

メンタルヘルス不調をかかえた労働者をめぐる 主治医と産業医等との医療連携に関する研究

加藤 祐樹¹⁾, 林 果林¹⁾, 小山 文彦²⁾³⁾

¹⁾東邦大学医療センター佐倉病院メンタルヘルスクリニック

²⁾東邦大学医療センター佐倉病院産業精神保健・職場復帰支援センター

³⁾独立行政法人労働者健康安全機構本部研究コーディネーター

(平成 29 年 5 月 23 日受付)

要旨：平成 26 年度厚生労働省労災疾病臨床研究事業「労働者の治療過程における，主治医と産業医等の連携強化の方策とその効果に関する調査研究」の分担テーマとして取り組んだ「メンタルヘルス不調に罹患した労働者をめぐる主治医と産業医等との医療連携にかかる調査研究」では，メンタルヘルス不調に罹患した労働者の治療と就労の両立を目的に，主治医と産業医等が連携して，医学所見・安全衛生要因・生活状況・職域の懸念の 4 視点から患者の現状を評定した。平成 27 年度は，支援を行った不調労働者計 50 名のアセスメント結果 (n=47) について解析した。寛解に至るまでの期間が 1 カ月以内の者は長期例に比べ，職域の懸念（いわゆる連携情報）の解決程度が有意に良好であることが示された。また医学所見の回復程度により二群に分けて検討した結果，医学所見の回復程度が高い者は，安全衛生要因・生活状況及び職域の懸念に含まれる複数の項目の解決程度が有意に高かった。これらの結果から，主治医と産業医等との連携は治療効果と関連することが示唆された。

(日職災医誌, 66 : 93—98, 2018)

—キーワード—

メンタルヘルス, 治療就労両立支援, 多軸アセスメント

はじめに

本稿は，平成 26～27 年度厚生労働省労災疾病臨床研究事業「労働者の治療過程における，主治医と産業医等の連携強化の方策とその効果に関する調査研究」の分担テーマとして取り組んだ「メンタルヘルス不調に罹患した労働者をめぐる主治医と産業医等との医療連携にかかる調査研究」の概要をまとめたものである。

1. 研究の目的

メンタルヘルス不調を抱える労働者が治療と就労の両立を実現するためには，疾患の種類や重症度などの医学所見だけでなく，職域における安全衛生面の留意事項や事業場側の懸念および労働者個人の生活状況等についても総合的に検討することが重要である。

通常，医学所見は主として診療行為にて得られる情報であるが，職域の安全衛生課題や事業場の懸念等の情報は，産業保健スタッフなど職域と連携して確認する必要がある。

筆者らが行った平成 26 年度（初年度）の分担研究¹⁾では，主治医と職域との情報共有を主とする連携が治療効果に及ぼす影響を検証することを目的に，メンタルヘルス不調を有する労働者の初診から寛解に至るまでの治療期間の長さが，病状の程度等の医学所見，安全衛生課題の調整状況，生活状況および職域の懸念の程度と関連するか否かについて解析した。その結果，寛解に至るまでの期間が 3 カ月以内の群は 3 カ月超過群に比べて，医学所見のみならず安全衛生要因と職域の懸念の回復・解決の程度が有意に良好であることが示された。この結果を踏まえて平成 27 年度は，早期に寛解に至るために重点的に解決・回復を図るべき要因について検証することを目的として，メンタルヘルス不調を有する労働者 50 名のアセスメント結果 (n=47) を解析し，寛解に至るまでの期間と医学所見，安全衛生要因，生活状況および職域の懸念における回復・解決の程度との相関性を検討した。また医学所見の回復の程度が，安全衛生要因・生活状況及び職域の懸念と相関性を持つかについても検討した。

