

示す。

### I. 産業保健とは何か

産業保健の位置づけについて、精神科主治医とのコンセンサスを得るために産業保健の定義等の概要をまとめた。「産業保健の定義と目的」「産業保健の対象と担い手」「産業保健活動」から成る。

### II. 職域のメンタルヘルス

労働者のメンタルヘルス問題を扱うにあたり、産業医および事業場側が精神科主治医に理解を求める基本的内容をまとめた。

「職場のメンタルヘルスへの注目」「職場不適応の関連要因」「職場のメンタルヘルス対策」「職場のメンタルヘルス問題の特徴」から成る。

### III. 産業医との連携

産業医と主治医との連携が重要となるケースとして、患者が休職から会社復帰に至るまでの事例を想定し、産業医との間に必要な情報交換の流れと使用する9種類の書式、および使用法を提案した。具体的には、「連携の意義と目的」「連携の前に」

「産業医との連携の進め方」から成る。特に「産業医との連携の進め方」では、精神科主治医が産業医と連携する手順を、(1) 連携の開始及び事業場でのケア、(2) 主治医による職場再適応(復職)の判断、(3) 産業医による職場再適応の判断と職場再適応支援プランの作成、(4) 職場再適応後のフォローアップ、という4段階に分け、各段階で産業医と主治医の情報交換に使用するための連絡票の様式例を提案している。たとえば、(1) 連携の開始及び事業場でのケアの段階においては、産業医から主治医へ「労働者の健康管理に関する情報提供依頼書」と「労働者の職場適応度に関する産業医意見書」が提出され、それに対する主

治医から産業医への返答として「事業場内における健康管理上の配慮に関する主治医意見書」が使用される、といった手順が提案される。労働者の職場再適応について産業医・事業場側が主治医に求める情報は多いため、これらの書式の多くは情報を不足なく、かつ効率的に得られるように選択肢へのチェック方式による回答形式を採用した。また、患者についての情報交換の連絡票には、すべて患者自身の承認を得る署名欄が設けられた(マニュアル案・様式例については巻末の参考資料Aを参照)。

(2) 調査方法：事業場側の産業保健スタッフ、労働者の主治医となり得る精神科医療機関、産業保健分野の学識経験者にマニュアル案を郵送して自由記述で感想や意見を求める郵送調査を実施した。また、研究者の連絡先とともに、FAXやメールによる回答も可能であることを記し、これらの方法での回答も受け付けた。

(3) 調査対象者：まず、事業場内産業保健スタッフの意見を得るため、日本産業衛生学会の産業医部会ならびに産業看護部会に調査への協力を要請し、両会員名簿の使用許可を得た。産業医部会会員650名(同部会全会員のうち、海外在住者および産業保健分野の研究者と筆者を除外)、産業看護部会会員812名(同部会会員のうち、名簿記載の勤務先名称から明らかに事業場勤務ではないと判断される者と産業保健分野の研究者を除外)を調査対象とした。また、労働者の精神科主治医となり得る医師および医療機関側の視点からの意見を得るため、日本精神科病院協会名簿(<http://www.nisseikyoo.or.jp/>で公開されたもの)より全国の精神科医療機関1214箇所と、医育機関名簿2005-2006(羊土社)より全

国大学病院の当該診療科(115箇所)もまた調査対象とした。さらに、産業保健分野の専門家および研究者、すなわち学識経験者37名に対してもマニュアル案の査読を依頼し、専門的視点からの意見を得た。以上、合計2828通の調査票を発送したが、このうち退職者、該当者不在等で返信されたものが22通あったため、送付先は2806箇所とみなす。これに対して得られた返信はメール等での回答も含めて308通であり、回収率を算出したところ11.0%であった。

(4)実施方法：2006年12月に、調査対象者に対して調査協力依頼書、マニュアル案および返信用封筒を送付し、マニュアル案に対する意見や感想を自由記述により得た。学識経験者には特に様式を指定せず自由な形式でコメントを求めたが、精神科医師ならびに産業保健スタッフ(産業医・産業看護師)には、マニュアル案などに加えて回答用紙(資料)を同封し、回答用紙かマニュアル案に意見等を直接記入したものを返信用封筒により返送するよう依頼した。なお、回答用紙には意見、感想等の記入欄のほか、職業(1. 産業医、2. 産業看護職、3. 精神科医(勤務医・開業医・大学勤務)、4. その他)からの選択と、任意で連絡先と氏名の記入欄を設けた。

## C. 研究結果

### (1)回答者および回答者勤務事業場の属性

得られた返信308通について、回答者の職業を分類した結果を表1に示す。産業保健スタッフ側からは、産業医からの返信は100通(32.5%)あったが、それとは別に嘱託産業医であることを明記した回答が31通(10.1%)あったことから、

これらを別カテゴリーとした。なお、嘱託産業医のほとんどが精神科医(勤務医・開業医・大学勤務など)との兼任であった。産業看護職からの返信は73通(23.7%)あり、うち2通は産業カウンセラー等の他の職務も担っていた。一方、精神科医からの返信は62通(20.1%)あり、その内訳は、勤務医が36通、開業医が11通、大学勤務が12通、それ以外が3通であった。

産業保健スタッフでも精神科医でもない「その他」の回答者による17通(5.5%)は、心理相談員、推進センター相談員、産業看護職ではない職場医務室の看護師や保健師、検診機関の医師などによる回答のほか、複数の属性にわたる産業保健スタッフ間での話し合いの結果を回答とするものもあった。そのほか、属性が無記入である回答は11通(3.6%)、産業保健分野の学識経験者(専門家および研究者)からは14通の返信が得られた。

### (2)自由記述データの内容

以下、1)産業医と精神科主治医の連携について、2)その目的に立脚したマニュアル案の内容妥当性について、3)マニュアル案で提案した様式例の実用性について、と大きく三つの点から、寄せられた主な意見をまとめる。本調査では文章の構成や表記、用語の使い方などについてもさまざまな意見や提案が寄せられたが、ここではマニュアルの必要性、内容の妥当性、現実的な使用にあたっての問題点等の内容的な側面に注目した。なお、引用した文章には一部を変更したものもあるが、文意を変えないよう留意した。

#### 1)産業医と精神科主治医の連携について

まず、本マニュアル作成の基礎となつて

いる、職域メンタルヘルス対策における産業医と精神科主治医の連携について、それぞれの立場から得られた意見をまとめた。

①産業医と精神科主治医との連携の必要性、②連携にあたり生じる問題点、の二つに分類し、以下に述べる。

#### ①産業医と精神科主治医との連携の必要性

表2に、マニュアルの目的および必要性についての意見の一部を挙げる。

産業医と精神科主治医との円滑な連携を重視するという本マニュアルの趣旨に賛成する意見は多くみられた。その理由として産業医・産業看護職からは、「精神科主治医が復職可能という診断書を提出する際に責任を持って判断してもらえる」ことへの期待や、詳細な情報交換による労働者の具体的な病状把握への期待、精神科主治医に情報提供を求めた際の説明に苦労した経験から、ひな形（様式例）の提案を評価する意見などが挙げられた。ただし、様式例については「積極的に活動している産業医はすでに独自のフォーム、連携のやり方がある」との意見も寄せられていた。

精神科医からは、「患者の様子のみからでは（就労の可否などで）誤った判断をするのではないかと心配していた」といったように、患者が置かれている職場や患者個人の職業的な立場に関する情報を得ることで、より適切な判断が可能となることを期待する声が多く得られた。

一方で、産業医と精神科主治医との間でのやりとりが書面のみで行われることについて「書面のやりとりだけでどこまで達成できるのか」、「文書のやりとりだけに終わってしまう形式化のリスクもある」といった懸念も示された。さらに、実際に独

自の書式による連携を行っている事業場からは「用紙のやりとりに担当者が振り回され疲れてしまった」との事例も寄せられた。

連携に消極的な意見としては、「連携は基本的に必要な場合のみでよく、必要に応じて臨機応変な対応をすべき」という声もみられたが、全体的には連携の重要性に同意する声が目立った。

#### ②連携にあたり生じる問題点

産業保健スタッフを対象としたこれまでの調査では、産業医と精神科主治医との連携の実現には両者の間で職場復帰に関する考え方にギャップがあることや、情報のやりとりにおける不適切な対応などの問題が報告されている（横山, 2005, 2006 など）。

