

労災疾病臨床研究事業費補助金

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

平成 26 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 黒木 宣夫

平成 27 (2015) 年 3 月

労災疾病臨床研究事業費補助金

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

平成 26 年度 総括・分担研究報告書



## 目 次

### I. 総括研究報告

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	-----	1
研究代表者 黒木 宣夫		

### II. 分担研究報告

1. メンタルヘルス不調者の病状回復と安定就労に効果的な産業医と 精神科主治医の連携のあり方に関する研究	-----	17
分担研究者 神山 昭男		
2. 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	-----	49
分担研究者 五十嵐良雄		
3. 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	-----	89
分担研究者 小山 文彦		
4. 企業における主治医と産業医等の連携についての課題に関する研究	-----	95
分担研究者 廣 尚典		
5. 医療と労働衛生の連携効果に関するフィールド調査	-----	147
分担研究者 久保 達彦		
6. 総合病院における主治医と産業医との連携に関する調査	-----	203
分担研究者 中嶋 義文		
7. 医療機関以外の施設の治療プログラムにおける産業医等と主治医 との連携を明確化するための調査研究	-----	209
分担研究者 大西 守		
8. 業務に関連した精神科医療の現状と早期復職に関する研究	----	249
分担研究者 黒木 宣夫		



労災疾病臨床研究事業費補助金

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

平成 26 年度 総括研究報告書

研究代表者 黒木宣夫

平成 27 (2015) 年 3 月

労災疾病臨床研究事業費補助金  
総括研究報告書

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

研究代表者 氏名 黒木宣夫

要旨：本研究は、①メンタルヘルス不調者の病状回復と安定就労に効果的な産業医と精神科主治医の連携のあり方に関する研究（神山分担研究者）、②治療プログラム実施機関と主治医との連携・産業医等と主治医の連携に伴う治療効果の指標に関する研究（五十嵐分担研究者）、③病院における治療と就労の連携（小山分担研究者）、④大中小企業における産業医と主治医との連携と課題（廣分担研究者）、⑤医療と労働衛生の連動に関するフィールド調査（久保分担研究者）、⑥総合病院における主治医と産業医との連携に関する調査（中嶋分担研究者）、⑦医療機関以外の施設の治療プログラムにおける産業医等と主治医との連携を明確化することにより、精神疾患の再発予防、病状改善の対策を検討（大西分担研究者）、⑧労災認定された精神医療の現状、実態を明らかにし、主治医と産業医の連携強化の在り方を模索し、早期復職の手法確立を検討（黒木研究代表者）と8つの分担研究を実施した。

‘①～⑧までの分担研究を総合すると、メンタルヘルス不調者の病状回復と安定就労に効果的な産業医と精神科主治医の連携、治療プログラム実施機関における産業医等と主治医の連携、病院における治療と就労の連携、企業における産業医と主治医との連携、主治医と産業医の連携効果に関する実態調査（インターネット調査）、休職期間と医療費等の関連に関する調査（医療レセプト分析調査）、総合病院における主治医と産業医との連携、医療機関以外の施設の治療プログラムにおける産業医等と主治医との連携、労災認定された業務上疾病としての労災患者の早期復職における主治医・産業医との連携等に関する等の平成26年度調査研究結果から、対象者労働者の治療過程における、主治医と産業医等の連携が必ずしもスムーズに行われていない現状が明らかになった。メンタルヘルス不調者を医療連携を図ることにより安定就労に結びつけることが可能との報告、治療プログラム実施機関による介入が再発防止に有効であること、医療と労働衛生の連動に関するフィールド調査から、傷病給付手当金給付期間が3ヶ月以内の症例は、一年以上給付の長期復職群と比較して総額医療費は84%減であり、一年以内給付の中期復職群と比較しても9.2%減という結果より早期復職は医療費を抑制し、支払い側の視点からも、早期復職の実現は医療費及び傷病給付手当金の支出抑制につながるのみならず、給与所得の発生に伴う保険料収入の確保にも資するとの知見が得られたが、今後の産業精神保健の在り方を考え上で主治医と産業医との医療連携が不可欠であることは言うまでもない。本研究ではいかに主治医と産業医が共に連携を取ることが、早期の職場復帰が可能となり、労働者の安定した就業を確保しながら病状の悪化や再発予防にも有効であることが示唆された。

## A.研究目的

精神障害の労災請求件数は毎年、過去最高を更新し、2013年度は1,409件(前年度比152件増)、認定件数は同年度は436件、特に自殺ではない精神障害の労災認定件数は同年は373件にも及び、業務上認定された後から職場復帰までの治療過程のなかで主治医、産業医の連携が不可欠であることは言うまでもない。また、労働者の疾病のうち、メンタルヘルス不調に関しては、平成27年6月に労働安全衛生法が改正され、ストレスチェック制度が創設され、1~3次予防までの総合的な取組みへの気運が高まっており、外来治療中や、休職・復職前後における主治医と産業医の連携強化策が求められている。

医療保険制度のもとで最善を目指して診療を行う主治医と、事業場との契約の基に最適な産業保健サービスを提供する産業医が、お互いの制度の枠組みを超えて連携することは困難となっている。また労災認定された精神障害者が休業補償後に同事業所に復職を考えた際に、当該労災患者に復職の意思がありながらも職場の受け入れ側の復職調整がスムーズにいかないことも見受けられている。現在の精神医療の枠組みでは、主治医は保険診療の枠組みの中での最善を目指し、産業医は産業保健という枠組みでの最適を目指すため、お互いの枠組みを超えて両者が連携し、労働者である患者の健康保持増進等を推進することは容易ではない。これらのことから、保険診療と産業保健との枠組みの違いを超えて、具体的な連携を図る方策とその効果を具体的に検討し、必要な施策を進めていくことが喫緊の課題である。このため本研究は、主治医と産業医の連携について、実証的なデータを基に検討し、連携による治療面と就業面の効果、連携の課題等を明らかにし、連携による治療効果向上、再発・再燃防止や、就労継続・離職等防止の有効な手法の提案や制度的な方策等の提言を行

うことを目的として調査研究を実施した。

## B. 研究方法

実証的な研究として、個別事例の連携等の状況についてのデータをレトロスペクティブに集積し解析することで、治療効果等を検証した。研究課題は次のとおりである。

①メンタルヘルス不調者の病状回復と安定就労に効果的な産業医と精神科主治医の連携のあり方に関する研究(神山分担研究者)、②治療プログラム実施機関と主治医との連携・産業医等と主治医の連携に伴う治療効果の指標に関する研究(五十嵐分担研究者)、③病院における治療と就労の連携(小山分担研究者)、④大中小企業における産業医と主治医との連携と課題(廣分担研究者)、⑤医療と労働衛生の連動に関するフィールド調査(久保分担研究者)、⑥総合病院における主治医と産業医との連携に関する調査(中嶋分担研究者)、⑦医療機関以外の施設の治療プログラムにおける産業医等と主治医との連携を明確化することにより、精神疾患の再発予防、病状改善の対策を検討(大西分担研究者)、⑧労災認定された精神医療の現状、実態を明らかにし、主治医と産業医の連携強化の在り方を模索し、早期復職の手法確立を検討(黒木研究代表者)

最終的に、各分担研究結果をもとに連携の効果と有効な連携方策を取りまとめた。

## C. 研究結果

①メンタルヘルス不調者の病状回復と安定就労に効果的な産業医と精神科主治医の連携のあり方に関する研究(神山分担研究者)

本研究では、職場・産業医と主治医の連携事例120例について、連携の取り組み過程、連携前後の病状、就業状況などを分析、実証的検討を加えた。その結果、職場・産業医と主治医が同じ目標に向けて連携を継続的、安定して取り組んだ事例

では、気分障害圏、不安障害圏、精神病圏に至るまで、病状、治療意欲、社交性、自己管理力の改善、ひいては投薬量の減少など多くの好影響が確認された。また、就業改善群のケーススタディにおいては連携前後の具体的なプロセスを可視化し、年単位の取り組みに埋もれて見えにくい要因の抽出に有効である可能性が示唆された。これまでに明らかとなってきたことは、

(1) 不安定就労期、休業期、復職準備期、復職期、そして安定就労期といった各ステージに必要な職場との対応について、不調者、職場ともに共通して理解しておくことが重要である、

(2) 職場側の連携への準備として、本研究でも示されたとおり、手続きと連絡調整、連携のポイントをまとめておく。

(3) 主治医側も不調者の心境や悩みを受容・共感するには産業医レベルの職場理解が必須である。

(4) 効果的な連携を進める上では、メンタルヘルス不調者と職場・産業医、そして、主治医が同じ目的に向かって取り組んでいるという関係性が土台として必要である。

本研究では専ら実践的な視点からの連携作業の分析を主題とした。その結果、明らかとなった点は、1)連携作業の契機は職場から主治医へのアプローチが主流である。2)職場から導入される場合は、不調者が連携目的、メリット、もしくは現状打開という解決策への期待を自覚している。3)連携作業は電話、メール、面談などを駆使して実施されていたが、効果判定には1年のフォローでは必ずしも十分でなく、究極の課題は安定就労と病状の安定化の実現であり、常に目標は明確であることが重要かもしれない。4)就業改善群は、精神病圏であっても他の病態と比べて改善率は近似していたが、主治医側が連携に慣れていること、高頻度の連携、比較的高い個人支援力などが寄与しているかもしれない。5)連携後の病状、自己管理

力、治療意欲、社交性など多くの点での改善が就業改善にも好影響をもたらしているかもしれない。他方、それらに比し改善程度は低いが薬剤量の減量への効果も明らかとなり、これらは経験的知見と一致していた。6)就業改善群のケーススタディにより、就業パターンの類型化の可能性が明らかになった。特に、同じ休業でも連携前の病状に関連した休業と積極的な治療プログラム下での休業とは意義が異なり、連携後の治療プランとその評価は慎重に行うことが望ましい。7)ケーススタディは改善群を中心に検討したが、今後、非改善群の事例を加えた比較対照検討が必要である。

## ② 治療プログラム実施機関と主治医との連携・産業医等と主治医の連携に伴う治療効果の指標に関する研究（五十嵐分担研究者）

精神疾患で休職した労働者に対する治療プログラムとしてリワークプログラム(以下、プログラム)を実施している医療機関(以下、治療機関)には地域において様々な連携が求められる。特に休職した労働者の所属する職場との連携は職場復帰時に重要となる。また、プログラムの利用者にはプログラムの実施治療機関とは別の外部医療機関の医師を主治医としている場合があり、その連携は治療上非常に重要である。外部主治医と職場に対する連携の実態調査を研究1として実施した。研究2として2010年9月～2013年12月にかけて実施した治療機関におけるプログラム利用者の復職後の就労継続に関するコホート研究のデータを復職時の職場との連携の有無に着目して分析を行った。研究3ではプログラムにおける具体的な対応事例から職場との連携・情報の共有について必要とされる要素などを分析した。

研究1の治療機関への基礎調査からは、7割の治療機関で他院の患者を受け入れており、6割の治療機関が他院患者を受け入れる場合に原則主治

医を変更する条件を定めていたことがわかった。利用者の約3割が外部の医療機関に主治医を持ち、その主治医との情報共有と連携が重要になる。主治医との情報共有としては、プログラム参加時の状態評価のために標準化リワークプログラム評価シートと心理テストが多く施設で実施されていたので、それらを情報提供の素材として使用することが考えられた。また、定型フォームを作成することも有効な手段である。評価情報については、職場復帰時には産業医などの職場側への復職準備性の情報提供としても使用されるものである。復職時の職場側との情報提供については、書面で実施される場合が多く産業医・産業保健スタッフ宛には8割を超えるが、近年は職場を訪問する割合が増加していた。すなわち、職場との連携においては対面による連携が求められ、文書で提供されるレベル以上の高度な情報提供が職場より求められていると考えられる。このようなことから文書料だけではなく、対面での連携「診察場面での面談」や「訪問などによる情報交換」などにも経済的対価が必要であると考えられる。

研究2の復職時の職場との連携の有無からは、連携群と非連携群の間に有意差はみられなかつたが、連携群では就労継続期間が長い傾向がみられた。両群の属性をみると、企業規模が小さく、産業医体制が整っていないことが統計学的に有意な項目として検出された。このことから、復職時の連携は常勤産業医のいない1000名以下の事業所に対し、復職を支援する意味で有効な方策の一つとして位置づけられると考えられた。

研究3の具体的な事例調査では、実際の事例ごとに対応方法を変化させる必要性があることが明らかになった。成功事例および困難事例の各々の要因を分析した結果、いずれも発達障害が多くを占めることが判明した。しかし、連携においては連携先となる人物を定めて連携を取ることが重要

であり、それにより効果的な対応となると考えられた。各ケースの対応に求められる業務量を調査した結果、1事例あたりとして20,000円～30,000円の人工費と算出できた。現状では診療報酬の対象外の業務となるため、これらの経費は全てリワーク施設の持ち出しとなっており、今後適切な評価を行うことが求められる。事業場と連携を取ると、メンタルヘルス対応について苦慮している点に関して、職場からアドバイスを求められることが多いあるが、治療機関としては対応が困難な、コンサルティングに属する場合も少なくないことが判明した。

### ③ 病院における治療と就労の連携（小山分担研究者）

労災病院における治療と就労の連携部門において、両立支援を行った取組事例の中から、主治医と産業医等の連携に関する調査を実施し、治療等に効果的な連携の在り方について、質的研究を行った。メンタルヘルス不調に罹患した労働者41名の治療就労両立支援を目的に、主治医と産業医等が連携して、医学所見・安全衛生要因・生活状況・職域の懸念の4視点から不調者の現状を評定、解析した結果、寛解に至るまでの期間が3か月以内の者は、長期例に比べ、医学所見のみならず、安全衛生要因と職域の懸念の回復・解決程度が有意に良好であった。寛解までの期間と、安全衛生要因および職域の懸念（いわば「連携情報」）の回復・解決の程度は有意に相関し、主治医と職域間の連携は治療効果と関連することが示唆された。

不調労働者の現状について、診察室における問診等で得られる情報を「診察室情報」、主治医と職域（産業医等）との連携を行うことにより初めて得られる情報を「連携情報」とに大別すると、当研究で用いた4軸アセスメントのうち、I. 現症（医

学所見)が「診察室情報」、II. 勤労状況(安全・衛生にかかる要因)とIV. 事業場側の懸念が「連携情報」にあたる。III. 個人・生活状況(個体・状況要因)は、一般には不調者本人の陳述や家族等から推定される。

まず、寛解に至るまでの治療期間が3か月以内(3M群)と3か月超(ML群)の群間比較では、「診察室情報」のみならず「連携情報」に属する多くの項目が、3M群ではML群に比べて有意に回復・解決程度が良好であった。特に、 $P<0.001$ で有意性を示した項目を挙げれば、疾患の種類(I)、就労意欲・業務関心(II)、対象労働者へのコミュニケーション(IV)、通常業務による疾患への影響(IV)、対象労働者の将来性(IV)であり、特にIV. 事業場側の懸念に属する項目が多く有意性を示していた。この解析結果から、寛解に至るまでの治療期間が比較的短い症例では長期例に比べて、「連携情報」に属する要因の回復・解決程度が有意に高いことが注目される。

次に、各アセスメント項目の得点と寛解に至るまでの両期間(3M, ML両群)における順位相関解析では、特に II. 勤労状況(安全・衛生にかかる要因)とIV. 事業場側の懸念の両軸では他の軸に比べ相関を認めた項目が多く、寛解に至るまでの治療期間の長さと「連携情報」に属する要因の回復・解決程度の高さとの間には負の相関が認められた。この相関性と先述の群間比較結果とあわせると、寛解に至るまでの期間が短い例では「連携情報」に属する要因の回復・解決程度が有意に高く、両者の因果関係は言明できないものの、寛解までの期間と「連携情報」の回復・解決との相関が示されたことは重要な所見である。

寛解までの期間と「連携情報」の回復・解決との間に有意な相関を認めたことは、主治医と職域間の連携が治療効果と重要な関連を有することを示唆していた。寛解までの期間が短い例では、「連

携情報」の回復・解決程度が有意に高い。寛解までの期間と「連携情報」の回復・解決程度は有意に相関し、主治医と職域間の連携は治療効果と関連することが示唆された。

#### ④ 大中小企業における産業医と主治医との連携と課題(廣分担研究者)

モデル地域を選定し、中小企業における産業医と主治医との連携に関する調査を実施し、主治医と産業医との連携の受け入れ事業場側の問題点・課題を明らかにした。メンタルヘルス不調を有する労働者への支援に関する職場と精神科医(主治医)の連携について、現状と職場側の課題を、質問紙調査とグループ討議による聞き取り調査によって検討した。

質問紙調査は日本精神神経科診療所協会の会員を対象とし、グループ討議はすでに産業医と精神科医の地域ネットワークが構築されている3地域の産業医、精神科医の参加を得た。その結果、以下の事柄(傾向)が明らかになった。

- ・職場の医療専門職(産業医、保健師など)と精神科医の連携は、書面によることが多く、上司・人事労務担当者との連携は、直接診療所(クリニック)を訪問しての面接によることが多い。
- ・職場からの問い合わせに対して主治医が回答しやすい形式は、就業面の配慮、復職の可否・時期では選択式であり、選択肢にはできるだけ具体的な記載が望まれる。
- ・「提供する情報がどこ(誰)に開示されるか」、「提供する情報がどのように活用されるか」、「提供する情報によってどのような事後対応がなされたかを報告する旨」、「提供する情報が個人情報保護の面で適切に取り扱われる旨」が明示されると、主治医は情報を提供しやすくなる。
- ・職場と主治医との情報交換の間隔は、必要に応じて調整されればよく、必ずしも定期的である必

要はない。職場での大きな出来事、産業医の交代があった時期には、行うことは望ましい。

- ・職場から主治医への情報提供の分量は、A4用紙1/2～1ページ程度が妥当である。

- ・職場関係者と主治医との面接時間は、前後の時間を含め30分程度が多い。

- ・職場と主治医の連携の推進に、主治医からの情報提供が診療報酬の対象となり、その金額が定められることが有用である。また、その拠出は、労働者個人からではなく、職場からであることが望ましい。

- ・連携の職場側の窓口は、医療専門職が担当するのが望ましいが、人事労務担当者であっても立場を明確にすれば可能である。積極的な連携姿勢が肝要である。

- ・職場の医療専門職には、主要な精神障害の概要を理解すること、精神医療の現状を理解すること、精神保健に関わる地域資源とその活用法を理解すること、主治医に対して職場の諸制度や実情をわかりやすく説明すること、主治医の意見を踏まえたうえで、職場の実情をも考慮した意見を職場に対して述べることが、特に強く望まれる。

次年度の研究では、本結果をもとに、両者の連携を高めるための方法論とツールを開発し、その現場での有用性を確認する。

## ⑤医療と労働衛生の連動に関するフィールド調査（久保分担研究者）

主治医による就業支援の実施状況及びその効果についてフィールド調査を実施した。調査によって、患者が主治医による就業支援（指導、連携等）をどの程度得ているか、またその情報が職場にどのように伝えられどのような効果を及ぼしているか等を明らかにした。

主治医による就業支援の実施状況及びその効果について、2つのフィールド調査を計画し実施し

た。A) 主治医と産業医の連携効果に関する実態調査（インターネット調査）では、患者の視点から現状における連携の実態やニーズを調査した。

課題1：既に主治医による就業支援書（FitNote）を制度的に導入している英国の事例をみても、特に主治医のメンタリティーはまず患者保護からはじまり、それが就業支援に向かうまでには長い経過を要している（9, 10）。日本においても患者保護から就業支援に指導の軸足が動くまでには時間がかかると予想される。また、高齢化に伴い慢性疾患が増加している我が国の現状に照らして、今後は従来からの「完治した状態での復職」より「適切な就業配慮により、完治を待たずとも安全・安心に就業できる復職」があるべき姿と考えられる。以上のことから、概念モデルの中心に早期復職というサロゲートマーカーをおく設定は、政策的研究事業の概念モデルとして、患者保護的観点からも受け入れ可能と結論した。今後、ステークホルダー間で各種効果指標の共有・相互開示していくことが連携推進に資すると考えられた。

課題2 A) 主治医と産業医の連携効果に関する実態調査（インターネット調査）対象者について、その背景特性情報から、多様なサンプルが効率的に収集されたものと考えられた。この調査により、通院中就業労働者が置かれる状況が医療と労働衛生の連携の視点から記述された。

現状では主治医が通院中就業労働者の就業業務を概ね把握している割合は45%、職場での健康管理について指導等が与えられている者は43%であった。実態として就業措置が必要と思われる状況・状態にあわせて問診が行われ助言が行われている可能性が伺われる。一方で定期通院中就業者の61%は健康状態に不安を感じながら就業しており、単純計算で少なくとも18%の通院中患者は就業上の健康不安があるなか医師の助言・指導を得られぬまま就業していることが明らかとなった。

さらに、主治医が作成した文書（診断書、診療情報提供書等）が勤務先に提供された定期通院中就業者は全体の23%に止まっている。すなわち77%では文書による連携は取られておらず、また対象者の75%は主治医から本人の健康状態に関する指導を勤務先に自ら報告していなかった。医療と産業保健（職場）の連携効果を着実にあげるためには診察室での患者指導に止めず、文書の発行等により着実に連携を行うことが重要と考えられた。

主治医から職場への情報提供が実施された場合、その内容について83%と多くの者がその内容を把握していた。患者・労働者権利保護の観点から不利益な情報が職場に一方的に報告されてしまうことを避けるために、患者自身による内容把握は重要である。

通院中就業労働者において、職場で業務の調整や健康配慮を話し合う機会があった者は対象者の24%であった。この数値は主治医作成文書の職場提供割合23%に近い。次年度に実施される追跡調査等では、文書発行を伴う介入があった者と文書がなかったもので、就業状態等に差が生じるかを検証する。

主治医による就業支援に関する患者ニーズについて、仕事を踏まえた治療選択配慮（45%）、仕事を行う上での注意点等指導（52%）、職場への情報提供（43%）について調査を実施したが、ニーズがあるとする回答は総じて半数程度に止まった。またいづれの質問についても、どちらとも言えないという回答が35～40%という高い割合で認めた。健康状態が職場に伝わることに伴う不利益も26%の対象者が懸念していた。これらの数値割合は、医療と職場の連携は、一律に実施されるべきものではなく、一定の配慮や不利益予防を担保した形でよりターゲットを絞って実施されることの必要性を示唆する所見であるのかもしれない。追跡調査をもとに連携強化が効果的なターゲットの

絞り込みを実施する。

#### 課題2B) 休職期間と医療費等の関連に関する調査（医療レセプト分析調査）

解析の結果、月あたりの平均医療費で評価した場合、①給付開始前の期間は、給付期間の群間で医療受給状態に有意差はないが、②給付期間中（休職中）は、短期間給付群（早期復職群）は中期間給付群、長期間給付群（長期休職群）と比較して、「外来受診回数」が多く、「外来医療費」「調剤点数」「総医療費」が有意に高額であった。更に、③給付開始後（復職後）は、長期間給付群（長期休職群）では「外来受診回数」が多く「外来医療費」が有意に高額で、また「調剤医療費」は短期復職群と比較して、「点数総額（総医療費）」は中期間給付群と比較してそれぞれ有意に高値であった。更に、休職期間を考慮して期間累計（給付前6ヶ月+給付期間中+給付終了後6ヶ月）で医療費の累計を評価すると、圧倒的に長期復職群で累計の医療費は高額（2.9倍）であった。

#### <Clinical implications>

##### A) 早期復職者は休職開始時に充分な医療を受給している。

早期復職者は長期復職群と比較して医療費換算で休職期間中に月あたり1.8倍の医療サービスを受けていた。休職直後の時期に、産業医等（保健）と主治医（医療）が連携しスムーズに充分な医療を休職労働者に提供することは、早期復職の達成に資する可能性がある。

##### B) 早期復職は医療費を抑制する

傷病給付手当金給付期間が3ヶ月以内の症例は、一年以上給付の長期復職群と比較して総額医療費は84%減であり、一年以内給付の中間復職群と比較しても9.2%減であった。

早期復職は患者の視点にたてば早期社会復帰によるQOLの確保や、経済的には医療費の節約のみならず給与所得の確保に貢献する。支払い側の視

点からも、早期復職の実現は医療費及び傷病給付手当金の支出抑制につながるのみならず、給与所得の発生に伴う保険料収入の確保にも資する。

### C) 医療と労働衛生の連携強化が早期復職を実現する

短期復職者は休職後に医療費が4.4倍に跳ね上がるが、この変動は重症度の変化ではなく、保健と医療の連動がスムーズに行われた結果と思慮される。また過去の報告において、復職の支障としては疾病の医学生物学的な要因よりも、労働環境との不適応が大きいという報告がある(7)。これらいざれもが早期復職に向けた医療と労働衛生(保健)の連動の効果を示唆している。

早期復職は、医療臨床指標(早期復職)、産業保健指標(休職期間短縮)、財務指標(医療費、健康保険料、給与)、経営管理指標(労働力確保)いずれの視点にも応えるサロゲートマーカーである可能性があり、その実現に向けた医療と労働衛生の具体的な連携強化策の実施が期待されている。

### ⑥ 総合病院における主治医と産業医との連携に関する調査(中嶋分担研究者)

総合病院等に通院中の就業者の実態及び産業医等の産業保健スタッフとの連携に関する調査を実施し、精神医療の観点から主治医と産業医等との連携の必要性や需要を把握したうえで、精神科治療に必要な連携の在り方を検討した。

本研究は総合病院精神科の主治医と産業医の連携の必要性と需要、必要な連携のあり方を明らかにするとともに、その連携の効果を評価する方法を確立することを目的とした。がん患者の就労支援における主治医と産業医等の産業保健スタッフとの連携の一例の質的分析により、連携の必要性と需要、必要な連携のあり方を抽出した。その結果、主治医や産業医1人ではなく、関わる人すべてが柔らかく何重にも支えていく体制、単なる

情報の共有である「連携」を真の連携である「協働」へと変えていくには関わる人の間に共通の目的が共有される必要が強調された。

本研究は労働者の治療過程において主治医と産業医等の連携がレジリエンスを介してどのように影響するかを個人内で検討する基礎データである。

1) がん患者の就労支援における主治医と産業医等の産業保健スタッフとの連携の一例の質的分析により、連携の必要性と需要、必要な連携のあり方を抽出した。

2) 主治医や産業医1人ではなく、関わる人すべてが柔らかく何重にも支えていく体制、単なる情報の共有である「連携」を真の連携である「協働」へと変えていくには関わる人の間に共通の目的が共有される必要が強調された。

3) 2015年1月13日より3月12日までの2ヶ月間に外来通院中の就業者(20歳以上65歳未満、自営除く)85名を対象に、社会適応度(GAF)、抑うつ尺度(HAM-D,QID-S)と2種類のレジリエンス尺度(ARS,BRS)を用いて、一時点評価を行った。

4) 安定就労と比して不安定就労と休業中では社会適応度GAF得点が低く、抑うつ尺度得点が高かった。また、GAF得点と抑うつ尺度(HAM-D)得点との間には負の相関を認めた。一方レジリエンス尺度得点には就労状態による差は認められなかつたが、これは個人間差によるものと考えられた。

5) がん患者就労支援の専門家へのインタビューからは職場で関わる複数の資源間で情報共有が強化されると、職場での支援が強化されること、個人のレジリエンスが就労状態に影響することが指摘された。

### ⑦ 医療機関以外の施設の治療プログラムにおける産業医等と主治医との連携を明確化することにより、精神疾患の再発予防、病状改善の対策を

### 検討する。(大西分担研究者)

就労支援施設やリワークプログラム実施施設(リワーク施設)の中で、非医療機関で行われるものを見つめ、その実情と課題について、アンケート調査及び聞き取り調査を実施し、若干の検討を加えた。

郵送によるアンケート調査実施期間は、2014年12月1日～31日で、地域障害者職業センター52施設、精神保健福祉センター69施設、ハローワーク障害者専門援助部門99施設を対象とした。その結果、地域障害者職業センター36施設(回収率69.23%)、精神保健福祉センター51施設(回収率73.91%)、ハローワーク障害者専門援助部門31施設(回収率31.31%)から回答が寄せられた。また、復職・就労支援を実施している民間団体に関しては、2014年12月1日から2015年1月31日にかけて聞き取り調査を実施し、全国10施設を訪問した。

地域障害者職業センターのリワーク支援利用者は、増加傾向にあり、職場との連携や医療機関との連携は比較的スムーズである。医療機関としての性格が強い精神保健福祉センターでは、必ずしも復職・就労支援利用者は増加しておらず、医療機関との連携は強いものの、職場との連携はあまりうまくいかないようである。ハローワークでは、精神障害者利用者は増加傾向にあるものの、職場や医療機関との連携に困難を感じていたところが多い。こうした各施設の現状と課題を生じさせている背景には、当然のことながら、各施設の設立目的、職員の専門性・職種、対象利用者(罹病している疾患)の相違などが考えられる。また、EAPを実施している民間団体の復職支援も、その内容は多様かつ複雑化している。

すなわち、精神保健福祉手帳を所持する統合失調者の就労支援と、うつ病・不安障害による休職勤労者への復職支援では、やはり方法論が異なるよ

うである。したがって、各施設の特性を活かした有機的かつ効率的なネットワークの構築が求められ、とりわけ産業医・主治医との連携を強化することが急務と考えられる。そのためには、情報共有する際の原則的な理念・ルールを整備することが不可欠で、情報共有に際しての文書や面談に関する費用負担、事例検討会出席のための謝金などに関しても一定の規定整備が望まれる。

### ⑧労災認定された精神医療の現状、実態を明らかにし、主治医と産業医の連携強化の在り方を模索し、早期復職の手法確立を検討(黒木研究代表者)

全国の大学病院精神科(129)、労災病院、労災病院精神科(23)、ならびに平成25年度に労災認定件数が10件以上決定された都道府県に存在する精神科診療所の責任者(1,608)、合計1760名に精神障害の労災認定に関するアンケート調査(回収数360施設回答率:20.5%)を実施、さらに実際に労災認定された事例217例を回収し、分析検討を加えた。

労災認定に関する精神科医調査結果では、病状が安定したら患者の在籍する職場の産業医に復職の相談するとの意見に関して、全体の85%が肯定的見解を有していたが、精神科医として療養補償給付をいつまで継続すれば良いのか、すなわち労災保険法上の(症状固定(治癒)の判断に難渋していた。事例調査からは過去に職場復帰を果たしたことのある事例の中で、産業医に文書で情報提供したことがある事例は34(61.8%)であるものの、職場復帰のための産業保健スタッフの企業訪問は8(14.5%)例にすぎず、今後、早期復職のための主治医・企業側スタッフとの共同連携が必要と思われた。産業精神保健の活動経験のある精神科医は、そうでない精神科医に比べ休業補償の書類を発行しないと思っている人の割合が多く(P値=0.0091\*)、休業補償の書類は発行せず、(症状固

定(治癒)の診断書を発行する ( $P$  値=0.0303\*) という回答が多く、さらに産業精神保健の活動経験の有る人にアフターケア制度を認知している人の割合が多い ( $P$  値=0.0011\*) という回答が得られた。認定後 3 年以内に職場復帰を果たした事例の中で、職場復帰できない要因は、労働者の要因、職場側の要因があり、職場復帰を阻害している要因は、会社側の受け入れ対策、制度的な問題であった。エピソードと要因の関係を見ると、パワーハラスメントにおいて、労働者側 ( $p$  値=0.0613)、職場の要因 ( $p$  値=0.0416)、労働者・会社・医療機関 ( $p$  値=0.0079) とほかの要因とは比率が異なっており、パワーハラスメントによる労災認定は、労働者、職場の両方の要因が絡んでいることが示唆された。特に「仕事の量・質の変化( $P$  値=0.0480)」あるいは「パワーハラスメント ( $P$  値=0.0072)」により労災認定された場合の職場復帰は難しい側面があることも明らかにされた。認定後 3 年以上経過している事例の場合に職場復帰（社会復帰）できない理由として、症状が改善しない、職場の受け入れ状況が困難であり、労災保険制度における療養補償給付の在り方が大きな課題であることが認識できた。次年度は、労災として業務上認定決定後から療養給付が支給されている事例がなぜ障害認定されていないのか、精神医学的観点から分析・検討が必要と思われる。

## D. 考察

①メンタルヘルス不調者の病状回復と安定就労に効果的な産業医と精神科主治医の連携のあり方にに関する研究（神山分担研究者）の研究では、職場・産業医と主治医の連携事例 120 例について、連携の取り組み過程、連携前後の病状、就業状況などを分析、実証的検討を加えた結果が報告された。その結果、1)連携作業の契機は職場から主治医へのアプローチが主流である。2)職場から導入され

る場合は、不調者が連携目的、メリット、もしくは現状打開という解決策への期待を自覚している。3)連携作業は電話、メール、面談などを駆使して実施されていたが、効果判定には 1 年のフォローでは必ずしも十分でなく、究極の課題は安定就労と病状の安定化の実現である、4)就業改善群は、精神病圏であっても他の病態と比べて改善率は近似していたが、主治医側が連携に慣れていること、高頻度の連携、比較的高い個人支援力などが寄与しているかもしれない。5)連携後の病状、自己管理力、治療意欲、社交性など多くの点での改善が就業改善にも好影響をもたらしているかもしれない。6)就業改善群のケーススタディにより、就業パターンの類型化の可能性が明らかになった。特に、同じ休業でも連携前の病状に関連した休業と積極的な治療プログラム下での休業とは意義が異なり、連携後の治療プランとその評価は慎重に行うことが望ましい等が報告された。不安定就労で休業を繰り返していた事例が、医療連携を契機に安定就労へと変わったことが報告された。

②治療プログラム実施機関と主治医との連携・産業医等と主治医の連携に伴う治療効果の指標に関する研究（五十嵐分担研究者）では復職時の職場側との情報提供については、書面で実施される場合が多く産業医・産業保健スタッフ宛には 8 割を超えるが、近年は職場を訪問する割合が増加していたことが報告され、文書料だけではなく、対面での連携「診察場面での面談」や「訪問などによる情報交換」などにも経済的対価が必要であると考えられるとし、復職時の職場との連携の有無からは、連携群と非連携群の間に有意差はみられなかつたが、連携群では就労継続期間が長い傾向がみられた。両群の属性をみると、企業規模が小さく、産業医体制が整っていないことが統計学的に有意な項目として検出された。このことから、復職時の連携は常勤産業医のいない 1000 名以下の

事業所に対し、復職を支援する意味で有効な方策の一つとして位置づけられると考えられた。各ケースの対応に求められる業務量を調査した結果、1事例あたりとして20,000円～30,000円の入件費と算出できた。現状では診療報酬の対象外の業務となるため、これらの経費は全てリワーク施設の持ち出しとなっており、今後適切な評価を行うことが求められる。

③病院における治療と就労の連携（小山分担研究者）ではメンタルヘルス不調に罹患した労働者41名の治療就労両立支援を目的に、主治医と産業医等が連携して、医学所見・安全衛生要因・生活状況・職域の懸念の4視点から不調者の現状を評定、解析した結果、寛解に至るまでの期間が3か月以内の者は、長期例に比べ、医学所見のみならず、安全衛生要因と職域の懸念の回復・解決程度が有意に良好であった。寛解までの期間と「連携情報」の回復・解決との間に有意な相関を認めたことは、主治医と職域間の連携が治療効果と重要な関連を有することを示唆していた。寛解までの期間が短い例では、「連携情報」の回復・解決程度が有意に高い。寛解までの期間と「連携情報」の回復・解決程度は有意に相関し、主治医と職域間の連携は治療効果と関連することが示唆された。

④大中小企業における産業医と主治医との連携と課題（廣分担研究者）では主治医と産業医の連携では職場の医療専門職（産業医、保健師など）と精神科医の連携は、書面によることが多く、上司・人事労務担当者との連携は、直接診療所（クリニック）を訪問しての面接によることが多い、そして職場の医療専門職には、主要な精神障害の概要を理解すること、精神医療の現状を理解すること、精神保健に関わる地域資源とその活用法を理解すること、主治医に対して職場の諸制度や実情をわかりやすく説明すること、主治医の意見を踏まえたうえで、職場の実情をも考慮した意見を職場に

対して述べることが、特に強く望まれると報告された。

⑤医療と労働衛生の連動に関するフィールド調査（久保分担研究者）ではA)早期復職者は休職開始時に充分な医療を受給していること、早期復職者は長期復職群と比較して医療費換算で休職期間中に月あたり1.8倍の医療サービスを受けていたが、休職直後の時期に、産業医等（保健）と主治医（医療）が連携しスムーズに充分な医療を休職労働者に提供することは、早期復職の達成に資する可能性があること、B)早期復職は医療費を抑制する、傷病給付手当金給付期間が3ヶ月以内の症例は、一年以上給付の長期復職群と比較して総額医療費は84%減であり、一年以内給付の中長期復職群と比較しても9.2%減であった、早期復職は患者の視点にたてば早期社会復帰によるQOLの確保や、経済的には医療費の節約のみならず給与所得の確保に貢献する、支払い側の視点からも、早期復職の実現は医療費及び傷病給付手当金の支出抑制につながるのみならず、給与所得の発生に伴う保険料収入の確保にも資する、C)医療と労働衛生の連携強化が早期復職を実現する、短期復職者は休職後に医療費が4.4倍に跳ね上がるが、この変動は重症度の変化ではなく、保健と医療の連動がスムーズに行われた結果と思慮される。また過去の報告において、復職の支障としては疾病的医学生物学的な要因よりも、労働環境との不適応が大きいという報告があり、これらいずれもが早期復職に向けた医療と労働衛生（保健）の連動の効果を示唆していると報告された。

⑥総合病院における主治医と産業医との連携に関する調査（中嶋分担研究者）

総合病院等に通院中の就業者の実態及び産業医等の産業保健スタッフとの連携に関する調査を実施し、精神医療の観点から主治医と産業医等との連携の必要性や需要を把握したうえで、精神科治療

に必要な連携の在り方を検討した。

がん患者の就労支援における主治医と産業医等の産業保健スタッフとの連携の一事例の質的分析により、連携の必要性と需要、必要な連携のあり方を抽出した。その結果、主治医や産業医1人ではなく、関わる人すべてが柔らかく何重にも支えていく体制、単なる情報の共有である「連携」を真の連携である「協働」へと変えていくには関わる人の間に共通の目的が共有される必要が強調された。安定就労と比して不安定就労と休業中では社会適応度GAF得点が低く、抑うつ尺度得点が高かった。また、GAF得点と抑うつ尺度(HAM-D)得点との間には負の相関を認めた。一方レジリエンス尺度得点には就労状態による差は認められなかつたが、これは個人間差によるものと考えられた。

⑦医療機関以外の施設の治療プログラムにおける産業医等と主治医との連携を明確化することにより、精神疾患の再発予防、病状改善の対策を検討する。(大西分担研究者)では精神保健福祉手帳を所持する統合失調者の就労支援と、うつ病・不安障害による休職勤労者への復職支援では、やはり方法論が異なるようである。したがって、各施設の特性を活かした有機的かつ効率的なネットワークの構築が求められ、とりわけ産業医・主治医との連携を強化することが急務と考えられる。そのためには、情報共有する際の原則的な理念・ルールを整備することが不可欠で、情報共有に際しての文書や面談に関する費用負担、事例検討会出席のための謝金などに関しても一定の規定整備が望まれると布告された。

⑧労災認定された精神医療の現状、実態を明らかにし、主治医と産業医の連携強化の在り方を模索し、早期復職の手法確立を検討(黒木研究代表者)では、労災認定に関する精神科医調査結果では、療養補償給付をいつまで継続すれば良いのか、

すなわち労災保険法上の(症状固定(治癒))の判断に難渋していた。事例調査からは過去に職場復帰を果たしたことがある事例の中で、産業医に文書で情報提供したことがある事例は34(61.8%)であるものの、職場復帰のための産業保健スタッフの企業訪問は8(14.5%)例にすぎず、今後、早期復職のための主治医・企業側スタッフとの共同連携が必要と思われた。産業精神保健の活動経験のある精神科医は、そうでない精神科医に比べ休業補償の書類を発行しないと思っている人の割合が多く(P値=0.0091\*)、休業補償の書類は発行せず、(症状固定(治癒))の診断書を発行する(P値=0.0303\*)という回答が多く、さらに産業精神保健の活動経験の有る人にアフターケア制度を認知している人の割合が多い(P値=0.0011\*)という回答が得られた。認定後3年以内に職場復帰を果たした事例の中で、職場復帰できない要因は、労働者の要因、職場側の要因があり、職場復帰を阻害している要因は、会社側の受け入れ対策、制度的な問題であった。エピソードと要因の関係を見ると、パワーハラスマントにおいて、労働者側(p値=0.0613)、職場の要因(p値=0.0416)、労働者・会社・医療機関(p値=0.0079)とほかの要因とは比率が異なっており、パワーハラスマントによる労災認定は、労働者、職場の両方の要因が絡んでいることが示唆された。特に「仕事の量・質の変化(P値=0.0480)」あるいは「パワーハラスマント(P値=0.0072)」により労災認定された場合の職場復帰は難しい側面があることも明らかにされた。認定後3年以上経過している事例の場合に職場復帰(社会復帰)できない理由として、症状が改善しない、職場の受け入れ状況が困難であり、労災保険制度における療養補償給付の在り方が大きな課題であることが認識できた。

①～⑧までの分担研究を総合するとメンタルヘルス不調者の病状回復と安定就労に効果的な産業

医と精神科主治医の連携、治療プログラム実施機関における産業医等と主治医の連携、病院における治療と就労の連携、企業における産業医と主治医との連携、主治医と産業医の連携効果に関する実態調査（インターネット調査）、休職期間と医療費等の関連に関する調査（医療レセプト分析調査、総合病院における主治医と産業医との連携、医療機関以外の施設の治療プログラムにおける産業医等と主治医との連携、労災認定された業務上疾病としての労災患者の早期復職における主治医・産業医との連携等に関する等の平成26年度調査研究結果から、対象者労働者の治療過程における、主治医と産業医等の連携が必ずしもスムーズに行われていない現状が明らかになった。

労働者が傷病に罹患し治療する場合において、治療を担当する主治医と、労働者の健康と安全の観点から職場での対応を担当する産業医との間で、労働者の同意のもとに適切な情報交換・連携が図られることが、治療面からも就業面からも有意義であることは以前から指摘されており、国においても、治療と職業生活の両立のため主治医と産業医の連携が重要としている（平成24年8月「治療と職業生活の両立等の支援に関する検討会」報告書）。今回の研究では、メンタルヘルス不調者の病状回復と安定就労に効果的な産業医と精神科主治医の連携のあり方では、安定就労に向けた主治医と産業医との連携に関しては、精神病圏の病態に関しては、主治医側が個人を頻回に支援することで就労安定が図られる可能性が示唆されたものの、精神病圏以外の複雑な病態が多い産業領域の病態に関しては、主治医と産業医の密接な治療連携が図られる必要性が急務と考えられる。また、治療プログラム実施機関では、書面で実施される場合が多く産業医・産業保健スタッフ宛には8割を超えるが、近年は職場を訪問する割合が増加していたことが報告されたが、スムーズな職場復帰

と安定した就労を推進するためには、職場復帰に向けた治療プログラムの過程で医療者側と職場側が密に連携を取りながら具体的な復職へ向けた取り組みを推進するためにも医療保険制度上の施策が必要と考えられる。医療と労働衛生の連動に関するフィールド調査から、傷病給付手当金給付期間が3ヶ月以内の症例は、一年以上給付の長期復職群と比較して総額医療費は84%減であり、一年以内給付の中長期復職群と比較しても9.2%減という結果より早期復職は医療費を抑制し、支払い側の視点からも、早期復職の実現は医療費及び傷病給付手当金の支出抑制につながるのみならず、給与所得の発生に伴う保険料収入の確保にも資するとの知見が得られたが、今後の産業精神保健の在り方を考え上で主治医と産業医との医療連携が不可欠であることは言うまでもない。さらに業務との相当因果関係が認められた業務上疾病としての精神疾患の長期療養をいかに早期復職に結びつける施策も必要であり、療養補償給付の在り方に検討を加える必要があろう。

また、平成26年6月に労働安全衛生法が賛成され、ストレスチェック制度が創設されたが、この制度における面接指導の結果受診勧奨を行う場合や、前述してきたように外来治療中または休職・復職前後の労働者について、主治医と産業医の連携強化を図ることは重要であり、がん患者の就労継続についても、「がん対策推進基本計画」を踏まえ、同連携強化の検討が行われている。

なお、平成26年3月の日本医師会産業保健委員会の答申においても、「主治医が積極的に産業医に対し情報提供を行うよう促すには、診療報酬に算定できるようにすることが望ましい」旨、かかりつけ医の機能重視とも関連して指摘がなされている。本研究ではいかに主治医と産業医が共に連携を取ることが、早期の職場復帰が可能となり、労働者の安定した就業を確保しながら病状の悪化

や再発予防にも有効であることが示唆された。したがって、早期の職場復帰を目指すうえでの職場との連携に関しては、職場情報、主治医からの治療状況の情報を総合した上で主治医と産業医との連携が重要であり、さらに受け入れ先の上司、人事、産業保健スタッフを含めて業務内容や安定した就労を図るための就業制限等の検討が判断されるべきであり、双方の情報を共有しながら労働者の健康を保持、増悪させないためにも主治医・産業医との治療連携は必要であり、具体的な連携の在り方について次年度、さらに調査研究を実施する予定である。

## E. 結論

①メンタルヘルス不調者の病状回復と安定就労に効果的な産業医と精神科主治医の連携のあり方に関しては、1)職場から主治医へのアプローチが主流、2)職場から導入される場合は、不調者が連携目的、メリット、もしくは現状打開という解決策への期待を自覚している、3)連携作業は電話、メール、面談などを駆使して実施されていたが、効果判定には1年後のフォローでは必ずしも十分でなく、究極の課題は安定就労と病状の安定化の実現である。不安定就労で休業を繰り返していた事例が、医療連携を契機に安定就労へと変わったことが報告された。

②治療プログラム実施機関と主治医との連携・産業医等と主治医の連携に伴う治療効果の指標に関する研究では、復職時の職場側との情報提供については、書面で実施される場合が多く産業医・産業保健スタッフ宛には8割を超えるが、近年は職場を訪問する割合が増加していたことが報告され、文書料だけではなく、対面での連携「診察場面での面談」や「訪問などによる情報交換」などにも経済的対価が必要であると考えられる。

③病院における治療と就労の連携では、寛解に至るまでの期間が3か月以内の者は、長期例に比べ、医学所見のみならず、安全衛生要因と職域の懸念の回復・解決程度が有意に良好であった。寛解までの期間が短い例では、「連携情報」の回復・解決程度が有意に高い。寛解までの期間と「連携情報」の回復・解決程度は有意に相関し、主治医と職域間の連携は治療効果と関連することが示唆された。

④大中小企業における産業医と主治医との連携に関しては、主治医と産業医の連携では職場の医療専門職（産業医、保健師など）と精神科医の連携は、書面によることが多く、上司・人事労務担当者との連携は、直接診療所（クリニック）を訪問しての面接によることが多い、主治医の意見を踏まえたうえで、職場の実情をも考慮した意見を職場に対して述べることが、特に強く望まれる。

⑤医療と労働衛生の連動に関するフィールド調査では、休職直後の時期に、産業医等（保健）と主治医（医療）が連携しスムーズに充分な医療を休職労働者に提供することは、早期復職の達成に資する可能性があること、B)早期復職は医療費を抑制する、傷病給付手当金給付期間が3ヶ月以内の症例は、一年以上給付の長期復職群と比較して総額医療費は84%減であり、一年以内給付の中長期復職群と比較しても9.2%減であった。

⑥総合病院における主治医と産業医との連携に関する調査では、総合病院等に通院中の就業者の実態及び産業医等の産業保健スタッフとの連携に関する調査を実施し、精神医療の観点から主治医と産業医との連携の必要性や需要を把握したうえで、精神科治療に必要な連携の在り方を検討した。がん患者の就労支援における主治医と産業医等の産業保健スタッフとの連携の一実例の質的分析に

より、連携の必要性と需要、必要な連携のあり方を抽出した。その結果、主治医や産業医1人ではなく、関わる人すべてが柔らかく何重にも支えていく体制、単なる情報の共有である「連携」を真の連携である「協働」へと変えていくには関わる人の間に共通の目的が共有される必要が強調された。

⑦医療機関以外の施設の治療プログラムにおける産業医等と主治医との連携に関しては、精神保健福祉手帳を所持する統合失調者の就労支援と、うつ病・不安障害による休職勤労者への復職支援では、やはり方法論が異なるようである。したがって、各施設の特性を活かした有機的かつ効率的なネットワークの構築が求められ、とりわけ産業医・主治医との連携を強化することが急務と考えられる。

⑧労災認定に関する精神科医調査結果では、療養補償給付をいつまで継続すれば良いのか、すなわち労災保険法上の(症状固定(治癒)の判断に精神科医は難渋していた。事例調査からは過去に職場復帰を果たしたことがある事例の中で、産業医に文書で情報提供したことがある事例は34(61.8%)であるものの、職場復帰のための産業保健スタッフの企業訪問は8(14.5%)例にすぎず、今後、早期復職のための主治医・企業側スタッフとの共同連携が必要と思われた。

## 労災疾病臨床研究事業費補助金 分担研究報告書

### メンタルヘルス不調者の病状回復と安定就労に効果的な産業医と 精神科主治医の連携のあり方に関する研究

研究分担者 神山 昭男（医療法人社団桜メディスン理事長）

#### 研究要旨

本研究では、職場・産業医と主治医の連携事例120例について、連携の取り組み過程、連携前後の病状、就業状況などを分析、実証的検討を加えた。その結果、職場・産業医と主治医が同じ目標に向けて連携を継続的、安定して取り組んだ事例では、気分障害圏、不安障害圏、精神病圏に至るまで、病状、治療意欲、社交性、自己管理力の改善、ひいては投薬量の減少など多くの好影響が確認された。また、就業改善群のケーススタディにおいては連携前後の具体的プロセスを可視化し、年単位の取り組みに埋もれて見えにくい要因の抽出に有効である可能性が示唆された。次年度はこれらを踏まえ、就業改善例、非改善例の蓄積を進め、連携効果を左右する要因の解明を進める予定である。

#### A. 研究目的

メンタルヘルス不調に陥った労働者の治療を担当する主治医と、労働者の健康と安全への配慮を担う職場・産業医との間で、労働者の同意のもとに適切な情報交換・連携を図ることが、治療面からも就業面からも有意義であることが指摘されている。

しかし、主治医は医療法、医師法などとともに保険診療の枠組みで、職場・産業医は産業現場、産業保健の枠組みで、それぞれ異なった立場での最適化を目指すため、お互いの枠組みを超えた両者の連携は必ずしも容易ではない。

然るに、枠組みの違いを超えた連携をより一般化、標準化していくには、具体的な連携を図るための方策とその効用を明らかにし、必要な施策を進めていくための方法論を確立していくことが喫緊の課題である。

そこで、本研究は、各地で連携の取り組みを記録した実証的なデータを収集、連携後就業改善に至った事例について、主として就業状況、治療状況について時系列上の後方調査を行い、職場と主治医の連携後に安定就労に達した事例を分析、連携の役割と意義、就業改善に積極的に寄与する要因など、連携する上で考慮すべき課題を解明することを目的とした。

#### B. 研究方法

研究の対象は、メンタルヘルス不調にてメンタルケアを受けた労働者のうち、職場・産業医と主治医が連携しながらケアならびに就労援助、就業上の配慮を行った事例とした。各事例は本研究に関わる一切の治療的介入をせず、本研究に協力する医師から既に連結不可能匿名化され予め用意さ

れたフォーマットに従い、本研究開始時点に提供された情報のみを用いた。

(倫理面への配慮) 本研究は、平成26年11月医療法人社団桜メディスン利益相反委員会および倫理委員会の承認を得た。なお、疫学研究に関する倫理指針（文科省・厚労省）の適用範囲③に該当し、本指針の対象とはならない。

#### C. 研究結果

##### 1. データの特性

本研究では「連携」を、職場・産業医と主治医が互いに情報をやりとりしながら当該患者の病状回復ならびに安定就労に向けて協働して取り組むこと、と定義した（図1）。この条件を満たし収集された事例は男性104例、女性16例、計120例。平均年齢は42.8歳。所属する業態では製造業（日本標準産業分類による）が最多。

病態は、服用中の主要薬剤の適応症に準じて気分障害圏（22例、18.3%）、精神病圏（56例、46.7%）、不安障害圏（42例、35.0%）の3群に区分した。

##### 2. 連携前後における就業状況の変化（表1）

全対象者のうち、初めて連携を開始した時点から1年以上経過した群は85例（70.8%）と1年未満群の35例（29.2%）を上回った。

休業経験は、連携前なし・連携後ありが31名（25.8%）で最多、その後、前および後に休業ありは28名（23.3%）、連携前・後いずれもなしの24名（20.0%）、連携前あり・後なしの4名（3.3%）が最も少ない。

そして、休業経験と病態との関連では、気分障害圏、不安障害圏は連携前の休業経験なしが経験ありを上回るが連携後は休業ありがやや増加傾向、

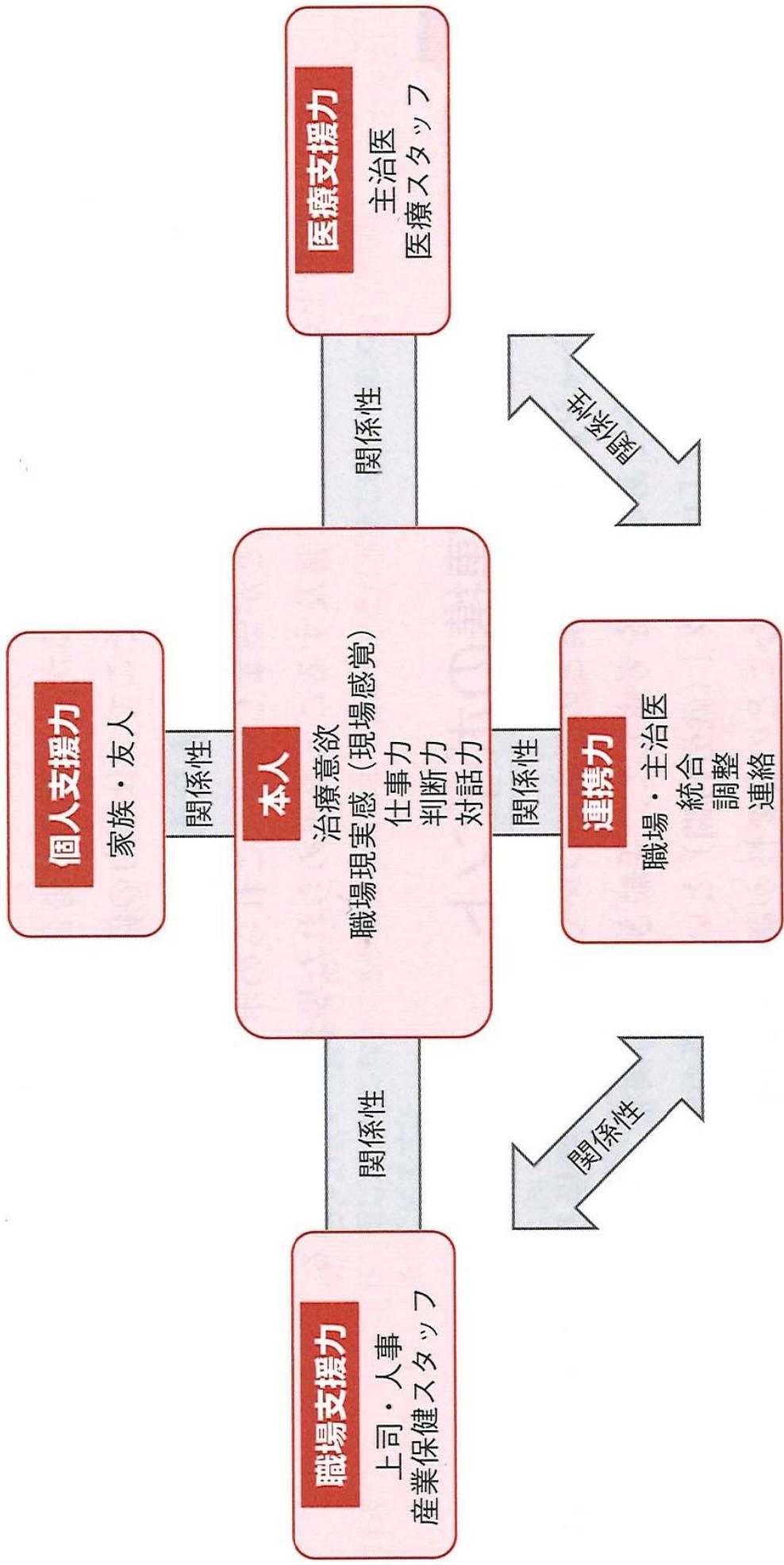


図 1 職場と主治医との連携を軸とした産業メンタルヘルスの臨床（イメージ）

当院での治療戦略における概念図である。コアは不調者自身であり、治療意欲、問題解決へ向けた姿勢(はおおい)に重要である。さらに家族、主治医、職場のそれぞれの支援力、それらを結集する連携力が大きなパワーを発揮する。  
(神山昭男、日本医事新報 2013<sup>4)</sup>より)

表1 連携前後ににおける就業状況の変化

性別		疾病分類(主たる役写葉部による)		連携前休業あり						連携後休業あり						連携後休業なし						N34						N56										
				連携後休業なし			就労改善			N1			% N1			就労改善			就労改善			就労改善			就労改善			N3			N4			就労改善			N5	
1年以上	男	4	0	0	0	0	0	0	0	4.7	4	4.7	3	0	0	5	0	0	8	9.4	10	11.8	0	12	14.1	0	12	14.1	14	16.5								
	女	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0	1	0	0	1	0	2	2.4	0	2	2.4	0	44	51.8	0	44	51.8	51	60.0						
	精神病圈	男	17	1	4	2	3	27	31.8	28	32.9	13	0	2	0	2	0	0	17	20.0	23	27.1	0	7	8.2	0	7	8.2	0	7	8.2							
	女	1	0	0	0	0	0	0	1	1.2	5	0	1	0	0	0	0	0	6	7.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
	不安障害圈	男	3	0	1	0	1	5	5.9	5	5.9	5	0	0	0	7	1	0	13	15.3	15	17.6	0	18	21.2	0	18	21.2	0	18	21.2	0	18	21.2				
	女	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	2	0	0	2	2.4	0	2	2.4	0	2	2.4	0	2	2.4	0	2	2.4	0	2	2.4			
	精神病圈	男	24	1	5	2	4	36	42.4	37	43.5	21	0	2	0	14	1	0	38	44.7	48	56.5	0	74	87.1	0	74	87.1	0	74	87.1	0	74	87.1				
	女	1	0	0	0	0	0	1	1.2	5	0	2	0	2	1	0	2	1	0	10	11.8	48	56.5	0	11	12.9	0	11	12.9	0	11	12.9	0	11	12.9			
	n1	計	25	1	5	2	4	37	43.5	37	43.5	26	0	4	0	16	2	0	48	56.5	48	56.5	0	85	100.0	0	85	100.0	0	85	100.0	0	85	100.0				
	%	29.4	1.2	5.9	2.4	4.7	43.5	43.5	43.5	30.6	0.0	4.7	0.0	18.8	2.4	0.0	56.5	56.5	56.5	56.5	56.5	56.5	56.5	0.0	100.0	100.0	0	100.0	100.0	0	100.0	100.0	0	100.0	100.0			
群		A			B			C			D			E			F			G			H			I			J									
1年末満	男	1	0	2	0	0	3	8.6	3	8.6	2	0	1	0	1	0	0	4	11.4	5	15	42.9	18	51.4	1	19	54.3	1	19	54.3	22	62.9						
	女	0	0	0	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8.6	0	3	8.6	0	3	8.6	0	3	8.6	0	3	8.6						
	精神病圈	男	0	2	0	0	0	2	5.7	1	0	0	1	0	0	0	2	0	2	5.7	3	8.6	0	4	11.4	0	4	11.4	0	4	11.4	5	14.3					
	女	0	0	0	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.9	0	1	2.9	0	1	2.9	0	1	2.9	0	1	2.9						
	不安障害圈	男	2	0	2	0	0	4	11.4	4	11.4	2	1	0	1	5	1	15	42.9	18	51.4	1	19	54.3	1	19	54.3	22	62.9									
	女	0	0	0	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8.6	0	3	8.6	0	3	8.6	0	3	8.6	0	3	8.6						
	精神病圈	男	3	2	4	0	0	9	25.7	9	25.7	5	1	1	2	6	5	1	21	60	26	74.3	1	30	85.7	1	30	85.7	35	100.0								
	女	0	0	0	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0	0	2	1	5	14.3	0	0	0	0	5	14.3	0	5	14.3	35	100.0							
	n2	計	3	2	4	0	0	9	25.7	9	25.7	5	1	1	2	8	7	2	26	74.3	26	74.3	1	35	100	1	35	100	35	100	100.0							
	%	8.6	5.7	11.4	0.0	0.0	25.7	73.5	25.7	73.5	14.3	2.9	2.9	5.7	22.9	20.0	5.7	74.3	74.3	212.2	74.3	74.3	2.9	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0					
群		E			F			G			H			I			J			K			L			M			N			O						
n3	男	27	3	9	2	4	45	37.5	46	38.3	26	1	3	2	20	6	1	59	49.2	74	61.7	1	104	86.7	1	104	86.7	120	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0				
	女	1	0	0	0	1	0.8	4	3	1	15	2.5	1	15	2.5	0	0	16	13.3	0	16	13.3	0	16	13.3	0	16	13.3	0	16	13.3	0	16	13.3				
	計	28	3	9	2	4	46	38.3	46	38.3	31	1	5	2	24	9	2	74	61.7	74	61.7	1	120	100.0	1	120	100.0	120	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0				
	%	23.3	2.5	7.5	1.7	3.3	38.3	38.3	38.3	38.3	25.8	0.8	4.2	1.7	20.0	7.5	1.7	61.7	61.7	61.7	61.7	61.7	61.7	61.7	0.8	61.7	61.7	0.8	61.7	61.7	0.8	61.7	61.7	0.8	61.7	61.7		

逆に精神病圏は連携前も後も休業経験ありが経験なしを上回る傾向が明らかとなった。

### 3. 連携後就業改善群の内訳（表2）

対象者を連携後の経過全体から評価し、安定就労期間が不安定期間を上回り生活の安定度を維持できている対象者を「就労改善群」（88例、73.3%）、それに該当しない「非改善群」（32例、26.7%）の2群に区分した。

就労改善群は、全体で73.3%、連携後1年以上経過した群で不保障害圏の90.0%、気分障害圏の85.7%、精神病圏の80.4%と高い水準を示したが、連携後1年未満の群は平均48.6%に留まっていた。

### 4. 就労改善群と非改善群の比較

#### 4.1 病態と個人支援力（図1、表3）

就労改善群全体を病態で区分すると、精神病圏が35.0%、不保障害圏が25.0%、気分障害圏が13.3%と続き、非改善群も同様の順位。

連携の対象者の治療意欲を支える大きな役割を占める個人支援力を、家族が身近にいる状態を「普通」、家族に加え友人が支えている場合を「高い」、周囲にそれらしき支援者がいない場合を「低い」と定義すると、改善群では「普通」（28.3%）、「高い」（23.3%）と続くが、非改善群では「普通」（14.2%）、「低い」（9.2%）と異なる傾向が認められた。

#### 4.2 連携の契機（表4）

改善群、非改善群ともに「職場からの紹介」（70.8%、25.0%）が「他院からの紹介」、「本人から」を大きく上回った。

#### 4.3 連携方法と連携頻度（表5）

改善群では、「電話」（72.5%）、「メイル」（65.0%）、「書面」（63.3%）、「面談」（61.7%）と続き、「訪問」（主治医が職場に訪問する）（34.2%）であったが、非改善群もほぼ同じ傾向を示した。

連携頻度は年に4回以下を「少ない」、5回以上を「多い」と定義すると、改善群は「多い」が48.3%で「少ない」の25.0%のほぼ倍なのに比し、非改善群は「多い」、「少ない」がほぼ同じ割合に留まった。

#### 4.4 連携前後の変化

連携前後で「病状変化」、「治療意欲」、「投薬量」（全体量）、「社交性」、「自己管理力」について主治医の立場で主観的評価を行った結果を比較した。

改善群は、「病状変化」、「自己管理力」、「治療意欲」、「社交性」の順に60%以上が「改善」を示したが、「投薬量」（全体量）の改善は33.3%で

あった。

他方、非改善群は全項目で「不变」、「悪化」が高く両群の差異が際立った。

### 5. 改善事例のケーススタディ

#### 5.1 連携前後の就業パターン（図2）

改善群における連携前後の就業パターンに典型的な特徴を有する20例を抽出すると大きく4型に分類できる。

I型：休業を含む不安定勤務に続いて連携が開始となり、その後安定就労へ向かう（ケース8, 9）。

II型：I型と似るが連携後に休業を経験し、その後安定就労へ向かう特徴を有し、この型に属する事例は最多であった（ケース1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13, 16）。

III型：連携前の不安定就労では休業経験はなく、連携後に休業を経験しやがて安定就労へ（ケース10, 11, 12, 14, 15, 17）。

IV型：III型と同じく連携前に休業は経験していないが、連携後も休業経験はないまま安定就労へ（ケース18, 19, 20）。

#### 5.2 就業パターン I型：ケース8（50代男性、製造業、技術職、精神病圏）

連携前：入社後16年目に発症。当初は家人への関係妄想による家庭不和が表面化。Aクリニックを皮切りにB, C, D, Eの各医療機関への受診をくりかえすが不安定就労は目立った改善がみられず、ついに6年目に休業となった。2年後に復職するが翌年再び不安定就労へ。

連携後：職場の勧めでGクリニックへ受診。治療の見直しで陽性症状への対策と薬物の処方を変更し、次第におちつきをとりもどし安定化を達成。家族内の葛藤もこだわりを捨てるようになる。以後、7年間安定就労を達成、職場は上司の交代、業務内容の調整などで主治医の意見を参考にするなど継続的、安定的に連携力が発揮され、再発がまれではない病態にもかかわらず両立支援が実現している。

#### 5.3 就業パターン II型：ケース1（40歳代男性、製造業、事務職、精神病圏）

連携前：入社後6年目に発症。陽性症状は比較的限局的。自律神経失調症の診断で1回休業するが短期間で復帰、しかし、翌年から不安定就労が常態化。休業を4回くりかえす。

連携後：職場の勧めでBクリニックへ受診。1年休業し診断の見直し、就労復帰の準備等を経て、復職、しばらく抑え気味の就業上の配慮が継続。翌年からは安定就労へ。以来、5年間安定就労を達成。職場は定期的に主治医に職場状況を報告しながら連携を維持。

#### 5.3 就業パターン III型：ケース17（40歳代男

表2 連携後就業改善群の内訳

連携後 経過期間	疾患分類(主 たる投与薬 剤による)	性別	全体		就労改善群		
			N1	N2	N2/N1 (%)	N3	N3/N1 (%)
1年以上	気分障害圈	男	12	14	100.0	12	85.7
		女	2	0	0.0		
	精神病圏	男	44	51	79.5	41	80.4
		女	7	6	85.7		
	不安障害圏	男	18	20	16	88.9	18
		女	2	2	100.0		
n4	n4	男	74	85	63	85.1	71
		女	11	8	72.7		83.5
	気分障害圏	男	7	8	4	57.1	4
		女	1	0	0.0		50.0
	精神病圏	男	4	5	1	25.0	1
		女	1	0	0.0		20.0
1年未満	不安障害圏	男	19	22	10	52.6	12
		女	3	2	66.7		54.5
	n5	男	30	35	15	50.0	17
		女	5	2	40.0		48.6
	N	男	104	120	78	75.0	88
		女	16	10	62.5		73.3

表3 就労改善群と非改善群の比較：病態と個人支援力

		病態						個人支援力						全体	
		気分障害圏		精神病圏		不安障害圏		高い		普通		低い			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
改善群 連携年期間以上	A	4	3.3	18	15.0	3	2.5	8	6.7	9	7.5	8	6.7	25	20.8
	B	0	0.0	3	2.5	1	0.8	0	0.0	2	1.7	2	1.7	4	3.3
	C	3	2.5	18	15.0	5	4.2	8	6.7	6	5.0	12	10.0	26	21.7
	D	5	4.2	2	1.7	9	7.5	4	3.3	9	7.5	3	2.5	16	13.3
	E	1	0.8	0	0.0	2	1.7	3	2.5	0	0.0	0	0.0	3	2.5
	F	2	1.7	1	0.8	2	1.7	2	1.7	3	2.5	0	0.0	5	4.2
	G	1	0.8	0	0.0	7	5.8	3	2.5	4	3.3	1	0.8	8	6.7
	H	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	1	0.8	0	0.0	1	0.8
計		16	13.3	42	35.0	30	25.0	28	23.3	34	28.3	26	21.7	88	73.3
非改善群		6	5.0	14	11.7	12	10.0	4	3.3	17	14.2	11	9.2	32	26.7
全体		22	18.3	56	46.7	42	35.0	32	26.7	51	42.5	37	30.8	120	100.0

表4 就労改善群と非改善群の比較：連携の契機

	職場から		他院から紹介		本人から		計
	n	%	n	%	n	%	
改善群	85	70.8	1	0.8	2	1.7	88 73.3
非改善群	30	25.0	0	0.0	2	1.7	32 26.7
計	115	95.8	1	0.8	4	3.3	120 100.0

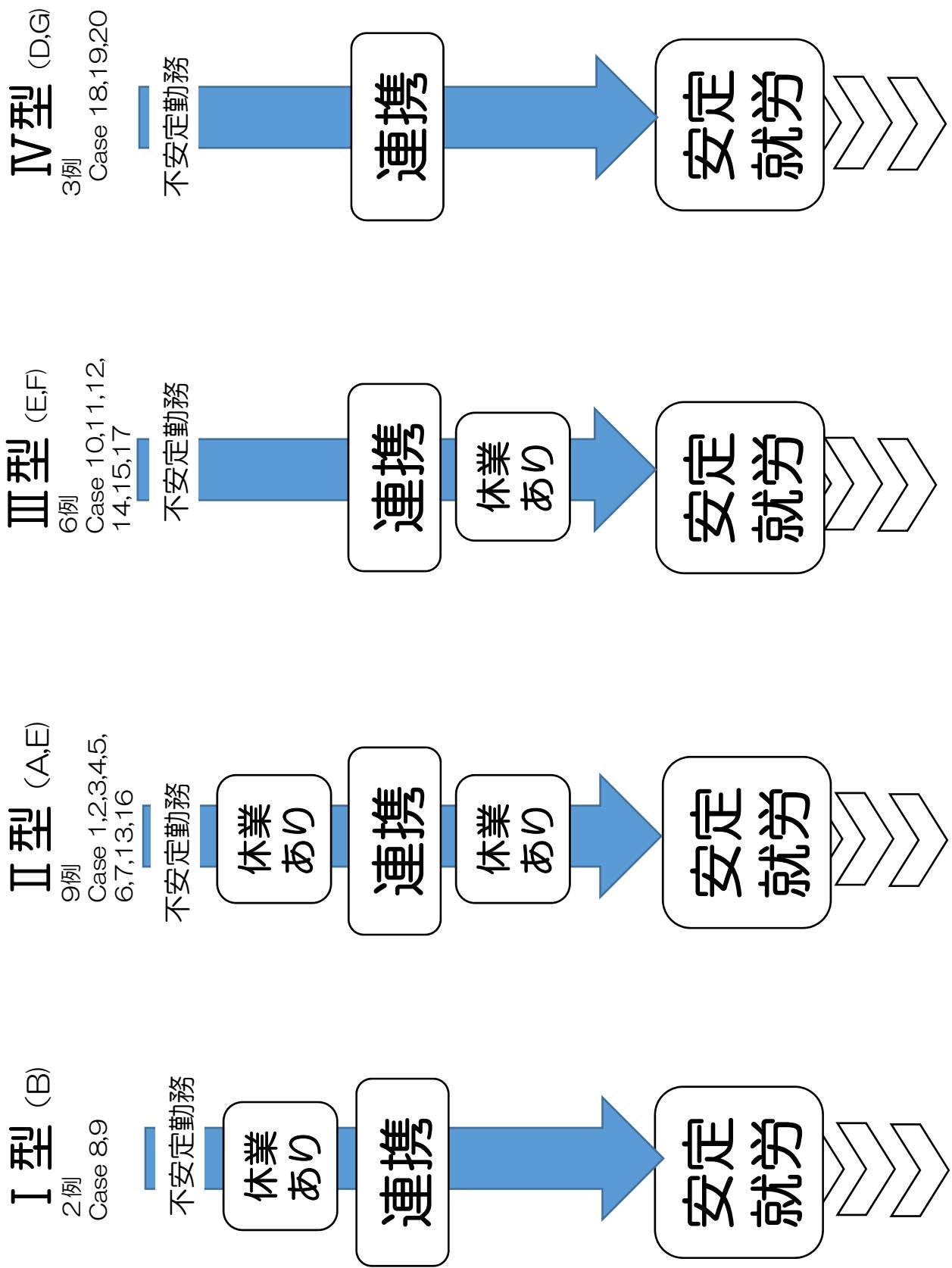
表5 就労改善群と非改善群の比較：連携方法・連携頻度

		メール				電話				書面				面談				訪問				連携頻度				
		あり		なし		あり		なし		あり		なし		あり		なし		あり		なし		多く		少く		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
改善群	A	24	20.0	1	0.8	25	20.8	0	0.0	22	18.3	3	2.5	25	20.8	0	0.0	17	14.2	8	6.7	23	19.2	2	1.7	
	B	3	2.5	1	0.8	4	3.3	0	0.0	3	2.5	1	0.8	4	3.3	0	0.0	2	1.7	4	3.3	0	0.0			
	C	21	17.5	5	4.2	25	20.8	1	0.8	22	18.3	4	3.3	22	18.3	4	3.3	17	14.2	9	7.5	21	17.5	5	4.2	
	D	14	11.7	2	1.7	16	13.3	0	0.0	13	10.8	3	2.5	9	7.5	7	5.8	2	1.7	14	11.7	5	4.2	11	9.2	
改善群	E	3	2.5	0	0.0	3	2.5	0	0.0	3	2.5	0	0.0	3	2.5	0	0.0	1	0.8	2	1.7	3	2.5	0	0.0	
	F	5	4.2	0	0.0	5	4.2	0	0.0	5	4.2	0	0.0	4	3.3	1	0.8	1	0.8	4	3.3	2	1.7	3	2.5	
	G	7	5.8	1	0.8	8	6.7	0	0.0	7	5.8	1	0.8	6	5.0	2	1.7	1	0.8	7	5.8	0	0.0	8	6.7	
	H	1	0.8	0	0.0	1	0.8	0	0.0	1	0.8	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	1	0.8	
	計	78	65.0	10	8.3	87	72.5	1	0.8	76	63.3	12	10.0	74	61.7	14	11.7	41	34.2	47	39.2	58	48.3	30	25.0	
非改善群		24	20.0	8	6.7	31	25.8	1	0.8	23	19.2	9	7.5	22	18.3	10	8.3	11	9.2	21	17.5	17	14.2	15	12.5	
全体		102	85.0	18	15.0	118	98.3	2	1.7	99	82.5	21	17.5	96	80.0	24	20.0	52	43.3	68	56.7	75	62.5	45	37.5	

表6 就労改善群と非改善群の比較：連携前後の変化

		病状変化				治療意欲				投薬量(全体量)				社交性				自己管理力				
		改善	不変	悪化	%	改善	不変	悪化	%	減量	不变	増量	%	改善	不変	悪化	%	改善	不変	悪化		
		数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%			
改善群	A	24	20.0	1	0.8	0	0.0	22	18.3	3	2.5	0	0.0	11	9.2	12	10.0	2	1.7	0	0.0	
	B	4	3.3	0	0.0	0	0.0	3	2.5	1	0.8	0	0.0	2	1.7	0	0.0	3	2.5	1	0.8	
	C	26	21.7	0	0.0	0	0.0	22	18.3	4	3.3	0	0.0	11	9.2	14	11.7	1	0.8	0	0.0	
	D	16	13.3	0	0.0	0	0.0	14	11.7	2	1.7	0	0.0	7	5.8	8	6.7	1	0.8	0	0.0	
	E	3	2.5	0	0.0	0	0.0	3	2.5	0	0.0	0	0.0	1	0.8	2	1.7	0	0.0	3	2.5	
	F	5	4.2	0	0.0	0	0.0	5	4.2	0	0.0	0	0.0	4	3.3	1	0.8	0	0.0	5	4.2	
	G	8	6.7	0	0.0	0	0.0	7	5.8	1	0.8	0	0.0	3	2.5	5	4.2	0	0.0	0	0.0	
	H	1	0.8	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	1	0.8	0	0.0	
		計	87	72.5	1	0.8	0	0.0	77	64.2	11	9.2	0	0.0	40	33.3	44	36.7	4	3.3	77	64.2
		非改善群	11	9.2	8	6.7	13	10.8	9	7.5	11	9.2	12	10.0	4	3.3	19	15.8	9	7.5	14	11.7
		全体	98	81.7	9	7.5	13	10.8	86	71.7	22	18.3	12	10.0	44	36.7	63	52.5	13	10.8	84	70.0
																		28	23.3	8	6.7	
																		92	76.7	19	15.8	
																		9	7.5			

図2 連携前後の就業パターン



ケース1 【A群】 40代男性・製造業・事務職・精神病巻

年月	就業経緯			不安定勤務			休業			エピソード (★印は連携ポイント)	
	Y-1	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4	Y+5	Y+6	Y+7	Y+8	
X-6			入社								
X		① 休業1回目 復職									
X+1											
X+2	②										
X+3											
X+4											
X+5						休業 2回目					
X+6		復職								休業 3回目	復職
X+7											
X+8						休業 4回目 ④⑤					
X+9	⑨ ★						⑥	復職 ★	⑦ ★	⑧	
X+10											
X+11											
X+12											
X+13											
X+14											

①人の声が耳に入らない、顔をみてしゃべれない、視線気になると訴え、無断離席、欠勤発生⇒A大学病院精神科受診し自律神経失調症と診断

②上司への関係念慮、被害念慮の訴え

③希望の異動が叶わず、直後より職場で不穏症状出現

★産業医からの紹介でBクリニック初診  
初診時、会社保健師同伴 経過情報共有及び、治療方針共

④単身生活解消、両親と同居へ  
⑤治療見直し（診断・投薬変更）⇒生活行動療法及び集団精神療法にて復帰準備に取り組む。家族同伴受診くりかえす

★⑥復帰前、職場と適性配置、就業上の配慮について協議をくくりかえす  
★⑦復帰直後、腰痛を理由に欠勤頻発。家族、職場と適宜情報共有しながら早期介入、作業環境調整を行う  
⑧本人の得意とする業務を担当することに以後安定勤務へ

★⑨2～3ヶ月ごとに、会社保健師より職場での経過報告あり 復職後1年程度まで

ケース 2 [A群] 30代男性・製造業・事務職・精神病圈

年月	勤務継続			不安定勤務			休業			エビソード (★印は連携ポイント)		
	Y-1	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4	Y+5	Y+6	Y+7	Y+8	Y+9	Y+10
X-1				入社								
X		A病院受診②		入院	休業1回目 (実家にて療養)							
X+1												
X+2												
X+3												
X+4	会社の復職プログラム実施	復職異動		★								
X+5												★
X+6												
X+7							★					
X+8									⑨			★
X+9										⑩⑪		★
X+10				安定就労継続中								

- ① 夏頃より疲労感が強くなり休みがちとなる
- ② 思考制止、精神運動制止が顕著になつたためA病院初診。その後Bクリニック通院
- ③ 状況好転せずC大学病院受診。診断名は「うつ病」「睡眠障害」軽快するほど休業へながなが対応が難解に至らず休業へ
- ★ 会社の勧めにてDクリニック受診
- 【会社からの経過に関する事前情報提供あり】  
復職支援目的で転院
- ④ 夕睡、離人感、注釈妄想等の訴えあり  
診断を統合失調症へ変更  
抗うつ剤から抗精神病薬へ処方を変更
- ⑤ 上司交代(新たな上司は面倒見が良く、本人との関係性は良好、現在の安定就労につながっていると思われる)
- ⑥ 不調を訴えたため2週間程度の休業その後症状軽快する
- ⑦ 小学校時代に習っていた楽器のレッスンを再開
- ⑧ この頃より診察場面で家族との良好な関係性を感じられる発言が多くみられるようになる
- ⑨ 演奏会も無事にこなす
- ⑩ 内科系疾患にて治療開始  
⑪ 演奏会 家族がみにきてくれた

★：会社との情報共有

ケース3 【A群】 40代男性・製造業・事務職・精神病

	就業継続	不安定勤務	休業									
年月	Y-3	Y-2	Y-1	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4	Y+5	Y+6	Y+7	Y+8
X-17												
X												
X+1												
X+2												
X+3												
X+4												
X+5												
X+6												
X+7												

工ヒソード

(★印は連携ポイント)

※呼吸苦、倦怠感の訴えは入社間もなくよりあるものの、勤怠の乱れはないし医療不信強く、民間療法以外は受け入れず

①呼吸苦、身体不調悪化、出社困難に  
②整形外科的問題だと主張し、整形外科受診  
★③産業医より精神科受診を促されAクリニック

④当初、心気妄想、体感幻覚、解離症状、被害妄想、関係念慮、接觸性困難

⑤抗精神病薬投与及び生活支援中心のケアにより陽性症状後退  
★本人の不安、治療意欲低下を防ぐため、会社保健師と情報共有しながら治療環境確保  
★⑥仕事力低下に伴い、復帰に向けた適性配置を会社と協議

★⑦会社関係者と復職後経過を情報共有

★⑧仕事力低下に伴う職場での適性配置、作業環境管理についての会社関係者と情報共有化單純定型作業に限定することで安定化

★⑨定期的に会社と経過の共有  
現在も安定勤務継続中

ケース 4 【A群】 40代男性・製造業・事務職・精神病歴

年月	就業経緯				不規則勤務				休業			
	Y-7	Y-6	Y-5	Y-4	Y-3	Y-2	Y-1	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4
X-13					入社							
X-3				異動								
X-2	異動 ①											
X-1												
X												
X+1												
X+2												
X+3	異動して 復職				休業2回目							
X+4												
					連携★ 休業3回目	⑥	⑦	⑧★				
X+6									⑩			
X+7	休業4回目 ⑨★					⑮						
X+8	休業4回目					⑯						
X+9	休業4回目 ⑩★					⑯★ 休業5回目 ⑭★ 休職			復職 ★			
X+10								⑰★				
X+11												

エピソード  
(★印は連携ポイント)

①新しい部署の上司との対人関係がうまくいかないこともあったが勤怠に大きな問題はないし

②不眠を主訴として△クリニック（心療内科）初診 投薬治療開始

③知人が死去「いろいろあってキャラを超えた」とのことでの気力減退、集中力低下、倦怠感、眠気など出現

休業1回目 上記③を訴えて休業となる

休職2回目 1回目と同じ様の主訴にて休業となる

④不安定勤労が続く中、経営学を学ぶために夜間大学院入学

休業3回目

⑤★企業内CHの紹介で△クリニック受院となる  
⑥カワソフクリニック脳へ  
ア集団精神神経科導入するも図書館通り、睡眠不足せず  
⑦★会社関係者同僚の面談以降、落胆感、焦燥感、睡眠の質の低下などが出現する

⑧通勤機器裏施設後に復職

⑨通勤機器裏施設後に復職  
⑩復職当別は安定勤務(?)だが、徐々に疲労感、思考力低下、焦燥感、睡眠の質の低下などが出現し、不安定勤労  
に。飲酒の問題も并发  
⑪★会社保健師より状況報告  
⑫★会社保健師より状況報告  
⑬★会社保健師より状況報告  
⑭★会社保健師より状況報告

休業4回目 疲労感、思考力低下、焦燥感、睡眠の質の低下などで休業となる

休業5回目

⑯★会社保健師より休業前に状況報告あり  
⑯休業直後は実家にて療養 (3カ月)  
⑯休職フログラム導入実施 (半年まで)  
⑰リワークティケア通所 (途中休職不良にて中断あり)

⑱★会社保健師より状況報告あり

⑲★会社保健師からスタートするも休職不安定にてすぐに不安定勤労になる

休職5回目

⑳★会社保健師と情報回のコンタクトあり  
㉑会社保健室へ登録登録へ登録  
㉒会社内復職フログラム実施  
㉓休職・問題を整理し復職となる  
㉔以後、X+10年まで毎月定期的に健診管理室にて情報共有

㉕★会社保健師より状況報告あり

## ケース5 【A群】 30代男性・製造業・技術職・精神病巻

年月	就業継続			不安定勤務			休業			エピソード (★印は連携ポイント)			
	Y-3	Y-2	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4	Y+5	Y+6	Y+7	Y+8	Y+9	
X-2				入社									
X-1													
X													
X+1			①										
X+2				②	社内か セリック 受診	Aクリニック 受診							
X+3							④						
X+4								⑥					
X+5									⑦	転居	⑧		
X+6											休業	2回目	
X+7												⑩	
X+8			⑬										
X+9												⑪	
X+10													
X+11													

①不眠を自覚  
②ブログをはじめ  
③会社組織への疑惑、妄想様解釈⇒社内カウンセリング、Aクリニック受診

④レジマー、PC周辺機器等高額な買い物行動  
⑤再受診しうつ病と診断 抗うつ剤投与  
⑥レジマー用運動免許

⑦隣人との騒音トラブルで転居

⑧趣味用資格取得独学

再受診

⑨レジマー用高額商品購入

★産業医の紹介でBクリニック受診  
(経過情報提供あり)

⑩この間の経緯を直接受け止める  
⑪治療見直し 抗精神病薬開始  
⑫生活日課確保

⑬図書館自主トし  
★⑭会社と職場環境について協議  
★⑮上司、人事、保健師らに病状説明

⑯仕事力アップ練習  
⑰プライベートでの活動活発化に  
異動により適性配置

★⑱産業医らとビヨジョノ、  
就労状況情報共有

以後安定勤務継続中

ケース 6 【A群】 50代男性・製造業・技術職・気分障害

就業継続		不安定勤務					休業					エビソード	
年月	Y-11	Y-10	Y-9	Y-8	Y-7	Y-6	Y-5	Y-4	Y-3	Y-2	Y-1	Y	
X-1													
X+1	③ ④アクリニック受診												
X+2				⑥	受診再開②					⑩	B病院受診⑪		
X+3						職種変更②							
X+4											会社が合併		
X+5													
X+6													
X+7													
X+8													
X+9													
X+10													
X+1 1											連携★ Dクリニック休業2回目★ 復職⑯		
X+1 2		★							★		⑯★		
X+1 3													
X+1 4													

(★印は連携ポイント)

- ①営業のライン管理職となる
- ②仕事上のトラブルが頻発、強い不安、恐怖感、不眠が出
- ③思考停止、不眠、疲労感が激しくなる 上司へ相談、休業を勧められるが本人へ拒否
- ④Aクリニック初診、「中度うつ病（算進うつ病）との診断、抗うつ剤、抗不安薬処方
- ⑤症状改善したため治療終了
- ⑥転勤により単身赴任生活、責任者として着任、上司から電話による指示を受け、毎日恐怖感を抱く。若手の社員も多くトラブルが頻出
- ⑦不安が強くなり、前医で処方された薬を自己判断で開始飲酒量増え、夜は毎日号泣する日々を過ごす

- ⑧家族との同居生活となる
- ⑨前医（前勤務地）での治療を再開「うつ病の再発」と診断
- ⑩社内でのトラブル対応のため、うつ状態がひどくなる。
- ⑪転勤地のB病院受診し、治療開始、少しずつ症状軽快

- ⑫営業職からインストラクターへ業務内容が変更となる

- ⑬8年間服薬していた抗うつ薬を自己中断する。入院中も不安感のため、頻繁に会社へメールを送る。復職直後から疲労感、意欲低下、物忘れ、思考力、理解力低下等の自覚症状にて、物質にて服薬再開
- ⑭うつ病との診断にて治療での服薬治療開始
- ★治療開始になつたものの症状改善せず、会社の働き方針の検討も必要
- 会社の働き方針の検討も必要
- 【会社からの経過に関する事前情報提供あり】

- ⑮小身とも安定したため、3週間の運動プログラムを経て復職となる

- ⑯★経過安定のため会社での定期面談終了するが、本人の意図で抗不安薬服用、月1回の外来通院中

★：会社側との情報共有

## ケース 7 【B群】 40代男性・卸売小売業・営業職・精神病圈

年月	就業継続					不安定勤務			休業			エビソード (★印は連携ポイント)
	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4	Y+5	Y+6	Y+7	Y+8	Y+9	Y+10	
X-16			入社									
X-1												①X-3年からの海外赴任において管理職に昇格
	Aクリニック (精神科初診) ②	休業1回目 ③	日病院入院 ④	連携★ Cクリニック 初診 ⑤	復帰練習 (午前のみ出勤)	⑥	休業					②上司からの叱責をキックカケに不眠、不安、焦燥感が出現しAクリニック受診 ③上司からの度重なる圧迫により、自爆行為、被害妄想などの諸症狀が出現し休業となる ④緊急隔離しPBC隔離入院 ⑤★退院後、産業医からの紹介にてCクリニック初診 ⑥復職準備プログラム開始
		復帰練習 (15:00まで)	復帰練習 (フルタイム)	復職	⑦	異動	⑧					⑦ライラとして挑発的な発言をする・注意集中の困難などの躁状を自覚する一方で、 ⑧仕事の質・量ともに負荷が増大し、不安、焦燥感が強くなる
X+2		異動	⑨			⑩★	⑪★					⑨異動直後は一時的に落ちましたが、以降不眠、意欲低下、不安感などが増悪 ⑩★会社保健師と連携し、上司同席での面談を実施したうえで、職場での対応について提案 ⑪★上司同席での面談を実施して、職場での対応について提案 ⑫★産業医よりY+3月からの異動（もともとの部署）についての意見を求める書面受領 し、主治医書送付 ⑬安定勤務は継続するものの、上司との関係性、仕事力の伸び悩みなどで多少不安定にな る
X+3												
X+4	⑫★		異動	⑯								⑭★産業医より病状照会書を受領し、主治医からの報告書を送付 ⑮上司が回り出しだとの報告あり ⑯頭が回り出しだとの報告あり ⑰家族から、多弁傾向、易怒性の増強あり、以降は一定の暮らし書きを取り戻す
X+5				⑭★								
X+6							⑯					
X+7								⑯				
X+8		⑮							⑯			⑱再び多弁傾向が顕著になる ⑲上長と衝突することが増え、訴訟問題など述べることもあるが、行動には至らず
X+9	休業2回目 ⑯											⑳軽躁状態にて2週間休業 自ら状態悪化に気づくことで短期間で復職を実現

