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・27 年度　総合研究報告書

目　　次

Ⅰ．総合研究報告

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

・平成 26 年度報告 ---------- 3
・平成 27 年度報告 ---------- 18
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

・平成 26 年度報告 ---------- 43
・平成 27 年度報告 ---------- 75
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

・平成 26 年度報告 ---------- 147
・平成 27 年度報告 ---------- 186
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

・平成 26 年度報告 ---------- 307
・平成 27 年度報告 ---------- 312
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

・平成 26 年度報告 ---------- 345
・平成 27 年度報告 ---------- 397
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

・平成 26 年度報告 ---------- 421
・平成 27 年度報告 ---------- 476
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
・平成 26 年度報告　---------- 519
・平成 27 年度報告　---------- 525
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
・平成 26 年度報告　---------- 535
・平成 27 年度報告　---------- 575
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調査・研究
・平成 26 年度報告　---------- 605
・平成 27 年度報告　---------- 644
分担研究者　黒木　宣夫

Ⅰ. 総合研究報告

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イ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。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、メイル、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イにより、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)ケーススタデイ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。

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。

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。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。

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期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、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。

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。

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さ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イにより、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。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。

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期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。

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。

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貝瀬され、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の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、メイル、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、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移関しては、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、一年以内給付の中期復職群と比較しても 9.2%減であった。

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

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 27 年度　総括研究報告書

研究代表者　　黒木宣夫

平成 28（2016）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、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。平成 27 年度研究では、病態を見極める治療戦略的スキルを備えた精神科産業医が病状改善、安定就労へ導く契機となりうること、連携を適切に行うには治療機関側に担当者(リワークコーディネーター)を置くことが効果的と考えられること、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であり、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、職場と主治医との連携における職場側の重要項目、総合病院における主治医と産業医との間で協働・積極的な情報共有の姿勢が必要であること、就労移行支援施設、就業生活支援センター、ハローワークと主治医との連携、精神疾患を有する労災患者の職場復帰や就労支援に関する医療機関、行政、事業所の連携の必要性が重要であることが強調された。精神科主治医と産業医との連携効果のために、文書を作成し主治医と産業医との情報のやり取り、産業医、人事担当者、産業保健スタッフと主治医との診察・面談による連携、ならびに関係者のケース会議を開催し、多くの時間を費やしながらほぼ無報酬で行われている実態が明らかになったが、勤労者医療を推進していくためにも、診療報酬面での早急な改定が急務であることは言うまでもない。

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、平成 26 年度は 1,456 件（前年度比 47 件増）、認定件数は同年度は 497 件（前年度比 61 件増）、特に自殺ではない精神障害の労災認定件数は同年は 398 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 12 月よりストレスチェック制度(労働安全衛生法)が 50 人未満の事業場で義務化され、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。

平成 26 年度研究では、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、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調査研究を実施した。その結果、メンタルヘルス不調者に対して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。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。

これらのことから、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、労働者の治療効果向上、就業継続、再発・病状悪化・離職等防止のための有効な手法や制度的な方策等をさらに検討する目的で実施した。

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）

本年度は、昨年度収集、分析した職場・産業医と主治医の連携事例 120 例について、引き続き、連携の取り組み過程、連携前後の病状、就業状況をめぐるエピソード､連携過程に用いられた書面、診断書などを分析、効果的な連携を達成するためのツール、留意点などを抽出、実証的検討を加えた。

具体的には、課題１　連携後就業改善事例の分析（2）：昨年度に取り上げた主治医・産業医間の連携効果が具体的に認められた事例、いわゆる就業改善事例を詳細に分析、連携効果を期待できる前提条件､ポイントなどを抽出することをめざした。また、課題２　連携効果に役立つ実務用ツールとスキル：連携効果を具体的に期待する上で必要な書面、書式について就業改善事例で用いられたツールの検討を行い試案を例示した。さらに、課題３　主治医と産業医の「連携力」: 本研究から得られた知見を踏まえ、実務上、メンタルヘルス不調者支援で大きな力を発揮する職場側、主治医側双方で備えるべき「連携力」の概念を提唱し、効果的な連携を実現する基本要件としての業務歴と不調者へ関わる業務ポリシーについて基礎的検討を試みた。

その結果、不調者本人をはじめとして、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、投薬量の減少などの変化が認められた。就業改善群における連携効果の背景として、職場においては就業状況、対人環境の調整効果、また、主治医側においては職場情報に基づく病態の見直しが大きな要因として注目された。

連携の取り組みに活用可能な休業期から安定就労期までの具体的な情報の集め方、取り扱い、連携における一般的な留意点のほか、職場側の安全配慮に重点を置き、かつ、主治医側のケアのポイントも網羅するなど両者の目的に合致した情報伝達ツールとして､復職診断書､休業中の病状報告書、職場からの情報提供依頼書などを例示した。

以上から、本人の治療意欲を軸とした職場支援力、主治医らの医療支援力、家族・友人らの個人支援力が総じて大きな影響力を発揮する過程を踏まえ、新たに「連携力」の概念を提唱した。本研究から、主治医、職場のそれぞれの支援力とお互いの関係性を高めて得られる連携効果が病態のちがいに因らず、治療戦略上に大きなウエイトを占めていること、それは恐らく職場における実体が治療場面にしっかりと反映されることにより、一連の取り組みが安定就労という最大公約数に結実する過程が明らかとなった。

これらの連携効果をもたらす作用力を「連携力」と定義すると、連携に向けた基本動作を包含し、高い治療成績、就労実績に寄与する連携力、これを発揮する専門性を備えていくことが具体的な課題となる。職場側では、A.　経験値としての産業医業務歴と、B.　職場のメンタルヘルス対策へ関わる上での業務ポリシー。主治医側では、C.　精神科専門医もしくはそれに相当する臨床医業務歴と、D.　不調者へ関わる業務ポリシー、があげら

れる。因みに、C.と D.とを備えた専門医が産業医業務に取り組む最大のポイントは、病態を見極める治療戦略的スキルを備えている点にある。このスキルにより、職場ばかりではなく主治医に対しても有力なコメンテータとなり、職場の安全配慮に加え、治療ならびに就業生活の安定化にも有益な情報やヒントを伝達し、アドバイスできる存在としての意義がある。

さらに職場適応を妨げる精神症状を残したまま復職し、就業再開まもなく再燃、再休業に至るケースは多いが､職場の不適応状態の原因を見極め、主治医とシェアしつつケアに活かすことが可能となれば、このルートも病状改善、安定就労へ導く契機となりうる。

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）

うつ状態を呈する精神疾患で休職した労働者に対し、復職と再休職予防を目的とした治療プログラムである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)において、関連する諸機関との連携は欠かせないものである。特に主治医が治療機関でない場合の他院主治医と治療機関の連携は、プログラムへの受入から終了までの各段階において適宜求められる。また、プログラム利用者の所属する企業との連携についても、スムーズに職場復帰をするためには相互に必要な情報を取り交わすことが必要となる。そこで、本研究では連携の実態調査として「治療機関と他院主治医との連携（研究1）」と「治療機関と企業との連携（研究2）」に関するアンケート調査を実施した。連携の手段として「書面」「診察・面談」の２つの方法（企業との連携については「ケース会議」の方法も追加）に関して、実際の連携がどのように行われているのかを、『いつ、だれが、だれに、どこで、どんな内容を、いくらで』おこなっているかに関して、具体的内容とその方法や労力について回答いただいた。また、連携時に使用している各種帳票を提出していただきモデル文書（研究3）を作成した。

「治療機関と他院主治医との連携（研究1）」では、プログラムの受け入れ時点で、自院への主治医変更が「原則必須ではない」と回答したのは 90 施設（68.7%）であり、そのうち他院と連携しているのは76 施設(84.4%)であった。連携している理由としては「必要性を感じているため」が73 施設(96.1%)であった。書面による他院との連携については74 施設(98.7%)が実施していた。連携する時期としてはリワーク開始前から参加中、復職前後までいずれの時期でも行われていた。治療機関側担当者は担当スタッフを中心に医師が加わり、他院側担当者は殆どが主治医であった。診察・面談による他院との連携については 18 施設(24.0%)が実施していた。自院で連携する場合は、リワーク開始前にリワーク担当医が他院主治医と本人同席で行いプログラム参加の適性や現症について連携する率が高く、他院で連携する場合はリワーク参加中に自院担当スタッフが他院主治医に本人同席で出欠席の状況などについて連携する率が高かった。書面と診察・面談いずれの連携も1 時間前後の時間を費やしているが、ほとんどが無報酬で行っていた。

「治療機関と企業との連携（研究2）」では、105 施設(80.8%)が連携していた。書面による企業との連携は84 施設(82.4%)で行っていた。復職前・復職時に治療機関側スタッフと人事労務担当者が本人の特性や復職時の配慮事項について1 時間以上かけて無報酬で文書を作成し連携する率が高かった。診察・面談による企業との連携は 95 施設(91.3%)で行っており、復職前・復職時に主治医が人事労務担当者や上司に40 分ほど治

療経過や職務内容について連携する率が高かった。費用は約半数が無報酬であった。ケース会議による企業との連携は24 施設（25.3%)で行っており、復職前・復職時に担当スタッフを中心に職場で約1 時間報酬で上司に対し治療経過や職場環境などについて連携する率が高かった。
モデル文書（研究3）の作成では、治療機関で実際に使用している帳票を24 施設から提出を受け48 種の文書を基にリワーク開始から復職前後を4 期に分け、各期で他院主治医や企業と連携する際の書式を作成した。

治療機関では必要性を感じ各時期において主治医や企業と、様々な手法で連携を工夫して行っていることが明らかになった。また、連携を適切に行うには治療機関側に担当者(リワークコーディネーター)を置くことが効果的と考えられることも判明した。ただし連携の多くが無報酬で行われており、連携しない理由のマンパワー不足や時間が無いといった理由とも関連するが連携に関連する費用の経済的評価が必要と考えられる。

③　病院における治療と就労の連携（小山分担研究者）

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における問診から得られる情報（診察室情報）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（連携情報）である．平成２６年度（初年度）の当研究では，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ることが示された．この結果を踏まえて，平成２７年度は，支援を行った不調労働者計 53 名のアセスメント結果（n=47）について解析し，寛解にいたるまでの期間と医学所見・安全衛生要因・生活状況および職域の懸念の回復・解決の程度との相関性および早期に寛解に至った者とそうでない者の二群間における各アセスメント項目の有意差について検討した．具体的には，平成 22 年 4 月～平成 27 年 4 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 50 名（このうち 3 例は現時点でアセスメント結果を未収集）を対象とした．まず，寛解に至るまでの期間と医学所見・安全衛生要因・生活状況および職域の懸念の回復・解決の程度とは有意に相関することが確認された．寛解に至るまでの治療期間と超過群における各アセスメント項目の比較においては，「2 か月以内 VS 超過群」の比較から，ほぼⅣ（事業場の懸念）→Ⅱ（安全衛生要因）→Ⅲ（個人生活状況）→Ⅰ（医学的知見）の順に有意差がみられ始め，「4 か月以内 VS 超過群」で比較した場合には，すべての項目で有意差がみられた．期間の設定を 3 か月とした場合，3 か月以内（3M 群）と 3 か月超（L3M 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 L3M 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，Ⅱ軸：就労意欲・業務関心，Ⅳ軸：就労意欲確認，寛解と業務遂行能力の相関理解，対象労働者へのコミュニケーション，通常業務による疾患への影響であり，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．これらの解析結果から，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．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（3M，L3M 両群）における順位相関解析（初年度 41 事例）では，とくに Ⅱ．安全衛生要因と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．当研究における解析結果から，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である．さらに，病状の回復程度により二群に分けて検討した結果，病状の回復程度が高い者は，安全衛生要因・生活状況及び職域の懸念に含まれる複数の項目の解決程度が有意に高いことが示されている．以上より，次の３点が結論として得られた．

（１）早期に寛解に至った例では，「診察室情報（医学知見）」のみならず，むしろ優勢に「連携情報」の回復・解決程度が有意に高い．

（２）病状の良し悪しを基準に各アセスメント項目を群間比較した結果，「診察室情報」と「連携情報」との関連が指摘された．

（３）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）

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）の連携において、前年度の調査で明らかにした職場側の課題（望ましい対応）が、現状ではどの程度行われているか、またそれらがどの程度有効かを検討した。

産業保健活動を主たる業務としている医師 95 名に質問票を提示して研究参加を依頼し、24 名から 121 例の事例提供を得た。質問票は、職場と精神科医の連携において行われることが望ましいと考えられる事項 47 項目（実質的には 45 項目）の実施状況、両者の情報交換が、どの程度有用であったかを問う質問などからなっている。

「情報交換の職場側窓口を医療･保健職とした」（86.8%）、「職場から提供した情報に連絡先（電話番号など）、産業医名を明記した」（76.9%）、「職場から提供した情報に情報提供者の立場を明記した」（73.6%）をはじめとする 16 項目が、半数以上の事例で実施されていた。他方、「地域資源の現状を理解するように努めた」（0%）、「職場に関する情報を伝える際に職場の写真を添付した」（0.8%）、「情報交換の職場側窓口について、精神疾患に対する偏見を持たないような人選をした」（0.8%）の 3 項目は、ほとんど実施されていなかった。職場関係者が主治医との面接を行った例は 17.4%で、「時間は 30 分程度であった」、「誰（職種）が出向くかを十分検討した」「本人と同席にした」、「職場関係者が親身になっていることを、熱意を持って伝えた」の 4 項目は、それらの半数以上の例で実施されていた。

情報交換が有用であったという回答は、「職場で

の対応に対して」が 76.1%、「当該労働者の不調期間短縮に対して」が 32.3%、「その後の主治医との連携の円滑化に対して」が 62.8%、「当該労働者の治療期間短縮に対して」が 19.0%であった。情報交換が有用であった事例で有意に実施率が高かった項目は、それぞれ「業務内容、仕事上の責任を記した」、「今回の状態が生じる前後で労働者本人にどのような変化があったかを記した」、「職場からみた不調の要因（発症要因）を記した」、「本人に関する（できるだけ客観的な）周囲からの評価、長所を記した」、「仕事のストレス状況を記した」、「情報交換が本人の同意を得ていることを明記した」の 6 項目、「業務内容、仕事上の責任を記した」、「今回の状態が生じる前後で労働者本人にどのような変化があったかを記した」、「職場からみた不調の要因（発症要因）を記した」、仕事のストレス状況を記した」、「情報提供者の立場を明記した」、「書面作成の報酬を誰が支払うのかを明記した」、「情報交換が本人の同意を得ていることを明記した」、（面接による情報交換において）「あらかじめ確認したい内容を主治医に伝えておいた」の 8 項目、「情報交換が本人の同意を得ていることを明記した」、（面接による情報交換において）「時間は 30 分程度であった」の 2 項目、「提供される情報によって、結果的にどのような事後措置がなされたかを事後報告することを伝えた」、「書面作成の報酬を誰が支払うのかを明記した」、（面接による情報交換において）「職場関係者が親身になっていることを、熱意を持って伝えた」の 3 項目みられた。

これらのうち、特に有用であった項目を直接問うた質問の回答にも含まれていたものは、「職場での対応に対して」は「業務内容、仕事上の責任を記した」、「今回の状態が生じる前後で労働者本人にどのような変化があったかを記した」、「職場からみた不調の要因（発症要因）を記した」、「仕事のストレス状況を記した」、「本人に関する（できるだけ客観的な）周囲からの評価、長所を記した」が、「当該労働者の不調期間短縮に対して」は「今回の状態が生じる前後で労働者本人にどのような変化があったかを記した」、「職場からみた不調の要因（発症要因）を記した」、「仕事のストレス状況を記した」が、「その後の両者の連携」に対しては、「情報交換が本人の同意を得ていることを明記した」、「今回の状態が生じる前後で労働者本人にどのような変化があったかを記した」、「仕事のストレス状況を記した」であった。「治療期間の短縮に対して」は、該当する項目はなかった。

職場と主治医との連携においては、職場側は上記 45 項目、中でもこれらの事項に留意すべきであると考えられた。

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）

医療と労働衛生の連携効果の検証を目的として２つのフィールド調査を実施した。

「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、現状において患者が主治医による就業支援の実態と、その効果を患者の視点に立って検証した。平成 27 年 2 月～3 月の間に実施されたベースライン調査には　就業中労働者で、かつ定期的な通院をしている者 2395 名（男性 75.4%、平均年齢 48.8 歳（21-69 歳））が参加した。調査の結果、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%に止まっていた。主治医による就業支援に関する患者からのニーズとしては仕事を行う上での注意点等指導（52%）、仕事を踏まえた治療選択配慮（45%）、職場への情報提供（43%）等があったが、一方で 26%の対象者は健康状態が職場に伝わることに

伴う不利益も懸念していた。これらの結果から、医療と職場の連携は定期通院中の就業患者に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あることが明らかとなった。この集団を対象とした追跡調査が平成27年5～6月に実施され、1891人（男性76.7%、平均49.1歳、追跡率79.0%）が調査に参加した。このうちメンタルヘルス疾患で定期通院中の412人（21.8%）を対象とした解析の結果、ベースライン調査時点で主治医と職場の連携が実施されていた者は、方法別に文書が171名（41.5%）と最も多く、その他の方法は面会連携73名（17.7%）電話連携42名（10.2%）であった。調査では時間順序は調査されていないものの、連携手法としてはまずは文書があり、続いて面会、そして電話の順に連携がとられている状況が伺われた。また主治医・職場連携と定期通院継続の状況について検討したところ、方法に係わらず（文書・面会・電話のいずれか）連携がある群は、いずれの連携もない群と比較して追跡調査時点での定期通院を継続している者の割合が有意に高かった（連携あり群 73.8% vs 連携なし群 60.4%）。これは経過中に治ゆと判定された者を除いた解析においても同様の傾向であった。更に、定期通院中止した138名を対象に、初回調査の連携状況と追跡調査時点での治ゆ状況について解析を実施した結果、「連携あり」群は「連携なし」群と比較して、治ゆ群の割合が有意に高かった（連携あり群 49.0% vs 連携なし群27.0%）。これらの結果についてロジスティック回帰分析によってリスク比を算出すると、医療と職場の連携には通院を継続させる効果1.22倍（95%CI 1.06-1.39, p=0.005）があり、通院終了時点の治ゆ率を向上させる効果1.82倍（95%CI 1.16-2.78, p=0.015）が認められた。この効果は、患者、医療、労働衛生のいずれの視点からも歓迎される効果と考えられたが、支払（医療費）の観点からは増大が懸念されうると考えられた。

「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。この調査では、某企業健康保険組合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、2008年10月～平成26年2月の間にメンタルヘルス疾患にて傷病給付手当金を受給した541人の記録を解析し、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。その結果、傷病給付手当金給付期間（休職期間）と当該期間における月平均の医療費等の間に負の関連を認めた。しかし、この知見は医療費平均値の算出方法に依存することが判明した。そのため同結果について、その臨床応用等は研究の一段の進展をみてから行うべきであると考えられた。

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）

平成26年度研究においては、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。平成26年度研究結果により得られた知見は、①労働者の治療過程において複数の支援資源間で情報共有（「連携」）のみではなく共通の目的が共有されること（「協働」）が重要であること、②労働者のある時点におけるレジリエンス得点は就労状態と関連がないことであった。

平成26年度研究結果を踏まえ、本年度はがん患者の就労支援に関わる主治医と産業医等の連携の事例の質的分析から、情報共有と共通の目的の共有が労働者のレジリエンス強化、就労支援に対

する効果があるかを検討し（研究１）、主治医と産業医等の連携強化により休職期間が短縮されるか検討する（研究２）ことを目的とした。

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

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2事例を平成26年報告の事例に追加し、後方視的検討を行った。①情報共有の内容、②本人のレジリエンス評価(BRS)、③就労継続意思の確認及び継続状況を検討した。

2事例における連携のポイントは

①情報共有の促しは、精神科主治医から行う必要があった。

②情報共有の内容は加療の状況、職場における適応状況、職場での配慮の実際の確認であった。

③本人のレジリエンス評価は治療経過にともない上昇した。

とまとめることができた。

厚生労働省は平成28年2月23日「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を公表した。このガイドラインは、事業場が、がん、脳卒中などの疾病を抱える方々に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と職業生活が両立できるようにするため、事業場における取組などをまとめたものである。ガイドラインでは両立支援は必要とする労働者自身の申出から始まるとされている。2事例では共に必要な両立支援を労働者自身から申出ることができておらず、精神科産業医から促されて初めて必要な支援体制を得ることが出来た。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ものと考えられた。

2事例共にレジリエンス得点が上昇し、連携・協働による就労上のレジリエンスが強化されたことがうかがわれた。

2. 研究２−主治医と産業医の連携強化による休職期間の短縮

平成27年4月1日−平成28年2月15日の間治療中・休職中で研究者が主治医・産業医、研究協力者が主治医として関わる事例 40 例のうち、研究者が産業医として関わった 31 例を分析の対象とした。

①連携について1)2週間以内に返書を送る医師が7割と協働・積極的な情報共有には協力的であった。別途文書による同意書を求められた事例や、主治医より文書作成料を求められた事例があった。2)返書内容より、疾病情報や職場復帰条件の相互確認の効果があるものと考えられた。

②本研究は施設・企業間差を含むため、全体の平均休職期間の単純比較を行うことは妥当ではない。企業A内で連携強化群（平成27年度中治療中・休職中 n=26）の復職者(n=13)の平均休職期間を標準連携群（平成25・26年度復職事例 n=23）と比較すると5.15月(SD4.96)vs.6.61月(SD5.98)と変化がないが、6ヶ月以上の長期休業者を除いて比較すると 2.56 月(SD1.01) (n=9)vs.3.50 月(SD1.51) (n=16)と 1 か月程度の短縮の傾向(t=-1.67,p=0.05)が認められた。

③1 事例あたりの連携書類作成に関わる時間はおよそ30分である。

研究2では通常の連携よりも積極的に連携を強化することにより、6ヶ月以内の休業期間の短縮効果が示された。これは主治医と産業医との間で協働・積極的な情報共有の姿勢が共有されることで、職場復帰という共通の目的が確認された上で、疾病情報や職場復帰条件の相互確認（情報共有）を行う効果によるものと考えられる。メンタル不

調からの回復は本人の安心・不安の影響を強く受ける。主治医と産業医が連携していることが労働者に示されることにより、労働者の被支援感（【やわらかく何重にも抱えられている】感覚）が強まりレジリエンスが強化され休業短縮へつながっていると想定される。

本研究では主治医・産業医の臨床能力や企業による休復職の機能要求水準差を統制した条件下で連携・協働強化の効果を評価する目的で一施設における横断的・縦断的調査を企画したが、その条件自体が結果の解釈の制限となる。しかし、この結果は臨床的表面妥当性と合致しており、別の方法でも連携・協働強化の休業期間短縮、経済的効果が示されるであろう。

連携・協働には時間も手間もかかる。本研究では主治医・産業医それぞれに 30 分の時間が必要となっており,このように労働者の休業期間の短縮につながるのであれば、応分の診療報酬上の評価が行われてしかるべきであることを主張したい。

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）

１、研究背景

メンタルヘルス不調者の治療や復職・就労支援において、主治医・産業医等との連携が不可欠なことは言うを待たない。そのため、精神科領域において就労支援施設やリワーク実施施設へのニーズも高まってきている。とはいえ、いわゆる非医療施設が主治医・産業医等との連携を模索する場合に、多くの困難や課題があるのも事実である。

２、就労移行支援施設へのアンケート調査

平成 27 年度においては、全国の就労移行支援施設 515 施設を抽出し、就労移行支援プログラム実施に際しての関係機関との連携についてアンケート調査を実施(平成 27 年 10 月 1 日～31 日)した。その結果、192 施設（回収率 37.3%）から回答が得られ、有効回答 171 施設を対象に分析を行なった。

就労移行支援サービスの全体の利用者数については微増傾向であったが、精神障害者の利用について、「増加傾向」と回答した施設が 36.3%と増加傾向にあった。利用者の年齢は、「20 代」「30 代」「40 代」がほとんどで、「男性」が 67.2%と多くを占めていた。精神障害者の利用者の主診断名について、「統合失調症」が 39.1%と最も多く、次いで「発達障害」が 21.9%、「うつ病」が 15.4%、「双極性障害」が 5.2%である。精神障害者の利用者のうち精神障害者保健福祉手帳所持者の割合は「100%」所持していると回答した施設が 41.5%、「80～99%」が 26.3%であった。

精神障害利用者の就労移行支援終了後の進路について「障害者雇用枠（特例を除く）」が 39.4%で、最も多く、次いで「就労継続支援Ｂ型」が 19.2%、「一般雇用枠」が 12.7%、「就労継続支援Ａ型」が 10.4%、「特例子会社」が 3.8%であった。就業継続性に関しては、6 か月以上就労継続した人（一般雇用枠、障害者雇用枠、特例子会社への就労を全て含む）の割合は、「100%」と回答した施設は 14.6%、続いて「80～99%」は 12.3%で、就労継続期間が 6 か月に満たない事業所が 18.1%と 2 割弱にのぼった。

職場との連携先の相手について「職場の管理職」が 129 施設、「人事労務」が 87 施設と多く、「産業医」は 8 施設と少ない。職場との連携については、「良好である」が 46.8%、「どちらとも言えない」が 36.8%、「難しい」が 5.8%であった。職場との連携の課題については、「障害者に対する職場の理解を得ることが難しい」といった職場側の問題「就労支援員が 1 人なので、動けるかどうかが課題である」といった支援側の問

題「本人から課題が出てこないことが課題」といった本人の問題が挙げられた。職場内での連携相手については、「職場の管理職」と「人事労務」がほとんどで、産業医はほとんど登場しない。

自由記述では、支援側の課題として「障害枠ではなく一般で就労した方は障害を開示しない「クローズ」で行く方が多いので支援が難しい」といった「クローズ」で就労する利用者に対する支援に難しさについての記述が多く見られた。また、「定着支援には企業だけでなく、本人の通院している医療機関、就業生活支援センターとの連携が必須」といった意見は、就労移行支援には企業との連携だけではなく、医療機関との3者間の相互連携の必要性を指摘するものである。

主治医及び医療機関との連携については、「良好である」が全体の31%、「どちらともいえない」が48.5%、「難しい」が12.3%であった。

3、公共商業安定所への聞き取り調査

一方、平成26年度の調査結果により、精神科主治医や産業医との連携に苦慮している公共職業安定所が多かったことから、追加の聞き取り調査を行なった。

利用者の特性として、「障害者のうち有効求職登録者の35%が精神障害者である。精神障害者保健福祉手帳所持者は5-6割といったところである」「精神障害者は増加傾向にあり（前年度の3～4割程度の増加)、伸びが著しい。」「30、40歳台の利用が多く、男女比は、6:4ぐらいである」「利用者のほとんどが一応うつ病、双極性障害が多い。発達障害的な問題を抱える利用者が少なくなく、対応に苦慮している」といったものが標準的であった。

企業の障害者雇用に関する姿勢は、「大企業が中心であるが、そのノウハウ蓄積も乏しい。中小企業は少ない。定着率の低さがやはり問題になる」「精神障害者雇用の義務化を意識する企業が増えてきている一方で、まだ意識していない企業も多い」と温度差が認められた。

主治医との連携については、「主治医とのやり取りは、意見書や情報提供書止まりであることが多く、意見書の書式に改良の余地があるように感じている」「利用者の診察時などに同行することもあるが、主治医に時間を取ってもらうのが大変である」「特定の精神科医との関係もない」といった意見がある一方で、「主治医に、事例検討会など協力してもらうことがある」「精神科医など専門家からの援助が受けられる制度が望まれる。相談窓口担当職員への研修や困難事例などへの助言指導」を期待する施設もあった。

産業医・職場との連携については「産業医との直接のやりとりはほとんどない。人事労務担当者がほとんどである」と産業医との接触はほとんどない。

トータルサポーターについては、「専門職（臨床心理士や精神保健福祉士）を数名配置し、メンタルヘルス相談全般の対応にあたっている。業務量が増加し、対応処理に苦労している」「単年度ごとの契約なので、人材確保も含め運用が難しい」といったものが多かった。

4、まとめ

就労移行支援施設、公共職業安定所のどちらの施設においても、精神障害者の利用が増えている。「働く」ことに対する当事者・家族の就労意欲はもちろん、受け入れ側の企業の意識も徐々に変わってきているようである。一方で、精神障害者の就労・雇用に関する歴史が浅く、そのノウハウの蓄積が少ないのが実情で、現場でのとまどいが感じられた。

他障害と比較し、ほとんどの精神障害労働者が治療中であることを配慮すると、医療との連携は不可欠である。残念ながら、本調査においても精神科主治医との連携は不十分で、産業医はほとん

ど登場しない結果であった。産業医業務の中に、精神障害者を含めた障害のある労働者の日常的な健康管理を明確に位置づける必要もあろう。

とりわけ、公共職業安定所においては、トータルサポーター導入の意義を認める一方で、精神科の嘱託医的な存在も期待する声が聞かれたのは今後の検討課題であろう。

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）

平成 27 年 8 月に都道府県労働局労働基準部労災補償課長宛てに業務に関連した精神科医療の現状と早期復職に関する調査票を郵送し、同年 10 月中旬までに全都道府県労働局から 100%回収した。同年 8 月末日の調査時点で症状固定（治ゆ）していない事案のうち療養開始から 3 年以上経過している事例は 720 例、その中で 5 年以上経過している事例は 456 例（個別調査では 458）であり、職場復帰を一度もしていない事例は 354 例(77.3%)であった。労災請求の際の事業主の証明が労災認定時に得られなかった事例が 218 例(47.6%)で、約半分の事例が労災請求の際に事業主証明が得られていなかった。調査時点で職場復帰を果たしていた事例は 39 例(8.5%)であり、この 39 例は職場復帰を果たしていながら症状固定(治ゆ)には至っていなかった。同事例は再休業に入ると生活費等は再度、休業補償給付から支給されることになる。生活費等の休業補償給付額は 20～30 万円/月が 136 例(29.7%)、10～20 万円/月が 126 例(27.5%)、30～40 万円/月が 79 例(17,2%)、40～50 万円/月が 43 例(9.4%)、50 万円以上/月は 16 例(3.5%)であり、30 万円以上は 138 例(30.1%)であった。これらの額は障害厚生年金の額が 1 級でも年間 966000 円であることを考えると高額となっているが、これは被災労働者に対する休業損害を填補するという労災補償制度に由来するものである。

長期療養者の原因に関する回答で最も多いのは、「症状が改善しない・就業不安・リハへ導入ができない」が 26.6%(21)、次に「休業補償給付のために生活に困窮しない、労災患者としての権利を主張」が 24.1%(21)で多く、「適正給付管理すると症状悪化し、面談すらできなくなる、治ゆ判断基準なく休業補償支給期間制限なしことも長期療養の大きな原因、本来の病態は別であり、素因や脆弱性が長期療養には大きく関係している」等の意見も得られた。長期療養者に対する職場復帰対策としては、「他機関との連携で社会復帰に向けた専門スタッフと行政の連携,職業安定所と連携、主治医と事業場の連携」が 18.6%(11)、「主治医との定期的な面談や受け入れ体制整備や事業主の指導強化」が 28,8%(17)、「支給期間・要件・金額等の制度改正、適正給付管理対策としての治ゆ認定」が 16.9%(10）であった。労災認定から調査時点までの期間に関連する事例の背景の探索的解析（山村研究協力員）では、単変量解析、多変量解析の場合とも 5 年以上の長期事例のなかでも「適応障害」＜P 値= 0.0466(*)＞で認定された場合に、認定から調査までの期間が短く、双極性障害＜P 値= 0.0420(*)＞は療養期間が長くなる傾向がみられた。 認定から調査までの期間は、仕事の失敗<P 値= 0.0312(*)＞の出来事としてある場合に長く、役割・地位等の変化が出来事＜P 値=0.0444(*)＞としてある場合に短くなる傾向が認められた。労災請求の際の事業主の証明の有無と療養開始から調査時点までの期間の関係に関して、事業主の証明がない労働者は療養期間が長くなる傾向＜p=0.0652 (t 検定) ＞があり、有意差はないが、休業給付額が多い方が、平均期間がやや長い傾向がある。＜p=0.7597 (分散分析) ＞

労災認定された 5 年以上の長期療養者に関しては、労災認定から調査時点までに職場復帰を果た

したことがある事例は 64 例（14%）であり、職場復帰を一度もしていない事例は 354 例(77.3%)であった。この約 8 割の患者が一度も職場復帰をしていないという実態の背景に休業補償給付のために生活に困窮しない等の状況が存在していることは間違いがないであろう。さらに調査で早期に職場復帰するためには、職場復帰すると収入減少となるため、その差額分を支払うことを条件とする意見もあり、精神疾患で労災認定された患者を職場復帰・就労支援することに行政側も難渋している実態が明らかにされた。極端に言えば、労災補償に依存している実態が事実であり、早急な改善策を検討する時期に来ているのであろう。すなわち、医療機関、行政、事業所の連携のみで精神疾患を有する労災患者の職場復帰や就労支援はスムーズにいかないことが明らかになったのである。

平成 26 年、平成 27 年度調査を通して業務上認定された精神疾患を有した患者の職場復帰・就労がいかに困難か、明らかにされたが、精神科主治医、事業所、行政の三者ともに、この長期療養者の対応に難渋していることが明らかになった。今後は、労災患者の治ゆ判定の基準や、労災保険の根幹である「治ゆするまで障害認定しない」という条件等も早急に検討し、業務上疾病として労災保険が適用された療養、休業が適切に公平に行われることを期待する。

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関する研究（神山分担研究者）の研究から、主治医、職場のそれぞれの支援力とお互いの関係性を高めて得られる連携効果が病態のちがいに因らず、治療戦略上に大きなウエイトを占めていること、それは恐らく職場における実体が治療場面にしっかりと反映されることにより、一連の取り組みが安定就労という最大公約数に結実する過程が明らかとなった。これらの連携効果をもたらす作用力を「連携力」と定義すると、連携に向けた基本動作を包含し、高い治療成績、就労実績に寄与する連携力、これを発揮する専門性を備えていくことが具体的な課題となる。職場側では、A.　経験値としての産業医業務歴と、B.　職場のメンタルヘルス対策へ関わる上での業務ポリシー。主治医側では、C.　精神科専門医もしくはそれに相当する臨床医業務歴と、D.　不調者へ関わる業務ポリシー、があげられる。因みに、C.と D.とを備えた専門医が産業医業務に取り組む最大のポイントは、病態を見極める治療戦略的スキルを備えている点にある。このスキルにより、職場ばかりではなく主治医に対しても有力なコメンテータとなり、職場の安全配慮に加え、治療ならびに就業生活の安定化にも有益な情報やヒントを伝達し、アドバイスできる存在としての意義がある。さらに、職場適応を妨げる精神症状を残したまま復職し、就業再開まもなく再燃､再休業に至るケースは多いが、職場の不適応状態の原因を見極め、主治医とシェアしつつケアに活かすことが可能となれば、このルートも病状改善、安定就労へ導く契機となりうる。

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）では「治療機関と企業との連携（研究 2）」に関して 105 施設(80.8%)が連携していた。書面による企業との連携は 84 施設(82.4%)で行っていた。復職前・復職時に治療機関側スタッフと人事労務担当者が本人の特性や復職時の配慮事項について 1 時間以上かけて無報酬で文書を作成し連携する率が高かった。診察・面談による企業との連携は 95 施設(91.3%)で行っており、復職前・復職時に主治医が人事労務担当者や上司に 40 分ほど治療経過や職

務内容について連携する率が高かった。費用は約半数が無報酬であった。ケース会議による企業との連携は 24 施設 (25.3%)で行っており、復職前・復職時に担当スタッフを中心に職場で約 1 時間報酬で上司に対し治療経過や職場環境などについて連携する率が高かった。

治療機関では必要性を感じ各時期において主治医や企業と、様々な手法で連携を工夫して行っていることが明らかになった。また、連携を適切に行うには治療機関側に担当者(リワークコーディネーター)を置くことが効果的と考えられることも判明した。ただし連携の多くが無報酬で行われており、連携しない理由のマンパワー不足や時間が無いといった理由とも関連するが連携に関連する費用の経済的評価が必要と考えられる。

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．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（3M, L3M 両群）における順位相関解析（初年度 41 事例）では，とくに Ⅱ．安全衛生要因と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．当研究における解析結果から，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である．さらに，病状の回復程度により二群に分けて検討した結果，病状の回復程度が高い者は，安全衛生要因・生活状況及び職域の懸念に含まれる複数の項目の解決程度が有意に高いことが示され、次の結論が得られた。(1)早期に寛解に至った例では,「診察室情報(医学知見)」のみならず，むしろ優勢に「連携情報」の回復・解決程度が有意に高い．(2)病状の良し悪しを基準に各アセスメント項目を群間比較した結果,「診察室情報」と「連携情報」との関連が指摘された．(3)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、職場と精神科医の連携において行われることが望ましいと考えられる事項 47 項目（実質的には 45 項目）の実施状況、両者の情報交換が、どの程度有用であったかを問う質問を 121 例の事例(産業医調査)から報告された。「情報交換の職場側窓口を医療・保健職とした」（86.8%）、「職場から提供した情報に連絡先（電話番号など）、産業医名を明記した」(76.9%)、「職場から提供した情報に情報提供者の立場を明記した」（73.6%）をはじめとする 16 項目が、半数以上の事例で実施されていた。職場関係者が主治医との面接を行った例は 17.4%で、「時間は 30 分程度であった」、「誰（職種）が出向くかを十分検討した」「本人と同席にした」、「職場関係者が親身になっていることを、熱意を持って伝えた」の 4 項目は、それらの半数以上の例で実施されていた。情報交換が有用であったという回答は、「職場での対応に対して」が 76.1%、「当該労働者の不調期間短縮に対して」が 32.3%、「その後の主治医との連携の円滑化に対して」が 62.8%、「当該労働者の治療期間短縮に対して」が 19.0%であった。

特に有用であった項目を直接問うた質問の回答にも含まれていたものは、「職場での対応に対して」は「業務内容、仕事上の責任を記した」、「今回の状態が生じる前後で労働者本人にどのような変化

があったかを記した」、「職場からみた不調の要因（発症要因）を記した」、「仕事のストレス状況を記した」、「本人に関する（できるだけ客観的な）周囲からの評価、長所を記した」が、「当該労働者の不調期間短縮に対して」は「今回の状態が生じる前後で労働者本人にどのような変化があったかを記した」、「職場からみた不調の要因（発症要因）を記した」、「仕事のストレス状況を記した」が、「その後の両者の連携」に対しては、「情報交換が本人の同意を得ていることを明記した」、「今回の状態が生じる前後で労働者本人にどのような変化があったかを記した」、「仕事のストレス状況を記した」であった。「治療期間の短縮に対して」は、該当する項目はなかった。

職場と主治医との連携においては、職場側は上記 45 項目、中でもこれらの事項に留意すべきであると考えられた。

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）では主治医による就業支援に関する患者からのニーズとしては仕事を行う上での注意点等指導（52%）、仕事を踏まえた治療選択配慮（45%）、職場への情報提供（43%）等があったが、一方で 26%の対象者は健康状態が職場に伝わることに伴う不利益も懸念していた。追跡調査の中でメンタルヘルス疾患で定期通院中の 412 人（21.8%）を対象とした解析の結果、ベースライン調査時点で主治医と職場の連携が実施されていた者は、方法別に文書が 171 名（41.5%）と最も多く、その他の方法は面会連携 7 3 名（17.7%）電話連携 42 名（10.2%）であった。調査では時間順序は調査されていないものの、連携手法としてはまずは文書があり、続いて面会、そして電話の順に連携がとられている状況が伺われた。また主治医・職場連携と定期通院継続の状況について検討したところ、方法に係わらず（文書・面会・電話のいずれか）連携がある群は、いずれの連携もない群と比較して追跡調査時点での定期通院を継続している者の割合が有意に高かった（連携あり群 73.8% vs 連携なし群 60.4%）。これは経過中に治ゆと判定された者を除いた解析においても同様の傾向であった。更に、定期通院中止した 138 名を対象に、初回調査の連携状況と追跡調査時点での治ゆ状況について解析を実施した結果、「連携あり」群は「連携なし」群と比較して、治ゆ群の割合が有意に高かった（連携あり群 49.0% vs 連携なし群 27.0%）。これらの結果についてロジスティック回帰分析によってリスク比を算出すると、医療と職場の連携には通院を継続させる効果 1.22 倍（95%CI 1.06-1.39, p=0.005 ）があり、通院終了時点の治ゆ率を向上させる効果 1.82 倍（95%CI 1.16-2.78, p=0.015 ）が認められた。

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）では、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に関しての症例報告では、必要な両立支援を労働者自身から申出ることができておらず、精神科産業医から促されて初めて必要な支援体制を得ることが出来た。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ものと考えられた。事例ではレジリエンス得点が上昇し、連携・協働による就労上のレジリエンスが強化されたことがうかがわれた。平成 27 年 4 月 1 日−平成 28 年 2 月 15 日の間治療中・休職中で研究者が主治医・産業医、研究協力者が主治医として関わる事例 40 例のうち、研究者が産業医として関わった 31 例を分析の対象とした分析では、通常の連携よりも積極的に連携を強化することにより、6 ヶ

月以内の休業期間の短縮効果が示された。これは主治医と産業医との間で協働・積極的な情報共有の姿勢が共有されることで、職場復帰という共通の目的が確認された上で、疾病情報や職場復帰条件の相互確認（情報共有）を行う効果によるものと考えられる。メンタル不調からの回復は本人の安心・不安の影響を強く受ける。主治医と産業医が連携していることが労働者に示されることにより、労働者の被支援感（【やわらかく何重にも抱えられている】感覚）が強まりレジリエンスが強化され休業短縮へつながっていると想定される。

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）

就労移行支援施設へのアンケート調査192施設職場との連携先の相手について「職場の管理職」が129施設、「人事労務」が87施設と多く、「産業医」は8施設と少なかった。自由記述では、支援側の課題として「障害枠ではなく一般で就労した方は障害を開示しない「クローズ」で行く方が多いので支援が難しい」といった「クローズ」で就労する利用者に対する支援に難しさについての記述が多く見られた。また、「定着支援には企業だけでなく、本人の通院している医療機関、就業生活支援センターとの連携が必須」といった意見は、就労移行支援には企業との連携だけではなく、医療機関との3者間の相互連携の必要性を指摘するものである。平成26年度の調査結果により、精神科主治医や産業医との連携に苦慮している公共職業安定所が多かったことから、追加の聞き取り調査では、「利用者のほとんどが一応うつ病、双極性障害が多い。発達障害的な問題を抱える利用者が少なくなく、対応に苦慮している」といったものが標準的であった。主治医との連携については、「主治医とのやり取りは、意見書や情報提供書止まりであることが多く、意見書の書式に改良の余地があるように感じている」「利用者の診察時などに同行することもあるが、主治医に時間を取ってもらうのが大変である」「特定の精神科医との関係もない」といった意見がある一方で、「主治医に、事例検討会など協力してもらうことがある」「精神科医など専門家からの援助が受けられる制度が望まれる。相談窓口担当職員への研修や困難事例などへの助言指導」を期待する施設もあった。

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、労災認定された5年以上の長期療養者に関しては、労災認定から調査時点までに職場復帰を果たしたことがある事例は64例（14%）であり、職場復帰を一度もしていない事例は354例(77.3%)であった。この約8割の患者が一度も職場復帰をしていないという実態の背景に行政調査での休業補償給付のために生活に困窮しない等の状況が存在していることは間違いがないであろう。さらに行政調査で早期に職場復帰するためには、職場復帰すると収入減少となるため、その差額分を支払うことを条件とする意見もあり、精神疾患で労災認定された患者を職場復帰・就労支援することに行政側も難渋している実態が明らかにされた。極端に言えば、労災補償という補償に依存している実態が事実であり、早急な改善策を検討する時期に来ているのであろう。すなわち、医療機関、行政、事業所の連携のみで精神疾患を有する労災患者の職場復帰や就労支援はスムーズにいかないことが明らかにされたが、精神科主治医、事業所、行政の三者ともに、この長期療養者の対応に難渋していた。今後は、労災患者の治ゆ判定の

基準や、労災保険の根幹である「治ゆするまで障害認定しない」という条件等も早急に検討することが提案された。

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 27 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（2012 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改正され、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の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、平成 26 年度 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、メイル、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、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。平成 27 年度研究では C.　精神科専門医もしくはそれに相当する臨床医業務歴と、D.　不調者へ関わる業務ポリシーを備えた専門医が産業医業務に取り組む最大のポイントは、病態を見極める治療戦略的スキルを備えている点にある。このスキルにより、職場ばかりではなく主治医に対しても有力なコメンテータとなり、職場の安全配慮に加え、治療ならびに就業生活の安定化にも有益な情報やヒントを伝達し、アドバイスできる存在としての意義がある。さらに、職場適応を妨げる精神症状を残したまま復職し、就業再開まもなく再燃、再休業に至るケースは多いが、職場の不適応状態の原因を見極め、主治医とシェアしつつケアに活かすことが可能となれば、このルートも病状改善、安定就労へ導く契機となりうる。

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では、平成 26 年度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た。平成 27 年度はリワーク機関と診察・面談による他院との連携については 18 施設(24.0%)が実施し、自院で連携する場合は、リワーク開始前にリワーク担当医が他院主治医と本人同席で行いプログラム参加の適性や現症について連携する率が高く、他院で連携する場合はリワーク参加中に自院担当スタッフが他院主治医に本人同席で出欠席の状況などについて連携する率が高かった。書面と診察・面談いずれの連携も 1 時間前後の時間を費やしているが、ほとんどが無報酬で行っていた。「治療機関と企業との連携（研究 2）」では、105 施設(80.8%)が連携していた。書面による企業との連携は 84 施設(82.4%)で行っていた。復職前・復職時に治療機関側スタッフと人事労務担当者が本人の特性や復職時の配慮事項について 1 時間以上かけて無報酬で文書を作成し連携する率が高かった。診察・面談による企業との連携は 95 施設(91.3%)で行っており、復職前・

復職時に主治医が人事労務担当者や上司に 40 分ほど治療経過や職務内容について連携する率が高かった。費用は約半数が無報酬であった。ケース会議による企業との連携は 24 施設（25.3%)で行っており、復職前・復職時に担当スタッフを中心に職場で約 1 時間報酬で上司に対し治療経過や職場環境などについて連携する率が高かった。連携を適切に行うには治療機関側に担当者(リワークコーディネーター)を置くことが効果的と考えられることも判明した。ただし連携の多くが無報酬で行われており、連携しない理由のマンパワー不足や時間が無いといった理由とも関連するが連携に関連する費用の経済的評価が必要と考えられる。

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。平成 27 年度研究では、当研究における解析結果から，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であり、(1)早期に寛解に至った例では，「診察室情報（医学知見)」のみならず，むしろ優勢に「連携情報」の回復・解決程度が有意に高い. (2)病状の良し悪しを基準に各アセスメント項目を群間比較した結果,「診察室情報」と「連携情報」との関連が指摘された. (3)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移関しては、平成 26 年度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と報告されたが、平成 27 年度研究では、職場と精神科医の連携において行われることが望ましいと考えられる事項 47 項目（実質的には 45 項目）の中で有用な項目は「情報交換の職場側窓口を医療・保健職とした」(86.8%)、「職場から提供した情報に連絡先（電話番号など)、産業医名を明記した」（76.9%)、「職場から提供した情報に情報提供者の立場を明記した」（73.6%）等の 16 項目が、半数以上の事例で実施されていた。職場関係者が主治医との面接を行った例は 17.4%で、「時間は 30 分程度であった」、「誰（職種）が出向くかを十分検討した」「本人と同席にした」、「職場関係者が親身になっていることを、熱意を持って伝えた」の 4 項目は、それらの半数以上の例で実施されていた。情報交換が有用であったという回答は、「職場での対応に対して」が 76.1%、「当該労働者の不調期間短縮に対して」が 32.3%、「その後の主治医との連携の円滑化に対して」が 62.8%、「当該労働者の治療期間短縮に対して」が 19.0%であった。以上より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、平成 26 年度研究では、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、一年以内給付の中期復職群と比較しても 9.2%減であった。平成 27 年度研究では、連携手法としてはまずは文書があり、続いて面会、そして電話の順に連携がとられている状況が伺われた。また主治医・職場連携と定期通院継続の状況について検討したところ、方法に係わらず（文書・面会・電話のいずれか）連携がある群は、いずれの連携もない群と比較して追跡調査時点での定期通院を継続している者の割合が有意に高かった（連携あり群 73.8% vs 連携なし群 60.4%）。定期通院中止した 138 名を対象に、初回調査の連携状況と追跡調査時点での治ゆ状況について解析を実施した結果、「連携あり」群は「連携なし」群と比較して、治ゆ群の割合が有意に高かった（連携あり群 49.0% vs 連携なし群 27.0%）。これらの結果についてロジスティック回帰分析によってリスク比を算出すると、医療と職場の連携には通院を継続させる効果 1.22 倍（95%CI 1.06-1.39, p=0.005 ）があり、通院終了時点の治ゆ率を向上させる効果 1.82 倍（95%CI 1.16-2.78, p=0.015 ）が認められた。

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では、平成 26 年度研究では、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、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。平成 27 年度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との連携に関しての症例報告では、必要な両立支援を労働者自身から申出ることができなくとも精神科産業医から促されて初めて必要な支援体制を得ることが出来たが、連携・協働による就労上のレジリエンスが強化されたことが報告された。研究者が産業医として関わった 31 例を分析の対象とした分析では、通常の連携よりも積極的に連携を強化することにより、6 ヶ月以内の休業期間の短縮効果が示された。これは主治医と産業医との間で協働・積極的な情報共有の姿勢が共有されることで、職場復帰という共通の目的が確認された上で、疾病情報や職場復帰条件の相互確認（情報共有）を行う効果によるものと考えられる。

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、平成 26 年度研究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り、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報告された。平成 27 年度研究では、就労移行支援施設へのアンケート調査 192 施設職場との連携先の相手について「職場の管理職」が 129 施設、「人事労務」が 87 施設と多く、「産業医」は 8 施設と少なかった。支援側の課題として「障害枠ではなく一般で就労した方は障害を開示しない「クローズ」で行く方が多いので支援が難しい」といった「クローズ」で就労する利用者に対する支援に難しさについての記述が多く見られた。また、「定着支援には企業だけでなく、本人の通院している医療機関、就業生活支援センターとの連携が必須」といった意見は、就労移行支援には企業との連携だけではなく、医療機関との 3 者間の相互連携の必要性が指摘さ

れた。主治医との連携については、「主治医とのやり取りは、意見書や情報提供書止まりであることが多く、意見書の書式に改良の余地があるように感じている」「利用者の診察時などに同行することもあるが、主治医に時間を取ってもらうのが大変である」「特定の精神科医との関係もない」といった意見がある一方で、「主治医に、事例検討会など協力してもらうことがある」「精神科医など専門家からの援助が受けられる制度が望まれる。

⑧労災認定に関する精神科医調査結果では、平成26 年度研究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(治ゆ)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、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報告された。平成 27 年度研究では、全国都道府県の労働局調査で労災認定された 5 年以上の長期療養者に関しては、労災認定から調査時点までに職場復帰を果たしたことがある事例は 64 例（14%）であり、職場復帰を一度もしていない事例は 354 例(77.3%)であった。この約 8 割の患者が一度も職場復帰をしていないという実態の背景に休業補償給付のために生活に困窮しない等の状況が存在していることは間違いがないであろう。さらに行政調査で早期に職場復帰するためには、職場復帰すると収入減少となるため、その差額分を支払うことを条件とする意見もあり、精神疾患で労災認定された患者を職場復帰・就労支援することに行政側も難渋している実態が明らかにされた。極端に言えば、労災補償という手厚い補償に依存している実態が事実であり、早急な改善策を検討する時期に来ているのであろう。すなわち、医療機関、行政、事業所の連携のみで精神疾患を有する労災患者の職場復帰や就労支援はスムーズにいかないことが明らかにされたが、精神科主治医、事業所、行政の三者ともに、この長期療養者の対応に難渋していた。今後は、労災患者の治ゆ判定の基準や、労災保険の根幹である「治ゆするまで障害認定しない」という条件等も早急に検討することが提案された。

＜総括＞

平成 27 年度研究では、病態を見極める治療戦略的スキルを備えた精神科産業医が病状改善、安定就労へ導く契機となりうること、連携を適切に行うには治療機関側に担当者(リワークコーディネーター)を置くことが効果的と考えられること、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であり、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、職場と主治医との連携における職場側の重要項目、総合病院における主治医と産業医との間で協働・積極的な情報共有の姿勢が必要であること、就労移行支援施設、就業生活支援センター、ハローワークと主治医との連携、精神疾患を有する労災患者の職場復帰や就労支援に関する医療機関、行政、事業所の連携の必要性が重要であることが強調された。精神科主治医と産業医との連携効果のために、文書を作成し主治医と産業医との情報のやり取り、産業医、人事担当者、産業保健スタッフと主治医との診察・面談による連携、ならびに関係者のケース会議を開催し、多くの時間を費やしながらほぼ無報酬で行われている実態が明らかになったが、勤労者医療を推進していくためにも、診療報酬面での早急な改定が必要と思われた。

Ⅱ．分担研究報告

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イスン理事長）

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イ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イ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、

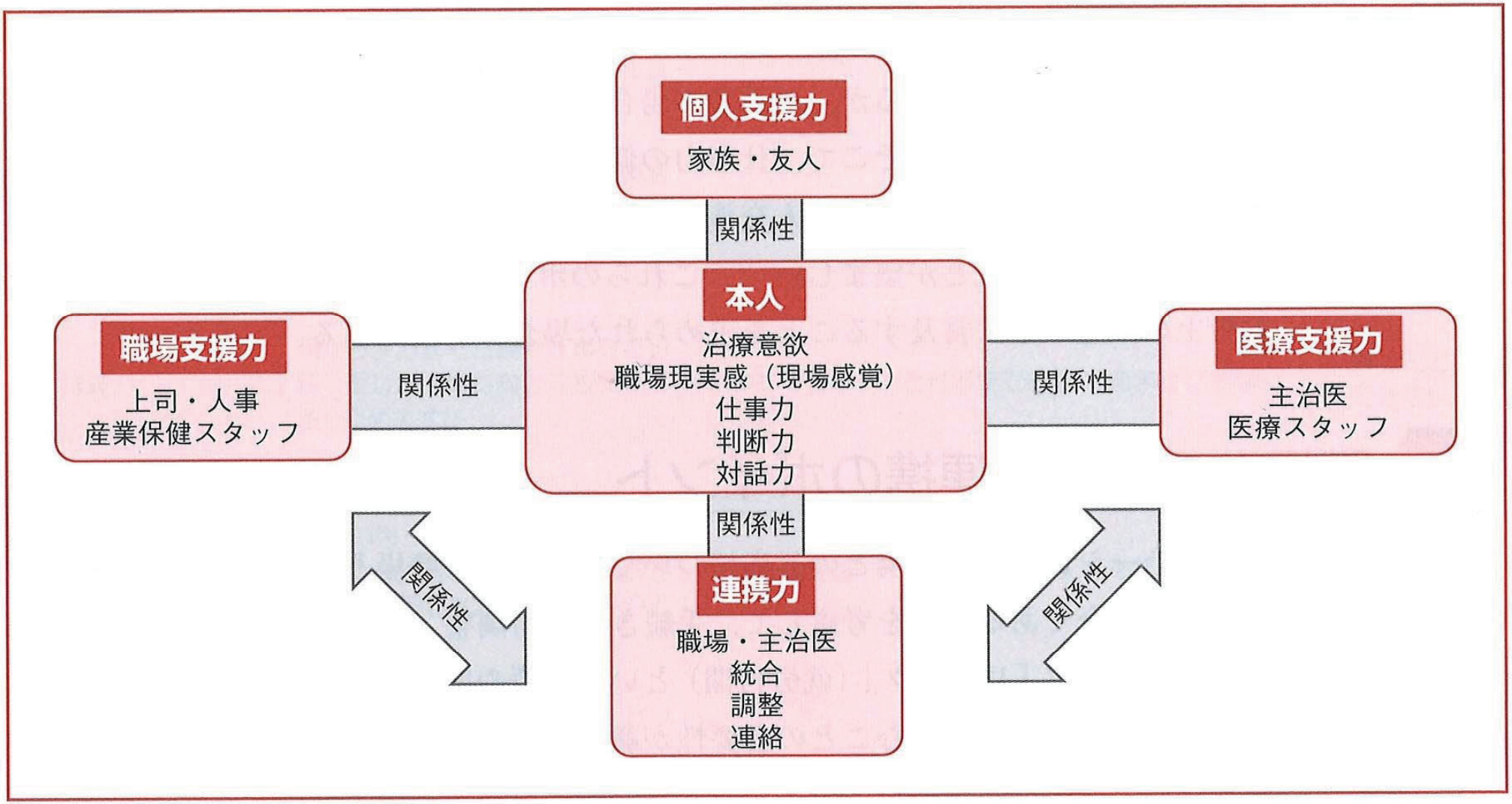


図 1　職場と主治医との連携を軸とした産業メンタルヘルスの臨床（イメージ）

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[4] より）

表1　連携前後における就業状況の変化

連携後経過期間	疾病分類（主たる投与薬剤による）	性別	連携前休業あり									連携前休業なし											不明	N56			
			連携後休業あり				連携後休業なし	N12				連携後休業あり				連携後休業なし			N34				連携後休業なし				
			就労改善	就労不変	就労悪化	退職	**就労改善**	N1	%	N2	%	**就労改善**	就労不変	就労悪化	退職	**就労改善**	就労不変	就労悪化	N3	%	N4	%	**就労改善**	N5	%	N6	%
1年以上	気分障害圏	男	**4**	0	0	0	**0**	4	4.7	4	4.7	**3**	0	0	0	**5**	0	0	8	9.4	10	11.8	**0**	12	14.1	14	16.5
		女	**0**	0	0	0	**0**	0	0.0			**0**	0	1	0	**0**	1	0	2	2.4			**0**	2	2.4		
	精神病圏	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**	44	51.8	51	60.0
		女	**1**	0	0	0	**0**	1	1.2			**5**	0	1	0	**0**	0	0	6	7.1			**0**	7	8.2		
	不安障害圏	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	20	23.5
		女	**0**	0	0	0	**0**	0	0.0			**0**	0	0	0	**2**	0	0	2	2.4			**0**	2	2.4		
	n1	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	85	100.0
		女	**1**	0	0	0	**0**	1	1.2			**5**	0	2	0	**2**	1	0	10	11.8			**0**	11	12.9		
		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	**85**	70.8
		%	**29.4**	1.2	5.9	2.4	**4.7**	43.5	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	**0.0**	100.0	100.0	100.0	100.0
	群		**A**				**B**					**C**				**D**											
1年未満	気分障害圏	男	**1**	0	2	0	0	3	8.6	3	8.6	**2**	0	1	0	**1**	0	0	4	11.4	5	14.3	**0**	7	20.0	8	22.9
		女	**0**	0	0	0	0	0	0.0			**0**	0	0	0	**0**	1	0	1	2.9			**0**	1	2.9		
	精神病圏	男	**0**	2	0	0	0	2	5.7	2	5.7	**1**	0	0	1	**0**	0	0	2	5.7	3	8.6	**0**	4	11.4	5	14.3
		女	**0**	0	0	0	0	0	0.0			**0**	0	0	0	**0**	0	1	1	2.9			**0**	1	2.9		
	不安障害圏	男	**2**	0	2	0	0	4	11.4	4	11.4	**2**	1	0	1	**5**	5	1	15	42.9	18	51.4	**1**	19	54.3	22	62.9
		女	**0**	0	0	0	0	0	0.0			**0**	0	0	0	**2**	1	0	3	8.6			**0**	3	8.6		
	n2	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	35	100.0
		女	**0**	0	0	0	0	0	0.0	0	0.0	**0**	0	0	0	**2**	2	1	5	14.3	0	0	**0**	5	14.3		
		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	**35**	29.2
		%	**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	212.2	74.3	74.3	**2.9**	100.0	100.0	100.0	100.0
	群		**E**									**F**				**G**							**H**				
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	**120**	100.0
		女	**1**	0	0	0	0	1	0.8			**5**	0	2	0	**4**	3	1	15	12.5			**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	120	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	**0.8**	100.0	100.0	100.0	100.0

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安障害圏の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%、不安障害圏が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「不変」、「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イ

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	疾病分類（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	気分障害圏	男	12	14	12	100.0	12	85.7
		女	2		0	0.0		
	精神病圏	男	44	51	35	79.5	41	80.4
		女	7		6	85.7		
	不安障害圏	男	18	20	16	88.9	18	90.0
		女	2		2	100.0		
	n4	男	74	85	63	85.1	71	83.5
		女	11		8	72.7		
1年未満	気分障害圏	男	7	8	4	57.1	4	50.0
		女	1		0	0.0		
	精神病圏	男	4	5	1	25.0	1	20.0
		女	1		0	0.0		
	不安障害圏	男	19	22	10	52.6	12	54.5
		女	3		2	66.7		
	n5	男	30	35	15	50.0	17	48.6
		女	5		2	40.0		
N		男	104	120	78	75.0	88	73.3
		女	16		10	62.5		

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	連携期間1年以上	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
	連携期間1年未満	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	%	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

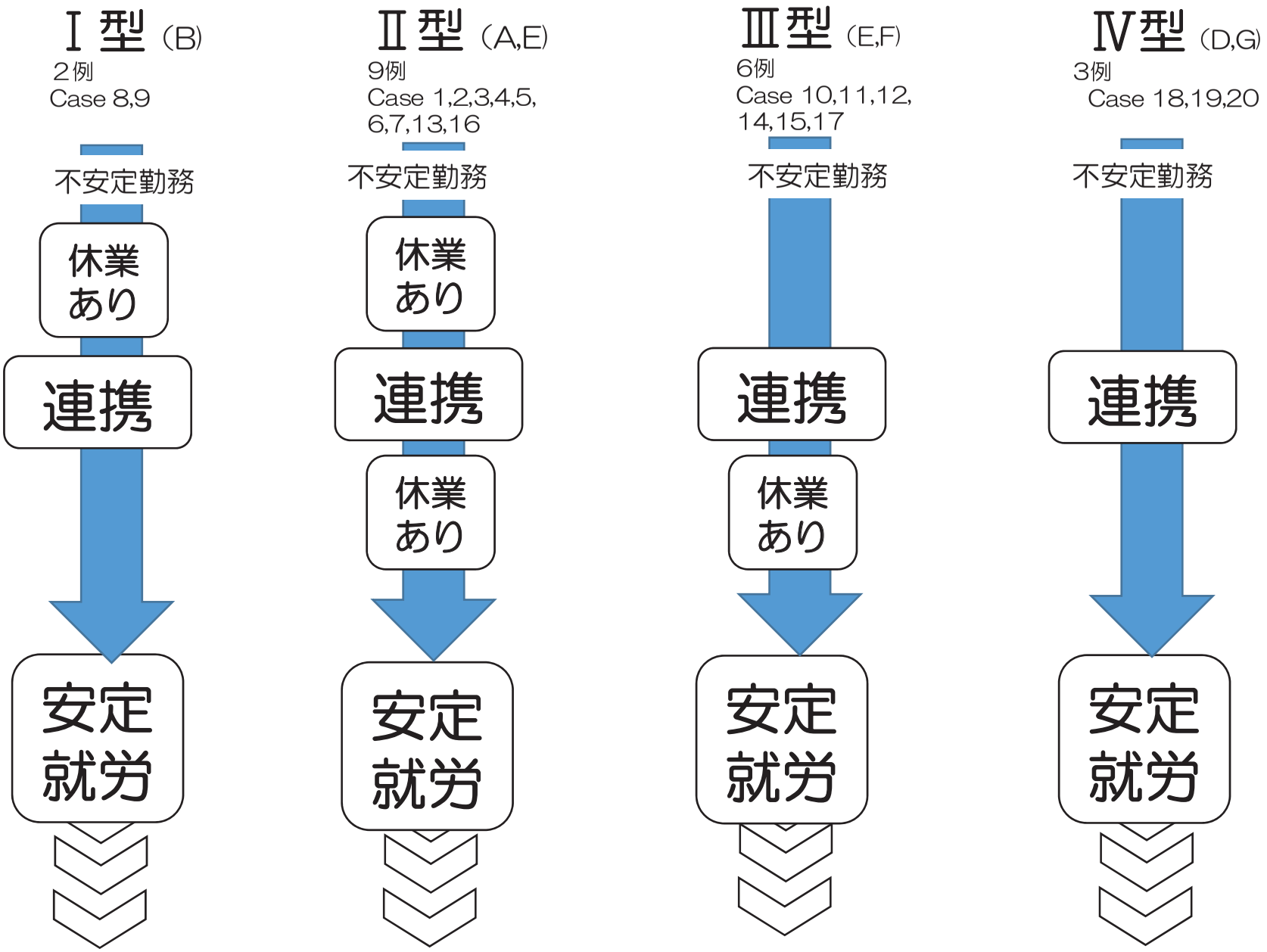
表5　就労改善群と非改善群の比較:　連携方法•連携頻度

			メイル				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		少	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
改善群	連携期間1年以上	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	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
	連携期間1年未満	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		不変		増量		改善		不変		悪化		改善		不変		悪化	
			数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%
改善群	連携期間1年以上	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	22	18.3	3	2.5	0	0.0	23	19.2	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	2	1.7	0	0.0	3	2.5	1	0.8	0	0.0	3	2.5	1	0.8	0	0.0
		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	22	18.3	4	3.3	0	0.0	25	20.8	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	15	12.5	1	0.8	0	0.0	16	13.3	0	0.0	0	0.0
	連携期間1年未満	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	0	0.0	0	0.0	3	2.5	0	0.0	0	0.0
		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	0	0.0	0	0.0	5	4.2	0	0.0	0	0.0
		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	6	5.0	2	1.7	0	0.0	7	5.8	1	0.8	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	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	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	11	9.2	0	0.0	83	69.2	5	4.2	0	0.0
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	7	5.8	17	14.2	8	6.7	9	7.5	14	11.7	9	7.5
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・精神病圏

就業継続　　不安定勤務　　休業

年月	Y-1	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4	Y+5	Y+6	Y+7	Y+8	Y+9	Y+10
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	③		休業 4回目 連携　★	④ ⑤								
X+8			⑥ ★	復職		⑦ ★	⑧					
X+9	⑨ ★											
X+10												
X+11												
X+12												
X+13												
X+14												

エピソード
（★印は連携ポイント）

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
　家族から会社へ対する不信感の訴えあり

★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、治療方針共有

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・精神病圏

		就業継続				不安定勤務			休業			
年月	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			①			転勤		
X		A病院 受診②		入院	休業1回目 （実家にて療養）			復職 Bクリニック通院				
X+1										転勤		転院③
X+2											休業２回目	
X+3							連携★	④				
X+4	会社の復職プログラム実施	復職 異動		★			★					
X+5							業務変更	★		⑤		★
X+6							休業 （約２週間）⑥	★				⑦
X+7					★			⑧				
X+8							⑨		★			
X+9		★				⑩⑪		★				★
X+10			安定就労継続中									

エピソード

（★印は連携ポイント）

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ったためA病院初診。その後入院。退院後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」軽快すると治療中断を繰り返しなかなか寛解に至らず休業へ
★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幻聴　離人感　注察妄想等の訴えあり
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・精神病圏

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				入社								
X				①		②		連携 ③ ★	休業1回目 ④　⑤　★			
X+１										★⑥		復職
X+２			⑦ ★									
X+３									⑧ ★			
X+４				⑨ ★						★		
X+５				★						★		
X+６				★						★		
X+７												

エピソード

（★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
整形外科より要休業の診断書入手
★③産業医より精神科受診を促されAクリニック受診

④当初、心気妄想、体感幻覚、解離症状、被害妄想、関係念慮、接触性困難

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
単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・精神病圏

就業継続　不安定勤務　休業

年月	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								②Aクリニック 初診				
X+1							③					
X+2												休業1回目
X+3			異動して 復職		休業2回目							
X+4				④								
					連携★ ⑤ 休業3回目	⑥	⑦	⑧★			⑨	復職
X+6					⑩				⑪★		⑫★	⑬★
X+7	休業4回目 ⑭★	⑮		⑯								
X+8	休業4回目		⑰									
X+9	休業4回目 ⑰⑱★			⑲★ 復職	休業5回目 ⑳★		復職 ★					
X+10						㉑★						
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し

②不眠を主訴としてA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パを超えた」とのことで気力減退、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回目と同様の主訴にて休業となる

④不安定就労が続く中、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CPの紹介でBクリニック転院となる
⑥カウンセリング導入
⑦集団精神療法導入するも図書館通所、睡眠は安定せず
⑧★会社関係者同席の面談以降、焦燥感、落ち着きのなさが強くなる
⑨通勤練習実施後に復職となる
⑩復職当初は安定勤務続いたが、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、不安定就労に
また、飲酒の問題も発覚
⑪★会社保健師と情報共有
⑫★会社保健師より状況報告
⑬★会社健康管理室と情報共有

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にて休業となる
⑭★会社保健師より休業前に状況報告あり
⑮休業直後は実家にて療養（3カ月）
⑯復職プログラム導入実施（翌年まで）
⑰リワークデイケア通所（途中体調不良にて中断あり）

⑱★会社保健師より状況報告あり
⑲★会社健康管理室と情報共有（3回）
復職：半日勤務からスタートするも体調不安定にてすぐに不安定就労になる
休業5回目：
★会社健康管理室と複数回のコンタクトあり
⑳社内復職プログラム実施
復職：問題を整理し復職となる
★以後、X+10年Y-7月まで毎月定例的に健康管理室と情報共有
㉑★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・精神病圏

就業継続　　不安定勤務　　休業

年月	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			①									
X+1				②	社内カウンセリング受診	Aクリニック受診		単身生活		通院中断		
X+2								③				
X+3					④							再受診⑤
X+4		休業	1回目				⑥		転居⑦	⑧		⑨
X+5										休業	2回目	
X+6		休業	3回目				連携★	⑩	⑪	休業	4回目	⑫
X+7	⑬						⑭★		両親同居⑮★	復職	⑯	
X+8	⑰											
X+9					⑱★		異動					
X+10												
X+11												

エピソード

（★印は連携ポイント）

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

④レジャー、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レジャー用運転免許

⑦隣人との騒音トラブルで転居

⑧趣味用資格取得独学

⑨レジャー用高額商品購入

★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図書館自主トレ
★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に

★⑱産業医らとビョジョン、就労状況情報共有

異動により適性配置

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・気分障害圏

就業継続　不安定勤務　休業

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										①		
X												②
X+1	③	④Aクリニック受診			⑤					⑥転勤により単身赴任		⑦
X+2			⑧	受診再開⑨				⑩		B病院受診⑪		
X+3				職種変更⑫								
X+4										会社が合併		
X+5												
X+6												
X+7												
X+8												
X+9										転勤		
X+10												
X+11				休業1回目⑬		復職⑭ Cクリニック受診			連携★	Dクリニック受診、休業2回目★		復職⑮
X+12		★		★			★			⑯★		
X+13												
X+14			安定就労継続中									

エピソード

（★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続き、強い不安、恐怖感、不眠が出現
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拒否
④Aクリニック初診、「中度うつ病（昇進うつ病」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、上司からの厳しい指導を受け、毎日恐怖感を抱く。若手の社員も多くトラブルが続出
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。症状悪化するも自己流の服薬にて対処
⑪勤務地の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
内科疾患のため約1カ月間入院治療を受ける。入院中も不安焦燥感のため、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、自己判断にて服薬再開
⑭うつ病との診断にて治療での服薬治療開始

★治療開始になったものの症状改善せず　上司へ相談し、会社の勧めにて産業医面談を実施、治療方針の検討も必要との判断でDクリニックへ受診、休業となる
【会社からの経過に関する事前情報提供あり】

⑮心身とも安定したため、3週間の復職プログラムを経て復職となる　趣味の運動を再開する

⑯★経過安定のため会社での定期面談終了するが、本人の意思で抗不安薬服用、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・精神病圏

年月	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4	Y+5	Y+6	Y+7	Y+8	Y+9	Y+10	Y+11
		就業継続			不安定勤務			休業				
X-16				入社								
X-1												①
	Aクリニック（精神科初診）②		休業1回目③	B病院入院④				連携★ Cクリニック初診⑤	⑥		復帰練習（午前のみ出勤）	
	復帰練習（15:00まで）			復帰練習（フルタイム）			復職	⑦		異動⑧		
X+2		異動	⑨				⑩★	⑪★				
X+3												
X+4	⑫★			異動								⑬
X+5			⑭★									
X+6								⑮				
X+7				⑯					⑰			
X+8	⑱		⑲									
X+9	休業2回目⑳											

エピソード
（★印は連携ポイント）

①X-3年からの海外赴任において管理職に昇格

②上司からの叱責をキッカケに不眠、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、自傷行為、被害妄想などの諸症状が出現し休業となる
④緊急帰国しB病院入院
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

⑦イライラして挑発的な発言をする・注意集中の困難などの躁的症状を自覚する一方で、興味・関心の低下が著しいこともあり、気分変動が激しい
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

⑨異動直後は一時的に落ち着いたが、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、上司同席の面談を設定
⑪★上司同席での面談を実施したうえで、産業医からの書面での病状照会への返事を送付
現状認識をすり合わせ、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、主治医意見書送付
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

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
現状認識をすり合わせ、職場での配慮について提案

⑮上司が変わり、安定感が増えたと自認

⑯頭が回り出したとの報告あり
⑰家族から、多弁傾向、易怒性の指摘あり、以降は一定の落ち着きを取り戻す

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、訴訟問題だと述べることもあるが、行動化には至らず

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・精神病圏

	就業継続				不安定勤務			休業				
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-14				入社								
X-1										結婚		
X												①
X+1	②		③				異動					
X+2										④	⑤	
X+3	別居											
X+4				⑥								
X+5					⑦							
X+6				休業 ⑧	1回目	⑨						
X+7												
X+8											復職	
X+9					⑩	連携 ★	⑪	⑫ ★	⑬ ★			
X+10												
X+11												
X+12												
X+13												
X+14												
X+15												
X+16										⑭ ★		
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、被影響体験強まる

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妻に促され本人も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カ月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、希死念慮強くなる。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、保健師へ治療経過報告⇒社内で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・保健師と適宜情報共有　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・精神病圏

就業継続　不安定勤務　休業

年月	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Aクリニック初診	③休業						
X+1	④w嘱託医へ相談		⑤				⑥	⑦	⑧復職	⑨	⑩Bクリニック初診	⑪連携★
X+2	⑫★		⑬★		⑭★							
X+3				⑮★部内異動								⑯
X+4			⑰	⑱★	⑲							
X+5	⑳											
X+6			㉑								㉒	
X+7						㉓勤務地変更						
X+8												

エピソード
（★印は連携ポイント）

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A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病状が悪化しているとの認識との情報共有
⑤W嘱託医面談実施
以降復職に向けたカウンセリング実施し落ち着いていく
⑥上司同席の面談実施
⑦上司とメールにて情報共有、復職に際しての注意点指示
⑧休業前に内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★本人、上司、人事、保健師同席の面談実施
⑭★本人、上司、人事、保健師同席の面談実施

⑮★上司より、プレッシャーがかかると休んで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、循環器科受診するも異常なし　しかし以降身体症状を訴えるようになる

⑰C病院にて心臓のエコー、心電図とるも異常なく、心臓神経症との診断
⑱★保健師同席での診察
⑲過呼吸発作にて救急搬送されて以降勤怠不安定となるも持ち直す

⑳心臓神経症的症状再発し勤怠不安定に
検査結果に異常はないものの納得感低く、以降も身体症状の訴え続く

㉑血痰が出たため他院にて検査するも異常なし
㉒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

㉓部署ごと引越しし、通勤時間が30分以上延びたが大きな体調不良なし

ケース　10　【C群】　20代女性・製造業・営業職・精神病圏

就業継続　不安定勤務　休業

年月	Y-2	Y-1	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4	Y+5	Y+6	Y+7	Y+8	Y+9
X-2			大学卒	入社								
X-1												
X			① Aクリニック 初診					②	連携 ④ ★	③ Bクリニック 受診	休業 1回目	
X+1		⑤	復職		⑥ ★				⑦ ★	異動		
X+2												

エピソード

①新製品が出たことに対するプレッシャーや上司との関係性がうまく築けず、会社に対する拒否感、不眠、めまいなどが出現し、精神科Aクリニック初診　以降服薬の自己中断と再開を繰り返す
②産業医面談実施　治療も受け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会社の勧めで転院しBクリニック初診
不調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　人事同席での診察を実施
復職後のプロセスを共有し、復職への不安低減
⑤3週間の社内復職プログラムを実施
専門職への復帰を前提にその準備のための部署に配属
★⑥人事・本人より昇格試験について電話にて問い合わせあり
本人の意向により受験は見送りとなった
★⑦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
状態安定を確認し、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・精神病圏

就業継続　不安定勤務　休業

年月	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				入社								
X-4									①			
X-1				②異動								
X				③異動	心療内科初診	Bクリニック初診						
X+1		④								⑤		
X+2						⑥		⑦	⑧			
X+3									⑨ 連携 ★⑩	休業 1回目		
X+4				復職								
X+5												
X+6							⑪					
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、上長とうまくいかない、100時間超の残業による疲労がある、成果物のイメージ・仕事のやり方・チェックポイントが分からないなどで、抑うつ状態となり、Aクリニック受診（心療内科初診）
上長との関係性についての悩みを主訴に産業メンタルヘルス専門クリニックの受診を希望し、Bクリニック初診

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→ルーランなどと抗うつ剤の併用を開始
同時期に投資失敗もあり
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、その後は徐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
難易度が上がるとバテる傾向はあるが、本人を通じて産業医に業務調整の依頼を行うなどして対応

⑪資格試験合格
自分に対する自信になったと

ケース１２　　【C群】　30代男性・製造業・技術職・精神病圏

		就業継続			不安定勤務			休業				
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-2				入社								
X-1												
X												①
X+1				単身生活へ								②
X+2	連携 ③ ★	休業 ④ ★	1回目	⑤			⑥	⑦ ★				
X+3	⑧			⑨ ★	復職							
X+4			⑩	休業	2回目			⑪ ★	復職			
X+5												
X+6												⑫ ★
X+7												
X+8												

エピソード
（★印は連携ポイント）

①不眠を自覚しA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職場と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・精神病圏

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-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									

エピソード

（★印は連携ポイント）

①大学院卒業し入社
②うつ的症状あり、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ルーチンワークはこなせるが思考力を要する仕事はできず　上司や先輩が細かく業務を指導する
④始業ギリギリの出勤が増えたため、上司や産業保健スタッフより生活リズム改善を指導

⑤午前休が続き不安定勤務となったため、産業医より主治医へ情報提供を依頼　本人が服薬を順守していないため、との返答あり
⑥上司より挙動がおかしいとの報告あり
人を極端に遠ざける　動物園の檻の中で人にみられているよう、との言動あるとのこと
★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生活リズムも安定してきたため、会社の復職プログラムを実施、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、産業医、産業保健スタッフと主治医間で情報共有くりかえす 仕事力は低迷するも役割があり、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・精神病圏

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-22				高卒入社								
X				①								
X+1			②	③④								
X+2	⑤											
X+3												
X+4												
X+5			⑥			連携⑦★	⑧	休業1回目★⑨	⑩			
X+6	⑪★									復職		
X+7		⑫★										⑬
X+8												⑭★
X+9	休業2回目⑮						⑯★	復職				休業3回目⑰
X+10	復職	⑱★										
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、抗うつ剤処方されるも自己中断

⑤右角膜剥離症状を訴え、頻繁に眼科受診

⑥就業中の独語、論理矛盾、脈絡の混乱顕著に
⑦追突事故頻発（事実関係不明）
★産業医の紹介にてBクリニック受診
⑧易怒的、被害的、他罰的、関係づけ前景に
★⑨会社と協議の上、休業、自宅療養へ
⑩自宅で意識消失、C病院に救急搬送されるも、異常なし

★⑪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

★⑫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

⑬徐々に陰性症状が支配的となり、身だしなみの乱れ、不清潔、生活自己管理力の低下強くなる

★⑭会社と協議の上、小休止目的で休業へ

⑮帰省時、実家でつまずいて右足関節両果骨折。入院し骨接合術施行
★⑯復職後の職場環境について会社と情報共有
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

ケース１５　　【C群】　30代男性・製造業・技術職・精神病圏

就業継続　　不安定勤務　　休業

年月	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	正式配属 ②		連携 ★ ③	休業1回目		
X+1		④			復職			⑤			⑥	
X+2			⑦					⑧	⑨ ⑩		⑪ ★	
X+3						⑫		⑬		⑭ ★		
X+4					⑮	⑯ ⑰		⑱ ⑲	休業2回目		復職	⑳
X+5		㉑			㉒	㉓	休業3回目 ㉔ ★	㉕			㉖ ★	復職
X+6	就業中											

エピソード
（★印は連携ポイント）

①不眠、抑うつ、被害妄想、関係妄想、被毒妄想
②A精神科病院受診
★③社内で不穏状態となり、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、「トイレで寝ている」等の勤務態度の問題目立ちはじめる
⑨注意、集中力散漫、陰性症状が前面に
⑩投薬を自己中断、自己減薬していたこと発覚
★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、陰性症状前景、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本人の強い希望で減薬（治療関係性保つため仕方なく）
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、職場、主治医の相談繰り返す→職場より休業指示→情報共有
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・精神病圏

		就業継続				不安定勤務			休業			
年月	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			②Bクリニック	休業1回目
X+1												
X+2							職業訓練センター リワークプログラム参加			軽減勤務にて復職		
X+3			フルタイム勤務へ						③			④
X+4	⑤★	休業2回目			⑥連携★ Cクリニック受診		復職 ⑦★					
X+5												
X+6	⑧★			⑨休業 3回目					⑩★ 復職			
X+7												
X+8			⑪★									
X+9												
X+10												
X+11	異動											

エピソード
（★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プレッシャーを感じ、睡眠の乱れや疲労感を訴え始める

④上司より本人の奇異な行動の対応に困っているとの相談あり　落ち着きがない、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の診断がでるが、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強い疲労感を訴え欠勤も続いたため休業へ

⑩★精神的プレッシャーの少ない部署異動の上復職

⑪★月１、2回程度の不調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・気分障害圏

就業継続　不安定勤務　休業

年月	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					②
X+1	③Bクリニック受診	④連携★	⑤									
X+2			⑥D病院受診	⑦★	休業1回目					⑧★復職		
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
肝機能検査を受けるも問題なし
②偏頭痛、血圧ともに平常に戻る

③顎関節症で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「ボーっとして元気がない、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らず
⑤Aクリニック（内科）主治医よりコンスタン処方され落ち着いたとの認識
上長も「様子が元に戻った」と認識

⑥腹痛をしばしば訴え、自らAクリニック（内科）、D病院（整形外科）受診するも異状なし
★⑦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人事より復職プログラムが順調に進んでいるとの報告あり
復職：体調面も安定し、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

★⑨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

ケース１８　　【D群】　30代男性・製造業・事務職・精神病圏

就業継続　不安定勤務　休業

年月	Y-6	Y-5	Y-4	Y-3	Y-2	Y-1	Y	Y+1	Y+2	Y+3	Y+4	Y+5
X-3				入社								
X-2												
X-1												
X							①			連携 ★	②	
X+1							③					
X+2					④		異動 ⑤					
X+3												⑥ ★
X+4			⑦	⑧ ★	⑨ ★							
X+5												
X+6										⑩		
X+7	⑪											
X+8												
X+9												

エピソード

（★印は連携ポイント）

・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A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

★⑥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乱れず経過

⑩周辺に休職者続出し不安増大するも、会社の支持的接触などの支援力にて大乱れせず経過

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・不安障害圏

就業継続　不安定勤務　休業

年月	Y-9	Y-8	Y-7	Y-6	Y-5	Y-4	Y-3	Y-2	Y-1	Y	Y+1	Y+2
X-25				入社 （営業職）								
X-2												
X-1												
X										①転勤		
X+1			②Aクリニック受診		東京へ転勤	連携★	③Bクリニック転院					
X+2									④★			
X+3												
X+4									★			
X+5												
X+6				⑤転勤 Cクリニックへ転院								
X+7												
X+8			安定就労継続中									

エピソード

（★印は連携ポイント）

①営業職から内勤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、適宜服薬内容を調整しながら就労を継続
【会社からの経過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・不安障害圏

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-22				入社 （総合職）								
X-1										①転勤 （震災被災地域）		
X			地震災害にて津波被災	連携★	②転居		③					
X+1												④治療終了
X+2												
X+3												
X+4			安定就労継続中									

エピソード

（★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。本社勤務に戻るが、すぐに転勤の指示があり、相当なショックを受ける。
会社からの勧めで産業医面談実施、治療が必要との判断にてAクリニック受診　また転勤については会社と協議の上、見合わせとなる
【会社からの経過に関す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症状安定せず
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

④経過良好にて治療終了　経過観察となる

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、メイル、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イにより、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 ケーススタデイ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―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―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一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一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―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―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―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イ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

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イスン理事長）

研究要旨

本年度は、昨年度収集、分析した職場・産業医と主治医の連携事例 120 例について、引き続き、連携の取り組み過程、連携前後の病状、就業状況をめぐるエピソード、連携過程に用いられた書面、診断書などを分析、効果的な連携を達成するためのツール、留意点などを抽出、実証的検討を加えた。その結果、不調者本人をはじめとして、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、投薬量の減少などの変化が認められた。就業改善群における連携効果の背景として、職場においては就業状況、対人環境の調整効果、また、主治医側においては職場情報に基づく病態の見直しが大きな要因として注目された。また、連携の取り組みに活用可能な休業期から安定就労期までの具体的な情報の集め方、取り扱い、連携における一般的な留意点のほか、職場側の安全配慮に重点を置き、かつ、主治医側のケアのポイントも網羅するなど両者の目的に合致した情報伝達ツールとして、復職診断書、休業中の病状報告書、職場からの情報提供依頼書などを例示した。以上から、本人の治療意欲を軸とした職場支援力、主治医らの医療支援力、家族・友人らの個人支援力が総じて大きな影響力を発揮する過程を踏まえ、新たに「連携力」の概念を提唱し、今後の課題に向けて若干の考察を加えた。

Ａ．研究目的

1. はじめに

近年、メンタルヘルス不調に陥った労働者（以下､「不調者」とする）の治療を担当する主治医と、労働者の安全配慮を担う職場・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。

ところが、両者は全く異なる制度下で日々の業務に取り組んでいる。すなわち、主治医は医療法、医師法などの保健医療関連法制下で、かつ、基本は保険診療制度の枠組みの中であるが、職場・産業医は労働契約法、労働安全衛生法、同規則を軸とした労働関連法制下の産業現場、産業保健の枠組みで取り組んでいる。

然るに、それぞれ異なった立場、枠組みを超えて具体的な連携を推進、実現するための方法論を確立していくことが喫緊の課題となっていた。

２．先行研究と昨年度の研究成果

これまで、全国の精神科診療所の会員で構成された（公社）日本精神神経科診療所協会（日精診）産業メンタルヘルス関連委員会、さらに、東京都内の会員で構成された（一社）東京精神神経科診療所協会（東精診）産業メンタルヘルス委員会がベースとなって、2012 年に両者共催で「主治医と企業の連携を求めて」をテーマとしてシンポジウムを開催、その内容を受け継ぐ形で、2014 年 5 月に全国の精神科クリニックを対象として連携問題への対応の現況と意見を回収するべくアンケート調査を実施した。調査結果は、同年 6 月に開催の日精診研究大会ならびに第 110 回日本精神神経学会で報告、さらに同年 9 月には再び両者共催で「職場と主治医の連携効果をいかに高めるか」のシンポジウム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（参考資料 1、2）。

その結果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別に必要な対応が存在し、それらを不調者、主治医、職場ともに共通して理解していくことが重要である。②　職場側の連携への準備として、職場内の手続きと連絡調整、連携のポイントを事前にまとめておく必要がある。③　主治医側も連携への準備として、不調者の心境や悩み、職場状況を理解し、職場との連携への事前同意を不調者から得ておく必要がある。④　効果的な連携を進める上では、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合意形成が土台として必要である。

そこで、本研究では今後の実務に活かす観点か

ら、以下の3点に注目し検討を加えた。

課題１：連携後就業改善事例の分析（2）

昨年度に取り上げた主治医・産業医間の連携効果が具体的に認められた事例、いわゆる就業改善事例を詳細に分析、連携効果を期待できる前提条件、ポイントなどを抽出することをめざした。

課題２：連携効果に役立つ実務用ツールとスキル

さらに、連携効果を期待する立場から、それらを具体的に期待する上で必要な書面、書式について就業改善事例で用いられたツールの検討を試み、試案を例示した。

課題３：主治医と産業医の「連携力」

本研究から得られた知見を踏まえ、実務上、メンタルヘルス不調者支援で大きな力を発揮する職場側、主治医側双方で備えるべき「連携力」の概念を提唱し、効果的な連携を実現する基本要件としての業務歴と不調者へ関わる業務ポリシーについて基礎的検討を試みた。

Ｂ．研究方法

研究対象は、メンタルケアを受けた不調者のうち、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。「連携」は職場・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。各事例は倫理面の諸問題に配慮して、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。

各事例の就業状況、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と達成できなかった事例を比較、就業改善に積極的に寄与する要因、考慮すべき課題、連携過程の情報内容、方法などを抽出し検討した。

以上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。診断名は連携前後で主薬剤、併用薬剤、標的症状などに基づき、不安障害圏(F40～F48)、気分障害圏(F32～F39)、精神病圏（F20～F32）の3群に区分した。

Ｃ．研究成果

以下、課題別に研究成果を概説する。

課題１：連携後就業改善事例の分析（2）

１．就労改善群と非改善群の比較

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、連携後1年以上経過した群で不安障害圏の90.0%、気分障害圏の85.7%、精神病圏の78.4%と高い水準を示したが、連携後1年未満の群は平均51.4%に留まっていた(表1)。

２．連携前後の診断区分の変化(図1)

改善群全88例の診断区分を比較すると、連携前は気分障害圏81.8%、不安障害圏6.8%、精神病圏11.4%が、連携後は気分障害圏18.2%、不安障害圏35.2%、精神病圏46.6%と大きな変化が認められた。内容的には気分障害圏から他の2区分への変更が特徴的な傾向として認められた。

他方、非改善群全32例の連携前後の診断区分も改善群とほぼ同様の変更が認められ、両群の連携前後の診断区分の分布に差は認められなかった。

３．連携前後の就業パターンの変化（図2)

改善群における連携前後の就業パターンは以下の4型に区分された。すなわち、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。（4名、4.5%）が最も少ない。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する（28名、31.8%）。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（32名、36.4%）。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（24名、27.3%）。

また、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、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。

４．就業改善事例分析のまとめ

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 現状では、連携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 職場から連携が始まる場合は、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を期待している。

③ 連携作業は電話、メイル、面談などを駆使して実施されていたが、効果判定は安定就労と病状

の安定化の実現であり、それには１年のフォローでは必ずしも十分でないかもしれない。もしくは、それだけの十分な時間とケアが必要な事例が多いことを示唆する。

④　就業改善群には精神病圏も多く含まれていたが、長期不安定傾向に対して連携前は気分障害圏の薬剤が繁用され、連携後は精神病圏の薬剤へのシフトが多くなる傾向が認められた。その背景として、職場情報が主治医にもたらされたことにより、病態の評価の見直しが進んだことが示唆された。

⑤　しかし、就業非改善群にも同様な傾向が認められたことから、他の要因、すなわち、主治医側が連携に慣れていること、高頻度の連携、不調者の自己管理力、治療意欲、社交性などの改善が就業安定化に好影響をもたらしているかもしれない。

⑥　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[7、8)]。

⑦　就業改善群の休業理由には連携前の再燃に関連した休業と安定就労への立て直し治療プログラムの休業の２種類があり、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。

課題２：連携効果に役立つ実務スキルとツール

１．連携効果に必要な基本動作

先行研究ならびに課題１の成果から、主治医、職場のそれぞれの支援力とお互いの関係性を高めて得られる連携効果が病態のちがいに因らず、治療戦略上に大きなウエイトを占めていること、それは恐らく職場における実体が治療場面にしっかりと反映されることにより、一連の取り組みが安定就労という最大公約数に結実する過程が認められた。特に、ケーススタデイの分析から抽出された連携効果を発揮するための条件として、

①　できるだけわかりやすい概念、表現で問題を抽出、説明し、不調者、職場との意志疎通をはかる。

②　不調者がかかえる問題について職場の見立てとも十分すりあわせながら病態への認識を深める。

③　不調者が職場との協調的な解決を受けいれてくれるように慎重かつ丁寧に柔軟に取り組んでいく。

④　不調者と職場との関係性を踏まえて、連携は書面のやりとりから直接の面談まで柔軟に調整する、などが基本と考えられた。

２．職場・産業医との連携を軸とした就労支援の基本的取り組み

就労支援プログラム例を時間軸に従って治療導入期、休業期（前期と後期）、復職期（準備期、就労慣らし期、安定就労期）に区分し、各ステージ別に連携ポイント、生活行動面、心理面、作業面などの課題と方策などをまとめた（表2）。

2.1　治療導入期

不調者は消耗し、混乱し、動揺している場合が多く、まずは休養を勧め、ゆっくり言い分を聞き、現実感を確認していく。この際、主治医は診察室で職業人の悩みにしっかりと触れる姿勢が大切であり、診察室では様々な制約があるものの、仕事の一部始終を専門性の中身までしっかりとトレースし、不調者の内側、外側に存在する話題を丹念に拾い上げていく。「うつ」という入口から入っていくにしても、その奥には様々な病態、環境因が存在する想定で不調者と主治医との関係性を育てていく。

2.2　休業期

身心の不調に加え不安定就労が目立ち、就業に具体的な影響が出始めていれば、本人の納得を得て休業を実現する。この際、不調者の気持ちは[6)]、休業を希望する場合と拒否する場合と大きく二分される。後者の場合は、原則として1カ月の猶予を置き、猶予期間中はケアを続け、なお不安定勤務が続く場合は1カ月後に休業に入ることとする。

休業期に入る前には不調者の同意を得て、休業の準備、背景の理解、納得、見通し、休業期間、就業規則などを職場と確認しておく必要がある。この手続きを経てから、休業期の前半は休養と病状の理解が、後半は仕事生活への動機づけ、再稼働のイメージづくりがテーマとなる。

さらに、安定した職場再適応を実現するために心理検査なども駆使して丁寧かつ慎重に把握する。性格、生活歴、家族歴といった個人の特徴、多彩な病態、さらにこれまでの個別事情、業務環境を構成する業種、業態、責任者、上司、人事などに加え組織、職場のサイズ、システムの特徴などである。

診断よりも病態を重視する背景には、近年の多くの研究が病態の類型化と治療の公式化の困難性を示唆している点、さらに、職場との連携作業には難解な理論、概念、用語を極力避け、病名よりは病態、事例性という解決すべき問題を中心にすえ、平易な表現でのコミュニケーションが必須である点、などの要因がある。

2.3　復職期

主治医は就労可能の診断書を書かねばならない立場にあるとされているが、就労可能性の評価方

法、ポイントなどについて、特に不調者の所属部署、勤務実態に即した根拠を抽出するノウハウは確立されているとはいいがたい。

そこで、不調者の職業生活を詳しく理解、分析する上で有用な「メンタルヘルスから見た職場適応力」という概念がある。本指標は、不調者が自らの復職準備における具体的なハードルを、そして、職場と主治医が復職に続く安定就労を実現していく上で共有するツールと位置づけられる（表3）。

具体的には、本指標の3軸で総合点の過半数を超えること、治療者による評価との大幅な乖離がないこと、復職時に職場が要求する最低ラインをあらかじめ明らかにし、到達目標を明示しながら復職準備に取り組む、いわゆる、形から入っていくこと、を手掛かりとなる。

病態が大脳辺縁系を中心とした高次神経活動に様々な影響を及ぼし、やがて業務力をはじめとする職場適応力の低下をもたらすにもかかわらず、多くの不調者は全く問題ない、安定していると肯定的、防衛的に自己評価する傾向が認められる。

因って、業務面はWAISⅢ、厚労省編職業適性検査（GATB）などにより定量的評価を実施、他の投影法、記述式心理測定と併せて自覚的評価との落差を説明するなど本人にフィードバックし、回復過程における現実感覚の修正、就業環境への再適応の取り組みに活かす方法もある。

3.　メンタルヘルスから見た作業管理

安定就労達成には職場での安全配慮としての三管理、すなわち、作業管理、作業環境管理、健康管理への調整も必須である。但し、このセッテイング、初期設定には業務力の回復をしっかりと視野に入れる必要がある。例えば、身体障害の場合、膝関節を傷めて歩行困難となり車いすを使用する場合、重い荷物を運搬する作業は指示しない。但し、歩行障害の場合、車いすという補助具が有効であるが、不調者の場合にはそれに相当するものはなく、かつ、目に見える形ではない。そこで、業務力低下に配慮するには、時間外労働、並列処理、抽象化作業、対人交渉作業、集団でのプレゼン、能率向上強化研修などをなるべく避けることが望ましい。これらのポイントは主治医として就労可否、就労上の配慮などに言及することを求められた場合にも有効である（表4）。

なお、薬物療法では復職準備期から安定就労達成後3カ月から半年までを一応の目安として、いわゆる再適応に向けたストレス増加対策を維持療法に加える。但し、通勤用の自動車運転をはじめとして業務中の安全配慮面に不都合な場合は総合的に判断するが、連携による調整がこの際も有効である。

４．主治医の連携ツール

4.1 各ステージにおける診断書

4.1.1 休業期前期：①状態像（初診からまもない時期であり休業が必要な病態、状況を理解することに重点を置き断定的な表現を避ける）・②要休養・③要休業・④期間（当初は相当長期間とせず1カ月程度にとどめる）・⑤見通し（控えめにとどめる）など。

4.1.2 休業期後期：①状態像（休業が必要な病態、状況を理解することに重点を置き、確定診断を得たとして表現は慎重に）・②要休養・③要休業・④期間（最長３カ月程度にとどめる）・⑤見通し（控えめにとどめる）など。

4.1.3 復職準備期：①就労再開可能(産業医からの照会時に対応可能な根拠を準備する)・②期間（いつからを明示）・③就業再開時の配慮事項（就業時間、業務負担の軽減措置を盛り込む。業務内容変更に関わる場合は主治医との要調整など準備期間をおく。産業医からの照会時に対応可能な根拠を準備する）、④家族の同意など。

4.1.4 復職診断書

職場側の安全配慮に重点を置きつつ、かつ、主治医側のケアのポイントも解説する点で両者の目的に合致した復職診断書例(表5)がある。

4.2　意見書

主治医から、①病態への影響が懸念される場合（異動、業務変更、上司の変更など）、②再燃傾向の場合、③事前調整の要否、④懸念事項の確認、⑤改善提案など、について産業医へ照会、もしくは意見を述べることが効果的な場合がある。

5. 産業医の連携ツール

5.1 医療情報照会書

産業医から主治医へむけて病状照会、各種の可否判断、要否判断等に情報提供依頼の場合、使うことが可能な書面として、①休業開始前、②休業開始時、③休業中、④復職前、⑤復職後、のタイミングに応じて発出する場合がある（表6-1, 6-2, 6-3, 6-4, 6-5, 6-6, 6-7, 6-8, 6-9, 6-10, 6-11, 6-12）。

5.2　病状報告書

休業中に職場との月1回程度の病状報告書(表7)が活用されている。

①生活状況・②治療状況・③治療の見通し・④就業再開の意思確認など（産業医から本人へ提出を指示する場合、主治医から本人へ提出を促す場合が

ある）。

課題３：主治医と産業医の「連携力」

本研究から、主治医、職場のそれぞれの支援力とお互いの関係性を高めて得られる連携効果が病態のちがいに因らず、治療戦略上に大きなウエイトを占めていること、それは恐らく職場における実体が治療場面にしっかりと反映されることにより、一連の取り組みが安定就労という最大公約数に結実する過程が明らかとなった。

これらの連携効果をもたらす作用力を「連携力」と定義すると、連携に向けた基本動作を包含し、高い治療成績、就労実績に寄与する連携力、これを発揮する専門性を備えていくことが具体的な課題となる。

職場側では、A.　経験値としての産業医業務歴と、B.　職場のメンタルヘルス対策へ関わる上での業務ポリシー。主治医側では、C.　精神科専門医もしくはそれに相当する臨床医業務歴と、D.　不調者へ関わる業務ポリシー、があげられる（表8）

因みに、C.とD.とを備えた専門医が産業医業務に取り組む最大のポイントは、病態を見極める治療戦略的スキルを備えている点にある。このスキルにより、職場ばかりではなく主治医に対しても有力なコメンテータとなり、職場の安全配慮に加え、治療ならびに就業生活の安定化にも有益な情報やヒントを伝達し、アドバイスできる存在となりうる。

さらに、職場適応を妨げる精神症状を残したまま復職し、就業再開まもなく再燃、再休業に至るケースは多いが、職場の不適応状態の原因を見極め、主治医とシェアしつつケアに活かすことが可能となれば、このルートも病状改善、安定就労へ導く契機となりうる。

D．考察

昨今の社会経済状況に応じて職場環境と仕事力の折り合いがつかない事情も多く存在する。経営環境は職場調整力、支援力を大きく左右し、時には麻痺状態に陥る可能性があることを主治医は十分理解しておく必要がある。

職場適応の当面の目標は安定通勤と安定業務力であるが、職場環境との折り合いがつきにくい場合、目を転じて社会環境の新たな動向にも注目しルート開拓をめざすことも重要である。平成３０年度には障害者雇用として精神障害者を必ず雇用しなければならない段階を迎える。

企業グループに障害者雇用のための特定子会社、障害者の仕事力アップをサポートする就労移行支援事業なども各地に展開中である。

総じて、「連携力」の概念を積極的に活用することは、最近運用開始となったストレスチェック制度に関わる産業医、主治医、関係者の力量を高める一助となるにちがいない。多くの現場で連携力アップの体制づくりが期待されている。

E．結論

本年度は昨年度に引き続き、主治医と職場が共同して取り組んだ120例を対象として、連携の取り組み過程、連携前後の病状、就業状況をめぐるエピソード、連携過程に用いられた書面、診断書などを分析、効果的な連携を達成するためのツール、留意点などを抽出、実証的検討を加えた結果、職場においては就業状況、対人環境の調整効果、また、主治医側においては職場情報に基づく病態の見直しが大きな要因として注目された。また、連携の取り組みに活用可能な休業期から安定就労期までの具体的な情報の集め方、取り扱いのほか、職場側、主治医側両者の目的に合致した情報伝達ツールとして、復職診断書、病状報告書、職場からの情報提供依頼書などを例示した。以上から、本人の治療意欲を軸とした職場支援力、主治医らの医療支援力、家族・友人らの個人支援力が総じて大きな影響力を発揮する過程を踏まえ、新たに「連携力」の概念を提唱し、今後の課題に向けて若干の考察を加えた。

参考文献

1)　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―休業を急ぐ場合、日本医事新報　2013.：4649：65-70.

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―休業を渋る場合　日本医事新報　2013:4650：45-50.

3)　神山昭男、小山文彦：シンポジウム「主治医と職場の連携ガイドラインを構築する―効果的なツール・タイミング・アレンジをめぐって―」座長から、 産業精神保健、 23、 35-38、（2015）

4)　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、　22、 319-320、（2014）

5）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、　41、171-196、(2015)
6）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、 22、 120-132、 (2010)
7）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、　原田誠一（編）：メンタルクリニックが切り拓く新しい臨床、pp. 144-152、 中山書店、東京(2015)
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―復職を急ぐ場合、 日本医事新報、 4651、45-49、 (2013)
11）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―対人関係で悩む場合、　日本医事新報、 4652、 44-49、 (2013)
12） 神山昭男、 新井由美、 間山一枝、青野真実：職場と主治医の効果的な連携に寄与する要因をめぐって―第２報　休業率の改善を指標とした事例研究から―、 産業精神保健、　23、36、(2015)
13） 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、　9、 191-209、(1997)
14）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、5、 413-419、 (2012)
15） 神山昭男、 新井由美、 間山一枝、青野真実：職場と主治医の効果的な連携に寄与する要因をめぐって―第1報　休業率の改善を指標とした比較研究から―、　産業精神保健、　23、35、(2015)
16）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―仕事力の回復を要する場合、　日本医事新報、　4654、 63-68、 (2013)

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(添付)
2） 神山昭男:　主治医と職場の連携をどのように進めていけばいいのか？－診断書をはじめとする情報伝達をめぐって－　精神科治療学・31（1）・55-62・2016　(添付)

3） 神山昭男:　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　産業精神保健・24（2）・印刷中・2016
4） 神山昭男:　安定就労を達成するための方策をめぐって―連携力を軸とした治療導入期・休業期・復職期の対応―　産業ストレス研究・23（2）・印刷中・2016

2. 学会発表
1） 神山昭男、 新井由美、 間山一枝、青野真実：職場と主治医の効果的な連携に寄与する要因をめぐって―第1報　休業率の改善を指標とした比較研究から―、　日本産業精神保健学会第22回大会、　2015年6月、産業精神保健、23、35、(2015)
2） 神山昭男、 新井由美、 間山一枝、青野真実：職場と主治医の効果的な連携に寄与する要因をめぐって―第2報　休業率の改善を指標とした事例研究から―、 日本産業精神保健学会第22回大会　2015年6月、産業精神保健、　23、36、(2015)

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

表1　連携後就業改善群と非改善群の内訳

連携後経過期間	診断区分（連携後）	性別	全体		就労改善群				就労非改善群			
			N1		N2	N2/N1（%）	N3	N3/N1（%）	N4	N4/N1（%）	N5	N5/N1（%）
1年以上	不安障害圏	男	18	20	16	88.9	18	90.0	2	11.1	2	10.0
		女	2		2	100.0			0	0.0		
	気分障害圏	男	12	14	12	100.0	12	85.7	0	0.0	2	14.3
		女	2		0	0.0			2	100.0		
	精神病圏	男	44	51	34	77.3	40	78.4	10	22.7	11	21.6
		女	7		6	85.7			1	14.3		
	N6	男	74	85	62	83.8	70	82.4	12	16.2	15	17.6
		女	11		8	72.7			3	27.3		
1年未満	不安障害圏	男	19	22	11	57.9	13	59.1	8	42.1	9	40.9
		女	3		2	66.7			1	33.3		
	気分障害圏	男	7	8	4	57.1	4	50.0	3	42.9	4	50.0
		女	1		0	0.0			1	100.0		
	精神病圏	男	4	5	1	25.0	1	20.0	3	75.0	4	80.0
		女	1		0	0.0			1	100.0		
	N7	男	30	35	16	53.3	18	51.4	14	46.7	17	48.6
		女	5		2	40.0			3	60.0		
N		男	104	120	78	75.0	88	73.3	26	25.0	32	26.7
		女	16		10	62.5			6	37.5		

図1　連携前後の診断区分の比較(例数)

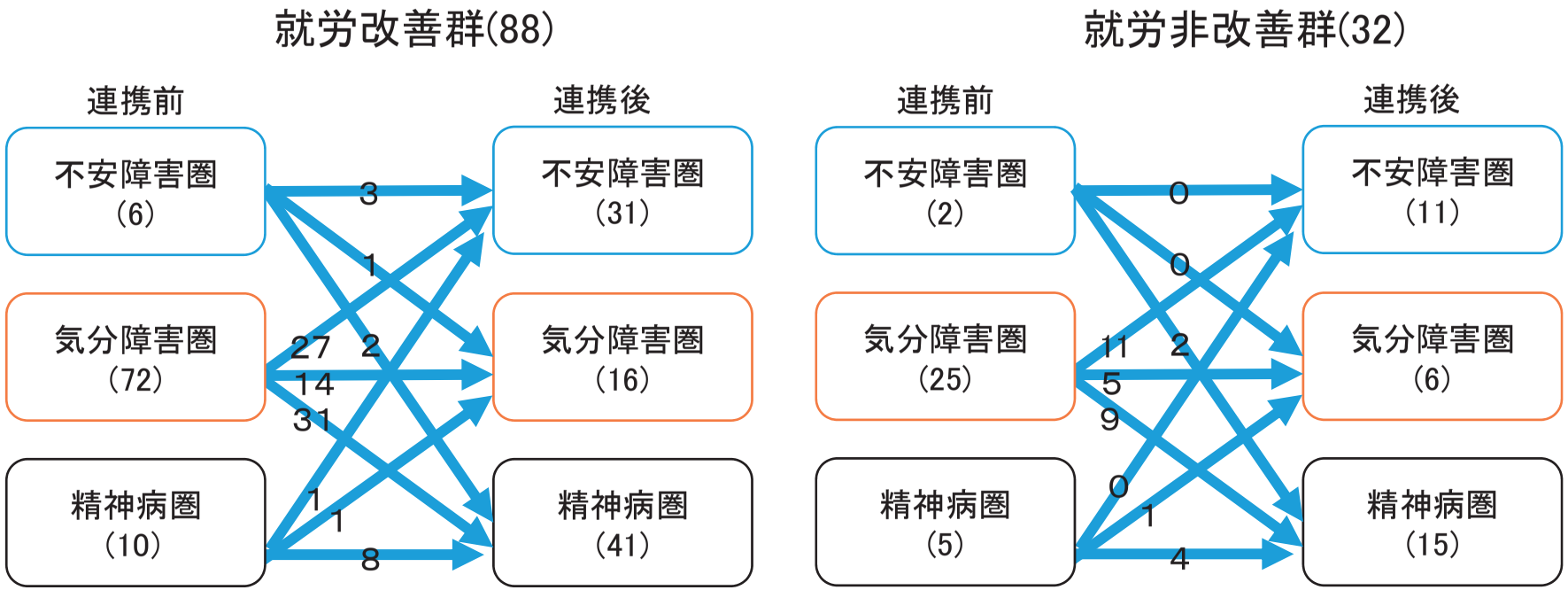


図2 連携前後の就業パターン

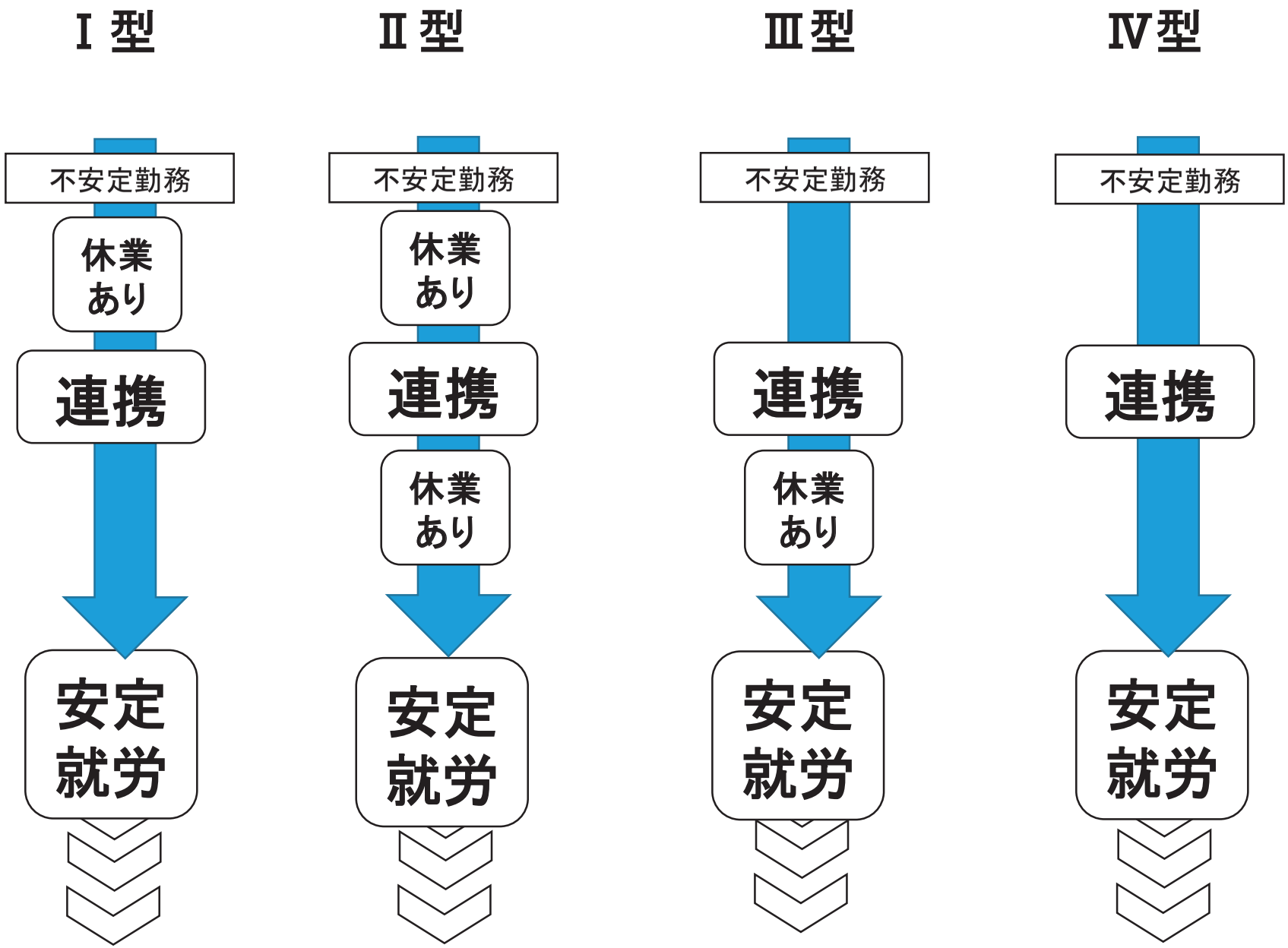


表2　メンタルヘルス不調者の休復職ケア（ステージ区分）と職場との連携

ステージ		1	2	3	4	5	6
		治療導入（休業要否判断）期	休業期		復職期		
			前期	後期	復職準備期	就労慣らし期	安定就労期
テーマ		療養体制作り	休養　病状の理解	準備運動（自主トレ）	就労練習（自主トレから公式練習へ）	職場再適応	長期安定化
職場とのアクセス	職場との連絡・連携ポイント	休業判断　職場離脱　病状確認　人事・上司・産業医との連絡　仕事の引き継ぎ　休業中の約束　休業場所の確認、休業許可期間の確認、窓口対応者の決定　連携の要否・可否判定	休業（延長）許可、有休・病気休暇調整、労災可能性チェック（産業医・人事を通じた関係者への事情照会）	長期療養に伴う病状の回復ならびに生活管理・就業可能性の確認、自主トレの報告と理解	病状改善促進、障害要因の見究め　、就業再開条件の確認、公式練習のデザインと実行、就業環境、就業条件、業務内容の事前調整、連携の要否・可否再判定	復職最終判定、人事・配属先上司・産業医とのすり合わせ(就業上の配慮事項、就業時間、業務管理、業務環境管理など業務負担の軽減措置）、復職後3カ月間のフォロー	復職後3カ月以降の安定化と業務負担の見直し、調整、産業医からの適応状況報告など
	職場との手続き	要休業診断書、病気休業申請書	診断書（状態像・要休養・要休業・期間・見通し）	診断書、休職延長願、傷病手当金診断書、病状報告書（生活状況・治療状況・治療の見通し・就業再開の意思確認など）	診断書（就労再開可能・期間・配慮事項）、意見書（事前調整の要否・懸念事項の確認・改善提案）	職場の人事・上司・産業医面談　復職練習参加・評価、所属先職場との打ち合わせ	上司・産業医による就労状況報告書、照会書、意見書
主治医のケア	心理面	消耗・混乱・疲労の自覚、受身の受容、現実感の確認、医療支援力、個人支援力の確保	ふりかえり、しばりからのリリース、自己観察、対話の再開、自罰感、罪責感などにのみこまれないように医療、個人支援力を頼る	仕事生活への動機づけ、再稼働のイメージづくり、休業の目的と目標の確認、過去のふりかえりは専門家とともに、感情の力と影響を知る、こころを整える方法を学ぶ	職場との再接触、環境調整、休業の目的と目標の再確認、自己流になりすぎないように	現実感の統合、初期設定、以前とのちがいを自覚する	職場環境への慣れ、微調整、中長期目標の設定と取り組み
	体調面	徹底した休養・睡眠・安静・食事	軽度の運動・外出・疲労しない行動	体力回復・活動力の醸成・睡眠・食事などの基礎部分を確保	勤務生活行動パターンの確立、形から入っていく	規則的なリズム、場に即した体調の維持管理	自己管理力、安定サイクルの実現、固めていく
	生活面	自宅、単身の場合実家、療養へ専念、モードの切り替え	日課の形作り、やることを決める、	昼間外出、雑踏に慣れる、	公共の場所への慣れ、図書館、　規則的な生活	通勤・勤務のくりかえし、規則的な生活、休日は休息	通勤・仕事生活と私生活のバランス、支えあい
	行動記録	なし	生活日誌、イベントの記載（起床・食事・服薬・生活行動・入浴　・休憩・睡眠・テレビ・パソコン）、3段階自己評価（不安・睡眠・安定）		業務日誌（体調・睡眠・業務課題・業務の進捗・集中力・関心・記憶力・理解力・対話力・自己評価・感想・上司のコメント）		
	業務面	なるべく意識の外へ	なるべく意識の外へ	業務力が弱っている現状を知る、 回復・強化の意欲醸成	自主トレ（脳トレ・新聞要約・クロスワードパズル・好きなテーマ学習・ビジネス書の通読など）、弱点をカバーし長所を活かす	業務トライアル　慣れをめざす、細かなことよりおおまかに、職場環境への適応想定練習	職場にはまる、なじむ、合わせる
	薬物療法	漸増期	調整期	維持期	復職に伴うストレスへの対策	調整期　抗不安対策	維持期

軸	項目	番号	説明	最近1カ月間についての自己評価				コメント（自由記述）
				3	2	1	0	
（A）生活行動面（自己管理力）	生活リズム	1	起床から睡眠まで、健康的な生活日課を安定して取り組めていますか	とても安定している	ほぼ安定している	ときどき不安定	とても不安定	
	睡眠	2	睡眠は寝つきがよく、途中や朝早すぎてめざめることなく、安定していますか	とても安定している	ほぼ安定している	ときどき不安定	とても不安定	
	食欲	3	食事内容がかたよらず、規則的においしく食生活はできていますか	とても安定している	ほぼ安定している	ときどき不安定	とても不安定	
	体調	4	心は穏やかで、身体の不調は目立たず、体調は安定していますか	とても安定している	ほぼ安定している	ときどき不安定	とても不安定	
	病状	5	自分の病状を理解し、主治医とのケア、服薬などに安定して取り組めていますか	とても安定している	ほぼ安定している	ときどき不安定	とても不安定	
（B）心理行動面（社会適応力）	通勤	6	毎日遅刻しないで、安定して通勤はできますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
	労働意欲・自発性・自立性	7	ひとに頼らず、自分で計画を立て目的を持って行動しながら、積極的、意欲的に職業生活に取り組めますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
	社会性・思慮分別	8	社会、職場のルール・マナーを守りながら行動できますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
	現実感、現場感覚、現実判断力	9	自分をとりまく状況がどのようになっているか、周囲と歩調をあわせながら行動できますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
	対人関係調整力・協調性	10	周囲の人に気を配り、相手の体調や自分への要求に配慮しながら行動できますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
	自省力・向上心	11	自分の行動を冷静にふりかえりつつ問題点に気づき、改善、向上へ向けて取り組むことはできますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
	自制力・感情/不安のコントロール力	12	自分の怒り、不満、心配、気がかり、焦り、喜び、うれしさ、悲しさなどの感情におぼれないように注意しながら行動できますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
（C）作業面（業務力）	集中力	13	本や新聞を読む、パソコン作業をする、ひとの話を聞くなどの行動を30分以上おちついて取組めますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
	持続力・勤勉性	14	朝から夕方まで日課や仕事を毎日くりかえし、目標に向けて根気よく取組めますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
	対話力	15	相手のいうことを聞いて理解し、自分の思ったこと、考えたこと、やろうとすることをことばで表現しながら意見のやりとりができますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
	初級技術力	16	新聞記事を読んで理解する、パソコン基礎作業をする、コピー機を使う、電話機を使うなどの作業はひとの力を借りずに自分でできますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない	
採点欄	（A）生活行動面（自己管理力）（5項目）			3X	2X	1X	0	/15
	（B）心理行動面（社会適応力）（7項目）			3X	2X	1X	0	/21
	（C）作業面（業務力）（4項目）			3X	2X	1X	0	/12
							合計	/48

表4 メンタルヘルス不調者に対する就業上の配慮（作業管理・作業環境管理）

番号	作業手順・内容・周囲の接し方	配慮のポイント
1	仕事の進め方	スロー
2	仕事の難易度	低め
3	時間密度	うすめ
4	時間締め切り	おそめ
5	仕事の数少なめで直列配置	並列少なく
6	指示出し	定期的・定量的・同じところから
7	新規作業	少なめ
8	抽象的内容	少なめもしくはなし
9	上司への報告	定期的・定量的
10	管理職業務	少なめ
11	他との関連	少なめ
12	本人の言い分	部分的採用
13	他との分担	少なめ
14	プレゼンテーション	少なめ
15	対人交渉・電話	少なめ
16	有事の場面での対処	少なめ
17	場所移動	少なめ

復職に関する診断書

カタカナ 本人氏名　印	社員 番号	入社：　年　月　日　勤続　年　月
本人配属先：　職位	性別：　男・女	生年月日：　年　月　日　満　歳
カタカナ　職位 上長氏名　印	雇用形態：正・契約	カタカナ　職位 人事氏名　印

主治医（現病歴・復職可能性・業務負担等についての見解・判断）

■診断名（状態像）：

■診断の根拠（主病状および治療の経過概要）：

■最近の処方：

■復職後の服薬内容：　上記と同じ・上記以外

■復職可能の判断根拠

1）就労意欲

2）生活リズム

3）業務遂行に必要な機能
　判断力・記憶力・理解力
　社会行動力
　集中力・持続力
　協調性
　会話力・表現力

4）復職準備練習実績（期間・内容）

■復職可能時期：　平成　年　月　日以降

■復職後の通院頻度：　回／月

■復職後１カ月間の就業条件

1）勤務時間：(1 日 7 時間 30 分、週 5 日）の可否：　可・否

2）勤務時間制限の要否：要・否　（例

3）出張(日帰り・短期)の可否：　可・否　（例

4）自動車運転の可否：　可・否（例

5）その他配慮すべき点：　無・有　（例

■職場からの照会の可否：　面談（可・否）　電話（可・否）メイル（可・否）

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話　　**メイル**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

平成　年　月　日

主治医署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**印**

本人（最も配慮を希望すること・復職意思確認）

無・有

復職したいのでよろしくお願いします。

署名：　年　月　日

家族（就業再開についての同意：有 ・ 無）

ご意見

署名：　年　月　日（続柄：　）

産業医

復職　可・否

根拠　本人・家族・主治医

開始時期　年　月　日以降
　年　月　日

産業医署名：　**印**

健康管理指導区分

適用期間：

開始　年　月　日

終了　年　月　日

就業条件

就業時間：　平常・制限

業務負担：
　量
　密度
　範囲
　スピード

上司：声かけ

業務日誌　：要・否

自動車運転：可・否

外出　：可・否

出張　；可・否　短期・長期

その他　：無・有

書式：2015 年医療法人社団桜メディスン産業保健サポートセンター

診療情報提供のお願い

病院　　年　　月　　日
科　　先生　御侍史

会社名
産業医氏名

平素より、弊社従業員＿＿＿＿＿＿＿＿をご高診頂き、誠にありがとうございます。
休業開始に際し、別紙（診療情報提供書）に記載してあります事項について、情報提供をお願い致します
なお、情報提供については本人了承を得ており、頂いた情報はプライバシー保護に十分配慮し、
産業保健スタッフが責任を持って管理致します。

・情報提供依頼の目的

・最近の職場での様子

・本人の業務内容
業務内容：

部署：　　役職：　□一般社員 ・ □管理職

勤務形態：　□常昼勤務 ・ □交代勤務 ・ □深夜勤務 ・ □その他（　　）

作業負荷：　□強い ・ □中等度 ・ □低い

有害業務：　□あり（　　）・ □なし

・休業制度

休業可能期間：　　年　　ヶ月　（　　年　　月　　日 まで）

休業中給与、傷病手当金の支給：　□あり ・ □なし

社内復職プログラム：　□あり ・ □なし

復職プログラム内容：

私は、主治医から産業医への診療情報開示について説明を受け、同意しました。

従業員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　＿＿＿＿年　　月　　日

診療情報提供のお願い

〇〇 病院
精神 科　　〇〇 〇〇　先生 御侍史

A 年 B 月 C 日

会社名　〇〇 〇〇株式会社
産業医氏名　〇〇 〇〇

平素より、弊社従業員　〇〇 〇〇　をご高診頂き、誠にありがとうございます。
休業開始に際し、別紙（診療情報提供書）に記載してあります事項について、情報提供をお願い致します。
なお、情報提供については本人より了承を得ており、頂いた情報はプライバシー保護に十分配慮し、
産業保健スタッフが責任を持って管理致します。

・目的

本人が安心して病気療養に専念できるよう、サポートを行うための材料として、
また、病気療養中の安全を確保するために、必要な情報を収集するため。

・最近の職場での様子

この3ヶ月は突発休（月曜日に多い）や遅刻が目立ち、年休を消化してしまっている。
2ヶ月前より睡眠障害が目立つようになったため、貴院紹介受診となった。

・本人の業務内容

業務内容：　システムエンジニア。リーダー職として、社員や派遣社員を取りまとめる業務を担当
半年前よりトラブル対応で長時間残業が増加していた。

部署：　〇〇部　　職位：　■一般社員 ・ □管理職

勤務形態：　■常昼勤務 ・ □交代勤務 ・ □深夜勤務 ・ ■その他（ 定例で夜間作業あり ）

作業負荷：　■強い ・ □中等度 ・ □低い

有害業務：　□あり（　　） ・ ■なし

・休業制度

休業可能期間：　2 年　6 ヶ月　（ X 年 Y 月 Z 日 まで）

休業中給与、傷病手当金の支給：　■あり ・ □なし

社内復職プログラム：　■あり ・ □なし

復職プログラム内容：　1ヶ月間の試し出勤制度あり（休職期間中の運用）

私は、主治医から産業医への診療情報開示について説明を受け、同意しました。

従業員氏名　〇〇 〇〇　印　　〇 年 〇 月 〇 日

診療情報提供書(休業開始時)

〇〇会社　　年　　月　　日
産業医　〇〇〇〇　行

患者氏名　　年　　月　　日生

【現病歴】
1. 診断名

2. 現在の病状、治療概要

3. 今後の治療見通し

【休業中のアドバイス】
1. 本人に対する注意事項

2. 望ましい療養場所

3. 職場に対する注意事項

4. 職場から本人へのコンタクトの可否
□」可能　・　□不可

【その他連絡事項】

医療機関名

住所

主治医氏名　　印

診療情報提供のお願い

病院　　年　　月　　日
科　　先生　御侍史

会社名
産業医氏名

平素より、弊社従業員 ＿＿＿＿＿＿ をご高診頂き、誠にありがとうございます。
ご多忙の所恐縮ですが、別紙（診療情報提供書）事項につきまして、情報提供をお願い致します。
なお、情報提供については本人了承を得ており、頂いた情報はプライバシー保護に十分配慮し、
産業保健スタッフが責任を持って管理致します。

・情報提供依頼の目的

・休業中の本人とのコンタクト

・産業医意見

・休業制度
休業可能期間:　　年　　ヶ月　（　　年　　月　　日 まで）
休業中給与、傷病手当金の支給:　□あり ・ □なし
社内復職プログラム:　□あり ・ □なし
復職プログラム内容:

私は、主治医から産業医への診療情報開示について説明を受け、同意しました。

従業員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　＿＿＿＿＿＿年　　月　　日

診療情報提供のお願い

〇〇 病院
精神 科　　〇〇 〇〇　先生 御侍史

A 年 B 月 C 日

会社名　〇〇 〇〇株式会
産業医氏名　〇〇 〇〇

平素より、弊社従業員　〇〇 〇〇　をご高診頂き、誠にありがとうございます。
ご多忙の所恐縮ですが、別紙（診療情報提供書）事項につきまして、情報提供をお願い致します。
なお、情報提供については本人了承を得ており、頂いた情報はプライバシー保護に十分配慮し、
産業保健スタッフが責任を持って管理致します。

・情報提供依頼の目的
本人が引き続き安心して病気療養に専念できるようサポートし、復職準備の段階へ
円滑につなげるため。

・休業中の本人とのコンタクト
月1回職場上司が本人と連絡を取り、状況の確認を行っている。
外出可能時は、2ヶ月に1回程度のペースで当社健康管理室に来てもらい、産業医面談を行ってい

・産業医意見
休職開始時と比べると外出頻度は週3回程度と増加していますが、外出した翌日は疲労が
蓄積し、1日寝てすごすようでした。
休業開始か来月で半年経過し、通勤時間が1.5時間かかることを考慮し、復職時は社内復職
プログラムを経た方が良いと考えています。

・休業制度
休業可能期間：　2 年　6 ヶ月　（ X 年 Y 月 Z 日 まで）
休業中給与、傷病手当金の支給：　■あり ・ □なし
社内復職プログラム：　■あり ・ □なし
復職プログラム内容：　1ヶ月間の試し出勤制度あり（休職期間中の運用）

私は、主治医から産業医への診療情報開示について説明を受け、同意しました。

従業員氏名　〇〇 〇〇　印　　〇 年 〇 月 〇 日

診療情報提供書(休業中)

〇〇会社　　年　　月　　日
産業医　〇〇〇〇　行

患者氏名　　年　　月　　日生

【現病歴】
1. 診断名

2. 現在の病状、治療概要

3. 今後の治療見通し

4. 復職プログラム(社内・社外)の必要性について

【休業中のアドバイス】
1. 本人に対する注意事項

2. 望ましい療養場所

3. 職場に対する注意事項

4. 職場から本人へのコンタクトの可否
□可能　・　□不可

【その他連絡事項】

医療機関名

住所

主治医氏名　　印

診療情報提供のお願い

病院　　年　　月　　日
科　　先生　御侍史

会社名
産業医氏名

平素より、弊社従業員 ＿＿＿＿＿＿＿＿ をご高診頂き、誠にありがとうございます。
職場復帰を控え、別紙（診療情報提供書）事項につきまして、情報提供をお願い致します。
なお、情報提供については本人了承を得ており、頂いた情報はプライバシー保護に十分配慮し、
産業保健スタッフが責任を持って管理致します。

・情報提供依頼の目的

・休職前の業務内容
　業務内容：

　部署：　　役職：　□一般社員 ・ □管理職
　勤務形態：　□常昼勤務 ・ □交代勤務 ・ □深夜勤務 ・ □その他（　　）
　作業負荷：　□強い ・ □中等度 ・ □低い
　有害業務：　□あり（　　）・ □なし

・社内復職プログラム参加状況

・産業医意見

私は、主治医から産業医への診療情報開示について説明を受け、同意しました。

従業員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　＿＿＿＿年　　月　　日

診療情報提供のお願い

〇〇　病院
精神　科　　〇〇　〇〇　先生　御侍史

A　年　B　月　C　日

会社名　　〇〇　〇〇株式会社
産業医氏名　〇〇　〇〇

平素より、弊社従業員　　〇〇　〇〇　　をご高診頂き、誠にありがとうございます。
職場復帰を控え、別紙（診療情報提供書）事項につきまして、情報提供をお願い致します。
なお、情報提供については本人了承を得ており、頂いた情報はプライバシー保護に十分配慮し、
産業保健スタッフが責任を持って管理致します。

・情報提供依頼の目的
安全配慮の観点から、本人の健康状態や業務遂行能力を正確に把握し、円滑な職場復帰に
つなげるため。

・休業前の業務内容
業務内容：　システムエンジニア。リーダー職として、社員や派遣社員を取りまとめる業務を担当
半年前よりトラブル対応で長時間残業が増加していた。
部署：　〇〇部　　役職：　■一般社員　・　□管理職
勤務形態：　■常昼勤務　・　□交代勤務　・　□深夜勤務　・　□その他（　定例で夜間作業あり　）
作業負荷：　■強い　・　□中等度　・　□低い
有害業務：　□あり（　　）　・　■なし

・社内復職プログラム参加状況
〇月〇日より試し出社制度を開始し、午前勤務1週間、5時間勤務1週間、8時間勤務を2週間
行いましたが、欠勤、遅刻なくプログラムを修了しました。部内メンバーとのコミュニケーションも
良好で、日中の居眠りや離席はありませんでした。
・産業医意見
復職プログラムを問題なく修了しました。
元職場が現在もイレギュラーなトラブル対応が避けられない状況のため、別プロジェクトへ移り
復職することが可能です。

私は、主治医から産業医への診療情報開示について説明を受け、同意しました。

従業員氏名　　〇〇　〇〇　　印　　〇 年　〇 月　〇 日

診療情報提供書(復職前)

〇〇会社　　年　　月　　日
産業医　〇〇　〇〇　行

患者氏名　　年　　月　　日生

【現病歴】
1. 診断名

2. 現在の病状、治療概要

3.社外復職プログラム参加状況

【復職判断】
1. 復職可否　　□復職可能（　　年　　月　　日より）　・　□復職不可

2. 就業上の配慮　　□必要とする　・　□必要としない
主治医意見
□ 短時間勤務　　必要 ・ 不要
□ 時間外労働　　禁止 ・ 制限(　　時間/月まで)
□ 休日出勤　　禁止 ・ 制限(　　回/月まで)
□ 交代勤務　　禁止 ・ 制限(　　回/月まで)
□ 深夜勤務　　禁止 ・ 制限(　　回/月まで)
□ その他
□ 下記の面談において説明したい
本人意見

3. 主治医と本人・復職前の人事・上司等との面談の要否
□必要とする
目的　□配属先・業務内容等の就業環境への配慮　□病状への配慮　□その他

□必要としない
理由　□すでに懸念事項は解決済み　□その他

【その他連絡事項】

医療機関名

住所

主治医氏名　　印

診療情報提供のお願い

病院　　年　　月　　日
科　　先生　御侍史

会社名
産業医氏名

平素より、弊社従業員 ＿＿＿＿＿＿ をご高診頂き、誠にありがとうございます。
復職後　　ヶ月が経過しました。別紙（診療情報提供書）事項につきまして、情報提供をお願い致しま
なお、情報提供については本人了承を得ており、頂いた情報はプライバシー保護に十分配慮し、
産業保健スタッフが責任を持って管理致します。

・情報提供依頼の目的

・現在の業務内容
　業務内容:

　部署:　　役職:　□一般社員 ・ □管理職
　勤務形態:　□常昼勤務 ・ □交代勤務 ・ □深夜勤務 ・ □その他（　　）
　作業負荷:　□強い ・ □中等度 ・ □低い
　有害業務:　□あり（　　）・ □なし

・現在の具体的配慮事項

・職場での様子（業務パフォーマンス、勤怠）

・産業医意見

私は、主治医から産業医への診療情報開示について説明を受け、同意しました。

従業員氏名　　印　　年　　月　　日

診療情報提供のお願い

〇〇 病院
精神 科　　〇〇 〇〇　先生 御侍史

A 年 B 月 C 日

会社名　〇〇 〇〇株式会社
産業医氏名　〇〇 〇〇

平素より、弊社従業員　〇〇 〇〇　をご高診頂き、誠にありがとうございます。
復職後 〇 ヶ月が経過しました。別紙（診療情報提供書）事項につきまして、情報提供をお願い致します
なお、情報提供については本人了承を得ており、頂いた情報はプライバシー保護に十分配慮し、
産業保健スタッフが責任を持って管理致します。

・情報提供依頼の目的
　復職後、順調に出社していましたが、この1ヶ月再び体調不良の訴えが増えており、
　再休業の要否についてご意見を伺いたい。
・現在の業務内容
　業務内容：　休職前と異なるプロジェクトへ移り、システムエンジニアの一作業員として従事していた
　　業務量は落ち着いており、残業や夜間作業はなく、顧客対応などのストレスはなかった。
　部署：　〇〇部　　役職：　■一般社員 ・ □管理職
　勤務形態：　■常昼勤務 ・ □交代勤務 ・ □深夜勤務 ・ □その他（　　）
　作業負荷：　■強い ・ □中等度 ・ □低い
　有害業務：　□あり（　　） ・ ■なし

・現在の具体的配慮事項
　残業時間制限（月10時間まで）、深夜業禁止、休日出勤禁止 としていました。
　リーダー業務は外れ、他部門との調整や顧客対応などは控えていました。
・職場での様子（業務パフォーマンス、勤怠）
　〇月に入り、再度勤怠が悪化しており、この〇ヶ月で欠勤6回、遅刻5回認めています。
　また、業務効率の低下、勤務時間中の居眠りも認められています。
・産業医意見
　勤怠不良や、業務効率の低下、業務のミス増加が甚だしく、病状の悪化が疑われました。
　職場で配慮すべき事項や、再休業の要否についてご意見を頂きたく存じます。

私は、主治医から産業医への診療情報開示について説明を受け、同意しました。

従業員氏名　〇〇 〇〇　印　　〇 年 〇 月 〇 日

診療情報提供書（復職後）

〇〇会社　　年　　月　　日
産業医　〇〇　〇〇　行

患者氏名　　年　　月　　日生

【現病歴】
1. 診断名

2. 現在の病状、治療概要

【就業判断】

1 就業上の配慮　　□必要とする　・　□必要としない
主治医意見
□ 短時間勤務　　必要 ・ 不要
□ 時間外労働　　禁止 ・ 制限（　　時間/月まで）
□ 休日出勤　　禁止 ・ 制限（　　回/月まで）
□ 交代勤務　　禁止 ・ 制限（　　回/月まで）
□ 深夜勤務　　禁止 ・ 制限（　　回/月まで）
□ その他
□ 下記の面談において説明したい
本人意見

2 主治医と本人・復職後の人事・上司等との面談の要否
□必要とする
目的 □配属先・業務内容等の就業環境への配慮　□病状への配慮　□その他

□必要としない
理由　□すでに懸念事項は解決済み　□その他

【その他連絡事項】

医療機関名

住所

主治医氏名　　印

休業状況報告書(　　年　　月分)　:返信期限:平成　　年　　月　　日

〇〇株式会社人事労務担当者　殿

最近の休業中の状況につき、下記のとおりご報告致します。　　記入日:平成　　年　　月　　日

所属		社員番号	
氏名	印	休業開始日	年　　月　　日

1. 生活状況	① 睡眠は？☐ とてもよい　☐ まあまあよい　☐ あまりよくない☐ とてもよくない ② 食欲は？☐ とてもよい　☐ まあまあよい　☐ あまりよくない☐ とてもよくない ③ 外出は？(1日平均) ☐ 3 時間以上　☐ ～3 時間　☐ ～1 時間　☐ ほとんどしない ④ 自宅での主な過ごし方は？(複数回答可) ☐ 読書　☐ ネット・パソコン　☐ TV, ビデオ鑑賞 ☐ 横になって休んでいる　☐ 眠っている　☐その他
2. 通院状況	⑤ 通院先医療機関名「　　」 主治医氏名「　　」 ⑥ 直近の通院日　　月　　日(　　)　(定期的　・　不定期) ⑦ 次回の通院予定日　　月　　日(　　)
3. 主治医の指示	⑧ 指示内容 ☐ 要安静　☐ 外出可能　☐ 復職準備可能 ☐ その他
4. 服薬	⑨ 服薬 ☐ 毎日服薬している　☐ 時々服薬している　☐ 服薬していない 服薬中の場合は最近の服薬内容を下記に記載してください。(薬の名前、量等) 〔　　〕
5. 最近の状態	⑩ 最近1ヵ月間の安定感は？ ☐ よい　☐ ふつう　☐ 悪い　☐わからない
6. 就労再開の見通し(自身の判断)	⑪ 再開見通し ☐ おおよそ(　　)月頃　☐ 未定
7. 職場からの連絡可否	⑫ 連絡 ☐ 否　☐可 →　☐ 面談 ☐ 電話→番号 ☐ E-mail→アドレス ＊連絡時期・・・・・ ☐ 1 か月以内　☐翌月　☐2 ヵ月後
8.その他 特記事項	⑬ 今後の見通し、希望・相談などがありましたら記入してください 無　・　有

回答できない場合は、右を記入して下さい	☐回答できません(理由:　　)
最後に記入漏れのチェックです。	☐確認しました

書式:2015 年医療法人社団桜メディスン産業保健サポートセンター

立場	連携力を構成する専門性		内容（例）
職場側	A業務歴	産業医業務歴	産業医資格（労働安全衛生規則第14条第2項による）を有し、①職場と契約（常勤、非常勤、嘱託等を含む）した職場メンタルヘルス関連業務経歴、②医師会、産業保健総合支援センター（旧産業保健推進センター）、労働基準監督署等における職場メンタルヘルス関連業務経歴、③職務経歴上、上記①②と同等の経験、のいずれかを含む職場における産業保健業務職務経歴
	B業務ポリシー	職場のメンタルヘルス対策への関わり	職場のメンタルヘルス対策において、①労働者のメンタルヘルスに積極的に関わり、職業生活への力動的理解の視点から労働者が職場で良い適応を果たすよう支援する、②人事、管理職、産業保健スタッフ等と共同して必要な支援を提供する、③メンタルヘルス不調者の病態理解、就業支援に向けて主治医との連絡・連携を適切に取り組む、④企業を取り巻く経営環境、諸制度の動向に注目し、職場環境の改善、業績向上へつながるような支援をめざす
主治医側	C業務歴	C1精神科専門医業務歴	精神科医としての職務経歴を有し、精神保健指定医、または、日本精神神経学会精神科専門医のいずれか、もしくは両方を有する
		C2 精神科専門医以外の臨床医業務歴	総合診療・心身医学・行動医学などの立場からメンタルヘルス関連病態の理解・生活支援・ケースワーク対応等について十分な知識と経験を有する
	D業務ポリシー	主治医としてのメンタルヘルス不調者への関わり	メンタルヘルス不調者のケアにおいて、①不調の背景にある職場内要因、職場外要因、個人要因についての力動的理解を進める、②職場との連絡・連携を適切に取り組む、③身心の回復ならびに職業生活の安定化に向け支援していく、④普段から職業現場における問題点、労働福祉、障害者雇用、ストレスチェックなど諸制度の動向に注目し研鑽を積んでおく

ISSN 1883−9460

公益社団法人 日本精神神経科診療所協会

日精診 journal

Japanese Association of Neuro-Psychiatric Clinics

41巻2号（第215号）
2015年3月

■ 巻頭言　新米理事雑感　理事　丸井規博

■ 精神科診療所から見たビジョンプロジェクト　モデル診療所訪問調査②　湖南クリニック／デイケアクリニック
ほっとステーション／有識者インタビューIII　神庭重信 先生・中村　純 先生・内村直尚 先生

■ 公開市民講座　第6回みんなでかたろう！女性のメンタルヘルス　近いからこそ難しい−女性の人間関係論
第1部　特別講演　水島広子（対人関係療法専門クリニック院長）　第2部　ミニシンポジウム

■ 子どもの心の健康を考えるシンポジウム　子どもの薬物療法〜医療現場での苦悩
講演　市川宏伸（東京都立小児総合医療センター顧問）・飯田順三（奈良県立医科大学医学部看護学科教授）・
山口純枝（名古屋市立中小田井小学校校長）

■ 日医共催／平成26年度医学生・研修医等をサポートするための会　女性精神科医との懇話会
基調講演　海老澤佐知江・伊波真理雄（雷門メンタルクリニック院長）

■ 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　産業メンタルヘルス関連委員会

■ 理事会次第・資料
平成26年度第7回理事会

JAPC

http://www.japc.or.jp/

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

2015年3月

公益社団法人日本精神神経科診療所協会

産業メンタルヘルス関連委員会

目　次

1．はじめに
2．アンケート調査の背景（図1～図9）
3．アンケート調査の概要
3.1　調査票（図10、図11）
3.2　回答数・回答率（図12、図13）
3.3　回答者のプロフィール（図14、図15）
3.3　都市規模x産業医の有無（図16）
3.4　「不調者」診療の現状（図17、図18）
3.5　臨床診断（図19）
3.6　発症要因と職場内要因（図20）
3.7　不調者向けプログラム（図21）
3.8　不調者診療で困っている点（図22）
3.9　主治医から職場への連絡・連携について（図23、図24）
3.10　主治医から職場への連絡・連携の際の費用負担と同意（図25）
3.11　休復職に関する連絡・連携の目的（図26）
3.12　主治医から職場へ連絡・連携において困っていること（図27）
3.13　職場から主治医への連絡・連携（図28、図29）
3.14　職場から主治医へ復職準備・復職後の連絡・連携（図30）
3.15　連携・連絡の方法（図31）
3.16　職場から主治医へ連絡・連携の際の費用負担と同意（図32）
3.17　職場から主治医へ連絡・連携の際の困ったこと（図33）
3.18　連携効果を高める方策（図34）
3.19　産業医経験（図35、図36、図37、図38、図39）
3.20　障害者雇用（図40）
3.21　概要（図41）
4．まとめにかえて（図42、図43、図44）
5．資料（資料1～7）

1．はじめに

最近、全国各地の職場でメンタルヘルス不調による休業者の増加が指摘されている。多くは、全国各地の会員の診療所においてケアを受けていると思われる。

当委員会（資料2、3、6）では、この状況を踏まえた今後の対策について検討を進めてきたが、多くの委員からは、「職場と主治医との連携を促進する方策の確保」について肯定的な見解が得られ、今後会員に、そして何よりも患者様のケアに役立てていける連携の取り組み方、制度的な枠組みなどについて、さらに検討を深めていきたいと考えている。

