

労災疾病臨床研究事業費補助金

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

令和2年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 桂川 修一

令和3(2021)年3月

労災疾病臨床研究事業費補助金

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

令和2年度 総括・分担研究報告書

目 次

I. 総括研究報告

- 仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する治療と並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究 …………… 1
研究代表者 桂川修一

II. 分担研究報告

1. メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に効果的な精神科主治医と職場との連携技法の実用化研究…………… 57
分担研究者 神山昭男
2. うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治ゆ評価…………… 175
分担研究者 清水栄司
3. 労災認定された長期療養者を対象とした企業と協働した段階的な治療プログラムの提言 …………… 185
分担研究者 五十嵐良雄
4. 労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究・企業における休職者の実態調査…………… 197
分担研究者 黒木宣夫（研究協力者：南 昌秀）
5. メンタルヘルス外部支援機関として休業者に対する支援の現状と役割に関する調査研究…………… 207
分担研究者 黒木宣夫（研究協力者：高野知樹、吉村靖司）
6. 精神障害者雇用における病状経過と労災予防に関する調査研究～人事労務担当者へのアンケート調査を通して～…………… 217
分担研究者 黒木宣夫（研究協力者：渡辺洋一郎）
7. 精神障害者・労災認定者の就労に向けた支援機関の取り組みの現状と課題－非医療機関の役割－…………… 233
分担研究者 大西 守
8. 精神疾患により長期療養中の労働者に対する標準的な病状評価と医療と職域間連携の手法に関する調査研究—治療就労両立支援モデル事業等の応用—…………… 253
分担研究者 小山文彦

9. 労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究…………… 261
分担研究者 黒木宣夫
(資料) 近畿大学法学部教授 三柴 丈典：ドイツにおける精神障害による労災保険受給者への給付の適正化策について－ドイツ労災保険組合 (DGUV)・健康保険組 (GKV) から得られた情報－
10. 療養者の生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の実用可能性の検討
—気分障害による療養者を対象として—…………… 305
分担研究者 田中克俊
11. 精神障害による休職者の社会的寛解に要する期間の検討…………… 339
分担研究者 林 果林

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

労災疾病臨床研究事業費補助金

総括研究報告書

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

研究代表者 桂川 修一 東邦大学医学部精神神経医学講座（佐倉）・教授

研究要旨

労災認定された事例の治ゆ状況の精神科病態レベルの把握のための指標作成、社会復帰レベル把握のための客観的指標作成、社会復帰後の安定就労の確認・治ゆ判断の要件等を検討することが課題として挙げられている。

労災認定患者の長期療養化の要件を明らかにして、同患者の長期療養化の防止策の具体的な提言を行うこと目的として本研究を実施することとし、2020年度は2019年度の調査結果を踏まえて、下記の11にわたる研究を実施した。

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

『メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に関わる精神科主治医と職場に有用な連携ハンドブックの作成』を研究目的として、連携効果が認められた好事例を収集するべく回答用紙を配付し回収した。精神科医・産業医による27件とその他の医師・産業保健専門職による22件の計49件は本研究の目的達成に必要な専門家としての業務経験は十分に備えていると判断し、得られた回答をもとに全59ページの連携ハンドブックを試作した。第1部の基礎編「連携」の背景から「連携力」まで、では総論的にメンタルヘルス不調者をめぐる動向、休復職支援に関わる主治医と産業医の現状に触れ、治療と就労の両立支援の概念とそこに盛り込まれた「連携」の重要性、そして、「連携する」意義と「連携しない」リスクを記述した。さらに、まとめとして主治医・産業医に必要な効果的な連携のための「連携力」を取り上げ法務面の留意点も盛り込んだ。第2部の実践編 好事例から学ぶ「連携」の実際として、「好事例を不安定就労期・休業期・復職期別に並べ、「連携」のチェックポイントとして、好事例とした根拠から連携に関わるリスクまで、好事例における連携プロセスの特徴を理解できるように編集し、最後に収集された資料、文献等の参考資料を収載した。

「うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治ゆ評価」

労災疾病臨床における職場での心的外傷（psychological injury）の実態を明らかにするために、PTSD（心的外傷後ストレス障害）の重症度評価に用いられる改訂出来事インパクト

尺度（IES-R）の有用性を検討した。うつ病の発症に強く関連する無理な配置転換、ワンオペ、職場いじめ、パワハラ等の強い職場のストレスから、うつ病の診断を受け、(A) 退職した患者群 200 名、(B) 就労継続の患者群 167 名、職場のストレスからうつ病の診断はないが、(C) 退職した一般群 200 名、(D) 就労継続の一般群 200 名への WEB アンケート調査を行った。回答した 767 名の結果は全平均年齢 48.1 歳、男性 66.1%だった。うつ病患者の両群は、一般の両群に比べて、うつ症状 PHQ-9 だけでなく、PTSD と診断される命に関わるトラウマではないにしても、平均して 30 歳代に経験した強い職場のストレスに対する IES-R のスコアが有意に高く、カットオフ値を超え、後々まで苦悩が持続していることが明らかとなった。また、IES-R とうつ症状 PHQ-9 のスコアには強い正の相関がみられた。本研究結果から、うつ病の職場復帰時の治癒評価には、うつ症状の改善のみならず、職場ストレス（トラウマ的出来事）による psychological injury を適切に評価する必要性が示唆された。

「労災認定された長期療養者を対象とした企業と協働した段階的な治療プログラムの提言」
コロナ禍におけるリワークプログラムの現状と今後の動きに関して把握することを目的として、一般社団法人日本うつ病リワーク協会に所属する施設における、プログラム運営担当者に対し、新型コロナウイルス感染が拡大する中での施設対応、及び運営方法の見直しや対策などについて調査を全 3 回実施した。リワークプログラムを「デイケア」及び「ショートケア」で実施している会員施設が最も多く、其々「デイケア」第 1 回 83.2%、第 2 回 82.8%、第 3 回 81.4%、「ショートケア」第 1 回 65.3%、第 2 回 59.1%、第 3 回 52.6%という結果であった。なお、調査時点でのプログラム開催に関しては「全て通常通り」という回答が最も多く第 1 回 74.3%、第 2 回 72.0%、第 3 回 86.6%であった。今後プログラムの内容を見直す場合の判断基準については、「国、自治体からの勧告や要請等」、「施設管理者の判断」が最も多く、概ね国や自治体からの要請があるまではなるべく通常通りの運用を行う、という会員施設側の意思が示された。他方、利用者の復職先の会社に関する勤務状況に関しては、「休職者の復職後の就労環境について」、「コロナ禍における社内環境や体制の変化」が多数を占め、会社側の就労環境や会社の動きを敏感に把握したい医療機関側の考えが明らかとなった。テレワーク環境下でのリワークプログラムの見直しについては「見直す必要がある」、コロナ禍でリワークプログラムを継続するための制度や枠組みの必要性についても「見直す必要がある」という意見が多数であった。コロナ禍でプログラムは多大な影響を受けており、プログラムの内容や枠も再検討を迫られる状況で治療施設自身の努力も必要であるが、診療報酬の制度改変や経済的支援も欠くべからざるものである。

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

企業における休職者の実態を疾病調査と長期休職者の調査として行った。1 ヶ月以上の休

者は増加しており、特に増加しているのは抑うつ状態と適応障害であった。休職の推定要因では「個人の性格傾向」の比率が増加しており、労災という争議に陥る可能性が増える可能性が懸念される。そのため企業としての取組として、管理職に対して「ハラスメント」や「行き過ぎた指導」を行わないための教育研修が必要である他に人事労務中堅社員に対して事例に基づいた実践的な教育研修も必要と考えられ、今後、いっそう個人のパーソナリティに応じた職場環境の整備が企業に求められている。

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

精神科医療機関による精神科診療や産業保健活動を行っている精神科医師に対し、支援内容な効果に関する調査票を配布・回収し、休業者に対する支援事例を質的に検証し、社会復帰を目指した適正な支援のあり方を明らかにする一助とすることを目的として下記の2つの研究を行った。

【研究1】2019年度に作成した調査票の一部を改訂した。

【研究2】研究1で作成した調査票を、(公社)日本精神神経科診療所協会の産業メンタルヘルス関連委員会に所属する医療機関に勤務する精神科医師に対し、メール送付による返信の形式で調査を実施した。回収できた24例について解析した。

事例は、精神疾患の発症に業務要因が大きく影響し、休業に至り、何らかの支援による効果があったという好事例を解析した。その結果、好事例においては産業医・産業保健スタッフからの相談経緯が大きな役割を担っていることが示され、休業後、6ヶ月未満の短期に就業再開に至るケースのほとんどが、人事・労務担当者との連携や関与により、業務変更・配置転換・異動を伴う環境調整がなされていたことも示唆された。

事例数は少ないものの、支援者は事例ごとに業務による心理的負荷の有無や内容、その強度を丁寧に把握することに努め、職場環境調整が必要な場合には、適切なタイミングで人事・労務担当者との連携を意識することが重要だと思われた。

「精神障害者雇用における病状経過と労災予防に関する調査研究～人事労務担当者へのアンケート調査を通して～」

精神障害にて障害者雇用されている労働者における就労状況、支援状況、精神症状増悪による労災申請状況などを調査し、労災発生の予防、安定就労、および社会復帰支援に向けた職場の課題を明らかにすること、また、精神障害者雇用の成功と促進するための方法を検討することを目的に、全国の事業所における人事労務担当者1,300名に対し、ネット上でアンケートを実施してその結果を分析した。

結果を精神障害者雇用に関わった経験があるA群105名、障害者雇用に関わった経験はあるが精神障害者雇用の経験はないB群76名、会社としては障害者雇用を行っているが自分は障害者雇用に関わった経験はないC群359名、会社自体が障害者雇用の経験がないD群760

の4つに分類して検討した。A群において、募集に利用する主たる機関、採用前の実習の実施の有無、トライアル雇用制度の利用に関して、支援機関の有無を採用基準としているか、入社面接の留意点、精神障害者雇用での困難とその内容について調査し回答を得た。

さらに、精神障害者雇用における労災の有無とその問題の背景について、精神障害者雇用に対する印象、障害者支援の制度・体制についてと具体的なキーパーソンとなる担当者、キャリアアップ制度について、精神障害者を障害者雇用する際の不安、安定した就労を継続に必要と思うものについて調査し、障害者雇用の経験別に解析した。また、産業医が存在する81事業所を対象に産業医の関与とその内容、有用性、産業医が関与しない理由について調査し、産業医に望むことを訊ねた。

この調査から、精神障害者の障害者雇用に関する制度、体制、あるいは障害者雇用に関する人事制度が十分でないこと、また、支援制度に対する認知も十分でないことが示された。精神障害者雇用においては、経験のある担当者のほとんどが難しさを感じており、その内容は業務遂行上の困難さやコミュニケーション、人間関係の困難さが高く挙げられており、現場における現実的な支援の必要性がうかがわれた。精神障害者雇用における労災についての質問からは、精神障害者雇用が労災に進展する可能性も低くはないこと、そして多くの担当者が労災に進展する心配を持っていることが示された一方で、精神障害者雇用の経験のあるものにおいては、精神障害者雇用に対する期待は高いことも示されていた。精神障害者雇用の経験のある者ほど不安も多いことから、精神障害者の安定就労のために担当者や精神障害者を現実的、実践的なレベルで支援する制度や体制の必要性が高い。産業医の関与はあるものの十分でなく、人事労務担当者との連携と支援、積極的関与、メンタルヘルスに関する見識と障害者への関与といった現場のニーズに応えることが産業医の課題と考えられた。

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

精神疾患やメンタルヘルス領域の労災事例では、その対応に慎重を要することが多いが、医療機関の対応に限界があることから非医療機関における多職種協働による支援組織の働きが注目されている。この基本認識に立って、非医療機関に特化してその役割について研究を行い、令和元年度においては、地域レベルでの就労支援に関与する非医療機関（ハローワーク、障害者就業・生活支援センター、産業保健総合支援センター、地域産業保健センター）の活動状況・連携について訪問・面接調査を実施した。

令和2年度においては精神障害者の安定就労・雇用促進に向けて、全国の障害者就業・生活支援センター計334か所に対し、郵送法によるアンケート調査を実施し、114か所からの回答を得た。障害者就業・生活支援センターが、今後の精神障害者の雇用促進に向けて必要

と思われる取組みとして、「リモート対応」、「国の施策」、「雇用者の対策」、「支援機関の対策」、「精神障害者本人の対策」の5つに分類された。「リモート対応」は、コロナ禍の課題ではあるが、在宅ワークを希望する精神障害者のニーズの高まりと同時に、精神障害者の新たな働き方の可能性を感じての意見である。また、本人支援や関係者との連携する場合も、オンライン会議システムを活用し、感染症対策を講じた上で雇用を促進していきたい意向と思われる。一方で、こうしたインターネット環境や操作スキルの乏しい障害者も多いという課題が残されている。障害者の失業率については、「国の施策」である感染症対策によっても障害者の収入減や離職を余儀なくされているとの声が聞かれた。「雇用者の対策」、「支援機関の対策」、「精神障害者本人の対策」は、従来からの課題を反映しており、コロナ禍で精神障害者が感じるストレスから、より一層の工夫が求められている。在宅ワークを行う精神障害者を管理する場合、既存業務の見直しや、業務面だけでなく生活面も含めた本人へのケアなど負担も大きく、社外の公的支援機関や社内の健康管理部門との連携強化が求められる。

さらに、障害者就業・生活支援センターと連携の深い全国のハローワーク7か所、地域障害者職業センター2か所、産業保健総合支援センター2か所、地域産業保健センター1か所に対して聞き取り調査を行い、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センターは11か所で、「職場での事故」や「不注意による怪我」後のメンタル不調、「パワーハラスメント」や「セクシャルハラスメント」に関するもので、支援にかかる負担が大きく時間を要するとの意見も見られた。

昨年度までの調査では、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を有する機関はなかったことから、障害者就業・生活支援センターが精神障害という狭い概念ではなく、身体障害も伴う複数障害や生活障害を伴う事例の受け皿になっている可能性が推測された。

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

東邦大学医療センター佐倉病院メンタルヘルスクリニック通院患者と同デイケア（DC）利用者の計35名を対象に、①医学所見、②安全衛生要因、③個人生活状況の3つの要因にかかる自覚的ストレス要因および発達特性に関する状況等について、無記名自記式のアンケート調査を行い、罹病及び休業の実態と職業性ストレス等の相関についての傾向を求めた。結果を示すと、休業の原因となった者の疾患分布は、休業1回と複数回ともに、うつ病（うつ状態）が48%であった。このうち外来通院者では、休業1回と複数回ともに、うつ病（うつ状態）が60%以上を占めるが、DC利用中の者では、発達障害の診断・指摘を受けた者が10%を超え、相対的に多く、とくに複数回休業中の者は17%とより多い結果であった。発

達障害の診断（指摘）を受けた休業経験のある者は7名であったが、このうち休業の契機となった症状・要因について自覚的にも発達特性の問題を挙げた者は6名であり、発達特性の問題が、従来のうつ病像の他に職場復帰の成否に関わっていることが示された。さらに、休業の契機と自覚された症状、要因については、複数回休業群において、「対人関係上の問題」が顕著に高い結果であり、これが安定就労上の障壁となっている要因だと推測された。

「労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究」

業務上疾病として労災認定され療養開始から15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て職場復帰・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を目的とした。

各都道府県労働局補償課長宛てに労働局に対する調査と個別事案の調査用紙を送付し回答を得た。そこでは、一定の療養期間の目安を示すことについては、「目安の時期・期間は慎重に」「精神における『治ゆ』は傷病とは異なる定義をするべき」等の3例のみが慎重な見解であったが、88%は長期療養を防止する有効な対策との見解であった。職場の受入れ・支援対策の構築に関しては、離職している労働者も多く、中小・零細企業においては、そもそも、困難な課題であり、ハローワーク等の他支援機関との連携や再就職の助成金や公的な就労等支援制度等の活用等の労働基準行政を超えた枠組みで長期療養の就労を考えるべきとの見解が得られた。また、行政側から主治医への期待で圧倒的に多いのは、労災保険制度と症状固定（治ゆ）の考え方を周知するという見解だった。

個別事例調査では、労災認定時は平均年齢が40.1歳、調査時点の平均年齢は53.3歳であり、男性は69.9%、女性は30.1%であった。労災認定から調査時点までは平均12.7年であるが、療養開始から調査時点までは17.7年経過していた。調査時点で出来事に遭遇した時の会社に在籍している労働者は27.4%、労災請求を行った時には、出来事に遭遇した時の会社を退職していた事例は38.9%、退職していなかった事例は41.6%だった。直近の事業主証明ありは22.1%、離職後のため証明書なしは63.7%であり、事業主証明を拒否している事例が5例認められた。調査日時点において職場復帰事例は7.1%、職場復帰をしていない事例は82.3%であり、15年以上の長期療養を継続し、職場復帰をしていながら障害認定されていない事例が8例あった。全休業は84.1%、通院日休業と一部休業は3.6%だった。調査日前直近1ヶ月間の保険給付額では療養給付金の平均26,600円、休業給付金は平均283,016円であった。主治医から監督署へ症状固定の相談は3例にすぎなかったが、監督署から主治医に症状固定（治ゆ）についての相談は、31%であり、監督署は3割の事例に主治医に相談していた。今後、治ゆの見込みが大いにあるは3.5%、少しある6.2%、あまりない・全くないは45.1%だった。今後の就業可否に関して、就労移行支援が可能な事例は1例、就労継

一般就労が可能と判断された事例は4例にすぎなかった。

以上の結果から、理由や病態はさまざまであるにしても、休業給付金の大きさが長期療養の一つの要因となっていた。さらに長期療養になるにしたいが、職場復帰できない状況が明らかになったが、療養の長期化が職場復帰の困難さを示していると言っても過言ではない。治療が進み療養期間が長くなればなるほど、十分な治療が治癒率をあげることにしないことを認識すべきである。また、改善していない精神疾患の場合は、事業主証明を取得することはハードルが高く、治療的な観点から考えるならば、保険給付金の請求の在り方を整理・検討すべき時期にきている。就労移行支援や就労継続事業所での就労や一般就労が可能と判断された事例は少数で、就業不可能と判断された事例が過半数であったことから長期療養期間のなかで、すでに症状固定（治ゆ）に至っている可能性のある事例が多く含まれていると考えられる。長期療養事例に対しての障害認定の在り方が問われており、長期療養に対する対策が必要な時期に来ていると言える。

「療養者の生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の実用可能性の検討—気分障害による休業者を対象として—」

気分障害の休業者に対する適切な就労可否判断は重要な課題であり、その状態把握は休業者の報告に基づく部分が大きく様々なバイアスが懸念される。本研究では気分障害の休業者に対する就労可否判断の客観的な指標として生活モニタリングデータを利用する可能性について文献調査を行った。

長年にわたり多数の研究で用いられているアクチグラフィと気分障害の症状との関連、及び、近年注目されているスマートフォン等で収集した生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連に関する文献を調査し、アクチグラフィと気分障害の症状との関連を評価したメタアナリシスおよびシステムティックレビューは7編選定された。またスマートフォン等で収集した生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連に関する文献は27編選定された。位置情報と音声データは、双極性障害の症状との関連が一貫して認められており、データ分析に基づく双極性障害の寛解期の判別能力は中等程度であった。

アクチグラフィの活動量、及びスマートフォンで収集した位置情報や音声データを気分障害の寛解の判断指標として実用する可能性がいくつか示唆されているが、これまでの行われた研究のエビデンスレベルは十分ではなかったことから、現時点ではこうしたデバイスを用いて復職可否の判断を行うことは慎重にならざるを得ない。就労可否判断に客観的な指標の導入を進めるためには、復職に影響を与える症状以外の要因の評価に客観的データを用いる方法の検討や、評価尺度と客観的データを複合した就労可否判断モデルの探索と評価などの研究が必要になると考えられた。

「精神障害による休職者の社会的寛解に要する期間の検討」

既存精神障害者が労務上の出来事に遭遇し症状を認めた場合、その出来事と因果関係があると判断されるためには、「特別な出来事」の存在が不可欠となる。一方、既存の精神障害が寛解（症状固定）と判断された場合には、新たな精神障害発病として、発病前6ヶ月間の出来事の存在が評価されるが、認定基準では精神障害が寛解状態にあると判断されるために必要な期間は定められていない。精神障害が寛解状態（治ゆ、症状固定）にあると判断するためには、どれだけの社会的寛解の期間が必要であるかを調査した。

対象は2007年10月～2021年1月までに東邦大学医療センター佐倉病院デイケア（DC）を利用した3回以上休職歴があり、DC終了後の経過を追うことのできた63名について、休職期間、次の休職まで安定して就労していた期間等について集計・分析を実施した。

全例において1回目の休職期間の平均は5.2か月、2回目は7.1か月、3回目以降間近の一つ前の休職期間は7.7か月で、最終休職期間は15.6か月と徐々に延長する傾向が認められた。一方、最終休職前の安定就労が継続していた期間は26か月と約2年に上った。統合失調症においては休職期間が徐々に短くなる一方、安定した就労ができる期間も短い傾向が認められた。得られた結果より、症状固定（治ゆ）の判断は休職回数が多いものほど長期的な寛解期間が必要な可能性が示唆され、平均的には2年ほど安定的な就労をしたのちに複数回目の休職に至っていることから、症状固定には一定以上の寛解期間が必要であると考えられた。一方で10年以上長期的に安定した就労が得られた後に再発する場合もあり個別の検討が必要である。

これら分担研究者の成果から参考となる資料を添付して、治ゆ判断を含めた社会復帰レベル把握のための客観的指標および主治医、産業医、企業等の支援の具体的な提言を述べた。

研究分担者

神山昭男 医療法人社団桜メディスン・理事長

清水栄司 千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学・教授

五十嵐良雄 医療法人社団雄仁会メディカルケア大手町・理事長

黒木宣夫 東邦大学名誉教授、勝田台メディカルクリニック・院長

大西 守 公益社団法人日本精神保健福祉連盟・常務理事

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

田中克俊 北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学・教授

林 果林 東邦大学医学部精神神経医学講座（佐倉）・講師

A.研究目的

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

本研究では、実証的なデータを基に、長期療養や休復職を繰り返す不安定就労の事例を集積・分析することにより、労働者の病状の的確な把握及び治ゆ判断を実施しながら、労災保険による治療と並行して行う効果的な社会復帰支援を検討する。労災保険による治療開始から事業所内外支援、行政的支援も並行して実施し、労災認定された労働者の社会復帰（職場復帰）の意思確認をしながら、治療プログラムを策定する必要がある。そのためには、治ゆ判断を含めた社会復帰レベル把握のための客観的指標が必要であり、主治医、産業医、企業等の支援の具体的な提言を行うことで、労災認定後の長期療養期間を短縮できる。患者が労災請求の意思表示をした時点で医療保険から労災保険へ切り替える際の問題も含め、早期に労災保険による医療の導入を

図り、労災医療導入から社会復帰へ向けた対策を明らかにすることを目的に、一般医療機関、職場復帰治療プログラムを有した施設、医療機関以外の施設に関わっている精神科医、企業に所属する産業医、労働法を専門とする法律家、産業精神保健学の専門家、医療統計学の専門家で研究チームを発足させ、2019年度、2020年度に調査を実施することを計画した。2020年度は、2019年度の調査結果を勘案して、早急に労災患者の治ゆに至る手順・判定の具体的な方法を検討し、仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた療養者に対して、労災保険による治療と並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究を実施することとした。すなわち、①就労可能レベルの評価ツール、職場との情報共有・連携用ハンドブック等の開発研究、②うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治ゆ評価に関する研究、③復職ダイケアプログラムの実施経験に関する調査、④専属産業医の立場からの

休職者の調査、⑤メンタルヘルス外部支援機関として休業者に対する支援の現状と役割に関する調査、⑥精神障害者雇用における病状経過と労災予防に関する調査、⑦精神障害者・労災認定者の就労に向けた支援機関の取り組みの調査、⑧精神疾患により長期療養中の労働者に対する標準的な病状評価と医療と職域間連携の手法に関する調査、⑨労働局への業務上疾病として労災認定され療養開始から15年以上の長期療養に至った事例の調査、⑩休業者の生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の実用可能性の検討、⑪社会的寛解の期間に関する調査といった11の研究を実施した。

B.研究方法

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

「メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に関わる精神科主治医と職場に有用な連携ハンドブックの作成」を目的として、「連携効果が認められた好事例」収集プロジェクト」と題して、メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に長年関わってきた精神科主治医、産業医、産業保健専門職、弁護士等に協力を依頼し、回答用紙を配付・回収した。回答用紙は3部構成で、1)回答用紙(I)：回答者のプロフィール、2)回答用紙(II)：「連携力」についてのアンケート、3)回答用紙(III)：好事例に関する設問とし、回答は無記名を原則とした。また、別途関連論文の寄稿を依頼、集積した調査回答内容と合わせ、効

果的な連携を生み出すノウハウを抽出、最終的には「連携ハンドブック」の編纂に活用した。

1) 回答用紙 (I)：回答者のプロフィール

1-1) 回答者のプロフィールの設問は、①回答記入年月日、②年齢階層、③性別、④住居地、⑤資格、⑥主治医としての診療実務、⑦主治医としての標榜科目、⑧臨床医の通算経過年数、⑨産業医としての実務、⑩産業医業務の通算経過年数、⑪日本医師会会員の有無、の11項目である。

1-2) 回答者の要件：主治医、産業医、産業保健専門職の要件を満たしていることとした。それぞれの定義は、分担研究報告書を参照のこと。

2) 回答用紙 (II)：「連携力」についてのアンケート

「連携力」の内容についての重要度評価を求めた。評価項目は、①主治医・産業医に共通な要素として4項目、②主治医に必要な連携力として4項目、③産業医(産業保健専門職)に必要な連携力として5項目、④その他、計14項目である。

3) 回答用紙 (III)：「好事例」に関する設問
本回答用紙の設問は大きく3部で構成し、3-1「好事例」のプロフィール、3-2 連携のパターン、3-3「好事例」における連携の実際とした。

3-1) 「好事例」のプロフィールの設問は、①性別、②年齢階層、③婚姻状況、④業種、⑤職務内容、⑥雇用状況、⑦障害者雇用該当、⑧精神および行動面の障害による1カ月以上の休職回数、⑨精神および行動面の障害以外

による1カ月休職回数、⑩連携前の治療歴、⑪診断名の計10項目とした。

3-2) 連携のパターンでは、連携の始点により、3パターンを区別した。①主治医から産業医への連携、②産業医から主治医への連携、③産業医と職場内の関係者との連携とした。

3-3) 「好事例」における連携の実際の設定は、①連携開始のタイミング、②連携の目的、③連携の具体的手順、内容、④連携の準備、⑤連携の頻度、⑥連携に活用したツール、⑦連携の手段、⑧本人の同意、⑨連携に要した費用負担、⑩連携に関わるリスク、⑪連携後の本人の変化、⑫連携後の職場側の変化、⑬連携後の主治医側の変化、⑭連携の具体的成果、⑮本事例を好事例とした最大の根拠、⑯その他のコメント、の計16項目とした。

4) 関連論文の執筆依頼：本研究に関連の深いテーマを取り上げた先行研究2件、法務面の留意点に関して1件、折しも新たな脅威となった新型コロナウイルスによる影響に関連してテレワークの労働環境、労働衛生上の問題点1件、計4件の論文を集積した。

5) 主治医と産業医のためのハンドブックの試作：本研究で集積された各種データ、論文等に基づき、連携の実務において役立つハンドブックの試作をめざした。

2. うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治ゆ評価

職場での psychological injury に関する患者および労働者に対する簡便な自己記入式質問紙として、PTSDの重症度評価に用いられる改訂出来事インパクト尺度 (IES-R) の有用性

を検討することを目的に、回答者からWEB上での同意を得て無記名の「うつ病と職場のストレスに関するアンケート調査」をネット調査会社に委託して実施した。WEBアンケートは、(A) うつ病になって仕事を退職した(継続できなかった)患者群、(B) うつ病になったが、仕事を継続できた患者群、(C) 職場のストレスで仕事を退職した(継続できなかった)一般群、(D) 職場のストレスはあったが、仕事を継続した一般群の4群で各群200名ずつの回収を目標に実施した。調査項目は、1) 回答者の年齢、性別、職種、うつ病診断の有無、2) うつ病の評価尺度としてPHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)、3) 一般群はこれまでに受けた強い職場ストレス、患者群はうつ病を発病した職場ストレスについて、そのストレスを受けた年齢を回答してもらうとともに、職場ストレスを以下の7つのカテゴリー項目(配置転換、ワンオペ、職場いじめ、パワハラ、上司トラブル、部下トラブル、その他)から、複数回答可として選択、さらに、その中から、最も(1番目に)強いストレスを一つ選択した。4) PTSDの評価尺度としてIES-R (Impact of Event Scale-Revised)を用いるが、トラウマ体験の代わりに、上記で回答してもらった「一番目に強かった職場のストレス」に関して、どの程度強く悩まされたかについての回答を依頼した。5) 山岸が作成した一般的信頼尺度、6) 篠原と清水が作成したこころの健康づくり尺度である。統計解析は、IBMのSPSSソフトウェア Ver22.0を用いて、4群の年齢および評価尺度のスコアに関しては一元配置分散分析

を行い、4 群の性別、人数の度数分布のカイ二乗検定を行った。さらに Spearman 相関分析、ステップワイズ法の重回帰分析を行った。

3. 労災認定された長期療養者を対象とした企業と協働した段階的な治療プログラムの提言
一般社団法人日本うつ病リワーク協会（以下、協会）に所属する施設における、プログラム運営担当者に対し、新型コロナウイルス感染が拡大する中での施設対応、及び運営方法の見直しや対策などについて調査し、コロナ禍におけるリワークプログラムの現状と今後の動きに関して把握することを目的とした。

2020 年 4 月 3 日における、協会会員 205 施設に対し下記の通り 3 回にわたり調査を実施した。いずれも調査表添付のメール送信によるアンケート方式で、メール及びファクシミリでの返信を得た。

第 1 回：2020 年 4 月 3 日～4 月 10 日

第 2 回：同年 6 月 1 日～6 月 12 日

第 3 回：同年 12 月 21 日～12 月 29 日

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

1) 疾病調査：2010 年から 2019 年までの 10 年間におけるメンタル休職に係る診断書病名を国際疾病分類 ICD-10 に基づいて分類した。また休職期間、休職の推定要因についても検討した。分類にあたって 1 人 1 病名とし、複数病名の場合の疾病分類 ICD-10 の優先順位優先順位は以下の通りである。F20 統合失調症>F31 双極性障害>F32 うつ病≧F32.8 うつ状態>F34 気分障害・気分変調症>>F45.3 自

律神経失調症・F48 神経衰弱>F40 不安障害（不安神経症）>F41 パニック障害>F43.2 適応障害

2) 長期休職者調査：長期休職者（1 年以上）の調査を、一事業所の復職支援面談記録を基に行った。

3) 企業としての取組を調査：企業としての取組で実際に行われていることを調査した。

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

精神科医療機関による精神科診療や産業保健活動を行っている精神科医師に対し、支援内容な効果に関する調査票を配布・回収し、休業者に対する支援事例を質的に検証し、社会復帰を目指した適正な支援のあり方を明らかとする一助とすることを目的として下記の 2 つの研究を行った。

【研究 1】2019 年度に作成した調査票の一部を改訂した。

【研究 2】研究 1 で作成した調査票を、(公社)日本精神神経科診療所協会の産業メンタルヘルス関連委員会に所属する医療機関に勤務する精神科医師に対し、メール送付による返信の形式で調査を実施した。回収できた 24 例について解析した。

6. 精神障害者雇用における病状経過と労災予防に関する調査研究～人事労務担当者へのアンケート調査を通して～

精神障害にて障害者雇用されている労働者における就労状況、支援状況、精神症状増悪

による労災申請状況などを調査し、労災発生の予防、安定就労、および社会復帰支援に向けた職場の課題を明らかにするために全国の事業場における20歳～59歳の人事労務担当者を対象に調査を行った。方法はリサーチ会社に登録されたアンケートモニターにおいて、調査対象となる人事労務担当者を1,300名選出し、ネット上でアンケートを実施してその結果を分析したものである。質問項目は下記のとおりである。1) 性別、2) 年齢、3) 住所地、4) 職業、5) 職種、6) 事業場の業種、7) 会社規模、8) 障害者雇用経験、9) 募集機関、10) 実習の実施、11) トライアル雇用、12) 採用基準、13) 入社面接の留意点、14) 障害者難しさ、15) その内容、16) 労災の経験、17) 労災の背景、18) 精神障害者雇用の印象、19) 支援制度・体制、20) キーパーソン、21) キーパーソンの研修、22) キャリアアップ制度、23) 障害者雇用の不安、24) 安定就労に必要な内容、25) 産業医の選任、26) 産業医の関与、27) その内容、28) 産業医の有用性、29) 役に立たない理由、30) 産業医が関与しない理由、31) 産業医側の理由、32) 職場側の理由、33) 産業医への要望。

7. 精神障害者・労災認定者の就労に向けた支援機関の取り組みの現状と課題

精神障害者の就労定着に向けた取り組みや課題に加え、新型コロナウイルス感染症による支援状況の影響や在宅ワークに対するニーズの変化に関する調査結果を整理し、現状の課題や今後の方向性についての検討を目的として、全国の障害者就業・生活支援センター計

