

## A. 研究背景・目的

産業保健における重要課題の一つは労働者のメンタルヘルス対策であるが、特に労働者の自殺予防対策が焦眉の課題としてある。この自殺予防対策の中でも、とりわけうつ対策が重要である。この理由としては、労働者の自殺企図例の約7割がうつ病であるという報告があり、さらに他の精神障害が自殺企図の背景にある場合にも、その多くは抑うつ状態にあると考えられるからである。抑うつ状態にある労働者が適切な受療行動をとることができるように支援することが大切である。

うつ病対策を講じる上では、労働者のうつ病に関する受療状況の把握が必要である。国が3年に1回行っている患者調査では、平成11年に比べて平成17年では外来受療率は約2倍になっている。もちろん、この調査では労働者・非労働者という区分がなされているわけではないが、うつ病の受療率が上昇していることが示されている。わが国における地域調査では、DSM-IVの大うつ病の12ヵ月有病率は、男性1.5%、女性2.7%と報告されている<sup>1)</sup>。世界保健機関の国際共同研究の一環として行われた長崎の調査では、プライマリケアにおける有病率は2.6%である<sup>2)</sup>。神田東クリニックを受診する労働者の約1/3は気分障害であることから、気分障害は非常に重要な精神障害であると考えられる<sup>3)</sup>。今回、厚生労働科学研究「労働者の自殺予防に関する介入研究」の一環として労働者のうつ病治療の現状についてレセプトの情報による調査を行った。

レセプトは、医療機関から健康保険組合に提出される請求書であり、医療機関にお

いて医療を受ける殆どの労働者が健康保険制度を用いて、医療保険給付を受けているため、医療を受けている労働者の実態把握の方法としては有用であると考えられる。健康保険組合に知られることを危惧して健康保険を使わないで医療機関において医療を受ける者もいるが、ごく少数である。また医療機関でなく、他の施設において代替医療を受けている労働者もいる。さらに調子の悪いことを自覚しても病院に行こうとしない労働者もいる。躁状態のように、そもそも調子が悪いと感じていない労働者もいる。したがって、レセプト調査の対象となる労働者は、心の健康障害のある労働者の一部ということになる。こうした限界性があるにせよ、医療機関において治療を受けている労働者という集団におけるうつ病の実態は、一般化し得る部分もあると考えている。

## B. 研究方法

(株)日本医療データセンターでは、レセプトデータをデジタル化してデータベースを作成し、種々の統計的分析を行って、有用な健保施策あるいは事業場の保健施策の立案・実施に寄与しえる調査結果を提供する会社である。今回は、研究事業の一環として、データベースの利用および分析を依頼した。

調査の対象は、2006年2月の8つの健康保険組合（総組合員167,753人）におけるレセプトデータである（表1, 2）。レセプトでは、個人情報保護法に抵触する個人を特定しえる情報がないデータベースを用いて解析を行った。対象者は労働者に限定するため、健康保険本人のみを調査対象とし

た。さらに対象病名として、ICD-10のF3に該当する病名のあるレセプトを取り上げて検討を行った。

さらに、2004年12月～2005年2月の間に睡眠薬の処方無しの患者でその後の3ヶ月間に睡眠薬の処方が開始された患者を母数とする調査を行った。開始日は処方年月日で判定する開始日を第1日目として計算した。睡眠薬処方開始日を基準として、抗うつ薬の処方を判定した。すなわち①抗うつ薬処方無し、②睡眠薬以前に抗うつ薬処方あり、③同時に抗うつ薬処方あり、④睡眠薬処方以降に抗うつ薬処方あり、の4種類である。このようにして、④では、何日後に抗うつ薬が処方されたのかを計算した。

### C. 結果

#### (1) 受療率（表3, 4）

この期間中にF2の診断病名により医療機関を受診した組合員は2,779名（1.7%）であった。年代別にみると、10歳代2人（0.08%）、20歳代273人（0.74%）、30歳代892人（1.7%）、40歳代861人（2.3%）、50歳代463人（1.6%）、60歳代126人（1.7%）などであった（図1参照）。性別では、男性2,337人（1.6%）、女性442人（1.9%）であった。

#### (2) 標榜科目とうつ病（表5）

標榜科目名では、精神科、神経科、心療内科を受診している人は1,880人であり、全体の67.7%が専門科において治療を受けていた。

(3) 睡眠薬で治療開始後に抗うつ薬を追加する割合と、追加投与までの期間

睡眠薬で治療開始を受けた組合員の0.092%が、抗うつ薬の追加投与を受けていた。また睡眠薬投与と抗うつ薬投与までの期間の平均は105.7日であった。

### D. 考察

本研究における受療率に関する調査結果より、レセプトで把握できる範囲における受療状況からみる限りではあるが、うつ病は40歳代が最も多く、ついで30歳代、50歳代となっていた。40歳代がうつ病有病率が高いのか、受療行動をとりやすいのかについては、今後の検討が必要である。また一般的に男性より女性の方がうつ病の有病率が2倍程度高く、受療行動をとりやすいとされているものの、今回の調査結果は必ずしもこうした従前の報告を支持するものではなかった。

うつ病の労働者の多くが専門医療機関において治療を受けていることが確認されたが、これも従前の報告とは異なるものであり、社会教育の進展にともなうものであるとも考えられる。

