

第 105 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実務的課題と解決策検討

櫻 澤 博 文 (さくらざわ労働衛生コンサルタント)

精神科医が、労働者の求めに応じ診断書を事業者に対して提出する場合、それらが操作的診断基準に基づいた精確な記載になるよう、その実施環境整備を学会は具現化してもらいたい。この実行は、存在する偏見をも払拭する契機になりえる事も含め、労働者の幸福追求権を満足しえる担保となるであろう。また、科学的根拠に基づいた自殺防止モデル事業を整備してもらいたい。その内容は、日本医師会の「生涯教育カリキュラム〈2009〉」に沿う事で、地域医療、保健、福祉を担う「かかりつけ医」が実施しえる地域精神保健支援プログラムとしての内容を具有すべきである。

1. はじめに

2009年3月改訂「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」(以下「手引き」)には、精神科主治医発行の「診断書」に起因する課題と、その対応に関する記載が新たに加えられた⁹⁾。ここに含められていると考えられる課題と、自殺対策モデルとされている公的事業の限界を根拠に、望ましい産業精神保健の在り方について検討する。

2. 「手引き」改訂の背景について推察

「手引き」では、企業が、精神科主治医(以下「主治医」)に対し、「診断書」を通じて、従業員の就業上の配慮事項を期待する事は、非現実的であるとしている。「診断書」が出されたとしても、職場側が期待する、継続的な業務遂行が可能な水準まで労働力が回復しているわけではないとしている。2~3割の回復がせいぜいであるとしたもの¹⁴⁾や、そもそも主治医に業務遂行力判断は行い得ないとしているもの³⁰⁾までである。まとめると、主治医は、復帰は不可との見通しを、“復帰可能”と「診断書」に真逆の記載を通じて示す現実の複雑さを、「手引き」は示したものと解釈しえる。

3. プライバシー配慮権と労働者としての サービス義務との利益衡量

医師が「診断書」に虚偽記載したとしても刑罰的には問題にはならない。刑法134条(守秘義務)による保護に加え、刑法160条の虚偽記載に関する罰則適用があるのは、公務所に提出する場合のみだからである。

従って、甲説「主治医が、労働者側に立った診断を行う事で、労働者の権利保護が図りうる」が成立しえてきた。実際、労働者と事業主間には、雇用契約が締結されている。そこには、労働契約法第3条第4項に規定されたような、信義誠実則と権利乱用防止法理に基づく記載が定められている。契約は本来、前提が不成立となった場合、無効解除が可能⁷⁾であり、労働契約も例外ではない。その場合、たとえ産業医が、障害者雇用促進法第72条の4第1項の「精神障害者である労働者についての適用に関する特例」の適応を求める場合でも、事実関係が確認できない以上、事業者側に労働者の労働力を判断する根拠を提示しえない。この場合、事業者側は、労働者の事理弁識能力に鑑み、労働力提供が期待しえないと、禁圧的・萎縮的效果から区分せざるをえなくなり、結果として労働契約は解除となる^{3,33,34)}。主治医から、一

見、復職可だが、実際には、当該労働者は、労働能力を担保しえない状態であると行間で通知する「診断書」の提出行為そのものが、雇用契約解消の原因になりえる。プライバシー権保護を優先する判断を前景に出していても、実際には「診断書」が差別の原因になる事を恐れ、かつ事実記載をしないという主治医の行為は「懈怠」であり、労働者の就労権を損ね損害を与える「過失」を生む結果になる。

4. 「手引き」で示された対応の実際と、 産業医側の課題

①手引きで示された対応の実際について

脆弱性の補強役は、産業医とされている。産業医は、労働者の同意を得た上で、主治医判断と、職場側判断との乖離を補填するために、主治医から、労働者の状態等の評価、今後の就業に関する労働者の考えや家族からの情報といった、主治医が、その情報開示を拒否する理由そのものをすら想定しえないような基本的な情報や意見を収集する役目を担うものとされている。