表 1 4つの軸のアセスメント

I. 現症 (医学的見解)
<ul style="list-style-type: none"> ・疾患の種類 (ICD-10) : うつ病エピソード, 不安障害, 適応障害, 身体化障害など ・主症状 : 不眠, 抑うつ気分, 全般的意欲低下, 不安高度化, 焦燥等 ・症状の程度 : 軽症, 中等症, 異常体験を伴う重症など (ICD-10 に則して評価) ・服薬の状況 : 薬剤名と服用量/日, 服薬に伴う眠気や注意集中の鈍麻やふらつきなど ・睡眠の状況 : 入眠, 熟眠, 早朝覚醒の有無と程度など (SIGH-D の当該項目にて把握) ・生活全般における意欲と興味・関心の保持 : 最低 2 週間の持続状況を把握する ・気分・不安 : 気分変動, 全般的状態不安などについて, SDS, STAI 等にて評価する ・注意集中力 : 日常生活動作, 問診等にて評価する ・他の身体所見 : 運動性緊張, 消化器症状, 頭痛・筋骨格系症状等
II. 勤務状況 (安全・衛生にかかる要因)
<ul style="list-style-type: none"> ・作業環境 : 高・低温, 高所, VDT, 有機物質, 騒音など ・勤務時間と適切な休養の確保 (勤務形態の規則性, 出張, 超過勤務等の状況) ・職業性ストレスの程度 (職業性ストレス簡易調査票に沿う) ・就労に関する意欲と業務への関心 ・段階的復帰, リハビリ出勤制度についての理解と同意 ・職場の対人関係における予期的不安等の程度 ・治療と職業生活の両立についての支持・理解者 (上司, 産業保健スタッフなど) の存在 ・安全な通勤の可否 ・疲労蓄積度 : 自身および家族から見た「仕事の疲労蓄積度チェックリスト」などで評価
III. 全般的な生活状況 (個人・状況要因)
<ul style="list-style-type: none"> ・睡眠-覚醒リズムの保持 ・適切な食習慣 (栄養, 嗜好品への依存度等含む) ・適度な運動習慣 ・日常生活における業務と類似した行為への関心・遂行状況 ・経済状況と医療費・保険書類等の利用・管理状況等 ・整容, 居住環境の清潔保持 ・家事, 育児, 介護などの有無と程度 ・生活全般における支持的な家族 (配偶者等) や友人 (同僚等) の存在 ・QOL : 包括的健康度を把握
IV. 事業所側の懸念
<ul style="list-style-type: none"> ・診断書病名と現症との相関についての理解 ・寛解に併せた就労意欲の確認 ・寛解と業務遂行能力との相関についての理解 ・寛解の確認と予後診断についての理解 ・対象労働者へのコミュニケーション (接し方, 人間関係) ・通常の職務による疾患への影響 ・長期休業による部署・組織全体のパフォーマンスの低下 ・長期休業による対象労働者の将来性 (キャリア形成や継続可否についての判断等) ・通勤・実務に伴い安全・衛生面での危険 (労災) が回避されるか ・自殺及び危険行為に及ぶ可能性

II. 対象と方法

1) 対象

2010年4月～2015年4月までの期間に、ストレス関連精神疾患 (ICD10 : F3, F4) のため労災病院等を受診した労働者のうち、治療就労両立支援 (以下、両立支援) を目的に主治医と産業保健スタッフが情報提供等の連携を行い、秘匿性担保の上、両立支援経過をとりまとめ解析することに同意した者 50 名 (このうち 3 例は現時点でアセスメント結果を未収集) を対象とした。

2) 方法

① 4つの軸のアセスメント

両立支援における主治医と職域間の連携 (情報の共有等) の評価方法として、I. 現症 (医学所見・判断)、II.

