

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

小山文彦/東邦大学医療センター佐倉病院 産業精神保健・職場復帰支援センター

1. 医療と職域間の連携に求められる情報は何か

働き盛り層のメンタルヘルス不調者の治療と就労の両立を支援する視点から、医療現場では「患者」と呼ばれる者は、生活場面や職場ではそれぞれ家族、労働者といった複数の役割を併せ持ち、その現状（今、ここ）を評価する際には家庭や職場における状況をも検討すべきである。また、一人で何役もこなしている職業生活への慮りは言うまでもなく大切である。そして、「不調者」の就労可否判断の際に精神科主治医と産業医等が情報を共有する場合、ある程度構造化された評価法が確立され、そのアセスメント結果が情報提供書や意見書等に適用できれば、両者の連携と相互補完はより促進されるであろう。これまで治療と職業生活の両立支援にかかる厚生労働省委託事業等（平成22-24年度）における取組では、医学所見（現症）・安全衛生要因（勤労状況）・個人生活状況・職域の懸念、以上4つの視点からのアセスメント項目（表1）を考案し、現場応用を重ねてきた¹⁻⁴⁾。また、平成26-27年度厚生労働省労災疾病臨床研究において、医療と職域間の連携がもたらすアウトカムは、職場復帰に至るまでの期間の短縮化のみならず治療効果と関連することを示唆する知見も得られつつある⁵⁻⁷⁾。

表1：Ⅰ現症、Ⅱ勤労状況、Ⅲ全般的な生活状況、Ⅳ事業場側の懸念について各項目を示す。（文献4）より

Ⅰ. 【医学的見解】現症

- ・疾患の種類（ICD-10）：うつ病エピソード、不安障害、適応障害、身体化障害など
- ・主な症状：不眠、抑うつ気分、全般的意欲低下、全般的な不安耐性低下、焦燥など
- ・症状の程度：軽症、中等症、異常体験を伴う重症など（ICD-10に則して評価）
- ・服薬の状況：薬剤名と服用量/日、服薬に伴う眠気や注意集中の鈍麻やふらつきなど
- ・睡眠の状況：入眠、熟眠、早朝覚醒の有無（構造化面接にて把握する）
- ・生活全般における意欲と興味・関心の保持：最低2週間の持続状況を把握する
- ・気分・不安：気分変動、全般的状態不安などについてSDS、STAI等にて評価する
- ・注意集中力：日常生活動作、問診、簡易前頭前野機能テスト等にて評価する
- ・他、身体所見：運動性緊張、消化器症状、頭痛・筋骨格系症状など

Ⅱ. 【安全・衛生にかかる要因】勤労状況のアセスメント項目

- ・作業環境：高・低温、高所、VDT、有機物質、騒音など
- ・勤務時間と適切な休養の確保（勤務形態の規則性、出張、超過勤務等の状況）
- ・職業性ストレスの程度（職業性ストレス簡易調査票等に沿う）
- ・就労に関する意欲と業務への関心
- ・段階的復帰、リハビリ出勤制度についての理解と同意
- ・職場の対人関係における予期的不安等の程度
- ・治療と職業生活の両立についての支持・理解者（上司、産業保健スタッフ等）の存在
- ・安全な通勤の可否
- ・疲労蓄積度：自身および家族から見た「仕事の疲労蓄積度チェックリスト」で評価

Ⅲ. 【個人・状況要因】全般的な生活状況のアセスメント項目

- ・睡眠-覚醒リズムの保持
- ・適切な食習慣（栄養、嗜好品への依存度を含む）
- ・適度な運動習慣
- ・日常生活における業務と類似した行為への関心・遂行状況
- ・経済状況と医療費・保険書類等の利用・管理状況等

- ・整容、居住環境の清潔保持
- ・家事または、育児・介護などの有無と程度
- ・生活全般における支持的な家族（配偶者等）や友人（同僚等）の存在
- ・QOL：包括的健康度等を把握

IV. 事業場側の懸案事項チェックリスト

- ・診断書病名と現症との相関についての理解
- ・寛解に併せた就労意欲の確認
- ・寛解と業務遂行能力との相関についての理解
- ・寛解の確認と予後診断についての理解
- ・対象労働者へのコミュニケーション（接し方、人間関係）
- ・通常の職務による疾患への影響（再発しないか等）
- ・長期休業による部署・組織全体のパフォーマンスの低下
- ・長期休業による対象労働者の将来性（キャリア形成や勤続可否についての判断等）
- ・通勤・実務に伴い安全・衛生面での危険が回避されるか（労働災害の可能性）
- ・自殺及び危険行為に及ぶ可能性

2. 過去に著した両立・復職支援にかかる好事例集（書籍）の概要から

前述の厚生労働省委託事業において、表1のごとく、Ⅰ現症、Ⅱ勤労状況、Ⅲ全般的な生活状況、Ⅳ事業場側の懸念についての4つの視点からの各評価項目を用いて支援を図った事例集「主治医と職域間の連携好事例30（治療と仕事の「両立支援」メンタルヘルス不調編Ⅱ）」^⑧を平成27（2015）年に発刊した。この書籍では、30事例の病歴・支援経過の詳述に加えて、いわゆる「4つのケア」に沿う事業場内外の連携様式を図式化し、不調者の職域内外における出来事、事例性、疾病性、支援内容をタイムラインで表した。各事例については、どのような病像を示し、どのような就業困難があり、どのような支援が奏功したかについて纏めたフレーズを事例の表題とし、全30事例を疾病性サイン（不調の兆し）別に分けて構成した。具体的には、疾病性サインとして、①疲労・倦怠、②痛み（頭痛・筋骨格系）、③睡眠の問題、④身体的ストレス反応（痛み以外の体調の変化）、⑤心理的ストレス反応（不安・抑うつ等）、⑥言動・行動面の変化のいずれから不調が起ってきたかによって分類した。また、両立・復職支援に関わった者は、専門職と家族等、職場関係者であるが、連携の図式において、だれがどのようなベクトルを向けて連携したかを表し、専門職のうち「両立支援コーディネーター」として支援に介在した場合も、その動きを明確にした。各事例の病態と支援の経過から、今後の不調早期発見と復職、その後の安定就労を図る際の参考のために「事例からの学び」を加えた。書籍掲載の一例を示す。

【事例X】

50代前半に、業務内容の変化から重責感が強まり、うつ病を発症したケース

○さん：50代、男性、地方自治体職員

既往歴：なし

疾病性サイン：不眠

支援者・支援体制

家族：妻

メンタルヘルス対策：精神科主治医、産業医、保健師（職場）

○さんは、自治体（役場）市民課に勤める50代の男性です。これまで、主に地元の農業政策を担っていましたが、住民からの信望も厚く、そのマネジメント手腕を買われて、昨春、現在の係に異動となりました。自治体は、ある計画道路に関わる地域住民への立ち退きを求めています。住民からの反対が根強く難航しています。○さんは、当該の計画道路を進める立場にあり、交渉に直接かわりながらも、内心は住民の気持ちを察し、葛藤が続いていました。

夏になり、夜いったん寝付いても深夜3時ごろに覚醒することが増えてきました。毎晩のように中途覚醒し、その後もぐっすり眠れず、気持ちも落ち着かないため、不要なまでに早朝に出勤する毎日が続いていました。出勤し

ても、立ち退き問題以外の仕事にすら意欲的になることができず、今まで感じたことのない疲労感を覚えましたが、○さんは、よく眠れないのは暑さのせいだと考えていました。しかし、さすがに一月近く不眠が続き、体のだるさがひどくなるため職場の産業医 A に相談しました。A 医師は、身体所見・諸検査では異常が捉えられず、二週間以上毎日のように不眠があり、○さんの表情（意欲のなさ）や話しぶり（楽しいことがない等）から抑うつ傾向を認めないため、B 病院（精神科）への受診を勧めました。B 医師は、○さんを診察し、うつ病と診断し、抗うつ剤の内服を勧めました。○さんは、受診した日から処方された薬を服用しましたが、数日経っても倦怠感が解消されず、胃のあたりの違和感、日中の眠気が強いため、服用を断念し、7 日後の診察予約をキャンセルしてしまいました。

その後 2 週間が経過しましたが、○さんは「どうしても体が動かない」状態となってしまう、産業医 A からの進言により再び B 病院を受診しました。しかし、この日の B 医師との面接では、発語もままならず、入院治療を勧められても決心がつかない状態で、うつ病が重症化していました。翌日、○さんは妻の同意の下、B 病院に医療保護入院となりました。以後、規則的な服薬と休養を主体とした入院治療が始まりましたが、病状が好転するまで三週間を要しました。次第に発語はスムーズになったものの、○さんは、罪責感が強く、計画道路の件がうまく運ばないことは自身のふがいなさのせいだと頑ななため、主治医 B 医師は、この重責が緩和されない限り回復が難しいと考えました。B 医師は職場（自治体）の産業医 A 医師に連絡をとり、数日後、○さんと A 医師、C 保健師の四者で面談を持ちました。

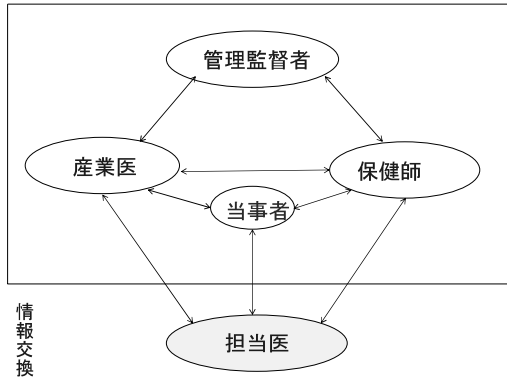
この面談の目的は、○さんのうつ病が回復するために、なんとかして仕事の重責を緩和できる方法を探ることでした。住民との交渉は簡単なことではありませんでしたが、産業保健スタッフ（A 医師、C 保健師）の進言から、自治体では○さんに替わってプロジェクトを進める担当チームが立ち上がりました。その後、担当チームのメンバーは、○さんと何度か面会を重ね、頑ななまでの重責感は次第に緩和されていきました。入院から 2 ヶ月目に入り、○さんは自宅への外泊を試みっていますが、本来の笑顔とともに自宅での生活に安堵できるようになり、ようやく退院への準備段階です。

