

産業医が在職する例も多く、そのためか地域の医療機関に対してメンタルヘルス事例に関する相談に乗って欲しいとの期待も高かった。実際の利用についても、本研究で実施した調査では、8割程度の事業場が地域の精神科医療機関を実際に利用した経験を持っていた。事業場が精神科医・医療機関を利用した際に満足を感じた理由としては、産業保健スタッフに対して患者（労働者）の病状や予後の見通し、治療の方針や治療経過、就労や復職にまつわる問題点やアドバイスなどの重要な情報の提供と、事業場のメンタルヘルスカケアに関する体制、勤務体制や職場の実態などのシステムを理解した対応が挙げられた。

このように、事業場は労働者の主治医や地域の精神科医を頼りにしている部分もあり、詳細な情報提供と事業場の状況を理解したうえで対応を求めていることがわかった。なお、情報提供に関しては、産業保健スタッフからは患者の同意を前提としたうえで、主治医への提供と主治医への情報提供依頼のともに賛成する意見が大多数であった。

一方、精神科主治医の側からも、事業場や産業医との連携に際して、事業場の産業保健に関する意識の低さや理解不足による困難の事例が挙げられた。産業保健スタッフに精神科の専門的知識がないことは事業場内でも問題となっていたが、精神科主治医にとっても連携が困難となる要因であった。

これらの点を受けて平成18年度は、職域メンタルヘルスに関して精神科医師・精神科医療機関を対象とした産業医との連携マニュアル作成を試みた。

C. メンタルヘルス・マニュアル試案の作成と内容検討

1. 研究3

「精神科医師・精神科医療機関のための産業医との連携マニュアル試案の作成：「精神科医師・精神科医療機関のための産業医との連携マニュアル試案の実用性および内容妥当性に関する研究」（平成18年度調査研究）

(1) 目的

研究1および研究2で得られた事業場内のメンタルヘルス対策および事業場外資源との連携の実情を踏まえて精神科医療機関に向けた産業医との連携マニュアルの試案を作成し、現実的使用に際しての問題点・修正および改訂のための懸案事項を整理することを目的とした。

(2) 方法

a. 手続き

分担研究者と共同で作成した「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)（以下、マニュアル案）」を現実的使用に耐えうるものとするため、産業保健スタッフおよび精神科医師にマニュアル案の査読とコメントを求める調査を行った（マニュアル案は平成18年度厚生労働科学研究費補助金 総括・分担研究報告書の資料Aに掲載）。

b. 調査対象者

産業保健スタッフの視点から意見を得るために、日本産業衛生学会の産業医部会員650名ならびに産業看護部会員812名を調査対象とした。また、精神科主治医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.nisseikyo.or.jp/>で公開)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、産業保健分野の学識経験者37名に対しても専門的視点からの意見を求めた(回答率11.0%)。

(3)結果

得られたコメントを、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、と三つの側面からまとめた(具体的なコメント内容については平成18年度厚生労働科学研究費補助金 総括・分担研究報告書を参照)。

①産業医と精神科主治医の連携

寄せられたコメントの多くで、産業医と精神科主治医との連携の重要性は認識されていたが、産業保健スタッフと精神科医が、互いへの不信感を挙げる意見が目立ち、両者の溝が浮き彫りとなった。

産業保健スタッフからは精神科主治医の産業保健に対する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。

他方、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などの事業場側の要因により連携が困難となった経験が目立った。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、いずれにせよ相互の不信感が連携を妨げていると考えられる。

こうした両者のギャップの背後には、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の認識不足や互いの状況の情報不足が考えら

れる。そのため、あくまで事業場の立場から患者(労働者)と接する産業医と、患者個人と接する精神科主治医とのスタンスの違いを明示し、事業場と主治医との間で行われる患者(労働者)に関する情報の提供が双方向になされる必要があるとの周知が求められよう。このように、精神科主治医に対しても、事業場の管理者や産業保健スタッフに対しても、役割に応じた正しい教育ならびに啓蒙活動が行われる必要がある。したがって今後のマニュアル改訂に際して、これらの内容を産業保健の基本的知識として盛り込む必要があると考えられる。

②マニュアル案の内容的妥当性

本マニュアル案の内容については、主に以下のような問題が挙げられた。

a. 使用できる対象や状況の限界

まず、本マニュアルは、メンタルヘルス不調として最も多く、かつ復職に際して慎重な対応が必要とされるうつ病を中心としたストレス性疾患の(主にホワイトカラーの)労働者について、その職場再適応(復職)の段階を想定して産業医と主治医の連携過程をマニュアル化したものであった。そのため、マニュアル使用に際しては(1)産業医不在の事業場における使用の限界、(2)適用できる職域や症例の限界などの意見が多く挙げられた。今後の改定において上記の限界を超えるような配慮が期待される。

また、(1)の産業医不在の事業場と関連して、産業看護師や産業保健師といった産業看護職の役割を重視すべきであり、看護職の職務への理解を求める内容をマニュアルに盛り込んで欲しいとの要望もあった。このように、産業保健スタッフ全体が利用できるような自由度の高いマニュアルおよび様式例とするための努力が求められている

といえよう。ただし、産業医と産業看護職、その他の産業保健スタッフとでは守秘義務の問題をはじめ立場が異なる場合も多いため、場合を分けた指針が必要となるかもしれない。

b. 合同面接

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、多くの意見は合同面接の重要性を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の立場であった。その主な理由は、主治医の関心不足というよりは物理的な時間の無さにあるようだ。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は期待されるとの位置づけにせざるをえず、マニュアルには強制力を持たせないような記載をする必要がある。

c. 主治医意見書

様式例として提案した主治医意見書については、特に文書料（謝金）に関する事柄が大きな問題であった。主治医に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）が発生するとの指摘が多くみられた。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と考えると、事業場が負担すべきであるとも考えることもできるが、これに対して事業場側からは「そこまでの金銭面での負担が困難であ

