

ression (R²QD)を試作した。③については、「復職デイクア」を創設した。

うつ病患者復職準備度質問紙Restoration Readiness Questionnaire in Depression (R²QD ver.1.0)については、平成18年度分担研究報告書に掲載したので、ここには「うつ病患者復職準備度評価尺度Restoration Readiness Inventory in Depression (R²ID ver2.0)」を掲載する。

[うつ病患者復職準備度尺度Restoration Readiness Inventory in Depression(R²ID)] v.2.0

はじめに

うつ病患者の復職まもない時期の再燃、再病休、再休職は、復職した職場の同僚・上司および会社の期待と信頼を損ない、患者にとっては病気の再燃・再発による苦悩・自信喪失にとどまらず、職場や家族など周囲の否定的見方や支持環境の退縮や喪失を惹起し、疾患の病状・経過に負の影響をもたらす。精神科主治医も患者・家族、職場や会社からの信頼の低下や最悪の場合には不信感に直面することがある。そもそも診察室における狭い意味での面接所見のみでは、就業可能性の予測や判断は難しい。

今まで、精神科医間に共通の復職可能性判定の評価尺度等がなかったため、医師間の判定の基準は多様であった。したがって、診断書の「復職可能」の意味するところは幅が広く、職場の産業医・健康管理医とも所見が不一致を示すこともあった。しかし、近年の職場におけるうつ病患者の増加、病休・休職者の増加等の状況のために、地域の精神科医への患者・家族と職場・会社からの「復職可能」判定の妥当性への要請が強まっている。

うつ病による病休・休職者の復職準備度を評価する際に、共通して評価する領域・分野・事項の評価尺度を作成することは、地域の精神科主治医間のバラツキを減らし、判定に客観性と信頼性をもたらすことに繋がるであろうと考えられる。

以下の「うつ病患者復職準備度評価尺度」試案は、筆者の職場調査と臨床経験により、試案として作成したものである。研究協力者や若干の協力いただいた病休・休職中のうつ病患者の方々の感想や意見を参考にして改訂中のものである。今後とも、検討を重ね、評価尺度として洗練する予定である。

[評価領域・分野・事項]

評価領域はI、II・・・、分野は1、2・・・、事項は①、②・・・で示す)

当面は、IとIIはその領域の該当項目数で、IIIからVIIは評価段階(重症度)によって、復職準備度を表すことにする。大きい項目数または高い評価段階ほどよいことになる。異なる評価領域、評価分野、評価項目が同じ重みであるとはいえないので、将来は総合判断する際の重み付けの検討・設定が必要になる。

I. 現在の全般健康状態・・・該当項目に○

1. 雰囲気明るい、存在感がある
2. 顔色・肌つやがよい、表情に張り
3. 語尾明瞭で、声に張り
4. 動きに切れ、体に充実感
5. 寝起きがよい
6. おいしく食べる
7. 満腹するとすこし眠気、居眠り
8. 微熱・風邪気味は2週間以上ない
9. お腹が安定(下痢・軟便は2週間以上ない)

い)

10. 口や喉はカラカラにならない
11. 自然に外出、次の予定がある

II. 睡眠とリズム……該当項目に○

1. 入眠に苦労しない、またはいつの間にか入眠する
2. 途中覚醒1回以下、目覚めてもまもなく眠れる
3. 悪夢、多夢、寝汗の眠りが深い
4. 自然な起床時間で、寝起きがよい
5. ぐっすり眠った感じがあり、日内変動(午前型/午後型)も目立たない

III. 疲れやすさ(ストレス反応性とストレス耐性)……凡そ該当する評価段階に○

1. 日常作業による過敏・疲労反応

①見る／読む作業

0. 新聞・雑誌は見たくない
 1. 新聞・雑誌は目次を見るだけ
 2. 長い記事もよむ、少なくとも1つの記事を最後まで読む
 4. 新聞・雑誌を全体にわたって目を通す
 5. 新聞記事を通して読める、文庫本を数日で1冊読み上げる
 6. 単行本を複数冊つづけて読み上げる

②キーボード・書く作業

0. ペン・鉛筆、キーボードに触りたくない
 1. 転記、キーボードで文書見ながら入力できる
 2. 短い文章が作れる
 3. 与えられたテーマの作文、返事や便りが書ける

③. テレビ

0. 音がうるさく感じテレビの前に行かない・

スイッチを切る

1. ついでにテレビは何となく見る
2. ニュース・バラエティーは見る
3. ドラマや座談会を筋を追って見る
4. 好きな番組を見るようになった

④. 趣味

0. 何もしたくない、面白いことは何もない
 1. 趣味のことを考える
 2. 趣味を少しやってみる
 3. 趣味をやるために用を済ます(外出、買い物)
 4. 趣味のため知人等に連絡したり会ったりする

⑤. 家事

0. 横になっていることがほとんど
 1. 自室の片づけ、掃除機
 2. 家の掃除・食器の片づけを手伝う(主婦/夫を兼務の場合、食事の片づけ程度)
 3. 浴室の掃除をする(主婦/夫を兼務の場合、出来合を買うなど簡単な食事ならできる)
 4. 買い物のお使いをする(主婦/夫を兼務の場合、朝食の準備ができる)
 5. 家族と買い物と一緒に出かける(主婦/夫を兼務の場合、夕食の献立、買い物、料理が自然にできる)

⑥. 運動

0. 食事やトイレ以外ほとんど横になっている
 1. 昼間起きている時間が多い、入浴はおっくう
 2. 入浴はほぼ毎日、外出もできる
 3. 昼間の外出可能、屋内で軽い運動
 4. 運動のための散歩、プール・ジムに行く、趣味の運動

2. 一般対人ストレスによる過敏・疲労反応

①外出

- 0. 外出できない
 - 1. 夕方・夜間・休日(近くのコンビニ等)可能
 - 2. 昼間(勤務時間)外出可能
 - 3. 次に人と会う予定がある

②近隣とのつきあい

- 0. 近隣と会うのを避ける
 - 1. 隣人とのあいさつ可能
 - 2. 近隣との立ち話程度可能
 - 3. 近隣の会合参加可能

③子どもの相手

- 0. 子どもがうるさい
 - 1. 一緒にいられる
 - 2. 屋内で短時間なら相手できる
 - 3. 比較的長時間相手できる・外で遊べる

④職場外での対人関係

- 0. 電話にでることができない(ベルにびくつとする)
 - 1. 電話では他人、会社以外の友人、親戚との会話可能
 - 2. 職場外友人の来訪、自身の親戚来訪への対応可能
 - 3. 姻戚の来訪への対応可能
 - 4. 職場外友人と外で会う・会食可能
 - 5. 姻戚宅への配偶者と一緒の訪問可能

3. 職場関連ストレスによる過敏・疲労反応

①職場情報

- 0. 職場に関することは話もできない。すべてに過敏・疲労反応
 - 1. 家族となら会社事項も話せる
 - 2. 職場からの郵便・文書进行处理できる
 - 3. 休日・夜間なら職場近くへ行ける

②職場関連対人関係

- 0. 職場からの電話にもでることができない、でたら強い過敏・疲労反応

- 1. 職場からの電話にでるが、過敏・疲労反応が軽度生じる
- 2. 職場からの電話(同僚、上司、人事)対応可能
- 3. 職場関係者訪問対応可能
- 4. 職場への訪問可能

(過敏・疲労反応は、緊張亢進、入眠悪化、途中覚醒、悪夢や多夢、起床悪化で判断)

IV. 自殺危険性……凡そ該当する評価段階に○

- 0. 自殺企図の既往がある／死について具体的に考えることがある
 - 1. 自殺企図の既往はない。普段は考えないが頭の隅には死に関する考えが残存している
 - 2. 自殺企図の既往はない。自殺を考えたことを思い出すこともあるが、家族や周囲への迷惑となるし、死が解決の手段とは思わない
 - 3. 自殺企図の既往はない。死によって何も解決しない、今後その様な考えが生じたらすぐに相談するようにしたい

