

## 第104回日本精神神経学会総会



## 主治医の立場から

松原 良次 (特定医療法人社団慶愛会札幌花園病院)

企業外の精神科医である主治医としての最大の役割は患者である労働者に対する精神医学的診断と治療である。これに加え産業保健の領域においては、主治医として休業や職場復帰についての判断を行い、職場に提出する診断書を作成する。休業の開始が問題となることはあまりないが、職場復帰に際しては主治医と産業医の判断が一致しない場合がある。主治医は主に病状の回復程度を判断基準とするが、産業医は職場における業務遂行能力、周囲や組織に対する影響なども考慮しなければならない。一方職場の人間関係を含む職場環境の正確な評価や、職場復帰可能と判断した後の業務軽減措置、運転などの危険行為の制限については、職場の組織や業務内容に関する詳しい情報が得られなければ主治医には判断が難しい。また労働者自身や家族の強い希望がある場合には、主治医も時期尚早であると考えている段階において、職場復帰可能の診断書を書かざるをえないこともある。職場に提出する診断書の診断名があいまいであるという指摘があり、精神科病院における診断書の診断名などについて調査検討した。これらのことが職場復帰可能ではない状態での復帰や、復帰してまもなくの再度の休職となり、結果的には主治医と産業医との間に不信感を生むことになる。労働者個人の治療が目的で、その個人の立場を最大限に尊重する主治医の立場と、企業という組織と労働者という個人の中立性を維持し、安全配慮義務に基づいて判断する産業医との立場の相違は当然であるが、この異なる立場を相互によく理解した上で十分な情報交換を行うことが労働者の利益にもつながる。産業保健における精神科医の役割は増しているが、企業外の精神科主治医としては労働者と企業の両者に対するバランスのとれた視点から、企業内の精神科医あるいは産業医との密接な連携をはかることが重要である。

〈索引用語：産業保健，主治医，産業医，職場復帰，診断書〉

## I. はじめに

最近の調査によると精神疾患により1か月以上休業した労働者のいる事業場は約3/4に上る。また精神疾患により休業した労働者の職場復帰の適否の判断や実際の職場復帰がうまくいかず困っているという事業場が6割をこえていると報告されている<sup>8)</sup>。昨今の社会構造の急激な変化や厳しい経済情勢の中、増え続ける精神疾患による休業者に対する対策や職場復帰とその支援は多くの事業場において課題となっている。こうした状況の中で産業保健の領域における精神科医の役割はますます重要性を増しているが、ここでは産業保健に

における精神科医、特に企業外の精神科主治医としての役割について産業医との連携を含めて述べる。

精神科主治医として最も重要な役割は患者である労働者に対する精神医学的診断と治療であることはいままでもない。産業保健の領域ではこうした通常の診療に加え、休業が必要な場合には休業開始の判断をした上で診断書を作成しなければならない。また休業中には治療的なアプローチの一つとして職場の環境調整や生活指導を行う。さらに職場復帰可能の判断とその診断書の作成、職場復帰後の再燃、再発の予防を含めた治療の継続が必要となる。休業開始の判断が問題となることは

あまりないが、症状が改善して職場へ復帰する段階になり職場復帰が可能かどうかの判断が問題となることが多い。この職場復帰の判断に関しては主治医と産業医の判断が異なる場合が少なくなく、そうした場合に両者の円滑な連携が必要となるため、特にこの職場復帰を中心に精神科主治医の役割について考察する。また職場復帰などの判断根拠のひとつとなる職場へ提出する診断書の診断名について、特定医療法人社団慶愛会札幌花園病院（以下当院）における調査結果を報告する。

## II. 職場復帰の判断

さまざまな精神疾患の中でも職場復帰の判断をする機会の多いうつ病では、どのような点を職場復帰可能の判断根拠とするのかということが問題となる。当然ながらうつ病の症状の回復が必要条件とはなるが、それ以外の具体的な判断基準については精神科医によって考え方の異なることがある。厚生労働省の「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」には、労働者が職場復帰に対して十分な意欲を示し、通勤時間帯に一人で安全に通勤ができること、会社が設定している勤務時間の就労が可能であること、業務に必要な作業（読書およびコンピュータ作業、軽度の運動等）をこなすことができること、作業等による疲労が翌日までに十分回復していることなどのほか、適切な睡眠覚醒リズムが整っていること、昼間の眠気がないこと、業務遂行に必要な注意力、集中力が回復していることなどがあげられている<sup>2)</sup>。