る」との意見も上がっている。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る。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るのかもしれない。

d. 診断名の記載

様式例として提案した主治医の意見書には、正確な診断名の記載欄を設けた。これについては、確かに産業医側からは正確な診断名の開示を強く求める声もあった反面、正確な診断名を事業場に知らせることにより患者に不利益が生じることへの懸念や、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なるという問題が挙げられた。産業保健スタッフのみを対象とした研究1および2においても正確な診断名の提供を求める声と、必要としない声に意見が二分されたように、正確な診断名は事業場として必ず欲しい情報とまでは言えず、精神科医としては正確な診断名を伝える弊害を恐れる向きもある。こうしたことから、正確な診断名の開示は必須ではなく、連携の中で必要に応じて開示され得る情報とすることも考えられる。

関連して、治療状況を事業場が知ることにより派生する個人情報保護の問題も指摘された。産業保健スタッフが労働者の治療情報を得た場合、その情報が職務上の必要に応じて上司や管理者に伝えられる可能性もあると考えられる。情報交換に患者の同意を求める際、それがどこまでの情報交換への同意を指すのか明示し、また情報が守

秘義務の無いスタッフに伝えられることの危険性にも言及する必要がある。同意を得る方法ならびに内容についてはさらに慎重に検討を加えるべきである。

③様式例の実用性

a. チェック方式

本マニュアル案では、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、チェック方式で選択を求める部分を多く設けたが、この点について評価する意見と問題点の指摘がともに得られた。評価する意見は、必要な情報を主治医から効率的にやりとりできる点に注目していた。他方、問題点としては、メンタル不調の多様性から、選択肢にあてはまらないケースが出ることや、項目別に1（重症）から4（軽症）に分類しているが、実際はこれらの項目が乖離することは無い（複数の項目は不要）といった点などが挙げられた。また、様式をもとに訴訟が起こる可能性を想定し、予測を含むこれらの項目について根拠を明示できない情報内容の危険性を指摘するものもあった。このように、チェック方式自体は簡潔な方法であるが、その項目内容および選択肢については検討の余地がある。

b. 様式例の分量・記載内容

様式例は全般的に削減を求める意見が大多数であり、重要な改善点であった。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多さから、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産業医・産業看護職の予想どおり分量的に大きな負担となるとの反応が顕著であった。改定案としては、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。そこで、マニュアル案には新たに、上記の内容を主治医から簡潔に得られるようにチェック方式による主治医意見書の様式例を盛り込んだ（平成18年度校正労働科学研究費補助金の報告書 資料A参照）。

その一方で、現在の連携で求める情報が得られない経験をしている現場からは活用を期待する声もあった。また、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、様式例の分量削減が求められていることとは対比的に、主に産業医や産業看護職から自由記載欄の追加要望や、「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、「職場が問題で不適応をおこした場合は、配置転換が望ましいかについての欄」など、具体的内容の追加を求める声もあった。精神科医側からは、「上司や同僚、作業の内容や時間などの職場のあり方に大きな問題がある場合の情報」を求める要望が、産業看護職からは「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・提供すべき情報が多いことがわかる。

以上を踏まえ、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てより使用しやすい分量および形式の様式例へと改訂することが求められる。

D. 考察

産業保健スタッフからの調査で明らかとなった事業場と精神科医との間の溝は、精

精神科医側の要因によるものだけでなく、事業場側の要因によるものもあることが明らかとなった。各事業場における産業保健についての認識の温度差やシステムの違い、各精神科医による産業保健に対する関心や認識のばらつき、などがその要因であるようだ。しかしながら、連携に積極的な産業保健スタッフや精神科医は、ともに情報を求めていることが示唆された。すなわち、産業保健スタッフは患者（労働者）の治療状況などの情報や対応に際する相談を主治医に求め、精神科医は患者（労働者）の事業場の環境や職場状況、職務内容、事業場のメンタルヘルス対策のシステムなどについて情報を求めている。

一方、両者の意見のギャップがしばしば問題になるのが、休職中の労働者の職場再適応（復職）に際する判断であった。これは、職場に戻るのならば休職前のパフォーマンスを求める意識が強い事業場の立場と、患者個人が職場という環境に適応することを重視する精神科主治医との立場が異なることによるようだ。復職に際して両者の連携をとる際には、産業医と主治医が相互の立場の違いを理解したうえでの慎重な検討が必要であるといえる。

以上を踏まえ、本研究では精神科医が産業医と連携する際のマニュアル試案を作成した。産業医は精神科医に対して産業保健に関する知識と事業場のシステムへの理解を求めていたため、産業保健の概要と事業場におけるメンタルヘルス対策の概要の説明をマニュアルに含めた。さらに、患者（労働者）の症状や治療方針に関する多様な情報を求めていたことからマニュアル案には上記の内容を主治医から簡潔に得られるようにチェック方式による主治医意見書の様

式例を盛り込んだ。

また、作成したマニュアル案の査読を産業保健スタッフや精神科医に求め、得られたコメントから問題点・修正点と懸案事項を整理した。それぞれについて以下に述べる。

まず、産業保健に関する情報の中でも、産業医と精神科医との立場と役割の違いについての説明をさらに加える必要が指摘された。円滑な連携のためにも、両者間での相互理解を進めることは重要であると考えられる。

次に、本マニュアルを産業医以外の産業保健スタッフが使用可能な部分があるかについての検討が懸案事項として挙げられる。今回のマニュアルは産業医と精神科医師との連携マニュアルであったが、現実の産業保健現場では、産業医が不在または嘱託産業医であることも多く、その際には産業看護職の役割が大きくなる。したがって、マニュアル内容には産業看護職の理解を深めるような内容もまた盛り込む必要があろう。これに伴い、各種様式例に関しても、産業看護職との連携への使用可能性を検討し、汎用性を持たせることも、事業場と主治医との円滑な連携の一助となる。

情報交換については、患者（労働者）の同意が前提となっていたが、今回提案した様式例に本人の同意署名欄を設けたことで、いくらか議論が生じた。情報交換への同意を得ることは重要であるが、様式の記載内容の性質から、患者には同意しにくいケースも多いであろうとの予想や、また情報交換には同意したとしても、それが事業場の組織のどこまで伝わるのか、どこまで守秘義務が及ぶのかについての不安などが挙げられた。関連して、主治医からの正式な診