V. 復職可能診断のいきさつ……凡そ該当する評価段階に○

- 1. 今回の「復職可能」診断のきっかけは、
 - 1. 患者の希望によるもの
 - 2. 家族の希望が働いたもの
 - 3. 医師の判断による
 - 4. 患者の希望と医師の判断の一致によるもの
- 2. 患者の希望による場合、医師は、

- 0. 医師はまだ早いと感じている
- 1. 復職への本人の焦り(喪失を取り返したい、収入確保など)がある
- 2. 職場の復職期待・意向による無理がある
- 3. 家族の希望・意志が働いた無理
- 3. 患者の復職希望の適切性
 - 0. 早すぎる、病状再燃の可能性がある
 - 1. やや早すぎる、準備期間が必要
 - 2. 復職訓練(職場または職場外)を試みてもよい
 - 3. 軽減勤務なら可能
 - 4. 今からでも復職は可能
- 4. 家族の復職をめぐるサポートの適切性
 - 0. 無理な・患者の負担になる要求がある
 - 1. 後押しすぎ
 - 2. サポート不足
 - 3. 適切なサポートがある
- 5. 復職を巡る職場の対応の適切性
 - 0. 治療や回復に却って妨げになる対応がある
 - 1. 積極的対応がない
 - 2. 対応の柔軟化や改善が望まれる
 - 3. 適切な対応がある(健康管理システム、相談体制)

VI. 病気の理解と自己管理……凡そ該当する評価段階に○

- 1. うつ病に関する理解
 - ①症状や病気
 - 0. 理解がない
 - 1. いろいろの困難を症状として理解
 - 2. 薬物療法などの治療の必要性の説明を理解している
 - 4. 自ら本などでも学んだ
 - 3. 集団の演習(SST/デイケア)でも学ん

だ

- ②成因
 - 0. ストレスの関与への理解がない
 - 1. 今回のエピソードの前のストレス、生活上の無理の自覚
 - 2. 性格的な側面の関与の自覚
 - 3. 再発注意のための具体的な対策を考えている
 - 2. 自己管理
- ①ストレスを避ける方法
 - 0. 何も学んでいない
 - 1. 言葉に出してはいえる
 - 2. 本などで学んでいる
 - 3. デイケア場面などで観察されている
- ②服薬の必要性自覚と実際の服薬状況
 - 0. 飲み忘れや中断あり
 - 1. 主治医や家族に言われると服用する
 - 2. 飲み忘れは月に数回以下、本などで学んだ
 - 3. 必要性を自覚しほぼ忘れることなく服薬、
- ③定期受診・相談ができる
 - 0. 自らは受診しない
 - 1. 家族に促されると受診する
 - 2. 自ら受診するが、肝腎な相談はしない(家族が主治医に伝える)
 - 4. 自ら定期受診、必要に応じて臨時にも受診し相談する
- ④相談しサポートを得られる
 - 0. 医師以外に相談する人がいない
 - 1. 家族には何でも話せる
 - 2. 相談できる友人もいる
 - 3. 職場にも相談できる同僚・上司、健康管理担当者がある

D. 考察

臨床試行の結果を待って、R²ID (ver. 2.0) とR²QD(ver1.0)ともに改訂を行い、臨床の場への普及を目指したいと考えている。また、このような復職準備度の関係者の共有のみでなく、実際に回復を促進し、どの程度回復し復職の準備ができたかを客観的に観察できる場としてデイケアの有用性を考え、すでに「復職デイケア」として具体化した(伊藤雅之ら, 2006参照)。このようなうつ病の復職準備度を改善・促進し、その評価と評価過程を透明にし、客観化することは、うつ病患者への誤解や無理解を正し、職場への受け入れを促進する条件を醸成することになるとと思われる。

「復職デイケア」の「」要望は高く、一般デイケアよりも需要が高い。実際復職に成功する患者が多く、復職モチベーションが低かったうつ病患者にもよい刺激になることが多いことも判明した。また、復職可能性の判断情報は多くなり、職場への透明性もまし、患者・家族も判定に納得しやすい。ケースを積み重ねていきたい。

E. 結論

分担研究者らが開発したような患者・家族、主治医、職場関係者の情報も考慮したR²IDやR²QDのような評価の精神科臨床への導入によって、病休・休職中のうつ病患者

を復職可能とする納得できる判断根拠を関係者が共有する条件が改善されると思われる。また、復職デイケアのような復職を促進し、その評価判定を客観化・透明化できる試みも重要である。かくて、地域の精神科臨床家や医療機関というリソースと職場のメンタルヘルスの取り組みの有機的な連携が促進されると思われる。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

森 豊和・伊藤雅之・本田知之・岡崎祐士：復職デイケアの可能性. 第165回東海精神神経学会, 名古屋市, 2007年2月4日

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

I. 文献

岡崎祐士、西田淳志、伊藤雅之：うつ病で病休・休職中の患者の「復職可能」診断をめぐって—うつ病患者復職準備度尺度試案—臨床精神医学 35(8):1059-1067, 2006

伊藤雅之、本田知之、森豊和、杉本淳子、河津雄一郎、岡崎祐士：復職デイケアの可能性. 臨床精神医学 35(8):1079-1083, 2006

労働者の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を促進するためのマニュアル作成に関する研究

分担研究者：崎山 忍（三重県こころの健康センター 所長）

研究要旨

労働者の心の健康問題に対する事業場の取り組みと、地域の精神科医療機関などの事業場外資源によるケアのあり方を総合的に検討する中で、両者のさらなる連携を促進するシステムに関する方法論の確立を目的として3年間の研究を行った。

平成16年度は、三重県内の精神科・心療内科を標榜するすべての医療機関にアンケート調査を行い、事業場外資源によるケアの現状・課題を明らかにすることを試みた。その結果、労働者の心の健康問題に対し、多くの医療機関で上司との情報交換や事業場内産業保健スタッフとの連携、そしてメンタルヘルス講演会への協力など診療以外の取り組みが行われていることが明らかになった。一方事業場との連携に困難を感じたり、職場環境などの情報が十分に得られない現状に苦慮している現状も示唆された。

平成17年度は、三重県内のすべての日本医師会認定産業医にアンケート調査票を送付し、産業医のメンタルヘルス不調に対する認識や事業場外資源との連携について検討を行った。その結果、事業場外資源に対する産業医の期待度や満足度は高いことが示唆された。また、連携を促進される要因がいくつか抽出された。さらに事業場におけるメンタルヘルス対策への取り組みの程度は、従来からの課題である危険有害業務や身体面の健康管理への取り組みの程度と相関することも示唆された。

最終年度である平成18年度は、これまでの結果に基づき、メンタルヘルス不調に陥った労働者を産業医、精神科主治医が連携して支援を行っていく際に活用可能なマニュアルの試案を主任研究者らと共同で作成した。

<協力研究者>

臼井卓士

三重県こころの健康センター

技術指導課 主査

A. 研究目的

昨今さまざまな報道や調査報告から、労働者の心の健康問題が取り上げられている。労働者の受けるストレスは拡大傾向にあり、仕事に対して強い不安やストレスを感じている労働者が6割を超える¹⁾状況にある。また精神障害等に係る労災補償の請求件数、認定件数とも増加傾向にある²⁾。厚生労働省の指針には、労働者のメンタルヘルスケア（事業場において事業者が講ずるように努めるべき労働者の心の健康の保持増進のための措置）の進め方について、「セルフ

ケア」「ラインによるケア」「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」「事業場外資源によるケア」の4つのケアが継続的かつ計画的に行われることが重要と述べられている¹⁾。つまり、事業場内の関係者が相互に連携していくと同時に、事業場内だけで行うことが困難なメンタルヘルスケアに関し、事業場外の精神科医や心療内科医などメンタルヘルス不調を扱う専門家・機関（以下、事業場外資源）を活用していくことが望まれている。

