

参考資料

厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金(分担)令和元年度・2年度研究報告書
メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に効果的な
精神科主治医と職場との連携技法の実用化研究
研究分担者: 神山 昭男 (有楽町桜クリニック院長)
令和3年3月刊行 所収より抜粋

+++++

メンタルヘルス不調者の就労支援のための 精神科主治医と職場の「連携」ハンドブック

基礎編 「連携」の背景から「連携力」まで

目次

はじめに～本書の構成と活用法

1. メンタルヘルス不調者をめぐる動向
2. 治療と仕事の両立支援が基本ポリシー
3. 両立支援としての主治医と職場の連携
4. ストレスチェックも連携の一つの契機
5. 主治医と産業医の立場の違い
6. 主治医の産業医との連携を軸とした就労支援例
7. 関係性づくりは連携作業の第一歩
8. 連携を取り巻くリスクとは
9. 連携が必須な頻回休職群への対応
10. 主観的傾向の強い場合の対応
11. 連携が必須な障害者雇用への支援
12. 「好事例収集プロジェクト」から生まれた連携ガイドブック
13. 主治医・産業医に必要な効果的な連携のための「連携力」

はじめに～本書の作成の目的と活用法

ポイント 本書に盛り込まれた内容とそのねらいを理解し、自分に合った使い方を見つけましょう。

1. 本書の作成の目的

職場のメンタルヘルス不調者(以下「不調者」)の一部に療養が長期化し、安定就労が困難となり休復職をくりかえす事例が認められている。この中には、仕事を原因とした精神疾患により労災認定を受けた長期療養者事例も含まれ、最近も増加傾向が続いている。

全国の精神科診療所を対象とした調査によれば、最近半年間に労災保険適用患者を有する施設は3割、今後3年以内に治癒の見込みがあるのは約半数、症状固定(治癒)していない理由として、症状の重症度、本人の復職意欲、職場の受け入れ・支援体制などが指摘され、背景には発症から始まる一連の過程の長期化影響が示唆された。

斯様な状況を打開するためには、病状の安定化に向けた治療と並行して、職場適応を果たしつつ安定した職業生活を営む、早期の社会復帰の実現をめざした効果的な支援の方策を具体的に明らかにする必要がある。実際、最近の研究からは、主治医側、職場側が効果的な連携を生み出すスキル、ツールなどのノウハウを双方共有し、活用していくことについて、多くの主治医、産業医ともに賛意を示し、その実現を期待していることが明らかとなった。

そこで、これまでの一連の研究成果を踏まえ、メンタルヘルス不調による長期療養者の就労支援に関わる精神科主治医と産業医、職場に有用なツールとして本書を作成した。

2. 本書の構成と活用法

本書は3部で構成し、精神科主治医、産業医が「連携」への具体的な概念、フロー、留意点などを理解、学習し実務に活かすことを念頭に編集した。

第1部 基礎編 「連携」の背景から「連携力」まで

総論的にメンタルヘルス不調者をめぐる動向、休復職支援に関わる主治医と産業医の現状に触れる。他方、働き方改革で強調された治療と就労の両立支援の概念とそこに盛り込まれた「連携」の重要性、そして、「連携する」意義と「連携しない」リスク。さらに、本書の作成の契機となった「好事例収集プロジェクト」研究を概説した。そして、第1部のまとめとして、主治医・産業医に必要な効果的な連携のための「連携力」w取り上げた。「好事例収集プロジェクト」に回答を寄せた専門家が選択した「連携力」とは、すなわち、効果的な「連携」を実現するために主治医及び産業医に必須なスキルである。