334か所に対し、郵送法によるアンケート調査を実施した。実施期間は2020年10月6日～11月13日であり、アンケートの回収は114部だった（回収率34.1%）。さらに就業・生活支援センターと連携の深い全国のハローワーク7か所の他、地域障害者職業センター2か所、産業保健総合支援センター2か所、地域産業保健センター1か所に対して聞き取り調査を行った。

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

「治療と就労の両立支援」ならびに復職支援にかかる先行研究において、精神疾患に罹患し休業した労働者の休業期間と、①医学所見、②安全衛生要因、③個人生活状況および職場側の懸念等との関連が知られている。また、近年では発達障害・特性の問題が長期の休業や不安定就労と関与していることが強く疑われることから、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（デイケア）利用者とメンタルヘルスクリニック外来通院患者を対象に、上記3つの要因にかかる自覚的ストレス要因および発達特性に関する状況等について、無記名自己記入式のアンケート調査を行い、罹病及び休業期間と職業性ストレス、発達特性の問題点等との関連について検討した。

9. 労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究

業務上疾病として労災認定され療養開始から 15 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ために、2020 年 9 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 11 月末日までに回収した。

a. 労働局に対する調査：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 15 年以上経過している者、2) そのうち 6 カ月以上、通院の実績がない事案のうち、療養開始から 15 年以上経過している者、さらに、その中で療養補償の請求が 6 カ月以上中断した事例、3) 休業補償給付を受給している者で 15 年以上経過している者、その中で療養補償の請求が 6 カ月以上中断した事例、4) 在籍証明取得に本人が困難を感じてる場合の監督署としての対応、5) 早期復職の対策、6) 長期療養期間を短縮化に関して等である。

b. 個別事案調査：療養開始後 15 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を求めた。内容は、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) 100 時間以上の時間外労働の有無、5-1) 発病の要因となった心理負荷評価表の出来事、出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求したか否か、出来事に遭遇した時の会社に勤務しているが、その時点(出来事)から 5-2) 在籍の有無、5-3) 退職の有無、5-4) 在籍期間 5-5) 会社の規模。5-6) 業種、職種、6) 通院の頻度、7) 労災請求の際の事業主の証明の有無、

8-1) 現在、職場復帰を果たしている否かどうか、8-2) 出来事に遭遇した会社への復帰、9-1) 労災認定から調査日以前までの職場復帰の有無。9-2) 職場復帰の主導者、9-3) 職場復帰までの期間、10) 直近 1 ヶ月間のおおよその保険給付額、11) 職場復帰の意思確認、12) 復帰に対する会社の対応、13) 主治医から行政に症状固定(治ゆ)の相談、14) 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 15) 精神障害の既往の有無、16) 既存精神障害の有無、17) 治ゆの見込み、18) 所属会社を相手とした訴訟の状況、19) 当会社側からの職場復帰への働きかけ、20) 今後における就業の可否、21) その他、この事案についての意見等。

10. 療養者の生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の実用可能性の検討

就労可否判断において行動評価が可能な生活モニタリングデータが有用となることが考えられ、長期療養者の主要な精神疾患である気分障害の患者を対象とし、アクチグラフィ及び、スマートフォン等で収集した生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連を調査した。

1) アクチグラフィと気分障害の症状との関連の調査：アクチグラフィと気分障害の症状との関連を調べたメタアナリシス、およびシステマティックレビューを抽出するため、PubMed を用いた文献検索を行い、選択された文献から、成人を対象としたアクチグラフィと気分障害との関連に対するメタアナリシスまたはシステマティックレビューの結果をま

とめた。

2) スマートフォン等で収集した生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連の調査：第一段階では、生活モニタリングデータと気分障害との関連を調べたメタアナリシスまたはシステマティックレビューの検索と選択を行い、第二段階では第一段階で選択されたメタアナリシスまたはシステマティックレビューの対象となっている個々の文献の中から、生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連に関する文献の抽出と選択を行った。選定された文献にて報告された、成人の生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連に関する結果をモニタリングデータの種別ごとに整理した。

11. 精神障害による休職者の社会的寛解に要する期間の検討

精神障害が寛解状態にあると判断するためには、どれだけの社会的寛解の期間が必要であるかを検討するため、休職復職を繰り返すデイケア通所事例を調査分析し、勤務している期間～病態の変化・再発までの期間、およびその後の再療養期間を調査した。対象は2007年10月～2021年1月までに東邦大学医療センター佐倉病院復職デイケア（DC）を復利用した625名（男性510名、女性116名）のうち、3回以上休職歴のある113名で、そのうちDC終了後もその後の経過を追うことのできた63名（男性59名、女性4名）について、それぞれの休職期間、次の休職まで安定して就労していた期間、休職してからDCを利用後、正式復職・定時勤務可能時期までの期間等に

ついて集計分析し検討を行った。

C. 研究結果

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

1) 回答者のプロフィール：令和2年11月に全121名に回答用紙を発送し、令和3年1月にかけて回収した。有効回答は全38通（回答率は31.4%）。全回答者を専門性の内容に応じて2群に区分した。精神科専門医として診療に従事し、かつ産業医としてのキャリアを有し、引き続き双方の業務に従事中の要件を満たす回答者をA群：精神科医・産業医は19名、B群：その他の医師・産業保健専門職は19名、両群ともに男性が大半を占めたが、年齢階層の比較ではA群は50から60歳代、B群は30歳代に最大値が認められた。専門職経験の平均年数について両群を比較すると、産業保健経験年数はA群が17.0年、B群が10.2年、臨床医経験年数はA群が28.2年、B群が16.6年と隔たりが認められた。産業保健専門職種ではA群は非常勤産業医が大半だが、B群の半数は非常勤産業医、残りは常勤産業医、医師以外の専門職が占めた。日本医師会会員の占める割合はA群が63.2%、B群が60.0%と近似していた。

2) 「連携力」についてのアンケート：「連携力」、すなわち、効果的な「連携」を実現するために主治医及び産業医に必須なスキルを14項目について①必須である、を選択した回答率を比較した。全項目のうち5割以上の高回答率を得た項目は、A群は13項目、B群は7

項目と差異が目立った。両群合わせた高回答率12項目の順位は次のとおりであった。

主治医・産業医に共通な要素として、a. 本人の主観的判断と、周囲の客観的判断を参考としながら取り組む、b. 病状の背景にある、業務上要因、業務外要因、個人要因を見極めていく、c. 常にメンタルヘルスの視点を重視する、d. 治療と就労の両立支援の観点から、産業医と主治医等との連携に取り組む。主治医に必要な連携力の内容として、a. 本人と合意形成しつつ診療に取り組む、b. 産業保健関連諸制度・規則等の動向に注目し研鑽を積む、c. 本人の所属職場の就業規則、休業時の対応等について情報収集する。産業医に必要な連携力の内容として、a. 合理的配慮、安全配慮を重視する、b. 職場内連携（上司、人事、他の関係者らとの共同支援）を基本とする、c. 本人の業務の力量・体調に配慮した3管理（作業、作業環境、健康）、業務環境調整を行う、d. 職場環境の改善、ひいては、組織運営の向上を考慮した支援をめざす、e. 精神科医療、制度への関心を高め理解を深める。

3) 「好事例」のプロフィール：回収された好事例全49例の内訳は、回答者群、連携のパターン、連携時期の3軸により分類した。好事例を提出した回答者はA群27件で、B群22件だった。連携パターンでは、主治医から産業医への連携は16件、産業医から主治医への連携は19件と最多、産業医と職場内の関係者との連携は14件で、ほぼ均等な割合であった。連携開始時期による分類では、不安定就労期は16件、休業期は20件と最多、復職期は13件であった。

医療情報について、性別では全体で男性が8割を占めた。連携のパターン、タイミング別にも同様の傾向が認められた。年齢階層では、全体では30歳代、40歳代、60歳代に頻度が高く、連携のパターン、タイミング別にも同様の傾向が認められた。診断分類では、全体ではF30-F39 気分〔感情〕障害が半数近く、次いでF40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が約3割を占めた。産業医から主治医への連携分、休業期分では気分障害群が神経症性障害群の2倍を占めた。その他はF10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害、F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、F80-F89 心理的発達の障害、F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害がほぼ同数を占めた。連携前の治療歴について、全体では、無しが3割強、主治医から産業医への連携分、不安定就労期、休業期分の多数をしめた。他方、3年以上は職場内連携分、復職期分で最多を占めた。連携前の休職歴について、休職（1カ月以上）回数は、精神および行動面の障害による場合、1~2回が6割、不安定就労期分では無しが最多をしめた。精神および行動面の障害以外による件数は無しが9割を占めた。

職務情報について、業種については、製造業が4割、情報通信、卸売・小売業、サービス業が続く。職務内容は、専門・技術が5割、事務、販売が続く。雇用状況については、正社員・一般職が8割、正社員・管理職が1割。障害者雇用の該当件数は1割に留まった。

4) 「好事例」における連携の特徴：全49事例

の回答は連携過程に関する14項目の回答で構成され、個別回答の総数は686個であった。そこで、好事例3例を見本として、また「好事例とした最大の根拠」については全例の回答要旨を示した。また、連携内容に関する設問の15項目を連携開始時期により区分、さらに各期別に連携の始時点による3パターン別に区分、計9区分に分類し、計13枚の表にまとめ比較検討した。内容の詳細は分担研究報告書を参照のこと。

5) 関連論文の執筆依頼：小山文彦氏、福田真也氏、佐久間大輔氏、井上彰臣氏より寄稿があり、分担研究報告書巻末に資料として掲載した。

6) 主治医と産業医のためのハンドブックの試作：メンタル不調者の就労支援のための精神科主治医と職場の「連携」ハンドブックとして作成し、分担研究報告書巻末に資料として掲載した。

2. うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治ゆ評価

(A) うつ病になって退職した(仕事を辞めた)患者群は200名、(B) うつ病になったが、仕事を継続できた患者群は167名、(C) 職場のストレスで退職した(仕事を辞めた)一般群は200名、(D) 職場のストレスはあったが、仕事を継続した一般群は200名の回答を得た。全回答者767名の性別では男性が507名(66.1%)と多く、平均年齢は48.1歳(21歳～65歳範囲)であった。4群の性別は、A群が男性130名(65.0%)、女性70名、B群が男性130名(77.8%)、女性が36名、C群が男

性106名(53.0%)、女性が94名、D群が男性141名(70.5%)で女性が58名で有意差があった。年齢の平均スコアは、A群47.10歳、B群48.93歳、C群46.47歳、D群50.12歳で、A群とD群には有意差があったが、それ以外には有意差がなかった。職業を無職と回答した人はA群で33.5%、B群で9.6%、C群で22.5%、D群11.5%で、有職と無職の分布で有意差があった。A群が職場ストレスによるうつ病で退職した平均年齢は38.1歳、C群が職場ストレスで退職した平均年齢は32.9歳であった。

うつ病患者群の発症時の平均年齢は両群37.4歳で、通院加療歴が3年以上という回答が最も多かった。A群の88.0%、B群の62.4%がうつ病による休職を経験し、そのうち、合計2年以上の休職がA群の31.0%、B群の12.6%であった。なお、うつ病と医師から診断された患者群のうち、うつ病+PTSDと合併を診断された人は、A群のうち11.0%、B群のうち5.4%であった。また、うつ病のみを診断されている人はA群51.0%、B群60.5%、うつ病+社交不安症はA群13.5%、B群9.0%で、うつ病+パニック症はA群17.0%、B群13.8%で、うつ病+その他の精神疾患はA群17.5%、B群15.0%であった。

うつ症状の評価尺度であるPHQ-9について、うつ病患者であるA群平均値は12.35、B群平均値は10.98であり、いずれもカットオフ値(10点)を超えていた一方、一般群であるC群平均値は5.98、D群平均値は3.86であり、いずれもカットオフ値を下回っていた。

職場のストレスについて、複数回答可としたところ、一人当たり平均のストレスの選択個

数はA群 1.72 個、B群 1.56 個、C群 1.38 個、D群 1.26 個であった。1 番目に強かった職場のストレスについては、A群では「ワンオペ」(30.0%) が最も多く、次に「配置転換」(21.5%)、3 番目に「職場いじめ」(15.0%) であった。B群では「ワンオペ」(22.8%) が最も多く、次に「配置転換」(20.4%)、3 番目に「パワハラ」(15.0%) であった。C群では「職場いじめ」(17.5%)、「パワハラ」(17.5%) が最も多い同点 1 位で、3 番目に配置転換」(15.0%) であった。D群では「配置転換」(30.0%) が最も多く、次に「ワンオペ」(24.5%) で、3 番目に「その他」(16.5%) であった。

一番目に強かった職場のストレスについての IES-R スコアは、うつ病患者である A 群の平均値は 40.07、B 群の平均値は 36.67 であり、いずれも PTSD のカットオフ値 (24/25 点) を超えていた一方、一般群である C 群の平均値は 20.74、D 群の平均値は 13.89 であり、いずれもカットオフ値を下回っていた。

一般的信頼尺度 (山岸、1998) の平均スコアは、A 群 21.20、B 群 21.92、C 群 21.46、D 群 23.40 という値で、A 群と D 群には有意差があった。

また、こころの健康づくり尺度 (篠原、清水 2016) の平均スコアは、A 群 18.58、B 群 19.29、C 群 21.70、D 群 23.28 で、A 群を基準として B 群とは有意差がないが、C 群、D 群とは有意差があった。また、B 群を基準として、A 群、C 群とは有意差がないが、D 群とは有意差があった。C 群と D 群の間の有意差はなかった。

職場のストレスについて今は状況改善され

た、今も状況継続しているかという質問項目では、A 群が状況改善 121 名に対して状況継続 79 名、B 群が状況改善 93 名に対して状況継続 74 名、C 群が状況改善 174 名に対して状況継続 26 名、D 群が状況改善 153 名に対して状況継続 47 名であり、状況継続している患者群 (A 群で 39.5%、B 群で 44.3%) が一般群 (C 群で 13.0%、D 群で 23.5%) に比べて多く、有意差があった。

全回答者の IES-R は、PHQ-9 との有意な正の強い相関が見られた一方で、一般的信頼尺度、こころの健康尺度、年齢とそれぞれ有意な負の弱い相関が見られたが、IES-R を従属変数とした重回帰分析では、PHQ-9、一般的信頼尺度、こころの健康尺度、年齢をステップワイズ法で投入して、残る説明変数は PHQ-9 (標準化係数 $\beta=0.721$) のみであった。4 群に分けての IES-R と PHQ-9 の相関係数は、A 群で 0.648、B 群で 0.718、C 群で 0.712、D 群で 0.430、となり、いずれも有意な正の相関を認めた。

3. 労災認定された長期療養者を対象とした企業と協働した段階的な治療プログラムの提言
会員 205 施設に対し 3 回の調査の回答数と回答率は以下の通りであった。

第 1 回：101 施設 (回収率：49.3%)

第 2 回：93 施設 (回収率：45.4%)

第 3 回：97 施設 (回収率：47.3%)

調査の設問は以下の 6 項目で、結果の詳細は分担研究報告書を参照のこと。

設問 1. リワークの診療報酬の算定項目について：全 3 回とも「デイケア」という回答が

最も多く第1回 83.2%、第2回 82.8%、第3回 81.4%。次いで「ショートケア」という回答が多く第1回 65.3%、第2回 59.1%、第3回 52.6%。デイケアあるいはショートケア単独で開催している施設ばかりでなく、デイケアとショートケアを組み合わせて開催している施設が多いことがうかがわれた。

設問2.プログラムへの対応について：全3回とも「全て通常通り」という回答が最も多く、第1回 74.3%、第2回 72.0%、第3回 86.6%。「一部実施」は第1回 19.8%、第2回 22.6%、第3回 10.3%、「全て休止」は第1回 5.0%、第2回 8.6%、第3回 3.1%だった。リワークプログラムを「デイケア」や「ショートケア」の枠組みで行なっているという構造上、仕組みとしての代替選択肢がなく、現時点では時間や人数を制限することが精一杯の対策であることがうかがわれた。

設問3.今後プログラムの内容を見直す場合の判断基準について：国、自治体からの勧告や要請等（第1回 77.2%、第2回 73.1%、第3回 83.5%）と、「施設管理者の判断」（第1回 73.3%、第2回 83.9%、第3回 80.4%）が選択されていた。「利用者からの要望」は第1回 12.9%、第2回 25.8%、第3回 18.6%、「その他」は第1回 9.9%、第2回 12.9%、第3回 4.1%だった。設問2の回答と合わせると、概ね国や自治体からの要請があるまではなるべく通常通りの運用を行う、という医療機関側の意思が示された。

設問4.リスク管理のための施策について：「発熱があるなど体調不良者には欠席しても

らう」、「手指消毒用を用意」、「スタッフ及び利用者はマスクを着用」、「室内のこまめな換気」、「ドアノブなど室内の消毒」などの一般的に推奨されている対策に関しては、概ね90%以上実施がされていた。「必ず参加時に体温を測定する」（第1回 81.2%、第2回 84.9%、第3回 91.8%）や「利用者の間隔を拡げて、密接にならないようにする」（第1回 74.3%、第2回 96.8%、第3回 84.5%）に関しては、第1回よりは第2回、第3回と増加傾向にあり、通常の感染拡大予防対策が現在も取られていることが判明した。「その他」の記述式回答では「アクリル板の設置」や「フェイスシールドの利用」といった物理的に遮断をする対策が目立った。

設問5.コロナ禍におけるプログラムの継続について：「感染対策を徹底し、既存の集団プログラムを継続」への回答が最も多く 83.5%、次いで「支援内容や体制を変更し集団プログラムを継続」が 43.3%、「個別プログラム等やオンライン面談等も含む、新規取組みへの移行」が 15.5%、「一時休止」が 9.3%、「その他」が 6.2%、「閉所（永続的に）」は 0%であり、設問2の回答結果と類似し、通常のプログラムを継続する回答が多数を占め、参加人数や時間の制限をかけることに加えて、プログラム内容の修正も行なっている状況が示された。

設問6-1.利用者の復職先の会社に関する現状把握に関して：「休職者の復職後の就労環境について」が 87.6%と一番多く、次いで「コロナ禍における社内環境や体制の変化」が 79.4%、「復職基準見直しの有無」が 41.2%、

「人事評価基準見直しの有無」が21.6%、「その他」が4.1%となった。コロナ禍における復職後の就労環境や会社の動きを敏感に把握したい医療機関側の要望が示された。

設問 6 -2.テレワーク環境下でのリワークプログラムの見直しについて：見直す必要はない」が18.6%であった。「見直す必要はない」との回答施設を除外した残りの81.4%の施設を母数に計算した結果として、「テレワーク環境下での業務報告等のコミュニケーションを取る方法」が68.4%と最も多く、次いで「利用者へかける負荷の質やタイプの見直し」が53.2%、「テレワーク環境下での復職準備性評価の見直し」が39.2%、「リモートワーク環境で必要なビジネススキルの取得のためにプログラムを変更する」が36.7%、「その他」が8.9%であった。大多数の施設が「見直す必要がある」との見解を示し、プログラム見直しが重要であるとの認識が示された。

設問 6 -3.復職先の産業医や人事担当者との連携方法の見直しに関して：「見直す必要はない」が30.9%。「見直す必要はない」と回答した施設を除外した残りの69.1%の施設を母数に計算した結果では、「オンラインミーティングの実施」が73.1%で最も多く、次いで「会社へ提供する情報提供書や、レポートの内容を見直し」が59.7%、「主治医から受け取る情報提供書の内容を見直し」が17.9%、「その他」が1.5%だった。

設問 6 -4.コロナ禍でリワークプログラムを継続するための制度や枠組みの必要性について：見直す必要はない」が14.4%。「見直す必

要はない」との回答を除外した残りの85.6%の施設を母数に計算した結果として、「オンラインもしくはリモート支援が診療報酬として認められる新たな制度が必要」で88.0%と最も多く、次いで「オンラインによるリワークプログラムなどに対する国からの経済的支援が必要」が71.1%、「民間業者との協働による新たな枠組みが必要」が19.3%、「その他」が2.4%だった。大多数の施設が「見直す必要がある」との考えを示し、制度や枠組みに関する見直しの必要性が示された。

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

1) 疾病調査

1-1) 疾病分類：2010年から2019年での合計ではうつ病(33.7%)、抑うつ状態(28.8%)、適応障害(15.1%)の順に多かった。休職者は徐々に増加しており、増加率は、抑うつ状態、適応障害、うつ病の順に高かった。2010年では、抑うつ状態はうつ病の半数以下であったが、徐々に増加し2017年にはうつ病を超えた。2019年においては、抑うつ状態、うつ病、適応障害の順に多くなっていた。特に抑うつ状態と適応障害は増加していた。その他(不安障害、自律神経失調症、双極性障害、統合失調症、パニック障害、気分障害)では顕著な変化を認めなかった。10年間の前半(2010-2014)と後半(2015-2019)とで比較したところ、ほとんどの疾病で増加を認めた。うつ病は約1.2倍であったが、抑うつ状態と適応障害が約2倍となっていた。不安障害、自律神経失調症、双極性障害、統合失調症、

気分障害、ストレス障害、神経衰弱も、わずかではあるが増加していた。疾病ごとに年齢別に推移を確認したところ、抑うつ状態は全年齢で増加しているが、特に40歳代と30歳代での増加が顕著であった。うつ病は40代と30代が主であったが近年において20代はほぼ同数であった。

1-2) 休職期間: 休職者全体の平均休職期間は、2014年は7.3ヶ月であったが、2018年は4.8ヶ月、2019年は5.6ヶ月であり、短縮されていた。初発者より再発者の休職期間が、概して長いと考えられた。再発者の休職期間は2014年で7.3ヶ月、2018年で4.3ヶ月、2019年は7ヶ月であり短縮されておらず、むしろ初発者が2014年は7.2ヶ月、2018年で5ヶ月、2019年は5.1ヶ月で短縮されていた。

1-3) 休職の推定要因: 休職の推定要因では「個人の性格傾向」の比率が増加しており、「仕事の質」や「職場の人間関係」の問題の比率は、ほぼ横ばいであった。

2) 長期休職者調査: 長期休職者(1年以上)の調査: 一事業所の復職支援面談記録を基に行った。長期休職者は休職者全体の7%であった。うつ病(6%)と抑うつ状態(1%)に限られていた。うつ病と診断された休職者のうち長期休職者は13%であり、そのうちの7割が退職していた。復職支援面談実施者のうち分析対象者は121人(男性110人、女性11人)、平均年齢は36.9歳であった。疾病の内訳であるが、男性はうつ病53人、抑うつ状態34人、適応障害7人、統合失調症3人、気分障害3人、不安障害3人、自律神経失調症3人、その他4人であった。女性は、抑うつ状

態4人、適応障害4人、その他3人であった。

平均休職日数は、うつ病平均131.7日±214.2日、抑うつ状態平均87日±114.6日、適応障害平均59.4日±41.5日であり、うつ病が最も長かった。長期休職者(1年以上)は9人(うち男性8人)あり、そのうちのうつ病7人中5人が退職していた。抑うつ状態2人中1人が退職していた。退職者を含む長期休職者は全員が労災の申請を行っていなかった。

なお、半年以上1年未満の休職者は5人(全員男性)であり、疾病内訳は、うつ病2件 抑うつ状態2件であり、全員が労災の申請を行っていなかった。また、退職者は15人認められた。男性12人であり、そのうち、うつ病が8人を占めていた。疾病別の休職平均日数を求めたところ、うつ病約130日、統合失調症約90日、抑うつ状態が約90日、双極性障害約85日、適応障害約60日であった。

3) 企業としての取組: 現在、管理職に対して「ハラスメント」や「行き過ぎた指導」を行わないための教育研修を継続している。さらに、今後メンタル休職者と対応する人事労務中堅社員に対して、事例を提示しグループワークを行うという、実践的な教育研修を開始した。

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

【研究1】2019年度作成した調査票を見直し、下記のような改訂版を行った。主な改訂箇所を太文字で示した。

問1. 記入者の属性

1) 記入日 _____年 _____月 _____日

2) 記入者の年齢階層

① 20 歳代

② 30 歳代

③ 40 歳代

④ 50 歳代

⑤ 60 歳代

⑥ 70 歳代以降

3) 記入者の性別

① 男性

② 女性

問2. 記入者の所属医療機関

1) 記入者の所属医療機関の都道府県名 _____
_____都・道・府・県

2) 記入者の所属医療機関名 _____

3) 記入者の**精神保健指定医資格もしくは精神科専門医資格の有無**

①現在あり

②過去にあったが現在はない

③将来取得したい

④現在も過去もない、将来も予定なし

4) 記入者の産業医資格の有無

① 現在あり

② 過去にあったが現在はない

③ 将来取得したい

④ 現在も過去もない、将来も予定なし

問3. 事例の属性

1) 事例の年齢階層

① 20 歳未満

② 20 歳代

③ 30 歳代

④ 40 歳代

⑤ 50 歳代

⑥ 60 歳代

⑦ 70 歳代以降

2) 事例の性別

① 男性

② 女性

3) 事例発生時の勤続年数

① 1 年未満

② 3 年未満

③ 5 年未満

④ 10 年未満

⑤ 10 年以上

⑥ 不明

4) 事例の婚姻状態

① 既婚

② 未婚

③ **離別・死別**

5) 事例に対する記入者の立場

① 主治医

② 産業医

③ 産業医を支援する社内精神科医

④ その他 (_____)

6) 事例の相談経緯

① 産業医から

② 企業内看護職から

③ 企業内カウンセラーから

④ 人事・労務担当者から

⑤ 上司から

⑥ 同僚から

⑦ 家族から

⑧ 知人・友人から

⑨ その他 (_____)

- 問4. 事例の業務起因と思われる精神障害
- | | |
|---|------------------------------------|
| ① | 0 |
| 1) 事例の主たる診断名 (ひとつ選択) | ② 1 |
| ① 抑うつ障害群 | ③ 2 |
| ② 不安障害群 | ④ 3 |
| ③ 心的外傷およびストレス因関連障害群 | ⑤ 4 |
| ④ 強迫性障害および関連障害群 | ⑥ 5 |
| ⑤ 解離性障害群 | 2) 1)のうち実際に《強》であった項目数 |
| ⑥ 身体症状症および関連症群 | ① 0 |
| ⑦ 双極性障害および関連障害群 | ② 1 |
| ⑧ 統合失調症スペクトラム障害および他の
精神病性障害群 | ③ 2 |
| ⑨ その他 (_____) | ④ 3 |
| ⑤ 4 | ⑤ 4 |
| 2) 就労状況について | ⑥ 5 |
| ① 現在休業中 →設問 3)へ | 3)『平均的な心理的負荷の強度』《Ⅱ》の項目
が該当した項目数 |
| ② 現在就業中 →設問 4)へ | |
| 3) 現在休業中の休業期間について | ① 0 |
| ① 1ヶ月未満 | ② 1 |
| ② 3ヶ月未満 | ③ 2 |
| ③ 6ヶ月未満 | ④ 3 |
| ④ 9ヶ月未満 | ⑤ 4 |
| ⑤ 12か月未満 | ⑥ 5 以上 |
| ⑥ 1年以上 | 4) 1)のうち実際には《強》となった項目数 |
| 4) 現在就業中だが <u>当該業務上要因による過</u>
去の休業期間について | ① 0 |
| ① 1ヶ月未満 | ② 1 |
| ② 3ヶ月未満 | ③ 2 |
| ③ 6ヶ月未満 | ④ 3 |
| ④ 9ヶ月未満 | ⑤ 4 |
| ⑤ 12か月未満 | ⑥ 5 以上 |
| ⑥ 1年以上 | |
- 問5. 業務上の出来事について
- | | |
|------------------------------------|-----------------|
| 1)『平均的な心理的負荷の強度』《Ⅲ》の項目
が該当した項目数 | ①業務変更、配置転換や異動 |
| | ②業務は大きく変えずに負荷軽減 |
- 問6. 事例に対してなされた支援について
- 1) 最も効果的であった支援は何か (ひとつ選
択)

- ③管理者の対応
 - ④管理者の交替
 - ⑤人事・労務担当者の対応
 - ⑥家族への対応
 - ⑦産業医や産業保健スタッフ等によるケア
 - ⑧社外での精神科専門治療
 - ⑨社外でのカウンセリング
 - ⑩転職
 - ⑪退職
 - ⑫その他（ _____ ）
- 2) 最も有効であった連携は何か(ひとつ選択)
- ① 専門職間の連携
 - ② 専門職と人事・労務担当者との連携
 - ③ 専門職と管理者との連携
 - ④ 専門職と家族との連携
- 3) 最も連携が困難であったものは何か(ひとつ選択)
- ① 専門職間の連携
 - ② 専門職と人事・労務担当者との連携
 - ③ 専門職と管理者との連携
 - ④ 専門職と家族との連携
 - ⑤ 困難な連携はなかった

【研究 2】

公社)日本精神神経科診療所協会の産業メンタルヘルス関連委員会に所属する医療機関に勤務する精神科医師から回収できた 24 例について解析した。

精神科医師 10 名すべてが精神保健指定医もしくは公社)日本精神神経学会認定の専門医資格を有していた。またすべての精神科医師が、厚生労働省の定める産業医の要件を満たしていた。回答者の年齢階層については、全医師が精神保健指定医または精神科専門医

資格の両方もしくはいずれかを有し、産業医資格を有していることから、すべて 40 歳代以上であり、40 歳代 30%、50 歳代 50%、60 歳代 10%、70 歳以上 10%だった。

回収事例の年齢階層、性別、勤続年数については分担研究報告書に示すとおりであり、半数が勤続年数 10 年以上であった。

回収事例が相談に至った経緯について一番多いルートが事業場内保健師などの看護職で 29%、次いで産業医から 25%であった。続いて、人事・労務担当者から 13%、上司から 13%と同数であり、また本人自ら相談に至る事例も 13%と希求行動がみられる事例も少なくなかった。

回収事例にて、業務起因性で発症したと考えられる精神障害（診断）では、うつ病などの抑うつ障害群が 67%と最多で、次いで心的外傷およびストレス関連障害群が 17%、不安障害群が 8%と続いた。

回収事例はすべて精神障害の発症に業務要因が大きく影響して休業歴のある事例に限っているが、調査票回収時点での勤務状況については、現在も休業中の 1 事例（6 ヶ月以上 9 ヶ月未満）を除き、23 事例は職場復帰して就業中であった。過去に休業し現在は就業中である 23 事例について、過去の休業期間は 3 ヶ月以上 6 ヶ月未満が 30%、次いで 1 ヶ月以上 3 ヶ月未満が 26%である。6 ヶ月以上の事例が 35%と長期休業も多かった。

回収事例の中で、業務上の心理的負荷が認定基準の「業務による心理的負荷評価表」の心理的強度《Ⅲ》に相当する具体的出来事の項目数についての内訳であるが、0 項目が最も多く 58%、次いで 1 項目が 33%。中には 4 項目

という事例も1例あった。心理的強度《Ⅱ》については、2項目が最も多く38%、次いで1項目・3項目・5項目以上がいずれも17%であった。回収事例の強度《Ⅲ》と強度《Ⅱ》の該当項目数のクロス表からは、強度《Ⅲ》が0もしくは1項目であっても、《Ⅱ》が複数該当する事例が回収事例の70%以上を占めていることが分かった。

回収事例において、最も効果的と思われた支援については、最多が業務変更・配置転換・異動が54%で半数を超えた。次いで社外での精神科専門治療で25%、産業医や産業保健スタッフ等によるケアが9%と続いた。

回収事例において、最も有効であった連携については最多が専門職と人事・労務担当者との連携で46%であった。次いで産業医と主治医などの専門職間の連携で37%であった。

休業期間が比較的短期の6ヶ月未満の15事例のみを抽出して、最も効果的な支援を分析すると、業務変更・配置転換・異動が11事例と73%を占めていた。最も効果的な支援が最多の業務変更・配置転換・異動であった13事例のみを抽出して、最も有効な連携を分析すると、専門職と人事・労務担当者との連携が46%と半数近くを占めており、業務変更・配置転換・異動の実現には、人事・労務担当者との連携が重要であることが示唆された。

回収事例における対応で、最も困難な連携の種類では、困難な連携なしが最も多く54%であった。次いで専門職と管理者との連携が21%であり、業務要因と管理者が関与しているため、連携が困難であることが推測された。

6. 精神障害者雇用における病状経過と労災予防に関する調査研究～人事労務担当者へのアンケート調査を通して～

1) 調査対象の背景：(1) 性別：男性1,144名(88.0%)、女性156名(12.0%)の計1,300名。(2) 年齢：平均48.94歳、(3) 居住地域は東京都が最多で、以下神奈川県、大阪府、埼玉県と続く。詳細は分担研究報告書を参照のこと。(4) 職業：会社員・団体職員(正社員、教員)が1,052名(80.9%)。(5) 職種：人事17.2%、労務82.8%。(6) 勤務している事業場の職種：運輸業・郵便業26.1%、製造業22.9%、サービス業21.5%。(7) 会社規模：50人～299人の中企業32.3%、49人以下の小企業27.8%、1,000人以上の大企業26.2%。

2) 障害者雇用の経験：A群—精神障害者雇用に関わった経験がある105名(8.1%)、B群—障害者雇用に関わった経験はあるが精神障害雇用の経験はない76名(5.8%)、C群—会社としては障害者雇用を行なっているが自分は障害者雇用に関わった経験はない359名(27.6%)、D群—会社全体が障害者雇用の経験がない760名(58.5%)。