事業場外資源の活用にあたっては、これに依存することにより事業者がメンタルヘルスケアの推進について主体性を失わないことに留意することが重要である¹⁾。また、事業場外資源においては、特に主治医が診断、治療方針において中心的な役割を担う

ことになるが、診療にあたって、事業場からの情報提供や助言を受ける必要もあろう。つまり事業場側と事業場外資源の円滑な連携と同時に、双方が労働者の心の健康問題に積極的に取り組んでいくことが重要になる。そして、メンタルヘルス不調に陥った労働者の立場からみれば、個人情報保護の問題などが多数存在する。これらも、労働者の心の健康問題への支援・ケアに求められる要素として、さらなる検討が必要な課題である。

以上の背景を踏まえ、労働者の心の健康問題への支援・ケアのあり方を総合的に検討する中で、事業場内産業保健スタッフ（特に産業医）と事業場外資源（特に精神科医や心療内科医などメンタルヘルス不調を扱う主治医）との連携を促進するためのマニュアルを作成することが本研究の目的である。なお、マニュアル作成のために、事業場内産業保健スタッフのメンタルヘルス不調に対する認識・取り組みと、事業場外資源によるケアの現状・課題、両者の連携の現状を明らかにするための調査を行うことを計画した（平成16年度、平成17年度）。

B. 研究方法

1. 事業場外資源による取り組みの現状と課題についての調査の実施

平成16年度研究では、三重県精神病院会及び日本精神病院協会三重県支部（当時）の協力を得て、資料1のような内容のアンケート調査票を三重県内の精神科・心療内科等を標榜するすべての医療機関（当時63機関）に送付し、事業場外資源による労働者の心の健康問題への取り組みの現状と課題について調査を行った。メンタルヘルス

不調に陥った労働者に対して行った診療の実績に関しては平成16年4月1日～同年9月30日の6ヶ月間、事業場への個別の対応など病院・クリニックでの診療以外の取り組みと自殺事例の経験に関しては平成15年4月1日～平成16年3月31日の1年間を調査対象期間とし、内容の分析を行った。

2. 事業場のメンタルヘルス不調に対する認識・取り組みの現状と課題についての調査の実施

平成17年度には、三重県医師会の協力のもと、三重県内の日本医師会認定産業医614名を対象に調査を行った。用いたアンケート調査票は資料2のような内容のものである。

3. マニュアル試案の原案の作成と分担研究会議による検討

平成18年度研究において、主任研究者らと分担して「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（試案）」の原案を作成した。分担研究会議にて検討を行った。

4. マニュアル試案の原案に対する意見の聴き取り調査

同じく平成18年度において、分担研究会議による討議を経て修正を行った原案を、主任研究者らが、日本精神科病院協会会員病院、全国大学病院の精神科相当科、日本産業衛生学会産業医部会会員、同産業看護部会会員ならびに主任研究者が選定した産業保健分野の学識経験者に郵送し、意見等の聞き取りを行った。

C. 研究結果

1. 事業場外資源による取り組みの現状と課題についての調査の実施

三重県内の精神科・心療内科等を標榜するすべての医療機関にアンケート調査を実施し、67%（42医療機関）から回答を得た。その結果を資料3に示した。要約すると、①医療機関における診療以外の取り組みは、6割以上の機関において何らかの取り組みが行われており、比較的ニーズや関心の高い領域であることが窺えた。②医療機関側はメンタルヘルス不調に陥った労働者の診療を行っていくうえで、事業場が対象労働者の復職に対して消極的、復職システムがないことを根拠に事業場から復職への協力が得られないなどと認識している傾向が強いことが示された。③近年の重要課題である自殺の問題に関し、約3割の医療機関が（警察庁に自殺として処理されたものに限定）自殺事例を経験していた。自殺未遂事例に関しては、事例がなかったとする医療機関は約2割にとどまり、多くの医療機関で自殺未遂事例を経験していることが示唆された。また今回の調査では、自殺関連問題に対して、各医療機関それぞれにおいて多様な試みがなされていることも明らかになった。

うつ病などの精神疾患で休業、退職した労働者の職場復帰に際して、精神科主治医からは「復職可」の判断が示されても、現実的には復職困難な事例が多数存在することが知られている^{3・4)}。これに関して、調査結果からは、④精神科医などのメンタルヘルス不調を扱う主治医が復職可否の診断書に「復職可」と記す場合には、実際に「復職可能」と考えており、多くは「復職不可」と記した場合の患者の社会的不利を考慮したものではないことが示唆された。そして、現実には職場復帰が困難なことが多いこと

に関して、「職場環境の未整備」、いわゆる、保護的環境が構築されないことにより、職場復帰が果たせないと考えていることが調査結果から読み取れた。また、医療機関の立場からは職場環境などの情報を踏まえた判断が難しく、診察室における状態像から判断せざるを得ない現状も示された。

⑤メンタルヘルス不調を扱う主治医が診断書に記載する診断病名に関して、臨床像と矛盾しない範囲で慣用的（伝統的）診断名が使用されることが明らかになった。そして「うつ状態・うつ」「自律神経失調症」「心因反応」などの診断名が頻用され、その際に、実際に念頭に置かれている疾患としては統合失調症が最も多く、次いで気分（感情）障害であった。また、慣用的診断名を使用する理由は「患者の社会的不利益が生じることに配慮して」など、患者の周囲の人々のもつ精神疾患に対する認識（あるいは偏見）を配慮したものであることが示された。

2. 事業場のメンタルヘルス不調に対する認識・取り組みの現状と課題についての調査の実施

三重県内の日本医師会認定産業医にアンケート調査を実施し、46.9%（288名）から回答を得た。アンケート結果に全体集計と部分的統計処理を行った。その結果を資料4に示した。要約すると、①一般に、現在までのところ事業場に精神科医などのメンタルヘルス不調を専門に扱う医師を有するところは少ない⁵⁾とされるが、今回の調査でも精神科医などは対象産業医の2.4%にとどまった。②9割以上の産業医が、精神科医と「連携を持ちたい」あるいは「やや持ちたい」と回答したが、精神科医と連携し

た経験がある産業医は約4割であった。③危険有害業務や身体面の健康管理が十分になされていない事業場では、メンタルヘルスへの取り組みも不十分であることが示された。メンタル面単独ではなく、両者を並行して進めることの重要性も示唆された。

また、④精神科医との連携を促進する要因として、「気軽に相談できる精神科医の存在」、「これまでの精神科医との連携頻度」、「精神科医に提供すべき情報の理解」、「精神科医と連携した場合に状態像や対応のポイントを得られる」、「精神科医から予後についての情報が得られる」、「精神科主治医の診断書の活用性が高い」、「精神科主治医の診断書の位置づけが高い」ことが関与する可能性が示唆された。さらに、⑤産業医は精神科医との連携経験を多く持つほど、メンタルヘルス不調例の対応に必要な情報の収集と精神科医に提供すべき情報の理解に関する自己評価が高いことが示され、⑥連携経験の頻度が良好な経過経験の数と相関することも示された。

産業医が、メンタルヘルス不調例の良好な経過を得るためには、精神科医と容易に双方向的な情報伝達・共有ができ、それが実効性と信頼性を伴うものであるが重要であると考えられた。

3. マニュアル試案の原案の作成と分担研究会議による検討

前2年度に行ったアンケート調査の結果と先行研究を基にして、マニュアル試案の産業医との連携に関する章と、連携の際に活用可能な様式例の作成を担当した。メンタルヘルス不調が原因で本来の業務遂行能力が損なわれた労働者を支援していく際には、産業医を中心とする事業場内産業保健

スタッフ等と精神科主治医の情報交換や意思の疎通が円滑になされないと、双方の信頼感が揺らぎ、結果的には対象労働者の不利益につながることを考えられる。まず、産業医と精神科主治医が連携する際に、検討・伝達・共有されるべき情報や連携の進め方を具体化し、連携をさらに円滑で実効性を伴ったものすることを目指して、チェックリスト形式の様式例を含むマニュアル試案の原案を作成した。平成18年11月に開催された分担研究会議にて、他の分担研究者らによって並行して行われている研究との統一性を図るための調整と同時に、本研究のマニュアル試案の原案の項目、内容について討議を行った。また同会議にて、マニュアル試案の原案について広く関係者の意見を聴取し、種々の立場からみた課題を抽出していくことが決定された。