事例からの学び

産業医 A 医師は、○さんの生活全般における意欲低下と興味・関心の低下が毎日 2 週間以上続き、それに先駆けて睡眠不足の持続があることから、うつ病を疑い、精神科医につなぎました。産業保健スタッフによるケアが適切に運べた一例です。ところが、抗うつ薬の副作用（胃部不快感と眠気）と効果を速やかに自覚できないことから、一旦治療が中断しました。抗うつ薬には、新しいものでも、腹部症状などの副作用があり、また、効果を発するまでには 1~2 週間かかることが多く、この点が今後の治療事例でも注意し参考にしたいところです。

また、うつ病治療においては、安心して十分に休めることが先決となるため、この事例における精神科主治医は、まず回復（治療上の目的）のために職域との連携に着手しました。医療と職域との連携の目的は、治療と就労の両立のためになされますが、これまでの職場復帰に関する研究の多くが、どのくらいの割合で職場復帰（就労上の目的）が叶ったかに焦点がありました。「回復」と「就労可能」は、いつも同じタイミングで両立できるものではありませんが、○さんの場合は、就労について考慮するよりも治療上妨げとなっている業務への頑なな責任感（自負）を緩和することでした。「回復」と「就労可能」の両立は、決して診察室や病室の中でかなえられるものではなく、本書の主旨である医療一職域間の相補的な連携がいかに重要かについて、ご理解いただけるかと思います。

連携の図式



事例 X ○さんのタイムライン

	出来事	事例性	疾病性	支援
X-1年 春	自治体の計画道路の推進の係に異動	立退き住民の反対根強い ⇒○さんも住民の気持ちを察し葛藤		
X年 夏		中途覚醒し眠れず 早朝出勤するが、勤労意欲わかない 疲労感 ↓ 1か月近い不眠体のだるさが酷くなる	抑うつ傾向	産業医 A に相談 ・身体所見異常なし ・不眠 (2週間以上毎日のように) ・表情 (意欲のなさ) ・話しぶり (楽しい事がない等) ⇒抑うつ傾向 B 病院精神科の受診を勧める
X年 Y月 Z日の2週間前			うつ病 ↓ 抗うつ剤服用 ↓ 倦怠感解消せず 胃の辺りの違和感 日中の強い眠気 ↓ 服用断念 7 日後の診察予約もキャンセル	B 病院精神科を受診 うつ病と診断 ⇒抗うつ剤を処方
X年 Y月 Z日			「どうしても体が動かない」状況 ↓ うつ病が重症化	産業医 A の進言で、B 病院を再受診し B 主治医と面接 ・発語もままならず ・入院治療の判断つかない状況 ↓ 翌日、妻の同意の下、B 病院に「医療保護入院」 ⇒規則的な服薬と休養を主体とした入院治療
X年 Y月 Z日の3週間後			状況好転 (発語スムーズ) 罪悪感強い (計画道路がうまく推進しないのは自分のせい) ↓ 担当チームメン	主治医所見 ⇒○さんの回復には、仕事の重責緩和が必要 ↓ 四者面談で対策検討 (本人、産業医 A、B 主治医、C 保健師) ↓

			バーと何度かの 面会 ↓ 頑ななまでの重 責感が緩和	(産業保健スタッフの進言で) ○さんに替わるプロジェクト 推進の担当チームが立ち上がる
X年Y月Z 日 の2か月後	自宅への外泊 (退院の準備段階)	本来の笑顔戻る 自宅での生活に 安堵		

3. 精神科主治医と職域間の連携にかかる留意点

1) 「連携」の前に大切なこと

事業場内外における連携の前提には、不調者と産業保健スタッフ等との日頃からのラポール（信頼関係）形成が重要となる。そして、情報共有する際には、「4つのケア」を構成する各立場が求めるメリットだけでなく、双方の限界やデメリットについて配慮しながら連携することが求められる。これまでに見えてきた、連携を抑制する現状と促進する視点について、表2に示す。

表2 事業場内外の連携を抑制する現状と促進する視点（文献8）より）

連携を抑制する現状	連携を促進する視点
<p>▼ 治療の視点では、不調者は「患者」であり、「労働者・生活者」としての診立てに主眼が置かれない。</p> <p>▼ 職業生活のフィールドである職場との連携および調整に、治療行為と同等の医療エフォートを投入できるほどの自由度が、事業場外主治医に確保されていない。</p> <p>▼ 職場側との連携・調整に費やす医療エフォートに見合うだけの診療報酬上のメリットを享受できていない。</p> <p>▼ 患者の個人情報を保護し、患者が不利益を被らないために、上司や産保スタッフに病名や疾病性を伝え難い。</p>	<p>○ 事業場が知りたい情報は、(不調者の) 詳細な診断や治療方針よりも、業務遂行能力と安全衛生面の課題。</p> <p>○ 事業場では、主治医と介在する産業保健スタッフ等の存在・確保。</p> <p>○ 治療機関では、職場と介在するコーディネーターなどの育成・確保</p> <p>○ 「治療」+ 「就業の支援」を多軸的アセスメント等を基に行った場合⇒ 通院精神療法等 + ならかの指導料等の算定</p> <p>○ 予防を含め、ある程度客観的な医学的見解を提示すること</p>

このように、必ずしも主治医と職域間の連携が容易でない現状を踏まえて、職域では、以下について自己点検することが有用だろう。

- ✓ 事業場内で、メンタルヘルスについての啓蒙が図れているか？（セルフケア、ラインによるケア、相談体制等の周知と健康教育）
- ✓ 安全・衛生委員会等が、過重労働やメンタルヘルス問題について踏み込み、機能しているか？
- ✓ 管理監督者・人事労務担当者等・産業保健スタッフ間の日常的なラポールと「風通し」はどうか？
- ✓ 事業場外資源との連携を図る場合、担当医とのチャンネルになれる産業保健スタッフがいるか？
- ✓ 主に産業保健スタッフが、セカンドオピニオン的に相談できる専門医（精神科領域での連携先や相談役的存在）がいるか？

2) 復職の可否判断等に求められる主治医と産業医等の連携において

メンタルヘルス不調により一定期間の休業をした労働者の復職の可否を判断するために、産業医または事業場をよく知る医師が面談を行う（復職面接）。その前提には、主治医による復帰可能の診断書が必要であるが、まずは、

「復職可能」以前に「就労可能」な状態にまで回復しているか否かについての意見が望まれる。すなわち、病状の回復に伴い、働けるであろうという診立てがあり、その上で、就労復帰への準備（事業場における復職訓練やトライアル出勤等）を行うことが可能と判断され、その後の経過により、職場において復職の可否が判断される。本来、主治医の役割は診断と治療にあり、その延長に就業という社会生活への再適応がある。一方、産業医の役割は、事業場内の就業規則等や職場の状況、労働者本人の業務内容や働き方を踏まえて、復帰にかかる判断と支援を行うことにある。各事業場によって、復職とは、フルタイム（定時）勤務が可能が前提というルールがある場合や、短時間勤務等からの段階的復帰が可能な場合があり、主治医側がこのような当該職場の事情を知らない場合には混乱が生じることもある。したがって、不調者（患者）が属する事業場における復職までの流れ（出勤訓練や復職訓練等）や基本ルール等は、主治医と事業場（産業医等）の間で共有される必要があるだろう⁹⁾。

おわりに

メンタルヘルス不調をかかえた労働者への復職支援は、厚生労働省「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」¹⁰⁾にあるように、休業（療養）開始時からのケア、主治医による病状回復および就労可能の判断、事業場における復職の可否判断、復職の決定、復職後の安定就労に向けたフォローアップと段階的に進む。産業医にとって、復職面接は重要な場面であり、復職の可否判断は決して容易な問題ではない。しかしながら、本稿で述べたように、日頃からの事業場内外の連携による情報共有や共通理解、ラポールが大きな助けとなると言ってもよいだろう。特に社内（事業場内）における産業看護職、人事労務担当者、管理者等との連携は、一人の不調労働者の再起という重要課題を多軸的に検討し、その後の職業生活を安全衛生配慮の下に守っていく厚いネットワークのようなものだろうと思う。⁹⁾

文献

- 1) 小山文彦：特集 メンタルヘルス不調における治療と仕事の「両立支援」をめぐる一事業場内外の「連携」に求められる情報とは何か―，産業医ジャーナル，**37**(1)：4-11 (2014)
- 2) 小山文彦：治療と就労の両立支援から連携を考える，産業精神保健，**22**：75-80 (2014)
- 3) 小山文彦：メンタルヘルス不調者の治療と仕事の「両立支援」―厚生労働省委託事業・検討会から―，産業ストレス研，**20**：303-309 (2013)
- 4) 小山文彦，黒川淳一，浅海明子：メンタルヘルス不調に罹患した労働者の治療と就労の「両立支援」―厚生労働省委託「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発のための事業」において活用した就労可否判断のアセスメント手法―，日職災医誌，**61**：251-258 (2013)
- 5) 小山文彦(研究分担者)：メンタルヘルス不調に罹患した労働者をめぐる主治医と産業医等との医療連携にかかる調査研究，In 黒木宣夫(研究代表者)：厚生労働省平成26年度労災疾病臨床研究事業補助金「労働者の治療過程における，主治医と産業医等の連携強化の方策とその効果に関する調査研究」総括・分担研究報告書：pp89-93，厚生労働省(2015)
- 6) Koyama F: Collaboration between primary and industrial physicians in treatment of workers with mental health disorder, Jpn J Ambulat Psychi Serv, **16**：80-85 (2016)
- 7) 小山文彦：メンタルヘルス不調者をめぐる主治医と産業医等との連携がもたらす治療効果に関する検討，産業精神保健，**24**，100-105 (2016)
- 8) 小山文彦著，労働者健康福祉機構編：主治医と職域間の連携好事例30（治療と仕事の「両立支援」メンタルヘルス不調編Ⅱ，労働調査会(2015)
- 9) 小山文彦：メンタルヘルス不調者に対する復職面接と社内連携，産業精神保健，**28**，194-199 (2020)
- 10) 厚生労働省：心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き～メンタルヘルス対策における職場復帰支援～. <https://www.mhlw.go.jp/content/000561013.pdf> (2020年12月30日アクセス)

寄稿

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. (金剛出版. 2019.)