3) 障害者を雇用する際に募集に利用する主たる機関：ハローワーク61.0%、ハローワークとエージェントがほぼ半々20.0%、エージェント12.4%。

4) 採用前に実習を実施しているか：実施している45.7%、場合によって実施32.4%、実施していない17.1%。

5) トライアル雇用制度は利用しているか：利用している36.2%、場合によって利用26.7%、精度は知っているが利用していない19.0%、制

度自体を知らない 15.2%。

6) 支援機関の有無が採用基準にあるか：場合によって採用基準に入れる 41.0%、採用基準に関係している 29.5%、採用基準に入れていない 20.0%。

7) 精神障害者雇用に際して、入社面接の時に留意している点：病気についての理解 71.4%、面接時の就労意欲 54.3%、通院の頻度 52.4%、面接時の印象 51.4%、診断名 49.5%。

8) 精神障害者雇用での困難：8-1 難しいと感じる頻度で、時々 61.0%、頻回にある 34.3%、8-2 難しいと感じる内容で、業務遂行能力 65.0%、仕事内容の配慮 54.0%、仕事量の配慮 52.0%、仕事の指示の仕方 47.0%、本人への関わり方あるいはコミュニケーションの取り方 45.0%。

9) 精神障害者雇用における労災：(1) 労災の経験は、これまでに労災に関係するような問題が生じたことはないが今後生じる心配はある 45.7%、これまでに問題は生じてないし特に心配していない 23.8%、労災申請には至らなかったが問題になりかけたことがある 21.0%、精神障害者雇用の労働者が労災問題になったことがある 9.5%。(2) 問題の背景として考えられるものは、仕事のやり方に関する問題 41.3%、仕事内容の問題 38.8%、他の従業員との人間関係 38.8%、仕事量の問題 31.3%。

10) 精神障害者雇用に対する印象：難しいこともあるが成果は期待できる 52.4%、難しいことも多く、かつ成果は期待できない 25.7%、特に難しいこともなく成果が期待できる 14.3%。

11) 障害者を支援する制度・体制：一般の社員に対する支援制度以上のものはない 25.5%、障害者を支援する制度・体制はない 18.1%、キーパーソン（指示・命令・相談を受ける人）をつける 6.6%。

12) キーパーソンに関して：12-1 キーパーソンは誰かは、現場担当者 55.8%、人事担当者 40.7%、12-2 キーパーソンは障害者雇用に関する研修を受けているかは、受講している 52.3%、受講していない 47.7%。

13) 障害者雇用された精神障害者に対するキャリアアップ制度の有無：制度はない 31.4%、一般従業員と同じ制度を活用している 11.0%、障害者雇用の独自制度がある 5.1%。

14) 精神障害者を障害者雇用する際に不安に感じること：特に不安を感じることはない 39.8%、業務遂行能力 36.8%、就労の継続 28.4%、周囲の従業員とのトラブル 26.6%、就業規則やルールの遵守 21.3%。障害者雇用における経験別の結果は分担研究報告書を参照のこと。

15) 障害者雇用した精神障害者が安定して就労を継続するために必要と思うもの：特に必要だと思うことはない 33.8%、一般社員へのメンタルヘルス研修 21.8%、人事・労務担当者への専門的立場からの支援 20.2%、就業制度の見直し 19.0%、上司など障害者へ関わるものへの支援 14.2%、キーパーソン（指示・命令・相談を受ける人）をつける 13.8%、上司に対するメンタルヘルス研修 12.5%、ジョブコーチなど障害者に対する支援員の導入 12.3%。障害者雇用における経験別の結果は分担研究報告書を参照のこと。

16) 産業医に関して：(1) 産業医の選任は、職場に専属産業医がいる、職場に嘱託産業医がいる、職場にはいないが本社に専属もしくは嘱託産業医がいるとの回答がそれぞれ25.7%、選任がない22.9%。(2) 障害者雇用された精神障害者に対する関与は、大いに関与している33.3%、多少関与している32.1%、ほとんど関与してない18.5%。(3) 関与の内容は、定期的に面談60.4%、身体症状、検診結果など身体面で関わる52.8%、精神症状などに関しても関わる43.4%、就業上の配慮など職場適応に関して上司や人事担当者に対する相談・支援に関わる41.5%。(4) 関与の有用性は、まずまずが49.1%、非常に、が47.2%。(5) 役に立たないとした理由は、職場関係者への指示、指導、助言が適切でない、職場の状況を理解していない、労基法の認識が乏しいであった。(6) 関与しない理由は、主として職場側の理由54.2%、産業医側の理由が25.0%。(7) 具体的には、専門ではないから83.3%、時間がないが33.3%。(8) 職場側の理由は、産業医の関与を必要としない46.2%、訪問時間を増やすなど時間的な面で困難と産業医が関わるべき業務という認識がなかったが、それぞれ30.8%。(9) 精神障害者の障害者雇用において産業医の望むことの記述は、分担研究報告書を参照のこと。

7. 精神障害者・労災認定者の就労に向けた支援機関の取り組みの現状と課題

1) 選択肢式調査項目についての結果（詳細は分担研究報告書を参照のこと）

1-1) 各精神疾患別の利用割合と増減傾向：就

業・生活支援センターを利用する精神障害者の精神疾患別の割合は「統合失調症」が28%と最も多く、次いで「発達障害」(25%)、「うつ病」(17%)、「双極性障害」(8%)、「てんかん」(6%)、「その他」(16%)という結果だった。疾患別による利用者の増減は、「発達障害」(87%)・「うつ病」(51%)で増加傾向、「統合失調症」(54%)・「双極性障害」(62%)・「てんかん」(76%)・「その他」(50%)で不変という結果だった。

1-2) 就職1年後の定着率：就職後1年後の定着率は、平均73%であった。具体的には61~80%が最も多く、次いで41~60%、81~100%、21~40%、不明という結果だった。

1-3) 職場定着が難しかった要因：就職後の定着が難しかった要因については、「職場の人間関係」が最も多く(79%)、次いで「症状の悪化」(75%)、「本人のコミュニケーション能力」(52%)、「障害に対する職場・従業員の理解不足」(51%)、「業務とのミスマッチ」(43%)、「職場の相談・支援体制の不足」(35%)、「仕事へのモチベーション低下」(32%)、「待遇への不満」(19%)、「家族にまつわる問題」(18%)、「業務量の増加」(15%)、「キャリアアップ」(11%)、「業務の難易度」(9%)、「その他」(6%)、「物理的な作業環境」(5%)という結果だった。最も就職後の定着が難しかった要因は、「職場の人間関係」が多く(50%)、次いで「症状の悪化」(25%)、「本人のコミュニケーション能力」(12%)、「障害に対する職場・従業員の理解不足」(6%)、「仕事へのモチベーション低下」(4%)、「業務とのミスマッチ」(2%)、「職場の相談・支援体制」(2%)、

「その他」(1%)という結果だった。

1-4) 新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言後(2020年4月以降)の利用者の増減傾向:利用者数の増減については、精神障害者は「増加傾向」と回答した割合は半数を超え(54%)、知的障害者(22%)と身体障害者(14%)と、障害種別の間で差が見られた。いずれの疾患においても減少傾向にあると回答したのは15%以下であったが、増加傾向にあるとの回答は、知的障害者、身体障害者に比べて精神障害者が2倍以上多く、特に精神障害者の需要が多いことが分かった。

1-5) 精神疾患の労災認定者の就労支援経験の有無: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った経験があると回答した就業・生活支援センターは有効回答112か所のうち11か所(10%)という結果だった。具体的には、「職場での事故」、「不注意による怪我」、「パワーハラスメント」、「セクシャルハラスメント」、「モラハラを受けた人の支援で裁判まで行ったことがある」、「建設現場にて高所落下し、以後なかなか希望通りに物事が進まず、年月だけが過ぎた。何か救う手立てはないかと模索するが、難しい状況にある」という回答が得られた。

2) 自由記述式調査項目についての結果

アンケート調査から得られた自由記述は、KJ法を援用して分類し、ここでは大カテゴリーのみ表記した。詳細は分担研究報告書を参照のこと。

2-1) 就業・生活支援センターの就労定着の向上に向けた取り組み:就業・生活支援センターが行っている取り組みとしては、主に「就

労先訪問」、「受け入れ企業へのアプローチ」、「アセスメント」、「医療機関との連携」、「他専門支援機関・専門家との連携」、「利用者へのアプローチ」、「支援体制の充実化」の7つのカテゴリーに分類された。

2-2) 就労定着に向けて就業・生活支援センターが必要と考える工夫や改善:必要と考える工夫や改善については、「利用者へのアプローチ」、「他機関との連携」、「受け入れ企業とのかわり方」、「センター内の取り組み」の4つのカテゴリーに分類された。

2-3) 就労定着に向けて精神障害者に求められる工夫や改善:就業・生活支援センターの視点で、精神障害者に求められる工夫や改善点は、「障害の受容」、「セルフマネジメント」、「就労前準備」、「働く上での心得」と4つのカテゴリーに分類され、就労前後に渡って言及されていた。

2-4) 就労定着の向上に向け、雇用側に求められる工夫や改善:雇用側に求められる工夫や改善点は、「障害者雇用に対する企業方針」、「適切な合理的配慮の実施」、「障害者理解への意識づけ」、「具体的な活動や環境づくり」、「本人への関わり方」の5つのカテゴリーに分類された。

2-5) 新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言後(2020年4月以降)の在宅ワークに関するニーズ:緊急事態宣言後の在宅ワークに関するニーズについては、雇用者側、利用者側それぞれについて、下記にまとめられた。まず、雇用者側のニーズについては、「在宅ワーク導入」、「在宅ワーク未導入」、「導入における課題」、「障害者雇用自体の危機」、「求人

要件の制限」の5つのカテゴリーに分類された。次に、利用者側のニーズについては、「企業による対応状況」、「利用者のニーズ」、「メリット」、「デメリット・課題」、「業務遂行に関する課題」、「導入への課題」、「感染症拡大の影響による雇用不安」の7つのカテゴリーに分類された。

2-6) コロナ禍を踏まえて今後必要な施策や支援体制：昨今のコロナ禍で就業・生活支援センターが、今後の精神障害者の雇用促進に向けて必要と思われる取組みは、「リモート対応」、「国の施策」、「雇用者の対策」、「支援機関の対策」、「利用者の対策」の5つのカテゴリーに分類された。

3) ハローワークをはじめとする関係機関の聞き取り調査から

2020年10～12月にわたり、全国各地のハローワーク7か所（都市部：横浜・川崎北・梅田、地方：日光・伊東・大分・那覇）へ聞き取り調査を行った。

3-1) 令和元年度における精神障害者の新規求人・求職件数の動向：令和元年度における精神障害者の新規求人・求職者件数は、都市部と地方で僅かな差が見られた。都市部の各ハローワークでは、精神障害者の求人・求職件数は年々増加しており、中でも主な疾病として「発達障害」の利用者が急増しているという。これは、2020年4月1日より法定雇用率が2.0%から2.2%へ引き上げられたことが影響し、精神障害者の雇用を意識した事業所が増えていることがうかがえる。一方、地方では、精神障害者の新規求人・求職件数は例年と大きく変動はないものの、高齢の利用者

が多いとの回答が得られた。

3-2) 新型コロナウイルス感染症の発生による、精神障害者の求人・求職件数、就労支援への影響：新型コロナウイルス発生後の精神障害者の求人・求職件数ならびに就労支援では、都市部と地方の両者において少なくとも多方面で影響が出ているという回答が得られた。

求人・求職件数では、都市部・地方ともに「障害有無に関係なく窓口の利用者が増えた」という声や「新規求人数が減少した」、「中でもサービス業や観光業からの新規求人数が減少した」という声があがった。一方で、同じ都市部において、新型コロナウイルス感染症による求人・求職件数に大きな変動はなかったというハローワークもあった。在宅ワークを中心とした求人は調査時点で少ないという回答が得られた。求職者においても、体調不良により在宅ワークにつながるケースはあるものの、自ら在宅ワークを望む求職者の支援は経験がないという結果だった。就労支援では、都市部・地方ともに「ハローワークの勤務職員の半数が一時在宅ワークになった」、「対面での面接説明会が不可能になった」など、求人と求職者をつなぐ就労支援機関にも影響があったことがうかがえた。

3-3) 若年精神障害者の求職者の動向：ハローワークを利用する精神障害者の求職者について、若年の求職者ほど障害をクローズにして求職活動を行う者が多いという回答が得られた。一方で、障害をオープンにした求職者（精神障害者と認定を受けた求人登録者）では、若年の求職者ほど大手企業への就職希望が強いとの回答が得られた。

3-4) 医療機関との連携：医療機関（主に精神科）との連携状況について、都市部・地方ともに「連携は意識しているが、事実として関係性が薄い」という回答が得られた。具体的には「主治医とのやり取りは意見書止まり」、「産業医・産業看護職との直接のやり取りはない」という声や、「敷居が高い」という声がかがえた。

3-5) 精神障害者の定着上の課題と取り組み、定着に向けて必要なこと：精神障害者の就労定着が難しい要因に、「職場の人間関係のつまずき」という回答が得られた。このような要因での離職を未然に防ぐため、ハローワークに配置される精神障害者雇用トータルサポーターが、適宜、事業所への訪問や電話等で本人と事業所担当者へヒアリングを行っている。ここでは、事業所担当者は障害に理解があるが、他社員より不満の声があがり本人がその声について思い悩むというケースが多くみられるという。定着の課題に「人間関係」が要因という結果は、前述した就業・生活支援センターにおける「職場定着が難しかった要因（1-3）」のアンケート調査においても同等の結果が見られた。

3-6) 精神疾患の労災認定者の就労支援経験の有無：今回訪問したハローワークにおいては、精神疾患の労災認定者の就労支援を行った経験はないとの回答が得られた。

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

1) 対象数と年齢：本調査に協力した対象者は、外来通院者 12 名、リワークデイケア利用者 23 名の計 35 名（男性 25 名、女性 10 名）だった。年代は 20～29 歳と 30～39 歳がそれぞれ 23%、40～49 歳が 37%、50 代以上は 17% だった。

2) 診断名：うつ病（うつ状態）は 50%、適応障害が 18%、発達障害が 14%、その他が 18% だった。

3) 休業経験と診断名：「1 回ある」が 17 名、「複数回ある」が 12 名、「休業の経験はない」が 6 名、一か月未満の休業については 0 名であり、休業 1 回も複数回もうつ病（うつ状態）が 48% で最多だった。

4) 外来通院とリワークデイケア利用者の比較：外来通院者では、休業 1 回と複数回ともに、うつ病（うつ状態）が 60% 以上を占めるが、リワークデイケア利用中の者では、発達障害圏の診断・指摘を受けた者が 10% を超えて相対的に多く、複数回の休業中の者では 17% とより多い結果だった。

5) 休業の契機となったと自覚している症状、要因：両立支援事業等で用いた、A：医学所見、B：安全衛生要因、C：個人生活状況に D：発達特性上のカテゴリーを加えた質問票の結果から、休業複数回で「対人関係の問題」としたカテゴリーが 50.0% となった。調査票の結果は分担研究報告書を参照のこと。

9. 労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究

a. 労働局に対する調査

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15年以上経過している者は、男79名、女性33名、無回答1名、合計113例。1-2)うち6カ月以上、通院の実績がない事案で、療養開始から15年以上経過している者は7例で不明は39例。1-3)うち療養補償給付の請求が6か月以上中断した期間がある被災者は、7例で不明は39例。1-4)うち休業補償給付を受給している被災者は、95例、不明が8例。1-5)うち休業補償給付の請求が6か月以上中断した期間がある被災者は、中断事案は8例、不明は41例。

2) 休業補償給付支給請求書に対する監督署の対応：「監督署が代わりに取得してくれないかと相談されることはあるが、本人が取得するものであることから代わりに行うことはない」の回答40%、「監督署が事業主に説明し本人に代わって取得することがある」は16%、その他が40%。

3) 職場復帰を進めるための有効な対策：①一定の療養期間の目安を示すことについて、有効な対策・必要・意欲向上が32.0%、目安による説明と社会・職場復帰に有効が32.0%。

②職場の受け入れ・支援体制の構築について、政府・他支援機関との連携14.8%、職場復帰の理解14.8%、事業所への支援・助成14.8%。

4) 行政側から主治医に求めること：労災保険制度と症状固定（治ゆ）の考え方で37.5%、アフターケア措置9.4%、適切な療養と社会復帰9.4%、主治医にリワーク・就労支援連携9.4%。

b. 個別事案結果

1) 年齢：認定時は平均年齢が40.1歳、調査時点では53.3歳であり、50歳以上が62%を

占めていた。調査時点の年齢層は50歳代が最も多く42.5%であり、次に40歳代35.4%、60歳代は19.5%を占め、平均年齢は53.3歳だった。療養開始から調査時点までの平均期間は17.7年だった。労災認定から調査時点までは平均12.7年であるが、療養開始から調査時点までは17.7年経過していた。

2) 性別：男女比は、7:3であり、男性は69.9%、女性は30.1%だった。

3) 認定時病名：44.2%がうつ病、17.7%がPTSD、その他が13.3%だった。調査時点の傷病名は、うつ病が54.0%、PTSD16.8%、その他が14.2%、双極性障害は9.7%だった。

4) 100時間以上の時間外労働の有無：不明・無回答を入れると全体の38.9%が100時間以上の残業、回答のあった対象者では、100時間以上の時間外労働ありの労働者は72.1%を占めた。

5) 労災請求の契機となった心理的負荷評価表の出来事：事故や災害の体験は22.2%、仕事の量・質の変化が46.8%、対人関係のトラブルが15.9%だった。調査した時点で出来事に遭遇した時の会社に在籍している労働者は27.4%だった。労災請求を行った時には、出来事に遭遇した時の会社を退職していた事例は38.9%、退職していなかった事例は41.6%だった。出来事に遭遇してから1年未満で退職した事例7.1%、出来事に遭遇してから2年未満で退職した事例7.1%、5年以内に退職した事例31.9%であったが、退職せず現在も在籍している事例は14.2%だった。出来事遭遇時に在籍していた会社の規模について、大企業が多く39.8%、小企業は26.5%、中企業は

24.8%だった。出来事遭遇時に在籍していた会社の業種について、その他が23.9%で最も多く、製造業が18.6%、卸売業・小売業13.3%、情報通信10.6%と続いた。出来事遭遇時の職種については専門技術職が最も多く32.7%、事務職が12.4%、その他11.5%と続いた。

6) 令和2年3月(1ヶ月)における通院回数：48.7%が月に1回は通院、23.9%は月に2回通院していた。

7) 直近の休業補償給付請求書の事業主証明：直近の事業主証明ありは22.1%、離職後のため証明書なしは63.7%であり、事業主が15年以上も証明を拒否している事例が5例(4.4%)認められた。

8) 調査日時点において職場復帰をしている事例：7.1%、職場復帰をしていない事例は82.3%であり、15年以上経過しても職場復帰していながら症状固定になっていない事例が8例認められた。調査時点で同じ会社に復帰している事例は4例、別の会社に復帰している事例は3例、不明1例だった。

9) 調査日以前までに出来事に遭遇した会社に職場復帰した事例：17例(15%)であり、出来事に遭遇した会社とは別の会社に復帰したことがある事例は5例(4.4%)のみであった。不明が74.3%であった。職場復帰を主導した方について主治医が4名、主治医と産業医が1名であった。労災認定から復帰までの期間は、15年9カ月(1名)、10年7カ月(1名)、5年(1名)、4年(1名)、3年9カ月(1名)、2年(4名)、1年(2名)、1年未満(3名)であり平均すると44.5か月(3.7年)であった。

10) 調査日前直近1ヶ月間の給付金：療養給

付金の最大値は185,190円、最小値が1,840円、平均は26,600円。休業給付金は最大値631,964円、最小値117,072円、平均は293,016円だった。休業補償給付で全休業は84.1%であり、通院日休業と一部休業は3.6%であり、無回答は14名。

11) 出来事に遭遇した時の会社に復帰する意思の確認について：不明が70人と多いものの、復帰する意思を確認されている労働者は5人(4.7%)のみであった。

12) 出来事に遭遇した時の会社に被災者が復帰することについて：職場復帰に対して積極的な会社は6例(5.3%)であり、拒否は4例(3.5%)、不明は89.4%だった。

13) 主治医から監督署へ症状固定の相談：3例(2.7%)にすぎなかった。不明も39.8%だった。

14) 監督署から主治医に症状固定(治ゆ)について相談：31%あり、監督署は3割の事例に主治医に相談していたことになる。

15) 労災認定前の精神障害の既往がある事例は7例(6.2%)にすぎなかった。病名は、うつ病2例、うつ状態・不安神経症、心因反応・神経疲労状態、不安神経症・うつ状態、自律神経失調症だった。

16) 労災認定時に既存の精神障害があると記載した事例は3例(2.7%)のみだった。具体的な記載内容は適応障害・うつ病・双極性感情障害、不安神経症・うつ状態だった。

17) 今後における治ゆの見込みについて：治ゆの見込みが大いにあるは3.5%、少しある6.2%、あまりない・全くないは45.1%だった。

18) 所属会社を相手とした訴訟の状況：係争中の事例は0件、訴訟が終了した事例は8件(7.1%)、不明は86.7%だった。

19) 会社側からの職場復帰への働きかけがあった事例は6例(5.3%)あったが、不明が88.5%を占めた。

20) 後における就業の可否について：就業不可能は58.4%であり、一般就労が可能と労災保険課長が判断した事例は4例(3.5%)にすぎなかった。

10. 療養者の生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の実用可能性の検討

1) アクチグラフィと気分障害の症状との関連の調査：抽出されたメタアナリシスおよびシステマティックレビューは16編であった。それらを選択基準に基づき精査した結果、7編の文献が選定された。1編を除き、そのほか6編はすべてメタアナリシスであった。選定された文献において対象となった気分障害は、双極性障害は7編すべての対象であり、大うつ病性障害は2編、季節性感情障害は1編で対象であった。また、対象となった研究デザインは、気分障害の患者と健康者のアクチグラフィの結果を比較した症例対照研究は7編すべての対象であり、患者の治療前後のアクチグラフィの結果を比較した事前事後研究は2編において対象であった。選定された6編のメタアナリシスのうち、双極性障害の寛解期の患者と健康者の比較を分析した文献は5編あり、大うつ病性障害の寛解の患者と健康者の比較を分析した文献は1編のみであった。そのほか、寛解期以外の患者と健康者との比

較を分析したものが3編、患者と健康者との比較を分析したものは1編であった。患者内における寛解期と寛解期以外の比較を分析した文献は認められなかった。

双極性障害の寛解期の患者と健康者のアクチグラフィを比較した分析結果では、有意差のあるアウトカムとして、睡眠時間は5編全てで報告されており、睡眠潜時と中途覚醒は4編、活動量は3編、就床時間は2編に共通して報告されていた。一方、有意差のないアウトカムとして、睡眠効率が4編に共通して報告されていた。

大うつ病性障害の寛解の患者と健康者のアクチグラフィを比較した分析結果では、有意差のあるアウトカムとして報告されたものはなく、有意差のないアウトカムとして、活動量、睡眠時間、睡眠潜時、中途覚醒時間、睡眠効率が報告されていた。

寛解期以外の患者と健康者のアクチグラフィを比較した分析結果では、うつ症状を有する患者と健康者との間で有意差のあるアウトカムとして、活動量が3編すべてで報告されていた。2編において分析されていた睡眠時間と中途覚醒は、一方では有意差があり、他方では有意差がなかった。また、躁症状を有する患者と健康者との比較した2編において、活動量と睡眠潜時、中途覚醒時間は、一方では有意差があり、他方では有意差がなかった。

患者のうつ症状に対する治療前後のアクチグラフィを比較した2編のメタアナリシスにおいては、両編に共通した結果はみとめられなかった。一方は治療後に、睡眠潜時、中途覚醒時間、及び睡眠効率は有意に改善された

が、活動量と睡眠時間には有意差がなかった。他方は治療後に、活動量は有意に改善されたが、睡眠効率には有意差がなかった。

2) スマートフォン等で収集した生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連の調査：第一段階の文献調査において、抽出されたメタアナリシスおよびシステムティックレビューは 133 編であった。それらを選択基準に基づき精査した結果、6 編のシステムティックレビューが選定された。選定された 6 編のシステムティックレビューがレビュー対象とした文献の合計は 190 編であった。第二段階において、それらを選択基準に基づき精査した結果、スマートフォン等で収集した成人の生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連を調査した文献が 27 編選定された。選定された文献において対象となった気分障害は、双極性障害は 27 編すべての対象であり、そのほか、大うつ病性障害は 1 編においてのみ対象であった。また、研究デザインは、3 編は患者と健康者を比較した症例対照研究であり、それ以外の 24 編は患者を対象とした観察研究であった。

モニタリングデータとして身体活動量を対象としたものは 5 編あった。4 編は気分障害の症状との関連を調査した文献であり、そのうち 2 編では症状との関連が認められたが、他 2 編では関連は認められなかった。そのほかの 1 編は、身体活動量によって患者の気分状態を判別した文献であり、その判別結果は、正確度 (accuracy) 72%、適合率 (precision) 65%、検出率 (recall) 63%であった。

位置情報を対象としたものは 7 編あり、気分

障害の症状との関連を調査した 6 編すべての文献において、位置情報と症状との関連が認められた。そのほかの 1 編は、位置情報のデータによって患者の気分状態を判別した文献であり、その判別結果は、正確度 80%、適合率 81%、検出率 82%であった。

音声データを対象としたものは 7 編あり、すべてが音声データによって患者の気分状態を判別した文献であった。判別結果を Area Under the Curve (AUC) で評価した文献のうち、最も値の高い文献は、躁状態、又は混合状態に対する AUC は 0.89、抑うつ状態に対する AUC は 0.78 であった。判別結果を正確度で評価した文献は、正確度 70%、適合度 60%、検出率 59%であった。

電話/SMS の使用頻度・時間を対象としたものは 6 編あった。5 編は気分障害の症状との関連を調査した文献であり、そのうち 4 編では症状との関連が認められたが、1 編では関連が認められなかった。そのほかの 1 編は、電話の使用頻度・時間によって患者の気分状態を判別した文献であり、その判別結果は、正確度 66%、適合度 61%、検出率 58%であった。

スマートフォン/モバイルフォンの使用法を対象としたものは 6 編あった。5 編は気分障害の症状との関連を調査した文献であり、そのうち 4 編では症状との関連が認められたが、1 編では関連が認められなかった。そのほかの 1 編は、スマートフォン/モバイルフォンの使用法によって患者のうつ症状を予測した文献であり、その予測結果は正確度 90%であった。

心拍データを対象としたものは2編あり、すべて患者の気分状態を判別した文献であった。正確度が示された文献において、心拍データのみを用いた判別結果は、正確度 69%であった。

身体活動量、位置情報、音声データなどを統合・集約したデータを対象としたものは3編あった。1編はソーシャルリズムの安定/不安定を予測した文献であり、その予測結果は適合度 85%、検出率は 86%であった。患者の気分状態を判別した文献は2編あり、そのうち1編は気分状態の変化に対する検出も行っていった。気分状態の判別結果は、正確度 85%、及び 76%であり、気分状態の変化に対する検出結果は、適合度 97%、検出率 97%であった。

その他、患者が定期的に SMS 等で回答した気分状態を対象としたものが2編あり、1編は患者の気分状態の予測を行い、もう1編は症状が安定している患者と不安定の患者の判別を行っていた。

11. 精神障害による休職者の社会的寛解に要する期間の検討

1) 対象者の背景：年代では35歳～54歳までに多くが分布していたが、最も多いのは45歳～49歳の就労上の責務が大きくなると思われる年代であった。学歴は大学卒が最も多く、少なくとも高校卒業以上だった。精神疾患はうつ病が最も多かった。また中には当初うつ病であったがのちに双極性障害であることが、DC利用中に明らかになり診断変更となった症例が1例、発達障害の併存が明らかになった症例が3例認められた。休職回数で最も多か

ったのは3回であり4回5回以上になるほど減少していた。

2) 対象者の DC 利用状況と転帰

2-1) 直近の利用期間：3回以上の休職歴のある利用者においては、平均で復職準備性を整えるのに8か月を要していた。

2-2) 利用後の転帰：3回以上休職を経験している利用者も1名を除いてほぼすべてが復職準備性を整えることができ最終的には復職を果たすことができていた。復職未達成のものも復職 DC からリワークセンターに移行し最終的には復職を果たしていた。

2-3) 全例(63名)の1回目・2回目・最終休職の期間と最終の寛解期間：最終休職前ほどの程度の期間就労できていたか(寛解期間)を調査した結果、3回目以上の休職の前においても平均的に2年以上、最も長期のものでは15年弱もの長い間安定就労をすることができていた。一方3か月以内に再休職となっている事例も11名、半年以内に再休職となっている事例は22名で約1/3に上っていた。

2-4) 疾病ごとの最終休職期間までの期間：最も多いのはうつ病44名で平均的に2年ほどの安定就労ののちであっても再発し休職となっていた。一方3か月以内に再休職となっている事例は9名、半年以内に再休職となっている事例は15名で約1/3に上っていた。双極性障害5名の中で休職前の寛解期間としては3か月、6か月、22か月、60か月、173か月と開きが認められた。不安障害、神経症性障害、適応障害(10名)のうち寛解期間が6か月以内のものは5名でそのうち4名は適応障害であり、職場環境の調整がないままの復職で休

職を繰り返している可能性が考えられた。統合失調症 2 名はいずれも一回目の休職回数を重ねるごとに休職期間は短くなる傾向があるが、一方で安定して就労できる休職と休職の間の寛解期間も 1 年以内と短い傾向を示していた。発達障害の 6 名には他の精神疾患合併例が 3 例あり、1 例はうつ病、1 例は双極性障害、1 例は適応障害であった。3 例はいずれも間近の休職期間が 2 か月、8 か月、3 か月と短いものの、その後の寛解期間は 10 か月、173 か月、4 か月とばらつきがあり、1 例を除き短い傾向にあった。その他の症例も間近の休職期間は 1 か月、21 か月、10 か月と短く、自身の病態への自覚に乏しい発達障害の特徴から、復職準備性が実際には十分ではないまま復職に至っている可能性が示唆された。

D. 考 察

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

1) 回答者のプロフィール

全回答者の専門性により、A群：精神科医・産業医とB群：その他の医師・産業保健専門職に区分して分析を進めた。A群は50から60歳代、B群は30歳代に最大値が認められ、住居地ではA群は全国にばらつき、B群は関東、関西に集中するなど、年齢、住居地などの点においても異なった特徴を有していた。専門職経験の比較では、産業保健経験年数、臨床医経験年数はともにA群はB群より長く、産業保健専門職種ではA群は非常勤産業医、B群は非常勤産業医、残りは常勤産業医、医師以外の専門職

が占めるなどの差異が認められた。専門性のルーツの違いが反映されている両群ながら、上記の結果から本研究の目的達成に必要な専門家としての業務経験は十分に備えていると判断した。

2) 「連携力」に必要な要素

効果的な連携を実現するために、主治医及び産業医にはどのようなスキル、力量を備える必要があるのかについては、効果的な連携を行った実績と豊富な業務経験を有する専門家から得られた最大公約数的見解として明らかにされると考えられた。必要な連携力として、両群に共通して選択された項目を、主治医、産業医別に整理すると以下の通りとなった。

2-1) 主治医に必要な連携力の内容として、①本人の主観的判断と、周囲の客観的判断を参考としながら取り組む、②病状の背景にある、業務上要因、業務外要因、個人要因を見極めていく、③常にメンタルヘルスの視点を重視する、④治療と就労の両立支援の観点から、産業医と主治医等との連携に取り組む。⑤本人と合意形成しつつ診療に取り組む、⑥産業保健関連諸制度・規則等の動向に注目し研鑽を積む、⑦本人の所属職場の就業規則、休業時の対応等について情報収集する。

2-2) 産業医に必要な連携力の内容として、①本人の主観的判断と、周囲の客観的判断を参考としながら取り組む、②病状の背景にある、業務上要因、業務外要因、個人要因を見極めていく、③常にメンタルヘルスの視点を重視する、④治療と就労の両立支援の観点から、産業医と主治医等との連携に取り組む。⑤合理的配慮、安全配慮を重視する、⑥職場内連

携を基本とする、⑦本人の業務の力量・体調に配慮した3管理、業務環境調整を行う、⑧職場環境の改善、ひいては、組織運営の向上を考慮した支援をめざす、⑨精神科医療、制度への関心を高め理解を深める。

今後もさらに充実した力量を育てていく研鑽の機会を確保していくことが課題である。

3) 「好事例」のプロフィール

好事例の内訳は、連携開始のタイミングの3区分、連携のパターンによる3区分、の2軸により分類したが各群の頻度には大きな偏りは認められなかった。また、好事例を提出した回答者は、A群：精神科医・産業医が、B群：その他の医師・産業保健専門職を上回った。医療情報、連携前の治療歴、連携前の精神および行動の障害による休職、職務情報の結果を総合して、収集した好事例のプロフィールには、主治医や産業医が日常的に遭遇する可能性が高い状況が網羅されている傾向が認められた。このことから、データとしての活用においては、連携のパターン×連携のタイミング別に9区分し、診断分類を付与した形式で記述回答を整理し、その他のプロフィール要因を除外して記述回答の好事例間の比較が可能となるよう配慮した。