睡眠薬を服用している患者は約10%の確率で平均約3カ月後に抗うつ薬を服用している。つまり不眠症はうつ病発症の前駆症状であり、平均3カ月程度でうつ病の診断を満たす病態に進展することになる。

結論として、本研究により健康保険組合員の約2%が気分障害の病名により受療行動をとり、その約2/3は精神科医により治療を受けていることが明らかになった。さらに睡眠薬を服用している患者は約10%の確率で平均約3カ月後に抗うつ薬を服用していることが示された。さらに詳細な分析を行うとともに、今回得られた知見をも

とにして、労働者のうつ病対策、ひいては自殺対策を検討する必要がある。

#### E. 研究発表

##### 1. 論文発表

該当せず

##### 2. 学会発表

該当せず

#### F. 知的所有権の取得状況

##### 1. 特許取得

該当せず。

##### 2. 実用新案登録

該当せず。

##### 3. その他

該当せず。

#### G. 参考文献

1. 川上憲人他：心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究，平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業総括研究報告書

2. 未発表データ

3. 世界保健機関，世界の精神保健（中野 善達監訳），明石書店，2004.

表1 調査対象

健保数	8	健保
レセプト枚数	65,485	枚
患者数	51,626	人
医療機関数	14,160	施設

表2 年齢層・性別の調査対象組合員数

年代	男性	女性
10歳代	1,876	733
20歳代	28,365	8,578
30歳代	45,851	7,596
40歳代	34,874	2,923
50歳代	27,105	2,696
60歳代	6,770	508
70歳代	616	122
80歳代	67	53
90歳代	10	10

表3 年齢層別のF2に該当する組合員数

年代	気分障害
10歳代	2
20歳代	273
30歳代	892
40歳代	861
50歳代	463
60歳代	126
70歳代	114
80歳代	42
90歳代	6

表4 性別のF2に該当する組合員数

	気分障害
男性	2,337
女性	442

表5 診療科別のF2に該当する組合員数

診療科	気分障害
不明	378
その他の外科	3
その他の整形外科	2
一般外科	17
一般内科	376
産婦人科	6
耳鼻咽喉科	7
循環器科	10
小児科	2
消化器科	17
心臓血管外科	1
心療内科	66
神経科	582
神経内科	26
腎臓内科	0
整形外科	18
精神科	1,232
脳神経外科	20
泌尿器科	4
皮膚科	5
放射線科	2
麻酔科	5

## 「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」 に関する調査研究

研究代表者 高田 未里 北里大学大学院医療系研究科・リサーチレジデント  
分担研究者 島 悟 京都文教大学人間学部臨床心理学科・教授

### 研究要旨

平成16年に厚生労働省より発表された「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き（以下、手引き）」は、事業場において非常に有用な職場復帰支援における指針となっている。手引きの発表以降およそ2年が経過した時点において、この手引きの活用の実態およびその活用における課題を明確にすることを目的として調査を実施した。

手引きの活用の実態・課題に関する調査票を作成し、事業場における産業保健スタッフ等に回答を依頼した。手引きを知っていると答えた者は48.1%であり、周知度は高いとはいえない。また、手引きを使用していると答えた者は28.3%、手引きを基に社内の職場復帰に係る規定を整備したと答えた者は17.0%であり、少ない割合であった。職場復帰時の対応としては、時間短縮勤務の実施、時間外労働・深夜業務を制限している事業場が多かった。いわゆる「リハビリ勤務」は、就業規定にない、制度を設けていないなどの理由から実施していない事業場が多かった。この結果より、手引きなど事業場で参考とできる資料の周知度の向上、管理監督者に対する教育啓発活動の実施、主治医と事業場スタッフとの連携をより一層図ることが必要であると考えられる。

また、外部EAPの相談窓口に寄せられた、心の健康問題により休業した労働者とその家族、休業した労働者に関わる社員からの相談内容を分析した。その結果、休業者・復職者が抱える問題として、上司や産業保健スタッフから休業・復職に関する処遇等に関する情報が得られないために不安や疑問を多く抱えていること、自分の処遇が悪くなると考え、不安や悩みなどを正直に伝えていないことの2点が示された。そのため、休業者・復職者に対して十分な情報を与えること、不安や悩みなどを正直に伝えられる場を設けることが重要であると考えられる。

## 1. 事業場における産業保健スタッフを対象とした調査研究

### A. 研究目的

わが国では、心の健康問題による1ヶ月以上の休業者がいる企業は74.8%であり<sup>1)</sup>、心の健康問題による休業者が円滑に職場に復帰し、業務が継続できるような職場復帰支援が必要とされている。

平成16年10月に厚生労働省より発表された「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き（以下、手引き）」は、事業場において非常に有用な職場復帰支援における指針となっている。しかし、職場復帰支援は難しく、職場復帰後すぐに体調を崩して再休業してしまう労働者もしばしばみられている。手引きの発表以降およそ2年が経過しており、この手引きの活用の実態およびその活用における課題を明確にすることが必要であると考えられた。

そこで、事業場における産業保健スタッフの立場からみた手引きの活用の実態・課題について調査を実施することとした。

### B. 研究方法

#### (1) 調査対象

事業場における産業保健スタッフ等に調査票を配布し、回答を依頼した。

#### (2) 調査票

調査票の主な内容は、以下の通りである（別添資料1）。

- ①事業場の業種・従業員数
- ②回答者の職種
- ③手引きの利用および知識の有無
- ④手引きに記載された項目の実施状況、実施者、実施上の問題点、未実施理由
- ⑤職場復帰支援プランの詳細（手引きに