勤務状況 (安全・衛生要因との照らし合わせ)、III. 個人・生活状況 (健康を保持できる個人の生活状況)、IV. 事業場側の懸念 (就業・復帰に際し、職場側が不安に感じること等) の 4つの軸に分類し各々 9～10 項目からなるアセスメント項目を設けた。(表 1)。

評価方法については、主治医が寛解と認めた時点で産業保健スタッフとの協議等を行い、各項目について①「解決 (治癒に準じる)」= 5 点, ②「概ね解決 (寛解に準じる)」= 4 点, ③「緩和 (安定)」= 3 点, ④「動揺性 (不安定)」= 2 点, ⑤「未解決」= 1 点の 5 段階に評点した。なお対象労働者が当初から問題を有していない項目 (例えば、休業に至らなかった者の休業に関連する項目や家事等を行わない者の当該項目) については、①「解決 (治癒に準じる)」= 5 点を充てた。また当研究における寛解の基準は、就労

可能な程度までに回復した状態とした。

② 統計解析

寛解に至るまでの期間および復職（就労復帰）に至るまでの期間をそれぞれ1, 2, 3, 4, 5, 6カ月以内の群と、その期間を超過した群の二群に分け、各軸およびアセスメント項目の点数を集計し、t検定により群間比較した。

次にI軸の「疾患の種類、主症状、症状の程度」の3項目の合計得点が12点以上を寛解・治癒群、12点未満を動揺性・緩和群として二分しII~IV軸のアセスメント項目について群間比較した。

いずれの解析においても統計学的有意水準は危険率5%未満($P < 0.05$)とした。

③ 倫理的配慮

対象となる労働者に対して、精神科専門医（研究分担者）から当研究の主旨と労働者本人および所属事業場に関する匿名性保持について充分説明を行った上で、研究協力について書面にて同意を得た。期間内に両立支援取組を施した対象者においては取組事業の経過中に既に個人情報秘匿性担保の上、研究報告、学術研究発表に治療経過等の記述を行う同意を書面で得た。当研究計画については、労働者健康福祉機構東京労災病院における倫理審査委員会の承認を受けた。

III. 結 果

1) 寛解に至るまでの期間で区分した際の各アセスメント項目の比較

寛解に至るまでの期間を1カ月毎に区切り、それぞれ設定した期間内群と超過群に分けて各アセスメント項目の平均得点を比較したところ、全ての項目で設定期間内群の方が超過群より高得点であった。アセスメント項目毎に比較すると、IV. 事業所側の懸念で有意差のつく項目が最も多く、「2カ月以内 vs 2カ月超過群」から「5カ月以内 vs 5カ月超過群」の4つの群間比較にて、全9項目で有意差を認めた。次いでII. 勤労状況、III. 全般的な生活状況、I. 医学所見の順に有意差を認める項目が多かった。設定期間毎に見ると、「4カ月以内 vs 4カ月超過群」ではI. 医学所見「服薬の状況」以外の全ての項目で有意差を認めた。次いで「3カ月以内 vs 3カ月超過群」「5カ月以内 vs 5カ月超過群」の順で有意差を認める項目が多かった。また「1カ月以内 vs 1カ月超過群」では、I~III軸ではそれぞれ9項目中2~3項目に有意差を認めるのに対して、IV. 事業所側の懸念では10項目中6項目に有意差を認めた（表2）。

2) I. 医学所見「疾患の種類」「主症状」「病状の程度」の回復程度で区分した際の各アセスメント項目の比較

I. 医学所見のうち「疾患の種類」「主症状」「症状の程度」について寛解・治癒群（合計点が12点以上）と動揺性・緩和群（12点未満）で二分してII~IV軸の各アセスメント項目にて群間比較を行った。全ての項目において寛

解・治癒群の平均点のほうが高値であり、多くの項目で有意差を認めた。特に、II. 勤労状況「就労意欲・業務関心」「疲労蓄積度」、III. 全般的な生活状況「睡眠覚醒リズム」「QOL」、IV. 事業所側の懸念「診断書病名と現症の相互理解」「就労意欲確認」「対象労働者の将来性」については、 $p < 0.001$ で有意差を認めた（表3）。

IV. 考 察

メンタルヘルス疾患をかかえた労働者を評価する際、診察室における問診等で得られる情報を「診察室情報」、主治医が職域（産業医等）と連携することにより得られる情報を「連携情報」に二分すると、当研究で用いた4軸アセスメントのうち、I. 現症（医学所見）が「診察室情報」、II. 勤労状況（安全・衛生にかかる要因）とIV. 事業場側の懸念が「連携情報」に該当すると考える。また、III. 個人・生活状況（個体・状況要因）については、本人や家族等の陳述から推定される^{2)~4)}。