精神科医を対象とした調査で、職場復帰への病状の回復程度の目安に対する質問では、80%を目安にしているという回答が約半数を占め、次いで70%、90%という回答が多かった。また寛解や軽快という病状回復から復職までの間隔はどの程度が望ましいかという質問に対しては、4週間程度とするものが最も多く、以下に2週間と3週間が続いていた<sup>3)</sup>。この結果からうつ病の症状が80%程度回復した4週間後に復職可能と判断している精神科医が多いことが明らかになった。

またこの調査によると、精神科医の診断書の病名記載方法について最も多かった回答は「なるべく状態像を記載するようにする（抑うつ状態など）」の31.5%であり、次いで「パニック障害などの偏見の少ない病名はそのまま記載するが、統合失調症などでは偏見の少ない他の病名（例えば神経衰弱など）を用いる」が29.3%となり、「実際の病名を正確に反映させる（そのまま記載する）」と回答した精神科医は21.2%に過ぎなかった<sup>4)</sup>。

このように精神科主治医が職場に提出する診断書に記載する診断名があいまいに記載されていたり、診断名ではなく状態像が記載されていたりすることが少なくない。また診断名とは言い難いような自律神経失調症や神経衰弱状態などという用語が便宜的に使用されることもある<sup>7)</sup>。もちろん実際の診断名を記載することがよいのは当然であるが、そのような記載をした場合、精神疾患に対する偏見などのために患者が職場内で不利益を被るおそれがあり、主治医の判断、あるいは患者の意向に従ってあいまいな診断名を記載することがある。しかしこのような実態を反映していない診断名や状態像のみが記載されている診断書では、職場復帰などにあたっての判断材料としての有用性は高くない。またこうしたことが精神科主治医と産業医との間に不信感を生んでしまうことになる。

## III. 診断書の診断名

前項で述べた職場復帰の際に問題となることの多い職場へ提出する診断書の診断名について精神科病院での実態を知るため、当院外来で発行された診断書について調査検討した。

平成19年4月1日から平成20年3月31日までの1年間に当院外来で発行された診断書は延べ169例であった。この169例のうち休業開始に関するものが115例、職場復帰に関するものが25例、その他が29例であった。休業開始時に提出された延べ115例の診断書において最も多かった診断名は「抑うつ状態」の53例（46.1%）であ

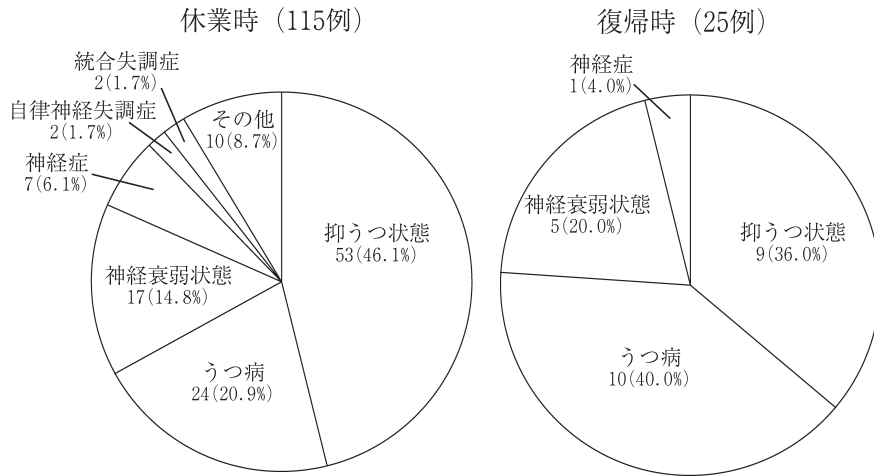


図1 休業時と復帰時における診断書の診断名

り、次に「うつ病」が24例(20.9%)、「神経衰弱状態」17例(14.8%)、「神経症」7例(6.1%)、「自律神経失調症」2例(1.7%)、「統合失調症」2例(1.7%)などであった。また職場復帰時に提出された延べ25例の診断書の診断名では「抑うつ状態」が9例(36.0%)、「うつ病」10例(40.0%)、「神経衰弱状態」5例(20.0%)、「神経症」1例(4.0%)と概ね同様の傾向であった(図1)。