そこで次に、連携の際に生じる問題点として懸念される事柄や、実際に経験された問題事例についての記述を立場ごとに表3-1と表3-2に示す。

産業保健スタッフ（産業医・産業看護職）からは、精神科主治医の産業保健に関する認識や関心のばらつきや、長期休業や配置転換、リハビリ入社など、事業場のシステムについての精神科主治医の認識との食い違い、精神科主治医に労働者の職務内容や職場環境への配慮を求める声などが顕著であり、事業場のシステムや制度について精神科主治医の理解が不足していることが多い現状が示された。特に、「“意見書を書けば、全て通る”と誤解されている主治医がいる」との意見や、「業務上の配慮をあまり書かれても会社としては対応できない」との意見もあるように、精神科主治医からの意見を参考として最終的判断は産業医が行う、ということについての理解が不足している精神科主治医や事業場が存在することがうかがえる。

一方、精神科医からの意見には、休職などの際の給与保障やプライバシー保護、復職に際しての処遇など、患者の不利益についての懸念が多く挙げられた。精神科医のこうした懸念の背景のひとつには、事業場の制度やシステムに関する情報不足があると考えられる。そのほか、産業医が患者と事業場の間に入らず精神科主治医が上司と話さねばならないケースや、産業医や事業場が患者に関して精神科医にまる投げしているケースなど、産業医が機能していない事業場も存在するとの意見も多々みられた。こうした中で、精神科医からは「忙しい日常業務中に職場の上司や人事担当が何度も来院されるのも迷惑している」といった意見もあり、事業場側が求める情報提供が多忙な精神科主治医の負担となっている状況もうかがえる。

このように、産業医と精神科主治医には互いに不満があり、立場の違いによる産業メンタルヘルスに対する認識の齟齬が、連携の障害となることが多いようだ。こうした現状を踏まえてか、「よって立つスタンスが産業医と精神科医では異なるところを詳しく記載してほしい」など、立場の相互理解を求める意見も少数ながら見られた(表4)。産業医と精神科主治医の連携のためには、このように両者の間に存在する溝を埋める努力が必要であることが改めて確認された。

また、事業場の管理者や上司の理解不足が連携の障害となっているとの見方もあった。これらの意見では、事業場の職務環境上の問題や休職からの復帰システムの不備、事業場の管理者等の産業保健に関する認識の低さなどが指摘され、事業場の啓蒙・啓発あるいは教育の必要性の主張がみられた。

さらに、メンタルヘルス対策に対する社会通念の浸透や、医療保険制度をはじめとする社会制度の変革など、社会全体の改革を求める意見もみられた。こうした見解の背景には、制度から固めて精神科主治医の協力を得ることや、患者への偏見をなくし、職場再適応(復職)時の障害を軽減することなどの期待があると考えられる。

その一方で、少数意見として「おおむね事業場は協力的であり、復帰も慎重にしている」「メンタルヘルス関係に興味を持っている産業医とはあまり問題は生じない印象を持っている」というように、現在の連携にそれほど問題がないことがうかがえる記述も得られている。このように、事業場や精神科主治医によって産業保健に関する理解にはばらつきが大きく、そのため連携の進み方もケースによりさまざまであると考えられる。

## 2) マニュアル案の内容妥当性について

本マニュアル案の内容に関する意見のうち、特に検討課題となると考えられるものとして、①適用できる対象・状況の限界(表5-1、表5-2)、②本マニュアルで提案した内容における検討事項(表6-1、表6-2、および表6-3)の2点について以下に述べる。

### ①対象・状況の限界

本マニュアルの実用性に関しては、さまざまな点から使用可能なケースが限定されるなど、使用に限界があるとの意見が多く寄せられた。

#### a. 一部の事業場・地域でのみの有用性

まず、事業場の規模や地域による産業保健に関する温度差により、使用できる企業は一部の大企業であろうとの指摘が目だった。それと関連して、専属産業医と嘱託産

業医による事業場とのかかわりの違いに言及する意見もみられた。多くの意見は「嘱託産業医には連携に際してここまでの関与はできない」といった趣旨のものであったが、逆に「メンタルヘルス事例にかかわる経験の多い専属産業医よりも、嘱託産業医の方がマニュアルを切望しているのではないか」との声もあった。

そのほか、本マニュアル案の様式例に設けた記入欄では、職種が事務職や研究職に限定されているとの意見や、使用できる疾患が限定されるとの指摘も得られている（表 5-1）。以上から、さまざまな事業場の規模や、職域、メンタルヘルス事例に汎用できる選択肢および書式への改善が期待されるといえよう。

#### b. 精神科主治医との連携窓口の限界

産業医のみならず産業保健スタッフを重視した連携マニュアルの必要性を主張する声も多く得られた。特に、現実の職域メンタルヘルス事例においては産業看護職が担う部分が大きいことを指摘する声は顕著であり、産業看護職の役割の理解を求める声もめだつた。

### ②内容における検討事項

#### a. 合同面接について

本マニュアル案では、労働者の職場再適応の判断と支援プランの作成段階において対象労働者、精神科主治医、産業医、管理監督者、人事労務管理スタッフなどの関係者による合同面接の機会を設けることを提案している。だが、合同面接については、重要性は理解しつつも、「実際は困難なように思われる」との意見が多かった。その理由としては、合同面接が精神科主治医の診察時間内に行われることも含め、多忙な精神科主治医の負担となることや、後述す

る費用の負担の問題が挙げられた。なお、合同面接の参加者として産業看護職を位置づけて欲しいとの要望もみられた。合同面接についてはそのほか、患者に負い目を感じさせないよう配慮が必要との指摘もあった（表 6-1）。

#### b. 主治医意見書の扱いと文書料（謝金）について

様式例として提案した主治医意見書の扱いについては、精神科主治医に時間と労力の提供を課することから、相談料または謝金の必要が生じることや、その際に金額や支払い負担者（患者個人とするのか、事業場とするのか）が問題となることを指摘する声もあった。また、様式の分量を踏まえると、これらの様式への記入を求めて詳細な情報交換を行うには高額な謝金が必要となることが指摘されており、専門家・研究者からは「1万円以上の文書料というのが平均的な反応であろう」と具体的な声もあった。その一方で、事業場の立場としては、「そこまでの金銭面での負担が困難である」との意見もみられた。こうした金銭面での負担についていかに調整できるかは大きな課題である。

#### c. 情報提供の同意とプライバシーの保護、労働者の不利益について

全ての様式例には、情報のやりとりに対する患者の同意欄を設けたが、これについて同意を得られるかを疑問視する意見が目立った（表 6-2）。理由としては「医師による評価、意見に本人が100%同意していることは少ない」「本人にとってマイナス面の同意を取るのは困難」「情報のやりとりで本人にまで伝えられてないこともあるのではないか」「本人が言っている病名と実際の病名が異なる場合もある」「（同

意を得ることは) ある程度病識がないと困難」など、様式内容の性質上の問題が挙げられた。また、「休業中(特に長期)の事例に、産業医から主治医に病態の現状を照会する時の“本人の同意”を得るのが困難になる場合が多い」といった物理的理由を挙げる意見もみられた。さらに、仮に同意のうえで情報交換を行った結果、患者に不利益が生じることを危惧する声も得られた。また、同意を得られなかった場合については、その際の対応を問う声や、「情報提供に同意しなかった旨を産業医に知らせるべき」との意見などがみられた。

表6-2に示すとおり、守秘義務およびプライバシー保護についての意見も多く寄せられた。産業医や精神科主治医は医師としての守秘義務が課せられているが、企業の職員は法的な意味での守秘義務が課されていない。そのため、産業保健スタッフの全てに守秘義務が確保されているわけではなく、労務管理者等がメンタルヘルス事例に対応する際には、その情報交換においてより一層慎重なプライバシー保護が必要であり、そのための具体的指針が必要であると考えられる。

#### d. 診断名の記載について

本マニュアル案では、労働者の精神科主治医に対して、様式で正式な診断名の記載を求めている。だが、精神科医の側からはそれを困難とする意見が見られた。理由としては、既述のように患者の同意を得る様式例では、正式な診断名に同意が得られない場合が想定されることや、正式な診断名を患者に知らせることにより「患者・主治医関係を破壊する」ことの懸念など、治療の妨げとなる恐れも挙げられた(表6-2)。

#### 3) 様式例の形式について

本マニュアル案では、職場再適応に際して産業医と精神科主治医との間で情報交換の為に使用する9種類の様式例を提案している。これらの様式例の形式についての意見を表7-1、表7-2 および表7-3に示す。