は記載されていない項目の実施状況、実施者、実施上の問題点、未実施理由)

⑥職場復帰後のフォローアップの実施状況、実施者、実施上の問題点、未実施理由

⑦手引きには記載されていないが、独自に実施している内容

⑧手引きに追加してほしい内容

### C. 研究結果

(1) 回答者および回答者が所属する事業場について（表1～表3）

106名より回答が得られた。回答者のうち、42名（39.6%）が正社員数1000名以上の企業に所属していた（表1）。30名（28.3%）が製造業、20名（18.9%）が医療・福祉の事業場に所属していた（表2）。また、15名（14.2%）が産業医、18名（17.0%）が保健師であった（表3）。

(2) 手引きについて（表4～表8）

手引きを知っていると答えた者は51名（48.1%）であった（表4）。そのうち、30名（58.8%）が実際に手引きを使用しており、18名（35.3%）が手引きを基に社内の職場復帰に係る規定を整備していた（表5、表6）。

手引きに記載された項目の実施状況および実施している際の担当者を尋ねた結果、産業医、上司、人事労務担当者が主に実施していた（表7）。

手引きに記載された項目の実施上の問題点としては、管理監督者の理解・意識の低さ、回復していない状態にもかかわらず焦って職場復帰を希望する者があること、職場復帰時に提出される診断書が本人の希望

する内容で記載されていること、主治医は本人の業務内容を理解せずに診断書を発行していること、個人情報保護法の策定により手続きが煩雑であること、などがあげられた。また、職場復帰支援プログラムそのものが策定されていないために、プログラムの実施状況の確認や見直しは未実施である場合がみられた。

(3) 手引き未記載の内容について(表 49-表 106)

具体的に職場復帰時の対応を尋ねたところ、実施しているとの回答が多かった内容は、時間短縮勤務(表 49; 33名, 51.6%), 時間外労働の制限(表 57; 44名, 68.8%), 深夜業務の制限(表 76; 34名, 53.1%)であった。時間短縮勤務を実施している事業場では4時間勤務が最も多かった(表 50)。また、変形勤務としては、フレックスタイム制で対応しているとの回答がみられた(表 54)。未実施の事業場では、その理由として、毎日定時間就業可能であることを職場復帰の条件としていること、制度を設けていないことがあげられた(表 52, 表 56)。

いわゆる「リハビリ勤務」の実施状況について尋ねた結果、実施しているとの回答は18件(28.1%)であった(表 95)。その際、賃金の支払い対象としているとの回答が6件(33.3%), 交通費を支給しているとの回答が9件(50.0%)であった(表 96, 表 97)。「リハビリ勤務」の未実施の事業場では、その理由として、就業規定がない、制度を設けていないことがあげられた(表 99)。

職場復帰後のフォローアップの実施状況について尋ねた結果、実施者は産業医が16件(25.0%), 保健師が36件(56.3%),

看護師が34件(53.1%), 上司が30件(46.9%), 人事労務担当者が36件(56.3%)であった(表 100)。一月当たりの実施回数は1回と2回が多く、実施終了時期は職場復帰から1ヵ月後, 6ヵ月後, 12ヵ月後, 安定するまで, との回答が多かった(表 101, 表 102)。

#### D. 考察

事業場における産業保健スタッフ等に対する調査の結果、手引きを知っていると答えた者は48.1%であり、周知度は高いとはいえない。さらに、実際に手引きを使用していると答えた者がそのうちの58.8%、手引きを基に社内の職場復帰に係る規定を整備したと答えた者がそのうちの35.3%であった。手引きを知っていると答えた者においては少ない割合ではない。

しかしながら、回答者全体における割合でみると、手引きを使用していると答えた者は28.3%、手引きを基に社内の職場復帰に係る規定を整備したと答えた者は17.0%であり、少ない割合である。元来、この手引きは基本的な項目や内容を例として示したものであり、各事業場における職場復帰支援プログラムの策定・運用を行うにあたり、手引きを参考として事業場の実態に即したものを整備することを目的として作成されたものである。本調査の結果からは、手引き作成の目的が十分に果たされているとはいいがたい。そのため、手引きなど事業場で参考とできる資料の周知度を高めることが必要である。

職場復帰時の対応としては、時間短縮勤務および時間外労働・深夜業務の制限を実施している事業場が多かった。時間短縮勤

務では、通常勤務の半分である 4 時間勤務を実施していることが多かった。また、毎日定時間就業可能であることを職場復帰の条件としている事業場、職場復帰支援プログラムそのものを策定していない事業場もみられた。

いわゆる「リハビリ勤務」に関しても、手引きを知っている者のうちの 28.1%が実施していると答えた。これは、回答者全体における割合でみると、17.0%であり、非常に少ない割合である。「リハビリ勤務」の未実施理由としては、就業規定にないこと、制度を設けていないことがあげられた。

また、問題点としては、管理監督者の理解・意識の低さ、主治医からの診断書の発行に関する内容があげられた。そのため、管理監督者に対する啓発教育活動の実施のみでなく、主治医と事業場スタッフとの情報交換や連携を図ることが必要である。

