

産業保健委員会答申

平成27年2月

京都府医師会産業保健委員会

平成 27 年 2 月 26 日

一般社団法人京 都 府 医 師 会
会 長 森 洋 一 様

京 都 府 医 師 会 産 業 保 健 委 員 会
委 員 長 古 木 勝 也

産 業 保 健 委 員 会 答 申

平成 24 年 7 月 24 日に開催した第 1 回委員会において、貴職より「産
業医と精神科医の連携の具体策」について諮問を受けました。

これを受けて本委員会では、平成 24 年度、25 年度、26 年度の 3 年
にわたり、諮問事項について検討を重ね、以下のとおりまとめましたので
答申いたします。

産業保健委員会

委員長	古木勝也	(福知山)
副委員長	高山茂	(京都北)
	杉本二郎	(中京東部)
	大山孜郎	(伏見)
	山田達治	(京セラ(株)本社 環境本部 安全防災部健康管理室)
	片桐陽子	(栄仁会京都駅前メンタルクリニック) バックアップセンター・きょうと)
	栗岡住子	(神戸大学医学部非常勤講師)
オブザーバー	梶木繁之	(産業医科大学産業生態科学 研究所産業保健経営学研究室)
担当副会長	北川靖	
担当理事	森口次郎	
副担当理事	三木秀樹	
	西村幸秀	

[趣 旨]

本答申は、数年前から社会問題となっている「事業場におけるメンタルヘルス対策」、これはすべての産業医が避けては通れない状況であり、地域医療という枠の中での産業医と精神科医の連携の在り方についての具体的な方針についてまとめるものである。

「産業医と精神科医の連携の具体策」について

京都府医師会 産業保健委員会

はじめに

産業構造の変化等、労働者を取り巻く環境が大きく変化する中で、平成 23 年 3 月 11 日に「東北地方太平洋沖地震」、それに続いて巨大津波と福島原子力発電所事故が起これ、社会環境は一変し、事業場における産業医の職務はより複雑化し、さらにその責任はますます大きなものになってきている。その中で最も大きな課題として事業場におけるメンタルヘルス対策が挙げられるが、これは数年前から社会問題となり、すべての産業医が避けては通れない状況になっている。

前回の答申の中では地域医療という枠の中での産業医と精神科医の連携の在り方についてある一定の方向性が示されている。こうした連携の具体的な方向性について産業医や精神科医をはじめ、メンタルヘルス対策にかかわる様々な立場の方からヒアリングを行い、共通の課題、その克服のための具体策について議論をした。

産業医の立場から

「産業医は現代社会においてはすでに専門医として位置づけられる」¹⁾とか、「産業医活動にメンタルヘルスの知識とスキルは不可欠」「産業医活動に産業医と精神科主治医の連携は不可欠」²⁾といったことが言われて久しいが、現場ではなかなかそれに追いつかないことも少なくない。言い換えると従業員 1000 人以上の事業所の専属産業医は十分にメンタルヘルス対策を実施するための時間があるが、大半の産業医は中小規模の事業所の嘱託産業医であり、その産業医活動は月 1 回程度に限られていることが一般的であり、更にメンタルヘルス対策に熱心な産業医は一部であり、「メンタルヘルスは専門外である」等を理由にメンタルヘルス対策に関わらない産業医も少なくない。それに伴い産業医と精神科医の連携が十分に進んでいないのも事実である。

専属産業医活動においては成功事例も多く、その成果については中小企業の産業医に対しても参考となることも多い。メンタルヘルスケアにおける産業医の役割は多岐にわたるが、「産業医と精神科医の連携」に限定して述べる。

1. 不調者の発見、紹介

健康障害が疑われる従業員について、その病態の診立てを行い適切な診療科への受診に導くことは産業医の重要な役割の一つである。早期発見、早期治療ができれば、重症化を防ぐことも期待できる。そのためには、産業医に精神疾患を見逃さないための一定の知識があること、職場で発生した不調者について速やかな相談、報告がなされる体制が社内に機能していることが求められる。

