

メンタルヘルス 不調をかかえた労働者に対する

治療と就労の 両立支援マニュアル

平成29年3月



独立行政法人 労働者健康安全機構

メンタルヘルス不調をかかえた労働者に対する

治療と就労の 両立支援マニュアル

はじめに

労働者のメンタルヘルスの保持・増進目的に、厚生労働省は、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」を策定し、①セルフケア、②ラインによるケア、③事業場内産業保健スタッフによるケア、④事業場外資源によるケアを根幹とした対策が行われています。労働者がメンタルヘルス不調に罹患した場合、その事業場内で問題となる事例性(caseness)のレベルに応じて、ケア側の対応可能なレベル(守備範囲)は変わり、それが要診断・治療の段階となった場合、事例性は疾病性(illness)となり、事業場外資源(外部担当医等)が専門的治療・ケアを行います。

このような疾病性の生じた事例の中で、効果的に対象労働者の治療と職業生活の両立を支援するためには、多くの場合、事業場内外の協調と連携が必要となります。特に「ストレスチェック制度」が始動した現在、メンタルヘルス不調の一次予防から、実効的な二次・三次予防を図るためにも、医療と職域間の相互補完的な情報共有は、さらに重要となってきています。

メンタルヘルス不調をかかえた労働者の治療と仕事の両立とは、「病状回復」と「就労可能」の両立ともいえます。一般に、病状の回復については、主治医により医学的に判断されますが、就労については、病状の安定を基盤とした生活上のwell-being(健康で安心できている状態)から「可能」と推測されることが多く、病状回復と復職のタイミングが必ずしも一致していないのが現状です。また、不調者を取り巻く作業環境や人間関係の実態、業務負荷や就労パフォーマンスの実際については、診察室の中で把握できるものではありません。主治医の立場からすれば、目前にいる患者さんが、職場ではどのような労働者として在るのだろうか、この2つのキャリアを併せて診ていくためには、職域との連携が必須に思えます。

本書は、著者らが、厚生労働省委託事業ならびに独立行政法人労働者健康安全機構モデル事業として進めてきた「治療就労両立支援」(以下「両立支援」という。)の取組結果をもとに、主に医療機関を対象とした「両立支援マニュアル」として刊行されました。メンタルヘルス不調を抱えた労働者に対する両立支援を図る上で、皆様の一助となれば幸いです。

小山 文彦

メンタルヘルス不調をかかえた労働者に対する 治療と就労の両立支援マニュアル

CONTENTS

はじめに 小山 文彦

I 治療と就労の『両立支援』の概要 1

- 1 メンタルヘルス不調者をめぐる主治医と職域間の連携の現状 1
- 2 不調者の現状をどう見積もるか? 1
- 3 「連携」の前に大切なこと 5
- 4 4軸アセスメント項目に関する「事業場の声」(先行調査から) 5

II 『両立支援』の取組方法の概要 9

- 1 治療と仕事の両立を図るための取組の概要 9
- 2 対象となる労働者 9
- 3 対象者に関する疾患や職務内容を踏まえた労務管理上の留意点 10
- 4 メンタルヘルス不調者が発生した事業場内スタッフへの支援の方法 10
- 5 倫理的配慮 11

III 「復職(両立支援)コーディネーター」の概念と実際 13

- 1 「復職(両立支援)コーディネーター」の役割と課題 13
 - 1. コーディネーターの役割 —医療機関と職域との情報共有等の要領— 13
 - 2. コーディネーターを担った職種別の利点と課題(平成24年度厚労省委託事業15例における) 14
- 2 連携事例にみる「コーディネーター」の動き 14
 - 【連携事例1】業務負荷の増大と自然災害を契機に、うつ病を発症し、就労に支障を来したケース 14
 - 【連携事例2】仕事量の増大からうつ病を発症したケース 16

IV 両立支援経過の記録とアセスメント方法 19

- 1 取組事例のまとめ方(例) 19
 - フォーマット(例)
- 2 解説:事例・支援に用いるアセスメント項目について 24
 - 支援事例の記載例(外来における事例)

V	両立支援事例 ケーススタディ	33
事例1	配置転換から3か月後、過敏性大腸症候群、不眠から抑うつ状態を来したケース ……	33
事例2	単身赴任生活2年目に、不眠、頭痛、アルコール依存傾向が増悪した適応障害のケース …	35
事例3	うつ状態を呈した若年看護師の治療と職場復帰支援に、上司と主治医が協調して ……	36
	取り組んだケース	
事例4	転属に伴う業務の質的、量的変化からうつ状態に至った職員をめぐり、回復後も ……	38
	職域との相補的連携に難渋したケース	
事例5	研究職のかかえる適応障害に対し、臨床心理士がコーディネーターとして ……	41
	取り組んだケース	
事例6	業務上ストレスからうつ病を発症し休業を繰り返す社員に、リワークプログラムを ……	44
	試みているケース	
事例7	悲観から自傷行為に及んだ女性職員の就労支援に、主治医と事業場保健師が協調して …	46
	取り組んだケース	
事例8	作業ミスを揶揄されたこと等を契機にうつ病となった職員をめぐり、主治医と ……	48
	保健師が協調したケース	
事例9	心身不調を来した職員の現症と作業関連性をめぐり、主治医と産業医の連携が ……	50
	奏功したケース	
事例10	「うつ状態」のため休業を繰り返す経過に躁状態を認め、産業医と主治医の連携により ……	52
	就労支援を図ったケース	
VI	両立支援に携わる医療者に求められるコミュニケーション・スキル	55
1	医療者が備えるべき配慮とコミュニケーション・スキル ……	55
2	闘病者の心理ストレスへの対応 ……	55
3	職域との連携の際に心がけること ……	58
VII	復職(両立支援)コーディネーターに求められる基本スキルと知識	59
1	マネジメント・スキル ……	59
2	労働関係法令の知識 ……	59
3	社会資源の活用 ……	63
	関連・参考文献 ……	69

I

治療と就労の『両立支援』の概要

一般に、メンタルヘルス不調の治療は主治医と不調者との間でなされ、治療の主なフィールドは診察室の中です。そこでは、当然ながら不調者は“患者さん”であり、労働者・生活者としての診立てに主眼が置かれない場合も少なくありません。その背景には、主治医には患者の個人・医療情報を守る義務があり、職場側にその疾病性について容易には伝えられないことや、職場側との連携や調整のために治療行為（精神療法や投薬等）と同等の-effortを投入できるほどのゆとりが乏しいこと等が挙げられます。

しかし、事業場側が不調者に関して知っておきたい情報は、詳細な診断病名や治療方針よりもむしろ、仮に就業可能であれば労務管理および安全衛生上必要な配慮と留意点だと思われる。

1 メンタルヘルス不調者をめぐる主治医と職域間の連携の現状

医療機関における主治医と産業医をともに経験してきた筆者の経験においても、患者さんの愁訴と併せて“事業場の声”を聴けば、例えば不調者が就労復帰する際に、職場側はメンタル問題に特有な懸念を抱いていることがわかります。具体的には、身体疾患と異なり回復の程度が明確に把握しづらい、症状が治まり安定した状態（寛解）が持続しない場合が少なくない、職場の人間関係や作業環境により容易に再発するのではないかと、主治医による就労可能の判断（診断書等）は病状の回復程度が基準となるため、須らく就労パフォーマンスの回復を認める判断とマッチしていないのではないかと等です。

これらに関連して、最近の『産業人メンタルヘルス白書』（公益財団法人日本生産性本部）によれば、メンタルヘルス不調者の復職をめぐり事業場側が抱く難題として、「本人の回復状況の評価（が難しい）」が全回答の84%、ついで「主治医との情報交換（が難しい）」が約54%にも上っています。

事業場内外の連携の重要性は、諸学会等でも強調され、周知されているにもかかわらず、その実態は、それほど円滑に運んでいるとは限らず、上述のような乖離も多くみられます。

2 不調者の現状をどう見積もるか？

それでは、主治医の診立てと職場での就労状況について、ある程度客観的に評価するためにはどのような視点が必要でしょうか。

筆者らは、まず、不調者の「今、ここ」について、Ⅰ. 医学的見解（現症）、Ⅱ. 安全衛生課題、Ⅲ. 個人生活状況、Ⅳ. 事業場側の懸念からなる4軸のアセスメント（表1）を用いて評定し、インフォームド・コンセントの下に職域（産業保健スタッフ等）と共有する方法で両立支援を進めています。

表1 現症、勤労状況、生活状況、事業場の懸念の4軸から成るアセスメント項目

I. 現症：医学的見解

- 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
- 主な症状：不眠、抑うつ気分、全般的意欲低下、全般的不安耐性低下、焦燥など
- 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(構造化面接にて把握する)
- 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：気分変調、全般的状態不安などについて質問調査票にて評価する
- 注意集中力：日常生活動作、問診、簡易前頭葉機能検査等にて評価する
- 他、身体所見：運動性緊張、消化器症状、頭痛・筋骨格系症状など

II. 勤労状況：安全・衛生にかかる要因

- 作業環境：高・低温、高所、VDT作業、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等による)
- 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周知・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、産業保健スタッフ等)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」等で評価

III. 全般的な生活状況：個人・状況要因

- 睡眠・覚醒リズムの保持 ● 適切な食習慣(栄養、嗜好品への依存度を含む)
- 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
- 家事の煩雑さ、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. 事業場側の懸念

- 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(再発しないか等)
- 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(キャリア形成や勤続可否についての判断等)
- 通勤・実務に伴い安全・衛生面での危険が回避されるか(労働災害の可能性)
- 自殺および危険行為に及ぶ可能性

※各アセスメント項目の評価法

医療機関側が、対象労働者(患者さん)・家族、事業場との間で、各項目に関して評価する(以下の5段階)。

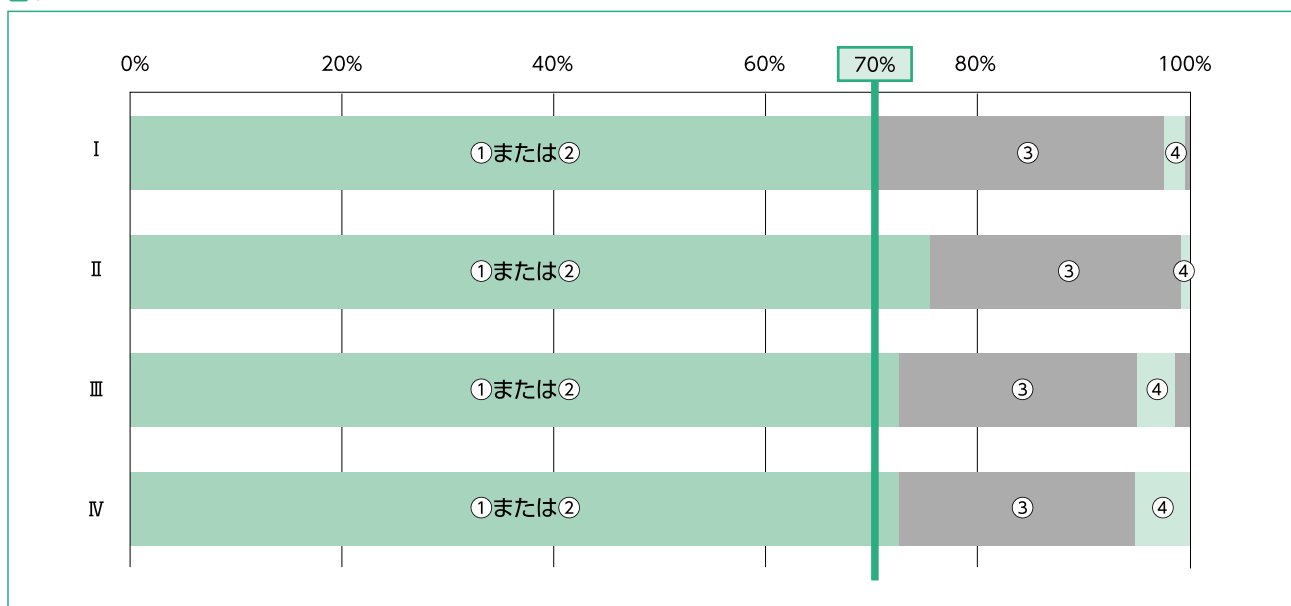
- ①「解決(治癒に準じる)」
- ②「概ね解決(寛解に準じる)」
- ③「緩和(安定)」
- ④「動揺性(不安定)」
- ⑤「未解決」

上記のⅠ～Ⅳ軸のアセスメント項目から不調者の「今、ここ」をある程度客観的に捉えるために、各項目の解決や安定の度合いを5段階評価し、病状のみならず就業、生活上の安定の程度を把握する手法としました。また、これらのアセスメント項目は、産業保健スタッフから主治医に情報を求めたい場合に、不調者個別に解決しておきたい、または、検討する必要がある項目を焦点化する際に、いわば「情報パレット」のような活用も可能となります。

参考までに、著者らは、平成22年度、23年度の2年間で30事例(3年間で45事例)の両立支援に取組み、就労継続または職場復帰まで支援が奏功した好事例におけるスコアを試算しました。(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点として算出)

その結果から、各項目をどの程度クリア(達成)していれば就労可能となっているかという観点からは、好事例27例では、いずれのアセスメント軸(Ⅰ～Ⅳ)においても、①解決・治癒または②ほぼ解決・寛解との評価が70%以上を占めていました(図1)。これらの事例に対する両立支援に取り組む中で、支援チーム(医療者側)から見てきた、「事業場内外の連携」を抑制する要素と促進する視点について表2にまとめました。

図1



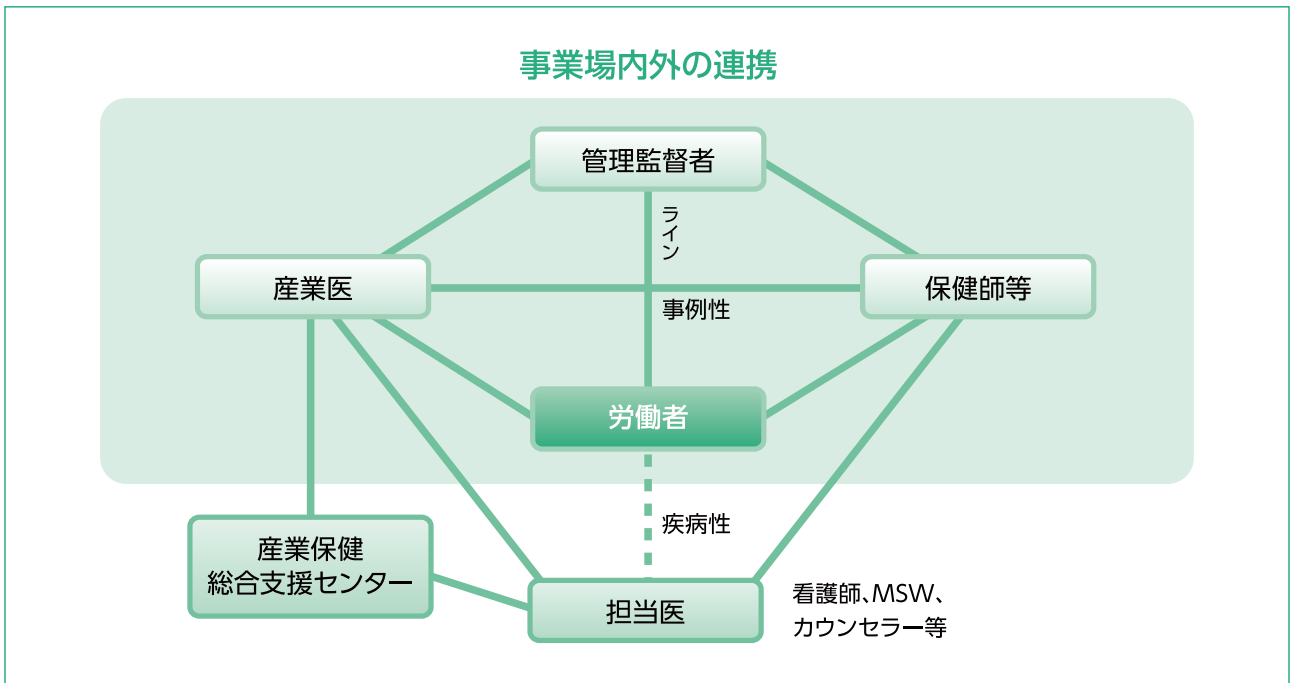
好事例となったケース(n=27)では、どのアセスメント項目においても①または②評価が70%以上を占めていました。(図中①～④については、①解決・治癒 ②ほぼ解決・寛解 ③安定 ④非常に不安定、の評価を示す。)

表2 事業場内外の連携を抑制する現状と促進する視点

連携を抑制している現状	連携を促進する視点
<ul style="list-style-type: none"> ▼ 治療の視点では、不調者は「患者」であり、「労働者・生活者」としての診立てに主眼が置かれない。 ▼ 職業生活のフィールドである職場との連携および調整に、治療行為と同等の医療エフォートを投入できるほどの自由度が、事業場外担当医に確保されていない。 ▼ 職場側との連携・調整に費やす医療エフォートに見合うだけの診療報酬上のメリットを享受できない。 ▼ 患者の個人情報保護し、患者が不利益を被らないために、上司や産業保健スタッフに病名や疾病性を伝え難い。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 事業場が知りたい情報は、(不調者の) 詳細な診断や治療方針よりも、業務遂行能力と安全衛生面の課題。 ○ 事業場では、担当医と介在する産業保健スタッフ等の存在・確保。 ○ 治療期間では、職場と介在するコーディネーターなどの育成・確保。 ○ 「治療」+「就労の支援」を多軸的アセスメント等を行った場合 ⇒ 通院精神療法+なんらかの指導料等の算定。 ○ 予防を含め、ある程度客観的な医学的見解を提示。

次に、いわゆる「4つのケア」(厚生労働省「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」(メンタルヘルス指針))に則った事業場内外の連携の様式を個々のケースに沿い図式化し、4軸アセスメントの評定結果をもとに就業継続・職場復帰に向け調整を図っています(支援の連携図: 図2が原型)。

図2 支援の連携図: 不調労働者の事例性および疾病性に関わる事業場内外の連携の様式



3 「連携」の前に大切なこと

ここまで述べてきた「連携」の前提には、不調者と産業保健スタッフ等とのラポール(信頼関係)が欠かせません。そして、情報共有する際には、4つのケアを構成する各立場が求めるメリットだけでなく、双方の限界やデメリットについて配慮しながら連携することが求められます。表2に示したように、必ずしも主治医と職域間の連携が容易でない現状を踏まえて、促進する視点に立ち、事業場の状況については、以下について自己点検することも有用と思われます。

- 事業場内で、メンタルヘルスについての啓蒙が図れているか？(セルフケア、ラインによるケア、相談体制等の周知と健康教育)
- 安全・衛生委員会等が、過重労働やメンタルヘルス問題について踏み込み、機能しているか？
- 管理監督者・人事労務担当者等・産業保健スタッフの3者間の日常的なラポールと「風通し」はどうか？
- 事業場外資源との連携を図る場合、担当医とのチャンネルになれる産業保健スタッフがいるか？
- 主に産業保健スタッフが、セカンドオピニオンとして(または、それに準じて)相談できる専門医(精神科等領域での相談役的存在)がいるか？

4 4軸アセスメント項目に関する「事業場の声」(先行調査から)

全国47カ所の現産業保健総合支援センター等を介して、メンタルヘルス不調者の就労可否判断等を経験した事業場185カ所を選定し、産業看護職(保健師・看護師)を対象に、不調者の職場復帰・就労の可否判断の際に重要と考えられるアセスメント項目に関する調査を行いました(平成23年)。

調査票には、Ⅰ. 現症(医学的見解)、Ⅱ. 勤労状況(安全・衛生にかかる要因)、Ⅲ. 全般的な生活状況(個人・状況要因)、Ⅳ. 事業場側の懸念(懸案事項)の4軸から重要と想定されるアセスメント項目(表1に列挙したとおり)を提示し、回答者が重要度が高いと考える項目を順位付けで5項目選択する形で調査しました。

その結果、4軸アセスメントの項目は、いずれについても回答いただいた産業看護職から重要との指摘を得ていることが確認されました。以下に、各軸についての調査結果を示します(表3)。

1 Ⅰ. 現症(医学的見解)

重要との指摘が多かった項目は、順に「服薬の状況:薬品名と服用量、服薬に伴う眠気やふらつき等副作用の有無など」、「主な症状:不眠、抑うつ気分、全般的な意欲低下、焦燥感など」、「疾患の種類:うつ病、不安障害、身体化障害などの診断名」でした。疾病性についての医師からの情報と安全管理にも関わる薬剤の副作用への危険等と考えられ、産業保健スタッフは、担当医に対し、疾病性についての客観的判断を求めていることが推察されます。

2 Ⅱ. 勤労状況(安全・衛生にかかる要因)

重要との指摘が最も多かった事項は、「就労に関する意欲と業務への関心:産業保健スタッフとの面接による評価・確認」、次いで「段階的復帰、リハビリ出勤制度に関する理解と同意:本人と事業場との意見調査」でした。一般に、就労への意欲と職場復帰に向けた意思の確認が職場復帰支援の始点となりますが、この調査結果においてもその原則は支持されています。

3 III. 全般的な生活状況(個人・状況要因)

重要との指摘が最も多かった事項は、「睡眠、覚醒のリズムの保持」、次いで「適切な食習慣(栄養、アルコールなどの嗜好品への依存度を含む)」であり、睡眠、栄養、嗜癖等の重要性が指摘されています。これらの要素は、著者らの研究においてもメンタルヘルス不調との関連が強く示唆され、職業生活の維持には特に重要だと考えられます。

4 IV. 事業場側の懸念

不調者の現状を多軸的にアセスメントしても、なお事業場側の懸念となり、解決しておきたい事項として最も多く指摘されたのは、「回復と業務遂行能力との相関(病状が回復し、併せて就労可能であるか)」、次いで「回復に併せた就労意欲の確認(病状が回復し、併せて就労意欲が保持されているか)」であり、一旦疾病により減退した意欲の回復と根本的な就労意欲との「両立」が復帰・就労の前提に挙げられています。

表3 4軸アセスメント項目に対する調査結果

I. 【医学的見解】現症

順位	項目	特に重要	重要	指摘なし	チェックした総数	総数
1	服薬の状況	6	122	22	128	150
		4.0%	81.3%	14.7%	85.3%	100.0%
2	主な症状	36	89	25	125	150
		24.0%	59.3%	16.7%	83.3%	100.0%
3	疾患の種類	74	44	32	118	150
		49.3%	29.3%	21.3%	78.7%	100.0%
4	症状の程度	13	90	47	103	150
		8.7%	60.0%	31.3%	68.7%	100.0%
5	生活全般における意欲と興味・関心の保持	13	57	80	70	150
		8.7%	38.0%	53.3%	46.7%	100.0%
6	睡眠の状況	2	58	90	60	150
		1.3%	38.7%	60.0%	40.0%	100.0%
7	注意集中力	5	54	91	59	150
		3.3%	36.0%	60.7%	39.3%	100.0%
8	気分・不安(心理状態)	2	40	108	42	150
		1.3%	26.7%	72.0%	28.0%	100.0%
9	他の身体所見	0	41	109	41	150
		0.0%	27.3%	72.7%	27.3%	100.0%

