22				22
4	診療所	31	23	8	8	39	31	70				70
計		48	30	14	16	62	46	108				108
p値		NS				NS				NS		

主) Z-3 ご自分の経験として、主治医としての総経験年数は

	回答	男				女				男女計		総計
		C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	
1	2年未満	0	0	0	1	0	1	1				1
2	2年以上、4年未満	6	2	1	3	7	5	12				12
3	4年以上、10年未満	5	2	0	2	5	4	9				9
4	10年以上	37	26	13	10	50	36	86				86
計		48	30	14	16	62	46	108				108
p値		NS				NS				NS		

表3 事例のプロフィール

産 3.年齢\5.婚姻 (男女別)

	男						女						総計	
	未婚	既婚	離婚後	死別	不明	計	未婚	既婚	離婚後	死別	不明	他		計
30歳未満	12	3	0	0	0	15	8	0	0	0	0	0	8	23
30-39歳	16	11	1	0	0	28	7	3	0	0	0	0	10	38
40-49歳	5	34	0	0	1	40	1	4	1	0	0	0	6	46
50-59歳	5	10	0	0	0	15	3	1	0	0	0	0	4	19
総計	38	58	1	0	1	98	19	8	1	0	0	0	28	126

主 3.年齢\5.婚姻 (男女別)

	男						女						總計
	未婚	既婚	離婚後	死別	不明	計	未婚	既婚	離婚後	死別	不明	計	
30歳未満	7	1	0	0	0	8	2	1	0	0	0	3	11
30-39歳	10	13	0	0	0	23	8	4	0	0	0	12	35
40-49歳	9	28	0	0	0	38	5	7	0	1	0	13	51
50-59歳	1	12	0	0	0	13	2	0	0	0	0	2	15
總計	27	54	0	0	0	82	17	12	0	1	0	30	112

産 5.婚姻\4.住まい (男女別)

	男					女					総計
	単身	同居	その他	不明	計	単身	同居	その他	不明	計	
未婚	27	11	0	0	38	16	3	0	0	19	57
既婚	4	54	0	0	58	0	8	0	0	8	66
離婚後	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	2
死別	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
総計	32	65	0	1	98	16	11	1	0	28	126

主 5.婚姻\4.住まい (男女別)

	男					女					総計
	単身	同居	その他	不明	計	単身	同居	その他	不明	計	
未婚	18	8	1	0	27	5	11	1	0	17	44
既婚	0	53	1	0	54	0	12	0	0	12	66
離婚後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
死別	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
他	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
総計	19	61	2	0	82	5	24	1	0	30	112

表4 事例の職歴

産) B-6 業種

	回答	男		女		男女計		総計
		A	B	A	B	A	B	A+B
1	建設業	1	1	0	0	1	1	2
2	製造業	31	10	6	3	37	13	50
3	情報通信	14	10	2	3	16	13	29
5	卸売・小売業	5	3	1	1	6	4	10
6	金融・保険業	2	0	1	0	3	0	3
7	医療・福祉	1	0	2	2	3	2	5
9	公務	8	5	1	2	9	7	16
計		62	29	13	11	75	40	115
p値		NS		NS		NS		

主) B-6 業種

	回答	男		女		男女計		総計
		C	D	C	D	C	D	A+B
2	製造業	13	9	2	2	15	11	26
3	情報通信	15	8	3	1	18	9	27
4	運輸業	2	1	0	0	2	1	3
5	卸売・小売業	5	0	2	0	7	0	7
7	医療・福祉	4	1	2	3	6	4	10
8	サービス業	0	3	1	2	1	5	6
9	公務	9	4	3	4	12	8	20
計		48	26	13	12	61	38	99
p値		NS		NS		NS		

産) B-7 職務内容

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
1	専門・技術	37	12	2	5	39	17	56	44.1
3	事務	15	10	10	7	25	17	42	33.1
2	管理	10	6	1	0	11	6	17	13.4
4	販売	4	1	1	0	5	1	6	4.7
5	サービス	3	1	0	1	3	2	5	3.9
8	その他	0	0	1	0	1	0	1	0.8
99	未回答	0	0	0	0	0	0	0	0.0
計		69	30	15	13	84	43	127	100.0
p値		NS		NS		NS			

主) B-7 職務内容

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
1	専門・技術	25	10	5	8	30	18	48	51.6
3	事務	7	11	8	7	15	18	33	35.5
5	サービス	3	2	1	1	4	3	7	7.5
4	販売	5	0	0	0	5	0	5	5.4
計		40	23	14	16	54	39	93	100.0
p値		p<0.05		NS		NS			

産) B-8 雇用・職位

	男		女		男女計		総計
	A	B	A	B	A	B	A+B
1	61	26	14	11	75	37	112
2	7	4	1	1	8	5	13
計	68	30	15	12	83	42	125
p 値	NS		NS		NS		

主) B-8 雇用・職位

	男		女		男女計		総計
	C	D	C	D	C	D	A+B
1	42	26	12	14	54	40	94
2	9	3	2	1	11	4	15
3	1	1	0	1	1	2	3
計	52	30	14	16	66	46	112
p 値	NS		NS		NS		

表5 事例の病歴

産) C-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

	回答	男		女		男女計		総計
		A	B	A	B	A	B	
1	あり	27	17	6	9	33	26	59
2	なし	40	8	9	4	49	12	61
3	不明	1	5	0	0	1	5	6
計		68	30	15	13	83	43	126
p値		p<0.01		NS		p<0.01		

産) C-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

	回答	男		女		男女計		総計
		A	B	A	B	A	B	
1	あり	12	5	0	4	12	9	21
2	なし	55	20	15	8	70	28	98
3	不明	1	5	0	1	1	6	7
計		68	30	15	13	83	43	126
p値		p<0.05		p<0.05		p<0.01		

産) C-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ヵ月以上)回数

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
1	なし	48	12	12	7	60	19	79	62.7
2	1回	13	4	2	4	15	8	23	18.3
3	2回	4	5	0	2	4	7	11	8.7
4	3回以上	2	6	1	0	3	6	9	7.1
5	不明	1	3	0	0	1	3	4	3.2
計		68	30	15	13	83	43	126	100.0
p値		p<0.01		NS		p<0.01			

主) C-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

	回答	男		女		男女計		総計
		C	D	C	D	C	D	
1	あり	19	17	8	7	27	24	51
2	なし	33	13	6	7	39	20	59
計		52	30	14	14	66	44	110
p値		NS		NS		NS		

主) C-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

	回答	男		女		男女計		総計
		C	D	C	D	C	D	
1	あり	8	3	3	1	11	4	15
2	なし	43	26	11	14	54	40	94
計		51	29	14	15	65	44	109
p値		NS		NS		NS		

主) C-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ヵ月以上)回数

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
1	なし	39	18	10	11	49	29	78	72.2
2	1回	11	7	2	1	13	8	21	19.4
4	2回	0	4	1	0	1	4	5	4.6
3	3回以上	2	1	0	1	2	2	4	3.7
計		52	30	13	13	65	43	108	100.0
p値		NS		NS		NS			

産) C-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

	回 答	男		女		男女計		総計
		A	B	A	B	A	B	
1	なし	62	25	14	11	76	36	112
2	1回	5	3	0	2	5	5	10
5	不明	1	2	1	0	2	2	4
計		68	30	15	13	83	43	126
p 値		NS		NS		NS		

主) C-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

	回 答	男		女		男女計		総計
		C	D	C	D	C	D	
1	なし	49	29	11	15	60	44	104
2	1回	3	0	0	0	3	0	3
5	不明	0	1	2	1	2	2	4
計		52	30	13	16	65	46	111
p 値		NS		NS		NS		

表6 休職過程

産) D-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

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
2	消極的	30	15	7	10	37	25	62	50.0
1	積極的	21	8	6	1	27	9	36	29.0
3	どちらともいえない	15	7	2	2	17	9	26	21.0
計		66	30	15	13	81	43	124	100.0
p値		NS		NS		NS			

主) D-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

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
1	積極的	27	14	4	6	31	20	51	46.4
2	消極的	20	8	6	3	26	11	37	33.6
3	どちらともいえない	4	8	4	6	8	14	22	20.0
計		51	30	14	15	65	45	110	100.0
p値		NS		NS		p<0.05			

産) D-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

	回答	男		女		男女計		総計
		A	B	A	B	A	B	
1	必要だった	30	14	5	7	35	21	56
2	不要だった	15	8	4	5	19	13	32
計		45	22	9	12	54	34	88
p値		NS		NS		NS		

主) D-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

	回答	男		女		男女計		総計
		C	D	C	D	C	D	
1	必要だった	22	14	7	9	29	23	52
2	不要だった	2	2	3	1	5	3	8
計		24	16	10	10	34	26	60
p値		NS		NS		NS		

産) D-15 14が②の場合の理由

	回答	男		女		男女計		総計
		A	B	A	B	A	B	
1	すでに休職入り	14	4	4	4	18	8	26
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	0	2	0	1	0	3	3
5	その他	1	1	0	0	1	1	2
3	本人と連絡取れず	0	1	0	0	0	1	1
計		15	8	4	5	19	13	32
p値		NS		NS		NS		

D-15 14が②の場合の理由

	回答	男		女		男女計		総計
		C	D	C	D	C	D	
1	すでに休職入り	2	1	1	1	3	2	5
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	0	1	1	0	3	2	5
5	事例化を心配した産業医が休職をすすめていた			1	0			0
計		2	2	3	1	6	4	10
p値		NS		NS		NS		

産) D-16 本人が最終的に休職に同意した理由

	回答	男		女		男女計		総計
		A	B	A	B	A	B	
1	本人が療養専念を希望	48	22	7	5	55	27	82
2	主治医による説得	13	4	10	4	23	8	31
6	産業保健専門職による説得	9	5	2	1	11	6	17
5	人事担当者による説得	7	6	0	2	7	8	15
4	上司による説得	4	5	0	5	4	10	14
3	家族・友人等による説得	4	1	1	1	5	2	7
7	その他	2	2	0	0	2	2	4
計		87	45	20	18	107	63	170
p 値		NS		NS		NS		

産) D-17 16が「主治医による説得」の場合、産業医と主治医との連携は

	回答	男		女		男女計		総計
		A	B	A	B	A	B	
1	実施せず	6	1	3	2	9	3	12
3	実施した（文書）	6	2	6	1	12	3	15
2	実施した（電話）	1	0	0	1	1	1	2
4	実施した（その他の方法）	0	1	1	0	1	1	2
計		13	4	10	4	23	8	31
p 値		NS		NS		NS		

主) D-16 本人が最終的に休職に同意した理由

	回答	男		女		男女計		総計
		C	D	C	D	C	D	
1	本人が療養専念を希望	44	23	8	13	52	36	88
2	産業医による説得	2	2	2	2	4	4	8
3	家族・友人等による説得	2	3	2	0	4	3	6
4	上司による説得	2	0	1	0	3	0	3
7	その他	1	0	1	1	2	1	3
6	産業保健専門職による説得	2	0	0	0	2	0	2
計		53	28	14	16	67	44	110
p 値		NS		NS		NS		

主) D-17 16が「産業医による説得」の場合、産業医と主治医との連携は

	回答	男		女		男女計		総計
		C	D	C	D	C	D	
1	実施せず	2	1	0	0	2	1	3
3	実施した（文書）	1	1	1	0	2	1	3
2	実施した（電話）	0	0	0	1	0	1	1
4	実施した（その他の方法）	0	0	0	1	0	1	1
計		3	2	1	2	4	4	8
p 値		NS		NS		NS		

産) D-18 要休職の可能性を示唆する情報の出所 (複数選択可)

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
1	本人	46	23	12	8	58	31	89	31.9
2	上司	35	17	5	9	40	26	66	23.7
3	人事担当	29	11	2	5	31	16	47	16.8
6	主治医	21	5	7	3	28	8	36	12.9
4	産業保健専門職	17	8	4	5	21	13	34	12.2
5	家族	2	2	0	1	2	3	5	1.8
7	その他	1	0	0	1	1	1	2	0.7
計		151	66	30	32	181	98	279	100.0
p 値		NS		NS		NS			

主) D-18 要休職の可能性を示唆する情報の出所 (複数選択可)

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
1	本人	47	26	12	13	59	39	98	57.3
2	上司	13	4	4	3	17	7	24	14.0
5	家族	10	6	3	3	13	9	22	12.9
6	産業医	5	3	2	5	7	8	15	8.8
3	人事担当	4	1	1	1	5	2	7	4.1
4	産業保健専門職	1	1	2	0	3	1	4	2.3
7	その他	0	1	0	0	0	1	1	0.6
計		80	42	24	25	104	67	171	100.0
p 値		NS		NS		NS			

産) D-19 要休職の可能性を示唆する情報の内容 (複数選択可)

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
2	心身の消耗をうかがわせる本人の所見	59	22	13	12	72	34	106	33.4
3	就業力低下	40	24	12	9	52	33	85	26.8
1	勤怠が不安定	37	21	6	10	43	31	74	23.3
8	周囲との協調性保てず	9	2	1	3	10	5	15	4.7
5-2	不自然・場違いな言動	3	3	2	1	5	4	9	2.8
6	上司の指示守れない	5	1	0	2	5	3	8	2.5
5-1	過度の自己主張	5	0	0	2	5	2	7	2.2
4	迷惑行為	1	1	2	0	3	1	4	1.3
7	所在不明・連絡不能	1	3	0	0	1	3	4	1.3
9	その他の就業規則を逸脱	3	0	0	0	3	0	3	0.9
10	その他	1	1	0	0	1	1	2	0.6
計		164	78	36	39	200	117	317	100.0
p 値		NS		NS		NS			

主) D-19 要休職の可能性を示唆する情報の内容 (複数選択可)

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
2	心身の消耗をうかがわせる本人の所見	46	28	10	13	56	41	97	37.2
3	就業力低下	41	24	11	9	52	33	85	32.6
1	勤怠が不安定	23	19	3	9	26	28	54	20.7
8	周囲との協調性保てず	2	0	2	3	4	3	7	2.7
5-2	不自然・場違いな言動	1	0	3	2	4	2	6	2.3
5-1	過度の自己主張	2	0	1	0	3	0	3	1.1
6	上司の指示守れない	0	1	2	0	2	1	3	1.1
4	迷惑行為	0	0	1	1	1	1	2	0.8
9	その他の就業規則を逸脱	0	0	0	2	0	2	2	0.8
10	その他	1	0	1	0	2	0	2	0.8
7	所在不明・連絡不能	0	0	0	0	0	0	0	0.0
計		116	72	34	39	150	111	261	100.0
p 値		NS		NS		NS			

産) D-20 19が①の場合、具体的に早退、遅刻、欠勤の頻度は

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
1	月5日以上	24	8	5	4	29	12	41	56.2
2	月10日以上	11	12	0	5	11	17	28	38.4
3	月15日以上	1	1	1	1	2	2	4	5.5
計		36	21	6	10	42	31	73	100.0
p値		NS		NS		p<0.05			

主) D-20 19が①の場合、具体的に早退、遅刻、欠勤の頻度は

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
1	月5日以上	16	10	1	4	17	14	31	64.6
2	月10日以上	3	5	2	2	5	7	12	25.0
3	月15日以上	0	3	0	2	0	5	5	10.4
計		19	18	3	8	22	26	48	100.0
p値		NS		NS		NS			

産) D-21 内容 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)

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
1	定期的な面談	39	24	9	11	48	35	83	27.6
4	人事・上司への就業面配慮の理解を得る	34	11	7	7	41	18	59	19.6
6	受診勧奨	29	11	5	5	34	16	50	16.6
7	主治医と情報交換	18	8	8	5	26	13	39	13.0
2	業務負担の軽減実施	20	8	4	6	24	14	38	12.6
3	就業時間の調整実施	13	1	3	1	16	2	18	6.0
5	異動・配置転換の検討	6	2	1	1	7	3	10	3.3
8	規則逸脱の指摘改善	3	1	0	0	3	1	4	1.3
計		162	66	37	36	199	102	301	100.0
p値		NS		NS		NS			

主) D-21 内容 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)

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
1	定期的な診療	41	23	11	11	52	34	86	37.6
4	休職勧奨	30	16	9	10	39	26	65	28.4
3	就業時間の調整の提案	13	8	2	4	15	12	27	11.8
7	家族の理解と支援依頼	12	8	2	1	14	9	23	10.0
2	産業医へ業務調整の提案	9	5	0	1	9	6	15	6.6
5	本人同意の上の産業医との意見交換	3	2	1	3	4	5	9	3.9
6	規則逸脱への指摘と改善指示	2	0	0	1	2	1	3	1.3
8	その他	1	0	0	0	1	0	1	0.4
計		111	62	25	31	136	93	229	100.0
p値		NS		NS		NS			

産) D-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)

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
3	指示・助言の受け入れ	30	18	2	9	32	27	59	29.2
7	職場の支援を得る	13	4	5	4	18	8	26	12.9
8	本人の業務力、職業適性評価	13	7	1	3	14	10	24	11.9
4	病態・予後の見極め	9	8	3	3	12	11	23	11.4
1	専門医受診	12	7	1	0	13	7	20	9.9
2	意思疎通	10	7	1	1	11	8	19	9.4
6	主治医との連携	3	2	3	2	6	4	10	5.0
9	作業・通勤面の安全確保	7	1	1	1	8	2	10	5.0
10	その他	3	1	1	1	4	2	6	3.0
5	家族の理解を得る	2	0	3	0	5	0	5	2.5
計		102	55	21	24	123	79	202	100.0
p値		NS		NS		NS			

主) D-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)

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
8	本人の業務力、職業適性評価	17	8	3	8	20	16	36	18.7
3	指示・助言の受け入れ	15	8	6	6	21	14	35	18.1
7	職場の支援を得る	16	9	1	3	17	12	29	15.0
4	病態・予後の見極め	11	11	1	3	12	14	26	13.5
2	意思疎通	9	4	2	3	11	7	18	9.3
5	家族の理解を得る	6	4	4	2	10	6	16	8.3
6	産業医との連携	9	4	0	1	9	5	14	7.3
9	作業・通勤面の安全確保	2	1	0	4	2	5	7	3.6
10	その他	3	2	2	0	5	2	7	3.6
1	定期受診	2	2	1	0	3	2	5	2.6
計		90	53	20	30	110	83	193	100.0
p値		NS		NS		NS			

産) D-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)

	回答	男			女			男女計			総計	
		A	B		A	B		A	B		A+B	%
1	うつ状態・抑うつ状態	31	14	3	8	34	22	56	37.3			
4	うつ病	25	9	2	4	27	13	40	26.7			
15	適応障害	11	6	7	0	18	6	24	16.0			
5	双極性障害	5	2	0	0	5	2	7	4.7			
10	発達障害	1	1	0	1	1	2	3	2.0			
11	アルコール性障害	2	1	0	0	2	1	3	2.0			
16	不眠症・睡眠障害	2	1	0	0	2	1	3	2.0			
18	統合失調症・妄想性障害	0	1	2	0	2	1	3	2.0			
19	自律神経失調症	2	0	0	0	2	0	2	1.3			
22	その他	0	2	0	0	0	2	2	1.3			
2	不安状態	1	0	0	0	1	0	1	0.7			
3	混合性不安抑うつ状態	1	0	0	0	1	0	1	0.7			
6	気分障害	0	1	0	0	0	1	1	0.7			
8	強迫性障害	0	0	1	0	1	0	1	0.7			
9	PTSD	1	0	0	0	1	0	1	0.7			
14	摂食障害	0	0	0	1	0	1	1	0.7			
17	心因反応	1	0	0	0	1	0	1	0.7			
7	不安障害	0	0	0	0	0	0	0	0.0			
12	パーソナリティ障害	0	0	0	0	0	0	0	0.0			
13	アルコール症以外の物質使用障害	0	0	0	0	0	0	0	0.0			
20	認知症等	0	0	0	0	0	0	0	0.0			
21	けいれん性疾患・器質性脳疾患	0	0	0	0	0	0	0	0.0			
計		83	38	15	14	98	52	150	100.0			
p値		NS			NS			NS				

主) D-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)

	回答	男			女			男女計			総計	
		C	D		C	D		C	D		A+B	%
1	うつ状態・抑うつ状態	19	17	3	10	22	27	49	38.3			
4	うつ病	22	11	3	1	25	12	37	28.9			
5	双極性障害	5	5	4	3	9	8	17	13.3			
15	適応障害	7	0	2	1	9	1	10	7.8			
22	その他	1	0	2	0	3	0	3	2.3			
2	不安状態	2	0	0	0	2	0	2	1.6			
10	発達障害	0	1	1	0	1	1	2	1.6			
14	摂食障害	0	0	0	2	0	2	2	1.6			
19	自律神経失調症	1	1	0	0	1	1	2	1.6			
3	混合性不安抑うつ状態	0	0	0	1	0	1	1	0.8			
7	不安障害	0	0	1	0	1	0	1	0.8			
16	不眠症・睡眠障害	0	0	1	0	1	0	1	0.8			
18	統合失調症・妄想性障害	0	1	0	0	0	1	1	0.8			
6	気分障害	0	0	0	0	0	0	0	0.0			
8	強迫性障害	0	0	0	0	0	0	0	0.0			
9	PTSD	0	0	0	0	0	0	0	0.0			
11	アルコール性障害	0	0	0	0	0	0	0	0.0			
12	パーソナリティ障害	0	0	0	0	0	0	0	0.0			
13	アルコール症以外の物質使用障害	0	0	0	0	0	0	0	0.0			
17	心因反応	0	0	0	0	0	0	0	0.0			
20	認知症等	0	0	0	0	0	0	0	0.0			
21	けいれん性疾患・器質性脳疾患	0	0	0	0	0	0	0	0.0			
計		57	36	17	18	74	54	128	100.0			
p値		NS			NS			NS				

産) D-24 産業医の（見込み）診断病名（複数選択可）

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
15	適応障害	26	4	9	1	35	5	40	24.5
1	うつ状態・抑うつ状態	21	10	2	1	23	11	34	20.9
4	うつ病	22	9	2	1	24	10	34	20.9
10	発達障害	4	6	2	3	6	9	15	9.2
5	双極性障害	4	4	0	4	4	8	12	7.4
12	パーソナリティ障害	2	2	0	3	2	5	7	4.3
11	アルコール性障害	5	1	0	0	5	1	6	3.7
16	不眠症・睡眠障害	5	0	0	0	5	0	5	3.1
8	強迫性障害	1	1	1	1	2	2	4	2.5
18	統合失調症・妄想性障害	0	1	2	1	2	2	4	2.5
7	不安障害	1	0	0	0	1	0	1	0.6
22	その他	0	1	0	0	0	1	1	0.6
計		91	39	18	15	109	54	163	100.0
p値		NS		NS		p<0.01			

主) D-24 産業医の（見込み）診断病名

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
1	承知していない	36	22	10	12	46	34	80	72.7
2	主治医と同じ	15	8	4	3	19	11	30	27.3
計		51	30	14	15	65	45	110	100.0
p値		NS		NS		NS			

産) D-25 休職中の療養場所

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
1	自宅	62	24	12	9	74	33	107	84.9
2	実家	3	2	2	1	5	3	8	6.3
3	自宅・実家双方	2	3	1	3	3	6	9	7.1
4	その他	1	1	0	0	1	1	2	1.6
計		68	30	15	13	83	43	126	100.0
p値		NS		NS		NS			

主) D-25 休職中の療養場所

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
1	自宅	47	28	13	12	60	40	100	86.2
2	実家	1	1	2	2	3	3	6	5.2
3	自宅・実家双方	1	0	0	1	1	1	2	1.7
4	その他	4	1	2	1	6	2	8	6.9
計		53	30	17	16	70	46	116	100.0
p値		NS		NS		NS			

産) D-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)

