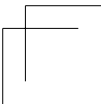
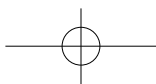
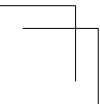
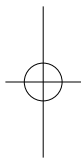
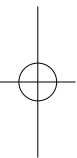
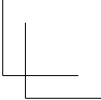
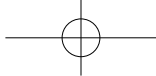
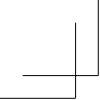


労災疾病臨床研究事業費補助金

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

平成 28・29 年度 総合研究報告書



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

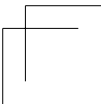
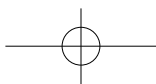
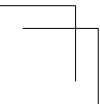
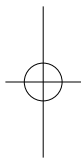
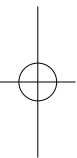
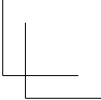
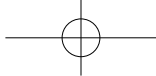
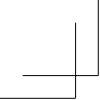
1. 業務上認定された精神障害者の早期復職・寛解・治療に関する調査・研究	
平成 28 年度報告書	83
(資料) 表	
平成 29 年度報告書	109
分担研究者 黒木宣夫	
2. 治療プログラム実施機関における長期療養の就労(復職)に関する調査研究	
平成 28 年度報告書	151
分担研究者 五十嵐良雄	
(資料) 表 1 ~ 11、調査票(別紙 1、2)	
平成 29 年度報告書	163
分担研究者 五十嵐良雄	
(資料) 表 1 ~ 17、調査票(別紙)	
3. 長期療養事例・休復職事例の復職時の判断要件に関する調査(総括編)	181
分担研究者 渡辺洋一郎	
神山昭男	
(資料) 表 1 ~ 8 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	233
分担研究者 小山文彦	
(資料) 別表	
5. 平成 28 年度・29 年度研究の総括	241
分担研究者 大西 守	
6. 障害者職業センター・ハローワーク等の調査研究	245
分担研究者 大西 守	
7. 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	255
分担研究者 大西 守	
(資料) 添付資料 1 ~ 5	

8. 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	267
分担研究者 清水栄司 (資料) 表1～2、資料1～9	
9. 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	349
分担研究者 清水栄司 (資料) 表1～9、図1～14	
10. 産業医の立場からの長期療養者の就労可否判断	369
分担研究者 田中克俊	
11. 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 —	375
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平成 28 年度は 7 つ、29 年度は 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」の 28 年度研究では、平成 23 年度から各年度に認定された事案の治癒率に関して、23 年度事案の治ゆ率 61.4%であり、労災認定時点から 5 年経過しても四割近くは治ゆに至っていないという結果が得られた。統計学的探索によれば、年度ごとに治ゆしない事例の割合がただ単に増えているだけではなく、増え方が徐々に大きくなってきていることが認められた。

労災認定基準で業務上と判断された 2012 年度事案(366 例)が 2016 年 8 月時点で、どのような経緯をたどっているのか、その療養状況について精査した。療養開始から調査時点までの平均期間は 3.9 年であり、男性は 63.9%、女性は 32.1%であった。労災認定時点の傷病名で最も多いのは、うつ病 33.4%、次にその他 21.7%、適応障害 17.4%、PTSD 15.2%を占めていた。心理的負荷の出来事としては、事故や災害の体験が 25.8%、対人関係のトラブルが 25.8%、極度の長時間労働が 13.6%、仕事の量・質の変化 22%であり、大きな特徴としては、対人関係とのトラブルとセクシュアルハラスメントを合わせると 34.5%を占めており、労働者が対人間葛藤に起因したストレスを契機に労災請求・認定となることが推測される。100 時間以上の時間外労働ありが 36.4%であり 100 時間以上の長時間労働者にうつ病の傷病名がついている人が多くみられた。業種に関しては、製造業が 18.3%、サービス業 15.8%、その他 15.8%、医療福祉 14.7%であった。職種に関しては、専門技術職が 21.5%、事務職 16.8%、サービス職 12.2%、販売 11.5%であった。事故や災害の体験を原因に労災に至った例では、運搬・機械運転者、製造工程の職種が多い。役割・地位の変化を原因として労災認定になった事案は管理的職業が多い。対人関係が原因

で労災になったのは管理的職業で多く、製造工程の職種では少ない。セクシュアルハラスメントが原因で労災に至ったのは事務職でその割合が多い。

急性ストレス反応や PTSD ではほとんどの症例で労災申請の際の事業主の証明があるが、うつ病では半数が、その証明がない。うつ病で職場復帰していない症例が多い。労災保険給付に関して、休業給付なしが 53.0%、休業給付ありは 41.8%であり、無回答、休業給付なしを除くと 1 か月に 20 万円以上の休業給付金を支給されている休業者は 62.3%であった。休業給付なしが 42.4%、労災認定時点から職場復帰をした事例は 17.1%にすぎず、36.4%は職場復帰していないという結果であり、不明・無回答も 46.5%を占めていた。主治医から行政に症状固定（治ゆ）の相談があった事例は 2 例にすぎず、相談がなかった事例 47.8%であった。行政から主治医に症状固定（治ゆ）の相談があった事例は 11.1%、行政から本人の復職の意思確認をなされている労働者は 7.1%であり、事業所は本人の復職を受け入れることに関して、積極的に受け入れるとの回答は 7.9%、消極的は 5.4%、拒否は 2.4%であった。労災認定から 4 年経過して治ゆしている事例は 53.2%、治ゆしていない事例は 44.6%であり、治ゆしていない事例 165 例のうち、治ゆの見通しがある事例は 7.3%にすぎなかった。さらに全休の事例の療養期間と給付額に関しては、1 年未満では休業給付額は 20 万円未満の事例が多いが、療養期間が 2 年を超えると 20 万円を超える事例が増えてくることが明らかになった。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の 3 年以上の療養事例は 91%であり、ほとんどの事例の療養期間が長期化する結果が得られた。

続く 29 年度研究では、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 18.2%、復帰を果たしていない事例 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 13.9%、で復帰したことがない事例は 85.0%だった。これら結果を 28 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 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、長期療養者の方が

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 15%で、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」では平成 28 年度研究として、1. 全国の治療機関を対象としてこれまでの利用者における労災事例を集め、各例における労災となった背景・要因を記述してもらい、診断別に分析した。2. 職場復帰治療プログラムを実施している施設を対象として、連続してあるいはこれまでの療養期間の合計が 2 年以上の長期療養事例に対し、復職プログラムから見た長期となった要因を記述してもらい、診断別の分類を試みた。これを通して労災を含む長期療養者への背景・要因を探った。

結果は以下のとおりである。労災案件の治療プログラムの利用は極めて少ない実態が明らかとなった。職場復帰を目的としたプログラムは、労災案件においても精神症状の回復と職場復帰に向けた就労可否の評価に活用できると考えられ、労災の場合も積極的に治療機関を利用することで早期に適切な就労に結び付けることができる可能性があり、そのためにも労災病院等の専門医療機関と治療機関との連携などを検討する必要性が挙げられた。また、治療プログラムの長期利用者の調査結果から疾患によって異なる背景因子があることが判明し、治療プログラムの工夫によってその効果が上がる可能性が示された。

続く 29 年度研究では、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ことも提案された。

「長期療養・休復職事例における主治医及び産業医の休復職判断要件に関する研究」では、産業医もしくは主治医として関わった精神疾患を有する長期療養・休復職事例（以下、「不調者」）のサンプリング調査を企画、実施し、休復職過程の取り組みの現状を把握するとともに安定就労に寄与もしくは阻害する要因を抽出し、これからの諸対策に活用することをめざした。

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。

「障害者職業センター・ハローワーク等の調査研究」では、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構、同機構の地域障害者職業センター16 カ所にアンケート調査を実施し、障害者職業総合センターおよび地域障害者職業センター14 カ所から回答があった。障害者職業センターにおける復職支援（リワーク支援）の利用者数の増減傾向は、ここ 2、3 年と比較して、「増加傾向」にある。利用者全体に占める各年代の割合は、30 代と 40 代の利用が全体の 6 割以上を占める結果であった。

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

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

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

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

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

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

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

「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、平成28年度に非医療施設を対象に行ったアンケート結果から得られた課題を踏まえ、平成29年度にHWを対象に精神障害者の雇用動向、就労定着状況、医療機関等の関係機関との連携に焦点を当て、全国8地方区分14施設を対象として訪問ヒアリング調査を実施した。さらに、労災関連事例（精神科領域）の経験の有無を尋ね、就労の促進や療養の長期化防止の機能についても可能性を探った。

その結果、障害者職業センターにおける復職支援（リワーク）、ハローワーク障害者専門援助部門において、精神障害者の利用は他障害と比較して著明な増加が認められた一方で、非医療施設のため、利用者の病態把握や医療機関との連携に関しては、苦慮している意見が多く確認できた。利用者の適切な支援のためには、病態把握だけではなく、生活睡眠リズムの安定性、体力面などの就労準備性の把握が重要となり、生活記録表や歩数計の活用など、支援ツールの開発も今後の課題と考えられた。医療機関との連携については、従来から課題が示唆されているが、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。

とりわけ、HWにおいては、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り、利用者増加により窓口業務などに忙殺され、十分な職場との連携（職場訪問）が行いにくくなったという意見が散見された。現場では、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が求められている。そのためには、専門性の向上、人員確保等の人的体制強化は不可欠で、嘱託精神科医の配置など、必要な予算措置が望まれる。

また两年度にわたる調査では、労災関連事例（精神疾患の労災認定者を対象にした就労支援）を経験した施設はほとんどなく、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。

さらに、調査結果を踏まえ、より適切で効果的な支援の手助けとなるべく現行の主治医意見書や就労準備性を把握するツールの改訂および開発を試みた。

「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、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年度に施行された第1ステップでは、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。29年度に施行された第2ステップでは、第1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年間程度で治癒（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」に提唱する「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。

「産業医の立場からの長期療養者の就労可否判断」は、平成28年度研究として施行され、専属および嘱託産業医10名による長期療養者および休復職を繰り返している労働者の事例検討を行い、休業が長期化した原因や現状の課題について整理を行った。その結果をもとに産業医として実施可能で有用と思われる就業可否判断のポイントについて検討した。整理し

た結果は次のとおりである。①労働者個人の心理行動（疾病）特性、②就業場の措置が適切に行われないこと、③休業中のケアおよび生活の状況、④主治医以外の専門医によるアドバイス、⑤主治医との情報交換不足、⑥その他が挙げられた。これら整理された要点から、産業医の立場で実施可能で有用と思われる就業可否判断は、休業中の生活状況の評価、なかでもきちんとした睡眠覚醒リズムおよび日中の活動状況の把握が重要と考えられた。

「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－」は平成 29 年度研究として施行され、企業の特定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定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。

これら研究結果から、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との結論を得て、療養の長期化の予防と再就労を促す取り組みに関する提言を行った。

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

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

業務が原因で療養に入った事例が、長期療養から職場復帰できない原因を特定し、早急に職場復帰・就労支援の対策を立てるべきであり、そのためには、長期療養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平成 28 年度は 7 つ、29 年度は 8 つの研究を実施した。

平成 28 年度は、一般医療機関、職場復帰治療プログラムを有した施設での病状の安定、就労・職場復帰判定、各都道府県労働局の症状固定(治ゆ)の判断の運用の現場調査を実施して、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

平成 28 年度は 2 つの調査を実施した。1 つめは、平成 23 年度から 27 年度まで各年度に労災認定された患者が、調査した平成 28 年 8 月調査時点に治ゆした事例数、治ゆしていない事例数、ならびにアフターケアに係る健康管理手帳を取得した事例数を調査した。2 つめは、労災認定基準で業務上と判断された平

成 24 年度事案の、平成 28 年 8 月時点の療養状況について精査した。2016 年 8 月に都道府県労働局労働基準部労災補償課長宛てに業務上認定された精神障害者の早期復職・寛解・治療に関する調査用紙を発送し、同年 12 月中旬までに回収した。

続く 29 年度は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

平成 28 年度調査として 2 つの調査を行った。

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

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

平成 29 年度調査として、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 施設に対し調査票を送付した。

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

平成 28・29 年度調査研究として下記のとおり行った。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。

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

平成 28・29 年度調査研究として下記のとおり行った。

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 障害者職業センター・ハローワーク等の調査研究

平成 28 年度研究として、2 つの調査を実施した。1 つめは独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構と相談の上、調査対象施設を地域障害者職業センター16 施設とした。16 施設の選出にあたっては、平成 24 年経済センサスのデータを使用し、事業所数の上位 1・4・7・10・13・16・19・22・25・28・31・34・37・40・43・46 番目を無作為抽出した。

回答負担軽減のための工夫を加え、アンケート調査・電子メール添付法により 2016 年 11 月 16 日～12 月 31 日の期間で実施した。調査用紙の質問項目ごとに集計を行い、自由記述部分は、職場との連携（職場への支援）、医療機関との連携、それぞれに課題の内容をまとめた（研究 1）。2 つめの調査は、全国の公共職業安定所（ハローワーク障害者専門援助部門）の約 550 施設から、総務省の地方公共団体の区分に基づいた、指定都市、中核市、特例市、特別区のいずれかに指定されている地区、及び県庁所在地になっている地区に設置されている計 150 施設を選出した。回答負担軽減のための工夫を加え、アンケート調査・郵送法により 2016 年 11 月 16 日～12 月 31 日の期間で実施し、調査用紙の質問項目ごとに集計を行った（研究 2）。

⑥ 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

平成 29 年度研究として、ハローワークへの訪問ヒアリング調査を行った。調査対象および方法は下記の通り。

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

⑦ 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 年度研究では第 1 ステップとして、うつ病のために長期療養する労働者が受ける「医学上一般に認められた医療」の具体的内容について、下記を対象にして異なる内容の選択式のアンケートを実施した。調査期間は 2016 年 12 月から 2017 年 3 月の間に行った。

- 1) 仕事をしている成人対象のアンケート調査
- 2) 産業医対象のアンケート調査

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た医療」には、どのような内容が含まれるべきかについて、WEB での無記名アンケート調査を行った。

3) 医療機関職員対象のアンケート調査

アンケート内容は一般人向けの調査と同じで、選択式のアンケートを作成し、千葉県精神科医療センターの職員を対象にして、紙での無記名アンケート調査を実施した。

平成 29 年度は、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。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、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。調査方法および調査委託先も（1）と同一である。

（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、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。

⑧ 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。

⑨ 産業医の立場からの長期療養者の就労可
否判断

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

⑩ 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

平成 28 年度調査結果

1) 労働局に対する調査

2015 年度に労災認定された事案は、調査時点の治癒率は 35.8 %、2014 年度事案は治癒率 49.6%、2013 年度事案は治癒率 53.3%、2012 年度事案は治癒率 59.3%、2011 年度事案は治癒率 61.4%であった。各年度ごとに治癒率は上昇しているものの、労災認定時点から 5 年経過しても 2011 年度事案の治癒率 61.4%であることを考慮すると、四割近くは治癒に至っていないという結果が得られた。また、アフターケアに係る健康管理手帳を取得した事例数も治癒した事例の 11.6%～19.23%に過ぎないという結果が得られた。

労災保険法上の症状固定(治癒)判断に関す

る意見について、岩手、宮城、千葉、東京、長野、京都、和歌山、鳥取、岡山、広島、徳島、沖縄の 12 の労働局より回答があった。内容は分担研究報告書に示す。

2) 個別事案

(1) 調査時点の年齢は 40 歳代が最も多く、35.2%を占め、次に 30 歳代が 25.4%を占めた。認定時の年齢も 40 歳代が最も多く 37.2%であり、次に 30 歳代 27.7%を占めた。療養開始から調査時点までの平均期間は 3.9 年であった。

(2) 性別：男性は 63.9%、女性は 32.1%であった。

(3) 認定時の傷病名で最も多いのは、うつ病 33.4%、次にその他 21.7%、適応障害 17.4%、PTSD15.2%を占めていた。調査時点での傷病名で最も多いのは、うつ病 33.1%、次にその他 25.2%、適応障害 13.0%、無回答 9.2%、PTSD8.4%を占めていた。

(4) 心理的負荷の出来事としては、事故や災害の体験が 25.8%、対人関係のトラブルが 25.8%、極度の長時間労働が 13.6%、仕事の量・質の変化 22%、極度の心理的負荷 11.1%、仕事の失敗・過重な責任の発生 9.5%、セクシュアルハラスメント 8.7%であった。

(5) 100 時間以上の時間外労働ありが 36.4%(134)であり、100 時間以上の労働者にうつ病の傷病名がついている人が多い。

(6) 出来事に遭遇した時の会社を退職したかどうかでは、有意差はないが、適応障害やうつ病で退職後に請求した例が多い傾向がある。

(7) 出来事に遭遇したときの会社に勤務し

ているが、その時点(出来事)から 5 年以上経過しているか否かでは、無回答や不明の症例が多いので明らかではないか、急性ストレス反応の場合に 5 年以上勤務している人の割合が少ない傾向がある。

(8) 業種：製造業が 18.3%、サービス業 15.8%、その他 15.8%、医療福祉 14.7%であった。医療・福祉関係に「急性ストレス反応」が多く、「うつ病」が少ない。サービス業に適応障害がやや低い傾向がある。有意差はないが、仕事の質・量を原因として労災に至った例では情報・通信業が多い。

(9) 職種：専門技術職が 21.5%、事務職 16.8%、サービス職 12.2%、販売 11.5%であった。明らかな傾向は見られないが、製造工程に関わる業種で、「急性ストレス反応」や PTSD が多い傾向がある。事故・や災害の体験を原因に労災に至った例では、運搬・機械運転者、製造工程の職種で多い。役割・地位の変化を原因として労災認定になった事案は管理的職業が多い。対人関係が原因で労災になったのは管理的職業で多く、製造工程の職種では少ない。セクシュアルハラスメントが原因で労災に至ったのは事務職でその割合が多い。

(10) 1 か月間の通院の頻度：1 か月間に平均 1.5 回通院している。

(11) 労災請求の際の事業主の証明が得られていない事例は 33.1%であった。急性ストレス反応や PTSD ではほとんどの症例で労災申請の際の事業主の証明があるが、うつ病では半数は証明がない。

(12) 現在、職場復帰を果たしているか否か：

うつ病で職場復帰していない症例が多い。

(13) 調査時点 1 か月間の保険給付額

a. 療養補償給付の額：療養給付額なしが 42.4%、5 万円以下が 41.8%であり、20 万円以上は 3.2%であった。

b. 休業給付の額：休業給付なしが 53.0%、休業給付ありは 41.8%であり、1 か月に 20 万円以上の休業給付金を支給されている休業者は 62.3%であった。

c. 休業給付の支給状況：通院日休業は 7 人、全休は 37.8%であり、60.3%は無回答であった。

(14) 労災認定から調査時点までに職場復帰を果たしたことがあるか否か：労災認定時点から職場復帰をした事例は 17.1%にすぎず、36.4%は職場復帰をしていないという結果であり、不明・無回答も 46.5%を占めていた。適応障害やうつ病で職場復帰できていない症例が多い。

(15) 職場復帰を主導したのは主治医主導が 34.9%、その他が 60.3%であり、産業医、主治医及び産業医といった選択はなかった。

(16) 過去に職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間について、25 例の事案が回答していたが、平均 2.2 年、労災認定から職場復帰までの期間かかっていることが明らかになった。

(17) 職場復帰に際して主治医から行政に治ゆの相談について、症状固定（治ゆ）の相談が主治医から行政にあったのは 2 例にすぎず、相談がなかった事例 47.8%、その他 7.3%、無回答 44.3%であった。

(18) 職場復帰に際して行政から主治医に治

ゆの相談について、症状固定（治ゆ）の相談が行政から主治医にあったのは 11.1%であり、相談がなかった事例 36.4%、その他 8.7%、無回答 43.8%であった。急性ストレス反応では、職場復帰に行政から主治医に症状固定（治ゆ）の相談は全くなく、うつ病において相談が多かった傾向がある。

（19）精神障害の既往の有無：精神障害の既往のある事例は 11.9%であった。例数が少ないが、神経症性障害で労災認定となった事例で精神障害の既往がある例が多い。

（20）既存精神障害の有無：既存精神障害を有していた事例は 4.4%であった。

（21）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、意思確認をされている労働者は 7.1%にすぎず、していない 23%、無回答 12.5%、不明 57.3%であった。

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

（23）調査時点の治ゆの有無：4 年経過して治ゆしている事例は 53.2%(196)、治ゆしていない事例は 44.6%(165)であり、治ゆしない事例が多いことが明らかになった。

（24）今後の治ゆの見通し：治ゆしていない事例 165 例のうち、治ゆの見通しがある事例は 7.3%、治ゆの見通しが無い事例は 19.4%、不明 68.5%であった。

3）統計学的探索

（1）出来事と治ゆの関係：心理的負担が極度の出来事は治ゆしている割合が多い。

（2）事故や災害の体験：事故や災害の体験している人ほど治ゆしている。

（3）仕事の質・量：仕事の質・量の変化が出来事である人は治ゆしていない。

（4）全休の人が、療養期間が長くなるにつれて、休業給付額がどのようになるか：1 年未満では、20 万円未満の人が多いが、療養期間が 2 年を超えると 20 万円を超える人が増えてくることがわかる。

（5）休業補償給付の支給状況と療養期間：全休の労働者が療養期間が長期化する。

（6）治ゆしている人と治癒していない人の療養期間：治ゆしていない人は 3 年以上がほとんどで療養期間が長期化する。

（7）3 年以上の長期療養者：給付額が高くなるほど未治ゆ者割合が高くなる。

（8）年度と治癒していない割合（男女）の二変数の関係：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。

平成 29 年度調査

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 I のうち 6 カ月以上、通院の実績がない事案のうち、療養開始から 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、職場復帰や治ゆに関して、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、職場復帰に必要なと思われる行政的・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(治ゆ)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。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%であり、次に40歳代33.3%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%、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%、セクシュアルハラスメント 1.5%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%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%、サービス業 17.5%、情報通信 16.0%、卸売り小売業 17%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%、事務職 11.8%、管理的職業 10.3%、販売 10.3%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%、適応障害 80%、双極性障害 77.8%、うつ病は 55.4%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%であり、2.5～10 万円は 13.9%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%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%にすぎず、78.4%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%、不明が 63.0%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%、その他 52.1%、無回答 1.0%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%であり、相談がなかった事例 54.1%その他 13.4%、無回答 0.5%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%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%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%にすぎず、86.6%は復職意思を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関して、積極的 4.1%、消極的 2.1%、拒否 1.0%、その他 89.2%、無回答 3.6%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%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%、「全くない」33.5%で、不明・無回答を除いた117例の88.9%が今後の見通しが立っていないかった。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年度調査と2017年度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年経過して治ゆしている事例は53.2%(196)、治ゆしていない事例は44.6%(165)であった。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)、PTSD 35.2%(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
平成 28 年度調査結果

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

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

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

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

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

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

長期休職案件となった背景・要因について自由記載してもらった内容について背景・要因となるキーワードを抽出し、各キーワードを含む案件数を集計した。そして、関連するキーワードをキーワード群としてまとめた。その結果、キーワード群として「家族関連群」、「身体疾患群」、「精神疾患群」、「コミュニケーション群」、「希死念慮群」、「意欲群」、「復職に時間がかかる群」、「休職期間が長い群」、「リワークまで長期間群」、「生活リズム群」、

「内省群」、「回避群」、「ストレス群」、「いじめ群」、「トラウマ群」、「業務適正群」、「過重労働群」、「労災群」の 18 の群に整理した。

キーワード群の中で案件数が最も多かった群は「精神疾患群」343 件であり、「発達障害」や「双極性障害」、「不安障害」などのキーワードが含まれていた。次いで「家族関係群」が 242 件で、「家族」や「子」、「離婚」、「(身内の) 死」などのキーワードが含まれていた。次いで多かったのは「対人関係」や「人間関係」などのキーワードが含まれる「コミュニケーション群」133 件で、次いで「上司」や「恐怖」、「パワハラ」などのキーワードが含まれる「いじめ群」107 件、「異動」や「能力」などのキーワードが含まれる「業務適正群」97 件とつづいた。

ICD-10 診断別に背景・要因のキーワードを分類したところ、統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害 (F2) では「ストレス」、「能力」、「(身内の) 死」、「対人関係」「家族」、「受け入れ」、「知的」の含まれる案件が多かった。気分(感情)障害 (F3) では、「ストレス」、「対人関係」、「上司」、「子」が含まれる案件が多かった。神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F4) では、「コミュニケーション」、「ストレス」、「上司」「異動」、「対人関係」、「モチベーション」、「リズム」、「家族」、「家庭」、「意欲」が含まれる案件が多かった。心理的発達の障害 (F8) では、「コミュニケーション」、「対人関係」、「公務員」、「人間関係」、「モチベーション」、「制度」、「充実」、「内省」、「上司」、「叱責」、「異動」、「能力」が含まれる案件が多かった。

平成 29 年度調査結果

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。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 点の加算
- ・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

平成 28・29 年度調査研究として下記の結果を得た。

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%）、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、倦怠が不安定が 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、倦怠が不安定が 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・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。

(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

平成 28・29 年度調査研究として下記の結果を得た。

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)

⑤ 障害者職業センター・ハローワーク等の調査

平成 28 年度調査研究として下記の結果を得た。

1) 地域障害者職業センターへの質問紙調査による現状把握

(1) 研究 1：地域障害者職業センターの職場復帰支援（リワーク支援）の利用状況について

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

利用者全体に占める男女別の割合は、「男性」

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

利用者全体に占める各年代の割合は、「20 代」が 16%、「30 代」が 29%、「40 代」が 37%、「50 代以上」が 18%であった。30 代と 40 代の利用が全体の 6 割以上を占める結果であり、10 代の利用はなかった。各年代の割合は、この 2 年間で「30 代」「40 代」においては変化が見られなかったが、「20 代」が 3%減少、「50 代」が 5%増加しており、年齢層が高い傾向となっている。

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

リワーク支援修了者の実施期間については、「2～4 ヶ月未満」が 69%で最も多く、「4 ヶ月～半年」が 15%、「1～2 ヶ月」が 10%、「半年以上」が 4%、「1 ヶ月未満」が 2%であった。実施期間の割合は、2 年前の調査結果では、「4 ヶ月を超える者」が 41%であったことに対し、今回の結果では 19%に減少している。また、リワーク支援の利用中止者の割合は、7%であった。

リワーク支援の利用中止ケースについて、調査対象の地域障害者職業センターのうち、

「中止ケースあり」と答えた施設の割合は 50%、「中止ケースなし」と答えた施設は 50%であった。また、その中止理由は、「病状の悪化」によるものが 58%、「転職等による復職の断念」が 16%、「その他」が 21%であった。

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

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

職場から得られる情報の中で、重要度が高いと考える情報としては、「休職に至った経緯」「従前の状況」「復職基準」という回答が最も多く、回答のあったほぼ全ての施設で重要度が高いという回答が得られた。次いで、多い

回答から順に「職場担当者のリワーク支援への意向」「休職情報」「復職後の業務内容」という結果であった。また、少数ではあったが「復職後のサポート状況」「休職中の会社の関わり」「業務内容・異動歴」という回答もあった。

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

また、職場側に対して、従業員のメンタルヘルス対策に関心を持ち、休職者のリワーク支援のみならず、全ての社員に向けた組織的な対策の構築に取り組んでもらいたいという提言があった。

(3) 医療機関との連携について

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

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

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

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

自由記述では、医療機関との連携に際しての課題として、「リワーク支援に対する理解や協力の不足」といった回答が主であった。

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

のではないかと危惧する声もあった。

2) 研究 2：公共職業安定所（ハローワーク）への質問紙調査による現状把握

(1) 公共職業安定所（ハローワーク障害者専門援助部門）の利用状況について

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

精神障害者の求職登録者の主診断名は、「うつ病・躁うつ病」が 45%と最も多く、次いで「統合失調症」（30%）、「その他」（24%）という結果であった（「不明」の回答を除く）。

「その他」の主診断名としては、「発達障害」を挙げた施設が 94%と最も多く、次いで「てんかん」（85%）、「適応障害」（60%）、「不安障害」（57%）という回答が多かった。

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

精神障害者の就職後、「1 年以上職場に定着している割合」について、最も多い割合の回答は「3 割」が 36%と最も多く、「5 割以下」と回答をした割合は 82%となった。また、「不明」の回答は全体の 74%であった。

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

(2) トライアル雇用制度の実施状況について

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

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

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

(3) 職場との連携について

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

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

(4) 医療機関との連携について

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

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

(5) 就労支援機関との連携について

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

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

就労支援機関との連携で生じる課題の要因としては、「就労支援機関の担当者とのスケジュール調整」を理由として挙げた施設が 54%と最も多く、次いで「(ハローワーク側の) 連携に伴う物理的・人的資源の問題」(42%)、「就労支援機関側の負担増」(40%)、「利用者

本人の就労支援機関との連携に対する抵抗感」(31%)という回答が多かった。

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

(6) 労災認定者の就労支援経験の有無について

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

⑥ 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

平成 29 年度調査研究として下記の結果を得た。

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

(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、横ばいない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。

(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、中ボツセンター）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。

⑦ 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) 平成 28 年度研究第 1 ステップ結果

1-1) 一般人向けのアンケート結果

一般群 300 人、知識あり群 100 人からの回答が得られた。自宅療養を勧められても休まないという人は、一般群で 34.7%、知識あり群で 19.0% (全体 30.8%) であった。また、労災となる可能性を知っている人は、一般群で 47.0%、知識あり群で 68.0% (全体 52.3%) と、半数程度にとどまった。抗うつ薬治療を受けるは一般群で 58.0%、知識あり群 82.0% (全体 64.0%)、2 種類目の抗うつ薬治療を受けるは一般群で 55.3%、知識あり群で 72.0% (全体 59.5%)、認知行動療法を受けるは一般群 59.7%、知識あり群 76.0% (全体 63.8%)、職場に問い合わせをするは一般群 67.0%、知識あり群 78.0% (全体 69.8%)、リワーク・デイケアを受けるは一般群 62.7%、知識あり群 77.0% (全体 66.3%) と治療や支援の各選択

肢について 6 割程度の理解が得られていた。

自宅療養中、これまで上にあげた、抗うつ薬治療、認知行動療法、職場への問い合わせ、リワーク・デイケアなどを医師の指示通りにしたが、外来主治医から、「これ以上の『医学上一般に認められた治療』ではなく、うつ病の症状が固定して、これ以上の回復は見込めないで、労災としては、「治ゆ(症状固定)」として、後遺症の認定になる」という説明は、自宅療養を開始し、どのくらいの期間が過ぎたところで、自分のうつ病の症状が職場復帰できるまでの回復が見込めないと判断できるかという質問(症状固定の判断期間)については、1 年 6 か月が一般群 55.3%、知識あり群 54.0% (全体 55.0%) であった。3 年以内(1 年 6 か月、2 年、3 年)の期間の回答は、一般群 92.0%、知識あり群 94.0% (全体 92.6%) となった。

1-2) 産業医向けのアンケート結果

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

精神療法については、以下の 3 つの項目についての調査を行った。外来通院精神療法(1 回 5 分以上～30 分未満)の頻度は、年 24 回

(月 2 回または 2 週間ごと) が 72% と最も多い回答で、次に、年 12 回 (月 1 回) が 22% であった。外来通院精神療法については、「必須ではない」が 39% と最も多い回答で、次に、年 8~15 回が 28%、3 番目に、年 4~7 回が 18% であった。

リワーク・デイケアの在籍については、60 日以上が 28% で最も多い回答で、次に、30 日以上が 24% および「必須ではない」24% と同率で並び、90 日以上が 22% と意見が分かれた。

事業者による職場復帰支援については、以下の項目についての調査を行った。

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

患者と職場担当者 (産業医を含む) との面談の頻度については、年 6~11 回が 37% と最も多く、次に、年 4~5 回が 24% で、3 番目に、年 2~3 回 15%、4 番目に、年 12 回以上が 13%、「必須ではない」が 11% と意見が分かれた。

職場担当者 (産業医を含む) から、患者の同意のもと、患者の外来主治医との連携 (面談、電話、メール、診療情報提供書などの手段を含む) の頻度については、年 2~3 回が 41% で最も多く、次に、「必須ではない」が 26% であった。

以上の「医学上一般に認められた医療」がすべて行われたにもかかわらず、うつ症状の改善が得られず、休職もしくは労務制限の状態が続いている場合、症状固定 (= 労災保険

における「治ゆ」と判断するために必要な期間について調査を行った。

うつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間の間に、一時的に通常の労務に服していた期間があった場合、症状固定の判断材料として、一時的に通常の労務に服していた期間をどう取り扱うべきと感じるかについては、一時的に通常の労務に服していた期間が 1 か月以下ならば、うつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間を合計して判断に用いるべきという回答が 15%、3 か月以下が 22%、6 か月以下が 13%、1 年以下が 15%、1 年 6 か月以下が 4%、2 年以下が 7%、「期間の長さにかかわらず、常に合計して判断に用いるべき」が 11%、「期間は合計すべきでない (直近のうつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間のみで判断すべき)」が 13% で意見が分かれた (合計すべきでない 13% と 1 か月以下 15% を除外して、「3 か月以下を合計すべき」というカテゴリーにまとめれば、72% であった)。

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

1-3) 医療機関職員向けのアンケート結果

91 人からの回答が得られた。自宅療養を勧められても休まないという人は、で 17.6% であった。また、労災となる可能性を知っている人は、73.6% であった。抗うつ薬治療を受けるは 80.2%、2 種類目の抗うつ薬治療を受けるは 69.2%、認知行動療法を受けるは

67.0%、職場に問い合わせをするは 82.4%、リワーク・デイケアを受けるは 64.8%であった。自宅療養中、これまで上にあげた、うつ病治療、認知行動療法、職場への問い合わせ、リワーク・デイケアなどを医師の指示通りにしたが、外来主治医から、『これ以上の「医学上一般に認められた治療」はなく、うつ病の症状が固定して、これ以上の回復は見込めない、労災としては、「治ゆ（症状固定）」として、後遺症の認定になる』という説明は、自宅療養を開始し、どのくらいの期間が過ぎたところで、自分のうつ病の症状が職場復帰できるまでの回復が見込めないと判断できるかという質問（症状固定の判断期間）については、1年6か月が 34.1%であった。3年以内（1年6か月、2年、3年）の期間の回答は、80.3%となった。

2) 平成 29 年度研究第 2 ステップ結果

2-1) 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。

2-2) 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。

2-3) 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。

2-4) 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。

③ 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

平成 29 年度調査研究として下記の結果を得た。

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。

⑨ 産業医の立場からの長期療養者の就労可否判断

平成28年度研究として下記2つの検討を行った。

1) 長期療養者および休復職を繰り返しの原因および現状の課題

事例検討の結果産業医として実施可能で有用と思われる就業可否判断のポイントが下記のとおりに挙げられた。詳細は分担研究報告書に示した。

- (1) 労働者個人の心理行動(疾病)特性
- (2) 就業上の措置が適切に行われないこと
- (3) 休業中のケアおよび生活の状況
- (4) 主治医以外の専門医によるアドバイス
- (5) 主治医との情報交換不足
- (6) その他

2) 産業医の立場で実施可能で有用と思われる就業可否判断についての検討

労働者個人の心理行動(疾病)特性をきちんと把握すること、休業中の生活状況を把握すること、主治医の復職診断書だけに依らず主治医以外の専門医によるアドバイスを受けること、主治医との情報交換を十分に行うこと、外部のリワークプログラム実施状況の把握などが有用と判断された。しかしながら、労働者個人の心理行動(疾病)特性をきちんと把握することは産業医にとって容易ではないこと、精神科嘱託医等の専門医が配置されていない事業場においては主治医以外の専門医によるアドバイスを受けることは困難なことから、これらの実施可能性は低いと考えられた。また、主治医との情報交換を十分に行うことが重要であることは論を待たないが、実際には、主治医は事業場の都合よりも労働者の立場に立って考えるのが職務であり、現実には、復職判定に必要な十分な情報を主治医との間でやり取りするには明らかな限界があることが多くの産業医から報告された。

その結果、産業医の立場から実施可能な就

業可否判断として、休業中の生活状況の評価が、復職後の適応状態を予見するものとして最も有用であろうとの結論に達した。生活状況の評価においても様々なポイントがあるが、中でもきちんとした睡眠覚醒リズムおよび日中の活動状況の把握が重要との結論に至った。ただし、生活記録が正しい加減に記録され、実態を反映していないケースも散見されるため、アクチグラム等を用いて客観的に評価を行う必要があることも多くの産業医から指摘された。

⑩ 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－

平成 29 年度調査研究として、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

平成 28 年度研究

1) 調査結果から

(1) 平成 23 年度から 5 年間の治癒率

平成 23 年度から各年度に認定された事案の治癒率に関して、平成 27 年度に労災認定された事案の調査時点（28 年 8 月）の治癒率は 35.8 %、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%であり、労災認定時点から 5 年経過しても四割近くは治癒に至っていないという結果が得られた。

また、アフターケアに係る健康管理手帳を取得した事例数も治癒した事例の 11.6%～17.3%に過ぎないという結果が得られた。年度と治癒していない割合（男女）の二変量の関係を統計学的検討から年度ごとに治癒していない割合が増えているだけではなく、増え方が徐々に大きくなってきていることが認められた。

(2) 平成 24 年度の労災認定事案(366 例)の療養状況

労災認定基準で業務上と判断された平成 24 年度事案(366 例)が平成 28 年 8 月時点で、労災認定された後、どのような経緯をたどっ

ているのか、その療養状況について精査した。

療養開始から調査時点までの平均期間は 3.9 年（N=312）であり、男性は 63.9%、女性は 32.1%であった。労災認定時点の傷病名で最も多いのは、うつ病 33.4%、次にその他 21.7%、適応障害 17.4%、PTSD15.2%を占めていた。調査時点で最も多いのは、うつ病 33.1%、次にその他 25.2%、適応障害 13.0%、無回答 9.2%、PTSD8.4%を占めた。認定時点から 4 年経過した時点で適応障害や PTSD の診断名が変更されていたが、認定後の時間的な推移のなかでストレス反応としての傷病名から、労働者本人の個体要因を主体とした傷病名に変化していることが示唆された。心理的負荷の出来事としては、事故や災害の体験が 25.8%、対人関係のトラブルが 25.8%、極度の長時間労働が 13.6%、仕事の量・質の変化 22%、極度の心理的負荷 11.1%、仕事の失敗・過重な責任の発生 9.5%、セクシュアルハラスメント 8.7%であった。大きな特徴としては、対人関係とのトラブルとセクシュアルハラスメントを合わせると 34.5%を占めており、労働者が対人間葛藤に起因したストレスを契機に労災請求・認定となっていることが推測される。

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

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

有意差はないが、適応障害やうつ病で退職後に請求した例が多い傾向がある。無回答や

不明の症例が多いので明らかではないが、急性ストレス反応の場合に 5 年以上勤務している人の割合が少ない傾向がみられた。製造業が 18.3%、サービス業 15.8%、その他 15.8%、医療福祉 14.7%であった。医療・福祉関係者に「急性ストレス反応」が多く、「うつ病」が少なく、サービス業に適応障害がやや低い傾向がみられた。有意差はないが、仕事の質・量を原因として労災に至った例では情報・通信業が多い。職種に関しては、専門技術職が 21.5%、事務職 16.8%、サービス職 12.2%、販売 11.5%であった。

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

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

急性ストレス反応や PTSD ではほとんどの症例で労災申請の際の事業主の証明があるが、うつ病では半数が、その証明がない。女性の方が労災申請の際の事業主の証明がある割合が高い傾向がみられた。うつ病で職場復帰していない症例が多い

最近の労災請求の増加は、災害関係から過

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

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

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

労災認定時点から職場復帰をした事例に関して、職場復帰を主導したのは。主治医主導が 34.0%、その他が 60.3%であり、産業医、

主治医及び産業医は登場しなかった。25 例の事例が回答していたが、労災認定から職場復帰までの期間は平均 2.2 年かかっていることが明らかになった。

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

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

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

さらに全休の事例（113）の療養期間と給付額に関しては、1年未満では休業給付額は20万円未満の事例が多いが、療養期間が2年を超えると20万円を超える事例が増えてくることが明らかになった。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。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。そして3年以上の長期療養者の中で治癒していない事例は76%であり、給付額が増加していた。

この結果から、労災保険による治療プログラムの早急な検討が必要であり、どの時点で治癒と判断するのか、治癒過程の流れの中で病態に合わせた治癒判定の条件や仕組みを早急に策定する必要がある。

2) 個別事案に関する見解と各労働局労災保

険法上の症状固定(治癒)判断に関する意見。

「個別事案に関する意見」と「各労働局の治癒に関する意見」については分担研究方向書内に示した。

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

次に各労働局の治癒に関する意見は、非常に貴重な意見が得られている。

精神疾患の病態が、当初の病態とは違った病態に変化、さらに対応によっては過敏な反応、行政が適切な治癒(症状固定)に関する説明をしたとしても、病態が悪化するのではないかと、との不安・恐れから、それ以上の説明、対応ができないと考えている労働局もあり、目に見えた形での治癒が明らかである怪我（負傷）と同一に扱うことに違和感を感じて

いる労働局もあり、労災保険給付の終了により生活が困窮するとして、症状の悪化を訴える場合の対応が困難をあげた労働局もあり、症状固定の時期を必然的に決められないか、あるいは「何年」で症状固定と決めてほしいとの見解を出した労働局もみられた。まさしく、精神障害が、心理的要因、個体側要因、社会的要因、病態としての生物学的要因から病状が揺れ動き、症状固定の判断を困難にしているものと思われる。現在、主治医からの病状照会、報告を監督署に提出することにはなっているものの、それについての主治医、給付を管理する監督署担当者との協議はなされていないことが多いのではないかとと思われる、すなわち、主治医が治療者患者関係のなかで労災保険による治療を行っても、主治医から実際に直接、病態の理解を聞いたうえで行政が判断することが少ないという現状が存在し、仮に病態を十分理解して、労災患者に説明しようとしても、過敏に過大に反応され、判断をしづらいというのが現状であろう。治ゆ(症状固定)の説明、今後の治療・生活等の説明は、主治医、行政、労災患者本人の三者での合意がなければ、進まないのではないだろうか、そのための治ゆの判断要件・基準を労災保険給付時点から時系列に示していくことが必要かであるかもしれず、主治医側と行政側の、それに対する協議が必要であろう。

3) 治ゆ(症状固定)しない長期療養事例対策

行政への照会で最も多いのは、生活費等の休業補償給付の支給期間、すなわち 3 年、5 年経過しても症状の改善が認められないという制限のない給付期間に関する照会 19%で

あり、次に治ゆ判断の基準に関する照会 11%、さらに治療は中止しているのに治ゆの説明に本人が納得しないという内容、主治医から症状固定判断に際し行政を含めた三者面談を希望、産業医との連携等であった。また、一歩上で日本各地の旅行、海外旅行、パチンコの目撃情報等の適切な療養に問題があると思われる照会もみられた。

長期療養の原因に関する行政の回答で最も多いのは、症状が改善しない・就業不安・リハへ導入ができない 26.6%、次に手厚い休業補償給付のために生活に困窮しない、労災患者としての権利を主張 24.1%、主治医の無理解・医療への疑問 13.9%、係争中、事業場と対立している事例も多い 13.9%、・・本来病態は別・・他疾患へ移行し、病状の波があり個体側要因が主体 8.9%、適正給付管理すると症状悪化し、面談すらできなくなる、治ゆ判断基準なく休業補償支給期間制限なしことも長期療養の大きな原因、本来の病態は別であり、素因や脆弱性が長期療養には大きく関係している等である。

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

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

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

4) 2014～2016 年度調査をとおして

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

この結果は 5 年以上の長期療養をしていながら、職場復帰に向けた療養とは言えない実態が明らかにされた。2014 年度調査（精神科主治医調査）で 3 年以内に職場復帰した事例は、83.6%(66)であったが、調査時点(2015 年 8 月)まで 5 年以上治癒しない事例(458)は 5 年前の自殺ではない労災認定事例全体（2010

年までの精神障害認定事例:1279）の 35.8%が治癒していないと考えると、必ずしも精神科主治医の治癒した事例は 83.6%(66)は、労災認定された精神疾患全体の数値ではないと考えられる。