4) 「好事例」における連携過程の分析は、①本事例を好事例とした最大の根拠、②連携の目的、③連携後の本人の変化、④連携後の職場側の変化、⑤連携後の主治医側の変化、⑥連携の具体的成果、⑦連携の具体的手順と内容、⑧連携の準備、⑨連携の頻度、⑩連携に活用したツール、⑪連携の手段、⑫本人の同意、⑬連携に要した費用負担、⑭連携に関わ

るリスク、⑮その他のコメントに着目して行い、その詳細は分担研究報告書で述べた。

5) 関連テーマに関する寄稿論文

連携問題にこれまで積極的に関わり、自著、論文を発表してきた著者の書下ろしにより豊富な経験知を提供した他、主治医、産業医が理解しておくべき法務面のノウハウを解説しており、連携ハンドブックに収載することとした。テレワークの実施では、近い将来顕在化する可能性を秘めた論点を含んでいた。さらに今回の研究課題に近い、メンタル労災を防ぐために精神科医のできることは何かを追加して収載した。

6) 主治医と産業医のための連携ハンドブック

これまでの研究成果を網羅した本書は3部で構成し、精神科主治医、産業医が「連携」への具体的な概念、フロー、留意点などを理解、学習し実務に活かすことを念頭に編集した。第1部のまとめとして、主治医・産業医に必要な効果的な連携のための「連携力」を取り上げた。「好事例収集プロジェクト」に回答を寄せた専門家が選択した「連携力」とは、すなわち、効果的な「連携」を実現するために主治医及び産業医に必須なスキルである。第2部では、最初に連携の取り組みを具体的に理解するために、不安定就労期・休業期・復職期別に並べ、「連携」のチェックポイントとして、好事例とした根拠/連携の目的/連携後の本人の変化/連携後の職場側の変化/連携後の主治医側の変化/連携の具体的成果/連携の具体的手順/連携の準備/連携の頻度/連携に活用したツール/連携の手段/本人の同意/連携に要した費用負担/連携に関わるリスク/

その他のコメント、に区分して好事例から連携の典型例 3 例を紹介した。最後に、主治医から産業医へ、産業医から主治医へ、産業医から職場内関係者への 3 パターン別、不安定就労期・休業期・復職期のタイミング別、さらにチェックポイント別に区分して、条件、要素別比較から、好事例における連携プロセスの特徴を理解できるように編集した。第 3 部では、収集資料、文献等の参考資料を収載した。

2. うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治ゆ評価

本研究の結果から、平均 30 歳代で、配置転換、ワンオペ、職場いじめ、パワハラやなどの職場ストレスに関連したトラウマ的イベントを経験し、平均 48 歳の現在、(A) うつ病で退職した(仕事を継続できなかった)患者群、および、(B) うつ病で仕事を継続した患者群は、(C) 職場のストレスで退職した(仕事を継続できなかった)一般群、および、(D) 職場のストレスはあったが、仕事を継続できた一般群の 4 群で比較したところ、うつ病患者の両群は、一般の両群に比べて、うつ症状がカットオフ値を超えるくらい重症であるだけでなく、PTSD 的な職場での psychological injury も強く有している可能性が示唆された。

一方で、一般的信頼尺度(山岸、1998)に関しては、うつ病患者群と一般群で有意差がなかったことから、一般的な信頼感については、うつ病患者が問題を抱えているわけではないことが示唆された。また、こころの健康づくり尺度は一般的に使用されている標準的尺度

と呼べるものではないが、患者群では一般就労継続群よりも低いことから、認知行動療法のセルフヘルプを進め、こころの健康をさらに増進できる余地があると考えられた。

うつ病による退職者の復職支援プログラム(リワーク)で行われている集団認知行動療法では、過去のトラウマ的記憶を扱うことに焦点化した意識づけを担当医療者が持っていない限り、PTSD 的な職場での psychological injury については、全く取り扱われていない可能性が高く、うつ病の集団認知行動療法を中心にしたリワークの限界が考察された。

報告者のこれまでの研究結果では、「職場トラウマ記憶に対するイメージ書き直し技法(imagery rescripting: IR)」といった認知行動療法の有効性が示されている。同時に職場復帰介入プログラムは、介入後にうつ症状だけでなく、社交不安症状も改善させること、また、介入後 1 年間就労継続した患者は、しなかった患者より、介入後の社交不安症状が改善されていたことを明らかにしており、これについても職場ストレス(トラウマ的出来事)による心的外傷(psychological injury)との関係性が考えられている。

今回の研究結果から、うつ病の職場復帰時の治ゆ評価には、うつ症状の改善のみならず、職場ストレス(トラウマ的出来事)による心的外傷(psychological injury)を適切に評価する必要性が示唆されたため、今後、さらに、職場での psychological injury を評価する方法の検討を進め、認知行動療法による介入、あるいは、職場での psychological injury の発生の予防などを検討していく必要がある。

3. 労災認定された長期療養者を対象とした企業と協働した段階的な治療プログラムの提言

日本うつ病リワーク協会に施設会員として登録されている全国の医療機関に対してコロナ禍におけるリワークプログラムの現状と今後の動きに関して調査を実施し、大半の施設は、「デイケア」や「ショートケア」という算定項目でリワークプログラムを運営しており、それぞれの施設で感染対策を徹底しながら、コロナ前と変わらない形で概ね通常通りプログラムを開催していることが判明した。他方で、コロナ禍でプログラム内容見直しの必要性について「必要」と考えている施設が多いことから、感染拡大前と変わらない形での運用、あるいは利用者人数や利用時間を制限する形での運用を行なっているのは、代替できる制度や枠組みがないがための苦肉の策である可能性が高いといえる。

プログラム内容見直しの必要性は、プログラム提供側として、感染拡大前と感染拡大後で就労環境が変化することを予測し、在宅勤務が増える環境下での社員同士のコミュニケーションの方法が変わるなど、復職後にかかるストレスの種類やその度合いも感染拡大前と比較すると変化することを予測しているためと考えられる。さらにこの状況を打破するためには「オンラインもしくはリモート支援が診療報酬として認められる新たな制度が必要」や、「オンラインによるリワークプログラムなどに対する国からの経済的支援が必要」への回答にみられるように国や行政機関に対して制度の変更や経済的支援を求める強いメッセ

ージと考えられる。

従来のリワークプログラムでの復職可能レベルは入社しての規準であり、テレワークでの復職準備性は個人要因が大きく影響することから、今回の調査で得られた結果のように「テレワーク」下での「復職準備性」の判定を再検討する必要があると同時にプログラムの内容もそれに合わせて変化させる必要もあろう。コロナ禍でプログラムは多大な影響を受けており、プログラムの内容や枠も再検討を迫られる状況で治療施設自身の努力も必要であるが、診療報酬の制度改変や経済的支援も欠くべからざるものである。

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

1) 疾病調査：結果のまとめは下記のとおり。

・2010年 - 2019年の累積は、うつ病、抑うつ状態、適応障害の順に多かった。

・2019年においては、抑うつ状態、うつ病、適応障害の順に多くなっていた。

・休業者は徐々に増加しており、増加率は、抑うつ状態、適応障害、うつ病の順に高かった。

・抑うつ状態は全年齢で増加しており、40歳代と30歳代での増加が顕著であった。

・うつ病は40代と30代が主であったが近年において20代はほぼ同数であった。

2) 長期休職者調査：長期休職者（1年以上）の調査：結果のまとめは下記のとおり。

・休職者全体の平均休職期間は、短縮されていた。

・休職者において初発者より再発者の休職期

間が長かった。

- ・休職の推定要因では「個人の性格傾向」の比率が増加しており、「仕事の質」や「職場の人間関係」の問題の比率はほぼ横ばいであった。

- ・長期休職者（1年以上）は休職者全体の7%存在し、うつ病と抑うつ状態に限られていた。

- ・長期休職者（1年以上）のうち、うつ病7人中5人、抑うつ状態2人中1人が退職していた。退職者を含む長期休職者は全員が労災の申請を行わなかった。

- ・平均休職日数は、うつ病が最も長かった。

以上の結果から、調査において、メンタル休業にかかる労災の申請も認定も確認できなかったが、今後、増加してくる可能性が高いと懸念される。

その理由として、適応障害が増加しており、休職推定要因においても「個人の性格傾向」の比率が増加していることから、本人と会社との意思疎通が困難で、本人も会社の望む「円滑な職場復帰」、もしくは「円満な退社」が達成できず、労災という争議に陥る可能性が増えるといった懸念である。

この状況を回避する企業としての取組として、管理職に対して「ハラスメント」や「行き過ぎた指導」を行わないための教育研修が必要であると考えられた。また、今後メンタル休職者と対応が予想される人事労務中堅社員に対して事例に基づいた実践的な教育研修も必要だと考えられており、このような個人のパーソナリティに応じた職場環境の整備が企業に求められると思われた。

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

1) 回収事例から推測される特徴

勤続10年以上の事例が半数であることから、様々な職場環境の変化にもある程度適応をしてきた経験を有していた労働者が、強度の高い業務による心理的負荷により、発症したものであると思われる。強度の高い業務による心理的負荷により発症した精神疾患は67%がうつ病などの抑うつ障害群で、次いで適応障害などが含まれる心的外傷およびストレス関連障害群が17%であった。発症に業務要因が大いに関与した事例は、適応障害を越えてうつ病レベルに至っていることが推測される。相談に至る経緯としては、産業医からが25%、事業場内保健師などの看護職からが29%と、産業保健スタッフ機能の重要性が示唆される。

休業期間に関しては、6ヶ月未満が63%と比較的速やかに就業を再開していたが、1年以上の事例も10%近くあった。

2) 業務による心理的負荷の影響を受けた事例に対する効果的な支援

認定基準の業務による心理的負荷評価表における心理的負荷強度《Ⅲ》の具体的出来事は7項目に限られるが、回収事例で1項目以上該当する事例が42%もあった。また《Ⅲ》よりは平均的な強度が低い《Ⅱ》の項目は20項目もあるため、回収事例で1項目以上該当する事例は96%であり、80%は複数の項目に該当していた。

最も効果的な支援の54%が業務変更・配置転換・異動という結果であり、次いで精神科専門治療が25%となっていたことから、明らかに

業務要因が精神疾患に関与していると思われる場合には、環境整備という支援が有効であることが示唆された。

さらに休業期間が6ヶ月未満と比較的短期に就業再開した事例を分析すると最も効果的な支援は、業務変更・配置転換・異動が73%を占めており、業務要因が精神疾患に大きく関与したと思われる場合には早期の回復に環境整備が重要であることを示唆していると思われる。

3) 効果的な支援に有効な連携

最も効果的な支援で最多の業務変更・配置転換・異動において、最も有効な連携についての調査結果は、専門職と人事・労務担当者との連携が46%と最多であり、配置転換や異動を伴う環境調整には人事・労務担当者の強い協力が必須であることを示唆し得ていると思われる。

6. 精神障害者雇用における病状経過と労災予防に関する調査研究～人事労務担当者へのアンケート調査を通して～

調査対象であるA群105名、B群76名、C群359名、D群760名のうち、A群の企業規模別分布は、小企業(49人以下)8名(7.6%)、中企業(50人～299人)33名(31.4%)、大企業①(300人～999人)25名(23.8%)、大企業②(1000人以上)39名(37.1%)であった。A群において、障害者を雇用する際に募集に利用する主たる機関はハローワークが64名(61.0%)、エージェント13名(12.4%)、ハローワークとエージェントがほぼ半々が21名(20.0%)でハローワークが主体であるこ

とが分かる。採用前の実習の実施に関しては、実施しているが48名(45.7%)、場合によって実施している34名(32.4%)で実習はほぼ実施していると思われる。トライアル雇用制度の利用に関しては、利用しているが38名(36.2%)、場合によって利用している28名(26.7%)、と半数以上は利用をしているが、制度は知っているが利用していない20名(19.0%)、制度自体を知らない16名(15.2%)あった。トライアル雇用は非常に有用性が高い制度であるので、この制度の啓発の必要性があると考えられる。

支援機関の有無が採用基準にあるかでは、80%が採用基準に入れる方向であるが、採用基準には入れていないところも20%みられた。

雇用に際して入社面接のときに留意している点は、病気についての理解71.4%、面接時の就労意欲54.3%、通院の頻度52.4%、面接時の印象51.4%、診断名49.5%、過去の職歴49.5%、支援機関の有無30.5%、学歴9.5%の順であった。本人が自分の病気をどう理解しているかは確かに重要な問題と思われるが、どう理解していれば安定した就労につながるのかというところはかなり専門的な知識を要するとも思われ、今後の課題と考える。一方で支援機関の有無は就職後に支援を受けることにもつながることから、留意してもよいのではないかと思われた。

精神障害者雇用での困難に関して、難しいと感じることが頻回にある34.3%、難しいと感じることが時々ある61.0%とほとんどの者が難しさを感じていることが分かる。その内容においては、業務遂行能力65.0%、仕事内容

の配慮 54.0%、仕事量の配慮 52.0%、仕事の指示の仕方 47.0%、と業務そのものの遂行上に困難さを感じていることが分かる。また、本人への関わり方もしくはコミュニケーションの取り方 45.0%、従業員との関係 41.0%、とコミュニケーション、人間関係の困難さもうかがわれるが、上司との関係は 17%であまり困難を感じていないという結果であった。

精神障害者雇用における労災では、精神症状の悪化などにて労災問題になったことがあるものが 10 名 (9.5%) みられ、労災申請には至らなかったが問題になりかけたことがあるが 22 名 (21.0%)、これまでに問題が生じたことはないが今後生じる心配はある 48 名 (45.7%) という結果は、精神障害者雇用が労災に進展する可能性も低くはないこと、そして多くの担当者が労災に進展する心配を持っていることを示している。労災にまつわる問題の背景として考えられるものは、仕事のやり方に関する問題 41.3%、他の従業員との人間関係 38.8%、仕事内容の問題 38.8%、仕事量の問題 31.3%、職場の就業規則やルールにまつわる問題 27.5%、上司との人間関係 18.8%、「合理的配慮」に関する認識の差異 16.3%、労働契約上の問題 13.8%、という結果であり、仕事のやり方に関する問題を始めとして現場での仕事に関する現実的な問題及び周囲との人間関係が主体になっていると思われる。

精神障害者雇用に対する印象では、3 分の 2 の者は成果が期待できるという印象を持っていることが分かる。一方で、成果を期待できないとする者も 3 分の 1 におよび二極化して

いると思われる。特に小企業においては仕事の種類が限られ、精神障害者の特性に合わせた仕事を提供しにくいことが一因になっていることが推測される。

全対象者 1300 名に尋ねた障害者を支援する制度・体制では、一般の社員に対する支援制度以上のものはないが 25.5%、キーパーソンをつける 6.6%を始めとした具体的な支援制度はいずれも極めて低い結果であり、障害者を支援する制度・体制の整備に関しては極めて遅れていると思われる。キーパーソン制度がある 86 名によるキーパーソンは人事担当者 40.7%、現場担当者 55.8%と現場担当者がやや多い傾向がある。また、キーパーソンは障害者雇用に関する研修について受講していないが 47.7%であり、ここでもキーパーソンに対する支援体制が十分ではないことがうかがわれる。全対象者に障害者雇用された精神障害者に対するキャリアアップ制度の有無では、障害者雇用の独自制度がある 5.1%、一般従業員と同じ制度を活用している 11.0%で、制度はないが 31.4%と多く、わからないが 48.6%と最多であった。この結果は障害者雇用における人事制度の未確立がうかがわれ、今後障害者雇用を発展させていくための大きな課題になると考える。

全対象者に尋ねた精神障害者を障害者雇用する際に不安に感じる結果からは現場での業務遂行力や現場における人間関係への不安が大きいことが分かる。A 群のみで不安の内容を見てみると、就労の継続 53.3%、業務遂行能力 51.4%が非常に多く、ついで、周囲の従業員とのトラブル 40%、就業規則やル

ールの遵守 35.2%、自傷他害の恐れ 24.8%が続き、いずれも職場自体に精神障害者雇用の経験のないD群と比すと大きな差があった。障害者雇用した精神障害者が安定した就労を継続するために必要と思うものでも、精神障害者雇用の経験のある者のみでみると、人事・労務担当者への専門的立場からの支援が最も高く、ついで、上司など障害者へ関わるものへの支援体制、経営層に対する障害者就労に関する考え方の啓発が高くなっている。また、ジョブコーチなど障害者に対する支援員の導入、キーパーソンをつけるといった項目は、障害者雇用の経験のない群に比し2~3倍の数値となっており、精神障害者の安定就労のために必要な事柄は、精神障害者雇用を経験することではじめて現実的なニーズが見えてくることが推測される。

産業医に関する質問では、精神障害者雇用においては、本来であれば産業医が大いに関与すべき対象と考えられるが、そのような事業所が3分の1にとどまっていることは、今後の課題であると思われる。産業医が多少なりとも関与している職場において定期的な面談が60%に見られることから精神障害者であっても関わる姿勢の産業医が少なくないことが示されたが、精神障害が本来健康問題であること、また安定した職場適応が困難であることを考えると、採用後まもなく職場に必要な配慮などを検討するために面談することは本来必須ではないかと考える。産業医の活動の有用性は示されていたが、産業医が関与しない理由については本調査結果からは不明である。産業医に望むことの自由記載を大別する

と、人事労務担当者との連携、支援、産業医としての積極的な関与、メンタルヘルスに関するかかわりや見識、障害者本人への関わりなどで、この領域での産業医の課題がうかがわれた。

7. 精神障害者・労災認定者の就労に向けた支援機関の取り組みの現状と課題

1) 選択肢式調査項目について

各精神疾患別の利用割合と増減傾向については、「発達障害」が約9割を占める顕著な増加傾向を示していることから、将来的には、現在最も多い「統合失調症」を抜き、発達障害の利用者が最も多くなることが推察される。また、「うつ病」においても約5割の増加傾向を示すことから、発達障害までの勢いには及ばずにしても近い将来において増減変化がない「統合失調症」を超えることが推察される。いずれの疾患においても減少傾向が0%であることから今後も増加することはほぼ確実であり、支援者や事業主側はより発達障害やうつ病の利用者に適した対応が多く求められることが想定される。

就職1年後の定着率は、過去の研究報告に照らして精神障害者の定着率は向上している傾向がうかがえる。就業・生活支援センターでは、就労面だけでなく生活面へのサポートの役割を担いながら事業所との連携ができていくことも定着率が高い要因となっていることが考えられる。

職場定着が難しかった要因は、就労定着が難しかった要因については、先行研究である平成28年度のハローワークを対象としたアン

ケート調査でもほぼ同様の回答順位が得られており、離職要因については支援機関や時期による違いは見られなかった。「職場の人間関係」の回答割合が最も高く、加えて最も定着が難しかった要因の回答でも他の要因と大きく差があったことから、最終的な離職の要因は「職場の人間関係」にあるものの、その背景には「症状の悪化」、「本人のコミュニケーション能力」、「障害に対する職場・従業員の理解不足」にあり、人間関係悪化の影響要因になっていることが推測される。

新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言後（2020年4月以降）の利用者数の増減については、特に精神障害者の需要が多いことが分かった。これは、緊急事態宣言発令による在宅ワークへの移行の影響で、精神障害者の職場定着に向けた支援の需要が高まったことが推察される。また、就業・生活支援センターは障害者それぞれの障害特性を踏まえた雇用管理について事業所へ助言する役割もあることから、緊急事態宣言下での雇用管理について、本人にとどまらず事業所への助言が多く行われたと推察される。

精神疾患の労災認定者の就労支援経験について、今回の調査では一定割合で「経験あり」の回答が得られたのは注目すべき点である。就業・生活支援センターの立場として、就労支援を行う際に利用者の過去の経緯を丁寧にヒアリングしていることが要因として考えられ、きめ細やかな支援に掛かる負担や時間的な労力が大きいものと推測された。

2) 自由記述式調査項目について

就業・生活支援センターの就労定着の向上に

向けた取り組みでは、就労前の利用者のアセスメントや企業への障害理解の啓発活動など、就労前の様々な活動がその後の定着にも大きく関わる視点を持って支援に臨んでいる様子が見えてきた。

就労定着の向上に向け、雇用側に求められる工夫や改善では、害者雇用全体に対する企業としての姿勢から、障害者への具体的な関わり方まで、様々な水準での工夫や改善案が言及されており、詳細は分担研究報告書に記述されている。

新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言後の在宅ワークに関するニーズでは、精神障害者の在宅ワークを導入している企業が一定数見られており、導入の契機としては、精神障害者だけでなく全社員を対象として実施した企業も多く、その後も継続して、他県から在宅ワークの求人が出るようになったという状況も見られる。健常社員の在宅ワークの導入が成功した企業では、精神障害のある社員の在宅ワークも可能性が見えてきたのではないかと推察される。利用者側として、感染症への不安、通勤のストレス、対人関係の苦手さ等から、在宅ワークを希望するニーズが高まっているが、雇用機会が十分に用意されておらず、まだ安定した雇用形態とはなっていないようである。一方で、在宅ワーク中の精神障害者は、生活リズムの乱れ、不安感の増大や落ち込みなどの症状悪化のリスクが大きな課題となっている。これらの理由により、障害種別による一律の判断ではなく、個々の特性により柔軟に働き方を選択できることが望ましい。

コロナ禍を踏まえて今後必要な施策や支援体制では、「リモート対応」は、コロナ禍の課題ではあるが、在宅ワークを希望する精神障害者のニーズの高まりと同時に、精神障害者の新たな働き方の可能性を感じて挙げられた意見である。また、本人支援や関係者との連携においても、オンライン会議システムを活用し、感染症対策を講じた上で雇用を促進していきたいという意向が汲み取れる。また、障害者の失業率については、まだ数値に表れていないが、「国の施策」に対する意見もコロナ禍における障害者の収入減や離職を踏まえて現場から挙げられた声である。雇用現場の管理職は、既存業務の見直しや、業務面だけでなく生活面も含めた本人へのケアなど負担も大きくなっているため、社外の支援機関や社内の健康管理部門との連携を強化する体制作りが求められる。

3) ハローワークをはじめとする関係機関の聞き取り調査

令和元年度における精神障害者の新規求人・求職件数の動向で都市部と地方の差が現れたのは経済の中心地である都市部の方が元々の求人数が多いという理由が推察される。

新型コロナウイルス感染症の発生による精神障害者の求人・求職件数、就労支援への影響として在宅ワークの導入に拍車がかかったことは間違いないが、今後は、ハローワーク職員の在宅ワークへの対応や今回のコロナ禍へ柔軟に対応できるよう、オンラインでの相談対応「Web 相談」が求められるなど課題がある。

若年精神障害者の求職者の動向では、障害を

クローズにするかオープンにして就労するかをどの範囲の自己開示が必要であるかを求職者自身に考えてもらうように共に寄り添うことも、ハローワークの肝要な役割の一つになり得る。

医療機関との連携では、困難事例の対応において、精神科医などの専門家からハローワーク相談窓口担当職員へ“研修”のような形で助言・指導の援助を求める声もあり、医療機関を要の機関として重要視していることが推察され、医療機関と就労支援をつなぐワーカーの存在と行動がキーポイントである。

精神障害者の定着上の課題と取り組み、定着に向けて必要なことは、「地域や病院、関係機関との連携」の他、就労だけでなく生活基盤のサポートも担う「就業・生活支援センター」が要の機関であるという声もうかがえた。その他、「障害の理解」を事業所に求める声や精神障害者本人にも「自己理解」が必要という声が得られた。また、ハローワークのような第三者としての関わりが欠かせない。精神疾患の労災認定者の就労支援経験がないことは、労災認定者は主治医から就労の許可が下りていないためハローワークへ結びつくことは考えにくく、まずは「福祉」を頼るのではないかとの見解もあった。一方で、就業・生活支援センターにおいて経験されたのは、就業・生活支援センターが担う「福祉」と「雇用」をまたぐ中核的ポジションであることから抽出できた回答であると考えられる。今後、ハローワークにおいても労災認定者を支援するケースは十分に考えられるため、長い目で動向を追っていくことが必要だといえよう。

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

今回の調査対象では、休業の原因となった疾患分布は、休業1回と複数回ともに、うつ病（うつ状態）が48%であった。このうち外来通院者では、休業回数に関わらず、うつ病（うつ状態）が60%以上を占めるが、リワークデイケア利用中の者では、発達障害の診断・指摘を受けた者が10%を超え、相対的に多く、とくに複数回休業中の者は17%とより多い結果であった。発達障害の診断（指摘）を受けた休業経験のある者は7名であったが、休業の契機となった症状・要因について、発達特性の問題を挙げた者は6名であり、複数回の休業経験は3名であった。発達特性の問題は、従来のうつ病像の他に職場復帰の成否に関わっていることが示唆された。

休業の契機となったと自覚している症状、要因について検討した結果、A 医学所見に含まれる要因（症状）では、抑うつ・不安といった精神症状が、両群ともに40%前後で最も多く、次いで睡眠の問題（約30%）が多かった。B 安全衛生要因においては、長時間労働・過労が複数回休業群のほうが多く、これは安全衛生管理上の懸念である。C 個人生活状況においては、「生活習慣の乱れ」が複数休業群において若干多い傾向であった。D 発達特性上の問題では、複数回休業群において、「対人関係上の問題」が顕著に高い結果であり、これは安定就労上の障壁となっている要因だと考

えられた。

9. 労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究

a. 各都道府県労働局補償課長調査

2019年度の補償課長調査では、早期復職事例と長期療養事例との一番の差異は、本人の復職意欲が67.2%、次に症状の重症度が31%と回答し、職場復帰の対策を進めるための対策として「一定期間の療養期間の目安を示す」は最も多く、60.3%を占め、次に現場の受け入れ・支援体制が32.8%を占めていた。

一定の療養期間の目安を示すことについては、3例のみが慎重な見解であったが、残りの88%は長期療養を防止する有効な対策との見解だった。職場の受入れ・支援対策の構築に関しては、離職している労働者も多く、中小・零細企業においては、そもそも、困難な課題であり、ハローワーク等の他支援機関との連携や再就職の助成金や公的な就労等支援制度等の活用等の労働基準行政を超えた枠組みで長期療養の就労を考えるべきとの見解が得られた。

行政側から主治医への期待として多い労災保険制度と症状固定（治ゆ）の考え方を周知するという見解については、労災保険制度を医師に周知させることで長期療養が医師の労災患者に対する意識は変わる可能性はあるが、実際に治ゆ判断をすることは容易ではない。それは、社会保険の障害給付の場合とは異なり、労災保険の障害給付の場合は、原則としてその傷病が治ゆしない限り障害認定はされない。精神疾患の治ゆ判断は、単に病状が安

定したから症状固定（治ゆ）にすると、労災患者に告げることは、日常臨床の場では困難であることが少なくないという現場の意見があるためである。身体疾患が治ゆに至る過程と精神疾患が治ゆに至る過程は全く異なっており、被災から治ゆに至る期間が、ある程度客観的に判断できる身体疾患と、被災⇒発病⇒治療⇒寛解⇒再燃⇒寛解、被災⇒発病⇒悪化⇒自閉等、複雑な療養過程を経る精神疾患の障害認定の時期を医療側にだけ求めるのは、病態の把握が複雑であるゆえに精神科医の症状固定（治ゆ）の判断を求めるのは無理があると言わざるを得ない。

労災保険制度は、被災労働者の社会復帰促進・援護、労働者の安全衛生の確保等を図る社会復帰促進等事業を行っているが、精神疾患の療養期間の短縮化のために、何が求められているのか、慎重に再考する必要がある。

b. 個別調査

調査結果の概要は、C. 結果の項目で述べた。

1) 統計学的検索結果

①性別と傷病名：女性に PTSD(35.3%)が多く、男性にうつ病(46.8%)が多い傾向が認められた。

②事故や災害の体験と傷病名（認定時の関係）：事故や災害の体験と傷病名をみると PTSDが60.7%で有意に多く認められた。

③仕事の量・質の変化と傷病名（認定時の関係）：仕事の量・質の変化と傷病名の関係では、うつ病が仕事の量・質の変化事例の59.3%を占めた。

④認定時と調査時点の傷病名の変化：認定時傷病名は44.2%がうつ病、17.7%が PTSD、そ

の他が13.3%であり、調査時点の傷病名は、うつ病が54.0%、PTSD 16.8%、その他が14.2%、双極性障害は9.7%であった。傷病名が変化しているのは、PTSD 19例中4例(21%)、うつ病61例中17例(28%)、気分感情障害1例中1例(100%)急性ストレス反応1例中0例、神経症性3例1例(33%)、双極性障害11例中2例(18%)、適応障害1例中0例、その他16例中11例(69%)であり、今回調査した113例のうち78例(77%)は傷病名が変わっていなかった。

⑤2016年度調査結果での長期療養の特徴～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増えている。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。2016年度調査では、労災認定から4年経過して治癒している事例は53.2%、治癒していない事例は44.6%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%にすぎなかった。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%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。

2) 個別調査結果の考察

今回の調査対象は、労災認定から調査時点までは平均12.7年であるが、療養開始から調査時点までは17.7年経過していた。2017年度調査で10年以上の長期療養事例194例のうち

調査時点では 46 例 (23.7%) に病名が変更されていたと報告したが、今回も同様の結果と考えると差支えないであろう。労災請求の契機となった心理的負荷評価表の出来事をみると、仕事の量・質の変化が 46.8%、事故や災害の体験は 22.2%、対人関係のトラブルが 15.9% であり、事故や災害の体験と傷病名では、PTSD が 60.7% で有意に多く、仕事の量・質の変化としては、うつ病が仕事の量・質の変化事例の 59.3% が有意に多かった。

①事業主証明に関して：今回の調査で、休業給付や療養給付を請求するにあたり、直近の事業主証明ありは 22.1%、離職後のため証明書なしは 63.7% であり、事業主証明を拒否している事例が 5 例 (4.4%) 認められた。病状が改善していない精神疾患の場合は、この証明を取得することはハードルが高く、治療的な観点から考えるならば、保険給付金の請求の在り方を整理・検討すべきであろう。

②100 時間以上の時間外労働：2016 年度調査と 2017 調査の比較、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結果から、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ている。また、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、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ており、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になっている。今回の長期療養事例では、調査日前直近 1 ヶ月間の保険給付額に関して休業給付金は最大値が 631,964 円、最小値が 117,072 円、平均は 293,016 円であった。100 時間以上の時間外労働ありは全体の 38.9%、回答者だけに限定すると 100 時間以上の残業ありは 72.1% を占めていることから、長期療養に至る要因に理由や病態はさまざまであるにしても、休業給付金の大きさも長期療養の要因となっているといえる。

③職場復帰・社会復帰に関して：2016 年度調査と 2017 調査を合体した調査では、過去に職場復帰を果たしたことのある事例は、5 年未満 41.8%、5~10 年 19.1%、10 年以上 14.9% と療養期間が増えるに従い、職場復帰をした事例の割合は減少傾向にある。さらに同調査では、職場復帰に関して、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を明らかにした。本調査でも調査日時点において職場復帰事例は 7.1%、職場復帰をしていない事例は 82.3% であったことから、療養の長期化が職場復帰の困難さを示していると言っても過言ではないであろう。

④症状固定 (治ゆ) に関して：調査時点で出来事に遭遇した時の会社に在籍している労働者は 27.4% (31)、すなわち労災認定から平均 12 年以上経過しても在籍している労働者が 31 名おり、調査日時点において職場復帰をしている事例が 8 例認められたが、本来であれば職場復帰してからの期間等を考慮して障害

認定しても良い事例と推認される。すなわち、8例と事例は少ないものの症状固定（治ゆ）に至らずに就業している実態が明らかになった。年に1回の主治医見解は出されていても就業していながら治ゆに至らない理由を検討すべきであり、主治医と監督署との間で症状固定（治ゆ）に関する双方向のやり取りのなかで主治医が症状固定（治ゆ）にできない理由や病態の確認等を再度、検討すべきである。

今回の15年以上の長期療養事例に関して、今後治ゆの見込みがあまりない・全くないが45.1%であったが、2016年度調査では年度と治癒していない割合の二変量の関係に関して、Cochran-Armitageの傾向検定で年度ごとに治ゆしていない割合の増え方が徐々になくなってきていることが統計学的に示されたことから、療養期間が長くなればなるほど、十分な治療が治ゆ率をあげることにならないことを認識すべきである。

今後の就業可否に関して、就労移行支援や就労継続事業所での就労が可能な事例は4例、一般就労が可能と判断された事例は4例にすぎず、就業不可能と判断された事例が58.4%であったことを考慮すると、長期療養期間のなかで、すでに症状固定（治ゆ）に至っている可能性のある事例が多く含まれており、その長期療養事例に対しての障害認定の在り方が問われており、長期療養に対する対策が必要な時期に来ていると言っても過言ではないであろう。

10. 療養者の生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の実用可能性の検討

文献の調査結果より、アクチグラフィ及び、スマートフォン等で収集した生活モニタリングデータを、気分障害による療養者の就労可否の判断指標として実用することが可能であるかを検討した。

1) アクチグラフィのデータに基づく就労可否判断の指標の検討

文献調査により選定されたメタアナリシスには、アクチグラフィのデータをアウトカムとして「双極性障害の寛解期の患者と健康者の比較」、「大うつ病性障害の寛解の患者と健康者の比較」、「寛解期以外（症状の有する状態）の患者と健康者との比較」、「患者（すべての状態を含む）と健康者との比較」及び「患者の治療前後の比較」の分析結果が報告されていた。これらの比較分析の結果を就労可否判断に用いる方法としては、アウトカムの値を寛解または症状改善の判断指標とすることが考えられる。