このうち「神経衰弱状態」と「自律神経失調症」についてさらに外来病歴から実際の診断名を調査した。休業開始時の「神経衰弱状態」17例の内訳は統合失調症が14例、うつ病2例、躁うつ病1例であり、「自律神経失調症」2例の診断はうつ病と神経症が各1例であった。また職場復帰時の「神経衰弱状態」5例は全て統合失調症の症例であった(表1)。

以上の結果より今回の調査では「抑うつ状態」など状態像の診断名が含まれてはいるものの、実態を反映していると思われる診断名が大部分であったが、一部にはいまだに「神経衰弱状態」や「自律神経失調症」という慣用名が使用されていることが明らかとなった。この「神経衰弱状態」や「自律神経失調症」にはうつ病も含まれてはいたが、最も多かったのは統合失調症の症例であっ

表1 「神経衰弱状態」と「自律神経失調症」の内訳

休業時 (115例)		復帰時 (25例)	
「神経衰弱状態」	17例	「神経衰弱状態」	5例
統合失調症	14	統合失調症	5
うつ病	2		
躁うつ病	1		
「自律神経失調症」	2例		
うつ病	1		
神経症	1		

た。精神分裂病からの名称変更により本人や家族への告知はしやすくなったといわれるが、職場に提出する診断書に記載するには依然として心理的な抵抗感の強いことがうかがわれた。

診断名とともに問題となることの多い休業期間についてもあわせて調査した。休業開始時の診断書延べ115例のうち休業期間の記載のある延べ77例についてその期間をみると、1か月間が36例と半数近くを占め、次に3か月間の20例、2週間の14例などとなっていた。診断書を1回のみではなく複数回作成している症例もあるが、休業期間の一応の目安としては1か月間が最も多いという結果であった。

また職場復帰可能の診断書を提出する際に、復帰後の就業上の措置の記載を求められる場合が多い。職場復帰時の診断書延べ25例のうち就業上

の措置が記載されていたのは12例と約半数であった。その内訳は3時間あるいは半日などの勤務時間制限が7例と最も多く、それ以外では時間外の制限や出張の制限などがみられた。

#### IV. 産業医との連携

精神科医と産業医との連携における課題を調査した報告では、職場復帰など職場でのメンタルヘルス対策に関わる場合に苦慮することがあると答えた精神科医は約9割を占めた。その理由として最も多かったのが「職場の実際状況がわからないまま判断する」であり、その後「職場の産業保健スタッフとの連携が困難」、「診断書について患者からの希望との折り合いがつかない」などが続いていた。また産業医からは「外部精神科医、心療内科医との連携に苦慮することがある」という回答が2/3を超えていた<sup>3)</sup>。これは精神科以外を専門とする産業医が大半を占めることから、専門診療科の相違によるところが大きいと思われるが、主治医と産業医との立場の違いが、両者の判断の差異や連携の困難さの原因のひとつとなっているともいわれる。主治医は医療機関に所属し、患者の診療が中心業務であるのに対して、産業医は企業に属し、その企業の労働者に対する定期健康診断、休職や復職の判定など安全配慮義務に基づく業務が中心となる<sup>5)</sup>。主治医が患者側の立場に立つことは治療的な医師患者関係を考慮すると当然といえるが、産業医は患者の症状の回復程度のみではなく、職場の人間関係や就業規則などの職場環境も考慮に入れて判断しなければならない立場にある。

主治医と産業医の独立性と中立性について、産業医は6対4もしくは7対3ぐらいで企業利益を配慮し、主治医は逆に企業3、患者7ぐらいを心がけることが必要であるとの意見がある<sup>6)</sup>。また産業医は組織と個人、主治医は個人の視点であり、主治医が患者の立場に立つ割合は6~7割がよいとする考え方もある<sup>4)</sup>。実際の産業保健の現場においては、主治医と産業医とが各々の立場に立ちながら、しかもお互いの立場を尊重した上で、患