## 2. 心の健康問題により休業した労働者から

### EAP に対する相談内容の調査研究

#### A. 研究目的

心の健康問題による休業者が円滑に職場に復帰し、業務が継続できるような職場復帰支援の実施のためには、事業場における産業保健スタッフの立場からの意見のみでなく、休業者の立場からの意見も必要であろう。外部 EAP の相談窓口には、心の健康問題により休業した労働者とその家族、休業した労働者に関わる社員からの相談が数多く寄せられている。そこで、外部 EAP の相談窓口寄せられた相談内容の検討を行う。

#### B. 研究方法

#### (1) EAP について

2001 年に設立され、契約企業の従業員および家族を対象に、メール相談および電話相談を開設している。2006 年 3 月までに契約した企業数は 33 社であり、労働者は 231,370 名であった。契約企業の業種は、製造業、電気・ガス・熱共有・水道業、情報通信業、サービス業、公務であった。

#### (2) 分析対象

2001 年 6 月から 2006 年 5 月までの間に、8372 件の相談が寄せられた。このうち、心の健康問題により休業した労働者に関する相談を抽出し、分析対象とした。

### C. 研究結果

心の健康問題により休業した労働者に関する相談は 209 件であった。なお、1 件の相談内において複数の内容が述べられていることもあり、相談内容の分析結果では集計結果の合計数は相談件数と一致していない。

#### (1) 相談の手段（表 107）

メールによる相談が 117 件（56.0%）、電話による相談が 92 件（44.0%）であった。

#### (2) 相談対象者（表 108—表 109）

相談対象者のうち、疾患名はうつが 191 件（91.4%）と最も多かった（表 108）。また、男性が 147 件（70.3%）、女性が 53 件（25.4%）であり、男女ともに 30 代が最も多かった（表 109）。

#### (3) 相談の時期・相談者（表 110・表 111）

相談の時期は、主に休業中（112 件；53.6%）と職場復帰後（84 件；40.2%）であった（表 110）。また、休業者本人からの相談が 166 件（79.4%）と最も多かった（表 111）。



(4) 休業者本人からの相談内容(表 112)

休業前においては、「休業すると、解雇されるのではないか」「休業すると、今後の昇進や給与に不利益が生じるのではないか」など休業することに対する不安が最も多かった。

休業中においては、「職場復帰できないのではないか」「職場復帰してもミスをしてしまうのではないか」など職場復帰後に対する自信のなさ、「職場復帰したら再度体調を崩すのではないか」「再び休業してしまうのではないか」など再発・再休業への不安、「以前の職場に戻れないのではないか」「職場復帰後にはどのような職場に勤務になるのだろうか」など職場復帰後の環境への不安、「早く職場復帰するために何をしたらよいか」「今回の休業をどのようにとらえたらよいか」など休業中の過ごし方についての疑問が多かった。

職場復帰後においては、「職場復帰して数日経過したが、体調が悪くなってしまった」「もう一度休業することになるかもしれない」など体調不良・悪化に対する不安、「自分よりも経験の浅い者が、自分より早く昇進してしまった」「予想していた以上に昇進が遅れると聞いてショックを受けた」など給与・昇給への不満が多かった。

(5) 休業者の家族からの相談内容(表 113)

相談の時期にかかわらず、「家族が休業中であるが、どのように接したらよいか」「家族が職場復帰をしたばかりであるが、これからどのようにしたらよいか」など対応の仕方に関する疑問が最も多かった。

(6) 休業者に関わる社員からの相談内容(表 114)

相談の時期にかかわらず、「休業中の者

に、どのように接したらよいか」「職場復帰を控えている者がいるが、職場復帰後どのように対応したらよいか」など対応の仕方に関する疑問が最も多かった。

D. 考察

外部 EAP の窓口によせられた相談 8372 件のうち、本分析対象となった相談は 2.5% と非常に少なかった。しかし、本分析では相談内において「心の健康問題により休業した」と明らかに述べられた事例のみを分析対象とし、休業・復職に関する相談であっても休業の原因が述べられていないケースは除外した。そのため、実際にはさらに多くのケースが該当すると考えられる。

相談対象者に関しては、疾患名をうつと伝えた者が最も多く、年代も 30 代が最も多かった。これは、社会経済生産本部が実施した調査結果<sup>1)</sup>と一致する結果である。

外部 EAP の相談窓口に寄せられた相談内容の検討から、休業者・復職者が抱える問題として、主に二つのことが明らかとなった。一つは、上司や産業保健スタッフから休業・復職に関する処遇等に関する情報が得られておらず、不安や疑問を多く抱えている点である。もう一つは、自分の処遇が悪くなると考え、不安や悩みなどを正直に伝えていない点である。そのため、多少の無理をしてでも仕事をこなそうとしてしまい、体調が悪化して再度休業することにつながっているようである。これらのことより、休業者・復職者に対して十分な情報を与えること、不安や悩みなどを正直に伝えられる場を設けることが重要であると考えられる。

以下、手引きの各ステップにおいて重要

と思われる点を挙げる。

第1ステップの病気休業開始および休業中のケアの段階では、休業・復職の仕方、給与・昇給への影響について説明すること、休業中の過ごし方に対してアドバイスすること、職場復帰に対する焦りをケアすることが重要であろう。

第3ステップの職場復帰の可否の判断および職場復帰支援プランの作成の段階では、職場復帰後の環境に対する不安や職場復帰後に対する自信のなさについて聞き取りを十分に行うことが重要であろう。

第4ステップの最終的な職場復帰の決定の段階では、職場復帰後の措置に関する説明や職場復帰に対する不安の聞き取りを十分に行うことが重要であろう。また、職場復帰直前に体調悪化があるケースも少なくないため、職場復帰が決まった後でも、職場復帰の直前に体調悪化がないかどうか確認をすることも必要である。