寛解期の患者と健康者との比較分析においては有意差のないアウトカムが存在すれば、患者が寛解または寛解期となった時点で、そのアウトカムの値は健康者の範囲内に収まる確率が高いと推察される。よって、そのアウトカムを寛解の判断指標として実用できる可能性が考えられる。大うつ病性障害の寛解の患者と健康者を比較した分析結果においては、活動量は有意差のないアウトカムとして報告されており、大うつ病性障害の患者の寛解の判断指標として活動量を実用できる可能性が示唆された。しかしながら、活動量に対して、大うつ病性障害の寛解の患者と健康者を比較している文献は1編だけであり、分析対象と

なった患者数は 34 名と限られていたことから現時点では、活動量を寛解の判断指標として実用できると判断するには研究結果が十分ではないと考えられる。

2) スマートフォン等で収集した生活モニタリングデータに基づく就労可否判断の指標の検討

文献調査の結果、気分障害の症状との関連を調査するために測定された生活モニタリングデータは、身体活動、位置情報、音声データ、電話/SMS の使用頻度・時間、スマートフォン/モバイルフォンの使用法、心拍データであった。そのうち、位置情報と音声データは、双極性障害の症状との関連を調査した複数の文献において、一貫して症状との関連が認められていた。また、測定データを用いて気分状態を判別した文献において、判別能力が高かった結果は、位置情報（正確度 80%、適合率 81%、検出率 82%）、音声データ（躁状態、又は混合状態：AUC=0.89、抑うつ状態：AUC=0.78）、及び、通話中の音声データと身体活動の複合データ（正確度 85%）を用いていた。この結果からすると、双極性障害の寛解期の判別能力は中等程度ではあるが、判別能力が高かったこれらの 3 編はいずれも対象の患者数が 30 名に満たず、寛解の判断指標として実用するには研究結果が十分ではないと考えられた。

今後の研究によっては、スマートフォンで収集した療養者の生活モニタリングデータを用いて双極性障害の寛解期を判別する可能性があると思われるが、現時点では生活モニタリングデータを寛解の判断指標として実用する

事は難しいと考えられる。

3) 今後の研究課題

本研究では、生活モニタリングデータと気分障害の症状との関連に関する文献調査を行い、その結果に基づき、生活モニタリングデータを就労可否判断の指標として実用する可能性を検討した。そのため、就労可否判断の指標の検討対象が、療養者の症状に対するものに限られたが、復職には療養者の症状のほか、復職への動機や、コーピングスタイル、ステイグマといった病気への否定的な認識、職場の対人関係、業務負担の調整、家族の理解などのさまざまな要因が影響する。復職準備性評価スケールを用いた研究では、症状以外にも、基本的な生活、職場との関係、健康管理といった要因が復職 6 ヶ月後の就労継続を有意に予測するといった報告もされていることから、就労可否判断においては、本調査で対象とした症状の以外の要因の評価に対しても客観的なデータを用いることは重要である。

例えば、復職準備性評価スケールの下位尺度である基本的な生活には、起床時間や戸外での活動頻度を回答する項目があり、アクチグラフィなどで収集した生活モニタリングデータを用いるといった方法が考えられる。また、眠気や集中力を客観的に評価するために、精神運動 ヴィジランス課題（psychomotor vigilance test : PVT）の結果を用いるといった方法も考えられる。

今後、症状以外の就労可否判断の要因に対して、客観的なデータを用いた指標を検討する余地はまだあると考えられる。また、復職に影響するさまざまな要因を考慮した総合的

な就労可否判断のためには、評価尺度と客観的データを複合した就労可否判断モデルや指標の探索と評価に関する研究も今後必要であると考えられる。

11. 精神障害による休職者の社会的寛解に要する期間の検討

精神疾患の労災認定に関して、症状固定までの期間について見極める社会的寛解の期間については定められていない。寛解期間の指標と考えられるのは、最終休職の前に、どのくらいの期間安定した定時勤務が続けられていたか（寛解期間）、またその後の休職にはどのくらいの期間を要したか（最終休職の休職期間）であると考えられる。本調査における最終休職前に安定して就労できていた期間は44.2±59.1か月であり、症例によりかなりのばらつきがあった。

疾患別にみると、統合失調症以外の疾患ではいずれにおいても1回目より2回目、2回目より3回目以降の休職期間が長期化する傾向が認められる一方、統合失調症において休職期間は長期化しないものの、寛解期間も短く、長期的に安定した就労を持続することが困難であった。慢性疾患としての疾病性を考えると統合失調症は、症状固定（治ゆ）との判断そのものが困難であると考えられる。また、双極性障害と発達障害を合併した症例は長期療養事例が多く認められたが、長期療養事例の中には単一の疾病概念で把握しきれない病態が混在していることも多く、寛解～再燃～寛解を幾度となく繰り返すことに加え、疾患単位で安定就労の期間を特定することは困難

であると言わざるを得ない。

症状固定（治ゆ）の判断は、休職回数が多いものほど長期的な寛解期間が必要な可能性が示唆された。平均的には2年ほど安定的な就労をしたのちに複数回目の休職に至っており症状固定には一定以上の観察期間が必要であると考えられる。症状固定（治ゆ）の判断は、休職回数が多いものほど長期的な寛解期間が必要な可能性が示唆され、平均的には2年ほど安定的な就労をしたのちに複数回目の休職に至っていたことから、症状固定には一定以上の観察期間が必要であると考えられた。

E. 総括（まとめ）

今回の調査結果は下記のようにまとめられる。

メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に効果的な精神科主治医と職場との連携技法の実用化研究では、連携効果が認められた49例の好事例を集積し、それをもとに「メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に関わる精神科主治医と職場に有用な連携ハンドブック」を作成した。

うつ病、神経症性障害等の精神疾患の治ゆ評価では、うつ病の職場復帰時の治ゆ評価はうつ症状の改善のみならず、職場ストレス（トラウマ的出来事）による心的外傷（psychological injury）を適切に評価する必要性が示唆されたことから、主治医はこの視点もとりにれた症状評価を行う必要がある。

労災認定された長期療養者を対象とした企業と協働した段階的な治療プログラムの提言では、コロナ禍でリワークプログラムは多大

な影響を受けており、プログラムの内容や枠も再検討を迫られる状況であることが示された。ここでは治療施設自身の努力も必要であるが、診療報酬の制度改変や経済的支援も欠くべからざるものであると結論されている。

労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究・企業における休職者の実態調査では、適応障害が増加、休職推定要因での「個人の性格傾向」の比率が増加していることから、労災という争議の懸念が示されており、管理職や人事労務社員への教育研修と個人のパーソナリティに応じた職場環境整備が提言された。

精神障害者雇用における病状経過と労災予防に関する調査研究では、人事労務担当者の中で精神障害者の障害者雇用の経験のあるものは多くはなかった。精神障害者の障害者雇用に関する制度、体制、あるいは障害者雇用に関する人事制度が十分でないこと、また、支援制度に対する認知も十分でないことが示されており、精神障害者雇用が労災に進展する可能性も低くはないこと、そして多くの担当者が労災に進展する心配を持っていることも示された。精神障害者雇用の経験のあるものにおいては、精神障害者雇用に対する期待は高いが、同時に不安も抱えており、安定した就労を継続するために人事労務担当者、上司への支援とともに、障害者に対する支援員の導入、キーパーソンをつけるといった現実的、実践的なレベルで支援する制度や体制の必要性が高いことが示された。産業医の関与の有用性は示されたものの、いまだ十分とはいえず、現場のニーズに応じていくことが産

業医の課題である。

メンタルヘルス外部支援機関として休業者に対する支援の現状と役割に関する調査研究では、精神疾患の発症に業務要因が大きく影響して休業に至り、何らかの支援による効果があったという好事例を解析した結果、産業医・産業保健スタッフからの相談経緯が大きな役割を担っていることが示された。休業後、6ヶ月未満の短期に就業再開に至るケースのほとんどが、人事・労務担当者との連携や関与により、業務変更・配置転換・異動を伴う環境調整がなされていたことも示唆された。支援者は、事例ごとに業務による心理的負荷の有無や内容、その強度を丁寧に把握することに努め、職場環境調整が必要な場合には、現職復帰に縛られすぎずに、適切なタイミングで人事・労務担当者との連携を意識することが重要だと思われた。

精神障害者雇用における病状経過と労災予防に関する調査研究では、精神障害者の障害者雇用に関する制度、体制、あるいは障害者雇用に関する人事制度が十分でないこと、また、支援制度に対する認知も十分でないことが示された。

精神障害者雇用経験のある担当者のほとんどが難しさを感じていた。その内容として業務そのものの遂行上に困難さやコミュニケーション、人間関係の困難さが高く、現場における現実的な支援の必要性がうかがわれた。精神障害者雇用における労災についての質問からは、精神障害者雇用が労災に進展する可能性も低くはないこと、そして多くの担当者が労災に進展する心配を持っていることが示

された。

精神障害者雇用経験のあるものにおいては、精神障害者雇用に対する期待は高いが、安定就労のために必要な事柄としては、担当者自身、そして、精神障害者を現実的、実践的なレベルで支援する制度や体制の必要性が高いことが示された。産業医の関与は十分とは言えず、現場のニーズに応じていくことが産業医における今後の課題と考えられる。

精神障害者・労災認定者の就労に向けた支援機関の取り組みの現状と課題では、障害者就業・生活支援センターが、今後の精神障害者の雇用促進に向けて必要と思われる取組みとして、「リモート対応」、「国の施策」、「雇用者の対策」、「支援機関の対策」、「精神障害者本人の対策」の5つが挙げられた。「リモート対応」は、コロナ禍の課題ではあるが、在宅ワークを希望する精神障害者のニーズの高まりと精神障害者の新たな働き方の可能性を感じての意見である。その一方で、インターネット環境や操作スキルの乏しい障害者も多いという課題が残されている。「雇用者の対策」、「支援機関の対策」、「精神障害者本人の対策」は、従来からの課題を反映しており、コロナ禍で精神障害者が感じるストレスから、より一層の工夫が求められる。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センターは11か所で、「職場での事故」や「不注意による怪我」後のメンタル不調、「パワーハラスメント」や「セクシャルハラスメント」に関するもので、支援にかかる負担が大きく時間を要するとの意見も見られた。障害者就業・生活支援センターが精神障害という狭い

概念ではなく、身体障害も伴う複数障害や生活障害を伴う事例の受け皿になっている可能性が推測された。

精神疾患により長期療養中の労働者に対する標準的な病状評価と医療と職域間連携の手法に関する調査研究では、発達特性の問題が従来のうつ病像の他に職場復帰の成否に関わっていることが示され、休業の契機と自覚された症状、要因については、複数回休業群において、「対人関係上の問題」が顕著に高く安定就労上の障壁となっている要因だと推測された。標準的な症状評価には発達障害特性の評価も念頭におく必要がある。

労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究では、全国の労災補償課長調査で療養期間の目安を示すことは、社会復帰準備期間を確保、社会復帰を促進するための意識・認識を高める上で有効との見解が得られた。日常臨床の中で主治医は労災患者の診療・対応に苦慮しており、労災保険制度における療養期間に関して、具体的な施策が求められていると結論された。

療養者の生活モニタリングデータを用いた就労可否判断の実用可能性の検討では、アクチグラフィの活動量、及びスマートフォンで収集した位置情報や音声データを気分障害の寛解の判断指標として実用する可能性が示唆されたが、研究の患者のサンプル数が十分ではないことから、現時点では、気分障害の寛解の判断指標として実用することは難しいと考えられる。就労可否判断に客観的な指標の導入を進めるために、復職に影響を与える症状以外の要因の評価に客観的データを用いる

方法の検討や、評価尺度と客観的データを複合した就労可否判断モデルの探索と評価などの研究が課題になると結論された。

精神障害による休職者の社会的寛解に要する期間の検討では、治療者側が症状固定（治ゆ）を判断するには継続的な診察によるある一定の期間が必要となる。病状の変動を繰り返す精神疾患の場合、復職～定時勤務～就業制限解除～安定就労までの期間を検討して、社会的寛解期間を設定すべきであるとの結論に至った。

これら分担研究者の研究成果から、治ゆ判断を含めた社会復帰レベル把握のための客観的指標および主治医、産業医、企業等の支援の具体的な提言を述べる。①長期療養者の就労には今回開発されたハンドブックを活用して主治医と産業医の連携力を高める。②うつ病の職場復帰時には職場ストレスによる心的外傷（psychological injury）の評価を追加する。③働き方に影響する社会環境の変化に対して見直しされるリワークプログラムへの診療報酬の制度改変や経済的支援を検討する。④企業に対しては管理職や人事労務社員への教育研修を行う一方で、労働者個人のパーソナリティに応じた職場環境整備を実施する。⑤メンタルヘルス外部支援機関では職場環境調整が必要な事例に適切なタイミングで人事・労務担当者との連携を検討する。⑥精神障害者雇用においても企業が取り組むべき労災予防対策に必要な研修教育や制度を設けること、これには産業医が果たすべき業務の追加が含まれる。⑦障害者就業・生活支援センターによる「リモート対応」、「国の施策」、「雇

用者の対策」、「支援機関の対策」、「精神障害者本人の対策」の5つの取り組みを支援する。⑧長期療養者の復職に際しては、安定就労を図るための発達特性に着目した評価を追加する一方で、社会的寛解期間を設定する必要がある。⑨療養者の就労可否判断に有効な生活モニタリングは、生物学的指標であるアクチグラフィの活動量やスマートフォンで収集した位置情報ならびに音声データの活用が挙げられるが、症状評価に限らない客観的データの使用や評価尺度を取り入れた就労可否判断モデルに関する研究を行う。⑩労災認定患者の長期療養を防ぐために療養期間の目安を示すことは重要であるが、休業給付金の支給を含め身体疾患とは異なる複雑な療養過程を経る精神疾患の障害認定について主治医のみの判断に委ねることなく、①から⑨に述べられた研究成果を踏まえた方向性を示す必要がある。それには三柴丈典氏によるドイツにおける精神障害による労災保険受給者への給付の適正化の取り組みの報告が参考となると考えられた。

F. 健康危険情報

該当せず

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に効果的な

精神科主治医と職場との連携技法の実用化研究

研究分担者：神山 昭男（有楽町桜クリニック院長）

研究要旨

昨年度の調査では、主治医側、職場側が効果的な連携を生み出すスキル、ツールなどのノウハウを双方共有し、活用していくことについて、多くの主治医、産業医ともに賛意を示し、その実現を期待していることが明らかとなった。そこで、本研究はこれまでの一連の研究の集大成と位置づけ、「メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に関わる精神科主治医と職場に有用な連携ハンドブックの作成」を研究目的とした。そこで、連携効果が認められた好事例を収集するべく回答用紙を配付、回収したところ、有効回答は全38通（回答率は31.4%、収集された好事例は49件であった。回答者は、A群：精神科医・産業医から27件で、B群：その他の医師・産業保健専門職から22件を上回ったが、両群ともに専門職経験については、本研究の目的達成に必要な専門家としての業務経験は十分に備えていると判断した。試作した連携ハンドブックは全59頁で、第1部 基礎編 「連携」の背景から「連携力」まで、では総論的にメンタルヘルス不調者をめぐる動向、休復職支援に関わる主治医と産業医の現状に触れ、治療と就労の両立支援の概念とそこに盛り込まれた「連携」の重要性、そして、「連携する」意義と「連携しない」リスク。さらに、第1部のまとめとして、主治医・産業医に必要な効果的な連携のための「連携力」を取り上げ、法務面の留意点も盛り込んだ。さらに第2部は、実践編 好事例から学ぶ「連携」の実際として、「好事例を不安定就労期・休業期・復職期別に並べ、「連携」のチェックポイントとして、好事例とした根拠から連携に関わるリスクまで、好事例における連携プロセスの特徴を理解できるように編集、最後は収集された資料、文献等の参考資料を収載した。今後は、当初の目的を踏まえ、不調者の就労支援に関わる専門家間で共有し、かつ、ノウハウを具体的に習得、実践して育てていく研鑽の機会を確保していく必要がある。

A. 研究目的

職場のメンタルヘルス不調者（以下「不調者」）の一部に療養が長期化し、安定就労が困難となり休復職をくりかえす事例が認められている。この中には、仕事を原因とした精神疾患により労災認定を受けた長期療養者事例も含まれ、最近も増加傾向が続いている。

全国の精神科診療所を対象とした初年度の研究調査によれば、最近半年間に労災保険適用患者を有する施設は3割、今後3年以内に治癒の見込みがあるのは約半数、症状固定（治癒）していない理由として、症状の重症度、本人の復職意欲、職場の受け入れ・支援体制などが指摘され、背景には発症から始まる一連の過程の長期化影響が示唆された。

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

実際、昨年度の調査では、主治医側、職場側が効果的な連携を生み出すスキル、ツールなどのノウハウを双方共有し、活用していくことについて、多くの主治医、産業医ともに賛意を示し、その実現を期待してい

ることが明らかとなった。

そこで、本研究はこれまでの一連の研究の集大成と位置づけ、研究目的を「メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に関わる精神科主治医と職場に有用な連携ハンドブックの作成」とした。

B. 研究方法

今年度は、「連携効果が認められた好事例」収集プロジェクト」と題して、メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に長年関わってきた精神科主治医、産業医、産業保健専門職、弁護士等に協力を依頼し、回答用紙を配付、回収した。

回答用紙は3部構成で、①回答用紙（Ⅰ）：回答者のプロフィール、②回答用紙（Ⅱ）：「連携力」についてのアンケート、③回答用紙（Ⅲ）：好事例に関する設問とし、回答は無記名を原則とした（資料1参照）。

また、別途関連論文の寄稿を依頼、集積した調査回答内容と合わせ、効果的な連携を生み出すノウハウを抽出、最終的には「連携ハンドブック」の編纂に活用した。

1. 回答用紙（Ⅰ）：回答者のプロフィール

1.1 回答者のプロフィール

設問は、①回答記入年月日、②年齢階層、③性別、④住居地、⑤資格、⑥主治医としての診療実務、⑦主治医としての標榜科目、⑧臨床医の通算経験年数、⑨産業医としての実務、⑩産業医業務の通算経験年数、⑪日本医師会会員の有無、の11項目。

1.2 回答者の要件

回答者の要件として、以下の要件を満たしていることとした。

「主治医」とは、①不調者本人のメンタルヘルス不調問題に直接関わり、②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。

「産業医」とは、①労働安全衛生規則第14条第2項に定められた産業医要件を満たす医師、②職名（産業医、嘱託医等）や労基署への産業医登録の有無によらず、当該の職場と契約して、③不調者本人や担当者と直接関わり、④休職、復職等の判断、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。

「産業保健専門職」とは、①保健師、看護師、公認心理師等の有資格者、もしくは当該の職場と契約した人事専門職、②不調者本人や担当者等と直接関わり、③休職、復職等の判断、指示、方針決定、就業上の配慮等の業務に直接もしくは間接的に取り組んでいると定義した。

2. 回答用紙（Ⅱ）：「連携力」についてのアンケート

2.1 「連携力」について

連携効果を高めていく一助として、主治医も産業医も「連携」を円滑に進めていくための力量、すなわち「連携力」を備えることが重要との指摘がある。そこで、「連携力」の内容についての重要度評価を求めた。

2.2 評価項目

①主治医・産業医に共通な要素として4項目、②主治医に必要な連携力として4項目、③産業医（産業保健専門職）に必要な連携力として5項目、④その他、計14項目とした。

3. 回答用紙（Ⅲ）：「好事例」に関する設問

本回答用紙の設問は大きく3部で構成し、①連携のパターン、②「好事例」のプロフィール、③「好事例」における連携の実際、とした。

3.1 「好事例」の要件

「好事例」として選択する要件は以下の通りとした。過去5年以内の自験例から最大3事例を選択、不調者本人の病状回復、安定就労の実現にあたり、それらの一部もしくは全体に対し、「連携」が寄与した事例であり、他の産業医、主治医に参考となる内容を含んでいると判断した事例を「好事例」と定義した。

3.2 「好事例」のプロフィール

設問は、①性別、②年齢階層、③婚姻状況、（*職歴として）、④業種、⑤職務内容、⑥雇用状況、⑦障害者雇用該当、（*病歴として）、⑧精神および行動面の障害による休職（1カ月以上）回数、⑨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、⑩連携前の治療歴、⑪診断名、の計10項目とした。

3.3 連携のパターン

連携の始点により、3パターンを区別した。①主治医から産業医への連携：例えば、復職時に職場で配慮して欲しい事柄を依頼するべく連携し、復職時に不調者本人に好都合な職場環境が実現し、安定就労に至った例。②産業医から主治医への連携：例えば、体調不良で不安定就労の従業員が休業に応じないため、不調者本人の同意を得て主治医へ職場の心配と現状を伝え、主治医が休業を勧奨して休業が実現した例。③産業医と職場内の関係者との連携：例えば、不調者本人に関わる上司、人事、産業医、産業保健スタッフが情報収集、情報共有、役割分担などを円滑に行うために定期的に会議を開催する例、とした。

3.4 「好事例」における連携の実際

設問は、①連携開始のタイミング、②連携の目的、③連携の具体的手順、内容、④連携の準備、⑤連携の頻度、⑥連携に活用したツール、⑦連携の手段、⑧本人の同意、⑨連携に要した費用負担、⑩連携に関わるリスク、⑪連携後の本人の変化、⑫連携後の職場側の変化、⑬連携後の主治医側の変化、⑭連携の具体的な成果、⑮本事例を好事例とした最大の根拠、⑯その他のコメント、の計16項目とした。

4. 関連論文の執筆依頼

本研究に関連の深いテーマを取り上げた先行研究2件、法務面の留意点に関して1件、折しも新たな脅威となった新型コロナウイルスによる影響に関連してテレワークの労働環境、労働衛生上の問題点1件、計4件の論文を集積した。

5. 主治医と産業医のためのハンドブックの試作

本研究で集積された各種データ、論文等に基づき、連携の実務において役立つハンドブックの試作をめざした。

（倫理面への配慮）

本研究は、2020年5月著者が在籍する医療法人社団桜メデイスン内に設置された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. 回答者のプロフィール：表1

1.1 回答状況

令和2年11月に全121名に回答用紙を発送し、令和3年

1月にかけて回収した。有効回答は全38通（回答率は31.4%であった）。

1.2 回答者の内訳

全回答者を専門性の内容に応じて2群に区分した。精神科専門医として診療に従事し、かつ産業医としてのキャリアを有し、引き続き双方の業務に従事中の要件を満たす回答者をA群：精神科医・産業医は19名、B群：その他の医師・産業保健専門職は19名、両群ともに男性が大半を占めたが、年齢階層の比較ではA群は50から60歳代、B群は30歳代に最大値が認められた。住居地はA群は全国にばらつき、B群は関東、関西に集中していた。

また、専門職経験の平均年数について両群を比較すると、産業保健経験年数はA群は17.0年、B群は10.2年、臨床医経験年数はA群は28.2年、B群は16.6年と隔たりが認められた。産業保健専門職種ではA群は非常勤産業医が大半だが、B群の半数は非常勤産業医、残りは常勤産業医、医師以外の専門職が占めた。日本医師会会員の占める割合はA群は63.2%、B群は60.0%と近似していた。

2. 「連携力」についてのアンケート：表2

「連携力」、すなわち、効果的な「連携」を実現するために主治医及び産業医に必須なスキルを14項目について、①必須である、② 必要な場合がある、③ あまり必要でない、④ わからない、の4択から、① 必須である、を選択した回答率を比較した。

全項目のうち5割以上の高回答率を得た項目は、A群は13項目、B群は7項目と差異が目立った。両群合わせた高回答率11項目の順位は次のとおりであった。

2.1 主治医・産業医に共通な要素

①本人の主観的判断と、周囲の客観的判断を参考としながら取り組む、②病状の背景にある、業務上要因、業務外要因、個人要因を見極めていく、③常にメンタルヘルスの視点を重視する、④治療と就労の両立支援の観点から、産業医と主治医等との連携に取り組む。

2.2 主治医に必要な連携力の内容

①本人と合意形成しつつ診療に取り組む、②産業保健関連諸制度・規則等の動向に注目し研鑽を積む、③本人の所属職場の就業規則、休業時の対応等について情報収集する。

2.3 産業医に必要な連携力の内容

①合理的配慮、安全配慮を重視する、②職場内連携（上司、人事、他の関係者らとの共同支援）を基本とする、③本人の業務の力量・体調に配慮した3管理（作業、作業環境、健康）、業務環境調整を行う、④職場環境の改善、ひいては、組織運営の向上を考慮した支援をめざす、⑤精神科医療、制度への関心を高め理解を深める。

② 「好事例」のプロフィール：表3・表4・表5

回収された好事例全49例の内訳は、回答者群（上記のA群・B群）、連携のパターン（連携の始時点による3区分）、連携時期（連携開始のタイミングの3区分）の3軸により分類した。

2.1 回答者群

好事例を提出した回答者で分類すると、A群：精神科医・産業医から27件で、B群：その他の医師・産業保健専門職から22件を上回った。

2.2 連携パターン

主治医から産業医への連携は16件、産業医から主治医への連携は19件と最多、産業医と職場内の関係者との連携は14件で、ほぼ均等な割合であった。

3.3 連携開始のタイミング

連携開始時期による分類では、不安定就労期は16件、休業期は20件と最多、復職期は13件であった。

3.4 医療情報

3.4.1 性別

全体では男性が8割を占めた。連携のパターン、タイミング別にも同様の傾向が認められた。

3.4.2 年齢階層

全体では30歳代、40歳代、60歳代に頻度が高く、連携のパターン、タイミング別にも同様の傾向が認められた。

3.4.3 診断分類

全体ではF30-F39 気分[感情]障害が半数近く、次いでF40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が約3割を占めた。産業医から主治医への連携分、休業期分では気分障害群が神経症性障害群の2倍を占めた。その他はF10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害、F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、F80-F89 心理的発達の障害、F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害がほぼ同数を占めた。

3.4.4 連携前の治療歴

全体では、無しが3割強、主治医から産業医への連携分、不安定就労期、休業期分の多数をしめた。他方、3年以上は職場内連携分、復職期分で最多を占めた。

3.2.5 連携前の休職歴

休職（1カ月以上）回数は、精神および行動面の障害による場合、1～2回が6割、不安定就労期分では無しが最多をしめた。精神および行動面の障害以外による件数は無しが9割を占めた。

3.5 職務情報

業種については、製造業が4割、情報通信、卸売・小売業、サービス業が続く。職務内容は、専門・技術が5割、事務、販売が続く。雇用状況については、正社員・一般職が8割、正社員・管理職が1割。障害者

雇用の該当件数は1割に留まった。

4. 「好事例」における連携の特徴：表6・表7・表8・表9

全49事例の回答は連携過程に関する14項目の回答で構成され、個別回答の総数は686個であった。

そこで、好事例3例を見本として、また「好事例とした最大の根拠」については全例の回答要旨をそれぞれ表6、表7に示した。

また、上記の好事例のプロフィール解析を踏まえ、連携作業の条件設定を一致して比較することが必要と判断し、連携内容に関する設問の15項目(連携のタイミングについては既述)を連携開始時期(不安定就労期、休業期、復職期)により区分、さらに各期別に連携の始終点による3パターン別(主治医から産業医への連携、産業医から主治医への連携、産業医と職場内の関係者との連携)に区分、計9区分に分類し、計13枚の表にまとめ比較検討した(表8, 9, 10, 11, 12参照)。

各回答が記述回答であることから、休業期、産業医から主治医への連携、の回答2例を選択して以下に例示した。

4.1 本事例を好事例とした最大の根拠

本項目については、全例を上記の9区分に分類し表

①産業医も精神科診療に関して詳しいため治療転機のタイミングを判断、その後の主治医との連携が社内調整にも良い影響を及ぼした。

②病状悪化時に機会を逃さず、本人を説得して適切な療養につなげたこと。

4.2 連携の目的

①産業医が、転医を希望したため。治療方針としての薬剤調整やリワーク等について、別の主治医に依頼した

②服薬治療の開始と休職要否の判断。休職となり回復した場合は心理療法を追加し、復職準備性を高めること。

4.3 連携後の本人の変化

①当該職員と産業医との関係性が良い状況となった

②服薬治療と休職を受け入れ、リワーク受講、職、思うに任せない現実の受け入れた。

4.4 連携後の職場側の変化

①産業医、安全衛生(健康管理)側が、信頼感を抱ける主治医の調整が行われる。

②休職前は本人任せが、復職後は産業医面談終了時に上司が同席して情報共有する。

4.5 連携後の主治医側の変化

①双極性障害のため、今後も長い治療と連携が必要だと考えた。

②産業医との信頼関係が向上した。

4.6 連携の具体的成果

①障がい者職業センターのリワーク支援を活用し復帰後も治療、就労継続。

②休職による病状の回復、主治医の後押しによるリワーク利用でストレス耐性を向上できた。

4.7 連携の具体的手順、内容

①事業場保健師が同行して、主治医を受診した。

②本人承諾を得たうえで、産業医からの紹介状で概要と要望を主治医に伝えた。

4.8 連携の準備

①診療情報提供書と、受診(初診)日等の調整。

②連携に前向きでない本人への必要性の丁寧な説明

4.9 連携の頻度

①リワークでの検討等を含めると、複数回

②1 往復。

4.10 連携に活用したツール

①診療情報提供書と、保健師が同行して主治医Bに説明。

②書面および本人による伝言。

4.11 連携の手段

①書面、診療情報提供書

②書面

4.12 本人の同意

①産業医から、信頼のある専門医の下での治療が必要と説明され、同意があった。

②趣旨を説明して同意を得た。書面の記載内容を確認の上で診察時に持参させた。

4.13 連携に要した費用負担

①診療報酬の範囲。

②診断書は個人負担である。

4.14 連携に関わるリスク

①リスクというよりもむしろ(主治医側の)責任感?として、双極性障害のため、今後も長い治療と連携が必要だと考えた。

②主治医から否定的な意見が出ることで本人の産業医に対する信用が低下するリスク。主治医もどうしてくれたため杞憂に終わった。

4.15 その他のコメント

①アルコール問題があるが内科受診しているケースは存在する。内科だけでなく、精神科につなげる理解を本人及び内科医に得る連携が必要。その場合の話の中心は事例性となる。アルコール関連障害を扱う精神科医は極めて多忙であることが多く、その状況を理解していかに適切に情報提供を行い、信頼関係を作るのが重要

②主治医の選択を間違えないようにした方がいい。

5. 関連論文の執筆依頼

以下の寄稿論文を受理した。

① 小山文彦著：メンタルヘルス不調者をめぐる治療

と職業生活の両立支援の視点から

- ② 福田真也著：働く人のこころのケア・ガイドブック-会社を休むときのQ&A
 - ③ 佐久間大輔著：精神科主治医と職域との連携に関わる法務上の留意点
 - ③ 井上彰臣著：テレワークの実施に際して懸念される労働者への健康影響
6. 主治医と産業医のためのハンドブックの試作
次項の考察にて取り上げる。

D. 考察

1. 回答者のプロフィール

今回の調査の有効回答率は31.4%であった。全回答者の専門性により、A群：精神科医・産業医とB群：その他の医師・産業保健専門職に区分して分析を進めた。

A群は50から60歳代、B群は30歳代に最大値が認められ、住居地はA群は全国にばらつき、B群は関東、関西に集中するなど、年齢、住居地などの点においても異なった特徴を有していた。

そして、専門職経験について両群を比較すると、産業保健経験年数、臨床医経験年数はともにA群はB群より長く、産業保健専門職種ではA群は非常勤産業医、B群は非常勤産業医、残りは常勤産業医、医師以外の専門職が占めるなどの差異が認められた。

他方、専門性のルーツの違いが反映されている両群ながら、上記の結果から本研究の目的達成に必要な専門家としての業務経験は十分に備えていると判断した。

2. 「連携力」に必要な要素

効果的な連携を実現するために、主治医及び産業医にはどのようなスキル、力量を備える必要があるのか。これは、効果的な連携を行った実績と豊富な業務経験を有する専門家から得られた最大公約数的見解として明らかにされると考えられた。

提示された全項目のうち高い支持を得た項目は、A群は13項目、B群は7項目と差異が目立った。

このことは端的に両群間の立場の違い、連携概念の違い、ひいては連携作業における力点の違いなどを示唆しているかもしれない。

そこで、必要な連携力として、両群に共通して選択された項目を、主治医、産業医別に整理すると以下の通りとなった。すなわち、

2.1 主治医に必要な連携力の内容

- ①本人の主観的判断と、周囲の客観的判断を参考としながら取り組む、②病状の背景にある、業務上要因、業務外要因、個人要因を見極めていく、③常にメンタルヘルスの視点を重視する、④治療と就労の両立支援の観点から、産業医と主治医等との連携に取り組む。
- ⑤本人と合意形成しつつ診療に取り組む、⑥産業保健

関連諸制度・規則等の動向に注目し研鑽を積む、⑦本人の所属職場の就業規則、休業時の対応等について情報収集する。

2.2 産業医に必要な連携力の内容

- ①本人の主観的判断と、周囲の客観的判断を参考としながら取り組む、②病状の背景にある、業務上要因、業務外要因、個人要因を見極めていく、③常にメンタルヘルスの視点を重視する、④治療と就労の両立支援の観点から、産業医と主治医等との連携に取り組む。
- ⑤合理的配慮、安全配慮を重視する、⑥職場内連携（上司、人事、他の関係者らとの共同支援）を基本とする、⑦本人の業務の力量・体調に配慮した3管理（作業、作業環境、健康）、業務環境調整を行う、⑧職場環境の改善、ひいては、組織運営の向上を考慮した支援をめざす、⑨精神科医療、制度への関心を高め理解を深める。