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
1	定期連絡	39	18	9	4	48	22	70	46.1
4	産業保健専門職との定期連絡	24	11	6	7	30	18	48	31.6
5	その他(産業医との定期面談など)	8	4	1	4	9	8	17	11.2
2	上司は人事との連絡中止	9	2	2	2	11	4	15	9.9
3	休職報告書を毎月提出	1	1	0	0	1	1	2	1.3
計		81	36	18	17	99	53	152	100.0
p値		NS		NS		NS			

主) D-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)

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
1	していない	23	15	7	9	30	24	54	42.5
2	上司や人事と定期連絡	23	12	5	4	28	16	44	34.6
5	産業保健専門職との定期連絡	11	3	2	2	13	5	18	14.2
3	上司は人事との連絡中止	3	2	1	3	4	5	9	7.1
4	休職報告書を毎月提出	1	0	0	0	1	0	1	0.8
6	その他	1	0	0	0	1	0	1	0.8
計		62	32	15	18	77	50	127	100.0
p値		NS		NS		NS			

表7 復職過程

産) E-27 復職の可能性を示唆する情報の出所 (複数選択可)

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
1	本人	54	26	14	10	68	36	104	39.2
6	主治医	43	15	7	8	50	23	73	27.5
3	人事担当	14	9	2	3	16	12	28	10.6
4	産業保健専門職	16	3	4	3	20	6	26	9.8
2	上司	11	4	2	3	13	7	20	7.5
5	家族	5	3	0	2	5	5	10	3.8
7	その他	1	2	1	0	2	2	4	1.5
計		144	62	30	29	174	91	265	100.0
p値		NS		NS		NS			

主) E-27 復職の可能性を示唆する情報の出所 (複数選択可)

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
1	本人	50	29	13	16	63	45	108	63.5
3	復職支援プログラム担当スタッフ	19	8	7	3	26	11	37	21.8
2	家族	8	8	1	3	9	11	20	11.8
4	その他	2	0	2	1	4	1	5	2.9
計		79	45	23	23	102	68	170	100.0
p値		NS		NS		NS			

産) E-28 復職の可能性を示唆する情報の内容 (複数選択可)

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
2	心身の安定の本人所見	62	26	15	9	77	35	112	20.8
1	就業意欲の回復	59	22	14	9	73	31	104	19.3
3	生活活動の安定	54	23	12	8	66	31	97	18.0
11	主治医の診断書	43	19	10	11	53	30	83	15.4
5-1	自己抑制・セルフコントロールの回復	15	7	2	1	17	8	25	4.6
5-2	言動のおちつき	11	6	6	1	17	7	24	4.5
10	就業力の回復	12	4	3	1	15	5	20	3.7
4	思慮分別、社会性判断・行動の回復	9	5	1	2	10	7	17	3.2
13	休職を必要とした理由・事情の改善・解決	13	1	2	1	15	2	17	3.2
7	連絡・約束を守り時間に正確に行動	7	2	1	1	8	3	11	2.0
9	安全感覚・行動の実行	4	4	1	0	5	4	9	1.7
12	薬物療法の内容	5	1	1	0	6	1	7	1.3
14	その他	2	1	2	1	4	2	6	1.1
8	周囲との協調性の回復	3	0	0	1	3	1	4	0.7
6	上司の指示を守る	2	0	0	1	2	1	3	0.6
計		301	121	70	47	371	168	539	100.0
p値		NS		NS		NS			

主) E-28 復職の可能性を示唆する情報の内容 (複数選択可)

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
2	心身の安定の本人所見	46	28	13	16	59	44	103	21.4
1	就業意欲の回復	41	25	10	13	51	38	89	18.5
3	生活活動の安定	41	23	11	12	52	35	87	18.0
11	復職支援プログラム担当スタッフの評価	18	8	8	1	26	9	35	7.3
10	就業力の回復	16	10	3	4	19	14	33	6.8
5-2	言動のおちつき	15	3	6	5	21	8	29	6.0
5-1	自己抑制・セルフコントロールの回復	14	2	6	5	20	7	27	5.6
4	思慮分別、社会性判断・行動の回復	13	1	6	3	19	4	23	4.8
13	休職を必要とした理由・事情の改善・解決	9	2	3	1	12	3	15	3.1
7	連絡・約束を守り時間に正確に行動	6	2	4	1	10	3	13	2.7
9	安全感覚・行動の実行	5	3	0	2	5	5	10	2.1
8	周囲との協調性の回復	4	0	2	1	6	1	7	1.5
6	上司の指示を守る	4	0	1	0	5	0	5	1.0
12	薬物療法の内容	2	1	2	0	4	1	5	1.0
14	その他	1	0	0	0	1	0	1	0.2
計		235	108	75	64	310	172	482	100.0
p値		NS		NS		NS			

産) E-29 復職可能性の具体的確認方法 (複数選択可)

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
1	生活日誌の記載・提出	39	23	7	8	46	31	77	23.8
3	自主トレ	39	19	9	10	48	29	77	23.8
4	人事・上司との面談	39	15	9	8	48	23	71	22.0
2	専門施設におけるリワーク参加実績	22	12	4	3	26	15	41	12.7
5	休職前の振り返り書類提出	20	8	3	3	23	11	34	10.5
6	主治医との面談	4	2	1	1	5	3	8	2.5
7	家族との面談	4	1	2	1	6	2	8	2.5
9	その他	3	0	1	0	4	0	4	1.2
8	就業力評価テスト	2	1	0	0	2	1	3	0.9
計		172	81	36	34	208	115	323	100.0
p値		NS		NS		NS			

主) E-29 復職可能性の具体的確認方法 (複数選択可)

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
1	生活日誌の記載・提出	26	20	8	6	34	26	60	23.2
3	自主トレ	26	15	8	7	34	22	56	21.6
2	専門施設におけるリワーク参加実績	23	12	8	3	31	15	46	17.8
4	人事・上司との面談	14	8	6	7	20	15	35	13.5
6	産業医面談	14	6	1	4	15	10	25	9.7
7	家族との面談	7	5	1	5	8	10	18	6.9
5	休職前の振り返り書類提出	8	4	3	0	11	4	15	5.8
8	就業力評価テスト	1	0	0	1	1	1	2	0.8
9	その他	1	1	0	0	1	1	2	0.8
計		120	71	35	33	155	104	259	100.0
p値		NS		NS		NS			

産) E-30 職場が企画実施する復職準備プログラム

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	
1	実施していない	39	17	3	5	42	22	64	
2	実施した	29	13	12	8	41	21	62	
計		68	30	15	13	83	43	126	
p値		NS		NS		NS			

主) E-30 職場が企画実施する復職準備プログラム

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	
1	実施していない	30	16	5	10	35	26	61	
2	実施した	20	8	8	3	28	11	39	0.7027
3	不明	2	5	1	2	3	7	10	0.5556
計		52	29	14	15	66	44	110	
p値		NS		NS		p<0.05			

産) E-31 30が②の場合、実施期間

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
1	1カ月以内	14	6	4	3	18	9	27	44.3
2	3カ月以内	10	2	7	3	17	5	22	36.1
3	半年以内	2	0	1	2	3	2	5	8.2
4	半年以上	2	5	0	0	2	5	7	11.5
計		28	13	12	8	40	21	61	100.0
p値		NS		NS		NS		NS	

主) E-31 30が②の場合、実施期間

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
2	3カ月以内	9	3	4	2	13	5	18	58.1
1	1カ月以内	7	3	2	1	9	4	13	41.9
計		16	6	6	3	22	9	31	100.0
p値		NS		NS		NS		NS	

産) E-32 30が②の場合、復職判定のタイミング

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
2	終了時まで休職扱い	17	4	8	3	25	7	32	55.2
1	開始時に復職	5	5	3	4	8	9	17	29.3
3	終了時まで仮復職扱い	4	3	1	1	5	4	9	15.5
99	未回答	0	0	0	0	0	0	0	0.0
計		26	12	12	8	38	20	58	100.0
p値		NS		NS		NS		NS	

主) E-32 30が②の場合、復職判定のタイミング

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
2	終了時まで休職扱い	13	3	5	3	18	6	24	
3	終了時まで仮復職扱い	5	1	2	0	7	1	8	21.6
1	開始時に復職	1	2	1	0	2	2	4	10.8
4	その他	1	0	0	0	1	0	1	2.7
計		20	6	8	3	28	9	37	100.0
p値		NS		NS		NS		NS	

産) E-33 職場における復職可能性の最終判定 (複数選択可)

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
4	本人、人事、上司の産業医面談	28	12	7	4	35	16	51	34.5
1	職場の復職判定委員会	23	12	7	5	30	17	47	31.8
5	不明	18	5	1	2	19	7	26	17.6
2	本人のみ産業医面談	9	6	3	2	12	8	20	13.5
3	本人と人事責任者との面談	2	2	0	0	2	2	4	2.7
計		80	37	18	13	98	50	148	100.0
p 値		NS		NS		NS			

主) E-33 職場における復職可能性の最終判定 (複数選択可)

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
2	本人のみ産業医面談	14	5	4	5	18	10	28	23.1
4	本人、人事、上司の産業医面談	12	7	4	2	16	9	25	20.7
5	不明	10	7	3	5	13	12	25	20.7
1	職場の復職判定委員会	14	5	2	3	16	8	24	19.8
3	本人と人事責任者との面談	7	7	2	3	9	10	19	15.7
計		57	31	15	18	72	49	121	100.0
p 値		NS		NS		NS			

産) E-34 復職時の就業上の配慮

	回答	男		女		男女計		総計
		A	B	A	B	A	B	
1	実施せず	1	1	0	0	1	1	2
2	実施	67	29	15	13	82	42	124
計		68	30	15	13	83	43	126
p 値		NS		NS		NS		

主) E-34 復職時の就業上の配慮

	回答	男		女		男女計		総計
		C	D	C	D	C	D	
1	実施せず	3	1	0	0	3	1	4
2	実施	46	22	14	11	60	33	93
3	不明	2	6	0	5	2	11	13
計		48	28	14	16	62	44	106
p 値		p<0.05		p<0.05		p<0.01		

産) E-35 34が②の場合、実施内容 (複数選択可)

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
2	業務負担の軽減	56	26	12	10	68	36	104	24.7
1	就業時間制限	51	23	11	10	62	33	95	22.6
7	産業医との定期面談	45	21	10	7	55	28	83	19.7
5	業務内容の変更	19	14	4	5	23	19	42	10.0
3	配属場所の変更	18	7	6	2	24	9	33	7.8
9	主治医へ情報提供・連携の確認	13	8	5	3	18	11	29	6.9
8	産業保健専門職との定期面談	7	5	3	3	10	8	18	4.3
10	家族への支援協力依頼	4	2	1	2	5	4	9	2.1
4	上司の変更	6	2	0	0	6	2	8	1.9
6	机の位置の変更	0	0	0	0	0	0	0	0.0
計		219	108	52	42	271	150	421	100.0
p値		NS		NS		NS			

主) E-35 34が②の場合、実施内容 (複数選択可)

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
2	業務負担の軽減	39	19	13	10	52	29	81	33.1
1	就業時間制限	35	20	10	8	45	28	73	29.8
7	産業医との定期面談	15	4	4	3	19	7	26	10.6
5	業務内容の変更	8	3	4	1	12	4	16	6.5
3	配属場所の変更	7	3	2	0	9	3	12	4.9
8	産業保健専門職との定期面談	7	3	2	0	9	3	12	4.9
9	主治医へ情報提供・連携の確認	2	2	2	1	4	3	7	2.9
10	家族への支援協力依頼	2	2	1	1	3	3	6	2.4
11	その他	3	1	1	0	4	1	5	2.0
4	上司の変更	1	2	1	0	2	2	4	1.6
6	机の位置の変更	1	0	1	1	2	1	3	1.2
計		120	59	41	25	161	84	245	100.0
p値		NS		NS		NS			

産) E-36 復職後1年間の就業状況

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
1	安定就労の維持	68	0	15	0	83	0	83	66.4
2	休職に至らない不安定就労	0	14	0	3	0	17	17	13.6
4	再休職 (通算1カ月以上、6カ月未満)	0	11	0	4	0	15	15	12.0
3	再休業 (通算1カ月未満)	0	3	0	2	0	5	5	4.0
5	再休職 (通算6カ月以上)	0	1	0	4	0	5	5	4.0
計		68	29	15	13	83	42	125	100.0

主) E-36 復職後1年間の就業状況

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
1	安定就労の維持	52	0	14	0	66	0	66	64.7
2	休職に至らない不安定就労	0	16	0	7	0	23	23	22.5
3	再休業 (通算1カ月未満)	0	3	0	4	0	7	7	6.9
5	再休職 (通算6カ月以上)	0	4	0	2	0	6	6	5.9
4	再休職 (通算1カ月以上、6カ月未満)	0	0	0	0	0	0	0	0.0
計		52	23	14	13	66	36	102	100.0

産) E-37 36が①の場合、最大の理由 (3つまで選択可)

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
1	就業環境	26	0	10	0	36	0	36	17.0
8	業務負担の段階的調整	32	0	4	0	36	0	36	17.0
3	勤勉性・勤務努力	25	0	4	0	29	0	29	13.7
2	上司の指導力	24	0	3	0	27	0	27	12.7
4	治療努力	22	0	5	0	27	0	27	12.7
6	人事の配慮	19	0	3	0	22	0	22	10.4
5	同僚の支援	11	0	3	0	14	0	14	6.6
9	主治医の協力	10	0	4	0	14	0	14	6.6
10	その他	5	0	0	0	5	0	5	2.4
7	家族の支援	2	0	0	0	2	0	2	0.9
計		176	0	36	0	212	0	212	100.0

主) E-37 36が①の場合、最大の理由 (3つまで選択可)

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
4	本人の治療努力	24	0	9	0	33	0	33	18.8
1	就業環境とのマッチング	26	0	3	0	29	0	29	16.5
3	本人の勤勉性・勤務努力	20	0	6	0	26	0	26	14.8
8	業務負担の段階的調整	20	0	6	0	26	0	26	14.8
6	人事の配慮	13	0	7	0	20	0	20	11.4
9	産業医の協力	8	0	3	0	11	0	11	6.3
2	上司の指導力	7	0	2	0	9	0	9	5.1
5	同僚の支援	4	0	4	0	8	0	8	4.5
10	その他	4	0	4	0	8	0	8	4.5
7	家族の支援	6	0	0	0	6	0	6	3.4
計		132	0	44	0	176	0	176	100.0

産) E-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)

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
1	就業環境との不具合	1	7	0	5	1	12	13	28.3
3	勤勉性・勤務努力の乏しさ	0	7	0	3	0	10	10	21.7
4	治療努力の乏しさ	0	5	0	3	0	8	8	17.4
10	その他	0	2	0	2	0	4	4	8.7
2	上司の指導力が難しい	0	1	0	1	0	2	2	4.3
5	同僚の支援の弱さ	0	2	0	0	0	2	2	4.3
7	家族の支援の弱さ	0	1	0	1	0	2	2	4.3
8	業務負担の段階的調整がいつかない	0	1	0	1	0	2	2	4.3
9	主治医の協力が無い	0	0	0	2	0	2	2	4.3
6	人事の配慮の乏しさ	1	0	0	0	1	0	1	2.2
計		2	26	0	18	2	44	46	100.0

主) E-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)

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
1	就業環境の不具合	0	8	0	6	0	14	14	37.8
7	家族の支援が弱さ	0	3	0	2	0	5	5	13.5
3	本人の勤勉性・勤務努力が乏しさ	0	4	0	0	0	4	4	10.8
8	業務負担の段階的調整がいつかない	0	2	0	2	0	4	4	10.8
5	同僚の支援が弱さ	0	0	0	3	0	3	3	8.1
6	人事の配慮が乏しさ	0	2	0	1	0	3	3	8.1
9	産業医の協力が得られない	0	2	0	0	0	2	2	5.4
4	本人の治療努力が乏しさ	0	1	0	0	0	1	1	2.7
10	その他	0	0	0	1	0	1	1	2.7
2	上司の指導力の難しさ	0	0	0	0	0	0	0	0.0
計		0	22	0	15	0	37	37	100.0

産) E-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)

	回答	男		女		男女計		総計	
		A	B	A	B	A	B	A+B	%
1	勤怠の不安定	0	12	0	9	0	21	21	38.2
2	心身の消耗がつかがわせる本人の所見	0	10	0	6	0	16	16	29.1
3	就業力低下	0	6	0	4	0	10	10	18.2
5-1	過度の自己主張	0	0	0	2	0	2	2	3.6
7	所在不明・連絡不能	0	2	0	0	0	2	2	3.6
5-2	不自然・場違いな言動	0	1	0	0	0	1	1	1.8
6	上司の指示を守れない	0	0	0	1	0	1	1	1.8
8	周囲との協調性が保てない	0	0	0	1	0	1	1	1.8
10	その他	0	0	0	1	0	1	1	1.8
4	迷惑行為	0	0	0	0	0	0	0	0.0
9	就業規則を逸脱した行為、行動	0	0	0	0	0	0	0	0.0
計		0	31	0	24	0	55	55	100.0

主) E-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)

	回答	男		女		男女計		総計	
		C	D	C	D	C	D	A+B	%
2	心身の消耗がつかがわせる本人の所見	0	10	0	7	0	17	17	35.4
1	勤怠が不安定	0	8	0	5	0	13	13	27.1
3	就業力低下	0	8	0	5	0	13	13	27.1
5-1	過度の自己主張	0	0	0	2	0	2	2	4.2
8	周囲との協調性が保てない	0	0	0	1	0	1	1	2.1
9	その他の就業規則を逸脱した行為、行動	0	0	0	1	0	1	1	2.1
10	その他	0	0	0	1	0	1	1	2.1
4	迷惑行為	0	0	0	0	0	0	0	0.0
5-2	不自然・場違いな言動	0	0	0	0	0	0	0	0.0
6	上司の指示を守れない	0	0	0	0	0	0	0	0.0
7	所在不明・連絡不能	0	0	0	0	0	0	0	0.0
計		0	26	0	22	0	48	48	100.0

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 ファクス：03-6914-5334

2. 事例の選択について

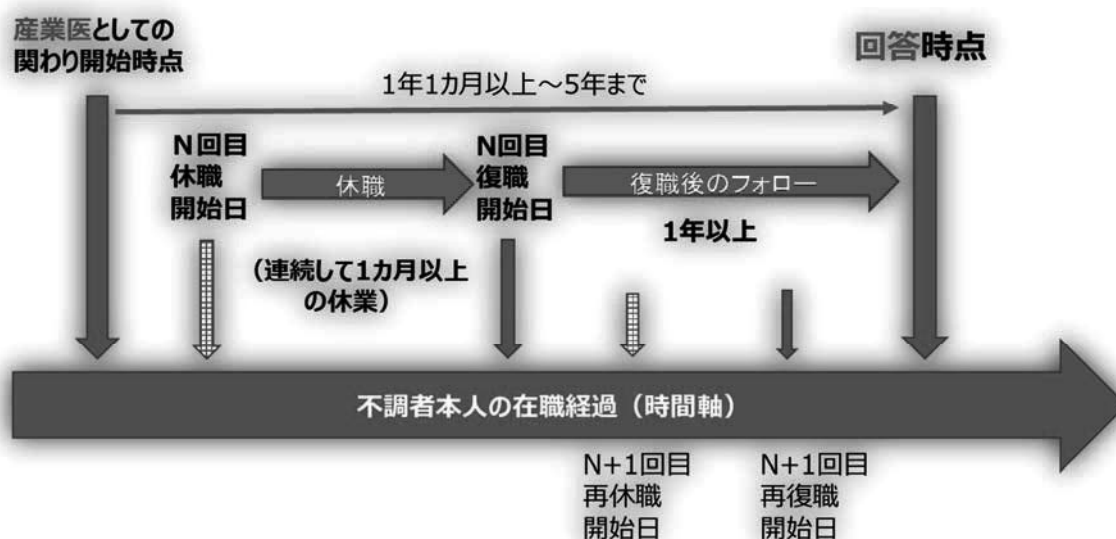
事例の選択は下図をご参照ください。すなわち、

- 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（ $1 \leq N$ ）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お願いいたします。

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、治療の必要性和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 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安全感覚・行動の
実行 ⑪就業力の回復 ⑫主治医の診断書 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 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
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 ファクス: 03-6914-5334

2. 事例の選択について

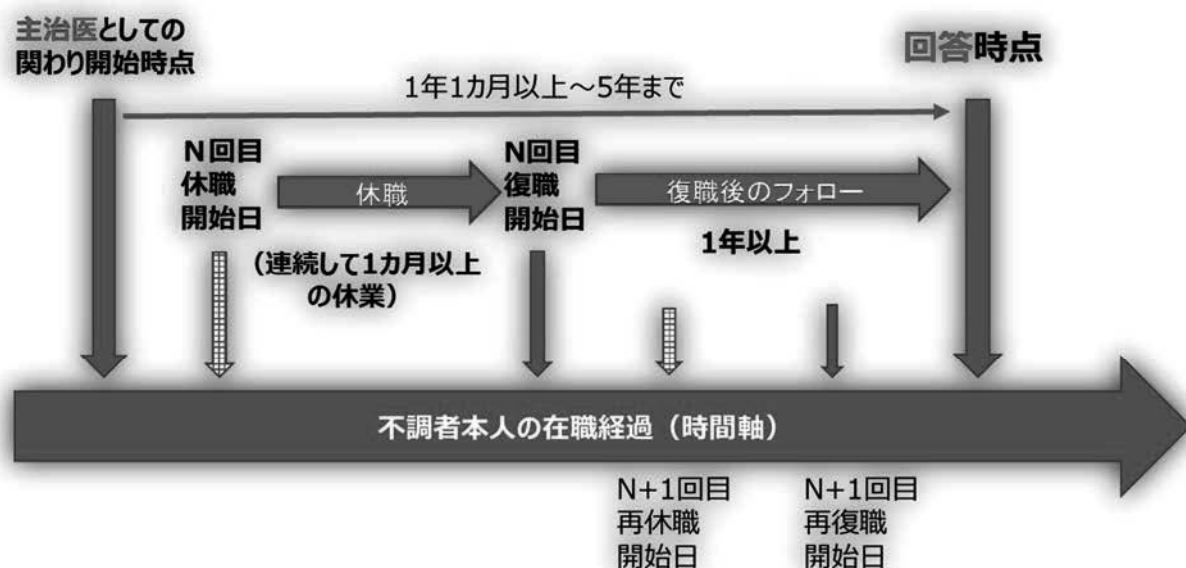
事例の選択は下図をご参照ください。すなわち、

- 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をお願いいたします。

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の医療機関ですか

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 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安全感覚・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仮復職扱い 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 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) ⑫不明

以上です。ご協力ありがとうございました。

労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書（平成29年度）

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

研究要旨：企業内の長期療養事例、休職事例を検討し、特に気分障害、不安障害、適応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。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作成し、F3 と F4 に属する症例の特性について検討した。

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. 結果

寛解・復職に至った例のうち、F3：気分障害圏と F4：不安障害・適応障害圏について、各群の寛解・復職に至るまでの期間についてそれぞれ調査した。

（1）F3：気分障害圏

①寛解に至るまでの期間（n=22）

211.8±388.3

mean±SD (days)

②復職に至るまでの期間（n=13）

286.5±487.2

mean±SD (days)

（2）F4：不安障害・適応障害圏

①寛解に至るまでの期間（n=18）

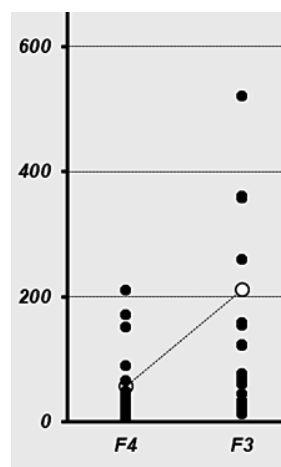
57.6±59.8

mean±SD (days)

