

第104回日本精神神経学会総会

シンポジウム

産業精神保健における精神科医と産業医の連携

廣 尚 典（産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学）

職場のメンタルヘルス対策の推進において、主治医である精神科医と産業医の連携は不可欠である。拙論では、精神疾患により長期に休業した労働者の職場復帰支援に関する事項に焦点を絞り、その現状と主な課題について私見を述べた。

精神科医の情報提供の不足や、職場に対する無関心は、総じて当該労働者の職場復帰を支援することにはつながらない。精神科医には、当座の本人、家族からの要求に応えるだけでなく、中期的な職業生活をも見据えた対応を望みたい。精神科医と産業医の立場の相違は、よく言われるほど隔たったものではなく、行政の指針類が整備されてきているなかで、これまで以上に両者の連携強化が求められている。精神科医に諸判断を求める際には、職場からの情報伝達や要請はできるだけ具体的であるべきであり、精神科医もそれを要求するような姿勢が望まれる。

1. はじめに

労働者のメンタルヘルス不調をめぐって、主治医である精神科医と職場で健康管理を担当する産業医は、いくつかの場面で連携しうる。健康診断や健康相談を契機として、労働者にメンタルヘルス不調が疑われた場合、通常産業医は精神科医を紹介し、診断や治療をゆだねることになる。2005年の労働安全衛生法の改正により、長時間労働者に対する面接指導がすべての職場に義務づけられたこともあって⁶⁾、このような職場から治療機関への紹介は急増している。また、職場のメンタルヘルス対策として、労働者全般や管理監督者に対する教育研修を行うことの重要性が、2006年に公示された「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（メンタルヘルス指針）において強調されており、精神疾患に関する基礎的な知識についての講演依頼が、近隣の事業場の産業医から精神科医に寄せられている現状もある。

そうした中で、精神疾患により休業を余儀なくされた労働者の職場復帰への支援も、両者の連携が重要な意味を持つ場面であると言える。本論で

は、この職場復帰支援に限定して、精神科医と産業医の連携の現状、課題等を考察したい。

2. 復職支援手引きの概要

精神疾患により休業した労働者の職場復帰支援のあり方に関しては、2004年10月に厚生労働省が「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」（復職支援手引き）を公表している。当初、復職支援手引きは、メンタルヘルス指針と異なり、労働安全衛生法規と直接は関連づけられず、その内容の実施を事業者に義務づけるものではなかった。言ってみれば、「職場復帰支援は産業保健にとって重要な活動であるため、その望ましい進め方を具体的に紹介しておく」趣旨のものを受け取ってよかったと思われる。しかし、2006年の民事訴訟（大阪府保健医療財団事件）の地裁判決で、職場復帰の手続きに関して、本手引きが引用された。このことから、今後少なくとも中規模以上の事業場では、ある程度その内容を踏まえた活動が望まれることになるであろう⁷⁾。

復職支援手引きは、精神疾患により休業した労

働者が職場復帰する際に、職場においてどのような支援が行われるべきかを、産業保健スタッフ（産業医、看護職など）の活動を中心として詳述したものであり、「定式化」「評価」「支援」「情報交換」「情報管理」の5つのキーワードで、まとめることが可能である³⁾。

まず、定式化とは、システム構築のことである。該当する事例が発生する度ごとに対応を検討するのではなく、一定の手順や制度、関係者の役割分担などを仕組みとして決めておき、どのような事例にも原則としてそれに沿った支援を行うべきであることを、手引きは強調している。

次の「評価」は、当該労働者の病態の評価、業務遂行能力の評価（正確には、推定である）および受け入れ職場の評価をさす。病態の改善と業務遂行能力の回復が同期しないことはほぼ定説であり、これらは別々に評価される必要がある。前者は、職場復帰を検討していくうえでの必要要件である。後者は、受け入れ職場によって、求められる到達水準に差が生じよう。また、受け入れ職場の準備状況、すなわち上司や同僚のメンタルヘルス不調についての理解度に不足はないか、当該労働者の当面の具体的な職務内容と評価方法、労働時間の制限、指揮命令系統などが綿密に打ち合わされているかを確認することも、復職支援活動として重要である。