断名の開示については、産業保健スタッフ・精神科医の両方で「必要」とする意見と「必要としない」とする意見に別れたが、中には正式な診断名を記載した様式に同意を得る過程で、患者が自身の診断名を知ることを問題視する意見もあった。これらの点を踏まえ、情報提供への同意に関してはさらに慎重な検討を加える必要があると考えられる。

様式例についてはさらに、文書料の問題と分量と形式についての問題があった。様式例の項目は、事業場側が主治医に求める情報として挙げられたものであったが、その記載量は膨大であり、チェック方式を採用してもなお記入コストが高いものであるとの指摘が目立った。そのため、これらの様式への記入には相応の文書料（謝金）がかかるべきであるとの意見が顕著であった。本マニュアルで提案した合同面接への参加を主治医に求める際にも同様に、謝金の問題が生じると考えられた。これらの支払いは保険の範囲外となるため、事業場と患者（労働者）のどちらが負担すべきか、その額をいかに定めるか、なども今後の検討事項のひとつである。

様式例の分量については削減を求める反面、自由記載欄の設置を求める声もあり、連携に積極的な産業医や主治医の中には、個別の事例に対応するためできるだけ詳細な情報交換を期待しているものもいることがうかがえる。これらの点を踏まえてよりコンパクトかつ効率的な様式例の改定が今後求められているといえよう。

今後はまず、マニュアル案に対して得られたこれらの改善点を踏まえた改訂を行い、その後は実際に試用する中で生じる問題を解消していく必要があると考えられる。

E. 結論

本研究では、職域メンタルヘルス対策における事業場内資源と事業場外資源の連携の実情を踏まえて両者の円滑な連携のためのマニュアル作成を試みた。今回対象としたのは労働者の主治医となる精神科医・医療機関と産業医との連携であり、また両者間でしばしばギャップが生じる休職中の労働者（患者）の職場再適応（復職）を想定したものであった。事業場側からの要望をもとに作成したマニュアル試案については、主に以下のような問題点・改善点および懸案事項が指摘された。

- (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こと
- (2) 産業医不在（または嘱託産業医）の事業場での使用・産業医以外の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和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、自由既述欄の設置、記載内容の改善など）

以上の知見を踏まえ、今後はマニュアル案の更なる改訂をはかる必要がある。なお、改訂版については今後も更なる試用と検討を重ねながら最終版作成に向けた取り組みが求められると考えられる。

F. 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.
- 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.
- 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1-1 調査の回答事業所の属性:業種、地域、回答者職種(事業所数、カッコ内は%)

	全体	50~499名	500~999名	1000~4999名	5000名以上	不明
	33	13	6	11	2	1
業種:						
4. 製造業	30 (90.9)	11 (84.6)	6 (100.0)	10 (90.9)	2 (100.0)	1
5. 電気・ガス・ 熱供給・水道業	1 (3.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	0
11. サービス業	1 (3.0)	1 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
12. その他	1 (3.0)	1 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
地域:						
三重県	23 (69.7)	11 (84.6)	5 (83.3)	6 (54.5)	0 (0.0)	1
愛知県	5 (15.2)	2 (15.4)	0 (0.0)	3 (27.3)	0 (0.0)	0
静岡県	4 (12.1)	0 (0.0)	1 (16.7)	1 (9.1)	2 (100.0)	0
滋賀県	1 (3.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	0
回答者職種:						
1. 管理職	5 (15.2)	5 (38.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
3. 専属産業医	15 (45.5)	2 (15.4)	4 (66.7)	7 (63.6)	2 (100.0)	0
3. 嘱託産業医	5 (15.2)	3 (23.1)	1 (16.7)	1 (9.1)	0 (0.0)	0
4. 保健師	5 (15.2)	0 (0.0)	1 (16.7)	3 (27.3)	0 (0.0)	1
5. 看護師	2 (6.1)	2 (15.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
7. 安全衛生担当者	1 (3.0)	1 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0

表1-2 回答者以外の健康保健スタッフ(事業所数、カッコ内は%)

	全体	50~499名	500~999名	1000~4999名	5000名以上	不明
	33	13	6	11	2	1
そのほかの健康管理スタッフ:						
常勤の看護師・保健師	20 (60.6)	6 (46.2)	5 (83.3)	7 (63.6)	2 (100.0)	0
非常勤の看護師・保健師	1 (3.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	0
専属産業医	2 (6.1)	0 (0.0)	1 (16.7)	1 (9.1)	0 (0.0)	0
嘱託産業医	5 (15.2)	1 (7.7)	0 (0.0)	2 (18.2)	2 (100.0)	0
常勤のカウンセラー・ 臨床心理士	1 (3.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0
非常勤のカウンセラー・ 臨床心理士	4 (12.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (27.3)	1 (50.0)	0
常勤の精神科医	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
非常勤の精神科医	5 (15.2)	0 (0.0)	1 (16.7)	4 (36.4)	0 (0.0)	0
産業カウンセラー	2 (6.1)	0 (0.0)	1 (16.7)	1 (9.1)	0 (0.0)	0
その他	11 (33.3)	8 (61.5)	1 (16.7)	2 (18.2)	0 (0.0)	0

表1-3 ストレスによる疾患(人/年、あくまでも医療機関から出される診断書に記載された疾患名)