第5ステップの職場復帰後のフォローアップの段階では、再発・再休業に対する不安の聞き取りを十分に行うことが重要であろう。

#### E. 結論

手引きの活用の実態およびその活用における課題を明確にすることを目的として2つの検討を行った。その結果、手引きに追加したほうがよいと思われる内容が示された。また、手引きなど事業場で参考とできる資料の周知度を高めることが早急に必要であり、その対策を考えるべきであろう。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

該当せず。

##### 2. 学会発表

1) Takada, M. Symposium: Psychosocial intervention for returner; analysis of counseling in the Employee Assistance Program: Psychosocial Intervention in the workplace. 2006 International Congress of Psychotherapy. Tokyo, Japan

#### G. 知的所有権の取得状況

##### 1. 特許取得

該当せず。

##### 2. 実用新案登録

該当せず。

##### 3. その他

該当せず。

#### H. 参考文献

1) 社会経済生産性本部. 産業人メンタルヘルス白書 2006年度版 東京:社会経済生産性本部, 2006.

表1 会社全体の正社員数

	度数	(%)
10名未満	6	(5.7)
10～19名	1	(0.9)
20～29名	1	(0.9)
30～39名	0	(0.0)
40～49名	0	(0.0)
50～99名	5	(4.7)
100～299名	19	(17.9)
300～499名	7	(6.6)
500～999名	16	(15.1)
1000名以上	42	(39.6)

\*欠損 9

表2 事業場の種類(複数回答あり)

	度数	(%)
農業	1	(0.9)
林業	0	(0.0)
漁業	0	(0.0)
鉱業	1	(0.9)
建設業	1	(0.9)
製造業	30	(28.3)
電気・ガス・熱共有・水道業	1	(0.9)
情報通信業	4	(3.8)
運輸業	3	(2.8)
卸売・小売業	8	(7.5)
金融・保険業	3	(2.8)
不動産業	0	(0.0)
飲食店・宿泊業	0	(0.0)
医療・福祉	20	(18.9)
教育・学習支援業	1	(0.9)
複合サービス業	4	(3.8)
サービス業(他に分類されないもの)	10	(9.4)
公務(他に分類されないもの)	5	(4.7)
分類不能の産業	3	(2.8)

\*欠損 11

表3 記入者の職種

	度数	(%)
産業医	15	(14.2)
保健師	18	(17.0)
看護師	7	(6.6)
人事労務担当者	5	(4.7)
衛生管理者	9	(8.5)
衛生推進者	1	(0.9)
その他	3	(2.8)

\*欠損 48

表4 手引きを知っているか

	度数	(%)
はい	51	(48.1)
いいえ	54	(50.9)

\*欠損 1

表5 手引きを使用しているか

\*手引きを知っている者のみ回答

	度数	(%)
はい	30	(58.8)
いいえ	21	(41.2)

表6 手引きを元に社内の職場復帰に係る規定を整備・改定したか

\*手引きを知っている者のみ回答

	度数	(%)
はい	18	(35.3)
いいえ	31	(60.8)

\*欠損 2

表7 手引き記載項目の実施状況(回答者数64名)

