

主治医と産業医の連携に関する有効な手法の提案に関する研究

研究代表者 横山 和仁 順天堂大学医学部衛生学講座 教授

研究要旨

労働衛生上の重要な課題となっている就労と治療・予防の両立には、主治医と産業医の連携・協力が重要である。効果的かつ効率的な連携のあり方を明らかにし、そのエビデンスを示すことを目的として開始した3年間計画の2年目の研究である。本年度は、(1) 連携の事例分析や意識実態調査から、連携の効果、非連携の不利益、そして連携の成否に影響する因子や連携推進因子を明らかにし、(2) 連携ツールの開発とその効果評価を行う介入研究を開始した。そして(3) 復職支援(3次予防)および重症化予防(2次予防)の観点から、連携における各疾患(がん、生活習慣病、睡眠呼吸障害、難病(1型糖尿病、リウマチ性疾患)、運動器疾患、精神疾患)ごとの特性を抽出した。さらに(4) 主治医(プライマリケア医、専門医)側の調査や、連携に関する法倫理的課題の分析を通じて、来年度の「連携ガイド」策定と提案に向けた検討を開始した。研究は以下の9つの研究からなる。

研究1

本年度は前年度の結果を踏まえ、①産業医側ならびに主治医側双方からの連携事例調査をもとに、連携の効果と非連携の不利益、そして連携の成否に影響する要因の分析を行った。連携成功には「主治医の理解の強さ」、「職場の理解の強さ」が、連携失敗には「疾病重篤度」の因子の影響が大きいことが示された。次に②主治医との連携に対する意識と実態について、産業医の属性や事業場規模・産業保健体制の層別化による解析を行い、連携の推進因子を明らかにした。その結果、主治医、事業者といった連携の関係者への働きかけに加えて、連携ツールや手引きの整備、産業看護職など多職種との連携の重要性が示された一方で、連携コストの課題も浮き彫りとなった。そしてこれを踏まえ、③生活習慣病の重症化予防のための受診継続支援を目的とした、連携ツール(はたらく私の生活習慣病連携ノート)を開発し、その効果の評価のための介入研究を開始した。さらに④脳卒中や難病患者の復職や就労実態について、大規模職域コホートやデータベースを用いた解析を行い、両立支援推進のための連携の在り方に関する基礎資料を得た。

今年度浮き彫りになった課題について引き続き調査および検討を継続し、開始した介入研究の中間評価を行いながら、「主治医と産業医の連携に関するガイド」を、本研究班他グループから得た各疾患の連携特性を踏まえてまとめ、「主治医」「産業医」「事業者」という連携の関係者ごとに有用な手引きを提示することで、連携の中

心にいる労働者ならびに社会全体に資するものとする。

研究 2

糖尿病の患者数は年々増加の一途をたどっている。なかでも 1 型糖尿病は、自己免疫やウイルス感染などが原因でインスリンの絶対的不足によって発症し、インスリン注射の絶対的な適応となる。また血糖コントロールは、食事内容や食事時間、活動量、体調によっても異なってくる。こうした症例の治療においては日中の頻回注射を行う必要があることや、かつそれらを行っても予想外の高血糖や低血糖を認めることがあることから、患者を取り巻く環境に理解と協力が必要である。今回、就業している 1 型糖尿病患者を対象に主治医と産業医が連携することにより、治療環境の改善に寄与できるか否か、またこの連携に関連する心理社会的問題への適切な配慮はどうあるべきか、疾患の就業状況についてアンケート調査を行っている。本年度は症例の収集とアンケートの作成を行い、当院での倫理委員会の承認を得た。現在はアンケート調査を実施中である。今後は 1 型糖尿病患者を取り巻く現状について、アンケート結果を解析し、解析結果の検討を行う予定である。具体的な施策を検討していく。

研究 3

SASを早期発見・早期治療することは、疾患の発症・進展抑制効果が期待できるため、本研究では、SAS対策に関する具体的な効果と労働者の健康度を高める職場づくりについて検討することを目的として、産業医と睡眠専門医の連携に関して分析した。京浜地区、東海地区の大手運送会社、バス会社、システム系会社に勤務するSAS患者30人に関して検討を行った。また、持続的陽圧酸素療法（CPAP）が治療選択された症例の治療継続率を、産業医の介入なしに睡眠専門医を受診、CPAP治療が開始された一般患者344人と比較検討した。終夜ポリグラフ検査（PSG）の結果、SASの重症度は、平均AHI=44.2（SD=20.0）回/時であり、AASM分類にて、軽症3.5%、中等症28.5%、重症67.8%と重症が多くを占めた。産業医介入にて、睡眠専門医を紹介受診し、精密検査（PSG）に至る過程での、PSG検査承諾率、CPAP治療適応となった患者のCPAP継続率は共に100%であり、一般患者群と比較すると良好な結果であった。