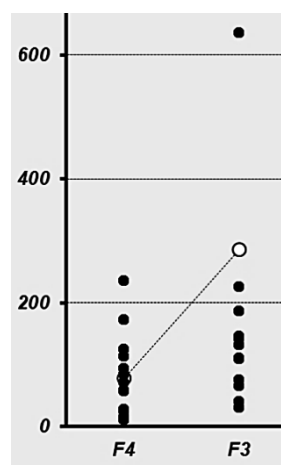
②復職に至るまでの期間（n=14）

78.5±65.9

mean±SD (days)



F4 vs F3 remission
(P<0.05 significant difference)



F4 vs F3 re-work
(no significant difference)

D.まとめ

不安障害・適応障害圏の疾病に罹患した労働者の寛解に至るまでの平均値は、約 58 日、復職に至るまでの期間は、約 79 日という結果であった。これに対し、うつ病等の気分障害圏では、寛解に至るまでの平均値は、約 212 日、復職に至るまでの期間は、約 287 日であり、概ね 6 か月～10 か月の間に復職を検討され職場復帰に至っていた。

E. 発表業績（平成 29 年度）

【当研究・両立支援に関連した論文・著書】

- 1) 小山文彦：総論：うつ病患者の社会復帰を取り巻く現状と課題．（Prog Med 37(12)：9-14, 2017)
- 2) 小山文彦：基調講演 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．（産業ストレス研究 24(4)：305-311, 2017)
- 3) 小山文彦：治療と就労の両立支援に求められる全人的配慮とコミュニケーションスキル．（産業精神保健 25(4), 276-280, 2017)
- 4) 加藤祐樹，林果林，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連携に関する研究．日職災医誌 2018 (in press)．
- 5) 小山文彦：どう取り組む？治療と職業生活の両立支援④「機構が取り組む両立支援コーディネーター研修の概要」．（産業保健 21 第 88 号，24-25, 2017)
- 6) 小山文彦：精神疾患に罹患した労働者の治療経過・寛解に影響する要因と疾患群の標準的な療養期間に関する研究．（平成 28 年度 厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金 分担研究報告書，2017)
- 7) 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), 77-79, 2017)
- 8) 小山文彦：精神科医が信頼されるために実践していること．（産業精神保健 25(1) 特集「企業に信頼される専門職はここが違う」，9-11, 2017)
- 9) 小山文彦：精神科医らしさを反映した産業医タスク～一次予防ツールが活きる職場風土の醸成～．（日本精神科診療所協会誌 日精診ジャーナル 第 21 回日本精神科診療所協会学術研究会特集号，318-324, 2017)
- 10) 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 65(2)，102-106, 2017)
- 11) 小山文彦（共著）：両立支援に携わる医療者に求められるコミュニケーションスキル．がんに罹患した労働者に対する治療と就労の両立支援マニュアル．p11-16，独立行政法人労働者健康安全機構，2017
- 12) 小山文彦（著）：メンタルヘルス不調をかかえた労働者に対する治療と就労の両立支援マニュアル．独立行政法人労働者健康安全機構，2017
- 13) 小山文彦（共著）：疾病を抱えた女性の治療と就労の両立支援．働く女性のストレスとメンタルヘルスケア．p205-214．丸山総一郎（編），創元社，大阪，2017
- 14) 小山文彦（共著）：第 3 章(4) 治療と仕事の両立支援．「はたらく」を支える！

女性のメンタルヘルス. p84-91. 丸山
総一郎 (編), 南山堂, 東京, 2017

【当研究・両立支援に関係する学会発表】

- 1) 小山文彦：治療と就労の両立支援に求められる全人的配慮とコミュニケーションスキル（第 24 回日本産業精神保健学会 教育講演, 2017 年 7 月, 東京）
- 2) 小山文彦：メンタルヘルス不調をかかえた労働者の治療と就労の両立支援（第 27 回日本産業衛生学会全国協議会 教育講演, 2017 年 11 月, 高知）
- 3) 小山文彦：治療と仕事の両立支援—がん支援・メンタルヘルス対策を中心に—（平成 29 年度千葉県医師会医学会 学術大会分科会 精神科医会学術集会 特別講演, 2017 年 11 月,

千葉）

- 4) 小山文彦（指定発言）：精神科医が産業医活動をするということ（第 113 回日本精神神経学会学術総会 委員会シンポジウム（精神保健に関する委員会）, 2017 年 6 月, 名古屋）
- 5) 小山文彦：「働き方改革」における治療就労両立支援の重要性（第 24 回日本産業精神保健学会 精神科医・心療内科医部会シンポジウム, 2017 年 7 月, 東京）
- 6) 松田由美江, 前田隆光, 海保知宏, 小林宏美, 山本喜久, 加藤祐樹, 林果林, 平陽一, 桂川修一, 小山文彦：本人・事業場・医療スタッフを交えた復職前面談に関する検討（第 24 回日本産業精神保健学会, 2017 年 7 月, 東京）

厚生労働省 平成 29 年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握及び治ゆの判断に係る臨床研究
分担研究報告書

精神障害者の就労および関係機関との連携に関わるヒアリング調査と支援ツール開発の試み

分担研究者：大西 守 公益社団法人 日本精神保健福祉連盟 常務理事

研究協力者：中田貴晃，諏訪裕子，佐川由紀，島倉大，永田有希子，竹内宏樹
キューブ・インテグレーション株式会社

【研究要旨】

平成 30 年 4 月より雇用率の引き上げに伴い、精神障害者の雇用は更なる増加が見込まれる一方で、就労後の定着率に課題を抱えており、ハローワークと医療機関が効果的な連携を行っていくことは重要テーマである。

平成 29 年度調査では、これまでのアンケート調査結果から得られた課題を踏まえ、精神障害者の雇用動向、就労定着状況、医療機関をはじめとする関係機関との連携に焦点を当て、訪問ヒアリング調査を通じて現場の実情を把握し、今後の方策の手がかりを考察した。さらに、より適切で効果的な支援を容易にするために、現行の主治医意見書や就労準備性を的確に把握できるツールの改訂および開発を試みた。

また、今回調査した全てのハローワークにおいて、精神障害者の求職・就職件数が増加する一方で、支援スタッフの人材不足が顕著であった。精神障害者雇用トータルサポーターの配置は進んでいるものの、困難ケースに対して精神科医をはじめとする専門職のサポート体制を構築することで、より円滑な支援体制ができるという意見が多数あった。

さらに、今回調査したハローワークにおいては労災関連事例(精神科領域)を経験した所はなく、就労を促進させて療養の長期化を防ぐという機能は果たされていなかった。

1. 研究目的とその背景

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おいては、再発率の高さや就労が持続しないといった問題が、現場で大きな課題となっている。適切な復職および就労支援を行うためには、当事者の病状および就労準備性の把握や、労務提供能力の総合的な判断のみならず、主治医、職場、就労支援機関等との関係機関との連携と協働が不可欠なのは言うまでもない。

平成 28 年度の本事業の分担研究におけるアンケート調査では、ハローワークに対し精神障害者の求職動向、就

労後の定着状況、関係機関の連携についてアンケート調査を実施し、生じている課題要因について集計を行った。その中で精神障害者の就労後の定着率に大きな課題が見られた。精神障害者が一年以上定着している割合は 4 割以下との回答が 59%を占め、その離職要因として、「症状の悪化」が 80%、「職場の人間関係」が 79%、「本人のコミュニケーション能力」が 71%、「職場側の理解不足」が 50%という回答が示された。

また、ハローワークと医療機関との連携については、平成 26 年度労災疾病臨床研究事業の分担研究にでも実施し、「良好」が 3%、「どちらともいえない」が 62%、「難

しい」が32%という結果が示されており、従来から課題が示唆されている（図1）。さらに、平成28年度調査では、ハローワークと各関係機関（医療機関、職場、外部就労支援機関）との連携の課題要因について調査した。医療機関との連携の課題で上位にあった選択肢として「就労支援の方針の相違」が49%、「主治医とのスケジュール調整」が41%、「医療機関の情報開示制限」が37%という結果が示され、職場や外部就労支援機関との連携上の課題と比較して、方針の相違や個人情報の扱い等、連携を行う上での質的な難しさがうかがえた（図2）。

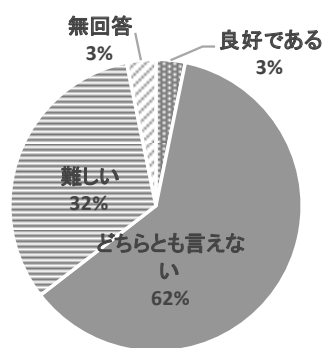


図1. ハローワーク利用者の主治医との連携
(平成26年度)

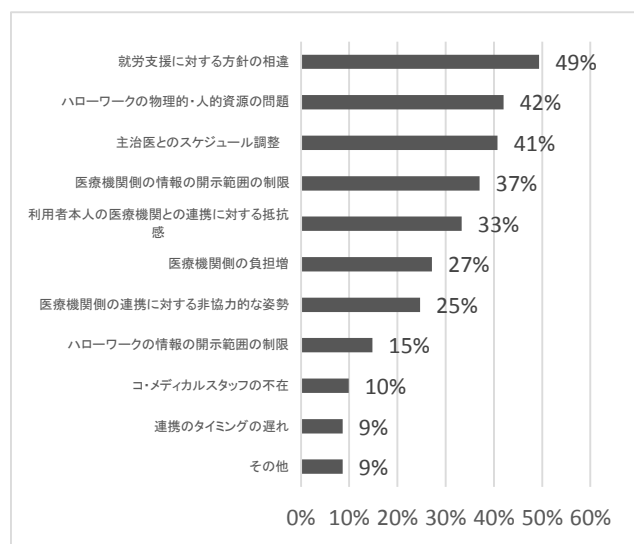


図2. ハローワークと医療機関との連携で生じる
課題要因 (平成28年度)

平成30年4月から事業所における障害者法定雇用率が現行の2.0%から2.2%へ引き上げられることで、精神障害者の雇用は更なる増加が見込まれる。その一方で、精神障害者の就労後の定着率については、現在も多くの課題を抱えている。このような状況下で、ハローワークと医療機関が効果的な連携をどのように創意工夫して行っていくかは、今後重要なテーマになっていくだろう。

平成29年度の本調査では、これまでのアンケート調査結果から得られた課題を踏まえ、精神障害者の雇用動向、就労定着状況、医療機関をはじめとする関係機関との連携に焦点を当て、訪問でのヒアリング調査を実施した。訪問調査を通じて現場の実情を把握し、今後の方策の手がかりを考察する。また、今回の結果を踏まえて、より適切で効果的な支援の手助けとなるよう、現行の主治医意見書や就労準備性を的確に把握するためのツールの改訂および開発を試みることにする。

さらに、労災関連事例（精神科領域）を経験の有無を尋ね、就労を促進させて療養の長期化を防ぐための機能についてもその可能性を探った。

2. ハローワークへの訪問ヒアリング調査

【調査対象および方法】

全国8地方区分（北海道、東北、関東、中部、近畿、中国、四国、九州・沖縄）に基づき、各拠点のハローワーク14カ所を選定し、訪問によるヒアリング調査を実施した。

ヒアリング調査にあたっては、インタビューガイドを作成し、主に以下の項目についてヒアリングを行った。

① 障害者の雇用動向および精神障害者の支援状況について

- ・各障害別の求職・就職件数の動向
- ・求職登録者の精神障害者の疾病動向
- ・企業の精神障害者の雇用に対する考え方や受け入れの動向
- ・精神障害者の職場定着状況（1年後定着率、定着が良好な背景要因、主な離職要因および就労定着に向けたハローワークの支援体制や取り組み）
- ・病状、就労準備性の把握のためのツール等の活用状況（主治医意見書のフォームなど）
- ・労災により精神障害者になった支援ケースの有無について

② 精神障害者の雇用における関係機関との連携状況

- ・主治医との連携状況
- ・職場（人事、産業医、産業保健スタッフ）との連携状況
- ・就労支援機関（地域障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、精神保健福祉センター等）との連携状況
- ・医療機関とハローワークの連携による「医療機関とハ

ローワークの連携による就労支援モデル事業（通称、モデル事業）」の実施状況（実施ハローワークのみ）

③ 精神障害者の就労支援や雇用、関係機関との連携で生じる課題改善に向けて必要と考えること

④ 労災関連事例（精神科領域）の経験の有無について

【結 果】

① 障害者の雇用動向および精神障害者の支援状況について

3 障害のうち、精神障害者については調査を実施したほとんどのハローワークで求職件数・就職件数ともに増加傾向との回答だった。また、知的障害者については、地域によって就職件数の増加傾向が見られたハローワークや、3 障害の中で就職割合が高いハローワークもあった。その背景要因として、近隣の特別支援学校との連携の促進や、都道府県によって発達障害者の診断で療育手帳を取得可能になるなどの環境が影響を及ぼしていることがうかがえた。身体障害者については、横ばいないし微減しているという回答がほとんどだった。

精神障害者の求職登録者の疾病としては、統合失調症、気分障害、双極性障害の割合が中心を占め、発達障害者の割合は年々増加しているとの回答が多く見られた。気分障害については、中途障害で発症し手帳を取得するケースが増加し、中には気分障害が求職登録者の約半分の割合を占めるというハローワークもあった。また、他の障害に比べて割合は少ないものの、てんかんの求職・就職者も一定割合で見られた。

就職先としては就労継続支援A型事業所への就職者も多く、就職先のうち3割近くがA型事業所となっているハローワークもあった。精神障害者については、専門援助部門に登録する求職者でもクローズで就職を希望するケースが多く、その場合、就労後の支援が困難なことから、オープンに切り替えるよう促すケースが多いとの見解も散見された。

精神障害者の雇用に対する企業の受け入れ動向については、平成30年4月からの法定雇用率引き上げへの備えとして、精神障害者を雇用する企業は増加しているとの回答が大多数だった。また、企業の従業員が精神障害に関する基礎的な知識習得と理解促進を目的に「精神・発達障害者しごとサポーター養成講座」を開催しているハローワークも多くあった。養成講座への参加者も徐々に増え、精神障害者に対する雇用の意識は高まっているとの回答もあった。その一方、雇用側が抱く不安として挙げられたのが、就労後に症状が寛解した場合、合理的配

慮が必要でありながら、精神障害者保健福祉手帳の更新ができなくなる可能性が生じるということである。今回ヒアリング調査をしたハローワークの中には、本人の知的水準から本来は精神障害者保健福祉手帳を取るべきところ、療育手帳を取るケースもあるという話もあった。また、てんかんについても発作が落ち着いている場合、精神障害者保健福祉手帳の更新が難しいケースもあり、こうした状況が事業所側の受け入れを躊躇させる一因になっているという意見も見られた。

精神障害者の採用にあたっては、「就労支援機関に登録していること」「ビジネスマナーが身に付いていること」を求める企業が多く、就労支援機関については「支援機関に登録し、就職後も援助を受けられる状態であること」を雇用条件にする事業所も増えているとの回答も多く見られた。

また、採用時にはトライアル雇用制度（原則3ヶ月間の試行雇用をすることで、その適性や能力を見極め、常雇用へのきっかけになることを目的にした制度で、企業はトライアル雇用期間中助成金を受給できる）を活用する企業も増えているというハローワークや、職場実習として受け入れ、そこから雇用につながるケースも増加しているとの回答も散見された。

精神障害者の就労定着率については、1年後の定着率が7割で比較的良好との見解を示した回答もあったが、具体的な定着率の割合を算定しているハローワークはほとんどなかった。就職後の就労定着については全てのハローワークで重要課題として受け止めていた。離職の主な要因としては、当事者が焦って就職するなどの就労準備性の問題、職場の人間関係、トップと現場との考えの相違による配慮不足などが指摘された。就労支援機関がついているケースについては、就労定着率は良好との回答が多く見られた。精神障害者を初めて雇用し定着した事業所では、さらに追加雇用する所も多いことから、新規で精神障害者を雇用する事業所に対しては慎重に紹介しているという見解もあった。

精神障害者トータルサポーター（精神保健福祉士等の資格を有し、精神障害の専門的知識や支援経験を有する人材を配置し、精神障害者の求職者に対して精神症状に配慮したカウンセリング、就職準備プログラムの実施、職場実習のコーディネート、専門機関への誘導、就職後のフォローアップ等を行う）の取り組みについては、職場や就労支援機関との連携をはかりながら定着支援に介入していることが、多くのハローワークから報告された。しかし、精神障害者トータルサポーターだけでなく専門援助に関わるハローワークもマンパワー自体が不足しているところが圧倒的で、ハローワークでは就職までに力

点を置き、就労後の定着については地域の就労支援機関に委ねるなど、就職前後で完全に役割分担をしているという回答も多く聞かれた。

病状、就労準備性の把握のためのツール等については、主治医の意見書が共通の雛形として使われているが、主治医意見書の依頼状については各ハローワークがオリジナルで作成していた。また、就労支援に関係する機関との連携をスムーズにするために個人情報共有の同意書を取り付けている事例や、一部ではあるが就労準備性を確認するための簡易チェックシートを作成・活用しているハローワークも見られた。

労災により精神障害者となった支援ケースの有無については、高次脳機能障害により精神障害者として労災が適応された1事例のみで、それ以外は把握できていないとの結果であった。

② 精神障害者の雇用における関係機関との連携状況

医療機関との連携については、主治医とは意見書のみのやりとりになっているとの回答が圧倒的に多かった。また、連携を取るにしても医療機関側の精神保健福祉士、看護師、臨床心理士などのコ・メディカルスタッフを通じて実施しているとの回答や、医療機関の敷居は高く連携が難しいとの回答も多く見られた。主治医と連携を取るケースとしては、「意見書に書かれた内容と本人の病状に著しい分離が見られ、信憑性に疑いがある場合」「1日2時間の就労が可能など、現実的に就職につなげられない所見が書かれた場合」「障害者手帳や障害年金の取得を検討する必要がある場合」との意見があった。

職場との連携については、産業医・産業保健スタッフと連携するケースはほとんどなく、人事担当者および上司と連携することが多いとの回答が大半だった。なお、外部の就労支援機関の支援を受けて就職したケースについては、先述の通り職場との連携は就労支援機関が中心となることから、実質ハローワークと連携することがほとんどないとの回答も見られた。

外部の就労支援機関との連携については、最も頻度が多いのは障害者就業・生活支援センター（通称、中ポツセンター）で、次いで就労移行支援施設が多いとの回答はどのハローワークでも共通した見解であった。エリアによっては地域障害者職業センターとの連携も密になっているとの回答も見られた。中ポツセンターとは「ネットワーク構築会議」という名称で、年4回定期的な会議を実施し、職業評価を行うケースについては必ず連携して就職支援をするなど、かなり密な連携をしている事例もあった。なお、就労継続支援事業A型・B型、精神保健福祉センターとの連携はほとんどないとの見解が大多数

だった。

「医療機関とハローワークの連携による就労支援モデル事業」（以下、モデル事業）は、平成30年4月から精神障害者の法定雇用率の算定基礎の対象への追加を踏まえて、精神障害者の就労支援策を充実・強化を見据えた取り組みとして全国各地でその任命を受けたハローワークが平成27年度から実施している事業である。医療機関の就労支援プログラムを利用し、就職を希望する精神障害者一人ひとりに対して、精神科医療機関とハローワークの担当者が中心となって就労支援チームを構築し、就職から職場定着までの一貫した支援を実施している。医療機関は、作業療法士や臨床心理士、ハローワークは職業指導官、精神障害者雇用トータルサポーター及び就職支援コーディネーターが支援に当たっており、以下の取り組みを行っている。

- （1）職業相談・紹介、キャリアコンサルティング、就職ガイダンス（履歴書の作成等）、職業訓練のあっせん等
- （2）職場実習の機会の提供
- （3）精神科医療機関とハローワーク担当者によるケース会議の実施
- （4）就職後の職場定着支援の実施

具体的には、協力医療機関のデイケアにハローワーク担当者が訪問し、デイケアメンバーに就職ガイダンス（マナー講座、模擬面接等）を実施することで、その後、希望者を面接につなげて就職支援を行っている。そして、支援対象になっているケースについては、定期的なカンファレンスを実施して密な連携をはかりながら支援を展開している。本モデル事業を実施しているハローワークからは、地元医療機関との連携が強化され就労につながった事例や、就職した精神障害者の定着率が高く成果を出している事例も聞かれた。その一方で、本モデル事業については、医療機関側に大きな時間的労力的な負担がかかり、加えてボランティアとして参画してもらう形になることから、協力医療機関の開拓が難航し、目標としている協力医療機関数を大きく下回るハローワークが多く見られた。

③ 精神障害者の就労支援や雇用、関係機関との連携で生じる課題改善に向けて必要と考えること

今回調査した全てのハローワークで、精神障害者の求職・就職件数が増加する一方で、支援者の人材不足の話が出ていた。

就職に向けたコーディネート役を担う精神障害者雇用

トータルサポーターの配置は進んでいるが、精神障害者雇用トータルサポーターには、(精神保健福祉士等の) 専門資格の資格要件は定められていない。そのため、特に困難ケースに対しては、精神保健福祉士によるサポート体制があると、より円滑な支援体制ができるのではないかという意見もあった。その一方で、精神障害者の就労支援で中心的役割を担ってきた精神保健福祉士は、大学や専門学校等の教育機関に人材流出してしまい、資格取得から間もなく経験値が不足している精神保健福祉士が対応するケースが増え、本来強みを発揮するはずの関係者との連携がうまくできないといった現状が述べられたケースも一部あった。

また、医療機関との連携が事実上困難なハローワークでは、就労可能かどうか判断が難しいケースの見立てや主治医との連携が必要な場合に対応してくれる精神科医が手当てされると、精神障害者の支援に関わるスタッフの負担は軽減されるとの意見も多く聞かれた。

④労災関連事例(精神科領域)の経験の有無について

今回調査したハローワークにおいては労災関連事例(精神科領域)を経験した所はなく、就労を促進させて療養の長期化を防ぐという機能は果たされていなかった。

【考 察】

過去のアンケート調査に加え、今回の訪問調査からも精神障害者の求職および就職者は年々増加していることが確認できた。その背景要因として最も大きいのは精神障害者が雇用率の算定基礎に加えられたことによる雇用率の引き上げにより、企業側の雇用が進んでいることが挙げられる。この他にも、精神科治療での新しい薬剤が登場し、多剤処方から単剤処方へと切り替えを行うことで症状が改善したことや、発達障害者支援法の施行後に精神障害者保健福祉手帳の取得者が増加したことで障害をオープンにして就労する障害者が増えていったことも大きな要因と考えられる。そして、就労移行支援事業所の職場開拓からフォローアップの後押しによる影響力も忘れてはならない。実際、今回のヒアリング調査で、こうした治療技術の進歩や就労支援環境の向上により、以前であれば就職が不可能と思われる病態でも就職が実現するようになったとの意見もあった。

精神障害者の就職に際しては、ハローワークの専門援助部門に相談・登録しても、障害をクローズにして就労する割合が高く、ハローワークの職員も対応に苦慮することが多いようだった。こうした背景には、精神障害者に対する偏見の問題も一部介在していると考えられる。実際に今回の訪問調査でも、「昨今の精神障害が疑われる

惨殺事件などの報道の影響で、偏見や抵抗を示す事業所もある」との話や、「就職後に問題を起こし解雇と引き換えに示談金を請求するようなケースがあり、そうしたごく一部のケースが精神障害者の印象を悪化させている」という話も聞かれ、精神障害者の偏見の問題はまだ多くの課題が残されていることを今回の訪問調査を通じて改めて実感した次第である。

ハローワークの精神障害者の職場開拓や定着に向けた取り組みとしては、先述した「精神・発達障害者しごとサポーター養成講座」の取り組みに関する話が多く聞かれた。中にはニーズがある企業に対して出前出張して講座を開催しているハローワークも複数あった。このように職場内におけるサポーターを増やす取り組みは、精神障害者に対する理解が浸透し、実際雇用し迎え入れた精神障害者が安心して働く人的環境づくりとなる。その結果、ネガティブな要因で離職するリスクを軽減することが期待できる。この他にも、就職後のミスマッチを低減するために求人票にできるだけ具体的な業務内容を記載するよう事業所に働きかけることで応募者が増加したという事例、企業と就労移行支援施設に声をかけ、ハローワークのスペースを貸し出して「ミニ面接会」を実施しているといった事例など、独自の取り組みを展開しているハローワークもあった。しかしながら、こうしたチャレンジングな取り組みやノウハウが、ハローワーク間で情報共有する仕組みがないとのことで、各ハローワークが成果を上げた好事例をどう共有していくかも一つの課題と思われる。