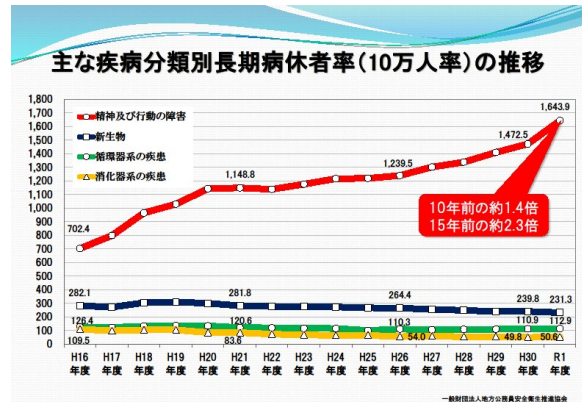
基礎編 「連携」をめぐる主治医と産業医の基本テーマ

ポイント 連携を軸にすえた主治医、産業医の取り組みについて理解する。

1. 職場のメンタルヘルス不調者をめぐる動向

職場のメンタルヘルス不調者(以下、「不調者」という)の長期休業者は以前として増加傾向にある。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、消耗などを業務上要因として取り上げ、職場にね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。

そして、近年の人口の少子高齢化、日本経済の先行き不安などの要因を背景として、2017年3月に政府の新たな労働政策である「働き方改革実行計画」が発表された。本計画には「病気治療と仕事の両立」を含む計11本の戦略目標が盛り込まれ、厚生労働省を中心にがん対策、発達障害者支援など広い範囲で具体化され、今後の職場のメンタルヘルス対策にも大きく影響すると考えられている。



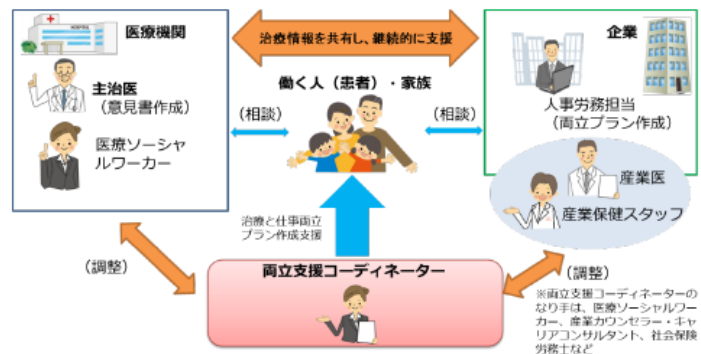
2. 治療と仕事の両立支援が基本ポリシー

本計画では、病気を治療しながら仕事をしている人は労働人口の3人に1人と多数を占め、病気を理由に仕事を辞めざるを得ない場合や仕事を続けていても職場の理解が乏しいなど治療と仕事の両立が困難な状況に直面している人々も多い、と現状を分析した。

そして、自分の仕事に期待してくれる人々がいることは、職場に自分の存在意義を確認できる、いわば居場所があると感じさせ、病

と闘う励みにもなる。また、倦怠感やうつ症状など本人以外には理解しにくい病状もあり、やる気がないと思われがちで、そう思われたくないために必要以上に頑張り、体を壊してその職場を離れるという選択をする場合もある、と「病気治療と仕事の両立」の意義と両立支援の社会的効用を説明した。具体的な方策としては、治療と仕事の両立に向けて患者に寄り添う両立支援コーディネーターが、主治医、産保スタッフの連携作業の担い手となる「トライアングル型のサポート体制」が有効である」とした。

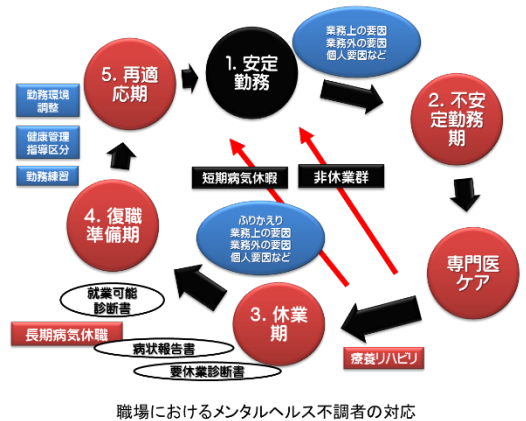
(図2： 病気の治療と両立に向けたトライアングル型支援のイメージ)