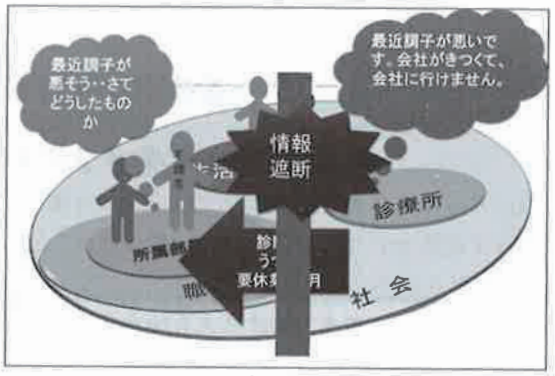
そこで、これらの取組みの第一歩として、会員の本領域での対応の現況と意見を回収するアンケートを2014年5月に実施（資料5）、調査結果は、同年6月に開催の日本精神神経科診療所協会総会（茨城県）、同じく日本精神神経学会（神奈川県）で報告（資料4）、さらに同年9月には日本精神神経科診療所協会（以下、日精診）、東京精神神経科診療所協会（以下、東精診）共催の市民講演会で議論を深めた。

それらの動きを反映する形で、本テーマについて2014年11月より厚生労働科学特別研究班が発足、当委員会メンバーも参加することになった。本研究班は診療報酬改定をも視野に入れており、精神科診療所の今後の運営にも大きく関わってくる。

したがって、本調査は今後の当領域の貴重なデータとして厚労省、関連学会、関係者に活用されていくことが期待されている。ここに至るまで、調査の企画、実施、そして解析等にご尽力いただいた委員会メンバー、ならびに多くの関係各位に改めて感謝申し上げ、本報告書をお届けする次第である。



(図1)



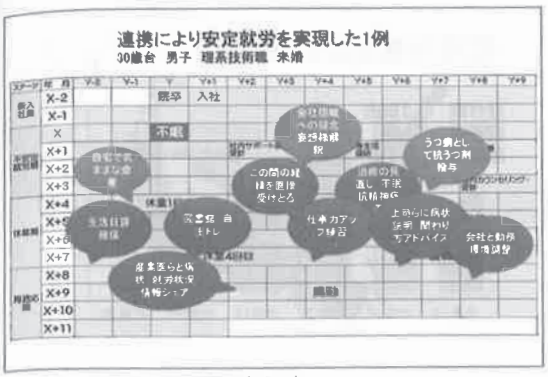
(図2)

2．アンケート調査の背景

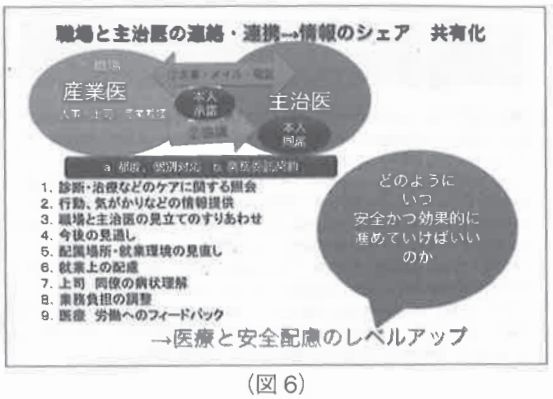
産業メンタルヘルス問題はいろいろな切り口があるが、地方公務員の長期休業者の統計にも表れているように精神疾患の増加傾向が認められている（図1）。この状況は一時的に発生を予防するというより、現状の課題を解決する大きな手がかりはないか、という対策確保への発想で当委員会として取り組んできた。

診療所と職場、ご本人が受診した後、状況としてはかなり深刻な「情報遮断」が生まれている（図2）。診療所は全く会社のことはわからないし、職場のほうも診療所でどうなっているのかわからない、という状況である。

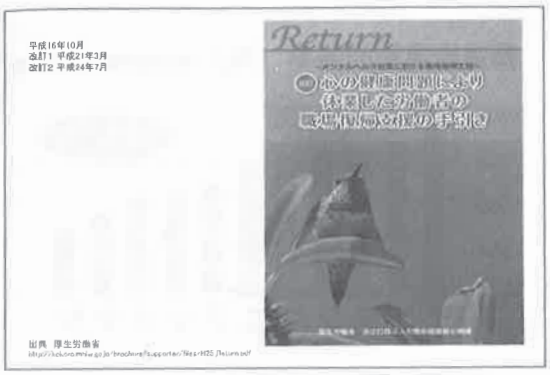
連携により安定就労を実現した1例を紹介する（図3）。院卒で入社して技術者であったが、間もなく崩れて、結局4年目くらいから休業を何度



(図 3)



(図 6)



(図 4)



(図 7)



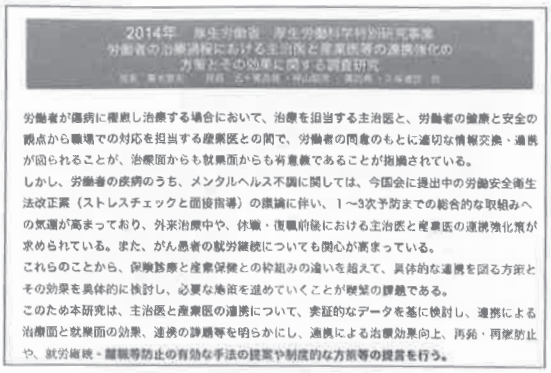
(図 5)



(図 8)

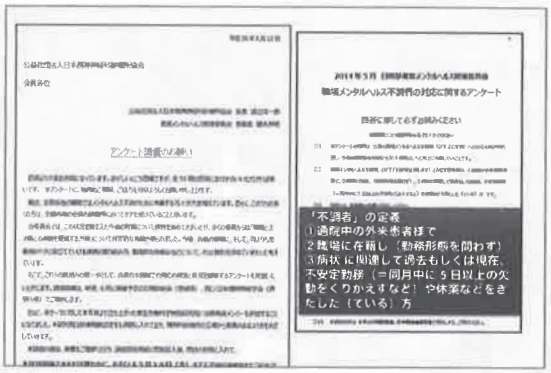
か繰り返した。この時点で会社も非常に心配して診療所との連携が始まった。連携してまず十分休み、建て直しをはじめとして治療も施たても根本的に見直してから復職して、現在まで安定して就業を営んでいる。これは連携が良いほうに作用した一例である。その間に何があったか、治療面、職場の情報、最終的には病態もしくは仕事力に合った環境をセットして、結果的に労働生活が構築できるという事例である。

このような連携効果が治療の質そのものにかなり大きな影響を与えることは、経験上は知られており、厚生労働省の手引きのなかにも「連携の仕方」ということで、「本人の同意を得て情報を交換する」ということが書かれている（図5）。と


2014年　厚生労働省　厚生労働科学特別研究事業
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

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。
しかし、労働者の疾病のうち、メンタルヘルス不調に関しては、今国会に提出中の労働安全衛生法改正案（ストレスチェックと面接指導）の審議に伴い、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。また、がん患者の就労継続についても関心が高まっている。
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。

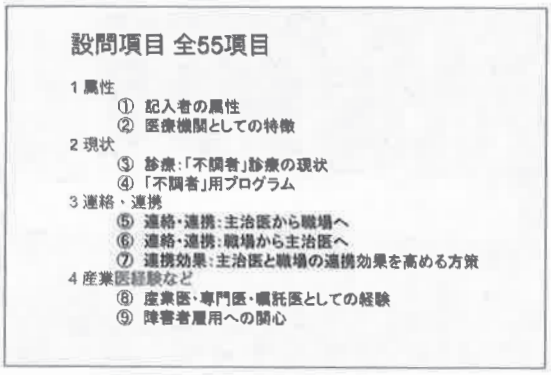
（図 9）


アンケート協力のお願い

職場メンタルヘルス不調者の対応に関するアンケート

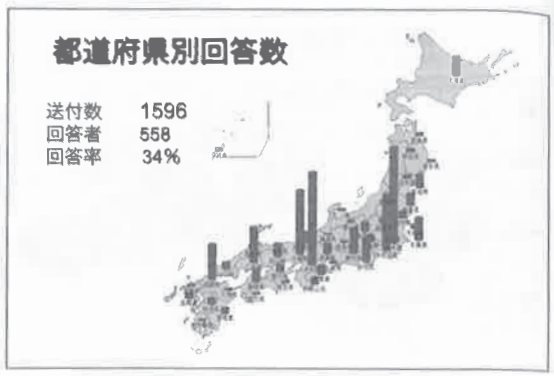
「不調者」の定義
1 通院中の外来患者様で
2 職場に在籍し（勤務形態を問わず）
3 病状に関連して過去もしくは現在、不安定勤務（＝同月中に５日以上の欠勤をくりかえすなど）や休業などをされた（ている）方

（図 10）


設問項目 全55項目

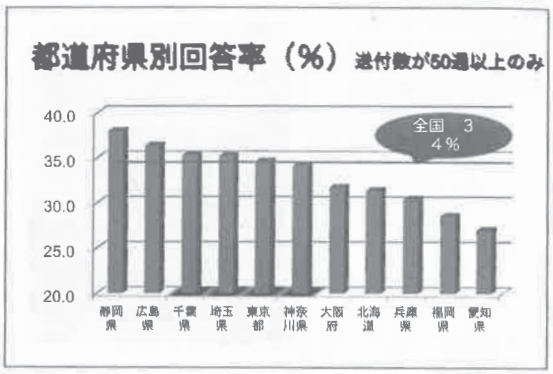
1 属性
① 記入者の属性
② 医療機関としての特徴
2 現状
③ 診療：「不調者」診療の現状
④ 「不調者」用プログラム
3 連絡・連携
⑤ 連絡・連携：主治医から職場へ
⑥ 連絡・連携：職場から主治医へ
⑦ 連携効果：主治医と職場の連携効果を高める方策
4 産業医経験など
⑧ 産業医・専門医・嘱託医としての経験
⑨ 障害者雇用への関心

（図 11）


都道府県別回答数

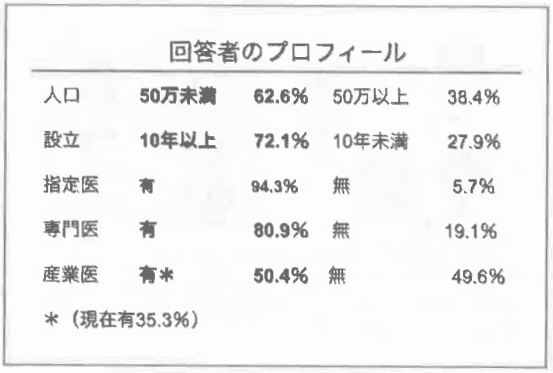
送付数　1596
回答者　558
回答率　34%

（図 12）


都道府県別回答率（%）送付数が50通以上のみ

40.0
35.0
30.0
25.0
20.0
全国　3
4%
静岡県　広島県　千葉県　埼玉県　東京都　神奈川県　大阪府　北海道　兵庫県　福岡県　愛知県

（図 13）


回答者のプロフィール

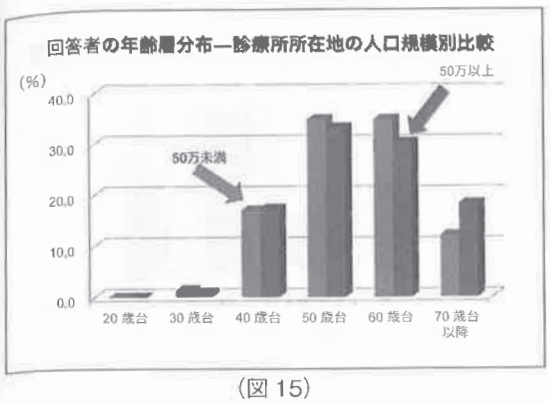
人口	50万未満	62.6%	50万以上	38.4%
設立	10年以上	72.1%	10年未満	27.9%
指定医	有	94.3%	無	5.7%
専門医	有	80.9%	無	19.1%
産業医	有＊	50.4%	無	49.6%

＊（現在有35.3%）

（図 14）

はいえ、主治医は当然治療の義務があり、他方、職場は安全配慮義務ということで、医療と安全配慮のレベルアップをどのように安全かつ効果的に進めていけばよいのか、病態の内容、仕事場の環境の多様性などの不確定変数があるなかで、どのような連携モデルを構築していけばよいのかが大きな課題であった。

日精診としては、2012年に恒例の産業メンタルヘルス講演会で「主治医と企業の連携を求めて」というディスカッションをして、いろいろな立場から連携のあり方を検討した。そして、本アンケート調査とほとんど同時進行的に、2014年11月には、東邦大学の黒木教授を班長として、厚生労働省の労働科学特別研究事業のなかで、「労



(図 15)

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」が発足、当委員会からは五十嵐委員、神山委員長が研究班に参加している。研究計画では、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（図９）。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が、具体的にこれをどのように進めるか、保険診療と産業保健との枠組みの違いを超えて、つまり厚生労働省の厚生省と労働省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されつつある。したがって、今回のアンケート調査は、結果としてはこれらの目的に沿う形で企画、実施ということとなった（資料１）。

３．アンケート調査の概要

3.1　調査票

今回の調査では、通院中の患者様で職場に在籍し（勤務形態を問わず）失業中ではない方で、病状に関連して過去もしくは現在、不安定勤務（例えば同月中に５日以上の欠勤を繰り返すなど）や休業などをきたしている方を「不調者」と定義した（図 10）。

設問項目は全部で 55 項目、属性、現状、連絡・連携、産業医経験という４つの大きなカテゴリで構成している。属性としては、記入者の属性や医療機関としての特徴、「不調者」診療の現状や「不調者」用プログラム、連絡・連携としては主治医から職場へ、もしくは職場から主治医へ、主治医と職場の連携効果を高める方策、最後の産業医経験については、産業医・専門医・嘱託医としての経験や障害者雇用への関心という内容である（図 11）。

3.2　回答数・回答率

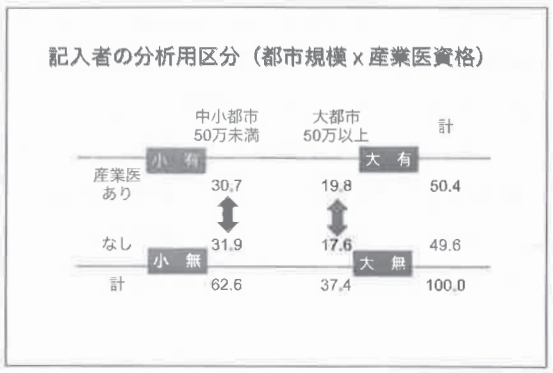
アンケート送付数は 1,596 通、回答者 558 名、回答率 34％、３人に１人の先生から回答を得た。首都圏や会員数の多い地域で回答率が高くなったが、北は北海道から南は沖縄まで全国から回答を得ることができた。県によって日精診の会員数に差があり、50 通以上つまり 50 名以上の都道府県の所在が確認されている県が 11、比較的まとまった県のなかで１位は静岡県。愛知県は少し低い。ちなみに東精診は例会や産業メンタリストの講座に横繋がり、地域繋がりがあり、また首都圏であるので、住居地は埼玉で勤務先は東京や神奈川などという方もあり、圏域の概念が実態に即している（図 13）。

3.3　回答者のプロフィール

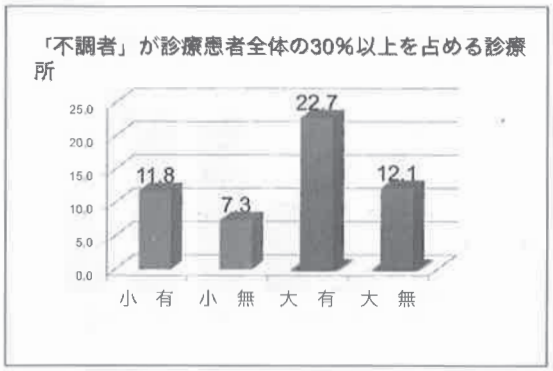
①　回答者の６割は人口 50 万人未満都市で開業、あとの４割は人口 50 万人以上の都市にて開業、という分布。

②　10 年以上設立経過年数が多くて 70％、指定医は 94％、日本精神神経学会専門医有資格者が８割、日医認定産業医有資格者は５割。正確に言うと 35％で、残りの 15％はこれから取る、もしくは過去に取っていた、今もその仕事をやっている。したがって、ちょうど半数が全く過去も現在も未来も産業医を取るつもりはないという回答（図 14）。

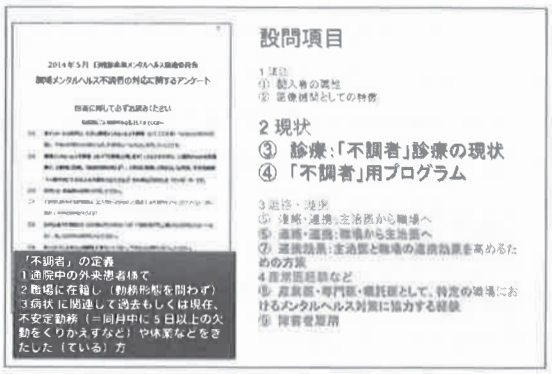
③　今の開設場所の人口サイズで見ても 20 ～



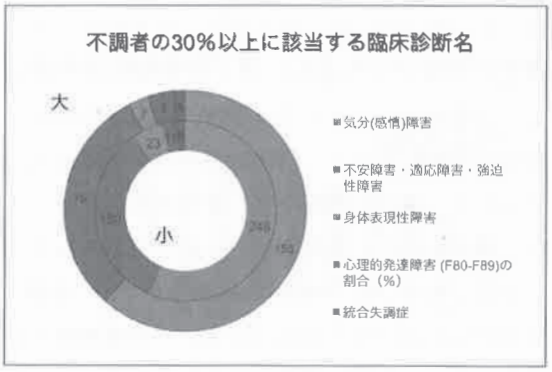
（図 16）



（図 18）



（図 17）



（図 19）

70 歳台を見ると、日精診の会員は 50 ～ 60 歳台が多数を占める。年齢分布は都市規模ではあまり差がなく、年齢は調査結果にあまり大きな影響はないように窺えた。（図 15）

3.3　都市規模 x 産業医の有無

そこで、縦軸は産業医なし、横軸は都市のサイズで大きく 4 区分した（図 16）。（図中に、「小有」と書いてあるのは、中小の「小」で、「有」は産業医の有）。中小都市で産業医の資格が 3 割、というように数字を見る）。

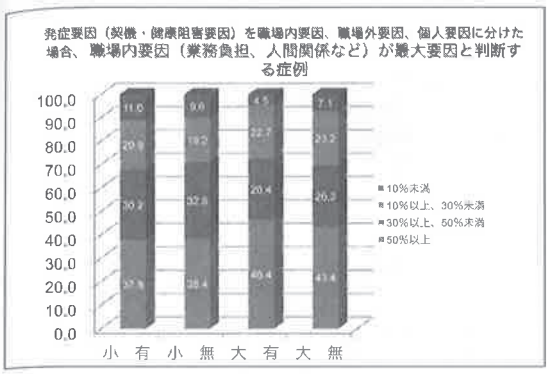
3.4 「不調者」診療の現状（図 17、図 18）

産業メンタルヘルスに関係のある患者様が診療患者全体で 3 割以上を占める診療所、つまり、診療対象の患者様の 3 割以上が不調者、というクリニックの割合は、大都市の産業医経験ありの 22%、産業医経験のない方では 12.1% と約半数であった。都市規模の小さいほうでも、やはりあるなしによって 11.8 %、7.3% と多少差が認められた。大都市では、産業医有資格者には不調者が多く集まる傾向が窺えた。

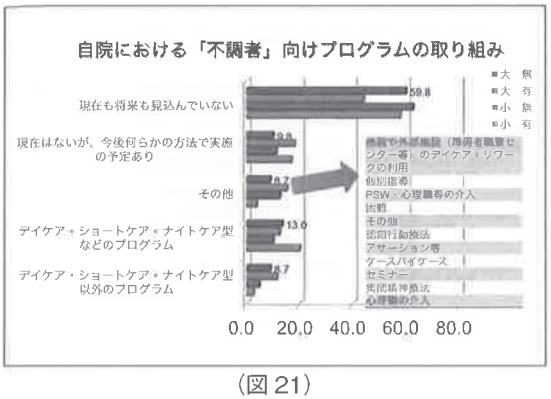
3.5　臨床診断

いろいろな分け方があるが、図 19 のリングの内側が小都市、外側が大都市という都市規模で分けた。産業医のあるなしはほとんど診断名に差がない。都市サイズで比較したが、都市サイズでもあまり大きな差がない。

全体として、約 6 割が気分障害、次いで不安障害である。それから残りのわずかのところに身体表現性障害、心理的発達障害、統合失調症があり、若干だが統合失調症を上回って発達障害が出ていた。このような傾向であるが、このあたりも普段



（図 20）



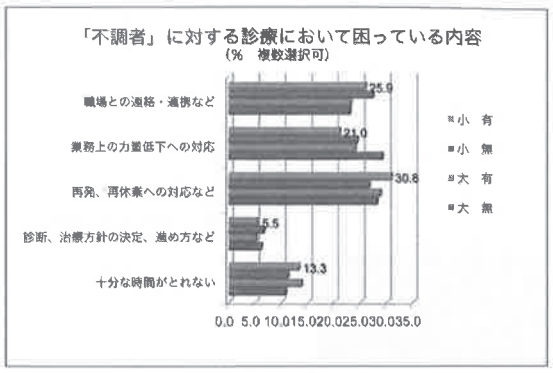
（図 21）

の経験とそれほど違和感はないように思われた。

3.6　発症要因と職場内要因

次は病態をどう診ているか。発症要因（契機・健康阻害要因）を職場内、職場外、個人に分けた。この分け方は、２年前に新しくなった精神障害の労災基準のなかに利用されている（図 20）。

職場内要因（業務負担、人間関係など）が最大要因と判断した症例を４群で比較すると、半数近くのクリニックで 50％以上、したがって、不調者の病態に職場要因がほとんど関係ないという見方は非常に少なく、ほとんどの場合で職場要因が関係していると見なしていた。労働災害適用の可能性を視野に入れつつ、職場の問題について主治医がかなり重視していることが示唆され、連携・連絡が必要な一つの大きな根拠となりうる。



（図 22）

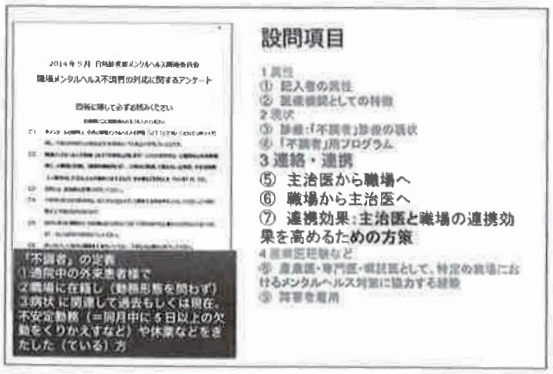
3.7　不調者向けプログラム

不調者用の職場復帰プログラムとか不調者向けのサポートプログラムについては、多少の差はあるが、群にあまり関係なく約６割が「現在も将来も全くそういうことをしていない」という回答で、残りの４割は、「現在はないが今後何らかの方法で実施の予定あり」、「デイケア・ショートケア・ナイトケアなどのいわゆるリワーク研究会が主張しているようなプログラムをやりたい」、もしくは「それ以外のプログラムをしたい」などであった（図 21）。

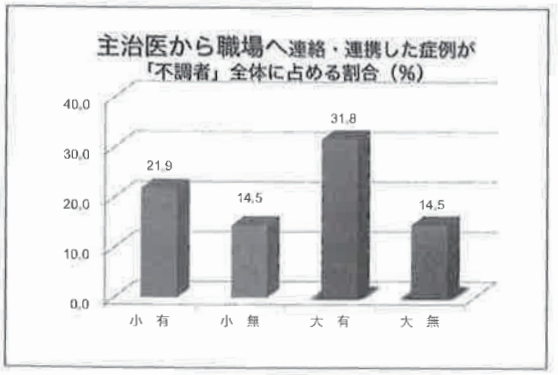
「その他」としては、システマティックなプログラムはやっていないけれども、具体的な取り組みなどがあり、できる範囲のことを盛り込んでやっているとのことで、全体の４割は何らかの治療メニューを持っているという結果となった。これが気分障害向けなのか、病態によって違うのかはわからないが、デイケア以外のプログラムも結構やっているようであり、これらを今後もっと掘り下げていく必要がある。

3.8　不調者診療で困っている点

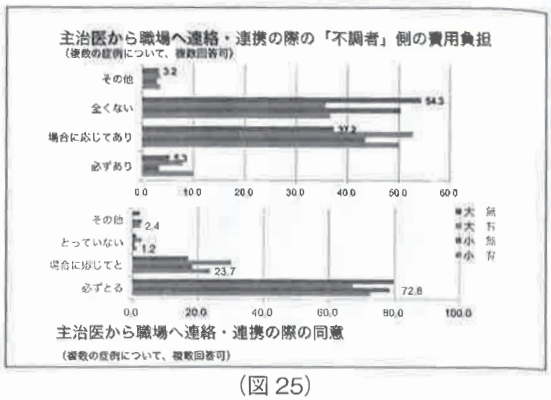
不調者の診療において困っている問題については、群別では大差がないが、２～３割の範囲で職場との連携、業務上の力量低下への対応、仕事力が落ちたのをどうすればよいか、再発・再休業への対応はどうすればよいか、が大きな悩みとして



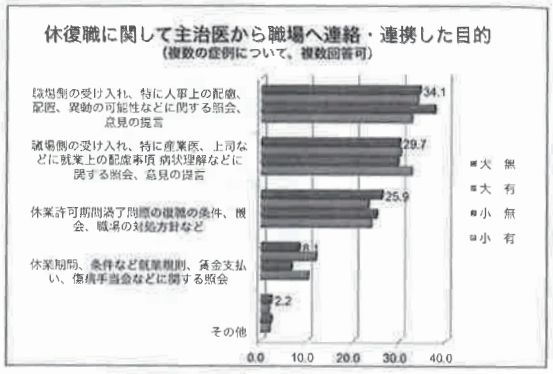
(図 23)



(図 24)



(図 25)



(図 26)

抽出された(図 22)。

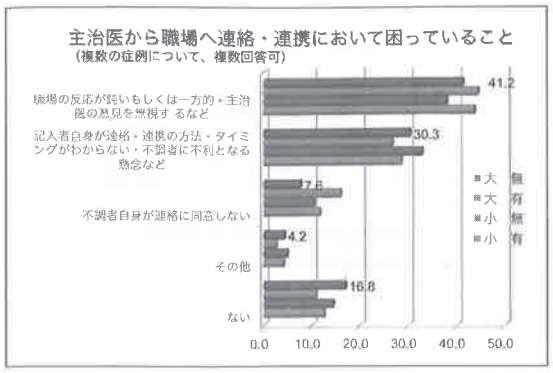
どちらかというと診断や治療方針の決定、進め方についてというよりは、会社、職場との調整範囲に関連するものが多く、果たしてこれが医療のなかで取り組むことが可能かどうかという指摘があり、日精診のレベルで深めていく必要がある。なお一部では、十分な時間が取れないのでそういう答えを持っていながらも実践的には難しいとの回答も寄せられた。

3.9 主治医から職場への連絡・連携について

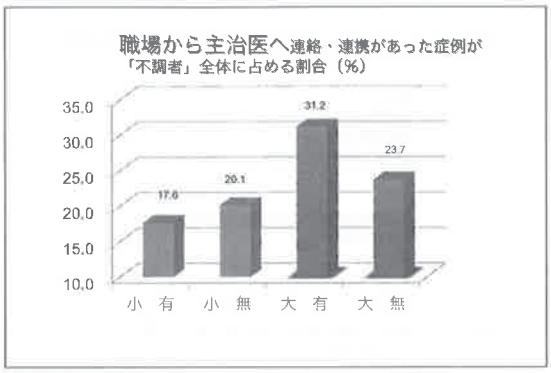
ここでは、「主治医から職場へ」、「職場から主治医へ」、「主治医と職場の連携効果を高めるための方策」の3つの話題がある。まず、主治医から職場へ連絡・連携した症例が不調者全体に占める割合、つまり、ご自分のケースで主治医から情報発信して連絡・連携した症例が不調者においてどれくらいあるか、ということで、産業医を持っておられるグループで大都市圏は3割。3ケースのうち1ケースは何らかの形で連絡している、との回答。これに次いで小都市、やはり産業医のあるなしで傾向に差がある(図 23、24)。当初の想定より高かった印象があり、ニーズがあるということも無論であるが、実際にそういう取り組みを何らかの形でされている、ということは踏まえておくべきである。

3.10 主治医から職場への連絡・連携の際の費用負担と同意

主治医から職場へ連絡・連携の際の不調者側の費用負担について、「場合に応じてあり」と「全く取らない」というのが会員のなかでかなり接近した回答であった。主治医の立場からは、困っている不調者からお金を頂戴してよいのだろうかと



(図 27)



(図 28)

いう意見と、いやいただくべきだという賛否両論があり、これは今後の取り組みのなかで少しずつ埋めていかなければならない（図 25)。

そして、主治医として本人の同意をどう扱うか。「必ず取る」が７割で、「取っていない」というのはほんの１％、しかるに、本人の同意を取る、というのがスタンダードになっている。

3.11　連絡・連携の目的

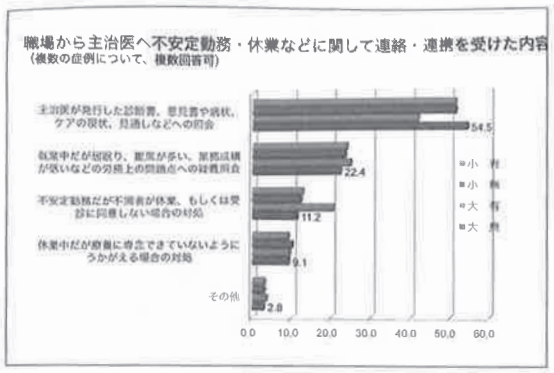
休業・復職に関して主治医から職場へ連絡・連携した目的（図 26）は、主要な答えがほぼ同数で、「職場側の受け入れ、特に人事上の配慮・配置･異動の可能性などに関する照会､意見の提言」は３割。そして、「職場側の受け入れ、特に産業医、上司などに就業上の配慮事項、病状理解などに関する照会、意見の提言」も３割。そして「休業許可期間満了間際の復職の条件、機会、職場の対処方針など」。休業から復職になかなかうまくいきそうもないケースの場合、どうやったら会社から手を差し伸べてもらえるのか、どうすれば条件を満たすのかということに関する照会。最後に「休業期間、条件など就業規則、賃金支払い、傷病手当金などに関する照会」が８％。これは特に経済面の問題に関する照会が、医療ケアや病態に関連するもしくはその人の雇用の再開の実際のアクションに繋がる話題に比べると、少なめであることがわかる。

3.12　主治医から職場へ連絡・連携において困っていること

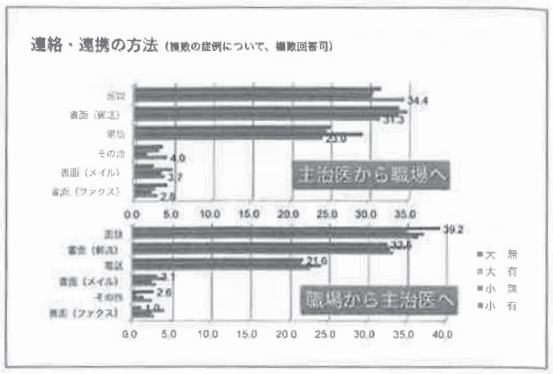
複数回答可としたが、予想通り「職場の反応が鈍いもしくは一方的・主治医の意見を無視する」というのが最多、２番目は「記入者自身が連絡・連携の方法・タイミングがわからない・不調者に不利となる懸念」であった（図 27)。最後は「不調者自身が連絡に同意しない」ので連絡できないであり、実際直面する場合が多い。

なお、回答用紙の余白の部分に書かれていた内容として、例えば産業医がだらしがない、こちらが聞いていないような回答、主治医のコメント、主治医の感想がたくさん書いてあって、たぶん主治医の意見を無視されるので連絡・連携がうまくいかない、もしくは治療効果の発展に繋がらないという、産業医側あるいは職場側のリアクションに対する不満が相当あるとのこと。

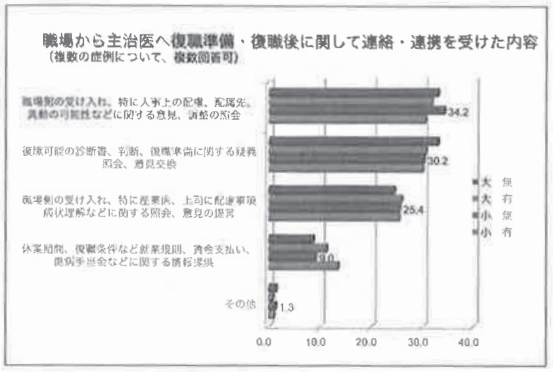
いずれにしても、産業医と主治医のある種のキャッチボールのルールがお互いにできていないということ、実際上は雪合戦のような状況になっているかもしれない。野球のキャッチボールあるいはサッカーのパスのように相手めがけてしっかり受け止めてもらえるようなやり取りにしないと、効果が上がらない可能性が高い。それに向けてどうすればよいかというのが、これからのテーマかもしれない。



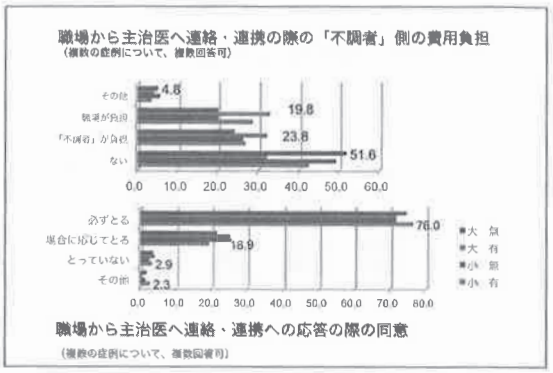
（図 29）



（図 31）



（図 30）



（図 32）

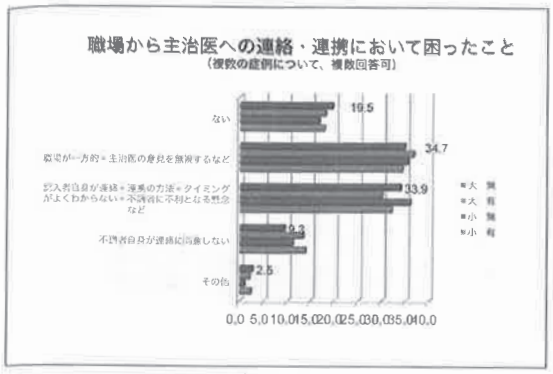
3.13　職場から主治医への連絡・連携

職場からのリアクション、職場からのメッセージが届く割合が全体に占める割合は、先程とかなり似て、産業医の資格を持っている大都市圏の先生方が３割、産業医がなくても大都市圏の方は23%という結果であった（図 28)。

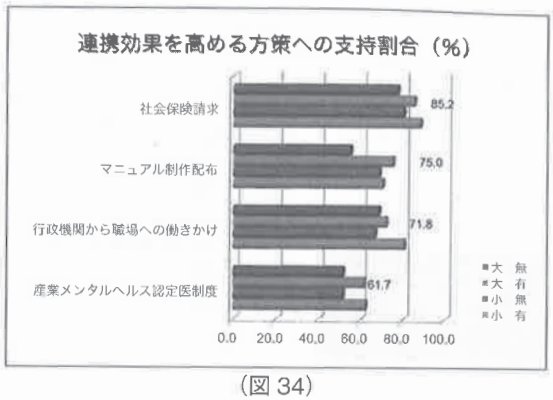
連絡・連携の目的は、不安定勤務・休業について勤務が乱れて休業しようかどうしようかという場合の照会（図 29)。ここでは典型例として２例があると思われ、会社がどうマネジメントしようが、本人が休みたくてどんどん診断書を書いてくれと言って休んでしまう場合、逆に主治医も職場も休んだほうがよいと思っているのに、本人がどんどん仕事に来て結果的に不安定になる場合がある。「主治医が発行した診断書、意見書や病状、ケアの現状、見通しなどへの照会」が半数近くを占め、「就業中に居眠り、離席が多い、業務成績が低いなどの労務上の問題点への疑義照会」が２割、「不安定勤務だが不調者が休業、もしくは受診に同意しない場合の対処」が１割、それから「休養中だが療養に専念できていないように窺える場合の対処」、すなわち実際に休業に入ってしまった場合と続く。このなかで主治医が出した情報に対するリアクションが半数で、職場側からとは言え、産業医であろうと人事担当者であろうと本人の同意が必要であり、問題の質としては一番深刻だが実際に連携・連絡に繋げるにはかなり難がある場合に相当する。

3.14　職場から主治医へ復職準備・復職後の連絡・連携

「職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配属先、異動の可能性などに関する意見、調整の照会」だが、主治医の意見を聞いてからこういうことを決



（図 33）



（図 34）

めるというのは、非常に多く、3割位であった。「復職可能の診断書、判断、復職準備に関する疑義照会、意見交換」が3割、「職場側の受け入れ、特に産業医、上司に配慮事項、病状理解などに関する照会、意見の提言」が25%。先程の休業期に比べると、こちらのほうが質問の内容がかなり状況に即していて積極的な内容のように窺えた（図30）。

3.15　連携・連絡の方法

「主治医から職場へ」の方法としては、面談、書面（郵送）、電話、その他の順であった。その他、のなかで圧倒的に多かったのは、本人に書面を渡して持っていってもらう方式。これは郵送でもメールでもFAXでもないということで、書面（持参）というご意見があった。実際の書面によるやりとりと面談というのは、ほぼ同じレベルであった。職場からそういう照会が来たので書いたというものも含まれると思われるが、面談が多く、主治医が促したら職場から来たという結果かもしれない。

他方、「職場から主治医へ」ではやはり面談が多いが、「主治医から職場へ」よりは少し多めであった。後はほぼ似たような数値。今のところはどちらから動きがあろうとも、方法としては面談と書面の郵送がほぼ同じ割合（図31）。

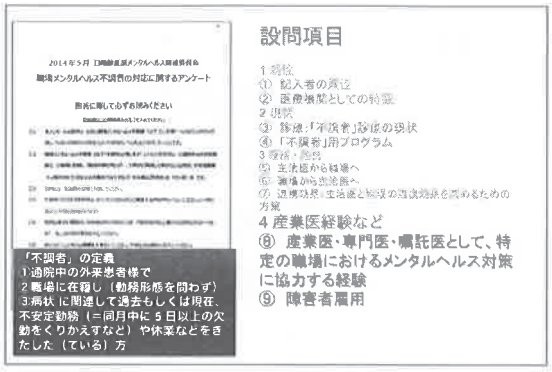
3.16　職場から主治医へ連絡・連携の際の費用負担と同意

次いで費用負担について（図32）。職場から主治医へ連絡・連携の際の費用負担は、職場負担は19%で3割は大都市圏の産業医であり、大都市圏では職場負担が一番多い。不調者の負担あり、全くないと意見が分かれた。これは、先程の「主治医から職場へ」の場合の費用負担とほぼ同様。

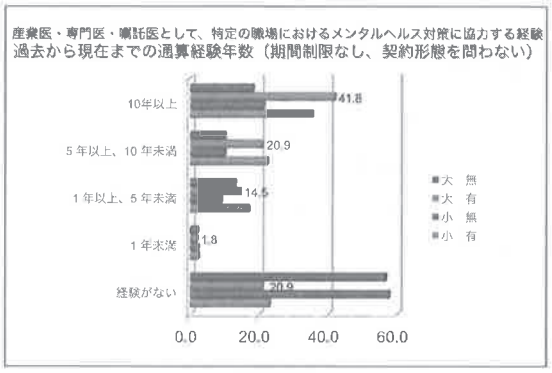
同意も先程とほとんど変わりなく、必ず取るというのが7割で、ほとんど取るというのがベース。したがって、同意を取るか取らないかという点の判断においては、「取る」ということが原則的に常識化しているが、費用負担については意見が分かれている（図32）。

3.17　職場から主治医へ連絡・連携の際の困ったこと

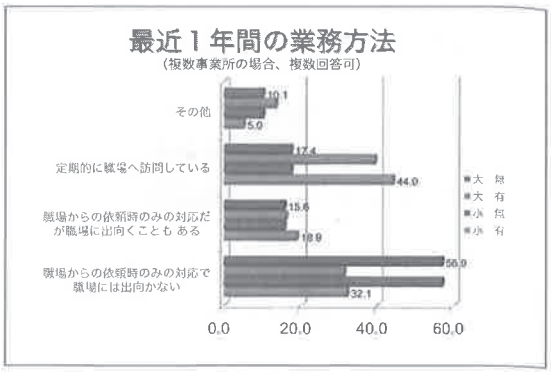
先程と似て、「職場が一方的で主治医の意見を無視する」、「記入者自身が連絡・連携の方法、タイミングがよくわからない・不調者に不利となる懸念」など、どちらの向きでも主治医が困っているという点ではあまり大きな違いはなく、「不調者自身が連絡に同意しない」というのも1割あった。全くないという意見もみられたので、一方的に何度も繰り返して、しっかり連携ができている、という事例も多いかもしれない（図33）。



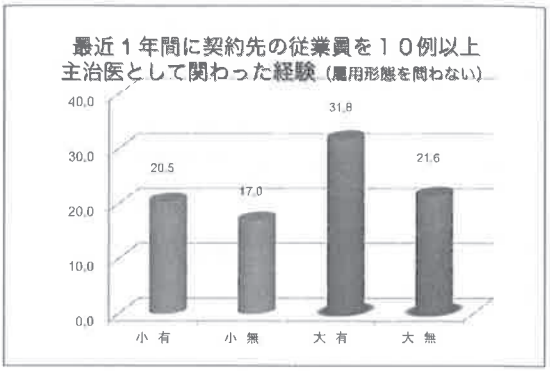
（図 35）



（図 36）



（図 37）



（図 38）

3.18　連携効果を高める方策

多々あるなかで非常に切実な話題として4提案に対する見解（図34）は、「社会保険の診療報酬の請求として点数化し、例えば500点といった設定にして厚生労働省に認めてもらう」は、いずれの群も大賛成という結果であった。先程の費用を取らないという意見が半分くらいのなかでさえ支持を得たということは、公的な制度ができ上がればそれは賛成ということを示唆する。

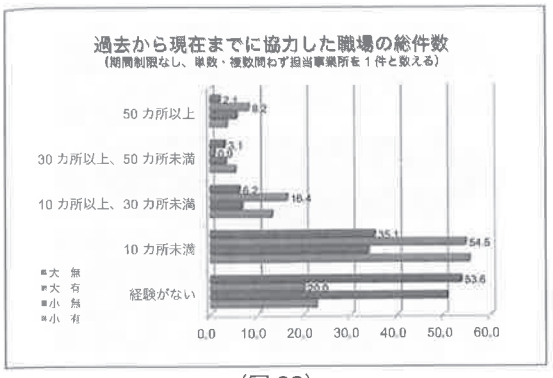
また、実際のスキルの点で日精診がマニュアルを制作・配布して、ガイドブック的なものを出すことについては75%の支持。

行政機関から職場への働きかけは、主治医に対して積極的に職場から発信してほしいというように行政機関から働きかけてもらう、労働基準監督署をはじめとして労働局傘下の機関から出してもらうことについても7割の支持が得られた。

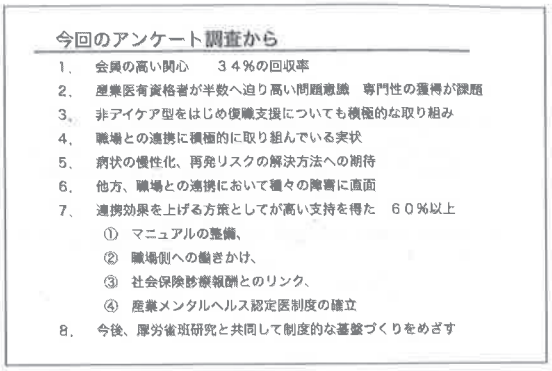
最後に産業メンタルヘルス認定医制度、つまり現在産業医の資格も持っているし、そういう現場での取り組みに非常に熱心で連絡・連携を意識的に基本ベースとするような認定医とすると、重点的に今後この種の話題に取り組んでいくという制度については60%位の支持が得られた。

3.19　産業医経験

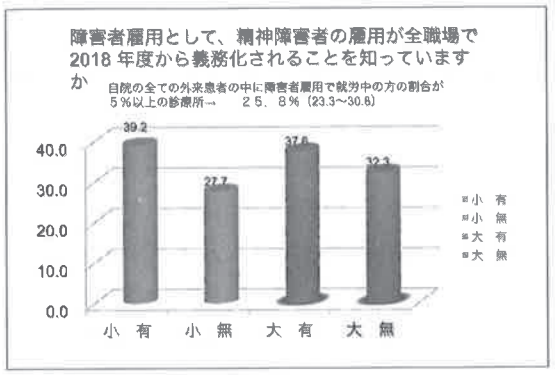
過去から現在まで通算した経験年数（契約形態を問わず、期間制限なし）に対する質問は（図35、図36）、産業医の経験がない先生のほうが多くてだいたい6割くらいだが、経験がある先生は10年以上とか、かなり長く取り組んでいる先生方が多い。最多は大都市で産業医経験を持っている先生で10年以上。精神科医を標榜する日精診の会員でもこのあたりの経験量はかなり異なる事情が示唆された。



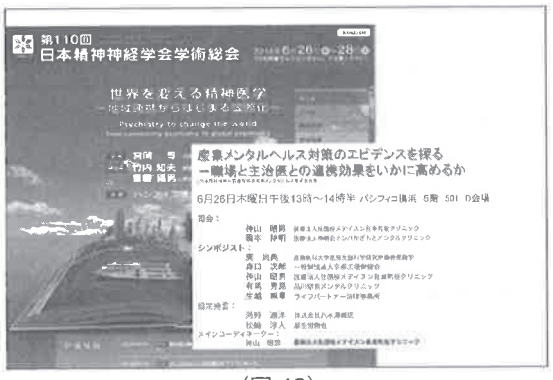
（図 39）



（図 41）



（図 40）



（図 42）

最近１年間の業務方法について（図 37）、職場からの依頼時のみの対応で職場には出向かないという場合が大都市圏の産業医の先生は３割、残りは職場からの依頼時のみの対応で、まれに職場に出向くこともある、定期的に職場に訪問しているなど、何らかの形で職場を見ているという場合を合わせると３割程度。かなり積極的に産業医、精神科の臨床も行っているという事情が明らかとなった。今後、社会的には大きなソーシャルリソースになっていく可能性が高い。

また、産業医と主治医を兼ねるということについて、今までの議論では大きく意見が分かれたが、実際にはどうかといえば、「最近１年間に契約先の従業員を 10 例以上主治医として関わった経験はどれくらいお持ちですか？」という質問に対して、大都市圏の先生方は 31％（図 37）。年間 10 例以上新患として契約先の社員を診ているということで、診ざるを得ないなどいろいろな状況があってこのような結果になると思われ、実際にどのようなルールが必要かということももっと検討が必要である（図 38）。

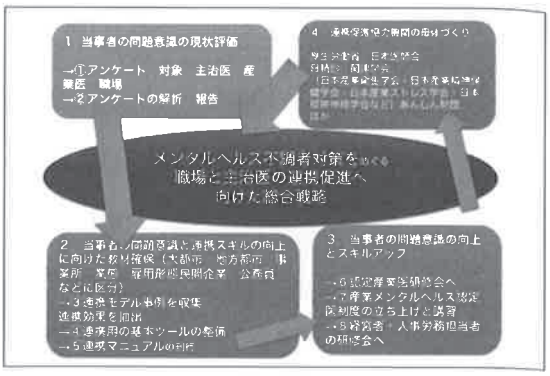
過去から現在までに協力した職場の総件数（図 39）は、経験がないとの回答も多いが、経験がある先生方で「10 カ所未満」、「10 カ所以上、30 カ所未満」、「30 カ所以上、50 カ所未満」、「50 カ所以上」の選択肢のなかでは「10 カ所未満」が大多数で、特定の１桁の職場と長く付き合ってその職場と関係を作りながら、そこのメンタルヘルス問題に協力しているという傾向が見られた。

3.20 障害者雇用

「精神障害者の雇用が全職場で 2018 年度から義務化されることを知っていますか？」という質問に対しては（図 40）、約３～４割が 2018 年度



（図 43）



（図 44）

から義務化されることを知っていた。

外来患者で障害者雇用就労中の割合が５％以上の診療所は約４分の１であった。障害者雇用についても徐々にクリニックの大きなテーマになりつつある。

3.21　概要

アンケート調査から得られた概要は以下のとおりである。

3.21.1　会員の高い関心

全国の会員、約 1,600 名の 34％から有効回答を回収した。

3.21.2　産業医有資格者が半数へ

今後まもなく取得する予定者も含めると産業医有資格者が半数へ達しており、産業医有資格者は本領域へ高い関心、意欲を有していることが明らかとなった。

3.21.3　復職支援への積極的な取り組み

復職支援についてはデイケア型、非デイケア型などが積極的に取り組まれている。

3.21.4　職場との連携に積極的に取り組んでいるが課題も多い

主治医として、病状理解の促進、病状の軽減化、慢性化阻止、再発リスクの低下などへの期待を込めて職場へ積極的にアプローチしようとする傾向がある。他方、いろいろな問題を抱えており、解決に向けた方策が期待されている。

3.21.5　職場との連携効果を上げる方策への高い支持

①マニュアルの整備、②職場側への働きかけ、③社会保険診療報酬とのリンク、④産業メンタルヘルス認定医制度の確立、が 60％以上の高い支持を得た。

3.21.6　産業医活動への関心も高く専門性の確保が課題

今後の課題として、産業医活動のレベルアップなど多くのテーマについて、厚労省はじめ関係機関と協力して解決していく。

4．まとめにかえて

本アンケート調査から、今回のメンタルヘルス不調者への取り組みについて、会員には非常に高い関心があり、産業医有資格者が半数に迫ってきて、今後専門性の獲得が大きな課題であること、非デイケア型をはじめとした復職支援もしくはサポートについても積極的な取り組みをされていることが明らかとなった。

そして、職場との連携に積極的に取り組んでい

ることも具体的に明らかとなった。病状の慢性化、再発リスクの解決方法に連携・連絡が期待されているように窺えたが、他方で、実際には種々の壁があり、なかなか厳しい状況にあることから、連携効果をあげていくためにはまだまだ課題があり、たとえば、連携ガイドラインもしくはマニュアルの整備、職場側への働きかけ、診療報酬とのリンク、産業メンタルヘルス認定医制度の確立などがそれらを乗り越える方策として支持された。

冒頭に述べた通り、調査後、内容を深めていく場として、2014年6月、日精診学術集会（日精診ジャーナル所収）、第66回日本精神神経学会（図42、資料4）、続いて同年9月、日精診・東精診共催の市民講演会（日精診ジャーナル所収）で相次いで報告、討議してきた。

さらに、今後、この問題を進化させていくうえで、2014年11月から始まった厚労省の班研究とはかなり戦略的に一層近づけて制度的な基盤作りをともに目指すことも重要である（図9）。これまで、東精診では産業メンタルヘルス研修講座に取り組んで4期目に入る（図43）が、本年は厚労省研究班の取り組みと重ね、少しでも事例を集めていくべく、3回の予定で休業期、復職準備期、就労再開後の事例を集めていく講座を企画した。そこでは、当事者の問題意識と連携スキルの向上に向けた連携モデルの事例を集積する、すなわち、良い連携効果にはどのような要因が働いているのか、論より証拠で証拠の中身を分析する仕事が重要となると考えたからである。

第2に、それらを踏まえた連携マニュアルを作ること。次いで3番目には問題意識の向上とスキルアップということで、在野の産業医との研修会、経営者・人事担当者の研修会に精神科医がもっと出て行かねばならない。その点では、2014年12月に発足した一般社団法人精神科産業医協会の動向が今後注目される（資料7）。最後は国全体の話題であることを踏まえ、厚労省をはじめとした関係団体、学会に対する認識を揃えていく作業、こうしたリンク、連携がスタンダード化を促進していくのではないかと考えられる。

今回のアンケート調査をひとつのステップとして、今後本領域での取り組みが深化していくことを期待する。最後に、本調査の企画、実施一切にわたりお世話になった委員各位、関係者にこころより感謝申し上げる。

（文責：委員長　神山昭男）

5. 資　料

資料1　アンケート調査実施までの経過
資料2　最近の産業メンタルヘルス関連委員会の活動
資料3　最近の産業メンタルヘルス関連委員会の事業活動
資料4　第66回日本精神神経学会シンポジウム　抄録まとめ
資料5　調査用紙
資料6　産業ストレス関連委員会委員名簿
資料7　一般社団法人日本精神科産業医協会入会申込書

資料1　アンケート調査実施までの経過

年	月	企画から実施、報告書作成まで	理事会・産業メンタルヘルス関連委員会	関連の動き
2015(H27)	3	報告書作成	委員会開催	
2014(H26)	12			日本精神科産業医協会発足
	11		委員会開催	厚労省研究班発足:産業医と主治医の連携
	9		委員会開催	日精診・東精診共催市民講演会:職場と主治医の連携
	6		委員会開催(現委員長任期開始)	日精診学術総会(筑波):調査概要報告　報告 産業メンタルヘルスに関する会員アンケート 職場との連携を軸とした主治医の就労支援をめぐって
				日本精神神経学会(横浜)シンポジウム:職場と主治医の連携効果
	5	集計解析		
		調査開始		
			理事会実施承認	
	4	理事会提案書作成		
	3	アンケート調査書式作成	委員ヒアリング	
	1		次年度事業計画案提出	
2013(H25)	9		委員会開催	日精診・東精診共催市民講演会:職場と主治医の連携
	6		委員会開催	日精診学術総会(札幌):ストレスチェックに関するシンポ開催
	5		委員会開催:認定産業医をめぐる議論	
2012(H24)	9			日精診・東精診共催市民講演会:「現場で困る『うつ』の事例への対応」～主治医と企業の連携を目指して～

資料2　最近の産業メンタルヘルス関連委員会の活動

産業メンタルヘルス関連委員会主管事業の推移（2007年度～）

9月

委員長	副委員長	平成	西暦	月	日	曜日	開催場所	回	名称	対象者	テーマ	参加費 会員	参加費 非会員	参加費 一般	開始時刻	終了時刻	参加者	予算
鍵本	石井	19	2007	9	30	日	八重洲ビジネスセンター	1	研修会	日精診東精診会員並びにコメディカルスタッフ	精神科診療所でのリワークへの取り組み	無料	無料	－	1100	1500	90	
		20	2008	9	21	日	TKP代々木ビジネスセンター	2	研修会	日精診東精診会員並びにコメディカルスタッフ	精神科診療所に求められる産業メンタルヘルスの役割と課題	3000	5000	－	1100	1530	200	95
		21	2009	9	27	日	新宿安田生命ホール	3	研修会	会員＋一般	「職場復帰支援の手引き」導入セミナー　どうしてますか？メンタルヘルス不調者の職場復帰とその対応	1000 ×89	3000 ×105	－	1300	1620	200	145
鍵本	神山	22	2010	9	26	日	新宿安田生命ホール	4	講演会	会員＋一般	産業メンタルヘルスに関わる法と制度をめぐって、産業メンタルヘルスの今後の在り方を考える				1245	1620	200　アンケート5割　医師5割	
		23	2011	9	25	日	新宿安田生命ホール	5	講演会	会員＋一般	企業経営と産業メンタルヘルス問題～産業メンタルヘルス専門家に期待すること～				1245	1620	289　会員59　産業医180	
		24	2012	9	23	日	新宿安田生命ホール	6	講演会	会員＋一般	主治医と企業の連携を求めて、「現場で困る『うつ』の事例への対応」～主治医と企業の連携を目 指して～	無料	無料	無料	1315	1635	320　会員78　医師7割	176
		25	2013	9	29	日	チサンホテル大阪	7	講演会	会員＋一般	「職場のこころの健康づくり」～上手な外部資源の使い方～	無料	無料	無料	1315	1635	320　産業医245　アンケート　医師9	160
神山	鍵本	26	2014	9	28	日	新宿安田生命ホール	8	講演会	会員＋一般	職場と主治医の連携効果をいかに高めるか	1000	2000	500	1300	1630	230	
		27	2015	9	27	日		9	講演会	会員＋一般								

6月総会時の企画

鍵本	神山	25	2013	6	30	日	札幌コンベンションセンター	1	講演会	会員	職場のメンタルヘルスチェックと精神科医の関わり方	15000			1400	1500	40	
		26	2014	6	26	木	パシフィコ横浜	1	シンポ	日本精神神経学会会員	産業メンタルヘルス対策のエビデンスを探る	15000			1300	1430	220	
		26	2014	6	15	日	つくば国際会議場	2	セミナー	会員	職場メンタルヘルス不調者の対応に関するアンケート結果報告	15000			1330	1530	80	
神山	鍵本	27	2015	6	21	日	ホテルクラウンパレス浜松	3		会員								

資料3　最近の産業メンタルヘルス関連委員会の事業活動

日精診産業メンタルヘルス関連委員会　開催状況　2008年度～

20140928

委員長	副委員長	平成	西暦	月	日	曜日	開催場所	回	報告・議題	開始時刻	終了時刻	出席者
鍵本	石井	20	2008	5	25	日	八重洲ホール	1	事業計画　9月講演会　委員長選出	1300	1500	12
				6	28	日	神戸ポートピアホテル	2	9月講演会　活動報告　メーリングリスト	2100	2200	16
		21	2009									
		22	2010									
鍵本	神山			6	19	土	パシフィコ横浜	1	事業計画　9月講演会	2100	2200	11
		23	2011	5	8	日	全理連ビル	1	昨年度講演会　事業計画　9月講演会	1530	1700	9
		24	2012	5	13	日	全理連ビル	1	事業計画　9月講演会	1500	1700	
				6	24	日	全理連ビル	2	昨年度講演会　事業計画　9月講演会	800	900	9
				9	23	日	新宿安田生命ホール	3	活動報告　6月セミナ　9月講演会　大阪開催	1100	1200	14
		25	2013	5	12	日	全理連ビル	1	認定医制度、6月セミナー　9月講演会（産業医講演認定締切6月17日）	1500	1700	13
				6	30	日	札幌コンベンションセンター	2	事業計画　9月講演会　専門医ガイドライン　連携方法の提言	900	1000	10
				9	29	日	チサンホテル大阪	3	認定医制度、日本精神神経学会シンポ	1100	1230	13
		26	2014	5	11	日	全理連ビル	1	アンケート、総会報告、日本精神神経学会シンポ、診療報酬改定、9月シンポ、認定医制度	1500	1700	10
				6	15	日	つくば国際会議場	2	前年度まとめ、アンケート報告、リエゾンセミナー、日本精神神経学会医シンポ、9月講演会、認定医制度	830	930	17
神山	鍵本			9	28	日	新宿安田生命ホール	3	委員紹介、事業計画、厚労省ストレスチェック検討会、アンケート、認定医制度、各地の活動報告、産医大厲先生研究班コメント			16
		27	2015	5	10	日	全理連ビル	1				
				6	21	日	ホテルクラウンパレス浜松	2				
				9	27	日		3				

第110回日本精神神経学会学術総会―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―職場と主治医との連携効果をいかに高めるか」

Seeking evidence of mental health strategy in workplace- how to get better coordinated effects of psychiatrists in charge of patient and workplace

コーデイネーター：神山昭男（日本精神神経科診療所協会産業メンタルヘルス委員会）

背景：うつ病を中心としたメンタルヘルス不調により休業している労働者は年々増加し300万人を超えるともいわれ、すでに全国各地において大きな社会問題となっている。これに対して職場では、産業医、保健師などのマンパワーの配置や外部相談機関の導入、管理職、新入社員の研修などの対策が有効とされてきたが、実際に取り組んでいる職場は未だ大都市圏の大企業に限られ、日本の企業の9割以上を占める中小企業では人事担当者が対応に追われる現状にある。他方、多くの患者群は精神科クリニックにおいてケアに取り組んでいるが、病態の解明、ケアの戦略を組み立てる上では職場関連情報は不可欠であり、また、復職とその後の安定就労の実現に職場の環境調整が有効と指摘されている。したがって、いろいろな事情をかかえた職場とケアに取り組む主治医が機能的かつタイムリーな連携を行うことにより、休業者の問題解決に大きく貢献すると期待されている。

目的：本領域で取り組んでいる産業メンタルヘルス、精神科臨床、産業医、法務、さらに職場人事担当、厚労省の各専門的見地から意見を述べ討議し、職場と主治医の連携効果を高める上で必須な要件を明らかにする。

構成：　座長　鍵本伸明（日精診）、神山昭男（日精診）

1. 産業衛生の立場から―中小企業を中心に　　廣　尚典（産業医大）
2. 産業医の立場から―不調者の処遇をめぐって　　森口次郎（京都工場保健会）
3. 精神科クリニックの立場から―日精診会員調査報告を踏まえて　　神山昭男（日精診）
4. リワーク（復職支援）機関の立場から　　有馬秀晃（リワーク研究会）
5. 法務の立場から　　生越照幸（ライフパートナー法律事務所）
6. 指定発言
   - ① 職場人事の立場から―　　河野通弘（株式会社八木澤商店）
   - ② 労働行政の立場から―　　松崎淳人（厚労省労働基準局）

総合討論

（以上）

シンポジスト抄録

No.3000213

産業保健の立場から―中小企業を中心に

From the viewpoint of occupational health

廣 尚典[1]

[1]産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学

精神疾患を有する労働者の職場適応や職場復帰に、主治医と職場との相互理解および連携が重要であることは自明であり、長く指摘されてきているが、未だ十分であるとは言えない。我々の実施した調査の結果からも、精神科主治医は職場の諸情報を診療に生かせると考えている一方、職場に対して患者の情報を提供することに関して、それが産業医に向けてのものであっても、躊躇を覚えていることが明らかになっている。主治医が職場に対して情報を提供するための要件や手続きのあり方を提示することも検討されるべきである。

中小企業では、産業医や産業看護職等の人的資源が不足している傾向があり、主治医と職場との連携は、一般的に大企業よりも困難である。他方、企業規模が小さいと、経営者の考えや指示が職場全体に行き届きやすく、特定の労働者に対する就業面の配慮も徹底されやすい面がある。嘱託産業医あるいはそれに代わる職場関係者と主治医との標準的な連携の方法論の開発が待たれるところである。また、メンタルヘルス不調者の対応を経験した職場（経営者）では、メンタルヘルスに対する意識が高まることが多い。それに対して継続的な取り組みを促す主治医からの助言も望まれる。

産業保健においては、メンタルヘルス対策として、労働者の職場環境改善を重視する。これは、職場の有害因子による労働者の健康影響を最小限に留めるという事業者責任を背景としており、精神疾患の早期発見や労働者個人のストレス耐性の強化などの活動よりも優先順位が高いと言える。それによって特定の精神疾患（例えば、うつ病）の発症を予防できる根拠が乏しいことを理由に、職場環境改善の取り組みに対して疑問を呈する臨床家がいるが、ストレス過多による心身の不調や業務遂行能力を防止するところに目的を置くのであれば、その指摘は当たらないであろう。こうした産業保健の特徴についても、臨床領域の理解を促したい。

シンポジスト抄録

精神科クリニックの立場から―日精診会員調査報告を踏まえて

From the viewpoint of psychiatric clinic with the survey of the JAPC

神山 昭男[1]

[1]医療法人社団桜メデイスン 有楽町桜クリニック

3.1はじめに

職場と主治医との連携は有意義といえる場合も確かに多い半面、有効といえるかどうか疑わしい例も少なくない。双方の努力だけで連携効果が保障されていくわけではなく、連携過程で背景要因が様々な影響を及ぼしている。そこで、主治医が取り組む連携作業に関わる要因、リスクなどを抽出し、連携効果へ到達するモデルを考察してみたい。

3.2治療効果と連携効果

基本的な治療目標は心身の状態と就労生活の安定である。不調者群には休業し職場から遠ざかるとおちつきをとりもどす一群が認められる。この病態には職場の話題が環境因として濃厚に関わること、病態の可塑性、可変性が存在することを示唆する。連携により業務負担、人間関係などの職場の調整が進展し、本人の治療意欲、医療、家族の支援力が統合されれば就労生活の安定化を達成する可能性は高まる。

3.3職場組織への期待値

とはいえ、主治医には職場組織の情報が非常に乏しい。主治医にとって連携とは、不確定、不確実さに囲まれながら、とある目標をめざして要件を見計らいながら慎重に進めていく作業である。連携効果を左右する要因は、担当の登場人物が産業医か人事担当者かよりは、①人材を大切にする、②法制度の原則をしっかりと見据える、③内部事情を冷静に観察できる、④病態の理解と回復へ向けた支援に徹する、等の職場のポリシーかもしれない。

3.4連携におけるリスク

連携効果を期待するには相互理解が欠かせない。相手の期待値をくみとり、認識をすりあわせ、ある種の合意形成をめざす。しかし、例えば、双方の情報の食い違いが起きた場合、それは職場の情報操作なのか、病態がもたらした歪んだ現実認識か、見極めも困難となる。これらの連携作業が内包するリスク、困難性も想定しておく必要がある。当日は会員を対象とした調査報告を紹介しながら論及していく。

シンポジスト抄録

産業医の立場から―不調者の処遇をめぐって

From the viewpoint of occupational physician for supporting employees with mental health disorder

森口 次郎[1]

[1]一般財団法人京都工場保健会

目的と方法：産業医がメンタルヘルス不調者の処遇を検討する際に主治医との連携は不可欠であるため、連携のための課題と対策について、筆者の産業医としての経験、2008年に京都産業保健推進センターで実施した嘱託産業医の活動調査、2012年に産業医学振興財団委託研究として全国の小規模零細企業経営者を対象に実施したメンタルヘルス活動調査などの結果から述べる。
結果：大企業の嘱託産業医として、休職開始時に休職と関わる就業規則や復職の目安とする回復度などの情報など復職可否判断の参考となる資料を主治医に提供している。また職場復帰の際は、上司と本人が復帰時の業務内容や6ヵ月後の到達点などの協議を行い、その情報を主治医に提供して復職への意見を求めている。これにより職場情報を得た上で主治医は意見を提出でき、その後の産業医の判定も円滑に行える。中小企業の嘱託産業医は開業医などが担うことが多いが、2008年の調査で、それら嘱託産業医の勤務時間は3時間/月程度で、またメンタルヘルスケアに負担を感じ、精神科医との事例検討や交流を希望していることが明らかとなった。この結果から2009年以降、京都産業保健推進センターでは精神科医との事例検討研修を取り入れ、またセンター事業とは別に京都産業精神ネットワーク研究会という勉強と交流の場も立ち上げている。2012年の研究調査では、従業員10人未満規模の企業経営者がメンタルヘルスに関する自身の研修を要望していることや社会保険労務士に健康問題も相談していることが示されたため、2013年の同研究では経営者の研修ツールの開発、社会保険労務士と医療職との連携強化に取り組んでいる。
考察：中小企業では、復職時の配慮の余地が乏しいにも関わらず産業医の勤務時間は短く、主治医との連携が困難である。産業医の負荷を軽減するため、看護職などを含む多職種での支援も検討すべきである。

リワーク（復職支援）機関の立場から

From the viewpoint of Re-work medical facilities

有馬 秀晃[1]

[1]品川駅前メンタルクリニック

井上によればわが国では一ヶ月以上の欠勤者の１５％がメンタルヘルス関連の疾患で欠勤しており、そのうちの８０％がうつ病であるという。また、藤井によれば、メンタルヘルス関連疾患で休業した社員のうち６～９割の者が仕事にほぼ支障のない程度まで回復し、うつ病だけに限れば慢性化は２割程度であり、職場による適切な復職支援によって予後は良くなると考えられている。このように職域でのメンタルヘルス関連問題は深刻ではあるが、適切な復職支援策により予後は改善すると示唆されている。

労働者の復職支援において医療機関と職場の連携が重要なのは言うまでもないが、現実は不十分なことが多い。保崎らが２００９年におこなった調査によれば、職域では「メンタルヘルス不調社員が医師の治療を受けても復職後にすぐ再発・再休業してしまう」という問題意識が強く、実際、企業側は「主治医の復職可能診断書をどこまで信用していいのか？」と懐疑的に捉える傾向もあるという。また、患者が難治性うつ病の場合８９％の精神科医は診断書に「うつ病」または「うつ状態」と記載するのみで重症度については明記しておらず、うつ病にパーソナリティ障害を合併する例では、８５％の精神科医はうつ病とだけ診断書に明記しその背景にあるパーソナリティ障害には触れていないため、主治医の見立てや診断が職域の産業医へ正確には伝わっていないという。このような情報共有の齟齬と誤解はどのようにして改善すべきであろうか？

うつ病リワーク研究会では、日々の診療業務に忙殺される主治医が職域と連携するには仕組みやツールづくりが重要と考え、リワーク指導マニュアル（厚生労働科学研究）やリワークネットワーク支援システム（経済産業省）を作成してきた。また、リワークによって得られる患者情報をリワークプログラム評価シートに記入し職域と共有する活動を行っている。本シンポジウムにおいては、われわれの活動を紹介し意見交換できればと考えている。

法務の立場から

From the viewpoint of legal profession

生越 照幸[1]

[1]ライフパートナー法律事務所

１ はじめに

職場と主治医との連携効果を高めるためには、メンタル不調となった労働者（以下「不調者」という）を労働者災害補償保険法における業務起因性（以下「業務起因性」という）の有無によって法的に切り分けた上で、不調者の健康情報を、職場と主治医との間で適切に共有することが重要である。

２ 業務起因性の有無による切り分け

不調者に業務起因性が認められる場合、同法に基づく解雇制限、就業規則における私傷病の場合の休職規定の不適用、賃金請求権の発生、安全配慮義務違反に基づく損害賠償請求権発生の可能性など、不調者を保護するための法的効果が生じる。

一方、不調者に業務起因性が認められない場合、不調者は、上記のような法的保護を受けることができない。

このように、業務起因性の有無は、不調者の職場における法的処遇のみならず、生活基盤や経済状況を左右することから、職場と主治医が連携を図る前提として、重要な視点になる。

３ 健康情報共有に関する問題点

平成25年12月24日、厚生労働省労働政策審議会は、厚生労働大臣に対し、メンタルヘルス不調の予防のため、労働者に対するストレスチェックなどを行うことが適当である、との建議を行った。しかし、不調者に対する職場での偏見は未だ根強い。そのため、不調者は、職場でうつ病などの症状を隠す一方、主治医には症状を訴えた結果、職場と主治医の得る健康情報が解離する可能性が想定される。

また、今後、不調者対策が進むにつれて、主治医は、職場から、プライバシー情報である不調者の健康情報の開示を求められることも増加すると思われる。しかし、解雇など不調者に対する不利益変更が予想される場合、主治医は、職場に対し、どの範囲で不調者の健康情報を開示すべきか、難しい判断を迫られることになる。

このように、職場と主治医との連携効果を高めるにあたって、職場と主治医がどのように不調者の健康情報を共有するかが、重要な法的問題になる。

資料5　調査用紙

平成26年5月12日

公益社団法人日本精神神経科診療所協会
会員各位

産業メンタルヘルス関連委員会 委員長 鍵本 伸明
同副委員長・ワーキンググループ担当 神山 昭男

アンケート調査のお願い

日頃より大変お世話になっています。お忙しいところ恐縮ですが、全55問の回答にお付き合いいただければ幸いです。 本アンケートに、特段のご理解、ご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

最近、全国各地の職場ではメンタルヘルス不調のために休業する方々が大変増えています。恐らく、このうちの多くの方は、全国各地の会員の診療所においてケアを受けていることと思います。

当委員会では、この状況を踏まえた今後の対策について検討を進めてきましたが、多くの委員からは「職場と主治医との連携を促進する方策」について肯定的な見解が得られました。今後、会員の皆様に、そして、何よりも患者様のケアに役立てていける連携の取り組み方、制度的な枠組みなどについて、さらに検討を深めていきたいと考えています。

そこで、これらの取組みの第一歩として、会員の本領域での対応の現況と意見を回収するアンケートを実施したいと存じます。調査結果は、早速、6月に開催予定の日精診総会（茨城県）、同じく日本精神神経学会（神奈川県）でご報告します。

さらに、本テーマに対して本年度より立ち上がった厚生労働科学特別研究班に当委員会メンバーも参加すること

2014年5月 日精診産業メンタルヘルス関連委員会

職場メンタルヘルス不調者の対応に関するアンケート

回答に際して必ずお読みください

↓記載順に確認済みの【レ】を□に入れてください

□1　**本アンケートの目的**は、会員の**職場メンタルヘルス不調者**（以下2に定義）への対応の現況を把握し、今後の日精診の活動ならびに本領域のレベル向上に活用していくことです。

□2　**職場メンタルヘルス不調者（以下「不調者」と略します）**とみなす患者様は、**①通院中の外来患者様で、②職場に在籍し（勤務形態を問わず）、③病状に関連して過去もしくは現在、不安定勤務（＝同月中に5日以上の欠勤をくりかえすなど）や休業などをきたした（ている）方**、です。

□3　設問には、**主治医の立場**で回答してください。

□4　「最近1年間」など、ことわりのある場合以外は、記入日からさかのぼって**過去1カ月以内**を回答のメドとしてください。

□5　設問は**全55項目**あり、回答欄の該当項目に○印（「複数選択可」と書かれた設問以外は一つのみ）、もしくは回答を直接記入してください。

□6　誤って記入した場合は**横線を2本**引いてください。不明な点は欄外に記入してください。

□7　本調査は特定の施設に言及するものではありませんので**無記名式**です。

□8　回答後は、本紙の全回答欄に**記入漏れがないか**確認してから返信用封筒に入れてください。

□9　記入後、**できるだけ速やかに、おそくとも5月30日（金）までに回答用紙4枚を**事務局必着で返送してください。

□10　本調査結果は、**6月の日精診総会、日本精神神経学会**で報告します。ご期待ください。

******** **回答用紙** **記入後、全４枚、裏表で全８ページ返送してください** *******

A．記入者の属性

1. 記入者の年齢階層

① 20 歳台 ② 30 歳台 ③ 40 歳台 ④ 50 歳台 ⑤ 60 歳台 ⑥ 70 歳台以降

2. 記入者の性別 ① 男性 ② 女性

3. 記入月日 _____月_____日

B．医療機関としての特徴

4. 記入者の診療所所在地 都道府県名 _____ 都 道 府 県

5. 記入者の所属先診療所の市区町村の人口

① 10 万人未満 ② 10 万人以上、50 万人未満 ③ 50 万人以上、100 万人未満 ④100 万人以上

6. 記入者の所属先診療所の設立経過年数

① 1 年未満 ② 1 年以上、5 年未満 ③ 5 年以上、10 年未満 ④ 10 年以上

7. 記入者の精神保健指定医資格の有無

① 現在あり ② 過去にあったが今はない ③ 将来取得したい ④ 過去も現在もない、将来も取得しない

8. 記入者の日本精神神経学会専門医資格の有無

① 現在あり ② 過去にあったが今はない ③ 将来取得したい ④ 過去も現在もない、将来も取得しない

9. 記入者の日本医師会認定産業医資格の有無

① 現在あり ② 過去にあったが今はない ③ 将来取得したい ④ 過去も現在もない、将来も取得しない

10. 記入者の所属先診療所の院長以外の常勤医師数

① 0名 ② 1名 ③ 2名 ④ 3名以上

11. 記入者の所属先診療所の非常勤医師数

① 0名 ② 1名 ③ 2名 ④ 3名以上

12. 記入者の所属先診療所医師（常勤・非常勤問わず）の日本医師会認定産業医有資格者数

① 0名 ② 1名 ③ 2名 ④ 3名以上

13. 記入者の所属先診療所の医師をのぞく全スタッフ数（勤務形態を問わず、受付、診療補助などを含む）

① 1名 ② 2名以上、10名未満 ③ 10名以上、20名未満 ④ 20名以上

C．診療：「不調者」(注参照)診療の現状 （注 ①通院中の外来患者様で、②職場に在籍し（勤務形態を問わず）、③病状に関連して過去もしくは現在、不安定勤務（＝同月中に5日以上の欠勤をくりかえすなど）や休業などをきたした（ている）方、です）

14.「不調者」が診療患者全体に占める割合（%）

① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

15.「不調者」の臨床診断上の主病名に占める不安障害・適応障害・強迫性障害（F40-F44）の割合（%）

① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

16.「不調者」の臨床診断上の主病名に占める身体表現性障害（F45-F48）の割合（%）

① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

17.「不調者」の臨床診断上の主病名に占める気分(感情)障害(F30-F39)の割合（%）

① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

18.「不調者」の臨床診断上の主病名に占める統合失調症（F20-F29）の割合（%）

① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

19.「不調者」の臨床診断上の主病名に占める心理的発達障害（F80-F89)の割合（%）

① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

20. 発症要因（契機・健康阻害要因）を職場内要因、職場外要因、個人要因に分けた場合、職場内要因（業務負担、人間関係など）が最大要因と判断する症例が、「不調者」全体に占める割合（%）

① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

21.「不調者」に対する診療において困っている内容（複数選択可）

① 十分な時間がとれない ② 診断、治療方針の決定、進め方など ③ 再発、再休業への対応など

④ 業務上の力量低下への対応 ⑤ 職場との連絡・連携など ⑥ ない ⑦その他（具体的に： ）

22.「不調者」への診断書（要休業・復職可能など）発行に際し困っていること（複数選択可）

① あり（診断名の表記方法） ② あり（休業期間の目安） ③ あり（復職可能の判断根拠） ④ない

⑤ その他（具体的に： ）

D. 連絡・連携：主治医から職場へ

23. 主治医から職場へ連絡・連携した症例が、「不調者」全体に占める割合（%）

① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

24. 病状・ケアなどに関して主治医から職場へ連絡・連携した目的（複数の症例について、複数回答可）

① 就業中の職場内の行動、気がかり、上司の対応ぶり、職場の見方などの情報提供依頼・照会

② 主治医から発行する診断書、意見書などに関する照会

③ 労災該当の可能性があるために職場の状況を把握したい

④ 病状に応じた配属、勤務制限、業務内容などの調整をしたい

⑤ その他（具体的に： ）

25. 休復職に関して主治医から職場へ連絡・連携した目的（複数の症例について、複数回答可）

① 休業期間、条件など就業規則、賃金支払い、傷病手当金などに関する照会

② 職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配置、異動の可能性などに関する照会、意見の提言

③ 職場側の受け入れ、特に産業医、上司などに就業上の配慮事項 病状理解などに関する照会、意見の提言

④ 休業許可期間満了間際の復職の条件、機会、職場の対処方針など

⑤ その他（具体的に： ）

26. 主治医から職場へ連絡・連携の方法（複数の症例について、複数回答可）

① 面談 ② 書面（郵送）③ 書面（ファクス）④ 書面（メイル）⑤電話 ⑥その他（具体的に： ）

27. 主治医から職場へ連絡・連携の際の同意（複数の症例について、複数回答可）

① 必ずとる ② 場合に応じてとる ③ とっていない ④その他（具体的に： ）

28. 主治医から職場へ連絡・連携の際の「不調者」側の費用負担（複数の症例について、複数回答可）

① 必ずあり ② 場合に応じてあり ③ なし ④その他（具体的に： ）

29. 主治医から職場へ連絡・連携の際の職場側の窓口（複数の症例について、複数回答可）

① 人事・総務担当者 ② 配属先上司・同僚 ③ 産業医・もしくは他の産業保健専門職

④ 外部コンサルタント（弁護士・社会保険労務士など）⑤ その他（具体的に： ）

30. 主治医から職場へ連絡・連携において困っていること（複数の症例について、複数回答可）

① あり（本人が連絡に同意しない）② あり（職場の反応が鈍いもしくは一方的・主治医の意見を無視するなど）

③ あり（回答者が連絡・連携の方法・タイミングがよくわからない・不調者に不利な可能性を懸念など）

④ ない ⑤ その他（具体的に： ）

E. 連絡・連携：職場から主治医へ

31. 職場から主治医へ連絡・連携があった症例が、「不調者」全体に占める割合（%）

① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上

32. 不安定勤務・休業などに関して職場から主治医へ連絡・連携を受けた内容（複数の症例について、複数回答可）

① 就業中だが居眠り、離席が多い、業務成績が低いなどの労務上の問題点への疑義照会

② 不安定勤務だが不調者が休業、もしくは受診に同意しない場合の対処

③ 主治医が発行した診断書、意見書や病状、ケアの現状、見通しなどへの照会

④ 休業中だが療養に専念できていないようにうかがえる場合の対処

⑤ その他（具体的に： ）

33. 復職準備・復職後に関して、職場から主治医へ連絡・連携を受けた内容（複数の症例について、複数回答可）

① 休業期間、復職条件など就業規則、賃金支払い、傷病手当金などに関する情報提供

② 復職可能の診断書、判断、復職準備に関する疑義照会、意見交換

③ 職場側の受け入れ、特に人事上の配慮、配属先、異動の可能性などに関する意見、調整の照会

④ 職場側の受け入れ、特に産業医、上司に配慮事項 病状理解などに関する照会、意見の提言

⑤ その他（具体的に： ）

34. 職場から主治医への連絡・連携の方法（複数の症例について、複数回答可）

① 面談 ② 書面（郵送）③ 書面（ファクス）④ 書面（メイル）⑤電話 ⑥その他（具体的に： ）

35. 職場から主治医への連絡・連携への応答の際の同意（複数の症例について、複数回答可）

① 必ずとる ② 場合に応じてとる ③ とっていない ④ その他（具体的に： ）

36. 職場から主治医への連絡・連携の際の費用負担（複数の症例について、複数回答可）

① なし ②「不調者」が負担 ③ 職場が負担 ④ その他（具体的に： ）

37. 職場から主治医への連絡・連携の際の職場側の窓口（複数の症例について、複数回答可）

① 人事・総務担当者 ② 配属先上司・同僚 ③ 産業医もしくは他の産業保健専門職

④ 外部コンサルタント（弁護士・社会保険労務士など）⑤ その他（具体的： ）

38. 職場から主治医への連絡・連携において困ったこと（複数の症例について、複数回答可）

① あり（本人が連絡に同意しない）② あり（職場が一方的・主治医の意見を無視するなど）

③ あり（回答者が連絡・連携の方法・タイミングがよくわからない・不調者に不利な可能性を懸念してしまう、など）

④ なし ⑤ その他（具体的に： ）

F. 連携効果：主治医と職場の連携効果を高めるための方策

39. 今後、日精診が診断書、意見書などの共通書式、連携モデルや、職場が主治医に相談する際の手続きなどを網羅した連携マニュアルを発行し、主治医、職場双方で活用することは

① よいと思うので製作協力をしたい ② よいと思うが製作協力はできない ③ 不要 ④ わからない

⑤ その他（具体的に： ）

40. 主治医が職場との連携作業に取り組む対価として、社会保険診療請求に加算（例えば、職場調整料：1 回 30 分以上の面談、連絡などに対して月 2 回まで、各 500 点）を厚生労働省に働きかけていくことは

① 賛成 ② 一部修正すれば賛成（点数・頻度・条件など考慮すればいい）③ 反対 ④ わからない

⑤ その他（具体的に： ）

41. 各職場が主治医との連絡・連携に前向きに取り組んでいくよう、厚生労働省、労働基準監督署、ハローワークなどが職場に働きかけていくことは

① 賛成 ② 反対 ③ わからない ④ その他（具体的に： ）

42. 本領域に深い関心を有し、主治医として患者様の心身の回復を図るとともに、職場との調整、連携などを行いながら安定就労を目指して積極的に支援していく医師を「産業メンタルヘルス認定医」として認定、登録、習練していく制度を日精診が立ち上げ、本領域のレベルアップをめざすことは

① よいと思うので、設立後積極的に認定医をめざしたい ② よいと思うが、認定医にはなりたいと思わない

③ 今はまだわからない ④ 必要ない ⑤ その他（具体的に： ）

G. 「不調者」用プログラム

43. 自院における「不調者」向けプログラムの取り組みは

① デイケア・ショートケア・ナイトケア型などのプログラム ② デイケア・ショートケア・ナイトケア型以外のプログラム

③ 今後何らかの方法で実施の予定あり ④ なし ⑤ その他（具体的に： ）

44. 「不調者」向けプログラムの目的（複数の症例について、複数回答可）

① 生活リズムの確保・健康習慣の実践など

② 不調に至った経緯のふり返り・病状の理解など

③ 就業に必要な作業力・会話力・コミュニケーション力の改善など

④ 勤務先との受け入れ・職場環境調整など

⑤ 非該当 ⑥ その他（具体的に： ）

45. 「不調者」のうち、自院のプログラムへの参加割合（%）

① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上 ⑤ 非該当

46. 「不調者」のうち、他院のプログラムへの参加割合（%）

① 10%未満 ② 10%以上、30%未満 ③ 30%以上、50%未満 ④ 50%以上 ⑤ 非該当

H. 障害者雇用

47. 自院の全ての外来患者の中に障害者雇用で就労中の方の割合（%）

① 5%未満 ② 5%以上、10%未満、 ③ 10%以上、30%未満 ④ 30%以上

48. 障害者雇用として、精神障害者の雇用が全職場で 2018 年度から義務化されることを知っていますか

① 知っているので積極的に取り組んでいきたい ② 知っているが今後は未定 ③ 知らない

49. 最近各地に障害者雇用を支援する就労支援センター、就職斡旋会社などが立ち上がっていますが、関心はありますか

① 大いに関心があるので協力したい ② 少しあるが今後は未定 ③ 関心はない

I. 産業医・専門医・嘱託医として、特定の職場におけるメンタルヘルス対策に協力する経験

50. 過去から現在までの通算経験年数（期間制限なし、契約形態を問わない）

① なし ② 1 年未満 ③ 1 年以上、5 年未満 ④ 5 年以上、10 年未満 ⑤10 年以上

51. 過去から現在までに協力した職場の総件数（期間制限なし、1事業所を1件とみなす）

① 経験ない ② 10カ所未満 ③ 10カ所以上、20カ所未満 ④ 20カ所以上、50カ所未満 ⑤ 50カ所以上

52. 最近1年間の業務方法（複数事業所の場合、複数回答可）

① 非該当 ② 職場からの依頼時のみの対応で職場には出向かない ③ 職場からの依頼時のみの対応だが職場に出向くこともある ④ 定期的に職場へ訪問している ⑤ その他（具体的に： ）

53. 最近1年間の担当事業所の他の産業医（医師）との業務分担（複数事業所の場合、複数回答可）

① 非該当 ② なし ③ あり（非精神科系と） ④ あり（精神科系と） ⑤ あり（精神科系・非精神科系と）

54. 最近1年間に契約先の従業員を主治医として関わった経験

① 非該当 ② 10例未満 ③ 10例以上、30例未満 ④ 30例以上

55. 今後、産業医業務に取り組む意向は

① 今後、産業医資格を取得するが、積極的に取り組む考えはない

② 今後、産業医資格を取得し、積極的に取り組んでいきたい

③ 引き続き取り組んでいきたい

④ 今後も取り組むは予定ない

以上です。ご協力をありがとうございました。

封筒に入れる前に、全55問の回答漏れがないか、**ご確認**をお願いいたします。

確認済 → □

資料6 産業ストレス関連委員会委員名簿

平成26～28年度（公社）日精診産業メンタルヘルス関連委員会名簿

番号	担当	氏名	フリガナ	施設名	都道府県
1		石川 博基	イシカワ ヒロキ	いしかわ心療・神経クリニック	北海道
2		横山 太範	ヨコヤマ モトノリ	医療法人社団心劇会 さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ	北海道
3		古沢 信之	フルサワ ノブユキ	医療法人社団楽聖会こころのクリニック山形	山形県
4		柳沼 典正	ヤギヌマ ノリマサ	あさかストレスクリニック	福島県
10	委員長	神山 昭男	コウヤマ アキオ	医療法人社団桜メデイスン 有楽町桜クリニック	東京都
5		浅川 雅晴	アサカワ マサハル	浅川クリニック	東京都
6		岩田 長人	イワタ オサト	イワタクリニック	東京都
7		越川 裕樹	コシカワ ヒロキ	医療法人社団慶裕会石神井公園クリニック	東京都
8	理事	五十嵐 良雄	イガラシ ヨシオ	医療法人雄仁会メディカルケア虎ノ門	東京都
9		石井 一平	イシイ イッペイ	石井メンタルクリニック	東京都
11		高野 知樹	タカノ トモキ	医療法人社団弘富会神田東クリニック	東京都
12	事務局長	三木 和平	ミキ カズヒラ	医療法人社団ラルゴ三木メンタルクリニック	神奈川県
13		寺田 浩	テラダ ヒロシ	こころとからだのクリニック/あおいクリニック	静岡県
14		奥山 真司	オクヤマ シンジ	連絡先一自宅	愛知県
15		楢林 理一郎	ナラバヤシ リイチロウ	湖南クリニック	滋賀県
16	副委員長	鍵本 伸明	カギモト ノブアキ	医療法人伸明会ナンバかぎもとメンタルクリニック	大阪府
17	会長	渡辺 洋一郎	ワタナベ ヨウイチロウ	医療法人 渡辺クリニック	大阪府
18		松川 悦之	マツカワ ヨシユキ	医療法人社団松香会松川神経科診療所	兵庫県
19		兼田 康宏	カネダ ヤスヒロ	岩城クリニック 心療内科	徳島県
20	理事	三野 進	ミノ ススム	みのクリニック	香川県
21		玉井 光	タマイ コウ	第一精神保健クリニック	福岡県
22		山本 和儀	ヤマモト カズヨシ	山本クリニック	沖縄県

資料7　一般社団法人日本精神科産業医協会入会案内

一般社団法人日本精神科産業医協会

「認定会員」入会案内

当法人は、広く一般市民、企業、法人に対して、"精神科産業医"に関わる相談、支援、情報の提供、"精神科産業医"の相互コミュニケーションの促進等を行い、労働者及び職場における精神保健の増進に寄与することを目的としております。趣旨にご賛同いただき、"精神科産業医"としての深い見識をお持ちの精神科医に認定会員としてご入会いただきたく存じます。

一般社団法人日本精神科産業医協会　理事一同

■ 理　事　共同代表理事　黒木宣夫（東邦大学医療センター佐倉病院）　渡辺洋一郎（渡辺クリニック）

・荒井 稔（東京臨海病院）　・五十嵐良雄（メディカルケア虎ノ門）　・井上 幸紀（大阪市立大学神経精神医学）
・大西 守（日本精神保健福祉連盟）・大野 裕（国立精神神経医療研究センター）・岡村 仁（広島大学保健学研究科）
・奥山 真司（トヨタ自動車株式会社）　・神山 昭男（有楽町桜クリニック）　・小山 文彦（東京労災病院）
・小山 善子（石川産業保健推進センター）　・高野 知樹（神田東クリニック）　・田中 克俊（北里大学産業精神保健学）
・築島 健（札幌精神保健福祉センター）　・中村 純（産業医科大学 精神医学教室）　・夏目 誠（大阪樟蔭女子大学）
・丸山総一郎（神戸親和女子大学）　・三木 和平（三木メンタルクリニック）　・吉村 靖司（神田東クリニック）

■ 入会までの手順

本協会の入会手続きには、入会申込書と当年度の会費が必要となります。以下の手順で入会手続きを行ってください。

● Step 1.
入会申込書をお取り寄せ下さい。右記宛メールにて申し込みください。（事務局　office@jaohp.or.jp　）

● Step 2.
「入会申込書」をメール添付にてお送りいたします
入会申込書の必要事項をすべて記載の上、メールで送信いただくか、所定番号にFAXしてください。
メール：office@jaohp.or.jp　FAX：06-6948-8110
＊可能であればパソコン上でデータ入力していただきメール送信をお願いいたします。

● Step 3
入会申込書が到着しましたら所定の手続きにて入会審査させていただきます。
入会が承認されましたら速やかに連絡させていただきます。会費の案内もさせていただきます。

● Step 4.
指定の口座へ年会費をお振込みください。
入会金はありません。年度途中の入会の場合には月割りにて初年度会費を請求させていただきます。

● Step 5.
会費の入金確認後、会員登録を行い、手続き完了後「会員登録完了のお知らせ」をお送りいたします。

■ 認定会員入会基準

認定申請手続き時点において、以下の1)から5)までの5項目すべての要件を満たし、代表理事の承認を得た者
1) 精神科医としての職務経歴が通算して10年以上ある者
2) 精神保健指定医、または、日本精神神経学会精神科専門医のいずれか、もしくは両方を有するもの、あるいは有したことのある者
3) 産業医資格（労働安全衛生規則第14条第2項による）を有する者
4) 職場における産業保健業務の職務経歴（通算期間）が、少なくとも下記のいずれかを満たすもの
①職場と契約（常勤、非常勤、嘱託等を含む）の上、職場メンタルヘルス関連業務経歴が3年以上
②医師会、産業保健総合支援センター（旧産業保健推進センター）、労働基準監督署等において、職場メンタルヘルス関連業務経歴が3年以上
③職務経歴上、上記①②と同等の経験を有すると認められるもの
5) 十分な資質、見識、技能を有している認定会員として理事1名の推薦がある

■ 会　費

・認定会員　年額10,000円　入会金は不要
・当協会の事業年度は毎年4月1日～3月31日です。年度途中の入会は、月割りにて請求させていただきます。

■ 問い合わせ先

E-mail: office@jaohp.or.jp　日本精神科産業医協会　事務局　（TEL 0120－041－351）

＊可能な限りお問い合わせはE-mailにてお願いいたします。

I 特定領域志向型

21 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

神山昭男
有楽町桜クリニック

1 はじめに

メンタルヘルス不調者（以下，「不調者」という）が次々と休業していく状況が報告されている[1]．それは男女を問わず，新入社員から管理職まで，勤務地，組織規模，業種，職種，雇用形態を超えて広く全国的な状況と化している．

その背景について，多くの調査が職業人の悩みは職場に根ざしており，それは上司，同僚との人間関係，ハラスメントに絡んだトラウマや心的葛藤，過重な業務負担，濃厚・濃密なスケジュールに基づく蓄積疲労，消耗などが主な要因と指摘している[2]．

しかるに，不調者の多くは仕事の渋滞から一度は抜け出し，心身の回復を図りつつ，同時に職場に端を発した悩み・不安を解消もしくは解決していくことが課題となる．もしもそれがうまくいけば，次は職場へ再び向かっていく元気と勇気をとりもどし，休養を終えて仕事生活を再開する，再適応を実現していく取り組みを続けていかねばならない．

このような不調者に対して，精神科診療所はどのような考え方で，どのようなサポートに取り組んでいけばよいのか．これらのテーマについて，本項では当院の職場と主治医の連携を軸とした活動について，その土台となる戦略，概念，具体的な内容を報告し，今後の課題について考察を加えた．

神山昭男（こうやま・あきお）

略歴

1976年　北海道大学医学部医学科卒．
1993年　北海道大学医学部助教授．
2000年　外務省在フランス大使館参事官兼医務官．
2006年　有楽町桜クリニック院長．
2013年　東京精神神経科診療所協会副会長．
2014年　外務省参与．
2014年　医療法人社団桜メディスン産業保健サポートセンター開設．



2 職場と主治医の連携を軸とした就労支援プログラム

当院は都心にある11階建てビル内に位置し，保健師，臨床心理士，精神保健福祉士，運動トレーナーなどで構成されたチームで不調者にかかわることを特徴とする小規模の都会型クリニックである．

表1に当院で実施しているプログラムの概要を示す．時間軸に従って全体を大きく3期に分け，それをさらに治療導入期，休業期前期と後期，復職準備期，就労慣らし期，安定就労期に6区分し，それぞれのステージで，心理面，体調面，生活面，作業面，そして薬物療法の観点から各課題とそれに取り組む方策をまとめて記載している．

治療導入期

当院の不調者の大部分は他院での治療歴を有し，所属先の人事，産業医などから紹介されて来院する．前の主治医はうつ病と診断したが，1年経過しても状態の改善は芳しくなく，あげくに難治性うつ病とされたことを契機として，職場では産業医，人事スタッフはうつ病の診断に疑問を発し，当院への紹介，依頼に踏み切る事例が多い．職場側は当院との連携を積極的に期待し，社員には事前に連携のメリットを説明，来院の日程，心構えなどについては事前に職場側が説明し，納得して受診する段取りである．来院後は当院のスタッフが診察に至るプロセスと個人情報保護，同意なき情報提供はない点を明らかにしてから診療を本格的に開始する．

不調者は消耗し，混乱し，疲労している場合が多く，まずは休養を勧め，ゆっくり言い分を聞き，現実感を確認していく．この際，主治医は診察室で職業人の悩みにしっかりとふれる姿勢が大切である．診察室ではさまざまな制約があるが，仕事の一部始終を専門性の中身までしっかりとトレースし，不調者の内側，外側に存在するさまざまな話題を丹念に拾い上げていく．「うつ」という入口から入っていくにしても，その奥にはさまざまな病態，環境因が存在する．その過程で不調者と主治医との関係性を育てていく．

休業期

不安定就労となって就業に影響が出始めていれば，本人の納得を得て休業環境を実現する．この際，不調者の気持ちは大きく二通りに分かれる．すなわち，積極的に休業を希望する場合と休業は絶対いやだと拒否する場合である[3,4]．後者の場合は，原則として1か月の猶予をおき，猶予期間中はケアを続け，なお不安定勤務が続く場合は1か月後に休業に入ることとする．

休業期に入る前には不調者の同意を得て，休業の準備，背景の理解，納得，見通し，休業期間，就業規則などを職場と確認しておく必要がある．当院では職場から自発的に事情照会の連絡が入ることが多いが，この手続きを経て休業期の前半は休養と病状の理解が，後半は仕事生活への動機づけ，再稼働のイメージづくりがテーマとなる．

図1は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

表 1　職場と主治医の連携を軸としたメンタルヘルス不調者支援プログラム―ステージ別主要テーマと内容

		1	2	3
ステージ	タイトル	治療導入期　主治医の選択	休業期 前期	休業期 後期
	テーマ	療養体制づくり	休養　病状の理解	準備運動（自主トレ）
心理面	テーマ	消耗・混乱・疲労の自覚 現実感の確認	ふりかえり，しばりからのリリース， 自己観察	仕事生活への動機づけ，再稼働のイメージづくり
	心理療法（個人・集団）	共感，受容，傾聴，保養，リラクセーション，心理測定	回想，自己観察力，対象化，言語化，意識的回避，家族とのすりあわせ，自己認識と他人の見解，自分らしさ，不安の分析，病状の自覚	会話力，対人関係性，表現力，理解力，現実判断力，持久力，集団に慣れる，葛藤の処理，職場へのリクエスト，就労再開への決意と必要条件
体調面	テーマ	徹底した休養，睡眠，安静，食事	軽度の運動，外出 疲労しない行動	通勤練習，体力回復，活動力の醸成
	体調管理 運動療法	各種検査，測定，からだの状態に気づく，身体症状の緩和，不安対処	リラクセーション，ほぐし ゆっくり散歩 1時間以内のジム	リラクセーション，ほぐし 汗ばむ歩行（5,000 歩以下） 2時間以内のジム
生活面	テーマ	自宅，単身の場合実家 昼夜の区別	日課の形作り やることを決める	昼間外出 雑踏に慣れる
	行動記録	なし	生活日誌 生活イベントの記載（起床，食事，服薬，生活行動，入浴，休憩，睡眠，テレビ，パソコン），3段階自己評価（安定度，睡眠，満足度）	
作業面	テーマ	効率性を省く	マイペースをとりもどす	現状を知る，強化の意欲
	仕事力回復	のんびり，ぼんやり スピードおとす，少な目 効率・生産性・成果を求めない	仕事力の概念を理解する 好きな本・新聞 好きなゲーム・テレビ	仕事力が弱っていることを認識，ビジネス書，趣味・文芸書の読解，新聞記事80字要約
薬物療法	テーマ	漸増期	調整期	維持期

欲，自己管理力，判断力，行動力，会話力が問題解決へ向けて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くものをいう[5]．

そこで，当院ではオーダーメイド，すなわち，職場適応を実現するために必要なケア，支援を考えていくうえで多数の個別変数を丁寧かつ慎重に把握する．それらは，性格，生活歴，家族歴といった個人の特徴，診断基準に合致しがたい多彩な病態，さらに当院に行き着いた経緯の個別事情，環境因を支配する職場の業種，業態，責任者，上司，人事などに加え組織のサイズ，システムの特徴などである[6]．

診断よりも病態を重視する背景には，近年の精神薬理学[7]，遺伝学[8]が，従来の病態の類型化と治療の公式化の困難性を指摘している事実がある．さらに，職場という非専門家との連携作業には難解な理論，概念，用語を極力避け，病名よりは病態，解決すべき問題を中心にすえ，平易な表現でのコミュニケーションが必須である．そこで，個々の変数から利用可能なパワーを組み合わせ，問題解決，支援の取り組みに活かしていく方針である[9]．

表 1 職場と主治医の連携を軸としたメンタルヘルス不調者支援プログラム―ステージ別主要テーマと内容（つづき）

		4	5	6
ステージ	タイトル	復職期		
		復職準備期	就労慣らし期	安定就労期
	テーマ	就労練習 （自主トレから公式練習へ）	職場再適応	安定化
心理面	テーマ	職場との再接触，環境調整	現実感の統合 初期設定	職場環境への慣れ 再調整
	心理療法 （個人・集団）	就労場面シミュレーション，就労再開の意思確認，現実対処力，不安緊張の再現リスク，対話・合わせ力	不安の自覚，表現，自己観察力，自己判断力，1週間のバランス	適応度向上，自己観察力，協調性，不安の自覚，強迫傾向の自制，優先順位の確認
体調面	テーマ	勤務生活行動パターンの確立	規則的なリズム、場に即した体調の維持管理	自己管理力，安定サイクルの実現
	体調管理 運動療法	リラクセーション，ほぐし 汗ばむ歩行（1万歩以下） 3時間以内のジム	通勤，起床時の覚醒，食欲，便通，疲労度チェック，睡眠の深さ・持続，週末の散歩，自転車など	元気力の供給 心身のバランスのとれた健康法の試行・確保
生活面	テーマ	図書館 公共の場所への慣れ 規則的な生活	通勤・勤務の繰り返し 規則的な生活 休日は休息	通勤・仕事生活と私生活のバランス，支えあい
	行動記録	業務日誌 （体調，睡眠，業務課題，実績，感想，上司のコメント）		
作業面	テーマ	自主トレ	業務トライアル，慣れ	職場にはまる
	仕事力回復	何が必要かを考えアレンジする パソコン練習 新聞記事要約，クロスワードパズル	業務を学ぶ・覚える 繰り返す	業務に慣れる，他の領域との関連性を理解する，ミスをなくす，スピードを速める，起案する
薬物療法	テーマ	維持期　ストレス対策	調整期	維持期

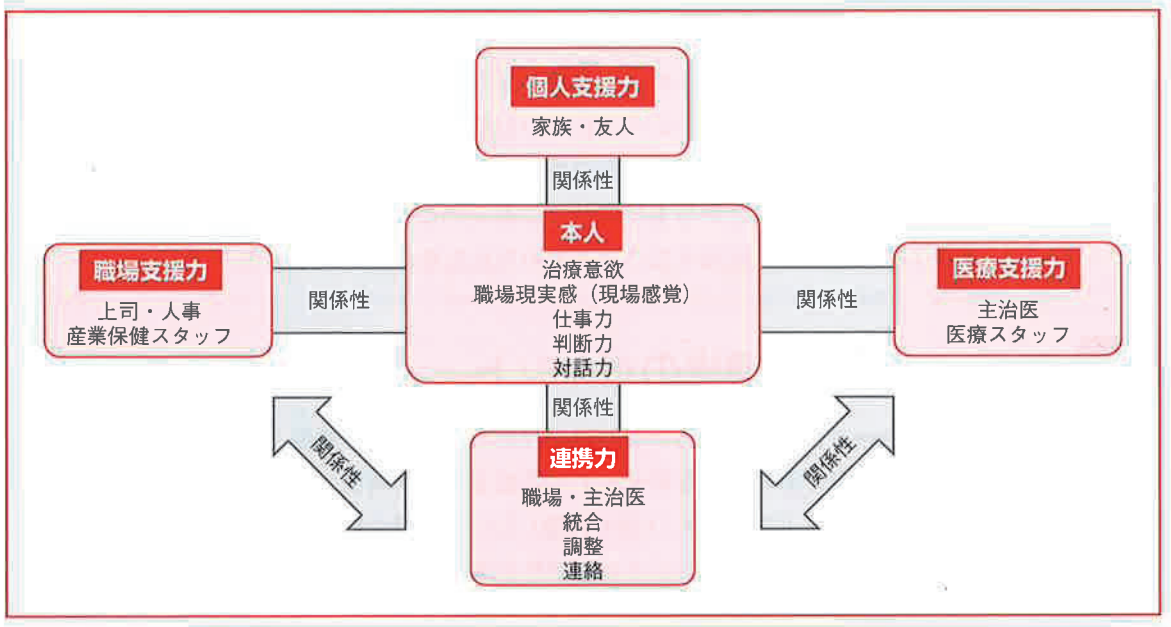


図 1 職場と主治医との連携を軸とした産業メンタルヘルスの臨床（イメージ）

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[4] より）

復職期

厚労省の復職支援の手引きでは，主治医が行う医学的判断と職場の就労可否判断とは異なるとしている[10]．他方，従来から主治医は就労可能の診断書を書かねばならない立場にあるが，これまで就労可能性の評価方法，ポイントなどは必ずしも明らかでなかった．

そこで，当院では復職の準備にあたり，シンプルでわかりやすい健康モデル，すなわち，安定した心身の健康状態を土俵として，その上に職業生活と個人生活が成り立つ，という考え方を不調者，職場に提示している．さらに，職業生活を詳しく分析するうえでは「メンタルヘルスからみた仕事力」という概念を活用する（表2）．業務に共通する構成要素をこなすことが最低限の仕事力という考え方で，内容は生活行動面，心理面，作業面の3軸で評価する．

大脳辺縁系を中心に病態が高次神経活動にさまざまな影響を及ぼし，やがて仕事力の低下をもたらすが，自己評価でまったく問題ないと回答する不調者は多い．評価軸が定まっていれば，生活行動面は生活日誌，業務日誌，心理面はSCT（文章完成法），PF（絵画欲求不満テスト），作業面はWAIS Ⅲ（Wechsler成人用知能検査3版），厚生労働省編一般職業適性検査（GATB）などの既存の検査により仕事力を評価し，回復過程に活かす取り組みを進めている[10]．

さて，不調者の大きな目標である安定就労達成の重要な鍵は何か．従来からの労働衛生の枠組みでは，職場での適切な配慮としての作業管理，作業環境管理，健康管理にポイントがある．このポイントを実現するには仕事力の回復を視野に入れる必要がある．ちなみに，身体障害の場合，たとえば，膝関節を傷めて歩行困難で車いす使用者の場合，重い荷物を運搬する作業は指示しない．ただし，歩行障害の場合，車いすという補助具が有効であるが，不調者の場合にはそれに相当するものはなく，かつ，目に見える形ではない．そこで，仕事力の低下に備えるには，病態の違いによるものの，並列処理，抽象化作業，対人交渉作業，集団でのプレゼンテーション，能率向上研修などを避けることが望ましい[11]．これらのポイントは，主治医として就労可否，就労上の配慮などに言及することを求められた場合に有効である．

3 職場との対応・連携のポイント

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と好都合であることを考慮して，手続きと連絡調整，連携のポイントを表3にまとめた．最近は「リワーク」（就労再開）という用語や関連情報も次第にいきわたり，就労再開の準備に取り組むことの必要性が職場，主治医双方で認識されつつあるが，準備過程で就労再開を実現可能とする決定要因は何か，どのように安定就労が確保されるのか，次の事例はそのヒントを示している．

表 2　メンタルヘルスからみた仕事力（基礎力）の自己評価表（最近 2 週間について）

軸	項目		説明	3	2	1	0
生活行動面	生活リズム	1	起床から睡眠まで生活の日課は安定していますか	とても安定している	ほぼ安定している	ときどき不安定	とても不安定
	睡眠	2	睡眠は寝つき，途中や早朝にめざめることなく安定していますか	とても安定している	ほぼ安定している	ときどき不安定	とても不安定
	食欲	3	食欲はかたよらず，安定して食事はできていますか	とても安定している	ほぼ安定している	ときどき不安定	とても不安定
	体調	4	身体の不調は目立たず，体調は安定していますか	とても安定している	ほぼ安定している	ときどき不安定	とても不安定
	通勤	5	毎日遅刻しないで，安定して通勤はできますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない
	自発性・自立性・行動力	6	ひとに頼らず，自分で計画を立て目的を持って行動しながら，積極的，意欲的に生活できますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない
	社会性	7	社会，職場のルール・マナーを守りながら行動できますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない
心理面	現実検討力 現実判断力	8	自分をとりまく状況がどのようになっているか，十分見極めながら行動できますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない
	対人関係調整力・協調性	9	周囲の人に気を配り，相手の体調や自分への要求に配慮しながら行動できますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない
	自省力・向上心	10	自分の行動を冷静にふりかえりつつ問題点に気づき，改善，向上することはできますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない
	感情・不安のコントロール力	11	自分の怒り，不満，心配，気がかり，焦り，喜び，うれしさ，悲しさなどの感情におぼれないように注意しながら行動できますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない
作業面	集中力	12	本や新聞を読む，パソコン作業をする，ひとの話を聞くなどの行動を 30 分以上おちついて取り組めますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない
	持続力	13	朝から夕方まで日課や仕事を毎日繰り返し，目標に向けて根気よく取り組めますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない
	対話力	14	相手の言うことを聞いて理解し，自分の思ったこと，考えたこと，やろうとすることをことばでおちついて表現しながら意見のやりとりができますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない
	初級技術力	15	新聞記事を読んで理解する，パソコンで初歩レベルの作業をする，コピー機を使う，電話機を使うなどの作業はひとの力を借りずに自分でできますか	いつもできる	ときどきできる	あまりできない	ほとんどできない

表 3 職場と主治医の連携を軸としたメンタルヘルス不調者支援プログラム―職場との対応・連携のポイント

		1	2	3
ステージ	タイトル	治療導入期　主治医の選択	休業期	
			前期	後期
	テーマ	療養体制づくり	休養，病状の理解	就労練習 （自主トレ）
職場との対応	手続き	要休業診断書，病気休業申請書，休業許可期間の確認	診断書（状態像・要休養・要休業・期間・見通し）	診断書，休職延長，傷病手当金診断書，病状報告書
	連絡調整 連携ポイント	休業判断，職場離脱，病状確認，人事・上司・産業医との連絡，仕事の引き継ぎ，休業中の約束，休業期間の確認，窓口対応者の決定，連携の要否・可否判定	休業（延長）許可，有休・病気休暇調整，関係者ヒアリング，労災可能性チェック	長期療養に伴う病状の回復ならびに生活管理・就業可能性の確認，自主トレの報告と理解，職場感覚（現実感）の共有化

◆事例：40 歳代，男性

技術職として長年先端技術分野で実績を上げてきた．しかし，最近は技術的な障壁を前にして思うに任せない状況が続き，ついに疲れ果てて体調を崩すに至った．思い切って精神科を受診，投薬が開始され，休業の指示で自宅療養が始まった．3 か月後，落ち着いてきたということで，うつ病を対象にしたリワーク・デイケアに取り組んだが，残念ながら半年経過しても意欲が低下したまま，不安感，悲観的気分が収まらず休業が長期化した．自分で納得して自分で判断して行動する傾向が顕著，あまり人に頼らない，頼りたくない傾向が強い．しかも，不調者自らの判断で，自分の技術力に関しては門外漢である主治医に職業人としての不安，悩みはわかってもらえまい，として具体的な仕事の悩みを語っていなかった．休業の長期化に伴い人事担当者が産業医との面談をセットしたところ，「このままでは家庭崩壊だ，最大の心配は失業で，自分の上司が何を考えているか不安だ，仕事を与えてくれるのか．仕事の行き詰まりがあって，いろいろな治療，医療的支援を受けたにもかかわらず残念ながらそこには手が届かなかった」と訴えた．そこで，産業医は過剰な自己否定感，不信感，思い込みを解消する必要があると判断，会社は技術力をたいへん評価しており，今後も機会を与えていくことを関係者から伝えたところ，それを契機として不安の軽減が得られ，その後，復職が実現，技術的関門を共同して乗り越えた．

本例が示すように，主治医は就労再開の困難性を打開するうえで，病状，病態のチャンネルのみで判断しようとせず，職務を見直す，復職の段取りをつめるなどの職場調整が大きな威力を発揮することを知っておくことが望ましい．不調者がメンタルヘルスからみた仕事力評価を受け入れ，その弱点を克服し，着実な安定就労をめざす取り組みを始めると，職場調整の効果を発揮しやすいようである．職場調整力とは単に職場と不調者をつなぐことではなく，不調者の職業人としての悩みを職場が深く理解し，受け止め，それをふまえた対応策をとりまとめ，新たな合意形成をめざして調整していくことがポイントである．それが実現した際には不調者と職場双方に前向きな

表 3　職場と主治医の連携を軸としたメンタルヘルス不調者支援プログラム―職場との対応・連携のポイント（つづき）

		4	5	6
ステージ	タイトル	復職準備期	復職期 就労慣らし期	安定就労期
	テーマ	就労練習 （自主トレから公式練習へ）	職場再適応	安定化
職場との対応	手続き	診断書（就労再開可能・期間・配慮事項），意見書（事前調整の要否，懸念事項の確認，改善提案）	職場の人事・産業医面談，復職練習参加，評価，上司の対応	産業医による再適応・就労状況報告書
	連絡調整 連携ポイント	病状改善促進，障害要因の見極め，就業再開条件の確認，公式練習のデザインと実行，就業環境，就業条件・業務内容の事前調整，連携の要否・可否再判定	復職判定向け対策 人事・配属先上司・産業医とのすり合わせ	就労状況不調の場合 再調整・再休業の検討

表 4　連携プログラム対象者の休業率の変化

	人数（人）	年齢（歳）	平均治療期間（月）		平均休業率（%）		技術職の占める割合（%）
			当院受診前	当院受診後	当院受診前	当院受診後	
参加者	45	39.3	85.3	57.7	32.6	5.1	57.1
非参加者	32	40.5	65.3	47.4	31.2	24.1	63.6
[illegible]	77	39.8	77	53.4	40.6	8.1	59.8

注 1：男子のみ，注 2：休業率（%）＝累積休業期間（月）／治療期間（月）

パワーが生まれる可能性がある．職場による不調者の職場環境の見直し効果，職業人としての存在の再確認，もしくは，職場の信頼を得て職業人がその気になることができた，ともいえるかもしれない[12]．

ただし，不調者と主治医とのあいだに十分な関係性ができていないうちに，もしくは不調者が職場に不信感を抱いているときに，主治医が職場にアクセスしようとすると，不調者は主治医を変えてしまう可能性が高い．連携に際しては，不調者と主治医とが関係性を構築し，不調者の意向，病態などを確認しておくことが肝要である[13]．

最後に，表 4 は休業率の比較を示す．連携プログラム利用者と非利用者とは治療開始後の休業率にやや開きがあるようにうかがえ，職場連携を重視した非デイケア型の就労再開支援は大きな設備，人員を要さずに安定就労に到達する可能性をも示唆している．今後，さらに非デイケア型プログラムの報告が出てくることを期待したい．

4　おわりに

不調者問題を個体レベルと環境レベルから総合的にとらえようとすればするほど，そして，個人，家族の精神史への理解を深めようとすればするほど，職場と主治医の

視点の違いの大きさに気づく．それゆえ現在は，

① 単に病名を伝達するのではなく，できるだけわかりやすい概念，表現で問題を抽出，説明し，不調者，職場との意志疎通を図る

② 不調者が抱える問題について職場の見立てと十分すりあわせながら病態，全体像への認識を深める

③ 不調者が職場との協調的な解決を受け入れてくれるように慎重かつ丁寧に，柔軟に取り組んでいく

④ 不調者と職場との関係性をふまえて，連携のレベルは書面のやりとりから直接の面談まで柔軟に調整する

が当面の努力目標である．

今後，職場と主治医は不調者の回復に向けて協力的な関係づくりを実行していくことが新たなスタンダードとなれば，本領域の取り組みの全体水準が大幅に向上すると期待している[14]．そのような目標に向けて，関連学会，団体のコンセンサスが得られるように願っている．

文献

1) メンタルヘルス対策―252社の最新実態．労政時報 2011；3781：8－35.
2) 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.
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―休業を急ぐ場合．日本医事新報 2013；4649：65－70.
4) 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―休業を渋る場合．日本医事新報 2013；4650：45－50.
5) 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.
6) 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.
7) 菊山裕貴．第二世代抗精神病薬の気分障害に対する作用機序．医学のあゆみ 2008；227（7）：519－524.
8) Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders：A genome-wide analysis. Lancet 2013；381（9875）：1371－1379.
9) 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.
10) 厚生労働省．心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き．2012.
11) 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―仕事力の回復を要する場合．日本医事新報 2013；4654：63－68.
12) 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―復職を急ぐ場合．日本医事新報 2013；4651：45－49.
13) 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―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．産業精神保健 2014；22（4）：（印刷中）.

特集―ストレスチェック制度の義務化と職場のメンタルヘルス

主治医は職場との連携をどのように進めていけばいいのか？

―診断書をはじめとする情報伝達をめぐって―

神山　昭男*

抄録：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，他方，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当事者としての問題解決の最適化を目指してきた。今後，この枠組みを超えて，ストレスチェック制度やメンタルヘルス不調者対策を視野に入れた連携を一般化，標準化していくには，まず連携方策の共通テーマを具体的に明らかにし共有していく作業が必要である。そこで，本稿では主治医として職場との連携を軸としたメンタルヘルス不調者支援に取り組んできた経験を紹介し，休業期から安定就労期までの具体的な情報の集め方，取り扱い，連携における一般的な留意点などを概説した。さらに，職場側の安全配慮に重点を置き，かつ，主治医側のケアのポイントも網羅するなど両者の目的に合致した情報伝達ツールとして，復職診断書，休業中の病状報告書を例示しつつ，今後の課題に向けて若干の考察を加えた。

精神科治療学　31(1)；55-62，2016

Key words：*collaboration, workplace, medical doctor in charge, occupational mental health, communication*

Ⅰ．はじめに

メンタルヘルス不調者（以下，「不調者」という）の休業問題を扱う多くの調査は，上司，同僚との人間関係，ハラスメントに絡んだトラウマや心的葛藤，過重な業務負担，濃厚，濃密なスケジュールに基づく蓄積疲労，消耗などを背景要因として取り上げ[11]，職場に根ざした様々な問題とメンタルヘルス不調とは深い関連があるとの認識が広く一般化しつつある[1]。

さらに最近は，メンタルヘルス対策に取り組む職場では安全配慮義務の観点から，人事担当者，上司，産業保健専門職らによる問題発見，早期介入から復職，職場調整，さらに安定就労までの一連の過程に対して健康面，就労面にまたがる広範なサポートを実施していくことが徐々に公式化されているように窺える[4]。

他方，筆者が関わった精神科クリニックを対象とした全国調査や厚労省班研究から，日本医師会認定産業医資格を有する精神科主治医を中心として不調者ケアへの関心は高いこと，就労支援ケアはデイケア型，非デイケア型など多彩であること，さらに，職場関連情報は病態の解明，病状の回復と復職，その後の安定就労の実現に向けた治療戦略に必須であり，機能的かつタイムリーな連携は不調者の再発率，再休業率，服薬量の低下などへ導く可能性が高いこと，などが明らかにされてきた[9,10]。

How to manage the proper collaboration of the workplace and the medical doctor in charge, communicating with official papers and kinds of arrangements?

*医療法人社団桜メデイスン
〔〒100-0006　東京都千代田区有楽町1-7-1有楽町電気ビル南館757区〕
Akio Koyama, M.D., Ph.D.: Medical foundation, SAKURA Medicine. 1-7-1, Yuraku-cho, Chiyoda-ku, Tokyo, 100-0006 Japan.

そして，ここに至って2015年12月，労働安全衛生法の改正によるストレスチェック制度が各職場で導入開始される段階を迎えた。本制度によりハイリスク者や希望者への面接指導が行われ，産業医・職場と臨床医，主治医の新たな接点，連携の契機が加わることとなる。いかに確かな，意義のある連携を実践できるか，に焦点が移ってきつつあるともいえる。

しかし，従来から主治医は医療法，医師法などとともに保険診療の枠組みで，他方，職場・産業医は産業現場，産業保健の枠組みで，互いに異なった立場での最適化を目指してきた[3]。今後，この枠組みを超えて，ストレスチェック制度や不調者対策を視野に入れた連携を一般化，標準化していくには，まず連携方策の共通テーマを具体的に明らかにし，かつ，共有していく作業が必要である。

そこで，本稿では主治医と産業医・職場との連携を軸とした不調者支援に取り組んできた筆者の経験から，具体的な情報の集め方，取り扱い，さらに情報伝達などについて概要を述べ，今後の課題に向けて若干の考察を加えた。

Ⅱ．職場・産業医の連携を軸とした就労支援の取り組み

当院は都心のオフィス街にあるビルに位置し，保健師，臨床心理士，精神保健福祉士，スポーツトレーナーなどの専門家チームで不調者に関わり，非デイケア型のプログラムを特徴とする小規模クリニックである。

表1に当院で実施しているプログラムを時間軸に従って治療導入期，休業期（前期と後期），復職期（準備期，就労慣らし期，安定就労期）に区分し，各ステージ別に心理面，体調面，生活面，行動記録，業務面，薬物療法の課題と方策を，さらに不調者，職場ともに共通して理解しておくべき手続きと情報連絡ならびに環境調整，連携のポイントなどをまとめた。以下に，ステージ別にケアの動きとこれに付随する関連情報の概要を述べる。

1. 連携の準備

当院にて診療中の不調者の大部分は他院での治療歴を有し，所属先の人事，産業医などから紹介されて来院する。前の主治医はうつ病と診断したが，1年経過しても状態の改善は芳しくなく，挙句に難治性うつ病とされたことを契機として，職場では産業医，人事スタッフはうつ病の診断に疑問を発し，当院への紹介，依頼に踏み切る事例が多い。

したがって，産業医は当院との連携を積極的に期待し，社員には事前に連携のメリットを説明，来院の日程，心構えなどについては事前に職場側が説明し，納得して受診する段取りである。そして，来院後は当院のスタッフが改めて診察に至るプロセスと個人情報保護，同意なき情報提供はしない点を本人と確認してから診療を本格的に開始する。

換言すれば，一定程度の信頼関係に則った合意形成，相互理解を踏まえ，不調者の身心の回復，社会的回復を共通課題とし，必要な情報のシェアを行う連携である[7]。

2. 治療導入期

不調者は消耗し，混乱し，動揺している場合が多く，まずは休養を勧め，ゆっくり言い分を聞き，現実感を確認していく。この際，主治医は診察室で職業人の悩みにしっかりと触れる姿勢が大切であり，診察室では様々な制約があるものの，仕事の一部始終を専門性の中身までしっかりとトレースし，不調者の内側，外側に存在する話題を丹念に拾い上げていく。「うつ」という入口から入っていくにしても，その奥には様々な病態，環境因が存在するかもしれない。その過程で不調者と主治医との関係性を育てていく[5]。

3. 休業期

身心の不調に加え不安定就労が目立ち，就業に具体的な影響が出始めていれば，本人の納得を得て休業環境を実現する。この際，不調者の気持ちは大きく2通りに分かれる[6]。すなわち，積極的に休業を希望する場合と休業は絶対いやだと拒否する場合である。後者の場合は，原則として1ヵ月の猶予を置き，猶予期間中はケアを続け，なお不安定就労が続く場合は1ヵ月後に休業に入ること

表1　メンタルヘルス不調者の復職ケア：ステージ区分と職場との連携テーマ

ステージ	1	2	3	4	5	6
	治療導入期 主治医の選択	休業期		復職期		
		前期	後期	復職準備期	就労慣らし期	安定就労期
テーマ	療養体制作り	休養 病状の理解	準備運動 （自主トレ）	就労練習 （自主トレから公式練習へ）	職場再適応	長期安定化
心理面	消耗・混乱・疲労の自覚，受身の受容，現実感の確認	ふりかえり，しばりからのリリース，自己観察，対話の再開	仕事生活への動機づけ，再稼働のイメージづくり，休業の目的と目標の確認	職場との再接触，環境調整，休業の目的と目標の再確認	現実感の統合，初期設定	職場環境への慣れ，微調整，中長期目標の設定と取り組み
体調面	徹底した休養・睡眠・安静・食事	軽度の運動・外出・疲労しない行動	体力回復・活動力の醸成	勤務生活行動パターンの確立，形から入っていく	規則的なリズム，場に即した体調の維持管理	自己管理力，安定サイクルの実現，固めていく
生活面	自宅，単身の場合実家，療養へ専念，モードの切り替え	日課の形作り，やることを決める	昼間外出，雑踏に慣れる	公共の場所への慣れ，図書館，規則的な生活	通勤・勤務の繰り返し，規則的な生活，休日は休息	通勤・仕事生活と私生活のバランス，支えあい
行動記録	なし	生活日誌，イベントの記載（起床・食事・服薬・生活行動・入浴・休憩・睡眠・テレビ・パソコン），3段階自己評価（不安・睡眠・安定）		業務日誌（体調・睡眠・業務課題・業務の進捗・集中力・関心・記憶力・理解力・対話力・自己評価・感想・上司のコメント）		
業務面	なるべく意識の外へ	なるべく意識の外へ	業務力が弱っている現状を知る，回復・強化の意欲醸成	自主トレ（脳トレ・新聞要約・クロスワードパズル・好きなテーマ学習・ビジネス書の通読など）	業務トライアル（慣れをめざす，細かなことよりおおまかに）	職場にはまる，なじむ，合わせる
薬物療法	漸増期	調整期	維持期	復職に伴うストレスへの対策	調整期	維持期
職場との手続き	要休業診断書，病気休業申請書	診断書（状態像・要休養・要休業・期間・見通し）	診断書，休職延長願，傷病手当金診断書，病状報告書（生活状況・治療状況・治療の見通し・就業再開の意思確認など）	診断書（就労再開可能・期間・配慮事項），意見書（事前調整の要否・懸念事項の確認・改善提案）	職場の人事・上司・産業医面談，復職練習参加・評価，所属先職場との打ち合わせ	上司・産業医による就労状況報告書，照会書，意見書
職場との連絡調整・連携ポイント	休業判断，職場離脱，病状確認，人事・上司・産業医との連絡，仕事の引き継ぎ，休業中の約束，休業場所の確認，休業許可期間の確認，窓口対応者の決定，連携の要否・可否判定	休業（延長）許可，有休・病気休暇調整，労災可能性チェック（産業医・人事を通じた関係者への事情照会）	長期療養に伴う病状の回復ならびに生活管理・就業可能性の確認，自主トレの報告と理解	病状改善促進，障害要因の見究め，就業再開条件の確認，公式練習のデザインと実行，就業環境，就業条件，業務内容の事前調整，連携の要否・可否再判定	復職最終判定，人事・配属先上司・産業医とのすり合わせ（就業上の配慮事項，就業時間，業務管理，業務環境管理など業務負担の軽減措置），復職後3ヵ月間のフォロー	復職後3ヵ月以降の安定化と業務負担の見直し，調整など

とする。

休業期に入る前には不調者の同意を得て，休業の準備，背景の理解，納得，見通し，休業期間，就業規則などを職場と確認しておく必要がある。この手続きを経てから，休業期の前半は休養と病状の理解が，後半は仕事生活への動機づけ，再稼働のイメージづくりがテーマとなる。

さらに，安定した職場再適応を実現するために多数の個別変数を心理検査なども駆使して丁寧かつ慎重に把握する。性格，生活歴，家族歴といった個人の特徴，多彩な病態，さらにこれまでの経緯の個別事情，業務環境を構成する業種，業態，責任者，上司，人事などに加え組織，職場のサイズ，システムの特徴などである。

診断よりも病態を重視する背景には，近年の精神薬理学，遺伝学など多くの研究が病態の類型化と治療の公式化の困難性を示唆している点，さらに，職場との連携作業には難解な理論，概念，用語を極力避け，病名よりは病態，事例性という解決すべき問題を中心にすえ，平易な表現でのコミュニケーションが必須である点，などの要因がある[8]。

4. 復職期

厚労省の復職支援の手引きでは，主治医が行う医学的判断と職場の就労可否判断とは異なるとしている[2]。他方，従来から主治医は就労可能の診断書を書かねばならない立場にあるが，これまで就労可能性の評価方法，ポイントなどは必ずしも明らかでない。

そこで，当院では復職の準備にあたり，職業生活を詳しく分析する上で有用な「メンタルヘルスから見た業務力」という概念を提案し活用してきた。大脳辺縁系を中心に病態が高次神経活動に様々な影響を及ぼし，やがて業務力の低下をもたらすが，意外と自己評価で全く問題ないと回答する不調者は多い。よって，業務面はウエクスラー成人知能検査（WAIS-Ⅲ），厚労省編職業適性検査（GATB）などにより定量的評価を本人にフィードバックし回復過程に活かす取り組みを進めている[8]。

安定就労達成には職場での適切な配慮としての三管理，すなわち，作業管理，作業環境管理，健康管理にポイントがある。ただし，このポイントを実現するには業務力の回復を視野に入れる必要がある。身体障害の場合，例えば，膝関節を傷めて歩行困難で車いす使用者の場合，重い荷物を運搬する作業は指示しない。ただし，歩行障害の場合，車いすという補助具が有効であるが，不調者の場合にはそれに相当するものはなく，かつ，目に見える形ではない。そこで，業務力の低下に備えるには，時間外労働，並列処理，抽象化作業，対人交渉作業，集団でのプレゼンテーション，能率向上強化研修などをなるべく避けることが望ましい。これらのポイントは主治医として就労可否，就労上の配慮などに言及することを求められた場合に有効である。

なお，薬物療法では復職準備期から安定就労達成後3ヵ月から半年までを一応の目安として，いわゆる職場再適応に伴うストレス増加への臨時処方を維持療法に加えることを基本とする。ただし，通勤用の自動車運転をはじめとして業務中の安全配慮面に不都合な場合は総合的に判断するが，職場との連携による調整がこの際も有効である。

Ⅲ．職場との対応・連携のポイント

当院における治療戦略上のコアは不調者の治療意欲であり，自己管理力，現実認識力，判断力，会話力などが問題解決へ向けて重要と位置づけている。さらに家族，主治医，職場のそれぞれ支援力，それらを結集する連携力の役割が大きい。このような概念で連携に取り組み就業改善に至った事例分析から得られた知見は以下の通りである。

1. 連携における一般的な留意点

a. できるだけわかりやすい概念，表現で問題を抽出，説明し，不調者，職場との意志疎通を図る。
b. 不調者がかかえる問題について職場の見立てとも十分すりあわせながら病態への認識を深める。
c. 不調者が職場との協調的な解決を受けいれてくれるように慎重かつ丁寧に，柔軟に取り組

んでいく。

d. 不調者と職場との関係性を踏まえて，連携は書面のやりとりから直接の面談まで柔軟に調整する。

2. 連携の方法，頻度

これまでの研究では，「電話」(72.5%)，「メール」(65.0%)，「書面」(63.3%)，「(職場関係者が主治医の医療機関に出向き) 本人と同席で面談」(61.7%) が多い。また，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，就業改善群は「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ていた[10]。

なお，書面の参考例として，職場側の安全配慮に重点を置きつつ，かつ，主治医側のケアのポイントも解説する点で両者の目的に合致した復職診断書例を図1に，また，休業中の不調者から職場宛の病状報告書例を図2に各々示す。後者は，職場にとっては安全配慮に都合良く，不調者には職場との距離を保つ上で有用である。

3. 診断書の記載内容

a. 休業期前期：①状態像 (初診からまもない時期であり休業が必要な病態，状況を理解することに重点を置き断定的な表現を避ける)・②要休養・③要休業・④期間 (当初は相当長期間とせず1ヵ月程度に留める)・⑤見通し (控えめに留める) など。

b. 休業期後期：①状態像 (休業が必要な病態，状況を理解することに重点を置き，確定診断を得たとしても表現は慎重に)・②要休養・③要休業・④期間 (最長3ヵ月程度に留める)・⑤見通し (控えめに留める) など。

c. 復職準備期：①就労再開可能 (産業医からの照会時に対応可能な根拠を準備する)・②期間 (いつからを明示)・③就業再開時の配慮事項 (就業時間，業務負担の軽減措置を盛り込む。業務内容変更に関わる場合は主治医との要調整など準備期間をおく。産業医からの照会時に対応可能な根拠を準備する)，④家族の同意など。

4. 主治医の意見書

①職場環境が病態へ及ぼす影響が懸念される場合 (異動，業務変更，上司の変更など)，②再燃傾向の場合，③事前調整の要否，④懸念事項の確認，⑤業務内容，業務環境への改善提案など。

5. 病状報告書

①生活状況・②治療状況・③治療の見通し・④就業再開の意思確認など (産業医から本人へ提出を指示する場合，主治医から本人へ提出を促す場合がある)。

Ⅳ. おわりに

これまで本テーマに取り組む医療専門家らと数多くのシンポジウムや研修講座を開催し討議してきた。そこでの議論の多くは，主治医，職場双方の立場の違い，ルールの違いを確認し，異なる見解をすり合わせながら，次にはいかに相互理解を進め，いかに共同作業に取り組むか，といった方法論に話題が集中した。結論的には，職場は本人への支援体制を構築し，主治医も職場の特徴を知り，十分配慮しつつタイミングを踏まえ，ツール，コツを活かし連携に取り組みケアを進める意義を確認してきたといえる[7]。

現場での経験から見ると，連携効果を最も期待できるモデルの1つは，精神科臨床に長けた産業医と産業医業務に長けた精神科主治医の組み合わせ，すなわち，精神科医が精神保健と産業保健にきちんと関わる構図にあると考えている。

精神科医が産業医業務に取り組む最大のポイントは病態を見極める治療戦略的スキルを備えている点にある。主治医に対する有力なコメンテータとなり，治療に有益な情報やヒントを抽出しアドバイスできる存在となりうる。職場適応を妨げる精神症状を残したまま復職し，就業再開間もなく再燃，再休業に至るケースは多いが，これらの解決には職場の不適応状態の原因を見極め，主治医とシェアすればケアに活かすことが可能となり，病状改善，安定就労へと導く契機となりうる。

そして，この成功モデルから得られた知見を集約しつつ，ストレスチェック制度に関わる産業医，

復職に関する診断書

カタカナ 本人氏名　印	社員 番号	入社：　年　月　日　勤続　年　月
本人配属先：　職位	性別：　男・女	生年月日：　年　月　日　満　歳
カタカナ　職位 上長氏名　印	雇用形態：正・契約	カタカナ　職位 人事氏名　印

主治医（現病歴・復職可能性・業務負担等についての見解・判断）	本人（最も配慮を希望すること・復職意思確認）
■診断名（状態像）： ■診断の根拠（主病状および治療の経過概要）： ■最近の処方： ■復職後の服薬内容：　上記と同じ・上記以外 ■復職可能の判断根拠 1）就労意欲 2）生活リズム 3）業務遂行に必要な機能 判断力・記憶力・理解力 社会行動力 集中力・持続力 協調性 会話力・表現力 4）復職準備練習実績（期間・内容） ■復職可能時期：　平成　年　月　日以降 ■復職後の通院頻度：　回／月 ■復職後1カ月間の就業条件 1）勤務時間：（1日7時間30分、週5日）の可否：　可・否 2）勤務時間制限の要否：要・否　（例 3）出張(日帰り・短期)の可否：　可・否　（例 4）自動車運転の可否：　可・否（例 5）その他配慮すべき点：　無・有　（例 ■職場からの照会の可否：　面談（可・否）　電話（可・否）メイル（可・否） 医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話　メイル 平成　年　月　日 主治医署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印	無・有 復職したいのでよろしくお願いします。 署名：　年　月　日 家族（就業再開についての同意：　有　・　無） ご意見 署名：　年　月　日（続柄：　） 産業医 復職　可・否 根拠　本人・家族・主治医 開始時期　年　月　日以降 年　月　日 産業医署名：　印 健康管理指導区分 適用期間： 開始　年　月　日 終了　年　月　日 就業条件 就業時間：　平常・制限 業務負担： 量 密度 範囲 スピード 上司：声かけ 業務日誌　：要・否 自動車運転：可・否 外出　：可・否 出張　；可・否　短期・長期 その他　：無・有

書式：2015年医療法人社団桜メディスン産業保健サポートセンター

図1　復職診断書例

休業状況報告書(　　年　　月分)　:返信期限:平成　　年　　月　　日

○○株式会社人事労務担当者　殿

最近の休業中の状況につき、下記のとおりご報告致します。　　記入日:平成　　年　　月　　日

所属		社員番号	
氏名	印	休業開始日	年　月　日

1. 生活状況	① 睡眠は？□ とてもよい　□ まあまあよい　□ あまりよくない□ とてもよくない ② 食欲は？□ とてもよい　□ まあまあよい　□ あまりよくない□ とてもよくない ③ 外出は？(1日平均) □ 3時間以上　□ ～3時間　□ ～1時間　□ ほとんどしない ④ 自宅での主な過ごし方は？(複数回答可) □ 読書　□ ネット・パソコン　□ TV, ビデオ鑑賞 □ 横になって休んでいる　□ 眠っている　□その他
2. 通院状況	⑤ 通院先医療機関名「　　」 主治医氏名「　　」 ⑥ 直近の通院日　月　日(　)　(　定期的　・　不定期　) ⑦ 次回の通院予定日　月　日(　)
3. 主治医の指示	⑧ 指示内容 □ 要安静　□ 外出可能　□ 復職準備可能 □ その他
4. 服薬	⑨ 服薬 □ 毎日服薬している　□ 時々服薬している　□ 服薬していない 服薬中の場合は最近の服薬内容を下記に記載してください。(薬の名前、量等) 〔　　〕
5. 最近の状態	⑩ 最近1ヵ月間の安定感は？ □ よい　□ ふつう　□ 悪い　□わからない
6. 就労再開の見通し(自身の判断)	⑪ 再開見通し □ おおよそ(　)月頃　□ 未定
7. 職場からの連絡可否	⑫ 連絡 □ 否　□可 →　□ 面談 □ 電話→番号 □ E-mail→アドレス ＊連絡時期・・・・・ □ 1か月以内　□翌月　□2ヵ月後
8.その他 特記事項	⑬ 今後の見通し、希望・相談などがありましたら記入してください 無　・　有

回答できない場合は、右を記入して下さい	□回答できません(理由:　　)
最後に記入漏れのチェックです。	□確認しました

書式:2015年医療法人社団桜メディスン産業保健サポートセンター

図2　休業中の病状報告書例

主治医，関係者の力量に見合った連携のコンビネーション・モデルを構築し，双方を連動させて現場で使える連携ガイドラインの実用化を図ることは連携を進める上での1つの有力な方策かもしれない。多くの現場で頼りになり，かつ，便利な連携ガイドラインの実用化が待たれている。

文　献

1) 北中淳子：労働の病，レジリエンス，健康への意志．現代思想，41 (7)；72-80，2013.
2) 厚生労働省：心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き，2012.
3) 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，9；191-209，1997.
4) 神山昭男：産業メンタルヘルスに関わる法と制度をめぐって―精神科主治医の立場から―．日精診ジャーナル，189；126-148，2010.
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，52；413-419，2012.
6) 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（第1回）休業時の対応をめぐって―休業を急ぐ場合―．日本医事新報，4649；65-70，2013.
7) 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，22；319-320，2014.
8) 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．原田誠一編：外来精神科診療シリーズ1―メンタルクリニックが切り拓く新しい臨床―外来精神科診療の多様な実践―，中山書店，東京，p.144-152，2015.
9) 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，215；171-196，2015.
10) 神山昭男，新井由美，間山一枝ほか：職場と主治医の効果的な連携に寄与する要因をめぐって―第1報 休業率の改善を指標とした比較研究から―．産業精神保健，23（増刊号）；123，2015.
11) 労務行政研究所：メンタルヘルス対策―252社の最新実態―．労政時報，3781；8-34，2010.