さらに、産業医介入にての睡眠専門医受診が標準化されている鉄道事業所において、SASスクリーニングからPSG検査に至る過程や、乗務制限等の調査、並びにPSG結果と循環器疾患や、健診データとの検討を行った。PSG検査で睡眠呼吸障害と診断確定した男性運転士165名を対象に、SASの重症度と、CPAP治療における改善、並びに確定診断後の定期健康診断結果との関係性を調査した。PSGの結果、SASの重症度は、AASM分類にて、軽症4.2%、中等症14%、重症82%であった。92.8%がCPAP治療適応となり、産業医の介入によるCPAP治療継続率は100%であった。ま

た、CPAP 開始後の健診結果では、AHI が高く重症であるほど、循環器系疾患や脂質異常症、糖尿病治療中の者が多いことが判明した。

今後の展望として、職域における SAS 対策の効果をさらに検証し考察を深め、より確実に SAS 患者のスクリーニングを行い、早期発見、確定診断、適切な早期治療を行えるような、連携体制づくりを進めていくとともに早期受診に結び付くような具体的な取り組みを検討していくことが重要と考えられる。

研究 4

肩こりは「後頭部から肩、および肩甲部にかけての筋肉の張を中心とする不快感、違和感、鈍痛などの症状、愁訴」などと定義される。代表的な作業関連疾患といえる頸肩腕症候群に含まれる症候でもある。日本での有訴率は、腰痛と同程度に高く、国民的な愁訴であり、社会生活に与える影響が大きいにも関わらず、肩こりを引き起こす原因の究明は進んでいない。都市部の勤労者における重症肩こりの危険因子を検討するために、Cultural and Psychosocial Influence on Disability (CUPID) Studyのデータを用いた。調査は自記式の質問表を使用し、ベースライン時、1年後のフォロー時に回収された。対象となった1398名のうち1年後に42名(3.0%)が新規重症肩こりを発症していた。多変量ロジスティック回帰分析により危険因子を検討し、性別(男性vs女性;調整したオッズ比 2.39[1.18-4.86])、睡眠時間(5時間以上vs5時間未満;調整したオッズ比 2.86[1.20-6.82])、仕事上の悩みで憂鬱な経験(経験無しvs有り;調整したオッズ比 3.11[1.38-7.03])が統計的に有意であり、性別のみならず心理的要因の関与が示唆された。この結果から職場におけるメンタルサポートは、狭義の頸肩腕症候群ともいえる重症肩こり予防の両立支援としても有益であると考えられた。

研究 5

産業医及び産業保健スタッフとプライマリ・ケア医との連携は、その実態や効果についての先行研究がないため、一からエビデンスを構築する必要がある。2015年度は、①2014年度に実施した予備調査の詳細な解析、②主治医と産業医とが連携をとるべき疾患リストの作成、③産業医との連携に対する主治医側のイメージについての評価項目の抽出、④主治医と産業医の連携についての疾患ごとの実態調査、の4つの研究を行った。①では、産業医との連携に関連する主治医側の心理的および環境的な要因を抽出した。②および③では、産業医側、主治医側、およびその中間層それぞれに意見を求め、産業医と主治医とで連携が必要な疾患、連携が必要とされる介入、および主治医側から見た産業医との連携へのイメージの評価項目を抽出した。④では、主治医を対象として、産業医との連携の必要性和実際に連携しているかどうかを、疾患ごとに検

証した。上記4つの研究により、主治医と産業医との連携について、主治医側の実態と、連携を促進あるいは阻害する要因を抽出することができた。

研究6

昨年度分担研究により明らかになった3大生活習慣病の未治療（糖尿病約5割、高血圧約7割、脂質異常症約9割）のハイリスク者に対する、企業や健保組合における①受診勧奨および治療中断防止策の取り組み状況の把握、②未治療・治療中断および受診成功・治療再開の理由を明らかにすること、③治療と就労の両立や重症化予防のために主治医・産業医間の連携の方策について知見を得ることを目的に調査を行った。2015年7月～10月の期間に、東京・名古屋において多職種産業保健スタッフの研究会（産業保健研究会）等に参加した産業保健スタッフ198名を対象に、無記名自記式アンケートによる調査を行った。職種や所属による回答の偏りは認められなかった。企業や健保組合において、①生活習慣病ハイリスク者の受診勧奨は十分できていると思う産業保健スタッフは約5割であったが、中断防止の働きかけは7割以上が不十分との回答だった。大企業と中小企業では受診勧奨の取り組み状況に差があることが示唆された（ $p<0.05$ ）。未治療の理由は、自覚症状がない（75%）が最多であり、仕事が忙しい（70%）、面倒くさい（47%）、病気の無理解（44%）と続いた。受診成功の理由は、経営者の理解（58%）が最も多く、ヘルスリテラシーの向上（55%）、受診勧奨のマンパワー（42%）、産業医面談（29%）と続いた。治療中断の理由は、未治療の理由と大きく変わらなかったが、治療再開には上述の理由の他、産業看護職面談（35%）、受診の確認（34%）などがあげられた。企業（予防）と病院（臨床）の距離を感じるケースや、背景に家族の介護、子育て、経済的要因、メンタルヘルス疾患などを抱える困難ケースもあり、受診勧奨には従業員の人生に向き合う必要性も議論された。議論内容及び自由記載の内容分析から、糖尿病、高血圧、脂質異常症の重症化予防のための受診勧奨・治療継続に必要な要因には、従業員のヘルスリテラシー向上、企業の健康支援風土の醸成、産業医・保健スタッフと主治医の連携の3要素が考えられた。多忙な働き盛り世代の未治療の真の理由を掴み、産業医と主治医の連携に必要な分析を更に進め、連携ツールの開発へつなげていきたい。