3. 両立支援としての主治医と職場の連携

さらに最近では、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きた。

全国調査や厚労省班研究から、日医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。



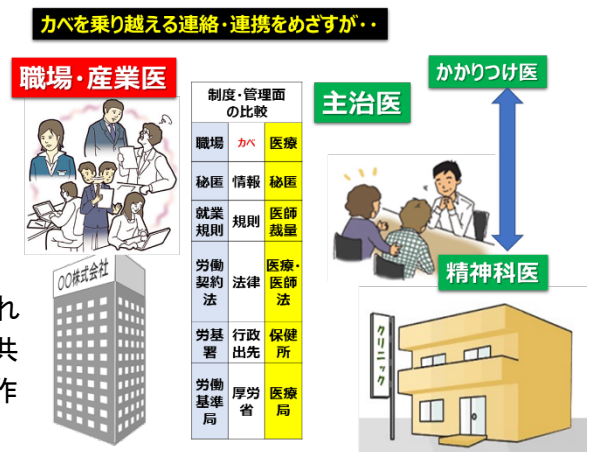
職場におけるメンタルヘルス不調者の対応

4. ストレスチェックも連携の一つの契機

そして、2015年12月からは、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、に焦点が移ってきてつつあるともいえる。

5. 主治医と産業医の立場の違い

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。治療現場では、職場との連絡、連携の必要性を感じつつも、現実には種々の不都合に直面していることが調査で明らかとなっている。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目的、目標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。



6. 主治医の産業医との連携を軸とした就労支援例

表に精神科主治医が取り組む治療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、各ステージ別に心理面、体調面、生活面、行動記録、作業面、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付随する関連情報を述べる。

(1) 連携の受け入れ準備

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場合は、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、他院への紹介、依頼に踏み切る事例が多い。したがって、産業医は主治医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、来院後は主治医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ない点を本人と確認してから診療を本格的に開始する。

一定程度の信頼関係にのっとった合意形成、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。

(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。

(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、調者の気持ちは大きく二通りにわかれる。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。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、個人要因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、などの配慮が必要である。

(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診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、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」という概念を活用する。大脳辺縁系を中心に病態

ケース8 【B群】 50代男性・製造業・技術職・精神病圏

年月	就業継続		不安定勤務		休業						Y	
	Y-11	Y-10	Y-9	Y-8	Y-7	Y-6	Y-5	Y-4	Y-3	Y-2		Y-1
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												

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が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F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、再発がまれない病態にもかかわらず両立支援が実現している。

	連携後 経過期間	病態						計	
		気分障害圏		精神病圏		不安障害圏		n	%
		n	%	n	%	n	%		
改善群	1年以上	12	54.5	41	73.2	18	42.9	71	59.2
	1年未満	4	18.2	1	1.8	12	28.6	17	14.2
	小計	16	72.7	42	75.0	30	71.4	88	73.3
非改善群		6	27.3	14	25.0	12	28.6	32	26.7
全体		22	100.0	56	100.0	42	100.0	120	100.0

表1 連携事例120例の分析：就労改善群と非改善群(文献14)

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、自己評価で全く問題ないと回答する不調者は多い。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本人にフィードバックし回復過程に活かす取り組みが有効である。

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。但し、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。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、不調者の中にはそれに相当するものではなく、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、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ことを基本とする。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。