福田真也

・はじめに

メンタルヘルス不調によって従業員が長期療養すなわち休職すると、職場や産業医はどのように過ごしているのか、病状がどうかといった情報は月に1回程度の電話やメールの連絡で確認するに留まり、主治医による復職可能の診断書が提出されてから初めて面談を行い、詳細な状況を把握して職場復帰の可否や復職後の支援、配慮を検討することが多い。一方、従業員を診ている精神科主治医は本人の病状はわかるが、職場でどのような要因が関係して休職に至ったか、それを復職に際してどのように改善すればよいのか、職場でどのような支援や配慮が受けられるかなどの情報は積極的に職場に問い合わせない限りよくわからない。

このように精神科主治医と職場の連携にはまだまだ課題がある。また一方、従業員本人も精神科主治医の外来診療では薬物療法や生活上の助言は受けられるが、復職と就労継続のためどのような準備をしていけばよいのか今一つ分からないということがしばしばみられ、病気の治療だけではなく就業を再開するためのリハビリテーションや心理教育の重要性を強く感じる。

筆者は精神科クリニックで外来診療、および2007年より14年にわたりリワーク・プログラム(※)の担当医として従業員の職場復帰に力を入れ、2020年末まで500人以上の復職支援に携わっており、一方ある事業所で産業医としても活動しているため、両者の実践経験を活かして従業員本人、産業医、職場の上司や人事、他院の精神科主治医に説明する際の資料を作成し、それを”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. 金剛出版. 2019.”として上梓した。

・対象

想定した読者はうつ病や適応障害で休職・復職する従業員本人と家族、事業所の上司、人事・総務、産業医や保健師・看護師など産業保健スタッフである。医学の専門家でない人を対象としたため、肩の力が抜けるコラムも適宜入れて読みやすくなるようにした。

また休職に限らずうつ病などの疾患、事業所での健康管理、精神科診療など幅広い内容を含んでいるため、メンタルヘルスに携わる作業療法士、ソーシャルワーカー、カウンセラーなどコ・メディカルスタッフ、あるいはフレッシュマンの精神科医、精神科で実習中の他科の研修医にも役立つと思う。

・内容

第1章ではストレスの基礎知識、特に事業所内のストレスについて、対処法として重要な認知行動療法やカウンセリングについて述べた。

第2章では仕事を休むか働き続けるかのおよその基準、休んでいる時の生活の仕方、家族の対応、休みはじめから休職・復職までの流れ、仕事を休むにあたっての療養休暇や休職などの制度と傷病手当金など経済的支援、そして復職支援プログラムであるリワーク、復職手順と手続き、リハビリ出勤など事業所

の復職支援制度など休職に関係する項目について詳細に述べ、また失業・退職・転職の際の手続きと経済的問題も加えた。

第3章では仕事を休むメンタルヘルス上の問題で最も重要であるうつ病、適応障害、躁うつ病、不安障害と強迫性障害、背景にあるかもしれない発達障害など心の病気について述べた。

第4章では精神科医療について、クリニック、大学病院や総合病院、精神病院の利点と欠点、精神科医の役割、精神科受診の仕方と診療の実際、また事業所での健康診断やストレスチェックなど健康管理制度や人間ドック、産業保健スタッフ、特に産業医の役割をまとめた。以上の内容について該当する項目を読み飛ばし182問のQ&A方式とし、それぞれ関連を持たせつつも独立して記載した。

職場での安全配慮や健康管理など就業支援は産業医が、治療は精神科主治医が行うと分担されているが、こうした役割と立場の違いについて以下の表にまとめた。

表★産業医と主治医の役割と立場の違い

	産業医	主治医
スタンス	会社組織の一員として健康管理業務を行う	医療機関の医師として医療行為を行う
対象	会社組織の一員としての従業員	患者としての従業員
目標	従業員個人の健康の維持増進と疾患予防に加え、職場環境を整備する一次予防や疾患の早期発見の二次予防も担い、作業能率や経営改善の役目も担う	患者さんの病気の診断と治療を行い、あくまで患者さん個人の健康と利益、ひいては生活の充実を目標とすることに徹する
医師を選べるか？	会社が産業医と契約し決められているため、従業員は選べない	従業員が受診先を選ぶことができるので、別の医師に変更することができる
行えること	業務内容、部署、異動など職場内での処遇	医学的な評価、診断、治療
個人情報	安全配慮義務があり他の従業員や職場に影響を及ぼす場合は、面接で得た健康情報を会社に伝えることがある	診療で得た情報は守秘義務があり、患者の承諾なしに診療で得た情報は会社には伝えない
職場 vs 患者個人	生産性向上も考える人事労務管理の一翼を担うため、両者に目を配る	会社より患者の利益を優先する
情報源	従業員本人に加え職場の上司・同僚からの情報も得られるため就業状況が良くわかる 職場での状態を1日8時間、週40時間にわたり上司や保健師などから確認できる	診察で本人や家族から得た情報に限られ、職場での問題がわかるとは限らない 1週か隔週に一回、短時間の診察でしか状態は把握できない
復職に関して	復職の是非の判断に加えて残業・出張・休日出勤の有無など配慮を策定する	医学的に復職が可能かを判断する、復職後の治療を継続する

復職する場合に精神科主治医が復職可能という診断書を提出しても、産業医の復職前面談で時期尚早ということがしばしば起きる。これは主治医が精神医学的な症状の改善を目安にするのに対し、産業医は職場での業務遂行能力の回復をメインとする食い違いがあるためと考えられるが、産業医と主治医が症状や疾病に留まらず業務遂行能力や職場での対人関係にも配慮して仕事が続けられるよう連携・支援していくことが求められる。

さらに巻末付録に健康保険や傷病手当金、年金や雇用保険、税金といった社会保障制度とその窓口、またある従業員の給与明細票を提示して、天引きされている項目がどのような制度でどう利用されている

のかを詳細に解説してまとめた。このような社会保障制度、特に休職中の経済的な支援を知ることは長期療養者の不安を減らして症状を緩和し、治療上も有意義であると確信している。

・さいごに

正規雇用の従業員は長期療養中も雇用の保証、経済的補償が確保されているが、その代わり義務と責任がとても重く過重労働などの問題も生じている。一方、非正規雇用や自営業者はリワークなどの復職支援を受けることは元より、休むこと自体が職を失うなど雇用が不安定で社会保障も十分でない問題がある。しかしこの本では有効な助言が記せなかった。

メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援において精神科主治医と職場・産業医との連携にこの本が役立てば幸いである。

※リワーク・プログラムとは

リワークは1997年NTT東日本関東病院の秋山剛先生が精神科作業療法の一環として、休職し薬物療法を行うだけでは復職が困難だったり、一旦、復職しても再び調子を崩して再休職する職場復帰が困難なうつ病の勤労者にリハビリテーションとして職場復帰支援プログラムを開始、再休職を防ぐ取り組みを始めた。それがreturn to work＝リワークとして全国に広まり、2008年リワークを行っている機関が集まってリワーク研究会が設立、2018年に日本リワーク協会に改組され、現在全国で約220機関が参加している。医療機関の保険診療では精神科デイケアとして行われることが多いため、リワーク・デイケアとも呼ばれる。

精神科主治医と職域との連携に関わる法務上の留意点

弁護士 佐久間大輔（つまこい法律事務所）

1 就業上の措置と労働契約の変更

「労働契約は、労働者が使用者に使用されて労働し、使用者がこれに対して賃金を支払うことについて、労働者及び使用者が合意することによって成立する」（労働契約法 6 条）。労働契約によって労使の権利義務関係が発生、変更、消滅する。そのため、労働者が契約内容となっている「労働」をすることができなければ、使用者は労働契約を解除（＝解雇）できることになり、労使の権利義務関係が消滅するとの効果が発生する。

労働者が義務を負う「労働」をするには、労働条件が定まっていなければならない。その具体的な内容は、①いつ（労働日・期間）、②何時から何時まで（労働時間）、③どこで（労務提供場所）、④誰（労務提供先）に対し、⑤どのような職務を行うのか（職種・業務内容）、⑥「労働の対償」としていくら支払われるのか（賃金）、である。

健康診断後や、長時間労働者又は高ストレス者の面接指導の結果に基づく就業上の措置について、労働安全衛生法は、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮などを例示しているが、この3つの措置を見ても図表1のとおり労働契約の内容が変更される。

図表1 労働安全衛生法に基づく事後措置と労働契約の変更

就業場所の変更	労務提供場所、職種・業務内容の変更。場合によっては労働日、労働時間の変更も。これに伴う賃金の変更。
作業の転換	職種・業務内容の変更。これに伴う賃金の変更。
労働時間の短縮	労働日、労働時間の変更。これに伴う賃金の変更。

「労働者及び使用者は、その合意により、労働契約の内容である労働条件を変更することができる」（労働契約法 7 条）。しかし、実際には労使の合意があっても共通認識が形成されていないため、契約内容の変更に齟齬が生じることがある。

そこで、産業医等の産業保健スタッフ（以下「産業医等」という）が介入する際には、メンタルヘルス不調者に対する就業上の措置が労働契約の変更に当たり、労働法の解釈や労働契約の評価が問題となることを使用者と共有すべきである。