	行っている場合の担当者職種(複数回答あり)										その他 度数 (%)	欠損 度数	
	行っていない 度数 (%)	行っている 度数 (%)	産業医 度数 (%)	保健師 度数 (%)	看護師 度数 (%)	上司 度数 (%)	人事労務担当者 度数 (%)	衛生管理者 度数 (%)	衛生推進者 度数 (%)	その他 度数 (%)			
I 病氣休業開始および休業中のケア													
a 労働者からの診断書の提出	7 (10.9)	50 (78.1)	41 (82.0)	21 (42.0)	10 (20.0)	30 (60.0)	31 (62.0)	13 (26.0)	0 (0.0)	5 (10.0)	7		
b 管理監督者、事業場内産業保健スタッフ等によるケア													
II 主治医による職場復帰可能の判断													
a 労働者からの職場復帰の意思表示													
b 職場復帰可能の診断書の提出													
III 職場復帰の可否の判断および職場復帰支援プランの作成													
a 情報の収集の評価													
・労働者の職場復帰に対する意思の確認	2 (3.1)	55 (85.9)	43 (78.2)	11 (20.0)	3 (5.5)	37 (67.3)	28 (50.9)	4 (7.3)	0 (0.0)	5 (9.1)	7		
・産業医等による主治医からの意見収集	11 (17.2)	45 (70.3)	35 (77.8)	6 (13.3)	5 (11.1)	8 (17.8)	4 (8.9)	1 (2.2)	0 (0.0)	1 (2.2)	8		
・労働者の状態等の評価	4 (6.3)	54 (84.4)	47 (87.0)	11 (20.4)	7 (13.0)	28 (51.9)	18 (33.3)	5 (9.3)	0 (0.0)	2 (3.7)	6		
・職場環境の評価	9 (14.1)	48 (75.0)	34 (70.8)	11 (22.9)	7 (14.6)	33 (68.8)	27 (56.3)	7 (14.6)	0 (0.0)	1 (2.1)	7		
b 職場復帰の可否についての判断	2 (3.1)	54 (84.4)	49 (90.7)	3 (5.6)	2 (3.7)	22 (40.7)	20 (37.0)	2 (3.7)	0 (0.0)	6 (11.1)	8		
c 職場復帰支援プランの作成													
・職場復帰日の決定	5 (7.8)	51 (79.7)	42 (82.4)	5 (9.8)	4 (7.8)	27 (52.9)	26 (51.0)	1 (2.0)	0 (0.0)	4 (7.8)	8		
・管理監督者による業務上の配慮	6 (9.4)	50 (78.1)											
・人事労務管理上の対応	6 (9.4)	47 (73.4)											
・産業医等による医学的見地からみた意見	5 (7.8)	50 (78.1)	46 (92.0)	7 (14.0)	4 (8.0)					3 (6.0)	9		
・フォローアップ	3 (4.7)	51 (79.7)	40 (78.4)	19 (37.3)	10 (19.6)	26 (51.0)	17 (33.3)	5 (9.8)	0 (0.0)	3 (5.9)	10		
IV 最終的な職場復帰の決定													
a 労働者の状態の最終確認	6 (9.4)	50 (78.1)	45 (90.0)	9 (18.0)	7 (14.0)	22 (44.0)	18 (36.0)	3 (6.0)	0 (0.0)	6 (12.0)	8		
b 就業上の措置等に関する意見書の作成	9 (14.1)	45 (70.3)	45 (100)	1 (2.2)	5 (11.1)	3 (6.7)	1 (2.2)	3 (6.7)	0 (0.0)	2 (4.4)	10		
c 事業者による最終的な職場復帰の決定	6 (9.4)	46 (71.9)	25 (54.3)	2 (4.3)	3 (6.5)	21 (45.7)	25 (54.3)	3 (6.5)	0 (0.0)	6 (13.0)	12		
V 職場復帰後のフォローアップ													
a 症状の再燃・再発、新しい問題の発生等の有無の確認	5 (7.8)	48 (75.0)	39 (81.3)	20 (41.7)	12 (25.0)	27 (56.3)	14 (29.2)	5 (10.4)	0 (0.0)	2 (4.2)	11		
b 勤務状況および業務遂行能力の評価	9 (14.1)	42 (65.6)	20 (47.6)	6 (14.3)	4 (9.5)	31 (73.8)	17 (40.5)	4 (9.5)	0 (0.0)	2 (4.8)	13		
c IIIで作成した職場復帰支援プログラムの実施状況の確認	23 (35.9)	29 (45.3)	21 (72.4)	10 (34.5)	7 (24.1)	11 (37.9)	14 (48.3)	3 (10.3)	0 (0.0)	2 (6.9)	12		
d 治療状況の確認	12 (18.8)	43 (67.2)	35 (81.4)	20 (46.5)	13 (30.2)	14 (32.6)	9 (20.9)	5 (11.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	9		
e IIIで作成した職場復帰支援プランの評価と見直し	28 (43.8)	22 (34.4)	17 (77.3)	7 (31.8)	5 (22.7)	9 (40.9)	8 (36.4)	2 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	14		

表8 I-a.労働者からの診断書の提出に関する問題点

	度数
産業保健スタッフに情報が来ない	5
診断書の正確性が疑われる	4
明確な規定がない	2
提出の遅れ	2
個人情報の問題がある	2
本人に休業の意識が低い	1
本人が提出書類について知らない	1
実施が徹底されていない	1

表11 II-a.労働者からの職場復帰の意思表示に関する問題点

	度数
回復していない状態で復帰を希望する場合がある	6
本人の意思によってなされる	3
明確な規定がない	1
本人が勝手に出社することがある	1
復職直前に意思表示されると対応困難	1
産業保健スタッフへ情報が来ない	1
雇用者として、意思表示ができない	1
形式的に実施	1

表9 I-b.管理監督者、事業場内産業保健スタッフ等によるケアに関する問題点

	度数
管理者の理解・意識の低さ	4
明確な規定がない	2
申請性を取っている	2
人材不足	2
どの程度の頻度が最適かの判断が難しい	1
情報把握が不十分	1
社内スタッフでは対応不可能なケースがある	1

表12 II-a.職場復帰可能の診断書の提出に関する問題点

	度数
本人の希望による診断書が書かれている	3
主治医が業務を理解していない	3
復帰時に考慮すべき具体的内容が書かれていない	2
複数受診している場合、どこに記載してもらうか	1
主治医の考える復帰と職場の考える復帰の乖離	1
主治医との連携不足	1
実施されていない	1
形式的に実施	1

表10 I-b.管理監督者、事業場内産業保健スタッフ等によるケアの未実施理由

	度数
総合健保のため	1
明確な規定がない	1
管理者の理解・意識の低さ	1

表13 III-a-1.労働者の職場復帰に対する意思の確認に関する問題点

	度数
明確な規定がない	1
本人の希望による診断書が書かれている	1
時間不足により、十分な対応が困難	1

表14 III-a-1.労働者の職場復帰に対する意思の確認の未実施理由

	度数
総合健保のため	1

表15 Ⅲ-a-2.産業医等による主治医からの意見収集に関する問題点

	度数
個人情報保護法により、手続きが煩雑	3
実施しない場合がある	2
産業医が精神科専門でない	1
連絡をしても返答がない場合がある	1
明確な規定がない	1
本人の同意が得られない場合がある	1

表16 Ⅲ-a-2.産業医等による主治医からの意見収集の未実施理由

	度数
明確な規定がない	2
本人から話を聞く	2
産業医が精神科専門でない	2
総合健保のため	1
本人の同意が得られない場合がある	1
人事労務担当者経由で実施している	1
産業医の機能が不十分	1