さて今回の 2016 年度調査で平成 23 年度から各年度に認定された事案の治癒率に関して、平成 27 年度に労災認定された事案の調査時点（28 年 8 月）の治癒率は年度が変わるごとに減少しており、年度が古くなれば治癒率が上がるのは当然のことである、しかし、労災認定時点から 5 年経過しても四割近くは治癒に至っていないという結果が得られ、治癒しない事例は、統計学的探索によれば、年度ごとに治癒しない事例の割合がただ単に増えているだけではなく、増え方が徐々に大きくなってきていることが認められたことは、精神障害の請求・認定事案が急増していることの影響があるものと考えられる。

精神科主治医調査からも調査時点で職場復帰を果たしている事例は 66 例(30.4%)、専門スタッフや主治医訪問は数少なく、診療情報提供書のやり取りが 34(61.8%)、労災認定の際の事業主の証明が得られなかった事例は 62 例(28.6%)であったが、2015 年度調査では長期療養事例は、約半分の事例が労災請求の際に事業主証明が得られていなかった。精神科主治医調査では職場復帰を阻害している要因は、会社側の受け入れ対策 62（28.6%）、制度的な問題が大きい 22(10.1%)、療養期間の期間設定すべき 16(7.4%)という順に回答されていたが、今年度も行政に対する調査では長期療養の原因に関する行政の回答で最も多い

のは、症状が改善しない・就業不安・リハへ導入ができない 26.6%(21)、次に休業補償給付のために生活に困窮しない、労災患者としての権利を主張 24.1%(21)であり、長期療養者に対する職場復帰対策としては、他機関との連携で社会復帰に向けた専門スタッフと行政の連携、職業安定所と連携、主治医と事業場の連携が 18.6%(11)、主治医との定期的な面談や受け入れ体制整備や事業主の指導強化 28.8%(17)、支給期間・要件・金額等の制度改正、適正給付管理対策としての治癒認定 16.9%(10) であり、復職・転職の際の差額を補填(10 万等)、職場復帰支援助成金制度、リハビリにボランティアをすることを条件、前職場への復帰を義務化する 8.5%(5)等であった。今回の調査(23 年度事案が 28 年 8 月時点)で労災認定時点から職場復帰をした事例(63)に関して、職場復帰を主導したのは、主治医主導が 34.0%、その他が 60.3%であり、産業医、主治医及び産業医の選択はなかった。また、2016 年調査で療養期間が 2 年を超えると 20 万円を超える事例が増えてくること、さらに全休と回答のあった事例 123 例の中で労災認定から 3 年以上経過している事例は 81.3%(100 例)を占め、休業補償給付の支給額と療養期間に関しては、休業補償給付(全休)を受けている労働者の療養期間が長期化していた。労災認定された 5 年以上の長期療養者(2015 年度調査)に関しては、調査時点で職場復帰を果たしている事例は 39 例(8.5%)であり、労災認定から調査時点までに職場復帰を果たしたことがある事例は 64 例(14%)であり、職場復帰を一度もしていない事例は 354 例

(77.3%)であった。このことから、療養期間が長期化する背景に休業補償給付の在り方が関係している可能性が高く、労災保険給付を受けている精神障害を有する労働者へ、主治医や行政からの治ゆや職場復帰の働きかけが、ほぼ実施されていない現状が明らかにされた。

2015 年度の行政調査で早期に職場復帰するためには、職場復帰すると収入減少となるため、その差額分を支払うことを条件とする意見もあり、精神疾患で労災認定された患者を職場復帰・就労支援することに行政側も難渋している実態が明らかにされた。極端に言えば、労災補償という補償に依存している実態が事実であり、早急な改善策を検討する時期に来ているのであろう。

今回の調査で休復職を繰り返す事例に関して、2 回目以降の休業の要因は、当初、労災認定となった要因とは違う業務要因や个体側要因、業務外要因が絡んで休業になった事例も存在し得る可能性があり、休業補償給付、療養補償給付の在り方も今後、検討が必要であらう。さらに各労働局から治癒判断に関して貴重な意見が得られたが、主治医は、治療者患者関係のなかで労災保険による治療を行っても、病態の理解を主治医から直接、病態、患者の特性を聞いたうえで行政が判断することが少ないという現状が存在し、仮に病態を十分理解して、労災患者に説明しようとしても、過敏に過大に反応され、判断をしづらいというのが現状であらう。治ゆ(症状固定)の説明、今後の治療・生活等の説明は、主治医、行政、労災患者本人の三者での合意がなければ、進まないと考えられ、そのための治ゆの

判断要件・基準を労災保険給付時点から時系列に示していくことが必要であるかもしれず、主治医側と行政側の、それに対する協議が必要であろう。そして被災労働者に対する休業損害を填補するという労災補償制度に見合った具体的な治療プログラムを策定する時期に来ているのであろう。

平成 29 年度研究

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ゆに至った事例:平成 27 年度に労災認定された事案の調査時点の治ゆ率は 35.8 %、26 年度事案の治ゆ率 49.6%、25 年度事案の治ゆ率 53.3%、24 年度事案の治ゆ率 59.3%、23 年度事案の治ゆ率 61.4%で、各年度ごとに治ゆ率は上昇しているものの、労災認定時点から 5 年経過しても 23 年度事案の治ゆ率 61.4%であることを考慮すると、四割近くは治ゆに至っていないという結果が得られた。また、アフターケアに係る健康管理手帳を取得した事例数も治ゆした事例の 11.6%~19.23%に過ぎないという結果が得られた。

(2) 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ゆ者割合が高くなる。年度と治ゆしていない割合（男女）の二変量の関係は Cochran-Armitage の傾向検定で年度ごとに治ゆ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 年経過して治ゆしている事例は 53.2%(196)、治ゆしていない事例は 44.6%(165)であり、治ゆしていない事例 165 例のうち、治ゆの見通しがある事例は 7.3%

(12) 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（治ゆ）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、次に PTSD、適応障害であった。病名の変更に多いのは、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%、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った。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った。

過去に職場復帰を果たしたことのある事例は、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

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。「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こと、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年以上の治ゆ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
平成 28 年度研究

研究 1 では、治療施設における労災案件は 1 割の施設であったが、複数の事例を持つ施設はなかった。概要としては 40 代の男性が長時間労働やパワハラを背景に気分障害を発症するという案件が多かった。これまでのリワークプログラムの総利用者の割合からみてもかなり少ない割合であり、今後さらに多くの利用が望まれる実態が明らかとなった。

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

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

は、異動により業務に適応できなくなった場合や能力に問題がある場合が考えられた。

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

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

平成 29 年度研究

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 障害者職業センター・ハローワーク等の調査研究

1) 研究 1：地域障害者職業センターにおける職場復帰支援（リワーク支援）の利用者数は、ここ 2, 3 年と比較して増加傾向にあり、20 代の減少、50 代の増加から、利用年齢層が上昇傾向にある。また、利用者の主診断名は、「統合失調症」が 2 年前の調査の 13%から 2%に減少したことに対し、「うつ病・躁うつ病」が 38%から 67%に増加している結果から、うつ病・躁うつ病の休職者においては、

積極的に職場復帰支援を活用していることがうかがえる。リワーク支援修了者の利用期間は、7割弱が2～4ヶ月となっており、概ね3ヶ月前後で終えて復帰している一方で、中止ケースの6割弱は「病状の悪化」を中止理由としていることから、職場復帰の準備段階でも、再発に留意する必要があることが推測される。

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

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

2) 研究2：厚生労働省が発表している精神障害者のハローワークの新規求職登録件数によれば、平成25年に身体障害者のそれを上回り、年々増加傾向にあるという結果が示されているが、今回の調査結果でも精神障害者の求職登録者の増加傾向は他の障害に比べ著しく顕著であった。今回の調査結果では登録者の主診断名が「うつ病・そううつ病」が45%と最も多い結果となっていること、前職がない登録者が12%という結果から、前職でうつ病等を発症して離職した労働者が、精神障害者保健福祉手帳を取得し、再就職を目指すケースが増加している背景がうかがえる。

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

トライアル雇用制度は、障害者を雇い入れる企業が双方のミスマッチを防ぐために最長3カ月間の試行雇用を行う制度で、事業所に対して奨励金を給付する制度である。求人者の相互理解を促進すること等を通じて、障害者の早期就職の実現や雇用機会の創出を図ることを目的とされた制度であるが、精神障害者で本制度を活用している平均割合は約15%で十分活用できていない実態がうかがえる。また、トライアル雇用後に就職できなかった要因の上位3項目が「症状の悪化」、「業

務の難易度」、「業務とのミスマッチ」となっているのに対し、就職後の定着困難要因の上位が、「症状の悪化」、「職場の人間関係」、「本人のコミュニケーション能力」という結果から、双方の共通要因となっている「症状の悪化」に次ぐ要因に相違が出ているのが特徴である。これは、雇用の初期では試用期間中は業務との相性や適性に関わる課題が前景に生じ、時間の経過と共に職場の人間関係に関する課題に移行している状況が推察される。この一連の結果から、求職者には就職前に就労に耐えられる準備活動の取り組みや健康維持のためのセルフケア教育を行い、事業所に対しては本人の適正に合った業務アサインと職場内での対人関係のサポートを行うことが、定着率を上げる鍵となることが考えられる。

ハローワークと各機関との連携についての課題要因では、「就労支援に対する方針の相違」の回答の割合が、医療機関（49%）、職場（40%）、就労支援機関（21%）と結果に相違が見られ、医療機関や職場については支援方針をめぐる連携の難しさが生じている状況がうかがえ、立場や考え方が異なる機関とどう協働関係をつくっていくかがテーマの一つとして挙げられる。しかし、ハローワーク側の「連携に伴う物理的・人的資源の問題」は各機関ともに2番目に高い回答割合となっていることから、ハローワークの人材不足が連携活動の根本的な原因となっていることが推察できる。昨今、精神障害者雇用トータルサポーターを増員したいが、その確保に苦労しているケースも少なからずあるようである。こうした各機関との連携の要となる専門スタ

ッフの配置を充実させるだけでなく、その専門性を高める教育的環境を整備することが、精神障害者の就労定着と各機関との連携を円滑化させる解決策の一つになると考えられる。

⑥ 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したり、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ろう。

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。

⑦ 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1ステップでのアンケート調査から

「医学上一般に認められた医療」を受けた後の治ゆ（症状固定）判断に関する一般人向けのWEBアンケートを300人はうつ病をよく

知らない一般群、100人はうつ病を身近で知る知識あり群という一般人全体400人を対象に、Aさんが職場のストレスで中等症のうつ病と診断され、自宅療養を勧められるストーリーを読んでもらい、抗うつ薬治療、認知行動療法、職場への問い合わせ、リワーク・デイケアなどを医師の指示通りにしたが、外来主治医から労災としては「治癒（症状固定）」として後遺症の認定になるという説明を受け、自宅療養からどのくらいの期間が過ぎたところで、自分のうつ病の症状が職場復帰できるまでの回復が見込めないと判断できるかという質問（症状固定の判断期間）については、3年以内の期間の回答が一般群300人の92.0%、知識あり群100人の94.0%（全体400人の92.6%）という結果であった。第2ステップで、3年以内の症状固定の判断期間のコンセンサスを探索していく方向性が考察された。

産業医46人のWEBアンケート結果から、70%以上を占める回答に焦点をあてて考察を行うと、うつ病のため長期療養する労働者に対する「医学上一般に認められた医療」としては、薬物療法（不応性あるいは不耐性の判断に関して）は3種類以上（少なくとも2種類以上）、外来通院精神療法（1回5分以上）の頻度は、年24回（少なくとも年12回）、リワーク・デイケアの在籍（実際に参加できたかどうかを問わない）については、30日以上がコンセンサスと考えられた。

また、事業者による職場復帰支援については、職場担当者（産業医を含む）は、患者に休職や復職に関する仕組みについて文書を用いた説明を行うべきであり、職場担当者（産

業医を含む）と患者の面談は年 4 回（3 か月ごと）に行われ、職場担当者（産業医を含む）から、患者の同意のもと、患者の外来主治医との連携（面談、電話、メール、診療情報提供書などの手段を含む）は年 1 回行われるべきというコンセンサスが考えられた。

また、うつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間がどのくらい続いたときに、症状固定（＝労災保険における「治ゆ」）したと判断は、3 年以内にすべきというコンセンサスが考えられた。

2) 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 年間で治癒（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。

⑧ 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。

⑨ 産業医の立場からの長期療養者の就労可否判断

休業の長期化の背景には多くの原因や課題があることが示された。産業医の立場でアプローチできることは限られているが、就業の可否判断のためには、休業中の生活状況の把握に焦点を当てることが有用と考えられた。

⑩ 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。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、2014年、2015年、2016年度調査をとおりて業務上認定された精神疾患を有した患者の職場復帰・就労はいかに困難かが明らかにされたが、精神科主治医、事業所、行政の三者ともに、この長期療養者の対応に難渋していることが明らかになった。

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

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

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。

「障害者職業センター・ハローワーク等の調査研究」では、障害者職業センターにおける復職支援(リワーク)とハローワーク専門部門において、精神障害者の著明な利用増加が認められた。うつ病・躁うつ病や発達障害といった新たな疾患特性に配慮する必要性が高まっていることが指摘された。

一方で、非医療施設のため、利用者の病態把握や医療機関との連携に関しては、苦慮している意見を多く認められた。また、利用者増加により窓口業務などに忙殺され、十分に職場との連携や職場訪問ができにくくなったという意見にも触れた。

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

また、利用者の状況把握のためには、病態把握だけではなく、生活睡眠リズムの安定性、体力面などの就労準備性の把握が重要となり、生活記録表や歩数計の活用など、援助のための支援ツール開発といった課題が挙げられた。

「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、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。

「産業医の立場からの長期療養者の就労可否判断」では、産業医の立場から就業の可否判断を行う際には、睡眠覚醒リズムを含む休業中の生活状況の把握に焦点を当てることが有用と考えられた。

「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、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。

以上これまで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。

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) 産業医の立場では、長期療養する労働者本人の休職中の生活状況の把握をすること、とりわけ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。

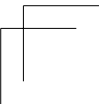
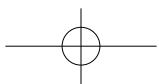
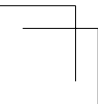
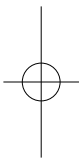
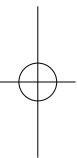
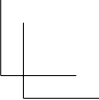
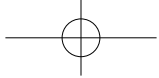
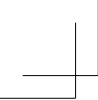
F. 健康危険情報
該当せず

G. 研究発表

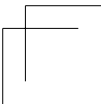
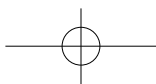
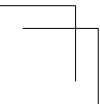
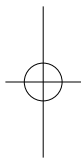
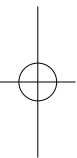
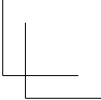
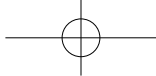
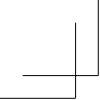
1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし



Ⅱ．分担研究報告



労災疾病臨床研究事業費補助金
(分担) 研究報告書

業務上認定された精神障害者の早期復職・寛解・治療に関する調査・研究

分担研究者 黒木 宣夫 東邦大学名誉教授

主任研究者：桂川修一 東邦大学医学部精神神経学講座（佐倉）

<研究協力者>

荒井稔	日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院精神科部長
小山善子	金城大学医療健康学部教授
田中克俊	北里大学大学院 医療系研究科産業精神保健学 教授
高野知樹	医療法人社団 弘富会 神田東クリニック院長（産業医統括）
築島健	札幌市総務局職員部職員健康管理担当部長
夏目誠	大阪樟蔭女子大学教授
野村俊明	日本医科大学教授
藤原修一郎	金沢文庫エールクリニック院長
丸山総一郎	神戸親和女子大学教授
増田将史	イオン株式会社グループ人事部 イオングループ総括産業医
南 昌秀	コマツ本社健康増進センター 副センター長
宮本 俊明	新日鐵住金(株)君津製鐵所 総括産業医（東日本エリア統括産業医）
吉村靖司	医療法人社団 弘富会 神田東クリニック院長（診療統括）
渡辺洋一郎	日本精神科診療所協会会長
山村重雄	城西国際大学教授（統計解析）

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

労災認定基準で業務上と判断された 2012 年度事案(366 例)が 2016 年 8 月時点で、どのような経緯をたどっているのか、その療養状況について精査した。療養開始から調査時点までの平均期間は 3.9 年 (N=312)であり、男性は 63.9%(235)、女性は 32.1%(118)であった。労災認定時点の傷病名で最も多いのは、うつ病 33.4%(123)、次にその他 21.7%(80)、適応障害 17.4%(64)、PTSD 15.2%(56)を占めていた。心理的負荷の出来事としては、事故や災害の体験が 25.8%(95)、対人関係のトラブルが 25.8%(95)、極度の長時間労働が 13.6%(50)、仕事の量・質の変化 22%(81)であり、大きな特徴としては、対人関係とのトラブルとセクシュアルハラスメントを合わせると 34.5% (127) を占めており、労働者が対人間葛藤に起因したストレスを契機に労災請求・認定となっていることが推測される。100 時間以上の時間外労働ありが 36.4%(134)であり 100 時間以上の長時間労働者にうつ病の傷病名がついている人が多くみられた。(p<.0001*)

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

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

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

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

A 研究目的

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

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

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

B.調査対象と調査方法

1.調査対象

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

2016 年 6 月 27 日に班会議を開催し、調査項目・内容を検討したうえで 2016 年 8 月に都道府県労働局労働基準部労災補償課長宛てに業務上認定された精神障害者の早期復職・寛解・治療に関する調査用紙を発送し、同年 12 月中旬までに回収した。

2.調査項目

①労働局に対する調査

1.過去 5 年間の年度ごとに治ゆに至った精神事案

2016 年 8 月末日を調査時点に都道府県労働局労働基準部労災補償課長宛てに調査票を送付し、同年 12 月中旬までに全都道府県労働局から同票を 100%回収した。

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

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

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

2. 労災保険法上の症状固定(治癒)判断に関する意見。

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

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

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

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

長野：労災認定から治癒まで長期化する事案が多い。
京都：適正給付管理において、本人面接を行うため

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

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

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

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

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

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

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

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

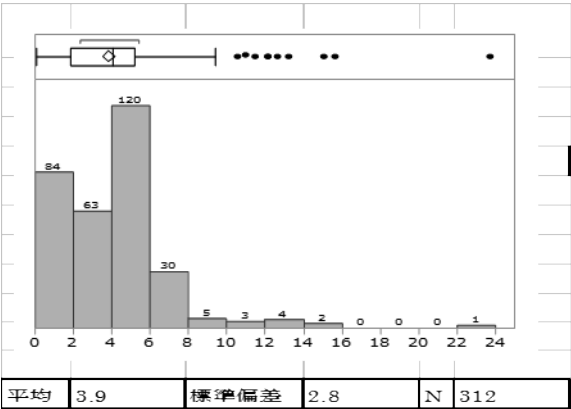
②個別事案

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

1. 年齢

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

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



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

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

療養開始から調査時点までの平均期間は3.9年であった。(N=312)

2. 性別

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

男性は63.9%(235)、女性は32.1%(118)であった。

3. 傷病名(認定時)

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

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

PTSD15.2%(56)を占めていた。

傷病名（調査時点）

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

傷病名で最も多いのは、うつ病 33.1%(122)、次に
その他 25.2%(93)、適応障害 13.0%(48)、無回答 9.2%
(34)、PTSD8.4%(31)を占めていた。

4. 心理的負荷表の出来事

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

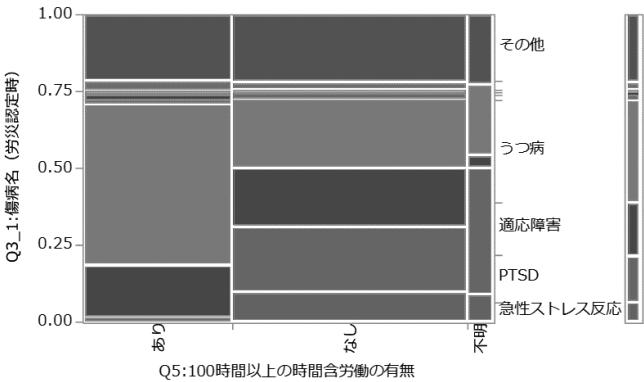
心理的負荷の出来事としては、事故や災害の体験
が 25.8%(95)、対人関係のトラブルが 25.8%(95)、
極度の長時間労働が 13.6%(50)、仕事の量・質の変
化 22%(81)、極度の心理的負荷 11.1%(41)、仕事の

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

5. 100 時間以上の時間外労働

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

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



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

6. 出来事に遭遇した時の会社を退職したかどうか

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

有意差はないが、適応障害やうつ病で退職後に請求した例が多い傾向がある。

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

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

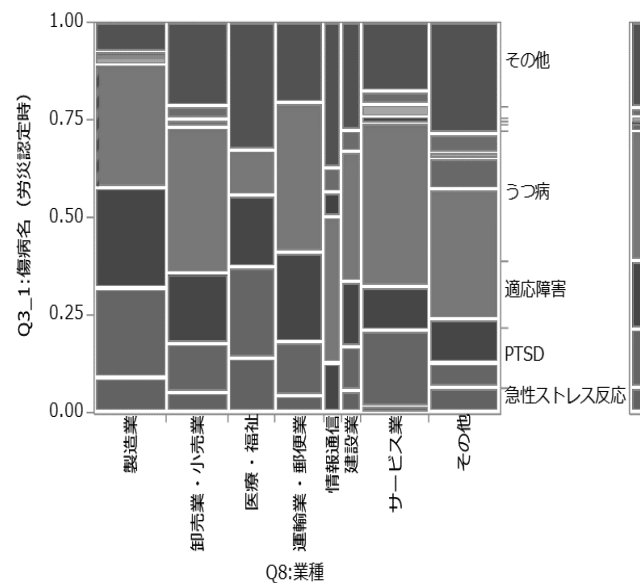
無回答や不明の症例が多いので明らかではないが、急性ストレス反応の場合に 5 年以上勤務している人

の割合が少ない傾向がある。

8. 業種

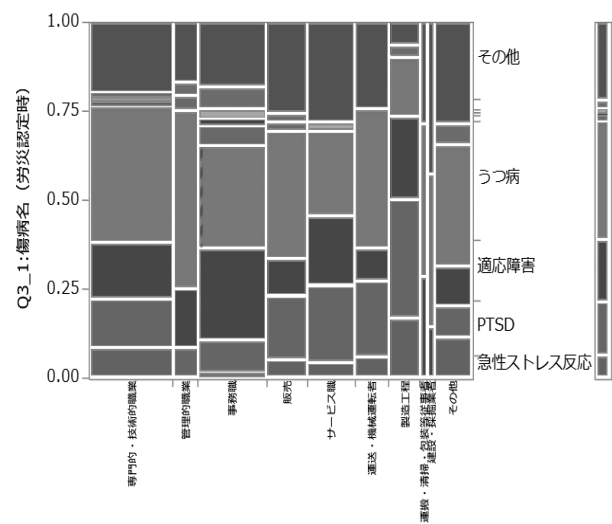
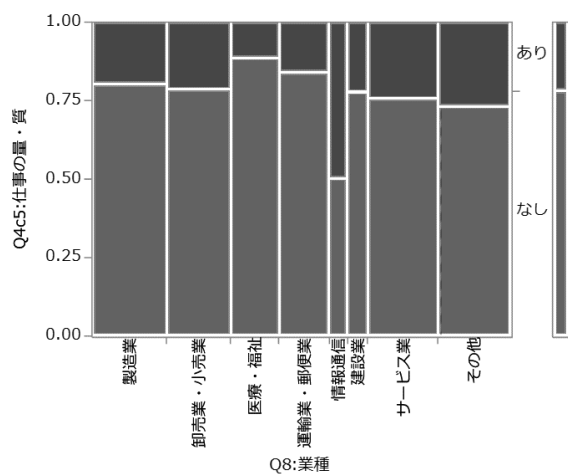
業種(表8)	度数	割合
製造業	51	18.3%
卸売業・小売業	39	14.0%
医療・福祉	41	14.7%
運輸業・郵便業	33	11.8%
情報通信	13	4.7%
建設業	14	5.0%
サービス業	44	15.8%
その他	44	15.8%
合計	279	100.0%

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



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

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



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

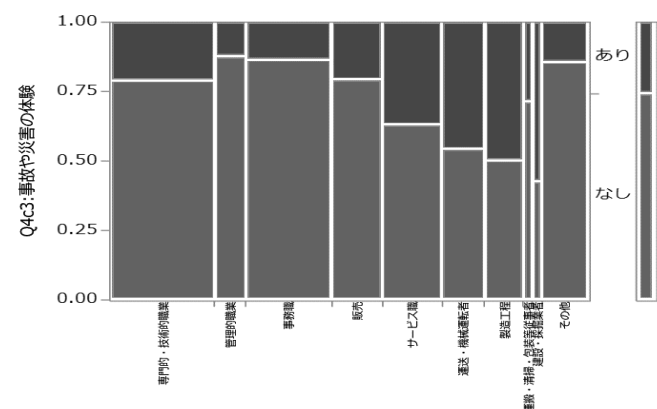
Q9:職種

9. 職種

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

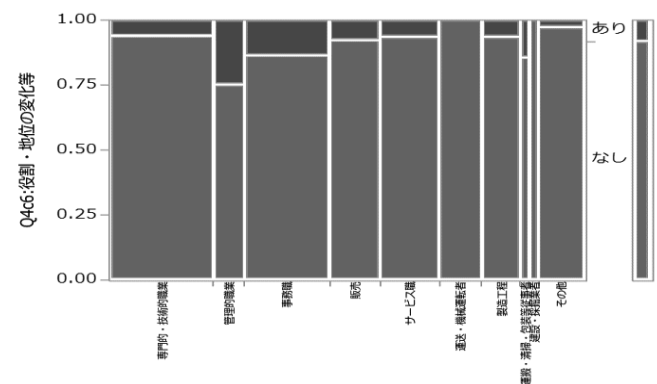
専門技術職が 21.5% (60)、事務職 16.8%(47)、サービス職 12.2%(34)、販売 11.5%(32)であった。明らかな傾向は見られないが、製造工程に関わる業種で、「急性ストレス反応」や PTSD が多い傾向がある。事故・や災害の体験を原因に労災に至った例では、運搬・機械運転者、製造工程の職種が多い。

災害との関係



Q9:職種

役割地位との関係

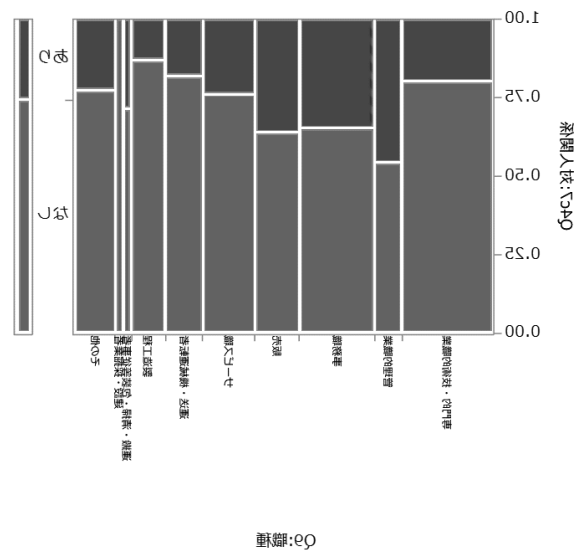


Q9:職種

役割・地位の変化を原因として労災認定になった事案は管理的職業が多い。

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

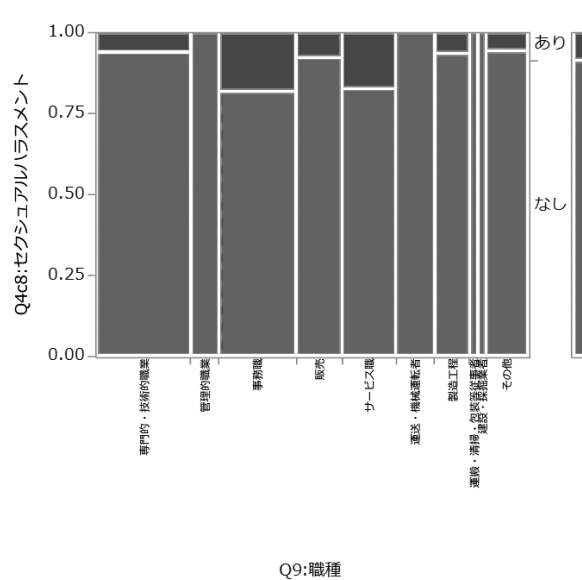
対人関係



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

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

セクシュアルハラスメント



セクシュアルハラスメントが原因で労災に至ったのは事務職でその割合が多い、

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

10. 1 か月間の通院の頻度

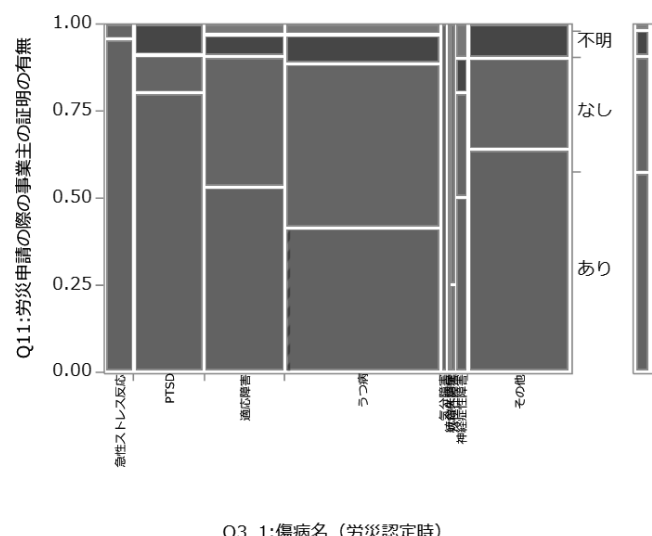
平均＝	1.486	標準偏差	3.345	N＝	277
-----	-------	------	-------	----	-----

1 か月間に平均 1.5 回通院している

11. 労災請求の際の事業主の証明

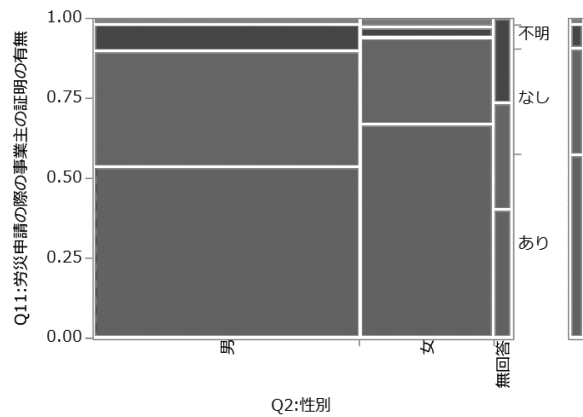
証明の有無 (表11)	数	割合
あり	211	57.3%
なし	122	33.1%
不明	28	7.6%
無回答	7	1.9%
合計	368	100.0%

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



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

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

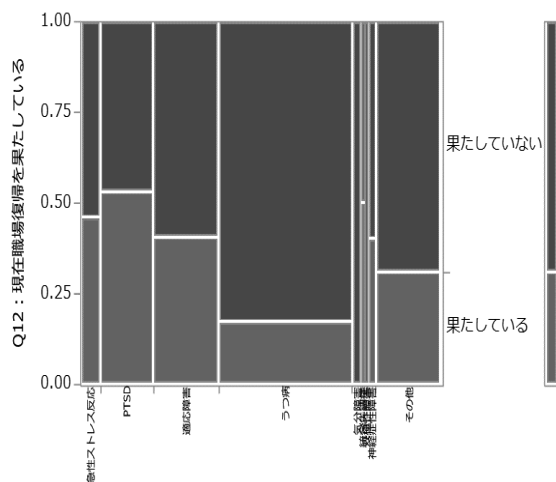


女性の方が労災申請の際の事業主の証明がある割合が高そうである。

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

12. 現在、職場復帰を果たしているか否か

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



Q3_1: 傷病名 (労災認定時)

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

うつ病で職場復帰していない症例が多い

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

13. 調査時点 1 か月間の保険給付額

1) 療養補償給付の額

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

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

2) 休業給付の額

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

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

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

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

3) 休業給付の支給状況

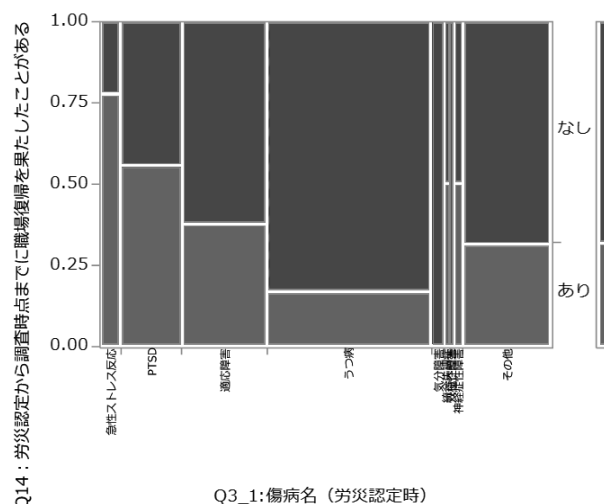
休業給付の支給状況 (表13-4)	数	割合
通院日休業	7	1.9%
全体	139	37.8%
無回答	222	60.3%
合計	368	100.0%

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

14. 労災認定から調査時点までに職場復帰を果たしたことがあるか否か

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

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



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

適応障害やうつ病で職場復帰できていない症例が多い。

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

15. 職場復帰を主導したのは

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

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

16. 過去に職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間は

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

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

17. 職場復帰に際して主治医から行政に治ゆの相談

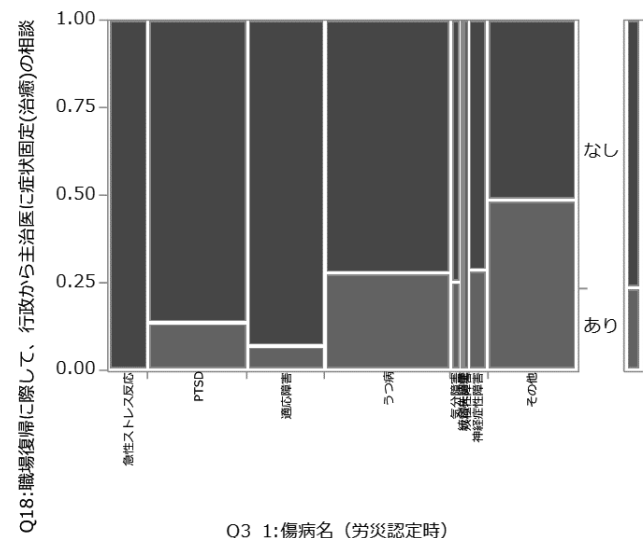
症状固定 (治ゆ) の相談 (表17)	数	割合
あり	2	0.5%
なし	176	47.8%
その他	27	7.3%
無回答	163	44.3%
合計	368	100.0%

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

18. 職場復帰に際して行政から主治医に治ゆの相談

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

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



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

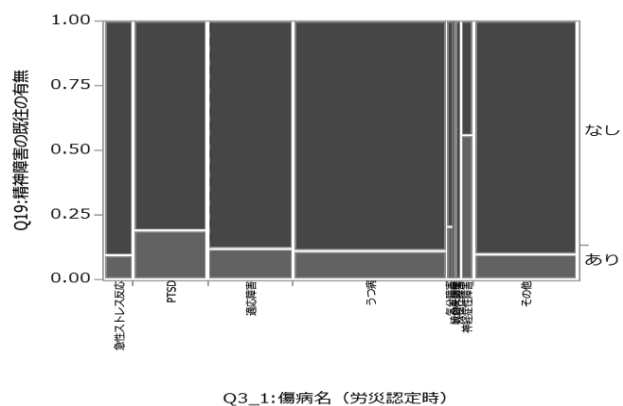
急性ストレス反応では、職場復帰に行政から主治医に症状固定（治癒）の相談は全くなく、うつ病において相談が多かった傾向がある。

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

19. 精神障害の既往の有無

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

精神障害の既往のある事例は 11.9%(44)であった。



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

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

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

20. 既存精神障害の有無

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

既存精神障害を有していた事例は 4.4%(15)であった。

21. 当該事業所への復職の本人の意思を確認

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

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

22. 事業者は本人の受け入れに積極的か否か

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

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

23. 調査時点の治癒の有無

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

4年経過して治癒している事例は 53.2%(196)、治癒していない事例は 44.6%(165)であり、治癒しない事例が多いことが明らかになった。

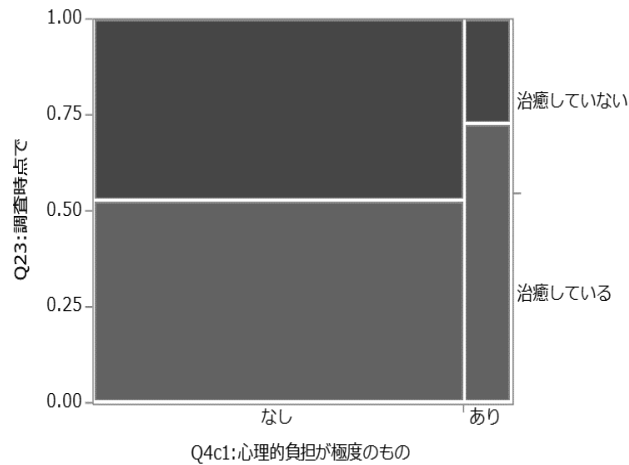
24. 今後の治癒の見通し

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

治癒していない事例 165 例のうち、治癒の見通しがある事例は 7.3% (12)、治癒の見通しがない事例は 19.4%(32)、不明 68.5% (113) であった。

③山村重雄研究協力員の統計学的探索

1. 出来事と治癒の関係



数	治癒	未治癒	合計
行%			
なし	135	130	265
	50.94	49.06	
あり	61	32	93
	65.59	34.41	
合計	196	162	358

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

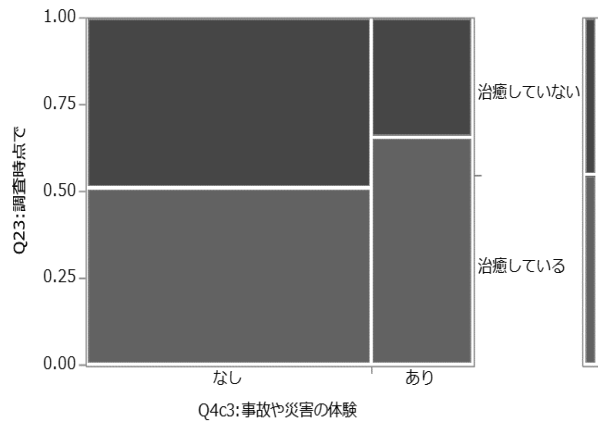
事故や災害の体験している人ほど治癒している

数	治癒	未治癒	合計
行%			
なし	167	151	318
	52.52	47.48	
あり	29	11	40
	72.5	27.5	
合計	196	162	358

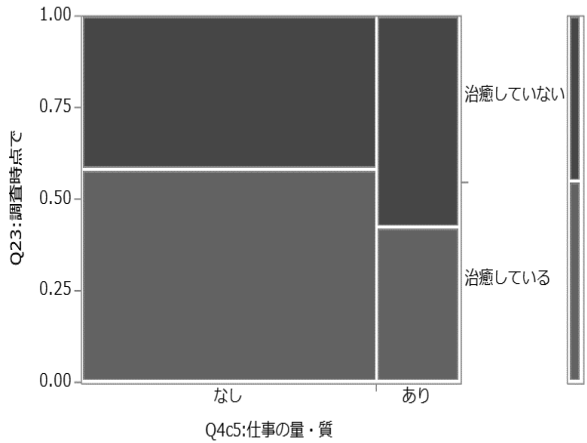
検定	カイ 2 乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	5.728	0.0167*

心理的負担が極度の出来事は治癒している割合が多い

2. 事故や災害の体験



3. 仕事の質・量

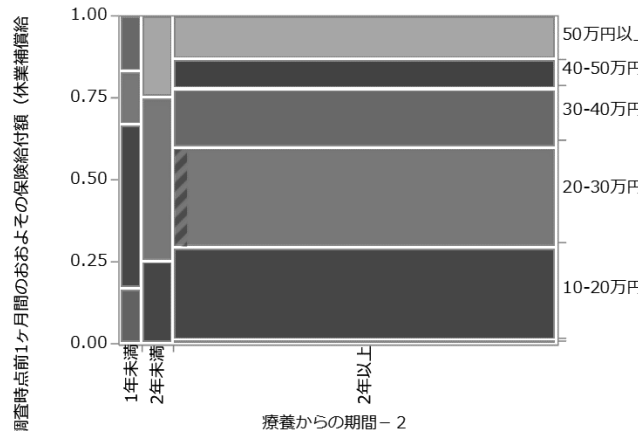


度数	治癒	未治癒	合計
行%			
なし	163	117	280
	58.21	41.79	
あり	33	45	78
	42.31	57.69	
合計	196	162	358

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

仕事の質・量の変化が出来事である人は治癒していない

4. 全休の人が療養期間が長くなるにつれて、休業給付額がどのようになるか。

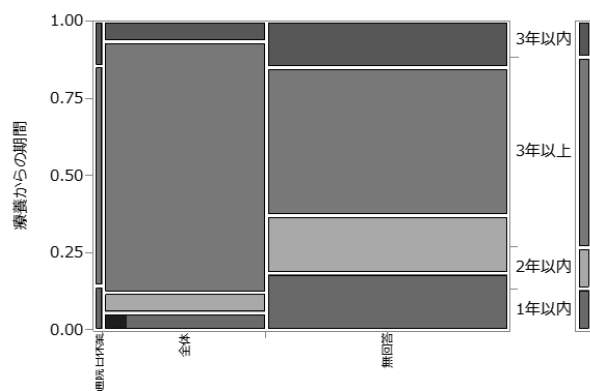


休業期間	5万円未満	5-10万円	10-20万円	20-30万円	30-40万円	40-50万円	50万円以上	合計
1年未満	1 16.7	0 0	3 50	1 16.7	1 16.7	0 0	0 0	6
2年未満	0 0	0 0	2 25	4 50	0 0	0 0	2 25	8
2年以上	0 0	1 1.01	28 28.3	30 30.3	18 18.2	9 9.09	13 13.1	99
合計	1	1	33	35	19	9	15	113

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

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

5. 休業補償給付の支給状況と療養期間



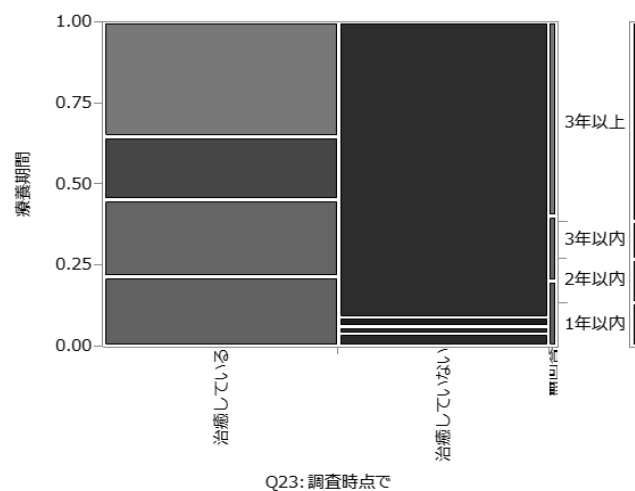
休業形態	1年以内	2年以内	3年以上	3年以内	
行%					
通院日休業	1 14.29	0 0	5 71.43	1 14.29	7
全体	7 5.69	8 6.5	100 81.3	8 6.5	123
無回答	34 18.68	34 18.68	87 47.8	27 14.84	182
	42	42	192	36	312

検定 カイ 2 乗 p 値(Prob>ChiSq)