また、主治医として精神科医等が職場復帰の可否や就業上の措置に関する診断書を作成する際も、同様の認識を持つことが望ましい。

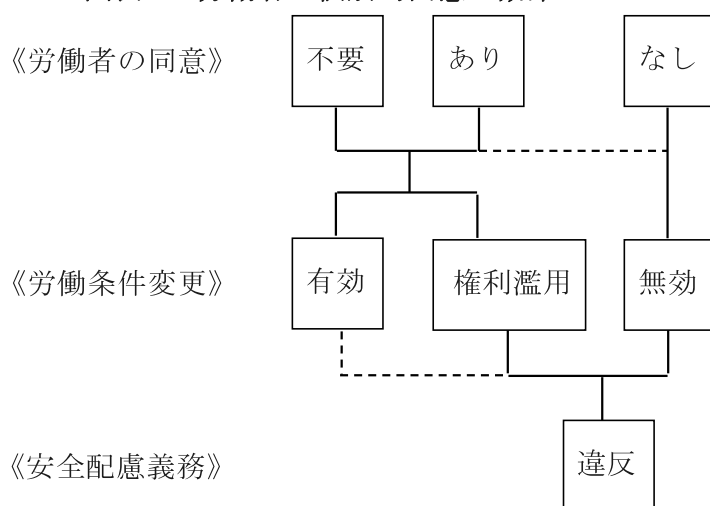
2 労働契約の変更における労働者の同意

個別的労使関係における法律問題は、労働契約の内容の解釈をめぐる発生するが、特

に契約変更に当たって労働トラブルが発生することが多い。変更時に労働者の同意を得ていないケースが散見されるため、労働条件の設定・変更をめぐる裁判例においては、労働者の個別的な同意が強調される傾向が見受けられる。

そのため、使用者としても、労働条件の設定や変更において労働者の同意を得ることを常に意識しなければならない。しかし、労働者の同意は取ればよいというものではなく、キーワードは「自由な意思」である。

図表2 労働者の個別的同意と効果



うつ病で休職した労働者が職場復帰をする際に他の職場に配置転換させることがあるが、就業規則に業務上の都合により配転を命ずることができる旨の定めがあり、現に配転を行っている実態があれば、配転について、労働者より個別的同意を得る必要はない（東亜ペイント事件・最高裁判所第二小法廷昭和61年7月14日判決・最高裁判所裁判集民事148号281頁）。これに対し、就業規則に減給の規定がないのに、配転に伴って減給した場合、労働者の個別的同意がなければ、配転は有効であっても、減給は無効となる。個別的同意があったとしても、労働者が不利益変更について十分な説明を受けず、内容が理解できていないまま同意をしたのであれば、労働者が自由な意思を形成していなかったことになるから、使用者が配転や減給を実行しても無効となる可能性がある。図表2の、労働者の同意「あり」から労働条件変更「無効」につながる点線はこの趣旨である。

一方、就業規則に規定があったとしても、うつ病によりパフォーマンスが悪いという理由だけで使用者が一方的に減給を伴う配転をすることは、人事権を濫用するものとして無効と判断されることがある（労働契約法3条5項）。

特に労働条件の不利益変更の場面では、労働者に自由な意思を形成してもらうために、どのような説明を行い、何を配慮すべきであるのかが、労務管理上の留意点となる。労働契約は労使の合意により成立・変更されることが労働契約法の原則であるとの感覚を磨くことが労働トラブルを防止するために必要である。その意味で、経営者や人事労務管理スタッフだけでなく、産業医等も、労使関係における契約の観念を意識した方がよい。

精神科主治医や外部支援機関等の事業場外資源（以下「主治医等」という）は、労働契

約の当事者ではないが、この意識を持つことが望ましい。

3 メンタルヘルス不調の安全配慮義務

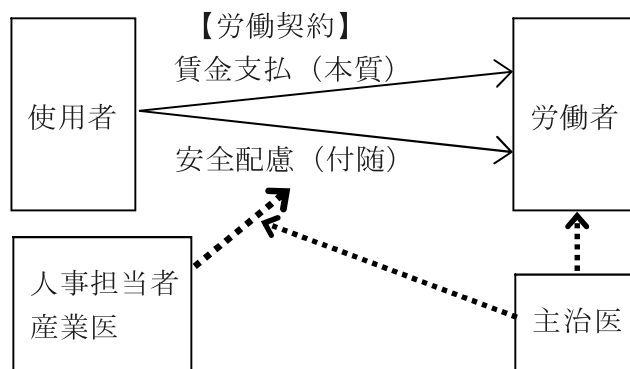
近年、メンタルヘルス不調の労働者に対してパフォーマンスが低下したことなどを理由とする降格や解雇、職場復帰時の配置転換や退職をめぐる裁判が増えている。裁判に至らなくても、職域では、「心理的負荷による精神障害の認定基準」（平成 23 年 12 月 26 日基発 1226 第 1 号、改正令和 2 年 8 月 21 日基発 0821 第 4 号）が業務起因性を肯定する強度「Ⅲ」の心理的負荷を生じさせる業務上の出来事や要因よりも、単体では労災認定されない強度「Ⅱ」以下のケースを扱うことが多いと思われる。強度「Ⅱ」でも、メンタルヘルス不調者にとってはストレス要因となることから、使用者側の対応を難しくしている。

裁判例の傾向に鑑みれば、心理的負荷の強度「Ⅱ」以下の業務による出来事やストレス要因は労災認定されないから問題はないといった楽観視は許されない。労働契約法 5 条が定める「安全配慮義務の具体的内容は、労働者の職種、労務内容、労務提供場所等安全配慮義務が問題となる当該具体的状況等によって異なるべきものであり」（川義事件・最高裁判所第三小法廷昭和 59 年 4 月 10 日判決・最高裁判所民事判例集 38 卷 6 号 557 頁）、労働者の就業場所や業務内容だけでなく、年齢や健康状態などの個人的な事情も踏まえて具体的に決まるので、特定の労働者に対する義務は状況によって変化する。過重労働に従事させていなくても、健康状態の悪化を認識できるであれば（現に認識している必要はない）、その悪化を回避・軽減するための安全配慮義務は発生するのである。うつ病により休職した労働者が職場復帰をする際に配置転換されたといったことが心理的負荷要因となり、疾病が増悪したことから、労働トラブルが発生して裁判に至ったケースがあるが、配転自体が直ちに安全配慮義務違反と評価されるとまではいえないものの、具体的状況によっては同義務違反となり、紛争に発展するリスクがある。

使用者が株式会社などの法人であれば安全配慮義務を現に履行するのは自然人となる。法人の組織構成員である人事労務管理スタッフや管理監督者は賃金の支払いという使用者の本質的義務の履行に関与できないが、労働契約上の付随的義務である安全配慮義務については、使用者の義務の履行を補助する立場にある。これは産業医等も同様である。

これに対し、主治医等は、労働契約上の法的な責任を負う地位にないが、労使双方を補完する役割を分担しているといえる。

図表 3 人事労務担当者・産業医の法的地位と主治医の役割



そうすると、安全配慮義務が発生する要件や時期が問題となる。

「使用者は、必ずしも労働者からの申告がなくても、その健康に関わる労働環境等に十分な注意を払うべき安全配慮義務を負っている」とし、「（使用者）に申告しなかった自らの精神的健康（いわゆるメンタルヘルス）に関する情報」については、「労働者本人からの積極的な申告が期待し難いことを前提とした上で、必要に応じてその業務を軽減するなど労働者の心身の健康への配慮に努める必要がある」（東芝（うつ病・解雇）事件・最高裁判所第二小法廷平成 26 年 3 月 24 日判決・最高裁判所裁判集民事 246 号 89 頁）。したがって、労働者の申告がなくても、健康状態の変化について予見可能性が認められれば、使用者の安全配慮義務は発生する。

安全配慮義務の範囲を制限することに労働者の個別的同意があったとしても、労働者の健康状態が変化したことを認識していたのであれば、安全配慮義務としての就業上の措置を講じなければならないのであり、これを怠ったという場合は、同義務に違反して損害賠償責任を負うことになる。安全配慮義務は具体的な状況により変化するので、文書であっても一律に内容を画することはできない。その意味で労働契約法上の合意原則を修正するものといえ、図表 2 の、労働条件変更「有効」から安全配慮義務「違反」につながる点線はこの趣旨である。

自殺を防げなかったケースでは、産業医が定期的な面談をしておらず、事例性・疾病性が正確に把握できていなかった、また人事労務管理スタッフや主治医との情報交換が不十分であったなど、産業医等を軸にした、人事労務管理スタッフや主治医等との連携がなされていなかった事象が見受けられる。メンタルヘルス不調者の事例性・疾病性が正確に把握できずに自殺という最悪の転帰に至ると、職域に影響を及ぼすだけでなく、遺族との裁判になれば関係者間の意思疎通が不十分であったことを理由に使用者の損害賠償責任が肯定されることがある。メンタルヘルス不調者に対する人事労務管理スタッフの指導や管理監督者のフォローアップができていたのかが司法判断の帰趨に影響を与えるので、主治医等を含めた関係者と連携することに留意する。

4 労働契約の変更における情報流

うつ病で休職した労働者を職場復帰させる際、主治医と産業医の意見が食い違うことがある。それは、主治医は職場に関する情報をよく聞いていない、一方で産業医は治療に関する情報を不完全にしか持ち合わせていないことから起こる。実際に裁判例を見ると、主治医から産業医へ、産業医から主治医へ、正確な情報が提供されていないケースが多い。このとき、本来選択すべき結論とは別の結論を選択してしまい、労働トラブルに発展する。

それでは、うつ病休職者の職場復帰を成功させるには関係者間で何が必要となるのか。

一般に契約の締結や変更の場面において、契約当事者は契約に関する情報を共有することが前提となる。労働契約も契約の一種であるから、契約当事者である労使間で情報共有することが必要である。職場復帰において図表 1 の措置を講じることがあるが、いずれも労働契約の変更を伴うので、その評価が契約当事者にとって重要となる。