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）
冨田朋子（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え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は重要である。

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。

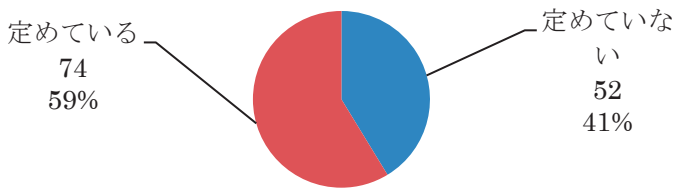
C．研究結果

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

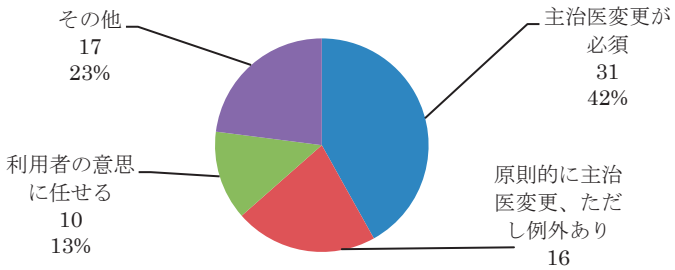
プログラムにおける主治医の条件の有無についての設問があり、図 1 に示すように主治医の条件を定めている治療機関が 74 施設 59%、主治医の条件を定めていない治療機関が 52 施設 41%であった。

（図1）プログラムにおいて主治医の条件を定めているか（n=126）



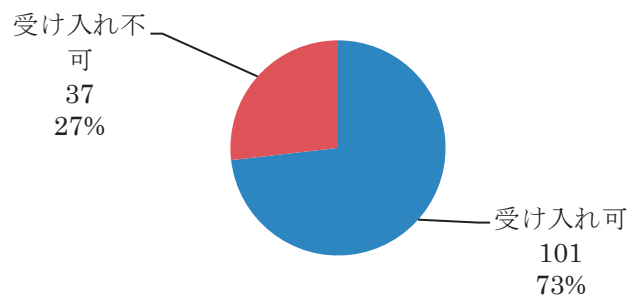
定めている場合の条件としては、図 2 に示すように「主治医変更を必須」が最も多く、31 施設 42%、「原則的に主治医を変更するが例外あり」とする治療機関が 16 施設 22%、「利用者の意思に任せる」とする治療機関が 10 施設 13%であった。

（図2）定めている場合の条件（n=74）



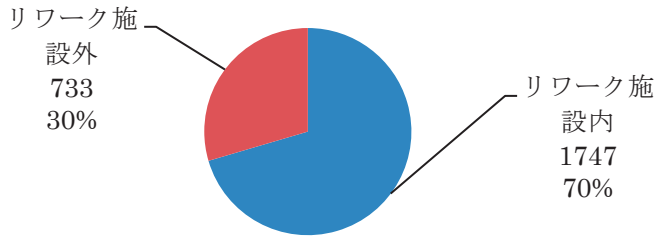
リワークプログラムへの他院患者の受け入れについては、図 3 に示すように「受入れ可」とする施設が 101 施設 73%であった。

（図3）他院患者を受け入れるか（n=138）



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く、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。

（図4）利用者調査　主治医について
（n=2,480）



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。

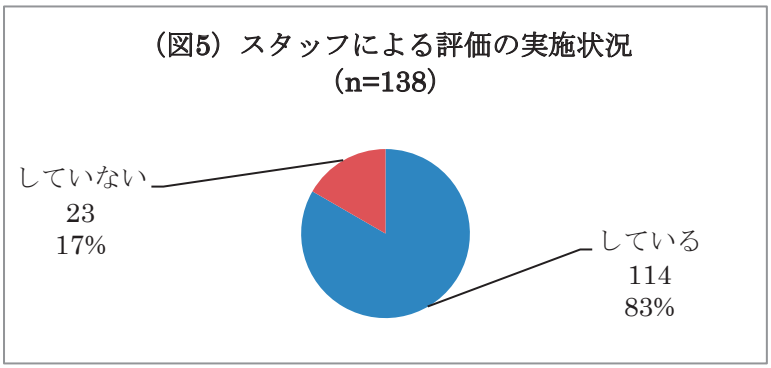
③利用者の個別調査によると、実際に主治医が治療機関内にいる利用者人数は 7 割であり、主治医が治療機関外にいる利用者は 3 割である。

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、

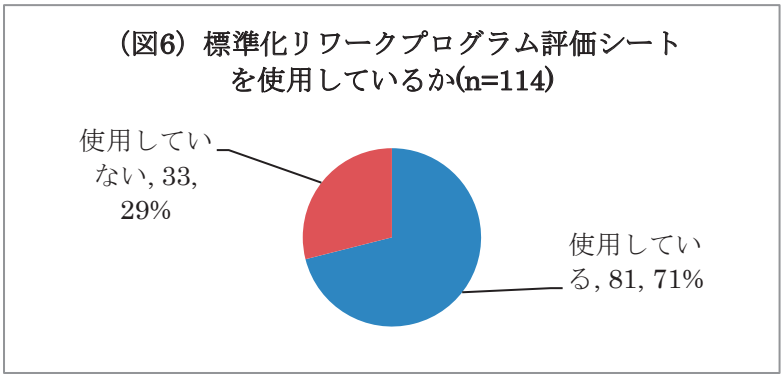
プログラムを実施していくうえで治療機関にとって重要な課題である。

（2）プログラム中の評価

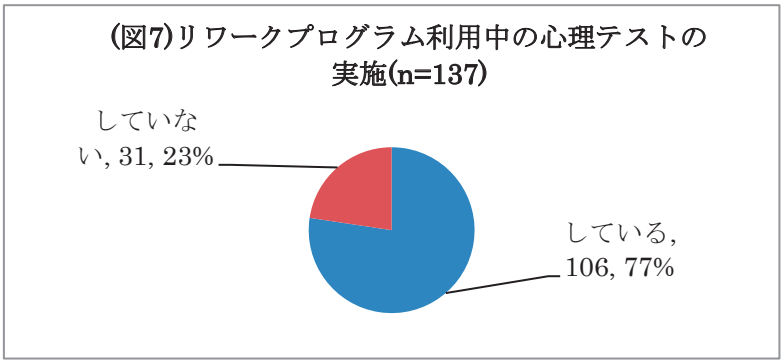
治療機関におけるスタッフによるプログラム中の評価の実施状況に関する調査では、図 5 に示すように実施している治療機関は 114 施設 83%となっている。



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」[1)]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。



プログラム中の評価のまとめ

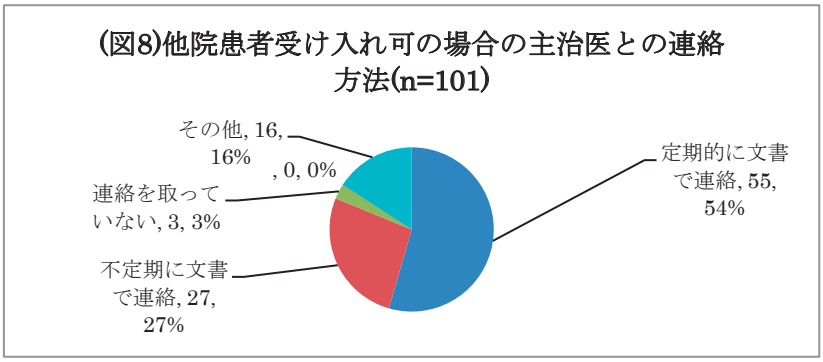
①スタッフによるプログラム中の利用者の評価の実施状況は図 5 に示すように、8 割強の治療機関で評価を実施していた。標準化リワークプログラム評価シートを使用している治療機関は、7 割程度となっている。

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。

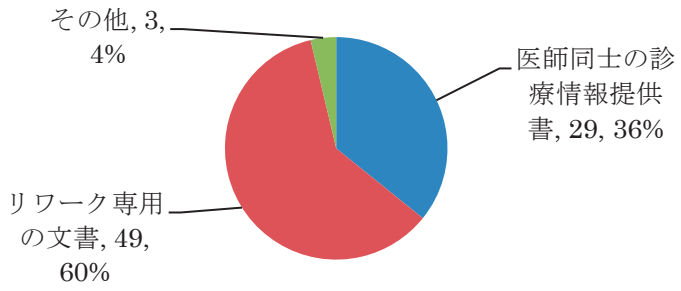
（3）他院の主治医等との連携方法

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。



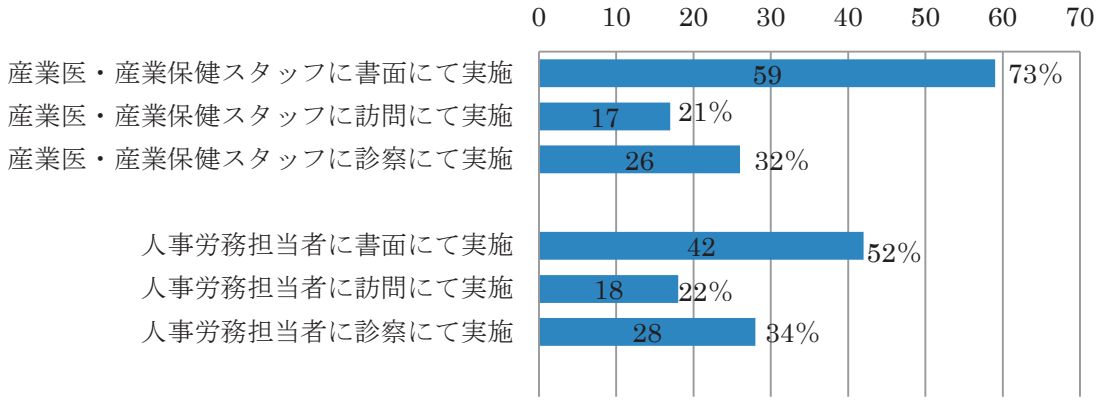
他院の主治医と定期的・不定期に文書で連絡をしている治療機関の場合、図 9 に示すように主治医との連絡の際に使用する書式は、「リワーク専用の文書」が最も多く使用されており、49 施設 60. 5%であった。

(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しての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[2)]。対象者の組み入れ基準は、休職2回以上、または休職1回目であっても連続して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±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)。

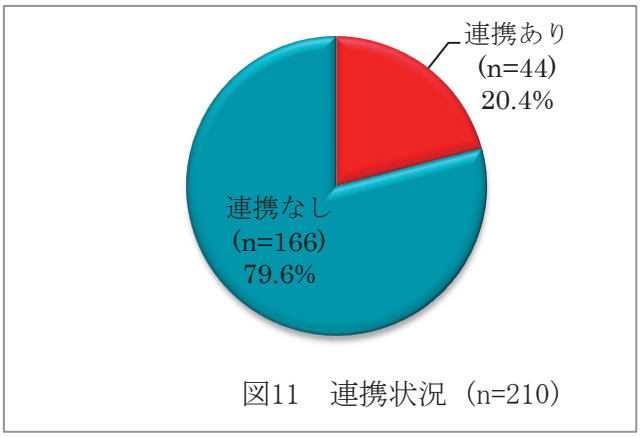


図11　連携状況（n=210）

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）。

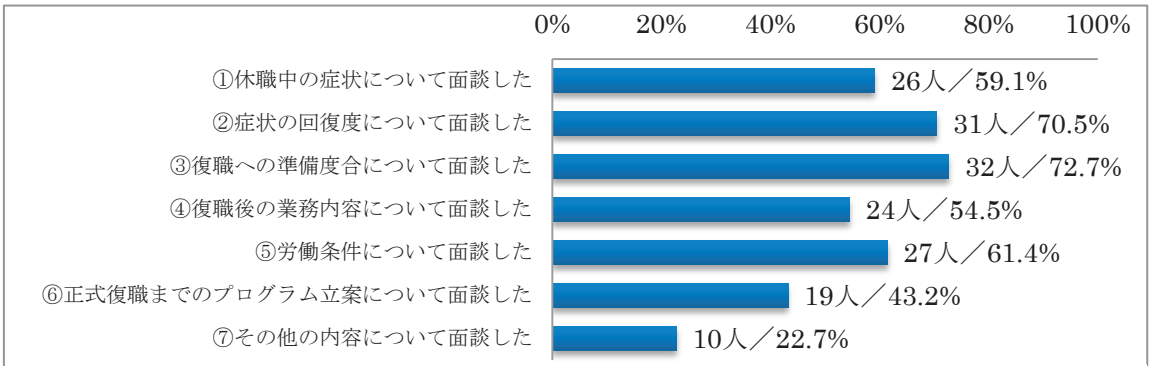


図12　復職時の事業場担当者とリワークプログラムスタッフの連携（複数回答／n=210）

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	F31 双極性感情障害	60	28.6	10	22.7	50	30.1	0.372
(ICD-10)	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	いる	127	60.5	21	47.7	106	63.9	0.052
体制	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った(図 13：p=0.400)。

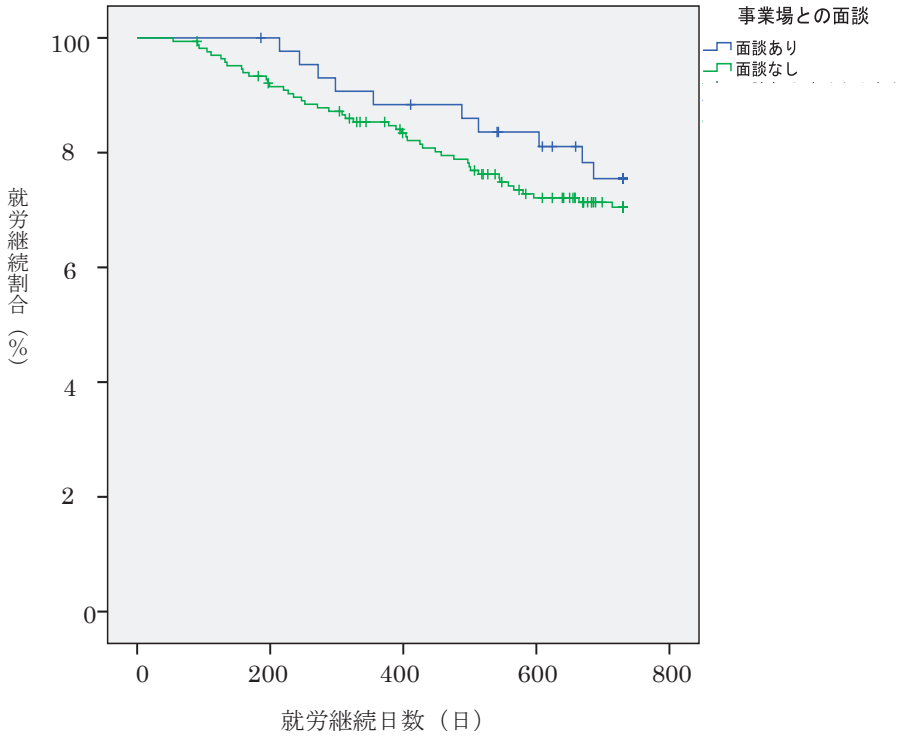


図 13　事業場との連携の有無による就労継続性の比較

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ったが、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な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

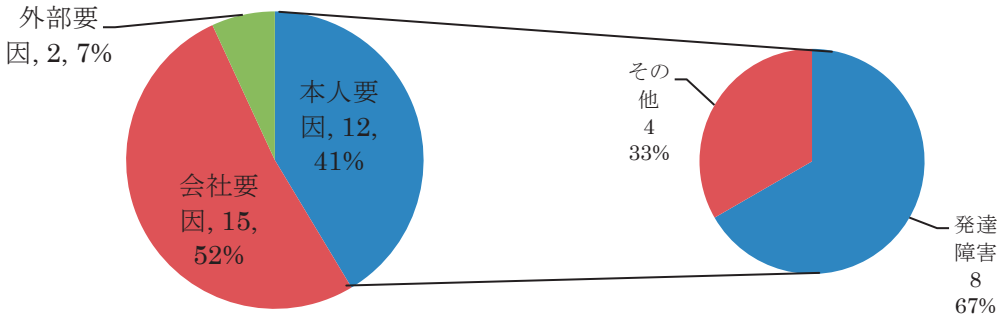
連携に際して困難事例と成功事例を具体的に記載し、連携の相手〔1.本人、2.主治医（外部主治医を含む）、3.職場の上司、4.職場の人事担当者、5.産業医や産業保健スタッフ、6.家族、7.行政機関などその他の連携先〕ごとに苦労を感じた要因あるいはスムーズに連携が進んだ要因を記入してもらった。その回答結果について、Ⅰ.本人要因、Ⅱ.会社要因、Ⅲ.外部要因に分類した。表 2(別表)に各事例の概要を示す。

（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、「本人の疾病理解の不足」が 5 例と最も多く、次が「受入れ消極的」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った。

（図14）困難事例の要因別の主な理由



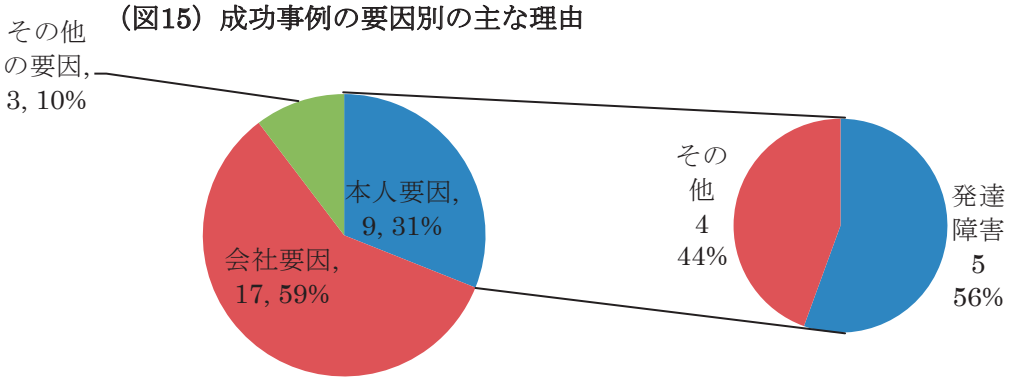
要因(大項目)	要因(小項目)	主な理由(例数　1事例に複数理由含む)
本人要因 12 例	発達障害 8 例	本人の疾病理解の不足（5)、上司・人事の本人への陰性感情（2)、配属先がないなど受け入れ消極的（3)、復職後の要求水準の高さ（1)
	その他 4 例	本人の病識欠如（2)、本人の病状不安定（2)
会社要因 15 例		人事の受け入れ消極的（3)、人事の意見が強く調整困難（2)、上司の意見が強く調整困難（1)、パワハラ（1)、上司の医療や本人への不信（1)、産業医のリワークへの無理解（1)
外部要因 2 例		外部主治医と会社の板挟み（1)、主治医と産業医との見解の違い（1)、人事の意見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

（図15）成功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 9 例	発達障害 5 例	上司が協力的（3）、人事が協力（2）、本人の疾病理（2）、主治医とのリワーク活動の共有（2）、主治医と産業医、人事との連携（1）
	その他 4 例	上司が協力的（3）、人事が協力的（3）、主治医とのリワーク活動の共有（3）、本人の疾病理解（3）、主治医が職場に対して情報提供（1）
会社要因 17 例		人事が協力的（8）、主治医とのリワーク活動の共有（7）、上司が協力的（6）、本人の疾病理解（4）、本人のモチベーションの高さ（2）、上司との情報共有（2）、人事による受け入れ態勢の整備（2）、人事の復職条件の明確化（2）、産業医のリワークへの理解（2）、産業医による環境調整の配慮（2）
外部要因 3 例		上司との情報共有（2）、上司が協力的（1）、人事が協力的（1）、産業医が協力的（1）、就業支援機関との連携（1）

（　）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。

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 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。

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。

（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、それぞれ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

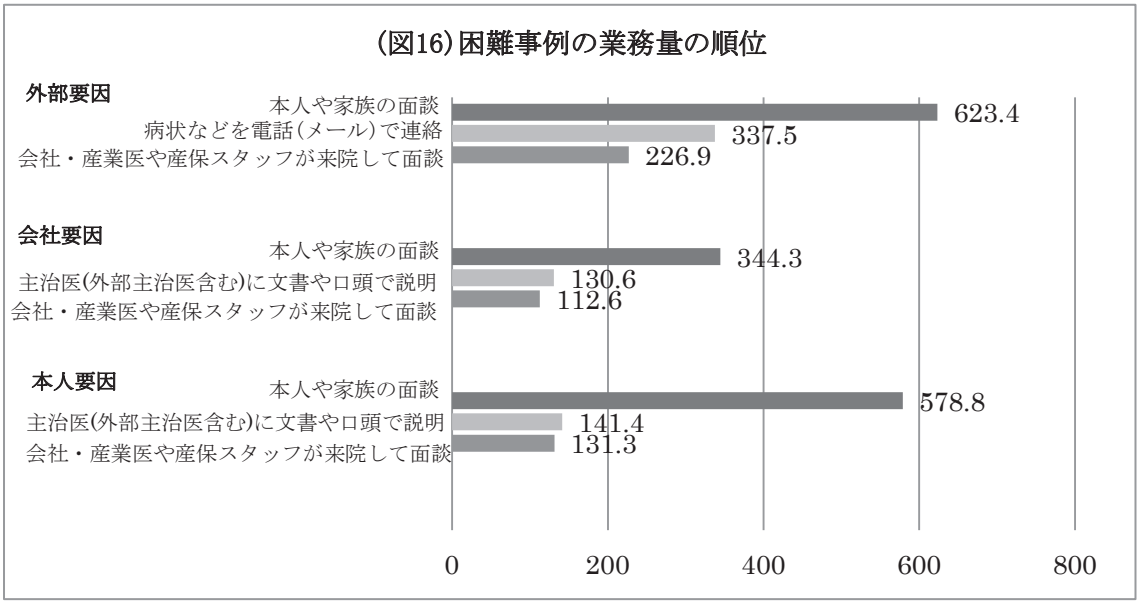
困難事例の代表例

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」[3] の「事務・その他」の時給 1,685 円を乗ずると 23,168 円の人件費と計算される。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

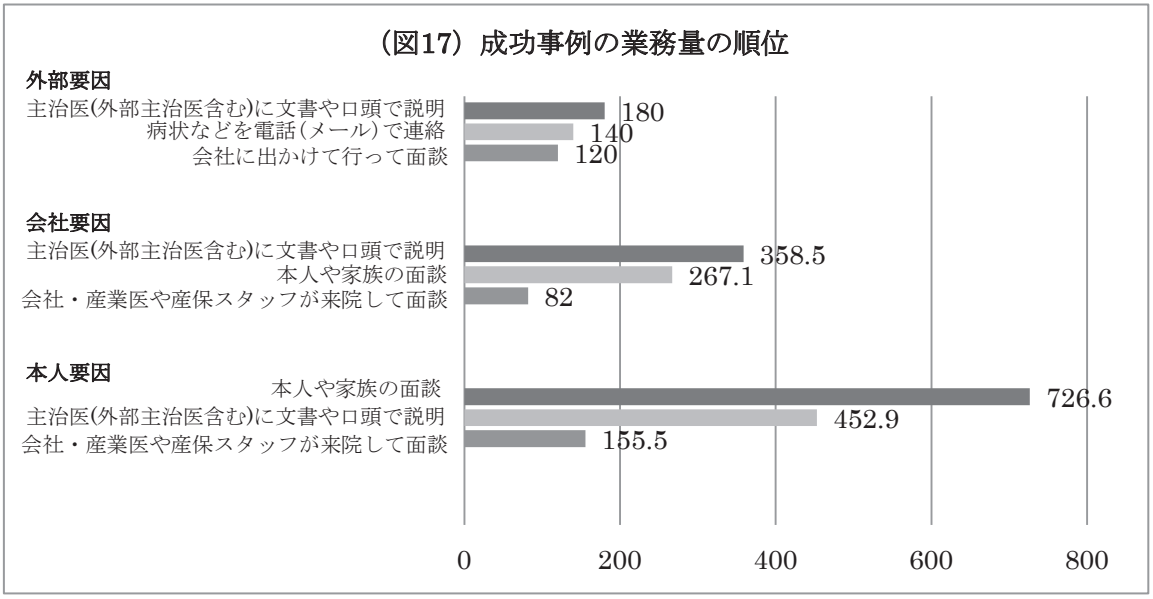
Ⅰ．本人要因：真面目で自己主張できずに過重労働で休職したケース。本人や家族と面談 48 回×１回の大凡の時間 30 分×１回に関与するスタッフの人数＝1,440

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実施し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」[3)] の「事務・その他」の時給 1,685 円

を乗ずると 26,724 円の人件費と計算され　　る。



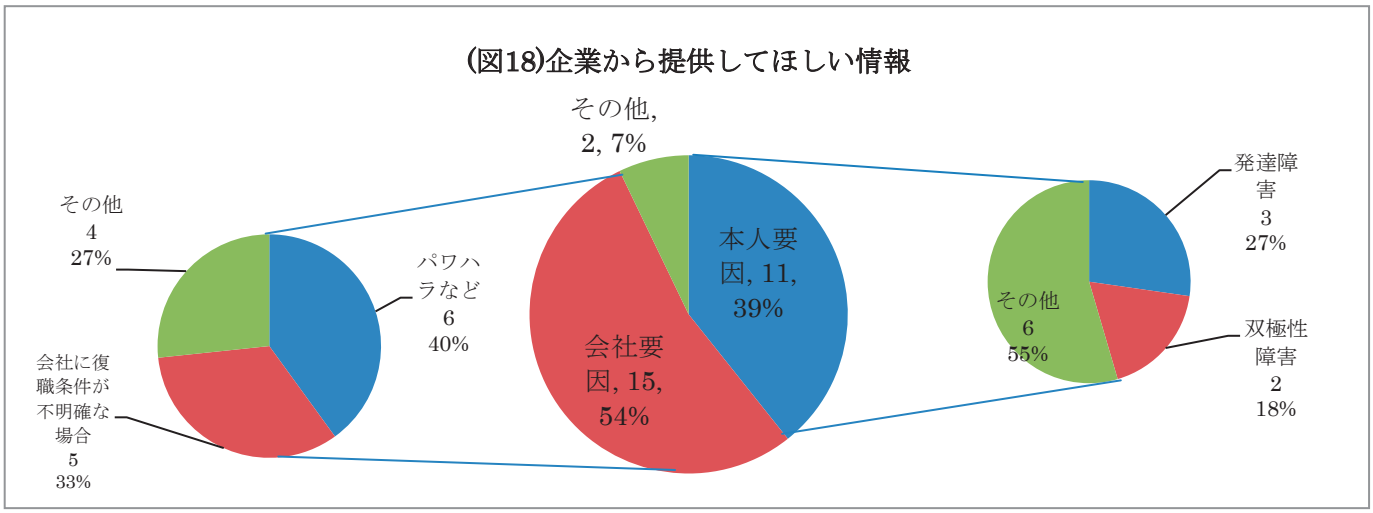
４．企業から提供してほしい主な情報

（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

事例の概要は表 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。



5. 職場から求められたコンサルテーション

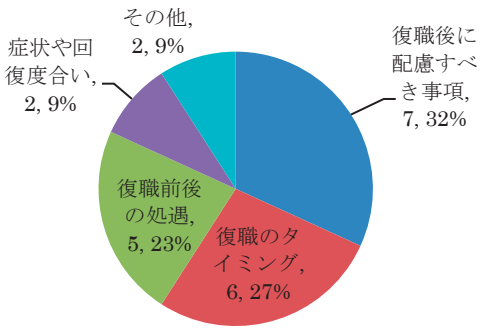
（1）調査方法

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、その具体的内容についてのアンケートを実施した。具体的内容については、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、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。

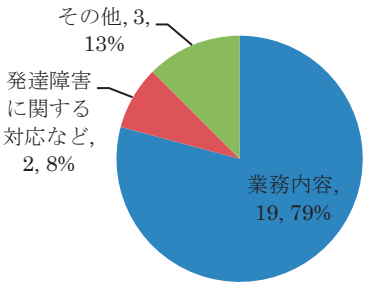
（2）職場から求められたコンサルテーションについてのまとめ

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ことが 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ことが 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。

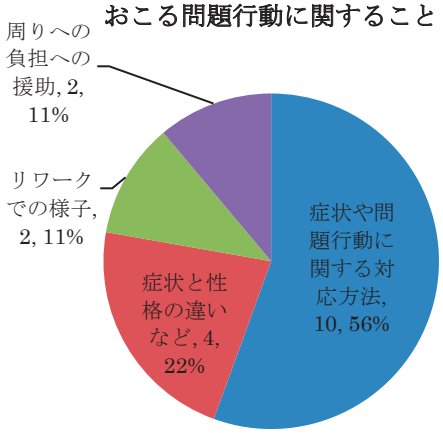
(図19-1)職場から求められたコンサルテーション：復職に関すること



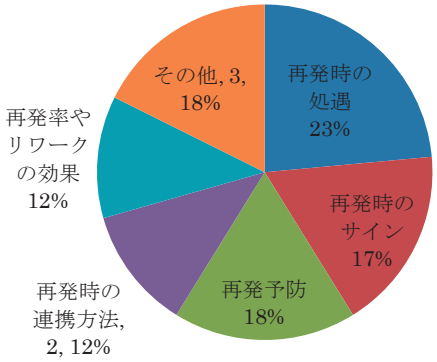
(図19-2)職場から求められたコンサルテーション：患者が会社で行う業務に関すること



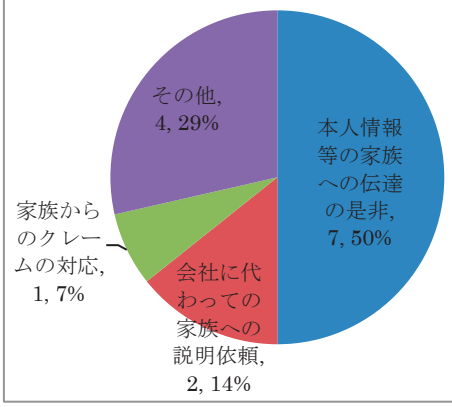
(図19-3)職場から求められたコンサルテーション：症状とそれによっておこる問題行動に関すること



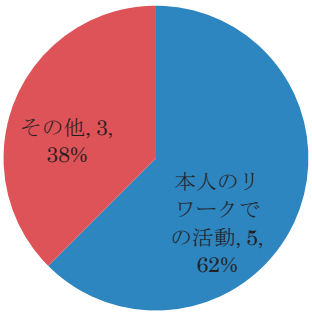
(図19-4)職場から求められたコンサルテーション：再発や再休職に関すること



(図19-5)職場から求められたコンサルテーション：家族への対応に関すること



(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おり、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件費が算出でき、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々あるが、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､厚生労働科学研究こ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	1	２０代半ばのＰｔ．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症状悪化、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った（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。
			2	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。
			3	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）
			4	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－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った。
			5	**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で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。
			6	**・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パ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。
			7	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。
			8	**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	9	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った。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、リワーク中断になった。
			10	会社の受入れ条件と本人の要望が合わなかった。復職にあたっ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、調整に時間がかかった。（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）
			11	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渉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。
			12	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。
	会社		13	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った。
			14	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。
			15	・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、**職場の制度**として復職前に**リワークを使用しなければいけない**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	**職場が本人、または医療機関側に不信感を表している**るケース。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	**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。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**産業医面談**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**評価**点「３」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、**会社側の不安**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でいた。
			21	職場復帰にあたり、当院としては**別部署での復職**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**投薬治療を終了**させ復帰している。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。（**職場側が復帰へのハードルを本人の意向で下げすぎる**）
			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、**会社**としては患者の復職に対し**消極的**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**復職を回避**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っており、これまでの状況を考えると、プログラム開始時期や**復職**を目指す**タイミングが早い**のではないか？」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たが、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、**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**。
			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休職**していて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。**当院とセンターが板挟み**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	発達障害	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っていた。**発達障害**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	ＡＳＤ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、Ａｓ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	ＡＤＨＤ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	ASP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**軽度知的障害**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、復職へのスモールステップ対応依頼にとどめたこと。
	会社		10	窓口である**産業保健師が連携**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。
			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**職場**と**調整**した上で、他の業務に移ってもらった。
			12	①**発達障害**ＡＤＨＤ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、**障害者雇用**で働くという方法を選択し、会社に復帰した。
			14	**職場上司が好意的**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**四者面談**。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**環境調整**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、職場面接の際に学校長に伝えると、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**配慮**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ＳＥ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してリハビリが必要と思われ当院で導入。**実施前**に**人事、保健スタッフ同席で面談**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。**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。
			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、**本人も納得**の上、リワークでストレスマネー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**職場産業保健師に連絡**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、**職場の上司、産業医、保健師**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、**上司、職場保健師が積極的に動き**、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**配慮**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上うになった
			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	ＡＤＨＤ、ＭＤＩのＰｔ．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）、職場と共有、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	ベ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ったことと、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	会社に言われたから、主治医に言われたから、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、そごが生じるケース。
	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ったが、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った。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っ迫しているが、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、どのようになだめて（理解して）もらうと良いだろうか、と相談
	2	（項目「A」と同一事例）職場は、休職前の経過や心証、復職後の厳しい状況について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。その中で患者について、職場内で困っていること、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、復職前におこなう試し勤務の開始をしてもいいか、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か？」
	11	・休職の原因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ヵ月もしくは３ヵ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ヵ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	ＡＳＤ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○○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（Ｎｓ、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のが多いと思います。
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、可能な限り三者面談など、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ー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	改撃性について、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のよう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しくみなど、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くある。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、随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	「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」
	7	「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？」
	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、上司が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	・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？
	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	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よく、リワーク参加に影響するメンバーさんがおられる。
	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。どのくらいつっ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」となることも多い。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か（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、職場上司とデイ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？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

別表　調査票

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
会社に出かけて行っての面談	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
会社に出かけて行っての面談	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処遇や待遇上で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さわりの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、ＡＳＤ患者について理解が得られたと思っていたが、上司はＡＳＤについての理解がなく配慮がなされなかった。

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、復職時期が大幅に延びた。

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）ＡＳＤ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でいるが家族に連絡してもいいのか？

平成 27 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

研究要旨：
うつ状態を呈する精神疾患で休職した労働者に対し、復職と再休職予防を目的とした治療プログラムである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)において、関連する諸機関との連携は欠かせないものである。特に主治医が治療機関でない場合の他院主治医と治療機関の連携は、プログラムへの受入から終了までの各段階において適宜求められる。また、プログラム利用者の所属する企業との連携についても、スムーズに職場復帰をするためには相互に必要な情報を取り交わすことが必要となる。
そこで、本研究では連携の実態調査として「治療機関と他院主治医との連携（研究 1)」と「治療機関と企業との連携（研究 2)」に関するアンケート調査を実施した。連携の手段として「書面」「診察・面談」の２つの方法（企業との連携については「ケース会議」の方法も追加）に関して、実際の連携がどのように行われているのかを、『いつ、だれが、だれに、どこで、どんな内容を、いくらで』おこなっているかに関して、具体的内容とその方法や労力について回答いただいた。また、連携時に使用している各種帳票を提出していただきモデル文書（研究 3）を作成した。
「治療機関と他院主治医との連携（研究 1)」では、プログラムの受け入れ時点で、自院への主治医変更が「原則必須ではない」と回答したのは 90 施設（68.7%）であり、そのうち他院と連携しているのは 76 施設(84.4%)であった。連携している理由としては「必要性を感じているため」が 73 施設(96.1%)であった。書面による他院との連携については 74 施設(98.7%)が実施していた。連携する時期としてはリワーク開始前から参加中、復職前後までいずれの時期でも行われていた。治療機関側担当者は担当スタッフを中心に医師が加わり、他院側担当者は殆どが主治医であった。診察・面談による他院との連携については 18 施設(24.0%)が実施していた。自院で連携する場合は、リワーク開始前にリワーク担当医が他院主治医と本人同席で行いプログラム参加の適性や現症について連携する率が高く、他院で連携する場合はリワーク参加中に自院担当スタッフが他院主治医に本人同席で出欠席の状況などについて連携する率が高かった。書面と診察・面談いずれの連携も 1 時間前後の時間を費やしているが、ほとんどが無報酬で行っていた。
「治療機関と企業との連携（研究 2)」では、105 施設(80.8%)が連携していた。書面による企業との連携は 84 施設(82.4%)で行っていた。復職前・復職時に治療機関側スタッフと人事労務担当者が本人の特性や復職時の配慮事項について 1 時間以上かけて無報酬で文書を作成し連携する率が高かった。診察・面談による企業との連携は 95 施設(91.3%)で行っており、復職前・復職時に主治医が人事労務担当者や上司に 40 分ほど治療経過や職務内容について連携する率が高かった。費用は約半数が無報酬であった。ケース会議による企業との連携は 24 施設（25.3%）で行っており、復職前・復職時に担当スタッフを中心に職場で約 1 時間報酬で上司に対し治療経過や職場環境などについて連携する率が高かった。
モデル文書（研究 3）の作成では、治療機関で実際に使用している帳票を 24 施設から提出を受け 48 種の文書を基にリワーク開始から復職前後を 4 期に分け、各期で他院主治医や企業と連携する際の書式を作成した。
治療機関では必要性を感じ各時期において主治医や企業と、様々な手法で連携を工夫して行っていることが明らかになった。また、連携を適切に行うには治療機関側に担当者(リワークコーディネーター)を置くことが効果的と考えられることも判明した。ただし連携の多くが無報酬で行われており、連携しない理由のマンパワー不足や時間が無いといった理由とも関連するが連携に関連する費用の経済的評価が必要と考えられる。

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）

１．研究目的

うつ状態を呈する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)を実施する医療機関(以下、治療機関)は全国で 200 施設を超えるほどになった。原則としては主治医とリワーク施設である治療機関が同一医療機関であることが望ましいが、過半数の治療機関は様々な理由から主治医を他院とする利用者を受け入れている実情がある。そのような場合には、プログラム運営上、またプログラムの成果を出すために参加開始から終了までの間、利用者の状態等について主治医と治療機関側で情報交換が必要となる。

また、休職者が復職をするときには所属先事業場との間で病状の回復状態について情報のやり取りの必要性が生まれてくる。その際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。

本研究でこれらの連携を検討するにあたり、それぞれ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初年度では、リワーク研究会基礎調査における各連携の実態[1)~6)]、2010 年 9 月～2013 年 12 月にかけて実施した治療プログラム実施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[7)]を復職時の職場との連携の有無に着目して分析、連携を行う利用者は事例性の高い利用者である可能性が高いと考え、実際に連携を行った事例に関する調査、の 3 つの研究を実施した。2 年度目の今年度では、実態調査として「治療機関と他院主治医との連携（研究 1)」と「治療機関と企業との連携(研究 2)」に関する実態調査を実施した。連携の手段として「書面」「診察・面談」の２つの方法（企業との連携については「ケース会議」の方法も追加）に関して、実際の連携がどのように行われているのかを、『いつ、だれが、だれに、どこで、どんな内容を、いくらで』おこなっているかに関して、具体的内容とその方法や労力について回答いただいた。また、連携時に使用している各種帳票を提出していただきモデル文書（研究 3）を作成した。

２．研究１　治療施設と他院主治医との連携

（１）研究方法

うつ病リワーク研究会に所属する医療機関を対象とした。194 施設に別添資料に示す調査票を送付し、136 施設から回答が得ら

れ、回収率としては 70.1%であった。

（2）調査内容

調査内容は、Ⅰ．回答者について、Ⅱ．他院からの受入について、Ⅲ．連携について、Ⅳ．他院との連携の実際、の 4 つの大項目で構成されている。

Ⅱにおいては、他院から自院が実施しているプログラムに受け入れる際の主治医変更を必須としているか否か、必須としない場合はその理由を回答してもらった。Ⅲにおいては、他院から自院が実施しているプログラムに参加している患者がいる場合に、他院との連携を行っているか否か、またそれぞれの理由を回答してもらった。Ⅳにおいては、「書面」「診察・面談」の２つの方法に関して、実際の連携がどのように行われているのかを、『いつ、だれが、だれに、どこで、どんな内容を、いくらで』おこなっているか、具体的内容とその方法、労力を回答いただいた。なお、「書面」「診察・面談」のいずれの連携方法についても、複数の方法があることが予測されたため、最大 3 つの連携方法が記載できるように回答欄を設け、頻度の高い順に連携方法を記載いただいた。なお、本調査において連携とは「他院主治医で、自院が実施するプログラムに参加予定／参加中／参加後の患者の、情報共有や協働支援のこと」と定義した。

なお、各時期における定義は以下の通りである。

- リワーク開始前･･･プログラムへの参加検討段階から参加するまでの期間
- リワーク開始時･･･プログラムに参加後概ね 2 週間の期間
- リワーク参加中･･･プログラムへの参加から終了するまでの期間（リハビリ出勤中は含まず）
- 復職前/復職時･･･概ね復職 1 ヶ月前からの復職に向けた具体的内容を話合う時期（リハビリ出勤中含）
- 復職後（フォローアップ期）･･･復職後、概ね 1 年間の期間
- その他･･･上記にある時期以外で連携をしている期間

（3）調査結果

1）他院からの受け入れについて

プログラムの受け入れ時点で、自院への主治医変更が「原則必須ではない」と回答したのは 90 施設と 68.7%を占め、「原則必須」と回答したのは 41 施設（31.3%）であった（表 1）。

主治医変更を原則必須としている 41 施設において、プログラム終了後の主治医変更について「特に規定はない」と回答したのは 23 施設（56.1%）、「原則プログラム終了後も自院主治医のままでフォローする」と回答したのは 12 施設（29.3%）、「原則リワークプログラム終了後は元の主治医に変更してもらう」と回答したのは 6 施設（14.6%）であった（表 2）。

自院への主治医変更を必須としない、または一時的なもの（プログラム参加中のみや、その他一時的に主治医を変更するなど）としている理由を回答（複数回答）いただいたところ、最も多く選択された理由は「主治医変更を望まない患者が多いため」で 54

施設（61.4%）、次いで「集患の関係で他院からの紹介が減るため」が 35 施設（39.8%）、「本来、主治医変更は適切ではないと考えているため」が 21 施設（23.9%）、「その他」が 20 施設（22.7%）であった（表 3）。

２）連携について

プログラムの受け入れ時点で、自院への主治医変更が「原則必須ではない」と回答した 90 施設のうち、他院と連携しているのは 76 施設（84.4%）、連携していないのは 14 施設（15.6%）であった（表 4）。

他院と連携している理由（複数回答）として、最も多く選択された理由は「必要を感じているため」で 73 施設（96.1%）、次いで「患者から要望があるため」が 25 施設（32.9%）、「他院から要望があるため」が 19 施設（25.0%）、「その他」が 2 施設（2.6%）であった（表 5）。

他院と連携していない、または難しくしている要因（複数回答）として、最も多く選択された要因は「マンパワー不足」「時間がない」で各 5 施設（38.5%）、次いで「他院側が連携を望まないため」「個人情報の取り扱いに苦慮するため」が各 4 施設（30.8%）、「連携の方法・手段が分からないため」「その他」が各 3 施設（23.1%）、「診療報酬で請求できないため」「患者自身が行うものであると考えているため」が各 2 施設（15.4%）、「患者が連携を望まないため」が 1 施設（7.7%）、「連携しても効果がないと考えているため」と回答した施設はなかった（表 6）。

３）他院との連携の実際

「書面」「診察・面談」の２つの方法に関して、実際の連携がどのように行われているのかを、『いつ、だれが、だれに、どこで、どんな内容を、いくらで』おこなっているか、具体的内容とその方法、労力を集計した。なお、「書面」「診察・面談」のいずれの連携方法についても、複数の方法があることも予測されたため、最大 3 つの連携方法が記載できるように回答欄を設け、「最も多い連携」「2 番目に多い連携」「3 番目に多い連携」として連携頻度の高い連携方法を順に回答していただいた。

ア　書面による連携

書面による連携の有無について、プログラムの受け入れ時点で、自院への主治医変更が「原則必須ではない」と回答した 90 施設のうち、「書面連携あり」と回答したのは 74 施設（98.7%）、「書面連携なし」と回答したのは 1 施設（1.3%）であった（表 7）。

書面による連携について、連携の時期を見たところ「最も多い連携」時期としては、「①リワーク開始前」が 29 施設（39.7%）で最も多く、次いで「③リワーク参加中」が 22 施設（30.1%）、「②リワーク開始時」15 施設（20.5%）であった（表 8）。「2 番目に多い連携」時期としては、「③リワーク参加中」が最も多く 27 施設（50.9%）であった（表 9）。「3 番目に多い連携」時期としては、「④復職前／復職時」が最も多く 19 施設（52.8%）であった（表 10）。

連携の時期により特徴的な連携方法が見られるため、「最も多い連携」時期における「①リワーク開始前」と「②リワーク開始

時」、「2 番目に多い連携」時期における「③リワーク参加中」、「3 番目に多い連携」時期における「④復職前／復職時」を代表的な書面による連携方法として以下にまとめる。

(ア)「最も多い連携」時期における「①リワーク開始前」の書面による連携方法

- 自院側担当としては、リワーク担当医師が最も多く 21 施設（72.4%）であった（表 41)。
- 自院側担当スタッフの職種としては、精神保健福祉士と臨床心理士がともに 9 施設（81.8%）で最も多かった（表 44)。
- 他院側担当としては、主治医が 28 施設（100%）であった（表 47)。
- 本人の同意については、27 施設(96.4%)が同意を得ていた（表 50)。
- 書面作成に係る所要時間としては、平均 32.1 分(ＳＤ35.9)であった(表 53)。
- 自院からの情報提供については、19 施設（70.4%）が情報提供していた（表 56)。
- 自院からの情報提供の内容としては、「リワークプログラム参加の適・不適」が最も多く 17 施設（89.5%）であり、次いで「本人の特性」が 6 施設(31.6%)であった（表 59)。
- 他院からの情報提供については、29 施設（100%）が得ていた（表 62)。
- 他院からの情報提供の内容としては、「現症」と「病名」と「治療経過」が最も多く 28 施設（96.6%）であった。次いで「治療内容」が 27 施設(93.1%)、「服用薬」が 25 施設（86.2%）であった（表 65)。
- 徴収費用としては、21 施設（75.9%）が無報酬、7 施設(25.0%)が保険診療項目で請求していた（表 68)。

書面による「リワーク開始前」の連携の代表的な例としては、「自院側担当として主治医が他院主治医に対し、リワークプログラムの適・不適を中心に無報酬で情報提供する書面を約 30 分作成に費やし、他院からは『現症』『病名』『治療経過』の情報を得る」となった。

(イ)「最も多い連携」時期における「②リワーク開始時」の書面による連携方法

- 自院側担当としては、担当スタッフが最も多く 10 施設(66.7%)であった(表 71)。
- 自院側担当スタッフの職種としては、精神保健福祉士と臨床心理士がともに 8 施設（66.7%）で最も多かった（表 74)。
- 他院側担当としては、主治医が 15 施設（100%）であった（表 77)。
- 本人の同意については、13 施設(100.0%)が同意を得ていた(表 80)。
- 書面作成に係る所要時間としては、平均 37.5 分(ＳＤ39.1)であった(表 83)。
- 自院からの情報提供については、15 施設（100.0%）が情報提供していた（表 86)。
- 自院からの情報提供の内容としては、「プログラム参加の適・不適」が最も多く 10 施設（66.7%）であり、次いで「生活リズム」「出欠席の状況」「日中の居眠り／眠気の有無」「対人関係能力」が 5 施設（33.3%）であった（表 89)。

- 他院からの情報提供については、12 施設（80.0%）が得ていた（表 92）。
- 他院からの情報提供の内容としては、「病名」が最も多く 12 施設（100.0%）であった。次いで「現症」「服用薬」「治療経過」が 11 施設（91.7%）であった（表 95）。
- 徴収費用としては、11 施設（78.6%）が無報酬で、3 施設（21.4%）が保険診療項目で請求した（表 98）。

書面による「リワーク開始時」の連携の代表的な例としては、「精神保健福祉士や臨床心理士の自院担当スタッフが他院主治医に対し 40 分ほど時間をかけてプログラムの参加の適・不適を中心とする情報提供の書面を無報酬で作成し、他院からは『現症』『服用薬』『治療経過』について情報を得ている」となった。

（ウ）「二番目に多い連携」時期における「③リワーク参加中」の書面による連携方法

- 自院側担当としては、担当スタッフが 25 施設（96.2%）であった（表 102）。
- 自院側担当スタッフの職種としては、精神保健福祉士が最も多く 20 施設（74.1%）、次いで臨床心理士が 19 施設（70.4%）であった（表 105）。
- 他院側担当としては、主治医 22 施設（88.0%）であった（表 108）。
- 本人の同意については、23 施設（92.0%）が同意を得ていた（表 111）。
- 書面作成に係る所要時間としては、平均 69.2 分（ＳＤ50.5）であった（表 114）。
- 自院からの情報提供については、26 施設（100.0%）が情報提供していた（表 117）。
- 自院からの情報提供の内容としては、「生活リズム」「出欠席の状況」「対人関係能力」が最も多く 23 施設（92.0%）であり、次いで「日中の居眠り／眠気の有無」が 22 施設（88.0%）であった（表 120）。
- 他院からの情報提供については、得ている施設と得ていない施設が同数の 12 施設（50.0%）であった（表 123）。
- 他院からの情報提供の内容としては、「現症」と「治療経過」が最も多く 7 施設（70.0%）であった。次いで「病名」が 6 施設（60.0%）であった（表 126）。
- 徴収費用としては、21 施設（95.5%）が無報酬で、1 施設（4.5%）が保険診療項目で請求していた（表 129）。

書面による「リワーク参加中」の連携の代表的な例としては、「精神保健福祉士を中心とする自院スタッフが他院主治医に対し約 70 分『生活リズム』『出欠席の状況』『対人関係能力』の情報提供について書面を無報酬で作成し、他院からは『現症』『治療経過』について情報を得ている」となった。

（エ）「3 番目に多い連携」時期における「④復職前／復職時」の書面による連携方法

- 自院側担当としては、担当スタッフが 16 施設（88.9%）であった（表 133）。
- 自院側担当スタッフの職種としては、臨床心理士が最も多く 14 施設（82.4%）、次いで精神保健福祉士が 10 施設（58.8%）、看護師が 9 施設（52.9%）であった（表 136）。
- 他院側担当としては、主治医 12 施設（92.3%）であった（表 139）。
- 本人の同意については、15 施設（93.8%）が同意を得ていた（表 142）。

- 作成に係る所要時間としては、平均 73.9 分（ＳＤ66.5）であった(表 145)。
- 自院からの情報提供については、18 施設（100.0%）が情報提供していた(表 148)。
- 自院からの情報提供の内容としては、「出欠席の状況」が最も多く 15 施設（93.8%）であり、次いで「生活リズム」「作業能力の回復度合」「対人関係能力」が 14 施設（87.5%）であった（表 151)。
- 他院からの情報提供については、得ている施設が 8 施設（53.3%）であった（表 154)。
- 他院からの情報提供の内容としては、「治療経過」と「主治医が考える復職可能の状態」が最も多く 5 施設（62.5%）であった（表 157)。
- 徴収費用としては、12 施設（75.0%）が無報酬で、4 施設(25.0%)が保険診療項目で請求していた（表 160)。

書面による「復職前／復職時」の連携の代表的な例としては、「臨床心理士を中心とする自院スタッフが他院主治医に対し約 70 分かけて『出欠席の状況』『生活リズム』『作業能力の回復度合』『対人関係能力』の情報提供について書面を無報酬で作成し、他院からは『治療経過』『主治医が考える復職可能の状態』について情報を得ている」となった。

イ　診察・面談による連携

診察・面談による連携の有無について、プログラムの受け入れ時点で、自院への主治医変更が「原則必須ではない」と回答した 90 施設のうち、「診察・面談による連携あり」と回答したのは 18 施設（24.0%)、「診察・面談による連携なし」と回答したのは 54 施設（72.0%）であった（表 221)。

診察・面談による連携について、連携を行う場所による違いが方法の違いに大きく関係するため、自院で実施する場合と他院で実施する場合に分けて分析した。また、全体的に診察・面談による連携を実施している治療機関は少ないため、「最も多い連携」方法を代表的な診察・面談の連携方法としてまとめる。

(ア)「自院で連携」する場合の診察・面談による連携方法

- 連携の時期に関し、「①リワーク開始前」が 6 施設（54.5%）で最も多かった（表 261)。
- 自院側担当としては、リワーク担当医師が 7 施設(63.6%)であった(表 264)。
- 自院側担当スタッフの職種としては、精神保健福祉士が 6 施設（75.0%）で最も多かった（表 267)。
- 他院側担当としては、主治医が 6 施設（60.0%）であった（表 270)。
- 本人の同意については、11 施設（100.0%)が同意を得ていた(表 273)。
- 本人の同席については、「同席する」が 6 施設（54.5%）であった（表 276)。
- 診察・面談の所要時間としては、平均 36.4 分(ＳＤ23.0)であった(表 279)。
- 自院からの情報提供については、8 施設（80.0%）が情報提供していた（表 282)。
- 自院からの情報提供の内容としては、「プログラム参加の適・不適」が最も多く 7 施設(87.5%)であった(表 285)。
- 他院からの情報提供については、9 施設（90.0%）が得ていた（表 288)。

- 他院からの情報提供の内容としては、「現症」「治療経過」が最も多く 7 施設（77.8%）であった。次いで「病名」「服用薬」「検査結果」「治療内容」が 6 施設（66.7%）であった（表 291）。
- 徴収費用としては、7 施設（70.0%）が無報酬で、3 施設(30%)が保険診療項目で請求していた（表 294）。

診察・面談による「自院」の連携の代表的な例としては、「リワーク開始前にリワーク担当医師が他院主治医に対し約 40 分『プログラム参加の適・不適』の情報提供について診察・面談を無報酬で行い、他院からは『現症』『治療経過』について情報を得ている」となった。

（イ）「他院で連携」する場合の診察・面談による連携方法

- 連携の時期に関し、「③リワーク参加中」が 7 施設（77.8%）で最も多かった（表 277）。
- 自院側担当としては、担当スタッフが 9 施設（100.0%）であった（表 300）。
- 自院側担当スタッフの職種としては、作業療法士が 6 施設（66.7%）で最も多く、次いで臨床心理士と心理士がともに 4 施設(44.4%)であった(表 303)。
- 他院側担当としては、主治医が 9 施設（100.0%）であった（表 306）。
- 本人の同意については、9 施設(100.0%)が同意を得ていた（表 309）。
- 本人の同席については、「同席する」が 5 施設（55.6%）であった（表 312）。
- 診察・面談の所要時間としては、平均 30.0 分（ＳＤ18.5）であった(表 315)。
- 自院からの情報提供については、9 施設（100.0%）が情報提供していた（表 318）。
- 自院からの情報提供の内容としては、「出欠席の状況」「作業能力の回復度合」「本人の特性」が最も多く 7 施設（77.8%）であった（表 321）。
- 他院からの情報提供については、8 施設（88.9%）が得ていた（表 324）。
- 他院からの情報提供の内容としては、「現症」「治療経過」「主治医が考える復職可能の状態」が最も多く 5 施設（62.5%）であった（表 327）。
- 請求費用としては、7 施設（77.8%）が無報酬で、2 施設(22.2%)が保険診療項目で請求していた（表 330）。

診察・面談による「他院」の連携の代表的な例としては、「リワーク参加中に作業療法士を中心とする担当スタッフが他院主治医に対し 30 分『出欠席の状況』『作業能力の回復度合』『本人の特性』の情報提供について診察・面談を無報酬で行い、他院からは『現症』『治療経過』『主治医が考える復職可能の状態』について情報を得ている」となった。

３．研究２　治療機関と企業との連携

（１）研究方法

うつ病リワーク研究会に所属する医療機関を対象とした。194 施設に添付資料に示す調査票を送付し、136 施設から回答が得られ、回収率としては 70.1%であった。

（２）調査内容

調査内容は、Ⅰ．企業との連携の有無、Ⅱ．書面、診察・面談、ケース会議それぞれにお

ける連携の実際の２つの大項目で構成されている。Ⅱについては、各方法において、時期、医療機関側担当と職種、企業側担当、本人同意の有無、本人の同席、場所、所要時間、医療機関側からの情報提供、職場から得られる情報、費用、について回答を得た。また時期による連携内容の違いに着目し、時期を軸にした集計も行った。本調査において連携とは「復職に必要な患者情報を企業・医療機関双方で共有すること、あるいは、協働していくこと」と定義した。

なお、各時期における定義は以下の通り。

- リワーク開始前･･･プログラムへの参加検討段階から参加するまでの期間
- リワーク開始時･･･プログラムに参加後概ね２週間の期間
- リワーク参加中･･･プログラムへの参加から終了するまでの期間（リハビリ出勤中は含まず）
- 復職前/復職時･･･概ね復職１ヶ月前からの復職に向けた具体的内容を話合う時期（リハビリ出勤中含）
- 復職後（フォローアップ期）･･･復職後、概ね１年間の期間
- その他･･･上記にある時期以外で連携をしている期間

（３）調査結果

企業との連携の有無について

企業との連携については、105 施設（80.8%）が連携していた（表 333）。

「連携していない」と回答した 25 施設（19.2%）の治療機関は、連携していない理由として「マンパワー不足」が 15 施設（62.5%）で最も多く、次いで「時間がない」13 施設（54.2%）、「患者自身が行うものであると考えている」9 施設（37.5%）、「個人情報が心配である」6 施設（25.0%）、「連携の方法・手段が分からない」5 施設（20.8%）であった（表 334）。

１）企業との連携の実際

「書面」「診察・面談」「ケース会議」の 3 つの方法に関して、実際の連携がどのように行われているのかを、『いつ、だれが、だれに、どこで、どんな内容を、いくらで』おこなっているか、具体的内容とその方法、労力を集計した。なお、「書面」「診察・面談」「ケース会議」のいずれの連携方法についても、複数の方法があることも予測されたため、最大 3 つの連携方法が記載できるように回答箇所を設け、「最も多い連携」「2 番目に多い連携」「3 番目に多い連携」として連携頻度の高い連携方法を順に回答していただいた。

ア　書面による連携

書面による連携の有無について、「書面連携あり」と回答したのは 84 施設（82.4%）、「書面連携なし」と回答したのは 18 施設（17.6%）であった（表 335）。

書面による連携について、連携の時期を見たところ「最も多い連携」時期としては、「④復職前／復職時」が 36 施設（43.4%）で最も多く、次いで「③リワーク参加中」が 19 施設（22.9%）、「②リワーク開始時」16 施設（19.3%）であった（表 336）。「2 番目に多い連携」時期としては、「③リワーク参加中」が最も多く 33 施設（62.3%）であった（表 337）。「3 番目に多い連携」時期と

しては、「④復職前／復職時」が最も多く16施設（66.7%）であった（表338）。

連携の時期により特徴的な連携方法が見られるため、「最も多い連携」時期における「②リワーク開始時」、「2番目に多い連携」時期における「③リワーク参加中」、「3番目に多い連携」時期における「④復職前／復職時」を代表的な書面による連携方法として以下にまとめる。

（ア）「最も多い連携」時期における「②リワーク開始時」の書面による連携方法

- 治療機関側担当としては、担当スタッフが最も多く11施設（68.8%）であった（表366）。
- 治療機関側担当スタッフの職種としては、精神保健福祉士と臨床心理士がともに9施設（69.2%）で最も多かった（表369）。
- 企業側担当としては、産業医が7施設（43.8%）であった（表372）。
- 本人の同意については、15施設（100.0%）が同意を得ていた（表375）。
- 書面作成に係る所要時間としては、平均39.6分（ＳＤ60.4）であった（表378）。
- 治療機関からの情報提供の内容としては、「治療内容」が最も多く6施設（40.0%）でああった（表381）。
- 職場からの情報提供については、13施設（86.7%）が得ていた（表384）。
- 職場からの情報提供の内容としては、「職種」が最も多く11施設（84.6%）であり、次いで「職務内容」が10施設（76.9%）であった（表387）。
- 徴収費用としては、10施設（76.9%）が無報酬であった（表390）。

書面による「リワーク開始時」の連携の代表的な例としては、「担当スタッフが産業医に対し約40分『治療内容』の情報提供について書面の作成を無報酬で行い、職場からは『職種』『職務内容』について情報を得ている」となった。

（イ）「二番目に多い連携」時期における「③リワーク参加中」の書面による連携方法

- 治療機関側担当としては、担当スタッフが27施設（81.8%）であった（表394）。
- 治療機関側担当スタッフの職種としては、精神保健福祉士が最も多く16施設（55.2%）、次いで臨床心理士が15施設（51.7%）であった（表397）。
- 企業側担当としては、産業医13施設（40.6%）であった（表400）。
- 本人の同意については、31施設（96.9%）が同意を得ていた（表403）。
- 書面作成に係る所要時間としては、平均49.5分（ＳＤ42.1）であった（表406）。
- 治療機関からの情報提供の内容としては、「今後の見通し」が最も多く20施設（64.5%）であり、「本人の特性」が19施設（61.3%）、「治療経過」が18施設（58.1%）であった（表409）。
- 職場からの情報提供については、15施設（51.7%）が得ていた（表412）。
- 職場からの情報提供の内容としては、「職務内容」と「担当窓口の確認」が最も多く10施設（66.7%）であった。次いで「仕事ぶり」が9施設（60.0%）であった（表415）。
- 徴収費用としては、20施設（66.7%）

が無報酬であった。自費は5施設あり、費用は平均2534.0円（SD821.9）であった（表418）。

書面による「リワーク参加中」の連携の代表的な例としては、「担当スタッフが産業医に対し約50分『今後の見通し』『本人の特性』『治療経過』の情報提供について書面の作成を無報酬で行い、職場からは『職務内容』『担当窓口の確認』について情報を得ている」となった。

（ウ）「3番目に多い連携」時期における「④復職前／復職時」の書面による連携方法

- 治療機関側担当としては、担当スタッフが13施設（86.7%）であった（表422）。
- 治療機関側担当スタッフの職種としては、臨床心理士が最も多く9施設（64.3%）、次いで看護師が8施設（57.1%）であった（表425）。
- 企業側担当としては、人事労務担当者が5施設（31.3%）で最も多く、次いで産業医と上司が4施設（25.0%）であった（表428）。
- 本人の同意については、16施設（100.0%）が同意を得ていた（表431）。
- 作成に係る所要時間としては、平均96.0分（SD55.7）であった（表434）。
- 治療機関からの情報提供の内容としては、「本人の特性」が最も多く12施設（75.0%）であり、次いで「業務への影響」「配慮事項」が11施設（68.8%）であった（表437）。
- 職場からの情報提供については、得ている施設が8施設（61.5%）であった（表440）。
- 職場からの情報提供の内容としては、「復職時配慮事項」が最も多く6施設（75.0%）であり、「復職後配慮事項」と「窓口担当の確認」が5施設（62.5%）と続いた（表443）。
- 徴収費用としては、9施設（60.0%）が無報酬であった。4施設（26.7%）が自費として平均3605.0円（SD2,725.9）を請求していた（表446）。

書面による「復職前／復職時」の連携の代表的な例としては、「担当スタッフが人事労務担当者に対し約100分『本人の特性』『業務への影響』『配慮事項』の情報提供について書面の作成を無報酬で行い、職場からは『復職時配慮事項』について情報を得ている」となった。

イ　診察・面談による連携

診察・面談の定義として通常診察場面やそれ以外の時間を使って個別に行われる面談と設定した。

診察・面談による連携の有無について、「診察・面談による連携あり」と回答したのは95施設（91.3%）、「診察・面談による連携なし」と回答したのは9施設（8.7%）であった（表501）。

診察・面談による連携について、連携の時期を見たところ「最も多い連携」時期としては、「④復職前／復職時」が42施設（44.2%）で最も多く、次いで「③リワーク参加中」が35施設（36.8%）であった（表502）。「2番目に多い連携」時期としては、「③リワーク参加中」が最も多く31施設（55.4%）であった（表503）。「3番目に多い連携」時期としては、「④復職前／復職時」

が最も多く 12 施設（50.0%）であった（表 504）。

連携の時期により特徴的な連携方法が見られるため、「最も多い連携」時期における「④復職前／復職時」と「2 番目に多い連携」時期における「③リワーク参加中」を代表的な診察・面談による連携方法として以下にまとめる。

（ア）「最も多い連携」時期における「④復職前／復職時」診察・面談による連携方法

- 治療機関側担当としては、主治医が 29 施設（69.0%）、担当スタッフが 28 施設（66.7%）であった（表 595）。
- 治療機関側担当スタッフの職種としては、精神保健福祉士が最も多く 22 施設（73.3%）、次いで臨床心理士が 20 施設（66.7%）であった（表 598）。
- 企業側担当としては、人事労務担当者と上司がともに 37 施設（88.1%）で最も多かった（表 601）。
- 本人の同意については、42 施設（100.0%）が同意を得ていた（表 604）。
- 本人の同席については、同席するが 23 施設（54.8%）で最も多く、ケースバイケースが 19 施設（45.2%）と続いた（表 607）。
- 診察・面談の場所については、医療機関側が 39 施設（92.9%）だった（表 610）。
- 診察・面談に係る所要時間としては、平均 44.1 分（ＳＤ21.2）であった（表 613）。
- 治療機関からの情報提供の内容としては、「治療経過」が最も多く 38 施設（90.5%）であり、次いで「配慮事項」が 37 施設（88.1%）、「今後の見通し」が 35 施設（83.3%）であった（表 616）。
- 職場からの情報提供の内容としては、「職務内容」が最も多く 35 施設（83.3%）であり、「職場環境」と「復職後配慮内容」が 33 施設（78.6%）と続いた（表 619）。
- 徴収費用としては、22 施設（53.7%）が無報酬であり、保険診療項目として 14 施設（34.1%）が請求していた。4 施設（26.7%）が自費として平均 5888.0 円（SD2481.7）を請求していた（表 622）。

診察・面談による「復職前／復職時」の連携の代表的な例としては、「主治医と担当スタッフが人事労務担当者と上司に対し約 40 分『治療経過』『配慮事項』『今後の見通し』の情報提供について医療機関で診察・面談を主に無報酬で行い、職場からは『職務内容』『職場環境』『復職後配慮内容』について情報を得ている」となった。

（イ）「2 番目に多い連携」時期における「③リワーク参加中」の診察・面談による連携方法

- 治療機関側担当としては、担当スタッフが 27 施設（87.1%）であった（表 566）。
- 治療機関側担当スタッフの職種としては、臨床心理士が最も多く 17 施設（63.0%）、次いで精神保健福祉士が 14 施設（51.9%）であった（表 569）。
- 企業側担当としては、上司 25 施設（83.3%）が最も多く、次いで人事労務担当者 21 施設（70.0%）、産業保健スタッフ 19 施設（63.3%）であった（表 572）。

- 本人の同意については、27 施設（100.0%）が同意を得ていた（表 575）。
- 本人の同席については、ケースバイケースが 15 施設（50%）、同席するが 12 施設（40%）だった（表 578）。
- 診察・面談の場所については、医療機関側が 27 施設（90%）だった（表 581）。
- 診察・面談に係る所要時間としては、平均 51.4 分（ＳＤ16.3）であった（表 584）。
- 治療機関からの情報提供の内容としては、「今後の見通し」が最も多く 29 施設（100.0%）であり、「治療経過」が 26 施設（89.7%）、「本人の特性」が 21 施設（72.4%）、であった（表 587）。
- 職場からの情報提供の内容としては、「職場環境」が最も多く 28 施設（93.3%）であり、「職務内容」が 27 施設（90.0%）、「対人交流」が 26 施設（86.7%）と続いた（表 590）。
- 徴収費用としては、19 施設（63.3%）が無報酬であり、保険診療項目は 8 施設（26.7%）だった。自費は 3 施設であった（表 593）。

診察・面談による「リワーク参加中」の連携の代表的な例としては、「担当スタッフが上司に対し約 50 分『今後の見通し』『治療経過』『本人の特性』の情報提供について医療機関で診察・面談を無報酬で行い、職場からは『職場環境』『職務内容』について情報を得ている」となった。

ウ　ケース会議による連携

ケース会議による連携の有無について、「ケース会議による連携あり」と回答したのは 24 施設（25.3%）、「ケース会議による連携なし」と回答したのは 71 施設（74.7%）であった（表 685）。

ケース会議による連携について、連携の時期を見たところ「最も多い連携」時期としては、「④復職前／復職時」が 12 施設（52.5%）で最も多く、次いで「③リワーク参加中」が 10 施設（43.5%）であった（表 686）。「2 番目に多い連携」時期としては、「③リワーク参加中」が最も多く 7 施設（53.8%）であり、次いで「復職前・復職時」が 6 施設（46.2%）だった（表 687）。「3 番目に多い連携」時期としては、2 施設のみの回答だった（表 688）。

連携の時期により特徴的な連携方法が見られるため、「最も多い連携」時期における「③リワーク参加中」と「④復職前／復職時」を代表的なケース会議による連携方法として以下にまとめる。

（ア）「最も多い連携」時期における「③リワーク参加中」のケース会議による連携方法

- 治療機関側担当としては、担当スタッフが 10 施設（100.0%）であり、主治医は 2 施設（20.0%）であった（表 689）。
- 治療機関側担当スタッフの職種としては、精神保健福祉士と臨床心理士が最も多く 7 施設（70.0%）、次いで作業療法士が 4 施設（40.0%）であった（表 692）。
- 企業側担当としては、人事労務担当者が 8 施設（80.0%）で最も多く、次いで上司 7 施設（70.0%）、産業保健スタッフ 6 施設（60.0%）であった（表 695）。
- 本人の同意については、10 施設

（100.0%）が同意を得ていた（表 698）。

- 本人の同席については、ケースバイケースが 6 施設（66.7%）、同席しないが 2 施設（22.2%）だった（表 701）。
- ケース会議の場所については、医療機関が 6 施設（60.0%）で職場が 3 施設（30.0%）だった（表 704）。
- ケース会議に係る所要時間としては、平均 63.0 分（ＳＤ22.1）であった（表 707）。
- 治療機関からの情報提供の内容としては、「治療経過」と「本人の特性」が最も多く 10 施設（100.0%）であり、「今後の見通し」が 9 施設（90.0%）であった（表 710）。
- 職場からの情報提供の内容としては、「職務内容」「仕事ぶり」「対人交流」が最も多く 10 施設（100.0%）であり、「職場環境」が 9 施設（90.0%）であった（表 713）。
- 徴収費用としては、9 施設（90.0%）が無報酬であり、保険診療項目は 1 施設（10.0%）だった（表 716）。

ケース会議による「リワーク参加中」の連携の代表的な例としては、「担当スタッフが人事労務担当者に対し約 60 分『治療経過』『本人の特性』の情報提供についてケース会議を医療機関で無報酬で行い、職場からは『職務内容』『仕事ぶり』『対人交流』について情報を得ている」となった。

（イ）「最も多い連携」時期における「④復職前／復職時」のケース会議による連携方法

- 治療機関側担当としては、担当スタッフが 11 施設（91.7%）、主治医が 7 施設（58.3%）であった（表 719）。
- 治療機関側担当スタッフの職種としては、精神保健福祉士が最も多く 8 施設（66.7%）、次いで臨床心理士が 7 施設（58.3%）であった（表 722）。
- 企業側担当としては、上司が 12 施設（100.0%）で最も多く、次いで人事労務担当者が 10 施設（83.3%）だった（表 725）。
- 本人の同意については、12 施設（100.0%）が同意を得ていた（表 728）。
- 本人の同席については、同席するが 7 施設（58.3%）で最も多く、ケースバイケースが 5 施設（41.7%）と続いた（表 731）。
- ケース会議の場所については、職場が 7 施設（58.3%）、医療機関が 5 施設（41.7%）だった（表 734）。
- ケース会議に係る所要時間としては、平均 58.8 分 （SD13.5）であった（表 737）。
- 治療機関からの情報提供の内容としては、「治療経過」、「本人の特性」、「今後の見通し」が最も多く 11 施設（91.7%）であった（表 740）。
- 職場からの情報提供の内容としては、「職場環境」、「復職時配慮事項」、「復職後配慮内容」が最も多く 9 施設（90.0%）であった（表 743）。
- 徴収費用としては、9 施設（81.8%）が無報酬であり、保険診療項目として 2 施設（18.2%）が請求していた（表 746）。

ケース会議による「復職前／復職時」の連携の代表的な例としては、「担当スタッフが上司に対し約 60 分『治療経過』『本人の

特性』『今後の見通し』の情報提供についてケース会議を職場で無報酬で行い、職場からは『職場環境』『復職時配慮事項』『復職後配慮内容』について情報を得ている」となった。

４．研究３　モデル文書の作成

（１）研究方法

うつ病リワーク研究会に所属する医療機関を対象とした 194 施設に対し実際に連携する際に使用している帳票の送付を依頼し、24 施設から 48 種の帳票を得ることができた。各帳票の利用方法と目的から共通する要素をまとめ、モデル帳票とその使用法を整理した。

（２）研究内容

回収した 48 種の帳票を、①リワーク開始時、②リワーク参加中、③復職前・復職時、の 3 つの時期に分けて整理したところ以下のように①プログラム開始時の帳票が多かった。

	企業とリワーク施設の連携	他院とリワーク施設の連携
①リワーク開始時	15	9
②リワーク参加中	4	7
③復職前／復職時	8	5
計	27	21

モデル帳票の作成にあたり、今回送付してもらった帳票とリワークマニュアル [8]、研究 1、研究 2 のアンケート結果を踏まえて検討した。また「他院と連携をしていない、又は難しくしている要因」として挙げられていた個人情報の取り扱いについては、医療機関が他院や企業へ患者情報を提供することは個人情報保護法の第三者提供にあたるため本人から同意を取る必要がある。そのため参加者本人からの同意確認として自署してもらいリワークプログラム利用開始時に取り交わすような書式とした。また、使用方法としては、書面のやり取りのみに使用するのではなく、評価シートを基に診察・面談時やケース会議時に説明用資料として使用することも想定している。その時には書面に記載されない口頭での情報交換も併せより詳細な情報の共有を図ることが出来ると思われる。ただし、相手が医師等の医療専門職であるか、企業の人事労務担当者や上司の場合では医学的情報の理解度に差がある点と求めている内容が異なっていることがあるため情報提供とその説明において十分注意することが必要である。

１）他院主治医との連携におけるモデル帳票と活用方法の一覧を以下に掲載する。

時期	帳票名	目的	様式
①リワーク開始前	リワークプログラム導入時情報提供書	治療施設が、利用予定者のリワーク導入の可否を決めるために他院主治医よりリワーク利用予定者の症状経過	1

		等に関する情報提供をしてもらう帳票。受理後に導入面談や診察、受け入れ会議等を実施し決定する。	
	リワークプログラム利用に関する同意書	治療施設が、利用者本人、事業所担当者、他院主治医から情報交換等をすることへの同意を得るための帳票。リワーク開始までに受理できるよう事前に配布する。	2
②リワーク開始時	リワークプログラム開始報告書	治療施設が、参加決定後にリワークプログラムの開始時の情報を他院主治医へ報告するための帳票。	3
③リワーク参加中	復職デイケア参加状況について	治療施設が、利用者のリワーク参加状況について他院主治医へ情報提供をするための帳票。定期的に提供するなど治療施設側のルールを決める必要がある。	4
	標準化リワークプログラム評価シート	治療施設が、利用者のある 2 週間のリワークプログラム参加状況について評価シートで情報提供するための帳票。	5
	情報提供書（他院主治医から意見書）	治療施設が、主治医より処方内容や病状の変更、復職時期の見通し等について情報提供してもらう。事前にどのような場合に提供してもらうかルールを取り決めておく必要あり。	6
④復職前／復職時	③リワーク参加中と同一帳票を使用	他院主治医が復職に関する診断書を発行する際の評価材料として使用する。	

2）企業との連携におけるモデル帳票と活用方法の一覧を以下に掲載する。

時期	帳票名	目的	様式
①リワーク開始前	リワークプログラム利用に関する同意書	治療施設が、利用者本人、事業所担当者、他院主治医から情報交換等をすることへの同意を得るための帳票。	2

②リワーク開始時	復職支援に関する情報提供依頼書	治療施設が、企業より利用者の情報を収集するための案内文。	11
	リワーク導入時情報収集シート	治療機関が、企業より利用者の情報を収集するための項目が挙げられた帳票。開始時までに受理できるよう事前に利用者へ配布する必要あり。	12
③リワーク参加中	利用者の復職準備性評価について ※項目説明付	治療施設が、利用者のリワークプログラムの参加状況について評価シートを提供する時の案内文と項目の説明文(復職準備性評価シートを使用の場合)。	13
	標準化リワークプログラム評価シート	治療施設が、利用者のある 2 週間のリワークプログラム参加状況について評価シートで情報提供する。	5
④復職前／復職時	復職時　情報収集シート	治療機関が、企業に対し利用者の復職にあたり復職後の部署等の情報を収集するため。事前に情報収集のできなかった場合に使用する。	14
	復職時　配慮に必要な情報提供書	治療機関が、企業に対し利用者の復職にあたり配慮が必要な場合の情報を提供するため。	15

５．研究 1 および研究 2、研究 3 の考察

（1）治療機関と他院主治医との連携

主治医変更に関して、90 施設(68．7%)が「原則必須ではない」という結果であった。その理由として、最も多く選択された（複数回答可）のが「主治医変更を望まない患者が多い」が 54 施設（61.4%)、次いで「集患の関係で他院からの紹介が減るため」で 35 施設（39.8%）であった。

このことから、主治医変更を原則必須にしていないのは、治療機関側の意向というよりは、外的な要因により「せざるを得ない」状況であると考えられた。

主治医変更が必須ではないと回答した 90 施設のうち、「他院と連携している」のは 76 施設（84.4%）であり、連携をしている理由としては「必要性を感じているから」と回答したのは 73 施設（96．1%）であった。一方、「他院から要望があるため」と回答したのは 19 施設（25．0%）にとどまり、連携の必要性について、治療機関と主治医側施設との捉え方に、大きな隔たりがあった。その理由として①治療機関に通院している時点における利用者(患者)との関わりの度合いの差による意識の差、②治療・処

方・復職判断などの決定権は他院主治医にあるため治療機関側は情報を提供しなければならない、ことが考えられる。

なお、他院と連携していない 14 施設の理由として、多く選択された（複数回答可）のは「マンパワー不足」「時間がない」という物理的、業務優先度の低さを理由としてそれぞれ 5 施設（38．5%）、「他院側が連携を望まない」で 4 施設（30．8%）が挙げられ、「連携しても効果がないと考えている」と回答した施設はなかった。

以上より、意図する・しないにかかわらず、現状として多くの治療機関においては主治医が他施設にいる参加者を受け入れていることが分かった。また、ほとんどの治療機関においては、主治医施設と治療機関が異なる場合には連携が必要であると感じていることが分かった。

他院との連携が実際にどのようにおこなわれているかについて、「書面」による連携と「診察・面談」による連携について調査を行った。連携を行っている 76 施設中、74 施設（98．7%）が書面による連携を行っているのに対して、診察・面談による連携を行っているのは 18 施設（24．0%）と 1/4 以下に留まった。日常業務として診断情報提供書等の書面のやり取りを行っており慣れていることが書面による連携の高さに繋がっていると考えられる。

１）書面による連携

書面による連携を行っている施設において、「最も多い連携」時期（n＝73）では「リワーク開始前」が最も多く選択され 29 施設（39.7%）、「2 番目に多い連携」時期（n＝53）では「リワーク参加中」で 27 施設（50.9%）、「3 番目に多い連携」時期（n＝36）では「復職/復職時」が最も多く選択され 19 施設（52.8%）であった。

このことから、複数回異なった時期に連携を行っている施設が多く存在し、約半数の治療機関においては少なくとも 3 回以上異なった時期に連携を行っている（3 つ以上の連携方法を持っている）ことが分かった。

なお、「リワーク開始前」「リワーク参加中」「復職前/復職時」の 3 項目は、連携方法頻度別のいずれにおいて高い割合を占めている。しかし、「復職後」の選択項目に関しては、先の 3 つに比べて、連携方法頻度別のいずれにおいてもさほど高い割合ではなかった。書面による連携は「リワーク開始前」「リワーク参加中」「復職前/復職時」の時期を中心に行われていることが分かった。

自院側と他院側の担当者について、他院側担当者は連携方法頻度別のいずれにおいても、主治医が 9 割を超えた(表 17)。自院側担当者については、連携方法頻度別で「リワーク担当医」と「担当スタッフ」との割合に以下のように、やや変化がみられた。

・「最も多い連携」(n＝74)；「担当スタッフ」48 施設（64.9%)、「リワーク担当医」25 施設（33.8%)、「その他」1 施設（1.4%）（表 11）

・「2 番目に多い連携」(n＝52)；「担当スタッフ」46 施設（88.5%)、「リワーク担当医」6 施設（11.5%)、「その他」0 施設（0.0%）（表 12）

・「3 番目に多い連携」(n＝34)；「担当ス

タッフ」25 施設（73.5%）、「リワーク担当医」8 施設（23.5%）、「その他」1 施設（2.9%）（表 13）

リワーク担当医師の割合が高い理由として、「最も多い連携」時期では「リワーク開始前」時期の連携の割合が高く、参加受入についての判断のためリワーク担当医師が関わることが多くなると考えられた。また、「3 番目に多い連携」時期では、「復職前/復職時」の連携の割合が高く、この時期は復職の適否判断があるためと考えられた。

本人への同意はいずれの連携方法頻度別でも「同意有り」が 9 割を超えた。

提供する項目と収集する項目について、時期によって項目が異なり。このことから、情報の提供と収集のいずれの場合であっても、時期によって必要な項目と不必要な項目とがあることが考えられた。自院からの情報提供については、リワーク開始前では「リワークプログラム参加の適・不適」「本人の特性」が挙げられ、リワーク開始時には「リワークプログラム参加の適・不適」「生活リズム」「出欠席の状況」「日中の居眠り／眠気の有無」「対人関係能力」が挙げられた。リワーク参加中と復職前／復職時になると内容が変わり、「生活リズム」「出欠席の状況」「対人関係能力」「日中の居眠り／眠気の有無」「作業能力の回復度合」「対人関係能力」が挙げられた。他院からの情報収集については、リワーク開始前とリワーク開始時では「病名」「現症」「服用薬」「治療経過」が挙げられ、リワーク参加中と復職前／復職時では「現症」「治療経過」「病名」「主治医が考える復職可能の状態」が挙げられた。

また、連携するために作成する資料の作成時間（/回）は、「最も多い連携」においては 42.0 分、「2 番目に多い連携」では 60.2 分、「3 番目に多い連携」では 75.4 分であり、時期によって作成に要する時間に差があった(表 23)。これは、「リワーク開始前」に比べ「リワーク参加中」や「復職前／復職時」の方がリワークの参加状況の評価を報告するため盛り込む内容や記載の量が多く資料作成に時間を要していると考えられる。

費用に関しては、無報酬で行っていることが多く、保険診療項目として費用を請求しているのは一部に留まり、自費による請求を行っている割合は非常に低かった。特に「リワーク参加中」は約 91%が無報酬で行っており、自院側スタッフがコメディカルスタッフの割合が高い場合に無報酬で行っている割合が高かった。

2）診察・面談による連携

先述したように、「診察・面談」による連携は「書面」による連携と比べて、実施している施設は 1/4 程度であり、主治医医変更を「原則必須としていない」90 施設で考えると 20．0%に留まる。

「診察・面談」による連携を行っている施設において、「最も多い連携」時期（n＝18）では「リワーク参加中」が最も多く選択され 7 施設（38．9%）、「2 番目に多い連携」時期（n＝7）では「リワーク参加中」「復職/復職時」で各 3 施設（42．9%）、「3

番目に多い連携」時期（n＝4）では「復職/復職時」が最も多く選択され 2 施設であった。

「書面」による連携を行っている施設と同様に、「診察・面談」で複数回異なった時期に連携を行っている施設も存在しているものの、少なくとも 3 回以上異なった時期に連携を行っている（3 つ以上のパタンを持っている）のは１８施設中で 4 施設のみであった。

なお、「リワーク開始前」「リワーク参加中」「復職前/復職時」の 3 選択項目は、連携方法頻度別のいずれかにおいて高い割合を占めている。しかし、「リワーク開始時」「復職後」の 2 つの選択項目に関しては、先の 3 つに比べて、連携方法頻度別のいずれにおいてもさほど高い割合ではなかった。診察・面接による連携においても「リワーク開始前」「リワーク参加中」「復職前/復職時」のタイミングを中心に行われていることが分かった。

本人への同意はいずれのパタンでも「同意有り」が 100．0%であった。また同席するかしなかについても、「同席する」または「ケースバイケース」を合わせると、いずれのパタンでも 7 割を超えた。

担当者について、他院側担当者は連携方法頻度別のいずれにおいても、主治医とコメディカルが主な担当となっているが、「書面」による連携の同内容の質問と比べると主治医の割合は低い。自院側担当者は連携方法頻度別のいずれにおいても、コメディカルの割合がリワーク担当医の割合と比べて非常に高く、「書面」による連携の同内容の質問と比べてもコメディカルの割合が高くなっている。「診察・面談」による連携は、「書面」による連携と比べ、総じて医師が関わる割合が低くコメディカルの関わる割合が高くなっている。実施場所で見ると自院で実施する時は医師が担当する割合は 6 割超であるが他院で実施する場合はコメディカルが担当する割合が 100%であった。

診察・面談による連携をする際の所要時間は、「最も多い連携」においては 31.4 分（表 243）、「2 番目に多い連携」では 37.9 分（表 244）、「3 番目に多い連携」では 30.0 分（表 255）であり、時期によって差異はみられなかった。

提供する項目と収集する項目について、いずれの場合であっても連携方法頻度別において、選択される割合が大きく変化している項目があった。このことから、情報の提供と収集のいずれの場合であっても、時期によって必要な項目と不必要な項目とがあることが考えられた。

費用に関しては、「無報酬」で行っていることが 7，8 割と多く、「保険診療項目」として費用を請求しているのは一部に留まり、「自費」による請請求はいずれのパタンにおいても行っている施設はなかった。

かかりつけ医や病診連携、一般科や産婦人科と精神科との連携など様々な連携が精神科領域でも注目されているが大枠だけでなく具体的効果的な連携についてさらに踏み込んで仕組みを作る必要性があると考えられる。その一つとして精神保健福祉士等の医療専門職がプログラムに関する連携の

担当者(リワーク・コーディネーター[9])として治療施設に配置し、他院の主治医やコメディカルのみならず企業や地域障害者職業センターなどの関係諸機関と積極的に連携できる体制ができることが望まれる。特に発達障害や双極性障害を背景とした難しい事例の場合は、書面だけではなく診察・面談やケース会議などで多くの情報を共有する必要があるためリワーク・コーディネーターが関連諸機関との中継点としてプログラムにおける状況や復職準備性、復職時の配慮事項などを情報提供しながら調整し、本人へフィードバックをしていくことは治療的にも有効であると考えられる。

（2）治療機関と企業との連携

企業との連携は8割の治療機関が行っていた。連携をしていない25施設の理由として「マンパワー不足」と「時間がない」が挙がっていたが、その要因として、連携に充てるスタッフ数の不足と業務の優先順位が低いことが影響していることが窺われ、「個人情報が心配である」やその他の自由記載にあった「ご本人にとって不利益な情報として扱われる可能性」といった、個人情報やその扱われ方の難しさが障壁となっているとの意見もあり、個人情報保護の観点とご本人、事業所双方のためになる情報提供の仕方といった視点も考慮していく必要性のあることが示唆された。

他方、「患者自身で行うものである」のようにリワークの意義から考えて、敢えて連携をしないケースや「連携の方法・手段が分からない」のようにそもそもの方法・手段が分からないといった意見もあり、連携対象の選定や実際の連携の仕方など、リワーク機関としてある一定のルール作りが必要ではないかとの見方もでき、現状では「連携していない」状態でありながら、連携の必要性は感じていることが窺われた。

「連携している」と回答した治療機関の連携方法としては、「書面による連携」が84施設（82.4%）(n=102)、「診察・面談による連携」が95施設（91.3%）(n=104)、「ケース会議による連携」が24施設（25.3%）(n=95)となっており、「書面」以上に「診察・面談」による連携が多いことが分かった。その原因として費用に関し保険診療で請求している割合が3割以上あり、他の連携がほとんど無報酬で実施していることと比べると金銭的な評価があることが連携強化に繋がっていると考えられる。また「連携している」約4分の1の治療機関では「ケース会議」による連携を実施しており、各治療機関における連携に対する意識や重要性の高さが窺われた。

複雑化する復職支援において、リワーク機関と企業との連携は必須になってきていることが分かった。

それぞれの時期においてそれぞれの目的や意図をもった連携は、もはやリワークプログラムの「治療」として重要なファクターと言える。

また連携が行われていない治療機関においても今後は連携を考えていきたいといった方向性にあり、現状の「連携」への障壁には、半数以上が挙げている連携に携わるスタッフ不足、2割強が挙げている個人情報保護の課題や対象者の絞り方や実際の連携の仕方、連携対応に対する金銭的な評価

等があり、連携体制やルールの構築が必要であることが示唆された。

連携の時期としては、「復職前/復職時」と「リワーク参加中」に集中しており、その他「書面」においては「リワーク開始時」、「診察・面談」においては「リワーク参加前」の連携が多いことが明らかとなった。

各時期に行われていた連携の内容は、「復職前/復職時」では復職に向けた情報共有が主となり、「リワーク参加中」は治療やリハビリの進捗状況の情報共有や職場側意見のすり合わせ、「リワーク参加時」は今後リワークプログラムを進めていく上での方向性のすり合わせ、「リワーク参加前」はリワークプログラムに参加するか否かの判断が行われていた。いずれの期間においてもリワークプログラムという治療・リハビリテーションを進めて行く上で、また患者の予後を考えた上でも重要な連携であると言える。

企業側担当は、医療の窓口として「産業医」や「産業保健スタッフ」が担うものと予想していたが、「書面」においては「産業医」が中心であるのに対し、「診察・面談」「ケース会議」では意外にも「上司」や「人事労務担当」が担当となる傾向にあり、顔を合わせた連携では、より詳細な現場サイドに近いやり取りがなされていることが明らかとなった。治療機関側の担当としては、「担当スタッフ」が中心となり、職種については「臨床心理士」や「精神保健福祉士」が多かった。うつ病リワーク研究会の基礎調査[1)]でのスタッフ資格の結果でも「臨床心理士」が一番多いことや、「連携」分野を得意とする「精神保健福祉士」の職域が影響しているものと推察される。一方、「主治医」が直接的に連携に参画することも少なからずあることが今回分かった。特に「診察・面談」においては、「主治医」が中心を担い、診察場面を使って担当スタッフが同席する形で連携していたと想定される。

これらによりリワーク機関、企業双方において目的や役割を意識した濃密な連携が実践されていることが明らかとなった。

場所に関しては、「診察・面談」が医療機関であることが多く、主治医が参加しやすい環境にあると言える。一方「ケース会議」は、「医療機関」と「職場」が凡そ半分ずつで、主治医が参加する場合は「医療機関」、職場の状況把握や多くの企業側担当者の参加によって、より多くの情報収集を目的に加えるのであれば「職場」で実施といった具合に、主治医の参加の有無と目的によって場所は使い分けられていると考えられる。

これら連携にかける時間と費用は、「書面」「診察・面談」で40～50分、「ケース会議」で約60分と多くの時間を要するものの費用に関しては多くが「無報酬」で行われていることが分かった。(ケース会議では自費請求なし)時間的制約、経済的対価の部分で苦慮しながらもこれだけ多くの治療機関が連携にエネルギーを費やしているのは、その必要性と重要性にあると考える。これらマンパワー不足や費用請求の難しさは、自由記述による「連携についての課題や工夫」の部分でも多数声が挙がっている部分でもある。

また上記以外の連携の工夫では「電話」による情報交換を実践している治療機関も増えてきていることが分かった。時間的な制約から解

放される一方、簡便さゆえの個人情報の扱いや費用面での課題も残る。

６．結論

今年度の研究を基に今後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。

・今調査から、自院でリワークプログラムを実施し、他院から参加者を受け入れている施設においては、非常に高い割合で他院との連携を必要と感じていることが分かった。
・連携のタイミングとしては「リワーク開始前」「リワーク参加中」「復職前/復職時」に行われていることが多いことが分かった。
・これらタイミングによって連携する適切な自院・他院担当者や、タイミングによって必要な提供・収集する情報の項目を精査する必要性がある。
・こうした連携による支援を今後確立的なものにしていくためにも、経済的な対価を得て、連携できるリワーク・コーディネーターのようなスタッフを確保することが必要である。

高い割合で連携を行っているが多くの時間を費やし書面を作成し、診察・面談やケース会議を行っているが無報酬で行っている割合が非常に高い。連携の必要性は感じているが陣容などにより十分な対応ができていない部分がある。

【今後に向けて】
・連携の重要性を知ってもらうためのパンフレットの作成
・連携時、他院からの返信してもらいやすいツールの作成
・各種定形フォームの作成

今後は今回の調査で明らかになった「書面」「診察・面談」「ケース会議」の連携パターンから、リワーク研究会としてモデルとなるものを抽出し、使用する文書や内容に対する精査、実際に使用してみての効果なども検証していくことが求められる。そして最終的には治療構造の一つとしての具体的で実務的な医療と企業の連携方法を確立していきたい。

７．健康危険情報
なし
８．研究発表
（１）論文発表
なし
（２）学会発表
なし
９．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

１０.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、厚生労働科学研究こ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）五十嵐良雄、全国におけるリワークプログラムの実施状況に関する研究、厚生労働科学研究こ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 21 年度総括分担研究報告書：85-100、2010.
3）五十嵐良雄、全国におけるリワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究、厚生労働科学研究障害者対策総合研究事業（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 22 年度総括分担研究報告書：49-76、2011.
4）五十嵐良雄、リワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究、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）平成 23 年度総括分担研究報告書：47-70、2012.
5）五十嵐良雄，リワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究，平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業　精神障害分野）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，117-156，2013.
6）五十嵐良雄，リワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究，平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業　精神障害分野）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，77-117，2014.
7）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
8）秋山剛，リワーク指導マニュアの作成，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），2013：p63-115
9）五十嵐良雄，横山太範，加藤和子：リワークプログラムにおける就労支援，精神科，28（2）：101-107，2016

連携に関する実態調査（他院との連携）

194施設に配布→136施設より回答回収。（回収率70.1%）

Ⅱ．他院からの受け入れについて

Ⅱ-問1. 他院患者のリワークプログラム受け入れにおいて、自院への主治医変更は原則的に必須ですか？該当するもの1つに〇を付けて下さい。

表1 （n=131）

	n	%
①原則必須	41	31.3%
②原則必須ではない	90	68.7%

Ⅱ-問2. 自院への主治医変更を必須としている場合、リワークプログラム終了後の主治医変更について規定（受け入れ条件）はありますか？該当するもの1つに〇を付けて下さい。

表2 （n=41）

	n	%
①原則終了後もフォロー	12	29.3%
②特に規定なし	23	56.1%
③原則元の主治医に変更	6	14.6%

Ⅱ-問3. 自院への主治医変更を必須としない、または一時的なもの（リワークプログラム参加中のみや、その他一時的に主治医を変更するなど）にしている理由は何ですか？該当するもの全てに〇を付けてください。

表3 （n=88）

	n	%
①主治医変更を望まない患者が多い	54	61.4%
②集患の関係で他院からの紹介が減るため	35	39.8%
③本来、主治医変更は適切ではないと考えている	21	23.9%
④その他	20	22.7%

④その他（自由記載部分）

プログラム参加中のみ自院主治医を必須としているが、本来患者の自由選択である	
治療的信頼関係が築けているのであれば尊重します	
独立型のデイケアのため	
変更の判断は、主治医、本人に任せている。	
治療とリワークでの活動に一貫性を保つため	
リワーク終了後の通い安さ。本人の意志の尊重	
他院との良好な関係を維持するため	
当院のプログラムは短期間のため、充分な判断ができないため。	
患者の希望を優先	
外来患者増大を避けるため	
主治医変更が適切でない場合もあるため	
これまでの主治医との治療関係を切ることに伴うリスクがある。1必ずしもリワークを最後までやり通せる場合ばかりとは限らないため。	
当院は入院施設の為、入院中は主治医変更となる。	
現主治医の方が、本人を理解しているため	
検討中です。他院患者の受け入れを、考えています。当面、自院患者への活動を続けて、stuffのskillupを図っているところです。	
それまでの主治医との治療関係を重視するため	
元の主治医との関係性による	
リワーク参加中、リワーク終了後も一貫した治療が必要だと考えているため	
自院外来患者の新患枠の確保が困難であるため	

本人の希望に沿う形をとる為
デイケアプログラムの中で行なっている為制度上も必須でない
患者さんの意思を尊重している

Ⅲ. 連携について

以下、Ⅱ-問1にて②原則必須ではないを選択した90施設を対象に集計

Ⅲ-問1. 他院との連携をおこなっていますか？該当するもの1つに○をつけてください。

表4 (n=90)

	n	%
①連携している	76	84.4%
②連携していない	14	15.6%

Ⅲ-問2. 連携を行っているのはなぜですか？該当するもの全てに○をつけてください。

表5 (n=76)

	n	%
①必要性を感じているため	73	96.1%
②他院から要望があるから	19	25.0%
③患者から要望があるため	25	32.9%
④その他	2	2.6%

Ⅲ-問3. 連携をしていない理由、または難しくしている要因についてご回答ください。該当するもの全てに○を付けてください。

表6 (n=13)

	n	%
①マンパワー不足	5	38.5%
②時間がない	5	38.5%
③診療報酬で請求できないため	2	15.4%
④患者が連携を望まないため	1	7.7%
⑤他院側が連携を望まないため	4	30.8%
⑥連携の方法・手段が分からないため	3	23.1%
⑦患者自身で行うものであると考えているため	2	15.4%
⑧連携しても効果がないと考えているため	0	0.0%
⑨個人情報の取り扱いに苦慮するらめ	4	30.8%
⑩その他	3	23.1%

病状悪化時、即対応したいため
当院のみでの治療、リワークが可能なため。該当者がいないため。
転医してもらうと、紹介先の先生と相談する内容がない。
事例数自体が少なく、連携に発生する事例がこれまでなかったため
診療情報提供のやりとりで充分であり必要性がないため
連携の方向で、検討中です。
プログラムを開始して間もないため必要なケースがないため
他院受け入れの事例がないため
他院に主治医のある方のケースが少ない為
リワークが始まって間もないということもあり、未だ他院との連携ケースがありません。

【書面による連携】

Ⅳ-問1. 書面による連携の有無について該当するものに○を付けて下さい

表7 (n=75)

	n	%

①書面による連携あり	74	98.7%
②書面による連携なし	1	1.3%

Ⅳ. 問1－2

書面による連携パターン

1. 書面による連携　最も多い連携:連携の時期

表8 (n=73)

	n	%
①リワーク開始前	29	39.7%
②リワーク開始時	15	20.5%
③リワーク参加中	22	30.1%
④復職前／復職時	5	6.8%
⑤復職後	1	1.4%
⑥その他	1	1.4%

2番目に多い連携

表9 (n=53)

	n	%
①リワーク開始前	3	5.7%
②リワーク開始時	9	17.0%
③リワーク参加中	27	50.9%
④復職前／復職時	11	20.8%
⑤復職後	0	0.0%
⑥その他	3	5.7%

3番目に多い連携

表10 (n=36)

	n	%
①リワーク開始前	7	19.4%
②リワーク開始時	2	5.6%
③リワーク参加中	5	13.9%
④復職前／復職時	19	52.8%
⑤復職後	3	8.3%
⑥その他	0	0.0%

2. 書面による連携パターン:自院側担当

表11 (n=74)

	n	%
①リワーク担当医師	25	33.8%
②担当スタッフ	48	64.9%
③その他	1	1.4%

表12 (n=52)

	n	%
①リワーク担当医師	6	11.5%
②担当スタッフ	46	88.5%
③その他	0	0.0%

表13 (n=34)

	n	%
①リワーク担当医師	8	23.5%
②担当スタッフ	25	73.5%
③その他	1	2.9%

2－2. 書面による連携パターン:担当スタッフ職種(複数回答)

表14 (n=53)

	n	%
①看護師	22	41.5%
②保健師	2	3.8%
③精神保健福祉士	31	58.5%
④臨床心理士	39	73.6%
⑤作業療法士	21	39.6%
⑥心理士	6	11.3%
⑦その他	0	0.0%

表15 (n=51)

	n	%
①看護師	25	49.0%
②保健師	4	7.8%
③精神保健福祉士	34	66.7%
④臨床心理士	37	72.5%
⑤作業療法士	19	37.3%
⑥心理士	8	15.7%
⑦その他	1	2.0%

表16 (n=27)

	n	%
①看護師	15	55.6%
②保健師	1	3.7%
③精神保健福祉士	16	59.3%
④臨床心理士	21	77.8%
⑤作業療法士	11	40.7%
⑥心理士	6	22.2%
⑦その他	0	0.0%

3. 書面による連携パターン:他院側担当

表17 (n=72)

	n	%
①主治医	71	98.6%
②コメディカル	1	1.4%
③その他	0	0.0%

表18 (n=50)

	n	%
①主治医	47	94.0%
②コメディカル	3	6.0%
③その他	0	0.0%

表19 (n=32)

	n	%
①主治医	31	96.9%
②コメディカル	1	3.1%
③その他	0	0.0%

4. 書面による連携パターン:本人同意の有無

表20 (n=71)

	n	%
①本人同意あり	70	98.6%
②本人同意なし	1	1.4%

表21 (n=50)

	n	%
①本人同意あり	48	96.0%
②本人同意なし	2	4.0%

表22 (n=32)

	n	%
①本人同意あり	30	93.8%
②本人同意なし	2	6.3%

表23　　表24　　表25

5. 書面による連携　最も多い連携：所要時間（n=68）
平均 42.0分（SD39.6）

7. 診察・面談による連携　2番目に多い連携：所要時間（n=50）
平均 60.2分（SD44.8）

7. 診察・面談による連携　3番目に多い連携：所要時間（n=49）
平均 75.4分（SD59.6）

6. 書面による連携パターン：自院からの情報提供の有無

表26		（n=72）	表27	（n=50）	表28	（n=34）
	n	%	n	%	n	%
A. 情報提供している	63	87.5%	48	96.0%	31	91.2%
B. 情報提供していない	9	12.5%	2	4.0%	3	8.8%

6. 書面による連携パターン：自院からの情報提供の内容（複数回答）

表29		（n=63）	表30	（n=47）	表31	（n=28）
	n	%	n	%	n	%
①生活リズム	34	54.0%	41	87.2%	20	71.4%
②出欠席の状況	35	55.6%	40	85.1%	23	82.1%
③日中の居眠り／眠気の有無	32	50.8%	36	76.6%	19	67.9%
④作業能力の回復度合	28	44.4%	35	74.5%	20	71.4%
⑤休職要因	18	28.6%	17	36.2%	14	50.0%
⑥対人関係能力	32	50.8%	39	83.0%	19	67.9%
⑦本人の特性	33	52.4%	38	80.9%	19	67.9%
⑧家族との関係	16	25.4%	18	38.3%	12	42.9%
⑨職場の人間関係	15	23.8%	17	36.2%	11	39.3%
⑩リワーク・プログラム参加の適・不適	36	57.1%	13	27.7%	8	28.6%
⑪復職の目処	19	30.2%	16	34.0%	14	50.0%
⑫現職場（職種）と参加者とのマッチング	9	14.3%	9	19.1%	11	39.3%
⑬その他	11	17.5%	4	8.5%	3	10.7%

「最も多い連携」

紹介のお礼
上記内容を適宜組合せて報告
ご本人の気付きや変化
当院のプログラム内容
リワークの資料
支援計画取りくみ内容
紹介状への返事
担当スタッフの紹介
職場からの情報
開始時期
特記事項があったときのみ
心理検査結果

「2番目に多い連携」

他フリーコメントで適宜連絡
・復職評価・復職日
評価表を定期的に送ることを伝える
復職時の注意事項
デイケア指示箋の依頼
リワークにおける治療計画

「3番目に多い連携」

フォローアッププログラムへの参加時の様子
今後のリワークプログラムのスケジュールと紹介のお礼
現在の状況
今後の課題
心理検査の結果

7. 他院からの情報提供の有無

表32		(n=74)	表33	(n=50)	表34	(n=32)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報を得ている	57	77.0%	23	46.0%	20	62.5%
B. 情報を得ていない	17	23.0%	27	54.0%	12	37.5%

7. 他院からの情報提供の内容(複数回答)

表35		(n=55)	表36	(n=20)	表37	(n=19)
	n	%	n	%	n	%
①現症	50	90.9%	17	85.0%	13	68.4%
②病名	52	94.5%	15	75.0%	12	63.2%
③服用薬	45	81.8%	14	70.0%	12	63.2%
④検査結果	32	58.2%	9	45.0%	8	42.1%
⑤治療内容	43	78.2%	11	55.0%	10	52.6%
⑥治療経過	52	94.5%	16	80.0%	14	73.7%
⑦本人の特性	29	52.7%	10	50.0%	6	31.6%
⑧休職要因	32	58.2%	9	45.0%	7	36.8%
⑨リワークプログラム参加の適・不適	14	25.5%	5	25.0%	7	36.8%
⑩家族との関係	14	25.5%	7	35.0%	4	21.1%
⑪職場の人間関係	22	40.0%	8	40.0%	3	15.8%
⑫生活リズム	21	38.2%	7	35.0%	5	26.3%
⑬主治医が考える復職時期	7	12.7%	9	45.0%	7	36.8%
⑭主治医が考える復職可能の状態	13	23.6%	8	40.0%	9	47.4%
⑮その他	5	9.1%	0	0.0%	1	5.3%

「最も多い連携」

上記内容を適宜組合せて質問にし回答いただく
学歴　生育歴
本人のモチベーション
リワークに期待すること

「2番目に多い連携」

学歴　生育歴
主治医の意見
主治医が考えるRWで取りくむべき課題

「3番目に多い連携」

主治医の意見
主治医が考える復転後、職場にお願いしたい配慮事項
リワークでの対応

8. 費用

表38		(n=71)	表39	(n=21)	表40	(n=32)
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	12	16.9%	3	14.3%	6	18.8%
②自費	1	1.4%	3	14.3%	1	3.1%
③無料	58	81.7%	15	71.4%	25	78.1%

診療情報提供書	9
診療情報提供書なので、院長の診察をうけて頂き、院長も文書を作成、そこにPSWの文もつけている。	
通院精神療法	
精神科デイケア心理検査(簡易)	
リワークデイケア(精神科デイケア)代に込み	
初診料	

連携に関する実態調査（他院との連携）

【書面による連携・連携あり・リワーク開始前の場合】

Ⅳ－問1　書面による連携の有無

①書面による連携ありと回答したもののうち、連携の時期が①リワーク開始前

Ⅳ. 問1－2

書面による連携パターン

2. 自院側担当

表41

	n	%
①リワーク担当医師	21	72.4%
②担当スタッフ	8	27.6%
③その他	0	0.0%

（n=29）

表42

	n	%
①リワーク担当医師	0	0.0%
②担当スタッフ	2	100.0%
③その他	0	0.0%

（n=2）

表43

	n	%
①リワーク担当医師	3	42.9%
②担当スタッフ	3	42.9%
③その他	1	14.3%

（n=7）

2－2：担当スタッフ職種（複数回答）

表44

	n	%
①看護師	6	54.5%
②保健師	0	0.0%
③精神保健福祉士	9	81.8%
④臨床心理士	9	81.8%
⑤作業療法士	2	18.2%
⑥心理士	1	9.1%
⑦その他	0	0.0%

（n=11）

表45

	n	%
①看護師	0	0.0%
②保健師	0	0.0%
③精神保健福祉士	1	50.0%
④臨床心理士	1	50.0%
⑤作業療法士	0	0.0%
⑥心理士	0	0.0%
⑦その他	0	0.0%

（n=2）

表46

	n	%
①看護師	0	0.0%
②保健師	0	0.0%
③精神保健福祉士	3	100.0%
④臨床心理士	1	33.3%
⑤作業療法士	0	0.0%
⑥心理士	0	0.0%
⑦その他	0	0.0%

（n=3）

3. 他院側担当

表47

	n	%
①主治医	28	100.0%
②コメディカル	0	0.0%
③その他	0	0.0%

（n=28）

表48

	n	%
①主治医	2	100.0%
②コメディカル	0	0.0%
③その他	0	0.0%

（n=2）

表49

	n	%
①主治医	5	100.0%
②コメディカル	0	0.0%
③その他	0	0.0%

（n=5）

4. 本人同意の有無

表50

	n	%
①本人同意あり	27	96.4%
②本人同意なし	1	3.6%

（n=28）

表51

	n	%
①本人同意あり	2	100.0%
②本人同意なし	0	0.0%

（n=2）

表52

	n	%
①本人同意あり	6	100.0%
②本人同意なし	0	0.0%

（n=6）

表53

5. 最も多い連携：所要時間（n=25）
平均 32.1分（SD35.9）

表54

5. 2番目に多い連携：所要時間（n=2）
平均 95.0分（SD120.2）

表55

5. 3番目に多い連携：所要時間（n=3）
平均 66.7分（SD98.2）

6. 自院からの情報提供の有無

表56		(n=27)	表57	(n=2)	表58	(n=6)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報提供している	19	70.4%	1	50.0%	3	50.0%
B. 情報提供していない	8	29.6%	1	50.0%	3	50.0%

6. 自院からの情報提供の内容(複数回答)

表59		(n=19)	表60	(n=1)	表61	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①生活リズム	4	21.1%	0	0.0%	0	0.0%
②出欠席の状況	3	15.8%	1	100.0%	1	33.3%
③日中の居眠り/眠気の有無	3	15.8%	1	100.0%	1	33.3%
④作業能力の回復度合	4	21.1%	1	100.0%	1	33.3%
⑤休職要因	3	15.8%	0	0.0%	0	0.0%
⑥対人関係能力	3	15.8%	1	100.0%	1	33.3%
⑦本人の特性	6	31.6%	1	100.0%	1	33.3%
⑧家族との関係	3	15.8%	1	100.0%	1	33.3%
⑨職場の人間関係	2	10.5%	1	100.0%	1	33.3%
⑩リワーク・プログラム参加の適・不適	17	89.5%	0	0.0%	2	66.7%
⑪復職の目処	2	10.5%	0	0.0%	0	0.0%
⑫現職場(職種)と参加者とのマッチング	3	15.8%	1	100.0%	1	33.3%
⑬その他	5	26.3%	0	0.0%	0	0.0%

7. 他院からの情報提供の有無

表62		(n=29)	表63	(n=2)	表64	(n=7)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報を得ている	29	100.0%	2	100.0%	7	100.0%
B. 情報を得ていない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

7. 他院からの情報提供の内容(複数回答)

表65		(n=29)	表66	(n=2)	表67	(n=7)
	n	%	n	%	n	%
①現症	28	96.6%	2	100.0%	7	100.0%
②病名	28	96.6%	2	100.0%	7	100.0%
③服用薬	25	86.2%	2	100.0%	7	100.0%
④検査結果	22	75.9%	0	0.0%	4	57.1%
⑤治療内容	27	93.1%	0	0.0%	5	71.4%
⑥治療経過	28	96.6%	2	100.0%	6	85.7%
⑦本人の特性	20	69.0%	0	0.0%	2	28.6%
⑧休職要因	20	69.0%	1	50.0%	5	71.4%
⑨リワークプログラム参加の適・不適	11	37.9%	0	0.0%	3	42.9%
⑩家族との関係	10	34.5%	0	0.0%	2	28.6%
⑪職場の人間関係	14	48.3%	0	0.0%	2	28.6%
⑫生活リズム	14	48.3%	0	0.0%	3	42.9%
⑬主治医が考える復職時期	7	24.1%	0	0.0%	1	14.3%
⑭主治医が考える復職可能の状態	6	20.7%	0	0.0%	2	28.6%
⑮その他	4	13.8%	0	0.0%	0	0.0%

8. 費用

表68		(n=28)	表69	(n=2)	表70	(n=6)
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	7	25.0%	0	0.0%	2	33.3%

②自費	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
③無料	21	75.0%	2	100.0%	4	66.7%

【書面による連携・連携あり・リワーク開始時の場合】

Ⅳ－問1　書面による連携の有無

①書面による連携ありと回答したもののうち、連携の時期が②リワーク開始時

Ⅳ. 問1－2

書面による連携パターン

2. 自院側担当

表71 (n=15)　表72 (n=9)　表73 (n=2)

	n	%	n	%	n	%
①リワーク担当医師	4	26.7%	2	22.2%	0	0.0%
②担当スタッフ	10	66.7%	7	77.8%	2	100.0%
③その他	1	6.7%	0	0.0%	0	0.0%

2－2. 担当スタッフ職種（複数回答）

表74 (n=12)　表75 (n=8)　表76 (n=1)

	n	%	n	%	n	%
①看護師	3	25.0%	5	62.5%	1	100.0%
②保健師	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%
③精神保健福祉士	8	66.7%	4	50.0%	0	0.0%
④臨床心理士	8	66.7%	5	62.5%	1	100.0%
⑤作業療法士	3	25.0%	3	37.5%	1	100.0%
⑥心理士	0	0.0%	2	25.0%	0	0.0%
⑦その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

3. 他院側担当

表77 (n=15)　表78 (n=9)　表79 (n=2)

	n	%	n	%	n	%
①主治医	15	100.0%	9	100.0%	1	100.0%
②コメディカル	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%
③その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

4. 本人同意の有無

表80 (n=13)　表81 (n=9)　表82 (n=2)

	n	%	n	%	n	%
①本人同意あり	13	100.0%	9	100.0%	1	50.0%
②本人同意なし	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%

表83

5. 最も多い連携：所要時間 (n=14)
平均 37.5分 (SD39.1)

表84

5. 2番目に多い連携：所要時間 (n=9)
平均 45.0分(SD34.5)

表85

5. 3番目に多い連携：所要時間 (n=2)
17.5分(SD17.7)

6. 自院からの情報提供の有無

表86		(n=15)	表87	(n=7)	表88	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報提供している	15	100.0%	7	100.0%	2	100.0%
B. 情報提供していない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

6. 自院からの情報提供の内容(複数回答)

表89		(n=15)	表90	(n=7)	表91	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①生活リズム	5	33.3%	5	71.4%	0	0.0%
②出欠席の状況	5	33.3%	3	42.9%	0	0.0%
③日中の居眠り/眠気の有無	5	33.3%	2	28.6%	0	0.0%
④作業能力の回復度合	4	26.7%	2	28.6%	0	0.0%
⑤休職要因	2	13.3%	1	14.3%	0	0.0%
⑥対人関係能力	5	33.3%	3	42.9%	0	0.0%
⑦本人の特性	4	26.7%	3	42.9%	0	0.0%
⑧家族との関係	2	13.3%	2	28.6%	0	0.0%
⑨職場の人間関係	2	13.3%	1	14.3%	0	0.0%
⑩リワーク・プログラム参加の適・不適	10	66.7%	1	14.3%	0	0.0%
⑪復職の目処	3	20.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑫現職場(職種)と参加者とのマッチング	1	6.7%	0	0.0%	0	0.0%
⑬その他	4	26.7%	2	28.6%	1	100.0%

7. 他院からの情報提供の有無

表92		(n=15)	表93	(n=9)	表94	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報を得ている	12	80.0%	5	55.6%	1	50.0%
B. 情報を得ていない	3	20.0%	4	44.4%	1	50.0%

7. 他院からの情報提供の内容(複数回答)

表95		(n=12)	表96	(n=5)	表97	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①現症	11	91.7%	5	100.0%	1	100.0%
②病名	12	100.0%	5	100.0%	1	100.0%
③服用薬	11	91.7%	5	100.0%	1	100.0%
④検査結果	6	50.0%	3	60.0%	0	0.0%
⑤治療内容	8	66.7%	4	80.0%	1	100.0%
⑥治療経過	11	91.7%	4	80.0%	1	100.0%
⑦本人の特性	5	41.7%	4	80.0%	1	100.0%
⑧休職要因	8	66.7%	3	60.0%	0	0.0%
⑨リワークプログラム参加の適・不適	1	8.3%	1	20.0%	0	0.0%
⑩家族との関係	2	16.7%	3	60.0%	0	0.0%
⑪職場の人間関係	5	41.7%	3	60.0%	0	0.0%
⑫生活リズム	5	41.7%	3	60.0%	1	100.0%
⑬主治医が考える復職時期	2	16.7%	2	40.0%	0	0.0%
⑭主治医が考える復職可能の状態	2	16.7%	1	20.0%	0	0.0%
⑮その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

8. 費用

表98		(n=14)	表99	(n=9)	表100	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	3	21.4%	1	11.1%	0	0.0%
②自費	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%
③無料	11	78.6%	7	77.8%	2	100.0%

【書面による連携・連携あり・リワーク参加中の場合】

Ⅳ－問1　書面による連携の有無

①書面による連携ありと回答したもののうち、連携の時期が③リワーク中

Ⅳ. 問1－2

書面による連携パターン

2. 自院側担当

表101		(n=22)	表102	(n=26)	表103	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①リワーク担当医師	0	0.0%	1	3.8%	2	50.0%
②担当スタッフ	22	100.0%	25	96.2%	2	50.0%
③その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

2－2. 担当スタッフ職種（複数回答）

表104		(n=22)	表105	(n=27)	表106	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①看護師	9	40.9%	14	51.9%	3	75.0%
②保健師	2	9.1%	2	7.4%	0	0.0%
③精神保健福祉士	10	45.5%	20	74.1%	1	25.0%
④臨床心理士	16	72.7%	19	70.4%	2	50.0%
⑤作業療法士	10	45.5%	11	40.7%	1	25.0%
⑥心理士	4	18.2%	2	7.4%	2	50.0%
⑦その他	0	0.0%	1	3.7%	0	0.0%

3. 他院側担当

表107		(n=21)	表108	(n=25)	表109	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①主治医	20	95.2%	22	88.0%	4	100.0%
②コメディカル	1	4.8%	3	12.0%	0	0.0%
③その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

4. 本人同意の有無

表110		(n=22)	表111	(n=25)	表112	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①本人同意あり	22	100.0%	23	92.0%	3	100.0%
②本人同意なし	0	0.0%	2	8.0%	0	0.0%

表113	表114	表115
5. 最も多い連携：所要時間 (n=22)	7. 2番目に多い連携：所要時間 (n=25)	7. 3番目に多い連携：所要時間 (n=3)
平均 45.2分 (SD34.0)	平均 69.2分(SD50.5)	平均65.0分(SD52.7)

6. 自院からの情報提供の有無

表116	(n=15)	表117	(n=26)	表118	(n=5)

	n	%	n	%	n	%
A. 情報提供している	15	100.0%	26	100.0%	5	100.0%
B. 情報提供していない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

6. 自院からの情報提供の内容（複数回答）

表119		(n=22)	表120	(n=25)	表121	(n=5)
	n	%	n	%	n	%
①生活リズム	19	86.4%	23	92.0%	4	80.0%
②出欠席の状況	21	95.5%	23	92.0%	5	100.0%
③日中の居眠り／眠気の有無	19	86.4%	22	88.0%	4	80.0%
④作業能力の回復度合	14	63.6%	20	80.0%	4	80.0%
⑤休職要因	9	40.9%	11	44.0%	2	40.0%
⑥対人関係能力	18	81.8%	23	92.0%	3	60.0%
⑦本人の特性	18	81.8%	21	84.0%	4	80.0%
⑧家族との関係	6	27.3%	10	40.0%	3	60.0%
⑨職場の人間関係	6	27.3%	10	40.0%	2	40.0%
⑩リワーク・プログラム参加の適・不適	6	27.3%	7	28.0%	1	20.0%
⑪復職の目処	12	54.5%	10	40.0%	4	80.0%
⑫現職場（職種）と参加者とのマッチング	0	0.0%	3	12.0%	3	60.0%
⑬その他	1	4.5%	1	4.0%	1	20.0%

7. 他院からの情報提供の有無

表122		(n=22)	表123	(n=24)	表124	(n=5)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報を得ている	12	54.5%	12	50.0%	3	60.0%
B. 情報を得ていない	10	45.5%	12	50.0%	2	40.0%

7. 他院からの情報提供の内容（複数回答）

表125		(n=12)	表126	(n=10)	表127	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①現症	9	75.0%	7	70.0%	1	33.3%
②病名	10	83.3%	6	60.0%	1	33.3%
③服用薬	8	66.7%	5	50.0%	1	33.3%
④検査結果	3	25.0%	4	40.0%	1	33.3%
⑤治療内容	6	50.0%	5	50.0%	1	33.3%
⑥治療経過	11	91.7%	7	70.0%	2	66.7%
⑦本人の特性	4	33.3%	4	40.0%	1	33.3%
⑧休職要因	4	33.3%	3	30.0%	1	33.3%
⑨リワークプログラム参加の適・不適	1	8.3%	2	20.0%	2	66.7%
⑩家族との関係	2	16.7%	3	30.0%	1	33.3%
⑪職場の人間関係	2	16.7%	3	30.0%	0	0.0%
⑫生活リズム	2	16.7%	2	20.0%	0	0.0%
⑬主治医が考える復職時期	7	58.3%	4	40.0%	2	66.7%
⑭主治医が考える復職可能の状態	4	33.3%	5	50.0%	2	66.7%
⑮その他	1	12.5%	0	0.0%	1	33.3%

8. 費用

表128		(n=22)	表129	(n=22)	表130	(n=5)
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	2	9.1%	1	4.5%	0	0.0%
②自費	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
③無料	20	90.9%	21	95.5%	5	100.0%

【書面による連携・連携あり・復職前／復職時の場合】

Ⅳ－問1　書面による連携の有無

①書面による連携ありと回答したもののうち、連携の時期が④復職前／復職時

Ⅳ. 問1－2

書面による連携パターン

2. 自院側担当

表131 (n=5)

	n	%
①リワーク担当医師	0	0.0%
②担当スタッフ	5	100.0%
③その他	0	0.0%

表132 (n=11)

	n	%
①リワーク担当医師	1	9.1%
②担当スタッフ	10	90.9%
③その他	0	0.0%

表133 (n=18)

	n	%
①リワーク担当医師	2	11.1%
②担当スタッフ	16	88.9%
③その他	0	0.0%

2－2. 担当スタッフ職種（複数回答）

表134 (n=5)

	n	%
①看護師	2	40.0%
②保健師	0	0.0%
③精神保健福祉士	3	60.0%
④臨床心理士	4	80.0%
⑤作業療法士	3	60.0%
⑥心理士	1	20.0%
⑦その他	0	0.0%

表135 (n=11)

	n	%
①看護師	5	45.5%
②保健師	0	0.0%
③精神保健福祉士	6	54.5%
④臨床心理士	9	81.8%
⑤作業療法士	5	45.5%
⑥心理士	3	27.3%
⑦その他	0	0.0%

表136 (n=17)

	n	%
①看護師	9	52.9%
②保健師	1	5.9%
③精神保健福祉士	10	58.8%
④臨床心理士	14	82.4%
⑤作業療法士	6	35.3%
⑥心理士	3	17.6%
⑦その他	0	0.0%

3. 他院側担当

表137 (n=5)

	n	%
①主治医	5	100.0%
②コメディカル	0	0.0%
③その他	0	0.0%

表138 (n=10)

	n	%
①主治医	10	100.0%
②コメディカル	0	0.0%
③その他	0	0.0%

表139 (n=13)

	n	%
①主治医	12	92.3%
②コメディカル	1	7.7%
③その他	0	0.0%

4. 本人同意の有無

表140 (n=5)

	n	%
①本人同意あり	5	100.0%
②本人同意なし	0	0.0%

表141 (n=11)

	n	%
①本人同意あり	11	100.0%
②本人同意なし	0	0.0%

表142 (n=16)

	n	%
①本人同意あり	15	93.8%
②本人同意なし	1	6.3%

表143

5. 最も多い連携：所要時間 (n=5)
平均 96.0分 (SD53.7)

表144

5. 2番目に多い連携：所要時間 (n=11)
平均 51.4分(SD20.0)

表145

5. 3番目に多い連携：所要時間 (n=18)
平均73.9分(SD66.5)

6. 自院からの情報提供の有無

表146 (n=5)

	n	%
A. 情報提供している	5	100.0%
B. 情報提供していない	0	0.0%

表147 (n=11)

	n	%
A. 情報提供している	11	100.0%
B. 情報提供していない	0	0.0%

表148 (n=18)

	n	%
A. 情報提供している	18	100.0%
B. 情報提供していない	0	0.0%

6. 自院からの情報提供の内容（複数回答）

表149		(n=5)	表150	(n=11)	表151	(n=16)
	n	%	n	%	n	%
①生活リズム	4	80.0%	10	90.9%	14	87.5%
②出欠席の状況	4	80.0%	10	90.9%	15	93.8%
③日中の居眠り／眠気の有無	3	60.0%	10	90.9%	13	81.3%
④作業能力の回復度合	4	80.0%	10	90.9%	14	87.5%
⑤休職要因	3	60.0%	4	36.4%	11	68.8%
⑥対人関係能力	4	80.0%	10	90.9%	14	87.5%
⑦本人の特性	3	60.0%	11	100.0%	13	81.3%
⑧家族との関係	3	60.0%	5	45.5%	7	43.8%
⑨職場の人間関係	3	60.0%	4	36.4%	7	43.8%
⑩リワーク・プログラム参加の適・不適	1	20.0%	5	45.5%	4	25.0%
⑪復職の目処	2	40.0%	6	54.5%	10	62.5%
⑫現職場（職種）と参加者とのマッチング	4	80.0%	5	45.5%	6	37.5%
⑬その他	1	20.0%	1	9.1%	0	0.0%

7. 他院からの情報提供の有無

表152		(n=5)	表153	(n=11)	表154	(n=15)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報を得ている	3	60.0%	3	27.3%	8	53.3%
B. 情報を得ていない	2	40.0%	8	72.7%	7	46.7%

7. 他院からの情報提供の内容（複数回答）

表155		(n=1)	表156	(n=3)	表157	(n=8)
	n	%	n	%	n	%
①現症	1	100.0%	2	66.7%	4	50.0%
②病名	1	100.0%	1	33.3%	3	37.5%
③服用薬	0	0.0%	1	33.3%	3	37.5%
④検査結果	1	100.0%	1	33.3%	3	37.5%
⑤治療内容	1	100.0%	1	33.3%	3	37.5%
⑥治療経過	1	100.0%	2	66.7%	5	62.5%
⑦本人の特性	0	0.0%	1	33.3%	2	25.0%
⑧休職要因	0	0.0%	1	33.3%	1	12.5%
⑨リワークプログラム参加の適・不適	0	0.0%	1	33.3%	2	25.0%
⑩家族との関係	0	0.0%	0	0.0%	1	12.5%
⑪職場の人間関係	0	0.0%	1	33.3%	1	12.5%
⑫生活リズム	0	0.0%	1	33.3%	1	12.5%
⑬主治医が考える復職時期	0	0.0%	2	66.7%	4	50.0%
⑭主治医が考える復職可能の状態	0	0.0%	2	66.7%	5	62.5%
⑮その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

8. 費用

表158		(n=4)	表159	(n=11)	表160	(n=16)
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	0	0.0%	0	0.0%	4	25.0%
②自費	1	25.0%	2	18.2%	0	0.0%
③無料	3	75.0%	9	81.8%	12	75.0%

【書面による連携・連携あり・復職後の場合】

Ⅳ－問1　書面による連携の有無

①書面による連携ありと回答したもののうち、連携の時期が⑤復職後

Ⅳ. 問1－2

書面による連携パターン

2. 自院側担当

表161		(n=1)	表162	(n=0)	表163	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①リワーク担当医師	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
②担当スタッフ	1	100.0%	0	0.0%	3	100.0%
③その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

2－2. 担当スタッフ職種（複数回答）

表164		(n=1)	表165	(n=0)	表166	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①看護師	1	100.0%	0	0.0%	2	66.7%
②保健師	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
③精神保健福祉士	0	0.0%	0	0.0%	2	66.7%
④臨床心理士	1	100.0%	0	0.0%	3	100.0%
⑤作業療法士	1	100.0%	0	0.0%	3	100.0%
⑥心理士	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%
⑦その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

3. 他院側担当

表167		(n=1)	表168	(n=0)	表169	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①主治医	1	100.0%	0	0.0%	3	100.0%
②コメディカル	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
③その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

4. 本人同意の有無

表170		(n=1)	表171	(n=0)	表172	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①本人同意あり	1	100.0%	0	0.0%	3	100.0%
②本人同意なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表173

5.「最も多い連携」:所要時間 (n=1)
平均 40.0分

表174

5.「2番目に多い連携」:所要時間 (n=0)

表175

5.「3番目に多い連携」:所要時間 (n=3)
平均65.0分(SD52.7)

6. 自院からの情報提供の有無

表176		(n=1)	表177	(n=0)	表178	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報提供している	1	100.0%	0	0.0%	3	100.0%
B. 情報提供していない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

6. 自院からの情報提供の内容（複数回答）

表179		(n=1)	表180	(n=0)	表181	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①生活リズム	1	100.0%	0	0.0%	2	66.7%

②出欠席の状況	1	100.0%	0	0.0%	2	66.7%
③日中の居眠り／眠気の有無	1	100.0%	0	0.0%	1	33.3%
④作業能力の回復度合	1	100.0%	0	0.0%	1	33.3%
⑤休職要因	1	100.0%	0	0.0%	1	33.3%
⑥対人関係能力	1	100.0%	0	0.0%	1	33.3%
⑦本人の特性	1	100.0%	0	0.0%	1	33.3%
⑧家族との関係	1	100.0%	0	0.0%	1	33.3%
⑨職場の人間関係	1	100.0%	0	0.0%	1	33.3%
⑩リワーク・プログラム参加の適・不適	1	100.0%	0	0.0%	1	33.3%
⑪復職の目処	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑫現職場（職種）と参加者とのマッチング	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%
⑬その他	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%

7．他院からの情報提供の有無

表182		(n=1)	表183	(n=0)	表184	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報を得ている	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%
B. 情報を得ていない	1	100.0%	0	0.0%	2	66.7%

7．他院からの情報提供の内容（複数回答）

表185		(n=0)	表186	(n=0)	表187	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①現症	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
②病名	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
③服用薬	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
④検査結果	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑤治療内容	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑥治療経過	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑦本人の特性	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑧休職要因	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑨リワークプログラム参加の適・不適	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑩家族との関係	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑪職場の人間関係	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑫生活リズム	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑬主治医が考える復職時期	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑭主治医が考える復職可能の状態	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑮その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

8．費用

表188		(n=1)	表189	(n=0)	表190	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
②自費	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%
③無料	1	100.0%	0	0.0%	2	66.7%

【書面による連携・連携あり・その他の場合】

Ⅳ－問1　書面による連携の有無

①書面による連携ありと回答したもののうち、連携の時期が⑥その他

Ⅳ．問1－2

書面による連携パターン

2．自院側担当

表191		(n=1)	表192	(n=3)	表193	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①リワーク担当医師	0	0.0%	2	66.7%	0	0.0%
②担当スタッフ	1	100.0%	1	33.3%	0	0.0%
③その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

2－2. 担当スタッフ職種（複数回答）

表194		(n=1)	表195	(n=2)	表196	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①看護師	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
②保健師	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
③精神保健福祉士	1	100.0%	2	100.0%	0	0.0%
④臨床心理士	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%
⑤作業療法士	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑥心理士	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑦その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

3. 他院側担当

表197		(n=1)	表198	(n=3)	表199	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①主治医	1	100.0%	3	100.0%	0	0.0%
②コメディカル	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
③その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

4. 本人同意の有無

表200		(n=1)	表201	(n=2)	表202	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①本人同意あり	1	100.0%	2	100.0%	0	0.0%
②本人同意なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表203

5.「最も多い連携」:所要時間 (n=1)
平均 10.0分

表204

5.「2番目に多い連携」:所要時間 (n=3)
平均40.0分(SD17.3)

表205

5.「3番目に多い連携」:所要時間 (n=0)

6. 自院からの情報提供の有無

表206		(n=1)	表207	(n=3)	表208	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報提供している	1	100.0%	3	100.0%	0	0.0%
B. 情報提供していない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

6. 自院からの情報提供の内容（複数回答）

表209		(n=1)	表210	(n=3)	表211	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①生活リズム	1	100.0%	3	100.0%	0	0.0%
②出欠席の状況	1	100.0%	3	100.0%	0	0.0%
③日中の居眠り／眠気の有無	1	100.0%	1	33.3%	0	0.0%
④作業能力の回復度合	1	100.0%	2	66.7%	0	0.0%
⑤休職要因	1	100.0%	1	33.3%	0	0.0%

⑥対人関係能力	1	100.0%	2	66.7%	0	0.0%
⑦本人の特性	1	100.0%	2	66.7%	0	0.0%
⑧家族との関係	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑨職場の人間関係	1	100.0%	1	33.3%	0	0.0%
⑩リワーク・プログラム参加の適・不適	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑪復職の目処	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑫現職場（職種）と参加者とのマッチング	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑬その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

7．他院からの情報提供の有無

表212		(n=1)	表213	(n=3)	表214	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報を得ている	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
B. 情報を得ていない	1	100.0%	3	100.0%	0	0.0%

7．他院からの情報提供の内容（複数回答）

表215		(n=0)	表216	(n=0)	表217	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①現症	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
②病名	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
③服用薬	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
④検査結果	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑤治療内容	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑥治療経過	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑦本人の特性	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑧休職要因	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑨リワークプログラム参加の適・不適	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑩家族との関係	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑪職場の人間関係	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑫生活リズム	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑬主治医が考える復職時期	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑭主治医が考える復職可能の状態	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑮その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

8．費用

表218		(n=1)	表219	(n=3)	表220	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	0	0.0%	1	33.3%	0	0.0%
②自費	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
③無料	1	100.0%	2	66.7%	0	0.0%

【診察・面談による連携】

Ⅳ−問2．診察・面談による連携の有無について該当するものに〇を付けて下さい

表221		(n=72)
	n	%
①診察・面談による連携あり	18	24.0%
②診察・面談による連携なし	54	72.0%

Ⅳ．問2－2

<u>診察・面談による連携パターン</u>

1．診察・面談による連携　最も多い連携：連携の時期　　2番目に多い連携　　3番目に多い連携

表222		(n=18)	表223	(n=7)	表224	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①リワーク開始前	5	27.8%	0	0.0%	1	25.0%
②リワーク開始時	1	5.6%	1	14.3%	0	0.0%
③リワーク参加中	7	38.9%	3	42.9%	1	25.0%
④復職前／復職時	2	11.1%	3	42.9%	2	50.0%
⑤復職後	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑥その他	3	16.7%	0	0.0%	0	0.0%

必要に応じて	2
希望された時	

2．診察・面談による連携パターン：自院側担当

表225		(n=18)	表226	(n=7)	表227	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①リワーク担当医師	3	16.7%	1	14.3%	0	0.0%
②担当スタッフ	15	83.3%	6	85.7%	4	100.0%
③その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

2－2．診察・面談による連携パターン：担当スタッフ職種（複数回答）

表228		(n=16)	表229	(n=6)	表230	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①看護師	6	37.5%	2	33.3%	0	0.0%
②保健師	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
③精神保健福祉士	8	50.0%	4	66.7%	4	100.0%
④臨床心理士	8	50.0%	4	66.7%	2	50.0%
⑤作業療法士	8	50.0%	2	33.3%	1	25.0%
⑥心理士	4	25.0%	1	16.7%	0	0.0%
⑦その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

3．診察・面談による連携パターン：他院側担当

表231		(n=17)	表232	(n=7)	表233	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①主治医	13	76.5%	5	71.4%	2	50.0%
②コメディカル	3	17.6%	2	28.6%	2	50.0%
③その他	1	5.9%	0	0.0%	0	0.0%

本人・家族
書面での情報提供のみ

4．診察・面談による連携パターン：本人同意の有無

表234		(n=18)	表235	(n=7)	表236	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①本人同意あり	18	100.0%	7	100.0%	4	100.0%
②本人同意なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

5．診察・面談による連携パターン：本人の同席

表237		(n=18)	表238	(n=7)	表239	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①同席する	10	55.6%	4	57.1%	3	75.0%

②同席しない	3	16.7%	1	14.3%	1	25.0%
③ケースバイケース	5	27.8%	2	28.6%	0	0.0%

6. 診察・面談による連携パターン：場所

表240		(n=18)	表241	(n=7)	表242	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①自院	9	50.0%	4	57.1%	3	75.0%
②他院	9	50.0%	3	42.9%	1	25.0%
③その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表243

7. 診察・面談による連携 「最も多い連携」：所要時間 (n=18)
平均 31.4分 (SD17.4)

表244

7. 診察・面談による連携 2番目に多い連携：所要時間 (n=7)
平均 37.9分 (SD18.7)

表245

7. 診察・面談による連携 3番目に多い連携：所要時間 (n=4)
平均 30.0分 (SD21.2)

8. 診察・面談による連携パターン：自院からの情報提供の有無

表246		(n=18)	表247	(n=7)	表248	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報提供している	15	83.3%	7	100.0%	4	100.0%
B. 情報提供していない	2	11.1%	0	0.0%	0	0.0%

8. 診察・面談による連携パターン：自院からの情報提供の内容（複数回答）

表249		(n=15)	表250	(n=7)	表251	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①生活リズム	8	53.3%	7	100.0%	2	50.0%
②出欠席の状況	9	60.0%	7	100.0%	2	50.0%
③日中の居眠り／眠気の有無	8	53.3%	6	85.7%	2	50.0%
④作業能力の回復度合	9	60.0%	6	85.7%	2	50.0%
⑤休職要因	6	40.0%	5	71.4%	2	50.0%
⑥対人関係能力	9	60.0%	6	85.7%	2	50.0%
⑦本人の特性	9	60.0%	6	85.7%	2	50.0%
⑧家族との関係	4	26.7%	2	28.6%	0	0.0%
⑨職場の人間関係	5	33.3%	5	71.4%	2	50.0%
⑩リワーク・プログラム参加の適・不適	10	66.7%	4	57.1%	2	50.0%
⑪復職の目処	4	26.7%	5	71.4%	3	75.0%
⑫現職場（職種）と参加者とのマッチング	5	33.3%	3	42.9%	0	0.0%
⑬その他	1	6.7%	0	0.0%	0	0.0%

9. 診察・面談による連携パターン：他院からの情報提供の有無

表252		(n=17)	表253	(n=6)	表254	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報を得ている	15	88.2%	6	100.0%	3	100.0%
B. 情報を得ていない	2	11.8%	0	0.0%	0	0.0%

9. 診察・面談による連携パターン：他院からの情報提供の内容（複数回答）

表255		(n=15)	表256	(n=6)	表257	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①現症	11	73.3%	4	66.7%	1	33.3%
②病名	9	60.0%	3	50.0%	1	33.3%

③服用薬	9	60.0%	3	50.0%	0	0.0%
④検査結果	8	53.3%	3	50.0%	0	0.0%
⑤治療内容	8	53.3%	3	50.0%	2	66.7%
⑥治療経過	5	33.3%	3	50.0%	3	100.0%
⑦本人の特性	4	26.7%	5	83.3%	2	66.7%
⑧休職要因	3	20.0%	3	50.0%	3	100.0%
⑨リワークプログラム参加の適・不適	3	20.0%	2	33.3%	1	33.3%
⑩家族との関係	3	20.0%	1	16.7%	0	0.0%
⑪職場の人間関係	3	20.0%	3	50.0%	2	66.7%
⑫生活リズム	2	13.3%	1	16.7%	2	66.7%
⑬主治医が考える復職時期	3	20.0%	3	50.0%	2	66.7%
⑭主治医が考える復職可能の状態	5	33.3%	4	66.7%	2	66.7%
⑮その他	1	6.7%	1	16.7%	0	0.0%

10. 診察・面談による連携パターン：費用

表258		(n=17)	表259	(n=5)	表260	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	4	23.5%	0	0.0%	0	0.0%
②自費	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
③無料	13	76.5%	5	100.0%	3	100.0%

連携に関する実態調査（他院との連携）

【診察・面談による連携・連携あり・場所自院の場合】

Ⅳ－問2　診察・面談による連携の有無

①診察・面談による連携ありと回答したもののうち、面談の場所①自院の場合

Ⅳ. 問2－2

診察・面談による連携パターン

1. 診察・面談による連携　最も多い連携：連携の時期　2番目に多い連携　3番目に多い連携

表261		(n=11)	表262	(n=5)	表263	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①リワーク開始前	6	54.5%	0	0.0%	0	0.0%
②リワーク開始時	1	9.1%	1	20.0%	1	25.0%
③リワーク参加中	0	0.0%	3	60.0%	1	25.0%
④復職前／復職時	1	9.1%	1	20.0%	2	50.0%
⑤復職後	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑥その他	3	27.3%	0	0.0%	0	0.0%

必要に応じて	3
希望された時	

2. 診察・面談による連携パターン：自院側担当

表264		(n=11)	表265	(n=5)	表266	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①リワーク担当医師	4	36.4%	1	20.0%	0	0.0%
②担当スタッフ	7	63.6%	4	80.0%	4	100.0%
③その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

2－2. 診察・面談による連携パターン：担当スタッフ職種（複数回答）

表267		(n=8)	表268	(n=4)	表269	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①看護師	3	37.5%	1	25.0%	0	0.0%
②保健師	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
③精神保健福祉士	6	75.0%	4	100.0%	4	100.0%
④臨床心理士	4	50.0%	2	50.0%	2	50.0%
⑤作業療法士	2	25.0%	1	25.0%	1	25.0%
⑥心理士	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑦その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

3. 診察・面談による連携パターン:他院側担当

表270		(n=10)	表271	(n=5)	表272	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①主治医	6	60.0%	3	60.0%	2	50.0%
②コメディカル	3	30.0%	2	40.0%	2	50.0%
③その他	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%

本人・家族

4. 診察・面談による連携パターン:本人同意の有無

表273		(n=11)	表274	(n=4)	表275	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①本人同意あり	11	100.0%	4	100.0%	3	100.0%
②本人同意なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

5. 診察・面談による連携パターン:本人の同席

表276		(n=11)	表277	(n=5)	表278	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①同席する	6	54.5%	1	20.0%	2	50.0%
②同席しない	3	27.3%	2	40.0%	2	50.0%
③ケースバイケース	2	18.2%	2	40.0%	0	0.0%

表279

7. 診察・面談による 「最も多い連携」:所要時間 (n=11)
平均 36.4分 (SD23.0)

表280

7. 診察・面談による「2番目に多い連携」:所要時間 (n=5)
平均 43.0分(SD19.9)

表281

7. 診察・面談による連携「3番目に多い連携」:所要時間 (n=4)
平均 41.3分 (SD22.5)

8. 診察・面談による連携パターン:自院からの情報提供の有無

表282		(n=10)	表283	(n=5)	表284	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報提供している	8	80.0%	5	100.0%	4	100.0%
B. 情報提供していない	2	20.0%	0	0.0%	0	0.0%

8. 診察・面談による連携パターン:自院からの情報提供の内容(複数回答)

表285		(n=8)	表286	(n=5)	表287	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①生活リズム	4	50.0%	5	100.0%	3	75.0%

②出欠席の状況	3	37.5%	5	100.0%	3	75.0%
③日中の居眠り／眠気の有無	3	37.5%	5	100.0%	3	75.0%
④作業能力の回復度合	4	50.0%	5	100.0%	3	75.0%
⑤休職要因	4	50.0%	4	80.0%	3	75.0%
⑥対人関係能力	4	50.0%	5	100.0%	3	75.0%
⑦本人の特性	4	50.0%	5	100.0%	3	75.0%
⑧家族との関係	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%
⑨職場の人間関係	3	37.5%	3	60.0%	3	75.0%
⑩リワーク・プログラム参加の適・不適	7	87.5%	3	60.0%	2	50.0%
⑪復職の目処	1	12.5%	3	60.0%	2	50.0%
⑫現職場（職種）と参加者とのマッチング	1	12.5%	1	20.0%	0	0.0%
⑬その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

病状
問題行動がないか

9. 診察・面談による連携パターン：他院からの情報提供の有無

表288		(n=10)	表289	(n=4)	表290	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報を得ている	9	90.0%	4	100.0%	4	100.0%
B. 情報を得ていない	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%

9. 診察・面談による連携パターン：他院からの情報提供の内容（複数回答）

表291		(n=9)	表292	(n=4)	表293	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①現症	7	77.8%	1	25.0%	1	25.0%
②病名	6	66.7%	1	25.0%	0	0.0%
③服用薬	6	66.7%	1	25.0%	0	0.0%
④検査結果	6	66.7%	1	25.0%	0	0.0%
⑤治療内容	6	66.7%	1	25.0%	2	50.0%
⑥治療経過	7	77.8%	2	50.0%	3	75.0%
⑦本人の特性	5	55.6%	2	50.0%	2	50.0%
⑧休職要因	5	55.6%	2	50.0%	2	50.0%
⑨リワークプログラム参加の適・不適	1	11.1%	1	25.0%	1	25.0%
⑩家族との関係	3	33.3%	0	0.0%	0	0.0%
⑪職場の人間関係	5	55.6%	2	50.0%	2	50.0%
⑫生活リズム	5	55.6%	1	25.0%	2	50.0%
⑬主治医が考える復職時期	4	44.4%	1	25.0%	1	25.0%
⑭主治医が考える復職可能の状態	3	33.3%	2	50.0%	1	25.0%
⑮その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

病状

10. 診察・面談による連携パターン：費用

表294		(n=10)	表295	(n=3)	表296	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	3	30.0%	0	0.0%	0	0.0%
②自費	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
③無料	7	70.0%	3	100.0%	3	100.0%

【診察・面談による連携・連携あり・場所他院の場合】

Ⅳ－問2　診察・面談による連携の有無

①診察・面談による連携ありと回答したもののうち、面談の場所①自院の場合

Ⅳ. 問2－2

診察・面談による連携パターン

1. 診察・面談による連携　最も多い連携：連携の時期

表297 (n=9)

	n	%
①リワーク開始前	0	0.0%
②リワーク開始時	0	0.0%
③リワーク参加中	7	77.8%
④復職前／復職時	2	22.2%
⑤復職後	0	0.0%
⑥その他	0	0.0%

必要に応じて	3
希望された時	

2番目に多い連携

表298 (n=3)

	n	%
①リワーク開始前	0	0.0%
②リワーク開始時	0	0.0%
③リワーク参加中	1	33.3%
④復職前／復職時	2	66.7%
⑤復職後	0	0.0%
⑥その他	0	0.0%

3番目に多い連携

表299 (n=1)

	n	%
①リワーク開始前	1	
②リワーク開始時	0	
③リワーク参加中	0	
④復職前／復職時	0	
⑤復職後	0	
⑥その他	0	

2. 診察・面談による連携パターン：自院側担当

表300 (n=9)

	n	%
①リワーク担当医師	0	0.0%
②担当スタッフ	9	100.0%
③その他	0	0.0%

表301 (n=3)

	n	%
①リワーク担当医師	0	0.0%
②担当スタッフ	2	100.0%
③その他	0	0.0%

表302 (n=1)

	n	%
①リワーク担当医師	0	
②担当スタッフ	1	
③その他	0	

2－2. 診察・面談による連携パターン：担当スタッフ職種（複数回答）

表303 (n=9)

	n	%
①看護師	3	33.3%
②保健師	0	0.0%
③精神保健福祉士	3	33.3%
④臨床心理士	4	44.4%
⑤作業療法士	6	66.7%
⑥心理士	4	44.4%
⑦その他	0	0.0%

表304 (n=3)

	n	%
①看護師	1	33.3%
②保健師	0	0.0%
③精神保健福祉士	1	33.3%
④臨床心理士	2	66.7%
⑤作業療法士	1	33.3%
⑥心理士	1	33.3%
⑦その他	0	0.0%

表305 (n=1)

	n	%
①看護師	0	
②保健師	0	
③精神保健福祉士	1	
④臨床心理士	0	
⑤作業療法士	0	
⑥心理士	0	
⑦その他	0	

3. 診察・面談による連携パターン：他院側担当

表306 (n=9)

	n	%
①主治医	9	100.0%
②コメディカル	0	0.0%
③その他	0	0.0%

表307 (n=3)

	n	%
①主治医	3	100.0%
②コメディカル	0	0.0%
③その他	0	0.0%

表308 (n=1)

	n	%
①主治医	1	
②コメディカル	0	
③その他	0	

本人・家族

4. 診察・面談による連携パターン：本人同意の有無

表309 (n=9)

	n	%
①本人同意あり	9	100.0%

表310 (n=3)

	n	%
①本人同意あり	3	100.0%

表311 (n=1)

	n	%
①本人同意あり	1	100.0%

②本人同意なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

5. 診察・面談による連携パターン：本人の同席

表312		(n=9)	表313	(n=3)	表314	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①同席する	5	55.6%	3	100.0%	1	
②同席しない	1	11.1%	0	0.0%	0	
③ケースバイケース	3	33.3%	0	0.0%	0	

表315	表316	表317
7. 診察・面談による 「最も多い連携」：所要時間 (n=9)	7. 診察・面談による「2番目に多い連携」：所要時間 (n=3)	7. 診察・面談による連携「3番目に多い連携」：所要時間 (n=1)
平均 30.0分 (SD18.5)	平均 36.7分(SD20.8)	15.0分

8. 診察・面談による連携パターン：自院からの情報提供の有無

表318		(n=9)	表319	(n=3)	表320	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報提供している	9	100.0%	3	100.0%	1	
B. 情報提供していない	0	0.0%	0	0.0%	0	

8. 診察・面談による連携パターン：自院からの情報提供の内容（複数回答）

表321		(n=9)	表322	(n=3)	表323	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①生活リズム	6	66.7%	3	100.0%	0	
②出欠席の状況	7	77.8%	3	100.0%	0	
③日中の居眠り／眠気の有無	6	66.7%	2	66.7%	0	
④作業能力の回復度合	7	77.8%	2	66.7%	0	
⑤休職要因	4	44.4%	2	66.7%	0	
⑥対人関係能力	6	66.7%	2	66.7%	0	
⑦本人の特性	7	77.8%	2	66.7%	0	
⑧家族との関係	3	33.3%	2	66.7%	0	
⑨職場の人間関係	3	33.3%	2	66.7%	0	
⑩リワーク・プログラム参加の適・不適	4	44.4%	1	33.3%	0	
⑪復職の目処	3	33.3%	2	66.7%	1	
⑫現職場（職種）と参加者とのマッチング	4	44.4%	2	66.7%	0	
⑬その他	1	11.1%	0	0.0%	0	

病状
問題行動がないか

9. 診察・面談による連携パターン：他院からの情報提供の有無

表324		(n=9)	表325	(n=3)	表326	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報を得ている	8	88.9%	3	100.0%	1	
B. 情報を得ていない	1	11.1%	0	0.0%	0	

9. 診察・面談による連携パターン：他院からの情報提供の内容（複数回答）

表327		(n=8)	表328	(n=3)	表329	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①現症	5	62.5%	3	100.0%	0	

②病名	4	50.0%	2	66.7%	1
③服用薬	4	50.0%	2	66.7%	0
④検査結果	3	37.5%	2	66.7%	0
⑤治療内容	3	37.5%	2	66.7%	0
⑥治療経過	5	62.5%	2	66.7%	1
⑦本人の特性	4	50.0%	3	100.0%	0
⑧休職要因	3	37.5%	1	33.3%	1
⑨リワークプログラム参加の適・不適	3	37.5%	1	33.3%	0
⑩家族との関係	3	37.5%	1	33.3%	0
⑪職場の人間関係	3	37.5%	1	33.3%	0
⑫生活リズム	2	25.0%	0	0.0%	0
⑬主治医が考える復職時期	3	37.5%	2	66.7%	1
⑭主治医が考える復職可能の状態	5	62.5%	2	66.7%	1
⑮その他	1	12.5%	1	33.3%	0

10. 診察・面談による連携パターン：費用

表330 (n=9) 表331 (n=3) 表332 (n=1)

	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	2	22.2%	0	0.0%	0	
②自費	0	0.0%	0	0.0%	0	
③無料	7	77.8%	3	100.0%	1	

外来通院
通院精神療法
診察代
ショートケア

連携に関する実態調査（企業との連携）

194施設に配布→136施設より回答回収。（回収率70.1%）

Ⅰ. 企業との連携の有無について

Ⅰ. 問1 企業との連携の有無

表333 (n=130)

	n	%
①連携している	105	80.8%
②連携していない	25	19.2%

Ⅰ. 問2 連携していない理由（複数回答）

表334 (n=24)

	n	%
①マンパワー不足	15	62.5%
②時間がない	13	54.2%
③診療報酬で請求できないため	4	16.7%
④患者が連携を望まない	4	16.7%
⑤企業側が連携を望まない	2	8.3%
⑥連携の方法・手段が分からない	5	20.8%
⑦患者自身で行うものであると考えている	9	37.5%
⑧連携しても効果がないと考えている	1	4.2%