1	うつ病 (2人/年)	パニック障害 (2人/年)	自律神経失調症 (2人/年)	神経症 (2人/年)
2	うつ病 (1~2/年)			
3	うつ病 (1人)	うつ状態 (4人)	パニック障害 (5人)	不安神経症 (1人)
4	うつ病 (10人)	躁うつ病 (2人)	統合失調 (1人)	
5	うつ病 (11人)	うつ状態 (3人) ・ 抑うつ状態 (2人)	自律神経失調症 (1人)	神経症 (1人)
6	うつ病 (8人/年)			
7	うつ病 (8人/年)			
8	うつ病 (7人)	自律神経失調症 (2人)	神経症 (1人)	
9		自律神経失調症 (1人)		
10	うつ病 (1人)	自律神経失調症 (1人)		
11	うつ病及びうつ状態 (2人)	自律神経失調症 (1人)		
12	うつ病 (3人/年)	うつ傾向 (3人/年)	パニック (職場不適応) 障害 (3人/年)	
13	うつ病 (2~3人)	抑うつ・うつ状態 (5人)	パニック障害 (2人)	自律神経失調症
14	うつ病 (2~3人)	抑うつ・うつ状態 (5人)	パニック障害 (2人)	自律神経失調症
15	うつ病 (2・3人/年)	うつ状態 (1・2人/年)	不安神経症 (2~3年に1人)	統合失調症 (5~10年に1人)
16	未回答			
17	うつ病 (1人/年)			
18	うつ病 (1人/年)			
19	うつ病・心因反応 (3人/年)			
20	ない			
21	うつ病 (1人/年)			
22	うつ病			
23	うつ病・職場不適応 (16人)		統合失調 (4人)	
24	うつ病 (3人)	神経症 (1人)	統合失調症 (自律神経) (1人)	
25	うつ病 (1人)	パニック障害 (1人)	神経症 (2人)	
26		うつ状態 (7人)	神経症 (1人)	
27	うつ病 (2人/年)			
28	うつ病・うつ状態が健康管理上8割を占めている			
29	うつ病 (24人/年)	そのほか (統合失調症・ボーダーライン含む) (30人/年)		
30	うつ病+うつ状態・自律神経失調症 (45) ・10人/年	統合失調症 (16) 3~4人/年		
31	うつ病 (5人/年)	パニック障害 (2~3人/年)	人格障害 (2~3人/年)	
32	ない			
33	うつ病・うつ状態 (7人)	パニック障害 (1人)	自律神経失調症 (2人)	

表1-4 長期休職者(事業所数)

1ヶ月未満	疾患名	1ヶ月～3ヶ月未満	疾患名	3ヶ月～6ヶ月未満	疾患名	6ヶ月～1年未満	疾患名	1年以上	疾患名
2	うつ病	8	うつ病	6	うつ病	3	うつ病	8	うつ病
1	うつ状態	2	うつ状態	1	自律神経失調症	1	統合失調症	3	自律神経失調症
		1	うつ病+自律神経失調症	1	抑うつ神経症	1	仮面うつ病・過敏性腸症候群	3	統合失調症
		1	強迫神経症	1	統合失調症	1	うつ病+人格障害	1	神経症
		2	パニック障害	1	職場不応	1	自律神経失調症	11	統合失調症・ボーダー・強迫神経症(11):5～6/年 退職
		1	統合失調症	1	未回答	1	抑うつ神経症	1	うつ状態
		1	未回答			3	未回答	4	未回答

表1-5 職場の職員が持っているメンタルヘルスに対するイメージ(事業所数、カッコ内は%)

	全体	50～499名	500～999名	1000～4999名	5000名以上	不明
	41	13	9	14	4	1
1)とても重要だと思っている	21 (51.2)	6 (46.2)	5 (55.6)	8 (57.1)	1 (25.0)	1
2)必要ないと思っている	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
3)興味がない	2 (6.1)	2 (15.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
4)自分にはわからない	5 (12.2)	4 (30.8)	1 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
5)リストラの口実にされるのではないかと心配している	3 (7.3)	0 (0.0)	1 (11.1)	1 (7.1)	1 (25.0)	0
6)昇進や給与に悪影響を及ぼすのではないかと心配している	9 (22.0)	1 (7.7)	2 (22.2)	4 (28.6)	2 (50.0)	0
7)その他	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.1)	0 (0.0)	0

表1-6 地域の精神科医師・精神科医療機関を必要とあれば、気軽に利用したいと思えますか(事業所数、カッコ内は%)

	全体	50～499名	500～999名	1000～4999名	5000名以上	不明
	33	13	6	11	2	1
はい	30 (87.9)	11 (84.6)	6 (100.0)	10 (90.9)	2 (100.0)	1
いいえ	3 (9.1)	2 (15.4)	0 (0.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	0

表1-7 「利用している・したことがある」と回答された方は、利用された時の感想はいかがでしたか(事業所数、カッコ内は%)

	全体	50～499名	500～999名	1000～4999名	5000名以上	不明
	27	8	6	10	2	1
満足	9 (27.3)	1 (7.7)	3 (50.0)	4 (36.4)	1 (50.0)	0
やや満足	13 (39.4)	6 (46.2)	2 (33.3)	4 (36.4)	1 (50.0)	1
やや不満	2 (6.1)	0 (0.0)	1 (16.7)	1 (9.1)	0 (0.0)	0
不満	1 (3.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	0

表1-8 あなたは、地域の精神科医師・精神科医療機関があなたの職場のメンタルヘルスに
関与することを期待しますか(事業所数、カッコ内は%)

	全体	50～499名	500～999名	1000～4999名	5000名以上	不明
	33	13	6	11	2	1
非常に期待する	14 (42.4)	5 (38.5)	3 (50.0)	4 (36.4)	1 (50.0)	1
かなり期待する	8 (24.2)	3 (23.1)	2 (33.3)	3 (27.3)	0 (0.0)	0
多少期待する	9 (27.3)	5 (38.5)	1 (16.7)	3 (27.3)	0 (0.0)	0
全くない	2 (6.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (9.1)	1 (50.0)	0

表1-9 「非常に」、「かなり」または「多少」期待していると回答されたかたは、具体的にどのようなことを期待されて
いますか(事業所数、カッコ内は%)

	全体	50～499名	500～999名	1000～4999名	5000名以上	不明
	42	15	8	6	12	6
1)職場の産業医になってもらう	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	0
2)職場で定期的にメンタルヘルスの 相談窓口を開いてもらう	9 (21.4)	5 (33.3)	2 (25.0)	1 (8.3)	1 (16.7)	0
3)電話やメールでメンタルヘルスに 関する相談にのってもらう	14 (33.3)	6 (40.0)	2 (25.0)	5 (41.7)	1 (16.7)	0
4)セカンド・オピニオンとして説明を してもらう セカンド・オピニオン外来を してもらう セカンド・オピニオンコール (電話やメール)をしてもらう	8 (19.0)	1 (6.7)	3 (37.5)	2 (16.7)	1 (16.7)	1
5)職場の産業医とメンタルヘルス 事例の情報を交換する	9 (21.4)	3 (20.0)	1 (12.5)	5 (33.3)	0 0.0	0
6)その他	1 (2.4)	0 0.0	1 (12.5)	0 0.0	1 (16.7)	0