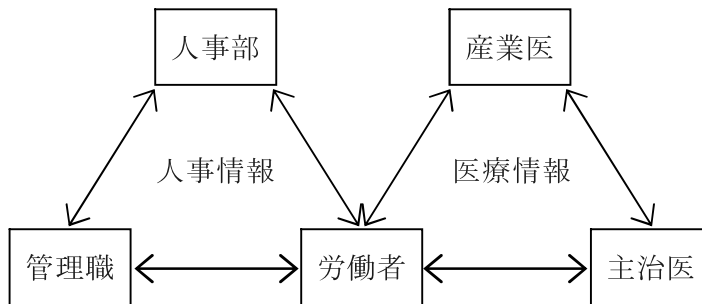
契約内容の変更をめぐるコンフリクトは不可避免的に発生するが、このとき、管理監督者、人事労務管理スタッフや産業医等という組織内だけでなく、主治医等との間でも労働契約に関する認識が共通になっていないことから、必ずしも情報共有が十全になされず、労働契約の解釈や評価にずれが生じることが見受けられる。

労働契約の変更を伴う職場復帰の場面においては、主治医等も含めて関係者が情報共有をし、相互に相手方の意見や利害を尊重し合いながら共同で解決策を模索する。

そのため、人事労務管理スタッフが中心となり、円滑な情報流を構築すべきである。

図表 4 情報管理体制の整備

《管理》誰(部署の責任者・担当者)が一元管理

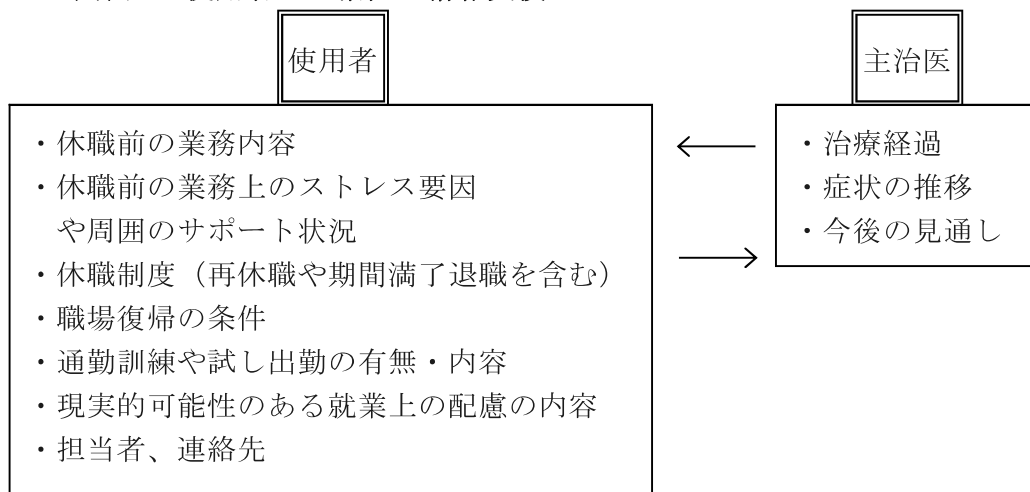


《伝達》誰(部署)から誰(部署)へ

《共有》誰(部署)と誰(部署)の間で

一方、産業医等が中心となり、休職の前後の早い段階から、主治医等と情報共有する。休職者に職場復帰に向けた焦りの気持ちがあり、それが主治医の復職診断書に反映されることがあるので、早めに主治医とコンタクトを取っておくと、本人の意向や病状が理解しやすくなるからである。ただし、本人からあらかじめ同意を得ることが必要である（個人情報保護に関する法律 17 条 2 項）。そして、使用者は、事例性だけでなく、疾病性に関する情報を取得し、一方、主治医等は、疾病性だけでなく、事例性に関する情報を取得することで、両者が共通認識を作り上げることが肝要である。

図表 5 使用者と主治医の情報交換



主治医については、使用者側との認識のずれの一つに治ゆの意義があることを意識した方がよい。主治医は、睡眠覚醒リズムや生活リズムが整ってきたら、患者の意向もあり、職場復帰可能との診断書を書く傾向が見られるが、「現に就業を命じられた特定の業務に

ついて労務の提供が」できるか、又はそれが「十全にはできないとしても、その能力、経験、地位、当該企業の規模、業種、当該企業における労働者の配置・異動の実情及び難易等に照らして、当該労働者が配置される現実的可能性があると認められる他の業務について労務の提供をすることができ（る）」ことが、治ゆとなる（片山組事件・最高裁判所第一小法廷平成10年4月9日判決・最高裁判所裁判集民事188号1頁）。したがって、原職又は原職以外の配置可能性がある職場での労務提供が可能でないのに、主治医が職場復帰可能との診断書を作成しても、治ゆのレベルとのギャップは埋まらない。また、配置される現実的可能性のある業務が存在しないのに、職場復帰の条件として配置転換が妥当であるとの診断書を作成しても、メンタルヘルス不調による休職という変化への対応としての改善策に実行可能性がないので、就業上の措置にはなり得ない。

そこで、主治医は、労働者に対しては、原職での労務提供ができるか、又は原職以外の配置可能性がある職場での労務提供は可能であるか、また使用者に対しては、労働者が配置される現実的可能性がある業務は存在するかをそれぞれ確認した上で医学的意見を述べ、労働契約における補完的な役割を果たすことが求められる。

とはいえ、職域と主治医等との認識にずれが生じるのは主治医のみに起因するのではなく、人事労務管理スタッフや産業医等が事業場や休職者の業務に関する情報を提供していないことにもよる。そこで、人事労務管理スタッフとしては、主治医より任意書式による診断書が提出された段階で動き始めるのではなく、早い段階から休職者や主治医と連絡を取り合い、三者面談を実施するなどして、当初より主治医に対して職場復帰支援に関する情報提供書の提出を依頼し、これを復職診断書として休職者に提出させることが望ましい。

このように関係者が労働契約の変更場面である職場復帰において、必要な情報を共有した上で、労働者から自由な意思に基づく同意を得るために丁寧な対応をすることが求められている。これが、うつ病による休職からの職場復帰が成功する主因となるであろう。

以上

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

井上 彰臣（産業医科大学 IR 推進センター・准教授）

1. はじめに

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の拡大に伴い、多くの企業や労働者が十分な準備のないまま、ほぼ強制的に働き方の変容を迫られることになった。中でも、急速に導入が進められたのがテレワークである。実際、東京都が都内にある従業員数 30 人以上の企業を対象に実施した「テレワーク導入実態調査」では、令和元年 7 月時点におけるテレワークの導入率は 25.1%であったのに対し、令和 2 年 6 月時点では 57.8%となっており、この 1 年間でテレワークの導入が急速に進んでいることを窺い知ることができる。

テレワークとは「情報通信技術（Information and Communication Technology : ICT）を活用し、場所や時間を有効に活用できる柔軟な働き方」のことを指し、その形態によって①雇用型と②自営型の 2 つに大別することができる。①雇用型テレワークは、ICT を活用して、所属する職場とは異なる場所で業務を行うことを指し、就業場所によって、在宅勤務（自宅を就業場所とするもの）、サテライトオフィス勤務（自宅の近くや通勤途中の場所などに設けられたサテライトオフィス、テレワークセンター、スポットオフィスなどを利用するもの）、モバイル勤務（施設に依存せず、いつでも、どこでも仕事が可能な状態のもので、労働者が自由に働く場所を選択することができるもの）に分けられる。一方、②自営型テレワークは、ICT を活用して、請負契約等に基づき、遠隔で個人事業者・小規模事業者等が業務を行うことを指し、代表的なものとして SOHO（Small Office/Home Office）、在宅ワーク、クラウドソーシングなどが挙げられる。

テレワークは本来、「働き方改革実行計画」（平成 29 年 3 月）に掲げられている「柔軟な働き方がしやすい環境整備」の一環として、労働者がワーク・ライフ・バランスを充実させ、健康で豊かな生活のための時間を確保できるようにすることを目的としたものである。しかしながら、その実施にあたっては、コミュニケーションの不足による精神的健康への影響など、必ずしも、労働者にとって好ましい影響のみがもたらされるわけではないことが指摘されている。また、このような健康影響は、テレワークを実施する労働者のみならず、テレワークの対象とはならなかった（オフィス勤務を継続している）労働者にももたらされることが指摘されており、事業者や産業保健スタッフには、それぞれの立場にもたらされる健康影響を十分に理解した上で健康管理を行っていくことが求められている。同時に、主治医もこのような健康影響を把握しておくことで、事業者や産業保健スタッフとの連携がより一層円滑なものになると思われる。本稿では、主に雇用型テレワークの実施に際して懸念される健康影響について、「テレワーク実施者」と「テレワーク対象外の者」の 2 つの立場に分けて概説する。

2. テレワーク実施者への健康影響

2-1. 身体的な健康影響

テレワーク実施者に生じる身体的な健康影響の多くは、主に生活習慣の変化に起因するものであるため、労働者が自身の健康を維持するには、オフィス勤務の場合よりも一層の自己管理が求められる。

以下、懸念される身体的な健康影響について概説する。

まず、生活リズムの乱れによる影響が挙げられる。テレワークには、通勤が不要になることによる余暇時間の増加や、睡眠不足の解消といった好ましい側面がある一方で、自分のペースで仕事ができることや、仕事と家庭の境界が曖昧になることによる睡眠リズムの乱れ（就寝時刻や起床時刻の遅延化など）が生じる可能性がある。このような睡眠リズムの乱れは、1日の生活リズム全体の乱れにつながり、日中の眠気や頭痛、倦怠感、食欲の低下など、様々な身体的不調をきたすことになる。