者の職場と職場以外の両方の場面での状態を考慮したバランスのとれた判断が望まれる。職場復帰に関しては、患者の希望と企業の意向は必ずしも対立あるいは相反するのではなく、むしろ中長期的にみた場合、双方にとって適切な復職時期、復職後の配慮の一致点が存在する例が多いはずであるという指摘は示唆に富む<sup>1)</sup>。

先に引用した厚生労働省の「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」にも「職場復帰支援に関して検討・留意すべき事項」の最初に「主治医との連携の仕方」の項目をあげている。ここでは主治医との連携に当たって、事前に当該労働者への説明と同意を得ておく必要がある、主治医に対して事業場内産業保健スタッフ等や管理監督者それぞれの立場や役割、病気休業や職場復帰に関する会社の規則、プライバシーに関する事項などについて十分な説明を行うことも必要であると述べられている。さらにその際には、労働者本人の職場復帰を支援する立場を中心としながら必要な情報交換が行われるよう努めなければならないとしている。また直接主治医との連絡や面会を行う場合、それに費用を要する場合の負担については、事前に各事業場で取り決めておく必要性についても言及されている<sup>2)</sup>。

#### V. おわりに

産業保健における精神科主治医の役割について、企業の外部と内部の連携という視点から、特にその判断の相違が問題となることが多い職場復帰に焦点をあてて述べた。

増え続ける精神疾患のために休業する労働者とその職場復帰支援に対する対策は大きな問題であり、平成16年には上述の「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」が厚生労働省から発表された。うつ病をはじめとする精神疾患が労働者に増加する一方、厳しい経済状況や多様化する雇用情勢を反映し、職場へ復帰する労働者に対する職場からの要求水準は逆に高くなり、職場復帰は従来よりいっそう困難さを増している。このような現状から最近では職場復帰支援

を目的としたデイケアや作業療法などのプログラムが、行政機関、総合病院精神科、大学病院精神科、精神科病院、精神科診療所などいろいろな施設で積極的に行われるようになり、産業保健における企業外の精神科医の果たすべき役割はますます大きくなっている。

精神科主治医と産業医とが患者あるいは労働者の立場を尊重しつつ、それぞれの立場から役割を担うことが必要となる。主治医からは産業医に対して、「復職支援システムがない」、「就労者の社会復帰に消極的である」、「解雇のための作業に協力を求められる」などの意見が聞かれる<sup>10)</sup>。一方産業医の側からは、「必ずしも正確な診断名でない診断書」や「症状や治療内容に関する説明が提供されない」などの課題が出されているが、労働者に関する情報を本人の同意のもと、必要に応じて双方向的に開示しあうことに肯定的な意識があるとの指摘もある<sup>9)</sup>。主治医にとっても産業医にとっても、患者あるいは労働者を第一に考える視点が共通した基盤であり、そうした視点から相互の立場をよく理解した上でのより密接な連携が重要である。

## 文 献

1) 廣 尚典：誌上討論 産業医・精神科主治医の独立性・中立性を考える 回答：産業医にも「やぶ医者」は

いる。産業精神保健，11；270-271，2003

2) 厚生労働省：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，2004

3) 中野英樹，新開隆弘，中村 純：職場のメンタルヘルスの現状—産業医および精神科医へのアンケート調査から—。産業精神保健，15；156-164，2007

4) 夏目 誠：誌上討論 産業医・精神科主治医の独立性・中立性を考える 回答：精神科主治医の立場に関して。産業精神保健，11；274-275，2003

5) 夏目 誠：産業保健スタッフと臨床現場の新たな連携—精神科医の立場から—。産業ストレス研究，13；109-112，2006

6) 大西 守：誌上討論 産業医・精神科主治医の独立性・中立性を考える 問題提起。産業精神保健，11；269-270，2003

7) 大西 守，黒木宣夫：職場復帰と診断書をめぐって。臨床精神医学，33；895-898，2004

8) 島 悟：厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究」平成14年度～平成16年度総合研究報告書，2005

9) 堤 明純：特集：産業保健スタッフと精神科医・心療内科医との連携：良好な関係構築に向けて 特集にあたって。産業精神保健，16；4-5，2008

10) 横山和仁：厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「労働者のメンタルヘルス対策における地域保健・医療との連携のあり方に関する研究」平成16年度～18年度総合研究報告書，2007