II. 【安全・衛生にかかる要因】勤労状況のアセスメント項目

順位	項目	特に重要	重要	指摘なし	チェックした総数	総数
1	就労に関する意欲と業務への関心	67	66	17	133	150
		44.7%	44.0%	11.3%	88.7%	100.0%
2	段階的復帰、リハビリ出勤制度に関する理解と同意	24	105	21	129	150
		16.0%	70.0%	14.0%	86.0%	100.0%
3	勤務時間と適切な休養の確保	22	103	25	125	150
		14.7%	68.7%	16.7%	83.3%	100.0%
4	職場の対人関係における不安の程度	8	109	33	117	150
		5.3%	72.7%	22.0%	78.0%	100.0%
5	治療と職場生活の両立についての支持・理解者の存在	10	103	37	113	150
		6.7%	68.7%	24.7%	75.3%	100.0%
6	安全な通勤の可否	9	43	98	52	150
		6.0%	28.7%	65.3%	34.7%	100.0%
7	作業環境	6	29	115	35	150
		4.0%	19.3%	76.7%	23.3%	100.0%
8	職業性ストレスの程度	2	21	127	23	150
		1.3%	14.0%	84.7%	15.3%	100.0%
9	疲労蓄積度	1	17	132	18	150
		0.7%	11.3%	88.0%	12.0%	100.0%

Ⅲ. 【個人・状況要因】全般的な生活状況のアセスメント項目

順位		特に重要	重要	指摘なし	チェックした総数	総数
1	睡眠、覚醒のリズムの保持	87	57	6	144	150
		58.0%	38.0%	4.0%	96.0%	100.0%
2	適切な食習慣	6	129	15	135	150
		4.0%	86.0%	10.0%	90.0%	100.0%
3	生活全般における支持的な家族や友人の存在	24	103	23	127	150
		16.0%	68.7%	15.3%	84.7%	100.0%
4	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	18	84	48	102	150
		12.0%	56.0%	32.0%	68.0%	100.0%
5	適度な運動習慣	0	71	79	71	150
		0.0%	47.3%	52.7%	47.3%	100.0%
6	QOL:包括的健康度	6	47	97	53	150
		4.0%	31.3%	64.7%	35.3%	100.0%
7	ワーク・ライフバランスの保持	2	39	109	41	150
		1.3%	26.0%	72.7%	27.3%	100.0%
8	経済状況	4	30	116	34	150
		2.7%	20.0%	77.3%	22.7%	100.0%
9	整容、居住環境の清潔保持	3	31	116	34	150
		2.0%	20.7%	77.3%	22.7%	100.0%

Ⅳ. 事業場側の懸念事項チェックリスト

順位		特に重要	重要	指摘なし	チェックした総数	総数
1	回復と業務遂行能力との相関	22	113	15	135	150
		14.7%	75.3%	10.0%	90.0%	100.0%
2	回復に併せた就労意欲の確認	31	78	41	109	150
		20.7%	52.0%	27.3%	72.7%	100.0%
3	対象労働者へのコミュニケーション	10	83	57	93	150
		6.7%	55.3%	38.0%	62.0%	100.0%
4	通常の職務による疾患への影響	9	76	65	85	150
		6.0%	50.7%	43.3%	56.7%	100.0%
5	回復の確認と予後診断についての理解	8	76	66	84	150
		5.3%	50.7%	44.0%	56.0%	100.0%
6	自殺および危険行為に及ぶ可能性について	33	41	76	74	150
		22.0%	27.3%	50.7%	49.3%	100.0%
7	通勤・実務に伴い安全・衛生面での危険が回避されるか	12	60	78	72	150
		8.0%	40.0%	52.0%	48.0%	100.0%
8	診断書病名と現症との相関についての理解	31	31	88	62	150
		20.7%	20.7%	58.7%	41.3%	100.0%
9	長期休業による部署・組織全体のパフォーマンス低下	2	22	126	24	150
		1.3%	14.7%	84.0%	16.0%	100.0%
10	長期休業による対象労働者の将来性	0	7	143	7	150
		0.0%	4.7%	95.3%	4.7%	100.0%

II

『両立支援』の取組方法の概要

1 治療と仕事の両立を図るための取組の概要

著者らの支援取組では、以下の3点について重点的に進めています。

- ① メンタルヘルス不調(うつ病などの精神疾患および心身症)を来した労働者に対して、医師・看護師・カウンセラー・MSW(医療ソーシャルワーカー)などから構成された支援担当チームが、疾患の種類・症状と職務内容などを考慮した治療方針を立て、労務管理上の留意事項を検討しました。
- ② 治療方針と労務管理を行う上での留意事項について、担当チームが事業場(事業主・産業保健スタッフなど)に伝え、これに沿った就業時間(形態)や職務内容の見直し、病気休暇・有給休暇の活用など、労務管理面での対応について相談し、調整しました。
- ③ 治療と仕事を両立できるための治療方針や労務管理上の留意事項などを担当チームが中心となって検討し、①医療機関(担当チーム)、②対象労働者・家族、③事業場(事業主・産業医など)の間で情報を共有しました。

2 対象となる労働者

1 支援の対象となる疾患群

精神疾患およびストレス関連疾患の中でも、疾病により労働のパフォーマンスが低下し、本人や所属する事業場にとって影響が大きく、仕事の継続や寛解(症状が治まり安定した状態)後の職場復帰が労働者個人の意思やセルフケアだけでは困難な疾患群を対象としました。

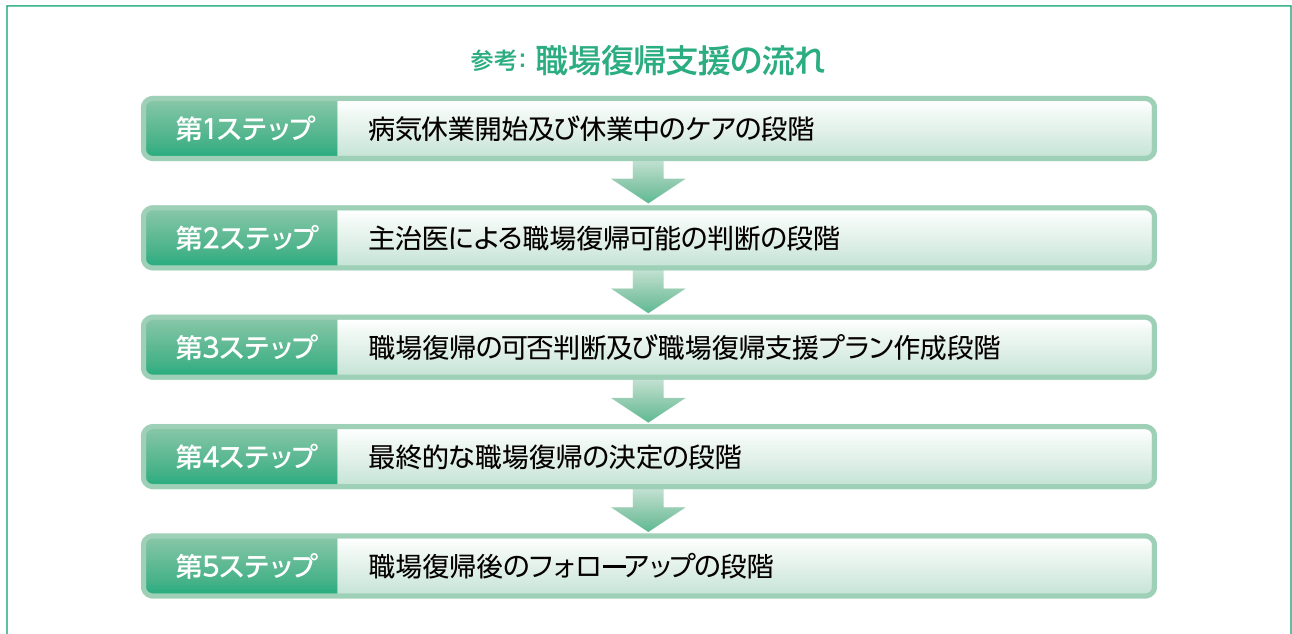
2 対象労働者の属性

性別、勤続年数、事業場の規模によらず20~65歳の労働者を対象としました。まずは産業医や保健師(または看護師)などを配置している事業場の事例が、事業場内外の連携がスムーズに進みやすいと考えられます。自営業、小規模事業場で働いている労働者の場合は、全国都道府県の産業保健総合支援センター等を活用して事業場と両立支援担当チームが連携を行うことや、家族を通じて事業場と連携することを想定しました。

3 治療の継続と就労状況について

- ① 該当する疾患のため、通院治療中である労働者が休業を必要とした場合は、職場復帰支援と復帰後のフォローアップの段階における支援に取り組みました(図3)。
- ② 該当する疾患ではあるが、休業が必要でない、または治療と就業の両立が可能な場合は、①の復帰後のフォローアップの段階として取り組みました。

図3 職場復帰支援の5つのステップ



「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」(改訂平成21年3月)より、職場復帰支援の5ステップを示す。

3 対象者に関する疾患や職務内容を踏まえた労務管理上の留意点

表1(2ページ)の項目について評価し、事業場との連携時のアセスメント・ツール(評価法の尺度となる項目)としました。Ⅰ～Ⅲの項目(表1)について、対象労働者が寛解し、復職復帰が可能であるかの判断をする際に、担当チームがアセスメントを行い、本人の同意を得てチーム内で検討し、事業場や家族との間で共有しました。

4 メンタルヘルス不調者が発生した事業場内スタッフへの支援の方法

メンタルヘルス不調を抱えた労働者が仕事を続ける際や休業からの職場復帰にあたり、事業場側が抱く不安の多くは、他の身体疾患とは異なり、回復の程度が明確に把握できない、症状が治まり安定した状態が持続しない場合がある、職場での人間関係や作業環境などから再発する可能性があるのではないかと、主治医による就労可能の判断(診断書など)は、それがそのまま職場で求められる業務を遂行する能力があるかどうかの判断ではないのではないかと、などが挙げられます。

そのため、まずはⅠ～Ⅲ(表1)による4軸アセスメントの結果が事業場スタッフと共有されることが必要です。さらに、事業場側と協力してお互いに支援を行うためには、Ⅳ(表1)について、担当チームと対象労働者を含む事業場内クライアントとの間で、お互いに理解と協力が必要だと考えます。

両立支援の取組は、精神科医療機関・施設等のデイケアやリワーク現場と異なり、医療機関(主治医)-事業場(産業保健スタッフ等)間の連携の手法に主眼を置き、医療機関が治療に併せた就労支援に対する留意点と支援手法の普及を目的としています。具体的には、4軸アセスメント(表1)から不調者の「今、ここ」をある程度客観的に捉え、病状のみならず就業、生活上の安定の程度を担当医・不調労働者・事業場の相補・協調にて把握する手法を勧めています。しかしながら、このアセスメントの全情報を担当医が事業場側に伝えるとは限りません。不調者およびその家族と医療機関(両立支援チーム)とのラポール(信頼関係)が基礎となり、職業生活に活かす目的で患者情報をどこまで事業場側に伝達してよいかについて、倫理的配慮と不調者等の同意の確認が必須であり、機微な対応を要します。

5 倫理的配慮

対象となるうつ病等の精神心身疾患に罹患している労働者に対して、専門医による診断、治療を行います。その上で、本事業の主旨と労働者本人および所属事業場に関する匿名性の保持について十分な説明を行います。特に事業場との連携においては、対象者本人の同意及び情報交換後のフィードバックを繊細に行います。

III

「復職(両立支援)コーディネーター」の概念と実際

1 「復職(両立支援)コーディネーター」の役割と課題

前章までに示したような支援に取り組む過程で、担当医によっては産業保健への精通の度合いや、(治療に加えて)就労への支援に注力する姿勢や精緻さに差異が生じることが推測されます。また、患者個人の治療におけるラポール形成以上に、このようなインフォームド・コンセントや連携の現場でアセスメント結果を共有するためには、主治医の作業量は多大であり、支援と連携に費やせる時間とスタッフによる協調体制も欠かせません。

そのため、著者らは、「復職(両立支援)コーディネーター」(以下「コーディネーター」という。)として、PSW(精神保健福祉士・精神科ソーシャルワーカー)、臨床心理士、保健師・看護師等により、主治医と不調者・家族や事業場側との連絡調整などを以下の要領で行い、さらに、各事例(平成24年度厚労省委託事業(研究)・単年度15例)においてコーディネーターを担った職種別の利点と課題等について検討しました。

1 コーディネーターの役割 —医療機関と職域との情報共有等の要領—

- ① MSW・PSW・臨床心理士等からなるコーディネーターを配置し、対象労働者・担当医師・事業場等の関係者から、疾患の種類・症状や職務内容等を聴取する。
- ② コーディネーターは、聴取内容をもとに治療方針や労務管理上の留意事項等を整理し、事業場(事業主・産業保健スタッフ等)に伝達し、治療方針等に沿った就業時間(形態)や職務内容の見直しや病気休暇・有給休暇の活用など労務管理面における対応について協議が行えるよう関係者間を調整する。
- ③ 治療・リハビリテーションが完了するまでの間の治療方針や労務管理上の留意事項等を整理した「治療と就労の両立プラン」を策定し、1. 医療機関(担当チーム)、2. 対象労働者、3. 事業場(産業保健スタッフ等)の関係者間で共有する。
- ④ 治療・リハビリテーションが完了するまでの間、コーディネーターが「治療と就労の両立プラン」の進捗を管理します。定期的に対象労働者や事業場と連絡を取りながら必要に応じてプランの修正等を検討し、関係者間で再調整する。

2 コーディネーターを担った職種別の利点と課題 (平成24年度厚労省委託事業15例における)

職種は、PSWが15例中8例においてコーディネーターを担い、次いで臨床心理士(4例)、看護師(2例)、保健師(1例)でした。各事例の担当医による書面回答から、コーディネーターを担った職種による利点と課題の概要を表4にまとめました。

表4 コーディネーターを担った職種による利点と課題

職種	利点	課題
精神保健福祉士 (PSW)	<ul style="list-style-type: none"> ○傾聴や説明に根気よく時間をかけて行えたこと。 ○疾病性の理解を有するため、事例性についての判断が可能 ○主治医(治療者)-患者関係を客観的に観察しながらの支援が行えること。 	<ul style="list-style-type: none"> △自己裁量の限界等。 △特定のPSWが特定の事業所を担当することになるため、その担当者が不在の場合などのバックアップ体制に不安(ほかの職種も同様)。
臨床心理士 (CP)	<ul style="list-style-type: none"> ○カウンセリングと心理アセスメントの技術が病状説明や連絡調整等における説明能力に活かされる。 	<ul style="list-style-type: none"> △(産業領域主体のCPを除き)医療機関のCPは、患者・家族以外の事業場側との面談の機会は従来少ない。
看護師 (事業場外)	<ul style="list-style-type: none"> ○日常業務で、担当医と接しているため、連携が図りやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> △(コーディネーターへの)専従率を高く保有することは困難。
保健師 (事業場内)	<ul style="list-style-type: none"> ○日常的に職場の安全・衛生に関わり、メンタルヘルス不調に精通している場合や、事業場内外の連携の際に、傾聴や説明能力を伴うほどコーディネーターの役割が期待される。 	<ul style="list-style-type: none"> △疾病の知識、傾聴や連絡・調整の技術の研鑽(両立・職場復帰支援に特化した研修等が必要か)。 △(コーディネーターへの)専従率を高く保有することは困難。

2 連携事例にみる「コーディネーター」の動き

連携事例1 業務負荷の増大と自然災害を契機に、うつ病を発症し、就労に支障を来したケース

Aさん：40代、男性、製造業一般事務

既往歴：抑うつ

疾病性サイン：不安、抑うつ状態

[支援者・支援体制] 産業保健スタッフ：産業医(非常勤)、保健師(常勤)

メンタルヘルス対策：精神科クリニック医師、精神保健福祉士

復職支援：EAP(従業員支援プログラムを提供する医療機関等の事業場外資源)

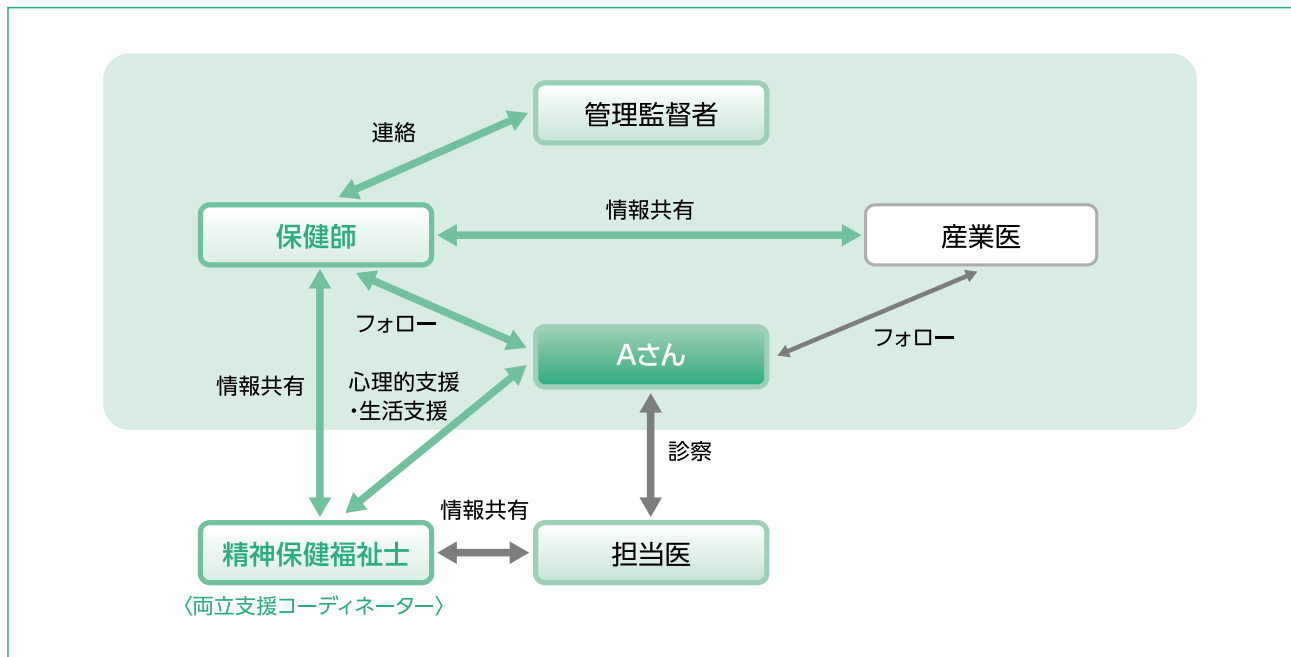
Aさんは従業員約1,800人の製造業で一般事務職として勤務する40代の男性です。

X-8年頃、仕事量の増加に伴ってうつ状態になり、Bクリニックに通院したことがあります。X年2月下旬に異動の内示を受け、離れた2つの事業所の業務を掛け持ちで行うことに不安を感じるようになり、事業場内の保健師に相談をしました。保健師のアドバイスを受けてAさんは上司にも相談をしたところ、当面は1事業所だけの業務を行うことになり一旦は落ち着きました。しかし、3月11日の自然災害によって職場に保管してい

た私物を他の職員に見られたことをきっかけにうつ状態となりました。そのため、保健師の勧めで3月16日に担当医を受診したところ、うつ病と診断され、翌日から休職することになりました。回復後は復職プログラムを行い、7月15日に正式に復職しました。その後は順調でしたが、10月下旬に出張や業務量が増えたことから不安が強まり、11月上旬に再び抑うつ状態になりました。罪業念慮も出現し、薬物療法においても改善が見られなかったため、12月10日から再び自宅にて療養することになりました。療養中は主治医と精神保健福祉士がケアを行い、安心して療養できるように支援しました。

回復過程に入った後のX+1年1月にAさんはEAPが主催する集団認知行動療法プログラムを受講しました。2月下旬、主治医は復職に向けて準備が可能であると判断し、Aさんにその旨を伝えると同時に、担当の精神保健福祉士から保健師に連絡をしました。そして、保健師は産業医と人事部門に報告し、3月16日に産業医面談が行われました。その後、Aさんは自主訓練を経て4月15日より入社訓練、さらに復職判定勤務を行ったところ、問題なく経過したため、6月より正式に復職することができました。その後も通院と産業医によるフォローが行われました。途中、向精神薬による過鎮静が原因と思われる集中力の低下が見られましたが、主治医によって処方内容の調整が行われ、9月下旬には回復が見られました。その後は順調に勤務できており、12月24日の産業医面談において、就業制限は解除になりました。

連携事例1：治療と仕事の両立支援に有効であった事業場内外の連携図



事例からの学び

Aさんは業務負荷にかかわるストレスによって健康状態を崩しやすく、休業を余儀なくされ、就労に支障を来しました。このケースでは、事業場と医療機関の間でEAP契約が結ばれており、症状悪化時の専門職との情報共有がスムーズでした。そのため、休職明けであったことからすでに事業場において適切なラインケア（第2のケア）と事業場内スタッフによるケア（第3のケア）、EAP（医療機関）によるケア（第4のケア）を受けており、再休職、療養、復職の各場面においてスムーズにケアを受けることができました。さらに、精神保健福祉士がコーディネーターの役割を担い、保健師への連絡と当事者・家族への心理的サポートを行いました。保健師は産業医、管理監督者に情報を共有しました。精神保健福祉士がコーディネーターとしてハブの役割をすることで情報共有の窓口を一本化でき、無駄のない連携によって適切なケアを行うことができたと考えます。

連携事例2 仕事量の増大からうつ病を発症したケース

Cさん：20代、男性、販売業営業部門

既往歴：なし

疾病性サイン：倦怠感、微熱、めまい、思考制止、判断力低下、不眠、食欲不振

[支援者・支援体制] **メンタルヘルス対策**：精神科医師、精神保健福祉士(PSW)、臨床心理士、上司

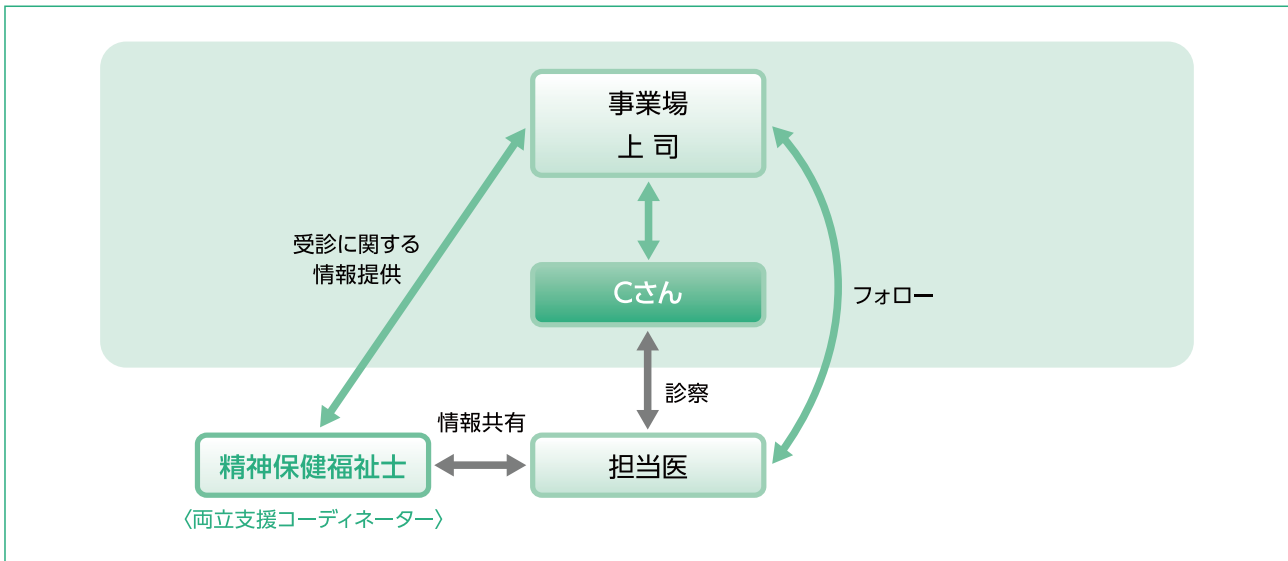
Cさんは、従業員約200人の販売会社の営業部門に勤務する20代男性です。大学卒業までは特に問題もなく過ごしていました。大学卒業後現職場に就職し、営業販売を担当していました。