表1-10 職場が、地域の精神科医師・精神科医療機関を利用した場合、職場の情報を治療機関に提供することに
対してどのようにお考えですか(事業所数、カッコ内は%)

	全体	50～499名	500～999名	1000～4999名	5000名以上	不明
	33	12	6	12	2	1
1)治療に必要なことなら、相談者の 同意なしで提供してよい	6 (18.2)	1 (8.3)	1 (16.7)	4 (33.3)	0 (0.0)	0
2)治療に必要なことなら、相談者の 同意のうえなら提供してよい	25 (75.8)	10 (83.3)	5 (83.3)	7 (58.3)	2 (100.0)	1
3)同意の如何にかかわらず、どんな ことも提供してはならない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
4)よくわからない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
5)その他	2 (6.1)	1 (8.3)	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	0

表1-11 もし、地域の精神科医師・精神科医療機関を利用した場合、職場復帰等の関連で、あなたは相談者の治療
情報を主治医から得ることに對してどのようにお考えですか(事業所数、カッコ内は%)

	全体	50～499名	500～999名	1000～4999名	5000名以上	不明
	33	12	6	12	2	1
1)必要な治療情報は、相談者の 同意なしで得てよい	3 (9.1)	1 (8.3)	0 (0.0)	2 (16.7)	0 (0.0)	0
2)必要な治療情報は、相談者の 同意のうえなら得てよい	29 (84.8)	10 (83.3)	6 (100.0)	10 (83.3)	2 (100.0)	1
3)同意の如何にかかわらず、どんな 治療情報も得てはならない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
4)よくわからない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
5)その他	1 (3.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0

表1-12 地域の精神科医師・精神科医療機関から事業所に発行される診断書に記載される診断名があいまいで、受診者の状態がよくわからず、復職時に職場で対応しにくい場合がありますか(事業所数、カッコ内は%)

	全体	50～499名	500～999名	1000～4999名	5000名以上	不明
	33	13	6	11	2	1
ある	25 (72.7)	9 (69.2)	5 (83.3)	8 (72.7)	2 (100.0)	1
ない	8 (21.2)	4 (23.1)	1 (16.7)	3 (27.3)	0 (0.0)	0

表1-13 「ある」と回答された方にお聞きします。この点についてどう考えますか(事業所数、カッコ内は%)

	全体	50～499名	500～999名	1000～4999名	5000名以上	不明
	28	11	6	8	2	1
1) 正確な診断名を記載すべきである	7 (25.0)	1 (9.1)	1 (16.7)	4 (50.0)	1 (50.0)	0
2) あいまいな診断名は患者に対する配慮であり、しかたがない	11 (39.3)	4 (36.4)	3 (50.0)	3 (37.5)	0 (0.0)	1
3) よくわからない	1 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (12.5)	0 (0.0)	0
4) その他	9 (32.1)	6 (54.5)	2 (33.3)	0 (0.0)	1 (50.0)	0

表1-14 あなたは職場のメンタルヘルス対策における地域の精神科医師・精神科医療機関との連携に関するマニュアル(職場むけおよび地域の医師むけ)を作成することについてどう考えますか(事業所数、カッコ内は%)

	全体	50～499名	500～999名	1000～4999名	5000名以上	不明
	33	13	6	11	2	1
1) 必要だと思う	24 (72.7)	10 (76.9)	6 (100.0)	8 (72.7)	0 (0.0)	1
2) 必要ない	1 (3.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	0
3) よくわからない	5 (15.2)	2 (15.4)	0 (0.0)	1 (9.1)	2 (100.0)	0
4) その他	2 (6.1)	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	0

表2-1 回答者の職種

職種	人	%
a. 産業医	88	(36.8)
b. 産業保健師	75	(31.4)
c. 産業看護師	73	(30.5)
d. 精神科医	3	(1.3)
f. 心理相談担当	9	(3.8)
g. カウンセラー	11	(4.6)
h. 衛生管理者	33	(13.8)
i. 人事労務担当	1	(0.4)
j. 安全衛生担当	2	(0.8)
k. その他	12	(5.0)

注：重複あり、欠損4

表2-2 回答者就業形態

	人	%
常勤	193	(81.4)
非常勤	44	(18.6)
(内訳)		
(～1日)	30	12.7)
(～3日)	11	4.6)
(～5日)	3	1.3)

注：欠損6、「内訳」は非常勤の場合の週あたりの勤務日数

表2-3 職場のストレス性疾患患者数

疾患名	0名	1～4名	5～9名	10名以上
統合失調症	129 (62.6)	69 (33.5)	5 (2.4)	3 (1.5)
躁うつ病(双極性感情障害)	152 (73.8)	52 (25.2)	1 (0.5)	1 (0.5)
うつ(うつ状態を含む)	24 (11.8)	98 (48.0)	35 (17.2)	47 (23.0)
不安障害	148 (73.3)	44 (21.8)	6 (3.0)	4 (2.0)
パニック障害(恐慌性障害)	123 (60.3)	72 (35.3)	6 (2.9)	3 (1.5)
強迫神経症(強迫性障害)	178 (88.1)	19 (9.4)	3 (1.5)	2 (1.0)
適応障害	147 (72.8)	45 (22.3)	6 (3.0)	4 (2.0)
摂食障害(拒食症、過食症)	189 (94.5)	10 (5.0)	0 (0.0)	1 (0.5)
アルコール依存症	151 (74.0)	50 (24.5)	1 (0.5)	2 (1.0)
人格障害(ボーダーライン)	156 (77.6)	41 (20.4)	2 (1.0)	2 (1.0)
自律神経失調症	124 (61.7)	59 (29.4)	11 (5.5)	7 (3.5)
心身症	150 (75.0)	42 (21.0)	5 (2.5)	3 (1.5)
その他	189 (92.6)	11 (5.4)	1 (0.5)	3 (1.5)