7. 主治医が取り組む職場との連携のポイント

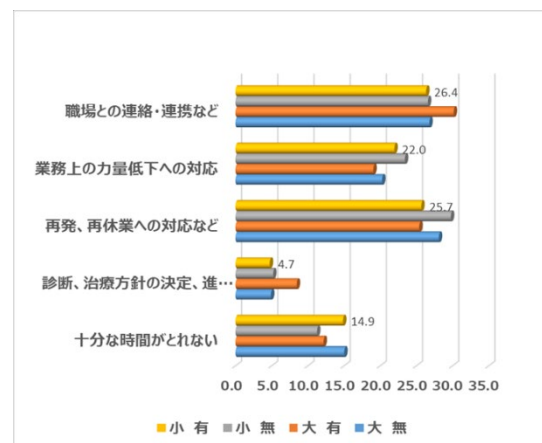
治療戦略上の重点課題は、不調者の治療意欲、自己管理能力、現実認識力、判断力、会話力などが重要と位置付ける。さらに家族、主治医、職場の支援力、それらを結集する連携力の役割が大きい。連携に取り組む就業改善に至った事例分析から得られた知見は以下の通りである。

(1) 連携における一般的な留意点

- 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。

(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。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、休業中の病状報告書例を資料編の表に示す。



(3) 診断書の記載内容

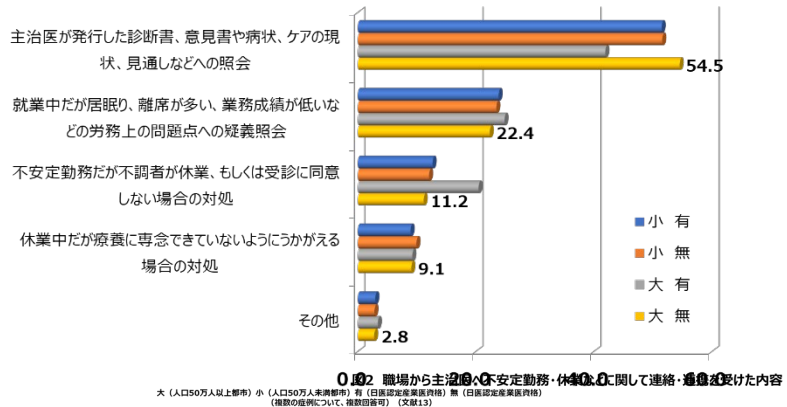
1) 休業期前期: ①状態像(初診からまもない時期であり休業が必要な病態、状況を理解することに重点を置き断定的な表現を避ける)・②要休養・③要休業・④期間(当初は相当長期間とせず1カ月程度にとどめる)・⑤見通し(控えめにとどめる)など。

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。

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) 意見書: 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。

(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)。

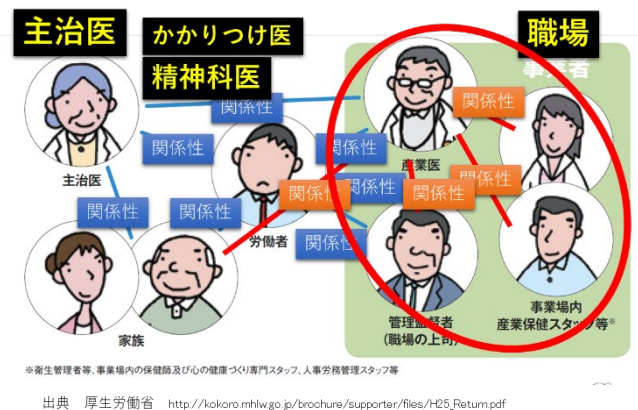


7. 関係性づくりは連携作業の第一歩

また、図2のごとく、職場で不調者支援に関わる主要メンバーは大きく3グループに分かれる6)。①主役である不調者本人とその家族、友人など。②職場内の関係者として、上司、同僚、人事、産業医、産業看護職、心理職など。そして、③外部の医療機関、関連支援機関など。

このメンバーが就労支援という共通テーマで共同作業を取り組むことが理想とすると、ここには当然ながら良質の関係性づくりの課題が生まれる。その過程には、相互の情報と意見、主張をやりとりしながら信頼、理解、合意、同意、協力関係を目指すこと、すなわち連携作業の取り組みが含まれる。したがって、関係性づくりと連携作業は表裏一体の構造といえる。