4. マニュアル試案の原案に対する意見の聴き取り調査

マニュアル試案の原案に対する意見、感想の集約は、平成18年度において主任研究者らによって行われた。本研究では、聞き取り調査の結果を踏まえて、「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（試案）」の産業医との連携に関する章と、連携の際に活用可能な様式例の作成を行った（平成18年度総括・分担研究報告書の資料A参照）。本試案では、事業場と精神科医療機関との連携における精神科医療機関（特に精神科主治医）の役割を整理するとともに、4つのステップからなる連携のプロセスを提案した。また、各ステップにおいて、精神科主治医－産業医間の双方向的で具体的な情報のやり取りを構築することを目的にした様式例を提示した。

D. 考察とまとめ

最近、事業場におけるメンタルヘルスケアの原則的な実施方法について定めた「労働者の心の健康の保持増進のための指針」¹⁾が厚生労働省によってまとめられ、事業者はこれに基づき、各事業場の実態に即した形で、メンタルヘルスケアに取り組むことが求められている。同指針では、精神科医療機関などメンタルヘルスケアに関し専門的な知識を有する事業場外資源の活用、ならびに円滑な連携の重要性が述べられおり、具体的な連携方法や事業場－事業場外資源間の情報のやり取りを支援するツールも一部提示されている。本分担研究では、3年間の研究を通して、労働者の心の健康問題に対する事業場の取り組みと、地域の精神科医療機関などの事業場外資源によるケアのあり方を総合的に検討してきた。そして両者のさらなる連携を促進するシステムに関する方法論の確立を目指して、主任研究者らと共同でメンタルヘルス不調に陥った労働者を産業医、精神科主治医が連携して支援を行っていく際に活用可能なマニュアルの試案を作成した。試案には、産業医と精神科主治医が連携する際に、検討・伝達・共有されるべき情報や連携の進め方を具体的にまとめた。本試案の適用には、事業場における産業医の関与の程度、精神科医の負担増加の問題など、種々の課題が残されており、今後さまざまな立場の関係者によって検討、評価、修正される必要があると思われる。

本研究が提示したマニュアル試案が、事業場におけるメンタルヘルスケアにおいて事業場と精神科医療機関の連携についての

議論を深め、労働者の心の問題という課題に対してひとつの足がかりになることを期待したい。

用語の定義

- ・メンタルヘルス不調¹⁾：精神および行動の障害に分類される精神障害や自殺のみならず、ストレスや強い悩み、不安など、労働者の心身の健康、社会生活および生活の質に影響を与える可能性のある精神のおよび行動上の問題を幅広く含むもの（厚生労働省の定義による）。

参考文献

- 1) 厚生労働省：労働者の心の健康の保持増進のための指針。2006。
- 2) 労働基準局労災補償部補償課職業病認定対策室：脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況（平成17年度）について。2006。
- 3) 大西守：主治医と産業保健スタッフとの情報交換。日本産業精神保健学会編。メンタルヘルスと職場復帰支援ガイドブック。中山書店、pp74 - 84, 2005。
- 4) 秋山剛，富永真己，酒井佳永，他：復職をめぐる職場健康管理システムの現況，問題点と対応策。臨床精神医学35(8)：1069 - 1078, 2006。
- 5) 中村純：企業におけるメンタルヘルス活動と精神科医療。日精協誌25(8)：19 - 24, 2006。

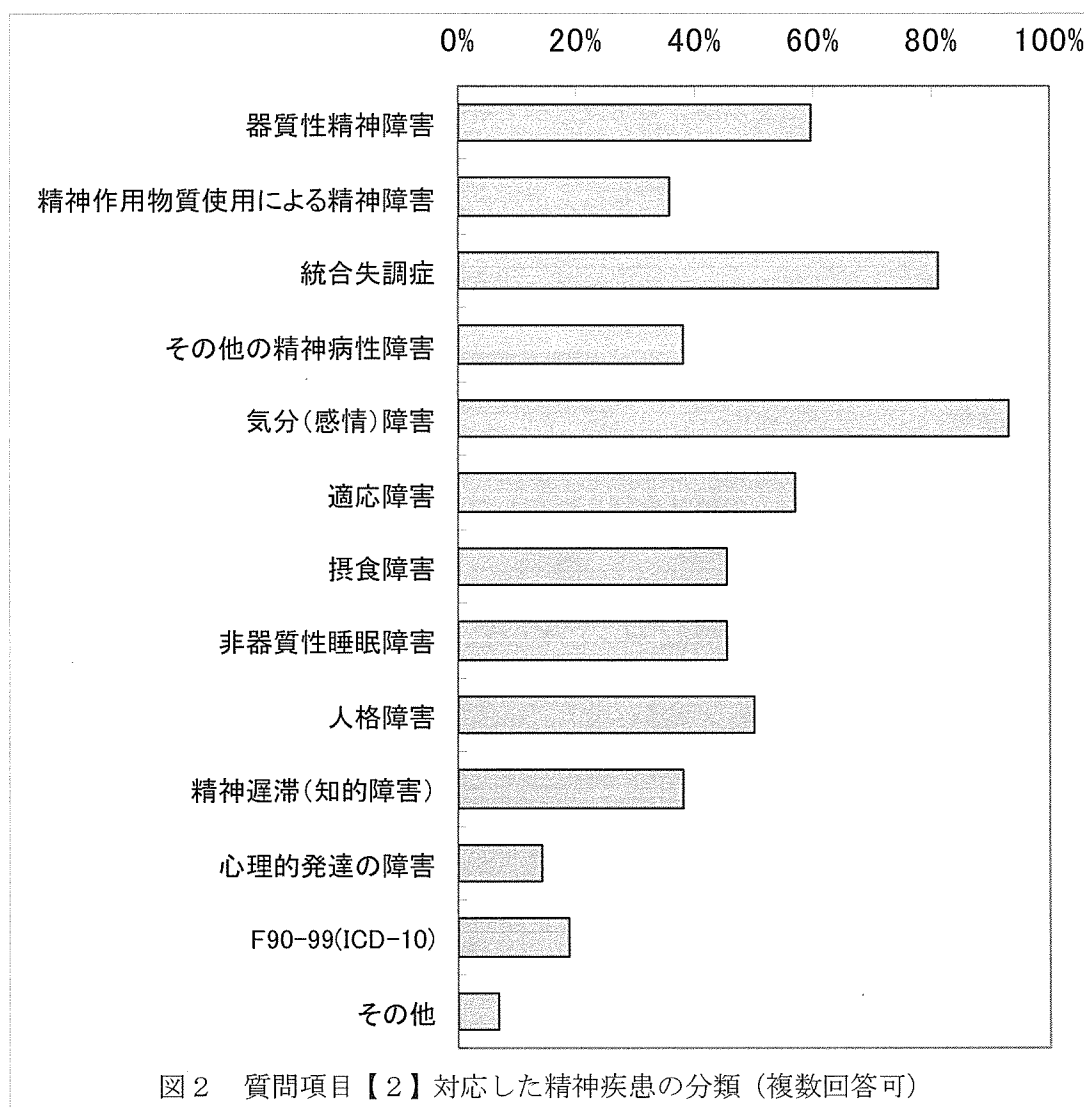
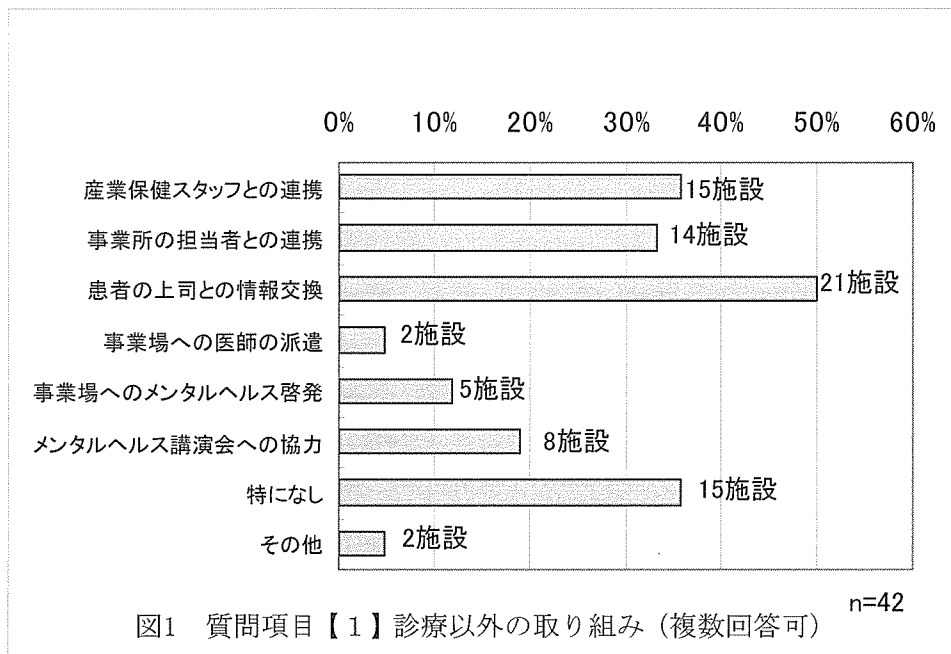
産業メンタルヘルスに対する精神科医療の取り組みの現状に関するアンケート