注：上段は事業所数、下段は%、重複あり、欠損37～43

ストレス性疾患患者数の総数平均18.92 $SD=63.06$

患者率(患者が従業員数に占める%)の平均2.16 $SD=2.86$

表2-4 ストレス性疾患患者数

患者数	数	%
0～4人	65	(33.2)
5～9人	55	(28.1)
10～14人	26	(13.3)
15～19人	17	(8.7)
20～49人	24	(12.2)
50人以上	9	(4.6)

注：事業所数、欠損47

表2-5 ストレス性疾患患者率

患者率	数	%
0.5%未満	27	(14.3)
0.5～1.0%未満	38	(20.1)
1.0～1.5%未満	38	(20.1)
1.5～2.0%未満	19	(10.1)
2.0～2.5%未満	20	(10.6)
2.5～3.0%未満	15	(8.0)
3.0～5.0%未満	19	(10.1)
5.0%以上	13	(6.9)

注：事業所数、欠損54

表2-6 各ストレス性疾患について1名以上の長期休業者を持つ事業所数

疾患名	休業期間				
	1ヶ月未満	1ヶ月～ 3ヶ月未満	3ヶ月～ 6ヶ月未満	6ヶ月～ 1年未満	1年以上
統合失調症	1 (0.4)	2 (0.9)	3 (1.3)	4 (1.8)	11 (4.8)
躁うつ病(双極性感情障害)	2 (0.9)	3 (1.3)	1 (0.4)	3 (1.3)	3 (1.3)
うつ(うつ状態を含む)	36 (15.9)	63 (27.8)	47 (20.7)	36 (15.9)	57 (25.1)
不安障害	1 (0.4)	2 (0.9)	4 (1.8)	3 (1.3)	1 (0.4)
パニック障害(恐慌性障害)	2 (0.9)	5 (2.2)	2 (0.9)	1 (0.4)	4 (1.8)
強迫神経症(強迫性障害)	0 (0.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.4)	1 (0.4)
適応障害	4 (1.8)	1 (0.4)	3 (1.3)	1 (0.4)	4 (1.8)
摂食障害(拒食症、過食症)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)	1 (0.4)
アルコール依存症	2 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.9)
人格障害(ボーダーライン)	1 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.4)	4 (1.8)	0 (0.0)
自律神経失調症	6 (2.6)	4 (1.8)	10 (4.4)	7 (3.1)	7 (3.1)
心身症	0 (0.0)	2 (0.9)	1 (0.4)	0 (0.0)	5 (2.2)
その他	3 (1.3)	8 (3.5)	3 (1.3)	6 (2.6)	5 (2.2)

注：上段は事業所数、下段は%、欠損16

表2-7 長期休業者数

休業者数	数	%
0人	80	(35.6)
1人	47	(20.9)
2～4人	60	(26.7)
5～9人	25	(11.1)
10人以上	13	(5.8)

注：事業所数、欠損18

表2-8 長期休業者率

休業者率	数	%
0%	76	(35.4)
～0.5%未満	90	(42.2)
～1%未満	33	(15.4)
1%以上	16	(7.5)

注：事業所数、欠損28

表2-9 事業所のメンタルヘルスケアの実施状況

	実施している	実施していない
1. 労働者に対する、ストレスやメンタルヘルスケアに関する教育研修	187 (79.2)	49 (20.8)
2. 労働者に対する、メンタルヘルスケアに関する事業場の方針の明示	130 (55.3)	105 (44.7)
3. 上司や専門家に対して労働者が相談することができる体制の整備	195 (84.4)	36 (15.6)
4. 労働者に対する、ストレスに関する調査票や問診	164 (69.5)	72 (30.5)
5. 労働者がストレスに関するセルフチェックを行う機会の提供	160 (68.1)	75 (31.9)
6. 職場の管理監督者による、職場環境、仕事の質や量、職場の人間関係などに関する問題点の把握	152 (66.4)	77 (33.6)
7. 職場環境などの問題点の改善、およびその効果の定期的な評価	126 (54.1)	107 (45.9)
8. 職場の管理監督者による、労働者からの相談への対応	187 (81.7)	42 (18.3)
9. 職場の管理監督者に対する、メンタルヘルスケアにおける管理監督者の役割や対応方法などに関する教育研修	170 (73.0)	63 (27.0)
10. 事業者による、職場の管理監督者に対する、心の健康問題を持つ労働者への対応の方針の明示	117 (50.7)	114 (49.4)
11. 事業場内産業保健スタッフ等による、職場環境、仕事の質や量、職場の人間関係などに関する問題点の把握	172 (74.5)	59 (25.5)
12. 事業場内産業保健スタッフ等による、職場環境などの問題点に関する管理監督者への改善の助言	190 (81.9)	42 (18.1)
13. 事業場内産業保健スタッフ等による、労働者の健康相談	221 (94.0)	14 (6.0)
14. 事業場内産業保健スタッフ等による、心の健康問題を持つ労働者の職場適応、治療、退職後の職場復帰への支援	207 (88.8)	26 (11.2)
15. 事業者による、事業場内産業保健スタッフ等に対する、心の健康の保持・増進に関する方針の明示	111 (47.8)	121 (52.2)
16. 地域産業保健センター、都道府県産業保健推進センター、中央労働災害防止協会、労災病院勤労者メンタルヘルスセンター等の事業場外資源の活用	142 (60.9)	91 (39.1)
17. 労働者のかかりつけ医との情報のやり取り	176 (75.9)	56 (24.1)
18. 労働者を事業場外の医療機関や地域保健機関に紹介するためのネットワークの形成	130 (56.0)	102 (44.0)
19. 企業内の、心の健康づくり専門スタッフの確保	99 (42.9)	132 (57.1)