寛解に至るまでの期間を1~6カ月の期間内群と超過群に分けて群間比較を行ったところ、IV軸、II軸、III軸、I軸の順に有意差を認める項目が多かった。特に寛解に至るまでの期間が1カ月以内の群では、1カ月超過群に比べて「連携情報」に属する要因の回復・解決程度が有意に高いことが注目された。

また病状の回復程度により二群に分けて検討した結果、病状の回復程度が高い者は、安全衛生要因、生活状況及び職域の懸念に含まれる複数の項目の解決程度が有意に高かった。

平成26年度の先行研究¹⁾（41事例）では各アセスメント項目の得点と寛解に至るまでの両期間（3カ月以内、3カ月超過の両群）における順位相関解析において、特にII. 勤労状況（安全・衛生にかかる要因）とIV. 事業場側の懸念の両軸では他の軸に比べ相関を認めた項目が多く、寛解に至るまでの治療期間の長さや「連携情報」に属する要因の回復・解決程度の高さとの間には負の相関が認められた。一連の研究における解析結果から、寛解に至るまでの期間が短い例では「連携情報」に属する要因の回復・解決程度が有意に高く、両者の因果関係は言明できないものの、寛解までの期間と「連携情報」の回復・解決との相関が示されたことは重要である。しかしながら、当研究では、主治医と産業医等との医療連携が行われていない患者群とのRCT（Randomized Controlled Trial）を行っていないこと、また、寛解の判定基準が主治医ごとにばらつき、画一化されていない可能性があることが限界点であり、今後の検討方法についてはさらに洗練する必要がある。

海外における先行知見では、安定就労の障壁となる病欠の頻度は、症状の重症度よりも自身の職務への満足度やモチベーションによることが示唆され⁵⁾、症状の軽減が即ちそれが業務遂行能力の回復を意味しない、との報告⁶⁾