2. 遷延、増悪する病態への対応

診断名から想定される一般的な治療あるいは再適応の経過に反して病態が遷延もしくは増悪する場合には、治療方針や診断の再検討が必要となる。例えば、しばしば外来での診断が難しいとされる双極性障害などは、平素の生活あるいは勤務態度をよく知る同僚・上司や産業医からの情報提供が適切な診断に貢献し得る例であると考えられる。

たとえ精神科に通院中であっても、不調者の愁訴の全てが精神疾患に関連する症状ではないことも理解されるべきである。VDT作業など業務に起因する慢性疲労症状や、食生活など生活習慣に関連する愁訴については産業医のほうが気づきやすい情報である。いかなる臨床分野を専門とする医師であっても、産業医は生活習慣、勤労の習慣や環境に関連する愁訴という視点で問診、診察して主治医と情報共有し、病状の悪化や遷延の原因を共に探究することができる。

また、就業制限や環境改善といった職場でのケアが不十分であることが、患者から主治医への吐露によって明らかになることもある。病院の医師が企業に対して直接指導することは難しいが、産業医が主治医の意見を尊重し就業上の措置の参考にするという関係性があれば、臨床場面での気づきが活かされやすくなる。

逆に、パワーハラスメント・セクシャルハラスメント等や異動に伴う不調は精神科医が治療にあたる以前の問題であることも少なくなく、人事や労務がメンタルヘルス対策に関心が深ければ医療以外の対応で事足りることもある。

3. 復職支援

前述の「1. 不調の発見と紹介」についてはその必要性が理解されやすく、産業医学領域にも一定の知見が普及していると思われる。一方、治療のために職場を離脱した者の再適応（復職）支援の向上については、未だ社会的な啓発と試行の途上であり、精神医学領域、産業医学領域の双方にとっての課題であると考え

られる。

いかに精神科での治療が綿密に行われたとしても、復職支援の体制が十分でなく患者が社会復帰への道筋を見いだせずにいるとしたら、症状が順調に軽快することは難しいであろう。症状が良くなったら復職が許されるという側面もある一方、社会復帰への段取りを順調に歩むことが病気を克服させるという側面も忘れてはならない。

産業医は社内の支援体制を整備し、復職の門戸が開かれていることを示す努力によって、患者に治療と復職に挑む意欲を与えることができる。一方、精神科医は企業が復職を容認する条件をよく理解し、治療のみならず患者の生活レベル向上にも留意した指導を行われることが望ましい。産業医、精神科医ともに、治療の先にある社会復帰の成功をゴールに見据えることで、よりよい連携ができるものと思われる。

精神科医（主治医）の立場から

産業保健に真面目に取り組み、産業医や産業保健スタッフとの連携を図り、人事や家族との連携を大切にしている精神科医（主治医）もいるが、大半は産業保健にあまり関心を示さず連携のための面談に対しても「忙しい」ことを理由に消極的で拒否的な精神科医（主治医）も少なくない状況にある。

また、「うつ病」等の診断基準が揺れ動いている昨今の精神医学界の状況下ではあるが、単なるストレス反応であるにもかかわらず「うつ病」の診断を下す精神科医（主治医）もいる。また最近、明らかな「適応障害」の患者に初診で「うつ病、3か月間の自宅療養を要す」という診断書を作成し大量の投薬を行い、本人も職場も困り果てて相談に来られた例もあった。この事例においては経営者や産業医がメンタルヘル스에強い関心を抱いていたため、適切な判断と手続きにより早期に復帰を果たすことができたが、無関心な上司や産業医の下では長期化した可能性もある。こういった精神科医（主治医）の存在が、精神科医療や精神科医への不信や偏見を助長し、連携をより困難にしているともいえる。

就労している患者は一人で精神科を受診することも多く、その際は客観的な情報もなく本人への問診を中心に診察が進められる。職場や家族からの豊富な情報があれば診断も治療もよりスムーズに行える筈であるが、多くの精神科医（主治医）が抱える問題のひとつとして日常の診療があまりにも忙しく診療時間内に事業所から面談に来られても対応できないというのも事実としてある。