注：上段は事業所数、下段は%、欠損7~14

メンタルヘルスケアの実施数（19項目中）の総数平均13.14 SD=4.33

表2-10 事業所のメンタルヘルスクエアの現状に対する評価

	全 当 て は ま ら な い	あ ま り は ま ら な い	ど ち ら い も え な い	か な り 当 て は ま る	非 常 に よ く 当 て は ま る	平均	SD
1. メンタルヘルスクエアが効果的に実施されている	10 (4.2)	50 (21.2)	116 (49.2)	54 (22.9)	6 (2.5)	2.98	0.85
2. 心の病気に対する偏見がある	11 (4.6)	67 (28.3)	85 (35.9)	69 (29.1)	5 (2.1)	2.96	0.92
3. メンタルヘルスに関する必要な知識がもたれている	4 (1.7)	57 (24.3)	108 (46.0)	66 (28.1)	0 (0.0)	3.00	0.77
4. 部課によりメンタルヘルスクエアへの意識に差がある	2 (0.9)	28 (11.9)	61 (26.0)	128 (54.5)	16 (6.8)	3.54	0.82
5. 労働者のメンタルヘルスに十分な配慮がなされていない	12 (5.1)	81 (34.2)	89 (37.6)	49 (20.7)	6 (2.5)	2.81	0.91
6. メンタルヘルスクエアに関するマニュアルやプランがある	37 (15.7)	69 (29.2)	43 (18.2)	60 (25.4)	27 (11.4)	2.88	1.27
7. メンタルヘルスクエアが効果的に実施されている	14 (6.1)	58 (25.3)	98 (42.8)	54 (23.6)	5 (2.2)	2.90	0.90
8. 労働者自身の心の問題への気付きが足りない	3 (1.3)	53 (22.5)	101 (42.8)	69 (29.2)	10 (4.2)	3.13	0.85
9. 心の病気を早期に発見できている	8 (3.4)	47 (19.9)	110 (46.6)	68 (28.8)	3 (1.3)	3.05	0.82
10. 問題は発見できても、事業所内で実施できる対応策がない	24 (10.3)	121 (51.7)	52 (22.2)	28 (12.0)	9 (3.9)	2.47	0.96

注：上段は事業所数、下段は%、欠損6~14

平均・SDは「全く当てはまらない」から「非常によく当てはまる」に順に1~5点を与え、算出した。

項目2、4、5、8、10を逆転項目として算出した合計点平均29.83 SD=5.64

表2-11 地域精神科医師・医療機関の利用

	数	%
a. 利用している	154	(67.0)
b. したことがある	50	(21.7)
c. 利用したことがない	31	(13.5)

注：重複あり、欠損13

表2-12 精神科医師・医療機関利用の感想

	数	%
a. 満足	41	(22.0)
b. やや満足	85	(45.7)
c. やや不満	48	(25.8)
d. 不満	12	(6.5)

表2-13 地域精神科医師・医療機関による職場のメンタルヘルスへの関与の期待

	全 期 待 し て い な い	あ ま り 期 待 し て い な い	ど ち ら も い え な い	か な り 期 待 し て い る	非 常 に 期 待 し て い る	平均	SD
1. 職場の産業医になってもらうこと	63 (26.9)	62 (26.5)	49 (20.9)	47 (20.1)	13 (5.6)	2.51	1.24
2. 職場で定期的にメンタルヘルスの相談窓口を開いてもらうこと	40 (17.1)	51 (21.8)	51 (21.8)	70 (29.9)	22 (9.4)	2.93	1.26
3. 電話やメールで労働者からのメンタルヘルスの相談を受け付けてくれること	29 (12.4)	51 (21.8)	53 (22.7)	81 (34.6)	20 (8.6)	3.05	1.19
4. セカンド・オピニオンの役割を担当してもらうこと	11 (4.7)	18 (7.8)	46 (19.8)	116 (50.0)	41 (17.7)	3.68	1.01
5. 職場の産業保健スタッフ等とメンタルヘルス事例の情報を交換すること	11 (4.7)	16 (6.8)	46 (19.7)	99 (42.3)	62 (26.5)	3.79	1.06
6. メンタルヘルスに関する講演や教育研修の講師になってもらうこと	23 (10.0)	22 (9.5)	47 (20.4)	88 (38.1)	51 (22.1)	3.53	1.22
7. 職場の管理監督者や産業保健スタッフ等に対して、メンタルヘルスケアに関する教育研修を行うこと	22 (9.4)	26 (11.2)	49 (21.0)	88 (37.8)	48 (20.6)	3.49	1.21
8. 職場の産業保健スタッフ等からのメンタルヘルスケアに関する相談に乗ってくれること	15 (6.4)	13 (5.6)	43 (18.5)	98 (42.1)	64 (27.5)	3.79	1.10

注：上段は事業所数、下段は%、欠損9～12

平均・SDは「全く期待していない」から「非常に期待している」に順に1～5点を与え、算出した。
期待合計平均26.81 SD=7.01

表2-14 産業保健スタッフから主治医への情報提供

	数	%
a. 治療に必要なことなら、本人（労働者・患者）の同意なしで提供してよい。	20	(8.4)
b. 治療に必要なことなら、本人の同意のうえでなら提供してよい。	214	(89.9)
c. 同意の如何にかかわらず、どんなことも提供してはならない。	1	(0.4)
d. よくわからない。	3	(1.3)

注：欠損5

表2-15 主治医への情報提供の必要性

	必要 ない	ど ち ら か ま ら わ な い	必 要 で あ る	平均	SD
1. 本人の職務内容	4 (1.7)	11 (4.7)	220 (93.6)	2.92	0.33
2. 本人の勤務態度	14 (6.0)	39 (16.8)	179 (77.2)	2.71	0.57
3. 事業場が実施している、本人に対する業務上の配慮	7 (3.0)	11 (4.7)	217 (92.3)	2.89	0.39
4. 事業場の関連規則（半日勤務やリハビリ出勤制度の有無、組織体制など）	5 (2.1)	26 (11.1)	204 (86.8)	2.85	0.42
5. 事業所が抱えるストレス要因	14 (6.0)	58 (25.0)	160 (69.0)	2.63	0.60

注：欠損8～11

平均・SDは「必要ない」から「必要である」に順に1～3点を与え、算出した。

表2-16 産業保健スタッフの、主治医からの治療情報入手

	数	%
a. 必要な治療情報は、本人の同意なしで得てよい。	13	(5.5)
b. 必要な治療情報は、本人の同意のうえなら得てよい。	223	(93.7)
c. 同意の如何にかかわらず、どんな治療情報も得てはならない。	1	(0.4)
d. よくわからない。	1	(0.4)