Pearson 36.213 <.0001*

全休の労働者が療養期間が長期化する。

6. 治癒している人と治癒していない人の療養期間



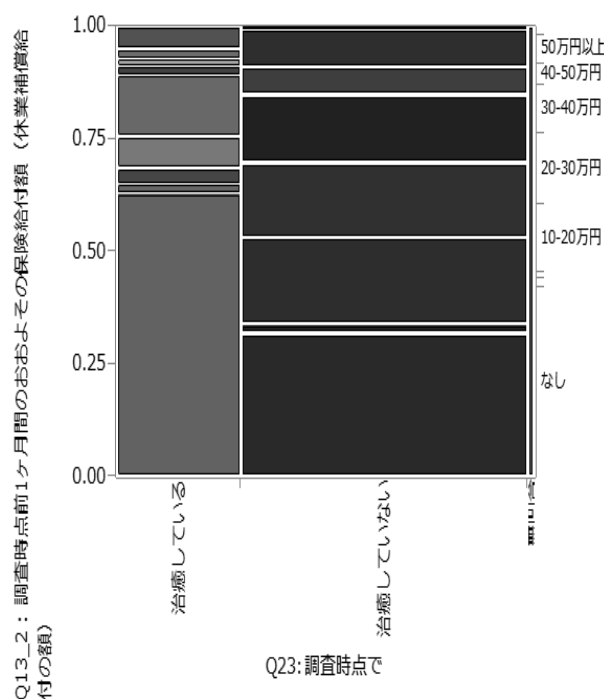
療養期間	1年以内	2年以内	3年以内	3年以上	
行%					
治癒	35 21.6	38 23.46	32 19.75	57 35.19	162
未治癒	6 4.14	3 2.07	4 2.76	132 91.03	145
無回答	1 20	1 20	0 0	3 60	5
	42	42	36	192	312

検定 カイ 2 乗 p 値(Prob>ChiSq)

Pearson 102.187 <.0001*

治癒していない人は3年以上がほとんどで療養期間が長期化する・

7. 3年以上の長期療養者



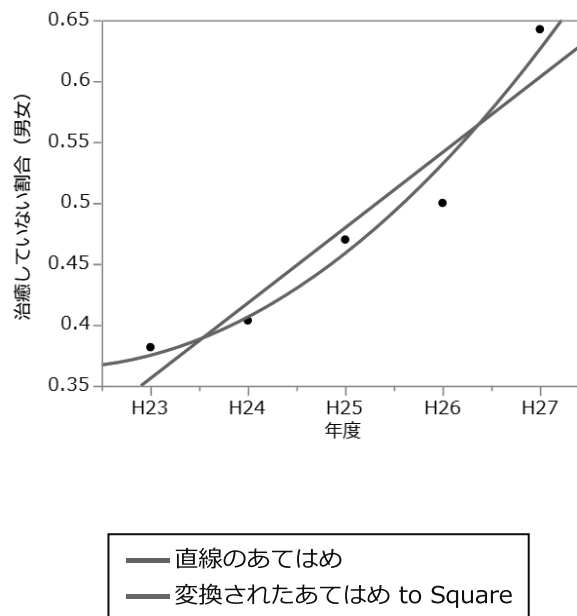
給付額	なし	5万円未満	5-10万円	10-20万円	20-30万円	30-40万円	40-50万円	50万円以上	無回答	
行%										
治癒	36	1	2	4	8	1	1	1	3	57
	63	1.75	3.5	7.02	14	1.75	1.75	1.75	5.26	
未治癒	42	3	0	25	22	20	8	11	1	132
	32	2.27	0	18.9	16.7	15.2	6.06	8.33	0.76	
無回答	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	100	0	0	0	0	0	0	0	0	
	81	4	2	29	30	21	9	12	4	192

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。

8. 年度と治癒していない割合 (男女) の二変量の関係



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

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

増えている。

直線の当てはめ (緑: 0 次過程) と指数関数 (赤: 一次過程) の当てはめの比較を検討した。治癒していない割合 (男女) = $0.2941664 + 0.0617969 \times \text{年度}$

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

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

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

D.考察

1.本調査より

(1) 平成 23 年度から 5 年間の治癒率

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

(2) 平成 24 年度の労災認定事案(366 例)の療養状況

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

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

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

100 時間以上の時間外労働ありが 36.4%(134)であり 100 時間以上の長時間労働者にうつ病の傷病名がついている人が多くみられた。(p 値<.0001*)

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

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

(P 値 0.037*) 有意差はないが、仕事の質・量を原因として労災に至った例では情報・通信業が多い。

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

明らかな傾向は見られないが、分割表から製造工程に関わる業種で「急性ストレス反応」や PTSD が多い傾向が伺える。(P 値=0.3143)事故や災害の体験を原因に労災に至った例では、運搬・機械運転者、製造工程の職種が多い。(P<.0001*)役割・地位の変化を原因として労災認定になった事案は管理的職業が多い。(P 値=0.0395*)対人関係が原因で労災になったのは管理的職業で多く、製造工程の職種では少ない。(P 値=0.0399*)セクシュアルハラスメントが原因で労災に至ったのは事務職でその割合が多い。(P 値=0.0187*)

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

急性ストレス反応や PTSD ではほとんどの症例

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<個別事案に関する意見>

重要な意見をまとめると、

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

＜各労働局の治ゆに関する意見＞

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

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

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

次に各労働局の治ゆに関する意見は、非常に貴重な意見が得られている。

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

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

3.治ゆ(症状固定)しない長期療養事例対策

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

長期療養の原因に関する行政の回答で最も多いのは、症状が改善しない・就業不安・リハへ導入ができない 26.6%(21)、次に手厚い休業補償給付のために生活に困窮しない、労災患者としての権利を主張 24.1%(21)、主治医の無理解・医療への疑問 13.9%(11)、係争中、事業場と対立している事例も多い 13.9%(11)、…本来病態は別・他疾患へ移行し、病状の波があり個体側要因が主体 7(8.9%)、適正給付管理すると症状悪化し、面談すらできなくなる、治癒判断基準なく休業補償支給期間制限なしことも長期

療養の大きな原因、本来の病態は別であり、素因や脆弱性が長期療養には大きく関係している等である。

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

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

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

4.2014～2016 度調査をとうして

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

この結果は5年以上の長期療養をしながら、職場復帰に向けた療養とは言えない実態が明らかに

された。2014 年度調査（精神科主治医調査）で 3 年以内に職場復帰した事例は、83.6%(66)であったが、調査時点(2015 年 8 月)まで 5 年以上治癒しない事例(458)は 5 年前の自殺ではない労災認定事例全体(2010 年までの精神障害認定事例:1279)の 35.8%が治癒していないと考えると、必ずしも精神科主治医の治癒した事例は 83.6%(66)は、労災認定された精神疾患全体の数値ではないと考えられる。

さて今回の 2016 年度調査で平成 23 年度から各年度に認定された事案の治癒率に関して、平成 27 年度に労災認定された事案の調査時点(28 年 8 月)の治癒率は年度が変わるごとに減少しており、年度が古くなれば治癒率が上がるのは当然のことである、しかし、労災認定時点から 5 年経過しても四割近くは治癒に至っていないという結果が得られ、治癒しない事例は、統計学的探索によれば、年度ごとに治癒しない事例の割合がただ単に増えているだけではなく、増え方が徐々に大きくなってきていることが認められたことは、精神障害の請求・認定事案が急増していることの影響があるものと考えられる。

精神科主治医調査からも調査時点で職場復帰を果たしている事例は 66 例(30.4%)、専門スタッフや主治医訪問は数少なく、診療情報提供書のやり取りが 34(61.8%)、労災認定の際の事業主の証明が得られなかった事例は 62 例(28.6%)であったが、2015 年度調査では長期療養事例は、約半分の事例が労災請求の際に事業主証明が得られていなかった。精神科主治医調査では職場復帰を阻害している要因は、会社側の受け入れ対策 62 (28.6%)、制度的な問題が大きい 22(10.1%)、療養期間の期間設定すべき 16(7.4%)という順に回答されていたが、今年度も行政に対する調査では長期療養の原因に関する行政の回答で最も多いのは、症状が改善しない・就業不安・リハへ導入ができない 26.6%(21)、次に休業補償給付のために生活に困窮しない、労災患者としての権利を主張 24.1%(21)であり、長期療養者に対する職場復帰対策としては、他機関との連携で社会復帰に向けた専門スタッフと行政の連携、職業安定所と連携、主治医と事業場の連携が 18.6%(11)、主治医との定期的な面談や受け入れ体制整備や事業主の指導

強化 28.8%(17)、支給期間・要件・金額等の制度改正、適正給付管理対策としての治癒認定 10 (16.9%)であり、復職・転職の際の差額を補填(10 万等)、職場復帰支援助成金制度、リハビリにボランティアをすることを条件、前職場への復帰を義務化する 8.5%(5)等であった。今回の調査(23 年度事案が 28 年 8 月時点)で労災認定時点から職場復帰をした事例(63)に関して、職場復帰を主導したのは、主治医主導が 34.0%(22)、その他が 60.3%(38)であり、産業医、主治医及び産業医の選択はなかった。また、2016 年調査で療養期間が 2 年を超えると 20 万円を超える事例が増えてくること(P 値=0.0166*)、さらに全休と回答のあった事例 123 例の中で労災認定から 3 年以上経過している事例は 81.3%(100 例)を占め、休業補償給付の支給額と療養期間に関しては、休業補償給付(全休)を受けている労働者の療養期間が長期化していた。労災認定された 5 年以上の長期療養者(2015 年度調査)に関しては、調査時点で職場復帰を果たしている事例は 39 例(8.5%)であり、労災認定から調査時点までに職場復帰を果たしたことがある事例は 64 例(14%)であり、職場復帰を一度もしていない事例は 354 例(77.3%)であった。このことから、療養期間が長期化する背景に休業補償給付の在り方が関係している可能性が高く、労災保険給付を受けている精神障害を有する労働者へ、主治医や行政からの治癒や職場復帰の働きかけが、ほぼ実施されていない現状が明らかにされた。2015 年度の行政調査で早期に職場復帰するためには、職場復帰すると収入減少となるため、その差額分を支払うことを条件とする意見もあり、精神疾患で労災認定された患者を職場復帰・就労支援することに行政側も難渋している実態が明らかにされた。極端に言えば、労災補償という補償に依存している実態が事実であり、早急な改善策を検討する時期に来ているのであろう。

今回の調査で休復職を繰り返す事例に関して、2 回目以降の休業の要因は、当初、労災認定となった要因とは違う業務要因や個体側要因、業務外要因が絡んで休業になった事例も存在し得る可能性があり、休業補償給付、療養補償給付の在り方も今後、検討

が必要であろう。さらに各労働局から治癒判断に関して貴重な意見が得られたが、主治医は、治療者患者関係のなかで労災保険による治療を行っても、病態の理解を主治医から直接、病態、患者の特性を聞いたうえで行政が判断することが少ないという現状が存在し、仮に病態を十分理解して、労災患者に説明しようとしても、過敏に過大に反応され、判断をしづらいというのが現状であろう。治ゆ(症状固定)の説明、今後の治療・生活等の説明は、主治医、行政、労災患者本人の三者での合意がなければ、進まないと考えられ、そのための治ゆの判断要件・基準を労災保険給付時点から時系列に示していくことが必要であるかもしれず、主治医側と行政側の、それに対する協議が必要であろう。そして被災労働者に対する休業損害を填補するという労災補償制度に見合った具体的な治療プログラムを策定する時期に来ているのであろう。

E. 結論

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

参考文献

1. 厚生労働省労働基準局補償課職業病認定対策室：心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針について、1999.9
2. 厚生労働省労働基準局補償課職業病認定対策室：心理的負荷による精神障害の認定基準について（基発 1226 第 1 号） 2011.12

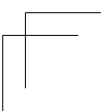
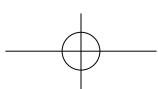
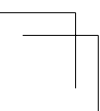
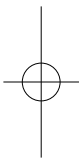
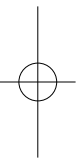
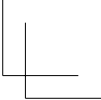
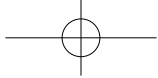
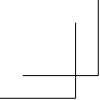
F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

1. 論文発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

年度	H 23			H 24			H 25			H 26			H 27		
都道府県	事案数	治ゆ	治愈率	事案数	治ゆ	治愈率	事案数	治ゆ	治愈率	事案数	治ゆ	治愈率	事案数	治ゆ	治愈率
	264	162	61.4%	386	229	59.3%	381	203	53.3%	401	199	49.6%	386	138	35.8%
北海道	13	8	61.5%	22	8	36.4%	18	9	50.0%	30	17	56.7%	16	5	31.3%
青森	0	0	0.0%	3	1	33.3%	2	0	0.0%	6	5	83.3%	6	4	66.7%
岩手	1	1	100.0%	5	4	80.0%	5	3	60.0%	8	3	37.5%	6	1	16.7%
宮城	20	16	80.0%	15	11	73.3%	11	6	54.5%	11	6	54.5%	7	0	0.0%
秋田	2	1	50.0%	1	1	100.0%	3	3	100.0%	2	0	0.0%	2	0	0.0%
山形	1	1	100.0%	6	4	66.7%	1	0	0.0%	5	4	80.0%	6	1	16.7%
福島	5	4	80.0%	9	6	66.7%	8	3	37.5%	4	1	25.0%	10	3	30.0%
茨城	10	5	50.0%	11	5	45.5%	8	6	75.0%	5	2	40.0%	3	2	66.7%
栃木	1	0	0.0%	1	0	0.0%	1	1	100.0%	2	0	0.0%	0	0	0.0%
群馬	2	1	50.0%	3	3	100.0%	2	2	100.0%	3	1	33.3%	4	3	75.0%
埼玉	3	1	33.3%	3	3	100.0%	7	5	71.4%	20	12	60.0%	10	5	50.0%
千葉	7	4	57.1%	8	5	62.5%	10	5	50.0%	16	6	37.5%	12	3	25.0%
東京	30	13	43.3%	69	38	55.1%	70	27	38.6%	73	33	45.2%	76	26	34.2%
神奈川	30	13	43.3%	42	16	38.1%	30	18	60.0%	27	10	37.0%	34	8	23.5%
新潟	3	2	66.7%	3	3	100.0%	8	4	50.0%	5	4	80.0%	2	1	50.0%
富山	0	0	0.0%	2	1	50.0%	3	3	100.0%	0	0	0.0%	4	1	25.0%
石川	1	1	100.0%	2	1	50.0%	2	2	100.0%	2	2	100.0%	4	2	50.0%
福井	2	0	0.0%	5	3	60.0%	0	0	0.0%	4	2	50.0%	4	0	0.0%
山梨	1	1	100.0%	4	4	100.0%	5	5	100.0%	1	1	100.0%	2	2	100.0%
長野	4	0	0.0%	2	1	50.0%	6	3	50.0%	4	2	50.0%	1	0	0.0%
岐阜	4	1	25.0%	5	4	80.0%	5	2	40.0%	5	0	0.0%	2	2	100.0%
静岡	6	3	50.0%	5	5	100.0%	4	2	50.0%	9	5	55.6%	9	3	33.3%
愛知	7	5	71.4%	16	14	87.5%	8	6	75.0%	15	9	60.0%	8	8	100.0%
三重	0	0	0.0%	0	0	0.0%	2	1	50.0%	6	5	83.3%	6	4	66.7%
滋賀	6	6	100.0%	7	4	57.1%	2	1	50.0%	5	4	80.0%	7	1	14.3%
京都	12	6	50.0%	15	12	80.0%	7	3	42.9%	14	8	57.1%	13	3	23.1%
大阪	17	9	52.9%	33	16	48.5%	38	16	42.1%	33	16	48.5%	35	8	22.9%
兵庫	15	13	86.7%	18	12	66.7%	32	18	56.3%	23	13	56.5%	17	8	47.1%
奈良	5	5	100.0%	1	1	100.0%	6	3	50.0%	1	0	0.0%	3	3	100.0%
和歌山	1	1	100.0%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	2	0	0.0%	1	0	0.0%
鳥取	3	2	66.7%	2	1	50.0%	3	0	0.0%	0	0	0.0%	3	1	33.3%
島根	1	0	0.0%	1	0	0.0%	0	0	0.0%	1	0	0.0%	1	0	0.0%
岡山	6	5	83.3%	3	3	100.0%	3	1	33.3%	5	4	80.0%	2	2	100.0%
広島	6	4	66.7%	12	8	66.7%	11	6	54.5%	8	3	37.5%	11	2	18.2%
山口	3	3	100.0%	4	4	100.0%	4	3	75.0%	2	2	100.0%	1	1	100.0%
徳島	0	0	0.0%	1	1	100.0%	2	1	50.0%	0	0	0.0%	2	2	100.0%
香川	2	1	50.0%	3	1	33.3%	0	0	0.0%	4	0	0.0%	2	1	50.0%
愛媛	2	0	0.0%	5	3	60.0%	4	4	100.0%	2	2	100.0%	0	0	0.0%
高知	4	2	50.0%	4	1	25.0%	7	2	28.6%	3	1	33.3%	2	0	0.0%
佐賀	5	4	80.0%	2	1	50.0%	4	4	100.0%	1	1	100.0%	8	3	37.5%
福岡	8	8	100.0%	13	8	61.5%	24	15	62.5%	12	5	41.7%	20	8	40.0%
長崎	0	0	0.0%	9	5	55.6%	2	1	50.0%	5	1	20.0%	7	3	42.9%
熊本	2	1	50.0%	1	0	0.0%	2	2	100.0%	4	2	50.0%	3	1	33.3%
大分	2	2	100.0%	3	2	66.7%	1	1	100.0%	4	2	50.0%	3	1	33.3%
宮崎	7	6	85.7%	2	2	100.0%	3	3	100.0%	1	1	100.0%	5	4	80.0%
鹿児島	1	0	0.0%	1	1	100.0%	4	1	25.0%	5	2	40.0%	4	2	50.0%
沖縄	3	3	100.0%	4	2	50.0%	3	2	66.7%	3	2	66.7%	2	0	0.0%



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。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)

- ・高年齢者であり、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（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、す何らかの形で受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。

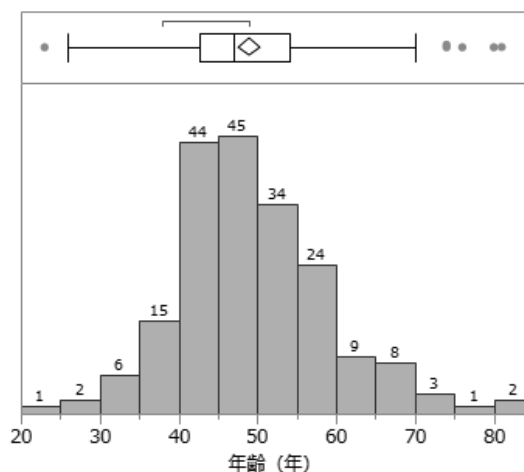
・労災保険の一般傷病における「治ゆ（症状固定）」の概念と異なり、「寛解」の診断について、リーフレット「精神障害の労災認定」及び「労災保険における傷病が「治ったとき」とは…」の見直しを行い、拡充を図る必要があります。また、請求件数の増加に伴い、精神障害専門部会において意見を徴する事案も増加し、現状は対応に苦慮しておりますが、今後は、適正給付管理にあたり、アフターケアでの対応の可否及び症状固定時期等についても、精神障害専門部会において、意見を徴するよう積極的な活用を図る必要があります。

・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。

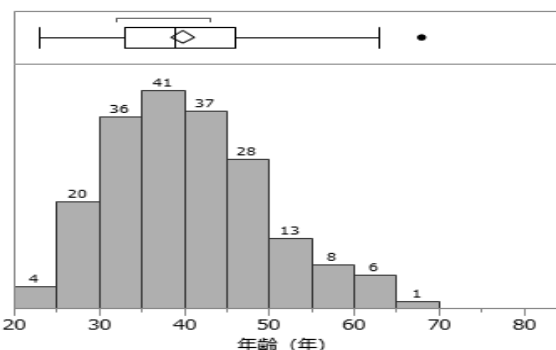
②個別事案

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。

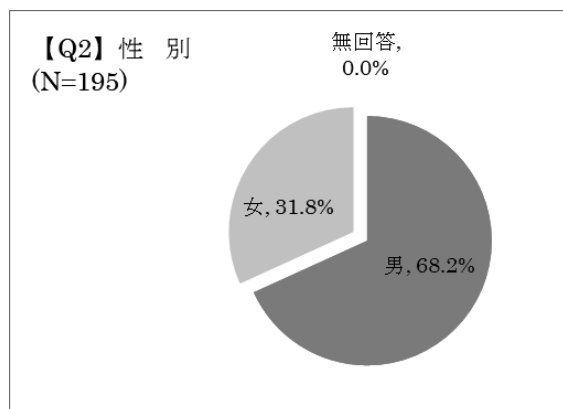


認定時の年齢も30歳代が最も多く39.7%(77)であり、次に40歳代33.3%(65)であり、平均年齢は39.9歳であった。

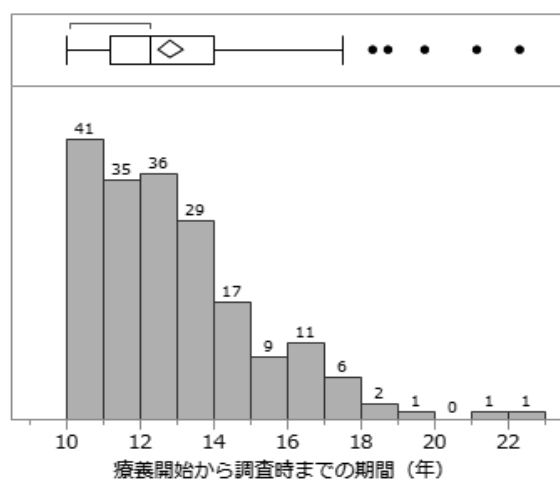
2. 性別

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。

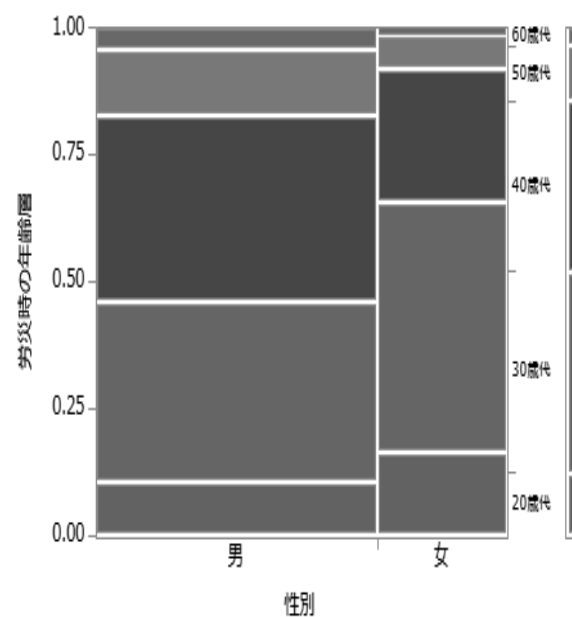
水準	数	平均	標準偏差
男	133	41.0	9.2
女	61	37.4	8.7

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)： $p=0.285$



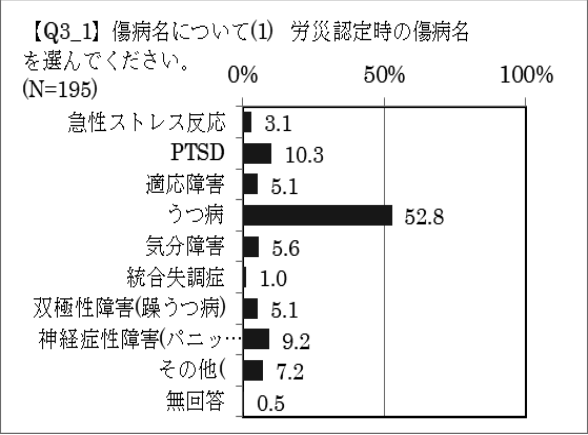
χ^2 二乗検定： $p=0.134$

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、

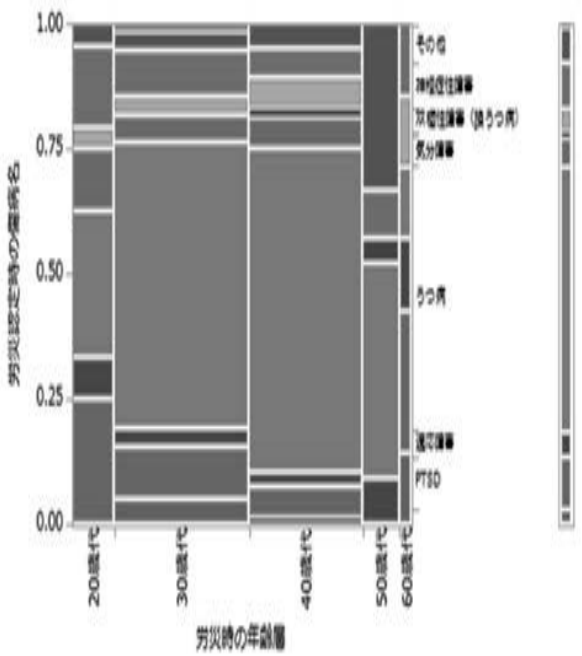
PTSD10.3%(20)、神経症性障害 9.3%(18)、その他 7.2%(14)を占めていた。



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
外傷性頸髄症、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 3.01	11 8.27	5 3.76	72 54.14	10 7.52	2 1.5	9 6.77	7 5.26	12 9.02	1 0.75	133
女	2 3.28	9 14.75	5 8.2	31 50.82	1 1.64	0 0	0 0	11 18.03	2 3.28	0	61
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）

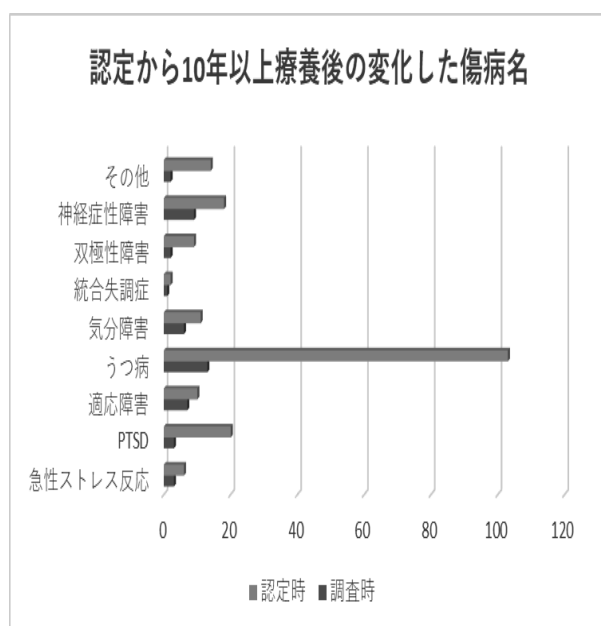
Q3(2) 調査時点で労災認定時と傷病名が違っている場合の調査時の傷病名：表には、労災認定時の傷病名と異なっている事例数を表にした。

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。

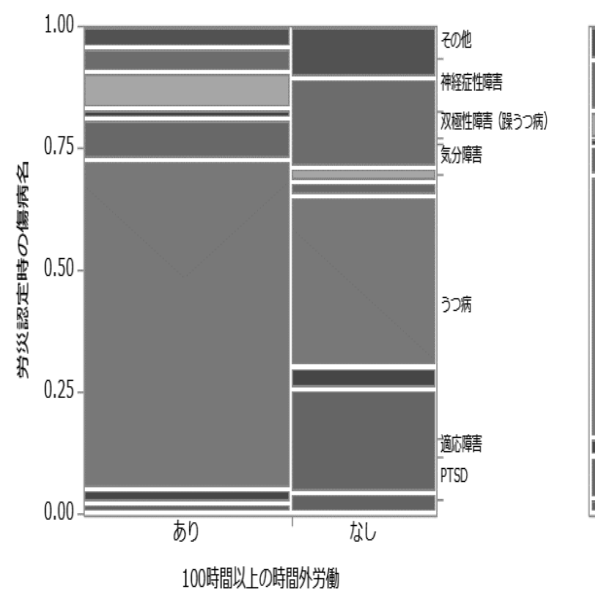
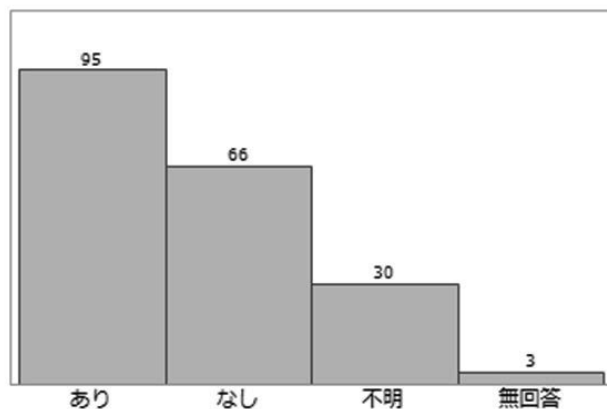
4. 心理的負荷表の出来事



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%

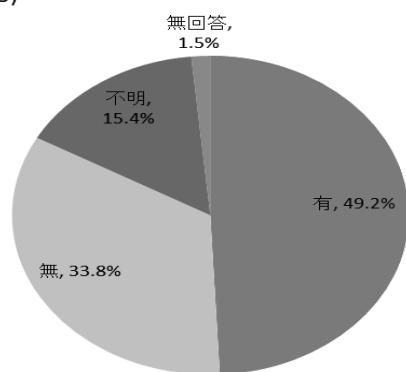
100 時間以上の時間外労働ありが 49,0%(95)であり
100 時間以上の労働者にうつ病の傷病名(64)がついている人が多い。カイ二乗検定：p=0.0005

6. 出来事に遭遇した時の会社を退職したかどうか

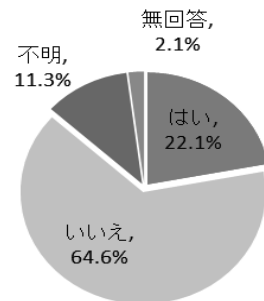
出来事に遭遇した会社を退職	度数	割合
はい	43	22.2%
いいえ	125	64.4%
不明	22	11.3%
無回答	4	2.1%
合計	194	100.0%

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。

【Q5】100時間以上の時間外労働の有無 (N=195)



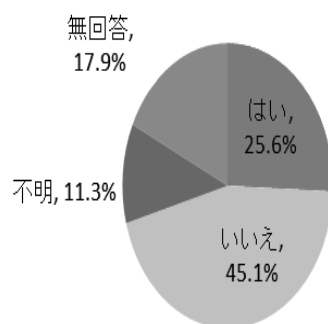
【Q6】4の出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求
(N=195)



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)

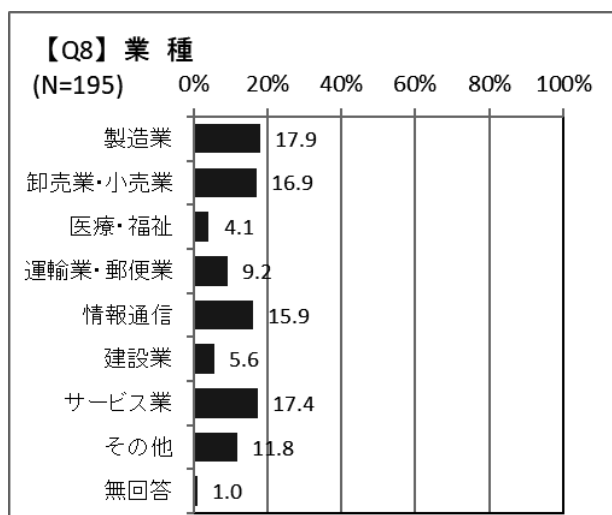


出来事から 5 年以上経過している事例は 49 例 (25.3%)であった。

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

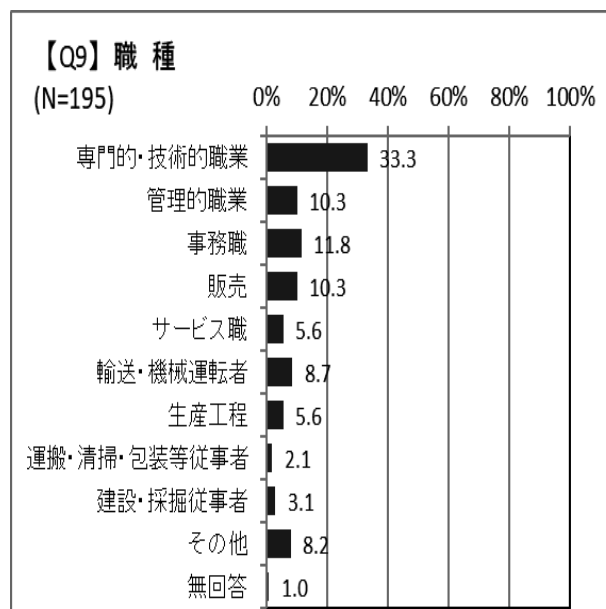


製造業が 17.5%(34)、サービス業 17.5% (34)、情報通信 16.0%(31)、卸売り小売業 17%(33)であった。情報通信、サービス業にうつ病の事例が多い傾向がある。(χ²乗検定: p=0.0673)

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 行%	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

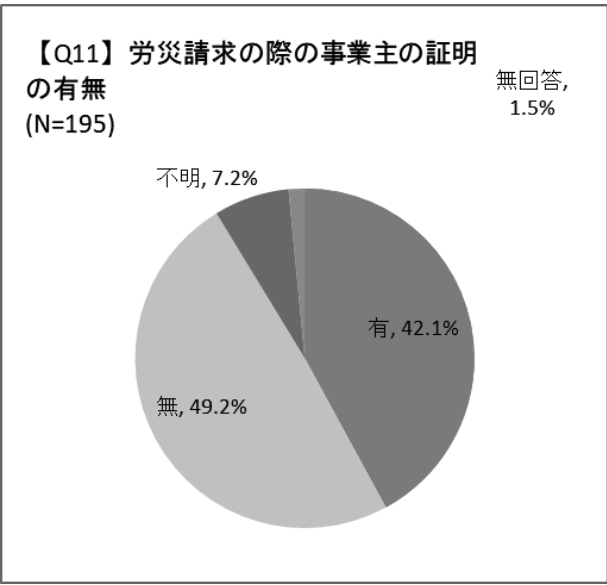
1か月平均の通院回数	1.87
標準偏差	2.067
N	185

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。

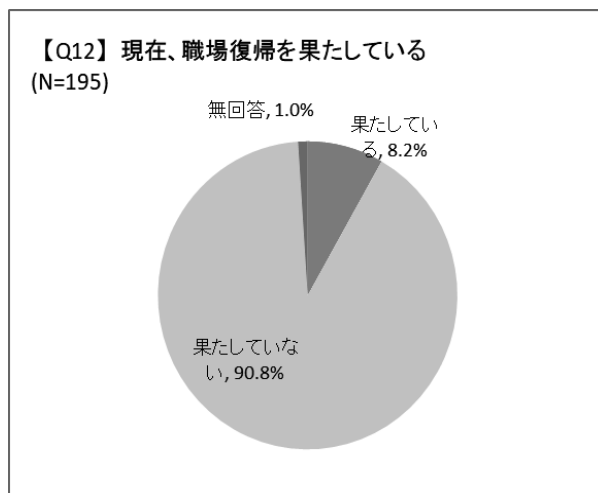


事業主の証明	有り	なし	不明	無回答	合計
急性ストレス反応	5 83.33	1 16.67	0 0	0 0	6
PTSD	16 80	2 10	1 5	1 5	20
適応障害	2 20	8 80	0 0	0 0	10
うつ病	36 34.95	57 55.34	8 7.77	2 1.94	103
気分障害	3 27.27	6 54.55	2 18.18	0 0	11
統合失調症	0 0	2 100	0 0	0 0	2
双極性障害	2 22.22	7 77.78	0 0	0 0	9
神経症性障害	10 55.56	7 38.89	1 5.56	0 0	18
その他	8 57.14	5 35.71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

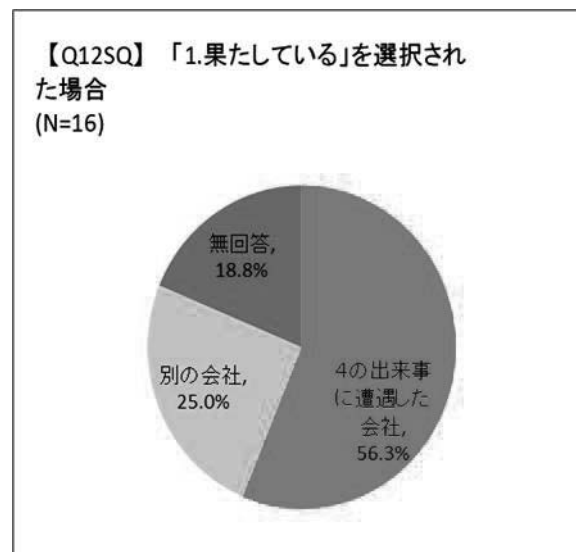


職場復帰している事例は 16 例(8.2%)であり、職場復帰を果たしていない事例は 90.7%(176)に及んだ。

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。

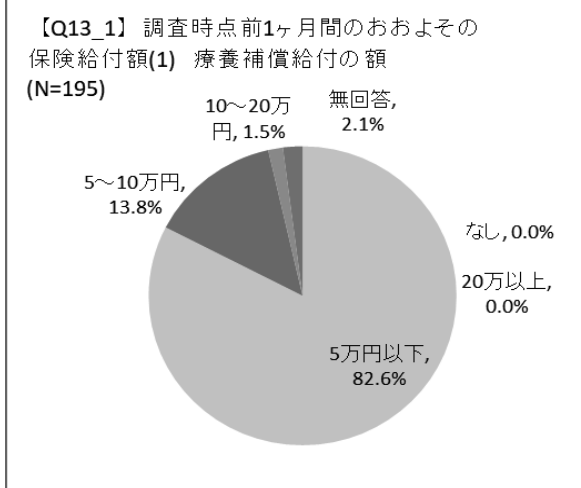
職場復帰を果たしている事例は 16 例であり、出来事に遭遇した会社への復職事例は 9 例、別の会社は 4 例、無回答は 3 例であった。



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%

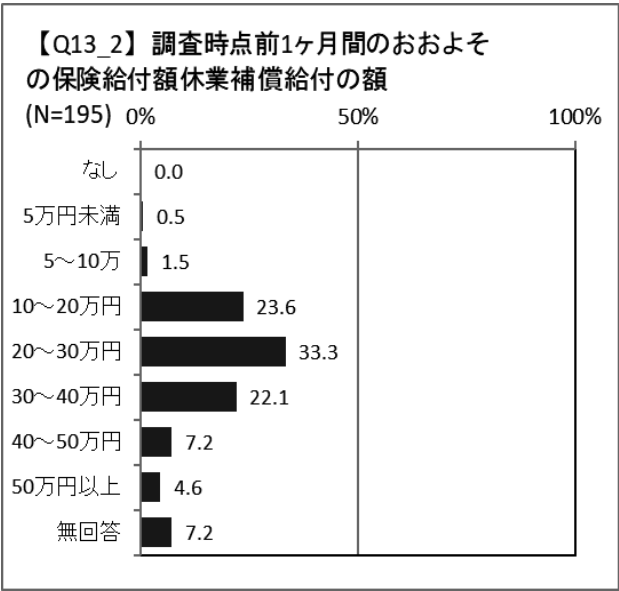


療養給付額 1.5 万円以下が 82.5%(160)であり、2.5～10 万円は 13.9%(27)であり、96.4%を占めた。

2) 休業給付の額

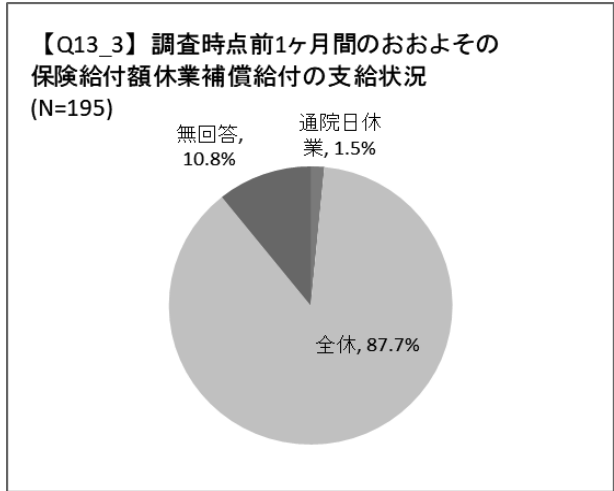
療養給付の額	度数	割合
5万円以下	1	0.5%
5～10万円	3	1.5%
10～20万円	46	23.7%
20～30万円	64	33.0%
30～40万円	43	22.1%
40～50万円	14	7.2%
50万円以上	9	4.6%
無回答	14	7.2%
合計	194	100.0%

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。



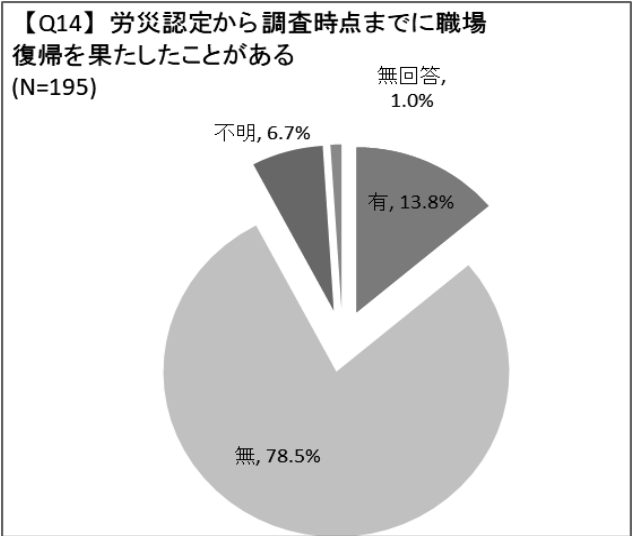
3) 調査時点前1ヶ月間のおおよその保険給付額休業補償給付の支給状況

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%

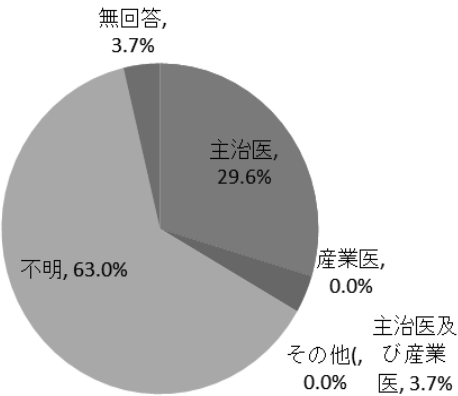


労災認定時点から調査時点までに職場復帰をしたことのある事例は13.9%(27)にすぎず、78.4%(152)は職場復帰していないという結果であり、不明・無回答15例を除いた179のうち職場復帰をしたことがない事例は85.0%であった。

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。

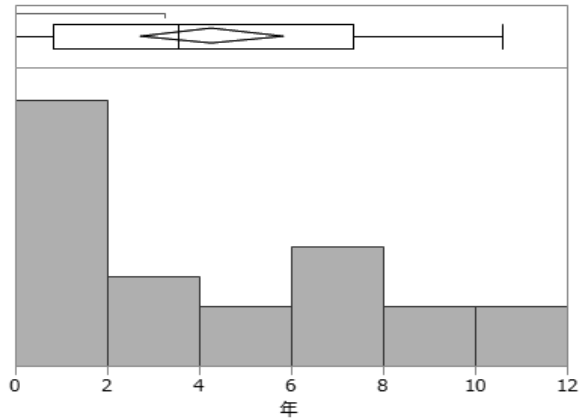
15. 過去に職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間は

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。

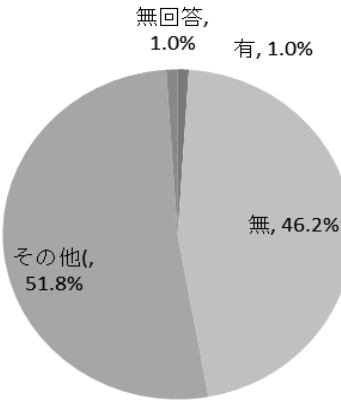
16. 職場復帰に際して主治医から行政に治癒の相談



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。

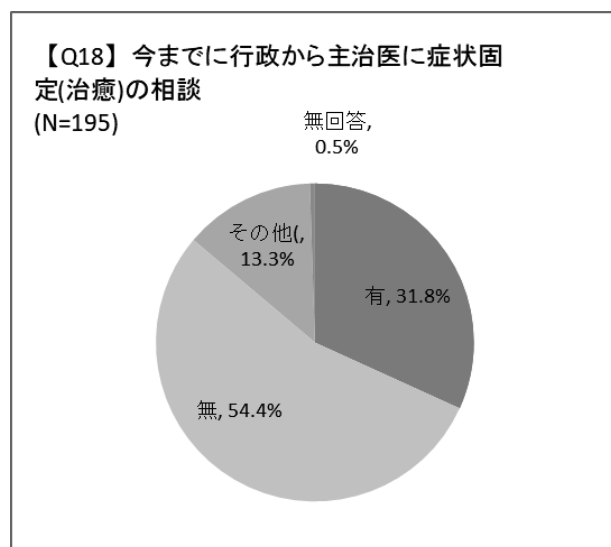
【Q17】今までに主治医から行政に症状固定(治癒)の相談(N=195)