関係性づくりの第1の課題は職場内の協力体制の構築である。特に人事労務と健康支援スタッフの情報共有、役割分担、そのためのルールづくり、協議など。そして第2の課題は職場外との関係づくりであるが、お互いの制度、規則、ポリシーなどの違いから派生する障壁の存在を理解しておく必要がある。それは例えば、①個人情報保護: 各々に定められた秘匿義務、②規則: 職場側は就業規則、主治医側は医師の裁量による判断、③法制度: 労働安全衛生法、労働契約法と医師法、医療法など、④行政機関: 労働基準監督署と保健所、などである。



8. 連携を取り巻くリスクとは

他方、双方の連携が全く取組まれない場合、あるいは実効性が上がらない場合に生じるリスクを知って

おくことも必要である。例えば、①情報量は乏しく偏る可能性、②主観的見解に頼るしかなく検証ができない、③誤判断、誤診の可能性、④支援のタイミングの遅れ、⑤背景もしくは周辺要因への理解、認識の不足、⑥不調者の安定就労が達成困難な場合、不調者の病状の重篤度や治療の困難性、もしくは職場側の支援の不備、不足などの理由に一方向的に帰結してしまい、連携の取り組みへの検証を怠る可能性が高いなど、これらのリスクを減らす努力が期待される。

9. 連携が必須な頻回休職群への対応

不調者対策の喫緊の課題の一つに、頻回に休復職を繰り返す事例への対応がある。これまでの調査から、10年余りの観察データによれば、大企業の長期休業者の1/4が3回以上休業することが判明している。

従来から、不調者の休業の契機は業務上要因、すなわち職場要因の比重が高いと見られていた。しかし、実際は業務上、業務外、個人要因の3要因をいずれも有し、頻回休業群は休業回数が増えるにつれて個人要因の占める割合が高まっていた。つまり、個人と社会の双方が複雑に絡みあって休業が起きている。

この状況を乗り越えるには、職場内と職場外の包括的な連携に取り組む必要がある。例えば、産業医は不調者のレベルに合った再適応支援環境を用意する、主治医は不適応状態に至る根拠を見極めつつ、業務力、現実認識力等の社会適応性の改善へ向けて注力する。これらが実現すれば安定就労への道筋ができるという考え方である。

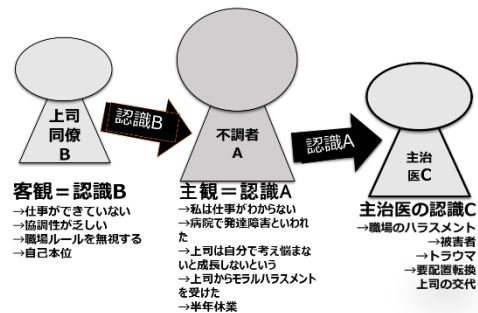
この取り組みを実践していく中で種々の医療的ケアを駆使しても目立った改善は得られなかった不調者が、産業医と主治医の連携と職場環境調整を組み合わせると、臨床的重症度が改善していくことが新たにわかった。この結果は個人要因の比重が高い場合も、職場の就労機会の再設定による適応改善効果が期待できることを示唆する。

契機と思われる要因区分 (事例性)	1回目休職時(%)			2回目休職時(%)		3回目 休職時 (%)	4回目 休職時 (%)
	A群	B群	C群	B群	C群	C群	C群
職場内要因のみ	32.6	30.2	35.7	20.9	23.2	21.4	3.7
職場外要因のみ	19.8	20.9	30.4	48.8	55.4	55.4	74.1
職場内要因及び職場外要因	47.7	48.8	33.9	30.2	21.4	23.2	22.2
全体	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

数字は該当する事例数の比率を表す。
A群：n=86(休職歴1回)、B群：n=43(休職歴2回)、C群：n=56(休職歴3回以上)