「支援」は、当該労働者に加えて、受け入れ職場の関係者（上司、同僚等）に対しても必要である。特に上司は、当該労働者にどのような声のかけ方や仕事の与え方をすればよいかわからず、自分の不適切な対応によって疾患の再発、再燃が起こるのではないかと（あるいはそれが自分の責任となるのではないかと）といった懸念などから、心理的負荷が高まりがちである。受け入れ職場の関係者がメンタルヘルス不調に陥るといふ、いわゆる二次的な問題はできる限り回避する必要がある。

職場復帰支援における「情報交換」は、2つに大別できる。ひとつは主治医と産業保健スタッフ間の情報交換、もうひとつは産業保健スタッフと職場関係者（上司、人事労務管理者等）間のそれ

である。前者では、正確な診断名、治療経過、予測される予後、今後の治療方針、家族や親族に関する事柄など、産業保健スタッフが当該労働者や職場関係者に対して行う判断や助言のために参考になる事項は、できるだけ含まれることが望ましい。他方、後者については、個人情報保護の面から、職場関係者が具体的に行うべき取り組みに直結した事柄に限定するのがよいと考えられる。この2つの情報交換を明確に区別しておく必要がある。

最後の「情報管理」は、上述した情報の流れを管理して、第三者に当該労働者の健康情報が漏洩しないようにすることである。産業保健スタッフを含む職場関係者の誰がどこまでの情報を有しているかを、当該労働者本人にわかりやすいようにする配慮も求められる。

また、復職手引きは、職場復帰支援を5つのステップに分類している²⁾。

第1ステップは、休業開始時点である。当該労働者から、主治医による診断書が提出され、休業が認められる。当該労働者が安心して療養に専念できるように、職場から本人あるいは家族に対して、休業制度の詳細や復職時の手続きについての情報が伝えられる。この段階で、本人の了解のもとに、病状や診断書が出されるに至った経緯、発症や症状の増悪に関与したと考えられる職場関連要因、治療の見通しなどに関する情報が、主治医から産業医に伝えられれば、本人の職場復帰に向けて受け入れ側の調整を行う参考となる。また、現在はあまり行われていないが、職場から主治医に対して、職場側が復職可能であると判断する目安（例えば、「生活リズムが安定するだけではなく、ほぼ1日机の前で何らかの作業ができる」「通勤ラッシュに耐えられ、半日は落ち着いてパソコン作業が可能である」）を伝えておくことにより、後述する職場復帰の可否に関する判断の相違を軽減することができる可能性もある。

第2ステップは、主治医から「職場復帰可能」という意見書が提出される時点である。復職の可否に関する最終的な決定は、事業者、実務的には

通常人事労務担当部署が行うことになっており、この時点から本格的な支援活動が始まるといえる。

第3ステップは、職場において、職場復帰の可否を決定し、復職可能であれば具体的にどのような支援によって当該労働者の職場再適応を促していくのかという計画を策定する段階であり、事実上復職支援活動の中核と言える。ここでは、主治医と産業保健スタッフ、特に産業医との情報交換が不可欠である。この情報交換が円滑かつ詳細に行われるほど、その後の職場での適切な支援活動が期待できる。

第4ステップは、職場復帰の日時、本人が従事する業務やその評価方法等に関するプランの最終決定である。それらは、当該労働者はもちろんのこと、職場関係者にも周知される必要があり、書面にも記録として残すことが求められる。

第5ステップは、職場復帰後のフォローアップの段階である。精神疾患では再発、再燃例が多いことから、他のステップに劣らず重要である。当該労働者および職場関係者の双方に継続的な支援が行われるべきである。必要に応じて、職場復帰プランの見直しも検討されることになる。