⑨個人情報が心配である	6	25.0%
⑩治療とは関係がないためするべきではない	0	0.0%
⑪その他	6	25.0%

企業より依頼があれば応じる
ご本人様了承の上、会社より照会あれば返答しています。主に書面。（産業医、保健師等）
主治医に一本化している。
退職など重要な判断のきっかけになりその後訴訟につながるのでは・・・という不安
実際に支援を行い、連携が必須と考え、現在準備を進めている。
障害者職業センターとの併用が多く、企業ではなく職業センターと連携を図っているため（企業とセンターが連携をはかっている）
現状では、必要に応じて主治医に企業との連携を依頼している。
現在実施に向けて準備を進めています。
プログラム開始し間もないため必要なケースがないため。

【書面による連携】

Ⅱ．問1 書面による連携の有無

表335 (n=102)

	n	%
①書面による連携あり	84	82.4%
②書面による連携なし	18	17.6%

Ⅱ．問1－2

書面連携パターン

1．書面連携パターン　最も多い連携：連携の時期

表336 (n=83)

	n	%
①リワーク開始前	8	9.6%
②リワーク開始時	16	19.3%
③リワーク参加中	19	22.9%
④復職前／復職時	36	43.4%
⑤復職後	0	0.0%
⑥その他	4	4.8%

2番目に多い連携

表337 (n=53)

	n	%
①リワーク開始前	2	3.8%
②リワーク開始時	2	3.8%
③リワーク参加中	33	62.3%
④復職前／復職時	16	30.2%
⑤復職後	0	0.0%
⑥その他	0	0.0%

3番目に多い連携

表338 (n=24)

	n	%
①リワーク開始前	2	8.3%
②リワーク開始時	2	8.3%
③リワーク参加中	1	4.2%
④復職前／復職時	16	66.7%
⑤復職後	3	12.5%
⑥その他	0	0.0%

プログラム終了時
必要時のみ
随時

連携に関する実態調査（企業との連携）

【書面による連携・リワーク開始前実施】

2．書面連携パターン：治療機関側担当

表339 (n=8)

	n	%
①主治医	3	37.5%
②リワーク担当医師	0	0.0%
③担当スタッフ	5	62.5%
④その他	0	0.0%

表340 (n=2)

	n	%
①主治医	1	50.0%
②リワーク担当医師	0	0.0%
③担当スタッフ	1	50.0%
④その他	0	0.0%

表341 (n=2)

	n	%
①主治医	2	100.0%
②リワーク担当医師	0	0.0%
③担当スタッフ	0	0.0%
④その他	0	0.0%

特に定めていない
本人へ
本人が窓口としている担当者　主に①～③に該当
②　③　④
ケースバイケース
企業による

2-2. 書面連携パターン：担当スタッフの職種（複数回答）

表342		(n=6)	表343	(n=1)	表344	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①看護師	2	33.3%	0			
②保健師	0	0.0%	0			
③精神保健福祉士	4	66.7%	1			
④臨床心理士	3	50.0%	1			
⑤作業療法士	2	33.3%	1			
⑥心理士	0	0.0%	0			
⑦その他	0	0.0%	0			

3. 書面連携パターン：企業側担当

表345		(n=8)	表346	(n=2)	表347	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
①産業医	2	25.0%	0	0.0%	1	50.0%
②産業保健スタッフ	2	25.0%	1	50.0%	0	0.0%
③人事労務担当	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%
④上司	3	37.5%	0	0.0%	0	0.0%
⑤その他	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%

4. 書面連携パターン：本人同意の有無

表348		(n=8)	表349	(n=2)	表350	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
①本人の同意あり	7	87.5%	2	100.0%	2	100.0%
②本人の同意なし	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%

表351

5. 書面連携　最も多い連携：所要時間 (n=7)
平均30.0分 (SD27.5)

表352

5. 書面連携「2番目に多い連携」：所要時間 (n=1)
10.0分

表353

5. 書面連携「3番目に多い連携」：所要時間 (n=1)
30.0分

6. 書面連携パターン：治療機関からの情報提供内容（複数回答）

表354		(n=5)	表355	(n=2)	表356	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①現症	4	80.0%	1	50.0%	1	
②病名	4	80.0%	1	50.0%	1	
③服用薬	2	40.0%	0	0.0%	0	
④検査結果	2	40.0%	0	0.0%	0	
⑤治療内容	3	60.0%	1	50.0%	1	
⑥治療経過	3	60.0%	0	0.0%	1	
⑦本人の特性	3	60.0%	0	0.0%	1	
⑧評価表（リワーク研究会書式）	1	20.0%	0	0.0%	0	
⑨評価表（リワーク研究会書式以外）	2	40.0%	0	0.0%	0	

⑩今後の見通し	2	40.0%	0	0.0%	0
⑪業務への影響	0	0.0%	0	0.0%	0
⑫配慮事項	2	40.0%	1	50.0%	0
⑬担当窓口	2	40.0%	0	0.0%	0
⑭その他	2	40.0%	1	50.0%	0

パターン①

7. 書面連携パターン:連携に関連し職場からどんな情報が得られるか

表357		(n=8)	表358	(n=2)	表359	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報を得ている	6	75.0%	2	100.0%	2	100.0%
B. 情報を得ていない	2	25.0%	0	0.0%	0	0.0%

7. 書面連携パターン:内容(複数回答)

表360		(n=6)	表361	(n=2)	表362	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
①事業概要	3	50.0%	1	50.0%	1	50.0%
②職種	5	83.3%	2	100.0%	2	100.0%
③職務内容	5	83.3%	2	100.0%	2	100.0%
④職場環境	2	33.3%	2	100.0%	2	100.0%
⑤仕事ぶり	4	66.7%	1	50.0%	2	100.0%
⑥対人交流	3	50.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑦休職期間	3	50.0%	1	50.0%	2	100.0%
⑧休職中経済保障	3	50.0%	0	0.0%	0	0.0%
⑨復職時配慮内容	2	33.3%	1	50.0%	0	0.0%
⑩復職後配慮内容	2	33.3%	0	0.0%	0	0.0%
⑪窓口担当の確認	4	66.7%	1	50.0%	1	50.0%
⑫その他	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%

8. 書面連携パターン:費用

表363		(n=8)	表364	(n=2)	表365	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%
②自費	1	12.5%	1	50.0%	0	0.0%
③無料	6	75.0%	1	50.0%	2	100.0%

②自費 (n=1) 費用1620円

②自費 (n=1)

【書面による連携・リワーク開始時実施】

2. 書面連携パターン:治療機関側担当

表366		(n=16)	表367	(n=2)	表368	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
①主治医	3	18.8%	0	0.0%	0	0.0%
②リワーク担当医師	2	12.5%	2	100.0%	0	0.0%
③担当スタッフ	11	68.8%	0	0.0%	2	100.0%
④その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

2-2. 書面連携パターン:担当スタッフの職種(複数回答)

表369		(n=13)	表370	(n=1)	表371	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
①看護師	6	46.2%	1		1	50.0%
②保健師	1	7.7%	0		0	0.0%

③精神保健福祉士	9	69.2%	0		2	100.0%
④臨床心理士	9	69.2%	1		0	0.0%
⑤作業療法士	6	46.2%	1		0	0.0%
⑥心理士	3	23.1%	0		0	0.0%
⑦その他	0	0.0%	0		0	0.0%

3. 書面連携パターン：企業側担当

表372		(n=16)	表373	(n=1)	表374	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
①産業医	7	43.8%	0		0	0.0%
②産業保健スタッフ	2	12.5%	0		1	50.0%
③人事労務担当	3	18.8%	1		0	0.0%
④上司	3	18.8%	0		1	50.0%
⑤その他	1	6.3%	0		0	0.0%

4. 書面連携パターン：本人同意の有無

表375		(n=15)	表376	(n=2)	表377	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
①本人の同意あり	15	100.0%	2	100.0%	2	100.0%
②本人の同意なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表378

5. 書面連携 「最も多い連携」：所要時間 (n=14)
平均39.6 (SD60.4)

表379

5. 書面連携「2番目に多い連携」：所要時間 (n=1)
30.0分

表380

5. 書面連携「3番目に多い連携」：所要時間 (n=2)
平均45.0分(SD21.2)

6. 書面連携パターン：治療機関からの情報提供内容（複数回答）

表381		(n=15)	表382	(n=2)	表383	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
①現症	4	26.7%	0	0.0%	2	100.0%
②病名	4	26.7%	0	0.0%	0	0.0%
③服用薬	4	26.7%	0	0.0%	0	0.0%
④検査結果	4	26.7%	0	0.0%	0	0.0%
⑤治療内容	6	40.0%	1	50.0%	0	0.0%
⑥治療経過	4	26.7%	0	0.0%	0	0.0%
⑦本人の特性	4	26.7%	0	0.0%	0	0.0%
⑧評価表（リワーク研究会書式）	1	6.7%	0	0.0%	0	0.0%
⑨評価表（リワーク研究会書式以外）	2	13.3%	0	0.0%	0	0.0%
⑩今後の見通し	4	26.7%	1	50.0%	1	50.0%
⑪業務への影響	2	13.3%	0	0.0%	0	0.0%
⑫配慮事項	2	13.3%	0	0.0%	0	0.0%
⑬担当窓口	2	13.3%	1	50.0%	1	50.0%
⑭その他	5	33.3%	1	50.0%	1	50.0%

パターン①

7. 書面連携パターン：連携に関連し職場からどんな情報が得られるか

表384		(n=15)	表385	(n=2)	表386	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報を得ている	13	86.7%	2	100.0%	2	100.0%
B. 情報を得ていない	2	13.3%	0	0.0%	0	0.0%

7. 書面連携パターン:内容(複数回答)

表387		(n=13)	表388	(n=2)	表389	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
①事業概要	7	53.8%	1	50.0%	1	50.0%
②職種	11	84.6%	1	50.0%	2	100.0%
③職務内容	10	76.9%	2	100.0%	2	100.0%
④職場環境	9	69.2%	2	100.0%	2	100.0%
⑤仕事ぶり	9	69.2%	2	100.0%	2	100.0%
⑥対人交流	5	38.5%	1	50.0%	1	50.0%
⑦休職期間	9	69.2%	1	50.0%	2	100.0%
⑧休職中経済保障	7	53.8%	1	50.0%	2	100.0%
⑨復職時配慮内容	3	23.1%	0	0.0%	1	50.0%
⑩復職後配慮内容	3	23.1%	0	0.0%	1	50.0%
⑪窓口担当の確認	9	69.2%	0	0.0%	2	100.0%
⑫その他	2	15.4%	1	50.0%	0	0.0%

8. 書面連携パターン:費用

表390		(n=13)	表391	(n=2)	表392	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	2	15.4%	0	0.0%	0	0.0%
②自費	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%
③無料	10	76.9%	2	100.0%	2	100.0%

②自費 (n=1) 費用2000円

②自費 (n=0)

②自費 (n=0)

【書面による連携・リワーク参加中実施】

2. 書面連携パターン:治療機関側担当

表393		(n=19)	表394	(n=33)	表395	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①主治医	1	5.3%	5	15.2%	0	
②リワーク担当医師	3	15.8%	1	3.0%	0	
③担当スタッフ	15	78.9%	27	81.8%	1	
④その他	0	0.0%	0	0.0%	0	

2-2. 書面連携パターン:担当スタッフの職種(複数回答)

表396		(n=18)	表397	(n=29)	表398	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①看護師	9	50.0%	12	41.4%	1	
②保健師	1	5.6%	2	6.9%	0	
③精神保健福祉士	11	61.1%	16	55.2%	0	
④臨床心理士	13	72.2%	15	51.7%	0	
⑤作業療法士	5	27.8%	10	34.5%	1	
⑥心理士	0	0.0%	3	10.3%	0	
⑦その他	0	0.0%	0	0.0%	0	

3. 書面連携パターン:企業側担当

表399		(n=18)	表400	(n=32)	表401	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①産業医	4	22.2%	13	40.6%	0	
②産業保健スタッフ	5	27.8%	6	18.8%	0	
③人事労務担当	5	27.8%	6	18.8%	0	
④上司	3	16.7%	6	18.8%	1	
⑤その他	1	5.6%	1	3.1%	0	

4. 書面連携パターン:本人同意の有無

表402		(n=18)	表403	(n=32)	表404	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①本人の同意あり	17	94.4%	31	96.9%	1	100.0%
②本人の同意なし	1	5.6%	1	3.1%	0	0.0%

表405	表406	表407
5. 書面連携パターン①:所要時間 (n=19)	5. 書面連携「2番目に多い連携」:所要時間 (n=32)	5. 書面連携「3番目に多い連携」:所要時間 (n=1)
平均63.4 (SD48.2)	平均49.5分(SD42.1)	90.0分

6. 書面連携パターン:治療機関からの情報提供内容(複数回答)

表408		(n=18)	表409	(n=31)	表410	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①現症	5	27.8%	13	41.9%	0	
②病名	5	27.8%	10	32.3%	0	
③服用薬	1	5.6%	6	19.4%	0	
④検査結果	4	22.2%	5	16.1%	0	
⑤治療内容	6	33.3%	12	38.7%	0	
⑥治療経過	11	61.1%	18	58.1%	1	
⑦本人の特性	10	55.6%	19	61.3%	1	
⑧評価表(リワーク研究会書式)	6	33.3%	10	32.3%	0	
⑨評価表(リワーク研究会書式以外)	7	38.9%	10	32.3%	0	
⑩今後の見通し	9	50.0%	20	64.5%	1	
⑪業務への影響	6	33.3%	12	38.7%	1	
⑫配慮事項	8	44.4%	15	48.4%	1	
⑬担当窓口	5	27.8%	7	22.6%	0	
⑭その他	2	11.1%	1	3.2%	0	

パターン①

7. 書面連携パターン:連携に関連し職場からどんな情報が得られるか

表411		(n=19)	表412	(n=29)	表413	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報を得ている	11	57.9%	15	51.7%	1	
B. 情報を得ていない	8	42.1%	14	48.3%	0	

7. 書面連携パターン:内容(複数回答)

表414		(n=11)	表415	(n=15)	表416	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①事業概要	7	63.6%	4	26.7%	0	
②職種	10	90.9%	8	53.3%	1	
③職務内容	11	100.0%	10	66.7%	1	
④職場環境	8	72.7%	8	53.3%	1	
⑤仕事ぶり	7	63.6%	9	60.0%	1	
⑥対人交流	6	54.5%	8	53.3%	1	
⑦休職期間	9	81.8%	7	46.7%	1	
⑧休職中経済保障	4	36.4%	6	40.0%	0	
⑨復職時配慮内容	7	63.6%	8	53.3%	1	
⑩復職後配慮内容	6	54.5%	7	46.7%	0	
⑪窓口担当の確認	6	54.5%	10	66.7%	0	

⑫その他	0	0.0%	1	6.7%	0

8. 書面連携パターン:費用

表417 (n=19)

	n	%
①保険診療項目	3	15.8%
②自費	1	5.3%
③無料	15	78.9%

②自費 (n=1) 費用1080円

表418 (n=30)

	n	%
①保険診療項目	5	16.7%
②自費	5	16.7%
③無料	20	66.7%

②自費 (n=5)

表419 (n=1)

	n	%
①保険診療項目	1	
②自費	0	
③無料	0	

【書面による連携・復職前／復職時実施】

2. 書面連携パターン:医療機関側担当

表420 (n=34)

	n	%
①主治医	9	26.5%
②リワーク担当医師	1	2.9%
③担当スタッフ	24	70.6%
④その他	0	0.0%

表421 (n=16)

	n	%
①主治医	7	43.8%
②リワーク担当医師	1	6.3%
③担当スタッフ	8	50.0%
④その他	0	0.0%

表422 (n=15)

	n	%
①主治医	1	6.7%
②リワーク担当医師	1	6.7%
③担当スタッフ	13	86.7%
④その他	0	0.0%

2-2. 書面連携パターン:担当スタッフの職種(複数回答)

表423 (n=28)

	n	%
①看護師	10	35.7%
②保健師	1	3.6%
③精神保健福祉士	18	64.3%
④臨床心理士	14	50.0%
⑤作業療法士	12	42.9%
⑥心理士	3	10.7%
⑦その他	1	3.6%

表424 (n=10)

	n	%
①看護師	6	60.0%
②保健師	0	0.0%
③精神保健福祉士	9	90.0%
④臨床心理士	10	100.0%
⑤作業療法士	4	40.0%
⑥心理士	0	0.0%
⑦その他	0	0.0%

表425 (n=14)

	n	%
①看護師	8	57.1%
②保健師	1	7.1%
③精神保健福祉士	7	50.0%
④臨床心理士	9	64.3%
⑤作業療法士	6	42.9%
⑥心理士	3	21.4%
⑦その他	0	0.0%

3. 書面連携パターン:企業側担当

表426 (n=36)

	n	%
①産業医	19	52.8%
②産業保健スタッフ	3	8.3%
③人事労務担当	8	22.2%
④上司	5	13.9%
⑤その他	1	2.8%

表427 (n=16)

	n	%
①産業医	6	37.5%
②産業保健スタッフ	4	25.0%
③人事労務担当	5	31.3%
④上司	1	6.3%
⑤その他	0	0.0%

表428 (n=16)

	n	%
①産業医	4	25.0%
②産業保健スタッフ	3	18.8%
③人事労務担当	5	31.3%
④上司	4	25.0%
⑤その他	0	0.0%

4. 書面連携パターン:本人同意の有無

表429 (n=36)

	n	%
①本人の同意あり	36	100.0%
②本人の同意なし	0	0.0%

表430 (n=16)

	n	%
①本人の同意あり	16	100.0%
②本人の同意なし	0	0.0%

表431 (n=16)

	n	%
①本人の同意あり	16	100.0%
②本人の同意なし	0	0.0%

表432

5. 書面連携　最も多い連携:所要時間 (n=36)
平均50.6分 (SD20.7)

表433

5. 書面連携「2番目に多い連携」:所要時間 (n=15)
平均40.7分(SD26.1)

表434

5. 書面連携「3番目に多い連携」:所要時間 (n=16)
平均96.0分(SD55.7)

6. 書面連携パターン：医療機関からの情報提供内容（複数回答）

表435		(n=36)	表436	(n=15)	表437	(n=16)
	n	%	n	%	n	%
①現症	19	52.8%	6	40.0%	7	43.8%
②病名	14	38.9%	5	33.3%	7	43.8%
③服用薬	7	19.4%	2	13.3%	3	18.8%
④検査結果	11	30.6%	4	26.7%	4	25.0%
⑤治療内容	17	47.2%	5	33.3%	5	31.3%
⑥治療経過	21	58.3%	9	60.0%	9	56.3%
⑦本人の特性	20	55.6%	7	46.7%	12	75.0%
⑧評価表（リワーク研究会書式）	8	22.2%	5	33.3%	6	37.5%
⑨評価表（リワーク研究会書式以外）	15	41.7%	4	26.7%	7	43.8%
⑩今後の見通し	24	66.7%	9	60.0%	10	62.5%
⑪業務への影響	20	55.6%	8	53.3%	11	68.8%
⑫配慮事項	26	72.2%	8	53.3%	11	68.8%
⑬担当窓口	7	19.4%	3	20.0%	4	25.0%
⑭その他	2	5.6%	0	0.0%	1	6.3%

パターン①

7. 書面連携パターン：連携に関連し職場からどんな情報が得られるか

表438		(n=36)	表439	(n=15)	表440	(n=13)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報を得ている	19	52.8%	9	60.0%	8	61.5%
B. 情報を得ていない	17	47.2%	6	40.0%	5	38.5%

7. 書面連携パターン：内容（複数回答）

表441		(n=19)	表442	(n=9)	表443	(n=8)
	n	%	n	%	n	%
①事業概要	3	15.8%	3	33.3%	0	0.0%
②職種	7	36.8%	6	66.7%	3	37.5%
③職務内容	14	73.7%	6	66.7%	4	50.0%
④職場環境	12	63.2%	5	55.6%	3	37.5%
⑤仕事ぶり	9	47.4%	1	11.1%	3	37.5%
⑥対人交流	6	31.6%	1	11.1%	3	37.5%
⑦休職期間	8	42.1%	4	44.4%	3	37.5%
⑧休職中経済保障	6	31.6%	1	11.1%	2	25.0%
⑨復職時配慮内容	14	73.7%	5	55.6%	6	75.0%
⑩復職後配慮内容	10	52.6%	6	66.7%	5	62.5%
⑪窓口担当の確認	5	26.3%	2	22.2%	5	62.5%
⑫その他	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%

8. 書面連携パターン：費用

表444		(n=35)	表445	(n=16)	表446	(n=15)
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	7	20.0%	1	6.3%	2	13.3%
②自費	7	20.0%	4	25.0%	4	26.7%
③無料	21	60.0%	11	68.8%	9	60.0%
② 自 費 (n=6) 費 用 平 均 3040.0 円			②自費 (n=4)		②自費 (n=4)	

【書面による連携・復職後実施】

2. 書面連携パターン：医療機関側担当

表447		(n=0)	表448	(n=0)	表449	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①主治医	0		0		1	33.3%
②リワーク担当医師	0		0		1	33.3%
③担当スタッフ	0		0		1	33.3%
④その他	0		0		0	0.0%

2-2. 書面連携パターン:担当スタッフの職種(複数回答)

表450		(n=0)	表451	(n=0)	表452	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①看護師	0		0		1	33.3%
②保健師	0		0		0	0.0%
③精神保健福祉士	0		0		3	100.0%
④臨床心理士	0		0		2	66.7%
⑤作業療法士	0		0		0	0.0%
⑥心理士	0		0		0	0.0%
⑦その他	0		0		0	0.0%

3. 書面連携パターン:企業側担当

表453		(n=0)	表454	(n=0)	表455	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①産業医	0		0		1	33.3%
②産業保健スタッフ	0		0		1	33.3%
③人事労務担当	0		0		1	33.3%
④上司	0		0		0	0.0%
⑤その他	0		0		0	0.0%

4. 書面連携パターン:本人同意の有無

表456		(n=0)	表457	(n=0)	表458	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①本人の同意あり	0		0		3	100.0%
②本人の同意なし	0		0		0	0.0%

表459

5. 書面連携　最も多い連携:所要時間(n=0)

表460

5. 書面連携「2番目に多い連携」:所要時間 (n=0)

表461

5. 書面連携「3番目に多い連携」:所要時間 (n=3)
平均36.7分(SD20.8)

6. 書面連携パターン:医療機関からの情報提供内容(複数回答)

表462		(n=0)	表463	(n=0)	表464	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①現症	0		0		2	66.7%
②病名	0		0		1	33.3%
③服用薬	0		0		2	66.7%
④検査結果	0		0		1	33.3%
⑤治療内容	0		0		2	66.7%
⑥治療経過	0		0		2	66.7%
⑦本人の特性	0		0		2	66.7%
⑧評価表(リワーク研究会書式)	0		0		0	0.0%
⑨評価表(リワーク研究会書式以外)	0		0		0	0.0%
⑩今後の見通し	0		0		3	100.0%

⑪業務への影響	0	0	2	66.7%
⑫配慮事項	0	0	2	66.7%
⑬担当窓口	0	0	0	0.0%
⑭その他	0	0	0	0.0%

パターン①

7. 書面連携パターン：連携に関連し職場からどんな情報が得られるか

表465	(n=0)		表466	(n=0)		表467	(n=3)	
	n	%		n	%		n	%
A. 情報を得ている	0			0			3	100.0%
B. 情報を得ていない	0			0			0	0.0%

7. 書面連携パターン：内容（複数回答）

表468	(n=0)		表469	(n=0)		表470	(n=3)	
	n	%		n	%		n	%
①事業概要	0			0			1	33.3%
②職種	0			0			1	33.3%
③職務内容	0			0			3	100.0%
④職場環境	0			0			3	100.0%
⑤仕事ぶり	0			0			2	66.7%
⑥対人交流	0			0			2	66.7%
⑦休職期間	0			0			1	33.3%
⑧休職中経済保障	0			0			0	0.0%
⑨復職時配慮内容	0			0			0	0.0%
⑩復職後配慮内容	0			0			1	33.3%
⑪窓口担当の確認	0			0			0	0.0%
⑫その他	0			0			1	33.3%

8. 書面連携パターン：費用

表471	(n=0)		表472	(n=0)		表473	(n=3)	
	n	%		n	%		n	%
①保険診療項目	0			0			0	0.0%
②自費	0			0			0	0.0%
③無料	0			0			3	20.0%

【書面による連携・その他実施】

2. 書面連携パターン：医療機関側担当

表474	(n=4)		表475	(n=0)		表476	(n=0)	
	n	%		n	%		n	%
①主治医	1	25.0%		0			0	
②リワーク担当医師	0	0.0%		0			0	
③担当スタッフ	3	75.0%		0			0	
④その他	0	0.0%		0			0	

2-2. 書面連携パターン：担当スタッフの職種（複数回答）

表477	(n=3)		表478	(n=0)		表479	(n=0)	
	n	%		n	%		n	%
①看護師	2	66.7%		0			0	
②保健師	0	0.0%		0			0	
③精神保健福祉士	2	66.7%		0			0	
④臨床心理士	3	100.0%		0			0	
⑤作業療法士	2	66.7%		0			0	

⑥心理士	0	0.0%	0		0	
⑦その他	0	0.0%	0		0	

3. 書面連携パターン:企業側担当

表480		(n=4)	表481	(n=0)	表482	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①産業医	2	50.0%	0		0	
②産業保健スタッフ	0	0.0%	0		0	
③人事労務担当	0	0.0%	0		0	
④上司	0	0.0%	0		0	
⑤その他	2	50.0%	0		0	

4. 書面連携パターン:本人同意の有無

表483		(n=4)	表484	(n=0)	表485	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①本人の同意あり	4	100.0%	0		0	
②本人の同意なし	0	0.0%	0		0	

表486

5. 書面連携「最も多い連携」所要時間(n=4)
平均75.0分(SD71.4)

表487

5. 書面連携「2番目に多い連携」:所要時間 (n=0)

表488

5. 書面連携「3番目に多い連携」:所要時間 (n=0)

6. 書面連携パターン:医療機関からの情報提供内容(複数回答)

表489		(n=4)	表490	(n=0)	表491	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①現症	1	25.0%	0		0	
②病名	1	25.0%	0		0	
③服用薬	1	25.0%	0		0	
④検査結果	1	25.0%	0		0	
⑤治療内容	1	25.0%	0		0	
⑥治療経過	1	25.0%	0		0	
⑦本人の特性	3	75.0%	0		0	
⑧評価表(リワーク研究会書式)	2	50.0%	0		0	
⑨評価表(リワーク研究会書式以外)	3	75.0%	0		0	
⑩今後の見通し	2	50.0%	0		0	
⑪業務への影響	1	25.0%	0		0	
⑫配慮事項	3	75.0%	0		0	
⑬担当窓口	1	25.0%	0		0	
⑭その他	2	50.0%	0		0	

7. 書面連携パターン:連携に関連し職場からどんな情報が得られるか

表492		(n=4)	表493	(n=0)	表494	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
A. 情報を得ている	2	50.0%	0		0	
B. 情報を得ていない	2	50.0%	0		0	

7. 書面連携パターン:内容(複数回答)

表495		(n=2)	表496	(n=0)	表497	(n=0)
	n	%	n	%	n	%

①事業概要	2	100.0%	0	0
②職種	2	100.0%	0	0
③職務内容	2	100.0%	0	0
④職場環境	2	100.0%	0	0
⑤仕事ぶり	2	100.0%	0	0
⑥対人交流	2	100.0%	0	0
⑦休職期間	2	100.0%	0	0
⑧休職中経済保障	2	100.0%	0	0
⑨復職時配慮内容	2	100.0%	0	0
⑩復職後配慮内容	2	100.0%	0	0
⑪窓口担当の確認	2	100.0%	0	0
⑫その他	1	50.0%	0	0

8．書面連携パターン：費用

表498		（n=4）	表499	（n=0）	表500	（n=0）
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	1	25.0%	0		0	
②自費	0	0.0%	0		0	
③無料	3	75.0%	0		0	

6．書面連携パターン：医療機関からの情報提供内容（複数回答）

自由記載

「最も多い連携」

出席日数、生活リズム、参加プログラム、面談で話されたことご本人の語る休職これまでの変化や気付き。
企業側の書式の場合もある。
復職支援プラン案
リワーク資料
リワークでのようす
支援計画書　協力同意書
情報提供を依頼するのみ
リワークで取りくむ内容の助言（例）オフィスワークの課題など
リワークスケジュールや今後の連絡法
復職スケジュール案
リワークパンフレット
職場からの情報提供を依頼しているだけで、こちらからは特に情報提供はしていない。
リワークデイケアに通所中であること

「2番目に多い連携」

連携に関する同意
本人がリワークを開始したこと／連絡をリワークにしてくる時は本人の了解を得てほしいこと／半日リワークは不十分でないこと／休職前にみられたご本人の心配事項があれば教えてほしいこと
開始、終了の通知

「3番目に多い連携」

復職スケジュール
当院リワークの案内

7．書面連携パターン：内容（複数回答）

自由記載

「最も多い連携」

産業医の有無
職場がリワークに伝えたいこと
①～⑥は本人から

RWで取りくむ内容の助言（例）オフィスワークの課題など
休職に至った要因（職業側本人側）復職の際に求められる条件　会社の復職支援プログラムの有無

「2番目に多い連携」
連携に関する同意
復職の手順
①～⑧は本人から
転職で可能な配慮事項

「3番目に多い連携」
本人の状態・症状

8．書面連携パターン：費用
自由記載
「最も多い連携」
①保険診療項目
診療情報提供書代　8
診断書
通院補助精神療法の補助
診情
文書料250点
リワークデイケア（精神科デイケア）代に込み

「3番目に多い連携」
診療情報提供書代　2
保険外
リワークデイケア（精神科デイケア）代に込み

【診察・面談による連携】

Ⅱ－問２　診察・面談による連携の有無

表501　(n=104)

	n	%
①診察・面談による連携あり	95	91.3%
②診察・面談による連携なし	9	8.7%

Ⅱ．問２－２

診察・面談連携パターン

１．診察・面談連携「最も多い連携」：連携の時期

表502　(n=95)

	n	%
①リワーク開始前	8	8.4%
②リワーク開始時	2	2.1%
③リワーク参加中	35	36.8%
④復職前／復職時	42	44.2%
⑤復職後	0	0.0%
⑥その他	8	8.4%

「2番目に多い連携」

表503　(n=56)

	n	%
①リワーク開始前	3	5.4%
②リワーク開始時	2	3.6%
③リワーク参加中	31	55.4%
④復職前／復職時	20	35.7%
⑤復職後	0	0.0%
⑥その他	0	0.0%

「3番目に多い連携」

表504　(n=24)

	n	%
①リワーク開始前	2	8.3%
②リワーク開始時	2	8.3%
③リワーク参加中	4	16.7%
④復職前／復職時	12	50.0%
⑤復職後	3	12.5%
⑥その他	1	4.2%

「最も多い連携」
必要時　2
職場側希望時　2
本人希望
希望された時

随時

「3番目に多い連携」
面談希望による

連携に関する実態調査（企業との連携）

【診察・面談による連携・リワーク開始前実施】

2. 診察・面談連携パターン：医療機関側担当（複数回答）

表505		(n=8)	表506	(n=2)	表507	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
①主治医	4	50.0%	2	100.0%	1	50.0%
②リワーク担当医師	2	25.0%	0	0.0%	0	0.0%
③担当スタッフ	4	50.0%	0	0.0%	1	50.0%
④その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

2-2. 診察・面談連携パターン：担当スタッフの職種（複数回答）

表508		(n=4)	表509	(n=0)	表510	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
①看護師	2	50.0%	0		1	50.0%
②保健師	0	0.0%	0		0	0.0%
③精神保健福祉士	1	25.0%	0		0	0.0%
④臨床心理士	2	50.0%	0		1	50.0%
⑤作業療法士	3	75.0%	0		2	100.0%
⑥心理士	0	0.0%	0		0	0.0%
⑦その他	0	0.0%	0		0	0.0%

3. 診察・面談連携パターン：企業側担当（複数回答）

表511		(n=8)	表512	(n=2)	表513	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
①産業医	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%
②産業保健スタッフ	5	62.5%	1	50.0%	1	50.0%
③人事労務担当	6	75.0%	2	100.0%	2	100.0%
④上司	8	100.0%	1	50.0%	2	100.0%
⑤その他	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%

4. 診察・面談連携パターン：本人同意の有無

表514		(n=8)	表515	(n=2)	表516	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
①本人の同意あり	8	100.0%	2	100.0%	2	100.0%
②本人の同意なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

5. 診察・面談連携パターン：本人の同席

表517		(n=8)	表518	(n=2)	表519	(n=2)
	n	%	n	%	n	%
①同席する	1	12.5%	1	50.0%	2	100.0%
②同席しない	2	25.0%	0	0.0%	0	0.0%
③ケースバイケース	5	62.5%	1	50.0%	0	0.0%

6. 診察・面談連携パターン：場所

表520 (n=8)

	n	%
①医療機関	7	87.5%
②職場	1	12.5%
③その他	0	0.0%

表521 (n=2)

	n	%
①医療機関	2	100.0%
②職場	0	0.0%
③その他	0	0.0%

表522 (n=2)

	n	%
①医療機関	2	100.0%
②職場	0	0.0%
③その他	0	0.0%

表523

7. 診察・面談連携「最も多い連携」：所要時間 (n=8)
平均 48.5分 (SD21.3)

表524

7. 診察・面談「2番目に多い連携」：所要時間 (n=2)
平均 30.0分 (SD―)

表525

7. 診察・面談連携「3番目に多い連携」：所要時間 (n=2)
平均 45.0分 (SD21.2)

8. 診察・面談連携パターン：医療機関からの情報提供内容（複数回答）

表526 (n=8)

	n	%
①現症	7	87.5%
②病名	7	87.5%
③服用薬	5	62.5%
④検査結果	5	62.5%
⑤治療内容	7	87.5%
⑥治療経過	7	87.5%
⑦本人の特性	5	62.5%
⑧評価表（リワーク研究会書式）	3	37.5%
⑨評価表（リワーク研究会書式以外）	1	12.5%
⑩今後の見通し	5	62.5%
⑪業務への影響	3	37.5%
⑫配慮事項	3	37.5%
⑬担当窓口	3	37.5%
⑭その他	2	25.0%

表527 (n=2)

	n	%
①現症	2	100.0%
②病名	2	100.0%
③服用薬	2	100.0%
④検査結果	2	100.0%
⑤治療内容	2	100.0%
⑥治療経過	2	100.0%
⑦本人の特性	2	100.0%
⑧評価表（リワーク研究会書式）	1	50.0%
⑨評価表（リワーク研究会書式以外）	1	50.0%
⑩今後の見通し	2	100.0%
⑪業務への影響	2	100.0%
⑫配慮事項	2	100.0%
⑬担当窓口	0	0.0%
⑭その他	0	0.0%

表528 (n=2)

	n	%
①現症	1	50.0%
②病名	1	50.0%
③服用薬	1	50.0%
④検査結果	1	50.0%
⑤治療内容	2	100.0%
⑥治療経過	1	50.0%
⑦本人の特性	1	50.0%
⑧評価表（リワーク研究会書式）	1	50.0%
⑨評価表（リワーク研究会書式以外）	1	50.0%
⑩今後の見通し	2	100.0%
⑪業務への影響	1	50.0%
⑫配慮事項	1	50.0%
⑬担当窓口	2	100.0%
⑭その他	1	50.0%

9. 診察・面談連携パターン：連携に関連し職場からどんな情報が得られるか
複数回答

表529 (n=8)

	n	%
①事業概要	7	87.5%
②職種	8	100.0%
③職務内容	8	100.0%
④職場環境	8	100.0%
⑤仕事ぶり	8	100.0%
⑥対人交流	8	100.0%
⑦休職期間	8	100.0%
⑧休職中経済保障	8	100.0%
⑨復職時配慮内容	5	62.5%
⑩復職後配慮内容	4	50.0%
⑪窓口担当の確認	5	62.5%
⑫その他	0	0.0%

表530 (n=2)

	n	%
①事業概要	0	0.0%
②職種	0	0.0%
③職務内容	1	50.0%
④職場環境	2	100.0%
⑤仕事ぶり	2	100.0%
⑥対人交流	2	100.0%
⑦休職期間	0	0.0%
⑧休職中経済保障	0	0.0%
⑨復職時配慮内容	2	100.0%
⑩復職後配慮内容	2	100.0%
⑪窓口担当の確認	0	0.0%
⑫その他	0	0.0%

表531 (n=2)

	n	%
①事業概要	1	50.0%
②職種	2	100.0%
③職務内容	2	100.0%
④職場環境	2	100.0%
⑤仕事ぶり	2	100.0%
⑥対人交流	2	100.0%
⑦休職期間	2	100.0%
⑧休職中経済保障	1	50.0%
⑨復職時配慮内容	1	50.0%
⑩復職後配慮内容	1	50.0%
⑪窓口担当の確認	1	50.0%
⑫その他	1	50.0%

10. 診察・面談連携パターン：費用

表532 (n=8)　表533 (n=2)　表534 (n=1)

	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	5	62.5%	1	50.0%	0	
②自費	0	0.0%	0	0.0%	0	
③無料	3	37.5%	1	50.0%	1	

【診察・面談による連携・リワーク開始時実施】

2. 診察・面談連携パターン：医療機関側担当（複数回答）

表535		(n=2)	表536	(n=2)	表537	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①主治医	0	0.0%	1	50.0%	1	
②リワーク担当医師	0	0.0%	0	0.0%	0	
③担当スタッフ	2	100.0%	1	50.0%	0	
④その他	0	0.0%	0	0.0%	0	

2-2. 診察・面談連携パターン：担当スタッフの職種（複数回答）

表538		(n=2)	表539	(n=2)	表540	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①看護師	1	50.0%	1	50.0%	0	
②保健師	1	50.0%	0	0.0%	0	
③精神保健福祉士	1	50.0%	2	100.0%	0	
④臨床心理士	2	100.0%	2	100.0%	0	
⑤作業療法士	0	0.0%	0	0.0%	0	
⑥心理士	1	50.0%	0	0.0%	0	
⑦その他	0	0.0%	0	0.0%	0	

3. 診察・面談連携パターン：企業側担当（複数回答）

表541		(n=2)	表542	(n=2)	表543	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①産業医	1	50.0%	1	50.0%	0	
②産業保健スタッフ	1	50.0%	1	50.0%	0	
③人事労務担当	1	50.0%	2	100.0%	1	
④上司	1	50.0%	1	50.0%	1	
⑤その他	0	0.0%	0	0.0%	0	

4. 診察・面談連携パターン：本人同意の有無

表544		(n=2)	表545	(n=2)	表546	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①本人の同意あり	2	100.0%	2	100.0%	1	
②本人の同意なし	0	0.0%	0	0.0%	0	

5. 診察・面談連携パターン：本人の同席

表547		(n=2)	表548	(n=2)	表549	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①同席する	0	0.0%	1	50.0%	0	
②同席しない	1	50.0%	0	0.0%	0	
③ケースバイケース	1	50.0%	1	50.0%	1	

6. 診察・面談連携パターン：場所

表550		(n=2)	表551	(n=2)	表552	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①医療機関	2	100.0%	2	100.0%	0	
②職場	0	0.0%	0	0.0%	0	
③その他	0	0.0%	0	0.0%	1	

表553	表554	表555
7. 診察・面談連携「最も多い連携」：所要時間 (n=2)	7. 診察・面談連携「2番目に多い連携」：所要時間 (n=2)	7. 診察・面談連携「3番目に多い連携」：所要時間 (n=0)
平均 50.0分 (SD14.1)	平均 30.0分 (SD―)	

8. 診察・面談連携パターン：医療機関からの情報提供内容（複数回答）

表556		(n=2)	表557	(n=2)	表558	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①現症	1	50.0%	2	100.0%	1	
②病名	1	50.0%	1	50.0%	1	
③服用薬	1	50.0%	0	0.0%	1	
④検査結果	1	50.0%	1	50.0%	1	
⑤治療内容	1	50.0%	1	50.0%	1	
⑥治療経過	1	50.0%	2	100.0%	1	
⑦本人の特性	1	50.0%	2	100.0%	1	
⑧評価表（リワーク研究会書式）	0	0.0%	0	0.0%	1	
⑨評価表（リワーク研究会書式以外）	1	50.0%	1	50.0%	0	
⑩今後の見通し	1	50.0%	1	50.0%	1	
⑪業務への影響	0	0.0%	2	100.0%	1	
⑫配慮事項	0	0.0%	2	100.0%	1	
⑬担当窓口	0	0.0%	0	0.0%	0	
⑭その他	1	50.0%	0	0.0%	0	

9. 診察・面談連携パターン：連携に関連し職場からどんな情報が得られるか
複数回答

表559		(n=2)	表560	(n=2)	表561	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①事業概要	2	100.0%	0	0.0%	0	
②職種	2	100.0%	0	0.0%	0	
③職務内容	2	100.0%	2	100.0%	0	
④職場環境	2	100.0%	1	50.0%	1	
⑤仕事ぶり	2	100.0%	0	0.0%	1	
⑥対人交流	2	100.0%	1	50.0%	1	
⑦休職期間	2	100.0%	1	50.0%	0	
⑧休職中経済保障	2	100.0%	0	0.0%	0	
⑨復職時配慮内容	1	50.0%	1	50.0%	1	
⑩復職後配慮内容	1	50.0%	2	100.0%	1	
⑪窓口担当の確認	2	100.0%	0	0.0%	0	
⑫その他	1	50.0%	0	0.0%	0	

10. 診察・面談連携パターン：費用

表562		(n=2)	表563	(n=2)	表564	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	0	0.0%	0	0.0%	0	
②自費	1	50.0%	0	0.0%	0	

③無料	1	50.0%	2	100.0%	1

②自費(n=1) 5000円

【診察・面談による連携・リワーク参加中実施】

2. 診察・面談連携パターン：医療機関側担当（複数回答）

表565		(n=35)	表566	(n=31)	表567	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①主治医	19	54.3%	16	51.6%	0	0.0%
②リワーク担当医師	2	5.7%	4	12.9%	0	0.0%
③担当スタッフ	29	82.9%	27	87.1%	4	100.0%
④その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

2-2. 診察・面談連携パターン：担当スタッフの職種（複数回答）

表568		(n=30)	表569	(n=27)	表570	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①看護師	12	40.0%	10	37.0%	2	50.0%
②保健師	1	3.3%	1	3.7%	0	0.0%
③精神保健福祉士	15	50.0%	14	51.9%	3	75.0%
④臨床心理士	19	63.3%	17	63.0%	2	50.0%
⑤作業療法士	15	50.0%	9	33.3%	1	25.0%
⑥心理士	4	13.3%	4	14.8%	1	25.0%
⑦その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

3. 診察・面談連携パターン：企業側担当（複数回答）

表571		(n=34)	表572	(n=30)	表573	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①産業医	9	26.5%	9	30.0%	1	25.0%
②産業保健スタッフ	15	44.1%	19	63.3%	3	75.0%
③人事労務担当	24	70.6%	21	70.0%	3	75.0%
④上司	27	79.4%	25	83.3%	4	100.0%
⑤その他	1	2.9%	2	6.7%	0	0.0%

4. 診察・面談連携パターン：本人同意の有無

表574		(n=34)	表575	(n=27)	表576	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①本人の同意あり	34	100.0%	27	100.0%	4	100.0%
②本人の同意なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

5. 診察・面談連携パターン：本人の同席

表577		(n=34)	表578	(n=30)	表579	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①同席する	11	32.4%	12	40.0%	0	0.0%
②同席しない	4	11.8%	3	10.0%	1	25.0%
③ケースバイケース	19	55.9%	15	50.0%	3	75.0%

6. 診察・面談連携パターン：場所

表580		(n=34)	表581	(n=30)	表582	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①医療機関	31	91.2%	27	90.0%	1	25.0%
②職場	3	8.8%	3	10.0%	3	75.0%
③その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表583	表584	表585
7. 診察・面談連携「最も多い連携」: 所要時間 (n=33)	7. 診察・面談連携「2番目に多い連携」: 所要時間 (n=28)	7. 診察・面談連携「3番目に多い連携」: 所要時間 (n=4)
平均 43.6分 (SD16.8)	平均 51.4分 (SD16.3)	平均 52.5分 (SD8.7)

8. 診察・面談連携パターン: 医療機関からの情報提供内容(複数回答)

表586		(n=34)	表587	(n=29)	表588	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①現症	14	41.2%	18	62.1%	2	50.0%
②病名	9	26.5%	12	41.4%	1	25.0%
③服用薬	4	11.8%	7	24.1%	0	0.0%
④検査結果	7	20.6%	10	34.5%	1	25.0%
⑤治療内容	17	50.0%	16	55.2%	0	0.0%
⑥治療経過	27	79.4%	26	89.7%	1	25.0%
⑦本人の特性	26	76.5%	21	72.4%	1	25.0%
⑧評価表(リワーク研究会書式)	7	20.6%	5	17.2%	2	50.0%
⑨評価表(リワーク研究会書式以外)	11	32.4%	5	17.2%	1	25.0%
⑩今後の見通し	26	76.5%	29	100.0%	3	75.0%
⑪業務への影響	21	61.8%	17	58.6%	1	25.0%
⑫配慮事項	21	61.8%	19	65.5%	1	25.0%
⑬担当窓口	5	14.7%	11	37.9%	1	25.0%
⑭その他	2	5.9%	0	0.0%	1	25.0%

9. 診察・面談連携パターン: 連携に関連し職場からどんな情報が得られるか
複数回答

表589		(n=32)	表590	(n=30)	表591	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①事業概要	13	40.6%	11	36.7%	0	0.0%
②職種	21	65.6%	15	50.0%	1	25.0%
③職務内容	28	87.5%	27	90.0%	3	75.0%
④職場環境	24	75.0%	28	93.3%	2	50.0%
⑤仕事ぶり	25	78.1%	25	83.3%	1	25.0%
⑥対人交流	25	78.1%	26	86.7%	1	25.0%
⑦休職期間	17	53.1%	17	56.7%	2	50.0%
⑧休職中経済保障	10	31.3%	16	53.3%	2	50.0%
⑨復職時配慮内容	23	71.9%	21	70.0%	3	75.0%
⑩復職後配慮内容	17	53.1%	22	73.3%	3	75.0%
⑪窓口担当の確認	10	31.3%	17	56.7%	2	50.0%
⑫その他	4	12.5%	1	3.3%	0	0.0%

10. 診察・面談連携パターン: 費用

表592		(n=32)	表593	(n=30)	表594	(n=4)
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	10	31.3%	8	26.7%	0	0.0%
②自費	2	6.3%	3	10.0%	0	0.0%
③無料	20	62.5%	19	63.3%	4	100.0%

②自費(n=1) 5000円

【診察・面談による連携・復職前／復職時実施】

2. 診察・面談連携パターン：医療機関側担当（複数回答）

表595		(n=42)	表596	(n=20)	表597	(n=12)
	n	%	n	%	n	%
①主治医	29	69.0%	12	60.0%	8	66.7%
②リワーク担当医師	7	16.7%	1	5.0%	2	16.7%
③担当スタッフ	28	66.7%	17	85.0%	8	66.7%
④その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

2-2. 診察・面談連携パターン：担当スタッフの職種（複数回答）

表598		(n=30)	表599	(n=18)	表600	(n=8)
	n	%	n	%	n	%
①看護師	14	46.7%	9	50.0%	4	50.0%
②保健師	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
③精神保健福祉士	22	73.3%	11	61.1%	2	25.0%
④臨床心理士	20	66.7%	8	44.4%	6	75.0%
⑤作業療法士	11	36.7%	9	50.0%	4	50.0%
⑥心理士	2	6.7%	4	22.2%	2	25.0%
⑦その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

3. 診察・面談連携パターン：企業側担当（複数回答）

表601		(n=42)	表602	(n=20)	表603	(n=12)
	n	%	n	%	n	%
①産業医	5	11.9%	3	15.0%	2	16.7%
②産業保健スタッフ	23	54.8%	11	55.0%	9	75.0%
③人事労務担当	37	88.1%	15	75.0%	10	83.3%
④上司	37	88.1%	18	90.0%	11	91.7%
⑤その他	1	2.4%	0	0.0%	0	0.0%

4. 診察・面談連携パターン：本人同意の有無

表604		(n=42)	表605	(n=19)	表606	(n=11)
	n	%	n	%	n	%
①本人の同意あり	42	100.0%	19	100.0%	11	100.0%
②本人の同意なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

5. 診察・面談連携パターン：本人の同席

表607		(n=42)	表608	(n=20)	表609	(n=12)
	n	%	n	%	n	%
①同席する	23	54.8%	7	35.0%	4	33.3%
②同席しない	0	0.0%	1	5.0%	0	0.0%
③ケースバイケース	19	45.2%	12	60.0%	8	66.7%

6. 診察・面談連携パターン：場所

表610		(n=42)	表611	(n=20)	表612	(n=12)

	n	%	n	%	n	%
①医療機関	39	92.9%	19	95.0%	11	91.7%
②職場	3	7.1%	1	5.0%	1	8.3%
③その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表613

7. 診察・面談連携「最も多い連携」:所要時間 (n=41)
平均 44.1分 (SD21.2)

表614

7. 診察・面談連携「2番目に多い連携」:所要時間 (n=20)
平均 45.0分 (SD18.9)

表615

7. 診察・面談連携「3番目に多い連携」:所要時間 (n=11)
平均 45.5分 (SD17.2)

8. 診察・面談連携パターン:医療機関からの情報提供内容(複数回答)

表616 (n=42) 表617 (n=20) 表618 (n=12)

	n	%	n	%	n	%
①現症	26	61.9%	7	35.0%	9	75.0%
②病名	18	42.9%	7	35.0%	7	58.3%
③服用薬	14	33.3%	5	25.0%	6	50.0%
④検査結果	12	28.6%	5	25.0%	8	66.7%
⑤治療内容	25	59.5%	8	40.0%	11	91.7%
⑥治療経過	38	90.5%	15	75.0%	12	100.0%
⑦本人の特性	29	69.0%	14	70.0%	11	91.7%
⑧評価表(リワーク研究会書式)	8	19.0%	7	35.0%	6	50.0%
⑨評価表(リワーク研究会書式以外)	6	14.3%	8	40.0%	3	25.0%
⑩今後の見通し	35	83.3%	18	90.0%	9	75.0%
⑪業務への影響	30	71.4%	17	85.0%	11	91.7%
⑫配慮事項	37	88.1%	15	75.0%	11	91.7%
⑬担当窓口	10	23.8%	5	25.0%	4	33.3%
⑭その他	0	0.0%	2	10.0%	1	8.3%

9. 診察・面談連携パターン:連携に関連し職場からどんな情報が得られるか
複数回答

表619 (n=42) 表620 (n=20) 表621 (n=12)

	n	%	n	%	n	%
①事業概要	13	31.0%	8	40.0%	4	33.3%
②職種	18	42.9%	9	45.0%	7	58.3%
③職務内容	35	83.3%	13	65.0%	10	83.3%
④職場環境	33	78.6%	14	70.0%	10	83.3%
⑤仕事ぶり	28	66.7%	9	45.0%	11	91.7%
⑥対人交流	26	61.9%	11	55.0%	10	83.3%
⑦休職期間	16	38.1%	10	50.0%	7	58.3%
⑧休職中経済保障	11	26.2%	7	35.0%	6	50.0%
⑨復職時配慮内容	32	76.2%	17	85.0%	11	91.7%
⑩復職後配慮内容	33	78.6%	16	80.0%	10	83.3%
⑪窓口担当の確認	14	33.3%	6	30.0%	6	50.0%
⑫その他	1	2.4%	2	10.0%	1	8.3%

10. 診察・面談連携パターン:費用

表622 (n=41) 表623 (n=19) 表624 (n=12)

	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	14	34.1%	6	31.6%	4	33.3%
②自費	5	12.2%	1	5.3%	2	16.7%
③無料	22	53.7%	12	63.2%	6	50.0%

②自費(n=5) 平均5888.0円 (SD2481.7)

②自費(n=1)
5000.0円

②自費(n=2)
平均2620.0
円

【診察・面談による連携・復職後実施】

2. 診察・面談連携パターン:医療機関側担当(複数回答)

表625		(n=0)	表626	(n=0)	表627	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①主治医	0		0		3	100.0%
②リワーク担当医師	0		0		1	33.3%
③担当スタッフ	0		0		3	100.0%
④その他	0		0		0	0.0%

2-2. 診察・面談連携パターン:担当スタッフの職種(複数回答)

表628		(n=0)	表629	(n=0)	表630	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①看護師	0		0		1	33.3%
②保健師	0		0		0	0.0%
③精神保健福祉士	0		0		2	66.7%
④臨床心理士	0		0		1	33.3%
⑤作業療法士	0		0		0	0.0%
⑥心理士	0		0		0	0.0%
⑦その他	0		0		0	0.0%

3. 診察・面談連携パターン:企業側担当(複数回答)

表631		(n=0)	表632	(n=0)	表633	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①産業医	0		0		1	33.3%
②産業保健スタッフ	0		0		0	0.0%
③人事労務担当	0		0		2	66.7%
④上司	0		0		3	100.0%
⑤その他	0		0		0	0.0%

4. 診察・面談連携パターン:本人同意の有無

表634		(n=0)	表635	(n=0)	表636	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①本人の同意あり	0		0		3	100.0%
②本人の同意なし	0		0		0	0.0%

5. 診察・面談連携パターン:本人の同席

表637		(n=0)	表638	(n=0)	表639	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①同席する	0		0		0	0.0%
②同席しない	0		0		0	0.0%
③ケースバイケース	0		0		3	100.0%

6. 診察・面談連携パターン：場所

表640		(n=0)	表641	(n=0)	表642	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①医療機関	0		0		3	100.0%
②職場	0		0		0	0.0%
③その他	0		0		0	0.0%

表643	表644	表645
7. 診察・面談連携「最も多い連携」：所要時間 (n=0)	7. 診察・面談連携「2番目に多い連携」：所要時間 (n=0)	7. 診察・面談連携「3番目に多い連携」：所要時間 (n=3)
		平均 40.0分 (SD17.3)

8. 診察・面談連携パターン：医療機関からの情報提供内容（複数回答）

表646		(n=0)	表647	(n=0)	表648	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①現症	0		0		2	66.7%
②病名	0		0		0	0.0%
③服用薬	0		0		0	0.0%
④検査結果	0		0		0	0.0%
⑤治療内容	0		0		2	66.7%
⑥治療経過	0		0		3	100.0%
⑦本人の特性	0		0		1	33.3%
⑧評価表（リワーク研究会書式）	0		0		0	0.0%
⑨評価表（リワーク研究会書式以外）	0		0		0	0.0%
⑩今後の見通し	0		0		2	66.7%
⑪業務への影響	0		0		3	100.0%
⑫配慮事項	0		0		3	100.0%
⑬担当窓口	0		0		1	33.3%
⑭その他	0		0		0	0.0%

9. 診察・面談連携パターン：連携に関連し職場からどんな情報が得られるか
複数回答

表649		(n=0)	表650	(n=0)	表651	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①事業概要	0		0		0	0.0%
②職種	0		0		0	0.0%
③職務内容	0		0		2	66.7%
④職場環境	0		0		3	100.0%
⑤仕事ぶり	0		0		3	100.0%
⑥対人交流	0		0		3	100.0%
⑦休職期間	0		0		0	0.0%
⑧休職中経済保障	0		0		0	0.0%
⑨復職時配慮内容	0		0		0	0.0%
⑩復職後配慮内容	0		0		3	100.0%
⑪窓口担当の確認	0		0		2	66.7%
⑫その他	0		0		0	0.0%

10. 診察・面談連携パターン：費用

表652		(n=0)	表653	(n=0)	表654	(n=3)
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	0		0		1	33.3%
②自費	0		0		0	0.0%
③無料	0		0		2	66.7%

【診察・面談による連携・その他実施】

2. 診察・面談連携パターン：医療機関側担当（複数回答）

表655		(n=8)	表656	(n=0)	表657	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①主治医	3	37.5%	0		1	
②リワーク担当医師	0	0.0%	0		0	
③担当スタッフ	6	75.0%	0		0	
④その他	0	0.0%	0		0	

2-2. 診察・面談連携パターン：担当スタッフの職種（複数回答）

表658		(n=6)	表659	(n=0)	表660	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①看護師	3	50.0%	0	0.0%	0	
②保健師	1	16.7%	0	0.0%	0	
③精神保健福祉士	5	83.3%	0	0.0%	0	
④臨床心理士	3	50.0%	0	0.0%	0	
⑤作業療法士	3	50.0%	0	0.0%	0	
⑥心理士	1	16.7%	0	0.0%	0	
⑦その他	0	0.0%	0	0.0%	0	

3. 診察・面談連携パターン：企業側担当（複数回答）

表661		(n=7)	表662	(n=0)	表663	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①産業医	1	14.3%	0		0	
②産業保健スタッフ	4	57.1%	0		0	
③人事労務担当	7	100.0%	0		0	
④上司	6	85.7%	0		1	
⑤その他	0	0.0%	0		0	

4. 診察・面談連携パターン：本人同意の有無

表664		(n=8)	表665	(n=0)	表666	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①本人の同意あり	8	100.0%	0		1	
②本人の同意なし	0	0.0%	0		0	

5. 診察・面談連携パターン：本人の同席

表667		(n=8)	表668	(n=0)	表669	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①同席する	5	62.5%	0		0	
②同席しない	0	0.0%	0		1	
③ケースバイケース	3	37.5%	0		0	

6. 診察・面談連携パターン：場所

表670		(n=8)	表671	(n=0)	表672	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①医療機関	8	100.0%	0		1	
②職場	0	0.0%	0		0	
③その他	0	0.0%	0		0	

表673	表674	表675
7. 診察・面談連携「最も多い連携」: 所要時間 (n=8)	7. 診察・面談連携「2番目に多い連携」: 所要時間 (n=0)	7. 診察・面談連携「3番目に多い連携」: 所要時間 (n=1)
平均 45.6分 (SD14.0)		30.0分

8. 診察・面談連携パターン: 医療機関からの情報提供内容(複数回答)

表676		(n=8)	表677	(n=0)	表678	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①現症	3	37.5%	0		0	
②病名	1	12.5%	0		0	
③服用薬	1	12.5%	0		1	
④検査結果	1	12.5%	0		0	
⑤治療内容	4	50.0%	0		1	
⑥治療経過	5	62.5%	0		1	
⑦本人の特性	7	87.5%	0		1	
⑧評価表(リワーク研究会書式)	3	37.5%	0		0	
⑨評価表(リワーク研究会書式以外)	5	62.5%	0		1	
⑩今後の見通し	5	62.5%	0		1	
⑪業務への影響	3	37.5%	0		1	
⑫配慮事項	5	62.5%	0		1	
⑬担当窓口	1	12.5%	0		0	
⑭その他	2	25.0%	0		0	

9. 診察・面談連携パターン: 連携に関連し職場からどんな情報が得られるか
複数回答

表679		(n=7)	表680	(n=0)	表681	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①事業概要	3	42.9%	0		0	
②職種	3	42.9%	0		0	
③職務内容	4	57.1%	0		1	
④職場環境	6	85.7%	0		1	
⑤仕事ぶり	6	85.7%	0		0	
⑥対人交流	6	85.7%	0		1	
⑦休職期間	4	57.1%	0		1	
⑧休職中経済保障	4	57.1%	0		1	
⑨復職時配慮内容	4	57.1%	0		1	
⑩復職後配慮内容	5	71.4%	0		1	
⑪窓口担当の確認	3	42.9%	0		0	
⑫その他	2	28.6%	0		0	

10. 診察・面談連携パターン: 費用

表682		(n=8)	表683	(n=0)	表684	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	3	37.5%	0		0	
②自費	0	0.0%	0		1	
③無料	5	62.5%	0		0	

②自費(n=1)
5400円

8. 診察・面談連携パターン:医療機関からの情報提供内容(複数回答)
自由記載
「最も多い連携」
復職のデイケアの説明
本人の変化　苦手なこと
リワークの活動内容、効果など
企業側からの要望を本人と共有することを確認するための面談です。
プログラム説明
リワーク概要
リワークプログラム参加状況

「2番目に多い連携」
復職に当たり、企業側へのアドバイスを行う面談としています。
リワークでの経過

「3番目に多い連携」
リワークでの様子
復職スケジュール

9. 診察・面談連携パターン:連携に関連し職場からどんな情報が得られるか
自由記載
「最も多い連携」
職場が求める復職準備性のレベル
どんなところが心配だと会社の人が考えているか。
リワークへの要望
必要に応じて上記金額
復職するために必要なプロセスの情報

「2番目に多い連携」
職場が求める復職準備のレベル
具体的な復職時期

「3番目に多い連携」
復職後のスケジュール確認

10. 診察・面談連携パターン:費用
自由記載

「最も多い連携」		「2番目に多い連携」		3番目に多い連携	
通院精神療法	24	通院精神療法	15	通院精神療法	5
精神保健福相談	1			入院中の患者	1
デイケア代込	1	デイケア代込	1		
再診等	1				

【ケース会議による連携】

Ⅱ－問3　ケース会議による連携の有無

表685　(n=95)

	n	%
①ケース会議による連携あり	24	25.3%
②ケース会議による連携なし	71	74.7%

Ⅱ. 問3－2
ケース会議連携パターン

1. ケース会議連携「最も多い連携」:連携の時期

表686　(n=23)

	n	%
①リワーク開始前	0	0.0%
②リワーク開始時	0	0.0%
③リワーク参加中	10	43.5%
④復職前／復職時	12	52.2%
⑤復職後	0	0.0%
⑥その他	1	4.3%

「2番目に多い連携」

表687　(n=13)

	n	%
①リワーク開始前	0	0.0%
②リワーク開始時	0	0.0%
③リワーク参加中	7	53.8%
④復職前／復職時	6	46.2%
⑤復職後	0	0.0%
⑥その他	0	0.0%

「3番目に多い連携」

表688　(n=2)

	n	%
①リワーク開始前	1	50.0%
②リワーク開始時	0	0.0%
③リワーク参加中	0	0.0%
④復職前／復職時	1	50.0%
⑤復職後	0	0.0%
⑥その他	0	0.0%

【ケース会議による連携・リワーク参加中実施】

2. ケース会議連携パターン:医療機関側担当(複数回答)

表689　(n=10)

	n	%
①主治医	2	20.0%
②リワーク担当医師	1	10.0%
③担当スタッフ	10	100.0%
④その他	0	0.0%

表690　(n=7)

	n	%
①主治医	4	57.1%
②リワーク担当医師	1	14.3%
③担当スタッフ	6	85.7%
④その他	0	0.0%

表691　(n=0)

	n	%
①主治医	0	
②リワーク担当医師	0	
③担当スタッフ	0	
④その他	0	

2-2. ケース会議連携パターン:担当スタッフの職種(複数回答)

表692　(n=10)

	n	%
①看護師	3	30.0%
②保健師	1	10.0%
③精神保健福祉士	7	70.0%
④臨床心理士	7	70.0%
⑤作業療法士	4	40.0%
⑥心理士	1	10.0%
⑦その他	0	0.0%

表693　(n=7)

	n	%
①看護師	3	42.9%
②保健師	0	0.0%
③精神保健福祉士	4	57.1%
④臨床心理士	4	57.1%
⑤作業療法士	3	42.9%
⑥心理士	0	0.0%
⑦その他	0	0.0%

表694　(n=0)

	n	%
①看護師	0	
②保健師	0	
③精神保健福祉士	0	
④臨床心理士	0	
⑤作業療法士	0	
⑥心理士	0	
⑦その他	0	

3. ケース会議連携パターン:企業側担当(複数回答)

表695　(n=10)

	n	%
①産業医	4	40.0%
②産業保健スタッフ	6	60.0%
③人事労務担当	8	80.0%
④上司	7	70.0%
⑤その他	0	0.0%

表696　(n=7)

	n	%
①産業医	3	42.9%
②産業保健スタッフ	5	71.4%
③人事労務担当	5	71.4%
④上司	7	100.0%
⑤その他	0	0.0%

表697　(n=0)

	n	%
①産業医	0	
②産業保健スタッフ	0	
③人事労務担当	0	
④上司	0	
⑤その他	0	

4. ケース会議連携パターン:本人同意の有無

表698		(n=10)	表699	(n=7)	表700	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①本人の同意あり	10	100.0%	7	100.0%	0	
②本人の同意なし	0	0.0%	0	0.0%	0	

5. ケース会議連携パターン:本人の同席

表701		(n=9)	表702	(n=7)	表703	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①同席する	1	11.1%	3	42.9%	0	
②同席しない	2	22.2%	0	0.0%	0	
③ケースバイケース	6	66.7%	4	57.1%	0	

6. ケース会議連携パターン:場所

表704		(n=10)	表705	(n=7)	表706	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①医療機関	6	60.0%	3	42.9%	0	
②職場	3	30.0%	4	57.1%	0	
③その他	1	10.0%	0	0.0%	0	

表707

7. ケース会議連携「最も多い連携」:所要時間 (n=10)
平均63.0分 (SD22.1)

表708

7. ケース会議連携「2番目に多い連携」:所要時間 (n=7)
平均64.3分 (SD27.0)

表709

7. ケース会議連携「3番目に多い連携」:所要時間 (n=0)

表710		(n=10)	表711	(n=7)	表712	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①現症	6	60.0%	4	57.1%	0	
②病名	5	50.0%	3	42.9%	0	
③服用薬	3	30.0%	3	42.9%	0	
④検査結果	5	50.0%	4	57.1%	0	
⑤治療内容	7	70.0%	6	85.7%	0	
⑥治療経過	10	100.0%	7	100.0%	0	
⑦本人の特性	10	100.0%	7	100.0%	0	
⑧評価表(リワーク研究会書式)	3	30.0%	2	28.6%	0	
⑨評価表(リワーク研究会書式以外)	3	30.0%	3	42.9%	0	
⑩今後の見通し	9	90.0%	6	85.7%	0	
⑪業務への影響	4	40.0%	5	71.4%	0	
⑫配慮事項	4	40.0%	4	57.1%	0	
⑬担当窓口	4	40.0%	4	57.1%	0	
⑭その他	0	0.0%	0	0.0%	0	

9. ケース会議連携パターン:連携に関連し職場からどんな情報が得られるか
複数回答

表713		(n=10)	表714	(n=7)	表715	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①事業概要	6	60.0%	2	28.6%	0	
②職種	6	60.0%	4	57.1%	0	
③職内容	10	100.0%	7	100.0%	0	
④職場環境	9	90.0%	7	100.0%	0	
⑤仕事ぶり	10	100.0%	7	100.0%	0	

⑥対人交流	10	100.0%	7	100.0%	0
⑦休職期間	8	80.0%	5	71.4%	0
⑧休職中経済保障	7	70.0%	4	57.1%	0
⑨復職時配慮内容	4	40.0%	4	57.1%	0
⑩復職後配慮内容	3	30.0%	4	57.1%	0
⑪窓口担当に確認	4	40.0%	3	42.9%	0
⑫その他	1	10.0%	0	0.0%	0

10. ケース会議連携パターン：費用

表716		(n=10)	表717	(n=7)	表718	(n=0)
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	1	10.0%	1	14.3%	0	
②自費	0	0.0%	0	0.0%	0	
③無料	9	90.0%	6	85.7%	0	

【ケース会議による連携・復職前／復職時実施】

2. ケース会議連携パターン：医療機関側担当（複数回答）

表719		(n=12)	表720	(n=6)	表721	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①主治医	7	58.3%	2	33.3%	1	
②リワーク担当医師	1	8.3%	0	0.0%	1	
③担当スタッフ	11	91.7%	6	100.0%	1	
④その他	0	0.0%	0	0.0%	0	

2-2. ケース会議連携パターン：担当スタッフの職種（複数回答）

表722		(n=12)	表723	(n=6)	表724	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①看護師	4	33.3%	2	33.3%	0	
②保健師	0	0.0%	0	0.0%	0	
③精神保健福祉士	8	66.7%	3	50.0%	0	
④臨床心理士	7	58.3%	5	83.3%	1	
⑤作業療法士	3	25.0%	2	33.3%	1	
⑥心理士	1	8.3%	1	16.7%	0	
⑦その他	0	0.0%	0	0.0%	0	

3. ケース会議連携パターン：企業側担当（複数回答）

表725		(n=12)	表726	(n=6)	表727	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①産業医	7	58.3%	2	33.3%	1	
②産業保健スタッフ	9	75.0%	6	100.0%	1	
③人事労務担当	10	83.3%	5	83.3%	1	
④上司	12	100.0%	6	100.0%	1	
⑤その他	0	0.0%	0	0.0%	0	

4. ケース会議連携パターン：本人同意の有無

表728	(n=12)	表729	(n=6)	表730	(n=1)

	n	%	n	%	n	%
①本人の同意あり	12	100.0%	6	100.0%	1	
②本人の同意なし	0	0.0%	0	0.0%	0	

5. ケース会議連携パターン:本人の同席

表731 (n=12) 表732 (n=6) 表733 (n=1)

	n	%	n	%	n	%
①同席する	7	58.3%	1	16.7%	0	
②同席しない	0	0.0%	1	16.7%	0	
③ケースバイケース	5	41.7%	3	50.0%	1	

6. ケース会議連携パターン:場所

表734 (n=12) 表735 (n=6) 表736 (n=1)

	n	%	n	%	n	%
①医療機関	5	41.7%	4	66.7%	1	
②職場	7	58.3%	2	33.3%	0	
③その他	0	0.0%	0	0.0%	0	

表737

7. ケース会議連携「最も多い連携」:所要時間 (n=12)
平均58.8分 (SD13.5)

表738

7. ケース会議連携「2番目に多い連携」:所要時間 (n=6)
平均52.5分 (SD18.4)

表739

7. ケース会議連携「3番目に多い連携」:所要時間 (n=1)
60分

表740 (n=12) 表741 (n=6) 表742 (n=1)

	n	%	n	%	n	%
①現症	8	66.7%	4	66.7%	1	
②病名	6	50.0%	1	16.7%	1	
③服用薬	5	41.7%	2	33.3%	1	
④検査結果	7	58.3%	2	33.3%	1	
⑤治療内容	8	66.7%	3	50.0%	1	
⑥治療経過	11	91.7%	6	100.0%	1	
⑦本人の特性	11	91.7%	5	83.3%	1	
⑧評価表(リワーク研究会書式)	3	25.0%	1	16.7%	1	
⑨評価表(リワーク研究会書式以外)	6	50.0%	1	16.7%	0	
⑩今後の見通し	11	91.7%	5	83.3%	1	
⑪業務への影響	9	75.0%	6	100.0%	1	
⑫配慮事項	9	75.0%	5	83.3%	1	
⑬担当窓口	4	33.3%	2	33.3%	1	
⑭その他	0	0.0%	1	16.7%	0	

9. ケース会議連携パターン:連携に関連し職場からどんな情報が得られるか

複数回答

表743 (n=10) 表744 (n=5) 表745 (n=1)

	n	%	n	%	n	%
①事業概要	3	30.0%	1	20.0%	1	
②職種	5	50.0%	2	40.0%	1	
③職内容	8	80.0%	4	80.0%	1	
④職場環境	9	90.0%	3	60.0%	1	
⑤仕事ぶり	8	80.0%	3	60.0%	1	
⑥対人交流	7	70.0%	3	60.0%	1	
⑦休職期間	7	70.0%	3	60.0%	1	

⑧休職中経済保障	5	50.0%	3	60.0%	1
⑨復職時配慮内容	9	90.0%	4	80.0%	1
⑩復職後配慮内容	9	90.0%	4	80.0%	1
⑪窓口担当に確認	3	30.0%	2	40.0%	1
⑫その他	0	0.0%	1	20.0%	0

10. ケース会議連携パターン：費用

表746		(n=11)	表747	(n=5)	表748	(n=1)
	n	%	n	%	n	%
①保険診療項目	2	18.2%	1	20.0%	0	
②自費	0	0.0%	0	0.0%	0	
③無料	9	81.8%	4	80.0%	1	

Ⅱ-4連携についての課題、工夫

会社、産業医によりますが、本人の同意のもと、電話でやりとりすることもあります。手紙で伝わりにくくニュアンスが伝わったり、双方向でのやりとりが大事と思うこともあります。

・会社での当人に対する見方を事前に知ることでリワークとは違った面を見ることができる。・また当人の特性を性格とかわざなどと捉えている企業スタッフへ。リワークスタッフより病気の一部だということを伝え対拠法など話し合えるため必要・・上司などに具体的な対応の仕方など伝えることが出来るため、大切な時間と考えている。

・連携のニーズが強いPt. は、病状が不安定になり易い点や、生活リズムが乱れ易い点が挙げられる。就労生活支援を（地域の社会資材の活用等）充実させることで、就労継続へとつなげていけるよう工夫した。・Ptの特性理解、症状出現のプロセス等、職場への情報提供から理解が促されたことにより就労継続へとつなげた。

職場と連携する際の工夫点について①職場関係者、上司の気苦労も多く、まずは日頃の手大変さを労い、不平不満のガス抜きをすることから関係作りをしている。②（上司とスタッフの二者面談に関して）本人がいない所で、職場関係者から話を聴く場を設けることで、職場での問題が明確化される。③本人の出席状況とSTEP（治療段階）を職場に2週に1度定期的に伝えている。このことで本人の回復の度合いについてクリニックと職場で共有しやすくしている。職場と連携する際の課題点について①職場関係者と連携を取ろうとした際、本人が休職後に異動などがあり、職場関係者も休職原因がよくわからない時がある。②当デイケアで行なっている上司とスタッフの二者面談で得た情報について、直接本人には伝えてないと約束しているため、活用方法が充分に確立されていない。③専門性が高く、業務内容とリワークプログラムでの作業内容に大きな差がある方の、復職準備性を判断するのに苦慮する場合がある。そのような時に職場から課題を出してもらうように依頼する場合があるが、断られる場合がある。④職場と本人が関係が悪い時など、職場からこちらが望んだ支援がなかなか得られず、復職の時期が延びたりする場合がある。⑤本人の職場への恐怖が強く、休職が長期化している場合、職場に理解してもらえる様に説明することが難しい。

1. 企業によって連携に温度差がある。2. 企業が本人に対して感じている課題の情報提供が出来る整備。（リワークに対して）3. リワークで本人が言っている課題と、企業で考えている課題にズレが生じている場合すり合せ作業の必要性。

患者様が連携を望んでいる場合でも、職場側が来院することに否定的な時。

本人の復職準備性が整っている段階で連携をすすめることで、連携作業のプロセスや、面談自体がリハビリステーションプログラムとしての機能を果たし、再生防止策の構築や問題解決、課題遂行に役立てることができている。従って、ケース会議による連携は、本人との定期連絡（定期面談）で代用されている。

日常的な連携については、電話を手段としていることが多いと思います。職場からの情報（職場への確認事項）については時期に応じて得るよう努めており、例えば、、休職期間及びその期間中の経済保障についてはリワーク開始前に、仕事ぶりや対人交流など職場の評価に関するものはリワーク前期～中期に、といったように回数に分けてパイプを繋いでおくようにしています。

職場上司との主治医、精神保健福祉士の面談が、費用請求できていないことが課題です。

他院から当院リワーク利用の方は、原則、2ヶ月に1回、情報提供書をお作りし、会社あてにも（同様の内容にほぼなるが、）欲しい場合には、その分も発行（自費）しています。内容は全て見て頂き、要望があれば修正しています。ご本人の変化や、能力、強みを書くとともに、苦手なことへの可能な範囲での配慮が頂けるようにしている。書面でのご報告の場合、返事はほとんどありませんが、復職判定の資料になったりしているようです。一番”連携”できていると感じるのは人事や産業カウンセラー保健師の方との”tel”です。報告をお読みになったり、面談（本人と会社の）の前後で、その様子や、リワークでのこと、困っていること等を伝えて下さったりするので、「ではこちらではそのあたり促してみます」「サポートしてみます」等の役割分担をしていることを実感しています。こちらとしても仕事の片手間に本人をサポートしている上司でなく、専門の方ということで、話しやすいです。ここ最近は、職場の労働環境の整備に対して、会社の方がどれだけ積極的であるかが再発に大きく影響している可能性も指摘されているので、会社への同行面談などもできればと考えていますが、マンパワー不足で実現は厳しい状況です。

基本的には、電話で利用開始時、利用中は1～2週間に1回職場に連絡し、必要な報告、相談、調整を行っている。職場の要望に応じて、本人了承の下、評価票の提出、診察への同度、別途主治医との面談、職場でのケース会議を行っている。

某企業（利用者が多い）のメンタルヘルス相談部内には、合同カンファレンスの提案中

リワーク開始後2週間に、職場の窓口の方（産業医、産業保健スタッフ、人事、上司）に担当スタッフより電話連絡。情報共有を行っている。（15分程度無料）

・診察・面談による連携がメインではあるが、先方の都合がつかない場合は担当スタッフによる企業訪問や電話など他の連携を工夫している。質問として（疑問点として）ですが、ケース会議の意義・意味について（面談との違いなど）教えていただけると幸いに存じます。

・企業との連携は利用者全員に実施しているわけではありません。全員にできるとよいのですがマンパワーが足りません。現状では希望される企業及び必要性が高い患者を対象に実施しています。
現在は、リワーク研究会の評価を元にした評価表を作成し、主治医に診療情報提供書として、送付している。本人希望があれば、コピーをリワークの「客観的評価」として、渡しています。

現在、リワークスタッフが行う面談内容が定型化されていないため、得られる情報が統一されていないこと。

基本的には企業・会社側とのやり取りは本人に任せているスタンスです。ケースによっては連携を図ることもあります。

電話や書面を利用して連携をはかっていますが、企業における患者様の立場や状況によって、全々対応が異なっています。熱心なところもあれば連絡が一切ないこともあります。

時間がない。企業側が望むスタイルで連携する。会議より書面や面談を希望される場合は時間調整しています。

企業側が求めることと医療機関として提供できることが合わない。本人の特徴上変えがたい命令、もしくは変えるのに時間がかかる命令は休職期間や企業側で対応することが難しい。そのため、本人の情報を最大限有効に活用する範囲や程度の選択が課題であり。工夫していることは常々本人と企業側で連絡を取り合い、本人の望みと企業側の求めることを互いに共有してもらう、そして、その情報をスタッフと共有することで事前の対策やズレを少なくしている。

職場へ書面で毎月定期的に、参加状況報告を2015年4月より行っている。それまではリワーク研究会の書式を活用させて頂いたが、マンパワーの限界から毎月出せなくなっていたため、簡素化した添付資料をもちいて連携をはかっている。

☆ケース会議の定義診察1面談との違いがよく判りません。複数スタッフの参加ということであれば、ケース会議に該当しそうな場合もあります。内容は診察、面談の記載と同様です。企業側担当は、①～④です。

復職前には、企業側ともお電話や面談にてリワークでの様子や復職時に配慮していただきたいことなどをお話しする機会をつくるようにしています。料金のことが課題です。

各参加メンバーに応じて、職場への報告書の頻度は個人差があるが、多くのメンバーについて、書面は必須の報告としているし、場合によって、上司等に来院していただいて、復職への課題を当人と職場の両社で共有できる工夫をしている。特に、休職に至った背景等、これまで当人が職場に伝えられずにいた内容については、リワークスタッフが間に介在して三者面談を実施することで、初めて当人の口から職場に悩んでいた内容を伝えられる場合も多く、復職に向けた大事なプロセスの一つと位置づけて面談を実施している。

・職場で求める復職レベルが千差万別のため。こまやかにきいていく必要があり。面談時にどうしても長時間になる。・連携の時の算定が困難（特に書面。リワーク評価の送付など）

・現状、当院では退院後、クリニックのリワークプログラムへ移行する方が多い為、直接当院が企業と連携を持つことは少ない。

連携時に使用している書類は、リワーク研究会で出されているものを使用しておりますので、省略させていただきます。

企業からの担当者に来院してもらい面談を行っています。リワーク担当者が企業に行くことで職場状況をより理解し、患者様のサポートにより役立つ方向性を見つけることもできると思いますが、マンパワー、経費の面で難しい状況です。

・産業医との連携で、リワークプログラム内での様子を報告（標準化リワーク評価表）した際に、見解について、返答がある場合と、ない場合があり、情報が得にくい。・企業側（産業医・産業保健スタッフ以外）の、精神疾患に関する理解が乏しい。

個人情報をどこまで伝えてよいか難しい。本人に許すを得た内容のみだと企業側もこちらも本当にききたいことがお互いきけない印象

職場との連携については本人がやれることはやって頂きます。必要に応じて面談を行っています。再発防止の観点連携は必要と考えていますが、どこまで介入すべきなのか、本人の自立と考えると模索状態であります。

（課題）・同一事業所から複数の患者が利用する場合。・企業の定める利用期間が短かく、十分な回復が得られない。・職場の同意を必須としない、デイケア利用の、利益、不利益。

主治医と企業との連携は多いが、リワーク施設と企業との連携においては、なかなか企業へ訪問できるマンパワーはなく企業から来て頂くことも難しい為、利用者の7割程は連携せず進めていくケースが多い。リワーク施設の状況を企業側へ伝える手段として、本人へ書面の活用を提案させて頂いている。

課題　・利用者の方々の職務内容が幅広く、ご本人様や職場の方々の話から職場の状況を正確にアセスメントすることが難しい。工夫・気になる点があればこまめに企業や産業医宛にお電話させていただき確認しているEx. 産業医面談の内容・ご本人様と職場の話に食い違いが見られるとき等・ご本人様のリワークでの現状を理解していただけるように評価シートの記入に配慮している・当院は地方都市であることから、中小企業からの利用者も多く、企業内で初めての精神疾患による休職者となるケースも少なくない。その為、復職時の職場環境・体制など提案させていただいている

・時間の確保・ケース会議では、本人が思う問題点を職場の方から見た問題点を伝え合い、問題解消の方向性を決定している。当事者と職場とのズレがあるケースが多く、確認と調整をすることによってリワークで取り組む時間が無駄にならないようにまた、集団の中で個別の問題を解決していくため。また、適切なプログラムの実施につなげていくために、ケース会議を行っています。（P6と重複する場合がありますが・・・）

リワーク利用時に書面で職場に不安な点や気になる点などは情報収集しているが、リワーク利用中にも、定期的に職場担当者と連携することで、職場の不安も軽減し、リワーク側や本人の目標も明確になるのではないかと思う。

・「実家で療養中」のため現住所と勤務先が著しく離れている場合、勤務先への訪問や調整に苦慮する場合がある。・現在までのところ、各勤務先には情報提供について快よく御協力いただいています。・勤務先への書面問いあわせには、「リワーク指導マニュアル」のステップ3「業務情報収集シート（会社用）」を参考にさせていただいています。

企業や本人から依頼があった時のみ、連携を行っています。スタッフの人数が少なく（2名）、丁寧なケアをしているとはいえない現状をもどがしく感じています。しかし、書面にはできる限り、ご本人の復職、その後に役立つ情報を記載するなど、現状でできることを工夫しています。

厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書「リワークマニュアルの作成」の中の”業務情報収集シート”を利用しています。

現在ケースの連携というよりは、リワークプログラムの広報をかねて職場訪問をしている。まずは企業との信頼関係が無ければ連携は難しいと考えるからだ。しかし、現状訪問においてこれといった手応えは感じていない。また、ケースの連携も重要だと感じている。

・およそ月に1回のペースで、スタッフが文書で通所状況、生活リズム、参加中の様子、作業能力の回復の程度等、産業医の先生にご報告しています。ご本人との認識のズレをなくすため、2週間に一度のペースでスタッフと面談をもっています。また、評価表を活用し、自己評価とスタッフからの評価とをすり合わせています。報告書や評価表は複数のスタッフで確認し、多面的に評価できるようにしています。・企業の協力が得られれば、上司や人事担当者などに診察に同席していただき、治療経過や、リワークでの様子等伝えています。（主治医から）

当施設は、今春にリワークプログラムを開設したばかりですが、今回のアンケート内容と同様の課題を抱えています。今後、ご指導いただければと思います。

復帰に向けて本人の能力的特性や性格傾向、そして回復具合を伝え、適切な復帰環境の調整ができると本人、企業ともに満足感が高くなり、再休職率の低下にもつながっていると思われます。一方で、大分手間のかかる作業なのでスタッフの負担になっています。リワーク開始にあたっては企業側からの情報提供も得たいと思っていますが、そこまで手のまわらない状況です。

マンパワー不足、他の業務と兼務のため、なかなか時間を確保することが難しいこと。

連携に際し、ご本人が拒否されることもあるますので、受け入れの際、「職場への情報提供」に必ず書面で同意をしていただいてます。・企業側で窓口が固定されておらず、（特に中小企業）どなたと話せば良いのか分らないことが多く、課題ではあります・・・。

企業との連携については月に1回、担当医と臨床心理士による電話での経過報告も行っています。復職後は、アフターフォローを行っているものの、本人は休みがちだったりと課題は絶えません。精神科ショートケアとして、手探りでリワークプログラムをスタートしたので、何かと試行錯誤ではありますが。今後とも、ご指導ご便達のほど、どうぞよろしくお願い申し上げます。

必ず事前に患者様の許可を得ること。・情報供有の範囲を確認すること。

リワークプログラム導入時 情報提供書

下記対象者につきまして、リワークデイケアでの支援に際し、主治医としての診断情報の提供及び
ご意見を存じます。お忙しいところ恐れ入りますが、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

氏名		生年月日	昭和 ・ 平成　年　月　日　（　歳）		
	診断名				
医師記入欄	今後の通院の間隔	おおむね（　　）回／（月・週）の診察が必要			
	病状経過				
	処方				
	休職の要因とプログラム参加の契機				
	休職の要因を以下の3つの要因毎に記入			リワークプログラム参加の動機	
	職場の要因：	本人の要因：	家族の要因：	□本人の希望 □家族の希望 □主治医からの指示 □産業医や会社からの指示	
	復職時期の目安	主治医からみておよそ（　　）ケ月後			
	リワークプログラムに望む点や注意点・本人の特性、その他の特記事項				
	医療機関名： 住所： 電話番号： 年　月　日　医師名：				

（様式２号）

リワークプログラム利用に関する同意書

○○○○クリニック院長殿

●本人記入欄

私は、貴デイケアの趣旨を理解し、リワークプログラムを利用することに同意いたします。利用にあたっては、貴デイケアの利用を会社へ開示し、貴院、貴デイケアと雇用事業主間で復職支援上必要な情報の交換、コンタクトを取ることに同意致します。

平成　　年　　月　　日

【利用者氏名】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【電話番号】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●事業所担当者記入欄

私は、社員である ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ が貴デイケアを利用することについて理解を示すとともに、復職支援を進めるにあたっては、貴院、貴デイケアと必要な情報の交換、コンタクトを取ることに同意致します。

平成　　年　　月　　日

【連絡窓口担当者】

部署

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【電話番号・e-mail】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●主治医記入欄

私は、患者である ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ が貴デイケアを利用することについて理解を示すとともに、復職支援を進めるにあたっては、貴院、貴デイケアと必要な情報の交換、コンタクトを取ることに同意致します。

【主治医】

医療機関名

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【電話番号・e-mail】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

情報提供書

住所
○○診療所
院長　　○○　○○

下記対象者についてデイケアの支援に際し、医療情報の提供およびご意見を頂ければと存じます。お忙しいところ申し訳ありませんが、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

氏名		生年月日	昭和・平成　　年　月　日　(　　歳)

あてはまる項目の□にチェック(レ)をいれてください

医師記入欄		
	病　名	
	現在の通院状況	
	一ヶ月間での薬の処方内容の変更	□なし　□あり
	現在の病状および病状の変化	
	睡眠	□改善・向上　□変化なし　□悪化・低下
	活動性	□改善・向上　□変化なし　□悪化・低下
	気分変動	□改善・向上　□変化なし　□悪化・低下
	意欲	□改善・向上　□変化なし　□悪化・低下
	感情のコントロール	□改善・向上　□変化なし　□悪化・低下
	その他現在の状況について	
	今後の治療方針および予後	
	復職・就職の可否	□可　　□条件付きで可　　□不可
	復職時期	(　　)ごろ
	デイケアでの注意点・本人の特性・その他	
	医療機関名 住所・電話番号 医師名 年　　月　　日	

リワークプログラム開始報告書

平成　　年　　月　　日

○○先生　御机下

〒
医療法人○○○○クリニック
担当：
連絡先：

対象者	氏名：　　男性　：　女性 生年月日：昭和・平成　　年　　月　　日　（　　歳）
リワーク開始日	平成　　年　　月　　日　開始

リワークプログラム　内容	支援内容
◎リワークプログラム　内容 （午前／午後） 月 火 水 木 金 土 ◎リワークプログラム担当スタッフ ・保健師 ・看護師 ・臨床心理士 ・精神保健福祉士 ・キャリアコンサルタント ・産業カウンセラー ・その他（　　）	◎プログラムの進捗について 週○回から開始します。プログラムへの参加内容や回数は、ご本人の体調に合わせて段階的に増やしていきます。 ◎評価方法 スタッフ評価、ご本人による自己評価、心理検査等を利用して復職準備性を総合的に判断してまいります。

治療機関⇒他院主治医　　（様式 4 号）

平成　　年　　日

○○先生　御机下

△△クリニック

院長　　□□　□□

復職デイケア参加状況について

いつもお世話になっております

　さて、ご紹介いただきました　　様の出席状況につきましてご連絡申し上げます。今後ともよろしくお願いいたします

記

1.　当該患者照合

- 貴院カルテ番号：
- 生年月日

2.　出席状況

- 初回参加日：平成　　年　　月　　日
- 週　　日間で出席予定

最近２週間の出席状況：○=出席　早=早退　遅=遅刻　×=欠席　空欄=参加予定なし

月	火	水	木	金
月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
月　日	月　日	月　日	月　日	月　日

3.　参加状況(担当者より)

＊患者様が今後復職デイケアに参加の意思がない場合、また体調不良などで復職デイケアに参加が困難な場合、ご本人又は貴院スタッフ様からご連絡いただけるようお願いします。

（様式5号）

標準化リワークプログラム評価シート

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

評価期間　平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日　　担当者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

評価項目	小項目	評価				合計	コメント
Ⅰ. 基本項目	1.出席率	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	2.眠気・疲労	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	3.集中力の持続	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	4生活リズム	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	5.体力	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
Ⅱ.対人交流	6. 他のメンバーやスタッフとの会話	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	7.協調性	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	8.適切な自己主張	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	9.不快な行為	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	10.役割行動	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	11.対処行動	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
Ⅲ.心理的側面	12.気持ちの安定	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	13.積極性・意欲	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	14.他のメンバーやスタッフからの注意や指摘への反応	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
Ⅳ.疾病理解、治療経過、復職準備性等	15.病気の理解	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	16.病状のコントロール	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	17.服薬状況	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	18.自己理解、課題の明確	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	19.業務への準備	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	20.ルールの順守	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		

Ⅰ. 基本項目	/20	Ⅲ. 心理的側面	/12	総計	
Ⅱ. 対人交流	/24	Ⅳ. 疾病理解、復職準備性等	/24		

評価日：平成　年　月　日

評価者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（様式２号）

リワークプログラム利用に関する同意書

○○○○クリニック院長殿

●本人記入欄

私は、貴デイケアの趣旨を理解し、リワークプログラムを利用することに同意いたします。利用にあたっては、貴デイケアの利用を会社へ開示し、貴院、貴デイケアと雇用事業主間で復職支援上必要な情報の交換、コンタクトを取ることに同意致します。

平成　　年　　月　　日

【利用者氏名】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【電話番号】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●事業所担当者記入欄

私は、社員である ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ が貴デイケアを利用することについて理解を示すとともに、復職支援を進めるにあたっては、貴院、貴デイケアと必要な情報の交換、コンタクトを取ることに同意致します。

平成　　年　　月　　日

【連絡窓口担当者】

部署

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【電話番号・e-mail】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●主治医記入欄

私は、患者である ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ が貴デイケアを利用することについて理解を示すとともに、復職支援を進めるにあたっては、貴院、貴デイケアと必要な情報の交換、コンタクトを取ることに同意致します。

【主治医】

医療機関名

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【電話番号・e-mail】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（様式 11）

復職支援に関する情報提供依頼書

復職支援担当者殿

〒
住所
施設名
主治医　　印

○○　○○様について
平成　　年　　月　　日より、当院のリワークデイケアに参加することになりました。
デイケアの利用は、週２日から始め、最終的には週５日の利用を１ヶ月程度継続していただくことになります。
別紙に資料を添付いたしますので、ご参照いただければ幸甚です。

又、円滑な復職及び再休職予防を支援する為に、下記に関する情報提供及びご意見をいただければと存じます。情報提供依頼書を同封していますので、ご多忙の中恐縮ですがご一筆ください。返送につきましては、同封しております封筒をご利用ください。

ご不明な点がございましたら、デイケアスタッフの△△までご連絡ください。
なお、頂いた情報は復職支援の目的にのみ使用され、プライバシーには十分配慮しながら当院が責任をもって管理いたします。ご協力を宜しくお願い申し上げます。

記

[情報提供依頼事項]（御社の様式をご提出いただくか、様式３－２をご利用ください。）
1、休職可能期間
2、職場における休職理由
3、本人の業務概要
4、職場が求める復職水準
5、給与が支払われる期間
6、疾病手当等、給与以外の支払いが行なわれる期間
7、休職中の支援状況
8、復職時の受け入れについて
9、復職時の試し出勤、短時間勤務について
10、　　ご意見、ご要望

（本人記入）
私は、本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成ならびに提供について同意します。　　年　　月　　日　　氏名　　印

事業所担当者⇒治療施設　　（様式 12 号）

リワーク導入時 情報収集シート

記載日：平成　　年　　月　　日

リワーク担当医　　殿へ

私は、現在復職を目指しております。リワーク担当医が、復職の為の指導を有効に行えるように、以下の情報を記載して、リワーク担当医に送っていただけるよう、会社にお願いいたしました。

本人署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．記載者様についてご回答ください。

※□にチェックを入れていください。また、連絡先もご記入ください。

□人事担当者

□直属の上司

□その他

２．患者様と患者様が従事している企業概要についてご回答ください。

１）企業業種　□製造業　□情報業　□サービス業　□公務員　□その他（　　）

２）企業規模　□20 人未満　□21 人～50 人未満　□51 人～100 人未満
□101 人～300 人未満　□300～1000 人　□1001～3000 人
□3001 人以上

３）事業所規模　□20 人未満　□21 人～50 人未満　□51 人～100 人未満
□101 人～300 人未満

４）会社・部署の特徴のあらまし

５）患者様職種　□事務職　□技術職　□営業販売職　□研究・専門職　□その他（　　）

６）患者様役職　□経営層相当　□管理職（課長相当以上）□一般社員

７）現在の会社の勤続年数　（　　年　　ヶ月）

８）現業務の経験年数、習熟度（　　年　　ヶ月　　）

９）これまでの精神疾患による長期休暇の有無と回数

※診断書の有無に関わらず、連続 2 週間を超えて休んだ回数

□ない

□ある　（　　回）

１０）休業に至った経緯（合わせて考えられる要因があればご記入ください）

３．産業医または産業保健師の有無、その他産業保健スタッフについてご回答ください。

１）産業医　　□いない　□いる（□常勤　□非常勤）

産業医の専門　□精神科　□精神科以外

２）産業保健師　　□いない　□いる

３）上記以外の産業保健スタッフ　※いる場合は名称と業務内容を簡単に記載ください。

□いない　□いる　（名称：　　）

（業務内容：　　）

４．職場関係者による休職中のケアについてご回答ください。

□ない

□ある⇒「ある」とご回答いただいた場合下記１）～４）にご回答ください。

１）頻度　□1 回/週　□1 回/2 週　□1 回/月　□その他（　　）

２）方法　□メール　□電話　□面談

３）面談の場合の面談者　□直属の上司　□人事・労務担当者　□その他（　　）

４）内容（自由記載：　　）

５．患者様はいつまで休職可能ですか。

平成　　年　　月　　日まで

６．休職中の患者様の収入についてご回答ください。いつまで収入が保証されていますか。

給与支払い　平成　　年　　月　　日まで

傷病手当金支払い　平成　　年　　月　　日まで

７．職場復帰前に職場を利用した通常勤務とは別のリハビリ的活動についてご回答ください。また、ある場合は、括弧内に詳細についてご回答ください。

□ない

□ある（　　）

８．復職する際の社内手続き、制度のあらまし

９．復職時にこれまでの職場で受け入れは可能か？
□問題ない　　□調整を要するが可能性はある　　□不可能
□その他（　　）

９．リワーク利用の中で事業場として下記のもののうち、重要と考えるものがあれば○をつけてください。

１）出席状況
A.とても重視する　B.重視する　C.あまり重視しない　D.重視しない

２）生活リズム
A.とても重視する　B.重視する　C.あまり重視しない　D.重視しない

３）プログラム参加状況
A.とても重視する　B.重視する　C.あまり重視しない　D.重視しない

４）作業能力の向上
A.とても重視する　B.重視する　C.あまり重視しない　D 重視しない

５）体力の向上
A.とても重視する　B.重視する　C あまり重視しない　D 重視しない

６）コミュニケーションスキル
A.とても重視する　B.重視する　C.あまり重視しない　D.重視しない

７）社会性（集団での適応力）
A.とても重視する　B.重視する　C.あまり重視しない　D.重視しない

８）自己理解
A.とても重視する　B.重視する　C.あまり重視しない　D.重視しない

９）再発防止のための具体的な方策
A.とても重視する　B.重視する　C.あまり重視しない　D.重視しない

１０．その他、事前に知っておいて欲しい情報等がございましたら、ご記入ください。

治療機関⇒企業　　（様式 13 号）

年　　月　　日

雇用事業主　各位
職員連絡窓口ご担当者　各位

〇〇〇診療所
院長　〇〇　〇〇
リワーク〇〇　担当

利用者の復職準備性評価について(ご連絡)

平素より、私共の復職支援プログラムにご協力を賜りありがとうございます。
　このたび、利用者様の復職準備性評価を行ないましたので、ご連絡申し上げます。
別添いたしますので、ご査収よろしくお願い申し上げます。
内容につきましてお問い合わせなどございましたら下記までご連絡ください。
(予約制となっております)
尚、この評価シートによる評価は、復職を保証するものではなく、あくまでも復職準備性を一般的に判定したものです。御社・御事業所が職員の復職可否を判定する際の参考資料程度とお考えいただきますようお願いいたします。

記

日時：毎月第 2・第 4 木曜日　16：00 から 7：00　予約制です
予約連絡先：　〇〇　診療所　医療福祉相談室
　　電話
添付資料：リワーク〇〇　　利用者の復職準備性評価シート　1 部
復職準備性評価シートの評価内容と基準の説明文　1 部

リワーク〇〇担当職員
　〇〇〇〇　△△△△　××××
〇〇診療所
電話
Fax

リワーク○○○　復職準備性評価シートの評価項目について

以下のような内容で判定を行なっています。
大きな項目は、A.基本的な生活状況、B.症状、C.基本的社会性、D.サポート状況、E.職場との関係、F.作業能力・業務関連、G.準備状況です。
評価尺度は 4 段階を使用しています。それぞれの設問についての回答選択肢は省略いたしますが、共通背景として以下のような程度になっています。
１：復職準備性が十分には整っていない⇔４：復職準備性が十分にあると考えられる

用語の定義として
健康なとき、とは病気になる以前、時間外勤務が月 20 時間以下であった状況を指します。常に 20 時間を越える時間外勤務をしていた場合は、時間外勤務が一番少なかった時期としています。

CES-D[うつ病(抑うつ状態)自己評価尺度]について：
CES-D とは有用性の高さから、世界中で普及しているうつ病の自己評価尺度です。16 点以下であれば、気分障害が消失しているといわれています。妥当性・臨床的有用性が確認されている検査です。

A 基本的な生活状況

１、　起床時刻
健康に出勤したときの起床時間より 1 時間以上遅く起きることは週に何回くらいあるかをきいています。

２、　食生活リズム
食生活の規則性をきいています(食事回数や間隔、時間など)

３、　戸外での活動
家の外での活動の時間をきいています。(1 日 2 時間以上戸外で過ごすことが出来る頻度です。)

B 症状

４、　精神的な症状
ゆううつ、イライラ、不安、やる気がないなどの症状のために、生活していて差しさわりが出ること、日常生活が円滑に送れない頻度をきいています。

５、　身体的な症状
頭痛、倦怠感、発熱、下痢、吐き気などのからだの症状のために、生活していて差し障りが出る頻度をきいています。

６、　熟眠感

よく眠れなかったと感じた日の出現頻度を聞いています。

７、　　睡眠時間

睡眠時間が健康なときと比べて、2 時間以上短いまたは長い日の出現頻度をきいています。

８、　　昼間の眠気(KarolinskaSleepinessScale　日本語版使用)

午後 2 時頃の、本人の眠気の状態をきいています。

９、　　趣味・関心

元々興味や関心があったことに、今も興味や関心を持てているか、それ以外のこと最近興味や関心を持っていることはあるかきいています。

C 基本的社会性

１０、みだしなみ

洗顔、洗髪、歯磨き、清潔な身なりかどうかを判断しています。

本人への聞き取りと、面接担当者の判断を合わせて評価しています。

１１、他人との交流(他人：近所の人、知人、健康管理スタッフ、上司など)

他の人との話しかけられた時の反応や、自分からの話しかけの状況をきいています。

D サポート状況

１２、家族との関係

家族のサポート状況、感心性などをいます。

１３、主治医との関係

主治医の治療方針の理解や、十分に質問や話し合いが出来るかどうかをきいています。

E 職場との関係

１４、トラウマ感情

「職場や会社の犠牲になって病気になった」という気持ちや、職場を思い出して、症状が出現したり、それによって生活に差し障りが出たり、生活が円滑に送れなくなることがあるかきいています。また、そのことについて、他の人と話し合う場の有無や(あれば)他の人の意見について、どう思うかきいています。(トラウマ感情とは、「自分は職場、会社の犠牲になって発病した」という感情を指します)

１５、規則への対応(就業規則、約束の不遵守)

(「就労規則、約束の不遵守」とは「無断欠勤」のように就業規則に従わない行為、「約速の不遵守」とは、就業規則には定められていないが、上司、同僚、顧客との約束を守らず相手に迷惑をかける行為を指します。)

調子が、悪かったとき、無断欠勤などで「就業規則を守っていない」といわれたこと、または上司、同僚、お客さんと約束が守れなかったことの有無と、(あれば)今振り返ってどう思うかきいています。

F 作業能力、業務関連

１６、集中力

TV、雑誌、に集中できるか、業務関連の内容の本を集中して読めるかきいています。

１７、業務への関心、理解

復職したら、どんな仕事をしたいか、また、仕事の内容について、上司との話し合いの有無と(していれば)上司の話を自分なりに理解できるかきいています。

１８、業務遂行能力(以前の仕事に戻るとして)

以前の仕事に戻るとして、現在から 6 ヶ月以内に、健康時の仕事能力の何割まで回復できると思うかきいています。

G 準備状況

１９、職場上司との接触

職場の上司とは、月に何回くらい直接会ったり電話で話したりしているかきいています。

(SNS 上のやりとり、メールのやり取りは含みません)

２０、業務への準備

仕事に戻るための努力として、「睡眠・覚醒のリズムを整える」「作業能力の準備をする」「職場の情報を手に入れる」「通勤の練習をする」のうち、いくつをおこなっているかきいています。

作業能力の準備は、職種によって異なります。例えば「パソコンを練習する」「業務関係の本や雑誌を読む」「業務関係のサイトを探索する」「(工場勤務などでは)体力を鍛える」職場の情報の入手については、「他の社員や上司とメールや電話で連絡する」「他の社員や上司と直接会って話をする」などということになります。

H 健康管理

２１、服薬アドヒアランス

主治医に話さずに、自分の判断で服薬を中断してしまったことがあるかどうか、また、服薬について主治医ときちんと話し合えているかどうかきいています。

２２、健康管理スタッフとの関係

会社の健康管理スタッフとの面会の有無と、会社やリワークスタッフの指導は受け入れられるかどうかをきいています。

２３、再発防止への心構え

復職後、再発しないように、自分で考えていることがあるかどうか、また、主治医や健康管理スタッフのアドバイスの有無と(あれば)それをどう思うかきいています。

質問項目はリワーク〇〇が所属している「うつ病リワーク研究会」の復職準備性評価に準ずるものです。

（様式5号）

標準化リワークプログラム評価シート

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

評価期間　平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日　　担当者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

評価項目	小項目	評価				合計	コメント
Ⅰ．基本項目	1.出席率	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	2.眠気・疲労	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	3.集中力の持続	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	4生活リズム	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	5.体力	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
Ⅱ.対人交流	6. 他のメンバーやスタッフとの会話	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	7.協調性	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	8.適切な自己主張	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	9.不快な行為	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	10.役割行動	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	11.対処行動	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
Ⅲ.心理的側面	12.気持ちの安定	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	13.積極性・意欲	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	14.他のメンバーやスタッフからの注意や指摘への反応	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
Ⅳ.疾病理解、治療経過、復職準備性等	15.病気の理解	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	16.病状のコントロール	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	17.服薬状況	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	18.自己理解、課題の明確	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	19.業務への準備	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		
	20.ルールの順守	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1		

Ⅰ．基本項目	/20	Ⅲ．心理的側面	/12	総計	
Ⅱ．対人交流	/24	Ⅳ．疾病理解、復職準備性等	/24		

評価日：平成　年　月　日

評価者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

企業⇒治療施設　　（様式 14 号）

復職時 情報収集シート

患者氏名　　様　　記入者氏名　　様

1．復職時の本人の職場について、あてはまるものに〇をつけてください。また、（オ）その他に〇をつけた方は詳細を括弧内にご記入ください。

（ア）休職前と同じ職場
（イ）新たな職場に異動
（ウ）今後調整予定
（エ）未定
（オ）その他（　　）

2．復職にあたって担当窓口になる方をご記入ください。また、電話、メールなどいずれかの連絡先もご記入ください。

ご担当者様：

TEL:

メールアドレス：

3．その他、復職に際しての当院へのご要望等ございましたら、ご記入ください。

〇〇クリニック
住所：
TEL：

復職時 配慮に必要な情報提供書

復職時の＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様の職場について、以下の内容で御配慮いただくことをご検討いただければと存じます。

1）職場

（ア）同じ職場が望まれる

（イ）新たな職場が望まれる

（ウ）特に指定なし

2）業務内容に関して

（ア）休職前の業務が可能

（イ）何らかの制限が必要

①時間

②管理業務

③その他

3）配慮が必要な理由

他院とリワークプログラム実施施設（自院）の連携に関する実態調査

連携の定義：他院主治医で、自院が実施するリワークプログラムに参加予定／参加中／参加後の患者様の、情報共有や協働支援のこと。

実際にリワークを担当している担当者がご回答ください

Ⅰ．回答者について

Ⅰ．回答者につきまして、以下の項目をご記載下さい

貴施設名			
記入者名			
記入者職種	①医師　②看護師　③保健師　④精神保健福祉士　⑤臨床心理士　⑥作業療法士　⑦心理士　⑧その他（　　）　※いずれかに〇をつけて下さい		
住　　所			
電話番号		FAX番号	
E-mail			

【お願い】

連携における標準化シートを作成し、研究会会員間における共有と診療報酬に向けた具体的提言に使用するため、調査票返送時に各連携時に使用している書類一式を添付いただければ幸いです

Ⅱ．他院からの受入について

Ⅱ-問1．他院患者のリワークプログラム受け入れにおいて、自院への主治医変更は原則的に必須ですか？該当するもの1つに○を付けて下さい。

①原則必須 ➡Ⅱ-問2へ

②原則必須ではない ➡Ⅱ-問3へ

Ⅱ-問2．自院への主治医変更を必須としている場合、リワークプログラム終了後の主治医変更について規定（受け入れ条件）はありますか？該当するもの1つに○を付けて下さい。

①原則リワークプログラム終了後も自院主治医のままでフォローする ➡アンケートは終了となります ご協力ありがとうございました

②特に規定はない ➡Ⅲへ

③原則リワークプログラム終了後は元の主治医に変更してもらう ➡Ⅱ-問3へ

Ⅱ-問3．自院への主治医変更を必須としない、または一時的なもの（リワークプログラム参加中のみや、その他一時的に主治医を変更するなど）にしている理由は何ですか？該当するもの全てに○を付けてください。

①主治医変更を望まない患者が多いため

②集患の関係で、他院からの紹介が減るため

③本来、主治医変更は適切ではないと考えているため

④その他（ ）

➡続いてⅢを回答下さい

次ページへ進んでください

Ⅲ．連携について

Ⅲ-問１．他院との連携をおこなっていますか？該当するもの１つに〇をつけてください。

①連携している　➡Ⅲ-問2へ
②連携していない　➡Ⅲ-問3へ

Ⅲ-問２．連携を行っているのはなぜですか？該当するもの全てに〇をつけてください。

①必要性を感じているため
②他院から要望があるため
③患者から要望があるため
④その他（　　）

➡続いてⅣを回答下さい

Ⅲ-問３．連携をしていない理由、または難しくしている要因についてご回答ください。
該当するもの全てに〇を付けてください。

①マンパワー不足
②時間がない
③診療報酬で請求できないため
④患者が連携を望まないため
⑤他院側が連携を望まないため
⑥連携の方法・手段が分からないため
⑦患者自身が行うものであると考えているため
⑧連携しても効果がないと考えているため
⑨個人情報の取り扱いに苦慮するため
⑩その他（　　）

Ⅲ-問３を回答された方はアンケート終了となります
ご協力ありがとうございました

Ⅳ．他院との連携の実際

ここからは「書面」「診察・面談」の２つの方法で実際の連携がどのように行われているのかお聞きします。今後リワーク施設における連携について標準化と診療報酬化を視野に『いつ、だれが、だれに、どこで、どんな内容を、いくらで』おこなっているか、具体的内容とその方法、労力を明確にしたいと考えております。つきましては、それぞれの方法でケースバイケースの事例もあるかと存じますが、**貴施設における定型化した代表的な連携パターンを（定期・不定期に関わらず）最大3つ想定いただき、左から頻度の高い連携順**にご記入くださいますようよろしくお願い申し上げます。

なお、各時期の定義については以下の通りです。
【1.リワーク開始前】･･･リワークプログラムへの参加検討段階から参加するまでの期間
【2.リワーク開始時】･･･リワークプログラムに参加後概ね2週間の期間
【3.リワーク参加中】･･･リワークプログラムへの参加から終了するまでの期間(リハビリ出勤中は含まず)
【4.復職前/復職時】･･･概ね復職1ヶ月前からの復職に向けた具体的内容を話合う時期(リハビリ出勤中含む)
【5.復職後(フォローアップ期)】･･･復職後、概ね1年間の期間
【6.その他】･･･上記にある時期以外で連携をしていることがあれば、ご記入ください

【書面による連携】

Ⅳ-問１．書面による連携の有無について該当するものに〇を付けて下さい

①書面連携あり　➡Ⅳ-問1-2へ　　②書面連携なし　➡Ⅳ-問2へ（6ページ目）

Ⅳ-問１-2．該当する項目に〇を付け、設問5、8は記述もして下さい。
書面による方法で複数のパターンがある場合は代表的なもの最大３つを左から頻度の高い順にご記入下さい。

	連携パターン①	連携パターン②	連携パターン③
1．連携の時期	※いずれか１つを選択 ①リワーク開始前 ②リワーク開始時 ③リワーク参加中 ④復職前/復職時 ⑤復職後 ⑥その他（　　）	※いずれか１つを選択 ①リワーク開始前 ②リワーク開始時 ③リワーク参加中 ④復職前/復職時 ⑤復職後 ⑥その他（　　）	※いずれか１つを選択 ①リワーク開始前 ②リワーク開始時 ③リワーク参加中 ④復職前/復職時 ⑤復職後 ⑥その他（　　）
2．自院側担当	※パタン①において関わる主なものいずれか1つを選択 ①リワーク担当医師 ②担当スタッフ　➡2-2へ ③その他 （　　）	※パタン②において関わる主なものいずれか1つを選択 ①リワーク担当医師 ②担当スタッフ　➡2-2へ ③その他 （　　）	※パタン③において関わる主なものいずれか1つを選択 ①リワーク担当医師 ②担当スタッフ　➡2-2へ ③その他 （　　）
2-2. 担当スタッフの職種について	※複数回答可 ①看護師 ②保健師 ③精神保健福祉士 ④臨床心理士 ⑤作業療法士 ⑥心理士 ⑦その他 （　　）	※複数回答可 ①看護師 ②保健師 ③精神保健福祉士 ④臨床心理士 ⑤作業療法士 ⑥心理士 ⑦その他 （　　）	※複数回答可 ①看護師 ②保健師 ③精神保健福祉士 ④臨床心理士 ⑤作業療法士 ⑥心理士 ⑦その他 （　　）
3．他院側担当	※パタン①において関わる主なものいずれか1つを選択 ①主治医 ②コメディカル ③その他 （　　）	※パタン②において関わる主なものいずれか1つを選択 ①主治医 ②コメディカル ③その他 （　　）	※パタン③において関わる主なものいずれか1つを選択 ①主治医 ②コメディカル ③その他 （　　）

4. 本人の同意の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
5. 所要時間	**※作成にかかる時間** ＿＿＿分 /回	**※作成にかかる時間** ＿＿＿分 /回	**※作成にかかる時間** ＿＿＿分 /回
6. 当該パタンに関連し自院からの情報を提供しているか？提供している場合はどのような情報を提供しているか？	A. 情報提供している →内容を以下より選択 B. 情報提供していない **※複数回答可** ①生活リズム ②出欠席の状況 ③日中の居眠り/眠気の有無 ④作業能力の回復度合 ⑤休職要因 ⑥対人関係能力 ⑦本人の特性 ⑧家族との関係 ⑨職場の人間関係 ⑩リワークプログラム参加の適・不適 ⑪復職の目処 ⑫現職場（職種）と参加者とのマッチング ⑬その他 （ ）	A. 情報提供している →内容を以下より選択 B. 情報提供していない **※複数回答可** ①生活リズム ②出欠席の状況 ③日中の居眠り/眠気の有無 ④作業能力の回復度合 ⑤休職要因 ⑥対人関係能力 ⑦本人の特性 ⑧家族との関係 ⑨職場の人間関係 ⑩リワークプログラム参加の適・不適 ⑪復職の目処 ⑫現職場（職種）と参加者とのマッチング ⑬その他 （ ）	A. 情報提供している →内容を以下より選択 B. 情報提供していない **※複数回答可** ①生活リズム ②出欠席の状況 ③日中の居眠り/眠気の有無 ④作業能力の回復度合 ⑤休職要因 ⑥対人関係能力 ⑦本人の特性 ⑧家族との関係 ⑨職場の人間関係 ⑩リワークプログラム参加の適・不適 ⑪復職の目処 ⑫現職場（職種）と参加者とのマッチング ⑬その他 （ ）
7. 当該連携パタンに関連し他院から情報を得るか？得ている場合はどのような情報を得ているか？	A. 情報得ている →内容を以下より選択 B. 情報得ていない **※複数回答可** ①現症 ②病名 ③服用薬 ④検査結果 ⑤治療内容 ⑥治療経過 ⑦本人の特性 ⑧休職要因 ⑨リワークプログラム参加の適・不適 ⑩家族との関係 ⑪職場の人間関係 ⑫生活リズム ⑬ 主治医が考える復職時期 ⑭主治医が考える復職可能の状態 ⑮その他 （ ）	A. 情報得ている →内容を以下より選択 B. 情報得ていない **※複数回答可** ①現症 ②病名 ③服用薬 ④検査結果 ⑤治療内容 ⑥治療経過 ⑦本人の特性 ⑧休職要因 ⑨リワークプログラム参加の適・不適 ⑩家族との関係 ⑪職場の人間関係 ⑫生活リズム ⑬ 主治医が考える復職時期 ⑭主治医が考える復職可能の状態 ⑮その他 （ ）	A. 情報得ている →内容を以下より選択 B. 情報得ていない **※複数回答可** ①現症 ②病名 ③服用薬 ④検査結果 ⑤治療内容 ⑥治療経過 ⑦本人の特性 ⑧休職要因 ⑨リワークプログラム参加の適・不適 ⑩家族との関係 ⑪職場の人間関係 ⑫生活リズム ⑬ 主治医が考える復職時期 ⑭主治医が考える復職可能の状態 ⑮その他 （ ）
8. 費用	①保険診療 算定項目？ （ ） ②自費 請求額は？ （ 円） ③無料	①保険診療 算定項目？ （ ） ②自費 請求額は？ （ 円） ③無料	①保険診療 算定項目？ （ ） ②自費 請求額は？ （ 円） ③無料

【診察・面談による連携】

診察・面談の定義：通常診察場面やそれ以外の時間を使って個別に行われる面談のこと

※以下に連携の例を挙げました
例１）他院主治医の患者様がリワークプログラムを希望しており、導入にあたり他院ケースワーカーが参加希望患者様と当院を訪れ、当院ケースワーカーにこれまでの治療の経過と、他院主治医の意向などを伝えに来た。

例２）他院主治医の患者様の復職準備性評価を自院で行い、その結果を他院主治医に伝えるため患者様の診察に同席して説明をした。

Ⅳ-問2．診察・面談による連携の有無について該当するものに〇を付けて下さい

①診察・面接連携あり　➡Ⅳ-問2-2へ　　②診察・面接連携なし　➡Ⅳ-問3へ（9ページ目）

Ⅳ-問2-2．該当する項目に〇を付け、設問7、10は記述もして下さい。
診察・面接による方法で複数のパターンがある場合は代表的なもの最大３つを
頻度の高い順に左からご記入下さい。

	連携パターン①	連携パターン②	連携パターン③
1．連携の時期	※いずれか１つを選択 ①リワーク開始前 ②リワーク開始時 ③リワーク参加中 ④復職前/復職時 ⑤復職後 ⑥その他（　　）	※いずれか１つを選択 ①リワーク開始前 ②リワーク開始時 ③リワーク参加中 ④復職前/復職時 ⑤復職後 ⑥その他（　　）	※いずれか１つを選択 ①リワーク開始前 ②リワーク開始時 ③リワーク参加中 ④復職前/復職時 ⑤復職後 ⑥その他（　　）
2．自院側担当	※パタン①において関わる自院関係者全てに〇を付けて下さい ①リワーク担当医師 ②担当スタッフ　➡2-2へ ③その他 （　　）	※パタン②において関わる自院関係者全てに〇を付けて下さい ①リワーク担当医師 ②担当スタッフ　➡2-2へ ③その他 （　　）	※パタン③において関わる自院関係者全てに〇を付けて下さい ①リワーク担当医師 ②担当スタッフ　➡2-2へ ③その他 （　　）
2-2. 担当スタッフの職種について	※複数回答可 ①看護師 ②保健師 ③精神保健福祉士 ④臨床心理士 ⑤作業療法士 ⑥心理士 ⑦その他 （　　）	※複数回答可 ①看護師 ②保健師 ③精神保健福祉士 ④臨床心理士 ⑤作業療法士 ⑥心理士 ⑦その他 （　　）	※複数回答可 ①看護師 ②保健師 ③精神保健福祉士 ④臨床心理士 ⑤作業療法士 ⑥心理士 ⑦その他 （　　）

3. 他院側担当	**※パタン①において関わる他院関係者全てに○を付けて下さい** ①主治医 ②コメディカル ③その他 （　　）	**※パタン②において関わる他院関係者全てに○を付けて下さい** ①主治医 ②コメディカル ③その他 （　　）	**※パタン③において関わる他院関係者全てに○を付けて下さい** ①主治医 ②コメディカル ③その他 （　　）
4. 本人の同意の有無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
5. 本人の同席	①同席する ②同席しない ③ケースバイケース	①同席する ②同席しない ③ケースバイケース	①同席する ②同席しない ③ケースバイケース
6. 場所	①自院 ②他院 ③その他 （　　）	①自院 ②他院 ③その他 （　　）	①自院 ②他院 ③その他 （　　）
7. 所要時間	分　/回	分　/回	分　/回
8. 当該パタンに関連し自院からの情報を提供しているか？提供している場合はどのような情報を提供しているか？	A. 情報提供している →内容を以下より選択 B. 情報提供していない **※複数回答可** ①生活リズム ②出欠席の状況 ③日中の居眠り/眠気の有無 ④作業能力の回復度合 ⑤休職要因 ⑥対人関係能力 ⑦本人の特性 ⑧家族との関係 ⑨職場の人間関係 ⑩リワークプログラム参加の適・不適 ⑪復職の目処 ⑫現職場（職種）と参加者とのマッチング ⑬その他　（　　）	A. 情報提供している →内容を以下より選択 B. 情報提供していない **※複数回答可** ①生活リズム ②出欠席の状況 ③日中の居眠り/眠気の有無 ④作業能力の回復度合 ⑤休職要因 ⑥対人関係能力 ⑦本人の特性 ⑧家族との関係 ⑨職場の人間関係 ⑩リワークプログラム参加の適・不適 ⑪復職の目処 ⑫現職場（職種）と参加者とのマッチング ⑬その他　（　　）	A. 情報提供している →内容を以下より選択 B. 情報提供していない **※複数回答可** ①生活リズム ②出欠席の状況 ③日中の居眠り/眠気の有無 ④作業能力の回復度合 ⑤休職要因 ⑥対人関係能力 ⑦本人の特性 ⑧家族との関係 ⑨職場の人間関係 ⑩リワークプログラム参加の適・不適 ⑪復職の目処 ⑫現職場（職種）と参加者とのマッチング ⑬その他　（　　）

9．当該連携パタンに関連し他院から情報を得るか？得ている場合はどのような情報を得ているか？	A．情報得ている →内容を以下より選択 B．情報得ていない **※複数回答可** ①現症 ②病名 ③服用薬 ④検査結果 ⑤治療内容 ⑥治療経過 ⑦本人の特性 ⑧休職要因 ⑨リワークプログラム参加の適・不適 ⑩家族との関係 ⑪職場の人間関係 ⑫生活リズム ⑬ 主治医が考える復職時期 ⑭主治医が考える復職可能の状態 ⑮その他　（　　）	A．情報得ている →内容を以下より選択 B．情報得ていない **※複数回答可** ①現症 ②病名 ③服用薬 ④検査結果 ⑤治療内容 ⑥治療経過 ⑦本人の特性 ⑧休職要因 ⑨リワークプログラム参加の適・不適 ⑩家族との関係 ⑪職場の人間関係 ⑫生活リズム ⑬ 主治医が考える復職時期 ⑭主治医が考える復職可能の状態 ⑮その他　（　　）	A．情報得ている →内容を以下より選択 B．情報得ていない **※複数回答可** ①現症 ②病名 ③服用薬 ④検査結果 ⑤治療内容 ⑥治療経過 ⑦本人の特性 ⑧休職要因 ⑨リワークプログラム参加の適・不適 ⑩家族との関係 ⑪職場の人間関係 ⑫生活リズム ⑬ 主治医が考える復職時期 ⑭主治医が考える復職可能の状態 ⑮その他　（　　）
10．費用	①保険診療 算定項目？ （　　） ②自費 請求額は？ （　　円） ③無料	①保険診療 算定項目？ （　　） ②自費 請求額は？ （　　円） ③無料	①保険診療 算定項目？ （　　） ②自費 請求額は？ （　　円） ③無料

Ⅳ-問3．それぞれ連携について課題、工夫がありましたらご記入下さい。

※なお、連携における標準化シートを作成し、研究会会員間における共有と診療報酬に向けた具体的提言に使用するため、各連携時に使用している書類一式を添付いただければ幸いです

※以上でアンケート終了となります。
ご協力いただきありがとうございました。

企業とリワーク施設の連携に関する実態調査

連携の定義：復職に必要な患者情報を企業・医療機関双方で共有すること。また協働していくこと。

実際にリワークを担当している担当者がご回答ください

貴施設名			
記入者名			
記入者職種	※いずれかに〇をつけて下さい ①医師　②看護師　③保健師　④精神保健福祉士　⑤臨床心理士 ⑥作業療法士　　⑦心理士　⑧その他（　　）		
住　　所			
電話番号		FAX番号	
E-mail			

※なお、連携における標準化シートを作成し、研究会会員間における共有と診療報酬に向けた具体的提言に使用するため、調査票返送時に各連携時に使用している書類一式を添付いただければ幸いです

Ⅰ．企業との連携の有無について

Ⅰ-問1．企業との連携は行っていますか？該当するものに〇を付けてください。

①連携している ➡Ⅱ-問１へ　　②連携していない ➡Ⅰ-問2へ

Ⅰ-問2．連携をしていない理由、または難しくしている要因についてご回答ください。
該当するものに全てに〇を付けてください。

①マンパワー不足	②時間がない	③診療報酬で請求できないため
④患者が連携を望まない	⑤企業側が連携を望まない	⑥連携の方法・手段が分からない
⑦患者自身で行うものであると考えている		⑧連携しても効果がないと考えている
⑨個人情報保護が心配である	⑩治療とは関係がないためするべきではない	
⑪その他（　　）		

※Ⅰ-問1で②を選択し、Ⅰ-問2をご回答いただいた方は
以上でアンケート終了となります。ご協力いただきありがとうございました。

Ⅱ．各方法における連携の実際

ここからは「書面」「診察・面談」「ケース会議」の3つの方法で実際の連携がどのように行われているのかをお聞きします。
今後リワーク施設における連携について標準化と診療報酬化を視野に『いつ、だれが、だれに、どこで、どんな内容を、いくらで』おこなっているか、具体的内容とその方法、労力を明確にしたいと考えております。つきましては、それぞれの方法でケースバイケースの事例もあるかと存じますが、**貴施設における定型化した代表的な連携パターンを（定期・不定期に関わらず）最大3つ想定いただき、左から頻度の高い連携順にご記入くださいますようよろしくお願い申し上げます。**

なお、各時期の定義については以下の通りです。
【1.リワーク開始前】･･･リワークプログラムへの参加検討段階から参加するまでの期間
【2.リワーク開始時】･･･リワークプログラムに参加後概ね2週間の期間
【3.リワーク参加中】･･･リワークプログラムへの参加から終了するまでの期間(リハビリ出勤中は含まず)
【4.復職前/復職時】･･･概ね復職1ヶ月前からの復職に向けた具体的内容を話合う時期(リハビリ出勤中含む)
【5.復職後(フォローアップ期)】･･･復職後、概ね1年間の期間
【6.その他】･･･上記にある時期以外で連携をしていることがあれば、ご記入ください

【書面による連携】

Ⅱ-問１．書面による連携の有無について該当するものに〇を付けて下さい

①書面による連携あり　➡Ⅱ-問1-2へ　　②書面による連携なし　➡ Ⅱ-問2へ（6ページ目）

Ⅱ-問１-2．該当する項目に〇を付け、設問5、8は記述もして下さい。
書面による方法で複数のパターンがある場合は代表的なもの最大３つを
左から頻度の高い順にご記入下さい。

	連携パターン①	連携パターン②	連携パターン③
1．連携の時期	※いずれか1つを選択 ①リワーク開始前 ②リワーク開始時 ③リワーク参加中 ④復職前/復職時 ⑤復職後 ⑥その他（　　）	※いずれか1つを選択 ①リワーク開始前 ②リワーク開始時 ③リワーク参加中 ④復職前/復職時 ⑤復職後 ⑥その他（　　）	※いずれか1つを選択 ①リワーク開始前 ②リワーク開始時 ③リワーク参加中 ④復職前/復職時 ⑤復職後 ⑥その他（　　）
2．医療機関側担当	※主なものいずれか1つを選択 ①主治医 ②リワーク担当医師 ③担当スタッフ➡2-2へ ④その他（　　）	※主なものいずれか1つを選択 ①主治医 ②リワーク担当医師 ③担当スタッフ➡2-2へ ④その他（　　）	※主なものいずれか1つを選択 ①主治医 ②リワーク担当医師 ③担当スタッフ➡2-2へ ④その他（　　）
2-2. 担当スタッフの職種について	※複数回答可 ①看護師 ②保健師 ③精神保健福祉士 ④臨床心理士 ⑤作業療法士 ⑥心理士 ⑦その他（　　）	※複数回答可 ①看護師 ②保健師 ③精神保健福祉士 ④臨床心理士 ⑤作業療法士 ⑥心理士 ⑦その他（　　）	※複数回答可 ①看護師 ②保健師 ③精神保健福祉士 ④臨床心理士 ⑤作業療法士 ⑥心理士 ⑦その他（　　）

3. 企業側 担当	※主なものいずれか 1つを選択 ①産業医 ②産業保健スタッフ ③人事労務担当 ④上司 ⑤その他 (　　)	※主なものいずれか 1つを選択 ①産業医 ②産業保健スタッフ ③人事労務担当 ④上司 ⑤その他 (　　)	※主なものいずれか 1つを選択 ①産業医 ②産業保健スタッフ ③人事労務担当 ④上司 ⑤その他 (　　)
4. 本人の 同意の有無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
5. 所要時間	※作成にかかる時間 ＿＿＿分　/回	※作成にかかる時間 ＿＿＿分　/回	※作成にかかる時間 ＿＿＿分　/回
6. 医療機関からの情報提供内容は？	※複数回答可 ①現症 ②病名 ③服用薬 ④検査結果 ⑤治療内容 ⑥治療経過 ⑦本人の特性 ⑧評価表 (リワーク研究会書式) ⑨評価表 (リワーク研究会書式以外) ⑩今後の見通し ⑪業務への影響 ⑫配慮事項 ⑬担当窓口 ⑭その他 (　　)	※複数回答可 ①現症 ②病名 ③服用薬 ④検査結果 ⑤治療内容 ⑥治療経過 ⑦本人の特性 ⑧評価表 (リワーク研究会書式) ⑨評価表 (リワーク研究会書式以外) ⑩今後の見通し ⑪業務への影響 ⑫配慮事項 ⑬担当窓口 ⑭その他 (　　)	※複数回答可 ①現症 ②病名 ③服用薬 ④検査結果 ⑤治療内容 ⑥治療経過 ⑦本人の特性 ⑧評価表 (リワーク研究会書式) ⑨評価表 (リワーク研究会書式以外) ⑩今後の見通し ⑪業務への影響 ⑫配慮事項 ⑬担当窓口 ⑭その他 (　　)
7. 当連携に関連し職場からどんな情報が得られるか？	A. 情報得ている →内容を以下より選択 B. 情報得ていない ※複数回答可 ①事業概要 ②職種 ③職務内容 ④職場環境 ⑤仕事ぶり ⑥対人交流 ⑦休職期間 ⑧休職中経済保障 ⑨復職時配慮内容 ⑩復職後配慮内容 ⑪担当窓口の確認 ⑫その他 (　　)	A. 情報得ている →内容を以下より選択 B. 情報得ていない ※複数回答可 ①事業概要 ②職種 ③職務内容 ④職場環境 ⑤仕事ぶり ⑥対人交流 ⑦休職期間 ⑧休職中経済保障 ⑨復職時配慮内容 ⑩復職後配慮内容 ⑪担当窓口の確認 ⑫その他 (　　)	A. 情報得ている →内容を以下より選択 B. 情報得ていない ※複数回答可 ①事業概要 ②職種 ③職務内容 ④職場環境 ⑤仕事ぶり ⑥対人交流 ⑦休職期間 ⑧休職中経済保障 ⑨復職時配慮内容 ⑩復職後配慮内容 ⑪担当窓口の確認 ⑫その他 (　　)

8. 費用	①保険診療 算定項目は？ (　　) ②自費 請求額は？ (　　円) ③無料	①保険診療 算定項目は？ (　　) ②自費 請求額は？ (　　円) ③無料	①保険診療 算定項目は？ (　　) ②自費 請求額は？ (　　円) ③無料

【診察・面談による連携】

診察・面談の定義：通常診察場面やそれ以外の時間を使って個別に行われる面談のこと

ex）通常外来時間に職場の人事・上司が来院し、主治医・担当スタッフと30分の時間をかけて面談
昼休みの空いている時間に職場の産業保健スタッフが来院し、リワーク担当スタッフと面談　等々

Ⅱ-問2．診察・面談による連携の有無について該当するものに○を付けて下さい

①診察・面談連携あり　➡Ⅱ-問2-2へ　　②診察・面談連携なし　➡Ⅱ-問3へ（9ページ目）

Ⅱ-問2-2．該当する項目に○を付け、設問7、10は記述もして下さい。
診察・面接による方法で複数のパターンがある場合は代表的なもの最大３つを左から頻度の高い順にご記入下さい。

	連携パターン①	連携パターン②	連携パターン③
1．連携の時期	※いずれか1つを選択 ①リワーク開始前 ②リワーク開始時 ③リワーク参加中 ④復職前/復職時 ⑤復職後 ⑥その他（　　）	※いずれか1つを選択 ①リワーク開始前 ②リワーク開始時 ③リワーク参加中 ④復職前/復職時 ⑤復職後 ⑥その他（　　）	※いずれか1つを選択 ①リワーク開始前 ②リワーク開始時 ③リワーク参加中 ④復職前/復職時 ⑤復職後 ⑥その他（　　）
2．医療機関側担当	※複数回答可 ①主治医 ②リワーク担当医師 ③担当スタッフ➡2-2へ ④その他（　　）	※複数回答可 ①主治医 ②リワーク担当医師 ③担当スタッフ➡2-2へ ④その他（　　）	※複数回答可 ①主治医 ②リワーク担当医師 ③担当スタッフ➡2-2へ ④その他（　　）
2-2. 担当スタッフの職種について	※複数回答可 ①看護師 ②保健師 ③精神保健福祉士 ④臨床心理士 ⑤作業療法士 ⑥心理士 ⑦その他（　　）	※複数回答可 ①看護師 ②保健師 ③精神保健福祉士 ④臨床心理士 ⑤作業療法士 ⑥心理士 ⑦その他（　　）	※複数回答可 ①看護師 ②保健師 ③精神保健福祉士 ④臨床心理士 ⑤作業療法士 ⑥心理士 ⑦その他（　　）

3. 企業側 担当	※複数回答可 ①産業医 ②産業保健スタッフ ③人事労務担当 ④上司 ⑤その他 (　　)	※複数回答可 ①産業医 ②産業保健スタッフ ③人事労務担当 ④上司 ⑤その他 (　　)	※複数回答可 ①産業医 ②産業保健スタッフ ③人事労務担当 ④上司 ⑤その他 (　　)
4. 本人の 同意の有無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
5. 本人の 同席	①同席する ②同席しない ③ケースバイケース	①同席する ②同席しない ③ケースバイケース	①同席する ②同席しない ③ケースバイケース
6. 場所	①クリニック ②職場 ③その他 (　　)	①クリニック ②職場 ③その他 (　　)	①クリニック ②職場 ③その他 (　　)
7. 所要時間	分　/回	分　/回	分　/回
8. 医療機関からの情報提供内容は？	※複数回答可 ①現症 ②病名 ③服用薬 ④検査結果 ⑤治療内容 ⑥治療経過 ⑦本人の特性 ⑧評価表 (リワーク研究会書式) ⑨評価表 (リワーク研究会書式以外) ⑩今後の見通し ⑪業務への影響 ⑫配慮事項 ⑬担当窓口 ⑭その他 (　　)	※複数回答可 ①現症 ②病名 ③服用薬 ④検査結果 ⑤治療内容 ⑥治療経過 ⑦本人の特性 ⑧評価表 (リワーク研究会書式) ⑨評価表 (リワーク研究会書式以外) ⑩今後の見通し ⑪業務への影響 ⑫配慮事項 ⑬担当窓口 ⑭その他 (　　)	※複数回答可 ①現症 ②病名 ③服用薬 ④検査結果 ⑤治療内容 ⑥治療経過 ⑦本人の特性 ⑧評価表 (リワーク研究会書式) ⑨評価表 (リワーク研究会書式以外) ⑩今後の見通し ⑪業務への影響 ⑫配慮事項 ⑬担当窓口 ⑭その他 (　　)

9. 当連携に関連し職場からどんな情報が得られるか？	※<u>複数回答可</u> ①事業概要 ②職種 ③職務内容 ④職場環境 ⑤仕事ぶり ⑥対人交流 ⑦休職期間 ⑧休職中経済保障 ⑨復職時配慮内容 ⑩復職後配慮内容 ⑪担当窓口の確認 ⑫その他 (　　)	※<u>複数回答可</u> ①事業概要 ②職種 ③職務内容 ④職場環境 ⑤仕事ぶり ⑥対人交流 ⑦休職期間 ⑧休職中経済保障 ⑨復職時配慮内容 ⑩復職後配慮内容 ⑪担当窓口の確認 ⑫その他 (　　)	※<u>複数回答可</u> ①事業概要 ②職種 ③職務内容 ④職場環境 ⑤仕事ぶり ⑥対人交流 ⑦休職期間 ⑧休職中経済保障 ⑨復職時配慮内容 ⑩復職後配慮内容 ⑪担当窓口の確認 ⑫その他 (　　)
10. 費用	①保険診療 算定項目？ (　　) ②自費 請求額は？ (　　円) ③無料	①保険診療 算定項目？ (　　) ②自費 請求額は？ (　　円) ③無料	①保険診療 算定項目？ (　　) ②自費 請求額は？ (　　円) ③無料

【ケース会議による連携】

Ⅱ-問3．ケース会議による連携の有無について該当するものに〇を付けて下さい

①ケース会議連携あり　➡Ⅱ-問3-2へ　　②ケース会議連携なし　➡Ⅱ-問4へ（11ページ目）

Ⅱ-問3-2．該当する項目に〇を付け、設問7、10は記述もして下さい。
ケース会議による方法で複数のパターンがある場合は代表的なもの最大３つを頻度の高い順に左からご記入下さい。

	連携パターン①	連携パターン②	連携パターン③
1．連携の時期	※いずれか1つを選択 ①リワーク開始前 ②リワーク開始時 ③リワーク参加中 ④復職前/復職時 ⑤復職後 ⑥その他（　　）	※いずれか1つを選択 ①リワーク開始前 ②リワーク開始時 ③リワーク参加中 ④復職前/復職時 ⑤復職後 ⑥その他（　　）	※いずれか1つを選択 ①リワーク開始前 ②リワーク開始時 ③リワーク参加中 ④復職前/復職時 ⑤復職後 ⑥その他（　　）
2．医療機関側担当	※複数回答可 ①主治医 ②リワーク担当医師 ③担当スタッフ➡2-2へ ④その他（　　）	※複数回答可 ①主治医 ②リワーク担当医師 ③担当スタッフ➡2-2へ ④その他（　　）	※複数回答可 ①主治医 ②リワーク担当医師 ③担当スタッフ➡2-2へ ④その他（　　）
2-2. 担当スタッフの職種について	※複数回答可 ①看護師 ②保健師 ③精神保健福祉士 ④臨床心理士 ⑤作業療法士 ⑥心理士 ⑦その他（　　）	※複数回答可 ①看護師 ②保健師 ③精神保健福祉士 ④臨床心理士 ⑤作業療法士 ⑥心理士 ⑦その他（　　）	※複数回答可 ①看護師 ②保健師 ③精神保健福祉士 ④臨床心理士 ⑤作業療法士 ⑥心理士 ⑦その他（　　）

3. 企業側 担当	※複数回答可 ①産業医 ②産業保健スタッフ ③人事労務担当 ④上司 ⑤その他 (　　)	※複数回答可 ①産業医 ②産業保健スタッフ ③人事労務担当 ④上司 ⑤その他 (　　)	※複数回答可 ①産業医 ②産業保健スタッフ ③人事労務担当 ④上司 ⑤その他 (　　)
4. 本人の 同意の有無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
5. 本人の 同席	①同席する ②同席しない ③ケースバイケース	①同席する ②同席しない ③ケースバイケース	①同席する ②同席しない ③ケースバイケース
6. 場所	①クリニック ②職場 ③その他 (　　)	①クリニック ②職場 ③その他 (　　)	①クリニック ②職場 ③その他 (　　)
7. 所要時間	分　/回	分　/回	分　/回
8. 医療機関からの情報提供内容は？	※複数回答可 ①現症 ②病名 ③服用薬 ④検査結果 ⑤治療内容 ⑥治療経過 ⑦本人の特性 ⑧評価表 (リワーク研究会書式) ⑨評価表 (リワーク研究会書式以外) ⑩今後の見通し ⑪業務への影響 ⑫配慮事項 ⑬担当窓口 ⑭その他 (　　)	※複数回答可 ①現症 ②病名 ③服用薬 ④検査結果 ⑤治療内容 ⑥治療経過 ⑦本人の特性 ⑧評価表 (リワーク研究会書式) ⑨評価表 (リワーク研究会書式以外) ⑩今後の見通し ⑪業務への影響 ⑫配慮事項 ⑬担当窓口 ⑭その他 (　　)	※複数回答可 ①現症 ②病名 ③服用薬 ④検査結果 ⑤治療内容 ⑥治療経過 ⑦本人の特性 ⑧評価表 (リワーク研究会書式) ⑨評価表 (リワーク研究会書式以外) ⑩今後の見通し ⑪業務への影響 ⑫配慮事項 ⑬担当窓口 ⑭その他 (　　)

9．当連携に関連し職場からどんな情報が得られるか？	※複数回答可 ①事業概要 ②職種 ③職務内容 ④職場環境 ⑤仕事ぶり ⑥対人交流 ⑦休職期間 ⑧休職中経済保障 ⑨復職時配慮内容 ⑩復職後配慮内容 ⑪担当窓口の確認 ⑫その他 （　　）	※複数回答可 ①事業概要 ②職種 ③職務内容 ④職場環境 ⑤仕事ぶり ⑥対人交流 ⑦休職期間 ⑧休職中経済保障 ⑨復職時配慮内容 ⑩復職後配慮内容 ⑪担当窓口の確認 ⑫その他 （　　）	※複数回答可 ①事業概要 ②職種 ③職務内容 ④職場環境 ⑤仕事ぶり ⑥対人交流 ⑦休職期間 ⑧休職中経済保障 ⑨復職時配慮内容 ⑩復職後配慮内容 ⑪担当窓口の確認 ⑫その他 （　　）
10．費用	①保険診療 算定項目？ （　　） ②自費 請求額は？ （　　円） ③無料	①保険診療 算定項目？ （　　） ②自費 請求額は？ （　　円） ③無料	①保険診療 算定項目？ （　　） ②自費 請求額は？ （　　円） ③無料

Ⅱ-問4．それぞれ連携について課題、工夫がありましたらご記入下さい。

※なお、連携における標準化シートを作成し、研究会会員間における共有と診療報酬に向けた具体的提言に使用するため、各連携時に使用している書類一式を添付いただければ幸いです

※以上でアンケート終了となります。
ご協力いただき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

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「動揺性（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連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 か月以内と 3 か月超の二群に分け、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 か月以内（3M 群、n=26）と 3 か月超（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**表 1** に示す。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、$0.4 < |r_s| \leqq 0.7$（P<0.05）を示したものを**表 2** に示す。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、比較的多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
平成２７年度 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

平成２６年度当研究では，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過程で，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ることが示された．平成２７年度は，支援を行った不調労働者計 53 名のアセスメント結果（n=47）について解析し，寛解に至るまでの期間と医学所見・安全衛生要因・生活状況および職域の懸念の回復・解決の程度とは有意に相関することが確認された．また，病状の回復程度により二群に分けて検討した結果，病状の回復程度が高い者は，安全衛生要因・生活状況及び職域の懸念に含まれる複数の項目の解決程度が有意に高かった．これらの結果から，主治医と産業医等との連携は，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．

平成 26 年度（初年度）の当研究では，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ることが示された．

この結果を踏まえて，平成２７年度は，支援を行った不調労働者計 53 名のアセスメント結果（n=47）について解析し，寛解にいたるまでの期間と医学所見・安全衛生要因・生活状況および職域の懸念の回復・解決の程度との相関性および早期に寛解に至った者とそうでない者の二群間における各アセスメント項目の有意差について検討した．以上の検討により，早期に寛解に至るために重点的に解決・回復を図るべき要

因を抽出するとともに，主治医と職域との連携が治療効果に有意に関連するか否かについて検証することを目的とした.

B．研究方法

1.対象

平成 22 年 4 月～平成 27 年 4 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 50 名（このうち 3 例は現時点でアセスメント結果を未収集）を対象とした.