X-2年、大学卒業後新入社員として出生県外に配属され、初めて一人暮らしを経験しました。その頃Cさんは仕事も忙しく、蕁麻疹や風邪に苛まれることが多い辛い日々を過ごしていました。X-1年、現在の職場に配置転換になったため、地元に戻り、結婚をしました。その後も残業なども多く、仕事は忙しいままでした。X-2か月頃からCさんは倦怠感や微熱、めまいといった症状を訴えるようになり、D総合病院を受診しましたが、問題ないということでした。しかし、その後も微熱は続き、やがて会話の際に言葉がスムーズに出てこないといった違和感を自覚するようになったため、E総合病院内科に受診しました。やはりそこでも問題はないということでした。食欲不振と不眠に対して安定剤が処方されましたが、改善しませんでした。また、服薬に伴う日中の眠気により、安定剤から鎮痛剤に変更されましたがこちらも改善されませんでした。次第に気分が塞ぎ、仕事に集中できず、食欲も低下し、朝から吐き気に襲われるようになったため、上司の勧めで担当医を受診しました。

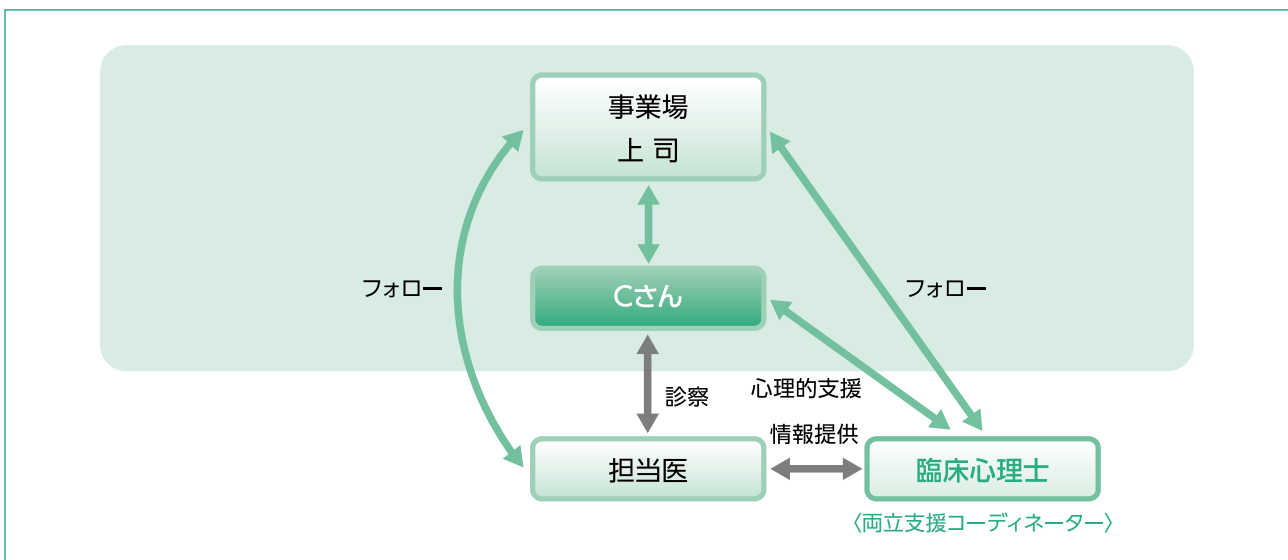
X年10月初診時、Cさんはほとんど言葉を発することなく押し黙っていたため、担当医は同席する上司の前では話せない事情があるのではないかと思うほどでした。そのため、Cさんの様子などについては付き添っていた上司から伺いました。主治医は、適応障害との区別がつかなかったため、まず1週間、睡眠薬の投与を行い、休息の上で再度受診されることを指示し、上司もこれに同意しました。

1週間休養した後の再診時に心理検査を行ったところ、集中力の持続保持能力の低下による作業量の減退が見られました。その結果、初診時に黙っていたのは思考停止によるものと考えられ、うつ病と診断されました。上司も休業を勧めたことから、Cさんは長期休業のうえ通院による薬物治療と自宅での休養に徹しました。すると、通院1か月後ころから徐々に口数が多くなり、上司などの付き添いが必要でなくなりました。不眠に対する訴えはかわらないものの、食欲は徐々に回復しました。また、微熱や痛み、吃音に関する訴えもなくなり、徐々に意欲も回復し、診察時の会話も十分成立するようになっていきました。X年末、妻と楽しく日常生活を過ごせるようになったことが自信につながり、Cさんは復職を決意しました。そのため、再度同様の心理検査を行い、結果説明の際はCさん本人だけでなく上司も同席し、回復の様子を確認しました。そして、X+1年1月より現職に復帰し、事業場人事労務担当者によるリスニングと外来治療を続けながら就労を続けています。

連携事例2-1：治療と仕事の両立支援に有効であった事業場内外の連携図（休業導入時）



連携事例2-2：治療と仕事の両立支援に有効であった事業場内外の連携図（休業導入後）



事例からの学び

Cさんは、うつ病に伴う抑うつ気分、思考制止、判断力低下、不眠、食欲不振が続いていました（疾病性）。また、思考制止や判断力の低下に伴い、会話の際にあまり言葉がスムーズに出てこなくなり、コミュニケーションをとるのが難しくなりました（事例性）。

もともと、上司がうつ病に対する知識があったため、Cさんが総合病院での受診で解決できなかったことで精神疾患の可能性を指摘し、精神科医療機関受診につながりました。また、これを受け、精神保健福祉士が上司に対して精神科医療機関への受診に関する情報提供を行ったことも受診につながりました。したがって、この事例から日ごろからの事業場内外でのメンタルヘルスに関する啓発活動の重要性が改めて示唆されたものと考えます。さらに、初診時から診察や心理検査結果の説明に上司が付き添い、同席することで連帯の機会に恵まれました。そのため、休業や復職を判断する際、心理検査を客観的な指標として活用したことで、病状の程度の把握から回復の過程に至るまでの経過をCさん本人だけでなく上司と共有することができました。さらに、上司は主治医や臨床心理士からCさんの特性を理解し、再発の予防に関する見守りの際のチェック事項などについて意見をj得ることで、Cさんの再発の予防につなげることができたと考えます。

IV

両立支援経過の記録と アセスメント方法

1 取組事例のまとめ方(例)

各事例は、次の項目①～⑦に着眼して、下記フォーマット(例)のような形でまとめていきます。

- ① 対象事業場及び対象労働者の概要
- ② 就業に支障した疾病とその要因
- ③ 今回の両立支援の経過
- ④ 今回報告した支援の内容
- ⑤ 今回報告した支援において、効果的であったと思われる連携様式等及び今後改善すべき点
- ⑥ 本事例の振り返り
- ⑦ 支援に用いたアセスメント項目について

フォーマット(例)【事例】

両立支援の目的	
---------	--

① 対象事業場及び対象労働者の概要

事業場 及び体制	業 種:	労働者数:		
	健診機関との契約	産業医	産業保健スタッフ	窓口担当者
	<input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 産業医派遣 <input type="checkbox"/> 保健指導 <input type="checkbox"/> その他/EAP等	<input type="checkbox"/> 専 属 <input type="checkbox"/> 嘱 託 <input type="checkbox"/> 選任なし	<input type="checkbox"/> 専 属 <input type="checkbox"/> 嘱 託 <input type="checkbox"/> 不 在	<input type="checkbox"/> 産業保健スタッフ <input type="checkbox"/> 人事労務担当者 <input type="checkbox"/> 上 司 <input type="checkbox"/> その他
復職支援プログラムの有無				
労働者	部 門	研究開発・事務・営業・製造・ その他 ()	役 職	管理職・一般

② 就業に支障した疾病とその要因

診断病名(ICD-10); 診断書への病名記載;		初診日;X 年 月 日	
身体合併症 ;			
経過 [現病歴及び生活・就労状況]			
休職期間; X年 月 日～ X年 月 日		休職歴;あり	
休職に至った疾病の状況及び個人の状況			就労パフォーマンス への支障 (該当を□で囲む)
①			有・無・不明
②			有・無・不明
③			有・無・不明
④			有・無・不明

③ 今回の両立支援の経過

支援期間	X年 月 ……～X+ 年 月現在 (ヶ月) (以後、治療継続中)
支援開始の時期	X年 月
担当チーム	精神科医師 名、看護師 名
経過 [休職期間と支援間の関係、 事業場内外の連携具体的な 外の連携具体的な状況等]	(・休業にかかる事業場内外の連携(話し合っ、どう検討・・・) ・支援期間における通院状況、現症、事業場産業医等の意見、連携による支援方針・要望など

④ 今回報告した支援の内容

疾病性	
事例性	
支援の内容	
支援にかかる 事業場内外の連携	I. 休業・入院処遇に至るまでの支援 II. 退院後、職場復帰に至るまでの支援
今回の支援で得られた 本人のメリット	
残存する問題点(本人)	
今回の支援で得られた 事業場のメリット	
残存する問題点 (事業場)	

⑤ 今回した報告支援において、効果的であったと思われる連携様式等及び今後改善すべき点

効果的であったと 思われる事業場内外の 連携様式	
今後改善すべきと 考えた点	

⑥ 本事例の振り返り

支援実施からフォロー アップまでの情報を 総括して、担当スタッ フとして感じたこと	
--	--

7 本事例・支援に用いたアセスメント項目について

担当チームと対象労働者・家族、事業場の間で評価(5段階)

- ①「解決(治癒に準じる)」
- ②「概ね解決(寛解に準じる)」
- ③「緩和(安定)」
- ④「動揺性(不安定)」
- ⑤「未解決」

I. 現症チェックリスト(医学的見解)

[評価者 / 時期: /X+ 年 月 日] ①～⑤で記入↓

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	
主な症状：不眠、抑うつ気分、全般的意欲低下、全般的不安耐性低下、焦燥など	
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(SIGH-Dにて把握する)	
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：気分変調、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、簡易前頭前野機能テストにて評価する	
他、身体所見：運動性緊張、消化器症状、頭痛・筋骨格系症状など	

II. 勤労状況チェックリスト(安全・衛生にかかる要因)

[評価者 / 時期: /X+ 年 月 日] ①～⑤で記入↓

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(NIOSHチェックリスト等に沿う)	
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」で評価	

Ⅲ. 全般的な生活状況チェックリスト(個人・状況要因)

[評価者 / 時期: /X+ 年 月 日]

①～⑤で記入↓

睡眠－覚醒リズムの保持	
適切な食習慣(栄養、嗜好品への依存度を含む)	
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・保健書類等の利用・管理状況等	
整容、居住環境の清潔保持	
家事または、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：SF36等により包括的健康度を把握	

Ⅳ. 事業場側の懸案事項チェックリスト

[評価者 / 時期: /X+ 年 月 日]

①～⑤で記入↓

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(再発しないか等)	
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(キャリア形成や勤続可否についての判断等)	
通勤・実務に伴い安全・衛生面での危険が回避されるか(労働災害の可能性)	
自殺および危険行為に及ぶ可能性	

2 解説:事例・支援に用いるアセスメント項目について

4軸アセスメントにおける判定基準は、以下としています。

主治医側(支援担当チーム側)と対象労働者・家族、事業場の間で評価(5段階)

- ①「解決(治癒に準じる)」：治療・対策のない状態で、症状(問題)が出現しない
- ②「概ね解決(寛解に準じる)」：現在の治療下、症状(問題)が消失している
- ③「緩和(安定)」：症状(問題)はあるも、軽快・安定している
- ④「動揺性(不安定)」：病状(問題)は不安定である
- ⑤「未解決」：治療・対策がまったく奏功していない(なされていない場合も含む)

(症状や疲労、問題の程度については、①が最も良好で⑤が最も悪い状況(重症)と考えてください。)

I. 現症チェックリスト(医学的見解)

ここでは、(事業場外)担当医が判断し5段階評価を行ってください(MSW・看護師等のコーディネーターが記入する場合は、担当医と協議した結果を記載してください)。

[評価者 / 時期: /X+ 年 月 日] ①～⑤で記入↓

1. 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 1～3.は、疾病性を3つの観点から分けているものです。病状全体の安定の度合いを5段階で振り分けてください(例えば、病像(全体)が寛解であれば、1～3.いずれも②となります。)	
2. 主な症状：不眠、抑うつ気分、全般的意欲低下、全般的不安耐性低下、焦燥など	
3. 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)	
4. 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 服薬の種類・量が定まってきているか、副作用で大きな問題がないかについて、その安定の度合いを5段階で振り分けてください。	
5. 睡眠の状況：入眠、熟眠、早朝覚醒の有無(SIGH-D等にて把握する) 睡眠の良しあしについて5段階で振り分けてください(不眠の程度に応じて③～⑤となります)	
6. 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 全般的意欲・興味・関心について、5段階で振り分けてください。	
7. 気分・不安：気分変調、全般的状態不安などについて、SDS、STAI等にて評価する 気分・不安について、その安定の度合いを5段階で振り分けてください。	
8. 注意集中力：日常生活動作、問診、簡易前頭前野機能テスト等にて評価する 日常生活上の注意集中力について、5段階で振り分けてください。	
9. 他、身体所見：運動性緊張、消化器症状、頭痛・筋骨格系症状など 他の身体的な状況について、5段階で振り分けてください。	

II. 勤労状況チェックリスト(安全・衛生にかかる要因)

ここでは、(事業場内)産業保健スタッフが判断し5段階評価を行ってください(担当医やMSW・看護師等のコーディネーターが記入する場合は、当該担当医と産業保健スタッフと協議した結果を記載してください)。

[評価者 / 時期: /X+ 年 月 日] ①～⑤で記入↓

1. 作業環境：高・低温、高所、VDT、有機物質、騒音など 1～3.については、安全衛生の観点から、在職時の現状について5段階で振り分けてください。	
2. 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)	
3. 職業性ストレスの程度(NIOSHチェックリスト等に沿う)	
4. 就労に関する意欲と業務への関心 就労に関する意欲・関心について、現在の状態を5段階で振り分けてください。	
5. 段階的復帰、リハビリ出勤制度についての理解と同意 事業場側(労務管理・部署等)において上記の理解があるかどうか、その程度について5段階で振り分けてください。	
6. 職場の対人関係における予期的不安等の程度 職場復帰時(または就労継続中の現在)上記の度合いに応じて5段階で振り分けてください。	
7. 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 上記に関して支持的な存在や理解者が存在しているかどうか、即ち上司等からのサポートの状況について5段階で振り分けてください。	
8. 安全な通勤の可否 注意集中力や日常生活動作等から、上記について推測される安定度合について5段階で振り分けてください。	
9. 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」等で評価 上記に関する現状について、その度合いを5段階で振り分けてください。	

III. 全般的な生活状況チェックリスト(個人・状況要因)

ここでは、労働者本人の(不明な場合は家族等を併せた)陳述から担当医が判断し5段階評価を行ってください(MSW・看護師等のコーディネーターが記入する場合は、担当医と産業保健スタッフと協議した結果を記載してください)。

[評価者 / 時期: /X+ 年 月 日] ①～⑤で記入↓

睡眠・覚醒リズムの保持 保持されているかどうか？5段階で振り分けてください。	
適切な食習慣(栄養、嗜好品への依存度を含む) 保持されているかどうか？5段階で振り分けてください。	
適度な運動習慣 保持されているかどうか？5段階で振り分けてください。	
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 関心があり遂行できる状況かどうか？5段階で振り分けてください。	
経済状況と医療費・保健書類等の利用・管理状況等 利用・管理できている状況かどうか？5段階で振り分けてください。	

整容、居住環境の清潔保持 保持されているかどうか？5段階で振り分けてください。	
家事・育児・介護などの負担の有無と程度 無理のない範囲のワーク・ライフ・バランスが保持されているか？5段階で振り分けてください。	
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 安定して存在しているかどうか？5段階で振り分けてください。	
QOL：SF36等により包括的健康度を把握 特に問題ない範囲でQOLが担保されている状況か？5段階で振り分けてください。	

IV. 事業場側の懸案事項チェックリスト

ここでは、(事業場内)産業保健スタッフが、担当医の説明等を受けて、現在どの程度懸念しているかについて5段階評価を行ってください(主治医やMSW・看護師等のコーディネーターが記入する場合は、当該担当医と産業保健スタッフと協議した結果を記載してください)。

[評価者 / 時期: /X+ 年 月 日] ①～⑤で記入↓

診断書病名と現症との相関についての理解 理解あるいは了解できているかどうか？に関して5段階で振り分けてください。	
寛解に併せた就労意欲の確認 病状が寛解し、併せて就労意欲が確認されているかどうか？5段階で振り分けてください。	
寛解と業務遂行能力との相関についての理解 病状が寛解し、併せて就労パフォーマンスが保たれているかどうか？5段階で振り分けてください。	
寛解の確認と予後診断についての理解 病状が寛解し、併せて予後について了解できているかどうか？5段階で振り分けてください。	
対象労働者へのコミュニケーション(接し方、人間関係) 復帰後等に周囲からの接し方について了解できているかどうか？5段階で振り分けてください。	
通常の職務による疾患への影響(再発しないか等) 通常の職務により病状に大きな影響がない(容易に再発しない等)と安心できるかどうか？5段階で振り分けてください。(概ね安心の場合は②になります。)	
長期休業による部署・組織全体のパフォーマンスの低下 現在の当該部署等の状況について懸念される度合いを5段階で振り分けてください。(懸念がない場合は①になります。)	
長期休業による対象労働者の将来性(キャリア形成や勤続可否についての判断等) 懸念される度合いを5段階で振り分けてください。(懸念がない場合は①になります。)	
通勤・実務に伴い安全・衛生面での危険が回避されるか(労働災害の可能性) 懸念される度合いを5段階で振り分けてください。(懸念がない場合は①になります。)	
自殺及び危険行為に及ぶ可能性 懸念される度合いを5段階で振り分けてください。(懸念がない場合は①になります。)	

支援事例の記載例【外来における事例】

両立支援の目的	疾病性の治療に併せて、事業場側に対象者の疲労蓄積度等をフィードバックし、作業環境是正等に取り組んでいただき、職業生活を支援する。
---------	--

① 対象事業場及び対象労働者の概要

事業場 及び体制	業 種; 印刷・製本	労働者数; 50名			
	健診機関との契約	産業医	産業保健スタッフ	窓口担当者	
	<input checked="" type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 産業医派遣 <input type="checkbox"/> 保健指導 <input type="checkbox"/> その他/EAP等	<input type="checkbox"/> 専 属 <input checked="" type="checkbox"/> 嘱 託 <input type="checkbox"/> 選任なし	<input type="checkbox"/> 専 属 <input checked="" type="checkbox"/> 嘱 託 <input type="checkbox"/> 不 在	<input checked="" type="checkbox"/> 産業保健スタッフ <input type="checkbox"/> 人事労務担当者 <input type="checkbox"/> 上 司 <input type="checkbox"/> その他	
復職支援プログラムの有無	なし。				
労働者	42歳(支援開始時) 男性	部 門	研究開発・事務・営業・ 製造 ・ その他()	役 職	管理職・ 一般

② 就業に支障した疾病とその要因

診断病名(ICD-10); 混合性不安抑うつ反応(F43.2)	初診日; X-1年11月19日
診断書への病名記載; 心身疲弊状態	
身体合併症; 胃潰瘍(X-1年11月8日近医内科)、緊張型頭痛(初診時)	
経 過 [現病歴及び生活・就労状況]	<p>大学卒業後、現在の職場に勤続20年、現場のグループリーダーを務めている。X-1年10月までに職場の人員減が相次ぎ、業務負荷が増大、連日3時間程の残業が続き休日出勤も増えた。同10月下旬より、疲労感、背中や肩の痛み、頭痛、食欲低下が出現し、体重減少(171cm、56→52kg)を来した。11月8日には近医で胃潰瘍のため投薬を受けた。次第に、人と会うのが億劫で、部下や周囲に怒りっぽくなってきたという。11月17日に本人から相談(イントラメール)を受けた産業看護師(グループ企業(親会社)と兼務)に勧められて、11月19日に報告者(以後、担当医)の外来を初診した。</p> <p>初診時、SDS(自記式抑うつ尺度); 58点(抑うつ圏)、疲労蓄積度自己診断チェックリスト; 総負担度7点(非常に高い)であり、不安抑うつと心身不調の相関が考えられた。個人・生活状況要因には特段のものは挙がらず、労働負担、蓄積疲労に関連した混合性不安抑うつ反応と診断した。また、受診前2か月間はともに70~80時間/月の時間外労働が伺われた。筋緊張、心身の疲労緩和のため、抗不安薬を主体に薬物治療を開始した。</p> <p>本人の疲弊が強く、不調の発症に作業関連の要因が強いため、担当医は休業を指示、診断書を発行しX-1年11月19日~同年12月15日までの期間休業となった。同日、事業場産業医宛に診断・治療方針(診立て)とともに、疲労、抑うつの現症に時間外労働、労働負担増の関連が強く考えられることを意見書で伝えた。12月8日再診時、同社産業医から当該職場の人員増と作業環境改善に向け、事業者に進言した旨の返信があり、対象者本人は心身不調が自覚的に改善してきたとのことであった。しかしながら、直属の上司は、対象者が休業に至った経緯(作業環境等)についての理解が充分でないとの陳述であった。そのため、担当医は、薬剤と併せて筋弛緩法やストレスコーピングについて指導した。12月16日より、対象者は通常の日勤勤務に復帰し、以後産業看護師によるリスニングと担当医受診を続けながら就労している。X+1年2月現在、職場の人員は調整されたが、新たに配属された職員の経験不足やスキルの問題もあり、グループリーダーである対象者の業務負担は依然高いと思われる。</p>