もうひとつ大きな課題として、精神科医の診断書にかかわる問題と連携が挙げられる。「精神科医の書く診断書ほど当てにならないものはない」「同じ病名でも全く違

う対応が必要になることがある」「そもそも医学的根拠に乏しい」「職場の事情も分からないのに患者の言いなりの診断書を書く」「復職できない状態でも復職可の診断書が出る」等々の苦情は産業医や人事労務担当者から主治医に対して常に発せられている。

一方、こうした診断書の存在には①一般社会において精神科領域に対する偏見はまだ根強く、疾患についても正しい理解も未だ十分といえない状況、②精神医学においては豊富な情報提供や十分な経過観察が得られないと「正しい判断」を下すことができないこと、③診断書は上司が受け取ることが通常であり、守秘義務、安全配慮義務、個人情報保護の整理が出来ていない状況、④本人の意向を尊重していこうとする状況などが考えられる。

職場と主治医の「連携」は不可欠であるし、またこうした情報のやり取りの改善を今後積極的に行っていく必要もある。

メンタルヘルスに携わる医療者の立場をまとめてみると、特に中小企業の産業医は、産業保健活動時間が大きく制限されており、さらにメンタルヘルス対策への依然とある関心の低さと理解の低さにより、その対応が十分出来ていない。一方、精神科医（主治医）も同様に事業所から求められるメンタルヘルスのニーズに対応できる時間はかなり限られており、さらに産業保健活動に対する関心の低さ、理解の低さにより対応が進んでいない。また、こうした産業保健、精神保健を結ぶべきである診断書についても非常にあいまいなままの状況であり、必要である連携も進んでいない状況にある。言い換えるとメンタルヘルスに携わる医療者は双方ともにメンタルヘルスにかけられる時間は非常に限られており、また双方に対する関心、理解も不足している状況に依然としてあり、また双方を連携するツールについても未だ整備がなされていない状況にある。

連携に携わる人的資源（産業保健師、看護職、社会保険労務士など）

産業医活動を支え、モチベーションを上げ、きちんと企業活動となっている重要なポイントのひとつとして、事業所の理念として人を使い捨てにするのではなく、従業員を企業の大切な資産ととらえ、事故を起こさず、不調者を出さず結果として生産性の向上につなげるような健康経営的視点を持った経営者、メンタルヘルス対策に熱心なキーパーソンのような産業保健スタッフ（コ・メディカル）の存在が挙げられる。人事や労務が積極的に産業医に働きかけ連携し、産業医が加わることで目に見えて職場の環境改善が得られた、不調者が出ても主治医との連携や復職はスムーズにいったという職場が少なくない。

つまり産業医の活動時間の少なさやあるいは連携に対する関心の低さに対して、産業保健スタッフが産業医の補てん活動を行っているといえる。産業医が積極的に連携を図ろうとしない職場では、人事労務や他の産業保健スタッフが主治医や外部機関（EAP、リワーク施設、産業保健総合支援センター等々）或いは家族との連携を試みているが、この場合は、産業医の了解をとり、産業保健スタッフから精神科医に情報提供を行うことにより、スムーズに情報交換できることが報告されている³⁾。

一方、積極的に精神科医（主治医）との面談を行い、外部機関をうまく活用しているが、二次～三次予防の域を出ないことも多く、さらに主治医との連携が図れない場合に、産業医の了解も得ずに「セカンドオピニオン」を求めて他の精神科医を受診させることがあるが、主治医との関係がより悪化し、不調者が職場への不信感を募らせてしまうケースもある（この場合、産業医以外の産業保健スタッフが予め産業精神科医等のコンサルテーションを受けることが望ましい）。

連携に携わる社会的資源

（社会保険労務士）

メンタルヘルス対策においてこれまで利用したことがある社外専門機関・専門家として、労働衛生機関とともに社会保険労務士が上位にあがり、またその利用率は、企業規模が小さくなるほど高まったと森口らは報告している⁴⁾。また、武藤らは、社会保険労務士の6割が労働安全衛生に関する相談を受けた経験を持ち、その相談の4割がメンタルヘルス対策であったと報告している⁵⁾。さらに同報告では、産業保健スタッフとの連携を希望する社会保険労務士は75%にのぼるものの、支援が得られた者は2割にとどまることも示している。今回のヒアリングでも社会保険労務士の重要性が確認されたが、すべての社会保険労務士がこのような社会資源となるわけでもなく、今後、産業精神保健専門家と社会保険労務士の合同研修など良好な連携の仕組みづくりも考えていく必要がある。