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（健康を保持できる個人の生活状況），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.（このアセスメント法の意義等については後述する.）

【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 の当該項目にて把握）
- 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「動揺性（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連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．

参考：4 軸アセスメント法の解説・知見

（小山文彦：教育講演 メンタルヘルス不調者の治療と仕事の「両立支援」―厚生労働省委託事業・検討会から―，産業ストレス研究 20(4)：303-309, 2013. より引用）

厚生労働省「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を基本に，事業場におけるメンタルヘルス対策が図られているが，メンタルヘルス不調の発生予防と早期介入（一次・二次予防）と不調者の就労・職場復帰支援等（三次予防）の両段階には依然難題が多い．一般に，メンタルヘルス不調の治療は事業場外担当医と不調者との間でなされ，治療の主なフィールドは診察室である．その過程で，不調者は当然ながら「患者」であり，労働者・生活者としての診立てに主眼が置かれない場合も少なくない．その背景には，職業生活のフィールドである職場側との連携や調整に，個人精神療法や投薬等の治療行為と同等の医療エフォートを投入できるほどの自由度が担当医側に確保されていないこと等が挙げられる．また，担当医には患者の個人・医療情報を保護する義務があり，職場の関係者に病名や疾病性について容易に伝え

られるものではない．しかし，事業場側が不調者に関して知っておきたいことは，果して詳細な診断病名や治療方針であろうか．筆者らが，患者の愁訴と併せて「事業場の声」を聴けば，不調者が就労継続あるいは職場復帰する際に，職場側はメンタル問題に特有ともいえる様々な懸念を抱いている．具体的には，身体疾患と異なり回復の程度が明確に把握しがたい，症状が治まり安定した状態（寛解）が持続しないものがある，職場の人間関係や作業環境等により容易に再発するのではないか，主治医による就労可能の判断（診断書等）は病状の回復程度が基準で，それが即ち就労パフォーマンスの回復を認める判断ではないのではないか等である．事業場内外の連携の必要性は周知であるが，上述のような事業場内外の乖離が生じないためにも，担当医が事業場に伝えるべき情報は，安全衛生と労務管理を支える客観的な医学知見であろうと考えられる．

このような背景から，小山ら独立行政法人労働者健康福祉機構（以下，当機構）では，平成 22 年度より厚生労働省委託「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発のための事業」を受託し，メンタルヘルス不調者に対する治療と職業生活の「両立支援」に取組んでいる [1)2)]．初年度は，メンタルヘルス不調により就労困難となった労働者を対象に，事業場内外の連携様式を図式化し（図 1），多軸的アセスメント項目 [3)]から対象労働者の現状を把握する手法を用いて年間 15 事例程の両立支援を進めた（平成 22～24 年度）．その過程で，対象労働者に関する疾患と労務管理上の留意事項の双方を検討する方法として，Ⅰ．現症（医学的見解），Ⅱ．勤労状況（安全・衛生にかかる要因），Ⅲ．全般的生活状況（個人・状況要因），Ⅳ．事業場側の懸念（懸案事項）の 4 軸から成るアセスメント手法を考案し活用した．各項目は，労災病院勤労者メンタルヘルスセンター等による事業場内外の連携の実践に基づく知見や産業保健推進センター管理下の衛生管理者研修会等での協議，「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」[7)]にある大項目を参考に，筆者らの臨床および産業保健活動の経験と先行知見 [4)8)]を併せて考案した．平成 23 年度には，両立支援取組の実践とともに，4 軸アセスメントをより客観化された評価手法とすることを目的に，全国の事業場（産業保健スタッフ）を対象に各アセスメント項目の有用性に関する調査 [6)]を行った．調査結果の概要を以下に示す．

①現症（医学的見解）

指摘件数合計が最も多かった事項は，「服薬の状況：薬品名と服用量，服薬に伴う眠気やふらつき等副作用の有無など」の 128 件（85．3%）であり，次いで多かったのは「主な症状：不眠，抑うつ気分，全般的な意欲低下，焦燥感など」の 125 件（83．3%．最も重要であると指摘したのはこのうち 36 件）であった．最も重要な事項として指摘された件数が最多だったのは「疾患の種類：うつ病，不安障害，身体化障害などの診断名」についてであった（最も重要な事項として指摘があったのは 74 件であり，全回答者 150 名に対し 49．3%に該当した）．他，「症状の程度：軽症，中等症，重症など（ICD－10 に則して）」についても指摘件数合計が 103 件（68．7%）にのぼり，ここまでの 4 項目で全体の 5 割を超えた．逆に，最も指摘件数合計が少なかったのは「他の身体所見：心身の緊張，消化器症状，頭痛・めまい，腰痛など筋骨格系症状」の 41 件（27．3%）であった．

②勤労状況（安全・衛生にかかる要因）

指摘件数合計が最も多かった事項は「就労に関する意欲と業務への関心：産業保健スタッフとの面接による評価・確認」の 133 件（88．7%）であり，最も重要な事項として指摘された件数としても 67 件（44．7%）で最多であった．次いで多か

ったのは「段階的復帰，リハビリ出勤制度に関する理解と同意：本人と事業場との意見調査」の 129 件（86．0%）で，最も重要な事項として指摘された件数も 24 件（16．0%）で 2 番目に多かった．他，「勤務時間と適切な休養の確保：勤務形態の規則性，出張，超過勤務などの状況」について指摘件数合計が 125 件（83．3%），「職場の対人関係における不安の程度：産業保健スタッフとの面接による評価・確認」について指摘件数合計が 117 件（78．0%），「治療と職場生活の両立についての支持･理解者（上司，産業保健スタッフ等）の存在」について指摘件数合計が 113 件（75．3%）にのぼり，これらの 5 項目で全体の 7 割を超えた．しかし，このⅡについてはⅠ以上に指摘のある項目と指摘のない項目にばらつきがあり，指摘総計について，以下 4 つの項目については 4 割以下の指摘にとどまった．最も指摘件数合計が少なかったのは「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』評価」の 18 件（12．0%）であった．

③全般的生活状況（個人・状況要因）

指摘件数合計が最も多かった事項は「睡眠，覚醒のリズムの保持」の 144 件（96．0%）であり，最も重要な事項として指摘された件数としても 87 件（58．0%）で最多であった．次いで多かったのは「適切な食習慣（栄養，アルコールなどの嗜好品への依存度を含む）」の 135 件（90．0%）であったが，最も重要な事項として指摘された件数は 6 件（4．0%）にとどまった．「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」については 127 件（84．7%）の指摘があり，うち，24 件（16．0%）から特に困った事項として指摘された．「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」が指摘件数合計 102 件（68．0%）あり，ここまでの 4 項目で全体の 6 割を超えた．逆に指摘件数が少なかった項目は，「経済状況と医療費・保健書類などの利用・管理状況」および「整容，居住環境の清潔保持」の指摘件数合計 34 件（22．7%）であった．

④事業場側の懸念（懸案事項）

指摘件数合計が最も多かった事項は「回復と業務遂行能力との相関（病状が回復し，併せて職場に順応できる状態であるか）」の 135 件（90．0%）であったが，最も重要な事項として指摘された件数は 22 件（14．7%）にとどまった．次いで多かったのは「回復に併せた就労意欲の確認（病状が回復し，併せて就労意欲が高い状態であるか）」の 109 件（72．7%）であったが，最も重要な事項として指摘された件数は 31 件（20．7%）であった．「対象労働者へのコミュニケーション（接し方，人間関係上注意することがあるか）」の指摘件数合計が 93 件（62．0%），「通常の職務による疾患への影響（病状悪化や再発への影響はどの程度考えられるか）」の指摘件数合計は 85 件（56．7%），「回復の確認と予後診断についての理解（病状が回復し，今後の見通しはどうか）」の指摘件数合計は 84 件（56．0%）と，ここまでの 5 項目について全体の 5 割を超えた．一方，指摘件数合計が 74 件（49．3%）であった「自殺および危険行為に及ぶ可能性について」が最も重要として指摘した件数が 33 件（22．0%）で最多であった．最も指摘件数が少なかった項目は，「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への影響）」の 7 件（4．7%）であった．（**別添の 1.**に表示）

上記にかかる引用文献

1）独立行政法人労働者健康福祉機構：平成２２年度厚生労働省委託事業「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発のための事業（疾患案件名：精神疾患その他のストレス性疾患）」取組報告書（2011）

2）独立行政法人労働者健康福祉機構：平成２３年

度厚生労働省委託事業「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発のための事業（疾患案件名：精神疾患その他のストレス性疾患）」取組報告書（2012）
3）小山文彦：メンタルヘルス不調に罹患した労働者に対する治療と職業生活の両立支援―平成２２年度厚生労働省委託事業「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発のための事業（疾患案件：精神疾患その他ストレス性疾患）」の概要―，産業医学ジャーナル，33，89―96（2010）
4）小山文彦：ココロブルーと脳ブルー―知っておきたい科学としてのメンタルヘルス―，106―115，産業医学振興財団，東京（2011）
5）小山文彦：治療と仕事の「両立支援」メンタルヘルス不調編―復職可判断のアセスメント・ツールと活用事例２０―，労働調査会，東京（2013）
6）小山文彦，黒川淳一：メンタルヘルス不調に罹患した労働者の治療と就労の「両立支援」―厚生労働省委託「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発のための事業」において活用した就労可否判断のアセスメント手法―，日本職業・災害医学会誌，61（2013）
7）中央労働災害防止協会：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，改訂版（2009）

（２）統計解析

まず，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 1，2，3，4，5，6 か月以内と超過例の二群に分け，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．

次に，病状の寛解・治癒、動揺性・緩和の二群に分け（アセスメント得点 2 と 3 の場合を動揺性・緩和、4 と 5 の場合を寛解・治癒とした）、さらに、Ⅰ軸の疾患の種類，主症状，症状の程度の３項目における得点合計が 12 点未満（動揺性・緩和）12 点以上（寛解・治癒）で二分して，Ⅱ～Ⅳ軸について比較した．

いずれの解析においても、統計学的有意水準は，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上で，研究協力について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. 結果

1．各事例の年齢・性別・業種・疾患名（ICD-10）

No.	事例	年齢	性別	性別	業種／役職	疾患名（ICD-10）
1	H22-1	40	男	1	製造業／一般	混合性不安抑うつ障害（F34.1）
2	H22-2	48	男	1	家電販売・工事／管理職	適応障害（F43.22）
3	H22-3	40	男	1	製造業／一般	混合性不安抑うつ障害（F34.1）
4	H22-4	51	男	1	医療／管理職	混合性不安抑うつ障害（F34.1）
5	H22-5	46	男	1	製造業／一般	うつ病エピソード（F32.9）
6	H22-6	50	男	1	製造業／管理職	混合性不安抑うつ障害（F34.1） 非器質性不眠症（F51.0）
7	H22-7	40	男	1	印刷業／一般	適応障害（F43.22）
8	H22-8	40	男	1	製造業／一般	うつ病エピソード（F32.0）
9	H22-9	35	女	0	医療・福祉／一般	混合性不安抑うつ障害（F34.1）
10	H22-10	23	女	0	小売業／一般	摂食障害（F50.9）
11	H22-11	44	男	1	医療／管理職	適応障害（F43.22）
12	H22-12	55	男	1	製造業／一般	うつ病エピソード（F32.0）
13	H22-13	45	男	1	製造業／管理職	適応障害（F43.22）
14	H22-14	33	男	1	電気業／一般	パニック障害（F41.0）
15	H22-15	29	女	0	医療／一般	うつ病エピソード（F32.0）
16	H23-16	45	女	0	製造業／営業一般	適応障害（F43.2）
17	H23-17	45	女	0	医療機関／看護師管理職	混合性不安抑うつ反応（F43.22）
18	H23-18	53	男	1	製造業／一般	全般性不安障害(F34.1)
19	H23-19	56	男	1	医療機関／検査技師管理	軽症うつ病エピソード（F32.0）
20	H23-20	39	男	1	製造業／一般	混合性不安抑うつ障害(F41.2)
21	H23-21	53	男	1	製造業／管理職	適応障害（F43.2）
22	H23-22	44	男	1	製造業／研究開発一般	身体表現性自律神経機能不全(F45.3)
23	H23-23	29	男	1	公務／一般事務	パニック障害を伴わない広場恐怖（F40.00
24	H23-24	42	男	1	情報通信業／一般	気分変調症（F34.1）
25	H23-25	20歳後半	男	1	製造業／一般	双極感情障害（F31.2）
26	H23-26	37	男	1	電気機器製造／営業一般	混合性不安抑うつ障害（F41.2）
27	H23-27	49	男	1	建築業／一般	うつ病（F32.1）
28	H23-28	48	男	1	医療機器販売／営業管理	適応障害（F43.2）慢性アルコール症
29	H23-29	54	男	1	鉄道業／一般	適応障害（F43.2）気分変調症
30	H23-30	42	男	1	製造業／一般	混合性不安抑うつ反応（F43.2）
31	H24-1	32	男	1	製造業／一般	双極性感情障害　精神病症状を伴う躁病エピソード(F31.2)　AD/HD(F90.0)
32	H24-2	44	男	1	駅務員	パニック障害(F41.0)
33	H24-3	25	男	1	営業職／一般	中等症うつ病エピソード（F32.1）
34	H24-4	22	女	0	看護師／一般	中等症うつ病エピソード（F32.1）
35	H24-5	36	男	1	事務／一般	適応障害（F43.2）
36	H24-6	28	女	0	看護師／一般	全般性不安障害（F41.1）
37	H24-7	51	男	1	事務／一般	反復性うつ病性障害(F38.1)
38	H24-8	28	男	1	研究開発／一般	適応障害(F43.2)
39	H24-9	34	男	1	製造業／一般	統合失調症（F20）
40	H24-10	32	男	1	技術／一般	気分変調症（F34.1）
41	H24-11	32	男	1	事務／一般	反復性うつ病性障害(F38.1)
42	H24-12	41	男	1	事務／一般	うつ病（F32）　適応障害(F43.2)
43	H24-13	27	男	1	製造業／一般	統合失調症（F-02）
44	H24-14	42	男	1	製造業／一般	うつ病（F32）
45	H24-15	33	女	0	製造業／一般	統合失調症（F20）
46	H25-1	37	男	1	事務／管理	不安抑うつ反応(F43.2)
47	H25-2	34	女	0	事務／一般	軽症うつ病エピソード（F32.0）
48	H25-3	41	女	0	看護師／管理	不安抑うつ反応(F43.2)
49	H26-1	44	女	0	看護／一般	遷延性抑うつ反応(F43.2)
50	H27-1	45	女	0	事務／一般	身体表現性障害(F45.3)

（赤：統合失調症圏，黄：スコア等一部修正，緑：27 年度追加事例）

２．４軸アセスメント；各項目の得点の状況

Ⅰ．現症（医学的見解）													
		5段階評価											
項目		1		2		3		4		5		全体	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	M±SD
		カイ二乗検定										t検定	
疾患の種類													
	女	0	(0.0%)	0	(0.0%)	3	(27.3%)	4	(36.4%)	4	(36.4%)	11	4.09±0.83
	男	0	(0.0%)	3	(8.3%)	11	(30.6%)	15	(41.7%)	7	(19.4%)	36	3.72±0.88
	合計	0	(0.0%)	3	(6.4%)	14	(29.8%)	19	(40.4%)	11	(23.4%)		
		p=0.565										p=0.226	
主な症状													
	女	0	(0.0%)	2	(18.2%)	2	(18.2%)	5	(45.5%)	2	(18.2%)	11	3.64±1.03
	男	0	(0.0%)	4	(11.1%)	11	(30.6%)	17	(47.2%)	4	(11.1%)	36	3.58±0.84
	合計	0	(0.0%)	6	(12.8%)	13	(27.7%)	22	(46.8%)	6	(12.8%)		
		p=0.769										p=0.863	
症状の程度													
	女	0	(0.0%)	0	(0.0%)	2	(18.2%)	5	(45.5%)	4	(36.4%)	11	4.18±0.75
	男	0	(0.0%)	3	(8.3%)	14	(38.9%)	16	(44.4%)	3	(8.3%)	36	3.53±0.77
	合計	0	(0.0%)	3	(6.4%)	16	(34.0%)	21	(44.7%)	7	(14.9%)		
		p=0.093										p=0.017	
服薬の状況													
	女	0	(0.0%)	0	(0.0%)	2	(18.2%)	5	(45.5%)	4	(36.4%)	11	4.18±0.75
	男	1	(2.8%)	0	(0.0%)	10	(27.8%)	15	(41.7%)	10	(27.8%)	36	3.92±0.91
	合計	1	(2.1%)	0	(0.0%)	12	(25.5%)	20	(42.6%)	14	(29.8%)		
		p=0.838										p=0.383	
睡眠の状況													
	女	0	(0.0%)	1	(9.1%)	3	(27.3%)	3	(27.3%)	4	(36.4%)	11	3.91±1.04
	男	0	(0.0%)	1	(2.8%)	9	(25.0%)	19	(52.8%)	7	(19.4%)	36	3.89±0.75
	合計	0	(0.0%)	2	(4.3%)	12	(25.5%)	22	(46.8%)	11	(23.4%)		
		p=0.390										p=0.943	
意欲・興味・関心の保持													
	女	0	(0.0%)	1	(9.1%)	0	(0.0%)	6	(54.5%)	4	(36.4%)	11	4.18±0.87
	男	1	(2.8%)	3	(8.3%)	7	(19.4%)	18	(50.0%)	7	(19.4%)	36	3.75±0.97
	合計	1	(2.1%)	4	(8.5%)	7	(14.9%)	24	(51.1%)	11	(23.4%)		
		p=0.476										p=0.192	
気分・不安													
	女	0	(0.0%)	2	(18.2%)	4	(36.4%)	3	(27.3%)	2	(18.2%)	11	3.45±1.04
	男	0	(0.0%)	4	(11.1%)	11	(30.6%)	18	(50.0%)	3	(8.3%)	36	3.56±0.81
	合計	0	(0.0%)	6	(12.8%)	15	(31.9%)	21	(44.7%)	5	(10.6%)		
		p=0.540										p=0.736	
注意集中力													
	女	0	(0.0%)	2	(18.2%)	1	(9.1%)	5	(45.5%)	3	(27.3%)	11	3.82±1.08
	男	0	(0.0%)	5	(13.9%)	6	(16.7%)	20	(55.6%)	5	(13.9%)	36	3.69±0.89
	合計	0	(0.0%)	7	(14.9%)	7	(14.9%)	25	(53.2%)	8	(17.0%)		
		p=0.688										p=0.702	
他，身体所見													
	女	0	(0.0%)	1	(9.1%)	4	(36.4%)	1	(9.1%)	5	(45.5%)	11	3.91±1.14
	男	1	(2.8%)	2	(5.6%)	12	(33.3%)	10	(27.8%)	11	(30.6%)	36	3.78±1.05
	合計	1	(2.1%)	3	(6.4%)	16	(34.0%)	11	(23.4%)	16	(34.0%)		
		p=0.681										p=0.722	

Ⅱ. 勤労状況のアセスメント（安全・衛生に係かかる要因）													
		5段階評価											
項目		1		2		3		4		5		全体	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	M±SD
		カイ二乗検定										t検定	
作業環境													
	女	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(9.1%)	2	(18.2%)	8	(72.7%)	11	4.64±0.67
	男	1	(2.9%)	1	(2.9%)	1	(2.9%)	7	(20.0%)	25	(71.4%)	35	4.54±0.92
	合計	1	(2.2%)	1	(2.2%)	2	(4.3%)	9	(19.6%)	33	(71.7%)		
		p=0.845										p=0.757	
勤務時間と休養の確保													
	女	0	(0.0%)	0	(0.0%)	2	(18.2%)	5	(45.5%)	4	(36.4%)	11	4.18±0.75
	男	1	(2.9%)	0	(0.0%)	8	(22.9%)	14	(40.0%)	12	(34.3%)	35	4.03±0.92
	合計	1	(2.2%)	0	(0.0%)	10	(21.7%)	19	(41.3%)	16	(34.8%)		
		p=0.926										p=0.620	
職業性ストレス													
	女	0	(0.0%)	2	(18.2%)	5	(45.5%)	3	(27.3%)	1	(9.1%)	11	3.27±0.90
	男	2	(5.7%)	1	(2.9%)	15	(42.9%)	11	(31.4%)	6	(17.1%)	35	3.51±1.01
	合計	2	(4.3%)	3	(6.5%)	20	(43.5%)	14	(30.4%)	7	(15.2%)		
		p=0.398										p=0.483	
就労意欲・業務関心													
	女	0	(0.0%)	1	(9.1%)	1	(9.1%)	4	(36.4%)	5	(45.5%)	11	4.18±0.98
	男	0	(0.0%)	6	(17.1%)	6	(17.1%)	14	(40.0%)	9	(25.7%)	35	3.74±1.04
	合計	0	(0.0%)	7	(15.2%)	7	(15.2%)	18	(39.1%)	14	(30.4%)		
		p=0.612										p=0.222	
段階的復帰等への理解と同意													
	女	0	(0.0%)	1	(9.1%)	1	(9.1%)	2	(18.2%)	7	(63.6%)	11	4.36±1.03
	男	2	(5.9%)	0	(0.0%)	4	(11.8%)	4	(11.8%)	24	(70.6%)	34	4.41±1.10
	合計	2	(4.4%)	1	(2.2%)	5	(11.1%)	6	(13.3%)	31	(68.9%)		
		p=0.392										p=0.899	
対人関係における予期不安													
	女	0	(0.0%)	1	(9.1%)	5	(45.5%)	2	(18.2%)	3	(27.3%)	11	3.64±1.03
	男	3	(8.6%)	3	(8.6%)	23	(65.7%)	4	(11.4%)	2	(5.7%)	35	2.97±0.89
	合計	3	(6.5%)	4	(8.7%)	28	(60.9%)	6	(13.0%)	5	(10.9%)		
		p=0.250										p=0.043	
両立支援の支持・理解者													
	女	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	5	(45.5%)	6	(54.5%)	11	4.55±0.52
	男	2	(5.7%)	1	(2.9%)	4	(11.4%)	14	(40.0%)	14	(40.0%)	35	4.06±1.08
	合計	2	(4.3%)	1	(2.2%)	4	(8.7%)	19	(41.3%)	20	(43.5%)		
		p=0.615										p=0.158	
安全な通勤の安否													
	女	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(9.1%)	4	(36.4%)	6	(54.5%)	11	4.45±0.69
	男	2	(5.7%)	1	(2.9%)	3	(8.6%)	9	(25.7%)	20	(57.1%)	35	4.26±1.12
	合計	2	(4.3%)	1	(2.2%)	4	(8.7%)	13	(28.3%)	26	(56.5%)		
		p=0.863										p=0.585	
疲労蓄積度													
	女	0	(0.0%)	1	(9.1%)	4	(36.4%)	3	(27.3%)	3	(27.3%)	11	3.73±1.01
	男	1	(2.9%)	5	(14.3%)	4	(11.4%)	19	(54.3%)	6	(17.1%)	35	3.69±1.02
	合計	1	(2.2%)	6	(13.0%)	8	(17.4%)	22	(47.8%)	9	(19.6%)		
		p=0.268										p=0.907	

Ⅲ. 全般的生活状況　アセスメント													
		5段階評価											
項目		1		2		3		4		5		全体	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	M±SD
		カイ二乗検定										t検定	
睡眠・覚醒リズム保持													
	女	0	(0.0%)	2	(18.2%)	1	(9.1%)	5	(45.5%)	3	(27.3%)	11	3.82±1.08
	男	0	(0.0%)	3	(8.6%)	14	(40.0%)	11	(31.4%)	7	(20.0%)	35	3.63±0.91
	合計	0	(0.0%)	5	(10.9%)	15	(32.6%)	16	(34.8%)	10	(21.7%)		
		p=0.279										p=0.567	
適切な食習慣													
	女	0	(0.0%)	2	(18.2%)	0	(0.0%)	5	(45.5%)	4	(36.4%)	11	4.00±1.10
	男	1	(2.9%)	2	(5.7%)	7	(20.0%)	11	(31.4%)	14	(40.0%)	35	4.00±1.06
	合計	1	(2.2%)	4	(8.7%)	7	(15.2%)	16	(34.8%)	18	(39.1%)		
		p=0.341										p=1.000	
適度な運動													
	女	0	(0.0%)	3	(27.3%)	5	(45.5%)	0	(0.0%)	3	(27.3%)	11	3.27±1.19
	男	3	(8.6%)	4	(11.4%)	19	(54.3%)	3	(8.6%)	6	(17.1%)	35	3.14±1.12
	合計	3	(6.5%)	7	(15.2%)	24	(52.2%)	3	(6.5%)	9	(19.6%)		
		p=0.429										p=0.742	
業務と類似した行為													
	女	0	(0.0%)	1	(9.1%)	4	(36.4%)	4	(36.4%)	2	(18.2%)	11	3.64±0.92
	男	3	(8.6%)	3	(8.6%)	9	(25.7%)	19	(54.3%)	1	(2.9%)	35	3.34±1.00
	合計	3	(6.5%)	4	(8.7%)	13	(28.3%)	23	(50.0%)	3	(6.5%)		
		p=0.305										p=0.392	
経済状況													
	女	0	(0.0%)	0	(0.0%)	2	(18.2%)	6	(54.5%)	3	(27.3%)	11	4.09±0.70
	男	0	(0.0%)	1	(2.9%)	5	(14.3%)	17	(48.6%)	12	(34.3%)	35	4.14±0.77
	合計	0	(0.0%)	1	(2.2%)	7	(15.2%)	23	(50.0%)	15	(32.6%)		
		p=0.900										p=0.843	
住居環境の清潔保持													
	女	0	(0.0%)	0	(0.0%)	2	(18.2%)	3	(27.3%)	6	(54.5%)	11	4.36±0.81
	男	0	(0.0%)	3	(8.6%)	4	(11.4%)	17	(48.6%)	11	(31.4%)	35	4.03±0.89
	合計	0	(0.0%)	3	(6.5%)	6	(13.0%)	20	(43.5%)	17	(37.0%)		
		p=0.345										p=0.273	
家事・育児・介護等													
	女	0	(0.0%)	0	(0.0%)	3	(27.3%)	1	(9.1%)	7	(63.6%)	11	4.36±0.92
	男	1	(2.9%)	2	(5.7%)	1	(2.9%)	2	(5.7%)	29	(82.9%)	35	4.60±1.01
	合計	1	(2.2%)	2	(4.3%)	4	(8.7%)	3	(6.5%)	36	(78.3%)		
		p=0.125										p=0.492	
家族・友人の存在													
	女	0	(0.0%)	1	(9.1%)	0	(0.0%)	3	(27.3%)	7	(63.6%)	11	4.45±0.93
	男	3	(8.6%)	1	(2.9%)	8	(22.9%)	11	(31.4%)	12	(34.3%)	35	3.80±1.21
	合計	3	(6.5%)	2	(4.3%)	8	(17.4%)	14	(30.4%)	19	(41.3%)		
		p=0.199										p=0.107	
QOL													
	女	0	(0.0%)	2	(18.2%)	1	(9.1%)	4	(36.4%)	4	(36.4%)	11	3.91±1.14
	男	1	(2.9%)	4	(11.4%)	10	(28.6%)	17	(48.6%)	3	(8.6%)	35	3.49±0.92
	合計	1	(2.2%)	6	(13.0%)	11	(23.9%)	21	(45.7%)	7	(15.2%)		
		p=0.168										p=0.215	

Ⅳ. 事業場側の懸念事項チェックリスト													
		5段階評価											
項目		1		2		3		4		5		全体	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	M±SD
		カイ二乗検定										t検定	
診断書病名と現症の相関理解													
	女	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(11.1%)	2	(22.2%)	6	(66.7%)	9	4.56±0.73
	男	1	(2.9%)	1	(2.9%)	6	(17.6%)	16	(47.1%)	10	(29.4%)	34	3.97±0.94
	合計	1	(2.3%)	1	(2.3%)	7	(16.3%)	18	(41.9%)	16	(37.2%)		
		p=0.352										p=0.090	
就労意欲確認													
	女	0	(0.0%)	0	(0.0%)	2	(22.2%)	2	(22.2%)	5	(55.6%)	9	4.33±0.87
	男	1	(2.9%)	3	(8.8%)	3	(8.8%)	17	(50.0%)	10	(29.4%)	34	3.94±1.01
	合計	1	(2.3%)	3	(7.0%)	5	(11.6%)	19	(44.2%)	15	(34.9%)		
		p=0.309										p=0.295	
寛解と業務遂行能力の相関理解													
	女	0	(0.0%)	1	(11.1%)	1	(11.1%)	5	(55.6%)	2	(22.2%)	9	3.89±0.93
	男	1	(2.9%)	4	(11.8%)	2	(5.9%)	24	(70.6%)	3	(8.8%)	34	3.71±0.91
	合計	1	(2.3%)	5	(11.6%)	3	(7.0%)	29	(67.4%)	5	(11.6%)		
		p=0.757										p=0.595	
寛解確認・予後診断理解													
	女	0	(0.0%)	0	(0.0%)	3	(33.3%)	4	(44.4%)	2	(22.2%)	9	3.89±0.78
	男	1	(3.0%)	2	(6.1%)	12	(36.4%)	16	(48.5%)	2	(6.1%)	33	3.48±0.83
	合計	1	(2.4%)	2	(4.8%)	15	(35.7%)	20	(47.6%)	4	(9.5%)		
		p=0.592										p=0.199	
対象労働者へのコミュニケーション													
	女	0	(0.0%)	1	(11.1%)	1	(11.1%)	3	(33.3%)	4	(44.4%)	9	4.11±1.05
	男	2	(5.9%)	3	(8.8%)	11	(32.4%)	11	(32.4%)	7	(20.6%)	34	3.53±1.11
	合計	2	(4.7%)	4	(9.3%)	12	(27.9%)	14	(32.6%)	11	(25.6%)		
		p=0.508										p=0.165	
通常業務による疾患への影響													
	女	0	(0.0%)	0	(0.0%)	3	(33.3%)	3	(33.3%)	3	(33.3%)	9	4.00±0.87
	男	2	(5.9%)	8	(23.5%)	14	(41.2%)	8	(23.5%)	2	(5.9%)	34	3.00±0.98
	合計	2	(4.7%)	8	(18.6%)	17	(39.5%)	11	(25.6%)	5	(11.6%)		
		p=0.106										p=0.008	
部署・組織全体のパフォマンス低下													
	女	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(11.1%)	4	(44.4%)	4	(44.4%)	9	4.33±0.71
	男	3	(8.8%)	4	(11.8%)	12	(35.3%)	10	(29.4%)	5	(14.7%)	34	3.29±1.14
	合計	3	(7.0%)	4	(9.3%)	13	(30.2%)	14	(32.6%)	9	(20.9%)		
		p=0.151										p=0.013	
対象労働者の将来性													
	女	0	(0.0%)	1	(11.1%)	0	(0.0%)	6	(66.7%)	2	(22.2%)	9	4.00±0.87
	男	4	(11.8%)	7	(20.6%)	9	(26.5%)	10	(29.4%)	4	(11.8%)	34	3.09±1.22
	合計	4	(9.3%)	8	(18.6%)	9	(20.9%)	16	(37.2%)	6	(14.0%)		
		p=0.136										p=0.020	
労災の可能性													
	女	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(11.1%)	1	(11.1%)	7	(77.8%)	9	4.67±0.71
	男	2	(5.9%)	0	(0.0%)	7	(20.6%)	18	(52.9%)	7	(20.6%)	34	3.82±0.97
	合計	2	(4.7%)	0	(0.0%)	8	(18.6%)	19	(44.2%)	14	(32.6%)		
		p=0.013										p=0.019	
自殺・危険行為可能性													
	女	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(11.1%)	3	(33.3%)	5	(55.6%)	9	4.44±0.73
	男	1	(2.9%)	1	(2.9%)	4	(11.8%)	9	(26.5%)	19	(55.9%)	34	4.29±1.00
	合計	1	(2.3%)	1	(2.3%)	5	(11.6%)	12	(27.9%)	24	(55.8%)		
		p=0.957										p=0.676	

3．寛解に至るまでの期間と超過群における各アセスメント項目の比較

（1）寛解１か月以内と超過例の群間比較では，以下のような有意性を認めた．

表．寛解（1か月以内 vs 1か月超）と4軸アセスメント

軸	アセスメント項目	寛解1か月以内		寛解1か月超		t検定	
		人数	平均値±標準偏差	人数	平均値±標準偏差	p値	有意性
Ⅰ. 現症							
	疾患の種類	15	4.40±0.74	31	3.55±0.81	p=0.001	**
	主な症状	15	4.13±0.74	31	3.35±0.84	p=0.004	**
	症状の程度	15	4.00±0.76	31	3.55±0.81	p=0.077	
	服薬の状況	15	4.00±0.65	31	3.97±0.98	p=0.909	
	睡眠の状況	15	3.87±0.74	31	3.87±0.85	p=0.987	
	意欲・興味・関心の保持	15	3.87±0.64	31	3.90±1.04	p=0.902	
	気分・不安	15	3.80±0.68	31	3.45±0.89	p=0.187	
	注意集中力	15	4.07±0.59	31	3.61±0.99	p=0.060	
	他，身体所見	15	4.00±0.85	31	3.71±1.16	p=0.342	
Ⅱ. 勤労状況							
	作業環境	15	4.87±0.35	30	4.47±0.97	p=0.052	
	勤務時間と休養の確保	15	4.00±0.76	30	4.13±0.94	p=0.635	
	職業性ストレス	15	3.60±0.74	30	3.40±1.10	p=0.529	
	就労意欲・業務関心	15	4.27±0.70	30	3.70±1.09	p=0.042	*
	段階的復帰等への理解と同意	15	4.87±0.52	30	4.17±1.21	p=0.009	**
	対人関係における予期不安	15	3.40±0.74	30	2.93±0.98	p=0.111	
	両立支援の支持・理解者	15	4.47±0.64	30	4.00±1.11	p=0.141	
	安全な通勤の安否	15	4.53±0.74	30	4.30±0.99	p=0.425	
	疲労蓄積度	15	4.20±0.77	30	3.50±1.01	p=0.023	*
Ⅲ. 全般的生活状況							
	睡眠・覚醒リズム保持	15	3.93±0.80	30	3.60±0.97	p=0.257	
	適切な食習慣	15	4.27±0.70	30	3.93±1.14	p=0.308	
	適度な運動	15	3.60±1.06	30	2.97±1.13	p=0.077	
	業務と類似した行為	15	3.93±0.80	30	3.23±0.90	p=0.014	*
	経済状況	15	4.40±0.51	30	4.03±0.81	p=0.117	
	住居環境の清潔保持	15	4.40±0.51	30	3.97±1.00	p=0.123	
	家事・育児・介護等	15	5.00±0.00	30	4.37±1.13	p=0.005	**
	家族・友人の存在	15	4.33±0.72	30	3.77±1.33	p=0.071	
	QOL	15	3.93±0.70	30	3.47±1.04	p=0.084	
Ⅳ. 事業場側の懸念							
	診断書病名と現症の相関理解	14	4.64±0.50	28	3.82±0.98	p=0.006	**
	就労意欲確認	14	4.50±0.52	28	3.79±1.10	p=0.007	**
	寛解と業務遂行能力の相関理解	14	4.36±0.50	28	3.43±0.92	p<0.001	***
	寛解確認・予後診断理解	14	3.86±0.66	27	3.41±0.89	p=0.104	
	対象労働者へのコミュニケーション	14	3.93±0.83	28	3.50±1.23	p=0.248	
	通常業務による疾患への影響	14	3.71±0.91	28	2.93±1.02	p=0.019	*
	部署・組織全体のパフォマンス低下	14	4.00±1.04	28	3.32±1.12	p=0.066	
	対象労働者の将来性	14	4.21±0.80	28	2.79±1.10	p<0.001	***
	労災の可能性	14	4.21±0.70	28	3.89±1.10	p=0.326	
	自殺・危険行為可能性	14	4.79±0.43	28	4.07±1.05	p=0.003	**
合計							
	Ⅰ. 現症	15	36.13±4.21	31	32.97±6.31	p=0.086	
	Ⅱ. 勤労状況	15	38.20±3.12	30	34.60±7.37	p=0.027	*
	Ⅲ. 全般的生活状況	15	37.80±3.08	30	33.33±6.94	p=0.005	**
	Ⅳ. 事業場側の懸念	14	42.21±4.54	27	35.04±8.43	p=0.001	**
	4軸アセスメント合計	14	155.21±13.59	27	137.04±27.08	p=0.007	**

***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05.

（2）寛解２か月以内と超過例の群間比較では，以下のような有意性を認めた．

表．寛解（2か月以内 vs 2か月超）と4軸アセスメント

軸	アセスメント項目	寛解2か月以内		寛解2か月超		t検定	
		人数	平均値±標準偏差	人数	平均値±標準偏差	p値	有意性
Ⅰ．現症							
	疾患の種類	25	4.12±0.78	21	3.48±0.87	p=0.011	*
	主な症状	25	3.96±0.68	21	3.19±0.93	p=0.003	**
	症状の程度	25	3.96±0.68	21	3.38±0.86	p=0.014	*
	服薬の状況	25	4.08±0.76	21	3.86±1.01	p=0.399	
	睡眠の状況	25	3.96±0.73	21	3.76±0.89	p=0.412	
	意欲・興味・関心の保持	25	4.12±0.67	21	3.62±1.12	p=0.081	
	気分・不安	25	3.84±0.55	21	3.24±1.00	p=0.019	*
	注意集中力	25	4.04±0.54	21	3.43±1.12	p=0.030	*
	他，身体所見	25	4.12±0.83	21	3.43±1.21	p=0.027	*
Ⅱ．勤労状況							
	作業環境	25	4.84±0.37	20	4.30±1.13	p=0.052	
	勤務時間と休養の確保	25	4.28±0.74	20	3.85±0.99	p=0.102	
	職業性ストレス	25	3.76±0.78	20	3.10±1.12	p=0.025	*
	就労意欲・業務関心	25	4.36±0.64	20	3.30±1.08	p<0.001	***
	段階的復帰等への理解と同意	25	4.76±0.60	20	3.95±1.36	p=0.020	*
	対人関係における予期不安	25	3.36±0.70	20	2.75±1.07	p=0.026	*
	両立支援の支持・理解者	25	4.56±0.58	20	3.65±1.18	p=0.004	**
	安全な通勤の安否	25	4.64±0.64	20	4.05±1.10	p=0.029	*
	疲労蓄積度	25	4.12±0.73	20	3.25±1.07	p=0.004	**
Ⅲ．全般的生活状況							
	睡眠・覚醒リズム保持	25	3.88±0.78	20	3.50±1.05	p=0.171	
	適切な食習慣	25	4.28±0.79	20	3.75±1.21	p=0.084	
	適度な運動	25	3.56±1.08	20	2.70±1.03	p=0.010	**
	業務と類似した行為	25	3.80±0.71	20	3.05±1.00	p=0.005	**
	経済状況	25	4.36±0.57	20	3.90±0.85	p=0.036	*
	住居環境の清潔保持	25	4.44±0.58	20	3.70±1.03	p=0.008	**
	家事・育児・介護等	25	4.96±0.20	20	4.10±1.29	p=0.008	**
	家族・友人の存在	25	4.40±0.71	20	3.40±1.43	p=0.008	**
	QOL	25	3.96±0.68	20	3.20±1.11	p=0.011	*
Ⅳ．事業場側の懸念							
	診断書病名と現症の相関理解	24	4.50±0.59	18	3.56±1.04	p=0.002	**
	就労意欲確認	24	4.50±0.51	18	3.39±1.14	p<0.001	***
	寛解と業務遂行能力の相関理解	24	4.21±0.41	18	3.11±1.02	p<0.001	***
	寛解確認・予後診断理解	24	3.83±0.64	17	3.18±0.95	p=0.012	*
	対象労働者へのコミュニケーション	24	4.13±0.80	18	3.00±1.19	p<0.001	***
	通常業務による疾患への影響	24	3.63±0.82	18	2.61±1.04	p=0.001	**
	部署・組織全体のパフォマンス低下	24	3.96±0.91	18	3.00±1.19	p=0.005	**
	対象労働者の将来性	24	3.71±1.04	18	2.67±1.19	p=0.004	**
	労災の可能性	24	4.33±0.64	18	3.56±1.20	p=0.020	*
	自殺・危険行為可能性	24	4.63±0.65	18	3.89±1.13	p=0.011	*
合計							
	Ⅰ．現症	25	36.20±3.56	21	31.38±6.98	p=0.008	**
	Ⅱ．勤労状況	25	38.68±2.64	20	32.20±7.96	p=0.002	**
	Ⅲ．全般的生活状況	25	37.64±3.67	20	31.30±7.10	p=0.001	**
	Ⅳ．事業場側の懸念	24	41.42±3.97	17	31.94±9.14	p<0.001	***
	4軸アセスメント合計	24	154.46±11.74	17	127.41±29.65	p=0.002	**

***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05.

（３）寛解 3 か月以内と超過例の群間比較では，以下のような有意性を認めた．

表．寛解（3か月以内 vs 3か月超）と4軸アセスメント（再掲）							
軸	アセスメント項目	寛解3か月以内		寛解3か月超		t検定	
		人数	平均値±標準偏差	人数	平均値±標準偏差	p値	有意性
Ⅰ. 現症							
	疾患の種類	28	4.14±0.76	18	3.33±0.84	p=0.001	**
	主な症状	28	3.93±0.66	18	3.11±0.96	p=0.004	**
	症状の程度	28	3.93±0.66	18	3.33±0.91	p=0.014	*
	服薬の状況	28	4.07±0.77	18	3.83±1.04	p=0.377	
	睡眠の状況	28	4.00±0.72	18	3.67±0.91	p=0.174	
	意欲・興味・関心の保持	28	4.14±0.65	18	3.50±1.15	p=0.041	*
	気分・不安	28	3.86±0.59	18	3.11±0.96	p=0.002	**
	注意集中力	28	4.07±0.54	18	3.28±1.13	p=0.011	*
	他，身体所見	28	4.11±0.83	18	3.33±1.24	p=0.015	*
Ⅱ. 勤労状況							
	作業環境	28	4.86±0.36	17	4.18±1.19	p=0.033	*
	勤務時間と休養の確保	28	4.32±0.72	17	3.71±0.99	p=0.020	*
	職業性ストレス	28	3.75±0.75	17	3.00±1.17	p=0.012	*
	就労意欲・業務関心	28	4.36±0.62	17	3.12±1.05	p<0.001	***
	段階的復帰等への理解と同意	28	4.75±0.59	17	3.82±1.42	p=0.019	*
	対人関係における予期不安	28	3.39±0.74	17	2.59±1.00	p=0.003	**
	両立支援の支持・理解者	28	4.54±0.58	17	3.53±1.23	p=0.005	**
	安全な通勤の安否	28	4.68±0.61	17	3.88±1.11	p=0.003	**
	疲労蓄積度	28	4.11±0.69	17	3.12±1.11	p=0.003	**
Ⅲ. 全般的生活状況							
	睡眠・覚醒リズム保持	28	3.93±0.77	17	3.35±1.06	p=0.040	*
	適切な食習慣	28	4.29±0.76	17	3.65±1.27	p=0.073	
	適度な運動	28	3.50±1.04	17	2.65±1.11	p=0.013	*
	業務と類似した行為	28	3.79±0.69	17	2.94±1.03	p=0.002	**
	経済状況	28	4.36±0.56	17	3.82±0.88	p=0.017	*
	住居環境の清潔保持	28	4.46±0.58	17	3.53±1.01	p=0.002	**
	家事・育児・介護等	28	4.89±0.42	17	4.06±1.34	p=0.023	*
	家族・友人の存在	28	4.46±0.69	17	3.12±1.36	p=0.001	**
	QOL	28	4.00±0.67	17	3.00±1.06	p=0.002	**
Ⅳ. 事業場側の懸念							
	診断書病名と現症の相関理解	27	4.48±0.58	15	3.40±1.06	p=0.002	**
	就労意欲確認	27	4.48±0.51	15	3.20±1.15	p<0.001	***
	寛解と業務遂行能力の相関理解	27	4.19±0.40	15	2.93±1.03	p<0.001	***
	寛解確認・予後診断理解	27	3.85±0.66	14	3.00±0.88	p=0.001	**
	対象労働者へのコミュニケーション	27	4.19±0.79	15	2.67±0.98	p<0.001	***
	通常業務による疾患への影響	27	3.63±0.88	15	2.40±0.83	p<0.001	***
	部署・組織全体のパフォマンス低下	27	3.89±0.93	15	2.93±1.22	p=0.007	**
	対象労働者の将来性	27	3.70±0.99	15	2.47±1.19	p<0.001	***
	労災の可能性	27	4.37±0.63	15	3.33±1.18	p=0.005	**
	自殺・危険行為可能性	27	4.63±0.63	15	3.73±1.16	p=0.012	*
合計							
	Ⅰ. 現症	28	36.25±3.53	18	30.50±7.05	p=0.004	**
	Ⅱ. 勤労状況	28	38.75±2.58	17	30.94±7.96	p<0.001	***
	Ⅲ. 全般的生活状況	28	37.68±3.48	17	30.12±7.06	p<0.001	***
	Ⅳ. 事業場側の懸念	27	41.41±4.13	14	29.93±8.48	p<0.001	***
	4軸アセスメント合計	27	154.56±11.59	14	121.43±28.96	p<0.001	***
***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05.							

（4）寛解 4 か月以内と超過例の群間比較では，以下のような有意性を認めた．

表．寛解（4か月以内 vs 4か月超）と4軸アセスメント

軸	アセスメント項目	寛解4か月以内		寛解4か月超		t検定	
		人数	平均値±標準偏差	人数	平均値±標準偏差	p値	有意性
Ⅰ. 現症							
	疾患の種類	30	4.13±0.73	16	3.25±0.86	p<0.001	***
	主な症状	30	3.93±0.64	16	3.00±0.97	p=0.002	**
	症状の程度	30	3.93±0.64	16	3.25±0.93	p=0.005	**
	服薬の状況	30	4.13±0.78	16	3.69±1.01	p=0.103	
	睡眠の状況	30	4.07±0.74	16	3.50±0.82	p=0.021	*
	意欲・興味・関心の保持	30	4.20±0.66	16	3.31±1.08	p=0.007	**
	気分・不安	30	3.90±0.61	16	2.94±0.85	p<0.001	***
	注意集中力	30	4.13±0.57	16	3.06±1.00	p<0.001	***
	他，身体所見	30	4.17±0.83	16	3.13±1.15	p<0.001	***
Ⅱ. 勤労状況							
	作業環境	29	4.86±0.35	16	4.13±1.20	p=0.029	*
	勤務時間と休養の確保	29	4.34±0.72	16	3.63±0.96	p=0.007	**
	職業性ストレス	29	3.79±0.77	16	2.88±1.09	p=0.002	**
	就労意欲・業務関心	29	4.38±0.62	16	3.00±0.97	p<0.001	***
	段階的復帰等への理解と同意	29	4.76±0.58	16	3.75±1.44	p=0.015	*
	対人関係における予期不安	29	3.38±0.73	16	2.56±1.03	p=0.010	**
	両立支援の支持・理解者	29	4.48±0.63	16	3.56±1.26	p=0.013	*
	安全な通勤の安否	29	4.69±0.60	16	3.81±1.11	p=0.001	**
	疲労蓄積度	29	4.10±0.67	16	3.06±1.12	p=0.003	**
Ⅲ. 全般的生活状況							
	睡眠・覚醒リズム保持	29	3.97±0.78	16	3.25±1.00	p=0.011	*
	適切な食習慣	29	4.31±0.76	16	3.56±1.26	p=0.042	*
	適度な運動	29	3.48±1.02	16	2.63±1.15	p=0.013	*
	業務と類似した行為	29	3.79±0.68	16	2.88±1.02	p<0.001	***
	経済状況	29	4.38±0.56	16	3.75±0.86	p=0.005	**
	住居環境の清潔保持	29	4.45±0.57	16	3.50±1.03	p=0.003	**
	家事・育児・介護等	29	4.90±0.41	16	4.00±1.37	p=0.021	*
	家族・友人の存在	29	4.45±0.69	16	3.06±1.39	p=0.001	**
	QOL	29	4.00±0.65	16	2.94±1.06	p=0.002	**
Ⅳ. 事業場側の懸念							
	診断書病名と現症の相関理解	28	4.50±0.58	14	3.29±0.99	p<0.001	***
	就労意欲確認	28	4.50±0.51	14	3.07±1.07	p<0.001	***
	寛解と業務遂行能力の相関理解	28	4.18±0.39	14	2.86±1.03	p<0.001	***
	寛解確認・予後診断理解	28	3.86±0.65	13	2.92±0.86	p<0.001	***
	対象労働者へのコミュニケーション	28	4.11±0.88	14	2.71±0.99	p<0.001	***
	通常業務による疾患への影響	28	3.64±0.87	14	2.29±0.73	p<0.001	***
	部署・組織全体のパフォマンス低下	28	3.93±0.94	14	2.79±1.12	p=0.001	**
	対象労働者の将来性	28	3.71±0.98	14	2.36±1.15	p<0.001	***
	労災の可能性	28	4.39±0.63	14	3.21±1.12	p<0.001	***
	自殺・危険行為可能性	28	4.64±0.62	14	3.64±1.15	p=0.007	**
合計							
	Ⅰ. 現症	30	36.60±3.66	16	29.13±6.17	p<0.001	***
	Ⅱ. 勤労状況	29	38.79±2.54	16	30.38±7.86	p<0.001	***
	Ⅲ. 全般的生活状況	29	37.72±3.42	16	29.56±6.90	p<0.001	***
	Ⅳ. 事業場側の懸念	28	41.46±4.06	13	28.92±7.91	p<0.001	***
	4軸アセスメント合計	28	154.89±11.51	13	118.15±27.31	p<0.001	***

***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05.

（5）寛解 5 か月以内と超過例の群間比較では，以下のような有意性を認めた．

表．寛解（5か月以内 vs 5か月超）と4軸アセスメント

軸	アセスメント項目	寛解5か月以内		寛解5か月超		t検定	
		人数	平均値±標準偏差	人数	平均値±標準偏差	p値	有意性
Ⅰ. 現症							
	疾患の種類	34	4.09±0.71	12	3.08±0.90	p<0.001	***
	主な症状	34	3.82±0.72	12	3.00±1.04	p=0.004	**
	症状の程度	34	3.85±0.66	12	3.25±1.06	p=0.084	
	服薬の状況	34	4.09±0.79	12	3.67±1.07	p=0.157	
	睡眠の状況	34	3.97±0.80	12	3.58±0.79	p=0.155	
	意欲・興味・関心の保持	34	4.09±0.83	12	3.33±0.98	p=0.013	*
	気分・不安	34	3.85±0.61	12	2.75±0.87	p<0.001	***
	注意集中力	34	4.03±0.67	12	3.00±1.04	p=0.006	**
	他，身体所見	34	4.00±0.92	12	3.25±1.29	p=0.035	*
Ⅱ. 勤労状況							
	作業環境	33	4.82±0.39	12	4.00±1.35	p=0.061	
	勤務時間と休養の確保	33	4.33±0.69	12	3.42±1.00	p=0.001	**
	職業性ストレス	33	3.76±0.75	12	2.67±1.15	p<0.001	***
	就労意欲・業務関心	33	4.27±0.76	12	2.83±0.83	p<0.001	***
	段階的復帰等への理解と同意	33	4.76±0.56	12	3.42±1.51	p=0.011	*
	対人関係における予期不安	33	3.36±0.70	12	2.33±1.07	p=0.008	**
	両立支援の支持・理解者	33	4.45±0.62	12	3.33±1.37	p=0.017	*
	安全な通勤の安否	33	4.64±0.65	12	3.67±1.15	p<0.001	***
	疲労蓄積度	33	4.03±0.77	12	2.92±1.08	p=0.005	**
Ⅲ. 全般的生活状況							
	睡眠・覚醒リズム保持	33	3.85±0.83	12	3.33±1.07	p=0.097	
	適切な食習慣	33	4.24±0.94	12	3.50±1.09	p=0.029	*
	適度な運動	33	3.48±1.09	12	2.33±0.78	p=0.002	**
	業務と類似した行為	33	3.70±0.81	12	2.83±0.94	p=0.004	**
	経済状況	33	4.36±0.55	12	3.58±0.90	p=0.014	*
	住居環境の清潔保持	33	4.39±0.70	12	3.33±0.89	p<0.001	***
	家事・育児・介護等	33	4.91±0.38	12	3.67±1.44	p=0.012	*
	家族・友人の存在	33	4.36±0.90	12	2.83±1.19	p<0.001	***
	QOL	33	3.94±0.66	12	2.75±1.14	p=0.004	**
Ⅳ. 事業場側の懸念							
	診断書病名と現症の相関理解	32	4.44±0.62	10	3.00±0.94	p<0.001	***
	就労意欲確認	32	4.41±0.67	10	2.80±0.92	p<0.001	***
	寛解と業務遂行能力の相関理解	32	4.09±0.53	10	2.60±0.97	p<0.001	***
	寛解確認・予後診断理解	32	3.78±0.66	9	2.78±0.97	p<0.001	***
	対象労働者へのコミュニケーション	32	4.03±0.86	10	2.40±0.97	p<0.001	***
	通常業務による疾患への影響	32	3.50±0.92	10	2.20±0.79	p<0.001	***
	部署・組織全体のパフォマンス低下	32	3.84±0.95	10	2.60±1.17	p=0.002	**
	対象労働者の将来性	32	3.66±0.97	10	2.00±1.05	p<0.001	***
	労災の可能性	32	4.31±0.69	10	3.00±1.15	p<0.001	***
	自殺・危険行為可能性	32	4.59±0.67	10	3.40±1.17	p=0.011	*
合計							
	Ⅰ. 現症	34	35.79±4.46	12	28.92±6.53	p<0.001	***
	Ⅱ. 勤労状況	33	38.42±2.89	12	28.58±8.08	p=0.001	**
	Ⅲ. 全般的生活状況	33	37.24±4.49	12	28.17±5.70	p<0.001	***
	Ⅳ. 事業場側の懸念	32	40.66±4.76	9	26.22±7.31	p<0.001	***
	4軸アセスメント合計	32	152.31±14.95	9	111.00±26.43	p<0.001	***

***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05.

（6）寛解 6 か月以内と超過例の群間比較では，以下のような有意性を認めた．

表．寛解（6か月以内 vs 6か月超）と4軸アセスメント

軸	アセスメント項目	寛解6か月以内		寛解6か月超		t検定	
		人数	平均値±標準偏差	人数	平均値±標準偏差	p値	有意性
Ⅰ. 現症							
	疾患の種類	37	3.97±0.80	9	3.22±0.97	p=0.019	*
	主な症状	37	3.76±0.76	9	3.00±1.12	p=0.019	*
	症状の程度	37	3.76±0.72	9	3.44±1.13	p=0.448	
	服薬の状況	37	4.08±0.80	9	3.56±1.13	p=0.110	
	睡眠の状況	37	3.92±0.80	9	3.67±0.87	p=0.406	
	意欲・興味・関心の保持	37	3.97±0.90	9	3.56±1.01	p=0.228	
	気分・不安	37	3.76±0.68	9	2.78±0.97	p<0.001	***
	注意集中力	37	3.89±0.81	9	3.22±1.09	p=0.044	*
	他，身体所見	37	4.05±0.91	9	2.78±1.09	p<0.001	***
Ⅱ. 勤労状況							
	作業環境	36	4.83±0.38	9	3.67±1.41	p=0.039	*
	勤務時間と休養の確保	36	4.25±0.73	9	3.44±1.13	p=0.012	*
	職業性ストレス	36	3.67±0.79	9	2.67±1.32	p=0.056	
	就労意欲・業務関心	36	4.11±0.92	9	3.00±0.87	p=0.002	**
	段階的復帰等への理解と同意	36	4.58±0.87	9	3.67±1.50	p=0.111	
	対人関係における予期不安	36	3.22±0.83	9	2.56±1.13	p=0.052	
	両立支援の支持・理解者	36	4.33±0.83	9	3.44±1.33	p=0.086	
	安全な通勤の安否	36	4.58±0.65	9	3.56±1.33	p=0.051	
	疲労蓄積度	36	3.97±0.81	9	2.78±1.09	p<0.001	***
Ⅲ. 全般的生活状況							
	睡眠・覚醒リズム保持	36	3.78±0.87	9	3.44±1.13	p=0.337	
	適切な食習慣	36	4.22±0.99	9	3.33±0.87	p=0.018	*
	適度な運動	36	3.36±1.15	9	2.44±0.73	p=0.028	*
	業務と類似した行為	36	3.61±0.87	9	2.89±0.93	p=0.033	*
	経済状況	36	4.33±0.59	9	3.44±0.88	p<0.001	***
	住居環境の清潔保持	36	4.33±0.72	9	3.22±0.97	p<0.001	***
	家事・育児・介護等	36	4.72±0.78	9	4.00±1.41	p=0.173	
	家族・友人の存在	36	4.22±0.99	9	2.89±1.36	p=0.002	**
	QOL	36	3.81±0.79	9	2.89±1.27	p=0.067	
Ⅳ. 事業場側の懸念							
	診断書病名と現症の相関理解	35	4.31±0.76	7	3.00±1.00	p<0.001	***
	就労意欲確認	35	4.23±0.88	7	3.00±1.00	p=0.002	**
	寛解と業務遂行能力の相関理解	35	3.91±0.78	7	2.86±1.07	p=0.004	**
	寛解確認・予後診断理解	34	3.68±0.77	7	3.00±1.00	p=0.051	
	対象労働者へのコミュニケーション	35	3.86±1.03	7	2.57±0.98	p=0.004	**
	通常業務による疾患への影響	35	3.37±1.00	7	2.29±0.76	p=0.010	**
	部署・組織全体のパフォマンス低下	35	3.80±0.93	7	2.29±1.25	p<0.001	***
	対象労働者の将来性	35	3.54±1.01	7	1.86±1.21	p<0.001	***
	労災の可能性	35	4.26±0.70	7	2.71±1.25	p=0.017	*
	自殺・危険行為可能性	35	4.54±0.70	7	3.14±1.21	p=0.022	*
合計							
	Ⅰ. 現症	37	35.16±4.82	9	29.22±7.51	p=0.005	**
	Ⅱ. 勤労状況	36	37.56±4.12	9	28.78±9.30	p=0.022	*
	Ⅲ. 全般的生活状況	36	36.39±5.38	9	28.56±5.85	p<0.001	***
	Ⅳ. 事業場側の懸念	34	39.71±6.07	7	26.71±8.12	p<0.001	***
	4軸アセスメント合計	34	149.94±17.54	7	110.71±30.07	p<0.001	***

***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05.

ここで，寛解に至るまでの期間と超過群における各アセスメント項目の比較における p 値について各設定期間で比較した．寛解に至るまでの期間が「2 か月以内 VS 超過群」の比較から，ほぼⅣ→Ⅱ→Ⅲ→Ⅰの順に有意性がみられ始め，「4 か月以内 VS 超過群」で比較した場合には，すべての項目で有意性がみられた．

寛解（1か月以内 vs 1か月超）と4軸アセスメント

	M	SD
Ⅰ. 現症	0.385	0.424
Ⅱ. 勤労状況	0.219	0.243
Ⅲ. 全般的生活状況	0.117	0.102
Ⅳ. 事業場側の懸念	0.078	0.117

寛解（2か月以内 vs 2か月超）と4軸アセスメント

	M	SD
Ⅰ. 現症	0.111	0.169
Ⅱ. 勤労状況	0.029	0.032
Ⅲ. 全般的生活状況	0.038	0.056
Ⅳ. 事業場側の懸念	0.006	0.006

寛解（3か月以内 vs 3か月超）と4軸アセスメント

	M	SD
Ⅰ. 現症	0.071	0.127
Ⅱ. 勤労状況	0.011	0.011
Ⅲ. 全般的生活状況	0.019	0.024
Ⅳ. 事業場側の懸念	0.003	0.004

寛解（4か月以内 vs 4か月超）と4軸アセスメント

	M	SD
Ⅰ. 現症	0.016	0.033
Ⅱ. 勤労状況	0.009	0.009
Ⅲ. 全般的生活状況	0.011	0.014
Ⅳ. 事業場側の懸念	0.001	0.002

寛解（5か月以内 vs 5か月超）と4軸アセスメント

	M	SD
Ⅰ. 現症	0.051	0.065
Ⅱ. 勤労状況	0.012	0.019
Ⅲ. 全般的生活状況	0.018	0.031
Ⅳ. 事業場側の懸念	0.001	0.003

寛解（6か月以内 vs 6か月超）と4軸アセスメント

	M	SD
Ⅰ. 現症	0.142	0.177
Ⅱ. 勤労状況	0.046	0.037
Ⅲ. 全般的生活状況	0.073	0.113
Ⅳ. 事業場側の懸念	0.011	0.016

４．病状「寛解・治癒」,「動揺性・緩和」の二群間におけるアセスメント結果の比較
（アセスメント得点２と３の場合を動揺性・緩和、４と５の場合を寛解・治癒で算出）

（１）疾患の種類

表．Ⅰ-1. 疾患の種類（動揺性・緩和 vs 寛解・治癒）とアセスメント

軸	アセスメント項目	動揺性・緩和		寛解・治癒		t検定	
		人数	平均値±標準偏差	人数	平均値±標準偏差	p値	有意性
Ⅱ. 勤労状況							
	作業環境	17	4.29±1.26	29	4.72±0.45	p=0.192	
	勤務時間と休養の確保	17	3.71±0.99	29	4.28±0.75	p=0.032	*
	職業性ストレス	17	3.12±1.22	29	3.66±0.77	p=0.073	
	就労意欲・業務関心	17	2.94±0.97	29	4.38±0.62	p<0.001	***
	段階的復帰等への理解と同意	16	3.63±1.41	29	4.83±0.47	p=0.004	**
	対人関係における予期不安	17	2.71±1.21	29	3.38±0.68	p=0.047	*
	両立支援の支持・理解者	17	3.71±1.26	29	4.45±0.69	p=0.013	*
	安全な通勤の安否	17	3.71±1.36	29	4.66±0.55	p=0.013	*
	疲労蓄積度	17	2.88±0.99	29	4.17±0.66	p<0.001	***
Ⅲ. 全般的生活状況							
	睡眠・覚醒リズム保持	17	3.06±0.83	29	4.03±0.82	p<0.001	***
	適切な食習慣	17	3.35±1.27	29	4.38±0.68	p=0.006	**
	適度な運動	17	2.47±0.87	29	3.59±1.05	p<0.001	***
	業務と類似した行為	17	2.76±1.09	29	3.79±0.68	p=0.002	**
	経済状況	17	3.82±0.81	29	4.31±0.66	p=0.032	*
	住居環境の清潔保持	17	3.65±1.06	29	4.38±0.62	p=0.016	*
	家事・育児・介護等	17	4.00±1.32	29	4.86±0.52	p=0.019	*
	家族・友人の存在	17	3.24±1.39	29	4.38±0.78	p=0.005	**
	QOL	17	2.71±0.85	29	4.10±0.62	p<0.001	***
Ⅳ. 事業場側の懸念							
	診断書病名と現症の相関理解	16	3.50±1.03	27	4.44±0.64	p<0.001	***
	就労意欲確認	16	3.19±0.98	27	4.52±0.58	p<0.001	***
	寛解と業務遂行能力の相関理解	16	3.06±1.06	27	4.15±0.46	p=0.001	**
	寛解確認・予後診断理解	15	3.33±1.11	27	3.70±0.61	p=0.247	
	対象労働者へのコミュニケーション	16	3.19±1.28	27	3.93±0.92	p=0.033	*
	通常業務による疾患への影響	16	2.81±1.17	27	3.44±0.89	p=0.052	
	部署・組織全体のパフォマンス低下	16	2.81±1.22	27	3.93±0.87	p=0.001	**
	対象労働者の将来性	16	2.44±1.09	27	3.78±0.97	p<0.001	***
	労災の可能性	16	3.50±1.15	27	4.30±0.72	p=0.008	**
	自殺・危険行為可能性	16	4.06±1.18	27	4.48±0.75	p=0.162	
合計							
	Ⅱ. 勤労状況	17	30.47±8.10	29	38.52±2.87	p<0.001	***
	Ⅲ. 全般的生活状況	17	29.06±6.54	29	37.83±3.45	p<0.001	***
	Ⅳ. 事業場側の懸念	15	31.87±9.23	27	40.67±5.02	p=0.003	**
***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05.							

（２） 主症状

表．Ⅰ-2. 主な症状（動揺性・緩和 vs 寛解・治癒）とアセスメント							
軸	アセスメント項目	動揺性・緩和		寛解・治癒		t検定	
		人数	平均値±標準偏差	人数	平均値±標準偏差	p値	有意性
Ⅱ. 勤労状況							
	作業環境	19	4.21±1.18	27	4.81±0.40	p=0.044	*
	勤務時間と休養の確保	19	3.63±0.90	27	4.37±0.74	p=0.004	**
	職業性ストレス	19	3.00±1.11	27	3.78±0.75	p=0.007	**
	就労意欲・業務関心	19	3.21±1.03	27	4.30±0.78	p<0.001	***
	段階的復帰等への理解と同意	18	4.11±1.23	27	4.59±0.93	p=0.143	
	対人関係における予期不安	19	2.79±0.98	27	3.37±0.88	p=0.041	*
	両立支援の支持・理解者	19	4.05±1.08	27	4.26±0.94	p=0.494	
	安全な通勤の安否	19	3.89±1.33	27	4.59±0.64	p=0.044	*
	疲労蓄積度	19	3.00±1.05	27	4.19±0.62	p<0.001	***
Ⅲ. 全般的生活状況							
	睡眠・覚醒リズム保持	19	3.11±0.81	27	4.07±0.83	p<0.001	***
	適切な食習慣	19	3.32±1.16	27	4.48±0.64	p<0.001	***
	適度な運動	19	2.68±0.95	27	3.52±1.12	p=0.011	*
	業務と類似した行為	19	2.74±1.05	27	3.89±0.58	p<0.001	***
	経済状況	19	3.68±0.67	27	4.44±0.64	p<0.001	***
	住居環境の清潔保持	19	3.63±0.96	27	4.44±0.64	p=0.001	**
	家事・育児・介護等	19	4.32±1.20	27	4.70±0.78	p=0.227	
	家族・友人の存在	19	3.53±1.47	27	4.26±0.81	p=0.059	
	QOL	19	2.95±0.91	27	4.04±0.76	p<0.001	***
Ⅳ. 事業場側の懸念							
	診断書病名と現症の相関理解	18	3.67±0.97	25	4.40±0.76	p=0.008	**
	就労意欲確認	18	3.50±1.04	25	4.40±0.76	p=0.002	**
	寛解と業務遂行能力の相関理解	18	3.33±1.08	25	4.04±0.61	p=0.020	*
	寛解確認・予後診断理解	17	3.18±0.88	25	3.84±0.69	p=0.009	**
	対象労働者へのコミュニケーション	18	3.28±1.02	25	3.92±1.12	p=0.060	
	通常業務による疾患への影響	18	2.67±0.84	25	3.60±1.00	p=0.002	**
	部署・組織全体のパフォマンス低下	18	2.94±1.26	25	3.92±0.86	p=0.008	**
	対象労働者の将来性	18	2.67±1.08	25	3.72±1.10	p=0.003	**
	労災の可能性	18	3.61±1.14	25	4.28±0.74	p=0.025	*
	自殺・危険行為可能性	18	4.00±1.14	25	4.56±0.71	p=0.054	
合計							
	Ⅱ. 勤労状況	19	31.68±7.68	27	38.26±4.07	p=0.002	**
	Ⅲ. 全般的生活状況	19	29.95±6.48	27	37.85±3.88	p<0.001	***
	Ⅳ. 事業場側の懸念	17	32.88±8.02	25	40.68±6.29	p=0.001	**
***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05.							

（３）症状の程度

表．Ⅰ-3. 症状の程度（動揺性・緩和 vs 寛解・治癒）とアセスメント							
軸	アセスメント項目	動揺性・緩和		寛解・治癒		t検定	
		人数	平均値±標準偏差	人数	平均値±標準偏差	p値	有意性
Ⅱ. 勤労状況							
	作業環境	19	4.32±1.16	27	4.74±0.53	p=0.148	
	勤務時間と休養の確保	19	3.74±0.93	27	4.30±0.78	p=0.032	*
	職業性ストレス	19	3.11±1.10	27	3.70±0.82	p=0.040	*
	就労意欲・業務関心	19	3.11±0.99	27	4.37±0.69	p<0.001	***
	段階的復帰等への理解と同意	18	3.94±1.35	27	4.70±0.72	p=0.039	*
	対人関係における予期不安	19	2.63±1.01	27	3.48±0.75	p=0.002	**
	両立支援の支持・理解者	19	3.84±1.26	27	4.41±0.69	p=0.057	
	安全な通勤の安否	19	3.84±1.34	27	4.63±0.56	p=0.025	*
	疲労蓄積度	19	3.05±1.03	27	4.15±0.72	p<0.001	***
Ⅲ. 全般的生活状況							
	睡眠・覚醒リズム保持	19	3.16±0.76	27	4.04±0.90	p=0.001	**
	適切な食習慣	19	3.32±1.16	27	4.48±0.64	p<0.001	***
	適度な運動	19	2.63±1.01	27	3.56±1.05	p=0.005	**
	業務と類似した行為	19	2.84±1.17	27	3.81±0.56	p=0.003	**
	経済状況	19	3.79±0.71	27	4.37±0.69	p=0.008	**
	住居環境の清潔保持	19	3.68±1.00	27	4.41±0.64	p=0.010	**
	家事・育児・介護等	19	4.26±1.28	27	4.74±0.66	p=0.149	
	家族・友人の存在	19	3.42±1.43	27	4.33±0.78	p=0.018	*
	QOL	19	2.84±0.90	27	4.11±0.64	p<0.001	***
Ⅳ. 事業場側の懸念							
	診断書病名と現症の相関理解	18	3.56±0.98	25	4.48±0.65	p<0.001	***
	就労意欲確認	18	3.39±1.04	25	4.48±0.65	p<0.001	***
	寛解と業務遂行能力の相関理解	18	3.39±1.14	25	4.00±0.58	p=0.049	*
	寛解確認・予後診断理解	17	3.12±0.93	25	3.88±0.60	p=0.002	**
	対象労働者へのコミュニケーション	18	3.28±1.23	25	3.92±0.95	p=0.060	
	通常業務による疾患への影響	18	2.67±1.08	25	3.60±0.82	p=0.002	**
	部署・組織全体のパフォマンス低下	18	2.89±1.23	25	3.96±0.84	p=0.002	**
	対象労働者の将来性	18	2.50±0.99	25	3.84±1.03	p<0.001	***
	労災の可能性	18	3.44±1.10	25	4.40±0.65	p<0.001	***
	自殺・危険行為可能性	18	4.00±1.14	25	4.56±0.71	p=0.054	
合計							
	Ⅱ. 勤労状況	19	31.37±7.75	27	38.48±3.57	p=0.001	**
	Ⅲ. 全般的生活状況	19	29.95±6.52	27	37.85±3.83	p<0.001	***
	Ⅳ. 事業場側の懸念	17	32.24±8.58	25	41.12±5.08	p<0.001	***
***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05.							

（4）病状：Ⅰ軸の疾患の種類，主症状，症状の程度の３項目における得点合計が 12 点未満（動揺性・緩和）12 点以上（寛解・治癒）で二分した群間比較

表．Ⅰ-1～3. 病状（動揺性・緩和 vs 寛解・治癒）とアセスメント							
軸	アセスメント項目	動揺性・緩和		寛解・治癒		t検定	
		人数	平均値±標準偏差	人数	平均値±標準偏差	p値	有意性
Ⅱ. 勤労状況							
	作業環境	23	4.35±1.11	23	4.78±0.42	p=0.090	
	勤務時間と休養の確保	23	3.74±0.86	23	4.39±0.78	p=0.010	*
	職業性ストレス	23	3.17±1.07	23	3.74±0.81	p=0.050	*
	就労意欲・業務関心	23	3.22±1.00	23	4.48±0.59	p<0.001	***
	段階的復帰等への理解と同意	22	4.00±1.35	23	4.78±0.52	p=0.017	*
	対人関係における予期不安	23	2.83±1.07	23	3.43±0.73	p=0.029	*
	両立支援の支持・理解者	23	3.91±1.16	23	4.43±0.73	p=0.075	
	安全な通勤の安否	23	3.87±1.25	23	4.74±0.45	p=0.004	**
	疲労蓄積度	23	3.09±0.95	23	4.30±0.63	p<0.001	***
Ⅲ. 全般的生活状況							
	睡眠・覚醒リズム保持	23	3.13±0.76	23	4.22±0.80	p<0.001	***
	適切な食習慣	23	3.52±1.16	23	4.48±0.67	p=0.002	**
	適度な運動	23	2.70±0.97	23	3.65±1.07	p=0.003	**
	業務と類似した行為	23	2.96±1.11	23	3.87±0.55	p=0.001	**
	経済状況	23	3.87±0.76	23	4.39±0.66	p=0.016	*
	住居環境の清潔保持	23	3.83±0.98	23	4.39±0.66	p=0.027	*
	家事・育児・介護等	23	4.26±1.21	23	4.83±0.58	p=0.052	
	家族・友人の存在	23	3.61±1.37	23	4.30±0.82	p=0.044	*
	QOL	23	3.00±0.90	23	4.17±0.65	p<0.001	***
Ⅳ. 事業場側の懸念							
	診断書病名と現症の相関理解	22	3.64±0.95	21	4.57±0.60	p<0.001	***
	就労意欲確認	22	3.45±0.96	21	4.62±0.59	p<0.001	***
	寛解と業務遂行能力の相関理解	22	3.36±1.05	21	4.14±0.48	p=0.004	**
	寛解確認・予後診断理解	21	3.29±0.96	21	3.86±0.57	p=0.025	*
	対象労働者へのコミュニケーション	22	3.36±1.18	21	3.95±0.97	p=0.082	
	通常業務による疾患への影響	22	2.86±1.13	21	3.57±0.81	p=0.023	*
	部署・組織全体のパフォマンス低下	22	3.00±1.15	21	4.05±0.86	p=0.002	**
	対象労働者の将来性	22	2.68±1.04	21	3.90±1.04	p<0.001	***
	労災の可能性	22	3.59±1.05	21	4.43±0.68	p=0.004	**
	自殺・危険行為可能性	22	4.05±1.09	21	4.62±0.67	p=0.045	*
合計							
	Ⅱ. 勤労状況	23	32.00±7.42	23	39.09±2.91	p<0.001	***
	Ⅲ. 全般的生活状況	23	30.87±6.46	23	38.30±3.62	p<0.001	***
	Ⅳ. 事業場側の懸念	21	33.33±8.16	21	41.71±5.12	p<0.001	***
***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05.							

上記のとおり，Ⅰ（医学知見；病状の良し悪し）の視点から群間比較した結果，Ⅱ・Ⅲ・Ⅳのいずれの軸においても有意差を認めた．

D. 考察

メンタルヘルス不調をかかえた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[1-3]．

まず，寛解に至るまでの治療期間と超過群における各アセスメント項目の比較においては，「2 か月以内 VS 超過群」の比較から，ほぼⅣ→Ⅱ→Ⅲ→Ⅰの順に有意性がみられ始め，「4 か月以内 VS 超過群」で比較した場合には，すべての項目で有意性がみられた．期間の設定を 3 か月とした場合，3 か月以内（3M 群）と 3 か月超（L3M 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 L3M 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，Ⅱ軸：就労意欲・業務関心，Ⅳ軸：就労意欲確認，寛解と業務遂行能力の相関理解，対象労働者へのコミュニケーション，通常業務による疾患への影響であり，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，L3M 両群）における順位相関解析（初年度 41 事例）では，とくに 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．当研究における解析結果から，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である．しかしながら，当研究では，主治医と産業医等との医療連携が行なわれていない患者群との RCT（Randomized Controlled Trial）を行えていないこと，また，寛解の判定基準が主治医ごとにばらつき，画一化されていない可能性があることが限界点であり，今後の検討方法についてはさらに洗練する必要がある．

海外における先行知見では，安定就労の障壁となる病欠の頻度は，症状の重症度よりも自身の職務への満足度やモチベーションによることが示唆され[4]，症状の軽減が即ちそれが業務遂行能力の回復を意味しない，との報告[5]もある．今回われわれが報告したように，言わば「診察室情報」と「連携情報」との両方の緩和または解決をめざす復職支援は，これらの知見と矛盾せず，治療と終了の両立を図るために重要だと考えられる．また，うつ病等により休職した労働者に対し，産業医が精神科医（主治医）から情報提供を受けた上で支援を行った場合は，そうでない場合に比べ早期の復職率

が高いとするRCT結果[6]があり，これは職域と主治医との連携効果を実証する知見である．

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，比較的多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

- 早期に寛解に至った例では，「診察室情報（医学知見）」のみならず，むしろ優勢に「連携情報」の回復・解決程度が有意に高い．
- 病状の良し悪しを基準に各アセスメント項目を群間比較した結果，「診察室情報」と「連携情報」との関連が指摘された．
- 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．

引用文献

1) 小山文彦．教育講演 メンタルヘルス不調者の治療と仕事の「両立支援」―厚生労働省委託事業・検討会から―．産業ストレス研究 2013；20：303-309.
2) 小山文彦，黒川淳一，浅海明子：メンタルヘルス不調に罹患した労働者の治療と就労の「両立支援」―厚生労働省委託「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発のための事業」において活用した就労可否判断のアセスメント手法―．日職災医誌 2013；61：251-258.
3) 小山文彦．治療と就労の“両立支援”から連携を考える．産業精神保健 2014；22 特集「職域における連携を再考する」：75-80.
4) Hensing G1, Alexanderson K, Allebeck P, et al. How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. Scand J Soc Med. 1998；26：133-44.
5) Simon GE, Barber C, Birnbaum HG, et al. Depression and work productivity: the comparative costs of treatment versus nontreatment. J Occup Environ Med. 2001；43：2-9.
6) van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, et al. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. Neuropsychiatr Dis Treat. 2010；6：375-85.
7) 小山文彦（研究分担者）．メンタルヘルス不調に罹患した労働者をめぐる主治医と産業医等との医療連携にかかる調査研究．平成２６年度厚生労働省労災疾病臨床研究事業補助金「労働者の治療過程における，主治医と産業医等の連携強化の方策とその効果に関する調査研究」（研究代表者 黒木宣夫）平成２６年度 総括・分担研究報告書：89-93，2015.

8) 小山文彦: メンタルヘルス不調者をめぐる主治医と産業医等との連携がもたらす治療効果に関する検討. 産業精神保健 24(2), 2016.(in press)
9) Koyama F. Collaboration between primary and industrial physicians in treatment of workers with mental health disorder. Jpn J Ambulat Psychi Serv 16: 80-85, 2016.

F. 健康危険情報　該当なし

G. 研究発表

論文発表

（当研究知見）

1) 小山文彦: 特集「主治医と産業医等の連携強化とその効果の検証」メンタルヘルス不調者をめぐる主治医と産業等との連携がもたらす治療効果に関する検討. 産業精神保健 24 (2), 2016(in press)
2) 小山文彦: 特集「主治医と産業医等の連携強化とその効果の検証」 特集にあたって. 産業精神保健 24 (2), 2016(in press)
3) Koyama F: Collaboration between primary and industrial physicians in treatment of workers with mental health disorder. Jpn J Ambulat Psychi Serv 16(1) : 80-85, 2016 (外来精神医療 16(1), 80-85, 2016.)
4) 神山昭男, 小山文彦: シンポジウムⅠ:主治医と職場の連携ガイドラインを構築する―効果的なツール・タイミング・アレンジをめぐって―. 産業精神保健 23(4): 275-278, 2015.
5) 小山文彦: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おける調査研究(厚生労働省労災疾病研究事業補助金「労働者の治療過程における主治医と産業医等の連携強化の方策とその効果に関する調査研究」平成 26 年度報告書, p89-93, 2015)

（以下、治療就労両立支援関連）

6) 小山文彦:治療就労両立支援コーディネーターの養成. 日本医師会雑誌 2016 : 144 : 2481.
7) 小山文彦（単著）: 主治医と職域間の連携好事例３０－治療と仕事の両立支援 メンタルヘルス不調編Ⅱ－（労働者健康福祉機構編, 労働調査会 2015 年)
8) 小山文彦 : 職場のメンタルヘルス、連携のコツは？（産業精神保健 22 巻特別号 産業精神保健 Q&A, 70-73, 2014)
9) 小山文彦:メンタルヘルス不調における治療と就労の“両立支援”―9 労災病院で「治療就労両立支援センター」がスタート―』(健康開発 18 巻 4 号 51-56, 2014)
10) 小山文彦: どうする, メンタルヘルス対策; これからの予防をどう考えるべきか―予防のための三つの視点と「両立支援」の重要性―. 労政時報 3860 号: 68-71, 2014
11) 小山文彦 : 治療と就労の“両立支援”から連携を考える（産業精神保健 22 巻 2 号　特集「職域における連携を再考する」, 75-80, 2014)
12) 小山文彦 : 特集 : メンタルヘルス不

調における治療と仕事の“両立支援”をめぐって―事業場内外の「連携」に求められる情報とは何か―(産業医学ジャーナル 37 巻 1 号, 85-86, 2014)
13) 小山文彦（単著）: 治療と仕事の『両立支援』メンタルヘルス不調編-復職可判断のアセスメント・ツールと活用事例２０-（労働調査会 2013 年）
14) 小山文彦：メンタルヘルス不調者の治療と仕事の「両立支援」―厚生労働省委託事業・検討会から―（産業ストレス研究, 20(4), 303-309, 2013）
15) 小山文彦：メンタルヘルス不調に罹患した労働者の治療と就労の「両立支援」 ―厚生労働省委託「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発のための事業」において活用した就労可否判断のアセスメント手法―（日本職業・災害医学会誌, 61 (4), 251-258, 2013）
16) 小山文彦：メンタルヘルス不調に罹患した労働者に対する治療と職業生活の両立支援―平成 22 年度厚生労働省委託事業「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発のための事業（疾患案件：精神疾患その他ストレス性疾患）」の概要―(産業医学ジャーナル, 33, 89-96, 2010）
17) 小山文彦（事業取組責任者）: 平成２２年度厚生労働省「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発一式 疾患案件名 精神疾患その他のストレス性疾患」に係る取組成果報告書（2010 年 3 月提出）
18) 小山文彦（事業取組責任者）: 平成２３年度厚生労働省「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発一式 疾患案件名 精神疾患その他のストレス性疾患」に係る取組成果報告書（2011 年 3 月提出）
19) 小山文彦（事業取組責任者）: 平成２４年度厚生労働省「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発一式 疾患案件名 精神疾患その他のストレス性疾患」に係る取組成果報告書（2012 年 3 月提出）

学会発表

（当研究知見）

1) 加島佐知子, 小山文彦「メンタルヘルス不調者をめぐる 医療―職域間の連携と治療効果との関連性」（第 63 回日本職業・災害医学会学術大会 指定演題 労災疾病等医学研究・両立支援報告 東京 2015 年 11 月）
2) 小山文彦「主治医と職場の連携ガイドラインを構築する―両立支援の立場から見た効果的なタイミングとは―」（第 22 回日本産業精神保健学会, シンポジウム座長・口演, 2015 年 6 月, 東京）
3) 小山文彦「精神科医らしさを反映した産業医タスク～一次予防ツールが活きる職場風土の醸成～」（日本精神神経科診療所協会平成 27 年度定期総会・学術研究会シンポジウム, 2015 年 6 月, 浜松）
4) 小山文彦: メンタルヘルス不調者の治療と仕事の両立支援（第 22 回日本産業ストレス学会, ランチョンセミナー, 2014 年 11 月, 大阪）
5) 小山文彦「治療就労両立支援モデル

事業・メンタルヘルス分野の取組」（第 62 回日本職業・災害医学会学術大会 指定演題 労災疾病等医学研究・両立支援報告, 2014 年 11 月, 神戸）

（以下、治療就労両立支援関連）

6) 宮本直美, 小山文彦他『労働者健康福祉機構「復職（両立支援）コーディネーター基礎研修」の報告』（第 23 回日本産業ストレス学会, 京都, 2015 年 11 月）

7) 小山文彦他「労働者健康福祉機構復職（両立支援）コーディネーター基礎研修（第一回）の報告」（第 63 回日本職業・災害医学会学術大会 指定演題 労災疾病研究・両立支援報告 東京, 2015 年 11 月）

8) 小山文彦「治療就労両立支援モデル事業・ﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽ分野の取組」（第 62 回日本職業・災害医学会学術大会 指定演題 労災疾病等医学研究・両立支援報告, 2014 年 11 月, 神戸）

9) 小山文彦「メンタルヘルス不調者の治療と仕事の「両立支援」―厚生労働省委託事業・検討会から―」（第 20 回日本産業ストレス学会, 教育講演, 2013 年 1 月, 千葉）

10) 小山文彦「治療と就労の「両立支援」」（第 61 回日本職業・災害医学会学術大会, シンポジウム「職場のﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽ対策」座長・指定発言, 2013 年 12 月, 東京）

11) 小山文彦「Opening Remarks：ﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽ不調をきたした労働者の治療と仕事の両立支援」（第 60 回日本職業・災害医学会学術大会, シンポジウム座長・口演, 2012 年 12 月, 大阪）

12) 小山文彦「Opening Remarks：勤労者のﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽ対策・事業場内外の相補的な連携」（第 58 回日本職業・災害医学会学術大会, シンポジウム座長・口演, 2010 年 11 月, 舞浜）

13) 小山文彦: メンタルヘルス不調に罹患した労働者の治療と職業生活の両立支援（第 58 回日本職業・災害医学会学術大会, パネルディスカッション, 2010 年 11 月, 舞浜

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

研究協力者

吉村 靖司（(医社)弘冨会神田東クリニック）
黒川 淳一（医療法人桜桂会犬山病院）
茅嶋康太郎（労働安全衛生総合研究所）
佐々木 毅（労働安全衛生総合研究所）
原谷 隆史（労働安全衛生総合研究所）
加島佐知子（東京労災病院）
亀田 美織 （東京労災病院）
宮本 直美 （東京労災病院）

別添

1．参考：4 軸アセスメント法を解説した先行知見

⇒ 各アセスメント項目の有用性に関する調査結果表示

Ⅰ.【医学的見解】現症

	順位	特に重要	重要	指摘なし	チェックした総数	総数
1	服薬の状況	6	122	22	128	150
		4.0%	81.3%	14.7%	85.3%	100.0%
2	主な症状	36	89	25	125	150
		24.0%	59.3%	16.7%	83.3%	100.0%
3	疾患の種類	74	44	32	118	150
		49.3%	29.3%	21.3%	78.7%	100.0%
4	症状の程度	13	90	47	103	150
		8.7%	60.0%	31.3%	68.7%	100.0%
5	生活全般における意欲と興味・関心の保持	13	57	80	70	150
		8.7%	38.0%	53.3%	46.7%	100.0%
6	睡眠の状況	2	58	90	60	150
		1.3%	38.7%	60.0%	40.0%	100.0%
7	注意集中力	5	54	91	59	150
		3.3%	36.0%	60.7%	39.3%	100.0%
8	気分・不安（心理状態）	2	40	108	42	150
		1.3%	26.7%	72.0%	28.0%	100.0%
9	他の身体所見	0	41	109	41	150
		0.0%	27.3%	72.7%	27.3%	100.0%

Ⅱ.【安全・衛生にかかる要因】勤労状況のアセスメント項目

	順位	特に重要	重要	指摘なし	チェックした総数	総数
1	就労に関する意欲と業務への関心	67	66	17	133	150
		44.7%	44.0%	11.3%	88.7%	100.0%
2	段階的復帰、リハビリ出勤制度に関する理解と同意	24	105	21	129	150
		16.0%	70.0%	14.0%	86.0%	100.0%
3	勤務時間と適切な休養の確保	22	103	25	125	150
		14.7%	68.7%	16.7%	83.3%	100.0%
4	職場の対人関係における不安の程度	8	109	33	117	150
		5.3%	72.7%	22.0%	78.0%	100.0%
5	治療と職場生活の両立についての支持・理解者の存在	10	103	37	113	150
		6.7%	68.7%	24.7%	75.3%	100.0%
6	安全な通勤の可否	9	43	98	52	150
		6.0%	28.7%	65.3%	34.7%	100.0%
7	作業環境	6	29	115	35	150
		4.0%	19.3%	76.7%	23.3%	100.0%
8	職業性ストレスの程度	2	21	127	23	150
		1.3%	14.0%	84.7%	15.3%	100.0%
9	疲労蓄積度	1	17	132	18	150
		0.7%	11.3%	88.0%	12.0%	100.0%

Ⅲ.【個人・状況要因】全般的生活状況のアセスメント項目

	順位	特に重要	重要	指摘なし	チェックした総数	総数
1	睡眠、覚醒のリズムの保持	87	57	6	144	150
		58.0%	38.0%	4.0%	96.0%	100.0%
2	適切な食習慣	6	129	15	135	150
		4.0%	86.0%	10.0%	90.0%	100.0%
3	生活全般における支持的な家族や友人の存在	24	103	23	127	150
		16.0%	68.7%	15.3%	84.7%	100.0%
4	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	18	84	48	102	150
		12.0%	56.0%	32.0%	68.0%	100.0%
5	適度な運動習慣	0	71	79	71	150
		0.0%	47.3%	52.7%	47.3%	100.0%
6	QOL：包括的健康度	6	47	97	53	150
		4.0%	31.3%	64.7%	35.3%	100.0%
7	ワーク・ライフバランスの保持	2	39	109	41	150
		1.3%	26.0%	72.7%	27.3%	100.0%
8	経済状況	4	30	116	34	150
		2.7%	20.0%	77.3%	22.7%	100.0%
9	整容、居住環境の清潔保持	3	31	116	34	150
		2.0%	20.7%	77.3%	22.7%	100.0%

Ⅳ.事業場側の懸念事項チェックリスト

	順位	特に重要	重要	指摘なし	チェックした総数	総数
1	回復と業務遂行能力との相関	22	113	15	135	150
		14.7%	75.3%	10.0%	90.0%	100.0%
2	回復に併せた就労意欲の確認	31	78	41	109	150
		20.7%	52.0%	27.3%	72.7%	100.0%
3	対象労働者へのコミュニケーション	10	83	57	93	150
		6.7%	55.3%	38.0%	62.0%	100.0%
4	通常の職務による疾患への影響	9	76	65	85	150
		6.0%	50.7%	43.3%	56.7%	100.0%
5	回復の確認と予後診断についての理解	8	76	66	84	150
		5.3%	50.7%	44.0%	56.0%	100.0%
6	自殺および危険行為に及ぶ可能性について	33	41	76	74	150
		22.0%	27.3%	50.7%	49.3%	100.0%
7	通勤・実務に伴い安全・衛生面での危険が回避されるか	12	60	78	72	150
		8.0%	40.0%	52.0%	48.0%	100.0%
8	診断書病名と現症との相関についての理解	31	31	88	62	150
		20.7%	20.7%	58.7%	41.3%	100.0%
9	長期休業による部署・組織全体のパフォーマンス低下	2	22	126	24	150
		1.3%	14.7%	84.0%	16.0%	100.0%
10	長期休業による対象労働者の将来性	0	7	143	7	150
		0.0%	4.7%	95.3%	4.7%	100.0%

出典：小山文彦：教育講演　メンタルヘルス不調者の治療と仕事の「両立支援」―厚生労働省委託事業・検討会から―，産業ストレス研究 20(4)：303-309, 2013.

２．解説　事例・支援に用いるアセスメント項目について

アセスメント：　判定基準は、以下としています。

担当チームと対象労働者・家族、事業場の間で評価（５段階）

①「解決（治癒に準じる）」：治療・対策のない状態で、症状（問題）が出現しない

②「概ね解決（寛解に準じる）」：現在の治療下、症状（問題）が消失している

③「緩和（安定）」：症状（問題）はあるも、軽快・安定している

④「動揺性（不安定）」：病状（問題）は不安定である

⑤「未解決」：治療・対策が全く奏功していない（なされていない場合も含む）

（症状や疲労、問題の程度については、①が最も良好で⑤が最も悪い状況（重症）と考えて下さい。）

Ⅰ．現症チェックリスト（医学的見解）

ここでは、（事業場外）担当医が判断し５段階評価を行ってください（MSW・看護師等のコーディネーターが記入する場合は、担当医と協議した結果を記載してください）。

[評価者　　/時期：　　/X＋　年　月　日]　　①～⑤で記入↓

1.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 1～3.は、疾病性を３つの観点から分けているものです。病状全体の安定の度合いを５段階で振り分けて下さい（例えば、病像（全体）が寛解であれば、１～３.いずれも②となります。）	
2.主な症状：不眠、抑うつ気分、全般的意欲低下、全般的不安耐性低下、焦燥など	
3.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）	
4.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 服薬の種類・量が定まってきているか、副作用で大きな問題がないかについて、その安定の度合を５段階で振り分けて下さい。	
5.睡眠の状況：入眠、熟眠、早朝覚醒の有無（SIGH-D 等にて把握する） 睡眠の良しあしについて　５　段階で振り分けて下さい（不眠の程度に応じて③～⑤となります）	
6.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 全般的意欲・興味・関心について、５段階で振り分けて下さい。	
7.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 気分・不安について、その安定の度合を５段階で振り分けて下さい。	
8.注意集中力：日常生活動作、問診、簡易前頭前野機能テスト等にて評価する 日常生活上の注意集中力について、５段階で振り分けて下さい。	
9.他、身体所見：運動性緊張、消化器症状、頭痛・筋骨格系症状など 他の身体的な状況について、５段階で振り分けて下さい。	

Ⅱ．勤労状況チェックリスト（安全・衛生にかかる要因）

ここでは、（事業場内）産業保健スタッフが判断し 5 段階評価を行ってください（担当医やMSW・看護師等のコーディネーターが記入する場合は、当該担当医と産業保健スタッフと協議した結果を記載してください）。

[評価者　　/時期：　　/X＋　年　月　日]　　①～⑤で記入↓

1.作業環境：高・低温、高所、VDT、有機物質、騒音など 1～3.については、安全衛生の観点から、在職時の現状について 5 段階で振り分けて下さい。	
2.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）	
3.職業性ストレスの程度（NIOSH チェックリスト等に沿う）	
4.就労に関する意欲と業務への関心 就労に関する意欲・関心について、現在の状態を 5 段階で振り分けて下さい。	
5.段階的復帰、リハビリ出勤制度についての理解と同意 事業場側（労務管理・部署等）において上記の理解があるかどうか、その程度について 5 段階で振り分けて下さい。	
6.職場の対人関係における予期的不安等の程度 職場復帰時（または就労継続中の現在）上記の度合いに応じて 5 段階で振り分けて下さい。	
7.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 上記に関して支持的な存在や理解者が存在しているかどうか、即ち上司等からのサポートの状況について 5 段階で振り分けて下さい。	
8.安全な通勤の可否 注意集中力や日常生活動作等から、上記について推測される安定度合について 5 段階で振り分けて下さい。	
9.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 上記に関する現状について、その度合いを 5 段階で振り分けて下さい。	

Ⅲ．全般的生活状況チェックリスト（個人・生活状況）

ここでは、労働者本人の（不明な場合は家族等を併せた）陳述から担当医が判断し 5 段階評価を行ってください（MSW・看護師等のコーディネーターが記入する場合は、担当医と産業保健スタッフと協議した結果を記載してください）。

[評価者　　/時期：　　/X＋　年　月　日]　　①～⑤で記入↓

睡眠-覚醒リズムの保持 保持されているかどうか？5 段階で振り分けて下さい。	
適切な食習慣（栄養、嗜好品への依存度を含む） 保持されているかどうか？5 段階で振り分けて下さい。	
適度な運動習慣 保持されているかどうか？5 段階で振り分けて下さい。	
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 関心があり遂行できる状況かどうか？5 段階で振り分けて下さい。	
経済状況と医療費・保健書類等の利用・管理状況等 利用・管理できている状況かどうか？5 段階で振り分けて下さい。	
整容、居住環境の清潔保持 保持されているかどうか？5 段階で振り分けて下さい。	
家事・育児・介護などの負担の有無と程度 無理のない範囲のワーク・ライフ・バランスが保持されているか？5 段階で振り分けて下さい。	
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 安定して存在しているかどうか？5 段階で振り分けて下さい。	
QOL：sf36 等により包括的健康度を把握 特に問題ない範囲で QOL が担保されている状況か？5 段階で振り分けて下さい。	

Ⅳ．事業場側の懸案事項チェックリスト

ここでは、（事業場内）産業保健スタッフが、担当医の説明等を受けて、現在どの程度懸念であるかについて 5 段階評価を行ってください（担当医や MSW・看護師等のコーディネーターが記入する場合は、当該担当医と産業保健スタッフと協議した結果を記載してください）。

[評価者　　/時期：　　/X＋　年　月　日]　　①～⑤で記入↓

診断書病名と現症との相関についての理解 理解あるいは了解できているかどうか？に関して 5 段階で振り分けて下さい。	
寛解に併せた就労意欲の確認 病状が寛解し、併せて就労意欲が確認されているかどうか？5 段階で振り分けて下さい。	
寛解と業務遂行能力との相関についての理解 病状が寛解し、併せて就労パフォーマンスが保たれているかどうか？5 段階で振り分けて下さい。	
寛解の確認と予後診断についての理解 病状が寛解し、併せて予後について了解できているかどうか？5 段階で振り分けて下さい。	
対象労働者へのコミュニケーション（接し方、人間関係） 復帰後等に周囲からの接し方について了解できているかどうか？5 段階で振り分けて下さい。	
通常の職務による疾患への影響（再発しないか等） 通常の職務により病状に大きな影響がない（容易に再発しない等）と安心できるかどうか？ 5 段階で振り分けて下さい。（概ね安心の場合は②になります。）	
長期休業による部署・組織全体のパフォーマンスの低下 現在の当該部署等の状況について懸念される度合を 5 段階で振り分けて下さい。（懸念がない場合は①になります。）	
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） 懸念される度合を 5 段階で振り分けて下さい。（懸念がない場合は①になります。）	
通勤・実務に伴い安全・衛生面での危険が回避されるか（労働災害の可能性） 懸念される度合を 5 段階で振り分けて下さい。（懸念がない場合は①になります。）	
自殺及び危険行為に及ぶ可能性 懸念される度合を 5 段階で振り分けて下さい。（懸念がない場合は①になります。）	

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

稲田　泰之　稲田クリニック

大山　孜郎　大山医院

尾中　祐二　おなか心療クリニック

鍵本　伸明　ナンバかぎもとクリニック

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　聡　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 [1]。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 [2]。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 [2]。

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の、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った(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問うた。「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。双方向とも、「定期的」よりも「必要に応じて」なされるべき（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った。（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った（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問うた。「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問うた。「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こと」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の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ったのも、そ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かったが、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、時間がかかること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すると、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っていき、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こと、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、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っ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う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。

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ころ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っ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	245
	なし	12	60	72
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―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―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―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―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—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―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―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―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―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―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2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2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2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2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：$p<0.01$

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
かなり有用	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
	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
	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―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―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―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―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―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―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―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―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	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	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れる制度を設けてはどうか

表 17. その他、質問票の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メントの事例で、医療専門職がいれば、事態は改善したと思われることがあった
・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ける
・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なくない
・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ってもよい
・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ても、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）電話などで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〇をつけてください。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

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

鍵本　伸明　　ナンバかぎもとクリニック

田中　伸明　　九州電力株式会社

豊川　彰博　　豊川産業医事務所

萩原　　聡　　萩原労働衛生コンサルタント事務所

森口　次郎　　一般社団法人京都工場保健会

濵田　千雅　　大阪ガス株式会社

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）の連携において、前年度の調査で明らかにした職場側の課題（望ましい対応）が、現状ではどの程度行われているか、またそれらがどの程度有効かを検討した。

産業保健活動を主たる業務としている医師 95 名に質問票を提示して研究参加を依頼し、24 名から 121 例の事例提供を得た。質問票は、職場と精神科医の連携において行われることが望ましいと考えられる事項 47 項目（実質的には 45 項目）の実施状況、両者の情報交換が、どの程度有用であったかを問う質問などからなっている。

「情報交換の職場側窓口を医療・保健職とした」、「職場から提供した情報に連絡先（電話番号など）、産業医名を明記した」、「職場から提供した情報に情報提供者の立場を明記した」をはじめとする 16 項目が、半数以上の事例で実施されていた。他方、「地域資源の現状を理解するように努めた」（0%）、「職場に関する情報を伝える

際に職場の写真を添付した」(0.8%)、「情報交換の職場側窓口について、精神疾患に対する偏見を持たないような人選をした」(0.8%) の 3 項目は、ほとんど実施されていなかった。職場関係者が主治医との面接を行った例は 17.4%で、「時間は 30 分程度であった」、「誰 (職種) が出向くかを十分検討した、「本人と同席にした」、「職場関係者が親身になっていることを、熱意を持って伝えた」の 4 項目は半数以上の例で実施されていた。

情報交換が有用であったという回答は、「職場での対応に対して」が 76.1%、「当該労働者の不調期間短縮に対して」が 32.3%、「その後の主治医との連携の円滑化に対して」が 62.8%、「当該労働者の治療期間短縮に対して」が 19.0%であった。情報交換が有用であった事例で有意に実施率が高かった項目は、それぞれ 6 項目、8 項目、2 項目、3 項目みられた。これらのうち、特に有用であった項目を直接問うた質問の回答にも含まれていたものは、「職場での対応に対して」は「業務内容、仕事上の責任を記した」、「今回の状態が生じる前後で労働者本人にどのような変化があったかを記した」、「職場からみた不調の要因（発症要因）を記した」、「仕事のストレス状況を記した」、「本人に関する（できるだけ客観的な）周囲からの評価、長所を記した」が、「当該労働者の不調期間短縮に対して」は「今回の状態が生じる前後で労働者本人にどのような変化があったかを記した」、「職場からみた不調の要因 (発症要因) を記した」、「仕事のストレス状況を記した」が、「その後の両者の連携に対して」は、「情報交換が本人の同意を得ていることを明記した」、「今回の状態が生じる前後で労働者本人にどのような変化があったかを記した」、「仕事のストレス状況を記した」が特に有用であると推測された。「治療期間の短縮に対して」は、特に有用であると推測された項目は指摘できなかった。

職場と主治医との連携においては、職場側は上記 45 項目、中でもこれらの事項に留意すべきであると考えられた。

A. 研究目的

多くの職場において増加、多様化しているメンタルヘルス不調者に対し、産業医をはじめとした職場関係者と主治医が有機的な連携をとり対応することの重要性が指摘されている。しかしながら、実務的にどのような連携が望ましいか、特に限られた時間などの制約下で、どのような情報交換を

行うべきかについては、まだ定説がない。さらに、情報交換の良否が治療期間の短縮、就業状況の回復、治療費の削減などにどの程度の効果をもたらすかに関しても、ほとんど明らかになっていない。

平成 26 年度の本研究では、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（職場）と精神科医（主治医）との連携の実態と問題点を調査し、精神科医からみた両者の連携の課題、特に職場において取り組みが求められる事項を明らかにした。また、その結果を資料として、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（3 グループ）を行い、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整理した。これら一連の検討によって得られた職場の課題を表 1 に掲げた。

今年度は、上記の研究の結果を踏まえ、職場と主治医の情報交換において望ましいとされる事項が、メンタルヘルス不調者の就労状況や治療期間等にどのような影響を及ぼすかを検討し、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。

B. 研究方法

産業医科大学の専門性の高い産業医の育成を狙いとする卒後修練コースを修了し、およそ 5 年以上産業保健活動を主たる業務としている医師 95 名に研究参加を依頼し、同意のあった者に事例調査票（別紙）を郵送した。

提供してもらう事例は、過去 5 年間に経験した例で、当該労働者の年齢は 20～65 歳、性別は問わないこととした。

事例調査票には、前年度の研究によって得られた職場と主治医の連携における職場側の課題（望ましい対応）45 項目（書面による情報交換に関する 37 項目と面接による情報交換に関する 8 項目）を箇条書きの形で列挙し、各項目がそれぞれの事例対応において実施されたかどうかを問うた。

また、それらによる情報交換が「職場での当該労働者の対応」、「当該労働者の不調期間の短縮」、「その後の主治医との連携の円滑化」、「当該労働者の治療期間の短縮」にどの程度有用であったかを問うた。さらに、これらに特に有用性が高かった項目についても列挙することを求めた。

回答は、項目ごとに集計した。情報交換における 45 項目の有用性については、情報交換が有用であった例と有用でなかった例の間で、各項目の実施率の差を、$\chi 2$ 検定によって評価した。

（倫理面への配慮）

事例を提出してもらう医師については、

連結可能匿名化を行った。事例については、当該労働者が特定できるような情報は、調査票の内容に含めなかった。本質問票調査は、産業医科大学倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

24 名（25.7%）から 121 例の事例提供があった。

報告された情報交換の時期は、復職前後、初診時、休業開始時期、復職後のフォローアップ時の順に多かった（表 2）。

（1）情報交換の現状

1）書面による情報交換

書面による情報交換の際に行われた事項別例数（実施率）を表 3 にまとめた。

「情報交換の職場側窓口を医療・保健職とした」(86.8%)、「職場から提供した情報に連絡先（電話番号など）、産業医名を明記した」(76.9%)、「職場から提供した情報に情報提供者の立場を明記した」（73.6%）、「情報提供の時期に合わせた書式を用意した」(68.6%)、「主治医から提供される情報がどのように利用されるかを明示した」（66.9%）、「今回の状態が生じる前後で労働者本人にどのような変化があったかを記した」(65.3%)、「可能な範囲での現病歴を記した」(62.8%)、「職場からの情報提供をＡ4 用紙 1／2～1 枚の分量にまとめた」（62.8%）、「主治医から情報を得る書式について、病状に関する事項は自由記入とした」(61.2%)、「当該労働者の業務内容、仕事上の責任を記した」(58.7%)、「主治医から提供される情報がどこに開示されるかを明示した」(56.2%)、「主治医から提供される情報が個人情報保護の面で適切に扱われることを保証した」(55.4%)、「主治医から提供される情報がどのように管理されるのかを明示した」（54. 5%）、「職場からみた不調の要因（発症要因）を記した」(53.7%)、「就業（継続）可能と判断する要件、求められる業務水準を明示した」(52.9%)、「就業面の配慮が可能な範囲を明記した」（50.4%）の順に多く、これらは、過半数の例で実施されていた。

他方、「地域資源の現状を理解するように努めた」（0%）、「職場に関する情報を伝える際に職場の写真を添付した」(0.8%)、「情報交換の職場側窓口について、精神疾患に対する偏見を持たないような人選をした」（0.8%）の 3 項目は、ほとんど実施されていなかった。

2）面接による情報交換

面接による情報交換の際に行われた事項別例数（実施率）を表 4 にまとめた。

職場関係者が主治医との面接を行った例が全体の 17.4%であったため、書面による情報交換と比較し、いずれの事項も実施されている割合が低かった。「時間は 30 分程度であった」(16.5%)、「誰（職種）が出向

くかを十分検討した」(15.7%)、「本人と同席にした」(14.9%)、「職場関係者が親身になっていることを、熱意をもって伝えた」(9.9%) の順に多かった。

(2) 情報交換の有用性

「職場の対応」、「当該労働者の不調期間の短縮」、「その後の主治医との連携の円滑化」、「当該労働者の治療期間の短縮」の 4 点に対する情報交換の有用性についての回答分布、45 項目の中で、特に有用であったと判断された事項の回答結果を表 5～12 に示した。

1)「職場での対応」に対する有用性

76.1%が有用であった(「非常に有用であった」と「有用であった」を加算) との結果だった。

特に有用であった項目としては、「主治医から情報を得る書式について、病状に関する事項は、自由記入とした」(22 例)、「診断名の記載欄を設けた」(17 例)、「就業 (継続) 可能と判断する要件、求められる業務水準を明示した」(13 例)、「就業面の配慮、復職の可否・時期 (復職前後の場合) に関する事項は、選択式とした」(12 例)、「業務内容、仕事上の責任を記した」(11 例)、「今回の状態が生じる前後で、本人にどのような変化があったかを記した」(11 例)、「記載を求める事項とその理由 (なぜその情報が必要か) を明示した」(10 例)、「問い合わせ項目を絞り込んだ」(10 例) が多くあげられた。「職場関係者が主治医との面接を行った」は 3 例であった。

$\chi 2$ 検定の結果では、書面による情報交換において「業務内容、仕事上の責任を記した」($p=0.013$)、「今回の状態が生じる前後で労働者本人にどのような変化があったかを記した」($p=0.012$)、「職場からみた不調の要因(発症要因)を記した」($p=0.002$)、「本人に関する (できるだけ客観的な) 周囲からの評価、長所を記した」($p=0.028$)、「仕事のストレス状況を記した」($p=0.018$)、「情報交換が本人の同意を得ていることを明記した」($p=0.044$) が、「有用であった」例で、有意に高率に実施されていた。逆に、「『試し出勤』制度の有無およびその内容を記した」($p=0.015$) は、「有用でなかった」例で、有意に高率に実施されていた。また、面接による情報交換では、有意傾向ではあるが、「職場関係者が親身になっていることを、熱意を持って伝えた」($p=0.086$)、「面接費用の支払いに関して事前に明確にしておいた」($p=0.058$) が、「有用であった」例で高率に実施されていた。

2)「当該労働者の不調期間の短縮」に対する有用性

32.3%が有用であった(「非常に有用であった」と「有用であった」を加算) との結果だった。

特に有用であった項目としては、「今回の

状態が生じる前後で、本人にどのような変化があったかを記した」(7 例)、「休業に関する制度の説明を記した」(6 例)、「診断名の記載欄を設けた」(5 例)、「職場側からみた不調の要因(発症要因)を記した」(5 例)、「就業面の配慮が可能な範囲を明記した」(5 例)、「仕事のストレス状況を記した」(5 例)、「就業（継続）可能と判断する要件、求められる業務水準を明示した」(5 例）が多くあげられた。「職場関係者が主治医との面接を行った」は 1 例であった。

χ2 検定の結果では、書面による情報交換において「業務内容、仕事上の責任を記した」(p＝0.022)、「今回の状態が生じる前後で労働者本人にどのような変化があったかを記した」(p＝0.003)、「職場からみた不調の要因(発症要因)を記した」(p＝0.021)、仕事のストレス状況を記した」(p＝0.005)、「情報提供者の立場を明記した」(p＝0.019)、「書面作成の報酬を誰が支払うのかを明記した」(p＝0.006)、「情報交換が本人の同意を得ていることを明記した」(p＝0.021）が、「有用であった」例で、有意に高率に実施されていた。逆に、「『試し出勤』制度の有無およびその内容を記した」(p＝0.036）は、「有用でなかった」例で、有意に高率に実施されていた。また、面接による情報交換では、「あらかじめ確認したい内容を主治医に伝えておいた」(p＝0.001)が、「有用であった」例で、有意に高率に実施されていた。

3)「その後の主治医との連携の円滑化」に対する有用性

62.8%が有用であった(「非常に有用であった」と「有用であった」を加算）との結果だった。

特に有用であった項目としては、「連絡先（電話番号など)、産業医名を明記した」(16 例)、「就業（継続）可能と判断する要件、求められる業務水準を明示した」(14 例)、「仕事のストレス状況を記した」(13 例)、「休業に関する制度の説明を記した」(12 例)、「就業面の配慮が可能な範囲を明記した」(10 例)、「情報提供者の立場を明記した」(10 例）が多くあげられた。「職場関係者が主治医との面接を行った」は 3 例であった。

χ2 検定の結果では、書面による情報交換において「情報交換が本人の同意を得ていることを明記した」(p＝0.002）のみが、「有用であった」例で、有意に高率に実施されていた。有意傾向まで含めると、「情報交換の時期に合わせた書面を用意した」(p＝0.076)、「提供される情報がどのように管理されるのかを明記した」(p＝0.068)、「提供される情報がどのように個人情報保護の面で適切に扱われることを保証した」(p＝0.068)、「今回の状態が生じる前後で労働者本人にどのような変化があったかを記した」(p＝0.053)、「判明している既往歴を記

した」（p＝0.071）、仕事のストレス状況を記した」（p＝0.057）、「書面作成の報酬を誰が支払うのかを明記した」（p＝0.050）が、「有用であった」例で、高率に実施されていた。また、面接による情報交換では、「時間は 30 分程度であった」（p＝0.035）が、「有用であった」例で、有意に高率に実施されていた。有意傾向ではあったが、「面接費用の支払いに関して事前に明確にしておいた」（p＝0.091）も「有用であった」例で、高率に実施されていた。

4）「当該労働者の治療期間の短縮」に対する有用性

19.0％が有用であった（「非常に有用であった」と「有用であった」を加算）との結果だった。

特に有用であった項目としては、「就業（継続）可能と判断する要件、求められる業務水準を明示した」（5 例）、「就業面の配慮が可能な範囲を明記した」（4 例）、「休業に関する制度の説明を記した」（4 例）、「『試し出勤』制度の有無およびその内容を記した」（4 例）が、この順に多くあげられた。「職場関係者が主治医との面接を行った」は 0 例であった。

$\chi 2$ 検定の結果では、書面による情報交換において「提供される情報によって、結果的にどのような事後措置がなされたかを事後報告することを伝えた」（p＝0.040）、「書面作成の報酬を誰が支払うのかを明記した」（p＝0.003）が、「有用であった」例で、有意に高率に実施されていた。逆に、「『試し出勤』制度の有無およびその内容を記した」（p＝0.036）は、「有用でなかった」例で、有意に高率に実施されていた。また、面接による情報交換では、「職場関係者が親身になっていることを、熱意を持って伝えた」（p＝0.023）が、「有用であった」例で、有意に高率に実施されていた。

D. 考察

（1）情報交換の実態

職場と精神科主治医との連携において、主治医等が望ましいと考えている職場側の対応がどの程度行われているかが明らかになった。今回の調査対象者は、産業保健を専門としている医師であり、我が国の大半を占めている非常勤産業医が行っている状況とは異なるであろうが、現在職場側が行いうる、あるいは実施すべきであると考えている対応が示されたとはみなすことができよう。

1）書面

書面での情報交換における事項 37 項目間で、実施の有無にはばらつきがみられた。16 項目が過半数の事例で実施されている一方、「情報交換の職場側窓口が地域資源の現状を理解するように努めた」、「職場の写真を添付した」、「情報交換の職場側窓口が精神疾患に対する偏見を持たないような人

選をした」は、ほとんど実施されていた事例がなかった。

領域別にみると、「主治医に提供を求める事項の取り扱い」に関しては、5 項目中 4 項目が過半数例で実施されており、「労働者の情報」に関しても、7 項目中 4 項目が過半数例で、他の 3 項目も 4 割以上の事例で実施されていた。

これらの情報交換は、精神科開業医および総合病院精神科医を対象とした研究において、精神科医が職場に情報を提供しやすくなるため、および診療に生かせるために、それぞれ重要と考えている項目である[1)]。

また、これらは、実施のために特段特別な知識や技術を要するわけでもなく、さほど経費がかかるとも思われない。有用性を周知することによって、よりよい情報交換が実現できる可能性があると考えられる。

なお、回答結果の一部に矛盾がみられた。質問紙では、「主治医に意見を記入してもらう書面（書式）を用意した」について、その実施の有無を問い、○印がつけられた（すなわち、「有」と回答した）場合に、その後の 7 項目の実施の有無を問うているが、当該 7 項目のうちの 1 項目「病状に関する事項は、自由記入とした」（61.2%）は、「主治医に意見を記入してもらう書面（書式）を用意した」（53.7%）よりも実施割合が高かった。この項目を含め 7 項目とも、主治医記入用の書面に関する事項であることは明らかであると考えられるため、「主治医に意見を記入してもらう書面（書式）を用意した」の記入（○印）漏れがあったとみなして、他の分析を行った。

2）面接

面接での情報交換における 8 項目についても、実施されている割合にばらつきがみられた。面接での情報交換そのものが書面ほどは行われていなかった（実施率 17.4%）が、面接での情報交換が行われている事例の中では、「時間は 30 分程度であった」（95.2%）、「誰（職種）が出向くかを十分検討した（90.4%）、「本人と同席にした」（85.7%）、「職場関係者が親身になっていることを、熱意を持って伝えた」（57.1%）の 4 項目は、半数以上で実施されていた。他方、「本人と職場関係者が事前の打ち合わせをした」、「あらかじめ確認したい内容を主治医に伝えておいた」はあまり実施されていなかった。この 2 項目は、面接が効率的に進むために特に有用であると考えられ、職場側よりも、診療時間をとられる主治医側にとって、重要視されているものとも考えられる。

（2）情報交換の有用性

職場と主治医との情報交換は、特に「職場での対応」および「その後の主治医との連携の円滑化」に有用であったとの回答割合が高かった。これらに比べ有用であったとの回答割合が低かった「当該労働者の不

調期間の短縮」および「治療期間の短縮」は、産業医として直接実感しづらい事項と言えるかもしれない。

特に連携の有用性をもたらした事項については、直接的な（特に有用であった項目の列挙を求めた）問いに対する回答と、連携が有用であった事例における当該事項の実施割合の 2 つの点から評価を行った。

両者の結果には一部相違がみられたが、共通していた（前者で「特に有用であった」と回答された割合が高く、後者で連携が有用であった事例で実施率が有意に高かった）事項としては、「職場での対応」では「業務内容、仕事上の責任を記した」、「今回の状態が生じる前後で労働者本人にどのような変化があったかを記した」、「職場からみた不調の要因（発症要因）を記した」、「仕事のストレス状況を記した」、「本人に関する（できるだけ客観的な）周囲からの評価、長所を記した」があげられる。「当該労働者の不調期間の短縮」では「今回の状態が生じる前後で労働者本人にどのような変化があったかを記した」、「職場からみた不調の要因（発症要因）を記した」、「仕事のストレス状況を記した」が、「その後の主治医との連携の円滑化」では、「情報交換が本人の同意を得ていることを明記した」、「今回の状態が生じる前後で労働者本人にどのような変化があったかを記した」、「仕事のストレス状況を記した」があげられる。また、「当該労働者の治療期間の短縮」では、直接的な問いに対する回答が少なかったこともあり、両者に共通しているといえる事項はなかった。

「『試し出勤』制度の有無およびその内容を記した」については、一部で逆、すなわち情報交換が有用であった事例で実施率が低くなっていた。「試し出勤」制度が現状では多様であり、説明のしかたによっては、「試し出勤」制度があることの説明が不適切な早期の職場復帰に関する判定を誘発させている可能性がある[2)]。

(3) 本結果を解釈する際の留意点（研究の限界）

本研究の事例提供者は、専門性の高い卒後産業保健専門研修を修了し、産業保健活動を主たる業務にしている医師である。したがって、上述したように、職場と主治医との連携の実施状況については、本研究結果は、産業医の大半が非常勤である我が国の現状を、十分には反映していない可能性がある。しかし、職場と主治医との連携において有用性の高い事項に関しては、一般化できるものと考えられる。

E. 総括（まとめ）

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）の連携において、前年度の調査で明らかにした 45 項目の職場側の課題（望ましい対応）

が、現状ではどの程度行われているか、またそれらがどの程度有用かを、産業保健活動を主たる業務としている医師を対象とした事例調査（質問票調査）によって検討した。

各事項の実施状況は、項目によってばらつきがみられた。職場関係者と主治医との直接の面接が行われている事例は2割に満たなかった。

職場での対応、当該労働者の不調期間の短縮、その後の主治医との連携の円滑化、当該労働者の治療期間の短縮のそれぞれに対して、特に有用であるとみなされる項目が抽出された。

本研究で得られた結果をもとに職場と主治医との連携の具体的な進め方を啓発することによって、メンタルヘルス不調を有する労働者の支援に資することが期待される。

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）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っ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.

2）廣尚典：メンタルヘルス どう進める？職場復帰支援の実務．産業医学振興財団，2011.

別紙

主治医との連携における職場側のチェックリストによる事例調査

事業場で行われている一般的な情報交換（そのための書面）についてでなく、事例ごとにどのような情報交換が行われたかを記してください。何度かの情報交換がなされている場合には、その時期を特定したうえで、お答えください。

ＩＤ（英数字で 6 文字以内）　［　　］
事例Ｎｏ　［　　］

情報交換（今回の回答で記したもの）の時期
① 初診時　②休業開始時期　③復職前後　④復職後のフォローアップ時

以下は、あてはまる事項の（　）に〇をつけてください。
（各文末のカッコ内の数字は、後半の質問に利用するものです。）

1. 書面
（　）情報交換の時期に合わせた書式を用意した（1）

（1）主治医からの意見書の形式
（　）主治医に意見を記入してもらう書面（書式）を用意した（2）
（以下は、用意した場合に記入をしてください）
（　）就業面の配慮、復職の可否・時期（復職前後の場合）に関する事項は、選択方式とした（3）
（　）病状に関する事項は、自由記入とした（4）
（　）記載を求める項目とその理由（なぜその情報が必要か）を明示した（5）
（　）問い合わせ項目を絞り込んだ（6）
（　）職場で判断できる事項（職場で判断すべきこと）はできるだけ省略した（7）
（　）診断名の記載欄を設けた（8）
（　）主治医が望ましいと考える連絡方法を記入してもらうようにした（9）

（2）職場から提供した情報の内容
①主治医に提供を求める事項の取り扱い
（　）提供される情報がどこに開示されるかを明示した（10）
（　）提供される情報がどのように利用されるかを明示した（11）
（　）提供される情報によって、結果的にどのような事後措置がなされたかを事後報告す

ることを伝えた（12）
（　）提供される情報がどのように管理されるのかを明示した（13）
（　）提供される情報が個人情報保護の面で適切に扱われることを保証した（14）
②労働者の情報
（　）業務内容、仕事上の責任を記した（15）
（　）今回の状態が生じる前後で、本人にどのような変化があったかを記した（16）
（　）職場からみた不調の要因（発症要因）を記した（17）
（　）本人に関する（できるだけ客観的な）周囲からの評価、長所を記した（18）
（　）可能な範囲での現病歴を記した（19）
（　）判明している既往歴を記した（20）
（　）過去の休業歴（なかった場合はその旨）を記した（21）
③職場に関する情報
（　）就業面の配慮が可能な範囲を明記した（22）
（　）仕事のストレス状況を記した（23）
（　）休業に関する制度の説明を記した（24）
（　）休業中の補償を明示した（25）
（　）就業（継続）可能と判断する要件、求められる業務水準を明示した（26）
（　）職場の写真を添付した（27）
（　）「試し出勤」制度の有無およびその内容を記した（28）
④その他
（　）情報提供者の立場を明記した（29）
（　）書面作成の報酬を誰が支払うのかを明記した（30）
（　）本人の処遇等は、最終的には職場の責任で判断する旨明記した（31）
（　）情報交換が本人の同意を得ていることを明記した（32）
（　）連絡先（電話番号など）、産業医名を明記した（33）

(3) 職場からの情報提供（交換）の書式など
（　）A4 用紙 1/2～1 枚の分量にまとめた（34）
（　）箇条書きのように読みやすくする工夫をした（35）

(4) 情報交換の職場側窓口
（　）医療・保健職とした（36）
（　）地域資源の現状を理解するように努めた（37）
（　）精神疾患に対する偏見を持たないような人選をした（38）

2．面接

（　）職場関係者が主治医との面接を行った（40）
（以下は、主治医との面接を行った場合に記入してください）
（　）時間は 30 分程度であった（41）
（　）誰（職種）が出向くかを十分検討した（42）
（　）職場関係者が親身になっていることを、熱意を持って伝えた（43）
（　）本人と同席にした（44）
（　）情報交換の枠組み（何を聞いて、何を聞かないか）を明確にした（45）
（　）あらかじめ確認したい内容を主治医に伝えておいた（46）
（　）本人と職場関係者が事前の打ち合わせをした(47)
（　）面接費用の支払いに関して事前に明確にしておいた（48）

以下は、最もあてはまる選択肢に○をつけてください。

情報交換の結果について

1）上記の情報交換が、職場での本人への対応に有用でしたか？
①非常に有用だった　②有用だった　③あまり有用でなかった
④全く有用でなかった　⑤わからない

①または②に回答した方に…上で○を付けた事項の中で、特に有用だと思われたものがあればその文末の番号をお書きください（複数回答可）
（　　）

2）上記の情報交換が、本人の不調期間を短縮させるのに有用でしたか？
①非常に有用だった　②有用だった　③あまり有用でなかった
④全く有用でなかった　⑤わからない

①または②に回答した方に…上で○を付けた事項の中で、特に有用だと思われたものがあればその文末の番号をお書きください（複数回答可）
（　　）

3）上記の情報交換が、その後の主治医との連携をより円滑化するのに有用でしたか？
①非常に有用だった　②有用だった　③あまり有用でなかった
④全く有用でなかった　⑤わからない

①または②に回答した方に…上で○を付けた事項の中で、特に有用だと思われたものがあればその文末の番号をお書きください（複数回答可）

（　　）

4）上記の情報交換が、本人の治療期間を短縮させるのに有用でしたか？

①非常に有用だった　　②有用だった　　③あまり有用でなかった

④全く有用でなかった　　⑤わからない

①または②に回答した方に…上で○を付けた事項の中で、特に有用だと思われたものがあればその文末の番号をお書きください（複数回答可）

（　　）

研究へのご参加をありがとうございました。

表 1. 前年の研究で抽出された職場側の課題（望ましい対応）

1.　書面

情報交換の時期に合わせた書式を用意する

（1）主治医からの意見書の形式

・就業面の配慮、復職の可否・時期（復職前後の場合）に関する事項は、選択方式とする

・病状に関する事項は、自由記入とする

・記載を求める項目とその理由（なぜその情報が必要か）を明示する

・問い合わせ項目を絞り込む

・職場で判断できる事項（職場で判断すべきこと）はできるだけ省略する

・診断名の記載欄を設ける

・主治医が望ましいと考える連絡方法を記入してもらうようにする

（2）職場から提供する情報の内容

①主治医に提供を求める事項の取り扱い

・提供される情報がどこに開示されるかを明示する

・提供される情報がどのように利用されるかを明示する

・提供される情報によって結果的にどのような事後措置がなされたかを事後報告することを伝える

・提供される情報がどのように管理されるのかを明示する

・提供される情報が個人情報保護の面で適切に扱われることを保証する

②労働者の情報

・業務内容、仕事上の責任を記す

・今回の状態が生じる前後で、本人にどのような変化があったかを記す

・職場からみた不調の要因（発症要因）を記す

・本人に関する（できるだけ客観的な）周囲からの評価、長所を記す

・可能な範囲での現病歴を記す

・判明している既往歴を記す

・過去の休業歴（なかった場合はその旨）を記す

③職場に関する情報

・就業面の配慮が可能な範囲を明記する

・仕事のストレス状況を記す

・休業に関する制度の説明を記す

・休業中の補償を明示する

・就業（継続）可能と判断する要件、求められる業務水準を明示する

・職場の写真を添付する

・「試し出勤」制度の有無およびその内容を記す

④その他

・情報提供者の立場を明記する
・書面作成の報酬を誰が支払うのかを明記する
・本人の処遇等は最終的には職場の責任で判断する旨明記する
・情報交換が本人の同意を得ていることを明記する
・連絡先（電話番号など）、産業医名を明記する
(3)職場からの情報提供（交換）の書式など
・A4 用紙 1/2～1 枚の分量にまとめる
・箇条書きのように読みやすくする工夫をする
(4)情報交換の職場側窓口
・医療・保健職とする
・地域資源の現状を理解するように努める
・精神疾患に対する偏見を持たないような人選をする
2. 面接
・時間は 30 分程度とする
・誰（職種）が出向くかを十分検討する
・職場関係者が親身になっていることを、熱意を持って伝える
・本人と同席にする
・情報交換の枠組み（何を聞いて、何を聞かないか）を明確にする
・あらかじめ確認したい内容を主治医に伝えておく
・本人と職場関係者が事前の打ち合わせをする
・面接費用の支払いに関して事前に明確にしておく

表 2. 情報交換の時期

	例数	（%）
初診時	20	(16.5)
休業開始時期	19	(15.7)
復職前後	64	(52.9)
復職後のフォローアップ時	17	(14.0)
不明	1	(0.8)

表 3. 書面による情報交換の実態

	例数	（%）
情報交換の時期に合わせた書式を用意した	83	(68.6)
（主治医からの意見書の形式）		

主治医に意見を記入してもらう書面（書式）を用意した	65	（53.7）
病状に関する事項は、自由記入とした	74	（61.2）
診断名の記載欄を設けた	60	（49.6）
記載を求める項目とその理由（なぜその情報が必要か）を明示した	57	（47.1）
問い合わせ項目を絞り込んだ	58	（47.6）
就業面の配慮、復職の可否・時期（復職前後の場合）に関する事項は選択方式とした	46	（38.0）
職場で判断できる事項（職場で判断すべきこと）はできるだけ省略した	42	（34.7）
主治医が望ましいと考える連絡方法を記入してもらうようにした	18	（14.9）
（職場から提供した情報の内容）		
①主治医に提供を求める事項の取り扱い		
提供される情報がどのように利用されるかを明示した	81	（66.9）
提供される情報がどこに開示されるかを明示した	68	（56.2）
提供される情報が個人情報保護の面で適切に扱われることを保証した	67	（55.4）
提供される情報がどのように管理されるのかを明示した	66	（54.5）
提供される情報によって、結果的にどのような事後措置がなされたかを事後報告することを伝えた	12	（9.9）
②労働者の情報		
今回の状態が生じる前後で、本人にどのような変化があったかを記した	79	（65.3）
業務内容、仕事上の責任を記した	71	（58.7）
可能な範囲での現病歴を記した	76	（62.8）
職場からみた不調の要因（発症要因）を記した	65	（53.7）
本人に関する（できるだけ客観的な）周囲からの評価、長所を記した	60	（49.6）
過去の休業歴（なかった場合はその旨）を記した	56	（46.3）
判明している既往歴を記した	55	（45.5）
③職場に関する情報		
就業（継続）可能と判断する要件、求められる業務水準を明示した	64	（52.9）
就業面の配慮が可能な範囲を明記した	61	（50.4）
仕事のストレス状況を記した	60	（49.6）
休業に関する制度の説明を記した	41	（33.9）
「試し出勤」制度の有無およびその内容を記した	38	（31.4）
休業中の補償を明示した	17	（14.0）

職場の写真を添付した	1	(0.8)
④その他		
連絡先(電話番号など)、産業医名を明記した	93	(76.9)
情報提供者の立場を明記した	89	(73.6)
情報交換が本人の同意を得ていることを明記した	57	(47.1)
本人の処遇等は、最終的には職場の責任で判断する旨明記した	37	(30.6)
書面作成の報酬を誰が支払うのかを明記した	30	(24.8)
(職場からの情報提供(交換)の書式など)		
A4 用紙 1/2～1 枚の分量にまとめた	76	(62.8)
箇条書きのように読みやすくする工夫をした	42	(34.7)
(情報交換の職場側窓口)		
医療・保健職とした	105	(86.8)
精神疾患に対する偏見を持たないような人選をした	1	(0.8)
地域資源の現状を理解するように努めた	0	(0.0)

表 4. 面接による情報交換の実態

	例数	(%)
職場関係者が主治医との面接を行った	21	(17.4)
時間は 30 分程度であった	20	(16.5)
誰(職種)が出向くかを十分検討した	19	(15.7)
本人と同席にした	18	(14.9)
職場関係者が親身になっていることを、熱意を持って伝えた	12	(9.9)
情報交換の枠組み(何を聞いて、何を聞かないか)を明確にした	8	(6.6)
あらかじめ確認したい内容を主治医に伝えておいた	4	(3.3)
本人と職場関係者が事前の打ち合わせをした	3	(2.5)
面接費用の支払いに関して事前に明確にしておいた	8	(6.6)

表 5. 情報交換の「職場での対応」に対する有用性

	例数	(%)
非常に有用だった	25	(20.7)
有用だった	67	(55.4)
あまり有用でなかった	16	(13.2)
全く有用でなかった	6	(5.0)
わからない	7	(5.8)

表 6.「職場での対応」に特に有用であった事項

	例数
病状に関する事項は、自由記入とした	22
診断名の記載欄を設けた	17
就業（継続）可能と判断する要件、求められる業務水準を明示した	13
就業面の配慮、復職の可否・時期（復職前後の場合）に関する事項は、選択方式とした	12
業務内容、仕事上の責任を記した	11
今回の状態が生じる前後で、本人にどのような変化があったかを記した	11
記載を求める項目とその理由（なぜその情報が必要か）を明示した	10
問い合わせ項目を絞り込んだ	10
職場からみた不調の要因（発症要因）を記した	9
仕事のストレス状況を記した	8
就業面の配慮が可能な範囲を明記した	7
休業に関する制度の説明を記した	6
本人に関する（できるだけ客観的な）周囲からの評価、長所を記した	5
可能な範囲での現病歴を記した	5
本人の処遇等は、最終的には職場の責任で判断する旨明記した	4
「試し出勤」制度の有無およびその内容を記した	3
連絡先（電話番号など）、産業医名を明記した	3
主治医との面接では本人と同席にした	3
情報交換の時期に合わせた書式を用意した	2
提供される情報がどこに開示されるかを明示した	2
提供される情報がどのように管理されるのかを明示した	2
休業中の補償を明示した	2
主治医との面接では誰（職種）が出向くかを十分検討した	2
主治医との面接では職場関係者が親身になっていることを、熱意を持って伝えた	2
主治医との面接では情報交換の枠組み（何を聞いて、何を聞かないか）を明確にした	2
主治医との面接ではあらかじめ確認したい内容を主治医に伝えておいた	2
主治医が望ましいと考える連絡方法を記入してもらうようにした	1
提供される情報がどのように利用されるかを明示した	1
提供される情報が個人情報保護の面で適切に扱われることを保証した	1

過去の休業歴（なかった場合はその旨）を記した	1
情報交換の職場側窓口を医療・保健職とした	1

表 7. 情報交換の「当該労働者の不調期間の短縮」に対する有用性

	例数	（%）
非常に有用だった	6	（5.0）
有用だった	33	（27.3）
あまり有用でなかった	21	（17.4）
全く有用でなかった	14	（11.6）
わからない	47	（38.8）

表 8.「当該労働者の不調期間の短縮」に特に有用であった事項

	例数
今回の状態が生じる前後で、本人にどのような変化があったかを記した	7
休業に関する制度の説明を記した	6
診断名の記載欄を設けた	5
職場からみた不調の要因（発症要因）を記した	5
就業面の配慮が可能な範囲を明記した	5
仕事のストレス状況を記した	5
就業（継続）可能と判断する要件、求められる業務水準を明示した	5
病状に関する事項は、自由記入とした	4
記載を求める項目とその理由（なぜその情報が必要か）を明示した	4
可能な範囲での現病歴を記した	4
問い合わせ項目を絞り込んだ	3
業務内容、仕事上の責任を記した	3
就業面の配慮、復職の可否・時期（復職前後の場合）に関する事項は、選択方式とした	2
本人に関する（できるだけ客観的な）周囲からの評価、長所を記した	2
誰（職種）が出向くかを十分検討した	2
あらかじめ確認したい内容を主治医に伝えておいた	2
主治医が望ましいと考える連絡方法を記入してもらうようにした	1
提供される情報がどこに開示されるかを明示した	1
提供される情報がどのように利用されるかを明示した	1

提供される情報によって、結果的にどのような事後措置がなされたかを事後報告することを伝えた	1
「試し出勤」制度の有無およびその内容を記した	1
本人の処遇等は、最終的には職場の責任で判断する旨明記した	1
情報交換の職場側窓口を医療・保健職とした	1
情報交換の枠組み（何を聞いて、何を聞かないか）を明確にした	1

表 9. 情報交換の「その後の主治医との連携の円滑化」に対する有用性

	例数	（%）
非常に有用だった	14	（11.6）
有用だった	62	（51.2）
あまり有用でなかった	14	（11.6）
全く有用でなかった	6	（5.0）
わからない	25	（20.7）

表 10.「その後の主治医との連携の円滑化」に特に有用であった事項

	例数
連絡先（電話番号など）、産業医名を明記した	16
就業（継続）可能と判断する要件、求められる業務水準を明示した	14
仕事のストレス状況を記した	13
休業に関する制度の説明を記した	12
就業面の配慮が可能な範囲を明記した	10
情報提供者の立場を明記した	10
職場からみた不調の要因（発症要因）を記した	8
今回の状態が生じる前後で、本人にどのような変化があったかを記した	6
可能な範囲での現病歴を記した	6
医療・保健職とした	6
診断名の記載欄を設けた	5
提供される情報がどこに開示されるかを明示した	5
本人の処遇等は、最終的には職場の責任で判断する旨明記した	5
情報交換が本人の同意を得ていることを明記した	5
提供される情報がどのように利用されるかを明示した	4
提供される情報が個人情報保護の面で適切に扱われることを保証した	4
業務内容、仕事上の責任を記した	4

本人に関する（できるだけ客観的な）周囲からの評価、長所を記した	4
過去の休業歴（なかった場合はその旨）を記した	4
A4 用紙 1/2～1 枚の分量にまとめた	4
情報交換の時期に合わせた書式を用意した	3
病状に関する事項は、自由記入とした	3
「試し出勤」制度の有無およびその内容を記した	3
職場関係者が親身になっていることを、熱意を持って伝えた	3
情報交換の枠組み（何を聞いて、何を聞かないか）を明確にした	3
問い合わせ項目を絞り込んだ	2
提供される情報がどのように管理されるのかを明示した	2
書面作成の報酬を誰が支払うのかを明記した	2
あらかじめ確認したい内容を主治医に伝えておいた	2
記載を求める項目とその理由（なぜその情報が必要か）を明示した	1
主治医が望ましいと考える連絡方法を記入してもらうようにした	1
提供される情報によって、結果的にどのような事後措置がなされたかを事後報告することを伝えた	1
休業中の補償を明示した	1
箇条書きのように読みやすくする工夫をした	1
誰（職種）が出向くかを十分検討した	1

表 11. 情報交換の「当該労働者の治療期間の短縮」に対する有用性

	例数	（%）
非常に有用だった	6	（5.0）
有用だった	17	（14.0）
あまり有用でなかった	18	（14.9）
全く有用でなかった	12	（9.9）
わからない	66	（54.5）
不明	2	（1.7）

表 12.「当該労働者の治療期間の短縮」に特に有用であった事項

	例数
就業（継続）可能と判断する要件、求められる業務水準を明示した	5
就業面の配慮が可能な範囲を明記した	4
休業に関する制度の説明を記した	4

「試し出勤」制度の有無およびその内容を記した	4
診断名の記載欄を設けた	3
今回の状態が生じる前後で、本人にどのような変化があったかを記した	3
職場からみた不調の要因（発症要因）を記した	3
仕事のストレス状況を記した	2
本人の処遇等は、最終的には職場の責任で判断する旨明記した	2
病状に関する事項は、自由記入とした	1
主治医が望ましいと考える連絡方法を記入してもらうようにした	1
提供される情報がどこに開示されるかを明示した	1
提供される情報がどのように管理されるのかを明示した	1
業務内容、仕事上の責任を記した	1
本人に関する（できるだけ客観的な）周囲からの評価、長所を記した	1
可能な範囲での現病歴を記した	1
情報交換の職場側窓口を医療・保健職とした（36）	1

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った。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けるよう、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する労働者にもすべからく当てはまるものである。

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）に自主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突合が可能であった 319 人の記録である。

（倫理面への配慮）

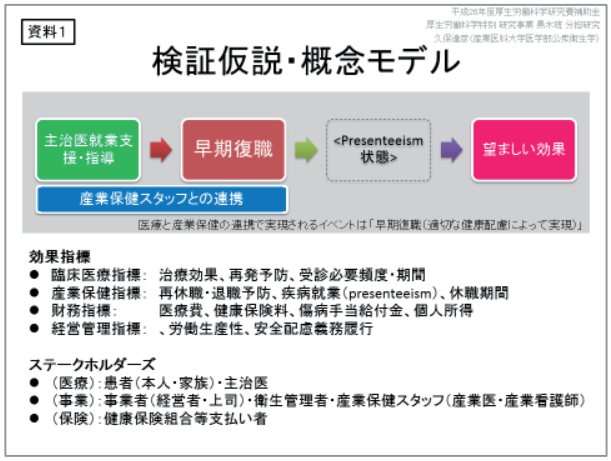
課題１は研究者によるディスカッションによる研究であり被験者の参加はないため倫理面での配慮は発生しない。課題２については、２つの調査についてそれぞれ産業医科大学倫理審査員会による審査を受け承認を得た。

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（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し。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

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、把握されている限りこれらの文書中に**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%、仕事を行う上での注意点等指導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ぞれ有意に高値**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（疾病分類）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のなか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りう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）

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limitation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、以下に列挙する。

＜Clinical implications＞

A) 早期復職者は休職開始時期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。

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 倍に跳ね上がっており、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

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

(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/2r9852000002ecfl-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. 産業医科大学雑紙 2013.
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. 産業医科大学雑紙 2013.
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）

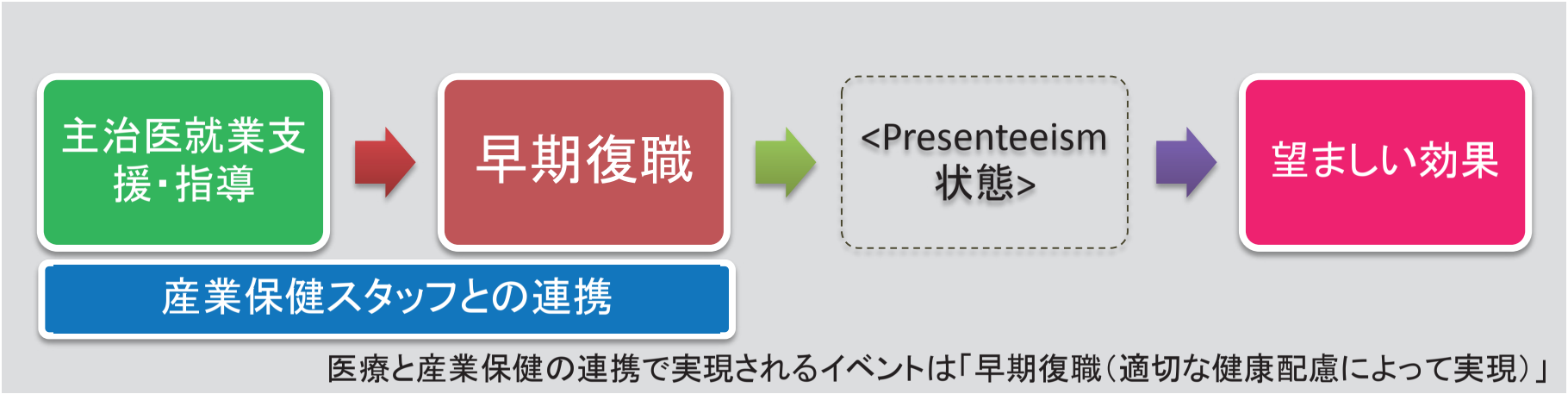
資料３ 調査結果-主治医と産業医の連携効果に関する実態調査（インターネット調査）

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）

平成26年度厚生労働科学研究費補助金
厚生労働科学特別 研究事業 黒木班 分担研究
久保達彦（産業医科大学医学部公衆衛生学）

資料1

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）	
地域	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（単一回答）　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

全員回答　改ページ（F1～F3は1画面表示）

S1　SA　あなたの性別をお答えください。
（お答えは1つ）

○1	男性
○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）

	▼プルダウン
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	鳥取県
32	島根県
33	岡山県
34	広島県
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　改ページ
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）

○1	正規	
○2	非正規（派遣労働、契約社員）	
○3	パート・アルバイト	
○4	自営業	
○5	請負（業務委託）	
○6	嘱託	
○7	その他	→調査終了
○8	働いていない	→調査終了

全員回答　改ページ
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）

○1	協力する	
○2	協力できない	→調査終了

全員回答　改ページ
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）

○1	はい	
○2	いいえ	→調査終了

全員回答　改ページ
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。

○1	心の病気（うつ、統合失調症など）
○2	糖尿病、高血圧、高脂血症（生活習慣病）
○3	心臓病
○4	脳卒中
○5	ケガ・筋肉や骨の病気（筋骨格系疾患）
○6	がん（悪性腫瘍）
○7	慢性腎不全
○8	妊娠・出産
○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）

○1	痛みに関すること
○2	体の動きや移動に関すること
○3	きつさ・体力低下・食欲・発熱・めまい・気分不良に関すること
○4	トイレや排泄に関すること
○5	心の健康に関すること
○6	肌、頭髪、美容に関すること
○7	睡眠に関すること
○8	眼に関すること
○9	鼻に関すること
○10	耳に関すること
○11	妊娠・出産に関すること
○12	その他（具体的に：　　）
○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）

○1	1ヶ月以内
○2	3ヶ月以内（2～3ヶ月前）
○3	半年以内（4～6ヶ月前）
○4	1年以内（7～12ヶ月前）
○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）

○1	毎週（1週間に１回程度、またはそれ以上の頻度）
○2	2週間に1回程度
○3	毎月（1ヶ月に１回程度）
○4	2～3ヶ月に1回程度
○5	半年毎
○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）

○1	半年以内（1～6ヶ月）に通院が終了する見込み
○2	半年以上（7ヶ月以上）かかる見込み
○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）

○1	はい（現在も入院をしている）
○2	はい（現在は入院していない）
○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）

○1	2週間以内（14日以下）
○2	1ヶ月未満（15日以上30日未満）
○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）

○1	ある
○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）

○1	5日以下
○2	6日～10日
○3	11日～30日
○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）

○1	ある
○2	ない
○3	覚えていない

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	分からない

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	分からない

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）

		ほぼ毎日あった	週に2日以上	週に1日程度	月に1日か、それより少ない	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った	○1	○2	○3	○4	○5
Q14-3	考えがまとまらなかった	○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った	○1	○2	○3	○4	○5
Q14-7	自発的に仕事ができなかった	○1	○2	○3	○4	○5
Q14-8	健康状態が理由で、転職、退職、配置転換を考えた	○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）

[ ] 分 **※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、解決に向けて集	○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	分からない

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	産業医はいるが、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	分からない

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	分からない

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、あたな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　改ページ

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）

□1	勤務先部署（直属の上司）
□2	人事・給与管理部門
□3	健康管理部門（上司や人事以外）
□4	その他（具体的に　　）

Q24にて○1にオンのある方のみ表示　改ページ

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）

□1	勤務先から求められた
□2	あなたが自主的に提出した
□3	主治医の勧めによる
□4	その他（具体的に　　）

Q24にて○1にオンのある方のみ表示　改ページ

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）

○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）
○2	いいえ　（あなた自身が負担した（本人））
○3	医療機関から文書料金は請求されていない
○4	その他（具体的に：　　）

全員回答　改ページ

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）

□1	電話で連携した。
□2	面会を実施した。
□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　改ページ

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）

□1	勤務先部署の上司（勤務部門）
□2	人事担当者（人事・給与管理部門）
□3	衛生管理者
□4	産業医（健康管理室）
□5	産業看護師（健康管理室）
□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）
□7	その他（具体的に　　）

Q28□2にオンのある方のみ表示　改ページ

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）

□1	勤務先部署の上司（勤務部門）
□2	人事担当者（人事・給与管理部門）
□3	衛生管理者
□4	産業医（健康管理室）
□5	産業看護師（健康管理室）
□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）
□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　改ページ

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）

○1	把握している
○2	ある程度、把握している
○3	ほとんど、把握していない
○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）

□1	病名
□2	必要な治療（通院・入院）について
□3	必要な休職期間（休職しなければならない日数）
□4	病状が治癒/軽快したことについて
□5	就業・復職が可能なことについて
□6	従事を制限すべき業務について
□7	従事が可能な業務・作業について
□8	勤務時間の制限について
□9	職場での一般的な注意事項について
□10	今後の病状の推移に関する見込みについて
□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）

□1	文書で、医師の指導内容を職場上司等に伝えた	
□2	電子メールで、医師の指導内容を職場上司等に伝えた	
□3	口頭で、医師の指導内容を職場上司等に伝えた	
□4	その他（具体的に　　）	
□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）