関係機関との連携については、過去の本研究事業による調査結果に示されているように、今回の訪問調査からも医療機関との連携については、大きな溝と課題が生じている状況が露呈されている。主治医意見書以外の関わりがないとの話も多く、また、主治医意見書の内容と本人の病態像とに大きなギャップが見られたり、実際に求人を紹介するに当たって情報が不十分と感じたりするという話も非常に多く聞かれた。中には、昨日は「就労不可」と書かれた診断書が、翌日に「就労可」と書き替えられた診断書が提出されたとの話もあり、主治医意見書の信頼性そのものが疑われる事例などもあった。現実的に主治医と密に連携を取ることは難しく、主治医意見書が、精神障害者の職業紹介にあたって重要な情報を有していることから、現行の書式の雛形に工夫の余地がないかを検討していく必要がある。

モデル事業については、ハローワークと医療機関との連携効果を探る重要な事業であり、実際に就職後の定着率の向上が見られるなどの成果も上がっている。一方、先述の通り医療機関側の負担が大きく、ハローワーク側

も協力医療機関の開拓に苦勞をしていることから、今後この仕組みを浸透させていくには何らかの工夫をしていくことが必要であろう。例えば、就労につながった患者については報酬加算をする、ハローワークとの提携医療機関であることを標榜して就労支援に力を入れている優良機関であることをトレードマーク化するなど、医療機関側の何らかのメリットがないと今後の展開は難しいと考える。

今回の訪問調査において最も多く訴えがあったのは、ハローワークにおける人的資源の課題であった。平成28年度の本事業のハローワークのアンケート調査においても、医療・職場・就労新機関の各機関との連携における課題要因として「ハローワーク側の連携に伴う物理的・人的資源の問題」の回答割合は42～46%を占め、2番目に多い要因となっている。ハローワークに求人登録をする精神障害者は、民間の人材紹介会社の登録者と比較すると、就労準備性に課題がある登録者が多いと考えられるため、ハローワークの職員には高度な対応力が求められることとなる。有能なスタッフをどう確保し、どう育成していくかが、今後の就労支援を円滑にしていく大きな鍵になると考えられる。また、先述のように医療機関との連携をはかっていくためにも、精神科医が各ハローワークに定期的に訪問するなどの体制づくりが今後必要になってくると考える。精神科医の定期訪問が実現することで、ハローワークの職員に対して医学的見地からアドバイスを行ったり、あるいは、就労に向けて慎重な判断を要するケースについては、主治医と直接連携を行ったりすることでハローワークの対応力向上が見込まれる。

今回調査したハローワークにおいては、労災関連事例（精神科領域）を経験した拠点はなく、就労を促進させて療養の長期化を防ぐという機能は果たされていなかった。そのため、こうした機能を求めるのであれば、法的整備も含め何らかの措置を講じる必要がある。

3. ハローワークの連携および支援ツールの作成

先述の通り、精神障害者がハローワークの専門援助部門に求職登録する際に、ハローワークでは「主治医の意見書」の提出を求めている。意見書については、現在、ハローワークで共通した雛形があるが、今回の訪問調査からも意見があったように、運用上様々な課題が生じている。そこで今回、現行の意見書の雛形に対して、より効果的な改訂ができないか検討を行った。そして、付随する主治医への依頼文書、本人への説明書についても、臨床現場で意見書を多く記載している精神科医や就労支

援を行っている専門家によるレビューを踏まえ、修正の検討および作成を試みた。

また、求職登録を行う精神障害者の就労準備性の把握については、専門援助の職員が職業準備性をチェックするツールを活用しているハローワークは少ない状況であった（一部、ハローワークに所属する精神障害者雇用トータルサポーターが独自に作成・活用しているという事例もあった）。そこで今回は、新規で求職登録に相談してきた精神障害者に対して、職業準備性の状況をチェックするだけでなく、自己理解を促すためのツールを作成した。

添付資料① 主治医の意見書

添付資料② 「主治医の意見書」ご記入のお願い
別紙1「就労に関する事項について」

添付資料③ 主治医の意見書について

添付資料④ 関連機関との連携および情報共有に関する同意書

添付資料⑤ 就労に向けての生活記録表

4. まとめ

精神障害者の雇用は更なる増加が見込まれる一方で、就労後の定着率に課題を抱えており、ハローワークと医療機関が効果的な連携を行っていくことは重要テーマである。

平成29年度調査では、これまでのアンケート調査結果から得られた課題を踏まえ、精神障害者の雇用動向、就労定着状況、医療機関をはじめとする関係機関との連携に焦点を当て、訪問ヒアリング調査を通じて現場の実情を把握し、今後の方策の手がかりを考察した。さらに、より適切で効果的な支援を容易にするために、現行の主治医意見書や就労準備性を的確に把握できるツール改訂および開発を試みた。

また、今回ヒアリング調査を実施した全てのハローワークで、精神障害者の求職・就職件数が増加する一方で、支援スタッフの人材不足が顕著であった。精神障害者雇用トータルサポーターの配置は進んでいるものの、困難ケースに対しては精神科医をはじめとする専門職のサポート体制を構築することで、より円滑な支援を行えるという意見が多数あった。

さらに、今回調査したハローワークにおいては労災関連事例（精神科領域）を経験した所はなく、残念ながら就労を促進させて療養の長期化を防ぐという機能は果たされていなかった。

主治医の意見書

氏 名			男・女	生年月日	年 月 日
住 所		TEL			
障 害 の 状 態	傷病名	(ICD10:)		発病時期	年 月 頃
	病 歴			既往歴	
	入院歴	有 (回数: 期間:) ・ 無		通院頻度	1 ヶ月当たり 回程度
	服 薬	有 (副作用の有無:) ・ 無			
	手帳所持の有無と等級	有 (身体・知的・精神 級) ・ 無			
	現在の精神状態	(具体的な症状と程度)			
	症状の安定度・体力や睡眠リズムの状態				
	日常生活能力の程度 【該当するものを○で囲む】	(1) 社会生活は普通にできる (2) 家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活上困難がある (3) 家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助や保護が必要である (4) 身のまわりのことはかろうじてできるが、適当な援助や保護が必要である (5) 身のまわりのことは全くできない			
就 労 に 関 する 事 項	現時点での就労可能性	有 ・ 一定の訓練準備期間を要する ・ 無			
	就 労 経 験	有 (常勤・非常勤) ・ 無			
	労働習慣の確立の程度 及び今後の見込み	(規則正しい勤務とその継続、危険への対応)			
	作業内容・環境・時間等の 制限や配慮事項 予想される問題点	(作業可能な1日あたりの時間数、1週間当たりの日数)			
	就労可能な具体的な 就労場所・条件	① 一般企業での通常勤務: ② 一般企業での短時間勤務: ③ 福祉施設での軽作業等:			
	その他参考となる意見	(症状悪化の誘因、てんかん発作への対策、自動車運転・夜勤・交代制勤務)			

以上の通り、意見を述べる。

平成 年 月 日

医療機関の所在地

名 称

医師氏名

印

ハローワーク → 本人 → 主治医

「主治医の意見書」ご記入のお願い

担当主治医 御机下

平素は、当所の業務運営につきまして、格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

ハローワーク（公共職業安定所）では、精神障害者の職業紹介に際し、「症状が安定し、就労可能な状態」であることを確認するための資料として、別添「主治医の意見書」を取得していただくよう、求職者の皆様にご協力をお願いしております。

就労を通じた社会参加にあたっては、当事者の希望が最大限尊重されるべきものではありますが、現在の精神的側面から、本人の行い得る範囲を超えた就職活動および就労は、以前よりも症状を悪化させるケースがあるため、職業相談を通じて得た情報の他、主治医のご意見も参考にさせていただき、職業紹介に努めているところでございます。

また、別添「主治医の意見書について」に基づき、ご本人に健康状態の把握の趣旨を説明した上で、ご本人の了解が得られた場合には、求人者（企業）に、障害の内容をオープンにした職業紹介を行っております。

ハローワークでは、確認のためコピーを取って、「主治医の意見書」原本はご本人に返却いたします。就労に関する事項の欄は、別紙1をご参照の上、必要事項をご記入・押印いただき、ご本人にお渡しくделаいますよう、お願い申し上げます。

何かご不明な点がございましたら、下記の連絡先まで、ご連絡くださいますよう、よろしく願いいたします。

〇〇公共職業安定所
専門援助部門
TEL 00(0000)0000 11#

別紙 1 「就労に関する事項について」

【現時点での就労可能性】

就職活動や就職が、現在の病状等から考えて適当なのか、医学的な知見から、ご判断ください。ただし、この欄に「(就労可能性) 無」とある場合、現時点では、「症状が安定し、就労可能な状態にあるもの」と見なされず、職業紹介が難しくなります。

【労働習慣の確立の程度および今後の見込み】

現在の症状の中で、規則正しい勤務を継続することができるかどうかの見通しについて、また、継続するための条件や留意事項等がありましたら、併せてご記入ください。

【作業の内容・環境・時間等の制限、配慮事項、予想される問題点】

就労をする上で、作業内容や環境面で留意すべきこと、適当と思われる職種・作業内容、また、あまり適当ではないと思われる職種・作業内容等をご記入ください。

作業時間については、就労可能と思われる 1 日あたりの時間数および 1 週間あたりの日数、また、作業時間帯において必要な配慮等をご記入ください。

【就労可能な具体的な就労場所・条件】

- ① 一般企業での通常勤務：1 週間あたり 30 時間以上の勤務が可能な状態であるかを目安にしてください。1 日あたり概ね 6 時間程度、週 5 日程度の勤務が想定されます。
- ② 一般企業での短時間勤務：1 週間あたり 20 時間以上 30 時間未満の勤務が可能な状態であるかを目安にしてください。1 日あたり概ね 4～8 時間程度、週 3～5 日程度の勤務が想定されます。
- ③ 福祉施設での軽作業等：就労は可能であるが、現在の症状の中では、企業就労より福祉施設での軽作業が適当と思われる状態である場合に、ご記入ください。

※ 段階的に時間を延ばすことが、有効な場合は、その旨ご記入ください。

ハローワーク → 本人

主治医の意見書について

ハローワーク〇〇の専門援助部門では、仕事探しをしている障害のある方の健康状態を把握した上で、職業等についての相談をしています。その方に適した求人（仕事）を紹介する時には本人了解の上、求人者（企業）に障害の状態を説明し、面接していただけるかどうかを確認しています。

就職を希望し、且つ、障害（病気）のことを求人者に対してハローワークの職員が説明しても構わない（障害をオープンにして求職活動する）とお考えの場合は、主治医の先生に「自分に合う仕事があったら、働くことは可能ですか？」と尋ねてください。

1. 主治医の回答「働いても大丈夫」

別紙「主治医の意見書」の作成を主治医の先生に依頼してください。医療機関によって異なりますが、文書作成料として費用が発生しますので、医療機関に問合せみてください。

① 病気がどの程度回復しているのか、② 働くとしたらどのような職業が向いているのか、③ どういう仕事は避けた方が良いのか、などを「主治医の意見書」で確認しながら仕事探しのお手伝いをさせていただきます。

2. 主治医の回答「働ける状態ではない」

「主治医の意見書」は不要です。当面は治療に専念していただき、状態が回復し、主治医の先生から働いても大丈夫との回答が得られた時は、「主治医の意見書」を依頼してください。

〇〇公共職業安定所
専門援助部門
TEL 00(0000)0000 11#

本人 → ハローワーク → 支援機関

関係機関との連携および情報共有に関する同意書

〇〇公共職業安定所長 殿

私は、今後の就職および就労支援の実施に向けて、支援に必要となる範囲での個人情報、下記にチェックないし記載した関係機関と、公共職業安定所の間で相互に提供・共有し、連携をしていくことについて同意します。

記

- ☐ 通院先医療機関
- ☐ 障害者就業・生活支援センター
- ☐ 就労移行支援事業所
- ☐ 地域障害者職業センター
- ☐ 教育機関・訓練機関
- ☐ その他就労支援窓口・機関()

以上

平成 年 月 日

(自署)
氏名

本人→ハローワーク

就労に向けての生活記録表

出 名 ..

No.

記入例	活動記録																							日中の活動状況																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								23																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
4	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				

◎良い ○普通 △やや不調 ×不調

[illegible]

生活記録表では、以下のような内容が重視されます。

- ① 睡眠リズム：規則性、中途覚醒の有無、朝の目覚め
② 午前中の過ごし方：外出状況（図書館など）
③ 体力維持の準備性：ウォーキング、ジムなど
④ コミュニケーション能力：家族との対話、友人との対話
⑤ 通院・服薬の規則性
⑥ インターネット・パソコンの活用

添付資料⑤

精神疾患により長期療養する労働者の症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) うつ病のため長期療養する労働者に対する医学上一般に認められた医療と症状固定時期に関するアンケート調査研究

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：本研究では、職場ストレスで発症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」についての考え方を治ゆ（症状固定）の判断時期を含めて2つのステップにより調査を実施した。平成28年度の第1ステップにおいては、うつ病の「医学上一般に認められた医療」についての具体的内容について、仕事をしている成人（一般人）、産業医および医療機関職員を対象に多肢選択式のアンケートを実施した。本年度（平成29年度）の第2ステップにおいては、第1ステップの結果を踏まえて、（1）通院精神療法を月1回程度、（2）休職期間中の取り扱いについて職場の担当者から文書で説明、（3）休職期間中に職場の担当者と半年に1回以上面談（電話、メールを含む）、（4）職場の担当者は休職期間中に本人の同意のもと外来主治医との連携（面談、電話、メール、診断情報提供書などの手段を含む）を年に1回以上、（5）復職に向けてのすすめ方については職場の担当者（あるいは産業医）に相談、（6）復職前にリワーク・デイケアの見学、利用を検討、（7）3年間程度で治ゆ（症状固定）の判断、の7項目の推奨案を作成し、それについてアンケート調査を実施した。この結果、その推奨案の7項目すべてで「同意する」の回答が、全体の3分の2以上を占めた。以上から、「患者向け」「医師、職場担当者向け」に提唱しうる「医学上一般に認められた医療」の推奨案のコンセンサスの形成がなされた。別の研究グループによって行われた文献レビューによるエビデンスに基づく推奨案と共通する内容もあるが、今後さらに、推奨内容案のエビデンスの検証が必要と考えられた。

1. 研究目的

職場ストレスで発症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」につ

いての考え方を治ゆ（症状固定）の判断時期を含めて調査し、コンセンサスによる推奨案を提言することを目的とした。

2. 研究方法

平成 29 年度労災疾病臨床研究事業「精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆの判断に係る臨床研究」(主任研究者: 桂川修一東邦大学医療センター佐倉病院教授) の分担研究であり、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。本研究は、平成 28 年度研究に基づき、第 2 ステップとして実施した。

2-1. 第 2 ステップ

A. 研究目的

第 1 ステップにおける調査結果を踏まえて、労災保険における治ゆ(症状固定)の判断時期を含めて「医学上一般に認められた医療」についての推奨案を作成し、その考え方を調査することを目的とした。

B 研究方法

前回のアンケート調査結果を踏まえて、うつ病のために休職する(あるいは労働災害認定を受けた)労働者の一般的な医療についての推奨内容について、下記の 7 項目を作成した。

①外来主治医は、うつ病のために長期療養する労働者本人に対する「医学上認められた医療」として、外来通院精神療法を月 1 回程度行うこと。

②職場担当者(あるいは産業医)は休職期間中の勤務先での取り扱いについて、文書で説明すること

③職場の担当者(あるいは産業医)

は休職期間中に本人との面談(電話、メールを含む)を半年に 1 回以上行うこと。

④職場の担当者(あるいは産業医)は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携(面談、電話、メール、診断療法提供書などの手段を含む)を年 1 回以上行うこと。

⑤職場の担当者(あるいは産業医)は職場復帰支援に向けての仕組みづくりを行うことが望ましい。そして、復職に向けてのすすめ方については、外来主治医・産業医及び職場担当者が連携して判断すること。

⑥外来主治医あるいは職場担当者(または産業医)は回復期から復職に向けてはリワーク・デイケアの見学・利用を勧めること。

⑦うつ病の労働災害においては、3 年間程度で治ゆ(症状固定)の判断を行うこと。

上記の推奨案についての意見を求める形で、下記を対象として、WEB アンケート及び紙でのアンケート調査をおこなった。質問内容は、対象の主体に応じて表現を変えたが、基本的には上記の 7 項目で同一である。実施にあたっては、前回の調査結果を開示した上で回答してもらうことでコンセンサスの形成を試みた。

(1) 仕事をしている成人で、現在精神疾患に罹患していない人(以後、一般人と記述する)対象のアンケート調査

調査内容は、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、7つの推奨内容について同意する／同意しないを回答してもらうこととした。調査にあたっては、WEBでの無記名アンケートを実施した。調査は株式会社クロス・マーケティング（東京都新宿区）に委託して行った。

（2）雇用されている成人で（休職中を含む）現在主としてうつ病に罹患している人（以後、うつ病患者と記述する）対象のアンケート調査

調査内容は一般人対象の調査と同じで、調査内容は、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、7つの推奨内容について同意する／同意しないを回答してもらうこととした。調査にあたっては、WEBでの無記名アンケート調査を実施した。調査は株式会社クロス・マーケティングに委託して行った。

（3）産業医対象のアンケート調査

調査内容は、7つの推奨内容について同意する／同意しないを回答してもらうこととした。調査にあたっては、東京都医師会産業医研修会参加者に対して紙でのアンケート調査を、日本精神科産業医協会会員などに対してWEBでのアンケートを、いずれも無記名で実施した。

（4）医療機関職員対象のアンケート調査

調査内容は一般人対象の調査と同

じで、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、7つの推奨内容について同意する／同意しないを回答してもらうこととした。調査にあたっては、千葉県精神科医療センターの職員に対して紙でのアンケートを無記名で実施した。

第2ステップにおいては統計分析を行った。回答者の各群に対して質問7項目それぞれについてクロス集計表を作成、カイ2乗検定を実施、残差分析を行った。分析ツールはIBM SPSS Statics 22を用いた。

C. 研究結果

（1）一般人向けのアンケート結果
300人から回答が得られた。①「外来主治医は、うつ病のために長期療養する労働者本人に対する『医学上認められた医療』として、外来通院精神療法を月1回程度行うこと。」については、同意する87.7%、同意しない12.3%であった。②「職場担当者（あるいは産業医）から休職期間中の勤務先での取り扱いについて、文書で説明を受けること。」については、同意する87.0%、同意しない13.0%であった。③「職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人との面談（電話、メールを含む）を半年に1回以上行うこと」については、同意する81.7%、同意しない18.3%であった。④「職場の担当者

(あるいは産業医)は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携(面談、電話、メール、診断療法提供書などの手段を含む)を年1回以上行うこと。」については、同意する81.0%、同意しない19.0%であった。⑤「職場の担当者(あるいは産業医)は職場復帰支援に向けての仕組みづくりを行うことが望ましい。そして、復職に向けてのすすめ方については、外来主治医・産業医及び職場担当者が連携して判断すること。」については、同意する84.0%、同意しない16.0%であった。⑥「外来主治医あるいは職場担当者(または産業医)は回復期から復職に向けてはリワーク・デイケアの見学・利用を勧めること。」については、同意する84.0%、同意しない16.0%であった。⑦「うつ病の労働災害においては、3年間程度で治ゆ(症状固定)の判断を行うこと。」については、同意する83.3%、同意しない16.7%であった。

統計分析の結果としては、一般人は①、②、③、⑤において有意に「同意しない」の比率が高かった。

(2) うつ病患者向けのアンケート結果

100人から回答が得られた。①「外来主治医は、うつ病のために長期療養する労働者本人に対する『医学上認められた医療』として、外来通院精神療法を月1回程度行うこと。」については、同意する91.0%、同意しない9.0%であった。②「職場担当者(あるいは産業医)は休職期間中の勤務先での取り扱いについて、文書で説明するこ

と。」については、同意する88.0%、同意しない12.0%であった。③「職場の担当者(あるいは産業医)は休職期間中に本人との面談(電話、メールを含む)を半年に1回以上行うこと。」については、同意する82.0%、同意しない18.0%であった。④「職場の担当者(あるいは産業医)は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携(面談、電話、メール、診断療法提供書などの手段を含む)を年1回以上行うこと。」については、同意する74.0%、同意しない26.0%であった。⑤「職場の担当者(あるいは産業医)は職場復帰支援に向けての仕組みづくりを行うことが望ましい。そして、復職に向けてのすすめ方については、外来主治医・産業医及び職場担当者が連携して判断すること。」については、同意する84.0%、同意しない16.0%であった。⑥「外来主治医あるいは職場担当者(または産業医)は回復期から復職に向けてはリワーク・デイケアの見学・利用を勧めること。」については、同意する73.0%、同意しない27.0%であった。⑦「うつ病の労働災害においては、3年間程度で治ゆ(症状固定)の判断を行うこと。」については、同意する67.0%、同意しない33.0%であった。

統計分析の結果としては、うつ病患者は④、⑤、⑥、⑦において有意に「同意しない」の比率が高かった。

(3) 産業医向けの対象のアンケート結果

東京都医師会産業医研修会参加者

に対する紙でのアンケート調査で 255 人、日本精神科産業医協会会員などに対する WEB でのアンケート調査で 48 人、合計で 303 人から回答が得られた。①「外来主治医は、うつ病のために長期療養する労働者本人に対する『医学上一般に認められた医療』として、外来通院精神療法を月 1 回程度行うこと。」については、同意する 95.4%、同意しない 4.0%、NA0.7%であった。②「職場担当者（あるいは産業医）は休職期間中の勤務先での取り扱いについて、文書で説明すること。」については、同意する 95.4%、同意しない 4.3%、NA0.3%であった。③「職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人との面談（電話、メールを含む）を半年に 1 回以上行うこと。」については、同意する 94.1%、同意しない 5.9%であった。④「職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携（面談、電話、メール、診断療法提供書などの手段を含む）を年 1 回以上行うこと。」については、同意する 91.1%、同意しない 8.9%であった。⑤「職場の担当者（あるいは産業医）は職場復帰支援に向けての仕組みづくりを行うことが望ましい。そして、復職に向けてのすすめ方については、外来主治医・産業医及び職場担当者が連携して判断すること。」については、同意する 97.40%、同意しない 2.3%、NA0.3%であった。⑥「外来主治医あるいは職場担当者（または産業医）は回復期から復職に向けてはリワーク・デイケアの見学・利用を勧めるこ

と。」については、同意する 86.5%、同意しない 12.5%、NA1.0%であった。⑦「うつ病の労働災害においては、3 年間程度で治ゆ（症状固定）の判断を行うこと。」については、同意する 88.8%、同意しない 8.6%、NA2.6%であった。

統計分析の結果としては、産業医は①、②、③、④、⑤、⑥、⑦のすべてにおいて有意に「同意する」の比率が高かった。

（４）医療機関職員向けのアンケート結果

87 人から回答が得られた。①「外来主治医は、うつ病のために長期療養する労働者本人に対する『医学上一般に認められた医療』として、外来通院精神療法を月 1 回程度行うこと。」については、同意する 88.5%、同意しない 10.3%、NA1.1%であった。②「職場担当者（あるいは産業医）は休職期間中の勤務先での取り扱いについて、文書で説明すること。」については、同意する 89.7%、同意しない 10.3%であった。③「職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人との面談（電話、メールを含む）を半年に 1 回以上行うこと。」については、同意する 89.7%、同意しない 10.3%であった。④「職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携（面談、電話、メール、診断療法提供書などの手段を含む）を年 1 回以上行うこと。」については、同意する 80.5%、同意しない 18.4%、NA1.1%であった。⑤「職場の担当者（あるいは産