- 【1】産業メンタルヘルスへの取り組みについて、病院・クリニックでの診療以外の取り組みをお答えください。
- 【2】就労者の診療について、平成16年4月1日から9月30日までの間に、どのような精神科疾患の方を診察されましたか。
- 【3】現在の取り組み以外に、今後新たに予定されている取り組みにはどのようなものがありますか。
- 【4】加療中の就労者である患者の自殺に関する質問。
 - (1) 平成15年度における自殺既遂事例（警察庁に「自殺」として処理されたもの）の件数をお答えください。
 - (2) 自殺既遂事例があった場合の取り組みをお答えください。
 - (3) 自殺未遂事例に対する取り組みをお答えください。
- 【5】就労者の個別の診療に際し、平成15年度、事業場に対し職場環境の整備、社会復帰の具体的な方法についてどのようなアドバイスを行いましたか。
- 【6】事業場からの相談事例において、事業場の姿勢で困ったものをお答えください。
- 【7】診断書の記載についての質問。
 - (1) 復職時、診断書では「復職可」とされたにも関わらず、職場適応が現実にはできないケースがあります。原因として先生のご意見をお聞かせください。
 - (2) 企業・事業所（公的機関を含む）に提出する診断書において、記載される精神障害の病名は国際分類に基づいた診断名を用いますか。
 - (3) 国際分類に基づいた診断名を用いる場合、主にどのような分類に基づいた診断名を用いますか。
 - (4) 国際分類に基づいた診断名を用いない場合、臨床像と矛盾しない範囲で、慣用的（伝統的）診断名を採用することがありますか。
 - (5) 慣用的診断名を用いる場合、どのような診断名を用いますか。
 - (6) 慣用的診断名を採用する根拠・事情をお教えてください。
 - (7) 本人・家族・事業場に与える影響に配慮して慣用的診断名を用いることがあると聞きます。どのような精神疾患の場合に多いでしょうか。
 - (8) 患者あるいは家族から診断書に記載する病名の変更を依頼（いわゆるぼやかし病名）されることがあると聞きます。どのような精神疾患の場合そのような依頼が多いでしょうか。

資料2 三重県内の産業医に対するアンケート調査票の設問内容

1.1	産業医としての活動年数をお教えてください。
1.2	主たる御専門領域をお教えてください。
1.3	精神疾患・メンタルヘルスに関する知識はどのような機会に習得されましたか。（複数選択可）
2.1	メンタルヘルス領域における、産業保健スタッフ（医師、保健師、看護師など）を対象にした教育（研修会など）は整備されていると感じますか。
2.2	メンタルヘルス不全が疑われる事例が発生した場合、先生単独（お一人）での患者対応・処置に関しお教え下さい。
2.3	メンタルヘルス不全が疑われる事例が発生した場合、本人や上司あるいは他の産業保健スタッフなどから、対応に必要な情報を取捨選択して収集することに関しお教え下さい。
2.4	メンタルヘルス不全を呈した労働者が精神科医療機関で治療を受けた場合、いわゆる「元どおり」「完全治癒」の状態職場復帰すべきだと思われませんか。
2.5	メンタルヘルス不全を経験した労働者は、専門家の受診やリハビリテーションなどを利用した適切な対応により、職場に再適応できると思われませんか。
2.6	これまで、メンタルヘルス不全者を担当され、職場での適応状況が改善するなど、良好な経過をたどった事例を経験されていますか。
3.1	労働者のメンタルヘルスに対する、事業場の取り組みは十分なものですか。
3.2	危険有害業務対策や身体面の健康管理に対する、事業場の取り組みは十分なものですか。
3.3	産業医としての職務上、労働者のメンタルヘルス不全の管理に対し、事業場に勧告をおこなうことがあると思います。事業場側に先生の意見は十分に反映されるでしょうか。
4.1	労働者のメンタルヘルスに関して相談したいと思ったとき、気軽に精神科医に相談できますか。
4.2	これまで、メンタルヘルス不全を呈した労働者の健康管理を精神科医と連携しておこなった経験はありますか。
4.3	メンタルヘルス不全の労働者を精神科医に紹介する際、精神科医に提供すべき情報に関してお聞きします。
4.4	メンタルヘルス不全を呈した労働者の健康管理を精神科医と連携しておこなった場合、状態像や対応のポイントについての情報を得られましたか（注：連携のご経験がない場合〔得ることが期待できますか〕と読み替えてください）。
4.5	メンタルヘルス不全を呈した労働者の健康管理を精神科医と連携しておこなった場合、予測される経過（予後）についての情報を得られましたか（注：連携のご経験がない場合〔得ることが期待できますか〕と読み替えてください）。
4.6	先生が、精神疾患に罹患した労働者の就労能力の判断（職場復帰の際など）をされる場合、該当労働者が通院する精神科主治医の診断書の位置づけをお聞かせください。
4.7	精神疾患に罹患した労働者のメンタル面での管理をされる場合、該当労働者が通院する精神科主治医が提出する診断書は有効に活用できるものですか。概観をお教えてください。
4.8	今後、メンタルヘルス不全を呈した労働者の健康管理をされる場合の、精神科医との連携についてお聞きします。