（リワーク施設）

精神科疾患では、他の疾患と比べて退職に至る割合が高く、あるいは職場復帰をしてもすぐに再休職してしまう労働者も少なくない。そこで、職場復帰にまつわる支援を専門的に行うプログラムとして、リワークプログラム（復職支援プログラム）が行われるようになった。リワークプログラムは、主に精神科の医療機関と障害者職業センターで提供されており、近年その数も増え、職場側にも浸透してきた。

リワークプログラムは、スムーズな職場復帰と再発予防を目的としており、復職準

備性を整えることが重要と考えられている。復職準備性を高めるために、心理教育や認知行動療法、コミュニケーション技法、セルフモニタリング、集団療法等、さまざまなプログラムが提供されている。

リワークプログラムの効果は徐々に検証されているが、限界や課題もある。リワークプログラムをめぐる課題としては、プログラムを提供する機関がまだまだ少なく、地方に住む人は利用できない場合があること、また現在のリワークプログラムはホワイトカラーの労働者を主な対象としており、ブルーカラーの労働者の復職支援に適したプログラムをもっている機関は少ないこと、依然として企業側や患者本人がリワークプログラムの存在を知らず、利用に至らない場合があること、中小企業では十分な休職期間を与えられないこともあり、リワークプログラムを利用しにくいこと、リワークプログラムの質にばらつきがあることなどが挙げられ、今後の改善が必要とされる。

また、リワークプログラムを利用しても、復職に失敗することもある。復職失敗の原因は、患者側の要因、職場側の要因などが混じり合い、単純には特定できないが、職場復帰の成否を決める要因の一つとして、支援者同士の連携が考えられる。とくに、職場側の専門スタッフである産業医および産業保健スタッフと、治療機関側である主治医およびリワークスタッフとの連携が重要である。

復職の際に必要なと考える連携のポイント

1. これまでの経過や現在の病状、治療プラン、患者の課題を共有しておく。

個人情報取り扱いには十分注意が必要だが、患者の同意を得たうえで、主治医からは病状や治療方法、見通しなどを、リワークスタッフからはリワークプログラムで確認された特性（認知面、行動面、能力面）を伝える。産業医および産業保健スタッフは、その情報を活用し、復職可否の判断や業務上の配慮の設定、職場での患者のサポートにつなげる。もちろんリワーク支援の初期に、産業保健スタッフから職場での経緯や復職時に予定しうる就業措置、患者（労働者）が自身で克服すべきである課題などを示しておくことも有効である。

2. 復職準備性に関して、どこまでをリワークプログラム（医療機関）で担い、どこからを職場が担うのかの共通認識をもっておく。

リワークの立場からすると、職場が求める復職準備性のレベルはさまざまである。職場がリワークプログラムにどこまでを求めているのか、リワーク機関としてはどこまでを提供できるのかを確認しておく必要があると考える。

こうした連携の基本となるのは、やはり支援者同士の信頼関係であり、それを築くには「顔が見える関係」を普段から作っておく必要があるだろう。時間的な制約等で産業医と主治医が直接連携をとることが難しい場合は、産業保健スタッフとリワークスタッフが連携するなど有効であると考ええる。

諸外国における事例・成功事例について

日本国内での産業医と精神科医の連携については、「メンタルヘルス不調者の職場復帰」の際に、産業医と精神科医の間で共有したい情報の差異の存在⁶⁾や双方の顔が見える関係づくり⁷⁾、労働者（患者）にとって有用な情報を共有し、密な協働作業を行うこと⁸⁾、事業場外専門家としての精神科医への積極的な関与⁹⁾といった課題が示されている。