ケース8 【B群】 50代男性・製造業・技術職・精神病巻

年月	就業継続		不安定勤務		休業		休業	休業	休業	休業	休業	休業	休業	休業	
	Y-11	Y-10	Y-9	Y-8	Y-7	Y-6	Y-5	Y-4	Y-3	Y-2	Y-1	Y			
X-14															
X-1															
X															
X+1	②														
X+2															
X+3	別居														
X+4															
X+5															
X+6							休業	⑧	⑨						
X+7															
X+8															
X+9															
X+10															
X+11															
X+12															
X+13															
X+14															
X+15															
X+16															
X+17															

エピソード  
(★印は連携ポイント)

- ①妻に対する関係妄想、被害妄想、対人不信、被影響が強まる
- ②妻の勧めでAクリニック受診するも継続通院せず。
- ③妻の勧めでB機関にて夫婦でのカウンセリング開始

- ④妻が精神的不安定となりCクリニック受診
- ⑤妻が精神的不安定となりCクリニック受診、夫婦間のコミュニケーション不足とだけ言われ、終了

- ⑥カウンセラーの転院に伴い、D機関へ転院
- ⑦抑うつ状態が悪化し、カウンセラーに促され、Eクリニック受診。「うつ状態」と診断され抗うつ剤服用
- ⑧通勤困難となり、1ヵ月F病院入院加療
- ⑨退院後は、Eクリニックにてカウンセリング中心の治療

- ⑩妻への被害妄想悪化、身体症状、希望念慮強くなる。状況改善せず、主治医への不信感
- ★会社保健師よりセカンドオピニオンを促されGクリニック受診。保健師との事前情報共有あり
- ⑪心理検査、診断、治療方針見直し、抗精神病薬投与
- ★⑫上司、人事、保健師へ治癒経過報告⇒社内の業務内容の見直し

- ⑬以後、経過報告メモ自作⇒診察時に確認⇒診察後、本人が産業保健スタッフへ受診報告⇒産業医・保健師と適宣情報共有のフォローを繰り返す

- ★⑭診察時に職場の人間関係上の悩み、業務負担による不調の訴えあり⇒主治医より産業医へ情報提供し、社内での作業環境管理早期介入に至る

## ケース 9 [B群] 40代男性・製造業・事務職・精神疾患

年月	就業状態			不安定勤務			休業			休業 Y+4 Y+3 Y-2 Y-1 Y Y+1 Y+2 Y+3 Y+4 Y+5 Y+6 Y+7	エピソード (★印は選択ポイント)		
	Y-4	Y-3	Y-2	Y-1	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4	Y+5	Y+6	Y+7	
X-11			入社										
X-1				①									
X				②精神科△クリニック初診									
X+1	④W嘱託 医へ相談												⑪Bクリニック初診 連携★
X+2	⑫★		⑬★			⑭★							⑫★人事から情報共有あり ⑬★本へ、上司へ、人事、保健師同席の面談実施 ⑭★本へ、上司へ、人事、保健師同席の面談実施
X+3			⑮★ 部内異動										⑮ ⑯★上司より、フレッシュカウント休んでもしまうため負荷の低いところに異動との情報提供あり ⑯胸痛、息苦しさが出現し、音楽器科受診するも異常なし ⑯上司より、フレッシュカウント休んでもしまうため負荷の低いところに異動との情報提供あり ⑯過呼吸発作にて救急搬送され以降運動不安定となるも持ち直す
X+4					⑰	⑱★							⑰○院内にて心臓のエコー、心電図とも異常なく、心臓神経症との診断 ⑰★保健師同席での診察
X+5	⑲												⑲⑳ ⑳心臓神経症的症状消失し勤怠不安定に、以降も身体症状の訴え続く ⑳血痰が出たため他院にて検査するも異常なし ⑳原因不明の発熱があり、その後も微熱が出るとの訴えは続く
X+6			㉑										㉑
X+7													㉒ ㉒勤務地変更
X+8													

エピソード  
(★印は選択ポイント)

①家族内の問題で家庭が落ち着かず

②異動の内示あり  
直後に△クリニック受診（精神科初診）し、休業に入る  
③上司にメールし、異動の不正当性を激しく主張し続ける  
④対応に苦慮した上司と人事はW嘱託医へ相談  
会社から異動を強要されることで窮状が悪化しているとの認識との情報共通  
⑤W嘱託医面談実施  
以降異動に向けたカウンセリング実施し落ち着いていく  
⑥上司同僚の面談実施  
⑦上司にメールにて精神共有、復職に際しての注意点指示  
⑧休業前に表示があった部署とは違う部署にて復職  
⑨復職後のフォローアップ面談実施（本人、上司、人事、保健師）  
⑩本人の希望もあり、Bクリニックに転院  
⑪★人事から情報共有あり

⑫★人事から情報共有あり  
⑬★本へ、上司へ、人事、保健師同席の面談実施  
⑭★本へ、上司へ、人事、保健師同席の面談実施  
⑮★上司より、フレッシュカウント休んでもしまうため負荷の低いところに異動との情報提供あり  
⑯胸痛、息苦しさが出現し、音楽器科受診するも異常なし  
⑯上司より、フレッシュカウント休んでもしまうため負荷の低いところに異動との情報提供あり  
⑯過呼吸発作にて救急搬送され以降運動不安定となるも持ち直す

⑰○院内にて心臓のエコー、心電図とも異常なく、心臓神経症との診断  
⑰★保健師同席での診察

⑲⑳  
⑳心臓神経症的症状消失し勤怠不安定に、以降も身体症状の訴え続く  
⑳血痰が出たため他院にて検査するも異常なし  
⑳原因不明の発熱があり、その後も微熱が出るとの訴えは続く

㉒  
㉒勤務地変更

ケース 10 【O群】 20代女性・製造業・営業職・精神病圈

年月	就業状況									休業 不安定勤務	
	Y-2	Y-1	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4	Y+5	Y+6		
X-2			大学卒	入社							
X-1											
X											
X+1											
X+2											

エピソード

①新製品が出たことに対するフレッシュショーや上司との関係性がうまく繋げず、会社に対する自己肯定感、不眠、めまいなどが出現し、精神科クリニック初診  
 ②産業医面談実施、治療も受けしておりコントロールできているとのことだったが、強迫性、対人不安、関係念慮、時にひきこもり、不安定勤務が続く  
 ③会社の改善のため転院しOBクリニック初診  
 ④会社の改善が見られないため休業、心理テスト実施後、抗精神病薬投与とカウンセリング開始

★④連携、人事回復での診察を実施  
 ★⑤復職後のプロセスを共有し、復職への不安低減  
 ⑥3週間の社内復職プログラムを実施  
 ⑦専門職への復帰を前提にその準備のための部署に配属  
 ★⑧人事・本人より豊富な経験は見送りどなつた  
 ★ア産業医面談にて上司同席の面談を実施し、本人の問題意識を職場と共有  
 状態を確認し、営業職に復帰となる

ケース 11 【C群】 40代男性・製造業・事務職・精神病圈

年月	就業継続			不安定勤務			休業			(★印は連携ポイント)		
	Y-4	Y-3	Y-2	Y-1	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4	Y+5	Y+6	Y+7
X-13												
X-4												
X-1					②異動							
X												
X+1												
X+2												
X+3												
X+4												
X+5												
X+6												
X+7												
X+8												

エピソード  
(★印は連携ポイント)

- ①MBA取得プログラムに参加  
同時期大型システム再構築プロジェクトに参加
- ②事業のトップが変わり、事業方針が変わったことで上長との関係性がぎくしゃくするようになる
- ③初めての仕事で、上長どうまくいかない、100時間超の残業による疲労がある、成果物のイマイチ・仕事のやり方・チエックボイントが分からぬなどで、抑うつ状態となり、Aクリニック受診(心療内科初診)
- ④会社にて関係念慮、被害的こだわりが強くなり、セレネース→ルーランなど抗うつ剤の併用を開始
- ⑤業務変更に伴い上長も交代しストレス軽減
- ⑥C病院にて血液生化学検査、頭部MRI、ECGを実施するも、異常なしの診断
- ⑦躁状態（多弁・多動、浪費など）を自覚
- ⑧自己評価と上長評価のギャップが大きく、ショックを受けるも、その後は余々に仕事力低下の現実を受け入れる方向に
- ⑨PCのメールや、身に覚えのない宅配業者が来たなどの訴えで警察へ行く・110番する。会社でも同様の訴えあり休職となる。
- ★⑩休職直後から断続的に産業医、上司、人事との連携を実施
- 復職後は仕事力に応じた職務をアサインされるが、本人を通じて産業医に業務調整の依頼を行なうなどして対応
- ⑪資格試験合格  
自分に対する自信になつたこと

ケース1 2 【C群】 30代男性・製造業・技術職・精神病圈

年月	就業継続							不安定勤務			休業		
	Y-11	Y-10	Y-9	Y-8	Y-7	Y-6	Y-5	Y-4	Y-3	Y-2	Y-1	Y	
X-2					入社								
X-1												①	
X													
X+1				单身 生活								②	
X+2			休業 ④★	1回目 ⑤				⑥					
X+3	⑧				⑨★	復職							
X+4					⑩	休業 2回目		⑪★		復職			
X+5													
X+6													
X+7													
X+8													

エピソード  
(★印は連携ポイント)

①不眠を自覚し△心療内科受診。会社に知られる  
のを恐れ、遠方の医療機関を選択 ⇒服薬にて早  
期改善

②再び不眠再燃

★③産業医の紹介にてBクリニック受診  
職場の同僚に対する関係念慮、被害妄想、意味づ  
け、病的な解釈による辞職の訴え  
⇒休業し、治療に専念  
★④治療意欲確保、短絡的行動抑止のため、職場  
産業保健スタッフ同席の診察(同行受診)  
⑤抗精神病薬投与、生活支援、心理療法にて陽性  
症状後退  
⑥集団精神神療法導入し復職準備  
★⑦復職後の職場環境について会社と協議

⑧生活日課確保、仕事力アップ練習  
★⑨復職後の作業環境管理について会社と協議  
⑩業務負荷による混乱、消耗、震災への過剰反応  
★⑪産業医、保健師、人事と治療経過、病態理解  
のための情報共有

★⑫職場に就業制限緩和について協議  
以後、安定就労継続中

ケース 13 【C群】 30代男性・製造業・事務職・精神病圈

年月	就業経緯		不安定勤務		休業		エピソード (★印は連携ポイント)
	Y-3	Y-2	Y-1	Y	Y+1	Y+2	
X-1			①入社				
X	配属		② Aクリニック初診 休業1回目				復職
X+1	③部署異動						④
X+2	⑤		⑥連携★ Bクリニック転院 休業2回目				
X+3						⑦★ 復職	★
X+4							
X+5							
X+6							
X+7							
X+8			⑧安定就労継続中				

- ①大学院卒業し入社  
 ②うつ状態であり、仕事上で大きなミスをおこし、その後欠勤が続く  
 ③組織変更に伴い本人の希望の部署へ異動となる事はできず、上司や先輩が細かく業務を指導する事はできず、上級ギリギリより生活リスク改善を指導する  
 ④治療スタッフより生活リスク改善を指導する  
 ⑤午前休が続き不安定勤務となつたため、産業医により主治医へ情報提供を依頼され、この回答があり  
 ⑥上級端に達さける動物園のあるなどの報告あり  
 人を極端にいるよう、との言動があるなどのこと  
 ★産業医面談にて本人から主治医を変えたいとの希望があり、Bクリニックを紹介され受診、休業となる  
 【会社からの経過に関する事前情報提供あり】
- ⑦生活リスクも安定してきたため、会社の復職プロセスを実施、復職となる  
 ★この後、ほぼ年に数回、本人同意の上で、就業状況、産業保健スタッフと主治医間で情報共有がなされ、仕事力は低迷するも投割があり、地道にこなす
- ⑧仕事力は限定的だが安定的に就労

## ケース14 【C群】 50代男性・製造業・技術職・精神病圈

年月	就業継続			不安定勤務			休業			休業 回数 ①	
	Y-3	Y-2	Y-1	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4	Y+5	Y+6	Y+7
X-22				高卒入社 ①							
X+1			②	③④							
X+2	⑤										
X+3											
X+4											
X+5				⑥			休業1回目★◎ ⑩				
X+6	⑪★										
X+7					⑫★						
X+8										⑬	⑭★
X+9		休業2回目 ⑮								休業3回目 ⑯	
X+10	復職		⑯★								
X+11											

### エピソード

(★印は連携ポイント)

- ①両眼ドライアイ、不快感を訴え眼科受診
- ②健診採血時の針から感染したと訴える
- ③発熱による欠勤目立つ
- ④A心療内科受診し、抗うつ剤処方されても自己中断
- ⑤右角膜剥離症状を訴え、頻繁に眼科受診
- ⑥就業中の口語、論理矛盾、脈絡の混乱頗著に
- ⑦追突事故頻発（事実関係不明）
- ★⑧産業医の紹介にてBクリニック受診
- ⑨易怒的、被害的、他罰的、關係づけ前景に
- ★⑩会社と協議の上、休業、自宅療養へ
- ⑪自宅で意識消失、C病院に救急搬送されるも、異常なし

- ★⑫現実感確保のため、会社と情報共有 月1回社内産業医面談後のフィードバックあり
- ★⑬自己処理不能に陥ると身体化、身体愁訴増悪⇒会社と情報共有し、早期介入低め安定にて就業生活を継続
- ⑭徐々に陰性症状が支配的となり、身だしなみの乱れ、不潔、生活自己管理力の低下強くなる
- ★⑮帰省時、実家でつまずいて右足関節靭帯骨折。入院し骨接合術施行
- ★⑯復職後の職場環境に会社と情報共有
- ⑰抜釘手術のため半月入院、休業
- ★⑱会社の支援＋毎週の通院（医療支援）にて低め安定ながら就労継続中

- ★⑭会社と協議の上、小休止目的で休業へ

## ケース15 【C群】 30代男性・製造業・技術職・精神病巻

年月	就業継続				不安定勤務				休業				エピソード (★印は連携ポイント)
	Y-5	Y-4	Y-3	Y-4	Y-1	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4	Y+5	Y+6	
X			大学卒	入社 単身生活 新入社員研修	①	正式属配 連携 ★③	休業1 回目			⑥			
X+1				④		復職		⑤		⑪★			
X+2					(7)				⑧	⑨⑩			
X+3								⑫		⑬	⑭★		
X+4								⑯⑰		⑮	⑯⑯ 休業2 回目		⑳ 復職
X+5										⑲	⑳⑲ 休業3 回目 ★		㉖ 復職 ★
X+6										㉒			

- ①不眠、抑うつ、被害妄想、関係妄想、被毒妄想  
 ②△精神科病院受診  
 ★③社内で不穏な状態となり、上司、人事、保健師同伴にてBクリニック受診→抗精神病薬投与
- ④親族 急逝  
 ⑤減薬の訴え、遅刻、離席目立つ  
 ⑥本人の強い希望により減薬
- ⑦安定勤務継続  
 ⑧就業中の無断離席、「トイして寝ている」等の勤務態度の問題自立にはじめる  
 ⑨注意、集中力散漫、陰性症状が前面に現れる  
 ⑩投薬を自己中断、自己減薬していったことに発覚  
 ★⑪会社と就業状況、治療経過の情報共有
- ⑫生活管理力低下、陰性症状前兆、緊張感乏、治療意欲低下  
 ⑬投薬自己中断 勤務態度再び不良に  
 ★⑭職場からの病状照会をもとに問題共有
- ⑮労組職場委員の活動参加  
 ⑯休日のワーキング活動に積極的に参加  
 ⑰個人的人間関係に悩む  
 ⑱インターネット上の被害気分、関係念慮  
 ⑲妄想的解釈、言辞再燃  
 ⑳二重見当識、陰性症状再燃
- ㉑本人の希望で減薬（治療関係性保たぬ仕方なく）  
 ㉒民間の経営セミナーに参加  
 ㉓異文化交流会に参加  
 ★㉔本人、家族、主治医の相談繰り返す→職場より  
 ㉕本人の問題意識改善  
 ★㉖復職に向けた職場環境調整職場と協議

## ケース 16 [A群] 40代男性・製造業・技術職・精神疾患

就業経緯		休業											
年月	不安定勤務	Y-7	Y-6	Y-5	Y-4	Y-3	Y-2	Y-1	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4
X	昇格								①Aクリニック初診				
X+1													②Bクリニック 休業1回目
X+2													
X+3	フルタイム勤務へ									③			
X+4	⑤★ 休業2回目								⑥連携★Cクリニック受診				
X+5													
X+6	⑧★								⑦★体調の改善がみられてきたことから会社の復職プログラムが開始、その後半日勤務から就業再開				
X+7													
X+8									⑪★				
X+9													
X+10													
X+11	異動												

(★印は連携ポイント)

①昇格を機に不安抑うつ気分、不眠、頭痛等の身体不調感を出現しAメンタルクリニックを受診

②社内保健スタッフが受診を知りフォロー開始。その後Bクリニックへ転院、「うつ状態」にて休業

③社内イベントの準備のための早朝出勤にフレッシュヤーを感じ、睡眠の乱れや疲労感を訴え始める

④上司より本への奇異な行動の対応に困っているとの相談あり落ち書きがない、クリスマスに課員分の花を買って配布、多弁

⑤★知人が自殺 不眠 記憶喪失等の訴えありの社内保健師が同行受診 4日間程度の休暇を取るが復調せず、人を避けるようになり仕事力低下、奇異な行動も頻発 再度同行受診し休業へ

⑥★主治医より復職可能な診断がてれるが、会社の判断にて外部機関でのリハビリを本人へ指示 Cクリニックを紹介され受診となるが、なかなか生活リズムが安定せず、休業延長となる

⑦★体調の改善がみられてきたことから会社の復職プログラムが開始、その後半日勤務から就業再開

⑧会社より勤怠不良が続いているとの照会あり 不眠や疲労感の訴えもあったことから1週間程度の休業を指示、その後は一旦復調

⑨強い疲労感を訴え日々も続いたため休業へ

⑩★精神的フレッシュヤーの少ない部署異動の上復職

⑪★月1、2回程度の不眠による欠勤はみられるものの生活リズムは概ね安定、就業継続している

ケース 17 【C群】 40代男性・製造業・技術職・気分障害

年月	就業継続			不安定勤務			休業					
	Y-6	Y-5	Y-4	Y-3	Y-2	Y-1	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4	Y+5
X							①Aクリニック受診					
X+1		④連携★										
X+2							⑦★ ⑥D病院受診 休業1回目					
X+3							⑨★					

エピソード  
(★印は連携ポイント)

- ①2カ月ほど前から偏頭痛、高血圧などで「元気がない」との不調を訴えAクリニック(内科)受診
- ②偏頭痛、血圧ともに平常に戻る

- ③頸関節症でBクリニック(歯科)受診 夜中に歯を食いしばる自覚あり
- この頃から動悸もあり
- ④本人は歯科治療で体調改善との認識 しかし上長は「ボーッとして元気がない、思考能力がなく簡単な仕事も不可」との認識
- ★会社人事に促されCクリニックで相談⇒本人の問題意識低く継続ケアにつながります
- ⑤Aクリニック(内科)主治医よりコンスタンス処方され落ち着いたとの認識

- ⑥腰痛をしばしば訴え、自らAクリニック(内科)、D病院(整形外科)受診するも異常なし
- ★(会社の勧めで再びCクリニックにて相談⇒治療開始 同時に休業開始
- 休業中は薬物療法、精神療法を実施
- ★以降会社との情報共有の場を4回設定し、職場の理解を促す
- ★⑧人事より復職が順調に進んでいるとの報告あり
- 復職：本調面も安定し、仕事の進め方についても問題意識を持つに至り復職となる

- ★上司・人事同席の面談を実施
- 状態が安定していることを確認

⑧★  
復職

⑨★

## ケース18

【D群】 30代男性・製造業・事務職・精神疾患

エピソード

(★印は連携ポイント)

年月	就業継続					不安定勤務					休業				
	Y-6	Y-5	Y-4	Y-3	Y-2	Y-1	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4	Y+5	Y+6	Y+7	Y+8
X-3															
X-2															
X-1															
X															
X+1															
X+2															
X+3															
X+4															
X+5															
X+6															
X+7															
X+8															
X+9															

・技術職で入社したが、他の社員は適当に仕事する、上司が適当すぎる、仕事があわない、などを訴え社内健康支援室に相談その後社内の専門医に一時期相談したこともあり

- ①理髪店で円形脱毛症があると言われ、社内にて相談。  
★産業医の紹介にてよりアクリニック受診
- ②診察時間外の電話診療、相談対応頻繁。周囲の言動や環境変化に過敏な言動、服薬への不安、不満訴え多く、調整困難

③上司に対する被害的言動が顕著

- ④社員の急死、知人の自殺未遂などを契機に不眠、神経過敏、不安増大、混乱傾向  
→抗精神病薬投与開始
- ⑤異動：本人との協議で事務系職場へ異動となり、安定化

- ★業務負荷増大に伴い、下痢、不眠、不安の訴え増大⇒投薬変更、受診回数増と同時に会社と情報共有。産業医指示にて業務負荷調整、環境調整

⑦知人の自殺を契機に不穏化

- ★⑧不安定勤務にて、主治医から休業指示するも本人拒否→会社と相談し、有休範囲で一旦小休止
- ★⑨有休明け直後に体調不良で連続欠勤となるも、会社と情報共有にて早期対処→休業には至らず、安定化

・時々、不眠、体調不良、周囲への過敏な訴えあるも概ね忘れず経過

- ⑩周辺に休職者続出し不安増大するも、会社の支持的接觸など
- ⑪組織変更、上司の交替に伴い、上司への不満、業務負荷への不満の訴え増える⇒会社と情報共有⇒環境調整で乗り切る

ケース 19 [D群] 50代男性・製造業・営業職・不安障害

年月	就業継続		不就業						休業	エピソード	
	Y-9	Y-8	Y-7	Y-6	Y-5	Y-4	Y-3	Y-2			
X-25											
X-2											
X-1											
X											
X+1											
X+2											
X+3											
X+4										★	
X+5											
X+6											
X+7											
X+8											

(★印は連携ポイント)

①営業職から内勤への企画へ業務内容が変更、また転勤に  
より単身赴任となる仕事上の負担、ストレスから憂鬱  
感、倦怠感、不安感、不眠、下痢症状出現する

②産業医へ相談し、専門医を紹介され、Aクリニックを  
初診「適応障害」との診断にて治療開始となる。主治医  
の診断書を提出し、自宅のある東京へ転勤となる  
③★転居を伴う転勤のため、転院

会社の勧めにてBクリニック受診、適直服薬内容を調整  
しながら就労を継続  
【会社からの説明に関する事前情報提供あり】

④★業務上のストレスかかえ、産業医指示で業務軽減。  
安定就労維持

⑤営業職へ変更 単身赴任にて転勤となり、Cクリニック  
へ転院

ケース 20 【D群】 50代女性・建築業・事務職・不安障害

年月	就業継続		不安定勤務			休業			エビソード			
	Y-3	Y-2	Y-1	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4	Y+5	Y+6	Y+7	Y+8
X-22				(総合職)								
X-1										(①転勤 (震災被災地域))		
X				連携★ 地震災害にて津波被災			②転居	③				
X+1										④治療終了		
X+2												
X+3												
X+4				安定就労継続中								

(★印は連携ポイント)  
 ①本社勤務から大震災被害地域へ転勤 工場勤務  
 ★震災の被害にあう、避難先で睡眠障害等の自己覚症状出現、一時会社指示で避難中遠隔地仮住まい。本社勤務も、相当なショックを受けるが、すぐに転勤の指示が会社からの転勤にてハカリニック受診、また転勤については会社と協議の上、見合わせる事前情報提供あり  
 ②転勤先から自宅へ転居 フラッシュバックあり  
 ③少しずつ落ち着きを取り戻し、被災した社員との交流も再開

性、製造業、技術職、気分障害圏)

連携前：2カ月の不安定就労後、Aクリニック初診。軽快しては中断、さらに転院をくりかえすが休業までには至らず。うつ状態と心気不安状態が主病状。

連携後：職場の勧めでCクリニック受診。依然として腰を据えたケアに至らず、内科医へもくりかえし体調不良で再診をくりかえす。不安定就労は治まらず、職場の勧めでCクリニック再診、5カ月の休業に入る。心理検査、カウンセリングを積み、次第に現実感、判断力をとりもどし、治療意欲が改善。その後復職し安定、規則的通院、安定就労へ。

#### 5.4 就業パターン IV型：ケース 19 (50歳代男性、製造業、営業職、不安障害圏)

連携前：入社28年目に発症。体調不良が顕在化する前に異動で昇進。心理的プレッシャーに悩み次第に不安定就労へ。さらに転勤となり転院。

連携後：職場は環境の変化、職務役割の変更などにより病状が不安定化することに着目、産業医から別の医療機関を紹介。通院しながらカウンセリングも並行して実施。その後、産業医は定期的に就業状況を主治医へ報告。医療力、職場支援力、個人支援力が連携力により、安定化へ貢献。使用薬剤も減量化へ。

### D. 考察

#### 1. 先行研究（文献参照）との関連性

本領域での精神科クリニックでの対応の現況と意見を回収するアンケートを2014年5月に実施、調査結果は、同年6月に開催の日精診総会（茨城県）、同じく日本精神神経学会（神奈川県）で報告、さらに同年9月には日精診、東精診共催の市民講演会で議論を深めるなど、最近数年間にわたり精神科主治医と職場産業医の連携問題について集中して取り組んできた。本研究はこれまでの一連の研究の延長上に位置づけられる。

これまでに明らかとなってきたことは、

- (1) 不安定就労期、休業期、復職準備期、復職期、そして安定就労期といった各ステージに必要な職場との対応について、不調者、職場ともに共通して理解しておくことが重要である。
- (2) 職場側の連携への準備として、本研究でも示されたとおり、手続きと連絡調整、連携のポイントをまとめておく。
- (3) 主治医側も不調者の心境や悩みを受容・共感するには産業医レベルの職場理解が必須である。

(4) 効果的な連携を進める上では、メンタルヘルス不調者と職場・産業医、そして、主治医が同じ目的に向かって取り組んでいるという関係性が土台として必要である。

#### 2. 効果的な連携の実際

本研究では専ら実践的な視点からの連携作業の分析を主題とした。その結果、明らかとなった点は、

- ① 連携作業の契機は職場から主治医へのアプローチが主流である。
- ② 職場から導入される場合は、不調者が連携目的、メリット、もしくは現状打開という解決策への期待を自覚している。
- ③ 連携作業は電話、メール、面談などを駆使して実施されていたが、効果判定には1年のフォローでは必ずしも十分でなく、究極の課題は安定就労と病状の安定化の実現であり、常に目標は明確であることが重要かもしれない。
- ④ 就業改善群は、精神病圏であっても他の病態と比べて改善率は近似していたが、主治医側が連携に慣れていること、高頻度の連携、比較的高い個人支援力などが寄与しているかもしれない。
- ⑤ 連携後の病状、自己管理力、治療意欲、社交性など多くの点での改善が就業改善にも好影響をもたらしているかもしれない。他方、それらに比し改善程度は低いが薬剤量の減量への効果も明らかとなり、これらは経験的知見と一致していた。
- ⑥ 就業改善群のケーススタディにより、就業パターンの類型化の可能性が明らかになった。特に、同じ休業でも連携前の病状に関連した休業と積極的な治療プログラム下での休業とは意義が異なり、連携後の治療プランとその評価は慎重に行うことが望ましい。
- ⑦ ケーススタディは改善群を中心に検討したが、今後、非改善群の事例を加えた比較対照検討が必要である。

### 参考文献

1. 神山昭男 産業医学における職業性ストレスの研究. 産業医学レビュー 1997 : 9 (4) : 191 - 209
2. 神山昭男. メンタルヘルス不調者の職場復帰 主治医と産業医の関わり方 休業時の対応をめぐって一休業を急ぐ場合、日本医事新報 2013. : 4649 : 65-70.

3. 神山昭男. メンタルヘルス不調者の職場復帰 主治医と産業医の関わり方 休業時の対応をめぐって一休業を渋る場合 日本医事新報 2013:4650 : 45-50.
4. 神山昭男. 産業メンタルヘルスの法と制度のあり方を考える—精神科主治医の立場から. 日精診ジャーナル 2010 : 22 (5) : 120-132.
5. 神山昭男 「主治医」と「職場」の異なる視点からみた産業メンタルヘルスの臨床 心身医学 2012 : 52 (5) : 413-419.
6. 神山昭男 産業メンタルヘルスの現場から—職場と精神科主治医の連携をめぐって 現代のエスプリ 2011 : 531 : 66-78.
7. 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. 厚生労働省. 2012..
8. 神山昭男 メンタルヘルス不調者の職場復帰 主治医と産業医の関わり方 復職時の対応をめぐって一仕事力の回復を要する場合 日本医事新報 2013 : 4654 : 63-68.
9. 神山昭男 メンタルヘルス不調者の職場復帰 主治医と産業医の関わり方 復職時の対応をめぐって一復職を急ぐ場合 日本医事新報 2013 : 4651 : 45-49.
10. 神山昭男 メンタルヘルス不調者の職場復帰 主治医と産業医の関わり方 復職時の対応をめぐって一対人関係で悩む場合 日本医事新報 2013 : 4652 : 44-49.
14. 神山昭男 私の産業精神保健考 「職場と主治医の連携」の大切さと困難さを考える 産業精神保健 2014 : 22 (4) 319-320.
15. 神山昭男 職場と主治医との連携を軸としたメンタルヘルス不調者の就労支援 メンタルクリニックが切り拓く新しい臨床 中山書店 2015 : 144-152.
16. 神山昭男 他 第110回日本精神神経学会シンポジウム 産業メンタルヘルス対策のエビデンスを探る 職場と主治医の連携効果をいかに高めるか 2014年6月
17. 神山昭男 他 職場と主治医の連携効果をいかに高めるか 日精診ジャーナル 2014 : 40(2) 213, 23-64.
18. 神山昭男 職場メンタルヘルス不調者の対応に関するアンケート 報告書 日精診ジャーナル 2015 : 41 (2) 215, 171-196.

## E. 結論

本研究では、従来の研究に比べより実証的に連

携の実際について検討を加えた。その結果、職場・産業医と主治医が同じ目標に向けて連携を継続的、安定して取り組んだ事例では、気分障害圏、不安障害圏、精神病圏に至るまで、病状、治療意欲、社交性、自己管理力の改善、ひいては投薬量の減少など多くの好影響が確認された。また、就業改善群のケーススタディにおいては連携前後の具体的プロセスを可視化し、年単位の取り組みに埋もれて見えにくい要因の抽出に有効である可能性が示唆された。引き続き、次年度は本年度の成果を踏まえ、就業改善群、非改善群の事例を蓄積し検討を加えていく。

## F. 健康危険情報 (非該当)

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 神山昭男 職場と主治医との連携を軸としたメンタルヘルス不調者の就労支援 メンタルクリニックが切り拓く新しい臨床 中山書店 2015 : 144-152

### 2. 学会発表(予定)

- 1) 神山昭男 職場と主治医の連携における主治医の必須要件  
第21回日精診学術研究大会 (2015年6月21日)
- 2) 神山昭男 職場と主治医の連携による就業改善事例の要因分析  
第22回日本産業精神保健学会 (2015年6月26日)

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

## H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

平成 26 年度労災疾病臨床研究事業費  
労働者の治療過程における、主治医と産業医等の連携強化の方策と  
その効果に関する調査研究  
分担研究報告書

治療プログラム実施機関と産業医等との連携に伴う治療効果の指標に関する研究

(分担研究者) 五十嵐良雄 メディカルケア虎ノ門 院長

要旨：精神疾患で休職した労働者に対する治療プログラムとしてリワークプログラム(以下、プログラム)を実施している医療機関(以下、治療機関)には地域において様々な連携が求められる。特に休職した労働者の所属する職場との連携は職場復帰時に重要となる。また、プログラムの利用者にはプログラムの実施治療機関とは別の外部医療機関の医師を主治医としている場合があり、その連携は治療上非常に重要である。外部主治医と職場に対する連携の実態調査を研究 1として実施した。研究 2として 2010 年 9 月～2013 年 12 月にかけて実施した治療機関におけるプログラム利用者の復職後の就労継続に関するコホート研究のデータを復職時の職場との連携の有無に着目して分析を行った。研究 3 ではプログラムにおける具体的な対応事例から職場との連携・情報の共有について必要とされる要素などを分析した。

研究 1 の治療機関への基礎調査からは、7 割の治療機関で他院の患者を受け入れており、6 割の治療機関が他院患者を受け入れる場合に原則主治医を変更する条件を定めていたことがわかった。利用者の約 3 割が外部の医療機関に主治医を持ち、その主治医との情報共有と連携が重要になる。主治医との情報共有としては、プログラム参加時の状態評価のために標準化リワークプログラム評価シートと心理テストが多くの施設で実施されていたので、それらを情報提供の素材として使用することが考えられた。また、定型フォームを作成することも有効な手段である。評価情報については、職場復帰時には産業医などの職場側への復職準備性の情報提供としても使用されるものである。復職時の職場側との情報提供については、書面で実施される場合が多く産業医・産業保健スタッフ宛には 8 割を超えるが、近年は職場を訪問する割合が増加していた。すなわち、職場との連携においては対面による連携が求められ、文書で提供されるレベル以上の高度な情報提供が職場より求められていると考えられる。このようなことから文書料だけではなく、対面での連携「診察場面での面談」や「訪問などによる情報交換」などにも経済的対価が必要であると考えられる。

研究 2 の復職時の職場との連携の有無からは、連携群と非連携群の間に有意差はみられなかったが、連携群では就労継続期間が長い傾向がみられた。両群の属性をみると、企業規模が小さく、産業医体制が整っていないことが統計学的に有意な項目として検出された。このことから、復職時の連携は常勤産業医のいない 1000 名以下の事業所に対し、復職を支援する意味で有効な方策の一つとして位置づけられると考えられた。

研究 3 の具体的な事例調査では、実際の事例ごとに対応方法を変化させる必要性があることが明らかになった。成功事例および困難事例の各々の要因を分析した結果、いずれも発達障害が多くを占めることが判明した。しかし、連携においては連携先となる人物を定めて連携を取ることが重要であり、それにより効果的な対応となると考えられた。各ケースの対応に求められる業務量を調査した結果、1 事例あたりとして 20,000 円～30,000 円の人件費と算出できた。現状では診療報酬の対象外の業務となるため、これらの経費は全てリワーク施設の持ち出しとなっており、今後適切な評価を行うことが求められる。事業場と連携を取ると、メンタルヘルス対応について苦慮している点に関して、職場からアドバイスを求められることが多くあるが、治療機関としては対応が困難な、コンサルティングに属する場合も少なくないことが判明した。

研究協力者：林俊秀（うつ病リワーク研究会、メディカルケア虎ノ門）  
大木洋子（メディカルケア虎ノ門、慶應義塾大学大学院）  
森田哲也（株式会社リコー）  
萩原健司（メディカルケア虎ノ門）  
牧宏一（さくら・ら心療内科）  
横山正幹（さっぽろ駅前クリニック）  
古野洋一（うつ病リワーク研究会）  
富田朋子（中ノ島フェスティバルタワーさくらクリニック）

#### A. 研究目的

うつ病などの精神疾患で休職した労働者に対し、職場復帰と再休職予防を目的としたリハビリテーションであるリワークプログラム(以下、プログラム)を実施する治療医療機関(以下、治療機関)は全国で 190 施設を超えるほどになった。ほとんどの都道府県で治療機関が存在するようになったが、少ない県では 1, 2 か所というところもあり、全国の休職者数に対して十分な受け皿とは未だ成り立っていない状況である。そのような地域では通院している医療機関とは異なる医療機関で実施しているプログラムに参加することもあり、参加開始から終了までの間、利用者の状態について主治医と治療機関側との間で行われる情報交換が治療効果を上げるために重要である。

また、休職者が復職をする際には所属先事業場との間で病状の回復状況について等の情報の必要性が生まれてくる。その時には産業医や産業保健スタッフなどの医療専門職ばかりでなく人事労務担当者や上司などが連携先となることもある。

これらの連携を考える際に、治療機関が他の機関とどのように連携を取っているか

の実態を明らかにするために調査研究を実施した（研究 1）。次いで、2010 年 9 月～2013 年 12 月にかけて実施した治療機関におけるプログラム利用者の復職後の就労継続に関するコホート研究のデータを復職時の職場との連携の有無に着目して分析を行った（研究 2）。

これらの知見に基づき、連携を行う利用者は頻回に休職するなどの事例性の高い利用者である可能性が大きいと考え、治療機関において実際に連携を行った事例に関する調査を実施した。調査では連携により成功した事例（成功事例）ばかりではなく連携上で困難を感じた事例（困難事例）を具体的に挙げてもらい、成功したあるいは困難を感じた要因や連携先などに関しても調査し、どのような場合に誰とどのような連携を組むとよいのかも明確にする情報を得ることも目的とした（研究 3）。

#### 研究 1

##### B. 研究方法

治療機関で組織しているうつ病リワーク研究会で会員施設に対し毎年 10 月に実施

している基礎調査の中で連携と関連する項目について、平成 26 年度の調査データを基に現状を分析した。

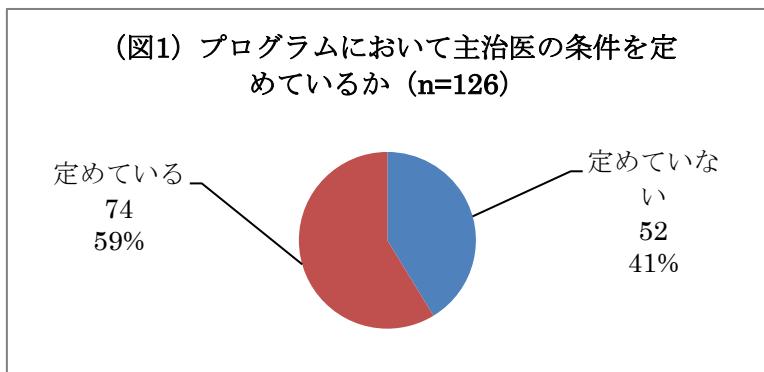
### C. 研究結果

以下に（1）主治医に関する調査、（2）プログラム中の評価に関する調査、（3）他院の主治医との連絡方法に関する調査に分

けて調査結果を示す。

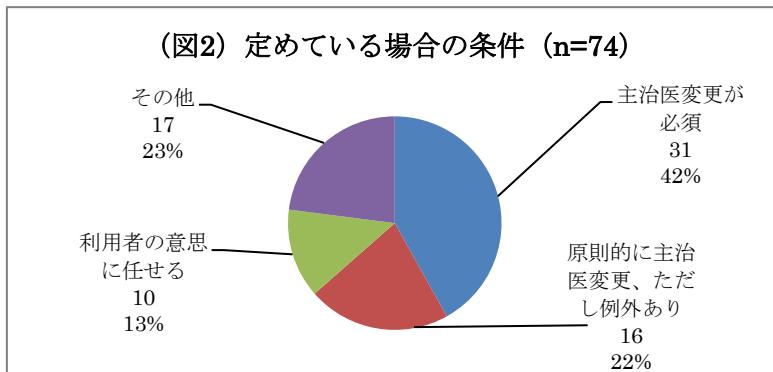
#### （1）主治医に関する調査結果

プログラムにおける主治医の条件の有無についての設問があり、図 1 に示すように主治医の条件を定めている治療機関が 74 施設 59%、主治医の条件を定めていない治療機関が 52 施設 41% であった。



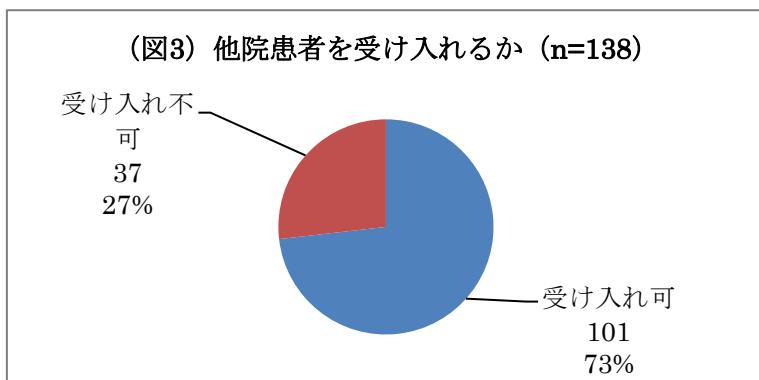
定めている場合の条件としては、図 2 に示すように「主治医変更を必須」が最も多く、31 施設 42%、「原則的に主治医を変更

するが例外あり」とする治療機関が 16 施設 22%、「利用者の意思に任せる」とする治療機関が 10 施設 13% であった。



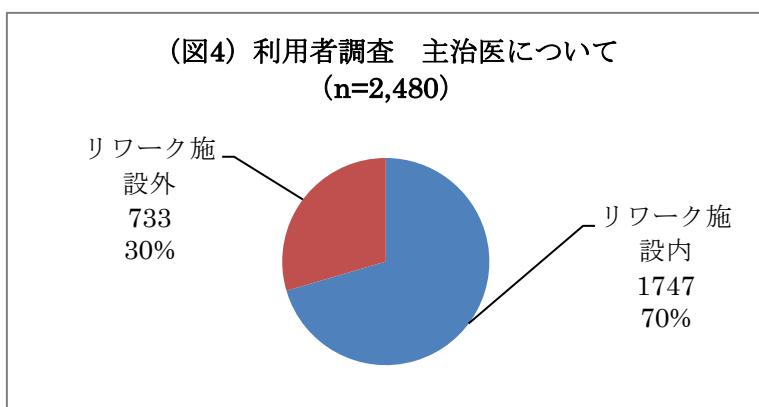
リワークプログラムへの他院患者の受け入れについては、図 3 に示すように「受入

可」とする施設が 101 施設 73% であった。



治療プログラム利用者の個別調査では、  
図4に示すように主治医が治療機関内にい  
る利用者の割合の方が多い、主治医が「リ

ワーク施設内」が1,747人70%、「リワー  
ク施設外」が733人30%であった。



#### 主治医に関する調査結果のまとめ

- ①主治医についての条件を定めている治療機関は年々増加しており、本調査では、6割近くの治療機関が何らかの条件を定め、その中では「主治医変更を必須」としている治療機関と「原則的に主治医変更、ただし例外あり」の治療機関を合わせると64%に達している。②リワークプログラムに他院患者を受け入れ可能としている治療機関も年々増加し、平成26年度では7割を超えている。
- ③利用者の個別調査によると、実際に主治医が治療機関内にいる利用者人数は7割であり、主治医が治療機関外にいる利用者は

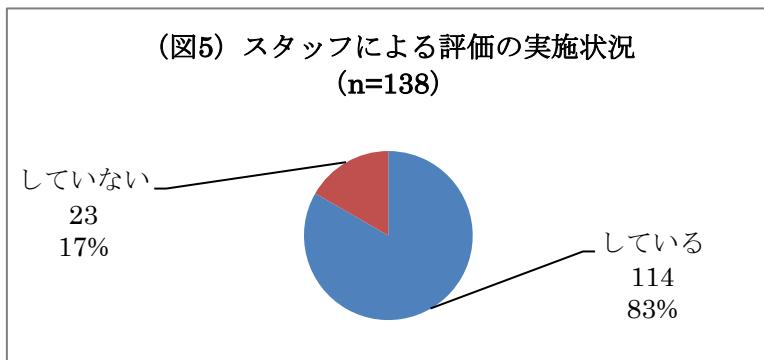
3割である。

以上の結果は、プログラムを実施していくうえではプログラムを行っている治療機関に転院して主治医を変えたほうが望ましいと考えているものの、現実的には近隣の医療機関との関係性もあり、他院で診療している患者も利用者としてプログラムに受け入れざるを得ない状況であると考えられる。とりわけ、新しくリワークプログラムを始めた治療機関では参加者を確保するために主治医が他院の患者も受け入れる治療機関が多く、今後も治療機関外に主治医を持つ患者の割合は増加していくと考えられる。したがって、他院の主治医との連携は、

プログラムを実施していくうえで治療機関にとって重要な課題である。

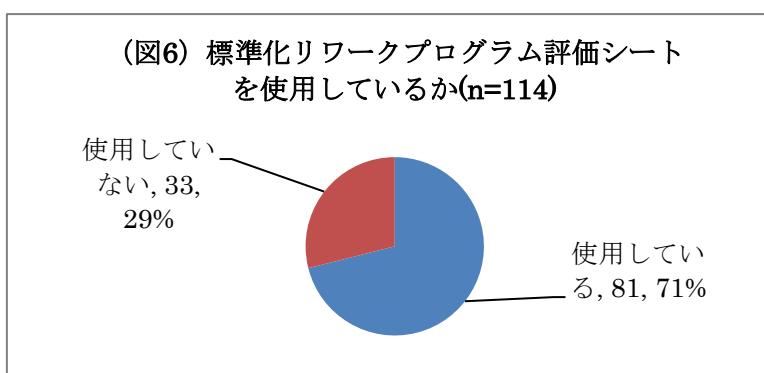
## (2) プログラム中の評価

治療機関におけるスタッフによるプログラム中の評価の実施状況に関する調査では、図5に示すように実施している治療機関は114施設83%となっている。



また、評価を実施している114施設の中で、厚生労働科学研究「リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療に関する研究」<sup>1)</sup>で開

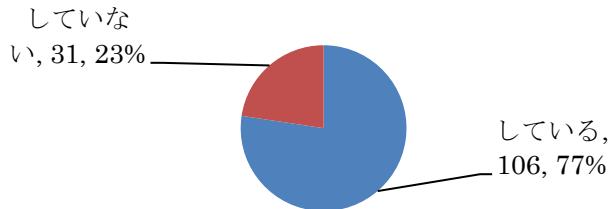
発された標準化リワークプログラム評価シートを使用している治療機関は、図6に示すように81施設71%となっている。



さらに137施設の中で、リワークプログラム中に心理テストを実施している治療機

関は、図7に示すように106施設77.4%となっている。

(図7)リワークプログラム利用中の心理テストの実施(n=137)



#### プログラム中の評価のまとめ

- ①スタッフによるプログラム中の利用者の評価の実施状況は図5に示すように、8割強の治療機関で評価を実施していた。標準化リワークプログラム評価シートを使用している治療機関は、7割程度となっている。
- ②プログラム中に心理テストを実施している治療機関は、8割近くとなっている。

このように評価については、ほとんどの治療機関で実施しており、その大部分では標準化リワークプログラム評価シートと心理テストを用いていた。したがって、外部の主治医や職場との連携には評価結果を活

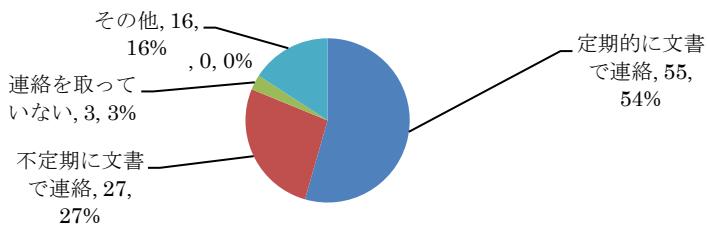
用することが考えられる。また、職場においてはこれらの評価は復職判定可否における重要な情報である。

#### (3) 他院の主治医等との連携方法

他院からの患者の受け入れを可とするリワーク施設における他院の主治医との連絡方法については、図8に示すように本調査では「定期的に文書で連絡」をしている治療機関が最も多く55施設54%であった。

「不定期に文書で連絡」は27施設27%、「連絡を取っていない」とする治療機関は3施設3.0%であった。

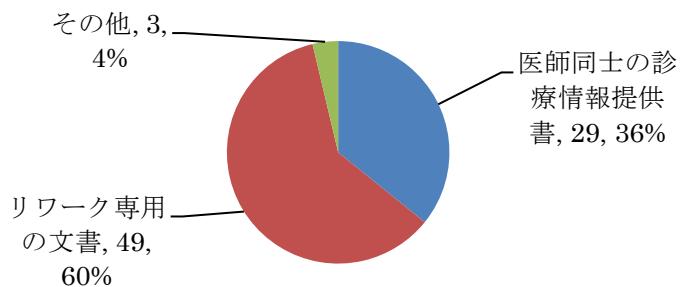
(図8)他院患者受け入れ可の場合の主治医との連絡方法(n=101)



他院の主治医と定期的・不定期に文書で連絡をしている治療機関の場合、図9に示すように主治医との連絡の際に使用する書

式は、「リワーク専用の文書」が最も多く使用されており、49施設60.5%であった。

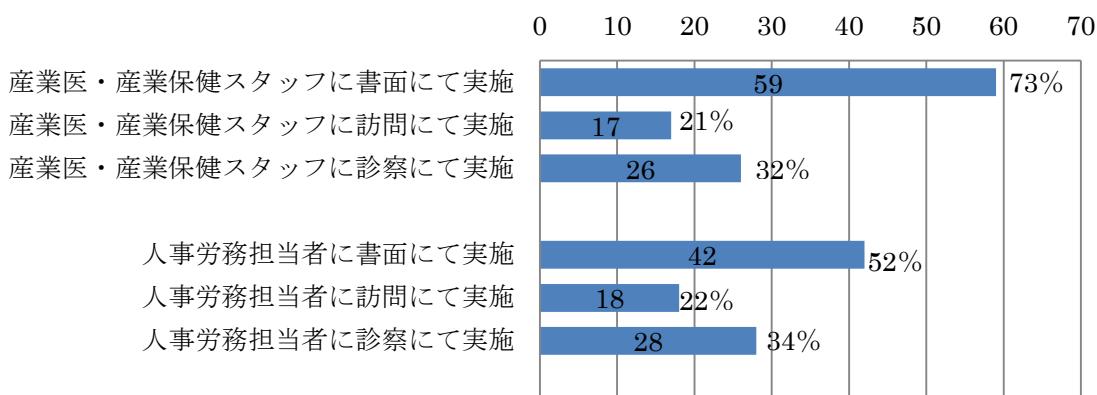
(図9)定期的・不定期に文書で連絡の場合、主治医との連絡の際に使用する文書(n=81)



復職時の勤務先企業との連絡や調整について、産業医・産業保健スタッフと人事労務担当者のそれぞれに対し実施している方法は(図10)に示すように、産業医・産業保健スタッフについては「書面にて実施」している割合が最も高く59施設73%であ

った。次いで「診察にて実施」が26施設32%、「訪問にて実施」が17施設21%であった。人事労務担当者については「書面にて実施」の割合が最も多く42施設52%であり、次いで「診察にて実施」が28施設35%であった。

(図10)復職時の勤務先企業との連絡・調整方法 (n=138 複数回答)



#### 他院の主治医等との連絡方法のまとめ

①他院患者の受け入れ可能な治療機関における主治医との連携方法では、「定期的に書面で連絡」が5割を超えていた。また、「不定期に文書で連絡」も合わせると8割を超えていた。②主治医との連絡の際に使用する文書ではリワーク専用の文書が6割を占

めている。

③復職時の勤務先企業との連絡や調整は、産業医・産業保健スタッフに書面にて実施が7割を超え、人事労務担当者に書面にて実施が5割を超えて第一位を占めていた。また、連携の方法として「診察にて実施」が産業医・産業保健スタッフ、人事労務担

当者ともに3割を超えて2位となっていた。

以上の調査結果から、他院の患者を受け入れている治療機関の主治医との連携の際や、復職時の産業医や人事労務担当者との連絡調整の際は書面での連携方法が最も多かった。しかし、職場との連携では、「診察」に同行する場合も3割以上行われており、また、「訪問」による連携も2割程度実施されていた。したがって、情報を共有する手段として「書面」が十分な機能を果たせないため、「診察」や「訪問」が行われているという実態があると考えられる。これら連携を行う費用は、治療機関への経済的保障ではなく治療機関側の持ち出しとなっている。効率的かつ有効な連携が行われるためには、「書面」による文書料はもちろんのこと、「診察」や「訪問」による情報提供に対する対価が明確にされる必要がある。この点に関して具体的にするために研究3を実施した。

## 研究2

### 【研究方法】

2010年9月～2013年12月にかけて、治療機関11都道府県13施設より210名のリワークプログラム利用者を組み入れ、復職後の2年間の予後調査を実施した<sup>2)</sup>。対象者の組み入れ基準は、休職2回以上、または休職1回目であっても連續して180日以

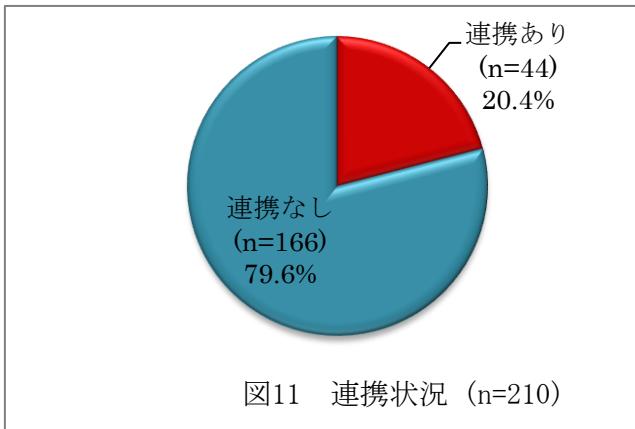
上の休職を経て復職した者とした。調査は復職後3ヶ月ごとに計8回、対象者本人に対し、電子メール配信による電子調査票による調査を実施した。また対象者の主治医が治療機関にいる場合に限り、その主治医に対し、郵送により復職後3ヶ月ごと、半年経過後は6ヶ月ごとに就労状況に関する質問紙を送付した。

当該調査において、一部の対象者において、スタッフと職場の産業保健スタッフや人事労務担当者らとの間に連携（休職者の安全な復職について面談を行うことを“連携”と定義）がみられた。本研究ではその連携に焦点をあて、その実態と連携の実施にかかる環境要因の検討、および連携が復職後の就労継続性に及ぼす効果を検討した。

### 【結果】

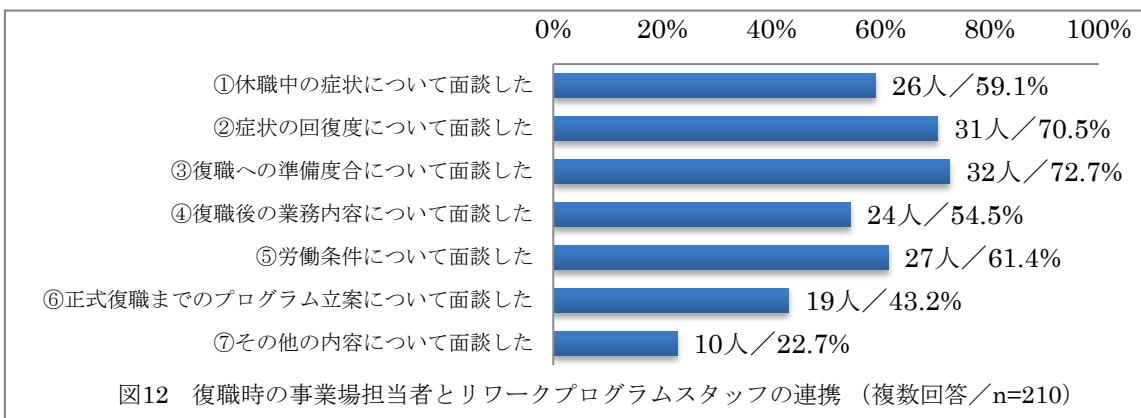
対象者の属性を表1に示す。性別は、男性が172人(81.9%)と多く、年齢の平均は $40.6 \pm 7.6$ 歳であった。ICD-10による診断では、F32うつ病エピソードが61人(29.0%)と最も多く、F31双極性感情障害60人(28.6%)、F33反復性うつ病性紹介58人(27.6%)、F34持続性気分障害10人(4.8%)であり、気分障害が90%を占めていた。

復職時に連携を実施したのは、44人(20.4%)であった。(図11)。



連携の内容は、複数回答で、復職への準備度合についての面談（72.7%）が最も多く、症状の回復度についての面談（70.5%）、労働条件についての面談（61.4%）、休職中

の症状についての面談（59.1%）、復職後の業務内容についての面談（54.5%）、正式復職までのプログラム立案についての面談（43.2%）、その他（22.7%）と続いた（図12）。



連携の実施状況を、対象者の属性および環境要因との関連について、 $\chi^2$ 検定またはMann-Whitney U 検定により検討した結果を表1に示す。リワークプログラムの利用期間、企業規模、産業医体制に有意差がみられた。リワークプログラムの利用期

間が長い者は連携を実施している傾向がみられた。企業規模においては、連携を実施した対象者については、小規模事業場職員もある程度みられたのに対し、連携実施に至らなかった対象者は、そのほとんどが1000人以上の大規模事業場職員であった。

表1 連携の実施状況と環境要因の関連性の検討

		全体 (n=210)		連携あり (n=44)		連携なし (n=166)		p
		n	%	n	%	n	%	
性別	男	172	81.9	35	79.5	137	82.5	0.648
	女	38	18.1	9	20.5	29	17.5	
復職時年齢	(才 : mean/SD)	(40.6 ± 7.6)		(41.4 ± 6.8)		(40.4 ± 7.8)		0.586
教育歴	(年 : mean/SD)	(15.5 ± 1.6)		(15.6 ± 1.4)		(15.4 ± 1.6)		0.301
復職時の主診断 (ICD-10)	F31 双極性感情障害	60	28.6	10	22.7	50	30.1	0.372
	F32 うつ病エピソード	61	29.0	15	34.1	46	27.7	
	F33 反復性うつ病性障害	58	27.6	14	31.8	44	26.5	
	F34 持続性気分[感情]障害	10	4.8	0	0.0	10	6.0	
	気分障害圏以外	21	10.0	5	11.4	16	9.6	
休職回数	(回 : mean/SD)	(2.3 ± 1.3)		(2.3 ± 1.3)		(2.3 ± 1.3)		0.944
総休職期間	(月 : mean/SD)	(37.1 ± 20.1)		(35.1 ± 21.3)		(37.6 ± 19.9)		0.153
治療期間	(年 : mean/SD)	(5.1 ± 4.4)		(4.9 ± 4.7)		(5.1 ± 4.3)		0.148
リワークプログラム利用期間	(日 : mean/SD)	(251.9 ± 176.5)		(279.3 ± 222.4)		(244.8 ± 162.5)		p<0.001
職種	専門的・技術的職業従事者	98	46.7	23	50.0	79	46.7	0.773
	事務従事者	87	41.4	19	41.3	69	40.8	
	その他	25	11.9	4	8.7	21	12.4	
企業規模	100人以下	8	3.8	3	6.8	5	3.0	0.001
	101-300人	14	6.7	6	13.6	8	4.8	
	301-1000人	34	16.2	9	20.5	25	15.1	
	1001人以上	154	73.3	26	59.1	128	77.1	
産業医体制	いる	180	85.7	33	75.0	147	88.6	0.022
	いない・不明	30	14.3	11	25.0	19	11.4	
産業保健スタッフ体制	いる	127	60.5	21	47.7	106	63.9	0.052
	いない・不明	83	39.5	23	52.3	60	36.1	
主治医	自院(リワーク施設内)	177	84.3	39	88.6	138	83.1	0.372
	他院(リワーク施設外)	33	15.7	5	11.4	28	16.9	

復職後の就労継続状況を、連携あり群と連携なし群の2群に分け、Log rank検定により比較した(図13)。その結果、連携を行ない復職した者は、連携を行わなかった者と

比較し、就労継続性が良好である傾向がみられたものの、有意差は認められなかつた(図13:p=0.400)。

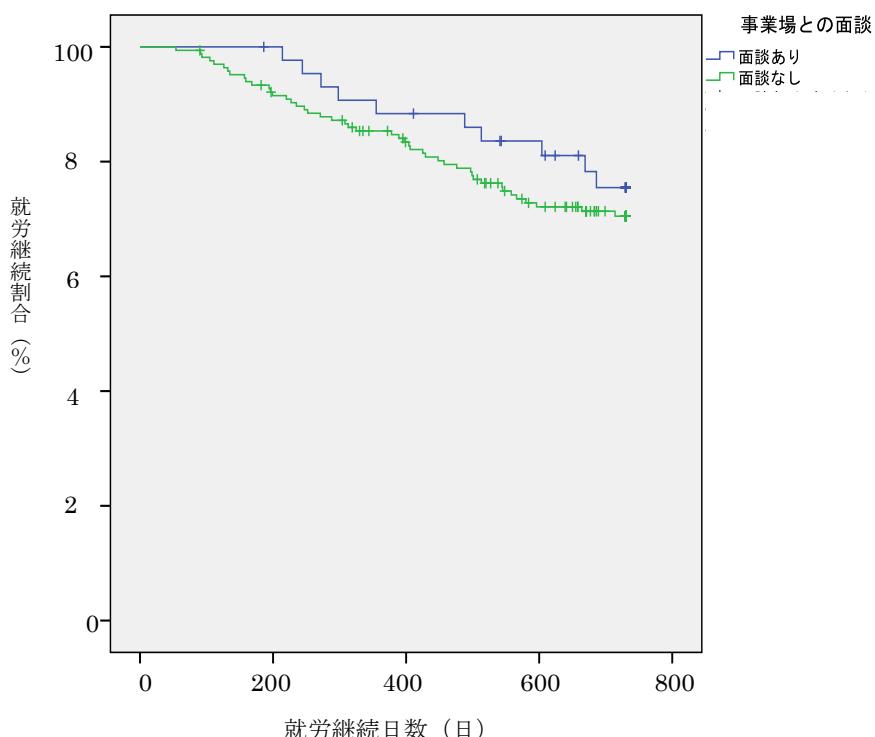


図13 事業場との連携の有無による就労継続性の比較

#### 復職時の連携の有無のまとめ

- ①連携群と非連携群の間に有意差はみられなかつたが、連携群では就労継続期間が長い傾向がみられた。
- ②両群の属性をみると、企業規模が小さく、産業医体制が整っていないことが有意な項目として検出された。

このことから、復職時の連携は常勤産業医のいない1000名以下の職場に対し、復職を支援する意味で有効な方策の一つとして位置づけられると考えられた。

#### 研究3

#### B. 研究方法

研究1と研究2で得られた調査の知見に基づき、治療機関に対し事業場との連携の有無を調査し、連携を行っている治療機関に対し連携の内容に関するアンケート調査を2回実施した。

#### C. 研究結果

(1) 第1次調査：うつ病リワーク研究会全会員施設(181施設)を対象として復職にあたり人事労務担当や産業保健スタッフ(産業医含む)との連携の有無、ならびに関係のあった企業の紹介、という内容であった。

回収率は 54.1% (98/181 施設) で 39 施設が連携を「あり」とし、企業 108 社が紹介された。

(2) 第 2 次調査：この調査は第 1 次調査で「連携あり」と回答した 39 施設から具体例を集めるために実施した。回収率は 74.5% (29/39 施設) で、連携を行っている経験から「A 連携にあたり困難を感じた事例（以下、困難事例）」、「B スムーズな復職に繋げられたと考える成功事例（以下、成功事例）」、「C プログラム参加中の患者の対応で苦慮しているケース」の事例を各々挙げてもらい、連携先と連携の内容、連携内容毎に要した時間・スタッフ人数・回数について回答を得た。更に、復職時に事業場から求められる「D 職場へのコンサルテーション」と思われる助言に関しても調査した。

調査用紙は別表に示す内容であるが、上記の A,B,C の事例に対して、事例の概要、連携に困難を感じた要因あるいは成功した要因、連携先の重要度、連携に費やした業務量について回答してもらった。各事例の要因を「I.本人」、「II.会社」、「III.外部」に分類したうえで結果を整理した。また、D に関しては、回答内容を精査しどのようにニーズがあるかを分析した。

## 1. 成功事例と困難事例とその要因

### (1) 調査方法

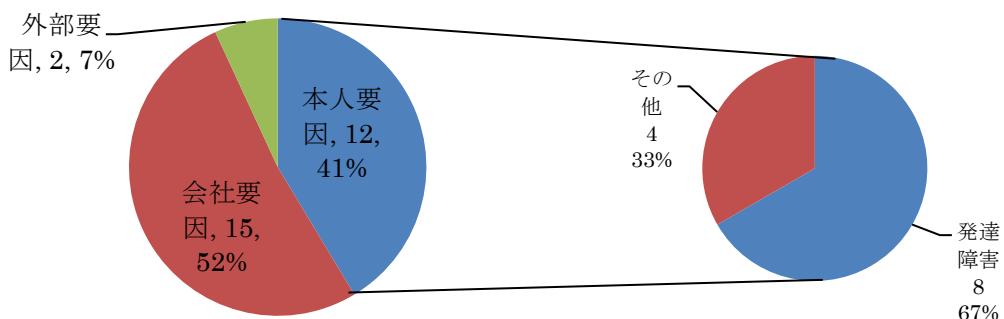
連携に際して困難事例と成功事例を具体的に記載し、連携の相手〔1.本人、2.主治医（外部主治医を含む）、3.職場の上司、4.職場の人事担当者、5.産業医や産業保健スタッフ、6.家族、7.行政機関などその他の連携先〕ごとに苦労を感じた要因あるいはスムーズに連携が進んだ要因を記入してもらった。その回答結果について、I.本人要因、II.会社要因、III.外部要因に分類した。表 2(別表)に各事例の概要を示す。

### (2) 困難事例の要因の結果

困難事例は 29 例であったが(表 2)、そのうち本人要因が 12 例あり、図 14 に示すように 12 例中 8 例が発達障害で、「本人の疾患理解の不足」が 5 例と最も多く、次が「受け入れ消極的」3 例であった。発達障害以外でも「本人の病識欠如」が 2 例あった。会社要因としては 15 例あり、人事、上司の受け入れが消極的である事例が 3 例と最も多かった。

予想通り発達障害の事例性が高いことが示されたが、それ以外の疾患でも現場での受け入れが悪いと連携が困難なこととなつた。

(図14) 困難事例の要因別の主な理由



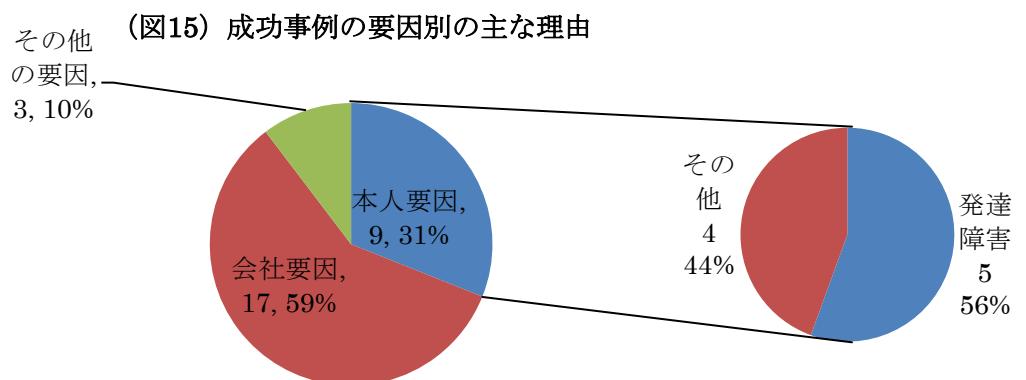
要因(大項目)	要因(小項目)	主な理由(例数 1事例に複数理由含む)
本人要因 12 例	発達障害 8 例	本人の疾病理解の不足 (5)、上司・人事の本人への陰性感情 (2)、配属先がないなど受け入れ消極的 (3)、復職後の要求水準の高さ (1)
	その他 4 例	本人の病識欠如 (2)、本人の病状不安定 (2)
会社要因 15 例		人事の受け入れ消極的 (3)、人事の意見が強く調整困難 (2)、上司の意見が強く調整困難 (1)、パワハラ (1)、上司の医療や本人への不信 (1)、産業医のリワークへの無理解 (1)
外部要因 2 例		外部主治医と会社の板挟み (1)、主治医と産業医との見解の違い (1)、人事の意見が強く調整困難 (1)

( ) 内の数値は例数

### (3) 成功事例の要因の結果

成功事例は 29 例あり(表 2)、図 15 に示すように本人要因も 9 例中 5 例が発達障害の例で、本人の疾病理解も 2 例あるが、上司が協力的 3 例、人事が協力的 3 例、など職場の協力が主な成功要因としてあげられ

た。会社要因 17 例では人事が協力的 8 例、主治医とのリワーク活動の共有 7 例、上司が協力的 6 例、本人の疾病理解 4 例、が多かった。全体的には、本人の疾病理解、上司、人事の協力が成功要因として共通していた。



( ) 内の数値は例数

## 2. 連携をとる重要な相手について

### (1) 調査方法

治療機関のスタッフが連携を取る際に重要な相手 [1. 主治医 (外部主治医も含む)、2. 職場の上司、3. 職場の人事担当者、4. 産業医や産業保健スタッフ、5. 家族、6. 行政機関などその他の連携先] を困難事例と成功事例それぞれについて、重要な順に上位 3 つの相手を選んでもらい、その順番とした理由についても回答してもらった。

その回答結果をもとに、困難となった

要因、成功した要因をそれぞれ I. 本人要因、II. 会社要因、III. 外部要因ごとに分け、重要な相手ごとに 1 位から 3 位の順位をつけた。そのうえで 1 位、2 位、3 位の集計結果に対して、重みづけとして 1 位、2 位、3 位に各々 3、2、1 の数値を掛け、それらの数値を合計して連携をする際の重要度として集計した。結果は、困難事例、成功事例の本人要因、会社要因、外部要因ごとに重要な連携先を重要度で示す。

### (2) 困難事例における連携先の重要度

表3に示すように困難事例では、本人要因の1位が主治医で、会社要因でも2位が主治医となっており主治医の重要度が高い。困難事例の要因として挙げられていた本人の疾病理解不足に対して治療面の中心人物である主治医の関わりが必要と考えられるからであろう。

(表3) 困難事例の重要な連携先(重要度)の順位

要因別	1位	2位	3位
本人要因	主治医 (20)	産業医・産保スタッフ (20)	上司 (18)
会社要因	上司 (22)	主治医 (20)	人事 (19)
外部要因	主治医 (6)	産業医・産保スタッフ (2)	家族 (2)

( )内は、1位、2位、3位に各々3, 2, 1の数値を乗じた重要度の数値を示す

### (3) 成功事例における連携先の重要度

表4に示すように成功事例では、本人要因の1位が主治医で、会社要因の1位は産業医・産保スタッフとなっている。

会社要因では1位が上司、3位が人事となっている。苦労した要因として挙げられていた人事や上司の意見が強すぎて問題がこじれているケースにおいて受け入れ側の変化や理解が解決へのポイントとなっていると考えられる。

(表4) 成功事例の重要な連携先(重要度)の順位

要因別	1位	2位	3位
本人要因	主治医 (19)	上司 (15)	人事 (11)
会社要因	産業医・産保スタッフ (28)	上司 (26)	人事 (20)
その他の要因	上司 (5)	主治医 (4)	産業医・産保スタッフ (2)

( )内は、1位、2位、3位に各々3, 2, 1の数値を乗じた重要度の数値を示す

## 3. 連携のための業務量

### (1) 調査方法

困難事例と成功事例において、それぞ

困難事例、成功事例ともに本人要因では主治医の重要度が高く、会社要因では、産業医・産保スタッフ、上司、人事の重要度が高い傾向がみられた。

の連携を行うために、連携の種類〔1.本人や家族との面談、2.会社・産業医や産業保健スタッフの人が来院して面談、3.会社に

出かけて行っての面談、4.主治医の診察に同席、5.主治医（含む外部の主治医）に文書や口頭で説明、6.面談や会議のための電話（メール）連絡、7.病状などを電話（メール）で連絡、8.その他の連携】ごとに、連携の頻度（連携の合計回数、対応1回あたりの時間（分）、1回に関与するスタッフの人数）をそれぞれ回答してもらい、その集計結果をI.本人要因、II.会社要因、III.外部要因別に分類した。分類した3つの要因ごとの連携の頻度の各合計を要因ごとのケース数で割ることで回数、時間、人数の各平均値を算出し、各平均値をそれぞれ回数×時間×人数で計算して業務量を算出した。連携の種類ごとの業務量を順位づけした結果を以下に示す。

## （2）困難事例における業務量

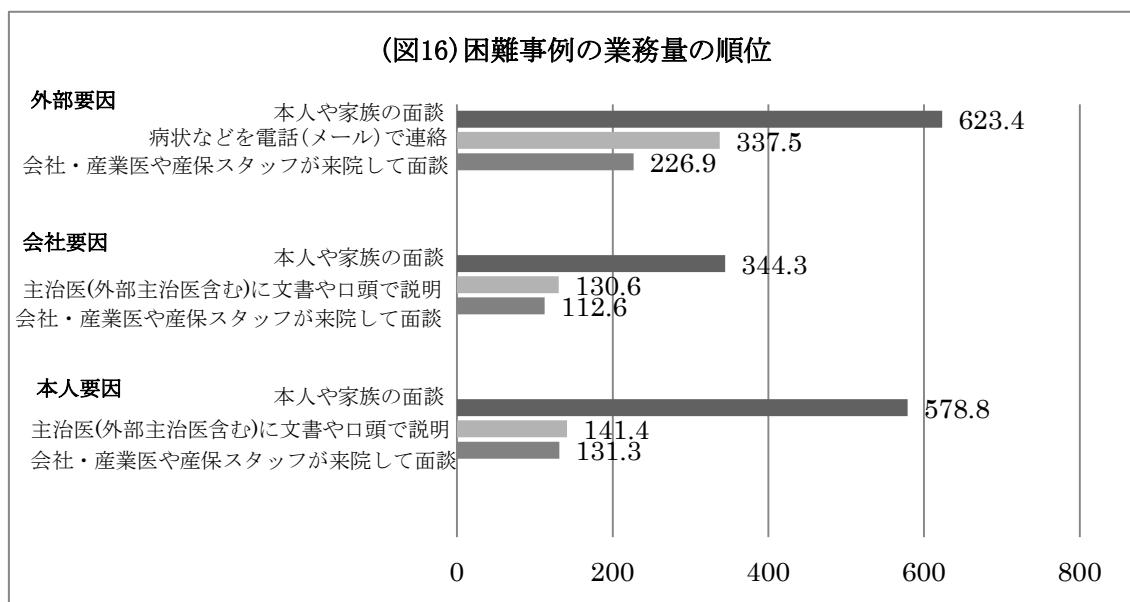
### 困難事例の代表例

I. 本人要因：発達障害の疑いで降格人事、部署異動を行ったケース。本人や家族との面談 65 回×1 回の大凡の時間 35 分×1 回に関与するスタッフの人数 1 人=2,275

II. 会社要因：本人と上司との間に話の食い違いがあったケース。本人や家族との面談 10 回×1 回の大凡の時間 60 分×1 回に関与するスタッフの人数 1 人=600

III. 外部要因：外部主治医の対象者を障害者職業センター経由で職場復帰させたケース。本人や家族との面談 18 回×1 回の大凡の時間 75 分×1 回に関与するスタッフの人数 1.5 人=2,025

図 16 に示すように、困難事例では本人要因、会社要因、外部要因ともに「本人や家族と面談」が最も業務量が多かった。ただし会社要因は本人要因や外部要因と比べ約6割の業務量と少ないが、これは人事や上司などの意見が強く調整が難しいケースなどで医療機関スタッフとして出来ることが限られる。また本人要因と会社要因では「主治医（外部主治医含む）に文書や口頭で説明」が2位、「会社・産業医や産保スタッフの人が来院して面談」が3位となっている。1事例あたりにかかる費用として困難事例全体の業務量の平均は 824.8 であるが時間換算すると 13.75 となり、これに全日本病院協会の「医療従事者の給与に関するアンケート調査」<sup>3)</sup> の「事務・その他」の時給 1,685 円を乗ずると 23,168 円の人工費と計算される。職種を「事務・その他」としたのは主に連携を担当する職種が精神保健福祉士と想定されるためである。



### (3) 成功事例における業務量

#### 成功事例の代表例

I. 本人要因：真面目で自己主張できずに過重労働で休職したケース。本人や家族と面談 48 回 × 1 回の大凡の時間 30 分 × 1 回に関与するスタッフの人数 = 1,440

II. 会社要因 : ADHD (注意欠如多動性障害) 疑いの患者で心理検査をもとに主治医と職場関係者との 3 者面談を行い、復職に結びついたケース。本人や家族と面談 20 回 × 1 回の大凡の時間 240 分 × 1 回のスタッフの人数 1 人 = 4,800

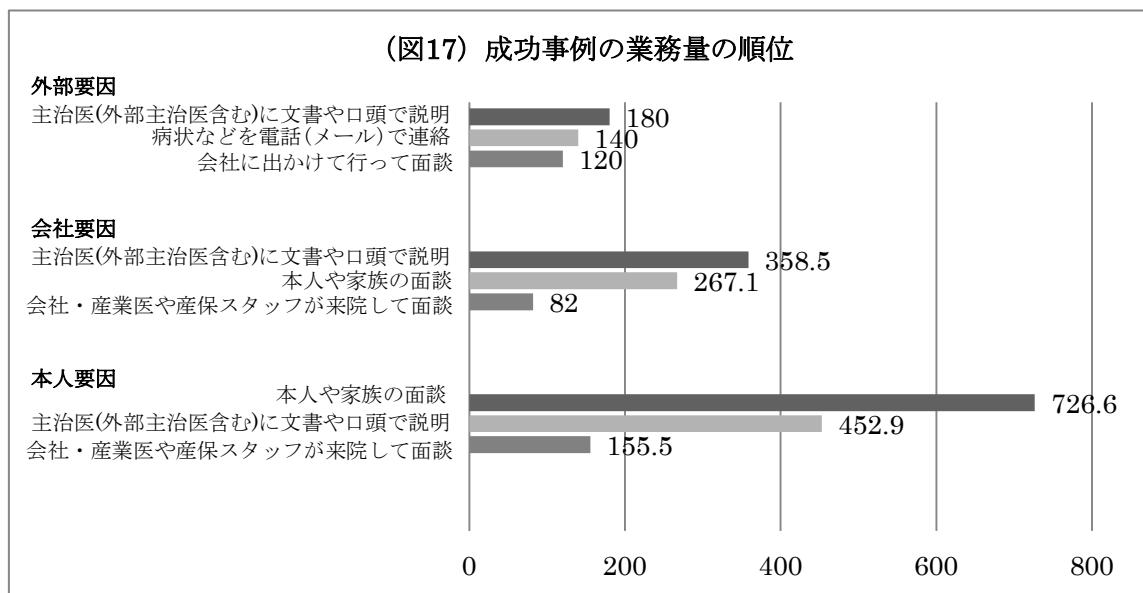
III. その他の要因 : ADHD と双極性障害でリワークプログラム終了後、障害者職業センターを経て復職したケース。本人や家族と面談 5 回 × 1 回の大凡の時間 20 分 × 1 回のスタッフの人数 2 人 = 200

図 17 に示すように、本人要因では、「本

人や家族と面談」が 1 位、「主治医 (外部主治医含む) に文書や口頭で説明」が 2 位、会社要因では逆に「主治医 (外部主治医含む) に文書や口頭で説明」が 1 位、「本人や家族と面談」が 2 位となっている。その他の要因でも「主治医 (外部主治医含む) に文書や口頭で説明」が 1 位となっている。困難事例ではいずれの要因においても「本人や家族と面談」が最も業務量が多かったが、成功事例では本人要因のみで「本人や家族と面談」が最も多く、会社要因とその他の要因では「主治医に文書や口頭で説明」が最も業務量が多かった。会社要因とその他の要因では本人や家族に対応する必要性が少なくて済み、主治医への対応を中心に行なっていることが考えられる。1 事例あたりにかかる費用として成功事例全体の業務量の平均は 951.8 であるが時間換算すると 15.86 となり、これに全日本病院協会の「医療従事者の給与に関するアンケート調査」<sup>3)</sup> の「事務・その他」の時給 1,685 円

を乗ずると 26,724 円の入件費と計算され

る。



#### 4. 企業から提供してほしい主な情報

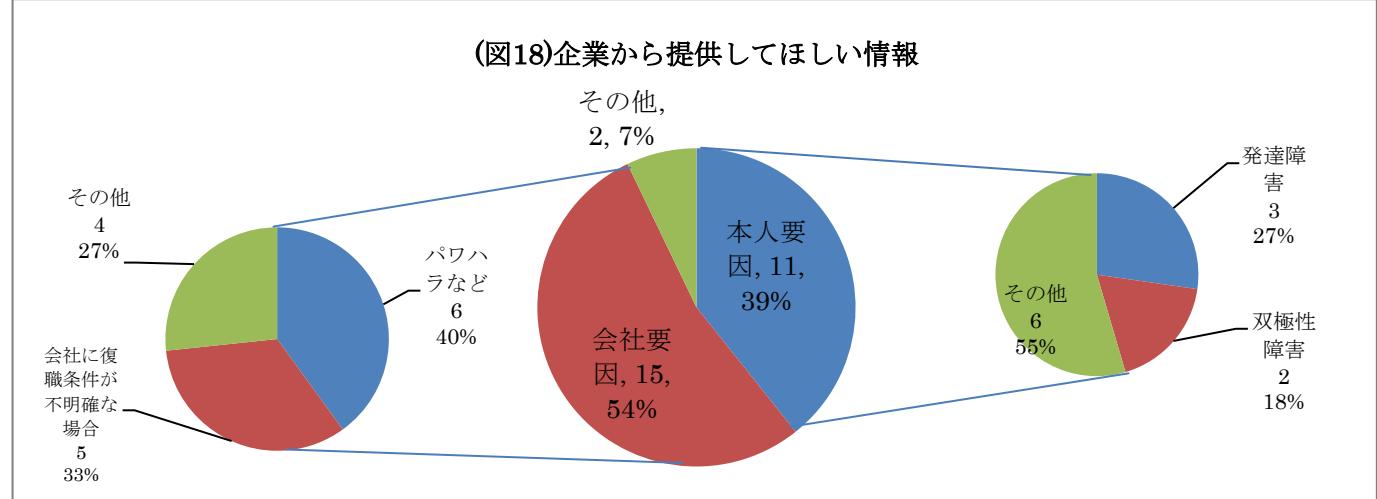
##### (1) 調査方法

治療プログラムに参加中の患者の対応に苦慮している事例に関して、職場から提供してほしい情報に関してアンケートを実施した。まずは、対応に苦慮する場合の事例の概要を記入してもらい、さらにどのようなことに関する情報が必要かについて、休職前の業務内容、休職前の勤務状況、休職前の社内での対人関係上のトラブルの有無とその内容、職場で観察された症状、家族に関する情報（保証人の情報も含む）、その他に分けて具体的な情報内容も記入してもらった。その内容を本人要因、会社要因、外部要因に分け、要因ごとの企業から提供してほしい情報を抽出した。

##### (2) 企業から提供してほしい情報

事例の概要是表 3(別表)に示すように 27 例が報告された。要因別では図 18 に示すように、本人要因では、発達障害や双極性障害のケースが多く、会社要因ではパワハラなどのトラブルが 6 例と最も多かった。本人要因、会社要因ともに休職前の業務量、業務遂行能力、コミュニケーション能力、トラブルの原因などが多く、本人の能力と業務内容とのギャップやそれに伴うトラブルについての情報提供を求めている例が多い。これらはプログラムの利用者に対する情報収集時の基本項目として活用することが考えられる。

(図18)企業から提供してほしい情報



## 5. 職場から求められたコンサルテーション

### (1) 調査方法

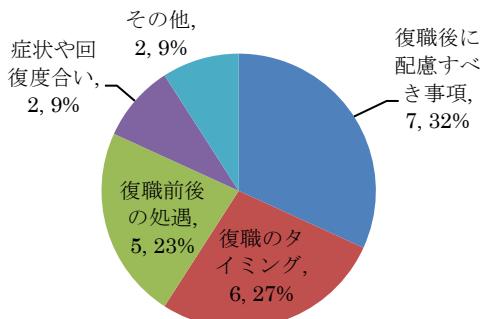
治療機関では、復職にあたって患者の社内での処遇や待遇上での注意点やアドバイスを企業から求められることがあるが、その具体的な内容についてのアンケートを実施した。具体的な内容については、①.復職にすること、②.患者が会社で行う業務に関する事項、③.症状とそれによっておこる問題行動などに関する事項、④.再発時や再休職時に関する事項、⑤.家族への対応に関する事項、⑥.その他、「職場へのコンサルテーション」に含まれるのではないかと思われる事項、の6項目ごとに回答してもらった。

表4(別表)に回答のあった104例を示した。

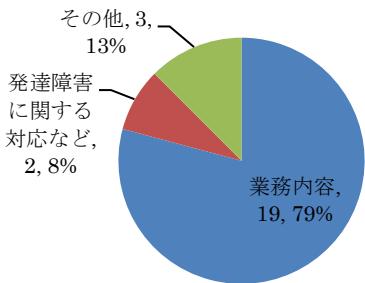
### (2) 職場から求められたコンサルテーションについてのまとめ

図19-2に示すように、あげられた回答数は患者の業務内容に関する事が19と最も多く、その他には、症状や問題行動に関する対応方法についてが10(図19-3)、復職後に配慮すべき事項が7(図19-1)、本人情報等の家族への伝達の是非についてが7(図19-5)、復職のタイミングに関する事が6(図19-1)、復職前後の処遇についてが4(図19-1)と続いている。

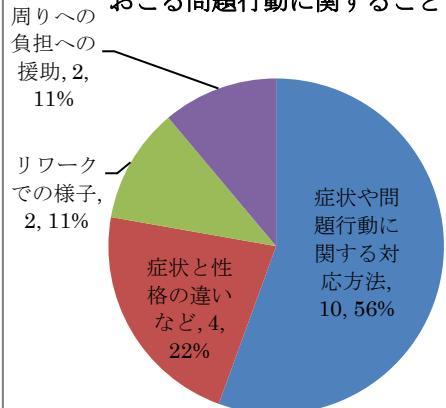
(図19-1)職場から求められたコンサルテーション：復職にすること



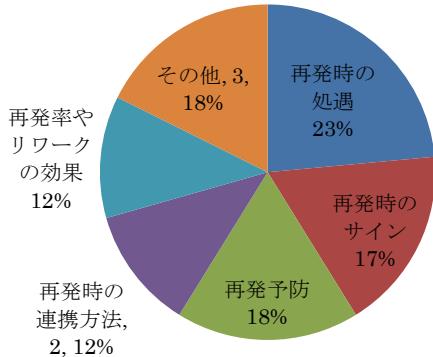
(図19-2)職場から求められたコンサルテーション：患者が会社で行う業務にすること



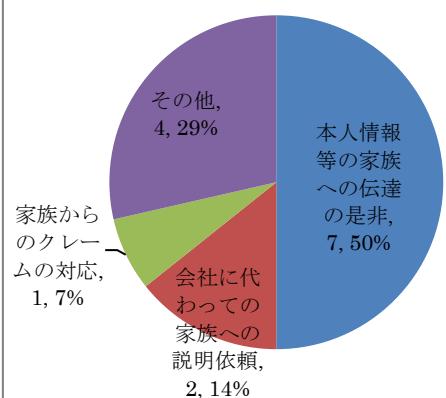
(図19-3)職場から求められたコンサルテーション：症状とそれによっておこる問題行動にすること



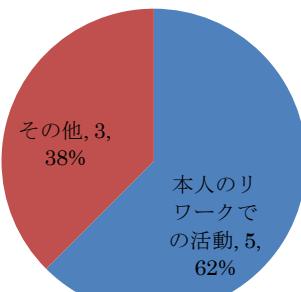
(図19-4)職場から求められたコンサルテーション：再発や再休職にすること



(図19-5)職場から求められたコンサルテーション：家族への対応にすること



(図19-6)職場から求められたコンサルテーション：その他「職場へのコンサルテーション」に含まれるのでないかと思われること



復職後の患者に割り振る業務内容や患者への対応方法、家族への対応などに職場が苦慮していることが伺われる。業務内容については職場側も非常に関心の高いところであり、とくに発達障害が疑われる例では特性を踏まえた業務の割振りと指示の仕方など検討すべき要素が多く発生するが、治療プログラム実施時に実施する評価の情報提供を活用することで具体的な助言をすることができると考えられる。また、復職後の患者への対応について、職場側に不安や抵抗がある場合には、セミナー等による疾病教育を職場で実施することで陰性感情を軽減するとともに、職場で何か変化があった場合にスムーズな連携が取れる体制を作ることができる。職場から家族への対応については基本的な対応ルールの制定を助言することにより職場を支援し適切な職場復帰を進めることに繋がると考えられる。この様に治療機関スタッフとして職場へのコンサルテーションに役立てる要素は多数あるが、一方で職場側の事情が強く出るような「受け入れる職場がない」や「休職原因について家族と会社がもめている」等の例がみられ、治療機関として限られた対応しかできず苦慮している現状がある。

#### D. 考察

研究 1 のリワーク施設への基礎調査からは、7割の施設では他院の患者を受け入れており、6割の施設が他院患者を受け入れる場合に原則主治医を変更する条件を定めている。実際の利用者をみると約 3 割が外部の医療機関に主治医があり、その

主治医との情報共有と連携が重要になる。主治医との情報共有に関し、リワークプログラム参加時の状態評価については標準化リワークプログラム評価シートと心理テストを基に多くの施設で実施されている。評価情報については主に主治医との間で治療的に活用されるが、職場復帰時には事業場側へ復職準備性の情報提供として使用されるものである。復職時の事業場側との情報提供については、書面で実施される場合が多く産業医・産業保健スタッフ宛には 8 割を超えるが、近年は事業場を訪問の割合が増加していた。これらより事業場との連携の重要性が認識され実際に実施されることが増加しており、方法としても対面などさらに高度な情報提供が事業場より求められている傾向にあることが明らかとなった。

研究 2 からは、復職後の就労継続の面からみて、復職時の連携は常勤産業医のいない 1000 名以下の職場に対し、復職を支援する意味で有効な方策の一つとして位置づけられると考えられた。

研究 3 の具体的なケースによる調査からは、実際の事例ごとに対応方法を変化させる必要性があることが明らかになった。各事例の要因を分析し、重要な連携先となる人物を定めることにより、より効果的に事例に対応することが可能となる。

各事例の対応に求められる業務量から大凡の人事費が算出でき、1 事例について平均 2 万～3 万と試算できた。これらの事例対応のほとんどは現在の診療報酬の対象外の業務となるため適切な対応が求められる。また治療や職場復帰に役立てるた

めに事業場と連携する中でどのような情報を収集することが必要であるかが明らかとなった。さらにメンタルヘルス対応について苦慮している職場から求められる要素が明らかになった。

#### E. 結論(今後の研究の方向性)

今年度の研究を基に来年度の研究のテーマとして以下を計画している。これにより事業場と医療機関の連携に関する全体像を明らかにするとともに、より具体的で実務的な方法論を確立することを目指す。

1. 本年度事業のアンケート調査において、治療機関と連携を取っている企業を上げてもらっているので、事業場へのアンケート調査を実施し、事業場からみた治療機関との連携の目的や満足度、要望事項などを調査する。

2. 連携の内容に関して具体的な検討を行う。連携先としては事業場の産業医・産業保健スタッフや人事担当者、治療機関からみて他院の主治医があげられる。また、その連携方法として文書による連携、復職促進のための会議の治療機関による招集、復職促進のための事業場における会議への治療機関のスタッフ等の参加、治療機関における家族との面談などが考えられるが、それらの連携に関してモデル文書あるいはモデル会議を示す。そして、協力の得られる治療機関で試行的に実施し、実用的な運用を可能にする。また、治療機関には利用者に関するセンシティブな個人情報が多くあるが、連携にあたってはその保護を行いつ

つ、どのように連携を行うかの点に関しても検討を加える。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし（予定を含む。）

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

#### I. 文献

1) 五十嵐良雄、リワークプログラムの実施状況に関する調査、厚生労働科学研究ところの健康科学研究事業（リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療法に関する研究）平成 20 年度総括分担研究報告書：43-91、2009.