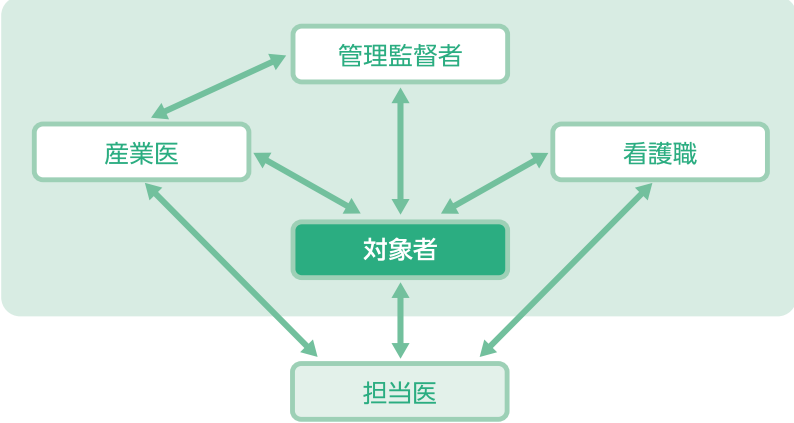
休職期間: X-1年11月19日～12月15日	休職歴:あり
休職に至った疾病の状況及び個人の状況	就労パフォーマンスへの支障 (該当を□で囲む)
① 疾病性:不安・抑うつ、運動性緊張	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無・不明
② 個体要因:不安、焦燥により運動性緊張が生じやすい。	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無・不明

3 今回の両立支援の経過

支援期間	X-1年11月19日～X年2月現在 (3ヶ月間) (以後、治療継続中)
支援開始の時期	X-1年11月
担当チーム	精神科医師1名、看護師1名
経過 [休職期間と支援間の関係、事業場内外の連携具体的な状況等]	X-1年11月17日、対象者は自らの不調について産業看護師に相談し、同看護師の勧めで11月19日に担当医を受診した。担当医は、労働負担等に起因した混合性不安抑うつ反応と診断し、休業を指示、治療を開始するとともに、事業場産業医宛に現症と作業関連性について意見書で伝えた。12月8日再診時、同社産業医から当該職場の人員増と作業環境改善に向け、事業者に進言した旨返信があり、対象者は心身不調が自覚的に改善してきた。担当医は、対象者の依然ストレスフルな状況に対し、コーピング等を指導、12月16日より現職復帰し、事業場看護師によるリスニングと外来治療を続けながら、就労している。

4 今回報告した支援の内容

疾病性	蓄積疲労に関連した不安抑うつ反応
事例性	心身不調および休業により、業務遂行に支障を来す。
支援の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・休業を指示、治療を開始するとともに、産業医に現症と作業関連性について意見書で伝えた。 ・対象者の依然ストレスフルな状況を察し、薬剤治療と併せてコーピング等を指導した。
支援にかかる事業場内外の連携	<p>I. 休業・入院処遇に至るまでの支援</p> <p>X-1年11月19日、対象者は産業看護師の勧めで担当医を受診した。担当医は、労働負担等に起因した不安抑うつ反応と診断、休業を指示し、治療を開始するとともに、産業医に現症等について意見書で伝えた。</p> <p>(X-1年11月19日～同年12月15日の期間休業)</p>

	<p>II. 退院後、職場復帰に至るまでの支援</p> <p>12月8日、産業医から作業環境改善に向け事業者に進言した旨返信があり、対象者は次第に心身不調が改善。担当医はコーピング等を指導し、12月16日より現職復帰。以降、事業場看護師によるリスニングと外来治療を続けながら就労している。</p> 
<p>今回の支援で得られた本人のメリット</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社内で自らの不調について看護師に相談できた。 ・ その結果、看護師の勧めで専門医(外部担当医)受診につながった。 ・ 担当医と産業医の連携で休業、職場の人員調整等の措置が行われた。 ・ 就労復帰後も、社内でリスニングを受け、外来治療に併せてコーピング等の実践が図られている。
<p>残存する問題点(本人)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職場の人員調整後も、新入職員の経験不足やスキルの問題から、グループリーダー(対象者)の業務負担は依然高いものと思われる。 ・ 個人要因として、不安、焦燥により運動性緊張等が生じやすい傾向は残存している。
<p>今回の支援で得られた事業場のメリット</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業場看護職から社内の不調者(対象者)について(外部)担当医に相談し、受診に運べたこと。 ・ 産業医は、担当医から情報を受け、より適切な就業措置について事業者に進言できたこと。 ・ 対象者が比較的速やかに軽快し(疾病性の緩和)、長期休業による当該部署のパフォーマンス低下(事例性の拡大)を回避できたこと。
<p>残存する問題点(事業場)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象者に見られたような蓄積疲労を来す時間外労働への対策をさらに検討する必要があると思われる。 ・ 直属の上司には、対象者に見られたような高ストレスおよびメンタルヘルス不調(疾病性)についての理解が充分ではない可能性がある。

⑤ 今回した報告支援において、効果的であったと思われる連携様式等及び今後改善すべき点

<p>効果的であったと思われる事業場内外の連携様式</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ イン트라ネットを用い、本人が(事業場)看護師に相談できたこと。 ・ その結果、看護師の勧めで専門医(担当医)受診につながった。 ・ 担当医から産業医に、不調者の現症とその作業関連性について意見を伝え、共有できたこと。 ・ 産業医は、担当医からの情報を受け、より適切な就業措置について事業者に進言できたこと。(人員調整につながった。) ・ 就労復帰後も、社内ではリスニング、外来ではコーピング等の実践が図られている。
<p>今後改善すべきと考えた点</p>	<p>特になし。</p>

⑥ 本事例の振り返り

支援実施からフォローアップまでの情報を総括して、担当スタッフとして感じたこと	外部担当医から、不調者本人の医学的知見(現症)と併せて、その作業関連性(安全衛生の視点から)を産業医に伝え、情報を共有した。その結果、産業医は、不調者に関わる適切な就業措置について事業者に進言し、その後の人員調整が図られた。依然、時間外労働や個人の労働負担増などの問題は残されており、本事例のような事業場内外の連携および両立支援奏功例の蓄積が、そのような慢性的な問題を緩和していくのではないかと考えられた。
--	---

※本事例・支援に用いたアセスメント項目について

担当チームと対象労働者・家族、事業場の間で評価(5段階)

- ①「解決(治癒に準じる)」
- ②「概ね解決(寛解に準じる)」
- ③「緩和(安定)」
- ④「動揺性(不安定)」
- ⑤「未解決」

■ アセスメント [評価時期: X-1年12月8日]

I. 現症チェックリスト(医学的見解)

①～⑤で記入↓

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	①
主な症状: 不眠、抑うつ気分、全般的意欲低下、全般的不安耐性低下、焦燥など	②
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)	①
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	①
睡眠の状況: 入眠、熟眠、早朝覚醒の有無(SIGH-Dにて把握する)	②
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	②
気分・不安: 気分変調、全般的状態不安などについて、SDS、STAI等にて評価する	②
注意集中力: 日常生活動作、問診、簡易前頭前野機能テストにて評価する	②
他、身体所見: 運動性緊張、消化器症状、頭痛・筋骨格系症状など	③

II. 勤労状況チェックリスト(安全・衛生にかかる要因)

①～⑤で記入↓

作業環境: 高・低温、高所、VDT、有機物質、騒音など	①
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)	②
職業性ストレスの程度(NIOSHチェックリスト等に沿う)	③
就労に関する意欲と業務への関心	②
段階的復帰、リハビリ出勤制度についての理解と同意	①
職場の対人関係における予期的不安等の程度	③
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	②
安全な通勤の可否	①
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」で評価	③

Ⅲ. 全般的な生活状況チェックリスト(個人・状況要因)

①～⑤で記入↓

睡眠－覚醒リズムの保持	②
適切な食習慣(栄養、嗜好品への依存度を含む)	②
適度な運動習慣	①
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	②
経済状況と医療費・保健書類等の利用・管理状況等	②
整容、居住環境の清潔保持	②
家事または、育児・介護などの有無と程度	①
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	②
QOL：SF36等により包括的健康度を把握	②

Ⅳ. 事業場側の懸案事項チェックリスト

①～⑤で記入↓

診断書病名と現症との相関についての理解	①
寛解に併せた就労意欲の確認	②
寛解と業務遂行能力との相関についての理解	②
寛解の確認と予後診断についての理解	②
対象労働者へのコミュニケーション(接し方、人間関係)	②
通常の職務による疾患への影響(再発しないか等)	③
長期休業による部署・組織全体のパフォーマンスの低下	③
長期休業による対象労働者の将来性(キャリア形成や勤続可否についての判断等)	①
通勤・実務に伴い安全・衛生面での危険が回避されるか(労働災害の可能性)	②
自殺および危険行為に及ぶ可能性	①



両立支援事例 ケーススタディ

事例1

配置転換から3か月後、過敏性大腸症候群、不眠から抑うつ状態を来したケース

Aさん：50代、男性、運送業（配送業務から営業所管理に配転）

既往歴：なし

疾病性サイン：下腹部痛を伴う便通異常、不眠

【支援者・支援体制】 家族：妻

メンタルヘルス対策：主治医、上司

Aさん(50代前半、男性)は、30年間勤続している運送業社の配達現場から地域の営業所管理部門に配置転換となり3か月経過していました。この頃から、食事の内容とも無関係に便通が頻回となり、便意の割には排泄が滞り、排便前に下腹部の痛みを伴うようになりました。かかりつけの内科医院を受診し、過敏性大腸症候群と診断されました。便通を整えるための服薬を始め、排便時の下腹部痛はおさまってきましたが、次第に寝つきが悪く、また、普段より早朝に目が覚めてしまい、体がだるいまま出社する状態となってきました。オフィスにいても、なかなか事務系の仕事に集中できず、漠然と落ち着かない感じ(不安感)が毎日のように続くようになりました。自身仕事が満足に進まない不快感があるため、遅くまでデスクに残り、帰宅も遅くなり、さらに寝つきが悪くなる日々でした。この様子に通院先の内科医がメンタルヘルスの問題を感じたため、総合病院ストレス科(精神科)に紹介、受診の運びとなりました。

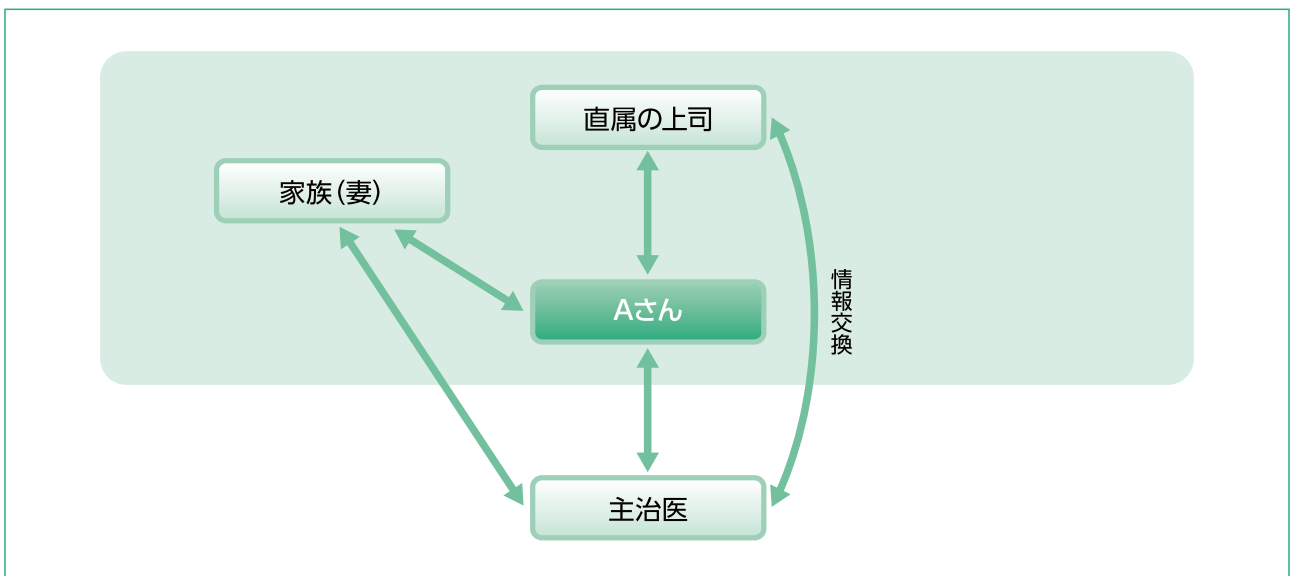
ストレス科の問診では、便通異常が始まったころから、だんだん食事がおいしくない、とくに食べたいものが思い浮かばない感じがあり、普段なら楽しめるはずのゴルフにもどうも興味がわからない、このような変調が続くことから、主治医(ストレス科)は、うつ病(軽症エピソード)と判断し、Aさんは勧めに従い抗うつ薬の内服を始めました。1週後の再診日には、Aさんの妻と直属の上司(Aさんとは旧知の間柄)が同伴し、主治医は服薬の効果と併せ、とくに睡眠を大事にするよう話し、同僚には帰社を早めに促すこと、妻には睡眠指導のパンフレットの留意点について本人とともに実践するよう勧めました。その後、定時には帰社し、服薬を継続し、2週間経過する頃には、睡眠、食欲、気分が好転してきました。これまで会社への帰属意識も強く、配置転換に異存はなかったものの、業務内容の変化が思いのほか負担だったこと、また管理者としての意識が自負過剰だったかもしれないことなど、Aさんは自身の心情を洞察しながら勤続できている様子です。

事例1 Aさんのタイムライン

	出来事	事例性	疾病性	支援
X年Z月	運送会社の現場から管理部門に配置転換			

X年Z月から 3か月後～		頻回の便秘 便意の割には排泄の 滞り 排便前の下腹部痛	過敏性大腸症候群	かかりつけの内科医院を受診 ⇒便意を整える薬を調合
			下腹部痛おさまる	
X年Y月		入眠障害・早朝覚醒 体のだるさ ↓ 仕事に集中できず 不安感 ↓ 残業・遅い帰宅 ⇒寝つきが悪くなる	うつ病(軽症エピソード)	内科医が、総合病院ストレス科 を紹介し、初受診 主治医問診 ①食欲と食事に対する興味の 減少 ②(趣味のゴルフに対する)興 味・関心の低下 ⇒うつ病(軽症エピソード) ⇒抗うつ薬を処方
X年Y月から 1週間後	定時退社 抗うつ薬の服用			妻と直属の上司を同伴し再診 主治医説明 ①抗うつ薬の効果 ②睡眠の重要性と実践の勧奨 (同僚)早めの退社を促す (妻)「睡眠指導のパンフレット」 の留意点を参考に
X年Y月から 2週間後	ストレス要因の認識 ・業務の変化が負担 ・自負過剰の管理職 意識		症状好転 (睡眠、食欲、気分)	
現在	通常勤務			

事例1 連携図



事例からの学び

長年の配達現場から管理部門への配転は、Aさん自身が想像するよりも大きな業務負荷だったと思われます。そして、メンタルヘルス不調の始まりは、この事例においても、やはり身体面の変調からでした。営業所管理者としての自負が強かったものの、便通の異常と腹痛が起こり、それは内科的診察・検索の後にストレス関連のものと判明しました。Aさんは、この時点でも、まさか「自分にメンタルヘルスの問題が起こっている。」とは考えられませんでした。その後、不眠が続き、疲労が募ってきたため、内科医が精神科医に紹介し、専門的治療への契機となりました。

うつ病の発症時に、気分の落ち込み(抑うつ)を自覚していない場合もありますが、不眠の持続や普段とは異なったレベルの疲労感、ふだん好きなことにすら興味・関心・心地よさ(おいしい、楽しいなど)を失っていることは、高い確率で存在しています。今後の「ストレスチェック」制度においても、精神科専門医たちは、心理面のストレス反応(不安・抑うつ・疲労)のみに重点を置くのではなく、身体面の不調と不眠、食欲(食べる量よりも健全な食欲)の変化への注意喚起が特に重要だと指摘しています。医学的に、心理ストレスが早期から影響を及ぼすのは、自律神経系(脈拍・血圧や臓器の働き等と関連)と筋骨格系(頭痛や腰痛等と関連)であり、また、連日4時間以下の睡眠が5日程続くと内分泌(ホルモンバランス)への影響が起こります。このような睡眠、身体の変調の時期を経て、その後の経過によってはうつ病等が出現することが多いと考えられ、Aさんのようにストレス性の身体不調が起こった時点でのストレス対処が重要であることを強調したいと思います。

事例2

単身赴任生活2年目に、不眠、頭痛、アルコール依存傾向が増悪した適応障害のケース

Bさん：40代前半、男性、営業職(電子機器メーカー・販売)

既往歴：20代前半(入社1年目)に頭痛頻発

疾病性サイン：不眠、アルコール依存傾向

[支援者・支援体制] 妻、外来主治医、人事担当者

関西地方出身のBさんは、地元の電子機器メーカーに勤続20年の営業職、元来まじめな性格で家族(妻と二人の娘)と過ごす時間を大事にしてきました。

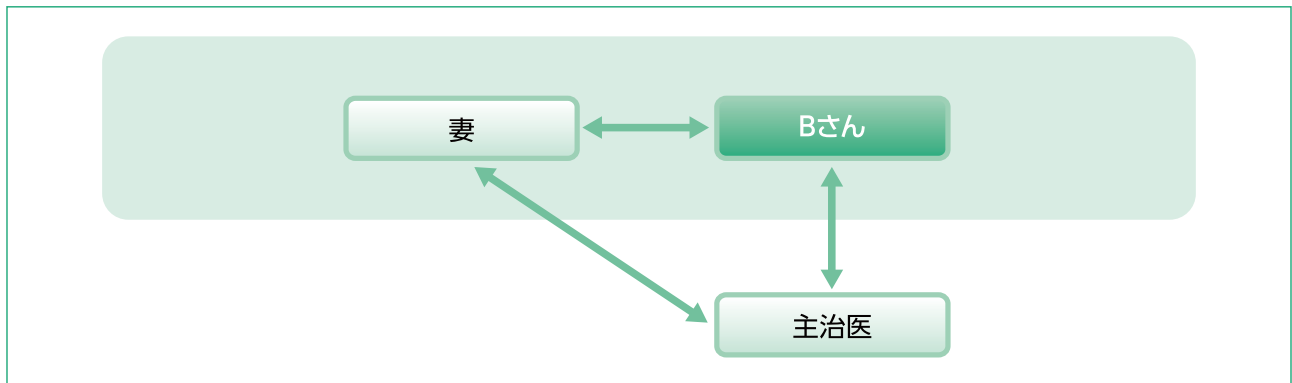
3年前に北関東支社の事業拡充のため異動となりましたが、当時は娘さんの受験などの事情があり、やむなく単身赴任となりました。支社での業務は、既知の社員もいない環境で、顧客への対応や販売ネットワーク拡大のため次第に多忙となり、異動から2年目に入る頃には、週末に関西の自宅へ戻ることも難しくなってきました。この頃から、上半身がこわばった感じと連日のように頭痛を覚え、寝つきも悪くなったため、元々は好まなかった日本酒を1合ほど飲んで床に就くのが習慣になってきました。さらに、夜中に目覚めた際も、その都度少量飲酒し、翌朝に酒気が抜けないまま出社することが増えてきました。

そんなある日、事務職の女性から不意にアルコール臭を指摘され、とても恥ずかしい思いをしましたが、その夜も宿舎に帰る頃には頭痛を覚え、寝つけないうえ、同様な飲酒習慣が以後も続いていました。ある週末に、ようやく関西の自宅に戻ることができましたが、夕食時にコップを持つ手の震えを妻に指摘され、何かしらの異変について問われたため、Bさんは、「頭痛をやわらげるため飲酒がかなり増えた」旨を妻に打ち明けました。

翌週、不眠と頭痛を主訴に、Bさんは妻とともに総合病院の心療・精神科を受診しました。主治医は、Bさんに常習飲酒・依存があるため、頭痛に対する薬剤選択にも注意が要ることを説明し、断酒が最も優先されることを説明しました。単身での断酒は困難が予測されましたが、妻が社宅(関東)に赴きしばらく共に生活すること

ととなり、頭痛（緊張型頭痛）と不眠に対する処方と筋弛緩法の指導を受けました。元々は飲酒習慣がなく、帰宅後に妻が用意した夕食を十分にとることで断酒に成功し、毎晩筋弛緩法と服薬を続ける習慣へと改めることができました。幸いアルコールの離脱症状も出現することなく経過し、仕事の疲労感と上半身のこわばりはあるものの、頭痛も改善されてきました。その後、北関東での任期を終えて、関西の事業所勤務となり、現在は特に不調なく過ごしています。

事例2 連携図



事例からの学び

不眠と頭痛があるため、Bさんは次第にアルコールへの依存性を高めることになりました。しかし、ご存知のように、飲酒により睡眠は浅くなる傾向があり、また、緊張型頭痛の原因である筋緊張（凝り）は飲酒では解決しません。一旦、依存が形成されると、アルコールの場合は身体依存性を有するため、相当強い意志がなければ断酒は可能ではありません。この相当強い意志を持つに至るには、「（飲酒が）自身の存在をほとんど台無しにしてしまった」とか、「こんな状況ではいけない」といった“底をつく”体験が契機となる場合が多く見られます。

Bさんの場合は、遠くで暮らす妻が赴任地に訪れ、積極的に治療をたすけ、回復へのキーパーソンとなりました。ともに、筋弛緩を試みたり、飲酒の前に十分食事を摂ってもらうことで、断酒と治療を支えました。アルコール依存を抱えた人にとって真に助けとなるのは、依存を容認し飲酒にかかる費用や支払を肩代わりしてくれる人（イネイブラー（enabler）；飲むことをさらに可能にする者）ではなく、一日一日の断酒をともに支える存在であることを実感できるケースです。

事例3

うつ状態を呈した若年看護師の治療と職場復帰支援に、上司と主治医が協調して取り組んだケース

Cさん：20代、女性、看護師

既往歴：なし

疾病性サイン：食欲不振、判断力低下、思考制止

【支援者・支援体制】 **メンタルヘルス対策**：主治医（メンタルクリニック）、管理監督者（看護部長）、上司（病棟師長）

Cさんは総合病院で看護師として勤務する20代女性です。他県の看護学校卒業後、X-1年4月に総合病院に就職しました。Cさんは配属先として内科系の病棟を希望していましたが、実際に配属となったのは第二希望の病棟でした。