#### a. チェック方式について

様式例では、多忙な精神科主治医から事業場側が求める情報を得るために、選択式のチェック方式の部分を多く設けた。この形式については評価する意見と問題点の指摘に別れた(表7-1)。評価する意見としては、「当社の様式では白紙になっており、記載するDrによって内容が大分違っていたが(チェック方式では、)容易でかつ必要な情報がしっかり得られる」というように、主治医から十分な情報がもたらされなかった経験を持つ産業保健スタッフの意見や、「多くを書かなくて良い書式が忙しい医師にとっては有り難い」といった精神科医からの意見があった。

一方、チェック方式の問題点として「メンタル不調者は症状、兆候、原因が多岐にわたり、あてはまらないケースが多く出る」といった項目の普遍性・一般化可能性の問題や、「ほとんどの項目について1

(重症)から4(軽症)に分類して文章を付記しているが、実際はこれらの項目が乖離し、同一労働者で1-4が混在することは少ない」といった現実的な指摘もみられた。

そのほか、チェック形式のみでなく予測を含む項目の構成について「復職ができなかった場合、主治医あるいは事業者に対して訴訟が起こる可能性を想定すると、定量的に決定不可能な項目や、推定を記述することは困難であり、根拠を明示できない情報内容は含むべきではない」との明確な反対意見も得られている。

## b. 様式例の分量について

様式例の分量については、削減を求める意見が大多数であり、重要な改善点であることが示唆された(表 7-2)。産業医や産業看護師からは、各様式の記入に要する時間と労力の大きさから、多忙な精神科医が記入することを嫌がるのではないかと危惧する声が多く、精神科医からの意見も「主治医がこれを記載するエネルギーはかなり必要。日常業務が忙しい開業医にとってどうなのか。」など、産業医・産業看護職の予想どおり主治医の大きな負担となるとの反応が顕著であった。改訂案としては、内容の削減のほか、A4 用紙 1 枚ないし 2 枚(両面)にまとめる等、記入だけでなく保存に際しても扱い易い体裁にすることが求められた。

その一方で、分量の多さはみとめながらもこれらの様式の使用に前向きな意見もみられた。たとえば、一部の産業医・産業看護職の回答には「現在使用中の書式では思ったほど正確な情報が得られていないので(この様式例を)活用していけたら」といった意見や、「書いていただける先生には積極的にお願いしたい」というコメントがあった。産業医・産業看護職としては精神科主治医の記入コストの高さから主治医意見書の使用を危惧する半面、労働者に関するさまざまな情報を求めていることもうかがえる。

なお、少数意見として、産業医から「産業医への情報提供が多すぎる。(中略)情報過多だと、専門医と患者の絆に介入することとなり、実務上、事業主に必要以上の情報を与えることにもなる。産業医は最低限必要な情報入手が出来ればよい。」といった意見もみられた。精神科を専門とす

る産業医ばかりではないことから、多くの情報を得たとして生かせる対応を取れる場合ばかりではない。それに対して過剰な情報を提供することにはプライバシー保護の観点からも配慮が必要であるという貴重な声である。

## c. 項目・記入欄の追加要望

上述のとおり様式例の分量削減が求められていることとは対象的に、主に産業医や産業看護職から自由記載欄の追加要望が複数みられた(表 7-3)。その理由としては、選択式の様式のみでの情報交換の限界や、メンタルヘルス事例の個人差の大きさが挙げられ、補足的に自由記述による質的な情報交換を求める声などがあった。さらに、「業務内容、業務負担、過重労働、勤務時間、勤務体制、シフトの有無などもう少し具体的に踏みこんだ情報提供の記載欄」や、「職場が問題で不応適をおこした場合は、配置転換が望ましいかについての欄」など、職種や状況に応じた具体的内容の追加を求める声もあった。さらに、精神科医からは「上司や同僚、作業の内容や時間など職場のあり方に大きな問題がある場合のコメント欄」の要望が、また産業看護職からも「保健師等から見た対象者の様子なども記入できる項目(欄)」の要望があり、状況や立場によって求める情報・提供すべき情報が更に多様に存在することがわかる。様式例の分量の削減と同時に、こうした付加情報の記載をも考慮した様式例の改訂が必要となると考えられる。

## D. 考察

今年度の調査では、労働者の精神科主治医が職場再適応に向けて産業医との間で情報交換を行う際のマニュアルの試案を作成

し、その現実的利用に即した改訂ポイントを明らかにすることを目的とした。調査対象者は、日本各地の事業場に勤務する産業保健スタッフ、全国の精神科医療機関、産業保健分野の学識経験者とし、それぞれの立場からのマニュアル案についての意見を得た。以下、得られたさまざまな回答を踏まえ、今後の「精神科医師・医療機関のための職域メンタルヘルス・マニュアル(案)」改訂のための検討事項を示す。

#### (1) 産業保健スタッフと精神科医の連携について

寄せられたコメントから、産業医と精神科主治医との連携の重要性は多くの回答者が認識していたが(表2)、産業保健スタッフからの回答には、連携上の問題として産業保健に関する精神科主治医の関心の低さや理解の不足、それにもとづく不適切な対応を指摘するものが顕著であった(表3-1)。これは、産業保健スタッフが産業医と精神科主治医との連携を求める反面、不適切な対応を取る精神科主治医の存在や、特に職場再適応に際する意見の事業場側と主治医とのギャップなどが連携の障害となっているという平成17年度の調査結果と一致する結果である。発生した事例に事業場内でうまく対応できない場合や、対応できるか否かを判断する場合に相談できるような事業場外資源の有無は、事業場にとって重要であるとされる(中村・寺尾・吉村・小嶋・福田・新開・行正・中島, 2004)。だが、その一方では事業所やその健康管理部門と精神科専門機関との連携はよくないとの調査報告もある(平野ら, 2001)。本研究で得られた産業保健スタッフによるコメントからは、産業医と主治医との間で円滑な連携を進めることができている事業場は

ごく一部に過ぎないことが示唆され、平野ら(2001)の知見を支持しているといえる。

さらに、今年度の調査では産業保健スタッフからだけでなく、労働者の精神科主治医として事業場外資源となり得る精神科医からも連携マニュアル案に対する意見を得た。結果、精神科医からは事業場の健康管理担当者や事業主、上司などの精神疾患に対する理解不足により連携が困難となった経験が多く述べられており(表3-2)、連携の妨げとなるのは主治医側の要因だけでなく、事業場側の要因によるケースもあることが浮き彫りとなった。事業場側の理解不足については、「(事業場が理解していないという)主治医の誤解もある」という指摘もあったが、いずれにせよ両者の間に存在するこうした溝が、円滑な連携を妨げる要因のひとつであると考えられる。

そのほか、事業場や産業医は、労働者について正確な診断名、発症の原因(職場環境などの外的要因・本人の性格などの内的要因・生物学的素因など)、予後についての精神科医としての見解などの情報を求めているが、その一方で主治医からは、それらの情報提供により患者(労働者)の不利益が生じることを懸念し、診断書等での診断名をはじめ情報交換において慎重にならざるをえない現状を指摘する声もあった。患者の不利益の懸念については、休職・復職のシステムや患者の職場での業務等の詳しい情報が事業場から精神科主治医に対して提供されることで、払拭されるものもある。こうしたことから、事業場と主治医との間の情報提供は、事業場が主治医に情報提供を求め、主治医が情報を提供するという一方向の関係ではなく、事業場から主治医に対して情報を提供したり、主治医が



事業場に情報提供を求めたりする双方向の情報やりとりが必要であることを周知する必要があると考えられる。

ところで、事業場側の情報が主治医に提供されたうえで、患者に不利益が生じる際には、主治医は患者の側に立った対応をすることになる。また、患者の復職に際して主治医が意見書を提供しても、それは事業場にとっては参考意見であり、最終的に患者の復職を決定するのは事業場側である。このような精神科主治医と産業医（事業場側産業保健スタッフ）との役割と立場の違いについても認識が不足していることが示されており、これは産業保健の基本的知識としてあらためて強調が必要な事項である。

以上から、精神科主治医に対しても、また事業場の管理者や産業保健スタッフに対しても、それぞれの役割に応じた精神疾患に関する正しい教育ならびに啓蒙活動が行われる必要があるといえる。精神科主治医に対する教育と啓蒙については本マニュアルの役割であり、事業場に対しては、「産業医のための精神科医との連携に関するマニュアル試案(中村ら, 2004)」や、本研究と平行して進められている、事業場内産業保健スタッフに対する精神科主治医との連携マニュアル（本報告書で後掲）などに求められる役割である。ただし、本マニュアルを読もうとする精神科主治医は、既に産業保健に関心を持ち、基本的知識を持っていることが予想されるため、産業保健に関心のない主治医にいかにか読まれるものにするかは今後の改訂において大きな課題である。