○1	はい
○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）

□1	勤務先部署の上司（勤務部門）
□2	人事担当者（人事・給与管理部門）
□3	衛生管理者
□4	産業医（健康管理室）
□5	産業看護師（健康管理室）
□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）
□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）

□1	勤務時間が調整された	
□2	勤務場所が変更された	
□3	業務の量が軽減された	
□4	業務の内容が変更された	
□5	保護具等の物品が配備された	
□6	体調の声かけ確認が継続的に実施された	
□7	その他（具体的に　　）	
□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）

○1	強く感じる
○2	やや感じる
○3	どちらとも言えない
○4	あまり感じない
○5	全く感じない

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）

□1	体調が理由でできない仕事が発生することについて
□2	体調に関する職場上司の理解について
□3	体調に関する同僚の理解について
□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
□5	働くことで病気が悪化してしまう可能性について
□6	働くことを前提に選択すべき治療方法について
□7	治療に伴う副作用等が働き方に与える影響について
□8	雇用の継続（働き続けられるか）について
□9	自分のキャリア（昇進）への影響について
□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）

		強くそう思う	どちらかと言えば、そう思う	どちらとも言えない	あまり思わない	全く思わない
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	○1	○2	○3	○4	○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	○1	○2	○3	○4	○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、**あなたが了承する範囲**での情報提供があることは望ましいと思う	○1	○2	○3	○4	○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）

○1	既婚
○2	未婚
○3	その他(離婚・死別等)

全員回答 改ページ

F2 SA あなた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）

○1	100万円未満
○2	100万円～200万円未満
○3	200万円～300万円未満
○4	300万円～500万円未満
○5	500万円～700万円未満
○6	700万円～1,000万円未満
○7	1,000万円～2,000万円未満
○8	2,000万円～5,000万円未満
○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）

○1	官庁・自治体
○2	農林･水産
○3	出版･印刷
○4	建築･土木・不動産
○5	金融
○6	電気･水道･ガス・エネルギー
○7	サービス
○8	商社
○9	流通
○10	食品・飲料
○11	医薬
○12	化粧品
○13	衣服・アパレル
○14	自動車･輸送用機器・電機・機械・部品
○15	交通･運輸
○16	マーケティング・調査
○17	マスコミ・広告代理店
○18	通信関連
○19	IT・インターネット関連
○20	シンクタンク･コンサルタント
○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、最も当てはまるものをお答えください。
（お答えは1つ）

○1	管理的職業
○2	専門的・技術的職業
○3	事務的職業
○4	販売の職業
○5	サービスの職業
○6	保安の職業
○7	農林漁業の職業
○8	生産工程の職業
○9	輸送・機械運転の職業
○10	建設・採掘の職業
○11	運搬・清掃・包装等の職業
○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）

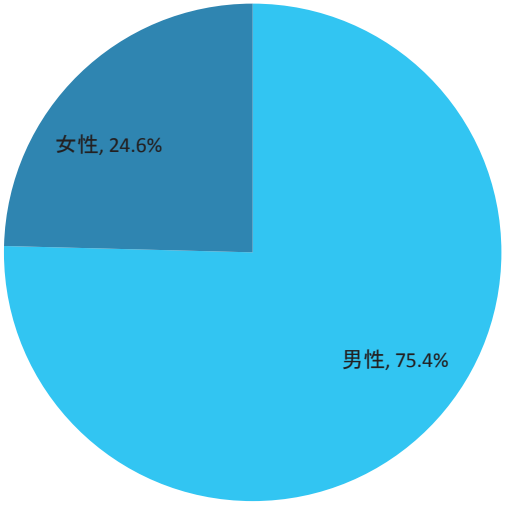
○1	主にデスクワーク（事務やパソコンでの仕事）
○2	主に人と話したりする仕事(営業や販売)
○3	主に作業（生産現場でのお仕事、介護など体を使う作業）

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%）

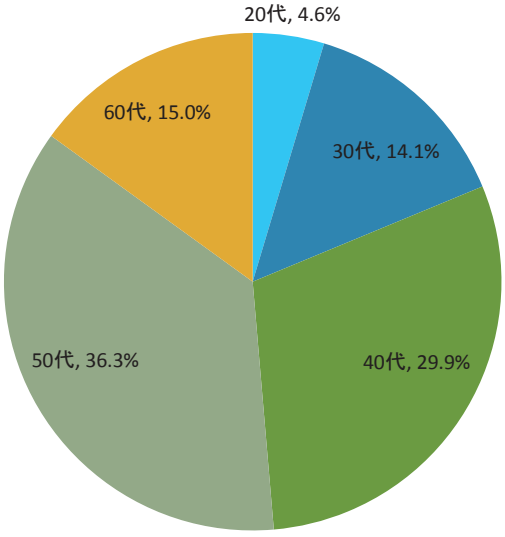
[GRAPH001]

【性別】性別
(N=2395)



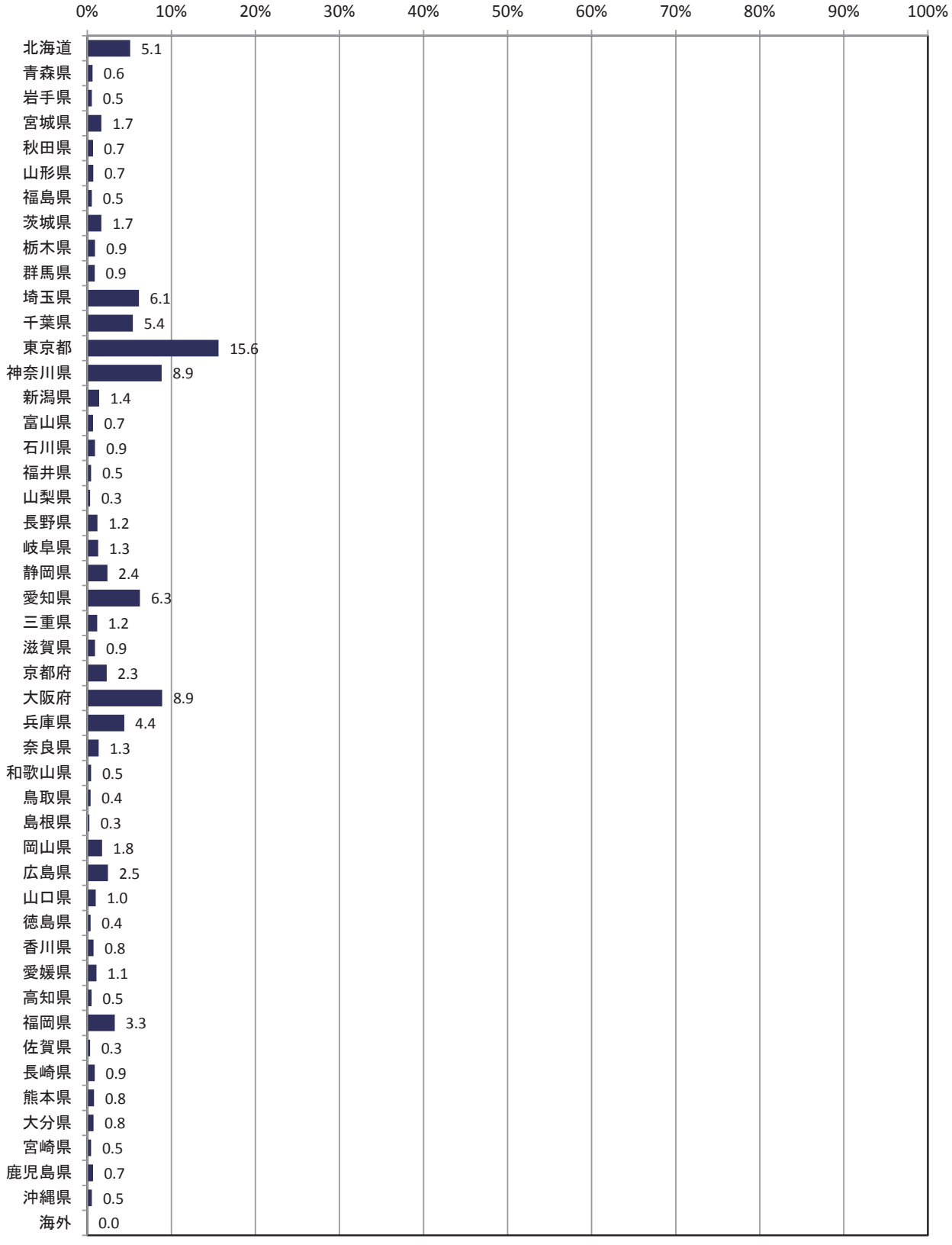
[GRAPH003]

【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。

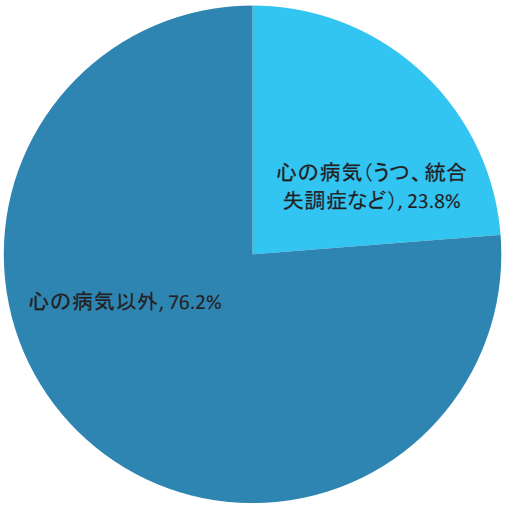
[GRAPH004]



都市部を中心として、全都道府県から回答が得られた。

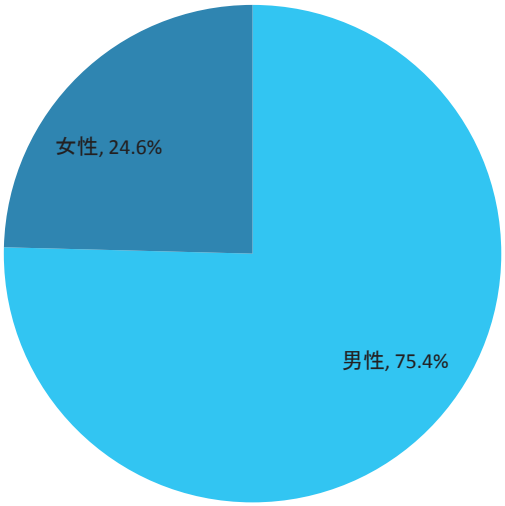
[GRAPH005]

【症状CATE】症状CATE
(N=2395)



[GRAPH006]

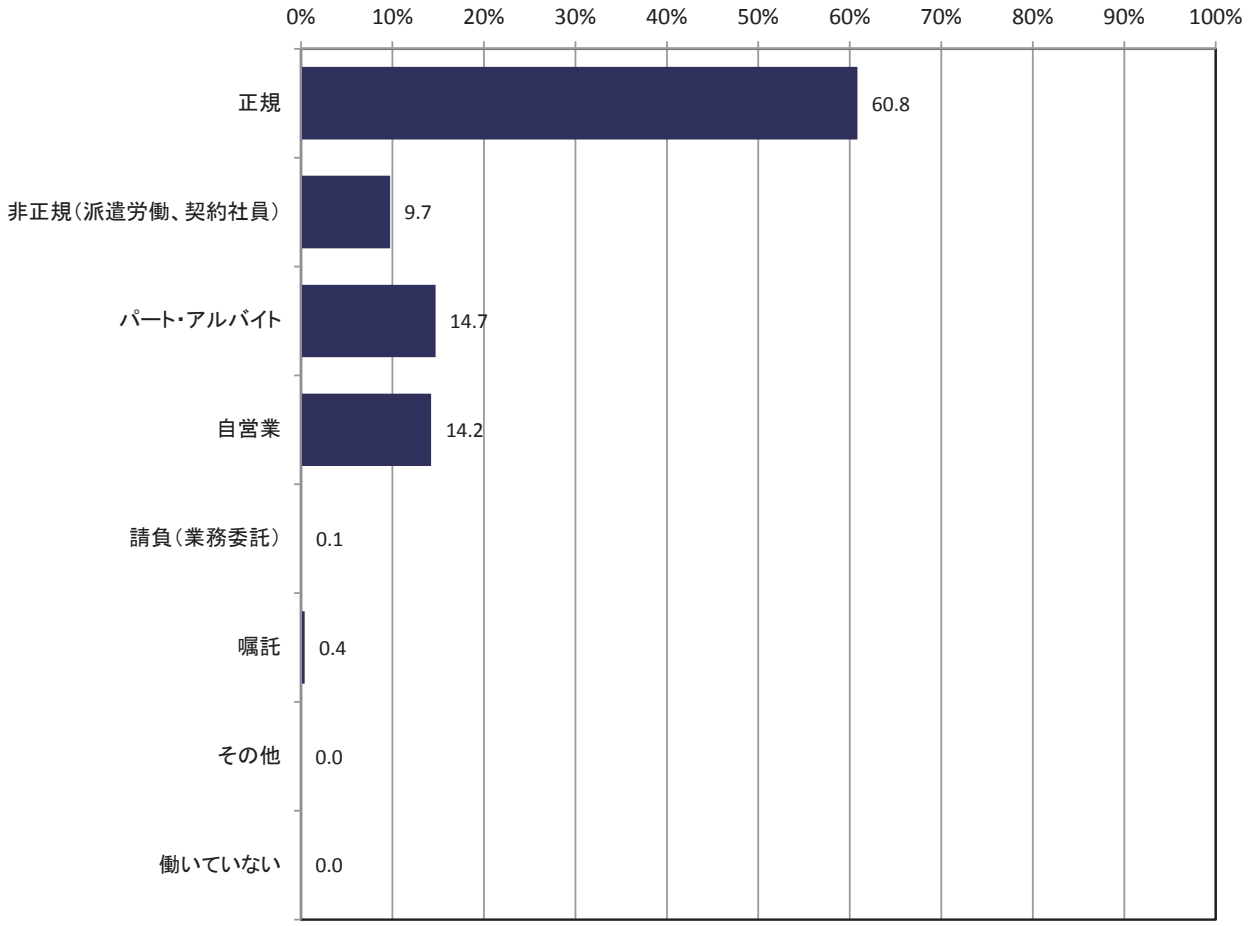
【S1】あなたの性別をお答えください。（お答えは1つ）
(N=2395)



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。

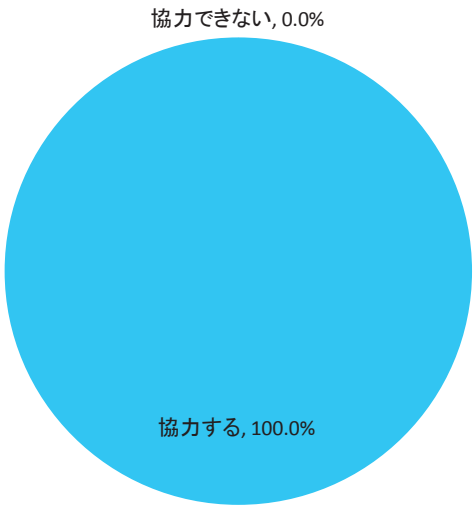
[GRAPH009]

【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]

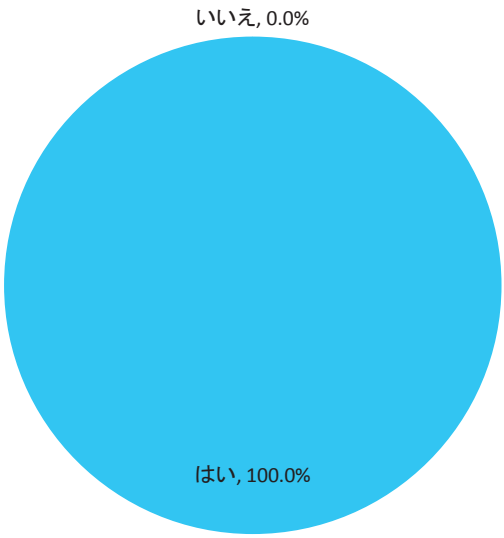
【SC2】このアンケートには、あなたの健康状態についてお聞きする質問がございます。ご協力いただけますか。（お答えは1つ）
(N=2395)



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。

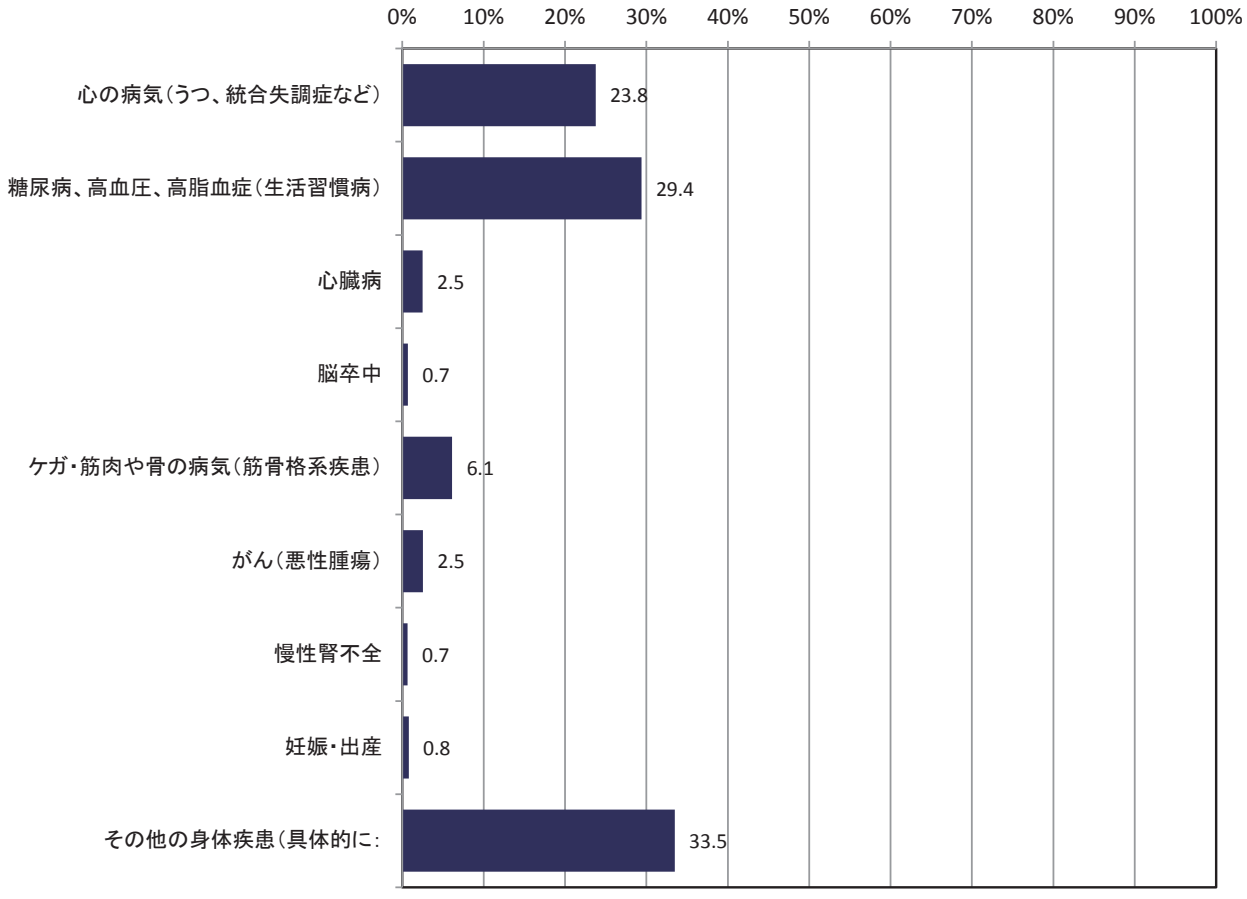
[GRAPH011]

【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]

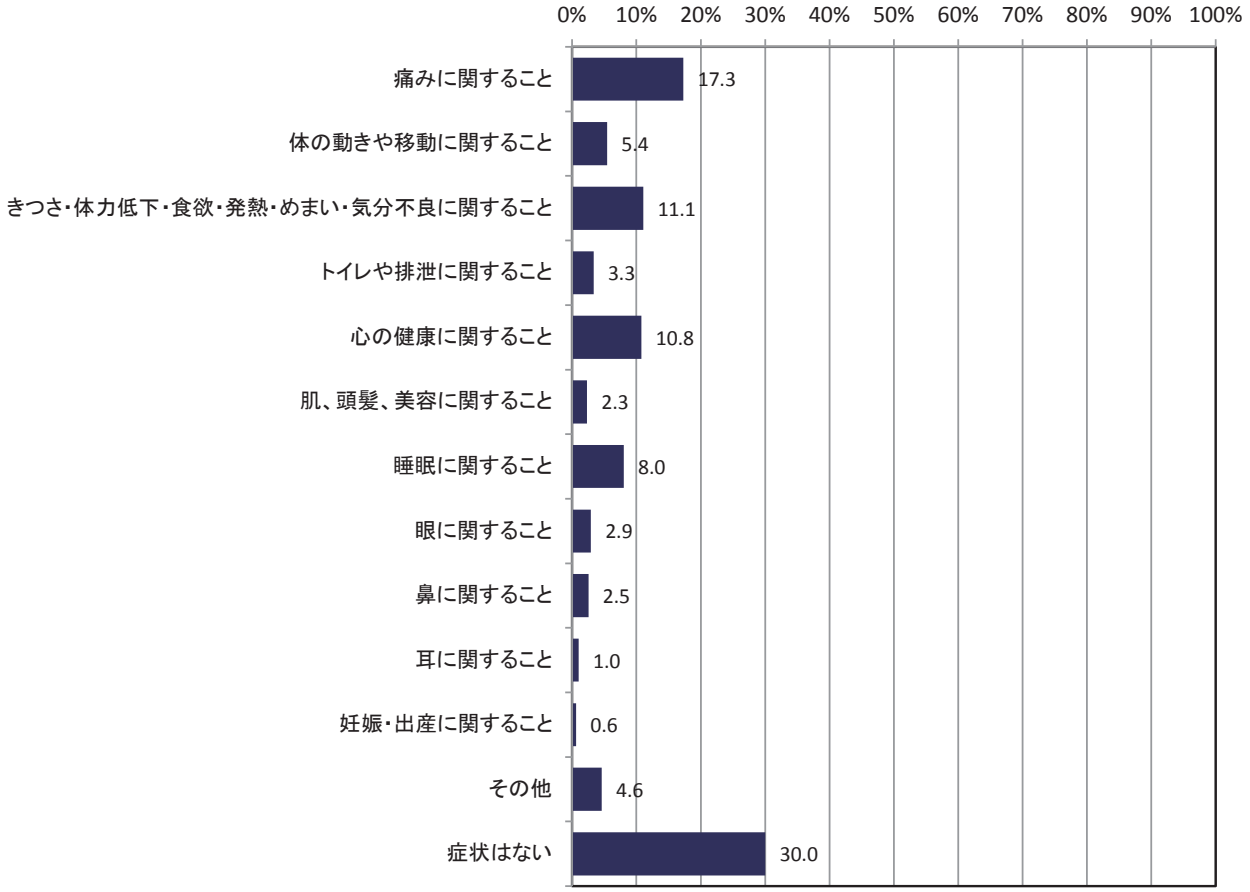
【SC4】あなたが定期通院中の健康問題は、以下のどれに該当しますか。(お答えは1つ)※
複数の状態で定期通院中の方は、通院頻度が最も高いものを1つお答えください。
(N=2395)



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。
その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。

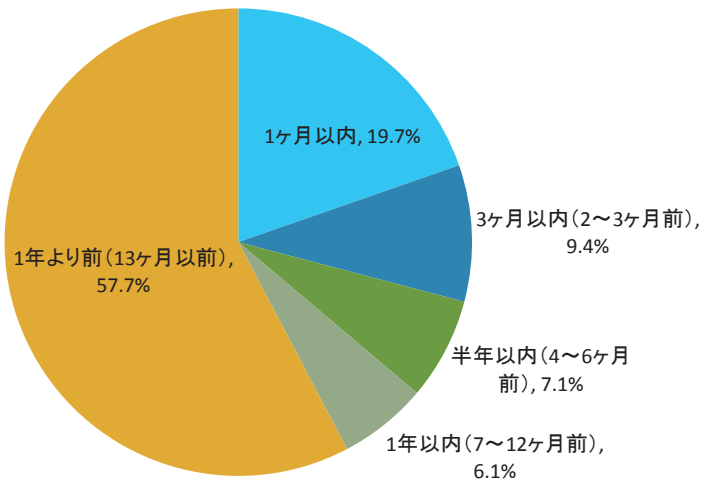
[GRAPH013]

【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]

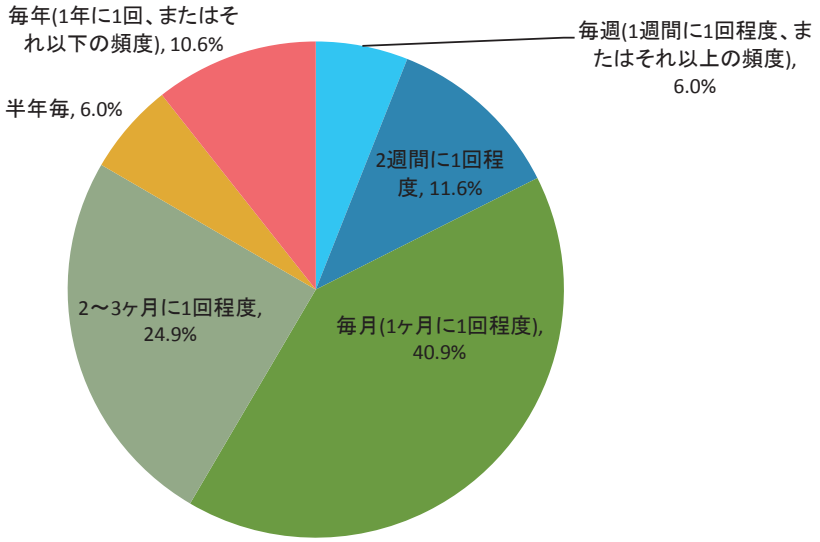
【Q2】定期通院中の健康問題で、あなたが最初に医療機関を受診したのはいつ頃ですか。（お答えは1つ）
(N=2395)



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。

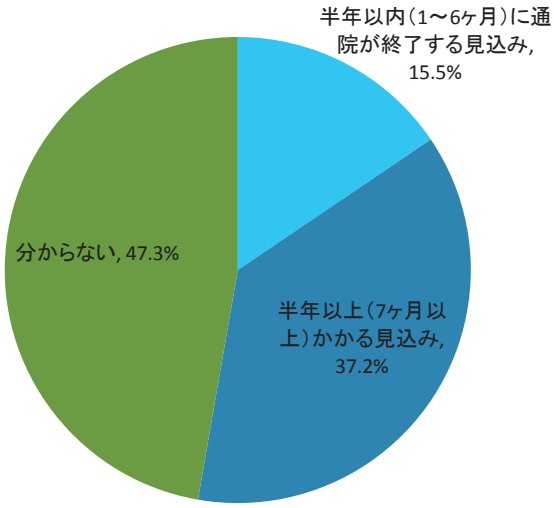
[GRAPH015]

【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]

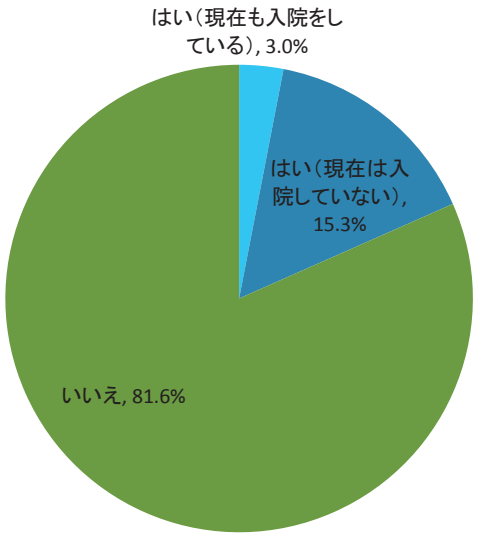
【Q4】今後、通院が必要な期間の見込みについて、一番近いと思われる項目を選択してください。（お答えは1つ）
(N=2395)



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。

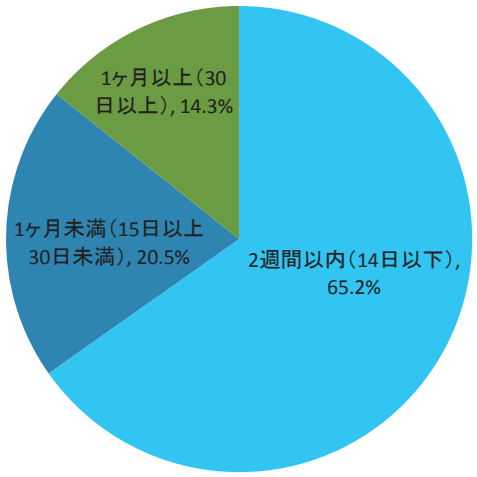
[GRAPH017]

【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]

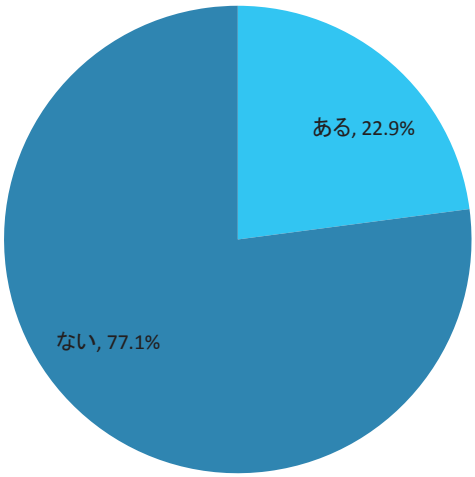
【Q6】あなたが過去6ヶ月以内に受けた入院治療の合計期間について、お答えください。(お答えは1つ)
(N=440)



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。

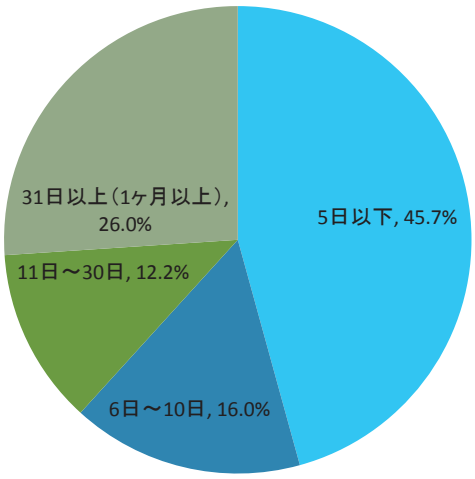
[GRAPH019]

【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]

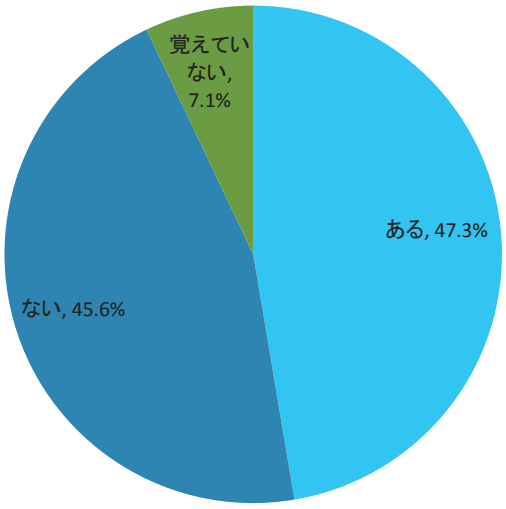
【Q8】過去6ヶ月以内に休職した（仕事を休んだ）日数の合計期間について、お答えください。（お答えは1つ）
(N=549)



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

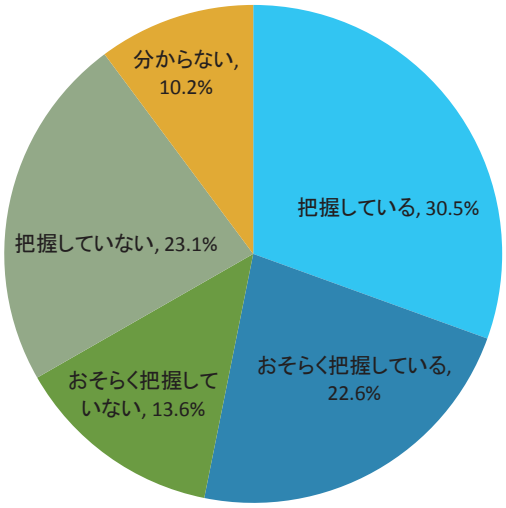
[GRAPH021]

【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]

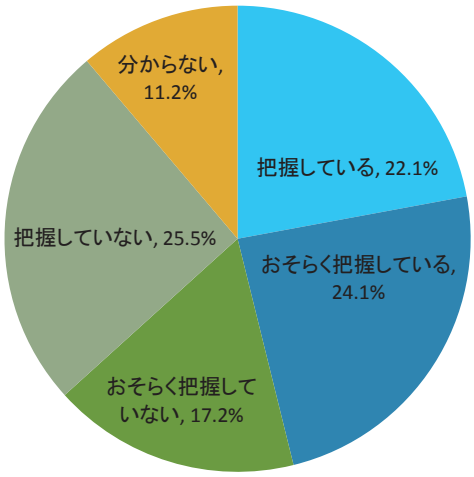
【Q10】主治医はあなたの職業（勤務先会社名等）を把握していますか。（お答えは1つ）
(N=2395)



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？）

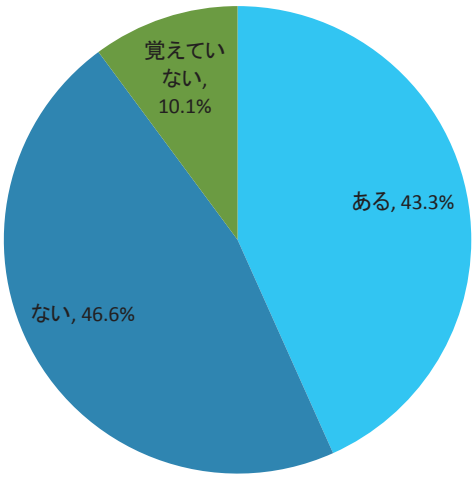
[GRAPH023]

【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]

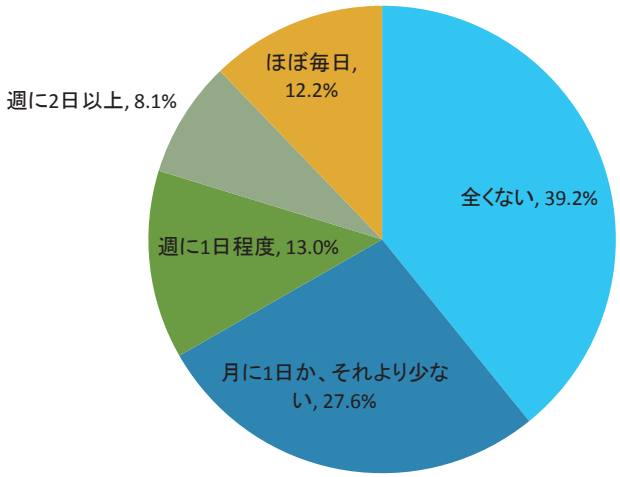
【Q12】職場におけるあなたの健康問題の管理について、あなたは主治医から助言や指導を受けたことがありますか。（お答えは1つ）
(N=2395)



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。

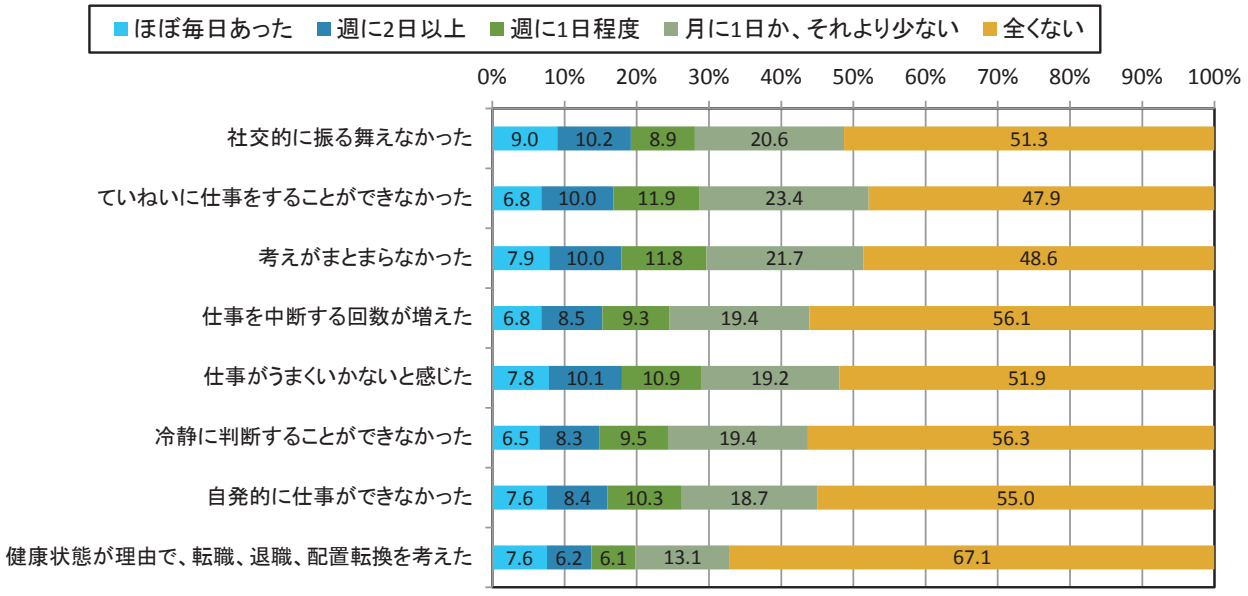
[GRAPH025]

【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]

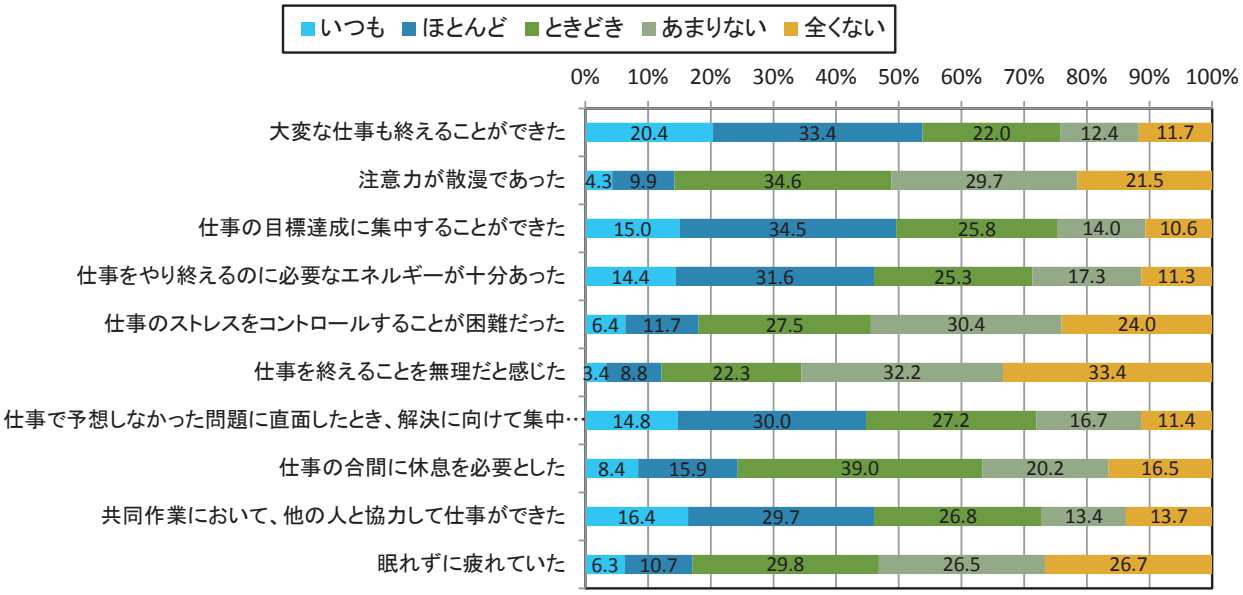
【Q14】普段の体調の良い時と比べ、体調が悪い時に次のようなことは、どのくらいありましたか。(お答えはそれぞれ1つずつ)



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

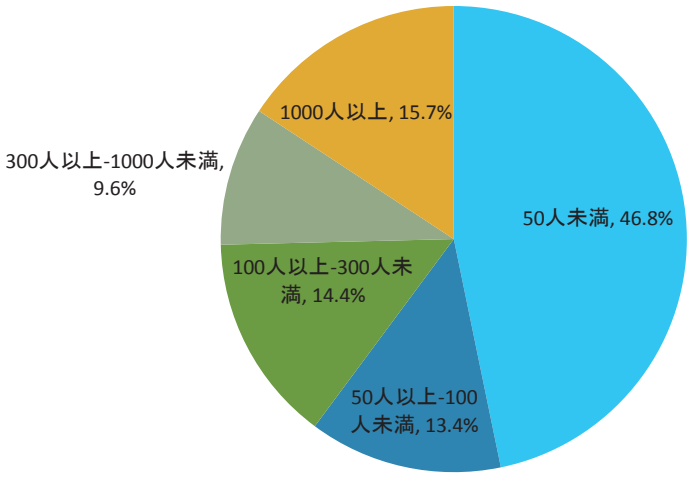
[GRAPH029]

【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]

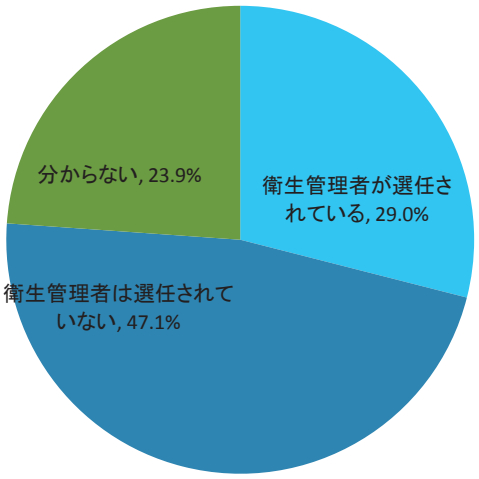
【Q18】あなたの勤務する事業所の社員数（他部署も含め同じ敷地内で働いている職場全体の人数）は何人ですか。（お答えは1つ）
(N=2395)



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。

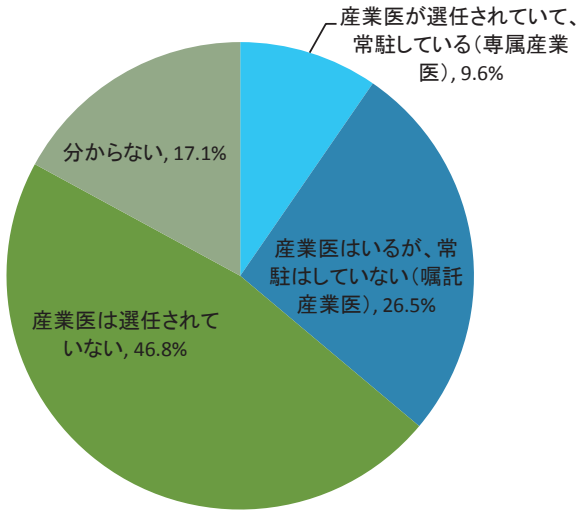
[GRAPH031]

【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]

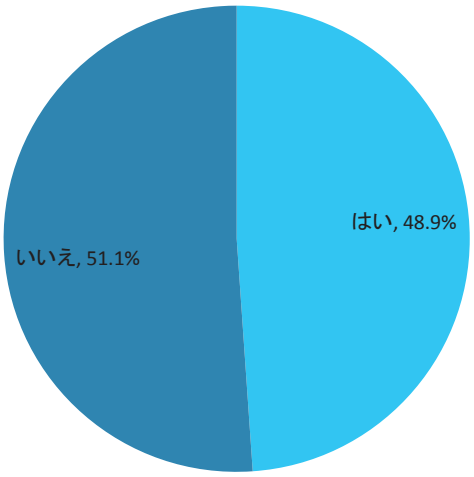
【Q20】あなたの勤務先では、産業医（社員の健康管理等を担当する医師）が選任されていますか。（お答えは1つ）
(N=2395)



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。

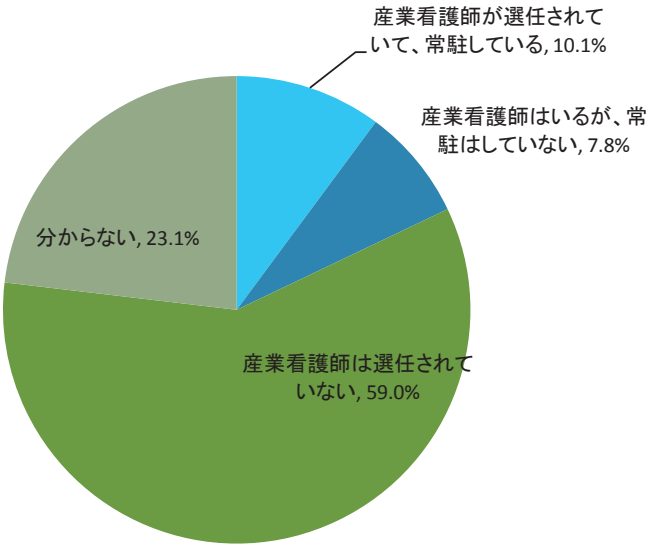
[GRAPH033]

【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]

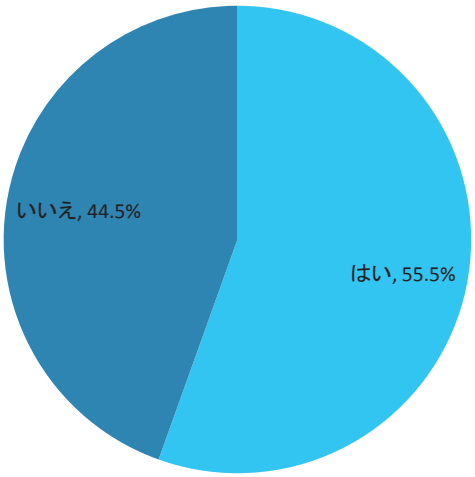
【Q22】あなたの勤務先では、産業看護師（社員の健康管理等を担当する看護師や保健師）が選任されていますか。（お答えは1つ）
(N=2395)



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

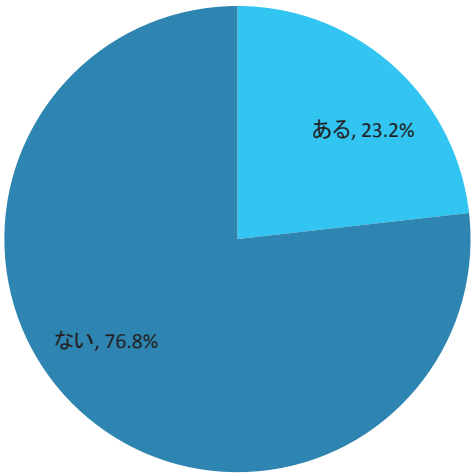
[GRAPH035]

【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)



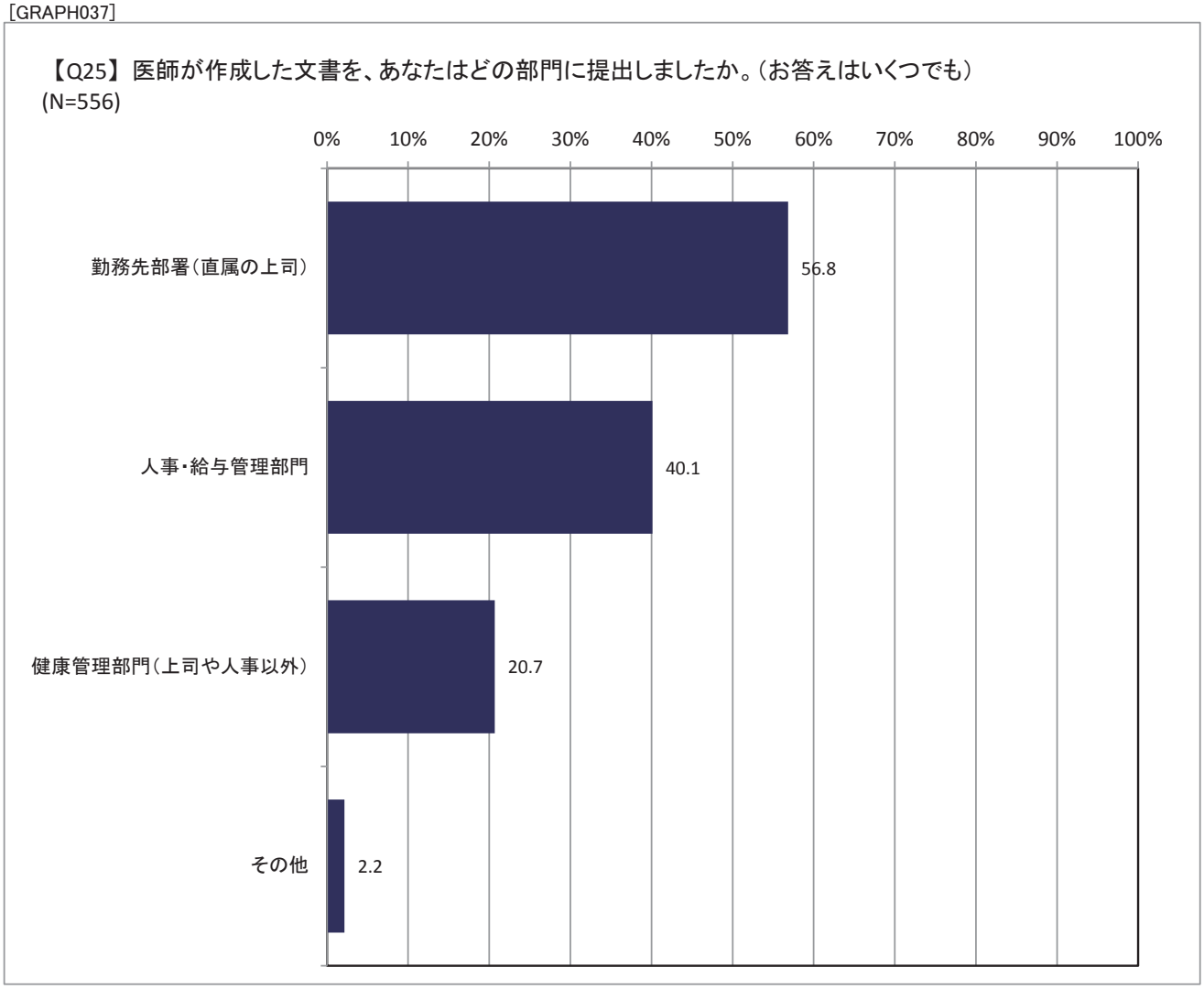
[GRAPH036]

【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、あたな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

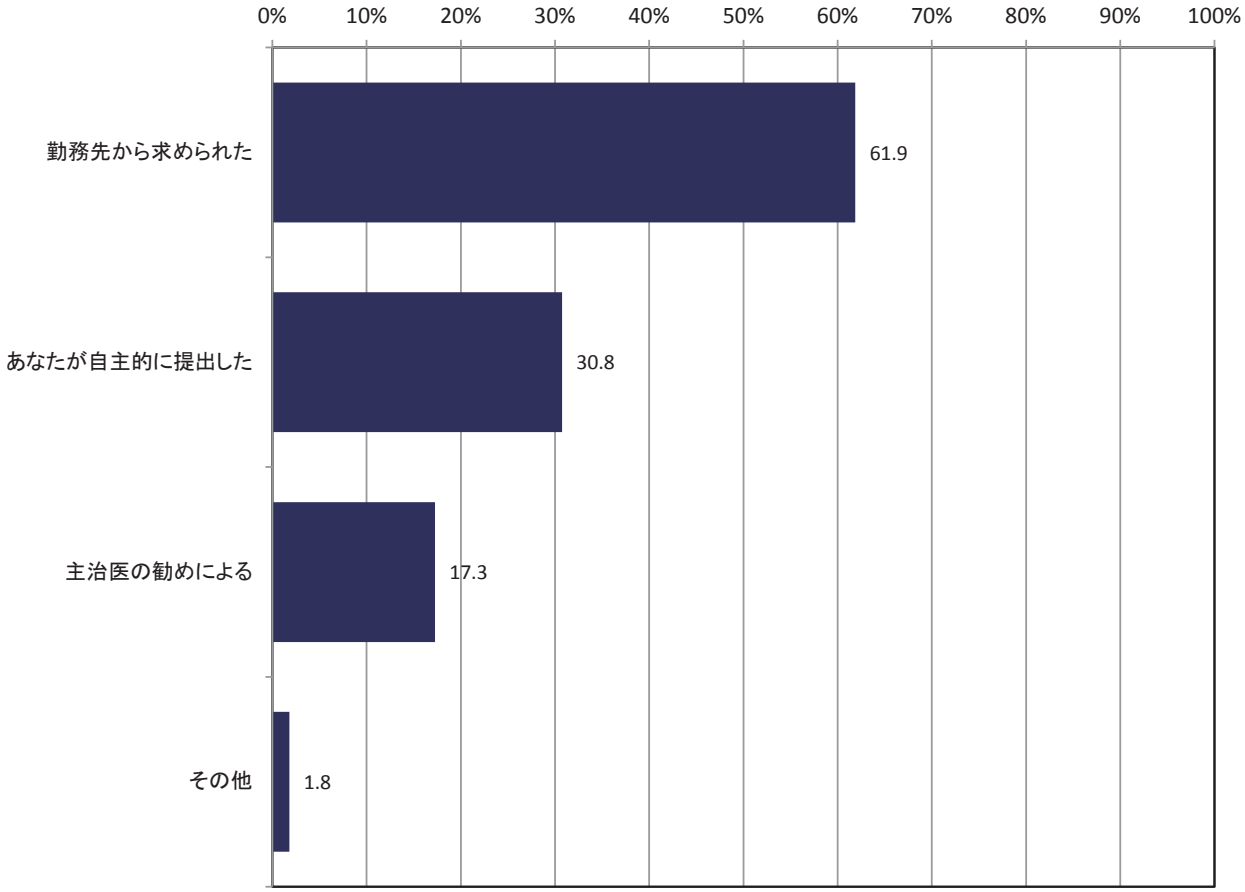
[GRAPH037]



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]

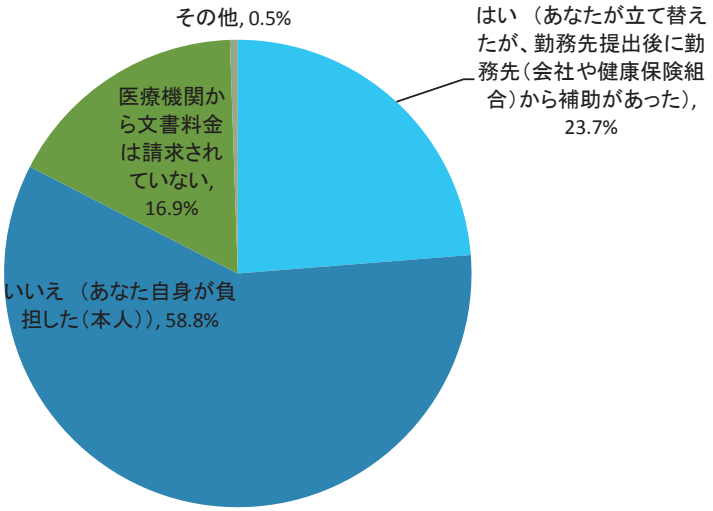
【Q26】職場に提出された主治医文書は誰の求めによって作成された文書ですか。(お答えはいくつでも)
(N=556)



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

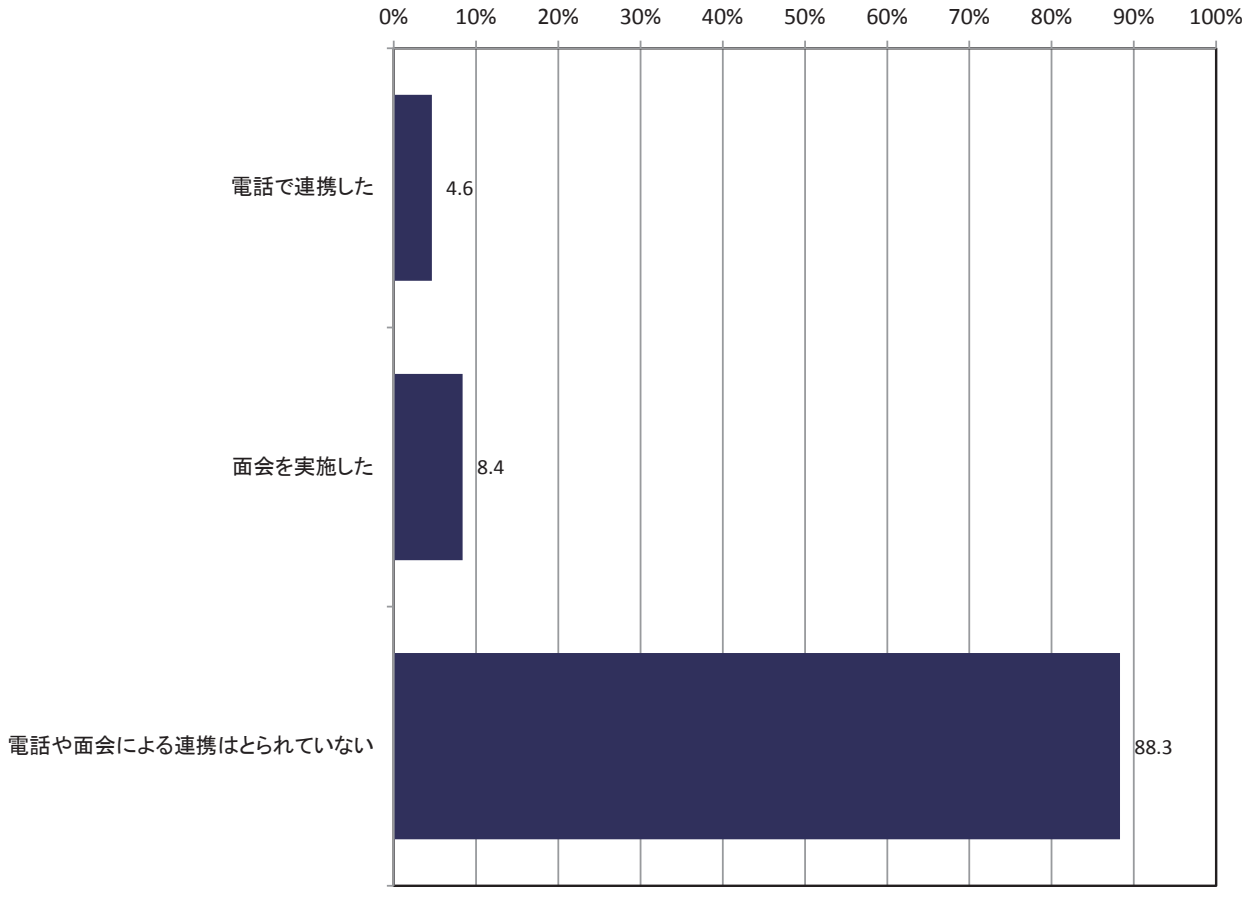
[GRAPH039]

【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]

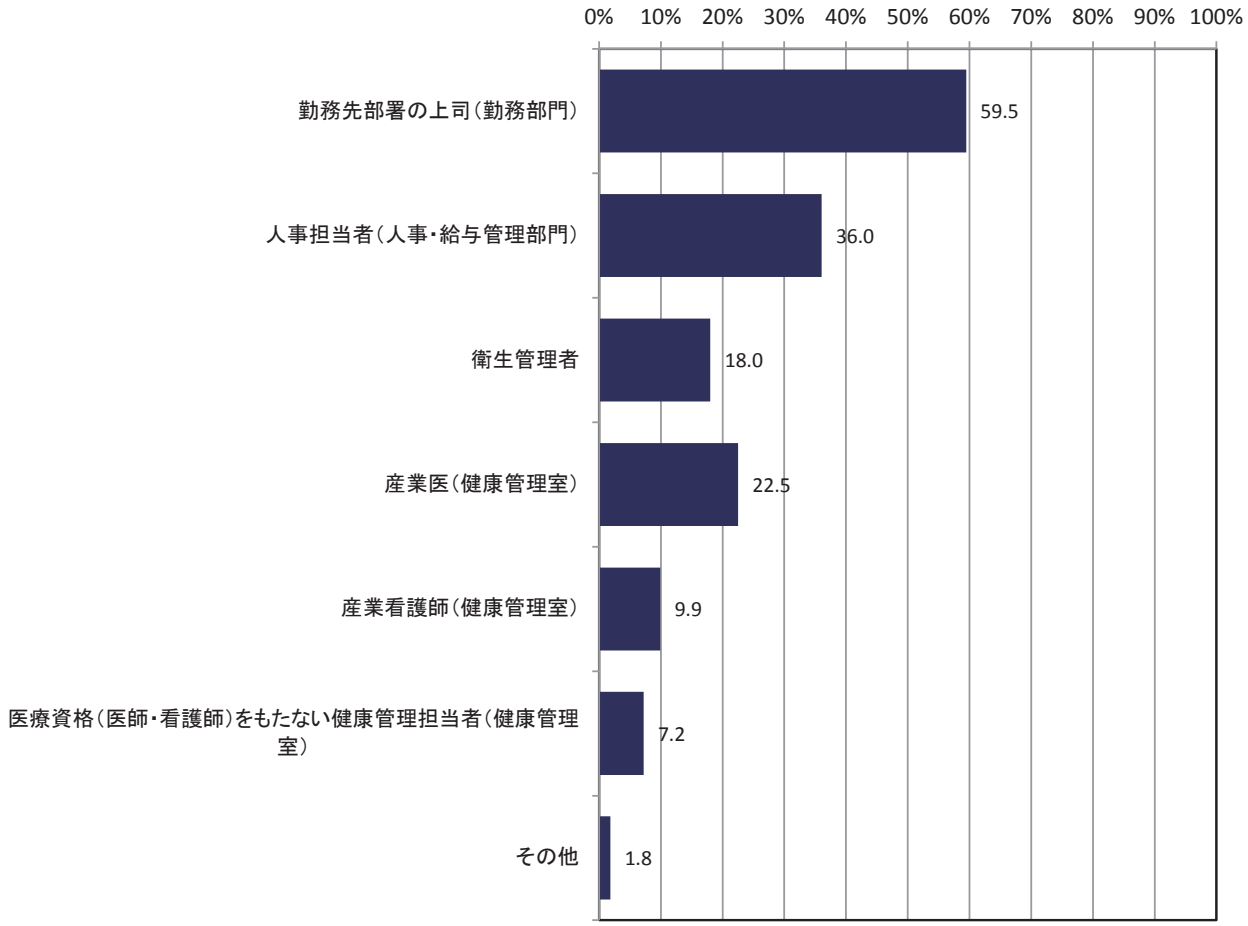
【Q28】あなたの健康状態について、主治医と勤務先担当者が面会や電話面談による連携をとったことがありますか。(お答えはいくつでも)
(N=2395)



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

[GRAPH041]

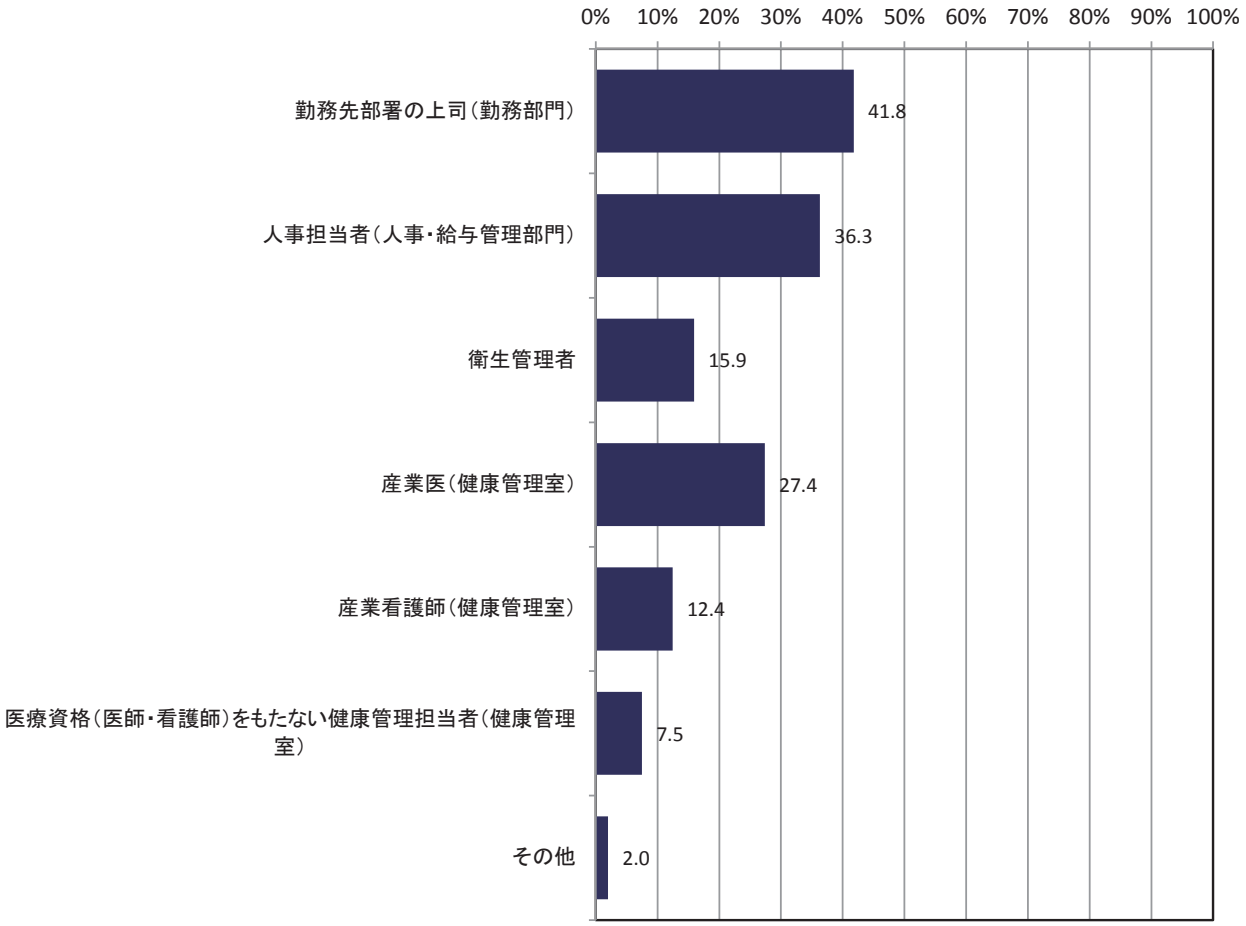
【Q29_1】主治医と「電話で連携した」際の勤務先担当者は誰ですか。（お答えはいくつでも）
(N=111)



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%

[GRAPH042]

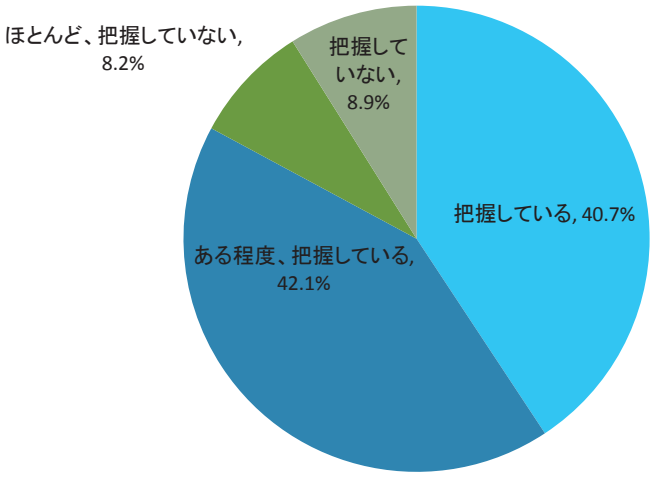
【Q29_2】主治医と「面会を実施した」際の勤務先担当者は誰ですか。（お答えはいくつでも）
(N=201)



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

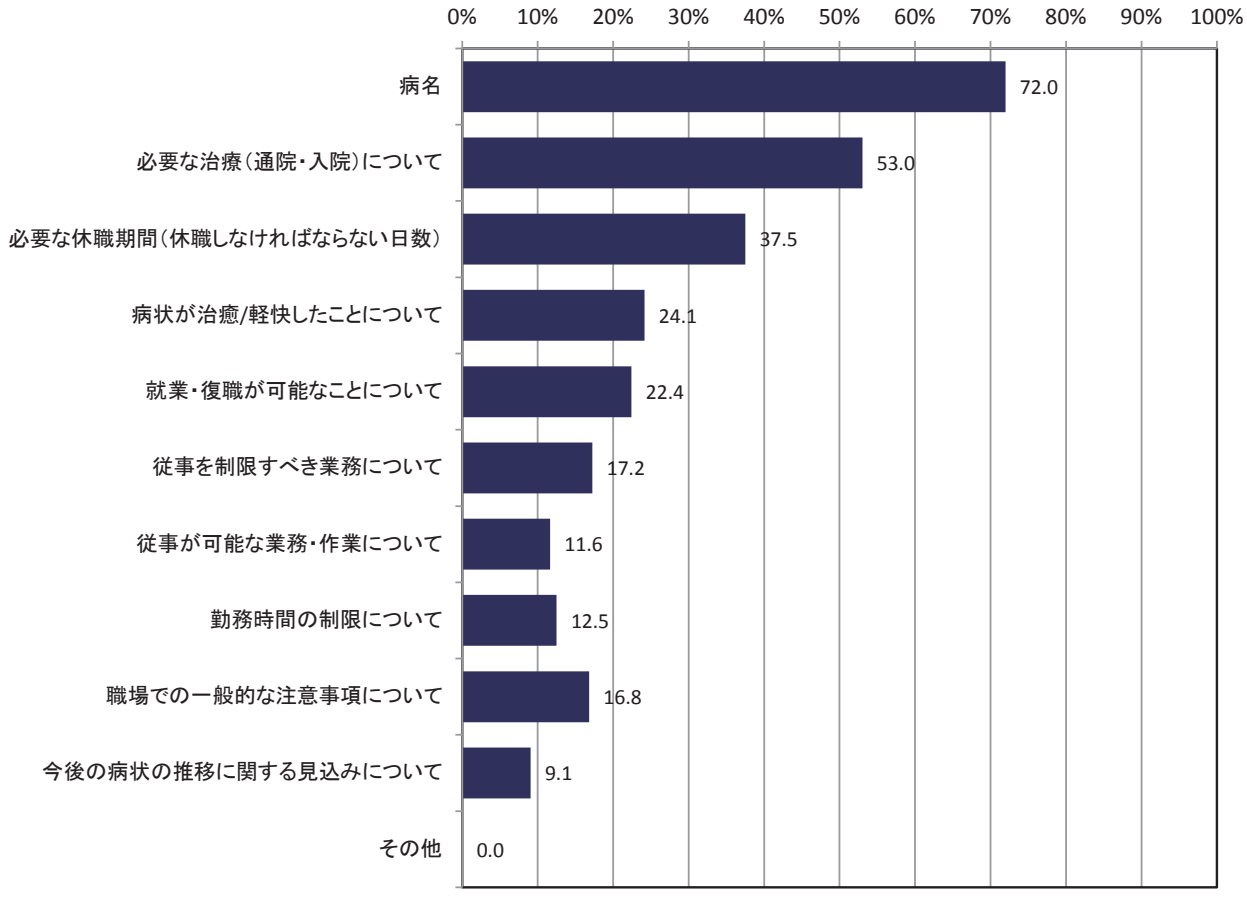
[GRAPH043]

【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]

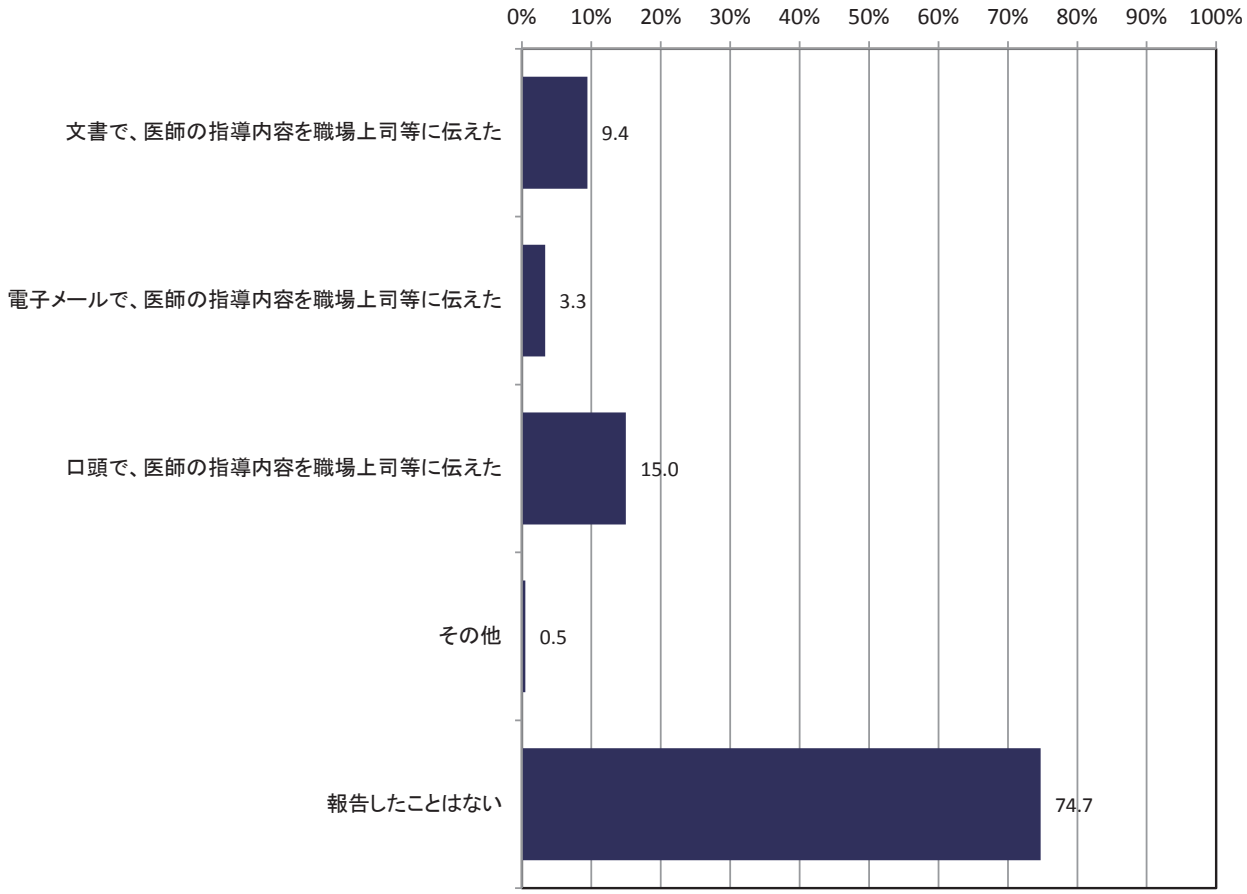
【Q31】あなたの健康状態に関する勤務先への情報提供には、どのような事項が含まれていましたか。(お答えはいくつでも)
(N=232)



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))

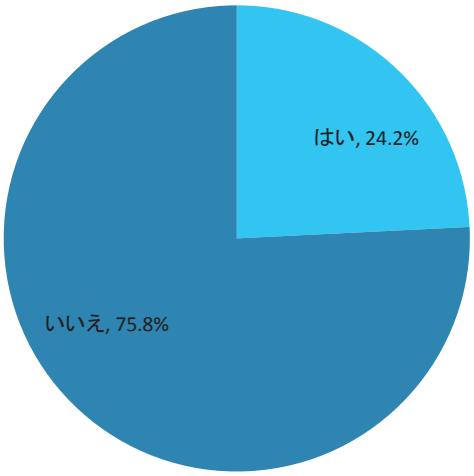
[GRAPH045]

【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]

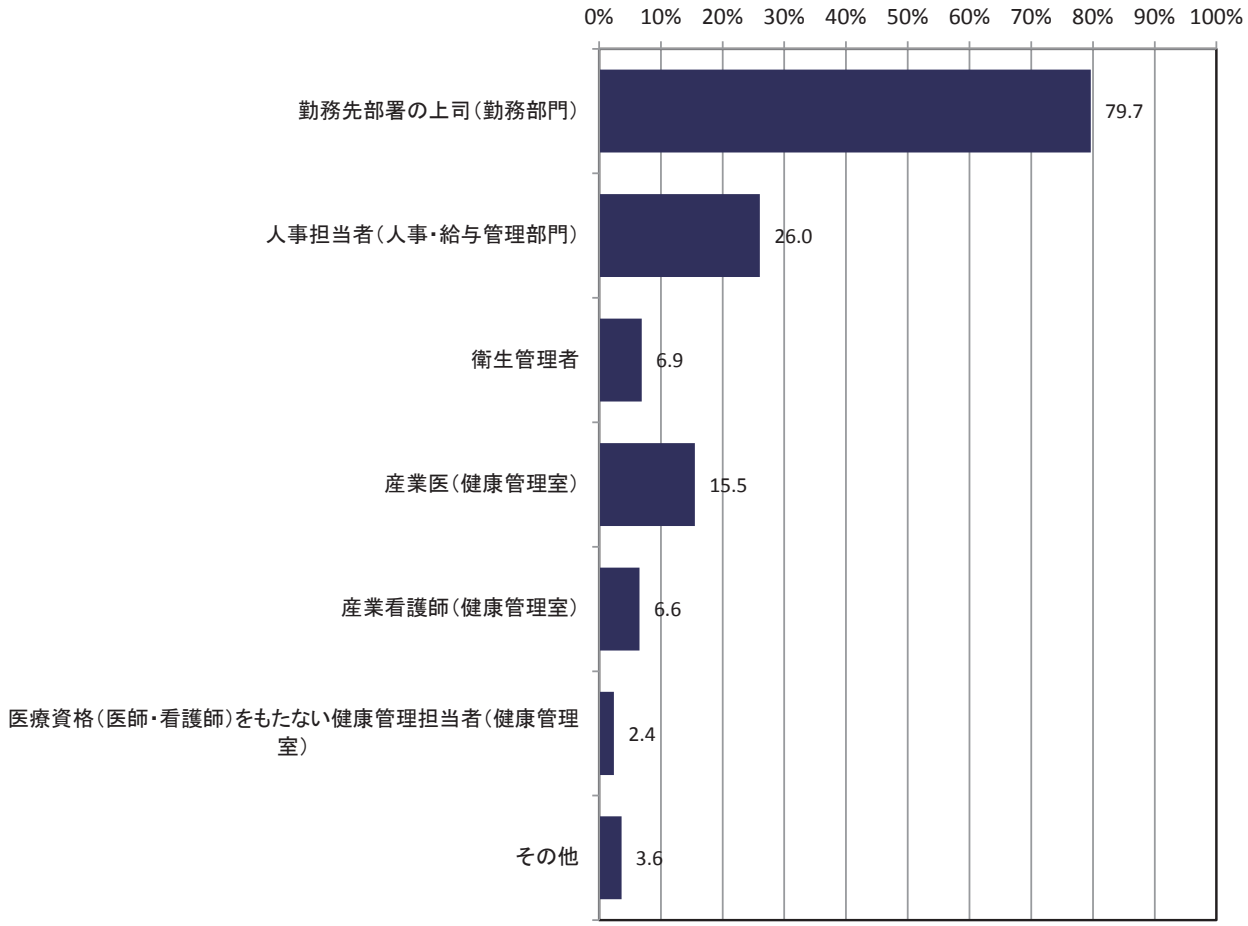
【Q33】あなたの勤務先で、あなたの健康問題について、業務の調整や健康配慮を話し合う機会はありましたか。(お答えは1つ)
(N=2395)



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)

[GRAPH047]

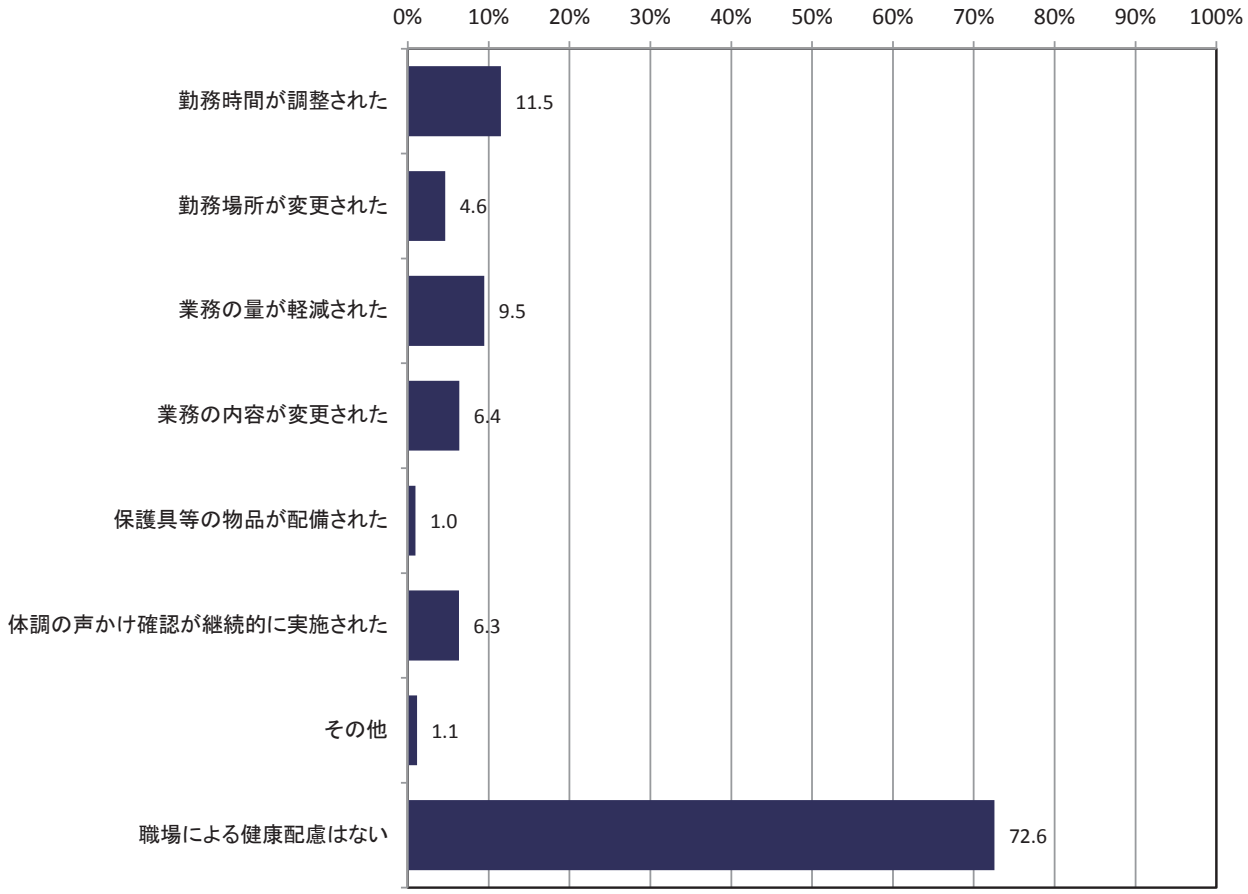
【Q34】業務の調整や健康配慮を話し合った参加者は誰ですか。(お答えはいくつでも)
(N=580)



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%

[GRAPH048]

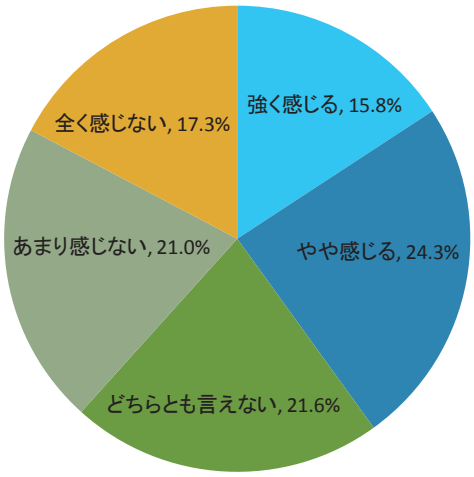
【Q35】あなたの健康問題について、職場で以下のような健康配慮が行われたことがありますか。(お答えはいくつでも)
(N=2395)



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。

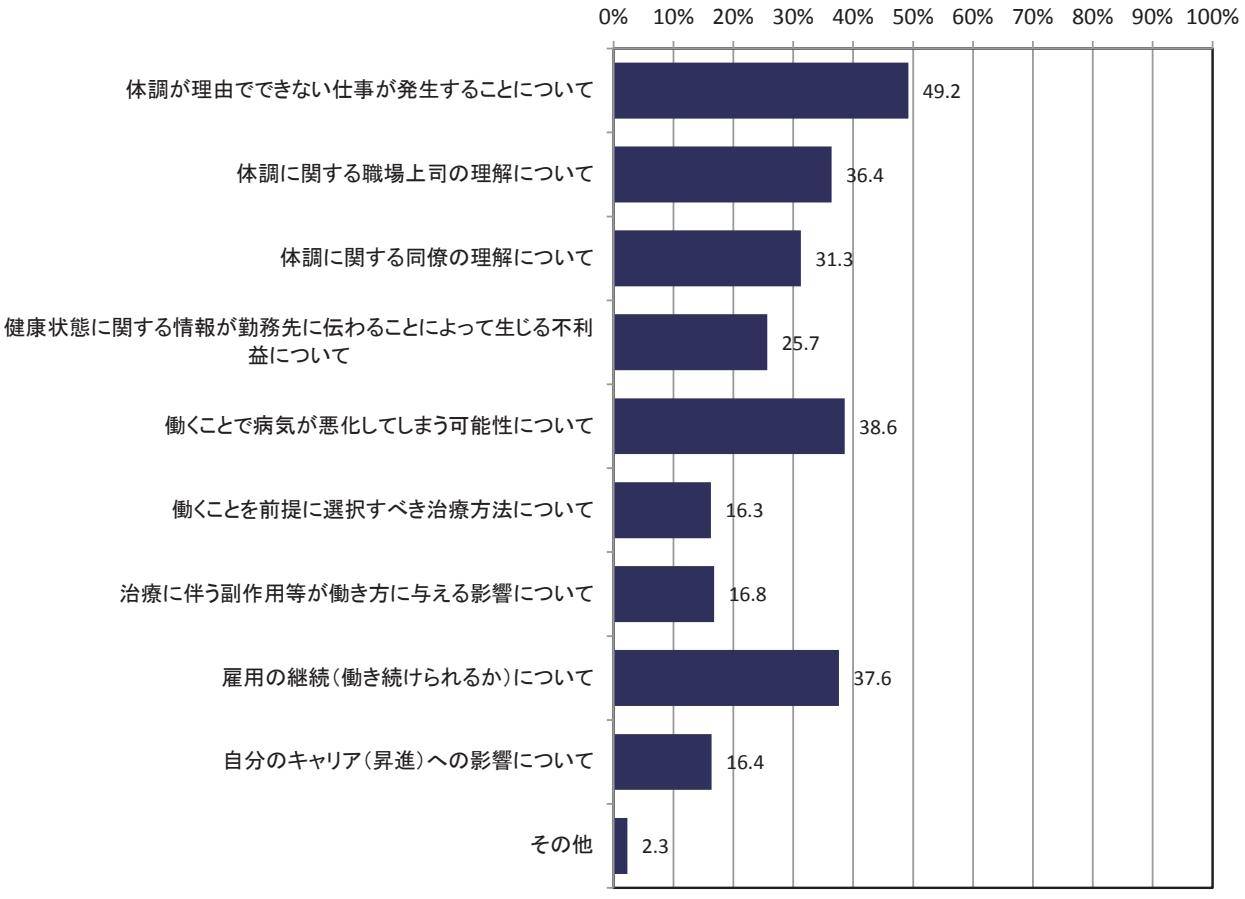
[GRAPH049]

【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]

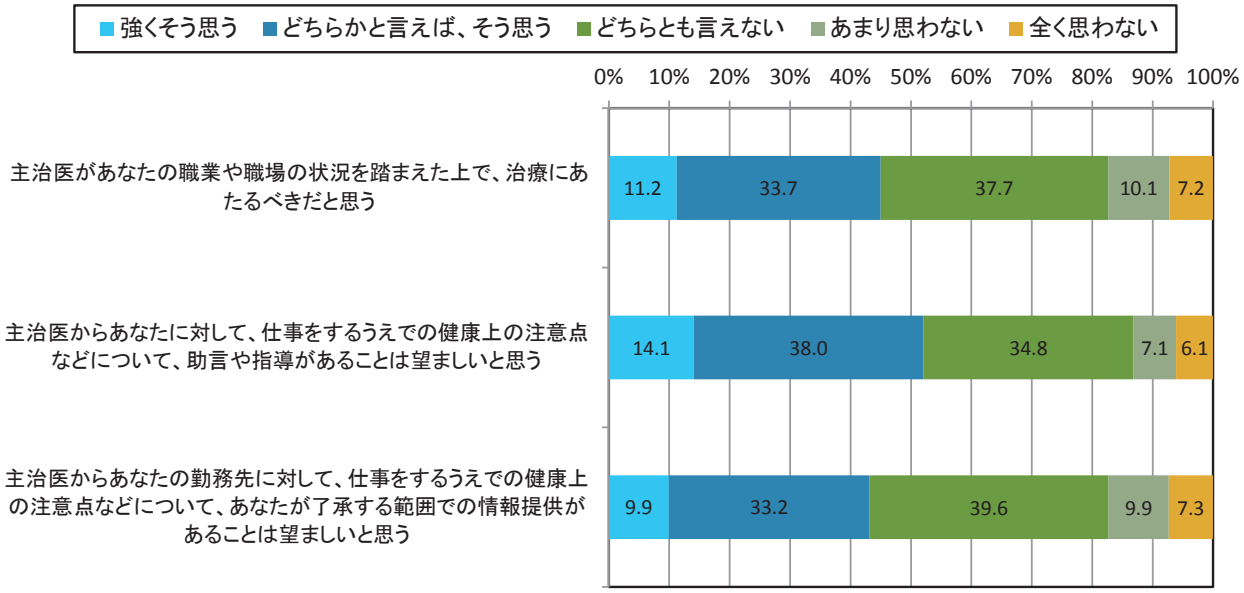
【Q37】あなたが健康問題を抱えながら働くことに関して、実際に感じた懸念や不安を下記からお選びください。（お答えはいくつでも）
(N=959)



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]

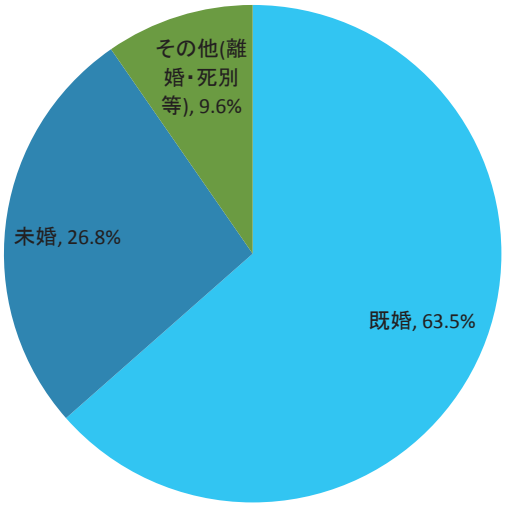
【Q38】あなたご自身の主治医に対する意見として、あてはまるものについてお答えください。（お答えはそれぞれ1つ）



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]

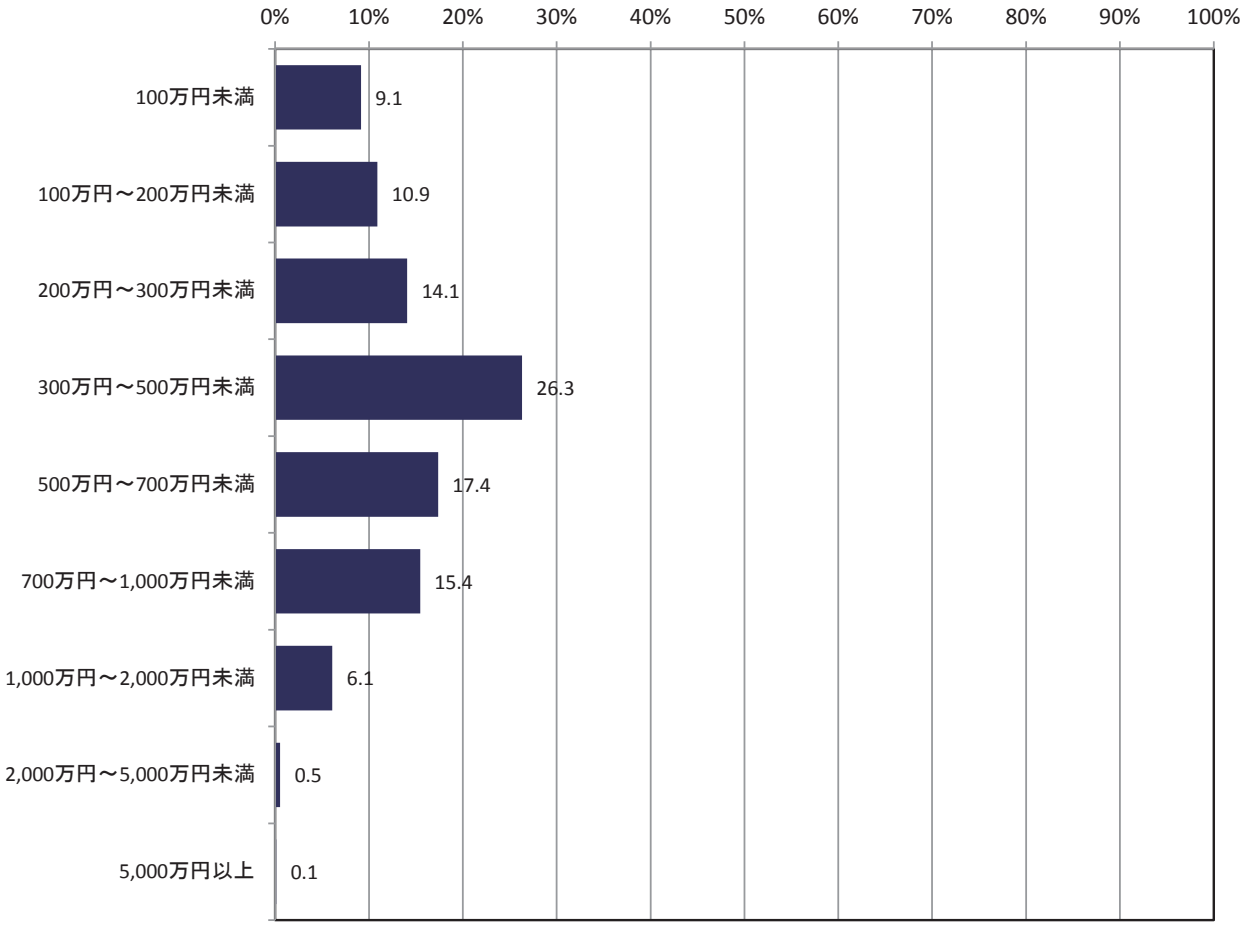
【F1】あなたはご結婚されていますか。（お答えは1つ）
(N=2395)



対象者のうち既婚者は64%（36%は独身）

[GRAPH053]

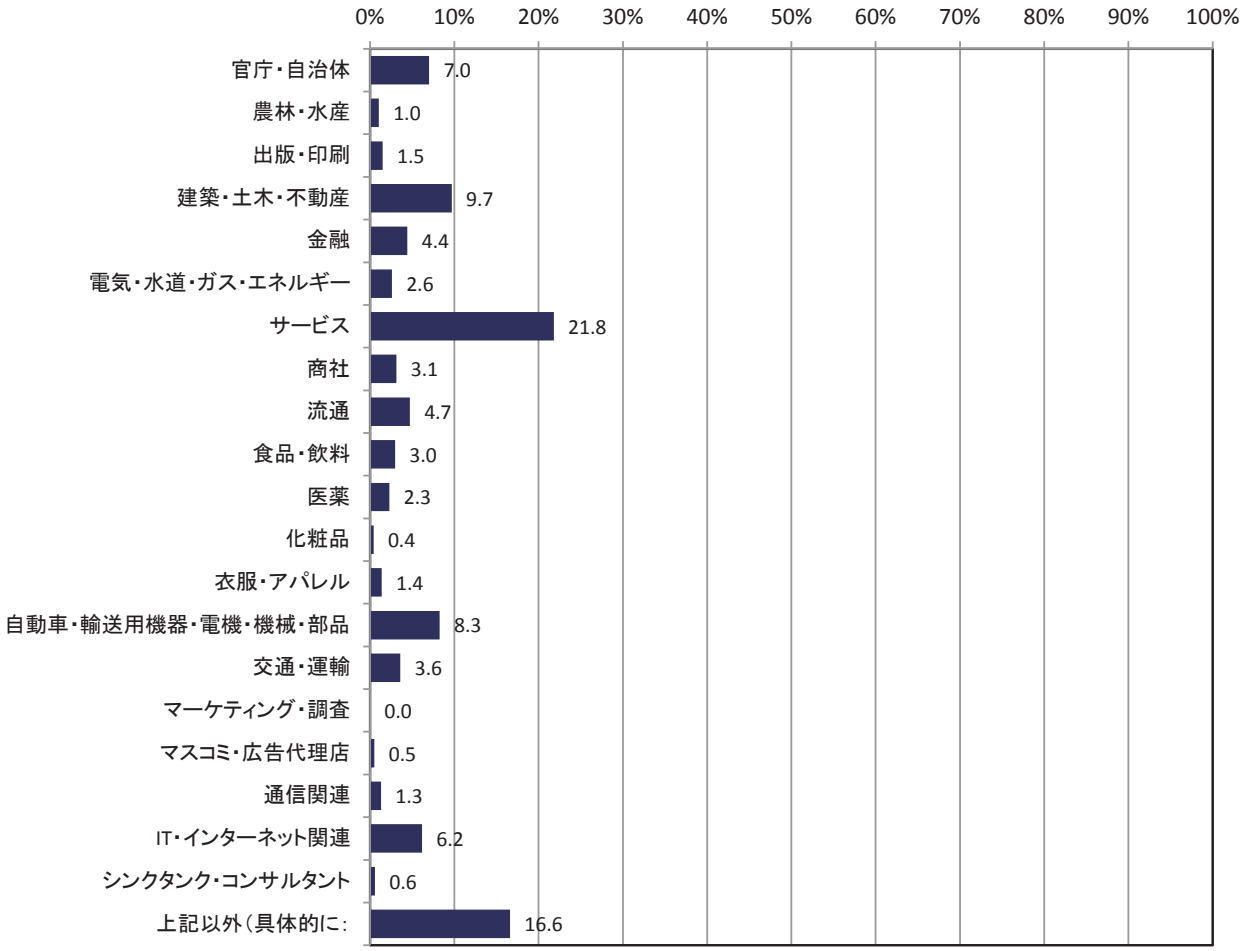
【F2】あなた個人の年間の所得額（税込）を教えてください。（お答えは1つ）
(N=2395)



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

[GRAPH054]

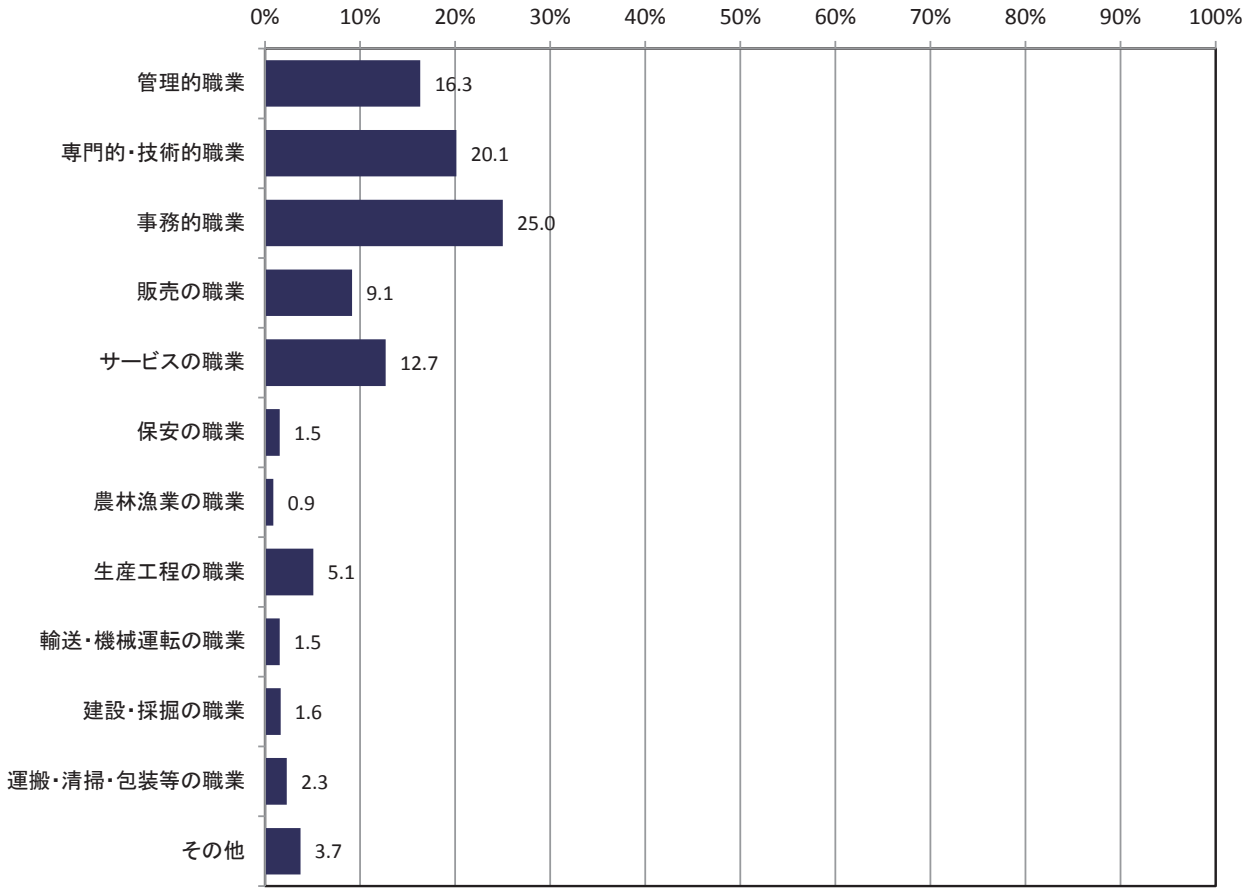
【F3】あなたがお勤めの業界をお答えください。（お答えは1つ）
(N=2395)



サービス業が20%を占めた

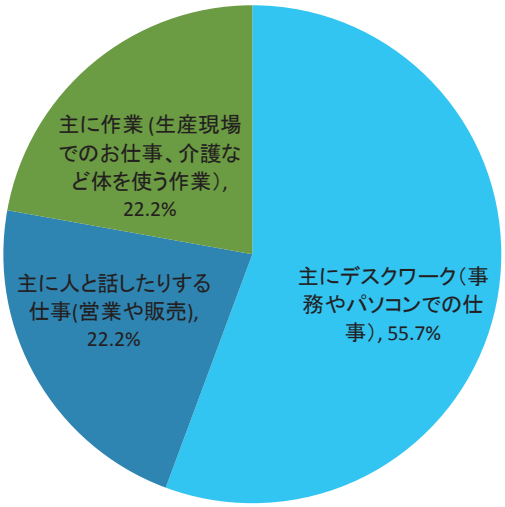
[GRAPH055]

【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%

資料４

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）：

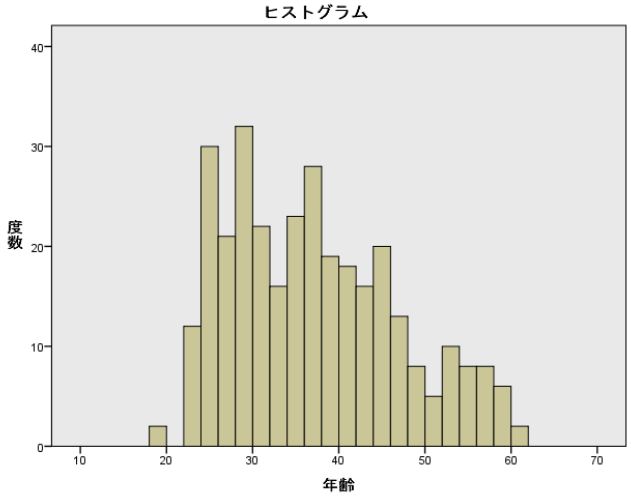
給付開始日
性別
年齢
給付理由
給付期間
給付総額
給付期間中の外来受診回数
給付期間中の入院日数
給付期間中の外来点数
給付期間中の入院点数
給付期間中の調剤点数
給付期間中の点数総額
給付開始６Ｍ前～給付開始前月までの外来受診回数
給付開始６Ｍ前～給付開始前月までの入院日数
給付開始６Ｍ前～給付開始前月までの外来点数
給付開始６Ｍ前～給付開始前月までの入院点数
給付開始６Ｍ前～給付開始前月までの調剤点数
給付開始６Ｍ前～給付開始前月までの点数総額
給付終了翌月～６Ｍ後までの外来受診回数
給付終了翌月～６Ｍ後までの入院日数
給付終了翌月～６Ｍ後までの外来点数
給付終了翌月～６Ｍ後までの入院点数
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）



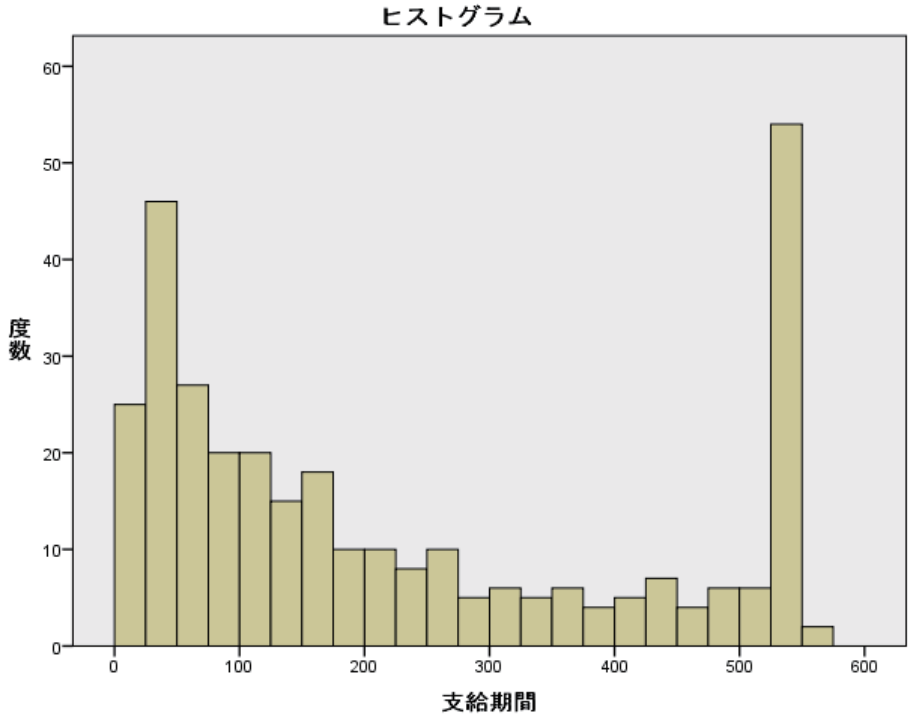
2. 給付理由区分

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）

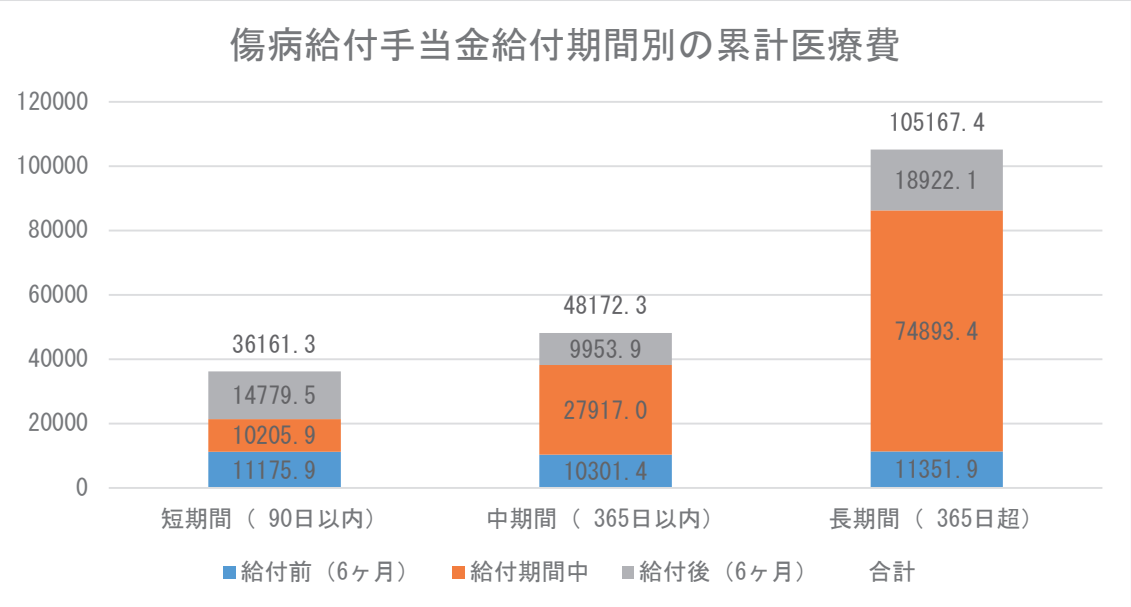
支給期間

		度数	%
有効	541	1	.3
	542	1	.3
	543	1	.3
	544	2	.6
	545	2	.6
	546	8	2.5
	547	15	4.7
	548	9	2.8
	549	10	3.1
	550	2	.6

➢　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			
			短期間（90日以内）	中期間（365日以内）	長期間（365日超）	合計
性別	男性	度数	76	86	59	221
		支給期間 の %	68.5%	74.1%	64.1%	69.3%
	女性	度数	35	30	33	98
		支給期間 の %	31.5%	25.9%	35.9%	30.7%
合計		度数	111	116	92	319
		支給期間 の %	100.0%	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			
			短期間（90日以内）	中期間（365日以内）	長期間（365日超）	合計
支給理由	502	度数	2	1	0	3
		支給期間 の %	1.8%	0.9%	0.0%	0.9%
	503	度数	1	3	0	4
		支給期間 の %	0.9%	2.6%	0.0%	1.3%
	504	度数	79	86	70	235
		支給期間 の %	71.2%	74.1%	76.1%	73.7%
	505	度数	24	18	17	59
		支給期間 の %	21.6%	15.5%	18.5%	18.5%
	507	度数	5	8	5	18
		支給期間 の %	4.5%	6.9%	5.4%	5.6%
合計		度数	111	116	92	319
		支給期間 の %	100.0%	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
（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:　医療と労働衛生の連携効果に関する２つのフィールド調査を継続して実施した。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、患者の視点から連携効果を検証した。今年度、実施した追跡調査の結果、医療と職場の文書を中心とした連携（両立支援）には、患者の定期通院を継続させ（自己判断による通院中止を予防し）、定期通院終了時点での治癒率を向上させる（定期通信終了者に占める「医師判断による通院終了（治癒）」割合を増加させる）効果があることが観察された。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。データ項目を追加して解析を進め、昨年度と同様に傷病給付手当金給付期間（休職期間）と当該期間における月平均の医療費等の間に負の関連を認めたが、この知見は医療費平均値の算出方法に依存することが判明した。そのため同結果について、その臨床応用等は研究の一段の進展をみてから行うべきであると考えられた。

A．研究目的

本調査本研究事業において構築した主治医（医療）と産業保健スタッフ（労働衛生）の連携効果に関する概念モデル（資料１）に基づき、昨年度までに実施したフィールド調査を継続実施して、連携効果を検証すること。調査としては、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つを継続実施した。

B．研究方法

以下２つの調査を計画した。

課題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）

（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、主治医による就業支援（指導、連携等）の実態を調査し、本年度は昨年度に実施したベースライン調査を引継ぐ形で、ベースライン時点で就業支援が実施されている群とされていない群の比較追跡調査を実施した。

ベースライン調査

対象：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）に自主的に登録してい

る市民で、以下の基準を満たし、かつ募集に応じて自ら調査に参加した 2395 名（男性 75.4%、平均年齢 48.8 歳 (21-69 歳)）

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。

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）に実施した。

調査項目： 追跡調査に用いた調査票は資料２の通りである。

課題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～2014 年 2 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突合が可能であった 541 人の記録である。

（倫理面への配慮）

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）

ベースライン調査参加者及び追加調査参加者は以下の通りで、追加調査において 79%の追加率を得た。

- ベースライン調査
  - 平成 27 年 2～3 月
  - 2395 人（うちメンタルヘルス疾患 569 人 23.8%）
  - 男性 75.4%、平均 48.8 歳（21-69 歳）
- 追加調査
  - 平成 27 年 5～6 月
  - 1891 人（うちメンタルヘルス疾患 412 人 21.8%）(全体追跡率 79.0%、メンタルヘルス疾患罹患者追跡率 72.9%)
  - 男性 76.7%、平均 49.1 歳（21-69 歳）

1891 人を対象とした全集計結果は資料３の通りである。本報告においては、追跡調査に応答したメンタルヘルス疾患で定期通院を実施していた 412 人（追跡調査対象者の 21.8%）を対象として、ベースライン調査時点での主治医と職場の連携状態とその後の追跡調査時点における通院継続、及び治癒の状況に関する解析結果を以下、報告する。

- **【初回調査の連携状態】**ベースライン調査時点での主治医と職場の連携状態について、「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、あたなの勤務先に提供されたことがありますか」という質問に対して、あると回答した対象者は 171 名

（41.5%）なしと回答した対象者は241名（58.5%）であった。
同様に、「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（複数回答）」という質問に対して、「電話で連携した」との回答は42名（10.0%）、「面会を実施した」との回答が73名（17.4%）、「電話や面会による連携はとられていない」という回答が317名（75.7%）であった。

- **【追跡調査の通院状態】**追跡調査時点での通院状態について「あなたは、前回アンケートの時に定期的に通院していた健康問題について、現在も通院を継続していますか」という質問に対して「はい」と回答した対象者は274名（66.5%）「いいえ」と回答した対象者は138名（33.5%）であった。
- **【追跡調査の通院終了理由】**追跡調査時点で通院を終了していた138名に対して、通院を終了した理由を「定期通院をやめた状況として最も当てはまるものを教えてください」という質問を行い、以下の回答を得た。
  - 「主治医の判断で通院が不要となった（治癒した）」；48人(11.7%)
  - 「調子がよくなったので、自分の判断で通院を中止した」；43人(10.4%)
  - 「調子は変化ないが、自分の判断で通院を中止した」；27人(6.6%)
  - 「調子は悪化しているが、自分の判断で通院を中止した」；　19人(4.6%)
  - 「その他」；　1人(0.2%)

本研究においてはこの質問において解析では「主治医の判断で通院が不要となった（治癒した）」と定義して以下、回答を実施した。

・【コホート解析結果】:主治医職場連携と3ヶ月後通院継続に関する前向き解析

初回調査時点で連携があった者となかった者を対象としてコホートに見立てた解析を実施したところ、「連携あり」群は「連携なし」群と比較して、通院を継続していたものの割合が有意に高かった（連携あり群 73.8% vs 連携なし群60.4%）。

連携方法別に解析を行うと、「文書連携あり」群は「文書連携なし」群と比較して、通院を継続していた者の割合が有意に高かった（連携あり群 76.6% vs 連携なし群 59.3%）。一方で、電話連携および面会連携については、それぞれ有意差は認められなかった（電話連携あり群の定期通院継続率 61.9% vs 電話連携なし群の定期通院継続率67.0%、有意差なし）、（面会連携あり群の定期通院継続率 71.2% vs 面会連携なし群の定期通院継続率65.5%、有意差なし）。

・【コホート解析結果】:主治医職場連携と3ヶ月後の治癒状況に関する前向き解析

定期通院中止した138名を対象に、初回調査の連携状況と追跡調査時点での治癒状況について解析を実施した結果、「連携あり」群は「連携なし」群と比較して、治癒群の割合が有意に高かった（連携あり群 49.0% vs 連携なし群27.0%）。

連携方法別に解析を行うと、「文書連携あり」群は「文書連携なし」群と比較して、

治癒群割合が有意に高かった（連携あり群 50.0% vs 連携なし群 28.6%）。一方で、電話連携および面会連携については、それぞれ有意差は認められなかった（電話連携あり群の治癒割合 50.0% vs 電話連携なし群の治癒割合 32.8%、有意差なし）、（面会連携あり群の治癒割合 52.4% vs 面会連携なし群の治癒割合 31.6%、有意差なし）。

有意な関連が認められた解析について、ロジスティック回帰分析によって算出した相対危険度を以下に示す。

医療と職場の連携による効果

✓ **通院継続効果**

➢ 連携効果（文書・電話・面会）
1.22 倍（95%CI 1.06-1.39, p=0.005 ）

➢ 文書連携のみ
1.29 倍（95%CI 1.13-1.46, p<0.001 ）

✓ **通院終了時点の治癒効果**

➢ 連携効果（文書・電話・面会）
1.82 倍（95%CI 1.16-2.78, p=0.015 ）

➢ 文書連携効果
1.75 倍（95%CI 1.11-2.63, p<0.019 ）

課題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・５に示す。**

対象は541名（男性382名（70.6%）、平均年齢37.0歳）の傷病給付手当金受給者である。社会保険表章用国際疾病分類に基づく給付理由記録としては、気分［感情］障害が最多で74.5%であった。

傷病給付手当金の給付期間は、平均205.7 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、昨年度の研究報告と同様、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（休職）期間中医療費は、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。（但し「点数総額（総医療費）」は短期と長期の間に有意差なし（症例数の影響が考えられる）。

③ 給付開始後（復職後）医療費は、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）」「点数総額（総医療費）」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比較して有意に高値であった。

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27177点、中期間給付群で43387点、長期間給付群（長期休職群）で97600となり、長期復職群で高額となっていた。

今年度は解析データ項目を追加して、診療識別コード番号を用い、中診療区分（２桁）

毎にコスト分析を実施したが、特に給付期間中の分析で、短期群と長期群との比較において、有意差は「２０（薬剤）」ではなく、「１０（加算・管理料）」「８０（リハその他）」で認められた。そこで、レセプト電算コードを用い精神科専門療法受給回数を解析したところ、精神療法に関する給付期間中の分析で、短期復職群は「初診」「再診」「月平均通院精神療法（３０分未満）行為回数」「給付期間中の月平均通院精神療法行為回数」が中長期群より有意に多かった。

ただし、これらの知見について、平均値の算出方法によって解析結果が安定しないこと状況が認められた。この課題の詳細は資料５に示した。

Ｄ．考察

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）

メンタルヘルス疾患で定期通院中の412人を対象とした解析の結果、ベースライン調査時点で主治医と職場の連携が実施されていた者は、方法別に文書が１７１名（41.5%）と最も多く、その他の方法は電話連携42名（10.2%）、面会連携７3名（17.7%）であった。関係者の手間が大きい面会のほうが電話よりも多かったが、この設問は回答が複数選択の設定であり、電話または面会による連携があった対象者95名のうち、電話のみの連携者や22名（23%）に限られおり、**基本的にはまず面会して顔の見える関係性が構築された後に、状況に応じて電話での連携が採用**されている状況が伺われた。なお、文書も含めた連携方法の重なり状況については、以下の通りである。

何らか連携があった175名の連携方法内訳

- 文書　92名
- 文書＋面会　41名
- 文書＋面会＋電話　19名
- 文書＋電話　19名
- 電話　3名
- 電話＋面会　1名
- 面会　0名

調査では時間順序は調査されていないものの、**手法としてはまずは文書があり、続いて面会、そして電話の順に連携がとられている**状況が伺われる。

このような主治医・職場連携状況を前提として、今回の追跡調査では主治医・職場連携と定期通院継続の状況について検討したところ、方法に係わらず、いずれかの連携がある群は、いずれの連携もない群と比較して定期通院継続者がやはり有意に多く、方法別では文書連携あり群は文書連携なし群と比較して定期通院継続者が有意に多いという結果を得た。この結果は解析対象者として治癒を除いた364名を対象にした解析においても同様であった。すなわち、方法によらず何らかの「連携あり」群は「連携なし」群と比較して、通院を継続していたものの割合が有意に高かった（連携あり群　84.7%　vs　連携なし群67.7%）。連携方法別に解析を行うと、「文書連携あり」群は「文書連携なし」群と比較して、通院を継続していたものの割合が有意に高かった（連携あり群　86.8%　vs　連携なし群67.1%）。一方で、電話連携および面会連携については、それぞれ有意差は認められなかった（電話連携あり群の定期通院継続率　76.5%　vs　電話連携なし群の定期通院継続率　75.2%、有意差なし）、（面

会連携あり群の定期通院継続率 83.9% vs 面会連携なし群の定期通院継続率 73.5%、有意差なし）。

この解析も踏まえれば、**少なくとも文書による主治医・職場連携は、患者の定期通院の継続に資する**ことがあると結論してよいように思われる。一方、電話ないし面会事例でその効果に有意差がみられていない理由としては、①文書連携以上の連携を必要とする症例は重症度などの背景が複雑なことから一貫性のある結果が観察されにくいことや、何より②実施症例数が文書と比較して少ないために統計学的なパワーが不足していることが考えられた。

通院中止症例を対象とした解析においても、方法に係わらずいずれかの連携があった群、方法別では文書連携あった群は文書連携なし群と比較して、患者の定期通院終了時点での治癒率が高かった。電話ないし面会事例でその有意な効果が認められない原因としては、定期通院継続効果に関する議論と同様の背景が考えられた。

以上より、本追跡調査研究の結果として以下２つの臨床的示唆が得られた。

＜Clinical implications＞

A) 医療と職場の文書を中心とした連携は、患者の定期通院の継続に資する

B) 医療と職場の文書を中心とした連携は、患者の定期通院終了時点での治癒率の向上に資する

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）

休職期間と医療費等の関連が調査され、基本的には昨年度までの知見を深掘りする知見が得られた。一方で、その計算手法によって結果が大きく変化することが確認された（この課題の詳細は資料５に示した）。一般的に休職期間等の特定期間中の月平均の医療行為回数及び医療費の算出方法としては主に以下の３つがある。

① 月単位で発行されるレセプト医療費を分子として、月数で除す手法【分母（期間月数）・分子（月当たり医療費）ともレセプト月の整数単位で集計】

② 特定期間の日数（日付）データが得られている場合は、（日数/30.4）として期間を月の小数点位レベルで算出して、分子は月単位での医療費用とする【分母のみ日数単位で月の長さを集計、分子は月の整数単位で集計】

③ 特定期間の日数・日付データに加えて、各対象者毎に全ての医療行為を日付で同定し、医療費についても、日数（日付）データで算出する【分母・分子とも日単位で集計し月に割り戻す】

これらの手法の特性を以下に示す。

① 【分母・分子ともレセプト月の整数単位で集計】
最も簡便で広く利用されている手法である。但し、この方法では例えば月末に休職に入った場合に月平均値が医療費等が実態よりも過小に算出されてしまう。同様に終了月についても上旬に期間が終了していれば、過小評価となってしまう。

② 【分母のみ日数単位で月の長さを集計、分子はレセプト月の整数単位

で集計】
特定期間について日付データが得られている場合に採択可能。この方法では例えば特定期間が 15 日であった場合、月数は0.5となり、医療費はその期間のみに実際にかかった費用よりも倍として算出される。月平均という主旨からは、①よりも臨床的意義の高い算出値と考えられる。ただしレセプト月内の特定期間以外の期間に医療費が発生していると、期間推計としての医療費は過大評価となってしまう。

③ 【分母・分子とも日単位で集計し月に割り戻す】
最も精緻な数値が得られるが、各対象者毎に全ての医療行為を異なる期間情報を用いて同定し、特定期間に限定した医療費の個別再集計が必要。

今回調査では昨年度以来、②の方法を採択し、結果を算出している。今後、レセプトデータ加工に係る技術的課題ないし作業量の問題が解決できるとすれば、③に進むことが望ましい。一方で、今回、①の方法を実施してみると、知見は過小評価傾向から、観察されていた傾向が消失することが確認された（資料５参照）。

このことを受けて研究者としては昨年度までの研究報告の取り下げを含めて対応を検討したが、①計算方法にlimitationはあるものの方法自体が誤りとまでは言えないこと、②研究期間内に入手可能なデータに基づくなかでは最善の算出方法に基づく計算結果であること、③再現性のある計算結果であること（どの研究者が解析してもこの計算手法であればこの結果が得られること）、から、解析方法を開示したうえで、解釈については慎重を要することを明記したうえで研究データを報告することを選択した。

今後、本研究の知見を更に確固たるものとしていくためには、相当な手間はかかるものの③【分母・分子とも日単位で集計し月に割り戻す】に基づく解析を実施することが望ましい。

Ｅ．結論

２つの調査研究を実施した。

課題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効果を検証した。今年度、実施した追跡調査の結果、医療と職場の文書を中心とした連携（両立支援）には、患者の定期通院を継続させ（自己判断による通院中止を予防し）、定期通院終了時点での治癒率を向上させる（定期通信終了者に占める「医師判断による通院終了（治癒）」割合を増加させる）効果が観察された。

課題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）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。昨年度に引き続き、解析対象項目を増やして解析を精緻化した結果、休職期間と医療費等について有意な負の関連が検出された。一方で、採用する計算手法によって結果は大きく変化することが確認された。そのため同調査結果について、そ

の臨床応用等は研究の一段の進展をみてから行うべきと考えられた。

なし

3. その他

なし

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

参考文献・資料

資料１　検証仮説・概念モデル

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）－ 追跡調査票

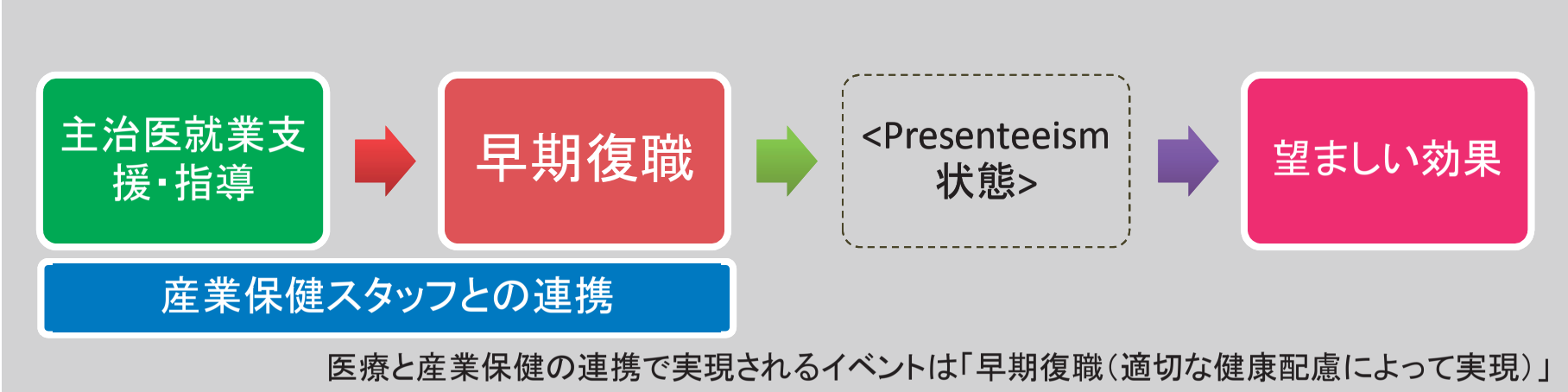
資料３　主治医と産業医の連携効果に関する実態調査（インターネット調査）－ 追跡調査結果

資料４　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）－ 調査結果

資料５　平均値の算出方法がレセプトデータ解析結果に与える影響について － 補足解析

資料1

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）（2段目WEB調査）	
地域	全国
年齢	20代～60代
性別	男女
納品サンプル数	1200ｓ予定
配信対象	2015年2月の1段目調査回答者への配信

【回答形式】
SA=シングルアンサー（単一回答）　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

仕事関係調査項目

全員回答　改ページ

このアンケートは2015年2月初旬に実施いたしました、健康状態をお伺いするアンケートにご協力いただいた方に
その後の状況についてお聞きするアンケートとなっております。

SC1　SA　**前回アンケートは2015年2月10日～2月13日の期間内にご回答いただきました。**
前回アンケートの後、あなたの仕事先（場所）に変化はありましたか。
（お答えは１つ）

○1	退職した（現在は仕事をしていない）
○2	転職した（別の仕事を得た）
○3	会社内での部署異動があった
○4	仕事先に変化はない
○5	その他（具体的に：　　）

※SC1にて○2、3、5にオンのある方のみ表示　改ページ
SC2　SA　仕事先に変化があったことには、あなたの健康状態が関係していましたか。
（お答えは1つ）

○1	関係があった
○2	やや関係があった
○3	関係はない

※SC1にて○2、5にオンのある方のみ表示　改ページ
SC3　SA　あなたの現在の、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）

○1	正規
○2	非正規（派遣労働、契約社員）
○3	パート・アルバイト
○4	自営業
○5	請負（業務委託）
○6	嘱託
○7	その他
○8	働いていない

本調査

※SC1にて○2にオンのある方のみ表示　改ページ
Q1　SA　前回アンケート以降の転職によって年収の変化はありますか（ありましたか）。
（お答えは１つ）

○1	おそらく上がる（上がった）
○2	変化ない
○3	おそらく下がる（下がった）
○4	わからない

全員回答　改ページ
Q2　SA　前回アンケートの後から現在までの間に、健康上の理由で仕事を休んだことがありましたか。
（お答えは1つ）

○1	ある
○2	ない

Q2にて○1にオンのある方のみ表示　改ページ
Q3　NA　前回アンケートの後から現在までの間に仕事を休んだ日数の合計期間について、お答えください。
（お答えは半角数字で）

日数	日	※1～110の制御

全員回答　改ページ
Q4　SA　前回アンケートの後から現在までの間に、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）

○1	はい
○2	いいえ

全員回答　改ページ
Q5　MA　前回アンケートの後から現在までの間に、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）

□1	勤務時間が調整された	
□2	勤務場所が変更された	
□3	業務の量が軽減された	
□4	業務の内容が変更された	
□5	保護具等の物品が配備された	
□6	体調の声かけ確認が継続的に実施された	
□7	その他（具体的に　　）	
□8	職場による健康配慮はない	※排他

全員回答　改ページ
Q6　SA　あなたは前回アンケートの後から現在までの間に、健康上の問題を抱えながら働くことについて、懸念や不安を感じながら働くことがありましたか。
（お答えは1つ）

○1	はい
○2	いいえ

全員回答 改ページ

Q7 SA 前回アンケートの後から現在までの間に、健康状態が理由で転職、退職、配置転換を考えたことがありましたか。
（お答えは1つ）

○1	はい
○2	いいえ

全員回答 改ページ

Q8 SA 前回アンケートの後から現在までの間に、あなたの健康情報の勤務先での取り扱いについて、不安を感じたり不都合があったことはありますか。
（お答えは1つ）

○1	はい
○2	いいえ

※Q8にて○1にオンのある方のみ表示 改ページ

Q9 FA 健康情報の勤務先での取り扱いについて感じた不安や不都合の内容について教えてください。
（お答えは具体的に）

医療関係調査項目 改ページ

全員回答 改ページ

Q10 SA あなたは、前回アンケートの時に定期的に通院していた健康問題について、現在も通院を継続していますか。
（お答えは1つ）

○1	はい
○2	いいえ

※Q10にて○2（いいえ）の方のみ表示 改ページ

Q11 SA 定期通院をやめた状況として最も当てはまるものを教えてください。
（お答えは1つ）

○1	主治医の判断で通院が不要となった（治癒した）
○2	調子がよくなったので、自分の判断で通院を中止した
○3	調子は変化ないが、自分の判断で通院を中止した
○4	調子は悪化しているが、自分の判断で通院を中止した
○5	その他（具体的に　　）

全員回答 改ページ

Q12 SA 前回アンケート時に通院していた健康問題について、あなたは前回アンケートの後から現在までの間に入院による診療、治療を受けましたか。
（お答えは1つ）

○1	はい（入院した）
○2	いいえ（入院していない）

※Q12にて○1（入院した）にオンのある方のみ表示 改ページ

Q13 SA 前回アンケートの後から現在までの間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）

○1	2週間以内（14日以下）
○2	1ヶ月未満（15日以上30日未満）
○3	1ヶ月以上（30日以上）

全員回答 改ページ

Q14 SA 前回アンケートの後から現在までの間に、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

医療と職場の連携 改ページ

全員回答 改ページ

Q15 SA 前回アンケート調査から現在までの間に、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1つ）

○1	報告したことがある
○2	報告したことはない

全員回答 改ページ

Q16 SA 前回アンケート調査から現在までの間に、
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したか。
（お答えは1つ）

○1	ある
○2	ない

全員回答 改ページ

Q17 MA 前回アンケート調査から現在までの間に、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）

□1	電話で連携した	
□2	面会を実施した	
□3	電話や面会による連携はとられていない	※排他

Q17□1にオンのある方のみ表示 改ページ

Q18 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）

□1	勤務先部署の上司（勤務部門）
□2	人事担当者（人事・給与管理部門）
□3	衛生管理者
□4	産業医（健康管理室）
□5	産業看護師（健康管理室）
□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）
□7	その他（具体的に　　）

Q17□2にオンのある方のみ表示 改ページ

Q19 MA 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）

□1	勤務先部署の上司（勤務部門）
□2	人事担当者（人事・給与管理部門）
□3	衛生管理者
□4	産業医（健康管理室）
□5	産業看護師（健康管理室）
□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）
□7	その他（具体的に　　）

全員回答 改ページ

Q20 SA あなたは今までに、主治医が職場向けに作成した文書（診断書、診療情報提供書等）を、結局、職場には**提出しなかった**ことがありますか。

Q23の次に挿入？ （お答えは1つ）

○1	提出しなかったことがある
○2	提出した

Q20文書連絡を○2した、またはQ17□1、□2いずれかにオンのある方のみ表示 改ページ

Q21 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）

○1	把握している
○2	ある程度、把握している
○3	ほとんど、把握していない
○4	把握していない

Q20文書連絡を○2した、またはQ17□1、□2いずれかにオンのある方のみ表示 改ページ

Q22 SA 主治医から職場にあなたの健康状態が伝えられるにあたって、不安はなかったですか。
（お答えは1つ）

○1	はい（不安はなかった）
○2	いいえ（不安があった）

Q22にて○2（不安があった）にオンのある方のみ表示 改ページ

Q23 FA 主治医から職場にあなたの健康状態が伝えられるにあたって、不安だった内容について教えてください。
（お答えは具体的に）

全員回答 改ページ

Q24 MA 前回アンケート調査から現在までの間に、
あなたは勤務先で産業医（社員の健康管理等を担当する医師）や産業看護師（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。
（お答えはいくつでも）

□1	産業医による面談を受けた	
□2	産業看護師による面談をうけた	
□3	面談は受けていない	※排他

労働障害・労働生産性 改ページ

全員回答 改ページ

Q25 SAMT 前回アンケート調査から現在までの間で、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）

		ほぼ毎日あった	週に2日以上	週に1日程度	月に1日かそれより少ない	全くない
Q25-1	社交的に振る舞えなかった	○1	○2	○3	○4	○5
Q25-2	ていねいに仕事をすることができなかった	○1	○2	○3	○4	○5
Q25-3	考えがまとまらなかった	○1	○2	○3	○4	○5
Q25-4	仕事を中断する回数が増えた	○1	○2	○3	○4	○5
Q25-5	仕事がうまくいかないと感じた	○1	○2	○3	○4	○5
Q25-6	冷静に判断することができなかった	○1	○2	○3	○4	○5
Q25-7	自発的に仕事ができなかった	○1	○2	○3	○4	○5
Q25-8	健康状態が理由で、転職、退職、配置転換を考えた	○1	○2	○3	○4	○5

全員回答 改ページ

Q26 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

Q27 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）

[ ] 分 ※半角数字のみ

全員回答 改ページ

Q28 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、解決に向けて集	○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

Q29 SA 前回アンケート調査から現在までの間に、
職場で、ごく軽微なものも含めて怪我を負うような事故を起こしそうになった、または起こしたことはありましたか。
（お答えは1つ）
※平地でのつまずきや転倒、カッターでの切り傷などのごく軽微なものも含みます。

○1	はい（あった）
○2	いいえ（なかった）

全員回答 改ページ

Q30 SA 前回アンケート調査から現在までの間に、職場で、軽微なものも含めて仕事上のミスを起こしたことはありましたか。
（お答えは1つ）

○1	はい（あった）
○2	いいえ（なかった）

意見 改ページ

全員回答 改ページ

Q31 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）

		強くそう思う	どちらかと言えば、そう思う	どちらとも言えない	あまり思わない	全く思わない
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	○1	○2	○3	○4	○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	○1	○2	○3	○4	○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、**あなたが了承する範囲**での情報提供があることは望ましいと思う	○1	○2	○3	○4	○5

家庭環境 改ページ

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）

○1	既婚
○2	未婚
○3	その他(離婚・死別等)

全員回答 改ページ

F2 SA あなたの体調が悪い時にお世話をしてくれる人がまわりにいますか。
（お答えは1つ）

○1	はい（いる）
○2	いいえ（いない）

全員回答 改ページ

F3 SA 介護が必要な方や幼児など、あなたがお世話をしなければならない方が周囲にいますか。
（お答えは1つ）
※お仕事での介護や保育は除いてお考えください。

○1	はい（いる）
○2	いいえ（いない）

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）-追跡調査結果

性別	性別	N	%
1	男性	1451	76.7
2	女性	440	23.3
	全体	1891	100.0

年齢	年齢						
		全体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値
		1891	49.10	10.123	21	69	50

年代	年代別	N	%
1	20代	80	4.2
2	30代	261	13.8
3	40代	558	29.5
4	50代	705	37.3
5	60代	287	15.2
	全体	1891	100.0

居住地（都道府県）	居住地(都道府県)	N	%
1	北海道	94	5.0
2	青森県	12	0.6
3	岩手県	11	0.6
4	宮城県	31	1.6
5	秋田県	11	0.6
6	山形県	13	0.7
7	福島県	12	0.6
8	茨城県	34	1.8
9	栃木県	18	1.0
10	群馬県	15	0.8
11	埼玉県	114	6.0
12	千葉県	106	5.6
13	東京都	290	15.3
14	神奈川県	176	9.3
15	新潟県	27	1.4
16	富山県	13	0.7
17	石川県	15	0.8
18	福井県	10	0.5
19	山梨県	5	0.3
20	長野県	22	1.2
21	岐阜県	29	1.5
22	静岡県	45	2.4
23	愛知県	119	6.3
24	三重県	23	1.2
25	滋賀県	17	0.9
26	京都府	41	2.2
27	大阪府	168	8.9
28	兵庫県	85	4.5
29	奈良県	29	1.5
30	和歌山県	10	0.5
31	鳥取県	8	0.4
32	島根県	5	0.3
33	岡山県	32	1.7
34	広島県	47	2.5
35	山口県	14	0.7
36	徳島県	6	0.3
37	香川県	13	0.7
38	愛媛県	21	1.1
39	高知県	9	0.5
40	福岡県	60	3.2
41	佐賀県	7	0.4
42	長崎県	15	0.8
43	熊本県	16	0.8
44	大分県	13	0.7
45	宮崎県	8	0.4
46	鹿児島県	11	0.6
47	沖縄県	11	0.6
48	海外	0	-
	全体	1891	100.0

症状**CATE**	症状CATE	N	%
1	心の病気（うつ、統合失調症など）	412	21.8
2	心の病気以外	1479	78.2
	全体	1891	100.0

S3	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）	N	%
1	北海道	94	5.0
2	青森県	12	0.6
3	岩手県	11	0.6
4	宮城県	31	1.6
5	秋田県	11	0.6
6	山形県	13	0.7
7	福島県	12	0.6
8	茨城県	34	1.8
9	栃木県	18	1.0
10	群馬県	15	0.8
11	埼玉県	114	6.0
12	千葉県	106	5.6
13	東京都	290	15.3
14	神奈川県	176	9.3
15	新潟県	27	1.4
16	富山県	13	0.7
17	石川県	15	0.8
18	福井県	10	0.5
19	山梨県	5	0.3
20	長野県	22	1.2
21	岐阜県	29	1.5
22	静岡県	45	2.4
23	愛知県	119	6.3
24	三重県	23	1.2
25	滋賀県	17	0.9
26	京都府	41	2.2
27	大阪府	168	8.9
28	兵庫県	85	4.5
29	奈良県	29	1.5
30	和歌山県	10	0.5
31	鳥取県	8	0.4
32	島根県	5	0.3
33	岡山県	32	1.7
34	広島県	47	2.5
35	山口県	14	0.7
36	徳島県	6	0.3
37	香川県	13	0.7
38	愛媛県	21	1.1
39	高知県	9	0.5
40	福岡県	60	3.2
41	佐賀県	7	0.4
42	長崎県	15	0.8
43	熊本県	16	0.8
44	大分県	13	0.7
45	宮崎県	8	0.4
46	鹿児島県	11	0.6
47	沖縄県	11	0.6
48	海外	0	−
	全体	1891	100.0

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	%
1	正規	1167	61.7
2	非正規（派遣労働、契約社員）	182	9.6
3	パート・アルバイト	260	13.7
4	自営業	273	14.4
5	請負（業務委託）	2	0.1
6	嘱託	7	0.4
7	その他	0	−
8	働いていない	0	−
	全体	1891	100.0

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	%
1	協力する	1891	100.0
2	協力できない	0	−
	全体	1891	100.0

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	%
1	はい	1891	100.0
2	いいえ	0	−
	全体	1891	100.0

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	%
1	心の病気(うつ、統合失調症など)	412	21.8
2	糖尿病、高血圧、高脂血症(生活習慣病)	579	30.6
3	心臓病	50	2.6
4	脳卒中	12	0.6
5	ケガ・筋肉や骨の病気(筋骨格系疾患)	118	6.2
6	がん(悪性腫瘍)	47	2.5
7	慢性腎不全	14	0.7
8	妊娠・出産	11	0.6
9	その他の身体疾患(具体的に:	648	34.3
	全体	1891	100.0

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	%
1	痛みに関すること	324	17.1
2	体の動きや移動に関すること	105	5.6
3	きつさ・体力低下・食欲・発熱・めまい・気分不良に関すること	207	10.9
4	トイレや排泄に関すること	62	3.3
5	心の健康に関すること	189	10.0
6	肌、頭髪、美容に関すること	48	2.5
7	睡眠に関すること	147	7.8
8	眼に関すること	58	3.1
9	鼻に関すること	49	2.6
10	耳に関すること	20	1.1
11	妊娠・出産に関すること	8	0.4
12	その他	90	4.8
13	症状はない	584	30.9
	全体	1891	100.0

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	%
1	1ヶ月以内	357	18.9
2	3ヶ月以内(2～3ヶ月前)	185	9.8
3	半年以内(4～6ヶ月前)	131	6.9
4	1年以内(7～12ヶ月前)	116	6.1
5	1年より前(13ヶ月以前)	1102	58.3
	全体	1891	100.0

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	%
1	毎週(1週間に1回程度、またはそれ以上の頻度)	104	5.5
2	2週間に1回程度	212	11.2
3	毎月(1ヶ月に1回程度)	761	40.2
4	2～3ヶ月に1回程度	494	26.1
5	半年毎	120	6.3

6	毎年(1年に1回、またはそれ以下の頻度)	200	10.6
	全体	1891	100.0

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	%
1	半年以内(1～6ヶ月)に通院が終了する見込み	296	15.7
2	半年以上(7ヶ月以上)かかる見込み	711	37.6
3	分からない	884	46.7
	全体	1891	100.0

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	%
1	はい(現在も入院をしている)	50	2.6
2	はい(現在は入院していない)	299	15.8
3	いいえ	1542	81.5
	全体	1891	100.0

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	%
1	2週間以内(14日以下)	236	67.6
2	1ヶ月未満(15日以上30日未満)	65	18.6
3	1ヶ月以上(30日以上)	48	13.8
	全体	349	100.0

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	%
1	ある	411	21.7
2	ない	1480	78.3
	全体	1891	100.0

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	%
1	5日以下	187	45.5
2	6日～10日	62	15.1
3	11日～30日	57	13.9
4	31日以上(1ヶ月以上)	105	25.5
	全体	411	100.0

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	%
1	ある	879	46.5
2	ない	876	46.3
3	覚えていない	136	7.2
	全体	1891	100.0

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	%
1	把握している	573	30.3
2	おそらく把握している	429	22.7
3	おそらく把握していない	255	13.5
4	把握していない	446	23.6
5	分からない	188	9.9
	全体	1891	100.0

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	%
1	把握している	410	21.7
2	おそらく把握している	454	24.0
3	おそらく把握していない	323	17.1
4	把握していない	499	26.4
5	分からない	205	10.8
	全体	1891	100.0

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	%
1	ある	810	42.8
2	ない	888	47.0
3	覚えていない	193	10.2
	全体	1891	100.0

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	%
1	全くない	741	39.2
2	月に1日か、それより少ない	522	27.6
3	週に1日程度	251	13.3
4	週に2日以上	154	8.1
5	ほぼ毎日	223	11.8
	全体	1891	100.0