資料3 事業場外資源による取り組みの現状と課題についての調査の結果



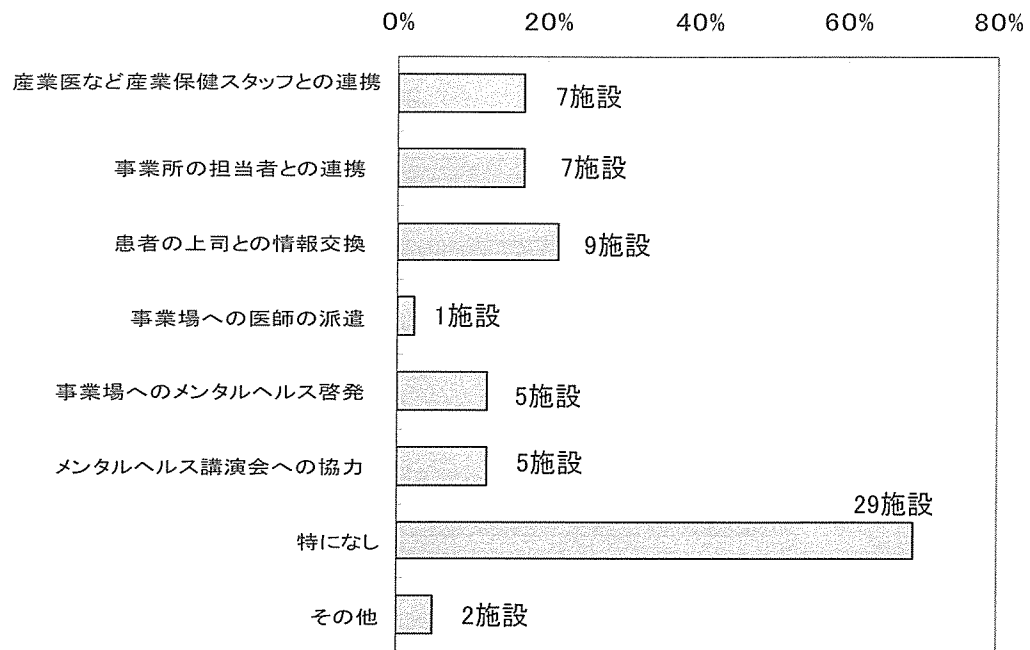


図3 質問項目【3】今後予定している取り組み（複数回答可） n=42

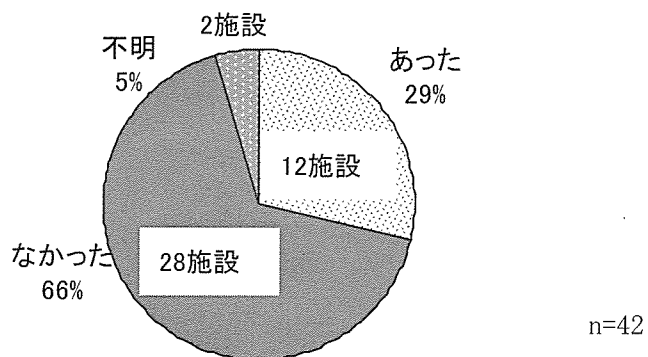
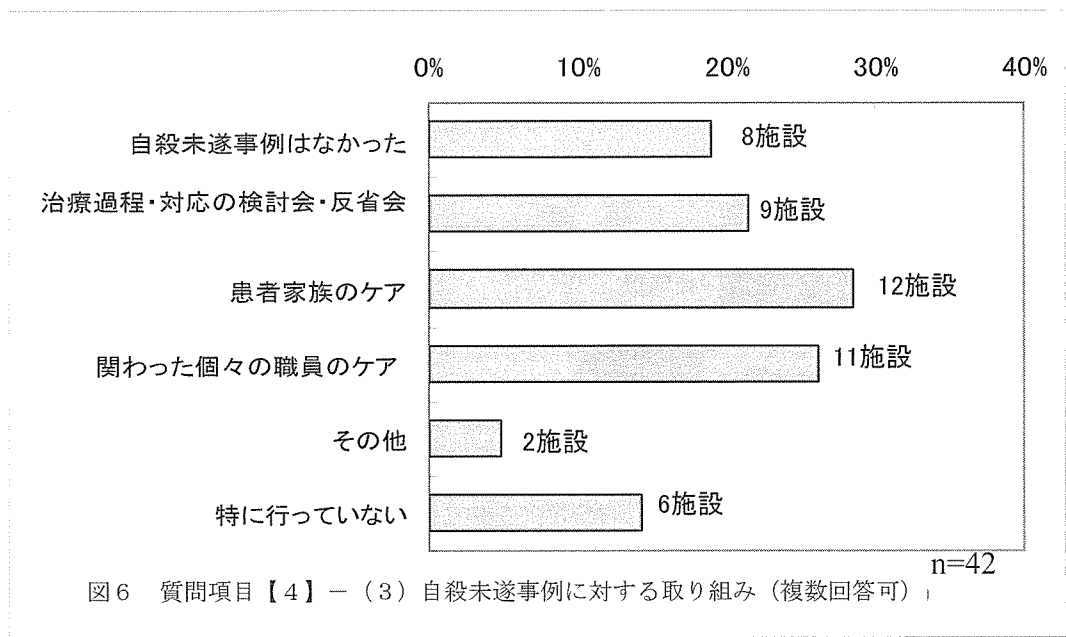
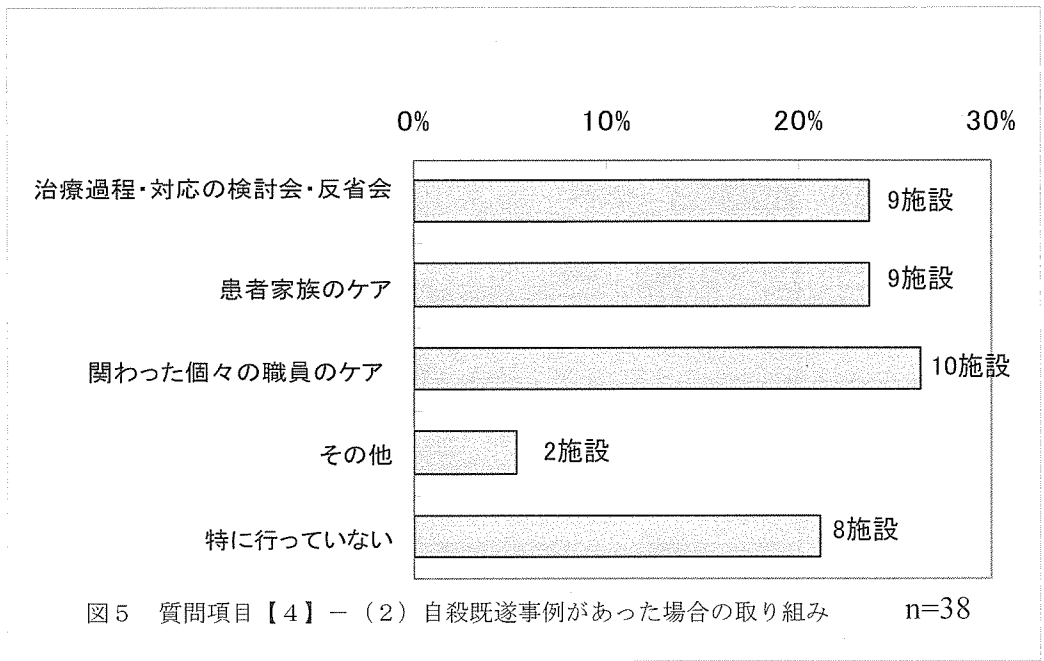