同年7月頃より気分が落ち込み、何もやる気がなくなり、「仕事に行きたくない」と思うようになりました。

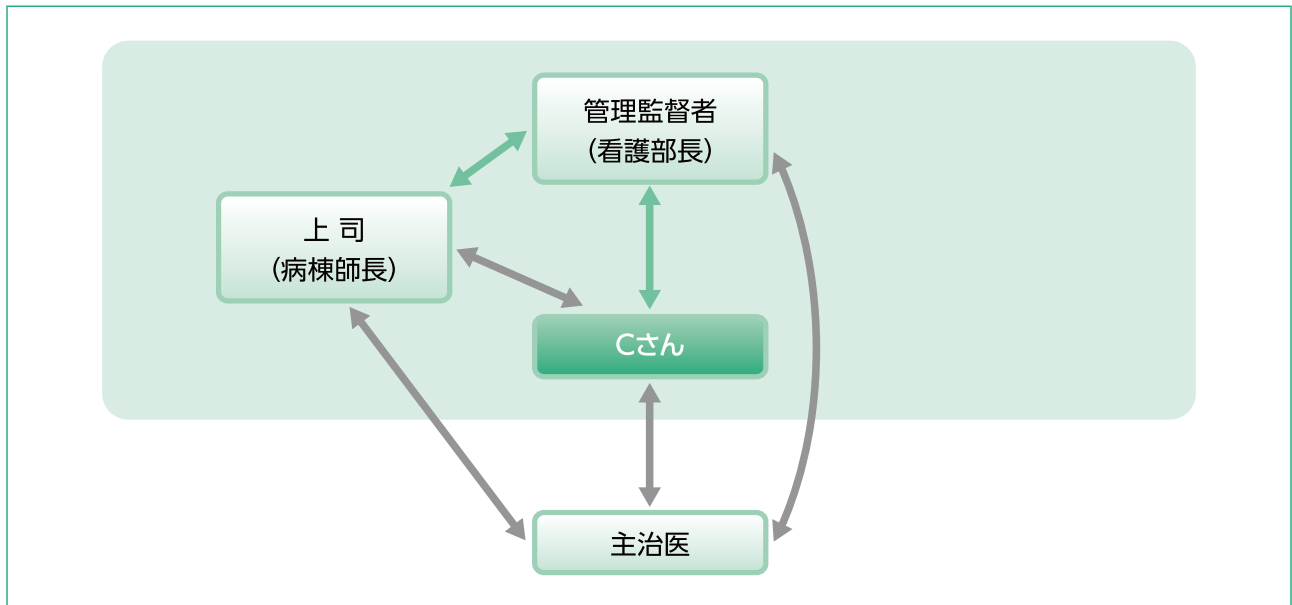
また、同時に食欲もなくなり、十分に睡眠をとっても日中眠い状態が多くなりました。そのため、Cさんは上司(病棟師長)と管理監督者(看護部長)に勧められ、8月初旬にメンタルクリニックを受診しました。Cさんから「先輩からの指導が頭にはいかない」、「何をしてもいいかわからなくなる」などの訴えがありました。主治医は、Cさんにとって仕事内容自体がストレスとなり、適応過程の中で思考の抑制傾向と注意集中力の低下から、うつ状態と判断しました。併せて、約1か月の休業を提案し、本人の同意を得て、看護部長に診立てについて伝えました。その際、看護部長から配置転換を検討している旨の返事を受け、Cさん本人にその旨を伝えました。

主治医は投薬を最小限に留め、診察場面では支持的な傾聴に努めました。9月初旬には、抑うつ症状はいくらか落ち着いた様子でしたが、「何をしてもいいかわからない」という訴えは続いていました。自身の不調から、マンパワーにゆとりのない職場に迷惑をかけているといった思いが、不安や迷いとして表出されている様子でした。その後、実家で静養し、9月24日には精神症状は概ね軽減され、10月1日から内科系の病棟に配転となり復職しました。次第に本来の活気も取戻したため人間関係にも恵まれ、順調に業務に慣れ、目立った問題もなく就労を続けています。

事例3 Cさんのタイムライン

	出来事	事例性	疾病性	支援
X-1年4月	総合病院に就職 集中治療室に配属			
7月		気分の落ち込み、意欲減退、食欲不振、過眠傾向		
8月初旬			判断力低下、思考制止	上司(病棟師長)と管理監督者(看護部長)に勧められ、メンタルクリニックを受診→うつ病と診断 ↓ 約1か月の休業を提案 本人の同意を得て、看護部長宛に診立てについて伝える ↓ 看護部長から配置転換を検討中の返事を受け取る
	休業(約1か月)			主治医は投薬を最小限に留め、診察場面では支持的傾聴に努める
9月初旬			抑うつ症状はいくらか落ち着いた様子 判断力低下、思考制止は続く	
9月24日			精神症状は概ね軽減	
10月1日	復職 内科病棟に配置転換			
				目立った問題もなく就労継続中

事例3 連携図



事例からの学び

Cさんは、仕事の内容が自身の希望や適性に合っていない、という自覚的ストレスから、業務への適応過程で抑うつ状態になりました。単なる職場への自主的な「不適応」と異なり、現在の環境や職業生活に適応する過程で不調となったことから、典型的な「適応障害」でした。直属の上司(病棟師長)と管理監督者(看護部長)の勧めで、早期にメンタルクリニックを受診することができました。これは、日常的にメンタル問題について連携のある専門医が近傍にいたこと、また、上司が同じ看護職であるため、Cさんの置かれた状況や病状への理解があったことから、必要な連携や治療導入が速やかになされました。

主治医としては、このケースのように、回復のために配置転換を勧める際、事業場全体(このケースでは看護部)や部署内(病棟)のマンパワーの状況や実際に配転が可能かどうかを管理監督者等と確認しながら支援を図っています。その結果、治療上の意見と人事労務管理の方針が協調出来る場合には、治療と就労の両立が成り立ちます。人数・人材にゆとりのある職場は少ない現況においても、やはり安定就労のためには、個人の適性を可能な限り慮ることから適切な職場環境が保たれることを願います。

事例4

転属に伴う業務の質的、量的変化からうつ状態に至った職員をめぐり、回復後も職域との相補的連携に難渋したケース

Dさん：30代、男性、情報通信業一般職

既往歴：なし

疾病性サイン：抑うつ

【支援者・支援体制】 産業保健スタッフ：産業医(非常勤)

メンタルヘルス対策：主治医(精神科クリニック)、臨床心理士

Dさんは、情報通信業に従事する30代後半男性です。元来、内向的でまじめな性格でしたが、業務能力は高く周囲からの評価と信頼を得ていました。

X年4月、Dさんは支社に転勤になりました。これまでに比べ大規模なオフィスへの転属となったため、新し

い仕事を任されることが増しました。しかし、元々自身がわからないことについて周囲に教えることが苦手で、何とか自力で解決しようとしていましたが、ミスが続き上司から叱責を受けることが多くなってきました。次第に、「自分だけが皆の足を引っ張っている」と抑うつ的になり、7月には出勤が困難になってしまいました。

そのため、Dさんは近医心療内科を受診し、「うつ病」との診断で7月より休職することになりました。その後、事情があり8月初旬に精神科クリニック（現在の主治医・臨床心理士）を受診しましたが、適応障害圏の抑うつ反応と診断され、薬物療法とカウンセリングを受けることになりました。通院治療と自宅療養を始めた当初は、職場のことを考えるだけで不安が強くなっていましたが、薬効もあり不安、不眠から改善されてきました。

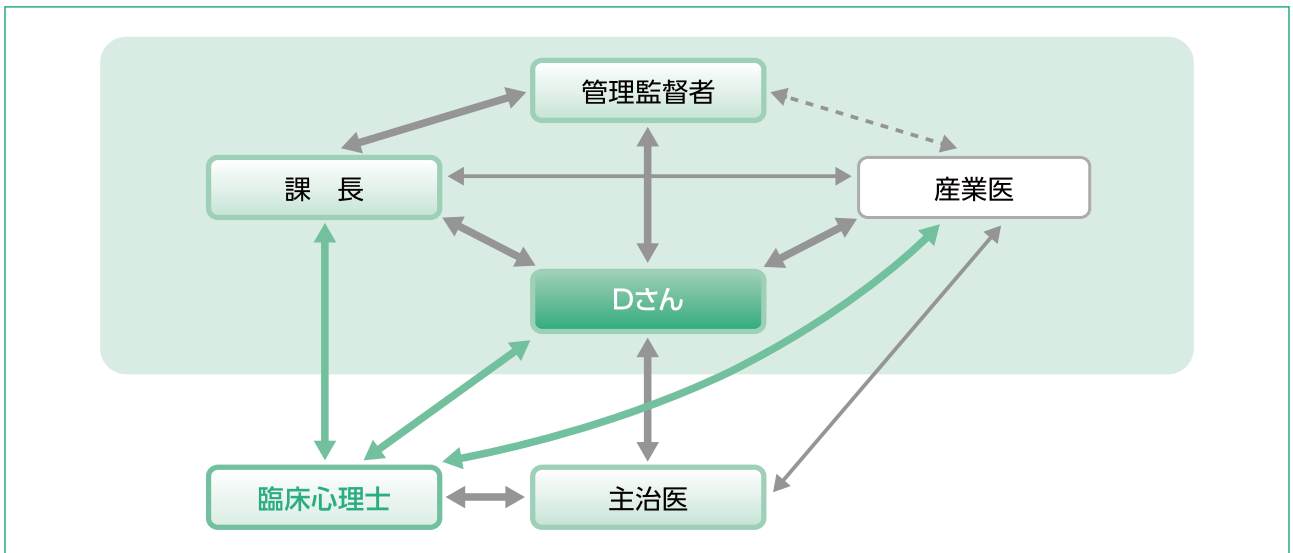
10月中旬には、抑うつ気分も寛解に至り、ほぼ通常通り日常生活を送れるようになりました。これに伴い、10月下旬、本人の了解のもと、臨床心理士は、職場復帰に向けた配慮等について事業場に連絡しました。事業場産業医からの返答が速やかに届き、復職支援委員会で本人と面談を行い、併せて直属の上司（課長）からも復帰者への対応に関しては組織としてノウハウはある旨の返答がありました。しかし、11月下旬の産業医面談において、Dさん本人の印象としては、「周囲とのコミュニケーション不足が原因だ」等と一方的に説教されたと感じ、さらに、12月初旬の支社長面談においても、「周囲は細かいことまで配慮しない」旨厳しい口調での叱責を受け、支社に対する不信感を募らせ、再び不安が高度化してしまいました。この様子について連絡を受けた主治医は、健康問題は寛解に至っているため、例えば段階的復帰など復職への配慮がなければ就労は難しいという見解を産業医に伝え、再度調整を図ることとしました。一旦、復職は延期となりましたが、今後も病状の安定を図り、職場と連携を保ちながら状況に沿った対策を練るほかはありません。

事例4 Dさんのタイムライン

	出来事	事例性	疾病性	支援
X年4月	支社に転勤			
	新たな業務を任されることが増す	元々人に頼ることが苦手 ミスが続き上司から叱責を受けることが多くなる	抑うつ	
7月		出勤困難		
				近医心療内科を受診→うつ病と診断
7月～	休職			
8月初旬				現在の主治医を受診→適応障害圏の抑うつ反応と診断 薬物療法とカウンセリング開始
			職場のことを考えるだけで不安が強くなる ↓ 薬効もあり不安、不眠が改善	

10月中旬			抑うつ気分も寛解 ほぼ通常通り日常生活を送れるようになる	
10月下旬				本人の了解のもと、臨床心理士は職場復帰に向けた配慮等について事業場に連絡 ↓ 事業場産業医から復職支援委員会で本人と面談を行い、併せて直属の上司(課長)からも復帰者への対応に関しては組織としてノウハウはある旨の返答
11月下旬				産業医面談では「周囲とのコミュニケーション不足が原因だ」等と一方的に説教されたと感じる
12月初旬			不安が高度化	支社長面談では「周囲は細かいことまで配慮しない」旨厳しい口調での叱責を受ける ↓ 支社に対する不信感を募らせ、再び不安が高度化
				連絡を受けた主治医は、健康問題は寛解に至っているため、例えば段階的復帰など復職への配慮がなければ就労は難しいという見解を産業医に伝え、再度調整を図る ↓ 一旦、復職は延期

事例4 連携図



事例からの学び

Dさんは転属による職務負担によってうつ状態になり、就労に支障を来しました。

主治医は事業場産業医に対して診断と治療方針とともに、段階的復帰を含む調整が再発予防のためにも重要である旨を伝え、臨床心理士からも職場復帰に際しての配慮に関する理解や必要な手続き等について職場側に連絡しました。その結果、産業医、課長級と情報は共有できていたと思われるも、就業措置についての配慮と理解が不十分であったためか、復帰は延期となってしまいました。しかしながら、このケースのように、疾病発症の前に、転勤があったこと、業務内容の変化、業務量の増大があったこと、上司等とのトラブルは、いずれも業務による心理的負荷の要因として認められ、労災認定の際に通常用いられる出来事とされています。事業場では、労災の発生防止のためにも、これらを踏まえて対応していく必要があるでしょう。

事例5

研究職のかかえる適応障害に対し、臨床心理士がコーディネーターとして取り組んだケース

Eさん：20代、男性、合成繊維製造業 研究職

既往歴：修学困難(大学3年時)

疾病性サイン：仕事への行き詰まり(自信喪失)

[支援者・支援体制] 家族：両親

産業保健スタッフ：産業医(非常勤)、産業看護職(常勤)

メンタルヘルス対策：主治医・臨床心理士(精神科クリニック)

復職支援：トライアル出勤(休業期間)

Eさんは、合成繊維製造業の研究開発部門に勤務している20代後半の男性です。大学3年生の時、勉学に行き詰まり、数か月間通学できなかったことがありましたが、医療機関を受診することはありませんでした。

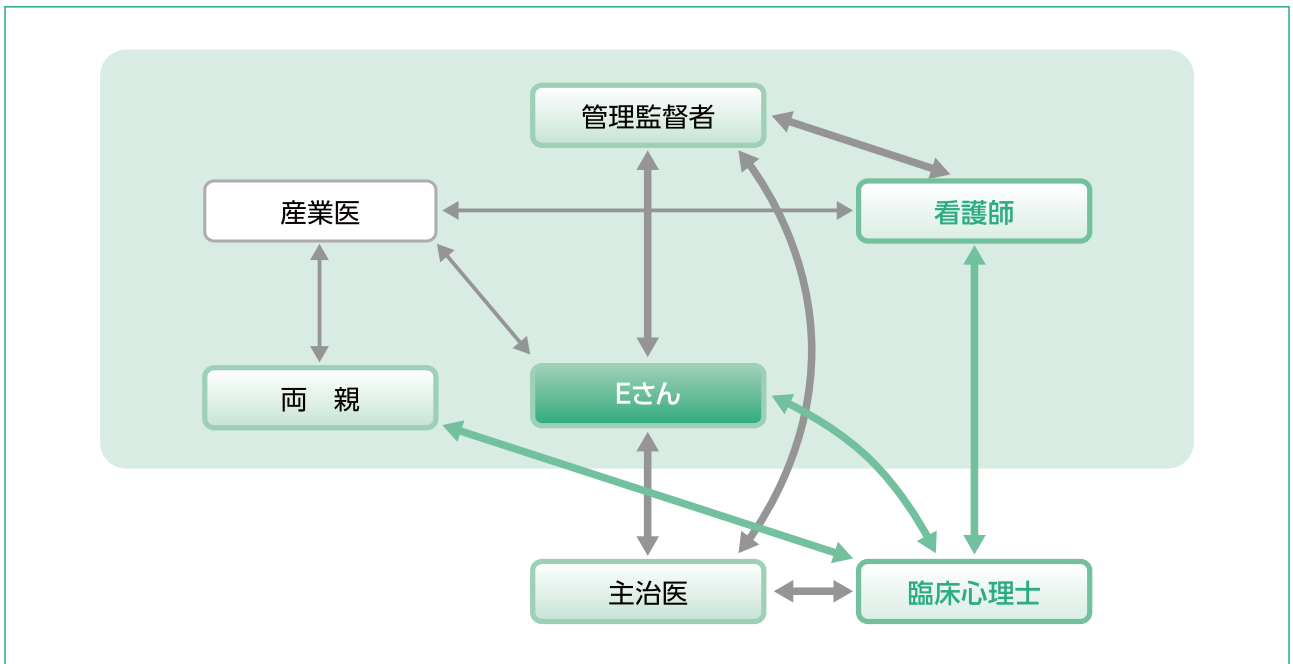
大学院を修了後、X-2年4月に現職場に入社し、研究職として新素材の作成・試験などを行っていました。しかし、X年に入ってから研究開発の報告書作成に行き詰まりを感じて、会社を休みがちになりました。X年9月頃から無断欠勤をするようになり、上司がメールなどで連絡を取っていましたが、出勤できない状況が続いたため、同年10月初旬に上司は健康管理室の看護師に相談をしました。看護師は産業医に報告後、まず同居している両親に家庭での状態を伺いました。Eさんは出勤できない状態であったため、両親を事業場に招き、Aクリニック(精神科)から派遣されている臨床心理士と面談を行いました。聞き取りの内容から、適応障害の可能性が考えられたため、11月上旬に看護師も同席のもと、産業医面談が行われました。その結果、Eさんは受診を勧められたため、同日Aクリニックを受診しました。不安抑うつ反応(適応障害の一型)と診断され、要休業の診断書の下、療養に入りました。薬物療法とカウンセリングにより症状は徐々に改善し、Eさんには、少しずつでも研究報告をまとめたいという意欲が戻ってきました。しかし、依然、毎日出勤できる状態ではなかったため、臨床心理士は、事業場に試験的に顔を出して入社への不安を緩和することを発案し、本人の了解とともに事業場看護師に連絡しました。産業医、看護師、管理監督者、人事担当者が協議した結果、休職のままで入社訓練を行うことが認められ、X+1年1月上旬より週2回の入社訓練を行いました。その後、徐々に入社頻度を増し、健康管理室での面談(看護師)も定期的に行われました。その結果、週5回の出社が可能となった時点で、産業医面談を経て復職を果たしました。

事例5 Eさんのタイムライン

	出来事	事例性	疾病性	支援
大学3年生		勉強に行き詰まり、数か月間通学できない		
X-2年4月	大学院修了後、入社			
X年1月		会社を休みがちになる	仕事への行き詰まり(自信喪失)	
9月		無断欠勤		
10月初旬		上司がメールなどで連絡を取るものの、出勤できない状況が続く		上司が健康管理室の看護師に相談 看護師は産業医に報告 ↓ 同居している両親に連絡
				本人は出勤できない状態であるため、Aクリニック(精神科)から派遣されている臨床心理士が両親と面談→聴き取りの内容から適応障害の可能性
11月上旬				看護師も同席のもと産業医面談 ↓ 受診を勧められる ↓ 同日Aクリニックを受診→不安抑うつ反応(適応障害の一例)と診断
	療養			
			意欲回復 ↓ 毎日出勤できる状態ではない	薬物療法とカウンセリングにより症状は徐々に改善
				臨床心理士は、事業場に試験的に顔を出して入社への不安を緩和することを発案 ↓ 本人の了解とともに事業場看護師に連絡 ↓ 産業医、看護師、管理監督者、人事担当者が協議した結果、休職のままでの入社訓練が認められる
X年+1年1月上旬	入社訓練開始			週2回の入社訓練

				徐々に出社の頻度を増し、健康管理室での面談(看護師)も定期的に継続
				週5回の出社が可能 ↓ 産業医面談
	復職			

事例5 連携図



事例からの学び

Eさんは、仕事に行き詰まり感を感じて会社を休みがちになり、次第に出勤できなくなり就労に支障を来しました。従来から、ストレス対処(コーピング)の際に、自負を強め、結果的に自信喪失となりやすい傾向もあったため、臨床心理士によるカウンセリングにおいて認知行動療法的に改善を図りました。また、自主的な生活リズムの確立と実際の出社との間には不安が介在し、高いハードルがあると考え、主治医と臨床心理士は、休職期間内の出社訓練を発案しました。その後、臨床心理士が職場との連携のコーディネーターとしての役割も担いつつ本人と家族に心理的サポートを施し、看護師は産業医、管理監督者等と治療に関する情報を共有しました。「治療就労両立支援モデル事業」において、このケースのような場合は、臨床心理士や精神保健福祉士、保健師等がコーディネーターとして、医療と職域との間に介在し、相補的な連携を図っています。

事例6

業務上ストレスからうつ病を発症し休業を繰り返す社員に、リワークプログラムを試みているケース

Fさん：30代、女性、営業職

既往歴：なし

疾病性サイン：不眠(入眠困難)、疲労感

[支援者・支援体制] 産業保健スタッフ：産業医(常勤)、保健師(常勤)

メンタルヘルス対策：主治医、管理監督者

復職支援：リワークプログラム(地域障害者職業センター)

Fさんは飲食料メーカーの営業部に勤務している30代の女性です。

九州の大学を卒業後、現職場に入社しました。X-4年夏ごろから仕事量が多くなったことをきっかけに、寝付けなくなり、疲労感を感じるようになったため、同年9月産業医に相談しました。業務負担の影響が大きいためX-3年4月から他部門に異動となりましたが、どうしても職場環境になじめず、眠れなくなったため、4月11日に現在の主治医を受診しました。うつ病と診断され、薬物療法、精神療法が行われましたが十分な改善が見られず、6月からX-2年12月まで長期の休業となりました。その後、段階的に職場に復帰し、業務制限がありましたが、就労継続できていました。

X-1年4月に会社が統合され、担当する業務内容は大きく変化し、同時に人間関係のストレスを強く感じるようになりました。再び寝つきが悪くなり、疲労感が強く物事に集中することが難しくなってきました。そのため、5月下旬に約1週間休養して復帰しましたが、状態は依然不安定であるため、8月初旬に職場の保健師が面談し、再度療養について主治医と相談するよう勧めました。8月11日受診時、不眠に伴う疲労蓄積と集中力低下のため就労困難と判断され、再び休業し療養に入りました。

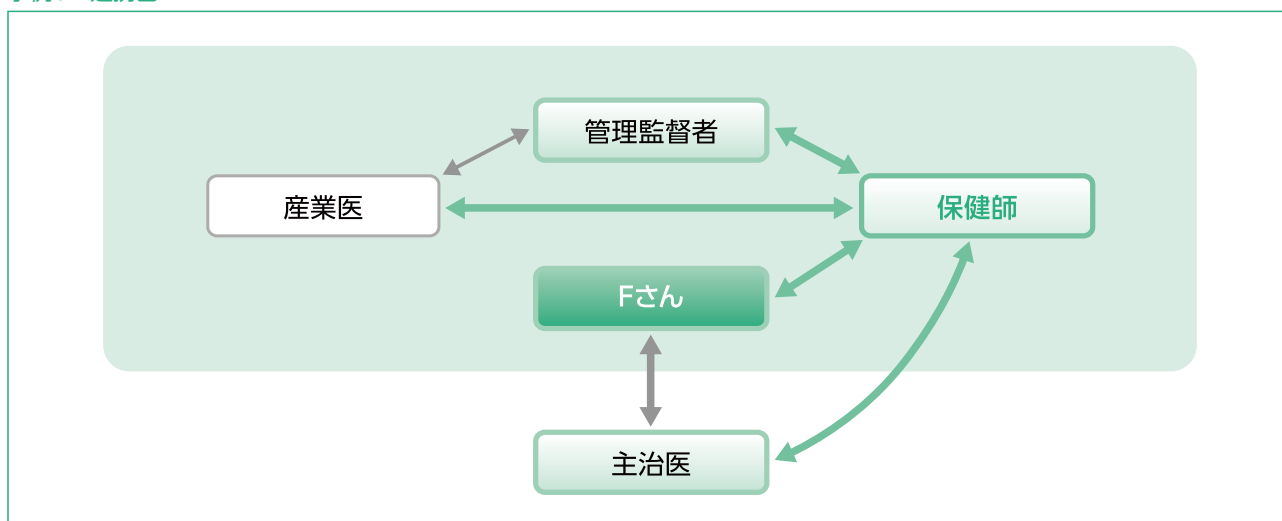
Fさんに対しては、職場の保健師がキーパーソンとなり、通院間隔に合わせ2週間に一度職場の健康管理室にて面談し、生活状況(記録)の確認や経過に合わせた助言等を行いました。しかし、就労していない状況では規則正しい生活リズムが保たれておらず、このままいたずらに長期休業となることを避けるため、保健師と主治医の発案にてリワークプログラムへの参加が検討されました。これをFさんも前向きに考えたため、9月より職業センターでのリワークに取組み始めました。居住地から職業センターまでは、バス、電車で1時間ほどかかりますが、会社への通勤時間とほぼ同様なため、就業時の実態を模した訓練となっています。また、対人業務に加え、オフィスでの事務処理を模した課題についてもブラッシュアップが図られるため、意欲的に復職への準備を進めています。