10. 主観的傾向の強い場合の対応

ただし、この実現には不調者との良好な関係性が不可欠である。ところが、図3に示すように、現実感覚や現場感覚の共有ができない場合がある。この際は、職場の論理、社会の常識という筋立てでは対立的になるばかりである。主観が強く職場社会の基準、目標との折り合いがつかない、客観性、自己と他者の関係性、協調性とは何かがわからない、といった社会性に難点を抱えた不調者への対応は、どのように対応すればいいのか。



結論から言えば、職場からのアプローチは困難を伴い

やすい。そこで、不調者を職場では病人扱いせず、職場は安全配慮上心配しているという見解で接し、専門医もしくは主治医の医学判断に委ねる、専門的判断にイニシアチブを期待しつつ、本人からは同意を得て、産業医と主治医の連携による現状認識の共有が当面の目標となる。そして、不調者、主治医、産保スタッフが同伴受診などで合同で話し合い、実行可能な状況を見出す努力を重ねていくことが基本となる。

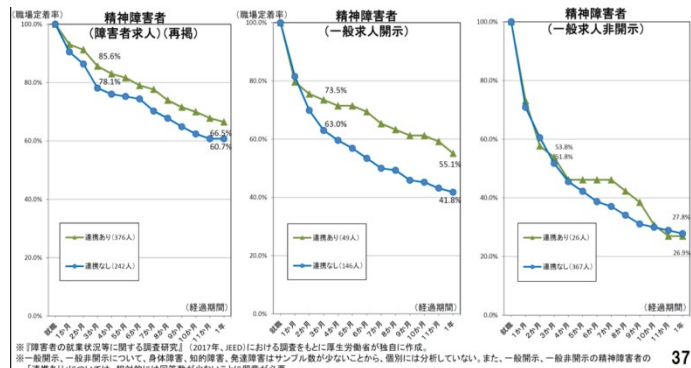
11. 連携が必須な障害者雇用への支援

障害者雇用の義務化は民間企業の従業員50人以上から45.5人以上へと進み、その事業主には毎年6月1日時点の障害者雇用状況をハローワークに報告することや、障害者の雇用の促進と継続を図るための障害者雇用推進者を選任するなどの義務が課せられた。今後さらに法定雇用率は上昇が見込まれてい

る。

職場の取り組みの現状はどうか。厚生労働省のデータによれば、就労開始 1 年後の職場定着率は約 50%、長く続かない理由として、周囲の支援、特に職場側、主治医側との連携の希薄さ、職場側の支援体制の不足への指摘が目立つ。

残念ながら、主治医の一部には主治医の役割は乏しく、就労支援には消極的な対応をする傾向が認められる。しかし、職場で障害者雇用勤務者の就労支援の経験から言えば、決して一義的に適応困難ではなく、個人の特徴に合った環境設定と地道な支援、そして職場側、主治医側との連携により適応可能性を向上することが基本テーマである。むしろ、障害の回復可能性と適応可能性を区別し、職場適応という命題に対して画一的でなく柔軟な見解と対応が必要である。以下に実務上の重要なポイントをまとめておく。



- (1) 職場適応力: 職場で仕事ができているかどうか、適応状況に焦点をあてる。職場適応力は決定的、固定的、限定的ではなく、相対的、流動的、可変的との前提に立つ必要がある。職場環境、個人環境によっても変化することを知っておく。
 - (2) 生活状況: 本人の傾向や未解決点、解決点などを整理しておく。個人要因を簡潔にまとめておくと、環境不適應の問題解決のヒントとなる。本人の動機づけを確かめ、目標を低め、小さめ、少なめにしていくと行動や病態が修正可能となる場合がある。
 - (3) 障害、病状の自覚: 本人の認識レベルは適応力の改善、向上を左右する。また、職場側の理解のレベルと調整力も就業生活の安定化に寄与する。本人にはなにがどのように見えているのか、を知り職場側で調整することをめざす。
 - (4) 周囲のフォロー: 同僚、上司らのフォローも同時に継続していく必要がある。常に職場全体への配慮を忘れず、負担やストレスが偏らない工夫をめざす。
 - (5) 産保スタッフの役割: 医療職は障害の重さや特徴を把握し、安定した適応の道筋を立てていく役割があり、その力量を身に付けておくことが期待されている。
 - (6) 職場内外の連携: 産業医を中心に人事、上司、産保スタッフが連携し、医療的、労務的支援と、家族や主治医、外部の支援者との連携を組み合わせた包括的支援をめざす。
- 総じて、不調者支援の基本ステップを土台として段階的に取り組んでいくことが重要である。