2) 社団法人全日本病院協会 医療従事者委員会、医療従事者の給与に関するアンケート調査（平成 14 年 7 月実施），2003.

3) 五十嵐良雄，リワークプログラム利用者の復職後 2 年間の予後調査, 厚生労働省障害者対策総合研究事業うつ病患者に対する復職支援体制の確立うつ病患者に対する社会復帰プログラムに関する研究分担報告書（主任研究者：秋山剛），2014:p57-70

(別表)表2 事例概要

困難及び成功	要因	No	概要
困難事例	本人	発達障害	20代半ばのP.t. 思春期頃から対人恐怖、パニック様症状あり、学生時代にも続いていた。家族関係も良くない。入社後、対人関係が良好に築けない。人の視線が気になる等、まともに業務が出来ないまま状況悪化、入社1年で休職となる。会社の評価としても、PDDを疑っており、ほとんど業務ができていなかつた（ミスが多い、時間がかかりすぎる等）と、復職期限が迫る中、「今後の事を考えて、復職をしない方が本人の為になると思う」と主張する。
			リワーク施設から非常に遠方に勤務地があり、職場担当者が復職に関する手続きを知らずに患者本人の一存で復職したが、その後すぐに再休職となった。本人に対する職場の陰性感情が強く、再度の復職に対する拒否感も強い。
			リワークフル参加、通勤訓練なども実施し、リワーク側は復職段階と判断している（主治医からも復職可と判断）が、職場の受入れが消極的で、いたずらに時間が経過しているケースがあった。（ケースは発達障害疑い、職場側は改善して戻ってきてほしいと要望）
			本人がアスペルガー障害があり、本人の特性の問題が大きく、患者ークリニックでは、復職レベルと思っていても、職場から求められる要求水準が高く、なかなか復職許可がおりなかつた。
			ASD患者さんのペースでやっていただいて構わないということをリワークを始めたが、本人の「ゆっくり自分のペースで、気付きを大事にしながらやっていきたい」が、リワーク期間が長引くにつれ、復職について考えていないように見え、どうなってるのか！とtelがきた。
			・発達障害疑いのある患者様の復帰予定先の職場、役職が本人の能力やキャバシティを考えると再発の可能性が十分にありえるものであった。環境調整を行い降格人事、部署異動を行った事例。
			リワークでASDが疑われた。職場の環境調整がないと、復職しても苦手な仕事が多い。くり返し行えればできるようになるので、リワーク内で行うワークについて職場に情報提供を依頼したが、コンプライアンスに反するのでできない。気にいらない仕事はしない、人とトラブルになる、そこをどうにかしてほしいと言われた。結局、本人の情報を検査結果を含め伝えて、職場側での工夫についてもまとめた文書を送り、環境調整をしてもらった。
			ASDを背景に持つ適応障害、うつ病患者の復職に際し、本人の適性に合わせた業務への配置を助言したが、職場ではそのような単純な業務は外部委託され、正職人の患者が行える仕事がなく、復職に時間がかかった。
			その他
			①休職3～4回以上、病名はうつ病とのことだが、軽躁状態（多弁、一方的）が目立ち、復職面談（人事担当者）で会社の対応もよくなかったが、被害的になり、自殺念慮出現、主治医、家族に連絡するなど危機対応が必要になつた。②休職1～2回だが、うつ状態というより、主として不安症状が強く、リワークの集団プログラムの参加が不十分。参加してもコミュニケーションが難しく、改善に時間がかかり、復職の見通しがたたない。③融通効かず頑固、視野が狭く、自信乏しく、復職意欲も高まらず、昼夜逆転をくり返し、リワーク中断になつた。
			会社の受け入れ条件と本人の要望が合わなかつた。復職にあたつての職場とクリニックの見解は一致していたが、本人の要求が強く、調整に時間がかかつた。（対人トラブルで休職、相手の処分を求める、復職先の部署の指定等）
			20代、男性、未婚、大手メーカー勤務（入社2年目）、社員寮で独居。先天性の下肢障害あり、車椅子での生活。大卒後、現職（身障者としての障害者雇用）、TEL・メールでの顧客との涉外業務が主であったが、対応・処理能力の問題や経験の少なさ、上司との関係不和等が重なり、不眠、抑うつ等、症状出現し、受診、休職、リワーク導入に至る。職場との調整を経て、現在は復職し、就労継続中。
			職場から当クリニックでの診察及びリワークを受けるよう指示されたケース。本ケースの医師からの参加ではないという内容を、リワークへの参加後、他のメンバーへ話す。職場からは「他の社員への暴言が目立つ」との情報有り。クリニック来院後も、主治医・スタッフ・多メンバー各々に対する不満を多メンバーへ話す。
			休職中から復帰する場合、復職前に2ヶ月間の試し出勤が必要だったのだが、本人がそれを把握しておらず、病状回復し復職できる状態になったのに復職できなかつた。
			本人が以前働いていた部署は出張や残業が多い。本人の体調は安定し、復職は可能であるが、残業等は控えた方が良いレベル。職場に作業負荷の軽減は可能であるか確認するが「それはできない」との返答であった。
			・職場が求める状態と、本人・クリニックが目標とする状態に大幅に差があるとき
			会社
			休職中から復帰する場合、復職前に2ヶ月間の試し出勤が必要だったのだが、本人がそれを把握しておらず、病状回復し復職できる状態になったのに復職できなかつた。
			本人が以前働いていた部署は出張や残業が多い。本人の体調は安定し、復職は可能であるが、残業等は控えた方が良いレベル。職場に作業負荷の軽減は可能であるか確認するが「それはできない」との返答であった。
			・職場が求める状態と、本人・クリニックが目標とする状態に大幅に差があるとき

		16	職場での対応に納得できず憤慨した後、休職期間を過していたが、状態が改善し、主治医からも復職可能といわれたにもかかわらず、 <b>職場の制度</b> として復職前にリワークを使用しなければいけないとと言われ、その対応に了解できず渋々ながらリワークの利用を開始した。リワーク活動は問題なく過ごしたが、戻るタイミングは、職場の受入れ時期と本人の希望との間にずれがある時、復職可能の診断書を本人の意思で依頼し、職場へ提出した。職場側は、本人の状態をもう少し見極めたいという希望があった様子。
		17	<b>職場が本人、または医療機関側に不信感を表している</b> ケース。職場から見て「復職できるように見えるがまだ休みが必要なのか」や、「仕事のつまずきから休職に至ったが、それは本人の能力（仕事に対する）の問題で、気分・体調が戻っても、また休職するのではないか」といったもの。本人の課題が改善されていない状態の時期（体調は安定したが、対人関係での問題があった）。
		18	<b>職場（上司）と患者の話しに大きな違いがあり、お互いリワークスタッフに「何とかしてほしい」と言うものの、3者で会う際はあたりさわりのないことしか2者共言わない。</b> 上司「本人の仕事上のスキル、人間関係に大きな問題あり、みな困っている」 患者「上司がワンマン。同僚達もみな疲労高く不満も言っており、ピリピリムード。みな困っている」
		19	復職予定1ヶ月前の <b>産業医面談</b> にて、即日リワークに通うのを中止するよう指示された。面談では、産業医より「リワークは居心地が良くなっているだけで無意味」「医療スタッフも視点が狭く、実践的ではない」などの批判が語られた。
		20	リワーク標準化評価シートの <b>評価点「3」</b> の項目について。「3の状態で戻ってきてもらうのは不安」と、 <b>会社側の不安</b> が強い。本人は、休職が長くなってきたのでと、早く復職をしたいと希望し、今後の方向性がなかなかつけられないので。
		21	職場復帰にあたり、当院としては <b>別部署での復職</b> を勧めたが、職場側の年度途中における部署異動不可という規約により、受け入れてもらえないかった。それにも関わらず、職場側は「本当に復職してもOKなのか？」と当院主治医に疑問を投げかけてきた。また外部主治医、産業医、当院主治医の判断のズレも職場側に混乱をもたらす要因となった。
		22	当患者は特殊な機器の操作をする部署に所属していて、長期間休職中であった。産業医、産業スタッフは投薬が続いている間はその業務に従事させる事が困難であるという判断である。その部署の休職者のほとんど（身体疾患を含む）は <b>投薬治療を終了させ</b> 復帰している。特殊な機器の操作を専門として雇用しているため、人事スタッフからはその部署以外に異動させてからの復帰は現実的に難しいとの意見である。また、該当患者は症状も改善、憎悪を繰り返しており、主治医の判断としては投薬を中断させることはむずかしいとの見解であった。
		23	体力的にもストレス耐性的にも復帰は難しいとリワークとしては考えている段階で、本人は復帰を早期に希望し、職場側と話して、時期と緩和措置を決定してきて、その方針で再発しないようにリワークでリハビリしてほしいと言われた。 <b>（職場側が復帰へのハードルを本人の意向で下げすぎる）</b>
		24	医療機関として日頃のリワークプログラムの取り組みや出席状況から復職可の判断が適当かと思われ、患者も復職を望んでいるも、 <b>会社</b> としては患者の復職に対し <b>消極的</b> である。
		25	うつ病患者。だいぶ回復は見られていたが、なかなか会社面談が行われずにいた。面談後は、何か理由をつけて <b>復職を回避</b> する様子が見られている。そのため、復職まで大幅な時間がかかっていた。
		26	複数回の休職経験あり。前回休職時に当院リワーク支援を利用し復職。その後、再燃し再休職となり、今回の復職に際してもリワーク支援を利用。当院ではリワーク支援利用に際して職場との連携を必須としており、本人が職場窓口を確認し直属上司とスタッフが面談した。その際、上司より「休職期限はまだまだ残つておらず、これまでの状況を考えると、プログラム開始時期や <b>復職</b> を目指す <b>タイミングが早いのではないか？</b> 」と話があった。また、職場窓口が本社（他県：遠方）「人事」が担当になった。支援計画や評価表を上司及び人事に郵送していくが、具体的な復職手続きに関する段階に入ると、人事のみで対応したい、と話があり、 <b>上司に理解を得たい内容を直接伝えることが難しくなった</b> 。
		27	休職前の業務（全国各地、管理業務 激務）がこなせるようになるまでは <b>休職</b> していく下さいと言われた事例。リワーク側からすれば、現段階では以前の業務をこなすことができるようになるか、わからない状態。しかし、一般的な業務はこなせるレベル。残業なしの業務で戻したい。
外部		28	外部主治医の対象者を障害者職業センター経由で職場復帰させた事例。かなり作業レベルが低いことを本人も自覚しておらず、外部主治医は復職可と診断。職場側としては、受け入れは拒否、家族の理解も低く、早く復職させてほしいという状況に。 <b>当院とセンターが板挟み</b> になった。当院としては、外来・デイケアともに対象者との医療的な接点はないが、センターに紹介、職場とのケース会議もしていた手前、抜けられず、微妙な立場で関わった。

		29	職場の産業医と主治医の見解が異なり、早く復職したい本人とそれを了解する主治医VS復職は時期早尚と考えるリワークスタッフと職場及び産業医という構図ができた。本人が復職を急いだ背景には、本人に部署異動の希望があり、異動時期に合わせての復職を希望したという事情があった。
種類	要因	No	概要
成功事例	本人	1	リ・ワーク導入前から会社から本人の体調のことで相談があつていた。 <b>発達障害</b> の要素も休職に関連している内容の手紙を主治医から産業医にかき、連携あり。本人の希望した復職日にあわせた面談でも、理解を見せてくれた。
		2	<b>ASD</b> の特徴を持つ職員が、配属されている部署では、十分に能力を発揮できないことを説明した。職場の人事担当者は、本人の特徴を理解し、瞬時の判断を求められるところではなく、事務処理をおこなう部署へと配属先を考慮してくれた。本人は仕事の内容変わったが、やりがいもあると述べていた。
		3	本人、 <b>As</b> 傾向強く、そのトラブル等で発症。上司も同様の傾向があるためか、必要以上に本人のことを気にして、厳しいことを求める。本人は、上司に対し強い拒否感を持ち、上司からされること全て被害的にうけとり、長くこだわる。
		4	<b>ADHD</b> が疑わしい患者。仕事をやりすぎてしまった。上司とうまくゆかず、体調が悪くなる。休職、リワーク中に考えや行動を止める（まとめる）ことが苦手なことがわかる。しかし、自分は病気ではないと、言いつづけていた。復職前に職場上司と面接し、環境調整をした。
		5	<b>ASP</b> 疑いのケース。その点を職場に伝えて職場もその対応を考えた。
	その他	6	20年以上勤めてきた職場であったが、職場環境の変化、人員削減に伴ない、作業についていけない、注意、叱責場面もふえ、うつ症状を呈する様になった。リワークにて <b>軽度知的障害</b> が分かり、ご本人・ご家族が十分相談の上、それをオープンにし、職場へ配慮依頼申し出た結果、元来の真面目さなどが評価され、職場環境をとのえたうえでの復職となった。
		7	真面目な性格により、過重労働となり、疲労の蓄積が続いた。又、否定的な捉え方をされたり、弱気な性格により、全く自己主張ができない傾向があったため、面談の場を設けて、復職にあたって、ご本人への望ましい配慮のあり方を検討した。
		8	復職困難になり得る対象者に対し、予め職場と意識合わせ（休職前の働きぶり、対人関係、復職後の対応、復職先の確認、会社が求める本人像）を実際に出向いて情報収集し、再発予防を当院、作業レベル、適性の確認を障害者職業センターで行い、本人に適した職場環境へ復職させた事例
		9	職場におけるパワハラが原因で不適応におちいったケースであったが、ケース本人の希望もあって、医療サイドからはそれに触れることなく、復職へのスマールステップ対応依頼にとどめたこと。
		10	窓口である <b>産業保健師</b> が連携に積極的であり、再休職予防には取り組み不十分であったが、保健師が直接来院し、保健師、担当スタッフ、職場連携担当で復職に要する条件等の合意をオープンに進められた。
会社		11	本人が苦手な業務についたことがきっかけで、うつ状態となった。幸いにも大きな会社で <b>職場</b> と調整した上で、他の業務に移ってもらった。
		12	① <b>発達障害ADHD</b> 疑いの患者様で、心理検査結果を基に主治医と職場関係者との三者面談をおこない、本人の特性の理解、職場での対応方法など話し合い、復職に結びついた。
		13	プログラムでの様子を見ると、他の利用者と比べて明らかに理解力・思考力が低い。仮にこのまま復職すると仕事についてゆけず、再発する事は明らか。本人・人事・産業医との話し合いで、 <b>障害者雇用</b> で働くという方法を選択し、会社に復帰した。
		14	<b>職場上司</b> が好意的であり、メールや数回クリニックに足を運んでいただいた。本人の得意、不得意やリハ出社に対して、こちらの考えを参考に計画を立てていただいた。現在、ご本人も順調にリハ出社をこなしている。（リワーク利用開始すぐではなく、復職時期が近づいてから職場とのやりとりが密になりました。）
		15	県外へ単身赴任中にうつ病で休職した事例。職場としては単身生活をしながらのリハビリ出勤よりは、家族のいる実家からのリワークに通う方が良いだろうという判断で、リワーク参加をリハビリ出勤として充当していただいた。県外から来院し、主治医と相談後、リワークスタッフとも面談をしたり等、本人の復職に対して協力的であった。
		16	評価表（文章）でのやりとりのみ。成功例というよりも、会社側としては出席率の確認として利用しているところが多く感じます。出席率の確認としては、利用者の方にも会社側にもプラスにはたらいている印象を受けます。

		17	人事課長に来院していただき、本人・人事課長・主治医・リワークスタッフにて <b>四者面談</b> 。病状および治療経過について報告し、会社側から理解を得られた。また、主治医から <b>環境調整</b> の提案を行い、本人希望も含めて復職時の配属が決められた。
		18	本人の体力低下が著しく、授業後の疲労感の強さが予測されましたが、職場面接の際に校長に伝えると、空き時間に休める場所の確保、朝の門の番の免除など学校側の <b>配慮</b> が大きく、スムーズな復職となり、継続中の方（教師の方です。）
		19	該当患者はS E勤務。会社の規定により複数回の休職を経験した場合、復職条件のひとつとしてリワーク参加が義務付けられている。休職に至った原因に関しては本人なりにまとめられている方であったが、その具体的な対処法の検討や他者とのコミュニケーションや体力作りに関するリハビリが必要と思われ当院で導入。 <b>実施前に人事、保健スタッフ同席で面談</b> 実施して復帰に関して社としてのクリアすべき具体的条件の提示があった。それにリワークスタッフの見立てた課題と卒業可能となる条件を本人に提示して、具体的に該当患者は取り組む事ができた。 <b>復帰前と直前にも人事・保健スタッフと面談を実施して課題の達成状況について具体的に共有した。</b>
		20	本人の職場不適応感から出た異動希望について、職場側から原則、現職復帰であることが明確に伝えられ、半年間の通常勤務継続で、次期異動時期に検討することを提示され、 <b>本人も納得</b> の上、リワークでストレスマネジメントの学習に意欲的に取り組まれた。
		21	患者のプログラム中の前向きな発言、休職に至った理由とその対処方法を <b>職場産業保健師に連絡</b> することが復職判定会議で役立った。
		22	コミュニケーションが苦手な利用者に対して、 <b>職場の上司、産業医、保健師</b> が本人への対応について一緒に考えて頂いた。
		23	職場の同僚、上司との対人関係ストレスからうつ病となり、リワーク参加した利用者が復職するに当たり、 <b>上司、職場保健師が積極的に動き</b> 、職場の担当替え、復職後しばらくの間、応援スタッフを配置するなどの <b>配慮</b> がなされた。
		24	複数回の休職経験あり。前回休職時に他機関のリワーク支援を利用し復職したが、再休職となり、今回の復職に際しては当院リワーク支援を利用。本人は現在の職場で定年まで働きたいと希望していたが、スタッフが職場訪問し状況確認した際、職場より『「本人の職位を考えると、これ以上の配慮はできない」「本人の人生の質を考えると、別のキャリアを考えることも一つではないだろうか」「キャリアを支援する社内制度があるとの情報を得た。』（以上の話は既に職場から本人に伝えられていた）この話を踏まえて、「今後のキャリアを検討する」をプログラムの目標の一つとして取り組み、結果、社内制度を利用することとなり、復職のハードルが下がった。また、本人自身が自分の人生を前向きに捉えられるようになかった
		25	20代、男性、未婚、大手企業、技術職、社員寮で独居。大学院卒後、現職。入社1年目に3交代の勤務で不眠がちとなり、職場の人間関係等も相まって、身体症状、精神症状出現し、受診、休職。入院治療を経て、リワークに導入となり、約6か月利用した後に、リハビリ勤務を経て復職。現在、就労継続中。
		26	A氏20代男性 大学卒業後、一部上場優良企業に就職。半年後、新入社員研修等を経て配属になるが、周囲より自信が無くうつ状態となり半年後休職となる。クリニック受診はうつ状態となり保健師のすすめで9月～。翌月からうつの回復と共に復職をすすめリワークプログラムへ参加
その他		27	<b>ADHD、MD I</b> のP t. リワークプログラム、その後、障業センターにて訓練を経て、得手、不得手を整理し（作業時間に限度がある等）、職場と共に、環境配慮や不調のサインについて、共通理解が持てたことで、スムーズな復職になった。（+ 地域の窓口として、就業生活支援センターへつなぎ連携）
		28	一旦、復職したが、短期間で再休職となった。その際、なんらかのトラブルがあったのか、職場と本人の信頼関係の回復が必要であった。
		29	30代後半男性、公務員、診断名うつ病、休職、復職を繰り返しており、今回三度目の休職中。職場では対応しきれず、研修センターで研修を受けていたが、研修を中断して休職期間に入っており、職場との信頼関係は揺らいでいる。

(別表)表3 企業から提供して欲しい情報

要因	No	概要
本人要因	1	数回目の休職で休職期間が長びき、本人の復職意欲は高いものの、作業効率が非常に悪く、本人に自覚も乏しく、リワーク修了時に復職して職場適応に懸念が残った。
	2	その会社の復職や休職の制度を教えてもらいたい。本人も会社に聞きにくい時があるので。
	3	・出席、体調は良好な50代男性。表情・発語・記憶力が乏しく、感情の豊かさもいちじるしく低い印象。「仕事もうできる」と本人。初級レベルの数独が解けないも、それに取り組まれる。
	4	ペースに発達障害のある事例や、双極性II型の事例。仕事の取り組み方や対人関係でのトラブル等は本人からの情報では正確でないものも多く、リワーク参加中にそのような課題が見えた時、職場の情報が特に必要と感じる。
	5	双極性障害からASD疑いの患者。好調の時期に復職を急ぎ、自分の予定通りに事が進まず、苛立ちを訴える。病識が乏しく、会社・医療など関係者からの意見を勘案して計画的に行動することができない。休職前にどのような働き方をしていたかなど、客観的な情報がほしい。
	6	(プログラムを通してみえてくる)発達障害が背景に疑われるケースに関して、プログラムの取り組み方や対人交流を見ていると本人が気付いていない業務遂行上の問題が浮き彫りになってくることがある。例えば、こだわりすぎて求められる質の仕事にならない、複数ある仕事がうまくこなせないetc. 業務への取り組み方とパフォーマンスについての実際を知りたい。
	7	(40才代)独身男性で「職場に戻るしかないとは思ってはいるが、正直本音では戻りたくない…」と言い、復職への本腰が入らないが、リワーク中断の話をすると「死ぬしかなくなる」という。(職場における業務・対人関係について)具体的な問題点は特にないと訴えられない。
	8	休業に至った本人の問題点が不明確で、本人の理解も不充分で、リワークへの動機付けが中々できず、リワーク継続が困難なケース。職場で具体的にどのような問題点があったのかについて、職場からの情報が望まれた。
	9	治療歴は長いが、今回が初めての休職。復職にむけて当院リワーク支援の利用を職場保健師、本人が希望。調整を開始したが、本人の症状の回復が思わしくなく、リワーク支援利用開始までに半年程度時間を要した。また、利用開始後も家庭の状況等から気分の状態が安定せず計画通りの進捗とはなっていない。
	10	うつ症状が消失するもパフォーマンスが低い状態。職場での発症前のパフォーマンスがどの程度のものであったか確認したい。
	11	本人ができていないと感じている部分は的を得ているのか。本当に会社に戻れるレベルまで回復するのか。元から作業能力が低下していたのか。
会社要因	1	MDIのPt. (会社側はPDD疑い) 転職後、職場の雰囲気が合わず、人間関係うまく作れなかつたことと、ある上司からパワハラ(胸を小突かれる、頭をはたかれる)を受けたと主張しているケース(体調不良の原因)。会社側はパワハラについての話は詳細にとりあわず、専門職として雇用したが故に、本人に望む業務について理解を求め、主体性を持って業務をするよう求めているが、本人は環境や上司が大きな要因だ、納得いかないと主張している。
	2	リワーク参加当初からコミュニケーション能力の低さが目立ち、知能検査では境界域～軽度精神遅滞に相当。職場で問題行動が多発していた経過があり、同僚等からの風当たりが非常に強かった。本人と職場間での法的問題を抱えた状態でリワークに参加開始した。
	3	本人からは職場が悪い、上司からパワハラをうけたと主訴があるが、実際の職場側のとらえ方、業務への取り組み、同僚とのコミュニケーションなどを確認しておく必要がある。

4	上司のパワハラがあったと訴える人、しかし物事の見方が一面的である患者
5	職場で担っていた業務をこなさせていたのかどうか。本人の特徴には他者とのトラブルがあったかどうか。
6	会社においての本人の在り方（本人に言い分を照らし合わせるため）最低限どの程度の能力があれば働けるのか。
7	会社に言わされたから、主治医に言わされたから、と「強制的にやらされている」と感じながら参加している利用者に苦労します。復職というモチベーションが低いこともあってか、取り組みな表面的で、うまく行かなければスタッフに他罰的になりやすい。休職期限の長い公務員に多い印象を受けます。
8	・本人の病前の作業スピード・質　・なるべく客観的に、病前の本人のコミュニケーション能力が把握出来ないと、再発防止にどのような対策をとると良いか。又、どの程度の状況で復職して良いか、理解しにくい。
9	職場の本音が分からず、復職を進めるケース（解雇を前提としている？）。復職直前になって違う情報が出てきて、そこが生じるケース。
10	リワークに来て数ヶ月が経ち、様々なプログラムに参加し始める時期になつたが、本人との面談から職場ではコミュニケーションがそれほど必要ないとのことで、負荷を下げつつ介入していた。しかし、本人を交えた職場面談において、対人折衝が多い、人の管理、指示出しが必要であることがわかつた。本人や家族は、経済面から早期の復職を望んでいる。たしかに経済状況はひつ迫しているが、職場が求めるレベルにどう引き上げていくか。
11	・対人関係の問題の有無（休職前）、復帰可能となる具体的な条件が不明確なケース
12	発症前の作業能力、対人交流
13	患者本人の休職に至った原因と、職場の評価が違っている場合がある。現実と受け取り方のズレがわかりにくい。パワハラがあったのかどうか。
14	発症前の業務内容・レベル、同僚からの印象
15	40代、男性、既婚、大手メーカー事務職。職場の体制改編、部署異動、事務量の増大等を機に病状出現。受診、休職となる。職場と患者本人との関係性が不良で、企業側に医療機関と積極的に連携を取ろうとされず、このため双方に情報が不足。復職調整が難航し、本人も復職への意欲が徐々に減退。
外部要因	1 障害者枠で入っている方、本人は体力をつけるとすぐに復職できると言われているが、詳細が分からない。

(別表) 表4 職場から求められたコンサルテーション

項目	No	概要
復職に関すること	1	・周囲の社員が患者の復職をおびえている部分があり、 <u>どのようになだめて（理解して）もらうと良いだろうか</u> 、と相談
	2	(項目「A」と同一事例) 職場は、休職前の経過や心証、 <u>復職後の厳しい状況について</u> 本人に事前に伝える必要があると考えていたが、それを伝えて本人が再度不調になった場合に責任が取れないと心配していたため、これまで遠回りな表現でしか伝えられずに問題解決が遷延していた。職場連携部門から上司に対して<配慮は必要だが遠慮は不要。不調になっても医療機関受診中であり、また復職後の関係を見据え今からしっかりと伝えられる関係を作る努力が職場側にも必要>と伝えた。その後職場はその通りに本人に関わり、本人の復職への意識は大きく変化した。
	3	・慣らし勤務など業務を段階的に増やしていく必要があること。・復職当初は、本人の様子をみて、定期的に仕事の量的負荷と体調の確認をしてほしいこと。
	4	時々、短時間勤務が必要かどうか聞かれることがある。
	5	当院では、事前に情報提供書を患者の同意のもと、職場に記載して頂いている。その中で <u>患者について、職場内で困っていること</u> 、課題があれば、職場が患者に対して、どうとらえているか、受け入れは協力的かも判断しやすい。職場側の動きをみて、本人に不利益にならないように対応している。
	6	書面上はリワーク終了後の会社のリハビリプログラムがあるが、面談ごとに慎重に次の段階にすすむのではなく、最短でプログラムが終了するように圧力をかけるような場面が感じられることがある。
	7	復職が可能かどうかを判断するために、復職前におこなう <u>試し勤務の開始</u> をしてもいいか、相談を受けた。(本人の了解なく情報提供をしていない、本人に伝える内容を文書で説明し、その内容を伝えている。)
	8	「いつ戻ってこれるのか」「まだ戻ってこれないのか」という時期に関する質問。
	9	「復職できると本人は言っているが本当なのか?」と人事より
	10	「いつ頃復職出来る?」「そもそも、同じ会社に復職するのは本人のためになるの <u>か?</u> 」
	11	・ <u>休職の原因</u> と職場として気をつけること　・復職後の配慮
	12	厳しい部署だが配置転換はできない。職場としてはどのような準備をして受け入れるべきか。
	13	会社より「慣らし勤務制度は1ヶ月もしくは3ヶ月のどちらかの選択になる。患者は休職期間が長かったので3ヶ月必要かとも会社としては考えているが、リワーク側の見解を聞きたい」と意見を求められた。
	14	段階的復帰のスケジュールを具体的に教えて欲しい。その際の留意点も(短時間勤務時の早退・遅出にまつわるストレスを説明した)。
	15	・接し方　・作業、仕事のアサインをどのようなタイミングでどの程度した方がよいか。
	16	(休職をくり返している方について) 病気というよりも、本人の甘えとしか思えない言動がこれまで多い。普通に出勤できないなら、復帰を認めないではダメなのか?との指摘があった。
	17	・体調を崩す前と同じ位のパフォーマンスができるかどうか(職場が特殊で、リワーク内で測るには難しい)　・100%治してから復職してほしい、という会社からの要望
	18	・ラインで大きな機械を動かすが、体力、気力、眠気等の問題はないか。　・車での通勤は大丈夫か。
	19	リワークプログラムの内容、病名、リワーク利用期間
	20	・いつから復職できるのかの見通し　・会社の復職訓練制度の利用の有無と調整
	21	・本当に治ったのか? (再発しないか?) (治った状態で復職して欲しい)
	22	人事的配慮の必要性

患者が会社で行う業務に関するこ と	1	・業務負荷をどの程度の期間をかけて増していくとよいか。・フロントポジションよりバックヤードの方がよいか？
	2	A S D的要素をもつ本人について、診断名は伝えないが、業務上、一般的に生じうる問題とその際の対応方法について説明した。
	3	休職前と全く同じ業務につくのか、異動を考えているのであれば、本人と十分に話しあって、本人の了解を得て、休職時より負荷が高まらないように配慮してほしい。
	4	スキルによるものか、症状によるものかで変わるが、発達障害など器質的要因が関係している場合は、心理検査で客観的事実として、三者面談の中で、本人含めて周知させる。症状によるものであれば、段階を踏む必要性を説明している（文書、面談で）。
	5	どの程度の作業負荷が本人にとって適切なのか。
	6	自動車関係のライン作業となると、同等の体力をつけて戻るように言われるが、リワーク内で行える体力に向けてのとりくみと現場との差がある。初めから動きに慣れた状態となると限界がある。
	7	発達障害要素があるため、どんなことが苦手か（マネジメントは苦手など）伝えた。同じく発達障害要素があるため、適材適所となるよう、今まで上手くいっていたところを聞きだし伝えた。
	8	スキル不足が本人の苦悩につながっていたように思われ、上司としては〇〇という資格の勉強を勧めたい。（資格取得が条件等でなく）勧めても（本人の状態や時期として）大丈夫か？（本人はまだリワーク中）
	9	職場で提案された勤務時間や内容について、問題点はないか確認を求められた。
	10	「今までやってきた業務量で問題はないのか」
	11	「役職をはずしたほうが良いのか？」
	12	業務負荷のかけ方、業務の内容（どんな業務をやらせれば良いか） 対人関係上気をつけること
	13	業務上、国内外の出張が不可欠だが、いつ頃から可能か。
	14	会社より「休職前の職種への職業適性があるかどうか、リワークでの様子をもとにリワーク側の見解を聞きたい」と意見を求められた。
	15	マルチタスクとシングルタスクに関する適性について、アドバイスを求められた。
	16	復帰可能となる具体的な条件は何か。
	17	業務量の軽減や勤務部署（異動等の環境調整の必要性）について
	18	「あれは無理、これは避けた方がよい…」など希望をきいていたら、やらせることがなくなってしまう。どこまで本人の主張に会社が合わせないといけないのか…。
	19	特殊業務につくことができるかという問い合わせ（特殊業務しかない職場）
	20	どんな仕事をしてもらったらよいか。出張は可能か。残業は可能か。
	21	職種・業種、具体的な業務の内容
	22	・業務上の配慮について、業務制限の必要性 ・周囲の同僚のすべき配慮について
	23	・これ以上の配慮はできない。このレベルの仕事を出来るようにして欲しい。（スキルアップ） ・復職後1ヶ月、3ヶ月、半年、1年でどのような業務上の配慮が必要か教えて欲しい。
	24	①深夜勤務（N s、交代制の工場ライン等）が可能か（生活が不規則になる為） ②“慣らし期間”としてのリハビリ勤務は必要か。及びその期間や段階は。 ③部署や業務内容が休職前と同じが良いか、異なるものが良いか。等

	25	就業時間について、リワーク中の対応の仕方、残業について、特に具体的に聞かれることはなく上記についてアドバイスを下さいというが多いと思います。
症状とそれ によってお こる問題行 動について	1	・本人はDCでは問題なくすごせていると言っているが、実際にはどうですか?のと相談 ・以前会社では起きていた問題行動がDCでもみられるか、みられない場合はそれはどうしてか? ・以前会社での状態悪く、それが元で辞めていった他社員もいる程、怒りと攻撃性が増してしまう事があった、と報告を受ける→(Dr、スタッフのみ)
	2	休職期間中の手続きの遅滞などの職場からの相談について、あくまで一般論であるとの立場から説明し、望ましい連絡や指導の手続きについて示唆した。
	3	復職時は、業務にさしさわりのある症状やそれによる問題行動がないことが前提なので、職場で対応が困難と思われたら、本人の同意を得て、本人から主治医に相談、もししくは本人・上司を含め産保スタッフと、対応について相談・話し合うこと。
	4	最終的な課題や問題行動などが危惧される場合は、可能な限り <u>三者面談</u> など、顔を合わせた席で難しければ文書と電話で対応している。問題行動となっていることを本人にも納得してもらい、対応策を上司と共に共有してもらう。
	5	元々の性格や特性に本人が気づける様になり、早めの対処や考え方の幅が拡がるなど、大きな変化とかんじることも。会社としては、「性格を変える」ことを希望しているようですが強いときがある。
	6	問題行動につながる本人なりの言い分を代弁して伝える必要があった。
	7	「うつ的な様子が見られた場合、職場としてはどのような姿勢でいればよいのか」「他の社員にしているように注意をしてもよいのか」
	8	「主な症状が完璧に治るのか?」と上司より/問題行動のあるクライエントに関して 「リワークで問題行動はないか?」/このケースが中断で新しいリワークに行くことになった際に、そのリワーク先の内容を知っているかの連絡
	9	症状と本人のパーソナリティの部分の線引きとその対応、サインと症状 症状化する前に職場としてできること(日頃気を付けること) 問題行動が起きた場合の対応
	10	復職して数ヶ月は安定していたが、最近になって遅刻や欠勤が見られるようになったのは病気のせいなのか。
	11	会社より「リワークで負荷がかかると休むと本人から報告を聞いたが、仕事に戻っても同じようなことが起こるということですよね?」と質問を受けた。
	12	問題行動への冷静で具体的な対応(明確なルール作りなど)
	13	希死念慮 リストカットへの対応
	14	攻撃性について、それは病状なのか。性格の問題なのか…それによっては、会社の対応も変わってくるので教えてほしい。
	15	・予想される困難な状況について、会社としてどう対応するか ・本人の就業能力が中々回復せず、周囲の負担が増大していることへの助言
	16	・不調時に休けい室で1~2時間寝ていることがある。周囲の目もあるため、どうにかしたいが、どうすればよいか?
	17	①病状が悪化した場合(悪化したように見えた場合)は、受診を促して良いか。 ②本人に起因するミスが生じた場合は、ストレートに注意して良いか。等
	18	頑張ってと言ってはいけないと言われますがどのように接すればいいのかわかりません。また、パニックになった時などはどうのに対応すればいいのでしょうか
再発や再休職に関する こと	1	・サインは一般的にどういった症状か? ・再発時の対応を連絡してあおぐ事が可能か? ・再休職となった場合、リワークの利用が可能か?

2	リワーク研究会などで出している報告をもとにして、再発に気をつけるべき期間やタイミング、また一般的に観察され易い状態像などを説明。さらにリワークの職場連携部門について紹介し、必要時には本人を介さず直接連絡をして構わない旨を伝えた。
3	やむをえず、再発・再休職に至ったら、初回休職時と同じく、本人が安心して休職できるよう、休職期限満了の日程や経済的援助できる <u>しくみ</u> など、ていねいに説明し、まずは安心して休んでもらうこと。再復職時に、休職にいたる要因について産保スタッフと話し合うよう勧めること。
4	「再発しないのか」「もう完治したのか」という職場側からの声は聞かれることが多い。まずは本人から再発しやすい病気であること、再発しないためにこう対策をとってきたと説明し、職場が納得できなければ、スタッフ、主治医、担当医から説明している。
5	再発時、状態悪化の際には、隨時連絡とれるか確認があった。復職後も数回、電話での相談があった。
6	<u>「リワークプログラムを受けたから大丈夫と言ってよいのか」</u>
7	<u>「本人も含め、こういった病気にかかる人は再発するのだろう？」</u>
8	再発時、再休職時に職場としてすべきこと（医療との連携）
9	一人暮らしのため自殺の心配がある。実家は遠方だが、親元で静養させるべきか。
10	会社より「再発防止のために、復職後に利用可能なリワークプログラム（土曜日に実施するもの）を会社として強制的に受けさせようと思うがどうか？」と相談をうけた。
11	再発・再休職に伴う本人のダメージについての確認があった。
12	再発時、再休職時に至る前の不調への具体的対応の強化
13	頓服を含め、薬物療法について。どんな薬をのんでいて、どのような症状の際にどのように薬を飲んだらよいのか。
14	また悪くなるようだったら、本人のためにも辞めた方がいいのではないかと思うがどうですか？そのように伝えたらダメですか？
15	・休ませた方がよいかどうかの判断　・欠勤が増え、本人は中々受診しないが、上司と一緒に受診させた方がよいか。
16	・再発しないための取りくみを知りたい。　・本人が仕事を休んでいるが、連絡がとれない。どうしたらよいか？
17	①病状が悪化した場合（悪化したように見えた場合）は、受診を促して良いか。　②本人に起因するミスが生じた場合は、ストレートに注意して良いか。等
家族への対応に関するこ と	1 <u>・障害、病名について、どこまでを家族との会話にて出しても良いのか。　・本人と家族の関係性はどうなっているのか？</u>
	2 会社の休復職システムの説明、復職の判断基準などの説明を行うこと。
	3 2ヶ月に1度の家族教室で話し合ってもらい、三者面談の時には、可能であれば家族にも同席して頂いている。再発のサイン、家族にもこう対応して欲しいという要望があれば、それも周知・共有してもらう。
	4 <u>リワークの位置づけがずれており、家事を休職中は手伝ってほしいという希望がつく、リワーク参加に影響するメンバーさんがおられる。</u>
	5 「家族も精神的に不安定のようで、本人が安定しないで休むのか、家族のためなのか、よくわからない。どのくらいつづこんで話をきけばよいか？」「1人ぐらしもしている社員だが、家族に病気のことを連絡しないでほしいと言う。しかし自傷もあるので心配」
	6 万が一の場合の家族への連絡（連携先、役割分担）

	7	仕事よりは家庭の問題で調子を崩しているようだ。会社では対応しきれないが、本人にはどのように伝えるべきか。
	8	会社より「社員が経済的に逼迫しているため、現在無職の配偶者に就労してもらえるよう、リワークから配偶者に話してみてもらいたい」と相談をうけた。
	9	会社、保険組合などの保障の制度とその内容についての積極的な説明
	10	家族が病気になったのは会社の対応のせいだと言ってきているが、病気との関連はあるのか？（主に、上司が威圧的だという訴え）
	11	家族の理解、思い。
	12	・会社から家族へどう問題点を説明したらよいか。・家族同席で上司や職場看護職で会った方がよいか　・一人暮らしの若い社員が寮で引きこもり、家族へ連絡した方がよいか。
	13	・休職期間満了で退職になる可能性がある。本人は病気・休職を家族に伝えていない。職場としては家族にも説明したいが、どうすればよいか？
	14	①待遇面（再休職した場合の退職のリスク等）を家族に説明すべきか。②職場での状況、本人の問題点などを家族に説明すべきか。等
その他「職場へのコンサルテーション」に含まれるのではないかと思われること	1	・DCでの出席率について、教えてほしい。客観的に見てどれ程準備が整っているのか。・もっと内省がとれるようになってほしい、と思っていると相談
	2	本人の休職までの経過に対して職場の陰性感情が強い場合、経過の聴取時に「グチ聞き」となることが多い。しばらくの時間「グチ」に付き合うと同時に、その中でポロリと適応的であった部分について話された場合には、その視点を保持することが復職後も重要であることを説明すると、多くの場合、職場にとっては新しい発見が得られたように感じられるようで、その後協力的態度を示してもらえる。
	3	リワーク参加時に、本人が再発・再休職予防に気づき取りくんだけ（休職に至った要因の振り返りと、対処方法）を、本人の同意を得た上で、報告すること
	4	失敗例として、休職期限が残り1ヶ月と迫っているメンバーについて、職場上司とディケアスタッフが回復具合、今後について話し合いをした（TELにて）。産業医面談のみ事前に予定を組まないといけない状況で、本人にも伝えた所、本人がメールやラインなどで同僚に話してしまい、職場内でうわさが広まったことがある。上司よりスタッフにも確認の連絡があり、本人にも厳重に注意をした。本人と職場との調整をするにあたり、情報の開示には慎重な姿勢が必要と痛感しました。
	5	基本的に会社からTELがあった場合、リワークでの参加状況をお伝えする場合があると、参加開始時に了承を得ているが、あまりTELがあったことがない。
	6	会社より「当該社員の生産性の低さは、病気によるものなのかな？病気が治れば生産性が上がる可能性はあるのか？」と相談をうけた。
	7	短時間勤務が必要か。各職場の復職プログラムがあるが、その参加とリワークの調整について。
	8	新型うつの人への対応は？、若年層の方への接し方についての質問、うつ病の人への声掛けについて、など

## 調査項目

以下の A～D の設問にお答えください。なお、設問の内容が漠然としているため、事例の回答に苦慮する場合は、7 ページ目の別紙に回答例を挙げておりますので参照下さい。約 30 分でご回答いただけます。

- A. リワーク参加者で、「職場－患者－クリニック」の関係で連携に際して苦労を感じた事例について、以下の点をご記入ください。

1. 事例の概要を個人情報保護の観点で差しさわりのない範囲で以下にお書きください。


2. このケースで苦労を感じた要因について、連携を取った相手毎にご記入ください。

1. 本人	
2. 主治医（外部主治医も含む）	
3. 職場の上司	
4. 職場の人事担当者	
5. 産業医や産業保健スタッフ	
6. 家族	
7. 行政機関などその他の連携先	

3. このケースの場合、リワーク施設のスタッフとして連携を取る際に重要な相手はどの方でしょうか？ 重要な順に上位 3 つの相手を①, ②, ③の順番とその順番とした理由についてお答えください。

1. 主治医（外部主治医も含む）		
2. 職場の上司		
3. 職場の人事担当者		
4. 産業医や産業保健スタッフ		
5. 家族		
6. 行政機関などその他の連携先		

4. このケースで連携を行うためにどの位の時間がかかりましたか？ 以下の連携の種類ごとにその頻度をご記入ください。

連携の種類	本連携で合計回数	1回の大凡の時間(分)	1回に関与するスタッフの人数
本人や家族との面接	回	分	人
会社・産業医や産業保健スタッフの人が来院して面談	回	分	人
会社に出かけて行つての面談	回	分	人
主治医の診察に同席	回	分	人
主治医（含む外部の主治医）に文書や口頭で説明	回	作成時間含む分	人
面談や会議の為の電話（メール）連絡	回	分	人
病状などを電話（メール）で連絡	回	分	人
その他の連携（　　）	回	分	人

B. 皆様が、リワーク参加者の復職に際して、職場とのやりとりでスムーズな復職に繋げられたと考える成功事例について以下の点をご記入ください。

1. 事例の概要を個人情報保護の観点で差しさわりのない範囲で以下にお書きください。


2. このケースがスムーズに連携が進んだ要因について、連携を取った相手毎にご記入ください。

1. 本人	
2. 主治医（外部主治医も含む）	
3. 職場の上司	
4. 職場の人事担当者	
5. 産業医や産業保健スタッフ	

6. 家族	
7. 行政機関などその他の連携先	

3. このケースにおいてリワーク施設のスタッフとして上記の人々と連携した際に重要であった相手はどの方でしょうか？重要な順に上位3つの相手を①, ②, ③の順番とその順番とした理由についてお答えください。

1. 主治医（外部主治医も含む）		
2. 職場の上司		
3. 職場の人事担当者		
4. 産業医や産業保健スタッフ		
5. 家族		
6. 行政機関などその他の連携先		

4. このケースにおいて、連携の為にどの位の時間をかけましたか？以下の連携の種類ごとにその頻度をご記入ください。

連携の種類	本連携で合計回数	1回の大凡の時間 (分)	1回に関与する スタッフの人数
本人や家族との面接	回	分	人
会社・産業医や産業保健スタッフの人が来院して面談	回	分	人
会社に出かけて行つての面談	回	分	人
主治医の診察に同席	回	分	人
主治医（含む外部の主治医）に文書や口頭で説明	回	作成時間含む 分	人
面談や会議の為の電話（メール）連絡	回	分	人
病状などを電話（メール）で連絡	回	分	人
その他の連携 ( )	回	分	人

C. リワークに参加中の患者の対応で苦慮しているケースがある場合に、企業から提供して欲しい情報に関してうかがいます。

1. 事例の対応に苦慮する点の概要を個人上保護の観点から差しさわりのない範囲で以下にお書きください。



2. 利用者に対応する場合、どのようなことに関する情報が必要でしょうか。以下の点に関し、会社から提供して欲しい具体的な情報内容を加筆してください。

休職前の業務内容について	
休職前の勤務状況 (勤怠情報を含む)	
休職前の社内での対人関係上で のトラブルの有無とその内容	
職場で観察された症状	
家族に関する情報 (保証人の情報を含む)	
その他	

3. このケースにおいてリワーク施設のスタッフとしてどのような人々と連携を取ると復職がスムーズに進むとお考えでしょうか？重要な順に上位3つの相手を①, ②, ③とその順番とした理由についてお答えください。

主治医（外部主治医も含む）		
職場の上司		
職場の人事担当者		
産業医や産業保健スタッフ		
家族		
行政機関などその他の連携先		

D. 私たちリワーク機関は患者の治療を行っている医療機関であり、患者の個人情報を勝手に他者、とくに利害関係にある企業等には提供できない立場にあると考えられます。しかし、復職にあたって患者の社内での待遇や待遇上の注意点やアドバイスを医療機関が企業から求められることもあります。このような、「職場へのコンサルテーション」と思われる助言を求められたことがあれば、その内容について具体的に以下の項目ごとにお書きください。個人情報保護の観点から差し合わせない範囲で以下にお書きください。

1. 復職に関すること：


2. 患者が会社で行う業務に関すること：


3. 症状とそれによっておこる問題行動などに関すること：


4. 再発時や再休職時に関すること：


5. 家族への対応に関すること：


6. その他、「職場へのコンサルテーション」に含まれるのではないかと思われること：


## 別紙：事例の回答例

### A. の回答例

- 例 1) 医療機関として「復職不可」と考えているが、職場から「先日、本人に会った。本人も復職を望んでいるが、見たところ元気になっていて復職できる状態であると考える。なぜ、復職不可なのか?」という怒りの質問を受けた。
- 例 2) 職場から「休職する前に、休憩中に他の社員の悪口を言っていて職場の雰囲気を悪くしていた。そこが治らなければ戻ってきてても困る」と言われた。
- 例 3) 復職前、人事担当者と何度も打ち合わせを行い、A S D患者について理解が得られたと思っていたが、上司はA S Dについての理解がなく配慮がなされなかつた。
- 例 4) 職場側が復職に際して用意してくれた勤務地や時期に、参加者が従わず、復職時期が大幅に伸びた。

### B. の回答例

- 例 1) ASD疑いの患者で、リワークプログラム内で観察されたコミュニケーションの不得手な部分（指示内容を口頭では理解できないことが多い）を職場に伝えて、職場もその対応策を練ってくれた。

### C. の回答例

- 例 1) リワークプログラムに参加して数ヶ月が経ち、うつ症状が消失している。しかし、個別の作業（パソコンの打ち込みや社説要約）、集団内作業・業務（ディベート）を実施して観察しているが、パフォーマンスが低い状態。職場での発症前と発症後のパフォーマンスの違いがあったのか訊ねてみたい。
- 例 2) A S D患者で、会社からパワハラを受けて、それが原因で休職に至ったとの訴えがあったが、会社から見た休職原因やパワハラの有無について訊きたい。
- 例 3) 発症前の作業能力

### D. の回答例

- 例 1) 職場から「休職前から見られていた問題行動が再度見られた際、どのように対応すべきか。病気を抱えている前提では、再度不調となる不安があるので、指摘するのに躊躇する」と相談を受けた。
- 例 2) 四者面談の際に職場の人から、復職後の受け入れ態勢（勤務時間、気をつけるべき点など）について相談を受けた。
- 例 3) 職場で復帰のためのプログラムを実施する予定だが、内容を本人に示したところ、本人が難色を示した。どう対応すればよいのか？
- 例 4) 再発時のサインはどのような症状なのか？  
再発時の対応を依頼することはできるか？
- 例 5) メンタルヘルス不調の社員が一人暮らししているが家族に連絡してもいいのか？



## 労災疾病臨床研究事業費補助金 分担研究報告書

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

研究分担者 小山 文彦（東京労災病院 勤労者メンタルヘルス研究センター長・両立支援部長）

### 研究要旨

メンタルヘルス不調に罹患した労働者 41 名の治療就労両立支援を目的に、主治医と産業医等が連携して、医学所見・安全衛生要因・生活状況・職域の懸念の 4 視点から不調者の現状を評定、解析した結果、寛解に至るまでの期間が 3 か月以内の者は、長期例に比べ、医学所見のみならず、安全衛生要因と職域の懸念の回復・解決程度が有意に良好であった。寛解までの期間と、安全衛生要因および職域の懸念（いわば「連携情報」）の回復・解決の程度は有意に相関し、主治医と職域間の連携は治療効果と関連することが示唆された。

### A. 研究目的

メンタルヘルス不調を抱えた労働者の治療と就労の両立をかなえるためには、主治医が判断する医学所見の回復程度に併せて職域における安全衛生面の留意事項や懸念および労働者個人の生活状況等について総合的に検討する必要がある。

一般に、医学所見は治療場面（診察室）における問診から得られる情報だが、職域の安全衛生課題やメンタルヘルス不調に特有ともいえる種々の懸念等については、主治医と職域（産業保健スタッフ等）との連携が行われなければ得られない情報である。

本研究では、主治医と職域との情報共有を主とした連携が、治療効果に有意に影響する可能性について検証する目的で、不調労働者の初診から寛解に至るまでの治療期間の長さが、病状程度等の医学所見のみならず安全衛生課題の調整状況や生活状況および職域の懸念の程度と関連するか否かについて解析した。

### B. 研究方法

#### 1. 対象

平成 22 年 4 月～平成 25 年 3 月までの期間に、ストレス関連精神疾患 (ICD10 : F3, F4) のため労災病院等を受診した労働者のうち、治療就労両立支援（以下、両立支援）を目的に、主治医と産業保健スタッフが情報提供等の連携を行い、秘匿性担保の上、両立支援経過をとりまとめ解析することに同意した者 41 名を解析対象とした。

#### 2. 方法

##### （1）4 つの軸のアセスメント

両立支援における主治医と職域間の連携（情報の共有等）に用いた、I. 現症（医学所見・判断）、II. 勤労状況（安全・衛生要因との照らし合わせ）、III. 個人・生活状況（健康を保持できる生活状況）、IV. 事業場側の懸念（就業・復帰に際し職場側が不安に感じること等）の 4 つの軸について次のような項目を設けた。

## 【I～IV各軸の項目】

### I 現症（医学的見解）

- 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
- 主症状：不眠、抑うつ気分、全般的意欲低下、不安高度化、焦燥等
- 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（SIGH-Dにて把握）
- 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：気分変調、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、問診等にて評価する
- 他の身体所見：運動性緊張、消化器症状、頭痛・筋骨格系症状等

### II 勤労状況（安全・衛生にかかる要因）

- 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、産業保健スタッフなど）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」等で評価

### III 個人・生活状況（個体・状況要因）

- 睡眠・覚醒リズムの保持
- 適切な食習慣（栄養、嗜好品への依存度等含む）
- 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、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：包括的健康度を把握

### IV. 事業場側の懸念

- 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
- 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（労災）が回避されるか
  - 自殺及び危険行為に及ぶ可能性

各症例において、主治医が寛解（就労可能な程度までに回復した状態）を認め、産業保健スタッフとの協議等において、各項目について、①「解決（治癒に準じる）」=5点、②「概ね解決（寛解に準じる）」=4点、③「緩和（安定）」=3点、④「動搖性（不安定）」=2点、⑤「未解決」=1点の5段階に評点した。なお、対象労働者個別に予め問題を有していない項目（例えば、休業に至らなかった者の休業に関する項目や家事等を行わない者の当該項目等）については、①「解決（治癒に準じる）」=5点を充てた。

## （2）統計解析

次に、寛解に至るまでの期間（初診日から就労可能な程度までの回復に至る期間）および復職（就労復帰）に至るまでの期間をそれぞれ3ヶ月以内と3ヶ月超の二群に分け、各軸およびアセスメント項目得点を集計し、t検定により群間比較した。また、各アセスメント項目の得点と寛解に至るまでの両期間についてクロス集計し、Spearman順位相関係数を算出した。

有意水準は、危険率5%未満（P<0.05）とした。

## 【倫理的配慮】

対象となるうつ病等精神心身疾患に罹患している労働者に対して、専門医（研究分担者）から当研究の主旨と労働者本人および所属事業場に関する匿名性保持について充分説明を行った。当研究への協力について、対象労働者に対し書面にて同意を得た。期間内に両立支援取組を施した対象者においては取組事業の経過中に既に個人情報の秘匿性担保の上、研究報告、学術研究発表に治療経過等の記述を行う同意を書面で得た。当研究計画については、平成26年10月29日に労働者健康福祉機構東京労災病院における倫理審査委員会の承認を受けた。

## C. 研究結果

1. 寛解に至るまでの期間が3ヶ月以内（3M群、n=26）と3ヶ月超（more longer；ML群、n=15）の群間比較  
(以下、統計解析の有意性について、  
\* : P<0.05、\*\* : P<0.01、\*\*\* : P<0.001  
で示す。)

### （1）I. 現症（医学所見）

疾患の種類\*\*\*、主な症状\*、症状の程度\*、気分・不安\*、注意集中力\*、他の身体所見\*においては、いずれも3M群の方が有意に高得点（回復・解決程度が良好）であった。服薬の状況、睡眠の状況、意欲・興味・関心の保持については、群間に有意差がなかった。

### （2）II. 勤労状況（安全・衛生にかかる要因）

職業性ストレス\*、就労意欲・業務関心\*\*\*、段階的復帰等への理解と同意\*、対人関係における予期不安\*、両立支援の支持・

理解者\*、安全な通勤の安否\*、疲労蓄積度\*\*において、いずれも 3M 群の方が有意に高得点（回復・解決程度が良好）であった。

### （3） III. 個人・生活状況（個体・状況要因）

適切な食習慣\*、適度な運動\*\*、業務と類似した行為\*\*、経済状況\*、住居環境の清潔保持\*\*、家事・育児・介護等\*、家族・友人の存在\*\*、QOL\*において、いずれも 3M 群の方が有意に高得点（回復・解決程度が良好）であった。

### （4） IV. 事業場側の懸念

診断書病名と現症の相関理解\*\*、就労意欲確認\*\*、寛解と業務遂行能力の相関理解\*\*、寛解確認・予後診断理解\*、対象労働者へのコミュニケーション\*\*\*、通常業務による疾患への影響\*\*\*、部署・組織全体のパフォーマンス低下\*\*、対象労働者の将来性\*\*\*、労災の可能性\*\*において、いずれも 3M 群の方が有意に高得点（回復・解決程度が良好）であった。以上のうち、 $P<0.001$  で有意差を示したものを見ると、IV. 事業場側の懸念の軸では他の軸に比べ、 $P<0.001$  で有意差を示した項目数が多くかった。

表 1

軸	$P<0.001$ で有意なアセスメント項目
I	疾患の種類***
II	就労意欲・業務関心***
III	なし
IV	対象労働者へのコミュニケーション*** 通常業務による疾患への影響*** 対象労働者の将来性***

2. 復職（就労復帰）に至るまでの期間が 3か月以内（3MW 群、n=12）と 3か月超（MLW 群、n=10）の群間比較

I 軸においては二群間で有意差を示したものはなかった。二群間で有意差を示したものは、II 軸に属する作業環境\*と就労意欲・業務関心\*、III 軸の適切な食習慣\*、IV 軸の就労意欲確認\*、寛解と業務遂行能力の相関理解\*、対象労働者の将来性\*であった。

3. 各アセスメント項目の得点と寛解に至るまでの両期間（3M, ML 両群）における相関性

Spearman 順位相関解析において、 $0.4 < |r_s| \leq 0.7$  ( $P < 0.05$ ) を示したものを見ると、いずれも有意な負の相関を認め、特に II. 勤労状況（安全・衛生にかかる要因）と IV. 事業場側の懸念の両軸では、他の軸に比べ相関を認めた項目数が多い。

なお、寛解に至る期間と、性別、役職別（一般職と管理職）、ICD 診断別（F3・F4）との間では有意な相関は認められなかった。

表 2

軸	アセスメント項目	$r_s$
I	気分・不安	-0.47
II	就労意欲・業務関心	-0.6
	段階的復帰等への理解と同意	-0.42
	対人関係における予期不安	-0.42
	両立支援の支持・理解者	-0.45
	安全な通勤の安否	-0.44
	疲労蓄積度	-0.48
III	適度な運動	-0.42
	住居環境の清潔保持	-0.53
	家事・育児・介護等	-0.44
	家族・友人の存在	-0.48
IV	診断書病名と現症の相関理解	-0.5
	就労意欲確認	-0.61
	寛解と業務遂行能力の相関理解	-0.65
	対象労働者へのコミュニケーション	-0.64
	通常業務による疾患への影響	-0.54
	対象労働者の将来性	-0.52
	労災の可能性	-0.49

## D. 考察

不調労働者の現状に関して、診察室における問診等で得られる情報を「診察室情報」、主治医と職域（産業医等）との連携を行うことにより初めて得られる情報を「連携情報」とに大別すると、当研究で用いた4軸アセスメントのうち、I. 現症（医学所見）が「診察室情報」、II. 勤労状況（安全・衛生にかかる要因）とIV. 事業場側の懸念が「連携情報」にあたる。III. 個人・生活状況（個体・状況要因）は、一般には不調者本人の陳述や家族等から推定される。

まず、寛解に至るまでの治療期間が3か月以内（3M群）と3か月超（ML群）の群間比較では、「診察室情報」のみならず「連携情報」に属する多くの項目が、3M群ではML群に比べて有意に回復・解決程度が良好であった。特に、 $P<0.001$ で有意性を示した項目を挙げれば、疾患の種類（I）、就労意欲・業務関心（II）、対象労働者へのコミュニケーション（IV）、通常業務による疾患への影響（IV）、対象労働者の将来性（IV）であり、特にIV. 事業場側の懸念に属する項目が多く有意性を示していた。この解析結果から、寛解に至るまでの治療期間が比較的短い症例では長期例に比べて、「連携情報」に属する要因の回復・解決程度が有意に高いことが注目される。

次に、各アセスメント項目の得点と寛解に至るまでの両期間（3M, ML両群）における順位相関解析では、特に II. 勤労状況（安全・衛生にかかる要因）とIV. 事業場側の懸念の両軸では他の軸に比べ相関を認めた項目が多く、寛解に至るまでの治療期間の長さと「連携情報」に属する要因の回復・解決程度の高さとの間には負の相関が認め

られた。この相関性と先述の群間比較結果とあわせると、寛解に至るまでの期間が短い例では「連携情報」に属する要因の回復・解決程度が有意に高く、両者の因果関係は言明できないものの、寛解までの期間と「連携情報」の回復・解決との相関が示されたことは重要な所見である。

一般に、ストレス関連精神疾患に罹患した労働者の治療において、初診から就労可能な程度にまで回復した状態（当研究での寛解）に至るまでの期間は、比較的大な医療エフォートを費やす。これに照らして、寛解までの期間と「連携情報」の回復・解決との間に有意な相関を認めたことは、主治医と職域間の連携が治療効果と重要な関連を有することを示唆している。

## E. 結論

- 寛解までの期間が短い例では、「連携情報」の回復・解決程度が有意に高い。
- 寛解までの期間と「連携情報」の回復・解決程度は有意に相関し、主治医と職域間の連携は治療効果と関連することが示唆された。

### 研究協力者

原谷隆史（労働安全衛生総合研究所）  
吉村靖司（神田東クリニック）  
黒川淳一（犬山病院）  
指田恭子（東京労災病院）



労災疾病臨床研究事業費補助金

分担研究報告書

企業における主治医と産業医等の連携についての課題に関する研究

研究分担者 廣 尚典 産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学・教授

研究協力者

石田徹 石田クリニック

出雲谷 恭子 大阪市人事室

稻田 泰之 稲田クリニック

大山 政郎 大山医院

尾中 祐二 おなか心療クリニック

鍵本 伸明 ナンバカギモトクリニック

小宮 康裕 メディカルアドバイザーズ

櫻木 園子 京都工場保健会

杉本 二郎 からすまメンタルクリニック

高山 茂 高山内科医院

豊川 彰博 豊川産業医事務所

中嶋 章作 中嶋クリニック

萩原 聰 萩原労働衛生コンサルタント事務所

日野 義之 ひの労働衛生コンサルタント事務所

古井 博明 ひろメンタルクリニック天神南

三木 秀樹 宇治おうばく病院

森 朋子 福岡労働衛生研究所

森口 次郎 京都工場保健会

山田 尚吾 天神心療クリニック

## 研究要旨

メンタルヘルス不調を有する労働者への支援に関する職場と精神科医(主治医)の連携について、現状と職場側の課題を、質問紙調査とグループ討議による聞き取り調査によって検討した。

質問紙調査は日本精神神経科診療所協会の会員を対象とし、グループ討議はすでに産業医と精神科医の地域ネットワークが構築されている3地域の産業医、精神科医の参加を得た。その結果、以下の事柄(傾向)が明らかになった。

- ・職場の医療専門職(産業医、保健師など)と精神科医の連携は、書面によることが多く、上司・人事労務担当者との連携は、直接診療所(クリニック)を訪問しての面接によることが多い。

- ・職場からの問い合わせに対して主治医が回答しやすい形式は、就業面の配慮、復職の可否・時期では選択式であり、選択肢にはできるだけ具体的な記載が望まれる。

- ・「提供する情報がどこ(誰)に開示されるか」、「提供する情報がどのように活用されるか」、「提供する情報によってどのような事後対応がなされたかを報告する旨」、「提供する情報が個人情報保護の面で適切に取り扱われる旨」が明示されると、主治医は情報を提供しやすくなる。

- ・職場と主治医との情報交換の間隔は、必要に応じて調整されればよく、必ずしも定期的である必要はない。職場での大きな出来事、産業医の交代があった時期には、行うことは望ましい。

- ・職場から主治医への情報提供の分量は、A4用紙1/2~1ページ程度が妥当である。

- ・職場関係者と主治医との面接時間は、前後の時間を含め30分程度が多い。

- ・職場と主治医の連携の推進に、主治医からの情報提供が診療報酬の対象となり、その金額が定められることが有用である。また、その拠出は、労働者個人からではなく、職場からであることが望ましい。

- ・連携の職場側の窓口は、医療専門職が担当するのが望ましいが、人事労務担当者であっても立場を明確にすれば可能である。積極的な連携姿勢が肝要である。

- ・職場の医療専門職には、主要な精神障害の概要を理解すること、精神医療の現状を理解すること、精神保健に関わる地域資源とその活用法を理解すること、主治医に対して職場の諸制度や実情をわかりやすく説明すること、主治医の意見を踏まえたうえで、職場の実情をも考慮した意見を職場に対して述べることが、特に強く望まれる。

## I . 質問紙調査

### I -A. 研究目的

精神科診療所(クリニック)を開業している精神科医を対象とした質問紙調査によって、現在の職場関係者と精神科医(主治医)との連携の実態と問題点を明らかにし、精神科医からみた両者の連携の課題、特に職場において改善が求められる事項を明らかにすることを目的とした。

両者の連携に関しては、少数ではあるが、いくつかの先行研究がある。島らは、全国都道府県の産業保健推進センター(当時)で施行された「精神科医等の専門医を対象とする産業保健研修」に参加した精神科医を対象として質問紙調査を実施し、主治医の多くが、診断書に実際の病名は記載しないまでも、それに近い(それを示唆するような)「状態像」を記すこと、復職可能の判断には本人の希望も重視し、職場との連携においても患者の利益を考慮する立場を堅守する傾向が強いこと、職場関係者の面会に応じていること、その対価は請求していないこと、面会で得られた情報を診療に生かしていることなどを報告した<sup>1)</sup>。廣らは、総合病院に勤務する精神科医および診療所・クリニックに勤務する精神科医を対象とした質問紙調査を行い、産業医からの問い合わせに対して、治療方法、治療薬、病状に比べ、休業見込み期間、就業上の配慮に関する意見、特定の仕事の遂行可能性について情報を提供することに困難を感じている割

合が高いことを示した<sup>2)</sup>。また、職場からの情報のうち、普段および受診前の職場での言動、職場での本人をめぐる人間関係、試し出勤制度。就業面の配慮が可能な範囲などが診療にとっても有用であると高率に考えられていることも明らかにした<sup>2)</sup>。

こうしたことから、メンタルヘルス不調を有する労働者をめぐる主治医と職場との連携は、職場のみならず、主治医にとっても診療の一助として有用である一方、相手の立場や考え方を互いに理解した上で、双方向性のものであることが望まれ、そのあり方については、さらなる精査、現状の見直しが求められると考えられる。

そこで、本研究では、上記の先行研究の結果を踏まえ、精神障害を有する労働者の支援のために、両者にとって、より有意義な連携のあり方を模索することを試みた。

### I -B. 研究方法

日本精神神経科診療所協会に所属している精神科医のうち、開業中でないことが確認できた者を除く 1608 名を対象として、2015 年 2 月に郵送による無記名質問紙調査を実施した。研究分担者が、日本精神神経科診療所協会から会員名簿の提供を受け、直接対象者に送付し、回収も行った。

質問票には、各種属性の他に、一般企業の労働者および自治体職員の受診状況、産業保健スタッフ(産業医、産業看護職などの

医療専門職、衛生管理者などを含む職場関係者との情報交換に関する事項、職場の医療専門職への要望などが含まれている。質問票の実物を、別添として付した。

なお、本研究は、実施にあたって、産業医科大学倫理委員会の承認を得た。

### I-C. 研究結果

323名(回収率は 20.1%)から回答の返送があった。

#### 1) 精神科臨床医としての経験など

回答者の年齢は、60歳代と50歳代が多かった(表1)。

精神科臨床医としての経験年数は、20年以上が大半(87.0%)をしめた(表2)。

開業してからの期間にはばらつきがみられ、20年以上が25.4%であった一方で、5年未満も12.1%みられた(表3)。

#### 2) 労働者(職員)の受診療状況

企業の労働者または自治体職員の一日当たりの受診者数は、10人以上20人未満が多く(39.0%)、30人以上も14.9%みられた(表4)。

#### 3) 通院している労働者(職員)に関する職場からの問い合わせ

産業医または産業看護職等の医療専門職の直接訪問による問い合わせは、51.7%が「あり」との回答であった(表5-1)。その内訳は、1人以下が75.5%をしめた(表5-1-2)。

産業医または産業看護職等の医療専門職

の電話による問い合わせは、52.9%が「あり」の回答であった(表5-2)。その内訳は、1人以下が74.7%であった(表5-2-2)。

産業医または産業看護職等の医療専門職の書面による問い合わせは、76.5%が「あり」の回答であった(表5-3)。その内訳は、1人以下が70.0%であった(表5-3-2)。

産業医または産業看護職等の医療専門職の電子メールによる問い合わせは、10.8%が「あり」の回答であった(表5-4)。「あり」の内訳は、1人以下が80.0%であった(表5-4-2)。

上司または人事労務担当者の直接訪問による問い合わせは、85.8%が「あり」の回答であった(表6-1)。その内訳は、1人以下が72.6%であった(表6-1-2)。

上司または人事労務担当者の電話による問い合わせは、55.1%が「あり」の回答であった(表6-2)。その内訳は、1人以下が75.7%であった(表6-2-2)。

上司または人事労務担当者の書面による問い合わせは、50.8%が「あり」の回答であった(表6-3)。その内訳は、1人以下が71.9%であった(表6-3-2)。

また、職場の医療職からの書面による問い合わせ経験の有無別にみると、「経験あり」群の方が、「経験なし」群よりも、上司または人事労務担当者の書面による問い合わせも多かつた(表6-3-3)。

上司または人事労務担当者の電子メールによる問い合わせは、5.0%が「あり」の回答で

あった（表 6-4）。その内訳は、1 人以下が 72.6% であった（表 6-4-2）。

#### 4) 職場からの問い合わせに回答しやすい書式

通院している労働者（職員）に関する職場からの問い合わせに対して、どのような書式が設定されていると回答しやすいかについては、「就業面の配慮」および「復職の可否・時期」では「選択方式」が多く、それぞれ 69.7%（表 7-1）、60.7%（表 7-2）であった。他方、「病状に関する事項」では「自由記述」が多く、65.0% であった（表 7-3）。

表 3 で区分した開業期間別にみても、それぞれの間に有意な差はなかった（表 7-1-2、7-2-2、7-3-2）。

産業医、産業看護職等の医療専門職からの書面での問い合わせ経験別にみても、その有無で有意な差はみられなかった（表 7-1-3、7-2-3、7-3-3）。

上司・人事労務担当者からの書面での問い合わせ経験別にみると、「就業面の配慮」、「復職の可否・時期」、「病状に関する事項」のすべてについて、「経験あり」群で「選択方式」の回答率が高かった（表 7-1-4、7-2-4、7-3-4）。

#### 5) あらかじめ職場から明示されると情報提供がしやすくなる事項

4 つの事項について、あらかじめ職場から明示することで、職場に対して情報提供がしやすくなるか否かを聞いた。「提供する情報が

どこに（誰に）開示されるか」では、83.0% が開示しやすくなる（「大変開示しやすくなる」の回答数と「少し開示しやすくなる」の回答数の合算）と回答した（8-1）。「提供する情報がどのように活用されるか」では 86.0%（8-2）、「提供する情報によってどのような事後対応がなされたかを報告する旨」では 90.7%（8-3）、「提供する情報が個人情報保護の面で適切に扱われる旨」では 86.5%（表 8-4）が開示しやすくなるとの回答であった。

開業期間別でみても、4 項目とも同様の結果であり、各開業期間の間で、有意差はみられなかった（表 8-1-2、8-2-2、8-3-2、8-4-2）。

産業医、産業看護職等の医療専門職からの書面での問い合わせ経験別にみても、4 項目とも同様の結果であり、その有無で有意な差はみられなかった（表 8-1-3、8-2-3、8-3-3、8-4-3）。

上司・人事労務担当者からの書面による問い合わせ経験別にみても、その有無で有意な差はなかった（表 8-1-4、8-2-4、8-3-4、8-4-4）

その他、あらかじめ職場から明示されることで情報提供がしやすくなる事項を自由記入の形で求めた結果を表 8-5 にまとめた。

#### 6) 職場・主治医間の情報提供の望ましい間隔

職場から主治医および主治医から職場の双方向について、「定期的」、「定期的かつ必要に応じて」、「必要に応じて」、「原則として不

要」から「いずれかを選択するように求めた。双方とも、「定期的」よりも「必要に応じて」なさるべき(それぞれ 65.0%、75.5%)との回答が多かった(表 9、10)。

産業医、産業看護職等の医療専門職からの書面での問い合わせ経験別にみたところ、経験の有無によって、回答に有意差がみられた。「経験なし」群では、回答数は「必要に応じて」が最多であったが、「原則として不要」の割合が、「経験あり」群に比べて高かった(表 9-2、表 10-2)。

上司・人事労務担当者からの書面での問い合わせ経験別では、そうした有意差はみられなかつた。(表 9-3、10-3)。

#### 7) 職場から主治医への情報提供の望ましい分量

「数行」、「A4 用紙 1/2 ページ程度」、「A4 用紙 1 ページ程度」、「A4 用紙 2 枚程度」、「できるだけ多い方がよい」から選択するよう求めたところ、「A4 用紙 1/2 枚程度」と「A4 用紙 1 枚程度」で、全体の 83.9% をしめた(表 11)。

産業医、産業看護職等の医療専門職からの書面での問い合わせ経験別では、両群間で有意差がみられた。「経験なし」群でも、回答数は「A4 用紙 1/2 枚程度」と「A4 用紙 1 枚程度」が多かったが、「数行」の割合が、「経験あり」群よりも高かった(表 11-2)。職場の上司・人事労務担当者からの書面での問い合わせ経験別では、両群間で有意差がみられなかつた(表 11-3)。

8) 職場関係者が直接診療所(クリニック)を訪問した際の面接時間

「5 分」、「10 分」、「15 分」、「30 分」、「1 時間以上」、「経験がないため、わからない」から選択するよう求めた。15 分、30 分という回答が多かった(それぞれ 35.3%、39.3%) (表 12)。

職場の上司・人事労務担当者からの訪問による問い合わせ経験別では、「経験あり」群が「経験なし」群に比べ、有意に面接時間が長かった(表 12-2)。

#### 9) 職場と主治医の情報交換の推進に対する診療報酬等の有用性

職場と主治医との情報交換が推進されるために、「主治医から職場への情報提供に対して報酬額が定められること」、「主治医から職場への情報提供が診療報酬の対象となること」、「主治医から職場への情報提供に対する報酬が職場から拠出されるものと定められること」のそれぞれがどの程度有用かを聞いた。「情報提供の報酬額が定められること」が有用(「非常に有用」と「かなり有用」の回答数を加算)とする回答は、70.6% であった(表 13-1)。「情報提供が診療報酬対象となること」は 73.3%、「報酬が職場から拠出されること」は 61.0% が有用との回答であった(表 13-2、13-3)。

産業医、産業看護職等の医療専門職からの書面による問い合わせ経験別では、「経験あり」群と「経験なし」群の間で、3 項目とも回答傾向に有意差はなかった(表 13-1-2、

13-2-2、13-3-2))。

上司・人事労務担当者からの書面による問い合わせ経験別においても、3項目とも回答傾向に有意差はなかった(表 13-1-3、13-2-3、13-3-3)。

「情報提供の報酬額が定められること」についての回答と「情報提供が診療報酬対象となること」についての回答の間には相関がみられ、同様の回答をしている傾向がみられた(表 13-4)。また、「情報提供が診療報酬対象となること」についての回答と「報酬が職場から拠出されること」についての回答の間にも相関がみられ、双方とも有用であると回答している割合が高かった(表 13-5)。

#### 10) 職場側の望ましい情報交換窓口

職場側の各職種が、職場と主治医の情報交換においての窓口として、どの程度望ましかを聞いた。「望ましい」との回答(「非常に望ましい」と「望ましい」の回答数を合算)が、産業医は 86.0%(表 14-1)、看護職は 84.3%(表 14-2)、事業主は 29.7%(表 14-3)、人事労務担当者は 63.5%(表 14-4)、衛生管理(推進)者は 69.6%(表 14-5)、当該労働者の上司は 54.5%(表 14-6)、精神科医または心療内科医は 90.7%(表 14-7)、心理職は 85.4%(表 14-8)、民間のメンタルヘルスサービス機関の担当者は 39.3%(表 14-9)であった。

開業期間別では、いずれの期間の間にも回答に有意差はみられなかった(表 14-1-2、14-2-2、14-3-2、14-4-2、14-5-2、14-6-2、

14-7-2、14-8-2、14-9-2)。

11) 職場と主治医の情報交換において産業医、看護職等の医療専門職に望むこと

9つの項目について、「強く望む」、「望む」、「あまり望まない」、「まったく望まない」の中から選択を求めた。

望まれた(「強く望む」と「望む」の回答数を合算)割合は、「精神医学的診断をできること」が 55.7%(表 15-1)、「精神医学的症状の評価ができる」とが 79.0%(表 15-2)、「主要な精神障害の概要を理解すること」が 94.2%(表 15-3)、「精神医療の現状を理解すること」が 91.0%(表 15-4)、「精神保健に関わる地域資源とその活用法を理解すること」が 91.4%(表 15-5)、「職場の上司や人事労務担当者に対して、精神科医の立場と考え方を代弁すること」が 78.3%(表 15-6)、「主治医に対して、職場の諸制度や実情をわかりやすく説明すること」が 95.4%(表 15-7)、「当該労働者側に立って、職場での対応を行うこと」が 88.6%(表 15-8)、「主治医の意見を踏まえたうえで、職場の実情をも考慮した意見を、職場に対して述べること」が 96.3%(表 15-9)であった。

開業期間別にみると、「職場の上司や人事労務担当者に対して、精神科医の立場と考え方を代弁すること」で、一部の期間の間で回答分布に差がみられたが、他の項目については有意差がなかった(表 15-1-2、15-2-2、15-3-2、15-4-2、15-5-2、15-6-2、15-7-2、15-8-2、15-9-2)。

12) 医療専門職がいない職場における職場と主治医と情報交換についての好事例、意見  
自由記述形式で回答を求めたところ、表 16 に示した意見、コメントが寄せられた。

### 13) その他

上記の他、質問票の欄外などに記された意見、コメントを表 17 にまとめた。

## I -D. 考察

### 1) 職場から主治医への問い合わせ

職場から主治医への問い合わせは、産業医や産業看護職などの医療専門職がいるところでは、彼らがその役割を担う傾向がうかがわれた。

産業医・産業看護職と上司・人事労務担当者の間で、問い合わせの手段に差がみられた。前者では書面、後者では直接訪問による問い合わせが最多であった。

産業医は非常勤であることが多く、直接訪問の時間がとりづらい場合が多いこと、医師間の書面のやりとりが自然にできやすいこと、上司や人事労務担当者は、主治医に対してできるだけ現場の実情を伝えて具体的な指示を得たい傾向にあることなどがその要因と考えられる。

また、電子メールは、まだ問い合わせ手段としては一般的でないようであった。

### 2) 問い合わせに回答しやすい形式

就業面の配慮や復職の可否・時期など、職場側の状況が加味されるべき判断事項につ

いては、選択式が望まれる傾向がみられた。主治医の立場からだけでは判断が困難な事項については、職場からあげられた具体的な提案に意見を述べていく形が望ましいと推測される。

上司・人事労務担当者からの書面での問い合わせ経験のある群で、より選択式が回答しやすいとされたことは注目すべきであろう。

### 3) あらかじめ職場から明示されるべき事項

今回あげた 4 つの事項については、いずれもあらかじめ職場から明示されることによって、主治医からの情報が提供しやすくなるという回答が高率であった。

厚生労働省が示している「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」でも、主治医に復職に関する判断を求めるにあたって、職場の諸制度などを主治医に伝えておくことが重要であると記されているが、主治医から実情に即した意見・判断を得るためにには、これら 4 項目に加え、表 8-5 にまとめた情報を適切な形で伝えておくことが望まれるといえよう。

### 3) 情報交換の間隔

職場と主治医の間の情報交換は、双方向とも必要に応じて行えばよいという回答が多く、定期的なやりとりはあまり望まれないようであった。

多忙な診療業務の中で、職場との情報交換を行うのは主治医によってある程度の負担感があり、特に状況に変化がなければ、あえてそ

れに時間を割くことはないと判断が多いと推測される。

#### 4) 情報提供の分量

職場からの情報提供を熟読するのにも、その分量に応じて時間がかかることになる。本調査で「A4用紙1/2ページ」～「A4用紙1ページ」程度の分量が望ましいとされた割合が高く、「できるだけ多い方がよい」との選択肢がほとんど選ばれなかつたのも、こうした事情を反映した率直な声であると考えられる。

また、主治医にとって必要な職場の情報は、その程度の分量に収められるという判断によるものかもしれない。

他方で、職場からの医療職からの問い合わせ経験のある群で、ない群よりも望ましい分量が多い傾向がみられたことは、職場からの情報の有用性を示唆するものともいえよう。

#### 5) 職場関係者との面接時間

全体としては、15～30分程度という回答が多くたが、上司・人事労務担当者の訪問の経験の有無によって差がみられ、「経験あり」群は「経験なし」群に比べ、有意に面接時間が長かったことに注目すべきであろう。実際に面接にあたってみると、時間がかかるなどを実感することになるものと考えられる。

#### 6) 情報交換の報酬

主治医からの情報提供が診療報酬の対象と認められ、その報酬額が定められることにより、職場と主治医の連携が推進されるという回答傾向がみられた。また、主治医からの意見書

類の費用を労働者本人と職場のいずれが負担するかは、現状では定まっていないが、約60%が、職場側の負担とすることにより、情報交換が推進されると回答した。労働者が支払うことになると、情報提供の回数が増えることで、労働者の負担が大きくなつていき、それが情報提供に影響しかねないと判断された可能性がある。

#### 7) 職場側の情報交換窓口

全体として、医療職が情報交換の窓口となることが望ましいという結果となった。

人事労務担当者も60%以上が「望ましい」と回答しており、医療専門職が不在、あるいは機能していない職場では、人事労務担当者が立場を明確にして窓口にあたる形も認められると考えられた。

#### 8) 職場の医療専門職に望まれること

「主要な精神障害の概要を理解すること」、「精神医療の現状を理解すること」、「主治医に対して職場の諸制度や実情をわかりやすく説明すること」、「主治医の意見を踏まえたうえで、職場の実情をも考慮した意見を、職場に対して述べること」の4項目は、90%以上が望んでいた。産業医や産業看護職には、こうしたことが主治医との情報交換、ひいては職場のメンタルヘルス対策の推進に極めて重要であるという認識を有することが求められる。

他方、「精神医学的診断をできること」については、50%は超えていたものの、他の項目に比べて、望むとする回答が低率であった。

職場において不調者の対応にあたる立場として、精神状態の見立てを行うことまでは強く求められようが、確定診断に関しては主治医に任せることでよいとする声であろうか。

#### 9) 医療専門職がいない職場における連携のあり方

上司や人事労務担当者などと主治医が、本人同席のもとに、面接を重ねることができれば、産業医や看護職などの医療専門職が不在であっても、適切な支援が可能となる例も少なくないことがうかがえた。その場合、あくまで本人を中心とした意見交換であるべきことが示されもした。

また、衛生管理者の役割を見直す余地があることも提案された。

#### 10) その他

精神障害に対する職場の理解不足は、連携において大きな支障となるが、産業医の不適切な対応についても、複数から指摘が上がった。近年、産業医の研修会などで、メンタルヘルスに関する話題もよく取り上げられるようになっているが、精神科医（主治医）からみた産業医に不足している事項に重点を置いた教育の機会も検討される必要があろう。

#### 11) 本調査研究の限界

郵送法による調査に見られがちであるが、回収率が約20%に留まった。最近、精神科医に対する質問票調査が増えていることも影響したかもしれない。そのため、職場と主治医の間の情報交換に対して、問題意識が強い医

師や関心が高い医師が多く回答し、今回の結果と精神科医全体の実態との間に乖離がみられる可能性がある。

## II. 聞き取り調査

### II-A. 研究目的

職場との連携に実績を持つ精神科医（開業医）と複数の事業場の産業医経験を有する医師とのグループ討議を通じて、メンタルヘルス不調を有する労働者の支援をめぐる主治医と職場との連携における具体的な問題点および課題を明らかにし、改善可能性を探ることを目的とした。

### II-B. 研究方法

既にメンタルヘルス不調を有する労働者の支援に関して、精神科医（主治医）と産業医が定期的な情報交換を行っている地域（大阪、京都、福岡）を3か所選定し、それぞれの情報交換会に関与している精神科医および産業医6～7名にグループ討議への参加を依頼した。

グループ討議は、フォーカス・グループ・ディスカッション形式で、研究Iで使用した質問紙のうち、問7～16に沿って、参加者がそれぞれに関連する問題点、課題を挙げ合い、その解決策、改善策について議論する形をとり、必要に応じて好事例の紹介も求めた。

討議時間は研究の説明を除き、約2時間とした。

## II-C. 研究結果

参加者は、大阪で精神科医 3 名、産業医 3 名、京都で精神科医 3 名、産業医 4 名、福岡で精神科医 3 名、産業医 3 名であり、いずれにも研究分担者が加わって、討議が進められた。すべての精神科医が、職場(産業医を含む)との連携の経験を有していた。

討議の中で得られた意見を表 18 に整理した。

## II-D. 考察

### 1) 職場からの問い合わせに対する回答しやすさ

質問票調査では、職場での対応に関しては、選択肢を与えられた方が回答しやすいという結果であったが、その選択肢には、職場で実際に対応可能であることが具体的に記されることが肝要であることも強調された。また、その情報がなぜ必要なのかについても付記すると、他方で産業医が判断すべき点は問わず、依頼内容をできるだけ絞り込むこととも望まれていた。

また、精神科医としてコメントしづらいや、本人などの要請によって事項もあり、曖昧な表現をせざるをえない場合あることに対する理解も重要であることが示された。

### 2) 書面による情報交換

質問票調査の結果以外のところでは、職場の考える判断を提示したうえで、主治医の意

見を求めることが、職場でできることを明確にすること、職場からの情報として、職場の写真や労働者本人の過去からの経過などが、主治医にとっても貴重な情報となること、試し出勤などの制度は、企業によって内容に大きな違いがあるため、詳細についての情報も必要であることなどが、職場で考慮されるべき事項としてあげられた。

また、主治医から職場に問い合わせをするための標準的なフォーマットがあつてよいという指摘も重要であろう。

### 3) 情報交換の間隔、頻度

質問票調査の結果と同様に、職場と精神科医間で、定期的な情報交換は必ずしも不要であるという意見が多かった。情報交換を行うべき時期としては、人事異動、職場配転をはじめ、職場で本人にとっての大きな出来事が生じた際、産業医が交代した際があげられた。

また、再発を繰り返している例では、職場で目立った出来事が生じた際に、速やかに連携をとることの重要性も強調された。

### 4) 職場からの情報提供の分量

主治医にとって有用性の高いものであれば、長さは問わないという意見もあったが、現実的に職場から得られる内容を考えると、A4 用紙 1 枚程度の収まるのではないかとの意見にまとめると考えられた。

また、分量に加えて、要領を得た、簡潔な書きぶりであることも求められた。何を目的として情報が提供されたかについても記載される

べきとの指摘も重要であろう。

#### 5) 職場関係者との面接

限られた時間の中で、効率的に情報交換をすることの重要性が強調された。そのためにできることとして、あらかじめ確認したい事項を整理し、提示する形や、労働者本人と職場関係者が打ち合わせをしてうえで面接に臨むといった工夫があげられた。

#### 6) 主治医からの情報提供の報酬関係

質問票調査の結果と同様に、診療報酬として認められるなど、報酬を明確化すべきという意見が大半であった。また、その場合の負担者は、情報交換の継続性を考え、本人ではなく、職場にすることが望ましいとの意見の一致が得られた。

#### 7) 職場の相談窓口の職種

人事労務担当者は、職場との情報交換の経験によって、精神科医の対応しづらさに差が出る可能性があるとの指摘があった。

また、衛生管理者も有力な候補であるが、精神科医によっては、その役割などを十分に認識できない者もいることに注意が必要であることが示唆された。

#### 8) 職場の医療専門職に望むこと

精神医療と地域資源の現状についての理解とともに、精神医療と職場との連携に注力すること、地域単位で、精神科医との「顔の見える関係」づくりを図ることの重要性が指摘された。

#### 9) 非医療職との情報交換

質問票調査の結果でもみられたが、積極的な連携の姿勢が不可欠であり、本人を交えて主治医と直接意見交換を行うこともよい結果を生む場合が少なくないとの見解が得られた。

産業医が不在の職場などで、主治医に対して産業医の役割を要請する際には、主治医は労働者本人の言い分を重視した判断に傾かざるを得ない点についても留意が必要であろう。

#### E. 総括(まとめ)

精神科医を対象とした質問票調査と、精神科医および主治医のグループ討議形式の聞き取り調査によって、メンタルヘルス不調を有する労働者の支援に関する職場と主治医の連携の実態と課題が明らかになった。

- ・「提供する情報がどこ(誰)に開示されるか」、「提供する情報がどのように活用されるか」、「提供する情報によってどのような事後対応がなされたかを報告する旨」、「提供する情報が個人情報保護の面で適切に取り扱われる旨」が明示されると、主治医は情報を提供しやすくなる。

- ・職場と主治医との情報交換の間隔は、必要に応じて調整されればよく、必ずしも定期的である必要はない。

- ・職場から主治医への情報提供の分量は、A4用紙1/2～1ページ程度が妥当である。

- ・職場関係者と主治医との面接時間は、15

分～30 分程度が多い。

- ・職場と主治医の連携の推進に、主治医からの情報提供が診療報酬の対象となり、その金額が定められることが有用である。また、その拠出は、労働者個人からではなく、職場からであることが望ましい。

- ・連携の職場側の窓口は、医療専門職が担当するのが望ましいが、人事労務担当者であっても立場を明確にすれば可能である。

- ・職場の医療専門職には、主要な精神障害の概要を理解すること、精神医療の現状を理解すること、精神保健に関わる地域資源との活用法を理解すること、主治医に対して職場の諸制度や実情をわかりやすく説明すること、主治医の意見を踏まえたうえで、職場の実情をも考慮した意見を職場に対して述べることが、特に強く望まれる。

次年度の研究では、本結果をもとに、両者の連携を高めるための方法論とツールを開発し、その現場での有用性を確認する。

#### F. 健康危険情報

該当せず

#### G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

#### I. 引用文献

1) 島悟:復職に関する精神科医調査. 労働安全衛生総合研究事業 うつ病を中心としたこれらの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究(主任研究者:島悟)平成 16 年度総括・分担研究報告書, pp16-34, 2005.