②産業医業務の実際

限界は以下である。まず従業員数50人未満の事業所には、そもそも産業医選任義務はないため¹⁵⁾、その支援は普通、得られない。選任されていても、その業務範囲は広範である¹⁶⁾。十分な支援を「手引き」に沿って実施しようにも、物理的限界が制約になる。また、シンポジウム抄録にて触れたように、月100時間の残業を強いられた結果、蓄積疲労が確認された場合でも、原因改善を、事業者に対して、“直接”求める権限は確保されていない。産業医に課せられた規定は、“面談をして下さいと、申し出て下さい”と、その労働者に面談に臨むよう勧奨する義務と、面談後の勧告権のみである¹⁷⁾。監督行政にも限界がある。「労働時間の延長の限度等に関する基準」(平成10年12月28日労働省告示第154号)も、事業者が違反していたとしても、労働基準監督者は、変更命令は出せず、遵守指導しかできない¹⁸⁾。以上にも

かかわらず、労働者側に被害が生じた場合、産業医の勧奨方法に原因があると、産業医に帰責性を負わせる事で、事業者側の保護は図れる規定とした解釈も可能である。シンポジウムの席上、光石忠敬弁護士は、産業医辞退の動きについて言及された。実際、産業医を被告とする訴訟発生リスク指摘もある¹⁹⁾。筆者も、特定社会保険労務士に加え、複数の弁護士と常に連絡ができる体制を整備している。

③厚生労働省が企図した別の意図

②より、元より重責を担った産業医に、①の主治医の「懈怠」や「過失」までをも担わせる事は、不公平と考えるにもかかわらず、担当させる背景には、産業医に、「診断書」問題を解決させる事を通じて、精神医療の問題すら改善させたいと期待されているものとする他ない。確かに、産業医に期待している文脈は、確認されている^{7,11,19,24~26)}。

5. 「手引き」改訂背景の更なる考察

主治医の「懈怠」と「過失」について、根拠になりえる主な自経例を記載する。すべて、就業規則にて、当該労働者を事業者は産業医に受診させる義務が課されていたケースである。

「懈怠例」

- i) S区内総合病院；診療情報提供書提出依頼に対し、「顧問弁護士と相談し、法的措置を執る」との文書にて拒絶。
- ii) F市クリニック；複数回の復職失敗にもかかわらず、治療や指導内容に変更が加えられず、かつ責任ある業務を事業所より任せられない実際に、労働者すら不安を抱くに至っている実際について、主治医側に、必要と考えている支援措置について、「手引き」に沿い、その意見を求めたところ、“大学病院レベルの事はできない”との記載に象徴される陰性感情の発現や受動攻撃性が投影された返書が到着した。
- iii) 喫煙と自殺との関連性が、大規模コホート研

究にて検討されている⁵⁾にもかかわらず、ニコチン依存への対応を執らない精神科医が複数いる。この研究は、喫煙者は非喫煙者と比すると自殺死リスクが1.3倍高い結果としている。対して、禁煙成功者は、非喫煙者より同リスクは0.7倍で済んでいた。「対偶は常に真」より、喫煙者を禁煙成功者に導くと、自殺リスクはそれまでの1.3倍から0.7/1.3より0.54倍へと、76.2%も自殺死リスクを低減できると期待しえるにもかかわらず。

- iv) 認知(行動)療法の気分障害や不安障害への有用性は、系統的な精神科臨床研修を受けた事がない筆者でも知っている²¹⁾。しかしながら、復職判定時の面談を通じ、多剤併用投与問題¹¹⁾点は把握できこそすれ、認知療法などの提供がなされていない精神科医の存在が複数確認できている。

「過失」例

- v) 操作的診断基準を元にした診断が実行できるかどうか、精神科医の診立て力そのものの判別式であるとした、市井に対する啓発もある¹⁷⁾中、操作的診断基準を元に、判断根拠を教唆してくれる精神科医も一方いるのも事実である。しかし、これまでの記憶では、0.8%程度にすぎない。
- vi) 「診療情報提供書」にすら、診断名は「抑うつ状態」としている場合が確認できている。身体科でたとえるなら、「腹痛」としているに等しいと考える。なぜなら、Social Adaptation Self-evaluation Scaleの有用性が、産業医対象講習会にて指導されている²⁵⁾中、「診断書」で確認した経験はない。

6. 前半の結論

1998年に3万人を超えて以降、高い水準で推移している⁸⁾自殺の対策の一層の推進として、厚生労働省は2009年3月に「当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について」との通達を出した。具体的実施事項には、「業界団体等の自主的活動の推進」もある。内容としては、教育研修の合同