一方、海外諸国は産業医（occupational physician）の専門医制度があるか、専門医との契約を事業者や労働者に法的に義務付けているか、専門医による活動を法令で規定しているか、などによってそれぞれ国ごとに状況が異なる。また industrial hygienist と産業医、皮膚科医と産業医、人間工学専門家と産業医等の連携についてはいくつかの報告がなされているもの¹⁰⁻¹²⁾、精神科医と産業医の連携に触れた文献はほとんど見当たらない¹³⁻¹⁴⁾。EU（ヨーロッパ連合）は、多職種連携による産業保健サービスの展開を進めており、オランダやベルギーでは産業保健サービス機関内で、産業医や精神科医・心理専門職との連携も見られる。しかし、ここでの連携は同一機関内で行われており、立場の異なる産業医と精神科医の連携ではない。

以上をまとめると、海外におけるメンタルヘルス対策のための産業医と精神科医との連携については、いまだ途上もしくは十分な情報が得られておらず、日本国内での取組を着実に進め、その効果については海外にも発信していくことが重要と思われる。

まとめ

産業医は職場の健康管理と安全衛生活動を担っており、各部署との連携を図り必要な意見を具申することができる。また、人事や経営者に直接アプローチできる立場にある。事業所に働きかけて、健全で風通しの良い職場作り、ハラスメントのない職場環境、相談窓口の設置、外部機関との連携、精神科医（主治医）との連携等について積極的に活動できる立場にあり、一部の事業所ではすでに産業医活動の恩恵を享受していることを考えると、こうした連携の中心は産業医であると考ええる。

ここまで様々な立場より産業保健のメンタルヘルス対策についての課題について

整理をしてきたが、それぞれの立場から共通して考えられている事項は以下の通りである。

- 1) 産業医、精神科医(主治医)の産業保健活動の時間的制約
- 2) 相互理解の低さ
- 3) 連携ツールの不整備・不活用

こうした課題に対して以下の具体的な対策が有効ではないかと考える。

- #1 連携を補助してくれる人的・社会的資源の活用
- #2 相互理解が深まるような教育
- #3 連携のツールの整備
- #4 「顔の見える関係」の場の機会の増加

#3については以前の連携のためのツールの改訂を行い、現存し、活用出来そうなツールについては京都府医師会のHP上に掲載し、閲覧、ダウンロード可能とした。

産業保健スタッフが精神科医と連携する際の配慮については

産業保健スタッフが精神科医と連携する方法は、本人が受診する時に同伴して精神科医の意見を聴取する方法と、文書で確認する方法が主である。しかし、ふだんから連携がとれている場合においては、電話や電子メールでの情報交換を行っていることもある。また、精神科診療所に臨床心理士などがいる場合は、精神科医の指示のもとに臨床心理士と連携をとることもあり、事業場内の産業保健スタッフと精神科医との関係性や医療機関の方針などにより、連携の方法は様々である。

産業保健スタッフが精神科医と連携するうえで必要なことは、まず、情報提供者の立場や情報提供の目的、そしてプライバシーの保護について、情報提供依頼文等で伝えることである。情報提供書には、精神科医が判断しやすいように、職場での問題や勤怠状況、職場環境などの情報提供を行う。なお、精神科医は診察の合間に情報提供書に目を通すことが多いため、簡潔にわかりやすい表現でまとめることが重要である。

そのうえで、必要に応じて精神科医から情報提供して欲しい内容（就業継続の可否等）を依頼する。その際、休業が必要な場合は、職場のバックアップ体制を整えるために、休業期間の見込みを確認し、就業可能な場合は就業措置の内容についても確認できるようにする。

京都府医師会として

府医の産業医部会の活動と、精神科医会の活性化が必要不可欠となってきた。産業医部会の活動を活発にすることによって専門医としての産業医の自覚を促し、研修や懇親会を通して、企業の人事や精神科医との顔の見える関係づくりをすること。産業医の単位取得のためだけではなく、産業医として明日からの活動に役立つ研修を繰り返し開催することなどが大切である。

また一方、精神科医会については、産業医部会との連携を強化して産業保健への理解を深め「産業医との連携を拒まない主治医」を一人でも多く輩出できるように働きかけることが重要であると考えます。