3. 診断書・意見書の病名をめぐって

職場に提出される精神科医による診断書の病名が虚偽であったり、曖昧であったりする点については、以前から多くの批判があった。身体疾患でも皆無ではなく、例えば悪性腫瘍について「胃癌」が「胃ポリープ」と記されるといったことが散見されるが、その多さは精神科領域で突出している。一部の産業医は、診断書に実際の診断名が記載されることをもはや期待していないという現状さえある。これは、確定診断が困難な一部の例を除けば大抵の場合、正確な診断名を記すことにより、患者が何らかの不利益を蒙る可能性がある、精神科医が深慮の上で、あるいは直感的に判断するためであろう。連携する産業医の知識不足から不適切な扱いがなされるのではないかと、産業医が十分な精神医学的知識を有していたとしても、職場の中で実務的にどのような役割を担っている

のかがわからない、それらの書面が職場でどのように取り扱われるかが不明であるといった懸念は、職場を実際にみることでできない以上、当然生じるものであろう。確かに、産業医の職務は、労働安全衛生規則において規定されているものの、実際の業務内容や所掌範囲は事業場によって様々であるのが実情である。現時点では、主治医のこうした懸念を払拭するための情報が職場から発信されることから、連携は始められるべきかも知れない。

ところで、少なくとも10年ほど前までは、あまり見られず、おそらくは「心因反応」や「自律神経失調症」に置き換えられていた「うつ病」の診断名が現在では非常に多くなり、他の病名の置き換えに使用されるまでに至っている。これは、DSMやICDの診断基準が用いられて、気分障害の範囲が拡大したことのみ起因するのではなく、おそらく「うつ病」を診断書に記しても、他の表現と比べて、患者にとっての不利益を増大させることはない、多くの精神科医が判断するようになった点が強く影響していると考えられる。

4. 主治医からの情報の不足に伴う 当該労働者の不利益

職場（事業者）は労働者の職場復帰にあたって一定の配慮をする必要があることが、過去の民事訴訟の判決文で示されている⁴⁾。その配慮を適切に行うためには、職場は当該労働者の健康状態に関する情報を得る必要がある。本人や主治医からの情報が届かなければ、職場は手持ちの情報だけを手がかりに、本人への対応を模索せざるをえない。その場合、正反対の2つの方向がありえる。ひとつは、要請しても情報が返信されない以上は、特段の措置が不要ののだと解釈するか、必要な情報が不足しているという理由から、就業制限や業務の軽減をほとんど行わないものである。さらに、その時点での業務評価によって、当該労働者の本来の職務能力を評価してしまうこともある。仮に本人の業務遂行能力が、まだ精神疾患あるいは治療の副作用の影響を受けて低下していたとしても、

その情報が得られないのであれば、現場でそれを加味した判断は困難である。もうひとつは、それらを通常想定される程度よりも強めるものである。これはこれで、結果的に当該労働者の取り組める職務範囲を狭め、キャリア形成に関する可能性を摘むことになりかねない。いずれにしても、当該労働者にとって有益な結果をもたらすことは少ないと考えられる。こうした傾向は、特に産業医が不在であるか、その役割を十分に果たしていない職場において顕著である。

また、職場関係者からみて、主治医の判断に疑問がある場合には、別の精神科医に意見を求めることを是とする裁判事例もあり、経過によっては、結果として司法の場で主治医の判断が問われる可能性がある。

5. 主治医と産業医の判断の相違

職場復帰の可否をめぐる、主治医と産業医の見解が異なる場合がある。主治医が職場復帰可能、産業医が時期尚早と判断する例が多い。この産業医の判断には、職場関係者の評価が含まれていることもある。主治医の意見を受けて、産業医と職場関係者が本人と面接を行い協議した結果、両者の合意として不可という結論を出すのである。

主治医と産業医の意見が異なった場合の優位性は、身体疾患の場合、受け入れ職場や仕事の内容を熟視しているはずの産業医にあるという判例が過去にあるが、精神疾患については現時点では不明といえる。本来、身体疾患と精神疾患で異なった判断がなされるべきではないと筆者は考えるが、以下のような事情が存在することも事実だからである。