今後もこれらのノウハウをめぐって、さらに充実した力量を育てていく研鑽の機会を確保していくことが課題である。

3. 「好事例」のプロフィール

好事例の内訳は、連携開始のタイミングの3区分）、連携のパターン（連携の始時点）による3区分、の2軸により分類したが各群の頻度には大きな偏りは認められなかった。

また、好事例を提出した回答者は、A群：精神科医・産業医が、B群：その他の医師・産業保健専門職を上回った。

医療情報を概括すると、全体では男性が8割を占め、年齢階層は30歳代、40歳代、60歳代に頻度が高く、診断分類全体ではF30-F39 気分 [感情] 障害とF40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が大半を占めた。産業医から主治医への連携分、休業期分では気分障害群が神経症性障害群の2倍を占めた。連携前の治療歴は、無しが3割強、主治医から産業医への連携分、不安定就労期、休業期分の多数をしめた。他方、3年以上は職場内連携分、復職期分で最多を占めた。

連携前の精神および行動面の障害による休職は1~2回が6割、不安定就労期分では無しが最多をしめた。

職務情報では、業種については製造業、情報通信、卸売・小売業、サービス業が、職務内容は専門・技術、事務、販売が、雇用状況は正社員・一般職が多数を占めた。

以上から、回収した好事例のプロフィールには、主治医や産業医が日常的に遭遇する可能性が高い状況が網羅されている傾向が認められた。

したがって、データとしての活用においては、連携のパターンX連携のタイミング別に9区分し、診断分類を

付与した形式で記述回答を整理し、その他のプロフィール要因を除外して記述回答の好事例間の比較が可能となるよう配慮した。

4. 「好事例」における連携過程の分析

まず、各項目の記述内容の要旨を概括する。

4.1 本事例を好事例とした最大の根拠

連携により、主治医、産業医、職場などの関係者間で情報共有が実現し、不安定就労、休業から安定就労への展開、治療へのプラス効果などへとつながった点への指摘など。

4.2 連携の目的

主治医からは休業期から復職期における職場による就労再開後の支援、産業医からは不安定就労期の休業入りへの主治医の理解と支援など、各ステージに典型的な問題解決を目指す内容など。

4.3 連携後の本人の変化

主治医、産業医との関係性、現実感が改善した事例が多いなど。

4.4 連携後の職場側の変化

職場内の産業医、安全衛生（健康管理）側が、信頼感を増し、主治医との調整への能動性が高まるなど。

4.5 連携後の主治医側の変化

治療と職場連携の双方が必要だと考え、産業医との信頼関係が向上したなど。

4.6 連携の具体的成果

就労再開後の安定就労の達成、早期の治療導入、事業場外資源のアクセスと協力、本人の気づきの達成など。

4.7 連携の具体的手順、内容

本人承諾を得たうえで、主治医、産業医から書面で概要と要望を産業医、主治医に伝える、事業場保健師が同行して、主治医を受診など。

4.8 連携の準備

診療情報提供書作成、受診（初診）日等の調整、連携に前向きでない本人への丁寧な説明など。

4.9 連携の頻度

1往復から複数回までばらつきがあるが、多くは数回以内であり、連携効果は頻度よりも連携情報、やり取りの質が重要であることが示唆された。

4.10 連携に活用したツール

本人による伝言、診療情報提供書、保健師が同行して主治医に説明など。

4.11 連携の手段

書面、診療情報提供書、電話など。

4.12 本人の同意

十分丁寧な説明、書面の記載内容を確認の上で本人の同意を得ることは大変重要である。

4.13 連携に要した費用負担

主治医は診療報酬の範囲が多く、診断書は個人負担で

あるなど。

4.14 連携に関わるリスク

相手先から否定的な意見が出ること、本人の立場が悪くなるなどのリスクを想定するなど。

4.15 その他のコメント

アルコール問題については事例性の観点から、本人及び内科医と精神科医との連携が必要。多忙な精神科医は、その状況を理解して適切に情報提供を行い、信頼関係を作ることが重要であるなど。

5. 関連テーマに関する寄稿論文

受理した論文のうち、① 小山文彦著：メンタルヘルス不調者をめぐる治療と職業生活の両立支援の視点から、及び② 福田真也著：働く人のこころのケア・ガイドブック-会社を休むときのQ&A、は連携問題にこれまで積極的に関わり、自著、論文を発表してきた著者の書下ろしで、豊富な経験知を提供していた。また、③ 佐久間大輔著：精神科主治医と職域との連携に関わる法務上の留意点は、主治医、産業医が理解しておくべき法務面のノウハウを解説しており、連携ハンドブックに収載することした。さらに、④ 井上彰臣著：テレワークの実施に際して懸念される労働者への健康影響は、近い将来顕在化する可能性を秘めた論点を含んでいた。今回の研究課題に近い、⑥ 自著メンタル労災を防ぐために精神科医のできることは何か、を追加した。

6. 主治医と産業医のための連携ハンドブック

上記の資料並びに先行研究の成果を活用して、ハンドブックを試作した。タイトルと全体構成は以下の通り。

タイトル：メンタルヘルス不調者の就労支援のための精神科主治医と職場の「連携」ハンドブック

本書は3部で構成し、精神科主治医、産業医が「連携」への具体的な概念、フロー、留意点などを理解、学習し実務に活かすことを念頭に編集した。

第1部 基礎編 「連携」の背景から「連携力」まで総論的にメンタルヘルス不調者をめぐる動向、休復職支援に関わる主治医と産業医の現状に触れる。他方、働き方改革で強調された治療と就労の両立支援の概念とそこに盛り込まれた「連携」の重要性、そして、「連携する」意義と「連携しない」リスク。さらに、本書の作成の契機となった「好事例収集プロジェクト」研究を概説した。そして、第1部のまとめとして、主治医・産業医に必要な効果的な連携のための「連携力」を取り上げた。「好事例収集プロジェクト」に回答を寄せた専門家が選択した「連携力」とは、すなわち、効果的な「連携」を実現するために主治医及び産業医に必須なスキルである。

第2部 実践編 好事例から学ぶ「連携」の実際

ここでは、不調者の就労支援に長年取り組んできた専門家から収集した「好事例を中心に上げる。最初に連携の取り組みを具体的に理解するために、不安定就労期・休業期・復職期別に並べ、「連携」のチェックポイントとして、好事例とした根拠/連携の目的/連携後の本人の変化/連携後の職場側の変化/連携後の主治医側の変化/連携の具体的成果/連携の具体的手順/連携の準備/連携の頻度/連携に活用したツール/連携の手段/本人の同意/連携に要した費用負担/連携に関わるリスク/その他のコメント、に区分して好事例から連携の典型例3例を紹介した。

最後に、主治医から産業医へ、産業医から主治医へ、産業医から職場内関係者への3パターン別、不安定就労期・休業期・復職期のタイミング別、さらにチェックポイント別に区分して、条件、要素別比較から、好事例における連携プロセスの特徴を理解できるように編集した。

第3部 資料編では、収集資料、文献等の参考資料を掲載した。

今後は、当初の目的に照らし、不調者の就労支援に関わる専門家間で共有し、かつ、ノウハウを具体的に習得、実践して育てていく研鑽の機会を確保していく必要がある。

E. 結論

本研究はこれまでの一連の研究の集大成と位置づけ、「メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に関わる精神科主治医と職場に有用な連携ハンドブックの作成」を研究目的とした。作成に向けて連携効果が認められた好事例を収集するべく回答用紙を配付、回収したところ、有効回答は全38通(回答率は31.4%)、49例の好事例を集積した。回答者は本研究の目的達成に必要な専門家としての業務経験は十分に備えていると判断した。試作した連携ハンドブックは全59頁で、第1部は基礎編「連携」の背景から「連携力」まで、第2部は実践編「好事例から学ぶ「連携」の実際として、「好事例を不安定就労期・休業期・復職期別に並べ、好事例とした根拠から連携に関わるリスクまで、好事例における連携プロセスの特徴を理解できるように編集した。今後は、当初の目的を踏まえ、不調者の就労支援に関わる専門家間で共有し、かつ、ノウハウを具体的に習得、実践して育てていく研鑽の機会を確保していく必要がある。

参考文献

1. ストレスチェック制度の実施から見えてきたことー精神科医の立場から

- 産業精神保健 単 25(特別号):141-145 2017 産業精神保健学会
2. 仕事のストレスと自殺対策
日精診ジャーナル 共 42(4):571-625 2017 日本精神神経科診療所協会
3. これからの職場のメンタルヘルス不調者対策を考えるー精神科臨床医・産業医の経験をふりかえってー 産業ストレス研究 (Job Stress Res.) 単 24:59-67 2017 日本産業ストレス学会
4. ストレスチェック時代の職場環境改善への取り組みをめぐってー集団分析の活かし方と留意点ー
産業ストレス研究 (Job Stress Res.) 単 24:105-109 2017 日本産業ストレス学会
5. 職場のメンタルヘルス不調者への対応ー力動的的理解と精神療法的アプローチの効用
精神医療からみたわが国の特徴と問題点(外来精神科診療シリーズ) 単 98-104 2017 中山書店
6. メンタル労災を防ぐために精神科医ができること
メンタルクリニックのこれからを考える(外来精神科診療シリーズ) 単 121-125 2018 中山書店
7. 精神・発達障害者の就労支援を担う産業保健スタッフに必要な教育研修アイテム
産業精神保健 単 26(3):219-226 2018 産業精神保健学会
8. 関係性づくりは基礎工事が大切
安全スタッフ 単 2316:32-33 2018 労働新聞社
9. 長期療養・休復職事例における主治医及び産業医の休復職判断要件に関する研究
厚生省平成28-29年度「精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆに係る臨床研究」研究報告書 共 181-231 2018 厚生労働省
10. メンタルヘルス不調者の事例性と疾病性の形成過程と相互関連性に関する分析的研究
厚生省平成27-29年度「職場におけるメンタルヘルス不即者の事例性に着目した支援方策に関する研究」研究報告書 単 165-301 2018 厚生労働省
11. 安定就労につながる休復職支援とはー産業医・主治医の関わり方の大切なポイントー
外来精神医療 単 29(1):29-33 2019 日本外来精神医療学会
12. 精神疾患を有する長期療養事例の休復職過程における問題点と解決への方策ー精神科産業医・主

- 治医によるフォローアップ調査から～ 産業精神保健 共 27 (3) 2019 産業精神保健学会
13. 社会脳(Social Brain)研究の視点からみた職場適応支援のあり方 日社精医誌, 29 : 67-74, 2020 日本社会精神医学会
14. 職場のメンタルヘルス対策に関わる専門職の連携力をめぐって～効果的な連携に役立つセンスとスキルとは～産業ストレス研究、共 27(4), 429-432(2020) 日本産業ストレス学会
15. 就労支援に効果的な職場内・職場外連携をめざして 産業精神保健 28 (3) : 217-224, 2020 産業精神保健学会

F. 健康危険情報
(非該当)

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

2020年6月 第116回日本精神神経学会

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)なし。

1. 特許取得 非該当

2. 実用新案登録 非該当

3. その他 なし

労災疾病臨床研究事業費補助金

(分担)令和2年度分研究報告書

メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に効果的な

精神科主治医と職場との連携技法の実用化研究

研究分担者:神山 昭男 (有楽町桜クリニック院長)

表 1～12

資料 1・2・3 (調査用紙)

参考論文 (5篇)

連携ハンドブック

表1 回答者のプロフィール

区分		全体	A群（精神科医・産業医）	B群（精神科以外の医師・産業保健スタッフ）
人数	総数	38	19	19
性別	男性	29	18	11
	女性	9	1	8
年齢階層	① 30～39 歳	8	1	7
	② 40～49 歳	7	4	3
	③ 50～59 歳	12	7	5
	④ 60～69 歳	9	6	3
	⑤ 70 歳～	1	1	0
住居地	① 北海道	1	1	0
	② 東北	1	1	0
	③ 関東	16	7	9
	④ 中部	1	1	0
	⑤ 関西	5	0	5
	⑥ 中国/四国	2	2	0
	⑦ 九州/沖縄	4	1	3
産業保健経験年数	平均	14.5	17.0	10.2
	SD	9.1	7.6	9.7
産業保健専門職	非常勤産業医	28	18	10
	常勤産業医	6	1	5
	医師以外の産業保健専門職	4	0	4
臨床医経験年数	平均	22.4	28.2	16.6
	SD	11.5	9.8	9.9
日本医師会入会	あり	21	12	9
	%	61.8	63.2	60.0

表2 効果的な「連携」を実現するために主治医及び産業医に必須なスキル（選択率：％）

区分		全体	A群（精神科医・産業医）	B群（精神科以外の医師・産業保健スタッフ）
1. 主治医・産業医に共通な要素	a. 常にメンタルヘルスの視点を重視する	65.8	84.2	47.4
	b. 本人の主観的判断と、周囲の客観的判断を参考としながら取り組む	86.8	89.5	84.2
	c. 病状の背景にある、業務上要因、業務外要因、個人要因を見極めていく	86.8	89.5	84.2
	d. 治療と就労の両立支援の観点から、産業医と主治医等との連携に取り組む	60.5	73.7	47.4
2. 主治医に必要な連携力	a. 本人と合意形成しつつ診療に取り組む	92.1	100.0	84.2
	b. 外部との連携に必要な人員、機器等を確保する	39.5	47.4	31.6
	c. 本人の所属職場の就業規則、休業時の対応等について情報収集する	52.6	57.9	47.4
	d. 産業保健関連諸制度・規則等の動向に注目し研鑽を積む	63.2	78.9	47.4
3. 産業医に必要な連携力	a. 合理的配慮、安全配慮を重視する	86.8	94.7	78.9
	b. 本人の業務の力量・体調に配慮した3管理（作業、作業環境、健康）、業務環境調整を行う	78.9	78.9	78.9
	c. 職場内連携（上司、人事、他の関係者らとの共同支援）を基本とする	84.2	89.5	78.9
	d. 職場環境の改善、ひいては、組織運営の向上を考慮した支援をめざす	60.5	73.7	47.4
	e. 精神科医療、制度への関心を高め理解を深める	57.9	57.9	57.9

表 3-1 好事例の内訳:回答者群・連携の始点・連携時期 (1)

群・区分		全体	不安定就労期	休業期	復職期
A群	① 主治医から産業医への連携	13	2	7	4
	② 産業医から主治医への連携	7	4	2	1
	③ 産業医と職場内の関係者との連携	7	3	2	2
	計	27	9	11	7
B群	① 主治医から産業医への連携	3	0	3	0
	② 産業医から主治医への連携	12	6	3	3
	③ 産業医と職場内の関係者との連携	7	1	3	3
	計	22	7	9	6
全体	① 主治医から産業医への連携	16	2	10	4
	② 産業医から主治医への連携	19	10	5	4
	③ 産業医と職場内の関係者との連携	14	4	5	5
	全体	49	16	20	13

表 3-2 好事例の内訳:連携の始点・連携時期・回答者群 (2)

区分	不安就労期		休業期		復職期		不安定 就労期	休業期	復職期	全体	% (各 区分 内)
	A群	B群	A群	B群	A群	B群					
① 主治 医から産業 医への連携	2	0	7	3	4	0	2	10	4	16	32.7
② 産業医 から主治医 への連携	4	6	2	3	1	3	10	5	4	19	38.8
③ 産業医 と職場内の 関係者との 連携	3	1	2	3	2	3	4	5	5	14	28.6
全体	9	7	11	9	7	6	16	20	13	49	100.0
% (各群内)	33.3	31.8	40.7	40.9	25.9	27.3	32.7	40.8	26.5	100.0	

表4 好事例のプロフィール:医療情報

区分		連携の始点			連携の時期			全体	
		① 主治 医から産 業医への 連携	② 産業 医から主 治医への 連携	③ 産業 医と職場 内の関係 者との連 携	不安定就 労期	休業期	復職期	連携の始 点	連携の時 期
全体	人数	16	19	14	16	20	13	49	49
性別	男性	13	16	10	12	13	13	39	38
	女性	3	1	4	3	5	0	8	8
	計	16	17	14	15	18	13	47	46
年齢階層	① 30歳未満	3	5	3	1	6	2	11	9
	② 30～39歳	3	4	3	5	4	3	10	12
	③ 40～49歳	3	4	3	3	5	5	10	13
	④ 50～59歳	0	0	0	0	0	0	0	0
	⑤ 60歳～	5	5	5	7	2	3	15	12
	計	14	18	14	16	17	13	46	46
診断分類	① F10-F19 精神作用	0	1	1	1	0	1	2	2
	② F20-F29 統合失調	2	0	1	0	2	1	3	3
	③ F30-F39 気分 [病	8	10	5	8	11	4	23	23
	④ F40-F48 神経症性	6	5	5	4	6	6	16	16
	⑧ F80-F89 心理的発	0	1	2	2	0	1	3	3
	⑨ F90-F98 小児<小	0	2	0	1	1	0	2	2
連携前の 治療歴	① なし	9	6	2	7	9	1	17	17
	② 1年以内	1	6	2	3	2	4	9	9
	③ 1～2年以内	3	2	3	2	4	2	8	8
	④ 3年以上	3	5	7	4	5	6	15	15
	計	16	19	14	16	20	13	49	49
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	1	5	2	6	2	0	8	8
	② 1回	8	4	8	3	12	5	20	20
	③ 2回	4	6	3	4	4	5	13	13
	④ 3回以上	3	3	1	2	2	3	7	7
	計	16	18	14	15	20	13	48	48
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	16	16	11	13	17	13	43	43
	② 1回	0	3	3	3	3	0	6	6
	計	16	19	14	16	20	13	49	49

表5 好事例のプロフィール:職務情報

区分		連携の始点			連携の時期			全体	
		① 主治 医から産 業医への 連携	② 産業 医から主 治医への 連携	③ 産業 医と職場 内の関係 者との連 携	不安定就 労期	休業期	復職期	連携の始 点	連携の時 期
業種	① 建設業	2	2	0	0	1	0	4	1
	② 製造業	5	8	9	6	9	7	22	22
	③ 情報通信	4	2	0	1	1	4	6	6
	④ 運輸業	0	0	0	0	0	0	0	0
	⑤ 卸売・小売業	2	1	1	3	1	0	4	4
	⑥ 金融・保険業	0	1	1	2	0	0	2	2
	⑦ 医療・福祉業	1	1	0	1	1	0	2	2
	⑧ サービス業	2	1	1	2	1	1	4	4
	⑨ 公務	0	0	1	0	1	0	1	1
	⑩ 農林水産	0	0	0	0	0	0	0	0
	⑪ その他	0	1	1	0	1	1	2	2
	計	16	19	14	16	20	13	49	49
職務内容	① 専門・技術	10	11	6	8	12	7	27	27
	② 管理	0	1	0	0	1	0	1	1
	③ 事務	2	2	6	4	4	2	10	10
	④ 販売	2	2	1	2	2	1	5	5
	⑤ サービス	1	0	0	0	0	1	1	1
	⑥ 運転	0	0	0	0	0	0	0	0
	⑦ 不明	0	1	0	0	1	0	1	1
	⑧その他	1	2	1	2	0	2	4	4
	計	16	19	14	16	20	13	49	49
雇用状況	① 正社員・一般職	12	16	12	13	17	11	40	41
	② 正社員・管理職	3	2	1	2	3	0	6	5
	③ 正社員以外の社員	1	0	0	0	0	1	1	1
	④ 不明	0	0	0	0	0	0	0	0
	⑤その他	0	1	1	1	0	1	2	2
	計	16	19	14	16	20	13	49	49
障害者雇 用	① 非該当	16	17	12	14	19	12	45	45
	② 該当	0	2	2	2	1	1	4	4

表6 「好事例」3例における連携作業の具体的内容と成果など

事例	事例 1	事例2	事例 3
連携パターン	産業医から主治医への連携	主治医から産業医への連携	産業医から職場内への連携
連携のタイミング	不安定就労期	休業期	復職期
1 本事例を好事例とした最大の根拠	本人が強く休職に難色を示したが、主治医と産業医との情報共有をもとに休職療養につながったため。	診察場面、本人供述だけでは知り得ぬ情報を得て、アセスメントや方針決定に有益であった。	産業医、上司、人事労務担当者、産業看護職などが連携し順調な復職につながった。
2 連携の目的	・産業医からの紹介状をもとに心療内科を受診し、治療と休職療養が必要な状況とみられたため。本人が管理職で責任感が強く、強く休職を拒否し、紹介状持参のもと受診したが1回目の診察では休職診断書が発行されなかった（本人が休職に抵抗があったため、主治医に休職診断書を断った可能性あり）。しかし、その後不安定な就労が続き、再度、本人の体調や勤怠状況について主治医に対し、情報診療提供書を送付し、主治医から休職診断書が発行され休職に至った。	本人供述の信憑性が疑わしく、産業医に職場での問題行動、迷惑行為の有無を把握する必要があった。産業医より客観的な職場での本人の問題事例を把握する必要があった。	再不調が危惧されたため、上司等との連携により、予防策を講じることが必要と考えられた。連携により安定就労を期待した。
3 連携後の本人の変化	病気に対して、休職自体が治療になるということへの受入れに繋がった。	産業医からの情報提供内容を否認された。	やや自信を持った様子となり、安定して就労できている。
4 連携後の職場側の変化	勤怠が不安定で職場も対応に苦慮していたため、人員・業務調整に繋がった。	主治医への連携に信頼を示し、より強力的になった。	特段の変化なし。
5 連携後の主治医側の変化	投薬治療のみから休職診断書の発行に繋がった。	診察場面だけでは把握できない実態を知ることができた。	本人から受診時に会社の取り組みを伝達しているが、特段の変化なし。
6 連携の具体的成果	急性期で体調が悪い時は、客観的に自分の状況を捉えられず診察時に主治医へ状況を説明できない方もいるため、職場での客観的な状態を産業医の立場から主治医に伝えることで、具体的な状況がより伝わり休職療養に繋がった。	被害妄想、恋愛妄想にもとづく迷惑行為を知ることができた。	部署の適切な支援を得ることが出来、病状の安定と安定就労を実現できている可能性がある。
7 連携の具体的手順、内容	①紹介状②情報診療提供書の主治医への郵送。	書面での事例性把握を書面で照会。産業医の了解のうえ、書面及び電話等で事例性を聴取。	本人の承諾のもと、上司、人事労務担当者、産業看護職と打ち合わせの機会を持ち、業務内容やその教育を含む復職プランを作成した。
8 連携の準備	人事と上司に対して、勤怠や業務パフォーマンスの状況確認し、休職を拒否している段階では週一で面談設定し、体調確認と休職の必要性について産業医から本人への説明を繰り返し行った。	照会事項及び同意書を含めた書面を作成。	産業看護職が上司と事前打ち合わせを行った。
9 連携の頻度	2回。	複数回のやり取りを行った。	復職前、慣らし勤務終了時、など節目に複数回の会議を実施した。
10 連携に活用したツール	書面での情報診療提供書のやり取りのみ。	厚生省のガイドラインに準拠した照会文。	本人から同意を得た範囲で産業医面談記録を共有した。
11 連携の手段	⑤その他（手紙）	①電話/③メール/⑤その他	④面談
12 本人の同意	産業医面談時に受診先紹介とともに産業医から説明し、同意を得る。	産業医への聴き取りの旨を書面化し、本人へ提示して、同意文へ署名・捺印を得た。	産業医面談時に、再発防止のための社内関係者との会議を提案して同意を得た。その旨を面談記録に残した。
13 連携に要した費用負担	なし。	費用は当方でのみ負担。	社内関係者のみであり、費用負担なし。
14 連携に関わるリスク	主治医は、患者の意向に沿うことが多く、会社側の産業医の意見をあまりくみ取ってもらえないこともあるが、具体的な勤怠の状況等についての詳細を連絡したことで本人の状況が伝わり、治療・休職療養に至ったと考える。	本人からの同意拒否。結果として、丁寧な説明のもと同意を得ることができた。	上司の理解不足があれば、復職早期に想定より高い負荷がかかる可能性がある。逆に負荷が軽いと職場が対応に苦慮する可能性もあった。産業医が提案した頻度での、上司と本人による打ち合わせを実施し、いずれも回避できた。

表7 本事例を好事例とした最大の根拠

不安定就労期		休業期		復職期	
主治医	1 複数回の休職をしたが、休職に至らなくなった	主治医	1 薬物・精神療法による再発防止の限界があり(複数回の休復職)、本人の問題、上司の対応を職場が理解したへ。	主治医	1 異動先で不適応をくり返す抑うつ→退職となる手前で復職出来たこと。
	2 回復のために勤務状況の改善が必要と主治医の診立てを産業医に伝え不調者の改善と安定就労が両立。		2 診察場面、本人供述だけでは知り得ぬ情報を得て、アセスメントや方針決定に有益であった。		2 産業医を通じて服薬の必要性、それに伴う運転の可否を職場に十分理解いただいた。
産業医	3 治療は主治医の判断となるため、本人も職場も適切に初診の主治医に理解してもらうかが重要な点。	産業医	3 産業医とスピーディーな連携ができ、結果的に短期間の休職で環境改善された職場に復帰できたこと。	産業医	3 診断書にもとづく配慮として異動が出来、スムーズな復職へとつながった。
	4 本人は産業医との複数回の面談の中でリーダーシップを学び、会社の貴重な人材として重宝されている		4 主治医が職場の就労状況を把握でき、主治医と職場が患者に対する同じ考えを共有できることの重要性を感じた。		4 障害者雇用拡大に主治医意見書が有効であり、主治医は患者を守る連携を図ること。
	5 本人に病識がないが、事例性を主治医へ伝えて連携し患者の病態が安定、職場の安心を得た。		5 主治医側の診察室情報と、産業保健スタッフ側からの懸念についても双方の関心領域となり治療と仕事の両立を促せた。		5 妄想があっても認知機能が保たれていれば就労可能であることを理解してもらえた。
	6 職場で困って手が無いと思われたASD傾向の事例、連携後、職場と本人の理解が進み適応的になった。		6 うつ病の復職支援プログラムであるリワーク医＝主治医と産業医の連携を行って、安定就労に成功した事例であること。		6 主治医からの返信状により、職場のハラスメント相談を利用することにつながった点
	7 産業精神保健分野の研究会に産業医および精神科医が積極的に参加することが就労支援に役立つ一例。		7 産業医との連携により異動が実現できた可能性が大きい。		7 本人への対応を産業医だけでなく、職場も人事も共通の認識で問題行動へ対応した。
	8 異動後不調が続き内科で療養中の社員の同意を得て精神科を紹介し病状や就労の安定につながったこと。		8 連携前後で明らかに変化があった。		8 会社が職場復帰の条件を主治医に示すことの重要性。
	9 本人が強く休職に難色を示したが、主治医と産業医との情報共有をもとに休職療養につながったため。		9 産業医、上司が本人の特性を理解、本人が周囲にヘルプを出しやすく、本人に合った職場に復職再発リスクが減った。		9 アルコール依存にも職場内連携は有効である。
	10 本人の不安定就労がなくなり、生き生きとした表情で就労されているところ。		10 文書での密な情報交換ができた事(本症例では、自動的に会社・産業医共に情報共有できていたのは良かった)		10 しっかり連携して本人・職場に働きかければ、本人らしさを取り戻し戦力となる。
	11 主治医の気分を害してしまわないか心配があったが、丁寧に記載しスムーズに治療まで進んだため。		11 業務上の大きな出来事であったてんかんだけでなく、他の障害・問題について目を向ける必要があることを学んだ。		11 会社を休む日が少なくなった。上司にすぐ相談ができて対応してもらえた。
	社内		12 職場で困り手が無いと思われたASD傾向だったが、職場と本人の理解が進み適応的になった。		社内
13 健康管理室内と医療機関では困難であり、人事労務担当者と協働し、組織的な動きにつながったこと。		13 本人を介した連携が、主治医と産業医(会社)との相互理解を高め、復職の一助となった。	13 産業保健に携わる中で困ったこと、大変だったことの記憶が一番大きかった。		
14 本人の特性について上司や人事に産業医がわかりやすく説明し相談できて職場が対応できた。		14 病状悪化時に機会を逃さず、本人を説得して適切な療養につなげたこと。			
15 これまで数年間続いた問題(当事者も直属上司も問題にできなかった)を会社として解決してくれた。		15 2回目の休職、勤怠安定期間がなかったことを重視してリワークプログラムにつなげることができたため。			
16 産業医は疾患だけでなく、労働に関連する法令や障害福祉サービスの知識も必要であると再認識した。		16 メンタル疾患は「怠け」との上司、周囲の感覚が変化し、多様性を認め生産性をあげる職場に変化が感じられた。			
		17 主治医の選択を慎重にする。治療対応の枠組みの大切さ。			
	18 安定就労に継続的な服薬治療が不可欠と考えられる統合失調症に対して、職場内の関係者が協力して本人を後押ししたこと。				
	19 障害者の二次障害的な気分障害に対して、関係者が緊密な連携を行い、速やかで適切な対応ができたこと。				
	20 初めてのメンタルヘルス不調者の復職を経験する上長に対して成功体験を得る手助けになったと考えられるため。				

表8-1

連携の時期	連携の起点	診断名	本事例を好事例とした最大の根拠	連携の目的	
不安定就労期	① 主治医から産業医へ	3	複数回の休職をしたが、休職に至らなくなった	休職を繰り返しており、ローパフォーマーとなり、会社で問題化していた。	
		4	主治医が診立てを産業医に伝え、産業医の進言により職場改善の方向付けができた。	受診前2か月間は約70～80時間/月の時間外労働の是正が必要と職場に伝えるため。	
	② 産業医から主治医へ	3	本人も職場も望んでいる状況を、適切に初診を受けてもらう主治医にどう理解してもらうかが重要な点。	安易に要休業の判断を主治医がしてしまうことは、本人も職場も休まれると困ることも十分主治医に伝える必要があった。	
		3	本人は産業医との複数の面談の中でリーダーシップを学んだと話し、現在も会社の貴重な人材として重宝されている	主治医への紹介、復帰後の安定就労を目的とする	
		1	本人に病識があまりない場合、事例性を通して主治医と連携することで適切な医療導入と治療継続への協力が得やすくなった。	アルコール関連障害が強く疑われるが本人は強く否認する。事例性への対応には内科医と、精神科医との連携が必要と考えた。	
		9	職場で困ったASD傾向のある男性だったが、職場と本人の理解が進み、適応的になった。	精神科の受診歴もない。産業医として、主治医を作り、そこにつないで解決したいと考えました。	
		4	本人、上司、会社側との合意形成に至ることができたため	主治医の意見・治療状況を確実に把握し、合理的な配慮、上長、会社側との合意形成に用いる	
		4	産業精神保健分野の研究會に産業医および精神科医が積極的に参加することが、実際の就労支援に役立つことの一例と考えたため。	主治医として療養を継続してもらい、安定就労につなげること。	
		3	産業医が社員の同意を得て速やかに精神科クリニックを紹介し、精神科治療を開始し病状や就労の安定につなげたこと。併せて、産業精神保健分野の研修に産業医および精神科医が積極的に参加することが就労支援に役立つ。	本人の承諾のもと精神科クリニックを紹介し、近い将来見込まれる多少の時間外労働の増加による病状悪化を未然に防ぐこと。	
		3	本人が強く休職に難色を示して理解が得られてなかったが、主治医と産業医との情報共有をもとに休職療養につながったため。	・産業医からの紹介状をもとに心療内科を受診したが本人が休職に抵抗、その後も不安定な就労が続き、再度、主治医に情報診療提供書を送付し、主治医から休職診断書かた発行され休職に至った。	
		8	本人の不安定就労がなくなり、生き生きとした表情で就労されているところです。	業務内容が本人に適切なものかどうか、主治医に意見を伺うことは治療に有効、本人もそのことに対して期待感があった、連携することにより、業務変更がスムーズとなり、主治医の本人理解・治療への情報活用も期待。	
		3	主治医の気分を害してしまわないかの心配があり、丁寧な内容で記載することに努めた。スムーズに治療まで進んだ。	定期受診では本人が他人に攻撃的な言動をしていることを主治医に伝えず、主治医が躁状態となっている点に気付いていない可能性があった。職場内の状況や産業医面談で聴取した内容を主治医に伝えて正しく診断および加療に繋げてもらうため。	
		③ 産業と職場関係者へ	3	産業医として関わったが、健康管理室内と医療機関だけではどうしても軽快が困難であり、人事労務担当者とともに協働し、本人のサポーターである管理者を設置するなど組織的な動きにつながったこと。	産業医として普段から連携が出来ている主治医へ紹介し、本人も素直に受診。しかし過大な業務負荷について、部長クラスや人事労務担当者との連携も必要と判断した。
			8	本人の特性が課題となった場合、職場上司や人事に産業医がわかりやすく説明し、必要時相談できるようにすることで職場上司などが安心して対応できるようになった。	発達特性が疑われたが職場にその理解はなく、繰り返す事例性と長引く休職が見られた。職場関係者との連携により就労環境の適正化と、ラインケアのやり方を変えられると考えた
			4	これまで数年間続いた問題（当事者も直属上司も問題にできなかった）を会社として解決してくれた。	
			3	障害者に対する職場の理解度はまだ低い。産業医は疾患だけでなく、労働に関連する法令（安衛法・規則以外）や公的な障害福祉サービスに対する知識も必要である。	上記①～③を上司、職場管理者、人事担当と本人同意のもとで共有し、事業所側、産業医側で取り込み可能なことであると判断し、連携をとった。