図4 質問項目【4】－（1）平成15年度中に自殺事例を経験した医療機関



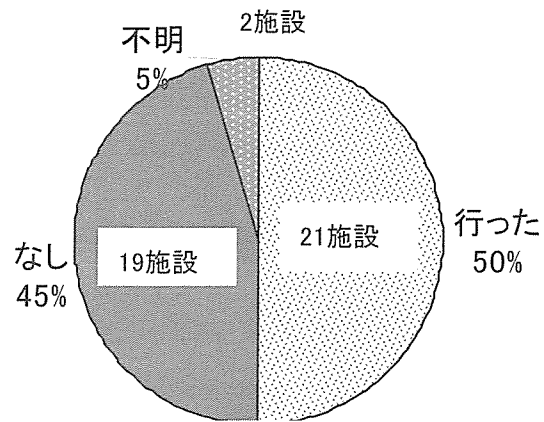


図7 質問項目【5】社会復帰に関する事業場へのアドバイス

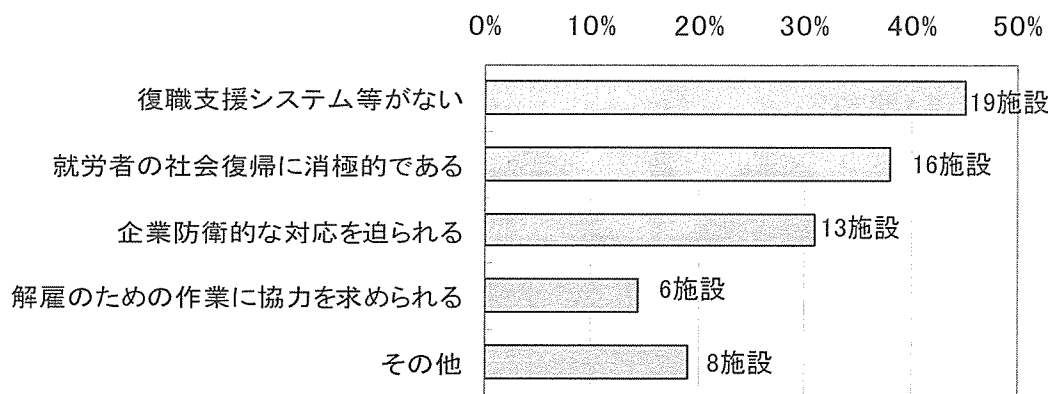
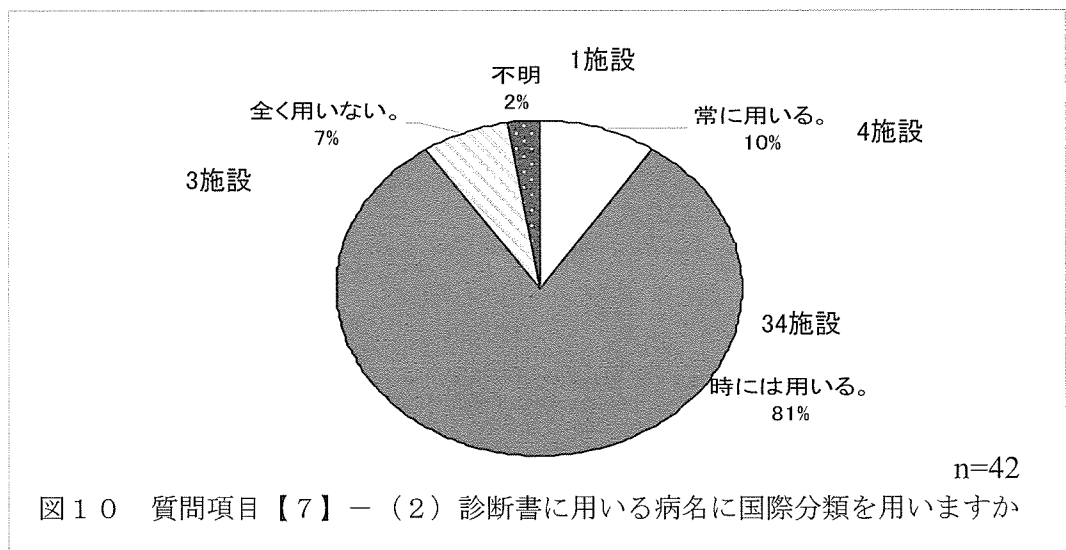
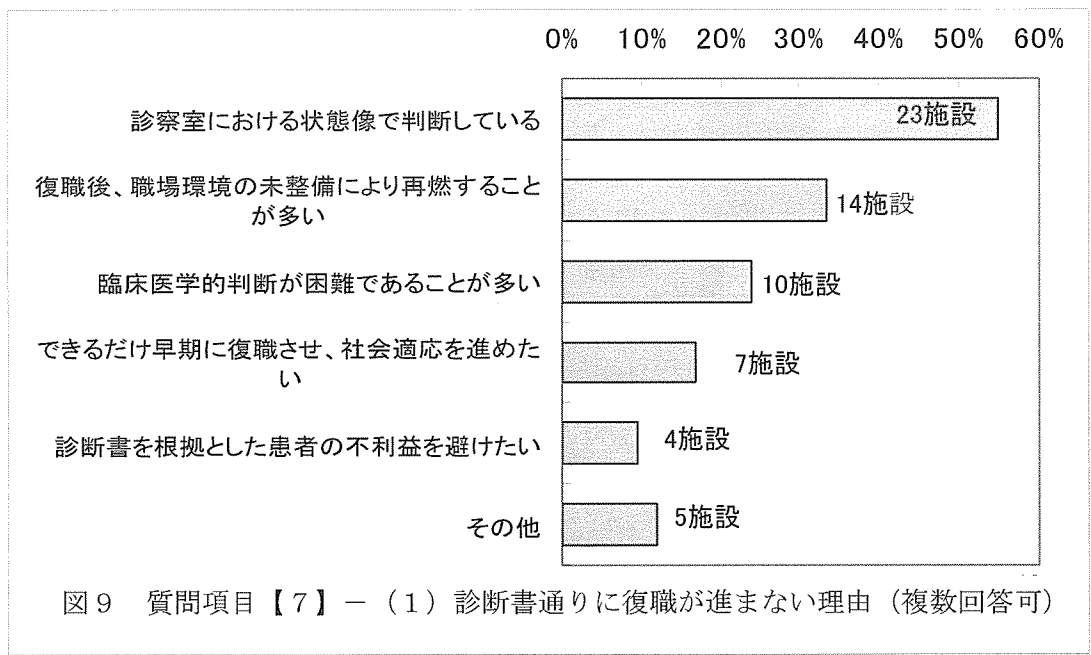