業医)は職場復帰支援に向けての仕組みづくりを行うことが望ましい。そして、復職に向けてのすすめ方については、外来主治医・産業医及び職場担当者が連携して判断すること。」については、同意する 90.8%、同意しない 6.9%、NA 2.3%であった。⑥「外来主治医あるいは職場担当者(または産業医)は回復期から復職に向けてはリワーク・デイケアの見学・利用を勧めること。」については、同意する 73.6%、同意しない 25.3%、NA 1.1%であった。⑦「うつ病の労働災害においては、3年間程度で治ゆ(症状固定)の判断を行うこと。」については、同意する 83.9%、同意しない 14.9%、NA 1.1%であった。

統計分析の結果としては、医療機関職員については質問全7項目について、「同意する」／「同意しない」の比率について有意差はなかった。

3. 考察

(1) 第2ステップでのアンケート調査から

第1ステップのアンケート結果に基づいて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」について7項目の推奨内容を作成し、一般人 303 人、うつ病患者 100 人、産業医 303 人、医療機関職員 87 人を対象にアンケート調査を行った推奨内容ごとの回答に焦点をあてて考察を行う。

① 「外来主治医は、うつ病のために長期療養する労働者本人に対する「医学上一般に認められた医療」と

して、外来通院精神療法を月1回程度行うこと。」については、同意するとの回答が一般人 87.7%、うつ病患者 91.0%、産業医 95.4%、医療機関職員 88.5%から得られ、コンセンサスが形成されていることが示唆された。

② 「職場の担当者(あるいは産業医)は休職期間中の勤務先での取り扱いについて、文書で説明すること。」については、同意するとの回答が一般人 87.0%、うつ病患者 88.0%、産業医 95.4%、医療機関職員 89.7%から得られ、コンセンサスが形成されていることが示唆された。

③ 「職場の担当者(あるいは産業医)は休職期間中に本人との面談(電話、メールを含む)を半年に1回以上行うこと。」については、同意するとの回答が一般人 81.7%、うつ病患者 82.0%、産業医 94.1%、医療機関職員 89.7%から得られ、コンセンサスが形成されていることが示唆された。

④ 「職場の担当者(あるいは産業医)は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携(面談、電話、メール、診断情報提供書などの手段を含む)を年1回以上行うこと。」については、同意するとの回答が一般人 81.0%、うつ病患者 74.0%、産業医 97.4%、医療機関職員 80.5%から得られた。うつ病患者の同意が比較的少ないがそれでも70%を超えており、コンセンサスが形成されていることが示唆された。

⑤ 「職場の担当者(あるいは産業医)は職場復帰支援に向けての仕組

みづくりを行うことが望ましい。そして、復職に向けてのすすめ方については、外来主治医・産業医及び職場の担当者が連携して判断すること。」については、同意するとの回答が一般人 84.0%、うつ病患者 84.0%、産業医 97.4%、医療機関職員 90.8%から得られ、コンセンサスが形成されていることが示唆された。

⑥ 「外来主治医あるいは職場担当者（または産業医）は回復期から復職に向けてはリワーク・デイケアの見学・利用を勧めること。」については、同意するとの回答が一般人 84.0%、うつ病患者 73.0%、産業医 86.5%、医療機関職員 73.6%から得られた。うつ病患者と医療機関職員の同意が比較的小さいがいずれも 70%を超えており、コンセンサスが形成されていることが示唆された。

⑦ 「うつ病の労働災害においては、3 年間程度で治ゆ（症状固定）の判断を行うこと。」については、同意するとの回答が一般人 83.3%、うつ病患者 67.0%、産業医 88.8%、医療機関職員 83.9%から得られた。うつ病患者の回答がやや少ないが、67%と 3 分の 2 を超えており、いずれの回答群においてもコンセンサスが形成されていることが示唆された。

（2）その他考察

本研究では、第 1、第 2 ステップを通じて、うつ病のために休職する（あるいは労働災害認定を受けた）労働者の一般的な医療についての推奨内容

について、7 項目（①外来通院精神療法、②勤務先での取り扱い、③本人との面談、④職場担当者（あるいは産業医）と外来主治医との連携、⑤職場復帰支援に向けての仕組みづくり、⑥リワーク・デイケアの利用、⑦労災保険における治ゆ（症状固定）の判断時期）を作成、これについて、一般人、うつ病患者、産業医および医療機関職員から、3 分の 2 以上のコンセンサスを得ることができた。

日本産業衛生学会関東地方会の産業保健による復職ガイダンス策定委員会が

「科学的根拠に基づく『産業保健における復職ガイダンス 2017』 Ver. 3.4 20170522」（以後、復職ガイダンスと記述する）にて、悪性疾患、循環器系疾患、整形外科疾患、精神科疾患、その他の疾患に関し休職する労働者の復職に向けてのガイダンスをエビデンスに基づいて作成し、公開しているが、復職ガイダンスのメンタルヘルスに関わる記述の部分と当研究の内容を比較しながら考察を加える。

まず、復職ガイダンスにおいて、メンタルヘルス不調の休職期間について、我が国の研究 1 件 (Endo et al., 2013) とオランダの研究 2 件 (Vlasveld et al., 2012、Koopman et al., 2010)、デンマークの研究 1 件 (Nielsen et al., 2010) があつたこと、そして日本の研究において、ひとつの IT 企業において、休職期間が 94.6 ± 67.2 日であることが記載されている。精神疾患による休職期間についての研究は少

ないことが確認できた。

復職ガイダンスにおいては、休職中の労働者の復職に関する推奨として下記の4項目を上げている。

① リハビリテーションを含む通常の医療措置に加えて、復職支援プログラムを条件付きで推奨するとし、筋骨格的障害と共にメンタルヘルス不調による休職者に対して、中等度のエビデンスに基づく弱い推奨をする旨記載されている。本研究においては、回復期から復職に向けてリワーク・デイケアの見学・利用を勧めることを推奨内容にあげており、この部分は共通しているといえる。

② 休職者に対する産業保健活動として臨床と連携することを条件付きで推奨するとし、メンタルヘルス不調者に対して、低いエビデンスに基づく弱い推奨をする旨記載されている。本研究においては、職場の担当者（あるいは産業医）と外来主治医との連携を推奨内容にあげており、この部分は共通しているといえる。

③ 休職中の労働者に対して、家族・同僚・上司等によるソーシャルサポートを行うことを Best practice statement として提案している。この中で、メンタルヘルス不調による休職者に対して、ソーシャルサポートがあっても休職期間の短縮は有意でない研究事例も紹介されている。本研究においては、職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人との面談を半年に1回以上行うことを推奨内容にあげており、この部分はソーシャルサ

ポートにつながる部分といえる。

④ 休職中の労働者に対して、復職時に就業上の配慮を行うことを提案するとし、低いエビデンスに基づく弱い推奨をする旨記載されている。本研究では、休職期間中の勤務先での取り扱いについて、職場の担当者（あるいは産業医）から文書で説明を受ける、また、復職に向けてのすすめ方については、職場の担当者（あるいは産業医）に相談する、を推奨内容にあげており、復職時に就業上の配慮に係る部分といえる。

なお、本調査研究においては、業務による強い心理的負荷のために、DSM-5 で定義されるうつ病を発症し、長期療養に入った、あるいは、労災認定された労働者を対象として調査検討をすすめており、うつ病（単極性）の診療中に、双極性障害における抑うつエピソードや自閉スペクトラム症に合併する抑うつ状態などのように診断を再考する必要性が生じ、治療内容を変更する場合については考慮していない。

（3）考察まとめ

以上の結果から、「医学上一般に認められた医療」について、一般人、うつ病患者、産業医及び医療機関職員の各群からある程度のコンセンサスの形成がなされたものと思われる。推奨内容の7項目を、「患者向け」と「医師、職場担当者向け」に対してそれぞ

れ編集・作成し、提唱したい。それぞれについては、表1-1、表1-2に示した。今後の課題としては、実地での調査・研究の実施によるエビデンスの収集や、関連の文献研究が必要と思われる。

4. 結論

うつ病のために長期療養する労働者本人に対する「医学的上一般に認められた医療」について、2つのステップでのアンケート調査を通じて、「患者向け」と「医師、職場担当者向け」の7項目のコンセンサスに基づく推奨案を作成した。今後、さらなるエビデンスの集積の必要がある。

5. 健康危険情報

特になし

6. 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

7. 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

(表 1 - 1)

うつ病のために休職する（あるいは労働災害認定を受けた）労働者の一般的な医療
（患者向け）

※この内容は、平成 28，29 年度の労災疾病臨床研究事業費補助金事業による「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に係る臨床研究」の研究班において、産業医、医療機関職員、職場担当者、労働者、患者などに対してアンケート調査を通じて意見を集約したものです。

- ☐ 治療に当たっては、外来主治医の指示に従った上で、通院精神療法を月 1 回程度受けること。
- ☐ 休職期間中の勤務先での取り扱いについては、職場の担当者（あるいは産業医）から文書で説明を受けること。
- ☐ 休職期間中に職場の担当者（あるいは産業医）と半年に 1 回以上面談（電話、メールを含む）すること。
- ☐ 職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携（面談、電話、メール、診断情報提供書などの手段を含む）を年に 1 回以上行うこと。
- ☐ 復職に向けてのすすめ方については、職場の担当者（あるいは産業医）に相談すること。
- ☐ 復職前にリワーク・デイケアの見学、利用を検討すること。
- ☐ うつ病の労働災害においては、3 年間程度で治ゆ（症状固定）の判断を行うこと。

※労働災害における治ゆ（症状固定）とは

◆ 労働災害における治ゆ（症状固定）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留意ください。

※後遺症についての取扱い

◆ 労働災害における治ゆ（症状固定）後、症状の動揺防止のため長期間にわたり投薬等が必要とされる場合にはアフターケアが、一定の障害を残した場合には障害補償給付が実施されます。

(表 1 - 2)

うつ病のために休職する（あるいは労働災害認定を受けた）労働者の一般的医療
（医師、職場担当者向け）

※この内容は、平成 28, 29 年度の労災疾病臨床研究事業費補助金事業による「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に係る臨床研究」の研究班において、産業医、医療機関職員、職場担当者、労働者、患者などに対してアンケート調査を通じて意見を集約したものです。

- 外来主治医はうつ病のために長期療養する労働者本人（以下、本人とする）に対する「医学上一般的に認められた医療」としては、通院精神療法を月 1 回程度行うこと。
- 職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中の勤務先での取り扱いについては、文書にて本人に説明すること。
- 職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中には本人との面談（電話、メールを含む）を半年に 1 回以上行うこと。
- 職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携（面談、電話、メール、診断情報提供書などの手段を含む）を年に 1 回以上行うこと。
- 職場の担当者（あるいは産業医）は職場復帰支援に向けての仕組みづくりを行うこと。
- 回復期から復職に向けては、外来主治医あるいは職場の担当者（あるいは産業医）がリワーク・デイケアの見学、利用を勧めること。
- うつ病の労働災害においては、3 年間程度で治ゆ（症状固定）の判断を行うこと。

※労働災害における治ゆ（症状固定）とは

◆ 労働災害における治ゆ（症状固定）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留意ください。

※後遺症についての取扱い

◆ 労働災害における治ゆ（症状固定）後、症状の動揺防止のため長期間にわたり投薬等が必要とされる場合にはアフターケアが、一定の障害を残した場合には障害補償給付が実施されます。

資料1 一般人向けアンケート（第2ステップ）

			回答数	%		
全体			300	100		
1	20 歳代		60	20.0		
2	30 歳代		60	20.0		
3	40 歳代		60	20.0		
4	50 歳代		60	20.0		
5	60 歳代		60	20.0		
全体			300	100.0		
1	男		150	50.0		
2	女		150	50.0		
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。そして、クリニックの医師から、治療に関する推奨事項についての説明文書を渡されました。その説明内容について、どのように考えられますか。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	推奨内容：治療に当たっては、外来主治医の指示に従った上で、通院精神療法を月1回程度受けること（なお、薬物療法として一剤目の抗うつ薬で効果がみられない場合は、少なくとも二剤目の薬剤に切り替えていくことが一般的である）。					
			回答数	%		
全体			300	100		
1	同意する		263	87.7		
2	同意しない		37	12.3		

Q2	推奨内容：休職期間中の勤務先での取り扱いについては、職場の担当者（あるいは産業医）から文書で説明を受けること。					
			回答数	%		
全体			300	100		
1	同意する		261	87		
2	同意しない		39	13		
Q3	推奨内容：休職期間中に職場の担当者（あるいは産業医）と半年に1回以上面談（電話、メールを含む）すること。					
			回答数	%		
全体			300	100.0		
1	同意する		245	81.7		
2	同意しない		55	18.3		
Q4	推奨内容：職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携（面談、電話、メール、診断情報提供書などの手段を含む）を年に1回以上行うこと。					
			回答数	%		
全体			300	100		
1	同意する		243	81		
2	同意しない		57	19		
Q5	推奨内容：復職に向けてのすすめ方については、職場の担当者（あるいは産業医）に相談すること。 （前回アンケート：職場の人事担当者あるいは産業医に相談する：70%/相談しない30%）					
			回答数	%		
全体			300	100		
1	同意する		252	84		
2	同意しない		48	16		
Q6	推奨内容：復職前にリワーク・デイケアの見学、利用を検討すること。 （前回アンケート：リワーク・デイケアを受ける66%/受けない34%）					

			回答数	%		
全体			300	100		
1	同意する		240	80		
2	同意しない		60	20		
Q7	推奨内容：うつ病の労働災害においては、3年間程度で治ゆ（症状固定）の判断を行うこと。 （注：労働災害における治ゆ（症状固定）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留意ください。） （前回アンケート：症状固定を判断すべき期間 3年以下 93%/受けない 7%）					
			回答数	%		
全体			300	100		
1	同意する		250	83.3		
2	同意しない		50	16.7		

資料2 うつ病患者向けアンケート（第2ステップ）

		回答数	%		
全体		100	100		
1	20 歳代	20	20.0		
2	30 歳代	20	20.0		
3	40 歳代	20	20.0		
4	50 歳代	20	20.0		
5	60 歳代	20	20.0		
全体		100	100.0		
1	男	50	50.0		
2	女	50	50.0		
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。そして、クリニックの医師から、治療に関する推奨事項についての説明文書を渡されました。その説明内容について、どのように考えられますか。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	推奨内容：治療に当たっては、外来主治医の指示に従った上で、通院精神療法を月1回程度受けること（なお、薬物療法として一剤目の抗うつ薬で効果がみられない場合は、少なくとも二剤目の薬剤に切り替えていくことが一般的である）。				
		回答数	%		
全体		100	100		
1	同意する	91	91		
2	同意しない	9	9		

Q2	推奨内容：休職期間中の勤務先での取り扱いについては、職場の担当者（あるいは産業医）から文書で説明を受けること。					
			回答数	%		
全体			100	100.0		
1	同意する		88	88.0		
2	同意しない		12	12.0		
Q3	推奨内容：休職期間中に職場の担当者（あるいは産業医）と半年に1回以上面談（電話、メールを含む）すること。					
			回答数	%		
全体			100	100.0		
1	同意する		82	82.0		
2	同意しない		18	18.0		
Q4	推奨内容：職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携（面談、電話、メール、診断情報提供書などの手段を含む）を年に1回以上行うこと。					
			回答数	%		
全体			100	100.0		
1	同意する		74	74.0		
2	同意しない		26	26.0		
Q5	推奨内容：復職に向けてのすすめ方については、職場の担当者（あるいは産業医）に相談すること。 （前回アンケート：職場の人事担当者あるいは産業医に相談する：70%/相談しない30%）					
			回答数	%		
全体			100	100.0		
1	同意する		84	84.0		
2	同意しない		16	16.0		
Q6	推奨内容：復職前にリワーク・デイケアの見学、利用を検討すること。 （前回アンケート：リワーク・デイケアを受ける66%/受けない34%）					

			回答数	%		
全体			100	100.0		
1	同意する		73	73.0		
2	同意しない		27	27.0		
Q7	推奨内容：うつ病の労働災害においては、3年間程度で治ゆ（症状固定）の判断を行うこと。 （注：労働災害における治ゆ（症状固定）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留意ください。） （前回アンケート：症状固定を判断すべき期間 3年以下 93%/受けない 7%）					
			回答数	%		
全体			100	100.0		
1	同意する		67	67.0		
2	同意しない		33	33.0		

資料3 産業医向けアンケート（第2ステップ）

		回答 数	%		
日頃行っている業務は主としていずれでしょうか					
全体		303	100.0 %		
1	産業医として職場 復帰支援に従事	80	26.4%		
2	外来主治医として 治療に従事	184	60.7%		
3	NA	39	12.9%		
持っている資格をお答えく ださい（複数回答可）					
全体		303	100.0 %		
1	産業医	223	87.5%		
2	内科認定医	111	43.5%		
3	精神科専門医	38	14.9%		
4	労働衛生コンサルタント	17	6.7%		
5	NA	38	14.9%		
臨床経験をお知らせくださ い。					
全体		303	100.0 %		
1	5 年未満	26	8.6%		
2	5 年以上 10 年未満	19	6.3%		
3	10 年以上 15 年未 満	34	11.2%		
4	15 年以上 20 年未 満	36	11.9%		
5	20 年以上	181	59.7%		
6	NA	7	2.3%		

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」について、職場担当者あるいは産業医向けに推奨したい内容をまとめていますが、それぞれについてどのように考えられますか。						
Q1	推奨内容：外来主治医はうつ病のために長期療養する労働者本人（以下、本院とする）に対する「医学上一般的に認められた医療」として、外来通院精神療法（1回5分以上30分未満）を月1回程度行うこと（なお、薬物療法として一剤目の抗うつ薬で効果がみられない場合は、少なくとも二剤目の薬剤に切り替えていくことが一般的である）。 （前回アンケート：外来通院療法（1回5分以上30分未満）はどれくらいの頻度でなされるべきでしょうか。月1回以上：100%/必須ではない：0% 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。2種類：26%/3種類：72%/無回答：2%					
			回答数	%		
全体			303	100.0%		
1	同意する		289	95.4%		
2	同意しない		12	4.0%		
3	NA		2	0.7%		
Q2	推奨内容：職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中の勤務先での取り扱いについては、文書で本人に説明すること。 （前回アンケート：説明は必須である：78%/説明は必須でない：22%）					

			回答 数	%		
全体			303	100.0 %		
1	同意する		289	95.4%		
2	同意しない		13	4.3%		
3	NA		1	0.3%		
Q3	推奨内容：職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中には本院との面談（電話、メールを含む）を半年に1回以上行うこと。 （前回アンケート：半年に1回以上：89%/必須ではない：11%）					
			回答 数	%		
全体			303	100.0 %		
1	同意する		285	94.1%		
2	同意しない		18	5.9%		
3	NA		0	0.0%		
Q4	推奨内容：職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携（面談、電話、メール、診断情報提供書などの手段を含む）を年に1回以上行うこと。 （前回アンケート：年1回以上：74%/必須ではない：26%）					
			回答 数	%		
全体			303	100.0 %		
1	同意する		276	91.1%		
2	同意しない		27	8.9%		
3	NA		0	0.0%		

Q5	推奨内容：職場の担当者（あるいは産業医）は職場復帰支援に向けての仕組みづくりを行うことが望ましい。そして復職に向けてのすすめ方については、外来主治医・産業医及び職場担当者が連携して判断すること。				
			回答数	%	
全体			303	100.0%	
1	同意する		295	97.4%	
2	同意しない		7	2.3%	
3	NA		1	0.3%	
Q6	推奨内容：外来主治医あるいは職場担当者（または産業医）は、回復期から復職に向けては、リワーク・デイケアの見学・利用をすすめること。				
			回答数	%	
全体			303	100	
1	同意する		262	86.5%	
2	同意しない		38	12.5%	
3	NA		3	1.0%	
Q7	推奨内容：うつ病の労働災害においては、3年間程度で治ゆ（症状固定）の判断を行うこと。 （注：労働災害における治ゆ（症状固定）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留意ください。） （前回アンケート：症状固定を判断すべき期間 3年以下：89%/4年以上：11%）				
			回答数	%	

全体		303	100.0 %		
1	同意する	269	88.8%		
2	同意しない	26	8.6%		
3	NA	8	2.6%		

資料4 医療機関職員向けアンケート（第2ステップ）

		回答数	%		
全体		87	100.0%		
1	20 歳代	8	9.2%		
2	30 歳代	20	23.0%		
3	40 歳代	30	34.5%		
4	50 歳代	24	27.6%		
5	60 歳代	5	5.7%		
6	NA	0	0.0%		
全体					
1	男	39	44.8%		
2	女	47	54.0%		
3	NA	1	1.1%		
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。そして、クリニックの医師から、治療に関する推奨事項についての説明文書を渡されました。その説明内容について、どのように考えられますか。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		推奨内容：治療に当たっては、外来主治医の指示に従った上で、通院精神療法を月1回程度受けること（なお、薬物療法として一剤目の抗うつ薬で効果がみられない場合は、少なくとも二剤目の薬剤に切り替えていくことが一般的である）。			
		回答数	%		
全体		87	100.0%		
1	同意する	77	88.5%		

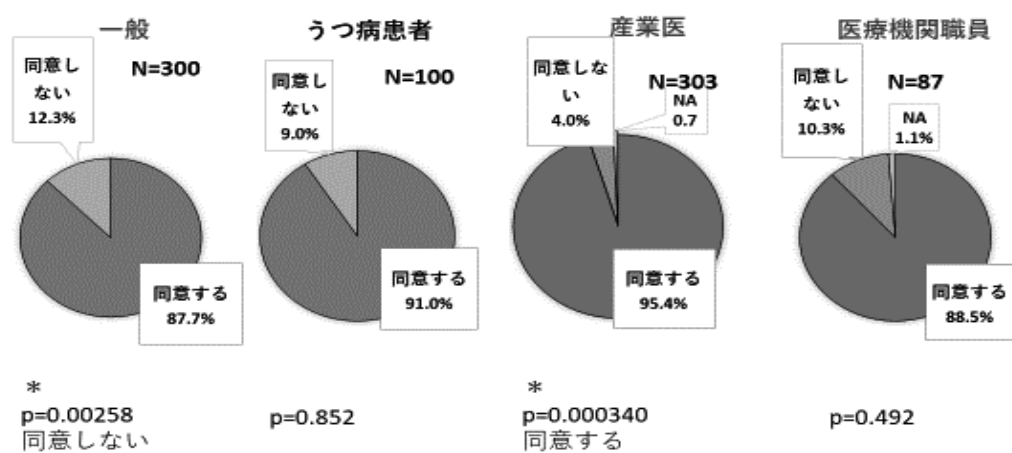
2	同意しない	9	10.3%		
3	NA	1	1.1%		
Q2	推奨内容：休職期間中の勤務先での取り扱いについては、職場の担当者（あるいは産業医）から文書で説明を受けること。				
		回答数	%		
全体		87	100.0%		
1	同意する	78	89.7%		
2	同意しない	9	10.3%		
3	NA	0	0.0%		
Q3	推奨内容：休職期間中に職場の担当者（あるいは産業医）と半年に1回以上面談（電話、メールを含む）すること。				
		回答数	%		
全体		87	100.0%		
1	同意する	78	89.7%		
2	同意しない	9	10.3%		
3	NA	0	0.0%		
Q4	推奨内容：職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携（面談、電話、メール、診断情報提供書などの手段を含む）を年に1回以上行うこと。				
		回答数	%		
全体		87	100.0%		
1	同意する	70	80.5%		
2	同意しない	16	18.4%		
3	NA	1	1.1%		
Q5	推奨内容：復職に向けてのすすめ方については、職場の担当者（あるいは産業医）に相談すること。 （前回アンケート：職場の人事担当者あるいは産業医に相談する：83%/相談しない17%）				
		回答数	%		
全体		87	100.0%		
1	同意する	79	90.8%		