労働安全衛生法第 68 条は、病者の就業禁止について定めており、事業者は一部の健康障害を有する労働者を就業させてはならないことになっている。該当する健康障害は、労働安全衛生規則第 61 条に記されており、「病毒伝ばのおそれのある伝染性の疾病にかかった者」「心臓、腎臓、肺等の疾患で労働のため病勢が著しく増悪するおそれのあるものにかかった者」「前各号に準ずる疾病

で厚生労働大臣が定めるものにかかった者」である。以前はこの中に、「精神障害のために、現に自分自身を傷つけ、又は他人に害を及ぼすおそれのある者」が含まれていたが、平成 12 年に削除された。その理由は、「医療の専門家でない事業者に自傷他害のおそれについて客観的かつ公正な判断をさせることは困難であり、対象者の人権保護の観点からも診断の客観性および公平性の確保を図る必要があること」および「対象となる者については、精神保健福祉法に基づき都道府県知事が複数の精神保健指定医の診察に基づき行う措置入院により就業禁止と同等の措置が担保されること」となっている。しかし、事業者が非医療専門家ゆえに適切に判断できないのは、精神障害に限らないはずである。心疾患や腎疾患等であっても同様だと考えられる。これらの各事例が上記第 61 条に該当するかどうかは、産業医あるいはそれに準じる医師の意見を勘案して判断されるものと読みかえるのが自然であろう。そうすると、精神障害だけが、当該疾病の専門医ではない産業医等によって就労の可否を判断されるべきでないことになるとも解釈できる。

おそらく平成 12 年の削除は、精神保健福祉法との整合性を重視したことによるものであろうが、現場では混乱の火種になりかねないと考えられる。この問題をめぐって当該労働者が苦い思いをしないようにするためにも、精神科医と産業医の意思疎通が図られなければならない。

6. 「短縮勤務」等について

企業によっては、復職後一定期間の短縮勤務（例えば、半日、6 時間）を認めているところがある。段階的な心身の慣らしが可能となる点で、一般的には当該労働者にとって歓迎すべき制度だといえようが、その適用を受けた労働者のその後の職場再適応が良好かという点、必ずしもそうでない。むしろ、なかなかフルタイム勤務まで到達せず、不定期の欠勤を繰り返している例が多いことも報告されている。

これは、短縮勤務をめぐる主治医と職場と

のとらえ方の相違が一因となっている可能性がある。すなわち、職場側の設定した「半日勤務」は、定時勤務も可能な水準にまで回復している労働者に対して、休業が長期に及んでいたことを配慮し、「念のため」助走期間を付与することを意図している一方、主治医側は出勤が可能で、何とか半日机の前に座っていることができれば、復職が認められるのだと推察するといったずれである⁸⁾。この両者が想定する病態、状態間に大きな差異があることは明らかであろう。「短縮勤務制度」という表現をひとり歩きさせず、何をもって復職可能とするのか、「半日勤務可」とはどのような段階の回復状況に適用させるのかに関して、職場から本人、主治医に事前の情報伝達が必要であり、それが無い場合には、主治医の方から問い合わせることが望まれる。

7. 精神科医の「患者寄り」と産業医の「中立」

精神科医と産業医の連携において、立場の違いによる困難さが議論されることがある。

まず、精神科医の判断は、特に職場復帰の場面において、とかく「患者寄り」であるという指摘が、職場関係者からよく聞かれる。この「患者寄り」とは、大抵の場合、上述した復職支援手引きの第2および第3段階で「患者の希望するままに意見を述べたり、診断書を書いたりする」ということを意味し、その代表例が「非医療従事者からみて明らかに時期尚早と思われる例でも『復職可能』という意見書を出す」行為であろう。「復職にあたっては半日勤務から開始すべきである」といった書面を、就労時間短縮に関する制度の有無を確認しないまま記す例もみられる。そして、これらについて、「患者側に寄り添う主治医の立場からはやむを得ない」と率直に公言する精神科医も少なくない。