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）	全体	1 ほぼ毎日あった	2 週に2日以上	3 週に1日程度	4 月に1日か、それより少ない	5 全くない
Q14S1	社交的に振る舞えなかった	1891	154	190	172	379	996
		100.0	8.1	10.0	9.1	20.0	52.7
Q14S2	ていねいに仕事をすることができなかった	1891	118	185	224	444	920
		100.0	6.2	9.8	11.8	23.5	48.7
Q14S3	考えがまとまらなかった	1891	136	178	218	417	942
		100.0	7.2	9.4	11.5	22.1	49.8
Q14S4	仕事を中断する回数が増えた	1891	120	156	170	363	1082
		100.0	6.3	8.2	9.0	19.2	57.2
Q14S5	仕事がうまくいかないと感じた	1891	134	188	206	371	992
		100.0	7.1	9.9	10.9	19.6	52.5
Q14S6	冷静に判断することができなかった	1891	106	153	181	367	1084
		100.0	5.6	8.1	9.6	19.4	57.3
Q14S7	自発的に仕事ができなかった	1891	132	151	198	356	1054
		100.0	7.0	8.0	10.5	18.8	55.7
Q14S8	健康状態が理由で、転職、退職、配置転換を考えた	1891	124	113	115	251	1288
		100.0	6.6	6.0	6.1	13.3	68.1

Q15	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。（お答えは半角数字で）※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。	全体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値
		1891	68.82	26.807	0	100	70

Q16	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）	全体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値
		1891	84.14	63.434	10	1200	70

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)	全体	1 いつも	2 ほとんど	3 ときどき	4 あまりない	5 全くない
Q17S1	大変な仕事も終えることができた	1891 100.0	388 20.5	644 34.1	402 21.3	237 12.5	220 11.6
Q17S2	注意力が散漫であった	1891 100.0	72 3.8	170 9.0	665 35.2	568 30.0	416 22.0
Q17S3	仕事の目標達成に集中することができた	1891 100.0	288 15.2	669 35.4	481 25.4	255 13.5	198 10.5
Q17S4	仕事をやり終えるのに必要なエネルギーが十分あった	1891 100.0	276 14.6	607 32.1	474 25.1	330 17.5	204 10.8
Q17S5	仕事のストレスをコントロールすることが困難だった	1891 100.0	113 6.0	205 10.8	520 27.5	599 31.7	454 24.0
Q17S6	仕事を終えることを無理だと感じた	1891 100.0	57 3.0	154 8.1	426 22.5	625 33.1	629 33.3
Q17S7	仕事で予想しなかった問題に直面したとき、解決に向けて集中できた	1891 100.0	282 14.9	584 30.9	512 27.1	304 16.1	209 11.1
Q17S8	仕事の合間に休息を必要とした	1891 100.0	153 8.1	291 15.4	749 39.6	379 20.0	319 16.9
Q17S9	共同作業において、他の人と協力して仕事ができた	1891 100.0	307 16.2	582 30.8	499 26.4	241 12.7	262 13.9
Q17S10	眠れずに疲れていた	1891 100.0	110 5.8	198 10.5	571 30.2	512 27.1	500 26.4

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	%
1	50人未満	878	46.4
2	50人以上-100人未満	248	13.1
3	100人以上-300人未満	281	14.9
4	300人以上-1000人未満	182	9.6
5	1000人以上	302	16.0
	全体	1891	100.0

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	%
1	衛生管理者が選任されている	547	28.9
2	衛生管理者は選任されていない	904	47.8
3	分からない	440	23.3
	全体	1891	100.0

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	%
1	産業医が選任されていて、常駐している(専属産業医)	176	9.3
2	産業医はいるが、常駐はしていない(嘱託産業医)	513	27.1
3	産業医は選任されていない	897	47.4
4	分からない	305	16.1
	全体	1891	100.0

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	%
1	はい	329	47.8
2	いいえ	360	52.2
	全体	689	100.0

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	%
1	産業看護師が選任されていて、常駐している	180	9.5
2	産業看護師はいるが、常駐はしていない	154	8.1
3	産業看護師は選任されていない	1134	60.0
4	分からない	423	22.4
	全体	1891	100.0

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	%
1	はい	178	53.3
2	いいえ	156	46.7
	全体	334	100.0

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、あたな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	%
1	ある	435	23.0
2	ない	1456	77.0
	全体	1891	100.0

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	%
1	勤務先部署（直属の上司）	243	55.9
2	人事・給与管理部門	174	40.0
3	健康管理部門（上司や人事以外）	93	21.4
4	その他	10	2.3
	全体	435	100.0

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	%
1	勤務先から求められた	272	62.5
2	あなたが自主的に提出した	134	30.8
3	主治医の勧めによる	73	16.8
4	その他	7	1.6
	全体	435	100.0

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	%
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）	105	24.1
2	いいえ （あなた自身が負担した（本人））	253	58.2
3	医療機関から文書料金は請求されていない	74	17.0
4	その他	3	0.7
	全体	435	100.0

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	%
1	電話で連携した	85	4.5
2	面会を実施した	157	8.3
3	電話や面会による連携はとられていない	1675	88.6

	全体	1891	100.0

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	%
1	勤務先部署の上司(勤務部門)	49	57.6
2	人事担当者(人事・給与管理部門)	33	38.8
3	衛生管理者	14	16.5
4	産業医(健康管理室)	22	25.9
5	産業看護師(健康管理室)	10	11.8
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)	6	7.1
7	その他	2	2.4
	全体	85	100.0

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	%
1	勤務先部署の上司(勤務部門)	65	41.4
2	人事担当者(人事・給与管理部門)	59	37.6
3	衛生管理者	22	14.0
4	産業医(健康管理室)	41	26.1
5	産業看護師(健康管理室)	19	12.1
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)	12	7.6
7	その他	2	1.3
	全体	157	100.0

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	%
1	把握している	86	39.8
2	ある程度、把握している	91	42.1
3	ほとんど、把握していない	20	9.3
4	把握していない	19	8.8
	全体	216	100.0

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	%
1	病名	126	71.2
2	必要な治療(通院・入院)について	95	53.7
3	必要な休職期間(休職しなければならない日数)	69	39.0
4	病状が治癒/軽快したことについて	44	24.9
5	就業・復職が可能なことについて	41	23.2
6	従事を制限すべき業務について	31	17.5
7	従事が可能な業務・作業について	21	11.9
8	勤務時間の制限について	24	13.6
9	職場での一般的な注意事項について	31	17.5
10	今後の病状の推移に関する見込みについて	16	9.0
11	その他	0	−
	全体	177	100.0

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	%
1	文書で、医師の指導内容を職場上司等に伝えた	186	9.8
2	電子メールで、医師の指導内容を職場上司等に伝えた	54	2.9
3	口頭で、医師の指導内容を職場上司等に伝えた	272	14.4
4	その他	10	0.5
5	報告したことはない	1418	75.0
	全体	1891	100.0

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	%
1	はい	446	23.6
2	いいえ	1445	76.4
	全体	1891	100.0

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	%
1	勤務先部署の上司(勤務部門)	354	79.4
2	人事担当者(人事・給与管理部門)	116	26.0
3	衛生管理者	31	7.0
4	産業医(健康管理室)	71	15.9
5	産業看護師(健康管理室)	31	7.0
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)	8	1.8
7	その他	14	3.1
	全体	446	100.0

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	%
1	勤務時間が調整された	207	10.9
2	勤務場所が変更された	89	4.7
3	業務の量が軽減された	178	9.4
4	業務の内容が変更された	121	6.4
5	保護具等の物品が配備された	18	1.0
6	体調の声かけ確認が継続的に実施された	119	6.3
7	その他	22	1.2
8	職場による健康配慮はない	1387	73.3
	全体	1891	100.0

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	%
1	強く感じる	282	14.9
2	やや感じる	460	24.3
3	どちらとも言えない	420	22.2
4	あまり感じない	398	21.0
5	全く感じない	331	17.5
	全体	1891	100.0

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	%
1	体調が理由でできない仕事が発生することについて	373	50.3
2	体調に関する職場上司の理解について	262	35.3
3	体調に関する同僚の理解について	223	30.1
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	189	25.5
5	働くことで病気が悪化してしまう可能性について	279	37.6
6	働くことを前提に選択すべき治療方法について	116	15.6
7	治療に伴う副作用等が働き方に与える影響について	119	16.0
8	雇用の継続(働き続けられるか)について	283	38.1
9	自分のキャリア(昇進)への影響について	121	16.3
10	その他	15	2.0
	全体	742	100.0

			1	2	3	4	5

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）	全体	強くそう思う	どちらかと言えば、そう思う	どちらとも言えない	あまり思わない	全く思わない
Q38S1	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	1891 100.0	201 10.6	640 33.8	724 38.3	193 10.2	133 7.0
Q38S2	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	1891 100.0	256 13.5	735 38.9	654 34.6	135 7.1	111 5.9
Q38S3	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	1891 100.0	182 9.6	630 33.3	751 39.7	192 10.2	136 7.2

F1	あなたはご結婚されていますか。（お答えは1つ）	N	%
1	既婚	1211	64.0
2	未婚	490	25.9
3	その他(離婚・死別等)	190	10.0
	全体	1891	100.0

F2	あなた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	%
1	100万円未満	175	9.3
2	100万円～200万円未満	184	9.7
3	200万円～300万円未満	253	13.4
4	300万円～500万円未満	507	26.8
5	500万円～700万円未満	345	18.2
6	700万円～1,000万円未満	298	15.8
7	1,000万円～2,000万円未満	117	6.2
8	2,000万円～5,000万円未満	9	0.5
9	5,000万円以上	3	0.2
	全体	1891	100.0

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	%
1	官庁・自治体	135	7.1
2	農林・水産	20	1.1
3	出版・印刷	29	1.5
4	建築・土木・不動産	186	9.8
5	金融	84	4.4
6	電気・水道・ガス・エネルギー	48	2.5
7	サービス	419	22.2
8	商社	64	3.4
9	流通	86	4.5
10	食品・飲料	55	2.9
11	医薬	41	2.2
12	化粧品	8	0.4
13	衣服・アパレル	28	1.5
14	自動車・輸送用機器・電機・機械・部品	164	8.7
15	交通・運輸	65	3.4
16	マーケティング・調査	0	–
17	マスコミ・広告代理店	11	0.6
18	通信関連	19	1.0
19	IT・インターネット関連	114	6.0
20	シンクタンク・コンサルタント	9	0.5
21	上記以外（具体的に:	306	16.2
	全体	1891	100.0

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	%
1	管理的職業	309	16.3
2	専門的・技術的職業	372	19.7
3	事務的職業	486	25.7
4	販売の職業	163	8.6
5	サービスの職業	241	12.7
6	保安の職業	29	1.5
7	農林漁業の職業	17	0.9
8	生産工程の職業	97	5.1
9	輸送・機械運転の職業	32	1.7

10	建設・採掘の職業	31	1.6
11	運搬・清掃・包装等の職業	42	2.2
12	その他	72	3.8
	全体	1891	100.0

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	%
1	主にデスクワーク(事務やパソコンでの仕事)	1067	56.4
2	主に人と話したりする仕事(営業や販売)	411	21.7
3	主に作業(生産現場でのお仕事、介護など体を使う作業)	413	21.8
	全体	1891	100.0

AQ1	前回アンケートは2015年2月10日～2月13日の期間内にご回答いただきました。前回アンケートの後、あなたの仕事先(場所)に変化はありましたか。(お答えは1つ)	N	%
1	退職した(現在は仕事をしていない)	27	1.4
2	転職した(別の仕事を得た)	86	4.5
3	会社内での部署異動があった	100	5.3
4	仕事先に変化はない	1670	88.3
5	その他	8	0.4
	全体	1891	100.0

AQ2	仕事先に変化があったことには、あなたの健康状態が関係していましたか。(お答えは1つ)	N	%
1	関係があった	59	26.7
2	やや関係があった	47	21.3
3	関係はない	115	52.0
	全体	221	100.0

AQ3	あなたの現在の、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	%
1	正規	1163	61.5
2	非正規(派遣労働、契約社員)	168	8.9
3	パート・アルバイト	250	13.2
4	自営業	260	13.7
5	請負(業務委託)	7	0.4
6	嘱託	11	0.6
7	その他	5	0.3
8	働いていない	27	1.4
	全体	1891	100.0

AQ4	前回アンケート以降の転職によって年収の変化はありますか(ありましたか)。(お答えは1つ)	N	%
1	おそらく上がる(上がった)	29	33.7
2	変化ない	18	20.9
3	おそらく下がる(下がった)	34	39.5
4	わからない	5	5.8
	全体	86	100.0

AQ5	前回アンケートの後から現在までの間に、健康上の理由で仕事を休んだことがありましたか。(お答えは1つ)※現在お仕事をされていない方は、以降の質問について、前回アンケート時に就いていたお仕事でのこととしてお答えください。	N	%
1	ある	504	26.7
2	ない	1387	73.3
	全体	1891	100.0

AQ6	前回アンケートの後から現在までの間に仕事を休んだ日数の合計期間について、お答えください。（お答えは半角数字で）						
		全体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値
		504	11.53	19.302	1	110	3

AQ7	前回アンケートの後から現在までの間に、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	%
1	はい	328	17.3
2	いいえ	1563	82.7
	全体	1891	100.0

AQ8	前回アンケートの後から現在までの間に、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	%
1	勤務時間が調整された	134	7.1
2	勤務場所が変更された	43	2.3
3	業務の量が軽減された	102	5.4
4	業務の内容が変更された	56	3.0
5	保護具等の物品が配備された	10	0.5
6	体調の声かけ確認が継続的に実施された	136	7.2
7	その他	10	0.5
8	職場による健康配慮はない	1519	80.3
	全体	1891	100.0

AQ9	あなたは前回アンケートの後から現在までの間に、健康上の問題を抱えながら働くことについて、懸念や不安を感じながら働くことがありましたか。（お答えは1つ）	N	%
1	はい	600	31.7
2	いいえ	1291	68.3
	全体	1891	100.0

AQ10	前回アンケートの後から現在までの間に、健康状態が理由で転職、退職、配置転換を考えたことがありましたか。（お答えは1つ）	N	%
1	はい	337	17.8
2	いいえ	1554	82.2
	全体	1891	100.0

AQ11	前回アンケートの後から現在までの間に、あなたの健康情報の勤務先での取り扱いについて、不安を感じたり不都合があったことはありますか。（お答えは1つ）	N	%
1	はい	318	16.8
2	いいえ	1573	83.2
	全体	1891	100.0

AQ13	あなたは、前回アンケートの時に定期的に通院していた健康問題について、現在も通院を継続していますか。（お答えは1つ）	N	%
1	はい	1051	55.6
2	いいえ	840	44.4
	全体	1891	100.0

AQ14	定期通院をやめた状況として最も当てはまるものを教えてください。(お答えは1つ)	N	%
1	主治医の判断で通院が不要となった(治癒した)	328	39.0
2	調子がよくなったので、自分の判断で通院を中止した	280	33.3
3	調子は変化ないが、自分の判断で通院を中止した	135	16.1
4	調子は悪化しているが、自分の判断で通院を中止した	72	8.6
5	その他	25	3.0
	全体	840	100.0

AQ15	前回アンケート時に通院していた健康問題について、あなたは前回アンケートの後から現在までの間に入院による診療、治療を受けましたか。(お答えは1つ)	N	%
1	はい(入院した)	108	5.7
2	いいえ(入院していない)	1783	94.3
	全体	1891	100.0

AQ16	前回アンケートの後から現在までの間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	%
1	2週間以内(14日以下)	81	75.0
2	1ヶ月未満(15日以上30日未満)	17	15.7
3	1ヶ月以上(30日以上)	10	9.3
	全体	108	100.0

AQ17	前回アンケートの後から現在までの間に、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	%
1	ある	451	23.8
2	ない	1223	64.7
3	覚えていない	217	11.5
	全体	1891	100.0

AQ18	前回アンケート調査から現在までの間に、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1つ)	N	%
1	報告したことがある	341	18.0
2	報告したことはない	1550	82.0
	全体	1891	100.0

AQ19	前回アンケート調査から現在までの間に、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したか。(お答えは1つ)	N	%
1	ある	213	11.3
2	ない	1678	88.7
	全体	1891	100.0

AQ20	前回アンケート調査から現在までの間に、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	%
1	電話で連携した	54	2.9

2	面会を実施した	119	6.3
3	電話や面会による連携はとられていない	1734	91.7
	全体	1891	100.0

AQ21	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	%
1	勤務先部署の上司(勤務部門)	34	63.0
2	人事担当者(人事・給与管理部門)	17	31.5
3	衛生管理者	4	7.4
4	産業医(健康管理室)	6	11.1
5	産業看護師(健康管理室)	3	5.6
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)	5	9.3
7	その他	3	5.6
	全体	54	100.0

AQ22	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	%
1	勤務先部署の上司(勤務部門)	58	48.7
2	人事担当者(人事・給与管理部門)	38	31.9
3	衛生管理者	10	8.4
4	産業医(健康管理室)	23	19.3
5	産業看護師(健康管理室)	10	8.4
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)	12	10.1
7	その他	6	5.0
	全体	119	100.0

AQ23	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	%
1	把握している	128	45.2
2	ある程度、把握している	89	31.4
3	ほとんど、把握していない	29	10.2
4	把握していない	37	13.1
	全体	283	100.0

AQ24	主治医から職場にあなたの健康状態が伝えられるにあたって、不安はなかったですか。(お答えは1つ)	N	%
1	はい(不安はなかった)	188	66.4
2	いいえ(不安があった)	95	33.6
	全体	283	100.0

AQ26	あなたは今までに、主治医が職場向けに作成した文書(診断書、診療情報提供書等)を、結局、職場には提出しなかったことがありますか。(お答えは1つ)	N	%
1	提出しなかったことがある	1021	54.0
2	提出した	870	46.0
	全体	1891	100.0

AQ27	前回アンケート調査から現在までの間に、あなたは勤務先で産業医(社員の健康管理等を担当する医師)や産業看護師(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。(お答えはいくつでも)	N	%
1	産業医による面談を受けた	184	9.7
2	産業看護師による面談をうけた	83	4.4
3	面談は受けていない	1648	87.1
	全体	1891	100.0

AQ28	普段の体調の良い時と比べて、あなたは現在、お仕事に関して、次のようなことが、どのくらいありますか。(お答えはそれぞれ1つずつ)※現在、お仕事をされていない方は、最近、働いていた時期の状況についてお答えください。	全体	1 ほぼ毎日あった	2 週に2日以上	3 週に1日程度	4 月に1日か、それより少ない	5 全くない
AQ28S1	社交的に振る舞えなかった	1891 100.0	132 7.0	166 8.8	173 9.1	336 17.8	1084 57.3
AQ28S2	ていねいに仕事をすることができなかった	1891 100.0	92 4.9	160 8.5	209 11.1	377 19.9	1053 55.7
AQ28S3	考えがまとまらなかった	1891 100.0	115 6.1	154 8.1	215 11.4	362 19.1	1045 55.3
AQ28S4	仕事を中断する回数が増えた	1891 100.0	107 5.7	123 6.5	178 9.4	323 17.1	1160 61.3
AQ28S5	仕事がうまくいかないと感じた	1891 100.0	137 7.2	150 7.9	215 11.4	345 18.2	1044 55.2
AQ28S6	冷静に判断することができなかった	1891 100.0	82 4.3	132 7.0	190 10.0	339 17.9	1148 60.7
AQ28S7	自発的に仕事ができなかった	1891 100.0	100 5.3	136 7.2	202 10.7	312 16.5	1141 60.3
AQ28S8	健康状態が理由で、転職、退職、配置転換を考えた	1891 100.0	91 4.8	88 4.7	122 6.5	239 12.6	1351 71.4

AQ29	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。(お答えは半角数字で)※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。	全体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値
		1891	71.04	25.268	0	100	80

AQ30	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)	全体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値
		1891	86.74	233.532	10	10000	70

AQ31	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)※ここ1ヶ月間でお仕事をされていない方は、最近、働いていた時期の状況についてお答えください。	全体	1 いつも	2 ほとんど	3 ときどき	4 あまりない	5 全くない
AQ31S1	大変な仕事も終えることができた	1891 100.0	389 20.6	656 34.7	401 21.2	261 13.8	184 9.7
AQ31S2	注意力が散漫であった	1891 100.0	63 3.3	184 9.7	639 33.8	624 33.0	381 20.1
AQ31S3	仕事の目標達成に集中することができた	1891 100.0	289 15.3	687 36.3	497 26.3	249 13.2	169 8.9
AQ31S4	仕事をやり終えるのに必要なエネルギーが十分あった	1891 100.0	257 13.6	638 33.7	496 26.2	315 16.7	185 9.8
AQ31S5	仕事のストレスをコントロールすることが困難だった	1891 100.0	100 5.3	222 11.7	511 27.0	596 31.5	462 24.4
AQ31S6	仕事を終えることを無理だと感じた	1891 100.0	54 2.9	150 7.9	427 22.6	618 32.7	642 34.0
AQ31S7	仕事で予想しなかった問題に直面したとき、解決に向けて集中できた	1891 100.0	268 14.2	613 32.4	523 27.7	291 15.4	196 10.4
AQ31S8	仕事の合間に休息を必要とした	1891 100.0	140 7.4	305 16.1	752 39.8	399 21.1	295 15.6
AQ31S9	共同作業において、他の人と協力して仕事ができた	1891 100.0	334 17.7	584 30.9	506 26.8	242 12.8	225 11.9
AQ31S10	眠れずに疲れていた	1891 100.0	122 6.5	204 10.8	544 28.8	518 27.4	503 26.6

AQ32	前回アンケート調査から現在までの間に、職場で、ごく軽微なものも含めて怪我を負うような事故を起こしそうになった、または起こしたことはありましたか。(お答えは1つ)※平地でのつまずきや転倒、カッターでの切り傷などのごく軽微なものも含みます。	N	%
1	はい(あった)	250	13.2
2	いいえ(なかった)	1641	86.8
	全体	1891	100.0

AQ33	前回アンケート調査から現在までの間に、職場で、軽微なものも含めて仕事上のミスを起こしたことはありましたか。(お答えは1つ)	N	%
1	はい(あった)	529	28.0
2	いいえ(なかった)	1362	72.0
	全体	1891	100.0

AQ34	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)	全体	1 強くそう思う	2 どちらかと言えば、そう思う	3 どちらとも言えない	4 あまり思わない	5 全く思わない
AQ34S1	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	1891 100.0	165 8.7	501 26.5	723 38.2	261 13.8	241 12.7
AQ34S2	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	1891 100.0	194 10.3	629 33.3	680 36.0	186 9.8	202 10.7
AQ34S3	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	1891 100.0	161 8.5	527 27.9	762 40.3	208 11.0	233 12.3

AQF1	あなたはご結婚されていますか。(お答えは1つ)	N	%
1	既婚	1216	64.3
2	未婚	492	26.0
3	その他(離婚・死別等)	183	9.7
	全体	1891	100.0

AQF2	あなたの体調が悪い時にお世話をしてくれる人がまわりにいますか。(お答えは1つ)	N	%
1	はい(いる)	1222	64.6
2	いいえ(いない)	669	35.4
	全体	1891	100.0

AQF3	介護が必要な方や幼児など、あなたがお世話をしなければならない方が周囲にいますか。(お答えは1つ)※お仕事での介護や保育は除いてお考えください。	N	%
1	はい(いる)	431	22.8
2	いいえ(いない)	1460	77.2
	全体	1891	100.0

資料４

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：　2006 年 3 月～2014 年 2 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 541 人

Ｃ）データ項目（抜粋）：★今年度追加データ項目

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、給付開始６M 前～給付開始前月、給付終了翌月～６M 後毎の
　外来受診回数、入院日数
　外来点数、入院点数、調剤点数
　点数総額
★給付期間中、給付開始６M 前～給付開始前月、給付終了翌月～６M 後毎の
　中診療区分１０（加算・管理料）の月平均コスト
　中診療区分２０（薬剤）の月平均コスト
　中診療区分３０（注射）の月平均コスト
　中診療区分４０（処置）の月平均コスト
　中診療区分５０（手術）の月平均コスト
　中診療区分６０（検査）の月平均コスト
　中診療区分７０（画像）の月平均コスト
　中診療区分８０（リハその他）の月平均コスト
　中診療区分９０（基本料）の月平均コスト
　DPCC 入院合計コスト
★給付期間中、給付開始６M 前～給付開始前月、給付終了翌月～６M 後毎の
　精神科作業療法行為回数、通院精神療法（３０分以上）行為回数
　通院精神療法（３０分未満）行為回数
　通院精神療法（初診時精神科救急体制の精神保健指定医等）行為回数

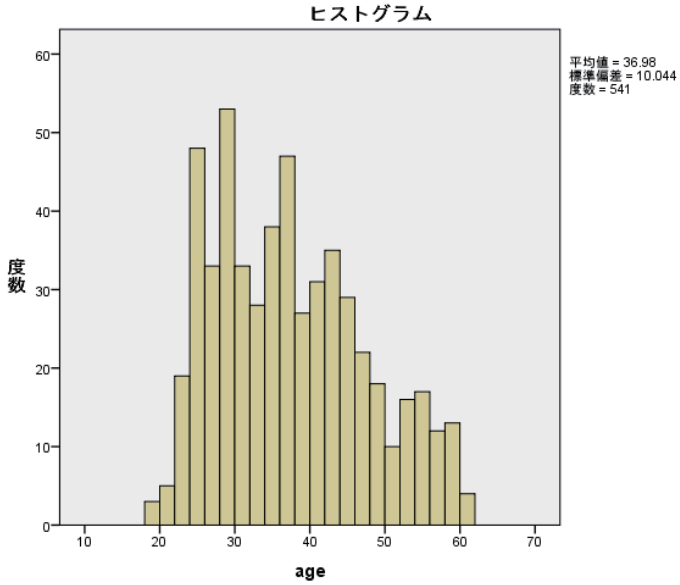
注：精神療法以外に他科医療費もデータに含まれる。

D）解析結果：

1. 対象者： 541 名

（ア） うち男性 382 名（70.6%）

（イ） 平均年齢 37.0 歳（19-61 歳）



2. 給付理由区分

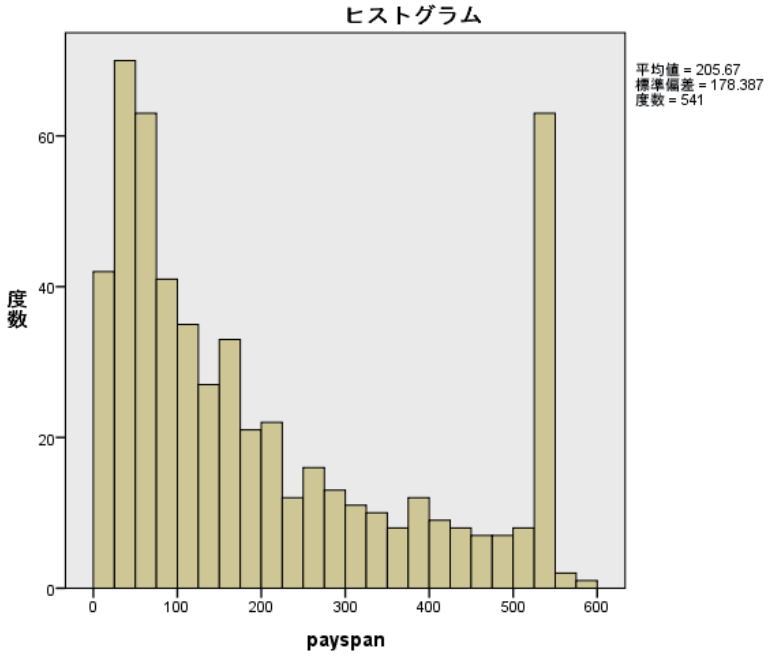
社会保険表章用国際疾病分類	社会保険表章用国際疾病分類名称	N	%
0501	血管性及び詳細不明の痴呆	1	0.2
0502	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	5	0.9
0503	精神分裂病、分裂症型障害及び妄想性障害	7	1.3
0504	気分［感情］障害(躁うつ病を含む)	403	74.5
0505	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	88	16.3
0506	精神遅滞	37	6.8
0507	その他の精神及び行動の障害	1	0.2

✧ 気分［感情］障害が最多で 73.7%を占めていた。

＊（参考資料）会保険表章用国際疾病分類表（ 社会保険表章用国際疾病分類表 http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/database/zenpan/shobyo_bunrui.html

3. 傷病給付手当金給付期間：

平均日数	205.7
中央値	143.0
分布	2-579



給付期間

		度数	パーセント
有効	短期間（90日以内）	204	37.7
	中期間（365日以内）	215	39.7
	長期間（365日超）	122	22.6
	合計	541	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		0.9		0.8		1.0
給付開始前6ヶ月の月平均入院日数		0.2		0.2		0.1
給付開始前6ヶ月の月平均外来点数		609.0		567.7		720.2
給付開始前6ヶ月の月平均入院点数		516.5		433.8		527.1
給付開始前6ヶ月の月平均調剤点数		323.5		335.7		452.2
給付開始前6ヶ月の月平均点数総額		1449.1		1337.2		1699.6
給付期間中の月平均外来受診回数	（H）	5.2	（L）	2.8	（L）	2.6
給付期間中の月平均入院日数		0.8		0.7		0.6
給付期間中の月平均外来点数	（H）	3169.7	（L）	1740.2	（L）	1890.1
給付期間中の月平均入院点数		1341.3		1343.9		1096.6
給付期間中の月平均調剤点数	（H）	1814.4	（L）	1153.7	（L）	1253.2
給付期間中の月平均点数総額	（H）	6325.4	（L）	4237.9		4239.9
給付終了後6ヶ月の月平均外来受診回数	（L）	1.1	（L）	1.4	（H）	2.3
給付終了後6ヶ月の月平均入院日数		0.2		0.1		0.3
給付終了後6ヶ月の月平均外来点数	（L）	666.6	（L）	816.7	（H）	1415.1
給付終了後6ヶ月の月平均入院点数		562.2		189.7		566.9
給付終了後6ヶ月の月平均調剤点数	（L）	514.2	（H）	794.2	（H）	946.0
給付終了後6ヶ月の月平均点数総額	（L）	1743.0	（L）	1800.6	（H）	2928.0

（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（休職）期間中医療費は、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。（但し「点数総額（総医療費）」は短期と長期の間に有意差なし（症例数の影響が考えられる）。

③ 給付開始後（復職後）医療費は、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）」「点数総額（総医療費）」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比較して有意に高値であった。

（参考）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

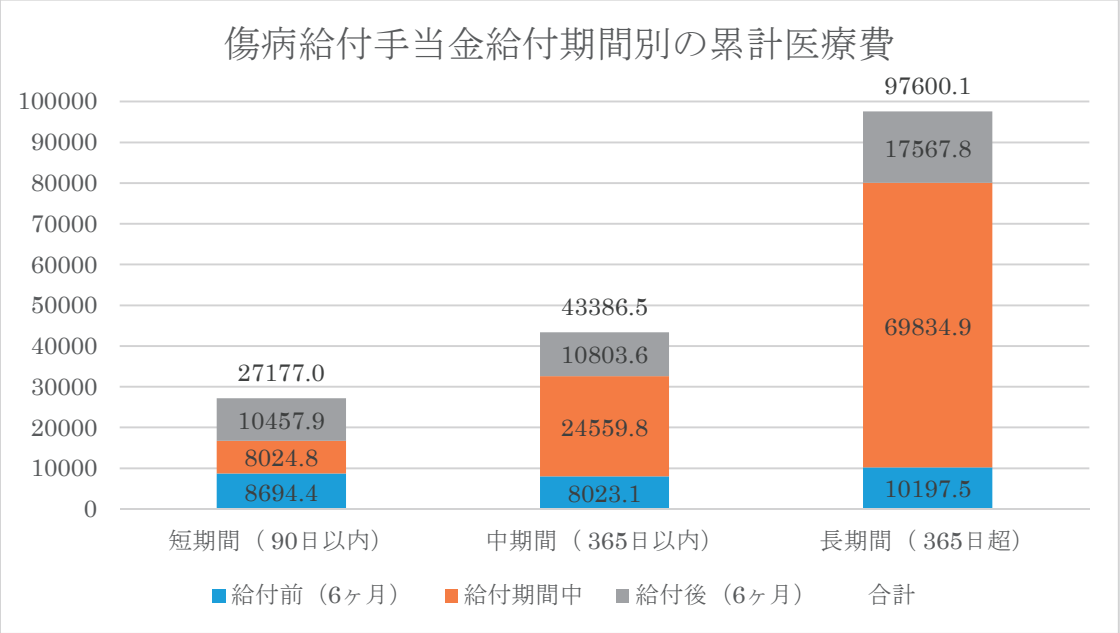
解析対象者：483 名（対象を給付期間を 540 日以下に限定）

	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		0.9		0.8		0.9
給付開始前6ヶ月の月平均入院日数		0.2		0.2		0.1
給付開始前6ヶ月の月平均外来点数		609.0		567.7		510.2
給付開始前6ヶ月の月平均入院点数		516.5		433.8		251.6
給付開始前6ヶ月の月平均調剤点数		323.5		335.7		444.8
給付開始前6ヶ月の月平均点数総額		1449.1		1337.2		1206.6
給付期間中の月平均外来受診回数	（H）	5.2	（L）	2.8	（L）	2.6
給付期間中の月平均入院日数		0.8		0.7		0.6
給付期間中の月平均外来点数	（H）	3169.7	（L）	1740.2	（L）	1573.6
給付期間中の月平均入院点数		1341.3		1343.9		991.5
給付期間中の月平均調剤点数	（H）	1814.4	（L）	1153.7		1183.5
給付期間中の月平均点数総額	（H）	6325.4	（L）	4237.9		3748.6
給付終了後6ヶ月の月平均外来受診回数	（L）	1.0	（L）	1.4	（H）	2.2
給付終了後6ヶ月の月平均入院日数		0.2		0.1		0.3
給付終了後6ヶ月の月平均外来点数	（L）	666.6		816.7	（H）	1207.3
給付終了後6ヶ月の月平均入院点数		562.2		189.7		466.4
給付終了後6ヶ月の月平均調剤点数	（L）	514.2	（H）	794.2	（H）	902.3
給付終了後6ヶ月の月平均点数総額		1743.0		1800.6		2576.0

➢　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：541 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）	1449.1	1337.2	1699.6
	給付期間中	6325.4	4237.9	4239.9
	給付後（6ヶ月）	1743.0	1800.6	2928.0
	合計	9517.5	7375.7	8867.4
給付日数		46.0	193.0	495.0
給付期間		短期間（ 90日以内）	中期間（ 365日以内）	長期間（ 365日超）
（期間累計）	給付前（6ヶ月）	8694.4	8023.1	10197.5
	給付期間中	8024.8	24559.8	69834.9
	給付後（6ヶ月）	10457.9	10803.6	17567.8
	合計	27177.0	43386.5	97600.1



✧　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.　診療内容分析

診療識別コード番号を用い、中診療区分（２桁）毎にコスト分析を実施。

＊診療識別コード番号

コード番号	診 療 識 別
10	初診・管理加算料
20	薬剤
30	注射
40	処置
50	手術
60	検査
70	画像
80	リハその他
90	基本料

（参考）http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1az_0005.pdf

➢　図表 4-4　給付開始前の中診療区分別月平均医療費（単位：円）

ø 図表 4-4　給付開始前の中診療区分別月平均医療費			
	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
給付期間中の月平均外来受診回数	0.9	0.8	1.0
給付期間中の月平均入院日数	0.2	0.2	0.1
給付期間中１０（加算・管理料）の月平均コスト（円）	1577.1	1558.6	1625.7
給付期間中２０（薬剤）の月平均コスト（円）	801.7	909.8	452.3
給付期間中３０（注射）の月平均コスト（円）	65.4	67.4	107.3
給付期間中４０（処置）の月平均コスト（円）	77.0	72.1	1508.4
給付期間中５０（手術）の月平均コスト（円）	540.3	499.2	1172.3
給付期間中６０（検査）の月平均コスト（円）	1453.9	1092.2	1217.9
給付期間中７０（画像）の月平均コスト（円）	790.2	530.1	771.9
給付期間中８０（リハその他）の月平均コスト（円）	2454.4	2355.8	1968.0
給付期間中９０（基本料）の月平均コスト（円）	2618.2	**3123.0**	**2406.3**
支給期間中の DPC 入院合計コスト（円）	425.8	4.0	991.8

✧　給付開始前 6 ヶ月の分析で、短期間群と比較した結果、中診療区分別月平均医療費に有意差は認められなかった。

➢　図表 4-5　給付期間中の中診療区分別月平均医療費（単位：円）

∅ 図表 4-4　給付開始前の中診療区分別月平均医療費			
	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
給付期間中の月平均外来受診回数	0.9	0.8	1.0
給付期間中の月平均入院日数	0.2	0.2	0.1
給付期間中１０（加算・管理料）の月平均コスト（円）	1577.1	1558.6	1625.7
給付期間中２０（薬剤）の月平均コスト（円）	801.7	909.8	452.3
給付期間中３０（注射）の月平均コスト（円）	65.4	67.4	107.3
給付期間中４０（処置）の月平均コスト（円）	77.0	72.1	1508.4
給付期間中５０（手術）の月平均コスト（円）	540.3	499.2	1172.3
給付期間中６０（検査）の月平均コスト（円）	1453.9	1092.2	1217.9
給付期間中７０（画像）の月平均コスト（円）	790.2	530.1	771.9
給付期間中８０（リハその他）の月平均コスト（円）	2454.4	2355.8	1968.0
給付期間中９０（基本料）の月平均コスト（円）	2618.2	3123.0	2406.3
支給期間中の DPC 入院合計コスト（円）	425.8	4.0	991.8

✧　給付期間中の分析で、中診療区分別月平均医療費では短期間給付群は、「１０（加算・管理料）」、「３０（注射）」、「６０（検査）」、「８０（リハその他）」が有為に高かった。

＊　「２０（薬剤）」、「４０（処置）」、「５０（手術）」、「７０（画像）」、「９０（基本料）」、「DPC 入院合計コスト」では有意差は認められなかった。

✧　特に短期群と長期群との比較において、有意差は「２０（薬剤）」ではなく、「１０（加算・管理料」「８０（リハその他）」で認められた

➢　図表 4-6　給付終了後の中診療区分別月平均医療費（単位：円）

∅ 図表 4-4　給付開始前の中診療区分別月平均医療費			
	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
給付期間中の月平均外来受診回数	0.9	0.8	1.0
給付期間中の月平均入院日数	0.2	0.2	0.1
給付期間中１０（加算・管理料）の月平均コスト（円）	1577.1	1558.6	1625.7
給付期間中２０（薬剤）の月平均コスト（円）	801.7	909.8	452.3
給付期間中３０（注射）の月平均コスト（円）	65.4	67.4	107.3
給付期間中４０（処置）の月平均コスト（円）	77.0	72.1	1508.4
給付期間中５０（手術）の月平均コスト（円）	540.3	499.2	1172.3
給付期間中６０（検査）の月平均コスト（円）	1453.9	1092.2	1217.9
給付期間中７０（画像）の月平均コスト（円）	790.2	530.1	771.9
給付期間中８０（リハその他）の月平均コスト（円）	2454.4	2355.8	1968.0
給付期間中９０（基本料）の月平均コスト（円）	2618.2	3123.0	2406.3
支給期間中の DPC 入院合計コスト（円）	425.8	4.0	991.8

✧　給付期間中の分析で、中診療区分別月平均医療費では長期間給付群の、「１０（加算・管理料）」、「２０（薬剤)」、「３０（注射）」、「６０（検査)」、「８０（リハその他)」が有意に高かった。

＊　「４０（処置）」、「５０（手術）」、「７０（画像）」、「９０（基本料）」、「DPC 入院合計コスト」では有意差は認められなかった。

6.　診療区分 80 番内の主成分解析

レセプト電算コードを用い精神科専門医療受給回数を解析

レセプト電算コード	医療行為内容
111000110	初診回数（精神科以外含む）
112007410	再診回数（精神科以外含む）
180007410	精神科作業療法行為回数
180012210	通院精神療法（３０分以上）行為回数
180031010	通院精神療法（３０分未満）行為回数
180020410	通院精神療法（初診時精神科救急体制の精神保健指定医等）行為回数

*図表 4-7　給付開始前の精神療法受給回数

	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 ヶ月の月平均初診回数	0.25	0.24	0.24
給付開始前 6 ヶ月の月平均再診回数	0.46	0.41	0.46
給付開始前 6 ヶ月の月平均精神科作業療法行為回数	0.04	0.07	0.01
給付開始前 6 ヶ月の月平均通院精神療法(30分以上)行為回数	0.03	0.03	0.02
給付開始前 6 ヶ月の月平均通院精神療法(30分未満)行為回数	0.25	0.24	0.22
給付開始前 6 ヶ月の月平均通院精神療法行為回数	0.04	0.04	0.04
給付期間中の月平均初診回数	0.72	0.21	0.20
給付期間中の月平均再診回数	3.25	2.00	1.99
給付期間中の月平均精神科作業療法行為回数	0.12	0.21	0.14
給付期間中の月平均通院精神療法(30分以上)行為回数	0.10	0.07	0.04
給付期間中の月平均通院精神療法(30分未満)行為回数	2.42	1.25	1.26
給付期間中の月平均通院精神療法行為回数	0.13	0.04	0.03
給付終了後 6 ヶ月の月平均初診回数	0.12	0.13	0.17
給付終了後 6 ヶ月の月平均再診回数	0.65	0.92	1.90
給付終了後 6 ヶ月の月平均精神科作業療法行為回数	0.00	0.01	0.14
給付終了後 6 ヶ月の月平均通院精神療法(30分以上)行為回数	0.02	0.02	0.02
給付終了後 6 ヶ月の月平均通院精神療法(30分未満)行為回数	0.46	0.58	1.05
給付終了後 6 ヶ月の月平均通院精神療法行為回数	0.00	0.00	0.00

✧　給付期間中の分析で、短期復職群は「初診」「再診」「月平均通院精神療法（３０分未満）行為回数」「給付期間中の月平均通院精神療法行為回数」は中長期群より有意に多かった。

✧　給付開始後期間中の分析では、長期復職群において「初診回数」「再診回数」「月平均通院精神療法（３０分未満）行為回数」が短期群より有意に多かった。

7. 給付期間別の背景要因

クロス表

			給付期間			
			短期間（90日以内）	中期間（365日以内）	長期間（365日超）	合計
性別	男性	度数	140	161	81	382
		給付期間の%	68.6%	74.9%	66.4%	70.6%
	女性	度数	64	54	41	159
		給付期間の%	31.4%	25.1%	33.6%	29.4%
合計		度数	204	215	122	541
		給付期間の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

給付期間と性比には有意な関連なし。（p=0.190）

年齢

	度数	平均値
短期間（90日以内）	204	36.72
中期間（365日以内）	215	37.01
長期間（365日超）	122	37.35
合計	541	36.98

給付期間各群において年齢に有意な差はなし。（p=0.858）

8. まとめ

(ア) N数を増やした解析でも昨年度までと同様の知見が再度確認された。

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（休職）期間中医療費は、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）医療費は、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）」「点数総額（総医療費）」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比較して有意に高値であった。

(イ) 中診療区分毎の解析では、給付（休職）期間中を対象とした分析で、短期群と長期群との比較での有意差は「２０（薬剤）」ではなく、「１０（加算・管理料」「８０（リハその他）」で認められた

① 中診療区分・８０番台には「入院精神療法」や「通院精神療法」といった、精神科医が行う治療（薬物療法でない、いわゆる精神療法）や精神科デイケアなど、「精神科専門療法」が含まれる。１０番台は雑多なため考察はにわかにはできない。

(ウ) 精神療法に関する給付期間中の分析で、短期復職群は「初診」「再診」「月平均通院精神療法（３０分未満）行為回数」「給付期間中の月平均通院精神療法行為回数」は中長期群より有意に多かった。

① 休職開始後に専門性の高い医療を適切にうけることが、休職期間の短縮につながっている可能性が示唆された。

資料５

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
平均値の算出方法がレセプトデータ解析結果に与える影響について
補足解析

（研究分担者　久保達彦　産業医科大学医学部公衆衛生学）

分担研究者が実施した課題名：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（資料４）では、傷病給付金支給期間中の医療行為回数及び医療費の月平均を算出することで、医療と労働衛生の連携効果を検証することが試みられている。

この際、レセプトデータを用いた特定期間中（今回の調査であれば傷病給付金支給期間）の医療行為回数及び医療費の月平均の算出には、以下の通りいくつかの手法が存在する。

① レセプトは月単位で発行されるために、レセプト月医療費をレセプト月数で除す手法（レセプト枚数が３枚＝３ヶ月であれば、３で除して平均値を求める）。この手法は特に月単位でしか期間データが得られない場合に選択される。【分母（期間月数）・分子（月当たり医療費）ともレセプト月の整数単位で集計】

② 特定期間の日数（日付）データが得られている場合は、月数を（傷病給付金支給日数/30.4）として算出し（30.4は閏年を含めた月の日数365.25日/12月＝30.4）、医療費にはレセプトに月単位で掲載され医療費を用いる。【分母のみ日数単位で月の長さを集計、分子は月の整数単位で集計】

③ 特定期間（今回の調査であれば傷病給付金支給期間）の日数・日付データに加えて、各対象者毎に全ての医療行為を日付で同定し、医療費についても、日数（日付）データで算出する【分母・分子とも日単位で集計し月に割り戻す】

それぞれに長所と短所があり、

① 【分母・分子ともレセプト月の整数単位で集計】
最も簡便で広く利用されている手法である。但し、この方法では例えば月末に休職に入った場合に月平均医療費が実態よりも過小に算出されてしまう（例：月末、残り２週間で休職に入った際、毎週受診していても月平均受診回数は２となってしまう。）同様に終了月についても上旬に期間が終了していれば、過小評価となってしまう。

② 【分母のみ日数単位で月の長さを集計、分子はレセプト月の整数単位で集計】
特定期間について日付データが得られている場合に採択可能。この方法では例えば特定期間が15日であった場合、月数は0.5となり、医療費はその期間のみに実際にかかった費用よりも倍として算出される（例：月末、残り２週間で休職に入った際、毎週受診している者の月平均受診回数は４と算出される。）。月平均という主旨からは、①よりも臨床的に意義のある算出値と考えられる。ただしレセプト月内の特定期間以外の期間に医療費が発生していると、期間推計としての医療

費は過大評価となってしまう。

③ 【分母・分子とも日単位で集計し月に割り戻す】

各対象者毎に全ての医療行為を日付レベルで同定し、特定期間に限定した医療費を患者毎に個別に再計算することが必要。最も精緻な数値が得られるが、相当な手間（コスト）が必要となる。

今回調査では可及的最善策として②の方法を採択し、結果を算出している。今後、手間とコストの問題が解決できるとすれば、③に進むことが望ましいが、その手間は膨大であり、年度内の実施は困難であった。

そもそも今回の解析は、短・中・長期復職群の群間比較をその主旨としており、全ての群に対して同一の同じ計算手法を適応している。よって比較可能性については担保されるものとも予測されたが、今回、実際に①の方法で集計を実施してみると、知見が過小評価される傾向から、観察されていた傾向が消失することが確認された。以下に主な解析結果を示す。

➢ 【分母・分子ともレセプト月の整数単位で集計】＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

解析対象： 2006 年 3 月～2014 年 2 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 542 人のうち、以下、給付区分として登録された社会保険表章用国際疾病分類が 0504「気分［感情］障害(躁うつ病を含む)」と 0505「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」に該当する 491 人で、かつ観察期間中に入院・手術歴がない 386 人の労働者（うち男性 271 名（70.2%）平均年齢 36.1 歳（19-60 歳））

表：資料 5-1　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	0.8	0.7	0.8
給付開始前6ヶ月の月平均入院日数	0.0	0.0	0.0
給付開始前6ヶ月の月平均外来点数	499.0	486.7	444.5
給付開始前6ヶ月の月平均入院点数	0.0	0.0	0.0
給付開始前6ヶ月の月平均調剤点数	283.6	285.1	395.3
給付開始前6ヶ月の月平均点数総額	782.7	771.8	839.8
給付期間中の月平均外来受診回数	1.9	2.0	2.0
給付期間中の月平均入院日数	0.0	0.0	0.0
給付期間中の月平均外来点数	1137.4	1298.2	1201.7
給付期間中の月平均入院点数	0.0	0.0	0.0
給付期間中の月平均調剤点数	（L） 720.6	926.6	（H） 1207.9
給付期間中の月平均点数総額	1858.1	2224.8	2409.6
給付終了後6ヶ月の月平均外来受診回数	（L） 0.9	（L） 1.3	（H） 1.8
給付終了後6ヶ月の月平均入院日数	0.0	0.0	0.0
給付終了後6ヶ月の月平均外来点数	（L） 519.9	811.0	（H） 1016.6
給付終了後6ヶ月の月平均入院点数	0.0	0.0	0.0
給付終了後6ヶ月の月平均調剤点数	（L） 462.6	（H） 733.9	（H） 1062.3
給付終了後6ヶ月の月平均点数総額	（L） 982.5	（H） 1544.9	（H） 2078.9

（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（休職）期間中医療費は、短期間給付群（早期復職群）は長期間給付群（長期休職群）と比較して、「調剤点数（調剤医療費）」が有意に高値だった。
③ 給付開始後（復職後）医療費は、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）」「点数総額（総医療費）」「調剤点数（調剤医療費）」が有意に高値であった。

注）資料４における解析では、給付（休職）期間中医療費は、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と報告されている。結果が変化した原因は、計算方法の変更にある。

＝＝

このように、レセプトデータを用いた解析においては、平均値の算出方法によって解析結果が安定しないこと状況が認められた。研究者としては昨年度までの研究報告の取り下げを含めて対応を検討したが、①計算方法に limitation はあるものの方法自体が誤りとまでは言えないこと、②研究期間内に入手可能なデータに基づくなかでは最善の算出方法に基づく計算結果であること、③再現性のある計算結果であること（どの研究者が解析してもこの計算手法であればこの結果が得られること）、から、解析方法を開示したうえで、解釈については慎重を要することを明記したうえで研究データを報告することを選択した。

今後、本研究の知見を確固たるものとしていくためには、技術的な課題を解決して③【分母・分子とも日単位で集計し月に割り戻す】に基づく解析を実施することが望ましい。

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

医療法上の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χ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リ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真の連携である『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ったことは、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は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、ストレッサーないし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索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。
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

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関わる主治医と産業医等の連携の事例の質的分析から、情報共有と共通の目的の共有が労働者のレジリエンス強化、就労支援に対する効果があるかを検討した。

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、精神科主治医から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ものと考えられた。加療の状況、職場における適応状況、職場での配慮の実際の確認を情報共有することで就労継続を可能とする両立支援が実装され、本人のレジリエンスは強化された。

平成 27 年 4 月 1 日−平成 28 年 2 月 15 日の間治療中･休職中で研究者が主治医･産業医、研究協力者が主治医として関わる事例 40 例のうち、研究者が産業医として関わった 31 例を分析の対象として主治医と産業医等の連携強化により休職期間が短縮されるか検討し、6 ヶ月以内の休業期間に 2.56 月 vs. 3.50 月と 1 か月程度の短縮の傾向を認めた。主治医と産業医が連携していることが労働者に示されることにより、労働者の被支援感（【やわらかく何重にも抱えられている】感覚）が強まりレジリエンスが強化され短期の休業へつながっていると想定された。1 事例あたりの連携書類作成に関わる時間はおよそ 30 分であった。

連携・協働には時間も手間もかかる。本研究では主治医・産業医それぞれに 30 分の時間が必要となっており, 本研究で示されたように労働者の休業期間の短縮につながるのであれば、応分の診療報酬上の評価が行われてしかるべきであろう。

A. 研究目的

医療法上の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。

平成 26 年度研究においては、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。

平成27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。

以上平成26年度研究結果により得られた知見は、

① 労働者の治療過程において複数の支援資源間で情報共有（「連携」）のみではなく共通の目的が共有されること（「協働」）が重要であること、

② 労働者のある時点におけるレジリエンス得点は就労状態と関連がないこと

であった。

平成26年度研究結果を踏まえ、本年度はがん患者の就労支援に関わる主治医と産業医等の連携の事例の質的分析から、情報共有と共通の目的の共有が労働者のレジリエンス強化、就労支援に対する効果があるかを検討し（研究１）、主治医と産業医等の連携強化により休職期間が短縮されるか検討する（研究２）ことを目的とした。

B. 研究方法

本研究の概要は次の通りである。

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

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2事例を平成26年報告の事例に追加し、後方視的検討を行った。①情報共有の内容、②本人のレジリエンス評価(BRS)、③就労継続意思の確認及び継続状況を検討した。

2.研究２−主治医と産業医の連携強化による休職期間の短縮

平成27年4月1日−平成28年2月15日の間治療中・休職中で研究者が主治医・産業医、研究協力者が主治医として関わる事例40例。①主治医・産業医より産業医・主治医に対し 1)協働・積極的な

情報共有の姿勢の表示 2)職場として必要な疾病情報照会水準確認 3)職場復帰条件の要求水準確認 4)その他職場の希望確認を求めて連携開始（送付文書文末資料参照）②GAF・HAM-D・BRS 評価、③休職期間確認、④連携書類作成に関わる時間記録を行った。

本研究の実施について、平成 26 年 12 月 15 日に三井記念病院医療倫理委員会承認を得ている。

統計解析には、ANOVA、ないしχ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 1（平成 26 年度症例）：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。

事例 2：介入時年齢 45 歳。百貨店勤務。夫と娘と三人暮らし。40 歳時乳がん発見、手術・術後療法を受け定期通院中。身体愁訴・情動不安定のため他院主治医より紹介初診。元来の不安症の影響と考え向精神薬治療と定期カウンセリング開始した。担がんであることの心理的負担強く、職を失うことの不安から求められない時間外勤務を継続し過重から疲弊し、身体症状が増悪する悪循環を来していた。当方より産業医にがん治療と不安症を明らかにして就業制限に関する助言を求めることを提案した。産業医より勤怠の実際を含めた職場での適応状況を確認し、上司に対し本人を含めて時間外勤務禁止およびシフト勤務制限を意見した旨連絡を受けた。特殊な化学療法、並びに放射線治療のために、当院を含め他の 2 つの総合病院に通院・入院を必要としたが、都度主科および総合病院精神科がある場合は精神科あてに診療情報提供を行うと同時に産業医への連絡を行った。この間本人は最小限の休業と当科定期通院を行い身体愁訴と情動不安定は全く認められていない。可能な範囲で勤務を継続したいという意欲は不変であり、通院・入院が重なった 1 年の前後で本人によるレジリエンス評価得点は資質的得点は不変であったが、獲得的得点は上昇していた。

事例 3：介入時年齢 59 歳。団体勤務。一人暮らし。多重がん。40 代よりのがん治療により複数回長期休業をした履歴がある。現在も乳腺外科、産婦人科、外科に定期通院が必要。自ら希望して受診。60 歳定年を前にしてがん治療のために定年後契約継続出来なくなるのではないかという不安と職場での孤立感が主訴。精神科医や産業医への相談が人事にそのまま伝わるというほとんど妄想的ともいえる過剰な心配をしている。キャリア上の問題、現実不安であることを強調し、向精神薬服薬は拒否したため上司・人事、産業医への上申の仕方をアドバイス、医師の秘守義務について説明・保証を与えるよう接した。定年後契約継続へ

の不安と秘守に関する過剰な心配をしたため産業医宛意見書を提出した。産業医と本人が面接し、上司・人事への助言を約束した。秘守に関する過剰な心配についても保証されたという。他科定期受診と同時に不定期報告を受けていたが、その後人事・産業医との複数回の面談を経て契約継続を約束され現実不安が軽減したが、職場での孤立感は継続しているという。必要時面談を約束している。1年の前後で本人によるレジリエンス評価得点は資質的得点・獲得的得点共に上昇していた。

事例2・3における連携のポイントは

① 情報共有の促しは、精神科主治医から行う必要があった。
② 情報共有の内容は加療の状況、職場における適応状況、職場での配慮の実際の確認であった。
③ 本人のレジリエンス評価は治療経過にともない上昇した。

とまとめることができた。

2. 研究2−主治医と産業医の連携強化による休職期間の短縮

平成27年4月1日−平成28年2月15日の間治療中・休職中で研究者が主治医・産業医、研究協力者が主治医として関わる事例40例のうち、研究者が産業医として関わった 31 例を分析の対象とした。

① 連携について1) 2週間以内に返書を送る医師が7割と協働・積極的な情報共有には協力的であった。別途文書による同意書を求められた事例や、主治医より文書作成料を求められた事例があった。2)返書内容より、疾病情報や職場復帰条件の相互確認の効果があるものと考えられた。
② 本研究は施設・企業間差を含むため、全体の平均休職期間の単純比較を行うことは妥当ではない。企業A内で連携強化群（平成27年度中治療中・休職中 n=26）の復職者(n=13)の平均休職期間を標準連携群（平成25・26年度復職事例 n=23）と比較すると5.15月(SD4.96)vs.6.61月(SD5.98)と変化がないが、6 ヶ月以上の長期休業者を除いて比較すると 2.56 月(SD1.01) (n=9)vs.3.50 月(SD1.51) (n=16)と 1 か月程度の短縮の傾向(t=−1.67,p=0.05)が認められた。
③ 1 事例あたりの連携書類作成に関わる時間はおよそ30分である。

D. 考察

研究1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。

報告された事例では、産業保健スタッフだけではなく他の支援資源（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。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ある。

厚生労働省は平成 28 年 2 月 23 日「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を公表した。このガイドラインは、事業場が、がん、脳卒中などの疾病を抱える方々に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と職業生活が両立できるようにするため、事業場における取組などをまとめたものである。

ガイドラインでは、職場における意識啓発のための研修や治療と職業生活を両立しやすい休暇制度・勤務制度の導入などの環境整備、治療と職業生活の両立支援の進め方に加え、特に「がん」について留意すべき事項をとりまとめている。そこでは、がんの診断を受けた労働者のメンタルヘルス面への配慮として、がんの診断が主要因となってメンタルヘルス不調に陥る場合もあるため、治療の継続や就業に影響があると考えられる場合には、適切な配慮を行うこと望ましいこと、がんと診断された者の中には、精神的な動揺や不安から早まって退職を選択する場合があることにも留意が必要なことなどが強調されている。

ガイドラインでは両立支援は必要とする労働者自身の申出から始まるとされている。事例 2・3 では共に必要な両立支援を労働者自身から申出ることができておらず、精神科産業医から促されて初めて必要な支援体制を得ることが出来た。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ものと考えられた。

事例 2・3 共にレジリエンス得点が上昇し、連携・協働による就労上のレジリエンスが強化されたことがうかがわれた。

研究 2 では通常の連携よりも積極的に連携を強化することにより、6 ヶ月以内の休業期間の短縮効果が示された。これは主治医と産業医との間で協働・積極的な情報共有の姿勢が共有されることで、職場復帰という共通の目的が確認された上で、疾病情報や職場復帰条件の相互確認（情報共有）を行う効果によるものと考えられる。メンタル不調からの回復は本人の安心・不安の影響を強く受ける。主治医と産業医が連携していることが労働者に示されることにより、労働者の被支援感（【やわらかく何重にも抱えられている】感覚）が強まりレジリエンスが強化され休業短縮へつながっていると想定される。

本研究では主治医・産業医の臨床能力や企業による休復職の機能要求水準差を統制した条件下で連携・協働強化の効果を評価する目的で一施設における横断的・縦断的調査を企画したが、その条件自体が結果の解釈の制限となる。しかし、この結果は臨床的表面妥当性と合致しており、別の方法でも連携・協働強化の休業期間短縮、経済的効果が示されるであろう。

連携・協働には時間も手間もかかる。本研究では主治医・産業医それぞれに 30 分の時間が必要となっており, このように労働者の休業期間の短縮につながるの

であれば、応分の診療報酬上の評価が行われてしかるべきであることを主張したい。

E. 結論

1) がん患者の就労支援に関わる主治医と産業医等の連携の事例の質的分析から、情報共有と共通の目的の共有が労働者のレジリエンス強化、就労支援に対する効果があるかを検討した。
2) 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、精神科主治医から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ものと考えられた。
3) 加療の状況、職場における適応状況、職場での配慮の実際の確認を情報共有することで就労継続を可能とする両立支援が実装され、本人のレジリエンスは強化された。
4) 平成 27 年 4 月 1 日−平成 28 年 2 月 15 日の間治療中・休職中で研究者が主治医・産業医、研究協力者が主治医として関わる事例 40 例のうち、研究者が産業医として関わった 31 例を分析の対象として主治医と産業医等の連携強化により休職期間が短縮されるか検討し、6 ヶ月以内の休業期間に 2.56 月 vs. 3.50 月と 1 か月程度の短縮の傾向を認めた。主治医と産業医が連携していることが労働者に示されることにより、労働者の被支援感（【やわらかく何重にも抱えられている】感覚）が強まりレジリエンスが強化され短期の休業へつながっていると想定された。
5) 1 事例あたりの連携書類作成に関わる時間はおよそ 30 分であった。
6) 連携・協働には時間も手間もかかる。本研究では主治医・産業医それぞれに 30 分の時間が必要となっており, 本研究で示されたように労働者の休業期間の短縮につながるのであれば、応分の診療報酬上の評価が行われてしかるべきであろう。

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)60-63

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

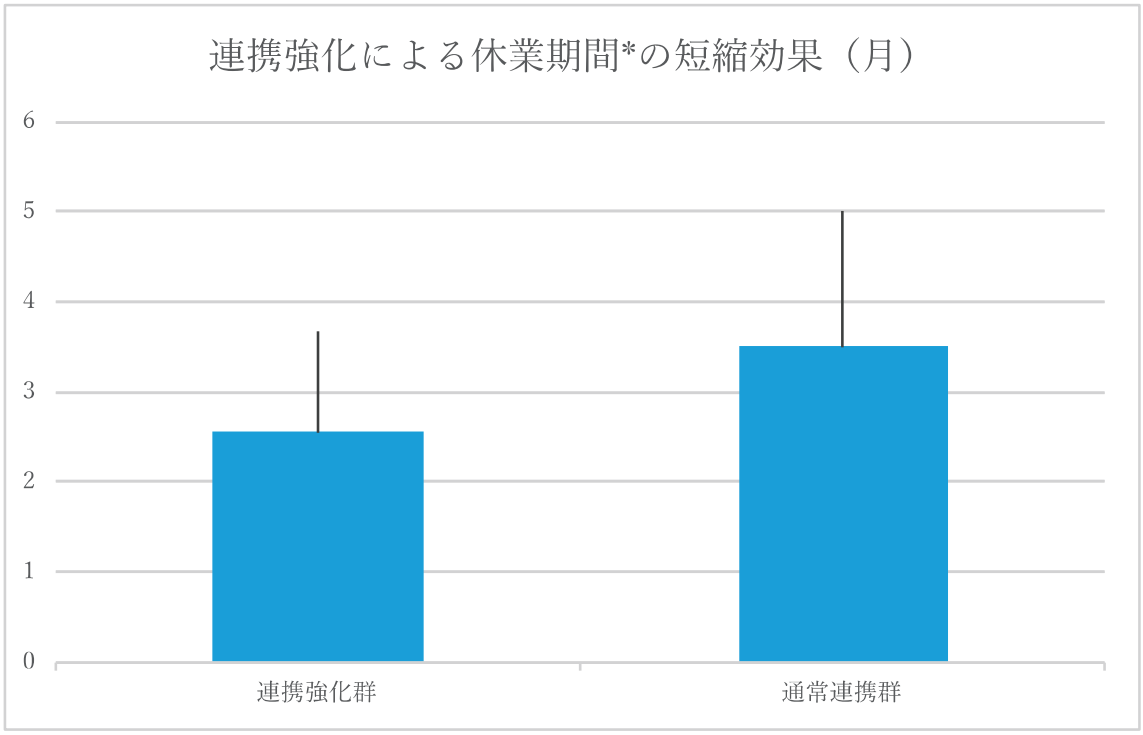
中嶋義文 (2015)： 連携 (team building) のための専門技能　臨床心理学　15(3) 329-332

中嶋義文（2016）： 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　産業精神保健　24(2)（印刷中）

2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

研究協力者：井上雅之（三井記念病院・精神科医長）



*6 ヶ月以内　p=0.05

診療情報提供依頼書

前略

当社職員　○○　○○　の診療につきまして常日頃お世話になっております。

早期の職場復帰にあたり向後の連携強化のため主治医で確認したいこと、情報共有したいことがございましたら、遠慮なく同送の書式にてご連絡いただければ幸いです。

なお、本情報連携につきましてはご本人に御開示いただいて結構です。

今後の連携よろしくお願い申し上げます。

草々

〒XXX-XXX　東京都 XX 区 XX-X-X　X 病院精神科

会社名　A 株式会社

産業医　△△　△△

日付　2015-XX-XX

返書

産業医　宛

1　病状に関して産業医/職場が理解すべきことがありましたらご記入下さい。

2　職場復帰の条件につきまして

a) 元職復帰（職位・職務内容を変更しない）想定の場合の要求水準につき、①週 5 日 8 時間定時内勤務を前提とした自宅外活動継続可能、②通勤練習可能、③90 分の連続業務可能を当方の復職可能基準としておりますが、先生のお考えになる要求水準があればご教示ください。

b) 元職復帰想定以外の場合の要求水準についてご教示下さい。

3　その他ご質問ご連絡事項ありましたらご記入下さい。

本返書用紙をそのままご使用いただくか、上記1−3の内容を含んだ文書にて同送の返送用封筒にてご返送いただきますようお願い申し上げます。

本連携情報は患者さんに対して内容開示されますことをご承知おきください。

御機関名

御名

日付

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さ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
第Ⅰ部　調査概要 5
第 1 章　アンケート調査の概要 5
第 2 章　聞き取り調査の概要 6
第Ⅱ部　調査結果と考察 6
第 3 章　地域障害者職業センター 6
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
第 4 章　精神保健福祉センター 14
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
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） 21
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
第 6 章　民間団体 26
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

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）

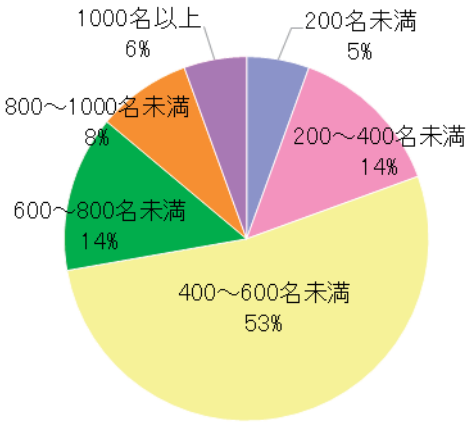


図 1　利用者数（平成 25 年度）

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「不変」が 39%、「減少傾向」が 22%だった。（図 2）

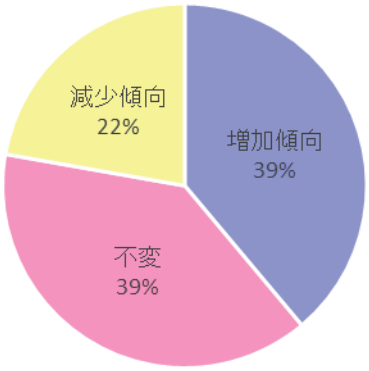


図 2　利用者数増減傾向（平成 25 年度）

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）

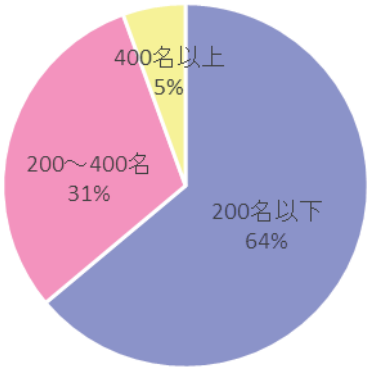


図 3　精神障害者の利用者数（平成 25 年度）

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%、「不変」が 33%、「減少傾向」が 14%だった。（図 4）

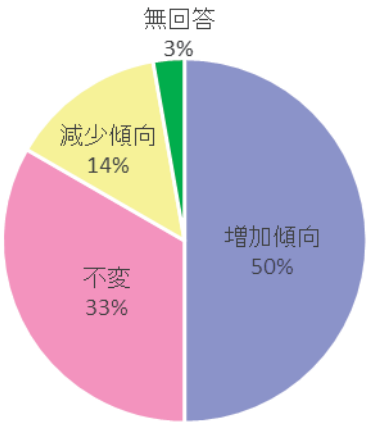


図 4　精神障害者の利用者数増減傾向
（平成 25 年度）

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）

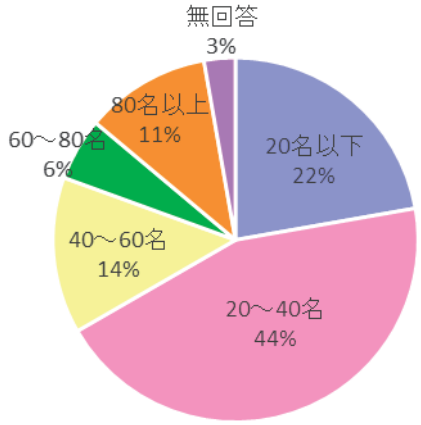


図 5　リワーク支援の利用開始者数（平成 25 年度）

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%、「不変」は 25%、「減少傾向」は 14%だった。（図 6）

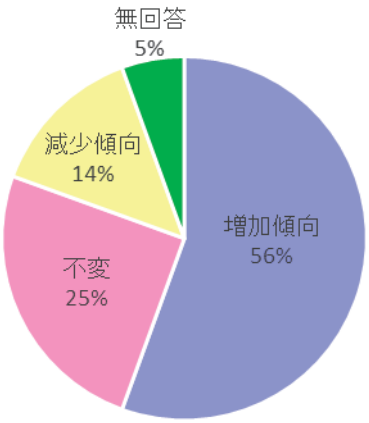


図 6　リワーク支援の利用開始者数の増減傾向
（平成 25 年度）

3）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「その他の精神疾患」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）

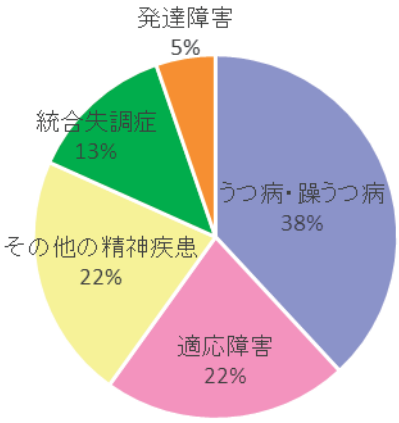


図 7　リワーク支援利用開始者の主診断名

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。

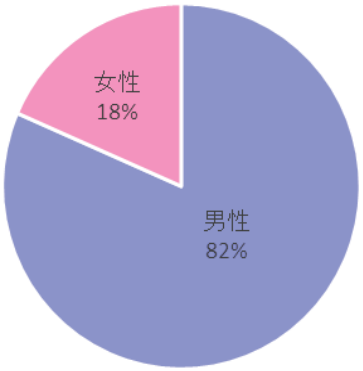


図 8　リワーク支援利用開始者の男女比

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）

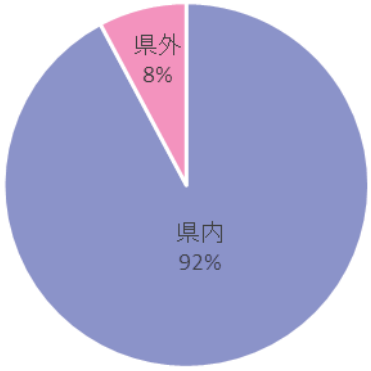


図 9　リワーク支援利用開始者の居住地比

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）

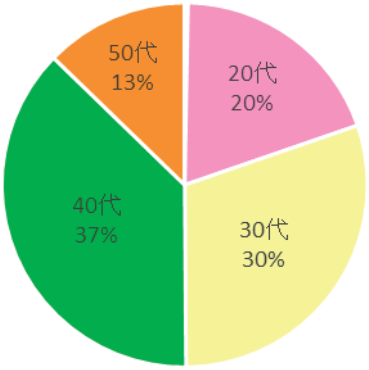


図 10　リワーク支援の利用開始者の年代比

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）

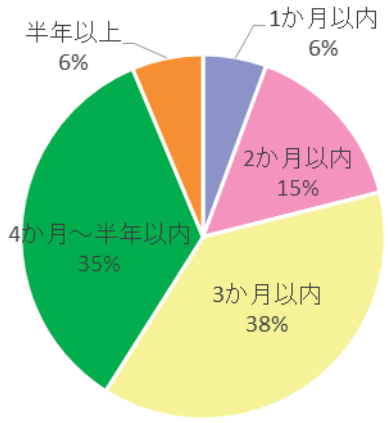


図 11　リワーク支援の実施期間

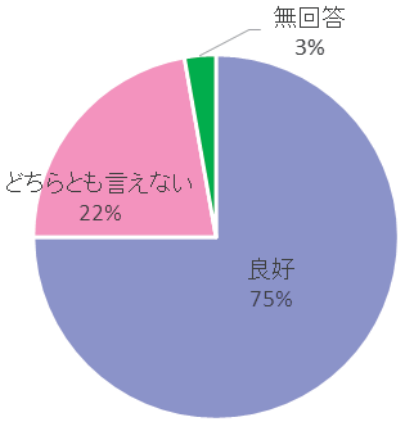


図 13　産業医・産業看護職との連携

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）

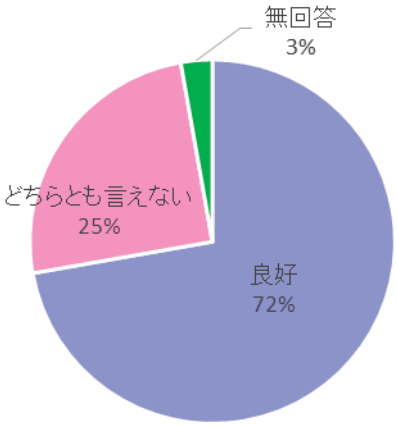


図 12　職場（人事労務など）との連携

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）

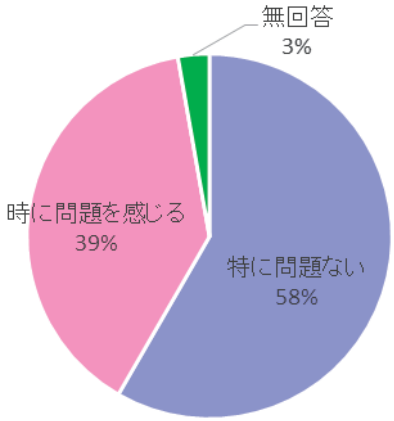


図 14　健康情報管理・プライバシー保護に問題を感じること

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）

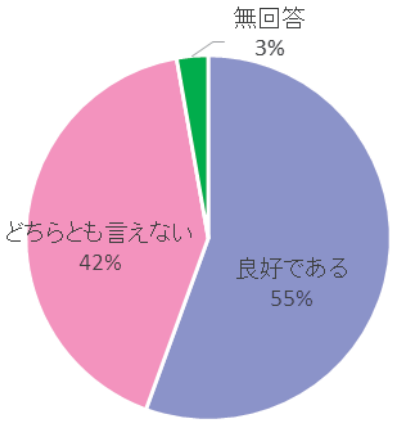


図 15　精神科主治医との連携

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）

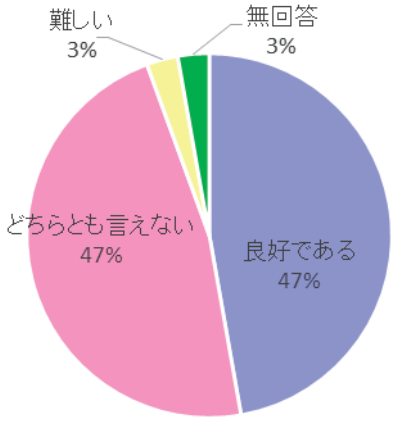


図 16　地域の医療機関との日常的な連携

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）

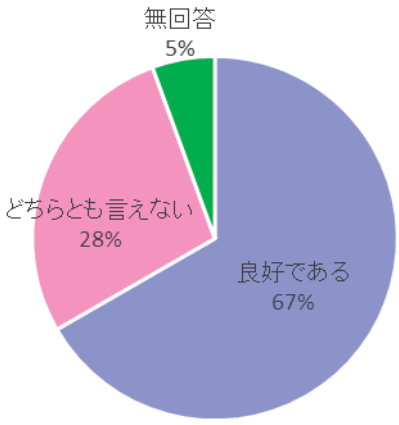


図 17　産業保健総合支援センターとの連携

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、「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）

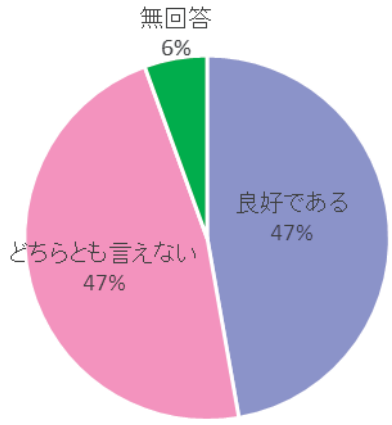


図 18　精神保健福祉センターとの連携

3）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）

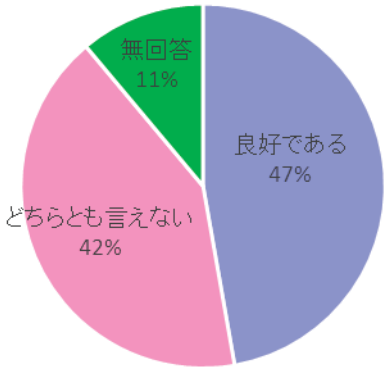


図 19　近隣の他のリワーク施設との連携

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）

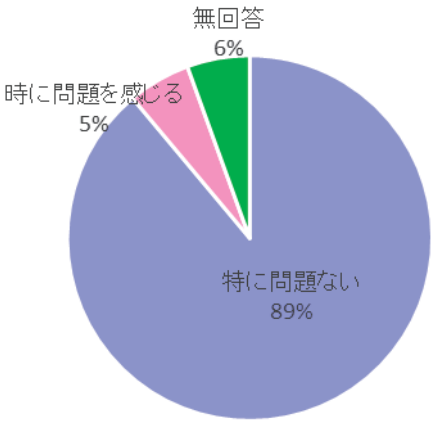


図 20　関係機関との連携の際の情報管理について

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 カ月以内の利用が 59%で、3 カ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にしている。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「不変」が 25%、「減少傾向」が 12%だった。（図 21）

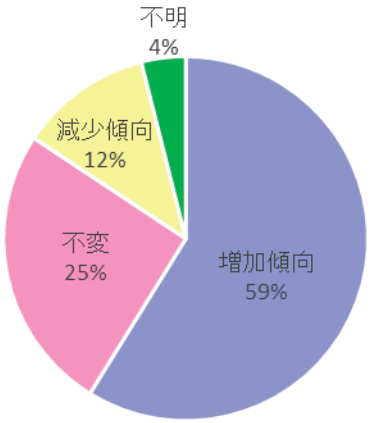


図 21　利用者数の増減傾向（平成 25 年度）

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ついて、「不変」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）

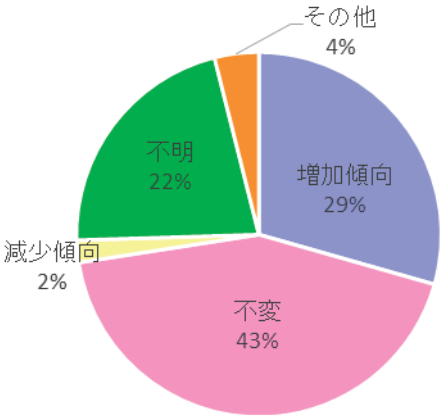


図 22　精神障害者の就労支援の増減傾向（平成 25 年度）

3）勤労者復職支援

勤労者復職支援に関する活動ついて、「不変」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）

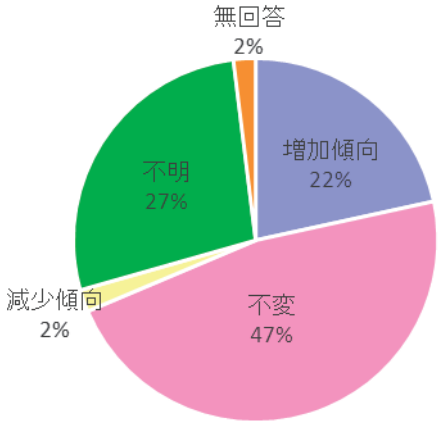


図 23　勤労者の復職支援の増減傾向（平成 25 年度）

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）

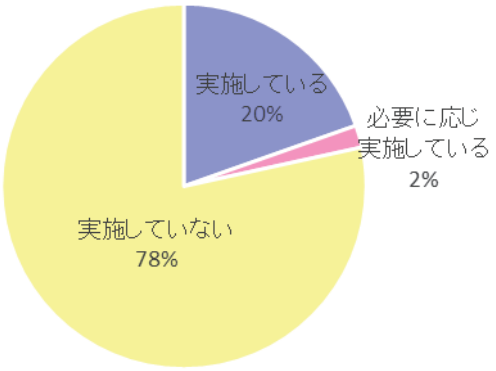


図 24　勤労者の復職支援の実施（平成 25 年度）

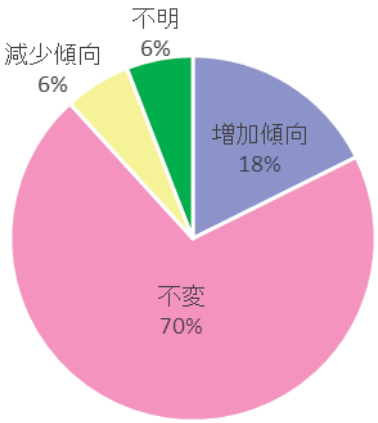


図 26　精神障害者復職支援の利用者数の増減傾向
（平成 25 年度）

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）

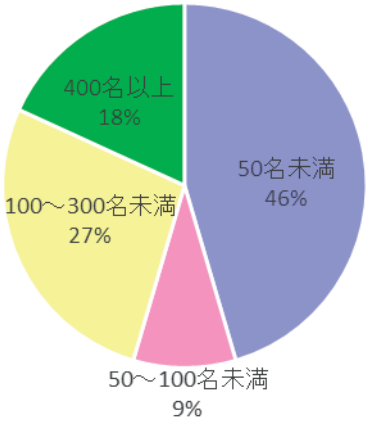


図 25　精神障害者の復職支援の利用状況
（平成 25 年度）

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、「不変」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）

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）

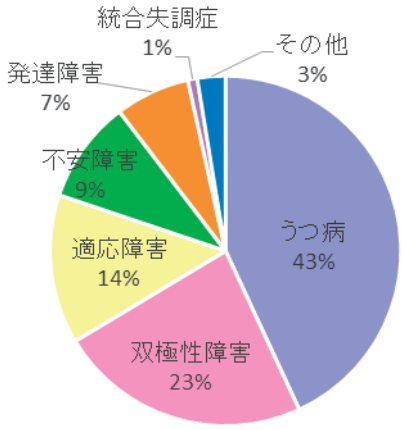


図 27　利用者の主診断名

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）

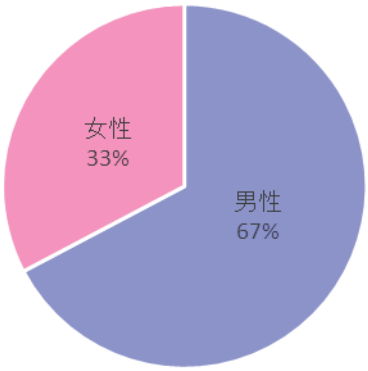


図 28　利用者の男女比

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）

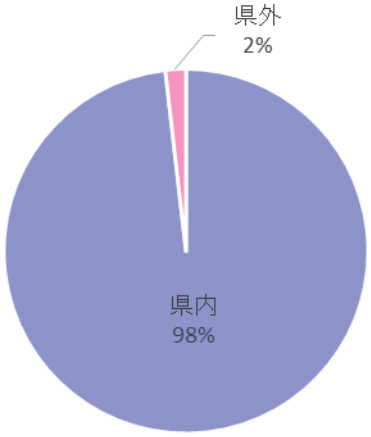


図 29　利用者の居住地比

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）

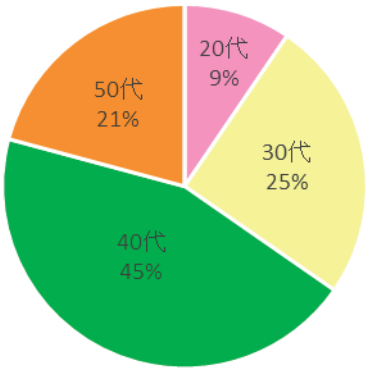


図 30　利用者の年代比

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 ヶ月以内」の回答はなかった。中には 3 カ月コース、6 ヵ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）

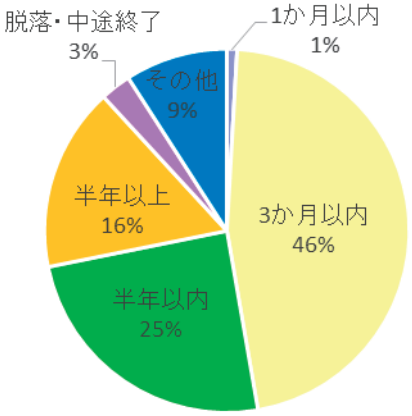


図 31　利用者の利用期間比

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）

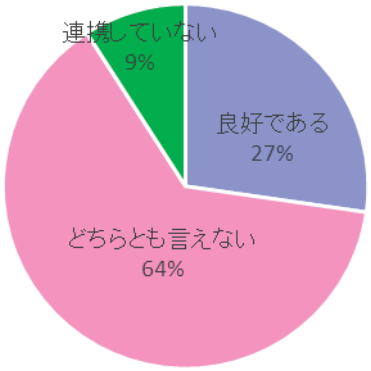


図 32　職場（人事労務など）との連携

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）

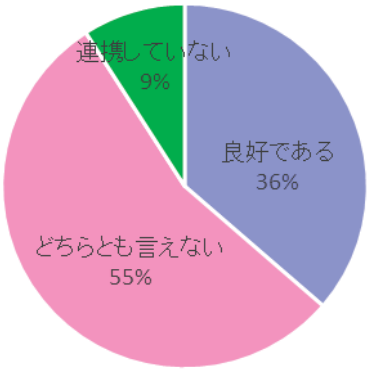


図 33　産業医・産業看護職との連携

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）

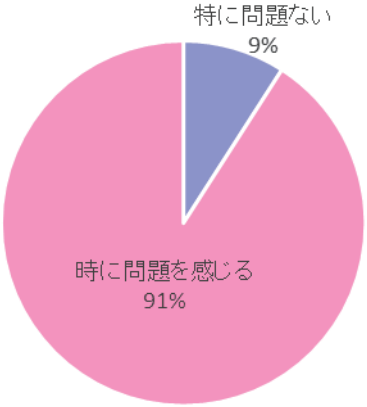


図 34　情報管理等に問題を感じること

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）

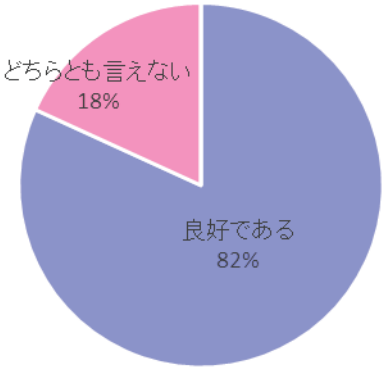


図 35　精神科主治医との連携

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）

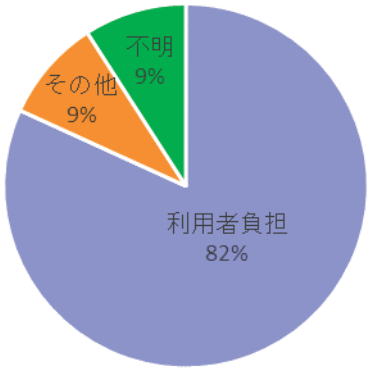


図 36　主治医の意見書等の文書に関わる金銭負担

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）

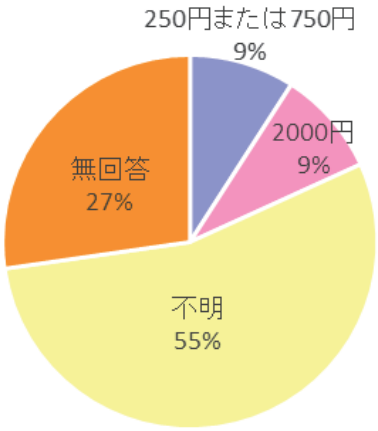


図 37　主治医の意見書の金額

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）

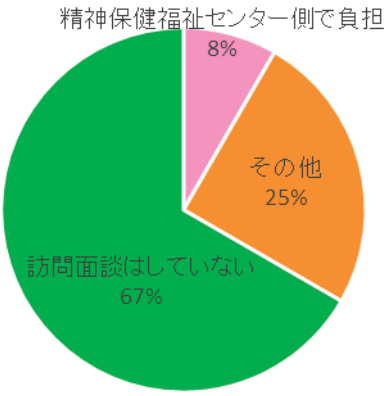


図 38　主治医の訪問面談

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）

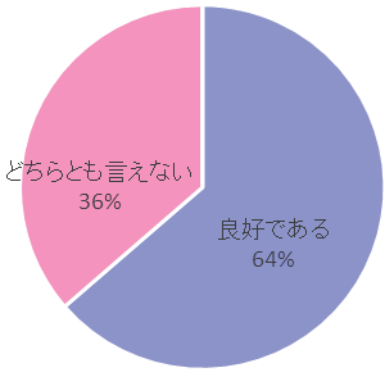


図 39　地域の医療機関との日常的な連携

4.3.3　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）

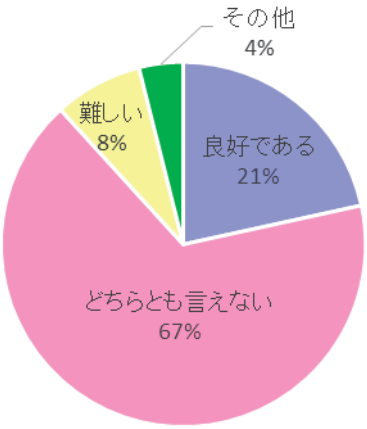


図 40　産業保健総合支援センターとの連携

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）

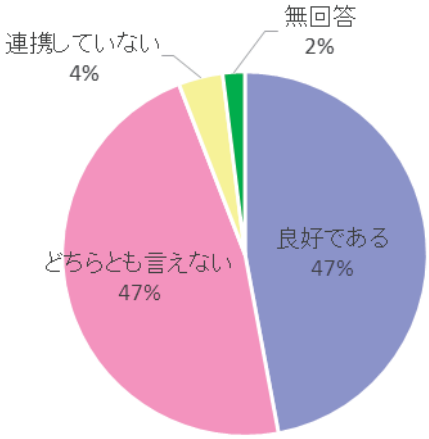


図 41　地域障害者職業センターとの連携

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）

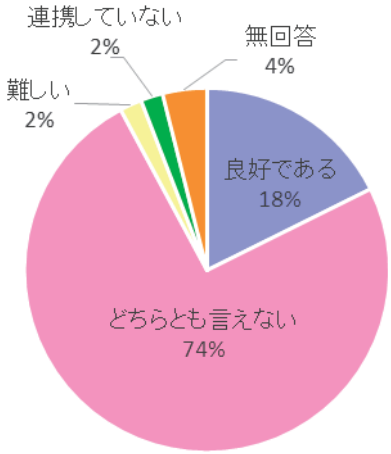


図 42　近隣の他のリワーク施設との連携

4）関係機関との連携の際の情報管理

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）

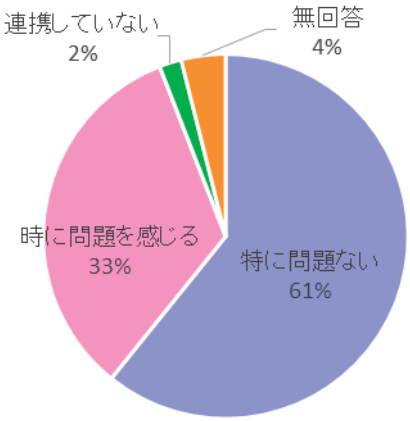


図 43　関係機関との連携の際の情報管理

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「不変」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も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、以下のような回答があったが、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、デイ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)

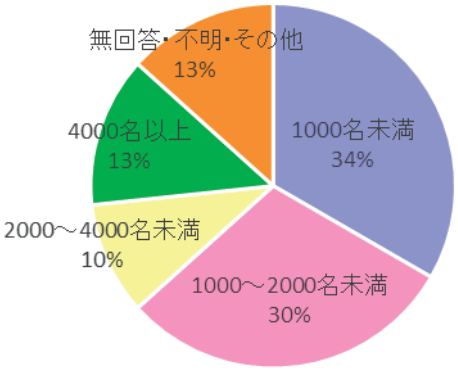


図 44　三障害全体での利用者数（平成 25 年度）

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「不変」が 19%、「減少傾向」が 13%だった。（図 45）

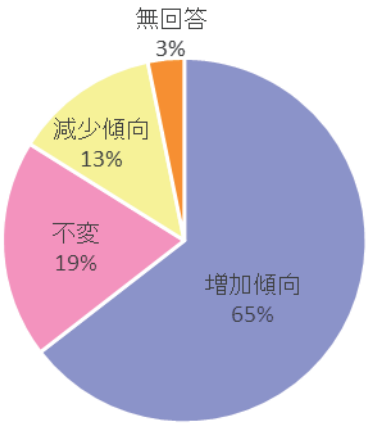


図 45　三障害全体での利用者数増減傾向
（平成 25 年度）

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）

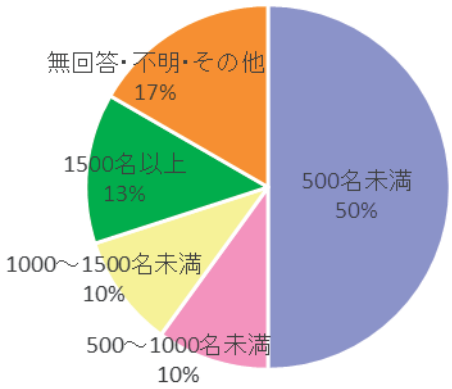


図 46　精神障害者の利用者数（平成 25 年度）

4）精神障害者の利用者の増減傾向

三障害の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）

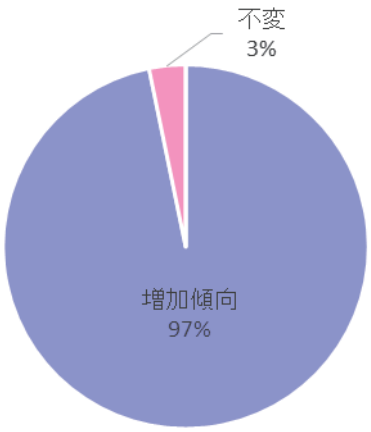


図 47　精神障害者利用者数の増減傾向
（平成 25 年度）

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）

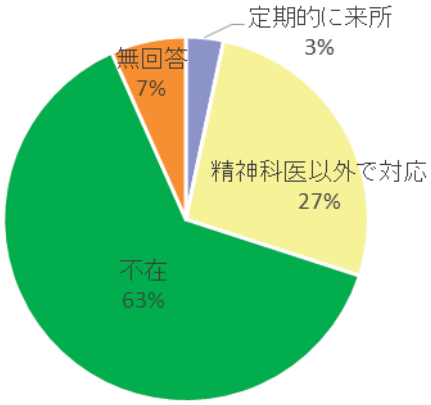


図 48　精神科嘱託医の対応

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）

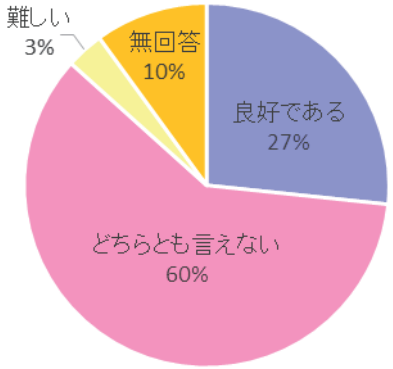


図 49　職場（人事労務など）との連携

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）

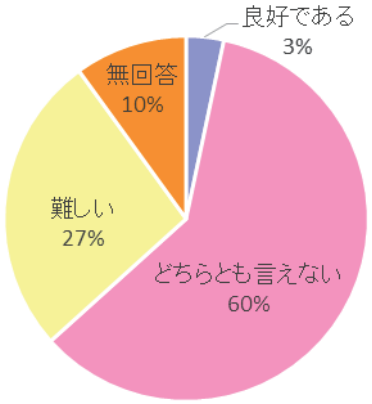


図 50　産業医・産業看護職との連携

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）

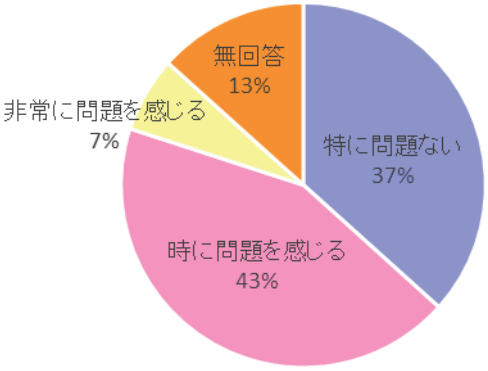


図 51　情報管理等に問題を感じること

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）

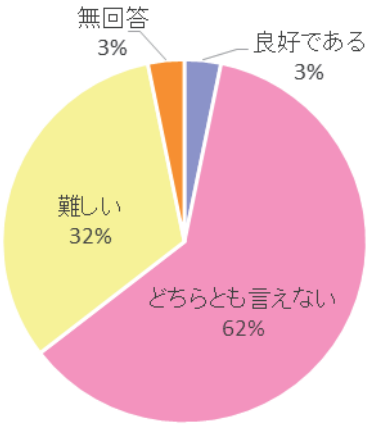


図 52　精神科主治医との連携

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）

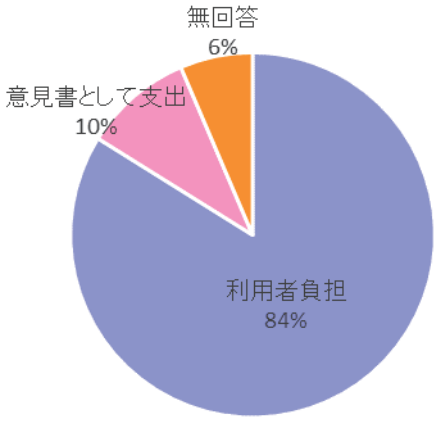


図 53　主治医の意見書等の文書に関わる金銭負担

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銭負担・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）

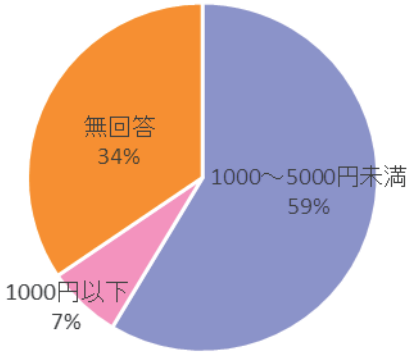


図 54　主治医の意見書等の文書に関わる金銭負担額

4）精神科主治医への訪問面談等に関わる金銭負担

精神科主治医への訪問面談等に関わる金銭負担について、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）

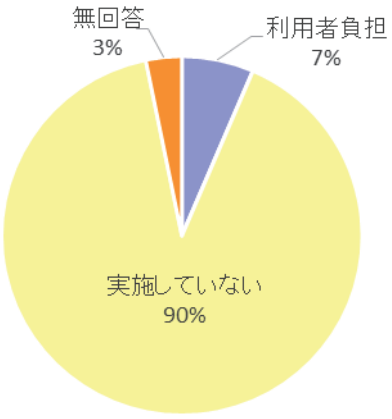


図 55　主治医への訪問面談に関わる金銭負担

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）

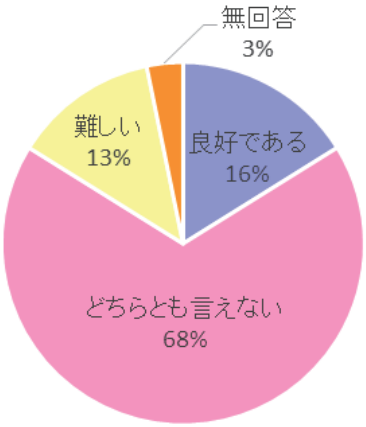


図 56　地域の医療機関との日常的な連携

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）

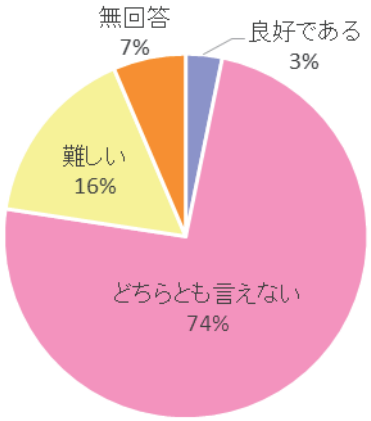


図 57　産業保健総合支援センターとの連携

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）

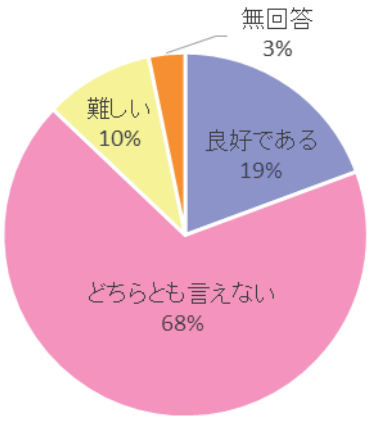


図 58　精神保健福祉センターとの連携

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）

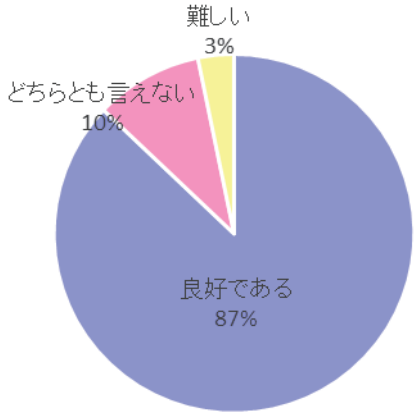


図 59　近隣の就労支援機関などとの連携

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）

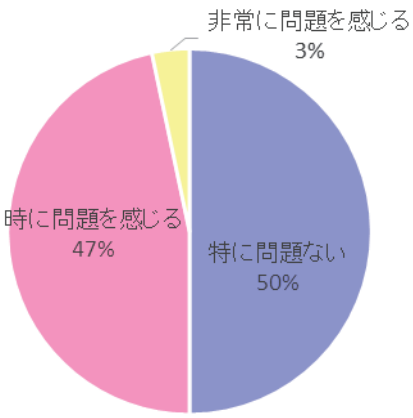


図 60　関係機関との連携の際に情報管理等で問題を感じること

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。利用者が通院するどの医療機関とも積極的に連携を図るためには、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も多い。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、適応障害が中心。

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 割ほどの割合でいる。

■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も感じている。

■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なくないが、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、それを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】

企業のからの依頼により、個別事例に復職支援を実施している。需要は少しずつ増えている。

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ってい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。利用者が通院するどの医療機関とも積極的に連携を図るためには、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、企業のからの依頼により、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う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のか、論を深めていく必要がある。

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さ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。

第Ⅲ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＞

1．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。
2．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．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．とちらとも言えない　　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．とちらとも言えない　　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．とちらとも言えない　　３．難しい

Ⅴ－４．関係機関との連携の際に健康情報管理・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。

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―

厚生労働省　平成 27 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，　北堀　真衣，　島倉　大，　張　磊，　伊東　あづさ，　中田　貴晃
キューブ・インテグレーション株式会社

研究要旨

１、研究背景

メンタルヘルス不調者の治療や復職・就労支援において、主治医・産業医等との連携が不可欠なことは言うを待たない。そのため、精神科領域において就労支援施設やリワーク実施施設へのニーズも高まってきている。とはいえ、いわゆる非医療施設が主治医・産業医等との連携を模索する場合に、多くの困難や課題があるのも事実である。

こうした認識のもと、平成 26 年度においては非医療機関として就労支援やリワークプログラム実施している施設(地域障害者職業センター、精神保健福祉センター、公共職業安定所障害者専門援助部門、民間施設など)を対象に、主治医や産業医等との連携に関して、その実情と課題についてアンケート調査および調査を実施したところである。

２、就労移行支援施設へのアンケート調査

平成 27 年度においては、全国の就労移行支援施設 515 施設を抽出し、就労移行支援プログラム実施に際しての関係機関との連携についてアンケート調査を実施(2015 年 10 月 1 日～31 日)した。その結果、192 施設（回収率 37.3%）から回答が得られ、有効回答 171 施設を対象に分析を行なった。

就労移行支援サービスの全体の利用者数については微増傾向であったが、精神障害者の利用について、「増加傾向」と回答した施設が 36.3%と増加傾向にあった。利用者の年齢は、「20 代」「30 代」「40 代」がほとんどで、「男性」が 67.2%と多くを占めていた。精神障害者の利用者の主診断名について、「統合失調症」が 39.1%と最も多く、次いで「発達障害」が 21.9%、「うつ病」が 15.4%、「双極性障害」が 5.2%である。精神障害者の利用者のうち、精神障害者保健福祉手帳所持者の割合は、「100%」所持していると回答した施設が 41.5%、「80～99%」が 26.3%であった。

精神障害利用者の就労移行支援終了後の進路について、「障害者雇用枠（特例を除く）」が 39.4%で、最も多く、次いで「就労継続支援 B 型」が 19.2%、「一般雇用枠」が 12.7%、「就労継続支援 A 型」が 10.4%、「特例子会社」が 3.8%であった。就業継続性に関しては、6 か月以上就労継続した人（一般雇用枠、障害者雇用枠、特例子会社への就労を全て含む）の割合は、「100%」と回答した施設は 14.6%、続いて「80～99%」は 12.3%、「50～79%」は 11.7%、「1～29%」は 19.3%で、就労継続期間が 6 か月に満たない事業所が 18.1%と、2 割弱にのぼった。

職場との連携先の相手について「職場の管理職」が 129 施設、「人事労務」が 87 施設と多く、「産業医」は 8 施設と少ない。職場との連携については、「良好である」が 46.8%、「どちらとも言えない」が 36.8%、「難しい」が 5.8%であった。職場との連携を行う段階について(複数回答)は、「通所前」が 45 施設、「通所前記（基礎訓練期)」が 43 施設、「通所中期（実践的訓練期)」が 60 施設、「通所後期（マッチング期)」が 110 施設、「訪問期（フォロー期)」が 106 施設であった。

職場との連携の課題については、「障害者に対する職場の理解を得ることが難しい」「人事部と職場担当者とのズレが生じる場合があり、板ばさみになることもある」といった職場側の問題、「就労支援員が 1 人なので、動けるかどうかが課題である」「就労者がどんどん増えて、面談に訪れる方の対応に追われ」といった支援側の問題、「本人から課題が出てこないことが課題」といった本人の問題が挙げられた。

職場内での連携相手については、「職場の管理職」と「人事労務」がほとんどで、（非専門職である）従業員内との連携は活発だが、（専門職である）産業保健スタッフとの連携はあまり行われていない傾向が見られた。その背景として、「産業医が職場に常駐している事はほとんどない」という指摘や、企業によって産業保健体制に大きなばらつきが見られることが要因ではないかと推察される。

自由記述では、支援側の課題として「障害枠ではなく一般で就労した方は障害を開示しない「クローズ」で行く方が多いので支援が難しい」といった「クローズ」で就労する利用者に対する支援に難しさについての記述が多く見られた。また、「企業によって訪問や連絡会議に理解してもらえないところがある」といった回答からは、理解度や協力体制に大きな差があることをうかがわせ、企業側に対する積極的な啓蒙活動も必要になるだろう。「定着支援には企業だけでなく、本人の通院している医療機関、就業生活支援センターとの連携が必須」といった意見は、就労移行支援には企業との連携だけではなく、医療機関との 3 者間の相互連携の必要性を指摘するものである。

主治医及び医療機関との連携について、「良好である」が全体の 31%、「どちらともいえない」が 48.5%、「難しい」が 12.3%であった。主治医への訪問面談等に関わる金銭負担については、50%の施設が「通常面談は行っていない」という回答で、13.9%の施設は「事業所側で負担」、13.3%施設は「利用者負担」、であった。主治医以外のスタッフと連携を行う場合(複数回答)、「精神保健福祉士」が 112 施設で最も多く、次いで「看護師・保健師」が 67 施設、「社会福祉士」が 34 施設、「臨床心理士」が 28 施設となった。

医療機関との連携を行うタイミングは(複数回答)、「通所前」が 77 施設、「通所前期（基礎訓練期)」が 86 施設、「通所中期（実践訓練期)」が 77 施設、「通所後期（マッチング期)」が 76 施設、「訪問期（フォロー期)」が 49 施設となった。

３、公共職業安定所への聞き取り調査

一方、前年度の調査結果により、精神科主治医や産業医との連携に苦慮している公共職業安定所が多かったことから、追加の聞き取り調査を行なった。インタビューによる調査は全国 7 か所で、①障害者の職業紹介の現状、②企業の障害者雇用の傾向、③主治医との連携、④産業医・職場との連携、⑤その他の課題である。

利用者の特性として、「障害者のうち有効求職登録者の 35%が精神障害者である。精神障害者保健福祉手帳所持者は 5，6 割といったところである。手帳取得を勧めることの判断が難しい場合が少なくない」「精神障害者は増加傾向にあり（前年度の 3～4 割程度の増加)、伸びが著しい。身体障害者は横ばいである。知的障害者は横ばいである」「30，40 歳台の利用が多く、男女比は、6：4 ぐらいである」「利用者の多くがうつ病、双極性障害と診断されている。発達障害的な問題を抱える利用者が少なくなく、対応に苦慮している」といったものが標準的であった。

企業の障害者雇用に関する姿勢は、「大企業が中心であるが、そのノウハウ蓄積も乏しい。中小企業は少ない。定着率の低さがやはり問題になる」「精神障害者雇用の義務化を意識する企業が増えてきている一方で、まだ意識していない企業も多い」「障害があることを開示しない「クローズ」と、開示する「オープン」での就労について、利用者にメリット・デメリットをしっかり説明している。クローズからオープンへ、オープンからクローズへと、適宜変更している」など、地域差や企業格差も著明であった。

主治医との連携については、「主治医とのやり取りは、意見書や情報提供書止まりであることが多く、費用は利用者負担である。意見書の書式に改良の余地があるように感じている」「必要により、利用者の診察時などに同行することもあるが、主治医に時間を取ってもらうのが大変である」「電話などでの問い合わせは稀で、敷居が高い。特定の精神科医との関係もない」といった意見がある一方で、「主治医に、事例検討会など協力してもらうことがある」「精神科医など専門家からの援助が受けられる制度が望まれる。相談窓口担当職員への研修や困難事例などへの助言指導」を期待する施設もあった。

産業医・職場との連携については「産業医との直接のやりとりはほとんどない。職場側の窓口は、人事労務担当者がほとんどである」「産業医からの障害者職業センターへの依頼が、結果的に当所につながることはある」「就労後のアフターケアに関しては、当人と人事労務担当者止まりである」と産業医との接触はほとんどないようである。

トータルサポーターについては、「専門職（臨床心理士や精神保健福祉士）を数名配置し、メンタルヘルス相談全般の対応にあたっている。業務量が増加し、対応処理に苦労している」「単年度ごとの契約なので、人材確保も含め運用が難しい」といったものが多かった。

その他の意見として、「企業や精神病院などへ PR のため、積極的に出向くことがある。ジョブガイダンスやセミナーの開催。最近は、人手の関係で出向くことは少ない」など窓口対応に追われている現状がうかがえる。

４、まとめ

就労移行支援施設、公共職業安定所のどちらの施設においても、精神障害者の利用が増えている。「働く」ことに対する当事者・家族の就労意欲はもちろん、受け入れ側の企業の意識も徐々に変わってきているようである。一方で、精神障害者の就労・雇用に関する歴史が浅く、そのノウハウの蓄積が少ないのが実情で、現場でのとまどいが感じられた。

他障害と比較し、ほとんどの精神障害労働者が治療中であることを配慮すると、医療との連携は不可欠である。残念ながら、本調査においても精神科主治医との連携は不十分で、産業医はほとんど登場しない結果であった。産業医業務の中に、精神障害者を含めた障害のある労働者の日常的な健康管理を明確に位置づける必要もあろう。

とりわけ、公共職業安定所においては、トータルサポーター導入の意義を認める一方で、精神科の嘱託医的な存在も期待する声が聞かれたのは今後の検討課題であろう。

もちろん、その背景基盤として、国民一人ひとりに対して精神障害・精神障害者への正しい知識の普及させる啓発教育活動が不可欠である。障害がある人にとっても働きやすい職場は、一般労働者にとっても働きがいのある職場であることを再確認したい。

目次

厚生労働省　平成 27 年度　労災疾病臨床研究事業 1
第一章　研究目的 6
第二章　研究 1 －質問紙調査による現状把握 6
2.1　研究方法 6
2.2　結果と考察 7
2.2.1　就労移行支援（一般型）事業所の全体概要について 7
2.2.2　職場との連携についての結果と考察 9
2.2.3　医療機関との連携についての結果と考察 12
2.2.4　その他の関係機関との連携についての結果と考察 16
2.2.5　訪問期（フォロー期）での結果と考察 19
2.2.6　就労移行支援事業を進める上で、抱えている問題点や提言などについて（自由記述） 21
第三章　研究 2－聞き取り調査による現状把握 23
3.1　研究方法 23
3.2　結果 23
3.2.1　障害者の職業紹介について 23
3.2.2　最近の企業の傾向について 23
3.2.3　主治医との連携について 23
3.2.4　産業医・職場との連携について 24
3.2.5　トータルサポーターについて 24
3.2.6　その他 24
3.3　考察 24
第四章　総合考察 25
第五章　添付資料 26
①調査依頼文 26
②調査用紙 27

第一章　研究目的

「障害者の雇用の促進等に関する法律（障害者雇用促進法)」の改正により、平成 30 年 4 月からの精神障害者の雇用義務化を見据えた採用の動きもあり、近年、ハローワークにおける精神障害者の求職件数および就職件数は増加傾向にある。その一方で、職場定着がうまくいかず、早期に離職してしまうケースも多く発生しているのが現状である。

精神障害者の障害特性は、一見して理解されにくいことも多くあり、雇用をスムーズに進めていくためには、当事者、家族、主治医をはじめとする医療関係者、就労を支援する施設関係者、産業医、職場関係者、それぞれの協働は非常に重要なものと考えられる。

しかしながら、その背景となる枠組み、それを支える経済的な裏づけはなく、個々の施設や機関、企業において、連携や情報交換を模索しているというのが現状と言えるであろう。

このような状況をふまえ、精神保健福祉領域での啓発普及活動の一環として、メンタル疾患者の復職支援や精神障害者の雇用に関して継続的に調査研究を行うことが必要と考えられる。

本研究は、厚生労働省平成 27 年度労災疾病臨床研究事業の一環として、就労移行支援施設の就労移行支援プログラムにおける関係機関との連携の実情を把握するためのアンケート調査の実施に加え、公共職業安定所での聞き取り調査を行った。量的数値の集計とインタビュー内容の分析を行い、データの統合分析から、その現状の把握と今後の課題について検証を行った。

第二章　研究 1 ー質問紙調査による現状把握

2.1　研究方法

【調査対象】

全国の就労移行支援を行っている事業所（就労移行支援一般型）

【選出方法】

障害福祉サービス事業所情報サイト WAMNET（http://www.wam.go.jp/shofukupub/search01.jsp）（2015 年 9 月 1 日時点）から、「主たる対象者」を精神障害者としている就労移行支援（一般型）の事業所を選定し、2014 年度に設立した新規事業所を除外した。さらに各都道府県の事業所数のうち 20%（端数切り上げ）を無作為抽出し、計 515 施設を選出した（表 1)。

表1　各都道府県で選出した事業所数の内訳

都道府県	事業所数	20%	選出数
北海道	146	29.2	30
青森	44	8.8	9
岩手	31	6.2	7
宮城	61	12.2	13
秋田	15	3	3
山形	28	5.6	6
福島	8	1.6	2
茨城	113	22.6	23
栃木	48	9.6	10
群馬	27	5.4	6
埼玉	85	17	17
千葉	90	18	18
東京都	182	36.4	37
神奈川	71	14.2	15
新潟	62	12.4	13
富山	24	4.8	5
石川	20	4	4
福井	25	5	5
山梨	5	1	1
長野	58	11.6	12
岐阜	37	7.4	8
静岡	75	15	15
愛知	109	21.8	22

都道府県	事業所数	20%	選出数
三重	24	4.8	5
滋賀	30	6	6
京都	39	7.8	8
大阪府	196	39.2	40
兵庫	84	16.8	17
奈良	27	5.4	6
和歌山	25	5	5
鳥取	22	4.4	5
島根	9	1.8	2
岡山	21	4.2	5
広島	62	12.4	13
山口	19	3.8	4
徳島	11	2.2	3
香川	0	0	0
愛媛	30	6	6
高知	17	3.4	4
福岡	181	36.2	37
佐賀	16	3.2	4
長崎	47	9.4	10
熊本	59	11.8	12
大分	27	5.4	6
宮崎	41	8.2	9
鹿児島	37	7.4	8
沖縄	91	18.2	19
計	2479		515

【調査方法】

アンケート調査・郵送法

【実施期間】

2015 年 10 月 1 日～31 日

【回収率・有効回答数】

回収した 192 施設（回収率 37.3%）から、欠損値を除いた有効回答数は 171 施設であった。

【分析方法】

①調査用紙の質問項目ごとに集計を行った。

②自由記述部分は KJ 法におけるグループ分けの手法を使い、カテゴリ化した。

2.2　結果と考察

2.2.1　就労移行支援（一般型）事業所の全体概要について

就労移行支援サービスの利用者数について、「増加傾向」が 33.9%、「不変」が 24.6%、「減少傾向」が 40.9%であった（図 1）。

利用者のうち、精神障害者の利用者数について、「増加傾向」が 36.3%、「不変」が 32.7%、「減少傾向」が 24.0%であった（図 2）。

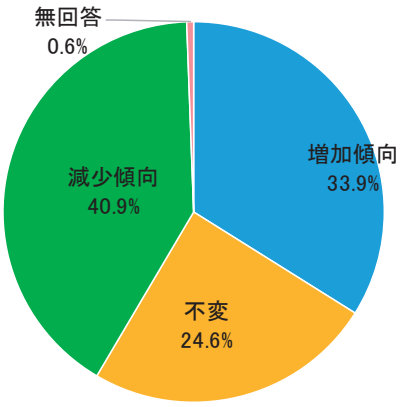


図 1　施設利用者の増減傾向（平成 26 年度）

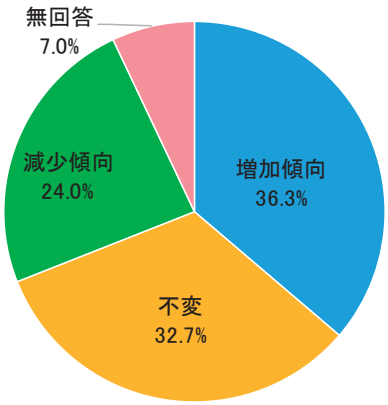


図 2　精神障害者の利用者の増減傾向
（平成 26 年度）

精神障害者の利用者の男女比について回答を求めたところ、「男性」が 67.2%、「女性」が 32.8%であり、男性のほうが多くを占めていた（図 3）。

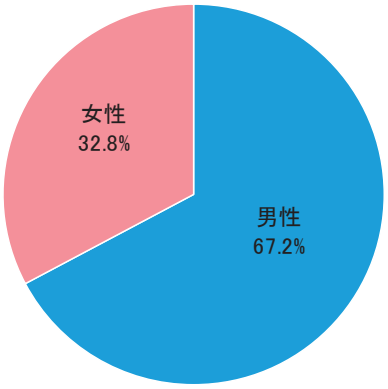


図 3　男女比

利用者の年齢は、「20 代」が 27.4%、「30 代」が 26.1%、「40 代」が 24.9%だった（図 4）。20 代から 40 代がほぼ均等に施設を利用していた。「10 代」と「50 代」の利用者数はそれぞれ全体利用者数の 5.6%と 8.4%であり、ほかの年齢層に比べて少なかった（図 4）。

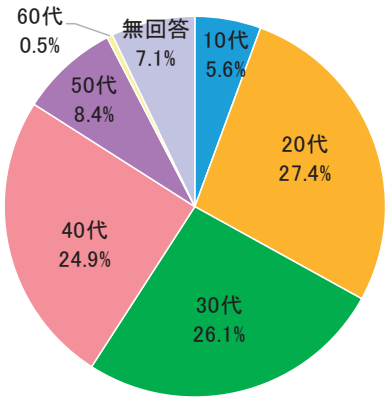


図 4　年代

利用期間については、「3 ヶ月未満」と回答した事業所が最も少なく、9.1%だった。「3 ヶ月～6 ヶ月未満」が 18.2%、「6 ヶ月～1 年未満」が 24.4%、「1 年～1 年半未満」が 21.2%、「1 年半～2 年」が 22.2%であった（図 5）。

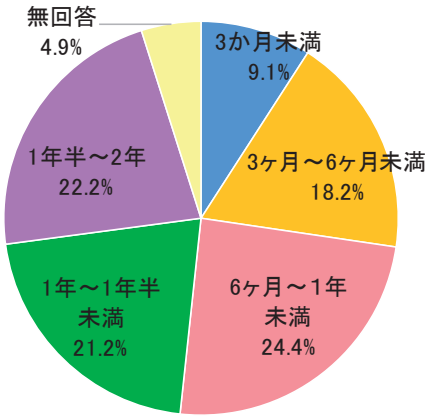


図 5　利用期間

精神障害者の利用者の主診断名について、「統合失調症」が最も多く、全体の 39.1%であった。続いて「発達障害」が 21.9%、「うつ病」が 15.4%、「双極性障害」が 5.2%、「てんかん」が 3.3%、「不安障害」が 2.4%であり、「適応障害」と「アルコール・薬物依存症」が共に 2.1%であった（図 6）。

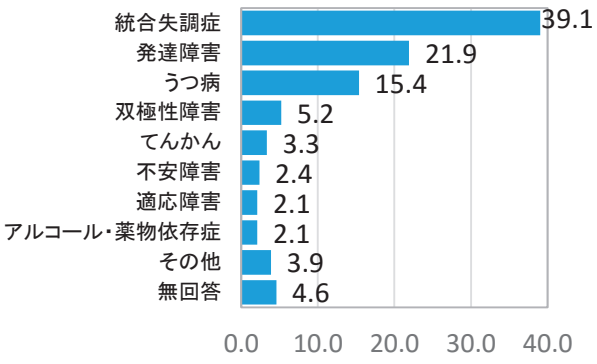


図 6　主診断名

精神障害者の利用者のうち、精神障害者保健福祉手帳所持しているものの割合について回答を求めた。「100%」所持していると回答した事業所が 41.5%、「80～99%」が 26.3%、「50～79%」が 11.7%、「40%以下」と回答した事業所は、8.8%であった（図 7）。

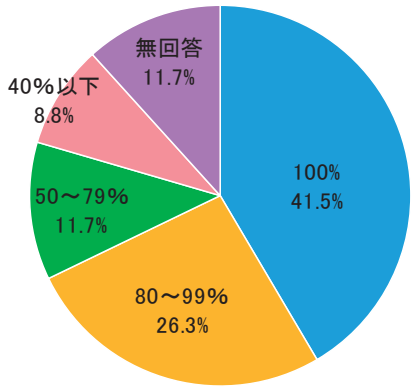


図 7　精神障害者保健福祉手帳所持者の割合

精神障害者の利用者の就労移行支援終了後の進路について、「障害者雇用枠（特例を除く）」が 39.4%で、最も多かった。続いて「就労継続支援Ｂ型」が 19.2%、「一般雇用枠」が 12.7%、「就労継続支援Ａ型」が 10.4%、「特例子会社」が 3.8%であった（図 8）。

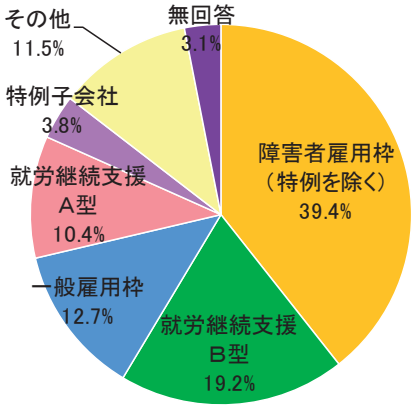


図 8　就労移行支援終了後の進路

精神障害者の利用者について、6 か月以上、就労継続した人（一般雇用枠、障害者雇用枠、特例子会社への就労を全て含む）の割合について回答を求めた。「100%」と回答した事業所は 14.6%、続いて「80～99%」は 12.3%、「50～79%」は 11.7%、「1～29%」は 19.3%であった。「30～49%」と回答した事業所は 4.7%と、最も少なかった。就労継続期間が 6 か月に満たない事業所が 18.1%と、2 割弱にのぼった（図 9）。

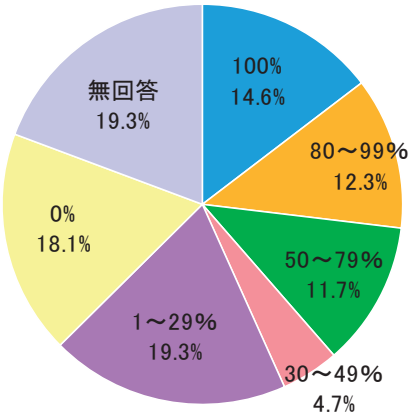


図 9　6 ヶ月以上就労継続した利用者の割合

2.2.2　職場との連携についての結果と考察

1）職場との連携について

職場との連携先の相手について「職場の管理職」が 129 施設、「人事労務」が 87 施設、「産業医」が 8 施設、「その他産業保健スタッフ」が 4 施設であった。「その他」は、「職場の関係者（上司・同僚・採用担当者等）」「公的支援機関・支援員（福祉事業所・相談支援事業所・ジョブコーチ等）」「主治医」などであった。「通常、連携は行っていない」は 6 施設であった（図 10）。

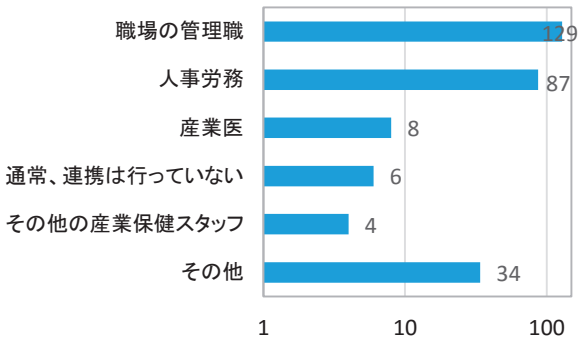


図 10　職場での連携相手

2）連携の難しさについて

連携の難しさについては、「良好である」が 46.8%、「どちらとも言えない」が 36.8%、「難し

い」が 5.8%であった。無回答は 10.5%であった（図 11）。

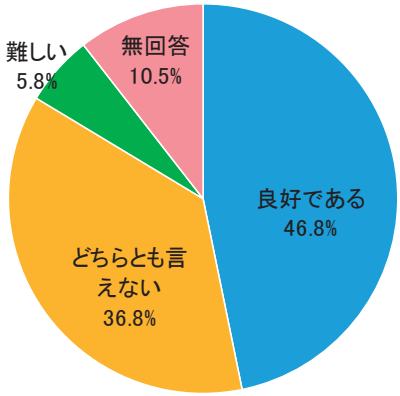


図 11　職場との連携の難易度

3）職場との連携を行う段階について

職場との連携を行う段階については、「通所前」が 45 施設、「通所前記（基礎訓練期）」が 43 施設、「通所中期（実践的訓練期）」が 60 施設、「通所後期（マッチング期）」が 110 施設、「訪問期（フォロー期）」が 106 施設であった（図 12）。

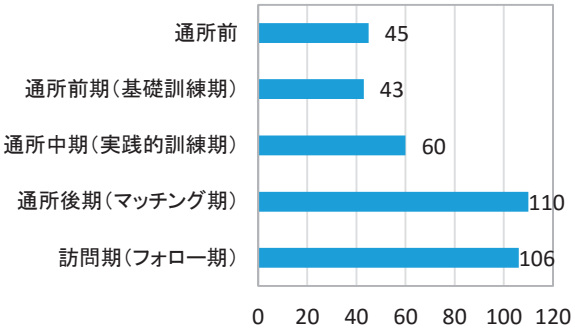


図 12　職場との連携の段階

4）職場との連携の際の課題と工夫について（自由記述）

①就職や就職後の定着支援における職場との連携の仕方

就職や就職後の定着支援における職場との連携については、本人への就労・適応支援として個別面談、家庭訪問などが挙げられた。職場への調整支援としては、ケース会議、マニュアル作成などが挙げられた。また、施設内部の調整などを行っているところもあった（表 2）。

表 2　職場との連携の仕方

連携の仕方		
本人への就労・適応支援	就労前	就労前学習
		必要に応じた支援を行う
		短期集中支援
	就労後	個別面談
		家庭訪問
		定期的に本人とメールや電話で連絡
		職場定期訪問
		本人の定期的来所面談
		定着支援
		訪問でコンタクト
		聞き取り
		具体作業のサポート（事務手続き、マニュアル作成）
職場への調整支援	就労前	就労前の実習依頼
		就労前の就労先について相談
		職場の配慮調整（勤務時間、勤務内容の調整など）
		障害の特性説明
		本人のことを伝える
	就労後	面談の結果報告
		三者面二者面談で確認と話し合い
		スタッフ同行
		職場の相談
		ケース会議
		現場スタッフとのコンタクト
		職場キーパーソンへの依頼
施設内部の調整	専門職員を配置	
	ジョブコーチ支援	
	地域や他機関への支援の引き継ぎ	

②職場との連携の際に生じている課題

職場との連携の際に生じている課題については、＜障害者に対する職場の理解を得ることが難しい＞＜人事部と職場担当者とのズレが生じる場合があり、板ばさみになることもある＞といった職場側の課題、＜就労支援員が１人なので、何か問題が起きた時や就職者が増えていった時に、動けるかどうかが課題である＞＜就労者がどんどん増えて６ヶ月すぎの方で面談に訪れる方の対応に追われる時もある＞といった支援側の課題、＜ご本人に問題がないためか、課題が出てこないことが課題＞といった本人の課題が挙げられた（表 3)。

表 3　職場との連携の際に生じている課題

連携する際に生じている課題	
職場側の課題	障害者に対する偏った理解
	支援に対する非協力的な姿勢
	担当者と担当者以外のギャップ
	担当者や事業所の負担増
	産業医の不在
支援側の課題	情報の開示範囲
	物理的・人的資源の問題
	障害クローズの場合の支援方法
	非定型支援の困難さ
	他機関との連携
本人の課題	問題に対する自覚のなさ

③職場との連携の際に工夫していること

職場との連携の際に工夫していることについては、就労前には＜就職前は、利用者と見学に行き、双方の質問や雰囲気を伝えあえれば＞といった同行や事前見学、就労後は＜直属の上司から問題があった場合は即連絡いただき、必要に応じて両者の間に入って調整＞といった直属上司との連絡体制の確立などが挙げられた（表 4)。

表 4　職場との連携の際に工夫していること

連携する際に工夫していること	
就労前	職場実習への同行
	職場への事前見学
就労後	段階に応じた訪問回数の調整
	体調に応じての時短勤務の依頼
	直属上司との連絡体制の確立

５）全体考察

職場での連携相手については、「職場の管理職」と「人事労務」の数が突出して多く、（非専門職である）従業員内との連携は活発に行われているが、（専門職である）産業保健スタッフとの連携はあまり行われていない傾向が見られた。産業保健スタッフとの連携が進んでいない背景として、＜産業医が職場に常駐している事はほとんどない＞という指摘から、企業によって産業保健体制に大きなばらつきが見られることが一つの要因ではないかと推察される。

連携の難しさについては、「良好である」との回答が 46.8%と約半数を占める反面、「どちらとも言えない」「難しい」の合計も 42.6%におよび、良好な連携が行われているとは言えないケースもまだ多数存在するようである。

職場との連携を行う段階については、「通所後期（マッチング期)」以降の増加が顕著であり、実際の就職先を検討する段階から連携を開始する機関が多い傾向が見られた。これは職場での連携相手が「職場の管理職」「人事労務」であることとも符合している。通所前期～中期にかけては本人への支援に重点を置き、後期～訪問期にかけて職場との連携へと支援内容をシフトしてきていると推察される。

自由記述では、支援側の課題として＜障害枠ではなく一般で就労した方は障害を開示しない「クローズ」で行く方が多いので支援が難しい＞＜障害を開示しない「クローズ」で就労され

た方については、連携が出来ない＞等の障害を開示しない「クローズ」で就労された方に対する支援に難しさについての記述が多く見られた。

情報伝達の難しさについては＜医療と職場の間で連絡調整するが伝わり難いこと、本人が障害を開示しない「クローズ」にして欲しいこと、などあり、伝わり方などに苦慮することがある＞という回答もあり、障害を開示する「オープン」での就労においても同様に重要な課題となっているとみられる。

また＜企業によって訪問や状況会議に理解して頂けないところがある＞といった回答からは、理解度や協力体制に大きな差があることが伺え、今後は企業側に対するより積極的な啓蒙活動も必要になるものと推察される。

また＜定着支援には企業だけでなく、本人の通院している医療機関、就業生活支援センターとの連携が必須＞と就労移行支援には企業との連携だけではなく、医療機関との 3 者間の相互連携の必要性を訴える回答も見られた。

2.2.3　医療機関との連携についての結果と考察

1）主治医および医療機関との連携の難易度

主治医及び医療機関との連携の難易度について、「良好である」が全体の 31%、「どちらともいえない」が 48.5%、「難しい」が 12.3%であった。無回答は 8.2%であった（図 13）。

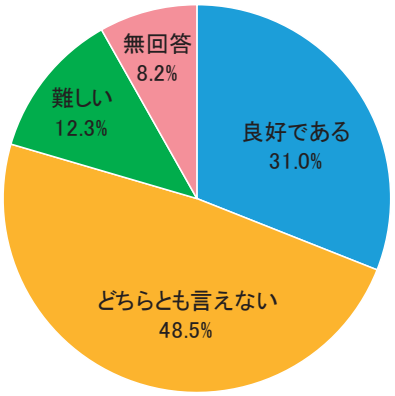


図 13　主治医、医療機関との連携の難易度

2）訪問面談などにかかわる金銭負担について

主治医への訪問面談等に関わる金銭負担については、50%が「通常面談は行っていない」という回答であった。残り 50%のうち、13.9%は「事業所側で負担」、13.3%は「利用者負担」、5%が「その他」であった。「その他」には、「ケースバイケース」「本人の診察に同行する形をとっている」「なるべく費用がかからないように交渉する」「ケース会議時に行う」といった回答があった。17.8%が無回答であった（図 14）。

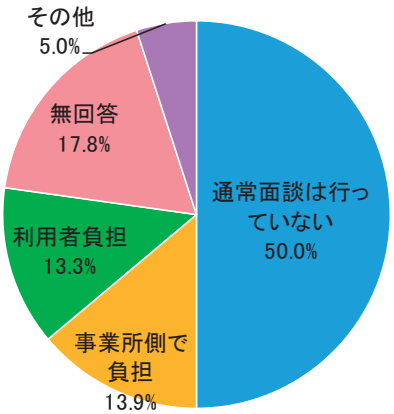


図 14　主治医への訪問面談等の金銭負担

3）医療機関との連携の際の相手について

医療機関と連携をする際、主治医以外のスタッフと連携を行う場合、どの相手と行うことが多いか、ということについては、「精神保健福祉士」が 112 施設で最も多かった。次いで「看護師・保健師」が 67 施設、「社会福祉士」が 34 施設、「臨床心理士」が 28 施設となった。その他は 3 施設で、「作業療法士」や「医療ソーシャルワーカー」といった回答があった（図 15）。

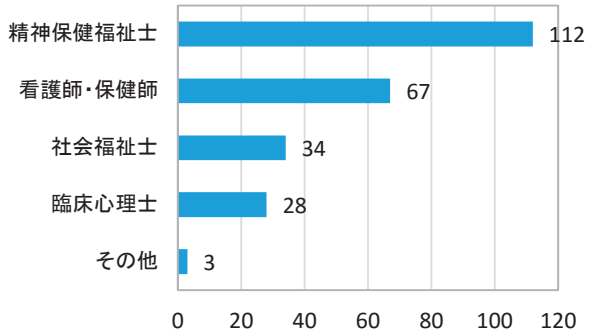


図 15　主治医以外と連携を行う場合の相手

4）医療機関との連携を行う段階について

医療機関との連携を行う段階については、「通所前」が 77 施設、「通所前期（基礎訓練期）」が 86 施設、「通所中期（実践訓練期）」が 77 施設、「通所後期（マッチング期）」が 76 施設、「訪問期（フォロー期）」が 49 施設となった（図 16）。

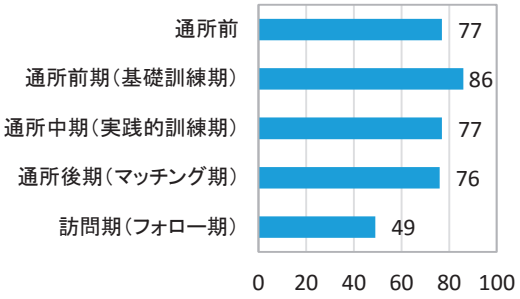


図 16　医療機関との連携を行う段階

5）医療機関との連携の課題と工夫について（自由記述）

①主治医および医療機関スタッフとの連携の仕方

主治医及び医療機関スタッフとの連携は、電話、書面等による情報交換のほか、面談、通院同行や、ケース会議での共有もあった。また、問題が発生した際に相談するというケースも挙げられている（表 5）。

表 5　医療機関との連携の仕方

どのように	
大カテゴリ	中カテゴリ
連携の方法	電話、書面等による情報交換
	面談
	通院同行
	ケース会議
	訪問看護
連携の対象	主治医との面談
	精神保健福祉士、社会福祉士等のケースワーカーとの連携
	他機関、関係機関を介して連携
	保健師との連携
連携の内容	支援や就労への助言をあおぐ
	問題発生時の相談
	利用者の紹介
連携なし	

②医療機関との連携の際に生じている課題

医療機関との連携の際の課題として、＜診断名と実際の就労課題との相違が少なくない＞＜医療の目標と就労移行の目標に大きな差がある＞＜主治医側は、就労に向けた意見は事業所任せというスタンスがある＞といった就労移行支援機関側と医療機関側との考え方のギャップ、＜多忙な医師に対し、状況を的確に伝え判断してもらうといったことを行うのが難しい＞といった主治医とのスケジュール調整の難しさといった物理的な要因、＜情報を一切提供出来ないとしている所もある＞＜壁を感じ、なかなか相談ができない＞＜コメディカルスタッフがいない場合、連携の難しさがある＞といった医療機関側の体制による連携の難しさなどが挙げられていた。＜通院のみの利用者の場合、病院との連携を嫌がることも多い＞等の利用者本人側からの医療機関との連携への抵抗感についても記載があった（表 6）。

表 6　医療機関との連携の際に生じている課題

課題	
大カテゴリ	中カテゴリ
考え方のギャップ	機関間における視点の違い
	医療側の就労支援への関心のなさ
	診断名と就労課題とのギャップ
	機関間の考えのズレによる本人の混乱
医療機関側の体制による難しさ	医療側の閉鎖性
	医療情報や助言が得られない
	連携体制づくりが難しい
	コメディカルがいない場合の連携
物理的な要因	主治医とのスケジュール調整の難しさ
本人側の課題	医療連携への本人の抵抗感
	本人通所の不安定さ

③医療機関との連携の際に工夫していること

医療機関との連携の際に工夫していることとして、スケジュールを確保しにくい主治医との直接的な連携についての工夫について記載があり、＜通院同行時は、時間をかけないよう事前に要点をまとめる＞＜主治医に連絡をし、時間を取ってもらう。本人を加えて何を話すか打ち合わせをする＞＜通所開始３ヶ月以内に、通院同行する。事前に主治医からもらいたい情報や連携したい内容を明確にする＞等、通院同行や直接主治医と面談をする場合には、なるべく時間をかけずに効率的に行えるよう事前準備を工夫しているという記載が多かった。また、＜関係機関で行うケース会議に参加してもらう＞＜担当者会議を開く＞＜ソーシャルワーカーを起点に主治医からの助言をもらうケース会議を開く。医師主催の会合に積極的に参加し、関係を構築する＞のように、定期的に情報共有する機会を作るためにケース会議を設定する、普段から交流できる機会を持つようにする、という意見もあった。＜主治医は多忙なため、連絡などはケースワーカーととる＞＜主治医への報告は、書面にまとめ精神保健福祉士を通じて行う＞＜本人が主治医に状況を伝えられない場合、受診前にワーカーと面談を依頼することもある＞＜担当精神保健福祉士と信頼関係を構築し、相談しやすい関係を作る＞といった記載もあり、コメディカルとの連携を活用するという工夫も多く挙げられていた。

そのほかに、＜３ヶ月に１度、報告書を提出している＞＜1 週間の事業所での様子をまとめ、書面で主治医へ報告＞＜開始前に医療上の留意点について、医療情報提供書をもらい、支援の参考としている＞といった書面の活用を行うといった工夫についても記載があった（表 7）。

表 7　医療機関との連携の際に工夫していること

工夫	
大カテゴリ	中カテゴリ
主治医との直接連携	受診前に情報提供をする
	訪問前に相談内容を整理する
	通院同行で助言を受ける
	医療機関への訪問
	方針等について助言をあおぐ
定期的な、安定した交流機会を作る	ケース会議の開催
	定期的な情報共有
	コメディカルとの連携
書面の活用	医療情報提供書など、医療情報の提供依頼をする
	書面での定期報告
本人への支援	本人の訴えを代筆、代弁する
	利用者への必要性説明

６）協力医療機関との連携について（自由記述）

①協力医療機関との連携のタイミングおよび連携の仕方

協力医療機関との連携のタイミングは、通所開始前後、病状に応じて必要なとき、就業先が

決定したり、職場環境が変化したりした際、本人の要望があった時といった記載があった。また、＜主治医と関係が悪化された方などの場合、協力を頂いています＞という記載もあった（表 8）。その一方で、＜特に連携をする機会がない＞という回答も多く挙げられていた。

協力医療機関との連携の内容については、関係者会議や定期会議、カンファレンス、勉強会などを共同で実施する、書面での情報共有、心理検査などのアセスメントの依頼などの記載があった。また、＜医療機関にかかっていない利用者がいた場合に協力医療機関を紹介する＞といった記載もあった。

表 8　協力医療機関と連携するタイミング

タイミング	
大カテゴリ	**中カテゴリ**
通所開始前後	利用開始前
	定期通院時
	退院時
	通所開始 2，3 か月後
病状に応じる必要なとき	病状変化時
	必要な時に随時
	医療機関側が必要なとき
	服薬調整が必要なとき
	緊急対応必要時
環境変化があるとき	環境変化時
	就業先決定時
	実習、就業開始時
	職場環境の変化時
	地域移行時
	支援内容の変化時
本人の要望	本人からの要望があったとき
主治医との関係が悪化したとき	主治医との関係悪化時

7）全体考察

医療機関との連携については、「難しい」の割合が低く、「良好」との回答が 31％である一方で、「どちらともいえない」の回答が半数近くを占めている。自由記述での回答で、＜コメディカルスタッフがいない場合、連携の難しさがある。主治医の人柄による＞＜連絡しやすい医療機関とは連携は良好だが、全ての医療機関ではない＞といった記載も見られ、連携相手となる医療機関によって、連携のしやすさが変わってくるということが推察される。

また、連携の仕方として、主治医と直接面談を行っていないという回答が半数を占めている。現状で行われている連携では、書面でのやり取りを行うことや、コメディカルを介した連携、通院同行、ケース会議などの設定をして定期的な情報共有を行うといった方法がなされているようである。

自由記述では、主治医とのスケジュール調整の難しさについて言及されているコメントも多くみられ、多くの患者を抱える多忙な医師と、直接面談を介して連携を行うことが難しい状況があると考えられる。また、＜情報を一切提供出来ないとしている所もある＞＜主治医側は、就労に向けた意見は事業所任せというスタンスがある＞といった記載があり、医療機関側が外部の機関と情報共有をしたり意見提供をしたりしながら支援にあたっていくという体制でない場合もあるようである。こういった状況については、医療機関側の協力を引き出すための何らかの取り決めなどが必要かもしれない。

連携を行うタイミングとしては、通所前期（基礎訓練期）がやや多め、訪問期（フォロー期）がやや少なめとなっているが、それ以外はほぼ同程度の回答数になっている。また、＜問題発生時の相談＞といった回答も見られたことから、時期に応じて連携を行うだけでなく、必要な際に随時連絡を行うということも発生しているようである。このようなことから、ある程度タイムリーに連携を取りやすい状況にあることが理想的と考えられるが、上記のように、現

在の体制の中では主治医と直接すぐにコンタクトをとるのは難しいことが多いと推察される。タイムリーな連携という点では、精神保健福祉士などのコメディカルを介して主治医と連携をとるといった記載も多くあり、コメディカルをどう活かしていくか、という点も重要になると思われた。

2.2.4　その他の関係機関との連携についての結果と考察

1）その他の関係機関との連携について

その他の関係機関の連携先としては、「ハローワーク」が 151 施設、「障害者就業・生活支援センター」が 122 施設、地域障害者職業センターが 79 施設、「その他」が 44 施設であった。

「その他」の機関としては、相談支援事業所、保健所、市町村の就労支援センターや生活支援センター、発達障害（者）支援センター、障害者支援センター、職業能力開発センター、グループホーム、福祉事務所、特別支援学校、就職支援会社、実習先企業といった回答があった（図 17）。

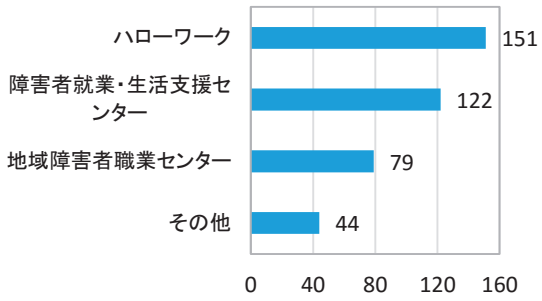


図 17　その他の関係機関における主な連携先

2）その他の関係機関との連携状況について

その他の関係機関との連携については、「良好である」という回答が全体の 70.2%、「どちらとも言えない」が 20.5%、「難しい」が 1.8%で、「無回答」は 7.6%であった（図 18）。