2	同意しない	6	6.9%		
3	NA	2	2.3%		
Q6	推奨内容：復職前にリワーク・デイケアの見学、利用を検討すること。 （前回アンケート：リワーク・デイケアを受ける 66%/受けない 34%）				
		回答数	%		
全体		87	100.0%		
1	同意する	64	73.6%		
2	同意しない	22	25.3%		
3	NA	1	1.1%		
Q7	推奨内容：うつ病の労働災害においては、3年間程度で治ゆ（症状固定）の判断を行うこと。 （注：労働災害における治ゆ（症状固定）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留意ください。） （前回アンケート：症状固定を判断すべき期間 3年以下 87%/4年以上 13%）				
		回答数	%		
全体		87	100.0%		
1	同意する	73	83.9%		
2	同意しない	13	14.9%		
3	NA	1	1.1%		

資料5 アンケート結果（第2ステップ）

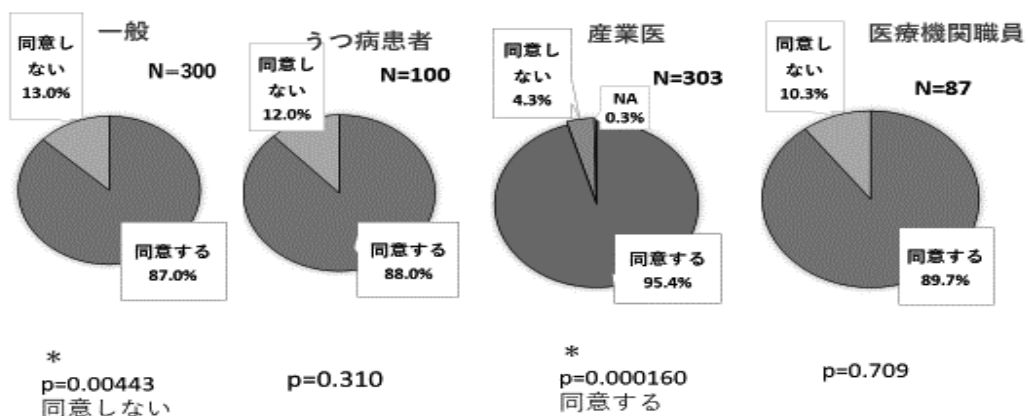
◆推奨内容1：

外来主治医は、うつ病のために長期療養する労働者本人に対する「医学上認められた医療」として、通院精神療法を月1回程度行うこと。



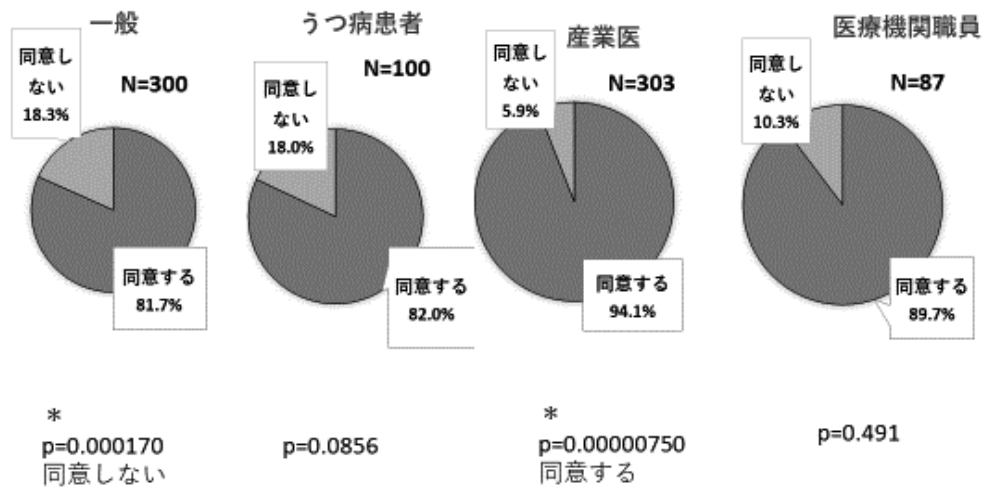
◆推奨内容2：

職場担当者（あるいは産業医）は休職期間中の勤務先での取り扱いについては、文書にて本人に説明すること。



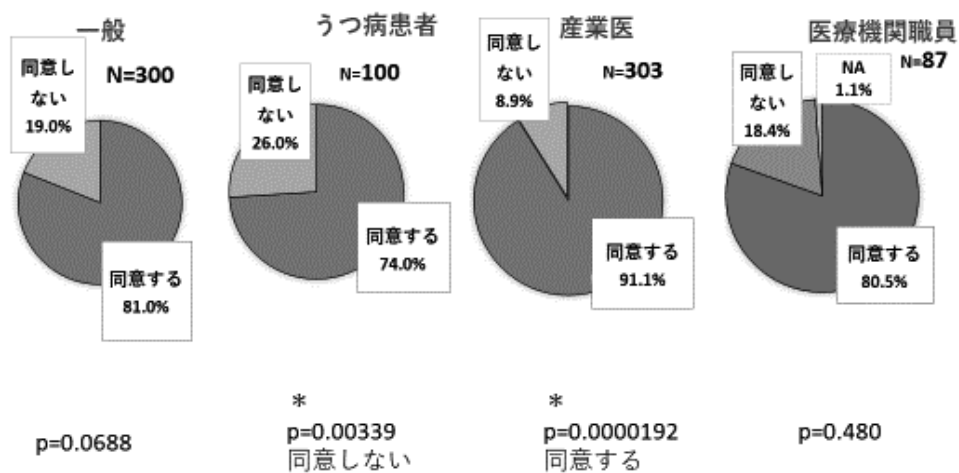
◆推奨内容3：

職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人との面談（電話、メールを含む）を半年に1回以上行うこと。



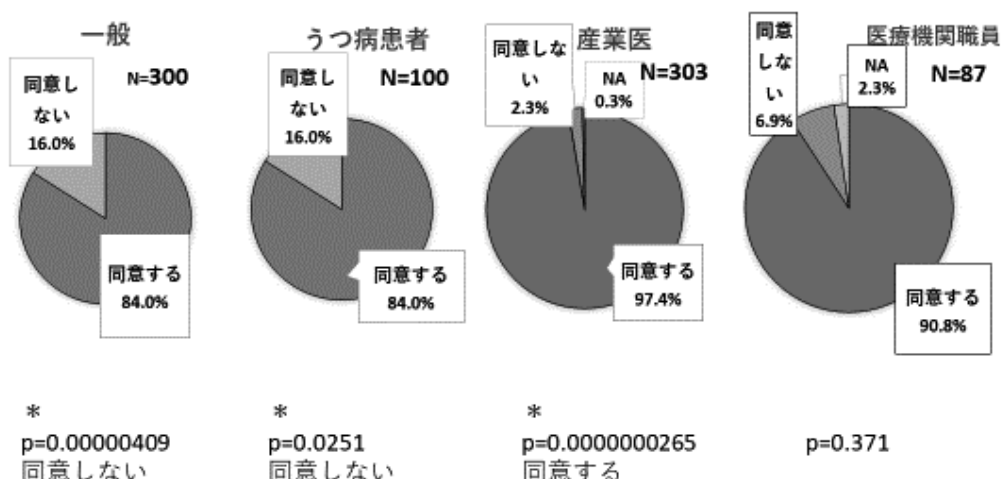
◆推奨内容4：

職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携（面談、電話、メール、診断情報提供書などの手段を含む）を年1回以上行うこと。



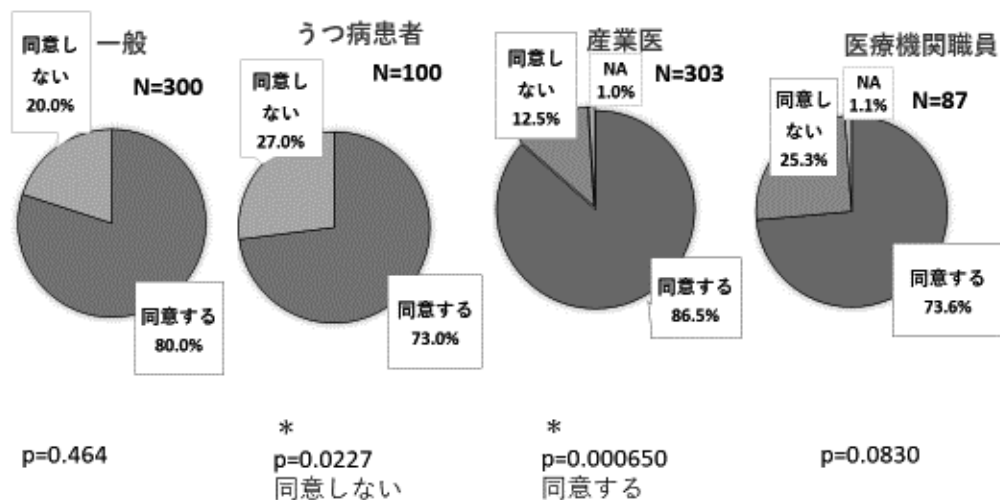
◆推奨内容 5：

職場の担当者（あるいは産業医）は職場復帰支援に向けての仕組みづくりを行うこと。そして復職に向けてのすすめ方については、外来主治医・産業医及び職場担当者が連携して判断すること。



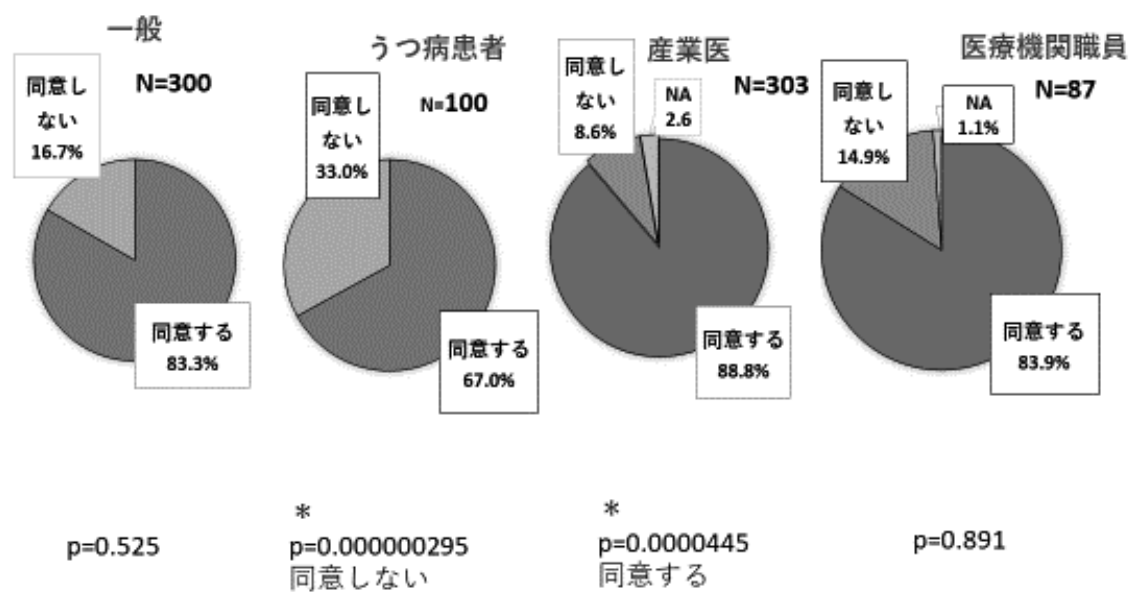
◆推奨内容 6：

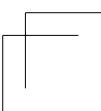
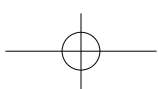
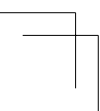
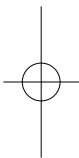
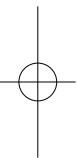
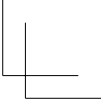
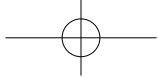
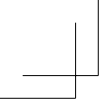
外来主治医あるいは職場担当者（または産業医）は回復期から復職に向けてはリワーク・デイケアの見学、利用を勧めること。



◆推奨内容 7：

うつ病の労働災害においては、3年間程度で治ゆ（症状固定）の判断を行うこと。





うつ病のリワークデイケア・プログラムでの社交不安症状の変化に関する 臨床研究

分担研究者：清水栄司 千葉大学大学院医学研究院 認知行動生理学

研究協力者：岡本洋子¹⁾、高梨利恵子^{1) 2)}、須藤千尋¹⁾、土門由紀²⁾、
山田繭子²⁾、馬場洋子²⁾、綾千晶²⁾、山内直人²⁾、佐々木一²⁾

所属：千葉大学大学院医学研究院 認知行動生理学¹⁾、
爽風会心の風クリニック千葉²⁾

研究要旨：本研究は、うつ病などの精神疾患のために休職した通院のリワークプログラム参加者が、うつ症状だけでなく、社交不安症状に関しても改善がみられるかを明らかにすることを目的とした。方法は、第一に、リワークプログラム参加者 186 人のうち、プログラム前後で 3 つの尺度（ベックうつ病調査票第 2 版 BDI-II, 社会適応能力評価尺度 SASS, リボビッツ社交不安尺度 LSAS）を完全評価可能な症例 85 人を対象とする PPS(Per Protocol Set)解析として、各尺度のプログラム実施前後の変化、変化量の相関、1 年後の就労継続の成否との関係を調べた。第二に、プログラム後の欠損値を LOCF(Last Observation Carried Forward)で補填した 143 人のデータを用いる FAS(Full Analysis Set)解析を同様に行った。マインドフルネス質問紙 FFMQ データで 31 人の PPS、69 人の FAS 解析も行った。結果として、85 人の PPS 解析で、プログラム前後で BDI-II は $19.47(\pm 9.9)$ から $6.44(\pm 6.3)$ へ有意に低下 ($t=13.630, p<0.01$) したのみならず、LSAS も $54.74(\pm 24.8)$ から $32.14(\pm 20.1)$ へ有意に低下 ($t=9.393, p<0.01$)、SASS は $31.73(\pm 6.0)$ から $37.15(\pm 7.6)$ へ有意に上昇 ($t=-6.271, p<0.01$) し、全てに改善がみられた。FFMQ では、 $110.32(\pm 17.3)$ から $135.00(\pm 17.9)$ へ有意に上昇 ($t=-7.492, p<0.01$) した。FAS 解析も PPS 解析と同様の結果であった。また、復職後 1 年後に就労継続している群では、うつ症状だけでなく社交不安症状が有意に改善している傾向が示唆された。結論として、リワークプログラムは、うつ症状だけでなく、社交不安症状も改善させることが示唆された。今後、復職における社交不安の研究を更に進めることが必要と考えられた。

A. 研究目的

うつ病などの精神疾患のために休職した A クリニックの通院患者を対象に、職場復帰を支援するうつ病復職支援デイケア（リワーク）でのプログラムに参加した方の質問紙調査と診療記録データをレトロスペクティブ（後ろ向き）に解析することで、社交

不安症状の変化を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

2008 年 4 月 1 日から 2017 年 9 月 30 日までの、A クリニックのリワークプログラム参加者 186 人のうち、プログラム前後で 3 つの尺度（BDI-II,

SASS, LSAS、詳細は下記に記す) が完全に評価可能な症例 85 人を対象集団とした PPS(Per Protocol Set)解析を行った。また、ITT(intention-to-treat)解析を行うために、プログラム前のデータはあるが、プログラム後のデータのない症例について LOCF(Last Observation Carried Forward)を用いた補填を行う 143 人を対象集団とした FAS(Full Analysis Set)解析を行った。同様に、FFMQ においても PPS 解析、FAS 解析を行った。

この研究は、平成 29 年度労災疾病臨床研究事業「精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆの判断に係る臨床研究」(主任研究者: 桂川修一東邦大学医療センター佐倉病院教授) の分担研究であり、千葉大学大学院医学研究院の倫理審査委員会(番号 2522) の承認を得て、実施した。

1. 評価尺度① ベックうつ病調査票第 2 版: BDI-II (Beck Depression Inventory-Second Edition)

1~10 点正常範囲、11~16 点軽いうつ状態、17~20 点境界域、21~30 点中程度、31~40 点重いうつ状態、41 点以上極度のうつ状態。(17 点以上は専門家の治療が必要) スコアが高い程、抑うつ症状が高い。

② 社会適応能力評価尺度: SASS (Social Adaptation Self-evaluation Scale)

仕事や家事への興味、家族や他人との関わり、社会への関心、適応度に関する 20 項目からなる。60 点満点でスコ

アが高いほど、社会適応度が良い自己評価を表す。(日本語版での健常者の平均は 36.5 ± 5.7 という報告がある: 後藤ら 2005。また、うつ病患者での平均は 28.8 ± 6.2 という報告がある: 相方ら 2013)

③ リボビッツ社交不安尺度: LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale)

24 項目の行為状況または社交状況について、「恐怖感/不安感」と「回避」の程度を 0~3 の 4 段階で評価、点数化し、総得点にて社交不安症の重症度を評価する。約 30 点境界域、50~70 点中程度、80~90 点日常生活に障害、95~100 点以上重度。スコアが高い程、不安症状が高い。

④ マインドフルネス質問紙: FFMQ(Five Facet Mindfulness Questionnaire)

日本語版 FFMQ は、マインドフルネスの指標として 39 項目の質問からなり、5 因子構造の質問紙である。各因子に該当する項目は、次の 5 つの下位尺度であり、observing (観察力), describing (記述力), acting with awareness (気づき力), non judging (非判断力), non reactivity (非反応力) である。総合計のスコアと 5 つの下位尺度の総計のスコアを算出する。スコアが高い程、マインドフルネス傾向が高い。(杉浦ら 2012)

2. リワークプログラムについて

2008 年 4 月より開始した A クリニックによるリワークプログラムは、うつ病などの精神疾患のために休職した患者を対象に、自宅療養によりある程度の症状が回復した後で、復職準備性

を高めることを目的とした、段階的な職場復帰を支援するものである。会社へ出勤するのと同じように、週5日決まった時間に通院し、毎日異なるプログラムとして、リラクゼーション、軽スポーツによる体力回復、芸術創作体験、グループカウンセリング、ソーシャル・スキル・トレーニング、集団認知行動療法などのリハビリテーションを通じて、再発防止のスキルを身に着けるまでのリハビリ期間はおおむね4か月～6か月通院を継続するものである。

リワークスタッフは、精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー(PSW)、作業療法士、看護師などの多職種チームによるものである。

3. 統計解析

統計解析は、BDI-II, SASS, LSAS, FFMQ の値からプログラム実施前後の経時的変化を調べるため paired-t test を行い、各尺度の変化量の相関を Pearson の相関係数で調べた。また、PPS 解析での BDI-II, SASS, LSAS の1年後の就労継続の成否との関係を3群に分け、一元分散分析(ANOVA: Analysis of Variance)を行った後、Tukey-Kremer法で多重比較し、A-B群間, A-C群間, B-C群間の関係を調べた。検定の有意水準は両側5%に設定した。統計解析は、SPSS Statistics Ver.25 (IBM 社) を用いて行なった。

C. 研究結果

1. リワークプログラム参加者の全データ 186 人の属性

リワークプログラム全参加者の186人の属性を表1に示した。

全参加者186人の属性は、男性132人(71%)、女性54人(29%)、平均年齢は38.1歳(標準偏差9.6)であった。この内、プログラム終了後の復職者は112人(60.2%)、プログラム中断者は36人(19.4%)、プログラム継続中は33人(17.7%)、転職や他院へ転院等の理由による終了者は5人(2.7%)であった。

参加者の診断の内訳は、大うつ病性障害が全体の52.7%を占め、双極性障害Ⅱ型が22.0%、適応障害が14.5%、反復性うつ病性障害が5.9%、身体表現性障害2.2%、双極性障害Ⅰ型1.1%、不安障害1.1%、その他0.5%と続いた。通所期間は平均247.5日(標準偏差147.0)、休職回数は平均2.2回(標準偏差1.5)であった。同居家族有は75.3%、同居家族無は24.7%であった。

参加者の職業を業種別にみると、公務員が最も多く30.1%、その他21.0%、製造業19.4%、通信9.7%、サービス9.1%、金融・保険8.6%、卸売・小売2.2%の順であった。職種別では、技術・専門職40.3%と事務29.0%が全体の約7割を占め、さらに職階別では、一般社員67.2%と係長・主任担当25.8%が全体の約9割を占めた。

2. BDI-II, SASS, LSAS の PPS(Per Protocol Set)解析による結果

プログラム前後で、3つの尺度(BDI-II, SASS, LSAS)が完全評価可能な85人を対象集団とするPPS(Per Protocol Set)解析を行った。

(1) PPS 解析対象としたプログラム

参加者の属性 (85 人)

プログラム参加者の属性 (85 人) を表 2 に示した。

参加者 85 人の属性は、男性 63 人 (74.1%)、女性 22 人 (25.9%)、平均年齢は 37.7 歳 (標準偏差 9.7) であった。プログラム終了後の復職者は 81 人 (95.3%)、プログラム中断者は 2 人 (2.4%)、プログラム継続中は 0 人、転職や他院へ転院等の理由による終了者は 2 人 (2.4%) であった。

参加者の診断の内訳は、大うつ病性障害が 57.6% を占め、双極 II 型障害が 21.2%、適応障害が 14.1%、反復性うつ病性障害が 3.5%、身体表現性障害 1.2%、双極 I 型障害 1.2%、不安障害 1.2%、その他 0% と続いた (表 2)。

(2) BDI-II, SASS, LSAS の値のプログラム実施前と実施後の経時的変化 (PPS 解析) BDI-II のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前 19.47 (標準偏差 9.9)、実施後 6.44 (標準偏差 6.3) と有意な低下がみられ ($t=13.630$, $p<0.01$)、うつ症状が改善した。

SASS のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前 31.73 (標準偏差 6.0)、実施後 37.15 (標準偏差 7.6) と有意な上昇がみられ ($t=-6.271$, $p<0.01$)、社会適応能力の自己評価が改善した。

LSAS のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前 54.74 (標準偏差 24.8)、実施後 32.14 (標準偏差 20.1) と paired-t test の結果、有意な低下がみられ ($t=9.393$, $p<0.01$)、社交不安症状が改善した (図 1)。

(3) LSAS の変化量と他尺度 (BDI-II, SASS) の変化量との相関 (PPS 解析)

LSAS の変化量と他尺度 (BDI-II, SASS) の変化量との相関を Pearson の相関係数でみたところ、LSAS の変化量は、BDI-II の変化量と正の有意な相関 (0.408^{**})、SASS の変化量とは負の有意な相関 (-0.399^{**}) がみられた (表 3、図 2-図 3)。

(4) 1 年後の就労継続の成否との関係 (PPS 解析)

1 年後の就労継続の成否を 3 群に分けて (A 群: 就労継続成功 36 名、B 群: 就労継続否 9 名、C 群: 就労継続が不明・その他 40 名) を従属変数とし、3 尺度 (BDI-II, SPSS, LSAS) のリワークプログラム実施前、実施後、変化量を要因とする一元性分散分析 (ANOVA: Analysis of Variance) を行った結果、有意な差はみられなかった。BDI-II 実施前: $F(2, 82) = 1.764$, $P=0.178$, BDI-II 実施後: $F(2, 82) = 0.025$, $P=0.976$, BDI-II 変化量: $F(2, 82) = 1.929$, $P=0.152$
SASS 実施前: $F(2, 82) = 2.368$, $P=0.100$, SASS 実施後: $F(2, 82) = 1.152$, $P=0.321$, SASS 変化量: $F(2, 82) = 0.014$, $P=0.986$
LSAS 実施前: $F(2, 82) = 0.028$, $P=0.973$, LSAS 実施後: $F(2, 82) = 1.771$, $P=0.177$, LSAS 変化量: $F(2, 82) = 1.943$, $P=0.150$