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（治癒）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。



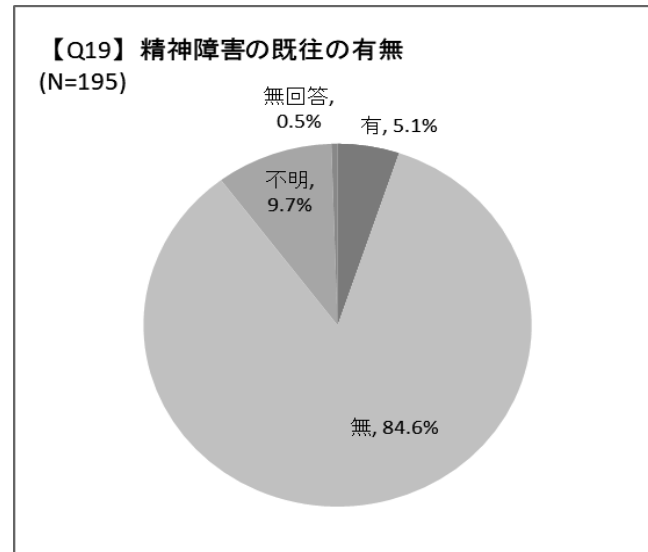
傷病名と治癒相談	あり	なし	合計
急性ストレス反応	2 33.33	4 66.67	6
PTSD	12 66.67	6 33.33	18
適応障害	6 66.67	3 33.33	9
うつ病	26 29.55	62 70.45	88
気分障害	2 20	8 80	10
統合失調症	1 100	0 0	1
双極性障害（躁うつ病）	1 11.11	8 88.89	9
神経症性障害	8 47.06	9 52.94	17
その他	4 44.44	5 55.56	9
合計	62	105	167

(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%

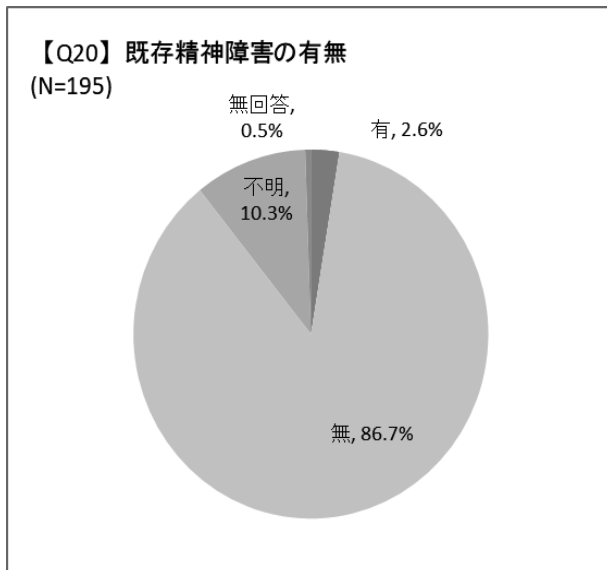
精神障害の既往のある事例は5.2%(10)であった。



19. 既存精神障害の有無

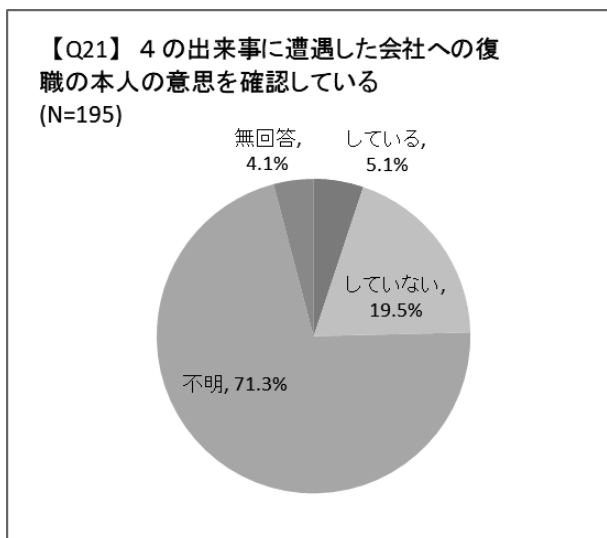
既存精神障害の有無	度数	割合
あり	5	2.6%
なし	168	86.6%
不明	20	10.3%
無回答	1	0.5%
合計	194	100%

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%



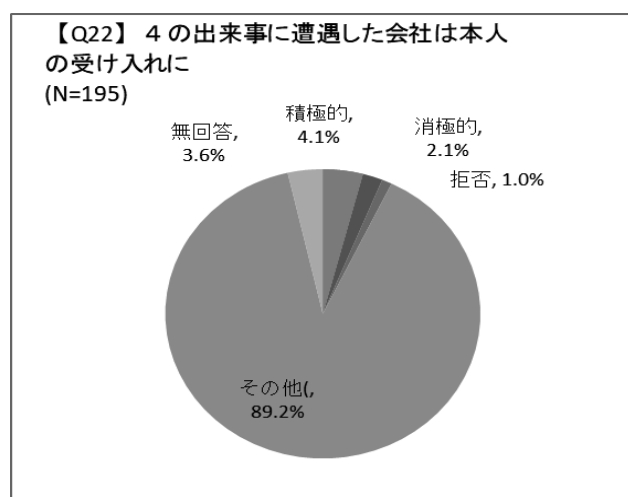
行政から事業所へ本人が復職の意思確認があるかどうかに関しては、復職意思があると確認された労働者は2.6%(5)にすぎず、86.6%(168)は復職意思は確認されていなかった。

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	3	4	7
適応障害	0	2	2
うつ病	5	21	26
双極性障害	0	3	3
神経症性障害	1	1	2
その他	1	5	6
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。 $(\chi^2$ 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%



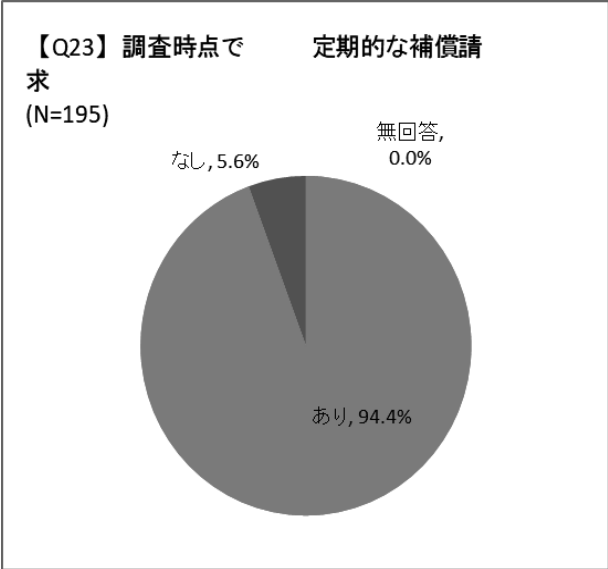
事業所は本人の復職を受け入れることに関して、積極的 4.1%(8)、消極的 2.1%(4)、拒否 1.0%(2)、その

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%

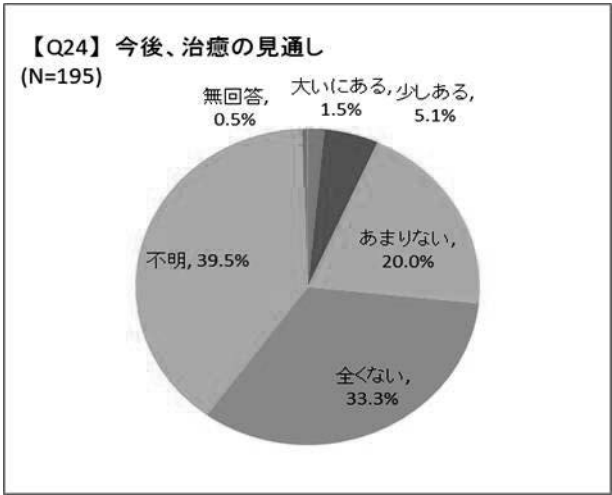
定期的な補償請求のある労働者は 94.8%(184)であり、定期的請求がない労働者は 10 名 (5.2%) であった。



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

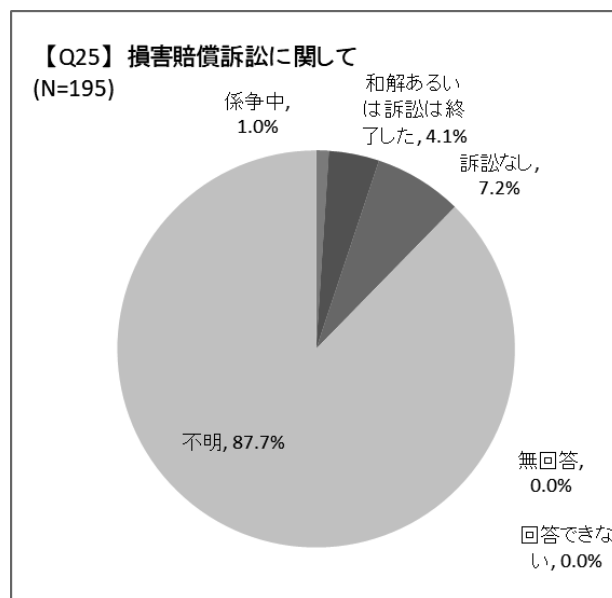
ICD-10 や DSM-5 で急性ストレス反応(障害)は 1 か月以内、適応障害も 6 か月以内と規定されているが、労災認定から 10 年以上経過しているにもかかわらず診断名が変わらず、認定時点と同じ病名で

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り、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くさざしがみえる、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く。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入社。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*

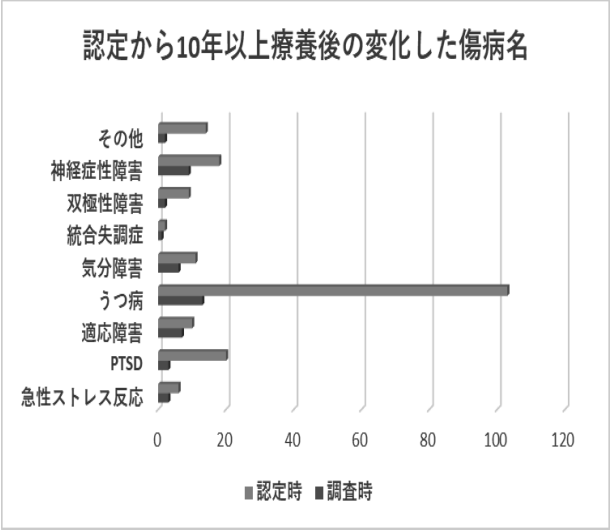
単変量ロジスティック回帰分析

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	3.85	69.23
	適応障害	3	2	0	14	0	0	2	7	28
		10.71	7.14	0	50	0	0	7.14	0	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	1
		0	0	0	80	0	0	10	0	10
	統合失調 症	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		0	0	0	0	0	0	0	100	100
	双極性障 害	0	0	0	3	0	0	0	1	4
		0	0	0	75	0	0	0	25	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	0
		5	10	25	60	0	0	0	0	0
	合計	10	8	13	46	3	2	12	3	50

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%

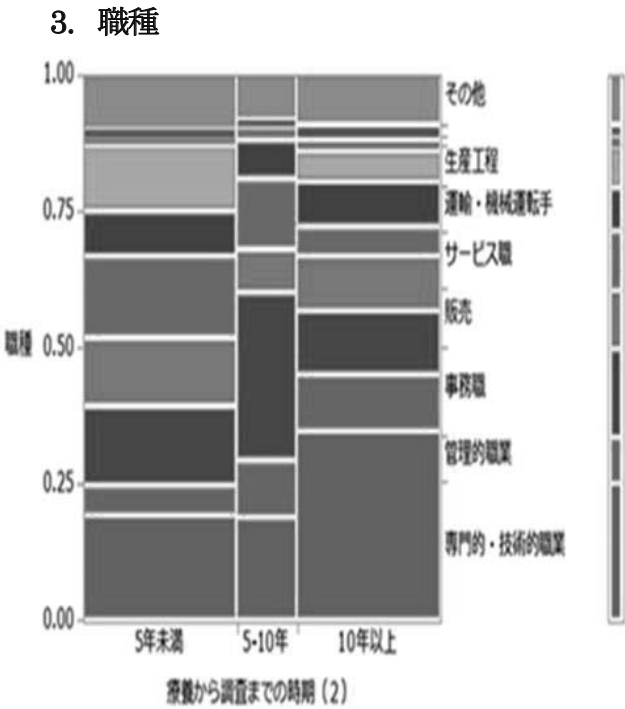
うつ病が圧倒的に多く 40.3 % (226)、次に PTSD13.5%(76)、適応障害 13.2%(74)であった。

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

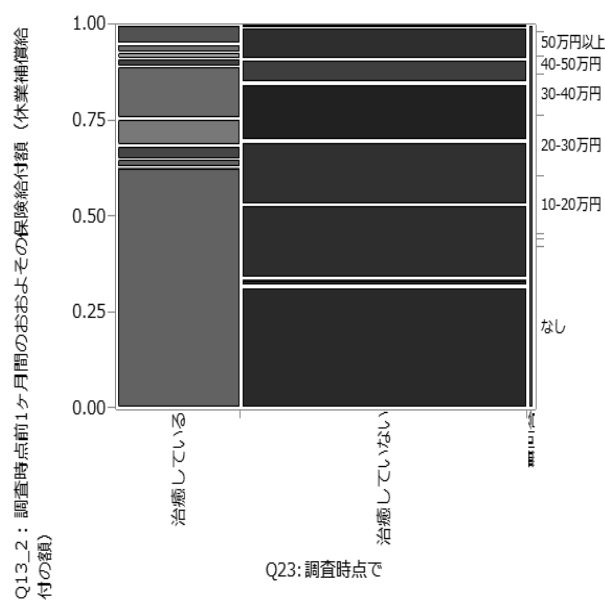
(1).過去 5 年間に年度ごとに治癒に至った事例

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



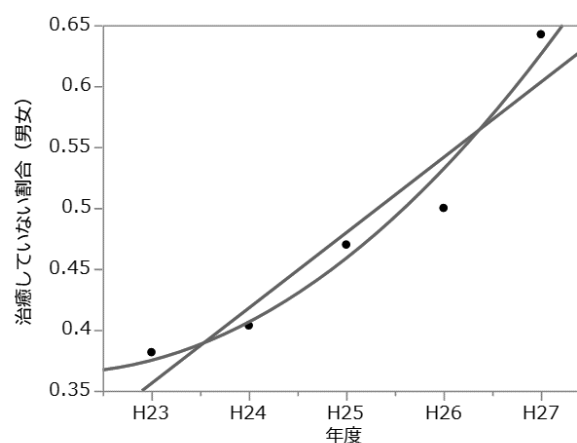
給付額	なし	5万円未満	5-10万円	10-20万円	20-30万円	30-40万円	40-50万円	50万円以上	無回答	
行%										
治癒	36	1	2	4	8	1	1	1	3	57
	63	1.75	3.5	7.02	14	1.75	1.75	1.75	5.26	
未治癒	42	3	0	25	22	20	8	11	1	132
	32	2.27	0	18.9	16.7	15.2	6.06	8.33	0.76	
無回答	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	100	0	0	0	0	0	0	0	0	
	81	4	2	29	30	21	9	12	4	192

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



— 直線のあてはめ
— 変換されたあてはめ to Square

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

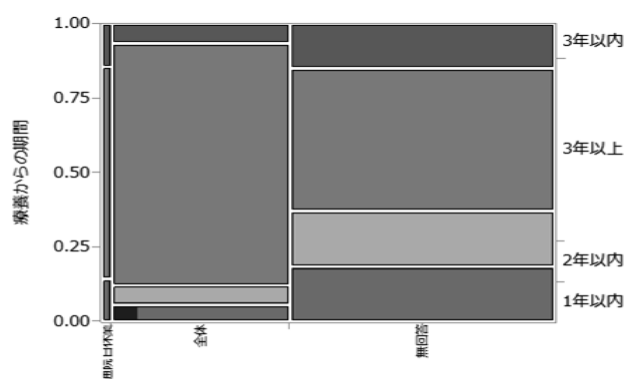
Cochran-Armitage の傾向検定 (増えていく傾向にあるかどうかの検定) 年度ごとに治癒していない割合が増えている。直線の当てはめ (緑: 0 次過程) と指数関数 (赤: 一次過程) の当てはめの比較を検討した。
治癒していない割合 (男女) = $0.2941664 + 0.0617969^*$
年度 1 年たつと 治癒していない割合が 0.0617 多くなるという関係であり、モデルとデータのフィッテ

ィングは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0.0104×2^2＝0.0416、3年目は治癒していない割合0.0104×3^2＝0.0936、4年目は治癒していない割合0.0104×4^2＝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。

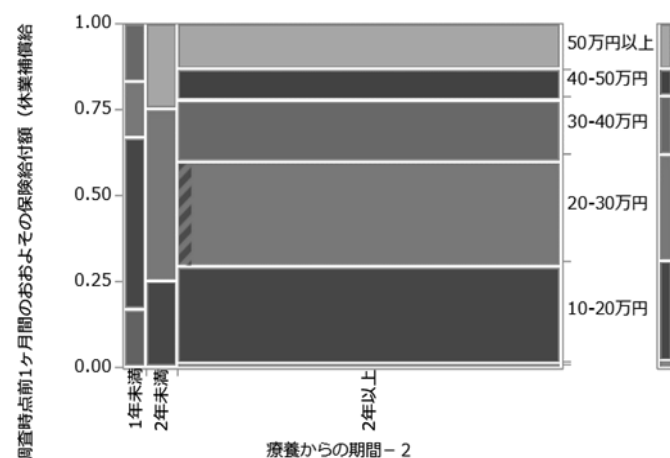
労災認定から4年経過して治癒している事例は53.2%(196)、治癒していない事例は44.6%(165)であり、治癒していない事例165例のうち、治癒の見通しがある事例は7.3%(12)にすぎなかった。さらに全休の事例(113)の療養期間と給付額に関しては、1年未満では休業給付額は20万円未満の事例が多いが、療養期間が2年を超えると20万円を超える事例が増えてくることが明らかになった。(P値＝0.0166*)休業が長期化している事例は多くの給付額が支給されていた。全休と回答のあった事例123例の中で労災認定から3年以上経過している事例は81.3%(100例)を占め、休業補償給付の支給額と療養期間に関しては、休業補償給付（全休）を受けている労働者の療養期間が長期化していた。(P<.0001*)また、治癒していない事例(145)の3年以上の療養事例は91%(132)であり、ほとんどの事例の療養期間が長期化すると言っても過言ではない。

<労災認定から4年の時点で全休者の療養状況>



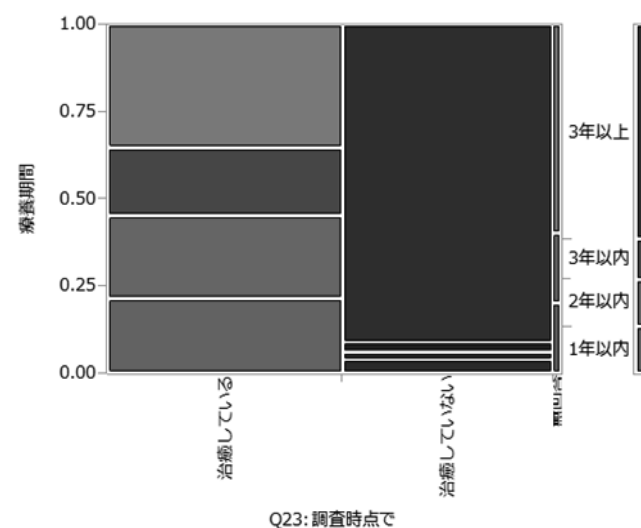
Q13_2_2: 休業補償給付の支給状況

<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

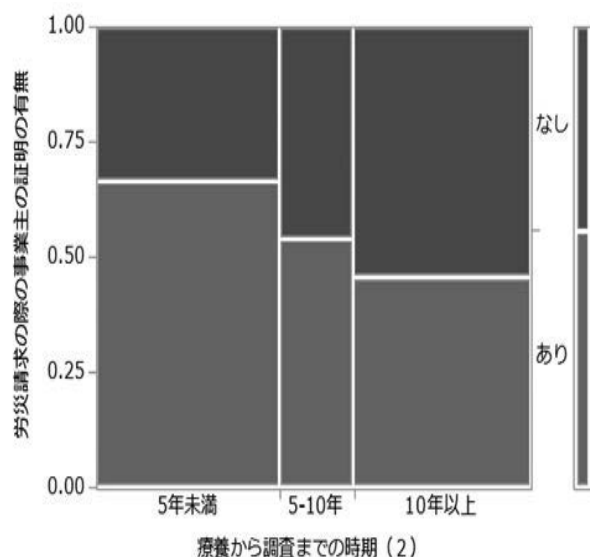
場復帰できず、個体側要因が主体となった病態と受け入れ側の問題が背景にあるものと推測された。職場復帰を果たしている事例は 16 例であり、出来事に遭遇した会社への復職事例は 9 例、別の会社は 4 例、無回答は 3 例であった。

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

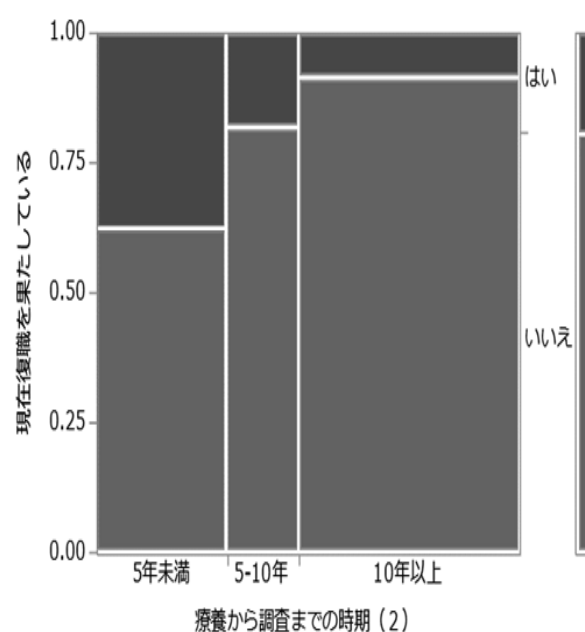
認定時の傷病名は、うつ病が圧倒的に多く40.3%(226)、次にPTSD13.5%(76)、適応障害13.2%(74)であった。病名の変更で多いのは、気分感情障害58.8%で17例中10例が他疾患へ変更(うつ病への変更事例は8例)、神経症性障害は28例中18例が変更(変更率64.3%)、うつ病6例、その他5例等に変更されていた。PTSDは認定時76例中26例が変更され、統合失調症、うつ病、神経症性障害へと変更されていた。神経症性障害は28例中18例が変更され、うつ病、適応障害へと変更されていた。適応障害は74例中、38例(37.8%)がうつ病、双極性障害へと変更されていた。全体の561例中26.2%(147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

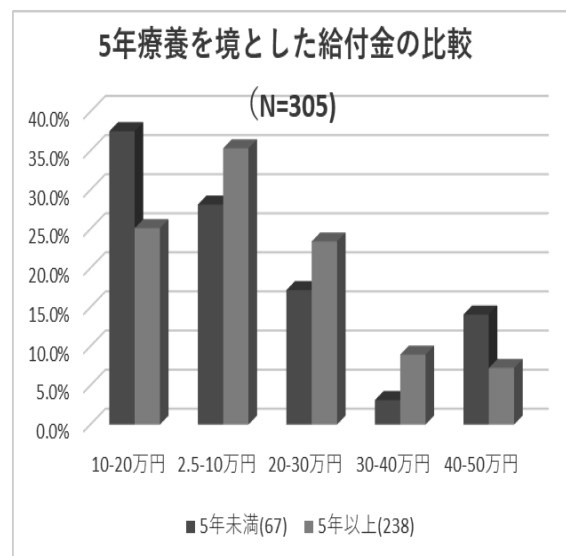


次に職場復帰に関しては、療養者の中で職場復

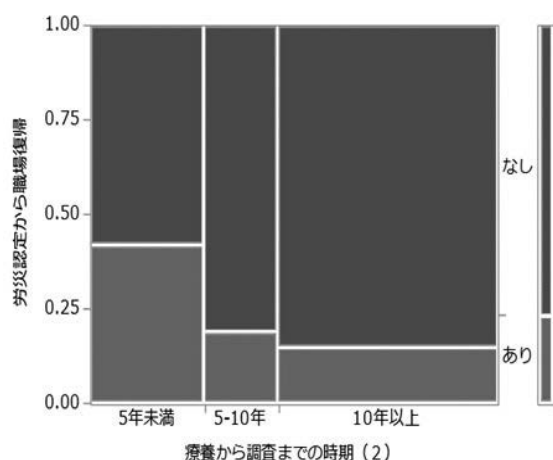
帰をしていない事例の割合は、5年未満：62.2%(74)、5～10年：81.8%(54)、10年以上：91.5%(184)と長期療養になるにしたがい、職場復帰できない状況が明らかになった。急性ストレス反応は36.8%(7)、PTSD35.2%(19)、適応障害33.3%(17)、うつ病12.8%(12)が復帰しており、気分感情障害、双極性障害は100%職場復帰していないという結果が得られた。



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。

③ 2015 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。

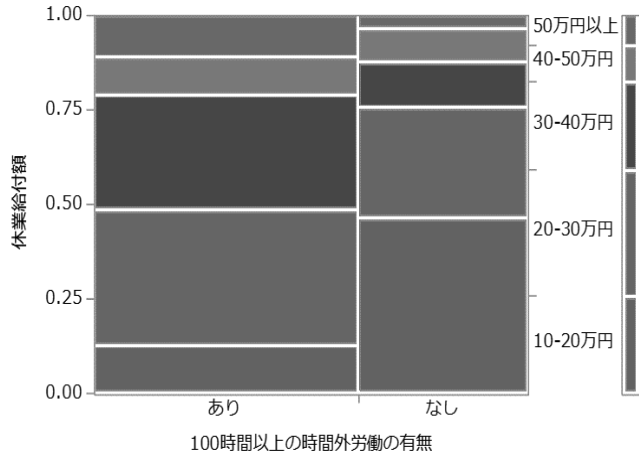
5. 休業給付金と時間外労働

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ことが明らかにされた。(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。

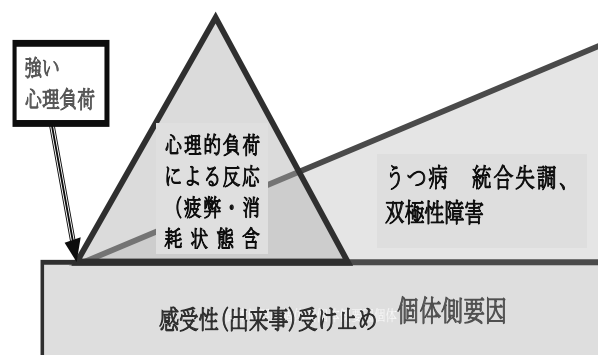
6. 精神科病態の変遷と背景

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。

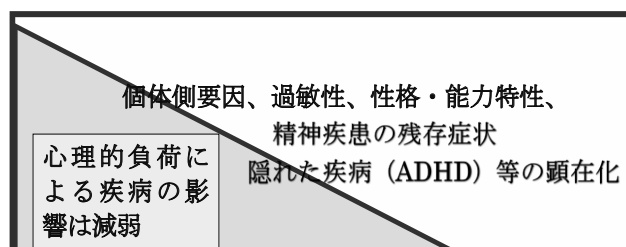


労災認定の判断指針前に「心因性精神障害の業務上認定に際する留意事項（労働省）」があり、心因性精神障害は「その他業務に起因することの明らか疾病」として対象疾病は、神経症、心身症、反応性うつ病等の精神的原因（心因）による精神障害と規定されていた。そして業務上疾病として労災認定するためには、

- 1)十分な強度の精神的負担が業務に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

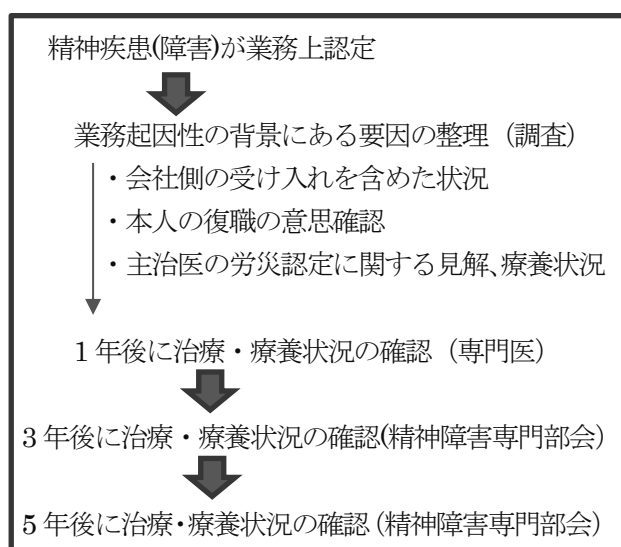
な労災保険給付を受け取れる」との意見を裏付けるものであり、果たして、このような長期療養事例が、適切な療養が行われているのか疑問を感じざるを得ない。そして、今年度調査でも不明・無回答 15 例を除いた 179 のうち職場復帰をしたことがない事例は 85.0%(152)であり、精神障害で労災認定となった患者は、職場復帰や社会復帰をほとんどの事例が試みていないという結果が得られた。このことは、まさしく早期に職場（社会）復帰させる労災補償が、精神障害に関しては、むしろ職場（社会）復帰を阻害している因子として作用していると言っても過言ではない。

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 28 年度労災疾病臨床研究事業費
精神疾患により長期化する労働者の病状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

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

その結果、労災案件の治療プログラムの利用は極めて少ない実態が明らかとなった。職場復帰を目的としたプログラムは、労災案件においても精神症状の回復と職場復帰に向けた就労可否の評価に活用できると考えられ、労災の場合も積極的に治療機関を利用することで早期に適切な就労に結び付けることができる可能性があり、そのためにも労災病院等の専門医療機関と治療機関との連携なども検討する必要がある。また、治療プログラムの長期利用者の調査結果から疾患によって異なる背景因子があることが判明し、治療プログラムの工夫がその効果をさらに上げることが出来る可能性がある。

研究協力者：林俊秀（うつ病リワーク研究会、メディカルケア虎ノ門）

A. 研究目的

うつ病などの精神疾患で休職した労働者に対し、職場復帰と再休職予防を目的としたリハビリテーションであるリワークプログラム（以下、プログラム）を実施する治療プログラム実施医療機関（以下、治療機関）は全国で 210 施設を超えている。プログラムに参加する労災を原因とした患者は必ずしも多くはないと推測されるが、労災とは認定されていないにしても、精神疾患を発症した要因として職場や業務の要因が直接・間接的に影響していることはこれまで

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

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

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

研究1

B. 研究方法

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

C. 研究結果

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

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

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

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

が1例、であった（表5）。

研究2

B. 研究方法

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

C. 研究結果

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

長期休職事例の概要については994例の回答があった。性別では男性が744例（74.8%）、女性が246例（24.7%）、不明4例（0.4%）であった（表7）。年齢は平均44.3歳で、最低は20歳、最高は63歳であった。プログラムへの参加状況は、現在プログラム参加中が334例（33.6%）、プログラムをすでに終了または中止が650例（65.4%）、不明・未回答が10例（1.0%）であった（表8）。

ICD10診断としては、気分（感情）障害（F3）が802例（80.7%）で最も多く、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（F4）が109例（11.0%）、統合失調症、統合失調症型および妄想性障害（F2）が36例（3.6%）、心理的発達の障害（F8）が29例（2.9%）、精神作用物質使用による精神および行動の障害（F1）と成人のパーソ

ナリティおよび行動の障害（F6）がともに10例（1.0%）、精神遅滞〔知的障害〕（F7）と小児及び青年期に通常発達する行動及び情緒の障害（F9）がともに5例（0.5%）、生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群（F5）が2例（0.2%）、症状性を含む器質性精神障害（F0）が1例（0.1%）であった（表9）。

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

キーワード群の中で案件数が最も多かった群は「精神疾患群」343件であり、「発達障害」や「双極性障害」、「不安障害」などのキーワードが含まれていた。次いで「家族関係群」が242件で、「家族」や「子」、「離婚」、「（身内の）死」などのキーワードが含まれていた。次いで多かったのは「対人関係」や「人間関係」などのキーワードが含まれる「コミュニケーション群」133件で、次いで「上司」や「恐怖」、「パワハラ」などのキーワードが含まれる「いじめ群」107件、「異動」や「能力」などのキーワードが含まれる「業務適正群」97件とつづいた。

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

D. 考察

研究1では、治療施設における労災案件は1割の施設であったが、複数の事例を持つ施設はなかった。概要としては40代の男性が長時間労働やパワハラを背景に気分障害を発症するという案件が多かった。これまでのリワークプログラムの総利用者の割合からみてもかなり少ない割合であり、今後さらに多くの利用が望まれる実態が明らかとなった。

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

各ケースの背景・要因について記載の内容を整理するために文中のキーワードを抽

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

診断別に分類したところ統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害（F2）、気分（感情）障害（F3）、神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害（F4）、心理的発達の障害（F8）いずれにも多く含まれるキーワードとしては「コミュニケーション群」であったことから、いずれの疾患においても周囲とのコミュニケーションの不調が表面化することが背景・要因として存在するといえる。また、各診断名別にみると背景要因に違いがあり、疾患の特異性が影響を与えていた。統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害（F2）では能力障害の存在に加えて（身内の）死などの家族的背景が大きいと考えられた。気分（感情）障害（F3）では、上司などの業務上の対人関係に加えて子供などの家族的要因が存在すると思われる。神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害

（F4）では、上司との対人関係や異動、業務へのモチベーションなどの要素に加え、家族や家庭における課題があった。心理的発達の障害（F8）では、上司との対人関係や叱責に加え、異動やモチベーションなどの職場の要因が主な要因であった。

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

E. 結論(今後の研究の方向性)

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

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

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

■（表1）労災事例有無

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

労災事例14件の内訳

■（表2）性別

	度数	%
合計	14	100.0
男性	12	85.7
女性	2	14.3

■（表3）リワーク参加状況

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

■（表4）診断名

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

■（表5）背景・要因

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

■（表6）長期休職事例有無

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

概要報告のあった長期休職事例994件の内訳

■（表7）性別

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

■（表8）リワーク参加状況

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

■（表9）診断名（複数回答）

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

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

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

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

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

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

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

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

別紙1

平成 28 年度労災疾病臨床研究
精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆの判断に係る臨床研究
分担研究：治療プログラム実施機関における長期療養の就労（復職）に関する調査研究

これまでのリワークプログラム利用者における労災事例に関する調査のお願い

リワークプログラムの利用者における労災事例についてお聞きします。

問 1．これまでに労災事例はありましたか。

あった → 件数 件
なかった

問 2．問 1 で「あった」と答えた方にお聞きします。

労災事例の概要についてご記入ください。

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

2 例以上ある場合は、コピーしてご記入をお願いいたします。

別紙2

平成 28 年度労災疾病臨床研究

精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆの判断に係る臨床研究
分担研究：治療プログラム実施機関における長期療養の就労（復職）に関する調査研究

これまでのリワークプログラム利用者における長期休職事例に関する
調査のお願い

※これまでの休職期間の合計が2年以上の案件を長期休職案件とします。

リワークプログラムの利用者における長期休職事例についてお聞きます。

問1. これまでに長期休職事例はありましたか。

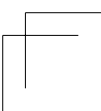
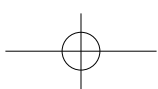
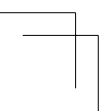
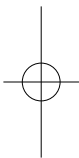
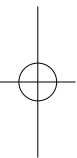
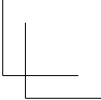
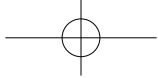
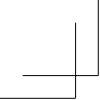
あった → 件数	件
なかった	

問2. 問1で「あった」と答えた方にお聞きします。

長期休職事例の概要についてご記入ください。

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

2 例以上ある場合は、コピーしてご記入をお願いいたします。



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
参加時は面談を実施、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

労災の場合は受け入れない
現在労災患者の受け入れは行っていない。(受入条件変更によるもの)
受講するプログラムを限定することがある(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退職してしまう(失職)方は、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ると考え、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
長期休業・難治ケースでは、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

■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</u> 、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 <u>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、個人的に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</u> します。
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があります。
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
(総括編)

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」）についてサンプリング調査を企画、実施した。本調査から、休復職過程の取り組みの現状を把握するとともに安定就労に寄与もしくは阻害する要因を抽出し、これからの諸対策に活用することをめざした。

対象事例は、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。調査は調査用紙を産業医、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、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、連携における困難点などが具体的に明らかとなった。本成績はわが国を代表する専門医による回答であることから、実務的なスタンダードとしての側面も有する。

さらに、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。

これは、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を示唆する。

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。

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、主治医の協力が少ない、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

本研究では2年間にわたり調査用紙を産業医、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（表8）

(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 要休業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

本研究では、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、実施した結果、本領域の専門医である精神科産業医から126例、同じく精神科主治医から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、困難点などが具体的に明らかとなった。本成績はわが国を代表する専門医による回答であることから、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；適性検査とその事後措置の有用性に関する検討。職場における新たな精神疾患罹患労働者に対するメンタルヘルスのあり方に関する研究(分担)、平成22年度～24年度厚生労働科学研究総合研究報告書、
- 2) 渡辺洋一郎；メンタルヘルス不調による休職者における職場再適応方法の検討 ～労働者の適性を重視した職場異動の有効性～ 職場における新たな精神疾患罹患労働者に対するメンタルヘルス

のあり方に関する研究(分担)、平成22年度～24年度厚生労働科学研究総合研究報告書、

3) 渡辺洋一郎；精神科医との連携法を知りたいここが知りたい 職場のメンタルヘルスケア 精神医学の知識&精神医療との連携法（日本産業精神保健学会 編），単 2011 南山堂

4) 渡辺洋一郎；職場のメンタルヘルスの不調に気づく：産業医と精神科主治医との連携 Modern Physician 36(1) 71-74 単 2015 新興医学出版社

5) 渡辺洋一郎；ストレスチェック制度を産業精神保健の中にどう位置づけるか 単 精神科治療学 31(1)，13-19 星和書店

6) 渡辺洋一郎；ストレスチェック制度の狙いと課題 共 2015 （公財）日本生産性本部生産性労働情報センター

7) 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

8) 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

9) 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

10) 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

11) 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

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

と安定就労に効果的な産業医と精神科主治医の連携のあり方産業精神保健単 24(2):84-92

2016 日本産業精神保健学会

6) 神山昭男. "医療機関における業務遂行力回復への試み"日精診ジャーナル 単42(6):71-79 2016 (公社)日本精神神経科診療所協会

7) 神山昭男. 職場不適応と適応障害をめぐって健康管理 単63(12):2-17 2016 保健文化社

8) 神山昭男. 適応力を上げるための支援とは健康管理 共63(12):18-25 2016 保健文化社

9) 神山昭男. 救急医療43精神科—(3) 精神科の救急 元気がいいね 単 99:7 2016東京都医師会

10) 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～産業ストレス研究 単24(1):35 2016 日本産業ストレス学会

11) 神山昭男. ストレスチェック制度の実施から見えてきたこと—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

12) 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

13) 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

14) 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って—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

15) 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 単精神医療からみ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

(7) 2018年7月 第10回日本外来臨床精神医学会

(8) 2018年11月 第26回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

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) 2016年6月 第112回日本精神神経学会

(2) 2016年11月 第24回日本産業ストレス学会

(3) 2017年6月 第23回日本精神神経科診療所協会研究大会

(4) 2017年7月 第14回日本うつ病学会

(5) 2018年6月 第24回日本精神神経科診療所協会研究大会

(6) 2018年6月 第114回日本精神神経学会

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 表8 研究成果の一覧 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、確認の可否
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)

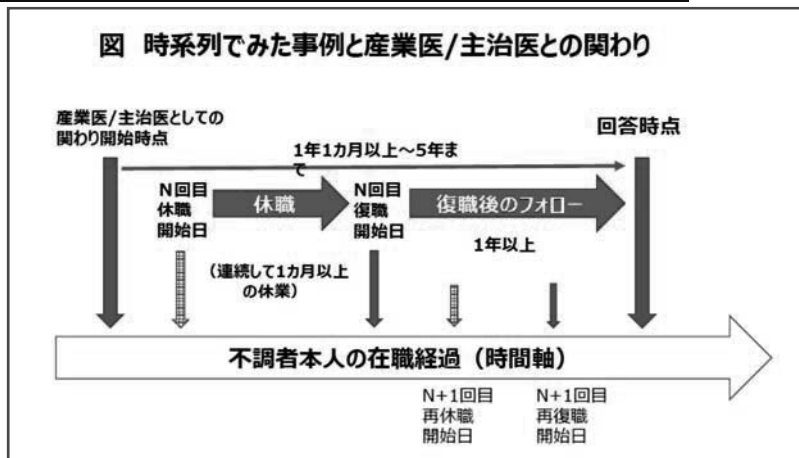


表2 回答者のプロフィール

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	
1	はい	63	28	14	10	77	38	115
2	いいえ	5	2	1	3	6	5	11
3	その他	0	0	0	0	0	0	0
計		68	30	15	13	83	43	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	
1	2年未満	9	2	2	1	11	3	14
2	2年以上、4年未満	16	6	3	2	19	8	27
3	4年以上、10年未満	34	20	8	7	42	27	69
4	10年以上	7	1	2	2	9	3	12
計		66	29	15	12	81	41	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	
1	2年未満	4	1	0	0	4	1	5
2	2年以上、4年未満	1	2	0	0	1	2	3
3	4年以上、10年未満	30	13	9	8	39	21	60
4	10年以上	31	13	6	4	37	17	54
計		66	29	15	12	81	41	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	
1	2年未満	15	5	2	3	17	8	25
2	2年以上、4年未満	14	5	4	7	18	12	30
3	4年以上	19	20	8	6	27	26	53
計		48	30	14	16	62	46	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	
1	大学	5	2	1	1	6	3	9
2	大学以外の総合病院	5	1	1	0	6	1	7
3	単科精神科病院	7	4	4	7	11	11	22
4	診療所	31	23	8	8	39	31	70
計		48	30	14	16	62	46	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	
1	2年未満	0	0	0	1	0	1	1
2	2年以上、4年未満	6	2	1	3	7	5	12
3	4年以上、10年未満	5	2	0	2	5	4	9
4	10年以上	37	26	13	10	50	36	86
計		48	30	14	16	62	46	108
p値		NS		NS		NS		

表3 事例のプロフィール

	男							女							総計
	未婚	既婚	離婚後	死別	不明	他	計	未婚	既婚	離婚後	死別	不明	他	計	
30歳未満	12	3	0	0	0	0	15	8	0	0	0	0	0	8	23
30-39歳	16	11	1	0	0	0	28	7	3	0	0	0	0	10	38
40-49歳	5	34	0	0	1	0	40	1	4	1	0	0	0	6	46
50-59歳	5	10	0	0	0	0	15	3	1	0	0	0	0	4	19
総計	38	58	1	0	1	0	98	19	8	1	0	0	0	28	126

主 3.年齢\5.婚姻 (男女別)

	男							女							総計
	未婚	既婚	離婚後	死別	不明	他	計	未婚	既婚	離婚後	死別	不明	他	計	
30歳未満	7	1	0	0	0	0	8	2	1	0	0	0	0	3	11
30-39歳	10	13	0	0	0	0	23	8	4	0	0	0	0	12	35
40-49歳	9	28	0	0	0	1	38	5	7	0	1	0	0	13	51
50-59歳	1	12	0	0	0	0	13	2	0	0	0	0	0	2	15
総計	27	54	0	0	0	1	82	17	12	0	1	0	0	30	112