表2 寛解に至る期間で区分した群間比較での有意差 (p 値) *p<0.05, **p<0.01 ***p<0.001

		1 カ月以内 (n=15) vs 超過 (n=31)	2 カ月以内 (n=25) vs 超過 (n=21)	3 カ月以内 (n=28) vs 超過 (n=18)	4 カ月以内 (n=30) vs 超過 (n=16)	5 カ月以内 (n=34) vs 超過 (n=12)	6 カ月以内 (n=37) vs 超過 (n=9)
I 現症	疾病の種類	0.001**	0.011*	0.001**	<0.001***	<0.001***	0.019*
	主な症状	0.004**	0.003**	0.004**	0.002**	0.004**	0.019*
	症状の程度	0.077	0.014*	0.014*	0.005**	0.084	0.448
	服薬の状況	0.909	0.399	0.377	0.103	0.157	0.110
	睡眠の状況	0.987	0.412	0.174	0.021*	0.155	0.406
	意欲・興味・関心の保持	0.902	0.081	0.041*	0.007**	0.013*	0.228
	気分・不安	0.187	0.019*	0.002**	<0.001***	<0.001***	<0.001***
	注意集中力	0.060	0.030*	0.011*	<0.001***	0.006**	0.044*
	他の身体所見	0.342	0.027*	0.015*	<0.001***	0.035*	<0.001***
II 勤労状況	作業環境	0.052	0.052	0.033*	0.029*	0.061	0.039*
	勤務時間と休養の確保	0.635	0.102	0.020*	0.007**	0.001**	0.012*
	職業性ストレス	0.529	0.025*	0.012*	0.002**	<0.001***	0.056
	就労意欲・業務関心	0.042*	<0.001***	<0.001***	<0.001***	<0.001***	0.002**
	段階的復帰等への理解と同意	0.009**	0.020*	0.019*	0.015*	0.011*	0.111
	対人関係における予期不安	0.111	0.026*	0.003**	0.010**	0.008**	0.052
	両立支援の支持・理解者	0.141	0.004**	0.005**	0.013*	0.017*	0.086
	安全な通勤の安否	0.425	0.029*	0.003**	0.001**	<0.001***	0.051
	疲労蓄積度	0.023*	0.004**	0.003**	0.003**	0.005**	<0.001***
III 個人・生活要因	睡眠・覚醒リズム保持	0.257	0.171	0.040*	0.011*	0.097	0.337
	適切な食習慣	0.308	0.084	0.073	0.042*	0.029*	0.018*
	適度な運動	0.077	0.010**	0.013*	0.013*	0.002**	0.028*
	業務と類似した行為	0.014*	0.005**	0.002**	<0.001***	0.004**	0.033*
	経済状況	0.117	0.036*	0.017*	0.005**	0.014*	<0.001***
	住居環境の清潔保持	0.123	0.008**	0.002**	0.003**	<0.001***	<0.001***
	家事・育児・介護等	0.005**	0.008**	0.023*	0.021*	0.012*	0.173
	家族・友人の存在	0.071	0.008**	0.001**	0.001**	<0.001***	0.002**
	QOL	0.084	0.011*	0.002**	0.002**	0.004**	0.067
IV 事業場側の懸念	診断書病名と現症の相関理解	0.006**	0.002**	0.002**	<0.001***	<0.001***	<0.001***
	就労意欲確認	0.007**	<0.001***	<0.001***	<0.001***	<0.001***	0.002**
	寛解と業務遂行能力の相関理解	<0.001***	<0.001***	<0.001***	<0.001***	<0.001***	0.004**
	寛解確認・予後診断理解	0.104	0.012*	0.001**	<0.001***	<0.001***	0.051
	対象労働者へのコミュニケーション	0.248	<0.001***	<0.001***	<0.001***	<0.001***	0.004**
	通常業務による疾患への影響	0.019*	0.001**	<0.001***	<0.001***	<0.001***	0.010**
	部署・組織全体のパフォーマンス低下	0.066	0.005**	0.007**	0.001**	0.002**	<0.001***
	対象労働者の将来性	<0.001***	0.004**	<0.001***	<0.001***	<0.001***	<0.001***
	労災の可能性	0.326	0.020*	0.005**	<0.001***	<0.001***	0.017*
	自殺・危険行為の可能性	0.003**	0.011*	0.012*	0.007**	0.011*	0.022*

表3 I軸「疾患の種類・主症状・症状の程度」の合計得点を12点以上/未満で二分した群間比較で有意差のあった項目

	II. 勤労状況	III. 全般的な生活状況	IV. 事業所側の懸念
p<0.001	就労意欲・業務関心 疲労蓄積度	睡眠・覚醒リズム保持 QOL	診断書病名と現症の相関理解 就労意欲確認 対象労働者の将来性
p<0.01	安全な通勤の安否	適切な食習慣 適切な運動 業務と類似した行為	寛解と業務遂行能力の相関理解 部署・組織全体のパフォーマンス低下 労災の可能性
p<0.05	勤務時間と休養の確保 職業性ストレス 段階的復帰などへの理解と同意 対人関係における予期不安	経済状況 住居環境の清潔保持 家族・友人の存在	寛解確認・予後診断理解 通常業務による疾患への影響 自殺・危険行為の可能性
p≥0.05 (有意差なし)	作業環境 両立支援の支持・理解者	家事・育児・介護等	対象労働者へのコミュニケーション

もある。今回われわれが報告したように、言わば「診察室情報」と「連携情報」との両方の緩和または解決をめざす復職支援は、これらの知見と矛盾せず、治療と就労の両立を図るために重要だと考えられる。また、うつ病等により休職した労働者に対し、産業医が精神科医（主治医）から情報提供を受けた上で支援を行った場合は、そうでない場合に比べ早期の復職率が高いとするRCT結果⁷⁾があり、これは職域と主治医との連携効果を実証する知見である。