12. 「好事例収集プロジェクト」から生まれた連携ガイドブック

行政の指針をはじめとして、主治医と産業医両者の連携の意義を支持する多くの実践活動や研究報告が発表されている。しかし、実際に連携効果をあげていくには、主治医も職場も概念、情報を共有し、共通の目標づくりとその達成へ向けた実行力を備える必要がある。

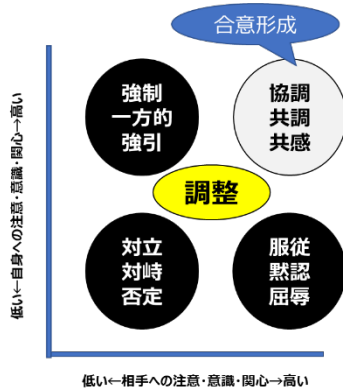
最近の調査から、主治医は連携の必要性を理解しつつも、主治医から職場への連携の実績、頻度は多くなく、むしろ職場から主治医への連携がやや多い、また、職場の対応から認識や受け止め方との隔たりに直面し、不調者の同意取得を除き、タイミング、進め方などの連携のノウハウが不足し、連携の困難性に戸惑っている現状が明らかとなった。この解決へ向けた一案として、主治医や産業医の連携プロセス、ノウハウなどを網羅した連携ハンドブックを主治医、産業医双方で活用する案に大きな期待が寄せられている。然るに、今般の研究において、長年本領域で取り組んできた専門家による効果的な連携実績を「好事例」として収集し、そこから得られた知見、経験値を集約した連携ガイドブックを作成する計画を「好事例収集プロジェクト」と題して企画、実行した。総じて 38 名の専門家から 49 件の好事例を回収、本書のそれらにエッセンスが盛り込まれた。それらの内容は第 2 部において紹介する。

13. 主治医・産業医に必要な効果的な連携のための「連携力」

「好事例収集プロジェクト」に回答を寄せた専門家が選択した「連携力」とは、すなわち、効果的な「連携」を実現するために主治医及び産業医に必須なスキルである。右の表に一覧を紹介する。

内容的には上記の内容とほぼ一致している。

今後は、これらを専門家間で共有し、かつ、ノウハウを具体的に習得、実践して育てていく研鑽の機会を確保していくことが課題である。



主治医→7・産業医→9に必要な連携力

1. 主治医・産業医に共通な要素

- ① 本人の主観的判断と、周囲の客観的判断を参考としながら取り組む
- ② 病状の背景にある、業務上要因、業務外要因、個人要因を見極めていく
- ③ 常にメンタルヘルスの視点を重視する
- ④ 治療と就労の両立支援の観点から産業医と主治医等との連携に取り組む

2. 主治医に必要な要素

- ⑤ 本人と合意形成しつつ診療に取り組む
- ⑥ 産業保健関連諸制度・規則等の動向に注目し研鑽を積む
- ⑦ 本人の所属職場の就業規則、休業時の対応等について情報収集する

3. 産業医に必要な要素

- ⑤ 合理的配慮、安全配慮を重視する
- ⑥ 職場内連携（上司、人事、他の関係者らとの共同支援）を基本とする
- ⑦ 本人の業務の力量・体調に配慮した3管理（作業、作業環境、健康）、業務環境調整を行う
- ⑧ 職場環境の改善、ひいては、組織運営の向上を考慮した支援をめざす
- ⑨ 精神科医療、制度への関心を高め理解を深める