2) 廣尚典, 鍵本伸明, 渡辺洋一郎:メンタルヘルス不調を抱える労働者への支援をめぐつての精神科医と産業保健スタッフの連携に関する研究. 労働安全衛生総合研究事業 職場における新たな精神疾患罹患労働者に対するメンタルヘルスのあり方に関する研究(研究代表者:廣尚典)平成 22 年度総括・分担研究報告書, pp33-50, 2011.

表 1. 年齢分布

	人数	(%)
30 歳代	4	1.2
40 歳代	52	16.1
50 歳代	110	34.1
60 歳代	112	34.7
70 歳代	45	13.9
合計	323	100

表 2. 精神科臨床医としての経験年数

	人数	(%)
5 年以上 10 年未満	2	0.6
10 年以上 15 年未満	14	4.3
15 年以上 20 年未満	25	7.7
20 年以上	281	87.0
不明	1	0.3
合計	323	100

表 3. 開業してからの期間

	人数	(%)
5 年未満	39	12.1
5 年以上 10 年未満	64	19.8
10 年以上 15 年未満	69	21.4
15 年以上 20 年未満	67	20.7
20 年以上	82	25.4
不明	2	0.6
合計	323	100

表 4. 企業労働者または自治体職員の受診者数／日

	人数	(%)
10 人未満	81	25.1
10 人以上 20 人未満	126	39.0
20 人以上 30 人未満	65	20.1
30 人以上	48	14.9
不明	3	0.9
合計	323	100

表 5-1. 産業医または産業看護職等の問い合わせ（直接訪問）

	人数	(%)
あり	167	51.7
なし	151	46.7
不明	5	1.5
合計	323	100

表 5-1-2. 上記「あり」の場合の人数

	人数	(%)
0.2 人	1	0.6
0.5 人	95	56.9
1 人	31	18.6
1.5 人	7	4.2
2 人	13	7.8
2.5	4	2.4
3 人	8	4.8
4 人	3	1.8
5 人	4	2.4
不明	1	0.6
合計	167	100

人数幅を持った回答については、中央値として集計した。（例：2 人～3 人→2.5 人）

表 5-2. 産業医または産業看護職等の問い合わせ（電話）

	人数	(%)
あり	170	52.9
なし	148	45.5
不明	5	1.5
合計	323	100

表 5-2-2. 上記「あり」の場合の人数

	人数	(%)
0.5	92	54.1
1 人	35	20.6
1.5 人	6	3.5
2 人	19	11.2

2.5人	4	2.4
3人	7	4.1
4人	2	1.2
4.5人	1	0.6
5人	2	1.2
6人	1	0.6
不明	1	0.6
合計	170	100

人数幅を持った回答については、中央値として集計した。(例：2人～3人→2.5人)

表 5-3. 産業医または産業看護職等の問い合わせ（書面）

	人数	(%)
あり	247	76.5
なし	73	22.6
不明	3	0.9
合計	323	100

表 5-3-2. 上記「あり」の場合の人数

	人数	(%)
0.5人	127	51.4
1人	46	18.6
1.5人	9	3.6
2人	32	13.0
2.5人	2	0.8
3人	11	4.4
3.5人	1	0.4
4人	5	2.0
4.5人	1	0.4
5人	8	3.2
5.5人	1	0.4
10人	2	0.8
不明	2	0.8
合計	247	100

人数幅を持った回答については、中央値として集計した。(例：2人～3人→2.5人)

表 5-4. 産業医または産業看護職等の問い合わせ（電子メール）

	人数	(%)
あり	35	10.8
なし	279	86.4
不明	9	2.8
合計	323	100

表 5-4-2. 上記「あり」の場合の人数

	人数	(%)
0.5 人	18	51.4
1 人	10	28.6
2 人	5	14.3
3 人	1	2.9
5 人	1	2.9
合計	35	100

人数幅を持った回答については、中央値として集計した。（例：2 人～3 人→2.5 人）

表 6-1. 上司または人事労務管理者の問い合わせ（直接訪問）

	人数	(%)
あり	277	85.8
なし	45	13.9
不明	1	0.3
合計	323	100

表 6-1-2. 上記「あり」の場合の人数

	度数	(%)
0.5	128	46.2
1.0	73	26.4
1.5	10	3.6
2.0	29	10.5
2.5	8	2.9
3.0	15	5.4
3.5	1	0.4
4.0	1	0.4
5.0	7	2.5
5.5	1	0.4

6.0	1	0.4
不明	3	1.1
合計	277	100

人数幅を持った回答については、中央値として集計した。（例：2人～3人→2.5人）

表 6-2. 上司または人事労務管理者の問い合わせ（電話）

	人数	(%)
あり	177	55.1
なし	136	41.8
不明	10	3.1
合計	323	100

表 6-2-2. 上記「あり」の場合の人数

	人数	(%)
0.5人	90	50.8
1人	44	24.9
1.5人	4	2.3
2人	25	14.1
2.5人	3	1.7
3人	4	2.3
4人	1	0.6
5人	4	2.3
7.5人	1	0.6
不明	1	0.6
合計	177	100

人数幅を持った回答については、中央値として集計した。（例：2人～3人→2.5人）

表 6-3. 上司または人事労務管理者の問い合わせ（書面）

	人数	(%)
あり	164	50.8
なし	153	47.4
不明	6	1.9
合計	323	100

表 6-3-2. 上記「あり」の場合の人数

	人数	(%)
0.5人	76	46.3
1人	42	25.6
1.5人	8	4.9
2人	21	12.8
2.5人	5	3.0
3人	5	3.0
4人	2	1.2
5人	4	2.4
8人	1	0.6
合計	165	100

人数幅を持った回答については、中央値として集計した。(例：2人～3人→2.5人)

表 6-3-3. 職場の医療専門職からの書面による問い合わせ経験の有無と職場の上司・人事労務担当者からの書面による問い合わせ経験の有無の関係

上司・人事労務担当者の問い合わせ	あり	なし	合計
医療専門職の問い合わせ	あり	52	93
	なし	12	60
合計	164	153	317

カイ2乗検定：p<0.01

表 6-4. 上司または人事労務管理者の問い合わせ（電子メール）

	人数	(%)
あり	16	5.0
なし	297	92.0
不明	10	3.1
合計	323	100

表 6-4-2. 上記「あり」の場合の人数

	人数	(%)
0.5	10	62.5
1.0	4	25.0
2.0	2	12.5
合計	16	100

表 7-1. 回答しやすい書式一就業面の配慮

	人数	(%)
選択形式	225	69.7
自由記述	79	24.5
回答すべきでない	6	1.9
不明	13	4.0
合計	323	100

表 7-2. 回答しやすい書式一復職の可否・時期

	人数	(%)
選択方式	196	60.7
自由記述	111	34.4
回答すべきでない	4	1.2
不明	12	3.7
合計	323	100

表 7-3. 回答しやすい書式一病状に関する事項

	人数	(%)
選択方式	90	27.9
自由記述	210	65.0
回答すべきでない	10	3.1
不明	13	4.0
合計	323	100

表 7-1-2. 開業してからの期間別にみた回答しやすい書式一就業面の配慮

	選択方式	自由記述	回答すべきでない	合計
~5 年	25	9	2	36
5~10 年	45	16	0	61
10~15 年	53	12	2	67
15~20 年	44	20	0	64
20 年以上	56	22	2	80
合計	223	79	6	308

カイ2乗検定で有意差なし

表 7-2-2. 開業してからの期間別にみた回答しやすい書式—復職の可否・時期

	選択方式	自由記述	回答すべきでない	合計
~5 年	25	10	1	36
5~10 年	36	25	0	61
10~15 年	43	24	1	68
15~20 年	41	23	0	64
20 年~	50	28	2	80
合計	195	110	4	309

カイ2乗検定で有意差なし

表 7-3-2. 開業してからの期間別にみた回答しやすい書式—病状に関する事項

	選択方式	自由記述	回答すべきでない	合計
~5 年	13	23	1	37
5~10 年	23	39	0	62
10~15 年	14	50	3	67
15~20 年	19	43	2	64
20 年~	21	53	4	78
合計	90	208	10	308

カイ2乗検定で有意差なし

表 7-1-3. 産業医・産業看護職からの書面での問い合わせ経験別にみた回答しやすい書式  
—就業面の配慮

	選択方式	自由記述	回答すべきでない	合計
経験あり	177	56	3	236
なし	47	21	3	71
合計	224	77	6	307

カイ2乗検定で有意差なし

表 7-2-3. 産業医・産業看護職からの書面での問い合わせ経験別にみた回答しやすい書式  
—復職の可否・時期

	選択方式	自由記入	回答すべきでない	合計
経験あり	154	81	2	237
なし	41	28	2	71
合計	195	109	4	308

カイ2乗検定で有意差なし

表 7-3-3. 産業医・産業看護職からの書面での問い合わせ経験別にみた回答しやすい書式  
—病状に関する事項

	選択方式	自由記入	回答すべきでない	合計
経験あり	71	162	4	237
なし	19	45	6	70
合計	90	207	10	307

カイ2乗検定で有意差なし

表 7-1-4. 上司・人事労務担当者からの書面での問い合わせ経験別にみた回答しやすい書式  
—就業面の配慮

	選択方式	自由記入	回答すべきでない	合計
経験あり	122	35	0	157
なし	99	42	6	147
合計	221	77	6	304

カイ2乗検定 : p<0.05

表 7-2-4. 上司・人事労務担当者からの書面での問い合わせ経験別にみた回答しやすい書式  
—復職の可否・時期

	選択方式	自由記入	回答すべきでない	合計
経験あり	109	49	0	158
なし	84	60	4	148
合計	193	109	4	306

カイ2乗検定 : p<0.05

表 7-3-4. 上司・人事労務担当者からの書面での問い合わせ経験別にみた回答しやすい書式  
—病状に関する事項

	選択方式	自由記入	回答すべきでない	合計
経験あり	53	103	0	156
なし	37	102	10	149
合計	90	205	10	305

カイ2乗検定 : p<0.01

表 8-1. 明示された場合の問い合わせへの回答しやすさ—提供する情報の開示先

	人数	(%)
大変しやすくなる	161	49.8
少ししやすくなる	109	33.7

あまり変わらない	31	9.6
変わらない	16	5.0
わからない	4	1.2
不明	2	0.6
合計	323	100

表 8-2. 明示された場合の問い合わせへの回答しやすさ—提供する情報の活用法

	人数	(%)
大変しやすくなる	171	52.9
少ししやすくなる	107	33.1
あまり変わらない	28	8.7
変わらない	11	3.4
わからない	4	1.2
不明	2	0.6
合計	323	100

表 8-3. 明示された場合の問い合わせへの回答しやすさ一事後対応の報告

	人数	(%)
大変しやすくなる	196	60.7
少ししやすくなる	97	30.0
あまり変わらない	18	5.6
変わらない	7	2.2
わからない	3	0.9
不明	2	0.6
合計	323	100

表 8-4. 明示された場合の問い合わせへの回答しやすさ—個人情報保護

	人数	(%)
大変しやすくなる	224	69.3
少ししやすくなる	62	19.2
あまり変わらない	23	7.1
変わらない	5	1.5
わからない	6	1.9
不明	3	0.9
合計	323	100

表 8-1-2. 明示された場合の問い合わせに対する回答しやすさ—提供される情報の開示先  
開業してからの期間別

	大変しやすくなる	少ししやすくなる	あまり変わらない	変わらない	わからない	合計
～5 年	18	13	4	3	1	39
5～10 年	36	22	1	4	1	64
10～15 年	32	25	9	2	1	69
15～20 年	34	25	6	2		67
20 年～	40	24	10	5	1	80
合計	160	109	30	16	4	319

カイ2乗検定で有意差なし

表 8-2-2. 明示された場合の問い合わせに対する回答しやすさ—提供される情報の活用法  
開業してからの期間別

	大変しやすくなる	少ししやすくなる	あまり変わらない	変わらない	わからない	合計
～5 年	19	15	3	1	1	39
5～10 年	39	19	2	3	1	64
10～15 年	32	24	11	1	1	69
15～20 年	39	23	3	2	0	67
20 年～	41	26	8	4	1	80
合計	170	107	27	11	4	319

カイ2乗検定で有意差なし

表 8-3-2. 明示された場合の問い合わせに対する回答しやすさ—事後対応の報告  
開業してからの期間別

	大変しやすくなる	少ししやすくなる	あまり変わらない	変わらない	わからない	合計
～5 年	19	15	2	2	1	39
5～10 年	42	17	3	1	1	64
10～15 年	42	20	6	0	1	69
15～20 年	40	24	2	1	0	67
20 年～	52	20	5	3	0	80
合計	195	96	18	7	3	319

カイ2乗検定で有意差なし

表 8-4-2. 明示された場合の問い合わせに対する回答しやすさ—個人情報保護  
開業してからの期間別

	大変しやすくなる	少ししやすくなる	あまり変わらない	変わらない	わからない	合計
～5 年	28	7	2	1	1	39
5～10 年	45	12	4	2	1	64
10～15 年	50	14	4	0	1	69
15～20 年	52	10	5	0	0	67
20 年～	48	19	7	2	3	79
合計	223	62	22	5	6	318

カイ2 乗検定で有意差なし

表 8-1-3. 明示された場合の問い合わせへの回答しやすさ—情報の開示先  
医療専門職からの書面での問い合わせ経験別

	大変しやすい	少ししやすい	あまり変わらない	変わらない	わからない	合計
経験あり	126	83	24	10	3	246
なし	34	25	6	6	1	72
合計	160	108	30	16	4	318

カイ2 乗検定で有意差なし

表 8-2-3. 明示された場合の問い合わせへの回答しやすさ—情報の活用法  
医療専門職からの書面での問い合わせ経験別

	大変しやすい	少ししやすい	あまり変わらない	変わらない	わからない	合計
経験あり	134	81	22	6	3	246
なし	35	26	6	4	1	72
合計	169	107	28	10	4	318

カイ2 乗検定で有意差なし

表 8-3-3. 明示された場合の問い合わせへの回答しやすさ—労働者への対応  
医療専門職からの書面での問い合わせ経験別

	大変しやすい	少ししやすい	あまり変わらない	変わらない	わからない	合計
経験あり	153	70	16	5	2	246
なし	41	26	2	2	1	72
合計	194	96	18	7	3	318

カイ2 乗検定で有意差なし

表 8-4-3. 明示された場合の問い合わせへの回答しやすさ一個人情報保護  
医療専門職からの書面での問い合わせ経験別

	大変しやすい	少ししやすい	あまり変わらない	変わらない	わからない	合計
経験あり	177	46	16	3	3	245
なし	45	16	6	2	3	72
合計	222	62	22	5	6	317

カイ2乗検定で有意差なし

表 8-1-4. 明示された場合の問い合わせへの回答しやすさ一情報の開示先  
上司・人事労務担当者からの書面での問い合わせ経験別

	大変しやすい	少ししやすい	あまり変わらない	変わらない	わからない	合計
経験あり	88	54	12	8	2	164
なし	72	53	16	8	2	151
合計	160	107	28	16	4	315

カイ2乗検定で有意差なし

表 8-2-4. 明示された場合の問い合わせへの回答しやすさ一情報の活用法  
上司・人事労務担当者からの書面での問い合わせ経験別

	大変しやすい	少ししやすい	あまり変わらない	変わらない	わからない	合計
経験あり	94	51	12	5	2	164
なし	75	54	15	5	2	151
合計	169	105	27	10	4	315

カイ2乗検定で有意差なし

表 8-3-4. 明示された場合の問い合わせへの回答しやすさ一労働者への対応  
上司・人事労務担当者からの書面での問い合わせ経験別

	大変しやすい	少ししやすい	あまり変わらない	変わらない	わからない	合計
経験あり	110	40	9	4	1	164
なし	83	54	9	3	2	151
合計	193	94	18	7	3	315

カイ2乗検定で有意差なし

表 8-4-4. 明示された場合の問い合わせへの回答しやすさ一個人情報保護  
上司・人事労務担当者からの書面での問い合わせ経験別

	大変しやすい	少ししやすい	あまり変わらない	変わらない	わからない	合計
経験あり	123	28	7	3	2	163

なし	98	32	15	2	4	151
合計	221	60	22	5	6	314

カイ2乗検定で有意差なし

表 8-5. その他、職場から明示される方がよい情報

- ・労働者本人の業務内容、仕事上の責任、立場
- ・労働者本人の職場適応状況の変化
- ・労働者本人の周囲からの評価
- ・周囲の困惑状況、労働者本人の長所
- ・労総者本人の同意を得ていること
- ・どの程度の業務負荷まで配慮が可能か
- ・職場でできる対応のバリエーションに関する情報
- ・職場環境に関する情報
- ・労働者本人を受け入れる職場の雰囲気
- ・情報提供者の立場、労働者本人との関係
- ・休業に関する制度
- ・情報交換の窓口担当者の明示
- ・提供した情報の管理責任者
- ・職場の離職率
- ・傷病手当金の病名は正しく記すべきであること

表 9. 職場から主治医への情報提供の間隔

	人数	(%)
定期的	17	5.3
定期的かつ必要に応じて	80	24.8
必要に応じて	210	65.0
原則として不要	13	4.0
不明	3	0.9
合計	323	100

表 9-2. 職場の医療職からの書面による問い合わせ経験の有無別にみた職場から主治医への情報提供の望ましい時期

	定期的	定期的かつ必要に応じて	必要に応じて	原則として不要	合計
経験あり	14	62	165	5	246
なし	3	18	42	8	71
合計	17	80	207	13	317

カイ<sup>2</sup>乗検定 : p<0.01

表 9-3. 職場の上司・人事労務担当者からの書面による問い合わせ経験の有無別にみた職場から主治医への情報提供の望ましい時期

	定期的	定期的かつ必要に応じて	必要に応じて	原則として不要	合計
経験あり	8	45	107	3	163
なし	9	34	98	10	151
合計	17	79	205	13	314

カイ<sup>2</sup>乗検定で有意差なし

表 10. 主治医から職場への情報提供の間隔

	人数	(%)
定期的	10	3.1
定期的かつ必要に応じて	39	12.1
必要に応じて	244	75.5
原則として不要	29	9.0
不明	1	0.3
合計	323	100

表 10-2. 職場の医療職からの書面による問い合わせ経験の有無別にみた主治医から職場への情報提供の望ましい時期

	定期的	定期的かつ必要に応じて	必要に応じて	原則として不要	合計
経験あり	7	29	194	16	246
なし	3	10	48	12	73
合計	10	39	242	28	319

カイ<sup>2</sup>乗検定 : p<0.05

表 10-3. 職場の上司・人事労務担当者からの書面による問い合わせ経験の有無別にみた主治医から職場への情報提供の望ましい時期

	定期的	定期的かつ必要に応じて	必要に応じて	原則として不要	合計
経験あり	4	25	125	9	163
なし	6	14	114	19	153
合計	10	39	239	28	316

カイ<sup>2</sup>乗検定で有意差なし

表 11. 職場から主治医への情報提供の望ましい分量

	人数	(%)
数行	32	9.9
A4用紙1/2枚程度	140	43.3
A4用紙1枚程度	131	40.6
A4用紙2枚程	3	0.9
できるだけ多いほうがよい	4	1.2
不明	13	4.0
合計	323	100

表 11-2. 職場の医療職からの書面による問い合わせ経験の有無別にみた職場から主治医への情報提供の望ましい分量

	数行	A4用紙1/2枚	A4用紙1枚	A4用紙2枚	できるだけ多く	合計
経験あり	19	114	103	3	1	240
なし	13	24	27	0	3	67
合計	32	138	130	3	4	307

カイ2乗検定 : p&lt;0.01

表 11-3. 職場の上司・人事労務担当者からの書面による問い合わせ経験の有無別にみた職場から主治医への情報提供の望ましい分量

	数行	A4用紙1/2枚	A4用紙1枚	A4用紙2枚	できるだけ多く	合計
経験あり	15	71	73	2	0	161
なし	17	65	56	1	4	143
合計	32	136	129	3	4	304

カイ2乗検定で有意差なし

表 12. 職場関係者との面接時間

	人数	(%)
5分	8	2.5
10分	51	15.8
15分	114	35.3
30分	127	39.3
1時間以上	5	1.5
わからない	3	0.9
不明	15	4.6
合計	323	100

表 12-2. 職場の上司・人事労務担当者からの訪問による問い合わせ経験の有無別にみた職場関係者との面接時間

	5分	10分	15分	30分	1時間以上	わからない	合計
経験あり	6	42	98	114	5	0	265
なし	2	9	15	13	0	3	42
合計	8	51	113	127	5	3	307

カイ2乗検定 : p<0.01

表 13-1. 情報交換推進のための有用性—情報提供の報酬額が定められること

	人数	(%)
非常に有効	114	35.3
かなり有効	114	35.3
あまり有用でない	33	10.2
有用でない	21	6.5
わからない	36	11.1
不明	5	1.5
合計	323	100

表 13-2. 情報交換推進のための有用性—情報提供が報酬対象となること

	人数	(%)
非常に有効	119	36.8
かなり有効	118	36.5
あまり有効でない	33	10.2
有用でない	19	5.9
わからない	30	9.3
不明	4	1.2
合計	323	100

表 13-3. 情報交換推進のための有用性—報酬が職場から拠出されること

	人数	(%)
非常に有用	86	26.6
かなり有効	111	34.4
あまり有用でない	54	16.7
有用でない	18	5.6
わからない	48	14.9
不明	6	1.9

合計	323	100
----	-----	-----

表 13-2-1. 職場の医療職からの書面による問い合わせ経験の有無別にみた情報交換推進のための有用性—報酬額が定められること

	非常に有用	かなり有用	あまり有用でない	有用でない	わからない	合計
経験あり	88	89	26	14	27	244
なし	24	25	7	6	9	71
合計	112	114	33	20	36	315

カイ2乗検定で有意差なし

表 13-2-2. 職場の医療職からの書面による問い合わせ経験の有無別にみた情報交換推進のための有用性—診療報酬の対象となること

	非常に有用	かなり有用	あまり有用でない	有用でない	わからない	合計
経験あり	93	91	26	13	21	244
なし	23	27	7	6	9	72
合計	116	118	33	19	30	316

カイ2乗検定で有意差なし

表 13-2-3. 職場の医療職からの書面による問い合わせ経験の有無別にみた情報交換推進のための有用性—報酬が職場から拠出されること

	非常に有用	かなり有用	あまり有用でない	有用でない	わからない	合計
経験あり	69	88	39	12	35	243
なし	14	23	15	6	13	71
合計	83	111	54	18	48	314

カイ2乗検定で有意差なし

表 13-3-1. 職場の上司・人事労務担当者からの書面による問い合わせ経験の有無別にみた情報交換推進のための有用性—報酬額が定められること

	非常に有用	かなり有用	あまり有用でない	有用でない	わからない	合計
経験あり	64	56	17	9	17	163
なし	46	57	16	11	19	149
合計	110	113	33	20	36	312

カイ2乗検定で有意差なし

表 13-3-2. 職場の上司・人事労務担当者からの書面による問い合わせ経験の有無別にみた情報交換推進のための有用性—診療報酬の対象となること

	非常に有用	かなり有用	あまり有用でない	有用でない	わからない	合計
経験あり	62	61	18	8	14	163
なし	53	56	14	11	16	150
合計	115	117	32	19	30	313

カイ2乗検定で有意差なし

表 13-3-3. 職場の上司・人事労務担当者からの書面による問い合わせ経験の有無別にみた情報交換推進のための有用性—報酬が職場から拠出されること

	非常に有用	かなり有用	あまり有用でない	有用でない	わからない	合計
経験あり	52	57	27	5	21	162
なし	30	54	27	12	26	149
合計	82	111	54	17	47	311

カイ2乗検定で有意差なし

表 13-4. 職場と主治医の情報交換推進にとっての報酬額が定められることの有用性と診療報酬の対象となることの有用性との関係

診療報酬の対象となること	非常に有用	かなり有用	あまり有用でない	有用でない	わからない	合計	
報酬額が定められること	非常に有用	90	10	6	4	4	114
されること	かなり有用	15	93	4	1	1	114
	あまり有用でない	5	8	20	0	0	33
	有用でない	3	3	2	12	1	21
	わからない	5	4	1	2	24	36
合計		118	118	33	19	30	318

Spearman の相関係数 : 0.630, 1%水準で有意

表 13-5. 職場と主治医の情報交換推進にとっての診療報酬の対象となることの有用性と報酬が職場から拠出されることの有用性との関係

職場から拠出されること	非常に有用	かなり有用	あまり有用でない	有用でない	わからない	合計	
診療報酬の対象となること	非常に有用	59	25	15	6	13	118
であること	かなり有用	12	72	20	3	11	118
	あまり有用でない	6	6	18	0	3	33
	有用でない	5	2	1	9	0	17
	わからない	3	6	0	0	21	30
合計		85	111	54	18	48	316

Spearman の相関係数 : 0.355, 1%水準で有意

表 14-1. 情報交換の窓口一産業医

	人数	(%)
非常に望ましい	107	33.1
望ましい	171	52.9
あまり望ましくない	15	4.6
望ましくない	5	1.5
わからない	23	7.1
不明	2	0.6
合計	23	100

表 14-2. 情報交換の窓口一看護職

	人数	(%)
非常に望ましい	68	21.1
望ましい	204	63.2
あまり望ましくない	25	7.7
望ましくない	6	1.9
わからない	18	5.6
不明	2	0.6
合計	323	100

表 14-3. 情報交換の窓口一事業主

	人数	(%)
非常に望ましい	14	4.3
望ましい	82	25.4
あまり望ましくない	121	37.5
望ましくない	69	21.4
望ましくない	36	11.1
不明	1	0.3
合計	323	100

表 14-4. 情報交換の窓口一人事労務担当者

	人数	(%)
非常に望ましい	27	8.4
望ましい	178	55.1
あまり望ましくない	65	20.1
望ましくない	27	8.4

わからない	25	7.7
不明	1	0.3
合計	323	100

表 14-5. 情報交換の窓口—衛生管理（推進）者

	人数	(%)
非常に望ましい	35	10.8
望ましい	190	58.8
あまり望ましくない	47	14.6
望ましくない	9	2.8
わからない	37	11.5
不明	5	1.5
合計	323	100

表 14-6. 情報交換の窓口—当該労働者の上司

	人数	(%)
非常に望ましい	24	7.4
望ましい	152	47.1
あまり望ましくない	78	24.1
望ましくない	38	11.8
わからない	27	8.4
不明	4	1.2
合計	323	100

表 14-7. 情報交換の窓口—精神科医または心療内科医

	人数	(%)
非常に望ましい	125	38.7
望ましい	168	52.0
あまり望ましくない	8	2.5
望ましくない	4	1.2
わからない	13	4.0
不明	5	1.5
合計	323	100

表 14-8. 情報交換の窓口一心理職

	人数	(%)
非常に望ましい	56	17.3
望ましい	220	68.1
あまり望ましくない	18	5.6
望ましくない	10	3.1
わからない	16	5.0
不明	3	0.9
合計	323	100

表 14-9. 情報交換の窓口一民間のメンタルヘルスサービス機関の担当者

	人数	(%)
非常に望ましい	12	3.7
望ましい	115	35.6
あまり望ましくない	88	27.2
望ましくない	45	13.9
わからない	59	18.3
不明	4	1.2
合計	323	100

表 14-1-2. 開業してからの期間別にみた情報交換における窓口としての望ましさ一産業医

	非常に望ましい	望ましい	あまり望ましくない	望ましくない	わからない	合計
~5 年	11	21	2	0	5	39
5~10 年	24	34	2	1	3	64
10~15 年	19	41	1	2	6	69
15~20 年	24	33	6	1	2	66
20 年~	28	41	4	1	7	81
合計	106	170	15	5	23	319

カイ2乗検定で有意差なし

表 14-2-2. 開業してからの期間別にみた情報交換における窓口としての望ましさ一看護職

	非常に望ましい	望ましい	あまり望ましくない	望ましくない	わからない	合計
~5 年	7	22	6	0	4	39
5~10 年	15	41	5	0	3	64
10~15 年	12	49	4	1	3	69
15~20 年	15	44	5	1	1	66

20年～	18	47	5	4	7	81
合計	67	203	25	6	18	319

カイ2乗検定で有意差なし

表 14-3-2. 開業してからの期間別にみた情報交換における窓口としての望ましさ—事業主

	非常に望ましい	望ましい	あまり望ましくない	望ましくない	わからない	合計
～5年	1	10	10	13	5	39
5～10年	0	17	28	13	6	64
10～15年	2	18	28	12	9	69
15～20年	4	17	26	14	5	66
20年～	7	19	28	17	11	82
合計	14	81	120	69	36	320

カイ2乗検定で有意差なし

表 14-4-2. 開業してからの期間別にみた情報交換における窓口としての望ましさ

—人事労務担当者

	非常に望ましい	望ましい	あまり望ましくない	望ましくない	わからない	合計
～5年	1	25	7	3	3	39
5～10年	6	31	14	6	7	64
10～15年	2	43	13	4	7	69
15～20年	8	37	11	5	5	66
20年～	10	41	19	9	3	82
合計	27	177	64	27	25	320

カイ2乗検定で有意差なし

表 14-5-2. 開業してからの期間別にみた情報交換における窓口としての望ましさ

—衛生管理者

	非常に望ましい	望ましい	あまり望ましくない	望ましくない	わからない	合計
～5年	4	23	5	1	5	38
5～10年	6	34	13	3	7	63
10～15年	6	44	8	2	9	69
15～20年	8	39	8	2	9	66
20年～	10	49	13	1	7	80
合計	34	189	47	9	37	316

カイ2乗検定で有意差なし

表 14-6-2. 開業してからの期間別にみた情報交換における窓口としての望ましさ—上司

	非常に望ましい	望ましい	あまり望ましくない	望ましくない	わからない	合計
~5 年	2	19	9	7	2	39
5~10 年	4	28	19	11	1	63
10~15 年	3	30	16	10	10	69
15~20 年	5	34	16	3	8	66
20 年~	10	40	17	7	6	80
合計	24	151	77	38	27	317

カイ2乗検定で有意差なし

表 14-7-2. 開業してからの期間別にみた情報交換における窓口としての望ましさ  
—精神科医または心療内科医

	非常に望ましい	望ましい	あまり望ましくない	望ましくない	わからない	合計
~5 年	15	21	0	0	2	38
5~10 年	22	36	1	3	2	64
10~15 年	25	39	0	1	4	69
15~20 年	33	30	3	0	0	66
20 年~	29	41	4	0	5	79
合計	124	167	8	4	13	316

カイ2乗検定で有意差なし

表 14-8-2. 開業してからの期間別にみた情報交換における窓口としての望ましさ—心理職

	非常に望ましい	望ましい	あまり望ましくない	望ましくない	わからない	合計
~5 年	9	23	2	0	5	39
5~10 年	7	45	5	5	2	64
10~15 年	9	50	3	2	5	69
15~20 年	13	49	2	1	1	66
20 年~	17	52	6	2	3	80
合計	55	219	18	10	16	318

カイ2乗検定で有意差なし

表 14-9-2. 開業してからの期間別にみた情報交換における窓口としての望ましさ  
—民間のメンタルヘルスサービス機関担当者

	非常に望ましい	望ましい	あまり望ましくない	望ましくない	わからない	合計
~5 年	1	14	12	1	11	39
5~10 年	2	23	15	11	13	64
10~15 年	2	24	20	12	11	69

15～20 年	4	27	15	10	10	66
20 年～	3	26	25	11	14	79
合計	12	114	87	45	59	317

カイ2乗検定で有意差なし

表 15-1. 産業医・産業看護職への要望—精神医学的診断

	人数	(%)
強く望む	32	9.9
望む	148	45.8
あまり望まない	134	41.5
まったく望まない	8	2.5
不明	1	0.3
合計	323	100

表 15-2. 産業医・産業看護職への要望—精神医学的症状の評価

	人数	(%)
強く望む	41	12.7
望む	214	66.3
あまり望まない	64	19.8
まったく望まない	3	0.9
不明	1	0.3
合計	323	100

表 15-3. 産業医・産業看護職への要望—精神障害の概要の理解

	人数	(%)
強く望む	69	21.4
望む	235	72.8
あまり望まない	15	4.6
まったく望まない	1	0.3
不明	3	0.9
合計	323	100

表 15-4. 産業医・産業看護職への要望—精神医療の現状の理解

	人数	(%)
強く望む	73	22.6
望む	221	68.4

あまり望まない	28	8.7
全く望まない	0	0
不明	1	0.3
合計	323	100

表 15-5. 産業医・産業看護職への要望—地域資源とその活用法の理解

	人数	(%)
強く望む	68	21.1
望む	227	70.3
あまり望まない	24	7.4
まったく望まない	3	0.9
不明	1	0.3
合計	323	100

表 15-6. 産業医・産業看護職への要望—精神科医の立場・考え方の代弁

	人数	(%)
強く望む	66	20.4
望む	187	57.9
あまり望まない	58	18.0
まったく望まない	10	3.1
不明	2	0.6
合計	323	100

表 15-7. 産業医・産業看護職への要望—主治医への職場の説明

	人数	(%)
強く望む	114	35.3
望む	194	60.1
あまり望まない	12	3.7
まったく望まない	1	0.3
不明	2	0.6
合計	323	100

表 15-8. 産業医・産業看護職への要望—労働者の立場に立った職場の対応

	人数	(%)
強く望む	92	28.5

望む	194	60.1
あまり望まない	31	9.6
まったく望まない	2	0.6
不明	4	1.2
合計	323	100

表 15-9. 産業医・産業看護職への要望—主治医の意見を踏まえ職場を考慮した意見陳述

	人数	(%)
強く望む	111	34.4
望む	200	61.9
あまり望まない	9	2.8
まったく望まない	1	0.3
不明	2	0.6
合計	323	100

表 15-2-1. 開業してからの期間別にみた産業医・産業看護職への要望—精神医学的診断ができるこ

	強く望む	望む	あまり望まない	まったく望まない	合計
～5年	2	16	21	0	39
5～10年	7	28	28	1	64
10～15年	8	26	31	4	69
15～20年	6	33	27	1	67
20年以上	9	45	25	2	81
合計	32	148	132	8	320

カイ2乗検定で有意差なし

表 15-2-2. 開業してからの期間別にみた産業医・産業看護職への要望—精神医学的な症状の評価ができるこ

	強く望む	望む	あまり望まない	まったく望まない	合計
～5年	3	23	13	0	39
5～10年	8	42	14	0	64
10～15年	11	43	14	1	69
15～20年	7	48	12	0	67
20年～	12	56	11	2	81
合計	41	212	64	3	320

カイ2乗検定で有意差なし

表 15-3-2. 開業してからの期間別にみた産業医・産業看護職への要望—主要な精神障害の概要を理解すること

	強く望む	望む	あまり望まない	まったく望まない	合計
～5年	4	33	2	0	39
5～10年	19	42	3	0	64
10～15年	19	45	4	1	69
15～20年	12	53	2	0	67
20年～	15	60	4	0	79
合計	69	233	15	1	318

カイ2乗検定で有意差なし

表 15-4-2. 開業してからの期間別にみた産業医・産業看護職への要望—精神医療の現状について理解すること

	強く望む	望む	あまり望まない	まったく望まない	合計
～5年	4	29	6	0	39
5～10年	20	38	6	0	64
10～15年	21	43	5	0	69
15～20年	12	51	4	0	67
20年～	15	59	7	0	81
合計	72	220	28	0	320

カイ2乗検定で有意差なし

表 15-5-2. 開業してからの期間別にみた産業医・産業看護職への要望—精神保健に関わる地域資源とその活用法について理解すること

	強く望む	望む	あまり望まない	まったく望まない	合計
～5年	6	29	4	0	39
5～10年	14	48	1	1	64
10～15年	21	39	8	1	69
15～20年	16	46	4	1	67
20年～	10	65	6	0	81
合計	67	227	23	3	320

カイ2乗検定で有意差なし

表 15-6-2. 開業してからの期間別にみた産業医・産業看護職への要望—上司や人事労務担当者に精神科医の立場・考え方を代弁すること

	強く望む	望む	あまり望まない	まったく望まない	合計
～5年	2	28	5	4	39
5～10年	13	40	10	1	64
10～15年	14	36	15	4	69
15年～20年	19	38	10	0	67
20年以上	17	44	18	1	80
合計	65	186	58	10	319

カイ2乗検定 : p<0.05

表 15-7-2. 開業してからの期間別にみた産業医・産業看護職への要望—職場の諸制度や実情をわかりやすく説明すること

	強く望む	望む	あまり望まない	まったく望まない	合計
～5年	12	25	2	0	39
5～10年	23	38	3	0	64
10～15年	29	36	4	0	69
15～20年	24	41	2	0	67
20年以上	25	53	1	1	80
合計	113	193	12	1	319

カイ2乗検定で有意差なし

表 15-8-2. 開業してからの期間別にみた産業医・産業看護職への要望—労働者の立場に立って職場での対応を行うこと

	強く望む	望む	あまり望まない	まったく望まない	合計
～5年	7	27	4	1	39
5～10年	18	40	6	0	64
10～15年	21	36	11	0	68
15～20年	22	40	3	1	66
20年以上	24	50	6	0	80
合計	92	193	30	2	317

カイ2乗検定で有意差なし

表 15-9-2. 開業してからの期間別にみた産業医・産業看護職への要望—主治医の意見を踏まえた上で職場の実情をも考慮した意見を述べること

	強く望む	望む	あまり望まない	まったく望まない	合計
～5年	8	28	2	1	39
5～10年	21	40	3	0	64
10～15年	27	42	0	0	69
15～20年	25	40	2	0	67
20年～	29	49	2	0	80
合計	110	199	9	1	319

カイ2乗検定で有意差なし

表 16. 医療専門職がいない職場における職場と主治医と情報交換についての好事例、意見

- ・人事労務担当者がメンタルヘルスの研修を受けたり、積極的に関わったりすることが望まれる
- ・事業主と直接話すことがよい結果を生むことが多い
- ・意見書の記入欄に個人情報、個人的事情などをどこまで職場に伝えるかが難しい
- ・私見は入れずに、みたありのままを伝えてくれることを望む
- ・専門家に早く診察を依頼することにより、混乱が大きくならなくてすむことがある
- ・当該労働者の受診時に、最低1回職場の上司又は、総務、人事などの職員の同席、情報交換をすすめている
- ・上司等が直接外来に来られた場合は、よく説明し、うまくいく。納得できるように、よく説明するようにしている。その分のトラブルも少ない
- ・職場関係者とそれぞれの立場が違うことを理解したうえで信頼関係が築けた場合はうまくいくが、精神疾患に偏見を持っていると関係構築は難しい
- ・小さな企業でも親身になってくれる上司が心配して来訪し、うまくいったケースもある
- ・医療専門職が不在の場合、情報交換は、上司が当該労働者のことを考えて対応するかどうかにかかってくる
- ・人事労務担当者の積極的な支援がよい結果を生む
- ・職場内の信頼関係が重要である
- ・上司の同席面接が重要な意味を持つ例がある
- ・職種を問わず、人事担当、上司でも、適切な対応ができる者がいれば、うまくいく例は多い
- ・衛生管理者が専門知識などを習得し、積極的に情報交換を図っている職場がある
- ・人事労務担当者がキーパーソンになりえる場合、経営者が理解を示す場合には、職場との連携はうまくいく
- ・報酬を伴った上司や管理者との面談が有用である
- ・復職場面で、事業主または上司、本人、家族同席での面接で、業務上の配慮などを共有するとよい

- ・担当者と良い関係が築けることが肝腎である
  - ・本人同席による職場関係者との面接が重要である
  - ・人事労務担当者が、衛生管理者（衛生推進者）の経験を有していると連携がしやすい。
  - ・本人が望む管理者と、まず面接を行う
  - ・担当者（管理者）複数回面接を繰り返すことにより、信頼関係が構築できる
  - ・時間をかけて書面を作成する時間が取りにくいのが現状である
  - ・産業医に代わる第三者機関が関わる制度を設けてはどうか
- 

表 17. その他、質問票的回答に付された意見など

- ・症状は変化するものであり、症状をひとつの病気としてとらえることで、混乱が大きくなることがある
- ・上司、人事労務担当者のメンタルヘルスに対する理解が進めば、職場のメンタルヘルスの向上が期待できる
- ・職場関係者の精神障害についての理解が不十分であるため、復職支援などの対応が難しい例がある
- ・産業医、事業者、両親、主治医が意見交換をして長期休業者が復職に至った例もある。
- ・患者（労働者）、主治医、産業医の相性も重要である
- ・産業医との連携が重要な例がある
- ・医療専門職がいないため、適切な対応が困難な例もある
- ・メンタルヘルス不調に関連したハラスマントの事例で、医療専門職がいれば、事態は改善したと思われる例があった
- ・職場の理解が乏しいと、主治医の努力だけではどうしようもないことが少なくない
- ・産業医が主治医の治療方針に異議を唱えると、労働者（患者）は混乱し、良い結果を生まれない
- ・産業医が服薬中止の指示を出したり、病名をもとに不適切な対応をしたりする例を経験する
- ・患者の状態を十分に理解せず、中途半端な知識を振りかざす産業医は治療の妨げになる
- ・主治医と上司との連携ができれば、産業医がいないほうがうまくいく例もある
- ・産業医の精神医療に関する経験、研鑽が必要である
- ・精神科医以外を専門とする医師、保健師であっても、精神科医による面接に同席を続けることによって、職場の諸判断のための精神科医による面接を代行できるようになる
- ・職場の実情、仕事の内容を知ることができず、対応に苦慮する例がある
- ・連携先がどのくらい信用できるか推定することに困難を感じる
- ・医療専門職が窓口であれば、原則として一定の信頼をおく
- ・職場への情報提供は、本人同席のもと、診療場面で行うことを原則としている
- ・診断書類の提出を求められる際に、その使われ方に不信感を抱くことがあるため、職場側

で明確なシステムを構築することを求める

- ・職場不適応例では、主治医として病名と要休業だけの診断書を出すのは不適切であり、職場との意見交換が重要である
  - ・地方自治体の場合、職場からの連絡が少ないように感じられる
  - ・PSWなど福祉専門職の役割についても、検討してはどうか
  - ・産業医の活動に大きな差があるように見受けられる
- 

表 18. グループ討議により得られた現状と課題

- 1) 問い合わせに対して回答するために職場に対して望まれる事項など
  - ・どのような情報が必要かを明確化する（記載を求める項目を明示する）
  - ・何のために必要なのかを明示する
  - ・問い合わせ事項をできるだけ絞り込む
  - ・職場でできることを、選択肢のなかで具体的に明示する
  - ・選択肢を充実させれば、自由記述式より、選択式がよい
  - ・産業保健スタッフで判断できるところまで問わない
  - ・職場からの情報には、復職場面だけでなく、休業の要否判断にも重要な事項が少くない
  - ・回答はできるだけ簡潔にできるほうがありがたい。
  - ・労働者本人との同席が望ましい（上司が同席する場合には、職場からの苦情が多いが）
  - ・お互いにあえて聞かない点についても了解ができればよい（逆に言えば、情報交換の枠組み（外縁）を明確化する）
  - ・車両の運転などはコメントしにくい
  - ・車両の運転等については、「薬剤の使用上の注意」の内容を説明したということのみを伝えるようにしている
  - ・病状について、自由記入ではかえって書きづらいこともある
  - ・主治医からの意見は、あくまで参考にするものであって、最終的には職場で責任をもって判断することを明確にすべき
  - ・数回の受診で全体像が見えてくる面があることにも理解が求められる
  - ・書面だけでの情報交換には限界があることについての相互理解も大切
  - ・情報交換に関する本人の同意は、双方向とも必要
  - ・人事管理上の問題を持ち込まないようにする配慮が必要
  - ・本人の要請などによって、曖昧な表現を使わざるを得ない例もある
- 2) 書面による情報交換について
  - ・対応窓口を明確化する必要がある
  - ・主治医が提出した書面（情報）の流れを明確にする
  - ・連絡先の電話番号などが記されるとよい
  - ・産業医名を記載すること（その産業医が個人情報管理等の責任を負うことが確認できるた

め)

- ・職場の異動可能性に関する情報も有用なことが多い
- ・職場で対応可能な配慮を明確にする
- ・復職についての問い合わせでは、職場が復職を認める水準の記載が重要
- ・復職を認める水準については、復職を検討する時期よりも早く情報提供されるべき。
- ・労災事例については、その旨を明記すること
- ・難しいことも多いであろうが、過去の本人の職場適応状況（ヒストリー）も参考になる
- ・休業歴、職場側からみた本人の評価は重要な情報であり、省かれるべきではない
- ・就業上の措置などの最終的な医学的判断は産業医が責任を負うことを明示する
- ・職場の判断（意見）を記し、それに対する主治医の意見を求める形もよい
- ・職場の写真なども主治医にとって有用な情報である
- ・初診時に主治医が職場に問い合わせをする標準的なフォーマットがあつてもよい
- ・就業規則が明確にされていたほうが、情報提供しやすい
- ・小規模事業場でも、就業に関する取り決めを明確にすべきである
- ・「試し出勤」の類は、企業によって狙いや内容にばらつきが大きいため、詳細な情報が望まれる。

### 3) 情報交換の間隔・頻度など

- ・状態の安定期は、定期的情報交換は必ずしも必要でない
- ・状態の安定期は、ストレス要因となりえるような状況が生じた時点で行えばよい
- ・人事異動、職場配転の際の連絡は、有用なことが多い。
- ・産業医面接の時期に合わせて行うことが検討されてよい
- ・民間の職場の場合、書面の費用については、職場持ちであることが明確化されるとよい
- ・産業医が交代した際には、連絡を取ることが必須とされるべき
- ・双方の相互理解が進み、電話でのやりとりが可能になると、情報交換の有用性が格段に高まる
- ・再発を繰り返す例では、職場で目立ったイベントが起こった場合に速やかに連絡がとられるとよい

### 4) 職場から主治医への情報提供の分量

- ・A4用紙1枚程度までが望ましい
- ・内容が充実していれば、多くて構わない（多いほうがよい）
- ・上限は特に設定する必要はないが、結果としてA4用紙1枚程度になるのではないか
- ・箇条書きのような形で読みやすくすべき
- ・何のために情報提供するのかを明示するなど、情報提供の意図をまず記す

### 5) 職場関係者との面接

- ・効率よく進める必要があるとの認識を共有したい
- ・あらかじめ、聞きたいことが伝えられるとよい

- ・前後の時間も含めると、30～1時間程度要することが多いのではないか。
- ・情報交換の概要が決まっていると、10分程度で済むこともある。
- ・本人と職場関係者が打ち合わせをしたうえで来所することが望ましい。

#### 6) 情報交換の報酬関係

- ・労災申請は7000円／枚
- ・意見書として、A4用紙1枚〇〇円と決めている
- ・弁護士費用の相場に準じてはどうか
- ・職場関係者との情報交換が中心であれば、時間単価の設定を検討してよい
- ・最終的には、受益者は職場とみなし、職場が負担すべき
- ・診療における医師の時給をもとに設定する考え方がある。
- ・無償で行うべきではない

#### 7) 職場の相談窓口の職種

- ・衛生管理者（衛生推進者）はイメージがつきにくい
- ・人事労務管理者では、経験の少ない精神科医の中には「構えてしまう」者もいそうだ
- ・名目上でも、産業医が窓口となることが望ましい（実質的にはそうでなくとも、それは職場側の責任ということになる）
- ・心理職については、情報が職場内で適切に処理されないのではないか（本人が抱え込んでしまう）と懸念されることがある

#### 8) 職場の医療専門職に望むこと

- ・精神医療と地域資源の現状については非常に重要である
- ・中途半端な知識を振りかざすよりは、連携に注力することを求めたい
- ・「顔がわかれば」（本人の了解のもとに）電話などの情報交換も行いやすくなる
- ・主治医に職場での対応に関する意見を丸投げすることは不適切
- ・情報交換においても、メンタルヘルスに関するスキルは重要になる

#### 9) 非医療職との情報交換

- ・うまく職場適応させたいという熱意が感じられることが重要
- ・ダメもとで連携をとってみようという姿勢も重要
- ・ダイレクトにキーパーソンと主治医が顔を合わせて意見交換する意義は大きい
- ・一般的には病名は伝える必要がないとされているが、職場に理解がある場合には、伝えたほうがよいこともある
- ・診断名を職場関係者に伝える際には、本人（家族）の了解を得るのが原則となる
- ・今後は、障害者枠での雇用に関する提案なども検討課題になると思われる
- ・職場と主治医との情報交換のしやすさ、あり方は、ある程度時代とともに変わっていくことにも留意すべきである。現時点では、まだ慎重さが求められる。
- ・主治医に産業医の役割を要請する際には、本人（患者）の言い分を重視した意見にならざるを得ないことが少なくないことに理解が必要である

10) その他

- ・リワークを利用したこと（利用しても再発したこと）が解雇の理由づけとされることがある。
  - ・リワークの参加を復職要件としているところがあるが、一律にそうするのは不適切である
-

(別添) 使用した質問票

各質問について、最もあてはまる選択肢に○をつけてください。一部の質問には、数字、記述でお答えください。

1. ご自身の年齢をお答えください。

- ①20歳代 ②30歳代 ③40歳代 ④50歳代 ⑤60歳代 ⑦70歳代以上

2. ご自身の精神科臨床医としての経験年数をお答えください。

- ①5年未満 ②5年以上10年未満 ③10年以上15年未満 ④15年以上 ⑤20年以上

3. 開業されてから現在までの期間をお答えください。

- ①5年未満 ②5年以上10年未満 ③10年以上15年未満 ④15年以上 ⑤20年以上

4. 現在、平均すると企業の労働者または自治体の職員（社会保険の本人）は、1日に何人くらい、先生のもとを受診されますか？

- ①10人未満 ②10人以上20人未満 ③20人以上30人未満 ④30人以上

5. 通院している労働者、職員のことで、所属先の産業医または産業看護職等の医療専門職が先生のもとに問い合わせをしてくることがありますか？

1) 直接診療所（クリニック）を訪れての問い合わせ

- ①ある（→人数は、\_\_\_\_\_人／月）（1人／月未満の場合は、「1未満」とお書きください） ②ない

2) 電話での問い合わせ

- ①ある（→人数は、\_\_\_\_\_人／月）（1人／月未満の場合は、「1未満」とお書きください） ②ない

3) 書面での問い合わせ

- ①ある（→人数は、\_\_\_\_\_人／月）（1人／月未満の場合は、「1未満」とお書きください） ②ない

4) 電子メールでの問い合わせ

- ①ある（→人数は、\_\_\_\_\_人／月）（1人／月未満の場合は、「1未満」とお書きください） ②ない

\*1人が複数回問い合わせてくる場合、同所属先から複数人が問い合わせてくる場合は、ともに1人とカウントしてください

6. 通院している労働者、職員のことで、所属先の上司または人事労務担当者が先生のもとに問い合わせをしてくることがありますか？

1) 直接診療所（クリニック）を訪れての問い合わせ

- ①ある（→人数は、\_\_\_\_\_人／月）（1人／月未満の場合は、「1未満」とお書きください） ②ない

2) 電話での問い合わせ

- ①ある（→人数は、\_\_\_\_\_人／月）（1人／月未満の場合は、「1未満」とお書きください） ②ない

3) 書面での問い合わせ

- ①ある（→人数は、\_\_\_\_\_人／月）（1人／月未満の場合は、「1未満」とお書きください） ②ない

#### 4) 電子メールでの問い合わせ

①ある（→人数は、\_\_\_\_\_人／月）（1人／月未満の場合は、「1未満」とお書きください） ②ない

\*1人が複数回問い合わせてくる場合、同所属先から複数人が問い合わせてくる場合は、ともに1人とカウントしてください

### 7. 精神障害により通院している労働者、職員に関する職場からの問合せに対して書面で回答する際の、回答しやすさについてうかがいます。（本人の同意が得られた場合を想定してください）

1) どのような形式が回答しやすいですか。

A) 就業面の配慮（仕事内容の軽減、就業時間の制限など）に関する事項

①あらかじめ選択肢が用意されており、それを選択すればよい形式

②自由に記述できる形式

③回答すべきではないので答えられない

B) 職場復帰の可否、時期に関する事項

①あらかじめ選択肢が用意されており、それを選択すればよい形式

②自由に記述できる形式

③回答すべきではないので答えられない

C) 病状に関する事項

①あらかじめ選択肢が用意されており、それを選択すればよい形式

②自由に記述できる形式

③回答すべきではないので答えられない

### 8. 精神障害により通院している労働者、職員に関する職場からの問合せに対して回答する際、以下の情報が職場から明確に示されれば、回答しやすくなるでしょうか。（本人の同意が得られた場合を想定してください）

1) 主治医が提供する情報が誰（どの範囲に）に開示されるか

①大変しやすくなる ②少ししやすくなる ③あまり変わらない ④変わらない ⑤わからない

2) 主治医が提供する情報が具体的にどのように活用されるか

①大変しやすくなる ②少ししやすくなる ③あまり変わらない ④変わらない ⑤わからない

3) 主治医の提供した情報をもとに、当該労働者への対応がどのようになされたかが報告されること

①大変しやすくなる ②少ししやすくなる ③あまり変わらない ④変わらない ⑤わからない

4) 主治医の提出した情報が、個人情報保護の面で適切に扱われること

①大変しやすくなる ②少ししやすくなる ③あまり変わらない ④変わらない ⑤わからない

5) その他、職場から明確にされるほうがよい情報があれば、お書きください。

( )

### 9. 精神障害により通院している労働者、職員に関する職場から主治医への情報提供は、（当該労働者の金銭面の負担がないと仮定した場合）どのような形が望ましいでしょうか？

①定期的（例えば、2か月ごと）

②定期的かつ必要に応じて（例えば、3か月ごとで、他に仕事が変わったときに随時）

③必要に応じて（定期的には不要）

④原則として不要

10. 精神疾患により通院している労働者、職員に関する主治医から職場への情報提供は、（当該労働者の金銭面の負担がないと仮定した場合）どのような形がよいでしょうか？

①定期的（例えば、2か月ごと）

②定期的かつ必要に応じて（例えば、3か月ごとで、他に病状が変わったときに随時）

③必要に応じて（定期的には不要）

④原則として不要

11. 精神障害により通院している労働者、職員に関する職場から主治医への情報提供の分量はどの程度が適当でしょうか。

①数行 ②A4用紙で1/2ページ程度 ③A4用紙で1ページ程度 ④A4用紙で2ページ程度

⑤できるだけ多い方がよい

12. 精神障害により通院している労働者、職員に関して、職場関係者が直接診療所（クリニック）を訪れる場合、1回あたりその対応に、平均としてどのくらいの時間をかけられますか？

①5分 ②10分 ③15分 ④30分 ⑤1時間以上 ⑥経験がないため、わからない

13. 精神障害により通院している労働者、職員に関する職場と主治医の情報交換が推進されるために、以下の事項は有用でしょうか。

1) 主治医からの職場への情報提供に対して、報酬額が定められること。

①非常に有用 ②かなり有用 ③あまり有用でない ④有用でない ⑤わからない

2) 主治医からの職場への情報提供が、診療報酬の対象となること

①非常に有用 ②かなり有用 ③あまり有用でない ④有用でない ⑤わからない

3) 主治医からの職場への情報提供に対する報酬が、当該職場から拠出されるものと定められること

①非常に有用 ②かなり有用 ③あまり有用でない ④有用でない ⑤わからない

4) その他、有用だと考えられる事項があれば、お書きください。

(

)

14. 職場と主治医の情報交換において、各職種（立場）が職場の窓口となることが望ましいかをお答えください。

1) 産業医（選任されている場合）

①非常に望ましい ②望ましい ③あまり望ましくない ④望ましくない ⑤わからない

2) 看護職（職場に勤務している場合）

①非常に望ましい ②望ましい ③あまり望ましくない ④望ましくない ⑤わからない

3) 事業者（事業主）

①非常に望ましい ②望ましい ③あまり望ましくない ④望ましくない ⑤わからない

4) 人事労務担当者

①非常に望ましい ②望ましい ③あまり望ましくない ④望ましくない ⑤わからない

5) 衛生管理者（労働者数 50 人未満の職場では、衛生推進者）

①非常に望ましい ②望ましい ③あまり望ましくない ④望ましくない ⑤わからない

6) 当該労働者（職員）の上司

①非常に望ましい ②望ましい ③あまり望ましくない ④望ましくない ⑤わからない

7) 精神科医または心療内科医（職場に勤務している場合）

①非常に望ましい ②望ましい ③あまり望ましくない ④望ましくない ⑤わからない

8) 心理職（臨床心理士、産業カウンセラーなど）（職場に勤務している場合）

①非常に望ましい ②望ましい ③あまり望ましくない ④望ましくない ⑤わからない

9) 職場と契約している民間のメンタルヘルスサービス機関の担当者

①非常に望ましい ②望ましい ③あまり望ましくない ④望ましくない ⑤わからない

15. 職場と主治医の情報交換において、産業医あるいは産業看護職等の職場内の医療専門職が窓口になる場合、以下の事項を彼らにどのくらい望みますか。

1) 精神医学的な診断ができること

①強く望む ②望む ③あまり望まない ④まったく望まない

2) 精神医学的な症状の評価ができること

①強く望む ②望む ③あまり望まない ④まったく望まない

3) 主要な精神障害の概要を理解すること

①強く望む ②望む ③あまり望まない ④まったく望まない

4) 精神医療の現状について理解すること

①強く望む ②望む ③あまり望まない ④まったく望まない

5) 精神保健に関わる地域資源とその活用法について理解すること

①強く望む ②望む ③あまり望まない ④まったく望まない

6) 職場の上司や人事労務担当者に対して、精神科医の立場と考え方を代弁すること

①強く望む ②望む ③あまり望まない ④まったく望まない

7) 主治医に対して、職場の諸制度や実情をわかりやすく説明すること

①強く望む ②望む ③あまり望まない ④まったく望まない

8) 事業者側より、当該労働者（精神障害を有する労働者）の側に立って、職場での対応を行うこと

①強く望む ②望む ③あまり望まない ④まったく望まない

9) 主治医の意見を踏まえた上で、職場の実情をも考慮した意見を、職場に対して述べること

①強く望む ②望む ③あまり望まない ④まったく望まない

16. 医療専門職がいない職場における、職場と主治医の情報交換について、好事例やご意見があればお書きください。

労災疾病臨床研究事業費補助金  
(総括・分担) 研究報告書

医療と労働衛生の連携効果に関するフィールド調査

研究分担者 久保達彦 産業医科大学医学部公衆衛生学 講師  
研究協力者 藤野善久 産業医科大学医学部公衆衛生学 准教授  
研究協力者 村松圭司 産業医科大学医学部公衆衛生学 特任助教  
研究協力者 大谷 誠 産業医科大学産業保健データサイエンスセンター 助教  
研究協力者 松田晋哉 産業医科大学医学部公衆衛生学 教授

研究要旨：主治医による就業支援の実施状況及びその効果について、2つのフィールド調査を計画し実施した。A) 主治医と産業医の連携効果に関する実態調査（インターネット調査）では、患者の視点から現状における連携の実態やニーズを調査した。定期通院中就業者の61%が就業に伴う何らかの健康不安を感じている一方、主治医と職場の文書連携の実施率は23%に止まっている等の実態が明らかにされる一方で、医療と職場の連携は、一律に実施されるべきものではなく、一定の配慮や不利益予防を担保した形でよりターゲットを絞って実施されることの必要性が伺われた。B) 休職期間と医療費等の関連に関する調査（医療レセプト調査）では支払者目線で傷病給付手当金給付者を対象として、給付期間と医療費の関連を調査した。これにより、早期復職者（傷病給付手当金給付期間が3ヶ月以内の者）は長期復職群（同一年以上給付の者）と比較して医療費換算で休職期間中に月あたり1.8倍の医療サービスを受けていること、一方で早期復職は累計医療費が長期復職群と比較して総額医療費は84%減となることが明らかとなつた。各データは医療と労働衛生の連携強化策の必要性とメリットを強く示唆して

A. 研究目的

平成24年6月に策定された「がん対策推進基本計画」では「働くことが可能かつ働く意欲のあるがん患者が働くよう、医療従事者、産業医、事業者等との情報共有や連携の下、プライバシー保護にも配慮しつつ、治療と職業生活の両立を支援するための仕組みについて検討」するとしている  
(1)。そして取り組むべき施策として、医療機関（主治医）には「過度な業務負担とならないよう健康確保を図った上で、患者が働きながら治療を受けられるように配慮するよう努めること」を、また事業者（産業医）には「がん患者が働きながら治療や療養できる環境の整備」を求めている。

これらの実現のためには医療機関と事業者の患者毎の連携が不可欠であり、すなわちそれぞれの組織の情報窓口および医学的配慮の連携調整者としての期待が主治医と産業医（産業保健スタッフ）に寄せられている。

同基本計画においては一方で、「限られた予算を最大限有効に活用すること」の重要性が指摘され施策の「選択と集中の強化、各施策の重複排除と関係府省間の連携強化を図るとともに、官民の役割と費用負担の分担を図る」ことも指摘されている。

これらの議論はがん以外の疾患に罹患者の労働者にもすべからく当てはまるものである。

労災疾病臨床研究事業費補助金  
(総括・分担) 研究報告書

このような経緯に基づき、今後、医療従事者、産業医、事業者等の連携を更に進めていくためには、関係ステークホルダーが立場をこえて共有可能な連携の評価指標を設定することがまず必要と思慮される。さらに、その評価指標を中心にしつつ連携に参加するステークホルダー毎の興味に叶う各種効果に対する検証が必要である。そこで今回、以下にあげる課題の達成を目的として研究を実施した。

**課題 1**：本課題の検証に係る概念モデルを構築し、関係施策間で共有できる効果指標の枠組みを整理・構築する。

**課題 2**：医療と労働衛生の連携に関するフィールド調査を実施する。連携効果の検証では課題 1 の検討結果（効果指標）を参考にしつつ、患者目線に基づいて本課題の関連実態を明らかにするインターネット調査と、保険者・支払い側目線に基づいて実施する医療レセプト分析調査の 2 つを計画する。

## B. 研究方法

### **課題 1 研究概念モデルの構築**

関連文献のナラティブレビューを実施した後、専門の異なる7名の研究者からなるフォーカスグループを構築して検討を実施した。フォーカスグループのメンバーと各専門分野は以下の通りである。

1. 久保達彦（産業医学）
2. 松田晋哉（医療政策学）
3. 藤野善久（疫学）
4. 村松圭司（医療情報学）
5. 大谷誠（医療情報学）

6. 林田賢史（医療経済学）
7. 村上玄樹（病院経営管理学）
8. 小堀伸一郎（臨床医療（内科学））

**課題 2** 以下 2 つの調査を計画した。

#### **A) インターネット調査**

##### **（患者目線に基づく実態調査）**

**標題：** 主治医と産業医の連携効果に関する実態調査

**概要：** インターネットを用いたパネル調査によって、現状において我が国で患者が主治医による就業支援（指導、連携等）をどの程度得ているか、またその支援がどの程度、職場での健康配慮に実際につながっているか、患者は支援をどのように評価しているか等の実態調査を実施した。本年度はベースラインを実施し、次年度に追跡調査を行い、就業支援が実施されている群とされていない群での健康及び就業の状況等を比較した。対象はインターネット調査会社（会社名：株式会社ネオマーケティング、本社所在地：東京都渋谷区）に自動的に登録している市民で、以下の基準を満たす者とした。

**基準 (Inclusion criteria) :** 就業中労働者で、かつ定期的な通院をしている男女。年齢は 20～69 歳。

**対象者：** 2395 名（男性 75.4%、平均年齢 48.8 歳（21～69 歳））

**調査期間：** ベースライン調査を平成 27 年 2 月～3 月の間に実施した。追跡調査は 3 ヶ月（平成 27 年 5～6 月）を目処に実施予定。

**調査項目：** ベースライン調査に用いた調査票を資料 2 に示す。

課題 2

B) 医療レセプト分析調査

(保険者・支払い側目線実態調査)

**標題：** 休職期間と医療費等の関連に関する調査

**概要：** 某企業健康保険組合（本人加入者約 24,000 人）が保有する医科レセプトデータと傷病給付手当金給付履歴に関するデータを用いて、休職期間（傷病給付手当金給付履歴から推定）の長短と医療費の関連を評価した。

解析対象は、2008 年 10 月～2012 年 8 月の間にメンタルヘルス疾患にて傷病給付手当金の給付を開始され、レセプトデータとの結合が可能であった 319 人の記録である。

(倫理面への配慮)

課題 1 は研究者によるディスカッションによる研究であり被験者の参加はないため倫理面での配慮は発生しない。課題 2 については、2 つの調査についてそれぞれ産業医科大学倫理審査員会による審査を受け承認を得た。

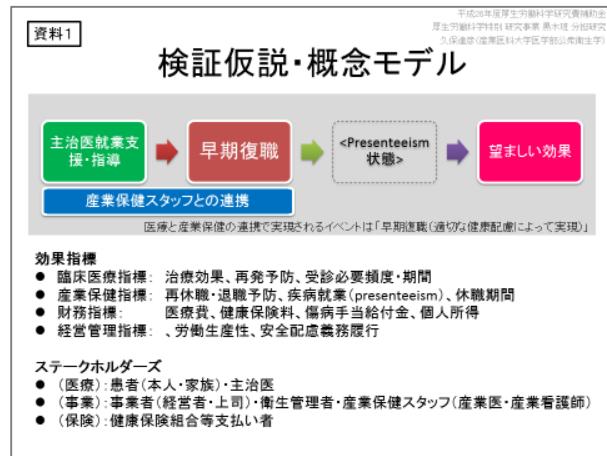
C. 研究結果

課題 1 研究概念モデルの構築

過去の研究において、就業は健康に良好な影響を与える（3, 4）、疾病予後にも良好な影響を与えること（5, 6）。また、疾病を抱える労働者が復職する際の障害は、疾病の医学生物学的な要因よりも、労働環境との不適応が大きく（7）、就業配慮は復職に効果的である（8）ことが報告されている。これらの知見を踏まえてフォーカスグループで検討を行い以下の概念モ

デルを構築した。

(資料 1) 検証仮説・概念モデル



すなわち、医療と産業保健の連携で実現されるイベントを早期復職（適切な健康配慮によって実現）と想定した。

更に早期復職によって一時的に疾病就業（presenteeism: 働いてはいるが健康問題によって労働生産性の低下が一定程度存在する状態）の状態が生まれ、この時期には就業配慮が特に必要となる。この時期を就業配慮等によって労働と健康の調和した状態で経過することで、最終的に種々の望ましい効果につながると想定した。

そしてその際の効果とは、以下の 4 つの効果指標に分類されると整理した。

- 1) 臨床医療指標： 治療効果、再発予防、受診必要頻度・期間
- 2) 産業保健指標： 再休職・退職予防、疾病就業 (presenteeism)、休職期間
- 3) 財務指標： 医療費、健康保険料、傷病手当給付金、給与
- 4) 経営管理指標： 労働生産性、安全配慮義務履行

## 課題2

A) 主治医と産業医の連携効果に関する実態調査（インターネット調査）

### ● 調査集計結果を資料3に示す。

対象は医療機関に通院中の労働者 2395 名（男性 75.4%、平均年齢 48.8 歳（21-69 歳）である。対象者は全都道府県に分布し、雇用形態は正規が 60% と最も多かったが、パート（15%）や自営（14%）についてもまとまったサンプル数が確保された。業務内容はデスクワークが 56%、対人業務が 22%、身体業務（生産等）が 22% で、年収も 300-500 万円を中心として 1000 万円超まで幅広く分布していた。すなわち、雇用形態等の見地からは極端な偏りはないサンプルが得られた。

対象者の疾病状況としては、メンタルヘルス疾患が 24%、生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質代謝異常症）が 29% で、それぞれ 2 割を超えていた。筋骨格系疾患（6%）は悪性腫瘍（3%）や脳心臓疾患（3%）よりも対象者数が多かった。困っている主な症状としては痛みに関することが最多 17% で、次いで体力低下・気分不良（11%）、心の健康（11%）、睡眠（8%）などであった。多くの先行研究が、presenteeism に最も影響する因子として筋骨格系疾患や痛みを報告しているが、今回の調査でも同様の傾向がうかがわれた。

就業状況について、23% が半年以内に健康問題による休職を経験していた。休職経験者 549 名のうち、休職期間の合計は半年間で 5 日以内が最多で 46% であったが、1 月以上の者も 26% 認めた。

主治医による就業状況の把握について、

定期通院中就業者が主治医と仕事の話をする割合は 47%、主治医が勤務先を把握している割合は 53% といずれも半数ほどであったが、45% の患者は主治医が作業内容をある程度把握されており、職場健康管理について指導等を受けている者も 43% いた。

就業上の健康不安や支障について、通院中就業者の 61% は何らかの健康上の心配を感じながら就業していた。また 33% の者が健康状態を理由に退職や配置転換について考えていた。

事業所の状況としては、産業医専任が必要な事業所に勤務する者が約半数（53%）であった。健康管理担当者の専任について、専任されているという回答が多かったのは、産業医（36%）、衛生管理者（29%）、産業看護師（18%）の順であった。実際は衛生管理者のほうが専任基準が厳しく設定されているため、これは専任に伴う従業員認知度が、産業医のほうが衛生管理者よりも高いことを示しているのかもしれない。産業看護師は専任が法的要件ではないため、産業医よりも実際の専任割合も低い可能性が考えられた。

産業保健スタッフによる面談受診について、産業医がいる事業所に勤務する定期通院中就業者の 49% は産業医による面談を受けていたが、産業看護師が専任されている事業所に勤務する定期通院中就業者の 56% が産業看護師による面談を受けしており、産業医よりも看護師のほうがやや面談実施割合が高い傾向にあった。

医療と職場の連携について、主治医が作成した文書（診断書、診療情報提供書等）が勤務先に提供された定期通院中就業者

## 労災疾病臨床研究事業費補助金 (総括・分担) 研究報告書

は23%に止まり、77%は文書による連携が取られていなかった。その際の文書の提出先は勤務先部署の上司が最多57%で、健康管理部門21%を大きく上回った。医師文書の発行は、勤務先からの求めが62%と最多だが、自主提出も31%存在した。文書料については、24%が勤務先負担、59%が患者負担、17%が医療機関料金未請求であった。

医療機関と職場の面談や電話による連携については、定期通院中就業者の12%で行われていた。電話連携の場合、勤務先担当者は上司（勤務部門）が最多で60%、人事が36%、産業医は23%、産業看護師は10%であった。面談連携の場合も、勤務先担当者は上司（勤務部門）が最多で42%、人事が36%、産業医は27%、産業看護師は12%の順であった。

主治医から職場への情報提供の内容について、対象者の83%は記載内容をある程度、把握していた。一方、把握されていなかったこれら文書中に就業措置に関する記述があるのは12-17%程度（推定8割以下）に止まっていた。

また対象者の75%は主治医の本人に対する指導内容を勤務先には報告していなかった。

就業措置の検討について、職場で業務の調整や健康配慮を話し合う機会があった者は対象者の24%であった。就業措置・健康配慮の検討参加者は勤務部門上司が最多で80%、人事26%、産業医16%であった。また就業措置・配慮の対象としては、勤務時間（12%）、業務量（10%）、業務内容（6%）、体調声掛け確認（6%）、勤務場所変更（5%）の順に多かった。

定期通院中就業者は就業不安の内容としては、できない業務の発生49%、就業に伴う疾病の悪化39%、雇用機会の喪失38%、上司理解36%、同僚理解31%が多かった。

主治医による就業支援に対する患者からのニーズについては、職場状況を踏まえた治療選択45%、仕事を行う上で注意点等指導52%、主治医から職場への情報提供43%の対象者でそれぞれ認められた。

### B) 休職期間と医療費等の関連に関する調査（医療レセプト分析調査）

#### ● 調査集計結果を資料4に示す。

対象は319名（男子絵69.3%、平均年齢36.6歳）の傷病給付手当金受給者である。

給付、休職の原因となった疾患は、気分〔感情〕障害が最多で73.7%であった。

傷病給付手当金の給付期間は、平均230日であった。給付期間を90日以内、一年以内、それ以上と3つの区分に分けて月あたりの平均をもって医療受給を解析した結果、以下の結果が得られた。

- ① 給付開始前の期間は、給付期間の群間で医療受給状態に有意差はなかった。
- ② 給付期間中（休職中）は、短期間給付群（早期復職群）は中期間給付群、長期間給付群（長期休職群）と比較して、「外来受診回数」「外来点数（外来医療費）」「調剤点数（調剤医療費）」「点数総額（総医療費）」が有意に高値だった。
- ③ 給付開始後（復職後）は、長期間給付群（長期休職群）では「外来受診回数」「外来点数（外来医療費）」が他群と

比較して有意に高値で、また「調剤点数（調剤医療費）」は短期復職群と比較して、「点数総額（総医療費）」は中期間給付群と比較してそれ有意に高値であった。

確認のため、制度が認定する給付打ち切り直前に復職した対象者を除外して解析を実施した。結果は概ね同様の傾向であった。

さらに休職期間の長短を考慮して期間累計（給付前6月+給付期間中+給付終了後6ヶ月）で医療費の総額平均を評価すると、医療費は、短期間給付群（早期復職群）で36161点、中期間給付群で48172点、長期間給付群（長期休職群）で105167となり、長期復職群で圧倒的に高額となっていた。

給付期間群間で性、年齢、給付理由（疾患分類）に有意な差は認められなかった。

#### D. 考察

**課題1** 研究概念モデルの構築について、早期復職をpathwayの中に設定することについて、充分な治療を経ずに復職を促すことに推奨しているように誤解されるのではないかという指摘が臨床専門医からあった。研究の政策応用時にも課題となる重要な指摘であるが、現状では医療と産業保健の連携はまず無理な復職を避けようとする安全サイドにたった主旨で検討が開始されることが一般的である。よって、本課題が目指す連携が開始された場合には、結果的により多くの対象者（医療を受けつつ就業する労働者）に、無理な復職ではなく、より安全サイドにたった視点から開始される就業措置検討を受ける契機

となることが予想される。既に主治医による就業支援書（FitNote）を制度的に導入している英国の事例をみても、特に主治医のメンタリティーはまず患者保護からはじまり、それが就業支援に向かうまでには長い経過を要している（9, 10）。日本においても患者保護から就業支援に指導の軸足が動くまでには時間がかかると予想される。また、高齢化に伴い慢性疾患が増加している我が国の現状に照らして、今後は従来からのような「完治した状態での復職」より「適切な就業配慮により、完治を待たずとも安全・安心に就業できる復職」があるべき姿と考えられる。以上のことから、概念モデルの中心に早期復職というサロゲートマーカーをおく設定は、政策的研究事業の概念モデルとして、患者保護的観点からも受け入れ可能と結論した。なお休職者以外ではそもそも復職が発生しないが、概念モデルを単純化して理解されやすくする意図と、まずニーズが高い集団を対象にする主旨から今回の設定を採用した。

効果指標について、整理された多様な効果指標の間で指標同士が対立することも議論された（例：休職期間短縮と安全配慮義務、傷病手当給付金（健保の支出）と給与（会社の支出）等）。このことは、医療と労働衛生の連携の推進においては、多様なステークホルダーの視点・利害を踏まえた総合的な企画意図の整理と共有が不可欠であることを改めて示唆するものであった。これらの指標について、現状においては各ステークホルダーは自組織内の評価指標しか参照していない（それしか入手できない）ことが想定される。今後、ステークホルダー間で各種効果指標の共有・相

互開示していくことが連携推進に資すると考えられた。

#### 課題2 A) 主治医と産業医の連携効果に関する実態調査（インターネット調査）

対象者について、その背景特性情報から、多様なサンプルが効率的に収集されたものと考えられた。この調査により、通院中就業労働者が置かれる状況が医療と労働衛生の連携の視点から記述された。

現状では主治医が通院中就業労働者の就業業務を概ね把握している割合は45%、職場での健康管理について指導等が与えられている者は43%であった。実態として就業措置が必要と思われる状況・状態にあわせて問診が行われ助言が行われている可能性が伺われる。一方で定期通院中就業者の61%は何らかの健康状態に不安を感じながら就業しており、単純計算で少なくとも18%の通院中患者は就業上の健康不安があるなか医師の助言・指導を得られぬまま就業していることが明らかとなつた。

さらに、主治医が作成した文書（診断書、診療情報提供書等）が勤務先に提供された定期通院中就業者は全体の23%に止まっている。すなわち77%では文書による連携は取られておらず、また対象者の75%は主治医から本人の健康状態に関する指導を勤務先に自ら報告していなかった。医療と産業保健（職場）の連携効果を着実にあげるためにには診察室での患者指導に止めず、文書の発行等により着実に連携を行うことが重要と考えられた。

主治医から職場への情報提供が実施された場合、その内容について83%と多く

の者がその内容を把握していた。患者・労働者権利保護の観点から不利益な情報が職場に一方的に報告されてしまうことを避けるために、患者自身による内容把握は重要である。

通院中就業労働者において、職場で業務の調整や健康配慮を話し合う機会があつた者は対象者の24%であった。この数値は主治医作成文書の職場提供割合23%に近い。次年度に実施される追跡調査等では、文書発行を伴う介入があった者と文書がなかったもので、就業状態等に差が生じるかを検証する。

主治医による就業支援に関する患者ニーズについて、仕事を踏まえた治療選択配慮（45%）、仕事を行う上での注意点等指導（52%）、職場への情報提供（43%）について調査を実施したが、ニーズがあるとする回答は総じて半数程度に止まった。またいずれの質問についても、どちらとも言えないという回答が35～40%という高い割合で認めた。健康状態が職場に伝わることに伴う不利益も26%の対象者が懸念していた。これらの数値割合は、医療と職場の連携は、一律に実施されるべきものではなく、一定の配慮や不利益予防を担保した形でよりターゲットを絞って実施されることの必要性を示唆する所見であるのかもしれない。追跡調査をもとに連携強化が効果的なターゲットの絞り込みを実施する。

#### 課題2 B) 休職期間と医療費等の関連に関する調査（医療レセプト分析調査）

解析の結果、月あたりの平均医療費で評価した場合、①給付開始前の期間は、給付

期間の群間で医療受給状態に有意差はないが、②給付期間中（休職中）は、短期間給付群（早期復職群）は中期間給付群、長期間給付群（長期休職群）と比較して、「外来受診回数」が多く、「外来医療費」「調剤点数」「総医療費」が有意に高額であった。更に、③給付開始後（復職後）は、長期間給付群（長期休職群）では「外来受診回数」が多く「外来医療費」が有意に高額で、また「調剤医療費」は短期復職群と比較して、「点数総額（総医療費）」は中期間給付群と比較してそれぞれ有意に高値であった。更に、休職期間を考慮して期間累計（給付前6ヶ月+給付期間中+給付終了後6ヶ月）で医療費の累計を評価すると、圧倒的に長期復職群で累計の医療費は高額（2.9倍）であった。

この結果の解釈について、まず重要なimitationとして保険データには重症度を含む臨床データは登録されていない。そのためレセプトデータ分析においては一般的に重症度の特定は“重症例にしか実施しないような特定の医療行為の実施有無”や、“医療費の多寡”をもって評価・議論される。（正確には医療費多寡による評価は、重症度ではなく複雑性（医療資源の必要性）の評価指標として取り扱われているが、近接する概念である。）一方で、今回の分析結果では給付期間中の月平均医療費は、給付期間前と比べて短・中・長期群でそれぞれ4.4倍、2.9倍、2.3倍に跳ね上がっていた。仮にこれらの変動が重症度を反映しているのであれば、長期群で最も医療費が高額となるはずであるが結果は逆の傾向を示している。また重症度ないし複雑性が、傷病給付手当金の給付期間区分によって

これだけ劇的に変化する原因が精神病理学的な変化にあるとは考えにくく、おそらくこの医療費の変化は医療アクセスなどの社会経済的要因が大きな影響を与えている可能性が思慮される。この解釈に基づき、今回の研究結果が示唆す知見を実際の患者管理に向けたメッセージ（clinical implications）として、以下に列举する。

#### <Clinical implications>

A) 早期復職者は休職開始時に充分な医療を受給している

早期復職者は長期復職群と比較して医療費換算で休職期間中に月あたり1.8倍の医療サービスを受けていた。休職直後の時期に、産業医等（保健）と主治医（医療）が連携しスムーズに充分な医療を休職労働者に提供することは、早期復職の達成に資する可能性がある。

B) 早期復職は医療費を抑制する

傷病給付手当金給付期間が3ヶ月以内の症例は、一年以上給付の長期復職群と比較して総額医療費は84%減であり、一年以内給付の中長期復職群と比較しても9.2%減であった。

早期復職は患者の視点にたてば早期社会復帰によるQOLの確保や、経済的には医療費の節約のみならず給与所得の確保に貢献する。支払い側の視点からも、早期復職の実現は医療費及び傷病給付手当金の支出抑制につながるのみならず、給与所得の発生に伴う保険料収入の確保にも資する。

C) 医療と労働衛生の連携強化が早期復職を実現する

短期復職者は休職後に医療費が4.4

倍に跳ね上がるが、この変動は重症度の変化ではなく、保健と医療の連動がスムーズに行われた結果と思慮される。また過去の報告において、復職の支障としては疾病の医学生物学的な要因よりも、労働環境との不適応が大きいという報告がある(7)。これらいずれもが早期復職に向けた医療と労働衛生(保健)の連動の効果を示唆している。

早期復職は、臨床医療指標(早期復職)、産業保健指標(休職期間短縮)、財務指標(医療費、健康保険料、給与)、経営管理指標(労働力確保)いずれの視点にも応えるサロゲートマーカーである可能性があり、その実現に向けて医療と労働衛生の具体的な連携強化策の実施が期待されている。

#### E. 結論

3つの研究を実施した。

**課題1** 研究概念モデルの構築では、早期復職をサロゲートマーカーとして、効果指標群を4つに整理した。連携強化に向けて今後、これらの指標の相互開示・共有の進展が期待される。

**課題2A)** 主治医と産業医の連携効果に関する実態調査(インターネット調査)では、患者の視点から現状における連携の実態やニーズを調査した。連携の強化に多くの余地が残っていることが明らかにされる一方、結果から医療と職場の連携は、一律に実施されるべきものではなく、一定の配慮や不利益予防を担保した形でよりターゲットを絞って実施されることの必

要性が伺われた。次年度に実施予定の追跡調査によって知見を深める計画である。

**課題2B)** 休職期間と医療費等の関連に関する調査(医療レセプト分析調査)では支払者目線で傷病給付手当金給付者を対象として、給付期間と医療費の関連を調査した。これにより、早期復職者(傷病給付手当金給付期間が3ヶ月以内の者)は長期復職群(同一年以上給付の者)と比較して医療費換算で休職期間中に月あたり1.8倍の医療サービスを受けていること、一方で早期復職は累計医療費が長期復職群と比較して総額医療費は84%減となることが明らかとなった。短期復職者は休職後に医療費が4.4倍に跳ね上がつており、このことは重症度ではなく、保健と医療の連動がスムーズに行われた結果と思慮された。

各データは医療と労働衛生の連携強化の具体策の必要性と導入に伴う多様な効果の存在を強く示唆していた。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録

労災疾病臨床研究事業費補助金  
(総括・分担) 研究報告書

なし  
3. その他  
なし

参考文献・資料

- (1) 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課：がん対策推進基本計画、平成24(2012)年6月8日  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002bp3v.html>  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan\\_keikaku02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf)
- (2) 厚生労働省：治療と職業生活の両立等の支援に関する検討会報告書  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ecf1-att/2r9852000002ecj9.pdf>
- (3) Waddell G, et. al. Is work good for your health and well-being? 2006.
- (4) Black CM, et. al. Health at work : an independent review of sickness absence. 2011.
- (5) Chorus AM, et. al. Annals of the rheumatic diseases. 2003.
- (6) Feuerstein M, et. al. Pain. 2003.  
<http://www.nrat.or.jp/tomonokai/top.html>
- (7) de Croon EM, et. al. Annals of the rheumatic diseases. 2004.
- (8) van Duijn M, et. al. J Rehabil Med. 2008.
- (9) 久保 達彦ら. 英国の産業医制度と産業医アクセス確保政策としての Fit Note. 産業医科大学雑誌 2013.  
[https://www.jstage.jst.go.jp/article/juoeh/35/4/35\\_299/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/juoeh/35/4/35_299/_pdf)
- (10) 藤野 善久, 久保 達彦ら. 英国における就業支援制度-Statement of Fitness for Work-導入の背景と運用に関する調査報告. 産業医科大学雑誌 2013.  
[https://www.jstage.jst.go.jp/article/juoeh/35/4/35\\_291/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/juoeh/35/4/35_291/_pdf)

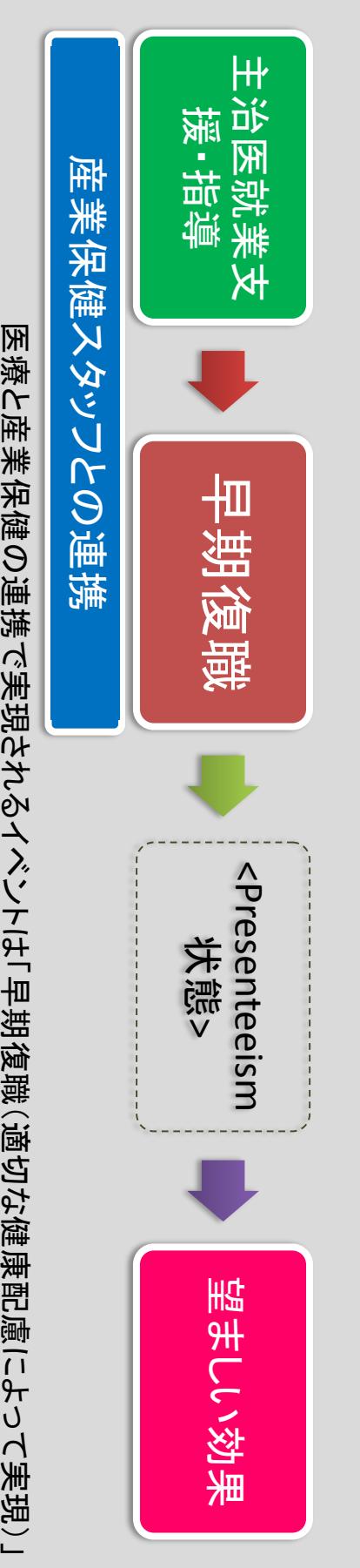
資料1 検証仮説・概念モデル

資料2 調査票-主治医と産業医の連携効果に関する実態調査(インターネット調査)

資料3 調査結果-主治医と産業医の連携効果に関する実態調査(インターネット調査)

資料4 調査結果-休職期間と医療費等の関連に関する調査(医療レセプト分析調査)

# 検証仮説・概念モデル



## 効果指標

- 臨床医療指標：治療効果、再発予防、受診必要頻度・期間
- 産業保健指標：再休職・退職予防、疾病就業(presenteeism)、休職期間
- 財務指標：医療費、健康保険料、傷病手当給付金、個人所得
- 経営管理指標：労働生産性、安全配慮義務履行

## ステークホルダーズ

- (医療)：患者(本人・家族)・主治医
- (事業)：事業者(経営者・上司)・衛生管理者・産業保健スタッフ(産業医・産業看護師)
- (保険)：健康保険組合等支払い者

資料2		主治医と産業医の連携効果に関する実態調査（インターネット調査）（1段目WEB調査）	
性別	全国		
年齢	20代～60代		
性別	男女		

## 【回答形式】

SA=シングルアンサー（單一回答） 表示記号：「○（ラジオボタン）」

MA=マルチアンサー（複数回答） 表示記号：「□（チェックボックス）」

LMA=リミテッドマルチアンサー（制限のある複数回答） 表示記号：「□（チェックボックス）」

FA（OA）=フリーアンサー（自由回答）

MT=マトリクス

設問番号	回答形式	設問文
------	------	-----

## ■スクリーニング

改ページ (F1～F3は1画面表示)

## 全員回答

S1 SA あなたの性別をお答えください。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> 1 男性
<input type="radio"/> 2 女性

S2 NA あなたの年齢をお答えください。  
(お答えは半角数字で) 歳

※半角数字のみ

※19歳以下の方、70歳以上の方は調査終了

S3 SA あなたのお住まいの地域をお答えください。  
(お答えは1つ)

▼ブルダワン
1 北海道
2 青森県
3 岩手県
4 宮城県
5 秋田県
6 山形県
7 福島県
8 茨城県
9 栃木県
10 群馬県
11 埼玉県
12 千葉県
13 東京都
14 神奈川県
15 新潟県
16 富山県
17 石川県
18 福井県

19 山梨県
20 長野県
21 岐阜県
22 静岡県
23 愛知県
24 三重県
25 滋賀県
26 京都府
27 大阪府
28 兵庫県
29 奈良県
30 和歌山県
31 熊本県
32 鹿児島県
33 佐賀県
34 宮崎県
35 山口県
36 徳島県
37 香川県

38 愛媛県
39 高知県
40 福岡県
41 佐賀県
42 長崎県
43 熊本県
44 大分県
45 宮崎県
46 鹿児島県
47 沖縄県
48 海外

→調査終了

## 全員回答

SC1 SA あなたのお勤め先の雇用形態についてお答えください。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> 1 正規
<input type="radio"/> 2 非正規（派遣労働、契約社員）
<input type="radio"/> 3 パート・アルバイト
<input type="radio"/> 4 自営業
<input type="radio"/> 5 請負（業務委託）
<input type="radio"/> 6嘱託
<input type="radio"/> 7 その他
<input type="radio"/> 8 働いていない

→調査終了  
→調査終了

## 全員回答

SC2 SA このアンケートには、あなたの健康状態についてお聞きする質問がございます。  
ご協力いただけますか。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> 1 協力する
<input type="radio"/> 2 協力できない

→調査終了

## 全員回答

SC3 SA あなたは現在、定期的な医療機関の受診をしていますか。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> 1 はい
<input type="radio"/> 2 いいえ

→調査終了

## 全員回答

SC4 SA あなたが定期通院中の健康問題は、以下のどれに該当しますか。  
(お答えは1つ)  
※複数の状態で定期通院中の方は、通院頻度が最も高いものを1つお答えください。

<input type="radio"/> 1 心の病気（うつ、統合失調症など）
<input type="radio"/> 2 糖尿病、高血圧、高脂血症（生活習慣病）
<input type="radio"/> 3 心臓病
<input type="radio"/> 4 脳卒中
<input type="radio"/> 5 ケガ・筋肉や骨の病気（筋骨格系疾患）
<input type="radio"/> 6 がん（悪性腫瘍）
<input type="radio"/> 7 慢性腎不全
<input type="radio"/> 8 妊娠・出産
<input type="radio"/> 9 その他の身体疾患（具体的に ）