その後、Tukey-Kramer 法で多重比較を行ったところ、A 群-B 群間、A 群-C 群間、B 群-C 群間に有意差はみられなかった。

3 群比較では、有意差はみられなかったが、A 群の就労継続成功の 36 名が、LSAS のプログラム実施前の平均値 55.28(24.2)が実施後には平均値 28.31 (標準偏差 18.8) と下がったのに対し、B 群の就労継続否の 9 名においては、プログラム実施前の平均値 53.11(標準偏差 32.2)が実施後の平均値 41.56(標準偏差 27.8)と下がらなかった。

3. BDI-II, SASS, LSAS の FAS(Full Analysis Set) 解析による結果

LSAS のリワークプログラム実施前のデータがあり、3 尺度のプログラム実施後のデータが無い症例に、LOCF(Last Observation Carried Forward)を用いて欠損値を補填した 143 人を対象集団とした。

(1) FAS 解析対象としたプログラム参加者の属性 (143 人)

プログラム参加者の属性 (143 人) を表 4 に示した。

参加者 143 人の属性は、男性 98 人 (68.5%)、女性 45 人 (31.5%)、平均年齢は 37.9 歳 (標準偏差 9.7) であった。この内、プログラム終了後の復職者は 82 人 (57.3%)、プログラム中断者は 27 人 (18.9%)、プログラム継続中は 21.7 人(21.7%)、転職や他院へ転院等の理由による終了者は 3 人 (2.1%) であった。

参加者の診断の内訳は、大うつ病性障害が全体の 51.0%を占め、双極性障害 II 型が 23.1%、適応障害が 16.8%、反復性うつ病性障害が 5.6%、身体表現性障害 1.4%、双極性障害 I 型 0.7%、

不安障害 1.4%、その他 0%と続いた。

(2) BDI-II, SASS, LSAS の値のプログラム実施前と実施後の経時的変化 (FAS 解析) BDI-II のプログラム前後での平均値は、プログラム実施前 19.46 (標準偏差 9.6)、実施後 10.45 (標準偏差 9.2) と paired-t test の結果、有意な低下がみられ ($t=11.479$, $p<0.01$)、抑うつ症状が改善した。

SASS のプログラム前後での平均値は、プログラム実施前 31.76 (標準偏差 6.3)、実施後 34.98 (標準偏差 7.8) と paired-t test の結果、有意な上昇がみられ ($t=-5.763$, $p<0.01$)、社会適応能力の自己評価が改善した。

LSAS のプログラム前後での平均値は、プログラム実施前 53.42 (標準偏差 26.1)、実施後 39.52 (標準偏差 25.6) と paired-t test の結果、有意な低下がみられ($t=8.114$, $p<0.01$)、社交不安症状が改善した (図 4)。

(3) LSAS の変化量と他尺度 (BDI-II, SASS) の変化量との相関 (FAS 解析)

FAS においても、LSAS の変化量は、BDI-II の変化量と正の有意な相関 (0.515**)、SASS の変化量とは負の有意な相関 (-0.511**) がみられた (表 5、図 5-図 6)。

4. FFMQ の PPS (Per Protocol Set) 解析による結果

FFMQ のリワークプログラム前後の完全評価可能な 31 人を対象集団とする。更に、3 尺度 (BDI-II, SASS, LSAS) についてもプログラム実施前

後のデータがある 31 人を対象集団とした。

(1) PPS 解析対象としたプログラム参加者の属性 (31 人)

プログラム参加者の属性 (31 人) を表 6 に示した。

参加者 31 人の属性は、男性 22 人 (71.0%)、女性 9 人 (29.0%)、平均年齢は 35.6 歳 (標準偏差 9.9) であった。この内、プログラム終了後の復職者は 28 人 (90.3%)、プログラム中断者は 1 人 (3.2%)、プログラム継続中は 0 人、転職や他院へ転院等の理由による終了者は 2 人 (6.5%) であった。

参加者の診断の内訳は、大うつ病性障害が 51.6%を占め、双極Ⅱ型障害が 29.0%、適応障害が 12.9%、反復性うつ病性障害が 6.5%と続き、身体表現性障害、双極Ⅰ型障害、不安障害、その他はそれぞれ 0%であった。

(2) FFMQ 及び BDI-Ⅱ, SASS, LSAS の値のプログラム実施前と実施後の経時的変化 (PPS 解析)

FFMQ の総計のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前 110.32 (標準偏差 17.3)、実施後 135.00 (標準偏差 17.9) と paired-t test の結果、有意な上昇がみられ ($t=-7.492, p<0.01$)、マインドフルネス傾向が高まった (図 7)。

5 つの下位尺度についてプログラム前後での結果を以下に示したが、いずれも実施前より実施後に、paired-t test の結果、有意な上昇がみられ、マインドフルネス傾向が高まった。

①観察力:プログラム実施前 23.52 (標

準偏差 5.0)、実施後 26.87 (標準偏差 5.9)、 $t=-3.961, p<0.01$

②非反応力:プログラム実施前 18.48 (標準偏差 5.7)、実施後 23.48 (標準偏差 3.7)、 $t=-5.230, p<0.01$

③非判断力:プログラム実施前 22.87 (標準偏差 6.1)、実施後 28.61 (標準偏差 5.5)、 $t=-5.013, p<0.01$

④記述力:プログラム実施前 19.52 (標準偏差 5.0)、実施後 26.23 (標準偏差 5.5)、 $t=-7.490, p<0.01$

⑤気づき力:プログラム実施前 25.94 (標準偏差 4.9)、実施後 29.81 (標準偏差 4.9)、 $t=-3.753, p<0.01$

BDI-Ⅱのリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前 19.16 (標準偏差 10.4)、実施後 6.9 (標準偏差 7.6) と有意な低下がみられ ($t=7.618, p<0.01$)、うつ症状が改善した。

SASS のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前 32.00 (標準偏差 7.0)、実施後 38.39 (標準偏差 7.8) と有意な上昇がみられ ($t=-4.510, p<0.01$)、社会適応能力の自己評価が改善した。

LSAS のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前 56.61 (標準偏差 24.4)、実施後 35.00 (標準偏差 20.8) と有意な低下がみられ ($t=6.512, p<0.01$)、社交不安が改善した。

(3) FFMQ の変化量と他尺度 (BDI-Ⅱ, SASS, LSAS) の変化量との相関 (PPS 解析)

FFMQ の変化量は、BDI-Ⅱ, SASS, LSAS の変化量との間に、いずれも有

意な相関はなかった（表 7、図 8—図 10）。

5. FFMQ の FAS(Full Analysis Set) 解析による結果

FFMQ のリワークプログラム前のデータがあり、FFMQ のプログラム後のデータが無い症例に、LOCF(Last Observation Carried Forward)を用いて欠損値を補填した 69 人を対象集団とした。69 人に関して、3 尺度(BDI-II, SASS, LSAS)についてもプログラム実施前のデータがあり、プログラム実施後のデータが無い症例に、LOCFを用いて欠損値を補填した。

(1) FAS 解析対象としたプログラム参加者の属性 (69 人)

プログラム参加者の属性 (69 人) を表 8 に示した。

参加者 69 人の属性は、男性 48 人 (69.6%)、女性 21 人 (30.4%)、平均年齢は 37.4 歳 (標準偏差 10.1) であった。この内、プログラム終了後の復職者は 29 人 (42.0%)、プログラム中断者は 8 人 (11.6%)、プログラム継続中は 30 人 (43.5%)、転職や他院へ転院等の理由による終了者は 2 人 (2.9%) であった。

参加者の診断の内訳は、大うつ病性障害が 44.9%を占め、双極 II 型障害が 27.5%、適応障害が 18.8%、反復性うつ病性障害が 7.2%、身体表現性障害 1.4%と続き、双極 I 型障害、不安障害、その他はそれぞれ 0%であった。

(2) FFMQ 及び BDI-II, SASS, LSAS の値のプログラム実施前と実施後の

経時的変化 (FAS 解析)

FFMQ の総計のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前 111.32 (標準偏差 15.7)、実施後 122.41 (標準偏差 19.7) と paired-t test の結果、有意な上昇がみられ($t=-5.306, p<0.01$)、マインドフルネス傾向が高まった (図 11)。

5 つの下位尺度についてプログラム前後での結果を以下に示したが、いずれも実施前より実施後に、paired-t test の結果、有意な上昇がみられ、マインドフルネス傾向が高まった。

①観察力：プログラム実施前 22.61 (標準偏差 4.8)、実施後 24.12 (標準偏差 5.7)、 $t=-3.522, p<0.01$

②非反応力：プログラム実施前 18.51 (標準偏差 4.9)、実施後 20.75 (標準偏差 4.6)、 $t=-4.306, p<0.01$

③非判断力：プログラム実施前 22.83 (標準偏差 5.7)、実施後 25.41 (標準偏差 6.2)、 $t=-4.185, p<0.01$

④記述力：プログラム実施前 20.74 (標準偏差 5.7)、実施後 23.75 (標準偏差 6.2)、 $t=-5.305, p<0.01$

⑤気づき力：プログラム実施前 26.64 (標準偏差 4.5)、実施後 28.38 (標準偏差 4.6)、 $t=-3.376, p<0.01$

BDI-II のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前 19.03 (標準偏差 9.5)、実施後 13.04 (標準偏差 10.3) と有意な低下がみられ ($t=5.798, p<0.01$)、うつ症状が改善した。

SASS のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前 32.00 (標準偏差 6.9)、実施後 34.7 (標準

偏差 8.1) と有意な上昇がみられ ($t=-3.507$, $p<0.01$)、社会適応能力の自己評価が改善した。

LSAS のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前 51.88 (標準偏差 26.7)、実施後 40.71 (標準偏差 25.9) と有意な低下がみられ ($t=5.245$, $p<0.01$)、社交不安が改善した。

(3) FFMQ の変化量と他尺度 (BDI-II, SASS, LSAS) の変化量との相関 (FAS 解析)

FFMQ の変化量は、BDI-II との変化量と負の有意な相関 (-0.425^{**})、SASS の変化量と正の有意な相関 (0.498^{**})、LSAS の変化量と負の有意な相関 (-0.546^{**}) がみられた (表 9、図 12-図 14)。

D. 考察

BDI-II, SASS, LSAS の PPS 解析において、各尺度の値のリワークプログラム実施前後の経時的変化を調べた結果、BDI-II の平均値は、プログラム実施前 19.47 (標準偏差 9.9) から実施後 6.44 (標準偏差 6.3) とマイナス 13.0 の有意な低下があり、うつ症状が改善した。SASS の平均値においても、プログラム実施前 31.73 (標準偏差 6.0) から実施後 37.15 (標準偏差 7.6) とプラス 5.42 の有意な上昇がみられ、社会適応能力の自己評価が高まった。LSAS の平均値においても、プログラム実施前 54.74 (標準偏差 24.8) から実施後 32.14 (標準偏差 20.1) とマイナス 22.6 の有意な低下がみられ、社交不安症状が改善した。

以上の前後変化の結果に加え、LSAS の変化量と他尺度 (BDI-II, SASS) の変化量との有意な相関の結果から、社交不安症状の改善は、抑うつ症状の改善および社会適応度の自己評価の向上と並行して起こることが、今回の結果から考えられた。

プログラム終了後に復職した人の 1 年後の就労継続の成否との関係を 3 群に分けて検定した結果、サンプル数の偏りもあり、3 群間の有意差はみられなかったのだが、A 群の就労継続成功 36 名は、LSAS のプログラム実施前後の平均値がマイナス 26.97 の低下がみられ、社交不安症状が改善したのに対して、B 群の就労継続否の 9 名においては、プログラム実施前後の平均値がマイナス 11.55 と下がり幅が小さく、社交不安症状の改善が乏しかった。以上から、社交不安症状が改善している人の方が、有意差はみられないものの、リワークプログラム終了後において就労継続が成功する可能性が示唆されたが、今後、サンプル数を増やして、さらに検討していく必要が考えられた。

FFMQ の PPS 解析による結果から、FFMQ 及び BDI-II, SASS, LSAS の値のプログラム実施前後の経時的変化は、FFMQ の総合計及び 5 つの下位尺度について、いずれも実施前より実施後に、有意な上昇がみられ、マインドフルネス傾向が高まっており、うつ症状、社交不安症状、社会適応度の自己評価の改善と並行して起こっていることが示唆された。

これらの結果から、うつ病で休職中の方の回復期に医療機関で、集団での

リワークプログラムを行うことは、抑うつ症状が下がり、社会適応度、あるいはマインドフルネス傾向が高まると同時に、社交不安症状も下がることで安定した復職につながりやすい可能性が示唆されたと考える。

医療機関でのリワークにおいて、リワークマニュアルにもあるように復職のステップを踏みながら、プログラム参加者の再発防止に努めることは重要なミッションである。抑うつ症状だけでなく、社交不安症状も十分回復し、社会適応能力やマインドフルネスのスキルを身につけた人達が就労継続性を維持出来るかどうかについて、更に統計解析に十分なサンプル数のデータ収集を継続し、さらなる研究を行う必要がある。

我々千葉大学の研究チームは、2年間の「精神疾患により長期療養する労働者の症状の的確な把握及び治癒の判断に係る臨床研究」の分担研究として、もう一つのテーマを持っている。それは、うつ病の「医学上一般に認められた医療」の推奨案7項目を、一般人向けおよび産業医向けのWEBアンケート調査により、集約するというものであった。その中で、うつ病の医療としての推奨案の1項目として、「外来主治医あるいは職場担当者（または産業医）は回復期から復職に向けてはリワーク・デイケアの見学・利用を勧めること」もあげられており、この項目については、患者本人、一般人、産業医、医療機関職員の7割～8割が同意した（清水，2017）。

また、科学的根拠に基づく「産業保健における復職ガイダンス 2017」の

報告によると、復職に対する介入として、休職中の労働者に対して通常の医療措置に加え、認知行動療法に基づく復職支援プログラム（リワーク）を条件付きで推奨している。しかしながら、研究数が少なく統計学的な有効性は示されていないとも述べている。医療機関でのリワークは医療保険で提供されているにも関わらず、プログラムを行う実施機関が少ないのが現状である。

現在、日本においてリワークプログラムは、主に医療機関、障害者職業センター、民間EAP（Employee Assistance Program 従業員支援プログラム）で実施されているが、五十嵐らが医療機関向けに行った「リワークプログラム参加者の復職後2年間の予後調査」の報告にあるように、利用者の就労継続性についてアンケート調査は実施されているが、実際にリワークプログラムを実施する機関での臨床研究はまだ数少ない。

大木らの「リワークプログラムの効果研究」の中でも、リワークプログラムの効果の指標は、短期的効果と長期的効果に分類され、短期的目標では臨床的症状の回復、復職の達成といった効果指標があり、長期的効果には、プログラムを終了し復職以後の就労の継続性、再休職予防の効果を検討するものがあるが、臨床研究自体が少ないと述べている。

また、これまでの臨床研究は、うつ症状改善のみを検証したものが多く、社交不安症状の改善に着目し、検証した研究は少ない。今回の研究では、リワークプログラムの実施により、うつ

症状だけでなく社交不安症状が改善することが示されたことは、非常に意義深い。

社交不安症（social anxiety disorder : SAD）は、以前は、社会恐怖（social phobia）、社会不安障害とも呼ばれており、人前での発表や集団の中へ入る場面などに、強い不安を感じ、学校や仕事での生活に大きな支障が出る心の病気である（清水, 2017）。米国の精神疾患の疫学調査では、10代半ばから20代前半で発症（平均15歳）し、全人口の約10～15%の人が罹患し、平均罹病期間は10年～20年以上に及び、その症状のために、治療の開始に数年以上を経過していることが多い。生活障害度が大きく、不登校、ひきこもり、NEETなど、年間約1兆5千億円の労働損失額が見積もられている（亀井, 2009）。

以上のように、社交不安症は、頻度の高い一般的な精神疾患であるが、慢性化し、日常機能に困難を抱えながらも、職業生活を送り、対人面での困難さや能力・性格の問題と捉え、本人は病気に気づかないまま、職場での対人関係ストレスから、メンタル不調に陥りやすい傾向があることが考えられる。うつ病を合併し、医療機関の受診、休職につながるケースもあるが、うつ病と診断されても、社交不安症の診断は、本人が医師の問診で人前での緊張などの症状を語らないために、見逃されている可能性がある。よって、休職者がリワークプログラムへの参加につながった場合は、社交不安症についても十分な評価を行い、うつ症状と同様に社交不安症状の改善に寄与する

為の治療及び支援が重要になると考える。

社交不安症についての英国 NICE ガイドライン（NICE, 2013）では、個人認知行動療法が治療の第一選択として推奨されている。これは、英国の Clark らによるランダム化比較試験（RCT）によって、認知行動療法が薬物療法より治療効果が優れているという結果（Clark et al, 2003）を受けてのものである。リワークプログラムには、うつ病の集団認知行動療法が取り入れられていることが多いが、今後は、職場環境を想定した対人場面での社交不安に関する集団認知行動療法も含める可能性が考慮されるべきであろう。

今後は、社交不安症状の改善がその他の症状改善や復職及び就労継続性にどのように関連するかを含め、リワークプログラムの有効性を高めるための更なる臨床研究を進めることが必要であると考えられた。

E. 結論

今回の研究により、うつ病などの精神疾患のために休職した人達に対して、リワークプログラムの活用が、抑うつ症状を改善させるとともに社交不安症状をも改善させることが示された。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

現時点でないが、今後、本研究を発表

する予定である

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

表 1. リワークプログラム参加者全データ 186 人の属性

	n=186	%
性別		
男性	132	71.0%
女性	54	29.0%
年齢 (歳)	平均 38.1 SD ± 9.6	
転帰		
復職	112	60.2%
リワーク中断	36	19.4%
継続中	33	17.7%
その他 (転職、転院等)	5	2.7%
診断名		
大うつ病性障害	98	52.7%
反復性うつ病性障害	11	5.9%
双極Ⅰ型障害	2	1.1%
双極Ⅱ型障害	41	22.0%
身体表現性障害	4	2.2%
適応障害	27	14.5%
不安障害	2	1.1%
その他	1	0.5%

表 2. PPS(Per Protocol Set)解析対象としたプログラム参加者の属性 (85 人)

	n=85	%
性別		
男性	63	74.1%
女性	22	25.9%
年齢 (歳)	平均 37.7 SD ± 9.7	
転帰		
復職	81	95.3%
リワーク中断	2	2.4%
継続中	0	0.0%
その他 (転職、転院等)	2	2.4%
診断名		
大うつ病性障害	49	57.6%
反復性うつ病性障害	3	3.5%
双極Ⅰ型障害	1	1.2%
双極Ⅱ型障害	18	21.2%
身体表現性障害	1	1.2%
適応障害	12	14.1%
不安障害	1	1.2%
その他	0	0.0%

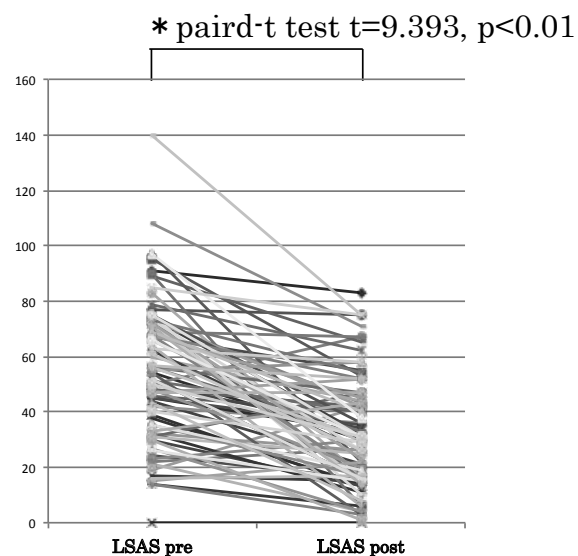


図 1. LSAS の値のプログラム実施前と実施後の経時的変化 (PPS 解析)

LSAS について、プログラム前後の値について paired-t test の結果、プログラム実施前後で有意な低下がみられ($t=9.393$, $p<0.01$)、社交不安症状が改善した。

表 3. LSAS の変化量と他尺度 (BDI-II, SASS) の変化量との相関 (PPS 解析)

		BDI-II change	SASS change
LSAS change	Pearson の相関係数	.408**	-.399**
	有意確率 (両側)	0.000	0.000
	度数	85	85

LSAS の変化量は、BDI-II の変化量と正の有意な相関、SASS の変化量とは負の有意な相関がみられた。

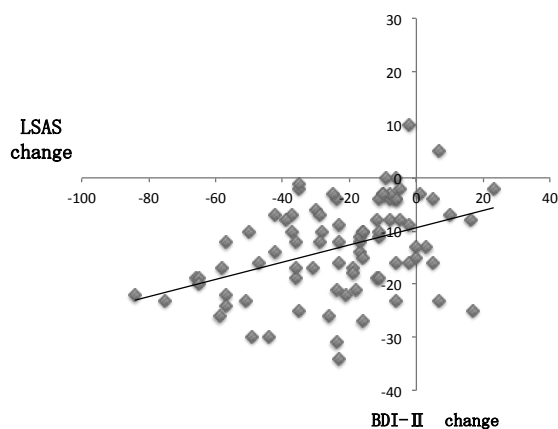


図 2. LSAS の変化量と BDI-II の変化量の相関を見る散布図 (PPS 解析)

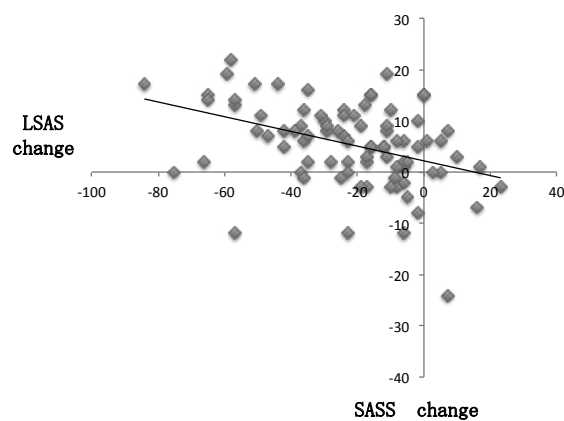


図 3. LSAS の変化量と SASS の変化量の相関を見る散布図 (PPS 解析)

表 4. FAS(Full Analysis Set) 解析対象としたプログラム参加者の属性（143人）

	n=143	%
性別		
男性	98	68.5%
女性	45	31.5%
年齢（歳）	平均 37.9 SD ± 9.7	
転帰		
復職	82	57.3%
リワーク中断	27	18.9%
継続中	31	21.7%
その他（転職、転院等）	3	2.1%
診断名		
大うつ病性障害	73	51.0%
反復性うつ病性障害	8	5.6%
双極Ⅰ型障害	1	0.7%
双極Ⅱ型障害	33	23.1%
身体表現性障害	2	1.4%
適応障害	24	16.8%
不安障害	2	1.4%
その他	0	0.0%

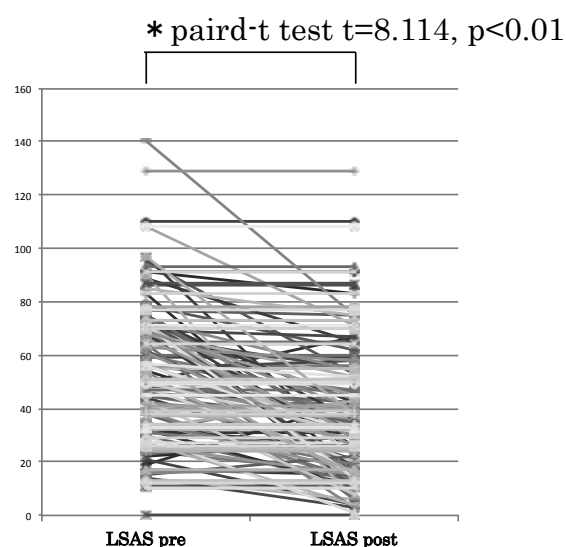


図 4. LSAS の値の実施前と実施後の経時的変化（FAS 解析）

LSAS について、プログラム前後の値について paired-t test の結果、有意な低下がみられた($t=8.114$, $p<0.01$)、社交不安症状が改善した。