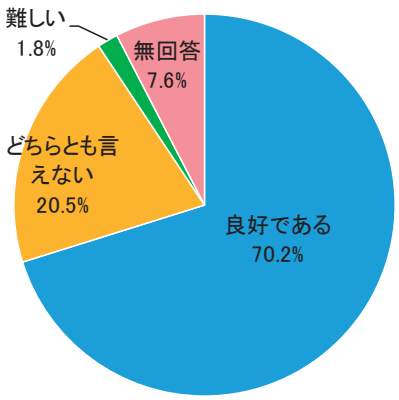


図 18　その他の関係機関との連携について

3）その他の関係機関との連携のタイミングについて

関係機関との連携のタイミングについては、「通所後期（マッチング期）」が 118 施設、「通所中期（実践的訓練期）」が 98 施設、「通所前」が 91 施設、「訪問期（フォロー期）」が 90 施設、「通所前期（基礎訓練期）」が 81 施設であった（図 19）。

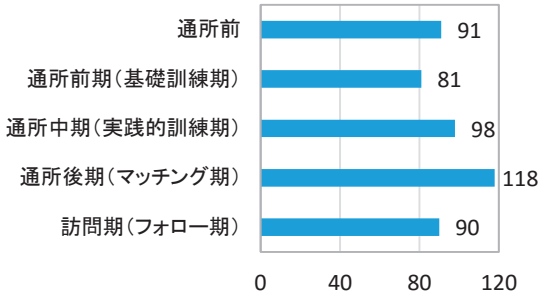


図 19　その他の関係機関との連携のタイミング

4）関係機関との連携で生じている課題と工夫について（自由記述）

①その他の関係機関と連携する際に生じている課題

その他の関係機関との連携の際に生じている課題としては、「人員・体制面」「支援のタイミングや頻度」「各組織との役割分担と連携」と大きく 3 つに大別される。

人員・体制面の課題としては、＜それぞれの関係機関の通常業務が忙しくアポイントはとりにくい状況。回数を重ねてお互いに密な連携を構築するのに苦労する＞＜相談支援事業所は、関係機関への登録、評価、訓練、雇用前提実習、就労定着支援の同行依頼、就職６ヶ月後の定着や転職などの依頼など、業務や件数が増えていて、負担をかけている感がある＞といった人材不足や過負担が生じているという課題、＜支援機関よって非常に能力の低い人材がいて連携の意味があまり見いだせない＞といった人材の質に関する課題、＜ハローワークと連携をとることが多いが、人事異動によって、それまで蓄積してきた情報や人間関係がゼロになり、また作っていかなければならない＞といった支援関係の継続性に関わる課題などが挙げられている。

また、支援のタイミングや頻度に関する課題としては、＜合同でケース会議などは時間調整を含めそれぞれもとても忙しいので調整に時間がかかる＞＜連携体制になっているが、相互の頻度については、1回/月もない状況である＞＜各機関の実情において、タイムリーな連携ができないケースが多い＞といったようにスケジュール調整や頻度などに関する課題が挙げられている。

各機関や組織との役割分担や連携上の課題としては、＜役割の明確さがわかりにくく、どの相談をどこに持ちかけるか判断しにくいところがある＞＜各関係機関と定着後の役割分担がうまくいっていないことがある＞＜関係機関との連携は主軸が決まっていないので、誰が率先して動くのか、皆が様子をみてしまう事も多い＞といった他機関の取り組みについての理解や役割分担に関する課題、＜各々の機関の立場が前面に出てしまっている感じがある＞といった支援方針の相違に関する課題が挙げられていた（表 9）。

表 9　その他の関係機関と連携する際に生じている課題

課題	
大カテゴリ	中カテゴリ
人員・体制面	人材不足
	他機関の負担増
	他機関の人材の質のばらつき
	担当者異動による関係維持の困難
連携のタイミングや頻度	スケジュール調整
	連携の頻度が少ない
	タイムリーな連携が困難
各組織との役割分担と連携	他機関の理解不足
	役割分担のしにくさ
	支援をめぐる方針の相違

②その他の関係機関と連携する際に工夫していること

その他の関係機関と連携する際の工夫としては、「関係機関の活用」と「関係機関との情報共有と関係構築」と大きく２つの工夫に大別できる（表 10）。

関係機関の活用に関する工夫としては、＜ハローワークには、職場実習が始まった時や職業準備性の高まった利用者の求職登録を行い、相談しながら適職を探し、就労支援制度の利用をお願いしている＞＜障害者就業・生活支援センターには主に新規の利用者の紹介をお願いしたりしている＞＜ジョブコーチ支援を活用し、お互い協力している＞といった各機関の支援やプログラムの活用や、＜マッチングなどで気づきなどがもう少し、という際、ハローワークを通じてセンターの評価やカンファレンスを利用した＞＜地域障害者職業センターには、利用者の職業評価や職務試行などを依頼し、双方のアセスメントを通し、本人の職業適性を検討している＞＜当事業所だけの評価でなく、複数の機関で評価し、適切な就労先を探す。複数の機関で分担、連携しながら本人を支える＞といった関

係機関の評価資源を活用するケースもあり、こうした取り組みにより＜再確認や新発見ができ、利用者に対しての支援方針がより明確になった＞＜関係機関と連携することで、様々な視点から利用者さんにとって良い方向性を探ることができている＞といった意見が挙げられている。

関係機関との情報共有と関係構築上の工夫としては、＜利用者に変化があった時など、関係機関に細かく連絡を入れるように気をつけている＞＜ハローワークとは月１回、担当者と共に利用者・就職者の情報共有・交換や求人票の紹介をしてもらっている＞＜定期的に担当者会議や連絡会を開き、利用者の近況報告、今後の支援の打ち合わせを行っている＞＜本人、ハローワーク、就業・生活支援センター、就労移行支援間の連携がうまくいかない場合、調整会議をしている＞といったように、定期的および必要に応じて関係機関との会議を開催し、情報共有をはかっているという記載が挙げられる。また、関係機関との信頼関係づくりに向けた取り組みとして、＜定期的に顔を出し、常に新しい情報を得ている＞＜ハローワークや就労支援センターなどで担当者が決まっている場合はなるべく電話ではなく訪問等で顔を合わせるようにしている＞といったようにこまめに関係機関への訪問を実施したり、＜定着支援、継続・離職での支援で共通の認識をもてるように話し合いを行う。必要に応じて、それぞれの機関が主体となり、一機関で抱え込まない＞＜利用者が広い地域にまたがっているので、それぞれの管轄で特色があり、その特色を理解して連携をしている＞＜まずは職場のキーパーソンと支援者の信頼関係の構築→キーパーソンの性格やタイプを見極めながら最適な方法での関係づくり、手間や労力を惜しまずにとにかく動く、理性に働きかけている＞といった他機関の理解や信頼関係を深める努力を行ったりしている事例も挙げられていた（表 10）。

表 10　その他の関係機関と連携する際に工夫していること

工夫	
大カテゴリ	中カテゴリ
関係機関の活用	他機関のプログラム利用
	複数機関での評価の活用
関係機関との情報共有と関係構築	情報共有および関係者との会議
	信頼関係づくり

５）全体考察

就労移行支援機関における他の関係機関との関係は７割が良好との回答で、難しいとの回答は 1.8%と割合が非常に小さいことから、概ねよい連携関係ができている状況がうかがえる。

関係機関との連携のタイミングについては、通所後期（マッチング期）が比較的多いが、利用者の受け入れから就労後のフォローまで一貫して支援を行っていることから、通所前から訪問期（フォロー期）にかけて必要に応じて定期的に連携を行っている状況が推察できる。

関係機関との連携で生じている課題や工夫については、各関係機関の人材不足と多忙により情報共有や会議の設定が難しいという回答が多く見られた。しかしその中で、定期的な会議や訪問を行ったり、会議の設定については数ヶ月前から日程調整を行ったりするなど、日々生じている課題に対して、その機関ごとに工夫や努力をしている機関もあり、こうした取り組みを行っている機関ほど、関係機関と連携が良好と回答している割合が多い傾向が見られた。

また、連携の阻害要因として、スタッフの質にばらつきがあったり、それぞれの機関の役割の共通認識が十分でなく、役割分担ができていなかったりといった理由で関係機関との連携がうまく図れていないという意見がある一方で、他機関へのコーディネートや評価資源の活用等により、その特色や役割を活かした活用を実践

し、適切なアセスメントや支援につなげられている事例の報告もあった。

就労移行支援機関は、利用者の確保から 2 年という支援期間以内に就労につなげるという大きな役割があることから、ハローワークを中心とする各関係機関といかに円滑な連携や関係づくりを行っていくかが、利用者に適切な支援を展開していくための大きな鍵になると言えよう。そのためには、各関係機関が相互の特色や役割の共通理解を深め、時間の合理化を図りながら、利用者の課題や状況に応じた適材適所の支援を提供していくスキームの確立が今後重要なテーマになると考える。

2.2.5　訪問期（フォロー期）での結果と考察

1）訪問期（フォロー期）の支援方法について

利用者の訪問期（フォロー期）の支援方法は、「企業訪問にて面談」が 120 施設、「来所にて面談」が 116 施設、「電話」が 116 施設、「メール」が 40 施設、「その他」が 15 施設であった（図 20）。

「その他」の内訳としては、OB 会など利用者の集い、自宅や喫茶店などでの面談、LINE など SNS、などの回答があった。

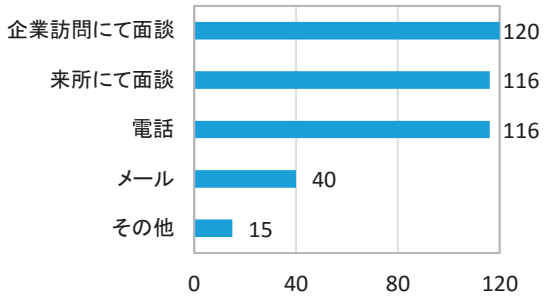


図 20　訪問期（フォロー期）の支援方法

2）訪問期（フォロー期）の課題について

利用者の訪問期（フォロー期）の課題の有無は、「課題を抱えている」との回答が 80.7%、回答なしが 19.3%であった（図 21）。

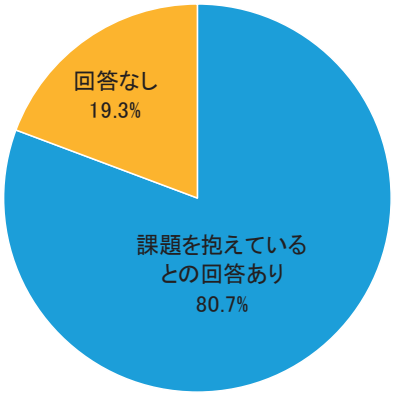


図 21　訪問期（フォロー期）の課題の有無

3）訪問期（フォロー期）における課題の内容について

利用者の訪問期（フォロー期）の課題の内容は、「本人のコミュニケーション能力」が 85 施設、「症状の悪化」が 66 施設、「仕事へのモチベーション低下」が 62 施設、「障害に対する職場・従業員の理解不足」が 54 施設、「職場の相談・支援体制」が 47 施設、「家族にまつわる問題」が 43 施設、「業務の難易度」が 38 施設、「業務量の増加」が 32 施設、「待遇への不満」が 27 施設、「業務とのミスマッチ」が 25 施設、「物理的な作業環境」が 23 施設、「その他」が 10 施設であった（図 22）。

「その他」の内訳としては、職場環境や人的な変化、ルーズな生活管理、などの回答があった。

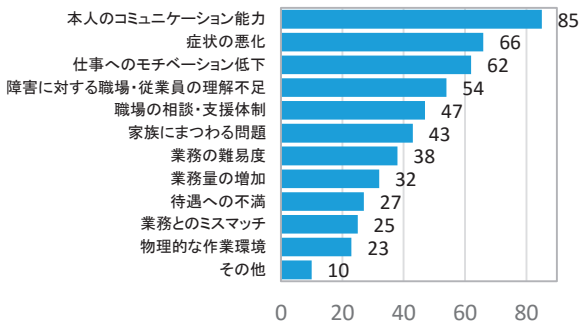


図 22　訪問期（フォロー期）の課題の内容

4）訪問期（フォロー期）において一番多く生

じた課題について

利用者の訪問期（フォロー期）に一番多く生じた課題は、「本人のコミュニケーション能力」が 31%、「症状の悪化」が 19%、「仕事へのモチベーション低下」が 17.2%、「障害に対する職場・従業員の理解不足」が 7.8%、「業務量の増加」が 4.3%、「職場の相談・支援体制」が 6.0%、「業務の難易度」が 3.4%、「待遇への不満」が 2.6%、「物理的な作業環境」が 2.6%、「業務とのミスマッチ」が 1.7%、「家族にまつわる問題」が 0.9%、「その他」が 2.6%であった（図 23）。

「その他」の内訳としては、職場環境や人的な変化、などの回答があった。

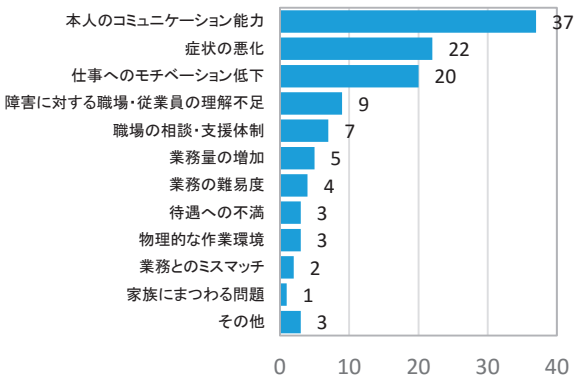


図 23　訪問期（フォロー期）に一番多く生じた課題

5）訪問期（フォロー期）で生じている課題と工夫について（自由記述）

①　訪問期（フォロー期）で生じている課題

訪問期（フォロー期）で生じている課題については、＜就職に一旦つながった場合でも、さらに良い待遇を求めることにより、モチベーションが低下する＞といった就労意欲・モチベーション、＜職場での人間関係の折り合いのつけ方に悩む人が多い＞といった職場の対人関係等、本人に関する課題が挙げられた。

また、職場に関する課題として、＜職場の同僚らの障害に対する理解の不足から生じる発言等で本人が体調を崩すことが見受けられる＞といった職場の理解度のバラツキ、ステップアップへの支援の限界等が挙げられた。

その他、支援体制に関する課題として、＜（フォロー期に掛かる）人件費、交通費は、事業所負担とならざるを得ない＞＜フォローのコストを考えると行政制度化することが望ましい＞といったコスト面の負担や行政制度の整備不足の指摘が挙げられた。＜事業所の職員だけでは手が足りず、他機関を使うにも人間関係を作るところから始めなければいけないため負担が増える＞といった人材や時間の不足も挙げられた（表 11）。

表 11　訪問期（フォロー期）で生じている課題

課題	
大カテゴリ	中カテゴリ
本人に関する課題	就労意欲・モチベーションの維持
	安定した勤務の継続
	職場の対人関係
	一般就労の困難さ
職場に関する課題	職場の理解度のバラツキ
	職場内支援者の人事異動
	ステップアップへの支援の限界
	本人・職場からの情報取得困難
支援体制に関する課題	人材や時間の不足
	コスト面の負担
	行政制度の整備不足
	他機関との連携困難

②　訪問期（フォロー期）で工夫していること

訪問期（フォロー期）で工夫していることについては、本人への支援として＜定期的に訪問面談を実施し、トラブルが生じる前に対応する＞といった定期的な面談・ヒアリングの実施を行っているところが多い。＜施設の行事を連絡して遊びに来てもらうようにしている＞＜OB 会を開催し、就職後に困り事はないか、状況の把握を行っている＞といった工夫も挙げられた。

また、＜社内担当者との情報共有、相談をタ

イムリーにするよう心掛けている＞＜本人からだけでなく、会社・現場の方と話をする機会をつくり、コミュニケーション問題や課題を直接聞ける環境づくりを心掛けている＞といった積極的な職場への支援の工夫が挙げられた。

他方では、＜基本的には、受け身で、確認程度の姿勢。何か問題が生じていれば、他機関と連携して積極的に関わる＞＜時間が取れず、訪問があまりできてないため、障害者職業センター、生活支援センターの情報から状況把握に努めている＞といった対応も挙げられた（表 12）。

表 12　訪問期（フォロー期）で工夫していること

工夫	
大カテゴリ	中カテゴリ
本人への支援	定期的な面談・ヒアリングの実施
	OB 会・行事への勧誘
	トライアル雇用実施時の職員派遣
	職場・日常生活・体調管理に関する支援
	本人の特性に合わせた対応
職場への支援	企業側へのヒアリング
	職場との関係づくり
	職場への説明や報告
	訪問回数や期間の調整
関係者との連携	他機関との連携
	関係者会議の開催

6）全体考察

訪問期（フォロー期）において、80%以上の事業所が課題を抱えていると答えており（課題なしと答えた事業所は 0）、各事業所の課題意識が高いようである。

課題の内容の上位 3 つ「本人のコミュニケーション能力」「症状の悪化」「仕事へのモチベーション低下」といった本人に関する課題は、自由記述の内容を確認すると、精神障害の障害特性から生じている課題であることが推測される。これらの課題への対応の工夫として、各事業所は、本人に対して、面談や電話、メールを駆使して、現状把握と早期介入に努めていることがうかがえた。

また、離職要因にもなり得る、就労意欲や仕事へのモチベーション低下に関しては、職場内でのステップアップを支援することの限界、といった職場の課題も影響していることが推測される。安定した就労定着を目指すためにも、就労意欲や仕事へのモチベーションを維持・向上できるような、健常者と同等のキャリアパス整備が、今後、障害者雇用においても必要となってくるであろう。

訪問期（フォロー期）の全体を通して、各就労支援事業所は、本人の特性に応じたフォローアップを細やかに行う必要性を感じていることがうかがえたが、その際の支援側の人材、時間、費用等のコスト負担が大きく、支援体制への課題意識も強いことが認識される。そのため、本人、職場、医療や行政等の他機関に対して、積極的な連携が取りにくくなっている現状もあると思われる。

2.2.6　就労移行支援事業を進める上で、抱えている問題点や提言などについて（自由記述）

各事業所が、就労移行支援事業を進める上で抱えている課題に関して、下記のような回答があった。

①利用者

【自己理解】

・就労イメージや理想と現実とにギャップがあり、受容へのフォローに時間を要する場合がある。
・自身の障害や病気に対する認識度が低く、自己管理や自己理解に課題がある。

【安定性】

・病状に波があり、通所や生活リズムの安定が難しく、なかなか就労へ向かえない。

【経済面】
・生活費や通所にかかる費用など、経済的な困難を抱えている利用者がいる。
【その他】
・就労支援だけでなく、生活面、通院、服薬など、総合的に支援しなければならない利用者も多い。
・障害者雇用の週 20 時間労働も困難な利用者が多く、短時間から始められる職場が少ないため、就職ができない。
・利用者の焦りが、就職の妨げになることがある。
・就労移行支援と他の支援との違いを理解していない利用者がいる。

②事業所
【利用者確保（運営の安定性）】
・A 型事業所の増加に伴い、就労移行支援の利用者が減少している。
・利用者の新規獲得が難しく、利用者が就労すると、運営が難しくなる。
・金銭的に厳しく、職員の質や、福祉の文化的地位の向上がはかれない。
【他機関連携】
・地域の他機関（行政、職業センター、支援センター等）と連携し充実した支援をはかりたいいが、連携の仕組みが無い、時間的な制約がある等の課題もあり、難しい。
・医療機関との連携が難しい。
【職員確保（人員、質）】
・収入が安定しないため職員の育成が難しく、利用者の多様なニーズへの対応、職場体験および就業先企業の開発など、様々な業務に対応できる職員を確保できない。
【サービス品質】
・事業所ごとに手法や質が異なり、サービス品質向上において試行錯誤をしている状態である。
【受入れ困難】
・定員の関係で、利用者の受入れが困難である。

③制度
【フォロー等の無償支援】
・就業後の定着支援がしっかりと制度化されておらず、無償でフォローしている。
【支援期間の不足】
・利用期間内では就業に至らない事が多く、B 型事業所と組わせる等の対策が取られている。
【他機関とのすみ分け】
・他機関とサービス内容が重複しており、分担が明確化されていない。
【制度と現実とのギャップ】
・定着支援中に転職すると離職扱いとなり、支援を行っているにもかかわらず定着支援の加算対象から外される。
・長期の体調不良によるお休みや、就業後の再利用に対応できる制度が整っていない。
・職場実習に対応する施策が整っていない。
・相談支援事業所が混みあっており、計画相談ができない。

④企業
【理解度】
・障害者雇用に対する企業の理解が低く、また同じ企業の中でも理解度に差があるため、積極的な啓蒙活動をしてほしい。
・企業側に精神障害に対する正しい知識が無く、無理な業務や残業などを課せられる場合もある。
・実習先や受入先企業が不足している。
【ニーズ】
・企業側が求めるニーズと利用者の能力にギャップがあり、マッチングが困難。
【バリエーション不足】

・就業時間や仕事内容のバリエーションが少なく、利用者の多様な姿に対応できない。

第三章　研究 2－聞き取り調査による現状把握

3.1　研究方法

【調査対象】公共職業安定所

【調査方法】インタビューによる調査

【実施期間】2015 年 10 月 1 日～2016 年 1 月 31 日

【実施期間】全国 7 か所

【聞き取り項目】主に下記のインタビューガードに沿って、聞き取り調査を行った。

①障害者の職業紹介の現状

②企業の障害者雇用傾向

③主治医との連携

④産業医・職場との連携

⑤その他の課題

3.2　結果

3.2.1　障害者の職業紹介について

・障害者のうち有効求職登録者の 35%が精神障害者である。精神障害者保健福祉手帳所持者は 5，6 割といったところである。手帳取得を勧めることの判断が難しい場合が少なくない。

・近年、精神障害者は増加傾向にあり（前年度の 3～4 割程度の増加)、伸びが著しい。身体障害者は横ばいである。知的障害者は横ばいである。

・30，40 歳代の利用が多く、男女比は、6：4 ぐらいである。

・利用者の多くがうつ病、双極性障害と診断されている。従来は、診断名など多少適用が甘い部分があった。

・発達障害的な問題を抱える利用者が少なくなく、対応に苦慮している。

3.2.2　最近の企業の傾向について

・大企業が中心で、そのノウハウ蓄積も乏しい。中小企業は少ない。定着率の低さがやはり問題になる。結果的に、複数回利用者も少なくない。

・精神障害者雇用の義務化を意識する企業が増えてきている一方で、まだ意識していない企業も多い。

・障がいがあることを開示しない「クローズ」と、開示する「オープン」での就労について、利用者にメリット・デメリットをしっかり説明している。クローズからオープンへ、オープンからクローズへと、適宜変更している。

3.2.3　主治医との連携について

・主治医とのやり取りは、意見書や情報提供書止まりであることが多く、費用は利用者負担である。意見書の書式に改良の余地があるように感じている。

・必要により、利用者の診察時などに同行することもあるが、主治医に時間を取ってもらうのが大変である。

・病院などの精神保健福祉士が当所に来所してもらうことがあるが、保険診療などでの請求ができないので、不便である。保険の点数化が望ましい。

・医療機関に対して、電話などでの問い合わせは稀である。なじみが薄く、敷居が高い。特定の精神科医との関係もない。

・主治医に、事例検討会など協力してもらうことがある。

・精神科医など専門家からの援助が受けられる制度が望まれる。相談窓口担当職員への研修。困難事例などへの対応に関する助言指導。

3.2.4　産業医・職場との連携について

・産業医との直接のやりとりはほとんどない。職場側の窓口は、人事労務担当者がほとんどである。産業医からの障害者職業センターへの依頼が、結果的に当所につながることはある。
・就労後のアフターケアに関しては、当人と人事労務担当者止まりである。

3.2.5　トータルサポーターについて

・トータルサポーターとして、専門職（臨床心理士や精神保健福祉士）を数名配置し、メンタルヘルス相談全般の対応にあたっている。業務量が増加し、対応処理に苦労している。
・単年度ごとの契約なので、人材確保も含め運用が難しい。

3.2.6　その他

・企業や精神病院などへ PR のため、積極的に出向くことがある。ジョブガイダンスやセミナーの開催。最近は、人手の関係で出向くことは少ない。
・障害者就労継続支援事業 A 型との連携が強い F 市は就労継続支援事業施設が非常に多い。年金など、他の援助との併用を積極的に進めている。
・就労能力の評価に関しては、障害者職業センターに検査を依頼することがある。就労能力の評価に関しては、利用者と職場ニーズと乖離することがある。
・病院の精神保健福祉士よりも、作業所の精神保健福祉士との関係が深い。
・別の地域に、障害者職業相談所があるので、そこへの利用者も多い。他施設とのすみ分けが、必ずしも明確ではない。

3.3　考察

利用者の特性として、＜障害者のうち有効求職登録者の 35%が精神障害者である。精神障害者保健福祉手帳所持者は 5，6 割といったところである。手帳取得を勧めることの判断が難しい場合が少なくない＞＜精神障害者は増加傾向にあり（前年度の 3〜4 割程度の増加)、伸びが著しい。身体障害者は横ばいである。知的障害者は横ばいである＞＜30，40 歳台の利用が多く、男女比は、ｔ6：4 ぐらいである＞＜利用者の多くがうつ病、双極性障害と診断されている＞＜発達障害的な問題を抱える利用者が少なくなく、対応に苦慮している＞といったものが標準的であった。

企業の障害者雇用に関する姿勢は、＜大企業が中心であるが、そのノウハウ蓄積も乏しい。中小企業は少ない。定着率の低さがやはり問題になる＞＜精神障害者雇用の義務化を意識する企業が増えてきている一方で、まだ意識していない企業も多い＞＜障がいがあることを開示しない「クローズ」と、開示する「オープン」での就労について、利用者にメリット・デメリットをしっかり説明している。クローズからオープンへ、オープンからクローズへと、適宜変更している＞など、地域差や企業格差も著明であった。

主治医との連携については、＜主治医とのやり取りは、意見書や情報提供書止まりであることが多く、費用は利用者負担である。意見書の書式に改良の余地があるように感じている＞＜必要により、利用者の診察時などに同行することもあるが、主治医に時間を取ってもらうのが大変である＞＜電話などでの問い合わせは稀で、敷居が高い。特定の精神科医との関係もない＞といった意見がある一方で、＜主治医に、事例検討会など協力してもらうことがある＞＜精神科医など専門家からの援助が受けられる制度が望まれる。相談窓口担当職員への研修や困難事例などへの助言指導＞を期待する施設もあった。

産業医・職場との連携については、＜産業医との直接のやりとりはほとんどない。職場側の窓口は、人事労務担当者がほとんどである＞＜産業医からの障害者職業センターへの依頼が、結果的に当所につながることはある＞＜就労後のアフターケアに関しては、当人と人事労務担当者止まりである＞と産業医との接触は、ほとんどないようである。

トータルサポーターについては、＜専門職（臨床心理士や精神保健福祉士）を数名配置し、メンタルヘルス相談全般の対応にあたっている。業務量が増加し、対応処理に苦労している＞＜単年度ごとの契約なので、人材確保も含め運用が難しい＞といったものが多かった。

その他の意見として、＜企業や精神病院などへ PR のため、積極的に出向くことがある。ジョブガイダンスやセミナーの開催。最近は、人手の関係で出向くことは少ない＞など窓口対応に追われている現状がうかがえる。

第四章　総合考察

メンタルヘルス不調者の治療や復職・就労支援において、主治医・産業医等との連携が不可欠なことは言うを待たない。そのため、精神科領域において就労支援施設やリワーク実施施設へのニーズも高まってきている。とはいえ、いわゆる非医療施設が主治医・産業医等との連携を模索する場合に、多くの困難や課題があるのも事実である。

こうした認識のもと、平成 26 年度においては非医療機関として就労支援やリワークプログラム実施している施設(地域障害者職業センター、精神保健福祉センター、公共職業安定所障害者専門援助部門、民間施設など)を対象に、主治医や産業医等との連携に関して、その実情と課題についてアンケート調査および調査を実施したところである。

そして、平成 27 年度においては、全国の就労移行支援施設 515 施設を抽出し、就労移行支援プログラム実施に際しての関係機関との連携についてアンケート調査を実施(2015 年 10 月 1 日～31 日)した。その結果、192 施設（回収率 37.3%）から回答が得られ、有効回答は 171 施設を対象に分析を行なった。

一方、前年度の調査結果により、精神科主治医や産業医との連携に苦慮している公共職業安定所が多かったことから、追加の聞き取り調査を行なった。インタビューによる調査は全国 7 か所で、①障害者の職業紹介の現状、②企業の障害者雇用傾向、③主治医との連携、④産業医・職場との連携、⑤その他の課題である。

就労移行支援施設、公共職業安定所のどちらの施設においても、精神障害者の利用者の利用が増えている。「働く」ことに対する当事者・家族の就労意欲はもちろん、受け入れ側の企業の意識も徐々に変わってきている。一方で、精神障害者の就労・雇用に関する歴史が浅く、そのノウハウの蓄積が少ないのが実情である。

他障害と比較し、ほとんどの精神障害労働者が治療中であることを配慮すると、医療との連携は不可欠である。残念ながら、本調査においても、精神科主治医との連携は不十分で、産業医はほとんど登場しない結果であった。産業医業務の中に、精神障害者を含めた障害のある労働者の日常的な健康管理を明確に位置づける必要もあろう。

とりわけ、公共職業安定所においては、トータルサポーター導入の意義を認める一方で、精神科の嘱託医的な存在も期待する声が聞かれたことは今後の大きな課題である。

もちろん、その背景基盤として、国民一人ひとりに対して精神障害・精神障害者への正しい知識の普及させる啓発教育活動が不可欠である。障害がある人にとっても働きやすい職場は、一般労働者にとっても働きがいのある職場であることを再確認したい。

第五章　添付資料

①調査依頼文

2015 年 9 月

各位

厚生労働省 平成 27 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

就労移行支援事業所における関係機関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

秋暑厳しき候、ますます御健勝のことと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メンタル疾患者の復職支援や精神障害者の雇用に関して継続的に調査研究を続けております。

平成 30 年 4 月より、障害者雇用促進法の改正に伴い精神障害者の雇用が義務付けられることになっており、年々精神障害者の就職件数も増加傾向にあります。その一方で職場定着がうまくいかず、早期に離職してしまうケースも多く発生しているのが現状かと思います。

精神障害者の障害は、一見して理解されにくいことも多くあり、雇用をスムーズに進めていくためには、当事者・家族、主治医をはじめとする医療関係者、就労を支援する施設関係者、産業医、職場関係者、それぞれ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、個々の施設や機関、企業において、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 27 年度労災疾病臨床研究事業の一環として、貴施設のような、就労移行支援施設の就労移行支援プログラムにおける関係機関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＞

1．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。
2．ご記入頂きましたアンケート用紙は、**１０月３１日（土）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、研究事業のみを目的として使用し、すべて統計的に処理させて頂きます。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調査用紙

就労移行支援（一般型）事業所　調査用紙

貴事業所名：　　ご回答者：　　職　種：

Ⅰ．貴事業所について、お伺いします。

Ⅰ－1．貴事業所の就労移行支援サービスの利用者の延べ人数（平成２６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．精神障害者の利用者の延べ人数（平成２６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．精神障害者の利用者の属性について、以下の空欄にご記入ください。

性　別：　男　性（　　割）　女　性（　　割）

年　代：　１０代（　　割）　２０代（　　割）　３０代（　　割）

４０代（　　割）　５０代（　　割）　６０代（　　割）

利用期間：　～３ヶ月未満（　　割）　３ヶ月～６ヶ月未満（　　割）　６ヶ月～１年未満（　　割）

１年～１年半未満（　　割）　１年半～２年（　　割）

Ⅰ－4．精神障害者の利用者の主診断名には、どのようなものがありますか、その割合をご記入ください。

1．統合失調症（　　割）　2．うつ病（　　割）　3．双極性障害（　　割）　4．てんかん（　　割）

5．アルコール・薬物依存症（　　割）　6．適応障害（　　割）　7．発達障害（　　割）

8．不安障害（　　割）　9．その他の精神疾患「　　」（　　割）

Ⅰ－5．精神障害者の利用者のうち、精神障害者保健福祉手帳所持者の割合をご記入ください。　（　　割）

Ⅰ－6．精神障害者の利用者の就労移行支援終了後の進路について、その割合をご記入ください。

1．一般雇用枠（　　割）　2．障害者雇用枠（特例を除く）（　　割）　3．特例子会社（　　割）

4．就労継続支援A型（　　割）　5．就労継続支援B型（　　割）　6．その他（　　割）

Ⅰ－7．精神障害者の利用者のうち、６ヶ月以上、就労継続した人（一般雇用枠、障害者雇用枠、特例子会社への就労を全て含む）の割合をご記入ください。　（　　割）

Ⅱ．精神障害者の就労および就労後における職場との連携についてお伺いします。

Ⅱ－1．就職（予定）先の職場と連携を行う場合には、以下のどの相手と連携を行っていますか（複数回答可）。

1．人事労務　2．職場の管理職　3．産業医　4．その他の産業保健スタッフ

5．通常、連携は行っていない　6．その他（　　）

Ⅱ－2．職場（人事労務、職場の管理職、産業医、産業保健スタッフ等）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

※　引き続き、裏面のご回答もお願い致します。

Ⅱ－３．職場との連携は、どの段階で行っていますか（複数回答可）。

１．通所前　　２．通所前期（基礎訓練期）　　３．通所中期（実践的訓練期）

４．通所後期（マッチング期）　　５．訪問期（フォロー期）

Ⅱ－４．就職や就職後の定着支援における職場との連携は、どのように行っていますか。

また、生じている課題や工夫されていること等があればご記入ください。

（　　）

Ⅲ．精神障害者の就労移行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．主治医および医療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

Ⅲ－２．主治医への訪問面談等に関わる金銭負担は、どのように行っていますか（複数回答可）。

また、該当箇所の平均的な金額の目安についてもご記入ください。

１．利用者負担（約　　円）　　２．貴事業所側で負担（約　　円）

３．その他「　　」（約　　円）　　４．通常、訪問面談は行っていない

Ⅲ－３．医療機関との連携において、主治医以外のスタッフと連携を行う場合には、以下のどの相手と連携を行っていますか（複数回答可）。

１．精神保健福祉士　　２．看護師・保健師　　３．臨床心理士　　４．社会福祉士　　５．その他（　　）

Ⅲ－４．医療機関との連携は、どの段階で行っていますか（複数回答可）。

１．通所前　　２．通所前期（基礎訓練期）　　３．通所中期（実践的訓練期）

４．通所後期（マッチング期）　　５．訪問期（フォロー期）

Ⅲ－５．主治医および医療機関のスタッフとの連携は、どのように行っていますか。

また、生じている課題や工夫されていること等があればご記入ください。

（　　）

Ⅲ－６．協力医療機関との連携は、どのタイミングで、どのように行っていますか。

また、生じている課題や工夫されていること等があればご記入ください。

（　　）

Ⅳ．その他の関係機関との連携についてお伺いします。

Ⅳ－１．その他の関係機関との連携について、どのようなところと連携を行っていますか（複数回答可）。

１．ハローワーク　　２．地域障害者職業センター　　３．障害者就業・生活支援センター

４．その他（　　）

Ⅳ－２．その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－３．その他の関係機関との連携は、どの段階で行っていますか（複数回答可）。

１．通所前　　２．通所前期（基礎訓練期）　　３．通所中期（実践的訓練期）

４．通所後期（マッチング期）　　５．訪問期（フォロー期）

Ⅳ－４．その他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等があればご記入ください。

（　　）

Ⅴ．精神障害者の利用者の訪問期（フォロー期）についてお伺いします。

Ⅴ－１．精神障害者の利用者の訪問期（フォロー期）における支援方法は、どのように行っていますか（複数回答可）。

１．来所にて面談　　２．企業訪問にて面談　　３．電話　　４．メール　　５．その他

（　　）

Ⅴ－２．訪問期（フォロー期）においては、どのような課題が生じていますか（複数回答可）。

１．待遇への不満　　２．本人のコミュニケーション能力　　３．仕事へのモチベーション低下　　４．症状の悪化

５．業務量の増加　　６．業務の難易度　　７．業務とのミスマッチ　　８．物理的な作業環境

９．障害に対する職場・従業員の理解不足　　１０．職場の相談・支援体制　　１１．家族にまつわる問題

１２．その他（　　）

上記の中で、一番多く生じた課題の番号をご記入ください。　　（　　）

Ⅴ－３．訪問期（フォロー期）において、生じている課題や工夫されていること等があればご記入ください。

（　　）

● その他、就労移行支援事業を進める上で、抱えている問題点やご提言があれば、ご自由にご記入ください。

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の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のか、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[1]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(認定時、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するとの意見に関して:「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いう意見に関して:「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の診断書を発行する」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てい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、精神疾患のかたはまじめなので、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) アフタケアー制度に関して：同制度を「知らない」と回答した精神科医は 298(84.2%)もおり、「知っていた」との回答した精神科医は 56(15.8%)にすぎなかった。
(2) アフタケアー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、「活用したことはない」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して：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、双曲極性障害も 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%

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

ある　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

ある　8　14.5%

ウ.主治医がスタッフ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 deta 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に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　アフタケアー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ヵ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[2]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しての調査である。

1)精神科医に対する調査

調査時点で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の診断書を発行する」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。

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%)であり、自由記載として「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、・(症状固定(治癒)＝一定期間・2.に近い考えだが、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）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 人に関し、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。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)全体をとうして

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、アフタケアー制度を「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」との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。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

1. 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

2. 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

H. 知的財産権の出願・登録状況　なし

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に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「該当すると思われる精神障害」

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

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

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２乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	0.490	0.4840

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２乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	0.015	0.9022

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２乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	2.572	0.1088

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２乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	0.940	0.3324

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２乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	2.622	0.1054

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２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。

１－２　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２乗	p 値(Prob>ChiSq)
Pearson	2.284	0.5156

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

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	
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

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）となりますが、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。

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	復帰可能の診断書	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 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

１－６－２　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

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

１－７－２　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

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。

経験の有無	償は打ち切るべき	償は続けるべき	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。

１－９　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　アフタケアー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*

1－1 2－2　アフタケアー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 2 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】あなたのご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「人の生命にかかわ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）となりますが、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〇をつけて下さい。(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つに〇をつけて下さい。

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つに〇をつけて下さい。

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つに〇をつけて下さい。

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）アフタケアー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。
アフタケアー制度の活用について
1. 活用したことがある　2. 活用したことはない

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　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. 得られなかった

(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. 愁訴が強い
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「人の生命にかかわ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、下記のどちらかに〇をつけてください。

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つに〇をつけください。

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）となりますが、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つだけに〇をつけてください。

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つだけに〇をつけてください。

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、下記のどちらかに〇をつけてください。

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	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〇をつけて下さい。（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つに〇をつけて下さい。

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つに〇をつけて下さい。

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 1.5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）アフタケアー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。
アフタケアー制度の活用について

1 活用したことがある	25	34.7%
2 活用したことはない	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 得られなかった	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 愁訴が強い	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%

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調査・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の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
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：2015 年 8 月に都道府県労働局労働基準部労災補償課長宛てに業務に関連した精神科医療の現状と早期復職に関する調査票を郵送し、同年 10 月中旬までに全都道府県労働局から 100%回収した。同年 8 月末日の調査時点で症状固定（治ゆ）していない事案のうち療養開始から 3 年以上経過している事例は 720 例、その中で 5 年以上経過している事例は 456 例（個別調査では 458）であり、職場復帰を一度もしていない事例は 354 例(77.3%)であった。労災請求の際の事業主の証明が労災認定時に得られなかった事例が 218 例(47.6%)で、約半分の事例が労災請求の際に事業主証明が得られていなかった。調査時点で職場復帰を果たしていた事例は 39 例(8.5%)であり、この 39 例は職場復帰を果たしていながら症状固定(治ゆ)には至っていなかった。同事例は再休業に入ると生活費等は再度、休業補償給付から支給されることになる。生活費等の休業補償給付額は 20～30 万円/月が 136 例(29.7%)、10～20 万円/月が 126 例(27.5%)、30～40 万円/月が 79 例(17,2%)、40～50 万円/月が 43 例(9.4%)、50 万円以上/月は 16 例(3.5%)であり、30 万円以上は 138 例(30.1%)であった。これらの額は障害厚生年金の額が 1 級でも年間 966000 円であることを考えると高額となっているが、これは被災労働者に対する休業損害を填補するという労災補償制度に由来するものである。

長期療養者の原因に関する回答で最も多いのは、「症状が改善しない・就業不安・リハへ導入ができない」が 26.6%(21)、次に「休業補償給付のために生活に困窮しない、労災患者としての権利を主張」が 24.1%(21)で多く、「適正給付管理すると症状悪化し、面談すらできなくなる、治癒判断基準なく休業補償支給期間制限なしことも長期療養の大きな原因、本来の病態は別であり、素因や脆弱性が長期療養には大きく関係している」等の意見も得られた。長期療養者に対する職場復帰対策としては、「他機関との連携で社会復帰に向けた専門スタッフと行政の連携,職業安定所と連携、主治医と事業場の連携」が 18.6%(11)、「主治医との定期的な面談や受け入れ体制整備や事業主の指導強化」が 28,8%(17)、「支給期間・要件・金額等の制度改正、適正給付管理対策としての治癒認定」が 16.9%(10）であった。労災認定から調査時点までの期間に関連する事例の背景の探索的解析（山村研究協力員）では、単変量解析、多変量解析の場合とも 5 年以上の長期事例のなかでも「適応障害」＜P 値= 0.0466(*)＞で認定された場合に、認定から調査までの期間が短く、双極性障害＜P 値= 0.0420(*)＞は療養期間が長くなる傾向がみられた。 認定から調査までの期間は、仕事の失敗<P 値= 0.0312(*)＞の出来事としてある場合に長く、役割・地位等の変化が出来事＜P 値=0.0444(*)＞としてある場合に短くなる傾向が認められた。労災請求の際の事業主の証明の有無と療養開始から調査時点までの期間の関係に関して、事業主の証明がない労働者は療養期間が長くなる傾向＜p=0.0652 （t 検定） ＞があり、有意差はないが、休業給付額が多い方が、平均期間がやや長い傾向がある。＜p=0.7597 （分散分析） ＞

労災認定された 5 年以上の長期療養者に関しては、労災認定から調査時点までに職場復帰を果たしたことがある事例は 64 例（14%）であり、職場復帰を一度もしていない事例は 354 例(77.3%)であった。この約 8 割の患者が一度も職場復帰をしていないという実態の背景に休業補償給付のために生活に困窮しない等の状況が存在していることは間違いがないであろう。さらに調査で早期に職場復帰するためには、職場復帰すると収入減少となるため、その差額分を支払うことを条件とする意見もあり、精神疾患で労災認定された患者を職場復帰・就労支援することに行政側も難渋している実態が明らかにされた。極端に言えば、労災補償に依存している実態が事実であり、早急な改善策を検討する時期に来ているのであろう。すなわち、医療機関、行政、事業所の連携のみで精神疾患を有する労災患者の職場復帰や就労支援はスムーズにいかないことが明らかになったのである。

2014 年、2015 年度調査を通して業務上認定された精神疾患を有した患者の職場復帰・就労がいかに困難か、明らかにされたが、精神科主治医、事業所、行政の三者ともに、この長期療養者の対応に難渋していることが明らかになった。今後は、労災患者の治ゆ判定の基準や、労災保険の根幹である「治癒するまで障害認定しない」という条件等も早急に検討し、業務上疾病として労災保険が適用された療養、休業が適切に公平に行われることを期待する。

A 研究目的

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。出来事（たとえばパワハラ等）の内容によっては事業者の証明を得ることが困難である事例が認められることもある。

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、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「治ゆ（症状固定）」するまでの期間とされており、精神科医としては、この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治ゆ（症状固定）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。

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おり、労災認定患者を早期に復職させるためには、その連携強化は不可欠と言える。本調査の目的は、業務に関連した精神疾患を早期に復職させるための調査として実施した。

平成 26 年度調査は、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た。27 年度調査は全国の労働局補償課宛に労災認定されてから長期療養事例の実態調査を実施し、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

2015 年 6 月 28 日に班会議を開催し、調査項目・内容を検討したうえで 2915 年 8 月に都道府県労働局労働基準部労災補償課長宛てに業務に関連した精神科医療の現状と早期復職に関する調査用紙を発送し、同年 10 月末日までに回収した。

2.調査項目

1)労働局に対する調査

1999 年に「心理的負荷による精神障害の業務上外に係る判断指針」が公表された。この判断指針の公表後、貴労働局傘下の労働基準監督署において、精神障害に係る業務上疾病として労災認定した事例について、2015 年 8 月末日を調査時点に都道府県労働局労働基準部労災補償課長宛てに調査票を送付し、同年 10 月中旬までに全都道府県労働局から同票を 100%回収した。

(1)調査時点で症状固定（治ゆ）していない事案のうち療養開始から 3 年以上経過している者、(2) (1)のうち 5 年以上経過している者、(3) 6 カ月以上、通院の実績がない事案のうち療養開始から 3 年以上経過している者、(4) (2)のうち 5 年以上経過している者、(5) 休業補償給付を受給している人で 3 年以上経過している者、(6) (5)のうち 5 年以上経過している者、(7)労災保険による療養中、職場復帰や治ゆに関して、本人以外（主治医や事業主）から照会があった事例の概要.(8) 長期にわたり職場復帰（社会復帰）できていない事案に関して、職場復帰（社会復帰）できない要因,(9)長期にわたり職場復帰できない事案に関して、職場復帰に必要と思われる対策等である。

2)個別事案

療養開始後 5 年以上経過している者についての個別の状況に関して調査票に記入していただいた。

(1)年齢、(2)性別、(3)労災認定時の傷病名、(4)調査時点の傷病名、(5)発病の要因となった心理負荷評価表の出来事、(6)100 時間以上の時間外労働の有無、(7)出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求したか否か、(8) 出来事に遭遇した時の会社に勤務しているが、その時点(出来事)から 5 年以上経過して請求したか否か、(9)業種、(10)職種、(11)通院の頻度、(12) 労災請求の際の事業主の証明の有無、(13) 現

在、職場復帰を果たしている否かどうか、(14)調査時点前１ヶ月間のおおよその保険給付額、療養補償給付の額、休業補償給付の額、(15)休業補償給付の支給状況、(16) 労災認定から調査時点までに職場復帰を果たしたことがあるかどうか、(17) 過去に職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間、(18) 職場復帰に際して、主治医から行政に症状固定(治ゆ)の相談、(19) 職場復帰に際して、行政から主治医に症状固定(治ゆ)の相談　(20) 精神障害の既往の有無、(21) 既存精神障害の有無、(22) 当該事業所への復職の本人の意思を確認しているか否か、(23) 当該事業所は本人の受け入れに積極的か否か、(24) その他、この事案についてのご意見等である。

C.調査結果

調査対象は、全国の都道府県労働局労働局労働基準部労災補償課であり、全補償課から回収された。したがって回収率は 100%である。山村重雄研究協力者が統計学的集計・分析を行った。

①　.調査票 1(総括表)

【問１】調査時点で症状固定（治ゆ）※し

地域	3 年以上	5 年以上	6M<通院実績なし		休業補償給付を受給		5 年＜男	5 年＜女
			3 年＜	5 年以上	3 年＜男	3 年＜女		
北海道	63	50	0	0	36	20	31	17
東北	62	28	13	2	31	15	18	7
東京	170	107	4	2	100	45	66	33
神奈川	66	49	0	0	46	15	34	12
関東(上記以外)	55	30	0	0	30	18	16	9
新･富･石･福･山･長	25	16	0	0	14	7	9	5
東海	38	24	4	3	16	13	12	9
大阪	74	45	1	1	41	26	25	18
関西(大阪以外)	74	50	0	0	46	30	22	25
中国･四国	35	20	0	0	19	6	14	4
九州･沖縄	58	37	3	1	33	16	21	10
	720	456	25	9	412	211	268	149

ていない事案。

(1)　療養開始から 3 年以上経過している者（720 人）都道府県ごと

0-170（範囲）　13.9±24.9（平均値±標準偏差）　2.25-13　（四分位範囲）

(2) (1)のうち、**5 年以上経過している者　(456 人)** 都道府県ごと

0-107（範囲）　8.94±16.43（平均値±標準偏差）　1-8　（四分位範囲）

最大値は東京都

【問 2】問 I のうち 6 カ月以上、通院の実績がない事案

(1)　療養開始から 3 年以上経過している者（25 人、3.5%(=25/720)）都道府県ごと

0-11（範囲）　0.48±1.81（平均値±標準偏差）　0-0　（四分位範囲）

開始から 3 年経過していて通院実績のない割合(%)

0-91.7%（範囲）　3.9±14.6%（平均値±標準偏差）　0-0%　（四分位範囲）

最大値は秋田県 91.7%、2 番目は沖縄県 33.3%

(2) (1)のうち、5 年以上経過している者　(11 人、2.0%(=11/456)) 都道府県ごと

0-3（範囲）　0.19±0.54（平均値±標準偏差）　0-0　（四分位範囲）

開始から 3 年経過していて通院実績のない割合(%)

0-25%（範囲）　2.0±5.9（平均値±標準偏差）　0-0　（四分位範囲）

最大値は愛知県

【問 3】問 1 のうち、休業補償給付を受給している人数をお答えください。

(1)　3 年以上経過している者（623 名、86.5%(=623/720)）

男（412 人）、女(211 人)　都道府県ごと

男　0-100（範囲）　8.96±17.04（平均値±標準偏差）　2-8　（四分位範囲）

女　0-45（範囲）　4.69±8.19（平均値±

標準偏差)　0-4　(四分位範囲)
最大値はいずれも東京都

(2)　(1)のうち、5 年以上経過している者
(417 人、91.4%(=417/456)

男（268 人)、女(149 人)　都道府県ごと
男　0-66（範囲)　5.96±11.71（平均値±標準偏差)　1-5.5　(四分位範囲)
女　0-33（範囲)　3.31±6.16（平均値±標準偏差)　0-3　(四分位範囲)
最大値はいずれも東京都

【問 4】労災保険による療養中、職場復帰や治癒に関して、本人以外（主治医や事業主）から照会

照会内容	件数	%
休業補償の期間･治癒判断	25	59.5%
療養の対応	13	31.0%
再休業･その他	4	9.5%
	42	100%

本人以外からの行政に対する照会に関しては、1)最も多いのは休業補償給付支給期間や治ゆ判断がどういう基準でどのように判断されているのか、との照会が 59.5%(25)、会社として療養の対応や本人にどのように協力すれば良いのか、という照会が 31%(3)が再休業に対する対応等でした。

照会内容	件数	%
いつまで労災給付(休業補償)が行われるのか	8	19.0%
治癒時期の目安がないと復帰に対応できない､治癒判断	5	11.9%
長期療養で解雇可能か？自発的な退社はよいのか？	3	7.1%
解雇に向けた症状固定（解雇制限解除）の時期の照会	1	2.4%
職場復帰か休業か、方向性を探るため情報を得たい	1	2.4%
療養開始から３年経過し、病状の軽快も認められない。	1	2.4%
５年も休業の必要？給付打ち切り､受給可能期間？	1	2.4%
社内の休職期間満了に伴い治癒判断､復帰の時期	5	11.9%
治癒の説明に納得しない（治療は中止している）	2	4.8%
治療内容を教えない。療養経過の現状の問い合わせ	2	4.8%
（主治医）‥患者のほぼ全員が労災に該当‥全て申請？	1	2.4%
主治医から症状固定判断及び労災制度の三者面談を希望	1	2.4%
事業場と産業医が連携し､時間短縮勤務等を復帰を試みる	2	4.8%
定期的に主治医を交えた三者面談を実施、症状固定の時期	1	2.4%
事業場の職場復帰プログラムの注意点は何か	1	2.4%
事業場は好意的ではなく、長年経過‥復帰は難しい	1	2.4%
職場復帰前提が治ゆが足かせ‥自主退職‥制度上問題？	1	2.4%
本人の職場復帰の意向を受けて事業場から相談	1	2.4%
再度休業をの連絡とその後の手続き	1	2.4%
転職後も、元の職場を想起･･･症状が悪化する。	1	2.4%
・日本各地の旅行、海外旅行等	1	2.4%
パチンコの目撃情報　・事業場が倒産	1	2.4%
	42	100%

(1)償給付支給期間や治ゆ判断

1.いつまで労災給付(休業補償)が行われるのか
2.治癒時期の目安がないと復帰に対応できない､治癒判断、
3.長期療養で解雇可能か？自発的な退社はよいのか？
4.解雇に向けた症状固定（解雇制限解除）の時期の照会
5.職場復帰か休業か、方向性を探るため情報を得たい
6.療養開始から３年経過し、病状の軽快も認められない。

7.５年も休業の必要？給付打ち切り、受給可能期間？
8.社内の休職期間満了に伴い治癒判断、復帰の時期

(2) 会社として療養の対応

1.治癒の説明に納得しない（治療は中止している）
2.治療内容を教えない、療養経過の現状問い合わせ
3.（主治医）‥患者のほぼ全員が労災に該当‥全て申請？
4.主治医から症状固定判断及び労災制度の三者面談を希望
5.事業場と産業医が連携し、時間短縮勤務等を復帰を試みる
6.定期的に主治医を交えた三者面談を実施、症状固定の時期
7.事業場の職場復帰プログラムの注意点は何か
8.事業場は好意的でなく、長年経過‥復帰は難しい
9.職場復帰前提治ゆが足かせ‥自主退職‥制度上問題？
10.本人の職場復帰の意向を受けて事業場から相談

(3)が再休業に対する対応

1. 再度休業をの連絡とその後の手続き
2. 転職後も、元の職場を想起･･･症状が悪化する。
3. 日本各地の旅行、海外旅行等
4. パチンコの目撃情報　・事業場が倒産

照会で最も多いのは、生活費等の休業補償給付がいつまで続くのか、3年、5年経過しても症状の改善が認められないという制限のない給付期間に関する照会 19%(8)である。どういう基準で治ゆ判断が行われているのか 11%(5)、さらに治療は中止しているのに治ゆの説明に本人が納得しない。主治医から症状固定判断に際し行政を含めた三者面談を希望、産業医との連携等である。また、日本各地の旅行、海外旅行等、パチンコの目撃情報等の適切な療養に問題があるとの照会もみられた。

【問 5】長期にわたり職場復帰（社会復帰）できていない事案に関して、職場復帰（社会復帰）できない要因

長期にわたり職場復帰（社会復帰）できない要因	件数	%
手厚い補償・生活に困窮しない・権利意識	19	24.1%
症状が改善しない・就業不安・リハへ導入不可	21	26.6%
主治医の無理解・医療に疑問	11	13.9%
事業所と対立・係争	11	13.9%
‥本来病態は別‥他疾患へ移行、波、個体側要因	7	8.9%
復帰すると収入源、労災給付後の不安	2	2.5%
･･･適正給付管理‥症状悪化･･･面談不可‥治ゆ判断は困難	2	2.5%
治療の終了に納得しない	2	2.5%
傷害未遂事件で懲戒解雇‥職場復帰（社会復帰）は、難しい	1	1.3%
退職し再就職に成功‥元の職場に復職し、再休業	1	1.3%
退職後、社会との繋がりが切れ、復職は億劫‥	2	2.5%
	79	100%

1.復帰が不安、症状継続し就労困難
2.休業補償・手厚い補償・生活に困窮しない・権利意識
3.主治医の症状固定の無理解・復帰を促さない・医療に疑問
4.事業所と対立・職場の受け入れ困難
5.職場復帰（社会復帰）へのプログラムなし
6.事業所が倒産
7.症状が改善しない・閉居・悪化・人前で症状・リハへ導入不可
8.‥本来の病態は別‥素因や脆弱性等
9.退職し、再就職に成功‥元の職場に復職し再休業
10.所属事業場と係争中‥当該事業場に戻るのは困難‥
11.退職後、社会との繋がりが切れ、復職は億劫‥
12.･･･適正給付管理すると‥症状悪化･･･面談ができない‥症状固定の時期判断は困難
13..復帰すると収入源
14.他精神疾患へ移行し症状改善せず‥‥症状に波‥
15.治療の終了に納得しない

長期療養者の職場復帰対策	件数	%
主治医と事業場、行政と専門ｽﾀｯﾌ等の連携と事業所の理解	11	18.6%
主治医と定期的面談、受け入れ体制整備、事業主指導強化	17	28.8%
医師の就労勧奨と理解	5	8.5%
給付日額一律・最低補償額の引き下げ	2	3.4%
支給期間・要件・金額等の制度改正、適正給付管理対策として治癒認定、	10	16.9%
復職・転職の際の差額を補填(10 万等)、職場復帰支援助成金、リハビリ、ボランティアの条件、前職場への復帰義務化	5	8.5%
職業斡旋・精神障害者の就労支援	4	6.8%
多職種研修・医学支援・相談体制	5	8.5%
	59	100%

16.負荷がないと安定‥健康な人と一緒に就業することへの不安
17.‥治癒判断基準なし、休業補償支給期間制限なし、障害(補償)給付も一時金‥労災給付後に生活不安‥症状固定の納得しない‥
18.傷害未遂事件で懲戒解雇‥職場復帰（社会復帰）は、難しい
19.所属事業場と係争中‥当該事業場に戻るのは困難‥

最も多いのは、症状が改善しない・就業不安・リハへ導入ができない 26.6%(21)、次に手厚い休業補償給付のために生活に困窮しない、労災患者としての権利を主張 24.1%(21)、主治医の無理解・医療への疑問 13.9%(11)、係争中、事業場と対立している事例も多い 13.9%(11)、‥本来病態は別‥他疾患へ移行し、病状の波があり個体側要因が主体 7(8.9%)、、適正給付管理すると症状悪化し、面談すらできなくなる、治癒判断基準なく休業補償支給期間制限なしことも長期療養の大きな原因、本来の病態は別であり、素因や脆弱性が長期療養には大きく関係している等である。

【問 6】長期にわたり職場復帰できない事案に関して、職場復帰に必要と思われる対策

1.社会復帰に向けた専門スタッフと行政の連携,職業安定所と連携、主治医と事業場の連携、社会復帰事業等の適用の検討、障害者という枠での就労を検討、雇用する事業場、事業所の理解
2.主治医と定期的に面談、別の事業場を紹介、署の事業主指導の強化、環境整備、受入れる体制の確保、転職や職種変換
3.医師の積極的な就労勧奨、主治医の理解
4.‥監督署職員が主治医、本人への説明は困難、１年６か月を超えたら最低補償額に引き下げる等、給付日額を一律、
5.休業補償給付の支給期間・要件・金額等に関する制度改正、支給期間の制限を設けるなど制度改正、休業給付対象期間を定める、休業補償給付の支給期間・要件・金額等に関する制度改正、労災補償期間を限定、休業（補償）給付の支給限度年数を定める適正給付管理対策として治癒認定、
6.慣らし勤務（復帰）や再就職先で２０万円の賃金を得た場合は、差額の１０万円を一定期間支給する、
7.障害等級が低く設定、職場復帰対策を実施した事業場に対する支援（助成金の創設）、前職場への復帰の義務化、給付を継続するためにはリハビリ復職を条件、月に５日以上のボランティア経験を設ける
8.職業斡旋・精神障害者の就労支援コース、診療機関が社会復帰を意識して治療に当たる仕組み
9.他人とコミュニケーション、医学的なサポート、他職種への研修、相談体制

長期療養に対する対策で他機関との連携で、社会復帰に向けた専門スタッフと行政の連携,職業安定所と連携、主治医と事業場の連携が 18.6%(11)、主治医との定期的な面談や受け入れ体制整備や事業主の指導強化 28,8%(17)、支給期間・要件・金額等の制度改正、適正給付管理対策として治癒認定 10（16.9%）復職・転職の際の差額を補填(10 万等)、職場復帰支援助成金、リハビリにボランティアをすることを条件、前職場への復帰を義務化する 8.5%(5)等であった。

② 調査票２(個票)

本調査票２では、調査票１の「療養開始後５年以上経過している者」についての個別の状況を聞いたが、調査票１では、「療養開始後５年以上経過している者」は 456 件、調査票 2 の集計数は 458 件であり、2 件のずれがみられた。違いは、沖縄県（調査票 2 が 1 件少ない）、長野県、山梨県、佐賀県（調査票 2 が 1 件多い）の 4 件であった。調査票への記載ミスと考えられるが、調査票 2 の結果を基に集計した。

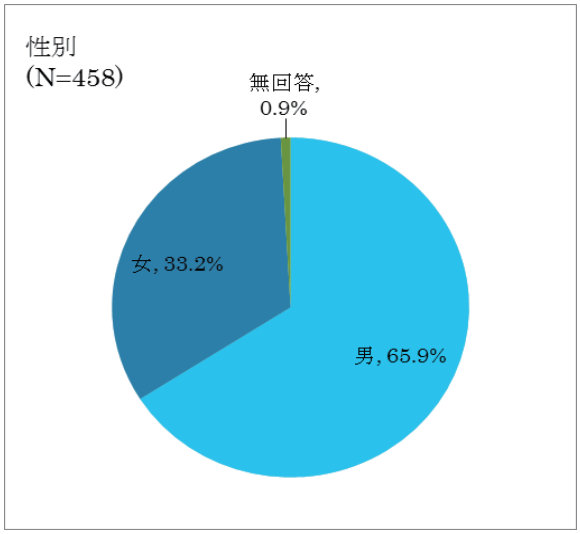
調査票 2 の都道府県別集計

都道府県	件数
東京都	107
北海道	50
神奈川県	49
大阪府	45
兵庫県	21
京都府	15
愛知県	12
秋田県	11
茨城県	10
宮城県、熊本県、千葉県、大分県、長野県、福岡県	各8
高知県、滋賀県	各7
広島県、埼玉県、静岡県	各6
岩手県、岐阜県、福井県	各5
岡山県、沖縄県、宮崎県、群馬県、奈良県、福島県	各4
新潟県、長崎県、和歌山県	各3
栃木県	2
山梨県、三重件、山口県、徳島県、愛媛県、佐賀県、鹿児島県	各1件
合計	458

東京都が最も多く 107 例、北海道、神奈川、大阪と続いた。

1 性別

性別	N	%
男	302	65.9
女	152	33.2
無回答	4	0.9
全体	458	100

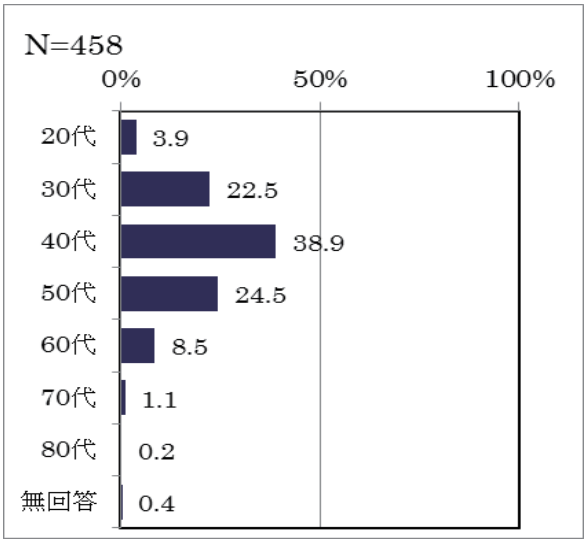


男性が多く 65.9%(302)であり、女性は 33.2%(152)であった。

2.年齢

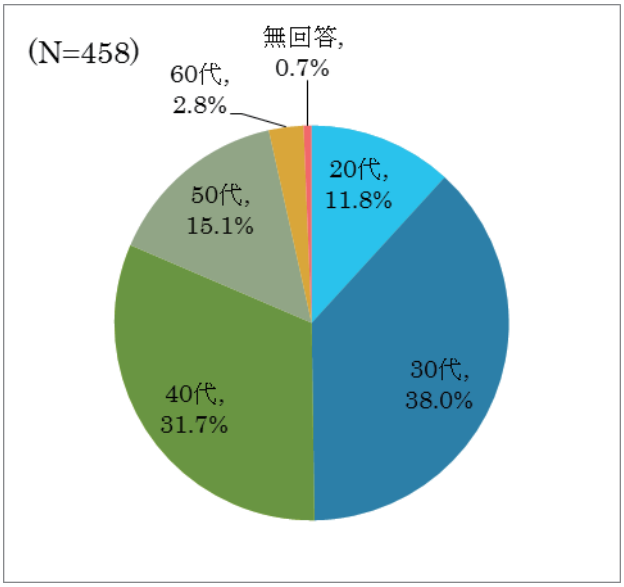
年齢層	N	%
20代	18	3.9
30代	103	22.5
40代	178	38.9
50代	112	24.5
60代	39	8.5
70代	5	1.1
80代	1	0.2
無回答	2	0.4
全体	458	100

40 代が最も多く 38.9%(178)、50 代(24.5%)、30 代(22.3%)と続いた。



2-1.認定時年齢

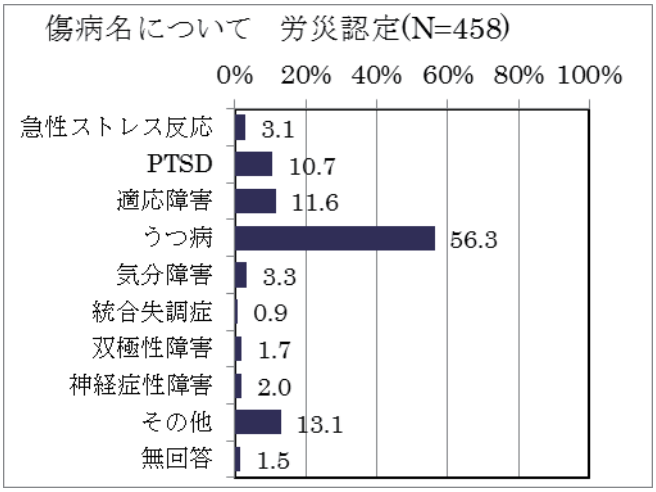
年齢層	N	%
20代	54	11.8
30代	174	38
40代	145	31.7
50代	69	15.1
60代	13	2.8
無回答	3	0.7
全体	458	100



30 代が最も多く 38%(174)、40 代が 31.7%(145)、20 代と続いた。

3. 労災認定時の傷病名（複数回答例あり）

傷病名	N	%（458例中）
うつ病	258	56.3
その他	60	13.1
適応障害	53	11.6
PTSD	49	10.7
気分障害	15	3.3
急性ストレス反応	14	3.1
神経症性障害	9	2
双極性障害	8	1.7
無回答	7	1.5
統合失調症	4	0.9
合計	477	100



3-1. 調査時点の傷病名

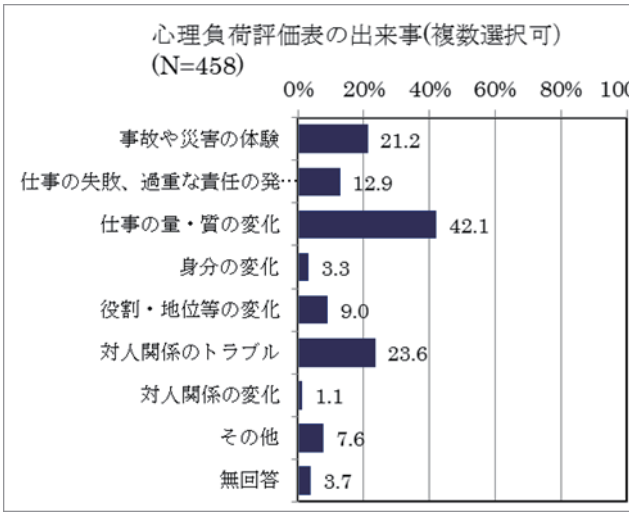
傷病名	N	%
うつ病	34	28.8
その他	31	26.3
双極性障害	24	20.3
統合失調症	8	6.8
気分障害	7	5.9
PTSD	6	5.1
適応障害	5	4.2
神経症性障害	2	1.7
急性ストレス反応	1	0.8
合計	118	100

労災認定時の傷病名がうつ病は全体の 56.3%(258)を占め、その他 13.1%(60)、適応障害 11.6%(53)、PTSD10.7%(49)であった。調査時点で傷病名が変更となった事例は 118 例であり、477 例(複数傷病

名)のうち 24.7%が傷病名が変更されていた。調査時点の傷病名で多い疾病はうつ病 28.8%(34)、その他 26.3%(31)、双極性障害 20.3%(24)であった。労災認定時は双極性障害は 8 例のみであったが、24 例の事例が双極性障害に変更されていた。また統合失調症も認定時点では 4 例であったが、調査時点でさらに 8 例が同種病名に変更となっていた。

4. 心理負荷評価表の出来事(複数選択可)

出来事	N	%(458例中)
仕事の量・質の変化	193	42.1
対人関係のトラブル	108	23.6
事故や災害の体験	97	21.2
仕事の失敗、過重な責任の発生等	59	12.9
役割・地位等の変化	41	9
身分の変化	15	3.3
対人関係の変化	5	1.1
その他	35	7.6
無回答	17	3.7
合計	458	100

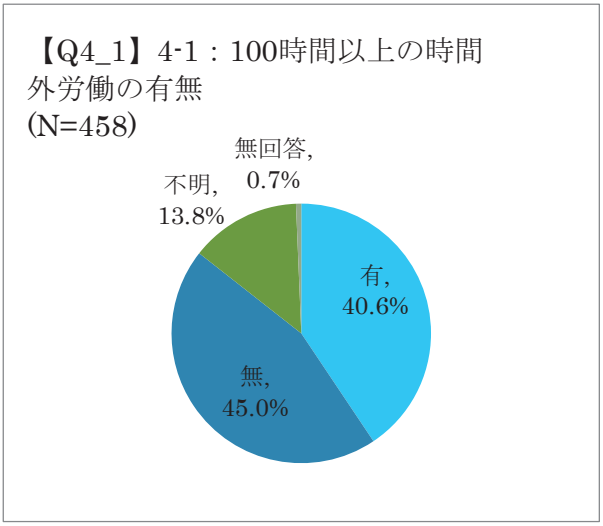


多い出来事は仕事の量、質の変化で 193 例(42.1%)、対人関係のトラブル 108 例(23.6%)、事故や災害の体験 97 例(21.2%)であった。

4-1.100 時間以上の時間外労働

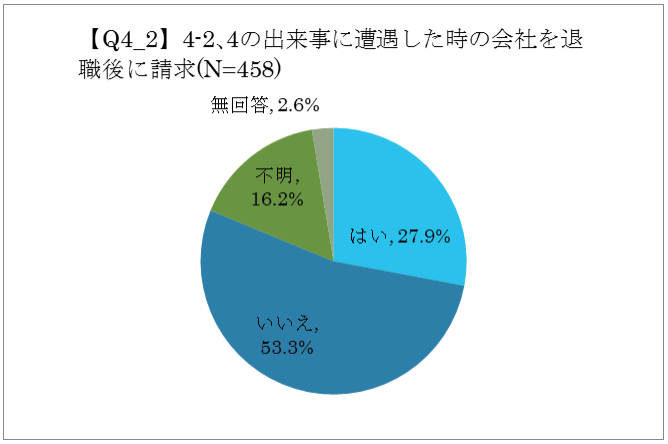
100時間以上の時間外労働	N	%
有	186	40.6
無	206	45
不明	63	13.8
無回答	3	0.7
全体	458	100

100 時間以上の時間外労働がある事例は 186 例(40.6%)であった。



4-2. 出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求

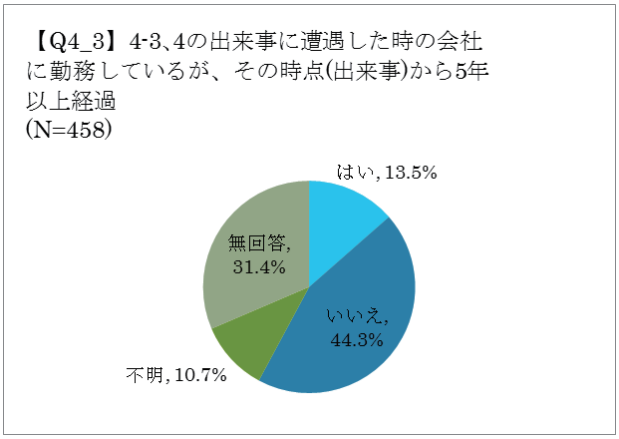
退職後の請求か	N	%
はい	128	27.9
いいえ	244	53.3
不明	74	16.2
無回答	12	2.6
全体	458	100



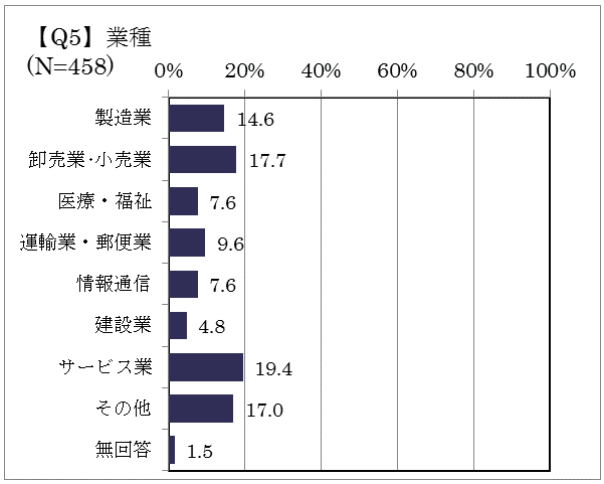
出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求した事例は 128 例(27,9%)であり、全体の約 3 割が退職後に労災請求していた。すなわち、転職、あるいは無職の状態と考えられる事例が 3 割ということになる。また不明、無回答を除くと、34.4%が退職して労災請求していることになる。

4-3 出来事に遭遇した時の会社に勤務しているが、その時点(出来事)から 5 年以上経過

5年以上の経過	N	%
はい	62	13.5
いいえ	203	44.3
不明	49	10.7
無回答	144	31.4
全体	458	100



出来事に遭遇した時の会社に勤務しているが、その時点(出来事)から 5 年以上経過している事例は 62 例(13.5%)であり、不明、無回答を除くと、23.4%が出来事から 5 年以上も経過して労災請求していることになる。



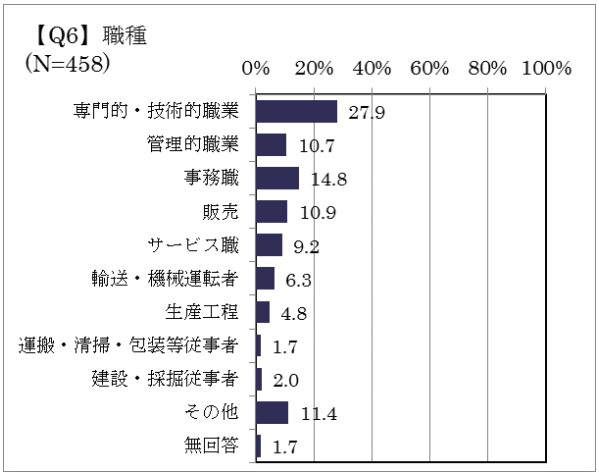
業種	N	%
サービス業	89	19.4
卸売業･小売業	81	17.7
製造業	67	14.6
運輸業・郵便業	44	9.6
医療・福祉	35	7.6
情報通信	35	7.6
建設業	22	4.8
その他	78	17
無回答	7	1.5
全体	458	100

業種で最も多いものはサービス業 89 例(19.4%)、卸売業・小売業 81 例(17.7%)、、製造業 67 例(14.6%)であった。

6.職種

職種	N	%
専門的・技術的職業	128	27.9
事務職	68	14.8
販売	50	10.9
管理的職業	49	10.7
サービス職	42	9.2
輸送・機械運転者	29	6.3
生産工程	22	4.8
建設・採掘従事者	9	2
運搬・清掃・包装等従事者	8	1.7
その他	52	11.4
無回答	8	1.7
全体	458	100

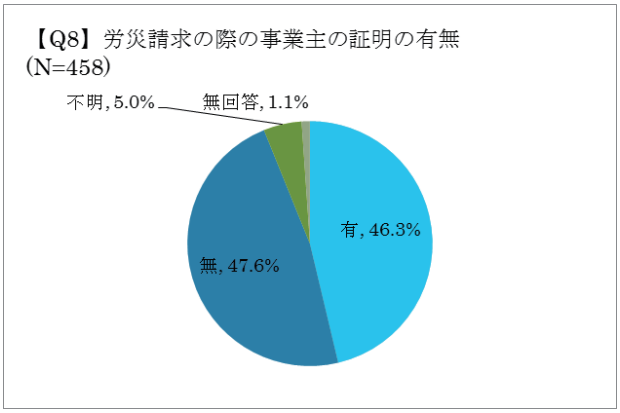
5.業種



職種は専門技術職が 128 例(27.9%)、事務職 68 例(14.8%)、販売、管理的職業と続いた。

7.労災請求の際の事業主の証明

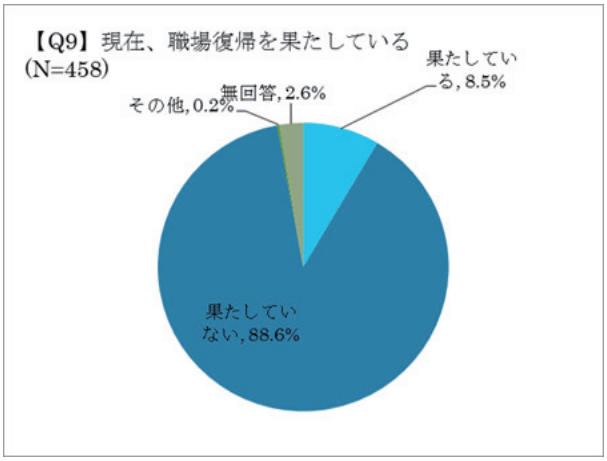
事業主の証明の有無	N	%
有	212	46.3
無	218	47.6
不明	23	5
無回答	5	1.1
全体	458	100



労災請求の際の事業主の証明が労災認定時に得られなかった事例が 218 例(47.6%)で、約半分の事例が労災請求の際に事業主証明が得られていなかった。

8.現在、職場復帰を果たしているか否か

復職	N	%
果たしている	39	8.5
果たしていない	406	88.6
その他	1	0.2
無回答	12	2.6
全体	458	100



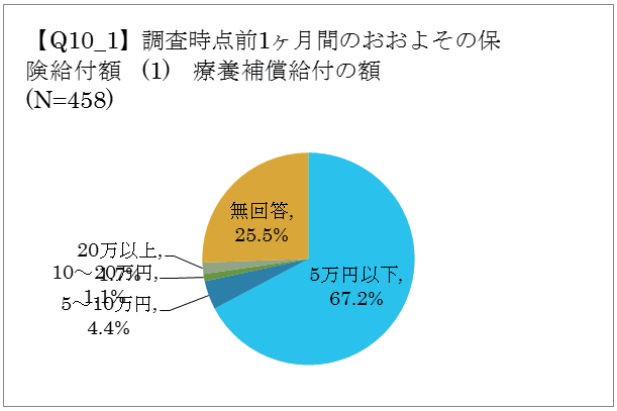
現在、職場復帰を果たしている事例は 39 例(8.5%)であり、この 39 例は職場復帰を果たしていながら症状固定(治ゆ)には至っていなかった。

10　調査時点前 1 ヶ月間のおおよその保険給付額

(1)　療養補償給付の額

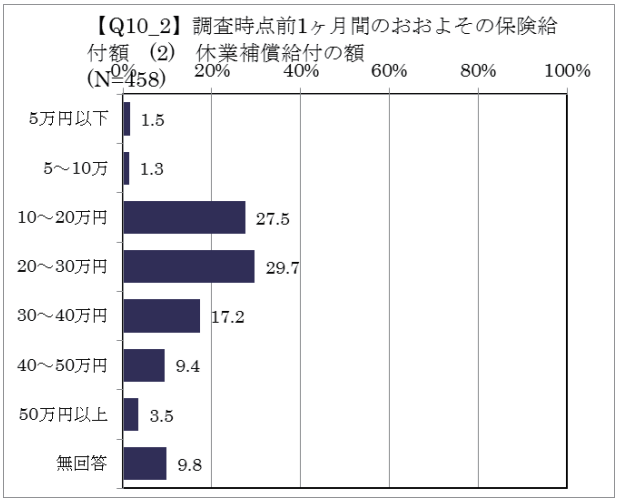
療養保証給付の額	N	%
5万円以下	308	67.2
5～10万円	20	4.4
10～20万円	5	1.1
20万以上	8	1.7
無回答	117	25.5
全体	458	100

治療費等の療養補償給付額は 5 万円以下が 308 例(67.2%)、5～10 万円が 20 例(4.4%)であった。



(2) 休業補償給付の額

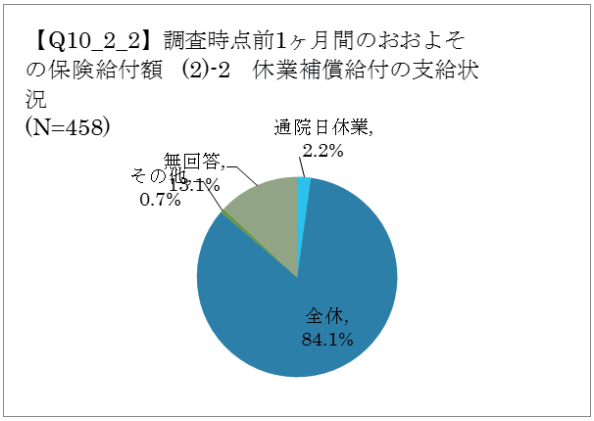
休業補償給付の額	N	%
5万円以下	7	1.5
5～10万	6	1.3
10～20万円	126	27.5
20～30万円	136	29.7
30～40万円	79	17.2
40～50万円	43	9.4
50万円以上	16	3.5
無回答	45	9.8
全体	458	100



生活費等の休業補償給付額は 20~30 万円が 136 例(29.7%)、10～20 万円が 126 例(27.5%)、30～40 万円が 79 例(17,2%)、40～50 万円が 43 例(9.4%)、
50 万円以上は 16 例(3.5%)であり、30 万円以上は 138 例(30.1%)であった。

(2)-2 休業補償給付の支給状況

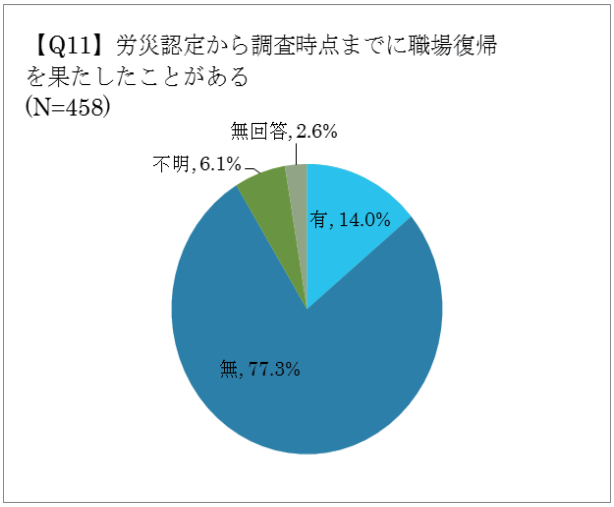
休業補償給付の支給状況	N	%
通院日休業	10	2.2
全休	385	84.1
その他	3	0.7
無回答	60	13.1
全体	458	100



休業補償給付の支給は 385 例(84.1%)であり、通院日のみの休業支給は 10 例(2.2%)であった。

11 労災認定から調査時点までに職場復帰を果たしたことがある

職場復帰の有無	N	%
有	64	14
無	354	77.3
不明	28	6.1
無回答	12	2.6
全体	458	100



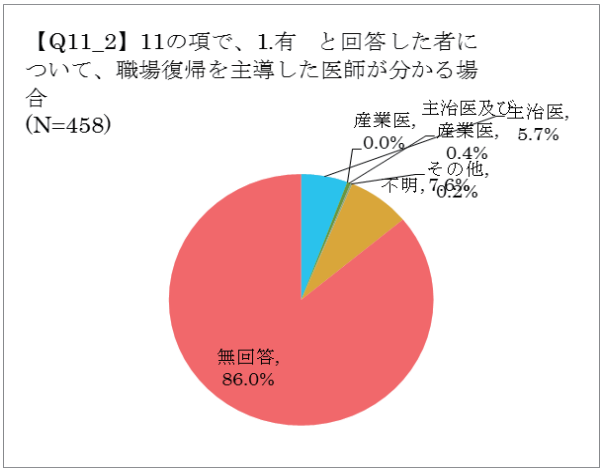
労災認定から調査時点までに職場復帰を果たした

ことがある事例は 64 例（14%）であり、職場復帰を一度もしていない事例は 354 例(77.3%)であった。

11-2　11 の項で、1.有　と回答した者について、職場復帰を主導した医師が分かる場合

所場復帰を主導した医師	N	%
主治医	26	40.6
産業医	0	-
主治医及び産業医	2	3.1
その他	1	1.6
不明	35	54.7
全体	64	100
無回答	394	

職場復帰を主導した医師は、26 例であり、無回答を除いた 64 例中の 40.6%を占めた。

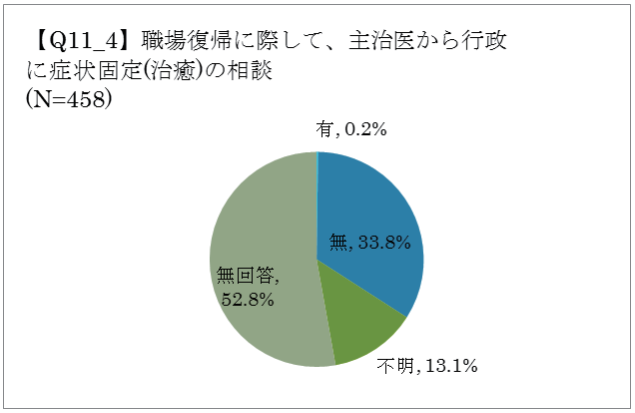


11-3　過去に職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間：年（回答数 53）0-14（範囲）　2.98±2.76（平均値±標準偏差）　1.04-4.33　（四分位範囲）

過去に職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間の平均は、2.98 年であり、簡単に職場復帰しているわけではないことがわかる。

11-4　職場復帰に際して、主治医から行政に症状固定(治ゆ)の相談

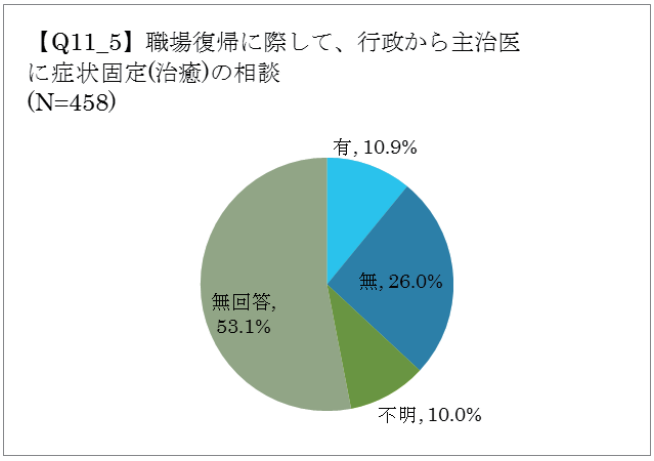
症状固定の相談	N	%
有	1	0.2
無	155	33.8
不明	60	13.1
無回答	242	52.8
全体	458	100



職場復帰に際して、主治医から行政に症状固定(治ゆ)の相談があった事例は 1 例のみであった。

11-5 行政から主治医に症状固定(治ゆ)の相談

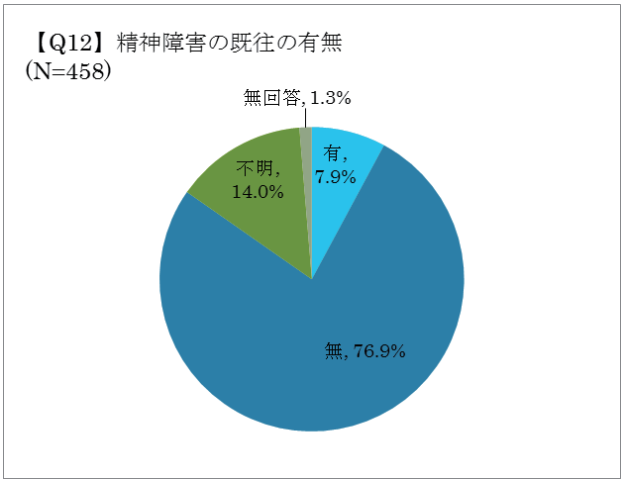
行政からの症状固定の相談	N	%
有	50	10.9
無	119	26
不明	46	10
無回答	243	53.1
全体	458	100



行政から主治医に症状固定(治ゆ)の相談があった事例は 50 例(10.9%)であった。

12.精神障害の既往の有無

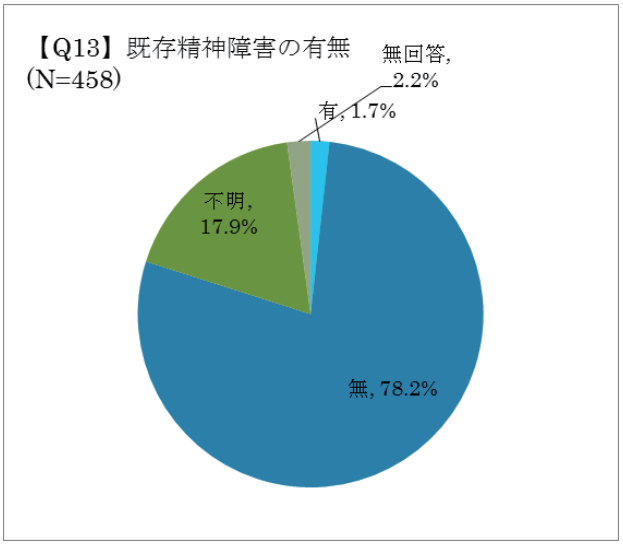
精神障害	N	%
有	36	7.9
無	352	76.9
不明	64	14
無回答	6	1.3
全体	458	100



精神障害の既往のあった事例は 36 例(7.9%)であった。

13.既存精神障害の有無

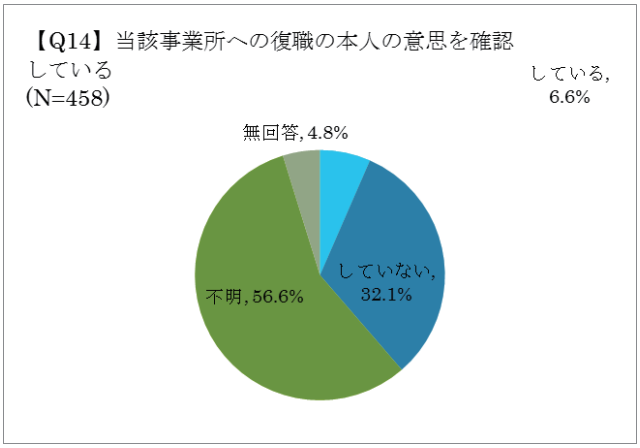
既存精神障害の有無	N	%
有	8	1.7
無	358	78.2
不明	82	17.9
無回答	10	2.2
全体	458	100



労災認定時点で既存精神障害を有していた事例は 8 例(1.7%)のみであった。

14.当該事業所への復職の本人の意思を確認

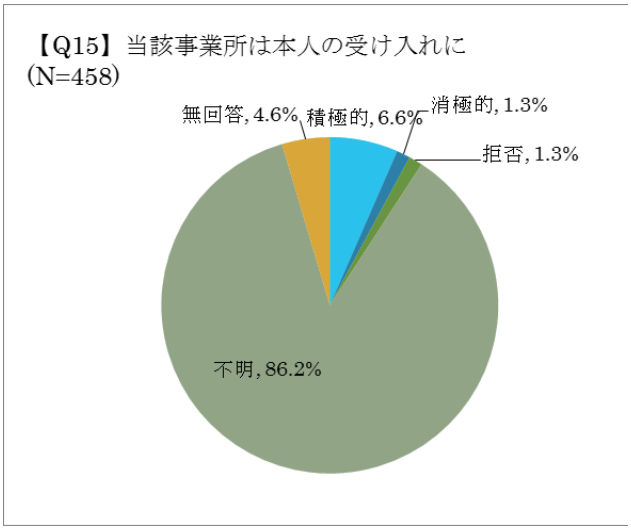
復職の本人の意思の確認	N	%
している	30	6.6
していない	147	32.1
不明	259	56.6
無回答	22	4.8
全体	458	100



当該事業所への復職の本人の意思が確認されている事例は 30 例(6.6%)であった。

15.当該事業所は本人の受け入れ態度

本に抜け入れに対する態度	N	%
積極的	30	6.6
消極的	6	1.3
拒否	6	1.3
不明	395	86.2
無回答	21	4.6
全体	458	100



当該事業所が本人を受け入れることに対し、積極的態度の事例は 30 例(6.6%)、消極的事例は 6 例、拒否している事例は 6 例であった。

③ 認定から調査時点までの期間に関連する事例の背景の探索的解析（山村研究協力員）

1.単変量解析、多変量解析の場合とも「適応障害」<P 値= 0.0466(*)>で認定された場合に、認定から調査までの期間が短く、双極性障害＜P 値= 0.0420(*)＞がある場合に期間が長くなる傾向がみられた。あくまでも 5 年以上の長期事例である。

2. 認定から調査までの期間は、仕事の失敗<P 値= 0.0312(*)＞の出来事としてある場合に長く、役割・地位等の変化が出来事＜P 値=0.0444(*)＞としてある場合に短くなる傾向がある。

3. 労災請求の際の事業主の証明の有無と療養開始から調査時点までの期間の関係に関して、p=0.0652 (t 検定)　事業主の証明がない方は期間が長くなる傾向がある。PTSD p<0.0001　がある場合に証明がある割合が高く、うつ病がある場合に証明がある割合が低い。(p=0.0028)

4. p=0.7597　(分散分析)　有意差はないが、休業給付額が多い方が、平均期間がやや長い傾向がある。

5. p=0.8605　(t 検定)　職場復帰と療養開始から調査時点までの期間には関係がない。

6. 認定された後に傷病名の変更が認定から調査時までの期間に影響を与えるか。

傷病名の変更あり：年（事例数）	傷病名の変更なし：年（事例数）	p値　(t検定)
8.24±3.37　(100)	8.16±3.42 (325)	0.8387

認定後に傷病名が変更は、認定から調査時までの期間に影響はなかった。

7. 出来事に遭遇したときの会社を退職後に請求したかどうかが、認定から調査時までの期間に影響しているか。

退職後請求	退職後の請求なし	p値　(t検定)
8.33±4.44 (108)	7.84±3.35 (206)	0.2207
平均値±標準偏差（事例数）		

出来事に遭遇したときの会社を退職後に請求したかは、認定から調査時までの期間に影響していない。

8. 出来事に遭遇したときの会社に勤務しているが、その時点で（出来事）から 5 年以上経過しているか

経過している	経過していない	p値　(t検定)
7.68±2.82 (52)	7.71±3.51 (166)	0.9556
平均値±標準偏差（事例数）		

出来事に遭遇したときの会社に勤務しているが、その時点で(出来事)から 5 年以上経過しているかは、認定から調査時までの期間に影響していない。

D.考察

1.労災認定された長期療養事例の現状

2015 年 8 月末日の調査時点で症状固定（治ゆ）していない事案のうち療養開始から 3 年以上経過している事例は 720 例、その中で 5 年以上経過している事例は 456 例であった。そして 6 カ月以上、通院の実績がない事例で療養開始から 3 年以上経過している事例は 25 例＜3.5%(=25/720)＞、また 5 年以上経過している事例は 11 例＜2.0%(=11/456)＞）であった。

次に休業補償給付を受給し、療養開始から 3 年以上経過している事例は 623 例＜86.5%（=623/720）男（412 人)、女(211 人)＞、そのうち、5 年以上経過している事例は＜417 人、91.4%(=417/456)）男

(268 人)、女(149 人)>であった。

	6 ヵ月以上の通院実績		計
	あり	なし	
療養開始から3-5年	248 (93.9%)	16 (6.1%)	264
療養開始から5年以上	447 (98.0%)	9 (2.0%)	456

p=0.0039 (χ2 検定)

調査時点で症状固定がなされていない事案で療養開始から 5 年以上経っている事例で、6 ヵ月以上通院実績がない事案の比率が低く<p=0.0039 (χ2 検定)>調査時点で症状固定がなされていない事案で

	休業補償給付の受給		計
	あり	なし	
療養開始から3-5年	206 (78.0%)	58 (22.0%)	264
療養開始から5年以上	417 (91.4%)	39 (8.6%)	456

療養開始から 5 年以上経っている事例で、休業補償給付を受けている事案の比率が高く p=0.0001 (χ2 検定)>という結果が得られた。

2010 年までに自殺ではない精神障害で労災認定

労災認定	精神障害認定	自殺認定	全認定件数
2010年までの件数	1279	585	1884
2012年までの件数	1920	744	2684

された件数は 1279 例であり、2012 年までに同事例は 1920 例である。2015 年 8 月時点の調査で 5 年以上治ゆしていない事例は 456 例(個票集計では 458)、3 年以上治ゆしていない事例は 720 例であり、つまり、調査時点まで 5 年以上治ゆしない事例は 5 年前の自殺ではない労災認定事例全体の 35.8%、3 年前の同労災認定事例全体の 37.5%を占めている。さらに 2015 年 8 月時点で自殺ではない精神障害で労災認定された事例は、2691 例であるため、5 年以上治ゆしていない事例は全体の 17.1%、3 年以上治ゆしていない事例は 16.9%を占めていた。このような状況から推測しても精神障害の症状固定(治ゆ)がいかに困難であるかが、わかるのである。

2.療養開始後 5 年以上の長期療養事例

次に 5 年以上も症状固定(治ゆ)していない事例は、個票(調査票 2)を集計したところ 458 例であった。各労働局の調査票 1)の集計では 456 例であったが、2 例の誤差が生じたが、5 年以上の治ゆしていない事例は 458 例として結果を考察した。

出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求した事例は 128 例(27,9%)であり、不明、無回答を除くと、全体(372)の 34.4%が退職して労災請求していた。すなわち、転職、あるいは無職の状態で労災請求に至った事例が 3 割以上ということになる。また出来事に遭遇した時の会社に勤務しているが、その時点(出来事)から 5 年以上経過している事例は 62 例、不明、無回答を除くと、全体(265)の 23.4%が出来事から 5 年以上も経過して労災請求していることになる。したがって業務上の出来事に遭遇して精神障害を発症し、かなり時間を経て、あるいは退職後に労災請求している事例が存在するということになる。

労災請求の際の事業主の証明が労災認定時に得られなかった事例が 218 例(47.6%)で、約半分の事例が労災請求の際に事業主証明が得られていなかった。

この結果は、精神障害の労災請求過程がスムーズにいかないことがわかる。すなわち、業務が絡んだ精神障害が、たとえば対人関係問題や労務管理に直結する内容が労災請求により事業主の責任問題(安全配慮義務)に発展させる可能性があるがために事業主の証明が簡単に得られないのではないかと推測される。

調査時点で職場復帰を果たしている事例は 39 例(8.5%)であり、この 39 例は職場復帰を果たしていながら症状固定(治ゆ)には至っていなかった。このような事例は再休業に入ると生活費等は再度、休業補償給付から支給されることになる。生活費等の休業補償給付額は 20～30 万円/月が 136 例(29.7%)、10～20 万円/月が 126 例(27.5%)、30～40 万円/月が 79 例(17,2%)、40～50 万円/月が 43 例(9.4%)、50 万円以上/月は 16 例(3.5%)であり、40 万円以上/月は 121 例(26.6%)であった。これらの額は障害厚

生年金の額が 1 級でも年間 966000 円であることを考えると高額となっているが、これは被災労働者に対する休業損害を填補するという労災補償制度に由来するものである。

労災認定から調査時点までに職場復帰を果たしたことがある事例は 64 例（14%）であり、職場復帰を一度もしていない事例は 354 例(77.3%)であった。

この結果も 5 年以上の長期療養をしていながら、職場復帰に向けた療養とは言えない実態が存在すると考えざるを得ない。過去に職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間の平均は、2.98 年であり、簡単に職場復帰しているわけではないことがわかるが、果たして本当に職場復帰訓練等の過程を経て復帰に至ったのか、スムーズに復帰できない理由が存在するからなのか、検討が必要であろう。職場復帰した事例に関して職場復帰を主導した医師は、26 例であり、主治医の労災認定になった精神障害事例に関する職場復帰の役割がいかに少ないかが推測されるのである。職場復帰に際して、主治医から行政に症状固定(治ゆ)の相談があった事例は 1 例のみであった。

行政から主治医に症状固定(治ゆ)の相談があった事例は 50 例(10.9%)のみであった。これらの結果からも、主治医、行政共に長期療養者に職場(社会)復帰の働きかけができていない現状が明らかにされた。また当該事業所への復職の本人の意思が確認されている事例は 30 例(6.6%)のみであり、当該事業所が本人を受け入れることに対し、積極的態度の事例は 30 例(6.6%)、消極的事例は 6 例、拒否している事例は 6 例であった。この結果から考えると、精神障害で療養している患者に休業補償等の生活費は支給しているものの本来の労災保険の目的である早期職場復帰からは逸脱した療養状況が存在し、事業所側の療養者に対する複雑な事情もあり、主治医、行政も早期復職の手段が取ることができない現状が明らかになった。

労災認定時の傷病名がうつ病は全体の 56.3%(258)を占め、その他 13.1%(60)、適応障害 11.6%(53)、PTSD10.7%(49)であった。調査時点で傷病名が変更となった事例は 118 例であり、477 例(複数傷病名)のうち 24.7%が傷病名が変更されていた。調査時点の傷病名で多い疾病はうつ病 28.8%(34)、その他 26.3%(31)、双極性障害 20.3%(24)であった。労災認定時は双極性障害は 8 例のみであったが、調査時点では 24 例の事例が双極性障害に変更されていた。また統合失調症も認定時点では 4 例であったが、調査時点でさらに 8 例が同種病名に変更となっていた。

3.治ゆ(症状固定)しない長期療養事例対策

行政への照会で最も多いのは、生活費等の休業補償給付の支給期間、すなわち 3 年、5 年経過しても症状の改善が認められないという制限のない給付期間に関する照会 19%(8)であり、次に治ゆ判断の基準に関する照会 11%(5)、さらに治療は中止しているのに治ゆの説明に本人が納得しないという内容、主治医から症状固定判断に際し行政を含めた三者面談を希望、産業医との連携等であった。また、一歩上で日本各地の旅行、海外旅行、パチンコの目撃情報等の適切な療養に問題があり、適切な療養に問題があると思わせる照会もみられた。

長期療養の原因に関する行政の回答で最も多いのは、症状が改善しない・就業不安・リハへ導入ができない 26.6%(21)、次に手厚い休業補償給付のために生活に困窮しない、労災患者としての権利を主張 24.1%(21)、主治医の無理解・医療への疑問 13.9%(11)、係争中、事業場と対立している事例も多い 13.9%(11)、‥本来病態は別‥他疾患へ移行し、病状の波があり個体側要因が主体 8.9% (7)、適正給付管理すると症状悪化し、面談すらできなくなる、治癒判断基準なく休業補償支給期間制限なしことも長期療養の大きな原因、本来の病態は別であり、素因や脆弱性が長期療養には大きく関係している等である。

長期療養者に対する職場復帰対策としては、他機関との連携で社会復帰に向けた専門スタッフと行政の連携,職業安定所と連携、主治医と事業場の連携が 18.6%(11)、主治医との定期的な面談や受け入れ体制整備や事業主の指導強化 28,8%(17)、支給期間・要件・金額等の制度改正、適正給付管理対策としての治癒認定 16.9%（10）であり、復職・転職の際の

差額を補填(10 万等)、職場復帰支援助成金制度、リハビリにボランティアをすることを条件、前職場への復帰を義務化する 8.5%(5)等であった。

労災認定から調査時点までの期間に関連する事例の背景の探索的解析（山村研究協力員）では、単変量解析、多変量解析の場合とも「適応障害」＜P 値＝0.0466(*)＞で認定された場合に、認定から調査までの期間が短く、双極性障害＜P 値= 0.0420(*)＞がある場合に期間が長くなる傾向がみられた。あくまでも 5 年以上の長期事例である。 認定から調査までの期間は、仕事の失敗<P 値= 0.0312(*)＞の出来事としてある場合に長く、役割・地位等の変化が出来事＜P 値=0.0444(*)＞としてある場合に短くなる傾向がある。労災請求の際の事業主の証明の有無と療養開始から調査時点までの期間の関係に関して、p=0.0652 (t 検定) 事業主の証明がない労働者はは期間が長くなる傾向があり、疾病別にみると、PTSD p<0.0001 がある場合に証明がある割合が高く、うつ病がある場合に証明がある割合が低い（p=0.0028）という結果が得られた。また、有意差はないが、休業給付額が多い方が、平均期間がやや長い傾向がある。＜p=0.7597 (分散分析) ＞
職場復帰と療養開始から調査時点までの期間の関係には関係がない。＜ p=0.8605 (t 検定) ＞

労災認定された後に傷病名の変更が認定から調査時までの期間に影響に関して、認定後に傷病名が変更は､認定から調査時までの期間に影響はなかった。

出来事に遭遇したときの会社を退職後に請求したかは、認定から調査時までの期間に影響していなかった。出来事に遭遇したときの会社に勤務しているが、その時点で出来事）から 5 年以上経過しているかは、認定から調査時までの期間に影響していなかった。問題は全体(265)の 23.4%が出来事から 5 年以上も経過して労災請求していたという点である。

4.2014 年度労災疾病臨床研究事業「業務に関連した精神科医療の現状と早期復職に関する調査・研究」

労災認定された精神疾患の患者の精神科主治医は 125(35.6%)人、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。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 人に関し､産業医に文書で情報提供したことがある事例は 34(61.8%)､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%）､主治医がスタッフ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。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。

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。

5.2015 年度調査をとうして

2015 年 8 月時点で労災疾病として 5 年以上の長期療養していた事例は 458 例であり、職場復帰を一度もしていない事例は 354 例(77.3%)であった。

この結果は 5 年以上の長期療養をしていながら、職場復帰に向けた療養とは言えない実態が明らかにされた。2014 年度調査（精神科主治医調査）で 3 年以内に職場復帰した事例は、83.6%(66)であったが、今回の調査時点まで 5 年以上治ゆしない事例は 5 年前の自殺ではない労災認定事例全体の 35.8%が治癒していないと考えると、必ずしも精神科主治医の治ゆした事例は 83.6%(66)は、労災認定された精神疾患全体の数値ではないと考えられる。むしろ 2015 年 8 月時点で自殺ではない精神障害で労災認定された事例は、2691 例であるため、5 年以上治ゆしていない事例は全体の 17.1%を占めているため一定の割合で長期療養事例が増加し続けていると考える方が妥当である。

精神科主治医調査からも調査時点で職場復帰を果たしている事例は 66 例(30.4%)、専門スタッフや主治医訪問は数少なく、診療情報提供書のやり取りが 34(61.8%)、労災認定の際の事業主の証明が得られなかった事例は 62 例(28.6%)であったが、今年度調査では長期療養事例は、約半分の事例が労災請求の際に事業主証明が得られていなかった。精神科主治医調査では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%)という順に回答されていたが、今年度も行政に対する調査では長期療養の原因に関する行政の回答で最も多いのは、症状が改善しない・就業不安・リハへ導入ができない 26.6%(21)、次に休業補償給付のために生活に困窮しない、労災患者としての権利を主張 24.1%(21)であり、長期療養者に対する職場復帰対策としては、他機関との連携で社会復帰に向けた専門スタッフと行政の連携,職業安定所と連携、主治医と事業場の連携が 18.6%(11)、主治医との定期的な面談や受け入れ体制整備や事業主の指導強化 28,8%(17)、支給期間・要件・金額等の制度改正、適正給付管理対策としての治癒認定 10（16.9%）であ

り、復職・転職の際の差額を補填(10 万等)、職場復帰支援助成金制度、リハビリにボランティアをすることを条件、前職場への復帰を義務化する 8.5%(5)等であった。すなわち、労災認定された 5 年以上の長期療養者に関しては、調査時点で職場復帰を果たしている事例は 39 例(8.5%)であり、労災認定から調査時点までに職場復帰を果たしたことがある事例は 64 例（14%）であり、職場復帰を一度もしていない事例は 354 例(77.3%)であった。この約 8 割の患者が一度も職場復帰をしていないという実態を、どう考えるかであり、その背景に行政調査での手厚い休業補償給付のために生活に困窮しない等の状況が存在していることは間違いがないであろう。さらに行政調査で早期に職場復帰するためには、職場復帰すると収入減少となるため、その差額分を支払うことを条件とする意見もあり、精神疾患で労災認定された患者を職場復帰・就労支援することに行政側も難渋している実態が明らかにされた。極端に言えば、労災補償という補償に依存している実態が事実である、早急な改善策を検討する時期に来ているのであろう。すなわち、医療機関、行政、企業のみの連携のみ神疾患を有する労災患者の職場復帰や就労支援はスムーズにいかないことは論を待たない。

E.結論

2014 年、2015 年度調査をとうして業務上認定された精神疾患を有した患者の職場復帰・就労がいかに困難か、明らかにされたが、精神科主治医、事業所、行政の三者ともに、この長期療養者の対応に難渋していることが明らかになった。今後は、労災患者の治ゆ判定の基準や、労災保険の根幹である「治癒するまで障害認定しない」という条件等も早急に検討し、業務上疾病として労災保険が適用された療養、休業が適切に公平に行われることを期待する、

参考文献

1. 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

2. 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

H. 知的財産権の出願・登録状況　なし

認定から調査時点までの期間に関連する事例の背景の探索的解析　　山村重雄

1.認定時の年齢と認定から調査時点までの期間との関係　（線形回帰）

回帰係数は-0.001（p=0.9614）で、認定時の年齢は認定から調査時点までの期間に影響していない

2. 労災認定時の傷病名との関係（単変量解析）

傷病名	傷病がある場合の平均期間：年（事例数）	傷病がない場合の平均期間：年（事例数）	p 値（検定）
急性ストレス反応	7.95 (12)	9.20 (406)	0.8104
PTSD	8.50 (45)	8.16 (373)	0.5196
適応障害	6.97 (46)	8.34 (372)	0.0100(*)
うつ病	8.15 (240)	8.26 (178)	0.7427
気分障害	9.42 (15)	8.15 (403)	0.1589
統合失調症	8.71 (4)	8.19 (414)	0.7626
双極性障害	10.93 (8)	8.14 (410)	0.0224(*)
神経症性障害	8.77 (9)	8.18 (409)	0.6107

各傷病の有無が認定から調査までの期間に影響しているか（多変量解析）（期間が長くなると推定値が正の値になるように変換した）

傷病名	傷病がある場合の平均期間：年（事例数）	傷病がない場合の平均期間：年（事例数）	p 値(検定）
急性ストレス反応	7.95 (12)	9.20 (406)	0.8104
PTSD	8.50 (45)	8.16 (373)	0.5196
適応障害	6.97 (46)	8.34 (372)	0.0100(*)
うつ病	8.15 (240)	8.26 (178)	0.7427
気分障害	9.42 (15)	8.15 (403)	0.1589
統合失調症	8.71 (4)	8.19 (414)	0.7626
双極性障害	10.93 (8)	8.14 (410)	0.0224(*)
神経症性障害	8.77 (9)	8.18 (409)	0.6107

各傷病の有無が認定から調査までの期間に影響しているか（多変量解析）（期間が長くなると推定値が正の値になるように変換した）

項	推定値	標準誤差	t 値	p 値
急性ストレス反応	-0.113	0.516	0.22	0.8266
PTSD	0.107	0.333	-0.32	0.7487
適応障害	-0.661	0.331	2	0.0466(*)
うつ病	-0.074	0.249	0.3	0.768
気分障害	0.558	0.495	-1.13	0.2611
統合失調症	0.222	0.868	-0.26	0.7985
双極性障害	1.312	0.644	-2.04	0.0420(*)
神経症性障害	0.233	0.612	-0.38	0.7028

単変量解析、多変量解析の場合とも「適応障害」で認定された場合に、認定から調査までの期間が短く、双極性障害がある場合に期間が長くなる傾向がみられた。

3.認定された後に傷病名の変更が認定から調査時までの期間に影響を与えるか。

傷病名の変更あり：年（事例数）	傷病名の変更なし：年（事例数）	p 値 (t 検定)
8.24±3.37 (100)	8.16 ± 3.42 (325)	0.8387

認定後に傷病名が変更は、認定から調査時までの期間に影響はなかった。

4.認定傷病名と出来事の関係(多変量解析) 推定値が正の値で $p<0.05$ が要因となっていると考えられる。

できごと	推定値	標準誤差	ｶｲ2 乗	p 値
事故や災害の体験	**1.613**	0.371	18.88	<.0001(*)
仕事の失敗	-0.367	0.597	0.38	0.5388
過重な責任の発生	-8.613	836.227	0	0.9918
身分の変化	-8.726	2600.949	0	0.9973
役割･地位等の変化	-0.661	0.563	1.38	0.24
対人関係のトラブル	-0.527	0.437	1.45	0.2278
対人関係の変化	-7.659	4728.917	0	0.9987

事故や災害の体験は PTSD の要因となる。

4-1. 急性ストレス反応

できごと	推定値	標準誤差	ｶｲ2 乗	p 値
事故や災害の体験	**1.699**	0.518	10.77	0.0010(*)
仕事の失敗	0.847	0.517	2.68	0.1014
過重な責任の発生	-0.411	0.563	0.53	0.4652
身分の変化	-6.921	1011.615	0	0.9945
役割･地位等の変化	-7.182	613.141	0	0.9907
対人関係のトラブル	0.643	0.427	2.27	0.1321
対人関係の変化	-6.048	1858.02	0	0.9974

事故や災害の体験は急性ストレス反応の要因となる。

4-2 PTSD

4.3 適応障害

できごと	推定値	標準誤差	ｶｲ2 乗	p 値
事故や災害の体験	-0.542	0.26	4.33	0.0375(*)
仕事の失敗	-0.375	0.258	2.12	0.1457
過重な責任の発生	-0.325	0.185	3.09	0.079
身分の変化	0.381	0.352	1.17	0.2787
役割･地位等の変化	-0.414	0.32	1.68	0.1952
対人関係のトラブ	0.348	0.18	3.75	0.0527

ル				
対人関係の変化	-7.326	726.647	0	0.992

適応障害に関しては有意に関連性のある出来事はない。

4-4. うつ病

できごと	推定値	標準誤差	カイ2乗	p値
事故や災害の体験	-0.926	0.173	28.68	<.0001(*)
仕事の失敗	0.142	0.163	0.76	0.3829
過重な責任の発生	**0.447**	0.131	11.63	0.0007(*)
身分の変化	0.392	0.321	1.49	0.2221
役割・地位等の変化	**0.67**	0.223	9.05	0.0026(*)
対人関係のトラブル	-0.022	0.137	0.03	0.8716
対人関係の変化	0.289	0.575	0.25	0.6157

過重な責任の発生、役割・地位等の変化はうつ病の要因となる。

4-5. 気分障害

できごと	推定値	標準誤差	カイ2乗	p値
事故や災害の体験	-7.86	738.566	0	0.9915
仕事の失敗	**0.645**	0.3	4.62	0.0316(*)
過重な責任の発生	0.236	0.32	0.54	0.4607
身分の変化	-7.695	1740.55	0	0.9965
役割・地位等の変化	-7.842	1109.477	0	0.9944
対人関係のトラブル	-0.423	0.406	1.09	0.2965
対人関係の変化	-7.612	3053.049	0	0.998

仕事の失敗は気分障害の要因となる。

4-6 統合失調症

できごと	推定値	標準誤差	カイ2乗	p値
事故や災害の体験	-6.098	941.052	0	0.9948
仕事の失敗	-7.237	1359.095	0	0.9958
過重な責任の発生	8.513	648.321	0	0.9895
身分の変化	-6.801	2158.866	0	0.9975
役割・地位等の変化	1.068	0.637	2.81	0.0935
対人関係のトラブル	0.183	0.715	0.07	0.7977
対人関係の変化	**2.096**	0.831	6.37	0.0116(*)

対人関係の変化が統合失調症の要因となる。

4-7 双極性障害

できごと	推定値	標準誤差	カイ2乗	p値

事故や災害の体験	-7.523	739.905	0	0.9919
仕事の失敗	0.364	0.456	0.64	0.4243
過重な責任の発生	0.263	0.479	0.3	0.5829
身分の変化	-7.316	1754.796	0	0.9967
役割・地位等の変化	-7.484	1117.343	0	0.9947
対人関係のトラブル	-0.365	0.581	0.4	0.5296
対人関係の変化	-7.313	3062.866	0	0.9981

双極性障害に関しては有意に関連性のある出来事はない。

4-8　神経症性障害

できごと	推定値	標準誤差	ｶｲ2乗	p値
事故や災害の体験	0.255	0.556	0.21	0.6467
仕事の失敗	-7.659	944.49	0	0.9935
過重な責任の発生	0.251	0.524	0.23	0.6321
身分の変化	-7.529	1782.48	0	0.9966
役割・地位等の変化	-7.597	1125.156	0	0.9946
対人関係のトラブル	-0.349	0.6	0.34	0.5605
対人関係の変化	-7.407	3057.343	0	0.9981

神経症性障害に関しては有意に関連性のある出来事はない。

5-1.出来事と認定から調査までの期間の関係（期間が長くなると正の値になるように変換した）

できごと	推定値	標準誤差	t値	p値
事故や災害の体験	0.374	0.255	-1.47	0.1437
仕事の失敗	**0.548**	0.253	-2.16	0.0312(*)
過重な責任の発生	0.243	0.205	-1.18	0.2368
身分の変化	-0.146	0.449	0.32	0.7456
役割・地位等の変化	**-0.62**	0.307	2.02	0.0444(*)
対人関係のトラブル	-0.354	0.217	1.63	0.1043
対人関係の変化	0.119	0.854	-0.14	0.8892

認定から調査までの期間は、仕事の失敗の出来事としてある場合に長く、役割・地位等の変化が出来事としてある場合に短くなる傾向がある。

5-2 性別による出来事の変化

出来事	p値　（χ二乗検定）
自己や災害の体験	<0.001　（女性が多い）
仕事の失敗	0.4773
過重な責任の発生	<0.001　（男性が多い）
身分の変化	0.9949
役割地位等の変化	0.5548
対人関係のトラブル	0.2476
対人関係の変化	0.7533

6.　100 時間以上の時間外労働の有無が認定から調査までの期間に影響しているか。

100 時間以上の時間外労働あり	100 時間以上の時間外労働なし	p 値 (t 検定)
8.19±3.17 (171)	7.76 ± 3.52 (193)	0.22

平均値±標準偏差（事例数）

100 時間以上の時間外労働は、認定から調査時までの期間に影響はなかった。

7. 100 時間以上の時間外労働と認定時の傷病名の関係（多変量解析）(100 時間労働を増やす因子となっている要因が正となるように表示)

傷病名	推定値	標準誤差	ｶｲ 2 乗	p 値
急性ストレス反応	-0.988	0.537	3.38	0.0658
PTSD	-8.767	733.757	0	0.9905
適応障害	-0.053	0.218	0.06	0.8064
うつ病	**0.483**	0.174	7.7	0.0055(*)
気分障害	**0.92**	0.367	6.29	0.0122(*)
統合失調症	9.317	2200.774	0	0.9966
双極性障害	**1.291**	0.559	5.34	0.0208(*)
神経症性障害	0.665	0.389	2.92	0.0875

うつ病、気分障害、双極性障害の場合、100 時間以上の時間外労働の要因となっていない。

7-1. 100 時間以上の時間外労働と調査時時の傷病名の関係（多変量解析）(100 時間労働を増やす因子となっている要因が正となるように表示)

傷病名	推定値	標準誤差	ｶｲ2 乗	p 値
急性ストレス反応	-8.529	2719.764	0	0.9975
PTSD	-8.524	1110.336	0	0.9939
適応障害	-0.617	0.563	1.2	0.273
うつ病	-0.005	0.206	0	0.9809
気分障害	0.22	0.388	0.32	0.5707
統合失調症	-0.067	0.387	0.03	0.8623
双極性障害	**0.688**	0.262	6.89	0.0087
神経症性障害	-8.525	2719.764	0	0.9975

双極性障害の場合、100 時間以上の時間外労働の要因となっていない。

8. 100 時間以上の時間外労働と出来事の関係（多変量解析）(100 時間労働を増やす因子の要因が正となるように表示)

できごと	推定値	標準誤差	ｶｲ2 乗	p 値
事故や災害の体験	-0.999	0.246	16.47	<.0001(*)
仕事の失敗	0.102	0.186	0.3	0.5842
過重な責任の発生	**1.051**	0.15	49	<.0001(*)
身分の変化	-0.118	0.328	0.13	0.7183
役割・地位等の変化	**0.562**	0.215	6.84	0.0089(*)
対人関係のトラブル	-0.309	0.155	3.98	0.0460(*)
対人関係の変化	0.857	0.599	2.05	0.1525

過重な責任の発生、役割・地位等の変化は 100 時間以上の時間外労働の要因となっている。

9. 出来事に遭遇したときの会社を退職後に請求したかどうかが、認定から調査時までの期間に影響しているか。

退職後請求	退職後の請求なし	p 値 (t 検定)

8.33±4.44 (108)	7.84 ± 3.35 (206)	0.2207

平均値±標準偏差（事例数）

出来事に遭遇したときの会社を退職後に請求したかは、認定から調査時までの期間に影響していない。

10. 出来事に遭遇したときの会社に勤務しているが、その時点で（出来事）から 5 年以上経過しているか

経過している	経過していない	p 値 (t 検定)
7.68±2.82 (52)	7.71 ± 3.51 (166)	0.9556

平均値±標準偏差（事例数）

出来事に遭遇したときの会社に勤務しているが、その時点で（出来事）から 5 年以上経過しているかは、認定から調査時までの期間に影響していない。

11.業種と認定傷病の関係

11-1 傷病名：急性ストレス反応

p=0.4831（χ二乗検定）

度数 (%)	なし	あり	計
製造業	64 (95.52)	3 (4.48)	67
卸売り・小売業	74 (93.67)	5 (6.33)	79
医療・福祉	34 (97.14)	1 (2.86)	35
運輸業・郵便業	42 (95.45)	2 (4.55)	44
情報通信	35 (100.00)	0 (0.00)	35
建設業	22 (100.00)	0 (0.00)	22
サービス業	88 (98.88)	1 (1.12)	89
その他	76 (97.44)	2 (2.56)	78
	435	14	449

11-2 傷病名：PTSD p=0.0498(*) （χ二乗検定）

建設業で多い

度数 (%)	なし	あり	計
製造業	62 (92.54)	5 (7.46)	67
卸売り・小売業	68 (86.08)	11 (13.92)	79
医療・福祉	30 (85.71)	5 (14.29)	35
運輸業・郵便業	37 (84.09)	7 (15.91)	44
情報通信	35 (100.00)	0 (0.00)	35
建設業	16 (72.73)	6 (27.27)	22
サービス業	81 (91.01)	8 (8.99)	89
その他	71 (91.03)	7 (8.97)	78
	400	49	449

11-3 傷病名：適応障害 p=0.0667 （χ二乗検定）

度数 (%)	なし	あり	計
製造業	57 (85.07	10 (14.93)	67
卸売り・小売業	70 (88.61)	9 (11.39)	79
医療・福祉	26 (74.29)	9 (25.71)	35
運輸業・郵便業	37 (84.09)	7 (15.91)	44
情報通信	31 (88.57)	4 (11.43)	35
建設業	22 (100.00)	0 (0.00)	22
サービス業	80 (89.89)	9 (10.11)	89
その他	73 (93.59)	5 (6.41)	78
	396	53	449

11-4 うつ病 p=0.0053 （χ二乗検定） 医療・福祉業で少ない。

度数 (%)	なし	あり	計
製造業	32 (47.76)	35 (52.24)	67
卸売り・小売業	32 (40.51)	47 (59.49)	79
医療・福祉	23 (65.71)	12 (34.29)	35
運輸業・郵便業	24 (54.55)	20 (45.45)	44
情報通信	17 (48.57)	18 (51.43)	35
建設業	11 (50.00)	11 (50.00)	22
サービス業	28 (31.46)	61 (68.54)	89
その他	25 (32.05)	53 (67.95)	78
	192	257	449

11-5 傷病名：気分障害 p=0.0216 （χ二乗検定）期待値が小さい値があるので p 値は参考

度数 (%)	なし	あり	計
製造業	66 (98.51)	1 (1.49)	67
卸売り・小売業	78 (98.73)	1 (1.27)	79
医療・福祉	33 (94.29)	2 (5.71)	35
運輸業・郵便業	43 (97.73)	1 (2.27)	44
情報通信	30 (85.71)	5 (14.29)	35
建設業	22 (100.00)	0 (0.00)	22

サービス業	86 (96.63)	3 (3.37)	89
その他	76 (97.44)	2 (2.56)	78
	434	15	449

11-6　傷病名:統合失調症　　p=0.6740（χ二乗検定）
期待値が小さい値があるのでp値は参考

度数 (%)	なし	あり	計
製造業	67 (100.00)	0 (0.00)	67
卸売り・小売業	78 (98.73)	1 (1.27)	79
医療・福祉	35 (100.00)	0 (0.00)	35
運輸業・郵便業	44 (100.00)	0 (0.00)	44
情報通信	34 (97.14)	1 (2.86)	35
建設業	22 (100.00)	0 (0.00)	22
サービス業	88 (98.88)	1 (1.12)	89
その他	78 (100.00)	0 (0.00)	78
	446	3	449

11-7 傷病名 : 双極性障害　p=0.0317(*)（χ二乗検定）
期待値が小さい値があるのでp値は参考

度数 (%)	なし	あり	計
製造業	63 (94.03)	4 (5.97)	67
卸売り・小売業	78 (98.73)	1 (1.27)	79
医療・福祉	35 (100.00)	0 (0.00)	35
運輸業・郵便業	44 (100.00)	0 (0.00)	44
情報通信	33 (94.29)	2 (5.71)	35
建設業	21 (95.45)	1 (4.55)	22
サービス業	89 (100.00)	0 (0.00)	89
その他	78 (100.00)	0 (0.00)	78
	441	8	449

11-8 傷病名:神経症性障害　p=0.4234　（χ二乗検定）
期待値が小さい値があるのでp値は参考

度数 (%)	なし	あり	計
製造業	65 (97.01)	2 (2.99)	67
卸売り・小売業	78 (98.73)	1 (1.27)	79
医療・福祉	34 (97.14)	1 (2.86)	35
運輸業・郵便業	42 (95.45)	2 (4.55)	44
情報通信	33 (94.29)	2 (5.71)	35
建設業	22 (100.00)	0 (0.00)	22
サービス業	89 (100.00)	0 (0.00)	89
その他	77 (98.72)	1 (1.28)	78
	440	9	449

11-9 性別による傷病名の比率の違い　（χ二乗検定）

労災時の傷病名	p値
急性ストレス反応	p=0.0286（女性に多い）
PTSD	p=0.0002（女性に多い）
適応障害	p=0.0493（女性に多い）
うつ病	p=<0.001（男性の多い）
気分障害	p=0.2652
統合失調症	p=0.1554
双極性障害	p=0.2072
神経症性障害	p=0.2072

11-10　業種と療養開始時点から調査時点までの期間の関係

業種	件数	平均値	標準偏差
製造業	63	8.07	3.75
卸売り・小売業	71	7.81	3.02
医療・福祉	34	7.21	2.87
運輸業・郵便業	42	8.05	3.63
情報通信	32	9.84	3.64
建設業	20	7.64	4.35
サービス業	84	7.98	2.96
その他	72	8.8	3.57

p=0.0439(*) 分散分析
Tukey の方法により、情報通信－医療・福祉の群間に有意差あり。(p=0.0373(*))

11-11　業種と残業時間　（不明を除外して解析）
p<0.0001　（χ二乗検定）

度数 (%)	なし	あり	計
製造業	29 (49.15)	30 (50.85)	59
卸売り・小売業	31 (43.06)	41 (56.94)	72
医療・福祉	4 (13.33)	26 (86.67)	30
運輸業・郵便業	19 (46.34)	22 (53.66)	41

情報通信	25 (83.33)	5 (16.67)	30
建設業	4 (22.22)	14 (77.78)	18
サービス業	46 (60.53)	30 (39.47)	76
その他	26 (40.63)	38 (59.38)	64
	184	206	390

情報通信業者に 100 時間以上の時間外労働をしている人が多く、医療・福祉に 100 時間以上の時間外労働をしている人が少ない。

12　職種との関係

12-1　傷病名 : 急性ストレス反応 p=0.3267（χ二乗検定）期待値が小さい値があるので p 値は参考

度数 (%)	なし	あり	計
専門的・技術的職業	125 (98.43)	2 (1.57)	127
管理的職業	45 (97.83)	1 (2.17)	46
事務職	66 (98.51)	1 (1.49)	67
販売	45 (95.74)	2 (4.26)	47
サービス業	39 (95.12)	2 (4.88)	41
輸送・機械運転者	29 (100.00)	0 (0.00)	29
生産工程	20 (90.91)	2 (9.09)	22
運搬･清掃･包装等従事者	8 (100.00)	0 (0.00)	8
建設・採掘従事者	9 (100.00)	0 (0.00)	9
その他	46 (92.00)	4 (8.00)	50
	432	14	446

12-2　傷病名 : PTSD p=0.0054(*)（χ二乗検定）期待値が小さい値があるので p 値は参考

度数 (%)	なし	あり	計
専門的・技術的職業	120 (94.49)	7 (5.51)	127
管理的職業	44 (95.65)	2 (4.35)	46
事務職	61 (91.04)	6 (8.96)	67
販売	39 (82.98)	8 (17.02)	47
サービス業	37 (90.24)	4 (9.76)	41
輸送・機械運転者	24 (82.76)	5 (17.2)4	29
生産工程	18 (81.82)	4 (18.18)	22
運搬･清掃･包装等従事者	8 (100.00)	0 (0.00)	8
建設・採掘従事者	5 (55.56)	4 (44.44)	9
その他	42 (84.00)	8 (16.00)	50
	398	48	446

12-3　傷病名 : 適応障害　　p=0.8439（χ二乗検定）期待値が小さい値があるので p 値は参考

度数 (%)	なし	あり	計
専門的・技術的職業	112 (88.19)	15 (11.81)	127
管理的職業	43 (93.48)	3 (6.52)	46
事務職	60 (89.55)	7 (10.45)	67
販売	39 (82.98)	8 (17.02)	47
サービス業	36 (87.80)	5 (12.20)	41
輸送・機械運転者	24 (82.76)	5 (17.24)	29
生産工程	19 (86.36)	3 (13.64)	22
運搬･清掃･包装等従事者	7 (87.50)	1 (12.50)	8
建設・採掘従事者	9 (100.00)	0 (0.00)	9
その他	45 (90.00)	5 (10.00)	50
	394	52	446

12-4 傷病名：うつ病　　p=0.0580（χ二乗検定）

度数 (%)	なし	あり	計
専門的・技術的職業	52 (40.94)	75 (59.06)	127
管理的職業	12 (26.09)	34 (73.91)	46
事務職	22 (32.84)	45 (67.16)	67
販売	26 (55.32)	21 (44.68)	47
サービス業	18 (43.90)	23 (56.10)	41
輸送・機械運転者	16 (55.17)	13 (44.83)	29
生産工程	12 (54.55)	10 (45.45)	22
運搬･清掃･包装等従事者	3 (37.50)	5 (62.50)	8
建設・採掘従事者	6 (66.67)	3 (33.33)	9
その他	22 (44.00)	28 (56.00)	50
	189	257	446

12-5 傷病名：気分障害　　p=0.3295　（χ二乗検定）
期待値が小さい値があるのでp値は参考

度数 (%)	なし	あり	計
専門的・技術的職業	118 (92.91)	9 (7.09)	127
管理的職業	45 (97.83)	1 (2.17)	46
事務職	65 (97.01)	2 (2.99)	67
販売	46 (97.87)	1 (2.13)	47
サービス業	39 (95.12)	2 (4.88)	41
輸送・機械運転者	29 (100.00)	0 (0.00)	29
生産工程	22 (100.00)	0 (0.00)	22
運搬･清掃･包装等従事者	8 (100.00)	0 (0.00)	8
建設・採掘従事者	9 (100.00)	0 (0.00)	9
その他	50 (100.00)	0 (0.00)	50
	431	15	446

12-6 傷病名：統合失調症　p=0.0913（χ二乗検定）期待値が小さい値があるのでp値は参考

度数 (%)	なし	あり	計
専門的・技術的職業	126 (99.21)	1 (0.79)	127
管理的職業	46 (100.00)	0 (0.00)	46
事務職	66 (98.51)	1 (1.49)	67
販売	46 (97.87)	1 (2.13)	47
サービス業	41 (100.00)	0 (0.00)	41
輸送・機械運転者	29 (100.00)	0 (0.00)	29
生産工程	22 (100.00)	0 (0.00)	22
運搬･清掃･包装等従事者	7 (87.5)	1 (12.50)	8
建設・採掘従事者	9 (100.00)	0 (0.00)	9
その他	50 (100.00)	0 (0.00)	50
	442	4	446

12-7 傷病名：双極性障害　p=0.4929（χ二乗検定）期待値が小さい値があるのでp値は参考

度数 (%)	なし	あり	計
専門的・技術的職業	122 (96.06)	5 (3.94)	127
管理的職業	45 (97.83)	1 (2.17)	46
事務職	67 (100.00)	0 (0.00)	67
販売	46 (97.87)	1 (2.13)	47
サービス業	4 (100.00)	0 (0.00)	41
輸送・機械運転	29 (100.00)	0 (0.00)	29

者			
生産工程	22 (100.00)	0 (0.00)	22
運搬・清掃・包装等従事者	8 (100.00)	0 (0.00)	8
建設・採掘従事者	9 (100.00)	0 (0.00)	9
その他	50 (100.00)	0 (0.00)	50
	439	7	446

12-8 傷病名：神経症性障害　　p=0.4226（χ二乗検定）期待値が小さい値があるのでｐ値は参考

度数 (%)	なし	あり	計
製造業	65 (97.01)	2 (2.99)	67
卸売り・小売業	77 (98.72)	1 (1.28)	78
医療・福祉	34 (97.14)	1 (2.86)	35
運輸業・郵便業	41 (95.35)	2 (4.65)	43
情報通信	33 (94.29)	2 (5.71)	35
建設業	21 (100.00)	0 (0.00)	21
サービス業	89 (100.00)	0 (0.00)	89
その他	77 (98.72)	1 (1.28)	78
	437	9	446

12-9　職種と療養開始から調査時点までの時間の関係 p=0.4511 (分散分析)

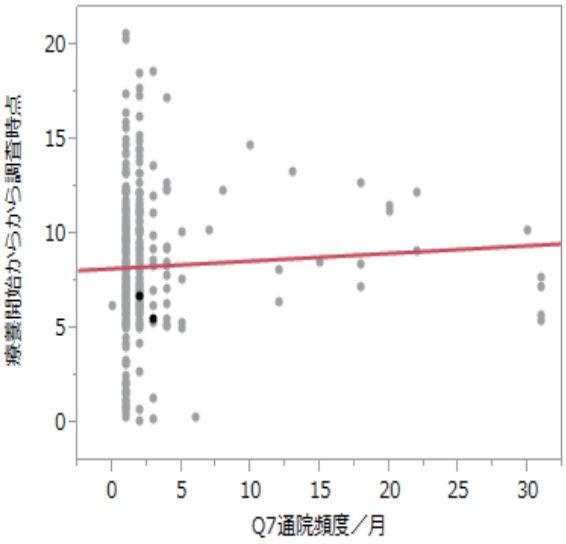
職種	事例数	平均	標準偏差
専門的･技術的職業	120	8.42	3.54
管理的職業	45	8.34	3.8
事務職	63	7.87	2.89
販売	42	7.91	3.49
サービス業	39	7.61	3.2
輸送･機械運転者	27	8.79	2.6
生産工程	20	7.79	2.76
運搬・清掃・包装等従事者	6	10.21	2.85
建設･採掘従事者	8	6.69	4.78
その他	44	8.84	3.89

12-10　職種と 100 時間以上の時間外労働の有無の関係 p=0.0024（χ二乗検定）　専門的･技術的職業で多い傾向

度数 (%)	あり	なし	計
専門的・技術的職業	70 (63.06)	41 (36.94)	111
管理的職業	23 (54.76)	19 (45.24)	42
事務職	24 (38.10)	39 (61.90)	63
販売	13 (33.33)	26 (66.67)	39
サービス業	15 (42.86)	20 (57.14)	35
輸送・機械運転者	12 (46.15)	14 (53.85)	26
生産工程	5 (29.41)	12 (70.59)	17
運搬･清掃･包装等従事者	4 (66.67)	2 (33.33)	6
建設・採掘従事者	1 (12.50)	7 (87.50)	8
その他	16 (39.02)	25 (60.98)	41
	183	205	388

13-1　通院の頻度と療養開始から調査時点までの期間の関係

傾きは 0.0405(p=0.3086)であり、通勤頻度と療養開始から調査時点までの期間に関係は見られなかった。



13-2　傷病と通院頻度の関係

急性ストレス反応　p=0.7951　(t 検定)

傷病	件数	平均通院回数(/週)	標準偏差
なし	410	2.45	4.41
あり	14	2.14	2.45

PTSD　p=0.1891　　(t 検定)

傷病	件数	平均通院回数(/週)	標準偏差
なし	378	2.34	4.21
あり	46	3.24	5.47

適応障害 p=0.6522　　(t 検定)

傷病	件数	平均通院回数(/週)	標準偏差
なし	377	2.47	4.45
あり	47	2.17	3.64

うつ病 p=0.8464　(t 検定)

傷病	件数	平均通院回数(/週)	標準偏差
なし	180	2.49	4.02
あり	244	2.41	4.6

気分障害 p=0.5723 (t 検定)

傷病	件数	平均通院回数(/週)	標準偏差
なし	409	2.42	4.36
あり	15	3.07	4.4

統合失調症　p=0.5664　(t 検定)

傷病	件数	平均通院回数(/週)	標準偏差
なし	421	2.45	4.38
あり	3	1	0

双極性障害　p=0.4774　(t 検定)

傷病	件数	平均通院回数(/週)	標準偏差
なし	417	2.42	4.33
あり	7	3.57	6.37

神経症性障害　p=0.6419　(t 検定)

傷病	件数	平均通院回数(/週)	標準偏差
なし	415	2.43	4.38
あり	9	3.11	3.44

14.労災請求の際の事業主の証明の有無と療養開始から調査時点までの期間の関係

事業主の証明	件数	平均(年)	標準偏差
あり	200	7.77	3.02
なし	199	8.53	3.71

p=0.0652　(t 検定)　事業主の証明がない方は期間が長くなる傾向がある。

14-1　傷病：急性ストレス反応と事業主の証明有無

傷病	証明あり	証明なし	計
なし	204 (49.28)	210 (50.72)	414
あり	7 (50.00)	7 (50.00)	14

	211	217	428

件数(%)　p=0.9575

14-2 傷病：PTSD と事業主の証明有無

傷病	証明あり	証明なし	計
なし	171 (45.00)	209 (55.00)	380
あり	40 (83.33)	8 (16.67)	48

件数(%)　p<0.0001　PTSD がある場合に証明がある割合が高い

14-3　傷病：適応障害と事業主の証明有無

傷病	証明あり	証明なし	計
なし	188 (50.00)	188 (50.00)	376
あり	23 (44.23)	29 (55.77)	52
	211	217	428

件数(%)　p=0.0028　うつ病がある場合に証明がある割合が低い

14-4 傷病：うつ病と事業主の証明有無

傷病	証明あり	証明なし	計
なし	108 (57.45)	80 (42.55)	188
あり	103 (42.92)	137 (57.08)	240
	211	217	428

14-5　傷病：気分障害と事業主の証明有無

傷病	証明あり	証明なし	計
なし	204 (49.39)	209 (50.61)	413
あり	7 (46.67)	8 (53.33)	15
	211	217	428

件数(%)　p=0.8355

14-6 傷病：統合失調症と事業主の証明有無

傷病	証明あり	証明なし	計
なし	210 (49.53)	214 (50.47)	424
あり	1 (25.00)	3 (75.00)	4
	211	217	428

件数(%)　p=0.3288

14-7 傷病：双極性障害と事業主の証明有無

傷病	証明あり	証明なし	計
なし	208 (49.52)	212 (50.48)	420
あり	3 (37.50)	5 (62.50)	8
	211	217	428

件数(%)　p=0.5004

14-8 傷病：神経症性障害と事業主の証明有無

傷病	証明あり	証明なし	計
なし	208 (49.64)	211 (50.36)	419
あり	3 (33.33)	6 (66.67)	9
	211	217	428

件数(%)　p=0.3329

15　職場復帰と療養開始から調査時点までの期間の関係

職場復帰	件数	平均(年)	標準偏差
果たしている	38	8.33	3.05
果たしていない	377	8.23	3.45

p=0.8605　(t 検定)　職場復帰と療養開始から調査時点までの期間の関係には関係がない。

15-1 傷病：急性ストレス反応と職場復帰

傷病	職場復帰あり	所場復帰なし	計
なし	35 (8.58)	372 (91.18)	407
あり	0 (0.00)	14 (100.00)	14
	35	386	421

件数(%)　p=0.5090

15-2 傷病：PTSD と職場復帰

傷病	職場復帰あり	所場復帰なし	計
なし	33 (8.82)	340 (90.91)	373
あり	2 (4.17)	46 (95.83)	48
	35	386	421

件数(%)　p=0.5083

15-3 傷病：適応障害と職場復帰

傷病	職場復帰あり	所場復帰なし	計
なし	31 (8.29)	342 (91.44)	373
あり	4 (8.33)	44 (91.67)	48
	35	386	421

件数(%)　p=0.9377

15-4 傷病：うつ病と職場復帰

傷病	職場復帰あり	所場復帰なし	計
なし	13 (7.10)	170 (92.90)	183
あり	22 (9.21)	216 (90.38)	239
	35	386	422

件数(%)　p=0.4992

15-5 傷病：気分障害と職場復帰

傷病	職場復帰あり	所場復帰なし	計
なし	35 (8.60)	371 (91.15)	407
あり	0 (0.00)	15 (100.00)	15
	35	386	422

件数(%)　p=0.4842

15-6 傷病：統合失調症と職場復帰

傷病	職場復帰あり	所場復帰なし	計
なし	33 (7.89)	384 (91.87)	417
あり	2 (50.00)	2 (50.00)	4
	35	386	421

件数(%)　p=0.0099

15-7 傷病：双極性障害と職場復帰

傷病	職場復帰あり	所場復帰なし	計
なし	35 (8.45)	378 (91.30)	413
あり	0 (0.00)	8 (100.00)	8
	35	386	421

件数(%)　p=0.6837

15-8 傷病：神経症性障害と職場復帰

傷病	職場復帰あり	所場復帰なし	計
なし	33 (7.99)	379 (91.77)	413
あり	2 (22.22)	7 (77.78)	9
	35	386	422

件数(%)　p=0.3071

16.保険給付額

16-1. 療養補償給付額と療養開始から調査時点までの時間

水準	件数	平均期間(年)	標準偏差
5 万円以下	287	7.98	3.45
5～10 万円	17	7.62	3.55
10～20 万円	5	9.53	3.55
20 万以上	7	8.1	2.19

p=0.7501 (分散分析)

16-2 療養補償額と傷病

傷病	推定値	標準誤差	カイ 2 乗	p 値
Q3_急性ストレス反応[0]	0.046	0.546	0.01	0.9327
Q3_PTSD[0]	-0.023	0.394	0	0.9535
Q3_適応障害	0.128	0.377	0.12	0.734

[0]				
Q3_うつ秒[0]	0.307	0.3	1.05	0.3049
Q3_気分障害[0]	-7.395	2114.786	0	0.9972
Q3_統合失調症[0]	-7.395	1726.716	0	0.9966
Q3_双極性障害[0]	-7.395	1337.508	0	0.9956
Q3_神経症性障害[0]	-7.395	1220.972	0	0.9952

傷病によって療養補償額に違いはない

16-3 療養補償額と 100 時間以上の時間外労働

時間外労働	5 万円以下	5 ～ 10 万円	10 ～ 20 万円	20 万以上	合計
あり	114 (89.76)	9 (7.09)	1 (0.79)	3 (2.36)	127
なし	155 (91.18)	8 (4.71)	3 (1.76)	4 (2.35)	170
	269	17	4	7	297

件数(%)　p=0.7407（χ二乗検定）　時間外労働と療養補償額に関係はない

16-4　休業補償額と療養開始から調査時点までの時間

水準	件数	平均期間(年)	標準偏差
10～20 万円	117	8.18	3.19
20～30 万円	131	8.03	3.55
30～40 万円	79	7.74	3.23
40～50 万円	40	8.77	3.51
50 万円以上	14	8.55	3.37

p=0.7597 （分散分析） 有意差はないが、休業給付額が多い方が、平均期間がやや長い傾向がある。

16-6　休業補償額と傷病休業補償支給の給付状況と療養開始から調査時点までの時間

水準	件数	平均	標準偏差
通院休業日	8	7.82	1.62
全体	327	8.04	3.39

p=0.1158 （t 検定）

17-1.　労災認定から職場復帰したことの有無と療養開始から調査時までの期間

職場復帰	件数	平均期間(年)	標準偏差
あり	60	8.04	3.37
なし	328	8.31	3.38

p=0.5715 （t 検定）

18　精神障害の既往の有無と療養開始から調査時までの期間

精神障害	件数	平均期間(年)	標準偏差
あり	35	8.26	3.31
なし	325	7.99	3.29

p=0.6455 （t 検定）

19. 既存精神障害の有無と療養開始から調査時までの期間

精神障害	数	平均期間(年)	標準偏差
あり	7	7.32	5.73
なし	333	7.91	3.27

p=0.6423 （t 検定）