■本調査

全員回答

改ページ

以降の設問は、現在あなたが定期通院中の健康問題に関してお答えください。

Q1 SA あなたが最も困る症状は、次のなかのどれに近いですか。一番近い項目を選択してください。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> ○1 痛みに関すること
<input type="radio"/> ○2 体の動きや移動に関すること
<input type="radio"/> ○3 きつさ・体力低下・食欲・発熱・めまい・気分不良に関するこ
<input type="radio"/> ○4 トイレや排泄に関するこ
<input type="radio"/> ○5 心の健康に関するこ
<input type="radio"/> ○6 肌、頭髪、美音に関するこ
<input type="radio"/> ○7 睡眠に関するこ
<input type="radio"/> ○8 眼に関するこ
<input type="radio"/> ○9 鼻に関するこ
<input type="radio"/> ○10 耳に関するこ
<input type="radio"/> ○11 妊娠・出産に関するこ
<input type="radio"/> ○12 その他(具体的に: )
<input type="radio"/> ○13 症状はない

全員回答

改ページ

Q2 SA 定期通院中の健康問題で、あなたが最初に医療機関を受診したのはいつ頃ですか。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> ○1 1ヶ月以内
<input type="radio"/> ○2 3ヶ月以内(2~3ヶ月前)
<input type="radio"/> ○3 半年以内(4~6ヶ月前)
<input type="radio"/> ○4 1年以内(7~12ヶ月前)
<input type="radio"/> ○5 1年より前(13ヶ月以前)

全員回答

改ページ

Q3 SA 最近の通院頻度について、一番近い項目を選択してください。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> ○1 毎週(1週間に1回程度、またはそれ以上の頻度)
<input type="radio"/> ○2 2週間に1回程度
<input type="radio"/> ○3 毎月(1ヶ月に1回程度)
<input type="radio"/> ○4 2~3ヶ月に1回程度
<input type="radio"/> ○5 半年毎
<input type="radio"/> ○6 毎年(1年に1回、またはそれ以下の頻度)

全員回答

改ページ

Q4 SA 今後、通院が必要な期間の見込みについて、一番近いと思われる項目を選択してください。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> ○1 半年以内(1~6ヶ月)に通院が終了する見込み
<input type="radio"/> ○2 半年以上(7ヶ月以上)かかる見込み
<input type="radio"/> ○3 分からない

全員回答

改ページ

Q5 SA 通院中の健康問題について、あなたは過去6ヶ月以内に入院による診療を受けましたか。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> ○1 はい(現在も入院をしている)
<input type="radio"/> ○2 はい(現在は入院していない)
<input type="radio"/> ○3 いいえ

Q5にて、○1、○2にオンのある方のみ表示

改ページ

Q6 SA あなたが過去6ヶ月以内に受けた入院治療の合計期間について、お答えください。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> ○1 2週間以内(14日以下)
<input type="radio"/> ○2 1ヶ月未満(15日以上30日未満)
<input type="radio"/> ○3 1ヶ月以上(30日以上)

全員回答

改ページ

Q7 SA 通院中の健康問題が原因で、あなたは過去6ヶ月以内に仕事を休んだことがありますか。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> ○1 ある
<input type="radio"/> ○2 ない

Q7にて○1にオンのある方のみ表示

改ページ

Q8 SA 過去6ヶ月以内に休職した(仕事を休んだ)日数の合計期間について、お答えください。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> ○1 5日以下
<input type="radio"/> ○2 6日~10日
<input type="radio"/> ○3 11日~30日
<input type="radio"/> ○4 31日以上(1ヶ月以上)

全員回答

改ページ

Q9 SA あなたは、ご自身の仕事について主治医と話をしたことがありますか。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> ○1 ある
<input type="radio"/> ○2 ない
<input type="radio"/> ○3 見えていない

**全員回答** 改ページ

Q10 SA 主治医はあなたの職業（勤務先会社名等）を把握していますか。  
(お答えは1つ)

○1	把握している
○2	おそらく把握している
○3	おそらく把握していない
○4	把握していない
○5	分からぬ

**全員回答** 改ページ

Q11 SA 主治医はあなたが仕事で行う業務の内容（具体的な作業の内容や心身への負荷）を把握していますか。  
(お答えは1つ)

○1	把握している
○2	おそらく把握している
○3	おそらく把握していない
○4	把握していない
○5	分からぬ

**全員回答** 改ページ

Q12 SA 職場におけるあなたの健康問題の管理について、あなたは主治医から助言や指導を受けたことがありますか。  
(お答えは1つ)

○1	ある
○2	ない
○3	覚えていない

**全員回答** 改ページ

Q13 SA あなたは最近1ヶ月で、体調や健康に関して困っていることや、不安がある状態で、仕事をすることはどれくらいありましたか。  
(お答えは1つ)

○1	全くない
○2	月に1日か、それより少ない
○3	週に1日程度
○4	週に2日以上
○5	ほぼ毎日

**全員回答** 改ページ

Q14 SAMT 普段の体調の良い時と比べ、体調が悪い時に次のようなことは、どのくらいありましたか。  
(お答えはそれぞれ1つずつ)

	ほ ぼ 毎 日 あ つ た	週 に 2 日 以 上	週 に 1 日 程 度	そ れ に よ り 日 少 か 、 な い	全 く な い
Q14-1 社交的に振る舞えなかった	○1	○2	○3	○4	○5
Q14-2 ていねいに仕事をすることができなかつた	○1	○2	○3	○4	○5
Q14-3 考えがまとまらなかつた	○1	○2	○3	○4	○5
Q14-4 仕事を中断する回数が増えた	○1	○2	○3	○4	○5
Q14-5 仕事がうまくいかないと感じた	○1	○2	○3	○4	○5
Q14-6 冷静に判断することができなかつた	○1	○2	○3	○4	○5
Q14-7 自発的に仕事ができなかつた	○1	○2	○3	○4	○5
Q14-8 健康状態が理由で、転職、退職、配属転換を考えた	○1	○2	○3	○4	○5

**全員回答** 改ページ

Q15 SN 体調の良い時と比べて、体調が悪い時の仕事は平均すると、どれくらいできていましたか。  
※できていない（仕事を休んだ時と同じ）時を0%、出来ている（普段と同じ）時を100%としてお答えください。  
(お答えは半角数字で)

※半角数字のみ（0～100の入力制御）

**全員回答** 改ページ

Q16 SN 体調の良い時にする60分の労働は、体調の悪い時ではどれくらいの時間を要しますか。  
(お答えは半角数字で)

※半角数字のみ

**全員回答** 改ページ

Q17 SAMT 過去1ヶ月の仕事の生産性についてお聞きします。健康上の問題により、影響した頻度をそれぞれについてお答えください。  
(お答えはそれぞれ1つずつ)

	い つ も	ほ と ん ど	と き ど き	あ ま り な い	全 く な い
Q17-1 大変な仕事も終えることができた	○1	○2	○3	○4	○5
Q17-2 注意力が散漫であった	○1	○2	○3	○4	○5
Q17-3 仕事の目標達成に集中することができた	○1	○2	○3	○4	○5
Q17-4 仕事をやり終えるのに必要なエネルギーが十分あった	○1	○2	○3	○4	○5
Q17-5 仕事のストレスをコントロールすることが困難だった	○1	○2	○3	○4	○5
Q17-6 仕事を終えることを無理だと感じた	○1	○2	○3	○4	○5
Q17-7 仕事で予想しなかった問題に直面したとき、解決に向けて備	○1	○2	○3	○4	○5
Q17-8 仕事の合間に休息を必要とした	○1	○2	○3	○4	○5
Q17-9 共同作業において、他の人と協力して仕事ができた	○1	○2	○3	○4	○5
Q17-10 眠れずに疲れていた	○1	○2	○3	○4	○5

[全員回答](#) [改ページ](#)

Q18 SA あなたの勤務する事業所の社員数（他部署も含め同じ敷地内で働いている職場全体の人数）は何人ですか。  
(お答えは1つ)

○1	50人未満
○2	50人以上-100人未満
○3	100人以上-300人未満
○4	300人以上-1000人未満
○5	1000人以上

[全員回答](#) [改ページ](#)

Q19 SA あなたの勤務先では、衛生管理者（社員の健康管理等を担当する社員）が選任されていますか。  
(お答えは1つ)

○1	衛生管理者が選任されている
○2	衛生管理者は選任されていない
○3	分からぬ

[全員回答](#) [改ページ](#)

Q20 SA あなたの勤務先では、産業医（社員の健康管理等を担当する医師）が選任されていますか。  
(お答えは1つ)

○1	産業医が選任されていて、常駐している（専属産業医）
○2	産業医はあるが、常駐はしていない（嘱託産業医）
○3	産業医は選任されていない
○4	分からぬ

[Q20にて○1、○2にオンのある方のみ表示](#) [改ページ](#)

Q21 SA あなたは今までに勤務先で産業医（社員の健康管理等を担当する医師）による面談を受けたことがありますか。  
(お答えは1つ)

○1	はい
○2	いいえ

[全員回答](#) [改ページ](#)

Q22 SA あなたの勤務先では、産業看護師（社員の健康管理等を担当する看護師や保健師）が選任されていますか。  
(お答えは1つ)

○1	産業看護師が選任されていて、常駐している。
○2	産業看護師はいるが、常駐はしていない。
○3	産業看護師は選任されていない。
○4	分からぬ

[Q22にて○1、○2にオンのある方のみ表示](#) [改ページ](#)

Q23 SA あなたは今までに勤務先で産業看護師（社員の健康管理等を担当する看護師や保健師）による面談を受けたことがありますか。  
(お答えは1つ)

○1	はい
○2	いいえ

[全員回答](#) [改ページ](#)

Q24 SA あなたの健康状態に関する情報が、主治医が作成した文書（診断書、診療情報提供書等）によって、あなたの勤務先に提供されたことがありますか。  
(お答えは1つ)

○1	ある
○2	ない

**Q24にて○1にオンのある方のみ表示**

Q25 MA 医師が作成した文書を、あなたはどの部門に提出しましたか。  
(お答えはいくつでも)

[改ページ](#)

<input type="checkbox"/> 1	勤務先部署（直属の上司）
<input type="checkbox"/> 2	人事・給与管理部門
<input type="checkbox"/> 3	健康管理部門（上司や人事以外）
<input type="checkbox"/> 4	その他（具体的に）

**Q24にて○1にオンのある方のみ表示**

Q26 MA 職場に提出された主治医文書は誰の求めによって作成された文書ですか。  
(お答えはいくつでも)

[改ページ](#)

<input type="checkbox"/> 1	勤務先から求められた
<input type="checkbox"/> 2	あなたが目的に提出した
<input type="checkbox"/> 3	主治医の勧めによる
<input type="checkbox"/> 4	その他（具体的に）

**Q24にて○1にオンのある方のみ表示**

Q27 SA 勤務先に提出された医師文書について、勤務先から文書発行にかかった料金の補助がありましたか。  
(お答えは1つ)

[改ページ](#)

<input type="radio"/> 1	はい（あなたが立て替えたが、勤務先提出後に勤務先（会社や健康保険組合）から補助があった）
<input type="radio"/> 2	いいえ（あなた自身が負担した（本人））
<input type="radio"/> 3	医療機関から文書料金は請求されていない
<input type="radio"/> 4	その他（具体的に）

**全員回答**

Q28 MA あなたの健康状態について、主治医と勤務先担当者が面会や電話面談による連携をとったことがありますか。  
(お答えはいくつでも)

[改ページ](#)

<input type="checkbox"/> 1	電話で連携した。
<input type="checkbox"/> 2	面会を実施した。
<input type="checkbox"/> 3	電話や面会による連携はとられていない

**Q28□1にオンのある方のみ表示**

Q29-1 MA 主治医と「電話で連携した」際の勤務先担当者は誰ですか。  
(お答えはいくつでも)

[改ページ](#)

<input type="checkbox"/> 1	勤務先部署の上司（勤務部門）
<input type="checkbox"/> 2	人事担当者（人事・給与管理部門）
<input type="checkbox"/> 3	衛生管理者
<input type="checkbox"/> 4	産業医（健康管理室）
<input type="checkbox"/> 5	産業看護師（健康管理室）
<input type="checkbox"/> 6	医療資格（医師・看護師）をもたない健康管理担当者（健康管理室）
<input type="checkbox"/> 7	その他（具体的に）

**Q28□2にオンのある方のみ表示**

Q29-2 MAMT 主治医と「面会を実施した」際の勤務先担当者は誰ですか。  
(お答えはいくつでも)

[改ページ](#)

<input type="checkbox"/> 1	勤務先部署の上司（勤務部門）
<input type="checkbox"/> 2	人事担当者（人事・給与管理部門）
<input type="checkbox"/> 3	衛生管理者
<input type="checkbox"/> 4	産業医（健康管理室）
<input type="checkbox"/> 5	産業看護師（健康管理室）
<input type="checkbox"/> 6	医療資格（医師・看護師）をもたない健康管理担当者（健康管理室）
<input type="checkbox"/> 7	その他（具体的に）

**Q28□1、□2いずれかにオンのある方のみ表示**

Q30 SA あなたの健康状態に関する、主治医から勤務先への情報提供の内容を把握していますか。  
(お答えは1つ)

[改ページ](#)

<input type="radio"/> 1	把握している
<input type="radio"/> 2	ある程度、把握している
<input type="radio"/> 3	ほとんど、把握していない
<input type="radio"/> 4	把握していない

**Q30にて○1、もしくは○2にオンのある方のみ表示**

[改ページ](#)

Q31 MA あなたの健康状態に関する勤務先への情報提供には、どのような事項が含まれていましたか。  
(お答えはいくつでも)

<input type="checkbox"/> 1	病名
<input type="checkbox"/> 2	必要な治療（通院・入院）について
<input type="checkbox"/> 3	必要な休職期間（休職しなければならない日数）
<input type="checkbox"/> 4	病状が治癒・軽快したことについて
<input type="checkbox"/> 5	就業・復職が可能なことについて
<input type="checkbox"/> 6	従事を制限すべき業務について
<input type="checkbox"/> 7	従事が可能な業務・作業について
<input type="checkbox"/> 8	勤務時間の制限について
<input type="checkbox"/> 9	職場での一般的な注意事項について
<input type="checkbox"/> 10	今後の病状の推移に関する見込みについて
<input type="checkbox"/> 11	その他（具体的に ）

**全員回答**

[改ページ](#)

Q32 MA あなたの健康状態に関する主治医からの指導内容等を、あなたが勤務先に報告したことはありますか。  
(お答えはいくつでも)

<input type="checkbox"/> 1	文書で、医師の指導内容を職場上司等に伝えた
<input type="checkbox"/> 2	電子メールで、医師の指導内容を職場上司等に伝えた
<input type="checkbox"/> 3	口頭で、医師の指導内容を職場上司等に伝えた
<input type="checkbox"/> 4	その他（具体的に ）
<input type="checkbox"/> 5	報告したことはない

※排他

**全員回答**

[改ページ](#)

Q33 SA あなたの勤務先で、あなたの健康問題について、業務の調整や健康配慮を話し合う機会はありましたか。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> 1	はい
<input type="radio"/> 2	いいえ

**Q33にて、○1にオンのある方のみ表示**

[改ページ](#)

Q34 MA 業務の調整や健康配慮を話し合った参加者は誰ですか。  
(お答えはいくつでも)

<input type="checkbox"/> 1	勤務先部署の上司（勤務部門）
<input type="checkbox"/> 2	人事担当者（人事・給与管理部門）
<input type="checkbox"/> 3	衛生管理者
<input type="checkbox"/> 4	産業医（健康管理室）
<input type="checkbox"/> 5	産業看護師（健康管理室）
<input type="checkbox"/> 6	医療資格（医師・看護師）をもたない健康管理担当者（健康管理室）
<input type="checkbox"/> 7	その他（具体的に ）

**全員回答**

[改ページ](#)

Q35 MA あなたの健康問題について、職場で以下のような健康配慮が行われたことがありますか。  
(お答えはいくつでも)

<input type="checkbox"/> 1	勤務時間が調整された
<input type="checkbox"/> 2	勤務場所が変更された
<input type="checkbox"/> 3	業務の量が軽減された
<input type="checkbox"/> 4	業務の内容が変更された
<input type="checkbox"/> 5	保護具等の物品が配備された
<input type="checkbox"/> 6	体調の声かけ確認が継続的に実施された
<input type="checkbox"/> 7	その他（具体的に ）
<input type="checkbox"/> 8	職場による健康配慮はない

※排他

**全員回答**

[改ページ](#)

Q36 SA あなたは健康問題を抱えながら働くことについて、懸念や不安を感じたことがありますか。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> 1	強く感じる
<input type="radio"/> 2	やや感じる
<input type="radio"/> 3	どちらとも言えない
<input type="radio"/> 4	あまり感しない
<input type="radio"/> 5	全く感しない

**Q36にて、○1もしくは、○2にオンのある方のみ表示**

[改ページ](#)

Q37 MA あなたが健康問題を抱えながら働くことに関して、実際に感じた懸念や不安を下記からお選び下さい。  
(お答えはいくつでも)

<input type="checkbox"/> 1	体調が理由でできない仕事が発生することについて
<input type="checkbox"/> 2	体調に関する職場上司の理解について
<input type="checkbox"/> 3	体調に関する同僚の理解について
<input type="checkbox"/> 4	健康状態に関する情報が勤務先に伝わることによって生じる不利益について
<input type="checkbox"/> 5	働くことで病気が悪化してしまう可能性について
<input type="checkbox"/> 6	働くことを前提に選択すべき治療方法について
<input type="checkbox"/> 7	治療に伴う副作用等が働き方に与える影響について
<input type="checkbox"/> 8	雇用の継続（働き続けられるか）について
<input type="checkbox"/> 9	自分のキャリア（昇進）への影響について
<input type="checkbox"/> 10	その他（具体的に： ）

**全員回答** 改ページ

Q38 SAMT あなたご自身の主治医に対する意見として、あてはまるものについてお答えください。  
(お答えはそれぞれ1つ)

	う 強 く そ う 思	う 言 え ち う ば ら ' か そ と	ど 思 え ち な ら い と も	ど 思 え ち な ら い と も	な あ い ま り 思 わ	い 全 く 思 わ な
Q38-1	主治医があなたの職業や職場の状況を踏まえた上で、治療にあたるべきだと思う	<input type="radio"/> ○1	<input type="radio"/> ○2	<input type="radio"/> ○3	<input type="radio"/> ○4	<input type="radio"/> ○5
Q38-2	主治医からあなたに対して、仕事をするうえでの健康上の注意点などについて、助言や指導があることは望ましいと思う	<input type="radio"/> ○1	<input type="radio"/> ○2	<input type="radio"/> ○3	<input type="radio"/> ○4	<input type="radio"/> ○5
Q38-3	主治医からあなたの勤務先に対して、仕事をするうえでの健康上の注意点などについて、 <b>あなたが了承する範囲</b> での情報提供があることは望ましいと思う	<input type="radio"/> ○1	<input type="radio"/> ○2	<input type="radio"/> ○3	<input type="radio"/> ○4	<input type="radio"/> ○5

**全員回答** 改ページ

F1 SA あなたはご結婚されていますか。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> ○1 既婚
<input type="radio"/> ○2 未婚
<input type="radio"/> ○3 その他(離婚・死別等)

**全員回答** 改ページ

F2 SA あなたが個人の年間の所得額(税込)を教えてください。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> ○1 100万円未満
<input type="radio"/> ○2 100万円～200万円未満
<input type="radio"/> ○3 200万円～300万円未満
<input type="radio"/> ○4 300万円～500万円未満
<input type="radio"/> ○5 500万円～700万円未満
<input type="radio"/> ○6 700万円～1,000万円未満
<input type="radio"/> ○7 1,000万円～2,000万円未満
<input type="radio"/> ○8 2,000万円～5,000万円未満
<input type="radio"/> ○9 5,000万円以上

**全員回答** 改ページ

F3 SA あなたがお勤めの業界をお答えください。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> ○1 官庁・自治体
<input type="radio"/> ○2 農林・水産
<input type="radio"/> ○3 出版・印刷
<input type="radio"/> ○4 建築・土木・不動産
<input type="radio"/> ○5 金融
<input type="radio"/> ○6 電気・水道・ガス・エネルギー
<input type="radio"/> ○7 サービス
<input type="radio"/> ○8 商社
<input type="radio"/> ○9 流通
<input type="radio"/> ○10 食品・飲料
<input type="radio"/> ○11 医薬
<input type="radio"/> ○12 化粧品
<input type="radio"/> ○13 衣服・アパレル
<input type="radio"/> ○14 自動車・輸送用機器・電機・機械・部品
<input type="radio"/> ○15 交通・運輸
<input type="radio"/> ○16 マーケティング・調査
<input type="radio"/> ○17 マスコミ・広告代理店
<input type="radio"/> ○18 通信関連
<input type="radio"/> ○19 IT・インターネット関連
<input type="radio"/> ○20 シンクタンク・コンサルタント
<input type="radio"/> ○21 上記以外(具体的に: )

**全員回答** 改ページ

F4 SA あなたが現在就いている職種について、最も当たるものをお答えください。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> ○1 管理的職業
<input type="radio"/> ○2 専門的・技術的職業
<input type="radio"/> ○3 事務的職業
<input type="radio"/> ○4 販売の職業
<input type="radio"/> ○5 サービスの職業
<input type="radio"/> ○6 保安の職業
<input type="radio"/> ○7 農林漁業の職業
<input type="radio"/> ○8 生産工程の職業
<input type="radio"/> ○9 輸送・機械運転の職業
<input type="radio"/> ○10 建設・採掘の職業
<input type="radio"/> ○11 運搬・清掃・包装等の職業
<input type="radio"/> ○12 その他(具体的に: )

**全員回答** 改ページ

F5 SA あなたの仕事内容について、最も近いものを選んでください。  
(お答えは1つ)

<input type="radio"/> ○1 主にデスクワーク(事務やパソコンでの仕事)
<input type="radio"/> ○2 主に人と話したりする仕事(営業や販売)
<input type="radio"/> ○3 主に作業(生産現場でのお仕事、介護など体を使う作業)

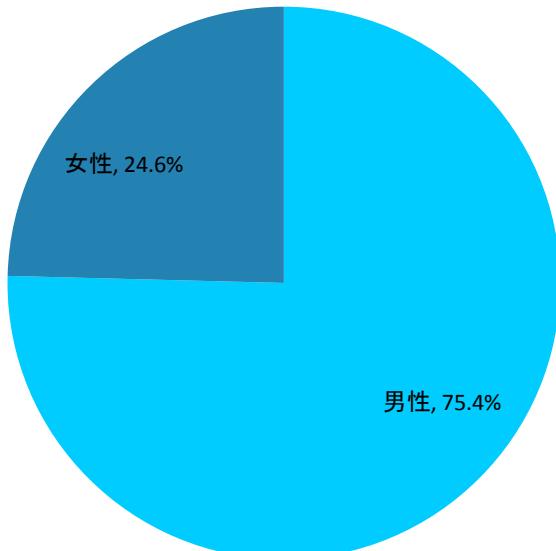
### 資料3

#### 主治医と産業医の連携効果に関する実態調査（インターネット調査）調査集計結果

地域	全国
年齢	20代～60代、平均年齢48.8歳
性別	男女2395名（男性75.4%）

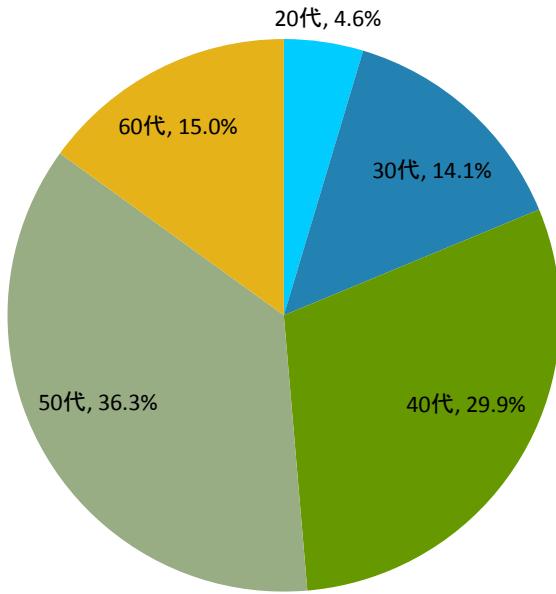
[GRAPH001]

【性別】性別  
(N=2395)



[GRAPH003]

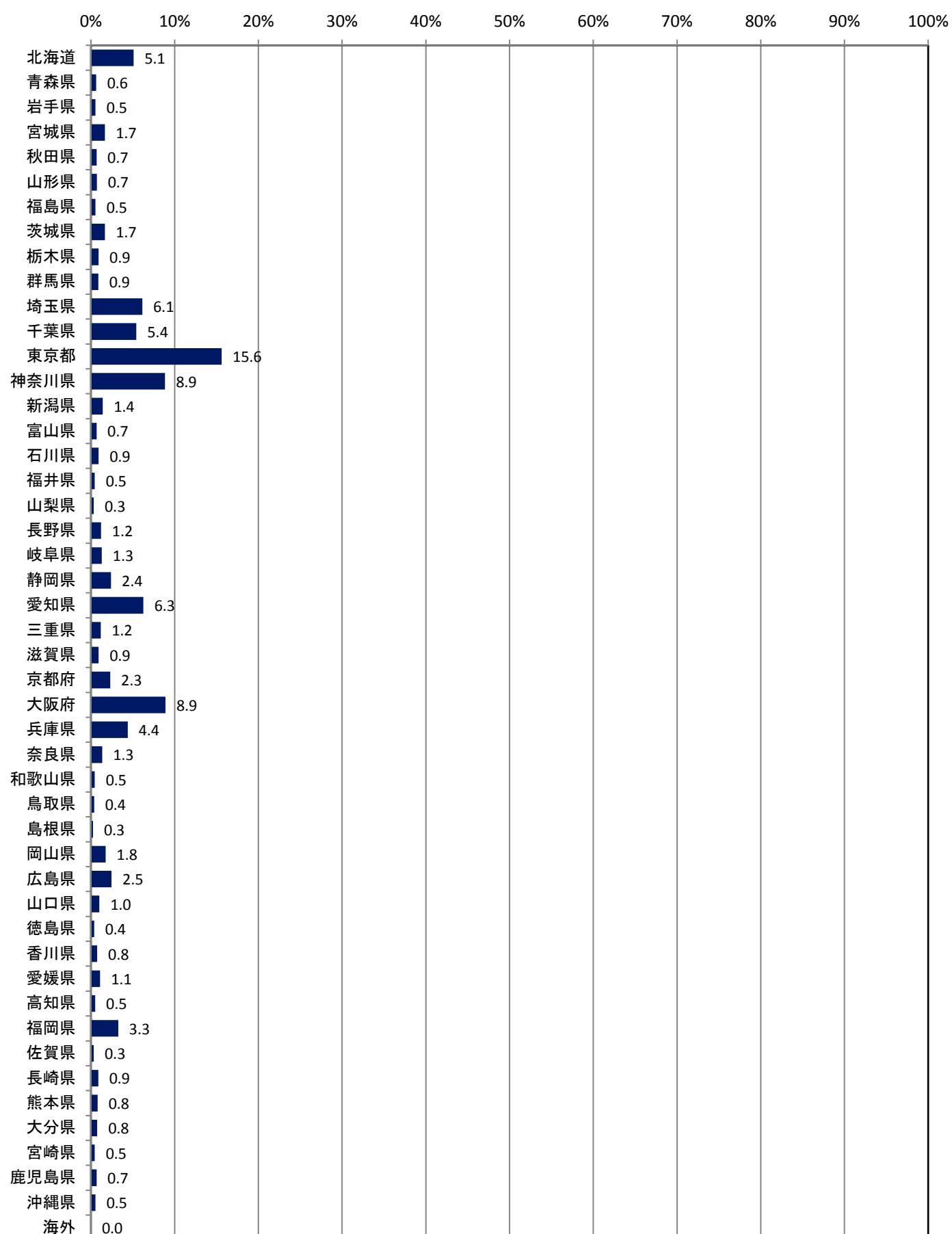
【年代】年代別  
(N=2395)



定期的に医療機関を受診する労働者として、定期通院中就業者の66%を50代と40代が占めた。

## 【居住地(都道府県)】居住地(都道府県)

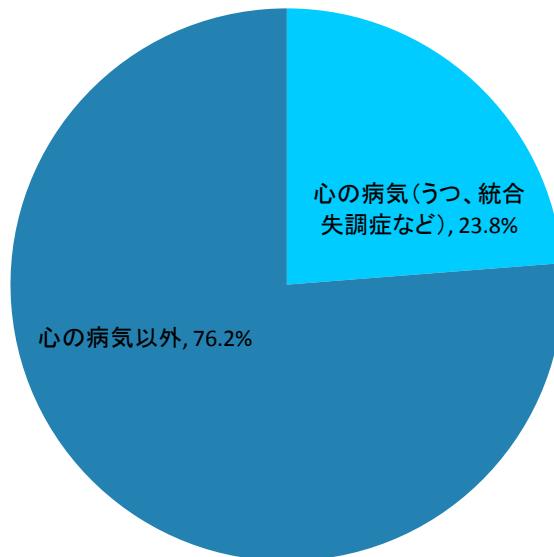
(N=2395)



都市部を中心として、全都道府県から回答が得られた。

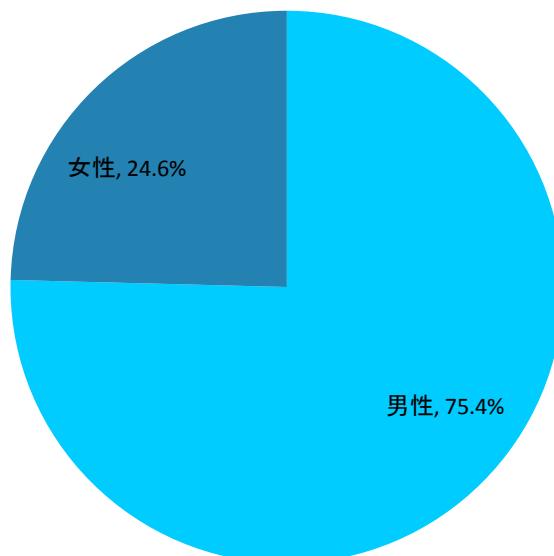
[GRAPH005]

【症状CATE】 症状CATE  
(N=2395)



[GRAPH006]

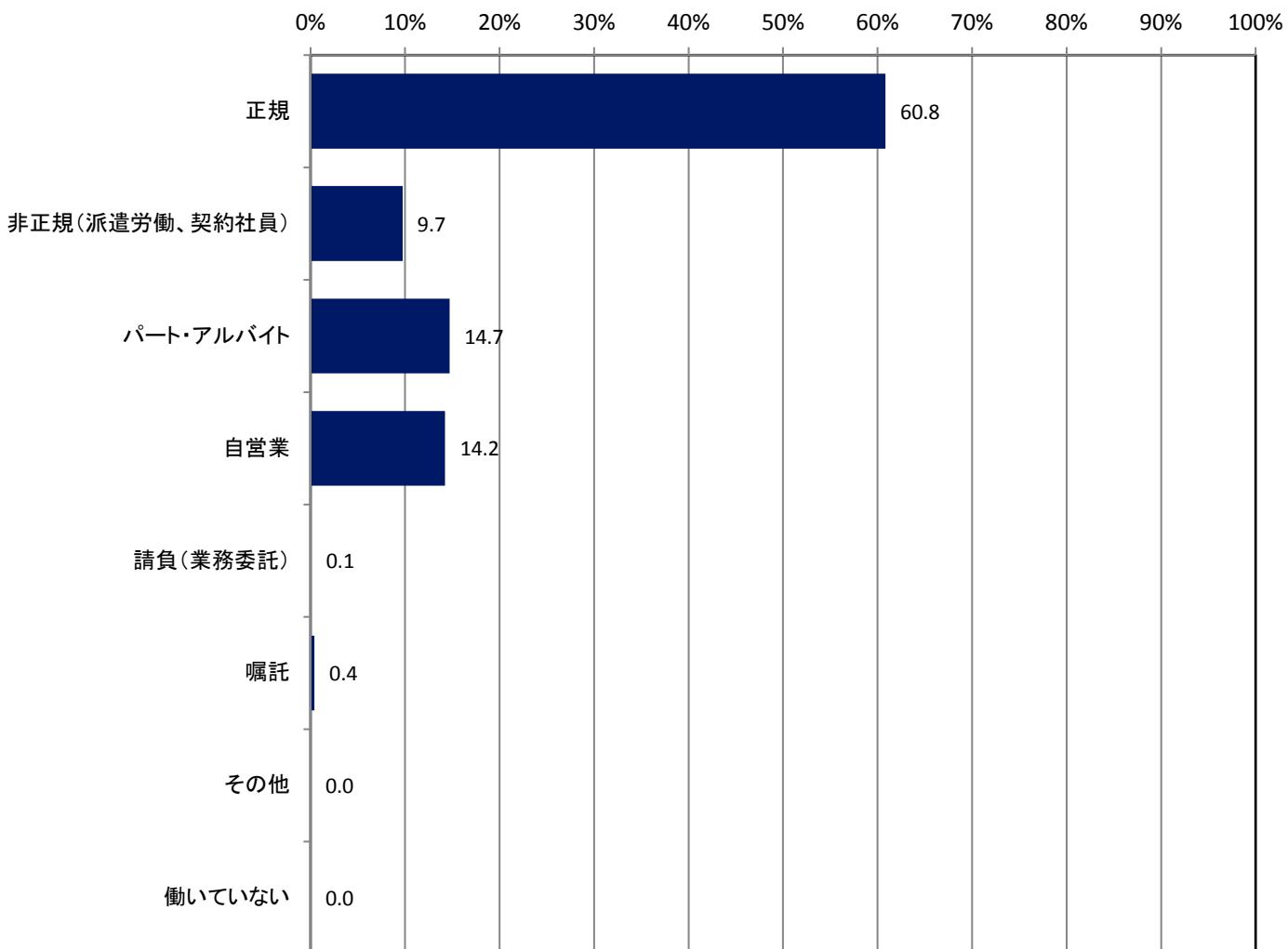
【S1】 あなたの性別をお答えください。(お答えは1つ)  
(N=2395)



対象者の23.8%がメンタルヘルス疾患での定期通院中就業者であった。

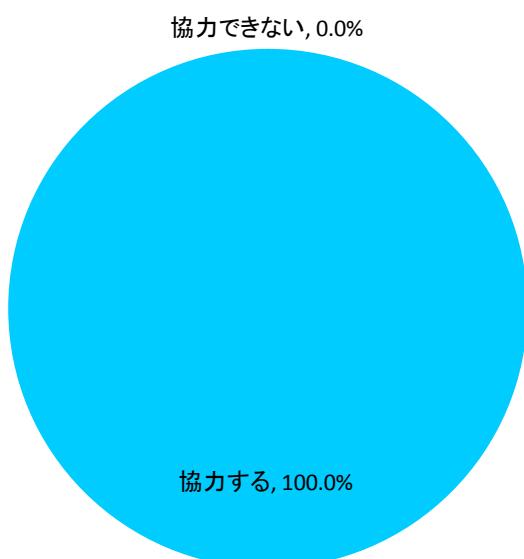
[GRAPH009]

【SC1】あなたのお勤め先の雇用形態についてお答えください。(お答えは1つ)  
(N=2395)



[GRAPH010]

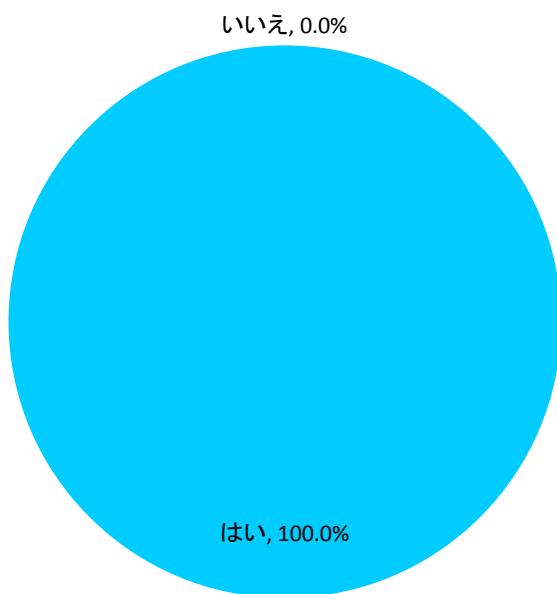
【SC2】このアンケートには、あなたの健康状態についてお聞きする質問がございます。ご協力いただけますか。(お答えは1つ)  
(N=2395)



今回の対象者の60.8%が正規雇用労働者であった。  
非正規、パート、自営業者からもまとまった数の回答を得ることが出来た。

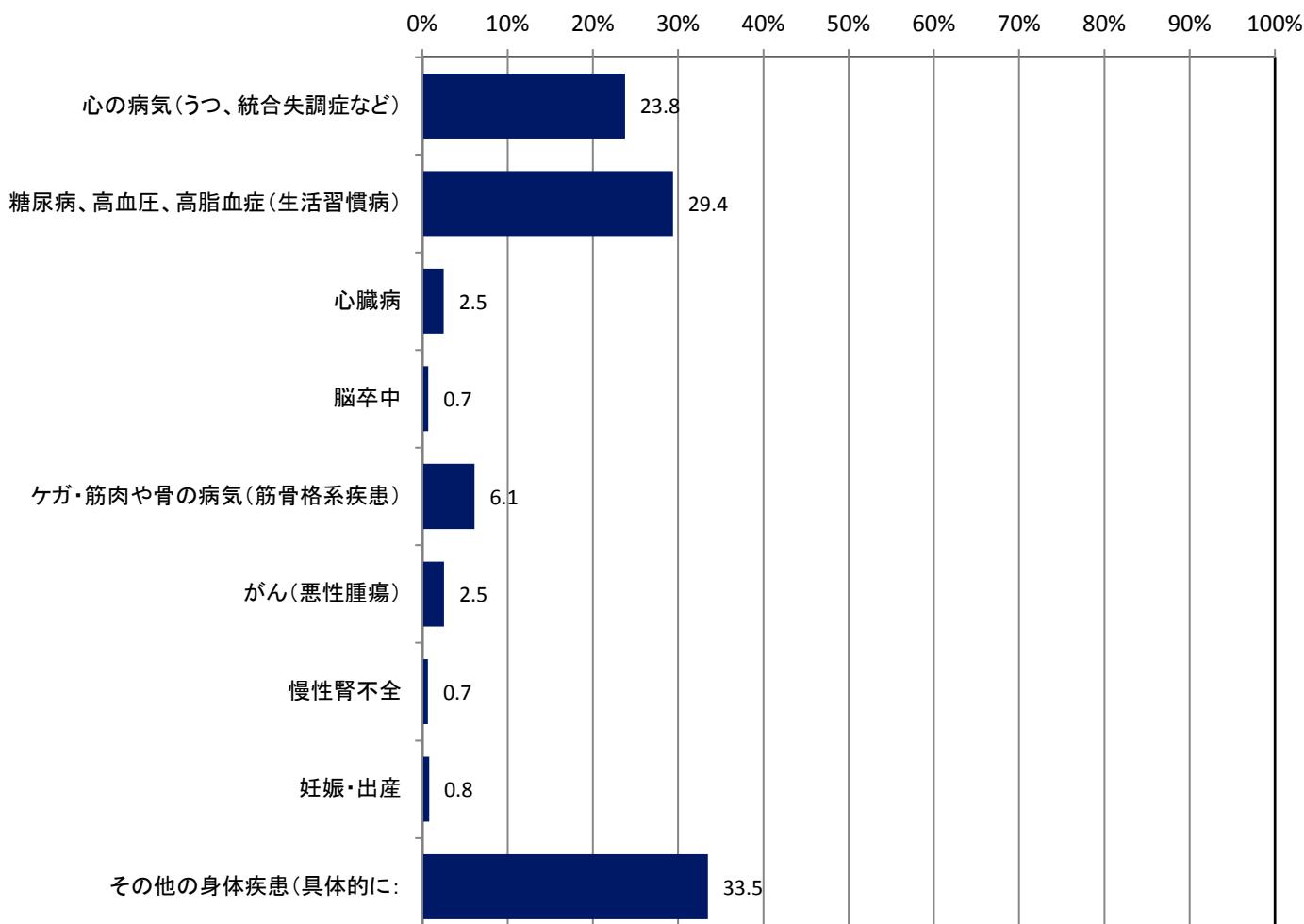
[GRAPH011]

【SC3】あなたは現在、定期的な医療機関の受診をしていますか。(お答えは1つ)  
(N=2395)



[GRAPH012]

【SC4】あなたが定期通院中の健康問題は、以下のどれに該当しますか。(お答えは1つ)※  
複数の状態で定期通院中の方は、通院頻度が最も高いものを1つお答えください。  
(N=2395)



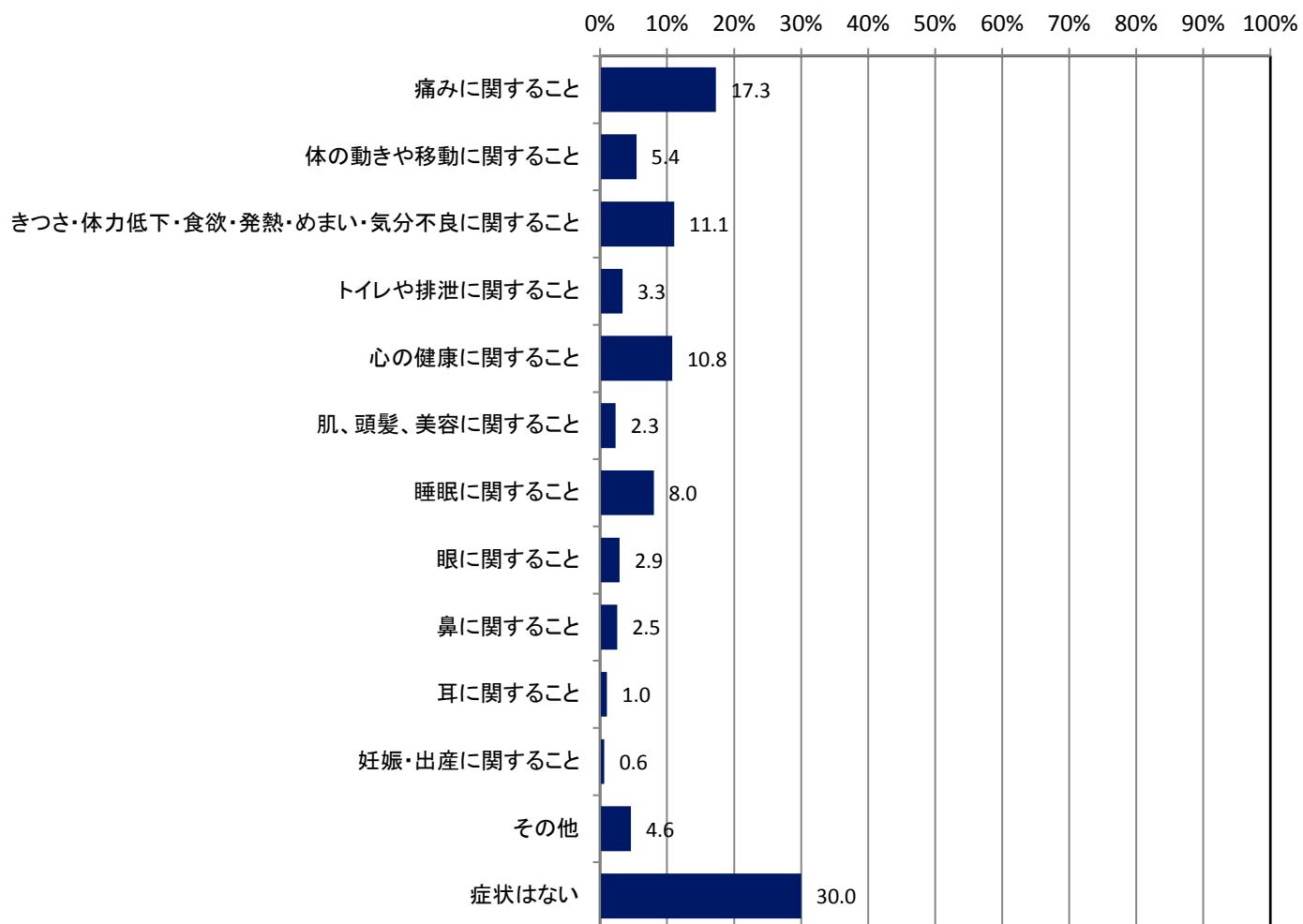
メンタルヘルス疾患と生活習慣病がそれぞれ2割を超えた。

骨格系疾患は悪性腫瘍や脳心臓疾患よりも多かった。

他の自由記載は多様だが、アレルギー疾患(喘息、鼻炎、アトピー性皮膚炎等)が目立っていた。

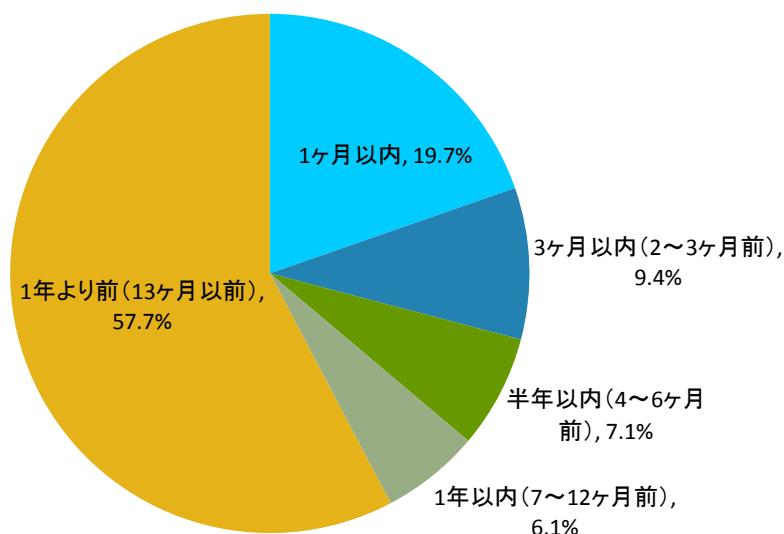
[GRAPH013]

【Q1】あなたが最も困る症状は、次のなかのどれに近いですか。一番近い項目を選択してください。(お答えは1つ)  
(N=2395)



[GRAPH014]

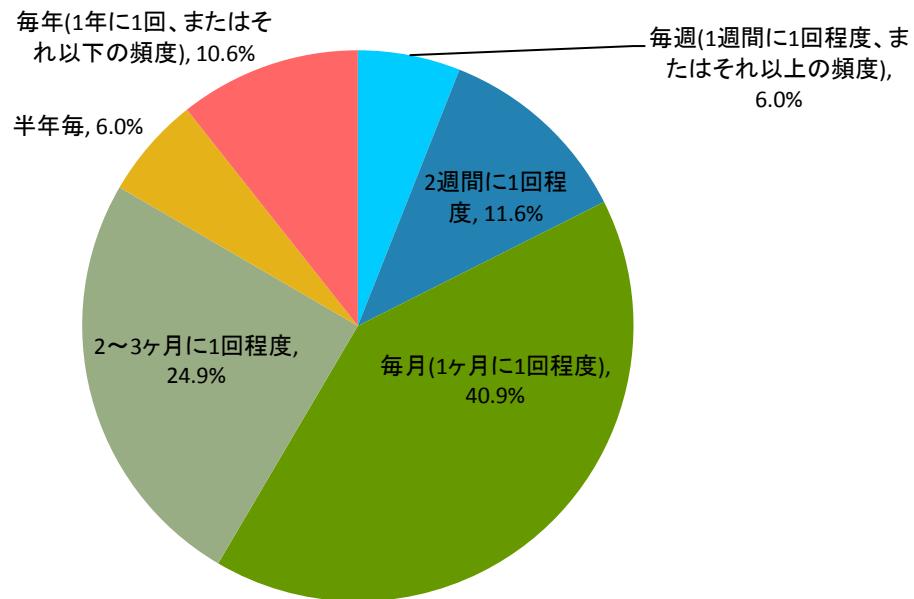
【Q2】定期通院中の健康問題で、あなたが最初に医療機関を受診したのはいつ頃ですか。  
(お答えは1つ)  
(N=2395)



症状は無症状が最多30%で、有症状のなかでは痛みが最多17%であった。  
定期的な通院の開始日は8割が3ヶ月以上前から、6割が一年以上の受診者だった。

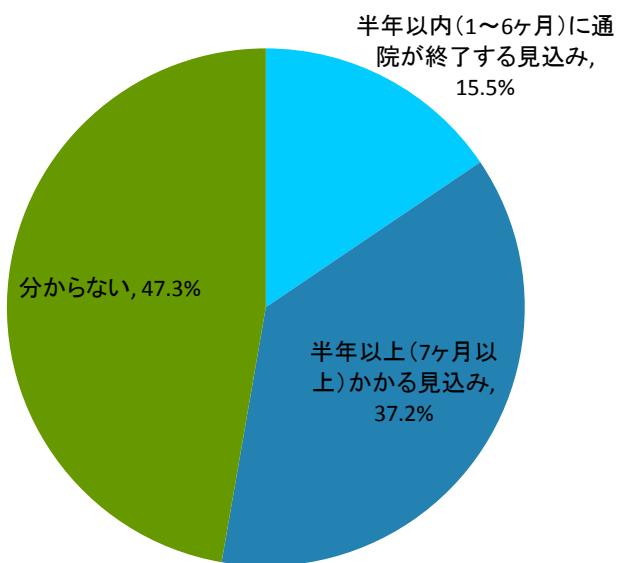
[GRAPH015]

【Q3】最近の通院頻度について、一番近い項目を選択してください。(お答えは1つ)  
(N=2395)



[GRAPH016]

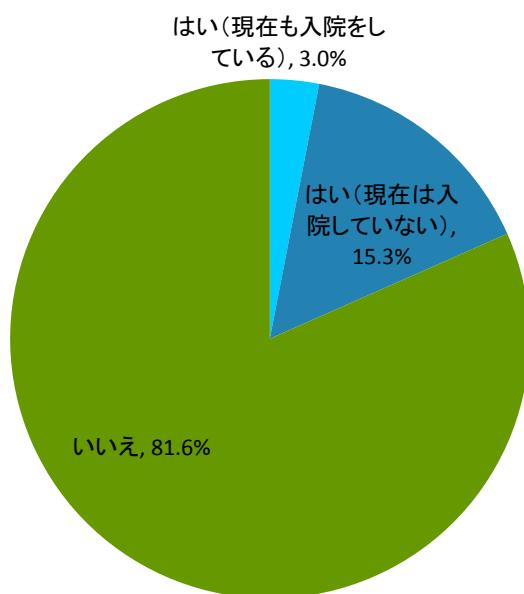
【Q4】今後、通院が必要な期間の見込みについて、一番近いと思われる項目を選択してください。(お答えは1つ)  
(N=2395)



**通院頻度で最も多いのは1ヶ月に一度であった。**  
通院必要期間を大まかに把握しているものは全体の半数であった。

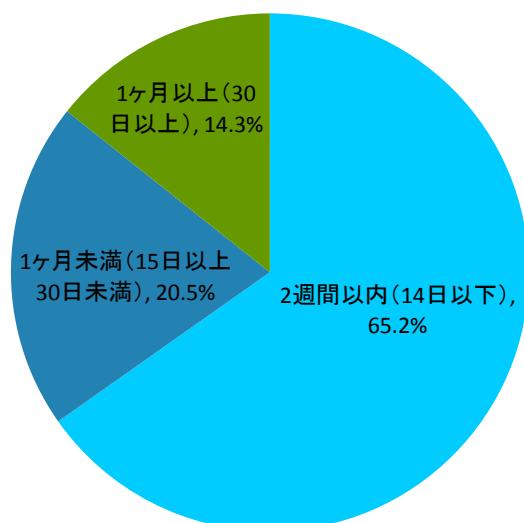
[GRAPH017]

【Q5】通院中の健康問題について、あなたは過去6ヶ月以内に入院による診療を受けましたか。(お答えは1つ)  
(N=2395)



[GRAPH018]

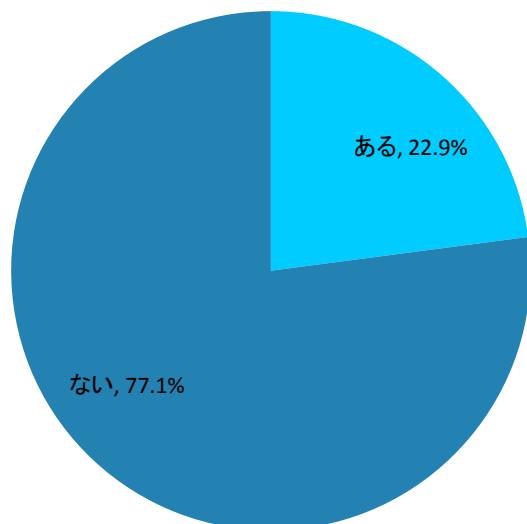
【Q6】あなたが過去6ヶ月以内に受けた入院治療の合計期間について、お答えください。(お答えは1つ)  
(N=440)



6ヶ月以内の入院歴があるものが2割存在し、入院期間は2週間以内が65%、1月以上が14%だった。

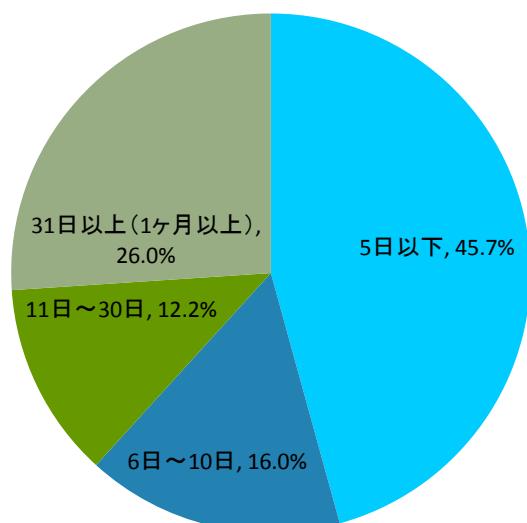
[GRAPH019]

【Q7】通院中の健康問題が原因で、あなたは過去6ヶ月以内に仕事を休んだことがありますか。(お答えは1つ)  
(N=2395)



[GRAPH020]

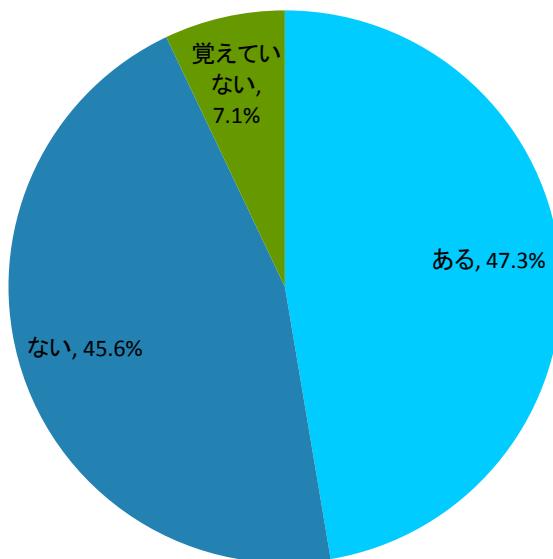
【Q8】過去6ヶ月以内に休職した(仕事を休んだ)日数の合計期間について、お答えください。  
(お答えは1つ)  
(N=549)



半年以内に休職経験があるものが23%  
休職期間合計は5日以内が最多で46%、1ヶ月以上の者も26%存在

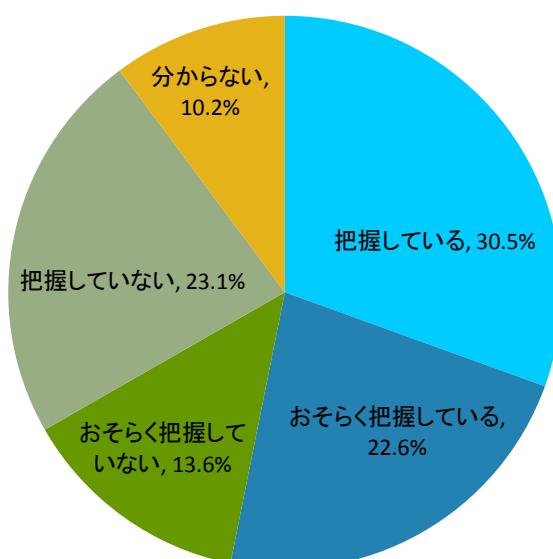
[GRAPH021]

【Q9】あなたは、ご自身の仕事について主治医と話をしたことがありますか。(お答えは1つ)  
(N=2395)



[GRAPH022]

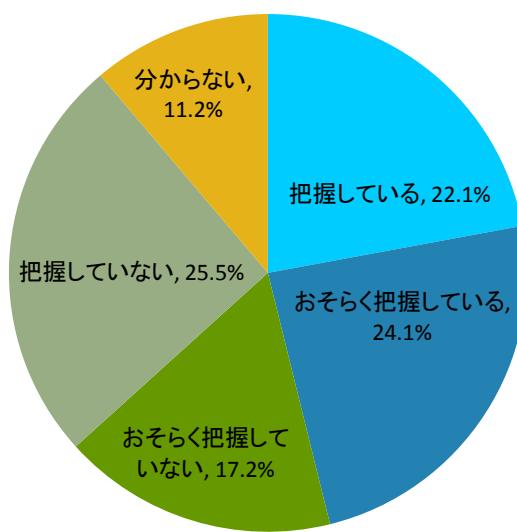
【Q10】主治医はあなたの職業(勤務先会社名等)を把握していますか。(お答えは1つ)  
(N=2395)



定期通院中就業者が主治医と仕事の話をする割合は47%  
主治医が勤務先を把握している割合は53%といずれも半数ほど  
(勤務先把握のほうがやや多いのは保険証等による把握によるものか?)

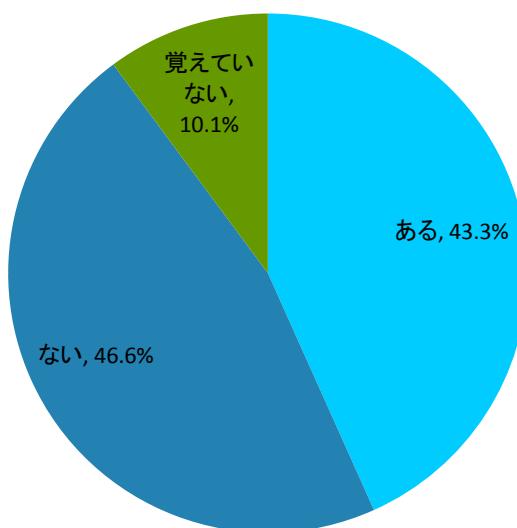
[GRAPH023]

【Q11】主治医はあなたが仕事で行う業務の内容(具体的な作業の内容や心身への負荷)を把握していますか。(お答えは1つ)  
(N=2395)



[GRAPH024]

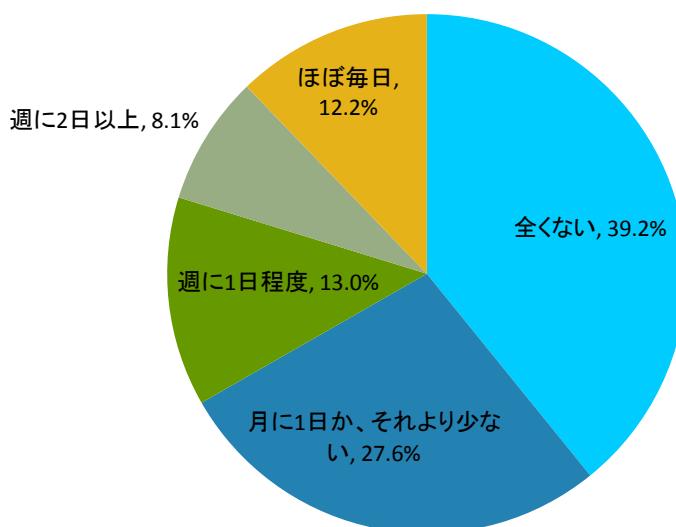
【Q12】職場におけるあなたの健康問題の管理について、あなたは主治医から助言や指導を受けたことがありますか。(お答えは1つ)  
(N=2395)



定期通院中就業者の46%は主治医から作業内容をある程度把握されていた  
同様に、職場健康管理について助言を受けている者も43%いた。

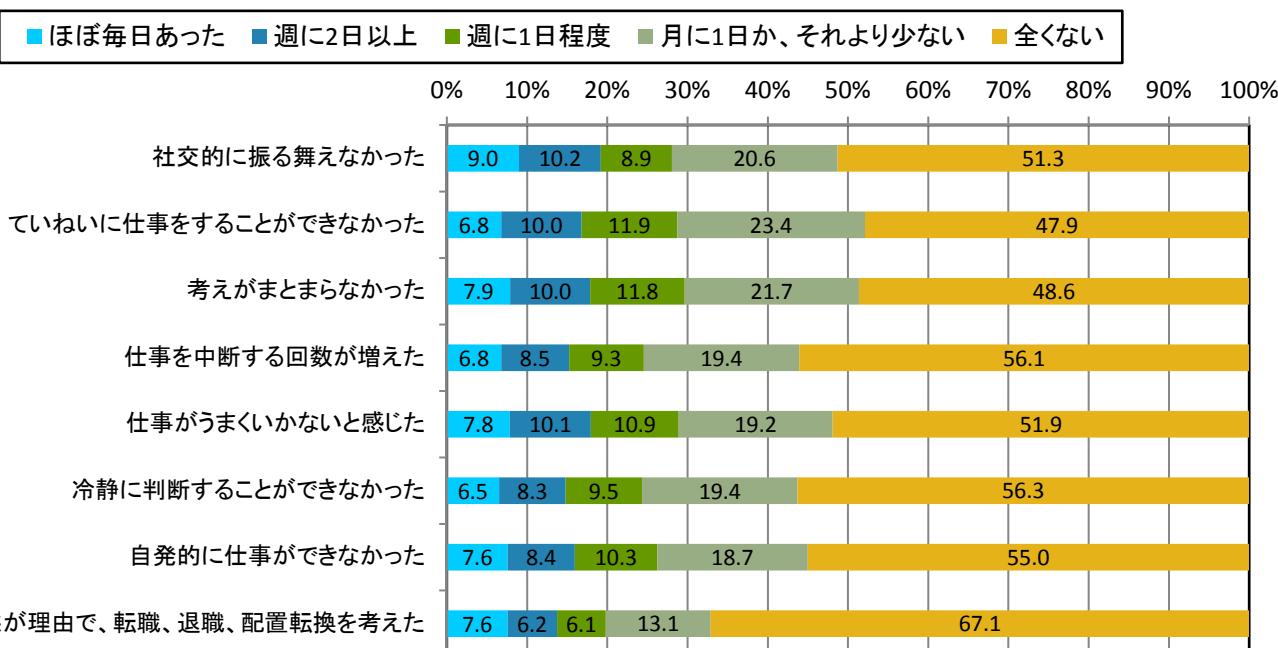
[GRAPH025]

【Q13】あなたは最近1ヶ月で、体調や健康に関して困っていることや、不安がある状態で、仕事をすることはどれくらいありましたか。(お答えは1つ)  
(N=2395)



[GRAPH026]

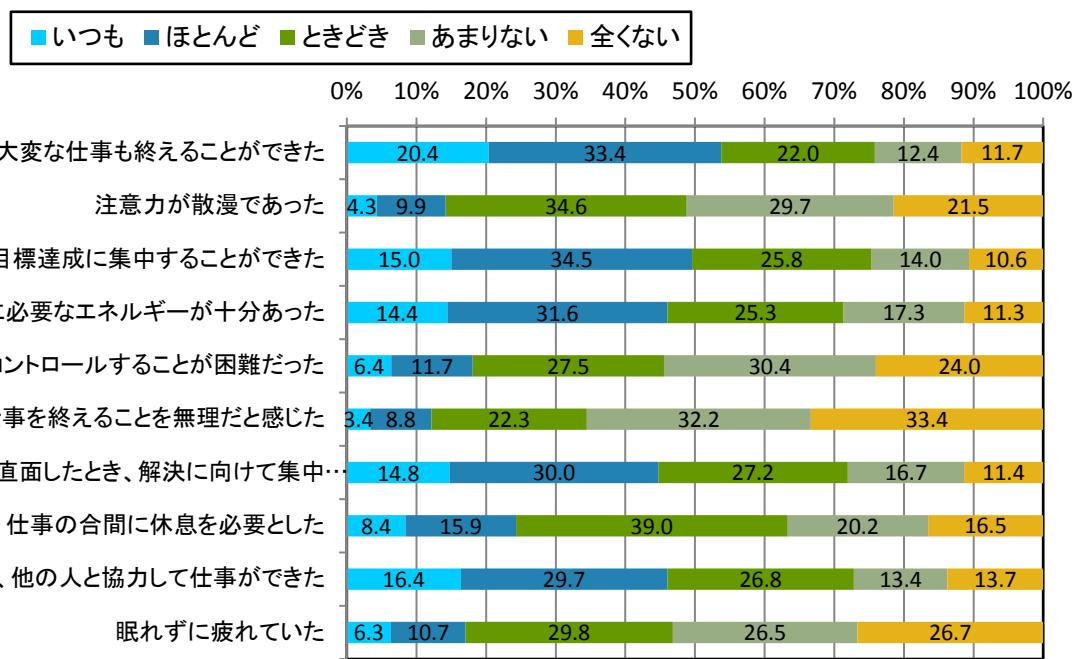
【Q14】普段の体調の良い時と比べ、体調が悪い時に次のようなことは、どのくらいありましたか。(お答えはそれぞれ1つずつ)



通院中就業者の61%は健康の心配を感じつつ就業している(12%はほぼ毎日)  
また33%のものは健康状態を理由に退職や配置転換について考えている

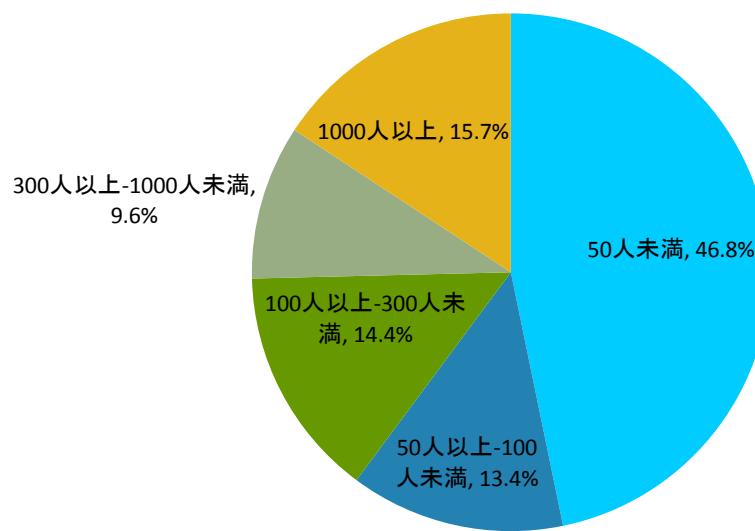
[GRAPH029]

【Q17】過去1ヶ月の仕事の生産性についてお聞きします。健康上の問題により、影響した頻度をそれぞれについてお答えください。(お答えはそれぞれ1つずつ)



[GRAPH030]

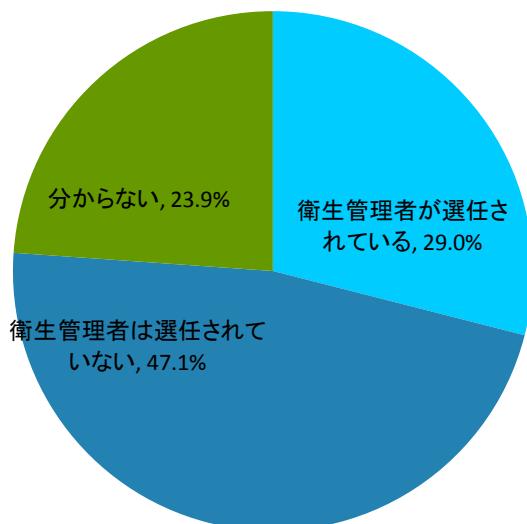
【Q18】あなたの勤務する事業所の社員数(他部署も含め同じ敷地内で働いている職場全体の人数)は何人ですか。(お答えは1つ)  
(N=2395)



産業医専任が必要な事業所に勤務する者が約半数(53%)であった。

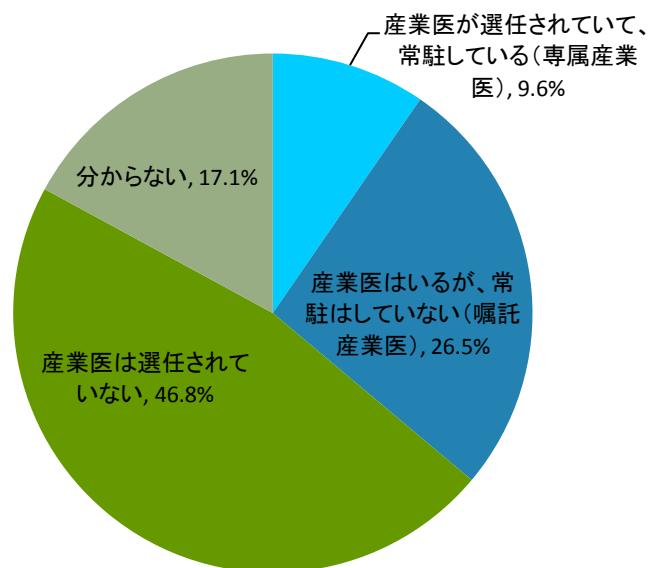
[GRAPH031]

【Q19】あなたの勤務先では、衛生管理者(社員の健康管理等を担当する社員)が選任されていますか。(お答えは1つ)  
(N=2395)



[GRAPH032]

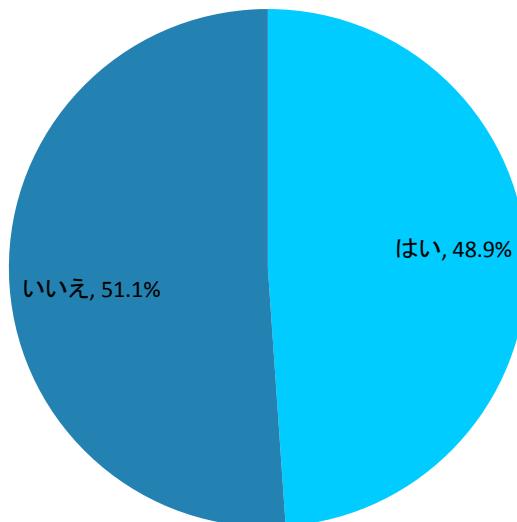
【Q20】あなたの勤務先では、産業医(社員の健康管理等を担当する医師)が選任されていますか。(お答えは1つ)  
(N=2395)



衛生管理者や産業医の専任有無については、それぞれ76%、82%の定期通院中就業者が把握していた。

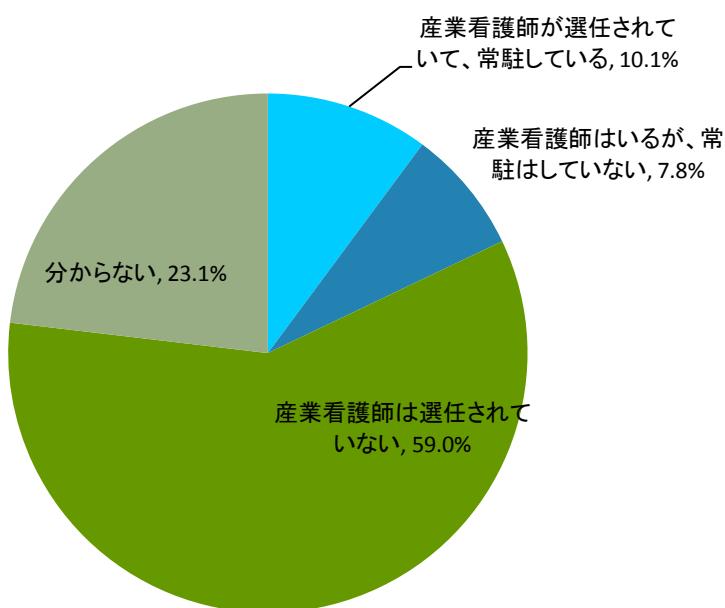
[GRAPH033]

【Q21】あなたは今までに勤務先で産業医(社員の健康管理等を担当する医師)による面談を受けたことがありますか。(お答えは1つ)  
(N=865)



[GRAPH034]

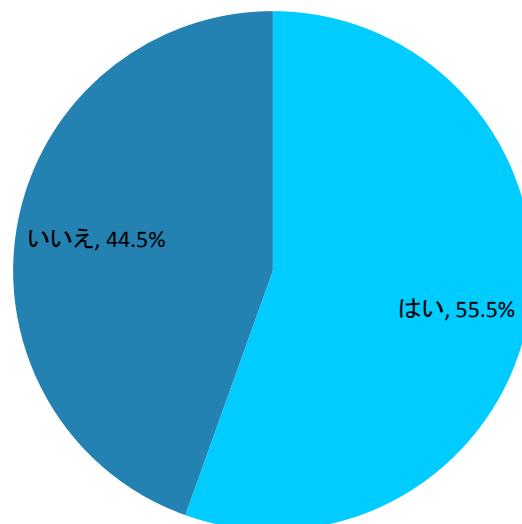
【Q22】あなたの勤務先では、産業看護師(社員の健康管理等を担当する看護師や保健師)が選任されていますか。(お答えは1つ)  
(N=2395)



産業医がいる事業所に勤務する定期通院中就業者の半数(49%)は産業医による面談を受けていた  
産業看護師は産業医に比べて専任認知割合も専任割合も少ないという結果であった

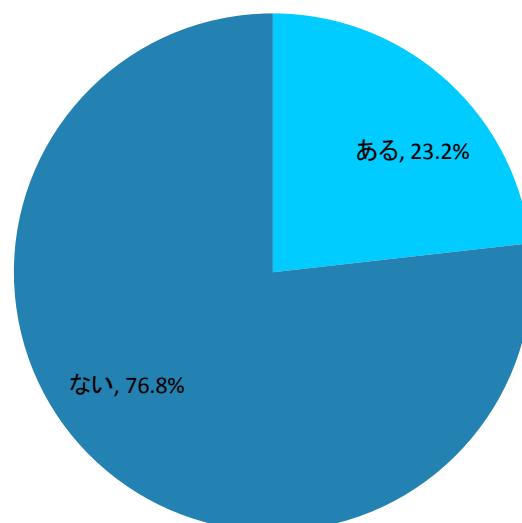
[GRAPH035]

【Q23】あなたは今までに勤務先で産業看護師(社員の健康管理等を担当する看護師や保健師)による面談を受けたことがありますか。(お答えは1つ)  
(N=429)



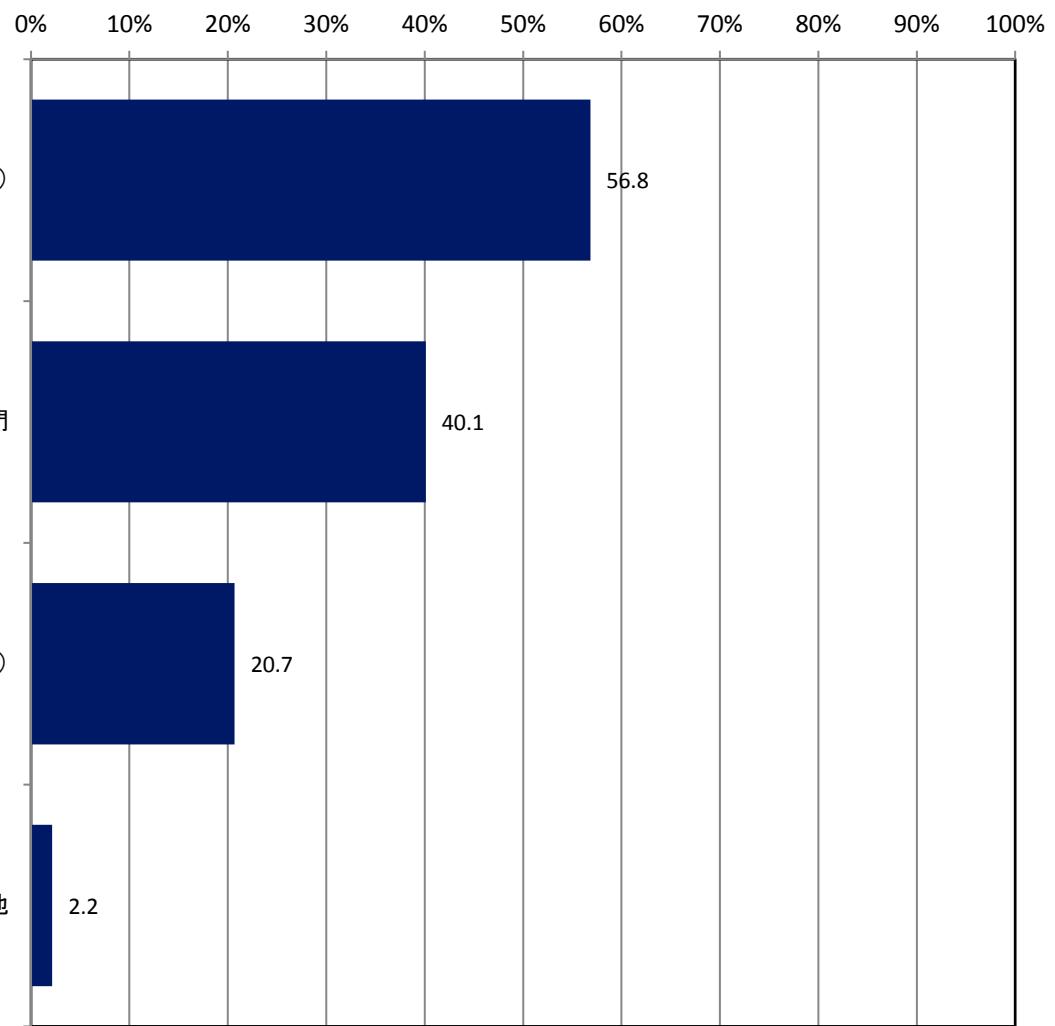
[GRAPH036]

【Q24】あなたの健康状態に関する情報が、主治医が作成した文書(診断書、診療情報提供書等)によって、あなたの勤務先に提供されたことがありますか。(お答えは1つ)  
(N=2395)



産業看護師専任事業所で看護師面談を受けている割合は56%と産業医の場合よりやや高かった  
職場への医療機関発行文書の提出割合は23%であった

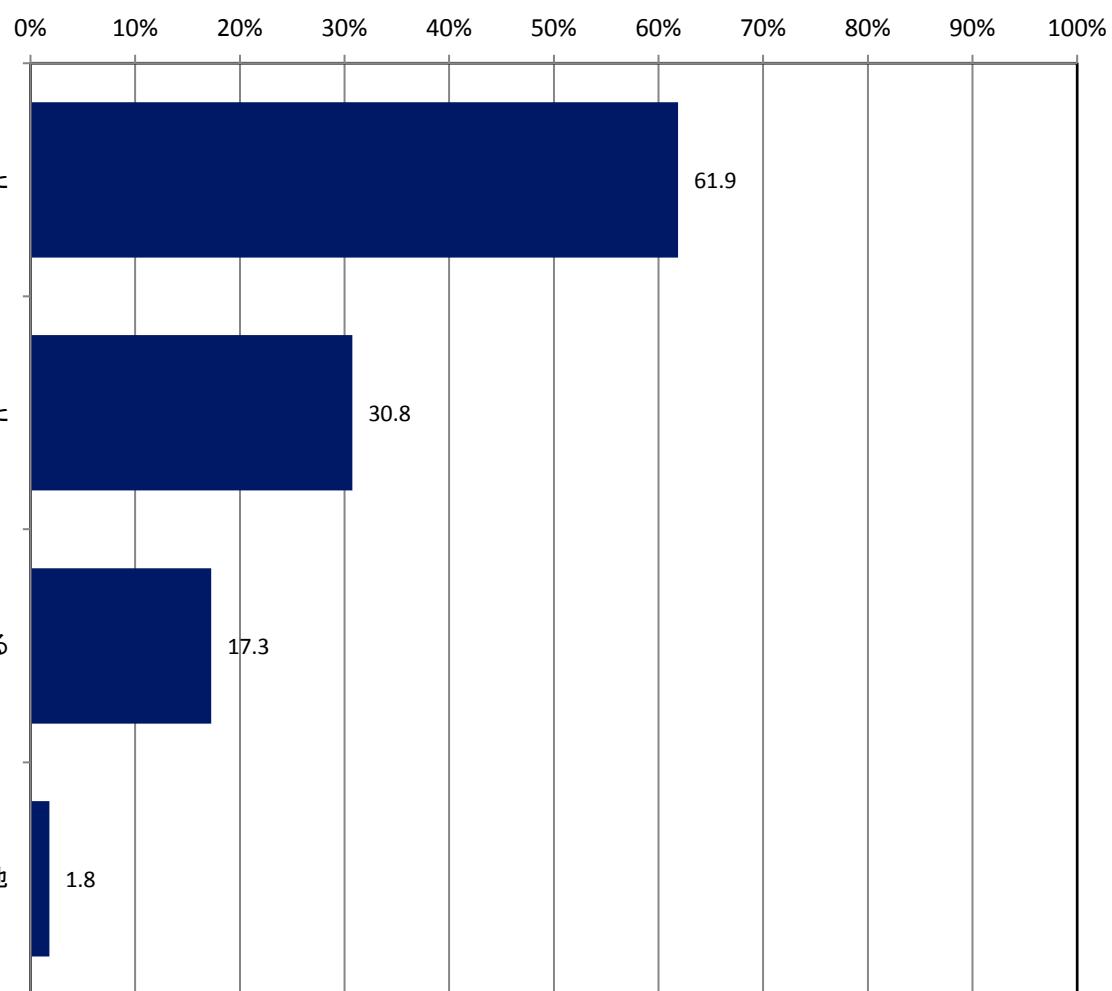
【Q25】医師が作成した文書を、あなたはどの部門に提出しましたか。(お答えはいくつでも)  
(N=556)



医師発行文書の提出先は上司が最多57%で、健康管理部門21%を大きく上回った

[GRAPH038]

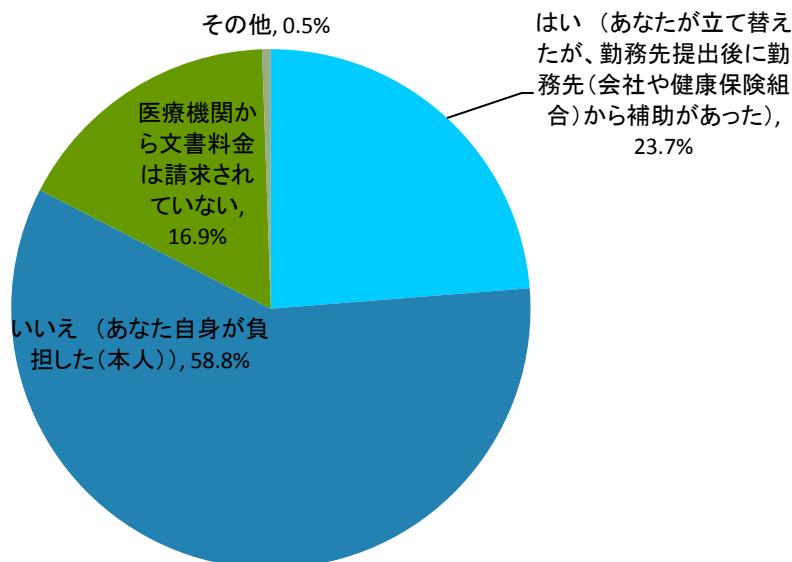
【Q26】職場に提出された主治医文書は誰の求めによって作成された文書ですか。(お答えはいくつでも)  
(N=556)



医療機関発行文書は勤務先の求めによる発行が最多(62%)  
自主提出(31%)、主治医の勧め(17%)も少なくなかった

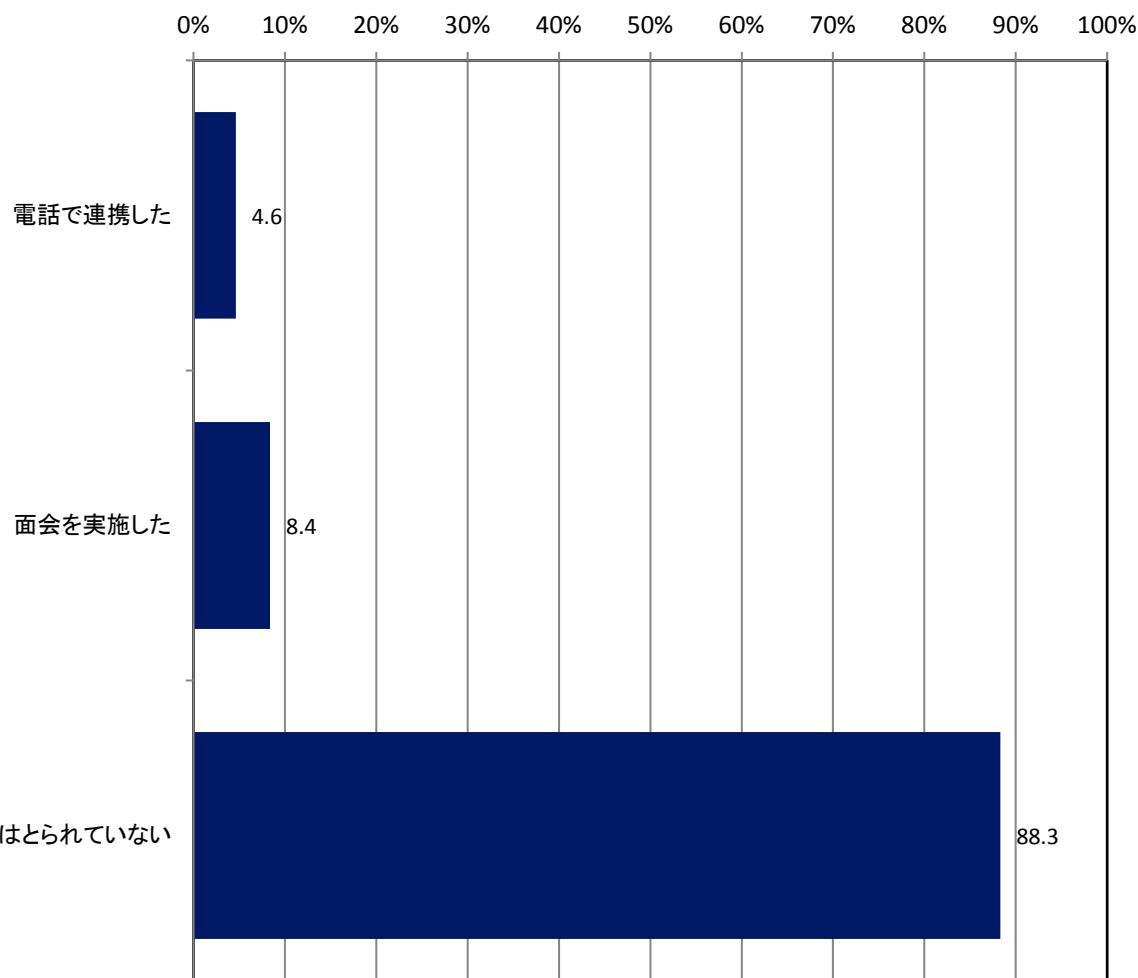
[GRAPH039]

【Q27】勤務先に提出された医師文書について、勤務先から文書発行にかかった料金の補助がありましたか。(お答えは1つ)  
(N=556)



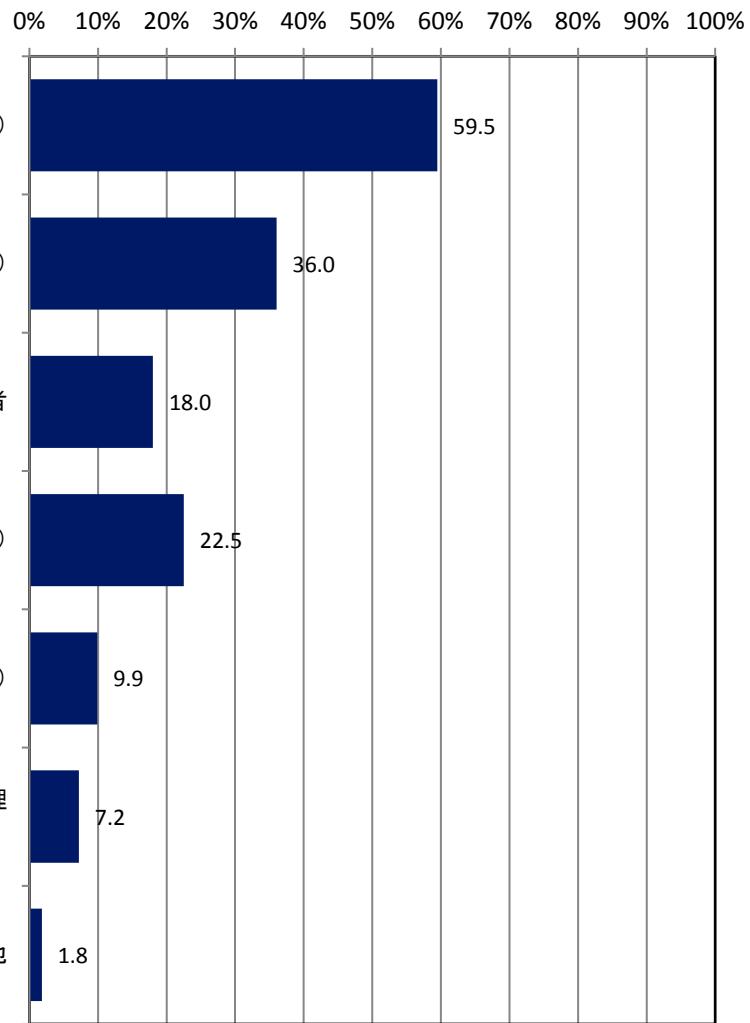
[GRAPH040]

【Q28】あなたの健康状態について、主治医と勤務先担当者が面会や電話面談による連携をとったことがありますか。(お答えはいくつでも)  
(N=2395)