産 5.婚姻\4.住まい (男女別)

	男					女					総計
	单身	同居	その他	不明	計	单身	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
	单身	同居	その他	不明	計	单身	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	
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	
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

	回答	男		女		男女計		総計
		A	B	A	B	A	B	
1	正社員・一般職	61	26	14	11	75	37	112
2	正社員・管理職	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

	回答	男		女		男女計		総計
		C	D	C	D	C	D	
1	正社員・一般職	42	26	12	14	54	40	94
2	正社員・管理職	9	3	2	1	11	4	15
3	正社員以外の社員	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 カ月以上)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 カ月以上)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			

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-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			

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	不安障害	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	パニック障害	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	パニック障害	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	パニック障害	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

座) 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

	男		女		男女計		総計
	A	B	A	B	A	B	A+B
1	回答						
	実施していない						
2	実施した						
計							
p値							
	NS		NS		NS		
	39	17	3	5	42	22	64
	29	13	12	8	41	21	62
	68	30	15	13	83	43	126

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	
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
3	不明	2	5	1	2	3	7	10
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			

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			

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			

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			

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	勤労性・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

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	勤労性・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おいつかない	0	1	0	1	0	2	2	4.3
9	主治医の協力がいない	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-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	本人の勤労性・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

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	本人の勤労性・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おいつかない	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	心身の消耗をう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	心身の消耗をう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

表8 研究成果の一覧

章番号	設 問 テ ー マ	設問内容	設問番号	産業医分		主治医分		回答概要に関する 産業医分と主治医分の比較
				回答概要	安定就労群と不安定就労群の比較	回答概要	安定就労群と不安定就労群の比較	
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。	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）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）であった。再休業群は産業医分は20%を占めた。（表7、E-36）	回収した調査事例の内訳は、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、主治医分36例（表中でD群）、全体では78例であった。再休業群は主治医分は13.8%を占めた。（表7、E-36）	
2		回答者のプロフィール（表2）		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。		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に関わる傾向が認められた。		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は無婚が多い。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は無婚が多い。同居中と単身生活の比率は男性が7:1、女性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、女性は無職が多い。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。		

5	事例の病歴（表5）				
	(1) 精神・行動面の障害の既往（開わり以前）	(設問9)	全体に既往の有無は半々にわかれた。	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。	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（開わり以前）	(設問10)	全体に既往なしが8割と多数を占めた。	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（ $p<0.01$ ）ともに有意差が認められた。	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（開わり以前、1カ月以上）	(設問11)	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。	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。
	(4) 精神・行動面以外の障害による休業歴（開わり以前、1カ月以上）	(設問12)	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。		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。

(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)	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。		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	(設問22)	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、各々1割台、これら6項目で9割弱を占めた。		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。		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、が共通、主治医、産業医は互いに連携に困難を感じている。
(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)	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。		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。		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ともに9割を占める。
(12) 産業医の見込み診断病名	(設問24)	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。	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。		主治医に比し産業医のみなし診断病名は多種類の傾向。
(13) 休職中の療養場所	(設問25)	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。		全体では、自宅が8割強、実家を含めると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	(設問26)	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。		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。		本人と休業中の職場との接触について、産業医、主治医の立場で考え方が異なる傾向。

(9) 復職時の就業上の配慮の内容	(設問35)	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%。		全体では、業務負担の軽減、就業時間制限が各々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%。	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、産業医と主治医との情報提供・連携の確認、家族への支援協力依頼、上司の変更など。
(10) 復職1年後の就業状況	(設問36)	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%。		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)	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5項目で8割強を占めた。		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。	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。
(12) 復職1年後の不安定就労の理由	(設問38)	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1割、合わせて3割強、対人支援環境として、上司の指導力が強い、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、主治医の協力が弱い、など。		全体では、就業環境との不具合、業務負担の段階的調整が1割、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。	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)	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%。		全体では、心身の消耗をうかがわせる本人の所見が多で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%。	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同じ。

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

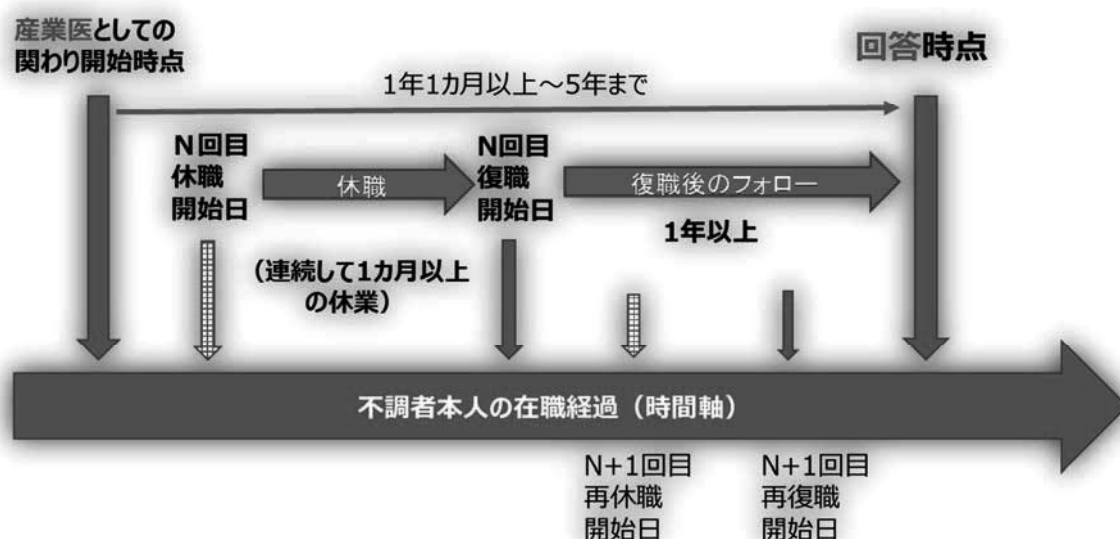
事例の選択は下図をご参照ください。すなわち、

- 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、治療の必要性とメリットを説明し受診勧奨をした ⑦本人の同意を得て主治医と情報交換を行った ⑧規則逸脱に対して指摘し改善を求めた ⑨家族(親族)に職場の対応に関する理解、支援を求めた ⑩その他(具体的に)

22. 産業医として、21 の取り組み中に困難を感じた点(複数選択可)

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

23. 主治医発行の要休職と記載の診断書における病名(複数選択可)

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

24. 産業医の(見込み)診断病名(複数選択可)

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

25. 休職中の療養場所

①本人の自宅 ②本人の実家 ③①と②の双方 ④その他(具体的に)

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

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

E. 産業医として関わった復職過程

27. 復職の可能性を示唆する情報の出所(複数選択可)

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

28. 復職の可能性を示唆する情報の内容(複数選択可)

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

29. 復職可能性の具体的確認方法(複数選択可)

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

30. 職場が企画実施する復職準備プログラム

- ①実施しない(29のいずれかの方法のみ) ②実施した

31. 30が②の場合、実施期間

- ①1カ月以内 ②3カ月以内 ③半年以内 ④半年以上

32. 30が②の場合、復職判定のタイミング

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

33. 職場における復職可能性の最終判定(複数選択可)

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

34. 復職時の就業上の配慮

- ①実施しなかった ②実施した

35. 34が②の場合、実施内容(複数選択可)

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

36. 復職後 1 年間の就業状況

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

37. 36 が①の場合、最大の理由(3 つまで選択可)

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

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

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

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

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

以上です。ご協力ありがとうございました。

回答用紙(Ⅱ:主治医として関わった事例:全6ページ)

1. 記入・送付要領

代表例として2つの方法があります。いずれかの方法を選択してください。

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

* 送付・連絡先: 厚労省研究事業 渡辺・神山班 事務局

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

アドレス: kouyama@sakuramedicine.com ファクス: 03-6914-5334

2. 事例の選択について

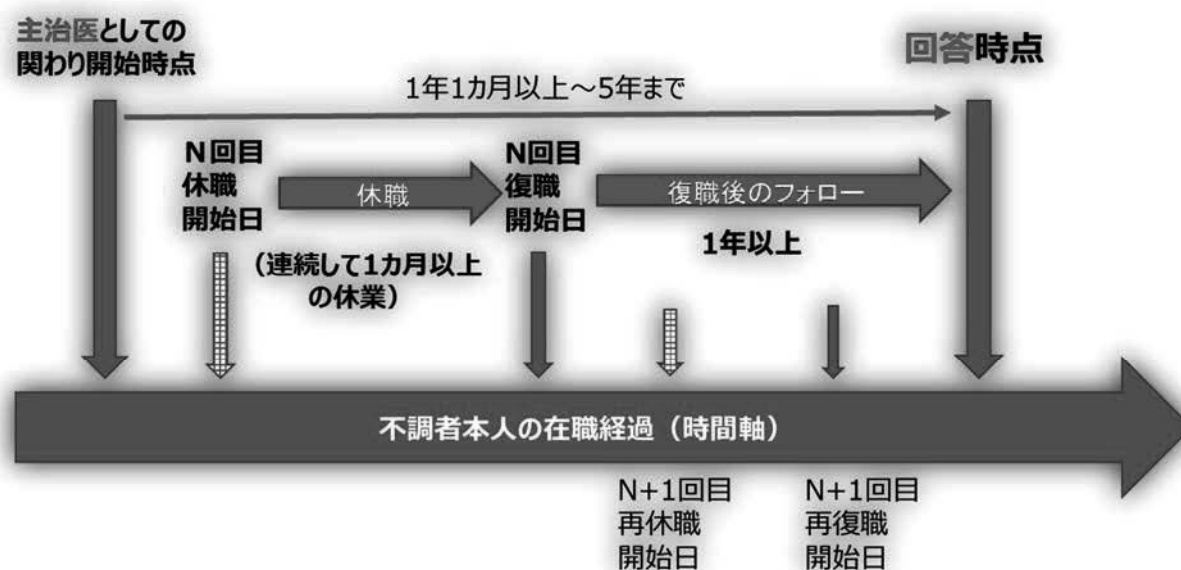
事例の選択は下図をご参照ください。すなわち、

- 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 ⑤不自然・場違いな言動 ⑥上司の指示を守れない ⑦所在不明・連絡不能
⑧周囲との協調性が保てない ⑨その他の就業規則を逸脱した行為、行動
⑩その他(具体的に)

20. 19 が①の場合、具体的に早退、遅刻、欠勤の頻度は

①月 5 日以上 ②月 10 日以上 ③月 15 日以上 ④不明

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

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

22. 主治医として、21 の取り組み中に困難を感じた点(複数選択可)

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

23. 主治医発行の要休職と記載の診断書における病名(複数選択可)

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

24. 産業医の(見込み)診断病名

①承知していない ②23 と同じ ③23 の選択以外の診断

25. 休職中の療養場所

①本人の自宅 ②本人の実家 ③①と②の双方 ④その他(具体的に)

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

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

E. 主治医として関わった復職過程

27. 復職の可能性を示唆する情報の出所(複数選択可)

①本人 ②家族 ③復職支援プログラム担当スタッフ ④その他(具体的に)

28. 復職の可能性を示唆する情報の内容(複数選択可)

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

29. 復職可能性の具体的確認方法(複数選択可)

①生活日誌の記載・提出 ②専門施設におけるリワーク・各種復職準備プログラムの参加実績 ③自主トレ(図書館、職場近辺への通勤・通所練習)の実績 ④人事・上司との面談 ⑤本人の休職前のふりかえり書類の提出 ⑥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)

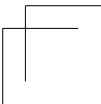
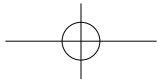
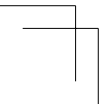
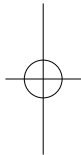
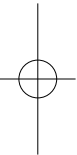
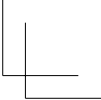
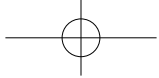
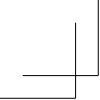
38. 36 が③もしくは④もしくは⑤の場合、最大の理由(3 つまで選択可)

- 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 28-29 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。

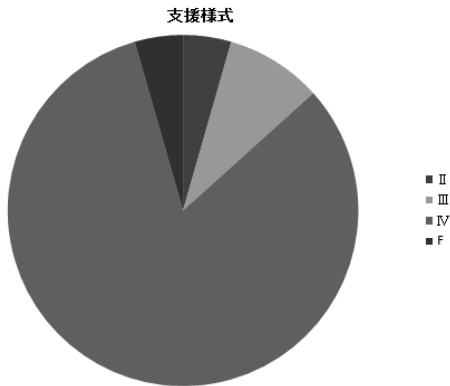
C. 研究結果

対象者 50 例の経過記録から、別表（最終頁）のように整理した。

（n=45、全項目・変数がそろわないものが 5 例あった。）

（1）支援の様式を以下のように分類した結果を示す。

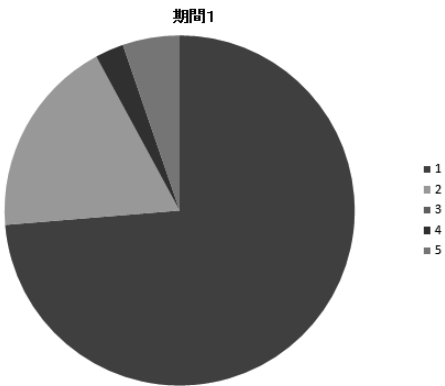
援の様式の分類（主な連携先）	I：労働者自身によるセルフケア
	II：管理監督者が施すラインによるケア
	III：事業場内の産業保健スタッフによるケア
	IV：事業場内外の連携（事業場外担当医療機関）
	F：家族によるケア



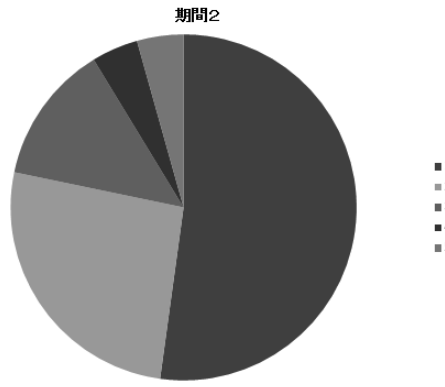
（2）支援期間については、以下の通りであった。

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

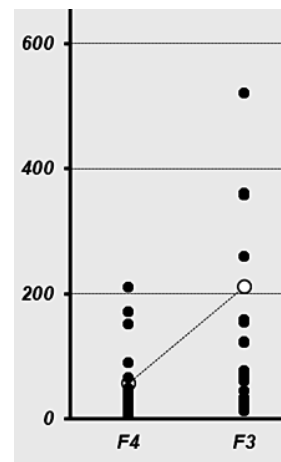
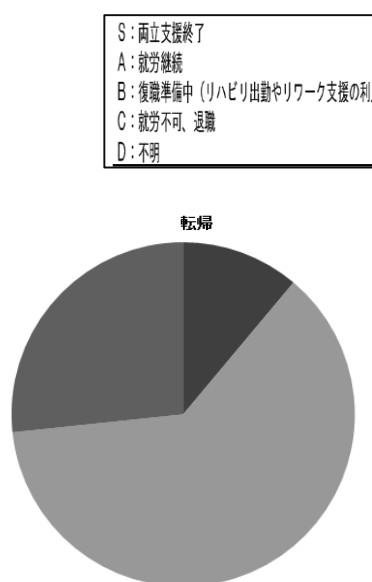
①寛解に至るまでの期間



②復職に至るまでの期間



(3) 就労状況と転帰



F4 VS F3 remission
($P < 0.05$ significant difference)

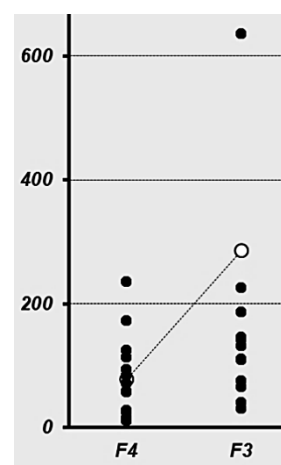
(4) F3: 気分障害圏

①寛解に至るまでの期間 (n=22)

211.8 ± 388.3
mean $\pm$ SD (days)

②復職に至るまでの期間 (n=13)

286.5 ± 487.2
mean $\pm$ SD (days)



F4 VS F3 re-work
(no significant difference)

(5) 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 $\pm$ SD (days)

②復職に至るまでの期間 (n=14)

78.5 ± 65.9
mean $\pm$ SD (days)

D. 考察

今回検討した対象症例において、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る。全国のうつ病等を対象とした医療機関のリワーク利用期間の平均は約 6 か月であり、今回の気分障害圏の結果は大きく矛盾しないものであった。気分障害圏に罹患した労働者の復職については、前年度までの当研究に関連した労災疾病臨床研究事業や我々の先行知見から、3 か月以内に主治医と職域産業医等との連携(4つの視点からの現状評価と情報共有)が治療効果にも関連していることを示唆している。比較的早期にこのような意味での連携が機能することが可能な限り早期の復職をかなえる要因であると考えられた。

E. 発表業績 (平成 28-29 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．がんに関連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
 - 15) 小山文彦: 労働者健康安全機構主催「復職 (両立支援) コーディネーター研修」の概要. 産業医学ジャーナル 40(2), 2016
 - 16) 小山文彦: メンタルヘルス不調者をめぐる主治医と産業医等との連携がもたらす治療効果に関する検討. 産業精神保健 24 巻 2 号, 100-105, 2016.
 - 17) 小山文彦: 治療就労両立支援コーディネーターの養成. 日本医師会雑誌 144 巻 12 号 特集「勤労者のメンタルヘルス」, 2481, 2016.
 - 18) Koyama F: Collaboration between primary and industrial physicians in treatment of workers with mental health disorder. 外来精神医療 16(1), 2016
 - 19) 小山文彦: 高ストレス者の不調予防と治療就労両立支援の実践. ヘルス・ビュー 81: 2-3, 2016
 - 20) 小山文彦: 治療就労両立支援コーディネーターの養成. 日医雑誌 144 巻 12 号, 2481, 2016
 - 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)
 - 7) 小山文彦: 基調講演 (大会長講演) 「メンタルヘルス研究の知見と臨床・産業保健活動との相互補完」 (第 24 回日本産業ストレス学会, 2016 年 11 月, 東京)
 - 8) 小山文彦: メンタルヘルス不調と過労死・労災リスク—ストレスチェック時代における留意点— (第 64 回日本職業・災害医学会学術大会シンポジウム 「高齢労働者の過労死予防」, 2016 年 10 月, 仙台)

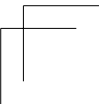
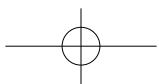
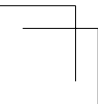
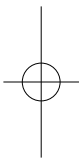
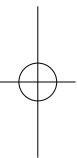
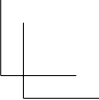
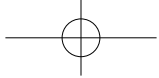
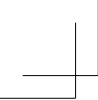
【当研究・両立支援に関する学会発表】

- 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)
- 9) 小山文彦: 労働災害とメンタルヘルス (第 53 回全国建設業労働災害防止大会シンポジウム, 2016/9, 名古屋)
- 10) 小山文彦: 高ストレス者の疾病性評価と一次予防ツールが活きる職場風土の醸成 (第 23

- 回日本産業精神保健学会・メインシンポジウム「ストレスチェック制度義務化後の諸問題」, 2016年6月, 大阪)
- 11) 小山文彦: メンタルヘルス不調に罹患した労働者をめぐる主治医と産業医等との医療連携にかかる調査研究 (第23回日本産業精神保健学会・シンポジウム「主治医と産業医の連携効果に関する実態調査」, 2016年6月, 大阪)
- 12) 小山文彦: メンタルヘルス不調者をめぐる主治医と職域間の連携と治療効果との関連性 (第112回日本精神神経学会・シンポジウム「精神科主治医と産業医等の連携強化の方策とその効果に関して」, 2016年6月, 幕張メッセ)
- 13) 小山文彦: 労災リスク事例の特徴と面接指導における留意点等 (第112回日本精神神経学会 ワークショップ「精神科医のための産業医実務トレーニングストレスチェック制度導入後への対応を学ぶ」, 2016年6月, 幕張メッセ)
- 14) 田村和佳子, 小山文彦: 建設業における新たなメンタルヘルス対策の展開ー建災防方式健康KYと無記名ストレスチェックー (第24回日本産業ストレス学会, 2016年11月, 東京)
- 15) 前田隆光, 松田由美江, 森村和恵, 小林宏美, 海保知宏: リワーク再利用率の背景より効果ある対応を模索する (第24回日本産業ストレス学会, 2016年11月, 東京)

別表

疾患名 (ICD-10)	支援期間	初診日から寛解	休業日から職場復帰に至るまでの期間	①	②	疲労状況	支援月 中の休業 の有無	主なる の障害	診断状況
通応障害 (F43.22)	X年3月24日～5月14日	X年3月24日～X年3月31日		1		prS	無	F	S
混合性不安抑うつ障害 (F34.1)	X年6月1日～10月25日	X年5月～7月16日		1	2	abA	有	IV	A
混合性不安抑うつ障害 (F34.1)	X年3月26日～7月末	X年3月26日～4月上旬		1		prA	無	IV	A
混合性不安抑うつ障害 (F34.1)									
非器質性不眠症 (F51.0)	X-3年7月30日～X年10月30日	X-2年6月～X-2年9月末		1	1	abA	有	IV	A
通応障害 (F43.22)	X年11月19日～X+3年1月26日	X年11月19日～3週間後		1	2	abA	有	IV	A
通応障害 (F43.22)	X年8月17日～10月12日	X年8月25日～9月14日		1	1	abS	有	IV	S
うつ病エピソード (F32.0)	X-5年11月30日～X年8月28日	X-5年11月29日～2週間		1		prA	無	IV	A
通応障害 (F43.22)	X-3年10月7日～X年2月15日	X-3年10月7日～2週間後		1		prS	無	IV	S
パニック障害 (F41.0)	X-1年12月15日～X+3年12月	X+2年6月30日～X+2年7月10日		1	1	abA	有	IV	A
うつ病エピソード (F32.0)	X-1年8月28日～X年1月27日	X-1年8月28日～10月		1		prS	無	IV	S
通応障害 (F43.2)	X年3月22日～X年12月17日	X年2月17日～5月中旬		1	1	abA	有	IV	A
通応障害 (F43.22)	X年6月6日～X年7月29日	X年6月6日～X年6月17日		1	1	abS	無	IV	S
全般的性不安障害 (F34.1)	X-1年11月16日～X年2月3日現在	X-1年11月16日～X-1年12月21日		1	1	abA	有	IV	A
軽症うつ病エピソード (F32.0)	X年1月4日～X年2月12日現在支援中	X年1月4日～X年1月25日		1	1	prA	無	IV	A
混合性不安抑うつ障害 (F41.2)	X年11月9日～X+1年2月14日現在継続中	X年11月17日～		1	1	abA	有	III	A
身体表現性自律神経機能不全 (F45.3)	X年7月22日～X年12月21日現在	X年7月29日～X年9月		1	2	abA	有	IV	A
パニック障害を伴わない広場恐怖 (F40.0)	X年12月～X+1年2月現在	X年12月22日～6週目		1		B	有	IV	B
双極感情障害 (F31.2)	X年1月12日～X年6月末	X年1月12日～3週間		1	1	abA	有	IV	A
混合性不安抑うつ障害 (F41.2)	X年3月24日～X年6月15日	X年3月24日～X年4月20日		1	1	abA	有	IV	A
通応障害 (F43.2)	X年1月～X年2月現在	X年1月～X年2月14日		1		abA	有	IV	B
中等症うつ病エピソード (F32.1)	X-1年11月19日～X年2月現在	X-1年11月19日～12月8日		1	1	abA	有	IV	A
双極感情障害 (F31.2)	X年3月15日～X年12月末	X年3月15日～2か月程度		1	1	abA	有	IV	A
中等症うつ病エピソード (F32.1)	X年9月7日～X+1年1月末現在	X年9月7日～1か月後頃から		1	2	abA	有	IV	A
中等症うつ病エピソード (F32.1)	X-1年8月31日～X年2月現在	X年9月31日～9月24日		1	1	abA	有	II	A
広復性うつ病性障害 (F38.1)	X年11月～X+2年2月現在	X年11月上旬～X+1年1月		1	3	abA	有	IV	A
通応障害 (F43.2)	X年12月～X+1年3月現在	X年12月14日～X年1月31日		1	2	B	有	IV	B
統合失調症 (F-02)	X+4年7月～X+5年1月	X+4年4月18日～X+4年6月26日		1	3	abA	有	IV	A
統合失調症 (F20)	X-2年1月～X-2年12月現在	X-1年12月15日～X年1月31日		1	4	abA	有	IV	A
混合性不安抑うつ障害 (F34.1)	X年5月15日～X+1年9月30日	X年11月10日～X年3月5日or11日		2		B	有	IV	B
うつ病エピソード (F32.0)	X-3年12月26日～X年10月末	X年5月26日～x年10月下旬		2		prA	無	IV	A
通応障害 (F43.2)	X年9月16日～X年12月28日現在	X年9月16日～X年12月19日以降		2		prA	無	IV	A
パニック障害 (F41.0)	X年11月11日～X+1年4月末現在	X年11月11日～X+1年4月		2	2	abA	有	IV	A
通応障害 (F43.2)	X年9月11日～X+1年2月現在	X年9月22日～X+1年2月12日		2		B	有	IV	B
気分変調症 (F34.1)	X年8月～X+1年2月現在	X年8月30日～X+1年1月31日		2		B	有	III	B
うつ病 (F32)	X年1月～X+1年2月現在	X年1月30日～X年5月30日		2	3	B	有	IV	B
うつ病エピソード (F32.9)	X-1年8月14日～X年9月末	X-1年11月～X年10月		3		prA	無	IV	A
混合性不安抑うつ障害 (F34.1)	X年5月～X+1年4月	X年5月～X+1年4月		3		prA	無	IV	A
摂食障害 (F50.9)	X-1年10月3日～X+1年2月4日	X-1年10月3日～X年9月		3		prA	無	F	A
うつ病 (F32.1)	X年12月～X+1年2月現在	X年6月28日～X+1年2月現在		3		B	有	IV	B
全般的性不安障害 (F41.1)	X-3年6月8日～X年2月現在	X-3年6月8日～X-2年1月		3		B	有	II	B
うつ病 (F32)	X+6年6月～X+6年12現在	X+5年11月22日～X+6年6月24日		4	5	abA	有	III	A
気分変調症 (F34.1)	X年1月13日～X+3年2月現在	X年1月13日～X+3年2月現在		5		B	有	IV	B
通応障害 (F43.2)	X-1年9月～X年2月現在	X-5年2月13日～X年2月14日現在		5		B	有	IV	B
統合失調症 (F20)	X-5年11月～X年2月現在					abA	有	IV	A
反復性うつ病性障害 (F38.1)	X年10月～X+1年2月現在	X+1年2月1日～				B	有	III	B



厚生労働省 平成 28・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

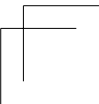
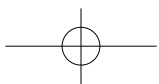
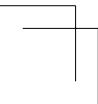
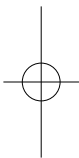
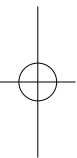
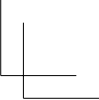
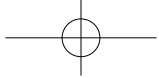
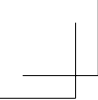
分担研究者

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，島倉大，佐川由紀，永田有希子，竹内宏樹，張磊，伊東あづさ，北堀真衣
キューブ・インテグレーション株式会社



平成 28 年度・29 年度研究の総括

産業精神保健領域において、メンタル不調を事由とする休職者の復職支援や精神障害者の就労支援は、再発率の高さや就労継続の困難さが大きな課題となっている。適切な支援には関係機関との連携が不可欠なのは言うまでもなく、当事者の病状および就労準備性の把握・労務提供能力判断のためには、主治医、職場、就労支援機関等との協働がポイントとなる。

また、平成 30 年 4 月の事業所における障害者法定雇用率引上げに伴い、精神障害者の雇用は更なる増加が見込まれるが、就労後の定着率には課題を抱えており、非医療施設と医療機関が効果的な連携を行っていくことは重要なテーマである。

本研究では、こうした現状認識を踏まえ、平成 28 年度は非医療施設を対象に利用状況および関係機関との連携状況の実情について、アンケート調査を行った（障害者職業総合センターおよび地域障害者職業センター 14 施設：回収率 88%、ハローワーク障害者専門援助部門 84 施設：回収率 56%）。平成 29 年度はアンケート結果から得られた課題を踏まえ、ハローワークを対象に精神障害者の雇用動向、就労定着状況、医療機関等の関係機関との連携に焦点を当て、訪問ヒアリング調査を実施した（全国 8 地方区分 14 施設）。さらに、労災関連事例（精神科領域）の経験の有無を尋ね、就労の促進や療養の長期化防止の機能についても可能性を探った。

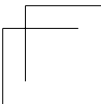
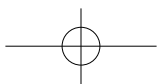
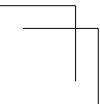
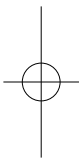
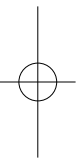
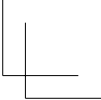
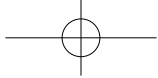
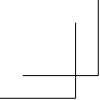
その結果、障害者職業センターにおける復職支援（リワーク）、ハローワーク障害者専門援助部門において、精神障害者の利用は他障害と比較して著明な増加が認められた。主要疾患としては、うつ病・躁うつ病が統合失調症を上回り、背景に発達障害の可能性を勘案すると、従来からの支援方法と異なることが考えられる。すなわち、新たな疾患特性に配慮する必要性が高まっている。

一方で、非医療施設のため、利用者の病態把握や医療機関との連携に関しては、苦慮している意見が多く確認できた。利用者の適切な支援のためには、病態把握だけではなく、生活睡眠リズムの安定性、体力面などの就労準備性の把握が重要となり、生活記録表や歩数計の活用など、支援ツールの開発も今後の課題と考えられる。医療機関との連携については、従来から課題が示唆されているが、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扱い等、連携を行う上での質的な難しさがうかがえた。

とりわけ、ハローワークにおいては、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り、利用者増加により窓口業務などに忙殺され、十分な職場との連携（職場訪問）が行いにくくなったという意見が散見された。現場では、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が求められている。そのためには、専門性の向上、人員確保等の人的体制強化は不可欠で、嘱託精神科医の配置など、必要な予算措置が望まれる。

また両年度にわたる調査では、労災関連事例（精神疾患の労災認定者を対象にした就労支援）を経験した施設はほとんどなく（アンケート調査：経験なし 96%、訪問調査：該当施設なし）、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。

以上、アンケート調査、訪問調査を通じて現場の実情を把握し、非医療施設における復職支援や就労支援の今後の方策の手がかりを考察した。さらに、調査結果を踏まえ、より適切で効果的な支援の手助けとなるべく、現行の主治医意見書や就労準備性を把握するツールの改訂および開発を試みた。



厚生労働省 平成 28 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

障害者職業センター・ハローワーク等の調査研究

分担研究者：大西 守 公益社団法人 日本精神保健福祉連盟 常務理事

研究協力者：中田貴晃，諏訪裕子，島倉大，佐川由紀，張磊，伊東あづさ，永田有希子，北堀真衣
キューブ・インテグレーション株式会社

研究要旨

1. 研究目的

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

2. 障害者職業センターへの質問紙調査の概要

【調査対象】

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

【結果の概要】

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

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

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

3. ハローワークへの質問紙調査

【調査対象】

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

【結果の概要】

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

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

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

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

4、まとめ

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

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

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

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

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

第一章 研究目的

精神科臨床場面において、メンタル不調を事由とする休職者の復職支援や精神障害者の就労支援には、関係機関との連携が不可欠なのは言うまでもなく、当事者の病状把握・労務提供能力判断のため、主治医、職場、就労支援機関等との協働がポイントとな

る。こうした現状認識を踏まえ、本研究では、非医療施設として地域障害者職業センター、ハローワーク等を対象に、利用状況および関係機関との連携状況について実情を調査し、今後の方策の手がかりを考察する。

第二章 研究１－地域障害者職業センターへの質問紙調査による現状把握

2.1 研究方法

【調査対象・選出方法】

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

【調査方法・実施期間】

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

【回収率および分析方法】

地域障害者職業センター14施設の回答が得られた（回収率88%）。調査用紙の質問項目ごとに集計を行い、自由記述部分は、職場との連携（職場への支援）、医療機関との連携、それぞれに課題の内容をまとめた。

2.2 結果と考察

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

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

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

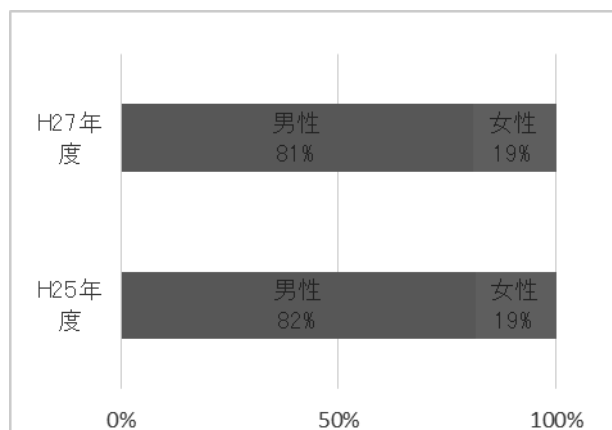


図1 リワーク支援利用者全体に占める男女別の割合の比較

利用者全体に占める各年代の割合は、「20代」が16%、「30代」が29%、「40代」が37%、「50代以上」が18%であった。30代と40代の利用が全体の6割以上を占める結果であり、10代の利用はなかった。各年代の割合は、この2年間で「30代」「40代」においては変化が見られなかったが、「20代」が3%減少、「50代」が5%増加しており、年齢層が高い傾向となっている（図2）。

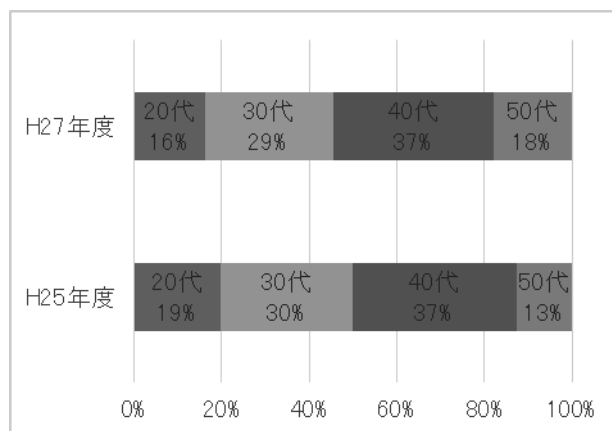


図2 リワーク支援利用者全体に占める各年代の割合の比較

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

ある（図3）。

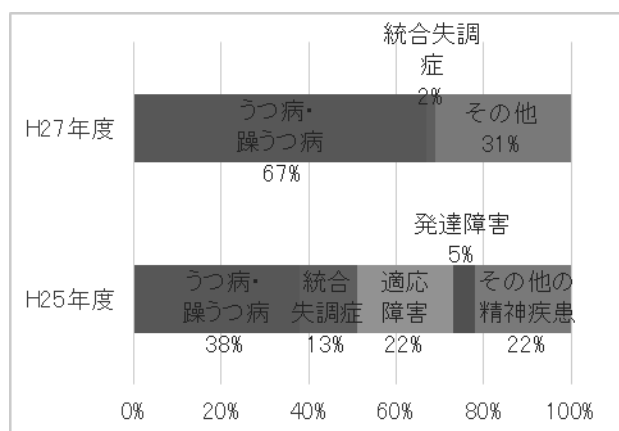


図3 リワーク支援利用者の主診断名の比較

リワーク支援修了者の実施期間については、「2～4ヶ月未満」が69%で最も多く、「4ヶ月～半年」が15%、「1～2ヶ月」が10%、「半年以上」が4%、「1ヶ月未満」が2%であった。実施期間の割合は、2年前の調査結果では、「4ヶ月を超える者」が41%であったことにに対し、今回の結果では19%に減少している（図4）。また、リワーク支援の利用中止者の割合は、7%であった。

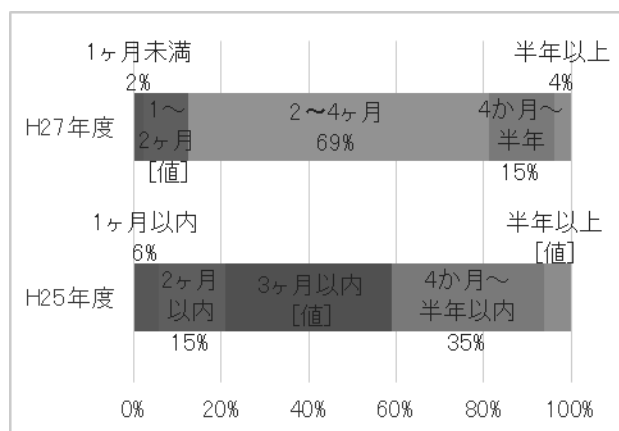


図4 リワーク支援修了者の実施期間の割合の比較

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

る復職の断念」が16%、「その他」が21%であった。

2.2.2 職場との連携（職場への支援）について

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

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

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

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

また、職場側に対して、従業員のメンタルヘルス

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

【復職判断としてのリワーク支援の活用の仕方】

- ・職場側が復職判断の上で、リワーク支援の受講状況を実績として重要視し過ぎる傾向がある。
- ・復職する際にリワーク支援を必須とする職場は多いが、支援の必要性を感じられないケースもある。
- ・職場側が半強制的にリワーク支援を勧める場合、本人の参加意欲や受講態度に課題が見られる。
- ・復職の前提としてリワーク支援の利用を事業所が勧める場合、事業所が本人に対してリワーク支援の内容や利用目的等について予め説明し、利用についての理解を得ておくべき。

【リワーク支援に対する職場側の要求の高さ】

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

【復職時の職場の受け入れ体制】

- ・リワーク支援修了後、復職日決定までの調整に時間が掛かる場合があり、本人の復職活動が途切れ、モチベーションの維持に苦慮することがある。
- ・本人の病状や活動状況の問題ではなく、職場環境の問題で復職を認めない場合がある。会社の状況を正しく本人に伝えていないという点で、復職に向けた情報の共有において問題があると感じる。

・「完全に治してから復帰するように」「配慮はできない」など、復帰にあたっての体制整備や配慮を得ることが難しい場合がある。

・産業医があまり機能していない職場や担当者の病気に対する理解が不足している職場は苦慮する。

【復職基準の把握の難しさ】

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

2.2.3 医療機関との連携について

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

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

医療機関から得られる情報の中で、重要度が高いと考える情報としては、「現在の病状」「本人の課題に関する見解」という回答が最も多く、回答のあつ

たほぼ全ての施設で重要度が高いという回答が得られた。次いで、多い回答から順に「復職に関する見解」「リワーク支援に関する見解」「病名・診断名」「治療経過」という結果であった。また、少数ではあったが「服薬内容」「本人への病名告知」という回答もあった。「その他」としては、「今後の診療方針」という回答であった。

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

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

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

【リワーク支援に対する理解や協力の不足】

- ・主治医によっては、リワーク支援との「連携」という協同関係ではなく、指示的な態度となる場合がある。
- ・独自の価値観や実際の職場環境についての情報が乏しい等から、プログラム運営や復職調整の上で、参考・根拠となる現実的な意見が得られにくいことがある。
- ・一部の医療機関では、職場復帰に際してのアドバイス等を当施設や職場の対応では取得できず、本人（書面）が対応せざるを得なかった。
- ・法的な責任を負えないという理由により支援開始の同意書への署名を拒否されるケースがあった。
- ・本人同席の通院同行時に、リワーク支援担当者に

非協力的態度を示すという例が極少数であるが存在する。

2.2.4 考察

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

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

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

くためにも、主治医との連携の必要性を感じているのではないかと推測される。

第三章 研究2－公共職業安定所（ハローワーク）への質問紙調査による現状把握

3.1 研究方法

【調査対象・選出方法】

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

【調査方法・実施期間】

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

【回収率および分析方法】

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

3.2 結果と考察

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

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

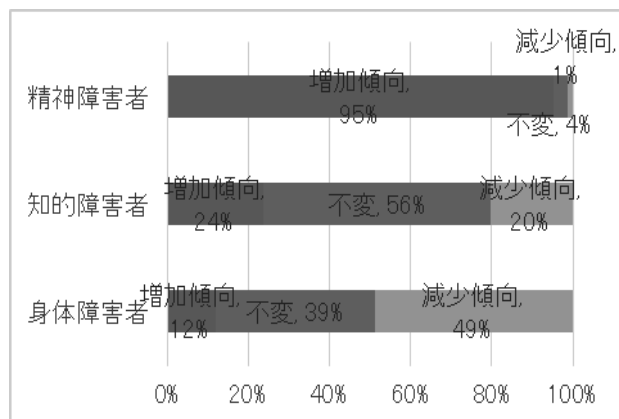


図 5 各障害のハローワーク求職登録者数の増減傾向

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

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

精神障害者の就職後、「1 年以上職場に定着している割合」について、最も多い割合の回答は「3 割」が 36%と最も多く、「5 割以下」と回答をした割合は 82%となった（「不明」の回答を除く）。また、「不明」の回答は全体の 74%であった。

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

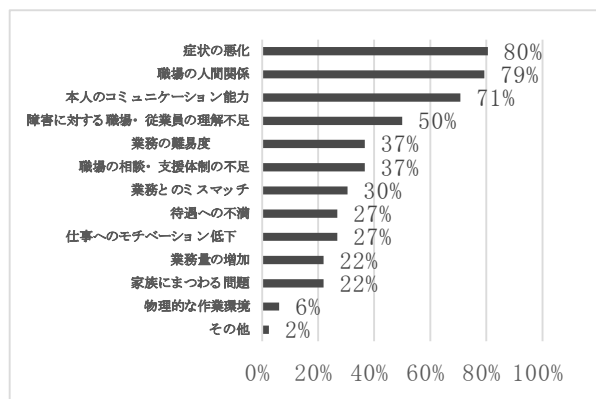


図 6 就職後の職場定着が難しかった要因

3.2.2 トライアル雇用制度の実施状況について

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

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

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

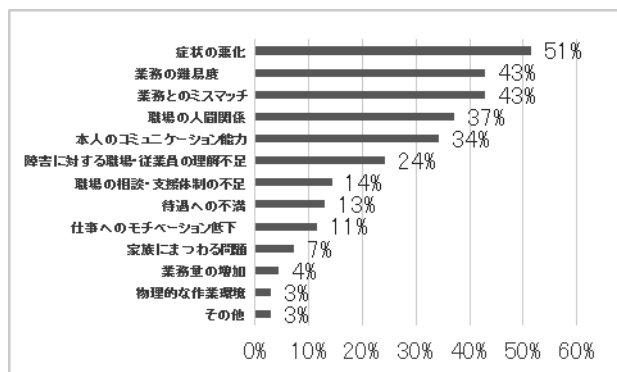


図 7 トライアル雇用後に就職につながらなかった要因

3.2.3 職場との連携について

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

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

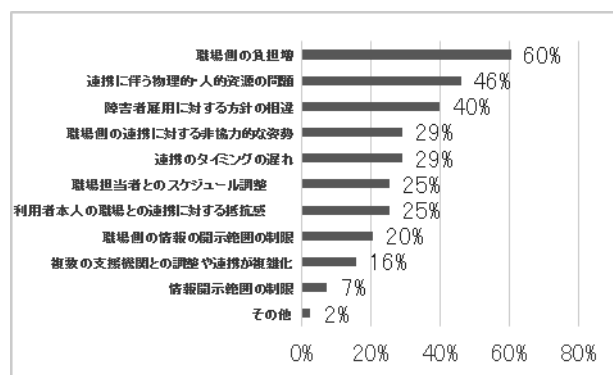


図 8 職場との連携で生じている課題要因

3.2.4 医療機関との連携について

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

医療機関との連携において生じる課題の要因の中で、各施設が最も要因になりやすいと考えている項目は、「就労支援に対する方針の相違」(29%)、「(ハローワーク側の) 連携に伴う物理的・人的資源