#### (2) マニュアル案の内容妥当性について

本マニュアル案の内容については、第一に、使用できる対象や状況の限界が挙げら

れた。本マニュアルは産業医と労働者の精神科主治医の連携を目的として作成したものであったため、産業医不在の事業場には確かに使用に限界がある。実際には事業場の大多数が中小企業であり、本マニュアルが使用を想定している（専属）産業医の居る事業場は少ない。労働省（当時）の「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」では、特に50人未満の小規模事業場が事業場内の産業保健スタッフ等の人材を十分に確保することが難しい場合が多いことから、事業場外資源の活用を推奨しているが、現実には小規模事業場では規模の大きな事業場に比べてメンタルヘルスケア全般ならびに事業場外資源の活用が不十分であることが示されている（横山, 2006）。すなわち、こうした小規模事業場こそ事業場外資源との連携が重要であることを踏まえると、今後は産業保健スタッフが充実していない小規模事業場を対象とした労働者のメンタルヘルス対策を打ち出すことが期待されているといえる。

そのほか、適用できる職域や症例の限界も指摘された。たとえば、今回使用したマニュアル案は、労働者のメンタルヘルス不調として多く（永田・石橋, 2000; 横山, 2005）、また「適切な対策を講じることにより、予防、早期発見、早期治療を行える、逆に適切に対処しなければ自殺に至る危険性が高い(荒武・廣・島, 2003)」とされている、うつを代表とするストレス性疾患への対応を主に意図したものであり、かつ産業医と主治医との間にギャップが問題となる職場再適応に際した対応を想定したのもであった。また、様式例の項目は、事務職などホワイトカラーには該当するが職域によっては適切でない選択肢が設けら

れているとの指摘もあった。これらの点についてはより一般化した事例に対応できるようなマニュアルおよび様式例の改訂が求められるといえよう。

精神科主治医との連携窓口の限界も本マニュアル案の問題のひとつである。嘱託産業医など、産業医が実質機能していない事業場では、産業看護師や産業保健師といった産業看護職が大きな役割を担っているのが現状である。産業医以外の産業保健スタッフが主治医と連携することを想定したマニュアルもまた必要であるといえよう。ただし、産業医と産業保健スタッフの役割や法的位置づけ、義務の違いを踏まえると、本マニュアルを産業医の有無、産業医の専属・嘱託の別にかかわらず、あるいは、産業医・産業看護職の別にかかわらず使用可能な様式を含んだものとするか、産業医以外の産業保健スタッフの使用を想定した新たなマニュアルを作成すべきかは今後検討の余地がある。

本マニュアル案で提案した合同面接については、その重要性は認識しつつも精神科主治医の同席などの要因を満たすことは困難であると指摘された。これは、主治医の関心不足というよりは物理的な時間の無さによるようだ。したがって、現状では主治医を含めた合同面接は、あくまで主治医の側に時間的余裕がある際に期待されるとの位置づけにせざるをえないと考えられる。

主治医意見書については、特に文書料（謝金）についてが大きな問題であった（表6-1）。主治医に記入を求める様式例の記入コストを踏まえると、そこには高額な文書作成料（謝金）が発生することが予想される。合同面接への参加を主治医に求めた場合も同様である。その際、文書料およ

び謝金を患者（労働者）自身が負担するのか、事業場側が負担するのかが問題となる。労働者の職場再適応の判断のために事業場が情報提供を求めるならば、事業場が負担すべきと考えることもできるが、これに対して事業場側からは「とても負担できない」との意見が挙がっている。額や負担者については制度により定められることが期待されるが、仮に事業場がこれらの金銭面を負担するとなると、特に中小企業において労働衛生管理推進のための行政による経済的な支援（古海・村上・舟谷，2004）がこれまで以上に求められることとなろう。当面は、精神科主治医側から事業場に支払い負担を求める等の働きかけを行う必要もあろう。

そのほか、主治医意見書については診断書との相違を問う声があったが、これは、主治医意見書の記載内容の影響力や普及の程度にもかかわることである。本マニュアルは現時点ではあくまで試案にすぎず、いかなる位置づけでオーソライズしてゆくかについては今後の課題である。

ところで、様式例による情報提供については、正確な診断名の記載や、情報提供への同意とプライバシー保護が問題の焦点となった。だが、正確な診断名の提供については、患者の不利益への懸念や、様式に同意を得る過程で正確な診断名を患者に知らせることによる問題が挙げられ、議論の別れるところであった。いかに個人の権利を守りつつ情報交換や正確な診断名の開示を行うかについては、いまだ慎重な検討が必要であるようだ。

### (3) 様式例の形式について

様式例については、分量は減らすべきであるとの提案が顕著にみられ、その背後に

は、精神科主治医の多忙さによる理由と、書類の扱い易さからの理由があった。こうした意見を踏まえ、巻末に挙げた資料Aでは、昨年度の調査において産業保健スタッフと主治医との間の情報提供書式として暫定的に提案した「連絡票」を様式10として設け、情報交換のための書式の簡略版として提案した。だが詳細かつ簡潔な情報交換のためには、様式例のより慎重な改良が必要となることには変わりない。

産業医や産業看護職からも、主治医の多忙さに配慮して分量の削減を求める意見が圧倒的であったが、その一方で自由記載欄や別の項目の追加を求める声もあった。事業場による温度差はあるものの、精神科医に配慮して簡潔な様式例を希望する一方で、事業場側ではより多くの情報を求めていることがうかがえる。また、主治医からも、多忙な中での記載を困難とする意見が多い中で、産業医からの情報提供書に、患者が置かれる環境（勤務状況や上司との関係等の）などに関する情報提供欄を求める声もあった。

以上、本研究で得られた指摘を踏まえると、各様式例の分量はそれぞれ多くともA4サイズ1枚の両面程度にまで削減する必要がある。ただし、チェックによる多肢選択については回答効率を評価する声もあったことから、チェック方式を残しつつ、項目や選択肢の簡略化などの点で再考の余地があると考えられる。

## E. 結論

事業場内産業保健スタッフと事業場外資源との円滑な連携を目指す中で、筆者らは労働者の精神科主治医を対象とした産業医との連携マニュアルを作成している。今年

度は、作成したマニュアルの試案について事業場内産業保健スタッフ（主に産業医と産業看護職）、精神科医師、研究者から意見を求め、今後の改善点を明らかにすることを調査目的とした。自由記述により得られたさまざまな意見の中から、マニュアル改訂に際しての懸案事項として主に以下の点が挙げられた。

- (1) 産業保健に関する情報（産業医と精神科主治医の相互理解のための、双方の立場と役割の違いを含む）をマニュアルに盛り込む
- (2) 産業医不在（または嘱託産業医）の事業場での使用・産業保健スタッフによる使用可能性の検討
- (3) 様式例の記入や合同面接への協力に際して相応の謝金を支払う必要性とその責任の所在の明確化
- (4) 情報交換に対する患者の同意の是非および承諾方法の再検討
- (5) 様式例の改訂（分量削減、自由記述欄の設置、記載内容の改善など）

以上の5点を踏まえ、今回使用した「精神科医師・医療機関のための職域メンタルヘルス・マニュアル（案）」の改訂を目指す。その後も試用しながら改訂を重ね、事業場内産業保健スタッフと労働者の精神科主治医の円滑な連携において有用となる連携マニュアルとしていく必要がある。

## <謝辞>

本研究の調査の実施に際して、調査にご協力いただき、貴重なご意見を賜りました日本産業衛生学会産業医部会ならびに産業看護部会、全国精神科病院協会、医育機関、産業保健研究者の皆様に深く感謝いたします。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

丹下智香子・横山和仁：事業所におけるメンタルヘルス事例の実態とケアの実施状況 産業衛生学雑誌, 49, 2007 (印刷中)

### 2. 学会発表

横山和仁・丹下智香子・高木邦子・崎山忍・臼井卓士：労働者のメンタルヘルス対策における地域保健・医療との連携のあり方に関する研究：精神科医向けマニュアルの作成 第80回日本産業衛生学会, 大阪市, 2007. 4. (発表予定)

## G. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

### 2. 実用新案登録

### 3. その他

1・2・3ともに該当事項なし

## H. 引用文献

荒武 優・廣 尚典・島 悟：職場のメンタルヘルスの現状と課題 日本労働研究雑誌, 2003, 45, 48-57.

古海勝彦・村上吉博・舟谷文男：中小企業事業者の産業保健サービスに関する意識調査と今後の産業保健サービスのあり方の検討 産業医学ジャーナル, 2004, 27(5), 43-50.