次に、食生活の乱れや飲酒・喫煙の増加による影響が挙げられる。テレワークでは自由に食べ物を食べることができるため、人によっては間食が増える可能性がある。また、オフィス勤務時は社員食堂でバランスの取れた食事をしてきた人が、テレワークによって自宅でコンビニ弁当を食べようになり、栄養バランスが崩れるといったことも考えられる。同様に、テレワークでは自由に飲酒・喫煙ができるため、人によっては飲酒量や喫煙本数が増える可能性がある。このような食生活の乱れや、飲酒・喫煙の増加によって、生活習慣病のリスクが高まる可能性がある。

また、身体活動量の低下による影響も挙げられる。公共交通機関や自転車を使って通勤している人の場合、通勤そのものが身体活動となり、健康の保持増進に寄与している可能性があるが、テレワークでは通勤が不要になるため、意識的に身体活動を行わない限り、身体活動量が大きく低下することになる。このような身体活動量の低下によって、肥満や生活習慣病のリスクが高まる可能性がある。

上記のほか、肩こりや腰痛の悪化も挙げられる。テレワークでは、就業場所にオフィス環境が十分に整備されていない場合、自分の身体に合った椅子や机がない、ノート PC で作業を行うなど、人間工学的に好ましくない姿勢で長時間の座位作業を行うことになるため、肩や腰などに痛みが生じ、慢性的な肩こりや腰痛のリスクが高まる可能性がある。

2-2. 精神的な健康影響

テレワーク実施者に生じうる精神的な健康影響の多くは、主に働き方や仕事環境に起因するものである。以下、懸念される精神的な健康影響について概説する。

まず、冒頭でも少し触れた通り、コミュニケーションの不足による影響が挙げられる。テレワークでは、上司や同僚と顔を合わせてコミュニケーションを取る機会が減少するため、周りの仕事の状況が見えず、上司の意向も汲み取りにくい状況になることから、「自分だけが取り残されていないか」、「自分はきちんと成果を上げているだろうか」といった不安が増強し、精神的健康が悪化する可能性がある。とくに、一人暮らしの労働者の場合、テレワークによって他者とのコミュニケーションの機会が大幅に失われることになるため、孤独感・孤立感が増強し、本人が（上司や同僚に限らず）何らかの形で意識的にコミュニケーションを取る機会を作らない限り、精神的健康を悪化させるリスクが大きくなる可能性がある。

上記に関連して、コミュニケーションエラーによる影響も挙げられる。テレワークでは、上司や同僚とのコミュニケーションは WEB 会議やメールを中心としたオンライン上で行われることになるが、WEB 会議では「Zoom fatigue」という言葉に象徴されるように、精神的健康に大きな影響を及ぼすことが懸念される。例えば、WEB 会議は画面越しでの会話になることから、言葉以外のコミュニケーションが取りづらく、相手の表情や感情も読み取りにくいいため、互いに誤解が生じやすく、それが精神的健康の悪化につながる可能性がある。また、インターネットの通信環境が悪い場合、相手の音声は上手く聞き取れなかったり、重要な情報を聞き逃したりするような不具合が生じ、意思決定や情報共有に時間と

手間がかかってしまうことも精神的健康を悪化させる原因になる可能性がある。更に、オフィス勤務であれば、口頭で簡単に済ませられるような些細な相談も、テレワークでは、その都度メールで相談する必要があり、作業効率が落ちてしまうことも精神的健康の悪化につながる可能性がある。

コミュニケーションによる問題以外にも、テレワークの導入に伴う働き方の変化や実務上の問題が精神的健康の悪化に影響を及ぼす可能性がある。例えば、遠隔ツールなどの新しいシステムが導入されることによって、業務方法や仕事環境が変化することによるストレスや、外部ネットワーク接続によるセキュリティ上のリスクや、情報機器端末の紛失・盗難による情報漏洩リスクに対するストレスなどが挙げられる。また、社内の体制整備が不十分であることによって生じる不適正な業務管理、不正確な労務管理（とくに労働時間管理）、曖昧な人事評価制度なども、精神的健康の悪化につながる可能性があるため、注意が必要である。

上記のほか、家族との関係による影響にも注意する必要がある。テレワークでは、自宅で過ごす時間が増えることから、同居家族がいる場合、必然的に家族と過ごす時間が増えることになるが、場合によっては、先の見えない不安や外出できないストレスなどから、家庭内暴力や離婚の温床になる可能性がある。「労働者の健康管理」の枠組みで、事業者や産業保健スタッフが家庭環境にまで立ち入ることは難しいが、テレワークの実施によって不調をきたしている労働者に対しては、可能な範囲で家庭環境の状況についても把握することが、回復への手がかりになる可能性がある。

3. テレワーク対象外の者への健康影響

3-1. 身体的な健康影響

テレワークの実施に伴う労働者への健康影響について考える場合、どうしても「テレワーク実施者」への健康影響に注目しがちであるが、事業者や産業保健スタッフが労働者の健康管理を行う場合、「テレワーク対象外の者」への健康影響にも着目することが不可欠である。ここでは、テレワーク対象外の者に生じうる身体的な健康影響について概説する。

テレワークの対象外となった人は、引き続きオフィス勤務を行うことになるが、書類への押印など、オフィス勤務でないと実施できない業務もあるため、テレワーク実施者をサポートするような業務が発生する可能性がある。これに加え、WEB会議の増加や、今般のようなコロナ禍においては、感染発生時の現場対応などの業務も発生する可能性があるため、全体的な業務量が増加する可能性がある。このような状況が慢性的に続いた場合、脳・心臓疾患の発症リスクが高まるため、注意が必要である。

また、コロナ禍に特化した身体的な健康影響として、通勤時や勤務時の感染リスクが挙げられる。とくに、高齢者や糖尿病、心疾患、呼吸器疾患などの基礎疾患がある人は、感染した際に重症化するリスクが高いため、十分な感染対策を行う必要がある。また、このような基礎疾患を持ち、定期的に通院している人の場合、感染リスクを恐れて受診を控え、基礎疾患が重症化する可能性もあることから、基礎疾患の通院状況も把握しておくことが重要である。

3-2. 精神的な健康影響

テレワーク対象外の者に生じうる精神的な健康影響については、テレワーク実施者と共通するものと、そうでないものとに大別することができる。以下、それぞれについて概説する。

まず、テレワーク実施者と共通するものとして、コミュニケーションの不足とコミュニケーションエラーによる影響が挙げられる。テレワーク対象外の場合、出勤している者同士のコミュニケーションは

維持されるため、テレワーク実施者に比べてコミュニケーション不足による精神的な健康影響は小さいと思われるが、テレワーク実施者とのコミュニケーションは不足するため、少なからず影響を受ける可能性がある。また、テレワーク実施者とのコミュニケーションは WEB 会議やメールなどのオンライン上で行われることになるため、前述したような「言葉以外のコミュニケーションが取りづらい」、「相手の表情や感情が読み取りにくい」などの問題による影響は、テレワーク対象外の者にも同様に生じる可能性がある。

次に、テレワーク対象外の者に特有の精神的な健康影響として、テレワーク実施者になれなかったことに対する不満や不安が挙げられる。とくに、テレワーク実施者と共同で仕事を進めている場合、相手の仕事の様子が見えづらいため、「本当に仕事をしているのか」、「なぜ自分は出勤しなければならないのか」といった不信感や不満が増強され、精神的健康の悪化につながる可能性がある。

また、コロナ禍に特化した精神的な健康影響として、通勤時や勤務時における感染リスクや、家族に感染させてしまうリスクに対する不安が挙げられる。とくに、本人や家族が高齢であったり、基礎疾患を持っていたりする場合は、その不安は更に強くなると考えられる。前述の身体的な健康影響と関連する部分ではあるが、このような不安を払拭するには、社内で十分な感染対策を行うことが不可欠である。

4. テレワークの実施による労働者への健康影響を軽減するために

ここまで、主に雇用型テレワークの実施に際して懸念される健康影響について、「テレワーク実施者」と「テレワーク対象外の者」の2つの立場に分けて概説した。テレワークの実施によって労働者が心身に不調をきたした場合、事業者や産業保健スタッフには、上記で挙げた様々な健康影響の可能性を踏まえて対応することが求められると同時に、本人が受診することになった場合は、主治医にも、このような健康影響の可能性を念頭に置いて、仕事の状況や家庭環境について聴取することが求められるであろう。このような二次予防・三次予防に基づく対応は当然重要であるが、「テレワーク」という、労働者の様子に目が行き届きにくい働き方を推進していくには、労働者自身による健康管理はもとより、事業者にも一次予防に基づく対応がより一層求められることになる。

このような一次予防に基づく対応を考える上で、近年、オーストラリアを中心に注目を集めている「心理社会的な安全風土」(psychosocial safety climate : PSC) という考え方が有用である可能性がある。PSC は「事業者が労働者の心の健康の保持増進を最優先事項として支援し、積極的に関与すると同時に、労働者自身もストレス対策について積極的に関与していく」という考え方である。このような「事業者と労働者が一丸となって心の健康の保持増進に取り組む」という考え方は、テレワークを推進していく上では、より一層重要になるものと思われる。テレワークを推進しながら PSC を醸成していくには、オンラインでのミーティングや昼食会の開催など、人とコミュニケーションが取れる機会を意識的に作っていく必要があり、このような風土が醸成されることで、労働者がより健康的にテレワークを実施できるようになるものと思われる。本稿がテレワーク実施下における労働者の健康管理に少しでも役立つことができれば幸いである。

<参考文献>

Dollard MF, Bakker AB. Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *J Occup Organ Psychol* 2010; 83(3): 579–599.

働き方改革実現会議. 働き方改革実行計画（概要）. <https://www.kantei.go.jp/jp/headline/pdf/20170328/05.pdf>

国土交通省都市局都市政策課都市環境政策室. 平成 31 年度（令和元年度）テレワーク人口実態調査－調査結果の概要－. <https://www.mlit.go.jp/report/press/content/001338554.pdf>

Mann S, Holdsworth L. The psychological impact of teleworking: stress, emotions and health. *New Technol Work Employ* 2003; 18(3): 196-211.