事例6 Fさんのタイムライン

	出来事	事例性	疾病性	支援
X-4年夏頃	仕事量増加		不眠(入眠困難) 疲労感	
9月				産業医に相談
X-3年4月	他部門に異動	職場環境になじめない	不眠悪化	
4月11日				現在の主治医を受診→うつ病と診断
				薬物療法、精神療法開始→改善見られず

6月～X-2年 12月	休業			
	復職			段階的に職場に復帰 業務制限はあるが、就労継続 可能
X-1年4月	会社統合 業務内容の変化	人間関係のストレス	入眠困難 疲労感 集中困難	
5月下旬	約1週間休養して復帰			
8月初旬			依然不安定な状態	保健師と面談→療養について 主治医と相談するよう勧めら れる
8月11日	休業		不眠に伴う疲労蓄積 と集中力低下	主治医を受診→主治医から就 労困難と判断され、再び休業し 療養
			規則正しい生活リズム が保たれていない	職場の保健師がキーパーソン となり、通院間隔に合わせ2 週間に一度職場の健康管理室 にて面談し、生活状況(記録) の確認や経過に合わせた助言 等を行う
				保健師と主治医の発案にてリ ワークプログラムへの参加が 検討 →本人も前向きに検討
9月				職業センターでのリワークに 取り組み始める
				現在、意欲的に復職に向けて 準備中

事例6 連携図



事例からの学び

Fさんは、仕事量の変化等を契機に、不眠(入眠困難)と疲弊を生じ、また、異動による新たな業務や職場環境になじめず、不眠が悪化し、長期休職に至りました。その後、復帰したものの、会社の統合に伴う新たな変化が再びストレスとなり再び不調を来しました。

これまでの経過のほぼすべての時期にわたり、事業場の保健師が、Fさんと比較的頻繁に面接を行ってきました。その中では、療養中の生活等に対する具体的なアドバイスが施され、Fさんにとっても、自身の復職に関する会社側の考え方を聞くことができたため、今回は本格的に療養し、積極的な意思を持ってリワークプログラムに取り組むことができています。

この事例のように、症状に関しては医療機関との連携を欠かさず(「患者」への視点)、併せて療養中の生活状況(「生活者」への視点)に重点を置くフォローの重要性を認識している保健師が存在することで、病状回復とマッチした生活・就労パフォーマンスの改善が期待できるようになったと実感しています。

事例7

悲観から自傷行為に及んだ女性職員の就労支援に、主治医と事業場保健師が協調して取組んだケース

Gさん：20代、女性、服飾製造業

既往歴：なし

疾病性サイン：「体調不良」による休業

【支援者・支援体制】 **メンタルヘルス対策**：主治医、保健師

復職支援：リハビリ出勤

Gさんは、服飾製造業に従事する20代の女性です。幼少期から青年期にかけて特に健康上の問題なく過ごし、高校卒業後、現在の会社に就職しました。製造ラインには、年配で熟達した非正規職員が多く、正社員ながら経験の浅いGさんは、どことなく周囲に気後れしている様子でした。

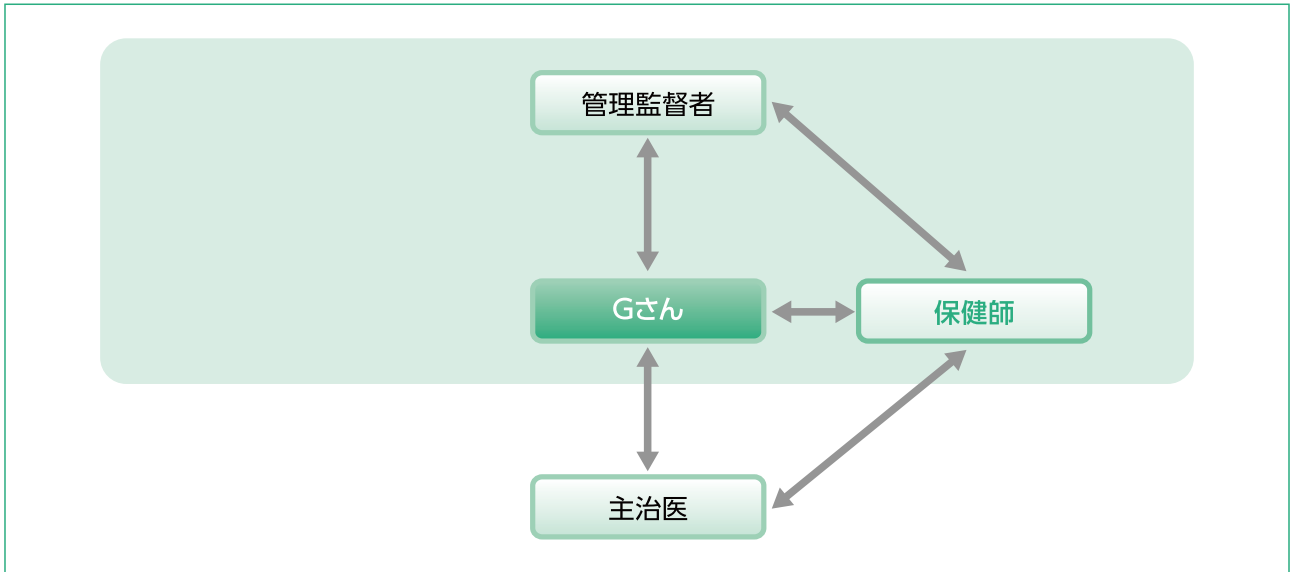
X年2月ごろより「周りの人からバカにされている」という思い込みが強くなり、3月に入って体調不良を理由に仕事を休むようになりました。同月中旬に、自宅で下腿に自傷行為を行い、総合病院救急外来受診後、現主治医(精神科)の勤める病院に搬送され入院となりました。下腿部切創は浅く縫合済みでしたが、入院当初はベッドに横臥したまま食事も拒むことが続き、「何もしたくない」、「みんなとうまくいかない」等、悲観と拒絶が入り混じっている様子でした。傾聴、支持的に対話し、自傷などの行動化について治療上の限界設定(再び自傷があれば閉鎖的精神科病棟での治療に移行することなど)を伝え共有しました。少量の気分安定薬を服薬することとし、翌日退院、以後通院治療を続け、食欲、気分ともに回復してきました。就労意欲も取り戻しているようでしたが、いざ職場のことを思うと「どんな顔をして出勤したらよいだろうか」等不安があり、事業場側と面接が必要に思えました。

4月上旬、事業場保健師、本人、主治医で面談の機会を持ちました。主治医は、徒らに休業期間が延びることよりも、出勤の不安を回避せず段階的な入社訓練(休業期間を利用)を発案し、週2回健康管理室への出社を翌日より試みることになりました。これにあたり、治療上の役割分担として、保健師は職場サイドとして、安全な通勤から始まり作業環境への適応(製造現場に出て慣れていく等)について面接する、主治医は全体的な生活上の意欲や不安等の症候について対応する、個人の生活状況は当然ながら本人の問題(責任)と取り決めました。この入社訓練後、5月の連休明けから、Gさんは通常の出勤となりました。

事例7 Gさんのタイムライン

	出来事	事例性	疾病性	支援
X年2月ごろ		「周りの人からバカにされている」という思い込みが強くなる		
3月		体調不良を理由に仕事を休む		
3月中旬	入院		自宅で下腿に自傷行為	総合病院救急外来受診後、現主治医(精神科)の勤める病院に搬送され入院
			食事拒否 意欲減退 悲観と拒絶が入り混じった様子	傾聴、支持的対話 自傷などの行動化について治療上の限界設定(再び自傷があれば閉鎖的精神科病棟での治療に移行することなど)を伝え共有 (少量の気分安定薬を処方)
	退院			
			食欲、気分回復 就労意欲回復 出勤に対する不安	通院治療
4月上旬				事業場保健師、本人、主治医で面談 ↓ 主治医は、出勤の不安を回避せず段階的な入社訓練(休業期間を利用)を発案
翌日	入社訓練			週2回健康管理室への入社 治療上の役割分担を取り決める→①保健師は職場サイドとして、安全な通勤から始まり作業環境への適応(製造現場に出て慣れていく等)について面接を行う、②主治医は全体的な生活上の意欲や不安等の症候について対応、③個人の生活状況は本人の問題(責任)
5月連休明け	復職			通常出勤

事例7 連携図



事例からの学び

Gさんは、仕事への自信のなさから周囲に気後れし、次第に抑うつ的となり、自傷行為に及びました。自傷や大量服薬(overdose; OD)などは、内在した感情や鬱憤が言葉にできず、行動で表現されたことという意味で行動化(acting out)と呼ばれます。一般に、これらの行動化があった場合の治療的態度は、自殺念慮の有無や程度を確認の上、限界設定(limit setting)を行い、行動化の原因となった気持ちの言語化を促すことです。特に青年期における自殺が多いわが国において、若年者の抑うつや健康問題、キャリア形成上の問題等への対応に今後さらに注力すべきです。このケースのような行動化や職場での孤立などが事例性として挙げた際には、事業場内で抱えこむのではなく適切な精神科医療機関にコンサルトするべきでしょう。

Gさんの就労復帰については、事業場側(保健師が窓口)の擁護的な理解があり、入社訓練の当初は目標設定のハードルを低くすることで、達成感と自信(自己効力)につながり、職場復帰することができたと考えます。

事例8

作業ミスを指摘されたこと等を契機にうつ病となった職員をめぐる、主治医と保健師が協調したケース

Hさん：40代、男性、化学繊維製造業(製造現場)、独身

既往歴：高血圧、脂肪肝

疾病性サイン：不眠(中途覚醒)、全身倦怠感、背中や肩の痛みが持続

[支援者・支援体制] 産業保健スタッフ：産業医(常勤)、保健師(常勤)

メンタルヘルス対策：主治医(総合病院精神科)

Hさんは、40代の独身男性で、化学繊維製造業(製造現場)に勤めています。元来、まじめな性格で、仕事など責任のかかる状況下では特に心配性なところがありました。大学卒業後、現在の会社に勤務しています。

X年9月より職場部署内の人員減に伴い、仕事量が増加しました。10月中旬に慣れない作業工程でのミスを同僚から指摘され、落胆したことがありました。この頃から、不眠がち(中途覚醒)となり、全身倦怠感、背中や肩の痛みが持続するようになりました。10月20日に、かかりつけ医(内科)を受診しましたが、とくに異常な所見は指摘されませんでした。しかし、次第に全身倦怠感が増悪し、生活全般にわたり意欲的になれず、11月

初旬から仕事を休むようになりました。この状態に気づき心配した同社の保健師の勧めで、同年11月15日に総合病院精神科(現在の主治医)を受診しました。

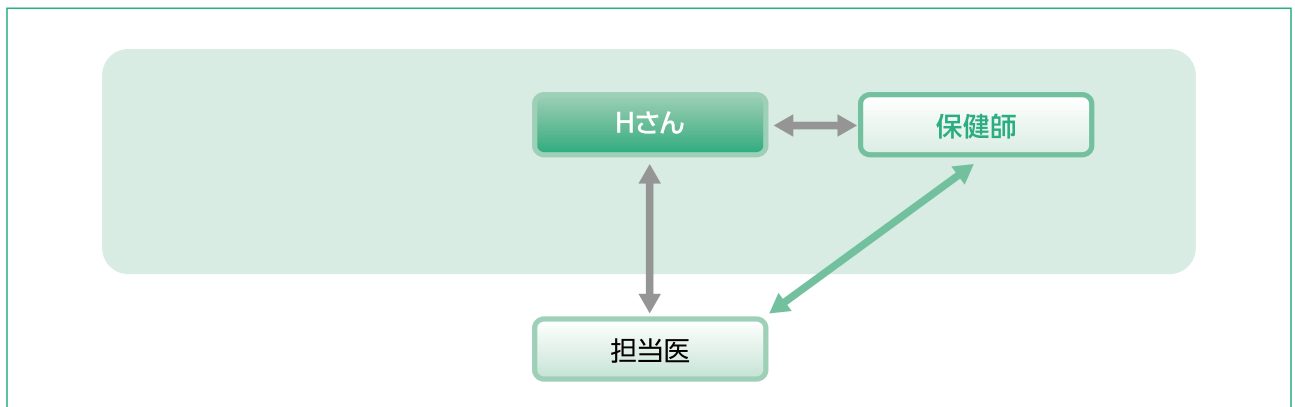
初診時、Hさんは、疲労感を強く訴え、不安そうな表情でした。持続的な不眠、気分の落ち込み、何事も億劫な状態が連日2週間以上続いていることから、うつ病(中等症)と診断され、以後、服薬を主体とした通院治療を継続することとなりました。

1週間後の再来時、不眠が改善し「回復していく実感を持た」と話し、休業することもなく、12月中旬になると気分、意欲ともに改善してきました。主治医は、本人の同意を確認し、職場の保健師に、病状は就労上とくに問題ない状態まで回復したことを伝えました。この時点で、Hさんの仕事ぶりについても確認できましたが、依然職場のマンパワー不足は続いているため、引き続き時間外労働の制限等の配慮について保健師に依頼しました。X+1年3月現在、通院は継続していますが、就労についてもとくに問題なく経過しています。

事例8 Hさんのタイムライン

	出来事	事例性	疾病性	支援
X年9月	部署内の人員減に伴い、仕事量が増加			
10月中旬	作業工程でのミスと同僚から揶揄され、落胆した		不眠(中途覚醒)、全身倦怠感、背中や肩の痛みが持続	
10月20日	かかりつけ内科医を受診、異常なし			
11月初旬		仕事を休むようになる	全身倦怠感が増悪、生活全般にわたり意欲低下	会社の保健師が専門医への受診勧奨
11月15日	総合病院精神科(現在の主治医)を受診		うつ病(中等症)と診断される	服薬を主体とした通院治療開始
1週間後の再来時			不眠が改善し、「回復していく実感を持た。」	
12月中旬			気分、意欲ともに改善	引き続き時間外労働の制限等の配慮について保健師に依頼

事例8 連携図



事例からの学び

典型的なうつ病の事例です。Hさんの場合は、業務の多忙、ミスを指摘された落胆を契機に、不眠が持続したこと等から発症したものと思われます。周知のことですが、このような働き盛り世代のうつ病では、自身の変調への気づきや職場の産業保健スタッフ等からの受診勧奨が治療導入の契機となります。このケースのように、特に独身者や単身赴任者では、家族が変調に気づく機会が乏しく、日常的な産業保健スタッフとの信頼関係や対話の機会が大切であると実感します。また、寛解後も、主治医(療養担当サイド)から、職場環境が増悪因子とにならないよう安全衛生配慮について進言するなど、不調者を中心に置いた医療と職域との連携が望まれます。

事例9

心身不調を来した職員の現症と作業関連性をめぐり、主治医と産業医の連携が奏功したケース

Iさん：30代、男性、印刷・製本業

疾病性サイン：「疲れがとれない」感じ、背中や肩の痛み

【支援者・支援体制】 産業保健スタッフ：産業医(常勤)、産業看護師(常勤)

メンタルヘルス対策：主治医、臨床心理士(メンタルクリニック)

Iさんは、30代半ばの男性で、印刷・製本業に勤続20年。現場のグループリーダーを務めています。X-1年10月までに職場の人員減が相次ぎ、Iさんを含め一人あたりの業務負荷が増大しました。連日3時間程の残業が続き、休日出勤も増加しました。

同年10月下旬より、Iさんは、「疲れがとれない」感じ、背中や肩の痛み、食欲低下が出現し、3kgほど体重が減少してきました。そのため、11月初旬に近医を受診したところ、胃潰瘍を指摘され投薬を受けました。食欲低下と胃部不快感は改善してきましたが、この頃から、次第に人と会うのが億劫となり、部下や周囲に対して怒りっぽくなってきました。

X-1年11月17日、自らの不調について会社の産業看護師に相談し、同看護師の勧めで11月19日にメンタルクリニック(主治医)を受診しました。初診時の様子から、受診前2か月間は約70~80時間/月の時間外労働が同われ、労働負担増、蓄積疲労による混合性不安抑うつ反応(適応障害圏)と診断されました。主治医は、翌日より休業を指示し、事業場産業医宛に現症と作業関連性について意見書で伝えました。

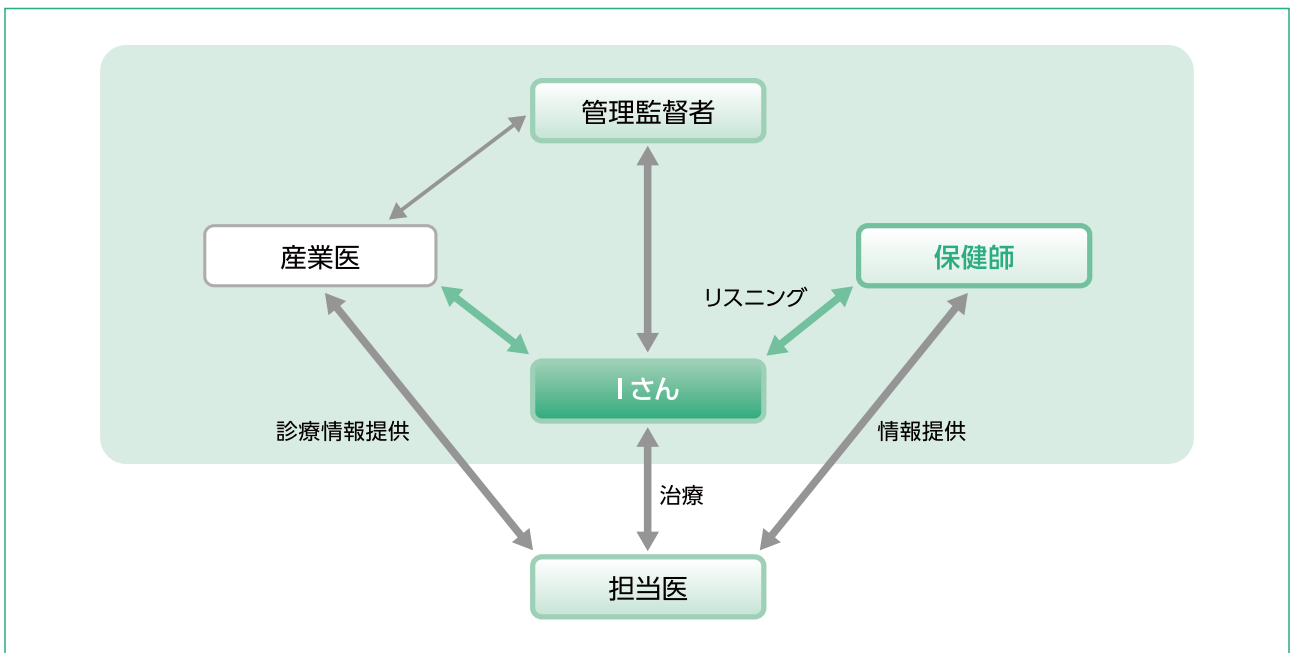
11月下旬の再診時に、同社産業医から「当該職場の人員増と作業環境改善に向け、事業者に進言した」旨返信があり、この頃からIさんの心身不調が自覚的に改善してきました。主治医は、職場の依然ストレスフルな状況が予測されるため、臨床心理士とともに筋弛緩法などのリラクゼーション法や効果的なコーピングについて指導し、12月16日より現職復帰。以後、事業場看護師によるリスニングと外来治療を続けながら、就労継続しています。

事例9 Iさんのタイムライン

	出来事	事例性	疾病性	支援
X-1年10月	職場の人員減が相次ぎ、業務負荷が増大			
10月下旬			「疲れがとれない」感じ、背中や肩の痛み、食欲低下が出現	

11月初旬	近医内科を受診		胃潰瘍を指摘され投薬を受ける	
11月17日	不調について産業看護師に相談			
11月19日	メンタルクリニック(主治医)受診		混合性不安抑うつ反応(適応障害圏)と診断	主治医⇒休業を指示し、産業医宛に現症と作業関連性について伝える
11月下旬	再診時		心身不調は自覚的に改善	産業医から「当該職場の人員増と作業環境改善に向け、事業者に進言した」旨返信
12月16日	現職復帰			筋弛緩法などのリラクゼーション法や効果的なコーピングについて指導

事例9 連携図



事例からの学び

心身の不調が「仕事の疲れ」によることが推測された場合、この「仕事の疲れ」をどう扱うかが治療のポイントとなることは実に多いと感じています。この事例のように、主治医が不調者を診察した結果、その疾病性が業務起因性(作業関連性)であることを疑った場合、やはり過重労働の有無・程度等、職場での状況を可能な限り把握すべきでしょう。しかし、不調者本人や産業保健スタッフ等からの情報はあっても、初診時に長時間労働の実態(具体的な労働時間数)については多くの場合同定できません。そのような場合、疲労蓄積度(疲労蓄積度自己診断チェックリスト/厚生労働省)について評価し、その結果と現症との関連から業務起因性を推測するアプローチもあります。また、毎月の時間外労働について事業場に申告する際、自身のためにも記録しておき、睡眠や疲労の状況と併せて経時的に振り返ることはセルフケアの一助ともなります。

事例10

「うつ状態」のため休業を繰り返す経過に躁状態を認め、産業医と主治医の連携により就労支援を図ったケース

Jさん：40代、男性、合成樹脂製造業一般職

既往歴：うつ状態(1年前)

疾病性サイン：同僚の気遣いに激高など

[支援者・支援体制] 産業保健スタッフ：産業医、産業看護師(常勤)

メンタルヘルス対策：主治医A、主治医B

復職支援：リワーク支援(障害者職業センター)、トライアル出勤(事業場)

Jさんは、40代男性で合成樹脂製造業一般職です。元来おとなしい性格で、感情を内に秘めるところがありました。高校卒業後、現在の勤務先に就職、以来製造現場での業務に長年従事しています。

X-1年10月より不眠、生活全般の意欲低下が出現し、精神科病院に通院中でした。薬剤治療により症状は軽快しましたが、服薬によると思われる日中の眠気があるため、同社産業医に相談し、X年1月より製造現場から資材管理部に配置転換となりました。X年2月中旬より、再び不眠、頭重感の訴えなどで欠勤が目立つようになり、A病院の主治医Aから「うつ状態」のため要休業との診断書が出され、2月10日から4月21日まで休業しました。