一般に、ストレス関連精神疾患に罹患した労働者の治療において、初診から就労可能な程度にまで回復した状態（当研究における寛解）に至るまでの期間が長ければ、それだけ医療エフォートを費やすことになる。当研究において、寛解までの期間と「連携情報」の回復・解決との間に有意な相関を認めたことは、主治医と職域間の連携が治療効果と重要な関連を有することを示唆している。

V. 結 論

➤ 早期に寛解に至った例では、「診察室情報（医学知見）」のみならず、むしろ優勢に「連携情報」の回復・解決程度が有意に高い。

➤ 病状の良し悪しを基準に各アセスメント項目を群間比較した結果、「診察室情報」と「連携情報」との関連が指摘された。

➤ 寛解までの期間と「連携情報」の回復・解決程度は有意に相関し、主治医と職域間の連携は治療効果と関連することが示唆された。

利益相反：利益相反基準に該当無し

文 献

- 1) 小山文彦（研究分担者）：メンタルヘルス不調に罹患した

労働者をめぐる主治医と産業医等との医療連携にかかる調査研究, 平成 26 年度厚生労働省 労災疾病臨床研究事業補助金「労働者の治療過程における、主治医と産業医等の連携強化の方策とその効果に関する調査研究」(研究代表者 黒木宣夫)平成 26 年度 総括・分担研究報告書, 2015, pp 89—93.

- 2) 小山文彦：教育講演 メンタルヘルス不調者の治療と仕事の「両立支援」—厚生労働省委託事業・検討会から—。産業ストレス研究 20：303—309, 2013.
- 3) 小山文彦, 黒川淳一, 浅海明子：メンタルヘルス不調に罹患した労働者の治療と就労の「両立支援」—厚生労働省委託「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発のための事業」において活用した就労可否判断のアセスメント手法—。日職災医誌 61：251—258, 2013.
- 4) 小山文彦：特集「職域における連携を再考する」：治療と就労の「両立支援」から連携を考える。産業精神保健 22：75—80, 2014.
- 5) Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, et al: How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. Scand J Soc Med 26: 133—144, 1998.
- 6) Simon GE, Barber C, Birnbaum HG, et al: Depression and work productivity: the comparative costs of treatment versus nontreatment. J Occup Environ Med 43: 2—9, 2001.
- 7) van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, et al: Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. Neuropsychiatr Dis Treat 6: 375—385, 2010.

別刷請求先 〒285-8741 千葉県佐倉市下志津 564—1
東邦大学医療センター佐倉病院メンタルヘルス
クリニック
加藤 祐樹

Reprint request:

Yuuki Katou
Department of Psychiatry Medicine, Toho University Sakura
Medical Center, 564-1, Simoshizu, Sakura-shi, Chiba, 285-8741,
Japan

Collaboration between Primary and Industrial Physicians in Treatment of Workers with Mental Health Problems

Yuuki Katou¹⁾, Karin Hayashi¹⁾ and Fumihiko Koyama^{2,3)}

¹⁾Department of Psychiatry Medicine, Toho University Sakura Medical Center

²⁾Department of Occupational Mental Health with Return to Work Support Services, Toho University Sakura Medical Center

³⁾Clinical Research Coordinator, Japan Labour Health and Safety Organization

Medical findings, factors influencing safety and hygiene, living conditions of workers, and workplace concerns were evaluated in 50 workers with mental health disorders to establish the basis of a balance between treatment and employment through collaboration of primary and industrial physicians.

The results indicated that improvement of workplace concerns (“collaborative information”) were significantly better in subjects whose time to remission was ≤ 1 months compared with those with a time to remission of > 1 months.

Further more, the results indicated that improvement of safety and hygiene and workplace concerns were significantly better in subjects with good recovery of medical observations compared to those with poor recovery.

These observations suggest collaboration between primary and workplace physicians was associated with therapeutic efficacy.

(JJOMT, 66: 93—98, 2018)

—Key words—

mental health, the compatibility between treatment and work, multiaxial assessment