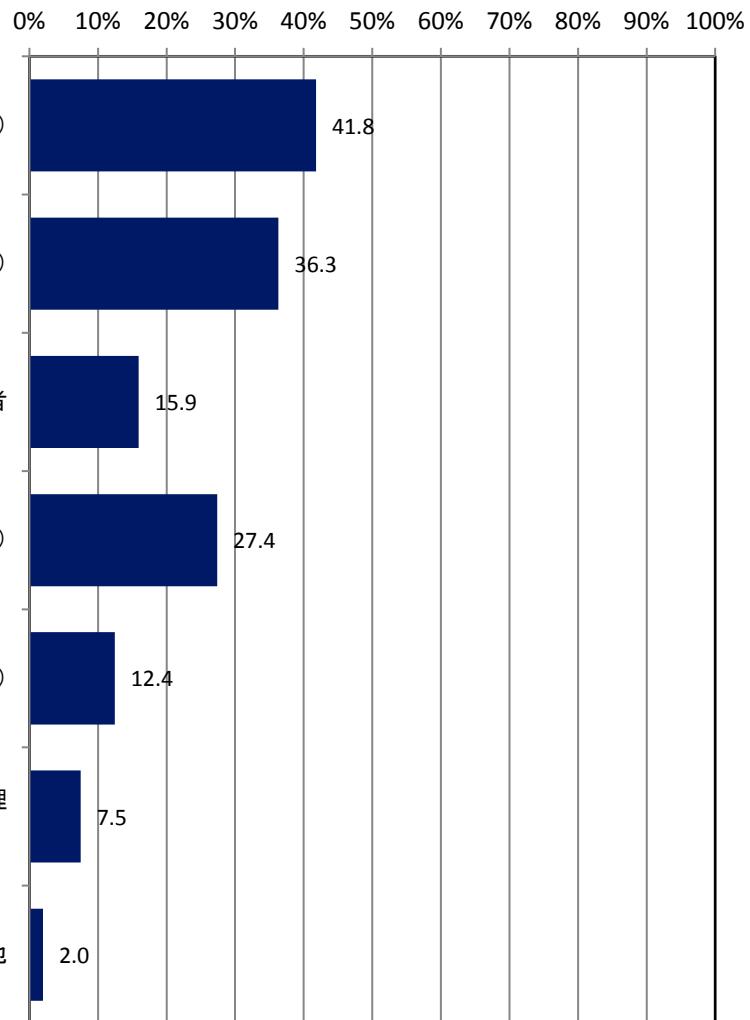
文書料については、24%が勤務先負担、59%が患者負担、17%が医療機関料金未請求  
主治医と勤務先担当者が面会や電話面談は12%の定期通院中就業者で行われていた

【Q29\_1】 主治医と「電話で連携した」際の勤務先担当者は誰ですか。(お答えはいくつでも)  
(N=111)



主治医と「電話で連携した」際の勤務先担当者は上司(勤務部門)が最多で60%であった  
続いて人事が36%、産業医は23%、産業看護師は10%

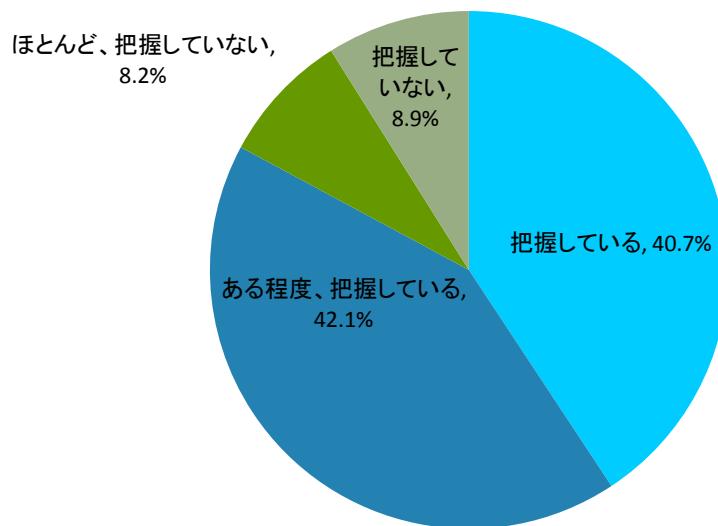
【Q29\_2】 主治医と「面会を実施した」際の勤務先担当者は誰ですか。(お答えはいくつでも)  
(N=201)



主治医と「面会を実施した」際の勤務先担当者も勤務部門上司が最多であった(42%)  
続いて人事が36%、産業医は27%、産業看護師は12%の順

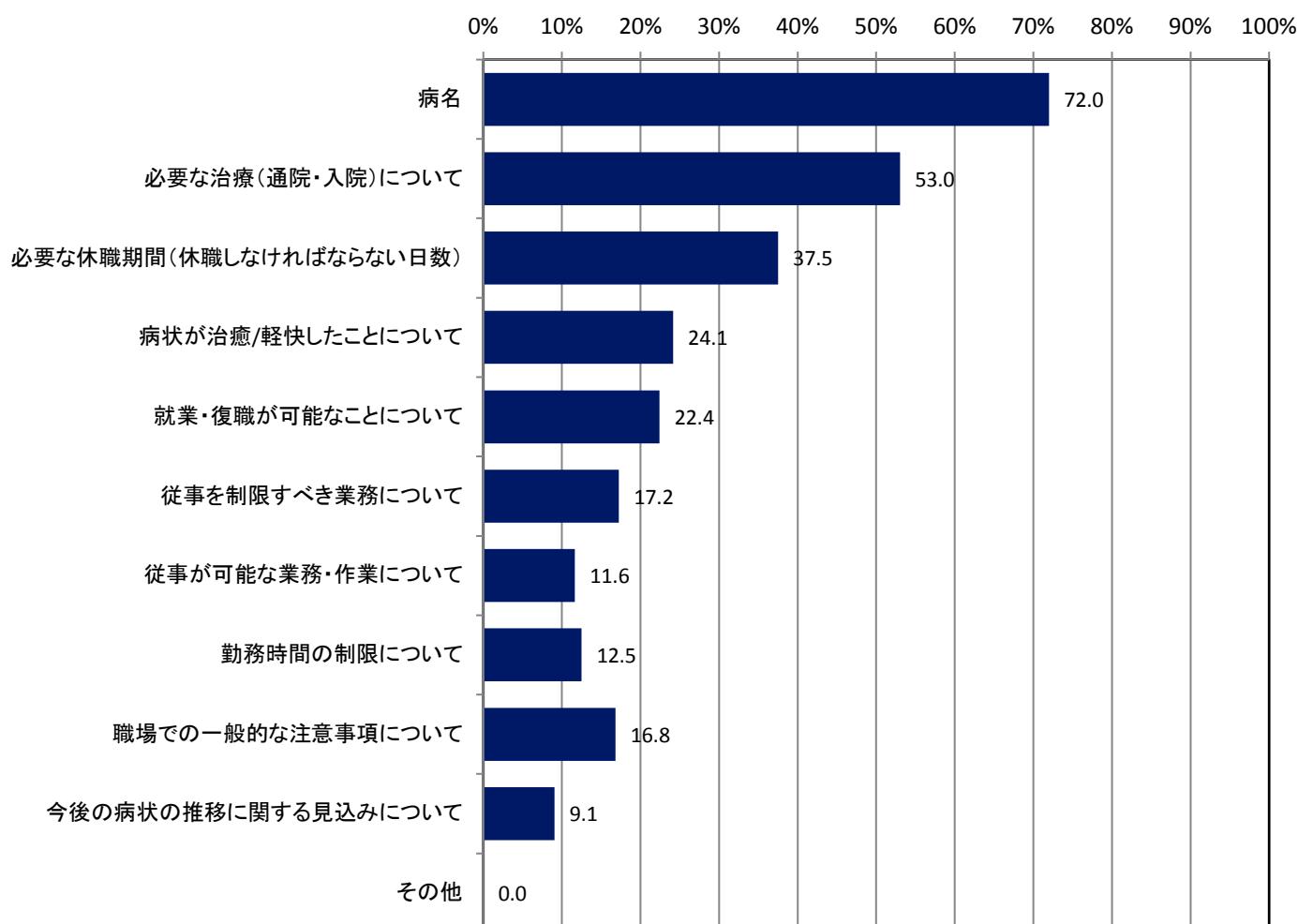
[GRAPH043]

【Q30】あなたの健康状態に関する、主治医から勤務先への情報提供の内容を把握していますか。(お答えは1つ)  
(N=280)



[GRAPH044]

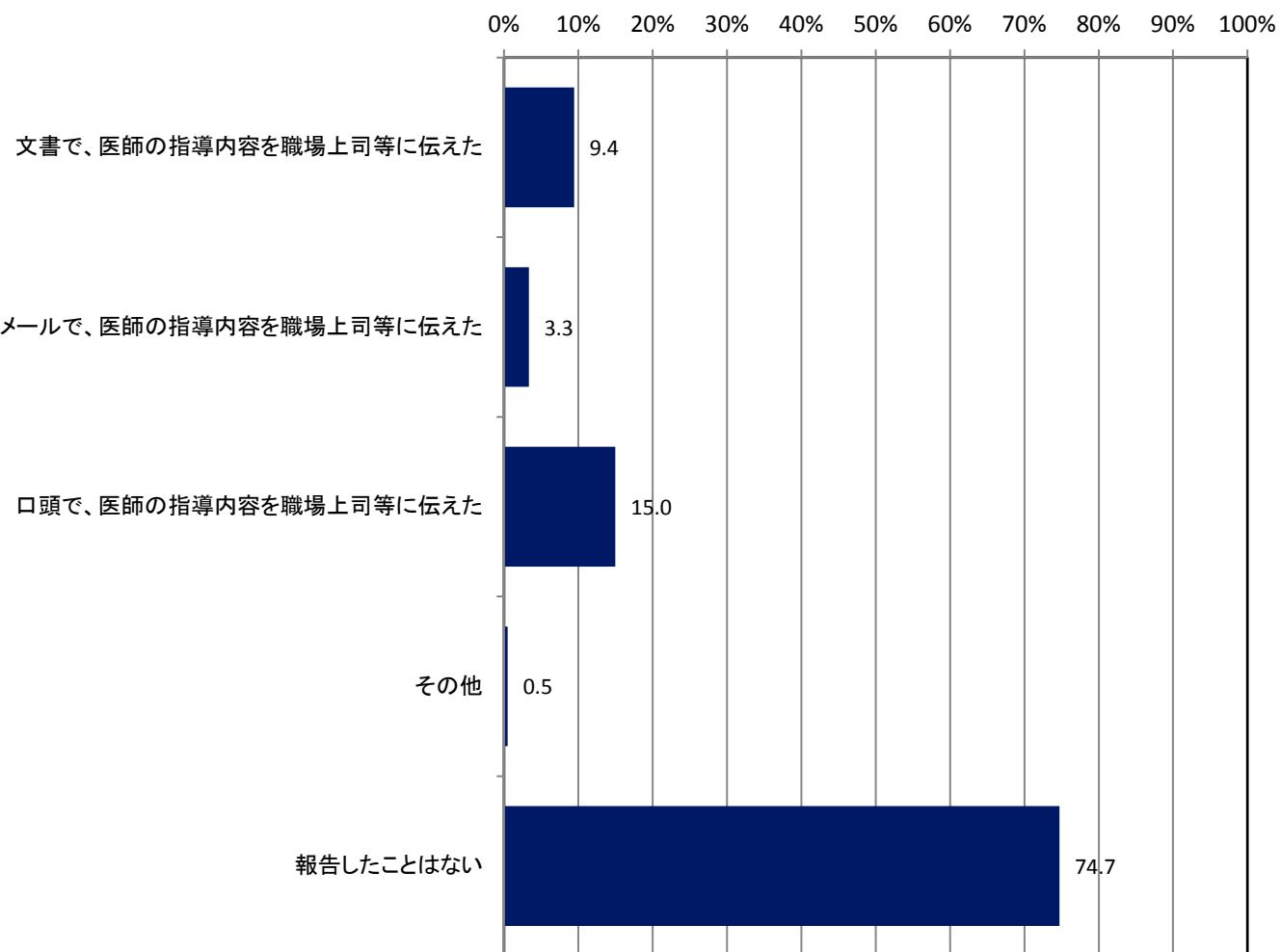
【Q31】あなたの健康状態に関する勤務先への情報提供には、どのような事項が含まれていましたか。(お答えはいくつでも)  
(N=232)



職場に提出された医療文書の中身を83%の者がある程度、把握していた  
就業上の健康配慮に関する事項は12~17%のケースで記載されていた  
(文書が発行されても就業措置に関する記述があるのは12-17%程度(推定8割以下))

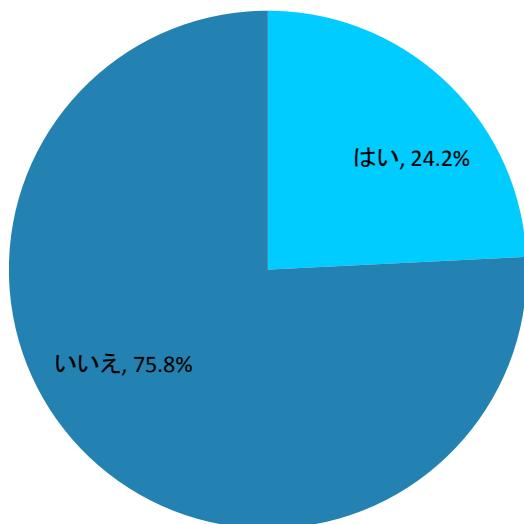
[GRAPH045]

【Q32】あなたの健康状態に関する主治医からの指導内容等を、あなたが勤務先に報告したことはありますか。(お答えはいくつでも)  
(N=2395)



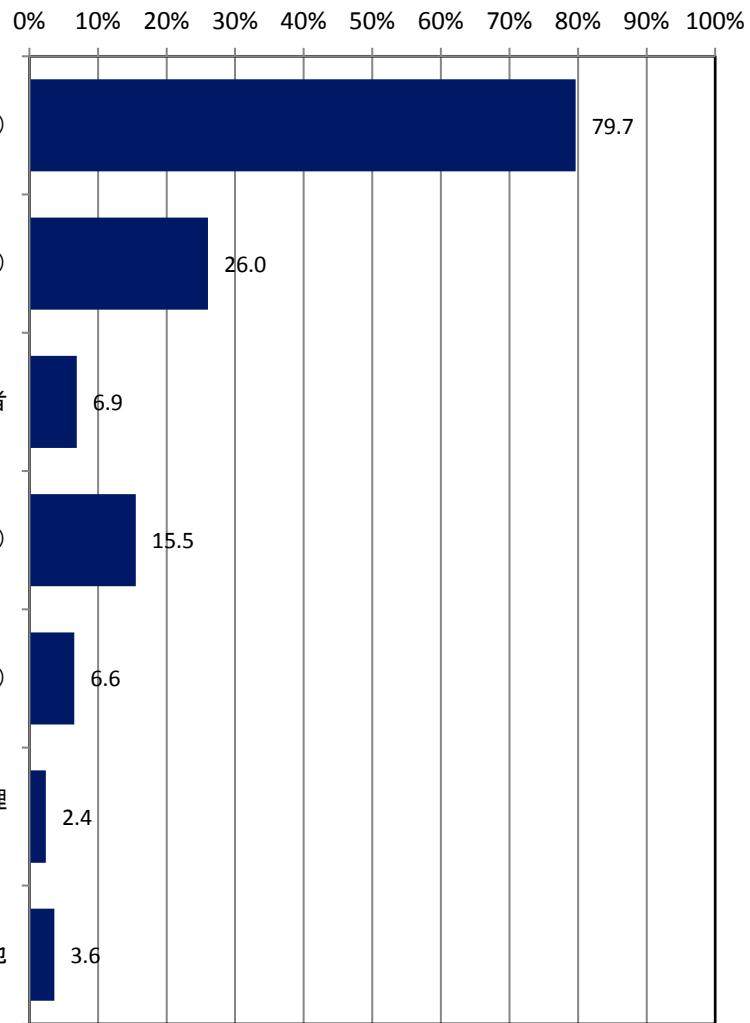
[GRAPH046]

【Q33】あなたの勤務先で、あなたの健康問題について、業務の調整や健康配慮を話し合う機会はありましたか。(お答えは1つ)  
(N=2395)



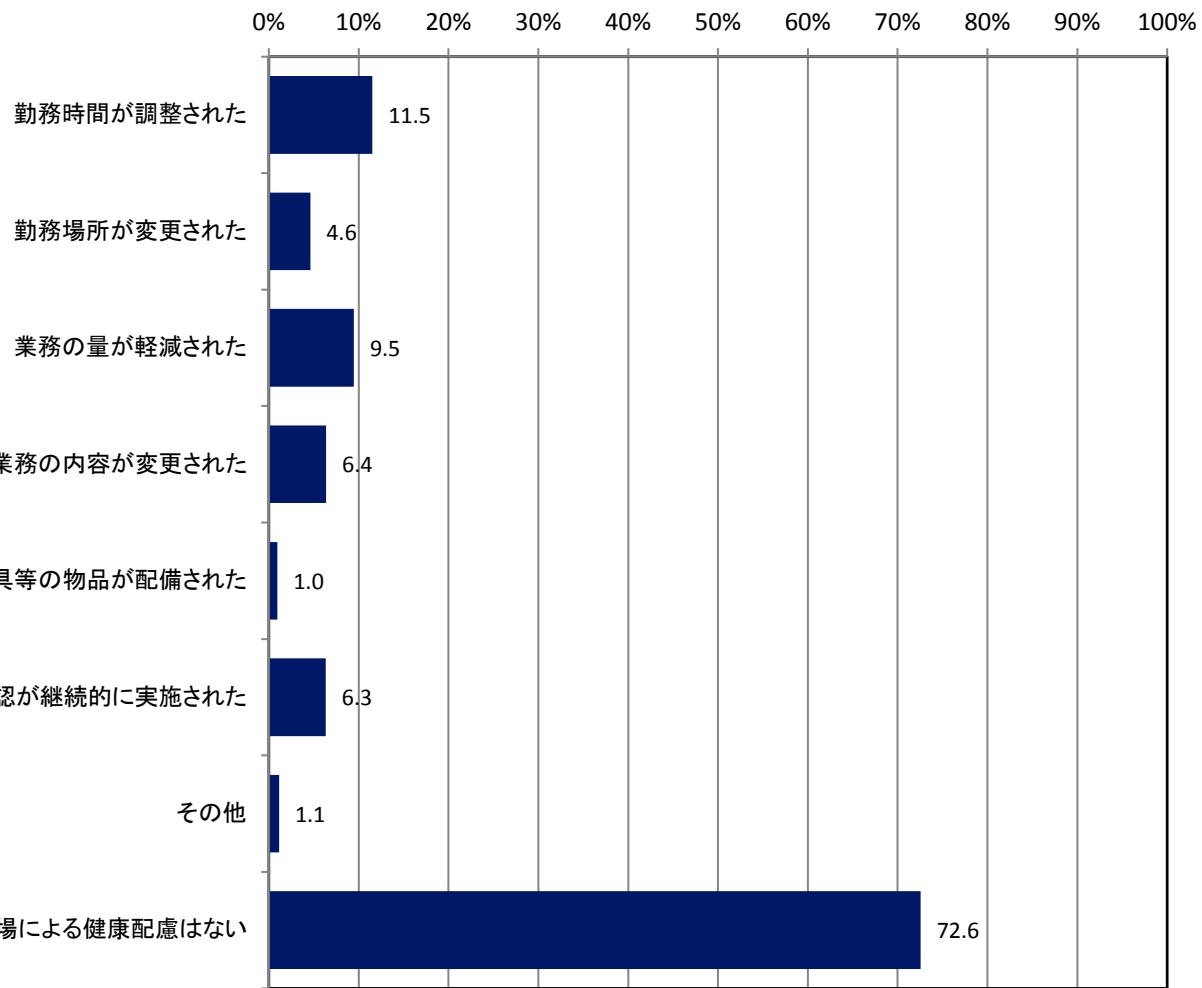
**主治医の指導を職場に伝える者は25%のみ(75%の定期通院中就業者は伝えていない)  
就業措置・健康配慮を受けた定期通院中就業者は24%(4人に1人)**

【Q34】業務の調整や健康配慮を話し合った参加者は誰ですか。(お答えはいくつでも)  
(N=580)



就業措置・健康配慮の検討参加者は勤務部門上司が最多で80%

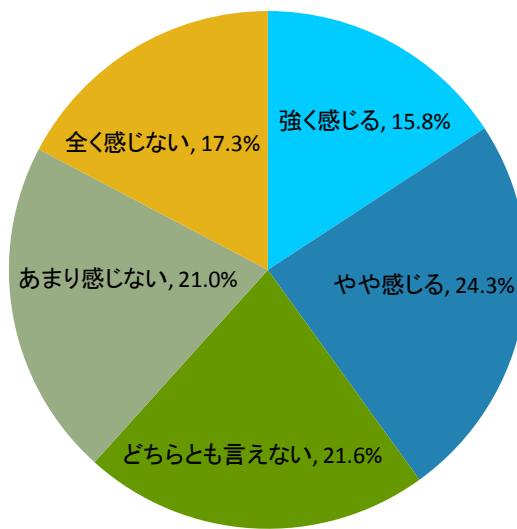
【Q35】あなたの健康問題について、職場で以下のような健康配慮が行われたことがありますか。(お答えはいくつでも)  
(N=2395)



実施された就業措置の内容は、時間調整(12%)、業務量(10%)、業務内容(6%)  
体調確認(6%)、勤務場所変更(5%)の順に多かった。

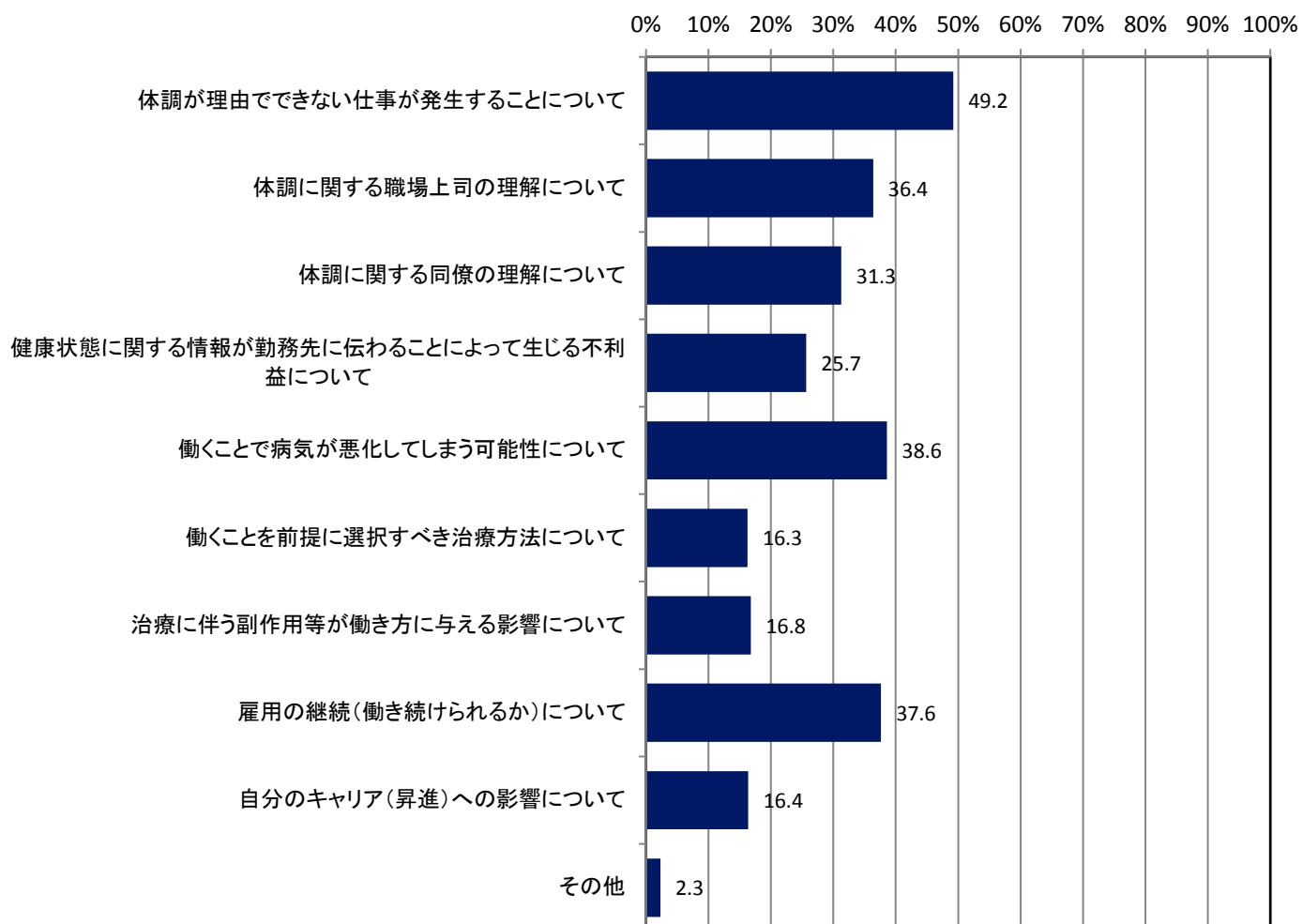
[GRAPH049]

【Q36】あなたは健康問題を抱えながら働くことについて、懸念や不安を感じたことがありますか。(お答えは1つ)  
(N=2395)



[GRAPH050]

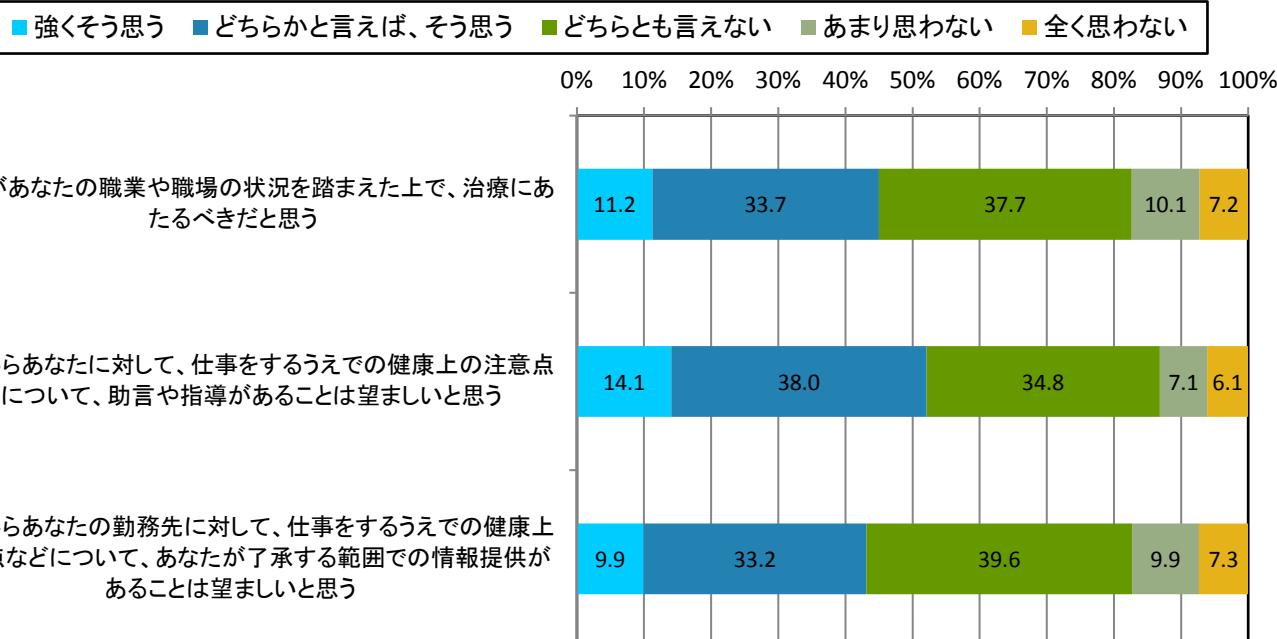
【Q37】あなたが健康問題を抱えながら働くことに関して、実際に感じた懸念や不安を下記からお選びください。(お答えはいくつでも)  
(N=959)



定期通院中就業者の40%は健康に関する不安を感じながら働いている  
内容としては、できない業務の発生、就業に伴う疾病の悪化、失業、上司・同僚理解が3割超

[GRAPH051]

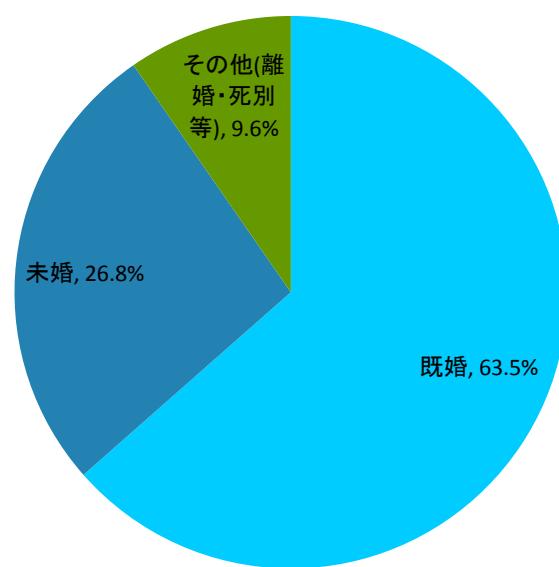
【Q38】あなたご自身の主治医に対する意見として、あてはまるものについてお答えください。(お答えはそれぞれ1つ)



主治医の就業支援を求める定期通院中就業者は対象者の約半数  
仕事を踏まえた治療45%、仕事を行う上での注意点等指導52%、職場への情報提供43%

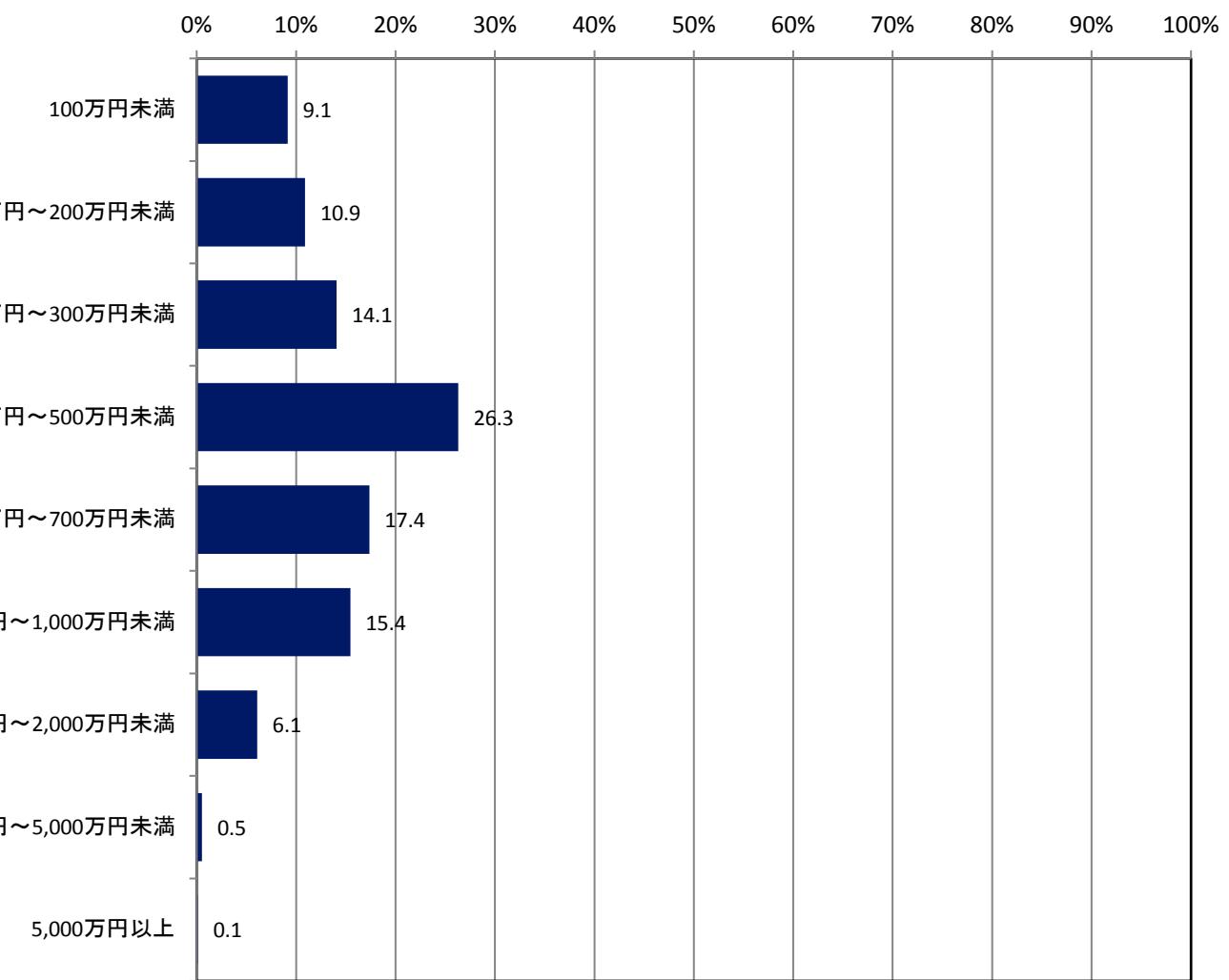
[GRAPH052]

【F1】あなたはご結婚されていますか。(お答えは1つ)  
(N=2395)



対象者のうち既婚者は64%(36%は独身)

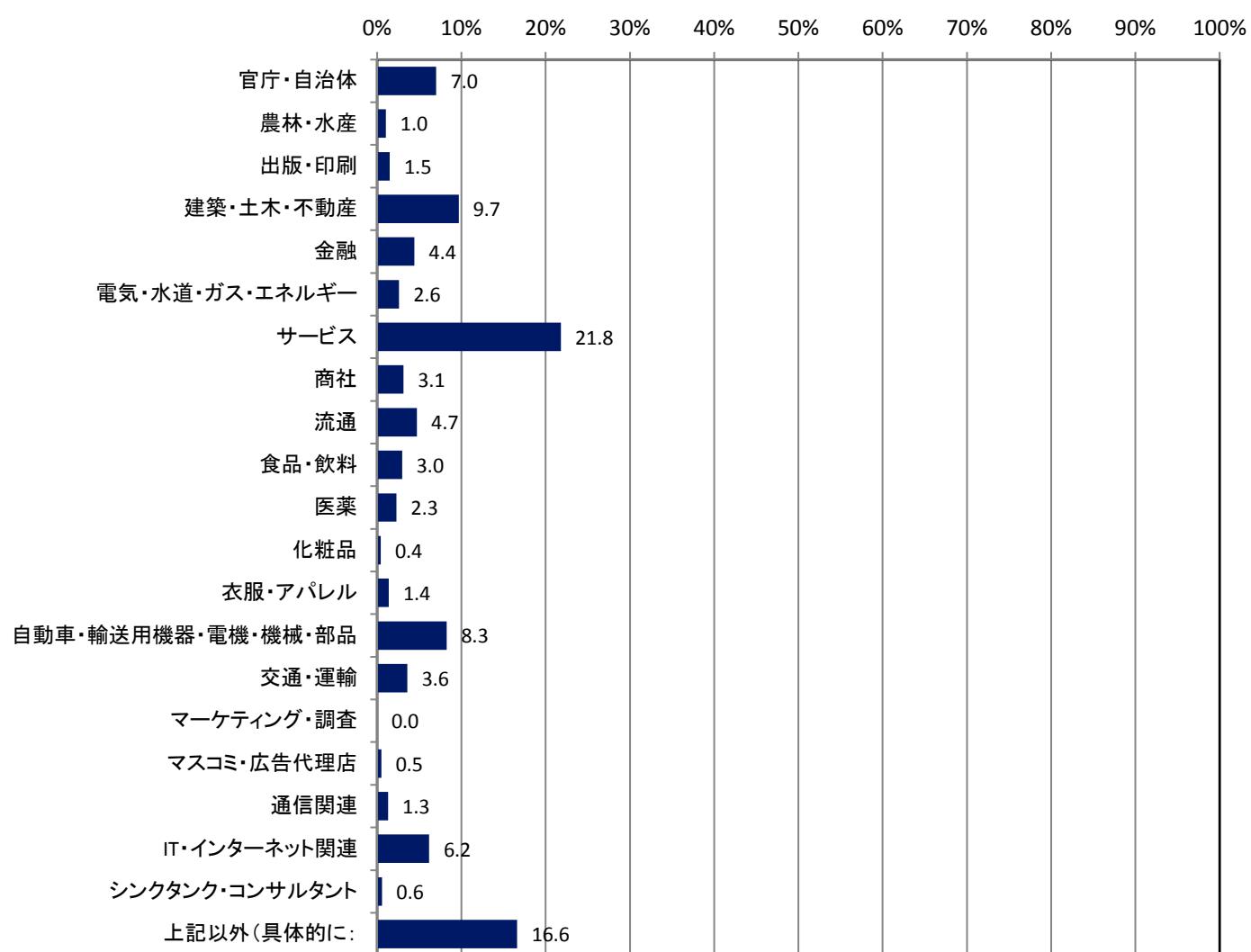
【F2】あなたの個人の年間の所得額(税込)を教えてください。(お答えは1つ)  
(N=2395)



300–500万円を中心として1000万円超まで幅広く分布  
幅広い年収層から回答が得られた

## 【F3】あなたがお勤めの業界をお答えください。(お答えは1つ)

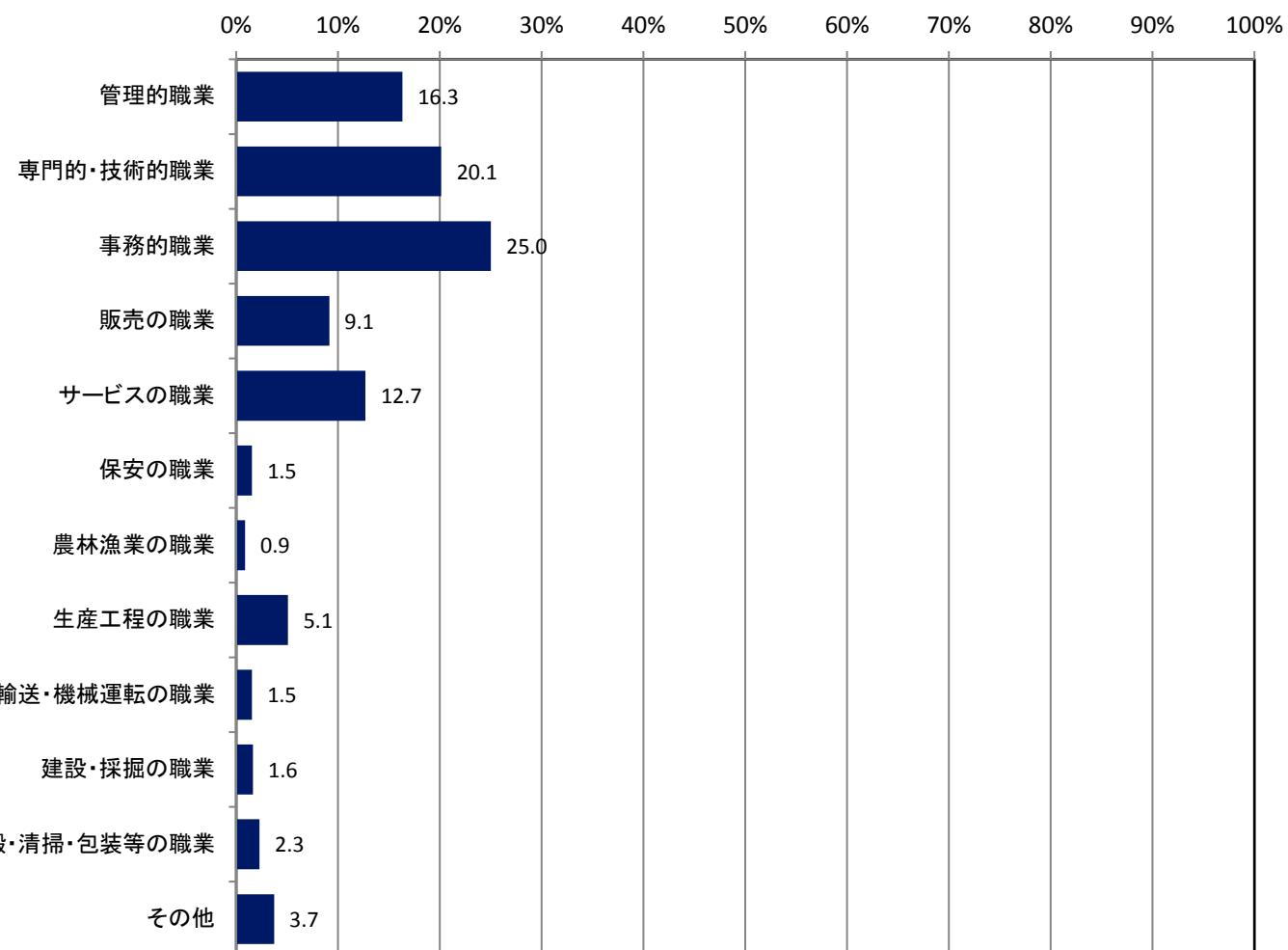
(N=2395)



サービス業が20%を占めた

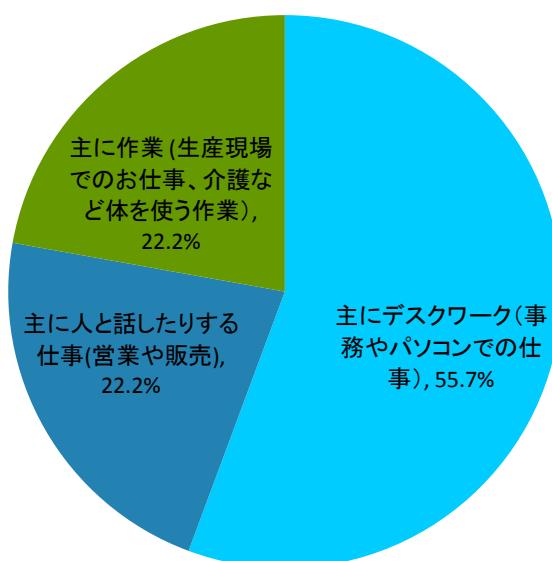
[GRAPH055]

【F4】あなたが現在就いている職種について、最も当てはまるものをお答えください。(お答えは1つ)  
(N=2395)



[GRAPH056]

【F5】あなたの仕事内容について、最も近いものを選んでください。(お答えは1つ)  
(N=2395)



デスクワークが56%、対人業務が22%、身体作業が22%

## 休職期間と医療費等の関連に関する調査（医療レセプト調査）調査結果

(研究分担者 久保達彦 産業医科大学医学部公衆衛生学)

**A) 概要：** 某企業健康保険組合（加入者約 24,000 人）が保有する医科レセプトデータと傷病給付手当金給付履歴に関するデータを用いて、休職期間（傷病給付手当金給付履歴から推定）の長短と医療費等の関連を評価した。

**B) 対象：** 2008 年 10 月～2012 年 8 月の間にメンタルヘルス疾患にて給付を開始され、レセプトデータとの突合が可能であった 319 人

**C) データ項目（抜粋）：**

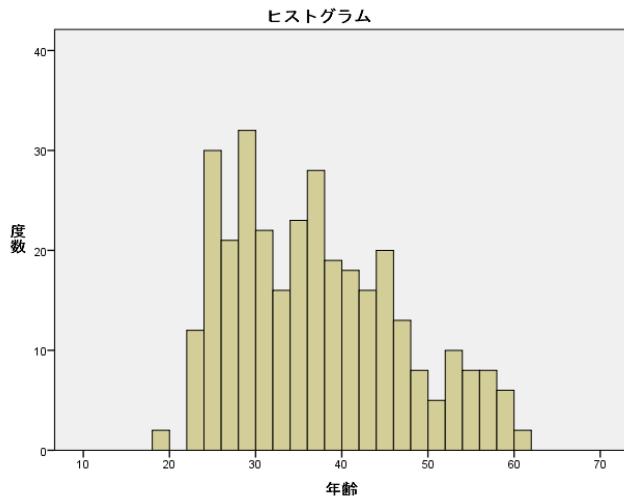
給付開始日
性別
年齢
給付理由
給付期間
給付総額
給付期間中の外来受診回数
給付期間中の入院日数
給付期間中の外来点数
給付期間中の入院点数
給付期間中の調剤点数
給付期間中の点数総額
給付開始 6M 前～給付開始前月までの外来受診回数
給付開始 6M 前～給付開始前月までの入院日数
給付開始 6M 前～給付開始前月までの外来点数
給付開始 6M 前～給付開始前月までの入院点数
給付開始 6M 前～給付開始前月までの調剤点数
給付開始 6M 前～給付開始前月までの点数総額
給付終了翌月～6M 後までの外来受診回数
給付終了翌月～6M 後までの入院日数
給付終了翌月～6M 後までの外来点数
給付終了翌月～6M 後までの入院点数
給付終了翌月～6M 後までの調剤点数
給付終了翌月～6M 後までの点数総額

## D) 解析結果 :

1. 対象者 : 319名

(ア) うち男性 221名 (69.3%)

(イ) 平均年齢 36.6歳 (19-61歳)



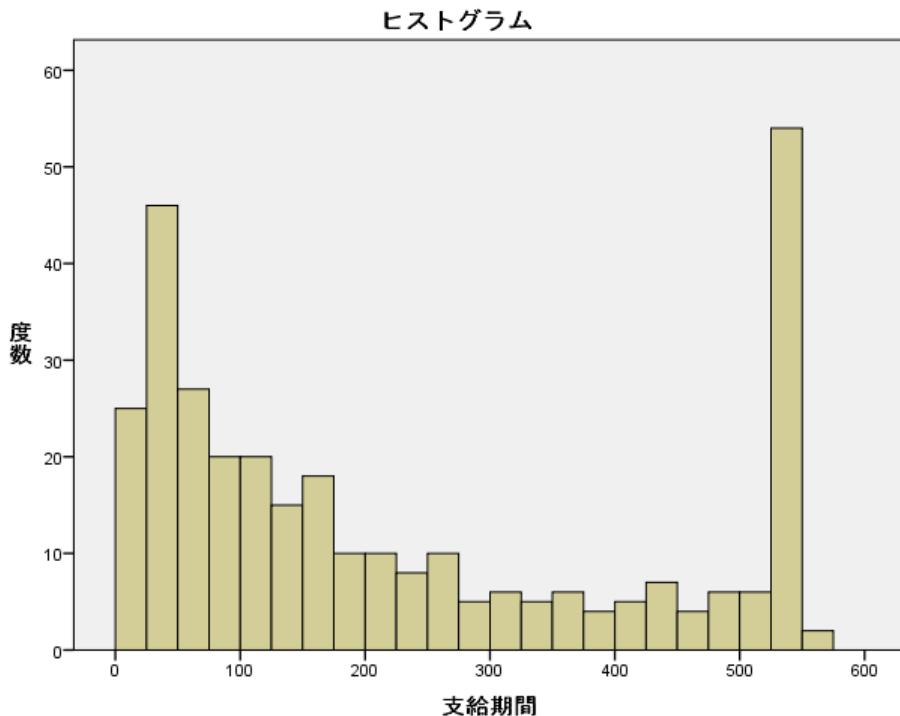
2. 給付理由区分

社会保険表章用国際疾病分類	社会保険表章用国際疾病分類名称	N	%
0502	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	3	0.9
0503	精神分裂病、分裂症型障害及び妄想性障害	4	1.3
0504	気分 [感情] 障害(躁うつ病を含む)	235	73.7
0505	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	59	18.5
0506	精神遅滞	18	5.6
0507	その他の精神及び行動の障害	3	0.9

✧ 気分 [感情] 障害が最多で 73.7% を占めていた。

3. 傷病給付手当金給付期間：

平均日数	230.3
中央値	152.0
分布	2-550



給付期間

		度数	パーセント
有効	短期間（90日以内）	111	34.8
	中期間（365日以内）	116	36.4
	長期間（365日超）	92	28.8
	合計	319	100.0

- ✧ 同保険組合では原則として、欠勤4日目～1年6ヶ月間（約584日）に対して傷病手当金を給付している。
- ✧ 当該期間を過ぎる時期に復職や他の制度の乗り移りがあるため、対象者数が多くなっている。
- ✧ 以降、給付期間を90日以内、一年以内、それ以上と3つの区分に分けて解析した。

4. 傷病給付手当金給付期間別の医療受給状況

➢ 表 4-1：傷病給付手当金給付期間別の医療受給状況

	給付期間		
	短期間 ( 90 日以内)	中期間 ( 365 日以内)	長期間 ( 365 日超)
	平均値	平均値	平均値
給付開始前 6 ヶ月の月平均外来受診回数	1.1	0.9	1.2
給付開始前 6 ヶ月の月平均入院日数	0.3	0.3	0.1
給付開始前 6 ヶ月の月平均外来点数	766.0	625.6	885.8
給付開始前 6 ヶ月の月平均入院点数	677.1	715.3	524.0
給付開始前 6 ヶ月の月平均調剤点数	419.5	376.0	482.2
給付開始前 6 ヶ月の月平均点数総額	1862.6	1716.9	1892.0
給付期間中の月平均外来受診回数	(H) 6.3	(L) 3.1	(L) 2.9
給付期間中の月平均入院日数	1.2	0.8	0.6
給付期間中の月平均外来点数	(H) 3867.1	(L) 2052.4	(L) 2129.0
給付期間中の月平均入院点数	2065.9	1568.7	1042.5
給付期間中の月平均調剤点数	(H) 2281.4	(L) 1295.6	(L) 1271.0
給付期間中の月平均点数総額	(H) 8214.4	(L) 4916.7	(L) 4442.5
給付終了後 6 ヶ月の月平均外来受診回数	(L) 1.2	(L) 1.2	(H) 2.4
給付終了後 6 ヶ月の月平均入院日数	0.3	0.2	0.3
給付終了後 6 ヶ月の月平均外来点数	(L) 824.5	(L) 704.2	(H) 1468.3
給付終了後 6 ヶ月の月平均入院点数	1033.2	209.9	751.8
給付終了後 6 ヶ月の月平均調剤点数	(L) 605.5	744.8	(H) 933.5
給付終了後 6 ヶ月の月平均点数総額	2463.2	(L) 1659.0	(H) 3153.7

(H) は有意に高値であったもの。

(L) は (H) に対して有意に低値であったもの。

- ① 給付開始前の期間は、給付期間の群間で医療受給状態に有意差はなかった。
- ② 給付期間中（休職中）は、短期間給付群（早期復職群）は中期間給付群、長期間給付群（長期休職群）と比較して、「外来受診回数」「外来点数（外来医療費）」「調剤点数（調剤医療費）」「点数総額（総医療費）」が有意に高値だった。
- ③ 給付開始後（復職後）は、長期間給付群（長期休職群）では「外来受診回数」「外来点数（外来医療費）」が他群と比較して有意に高値で、また「調剤点数（調剤医療費）」は短期復職群と比較して、「点数総額（総医療費）」は中期間給付群と比較してそれぞれ有意に高値であった。

知見の確認のために、制度が認定する給付打ち切り直前に復職等（復職、退職、別制度への乗り換え）により受給が終了した対象者を除外して解析を実施した。結果は同様の傾向であった。

➢ 表 4-2 傷病給付手当金給付期間別の医療受給状況

解析対象者：268 名（対象を給付期間を 540 日以下に限定）

	給付期間		
	短期間 ( 90 日以内)	中期間 ( 365 日以内)	長期間 ( 365 日超)
	平均値	平均値	平均値
給付開始前 6 ヶ月の月平均外来受診回数	1.1	0.9	1.2
給付開始前 6 ヶ月の月平均入院日数	0.3	0.3	0.0
給付開始前 6 ヶ月の月平均外来点数	766.0	625.6	645.6
給付開始前 6 ヶ月の月平均入院点数	677.1	715.3	0.0
給付開始前 6 ヶ月の月平均調剤点数	419.5	376.0	504.6
給付開始前 6 ヶ月の月平均点数総額	1862.6	1716.9	1150.2
給付期間中の月平均外来受診回数	(H) 6.3	(L) 3.1	(L) 3.1
給付期間中の月平均入院日数	1.2	0.8	0.5
給付期間中の月平均外来点数	(H) 3867.1	(L) 2052.4	(L) 1758.9
給付期間中の月平均入院点数	2065.9	1568.7	813.7
給付期間中の月平均調剤点数	(H) 2281.4	(L) 1295.6	(L) 1205.0
給付期間中の月平均点数総額	(H) 8214.4	(L) 4916.7	(L) 3777.5
給付終了後 6 ヶ月の月平均外来受診回数	(L) 1.2	(L) 1.2	(H) 2.2
給付終了後 6 ヶ月の月平均入院日数	0.3	0.2	0.4
給付終了後 6 ヶ月の月平均外来点数	824.5	(L) 704.2	(H) 1144.8
給付終了後 6 ヶ月の月平均入院点数	1033.2	209.9	728.0
給付終了後 6 ヶ月の月平均調剤点数	605.5	744.8	842.0
給付終了後 6 ヶ月の月平均点数総額	2463.2	1659.0	2714.7

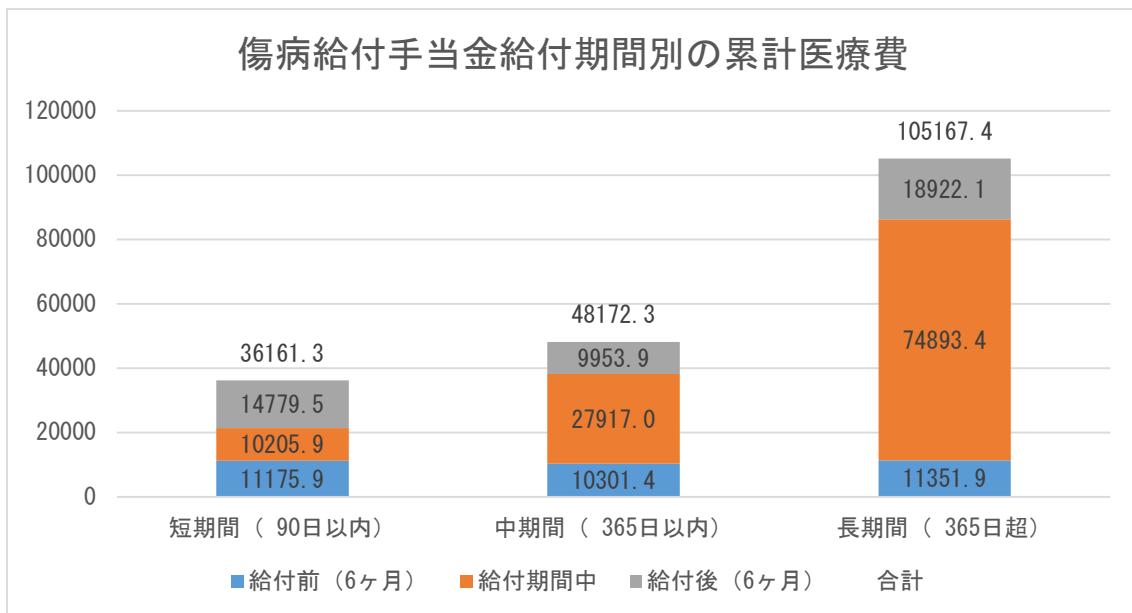
参考) 除外された対象者の支給期間（%はオリジナル解析対象 319 名に占める割合）

支給期間		
	度数	%
有効	541	.1
	542	.1
	543	.1
	544	.2
	545	.2
	546	.8
	547	15
	548	9
	549	10
	550	2

➢ 図表 4-3 傷病給付手当金給付期間別の累計医療費

\* 解析対象者：319 名

医療費		給付期間		
		短期間（90日以内）	中期間（365日以内）	長期間（365日超）
		平均値	平均値	平均値
(月平均)	給付前（6ヶ月）	1862.6	1716.9	1892.0
	給付期間中	8214.4	4916.7	4442.5
	給付後（6ヶ月）	2463.2	1659.0	3153.7
	合計	12540.2	8292.6	9488.2
給付日数		43.3	190.7	506.0
(期間累計)	給付前（6ヶ月）	11175.9	10301.4	11351.9
	給付期間中	10205.9	27917.0	74893.4
	給付後（6ヶ月）	14779.5	9953.9	18922.1
	合計	36161.3	48172.3	105167.4



- ❖ 医療費は、月平均で評価すると給付期間中（休職中）の医療費が短期間給付群（早期復職群）で最も高額であった。
- ❖ 一方、休職期間を考慮して期間累計（支給前6月+支給期間中+支給終了後6ヶ月）で医療費を評価すると、圧倒的に長期復職群で累計の医療費は高額であった。

## 5. 給付期間別の背景要因

性別と支給期間のクロス表

		支給期間			合計
		短期間（90日以内）	中期間（365日以内）	長期間（365日超）	
性別	男性	度数	76	86	59
		支給期間の%	68.5%	74.1%	64.1%
	女性	度数	35	30	33
		支給期間の%	31.5%	25.9%	35.9%
合計		度数	111	116	92
		支給期間の%	100.0%	100.0%	100.0%

給付期間と性比には有意な関連なし。(p=0.510)

年齢

給付期間	平均年齢	度数
短期間（90日以内）	37.32	111
中期間（365日以内）	35.82	116
長期間（365日超）	36.68	92
合計	36.59	319

給付期間各群において年齢に有意な差はなし。(p=0.291)

クロス表

		支給期間			合計
		短期間（90日以内）	中期間（365日以内）	長期間（365日超）	
支給理由	502	度数	2	1	0
		支給期間の%	1.8%	0.9%	0.0%
	503	度数	1	3	0
		支給期間の%	0.9%	2.6%	0.0%
	504	度数	79	86	70
		支給期間の%	71.2%	74.1%	76.1%
	505	度数	24	18	17
		支給期間の%	21.6%	15.5%	18.5%
	507	度数	5	8	5
		支給期間の%	4.5%	6.9%	5.4%
合計		度数	111	116	92
		支給期間の%	100.0%	100.0%	100.0%

給付期間と給付理由（疾病分類）には有意な関連なし。(p=0.586)

参考) 社会保険表章用国際疾病分類

社会保険表章用国際疾病分類	社会保険表章用国際疾病分類名称
0502	精神作用物質使用による精神及び行動の障害
0503	精神分裂病、分裂症型障害及び妄想性障害
0504	気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)
0505	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
0506	精神遅滞
0507	その他の精神及び行動の障害



労災疾病臨床研究事業費補助金  
分担研究報告書

〔分担研究課題〕総合病院における主治医と産業医との連携に関する調査

分担研究者 中嶋義文（三井記念病院・精神科部長）

研究要旨

本研究は総合病院精神科の主治医と産業医の連携の必要性と需要、必要な連携のあり方を明らかにするとともに、その連携の効果を評価する方法を確立することを目的とした。がん患者の就労支援における主治医と産業医等の産業保健スタッフとの連携の一事例の質的分析により、連携の必要性と需要、必要な連携のあり方を抽出した。その結果、主治医や産業医1人ではなく、関わる人すべてが柔らかく何重にも支えていく体制、単なる情報の共有である「連携」を真の連携である「協働」へと変えていくには関わる人の間に共通の目的が共有される必要が強調された。

2015年1月13日より3月12日までの2ヶ月間に外来通院中の就業者(20歳以上65歳未満、自営除く)85名を対象に、社会適応度(GAF)、抑うつ尺度(HAM-D,QID-S)と2種類のレジリエンス尺度(ARS,BRS)を用いて、一時点評価を行った。安定就労と比して不安定就労と休業中では社会適応度GAF得点が低く、抑うつ尺度得点が高かった。また、GAF得点と抑うつ尺度(HAM-D)得点との間には負の相関を認めた。一方レジリエンス尺度得点には就労状態による差は認められなかつたが、これは個人間差によるものと考えられた。

がん患者就労支援の専門家へのインタビューからは職場で関わる複数の資源間で情報共有が強化されると、職場での支援が強化されること、個人のレジリエンスが就労状態に影響することが指摘された。

本研究は労働者の治療過程において主治医と産業医等の連携がレジリエンスを介してどのように影響するかを個人内で検討する基礎データである。

A. 研究目的

医療法上的一般病院における精神科（以下総合病院精神科）の役割としては、狭義の精神医療である精神疾患に対する専門医療のみならず、身体疾患に伴うメンタルヘルス不全への助言介入（コンサルテーション・リエゾン・サービス）が重要である。総合病院における労働者の

精神科治療の過程においては、このコンサルテーション・リエゾン・サービスに独自性と専門性がある。総合病院精神科の主治医と産業医の連携の必要性と需要、必要な連携のあり方を明らかにするとともに、その連携の効果を評価する方法を確立する必要がある。

本研究では、以上の目的のために、総

合病院における身体疾患に伴うメンタルヘルス不全への助言介入（コンサルテーション・リエゾン・サービス）の例として、がんをもつ労働者の就労支援を取り上げて主治医と産業医の連携のあり方を明らかにする。また、連携の効果指標としてのレジリエンス尺度を検討する。

本年度は研究1としてがん患者の就労支援における主治医と産業医等の産業保健スタッフとの連携の事例の質的分析により、連携の必要性と需要、必要な連携のあり方を抽出した。また、研究2として、総合病院通院中の労働者の治療過程における連携の効果指標としてのレジリエンス尺度について検討する目的で社会適応度(GAF)、抑うつ尺度(HAM-D, QID-S)と2種類のレジリエンス尺度を用いて、まず本年度は一時点評価(横断研究)を行った。

## B. 研究方法

### 1. 研究1-がん患者の就労支援における主治医と産業医等との連携

本研究の概要は次の通りである。

がんをもつ労働者の治療過程においてコンサルテーション・リエゾン・サービスとして関わり主治医と産業医等の産業保健スタッフと連携した事例を抽出し、後方視的検討を行った。また、がんをもつ労働者の就労支援を行っている社会保険労務士に対しインタビューを行い、就労支援における連携・協働について知見を得た。

### 2. 研究2-労働者の治療過程における連携の効果指標としてのレジリエンス尺度

外来通院中の20-65歳の就業者（週5日以上就労する条件での被雇用者とし、

自営業や家族経営のものは除いた）のうち、経過中に社会適応度(GAF)60未満に一度でも達したことのある患者を対象に、社会適応度(GAF)、抑うつ尺度(HAM-D, QID-S)と2種類のレジリエンス尺度(ARS, BRS)を用いて時点評価を行った。なお、評価時点で処方の調整や特別な精神療法的介入が必要とされるような精神症状が不安定な患者は除外した。

本研究の実施について、2014年12月15日に三井記念病院医療倫理委員会承認を得た。

統計解析には、ANOVA、ないし $\chi^2$ 二乗検定を用い、 $p=0.05$ 以下を有意水準とした。多重比較にはTukey HSDを用いた。

## C. 研究結果

### 1. 研究1-がん患者の就労支援における主治医と産業医等との連携

事例：介入時年齢35歳。編集者。夫と二人暮らし。28歳時乳がん発見、手術・術後療法を受け経過観察されていた。34歳時再発、骨・脳転移あり疼痛強く、ホルモン療法・化学療法・疼痛緩和療法が再開された。抑うつ・不安強いため乳腺外科主治医より紹介初診。向精神薬治療(SSRI+抗不安薬)と化学療法目的の来院にあわせ定期的にカウンセリング。心身疲弊強い状態で休業延長していたが、疼痛緩和し抑うつ・不安軽減したため希望により復職のために診断書提出。保健師が受診時に同行、原病については情報共有されていたので精神症状について説明した。原則定時内勤務も通院や疲弊や疼痛によっては短縮する必要があることを説明、産業医からも職場上司に説明を行い現場での配慮を行った。その後職場上司も同行、本人の眼前で本人がいかに優秀であるかを説明され、自己効力感がサポートされた。職場では定期面談を産業保健スタッフが行い、上司・同僚、夫君のサポートを得て疼痛が強まりつつも断続的ではあるが勤務継続することができた。疼痛そのものと疼痛緩和薬の副作用のために業務継

続困難となり本人と夫君の申し出により再休業の連絡を職場に対して行った。自宅での療養を続けた後、発熱消耗のため入院加療となりまもなく逝去された。

本事例における連携のポイントは

- ・ 保健師、上司と主治医が直接本人・家族と共に就労支援のための環境調整について情報共有と方針確認を行う場をもった
- ・ 就労継続に必要な本人の自己効力感を維持・強化するように周囲（家族、産業保健スタッフ、主治医）が柔軟かつ重層的にかかわった

とまとめることができた。

2015年3月10日、がんをもつ労働者の就労支援を行っている社会保険労務士に対しインタビューを行った。就労支援における連携・協働について以下の知見を得た。

- ・ 労働者が職場に配慮を求めるなければならないことのうち、通院・治療や急激な体調変化に対応するための勤務時間調整が最も多い
- ・ 就労支援は個別的であり、事前の職場での本人の立場（業務パフォーマンスや人間関係等）に影響を受ける
- ・ 主治医、産業医、会社（上司、人事）との情報共有が強化されると、支援が強化される
- ・ 職場での配慮や情報共有の申し出は労働者によって行われるが、必要な場合に労働者本人の申し出する能力に影響される

とまとめることができた。

## 2. 研究2-労働者の治療過程における連携の効果指標としてのレジリエンス尺度

2015年1月13日より3月12日までの2ヶ月間に、外来通院中で同意取得を得た

患者は88名であった。そのうち欠損値のない85名を対象とした。

就労状態は、安定就労が61名、時に遅刻・早退・欠勤がある、あるいはパフォーマンスが通常時の70%未満であるが連続した休業に至らない不安定就労が7名、リワーク施設通所中など復職に向けたりハビリテーション中（復職中）が4名、現在休職中が10名であった。

表1に就業状態別の社会適応度、抑うつ尺度、レジリエンス尺度を示す。

安定就労と比して不安定就労と休業中では社会適応度GAF得点、抑うつ尺度得点のすべてにおいて有意の得点変化がみられた。レジリエンス尺度得点には就労状態による差は認められなかった。

尺度間の相関をみると、社会適応度(GAF)得点と抑うつ尺度(HAM-D)の間に有意の負の相関（相関係数-0.77）が認められた。二つの抑うつ尺度間(HAM-D,QIDS-J)、二つのレジリエンス尺度の総得点間(ARS総得点,BRS総得点)の相関は妥当（相関係数0.56,0.72）であった。

## D. 考察

本研究では、がん患者の就労支援における主治医と産業医等の産業保健スタッフとの連携の事例の質的分析により、連携の必要性と需要、必要な連携のあり方を抽出した。

厚生労働省もがん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討を行っており、主治医のみならず職場の産業医・産業保健スタッフの理解と協力が重要であることが指摘されている。がんの緩和治療は身体・精神の両面で重要であり、総合病院精神科医、腫瘍精神科医（サイコオン

コロジスト)が精神科主治医として関わっている場合、積極的に職場の産業医・産業保健スタッフと連携する必要がある。

事例では、産業保健スタッフだけではなく職場の上司・同僚、家族とも連携しながら、【やわらかく何重にも抱える】という構造を実現することが出来た。この前提としてかかわる人たちに可能な限り本人にとって自然な生活を続けさせたいという思いが共通の目的として共有されていたことで達成されたものと考えられる。共通の目的が共有されてはじめて『連携』は単なる情報の共有から眞の連携である『協働』へと変わるのである。

また、労働者の治療過程における連携の効果指標としてのレジリエンス尺度の妥当性を検討する目的で社会適応度(GAF)、抑うつ尺度(HAM-D, QID-S)と2種類のレジリエンス尺度(ARS, BRS)を用いて、まず本年度は一時点評価を行った。

表面的妥当性に合致して安定就労と比して不安定就労と休業中では社会適応度GAF得点が低く、抑うつ尺度得点が高かった。また、GAF得点と抑うつ尺度(HAM-D)得点との間には負の相関を認めた。一方レジリエンス尺度得点には就労状態による差は認められなかった。

レジリエンス(Resilience)とは逆境やストレスフルな状況下で立ち直り新しい適応状態へと至る力のことである。うつ病その他の理由による休職など社会適応が低下する状況にあっても、再適応(復職)へと至る動因は休養と薬物治療によるホメオスタシス回復や脆弱性への手当てだけではなく、個人の元来もっているあるいは獲得した『強み』による部分が大きい。脆弱性に個人差があるのと同様にレ

ジリエンスにも個人差がある。今回の横断的研究において就労状態による差が認められなかつたことは、個人間差によるものと考えられる。

本研究で用いたレジリエンス尺度は、精神的回復力尺度 Adolescent Resilience Scale; ARS[小塩真司・中谷素之・金子一史・長峰伸治 (2002). ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性—精神的回復力尺度の作成— カウンセリング研究, 35, 57-65]と二次元レジリエンス要因尺度 Bidimensional Resilience Scale; BRS[平野真理 (2010) : レジリエンスの資質的要因・獲得的要因の分類の試み——二次元レジリエンス要因尺度 (BRS) の作成 パーソナリティ研究 19 (2), 94-106]であった。二つの尺度には高い相関があり、個人内再現性も高いことが示されている。BRSはレジリエンスを生得的な側面と後天的な側面、すなわち資質的(innate)BRSと獲得的(acquired)BRSを別々に取り扱うようにしている。これらの資質的BRSと獲得的BRSが個人内で就労状態によってどのように変化するのか、特に獲得的BRSが変化しうるのかについては今後検討されなければならない。

個人のレジリエンスが就労状態に影響する過程についてがん患者就労支援の専門家へのインタビューでも言及されている。すなわち、必要な配慮を職場に申し出る能力の差や、事前の職場での業務パフォーマンスや人間関係に影響を受けるということである。

レジリエンス研究においては、ストレスのないストレスに対する防御推進要因(protective factor)、すなわちリスクを緩和する資源を探査することが多く行わ

れている。これらには個人の気質に関わること（個人要因）、対人的資源に関わること（家族や職場の支援）や社会的文脈で出会う機会など（環境要因）がある。がん患者就労支援の専門家へのインタビューでも、職場で関わる複数の資源間で情報共有が強化されると、職場での支援が強化されることが指摘された。主治医と産業医の連携が、防御推進要因となっている可能性は十分検討の価値があるものと考えられる。

本研究は労働者の治療過程において主治医と産業医等の連携がレジリエンスを介してどのように影響するかを個人内で検討する基礎データである。

#### E. 結論

- 1) がん患者の就労支援における主治医と産業医等の産業保健スタッフとの連携の一事例の質的分析により、連携の必要性と需要、必要な連携のあり方を抽出した。
- 2) 主治医や産業医 1 人ではなく、関わる人すべてが柔らかく何重にも支えていく体制、単なる情報の共有である「連携」を真の連携である「協働」へと変えていくには関わる人の間に共通の目的が共有される必要が強調された。
- 3) 2015 年 1 月 13 日より 3 月 12 日までの 2 ヶ月間に外来通院中の就業者(20 歳以上 65 歳未満、自営除く)85 名を対象に、社会適応度 (GAF) 、抑うつ尺度 (HAM-D, QID-S) と 2 種類のレジリエンス尺度 (ARS, BRS) を用いて、一時点評価を行った。
- 4) 安定就労と比して不安定就労と休業中では社会適応度 GAF 得点が低く、抑う

つ尺度得点が高かった。また、GAF 得点と抑うつ尺度(HAM-D)得点との間に負の相関を認めた。一方レジリエンス尺度得点には就労状態による差は認められなかったが、これは個人間差によるものと考えられた。

- 5) がん患者就労支援の専門家へのインタビューからは職場で関わる複数の資源間で情報共有が強化されると、職場での支援が強化されること、個人のレジリエンスが就労状態に影響することが指摘された。
- 6) 本研究は労働者の治療過程において主治医と産業医等の連携がレジリエンスを介してどのように影響するかを個人内で検討する基礎データである。

#### F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 【邦文雑誌・単行本】
- 中嶋義文 (2014) : 「主治医 (総合病院) の立場から」 日精診ジャーナル、40(6)
- 中嶋義文 (2015) : チーム医療 コンサルテーション・リエゾン 臨床心理学、 15 (1) 34-38

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表1. 就労状態と社会適応度、抑うつ、レジリエンス

	安定就労(n=61)	不安定就労(n=7)	復職中(n=4)	休業中(n=13)
社会適応度	86.2±0.8	73.6±3.4**	80.0±8.7	68.9±3.9***
抑うつ(HAM-D)	3.0±0.4	7.1±1.6*	3.8±2.5	9.1±1.7***
抑うつ(QIDS-J)	7.5±0.6	13.4±1.7*	4.5±2.0	11.8±1.6*
ARS 総得点	63.8±1.8	58.1±6.1	68.8±9.3	54.7±4.0
資質的 BRS	35.9±0.9	32.9±4.7	40.2±5.2	31.9±2.6
獲得的 BRS	30.1±0.7	30.1±2.5	32.3±4.8	29.6±1.9
BRS 総得点	66.0±1.6	63.0±5.3	72.5±9.9	61.5±4.1

平均得点±標準誤差を示す。安定就労との比較 : \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

厚生労働省 平成 26 年度 労災疾病臨床研究事業  
医療機関以外の施設の治療プログラムにおける産業医等と主治医との連携を  
明確化するための調査研究報告書

分担研究者

大西 守  
公益社団法人日本精神保健福祉連盟 常務理事

研究協力者

諏訪 裕子, 中田 貴晃, 佐川 由紀, 隅谷 理子, 北堀 真衣, 張 磊, 島倉 大  
キューブ・インテグレーション株式会社

市川 佳居, 浅井 和子, 西川 あゆみ  
ピースマインド・イープ株式会社

## 研究要旨

就労支援施設やリワークプログラム実施施設（リワーク施設）の中で、非医療機関で行われるものを選択し、その実情と課題について、アンケート調査及び聞き取り調査を実施し、若干の検討を加えた。

郵送によるアンケート調査実施期間は、2014年12月1日～31日で、地域障害者職業センター52施設、精神保健福祉センター69施設、ハローワーク障害者専門援助部門99施設を対象とした。その結果、地域障害者職業センター36施設（回収率69.23%）、精神保健福祉センター51施設（回収率73.91%）、ハローワーク障害者専門援助部門31施設（回収率31.31%）から回答が寄せられた。また、復職・就労支援を実施している民間団体に関しては、2014年12月1日から2015年1月31日にかけて聞き取り調査を実施し、全国10施設を訪問した。

地域障害者職業センターのリワーク支援利用者は、増加傾向にあり、職場との連携や医療機関との連携は比較的スムーズである。医療機関としての性格が強い精神保健福祉センターでは、必ずしも復職・就労支援利用者は増加しておらず、医療機関との連携は強いものの、職場との連携はあまりうまくいかないようである。ハローワークでは、精神障害者利用者は増加傾向にあるものの、職場や医療機関との連携に困難を感じていたところが多い。こうした各施設の現状と課題を生じさせている背景には、当然のことながら、各施設の設立目的、職員の専門性・職種、対象利用者（罹病している疾患）の相違などが考えられる。また、EAPを実施している民間団体の復職支援も、その内容は多様かつ複雑化している。

すなわち、精神保健福祉手帳を所持する統合失調者の就労支援と、うつ病・不安障害による休職勤労者への復職支援では、やはり方法論が異なるようである。

したがって、各施設の特性を活かした有機的かつ効率的なネットワークの構築が求められ、とりわけ産業医・主治医との連携を強化することが急務と考えられる。そのためには、情報共有する際の原則的な理念・ルールを整備することが不可欠で、情報共有に際しての文書や面談に関する費用負担、事例検討会出席のための謝金などに関しても一定の規定整備が望まれる。

## 目 次

はじめに .....	5
<b>第Ⅰ部 調査概要.....</b>	<b>5</b>
<b>第1章 アンケート調査の概要.....</b>	<b>5</b>
<b>第2章 聞き取り調査の概要 .....</b>	<b>6</b>
<b>第Ⅱ部 調査結果と考察.....</b>	<b>6</b>
<b>第3章 地域障害者職業センター .....</b>	<b>6</b>
3.1 施設概要 .....	6
3.2 復職支援（リワーク）利用状況 .....	7
3.3 精神障害者の職場復帰支援における連携現状.....	9
3.3.1 職場との連携.....	9
3.3.2 医療機関との連携.....	9
3.3.3 地域の関係機関との連携.....	10
3.4 地域障害者職業センターに関する考察 .....	11
<b>第4章 精神保健福祉センター.....</b>	<b>14</b>
4.1 施設概要 .....	14
4.2 復職支援（リワーク）利用状況 .....	15
4.3 精神障害者の復職支援における連携現状.....	16
4.3.1 職場との連携 .....	16
4.3.2 医療機関との連携.....	17
4.3.3 地域の関係機関との連携.....	18
4.4 精神保健福祉センターに関する考察 .....	19
<b>第5章 公共職業安定所（ハローワーク障害者専門援助部門） .....</b>	<b>21</b>
5.1 施設概要 .....	21
5.2 連携現状 .....	23
5.2.1 職場との連携 .....	23
5.2.2 医療機関との連携.....	23
5.2.3 地域の関係機関との連携.....	25
5.3 公共職業安定所（ハローワーク）に関する考察.....	26
<b>第6章 民間団体 .....</b>	<b>26</b>
6.1 【民間団体A】 .....	26

6.2 【民間団体B】 .....	27
6.3 【民間団体C】 .....	28
6.4 【民間団体D】 .....	28
6.5 【民間団体E】 .....	29
6.6 【民間団体F】 .....	29
6.7 【民間団体G】 .....	30
6.8 【民間団体H】 .....	30
6.9 【民間団体 I】 .....	30
6.10 【民間団体 J】 .....	31
第7章 総合考察.....	31
7.1 各施設ごとの特性と課題 .....	31
7.2 全体考察.....	33
第III部 添付資料.....	34
① 調査依頼文 .....	34
② 地域障害者職業センター 調査用紙 .....	35
③ 精神保健福祉センター 調査用紙.....	37
④ ハローワーク障害者専門援助部門 調査用紙.....	39

## はじめに

近年、うつ病をはじめとするメンタル疾患を事由に休職する労働者が増加している。労働者がスムーズに復職していくため、現在では職場でのリハビリテーション的な制度や支援の実施のみならず、医療機関や公的施設、民間団体での復職支援プログラム実施など、さまざまな制度や支援が提案・実施されている。

上記のような、メンタル不調を来たした勤労者への対応には、関係機関との連携が不可欠なのは言うまでもない。とりわけ、勤労者の職場復帰支援に関しては、当事者・家族、主治医、産業医、職場関係者との協働がポイントとなる。しかしながら、個々の施設において、連携や情報交換を模索する動きはあるものの、その背景となる枠組みや経済的な裏づけがないのが現状である。

就労支援施設やリワークプログラム実施施設（リワーク施設）に関しては、医療機関で行われるもの、地域障害者職業センター・ハローワークや精神保健福祉センターなど公的施設で実施されるもの、EAP機関やNGO法人など民間サービス団体で実施されるものに大別され、それぞれ特徴をもつ。しかしながら、各種サービスを利用する当事者・家族、職場関係者、産業保健スタッフ、主治医においても各支援プログラムの知識・認識も不足している。

こうした現状認識を踏まえ、関係機関との連携をより推進させるべく、医療機関以外の地域障害者職業センター、精神保健福祉センター、ハローワーク、民間EAP団体などの役割について、その可能性を探るものである。

本研究は、厚生労働省平成26年度労災疾病臨床研究事業の一環として、大西担当域では、医療機関以

外の施設の治療プログラムにおける産業医等との連携の実情を把握するためのアンケート調査と聞き取り調査を実施し、その傾向の把握と、今後の課題を検証した。

具体的には、全国の関連非医療機関に対して産業医、精神科主治医との連携に関する課題、とりわけプライバシー保護や経済的裏づけに関してアンケート調査、聞き取り調査などを通じて、その実情を調査し、各種方策を明確化させるものである。

## 第Ⅰ部 調査概要

### 第1章 アンケート調査の概要

【調査対象】地域障害者職業センター、精神保健福祉センター、公共職業安定所（ハローワーク障害者専門援助部門）。

#### 【選出方法】

地域障害者職業センター：独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構のホームページ上に掲載されている全ての地域障害者職業センター計 52 施設を選出した。

精神保健福祉センター：厚生労働省のホームページ上に掲載されている全ての精神保健福祉センターの計 69 施設を選出した。

公共職業安定所（ハローワーク障害者専門援助部門）：総務省の地方公共団体の区分に基づいた、指定都市、中核市、特例市、特別区のいずれかに指定されている地区、及び県庁所在地になっている地区に設置されている計 99 施設を選出した。

#### 【調査方法】アンケート調査・郵送法

#### 【実施期間】2014年12月1日～31日

【有効回答数】地域障害者職業センター：36部（回収率 69.23%）、精神保健福祉センター：51部（回

回収率 73.91%)、ハローワーク障害者専門援助部門：

31 部（回収率 31.31%）

## 第2章 聞き取り調査の概要

【調査対象】復職支援を実施している民間団体

【調査方法】インタビューによる調査

【実施期間】2014年12月1日～2015年1月31日

【実施機関】全国 10 民間団体

【聞き取り項目】主に下記のインタビューガイドに沿って、民間団体に聞き取り調査を行った。（表1）

表1 民間団体のインタビューガイド

### インタビューガイド：

- ・リワーク・就労希望者の利用者数の推移について
- ・リワーク・就労利用者の情報について  
(年齢、性別、診断名など)
- ・リワーク・就労支援プログラムについて  
(期間、内容など)
- ・医療関係機関との連携の仕方について
- ・職場との連携について
- ・地域の関係機関との連携について
- ・普段の仕事で対応に困ったことについて

## 第II部 調査結果と考察

### 第3章 地域障害者職業センター

#### 3.1 施設概要

##### 1) 利用者数

利用者数について、「400～600 名未満」が 53%、「200～400 名未満」、「600～800 名未満」が 14%、「800～1000 名未満」が 8%、「1000 名以上」が 6%、「200 名未満」が 5%だった。（図1）

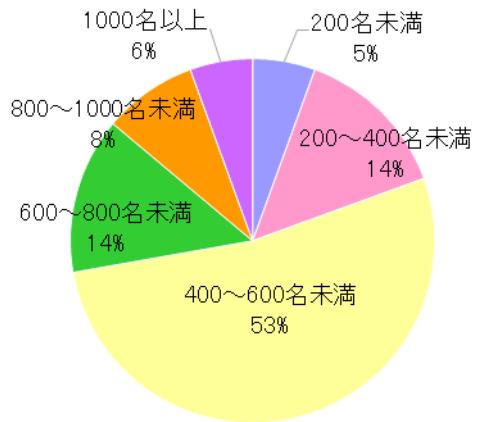


図1 利用者数 (平成25年度)

##### 2) センター利用者数の増減傾向

センター利用者数の増減傾向について、「増加傾向」と「不变」が 39%、「減少傾向」が 22%だった。（図2）

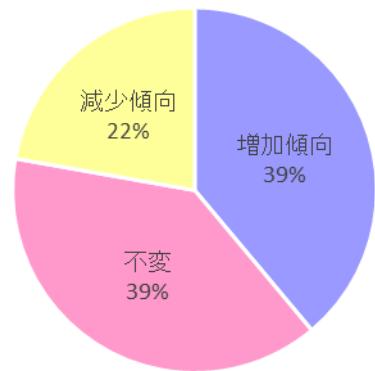


図2 利用者数増減傾向 (平成25年度)

##### 3) 精神障害者の利用者数

精神障害者の利用者数について、「200名以下」が 64%、「200名～400名」が 31%、「400名以上」が 5%だった。（図3）



図3 精神障害者の利用者数（平成 25 年度）

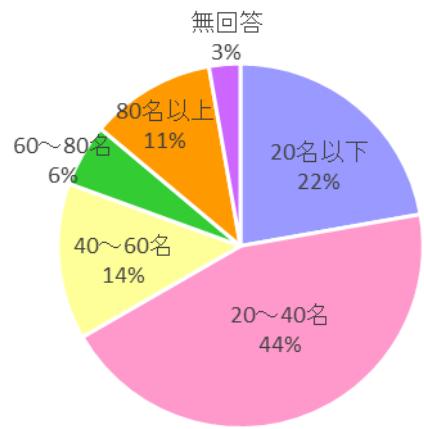


図5 リワーク支援の利用開始者数（平成 25 年度）

#### 4) 精神障害者の利用者数の増減傾向

精神障害者の利用者数の増減傾向について、「増加傾向」が 50%、「不变」が 33%、「減少傾向」が 14% だった。（図 4）

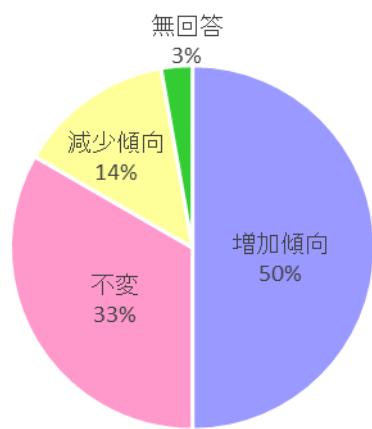


図4 精神障害者の利用者数増減傾向  
(平成 25 年度)

#### 2) リワーク支援の利用開始者数の増減傾向

リワーク支援の利用開始者数の増減傾向について、「増加傾向」は 56%、「不变」は 25%、「減少傾向」は 14% だった。（図 6）

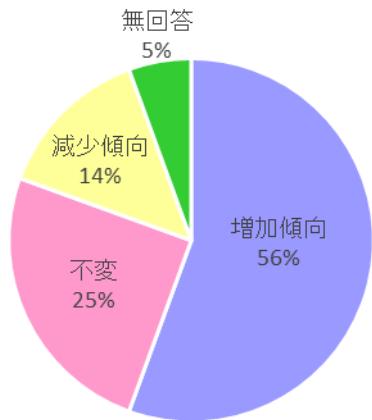


図6 リワーク支援の利用開始者数の増減傾向  
(平成 25 年度)

### 3.2 復職支援（リワーク）利用状況

#### 1) リワーク支援の利用開始者数

リワーク支援の利用開始者数について、「20 名～40 名」が 44%、「20 名以下」が 22%、「40 名～60 名」が 14%、「80 名以上」が 11%、「60 名～80 名」が 6% だった。（図 5）

#### 3) リワーク支援利用開始者の主診断名

主診断名について、1 位として「うつ病・躁うつ病」(38%) が最も多く挙がった。2 位は「適応障害」の 22% と「他の精神疾患」の 22% が同程度あがった、3 位は「統合失調症」(13%) が多かった。（図 7）

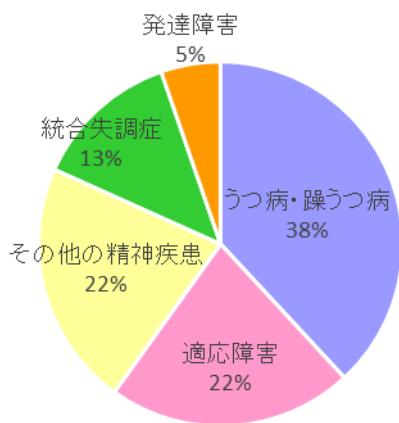


図 7 リワーク支援利用開始者の主診断名

#### 4) 利用者属性（男女比）

利用者の男女比は、「男性」が 82%、「女性」が 18% で男性の方が多かった。(図 8) ただし、男女の比率については女性の利用者の割合が 4 %～50% と各地域障害者職業センターにより大きなばらつきが見られている。

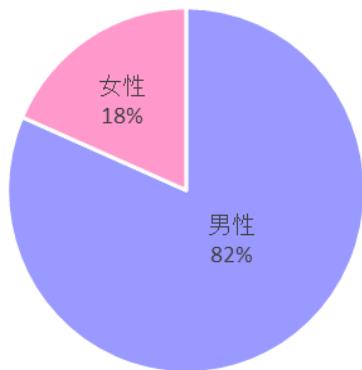


図 8 リワーク支援利用開始者の男女比

#### 5) 利用者属性（居住地）

利用者の居住地は利用施設と同じ都道府県の「県内」が 92%、「県外」が 8% で、ほとんどの人が同一都道府県内の施設を利用している(図 9)

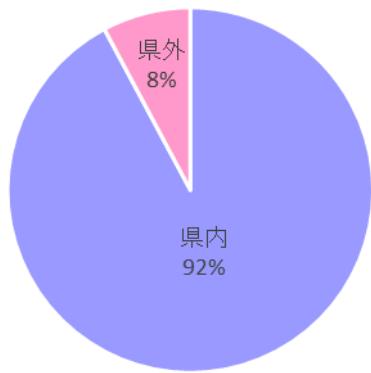


図 9 リワーク支援利用開始者の居住地比

#### 6) 利用者属性（年代別）

利用者の年齢は「40 代」が 37% で最も多く、次いで「30 代」が 30%、「20 代」が 20%、「50 代」が 13% だった。「60 代」および「10 代」の利用はなかった。(図 10)

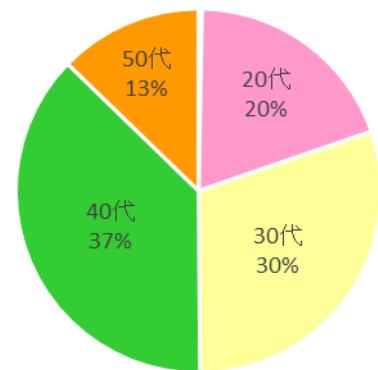


図 10 リワーク支援の利用開始者の年代比

#### 7) リワーク支援の実施期間

リワーク支援の実施期間は、各地域障害者職業センターではばらつきはあるものの、約 6 割 (59%) が 3 か月以内の利用となっている。「4 か月～半年以内」の 35% も合わせると、94% が半年以内という結果となっている。(図 11)

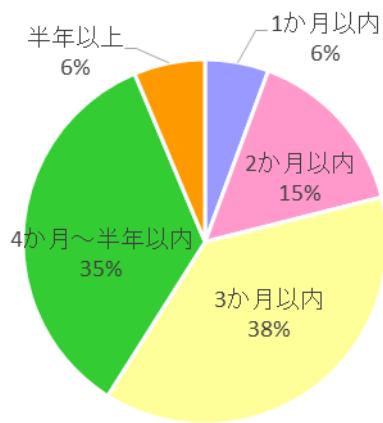


図 11 リワーク支援の実施期間

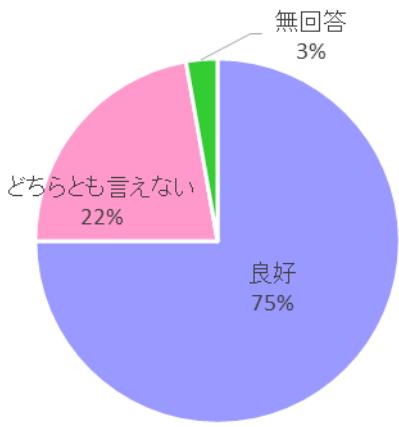


図 13 産業医・産業看護職との連携

### 3.3 精神障害者の職場復帰支援における連携現状

#### 3.3.1 職場との連携

##### 1) 職場（人事労務など）との連携

職場（人事労務など）との連携について、「良好」が 72%で最も多く、次いで「どちらとも言えない」が 25%だった。「難しい」と回答した施設はなかった。  
(図 12)