平野正治・鏡森定信・角田雅彦・村上千恵子・宇野義知：富山県内の事業所におけるメンタルヘルスケアの取組状況について 医報とやま, 2001, 1292, 12-16.

厚生労働省：厚生労働省統計表データベースシステム 統計調査別公表データ 労

働安全衛生特別調査 平成14年「労働者健康状況調査」

[http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkr\\_13\\_6.html](http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkr_13_6.html) (2007. 2. 1)

永田頌史・石橋慎一郎：職場の心身医学—総論 心療内科, 2000, 4, 167-172.

中村 純・寺尾 岳・吉村玲児・小嶋秀幹・副田秀二・新開隆弘・行正 徹・中島満美：産業医のための精神科医との連携に関するマニュアル試案 産業医学ジャーナル, 2004, 27, 5-12.

労働省：事業場における労働者の心の健康づくりのための指針, 2000.

丹下智香子・横山和仁：事業所におけるメンタルヘルス事例の実態とケアの実施状況 産業衛生学雑誌, 49, 2007 (印刷中)

横山和仁：種々の職域におけるメンタルヘルス事例の実態ならびに対応の実情に関する研究 平成16年度厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)総括・分担研究報告書 労働者のメンタルヘルス対策における地域保健・医療との連携のあり方に関する研究, 2005, 17-40.

横山和仁：事業場におけるメンタルヘルス事例の実態、対応の実情、および地域精神科医等との連携への意識に関する研究 平成17年度厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)総括・分担研究報告書 労働者のメンタルヘルス対策における地域保健・医療との連携のあり方に関する研究, 2006, 15-50.

表1 回答者の属性

	専属産業医 嘱託産業医 産業看護師			精神科医				その他	無記入	専門家	合計
				勤務医	開業医	大学勤務	その他				
回答数(通)	100	31	73	36	11	12	3	17	11	14	308
回答数の%	(32.5)	(10.1)	(23.7)		(20.1)			(5.5)	(3.6)	(4.5)	(100.0)

表2 産業医と精神科主治医との連携についての意見

- 主治医と職場・産業医との連携に着目した大変画期的なものであり、復職時あるいは復職後の支援がよりスムーズになると思われます。[産業医]
- 従来は様式例1-9のような定型フォーマットがなく事業所や精神科医院独自の書類を用いていたので、このような様式ができると大変助かります。[産業医]
- 積極的に活動している産業医はすでに独自のフォームがあります。また、専門医との連携もそれぞれのやり方があり、今からそれを変更するのはよほどのメリットがないと難しいように思います。[産業医]
- 基本的に連携は必要な場合のみでよいと考えます。よって産業保健スタッフ等のマンパワーも含め、臨機応変に対処しないと他の業務に支障が出ると思われます。[産業医]
- 月に2回、某機械メーカー(従業員7000人)の診察室に出向いています。(月～金は毎日内科医もしくはは衛生学、公衆衛生学のドクターが交代で診察)。ですから、精神科医が復職可能という診断書をいかに安易に提出しているかがよく分かります。そこで少し責任をもって判断するためにも、意見書を書いてもらうのは良い事です。[産業医・精神科医]
- 連携が必要なことはいうまでもないが、産業医と臨床医(主治医)との直接のやりとりが何よりも重要であり、それをよりよくする為に今回の書類は有効であろう。但し、書類だけでやりとりするのでは全く意味がないと考える。[産業医・精神科医]
- 休養して(2～3ヶ月)復職する際に、事業場内における事業管理者の配慮に関する主治医の意見書があれば、復職がスムーズにいく事が多いと感じる。[産業看護職]
- 産業医と精神科主治医の意見書はとても良いと思います。社員の病状が具体的に把握できます。復帰させる時、職場への指導にもとても役立つと思います。[産業看護職]
- 弊社でも事務方が作ったこのように細かい様式は存在しますが、それを使用した際、用紙のやりとりに担当者が振り回され疲れてしまったと指摘されたことがございます。[産業看護職]
- (略)この12年8ヶ月で、職場復帰に関して診断書を書いたのは1ヶタです。大きな事業所がなく、産業医の方とコミュニケーションを取ったこともありません。今後、職場のメンタルヘルスが充実していく中で、このマニュアルの様式を使って産業医と精神科医のコミュニケーションが充実し、職場再適応のプロセスが当事者にもopenになることを望ましく感じます。[精神科医]
- 今回のようなマニュアルがあり、産業医とのやりとりがあれば、より適切な判断が可能になる事が期待できると思われます。[精神科医]
- 日常業務で産業医の先生方とやりとりをする機会も多く、このようなマニュアルができれば大変役に立つと思っていたところでした。[精神科医]
- 主治医としては患者の情報のみで職場の様子、職務内容を知るため、就労の可否を判断する場合、誤った判断をするのではないかと心配しておりました。[精神科医]
- 患者さん個人を対象にしている精神科医医療機関では、勤めている企業全体や患者さん個人の職業的な立場をも考慮に入れる産業臨床に携わる方々との連携をとることが必要であると実感しているため、このような連携に関して精神科医師と産業医とが書面を通して情報を共有することは、連携をとる方法の一つとして有効であると思いました。[精神科医]
- 密接な連携が必要なはその通りであるが、書面のやり取りだけで、どこまで達成できるのか、なかなか、難しい。[精神科医]
- 主治医と産業医とのコミュニケーションが文書のやりとりだけに終わってしまう。形式化のリスクもあると思います。[精神科医]

表3-1 連携にあたり生じる問題(1)

1. 産業医・産業看護職の意見

- 復職時の配置転換についての基本的な考え方、リハビリ入社と時間短縮勤務の違いと是非について、この点が産業医と、主治医の間で意見が食い違うところです。詳細な解説をお願いします。(コンセンサスを得る必要があると思われる) [産業医]
- 精神科医の産業保健に関する理解度や関心度に非常に大きなばらつきがあるように思います。最低限必要な共通理解を多くの精神科医に持ってほしいと思います。 [産業医]
- プライバシーについては安全配慮義務との比較衡量という観点で、産業医が活動しているという認識が伝わるような記述が必要。 [産業医]
- 地域精神保健の中間施設に該当するような施設が産業精神保健面では皆無なので、「復職-再休業」を繰り返す事例について「復職はリハビリ入社程度に考えるべきだ」と、職場に中間施設の役割を求める考え方が精神科医に多いと思います。 [産業医]
- 産業医の立場からは、精神科の先生に紹介状をお送りしたり、情報提供を依頼したり、面接にお伺いしたり積極的に関与してきましたが、精神科の先生の方からご連絡をいただいた経験は少ないように思います。 [産業医]
- 従業員にセレクトされたDr.が会社を理解する姿勢を持つ人、あるいは、きちんとした専門医ならよいですが、ケースによって考えにくい診断名がけられたりして困ることが多いのが現状です。 [産業医]
- 産業医として活動していて、精神科医の先生にお世話になることが多くあります。しかし、「意見書をかけば、すべて通る」、「配置換は産業医が行なうもの」と誤解されている先生がいらっしゃいます。あくまで事業者が決めることであって、産業医は医学的見地から助言をするものだとすることをマニュアルで強調していただくとよいと思います。 [産業医]
- 産業医も精神保健に関する講習会に出て知識を深める必要があるが、精神科医も産業保健にもっと関心を持ち、現場を知る(特に会社の組織を理解する)ことが必要で、認定産業医の資格を是非とって戴きたい。(一般産業医のような広範な知識は必要ないと思いますが) [産業医]
- 精神科医師がメンタル不全の患者さんだけの事を考え、会社がどんな会社か(大小など)本人や会社がどんな仕事をしているか、ほとんど考えていないケースが多々見られました。長期療養が可能な会社か、軽快状態で戻れる仕事があるのかなど、知って治療にあたっていただきたいと思います。 [産業医]
- 事業所側にも「復職すれば作業をきちんとしてもらおう」という考えが根強くあります。リハビリ入社という考えが浸透するにはまだまだ時間がかかると思います。 [産業医]
- きめ細かく、詳しい内容になっており、これが実施できれば、良い結果につながると考えますが、(中略)、ガイドブック(案)を利用できるほど労働者の把握がなされていないことを案じている(ガイドブック(案)以前の問題のあることが悲しい)。 [産業医]
- 精神科の開業医先生方の教育、指導も重要かと思えます。社側ばかり努力してもダメですね。この問題はかなり残ると思います。 [産業医]
- 医師養成、学会etcの教育場面で連携の必要性について理解していく他ないのでは?と思えます。 [産業医]
- 病期の症状が改善し、病状が回復しても、職場復帰に関して精神科主治医が判断する上で、短時間労働の可否、職務の変更の可否など、職場の受け入れ方次第という状況はよくあることで、それらの配慮がどの程度あるのかわからなければ文書で回答しづらいということはよくあります。したがって、(略)情報提供依頼書とともに『復職者の勤務規定』を同封し、それを参考に職場再適応のご意見を記載いただく等すれば良いと思います。(略)大企業では「1日4時間勤務は復職後原則3ヶ月以内…」など、「復職者の勤務規定」はたいいてい整えられていることが多いように思います。 [産業医・精神科医]
- 産業保健師の立場からこれまでの経験から考えますと、このような立派なフォーマットがあっても従業員のためにこのサンプル等を使って書類を作成し、活動しようとする意欲のある産業医ばかりではないということが一番問題ではないかと思えます。同様のことが開業医にも言えるかもしれませんが…。 [産業看護職]
- 就業上の配慮もあまり書かれても会社としては対応できないので、それなら、まだ休んでいただくという(原職復帰に近い形で受け入れたい)ことにならざるをえない。 [産業看護職]