注：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞/>⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

表8-2

連携の時期	連携の起点	診断名	本事例を好事例とした最大の根拠	連携の目的
休業期	① 主治医から産業医への連携	3	薬物・精神療法による再発防止の限界があり、本人に対する上司の対応の問題、職場の方々への状況共有と理解。	主治医として要休業を判断と同時に、本人の同意を得て、産業医へ情報提供。休業により回復は見込まれるが、同じ環境での職場復帰が困難であることを産業医に理解していただきたい。
		2	診察場面、本人供述だけでは知り得ぬ情報を得て、アセスメントや方針決定に有益であった。	本人供述の信憑性が疑わしく、産業医に職場での問題行動、迷惑行為の有無を把握する必要があった。
		4	産業医とスピーディーな連携ができ、結果的に短期間の休職で環境改善された職場に復帰できたこと。	業務上の負荷により適応障害を起こした為、疾病性よりは事例性が問題となると判断した。連携により産業医・職場・人事等が職場環境改善に着手することを期待した。
		3	職域と連携することにより、主治医が職場の就労状況を把握できること、主治医と職場が患者に対する同じ考えを共有できることの重要性を感じたため	性格傾向から復職後症状再燃の可能性が高いと判断。産業保健スタッフに対し、主治医の見立て、根拠、望ましい対応方法を伝えることで病状再燃が抑えられる。
		4	主治医側の診察室で得られる情報、産業保健スタッフ側からの懸念についても、併せて相互補完的に、治療と仕事の両立を促せた結果となったため。	Aさんの今後の就業について社内健康管理室にて協議した（4軸アセスメントと復職に向けた方針の検討・共有）。
		3	うつ病の復職支援プログラムであるリワーク医＝主治医と産業医の連携を行って、安定就労に成功した事例であること。	休職中の職場との連絡の維持と、復職時判定の検討や助言。復職後の職場での配慮、復職後の職場の復職支援プログラムに主治医の助言を必要としたため
		3	産業医との連携により異動が実現できた可能性が大きい。	本人が過剰適応するタイプであり、現場でのプレーキ役が必要であることと現職場からの異動が必要と考え、主治医としての意見を産業医を通じて人事に伝えるため。
		3	連携前後で明らかに変化があった故	上司との人間関係に大きな要因があったため
		4	産業医、上司が自身の特性を理解してくれたという安心感から、本人が周囲にヘルプを出しやすくなった。本人の特性に合った職場に復職できたため再発のリスクが減った	職場内での本人の特性の共有 及び 所属部署の調整が必要と判断し、産業医と連携し、復職時には職場異動となった
		3	文書での密な情報交換ができた事（本症例では、自動的に会社・産業医共に情報共有できていたのは良かった	本人は早い復職を希望していたが、医学的に適切な時期を相談、本人が得意とする業務に就けるよう主治医の意見を伝える連携により、会社側も本人に好意的に接触できるようになる。
	② 産業医から主治医への連携	9	業務上の大きな出来事であったてんかんに注目するのではなく、ほあkの障害・問題についても目を向ける必要があることを改めて学んだ。	業務ができず、他の職員、クライアント先から苦情が出ていたこと、薬の内服をしはば忘れ発作を起こし、発達障害専門の精神科医との連携が必要と判断した。
		3	産業医も精神科診療に関して詳しいため治療転機のタイミングを判断、その後の主治医との連携が社内調整にも良い影響を及ぼした。	産業医が、転医を希望したため。治療方針としての薬剤調整やリワーク等について、主治医Bに依頼した
		4	本人を介した連携が、主治医と産業医（会社）との相互理解を高め、復職の一助となった。	主治医・本人と会社・産業医との認識のずれの修正が目的であった。
		3	病状悪化時に機会を逃さず、本人を説得して適切な療養につなげたこと。	服薬治療の開始と休職要否の判断。休職となり回復した場合は心理療法を追加し、復職準備性を高めること。
	③ 産業医と職場内の関係者との連携	4	2回目の休職だがその間の勤怠安定期間がほとんどなかったことを重視してリワークプログラムにつなげることができたため。	主治医にリワークプログラムへの参加を検討していただくため
3		メンタル疾患は「怠け」という、上司ならびに周囲の感覚が変化し、多様性を認めつつ生産性をあげる職場に変化しようという意識が感じられたこと	職場内で復職後も本人が孤立すると考えられ、また専門職であるがゆえにその職場以外には異動が考えられないため	
3		（ダメな主治医には退場してもらおう）だが、一応、治療対応の枠組みの大切さ。	治療の枠組みの再構築	
2		安定就労に継続的な服薬治療が不可欠と考えられる統合失調症に対して、職場内の関係者が協力して本人を後押ししたこと。	自宅近くの精神科クリニックで継続療養をしながら、復職を目指すこと。	
3, 8		障害者の二次障害的な気分障害に対して、関係者が緊密な連携を行い、速やかで適切な対応ができたこと。主治医とも連携しているが、社内連携の方がより特徴的と考える。	主治医は定期的を受診していたが、最近の不調に対して「無理せずに」などの助言にとどまっていることを本人より聴取したため、産業医や会社が観察している事象を主治医に伝える必要があると判断した。	
4	初めてのメンタルヘルス不調者の復職を経験する上長に対して成功体験を得る手助けになったと考えられるため。	メンタル不調対応が初めての上長と情報共有することで管理職としての負担、不安の軽減		

注：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞/>⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

表8-3

連携の時期	連携の起点	診断名	本事例を好事例とした最大の根拠	連携の目的
復職期	① 主治医から産業医へ連携	4	異動先で不適應をくり返す抑うつ→退職となる手前で復職出来たこと。	根本的解決のため「異動（出身地近くでの勤務が望ましい）」と記載。
		3	地方では工作上、車の運転が必要とされることが多い。産業医を通じて服薬の必要性、運転の可否を職場に十分理解していただいた。	投薬を減らすことは安定した病状を保つためには困難であるため、職場の配慮が出来ないか、と考えた。
		4	通常のルートとは違い、診断書にもとづく配慮として異動が出来、スムーズな復職へとつながった。	職場復帰時における環境調整
		2	公共性の高い事業所の障害者雇用拡大に主治医意見書が有効、顔のみえない産業医にも主治医は患者を守る連携を図る	障害者枠での就労ではなく契約が更新されない可能性が大きかったため、産業医の理解、ひいては職場の理解を求めた。
	② 産業医から主治医へ連携	3	妄想も認知機能が保たれていれば就労可能であると理解してもらえた	産業医が復職可能か判断に迷ったため主治医である私にコンタクトを取ってきた。
		4	主治医からの返信状により、職場のハラスメント相談を利用することにつながった点	傷病手当金が切れてしまうなど、経済的理由が発生したため
		3	本人への対応を、産業医だけではなく、職場も人事も問題行動対応へ逃げずに本人に直視し共通の認識で対応できたこと	他害の恐れがあり、また治療回復に疑念が生じ人事や、職場、健康管理部門が連携し、リハビリ出社を停止する必要があった
		3	会社が職場復帰の条件を主治医に示すことの重要性	復帰後の勤務条件について主治医に理解していただき、その条件での勤務が可能か否かの判断を仰ぐ必要があると考えた。
	③ 産業と職場の関係者の連携	1	アルコール依存にも職場内連携は有効である。	・再飲酒のリスクを減らすためにも職場内で本人を支えていくことが必要と考えたから。
		4	高卒後に就職し、不適應を起こして退職するケースも多いが、しっかり連携して本人・職場に働きかければ、本人らしさを取り戻し、戦力となりうるから。	本人への働きかけ（人間的成長が必要）と同時に、職場側の受け入れに関する取り組みが必要だと考えたため。
8		・会社を休む日が少なくなった。・上司にすぐ相談ができて、対応してもらえるようになった。	・精神科医を受診し「復職するときに職場環境調整をした方がよい」との指示を受けたこと。	
4		異動後の業務で調子を崩したものの当該部署で復職せざるを得ない困難なケース、産業医、上司、人事労務担当者、産業看護職などが連携し、業務内容の微調整、上司の支援強化などを行い、順調な復職につなげたこと。	再不調が危惧されたため、上司等との連携により、予防策を講じるが必要と考えられた。連携により安定就労を期待した。	
	4	産業保健に携わる中で、困ったこと、大変だったことの記憶が、自身の中では一番大きかった。	1年以上の療養後、復職に際し障がい者職業センターのジョブコーチをつけ、新しい業務に従事するため、職場に連携した。	

表9-1

連携の時期	連携の起点	診断名	連携後の本人の変化	連携後の職場側の変化	連携後の主治医側の変化	連携の具体的成果
不安定就労期	① 主治医から産業医への連携	3	産業医と主治医に伝える情報が異なることが、連携後は少なくなった。	職場側も本人の対処を正確にできるようになった。	本人の主観的言動だけでなく客観的情報が入り治療に促進的となった。	会社側の本人に対する陰性勘定が徐々に改善した
		4	労働負荷軽減の方向に進むことでの安心感もあってかストレス軽減、回復、安定就労に至った。	産業医から事業者に進言した頃から○さんの心身不調が自覚的に改善してきた。	特にないように思います。	リラクゼーション法やコーピングについて指導し、事業場看護師によるリスニングを続けている。
	② 産業医から主治医への連携	3	通院加療による軽快、職場環境調整による過重労働の軽減などから、休業なく働きやすくなった。	本人にも職場にも大きなマイナスが生じず、健康管理室との協働の意義が管理者側に伝わった	治療と仕事が改善、主治医も連携の意義が伝わり、連携の余地ができた	職場環境調整と適切な治療
		3	リハビリ勤務を経て段階的に復職し、現在も元気に働いている	復職の成功事例を蓄積できた	不明	安定復職ができ、貴重な人材を失わずにすんだ
		1	事例性から指示している解決のための連携を職場の協力が得られた	事例性に変化が生じたときに精神科主治医に連絡話しやすくなった	適切に対応すると、主治医側からも情報交換が行われるようになった	事例性の再燃を繰り返してはいるが、早期に対応、医療導入がしやすくなった
		9	産業医以外の第三者からも、ASDの傾向を説明され、受容がすすんだ。	本人に対する解決手段がありうるので、安心したよう。	職場の情報を渡しアセスメントが進んだ。診察室、職場による違い。	本人に病識が得られ、産業医の助言に対応してくれるようになった。
		4	主治医からの書面で証明できたような安心感	納得、理解が得られた	職場、就業条件における健康管理についての理解が得られた	合意形成ができた
		4	産業医と主治医間の信頼関係で安心感を醸成している。	特段の変化なし。	特段の変化なし。	通常よりも密な連携により安定就労を実現できている可能性がある。
		3	産業医と主治医間の信頼関係で安心感が高まっている様子である。	特段の変化なし。	特段の変化なし。	産業医が紹介した専門医により治療が開始され安定就労の可能性はある。
		3	病気に対して、休職自体が治療になることへの受入れに繋がった。	勤怠が不安定で職場も対応に苦慮し、人員・業務調整に繋がった。	投薬治療のみから休職診断書の発行に繋がった。	職場での客観的な状態を産業医から主治医に伝え休職療養に繋がった。
		8	業務遂行できる、上司から褒められ、自信を取り戻してきている	現職場の上司から、本人の働きが良いことを耳にしているとのこと。	本人からは主治医から上手くいったね、と言われました	本人の表情が生き生きとしていることが何よりの成果
		3	本人も感じていたようであり、連携が奏功して早期に治療介入された	攻撃性が出てきたことに困惑していた職場は、安心してた	適切な治療を現在も継続し、産業保健上必要な措置にも理解。	日頃から良い連携のある人事担当者からの早期の相談で分かった事例である
	③ 産業医と職場内関係者の連携	3	多くの方がその状況を把握することにより、安心感は芽生えたよう。	当該社員が動きやすい環境を構築できそうな見通しがたつた。	紹介状に記載し、状況を理解の上、治療をしていた。	管理者の上司をサポートできる人材の配置など、組織的な対応
		8	病態が安定して就労継続	事例性に変化が生じたときに産業医に聞けることで安心した様子である	特になし	事例性が減少し、突発休も無くなり、安定就労に結びついた
		4	話せたことで安心。職場内で同様の経験された方がサポートしてくれた。	所長より、問題の方に対して事実確認が行われた。	-	イジメ、人権侵害を会社として取り組めた。問題は小さくなった。
3		勤怠の安定（完全とは言えなかったが）。パフォーマンス向上。	本人の特性が理解でき、不調時にも柔軟に対応可能になった。	特になし	契約更新にもつながった。本人の経済的不安をある程度解消できた。	

注：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

表9-2

連携の時期	連携の起点	診断名	連携後の本人の変化	連携後の職場側の変化	連携後の主治医側の変化	連携の具体的成果
休業期	① 主治医から産業医への連携	3	職場復帰と同時に、同部門の他グループに移り、安定就労が半年以上継続している。	産業医が適切に動いてくれ、上位上司の配慮により、職場復帰と同時に異動決定	産業医への信頼感が高まった。	状況の理解・共有と職場環境調整
		2	産業医からの情報提供内容を否認された。	主治医への連携に信頼を示し、より強力的になった。	診察場面だけでは把握できない実態を知ることができた。	被害妄想、恋愛妄想にもとづく迷惑行為を知ることができた。
		4	主治医が目前で産業医と対応していることで安心して様子	過重労働であったことを認め、職場の就労時間の見直しが行なされた。	診察場面で思い切って連携したことが良かったと改めて感じた。	心身のリズムが回復後に産業医からの要請があり、リワーク終了後に復職。
		3	職場および産業保健スタッフへの信頼が増し就労が安定した	何かあれば本人を通して主治医に労働条件を確認してくれるようになった	職場からの客観的的就労情報を得ることで治療がしやすくなった	長期安定就労が可能となった
		4	復職の際には現職以外に就くこととなったが、これには前向きであり安心もできた	職場側の具体的な懸念も聞かれたため、解決・緩和に向けた注力を絞ることができた	職場、産業保健スタッフとの協調が図れ、外来フォローにも安心感を持てた。	安定就労に至った。その数年後に、拳児、育児を契機に退職となった。
		3	復職後に職場での業務内容や業務負荷が適切に改善され就労継続できた	主治医に通院および復職後フォローに参加し、支援が継続し業務を任せられた	職場での業務負担を減らして症状悪化が防げた。	複数回、休職していた事例が再休職せずに就労継続できている。
		3	産業医とのやり取りを積極的に開示。	残業時間の制限をする。本人と定期的に面談してくれるようになった。	特になし。	本人の望む部署への異動。産業医から職場側へ過重労働の注意をした。
		3	上司への恐怖感が減少、コミュニケーションが増える	上司から本人への声掛け増加	特になし	症状の改善
		4	上司や産業医に不安な点を自ら相談できるようになった	本人と特性の理解に努めてくださり、職場異動がかなった	本人との信頼関係がさらに進んだ	病気の再発予防に寄与したと思われる
	3	大きなストレスなく適度なストレス下で就労継続できた。	うつへの再燃兆候が出た場合は休養できたり、業務調整をしてくれるようになった。	—	スピーディーに適材適所で、再休職に至らず2年程度経過している。	
	② 産業医から主治医への連携	9	就職後は発作はコントロールされ、休職、連携により受容的な態度となっている。	(てんかんについては職場ではオープンに、ADHDについては公表せず)	てんかんとADHDの合併症例ということで興味を抱いた様子	てんかん、ADHDが確認され、その後の就業状況把握がうまくいった。
		3	当該職員と産業医との関係性が良い状況となった	産業医、安全衛生(健康管理)側が、信頼感を抱ける主治医の調整が行われる	双極性障害のため、今後も長い治療と連携が必要だと考えた。	障がい者職業センターのリワーク支援を活用し復帰後も治療、就労継続。
		4	産業医への信頼が向上し会社の理解や受容が向上した。	主治医への不信感が軽減。	著明な変化はないが、会社の実情への理解が高まったと推察される。	順調な復職を実現できた。
		3	服薬治療と休職を受け入れ、リワーク受講、職。思うに任せない現実の受け入れた。	休職前は本人任せが、復職後は産業医面談終了時に上司が同席して情報共有する。	産業医との信頼関係が向上した。	休職による病状の回復、主治医の後押しによるリワーク利用でストレス耐性を向上できた。
		4	連携のみでの変化は特にありません。	特になし	1往復のやり取りのため変化は確認できませんでした。	リワークプログラムに参加し、べき思考への気づき、対人スキルの向上。
	③ 産業医と職場内の関係者との連携	3	周囲に対する被害念慮が薄れた	多様性を認める職場に少し近づいた	特に感じられなかった	安定就労できるようになった
		3	生活リズムが整い、症状も軽快→満了直前に復職できた	ちゃんと治療の枠組みができれば、本当に良くなるという実感もてた	主治医は交代している	メンタル事例も、それなりの対応をすれば良くなるという管理職の認識
		2	継続的な服薬治療を受け入れて、安定就労を達成した。	精神科クリニックの継続受診により本人の病状が安定	目立つ変化なし。	病状の回復、上司や人事担当者の態度が支持的に変化した。
3,8		主治医と産業医の一連の連携を経験し、両者への信頼が高まった。	復職時には職場での観察事項の定期的な産業医への報告などが行われた。	目立つ変化なし。	産業保健職が状況を整理し、要領よく主治医に報告、遅滞ない休職を実現できた。	
4		特にありません。	上長のメンタル不調への知識が増え、復職プログラム作成に理解が深まった。	—	上長の負担や不安が軽減。復職面談に上長も参加積極的に発言。	

注：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞/>⑧F80-F89 心理的発達障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

表9-3

連携の時期	連携の起点 診断名	連携後の本人の変化	連携後の職場側の変化	連携後の主治医側の変化	連携の具体的成果	
復職期	① 主治医から産業医への連携	4	ストレス軽減	時短勤務→復職2ヶ月後希望どおりの異動	特になし	復職しストレス因の少ない土地での異動
		3		病状への理解、服薬の必要性の理解	—	仕事をするために減薬ということをまぬがれた。
		4	診断書にて、異動の後ろだてがあり、復職を安心してのぞめた	異動の必要性の理解が深まった	—	—
		2	本人・家族とも非常に安心して喜んだ	相応の配慮がなされたが、上司によっては理解が足りず負荷をかけることもあり再休職に至った。しかしその後は今日まで安定して就労継続できている(二度目の意見書)	思い切った提案(H23年分の⑤)ができたことで、障害者枠の雇用についてはその後継続的にとり組んでいる。	雇用の継続確保、業務負担の軽減
	② 産業医から主治医への連携	3	主治医に自分の置かれた状況(症状)をより詳しくわかってもらえたようで喜んでた。また、主治医が産業医に主治医としての考えを伝えることで復職に際して配慮されることが期待できるため喜んでた。	配置転換の上での復職に前向きに取り組んでもらえた。	症状の捉え方が変わった(以前は抑うつ症状が主であったが、以降はそれに加えて妄想も確認するようになった)。最も良かったのは、抗精神病薬を使用する契機になったこと。	復職に成功し、現在まで就労継続できている。さらに、通院も定期的にできしており、幸い妄想も認められていない(抗精神病薬の効果/配置転換)。
		4	現在、進行中のため	真摯に対応してくれるように	現在、進行中のため	現在、進行中のため
		3	復帰の許可が得られなかったため、ショックを受け、プライベートでのやや逸脱した行動が見られた	リハビリ出社が中止され安堵したが、本人への信頼が失われ、受け入れ拒否姿勢が強まった	他害の恐れがあり産業医から連絡した際も、本人の診療情報提供は同意がないとできないとの消極的な姿勢であったが、復職過程を一旦中止し産業医が同行受診してから病状評価と服薬内容を見直した	再療養後、一時はプライベートでの異常な行動があったが、治療内容の変更も含めて徐々に安定し4ヶ月後の復職対応再開に至った
		3	会社が示した条件を満たせるようになってから復職することになった。	特になし	会社示す条件での就業は困難とのことで休職を継続する旨の診断書を書かれた	就業の条件について主治医の理解を得た
	③ 産業医と職場内の関係者との連携	1	上司・同僚、人事総務への感謝の言葉が出てきた。断酒会に毎週言っている。仕事を少しずつ与えてもらい、やりがいを感じるようになった。	あたたかく本人を迎えてくれた。本人の能力に合わせて仕事量を適切にわりふってくれるようになった。	特になし	復職後1年経過しているが、断酒が続き、メンタル不調で休むことなく過ごせている。
		4	復職前は下を向いて小さな声で自信なく話していたが、連携して復職後は会うたびにたくましく、元気になった。	上司をはじめ「最近の若い奴は」と本人に対して否定的だった。しかし、指導に気を付けてもらったことで本人が元気になり、上司の本人に対する評価が上がった。	大きな変化はないが、念のため抗うつ薬を継続処方している。	復職後、研修も順調にこなし、休むこともなく勤務できている。
		8	・きちんと理解してもらえて、安心感がもてた(100%安心というわけではないが・・・)	・どのような対応(仕事の与え方、サポートの仕方、など)がわかった。・本人の言動が、疾病の特性から来ていることがわかった。	・体調の変化があれば、主治医としてはどうしてほしいかについて、メモ書きでこちらに渡してもらえるようになった。	・本人としっかり話ができて、変化が起こったら、こちらに報告がきたり、スムーズに対応してもらえるようになった
		4	やや自信を持った様子となり、安定して就労できている。	特段の変化なし。	本人から受診時に会社の取り組みを伝えているが、特段の変化なし。	部署の適切な支援を得ることが出来、病状の安定と安定就労を実現できている可能性がある。
4	本人の認識は、当初からほとんど変わらない。業務上の間違いの回数や内容について記録を取ったが、失敗や間違いは誰にでもあると気にしない様子で、業務改善は大きくは計られなかった。	11の回答通り、周りの同僚たちは深く関係を持つことを避け、上司のみが中心的に対応を余儀なくされた。大きなトラブルは事前連携のおかげで起こらなかったが、本人の業務内容は、失敗のたびにたらい回し状態になった。	障がい者職業センターにお世話になったのみで、主治医とは連携していない。当初療養時の診断と職場復帰後の対応は、別次元のものであった為。	職場のトラブルはおそらく連携しないよりは減っていたと思われる。職場の理解・協力がなければ、営業時代と同じくメンタル不調に再度なったかもしれない。職種の変更とともに、職場関係者との連携を図って正解。		

注：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

表10-1

連携の時期	連携の起点	診断名	連携の具体的手順、内容	連携の準備	連携の頻度	連携に活用したツール
不安定就労期	① 主治医から産業医への連携	3	産業医と互いの個人メールにて連絡を行った	産業医と産業医の会や精神科の会などで個人的関係を構築	複数回	書面やEmail
		4	主治医は、翌日より休業を指示し、事業場産業医宛に現症と	主治医は当該事業所の産業医、保健師とは、以前にも不調職員をめぐり連携した経験のある関係性があった。	その後の状態を確認するなど複数回であったと思います	書面（診断書）
	② 産業医から主治医への連携	3	本人に対して、治療が必要な状態であり紹介先に受診してほしいことを説得。同時に上司にも状況を共有して業務調整などについて検討していくことも理解を促し、本人の同意を得た。	本人の同意を得てから、上司と個別に面接する機会を設け、職場の現状と本人の勤務状況を確認。	文書は1回。	書面により主治医あてに送付。
		3	初診時の紹介状作成、産業医としての見立てと休職期間、復帰後の会社でできる配慮を伝えた。その後、治療が進みリハビリが必要となったとき、主治医のクリニックにリワーク施設などがなかったため、産業医が協力体制を作り、リハビリを行う旨主治医に伝え、主治医と協力しながら本人の復職準備を高めた	会社内で復帰プログラムを作成し、段階的復職を可能にするともに、求職中のリハビリについて月に数回の面談を行い、アドバイスを行う体制を構築	複数回	書面
		1	事例性を理由に精神科専門医受診を指示するも、本人の否認が強かった。そのため事例性を中心とした詳細な紹介状を内科医宛に作成した。内科医と産業医および人事からの説明により精神科受診に至った。	本人の否認が強いため事例性を中心とした詳細な紹介状を内科医に、ついで精神科医に作成した	事例性的な変化時、就労環境の変化時などに複数回の連携を積み上げた	通常の紹介状
		9	精神科医に紹介状を書き、ASDの検査を依頼しました。また、電話で精神科主治医に状況を説明しました。	本人に説明して同意を得て、受診の説得をおこないました。その上で、精神科主治医に情報提供書と電話にて情報提供した。	本人受診の報告も含め、4-5回のやり取りをおこなった。	主治医は顔見知りだったので、メールと電話、情報提供書で連絡しました。
		4	診療情報提供書を受診日に本人が持参、医療機関より会社に返書送付	本人、上長、人事労務担当者、保健師、産業医で面談し、主治医に確認すべきこと確認、同意の上、記載	複数回 3回	診療情報提供書
		4	産業医の知り合いであり、産業精神保健に造詣が深い精神科医であること伝えたい旨、受診を促した。以後の連携は本人の病状の変動により行われたが、休復職時の診断書や意見書以外は全て本人を通じた伝言で行われている。	特になし。産業精神保健研究会が前提となっている	産業医面談ごとに本人から主治医の意見を聴取するため複数回である。	書面および本人による伝言。
		3	産業医の知り合いであり、産業精神保健に造詣が深い精神科クリニック宛に紹介状を作成して受診させた。紹介状は本人が内容を確認したうえで持参させた。その後は本人を通じた伝言で主治医と産業医の連携を行っている。	特になし。産業保健総合支援センターの研修などでの協働により、主治医と産業医は顔見知りであった。	紹介状の作成は1回（主治医からの文書回答あり）。産業医面談ごとに本人から主治医の意見を聴取し、複数回の連携がある。	書面および本人による伝言。
	3	①紹介状②情報診療提供書的主治医への郵送。	人事と上司に対して勤怠や業務パフォーマンスの状況確認し、休職を拒否している段階では週一で面談設定し、体調確認と休職の必要性について産業医から本人への説明を繰り返し行った。	書面での情報診療提供書のやり取りのみ。		
	8	本人と面談、目的を伝え本人の意向を確認。本人経由で主治医受診時に連携をとりたい旨、伝え。本人より「主治医からまずメール連絡がほしいと仰っていた」と伝言あり。保健師より主治医へ連携をとりたい旨、今までの状況を簡単に説明。次回、本人とともに主治医のもとを訪れることを約束。主治医を訪れる前に、上司に過去の業務歴を伝えてもい、実際の作業を現場で確認。	まずは本人の意向を確認し、同意を得ること。またこれまでの困難な状況を調査すること。そして業務変更内容を人事と検討することを実施。主治医に細かな状況を伝えられるように準備した。職場のキーパーソンに説明する書面で「特性」「困りごと」「お願いしたいこと」をまとめ、との形として残らないよう回収した	メールでは数回。直接的な面談は1回。その後、経過が順調であるため、今後は本人を通じた報告となる。	発達検査の結果は本人の状況を確認するため重要な情報源。過去の業務歴と困難であったことをまとめた文章を作成し、主治医へ。	
	3	産業医面談で本人に双極性障害の疑いがあることを説明した。他人に対して誰にでも攻撃性があること、疑われる疾病について理解も納得もしない可能性を考えて、双極性障害の症状などが書かれた教科書やインターネットの記事を本人に提示して説明を行った。	本人が疑われる疾病について理解も納得もしない可能性を考えて、双極性障害の症状などが書かれた教科書やインターネットの記事を本人に提示して説明した。診療情報提供書に記載する内容の概要を作成段階で本人にも先に説明した。（産業医から主治医に相談する内容や目的についてより本人が理解するため）	産業医-主治医間で1往復のみ	診療情報提供書 その他、上記に記載した教科書やインターネットの記事	
	③ 産業医と職場の関係者との連携	3	使命感を持って数年かけて責任者としてやってきた本人の意志も尊重し、ただ、このままでは心身不調で業務遂行が困難になってしまうことを説明し、本人の同意を得た。	当該社員の直属上司は、まだ着任したばかりであり、専門外で、当該社員の業務支援は事実上できていないことから、人事労務担当者から今後のサポート体制など聴取。この過程でも事前に本人の同意を得た。	複数回、人事労務担当者や部長と積み重ねた。	メールと面接
		8	主治医から情報提供を受け、その内容と産業医としての考えを合わせて本人職場上の人や人事労務に伝えた	主治医と連携し、疾病性に関する産業医の考え方を適性を担保した	複数回の積み重ね	日常生活記録表
		4	職場看護職に本人のサポートをお願いし、問題を所長権限で解決するようにした。	職場看護職と入念な準備、討論を行った。	月1回で数回。	対面での連携
3	事業所側：本人の特性等について部署内での共通認識をもってもらった。就業規則、契約内容について本人に理解可能な範囲で伝え、社内で利用できる制度についても説明。産業医側：障害福祉サービス、その他公的に利用できるサービスについて本人に案内。	就業規則や契約内容の再確認、公的サービスの情報収集など。	複数回の積み重ね	特になし		

注：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞/⑧F80-F89 心理的発達障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

表10-2

連携の時期	連携の観点	診断名	連携の具体的な手順、内容	連携の準備	連携の頻度	連携に活用したツール
主治医から産業医への連携	①	3	業務体制や業務内容などを本人から聴取し、再発防止のための環境調整に産業医や産業保健スタッフとの連携が重要であることを、本人に説明し同意を得た。	直属上司との関係の問題があるため、産業保健スタッフへのダイレクトメールとしたいため、産業保健体制を本人から聴取。	文書は1回。	書面により産業医あてに送付。
	2	2	書面での事例性把握を書面で照会。産業医の了解のうえ、書面及び電話等で事例性を聴取。	照会事項及び同意書を含めた書面を作成。	複数回のやり取った。	厚労省のガイドラインに準拠した照会文。
	4	4	病気療養が必要と判断し、診断書作成にあたり業務起因性について触れることとした。	診断書の内容を本人と確認し同意を得た。	3回	電話と診断書
	3	3	1度は産業保健スタッフが診察に同席。それ以降は本人を通して情報共有。	発症からこれまで、今後の見通しを心理テスト（TEG, PF, 描画テストなど）を提示しながら説明	面談は1回、それ以降は患者を通して複数回情報共有。	心理テスト（TEG, PF, 描画テストなど）を提示
	4	4	初診からの間までに当該職場と主治医は連絡を交わすことはなかったが、9月初旬に、主治医から産業医に電話し、1週後に産業医を訪ねた。	9月初旬に、主治医から産業医に電話し、1週後に産業医を訪ねた。	複数回の積み重ね	4軸アセスメント
	3	3	リワークへの参加を産業医が依頼、主治医に受診しリワーク開始、主治医から状況を報告。また産業医から職場での状況を報告し、主治医がリワークを進める際の参考にし、復職可否の判定に際して、主治医と産業医が検討した。	常日頃から主治医と産業医は事例の紹介、助言等で連携関係を持っていた。	複数回の積み重ね	文書/手紙、メール、急ぐときは電話
	3	3	毎受診後、受診状況と主治医の意見をメールで産業医へ送付。	受診時、本人に、メールの大きな内容について協議。	2〜4週間毎にメール。全部で5〜6回程度。	メールのみ
	3	3	本人の許可を得て産業医に連絡。産業医から直属上司に連絡。	—	—	メール
	4	4	産業医と直接面談し情報共有、また書面による連携	患者の承諾を得たのち、知能・心理検査の結果も使用しながら本人の特性について産業医に情報共有した	複数回行った	知能・心理検査の結果としてWAIS-IV、ロールシャッハを用いた
	3	3	本症例では、本人がしっかりした人であり、本人を通じて文書及び口頭で情報交換していた。大事な部分は診断書を通じて意見していた。	本人には、産業医の有無を確認してもらい、名前を把握した。連携の仕方は通常であれば産業医と聴くが、本人がしっかりと文書を作成し、情報を伝える。	受診の頻度、急性期は2Wに1回。落ち着いてからは月に1回。情報交換は毎回。	本人が作成した書面。主治医の意見も書面化していただき、伝達していただいた。後は重要部分は診断書で。
	休業期	② 産業医から主治医への連携	9	てんかんで休職療養中に注意障害の精査も併せて受けるよう説得し同意を得た上で連携を進めた	本人の同意書、情報提供書作成	2回
3			事業場保健師が同行して、主治医Bを受診した。	診療情報提供書と、受診（初診）日等の調整。	リワークでの検討等を含めると、複数回	診療情報提供書と、保健師が同行して主治医Bに説明。
4			1回目の産業医文書：会社方針、復職ルールなどについて情報提供した。主治医から診療情報提供書（氏名、住所、電話番号、生年月日、傷病名、紹介目的、治療経過、現在の処方）で返事を得た。治療経過欄に部署、復職プランへの要望が記載されていた。	2回目の産業医文書：復職時期や短時間勤務の期間を伝え、復職可否判断の参考としてもらった。主治医からは診断書が提出された。人事担当者及び上司と打ち合わせを行った。	上記の通り2往復。	書面および本人による伝言
3			本人承諾を得たうえで、産業医からの紹介状で概要と要望を主治医に伝えた。	連携に前向きでない本人への必要性の丁寧な説明。	1往復。	書面および本人による伝言。
4		主治医に勤怠の状況を伝達し、リワークプログラム参加が適切かどうかの意見を求めた。	先に本人の口から産業医がリワークプログラムについて説明したことを伝えてもらった。	1回	書面	
③ 産業医と職場内の関係者との連携		3	本人同席のもと上司を交え、何度も相談し、また、社内で管理職向けの講演を何度か行った	本人並びに周辺からの情報収集	複数回	講演のためにパワーポイントを使用
		3	本人との面談。必要により主治医変更、リワークの導入。	信頼できる医療機関、リワーク施設の紹介	複数回	紹介状、生活記録表、薬手帳
	2	インターネットで検索したクリニックを本人に提示、独力で受診・継続療養の必要性は産業医から繰り返し説明し、人事担当者とは上司は復職に必要な目安となる体調について本人に説明し、受診を後押しした。看護職は受診有無の確認を行った。復職時は復労働安全衛生マネジメントシステムの文書を利用した。すなわち、上司と本人が作成した業務計画を主治医に提出し、復職の注意点を聴取し、産業医が最後に復職可否の意見を述べた。	継続療養の必要性への理解が乏しい本人への丁寧な説明。	復職時に1回。	書面および本人による伝言。	
3, 8	書面により、睡眠覚醒リズムが崩れて勤怠不良になっていることを伝えた。	産業医勤務日に欠勤したため、別日に看護職に代理としての情報収集と本人同意の取得を実施してもらった。	休職前に1回。	書面および本人による伝言。主治医からは通常の診断書。		
4	月1回の訪問時に10〜15分程度で上長、人事労務、産業医で情報共有	特別な準備はありません	計4回	特に無し		