復帰後の5月9日、職場の休憩室で臥床を続けるため、同僚が気遣いながら声をかけると激高し、Jさんは大声で怒号をあげながら退社してしまいました。この出来事を知った産業医は、躁状態を疑ったため、主治医Aに電話で問い合わせましたが、「病状の動揺にすぎない」程度の回答でした。その翌日、再び「抑うつ状態」の診断書に伴い要休業となりました。休業中は、産業看護師が電話やメールで連絡をとり、状況を把握するよう努めました。

症状の軽快と就労への意思確認のため、産業医面接の後8月6日より職場復帰し、就労していましたが、10月下旬に本人から産業医面談の希望がありました。11月1日の産業医面談では、Jさん本人から元々在籍していた製造現場への配置転換の希望と主治医Aへの不満が聴取されました(薬の説明に終始し仕事場での話題にならない)。これを受けて産業医は、本人の承諾後、面談内容を踏まえ、事業場側と協議し、Jさんの今後の就労を支える方針として、①回復後、配置転換は可能、②セカンドオピニオンまたは転医の2点が挙がり、本人の意思確認後、11月17日にJさんは産業看護師とともにB病院の主治医Bを受診しました。主治医Bは、対象者の経過から双極性障害を念頭に置き、次年度からの配置転換に向けて、一旦リワーク期間を設けることを立案し、このプランは、Jさん本人・産業保健スタッフ・人事労務担当(総務部長等)ともコンセンサスを得ました。

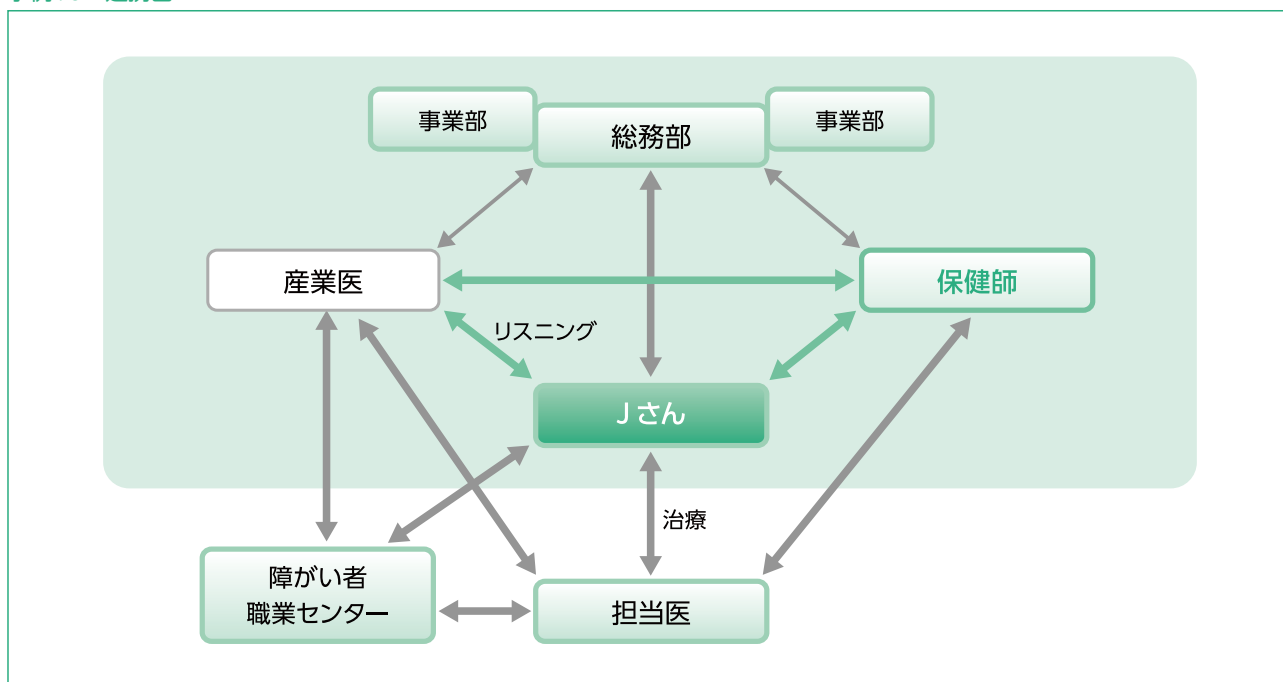
X年11月19日～X+1年1月13日(休業期間)、障がい者職業センターのリワーク支援を活用し、会社のトライアル出勤後、2月より製造部門に復帰し、以後も月に1回の通院治療を受けながら就労継続しています。

事例10 Jさんのタイムライン

	出来事	事例性	疾病性	支援
X-1年10月			不眠、生活全般の意欲低下が出現し、精神科病院に通院	
X年1月	製造現場から資材管理部に配置転換			

X年2月中旬		再び不眠、頭重感の訴えなどで欠勤		
2月10日から4月21日まで	「うつ状態」のため休業			
5月9日		(復帰後)同僚からの気遣いに激高し、退社		産業医が主治医Aに問い合わせたが、「病状の動揺にすぎない」の回答
5月10日	再び「抑うつ状態」休業			産業看護師が電話やメールで連絡
8月6日	職場復帰			
11月1日	産業医面談、製造現場への配置転換の希望と主治医Aへの不満が表出			産業医は、事業場側と協議、①回復後、配置転換は可能、②セカンドオピニオンまたは転医の2点が挙がる
11月17日				産業看護師とともに主治医Bを受診
X年11月19日～X+1年1月13日(休業期間)				障がい者職業センターのリワーク支援を活用
会社のトライアル出勤後、2月より製造部門に復帰				月に1回の通院治療を受けながら就労継続

事例10 連携図



事例からの学び



「うつ状態」の治療経過で躁状態が出現したケースです。その時、産業医は病像の変化について主治医Mに問い合わせましたが、「うつ病の回復過程での動揺に過ぎない。」旨のような回答だったとのこと。その翌日に「うつ状態」のため再び要休業との診断書が出されましたが、おそらく職場側は腑に落ちなかっただろうと思われます。病像の変化や動揺は大なり小なりあることですが、このケースのような場合、疾病性の発する影響が職場にとって大きな事例性となるだろうことを想像しながら、職域とともに「今、ここ」での対策を練る姿勢が望まれます。また、Jさんの場合も、リワーク機関を利用したことで、ケース会議の際には、産業医、看護師、上司、リワーク担当者、主治医、不調者本人が一堂に会し、病状・就労パフォーマンス・事業場の準備について、各状況を擦り合わせることができました。

VI

両立支援に携わる医療者に求められる コミュニケーション・スキル

メンタルヘルス対策はもとより、何らかの疾患の治療を受けながら闘病し、なおかつ職業生活を両立させようとする労働者への支援の基本となる、慮りとコミュニケーションに関する論稿を以下にをまとめました。本書と併せて発刊される他の疾患(がん、脳卒中、糖尿病)の両立支援マニュアルにも寄稿しているものです。日々のコミュニケーション・スキルのブラッシュアップのご参考としていただければ幸いです。

1 医療者が備えるべき配慮とコミュニケーション・スキル

コミュニケーションの語源communicare は、ラテン語で「共有する」の意味を持ちます。私たちは、日常生活において、家族、友人、仲間、上司、初対面の他人など様々な相手と対話し、「今、ここ」の思いを共有しようとしています。そこに病を抱えた人がいて、その場が病院であれば「患者さん」ですが、職場では何らかの役割を持つ「労働者」であり、家庭ではお父さんやお母さんなどの大切な「家族」の一員です。このように、対話する相手が誰であれ、その人はいくつかのキャリアを併せ持っており、対話場面でどんな情報や情緒を共有しようとするかにより、どのキャリアに焦点を合わせ、お互いにどのような自我状態で応答するかについての選択がなされ、対話が始まります。さらに、どのような内容にまで会話を深めるか、うまく関係性を保つためにはどのような慮りが必要か、どの程度に感情を交えた会話が相応しいか等について、私たちは客観自我の下に、対話する両者を観察しながらコミュニケーションを続けています。

特に医療者は、このような客観自我の統制による「関与しながらの観察participant observation」により、相手をケアしながら、なおかつ注意深く慮りつつ、多くは今後続く縦断的な関係性を保つことが多いと思われます。そして、治療と就労の両立を支えるために求められるコミュニケーションには、大きく分けて2つの視点を備えることが必要でしょう。1つは、がん、糖尿病、脳卒中後遺症等と闘い続ける患者へのケアにおける意思疎通が有効に施されるべきこと(聴く、理解する、伝える等)。2つめは、職業生活のフィールドである事業場・産業保健スタッフ等との情報共有により相互補完的に両立支援が図られるべきことです。

2 闘病者の心理ストレスへの対応

1 闘病と心理ストレス

闘病する者にとって、長い間、予期的不安を伴う治療行程において少なからず生じる心理ストレスが高度な不安や抑うつ気分へ発展した場合、全般的QOLの低下や希望のなさや治療意欲の低下等につながり、治療(患者)・生活(個人)・就労(労働者)のいずれにも望ましくない影響が大きくなってしまいます(表5)。

表5

闘病と心理ストレス

- 長期間の受療にともなう心理ストレスは、だれでも経験する
- 心理的ストレス反応として、不安・抑うつ等が生じる
- 不安・抑うつが高まると、以下のような望ましくない影響が生じる
 - 全般的QOLの低下
 - 治療意欲の低下
 - 希望が保てず、自己効力感などの低下
(仕事どころではなくなる)
 - 入院・治療期間の長期化(経過の動揺)
 - 家族や周囲にもストレス状態が波及する
 - 抑うつが重症化すると、希死念慮につながる場合もある

治療(患者)、生活(個人)、
就労(労働者)のいずれにも
影響が大きくなる

2 ストレスと気持ちの吐露(またはカタルシス)の取扱い — 受容と共感とは? —

いわば通常誰にでも起こりうる不安が増大しないためには、内在したストレスが自覚され、言語化され、表出された時点での「吐露」の取り扱いが重要となります。ここに、クライアント(闘病する者)を中心とした傾聴による受容と共感が求められます(表6)。

表6

受容と共感

- まずは、じっと患者(労働者)の言葉に耳を傾ける
- 批判したり、価値判断したりせずに、受容的に接することが基本である
- 相手の気持ちや気がかりを探り、それを受け止める
- 相手の話した言葉を言い換えて、理解したことを伝える

【受容的な例】

「〇〇というふう感じられたのですね。無理もないですよ。」

【非受容的な例】

「そんなことは心配しなくていいですから、もっとがんばりましょう。」

この受容と共感については、例えば、相手の話を聞いている場面で、「はい、わかりました。はい、そうですね」などのように即座に(または繰り返し)相槌を打ち肯定することがけっして共感的理解とは限らないこと、また、そのような対応が話した側にとって支持的に受け容れられたと感じさせるものではないことに留意すべきです。一般に、長時間の面接・傾聴が施しがたい状況においても比較的容易に行える共感的技法とは、フィードバックと呼ばれるものです。具体的には、相手が話した一連の文章中の最後の文節をこちらから繰り返して(オウム返しして)、例えば、「ああ、そうだったのですね。今おっしゃった〇〇〇だと感じたという気持ちを抱えておられたのですね」とか、「そのような気持ちを今日までなかなか誰にも言えなかったのですね。おつらかったでしょう」などのように返し、それに対し相手から「そうだったんです」のように肯定的な答えが返ってくる、

その一巡りがあってこそ共感なのだと考え、実践することが有益です。

3 質問と応答 —自己効力とレジリエンスを高めるために—

前述の受容と共感の過程で、心理療法等では治療者(医療者)側の沈黙は有意義なことも多いですが、一般的には、どのような質問と応答を行うかにより、ケアまたは治療の方向性を定めていくこととなります。いざ闘病している人と関わる際に持つべき姿勢として、(その闘病者にとって)いったい何がどうして、何が問題で、いつどうしたいのだ? と、はっきりとした答を迫り、焦点を絞る質問は、関わり始める時点では推奨されません。一般には、open question といわれる、「最近どんな調子ですか?」とか「今日の具合はいかがですか?」などのように回答にある程度の自由度を保たせた問答から始め、次第に不安や痛む箇所や悩みの内容等について尋ね(closed question)、徐々に具体的な答を探しつつ焦点化(フォーカシング)していくことが望ましい手法です(表7)。

表7

質問と応答

● 心配なこと、困っていることを聞く

まず、open question(開かれた質問)から

- 「最近、お体の調子はどうですか?」など
- 病状だけでなく、その人への関心を示す、知ろうとする

● 次に、少しずつ質問に焦点を絞っていく (closed question)

- 「何か不安に感じていらっしゃることはありませんか?」
- 「それは、お仕事についてのお悩みですか?」
- わかりやすい言葉を心がける

【例】

「症状や治療のことで、心配や気がかりはありませんか?」
「お仕事や暮らしのことで、不安に感じていることはありませんか?」
「もう少し詳しく聴かせていただけますか?」

過去のレジリエンス(精神的な弾性、回復力につながるもの)に関する研究にあるように、私たちは、クライアント(ここでは、闘病する者)がどのような状況にあっても、心情に沿うよう努め見守る存在となり得れば、心理ストレスの増大を緩衝することが期待できます。ここでの共感とは、単なる相槌や同調と異なり、相手の気持ちや気がかりを探り、受け止め、患者の話した言葉を言い換えて、その心情を理解したことを伝えることです。

併せて、闘病する者の自己効力感self-efficacy、すなわち、ある目標に到達するための能力が自分にあるという思いを高め、保持するための良き支援者となり得ることが求められます。これには、達成体験(クライアントが自分自身で行動して達成できた体験、治療を辛抱して回復した経験など)、代理経験(他者が達成した様子を観察することにより、自身の実現可能性を予期すること)をポジティブ・フィードバックし、言語的説得(達成可能性を、影響力を持ち説得すること)を施すこと等が有効とされ、その基礎となるものはラポールであり、患者が信頼し好影響を受けるほどの専門性(場合によっては権威、威厳)です(表8)。

表8

治療・就労と自己効力感 self-efficacy

「ある目標に到達するための能力が自分にある、という思い」：人がある行動を起こそうとする時、その行動を自分がどの程度うまくできそうかという予測（結果予期と効力予期）の程度が影響する

自己効力感を高めるもの

1. 達成体験：自分自身で行動して、達成できた体験（◎最も定着しやすい）
2. 代理体験：他者が達成した様子を観察することにより、「自分にもできそうだ」と予期すること
（○自身の体験よりも機会に富む）
3. 言語的説得：達成可能性を、言語で繰り返し説得すること（△消失しやすい）
4. 生理的情緒の高揚：何らかの影響で気分が高揚すること
他、成功体験を想像（イメージ）すること

3 職域との連携の際に心がけること

次に、医療者が「患者」を診ながら、その現症が職業生活に及ぼす影響と就労パフォーマンスの程度を見積もるためには、どのような職場でいかに就労しているのかを知る、または探ることが必要となります。その業務内容に加えて、作業環境及び職場環境、当該事業場の安全衛生要因と現状との照らし合わせ、事業場側が抱く闘病者の復帰への懸念などについて産業保健スタッフ等と情報を共有することにより、治療と就労の両フィールド間の相互補完が可能となります。

しかしながら、医療者は概して職域の詳細を知らず、産業保健スタッフ等は治療者の役割にありません。医療と職域との間で交わされる「要休業」または「就労可能」を含む診断書のみでは、この相互補完を成立させるには情報が足りません。両者の連携が重要であろうことは、従前から繰り返し強調されるものの、本質的に意思疎通の姿勢や立場の相違があるため、ここであらためて「連携」・「伝達」を意識したコミュニケーション上のポイントを表9に示します。

表9

「連携」・「伝達」を意識したコミュニケーションのために

- 誰かが、職場等で「いつもとちがう」様子を事例性という。
- その事例性が、何か病的なものをはらむとき、疾病性という。
- 事例性メガネで見る職場、疾病性メガネで見る医療。
- 両者の相互補完をなすものが、求められる「連携」である。
- わからないことは率直に訊く。「腑に落ちない」は可。
- 「症状・病名」的な表現では、誰かの「いつもとちがう」様子が伝わりにくい。
また、当事者の辛さなどを表せていない。
- いつごろから、どんなふうにも、いつもとちがう、心配なのだ、と伝える力が大切。
(わかりやすく、客観的で、ナラティブであること)

VII

復職(両立支援)コーディネーターに求められる基本スキルと知識

1 マネジメント・スキル

両立支援は、個々の対象者に応じた“オーダーメイド”での対応が求められます。

また、対象者やその家族だけでなく、産業医をはじめとする産業保健関係スタッフや主治医、職場の上司・同僚や就労支援機関等のスタッフなど、様々な立場の人々と接することが多くなります。そのため、対象者の職場に関することはもとより、病態の理解、障害の程度や機能を評価できる医療知識、両立支援に必要な雇用に関する法律ならびに利用可能な行政サービスなど、幅広い知識が必要となります。

また、対象者の支援をするために、様々な立場の人々との意見交換や情報共有する機会が多くありますので、相手の立場に立って、意見を「傾聴」(カウンセリングにおけるコミュニケーションスキルの一つ。相手の話に意見したり拒否することなく、相手の気持ちに寄り添い注意深く話を聴くこと)する姿勢や、必要な支援を整理、統合して活用するリーダーシップが求められます。

コーディネーターとして両立支援を進めていく上で、自己のマネジメント・スキルを高めていく努力をしていきましょう。

2 労働関係法令の知識

両立支援を進めるに当たり、医療機関から事業者へと提供されるべき情報は、患者の症状や治療の状況、就業継続の可否に関する事項、望ましい就業上の措置に関する意見、等がありますが、この際、企業の労働時間や休暇制度、労働契約や就業規則の取り扱い、といった労働関係法令の知識を持っていることは有用です。

1 労働契約に関する基本的事項

労働契約とは、労働者が使用者に使用されて労働し、使用者がこれに対して賃金を支払うことを内容とする労働者と使用者の間の契約のことです(労働契約法第6条)。

労働契約は「期間の定めのない契約」と「期間の定めのある契約」の2つに分けられます。前者はいわゆる正社員や正規職員と称されるもので、自らの意思で退職を申し出る、定年退職を迎える、特段の事情で解雇される、などの事情が発生しない限り継続して勤務する労働契約です。一方、後者はパート、派遣、嘱託など呼称は様々ありますが、半年間や1年間といった契約期間の定めがある働き方(有期労働契約)であり、非正規雇用労働の典型例です。

治療と就労を継続するに当たり、「期間の定めのない契約」では、社内の各種休暇や福利厚生制度などを把握・活用し、「退職しない(させない)」支援が大事になりますが、「期間の定めのある契約」では、病気の有無にかかわらず、その期間が満了すれば、原則として労働契約は終了します。しかし、有期契約を反復更新することで、結果として長く雇用している実態は多く、こうした契約を使用者から終了させることを「雇止め」と呼んでおり、

労働契約法上一定の制限があります。また、正社員など期間の定めのない者との間に、不合理に労働条件を相違させることは禁止されていますが(同法第20条)、職制や職務内容・責任程度の違いによって、社内で行使できる制度や権利等は異なることが多いです。

総務省労働力調査によると、非正規雇用労働者は平成6年以降増加してきており、平成27年現在で約2,000万人、雇用者全体の37.5%を占めています。また、近年、非正規雇用労働者に占める65歳以上の割合が高まっています。まずは患者の労働契約の内容を知ることが重要です。

雇止めの法理 ~労働契約法第19条~

有期労働契約が反復して更新されたことによって、①雇止めが解雇と同視できると認められる場合や、②労働者が期間満了時にその契約が更新されるものと期待することに合理的な理由が認められる場合は、その雇止めは認められないことになっています。

2 就業規則

就業規則とは、労働者が就業上遵守すべき規律や労働条件に関する具体的細目について定めた社内規則のことです。常時10人以上の労働者を使用している事業者はこれを作成しなければなりません(労働基準法第89条)。就業規則に定める労働条件は、労働基準法に定める基準以上かつ合理的なものとする必要があります(同法第93条、労働契約法第7条)、少なくとも、①労働時間・休憩・休日・休暇に関する事項、②賃金の決定・締め切り・支払い・昇給に関する事項、③退職に関する事項、は必ず記載することになっています。

就業規則を作成する義務者は使用者ですが、これを作成した後は、職場で常時見やすい場所に掲示・備え付けや、書面の交付などによって、労働者に周知する必要があります。就業規則で定め周知された労働条件は、その事業場における労働条件の最低条件としての効力を持ちます。両立支援を進める上で必要となる各種休暇制度をはじめ、労働時間の短縮措置、時間外・深夜労働の免除、配置転換に関する要件、傷病扶助に関する事項など、勤務環境に関する様々な事項が網羅されていますし、無用なトラブルを未然に防止するためにも、日頃より労使双方が就業規則の内容をよく確認しておくことは大切です。「入社以来、就業規則を一度も見たことがない」というのは正しいことではないのです。

3 休日・休暇制度

休日とは、もともと労働義務が無い日のことです。最たる例が「公休日」です。法定休日として最低週1日は休日確保する必要がある(労働基準法第35条)、曜日や日数は各企業によって異なるものの、それぞれの職場で公休日定められているはず。このほか、年末年始や夏季などの季節に期間を定めて休むものも休日と呼ぶことができます。

一方、休暇とは本来労働義務がある日を、何らかの事情に基づき労働を免除するものです。年次有給休暇、病気休暇、忌引き休暇、誕生日休暇、育児・介護休暇…といったもので、各企業によって多種多様な休暇制度が存在しますが、どのような種類の休暇制度があるのか、また、取得条件、取得可能日数、申請方法、取得時の賃金発生の有無(有給か無給か)などは就業規則に記載されています。

なかでも、年次有給休暇は法定上の休暇制度であることに留意する必要があります。①雇入れの日から起算して6か月の継続勤務、②所定労働日の8割以上出勤、の2要件を満たせば、業種・規模を問わず年次有給休暇は付与されます。付与日数は勤続年数によって異なり、以下のとおりです。週所定労働日が4日以下である短時間勤務の方でも比例付与されますので、「アルバイトだから」、「非常勤職員だから」、有給休暇が無いというのは間違った理解です。

※ 週所定労働日が5日以上の場合

勤続年数	6月	1年 6月	2年 6月	3年 6月	4年 6月	5年 6月	6年 6月以上
付与日数	10日	11日	12日	14日	16日	18日	20日

※ 週所定労働日が4日以下の場合

	週所定 労働日数	1年間の所定 労働日数	勤続年数						
			6月	1年 6月	2年 6月	3年 6月	4年 6月	5年 6月	6年 6月以上
付 与 日 数	4日	169日～216日	7日	8日	9日	10日	12日	13日	15日
	3日	121日～168日	5日	6日	6日	8日	9日	10日	11日
	2日	73日～120日	3日	4日	4日	5日	6日	6日	7日
	1日	48日～72日	1日	2日	2日	2日	3日	3日	3日

有給休暇を実際に取得するためには、労働者がその時季を指定して取得することになります。指定時季が事業の正常な運営を妨げるような場合には、使用者は休暇時季の変更権が認められています。取得に際し休暇の目的や理由は問われませんので、旅行のためでも病気治療のためでも構いません。取得したことによる不利益な取扱い(精皆勤手当や賞与の算定に際し欠勤として取扱う等)も禁止されています。