表3-2 連携にあたり生じる問題(2)

2. 精神科医の意見

- 「うつ」などで休職する場合は、その間の給与など保障されるのか考えてしまいます。 [精神科医]
- 診断により労働者に事業所で不利になることはないでしょうか？どの程度プライバシーは事業所では守られているのでしょうか？事業所により異なるでしょうが、診断書を受け取る事業所の状況が分からないと、「配慮」せざるを得ないこともある。 [精神科医]
- 産業医のいない職場、当事者と周囲との見解が異なる、病院にかかっていたとして、主治医と産業医(職場)とで主張の違うことも多い(主治医はよしあしは別として多少問題はあっても患者の立場での発言になる事が多い。特に復職判定で。) [精神科医]
- 復職に関することが大きな課題となることが多い。復職したときの処遇(配置転換をどう考えるか、軽勤務等のラングづけ、試し出勤というやり方を取り入れるか、長期休業者への対応と再発予防など) [精神科医]
- (私の経験であるが)産業医に患者と会社等の間に入ってもらえず、職場上司等と直接私が話をしないといけないケースばかりであった。このマニュアルが使えるように産業医にも働きかけて欲しい。 [精神科医]
- 最近、サービス残業、長時間残業、休日出勤などによりうつ病や睡眠不足(それに伴う日中の眠気)が増加しております。来院されるときに上記の勤務状況についての報告が診断と治療に不可欠です。産業医→主治医の依頼書にこれらの情報を入れて下さい。又、社宅などに住んでいてうつ病などの休養中に他の職員やその家族の目が気になり、散歩などにも出られないことがあります。これらについて、主治医→産業医→会社の指導を要すると思います。 [精神科医]
- 復帰に際し、職場によっては段階復帰が認められず、完治してからの復帰が求められたり、発病の誘因となった配属先からの異動を認められず、その配属先への復帰が求められることは現在でも少なからずあるように思います。また、事業場としては精神障害に理解があっても結局は直属の上司の理解の有無が問題となるケースも多々あります。産業医、主治医の情報共有が重要であることはまさにその通りであると思いますが、事業場側全体の理解が前提であると存じます。 [精神科医]
- 精神科医として患者さんの治療にあたるのは当然の責務です。社会復帰に最も神経を使うのも事実です。しかしながら忙しい日常業務中に職場の上司や人事担当の方々が何度も来院されるのも大変迷惑しております。年間3万人の自殺やメンタルヘルス対策は急務ではありますが、精神科医に頼るより前に企業が正規雇用を促進し、過重労働を減らす事の方が速効性があるのではないのでしょうか？ [精神科医]
- 職場との連携についてメンタルヘルス関係に興味を持っていただける産業医とはあまり問題は生じない印象を持っているが、産業医がいてもあまり関わりがない場合や、事業場が小規模で産業医がいない場合、メンタルヘルス関係の復帰システムが整っていない事がほとんどであり、また病状を正確に伝えたつもりでも、かえって偏見を持たれたり、理解してもらえない事が多い。 [産業医・精神科医]
- 確かに現状ではメンタルヘルスに関しては、精神科医と産業医のコンタクトは薄いようです。患者様に関しても職場からの依頼や産業医からの丸投げに近い状態ではないでしょうか。 [精神科医]
- こういうものが今まで無かったこと自体が問題ではありますが、私自身の経験から言うと、おおむね事業場は協力的であり、復帰も慎重にしていっております。 [精神科医]
- (うつ病の理解など)職域のスタッフに精神医学をどう啓発するかは大事な問題です。 [精神科医]
- 会社の管理職の教育が不足していると思います。 [精神科医]

3. 専門家・研究者の意見

- 日ごろから会社の健康管理担当者が精神疾患のことをよく分っていないと精神科医は思っています(誤解も含んで) [専門家・研究者]

表4 産業医と精神科主治医の立場の違い

- 立場は違いますが、主治医はあくまでも患者中心に考えて意見を述べればよいということを記載していた方がよいと思います。主治医から見て、職場に適応するための条件を明確にして頂いた上で、産業医は本人の状況と職場の状況(主治医の示す条件を満たせるか)から判断するので、主治医が職場の状況まで考慮する必要はないと思います。 [産業医]
- 産業医と臨床医の違いは、法律や立場の違いではなく、個人にアプローチするのが臨床医であり、加えて環境にアプローチするのが産業医であると思います。職場環境や作業内容が原因でメンタルヘルス不全になった、あるいは職場環境の改善や作業変更でより効果的な治療が出来るといった場合に産業医との連携が必要になるのであって、労働者について問題点を共有する場合にのみ臨床医と産業医の連携が必要になることを説明すべきだと思います。 [産業医]
- もう少し産業医の立場、よって立つスタンスが精神科医師と異なることを詳しく記載いただけると、今後立場の違いをふまえた上で産業医と連携をしていくことが可能になるかと思いました。 [精神科医]

表5-1 対象・状況の限界(1)

1. 一部の事業場・地域でのみ有用

- まずは、専属産業医のいる大企業や産業保健活動に熱心な精神科医から普及が進んでいくものと思いますが、企業数からすれば圧倒的に中小零細企業が多いので、関係業界団体や親会社を通じて末端までこのようなシステムの普及が温度差なく進むことを期待しています。〔産業医〕
- 公の機関では、大分体制もとのつてきてますが、一般企業ではまだまだメンタルヘルスへの理解は難しいようです。〔産業医・精神科医〕
- 産業医が不在、あるいは非常勤体制が多い地域です。産業医・産業医とうたわれると実施不可能な「絵にかいたもち」におわるが多いプランだと思います。このあたりの地域事情を踏まえて産業看護職、または人事労務担当者が動かすことのできるアレンジ可能なプランを作って頂ければ幸いです。〔産業医〕
- 概ね有効性を感じられる様式かと思いますが、あくまで産業医はじめ産業保健スタッフが充実し、身近に精神科医が充足している都市部の事業場にとって・・・といえるかもしれません。〔産業医〕
- 私の県ではまだ臨床医、特に精神科医からの産業医なるものの認知、理解は低いものです。法的根拠の理解もままならないDrも沢山おられます。〔産業医〕
- 各様式例は、人格障害タイプの人には、使いにくいかもしれません。〔産業医〕
- 連携が必要な労働者の条件は、① 労働環境や作業内容がメンタルヘルス不全の原因と考えられる、② 労働環境の改善や作業内容の変更によって、労働が可能となる(健康になる)であると思われます。離婚が原因でうつ病になった労働者は、産業医と臨床医の連携の対象となるのでしょうか？〔産業医〕
- 事務職、研究職などに関してはこのままでよいと思いますが、生産、製造職の現場に関しては表現が多少合わないところもあると思います。〔産業医・精神科医〕
- 産業医が精神科医でない場合や、精神科医でも短時間のパート嘱託医だとおそらく面接室でしか患者をみないと思われるので、本当に意見書の内容を妥当性を持って評価できるのか疑問に思います。〔産業医・精神科医〕
- これまで職場復帰に関わってきた経験から考えると、産業医と主治医が連携して、マニュアル例にあるような文書をやりとりして職場復帰に関われるケースは、一部の企業に勤務する常勤職員ぐらいで、まだまだ極めて少ないという印象があります。常勤ではないパートやアルバイトの形態の被雇用者では精神疾患で休むとなかなかこのような手厚い労務管理がなされず、契約期間がきれた時点で、自動的に退職となるケースが多く、また雇用者側の要因としては、マニュアルにも書かれていますが、企業規模が小さいと産業医がいなかったり、いたとしても精神疾患になじみがない非精神科医であることも多く、主治医に「丸投げ」されるケースなどもありました。〔産業医・精神科医〕
- 「産業医」とひとことでくくってしまっても、実際には専属もあり嘱託もありで、作業内容をどの程度理解しているかは疑問である。事業場には月1回訪れることになっているが、月30分程度でこのガイドブックにある機能を果たされるかどうかは疑問である。〔産業医〕
- 産業医は大企業にしかいないという印象があり、あまり実感は持てませんが…(略)〔精神科医〕
- うちの県のように中小企業が多く、産業医も診療所の開業医になっている現状では、運用に不安がございます。大企業向きかと思います。〔精神科医〕
- 産業医未配置の中小企業が多く、事業場内の産業保健スタッフへの啓蒙パンフレット又は、統計資料を合わせてマニュアルに添付いただけると助かります。〔精神科医〕
- メンタルヘルスにおいては地域性があり、先進地域もあるのかも知れませんが、この県では少なくともあまり産業医として機能がはたせておりません。〔精神科医〕
- 統合失調症の患者さんでは有効ですが、うつ病患者さんには適用できないと思います(症状レベルが違うので)。〔精神科医〕
- 産業医が居る場合はこの案で充実できると思います。この地域の医師会では、産業医がいない企業とその労働者に対して健康づくり相談室で月1回精神科医会の精神科医が相談にのっていますが、まだ利用者は多くないのが現状です。クリニック、病院での診療で、「再適応」できるところまで行っても産業医がいない所の患者様ばかりとっていい状態が続いていて困り果てています。〔精神科医〕