産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学. 新型コロナウイルス流行に伴い急遽はじまったテレワークの健康影響. <https://www.ohpm.jp/index/covidtelework/>

東京都産業労働局. テレワーク導入実態調査結果. <https://www.metro.tokyo.lg.jp/tosei/hodohappyo/press/2020/09/14/10.html>

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

神山 昭男（有楽町桜クリニック）

1. 精神的不調を抱える労働者が増えている

精神的不調を抱える労働者が全国で増えている。地方公務員の長期休業者について疾病動向を公表しているデータ（<http://www.jalsha.or.jp/tyosa>）によれば、新生物、循環器疾患、消化器疾患は概して減少傾向にあるが、精神及び行動の障害の割合だけは最近 20 年間に約 4 倍へと右肩上がりに増えている。

この流れと並んで、精神障害に関連した労働災害（以下「メンタル労災」）の申請件数も平成 18 年度に比べ約 10 年間で 2 倍強、決定件数も 1.4 倍へと増加している。これらには過労死、自殺案件も含まれる。因みに自殺案件は以前も現在もほぼ同じく 1/6 を占める。

最近のメンタル労災決定件数の内訳をみると、年代別に平成 21 年度は 20 歳代<40 歳代<30 歳代、平成 27 年度では 20 歳代<30 歳代<40 歳代の順、そして、自殺案件は、平成 21 年度は 20 歳代<50 歳代<40 歳代であったが、平成 27 年度では 50 歳代<30 歳代<40 歳代の順と変化した。現状では全体の 8 割を 30 歳代から 50 歳代までの働き盛り世代が占める。

業種別にみると、最近の上位 5 種は、道路貨物運送業、社会保険・社会福祉・介護事業、医療業、小売業、情報サービス業である。世の中の数ある業種の中で、業務に起因した健康障害をもたらすハイリスク業種である。

ところで、メンタル労災とは労働に起因した心理的負荷による精神障害（負傷・疾病・障害・死亡など）であり、業務上災害または通勤災害に分けられる。労働現場に起因したということは、精神医学上はいわゆる状況因により生じた精神的不調である。

見方をかえれば、メンタル労災問題は、もしかしたら状況因を緩和、制限、回避、解消などにより予防できたかもしれない、新たな発生を減らすことができるかもしれない。であれば、主治医として、もしくは産業医として労働者の精神的健康に関わる立場にある精神科医には、この話題にどのように関わるのが可能だろうか。

2. メンタル労災認定では主治医の意見は重い

まずはメンタル労災の認定要件、ルールなど、最近の動向を知っておく必要がある。昨今のメンタル労災申請件数の増加に伴い、審査過程の透明性を図り、迅速な審査手続きなどをめざす必要から、2011 年 12 月に認定基準の見直しが図られた。

ここで登場した概念は図のとおりである。厚生労働省が作成した「精神障害の労災認定」と題するパンフレット（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken04/120427.html>、以

下、「パンフレット」)に掲載され、メンタル労災における精神障害の要因は、業務上の要因、業務外の要因、そして、個人要因の3要因に分けられた。メンタル労災の認定要件を図にあてはめると、①認定基準の対象となる精神障害があること(F3、F4など)、②発病前の期間のおおむね6カ月以内に業務による「強」と分類される心理的負荷(図の左部分)が認められること、③業務以外の心理的負荷(図の右側部分)や個人要因(図の中央下部分)により発病したとは認められないこと、とされた。

因みに「強」に該当するエピソードとは、①過去に経験した業務と全く異なる質の業務に従事した、②配置転換後の業務対応に多大な労力を費した、③配置転換後の地位が過去の経験に比し相当重い責任が課された、④明らかな降格であって配置転換としては異例で、職場内で孤立した状況になった、などである。

さらに、生死に関わるような極度の心理的負荷、極度の長時間労働は「特別な出来事」とされ、これら以外は、①事故や災害の体験、②仕事の失敗、過重な責任の発生、③仕事の量、質、④役割、地位の変化等、⑤対人関係、⑥ハラスメント、に区分され、パンフレットにそれぞれの内容が概説されている。

したがって、メンタル労災認定においては、業務外の要因や個人要因を遥かに上回る業務上の要因の存在、そして、それによる病態形成と程度が大きなポイントとなる。では、これらをどのように判断するか。結論は主治医による判断、意見が大幅に採用されることとなった。

しかし、メンタル労災申請という局面ではなく、これをメンタル労災の予防的観点からみた場合はどうか。日常診療においても、職場でつらいことがあったとの訴えがあった際は、いつからどのような業務を担当し、どのような責任、役割をもたされ、さらに上司、同僚らとの人間関係はどうであったか、など本人の目線でどのように体験している、あるいは、していたのか、力動的理解でエピソードの概要をつかんでいくことが治療のカギとなる。

3. 職場の安全配慮義務遵守が大前提

もう一つの新たな潮流に着目しておく。2017年3月に政府による働き方改革実行計画の発表が行われ、これからの理想的なビジョンが提案された。しかし、他方では労働基準監督署が職場に立ち入り検査をして是正勧告を指導しても、過労死事案、自殺事案がくりかえされている。

特に日本経済を名実ともにリードするはずの大企業に悪質な違反事案の数々が暴露されるに及んで、厚生労働省は職場指導の見直しを図り、職場名とその違反事実の公表に踏み切った。同様な改善指導の強化策は、障害者雇用率の低い職場に対しても実施された。

これを受けて業界誌の見出しには、「人事部 vs 労基署、働き方攻防戦」(週刊ダイヤモンド、2017年5月27日号)、「労基署はもう見逃さない、あなたが書類送検される日」(日経ビジネス、2017年6月5日号)、「残業禁止時代、働き方改革のオモテと裏」(週刊東洋経済、2017年7月1日号)、などと書き立てられた。おかげで、職場が関連法規、制度など

をしっかりと遵守しなければならない、との行政の見解が浸透し、いわば大前提が確保された。

次に、職場の秩序維持に関して大切なキー概念が明記されている「労働契約法」に触れておかねばならない。それは、使用者、労働者の双方が守るべき義務であり、使用者には、①賃金支払い義務、②職務遂行能力開発のための配慮義務、そして、③安全配慮義務を、労働者には、①労働義務と職務専念義務、②業務命令に従う義務、③誠実義務と職場秩序遵守義務、である。職場ごとの就業規則も重要だが、全職場共通の基本ルールであるので、主治医であれ、産業医であれ、いずれの立場でも知っておくべき事項であろう。

これらの中で使用者の「安全配慮義務」は、同法第5条では、「使用者は労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう必要な配慮をする」とされている。使用者がこのような安全配慮を怠り、業務上の要因がもたらす健康影響を回避できなかった事案がメンタル労災関連事案には多い。

具体的には、健康上の不調、特に精神障害もしくは精神的な不調を抱えている労働者が就業に何らかの支障をきたしている場合、身心の具合を確認する、から始まり、業務負担の制限、外出、出張の制限など、健康悪化を回避するという方向で就業上の配慮をする、ことが義務である。知っていながら知らない同然の対応、すなわち放置が最も悪質とされている。

しかし、労働者の顔色、表情などから精神的な不調を判断することには困難さを伴う。そのため、使用者からは安全配慮の方法、タイミングなどがわからないという声が根強い。これについて、最近の最高裁判例では、「医療機関に受診中という健康管理情報は個人情報に属し、労働者から見た場合、使用者へ告知しづらい性質があるので、労働者が告知しなかったので配慮できなかったでは通らない、職場は本人が会議を欠席するとか、遅刻、早退、欠勤等の行動面の変化を伴う不安定就労をしていることを見逃してはならない」

(http://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail12?id=84051)、という見解が示され、使用者の安全配慮義務を改めて厳格に規定した。

もうひとつ大切な義務が、使用者の「職務遂行能力開発のための配慮義務」である。職務遂行能力のレベルは、そもそも個人差が大きく、雇用後に職場が求める技術力、現場対応力に応じられない場合も当然ありうる。また、精神的な不調により職務遂行能力は大きく影響を受ける。これらの労働契約法で課せられた使用者の義務に照らせば、本来は本人のレベルに応じた職場側の配慮、指導等が先行するはずであり、業務負担、勤務時間、勤務条件等の調整が必須である。しかし、現実にはそれらの形跡もないまま、一方的に本人の努力不足、能力不足という判断で本人を追い込んでしまっている事例も少なくないよううかがえる。

4. メンタル労災予防の視点に立つ

以上からもわかるように、メンタル労災予防の第一歩とは、日常診療において精神的な不調を抱えた労働者と接した際に、職場の状況がメンタル労災認定基準に接近していない

か、安全配慮義務などをきちんと守っているか、本人も果たすべき義務を履行しているか、等々に関心を持つことである。

もしも該当していることが判明した場合は、本人の保護、ケアのために職場への介入が必要かもしれない。その際は主治医として、職場の人事担当者、産業医に、労働環境、業務負担等へのアラームを発することには大きな意味があり、環境調整など職場との連携を図ることにより病態悪化の危機を回避できるかもしれない、と本人から承諾を得ることから始めることになる。

そこで、本人が職場で最も信頼を寄せる人物に相談し、本人が勇気を持って主張した場合、職場側がそのような訴えや情報を得て、気づくのが遅れて配慮が不足していたとあっさりとして反省の弁を述べた事案を筆者は幾度も経験している。

しかし、主治医が職場に介入することはまだまだ制度上も公式化されていないこともあり、職場側の反応には読めない部分が多く、本人にはさらに大きな負荷がかかり病状を悪化させてしまうリスクも懸念される。

そもそもメンタル労災寸前の事案であれば、法定制限を遥かに超える過重労働、度重なるハラスメント、その窮地を救う職場の支援機能がない、など職場の安全配慮義務が軽視された結果である可能性が高い。本来であれば産業医に通じておくことが有効なはずだが、すでに産業医の問題解決力さえダウンしている可能性も考慮しておく必要がある。