表17 Ⅲ-a-3.労働者の状態等の評価に関する問題点

	度数
正確な評価ができない	2
もう少し休養が必要と思われる場合がある	1
評価方法が不明	1
被雇用者のことも考える場が必要	1

表18 Ⅲ-a-3.労働者の状態等の評価の未実施理由

	度数
総合健保のため	1
業務量が元々少ない	1

表19 Ⅲ-a-4.職場環境の評価に関する問題点

	度数
評価しても変えられることが多い	1
正確な評価ができていない	1
実際に復職してみないと分からない面が多い	1

表20 Ⅲ-a-4.職場環境の評価の未実施理由

	度数
総合健保のため	1
元の職場が必ずしもよい職場とは限らない	1
本人の発症経緯が不明の場合が多い	1
正確な評価ができない	1
小規模事業場のため、配置転換できない	1
個人情報保護法に抵触するため	1

表21 Ⅲ-b.職場復帰の可否についての判断に関する問題点

	度数
労務担当から相談があれば対応する	1
個人的都合を重視している	1
業務変更時の配置転換	1

表22 Ⅲ-b.職場復帰の可否についての判断に関する問題点

	度数
総合健保のため	1

表23 Ⅲ-c-1.職場復帰日の決定に関する問題点

	度数
復職までの期間が短いと職場からクレームがあった	1
月初めからに統一されている	1
社内の通知が到着した日が復職日となっている	1

表24 Ⅲ-c-1.職場復帰日の決定の未実施理由

	度数
総合健保のため	1
本人の申請による	1
本人と上司のみで先に決めてある場合がある	1

表25 Ⅲ-c-2.管理監督者による業務上の配慮に関する問題点

	度数
管理監督者の理解不足	6
配慮できない業務内容の場合もある	1
配慮すべき範囲が不明	1
同僚の理解不足	1
適した業務がない場合がある	1
周囲の負担が増加する	1
管理監督者が忙しく、実施が困難	1

表26 Ⅲ-c-2.管理監督者による業務上の配慮に関する問題点

	度数
総合健保のため	1
個人情報保護法に抵触するため	1
管理監督者の理解不足	1

表27 Ⅲ-c-3.人事労務管理上の対応に関する問題点

	度数
本人の希望に沿っているかどうか疑問	1
本人の希望に沿えない場合がある	1
職場によっては制限を守らないところもある	1
後ろ手になりやすい	1

表28 Ⅲ-c-3.人事労務管理上の対応の未実施理由

	度数
総合健保のため	1
上司からの依頼に応じて実施	1
管理監督者の理解不足	1

表29 Ⅲ-c-4.産業医等による医学的見地からみた意見に関する問題点

	度数
労務担当から相談があれば対応する	1
主治医と産業医を兼ねている場合の立場	1
指示が不十分	1
現実的な限界	1
意見を取り入れてもうまくいかない場合がある	1