また、精神科医会が、京都精神神経科診療所協会（会員約 90 名）や京都精神病院協会と連携して産業医部会の活動に積極的に協力していくことも重要な視点である。

おわりに

医師会長から産業医と精神科医の連携の具体策について諮問があり様々な立場の方々よりヒアリングを行い、共通に抱える現状と課題が浮き彫りとなり、その課題克服のための教育、ツール、社会的・人的資源について見解をまとめ、今回の諮問の答申とした。

京都市内と同様の教育を遠隔地でも行えるようにする方法やまた産業保健スタッフ周辺への教育、ツールを改訂していくことなども今後の重要な課題と考える。

参考文献

- 1) 岡田邦夫 独立行政法人労働者健康福祉機構「産業保健21」vol.22 2014
- 2) 渡辺洋一郎 第5回産業メンタルヘルス講演会 日精診 195号 2011
- 3) 森田哲也. 専門医への紹介の手順と工夫. 永田頌史監修. チームで取り組む職場のメンタルヘルス. 東京: 診断と治療社. 2011:35-39.
- 4) 森口次郎, 池田正之, 大橋史子, 柿森里美, 鍵本伸明, 片桐陽子, 櫻木園子, 寺田勇人, 中谷淳子, 水島郁子: 小規模零細事業場におけるメンタルヘルスの現状把握とメンタルヘルス対策の普及・啓発方法の開発 平成24年度研究報告書, 産業医学振興財団, 16-42, 2012
- 5) 武藤孝司, 武藤繁貴, 内野明日香, 谷山佳津子, 中村雅和, 中辻めぐみ. 中小企業の産業保健活動活性化をめざした産業医等産業保健スタッフと社会保険労務士との連携に関する課題. 産業医学ジャーナル. 2012; 35(2): 72-77.
- 6) 友常 祐介, 平井 康仁, 小林 直紀, 大井 雄一, 笹原 信一郎, 松崎 一葉: 心の健康問題を抱えた労働者への対応における産業医-精神科医間の意識差に関する研究. 体力・栄養・免疫学雑誌 2013: 23 巻 2 号 87-94
- 7) 辻本 哲士, 山田 尚登: かかりつけ医におけるうつ治療の現状に関する調査. 精神医学 2014: 56 巻 3 号 221-228
- 8) 柏木 雄次郎, 田口 文人, 桃生 寛和, 江花 昭一, 芦原 睦: メンタルヘルス不全者の職場復帰支援に関する調査研究(事業場内・外関係者双方への質問紙調査結果). 日本職業・災害医学会会誌 2006: 54 巻 3 号 113-118
- 9) 柏木 雄次郎, 藤井 久和, 夏目 誠, 瀬尾 攝, 椎原 康史, 竹内 一夫, 鈴木 庄亮, 山本 和儀, 福地 孝: メンタルヘルス対策のための事業場外資源のあり方に関する調査研究(第1報) 事業場外資源への質問紙調査. 日本職業・災害医学会 2004: 会誌 52 巻 4 号 240-249
- 10) Capodaglio E. [Cooperation between the occupational physician and industrial hygienist]. La Medicina del lavoro. Jul-Aug 1975;66(4):284-287.
- 11) Belleri L, Gelmi M, Mascagni P. [Report of courses on "Occupational dermatology" and "Occupational skin and respiratory allergies" organized by the Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)]. Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia. Jan-Mar 2004;26(1):40-44.
- 12) Izumi H. [The role of ergonomics in occupational health - past and future]. Journal of UOEH. Oct 2013;35 Suppl:127-131.
- 13) 宮本俊明. 職域から主治医への連携の仕方～産業医の立場より～. 日本精神神経学会 精神保健に関する委員会編集. 医療従事者のための産業精神保健. 東京: 新興医学出版社. 2011: 3-8.
- 14) 大西守. 各職種への役割と連携 連携の基本的あり方. 日本産業精神保健学会編集. 産業精神保健マニュアル: 東京. 中山書店. 2007: 114-118.