斯様な場合には、社会保険労務士、弁護士、さらには労働基準監督署などへ、本人のプロテクションの確保、積極的介入の方法、タイミングなどをしっかりと相談し、ベストアンサーを得てから動き始めることが安全であり、本人の了解も得やすい。

それにしても、何かしらの法制度的な枠組みがあってもよい気がする。因みに、配偶者暴力防止法、児童虐待防止法ではどうか。この中では、多くの被害者は医療機関に受診するので主治医が早期発見者となる可能性が高いことから、主治医が被害事実を確認した場合は被害防止のために警察、相談機関に届け出る努力義務を課している。これらと比較してみると、社会的背景、法体系、制度の違いはあるものの、メンタル労災の予防にはまだまだ関連制度の整備が必要な余地が多々あるようにうかがえる。

ということで、メンタル労災の予防的視点は精神科医には重要なテーマの一つである。最近では制度面では主治医の意見が重視され、職場も安全配慮義務履行への追い風は強まっている。職場との接点を見据えた対応、場合によっては職場介入により大きな治療効果を上げる可能性がある。今後、益々本領域への関心が高まり、諸制度の整備が進み、メンタル労災の問題解決が進展することを願うばかりである。

第2部 実践編 好事例から学ぶ「連携」の実際

ポイント 好事例のサンプルを理解し、好事例の根拠を見比べながら、自分で連携のイメージを見つけましょう。

1. 「連携」の取り組みを理解するための分類

収集された好事例 49 例に盛り込まれたノウハウを抽出し、連携の仕組みと流れを理解するために、好事例をまず以下の項目で区分した。

■ 第1分類:連携パターン による

- (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) 産業医から職場内関係者への連携、

■ 第2分類:連携のタイミングによる、

- (1) 不安定就労期
- (2) 休業期
- (3) 復職期

■ 第3分類:次のチェック項目には、

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

という分類でデータが整理されている。

2. 好事例のサンプル紹介 (表 1)

上記の3×3分類で、3つの好事例をチェック項目ごとに「連携」過程を読み取ることができる。

3. チェック項目別に比較して好事例の特徴を読む。

表「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。

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おうかが重要な点。	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。			
		社内	17 (ダメな主治医には退場してもらう)だが、一応、治療対応の枠組みの大切さ。		
	社内	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。			
	社内	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。			
	社内	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。			

A. 主治医→産業医 ①不安定就労期

診断名	本事例を好事例とした最大の根拠		連携の目的		
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、ローパーフォーマーとなり、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。		
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	
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感情が徐々に改善した	
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本人の心身不調が自覚的に改善してきた。	特になし。	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ヒアリングを続けている。	
診断名	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	
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作業関連性について意見書で伝えた。	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のやり取りをした。	書面（診断書）	
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
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、産業医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医の先生にお伝えし検討いただこうと思うがよいのか？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申請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。

注：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

注：診断名

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

A. 主治医→産業医 ②休業期

診断名	本事例を好事例とした最大の根拠	連携の目的
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の判断と同時に、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くため。
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。	本人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、現場でのブレイ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有ったため	上司との人間関係に大きな要因が有ったため
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 配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（本事例では、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。

注：診断名

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

A. 主治医→産業医 ②休業期

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
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	主治医が目の前で産業医と対応していることで安心していた様子	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なされた。	診療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るようになった	職場からの客観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、育児、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、職場異動がなかった	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き、再休職に至らず2年程度経過している。

注：診断名

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

A. 主治医→産業医 ②休業期

診断名	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
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	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。	複数回のやり取りをした。	厚労省のガイドラインに準拠した照会文。
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	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	初診からこ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、一度主治医から産業医に電話し、1週後に産業医を訪ねた。	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	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	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、メールの大まか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	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

注：診断名

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

A. 主治医→産業医 ②休業期

(診断名)	(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)
4	産業医と直接面談し情報共有、また書面による連携	本人の承諾を得たのち、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	本事例では、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。

注：診断名

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

A. 主治医→産業医 ②休業期

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
3	—		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あり）	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書面化し、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	1, 5	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。	本人からの、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。

注：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

注：診断名

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

A. 主治医→産業医 ②休業期

(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)
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了承を得た。	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拡散の心配に終わった。
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た	なし	本人の希望にそぐわない形の職場異動などが起きた際、本人-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
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。

注：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

注：診断名

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

A. 主治医→産業医 ③復職期

診断名	本事例を好事例とした最大の根拠	連携の目的		
4	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。	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	地方では仕事上、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本人を守る連携を図る	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。		
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
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	思い切った提案ができたことで、障害者枠の雇用についてはその後継続的に取り組んでいる。	雇用の継続確保、業務負担の軽減

注：診断名

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/⑦ F70-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

A. 主治医→産業医 ③復職期

診断名	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
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	意見書を発行		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。
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
4	5	診断書にて	記載内容をみせた	診断書料金のうち	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	一	一	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なにか心配→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産業医であったが、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るものか、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。

注：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

注：診断名

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

B. 産業医→主治医 ①不安定就労期

診断名	本事例を好事例とした最大の根拠	連携の目的
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傾向のある事例だったが、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会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	産業医が本人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が発行され休職に至った。
8	本人の不安定就労がなくなり、生き生きした表情で就労されているため。	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。

注：診断名

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

B. 産業医→主治医 ①不安定就労期

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
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、連携の下地ができた	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・相談しやすくなった	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できるようになった。
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という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て良かったね、と言われた	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、安心していた	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

注：診断名

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

B. 産業医→主治医 ①不安定就労期

診断名	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
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性を高めた	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ともに、休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まずは内科医に、ついで精神科医に作成した	事例性の変化時、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の検査を依頼した。また、電話で精神科主治医に状況を説明した。	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

注：診断名

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

B. 産業医→主治医 ①不安定就労期

(診断名)	(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)
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、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情報診療提供書の主治医への郵送。	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。	2回。	書面での情報診療提供書のやり取りのみ。

注：診断名

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

B. 産業医→主治医 ①不安定就労期

(診断名)	(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)
8	<p>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教えてもらい、実際の作業を現場で確認。</p>	<p>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</p>	<p>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、今後は本人を通した報告となる。</p>	<p>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。</p>
3	<p>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。</p>	<p>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)</p>	<p>産業医－主治医間で1往復のみ</p>	<p>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</p>

注：診断名

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

B. 産業医→主治医 ①不安定就労期

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
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（産業医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性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、主治医が産業医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	産業医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、受診してもらった。	本人が保険診療を受け、それに関する支払いをした	主治医と、産業医のみたて・方針がずれると厄介だが、そういうことはなかった
4	5	書面・診療情報提供書	会社の知りたいこと、産業医から状況含め説明し、主治医の意見を書面でもらう	返書の支払い、本人負担	主治医と産業医の意見の乖離、主治医意見に会社の理解が得られない

注：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

注：診断名

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

B. 産業医→主治医 ①不安定就労期

(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)
4	5 書面、本人を介する伝言	復職時は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。	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。
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）があった。	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ことで起きてしまうのではないかと危惧した。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る。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いない。

注：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

注：診断名

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

B. 産業医→主治医 ①不安定就労期

(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)
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であることを説明して、本人から同意を得た。	産業医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医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。

注：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

注：診断名

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

B. 産業医→主治医 ②休業期

診断名	本事例を好事例とした最大の根拠	連携の目的		
9	業務上の大きな出来事であったてんかんだけに注目するのではなく、ほかの障害・問題についても目を向ける必要性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、薬の内服をしばし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、他の主治医に依頼した		
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。		
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		
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
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なった。
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、復職。思うに任せない現実を受け入れた。	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。

注：診断名

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

B. 産業医→主治医 ②休業期

診断名	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
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	主治医の精神科医に直接電話で依頼し情報提供書送付
3	事業場保健師が同行して、他の主治医を受診した。	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、保健師が同行して他の主治医に説明。
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

注：診断名

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

B. 産業医→主治医 ②休業期

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
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感。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復職して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）	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。

注：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

注：診断名

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

B. 産業医→主治医 ③復職期

診断名	本事例を好事例とした最大の根拠		連携の目的	
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, 職場内での妄想には配置転換が有効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。	
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
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に喜んでいました。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いました。	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

注:診断名

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

B. 産業医→主治医 ③復職期

診断名	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
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（上記）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
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
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-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。

注：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

注:診断名

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

C. 産業医→職場内関係者 ①不安定就労期

診断名	本事例を好事例とした最大の根拠	連携の目的		
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。		
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
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った。	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

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

C. 産業医→職場内関係者 ①不安定就労期

診断名	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
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司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の適性を担保した	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

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

C. 産業医→職場内関係者 ①不安定就労期

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
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（産業医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、産業医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いた。	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：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

注:診断名

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

C. 産業医→職場内関係者 ②休業期

診断名	本事例を好事例とした最大の根拠		連携の目的	
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	主治医の選択を慎重にすること。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	
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
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がもてた	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	特になし。	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。	ー	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

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

C. 産業医→職場内関係者 ②休業期

診断名	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
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	特別な準備はなし	計4回	特に無し

注:診断名

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

C. 産業医→職場内関係者 ②休業期

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
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		得ていない	なし	特に想定していません。ネガティブな結果も認められなかった。

注：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

注:診断名

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

C. 産業医→職場内関係者 ③復職期

診断名	本事例を好事例とした最大の根拠	連携の目的		
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、不適応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。		
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
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たくましく、元気になった。	上司はじめは「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）がわかっただけではないが、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、変化が起こったから、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

注:診断名

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

C. 産業医→職場内関係者 ③復職期

(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)
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達しているが、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。	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。
診断名	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
1	・休業中から本人と産業医面談をおこない、関係をきずいておく。・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。

注:診断名

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

C. 産業医→職場内関係者 ③復職期

(診断名)	(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)
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

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

C. 産業医→職場内関係者 ③復職期

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
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。・一緒に仕事をするようになる人に対して、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りを持たなくなった。

注：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

注:診断名

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