## 表5-2 対象・状況の限界(2)

### 2. 精神科主治医との連携窓口の限界

- 産業医が積極的に活動している企業は産業医が窓口になる事が多く、そうでない所は人事や総務あるいは事業者が窓口とならざるを得ない場合が多いことを理解してもらう必要があると思われます。[産業医]
- 産業医と主治医の連携の必要性を痛感しています。産業医以外にも職場の看護師が主に対応する会社もあり、看護師等の役割についてもマニュアルができると良いと思います。[産業医・精神科医]
- メンタルヘルスを扱っているのは精神科だけではありません。精神科医師と決め付けない方が良いのでは？[産業医・その他(診療内科医)]
- 私は産業看護職ですが、企業に毎日勤務して従業員との関係もできていますが、産業医は週1回弱半日(3~4回/月)の来所で委員会3ヶ所、巡視2回(報告含む)、相談、面接、健康診断判定、保健指導があり、予定管理は私がしております。面接計画も又、ラインよりも早く「いつもと違う」従業員を見つけて面接予定に入れたりもしております。この辺も考慮した分を入れていただけると活動しやすくなると思われます。[産業看護職]
- 本マニュアル案を実際に職場で遂行するためには、関連スタッフの連携の連絡調整など中心的役割を担う者が必要となります。産業看護職は実際そのような役割を担っており、今後その役割の重要性も大きくなると思われます。看護職の法的位置づけについても検討する必要性があると思います。[産業看護職]
- 産業医が中心となって活動することが前提ですが、看護職(保健師)が、精神科医との連携を図っているのが現実です。紹介やその後の連絡調整、事業所との連携でも、直接関わらざるを得ません。[産業看護職]
- 地方における産業保健の実情として、別の調査によるものですが、北陸甲信越における企業では従業員1000人未満の企業が約8割で、産業保健スタッフも非常勤で、非常勤産業医、常勤看護職のところが9割を占めています。『メンタルヘルス対策における産業看護職の役割』等の紹介もいただけると、良いと思います。[産業看護職]
- (略)実務の多くは保健師等の看護職が担うことになります。産業医には時間がなく、精神的に限らず産業保健全般に対する専門性が不足しているからです(本末転倒な話ですが)。できれば主治医連携や主治医との文書のやりとりを、保健師等が行うことのできる様式を作成していただきたいと考えます。地域保健の中では、口頭での連絡や連携を主治医-保健師間で行うのは日常茶飯事ですし、最終的かつ全体的に産業医の承諾がとれていれば、実際には問題はないであろうと考えられるからです。拝見した様式の内容であれば、これは“診断”ではなく看護職でも十分に手がけることのできる内容かと思います。実態に即して、看護職を中心とした医療連携をも確立し、併用できることを切に望みます。[産業看護職]
- 携する相手(事業場内スタッフ)の中に「保健師等」ということばを加えていただきたいのです。実際に産業保健の現場では、産業医よりも多くの保健師・看護師が活動しており、重要なケア・コーディネーションの役割を担っています。企業の衛生管理者として位置付けられている保健師等もいますが、産業看護職(保健師・看護師)は本来衛生管理者とは役割が異なります。主治医としての精神科専門医に、看護職から働きかけますと、関係作りがスムーズにいかないケースも多いです。私自身も過去にさまざまな経験をしており、医師によってはこちらの熱意が伝わると快く連携の体制を作ってくださいる方もありました。産業医が非常勤であったりする現場では、産業看護職が事例の主治医と連携してよい支援を行っていくことが今後も必要になるのではと思います。[専門家・研究者]
- 全体的には“産業医との連携マニュアル”に感じられます。実地では産業医など持たない企業での問題は無視できない規模だと感じます。そういった企業、会社に対応する際の法的側面などマニュアルがあればよいと常々感じています。[精神科医]

表6-1 マニュアル内容について(1)

1. 合同面接について

- 「合同面接の機会」は理想的ですが、実際は困難なように思われます。対象労働者の「診察時間」に設定せざるをえないので、精神科医側が抵抗するように推測します。〔産業医〕
- 「合同面接」に、産業医と会社内の人間であれば可能だが、ここに精神科医が入るとするのは非現実的すぎる。〔産業医〕
- 合同面接はほんとうに大切であるが、この時間をとるのも実際は大変である。今までの患者の家族との面接も思うようにできていないので。〔精神科医〕
- どこの精神科も非常に多忙でスケジュールの調整は難しく、精神科医を含む面接は実現不可能でしょう。費用負担も大きいです。〔属性無記入〕
- 「合同面接の機会」のあたりですが、その重要性は私も十分に認識しているつもりです。ただ、ここへの導入として、それぞれがここに組み合わさって会うというプロセスがないと、「負い目を感じている」方にとっては負担が大きく、再発のきっかけにもなりかねません。(中略)また、(マニュアルを読むと)合同面接をしなければならないというように受け取られて仕舞いはしないかと危惧します。関係者全員の事実の共有が重要であることに論を挟む物ではありません。〔専門家・研究者〕
- 関係者(対象労働者、精神科主治医、産業医、管理監督者、人事労務管理スタッフなど)→関係者(対象労働者、精神科主治医、産業医、産業看護職、管理監督者、・・・など)※産業医は囑託が多いのが現実ですので、産業看護職をここに位置づけていただくのが良いと思います。〔専門家・研究者〕

2. 主治医意見書の扱いと文書料(謝金)について

- 主治医意見書は、先方に診療情報提供書として扱っていただいてもよいでしょうか？場合によっては数度のやりとりもありえると思うのですが、その都度も診療情報としてよいのでしょうか。〔産業医〕
- 「主治医意見書」と従来の意味での「診断書」の関係をどう整理するかの検討が必要かと思えます。〔産業医〕
- 専属産業医のいない事業場では、上司や人事担当者が直接業務上の配慮について主治医の話を聞きたいと希望することがあります。その際、本人の保険診療で行うわけにもいかないと思うので、面接指導料の料金設定をしておいて、あらかじめ会社に伝えていただくと良いかと思えます。マニュアルの中に、そのような場合があることを盛り込んでおくというのではないのでしょうか。実際は無料で相談に応じて下さったりして、産業医としては申し訳なく思うことがあります。〔産業医〕
- 文書料の問題もあります(例えば「母性健康管理カード」は一定の金額で・・・(2000円?)と通知で決まっている模様です)。この料金をだれが負担するか等も今後詰めなくては、せっかくのものが活用されないままという可能性があると思います。〔産業看護職〕
- 「情報提供依頼書」については、過去に類する文書を作成したことがあるが、実際には相談料が適応されることが多く、外来時に本人と一緒に同行することで対応している。(相談料は予算として計上されていない)精神科主治医からの意見書については、文書料が発声した場合、事業所での負担は困難な状況にある。〔産業看護職〕
- これらの書類作成を精神科主治医に依頼する際には、(略)、書類作成料の支払いを、患者である被雇用者に支払っていただくのか、あるいは書類作成依頼者である企業側に請求すべきなのか、はっきりしないケースがありますので、様式例5の中に不可抗力的に明記されるような書式になっていたほうが良いように思います。〔産業医・精神科医〕
- 主治医が事業場のスタッフと十分に話し合いを重ねるとすれば、精神科の安い医療費のままでは厳しい気がします。書類記入も同様です。医療費の上で何か対応が必要でしょう。〔精神科医〕
- 連携をもっとも困難にしているのは、医療保険の仕組みの中で、連携が保険点数化されないことです。したがって、事業場が連携に対価を考慮するといった社会教育を行い、社会通念を普及させることがもっとも有効です。逆にそれがないと多忙な臨床医は連携を渋るか断ると思えます。〔専門家・研究者〕
- 現在の保険医療制度上は、これだけの診断書(意見書)書いてもらうためにはおそらく任意の金額を要求されても仕方がないと思うもいっています。これだけのものを書いてもらうには、保険医療では不可能ではないかと思うのですが、いかがでしょうか。〔専門家・研究者〕
- 臨床現場では、書類記入に時間をとられるのをもっとも嫌います。診断書料が数千円ついていてもそうですから、様式文例のような報告を求めると、1万円以上の文書料というのが、平均的な反応だろうと思います。それでも嫌がるでしょう。〔専門家・研究者〕