実施など、自主的活動の実施指導規定が制定されている。従って学会は、「診断書」の精度向上や、操作的診断基準習熟をはじめとした教育研修を、「業界団体等の自主的活動の推進」の実際として実施していく必要がある。偏見問題をいつまでも先送りし続けるのではなく、より良い就労の在り方について、学会として検討を重ねて、産業医と共に解決に向けた指針を世に屹立する時代に達している。

7. 後半の背景

日本医師会において、「日本医師会かかりつけ医うつ病対応力向上研修会」が開催された¹²⁾。取り上げられた「富士モデル事業」(以下、「事業」)を他で実施する事が、果たして医療現場で活躍する¹²⁾に資するモデル事例といえるのか、検証を加えたい。

8. 「事業」の限界

①背景

富士市が静岡県と共に実施中の公的事業である。富士市は、映画「ゴジラ対ヘドラ」²²⁾の舞台であったように、今も公害喘息²⁾や石綿被害で知られる⁴⁾産業都市である。「事業」が開始となった理由は、人口動態統計の市町村別・死因別統計他¹⁾にて確認可能なように、自殺においても静岡県内で芳しくない記録が示されていたからと理解できる。また、古紙配合割合虚偽記載⁶⁾に、煤煙濃度の虚偽報告²⁹⁾で示されたように、業界ぐるみで不正を繰り返す温床として有名な地でもある。

②「事業」にまつわる疑問

以下図1に示した通り、富士市の自殺者数が複数年減少してから、この「事業」は2007年1月以降、開始となっている。実行されている「事業」内容と、その実施開始時期³¹⁾は以下のとおりである。

2007年1月：不眠症状を元にした精神科送致システム試行開始

同 7月：上記に加えた家族を対象とした

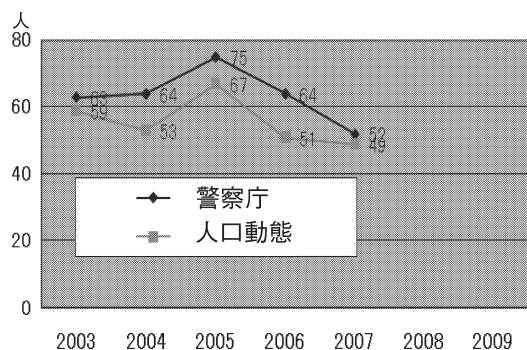


図1 富士市自殺者数

キャンペーン開始

同 10月：薬局での服薬指導開始

9. 「事業」内容の妥当性について

この「事業」そのものの説明責任に関する検証方法を以下に示す。

①疫学

- ・統計数値を複数年にわたり記述し、推移の確証を皮切りとした記述統計や、分析疫学に基づく、量的評価を実施する。
- ・筆者は、操作的診断基準を元にした判断がなされている精神科医の割合をはじめとした統計を元に、疫学会にて議論を求める。なお、これまで、電磁場曝露という、“雲を掴む”かのような対象物でさえ、記述疫学は捕捉しうる²⁷⁾事を筆者は立証してきている。また、その健康影響について、「寄与危険度」をはじめとした分析疫学を活用し求めている²⁸⁾。

②ヘルスサービス研究

- ・説明責任の観点からみると、臨床家のみならず、公衆衛生担当者も利益享受者である国民や市民の期待権を満足する義務を負う^{7,11,20,24,32)}。
- ・ポリグラフ検査上、不眠の多くは、神経症/質性不眠であるとの意見もある¹¹⁾中、2週間以上の不眠症状があれば、即、「うつ」と判じさせ、周囲には、不眠症状が出た者に対してうつでは

ないかとの疑念を与えさせ、当人を結果として通院させる実際が、この「事業」の特色である。その特色の実効性強化のために、2007年7月から掲示され始めた「睡眠キャンペーンポスター」³¹⁾をみると、まるで「不眠」を、悪いかのような観念を与えかねない構成と理解しえる。