注：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

表10-3

連携の時期	連携の起点	診断名	連携の具体的手順、内容	連携の準備	連携の頻度	連携に活用したツール
復職期	① 主治医から産業医への連携	4	復職の診断書	産業医面談の時期に本人とうちあわせ	今回のエピソードでは1回のみ	特になし
		3	文書などの記載	本人を通じて会社、上司に相談してもらったところ、復職時に意見書提出となった。	複数回の積み重ね	特になし（病状経過連絡書のみ）
		4	復職の診断書にて「異動が望ましい」と加える	事前に職場、本人の同意を得ること	1回のみ	復職時の診断書にて
		2	意見書2枚	家族、本人の承諾を得て障害者枠での雇用の方向で準備することにした。	二度の休職から復職に際して意見書をそれぞれ提出した。	職場規定の書面を使用した。
	② 産業医から主治医への連携	3	メールにて面接での印象や面接で得られて情報を伝えてきた。	送られてきたメールに対して返信した。	複数回。	メールでのやり取りのみであった。
		4	ハラスメント相談窓口を利用してもらうこと	特になし	複数回	診断書、紹介状と返信状
		3	問題点を提示し再度療養するよう指導し、リハビリ出社を中止すること、再度受診する様指導した。	本人に自覚がないため、人事と職場と産業医、保健師で情報を共有し、事実として職場で起きていることの実事確認を行った	複数回	特別なものは使用していない
		3	産業医より主治医宛に文書を作成し、会社が勤務を認める条件を示したうえで、就業可否の判断をお願いした。	上司、人事と勤務を認める条件を確認した。産業医の文書とともに、人事も就業するための条件についての文書を作成して本人に渡した。	1回	照会状
	③ 産業と職場内の関係者との連携	1	・休業中から本人と産業医面談をおこない、関係をきざしておく。・復職後、部署異動し、人間関係や職務内容を再構築する。・復職後、月1回の産業医面談を継続する。・復職後、人事担当者が断酒会に月1回同席する。	・復職後の部署の管理職と会議を設定し、アルコール依存症の説明や治療について説明し、今後のフォローアップ体制の依頼をした。・同様の会議で人事・総務担当者にも説明した。	複数回	特に使用せず、口頭中心で連携しました。
		4	・復職前から本人と定期面談し、社会人としての態度や、ストレス対処法について対話する。・復職前から職場の管理監督者と情報交換し、復職後も対応について助言した。	・会社の保健師から連携について本人・上司に説明してもらった。	複数回の積み重ね	復職時の意見書
		8	①主治医から意見書をもとに、本人と面談（苦手なこと、つらいこと、どのようにしてほしいかなど）して具体的に聞く。②職場の上司から、以前の職場での様子、職場の現在の状況、懸念点などを聞く。③本人・上司・産業医の三者で、復職後の仕事の内容、サポート体制など合意形成を行う。④最終的には人事も含め、復職を決定する。	—	複数回（4～5回）	主治医からの意見書。・面談の際は本人・上司・産業医が記録、面談の初めに前回話し合った内容を確認、その後に新たな相談に入った。
		4	本人の承諾のもと、上司、人事労務担当者、産業看護職と打ち合わせの機会を持ち、業務内容やその教育を含む復職プランを作成した。	産業看護職が上司と事前打ち合わせを行った。	復職前、慣らし勤務終了時、など節目に複数回の会議を実施した。	本人から同意を得た範囲で産業医面談記録を共有した。
		4	1年以上の療養後、復職したが、アスペルガーの疑いとの産業医の判断もあり、障がい者職業センターのジョブコーチをつけながら異動。職場の上司・同僚にジョブコーチと産業保健関連職で、行動特性や仕事の進め方、何かトラブルがあった際の対応方法などを事前に複数回打合せや学習をおこなった。本人には、指導を受けた事、実際に起こったミスなどをメモに記載し、原因や再発防止の手順などを自ら追記・学習してもらった。	連携前に、まず本人とジョブコーチらとの面談を行い、ジョブコーチには職場環境の確認と業務内容の把握を行って頂き、職場同僚への事前説明会にも同席頂いた。	複数回実施。当初、ジョブコーチは交代で週3回程度、本人と一緒に仕事ぶりのチェック・指導も行っていった。トラブルが起こったり、上司や同僚らのクレームに応じて、連携をさらに図った。	特に活用したツールはない。

注：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞/⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

表11-1

連携の時期	連携の起点	診断名	連携の手段	本人の同意	連携に要した費用負担	連携に関わるリスク	
不安定就労期	① 主治医から産業医へ	3	1, 3, 5 手紙	同意を得た	なし	当初は情報を本人の退職の勧奨に使われるのではないかと懸念したが、産業界の性格からその可能性はないと判断した。	
		4	5 書面(診断書)	現在の不調と勤務の関係が深いと考えられるため、働き方について産業界の先生にお伝えし検討いただこうと思うかよいか?と具体的に(その必要性を説き)勧めると同意された。	初診再診における診療報酬の範囲	労務環境の是正の進言を行ったため、患者によっては職場への不満が高まることや場合によっては労災請求心性の方向に動くこともありうるstoryかもしれないが、治療上の有益性を説明し、その態度姿勢からは、そのリスクはあっても低いと判断した。	
	② 産業界から主治医への連携	3	-	-	休んで治療する方向は本人も職場も望んでいないため、治療を受けながら働けるために、職場や上司の協力の他、状況の理解を主治医にもしていただく必要がある、という説明で同意を得た。	無償(産業界業務の一環であるため)	状況を説明したにもかかわらず、主治医は「要休業」という判断となる場合もある。
		3	5 書面	有、診療情報提供の作成の同意を得るとともに、本人にも診療情報提供書の内容を直接見せて同意を得た	主治医の診療情報の提供に対して、会社が診療情報提供代を負担	主治医からの同意が得られない可能性を考え、また主治医が復職準備が高まっていないのに復職を許可し、安定復職ができないリスクを考えたが、主治医が産業界の意見に賛同してくれたため、そうならなかった	
		1	1, 5 紹介状	産業界として事例性から見た病態仮説、発症からこれまで、今後の見通しを再発リスクを含めて説明し、まずは内科医と、ついで精神科医と連携する重要性の理解と同意を得た	連携にかかる費用は会社負担。診察は保険診療。	労働者の連携受け入れは表面的であり、連携の中断を想定。実際時に治療中断という形で連携中断が生じた	
		9	3	本人の同意のもと、受診してもらいました。	本人が保険診療を受け、それに関する支払いをただけです。	主治医と、産業界のみたて・方針がずれると厄介だが、そういうことはありませんでした。	
		4	5 書面・診療情報提供書	会社の知りたいこと、産業界から状況説明し、主治医の意見を書面でもらう、	返書の支払い、本人負担	主治医と産業界の意見の乖離、主治医意見に会社の理解が得られない	
		4	5 書面、本人を介する伝言	復職時は復労働安全衛生マネジメントシステムの文書を利用した。起点となる復職願を提出する際に同意欄に署名している。その他は本人経由の伝言であり、同意は不要。	個人負担。	多くが本人経由であるため、情報の正確性に一定の懸念がある。	
		3	5 書面、本人を介する伝言	精神科クリニックを紹介した際は本人の口頭同意を得て面談記録に記載している。紹介状は本人が内容を確認したうえで持参させた。その他は本人経由の伝言であり同意は不要。	主治医からの返信書面は個人負担。	多くが本人経由であるため、情報の正確性に一定の懸念がある。	
		3	5 手紙	産業界面談時に受診先紹介とともに産業界から説明し、同意を得る。	なし。	主治医は、患者の意向に沿うことが多く、会社側の産業界の意見をあまりくみ取ってもらえないこともあるが、具体的な勤怠の状況等についての詳細を連絡したことで本人の状況が伝わり、治療・休職療養に至ったと考える。	
		8	3, 4	会社の対応として現在困っている状況を少しでも改善したいこと、それにあたり本人の状況をよくご存じである主治医に意見を伺いたいことを本人に伝え、同意を得ました。	本人受診に同行のため、本人の受診費用(本人負担)と保健師の外出費用(会社負担)がありました。	主治医との連携というより新しい職場へ状況を伝える時、情報を受けた人の中で情報漏洩や本人の名誉棄損につながるものが起きてしまうのではないかと危惧しました。そのため伝える情報は最低限とし、事前に本人と細かく確認した上で情報も残らないような形にして伝達しました。そして伝えるときにも言葉を選びながら、本人の誹謗中傷となるような行為は絶対になきよう、職場の人に伝えていきます。結果、本人が今の業務を問題なく遂行していることもあり誹謗中傷・名誉棄損のような案件にはなっておりません。	
		3	5 診療情報提供書	本人に疑われる疾病(双極性障害の疑い)について説明した。また、主治医が定期診察の中では病状の変化や現在疑われる疾病を感知できていない可能性を伝えた。疾病の性質上、未治療のままでは就業を継続することにより社会的地位や信用を失う可能性を伝え、専門医の診断が早期に必要なことを説明して、本人から同意を得た。	産業界から主治医への診療情報提供書には費用発生なし。主治医から会社への診断書は本人が費用負担	定期的に診察をしている主治医の見解について非専門医の産業界が意見をすることになり、主治医の気分を害さないかという点を考慮して、齟齬のないように診療情報提供書の内容を丁寧に作成した。職場の状況など主治医が変化として捉えられるような情報を本人が主治医に申し出ていなかったため、主治医が正しい病状を把握できなかったとのコメントが診察の中であったようだった。主治医の気分を害することなく双極性障害の診断書を作成していただいた。	
		③ 産業界と職場内の関係者との連携	3	3, 4	使命感を持って数年かけて責任者としてやってきた本人の意志も尊重し、ただ、このままでは心身不調で業務遂行が困難になってしまうことを説明し、本人の同意を得た。	無償(産業界業務の一環であるため)	管理者である当該社員は、以前から高い評価の上で、その責務を負っていたが、人事的な評価や本人の望まないキャリア変更などが生じるリスク
			8	4	主治医の意見を元に、産業界として事例性から見た病態仮説、発症からこれまで、今後の見通しを再発リスクを含めて説明し、職場内で連携する重要性の理解と同意を得た	社内連携では費用は発生せず。主治医との連携にかかる費用は会社負担。	上司が発達障害労働者の受け入れを許容するかどうか。部署異動は伴ったが、受け入れ上司は見つかった
			4	4	問題解決のため、所長に相談することを同意いただきました。	なし	ご本人に不利益となるリスク
3	4		病状等、事業所に開示してよい内容を事前に確認し同意を得た。	費用負担なし	事業所内で本人の特性について誤った認識が広まってしまう可能性→なかった		

注1：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分[感情]障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

注2：連携の手段欄の数字は以下の丸数字に対応する：①電話②ファクス③メール④面談⑤その他(具体的)

表11-2

連携の時期	連携の起点	診断名	連携の手段	本人の同意	連携に要した費用負担	連携に関わるリスク
休業期	① 主治医から産業医への連携	3	一	再発防止のための環境調整に産業医や産業保健スタッフとの連携が重要であることを、本人に説明し同意を得た。	無償（主治医の意志での作成という点も）	連携の手間について、本人のことをやっかない社員と受け取られるリスク
		2	1, 3, 5	書面 産業医への聴き取りの旨を书面化し、本人へ提示して、同意文へ署名・捺印を得た。	費用は当方でのみ負担。	本人からの同意拒否。結果として、丁寧な説明のもと同意を得ることができた。
		4	2	診断書 「信頼できる産業医の先生だから積極的に連携した方がいい」と説明したところ同意。	携帯電話代主治医負担、診断書本人負担	産業医とは連携できるが、上司・人事の対応はどうか？結果的には特に問題は生じなかった。
		3	4, 5	本人経由 発症からこれまで、今後の見通しを性格傾向の評価を含めた再発リスクを含めて説明し、職場と連携する重要性の理解と同意を得た	保険診療のみ	職場の無理解の可能性もあったが、結果はよく理解し連携してくれた
		4	4	以前にも相談しやすいなどの良好な関係性もあり、主治医から産業医保健師に復職のための連絡を取ることを提案した際に同意された。	診療報酬の範囲で実費なし。	患者（職員）からの、その後も職場との連携に対する過剰な期待を抱かれる、あるいは、主治医の動きが、過剰サービスとなりはしないかと懸念はしたが、他に好機がないため、産業医等と面談し調整を図った。今後このような事例では、主治医とともに両立支援コーディネーターが活用される形がよい。
		3	1, 3, 5	意見書などを郵送 主治医と産業医が連携して支援していくことは受診時、リワーク開始時に伝え承を得た。	通常の保険診療費用（初診、再診療、処方せん料、精神科デイケアなど）のみ	復職できるほど回復せず休職満了期限がきてしまい、退職を余儀なくされることを危惧した。実際は無事に復職できた
		3	3	会社の上層部・人事に本人の状況をよりよく理解してもらうため。	なし。	産業医から多方面への個人情報の拡散。杞憂に終わった。
		3	3	文書にて承諾	なし	なし
		4	2, 4	復職後の再発予防のために、産業医との連携が有用であることを伝えました	なし	患者の希望にそぐわない形の職場異動などが起きた際、患者-主治医-産業医の信頼関係の破綻のリスクはあると考えたが、結果的には起こらなかったです
		3	5	文書 本人はキャリアに傷が付くことを懸念して精神科受診をためらっていたが、病状が結構あり、今度の人生や仕事人としてのキャリアの面でも、しっかりと治療することの重要性と治りきってから復職することの意義（プレゼンティーズム）を説明し、治療同意を得ました。連携についても会社に適切に情報を伝えることで本人への理解が得られ、業務負担の軽減につながる可能性を説明し、同意を得た。	本人が労力を負担してくれていた。	主治医の意見と会社の都合を折り合わせるのに時間がかかるorできない可能性を考えていた。実際は思惑通りにスピーディーに調整できた。
	② 産業医から主治医への連携	9	1, 5	情報提供書 てんかんのコントロールが不十分であるうえにADHDの可能性も否定できない為業務がうまく遂行できていなかった。この際将来の為にもしっかりい精査、治療を受けること。	電話、情報提供書料は職場負担、診療については本人負担	特になし、服薬状況等は毎週メールで上司に報告していた。
		3	4, 5	書面、診療情報提供書 産業医から、信頼のある専門医の下での治療が必要と説明され、同意があった。	診療報酬の範囲。	リスクというよりもむしろ（主治医側の）責任感？として、双極性障害のため、今後も長い治療と連携が必要だと考えた。
		4	5	書面 趣旨を説明して同意を得た。書面の記載内容を確認の上で診察時に持参させた。	主治医が作成する書面は会社負担とした	本人や主治医からの会社や産業医への不信任。透明性を高め、説明を尽くしたことで問題を回避した。
		3	5	書面 趣旨を説明して同意を得た。書面の記載内容を確認の上で診察時に持参させた。	診断書は個人負担である。	本件では格別のリスクは想定しなかった。
		4	5	情報提供書 2回目の休職であることと、休職前の勤怠も一度も安定した時期が無かったことから、このままの状態でも同じことの繰り返しになる可能性がある。リワークプログラムを活用することで考え方の変容や心理学的な対処方法を習得し、復職後のストレス耐性を強くすることができる。	特に無し（主治医から産業医への返信で本人に診療情報提供書代が請求されたかは未確認でなし）	主治医から否定的な意見が出ることで本人の産業医に対する信用が低下するリスク。主治医もどうしてくれたため杞憂に終わった。
③ 産業医と職場の関係者との連携	3	4, 5	講演 周囲からの陰性感情のため、復職後、人間関係の構築が困難と思われ、上司に正確な情報を提供することに同意を得、また上司との面談の際には、本人の同席を求めた	産業医活動の範囲内で行った	復職がうまくいかなかったとき、本人からの個人情報漏洩の訴訟と本人の個人情報を、上司が感情に任せて他へ漏洩するリスクを考えたが、疾病性ではなく、事例性を中心に相談を行ったため、考えたようなリスクはなかった	
	3	3, 5	紹介・依頼状 面談の上、同意（+）	基本、本人負担	復職意欲の継続→維持された	
	2	5	書面 復職願を提出する際に同意欄に署名している。そののちに、所属長と本人が検討した業務内容が記載された書面を作成し、主治医に持参させた。	診断書は個人負担である。	全てのプロセスに本人が参加しており、本件では格別のリスクは想定しなかった。	
	3, 8	5	書面 看護師の電話面談時に口頭で取得した。	診断書は個人負担である。	本件では格別のリスクは想定しなかった。	
4	4		得ていません	なし	特に想定していません。ネガティブな結果も認めませんでした。	

注1：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞/>⑧F80-F89 心理的発達の障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

注2：連携の手段欄の数字は以下の丸数字に対応する：①電話/②ファクス/③メール/④面談/⑤その他（具体的）

表11-3

連携の時期	連携の起点	診断名	連携の手段	本人の同意	連携に要した費用負担	連携に関わるリスク	
復職期	① 主治医から産業医への連携	4	5 診断書にて	記載内容をみせた	診断料金のうち	異動が出来ないことで、職場復帰に至らず、退職となる可能性	
		3	—	本人に口頭にて同意を得た	会社負担	職場復帰可否への影響のリスク→結果としては特に問題なし	
		4	5 書面	口頭にて	診断書料に込み	異動が望ましいと記載すると、異動が出来ないから復職させないと言われぬか心配→そういうことなく異動した	
		2	5 意見書送付	改めて病名告知、障害者雇用制度について説明し同意を得た。	意見書代は職場負担、意見書とともに請求書用紙が送付されてきた。	主治医と全く関わりのない。難行委であったが、意見書送付の際のていねいな依頼文より判断し提案することにしたが、人事等への慎重な対応をしていただけか、障害者枠での雇用の進んでいない時代、地域であり、強い不安を抱いたが、結果的に障害者枠での雇用となった。	
	② 産業医から主治医への連携	3	3		初診時に、産業医の存在を伝え、まず産業医の面接を受けること、そして必要ならこちらから産業医に連絡を入れることもできる旨伝え、口頭ではあるが了承を得た。	特に発生していない(強いて言うなら、通常の診療の範囲内)。	特に想定していない。連携はこの場合、win-win(win-win?)である。
		4	5	文書	口頭で同意を得た	なし	特になし
		3	1, 3, 4		対面での面談にて同意を得た	社内での連携なので、特別な費用追加はない	本人が関係ない社員への関わりを求めて攻撃的な言動があったため互いのリスク。指導による易怒性からの対応者への口撃
		3	5	文書	会社から説明された勤務を認める条件下での就業可否についての主治医の意見が必要なことを説明した。	なし	主治医が会社の示した勤務の条件をさらに緩和するように求める可能性があると考えた。休職を継続することになった。
	③ 産業医と職場の関係者の連携	1	3, 4		復職前から本人に説明(アルコール依存症の再燃防止のため、通院・断酒会に加えて職場の人間関係ややりがい)が大切)し、同意を得た。	企業が産業医に対して給与を支払った。	人間関係がうまくいかず、再飲酒してしまい連続飲酒して入院するリスクを想定した。結果としては断酒が1年間以上続いている。
		4	4		「復職してからの再発予防のためにも連携が必要」と説明し、同意を得た。	会社が当医に対して支払った。	上司・同僚との関係がうまくいかず、症状再発してしまい、再休職もしくは退職するリスク。結果としては安定して勤務できるようになった。
		8	4		「安心して仕事が始められるように、上司も含め一緒に考えていきましょう」	なし	・上司が疾病の特徴を理解してくれるか。・一緒に仕事をすることになる人に対して、どのように説明するか。
		4	4		産業医面談時に、再発防止のための社内関係者との会議を提案して同意を得た。その旨を面談記録に残した。	社内関係者のみであり、費用負担なし。	上司の理解不足があれば、復職早期に想定より高い負荷がかかる可能性がある。逆に負荷が軽いと職場が対応に苦慮する可能性もあった。産業医が提案した頻度での、上司と本人による打ち合わせを実施し、いずれも回避できた。
4	4		ジョブコーチをつけて、指導頂く事に同意は得たが、職場関係者との連携には同意は得ていない。業務上の問題解決を図るのが、一番だったので、改善策の検討で本人の疾病・障害には触れていない	障がい者職業センターのジョブコーチ派遣やその他の相談・打合せ・説明会は全て無料。また、産業保健関連職と職場関係者はどちらも社員なので説明会・打ち合わせは費用なし。	業務に於ける言動が、ひいてはハラスメントに発展しないか?本人が職場で阻害されることがないか?などを想定していた。特に上司については度々話し合い、対応の仕方、指導の方法など細かく打合せた。ハラスメントは発生しなかったが、当初暖かい目で対応されていたが、徐々に回りが当人と関わりを持たなくなった。		

注1：診断名欄の数字は以下の丸数字に対応する ①F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害/②F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害/③F30-F39 気分〔感情〕障害/④F40-F48神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害/⑤F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群/⑥F60-F69 成人の人格及び行動の障害/⑦F70-F79 知的障害<精神遅滞>/⑧F80-F89 心理的発達障害/⑨F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

注2：連携の手段欄の数字は以下の丸数字に対応する：①電話/②ファクス/③メール/④面談/⑤その他(具体的)

表12

連携の時期	連携の起点	No	その他のコメント
不安定就労期	① 主治医から産業医へ	1	主治医と当該事業場（産業保健スタッフ）との連携において、過去にも不調者」をめぐる治療・連携が成功した体験があり、信頼関係が構築されていることが、今回の連携も行いやすく、主治医意見が反映されやすかった。日頃からの事業場内外の連携・関係性の構築が有益であった。
		2	本人と職場の連携の意義を理解し同意すること。主治医への必要な職場情報の共有。
		3	アルコール問題があるが内科受診しているケースは存在する。内科だけでなく、精神科につなげる理解を本人及び内科医に得る連携が必要。その場合の話の中心は事例性となる。アルコール関連障害を扱う精神科医は極めて多忙であることが多く、その状況を理解していかに適切に情報提供を行い、信頼関係を作るのが重要
		4	主治医の選択を間違えないようにした方がいい。
		5	妊婦手帳のように、費用が掛からない、ある事項に関する可否のみでも気軽に主治医に記載してもらい、やり取りできるようにするとよい。
		6	社員が産業医と主治医双方との信頼関係が構築できていることが大前提。社員が会社や産業医に不信感を抱いているケースは、連携もうまくいかないことが多い。
		7	関わる方々の理解が大きかった。その理解を得るために動くのが人をつなぐ役割だ。
	③ 職場内	8	産業医として関わったが、健康管理室内と医療機関だけではどうにも軽快が困難であるときには、人事労務担当者との協働重要。
		9	産業医として、一般労働者、特に人事系やラインに関わる人の信頼を普段から十分に得ておくことが成功のカギとなる
		10	本人の同意、連携先の状況・情報
休業期	① 主治医から産業医へ	11	休職早期に職場との連携を図ることで、本人が安心して休むことができ、結果として休職期間を短縮できたこと。顔のメル関係を普段から産業医との間で築いていくことがいざという時に役に立つ。
		12	メンタルヘルスに対しては、職場に様々な思いを持った人がいるため（連携に積極的、消極的、回避など）、適切な連携相手を見つけることが重要
		13	・復職・両立支援は、診察室情報と連携情報の両視点が必要だと考える。・主治医（あるいは産業医）から、患者（職員）に、職場（医療機関）に情報提供する、または、連携を図ることの同意を得る際には連携する目的と、連携した場合に期待されることを具体的に診立てて伝えることが重要だと思われる。
		14	リワーク・プログラムをもっと周知していただき、利用して欲しいと思っています。
		15	なるべく受診当日のうちに、メールを送ること。
		16	。可能であれば患者にお金の負担なく、密に連携がとれると良い。TELや面会では日時設定だけで1ヶ月要するので気軽に手紙交換みたいな感覚で意見交換できればスピーディー。もちろん、TELや面会での情報交換があればなお良い。
		17	てんかん専門医、主治医とも日頃より交流があった為連携がスムーズに行えた。
	② 産業医から主治医へ	18	産業にとって、日頃から信頼感の持てる専門医との関係性保持がカギとなったように思われる点。
		19	出来るだけ、本人に開示しながら進めることを心掛けている。
		20	勤務頻度が低い嘱託産業医でも時機を逃さず速やかに対応することが重要と考える。
		21	いきなり紹介状を送り付けるのではなく本人を通じて事前に産業医の意向を伝えておくワンクッションは有効かと感じました。
		22	職場の上司一人の考え方をかえるのではなく、会社全体の意識を変える必要があると考えた
	③ 職場内	23	多くの関係者が「自分事」として関与できる点、漏れを防ぐことが出来る点などから、労働安全衛生マネジメントシステムとして対応することにはメリットがあると考える。
		24	本件では産業看護職の貢献が特記事項である。
		25	この会社の産業医は復職の事例があり、今回異動先を限定する診断書（産業医は本人に奇妙な診断書と言っていたそうである）を受け入れてもらったこと（一応、事前に本人の上司の同意は得ていました）
	復職期	① 主治医から産業医へ	26
27			今回のケースでの産業医は専属で非精神科であった。やはり「顔の見える関係」（今回の産業医とはFBでも繋がっている）が大事。
② 産業医から主治医へ		28	社外及び別居家族からも産業医や看護職に連絡が寄せられ情報を把握できたことも良い方向にみつびくことができたと思う
		29	保健師の存在も大きい。

回答者のプロフィール

以下の設問について、該当する番号に○、もしくは記述して回答をお願いします。

1. 回答記入年月日 年 月 日
2. 年齢階層 ① 30～39 歳 ② 40～49 歳 ③ 50～59 歳 ④ 60～69 歳 ⑤ 70 歳～
3. 性別 ① 男 ② 女
4. 住居地 ① 北海道 ② 東北 ③ 関東 ④ 中部 ⑤ 関西 ⑥ 中国/四国 ⑦ 九州/沖縄
5. 資格:産業医(労働安全衛生規則第14条第2項に定められた産業医要件) ① なし ② あり
6. 資格:日本精神神経学会専門医 ① なし ② あり
7. 資格:精神保健指定医 ① なし ② あり
8. 現在、主治医として診療に取り組んでいる ① いいえ ② はい
9. 主治医としての標榜科目 ① 非該当 ② 精神科 ③ 心療内科 ④ 内科 ⑤ その他()
10. 臨床医の通算経験年数 年 月
11. 現在、産業医業務に取り組んでいる ① いいえ ② はい(非常勤) ③ はい(常勤)
12. 産業医業務の通算経験年数 年 月
13. 日本医師会会員 ① いいえ ② はい

好事例収集プロジェクト 回答用紙(Ⅱ) 要回答・要返送

「連携力」についてのアンケート

連携効果を高めていく一助として、主治医も産業医も「連携」を円滑に進めていくための力量、すなわち「連携力」を備えることが重要との指摘があります。ついては、「連携力」の内容としてどのような要素がふさわしいか、以下の各要素について重要度を評価してください。

1. 主治医・産業医に共通な要素

a. 常にメンタルヘルスの視点を重視する

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

b. 本人の主観的判断と、周囲の客観的判断を参考としながら取り組む

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

c. 病状の背景にある、業務上要因、業務外要因、個人要因を見極めていく

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

d. 治療と就労の両立支援の観点から、産業医と主治医等との連携に取り組む

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

2. 主治医に必要な連携力

a. 本人と合意形成しつつ診療に取り組む

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

b. 外部との連携に必要な人員、機器等を確保する

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

c. 本人の所属職場の就業規則、休業時の対応等について情報収集する

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

d. 産業保健関連諸制度・規則等の動向に注目し研鑽を積む

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

3. 産業医に必要な連携力

a. 合理的配慮、安全配慮を重視する

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

b. 本人の業務の力量・体調に配慮した3管理(作業、作業環境、健康)、業務環境調整を行う

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

c. 職場内連携(上司、人事、他の関係者らとの共同支援)を基本とする

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

d. 職場環境の改善、ひいては、組織運営の向上を考慮した支援をめざす

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

e. 精神科医療、制度への関心を高め理解を深める

- ① 必須である ② 必要な場合がある ③ あまり必要でない ④ わからない

4. 上記以外に備えるべき要素があれば、ご教示ください。

以上です。ご協力ありがとうございました。

好事例収集プロジェクト 回答用紙（Ⅲ）

提供していただく「好事例」に関する設問

（注：回答は任意でご判断ください。回答いただける場合は、1事例ごとに回答用紙（Ⅲ）を1部ずつ記入をお願いします。回答済の場合のみ返送してください。）

A. 連携パターン（番号を選択）

- ① 主治医から産業医への連携 ② 産業医から主治医への連携 ③ 産業医と職場内の関係者との連携

B. 事例のプロフィール（番号を選択）

1. 事例番号 ① 1 ② 2 ③ 3
2. 性別 ① 男性 ② 女性
3. 年齢階層 ① 30歳未満 ② 30～39歳 ③ 40～49歳 ⑤ 50～59歳 ⑥ 60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)

* 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 不明 ⑫ その他(具体的に)
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 不明
⑧ その他(具体的に)
- 8a. 雇用状況 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
⑤ その他(具体的に)
- 8b. 障害者雇用 ① 非該当 ② 該当

* 病歴

9. 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 ② 1回 ③ 2回 ④ 3回以上 ⑤ 不明
10. 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 ② 1回 ③ 2回 ④ 3回以上 ⑤ 不明
11. 連携前の治療歴
① なし ② 1年以内 ③ 1～2年以内 ④ 3年以上 ⑤ 不明

12. **診断名** 注:複数回答可ですが、順位付けの番号を記入してください。回答者による診断が望ましいですが、わからない場合は主治医の診断を引用してください。

→下記の回答は 回答者による 主治医による その他

- ① F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
- ② F20-F29 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害
- ③ F30-F39 気分[感情]障害
- ④ F40-F48 神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害
- ⑤ F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群
- ⑥ F60-F69 成人の人格及び行動の障害
- ⑦ F70-F79 知的障害<精神遅滞>
- ⑧ F80-F89 心理的発達の障害
- ⑨ F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

c. 連携の取り組み

1. 連携の契機 :

1a 連携開始のタイミング: 取り組みの発端となるステージを以下の項目から選択してください。(複数選択可)

- ① 不安定就労期
- ② 休業開始期
- ③ 休業期(1年以内)
- ④ 休業期(1年以上)
- ⑤ 休業許可期間満了半年以内
- ⑥ 復職準備期
- ⑦ 復職可否判定期
- ⑧ 復職後1年以内
- ⑨ 復職後1年以上
- ⑩ 退職後
- ⑪ その他(具体的に)

注: 以下の設問(7,8を除く)については記述式回答です。字数に制限はありません。スペースは適宜調整してください。

1b. どのような状況で、どのような問題があり、どのように事態が運びつつあったか、など

2. 連携の目的 : なぜ連携が必要と判断したか、連携により期待された成果は、など

3. 連携の具体的手順、内容

4. 連携の準備 : 連携に際し、どのような準備をしましたか

資料3-3

5. **連携の頻度** : 1回でしょうか、それとも複数回の積み重ねたでしょうか
6. **連携に活用したツール** : 情報伝達やコミュニケーションに有用な書面、その他のツールは使いましたか
7. **連携のツール・サンプルの提供** : (番号を選択)
① 非該当 ② 提供できません ③ 提供します→ 回答用紙とともに送付してください
8. **連携の手段** : (番号を選択)
① 電話 ② ファクス ③ メール ④ 面談 ⑤ その他 (具体的に)
9. **本人の同意** : 連携にあたり、どのように説明し同意を得ましたか
10. **連携に要した費用負担** : 誰が誰に対して具体的に負担、支払いなどはいかがでしょうか
11. **連携に関わるリスク** : どのようなリスクを想定しましたか、結果としてはいかがでしたか
12. **連携後の本人の変化** : どのような変化が認められましたか
13. **連携後の職場側の変化** : どのような変化が認められましたか
14. **連携後の主治医側の変化** : どのような変化が認められましたか
15. **連携の具体的成果** : どのような成果が認められましたか
16. **本事例を好事例とした最大の根拠** : どのような部分でしょうか
17. **その他のコメント** : 連携に関して協調したい点、留意点などご教示ください

以上です。ご協力ありがとうございました。