## 表6-2 マニュアル内容について(2)

### 3. 情報提供の同意とプライバシーの保護、労働者の不利益について

- 主治医からの情報提供に本人が不同意の場合、その旨の連絡が産業医に届くようにする必要があります。  
[産業医]
- 従業員にこの内容を同意されるのは、一部をぬかして困難。[産業医]
- 従業員にとってマイナスな面の同意を取ることが困難。しかし、このようなことが常識、あたりまえの状況を徐々に作っていけばよいと思う。[産業医]
- 情報のやりとりで本人にまで伝えられていないこともあるのではないかと、その点はどのようにするか、すべて本人の同意を取るのが基本ではありますが…。[精神科医]
- 情報提供における“本人の同意”が困難な事例に難渋することがあります。職場に正確な診断名ほか医療情報を知られたくないケースが少なくないと思われる。また、職場における偏見が少なくなっているところか、成果主義が取り入れられることによって増大している印象さえあります。産業保健スタッフは医療関係者ばかりではありませんが、守秘義務は担保されるのでしょうか。[精神科医]
- たとえ本人が同意した上での情報提供であっても、それがその後本人の職場での不利益につながるという保証を担保する困難さを常に懸念しています。[精神科医]
- これらの意見書、依頼書は対象者が目を通した上で同意をもらうことと思いますが、ある程度病識が無いと困難ということになるのでしょうか。[精神科医]
- 「プライバシーは産業医が責任を持って管理いたします」との表現は、産業医から事業場側に対してどこまで情報が流れるのかについて曖昧なままではないでしょうか。守秘義務がどこまで適用されるのかが、ある程度明示されるべきだと思います。それが明確になれば、「正式な病名」を記載することの議論も、先に進まない気がします。[精神科医]
- そもそも「患者の同意」が得られなかった場合は、どのように対応するのでしょうか。患者本人が「うつ」と思っている、正式には「統合失調症」や「人格障害」であって、本人への告知が困難な場合があります。「患者の同意」にも、正式な病名だけは伝えてほしくないなどの様々な段階があると思われる。情報が事業場側スタッフにもたらされることによって患者の再適応がスムーズに進むことについての啓蒙は、積極的に行われるべきでしょう。しかし、同意しない場合でも患者が不利な扱いを受けないと確保されていることも必要で、同意することが半ば強制的に行われることがあってはならないと思います。そのためには「正式な病名」にこだわらず、「患者の同意」が足かせにならないような工夫も必要ではないでしょうか。[精神科医]
- 「本人の記入の同意」、「プライバシーは産業医が責任をもって管理いたします」あたりがかなり本質的な問題です。会社所属の産業医に言われたらほとんどの方は同意書にサインすると思いますが、同意を得る状況としては不適切ではないでしょうか。また産業医は会社の人間ですから、「責任をもって保管」はもう少し具体的に主治医に説明して欲しいと思います。[精神科医]
- 「プライバシー保護」が問題なく行われているかどうかを調査・指導する担当部署の新たな設置を、マニュアルに盛り込んだらいいかと思いました。[精神科医]
- 産業医も精神科医も医師としての守秘義務が課せられていますが、企業の職員はそれがどの階層にある人でも、法的な意味で守秘義務を課せられてはいません。したがって、「事業所の関係者は、法的には守秘義務を課せられてはいないとはいえ」というような文言をどこかにうまく挿入していただけないかということです。[専門家・研究者]
- 医師同士の情報交換においても、対象者の情報管理権は担保されているので、包括的な同意では不十分で、主治医としては記述できない場合があります。まず、産業医が本人に対して、主治医からどの範囲で情報を求めるかを明示し、同意していただく必要があります。仮に、案に示されている項目について意見を求めるのであれば、すべての項目について記述し、対象者が同意した結果を診療情報提供書とともに送付する必要があります。また同時に、個人の健康情報がどの程度、誰に開示されるかについての同意も必要と思います。[専門家・研究者]

### 4. 診断名の記載について

- 精神疾患に限らず、主治医は患者の見方であり、本人に都合の悪い診断はつけられません。診断書が良性疾患であっても本人の話からは癌ということもよくあります。患者主治医関係を破壊する診断名を記載することは無理と考えます。また(中略)、必要なのは「事業場での適正な対応」ですから、就業条件について主治医から適正な指導を頂ければ十分です。また、「正確な病名」があったとしても、疾病の重症度、病期、回復度、日常生活や社会生活の対応能力、再発の可能性と誘引等、本人から聴取できる内容でも十分、会社で対応できると考えられます。[産業医]
- 事業場が精神疾患に偏見をもっているという推測のため、曖昧な診断書になっているという推測には違和感があります。[精神科医]
- 「正式な診断名を記載すべきである」という考えには賛成ですが、うつ病がこれほど誤って理解されている現状です。職域の例では、精神医学と労災ではちがう診断基準を用いているともいえます。今、診断名をそのまま記載すると大混乱が起こります。[精神科医]

表7-1 様式例の形式について(1)

1. チェック方式について

- ほとんどの項目について1(重症)から4(軽症)に分類して文章を付記しているようですが、実際はこれらの項目が乖離する、同一労働者の症例で1-4が混在することは少ないと思います。ですから、もう少し項目数を整理することができるような気がします。[産業医]
- チェックリストですが、メンタル不調者は各個人で症状、兆候、原因等多岐にわたり、あてはまらないケースが多く出てくると思います。また多忙な中これらをチェックすることはなかなか困難と思います。[産業医]
- はじめての主治医との意見交換では、漏れがないようにチェックしやすいと思います。ただ、何回か意見交換が行われて、主治医と産業医のラポールが形成された時点では短時間に記入できるような(A4、1枚でおさまるような)ものにしてと主治医は思うだろうと推察します。[産業医]
- 記入を簡便にしようとする、文書量が増える傾向があり、臨機応変に使うためには、記入は少々面倒でも、あまり細部まで定められた様式よりも、自由に記載できるものの方がよいように思います。[産業医]
- 具体的に記載する箇所が少なく、チェックする項目が比較的多くて、よく工夫されていると思います。しかし、現在の書式内容でも(中略)このような書類記載の依頼がありますと、(中略)忙しい民間病院やクリニックの精神科主治医にとってはかなり大変な作業になります。[産業医・精神科医]
- 産業医や精神科主治医が記載する部分が、当社では、白紙になっており記載するDrの方によって、内容が大分違ってきておりました。マニュアル案を拝見させていただいて、具体性のある記述でDrがチェックする事が、容易で、かつ必要な情報がしっかり得られる事に感心致しました。[産業看護職]
- チェックすると点数化され、5段階評価の○点だからまだ再適応はムリ、という職場がある懸念。[精神科医]
- 多くを書かなくて良い書式が忙しい医師にとっては有り難い事です。今後のプランでもご配慮ください。[精神科医]
- 公式に根拠を提示できる項目に限るべきであると存じます。定量的に決定不可能な項目や、推定を記述することは困難です。復職ができなかった場合、主治医あるいは事業者に対して訴訟が起こる可能性が高いと考えられますが、根拠を明示できない項目については、争点となりえますので個人の健康情報のうち、確定的に述べられない項目は、情報提供の内容としては適正とは考えられません。[専門家・研究者]