- ・気分障害の診断基準に、2週間以上の不眠症状を挙げている点、どの診断基準からの引用なのか、不明である。
- ・日本医師会は、医療の安全や安心の補償につながる¹³⁾とした生涯教育制度を整備している。「不眠」については、原因の見極めと、適切なマネジメントを行うとともに、必要に応じて専門医へ紹介できる事が行動目標になっている¹³⁾。中途覚醒の有無、随伴症状や身体・精神の併存疾患の有無などの病歴聴取も、最初に適切に実施すべきとされ、鑑別診断をみても、気分障害が冒頭で挙げられているわけではなく、代謝内分泌系疾患、薬剤性不眠の次¹³⁾である。そもそも、専門医に紹介すべき病態も、「事業」のように気分障害だけ、かつ最初ではない。エビデンスに基づいた標準的なマネジメントとして、睡眠衛生に関する指導や、睡眠薬の適切な処方ができるように、指示されている。「事業」立案者は、富士市の医師会会員の資質をみくびっていないものと信じたい。

③ヘルスサービス研究による吟味先として

- ・厚生労働省は、地域自殺対策推進事業（平成19-21）指定を出し、かつ「当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について」を踏まえ、日本医師会がその教育研修の合同実施対象先として取り上げた以上、当「事業」の点検に基づく改善指示を実施してもらいたい。かつ、疫学を骨格としたヘルスサービス研究³²⁾としての検討を加えていく必要がある。
- ・日本医師会も、この「事業」を、かかりつけ医に対し、うつ病対応力向上研修会にて引用した以上、その生涯教育カリキュラムとの整合性をつける観点から、改善を希求していく必要がある。

る。

- ・精神神経学会は、以下続く観点に立ち、その持つ公益性の観点から、科学的根拠に基づいた自殺防止モデル事業を整備する必要がある。

10. 結びに代えて

深刻な対立する利益の衡量までも^{19,24,26)}が可能な、「監査」役務を、学会は公器として担う必要があると考える。折しも今回のシンポジウムには、使用者、労働者の支援者たる産業看護師、両方の均衡吟味役たる産業医、それらの科学的評価者たる研究者、それらの倫理的評価者である倫理学専門家、以上の法的妥当性監査役たる弁護士が一堂に会して、「正しい事を、正しくするには」(“doing the right things right”)という視点の実現に向け、議論開始を実施した。同様の多軸評価を加味かつ昇華して構成されてきた学問体系としては産業医学と、その実践形として労働安全衛生や産業保健を挙げることができる²⁴⁾。今後も総会では、引き続きこのような多軸視点からの評価を織り込んだ議論を、複数の職種が関係している精神神経学という学問体系を骨格に、医療・保健・福祉と広範囲の実践体系を網羅し、多数の利害関係者との調整²⁰⁾の継続的実施が必要と考える。そして、今回のシンポジウムでの発言や、この論文が、精神疾患に対する誤解や偏見の解消になる契機になれば幸いと期している。それは折しも総会のキャッチコピーに「坂の上の雲」が掲げられているからである。であるならば以上、一層の公平性や社会貢献という公共性を担う契機の一つとして、これまで試みられて来なかった方法論の挿入や活用を、学会には期待したいからである。羸弱(るいじゃく)な基盤しか持ちえなかった日本を、我々の先哲は、自己と、困難に立ち向かう国家を同一視し、自ら国家の一分野を担う気概を持って各々の学問や専門的事象に取り組んだ²³⁾ように。これこそが、「わが国精神医学の目指す地平、坂の上の雲」…すなわち経験主義・封建的な精神手技から、科学的・客観的な近代的精神医療へ脱皮する契機ではなかるうか。