注：欠損5

表2-17 正確な病名の要求

	数	%
a. はい	129	(55.6)
b. いいえ	103	(44.4)

注：欠損11

表2-18 問い合わせ欄必要

	数	%
a. はい	137	(61.2)
b. いいえ	87	(38.8)

注：欠損19

病休・休職中のうつ病患者の復職可能性判定を客観化するための 評価尺度と質問紙の開発

分担研究者 岡崎 祐士 東京都立松沢病院 院長

研究要旨

職場のメンタルヘルスにおいて最大の問題の1つは、うつ病による病休・休職者の増大と復職をめぐる困難である。復職しても再発による再度の病休が多く、患者・家族のみならず職場の同僚・上司の医療、特に主治医の診断への不信が表明されることも多く、診断に信頼性を回復することは焦眉の課題になっている。そのためには、復職の準備がどの程度整ったかを評価することが必要である。

初年度(平成16年度)は、2つの職場における1ヶ月以上の病休・休職者の実態を調査した両事業所共にうつ病関連の障害が圧倒的多数を占めており、今日の職場の精神疾患健康管理の焦点は、うつ病にあることが明らかとなり、現在の職場のメンタルヘルスの主要課題であることを明らかにした。また精神科主治医と職場の服飾判定との食い違いも明らかになった。試し出勤の有無によっても異なったが、主治医や職場の健康管理居・産業医、あるいは職場関係者との食い違いの修正が重要問題であることが浮かび上がった。

第2年度(平成17年度)は、うつ病で病休・休職中の患者の復職可能性の判断について、精神科主治医、職場関係者が患者・家族とともに判断基準や情報を共有するための「うつ病患者復職準備度評価尺度Restoration Readiness Inventory in Depression (R²ID)」を試作し、第3年度は改訂した(ver2.0)。

第3年度(平成18年度)は、「うつ病復職準備度自己質問紙Restoration Readiness Questionnaire in Depression (R²QD ver1.0)」を試作し、R²IDとともに種々の妥当性検討のために、うつ病の外來診療を担当している精神科医に依頼して臨床試行を行っているところである。

<研究協力者>

伊藤 雅之

三重大学大学院医学系研究科

西田 淳志

三重大学大学院医学系研究科

杉本 淳子

三重大学医学部附属病院 精神科神経科

A. 本研究の目的

今日、職場の精神保健における最大の問題の1つは、うつ病患者の急増と言われている。本分担研究では、まず職場における病休・休職者の実態を調査し、そのことを確かめ、それに対する有効な対策のひとつとして、精神科主治医の復職可能性診断の

信頼性を高める目的で、判断のための情報と判断基準の関係者の共有および判断プロセスの透明化の課題に取り組んだ。診察室の短時間の面接で復職可能性の診断を要求される精神科主治医の支援のためのツールとなることを展望して、「うつ病患者復職準備度評価尺度Restoration Readiness Inventory in Depression (R²ID)」と「うつ病復職準備度自己質問紙Restoration Readiness Questionnaire in Depression (R²QD)」を試作した。このことによって、一つには、地域の精神科医および医療機関と職場のメンタルヘルスの連携の質を改善しようとするものである。

また、職場と精神科主治医の間にある、うつ病患者の復職を巡って、互いの不信になりかねない状況を改善しようと企図する

ものである。これは畢竟、患者自身への適切な医療と誤解を軽減し、職場復帰の環境を改善することになると期待するものである。

平成16年度は三重県の2つの大きな事業所の病休・休職者の実態を調査・解析した。

平成17年度は、分担研究者の臨床経験、研究協力者との検討、若干のうつ病患者の試行による感想・意見を参考にして、R²IDを開発した。

平成18年度はR²QDを開発し、R²IDとともに臨床試行を行っているところである。

B. 方法

1. 初年度は、2つの事業所において分担研究者が健康管理医として関与した症例について、匿名で調査・集計を行った。
2. 第2, 3年度は、諸文献を参考とし、研究者の臨床経験と、研究協力者との検討・討論、若干のうつ病患者の使用経験を参考にして、作成・改訂した。
3. そして現在、三重県を主とする復職診断に携わる機会の多い外来診療をおこなっている精神科医に上記のように依頼して臨床試行中である。
4. またこの研究期間を通じて、復職準備度を改善し、その客観的な評価を可能とすることを期待して、H18年度から三重大学医学部附属病院精神科神経科において「復職ダイケア」を開始した。

C. 結果

初年度：両事業所の差異は、うつ病を主

とする気分障害の分布（A事業所が気分障害圏が多い）、休職期間（A事業所が長い）、休職回数（A事業所が少なめ）復職可の判定（A事業所がB事業所をかなり下回った）であった。つまり、精神科主治医の復職可能の判断と職場における復職可能の判定は、A事業所ではB事業所よりもより食い違いが大きい。休職者の差異が影響した可能性も考えられるが、事業所の健康管理システムの違いも影響していると考えられた。つまり、A事業所は復職審査会は設けられているが、休職者の健康管理は任意であり、ほとんどの休職者が健康管理医や産業医の面接・診療を受けていない。一方、B事業所は復職審査会はないが健康管理医や産業医による休職者の面接がシステム化されており、また職場ブロック担当保健師による任意の相談も行われている。健康管理医や産業医は必要に応じて、精神科主治医と文面等での連絡を行っており、これが復職判定におけるミスマッチが、A事業所と比較して少なかった理由と思われる。また、休職期間はB事業所が短くなっていた。

このように、復職可能との精神科主治医の診断があっても、職場での判断と食い違うことも少なくない。どちらにも問題があると思われるが、この評価判定の食い違いを修正する具体的な試みが必要である。

研究者らは、①関係者間における判断をするに用いる情報の共有、②判断基準の共有、③判断過程の透明性の改善が必要と考えた。①、②について有用と思われる、「うつ病患者復職準備度評価尺度Restoration Readiness Inventory in Depression (R²ID)」と「うつ病復職準備度自己質問紙Restoration Readiness Questionnaire in Dep