表30 Ⅲ-c-4.産業医等による医学的見地からみた意見の未実施理由

	度数
連携が不十分	1
意見徴収の場がない	1

表31 Ⅲ-c-5.フォローアップに関する問題点

	度数
定期的な実施ではない	2
保健師が兼任	1
報告が少ない	1
十分に実施できていない	1
うまくいかないときがある	1

表32 Ⅲ-c-5.フォローアップの未実施理由

	度数
総合健保のため	1
個人の問題としてとらえている	1

表33 Ⅳ-a.労働者の状態の最終確認に関する問題点

	度数
家族を加えるべきかどうか	1

表34 Ⅳ-a.労働者の状態の最終確認の未実施理由

	度数
報告が少ない	1
総合健保のため	1
現場に任せている	1

表35 Ⅳ-b.就業上の措置等に関する意見書の作成に関する問題点

	度数
産業医が精神科専門でない	1

表36 Ⅳ-b.就業上の措置等に関する意見書の作成の未実施理由

	度数
総合健保のため	1
体制がない	1
書式がない	1

表37 Ⅳ-c.事業者による最終的な職場復帰の決定に関する問題点

	度数
産業医の意見で決定する	1

表38 Ⅳ-c.事業者による最終的な職場復帰の決定の未実施理由

	度数
総合健保のため	1
事業者に報告していない	1

表39 Ⅴ-a.再燃・再発, 新しい問題の発生等の有無の確認に関する問題点

	度数
相談があれば対応する	1
職場と産業保健スタッフの連携不足	1
上司に不調を訴えられない場合がある	1
気づくのが遅い	1

表40 Ⅴ-a.再燃・再発, 新しい問題の発生等の有無の確認の未実施理由

	度数
面談終了後は把握していない	1
評価されていない	1
総合健保のため	1
公式の業務でないため	1
現場まかせ	1



表41 V-b.勤務状況および業務遂行能力の評価に関する問題点

	度数
判断基準がない	1
上司の理解が低い	1
勤務表で確認	1

表42 V-b.勤務状況および業務遂行能力の評価の未実施理由

	度数
復職後まで手がまわらない	1
総合健保のため	1
現場まかせ	1

表43 V-c.職場復帰支援プログラムの実施状況の確認に関する問題点

	度数
プログラムが策定されていない	1
実施が不十分	1
業務負荷等を上げる判断が難しい	1
業務の詳細が把握できない	1

表44 V-c.職場復帰支援プログラムの実施状況の確認の未実施理由

	度数
プログラムが策定されていない	5
復職後まで手がまわらない	1
総合健保のため	1
実施予定	1
上長が指導担当	1

表45 V-d.治療状況の確認に関する問題点

	度数
本人からのみ確認	1
本人・家族からの申告で十分であるか疑問	1
相談があれば対応する	1
上司から産業医へ確認	1
実施が不十分	1

表46 V-d.治療状況の確認の未実施理由

	度数
実施予定	2
悪化した際に確認する	1
総合健保のため	1

表47 V-e.職場復帰支援プランの評価と見直しに関する問題点

	度数
実施が不十分	1

表48 V-e.職場復帰支援プランの評価と見直しの未実施理由

	度数
プログラムが策定されていない	4
実施予定	2
マンパワー不足	1
復職後まで手がまわらない	1
総合健保のため	1
各項目と結果の因果関係が不明	1

表49 Ⅲ-c-6.時間短縮勤務の実施

	度数	(%)
行っている	33	(51.6)
行っていない	19	(29.7)
	*欠損 12	

表53 Ⅲ-c-7.変形勤務(隔日勤務など)の実施

	度数	(%)
行っている	14	(21.9)
行っていない	40	(62.5)
	*欠損 10	

表50 Ⅲ-c-6.時間短縮勤務の実施(1日の最低就労時間)

	度数
2時間	1
3時間	5
4時間	18
5時間	2
6時間	2
7時間	0
8時間	3

表54 Ⅲ-c-7.変形勤務(隔日勤務など)の実施内容

	度数
フレックス出社の実施	3
状況に応じて	2
週3日	2
標準にしたがって	1
早退あり	1
徐々に週当たりの日数を増やしていく	1
週休3日(水曜休み)	1
3日日勤・3日夜勤・3日休業	1
3勤1休	1

表51 Ⅲ-c-6.時間短縮勤務の実施に関する問題点

	度数
休業者一人に費やす時間が多い	1

表55 Ⅲ-c-7.変形勤務(隔日勤務など)の実施に関する問題点

	度数
若い年代で交代勤務ができる者が限られている	1

表52 Ⅲ-c-6.時間短縮勤務の未実施理由

	度数
制度がない	4
定時間就業可能が復帰条件	3
本人まかせ	1
必要性を感じない	1
総合健保のため	1

表56 Ⅲ-c-7.変形勤務(隔日勤務など)の未実施理由

	度数
毎日就業可能が復帰条件	6
制度がない	5
該当事例がない	2
本人まかせ	1
本人の申告を優先	1
必要性がない	1
総合健保のため	1
実際には現場の判断による	1
産業医の指示がない	1

表57 Ⅲ-c-8.時間外労働の制限の実施

	度数	(%)
行っている	44	(68.8)
行っていない	7	(10.9)
	*欠損 13	

表58 Ⅲ-c-8.時間外労働の制限の実施内容

	度数
残業・時間外労働の禁止	26
残業・時間外労働の制限	8

表59 Ⅲ-c-8.時間外労働の制限の実施に関する問題点

	度数
本人が勝手にしてしまう	1
非協力的な部署もある	1
人員不足からフォローができない	1
口頭による指示のみとなっている	1

表60 Ⅲ-c-8.時間外労働の制限の未実施理由

	度数
元来、時間外勤務がない	2
本人まかせ	1
総合健保のため	1
現場に委ねている	1

表61 Ⅲ-c-9.海外出張の制限の実施

	度数	(%)
行っている	29	(45.3)
行っていない	33	(51.6)
	*欠損 2	

表62 Ⅲ-c-9.海外出張の制限の実施内容

	度数
海外出張の禁止	13
海外出張の制限	6

\* 海外出張の制限の実施に関する問題点は回答なし

表63 Ⅲ-c-9.海外出張の制限の未実施理由

	度数
元来、海外出張がない	8
該当事例がない	5
体調が十分でない者には命じない	1
総合健保のため	1
現場に委ねている	1

表64 Ⅲ-c-10.宿泊をともなう出張の制限の実施

	度数	(%)
行っている	31	(48.4)
行っていない	20	(31.3)
*欠損 13		

表67 Ⅲ-c-11.遠距離出張の制限の実施

	度数	(%)
行っている	30	(46.9)
行っていない	21	(32.8)
*欠損 13		

表65 Ⅲ-c-10.宿泊をともなう出張の制限の実施内容

	度数
出張全般の禁止	14
出張の制限	4
日帰り出張のみ	1
遠距離の出張禁止	1

\* 宿泊をともなう出張の制限の実施に関する問題点は回答なし

表68 Ⅲ-c-11.遠距離出張の制限の実施内容

	度数
出張全般の禁止	7
遠距離出張の制限	6
遠距離出張の禁止	4
長期出張の禁止	1

\* 遠距離出張の制限の実施に関する問題点は回答なし

表66 Ⅲ-c-10.宿泊をともなう出張の制限の未実施理由

	度数
該当事例がない	6
元来、出張がない	5
体調が十分でない者には命じない	2
本人まかせ	1
総合健保のため	1
現場に委ねている	1

表69 Ⅲ-c-11.遠距離出張の制限の未実施理由

	度数
該当事例なし	6
元来、遠距離出張がない	5
体調が十分でない者には命じない	2
本人まかせ	1
総合健保のため	1
現場に委ねている	1