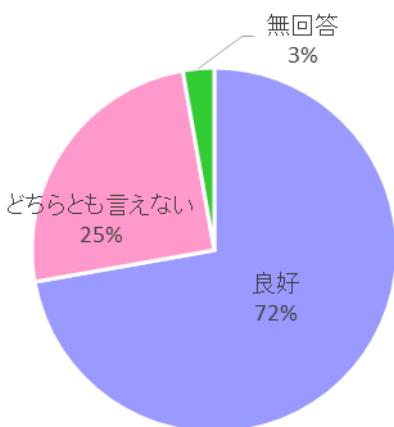


図 12 職場（人事労務など）との連携

##### 2) 産業医・産業看護師との連携

産業医・産業看護師との連携について、「良好」が 75%と最も多く、次いで「どちらとも言えない」が 22%だった。「難しい」と回答した施設はなかった。  
(図 13)

#### 3) 健康情報管理・プライバシー保護

健康情報管理・プライバシー保護に問題を感じることについて、「特に問題ない」が 58%で最も多く、「時に問題を感じる」が 39%、「非常に問題を抱えている」の回答はなかった。(図 14)

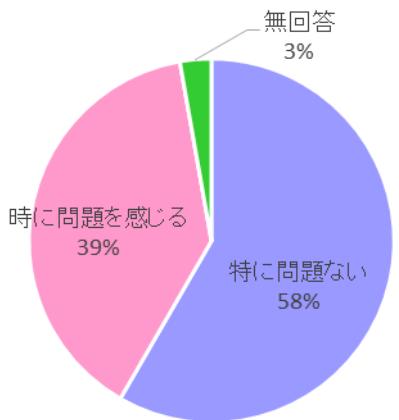


図 14 健康情報管理・プライバシー保護に問題を感じること

#### 3.3.2 医療機関との連携

##### 1) 精神科主治医との連携

精神科主治医との連携について、半数以上の 55%が「良好である」と回答し、「どちらとも言えない」が 42%だった。「難しい」と回答した施設はなかった。

(図 15)

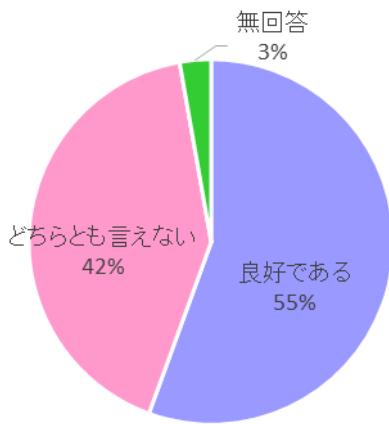


図 15 精神科主治医との連携

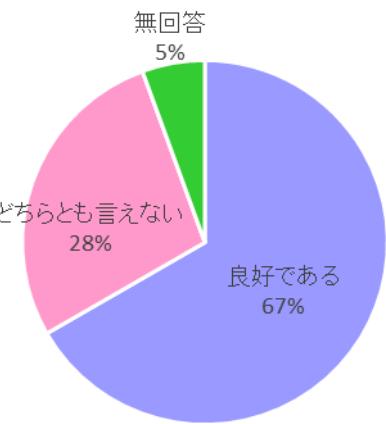


図 17 産業保健総合支援センターとの連携

### 3) 地域の医療機関との日常的な連携

地域の医療機関との日常的な連携について、「良好である」「どちらとも言えない」が 47%、「難しい」が 3%だった。(図 16)

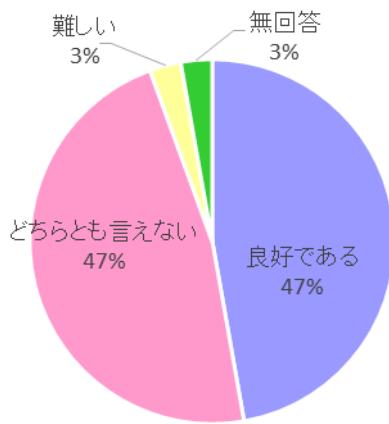


図 16 地域の医療機関との日常的な連携

### 2) 精神保健福祉センターとの連携

精神保健福祉センターとの連携について、「良好である」「どちらとも言えない」がともに 47%だった。「難しい」と回答した施設はなかった。(図 18)

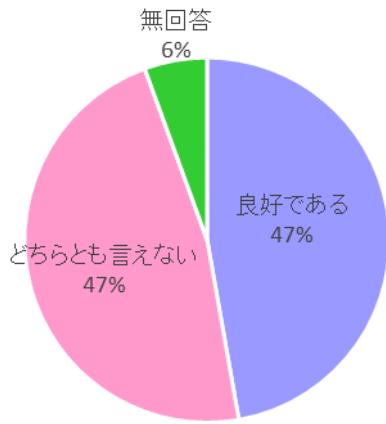


図 18 精神保健福祉センターとの連携

#### 3.3.3 地域の関係機関との連携

##### 1) 産業保健総合支援センターとの連携

産業保健総合支援センターとの連携について、「良好である」が 67%で最も多く、次いで「どちらとも言えない」が 28%だった。「難しい」と回答した施設はなかった。(図 17)

##### 3) 近隣の他のリワーク施設との連携

近隣の他のリワーク施設との連携について、「良好である」が 47%、「どちらとも言えない」が 42%だった。「難しい」と回答した施設はなかった。(図 19)

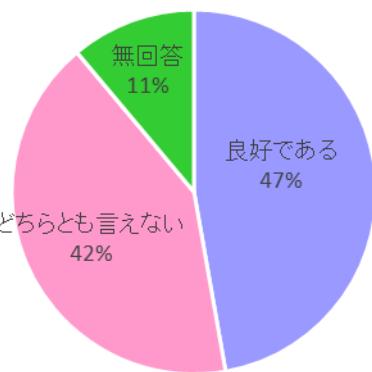


図 19 近隣の他のリワーク施設との連携

#### 4) 関係機関との連携の際の情報管理について

関係機関との連携の際の健康情報管理・プライバシー保護に問題を感じることについて、89%が「特に問題ない」と回答し、「時に問題を感じる」が5%だった。「非常に問題を感じる」という回答はなかった。(図 20)

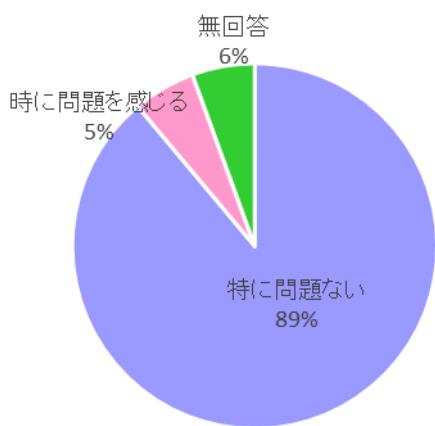


図 20 関係機関との連携の際の情報管理について

#### 3.4 地域障害者職業センターに関する考察

地域障害者職業センターにおいては、利用者全体で増加傾向と回答した割合は39%であるが、精神障害者の利用者ならびにリワーク支援の利用者の増加傾向と回答した割合はそれぞれ50%、56%という結果となっており、メンタル休職者を含めた精神障害者の利用が増加していることが示されている。リワ

ーク利用者の主な利用期間については、3ヶ月以内の利用が59%で、3ヶ月以内の復職を目指す原則が守られている。

#### 【職場との連携における課題と工夫】

リワーク支援における職場（人事労務担当者、産業医・産業保健スタッフ）との連携は、約7割が良好と回答し、良好な連携が行えていることが示唆される。リワーク支援のプロセスで職場との連携においては、以下の具体的取り組みを行っているとの回答であった。

- ・職場に対する支援として、職場復帰支援に関する資料や相談窓口の情報提供、研修機会の提供などを行っている。
- ・開始前に、必ず会社側担当者と本人を含めて面談を行い、職場復帰にあたって会社側が求められている点を明らかにしている。これは、リワーク参加の目標を形骸化し、本人の主体的な取り組み姿勢が損なわれるのを防ぐために実施している。
- ・企業から聞き取った内容について、企業からすでに対象者に伝えている内容なのか否かを確認し、企業から伝えていただくべき内容と職業センターから伝えてても良い内容を整理し、役割を明確にしている。
- ・リワーク支援では本人の主体的な取り組みが必要である為、本人が取り組むべき課題（復職時に望まれる状態）について、事業主から本人へ伝えて貰い、本人もその点を理解した上で利用して貰うようにしている。
- ・事業所側の意向も取り入れた計画策定を行っている。また、原則として、支援期間中に中間報告を行う機会を設け、進捗状況の確認、支援計画の見直し

などを行っている。

- ・支援コーディネートの段階で、協力していただきたい内容やリワーク支援でのプロセスについて具体的に説明し、結果報告等の打ち合わせを設定できるように調整している。
- ・利用者とともに定期的に職場に出向き、上司、人事担当者、産業医、保健スタッフ等にリワーク報告会（受講状況の報告）を行っている。
- ・復職の際に、ご本人に好ましい仕事内容や受け入れ体制について職場に情報提供をするよう心がけている。

以上の回答からわかるように、地域障害者職業センターの場合、事業所の意向および本人の課題を確認した上で支援計画を策定すると共に、支援開始時、途中経過、終了時の各フェーズで会議や報告会等を実施し、各立場で支援方針の見解の齟齬がない取り組みを実施している。

一方、職場との連携の課題としてはリワーク支援について、職場の同意や協力を得られない、また、図14の結果にも示されているように、企業側の情報管理の仕方に不安があるなどの回答も散見される。利用者の情報については機微情報も扱うことから、その取り扱いにおいて各関係者が十分留意することが連携を行う上で非常に重要で、情報の取り扱いに対する温度差をどう埋めていくかは現状の課題として挙げられよう。

#### 【医療機関との連携における課題と工夫】

主治医との連携については「良好である」と「どちらとも言えない」の回答が全体を占め、ほぼ半々の割合となっている。以下は、地域障害者職業センターがリワーク支援のプロセスで主治医との連携で

実際行っている主な取り組みである。

- ・リワーク支援に関して、個別に主治医や医療機関を訪問し、説明や連携の依頼を継続的に行っている。
- ・通院同行を許可される主治医が多いため、本人承諾と事前連絡を経て、リワーク実施における注意点等を教えてもらっている。必要に応じて、こちらの所見も付け、症状の共有に努めている。
- ・頻繁にお会いすることは難しいため、本人が作成する日誌・週当たりの活動記録をもとに、先生方には状況を把握してもらっている。
- ・可能な範囲で同席したり、短時間でも電話をしたりしながら、直接主治医とコミュニケーションを取り、支援で見られる本人の状態を伝えるようにしている。
- ・リワーク支援利用者の精神科主治医との連携については、支援計画策定にあたって、受診同行を行い、主治医の助言を得ている。また、支援期間中においても必要に応じ、電話、受診同行などにより連携をとり、主治医の助言を得ている。
- ・医療機関に同行する事業主は限られているので、職業センターが主治医と面談する際、事業主が復職後に検討している仕事内容や勤務時間なども主治医に情報提供し、復職に向けた医学的判断がし易くなるように対応している。
- ・職場復帰（リワーク）支援の支援範囲は限られたものである為、対応出来る点と出来ない点を、リワーク支援計画の提示の際等に適切に説明するようしている。その背景にはリワーク支援で何を行い、医師に何を求めているのかが不明確という事も感じる。そのため、当センターとしては、実施内容、実施状況等を具体的に伝えた上で、治療・療養の段階、

見通しを踏まえての示唆をいただけるようにしてい  
る。また、主治医の直接の対応が困難な場合には、  
コメディカルスタッフからの協力お要請している。

- ・主治医の受診時間等には限りがあり、コメディカ  
ル体制の幅は異なることから、クライアント側が積  
極的に、自身の症状を主治医に相談できるような姿  
勢の構築を工夫している。具体的には、症状管理シ  
ートを活用した体調報告の練習など。

地域障害者職業センターでは、リワーク支援の際  
に利用者に主治医に同行受診し、リワーク支援の内  
容の説明や配慮事項等の確認を行っている。その際  
に医師との面談に対して所定の謝金を支払っている  
が、こうした枠組みを設けることにより、外来で忙  
しい主治医も一定の時間の確保をしやすく、上記の  
ような連携が実現できる一つの背景要因として考  
えられる。

一方、医療機関もそれぞれ治療方針やスタンスも  
多様であり、中にはリワーク支援の認識がなかっ  
たり、懐疑的であったり、連携に非協力的な医師もい  
ることが、以下に挙げられた課題から推察できる。

- ・医療機関（主治医）の考え方や治療方針等により、  
リワーク支援への協力（事業主との連携含む）のス  
タンスが様々であり、コーディネートで苦労するこ  
とがある。

- ・主治医、医療機関についても個別性が高く、一概  
に回答できない。職場復帰を早い段階から意識して  
治療を行ったり、日常的に関係機関との連携を行  
ったりしている主治医、医療機関もあれば、そうでな  
いところもあり、連携しづらさを感じることもある。

- ・リワークについて十分に周知が進んでいない。

- ・支援場面で見られる本人の状態を本人の主治医と  
的確に共有できないことがあり、苦慮することがある。  
要因としては物理的に主治医との連携が取りづ  
らいことや、本人の特性に関して主治医と当方の考  
え方が異なる場合などが挙げられる。

- ・主治医（特に個人クリニック）が利用者の症状や  
生活習慣、職場の環境を十分に把握していない。

- ・医療従事者（特に精神科病院）の職場復帰支援に  
に対する関心の低さ。

- ・主治医には協力謝金を払っているが、医療機関に  
よっては対象者に金銭的負担を求めている場合があ  
る。

- ・復職案件を多く取り扱っている医療機関とそうで  
ない医療機関とで、医療情報の出し方に差があるこ  
とについて事業主から相談を受けることがある。

- ・主治医の中にはリワーク支援の効果に否定的な先  
生もいる。

- ・概ね良好であるが、受診同行を拒否される医療機  
関もあり、連携に苦慮する時がある。

- ・個人開業しているクリニックと連携する機会が多  
く、それぞれの医師は患者の診察に追われ、関係機  
関と連携を取れる余裕はなく、リワークに関しては  
一任というスタンスであるように感じられる。

- ・連携の良好な医療機関とそうでない医療機関とに  
ギャップがある。

- ・職場環境について具体的にイメージを持っている  
医師があまり多くない。（これより、助言や意見が現  
実的でない）

- ・主治医の見解が本人の希望に沿い過ぎている場合  
等、日常生活が不十分な状態であってもリワークの  
活用を勧めているケースがある。

- ・主治医が多忙で面会や電話の時間をとっていただ

けないことがある。

### 【地域機関との連携における課題と工夫】

地域の関係機関との連携について「良好である」との回答の割合は、産業保健総合支援センターが67%、精神保健福祉センターが47%、近隣の他のリワーク施設が47%と、産業保健総合支援センターとそれ以外との機関で連携のしやすさの差が見られている。医療リワークを行っている医療機関との連携についてはうまくできていないという回答も幾つかあり、この辺りは地域障害者職業センターが実施するリワークと医療機関の実施するリワークとの役割や位置づけを今後整理することにより、連携の形も見えてくるものと思われる。

## 第4章 精神保健福祉センター

### 4.1 施設概要

#### 1) 利用者数の増減傾向

利用者数の増減傾向について、「増加傾向」が59%で最も多く、次いで「不变」が25%、「減少傾向」が12%だった。(図21)

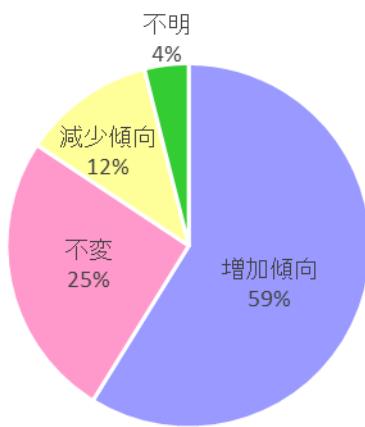


図 21 利用者数の増減傾向 (平成 25 年度)

#### 2) 精神障害者の就労支援

精神障害者の就労支援に関する活動について、「不变」が43%で最も多く、「増加傾向」が29%、「不明」が22%、「減少傾向」が2%だった。(図22)

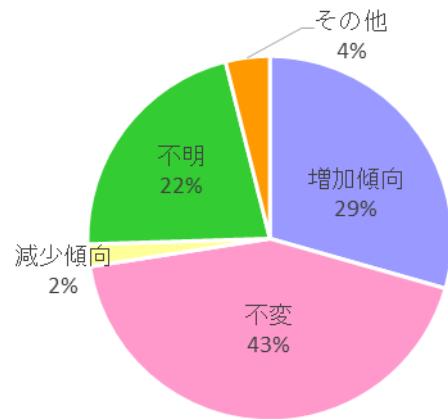


図 22 精神障害者の就労支援の増減傾向  
(平成 25 年度)

#### 3) 勤労者復職支援

勤労者復職支援に関する活動について、「不变」が47%で最も多く、次いで「不明」が27%、「増加傾向」が22%、「減少傾向」が2%だった。(図23)

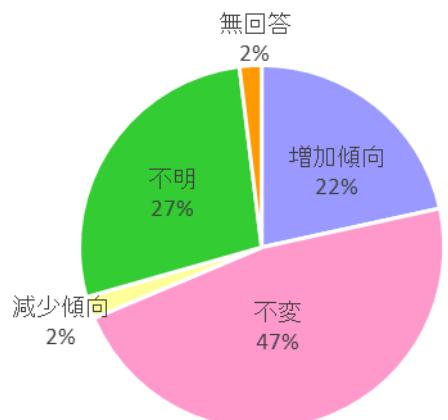


図 23 勤労者の復職支援の増減傾向 (平成 25 年度)

#### 4) 勤労者の復職支援(リワークプログラム)の実施

復職支援(リワークプログラム)について、「実施していない」が78%で最も多く、「実施している」が20%、「必要に応じて実施している」が2%だった。(図24)

24)

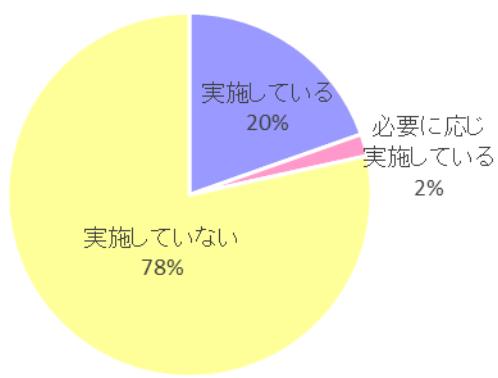


図24 勤労者の復職支援の実施（平成25年度）

#### 4.2 復職支援（リワーク）利用状況

##### 1) 精神障害者の復職支援の利用状況（平成25年度）

精神障害者の復職支援の利用状況について、「50名未満」が46%で最も多く、次いで「100名～300名未満」が27%、「400名以上」が18%、「50～100名未満」が9%だった。（図25）

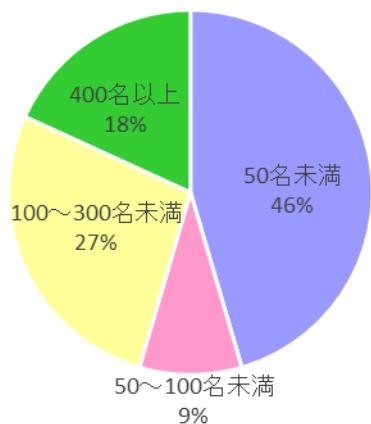


図25 精神障害者の復職支援の利用状況（平成25年度）

##### 2) 精神障害者の復職支援の利用状況

精神障害者の復職支援の利用状況について、「不变」が70%で最も多く、「増加傾向」が18%、「減少傾向」、「不明」がともに6%だった。（図26）

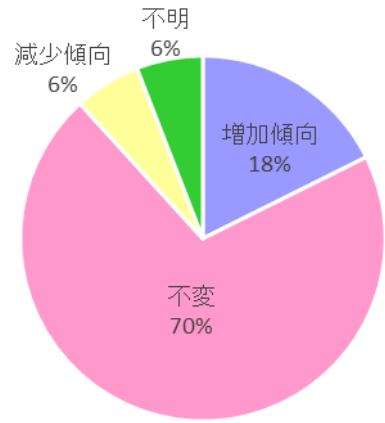


図26 精神障害者復職支援の利用者数の増減傾向（平成25年度）

##### 3) 主診断名

利用者の主診断名について、1位に挙げられたものとして「うつ病」が多かった、全体の43%に占めている。また、2位では「双極性障害」(23%)が多く、3位では「適応障害」(14%)が多かった。（図27）

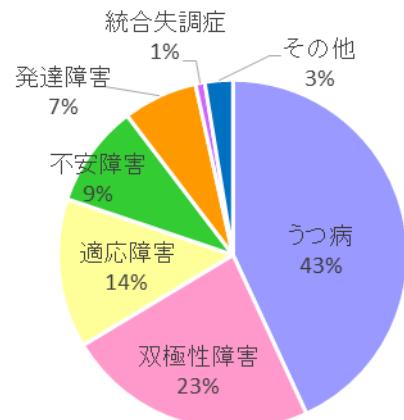


図27 利用者の主診断名

##### 4) 利用者男女比

利用者の男女比は、「男性」が67%、「女性」が33%で男性の方が多かった。（図28）

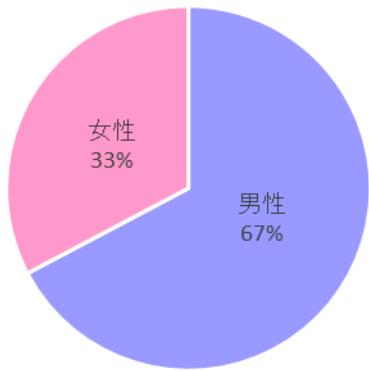


図 28 利用者の男女比

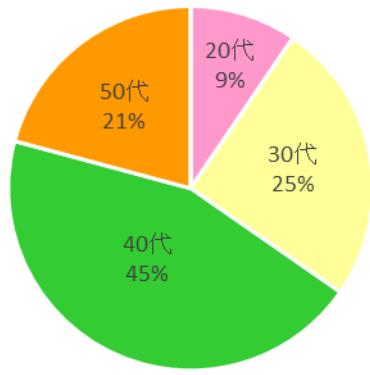


図 30 利用者の年代比

##### 5) 利用者居住地比

利用者の居住地比は利用施設と同じ都道府県の「県内」が 98%、「県外」が 2%で、ほとんどの人が同一都道府県内の施設を利用している。(図 29)

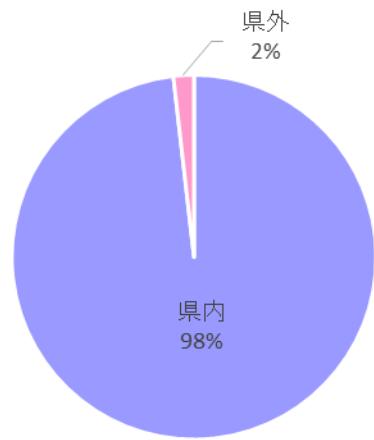


図 29 利用者の居住地比

##### 6) 利用者年代

利用者の年代は「40 代」が 45%で最も多く、「30 代」が 25%、「50 代」が 21%、「20 代」が 9%だった。「60 代」および「10 代」の利用はなかった。(図 30)

##### 7) 利用者利用期間

利用者の利用期間は「3 か月以内」が 46%で最も多く、次いで「半年以内」が 25%、「半年以上」が 16%、「脱落・中途終了」が 3%、「1 か月以内」が 1%、「2 ケ月以内」の回答はなかった。中には 3 カ月コース、6 カ月コースなどのコースを設けたり、一律 4 カ月のコースを設けたり等、カリキュラム期間を設定して実施している機関もあった。(図 31)

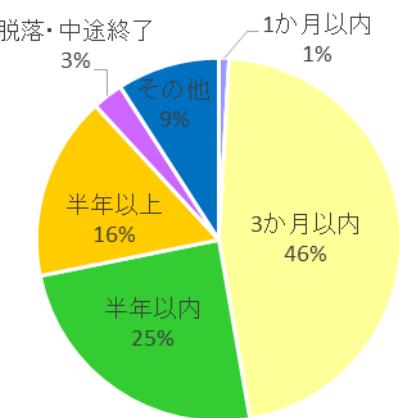


図 31 利用者の利用期間比

#### 4.3 精神障害者の復職支援における連携現状

##### 4.3.1 職場との連携

###### 1) 職場（人事労務など）との連携

職場（人事労務など）との連携について、「どちらとも言えない」が 64%で半数以上を占め、次いで「良

好である」が27%、「連携していない」が9%だった。

「難しい」と回答した施設はなかった。(図32)

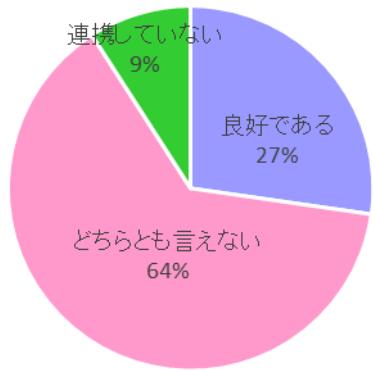


図32 職場（人事労務など）との連携

## 2) 産業医・産業看護師との連携

産業医・産業看護師との連携について、「どちらとも言えない」が55%、「良好である」が36%、「連携していない」が9%だった。「難しい」と回答した施設はなかった。(図33)

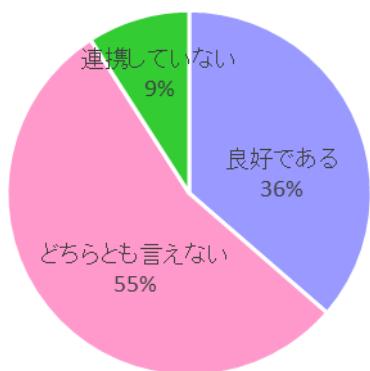


図33 産業医・産業看護職との連携

## 3) 情報管理

情報管理などに問題を感じることに関して、「時に問題を感じる」が91%にのぼり、「特に問題ない」は9%にとどまった。(図34)

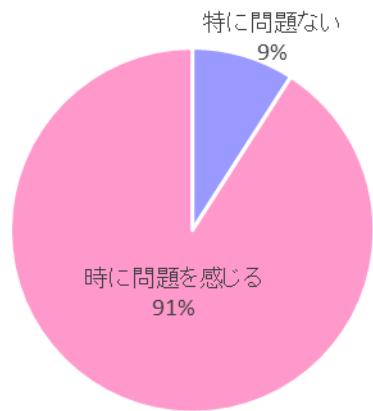


図34 情報管理等に問題を感じること

### 4.3.2 医療機関との連携

#### 1) 精神科主治医との連携

精神科主治医との連携について、「良好である」が82%、「どちらとも言えない」が18%だった。「難しい」と回答した施設はなかった。(図35)

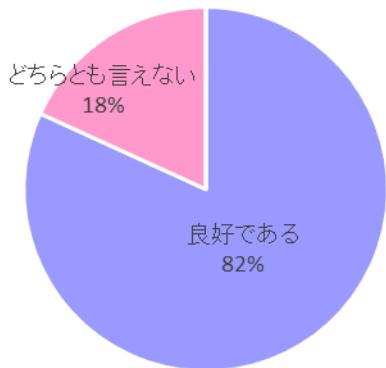


図35 精神科主治医との連携

#### 2) 主治医の意見書

主治医の意見書等の文書に関わる金銭負担について、「利用者負担」が82%で最も多かった。「意見書（文書作成料）として支出」「それ以外の支出項目」を回答する施設はなかった。(図36)

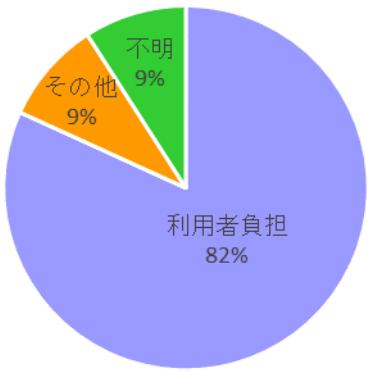


図 36 主治医の意見書等の文書に関わる金銭負担

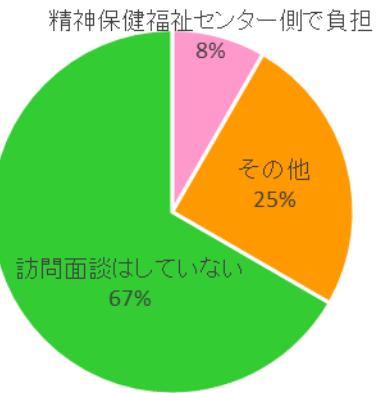


図 38 主治医の訪問面談

### 3) 主治医の意見書の金額

主治医の意見書等の文書に関わる金額について、「不明」が 55%で最も多く、次いで「250 円または 750 円」、「2000 円」がともに 9%だった。(図 37)

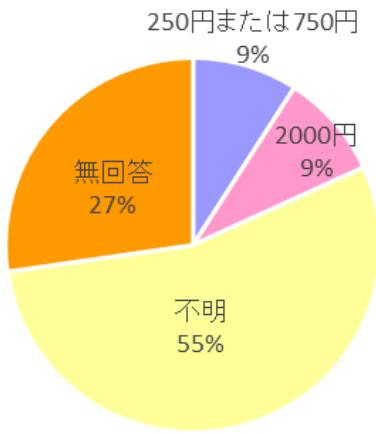


図 37 主治医の意見書の金額

### 5) 地域の医療機関との日常的な連携

地域の医療機関との日常的な連携について、「良好である」が 64%、「どちらとも言えない」が 36%、「難しい」と答える施設はなかった。(図 39)

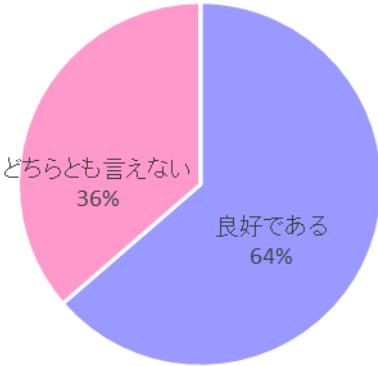


図 39 地域の医療機関との日常的な連携

### 4) 主治医への訪問面談

主治医への訪問面談等に関わる金銭負担について、「訪問面談はしていない」が 67%、「精神保健福祉センター側で負担」が 8%だった。「利用者負担」を回答する施設はなかった。(図 38)

### 4.3.3 地域の関係機関との連携

#### 1) 産業保健総合支援センターとの連携

産業保健総合支援センターとの連携について、「どちらとも言えない」が 67%、「良好である」が 21%、「難しい」が 8%だった。(図 40)

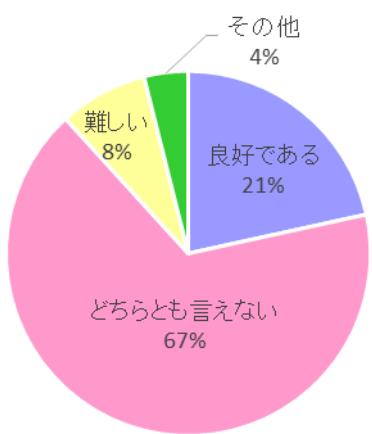


図 40 産業保健総合支援センターとの連携

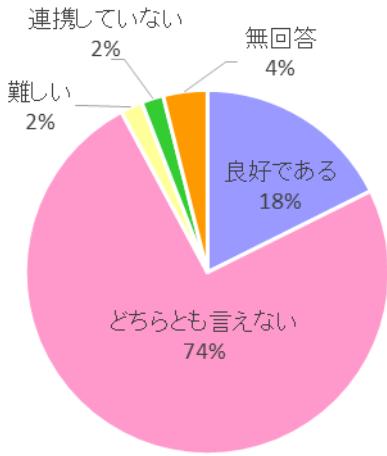


図 42 近隣の他のリワーク施設との連携

## 2) 地域障害者職業センターとの連携

地域障害者職業センターとの連携について「良好である」、「どちらとも言えない」がともに 47%、「連携していない」が 4%だった。「難しい」と回答する施設はなかった。(図 41)

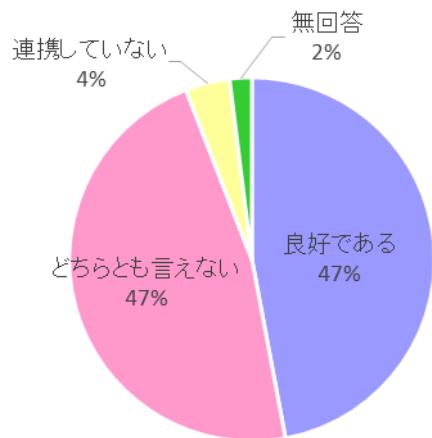


図 41 地域障害者職業センターとの連携

## 4) 関係機関との連携の際の情報管理

関係機関との連携の際の情報管理などで問題を感じることについて、「特に問題ない」が 61%、「時に問題を感じる」が 33%、「連携していない」が 2%だった。「非常に問題を感じる」という回答はなかった。

(図 43)

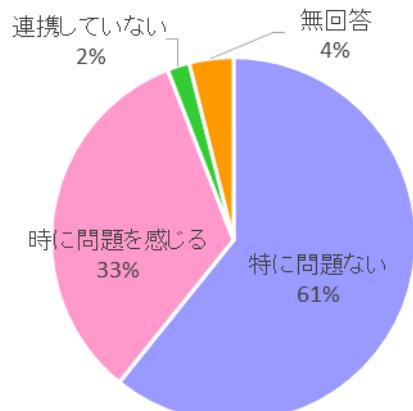


図 43 関係機関との連携の際の情報管理

## 3) 近隣の他のリワーク施設との連携

近隣の他のリワーク施設との連携について、「どちらとも言えない」が 74%、「良好である」が 18%、「難しい」と「連携していない」が 2%だった。(図 42)

## 4.4 精神保健福祉センターに関する考察

精神保健福祉センターの利用者数の増減傾向は、増加傾向との回答が 59%に対し、精神障害者の就労支援の増加傾向は 29%、復職支援の増加傾向は 22%との回答で、就労や復職に関する相談や利用以外の利用者の増加の割合が目立っている傾向が見られて

いる。

また、リワークプログラム等の復職支援を実施していないと回答した精神保健福祉センターは 78% と約 8 割にのぼり、復職支援の領域についてはカバーされていない状況がうかがえる。また復職支援の利用の増減についても、70% の機関が「不变」との回答で、「増加傾向」との回答は 18% と全体的に緩やかな増加傾向が見られる。

#### 【職場との連携における課題と工夫】

職場の人事労務担当者との連携は「どちらとも言えない」の回答が 64%、産業医・産業看護職との連携は「どちらとも言えない」の回答が 55% と半分以上を占め、消極的な状況が見られるが、情報管理に関して 91% の割合で「時に問題を感じる」と回答していることから、こうした情報管理への懐疑が連携の障害の要因になっている可能性が考えられる。

職場との連携に際しての課題や工夫している点としては、以下のような回答があった。本人の意思により情報共有が難しい状況も見受けられ、職場との連携を求めて苦慮している状況がうかがえる。

- ・個人情報の開示、本人との利益相反。
- ・本人と職場の関係が悪い場合、職場との連携が難しく、職場が感じている本人の課題が把握しにくい。だが、実際に復職してからの支援はできていない状況。
- ・本人了承のもとに行っているため、時に企業側が情報提供を求め出ても、本人が望まないという場合がある。
- ・産業医からの紹介には、プログラム終了後プログラム参加の様子とうつ病評価尺度 (BDI-II、HAMD)

の変化を本人の了解のもと書面で報告している。

- ・当センターではうつ病等の方を対象としたリワーク支援プログラムを行っているが、主治医ではないため職場で情報共有する場が少ない。そのためプログラム修了者に対し心理検査（職場復帰準備性評価シートや HAM-D など）の結果や今後の課題を記載した評価シートを渡し、職場でもその情報を共有するよう推奨している。

- ・職場との連携について、デイケアでの様子や問題となるであろう点は伝えることが可能。

#### 【医療機関との連携における課題と工夫】

一方、医療機関との連携については 82% の機関が「良好である」と回答していることから、職場との連携とに大きな差が見られている。職場との連携に際しての課題や工夫している点としては、以下のようないい回答があつたが、必要に応じて定期的に書面を通じて情報共有を行う工夫をしている事例が散見された。

- ・復職・就労支援専従職員がいない医療機関では、診療で多忙な主治医と連絡が取りにくく、充分な情報交換がしにくい。
- ・処方について、本人の病院での訴えとリワークでの様子に隔たりがある場合、本人から伝えてもらうが必ずしも円滑にはいかないことがある。例えば、不眠→実際は日中の過眠、抑うつ→実際の活動性は亢進など。
- ・プログラム終了後に、書面にてデイケアでの様子や各種評価結果を送付している。
- ・うつ病の方を対象に H.25 までデイケア、H.26 からショートケアを 12 回（約 3 か月） 1 クールで実施

しているが、対象者に問題が生じたときには主治医と連携するよう努めている。

- ・主治医とは必要に応じて連携を取っており、心理検査や今後の課題を記載した評価シートをプログラム修了者に手渡し、主治医とその情報を共有するよう推奨している。

- ・主治医へは、半年に 1 回報告書を送付し、本人の課題や職場環境への配慮について記載している。

- ・主治医（地域の医療機関には）、プログラム終了後プログラム参加の様子とうつ病評価尺度（BDI-II、HAMD）の変化を本人の了解のもと書面で報告している。

- ・当センターの復職支援事業について市民に広く周知するために、リーフレットや市民向け説明会のチラシを精神科クリニック・病院に送付している。

- ・必要時、TEL で連絡を入れている。

### 【地域機関との連携における課題と工夫】

地域の医療機関との連携については、64%が良好であるとの回答で「難しい」という回答はないことからよい連携状態が構築できている様子がうかがえる。一方で、産業保健総合支援センター、地域障害者職業センター、近隣の他のリワーク施設との連携については「どちらとも言えない」の回答が最も多い割合となり、医療機関との連携とに差が見られている。中には、「精神保健福祉センターの医師確保ができていないので、相談体制を縮小している現状では関係機関の領域への関与は難しい」という回答も見られたが、以下のような取り組みを行い関係機関との連携に努力をしているとの回答もあった。

- ・関係機関とのネットワーク構築に向けた会議を実

施したり、障がい者自立支援協議会の就労部会に出席したりするなど連携強化を図っている。

- ・ケア会議を通じて、関係機関担当スタッフ、本人らと情報を共有し、今後の方針を確認し、チームとしての支援を実施している。

- ・ネットワーク会議には、できる限り参加している。

- ・就労支援機関につなぐ時は、見学に同伴するなどし、その後の利用状況も、面接等で確認している。

- ・市で就労支援システム検討部会に参画。年 2 回、ディケア課主催で市民講座（就労支援講座）を開いている。

- ・当センターではプログラム等を通じての復職支援は実施していないが、個別の相談において就労支援は行っている。その際は関係機関との情報共有を大切にしている。

- ・新設される障害福祉サービス事業所や支援機関も多く、地域の関係機関の情報を十分に把握できていない、そのため支援機関を適宜訪問し、情報交換に努めている。

## 第 5 章 公共職業安定所（ハローワーク障害者専門援助部門）

### 5.1 施設概要

#### 1) 三障害全体の利用者の延べ人数

三障害（身体障害・知的障害・精神障害）全体の利用者の延べ人数について、「1000 名未満」が 34%、「1000 名～2000 名未満」が 30%、「4000 名以上」が 13%、「2000 名～4000 名未満」が 13%だった。（図 44）



図 44 三障害全体での利用者数（平成 25 年度）

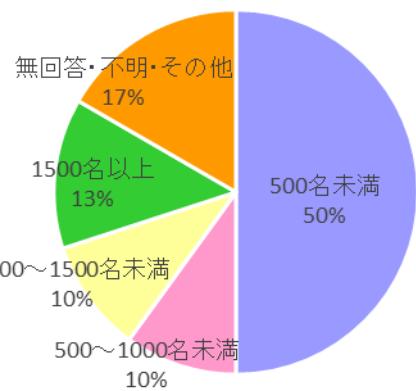


図 46 精神障害者の利用者数（平成 25 年度）

## 2) 三障害利用者増減傾向

三障害利用者増減傾向について、「増加傾向」が 65%で最も多く、次いで「不变」が 19%、「減少傾向」が 13%だった。（図 45）

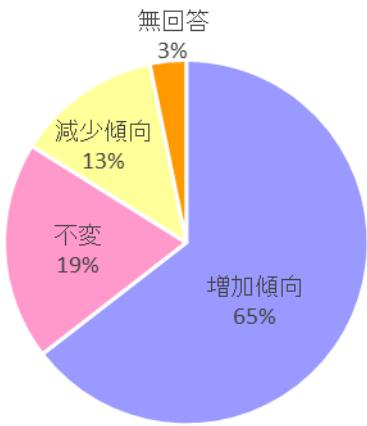


図 45 三障害全体での利用者数増減傾向  
(平成 25 年度)

## 3) 精神障害者の利用者延べ人数

三障害のうち精神障害者の利用者延べ人数について、「500 名未満」が 50%と半数を占め、「1500 名以上」が 13%、「500~1000 名未満」「1000~1500 名未満」が 10%だった。（図 46）

## 4) 精神障害者の利用者の増減傾向

三障害のうち精神障害者の利用者の増減傾向について、97%が「増加傾向」にあると回答し、高い増加傾向が見られている。「減少傾向」にあるという回答はなかった。（図 47）

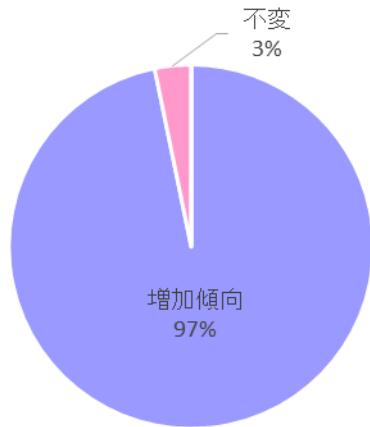


図 47 精神障害者利用者数の増減傾向  
(平成 25 年度)

## 5) 精神科嘱託医

精神科嘱託医について、「不在」が 63%、「精神科医以外で対応」が 27%、「定期的に来所」が 3%だった。「必要により相談」という回答はなかった。（図 48）

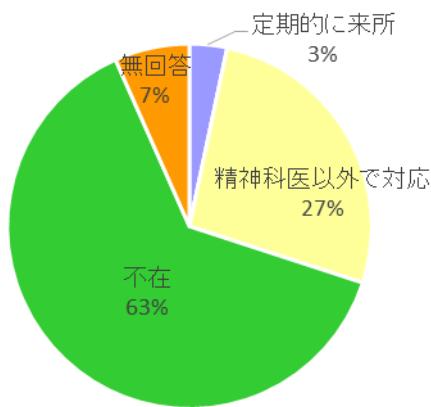


図 48 精神科嘱託医の対応

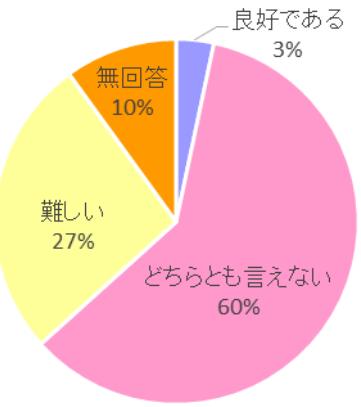


図 50 産業医・産業看護職との連携

## 5.2 連携現状

### 5.2.1 職場との連携

#### 1) 職場（人事労務など）との連携

職場（人事労務など）との連携について、「どちらとも言えない」が 60%、「良好である」が 27%、「難しい」が 3%だった。（図 49）

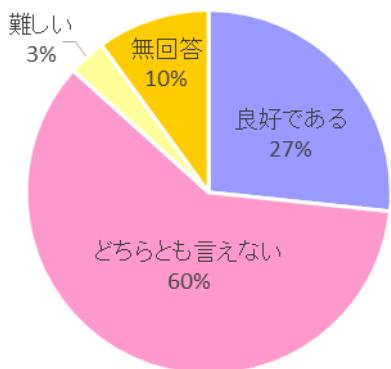


図 49 職場（人事労務など）との連携

#### 2) 産業医・産業看護職との連携

産業医・産業看護職との連携について、「どちらとも言えない」が 60%、「難しい」が 27%で、「良好である」が 3%で最も少なかった。（図 50）

### 3) 情報管理

情報管理などに問題を感じることについて、「特に問題を感じる」が 43%で最も多く、「非常に問題を感じる」の 7%と合わせると、半数が問題を感じていることが分かった。また、「特に問題ない」が 37%だった。（図 51）

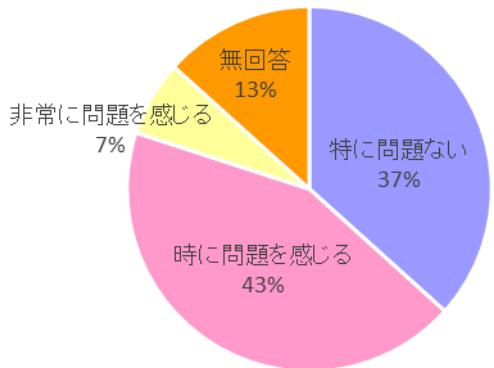


図 51 情報管理等に問題を感じること

### 5.2.2 医療機関との連携

#### 1) 利用者の精神科主治医との連携

利用者の精神科主治医との連携について、「どちらとも言えない」が 62%、「難しい」が 32%、「良好である」が 3%だった。（図 52）

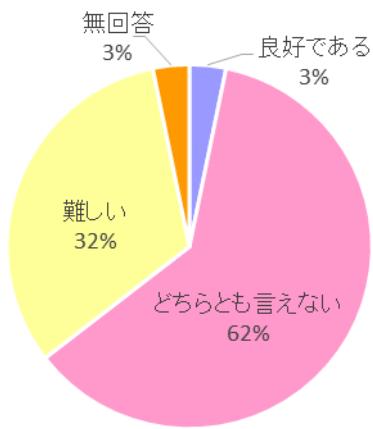


図 52 精神科主治医との連携

## 2) 精神科主治医の意見書等文書の金額負担

精神科主治医の意見書等文書に関わる金額負担について、「利用者負担」が 84%と最も多く、「意見書として支出」が 10%だった。(図 53)

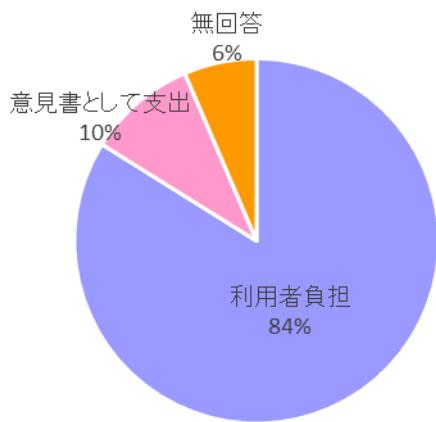


図 53 主治医の意見書等の文書に関わる金錢負担

## 3) 負担・支給額

精神科主治医の意見書などの文章に関わる金錢負担・支給額について、「1000～5000 円未満」が 59%、「1000 円以下」が 7%だった。(図 54)

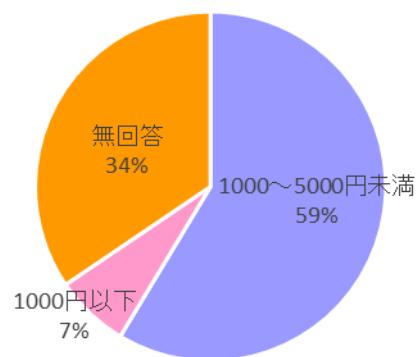


図 54 主治医の意見書等の文書に関わる金錢負担額

## 4) 精神科主治医への訪問面談等に関わる金錢負担

精神科主治医への訪問面談等に関わる金錢負担について、90%が「実施していない」と回答し、7%は「利用者負担」だった。「ハローワーク側で負担」という回答はなかった。(図 55)

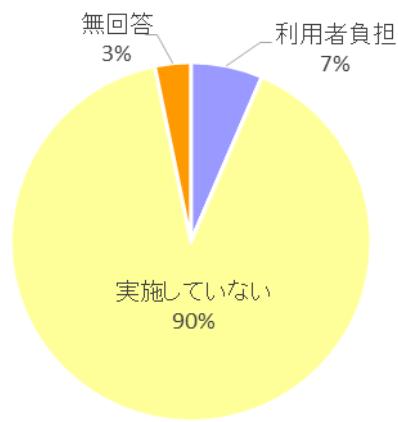


図 55 主治医への訪問面談に関わる金錢負担

## 5) 地域の医療機関との日常的な連携

地域の医療機関との日常的な連携について、「どちらとも言えない」が 68%、「良好である」が 16%、「難しい」が 13%だった。(図 56)

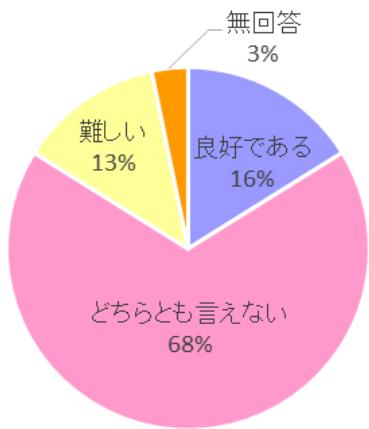


図 56 地域の医療機関との日常的な連携

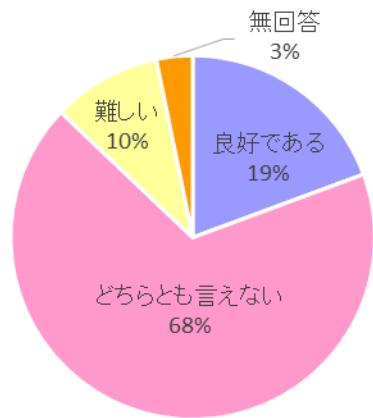


図 58 精神保健福祉センターとの連携

### 5.2.3 地域の関係機関との連携

#### 1) 産業保健総合支援センターとの連携

産業保健総合支援センターとの連携について、「どちらとも言えない」が 74%、「難しい」が 16%、「良好である」が 3%だった。(図 57)

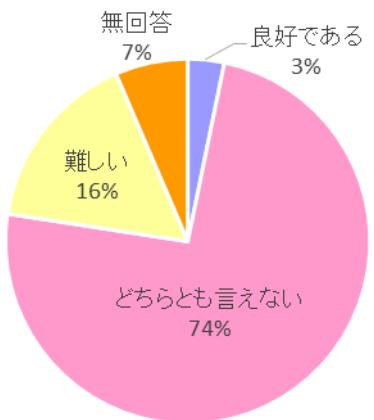


図 57 産業保健総合支援センターとの連携

#### 2) 精神保健福祉センターとの連携

精神保健福祉センターとの連携について、「どちらとも言えない」が 68%、「良好である」が 19%、「難しい」が 10%だった。(図 58)

#### 3) 近隣の就労支援機関など、他の関係機関との連携

近隣の就労支援機関等、他の関係機関との連携について、「良好である」が 87%で最も多く、「どちらとも言えない」が 10%、「難しい」が 3%だった。(図 59)

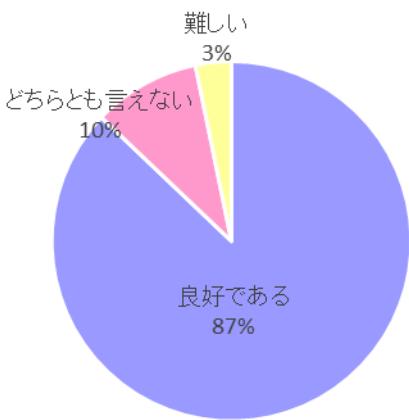


図 59 近隣の就労支援機関などとの連携

#### 4) 関係機関との連携の際の情報管理

関係機関との際に情報管理など問題を感じることについて、「時に問題を感じる」が 47%、「非常に問題を感じる」が 3%で半数が問題を抱えていた。残りの半数は「特に問題ない」と回答していた。(図 60)

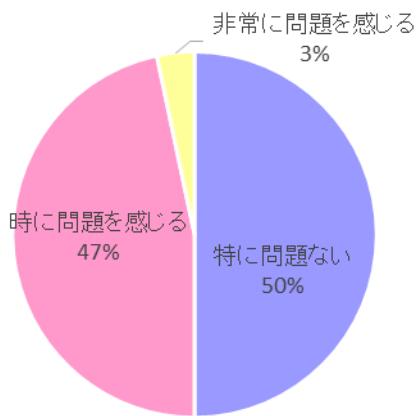


図 60 関係機関との連携の際に情報管理等で問題を感じること

### 5.3 公共職業安定所（ハローワーク）に関する考察

ハローワーク障害者専門援助部門における精神障害者の利用者は、97%の施設が「増加傾向」と回答しており、著しく増加傾向にある。しかし、利用者の主治医との連携について、「良好である」と回答した施設はわずか3%に留まり、「どちらとも言えない」(60%)、「難しい」(34%)を合わせた回答が94%と大半を占めている。現状では、ハローワークが医療機関と連携し、精神障害者の利用者の就労支援をしている事例は少なく、「医療機関とのチーム支援が進んでいないため、迅速な対応や本人の病状の確認・対応が遅れることがある」といった回答も見られた。

「対象者が就労を急ぐが、医師と直接就労可否について話すことができない」「医師は忙しく、なかなかケース会議等への呼びかけがきびしい」といった回答から、利用者の就労支援において、主治医と連携を図りたい場面はあるものの、料金を含め、取り決めが不明瞭な中で、多忙な医師へ連絡しづらい状況があるようだ。

中には地域の医療機関と連携し、利用者向けとスタッフ向けのジョブガイダンスを実施しているとい

う施設もあったが、「病院、医師によっては聞きづらさ、接触しづらさを感じる。診察中の医師を呼び出すことの抵抗感有」という意見もある。

2018年4月から障害者手帳を持つ精神障害者の雇用が義務づけられており、今後精神障害者のハローワーク利用者はますます増加することが予測される。利用者が通院するなどの医療機関とも積極的に連携を図るためにには、主治医の協力を引き出す、一定の取り決めが必要になると考える。

## 第6章 民間団体

### 6.1【民間団体A】

#### ■復職支援利用者の全体傾向

利用者については、全体的に増加傾向にある。利用者の主診断名はうつ病（抑うつ状態、抑うつ神経症を含む）、適応障害が中心で、双極性障害が次いで見られる。契約企業により男女比、年齢は様々。支援期間については、訪問支援の場合、休職中から復職後のフォローアップまで関わるため復職前3ヵ月と復職後6ヶ月のフォローアップで、計9ヵ月が標準的な期間となる。通所によるリワークプログラムの場合、2ヵ月～半年で分布している。

#### ■職場との連携について

支援対象者の同意のもと、常に職場関係者との連携をはかりながら支援を行っている。復職支援のキーパーソンとしては人事担当者、産業保健スタッフ、上司が挙げられるが、訪問支援は各関係者との連携を適宜はかり、リワークプログラムの場合は主として人事労務担当者との連携を中心に支援を行っている。

#### ■医療機関との連携について

訪問支援の場合、状況により本人と同行訪問をす

る場合があるが、通常本人同席しての面談が多いいため、本人の自己負担の範囲で行うことが多い。またケースにより、主治医から電話で情報提供を求められるケースもあり、その場合は特に料金の発生はない。

リワークプログラムについては、主治医の同意を得て支援を開始し、リワークの利用状況については主に本人を通じて主治医に報告している。ただし、医療機関がリワークの利用状況の情報を求める場合やリワークの利用状況を主治医に知らせる場合が生じた際は、臨機応変に対応する体制をとっている。意見書や診断書等は原則本人が所属している事業所を通じてのやりとりが中心となり、企業の方針によるが、3,000円～5,000円程度の範囲での本人負担が多い。

最近は主治医が会社の制度を尊重するケースが多く、外部機関による復職支援やリワーク利用については肯定的な見解が多い。

#### ■地域の関係機関との連携について

現状の主な連携先は地域障害者職業センターとなる。タイムリーに利用が必要な際の相談の他、地域障害者職業センターを修了したケースについては、利用者にとって相談先の一つとして機能しているケースもあり、復職後に連携しながら双方での支援を展開したケースもある。

## 6.2 【民間団体B】

#### ■復職支援利用者の全体傾向

復職支援利用者は、増加傾向。利用者の主診断名は、適応障害・うつ病・双極性障害。

利用者の内訳は、男性70%・女性30%、50%が30代、30%が40代を占めている。利用期間については、

3か月以内は60%・半年以内は30%であった。

#### ■職場との連携について

人事労務との連携は良好であるが、先方企業の体制によって、産業医・産業看護職との連携は異なる。また、企業内で情報管理等の共有範囲が不明瞭のため、時に問題を感じる場合がある。関係者が複数になる程、利害の不一致が生じることもあり、調整に留意し「連携」の名のもとに利用者にとって侵襲的なことにならないよう配慮を行っている。

#### ■医療機関との連携について

利用者の精神科主治医に対して、外部機関として意見書を求めるることは少ないが、必要な場合は、利用者個人負担か利用者所属先の企業負担となり、5,000円～10,000円の料金を支払っている。また、主治医と直接、話ができないことも多く、「本人と同席でないと一切情報提供しない」と断られることもある。本人が主治医との連携を希望しないことが多い。多忙な主治医の時間の合間をぬって連絡するので、できるだけコンパクトに連携するようにしている。

#### ■地域の関係機関との連携について

産業保健総合支援センターや精神保健福祉センターは、リソースを探す際の問い合わせで非常に親身に対応してくれた。地域障害者職業センターや他のリワーク機関は、ケースや施設によって異なるので、連携について一概に言えない。情報交換の同意取得の難しさも含め、情報管理については非常に問題を感じる。

#### ■その他

企業側も、復職する従業員にどのような課題があり配慮が必要か、主治医や関係機関へ積極的に確認する姿勢が必要と思う。復職支援においては休職中

の支援もさることながら、復職後の従業員のパフォーマンスマネジメントなども重要だと思うが、そこまで取り組めている企業はまだわずかのようにも思う。

### 6.3 【民間団体C】

#### ■復職支援利用者の全体傾向

ある企業（S社）が社内で内製化している復職支援のバックアップを行っている。個人情報は原則職場が把握しているため、増減傾向や属性などの全体データは不明。ただ、メンターによる復職支援（下記参照）開始後、再休職者はアルコール依存の1例のみ。再休職者率は3割から1割へ下がっている。主診断名はうつ病、適応障害を中心。

復職者の支援期間は、休職中の試し出勤期間1ヶ月間に加え、復職後のフォロー（復職支援プログラム）で3～6ヶ月間となっている。

#### ■職場との連携について

S社では、役職定年者等を活用し、手厚く復職支援をする「メンター制度」を導入。当団体所属のカウンセラーが役職定年者等を社内の専門家“メンター”として育成し、定期訪問の中で継続的な教育とフォローを行なっている。

メンターは元経営基幹職等であり、会社の風土、環境、事業内容に精通し、人的ネットワークも広いため、復職先の職場との連携は非常によく、管理監督者への支援において大きな役割を果たしている。なお、メンターは健康支援室のメンバーではあるが、医療職ではないため、健康に関する個人情報の医療職以外への開示に関しては、本人の許可を取る手順としている。

#### ■医療機関との連携について

主治医から「職場復帰可」の診断書が出た後に産業医の意見を踏まえ、1ヶ月の試し出勤を行なう流れとなっているが、比較的主治医の判断に沿うことが多い。必要に応じて、看護職やメンタルヘルス専門医から医療機関に連絡をすることがあるかもしれないが、現時点では積極的に連携を取ったケース、連携がうまくいかなかったケースなどの情報はなく、医療機関と連携を取るケースは少ない状況と思われる。社内の試し出勤制度、復職支援プログラムが整備されているため、主治医の信頼を得ている印象はある。

#### ■地域の関係機関との連携について

S社社内に充実した復職プログラムがあり、復職希望者の中に外部のリワーク施設を利用する人がいないため、地域障害者職業センター等の地域の関係機関とは連携していない。

### 6.4 【民間団体D】

#### ■復職支援利用者の全体傾向

利用登録者は40名で一日あたり20名前後の利用。診断はうつ病圏が5割強、双極性が15%、適応障害、発達障害、不安障害がそれぞれ10%の割合で分布している。利用期間については、考え方や行動の修正・定着のために3カ月以上の利用を条件とし、平均利用期間は7カ月弱となっている。障害福祉制度の自立訓練サービスを活用した運用を行っているが、一部行政では職場復帰で利用に難色を示すなどの事例も出てきている。

#### ■職場との連携について

利用者の同意のもと、復職先の会社に月次報告書を作成し、情報共有をはかっている。必要に応じてスタッフが面談に同行する機会もある。

### ■医療機関との連携について

月1回月次報告書を本人に手渡し、主治医と共有するよう伝えている。状況によっては、本人と通院同行するケースもあるが、本人の治療費の枠組みで支払う形態となっている。医療機関については、一度訪問し、当団体の支援サービス内容を説明している機関については、その後協力的になってくれる医師も多い。そういう医療機関は、他の利用者等で医療機関を探しているケースも安心して紹介しやすく、相乗効果的によい連携関係が築きやすい。

### ■地域の関係機関との連携について、

当団体内で就労移行支援施設も併設し、復職が難しいケースや転職や起業を目指すケースは就労移行支援施設につなぎ、そこからハローワーク、人材紹介会社、仕事センターの利用につなぐケースもある。

## 6.5【民間団体E】

### ■復職支援利用者の全体傾向

2013年4月に自立訓練事業の制度を運用した施設として開設。利用者登録は10~12名で月平均利用者は8名前後となっている。2014年12月現在、復職者は13名、プログラム中断者は1名、他施設へのリファーした利用者が1名である。利用者は地域性もあり、技術職者の利用が多いことから、ほとんどが男性利用者で30代、40代の利用者が中心となっている。診断はうつ病圏が最も多いが、メランコリー型のタイプは少なく、職場適応が難しいケースが多い。その他の診断としては、双極性、発達障害、不安障害がそれぞれ1割ほどの割合である。

### ■職場との連携について

本人の同意が得られれば、復職予定先の会社（人事ないし産業保健スタッフ）に利用報告書を提出し

ている。本人の支援が中心となるため、職場との連携は密ではないが、状態が不完全にも関わらず、職場の判断で復職させてしまうケースもあり、企業との連携については難しさを感じている。

### ■医療機関との連携について

本人の同意のもと、主治医には毎月利用状況報告を提出している。利用開始の際は本人が主治医に意見書を作成してもらい提出してもらっており、同行通院は実施していない。インテーク面談を実施し、利用が難しい場合は主治医に連絡し、その旨を伝えるようにしている。本人が利用を希望し、主治医が承諾しないケースは今のところ発生していない。中には主治医に相談せずに利用申し込みをするケースもあり、その場合は主治医と相談して決めるよう促している。

### ■地域の関係機関との連携について、

同センター内に就労移行支援施設も併設していることから、利用希望者の状態や希望により、当機関あるいは他機関の就労移行支援施設等にリファーするケースもある。近隣でリワークを運営している医療機関もあり、その機関の患者が当センターのリワークを利用した際、その後主治医に冷遇されたケースも中にはあり、今後各機関の棲み分けの整理が必要と感じる。

## 6.6【民間団体F】

### ■復職支援利用者の全体傾向

当団体は、A大学とB医療法人とで設立されており、A大学の実習機関でもある。リワーク自体はB医療法人が実施している。リワークの利用は増えてきていたが、一昨年からやや減少傾向にある。周囲にリワーク施設が増えたせいだろうか。精神科医や

産業医などへの PR が不足している。

リワークの利用者の居住地は当該市が中心であり、交通の便が良いので、他県からの利用者もいる。

リワーク利用者のほとんどが一応うつ病であるが、診断名など多少適用が甘くなっている部分がある。やはり、発達障害的な問題を抱える利用者が少なくない。

リワークの内容・プログラムは 3 ヶ月ぐらいの利用が多く、再利用者も若干いるが、そのための特別プログラムはまだない。

#### ■職場との連携について

B 医療法人の EAP 利用企業の従業員の参加も少くないが、他企業からの利用者の方が多い。

#### ■医療機関との連携について

医療関係機関との連携は上手くいっており、連携は保たれている。うつ病に並存する発達障害やアルコール依存への対応には苦慮し、主治医の医療中心の対応と、当施設との目標が微妙に異なる場合がある。

### 6.7 【民間団体 G】

復職支援に関しては、企業側の復職コーディネーターとして主治医に連絡することがある。その際の情報提供など書類が発生した場合には文書料が発生する。原則的には患者負担となるが、企業によっては後日補てんしているところもある。

個人情報を提供する場合は、あくまでも企業側担当者であって、当団体自体が前面に出ることはほとんどない。

しかしながら、診察時間内での面会は、時間を十分取ってもらえないことも含め、主治医から十分な協力を得られないことがある。情報提供も、曖昧な

表現にされることもある。

### 6.8 【民間団体 H】

#### ■復職支援利用者の全体傾向

当社利用者に関しては、同レベルで推移している。企業単位の復職支援契約で、産業医も提携のクリニックから出していることが多い。

利用の内訳は、男性 8 割、女性 2 割で、8 割は都内在住である。30 代、40 代の利用がほとんどで、診断名としてうつ病が断然多い。

#### ■職場との連携について

職場の人事労務や産業医との連携は良好である。会社と契約しているので当然である。

#### ■医療機関との連携について

医療関係機関との連携は上手くいっており、医療機関を基盤としているので、連携は保たれている。情報管理も問題ない。

医療機関へは個人が文書料を支払い、それが会社が補てんしている。主治医からの意見書や文書料のやり取りである。

#### ■地域の関係機関との連携について、

精神保健福祉センターや産業保健総合支援センターとはほとんど連携がない。リワークのネットワークは活用している。障害者職業センターともは若干連携している。求職者のメンタルヘルスに関与している。

### 6.9 【民間団体 I】

企業からの依頼により、個別事例に復職支援を実施している。需要は少しづつ増えている。

個人情報は原則的には職場から提供され、必要により診察時に患者同伴という形で主治医に会うこと

がある。しかしながら、診察時間内での面会は、時間を十分取ってもらえないことも含め、主治医から十分な協力を得られないことがある。非医療機関ということで、警戒されるようだ。やはり、診察時間外に面会を設定してもらい、それに対して謝礼などを渡すのが合理的ではないかと感じている。ただし、その謝礼の負担が誰に属するのか、会社内ではまだ議論が尽くされていない。

## 6.10 【民間団体 J】

### ■就労支援利用者の全体傾向

身体、知的、精神の三障害全体の延べ利用者は 800 名で、そのうち精神障害者の延べ利用者は 320 名でいずれも増加傾向にある。

### ■職場との連携について

就労後の定着支援の取り組みとして、2 週間おきに人事担当者、1 カ月おきに産業医・看護師と打ち合わせを実施し、状況報告や対応協議を実施しているケースもある。緊急の場合は、メールで報告するなど、即対応可能な連携を構築している。一方で、企業から相談してくるタイミングが遅く問題が深刻化したり、産業医・産業看護職は常駐していない企業も多く、連携がうまくいかないケースもある。

### ■医療機関との連携について

主治医の意見書等の文書は利用者負担とし、利用者の負担額は 3 千円程度。現状訪問面談等は実施しておらず、利用者より受診内容をヒアリングしている。その中でよく聞かれるのは、診療時間が短時間であり、正確な体調や悩みを話せないという声を多く聞くことがあり、実際の状態に適した処方にならないと感じることがある。また、医療機関でカウンセリングを希望しても保険適用外のため、利用

者の費用負担が重いという声もよく聞く。医療機関との連携も含め、こうした面についても制度化されれば利用者にとってより最適な治療やリハビリの環境が提供されるのではないかと考える。

## 第 7 章 総合考察

### 7.1 各施設ごとの特性と課題

#### 【地域障害者職業センター】

地域障害者職業センターにおいては、メンタル休職者を含めた精神障害者の利用が増加している。リワーク利用者の主な利用期間については、3 カ月以内の利用が大半で、3 カ月以内の復職を目指す原則が守られている。

リワーク支援における職場（人事労務担当者、産業医・産業保健スタッフ）との連携は、約 7 割が良好と回答し、良好な連携が行えていることが示唆される。とりわけ、事業所の意向および本人の課題を確認した上で支援計画を策定すると共に、支援開始時、途中経過、終了時の各フェーズで会議や報告会等を実施し、各立場で支援方針の見解の齟齬がない取り組みを実施している。

主治医との連携については「良好である」と「どちらとも言えない」の回答がほぼ半々となった。地域障害者職業センターでは、リワーク支援の際に利用者に主治医に同行受診し、リワーク支援の内容の説明や配慮事項等の確認を行っている。その際に医師との面談に対して所定の謝金を支払っているが、こうした枠組みを設けることにより、外来で忙しい主治医も一定の時間の確保をしやすい。しかしながら、各医療機関もそれぞれ治療方針やスタンスも多様であり、中にはリワーク支援の認識がなかったり、懐疑的であったり、連携に非協力的な医師もいるな

ど課題も散見された。

一方、地域の関係機関との連携について「良好である」との回答の割合は、産業保健総合支援センターが 67%、精神保健福祉センターが 47%、近隣の他のリワーク施設が 47%となり、地域障害者職業センターが実施するリワークと医療機関が実施するリワークとの役割や位置づけを整理することが、連携の鍵となる。

#### 【精神保健福祉センター】

精神保健福祉センターの利用者数の増減傾向は、増加傾向との回答が 59%に対し、精神障害者の就労支援の増加傾向は 29%、復職支援の増加傾向は 22%との回答で、就労や復職に関する相談や利用以外の利用者の増加の割合が目立っている。また、リワークプログラム等の復職支援を実施していない施設が約 8 割にのぼり、復職支援の領域はまだ少ない。

復職支援を実施している施設は、医療機関のデイケアの一環として実施されており、本研究趣旨の非医療機関という枠組みから若干ずれてしまった。職場の人事労務担当者との連携は「どちらとも言えない」の回答が 64%、産業医・産業看護職との連携は「どちらとも言えない」の回答が 55%と半分以上を占め、消極的な状況が見られる。一方、情報管理に関して 91%が「時に問題を感じる」と回答しており、職場との連携に苦慮している状況がうかがえる。

一方、医療機関との連携については医療機関同士の強みからか、82%の機関が「良好である」と回答しており、職場との連携とに大きな差が見られる。産業保健総合支援センター、地域障害者職業センター、近隣の他のリワーク施設との連携については「どちらとも言えない」の回答が最も多かった。「医師確保ができず、相談体制を縮小している現状では関係

機関の領域への関与は難しい」という厳しい回答も見られた。

#### 【公共職業安定所（ハローワーク）】

ハローワーク障害者専門援助部門における精神障害者の利用者は、97%の施設が「増加傾向」と著しく増加傾向にある。しかし、利用者の主治医との連携について、「どちらとも言えない」(62%)、「難しい」(32%)を合わせた回答が 94%と大半を占め、ハローワークが医療機関と連携し、精神障害者の利用者の就労支援をしている事例は少ない。就労支援において、主治医と連携を図りたい場面はあるものの、料金を含め、取り決めが不明瞭で、多忙な医師へ連絡しづらい状況があるようだ。

2018 年 4 月から障害者手帳を持つ精神障害者の雇用が義務づけられており、今後精神障害者のハローワーク利用者はますます増加することが予測される。利用者が通院するなどの医療機関とも積極的に連携を図るためにには、主治医の協力を引き出す、一定の取り決めが必要と考える。

#### 【民間団体】

当然のことながら、各団体で復職支援に関する特徴を有しており、利用者も概ね増加・一定傾向にある。

情報のやり取りに関しては、企業からの依頼により、個別事例に復職支援を実施している。個人情報は原則的には職場から提供され、必要により診察時に患者同伴という形で主治医に会うことがある。しかしながら、診察時間内での面会は、時間を十分取ってもらえないことも含め、主治医から十分な協力を得られないことがある。非医療機関ということで、警戒されるようだ。やはり、診察時間外に面会を設定してもらい、それに対して謝礼などを渡すの

が合理的ではないかところが一般的であった。ただし、その謝礼の負担が誰に属するのか、論を深めていく必要がある。

有に際しての文書や面談に関する費用負担、事例検討会出席のための謝金などに関しても一定の規定整備が望まれる。

## 7.2 全体考察

非医療機関におけるメンタルヘルス不調者への復職・就労支援の現状と課題について、調査検討を加えた。

その結果、地域障害者職業センターのリワーク支援利用者は、増加傾向にあり、職場との連携や医療機関との連携は比較的スムーズである。医療機関としての性格が強い精神保健福祉センターでは、必ずしも復職・就労支援利用者は増加しておらず、医療機関との連携は強いものの、職場との連携はあまりうまくいかないようである。ハローワークでは、精神障害者利用者は増加傾向にあるものの、職場や医療機関との連携に困難を感じていたところが多い。

こうした各施設の現状と課題を生じさせている背景には、当然のことながら、各施設の設立目的、職員の専門性・職種、対象利用者（罹病している疾患）の相違などが考えられる。また、EAP を実施している民間会社の復職支援も、その内容は多様かつ複雑化している。

また、精神保健福祉手帳を所持する統合失調者の就労支援というものと、うつ病・不安障害による休職勤労者への支援では、やはり方法論が異なるようである。

したがって、各施設の特性を活かした有機的かつ効率的なネットワークの構築が求められ、とりわけ産業医・主治医との連携を強化することが急務と考えられる。そのためには、情報共有する際の原則的な理念・ルールを整備することが不可欠で、情報共

### 第三部 添付資料

#### ① 調査依頼文

2014年12月

各位

厚生労働省 平成26年度 労災疾病臨床研究事業

#### **治療プログラムにおける産業医等との連携に関するアンケート調査**

##### ご協力のお願い

公益社団法人 日本精神保健福祉連盟  
常務理事 大西 守

謹啓

寒冷の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

私ども連盟におきましては、精神保健福祉領域での啓発普及活動の一環として障害者雇用やうつ病リワークなどに関して継続的に調査研究を続けております。

近年、うつ病をはじめとするメンタル疾患を事由に休職する労働者が増加しています。労働者がスムーズに復職していくため、現在では職場でのリハビリテーション的な制度や支援の実施のみならず、医療機関や公的機関、民間機関での復職支援プログラム実施など、さまざまな制度や支援が提案・実施されています。

上記のような、メンタル不調をきたした労働者のさまざまな職場復帰支援において、当事者・家族、主治医、産業医、職場関係者との協働は非常に重要なものです。しかしながら、その背景となる枠組みや経済的な裏づけはなく、個々の施設において、連携や情報交換を模索しているというのが現状です。

このような状況をふまえ、本研究は厚生労働省 平成26年度労災疾病臨床研究事業の一環として、医療機関以外の施設の治療プログラムにおける産業医等との連携の実情を把握するためのアンケート調査を実施することになりました。

要務ご多忙の折とは存じますが、趣旨をご賢察下さり、本アンケート調査にご協力を賜りますようお願い申し上げます。

謹白

##### <ご記入上のお願い>

- 質問内容には、当てはまる箇所に○印をつけて頂くもの、数字を記入して頂くものなどがあります。各設問の指示に従ってご回答下さいますようお願い申し上げます。
- ご記入頂きましたアンケート用紙は、12月31日(水)までに、同封した返信用封筒にてご返送くださいますようお願い申し上げます。

※ご回答くださいました内容については、すべて統計的に処理させて頂きますので、ご記入くださいました内容が他に漏れることはございません。

##### <本調査に関するお問い合わせ先>

公益社団法人 日本精神保健福祉連盟  
常務理事 大西 守  
TEL : 03-5232-3308 FAX : 03-5232-3309  
e-mail : f-renmei@nisseikyo.or.jp

##### <本調査の送付先>

キューブ・インテグレーション株式会社  
〒150-0043 東京都渋谷区道玄坂1-20-2  
アライアンスビル渋谷壱番館6階

## ② 地域障害者職業センター 調査用紙

### 障害者職業センター 調査用紙

貴センター名 :

ご回答者 :

#### I. 貴センターについて、お伺いします。

I-1. 貴センターの利用者数(平成25年度)と、増減傾向について該当するもの1つに○をつけてください。

利用者数:( )名 ⇒ 1. 増加傾向      2. 不変      3. 減少傾向

I-2. 精神障害者の利用者数(平成25年度)と、増減傾向について該当するもの1つに○をつけてください。

利用者数:( )名 ⇒ 1. 増加傾向      2. 不変      3. 減少傾向

#### II. 精神障害者の職場復帰支援(リワーク支援)の利用状況について(原則平成25年度)についてお伺いします。

II-1. 貴センターのリワーク支援の利用開始者数(平成25年度)と、増減傾向について該当するもの1つに○をつけてください。

利用者数:( )名 ⇒ 1. 増加傾向      2. 不変      3. 減少傾向

II-2. リワーク支援の利用開始者の主診断名にはどのようなものがありますか。主要なものから順位をご記入下さい。

- |                 |                 |             |
|-----------------|-----------------|-------------|
| 1. うつ病・躁うつ病( 位) | 2. 統合失調症( 位)    | 3. 適応障害( 位) |
| 4. 発達障害( 位)     | 5. その他の精神疾患( 位) |             |

II-3. リワーク支援の利用開始者(平成25年度)の属性について、お分かりの範囲で、以下の空欄にご記入ください。

- |     |            |          |            |
|-----|------------|----------|------------|
| 性別  | : 男性(約 割)  | 女性(約 割)  |            |
| 居住地 | : 県内(約 割)  | 県外(約 割)  |            |
| 年代  | : 10代(約 割) | 20代(約 割) | 30代(約 割)   |
|     | 40代(約 割)   | 50代(約 割) | 60代以上(約 割) |

II-4. リワーク支援の終了者(平成25年4月~平成26年3月)の実施期間について、お分かりの範囲で、以下の空欄にご記入ください。

※中止者含む

- |       |               |            |            |
|-------|---------------|------------|------------|
| 実施期間: | 1か月以内(約 割)    | 2か月以内(約 割) | 3か月以内(約 割) |
|       | 4か月~半年以内(約 割) | 半年以上(約 割)  |            |

#### III. 精神障害者の職場復帰支援(リワーク支援)における職場との連携についてお伺いします。

III-1. 職場(人事労務など)との連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である      2. どちらとも言えない      3. 難しい

III-2. 産業医・産業看護職との連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である      2. どちらとも言えない      3. 難しい

III-3. 健康情報管理・プライバシー保護に問題を感じることはありますか。該当するもの1つに○をつけてください。

1. 特に問題ない      2. 時に時間を感じる      3. 非常に問題を抱えている。

III-4. 職場との連携で、生じている課題や工夫されていることなどがあればご記入ください。

〔 〕  
※引き続き、裏面のご回答もお願いいたします

**IV. 精神障害者の職場復職支援(リワーク支援)における医療機関との連携についてお伺いします。**

IV-1. 利用者的精神科主治医(以下、主治医)との連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である      2. どちらとも言えない      3. 難しい

IV-2. 地域の医療機関との日常的な連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である      2. どちらとも言えない      3. 難しい

IV-3. 主治医および地域の医療機関との連携で、生じている課題や工夫されていることなどがあればご記入ください。

**V. その他、地域の関係機関との連携についてお伺いします。**

V-1. 産業保健総合支援センターとの連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である      2. どちらとも言えない      3. 難しい

V-2. 精神保健福祉センターとの連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である      2. どちらとも言えない      3. 難しい

V-3. 近隣の他のリワーク施設との連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である      2. どちらとも言えない      3. 難しい

V-4. 関係機関との連携の際に健康管理・プライバシー保護などで問題を感じることはありますか。該当するもの1つに○をつけてください。

1. 特に問題ない      2. 時に問題を感じる      3. 非常に問題を感じる

V-5. 地域の関係機関との連携で、生じている課題や工夫されていることなどがあればご記入下さい。

●その他、各機関との連携を深めるうえでの問題点やご提言があればご自由にお書きください

—お忙しい中、ご協力頂き誠にありがとうございました—

### ③ 精神保健福祉センター 調査用紙

#### 精神保健福祉センター 調査用紙

貴センター名： ご回答者： (職種： )

##### I. 貴センターについて、お伺いします。

I-1. 貴センターの利用者数(来所、電話、研修など)の傾向について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 増加傾向 2. 不変 3. 減少傾向 4. 不明

I-2. 精神障害者の就労支援に関する活動について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 増加傾向 2. 不変 3. 減少傾向 4. 不明

I-3. 勤労者の復職支援に関する活動について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 増加傾向 2. 不変 3. 減少傾向 4. 不明

I-4. 勤労者の復職支援(リワークプログラムなど)の実施について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 実施している 2. 必要に応じ実施している 3. 実施していない

※I-4の問い合わせに対し、1. 実施している、2. 必要に応じ実施、と答えた方は、質問IIへ 3. 実施していない、と答えた方は、質問V(裏面)へお進みください。

##### II. 精神障害者の復職支援(リワークプログラムなど)の利用状況について(原則平成25年度)についてお伺いします。

II-1. 貴センターの復職支援(リワークプログラムなど)の利用者の延べ人数(平成25年度)と、増減傾向について該当するもの1つに○をつけてください。

利用者数：約( )名 ⇒ 1. 増加傾向 2. 不変 3. 減少傾向

II-2. 利用者の主診断名にはどのようなものがありますか。主要なものから順位をご記入下さい。

1. うつ病(位) 2. 双極性障害(位) 3. 適応障害(位) 4. 不安障害(位)  
5. 統合失調症(位) 6. 発達障害(位) 7. その他「」(位)

II-3. 利用者の属性について、お分かりの範囲で、以下の空欄にご記入ください。

- 性別 : 男性(約割) 女性(約割)  
居住地 : 県内(約割) 県外(約割)  
年代 : 10代(約割) 20代(約割) 30代(約割)  
40代(約割) 50代(約割) 60代以上(約割)  
利用期間 : 1か月以内(約割) 2か月以内(約割) 3か月以内(約割)  
半年以内(約割) 半年以上(約割) 脱落・中途終了(約割)

##### III. 精神障害者の復職支援(リワークプログラムなど)における職場との連携についてお伺いします。

III-1. 職場(人事労務など)との連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である 2. どちらとも言えない 3. 難しい

III-2. 産業医・産業看護職との連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である 2. どちらとも言えない 3. 難しい

III-3. 情報管理などに問題を感じることはありますか。該当するもの1つに○をつけてください。

1. 特に問題ない 2. 時に問題を感じる 3. 非常に問題を感じる

III-4. 職場との連携で、生じている課題や工夫されていることなどがあればご記入ください。

※引き続き、裏面のご回答もお願いいたします

**IV. 精神障害者の復職支援（リワークプログラムなど）における医療機関との連携についてお伺いします。**

IV-1. 利用者の精神科主治医（以下、主治医）との連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である      2. どちらとも言えない      3. 難しい

IV-2. 主治医の意見書等の文書に関わる金銭負担に関して、該当するもの全てに○をつけてください。

また、該当箇所の平均的な金額の目安についてもご記入下さい。

1. 利用者負担（約 円）      2. 意見書（文書作成料）として支出（約 円）  
3. それ以外にも支出項目があればご記入下さい：「 」（約 円）

IV-3. 主治医への訪問面談等に関わる金銭負担に関して、該当するもの1つに○をつけてください。

また、該当箇所の平均的な金額の目安についてもご記入下さい。

1. 利用者負担（約 円）      2. 精神保健福祉センター側で負担（約 円）  
3. その他：「 」（約 円）      4. 訪問面談は実施していない

IV-4. 地域の医療機関との日常的な連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である      2. どちらとも言えない      3. 難しい

IV-5. 主治医および地域の医療機関との連携で、生じている課題や工夫されていることなどがあればご記入ください。

**V. その他、地域の関係機関との連携についてお伺いします。**

V-1. 産業保健総合支援センターとの連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である      2. どちらとも言えない      3. 難しい

V-2. 障害者職業センターとの連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である      2. どちらとも言えない      3. 難しい

V-3. 近隣の他のリワーク施設との連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である      2. どちらとも言えない      3. 難しい

V-4. 関係機関との連携の際に情報管理などで問題を感じることはありますか。該当するもの1つに○をつけてください。  
ください。

1. 特に問題ない      2. 時に問題を感じる      3. 非常に問題を感じる

V-5. 地域の関係機関との連携で、生じている課題や工夫されていることなどがあればご記入下さい。

●その他、各機関との連携を深めるうえでの問題点やご提言があればご自由にお書きください

④ ハローワーク障害者専門援助部門 調査用紙

ハローワーク障害者専門援助部門 調査用紙

貴施設名 :

ご回答者 :

職種 :

I. 貴施設について、お伺いします。

I-1. 貴施設の三障害全体での利用者の延べ人数（平成25年度）と、増減傾向について該当するもの1つに○をつけてください。

利用者数：約（ ）名 ⇒ 1. 増加傾向 2. 不変 3. 減少傾向

I-2. 三障害のうち精神障害者の利用者の延べ人数（平成25年度）と、増減傾向について該当するもの1つに○をつけてください。

利用者数：約（ ）名 ⇒ 1. 増加傾向 2. 不変 3. 減少傾向

I-3. 精神科嘱託医について、該当するもの1つに○をつけてください。

なお、精神科・精神科医には心療内科・心療内科医を含むものとします（以下、同様）。

1. 定期的に来所 2. 必要により相談 3. 精神科医以外で対応 4. 不在

II. 精神障害者の就労支援における職場との連携についてお伺いします。

II-1. 職場(人事労務など)との連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である 2. どちらとも言えない 3. 難しい

II-2. 産業医・産業看護職との連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である 2. どちらとも言えない 3. 難しい

II-3. 情報管理などに問題を感じることはありますか。該当するもの1つに○をつけてください。

1. 特に問題ない 2. 時に問題を感じる 3. 非常に問題を感じる

II-4. 職場との連携で、生じている課題や工夫されていることなどがあればご記入ください。



III. 精神障害者の就労支援における医療機関との連携についてお伺いします。

III-1. 利用者の精神科主治医（以下、主治医）との連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である 2. どちらとも言えない 3. 難しい

III-2. 主治医の意見書等の文書に関わる金銭負担に関して、該当するもの全てに○をつけてください。

また、該当箇所の平均的な金額の目安についてもご記入下さい。

1. 利用者負担（約 円） 2. 意見書（文書作成料）として支出（約 円）

3. それ以外にも支出項目があればご記入下さい：「 」（約 円）

III-3. 主治医への訪問面談等に関わる金銭負担に関して、該当するもの全てに○をつけてください。

また、該当箇所の平均的な金額の目安についてもご記入下さい。

1. 利用者負担（約 円） 2. ハローワーク側で負担（約 円）

3. その他：「 」（約 円） 4. 訪問面談は実施していない

※引き続き、裏面のご回答もお願いいたします

III-4. 地域の医療機関との日常的な連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である      2. どちらとも言えない      3. 難しい

III-5. 主治医および地域の医療機関との連携で、生じている課題や工夫されていることなどがあればご記入ください。

IV. その他、地域の関係機関との連携についてお伺いします。

IV-1. 産業保健総合支援センターとの連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である      2. どちらとも言えない      3. 難しい

IV-2. 精神保健福祉センターとの連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である      2. どちらとも言えない      3. 難しい

IV-3. 近隣の就労支援機関など、他の関係機関との連携について、該当するもの1つに○をつけてください。

1. 良好である      2. どちらとも言えない      3. 難しい

IV-4. 関係機関との連携の際に情報管理などで問題を感じることはありますか。該当するもの1つに○をつけてください。

1. 特に問題ない      2. 時に問題を感じる      3. 非常に問題を感じる

IV-5. 地域の関係機関との連携で、生じている課題や工夫されていることなどがあればご記入下さい。

●その他、各機関との連携を深めるうえでの問題点やご提言があればご自由にお書きください

—お忙しい中、ご協力頂き誠にありがとうございました—

労災疾病臨床研究事業費補助金  
(分担) 研究報告書

**業務に関連した精神科医療の現状と早期復職に関する研究**

研究代表者 黒木 宣夫 東邦大学医学部精神神経医学講座(佐倉)

<研究協力者>

- 荒井稔 日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院  
小山善子 金城大学医療健康学部  
清水栄司 千葉大学大学院医学研究院子どもこころの発達研究センター認知行動生理学  
田中克俊 北里大学大学院 医療系研究科産業精神保健学  
夏目誠 大阪樟蔭女子大学  
野村俊明 日本医科大学  
藤原修一郎 金沢文庫エールクリニック  
丸山総一郎 神戸親和女子大学  
南 昌秀 コマツ本社健康増進センター 副センター長  
南良武 医療法人 桐葉会木島病院  
山村重雄 城西国際大学  
渡辺洋一郎 日本精神科診療所協会  
渡辺 義文 山口大学医学部高次脳機能病態学分野

**研究要旨**：全国の大学病院精神科(129)、労災病院精神科(23)、ならびに平成 25 年度に労災認定件数が 10 件以上決定された都道府県に存在する精神科診療所の責任者 (1,608)、合計 1760 名に精神障害の労災認定に関するアンケート調査(回収数 360 施設回答率 : 20.5%)を実施、さらに実際に労災認定された事例 217 例を回収し、分析検討を加えた。

労災認定に関する精神科医調査結果では、病状が安定したら患者の在籍する職場の産業医に復職の相談との意見に関して、全体の 85%が肯定的見解を有していたが、精神科医として療養補償給付をいつまで継続すれば良いのか、すなわち労災保険法上の(症状固定(治癒))の判断に難渋していた。事例調査からは過去に職場復帰を果たしたことがある事例の中で、産業医に文書で情報提供したことがある事例は 34(61.8%)であるものの、職場復帰のための産業保健スタッフの企業訪問は 8 (14.5%) 例にすぎず、今後、早期復職のための主治医・企業側スタッフとの共同連携が必要と思われた。産業精神保健の活動経験のある精神科医は、そうでない精神科医に比べ休業補償の書類を発行しないと思っている人の割合が多く( $P$  値=0.0091\*)、休業補償の書類は発行せず、(症状固定(治癒))の診断書を発行する ( $P$  値=0.0303\*) という回答が多く、さらに産業精神保健の活動経験の有る人にアフターケア制度を認知している人の割合が多い ( $P$  値=0.0011\*) という回答が得られた。認定後 3 年以内に職場復帰を果たした事例の中で、職場復帰できない要因は、労働者の要因、職場側の要因があり、職場復帰を阻害している要因は、会社側の受け入れ対策、制度的な問題であった。エピソードと要因の関係を見ると、パワーハラスメントにおいて、労働者側 ( $p$  値=0.0613)、職場の要因 ( $p$  値=0.0416)、労働者・会社・医療機関 ( $p$  値=0.0079) とほかの要因とは比率が異なっており、パワーハラスメントによる労災認定は、労働者、職場の両方の要因が絡んでいることが示唆された。特に「仕事の量・質の変化( $P$  値=0.0480)」あるいは「パワーハラスメント ( $P$  値=0.0072)」により労災認定された場合の職場復帰は難しい側面があることも明らかにされた。認定後 3 年以上経過している事例の場合に職場復帰(社会復帰)できない理由として、症状が改善しない、職場の受け入れ状況が困難であり、労災保険制度における療養補償給付の在り方が大きな課題であることが認識できた。次年度は、労災として業務上認定決定後から療養給付が支給されている事例がなぜ障害認定されていないか、精神医学的観点から分析・検討が必要と思われる。