しかし、こうした行為が真に「患者寄り」になっているかは、大いに疑問である。時機を得ない強引な復職の後押しは、確かに一旦は職場復帰が認められるという「成果」を生むかもしれないが、不安定な状態を職場関係者の目にさらすこ

とにより、本来の本人の能力からすれば不当な評価をもたらしたり、解雇されるまでの期間をかえって短縮させたりすることにつながってしまうおそれがある。「患者寄り」は、実のところちっとも「患者寄り」でない結果を招いていることが多いのである^{1,5)}。結局のところ、それは「復職可能の意見書を書くように要請を受けた、その診療場面を円滑に終了させる」くらいの効果しかもたらさない。主治医の「患者寄り」があるとすれば、後述する休業期間満了が迫った場面くらいではなからうか。

一方、産業医の「中立」は、その職務に関する議論などで、健康障害に伴う当該労働者の業務制限や就業面の配慮について意見を述べる際に、「労働者側」に立つのか、「会社（経営者）側」に立つのかという問題提起があったとき、よく模範回答とされてきた。しかし、その意味するところは、具体的な事例に沿って検討しなければ、みえてこないように思われる。

そこで、一例をあげると、職場復帰を希望する労働者の病態が改善しており、ある程度の職務の遂行が見込まれるものの、未だ職場で望まれる程度には至っておらず、上司や同僚の負担を考慮するともう少し復職を先送りにする選択肢も不適切とは言えない場面がある。しかしこの場合は、対立する2者は「当該労働者対会社」ではなく、実際には「当該労働者対受け入れ側の職場関係者」なのであって、どちらも労働者である。

もうひとつ例をあげる。精神疾患による休業が長期にわたり、制度上認められている休業期間が満了に近づいた労働者に対して、業務遂行能力がまだかなり損なわれていても、復職可能と判定をして、当該労働者の当面の解雇を回避させるか、あるいは職場復帰は時期尚早との意見を述べるかという選択に迫られることがある。復職可否の判断を最終的に行うのは、通常人事労務担当部署であるが、実際には産業医の判断が尊重される場合が多いことから、実質的に産業医の意見は、当該労働者の復職の可否に大きな影響を与える。結果的には解雇に至ってしまう例であっても、それを

先延ばしにし、本人および家族の生活面の負担軽減や再就職に向けての健康の建て直しに寄与することが可能な例は確かに存在するのである。こうした場合の中立とは何であろうか。当該労働者が就業規則どおりの措置を受けるのをやむなすこと自体は、「会社寄り」の態度にはならないはずである。問題は、復職後順調な経過を経て職場再適応に至る可能性はそれほど高くないものの、全く無理であるとも考えられない場合の対応であろう。ただ、そうした例に対し、当該労働者にきびしい判断ばかりを繰り返す産業医は、徐々に職場の信頼を失っていくものである。人事労務担当者に対して、物わかりのよい顔をしているつもり
の産業医は、その人事労務担当者からも（その場限りの高評価をされることはあっても）結局は信頼されない。

文 献

- 1) 秋山 剛：職場復帰支援の課題。精神科臨床サービス, 6; 12-18, 2006
- 2) 中央労働災害防止協会編：心の健康 職場復帰支援手引き, 第2版。中央労働災害防止協会, 東京, 2008
- 3) 廣 尚典：産業精神保健における産業医の役割と専門性。産業精神保健, 10; 333-340, 2002
- 4) 岩出 誠：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, 2005
- 5) 中川一廣：精神科担当の嘱託産業医の立場から。精神科臨床サービス, 6; 26-29, 2006
- 6) 産業医学振興財団編：過重労働対策。産業医学振興財団, 東京, 2005
- 7) 高木道久：心の健康問題により休職した労働者の職場復帰支援に関する法的考察—判例を題材に。産業ストレス研究, 15; 181-187, 2008
- 8) 高野知樹：職場復帰の進め方。心とからだのオアシス, 2 (2); 3-6, 2008