付与は原則として1日単位ですが、労使協定を締結することにより、1年で5日分を上限に時間単位での取得を可能とすることもできます。なお、取得しない年次有給休暇は2年間で時効によって消滅します。

4 就業制限と安全配慮義務

労働者が業務上負傷したり、病気になった場合は、その療養するために休業する期間とその後30日間は解雇できません(労働基準法第19条)。また、療養費や休業補償は労働者災害補償保険法に基づく補償(労災保険)があります。

一方、私傷病については解雇や退職に関する制限規定はありませんが、労働契約法第5条では、「使用者は、労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする」と定められており、特段の取り決めがなくとも労働契約上の付随的義務として、使用者は労働者の安全配慮義務を負うことが明確にされています。この安全配慮義務の拡大解釈が両立支援の障壁となり得ることがあります。安全配慮義務は労働者が業務に従事することによって、疾病を発症したり、増悪することを防止するために配慮する義務であり、疾病を持つ者を一律に排除するための根拠ではありません。

労働安全衛生規則第61条では、事業者は心臓、腎臓、肺等の疾病で労働のため病勢が著しく増悪するおそれがあるものにかかった者については、その就業を禁止しなければならない、とされていますので、治療後の経過が思わしくなく、症状が悪化することにより、就労困難と判断される場合には、就業禁止の措置をとらざるを得ない場合も発生し得ますが、対象者の疾病の種類、程度、就労に伴う負担、就労意欲等の種々の条件を十分に考慮して慎重に判断することになります。

【安全配慮義務に関するH25,9,24最高裁判決(抄)】

長時間労働については、企業は労働者の長時間労働を抑制する措置をとることが要請されており、その際、現実に労働者が長時間労働を行っていることを認識し、あるいは容易に認識可能であったにもかかわらず、長時間労働による災害から労働者を守るための適切な措置をとらないことによって災害が発生すれば、安全配慮義務に違反したと評価されることは当然のことである。

労働関係の言葉と意味**● フレックスタイム**

労働者自身が一定の定められた時間帯の中で、始業及び終業の時刻を決定することができる変形労働時間制の一つ。始業及び終業の時刻を労働者の決定に委ねることを就業規則等で定め、かつ一定事項を労使協定で定めて運用できる。労働者が必ず労働しなければならない時間帯(コアタイム)と、労働者がその選択により労働することができる時間帯(フレキシブルタイム)とに分けて実施するのが一般的。厚生労働省の調査によると、従業員1000人以上の企業では約25%で導入しているが、100人未満の中小零細企業では約3%に留まっている。

● 無期転換ルール

労働契約法の改正により有期労働契約が反復更新されて通算5年を超えたときに、労働者の申し込みによって企業などの使用者が無期労働契約に転換しなければならないルール。この改正労働契約法は平成25年4月1日に施行されており、同日以降に締結された労働契約に適用されることから、通算5年目を迎える平成30年4月に、多数の転換の希望を申し込む者が見込まれる。

● 限定正社員

リーマンショック以降、非正規雇用者の急激な増大が問題となり、厚生労働省で検討されてきた中ででてきた概念で、勤務地・職務内容・労働時間などを限定した正社員。パートやアルバイトといった有期の非正規雇用ではないため、雇用が安定するとともに福利厚生を受けられ、転勤や残業が無いなどの利点がある一方、通常の正社員に比べて解雇されやすいという問題点もあるとされる。

● 雇用・請負・委任

「働く」ことの契約形態として、民法では①雇用契約、②請負契約、③委任契約が定められている。請負や委任は建築工事や販売業務などの実施・運営を契約するもので、労働行為が使用者から独立して行われる点で雇用契約と異なる。請負や委任は、労働基準法をはじめとする労働関係各種法令は適用されない。ただし、契約上は請負や委任の形をとっていても、実態として両者間に使用従属性が認められる場合は雇用契約と判断される場合もある。

3 社会資源の活用

1 高額療養費制度

同一月(1日から月末まで)にかかった医療費の自己負担額が高額になった場合、申請により一定額の金額(自己負担額)を超えて支払った医療費について給付を受けることができる制度です。ただし、保険外併用療養費の差額部分や入院時食事療養費、入院時生活療養費の自己負担額は対象になりません。

被保険者、被扶養者ともに同一月内の医療費の自己負担限度額は、年齢及び所得に応じて次の計算式により算出されます。また、高額療養費の自己負担限度額に達しない場合であっても、同一月内に同一世帯で21,000円以上の自己負担が複数あるときは、これらを合算して自己負担限度額を超えた金額が支給されます(世帯合算)。

なお、同一人が同一月内に2つ以上の医療機関にかかり、それぞれの自己負担額が21,000円以上ある場合も同様です(70～74歳の方がいる世帯では算定方法が異なります)。

なお、同一世帯で1年間(診療月を含めた直近12か月)に3回以上高額療養費の支給を受けている場合は、4回目からは自己負担限度額が変わります(多数該当)。

【70歳未満の方の区分】

所得区分	自己負担限度額	多数該当
区分ア 年収約1,160万円～ 健保：標準報酬月額83万円以上 国保：年間所得901万円超	$252,600円 + (\text{総医療費} - 842,000円) \times 1\%$	140,100円
区分イ 年収約770～約1,160万円 健保：標準報酬月額53万～83万円未満 国保：年間所得600万円超901万円以下	$167,400円 + (\text{総医療費} - 558,000円) \times 1\%$	93,000円
区分ウ 年収約370～約770万円 健保：標準報酬月額28万円以上53万円未満 国保：年間所得210万円超600万円以下	$80,100円 + (\text{総医療費} - 267,000円) \times 1\%$	44,400円
区分エ ～年収約370万円 健保：標準報酬月額28万円未満 国保：年間所得210万円以下	57,600円	44,400円
区分オ (低所得者) 住民税非課税	35,400円	24,600円

【70歳以上75歳未満の方、後期高齢者の方】

被保険者の所得区分	自己負担限度額	
	外来(個人ごと)	外来・入院(世帯)
① 現役並み所得者 (標準報酬月額28万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方)	44,400円	80,100円+(医療費-267,000円) ×1% [多数該当: 44,400円]
② 一般所得者 (①および③以外の方)	12,000円	44,400円
③ 低所得者	Ⅱ(※1)	24,600円
	Ⅰ(※2)	15,000円

※1 低所得Ⅰ以外の被保険者

※2 同一世帯の全員が住民税非課税で、その世帯員の各所得が0円となる被保険者
公的年金控除額は80万円として計算

● 限度額適用認定証～高額療養費の現物給付化～

70歳未満の方であっても、平成24年4月より、従来の「入院される方」及び「外来で在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料及び在宅末期医療総合診療料を算定される方」に加え、「外来で療養を受ける方」の高額療養費を現物給付化し、一医療機関ごとの窓口での支払を自己負担限度額までにとどめることができるようになりました。

● 入院時食事代減額制度

住民税が非課税の方は、入院時の食費が減額されます。

区分		平成28年4月1日～	平成30年4月1日～
①	一般の方	360円	460円
②	住民税非課税	210円	210円
	住民税非課税世帯の方で過去1年間の入院日数が90日を超えている場合	160円	160円
③	②のうち70歳以上で、所得が一定基準に満たない方	100円	100円

【参考】

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>

全国健康保険協会 <https://www.kyoukaikenpo.or.jp/>

2 傷病手当金 (平成28年12月現在)

傷病手当金は、病気やけがのために会社を休み、事業主から十分な報酬が受けられない場合に支給されます。なお、任意継続被保険者の方は、傷病手当金は支給されません(健康保険法第104条による継続給付の要件を満たしている者は除く)。

1. 支給される条件

- ① 業務外の事由による病気やケガの療養のための休業であること

自費で診療を受けた場合でも、仕事に就くことができないことについての証明があるときは支給対象となります。また、自宅療養の期間についても支給対象となります。

② 仕事に就くことができないこと

療養担当者の意見等を基に、被保険者の仕事の内容を考慮して判断されます。

③ 連続する3日間を含み4日以上仕事に就けなかったこと

連続して3日間(待期)の後、4日目以降の仕事に就けなかった日に対して支給されます。待期には、有給休暇、土日・祝日等の公休日も含まれるため、給与の支払いがあったかどうかは関係ありません。

④ 休業した期間について給与の支払いがないこと

給与が支払われている間は、傷病手当金は支給されません。ただし、給与の支払いがあっても、傷病手当金の額よりも少ない場合は、その差額が支給されます。

2. 支給される期間

傷病手当金が支給される期間は、支給を開始した日から最長1年6カ月です。1年6カ月の間に仕事に復帰した期間があり、その後再び同じ傷病により仕事に就けなくなった場合は、復帰期間も1年6カ月に算入されます。

3. 支給される金額

1日当たりの金額=支給開始日以前の継続した12カ月間の各月の標準報酬月額を平均した額÷30日×3分の2

* 支給開始日以前の期間が12カ月に満たない場合

- ・ 支給開始日の属する月以前の継続した各月の標準報酬月額の平均額
 - ・ 当該年度の前年度9月30日における全被保険者の同月の標準報酬月額の平均額
- 上記を比べて少ない方の額を使用して計算します。

4. 資格喪失後の継続給付について

資格喪失の日の前日(退職日等)まで被保険者期間が継続して1年以上あり、被保険者資格喪失日の前日に、現に傷病手当金を受けているか、受けられる状態(①②③の条件を満たしている)であれば、資格喪失後も引き続き支給を受けることができます。

【参考】

全国健康保険協会 <https://www.kyoukaikenpo.or.jp/>

3 障害年金

障害年金は、病気やけがが原因で障害が残り、日常生活や働くことが困難な場合などに支給されます。初診日から1年6カ月を経過し全身状態が思わしくない場合は、年金事務所等へ相談されることをお勧めします。

1. 支給の条件

障害年金を受け取るためには、以下すべての条件を満たしている必要があります。

- ① 初診日が、国民年金・厚生年金の被保険者期間中であること。または加入者であって、日本国内に居住する65歳未満であること。
- ② 一定の障害の状態にあること

初診日から1年6カ月経過したときの障害認定日^{*}において、政令で定める一定の基準の状態にあること。

または、65歳に達するまでに障害の状態になったとき。

③ 保険料の納付要件を満たしていること

初診日の前日において、初診日の月の前々月までの公的年金の加入期間の3分の2以上の期間について、保険料が納付または免除されていること、または初診日のある月の前々月までの1年間に保険料の未納がないこと、が必要です。

初診日に加入していた制度によって、障害の状態に応じた障害年金を受けることができます。障害基礎年金は障害等級が1、2級しかありませんが、障害厚生年金には3級や一時金もあります。

※障害認定日…初診日から起算して1年6カ月が経過した日、または1年6カ月以内にその傷病が治った場合においては治った日(症状が固定し、治療の効果が期待できない状態に至った日を含む)があるときは、その日が「障害認定日」となります。

等級	1 級	2 級	3 級
障害等級の目安	日常生活能力をまったく失い、常時他人の介護を受けなければならない状態	日常生活がかなりの制限を受ける状態（日常生活能力を70%程度失った状態）	労働能力を50%程度失った状態
国民年金（基礎年金）	○	○	—
厚生年金	○	○	○

※ 厚生年金の被保険者には、3級より軽い障害の場合の障害手当金（一時金）があります。

【参考】

日本年金機構 <http://www.nenkin.go.jp/>

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>

4 身体障害者手帳

障害者手帳は、福祉サービスを利用するための「パスポート」です。障害に応じて、身体障害者手帳、療育手帳(知的障害)、精神障害者保健福祉手帳があります。がんの患者さんの場合には、身体障害者手帳の交付を受けられることがあります。

身体障害者手帳は、肢体、視覚、聴覚、平衡機能、音声言語機能、そしゃく機能、内部機能(心臓、腎臓、呼吸器、膀胱・直腸、小腸、免疫、肝臓)に永続する障害がある人を対象としています。障害の程度によって1級から6級までに区分されます。

1. 障害によって利用できる福祉サービス

サービスの内容は障害の部位や等級により様々です。また、自治体によってサービスの範囲が異なることもあります。主なサービスは以下の通りです。

- ① **重度障害者医療**：重度の障害がある人の医療費を助成します(自治体によって制度の名称も対象者の範囲も異なります)。
- ② **自立支援医療(更生医療、育成医療)**：身体障害を軽くしたり、重たくなるのを防ぐための医療費の負担が少なくなります。更生医療は18歳以上、育成医療は18歳未満が対象です。

- ③ **補装具の交付・修理**：障害を補うための用具を交付(または修理)します。肢体不自由に対する義肢(義手・義足)、歩行補助杖、車いす、視覚障害に対する安全杖、義眼、音声言語障害に対する人工喉頭、膀胱・直腸障害に対するストマ用装具などがあります。
- ④ **その他**：施設の利用や交通運賃の割引、税金の障害者控除、駐車禁止除外指定車標章の交付など様々なサービスがあります。また、障害者雇用促進法により、企業には法定雇用率が義務づけられています。

2. 医療費控除

医療費控除は、多額な医療費を支払ったときに、税務署に確定申告を行うことにより、一旦支払った所得税が還付される制度です。所得税の軽減を目的としていますので、還付される金額は本来支払うべき所得税を超えることはありません。原則として、軽減の対象は保険適用の医療費のみですが、入院時の部屋代・食事代、医師等の送迎費用、義肢・松葉杖・補聴器・義歯などの購入費、治療のために購入した一般医薬品、在宅療養の費用なども対象として含まれます。また、生命保険や損害保険等から支払いを受ける保険金、公的医療保険より支給される「出産育児一時金」、「療養費」、「移送費」、「高額療養費」などは医療費から差し引いて計算することになります。

〔医療費控除の計算式〕

(その年に支払った医療費) - (保険金などで補てんされる金額) - (10万円または所得金額の5%)¹⁾ = 医療費控除額²⁾

* 1) 所得金額が200万円未満の人は、10万円ではなく、所得金額の5%を差し引きます。

* 2) 医療費控除には、最高限度額が定められており、200万円を超える医療費控除はできません。

〔その他〕

- ・ 医療費控除における「世帯」の範囲は、「生計を一にする」世帯ごとに1年間に医療費の支払いがあった場合に申告できます。「生計を一にする」とは、必ずしも同居を要件とするものではありません。
- ・ 還付の場合は、翌年から5年以内であれば遡及できます。

【参考】

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>

国税庁 <http://www.nta.go.jp>

5 生活福祉資金貸付制度 (平成28年12月現在)

「生活福祉資金貸付制度」は、低所得者や障害者、高齢者の生活を経済的に支えるとともに、その在宅福祉及び社会参加の促進を図ることを目的とした貸付制度です。

1. 実施主体

都道府県社会福祉協議会を実施主体として、県内の市区町村社会福祉協議会が窓口となって実施しています。

貸付対象

低所得世帯	資金の貸付にあわせて必要な支援を受けることにより独立自活できると認められる世帯であって、必要な資金を他から借り受けることが困難な世帯(市町村民税非課税程度)
障害者世帯	身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者(現に障害者総合支援法によるサービスを利用している等これと同程度と認められる者を含む)の属する世帯
高齢者世帯	65歳以上の高齢者の属する世帯(日常生活上療養または介護を要する高齢者等)

貸付資金の種類

資金の種類		
総合支援 資金	生活支援費	・生活再建までの間に必要な生活費用
	住宅入居費	・敷金、礼金等住宅の賃貸契約を結ぶために必要な費用
	一時生活再建費	・生活を再建するために一時的に必要なかつ日常生活費で賄うことが困難である費用 ・就職・転職を前提とした技能習得に要する経費 ・滞納している公共料金等の立て替え費用 ・債務整理をするために必要な経費 等
福祉資金	福祉費	・生業を営むために必要な経費 ・技術習得に必要な経費及びその期間中の生計を維持するために必要な経費 ・住宅の増改築、補修等及び公営住宅の譲り受けに必要な経費 ・福祉用具等の購入に必要な経費 ・障害者用の自動車の購入に必要な経費 ・中国残留邦人等に係る国民年金保険料の追納に必要な経費 ・負傷または疾病の療養に必要な経費及びその療養期間中の生計を維持するために必要な経費 ・介護サービス、障害者サービス等を受けるのに必要な経費及びその期間中の生計を維持するために必要な経費 ・災害を受けたことにより臨時に必要な経費 ・冠婚葬祭に必要な経費 ・住居の移転等、給排水設備等の設置に必要な経費 ・就職、技能習得等の支度に必要な経費 ・その他日常生活上一時的に必要な経費
	緊急小口資金 [※]	・緊急かつ一時的に生計の維持が困難となった場合に貸し付ける少額の費用
教育支援 資金	教育支援費	・低所得世帯に属する者が高等学校、大学または高等専門学校に修学するのに必要な経費
	就学支度費	・低所得世帯に属する者が高等学校、大学または高等専門学校への入学に際し必要な経費
不動産 担保型 生活資金	不動産担保型 生活資金	・低所得の高齢者世帯に対し、一定の居住用不動産を担保として生活資金を貸し付ける資金
	要保護世帯向け 不動産 担保型 生活資金	・要保護の高齢者世帯に対し、一定の居住用不動産を担保として生活資金を貸し付ける資金

※ 貸付条件は全国社会福祉協議会のホームページ参照(URLは下記)。貸付に当たっては、各都道府県社会福祉協議会によって定められている審査基準により審査・決定されます。

2. 連帯保証人

原則、必要としますが、連帯保証人を立てない場合も貸付可能です。

3. 貸付金利子

連帯保証人を立てる場合は無利子で、連帯保証人を立てない場合は年1.5%となります。

※緊急小口資金、教育支援資金は無利子

※不動産担保型生活資金は年3%または長期プライムレートのいずれか低い利率

【参考】

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>

全国社会福祉協議会 <http://www.shakyo.or.jp/seido/seikatu.html>

【関連・参考文献】

1. 日本産業精神保健学会:メンタルヘルスと職場復帰支援ガイドブック, 中山書店, 東京, 2006.
2. 島悟:職場のメンタルヘルスの現状と問題点, 日本医師会雑誌136:19-24, 2007.
3. 日本生産性本部メンタル・ヘルス研究所:産業人メンタルヘルス白書, 2009.
4. 黒川淳一他. メンタルヘルス不調者に対し職場復帰支援に向けて求められること. 日本職業・災害医学会誌57:92-107, 2009.
5. 中央労働災害防止協会:心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き, 改訂版, 2009.
6. 独立行政法人労働者健康福祉機構(事業取組責任者 小山文彦):平成22年度厚生労働省「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発一式 疾患案件名 精神疾患その他のストレス性疾患」に係る取組成果報告書(2010年3月提出)
7. 小山文彦:メンタルヘルス不調に罹患した労働者に対する治療と職業生活の両立支援—平成22年度厚生労働省委託事業「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(疾患案件:精神疾患その他ストレス性疾患)」の概要—. 産業医学ジャーナル, 33, 89-96, 2010.
8. 小山文彦:ココロブルーと脳ブルー—知っておきたい科学としてのメンタルヘルス—, 産業医学振興財団, 東京, 106—115, 2011.
9. 独立行政法人労働者健康福祉機構(事業取組責任者 小山文彦):平成23年度厚生労働省「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発一式 疾患案件名 精神疾患その他のストレス性疾患」に係る取組成果報告書(2011年3月提出)
10. 独立行政法人労働者健康福祉機構(事業取組責任者 小山文彦):平成24年度厚生労働省「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発一式 疾患案件名 精神疾患その他のストレス性疾患」に係る取組成果報告書(2012年3月提出)
11. 小山文彦: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—(日本職業・災害医学会誌, 61(4), 251-258, 2013.
12. 小山文彦:治療と仕事の「両立支援」メンタルヘルス不調編—復職可判断のアセスメントツールと活用事例20—, 労働調査会, 東京, 2013.
13. 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.
14. 小山文彦: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(2):特集「職域における連携を再考する」, 75—80, 2014.
15. 小山文彦:職場のメンタルヘルス、連携のコツは? 産業精神保健22巻特別号 産業精神保健Q & A, 70-73, 2014.
16. 小山文彦:メンタルヘルス不調における治療と就労の“両立支援”—9労災病院で「治療就労両立支援センター」がスタート—. 健康開発18巻4号, 51-56, 2014.
17. 小山文彦:特集 メンタルヘルス不調における治療と仕事の“両立支援”をめぐる—一事業場内外の「連携」に求められる情報とは何か—. 産業医学ジャーナル37巻1号, 85-86, 2014.
18. 小山文彦:どうする, メンタルヘルス対策; これからの予防をどう考えるべきか—予防のための三つの視点と「両立支援」の重要性—. 労政時報3860: 68-71, 2014.
19. 小山文彦:主治医と職域間の連携好事例30—治療と仕事の「両立支援」メンタルヘルス不調編Ⅱ—, 労働調査会, 東京, 2015.
20. 小山文彦: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おける調査研究. 厚生労働省労災疾病研究事業補助金「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」平成26年度報告書, p 89-93, 2015.
21. Koyama F: Collaboration between primary and industrial physicians in treatment of workers with mental health disorder. Jpn J Ambulat Psychi Serv 16(1), 2016.
22. 小山文彦:メンタルヘルス不調者をめぐる主治医と産業医等との連携がもたらす治療効果に関する検討. 産業精神保健24巻2号 特集「主治医と産業医等の連携強化とその効果の検証」, 100-105, 2016.
23. 日本医師会監修. がん緩和ケアガイドブック, 症状マネジメント; 70-75, 2008.
24. 庄司順一. リジリエンスについて, 人間福祉学研究 2(1); 35-47, 2009.
25. Werner, Emmy. High-risk children in young adulthood. A longitudinal study from birth to 32years. American Journal of Orthopsychiatry, 59(1), 72-81, 1989.
26. 加藤敏, 八木剛平. レジリアンス—現代医学の新しいパラダイム—(金原出版); 76-92, 2009.
27. Bandura Albert. Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 37(2), 122-147, 1982.
28. 武藤清栄ほか. 言葉を聞く人, 心を聴く人(中災防), 49-100, 2001.
29. 河合隼雄. こころの処方箋(新潮文庫), 1998.
30. 大月三郎. 精神医学(文光堂)改訂第2版, 13-19, 1984.

執筆者一覧

○ 執筆者

小山 文彦 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長・教授
(独) 労働者健康安全機構 本部研究コーディネーター

○ 分担執筆者

〔Ⅶ-1〕

豊田 章宏 (独) 労働者健康安全機構 中国労災病院 治療就労両立支援センター 両立支援部長

〔Ⅶ-2〕

小川 裕由 (独) 労働者健康安全機構 医療企画部勤労者医療課長

〔Ⅶ-3〕

平田 直子 (独) 労働者健康安全機構 関西労災病院 復職(両立支援) コーディネーター (MSW)

藤田 寛 (独) 労働者健康安全機構 横浜労災病院 復職(両立支援) コーディネーター (MSW)

星野 志保 (独) 労働者健康安全機構 東京労災病院 復職(両立支援) コーディネーター (MSW)

本マニュアルは、独立行政法人労働者健康安全機構
「治療就労両立支援モデル事業」により作成された。