## A 研究目的

労働者が傷病に罹患し治療する場合において、治療を担当する主治医と、労働者の健康と安全の観点から職場での対応を担当する産業医との間で、労働者の同意のもとに適切な情報交換・連携が図られることが、治療面からも就業面からも有意義であることが指摘されている。

精神障害の労災請求件数は 1998 年までは年間 0~42 件であり、件数は少なかった。しかし、労災認定の判断指針<sup>1</sup>が公表された 1999 年は 66 件、以後は急激に増加した。近年の精神障害の労災請求件数は、2011 年度 1272 件、2012 年度は 1257 件、2013 年度は 1409 件と増加、実際に労災認定された件数も 2011 年 325 件、2012 年度は 475 件、2013 年度 436 件であった。2011 年度から 2012 年は請求件数そのものは減少しているにもかかわらず、認定件数は一気に 150 件も急増した。

当該精神障害が労災認定(業務上)されると、生活費は休業補償給付が支給され、治療費は療養補償給付が支給されることになる。しかし当該疾病が(症状固定(治癒)しない限り障害認定しない)という労災保険の基本原則があるため、療養開始から職場復帰(社会復帰)するまで期間が労働者を取り巻く環境や疾病の状態等の要因により、労働者個々で差異があるのは言うまでもない。労災保険法上の(症状固定(治癒))とは、療養を継続して十分な治療を行ってもなお症状の改善の見込みがないと判断された時点をさしている。したがって療養の期間については、当該疾患が療養を必要としなくなるまで、すなわち「(症状固定(治癒))」するまでの期間とされており、精神科医としては、療養の過程を通じて、できる限り早期に患者の精神疾患を(症状固定(治癒))の状態にし、患者の職場復帰(社会復帰)の促進を図ることが望まれる。本調査は、精神障害として労災認定となった事例を担当した主治医に対して精神疾患の労災認定に関わ

るアンケート調査と主治医として担当した事例に対する調査を実施し、業務上認定となった事例の療養から早期職場復帰・社会復帰を推進するための具体的対策を立てる目的で実施した。

## B. 調査対象と調査方法

### 1. 調査対象

平成 25 年度の自殺を含む精神障害の労災認定件数は 436 件、その認定件数が 10 以上の都道府県は北海道、宮城、福島、茨城、埼玉、千葉、東京、神奈川、岐阜、静岡、愛知、岐阜、京都、大阪、兵庫、岡山、広島、福岡であった。調査対象は、全国の大学病院精神科、労災病院精神科、また上記都道府県の精神科診療所である。精神科責任者に対しての労災認定された患者の早期副復職に関する意識調査と労災認定された患者の治療状況、ならびに療養に関する調査である。平成 26 年 11 月 24 日に班会議を開催し、調査項目・内容を検討したうえで平成 27 年 1 月 29 日調査用紙を発送し、同年 2 月 20 日に回収した。

### 2. 調査項目

#### 1) 担当医師に対して

年齢、臨床経験年数、精神科専門医あるいは精神保健指定医資格取得の有無、産業精神保健活動の有無、労災で扱う精神障害の疾病名、労災認定された患者への対応、労災請求を希望する患者への対応、労災保険法上の(症状固定(治癒))の判断、3 年以上の長期療養後の主治医としての対応、労災認定後 5 年経過しても身体愁訴や自覚症状が消失しない場合の対応、(症状固定(治癒)しない限り障害認定されない)という基本見解に関して、労災認定された精神疾患の適切な療養期間、長期療養事例への対応、アフターケア制度の認識、担当した事例数

#### 2) 事例に関して

精神科診断(認定期、現在) 年齢、性別、心理負

荷評価表の出来事、業種、職種、労災認定後から現在までの経過年数、現時点の病状の安定(寛解) 労災請求の際の事業主の証明、業務内容の証明、職場復帰(社会復帰)の有無、産業医に対する情報提供の有無、職場復帰のための企業訪問、労災認定から職場復帰(社会復帰)までの期間、職場復帰(社会復帰) できない理由、職場復帰を阻害している要因、会社の受け入れ状況、3 年以上経過している事例の職場復帰できない理由

## C.調査結果

大学病院 129 施設、労災病院 23 施設、精神科診療所 1,608 施設、合計 1,760 施設に送付し、360 施設から回答を得ることができた。回答率は 20.5% であった。

### 1.担当医師の意識調査結果

**【問 1】**年齢: 50 代、60 代が多く、232 人で 64.6% を占めた。

**【問 2】**精神科臨床経験年数: 20 年以上の臨床経験のある精神科医は 294 人で 82.4% を占めた。

**【問 3】**精神科専門医あるいは精神保健指定医の取得: 精神科専門医あるいは精神保健指定医を取得している精神科医は 342 人で 95.3% を占めた。

### 【問 4】精神科医としての活動経験

(1)産業精神保健の活動経験の有無: 経験のある精神科医は 165 人で 46.5% を占めた。

(2)労災病院の勤務経験、あるいは労災医員の経験の有無: 経験がある精神科医は 18 人で 5.2% であった。

(3)現時点での精神科産業医としての活動の有無: 現在、精神科産業医として活動している精神科医は 112 人で 31.7% を占めた。

**【問 5】**労災で扱う精神障害の疾患名: PTSD が最も多く、323(16.0%)、急性ストレス反応 302(15%)、反応性うつ病 299(14.8%)、ストレス関連障害 274(13.6%)、急性一過性精神病性障害

190(9.4%) であり、内因性うつ病は 117(5.8%)、統合失調症 78(3.9%) であった。

### 【問 6】担当している患者が労災認定と決定された場合

(1)病状が安定したら患者の在籍する職場への復帰を勧める意見に関して: 「そう思う」 161(46%)、「少しそう思う」 86(24.6%) で全体の 70.6% が「そう思う」「少しそう思う」であった。「非常にそう思う」は 51(14.6%) 人であった。

(2)病状が安定したら患者の在籍する職場の産業医に復職の相談との意見に関して: 「非常にそう思う」は 127(36.0%)、「そう思う」 173(49.0%)、で全体の 85% が「そう思う」「非常にそう思う」であった。

(3)病状が安定したとしても、労災請求を巡るトラブルがあった場合は、転職を勧めるとの意見に関して: 「そう思う」 91(26.1%)、「少しそう思う」 158(45.3%) で全体の 71.4% が「そう思う」「少しそう思う」であった。「そう思わない」は 84(24.1%) 人であった。

(4)病状が安定したとしても、患者が希望すれば休業補償の書類を出すとの意見に関して: 「そう思う」 73(20.6%)、「少しそう思う」 145(41.0%) で全体の 61.6% が「そう思う」「少しそう思う」であった。「そう思わない」は 127(35.9%) 人であった。

**【問 7】**担当している患者が労災請求したいと言ってきた時の対応: 「精神疾患発病に業務が有力な誘因と考えられた場合のみ患者の請求に協力する」が 202(56.1%) で最も多く、「労働基準監督署に相談するように伝える」が 120(33.3%) であり、「患者の求めがあれば全面的に協力する」は 28(7.8%) にすぎなかった。

**【問 8】** (症状固定(治癒)と判断される場合の状態: 「臨床的に『問題ない程度』にまで状態が改善した状態を(症状固定(治癒)とする」が最も多く 140(39.1%)、次に「服薬を続けていても 6 ヶ月ほ

どの安定した状態が継続したら(症状固定(治癒)と判断する)が 127(35.5%)、「服薬を続けていても 2~3 ヶ月ほどの安定した状態が継続したら(症状固定(治癒)と判断する)は 69(19.3%)であった。

**【問 9】** 労災保険で療養中に所属する会社に職場復帰したいと患者が希望した場合の対応:「病状が安定(症状固定)と判断したら職場復帰前に産業医等の産業保健スタッフに相談するように伝える」が最も多く 215(60.4%)、次に「病状が安定(症状固定)と判断したら職場復帰前に産業医等に直に連絡相談し、受け入れ状況を確認する」で 66(18.5%)、「病状が安定(症状固定)と判断したら職場復帰可能な診断書を発行する」は 65(18.3%)であった。

**【問 10】** 担当している患者が労災認定後、3 年以上の長期療養になった場合の対応

(1) 医学的に症状の改善の見込みがないと判断されたら(症状固定(治癒)として患者に説明するという意見に関して:「非常にそう思う」は 33(10.1%)、「そう思う」は 134(41.0%)、「少しそう思う」は 106(32.4%)、「そう思わない」は 54(16.5%) であった。

(2) 医学的に症状の改善の見込みがないと判断されたら(症状固定(治癒)として患者に説明し、障害認定を受けるよう説得するとの意見に関して、「非常にそう思う」は 22(6.6%)、「そう思う」は 132(39.8%)、「少しそう思う」は 129(38.9%) であり、「そう思わない」は 49(14.8%) であった。

(3) 医学的に症状の改善の見込みがないと判断されたら(症状固定(治癒)として患者に説明するが、患者が希望すれば休業補償の書類は発行するという意見に関して:「少しそう思う」は 142(43.8%) で最も多く、「そう思う」は 118(36.4%)、「そう思わない」は 57(17.6%) であった。

(4) 医学的に症状の改善の見込みがないと判断されたら(症状固定(治癒)として患者に説明するが、

身体的愁訴や自覚症状を訴え、労働不能を訴えた  
ら休業補償の書類を発行するという意見に関して:「そう思う」は 137(41.9%)、「少しそう思う」は 131(40.1%) であり、「非常にそう思う」は 10(3.1%)、「そう思わない」は 49(15.0%) であった。

**【問 11】** 医学的に症状の改善の見込みがないと判断され症状が固定されれば労災保険法上は(症状固定(治癒)とされるが、仮に 5 年経過しても身体的愁訴や自覚症状のために労働不能を訴え、(症状固定(治癒)と言い難い場合の対応:「やむなく休業補償の書類を発行する」が 128(27.5%)、「労働局や監督署と(症状固定(治癒)に関して相談する」が 113(24.3%)、「休業補償の書類は発行せず、(症状固定(治癒)の診断書を発行する」61(13.1%) であり、「職場復帰(社会復帰)するように勧める」は 69(14.8%) であった。

**【問 12】** 医学的に症状の改善の見込みがないと判断され労災保険法上は(症状固定(治癒)とすべき患者が、身体的愁訴や自覚症状のために労働不能を訴える場合の対応:「わからない」が 176(48.6%) で最も多く、「(症状固定(治癒)として休業補償は打ち切るべきである」は 83(22.9%) であり、「疾病利得や補償要求による状態も疾病として考え、休業補償は継続すべきである。」は 59(16.3%) にすぎなかった。

その他の意見として下記がみられた。

- ・主治医が判断する事柄ではない(休業補償の範囲について)。保険の運営者が加入者に事前に説明しておく事柄と考える。
- ・関係者との話し合いを行う(管理者側も含めて)

- ・職場復帰訓練を受けるためのデイケアに参加する
- ・当院のリワークデイケアをすすめる

PTSD の場合、休業補償継続、診断書は発行

- ・労災であるのなら補償すべきであるが、そんなに治らない病気が多いとは思わない。
- ・改善のみこみがない、ということをあまり患者とは共有できない。

少しでも改善させるように努力をするものだと思う。  
・ケースバイケース 12,各々の事例による 3,悩みます、自覚症状も症状の 1つ、労基と相談、その状態での診断、基本は 1、微妙な判断、訴えがある場合は寛解とは判断できない、治療関係上は 1、しかし 2  
・症状固定として何か考えるべき。治ゆの場合は頑張るようにいう。・本人や家族のおかれている環境も考慮する  
・5年も経てば、障害認定、障害者総合支援法利用、・決まりは 5 年あった方がよい・社会資源の理由（障害年金など）も考慮・日常の生活能力も含めて判断する  
・労災 HP の担当医の判断に委ねる・セカンドオピニオン、労災医員の意見を参考・現実を受け入れるような治療的配慮も必要・疾病利得が明らかな場合、協力を得られる施設に紹介

**【問 13】**(症状固定(治癒)しない限り障害認定されないという労災保険の基本的見解、精神疾患の(症状固定(治癒))に関して：「一定の療養期間を設定すべきである」が最も多く 161(45.2%)、「わからない」との回答は 101(28.4%)、「(症状固定(治癒)しない限り障害認定されないという見解は妥当である」は 74(20.8%)であった。

その他の意見は下記である。

・治癒≠症状固定であって、そもそも精神疾患に合致しない・非常にあいまいで不都合である。一般に“治癒”と“症状固定”は同義とは理解されない。・治ゆと症状固定を同列に考えるのは精神疾患においてはそぐわないと考える・精神状態に「固定」という概念は合わないので妥当な表現に変更してほしい・「治ゆ」が納得できない。・「治ゆ」と「症状固定」と区別すべき・症状固定したとは言え、臨床上は治ゆとは言えない。言葉の定義を見直すべき  
・(症状固定(治癒)=一定期間・2. (療養期間を設定すべき)に近い考え方だが、多様な option を元に検討が必要・症状固定したら障害認定すべきである・障

害年金の考えと同じでよい 2・精神科的に治ゆと判断することは困難である。

・精神疾患は障害を持ちながら症状が変動。その中で障害も変動するのであまりに硬く考えるべきではない。・精神疾患の種類によって治癒の概念は異なる  
・(症状固定(治癒)しない限り障害認定されないという見解は妥当でない。・グダグダと長引く患者は結構多い。症状固定などあるのか、と思う。

**【問 14】**精神疾患の適切な療養期間に関して：3 年以内」は 196(55.2%)、「2 年以内」 72(20.3%)、「5 年以内」は 39(11.0%)、「治癒するまで」は 25(7.0%)、「1.5 年以内」は 21(5.9%)、「10 年以内」は 2(0.6%)であった。

**【問 15】**症状固定(治癒)せず長期療養事例の職場復帰(社会復帰)への対応策

(1) 会社の受け入れを促進する手段の検討、たとえば産業医・主治医の連携を図るとの意見に関して：「そう思う」は 180(51.9%)、「非常にそう思う」は 102(29.4%)、「少しそう思う」 49(14.1%)、「そう思わない」は 16(4.6%)にすぎなかった。  
(2) 一定期間(たとえば 3 年程度)の療養後、職場復帰支援の受け入れを職場に義務づけるという見解に関して：「そう思う」は 114(32.9%)、「非常にそう思う」は 41(11.8%)、「少しそう思う」 99(28.6%)、「そう思わない」は 92(26.6%)であった。

(3) 症状固定(治癒)の傾向が認められたら、リワーク機関への参加を促すという見解に関して：「そう思う」は 183(54.5%)、「非常にそう思う」は 76(22.6%)、「少しそう思う」 64(19.0%)、「そう思わない」は 13(3.96%)であった。

その他の意見は下記のとおりである。

・(2)について、障害認定すべき・転職、障害者雇用の可能性をさぐる  
・ケースごとでは、・症例により対応を一律とせず、多様性を持たせる・一人一人違うから本人の症状、性格を考慮しながら、多様な方法をとるべき。リワ

ークの中でも苛めかパワハラがある・会社の規模によって異なる・いちがいにいえない

・自分でリワークする・2について、本人の意思は？復帰の意志あればそう思う・ケースバイケースだが型に嵌らぬ事・段階をふむと、復帰できるし、精神疾患のかたははじめなので、ペースさえつかめれば良い仕事をします。・職場側が柔軟な対応をとれると良いが、大企業であっても短縮勤務が認められない事が多い。いくらリワークをすすめても、フルタイム勤務との間にはギャップがある・リワークは会社の出資との関係があるので産業医の判断に任せています

**【問 16】**アフターケアは労災保険法による療養補償給付を受け、症状固定と認められる労働者のうち、次の(1)～(4)に掲げる後遺症状によって、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる。1) 気分の障害（抑うつ、不安等）  
2) 意欲の障害（低下等）、3) 慢性化した幻覚性の障害又は慢性化した妄想性の障害、4) 記憶の障害又は知的能力の障害  
(1) アフターケア制度に関して：同制度を「知らない」と回答した精神科医は298(84.2%)もあり、「知っていた」と回答した精神科医は56(15.8%)にすぎなかった。

(2) アフターケア制度の活用について：同制度を知っていた精神科医56名のうち、「活用したことがある」と回答した精神科医は25(34.7%)で、「活用したことない」と回答した精神科医は47(65.3%)であった。

## 2.事例調査

**【問 17】**労災認定された精神疾患の療養に関して：今までに労災認定された精神疾患の患者を主治医として担当したことがあると回答した精神科

医は125(35.6%)、「いいえ」と回答した精神科医は226(64.4%)であった。

**【問 18】**経験事例数：下記のとおり124名の精神科医が回答していた。1,2例が多くみられたが、8例以上を担当した精神科医は3名であった。回収された事例数は217例であった。

1 例	69	55.6%
2 例	38	30.6%
3 例	11	8.9%
4 例	0	0.0%
5 例	3	2.4%
6 例	0	0.0%
7 例	0	0.0%
8 例以上	3	2.4%

## 【問 19】事例の概要

(1)(2)労災認定された時点と現在の精神科診断に関する：急性ストレス反応と診断された事例21例は、現時点では7例に減少、PTSD41例は現時点では37例、適応障害35例が現時点では25例、反応性うつ病63例は現時点では54例であった。逆に増加した診断名は、内因性うつ病10例から現時点で19例、統合失調症2例から5例、双極性障害も3例、神経症性障害も3例増加していた。

精神科診断	認定時	現在
急性ストレス反応	21 9.1%	7 3.1%
PTSD	41 17.8%	37 16.6%
適応障害	35 15.2%	25 11.2%
反応性うつ病	63 27.4%	54 24.2%
内因性うつ病	10 4.3%	19 8.5%
統合失調症	2 0.9%	5 2.2%
急性一過性精神病性障害	5 2.2%	2 0.9%
双極性障害	5 2.2%	8 3.6%
神経症性障害	8 3.5%	11 4.9%
その他	4 1.7%	9 4.0%
未記入	36 15.7%	46 20.6%
	230 100%	223 100%

## (3) 現在の年齢

20 代	18	8.3%
30 代	51	23.5%
40 代	61	28.1%
50 代	36	16.6%
60 代	11	5.1%
70 代	1	0.5%

30～40 代が 112 例 (51.6%) であった。

#### (4) 性別

男	108	49.8%
女	62	28.6%
未記入	47	21.7%
	217	100.0%

男性が約 5 割、女性が 29% であったが、回答された事例の 63.5% は男性事例であった。

#### (5) 心理負荷評価表の出来事(※複数回答あり)

事故や災害の体験	51	23.5%
仕事の失敗、過重な責任の発生等	28	12.9%
仕事の量・質の変化	28	12.9%
役割・地位の変化等	12	5.5%
対人関係の変化	8	3.7%
パワーハラスメント	55	25.3%
セクシュアルハラスメント	16	7.4%
80 時間以上の時間外労働	19	8.8%

出来事としては、パワーハラスメントが最も多く、次に事故や災害の体験と続いている。

#### (6) 業種

※複数回答あり

製造業	42	19.4%
卸売業・小売業	17	7.8%
医療・福祉	20	9.2%
運輸業・郵便業	14	6.5%

情報通信	18	8.3%
建設業	11	5.1%
サービス業	35	16.1%

上記のように製造業が多く、医療・福祉、情報通信と続いている。

#### (7) 職種

専門的・技術的職業	61	28.1%
管理的職業	13	6.0%
事務職	41	18.9%
販売	17	7.8%
サービス職	15	6.9%
輸送・機械運転者	11	5.1%
生産工程	13	6.0%
運搬・清掃・包装等	7	3.2%
建設・採掘従事者	5	2.3%

専門的・技術的職業が 28.1%(61)で最も多く、事務職、販売と続いている。

#### (8) 労災認定後から現在までの経過年数

約 1 年	26	12.0%
約 2 年	41	18.9%
約 3 年	24	11.1%
約 4～5 年	35	16.2%
約 6～10 年	20	9.2%
約 11～15 年	4	1.9%
約 16～20 年	2	0.9%

労災認定から現在までの経過に関しては、3 年以内が 91 例で 42.0% を占めていた。

#### (9) 現時点での病状は安定（寛解）しているか否か

安定	83	38.2%
不安定	56	25.8%

わからない 36 16.6%

ある 34 61.8%

安定している事例は 83 例(38.2%)

(10) 労災請求の際の事業主の証明

スムーズ	81	37.3%
スムーズではなかった	56	25.8%
不明	39	18.0%

事業主の証明がスムーズにいかなかった事例は、56 例(25.8%)であった。

(11) 事業主の業務内容の証明は得られた

得られた	95	43.8%
得られなかった	62	28.6%

事業主の証明が得られなかった事例は 62 例(28.6%)であった。

(12) 現在、職場復帰を果たしている

果たした	66	30.4%
果たしていない	98	45.2%

現在、職場復帰を果たしている事例は 66 例(30.4%)であった。

(13) 過去に職場復帰を果たしたことがある

果たしたことがある	55	25.3%
果たしていない	89	41.0%

過去に職場復帰を果たしたことがあるとの回答は 55(25.3%)であった。

(14)(13)の中に「果たしたことがある」と回答した方 55 人に下記を質問

ア.産業医に文書で情報提供したことがある

イ.貴院のスタッフ (Ns、PSW,OT 等) が職場復帰のために当該企業を訪問したことがある

ある 8 14.5%

ウ.主治医がスタッフとともに職場復帰のために当該企業を訪問したことがある

ある 4 7.3%

(15) 職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間

1 年未満	20	25.3%
1 年～2 年未満	27	34.2%
2 年～3 年未満	19	24.1%
3 年～5 年未満	8	10.1%
5 年～10 年未満	1	1.3%
10 年以上	2	2.5%
その他	2	2.5%

労災認定から復帰までの期間に関して回答が得られた事例は 79 人であったが、3 年以内に職場復帰した事例は、83.6%(66)であった。

(16) 職場復帰(社会復帰)できない要因

※複数回答あり

労働者側の要因	55	25.3%
職場側の要因	51	23.5%
労働者と会社と医療機関の連携	12	5.5%
制度の問題	8	3.7%

職場復帰できないのは、労働者の要因 25.3%、職場側の要因 23.5% と約半分以上を占めた。

(17) 職場復帰を阻害している要因の対策は

		※複数回答あり
会社側の受け入れ対策	62	28.6%
医療機関側の対策	5	2.3%
制度的な問題が大きい	22	10.1%
療養期間の期間設定すべき	16	7.4%
リワークへの推奨	15	6.9%、

職場復帰を阻害している要因は、会社側の受け入れ対策 62(28.6%)、制度的な問題が大きい 22(10.1%)、療養期間の期間設定すべき 16(7.4%)という順に回答が得られた。

#### (18) 会社の受け入れ状況

良い	59	27.2%
悪い	50	23.0%
不明	50	23.0%

会社の受け入れ状況が悪い事例は 50(23%)みられた。

#### (19) 産業医の関わり

1	あり	55	25.3%
2	なし	102	47.0%

産業医の関わりが良い事例は 27.2%(59)、悪いとする事例は 23%(50)であった。

#### (20) 3 年以上経過している事例の場合 職場

復帰（社会復帰）できない理由	※複数回答あり
職場の受け入れ状況が困難	24 22.2%
職場復帰への意思がない	18 16.7%
治療意欲がない	5 4.6%
愁訴が強い	17 15.7%
症状が改善しない	32 29.6%

回答数 108 全体のうち症状が改善しない事例は 29.6%(32)、次に職場の受け入れ状況が困難

22.4%(24)と続いた。

#### <収集データに対する統計解析>

山村重雄

山村重雄研究協力者に統計学的解析を行っていただき、有意差のある貴重な data を提示する。収集したデータに対する若干の統計的に検討した。ここでは主に二つの視点から検討した。一つは、産業精神保健に対する経験が、労災認定に対する考え方へ影響しているかどうかという点と事例においては、認定対象が職場復帰できない理由に特徴があるかどうかについてである。

データ分類に対するロジックの違いおよび統計的に解析する制限から上記データ数とわずかに事となる点がある。しかし、解析結果に大きな差が見られる違いではない。アンケート項目の詳細については、別項を参照いただきたい。

1－6－4 医学的に症状の改善の見込みがないと判断されたら(症状固定(治癒)として患者に説明するが、身体的愁訴や自覚症状を訴え、労働不能を訴えたら休業補償の書類を発行する。

経験の有無	非常にそう思う	そう思う	少しそう思う	そう思わない	
経験あり	5	48	69	28	150
経験なし	5	85	60	19	169
	10	133	129	47	319

検定	カイ 2 乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	11.554	0.0091*

産業精神保健の活動経験の有無で、1－6－4 の休業補償の書類を発行しないと思っている人の割合が多い。

1－7－3 休業補償の書類は発行せず、(症状固定(治癒)の診断書を発行する。

経験の有無	そう思わない	そう思う	
経験あり	130	35	165
経験なし	166	24	190
	296	59	355
検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)	
Pearson	4.692	0.0303*	

1－12 アフターケア制度についてお伺いします。

1－12－1 アフターケア制度はご存じでしょうか。

経験の有無	知っていた	知らない	
経験あり	36	126	162
経験なし	18	170	188
	54	296	350
検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)	
Pearson	10.668	0.0011*	

産業精神保健の活動経験の有る人にアフターケア制度を認知している人の割合が多い。

2 労災症例に関するエピソードと要因に関する解析

エピソード	要因	p値
事故や災害の体験	労働者側の要因	0.3992
事故や災害の体験	職場側の要因	0.0144
事故や災害の体験	労働者・会社・医療機関	0.8433
事故や災害の体験	制度の問題	0.8740

仕事の失敗・過重な責任	労働者側の要因	0.6021
仕事の失敗・過重な責任	職場側の要因	0.4672
仕事の失敗・過重な責任	労働者・会社・医療機関	0.2780
仕事の失敗・過重な責任	制度の問題	0.8671
仕事の量・質の変化	労働者側の要因	0.3065
仕事の量・質の変化	職場側の要因	0.1961
仕事の量・質の変化	労働者・会社・医療機関	0.7334
仕事の量・質の変化	制度の問題	0.2968
役割・地位の変化等	労働者側の要因	0.5763
役割・地位の変化等	職場側の要因	0.1120
役割・地位の変化等	労働者・会社・医療機関	0.9451
役割・地位の変化等	制度の問題	0.3616
対人関係の変化	労働者側の要因	0.7754
対人関係の変化	職場側の要因	0.6508
対人関係の変化	労働者・会社・医療機関	0.5528
対人関係の変化	制度の問題	0.5096

エピソード	要因	p値
パワーハラスメント	労働者側の要因	0.0613
パワーハラスメント	職場側の要因	0.0416
パワーハラスメント	労働者・会社・医療機関	0.0079
パワーハラスメント	制度の問題	0.5521
セクシャルハラスメント	労働者側の要因	0.9047
セクシャルハラスメント	職場側の要因	0.0616
セクシャルハラスメント	労働者・会社・医療機関	0.1935
セクシャルハラスメント	制度の問題	0.2052

80 時間以上の時間外労働	労働者側の要因	0.2974
80 時間以上の時間外労働	職場側の要因	0.6972
80 時間以上の時間外労働	労働者・会社・医療機関	0.4619
80 時間以上の時間外労働	制度の問題	0.8474

エピソードと要因の関係を見ると、パワーハラスメントにおいて、労働者側 ( $p$  値=0.0613)、職場の要因 ( $p$  値=0.0416)、労働者・会社・医療機関 ( $p$  値=0.0079) とほかの要因とは比率が異なっており、パワーハラスメントによる労災認定は、労働者、職場の両方の要因が絡んでいることが示唆される。

### 3. エピソードと職場復帰

エピソード	$p$ 値
事故や災害の体験	0.7023
仕事の失敗・過重な責任	0.6263
仕事の量・質の変化	0.0480
役割・地位の変化等	0.3637
対人関係の変化	0.1523
パワーハラスメント	0.0072
セクシャルハラスメント	0.4678
80 時間以上の時間外労働	0.6602

「仕事の量・質の変化( $P$  値=0.0480)」あるいは「パワーハラスメント ( $P$  値=0.0072)」により労災認定された場合の職場復帰は難しい側面がある。

## D. 考察

### 1. 労災保険制度について

労働社会保険の障害給付には、労災保険の障害給付と社会保険（厚生年金・国民年金など）の障害給付の2種類があり、各々の保険制度で年金給付と一時金給付が定められている。社会保険の障害給付の場合は、どんなに遅くとも傷病の初診日から1年6ヶ月が経過した日に障害認定されるが、労災保険の障害給付の場合は、原則としてその傷病が治癒しない限り障害認定はされない。

労働者が発病した精神疾患が「業務上」の疾病として労災認定されると、当該精神疾患の療養には労災保険が適用され、「療養補償給付」が支給される。（「業務外」の場合は、健康保険の適用）また、当該精神疾患の療養のため労働することができず、賃金を受けられない場合には、「休業補償給付」が支給される。療養のため労働することができず、賃金を受けられないときに、休業の4日目から、休業1日につき、給付基礎日額の80%（休業（補償）給付=60%+休業特別支給金=20%）が支給される。

労災保険による療養開始日から1年6ヶ月（以上）経過した時点で、療養（補償）給付と休業（補償）給付の両方を受けている場合は、「傷病状態等に関する届書」を労働基準監督署に提出することになっており、その届書で「労働能力喪失率100%」と判定されると、労働基準監督署長の職権で傷病（補償）年金という障害（補償）年金に準じた労災保険給付（傷病補償年金）が支給される。療養（補償）給付を受けている労働者の傷病が療養開始後1年6ヶ月経過しても治らず、傷病等級（第1級～第3級）に該当し、その状態が継続している場合に給付基礎日額の313日～245日分の傷病補償年金が支給（労災保険法12条の8第5項）され、この場合において、療養開始後3年経過すると解雇制限が解除される（労災保険法19条、労基法19

条1項)ため使用者は当該労働者を解雇できるが、「治ゆ」に至らない場合は、解雇制限は継続する。

「労災保険における『治ゆ』とは、身体の諸器官・組織が健康時の状態に完全に回復した状態のみをいうものではなく、傷病の症状が安定し、医学上一般に認められた医療を行ってもその医療効果が期待できなくなった状態(「症状固定」の状態)を指している。したがって、「傷病の症状が、投薬・理学療法等の治療により一時的な回復が見られるにすぎない場合」など症状が残存している場合であっても、医療効果が期待できないと判断される場合には、労災保険では「治ゆ」(症状固定)として、療養補償給付をしないこととなっている。「治ゆ」の判断は、主治医の意見を踏まえて労働基準監督署長が行うことになっているが、患者の自覚的症状が消失していない場合には、主治医として、その判断が非常に困難な場合が少なくないと思われる。仮に定年以降も「治ゆ」の判断がなされないと、療養(補償)給付と休業(補償)給付の両方が継続されるのが現状である。

労働災害に起因した身体疾患と違い、労働者に発病した精神障害が業務に起因して発病したかどうかの判断は、「心理的負荷による精神障害の認定基準<sup>2</sup>について(基発1226第1号)」によりなされているが、労災請求から業務に起因して発病した精神疾患として労災認定されるまでの過程に請求者と事業者、産業医との連携が強く求められるところである。

また、一方で労働者に発病した精神疾患が労働基準監督署に労災請求され、「業務上」の疾病として労災認定されると、当該精神疾患の療養には労災保険が適用され、「療養補償給付」が支給される(「業務外」の場合は、健康保険の適用となる)。そして、当該精神疾患の療養のため労働することができず、賃金を受けられない場合には、「休業補償給付」が支給される。労災保険制度は、労働者

(または遺族)の請求に基づき、労働者の業務上の事由または通勤による傷病等に対して必要な保険給付を行い、あわせて被災労働者の社会復帰の促進等の事業を行う制度である。その費用は、事業主の負担する保険料によってまかなわれているが、早期に職場復帰(社会復帰)を実現するための対策が喫緊の課題である。

## 2.本調査より

本調査は全国大学病院精神科、労災病院精神科、平成25年度の精神障害の労災認定件数が10県以上の都道府県の精神科診療所の責任者に対するアンケート調査、並びに主治医として労災認定された事例に関する調査である。

### 1)精神科医に対する調査

調査時点での精神科産業医として活動している精神科医は112人で31.7%を占めた。病状が安定したら患者の在籍する職場の産業医に復職の相談するとの意見に関して、全体の85%が「そう思う」「非常にそう思う」であった。病状が安定したとしても、患者が希望すれば休業補償の書類を出すという意見に関して、全体の61.6%が「そう思う」「少しそう思う」であり、「そう思わない」は127(35.9%)であり、(症状固定(治癒)と判断される場合の状態は、「臨床的に『問題ない程度』にまで状態が改善した状態を(症状固定(治癒)とする)」が最も多く140(39.1%)、次に「服薬を続けていても6ヶ月ほどの安定した状態が継続したら(症状固定(治癒)と判断する)」が127(35.5%)であった。また、労災保険で療養中に所属する会社に職場復帰したいと患者が希望した場合の対応に関して、「病状が安定(症状固定)と判断したら職場復帰前に産業医等の産業保健スタッフに相談するように伝える」が最も多く215(60.4%)、次に「病状が安定(症状固定)と判断したら職場復帰前に産業医等に直に連絡相談し、受け入れ状況を確認する」が

66(18.5%)、「病状が安定（症状固定）と判断したら職場復帰可能な診断書を発行する」は65(18.3%)であった。

医学的に症状の改善の見込みがないと判断され労災保険法上は（症状固定（治癒））とすべき患者が、身体的愁訴や自覚症状のために労働不能を訴える場合の対応に関しては、「わからない」と回答した精神科医が176(48.6%)で最も多く、「（症状固定（治癒））として休業補償は打ち切るべきである」は83

(22.9%)であり、「疾病利得や補償要求による状態も疾病として考え、休業補償は継続すべきである。」は59(16.3%)にすぎなかった。産業精神保健の活動経験のある精神科医は、そうでない精神科医に比べ休業補償の書類を発行しないと思っていた人の割合が多く( $P$  値=0.0091\*)、休業補償の書類は発行せず、（症状固定（治癒））の診断書を発行する ( $P$  値=0.0303\*) という回答が多く、さらに産業精神保健の活動経験の有る人にアフターケア制度を認知している人の割合が多い( $P$  値=0.0011\*) という回答が得られた。

自由記載として「ケースバイケース 12名、各々の事例による 3名、悩みます、自覚症状も症状の 1つ、労基と相談、その状態での診断、基本は 1（休業補償は打ち切るべき）、微妙な判断、訴えがある場合は寛解とは判断できない、治療関係上は 1（休業補償は打ち切るべき）、しかし 2（疾病として考え、休業補償は継続すべき）」との見解が認められ、主治医としての立場と補償の継続に関しては、判断に難渋するという結果が得られた。また、（症状固定（治癒）しない限り障害認定されないと労災保険の基本的見解、精神疾患の（症状固定（治癒））に関しては、「一定の療養期間を設定すべきである」が最も多く 161(45.2%)であり、自由記載として「治ゆと症状固定を同列に考へるのは精神疾患においてはそぐわない、・（症状固定（治癒））=一定期間・2.に近い考え方だが、多様な option を元に検討

が必要・症状固定したら障害認定すべきである・障害年金の考え方と同じでよい）との見解が認められ、精神疾患の適切な療養期間に関しては、「2年以内」を含めると「3年以内」は268であり、全体の 75.5%を占めていた。ICD-10 で示されているように遷延性抑うつ反応の収束時期が 2 年であることとも、適切な今後の療養期間の参考となるであろう。

症状固定（治癒）せず長期療養事例の職場復帰（社会復帰）への対応策として、1) 会社の受け入れを促進する手段として、産業医・主治医の連携を図るとの意見に関して、「そう思う」は180(51.9%)、「非常にそう思う」は102(29.4%)であり、早期復職の推進に産業医と主治医との連携は欠かせないという結果が得られた。また、一定期間（たとえば 3 年程度）の療養後、職場復帰支援の受け入れを職場に義務づけるという見解に関しては、「そう思う」は114(32.9%)、「非常にそう思う」は41(11.8%)であり、症状固定（治癒）の傾向が認められたら、リワーク機関への参加を促すという見解に関しても、「そう思う」は183(54.5%)、「非常にそう思う」は76(22.6%)、「少しそう思う」64(19.0%)であり、職場復帰に向けた復職支援が必要であるという結果が得られた。

## 2)事例調査に関して

労災認定された精神疾患の患者を主治医として担当したことがあると回答した精神科医は125(35.6%)、回収された事例数は217例であった。労災認定された時点と現在の精神科診断に関して、認定時点の急性ストレス反応、PTSD、適応障害、反応性うつ病は減少し、逆に増加した診断名は、内因性うつ病、統合失調症、双極性障害、神経症性障害であった。心理的負荷の出来事として多いのは、パワーハラスメント(55)、事故や災害の体験(51)、仕事の失敗・過重な責任の発生(28)、仕事の量・質の変化(28)等の順位であった。エピソー

ドと要因の関係を見ると、パワーハラスメントにおいて、労働者側 ( $p$  値=0.0613)、職場の要因 ( $p$  値=0.0416)、労働者・会社・医療機関 ( $p$  値=0.0079) とほかの要因とは比率が異なっており、パワーハラスメントによる労災認定は、労働者、職場の両方の要因が絡んでいることが示唆された。特に「仕事の量・質の変化( $P$  値=0.0480)」あるいは「パワーハラスメント ( $P$  値=0.0072)」により労災認定された場合の職場復帰は難しい側面があることも明らかにされた。

業種は製造業(42)、サービス業(35)、医療福祉(20)の順に多くみられた。職種は専門的・技術的職業 (61)、事務職(41)、販売 (17) の順に多くみられた。労災認定後から現在までの経過年数は3年以内が 91(42%)であった。現時点で病状は安定(寛解)している事例は 83 例(38.2%)、事業主の証明が得られなかった事例は 62 例(28.6%)であった。現在、職場復帰を果たしている事例は 66 例(30.4%)であった。また、過去に職場復帰を果たしたことがあるとの回答は 55(25.3%)であった。「果たしたことがある」と回答した方 55 人に問し、ア.産業医に文書で情報提供したことがある事例は 34(61.8%)、イ.貴院のスタッフ (Ns. PSW, OT 等) が職場復帰のために当該企業を訪問したことがある事例は 8 (14.5%)、ウ.主治医がスタッフとともに職場復帰のために当該企業を訪問したことがある事例は 4 (7.3%) であった。労災認定から復帰までの期間に関する回答が得られた事例は 79 人であったが、3 年以内に職場復帰した事例は、83.6%(66) であった。職場復帰できない要因として、労働者の要因 25.3%、職場側の要因 23.5% と約半分以上を占めた。職場復帰を阻害している要因は、会社側の受け入れ対策 62 (28.6%)、制度的な問題が大きい 22(10.1%)、療養期間の期間設定すべき 16(7.4%) という順に回答が得られた。会社の受け入れ状況が悪い事例

は 50(23%) みられた。産業医の関わりが良い事例は 27.2%(59)、悪いとする事例は 23%(50) であった。3 年以上経過している事例の場合 職場復帰(社会復帰) できない理由として、回答数 108 全体のうち症状が改善しない事例は 29.6%(32)、次に職場の受け入れ状況が困難 22.4%(24) と続いた。

### 3)全体をどうして

業務上疾病として労災認定された精神疾患を主治医として担当した精神科医は、労災保険制度の仕組みをどの程度、理解されているのか、危惧される回答も得られた。たとえば、アフターケア制度を「知らない」と回答した精神科医は 298(84.2%) もおり、「知っていた」と回答した精神科医は 56(15.8%) にすぎなかった。また、労災保険法上の(症状固定(治癒))に関しては、「臨床的に『問題ない程度』にまで状態が改善した状態を(症状固定(治癒))とする」が最も多く 140(39.1%)、次に「服薬を続けていても 6 ヶ月ほどの安定した状態が継続したら(症状固定(治癒))と判断する」が 127(35.5%) であったが、医学的に症状の改善の見込みがないと判断され労災保険法上は(症状固定(治癒))とすべき患者が、身体的愁訴や自覚症状のために労働不能を訴える場合の対応は、「わからない」が 176(48.6%) で最も多く、「(症状固定(治癒))として休業補償は打ち切るべきである」は 83 (22.9%) にすぎず、「疾病利得や補償要求による状態も疾病として考え、休業補償は継続すべきである。」は 59(16.3%) みられていた。すなわち、純粋な精神疾患による労働能力喪失(低下)に起因した療養であれば、(症状固定(治癒))とせず療養と休業補償を継続するのは、精神科臨床医としては当然であるものの、身体的愁訴や自覚症状の背景に疾病利得や補償要求という患者の心理特性が認められたときに精神科医としては、判断に苦慮し、自由記載に「自覚症状も症状の 1 つ、訴えがある

場合は寛解とは判断できない、治療関係上は 1(休業補償は打ち切るべき)、しかし 2(疾病として考え、休業補償は継続すべき)との見解が認められ、主治医としての立場からは補償継続に関し、「(症状固定(治癒)とすべきか否か、その判断に難渋する」という結果が得られた。(症状固定(治癒)しない限り障害認定されないという労災保険の基本的見解、精神疾患の(症状固定(治癒))に関しては「一定の療養期間を設定すべきである」が最も多く 161(45.2%)、「わからない」との回答は 101(28.4%)、「(症状固定(治癒)しない限り障害認定されないという見解は妥当である」は 74(20.8%)であった。

事例調査からは労災認定後から現在までの経過年数は 3 年以内が 91(42%)であり、調査時点で職場復帰を果たしている事例は 66 例(30.4%)、過去に職場復帰を果たしたことがある事例は 55(25.3%)であり、その中で産業医に文書で情報提供したことがある事例は 34(61.8%)、職場復帰のために産業保健スタッフが当該企業を訪問したことがある事例は 8 (14.5%)、.主治医がスタッフとともに職場復帰のために当該企業を訪問したことがある事例は 4(7.3%)であった。労災認定後 3 年以内に職場復帰を果たした事例は 83.6%(66)であり、職場復帰できない要因は、労働者の要因 25.3%、職場側の要因 23.5%が多く、職場復帰を阻害している要因は、会社側の受け入れ対策 62 (28.6%)、制度的な問題が大きい 22(10.1%)であった。認定後 3 年以上経過している事例の場合職場復帰（社会復帰）できない理由として、症状が改善しない事例は 29.6%(32)、次に職場の受け入れ状況が困難 22.4%(24)と続いたが、今後、業務上認定された精神疾患が、どのような療養過程を経て(症状固定(治癒))に至ったのか、また治癒後、休復職に至った事例に関しては、休職に至る要因等を明確にし、労災保険制度における療養補償給付の在り方に検討を加えるべきである。そのため

には今後、労災として業務上認定決定後から現在まで療養給付が継続されている事例を精神医学的観点から分析・検討が必要と思われる。

## E.結論

労災認定に関する精神科医調査結果では、病状が安定したら患者の在籍する職場の産業医に復職の相談するとの意見に関して、全体の 85%が肯定的見解を有していたが、精神科医として療養補償給付をいつまで継続すれば良いのか、すなわち労災保険法上の(症状固定(治癒))の判断に難渋していた。事例調査からは過去に職場復帰を果たしたことのある事例の中で、産業医に文書で情報提供したことがある事例は 34(61.8%)であるものの、職場復帰のための産業保健スタッフの企業訪問は 8 (14.5%) 例にすぎず、今後、早期復職のための主治医・企業側スタッフとの共同連携が必要と思われた。認定後 3 年以内に職場復帰を果たした事例の中で、職場復帰できない要因は、労働者の要因、職場側の要因があり、職場復帰を阻害している要因は、会社側の受け入れ対策、制度的な問題であった。認定後 3 年以上経過している事例の場合に職場復帰（社会復帰）できない理由として、症状が改善しない、職場の受け入れ状況が困難であり、労災保険制度における療養補償給付の在り方が大きな課題であることが認識できた。次年度は、労災として業務上認定決定後から療養給付が支給されている事例がなぜ障害認定されていないのか、精神医学的観点から分析・検討が必要と思われる。

## 参考文献

- 厚生労働省労働基準局補償課職業病認定対策室：心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針について、1999.9
- 厚生労働省労働基準局補償課職業病認定対

策室：心理的負荷による精神障害の認定基準について(基発 1226 第 1 号) 2011.12

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

#### 1－1－1 急性ストレス反応

経験の有無	該当しない	該当する	
経験あり	29	136	165
経験なし	28	162	190
	57	298	355

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

検定	カイ 2 乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	0.528	0.4674

#### 1－1－2 PTSD

経験の有無	該当しない	該当する	
経験あり	16	149	165
経験なし	21	169	190
	37	318	355

検定	カイ 2 乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	0.174	0.6767

#### 収集データに対する統計解析

山村重雄

収集したデータに対する若干の統計的に検討した。ここでは主に二つの視点から検討した。一つは、産業精神保健に対する経験が、労災認定に対する考え方へ影響しているかどうかという点と事例においては、認定対象が職場復帰できない理由に特徴があるかどうかについてである。

データ分類に対するロジックの違いおよび統計的に解析する制限から上記データ数とわずかに事となる点がある。しかし、解析結果に大きな差が見られる違いではない。アンケート項目の詳細については、別項を参照いただきたい。

1. 産業精神保健の活動経験の有無によるアンケート結果への影響

1－1 問5「該当するとと思われる精神障害」

#### 1－1－3 適応障害

経験の有無	該当しない	該当する	
経験あり	60	105	165
経験なし	75	115	190
	135	220	355

検定	カイ 2 乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	0.362	0.5472

#### 1－1－4 反応性うつ病

経験の有無	該当しない	該当する	
経験あり	29	136	165
経験なし	32	158	190
	61	294	355

検定	カイ 2 乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	0.033	0.8550

### 1－1－5 内因性うつ病

経験の有無	該当しない	該当する	
経験あり	108	57	165
経験なし	131	59	190
	239	116	355
検定	カイ <sup>2</sup> 乗	p 値(Prob>ChiSq)	
Pearson	0.490	0.4840	

### 1－1－9 双極性障害

経験の有無	該当しない	該当する	
経験あり	119	46	165
経験なし	151	39	190
	270	85	355
検定	カイ <sup>2</sup> 乗	p 値(Prob>ChiSq)	
Pearson	2.622	0.1054	

### 1－1－6 ストレス関連障害

経験の有無	該当しない	該当する	
経験あり	40	125	165
経験なし	45	145	190
	85	270	355
検定	カイ <sup>2</sup> 乗	p 値(Prob>ChiSq)	
Pearson	0.015	0.9022	

### 1－1－10 精神病障害

経験の有無	該当しない	該当する	
経験あり	115	50	165
経験なし	125	65	190
	240	115	355
検定	カイ <sup>2</sup> 乗	p 値(Prob>ChiSq)	
Pearson	0.616	0.4327	

以上の解析の結果、産業精神保健の活動経験の有無にかかわらず、労災で扱う精神障害として該当する精神障害の認識に差は見られなかった。

### 1－1－7 統合失調症

経験の有無	該当しない	該当する	
経験あり	123	42	165
経験なし	155	35	190
	278	77	355
検定	カイ <sup>2</sup> 乗	p 値(Prob>ChiSq)	
Pearson	2.572	0.1088	

### 1－2 問6 労災認定になった場合

1－2－1 病状が安定したら患者の在籍する職場への復帰を勧める。

経験の 有無	非常に そう思 う	そう思 う	少しそ う思う	そう思 わない	
経験あり	22	78	42	20	162
経験なし	29	81	43	32	185
	51	159	85	52	347
検定	カイ <sup>2</sup> 乗	p 値(Prob>ChiSq)			
Pearson	2.284	0.5156			

### 1－1－8 急性一過性神経障害

経験の有無	該当しない	該当する	
経験あり	74	91	165
経験なし	95	95	190
	169	186	355
検定	カイ <sup>2</sup> 乗	p 値(Prob>ChiSq)	
Pearson	0.940	0.3324	

1－2－2 病状が安定したら患者の在籍する職場の産業医に復職を相談する。

経験の有無	非常にそう思う	そう思う	少しそう思う	そう思わない	
経験あり	62	81	17	3	163
経験なし	64	89	24	9	186
	126	170	41	12	349

経験あり	5	31	68	59	163
経験なし	4	41	75	67	187
	9	72	143	126	350

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	0.708	0.8713

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	3.101	0.3763

1－2－3 病状が安定したとしても労災請求を巡るトラブルがあった場合は、転職をすすめる。

経験の有無	非常にそう思う	そう思う	少しそう思う	そう思わない	
経験あり	5	40	78	38	161
経験なし	11	50	77	46	184
	16	90	155	84	345

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	2.608	0.4561

1－2－4 病状が安定したとしても、患者が希望すれば休業補償の書類を出す。

経験の有無	非常にそう思う	そう思う	少しそう思う	そう思わない	

1－3 問7 主治医として担当している患者が労災請求したいといってきた場合の対応。

経験の有無	全面的に協力する	業務が有力な誘因の場合のみ協力する	労働基準監督署への相談	その他	
経験あり	12	94	52	4	162
経験なし	15	105	64	3	187
	27	199	116	7	349

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	0.538	0.9106

労災請求したいと言ってきた場合の対応については、産業精神保健の活動経験に影響されていない。

1－4 問8 主治医が治ゆ（症状固定）と判断すると職場復帰（社会復帰）となります。下記のどの状態で治ゆ（症状固定）と判断しますか。

経験の有無	2,3か月の安定な状態	6か月ほどの安定した状態	臨床的に問題ない程度	その他	
経験あり	25	61	66	10	162
経験なし	41	63	71	9	184
	66	124	137	19	346

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	2.758	0.4304

治ゆ（症状固定）と判断する状態に産業精神保健の活動経験は影響されていない。

年以上の長期療養になった場合の対応

1－6－1 医学的に症状の改善の見込みがないと判断されたら治ゆ（症状固定）として患者に説明する。

経験の有無	非常にそう思う	そう思う	少しそう思う	そう思わない	
経験あり	17	65	46	24	152
経験なし	14	67	59	28	168
	31	132	105	52	320

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	1.441	0.6958

1－5 問9 労災認定された後、療養中に所属する会社に職場復帰したいと患者が希望した場合、主治医としてどう対応されますか。

経験の有無	復帰可能な診断書	産業保健スタッフに相談	産業医に連絡相談	その他	
経験あり	25	102	32	3	162
経験なし	39	110	34	5	188
	64	212	66	8	350

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	2.005	0.5714

職場復帰したいと患者が希望した場合、主治医の対応に産業精神保健の活動経験は影響されていない。

1－6 問10 担当している患者が労災認定後、3

1－6－2 医学的に症状の改善の見込みがないと判断されたら治ゆ（症状固定）として患者に説明し、障害認定を受けるよう説得する。

経験の有無	非常にそう思う	そう思う	少しそう思う	そう思わない	
経験あり	14	62	57	22	155
経験なし	8	67	70	27	172
	22	129	127	49	327

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	2.795	0.4244

1－6－3 医学的に症状の改善の見込みがないと判断されたら治ゆ（症状固定）として患者に説明する

が、患者が希望すれば休業補償の書類は発行する

経験の有無	非常にそう思う	そう思う	少しそう思う	そう思わない	
経験あり	5	48	66	31	150
経験なし	2	66	74	25	167
	7	114	140	56	317

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	4.329	0.2281

が多い。

1-7 問11 医学的に症状の改善の見込みがないと判断され症状が固定されていれば労災保険上は治ゆ(症状固定)とされるが、仮に5年経過しても身体的愁訴や自覚症状のために労働不能を訴え、治ゆ(症状固定)と言い難い場合、どのように対応しますか。

1-7-1 職場復帰(社会復帰)するように勧める。

経験の有無	そう思わない	そう思う	
経験あり	130	35	165
経験なし	157	33	190
	287	68	355

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	0.843	0.3587

1-6-4 医学的に症状の改善の見込みがないと判断されたら治ゆ(症状固定)として患者に説明するが、身体的愁訴や自覚症状を訴え、労働不能を訴えたら休業補償の書類を発行する。

経験の有無	非常にそう思う	そう思う	少しそう思う	そう思わない	
経験あり	5	48	69	28	150
経験なし	5	85	60	19	169
	10	133	129	47	319

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	11.554	0.0091*

産業精神保健の活動経験の有無で、1-6-4の休業補償の書類を発行しないと思っている人の割合

1-7-2 やむなく休業補償の書類を発行する

経験の有無	そう思わない	そう思う	
経験あり	106	59	165
経験なし	124	66	190
	230	125	355

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	0.040	0.8408

1-7-3 休業補償の書類は発行せず、治ゆ(症状固定)の診断書を発行する。

経験の有無	そう思わない	そう思う	
経験あり	130	35	165
経験なし	166	24	190
	296	59	355

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
----	------	----------------

検定	カイ 2 乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	4.692	0.0303*

1－7－4 労働局や監督署と治ゆ（症状固定）に関して相談する。

経験の有無	そう思わない	そう思う	
経験あり	113	52	165
経験なし	131	59	190
	244	111	355

検定	カイ 2 乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	0.009	0.9253

有無	打ち切るべき	続けるべき	ない		
経験あり	49	25	70	17	161
経験なし	32	32	104	17	185
	81	57	174	34	346

検定	カイ 2 乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	9.452	0.0238

産業精神保健の活動経験のある人で打ち切るべきと回答した割合が多い。

1－7－5 わからない

経験の有無	そう思わない	そう思う	
経験あり	126	39	165
経験なし	136	54	190
	262	93	355

検定	カイ 2 乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	1.046	0.3065

産業精神保健の活動経験の有無で、治ゆ（症状固定）の診断書を発行する人の割合が多い。

1－8 問12 医学的に症状の改善の見込みがないと判断され労災保険上は治ゆ（症状固定）とすべき患者が、身体的愁訴や自覚症状のために労働不能を訴える場合、どのように対応しますか。

経験の	休業補	休業補	わから	その他	

1－9 問13 医学的に症状の改善の見込みがないと判断され労災保険上は治ゆ（症状固定）とすべき患者が、身体的愁訴や自覚症状のために労働不能を訴える場合、どのように対応しますか。

経験の 有無	見解は 妥当	療養期 間を設 定すべ き	わから ない	その他	
経験あり	35	76	42	9	162
経験なし	37	81	58	8	184
	72	157	100	17	346

検定	カイ 2 乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	1.441	0.6960

産業精神保健の活動経験の有無で身体的愁訴や自覚症状のために労働不能を訴える場合の対応に違いはない。

1－10 問14 精神疾患の適切な療養期間は、どれくらいの期間が必要か、

経験の有無	1.5年以内	2年以内	3年以内	5年以内	10年以内	治癒するまで	
経験あり	12	33	93	13	0	9	160
経験なし	8	39	100	22	2	14	185
	20	72	193	35	2	23	345

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	5.171	0.3954

産業精神保健の活動経験の有無、精神疾患の適切な療養期間に関する考え方には違いはない。

1－11 問15 症状固定（治癒）せず長期療養事例の職場復帰（社会復帰）への対応策

1－11－1 会社の受け入れを促進する手段の検討 たとえば産業医・主治医の連携を図る

経験の有無	非常にそう思う	そう思う	少しそう思う	そう思わない	
経験あり	54	84	19	5	162
経験なし	47	92	30	10	179
	101	176	49	15	341

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	4.148	0.2460

1－11－2 一定期間（たとえば3年程度）の療養後、職場復帰支援の受け入れを職場に義務づける。

経験の有無	非常にそう思う	そう思う	少しそう思う	そう思わない	
経験あり	19	43	48	51	161
経験なし	22	66	51	41	180
	41	109	99	92	341

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	5.208	0.1572

1－11－3 症状固定（治癒）の傾向が認められたら、リワーク機関への参加を促す。

経験の有無	非常にそう思う	そう思う	少しそう思う	そう思わない	
経験あり	38	84	30	3	155
経験なし	38	96	32	9	175
	76	180	62	12	330

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	2.662	0.4467

産業精神保健の活動経験の有無が長期療養後の職場復帰の対応策に関する考え方には違いはない。

1－12 アフターケア制度についてお伺いします。

1－12－1 アフターケア制度はご存じでしょう

か。

経験の有無	知っていた	知らない	
経験あり	36	126	162
経験なし	18	170	188
	54	296	350

検定	カイ <sup>2</sup> 乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	10.668	0.0011*

### 1-1-2-2 アフターケア制度をの活用について

経験の有無	利用したことがある	利用したことがない	
経験あり	16	27	43
経験なし	9	17	26
	25	44	69

検定	カイ <sup>2</sup> 乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	0.047	0.8280

産業精神保健の活動経験の有る人にアフターケア制度を認知している人の割合が多い。

## 2 労災症例に関するエピソードと要因に関する解析

エピソード	要因	p 値
事故や災害の体験	労働者側の要因	0.3992
事故や災害の体験	職場側の要因	0.0144
事故や災害の体験	労働者・会社・医療機関	0.8433
事故や災害の体験	制度の問題	0.8740
仕事の失敗・過重な責任	労働者側の要因	0.6021
仕事の失敗・過重な責任	職場側の要因	0.4672

仕事の失敗・過重な責任	労働者・会社・医療機関	0.2780
仕事の失敗・過重な責任	制度の問題	0.8671
仕事の量・質の変化	労働者側の要因	0.3065
仕事の量・質の変化	職場側の要因	0.1961
仕事の量・質の変化	労働者・会社・医療機関	0.7334
仕事の量・質の変化	制度の問題	0.2968
役割・地位の変化等	労働者側の要因	0.5763
役割・地位の変化等	職場側の要因	0.1120
役割・地位の変化等	労働者・会社・医療機関	0.9451
役割・地位の変化等	制度の問題	0.3616
対人関係の変化	労働者側の要因	0.7754
対人関係の変化	職場側の要因	0.6508
対人関係の変化	労働者・会社・医療機関	0.5528
対人関係の変化	制度の問題	0.5096

エピソード	要因	p 値
パワーハラスメント	労働者側の要因	0.0613
パワーハラスメント	職場側の要因	0.0416
パワーハラスメント	労働者・会社・医療機関	0.0079
パワーハラスメント	制度の問題	0.5521
セクシャルハラスメント	労働者側の要因	0.9047
セクシャルハラスメント	職場側の要因	0.0616
セクシャルハラスメント	労働者・会社・医療機関	0.1935
セクシャルハラスメント	制度の問題	0.2052
80 時間以上の時間外労働	労働者側の要因	0.2974

80 時間以上の時間外労働	職場側の要因	0.6972
80 時間以上の時間外労働	労働者・会社・医療機関	0.4619
80 時間以上の時間外労働	制度の問題	0.8474

エピソードと要因の関係を見ると、パワーハラスメントにおいて、労働者側 ( $p$  値=0.0613)、職場の要因 ( $p$  値=0.0416)、労働者・会社・医療機関 ( $p$  値=0.0079) とほかの要因とは比率が異なっており、パワーハラスメントによる労災認定は、労働者、職場の両方の要因が絡んでいることが示唆される。

### 3. エピソードと職場復帰

エピソード	$p$ 値
事故や災害の体験	0.7023
仕事の失敗・過重な責任	0.6263
仕事の量・質の変化	0.0480
役割・地位の変化等	0.3637
対人関係の変化	0.1523
パワーハラスメント	0.0072
セクシャルハラスメント	0.4678
80 時間以上の時間外労働	0.6602

「仕事の量・質の変化」あるいは「パワーハラスメント」により労災認定された場合の職場復帰は難しい側面がある。

# 平成 26 年度 労災疾病臨床研究事業(厚生労働省) 調査票

ご記入日：平成 27 年 月 日

医療機関名：

## 【問 1】あなたの年齢を教えてください。

1. 20 代 2. 30 代 3. 40 代 4. 50 代 5. 60 代 6. 70 代以上

## 【問 2】あなたの精神科臨床の経験年数を教えてください。

1. 5 年未満 2. 5 年～10 年未満 3. 10 年～20 年未満 4. 20 年以上

## 【問 3】あなたは精神科専門医あるいは精神保健指定医を持っていますか。

1. 持っている 2. 持っていない

## 【問 4】あなたは、以下の活動経験がありますか。

- |                       |       |       |
|-----------------------|-------|-------|
| 1) 産業精神保健（職域における活動経験） | 1. あり | 2. なし |
| 2) 労災病院、労働局での労災医員の経験  | 1. あり | 2. なし |
| 3) 現在、精神科産業医として関わっている | 1. あり | 2. なし |

## 【問 5】「労働基準法施行規則第 35 条別表第 1 の 2」には労災補償の対象疾患としてその九に「人の生命にかかる事故への遭遇その他心理的に過度の負担を与える事象を伴う業務による精神及び行動の障害又はこれに付随する疾病」と規定されています。労災で扱う精神障害として、該当すると思われる精神障害の番号すべてに○をつけてください。（複数可）

1. 急性ストレス反応 2. PTSD 3. 適応障害 4. 反応性うつ病 5. 内因性うつ病  
6. ストレス関連障害 7. 統合失調症 8. 急性一過性精神病性障害  
9. 双極性障害 10. 神経症性障害 11. その他 ( )

## 【問 6】主治医として担当している患者が労災認定になった場合、下記のどちらかに○をつけてください。

- 1) 病状が安定したら患者の在籍する職場への復帰を勧める  
1. 非常にそう思う 2. そう思う 3. 少しそう思う 4. そう思わない  
2) 病状が安定したら患者の在籍する職場の産業医に復職の相談をする  
1. 非常にそう思う 2. そう思う 3. 少しそう思う 4. そう思わない  
3) 病状が安定したとしても労災請求を巡るトラブルがあった場合は、転職をすすめる  
1. 非常にそう思う 2. そう思う 3. 少しそう思う 4. そう思わない  
4) 病状が安定したとしても、患者が希望すれば休業補償の書類を出す  
1. 非常にそう思う 2. そう思う 3. 少しそう思う 4. そう思わない

**【問7】**主治医として担当している患者が労災請求したいといってきた場合、下記の該当するもの1つに○をつけてください。

1. 患者の求めがあれば、全面的に協力する
2. 精神疾患発病に業務が有力な誘因と考えられた場合のみ患者の請求に協力する
3. 労働基準監督署に相談するように伝える
4. その他（ ）

労災保険上の治ゆ（症状固定）とは、療養を継続して十分な治療を行ってもなお症状の改善の見込みがないと判断され、症状が固定されているときをさします。精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会報告書には「通常の就労（一般に1日8時間の勤務）が可能な状態で「寛解」との診断がなされている場合には、労災保険制度でいう治ゆ（症状固定）の状態にある」と記載されています。

**【問8】**主治医が治ゆ（症状固定）と判断すると職場復帰（社会復帰）となります。下記のどの状態で治ゆ（症状固定）と判断しますか。最も当てはまる番号1つだけに○をつけてください。

1. 服薬を続けていても2～3ヶ月ほどの安定した状態が継続したら治ゆ（症状固定）と判断する
2. 服薬を続けていても6ヶ月ほどの安定した状態が継続したら治ゆ（症状固定）と判断する
3. 臨床的に「問題ない程度」にまで状態が改善した状態を治ゆ（症状固定）とする
4. その他のご意見あればお書き下さい（ ）

**【問9】**労災認定された後、療養中に所属する会社に職場復帰したいと患者が希望した場合、主治医としてどう対応されますか。最も当てはまる番号1つだけに○をつけてください。

1. 病状が安定（症状固定）と判断したら職場復帰可能の診断書を発行する
2. 病状が安定（症状固定）と判断したら職場復帰前に産業医等の産業保健スタッフに相談するように伝える
3. 病状が安定（症状固定）と判断したら職場復帰前に産業医等に直に連絡相談し、受け入れ状況を確認する
4. その他（ ）

**【問10】**担当している患者が労災認定後、3年以上の長期療養になった場合、下記のどちらかに○をつけてください。

- 1) 医学的に症状の改善の見込みがないと判断されたら治ゆ（症状固定）として患者に説明する
  1. 非常にそう思う
  2. そう思う
  3. 少しそう思う
  4. そう思わない
- 2) 医学的に症状の改善の見込みがないと判断されたら治ゆ（症状固定）として患者に説明し、障害認定を受けるよう説得する
  1. 非常にそう思う
  2. そう思う
  3. 少しそう思う
  4. そう思わない
- 3) 医学的に症状の改善の見込みがないと判断されたら治ゆ（症状固定）として患者に説明するが、患者が希望すれば休業補償の書類は発行する
  1. 非常にそう思う
  2. そう思う
  3. 少しそう思う
  4. そう思わない
- 4) 医学的に症状の改善の見込みがないと判断されたら治ゆ（症状固定）として患者に説明するが、身体的愁訴や自覚症状を訴え、労働不能を訴えたら休業補償の書類を発行する
  1. 非常にそう思う
  2. そう思う
  3. 少しそう思う
  4. そう思わない

**【問11】**医学的に症状の改善の見込みがないと判断され症状が固定されていれば労災保険上は治ゆ（症状固定）とされるが、仮に5年経過しても身体的愁訴や自覚症状のために労働不能を訴え、治ゆ（症状固定）と言い難い場合、どのように対応しますか。あてはまるものすべての番号に○をつけて下さい。（複数回答可）

1. 職場復帰（社会復帰）するように勧める
2. やむなく休業補償の書類を発行する
3. 休業補償の書類は発行せず、治ゆ（症状固定）の診断書を発行する
4. 労働局や監督署と治ゆ（症状固定）に関して相談する
5. わからない

**【問12】**医学的に症状の改善の見込みがないと判断され労災保険上は治ゆ（症状固定）とすべき患者が、身体的愁訴や自覚症状のために労働不能を訴える場合、どのように対応しますか。あてはまる番号1つに○をつけて下さい。

1. 治ゆ（症状固定）として休業補償は打ち切るべきである
2. 疾病利得や補償要求による状態も疾病として考え、休業補償は継続すべきである。
3. わからない
4. その他のご意見（ ）

**【問13】**治ゆ（症状固定）しない限り障害認定されないという労災保険の基本的見解についてお伺いします。精神疾患の治ゆ（症状固定）に関して、下記の該当する番号1つに○をつけて下さい。

1. 治ゆ（症状固定）しない限り障害認定されないという見解は妥当である
2. 一定の療養期間を設定すべきである。
3. わからない
4. その他のご意見（ ）

**【問14】**日本精神神経学会「精神保健に関する委員会」と日本産業精神保健学会「精神疾患と業務関連性に関する検討委員会」の合同調査で精神科専門医537人は、うつ病、神経症、ASD・PTSD、適応障害、心因性うつ病等の精神疾患（重度の統合失調症を除く）の適切な療養期間は8割以上の精神科医が2年以内に病状が安定すると回答し、職場復帰までの期間に関しても重度の統合失調症を除いて、8割以上の精神科医が3年以内に職場復帰可能と回答していました。この結果を踏まえ、精神疾患の適切な療養期間は、どれくらいの期間が必要か、お答え下さい。あてはまる番号1つに○をつけて下さい。

1. 1.5年以内
2. 2年以内
3. 3年以内
4. 5年以内
5. 7年以内
6. 10年以内
7. 治癒するまで

**【問15】**症状固定（治癒）せず長期療養事例の職場復帰（社会復帰）への対応策

- 1) 会社の受け入れを促進する手段の検討 たとえば産業医・主治医の連携を図る
  1. 非常にそう思う
  2. そう思う
  3. 少しそう思う
  4. そう思わない
- 2) 一定期間（たとえば3年程度）の療養後、職場復帰支援の受け入れを職場に義務づける
  1. 非常にそう思う
  2. そう思う
  3. 少しそう思う
  4. そう思わない

- 3) 症状固定(治癒)の傾向が認められたら、リワーク機関への参加を促す  
    1. 非常にそう思う    2. そう思う    3. 少しそう思う    4. そう思わない  
4) その他のご意見( )

**【問 16】**業務による心理的負荷を原因として精神障害を発病した方については、治ゆ(症状固定)後においてもその後遺症状に対して、増悪の予防その他の医学的措置を受けるためのアフターケア制度があります。アフターケアは労災保険法による療養補償給付を受け、症状固定と認められる方のうち、次の(1)～(4)に掲げる後遺症状によって、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方です。

- (1) 気分の障害(抑うつ、不安等)  
(2) 意欲の障害(低下等)  
(3) 慢性化した幻覚性の障害又は慢性化した妄想性の障害  
(4) 記憶の障害又は知的能力の障害

アフターケア制度についてお伺いします。

- 1) アフターケア制度はご存じでしょうか  
    1. 知っていた                  2. 知らない
- 2) 1で「知っていた」と回答した先生のみお答え下さい。  
アフターケア制度の活用について  
    1. 活用したことがある      2. 活用したことない

#### 問 17 以下は実際の事例についてお伺いします。

**【問 17】**労災認定された精神疾患の療養に関するお聞きします。

今までに労災認定された精神疾患の患者を主治医として担当したことがありますか。(お答えは1つ)  
    1. はい    2. いいえ

**【問 18】**「労災認定された精神疾患の患者を主治医として担当したことがありますか」と回答された方にお尋ねします。

何例経験されていますか。(お答えは1つ)  
    1. 1例      2. 2例      3. 3例      4. 4例      5. 5例  
    6. 6例      7. 7例      8. 8例以上

**【問 19】**「労災認定された精神疾患の患者を主治医として担当したことがある」と回答された方にお尋ねします。下記に具体的に事例に関して教えてください。  
別紙に1例づつお答え下さい。

## 1 例目

### (1) 精神科診断（労災認定時）

- 1. 急性ストレス反応、2. PTSD、3. 適応障害、4. 反応性うつ病、5. 内因性うつ病、6. 統合失調症、  
7. 急性一過性精神病性障害、8. 双極性障害、9. 神経症性障害

### (2) 精神科診断（現在）

- 1. 急性ストレス反応、2. PTSD、3. 適応障害、4. 反応性うつ病、5. 内因性うつ病、6. 統合失調症、  
7. 急性一過性精神病性障害、8. 双極性障害、9. 神経症性障害

### (3) 現在の年齢 20代, 30代, 40代, 50代, 60代, 70代, 80代以上

### (4) 性別 男 女

### (5) 心理負荷評価表の出来事

- 1. 事故や災害の体験、2. 仕事の失敗、過重な責任の発生等、3. 仕事の量・質の変化、4. 役割・地位の変化等  
5. 対人関係の変化、6. パワーハラスメント、7. セクシュアルハラスメント、8. 80時間以上の時間外労働  
9. その他( )

### (6) 業種

- 1. 製造業、2. 卸売業・小売業、3. 医療・福祉、4. 運輸業・郵便業、5. 情報通信、6. 建設業、7. サービス業、  
8. その他

### (7) 職種

- 1. 専門的・技術的職業、2. 管理的職業、3. 事務職、4. 販売、5. サービス職、6. 輸送・機械運転者、  
7. 生産工程、8. 運搬・清掃・包装等従事者、9. 建設・採掘従事者

### (8) 労災認定後から現在までの経過年数 約( )年

### (9) 現時点での病状は安定（寛解）しているか否か 1. 安定 2. 不安定 3. わからない

### (10) 労災請求の際の事業主の証明 1. スムーズ 2. スムーズではなかった 3. 不明

### (11) 事業主の業務内容の証明は得られた 1. 得られた 2. 得られなかつた

### (12) 現在、職場復帰を果たしている 1. 果たした 2. 果たしていない

### (13) 過去に職場復帰を果たしたことがある 1. 果たしたことがある 2. 果たしていない

### (14) (13)の中に 1. 果たしたことがある と回答した方にお聞きします。

ア. 産業医に文書で情報提供したことがある（ある なし）

イ. 帰院のスタッフ (Ns, PSW, OT 等) が職場復帰のために当該企業を訪問したことがある（ある なし）

ウ. 主治医がスタッフとともに職場復帰のために当該企業を訪問したことがある（ある なし）

### (15) 職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間 ( 年 ヶ月)

### (16) 職場復帰（社会復帰）できないのは

- 1. 労働者側の要因、2. 職場側の要因、3. 労働者と会社と医療機関の連携、4. 制度の問題、  
5. その他( )

### (17) 職場復帰を阻害している要因の対策は

- 1. 会社側の受け入れ対策、2. 医療機関側の対策、3. 制度的な問題が大きい、4. 療養期間の期間設定すべき  
5. リワークへの推奨

### (18) 会社の受け入れ状況 1. 良い 2. 悪い 3. 不明

### (19) 産業医の関わり 1. あり 2. なし 関わった内容( )

### (20) 3年以上経過している事例の場合 職場復帰（社会復帰）できない理由

- 1. 職場の受け入れ状況が困難、2. 職場復帰への意思がない、3. 治療意欲がない、4. 憂訴が強い  
5. 症状が改善しない、6. その他( )

平成26年度 労災疾病臨床研究事業(厚生労働省)

総回答数 360件

【問1】あなたのご年齢を教えてください。

1 20代	1	0.3%
2 30代	9	2.5%
3 40代	67	18.7%
4 50代	122	34.0%
5 60代	110	30.6%
6 70代以上	50	13.9%
	359	100.0%

【問2】あなたの精神科臨床の経験年数を教えてください。

1 5年未満	4	1.1%
2 5年～10年未満	5	1.4%
3 10年～20年未満	54	15.1%
4 20年以上	294	82.4%
	357	100.0%

【問3】あなたは精神科専門医あるいは精神保健指定医を持っていますか。

1 持っている	342	95.3%
2 持っていない	17	4.7%
	359	100.0%

【問4】あなたは、以下の活動経験がありますか。

1)産業精神保健(職域における活動経験)

1 あり	165	46.5%
2 なし	190	53.5%
	355	100.0%

2)労災病院、労働局での労災医員の経験

1 あり	18	5.2%
2 なし	330	94.8%
	348	100.0%

3)現在、精神科産業医として関わっている

1 あり	112	31.7%
2 なし	241	68.3%
	353	100.0%

【問5】「労働基準法施行規則第35条別表第1の2」には労災補償の対象疾患としてその九に「人の生命にかかる事故への遭遇その他心理的に過度の負担を与える事象を伴う業務による精神及び行動の障害又はこれに付随する疾病」と規定されています。労災で扱う精神障害として、該当すると思われる精神障害の番号すべてに○をつけてください。(複数可)

1 急性ストレス反応	302	15.0%
2 PTSD	323	16.0%
3 適応障害	224	11.1%
4 反応性うつ病	299	14.8%
5 内因性うつ病	117	5.8%
6 ストレス関連障害	274	13.6%
7 統合失調症	78	3.9%
8 急性一過性精神病性障害	190	9.4%
9 双極性障害	87	4.3%
10 神経症性障害	117	5.8%
11 その他	9	0.4%
	2,020	100.0%

【問6】主治医として担当している患者が労災認定になった場合、下記のどちらかに○をつけてください。

1) 病状が安定したら患者の在籍する職場への復帰を勧める

1 非常にそう思う	51	14.6%
2 そう思う	161	46.0%
3 少しそう思う	86	24.6%
4 そう思わない	52	14.9%
	350	100.0%

2) 病状が安定したら患者の在籍する職場の産業医に復職の相談をする

1 非常にそう思う	127	36.0%
2 そう思う	173	49.0%
3 少しそう思う	41	11.6%
4 そう思わない	12	3.4%
	353	100.0%

3) 病状が安定したとしても労災請求を巡るトラブルがあった場合は、転職をすすめる安定したら患者の在籍する職場の産業医に復職の相談をする

1 非常にそう思う	16	4.6%
2 そう思う	91	26.1%
3 少しそう思う	158	45.3%
4 そう思わない	84	24.1%
	349	100.0%

4) 病状が安定したとしても、患者が希望すれば休業補償の書類を出す

1 非常にそう思う	9	2.5%
2 そう思う	73	20.6%
3 少しそう思う	145	41.0%
4 そう思わない	127	35.9%
	354	100.0%

【問7】主治医として担当している患者が労災請求したいといってきた場合、下記の該当するもの1つに○をつけてください。

1 患者の求めがあれば、全面的に協力する	28	7.8%
2 精神疾患発病に業務が有力な誘因と考えられた場合のみ患者の請求に協力する	202	56.1%
3 労働基準監督署に相談するように伝える	120	33.3%
4 その他	10	2.8%
	360	100.0%

【問8】主治医が治ゆ(症状固定)と判断すると職場復帰(社会復帰)となります。下記のどの状態で治ゆ(症状固定)と判断しますか。最も当てはまる番号1つだけに○をつけてください。

1 服薬を続けていても2~3ヶ月ほどの安定した状態が継続したら治ゆ(症状固定)と判断する	69	19.3%
2 服薬を続けていても6ヶ月ほどの安定した状態が継続したら治ゆ(症状固定)と判断する	127	35.5%
3 臨床的に「問題ない程度」にまで状態が改善した状態を治ゆ(症状固定)とする	140	39.1%
4 その他のご意見あればお書き下さい	22	6.1%
	358	100.0%

【問9】労災認定された後、療養中に所属する会社に職場復帰したいと患者が希望した場合、主治医としてどう対応されますか。最も当てはまる番号1つだけに○をつけてください。

1 病状が安定(症状固定)と判断したら職場復帰可能の診断書を発行する	65	18.3%
2 病状が安定(症状固定)と判断したら職場復帰前に産業医等の産業保健スタッフに相談するように伝える	215	60.4%
3 病状が安定(症状固定)と判断したら職場復帰前に産業医等に直に連絡相談し、受け入れ状況を確認する	66	18.5%
4 その他	10	2.8%
	356	100.0%

【問10】担当している患者が労災認定後、3年以上の長期療養になった場合、下記のどちらかに○をつけてください。

1) 医学的に症状の改善の見込みがないと判断されたら治ゆ(症状固定)として患者に説明する

1 非常にそう思う	33	10.1%
2 そう思う	134	41.0%
3 少しそう思う	106	32.4%
4 そう思わない	54	16.5%
	327	100.0%

2) 医学的に症状の改善の見込みがないと判断されたら治ゆ(症状固定)として患者に説明し、障害 認定を受けるよう説得する

1 非常にそう思う	22	6.6%
2 そう思う	132	39.8%
3 少しそう思う	129	38.9%
4 そう思わない	49	14.8%
	332	100.0%

3) 医学的に症状の改善の見込みがないと判断されたら治ゆ(症状固定)として患者に説明するが、患者が希望すれば休業補償の書類は発行する

1 非常にそう思う	7	2.2%
2 そう思う	118	36.4%
3 少しそう思う	142	43.8%
4 そう思わない	57	17.6%
	324	100.0%

4) 医学的に症状の見込みがないと判断されたら治ゆ(症状固定)として患者に説明するが、身体的愁訴や自覚症状を訴え、労働不能を訴えたら休業補償の書類を発行する

1 非常にそう思う	10	3.1%
2 そう思う	137	41.9%
3 少しそう思う	131	40.1%
4 そう思わない	49	15.0%
	327	100.0%

【問11】医学的に症状の見込みがないと判断され症状が固定されれば労災保険上は治ゆ(症状固定)とされるが、仮に5年経過しても身体的愁訴や自覚症状のために労働不能を訴え、治ゆ(症状固定)と言い難い場合、どのように対応しますか。あてはまるものすべての番号に○をつけて下さい。(複数回答可)

1 職場復帰(社会復帰)するように勧める	69	14.8%
2 やむなく休業補償の書類を発行する	128	27.5%
3 休業補償の書類は発行せず、治ゆ(症状固定)の診断書を発行する	61	13.1%
4 労働局や監督署と治ゆ(症状固定)に関して相談する	113	24.3%
5 わからない	94	20.2%
	465	100.0%

【問12】医学的に症状の見込みがないと判断され労災保険上は治ゆ(症状固定)とすべき患者が、身体的愁訴や自覚症状のために労働不能を訴える場合、どのように対応しますか。あてはまる番号1つに○をつけて下さい。

1 治ゆ(症状固定)として休業補償は打ち切るべきである	83	22.9%
2 疾病利得や補償要求による状態も疾病として考え、休業補償は継続すべきである。	59	16.3%
3 わからない	176	48.6%
4 その他のご意見	44	12.2%
	362	100.0%

【問13】治ゆ(症状固定)しない限り障害認定されないという労災保険の基本的見解についてお伺いします。精神疾患の治ゆ(症状固定)に関して、下記の該当する番号1つに○をつけて下さい。

1 治ゆ(症状固定)しない限り障害認定されないという見解は妥当である	74	20.8%
2 一定の療養期間を設定すべきである。	161	45.2%
3 わからない	101	28.4%
4 その他のご意見	20	5.6%
	356	100.0%

【問14】日本精神神経学会「精神保健に関する委員会」と日本産業精神保健学会「精神疾患と業務関連性に関する検討委員会」の合同調査で精神科専門医537人は、うつ病、神経症、ASD・PTSD、適応障害、心因性うつ病等の精神疾患(重度の統合失調症を除く)の適切な療養期間は8割以上の精神科医が2年以内に病状が安定すると回答し、職場復帰までの期間に関しても重度の統合失調症を除いて、8割以上の精神科医が3年以内に職場復帰可能と回答していました。この結果を踏まえ、精神疾患の適切な療養期間は、どれくらいの期間が必要か、お答

1 1年以内	21	5.9%
2 2年以内	72	20.3%
3 3年以内	196	55.2%
4 5年以内	39	11.0%
5 7年以内	0	0.0%
6 10年以内	2	0.6%
7 治癒するまで	25	7.0%
	355	100.0%

【問15】症状固定(治癒)せず長期療養事例の職場復帰(社会復帰)への対応策

1)会社の受け入れを促進する手段の検討 たとえば産業医・主治医の連携を図る

1 非常にそう思う	102	29.4%
2 そう思う	180	51.9%
3 少しそう思う	49	14.1%
4 そう思わない	16	4.6%
	347	100.0%

2)一定期間(たとえば3年程度)の療養後、職場復帰支援の受け入れを職場に義務づける

1 非常にそう思う	41	11.8%
2 そう思う	114	32.9%
3 少しそう思う	99	28.6%
4 そう思わない	92	26.6%
	346	100.0%

3)症状固定(治癒)の傾向が認められたら、リワーク機関への参加を促す

1 非常にそう思う	76	22.6%
2 そう思う	183	54.5%
3 少しそう思う	64	19.0%
4 そう思わない	13	3.9%
	336	100.0%

4)その他のご意見

15

【問16】業務による心理的負荷を原因として精神障害を発病した方については、治ゆ(症状固定)後においてもその後遺症状に対して、増悪の予防その他の医学的措置を受けるためのアフターケア制度があります。アフターケアは労災保険法による療養補償給付を受け、症状固定と認められる方のうち、次の(1)～(4)に掲げる後遺症状によって、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方です。

- (1) 気分の障害(抑うつ、不安等)
  - (2) 意欲の障害(低下等)
  - (3) 慢性化した幻覚性の障害又は慢性化した妄想性の障害
  - (4) 記憶の障害又は知的能力の障害
- アフターケア制度についてお伺いします。

1) アフターケア制度はご存じでしょうか

1 知っていた	56	15.8%
2 知らない	298	84.2%
	354	100.0%

2) 1で「知っていた」と回答した先生のみお答え下さい。

アフターケア制度の活用について

1 活用したことがある	25	34.7%
2 活用したことない	47	65.3%
	72	100.0%

【問17】労災認定された精神疾患の療養に関してお聞きします。

今までに労災認定された精神疾患の患者を主治医として担当したことがありますか。(お答えは1つ)

1 はい	125	35.6%
2 いいえ	226	64.4%
	351	100.0%

【問18】「労災認定された精神疾患の患者を主治医として担当したことがありますか」と回答された方にお尋ねします。

何例経験されていますか。(お答えは1つ)

1 1例	69	55.6%
2 2例	38	30.6%
3 3例	11	8.9%
4 4例	0	0.0%
5 5例	3	2.4%
6 6例	0	0.0%
7 7例	0	0.0%
8 8例以上	3	2.4%
	124	100.0%

【問19】「労災認定された精神疾患の患者を主治医として担当したことがある」と回答された方にお尋ねします。下記に具体的に事例に関して教えてください。

別紙に1例づつお答え下さい。

(1) 精神科診断(労災認定時)

※複数回答あり

1 急性ストレス反応	21	9.7%
2 PTSD	41	18.9%
3 適応障害	35	16.1%
4 反応性うつ病	63	29.0%
5 内因性うつ病	10	4.6%
6 統合失調症	2	0.9%
7 急性一過性精神病性障害	5	2.3%
8 双極性障害	5	2.3%
9 神経症性障害	8	3.7%
その他	4	1.8%
未記入	36	16.6%
	230	106.0%

(2) 精神科診断（現在）	※複数回答あり	
1 急性ストレス反応	7	3.2%
2 PTSD	37	17.1%
3 適応障害	25	11.5%
4 反応性うつ病	54	24.9%
5 内因性うつ病	19	8.8%
6 統合失調症	5	2.3%
7 急性一過性精神病性障害	2	0.9%
8 双極性障害	8	3.7%
9 神経症性障害	11	5.1%
その他	9	4.1%
未記入	46	21.2%
	223	102.8%
(3) 現在の年齢		
20代	18	8.3%
30代	51	23.5%
40代	61	28.1%
50代	36	16.6%
60代	11	5.1%
70代	1	0.5%
80代以上	0	0.0%
未記入	39	18.0%
	217	100.0%
(4) 性別		
男	108	49.8%
女	62	28.6%
未記入	47	21.7%
	217	100.0%
(5) 心理負荷評価表の出来事	※複数回答あり	
1 事故や災害の体験	51	23.5%
2 仕事の失敗、過重な責任の発生等	28	12.9%
3 仕事の量・質の変化	28	12.9%
4 役割・地位の変化等	12	5.5%
5 対人関係の変化	8	3.7%
6 パワーハラスメント	55	25.3%
7 セクシュアルハラスメント	16	7.4%
8 80時間以上の時間外労働	19	8.8%
9 その他	6	2.8%
未記入	36	16.6%
	259	119.4%
(6) 業種	※複数回答あり	
1 製造業	42	19.4%
2 卸売業・小売業	17	7.8%
3 医療・福祉	20	9.2%
4 運輸業・郵便業	14	6.5%
5 情報通信	18	8.3%
6 建設業	11	5.1%
7 サービス業	35	16.1%
8 その他	22	10.1%
未記入	39	18.0%
	218	100.5%

(7) 職種		※複数回答あり	
1 専門的・技術的職業	61	28.1%	
2 管理的職業	13	6.0%	
3 事務職	41	18.9%	
4 販売	17	7.8%	
5 サービス職	15	6.9%	
6 輸送・機械運転者	11	5.1%	
7 生産工程	13	6.0%	
8 運搬・清掃・包装等従事者	7	3.2%	
9 建設・採掘従事者	5	2.3%	
未記入	37	17.1%	
	220	101.4%	
(8) 労災認定後から現在までの経過年数			
1年未満	5	2.3%	
約1年	21	9.7%	
約2年	41	18.9%	
約3年	24	11.1%	
約4年	16	7.4%	
約5年	19	8.8%	
約6年	6	2.8%	
約7年	3	1.4%	
約8年	0	0.0%	
約9年	2	0.9%	
約10年	9	4.1%	
約11年	2	0.9%	
約12年	1	0.5%	
約13年	0	0.0%	
約14年	1	0.5%	
約15年	0	0.0%	
約16年	0	0.0%	
約17年	0	0.0%	
約18年	0	0.0%	
約19年	0	0.0%	
約20年	2	0.9%	
その他	14	6.5%	
未記入	51	23.5%	
	217	100.0%	
(9) 現時点での病状は安定(寛解)しているか否か			
1 安定	83	38.2%	
2 不安定	56	25.8%	
3 わからない	36	16.6%	
未記入	42	19.4%	
	217	100.0%	
(10) 労災請求の際の事業主の証明			
1 スムーズ	81	37.3%	
2 スムーズではなかった	56	25.8%	
3 不明	39	18.0%	
未記入	41	18.9%	
	217	100.0%	
(11) 事業主の業務内容の証明は得られた			
1 得られた	95	43.8%	
2 得られなかつた	62	28.6%	
未記入	60	27.6%	
	217	100.0%	

(12) 現在、職場復帰を果たしている			
1 果たした	66	30.4%	
2 果たしていない	98	45.2%	
その他	1	0.5%	
未記入	52	24.0%	
	217	100.0%	
(13) 過去に職場復帰を果たしたことがある			
1 果たしたことがある	55	25.3%	
2 果たしていない	89	41.0%	
未記入	73	33.6%	
	217	100.0%	
(14) (13)の中に 1.果たしたことがある と回答した方にお聞きします。			
ア.産業医に文書で情報提供したことがある			
ある	34	15.7%	
なし	20	9.2%	
未記入	163	75.1%	
	217	100.0%	
イ.帰院のスタッフ(Ns、PSW、OT等)が職場復帰のために当該企業を訪問したことがある			
ある	8	3.7%	
なし	45	20.7%	
未記入	164	75.6%	
	217	100.0%	
ウ.主治医がスタッフとともに職場復帰のために当該企業を訪問したことがある			
ある	4	1.8%	
なし	48	22.1%	
未記入	165	76.0%	
	217	100.0%	
(15) 職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間			
1年未満	20	9.2%	
1年～2年未満	27	12.4%	
2年～3年未満	19	8.8%	
3年～4年未満	5	2.3%	
4年～5年未満	3	1.4%	
5年～6年未満	0	0.0%	
6年～7年未満	1	0.5%	
7年～8年未満	0	0.0%	
8年～9年未満	0	0.0%	
9年～10年未満	0	0.0%	
10年以上	0	0.0%	
その他	2	0.9%	
未記入	140	64.5%	
	217	100.0%	
(16) 職場復帰(社会復帰)できないのは		※複数回答あり	
1 労働者側の要因	55	25.3%	
2 職場側の要因	51	23.5%	
3 労働者と会社と医療機関の連携	12	5.5%	
4 制度の問題	8	3.7%	
5 その他	19	8.8%	
未記入	93	42.9%	
	238	109.7%	

(17) 職場復帰を阻害している要因の対策は	※複数回答あり	
1 会社側の受け入れ対策	62	28.6%
2 医療機関側の対策	5	2.3%
3 制度的な問題が大きい	22	10.1%
4 療養期間の期間設定すべき	16	7.4%
5 リワークへの推奨	15	6.9%
その他	2	0.9%
未記入	108	49.8%
	230	106.0%
(18) 会社の受け入れ状況		
1 良い	59	27.2%
2 悪い	50	23.0%
3 不明	50	23.0%
未記入	58	26.7%
	217	100.0%
(19) 産業医の関わり		
1 あり	55	25.3%
2 なし	102	47.0%
未記入	60	27.6%
	217	100.0%
(20) 3年以上経過している事例の場合 職場復帰(社会復帰)できない理由	※複数回答あり	
1 職場の受け入れ状況が困難	24	11.1%
2 職場復帰への意思がない	18	8.3%
3 治療意欲がない	5	2.3%
4 憋訴が強い	17	7.8%
5 症状が改善しない	32	14.7%
6 その他	12	5.5%
未記入	132	60.8%
	240	110.6%