研究7

がん治療中の患者は就労を自身で解決すべき問題と捉え、自らが診断名や治療方針から将来予測をし、両立の道を探ったり就労を断念したりしている現状がある。また、職場側の理解も進んでおらず、結果、望まぬ退職や配置換え、これらを恐れての無理な労働で、治療に影響が出るケースもある。医療現場は、がん患者の心身を支える立場から就労支援をする必要があると考えられる。具体的には、①医療現場が

就労支援をする必要性を示す現状調査をする、②各々の癌腫において病期ごとに推奨される治療別に、身体的、経済的負担を客観的に示し、患者や家族、企業側が就労の判断や労働の設計をする拠り所を示す、③職場側にがん全般についての知識普及をすること等が求められる。しかしながら、産業医がおり、制度も整っている大企業がある一方で、自身がやり繰りをする自営・零細企業もある。今回我々は、医療職（医師、薬剤師、看護師、MSW）のみならず、企業人事、産業医、社労士、ビジネススクール教員、患者会らの協力を得、就労支援第一歩としての患者、企業側の意識調査と労働実態調査を当院通院中の様々な職種で行ったので、報告する。

研究 8

メンタルヘルス関連疾患による疾病休業の増加や労災件数の増加など、職場におけるメンタルヘルス対策は喫緊の課題である。労働安全衛生法の改正により平成26年12月から施行されたストレスチェック制度は、定期的に労働者のストレスの状況について検査を行い、自らのストレスに気づいて対処を促すと同時に、ストレスの高い者を早期に発見し医師による面接指導につなげ労働者のメンタルヘルス不調を未然に防止することを目的としている。本研究では、このストレスチェック制度における産業医主治医連携について、事業場においてストレスチェック制度に準じたストレス調査のシミュレーションを実施し、その実施の過程で産業医と主治医との連携について検討することとした。情報通信産業の1事業場において、職業性ストレス簡易調査票を含めたストレス調査を実施し、高ストレス者該当者の健康管理室での対応を準備した。ストレスチェック制度のマニュアルでの基準に準じて判断した場合の高ストレス者は10.8%であった。精神健康度を測定するK6調査票も同時に実施し、点数の高い労働者に健康管理室の案内を行ったが、面談希望の申し出がなかっただけでなく、ストレス調査結果に関連した問い合わせや相談も無かった。これは当該事業場に診療所が開設されていて診療を受けやすい体制作りができており、日常の産業保健スタッフによるケアが有効に機能しているためと思われた。ストレスチェック制度においては、高ストレス該当者で希望する者のうち、医師による面談の結果、必要に応じて地域の専門医療機関の受診を勧奨することとなる。本制度は特にメンタルヘルス対策がまだ十分でない中小規模事業場での対策推進が期待されているものの、産業医の勤務時間が十分でないなど、主治医との連携がうまくとりにくいことも予想される。今後は、産業医主治医連携の良好事例はもちろん、連携がうまくいかなかった事例も収集し、課題を抽出し対応していく必要がある。

研究 9

主治医と産業医の間で扱う情報は、個人情報の中でも病歴などの身体情報であり、このような情報は、関連法規上も厳格な流通が予定されている。そこで、この

ような情報が漏えいしたり、プライバシーが侵害された場合の慰謝料金額について、裁判例検索システムを用いて解析した。その結果、病歴については、他の情報に比べて、漏洩時やプライバシー侵害時の慰謝料金額が高額になることが分かった。このような点からも、主治医と産業医との間で連絡を取る場合には、原則として、診療情報提供書を用いるなどの文書によるやり取りが望ましく、適時あるいは正確を期したやり取りのために、他の方法でのやり取りが必要な場合にも、電話であればかけ直しをする等の工夫を検討する必要がある。

<研究分担者>

綿田 裕孝
順天堂大学医学部教授

谷川 武
順天堂大学医学部教授

松平 浩
東京大学医学部附属病院22世紀医療
センター特任准教授

竹村 洋典
三重大学大学院医学系研究科教授

福田 洋
順天堂大学医学部准教授

齊藤 光江
順天堂大学医学部教授

小田切優子
東京医科大学医学部講師

桑原 博道
順天堂大学医学部客員准教授

<研究協力者>

北村 文彦
順天堂大学医学部

武藤 剛
順天堂大学医学部

黒澤 美智子
順天堂大学医学部

遠藤 源樹
東京女子医科大学医学部

大森 由紀
順天堂大学医学部

斉藤 政彦
大同特殊鋼株式会社

伊藤 弘明
順天堂大学医学部

松川 岳久
順天堂大学医学部

細川 まゆ子
順天堂大学医学部

興梠 建郎
新潟県医師会・新潟産業保健総合支援セ
ンター