図8 質問項目【6】事業場からの姿勢で困ったもの(複数回答可) n=42



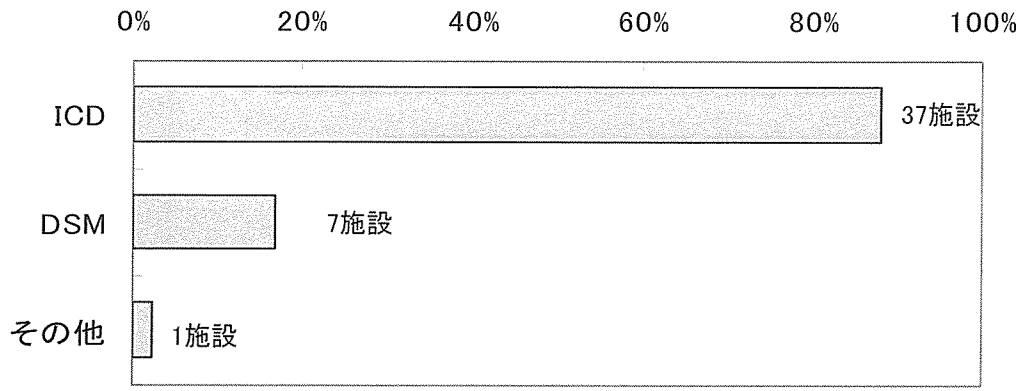


図 1 1 質問項目【7】－(3) よく用いる国際分類 n=42

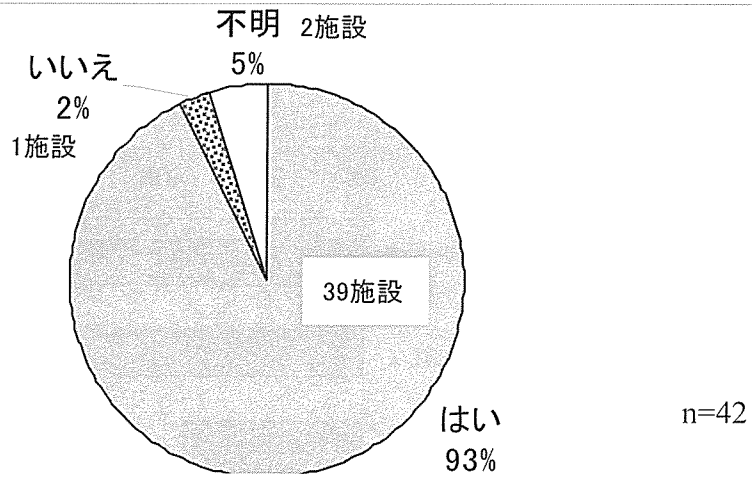
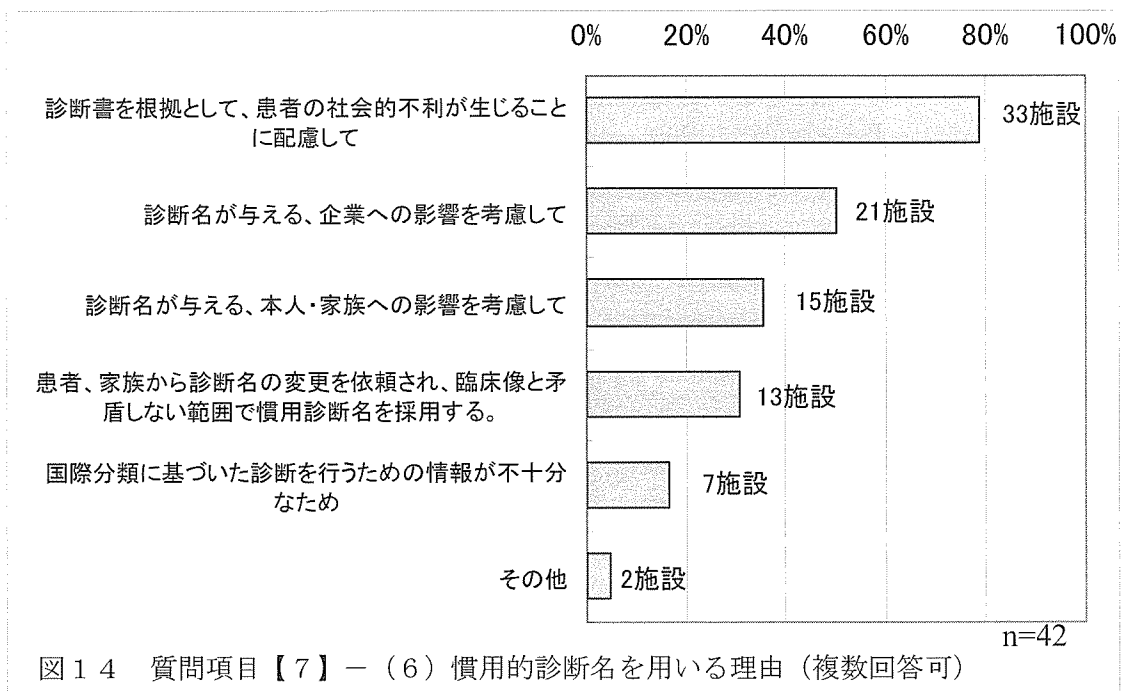
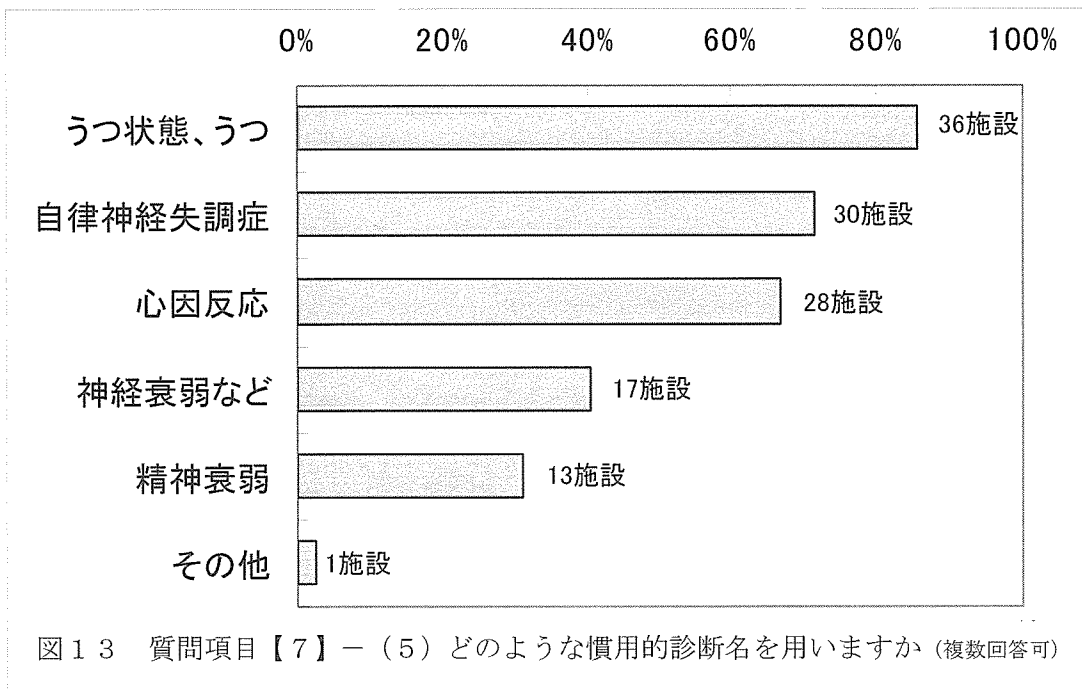


図 1 2 質問項目【7】－(4) 慣用的診断病名を採用することはありますか n=42



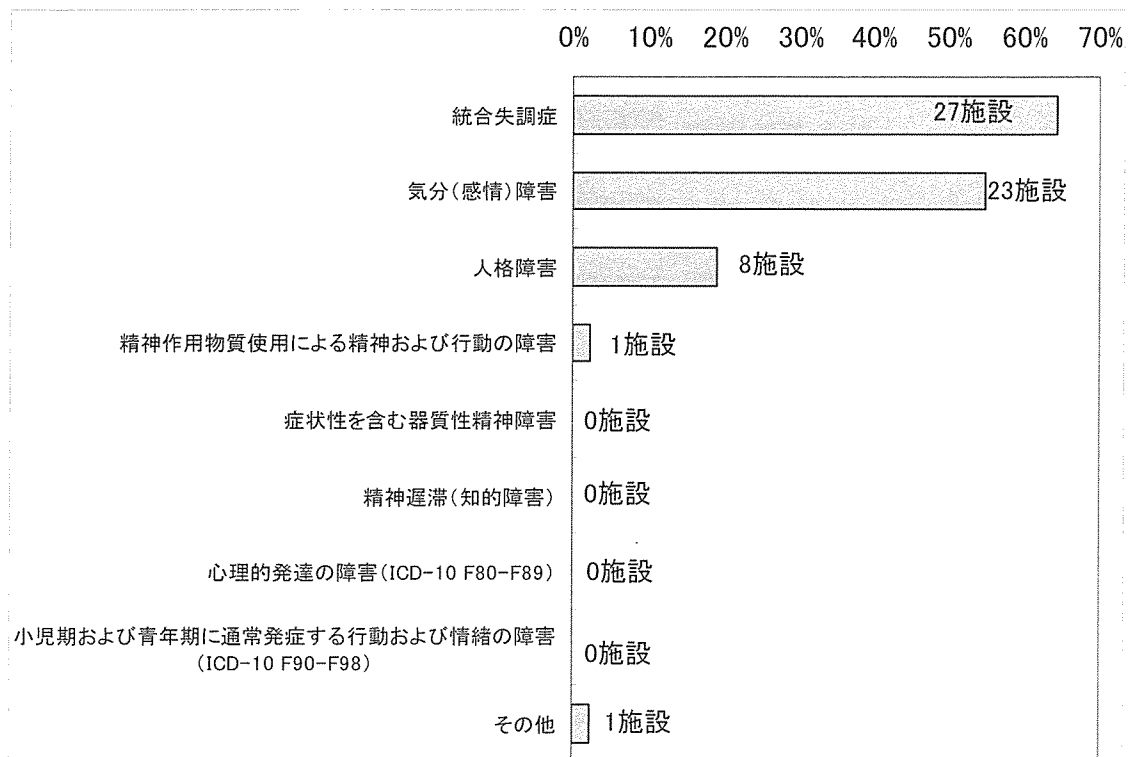


図15 質問項目【7】－(7) 本人・周囲への影響を考え
慣用的診断名を採用することが多い精神疾患（複数回答可）

n=42