の問題」(15%)、「医療機関側の情報の開示範囲の制限」(13%) となった。

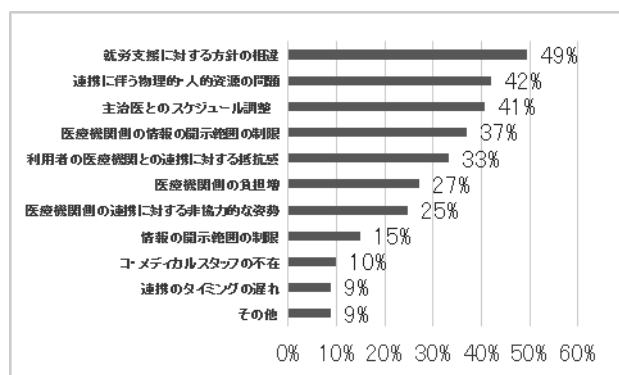


図9 医療機関との連携で生じている課題要因

3.2.5 就労支援機関との連携について

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

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

就労支援機関との連携で生じる課題の要因としては、「就労支援機関の担当者とのスケジュール調整」を理由として挙げた施設が54%と最も多く、次いで「(ハローワーク側の) 連携に伴う物理的・人的資源の問題」(42%)、「就労支援機関側の負担増」(40%)、「利用者本人の就労支援機関との連携に対する抵抗感」(31%) という回答が多かった(図10)。

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

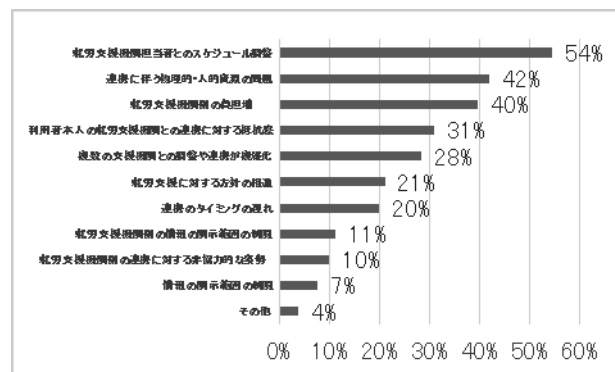


図10 就労支援機関との連携で生じている課題要因

3.2.6 労災認定者の就労支援経験の有無について

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

3.2.7 考察

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

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

トライアル雇用制度は、障害者を雇い入れる企業が双方のミスマッチを防ぐために最長3カ月間の試行雇用を行う制度で、事業所に対して奨励金を給付

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

ハローワークと各機関との連携についての課題要因では、「就労支援に対する方針の相違」の回答の割合が、医療機関（49%）、職場（40%）、就労支援機関（21%）と結果に相違が見られ、医療機関や職場については支援方針をめぐる連携の難しさが生じている状況がうかがえ、立場や考え方が異なる機関とどう協働関係をつくっていくかがテーマの一つとして挙げられる。しかし、ハローワーク側の「連携に伴う物理的・人的資源の問題」は各機関ともに 2 番目に高い回答割合となっていることから、ハローワークの人材不足が連携活動の根本的な原因となっていることが推察できる。昨今、精神障害者雇用トータルサポーターを増員したいが、その確保に苦勞しているケースも少なからずあるようである。こうした各機関との連携の要となる専門スタッフの配置を充実させるだけでなく、その専門性を高める教育的環境を整備することが、精神障害者の就労定着と各機

関との連携を円滑化させる解決策の一つになると考えられる。

第四章 総合考察

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

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

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

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

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

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

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

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）。

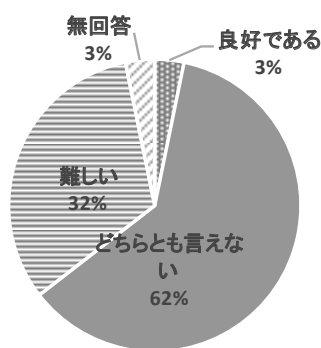


図1. ハローワーク利用者の主治医との連携
（平成26年度）

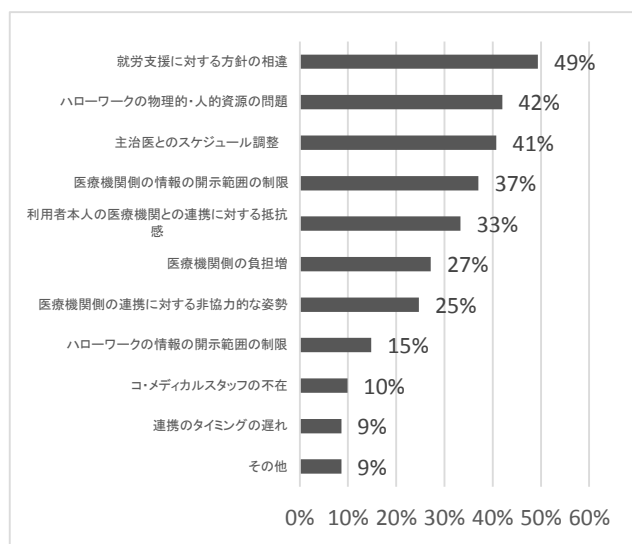


図2. ハローワークと医療機関との連携で生じる
課題要因（平成28年度）

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、常用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齟齬が見られ、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を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的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

㊞

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

氏 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																									中途覚醒の影響で午前中は気分がスッキリ なかったが、外出後は元気に活動できた。園 舎様では好きな本を集中して読むことができた。 集中が途切れた頃、ジムに行った。
月	中途覚醒												寝る→図書館 図書館→ジム テレビ・読書												

◎良い ○普通 △やや不調 ×不調

日付	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	
月																									
火																									
水																									
木																									
金																									
土																									
日																									

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

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。第1ステップでは、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。第2ステップでは、第1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 28 年度及び平成 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、第 1 ステップ及び第 2 ステップに分けて実施した。

2-1. 第 1 ステップ

A. 研究目的

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

B. 研究方法

うつ病のために長期療養する労働者が受ける「医学上一般に認められた医療」の具体的内容（①抗うつ薬治療、②認知行動療法、③人事担当者または産業医による対

応、④リワーク・デイケア）および労災保険上の「治ゆ」と判断する時期）について、下記を対象にして異なる内容の選択式のアンケートを実施した。調査期間は 2016 年 12 月から 2017 年 3 月の間に行った。

（１）仕事をしている成人（以後、一般人と記述する）対象のアンケート調査

うつ病のために長期療養する労働者が受ける「医学上一般に認められた医療」の具体的内容（①抗うつ薬治療、②認知行動療法、③産業医による支援、④リワーク・デイケア）および労災保険上の「治ゆ」と判断する療養期間）について、選択式のアンケートを作成した。対象はうつ病をよく知らない群（以後、一般群と記述する）（性別年齢は均等化）及びうつ病を身近で知る群（以後、知識あり群と記述する）に分けて調査を実施した。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回答してもらう WEB での無記名アンケート調査を実施した。WEB 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）産業医対象のアンケート調査

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た医療」には、どのような内容(薬物療法・精神療法・事業者による職場復帰支援)が含まれるべきかについて、WEBでの無記名アンケート調査を行った。

(3) 医療機関職員対象のアンケート調査

アンケート内容は一般人向けの調査と同じで、選択式のアンケートを作成し、千葉県精神科医療センターの職員を対象にして、紙での無記名アンケート調査を実施した。

C. 研究結果

(1) 一般人向けのアンケート結果
一般群 300 人、知識あり群 100 人からの回答が得られた。自宅療養を勧められても休まないという人は、一般群で 34.7%、知識あり群で 19.0% (全体 30.8%) であった。また、労災となる可能性を知っている人は、一般群で 47.0%、知識あり群で 68.0% (全体 52.3%) と、半数程度にとどまった。抗うつ薬治療を受けるは一般群で 58.0%、知識あり群 82.0% (全体 64.0%)、2 種類目の抗うつ薬治療を受けるは一般群で 55.3%、知識あり群で 72.0% (全体 59.5%)、認知行動療法を受けるは一般群 59.7%、知識あり群 76.0% (全体 63.8%)、職場に問い合わせをするは一般群 67.0%、知識あり群 78.0% (全体 69.8%)、リワーク・デイケアを受けるは一般群 62.7%、知識あり群 77.0% (全体 66.3%) と治療や支援の各選択

肢について 6 割程度の理解が得られていた。自宅療養中、これまで上にあげた、抗うつ薬治療、認知行動療法、職場への問い合わせ、リワーク・デイケアなどを医師の指示通りにしたが、外来主治医から、「これ以上の『医学上一般に認められた治療』ではなく、うつ病の症状が固定して、これ以上の回復は見込めない、労災としては、「治ゆ(症状固定)」として、後遺症の認定になる」という説明は、自宅療養を開始し、どのくらいの期間が過ぎたところで、自分のうつ病の症状が職場復帰できるまでの回復が見込めないと判断できるかという質問(症状固定の判断期間)については、1 年 6 か月が一般群 55.3%、知識あり群 54.0% (全体 55.0%) であった。3 年以内(1 年 6 か月、2 年、3 年)の期間の回答は、一般群 92.0%、知識あり群 94.0% (全体 92.6%) となった。

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

であった。

精神療法については、以下の3つの項目についての調査を行った。外来通院精神療法（1回5分以上～30分未満）の頻度は、年24回（月2回または2週間ごと）が72%と最も多い回答で、次に、年12回（月1回）が22%であった。外来通院精神療法（1回30分以上、個人認知行動療法を含む）については、「必須ではない」が39%と最も多い回答で、次に、年8～15回が28%、3番目に、年4～7回が18%であった（年2回以上というカテゴリーにまとめた場合、年2回以上は61%であった）。

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

事業者による職場復帰支援については、以下の項目についての調査を行った。

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

患者と職場担当者（産業医を含む）との面談の頻度については、年6～11

回が37%と最も多く、次に、年4～5回が24%で、3番目に、年2～3回15%、4番目に、年12回以上が13%、「必須ではない」が11%と意見が分かれた（年4回以上というカテゴリーでまとめた場合は、年4回以上は74%であった）。

職場担当者（産業医を含む）から、患者の同意のもと、患者の外来主治医との連携（面談、電話、メール、診療情報提供書などの手段を含む）の頻度については、年2～3回が41%で最も多く、次に、「必須ではない」が26%であった（年1回以上というカテゴリーにまとめた場合、年1回以上は72%であった）。

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

うつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間の間に、一時的に通常の労務に服していた期間があった場合、症状固定の判断材料として、一時的に通常の労務に服していた期間をどう取り扱うべきと感じるかについては、一時的に通常の労務に服してい

た期間が1か月以下ならば、うつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間を合計して判断に用いるべきという回答が15%、3か月以下が22%、6か月以下が13%、1年以下が15%、1年6か月以下が4%、2年以下が7%、「期間の長さにかかわらず、常に合計して判断に用いるべき」が11%、「期間は合計すべきでない（直近のうつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間のみで判断すべき）」が13%で意見が分かれた（合計すべきでない13%と1か月以下15%を除外して、「3か月以下を合計すべき」というカテゴリーにまとめれば、72%であった）。

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

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

（3）医療機関職員向けのアンケート結果

91人からの回答が得られた。自宅療

養を勧められても休まないという人は、で17.6%であった。また、労災となる可能性を知っている人は、73.6%であった。抗うつ薬治療を受けるは80.2%、2種類目の抗うつ薬治療を受けるは69.2%、認知行動療法を受けるは67.0%、職場に問い合わせをするは82.4%、リワーク・デイケアを受けるは64.8%であった。自宅療養中、これまで上にあげた、抗うつ薬治療、認知行動療法、職場への問い合わせ、リワーク・デイケアなどを医師の指示通りにしたが、外来主治医から、『これ以上の「医学上一般に認められた治療」はなく、うつ病の症状が固定して、これ以上の回復は見込めない』という説明は、後遺症の認定になる』という説明は、自宅療養を開始し、どのくらいの期間が過ぎたところで、自分のうつ病の症状が職場復帰できるまでの回復が見込めないと判断できるかという質問（症状固定の判断期間）については、1年6か月が34.1%であった。3年以内（1年6か月、2年、3年）の期間の回答は、80.3%となった。

2-2. 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。

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%、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。

3. 考察

(1) 第1ステップでのアンケート調査から

「医学上一般に認められた医療」を受けた後の治ゆ(症状固定)判断に関する一般人向けのWEBアンケートを300人はうつ病をよく知らない一般群、100人はうつ病を身近で知る知識あり群という一般人全体400人を対象に、Aさんが職場のストレスで中等症のうつ病と診断され、自宅療養を勧められるストーリーを読んでもらい、抗うつ薬治療、認知行動療法、職場への問い合わせ、リワーク・デイケアなどを医師の指示通りにしたが、外来主治医から労災としては「治癒(症状固定)」として後遺症の認定になるという説明を受け、自宅療養からどのくらいの期間が過ぎたところで、自分のうつ病の症状が職場復帰できるまでの回復が見込めないと判断できるかという質問(症状固定の判断期間)については、3年以内の期間の回答が一般群300人の92.0%、知識あり群100人の94.0%(全体400人の92.6%)という結果であった。第2ステップで、3年以内の症状固定の判断期間のコンセンサスを探索していく方向性が考察された。

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

うつ病のため長期療養する労働者に対する「医学上一般に認められた医療」としては、薬物療法(不応性あるいは不耐性の判断に関して)は3種類以上(少なくとも2種類以上)、外来

通院精神療法(1回5分以上)の頻度は、年24回(少なくとも年12回)、リワーク・デイケアの在籍(実際に参加できたかどうかを問わない)については、30日以上がコンセンサスと考えられた。

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

また、うつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間がどのくらい続いたときに、症状固定(=労災保険における「治癒」)したと判断は、3年以内にすべきというコンセンサスが考えられた。

以上から、質問項目を集約し、もう一度、アンケート調査を行い、産業医の回答者数を増やすなどして、コンセンサスを集約していく方向性が考えられ、第2ステップでのアンケート調査を行うこととした。

(2) 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。

(3) 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)があったこと、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関係する部分といえる。

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。

（４）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 一般人向けのうつ病医療アンケート（第1ステップ）

身近にうつ病患者がいて状況を知る立場＝100人				一般の立場＝300人		合計＝400人			
		回答数	%	回答数	%	回答数	%		
	全体	100	100.0	300	100.0	400	100.0		
2	20歳代	17	17.0	60	20.0	77	19.3		
3	30歳代	25	25.0	60	20.0	85	21.3		
4	40歳代	25	25.0	60	20.0	85	21.3		
5	50歳代	18	18.0	60	20.0	78	19.5		
6	60歳代	15	15.0	60	20.0	75	18.8		
1	男	62	62.0	150	50.0	212	53.0		
2	女	38	38.0	150	50.0	188	47.0		
1	会社勤務（一般社員）	46	46.0	114	38.0	160	40.0		
2	会社勤務（管理職）	8	8.0	15	5.0	23	5.8		
3	会社経営（経営者・役員）	4	4.0	6	2.0	10	2.5		
4	公務員・教職員・非営利団体職員	8	8.0	20	6.7	28	7.0		
5	派遣社員・契約社員	9	9.0	31	10.3	40	10.0		
6	自営業（商工サービス）	3	3.0	26	8.7	29	7.3		
7	SOHO	2	2.0	4	1.3	6	1.5		
8	農林漁業	0	0.0	2	0.7	2	0.5		
9	専門職（弁護士・税理士等・医療関連）	7	7.0	10	3.3	17	4.3		
10	パート・アルバイト	9	9.0	62	20.7	71	17.8		
14	その他の職業	4	4.0	10	3.3	14	3.5		
Aさんは、これまで一度もうつ病になったことはありません。また、Aさんの家庭などの私生活にストレスとなるようなこと									

		はありません。							
		ところが、仕事による非常に強いストレスが3か月続いた結果、この2週間以上毎日、眠れない、食欲がない、疲れやすい、動きが遅くなる、							
		物事に集中できない、気持ちが落ち込む、意欲がわからないなどの症状がとれないAさんは、受診したクリニックの医師から、中等症のうつ病と診断され、							
		自宅療養をすすめられました。あなた自身がAさんであるとして、Aさんの立場にたって考え、一番近い答えを一つ選んでください。							
	Q1	現時点で、どのくらいの期間、仕事を休んで、自宅療養をしようと思いますか？ (SA)							
			回 答 数	%	回 答 数	%	回 答 数	%	
		全体	100	100.0	300	100.0	400	100.0	
	1	2週間	19	19.0	75	25.0	94	23.5	
	2	1か月	34	34.0	77	25.7	111	27.8	
	3	3か月	17	17.0	29	9.7	46	11.5	
	4	6か月	11	11.0	15	5.0	26	6.5	
	5	0日（自宅療養はしない）	19	19.0	104	34.7	123	30.8	
	Q2	今回の発病が、仕事による非常に強いストレス（仕事の失敗、過重な責任の発生、ハラスメントなどの具体的出来事）によるものと調査により明確に判断できる場合、労働災害（労災）に認定される可能性があることを知っていましたか？ (SA)							
			回 答 数	%	回 答 数	%	回 答 数	%	

	全体	100	100.0		300	100.0		400	100.0	
	1	労災の可能性と知っていた	68	68.0		141	47.0		209	52.3
	2	労災とは知らなかった	32	32.0		159	53.0		191	47.8
Q3	うつ病で自宅療養をすることになったAさん（あなた）は、外来主治医から、薬物療法の説明を受け、抗うつ薬Xを毎日内服する抗うつ薬治療を8週間行うように、勧められました。Aさん（あなた）は、医師の指示通り、抗うつ薬治療を受けますか？（S A）									
			回答数	%		回答数	%		回答数	%
	全体		100	100.0		300	100.0		400	100.0
	1	抗うつ薬治療を受ける	82	82.0		174	58.0		256	64.0
	2	抗うつ薬治療を受けない	18	18.0		126	42.0		144	36.0
Q4	Q3の勧めを受けた診察後、抗うつ薬治療または経過観察のみを続けながら、8週間が過ぎましたが、残念ながら、Aさん（あなた）の症状は、それほど良くなりませんでした。外来主治医から、抗うつ薬の効果がみられない場合がある割合で起こるという説明を受け、2種類目の新しい別の抗うつ薬Yに切り替えて、再び、毎日内服する抗うつ薬治療を8週間行うように、勧められました。Aさん（あなた）は、医師の指示通り、抗うつ薬Yによる治療を受けますか？（S A）									
			回答	%		回答	%		回答	%

			数			数			数		
		全体	100	100.0		300	100.0		400	100.0	
	1	2種類目の抗うつ薬治療を受ける	72	72.0		166	55.3		238	59.5	
	2	2種類目の抗うつ薬治療を受けない	28	28.0		134	44.7		162	40.5	
Q5	自宅療養をして、しばらくの期間が過ぎました。外来主治医から、認知行動療法という精神療法の説明を受け、1回30分以上、週1回で最大16週程度を勧められました。Aさん（あなた）は、医師の指示通り、認知行動療法を受けますか？（S A）										
			回答数	%		回答数	%		回答数	%	
		全体	100	100.0		300	100.0		400	100.0	
	1	認知行動療法を受ける	76	76.0		179	59.7		255	63.8	
	2	認知行動療法を受けない	24	24.0		121	40.3		145	36.3	
Q6	自宅療養をして、しばらくの期間が過ぎました。外来主治医から、職場の人事担当者あるいは産業医などに、環境調整の可能性や職場復帰支援制度について、問い合わせることを勧められました。Aさん（あなた）は、医師の指示通り、職場の人事担当者あるいは産業医に、問い合わせをしますか？（S A）										
			回答数	%		回答数	%		回答数	%	
		全体	100	100.0		300	100.0		400	100.0	

					0		0	
	1	問い合わせをする	78	78.0	201	67.0	279	69.8
	2	問い合わせをしない	22	22.0	99	33.0	121	30.3
Q7	自宅療養をして、しばらくの期間が過ぎました。外来主治医から、リワーク・デイケア（職場に出勤するような模擬練習を日中クリニックなどで行うこと）での職業リハビリテーションを勧められました。Aさん（あなた）は、医師の指示通り、リワーク・デイケアでの職業リハビリテーションを受けますか？							
			回 答 数	%	回 答 数	%	回 答 数	%
	全体		100	100.0	300	100.0	400	100.0
	1	リワーク・デイケアを受ける	77	77.0	188	62.7	265	66.3
	2	リワーク・デイケアを受けない	23	23.0	112	37.3	135	33.8
Q8	自宅療養中、これまで上にあげた、抗うつ薬治療、認知行動療法、職場への問い合わせ、リワーク・デイケアなどを医師の指示通りにしてきました。自宅療養をしている期間は、職場のストレスは全くない状態で、その期間は、治療の効果に加えて、自然治癒の効果も期待されます。しかし、Aさん（あなた）のうつ病の症状は、発病時に比べれば、多少は良くなったものの、職場復帰できるほどのレベルには、回復していません。外来主治医から、『これ以上の「医学上一般に認められた治療」はない、うつ病の症状が固定して、これ以上の回復は見込めない							

	ので、労災としては、「治癒（症状固定）」として、後遺症の認定になる』という説明でした。職場からも、そういう事情で、復帰が難しいようならば、やむを得ないという回答でした。自宅療養を開始し、どのくらいの期間が過ぎたところで、Aさん（あなた）は、自分のうつ病の症状が職場復帰できるまでの回復が見込めないと判断できるでしょうか。								
			回 答 数	%	回 答 数	%	回 答 数	%	
	全体		100	100.0	300	100.0	400	100.0	
	1	1年6か月	54	54.0	166	55.3	220	55.0	
	2	2年	28	28.0	75	25.0	103	25.8	
	3	3年	12	12.0	35	11.7	47	11.8	
	4	4年	1	1.0	4	1.3	5	1.3	
	5	5年	1	1.0	5	1.7	6	1.5	
	6	6年以上	4	4.0	15	5.0	19	4.8	

資料2 医師向けうつ病医療アンケート（第1ステップ）

「うつ病のため長期療養する労働者に対する医学上一般に認められた医療」に関するアンケート（医師用）

調査の背景と目的

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

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

以下の質問について、先生のお考えに最も近いものをお選びください。

調査倫理に関わる注意事項

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

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

この調査についてのお問い合わせは調査者の一人である

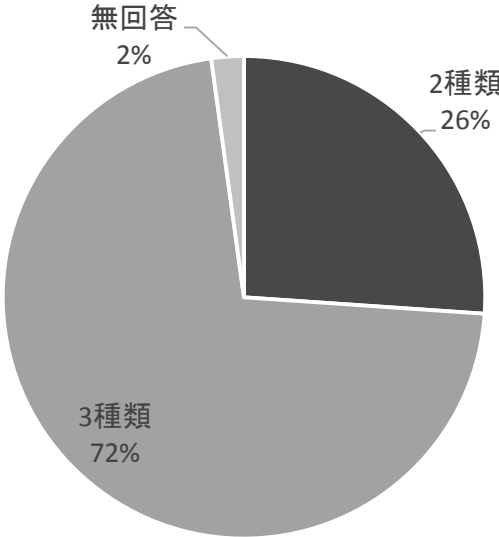
千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学

〒260-8670 千葉市中央区亥鼻 1-8-1

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

1. うつ病（抑うつ状態を伴う適応障害を含む）のために休職中の患者（労災認定の有無を問わない）に対する「医学上一般に認められる医療」には、どのような内容（薬物療法・精神療法・事業者による職場復帰支援）が含まれるべきでしょうか。

(1) 薬物療法

「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 ☐ 3種類 (※次の(a), (b)いずれかに該当するときに、「症状改善がなかった」と数えてください) (a) 単剤で、imipramine 換算で 150mg 以上または患者の忍容可能な最大容量を 8 週以上投与したが、症状改善が得られなかった (b) 忍容性(副作用)の問題で、8 週以上の投与ができなかった	1 つお選びください								
 <table border="1"> <caption>Figure 1: Distribution of responses to the question 'How many types of antidepressants should you try to see if they work?'</caption> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3種類</td> <td>72%</td> </tr> <tr> <td>2種類</td> <td>26%</td> </tr> <tr> <td>無回答</td> <td>2%</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Percentage	3種類	72%	2種類	26%	無回答	2%	
Response	Percentage								
3種類	72%								
2種類	26%								
無回答	2%								

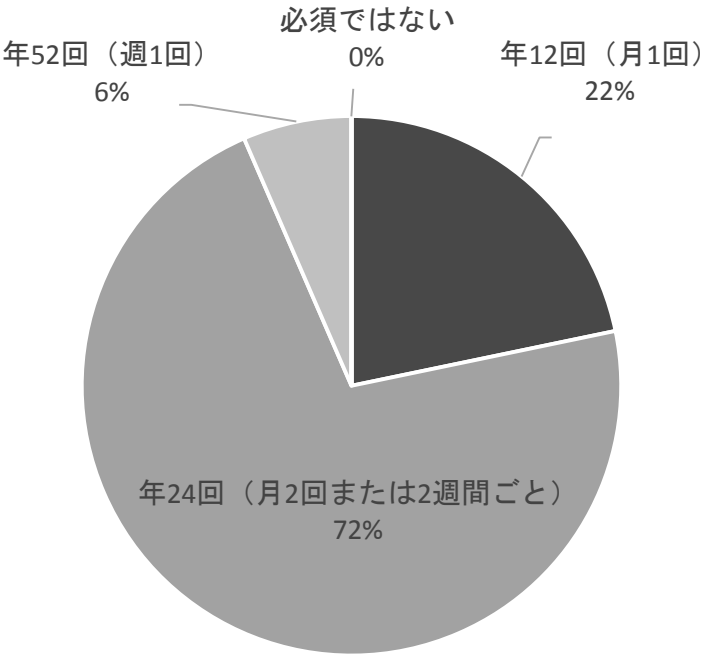
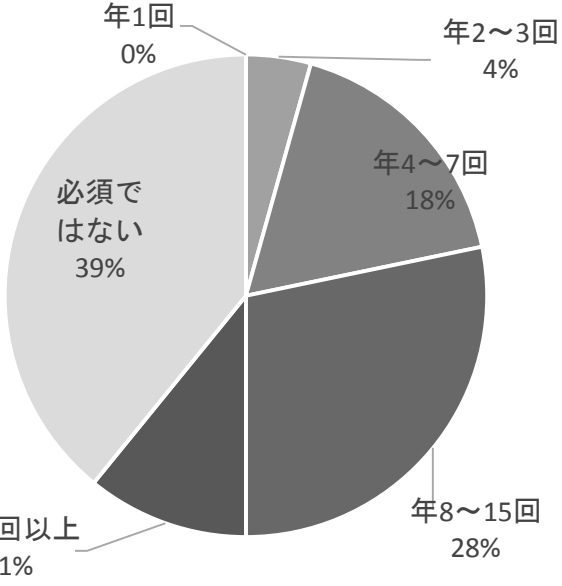
参考 imipramine 150mg に相当する抗うつ薬の等価換算

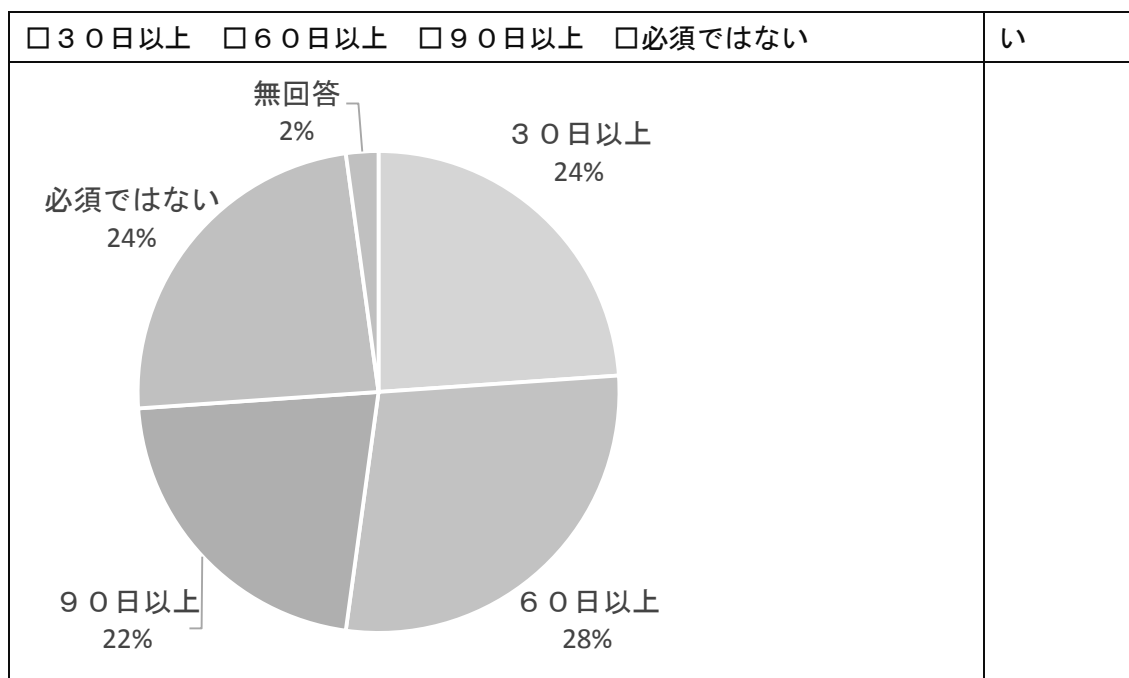
amitriptyline 150 (トリプタノールなど)	imipramine 150 (トフラニールなど)	paroxetine 40 (パキシルなど)
amoxapine 150 (アモキササンなど)	lofepramine 150 (アンプリット)	paroxetine CR 50 (パキシル SR)

clomipramine 150 (アナフラニールなど)	maprotiline 150 (ルジオミールなど)	sertraline 100 (ジェイゾロフト)
dosulepin 150 (プロチアデン)	mianserin 60 (テトラミド)	setiptiline 6 (テシプールなど)
duloxetine 30 (サインバルタ)	milnacipran 100 (トレドミンなど)	sulpiride 300 (ドグマチール、アビリットなど)
escitalopram 20 (レクサプロ)	mirtazapine 30 (リフレックス、レメロン)	trazodone 300 (デジレル、レスリンなど)
fluvoxamine 150 (デプロメール、ルボックスなど)	nortriptyline 75 (ノリトレン)	trimipramine 150 (スルモンチール)

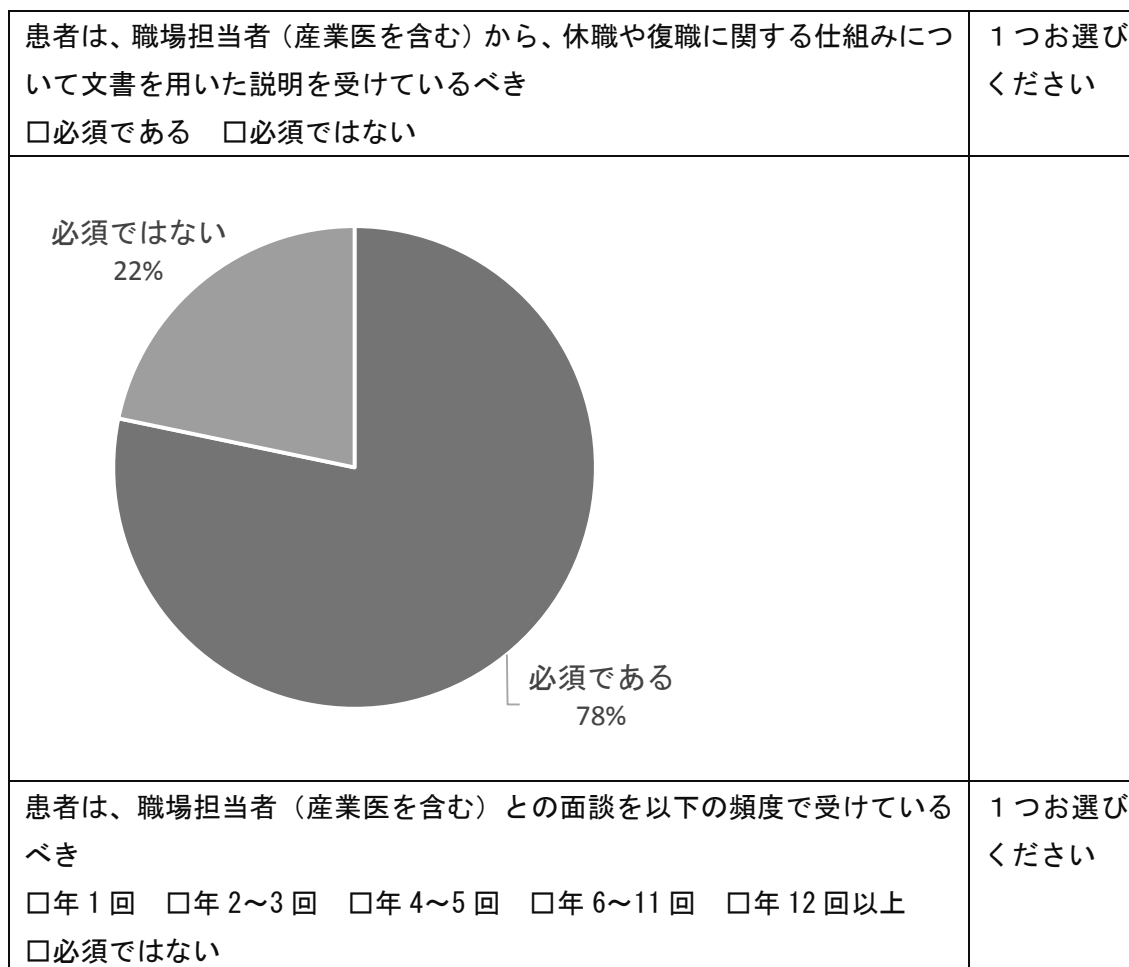
(2) 精神療法

外来通院精神療法（1回5分以上～30分未満）が以下の頻度でされているべき ☐ 年12回（月1回） ☐ 年24回（月2回または2週間ごと） ☐ 年52回（週1回） ☐ 必須ではない	1つお選びください
---	-----------

 <table border="1"><thead><tr><th>頻度</th><th>割合</th></tr></thead><tbody><tr><td>年24回（月2回または2週間ごと）</td><td>72%</td></tr><tr><td>年12回（月1回）</td><td>22%</td></tr><tr><td>年52回（週1回）</td><td>6%</td></tr><tr><td>必須ではない</td><td>0%</td></tr></tbody></table>	頻度	割合	年24回（月2回または2週間ごと）	72%	年12回（月1回）	22%	年52回（週1回）	6%	必須ではない	0%					
頻度	割合														
年24回（月2回または2週間ごと）	72%														
年12回（月1回）	22%														
年52回（週1回）	6%														
必須ではない	0%														
外来通院精神療法（1回 30分以上、個人認知行動療法を含む）が以下の頻度でされているべき ☐年1回 ☐年2～3回 ☐年4～7回 ☐年8～15回 ☐年16回以上 ☐必須ではない	1つお選びください														
 <table border="1"><thead><tr><th>頻度</th><th>割合</th></tr></thead><tbody><tr><td>必須ではない</td><td>39%</td></tr><tr><td>年8～15回</td><td>28%</td></tr><tr><td>年4～7回</td><td>18%</td></tr><tr><td>年16回以上</td><td>11%</td></tr><tr><td>年2～3回</td><td>4%</td></tr><tr><td>年1回</td><td>0%</td></tr></tbody></table>	頻度	割合	必須ではない	39%	年8～15回	28%	年4～7回	18%	年16回以上	11%	年2～3回	4%	年1回	0%	
頻度	割合														
必須ではない	39%														
年8～15回	28%														
年4～7回	18%														
年16回以上	11%														
年2～3回	4%														
年1回	0%														
リワークデイケアの在籍（注：実際に参加できたかどうかを問わない）が以下の日数以上あるべき	1つお選びください														



(3) 事業者による職場復帰支援



年1回 0% 年2～3回 15% 年4～5回 24% 年6～11回 37% 年12回以上 13% 必須ではない 11%	
職場担当者（産業医を含む）から、患者の同意のもと、患者の外来主治医との連携（面談、電話、メール、診療情報提供書などの手段を含む）が以下の頻度でなされているべき ☐ 年1回 ☐ 年2～3回 ☐ 年4～6回 ☐ 年7～12回 ☐ 必須ではない	1つお選びください
年1回 13% 年2～3回 41% 年4～6回 13% 年7～12回 5% 必須ではない 26% 無回答 2%	

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

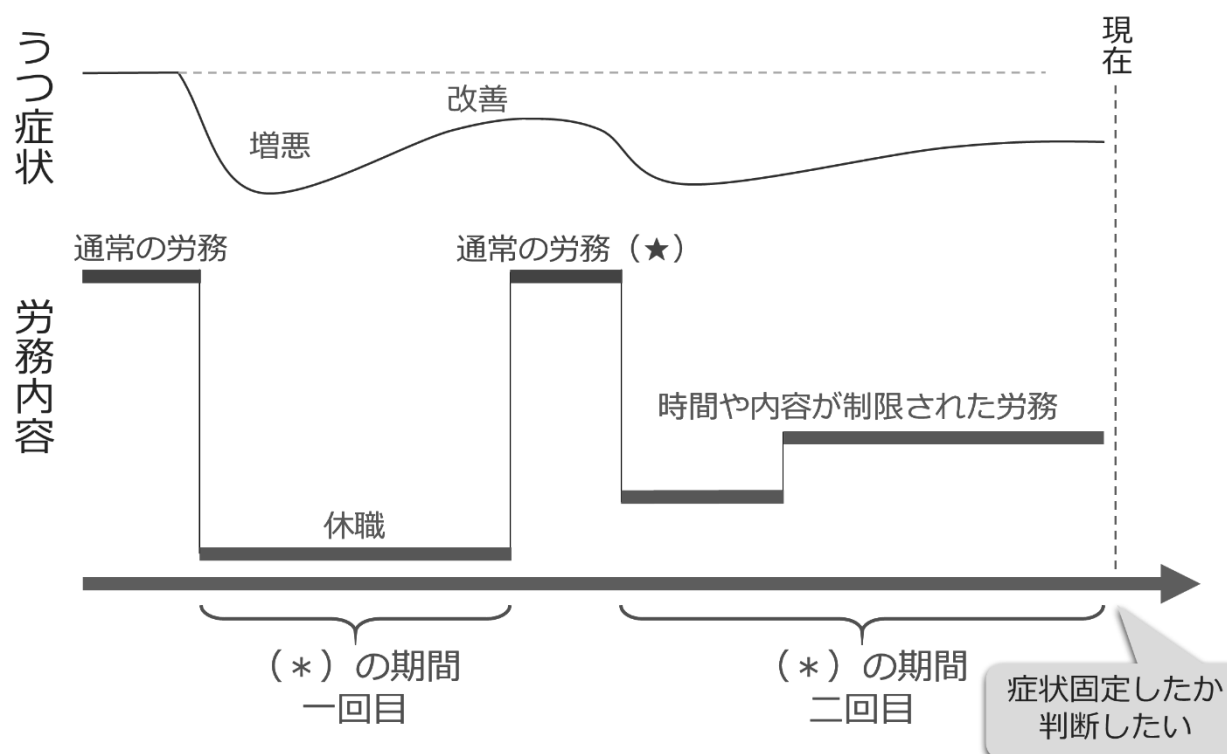
（*）「服することができる労務が相当な程度に制限される」

「軽易な労務以外の労務に服することができない」

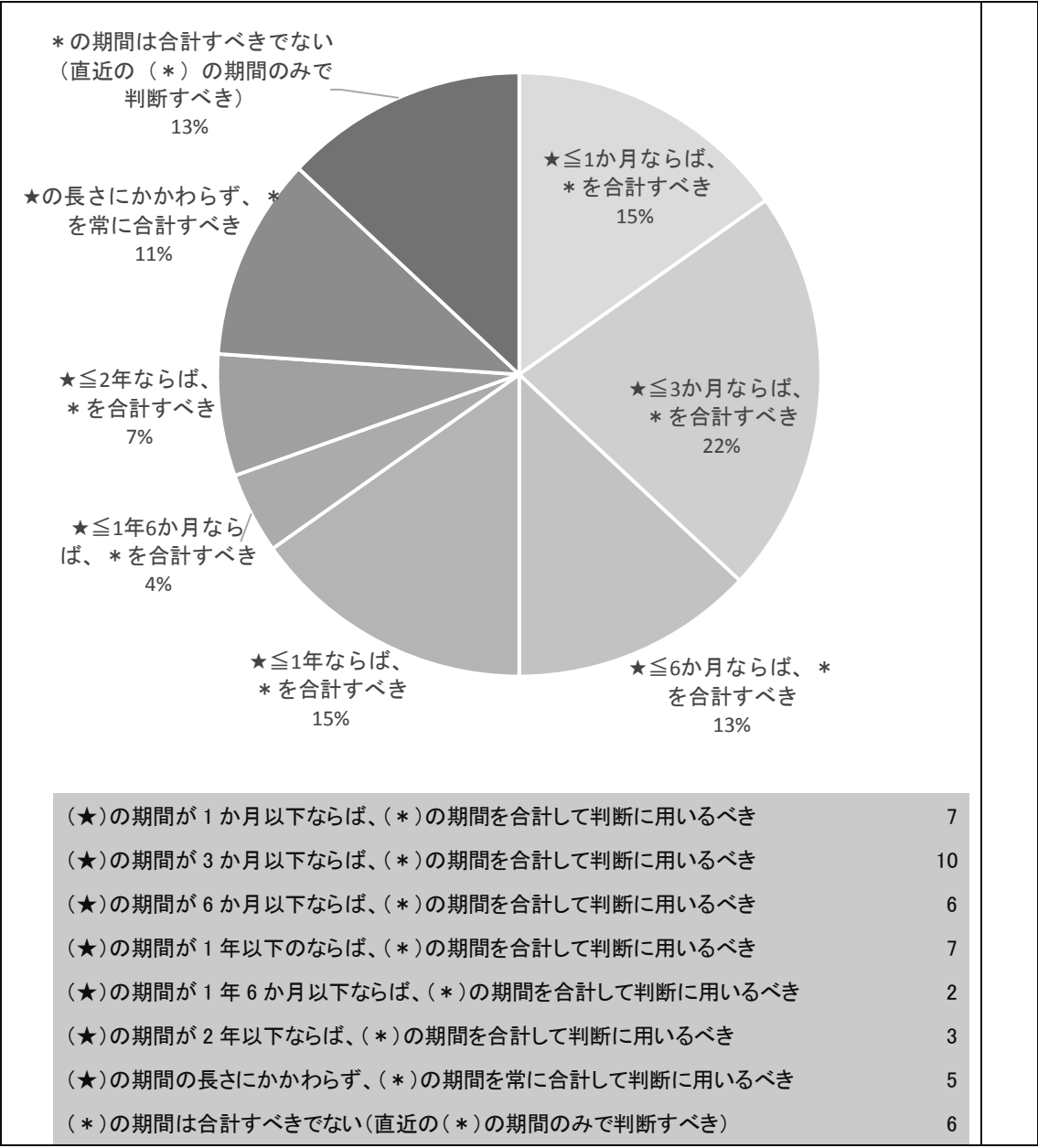
「特に軽易な労務以外の労務に服することができない」

「終身労務に服することができない」

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

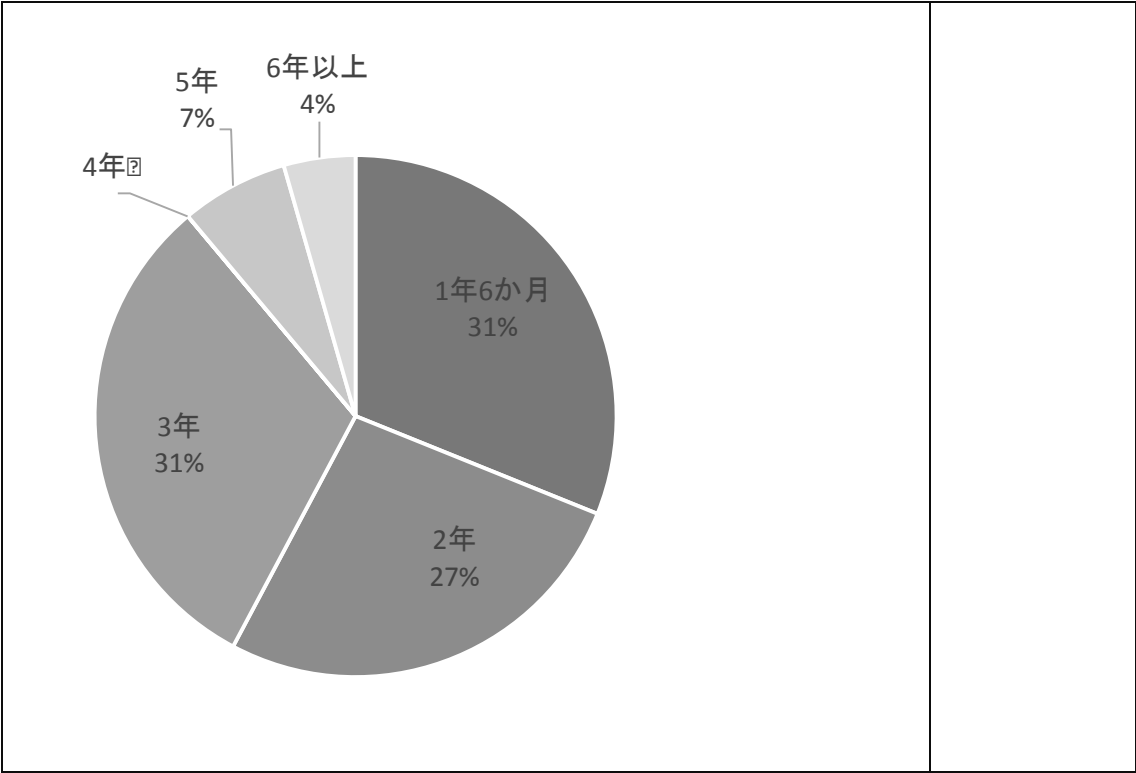


☐ (★)の期間が1か月以下ならば、(＊)の期間を合計して判断に用いるべき	1 つ お 選 び く だ さ い
☐ (★)の期間が3か月以下ならば、(＊)の期間を合計して判断に用いるべき	
☐ (★)の期間が6か月以下ならば、(＊)の期間を合計して判断に用いるべき	
☐ (★)の期間が1年以下のならば、(＊)の期間を合計して判断に用いるべき	
☐ (★)の期間が1年6か月以下ならば、(＊)の期間を合計して判断に用いるべき	
☐ (★)の期間が2年以下ならば、(＊)の期間を合計して判断に用いるべき	
☐ (★)の期間の長さにかかわらず、(＊)の期間を常に合計して判断に用いるべき	
☐ (＊)の期間は合計すべきでない(直近の(＊)の期間のみで判断すべき)	