表 5. LSAS の変化量と他尺度（BDI-Ⅱ， SASS）の変化量との相関 (FAS 解析)

		BDI-Ⅱ change	SASS change
LSAS change	Pearson の相関係数	.515**	-.511**
	有意確率（両側）	0.000	0.000
	度数	143	143

FAS 解析においても、LSAS の変化量は、BDI-Ⅱ の変化量と正の有意な相関、SASS の変化量とは負の有意な相関がみられた。

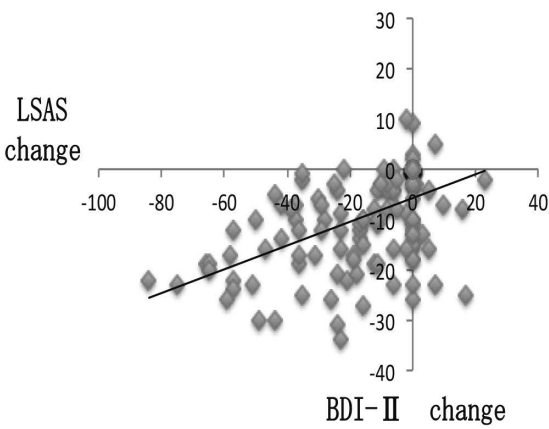


図 5. LSAS の変化量 BDI-Ⅱ の変化量
の相関を見る散布図（FAS 解析）

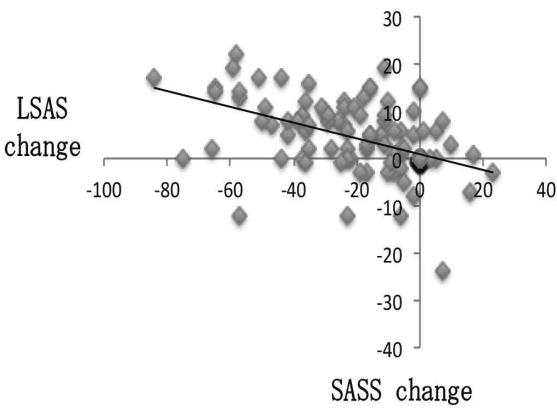


図 6. LSAS の変化量と SASS の変化量
の相関を見る散布図（FAS 解析）

表 6. FFMQ の利用者の属性（31 人）：PPS (Per Protocol Set) 解析

	n=31	%
性別		
男性	22	71.0%
女性	9	29.0%
年齢（歳）	平均 35.6 SD ± 9.9	
転帰		
復職	28	90.3%
リワーク中断	1	3.2%
継続中	0	0.0%
その他（転職、転院等）	2	6.5%
診断名		
大うつ病性障害	16	51.6%
反復性うつ病性障害	2	6.5%
双極Ⅰ型障害	0	0.0%
双極Ⅱ型障害	9	29.0%
身体表現性障害	0	0.0%
適応障害	4	12.9%
不安障害	0	0.0%
その他	0	0.0%

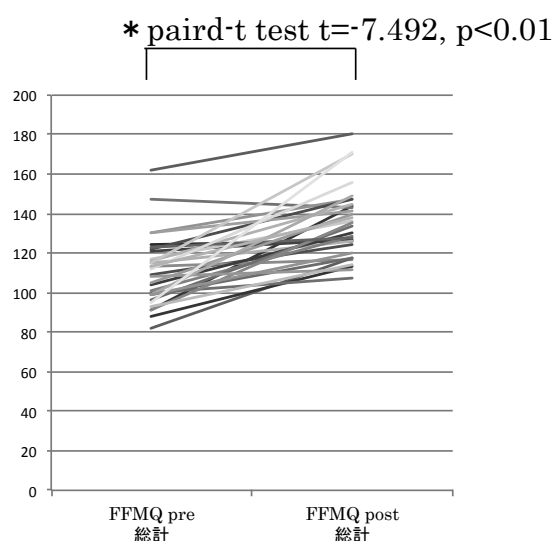


図 7. FFMQ の値のプログラム実施前後の経時的変化 (PPS 解析)

FFMQ の総計のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前 110.32 (標準偏差 17.3)、実施後 135.00 (標準偏差 17.9) と paired-t test の結果、有意な上昇がみられ($t=-7.492$, $p<0.01$)、マインドフルネス傾向が強まった。

表 7. FFMQ の変化量と他尺度 (BDI-II, SASS, LSAS) の変化量との相関 (PPS 解析)

		BDI-II change	SASS change	LSAS change
FFMQ change	Pearson の相関係数	0.101	0.215	-0.335
	有意確率 (両側)	0.591	0.245	0.650
	度数	31	31	31

FFMQ の変化量は、BDI-II, SASS, LSAS の変化量との間に、いずれも有意な相関はなかった。

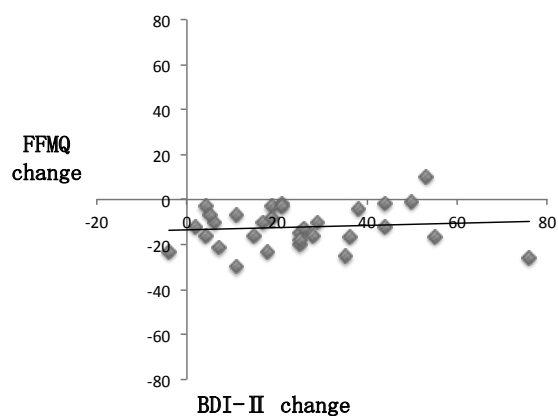


図 8. FFMQ の変化量と BDI-II の変化量の相関を見る散布図 (PPS 解析)

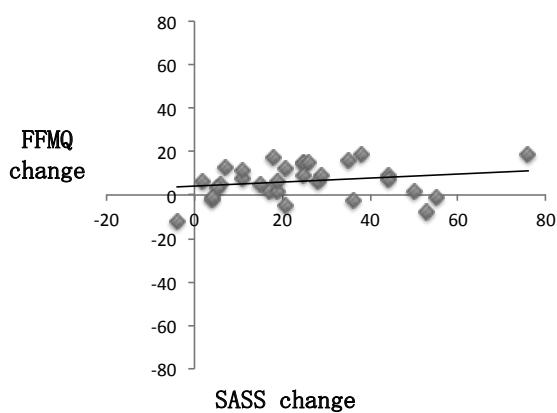


図 9. FFMQ の変化量と SASS の変化量の相関を見る散布図 (PPS 解析)

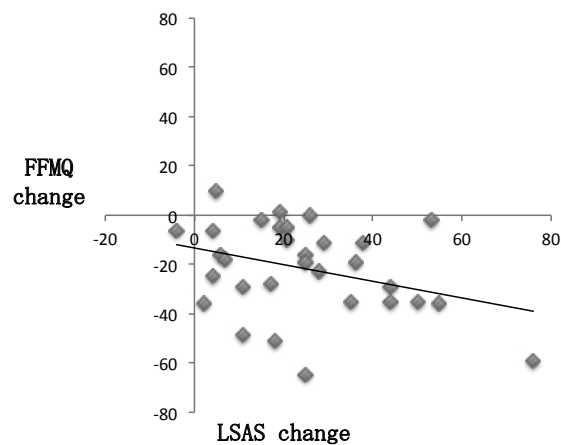


図 10. FFMQ の変化量と LSAS の変化量の相関を見る散布図（PPS 解析）

表 8. FFMQ の利用者の属性（69 人）：FAS (Full Analysis Set) 解析

	n=69	%
性別		
男性	48	69.6%
女性	21	30.4%
年齢（歳）	平均 37.4 SD ± 10.1	
転帰		
復職	29	42.0%
リワーク中断	8	11.6%
継続中	30	43.5%
その他（転職、転院等）	2	2.9%
診断名		
大うつ病性障害	31	44.9%
反復性うつ病性障害	5	7.2%
双極Ⅰ型障害	0	0.0%
双極Ⅱ型障害	19	27.5%
身体表現性障害	1	1.4%
適応障害	13	18.8%
不安障害	0	0.0%
その他	0	0.0%

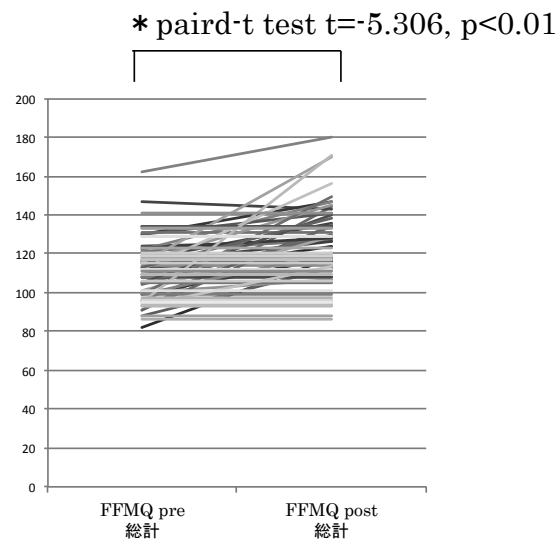


図 11. FFMQ の値のプログラム実施前と実施後の経時的変化 (FAS 解析)

FFMQ の総計のリワークプログラム前後での平均値は、プログラム実施前 111.32 (標準偏差 15.7)、実施後 122.41 (標準偏差 19.7) と paired-t test の結果、有意な上昇がみられ($t=-5.306$, $p<0.01$)、マインドフルネス傾向が強まった。

表 9. FFMQ の変化量と他尺度 (BDI-II, SASS, LSAS) の変化量との相関 (FAS)

		BDI-II change	SASS change	LSAS change
FFMQ change	Pearson の相関係数	-.425**	.498**	-.546**
	有意確率 (両側)	0.00	0.00	0.00
	度数	69	69	69

FFMQ の変化量は、LSAS の変化量と負の有意な相関、BDI-II との変化量と負の有意な相関、SASS の変化量と正の有意な相関がみられた。

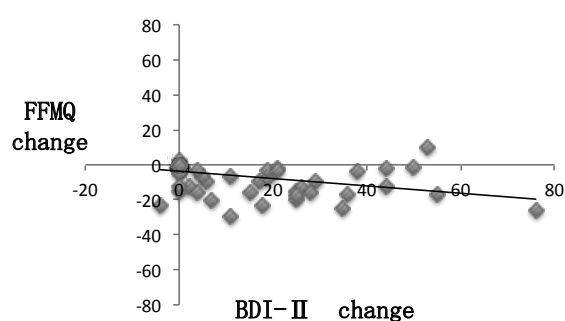


図 12. FFMQ の変化量と BDI-II の変化量の相関を見る散布図 (FAS 解析)

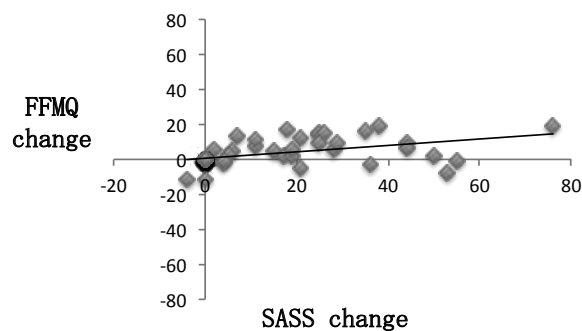


図 13. FFMQ の変化量と SASS の変化量の相関を見る散布図 (FAS 解析)

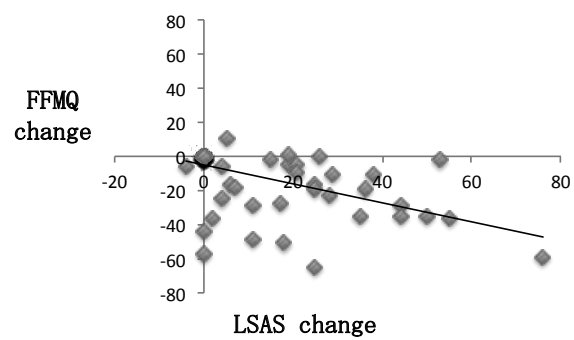
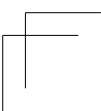
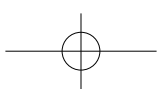
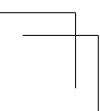
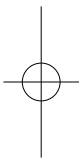
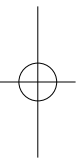
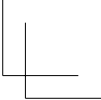
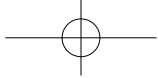
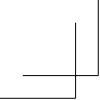


図 14. FFMQ の変化量と LSAS の変化量
の相関を見る散布図 (FAS 解析)



平成29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

精神疾患による長期休業の危険因子
—特定健診・特定保健指導データを用いた予備的縦断調査—

研究分担者 田中克俊

研究協力者 荒木光¹、大島優子¹、磯島学¹、飯田大作¹、渡部真弓¹、中村佐
紀¹、山本愛¹、鎌田直樹²

1 北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学

2 富士電機株式会社

研究要旨

<目的>

企業の特健診データ及び健康保険組合の傷病給付記録をもとに精神疾患による長期休業の危険因子を検討する。

<方法>

東京都内の一企業の特健診データおよび健康保険組合の傷病給付記録をもとに作成された健康データ（3964名分）を用いて、2016年の精神疾患による長期休業者と2014年の特健診データとの関連を調べた。

<結果>

一般化線形モデルを用いて、精神疾患による短期休業と長期休業に関連する要因についての解析を行った結果、長期休業に関連する要因としては、1日の平均飲酒量が3合以上であること（飲酒しないもしくは1合未満の群に対するオッズ比95.95 [8.25-1115.85]）の他、年齢（オッズ比0.88 [0.77-1.00]）高血圧治療中（オッズ比9.72 [1.56-60.59]）、貧血（オッズ比13.90 [1.47-131.56]）が有意な危険因子であることが示された。

<考察>

本研究結果によって、1日3合以上の飲酒習慣が大きな危険因子であることが示唆された。飲酒習慣のある労働者が精神疾患による休業を開始した場合には、休業長期化防止のために飲酒のコントロールを行うことが重要と考えられた。今回の結果を一般化するには大きな限界が存在するため、今後より大規模なデータベースをもとにした研究が必要である。

A. 研究目的

近年、精神疾患による休業の長期化が大きな問題となっている。長期休業の背景には、休業の原因となった疾患の症状以外にも、様々な要因があると思われるが、これまで十分な調査

は行われていない。休業の長期化を予防する意味でも、長期化の原因についての検討は不可欠と思われる。そこで本研究では、企業の特健診データと健康保険組合の傷病給付記録をもとに作成された縦断的健康データを用いて、精

神疾患による長期休業の危険因子について予備的縦断調査を実施した。

B. 研究対象と方法

東京都内の一企業の2014年の特定健診データ（健康保険組合の傷病給付記録をもとに2014年時に精神疾患で休業していた者は除外）と、2016年の健康保険組合の傷病給付記録をもとに作成された休業データが連結されたデータベースをもとに解析を行った。

対象とした企業では、疾病で休業する場合には、通常年休を消化したのち病欠欠勤期間（90営業日）が与えられる。その病欠欠勤期間内に回復して復職しない場合には病欠休職が発令される。病欠休職が発令されると以後は、給与の代わりに傷病手当金が健康保険組合より支払われることになる。本研究では、傷病手当金の支払いが開始されているケースを長期休業者と定義し、精神疾患罹患については向精神薬が処方されているケース（睡眠薬のみの処方除外）を精神疾患患者と判断した。

まず、2014年の特定健診・特定保健指導データと2016年の精神疾患長期休業の有無との相関を調べるとともに、一般化線形モデルを用いて、複数のモデルを作成し、Akaike's Information Criterion (AIC) をもとに最適なモデルを採択した。提供されたデータには、いくつかのmissing at randomと想定される欠測値が認められたため、Multiple Imputation (MI) 法を用いて欠測値の補完を行った。特定健診データは扱っている項目が多いため、基本統計解析においても最終モデルで採択された説明変数のみを表記することとした。

まず、長期休業者とその他の労働者（精神疾患に罹患していない労働者および、精神疾患に罹患していても休業していないか、休業しても病欠欠勤内に復職しているもの）との単純比較を行った。さらに、最終的な一般化線形モデル結果を示すとともに、短期休業者（精神疾患にて休業したものの病欠欠勤期間内に復職した

者）の危険因子との違いを検討した。

〔倫理面への配慮〕

扱う健康データは健康保険組合等にてすでに取得・加工され、データ解析用に個人情報とは完全に削除された形で提供されている。

C. 結果

2014年の特定健診データ（精神疾患で休業していたものは除外）と、2016年の休業データを連結した3964名分のデータ提供を受け、解析を行った。

基本解析の結果を表1に示す。方法で述べたように、ここでは、性別、年齢、30分以上の運動習慣の有無、睡眠で休養が取れているか否か、平均飲酒量/日、喫煙習慣、高血圧治療中か否か、糖尿病治療中か否か、脂質異常症治療中か否か、貧血の有無について、2年後の長期休業者とその他の従業員との比較を行った。その結果、毎日3合以上以上の飲酒、高血圧治療を行っていること、貧血を認めることが2年後の長期休業とある程の関連を示していた。

次に一般化線形モデルを用いて、精神疾患による短期休業と長期休業に関連する要因についての解析を行った（表2）。その結果、短期休業者においては睡眠で休養が取れていること（オッズ比0.37 [95% Confidence Interval: 0.15-0.90]）、1日の平均飲酒量が3合以上であること（飲酒しないもしくは1合未満の群に対するオッズ比12.15 [4.83-30.55]）が有意に関連していた。

長期休業に関連する要因としては、短期休業でも認められた1日の平均飲酒量が3合以上であること（飲酒しないもしくは1合未満の群に対するオッズ比95.95 [8.25-1115.85]）の他、年齢（オッズ比0.88 [0.77-1.00]）高血圧治療中（オッズ比9.72 [1.56-60.59]）、貧血（オッズ比13.90 [1.47-131.56]）が有意な危険因子であることが示された。

表 1. 基本解析結果							
		長期休業者 ¹⁾ (n=12)		その他 ²⁾ (n= 3952)			
		n	%	n	%	P 値 ³⁾	
性別	男	8	66. 7%	3058	77. 4%	. 486	
	女	4	33. 3%	894	22. 6%		
1日30分以上の運動習慣あり	いいえ	11	91. 7%	3050	77. 2%	. 319	
	はい	1	8. 3%	902	22. 8%		
睡眠で休養が取れている	はい	3	25. 0%	1524	38. 7%	. 390	
	いいえ	9	75. 0%	2414	61. 3%		
平均飲酒量/日	飲酒しない又は1合未満	2	18. 2%	1652	45. 8%	. 000	
	2合-3合未満	2	18. 2%	1732	48. 0%		
	3合以上	7	63. 6%	226	6. 3%		
喫煙習慣	なし	6	50. 0%	2664	67. 4%	. 223	
	あり	6	50. 0%	1286	32. 6%		
高血圧治療中	なし	6	50. 0%	3356	84. 9%	. 005	
	あり	6	50. 0%	596	15. 1%		
糖尿病治療中	なし	12	100. 0%	3778	95. 6%	1. 000	
	あり	0	0. 0%	174	4. 4%		
脂質異常症治療中	なし	10	83. 3%	3592	90. 9%	. 301	
	あり	2	16. 7%	360	9. 1%		
貧血の有無	なし	8	66. 7%	3602	91. 2%	. 017	
	あり	4	33. 3%	348	8. 8%		
年齢, 歳 (SD)		44.8	(10.4)	48.9	(6.3)	0.18	
1) 精神疾患にて90営業日以上有病欠勤を超え病気休職に至った者							
2) 1) 以外のすべての労働者 (項目により欠測を含む)							
3) Fisherの直接確率計算による							

表2. 精神疾患休業および長期休業に関連する要因									
	短期休業者 (n= 24) ¹⁾					長期休業者 (n= 12) ²⁾			
パラメータ	オッズ比	95%信頼区間		有意確率		オッズ比	95%信頼区間		有意確率
		下限	上限				下限	上限	
性別, 男性	1. 13	0. 41	3. 14	0. 81		5. 60	0. 48	65. 39	0. 17
年齢	0. 98	0. 92	1. 04	0. 43		0. 88	0. 77	1. 00	0. 05
1日30分以上の動習慣あり	0. 56	0. 21	1. 49	0. 25		0. 49	0. 05	4. 42	0. 52
睡眠で休養が取れている	0. 37	0. 15	0. 90	0. 03		0. 37	0. 08	1. 62	0. 19
平均飲酒量: 3合以上/日	12. 15	4. 83	30. 55	0. 00		95. 95	8. 25	1115. 85	0. 00
平均飲酒量: 2合-3合未満/日	0. 88	0. 34	2. 28	0. 79		2. 17	0. 19	24. 24	0. 53
飲酒しない又は1合未満/日	1					1			
喫煙習慣	1. 12	0. 54	2. 29	0. 76		3. 62	0. 80	16. 44	0. 10
高血圧治療中	1. 71	0. 67	4. 32	0. 26		9. 72	1. 56	60. 59	0. 01
糖尿病治療中	1. 67	0. 40	6. 97	0. 48		該当者なし			
脂質異常症治療中	0. 52	0. 13	2. 13	0. 36		0. 99	0. 12	8. 22	0. 99
貧血	1. 93	0. 62	5. 98	0. 25		13. 90	1. 47	131. 56	0. 02
メタボリックシンドローム該当	0. 89	0. 34	2. 36	0. 82		1. 38	0. 20	9. 64	0. 75
1) 精神疾患にて病欠欠勤に至ったが, 病欠期間(90営業日)以内に復職した者									
2) 精神疾患にて病欠期間(90営業日)を超え病欠休職に至った者									

D. 考察

本研究データは, 3964 名分のデータであり, 長期休業者をアウトカムとするにはその数は十分ではない。そのため, 本研究で得られた解析結果も一般妥当性に乏しく十分な頑健性を有していない。しかしながら, 本研究で得られた結果はいくつかの有用な示唆も与えている。

精神疾患の発症, 重症・遷延化の背景に過度の飲酒があることは良く知られている。本研究においても, 毎日3合以上の飲酒が短期休業および長期休業に一貫して有意な危険因子であり, その影響も大きいことが示された(大きなオッズ比は解析数の不足や多重共線性の影響が否定できない)。そもそも, 休業者の多くは向精神薬服用中であり, 服薬中の飲酒は治療薬の効果を減弱させ有害事象の出現頻度を上げる可能性があるため, 基本的には禁酒もしくは節酒指導が行われるべきである。しかしながら,

そうした指導は主治医から十分に行われているとは言えない。また, 家族や本人も禁酒をするどころか, 休業に伴うストレス緩和や睡眠の補助として休業中に飲酒量が増えるケースも少なくない。特に, 元々1日3合以上という大量飲酒の習慣がある人にとっては, 休業中に飲酒量が増加し, 原疾患の治療を著しく妨げ, 短期休業で留まらず休業が長期化する大きな要因になっている可能性がある。

高血圧の治療が精神疾患の長期休業の危険因子になることについての合理的な理由を本研究デザインで見出すことはできないが, 高血圧患者に認められやすい交感神経優位の状況がその後の精神疾患の発症と遷延化に結びついているのかもしれない。貧血についても, 近年の研究で示されているうつ病と鉄不足の関係を反映している可能性もある。

その他, 1日30分以上の運動については, 非長期休業者においてもその割合が低かった

ことから統計学的に有意性は示されなかったが、長期休業者 12 名のうち運動習慣があったのはわずかに 1 名だけであった。今回の結果は、統計学的パワー不足による第 2 種の過誤によるものと思われるが、重要な要因である可能性がある。同様なことが睡眠についてもいえると思われる。

E. 結語

精神疾患による長期休業の危険因子を調べるために予備的縦断調査を行った。本研究結果では、1 日 3 合以上の飲酒習慣が大きな危険因子であることが示唆された。飲酒習慣のある労働者が精神疾患による休業を開始した場合には、休業長期化防止のために飲酒のコントロールを行うことが重要であると考えられた。

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。