文 献

- 1) フジ ブルースカイ ジモピの魂。2008.02.12. うつ病を早期発見!! 富士市の取り組み。URL: <http://ulala.82net.moo.jp/?eid=824712>
- 2) 富士市公害健康被害補償条例, 昭和49年12月27日条例第54号
- 3) 福田学園事件. 大阪地裁平成17年4月8日. 労判895号; 88
- 4) 働くもののいのちと健康を守る全国センター・アスベスト対策本部: 国と石綿関連大企業の責任を明らかにした被害者への十分な補償・救済対策と健康管理, 予防対策の拡充をアスベスト被害の根絶を求める全国交流会への問題提起。2008年9月13日。URL: <http://www.inoken.gr.jp/sei-ken/sekimen-080913.pdf>
- 5) Iwasaki, M., Akechi, T., Uchitomi, Y., et al.: Japan Public Health Center-based Prospective Study on Cancer and Cardiovascular Disease (JPHC study) Group. Cigarette smoking and completed suicide among middle-aged men: a population-based cohort study in Japan. *Ann Epidemiol*, 15; 286-292, 2005
- 6) 環境省: www.env.go.jp/council/02policy/y029-01/ref04.pdf
- 7) 河野慶三: 職場におけるメンタルヘルス対策と産業医の役割。平成21年度産業医科大学メンタルヘルスエキスパート産業医養成コース。p.5-51, 2009
- 8) 警察庁統計資料。平成21年5月発表 URL: <http://www.t-pec.co.jp/mental/2002-08-4.htm>
- 9) 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課: 「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」の改訂。産業保健, 21; 4-6, 2009
- 10) 内閣府: 平成20年版 自殺対策白書 事例紹介一覧。事例紹介5。URL: <http://www8.cao.go.jp/jisat-sutaisaku/whitepaper/w-2008/html/honpen/jirei/jirei05.html>
- 11) 中村 純: 職場における精神医学的問題。平成21年度産業医科大学メンタルヘルスエキスパート産業医養成コース。p.55-67, 2009
- 12) 日本医師会: 日本医師会かかりつけ医うつ病対応力向上研修会(平成20年10月5日開催)講演記録集。日本医師会, 2009
- 13) 日本医師会: 5 不眠。日本医師会生涯教育推進委員会。日本医師会生涯教育カリキュラム<2009>。2009
- 14) 大西 守, 近藤信子: 円滑な職業復帰を進めるコワーメンタルな問題がからむ事例において一。東京さんぽ,

- 21, 40; 407-410, 2009
- 15) 労働安全衛生規則第13条
- 16) 労働安全衛生規則第14, 15条
- 17) 労働安全衛生規則第52条の3 第3, 4項
- 18) 労働基準法の一部を改正する法律の実施について、平成11年1月29日基準局発第45号
- 19) 斉尾武郎：職場のメンタルヘルス。毎日ライフ、36 (10) ; 11-53, 2005
- 20) 斎尾武郎：CONSORTとSTARD—研究報告の質向上のための様々な動き—。臨床評価, 30 (1) ; 117-128, 2002
- 21) 坂野雄二：認知行動療法。日本評論社, 東京, 1995
- 22) 坂野義光監督：ゴジラ対ヘドラ [DVD]。東宝ビデオ, 2004
- 23) 坂の上の雲。Wikipedia。URL : <http://ja.wikipedia.org/wiki/%E5%9D%82%E3%81%AE%E4%B8%8A%E3%81%AE%E9%9B%B2>
- 24) 櫻澤博文, 中山健夫：Evidence-based health-careの理念推進のために。健康開発, 7 (1) ; 16-18, 2002
- 25) 櫻澤博文：科学性に立脚した公衆衛生の実現のために タバコ問題を事例に。北陸と公衆衛生, 49; 2-5, 2003
- 26) 櫻澤博文：保健・医療や医学教育の改善のために、財団法人聖ルカ・ライフサイエンス研究所ニューズレター, 1418-1424, 2003
- 27) Sakurazawa, H., Iwasaki, A., Higashi, T., et al. : Assessment of exposure to magnetic fields in occupational settings. JOH, 45; 104-110, 2003
- 28) Sakurazawa, H., Sokejima, S., Nakayama, T., et al. : Risk assessment of occupational magnetic fields exposure in Japan. International Congress of Occupational Health, Iguazu Falls, Brazil, 2003
- 29) 製紙業界ぐるみのデータ隠し。URL : <http://abe.jp-j.com/?eid=969193>
- 30) 島 悟：産業保健スタッフの役割。産業保健 21, 57; 7-8, 2009
- 31) 静岡県精神保健福祉センター：うつ病予防対策「富士モデル」事業。URL : <http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-810/seishin/utsu.html>
- 32) Spasoff, R.A. (上畑鉄之丞, 望月友美子, 水嶋春朔ほか訳) : 根拠に基づく健康政策のすすめ方—政策疫学の理論と実際。医学書院, 東京, 2003
- 33) T & D リース事件。大阪地裁平成21年2月26日。労経速 2034号 ; 14
- 34) 豊田通商事件。名古屋地裁平成9年7月16日。労判 737号 ; 70