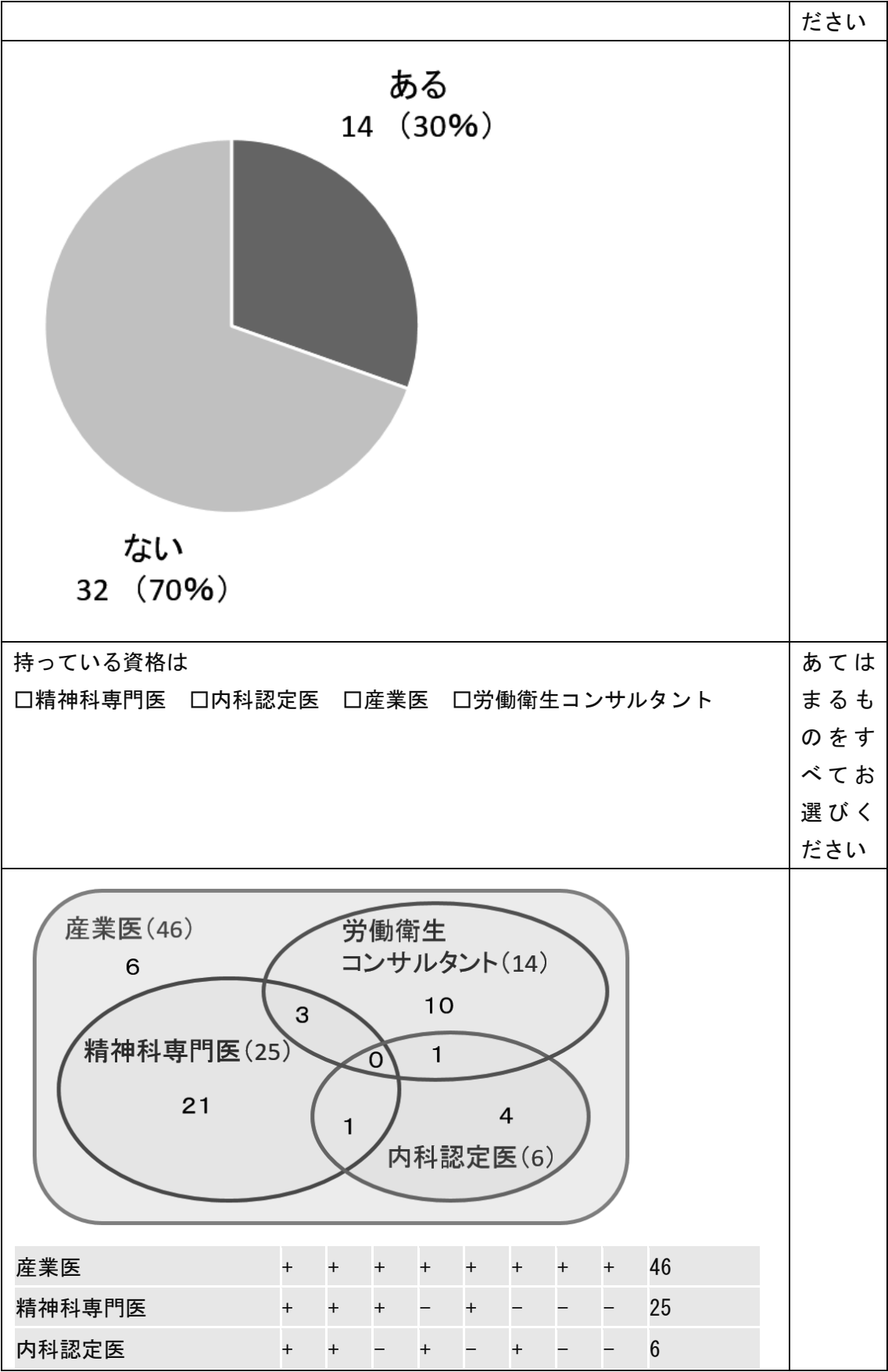
(2)(1)で判断材料として用いることにした(★)の期間がどのくらい続いたときに、症状固定(＝労災保険における「治ゆ」)したと判断すべきですか。

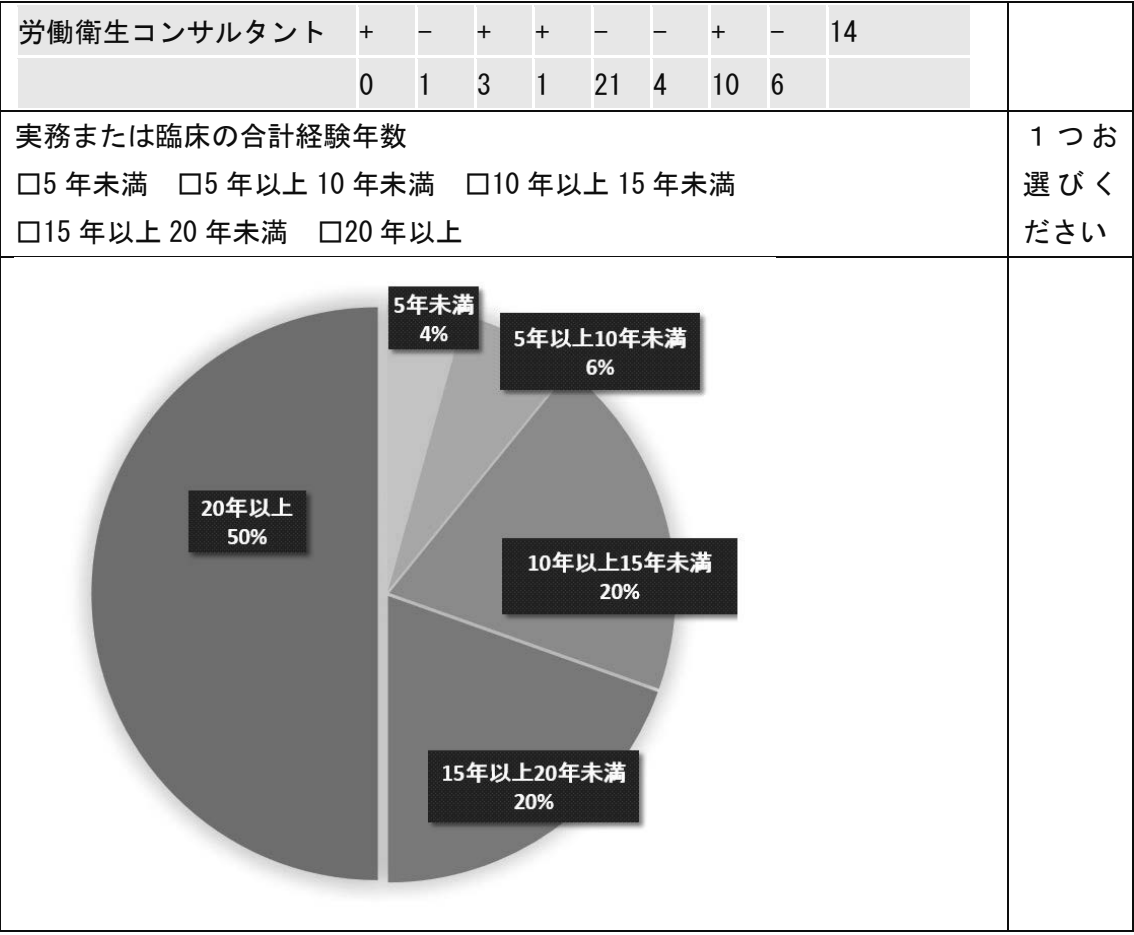
☐ 1年6か月 ☐ 2年 ☐ 3年 ☐ 4年 ☐ 5年 ☐ 6年以上	1つお選びください
--	-----------



3. 回答された先生ご自身についてお尋ねします。

日頃行っている業務は主として ☐ 産業医として職場復帰支援に従事 ☐ 外来主治医として治療に従事	1 つお 選 び く だ さい
外来主治医として 治療に従事 16 (35%) 産業医として 職場復帰支援に従事 30 (65%)	
精神疾患のために労災認定されている患者の診察経験が ☐ ある ☐ ない	1 つお 選 び く





資料3 医療機関職員向けのうつ病医療アンケート（第1ステップ）

			回 答 数	%
	全体		91	100.0
1	20歳代		12	13.2
2	30歳代		25	27.5
3	40歳代		29	31.9
4	50歳代		19	20.9
5	60歳代		4	4.4
6	未記入		2	2.2
1	男		33	36.3
2	女		42	46.1
3	未記入		15	16.5
4	無回答		1	1.1
1	医師		12	13.2
2	看護師、保健師		48	52.7
3	作業療法士		2	2.2
4	事務職員		12	13.2
5	心理職		1	1.1
6	精神保健福祉士		10	11.0
7	その他		6	6.6

Aさんは、これまで一度もうつ病になったことはありません。
また、Aさんの家庭などの私生活にストレスとなるようなことはありません。
ところが、仕事による非常に強いストレスが3か月続いた結果、この2週間以上毎日、眠れない、食欲がない、疲れやすい、動きが遅くなる、
物事に集中できない、気持ちが落ち込む、意欲がわからないなどの症状がとれないAさんは、受診したクリニックの医師から、中等症の

うつ病と診断され、
自宅療養をすすめられました。あなた自身が A さんである
として、A さんの立場にたって考え、一番近い答えを一つ選
んでください。

Q1 現時点で、どのくらいの期間、仕事を休
んで、自宅療養をしようと思いますか？
(S A)

			回 答 数	%
		全体	91	100.0
	1	2 週間	18	19.8
	2	1 か月	30	33.0
	3	3 か月	16	17.6
	4	6 か月	7	7.7
	5	0 日 (自宅療養はしな い)	16	17.6
	6	未記入	3	3.3
	7	重複記入	1	1.1
Q2	今回の発病が、仕事による非常に強いス トレス(仕事の失敗、過重な責任の発生、 ハラスメントなどの具体的出来事)によ るものと調査により明確に判断できる 場合、労働災害(労災)に認定される可 能性があることを知っていましたか？ (S A)			
			回 答 数	%
		全体	91	100.0
	1	労災の可能性と知って いた	67	73.6
	2	労災とは知らなかった	24	26.4

Q3	うつ病で自宅療養をすることになったAさん（あなた）は、外来主治医から、薬物療法の説明を受け、抗うつ薬Xを毎日内服する抗うつ薬治療を8週間行うように、勧められました。Aさん（あなた）は、医師の指示通り、抗うつ薬治療を受けますか？（S A）			
			回 答 数	%
	全体		91	100.0
	1	抗うつ薬治療を受ける	73	80.2
	2	抗うつ薬治療を受けない	17	18.7
	3	未記入	1	1.1
Q4	Q3の勧めを受けた診察後、抗うつ薬治療または経過観察のみを続けながら、8週間が過ぎましたが、残念ながら、Aさん（あなた）の症状は、それほど良くなりませんでした。外来主治医から、抗うつ薬の効果がみられない場合がある割合で起こるという説明を受け、2種類目の新しい別の抗うつ薬Yに切り替えて、再び、毎日内服する抗うつ薬治療を8週間行うように、勧められました。Aさん（あなた）は、医師の指示通り、抗うつ薬Yによる治療を受けますか？（S A）			
			回 答 数	%
	全体		91	100.0
	1	2種類目の抗うつ薬治療を受ける	63	69.2
	2	2種類目の抗うつ薬治療を受けない	28	30.8

Q5	自宅療養をして、しばらくの期間が過ぎました。外来主治医から、認知行動療法という精神療法の説明を受け、1回30分以上、週1回で最大16週程度を勧められました。Aさん（あなた）は、医師の指示通り、認知行動療法を受けますか？（S A）			
			回 答 数	%
	全体		91	100.0
	1	認知行動療法を受ける	61	67.0
	2	認知行動療法を受けない	29	31.9
	3	未記入	1	1.1
Q6	自宅療養をして、しばらくの期間が過ぎました。外来主治医から、職場の人事担当者あるいは産業医などに、環境調整の可能性や職場復帰支援制度について、問い合わせることを勧められました。Aさん（あなた）は、医師の指示通り、職場の人事担当者あるいは産業医に、問い合わせをしますか？（S A）			
			回 答 数	%
	全体		91	100.0
	1	問い合わせをする	75	82.4
	2	問い合わせをしない	15	16.5
	3	未記入	1	1.1

Q7	自宅療養をして、しばらくの期間が過ぎました。外来主治医から、リワーク・デイケア（職場に出勤するような模擬練習を日中クリニックなどで行うこと）での職業リハビリテーションを勧められました。Aさん（あなた）は、医師の指示通り、リワーク・デイケアでの職業リハビリテーションを受けますか？			
			回 答 数	%
	全体		91	100.0
	1	リワーク・デイケアを受ける	59	64.8
	2	リワーク・デイケアを受けない	30	33.0
	3	未記入	2	2.2
Q8	自宅療養中、これまで上にあげた、抗うつ薬治療、認知行動療法、職場への問い合わせ、リワーク・デイケアなどを医師の指示通りにしてきました。自宅療養をしている期間は、職場のストレスは全くない状態で、その期間は、治療の効果に加えて、自然治癒の効果も期待されます。しかし、Aさん（あなた）のうつ病の症状は、発病時に比べれば、多少は良くなったものの、職場復帰できるほどのレベルには、回復していません。外来主治医から、『これ以上の「医学上一般に認められた治療」はない、うつ病の症状が固定して、これ以上の回復は見込めないので、労災としては、「治癒（症状固定）」として、後遺症の認定になる』という説明でした。職場からも、そういう事情で、復帰が難しいようならば、やむを得ない			

	という回答でした。自宅療養を開始し、どのくらいの期間が過ぎたところで、Aさん（あなた）は、自分のうつ病の症状が職場復帰できるまでの回復が見込めないと判断できるでしょうか。			
			回 答 数	%
	全体		91	100.0
	1	1年6か月	31	34.1
	2	2年	22	24.2
	3	3年	20	22.0
	4	4年	1	1.1
	5	5年	5	5.5
	6	6年以上	5	5.5
	7	未記入	6	6.6
	8	重複記入	1	1.1

資料4 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5 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6 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7 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%		

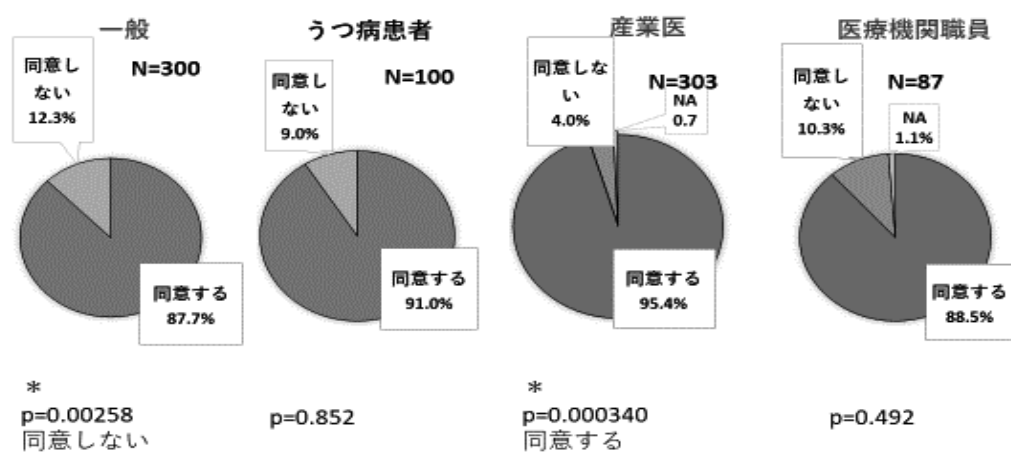
2	同意しない	9	10.3%		
3	NA	1	1.1%		
Q2	推奨内容：休職期間中の勤務先での取り扱いについては、職場の担当者（あるいは産業医）から文書で説明を受けること。				
		回答数	%		
全体		87	100.0%		
1	同意する	78	89.7%		
2	同意しない	9	10.3%		
3	NA	0	0.0%		
Q3	推奨内容：休職期間中に職場の担当者（あるいは産業医）と半年に1回以上面談（電話、メールを含む）すること。				
		回答数	%		
全体		87	100.0%		
1	同意する	78	89.7%		
2	同意しない	9	10.3%		
3	NA	0	0.0%		
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8 アンケート結果（第2ステップ）

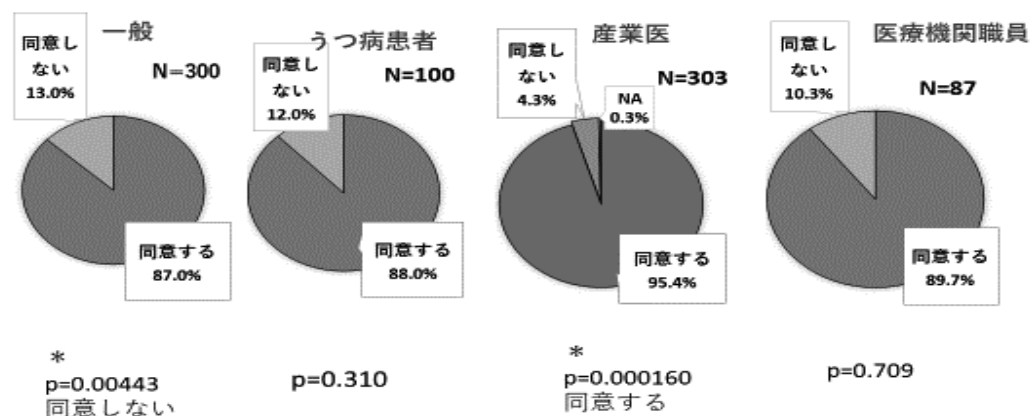
◆推奨内容1：

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。



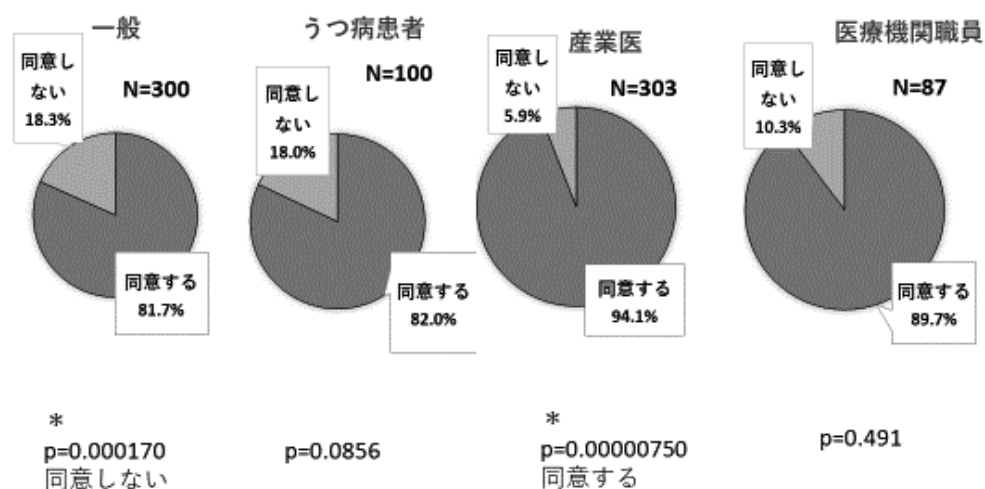
◆推奨内容2：

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。



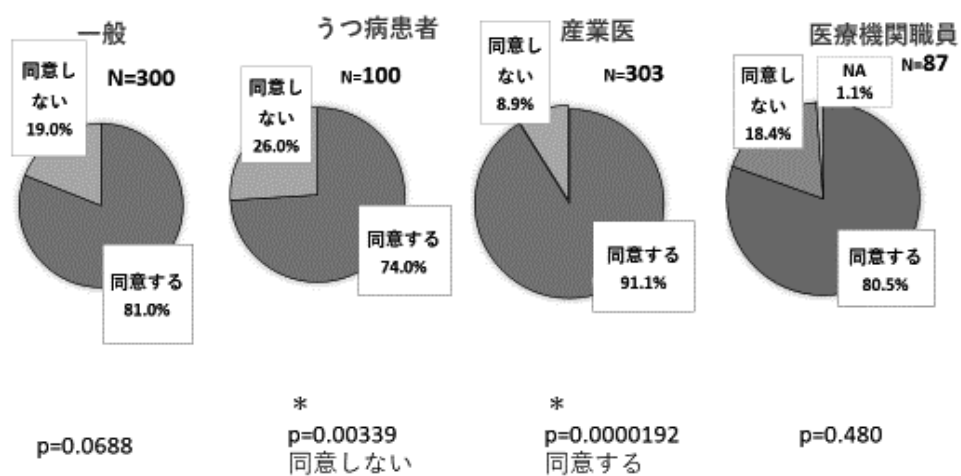
◆推奨内容 3：

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。



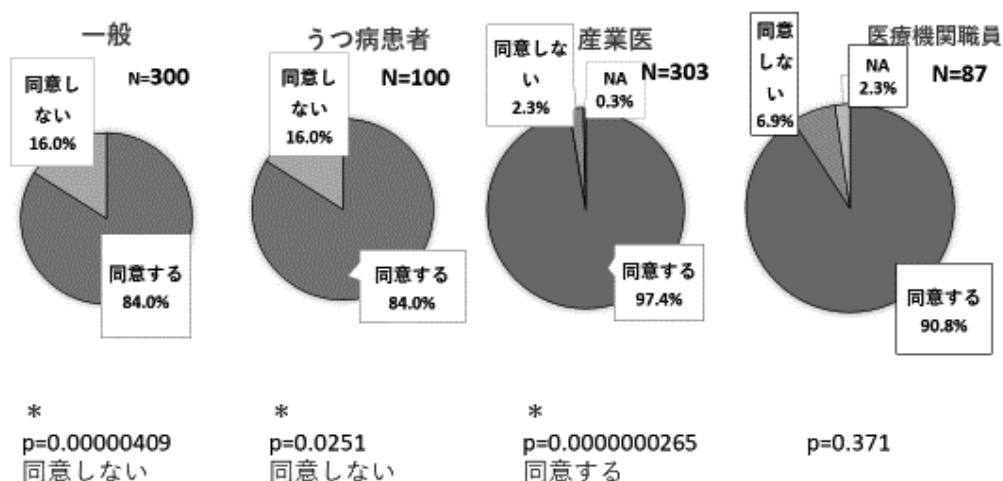
◆推奨内容 4：

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。



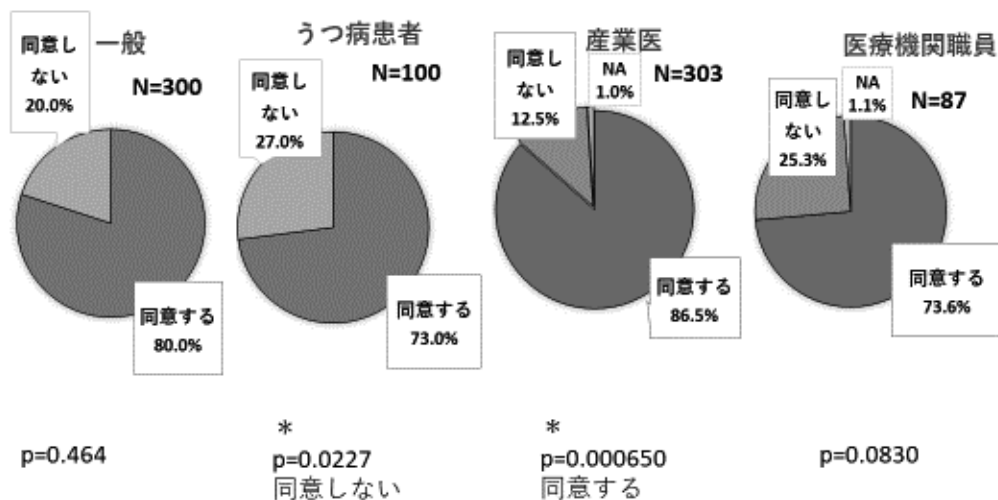
◆推奨内容 5：

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。



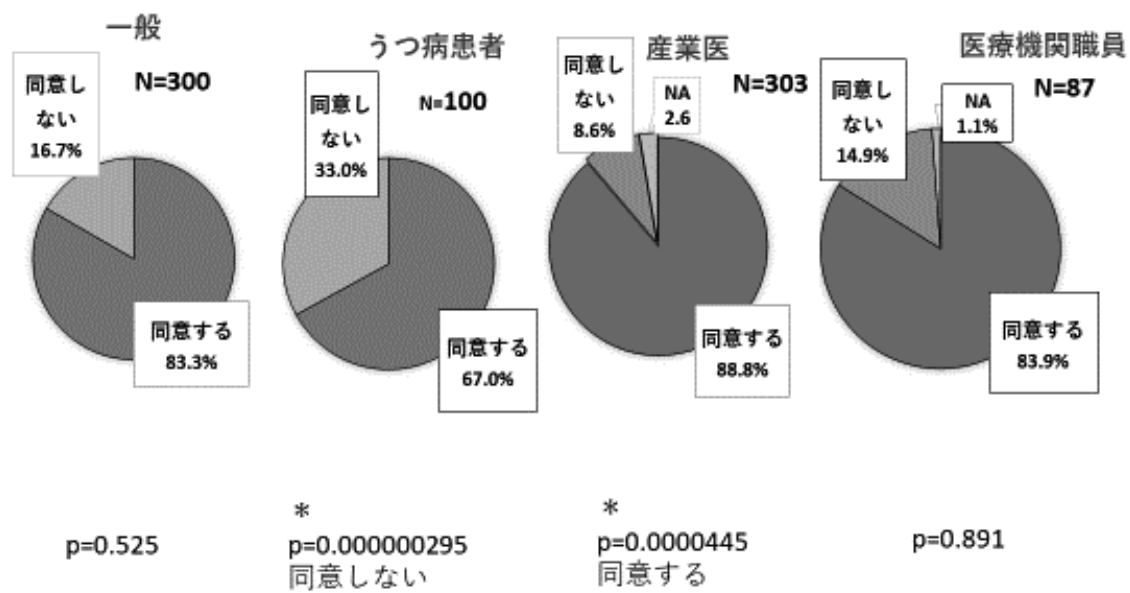
◆推奨内容 6：

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。



資料9 アンケート自由意見（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、外来通院精神科療法を月1回程度行うこと。	
簡単に判断できるものなのか	一般
もっと詳しく説明してほしい	一般
眠れない状態が続くのであれば治療を受けた方がよい	一般
説明がざっとしてて通院しようという気持ちになれない	一般
通院して治療するのが有効	一般
自分が精神病であると自覚してしまうと、より悪化するため、まずは直近で発生したストレスを解消することを目指すべきだと思う	一般
薬はつかいたくない	一般
月一回ならいいと思う。ただ、待ち時間が長いと休みが1日つぶれるので、そこがクリアされないと働きながら通院は難しいと思う。	一般
説明文書が詳しくなくてイライラする	一般
月1回は治療を受けるべきだと思う	一般
経過観察は必ず必要だと思うが、どうしても外に出たくない、動きたくない等で予定通り通院出来ないこともあると思う。	一般
薬がストレスになりそう	一般
妥当だと思う	一般
会社をやめる、鬱病の診断書を労基に持っていく、通院しないで家で休息し好きなことをやり新しい仕事をみつける、転職は悪いことだという既成概念があれば捨てる、などのほうが健康的かと…	一般
月一回の通院は必要なものと判断する	一般
仕事していたら、それくらいの、ストレスは、みんなある。薬もよいが、生活を、みなおしたり、周りの人との、関わりかたで、軽減されるかも。わたしは、そうします。おおげさに、なると、そのことでよけいストレスたまりそう	一般
現在も過去も経験がないので解らない	一般
症状によっては来院回数を増やし、気分が落ち込みやすい時間帯にすぐ繋がる電話対応もあれば良い	一般

医師は患者の様子をしっかり聞いて欲しい??	一般
医師が診断したのであれば間違いない	一般
どんな状況でも薬は使いたくない	一般
出来たら心のケアから始めた方がいいと思います。	一般
月 1 回以上通院して精神療法を受けた方がよさそうと思いました。	一般
薬は飲みたくない	一般
心に潜むなかなか向き合えないことを言葉にしたり吐き出すことは回復には不可欠と思う。月 1 回は少なすぎる。週に何回、毎日でもよいくらいではないかと思う。	一般
通院を行う	一般
診断書の提出	一般
精神疾患は自分の状況を的確に判断出来なくなるため、悪くなってからでは遅いから。	一般
定期的な通院が必要かと思う	一般
治療が終了した時には通院を終了できるようにしたら良いと思います。以前、友人から聞いた話では、月に一回ずっと通院しなければ「治療の意思なし」とみられて治療を門前払いされてしまうと聞いたので・・・私にとって心療内科は他の病院と同じ「調子の悪いときに通院する施設」であって、一生涯付き合っていく病気だとは思っていません。	一般
ストレスの原因である仕事が続くのであれば、薬物利用で治ったとしても再発をするのではないかな？そんなに簡単に性格や精神的な弱さを治せるものではないと思う。	一般
うつの薬を飲むことに抵抗がある。	一般
専門家にみてもらうことは必要と思う	一般
あまり薬は飲まなくてもいいかな	一般
とくにこれといってございません。	うつ
SNRI SSRI などの服薬が必要。	うつ
データを提示されても、カテゴリ分けされているようで、自分に向き合っている感じがしない	うつ
仕事を辞めるわけにはゆかないので、医者の方の治したいという診断と患者の生活に関する最低限度の打ち合わせを行い治療方法の方向性を決めるべきと判断する	うつ
月二回ほど通院した方が良い	うつ
具合のいい時もあればそうでない時もあり、波がある。	うつ
月一回ではなく 2 回くらい行った方が良いと思う	うつ

落ち着くまでは州回はいくほうがいい	うつ
妥当で受ける方が良いのではないかと思います	うつ
なかなか治らない。	うつ
カウンセリングを中心にしてほしい	うつ
医師に頼るしかないから	うつ
医師に従うことが重要。とにかくじっくり薬、カウンセリングで改善を待つしかないと思う。私はそれで良くなった。	うつ
調子が悪ければ、医者に行けば良い。薬の種類によっては、合う合わないがあるので、先生と相談しながら薬を調合してもらえばよい。	うつ
最低でも月1回以上	うつ
初期は2回／月以上の受診が必要では。	うつ
初めは、薬を選ぶため月1回以上の受診は必要	うつ
薬をやめることができない	うつ
まずストレスの原因を除去するために、残業をしないことや業務の見直しを要する診断書を作成してもらい、職場に改善を要求すること。同時にカウンセリングを少なくとも2週に1度は受けるべき。	うつ
病院に行くことにより安定する	うつ
通院は月1回でいいのか	うつ
医師によっては薬で治療の所も有るので…精神科の薬は副作用とか強いので、自宅で治療がマシかもです。	うつ
月1回の通院では不十分	うつ
薬を飲んで治るか不安	うつ
診断書や傷病手当を発行するなら、2週に1回以上でもよいと思う。傷病手当目的で来院し、全然受診しない患者も少なくありません。	産業医
月1日は少ない、週1回程度が望ましい。	産業医
クオリティのある精神療法でないならやる意味がない。実際、うつの患者で、精神科で話を聞いてくれなかった、というクレームがありました。	産業医
症例により異なると思う	産業医
月に2回でもよいように思います	産業医
月1回では不十分なケースも多く、「1回以上」「1～2回程度」などの表記はいかがでしょうか。	産業医
長期療養者の定義が不明瞭です。6か月以上の休業療養者などでしょうか？月1回程度というと病状が悪いなりに安定している場合でしょうか。薬剤変更した場合は頻度が増えるようにも思いますが。このへんがクリアになれば同意します。	産業医

症状安定で復帰間近のケースでは、職場規定の復帰プログラムがなければあえて毎週朝1で受診させ、生活習慣や復帰準備への意欲を高める。	産業医
外来通院精神療法の頻度について、基本的に同意するが、頻度は病状の時期に依ると思う。	産業医
一剤目で効果が見られない場合、二剤目を追加（併用あるいは増強）する方が、一般的ではないか。	産業医
月1回程度の外来精神療法では頻度が少なすぎます。「月1回以上の」とするべきと考えます。	産業医
「月1回程度」では不十分のことがあるため。	産業医
月に1回の精神療法は最低限必要と思う。	産業医
月一回以上という文言に対して不同意です。休職するほど重症なのですから、主治医は毎週診察する責任があると思います。1)毎週通院してもらうことが困難なのであれば入院を推奨すべきです。2)毎週来てもらっても話をすることがないと言う主治医は重症の患者さんを見る責任も技術もないということだと思います。薬物療法については同意します。	産業医
「中等のうつ」が正しいと自分で考えられればより積極的な治療を行いたい。	医療職
月1回程度というのは少ない気がする	医療職
できる限り薬は少なくしてもらいたいと言いたいが、言えるかどうか不安	医療職
発症間もないので初診から次の外来日は1～2週間後とかが良いのでは？	医療職
どの程度で効果がでてくるのか、切り替えの際に副作用があるか、説明をもらいたい	医療職
必要な時には診療していただけますか。	医療職
副作用が出現した場合の説明がなく安心して内服できない。	医療職
中等のうつ病の人の思うこと、考えることが分からない。	医療職
効果がみられないこととは、どれくらいの期間で判断されるのかな？と思います。月1回しかできないのかな？と思います。	医療職
クリニック等でカウンセリングを受けます	医療職
もう少し、初めはこまめに診察していきたい	医療職

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。	

簡単に判断できるものなのか	一般
もっと詳しく説明してほしい	一般
眠れない状態が続くのであれば治療を受けた方が良い	一般
説明がざっとしてて通院しようという気持ちになれない	一般
通院して治療するのが有効	一般
自分が精神病であると自覚してしまうと、より悪化するため、まずは直近で発生したストレスを解消することを目指すべきだと思う	一般
薬はつかいたくない	一般
月一回ならいいと思う。ただ、待ち時間が長いと休みが1日つぶれるので、そこがクリアされないと働きながら通院は難しいと思う。	一般
説明文書が詳しくなくてイライラする	一般
月1回は治療を受けるべきだと思う	一般
経過観察は必ず必要だと思うが、どうしても外に出たくない、動きたくない等で予定通り通院出来ないこともあると思う。	一般
薬がストレスになりそう	一般
会社をやめる、鬱病の診断書を労基に持っていく、通院しないで家で休息し好きなことをやり新しい仕事をみつける、転職は悪いことだという既成概念があれば捨てる、などのほうが健康的かと…	一般
月一回の通院は必要なものと判断する	一般
仕事していたら、それくらいの、ストレスは、みんなある。薬もよいが、生活を、みなおしたり、周りの人との、関わりかたで、軽減されるかも。わたしは、そうします。おおげさに、なると、そのことでよけいストレスたまりそう	一般
現在も過去も経験がないので解らない	一般
症状によっては来院回数を増やし、気分が落ち込みやすい時間帯にすぐ繋がる電話対応もあれば良い	一般
医師は患者の様子をしっかり聞いて欲しい??	一般
医師が診断したのであれば間違いない	一般
どんな状況でも薬は使いたくない	一般
出来たら心のケアから始めた方がいいと思います。	一般
月1回以上通院して精神療法を受けた方がよさそうと思いました。	一般
薬は飲みたくない	一般
心に潜むなかなか向き合えないことを言葉にしたり吐き出すことは回復には不可欠と思う。月1回は少なすぎる。週に何回、毎日でもよいくらいではないかと思う。	一般

通院を行う	一般
診断書の提出	一般
精神疾患は自分の状況を的確に判断出来なくなるため、悪くなってからでは遅いから。	一般
定期的な通院が必要かと思う	一般
治療が終了した時には通院を終了できるようでしたら良いと思います。以前、友人から聞いた話では、月に一回ずっと通院しなければ「治療の意思なし」とみられて治療を門前払いされてしまうと聞いたので・・・私にとって心療内科は他の病院と同じ「調子の悪いときに通院する施設」であって、一生涯付き合っていく病気だとは思っていません。	一般
ストレスの原因である仕事が続くのであれば、薬物利用で治ったとしても再発をするのではないか？そんなに簡単に性格や精神的な弱さを治せるものではないと思う。	一般
うつの薬を飲むことに抵抗がある。	一般
専門家にみてもらうことは必要と思う	一般
あまり薬は飲まなくてもいいかな	一般
硬直した手順になると医師だけでなく休職する患者の負担も増すと思いますが、やはりまあ必要と思います。	産業医
患者の判断力が低下している場合、文書があった方が周りの人にも状況が伝わりやすいと思う。	産業医
逆に患者が過剰に配慮を求めるケースがあり困る。Ex) 上司を代える、チームを代える、オフィスの席は誰の隣になど。	産業医
ケースバイケースと考える	産業医
産業医から”仕組み”について説明する必要はない。それは事業者（あるいは担当者）が行うべきものである。	産業医
休職期間や診断書の取扱いなどルールを知らない職員も多く、また初回面接で産業医から口頭で説明するのも時間がおしい。	産業医
必須と思います	産業医
口頭説明でも良いのでは？	産業医
各職場で担当者が作るのか、あらかじめダウンロードできるようなフォーマットを作るのか、どちらでしょうか。	産業医
急性期の状態だと、説明することで病状が悪化する可能性があるので注意が必要	産業医
主治医には復職制度以外に休職前に問題となっていた事項についても産業医との間で積極的に共有すべき。	産業医

役割として産業医から説明するのは不適當だと思います。	産業医
産業医と休職者の関係が良好であれば、口頭でとくに問題ないと思います。文書を義務付けても大企業は形だけの文書を作るでしょう。あまり形にこだわるのは本質と違うと感じます。	産業医
仕組みの内容は多岐にわたって1回ですべて理解するのは困難なことが多いし、労働者が思考停止だったり、特性上聴覚理解が悪い場合もあるから、文書での説明を1回以上行った方が労働者自身の理解がよいようだ。	産業医
本人にわかり易く行うべきです。また、状態が良くない時期には、職場担当者の説明を正しく理解できない可能性も考えられます。できるだけ親族なども交えて説明し、また職場との接触に制限が無ければ、状態がある程度安定した時期にも改めて説明するのが良いと考えます。	産業医
休職後、復帰後の周囲の目が気になり、心的疲労が余計に増す不安が大きく、「休職」という選択肢はない。	医療職
できれば面談が良いかと思う	医療職
職場には知らせずに休みたいと思いますが、よくないでしょうか。今すぐには判断できません。	医療職
面接と文書	医療職
職場の担当者あるいは産業医の負担増は、結果的に自分の職場復帰後の居心地の悪さを招くと思うから。	医療職
職場の担当者には伝えづらいこともあるため、組織として休職者の相談窓口を設置することが望ましい。その窓口が第三者として介入する仕組みも必要と思われる。	医療職
文書の方が対面より気楽ですが、質問があった時、どうしたらいいのだろうと悩みます。	医療職

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。	
職場でのストレスが原因によるもののため、面談がまたストレスとなり完治が延びる可能性があるから。	一般
面談はしなくない	一般
定期的に連絡を取ることで、職場の居場所を確認できる	一般
面談はするべき	一般
現状報告とか仕事復帰の相談とかで必要なのはわかるけど、正直嫌。	一般

余計悪化させるようなことが起こるイメージがぬぐえない	一般
もっと多くていいと思う	一般
経過確認としては必要なもの	一般
様子が、双方理解できる	一般
産業医のみが望ましい	一般
月 1 位 面談して欲しい	一般
ストレス源が職場であれば、職場の人とは関わりたくない	一般
職場の担当者には、経過を分かってもらえるべきなので、当然だと思います。	一般
職場とつながっているべきだと思うし、職場での環境改善が望ましいと考えるので面談は必要だと思う。	一般
最低半年という期間はちょうど良いと思う。	一般
休職していても在籍中なのだから、当然。	一般
担当者が望むことならばそして本人が望むならば	一般
現在の状態を定期的に知らせた方がよい	うつ
ストレスの原因が職場であるなら接触は避けるべき	うつ
職場に復帰しやすい	うつ
現状生活を維持するために面談等の場所でうそをついたり、無理な回答を行ってしまう可能性がある	うつ
完全にオフの状態よりいいと思う。	うつ
面談は出来る状態であればした方がよい	うつ
そうやってコミュニケーションと理解が得られれば良いと思う	うつ
前述と同様。産業医には悪いイメージがある。	うつ
すぐに首になった。	うつ
職場の状況を知っておきたい	うつ
仕事から離れて浦島太郎状態を避けるほうが、仕事に復帰するのが幾分か良いと思う。	うつ
職場の人間ではなく、産業医や保健師と面談したい。	うつ
長く休職するためには必要	うつ
投薬治療のため受診が不可欠	うつ
休職期間中は、家族と医療機関以外との接点が少なくなり、引きこもりや外出が困難になる可能性が高い。そのため職場の担当者と週 1 度はメールでのやりとりをすべきと思う。	うつ
産業医は精神科や心療内科ではないし、職場のこともあまり分かってないから、面談してもあまり意味がないように感じる	うつ

気分的に人との接する事をかなり難しいと思いますので同意出来ません。	うつ
3 か月に 1 回以上がいい	うつ
会社関係の人と会うことはすごいストレスを感じるから。	うつ
半年に 1 回であればいい。	うつ
少ない	産業医
もう少し短期間？	産業医
会社からの連絡を「悪」として本人を放置すると、休業の長期化につながるのではアリと思います。ただし、休業に入った直後は控えるべきかと思う。	産業医
半年に 1 回は少ないと思います（休職期間にもよると思いますが）	産業医
3 か月に 1 回	産業医
時間的問題は？	産業医
もう少し頻度を多くする（1 回／3 週）。継続性が大切。	産業医
もっと短い期間が望ましい。	産業医
毎月でもよいように思います	産業医
休職満了直前になって、本人が回復不十分でも復帰を望みトラブルに発展するリスクがあることから、弊社では月一回程度の連絡を推奨	産業医
休職可能な期間の短い事業所の場合は、間隔を短くする必要がある	産業医
診療中、本人が主治医に復帰への意欲を示した段階で行うべき、その場合頻度は週 1 回でも OK と考える。	産業医
通常状態では面談をした方が良いが、 上司や職場と関係がこじれていたり法律的な話になる場合、必須とするのは事実上難しい。	産業医
休業期間の短縮を志向した推奨ならばもう少し頻度を高めても良いかと思えます（長期間放っておかれたので休業も長期化したという側面もあるため。傷病手当金の連絡は 1 回/月でやっているところも多いですし、せめて 1 回/3 か月以上としても良いかと思えます）	産業医
月に 1 回以上連絡を取るべきだと思います。	産業医
可能であれば 3 ヶ月に 1 回ぐらいが適当だと思います。	産業医
半年では長いので、2～3 ヶ月がベターだと思います。	産業医
本人の意思と主治医の見解を尊重すべきと考えます。ただし休職満了期間の遅くとも半年前には面談を行うべきと考えます。	産業医

