

## 平成 26 年度労災疾病臨床研究事業費補助金

### 研究結果の概要

研究課題名：「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：黒木 宣夫

#### A 研究目的

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。

#### B 研究方法と結果

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しては、事例調査時点は 2015 年 2 月、事例調査期間の基本は入社時点～調査時点まで。最長 3 4 年 1 カ月（1977 年 1 月）～最短 10 カ月（2014 年 4 月）、連携開始時点から調査時点までの経過期間は最長 8 年 7 カ月（2006 年 7 月）～最短 6 カ月（2014 年 8 月）、職場と主治医の連携に積極的に取り組んでいる精神科医から提供された事例を分析した。

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、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。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、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。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のが、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、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った。各データは医療と労働衛生の連携強化策の必要性和メリットを強く示唆していた。

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、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和需要、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、連携の必要性和需要、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軟かつ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に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に関しては、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、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。

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さを感じていたところが多い。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労災認定に関する精神科医調査 結果では、全国の大学病院精神科(129)、労災病院、労災病院精神科(23)、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(回収率:20.5%))を実施した。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。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、(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。

### C 結論と今後の展望

①～⑧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。

平成27年度研究も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。労働者の疾病のうち、メンタルヘルス不調に関しては、改正労働安全衛生法（ストレスチェックと面接指導）では、1～3次予防までの総合的に実践的な取組みが期待されており、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。

平成27年度研究では、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。

平成27（2015）年 5月