会社の就業規則内での休職ですので、その間に、会社（職場？）の担当者が療養の状況を負担にならない、かつ、円滑な復職が可能となる頻度で実施することは必要と思います。面談を受けることで、病状が悪化することが予想される場合は、主治医の意見をもらっておくことが必要と思います。	産業医
面談しても意味がない	医療職
半年に1回は少ないと思います	医療職
面談はかなりの負担があることを考慮してあげて下さい	医療職
私が職場の担当者に確認をとるのでしょうか。	医療職
半年に1回以上という表現では少ないという印象を受けますが・・・。行けないことで余計なストレス、プレッシャーになると困るので、まめに連絡はとれた方がよいと思う。	医療職
元気だから同意するにチェックするが、今うつだったら同意しないにチェックするかもしれない。	医療職
メールでの面談はとても良いと思う。休職者の病状に合わせて無理の少ない方法の一つだと思われる。	医療職
休職期間中の面談は半年に1回ではやや少ない気がします。	医療職

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。	
3～6ヶ月のスペンがよい。	一般
うつに関しては自分で説明してしづらいから、医師が直接説明してくれたらすごく助かる。	一般
会社が求めるなら仕方ない	一般
監視感で他の病気になりそう	一般
経過観察としての必要条件	一般
わかりません。大重病人のよう。	一般
回数を増やす	一般
3か月に一度くらいにして欲しい	一般
職場の担当者も、主治医の話を聞いてもらった方がよいと思います。	一般
本人の同意があれば	一般
頻度が少ないと思う	一般

連携はとても重要だと思う。多くの人が協力すべきだと思う。	一般
本人とのやり取りが半年に一回なら、半年に一回でもいいのではないか	一般
こちら半年に1回以上に行うでよいと思う。	一般
月に1回が最適	一般
ここまで、会社が踏み込んだ内容は得策ではない。	うつ
職場に復帰しやすい	うつ
主治医と産業医では各々の思惑があるため互いに話し合っても本人に対しては良い方向に行かない（体調・経済面の生活費等）	うつ
そこまでしなくていい。	うつ
した方がよい	うつ
職場がそこまで気を使ってくれればありがたいがなかなかそうはいかないと思う	うつ
鬱に関してはわからない人が多いから	うつ
負担になるかも	うつ
患者による。病状を他人に事細かに知られるのは嫌。	うつ
あくまで本人が同意した場合だけ情報を共有されるべき	うつ
差別されないか不安	うつ
精神疾患は、その時の状況で心理状態や行動様式が異なる。治療は長期に渡ることがあるため、職場の担当者と主治医との意思疎通は必要と思う。	うつ
うつ病の方は気分的に電話や面談は厳しいので…メールや文書のやり取りが良いと思います。	うつ
同意を強要されかねず、労働者側が不利になる可能性がある。労働者側の意思で提供したいときにすることが前提であるべき。年に1回の情報提供のタイミングによって左右されてしまうことが起こりうる。1年を区切りとするのならば、好不調の波がある前提で定期的、もしくは本人の望むタイミングで情報提供すべき。	うつ
主治医の意見をあくまでも尊重すること	うつ
少ない	産業医
この部分は、ルール化するのはあまり意味がないと思います。必要な時期に行うべきで、頻度の問題ではないと思います。	産業医
職場担当者は医師ではないので、どの程度の情報共有がなされるべきかは難しい問題である。	産業医
プライバシー侵害のおそれがあるため	産業医
患者の同意があっても「個人情報」「守秘義務」と、病状や復職に際しての留意事項などを教えないDrが時々いて困る。	産業医

外来主治医の判断と実際の職場復帰とはずれがあるので、休職（診断時）、休職中、職場復帰の可否診断時に連絡をとるのがよいと思います。	産業医
そこに保険点数を加算するシステムが必要	産業医
外来主治医の意見は、診断書により伝えるべき。患者本人にもオープンにするべきと考えます。患者抜きに主治医、産業医はつながるべきではない。	産業医
但し症状変化ある時は随時必要。	産業医
症例による	産業医
ケースバイケースだと思う。特に、職員本人の主治医への信頼度が低い場合には。	産業医
本人の同意が前提にあるような文面であるから。	産業医
これも毎月か3か月に1回でもよいように思います（休職の診断書がでるたびに）	産業医
特に医療者以外の担当者の場合、あまり有意義なやり取りとならない懸念がある。診断書が3カ月程度毎に出ていれば、必要性はケースによると考える。	産業医
理想ではあるが、外来担当医の金銭や時間の負担が大きいイメージなので、このままの文章では推奨しにくい。職場担当者（あるいは産業医）からの情報提供とのペアで外来主治医からの情報をもらうというような、相互連携の色合いを出す文章にできないでしょうか。ただし外来担当医への費用負担は、復職したい本人でしょうか。このへんを詰めておかないと有効な推奨にならないものと危惧します。	産業医
休職可能な期間が短い事業場の場合、休職に入ると同時に説明が必要と思われる	産業医
必要に応じて行う。必要性はそれほど多くないだろうと考えます。	産業医
連携は目的を明確にし、時機を選んで行うべきで、単に「年1回以上」と頻度のみ推奨するのは、単純に過ぎます。	産業医
上記と同様ですが、もう少し頻度を上げるべきかと思います。	産業医
時期的な区切りではなく、必要性に応じて連携を取るべき。	産業医
年に1回と言う言葉に不同意です。これは、患者さんたちの休職期間は1年以上と言う事を前提にした言葉だと思われます。休職期間に入った場合、はじめの1ヶ月以内に初回面談を行いい、その後3ヶ月に1度程度面談を行うべきだと思います。これを拒否する主治医がいるのであれば、休職者を見る資格はないと思います。	産業医
年1回という区切りではなく、治療開始～休職時期、および復職が近づいた時期～復職期に連携を行うべきと考えます。ほとんどの場合、結果的には1年以内に連携をとることにはなっていますが…	産業医

復職準備の際、休職が長引いている場合は、連携をとることが必要だと思います。	産業医
場合によっては頻回に行うことを希望したい	医療職
連携しても意味がない	医療職
自分の意志が違った形で伝えられたら困るので、できたら同席面談したい	医療職
診断情報提供書の提供はよいが、面談、電話はどんなやりとりが行われたか確認したいし、同席希望したい	医療職
年1回以上という表現よりは、3か月に1回とはっきり期間を決めたほうがよいと思う。	医療職
個人情報の取扱いに不安がある。本人と連絡がとれない、診断書を提出しない等の場合に限って同意する。	医療職
自分に不利益な話し合いがされるのではないかと不安。連携内容を自分で見れるのか疑問。	医療職

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。	
親身になってくれたらうれしい	一般
再発しないためにも問い合わせするべきだと思う。	一般
嫌だけど、仕方ないかな…本当に落ち着いてる時を選びます。	一般
問い合わせをしなければいけない	一般
その環境が、ある！というだけで、気持ちが楽になるが、そんな環境の職場なら、ストレスに、ならないかも	一般
復職する場合は、職場からの理解は必要だと感じる。	一般
問い合わせずに、いきなり行くのは良くないと思います。	一般
薦められた通りにすると思う	一般
何を問い合わせるのか分からない。	一般
あくまでも本人の意思が重要だと思うが、職場での理解を求めるということで不可欠だと思う。	一般
自分から行動には出たくない	一般
医師と担当者の間でもやり取りがあった上でならば、問い合わせても問題ないのではないのでしょうか	一般

勧められたのなら問い合わせる方が良い	一般
とくにこれといってございません。	うつ
職場に復帰しやすい	うつ
産業医は会社の雇われ医者のため、本人の意向を聞いても会社の有利な方向に持ってゆく傾向があると判断する	うつ
立ち位置がちゃんと保証される事が重要	うつ
自分から問い合わせはしんどい。	うつ
産業医の知り合いがいるが復職はとても障害が多いので簡単にはいかないと思う	うつ
できると思えばいいかな	うつ
職場の理解は意外なほどない場合があるから	うつ
当然、どこの部署に復帰するのか、どのくらいの労働時間で働くのかは話し合うのが良い。	うつ
今の産業医は信頼できない	うつ
医師のアドバイスに基づき、上記を行う。	うつ
長期休職の場合は復職について問い合わせが必要	うつ
理解されないので相談しづらい	うつ
復職は想定されるハードルでも、高いハードルであるため職場復帰のためにどのような支援策や雇用主が復職に向けてどのように考えているかを確認すべき。軽視すると再度休職となる場合がある。	うつ
職場だけではなく、主治医の意見も取り入れたほうがよい	うつ
やはり復職する時は、一度医師に相談して判子貰ってからの方が良いかもです。	うつ
外来主治医も制度設計や環境調整に助言すべき。	うつ
問い合わせは主治医がすべき	うつ
職場と産業医が連携すべきであり、仕組みづくりに外来主治医が関わるのはおかしいのではないかと思います。	産業医
休職理由にあるうつ病の程度がはっきりしない。	産業医
同意はするが、職場の現実には産業医が主体であり、外来主治医には理解の限界がある。	産業医
質問4と同じ理由	産業医
骨格づくりには直接連携を、臨時にはメールにても可。	産業医
理想的にはそう思う。	産業医
外来主治医との連携は簡単ではないことが実情と感じます。（個人情報保護あり）	産業医

最終判断者を決めた方がよい。	産業医
外来主治医からの具体的な情報が圧倒的に不足していて困っています。恐らく外来主治医にとっては、職務に関する情報が不足していると思います。フォーマットの指針なのもあると助かります。	産業医
外来主治医をどう引っ張ってくるかが大変そう。	産業医
後半の「復職に向けてのすすめ方」とは、事例ごとの具体的な部分、という意味でしょうか？ そうであれば「事例ごとの復職に向けた具体的な進め方については、」としたほうが良いように思います。また、「連携して判断」の主語が不明瞭です。「職場担当者（あるいは産業医）が外来主治医と連携して判断すること。」でしょうか。これらの修正があれば同意します。	産業医
産業医、職場担当者が主であり、外来主治医は従であると考えます。	産業医
復職に向けての進め方は、職場（会社）が決めることであり、産業医、主治医の意見は参考資料に過ぎません。参考資料としての優先度は主治医よりも産業医の意見の方が高いです。上記のような書き方では、主治医、産業医、職場担当者の権限や責任が同等であるかのような印象を受けます。	産業医
仕組みがあって上司がそれを理解して公正な対応をしないと、スムーズな復職ができない。対応が労働者ごとに異なるとパワハラになりかねない。	産業医
リワークプログラムを外来で充実させて下さい	医療職
復職の時期が来たら考えたいと思います。	医療職
医師から復職のしかたについての説明がほしい。	医療職
受けられる支援等について相談することで、復職のハードルが広がる。	医療職
職場側からの意見としては、具体的に勤務時間等を指示してもらった方が良いと思う。	医療職

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。	
リワーク・デイケアの内容に興味があります(どこまで実際の職場と合った内容かどうか)	一般
めんどくさそう	一般
受けるべき	一般
優しいですね	一般
周りに知られたくは無い	一般
大丈夫と思っていても、受けた方が良くと思います。	一般

ある程度の効果が期待できるならば受ける	一般
症状によるとは思いますが。	一般
リワークの内容がよくわからず、必要性を感じない人も多いと思う	一般
このようなプロセスは職場に戻ることを反って難しくしているのではと感じる。自信を無くさせてしまう。	一般
どの程度のことがストレスになるのか、自分でもわかっておいたほうが良いと思う	一般
必要があれば利用できるようにした方が良いと思う。	一般
早く復職できるのでしたら受けます。	一般
この様なシステムがあるとは知りませんでした	一般
どちらとも言えません	一般
知人がデイワークに通っている	うつ
不安が解消できそう	うつ
この状態は必要と感じるが、会社に行ったら、病人扱いをされづらいし通常の業務がいきなり背中に乗ってくる	うつ
自分の職場と違うので、またストレスを感じそう。	うつ
状態によりますが、安定していたら受ける。	うつ
リワークケアというのを私は受けたことがないが知り合いに聞くとあまり効果的でないようだ	うつ
利用したい。	うつ
意味がない	うつ
状況次第	うつ
職務内容にもよる	うつ
人によるが。	うつ
無理やりやらされる	うつ
必ずしも必要ではない	うつ
参加したいが不安がある	うつ
リワークは本人が復職の意欲があることが前提であるが、長期にわたることになる。難しいかもしれないが、復職の制度と併せて復帰へのコースとして活用することを検討してもよい。	うつ
本人に希望があれば（必須としない）	うつ
職業によっては、ブランク有るのでそれを受けるのは良いかと思います。	うつ
リハビリなら出来る範囲ですべき	うつ
リワークに関しては本人の希望を尊重	産業医
生活リズムの記録の方が必要では？	産業医

リワーク・デイクアは職場が勧めるものではない。主治医が勧めるものなのであるべき。	産業医
(リワーク・デイクア) 意味がよくわかりません	産業医
可能であれば利用した方がよいと思う。	産業医
デイクアって何ですか? 「リワーク・デイクア」ですか? 文章の意味がよく分からない。リワークとは職場の復帰? という意味ですか?	産業医
復職に関しての不安を少なくすることは必要	医療職
同意はするが、本心は行きたくないと思う (本当の患者になってしまう気がする)	医療職
リワーク・デイクアについては、対象者すべてに効果があるというまでのエビデンスがないことが、少なくとも一般的 (専門家でない人に対するという意味で) な解釈であるため。自己決定の範囲内での事項であると考える。	医療職
リワーク・デイクアは利用したくない。	医療職
見知らぬ人たちの集団に入ることに抵抗を感じる。	医療職
患者によって好みがあると思う。リワーク・デイクアは見知らぬ人の中にいる苦痛があるので、向き不向きがあると思われる。	医療職
見学くらいならやってもいいと思います。	医療職

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。	
職場が 3 年も復帰を待ってくれるのか疑問です	一般
3 年で大丈夫か?	一般
これから先のことの判断は難しい	一般
3 年間の、ロス、会社にも、負担。まず、家族。基本的に、社会も、問題だか、軟弱な、人間をつくる、親、学校の段階の問題	一般
一度患うと復帰は難しいと思う	一般
3 年くらいの方が、見切りをつけるにはちょうど良いと思います。	一般
3 年が妥当だと思います。	一般
回復していないのであればどうしようもないと思う。	一般
診断書の提出	一般
人によって違うと思うので、何年と枠を決めない方がいいと思う。	一般
3 年もかかるとは・・・正直、意外でした。(うつを甘く見ているのかもしれませんが。すみません)	一般

当然と思う。	一般
3年で目途をつけ、4年目に判断	一般
そんなに時間がかかるものとは知りませんでした	一般
3年離れますと復帰も大変	一般
三年では再発の可能性があり治癒とはいえない。	うつ
長い目で見てくれるとありがたい	うつ
やはり最初の抗うつ薬の状態ですべてが決まってしまう気がする。あまり強いものを長くの飲用すると、回復は何年たっても望めずうつ病者のレッテルが貼られる。しかし、抗うつ剤の強さを弱くして現状作業を継続すれば長期にわたって作業ができ、且、経済的生活が維持できる。私はすでに10年以上うつ状態ではあるがなんとか生活を維持しながらもほととの作業を行っている。ゆえに上記内容は同意できない	うつ
三年以上のブランクはきつい。	うつ
自分の状態が受け入れられない場合は無理	うつ
私は正社員ではないので労災など受けられる人がうらやましい	うつ
人にもよるが期限は必要	うつ
うつの期間を決めるのはどうかと思うが、労災認定は1年よりも短くてもよい。	うつ
3年以下が望ましい	うつ
そう簡単には治らない	うつ
3年未満でも程度による。	うつ
3年以上症状が続けば同じ職場で仕事を再開は難しいと思う	うつ
期間だけでは解決しないと思う	うつ
ストレスの原因への対処や休職中の過ごし方などで改善する場合もあれば、悪化することが考えられる。自分の経験では3年はまだ治療初期で、減薬などを検討する段階にはないので判断が早すぎる。	うつ
うつ病は、完全には克服するのは難しい病気です。年数を少しでも長い方が無難です。	うつ
人によって治る期間は様々なので、3年で区切るべきではない。	うつ
2年程度で良いのでは？	産業医
判断できない。3年が妥当か否かわからない。	産業医
1年が適当	産業医
3年は短いこともある	産業医
3年以上休職しても治癒しないのであれば「労働災害」ではない可能性	産業医
3年もたったら状況、状態が変わると思われるから。	産業医

症例による	産業医
うつ病は期間でなく症状で判断することが必要であると考える	産業医
5年	産業医
3年は長いのでは。	産業医
1年でいいと思う。その上で「再認定」とかにしてはどうか（身障のように）	産業医
本人の退職との兼ね合いに注意が必要	産業医
これは職場担当者や産業医が判断するものではないと思います。外来担当医への推奨も含むのでしたら同意しますが、主語に「外来担当医は」と入れてください。	産業医
1年半で十分と考える。	産業医
高額の労災保険が復職や退職後にも別の仕事への就労を妨げていることもあり問題がいろいろある。	産業医
メンタル不調の患者さんに対する「医学上一般に認められた医療」というものに自助努力が含まれていないことに疑問を覚えます。3年間入院治療を支払う経済力さえあれば、健康に働いていた時の収入の8割が年余にわたって支払われる労災制度の悪用は非常に容易です。入院すらしていない自宅に引きこもっている患者さんが、3年間引きこもっていたという理由で労災を受け取るなど問題外だと考えます。「医学上一般に認められた医療」の質の向上と、自助努力の評価の仕組みが必要だと考えます	産業医
実際の労災認定事例を勘案すると5年ほどが適切ではないかと考える。労災認定に至る過程に労使双方の心理的葛藤や行政指導が入った後の会社側の受け入れがスムーズにいかないことがあり、休業-復職へ至る過程に何らかの施策が必要である。	産業医
今後、終身雇用が一般的でなくなることが想定され、3年での判断は現実的とはいえなくなる可能性は高いと考えます。（臨床的には妥当と思います）	医療職
3年も見守ってくれる会社があるかどうか疑心暗鬼であるが、あれば有難い。公務員がよっぽどの大企業ではないでしょうか。	医療職
先のことは分からない。	医療職
3年間という期間はどうかでしょうか。短い気がします。	医療職
3年でも完治・全快しないというのは大変だと思う。本人にとっても、職場にとっても、両方が納得する方法は難しいと思う。	医療職

その他自由意見	

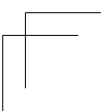
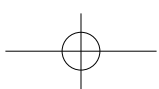
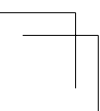
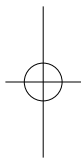
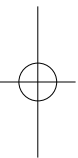
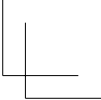
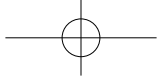
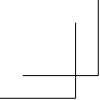
アンケートの趣旨が良くわからない同意するかなのか、自由意見なのか良くわからない	一般
特にありませんが、意味がよくわかりません。	一般
もっと社会がこの件に関して熱心になるべきだ	一般
うつ病が増えてきている事は時々聞くが、まだ実感がない職場に対象者がいた場合どう接していいのかわからない公的機関による「管理者への講習などがあればいいが	一般
わかりにくい	一般
鬱になったと思ったら、一度生活等を冷静な目で見直すべきだと思う	一般
うつ病は自己中心的な人のわがまま、病気と思えない	一般
職場の産業医がしっかりイニシアティブを取って、主治医と職場復帰に向けての相談をしたらいいと思う。	一般
自分が実際にかかった場合、アンケート通りに出来るかが不安。	一般
企業の理解が必要であり、安心して治療を受けれることが大切だと感じました。	一般
適切な医師の判断であり、本人のためにもなるものと思う。	一般
意向がわからない。	一般
アンケートの趣旨が良く分かりませんでした。	一般
なってみないと、詳細はわからない。	一般
よく意味がわからなかった	一般
意味がよく理解できません	一般
難しいので、適切に答えられたか不安です。	一般
かなり難しい状況での状況判断を考えさせられました	一般
実際には原因となった職場への理解はしてもらえないと思うただ、現社会がそういう状況に成った場合会社側の対応処置がマニュアル課してるので仕方なくと言う感じで対応されるでも、職場復帰したら、理解してくれる人もいれば、反感をかう人も出てくるまたそれで悩みも出てくるから難しいと思う	一般
臭いものに蓋をする方法ばかり、考える風潮。貧困問題は、お金ではなく心か。貧乏くさい。	一般
医療関係者からするとなかなか判断が難しいケースが多い。専門医の中の専門医が必要と感じる。	一般
自分ではないから簡単に意見しているかも知れないが 現状は やはり一度患うと 復帰は難しい。保証は手厚い方が良いが 保証に甘えすぎて 仕事しない人も多々あり 健常者からみれば 腹立たしい 事もある	一般

職場の人と面談するかどうかは職場環境によって変わると思った。大手に場合は服飾は可能だと思うが、中小だと難しいと思う。	一般
その時の状況で判断変わるので何とも言えないが、職場以外のコミュニティや相談場所が必要だと感じる	一般
自由回答は何を意図しているのかわかりにくかったです。	一般
長期間の観察ケアは必要なことだと思う。	一般
趣旨がよく理解できなかった。	一般
職場全体で取り組んで精神健康に配慮して休職にまでいたるうつへの移行を予防することが重要だと思う。	一般
職場にうつ病の原因がある場合は復帰がベストの選択ではない場合もあると思う。大変難しい問題だ。	一般
経験がないので的外れかもしれない	一般
各社に必要なこと	一般
うつから寝れない、脳に障害が出て入院した人を知っています。会社側の人事、業務管理も大切なのではないでしょう？	一般
自分はうつ病になったことが無いので、その人の立場になってみないとわからない部分が多いので、回答が難しかった。	一般
鬱に対する世間での受け取り方と病院での受け取り方の深刻さに温度差を感じました。職場で鬱が原因で休職した方は、3か月の自宅療養と診断されながら、職場の人手不足から「リハビリ」と称して施設長に説得され、一か月後にはバイトで復職したいました。辛そうでした。	一般
色々考えさせられた。	一般
鬱の経験がないので分からなかったのですが、時間のかかるものなのですね	一般
私も精神科に通院いたしましたが無マニュアル通りの質問のように思いましたし、とても判断が難しいと思います。自律神経が壊れることが多いので自分で判断いたしまして通院はやめました（調子悪くなりましたら伺うとのことで）先生に失礼のないように断りました	一般
この病気自体がデリケートなので個々への対応と処方をより慎重にしてほしいと思う。	一般
労災かどうかの判断は簡単にすべきではない。	一般
それでも、実際の職場では鬱病患者を受け入れ難かったり、それよりも他の人材を見つけたりする環境は多くある	うつ
的外れの意見を書いていたかもしれません。 その際にご容赦願います	うつ
うつ病は治るという誤解がなくなる世の中になってほしい。	うつ

体、心全体で拒絶するので時間が長くかかる病気だと思います。理解者が必要です。	うつ
14年うつ病をわずらっているがいまはお薬でほぼ普通に暮らせています、うつびょうまたは他の精神疾患についての理解がより深まっていけば良いと思う	うつ
人それぞれ状態が違うから一概に3年と区切るのはどうかと思う。もっと精神的なものには要注意をしないとだめだーです	うつ
もう10年以上クリニックで投薬治療していますが元の自分には戻れない。もう嫌になる	うつ
企業がうつを嫌っていることがよくわかった	うつ
うつ病患者は差別されている。	うつ
管理職に鬱に対する理解を深めてほしい	うつ
私は会社員時代に仕事の内容、イジメで自殺してそのまま退職したが、うつが労災認定されるとはそのころ知らなかった。広くうつで人的被害が無いように、社会一般に知らしてほしい。	うつ
鬱病患者の社会復帰に向けた指針を提示して欲しい	うつ
うつに苦しんでいる人を救ってください	うつ
仕事がストレスになっている場合、企業はうつ病の社員に対して適切に対応してくれるかは疑問	うつ
社会全体でもう少しこの病に理解がほしい	うつ
前回アンケートは受けていないと思いますので比較はできませんでした。	うつ
自分もうつ病になってたので、このアンケートが同じくうつ病で苦しんでる人達に役立って欲しいです。	うつ
面白いアンケートでした。	うつ
アンケートの回答で「同意する」「同意しない」の選択肢は珍しい。「そう思う」「そう思わない」の方がよくあるチョイスです。	産業医
メンタル不調者に対しては事例ごとに対応しています。	産業医
それぞれのCASEで異なることが多いので、あまり規則、ガイドラインでしぼるべきではないと思う	産業医
同意はできるが、書類等のボリュームが増え、いかに対応できるかが問題と考える	産業医
発達障害などの復職について知りたい。	産業医
現在うつ病患者を外来で診療させていただいていますが、段階を進むにつれて不安が多くなるようです。その方は完全復帰に2～3年かかりましたが、その間外来でどのようなサポートをすればよいのでしょうか。	産業医
とてもよい！！必要あり！	産業医

質問の文章が硬くてわかりにくい	産業医
このアンケートの結果は後日まとまったら貴サイトで公表して下さい	産業医
とある県職員が”うつ”と診断され休職し、プールサイドでたこ焼きを売っていたニュースがあったが、不適切な休職を検出する手段が必要と思われる。	産業医
産業医の介入する程度があまりにもあいまいで、ケースによりバラバラです。メンタルヘルスに関する復職ガイドラインなど作って下さい。	産業医
認知行動療法が薬剤を上回ることを一般の人にも説明してほしい	産業医
ありがとうございました。	産業医
3年の休職をくり返す社員に対し、どう対応すべきか悩む。	産業医
全般的に主語が曖昧だと感じました。誰に対する推奨なのか、職場担当者や産業医に向けたものと冒頭にありましたが、外来担当医が入っていたりで、少々混乱します。あと、臨床経験を聞くのは主治医に対してだと思います。産業医には産業医経験を聞くべきだと思います。	産業医
臨床医の経験は研修期間のみですが、産業医の経験は15年以上です	産業医
アンケートの内容は大方針としておおむね理解いたします。長期療養中の期間や処遇（収入）は企業によって異なっており、それによって復職への姿勢や生活への姿勢が異なることから、企業の事情に合わせた対応が必要であると思います。産業医はその方針決定に関与することが肝要かと思います。	産業医
最初から職場規定の復帰要件を主治医に支持し、それに基づき主治医も治療を提供するという枠組みでも良いように思う。現状、会社も主治医に丸投げ、産業医もあまり職場調整に動いてくれないという不満を本人や職場関係者から聞くことがあり、主治医であっても産業医的な視点から本人に促す場面も多い。	産業医
ご苦労様です。大変貴重な成果になると思います。	産業医
メンタル不調に対する労災支給制度自体がおかしいと考えております。うつ病と言うのはもともと治る病気として定義されておりますし、遷延化しているのは個体要因と考えて、労災の支給期間を傷病手当と同程度の1年半くらいに限定すべきだと考えます。漫然と長期間受給できること自体がこの制度を歪めています。また、休職者への積極的な治療を行なえない主治医は休職者を見ることを直ちにやめるべきでしょう。	産業医

質問 8 は、産業医としても職場復帰支援に従事している。また、ぜひ業務（心理的負荷）を契機として発病した精神疾患が違う病態に変わった場合、違う病態に変わった状態も継続して補償は続けるべきなのか、あるいは、心理的負荷による精神障害は、重度ストレス反応及び適応障害、短期反応性精神障害等の心理負荷が濃厚に絡んだ病態を基本に考えて判断（治ゆ）すべきなのか、また生物学的要因が主体の病態に変わったとしても補償は重度のものは同様にやむを得ないとするのか、ぜひ、今回、先生方の意見をまとめていただきたい。そして、明らかに詐病傾向や適正給付に合わない事例に対しての対応も検討していただきたい。	産業医
質問 8-3 臨床経験年数について：内科医としての経験は 3 年余りとなりますが、以降産業医を主としている期間は 15 年以上 20 年未満となります。もし質問の意図が医師の経験年数と言うことであれば、そちらの選択肢に読み替えてください。	産業医
家族のサポートはどうされますか？（支える家族への教育・相談。家族に対するケア）。仕事上のストレスが原因とはいえ、共に暮らす家族のケア、サポートがないと治療経過に重大な影響を与えると考えます。	医療職
うつ病の病状がわからないので、答えにくかった。	医療職
前回のアンケート結果を参照させる意図がよくわかりませんでした。選択肢が 2 つしかないが、「どちらかというと」という方が分かりやすいと思います。	医療職
うつ病の療養休暇の上限は、県庁では 180 日だが短いと思う。1 年程度は必要。休職になってしまうと、なかなか復職までこぎつけるのが難しいと思う。	医療職



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%

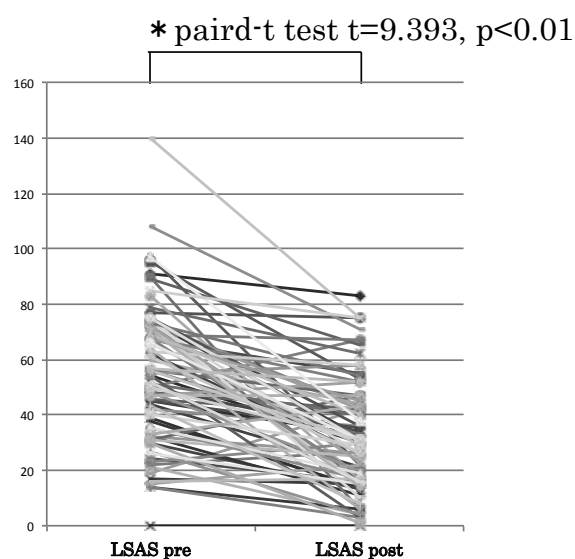


図 1. LSAS の値のプログラム実施前と実施後の経時的変化 (PPS 解析)

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。

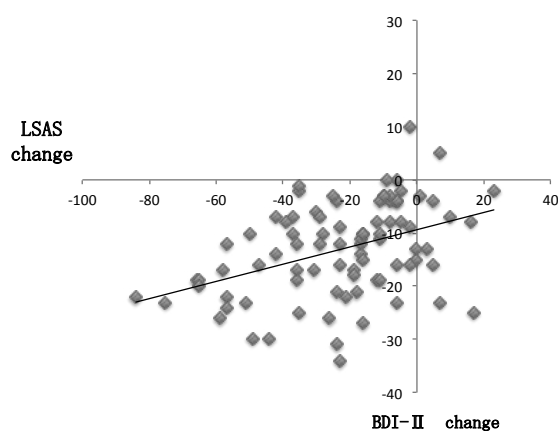


図 2. LSAS の変化量と BDI-II の変化量の相関を見る散布図 (PPS 解析)

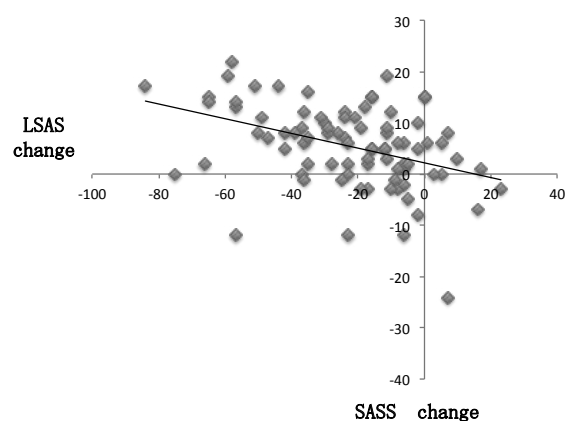


図 3. LSAS の変化量と SASS の変化量の相関を見る散布図 (PPS 解析)

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%

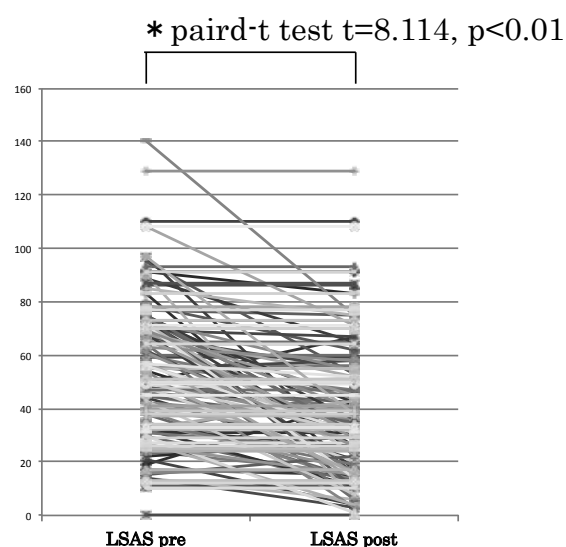


図 4. LSAS の値の実施前と実施後の経時的変化（FAS 解析）

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。

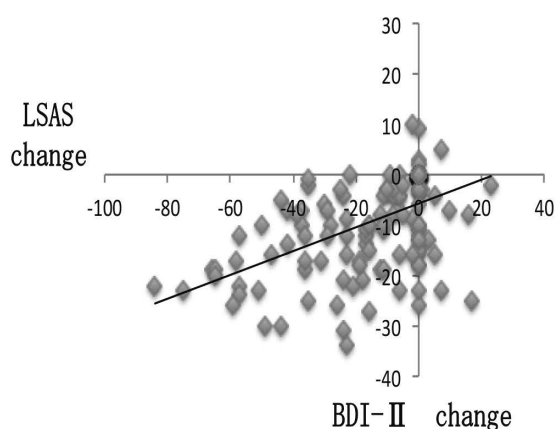


図 5. LSAS の変化量 BDI-II の変化量の相関を見る散布図（FAS 解析）

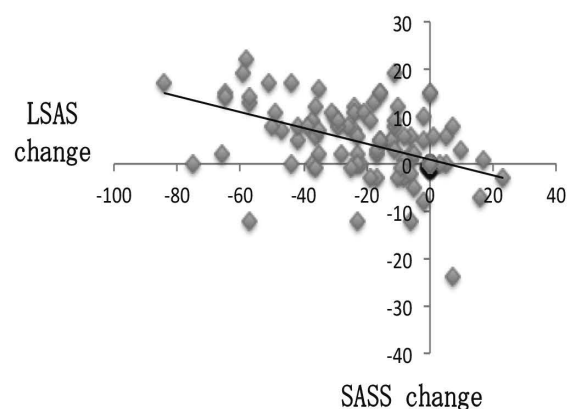


図 6. LSAS の変化量と SASS の変化量の相関を見る散布図（FAS 解析）

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%

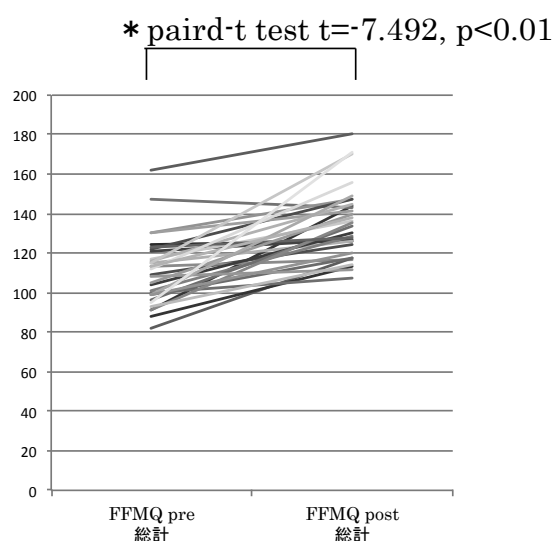


図 7. FFMQ の値のプログラム実施前後の経時的変化 (PPS 解析)

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。

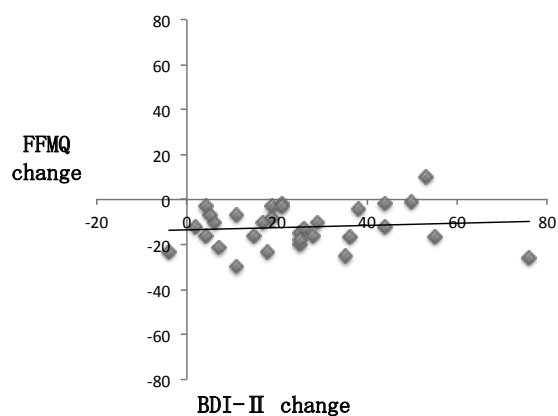


図 8. FFMQ の変化量と BDI-II の変化量の相関を見る散布図 (PPS 解析)

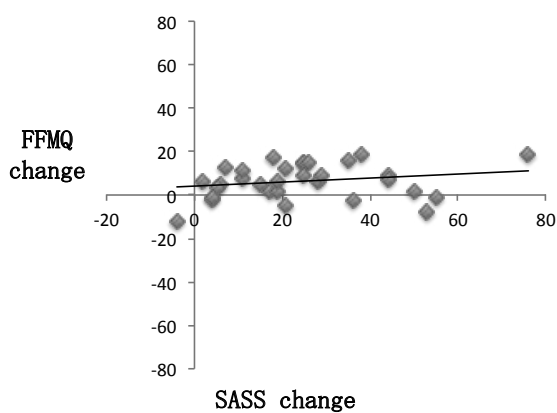


図 9. FFMQ の変化量と SASS の変化量の相関を見る散布図 (PPS 解析)

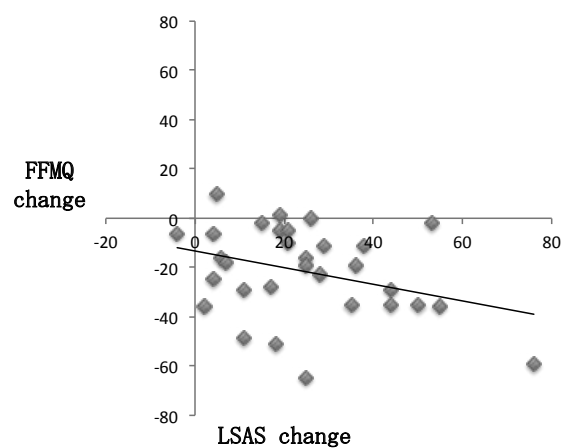


図 10. FFMQ の変化量と LSAS の変化量の相関を見る散布図（PPS 解析）

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%

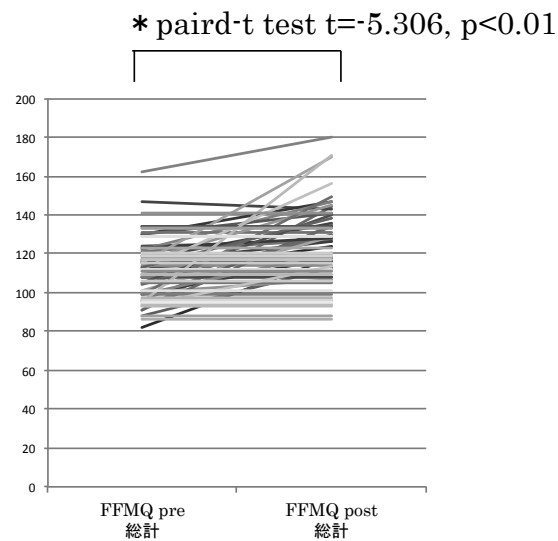


図 11. FFMQ の値のプログラム実施前と実施後の経時的変化 (FAS 解析)

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。

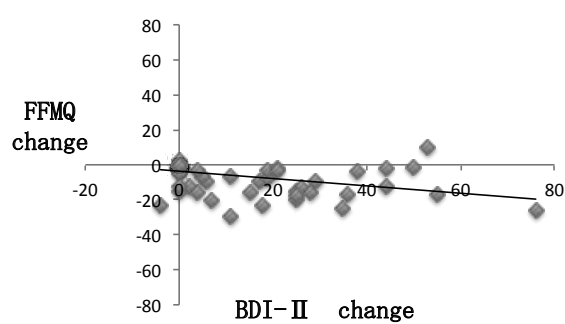


図 12. FFMQ の変化量と BDI-II の変化量の相関を見る散布図 (FAS 解析)

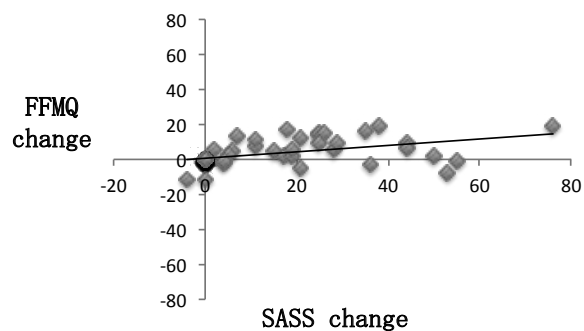


図 13. FFMQ の変化量と SASS の変化量の相関を見る散布図 (FAS 解析)

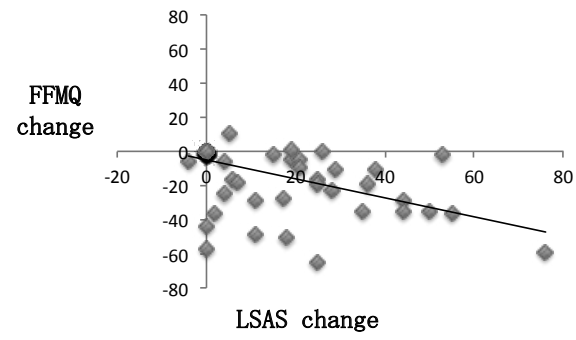
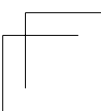
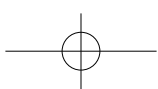
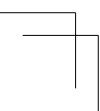
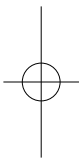
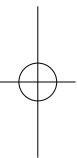
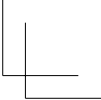
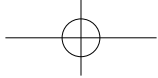
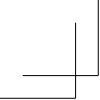


図 14. FFMQ の変化量と LSAS の変化量の相関を見る散布図（FAS 解析）



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

産業医の立場からの長期療養者の就労可否判断

研究分担者 田中克俊

研究協力者 荒木光¹、大島優子¹、磯島学¹、飯田大作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 北里大学医学部精神神経学教室

研究要旨

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

＜方法＞

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

＜結果＞

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

＜考察＞

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

A. 研究目的

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

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

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

B. 研究対象と方法

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

[倫理面への配慮]

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

C. 結果

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

1) 労働者個人の心理行動（疾病）特性

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

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

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

2) 就業上の措置が適切に行われないこと

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

きれることが望ましい。

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

3) 休業中のケアおよび生活の状況

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

- ・休職期間中に事業所内でリハビリを実施し、出社に問題ないことを確認して、復職させている。その方が、再度勤怠が乱れ、再休職となるパターンが少ない。

- ・休業している労働者をスムーズに復職もさせるためには企業側が職務遂行能力をどのようにみることが重要であるが、それを制度の中に組み入れ導入運用していくことは非常にむずかしい。客観的な判断方法の開発が求められる。

- ・デイケアは医療よりで、一般企業の不調者には少しプログラムが合わない。

4) 主治医以外の専門医によるアドバイス

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

込む公的制度が必要。

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

5) 主治医との情報交換不足

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

6) その他

- ・会社として休職・復職の制度がきちんと整備

されていない。

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

2. 産業医の立場で実施可能で有用と思われる就業可否判断についての検討

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

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

D. 考察

休業の長期化の背景には多くの原因や課題があることが示された。産業医の立場でアプローチできることは限られているが、就業の可否判断のためには、休業中の生活状況の把握に焦点を当てることが有用と考えられた。今回の

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

E. 結語

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

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

なし。

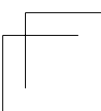
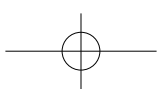
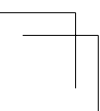
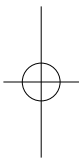
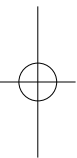
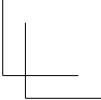
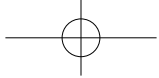
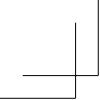
H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得 なし。

2. 実用新案登録 なし。

3. その他

なし。



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
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

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＞

企業の特定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定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 年の特定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、様々な要因因子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、企業の特定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。

