

## F.産業医に関する裁判例と産業精神保健

近畿大学法学部准教授 三柴 丈典

### 1 はじめに

労使に焦点を当てた産業精神保健に関する裁判例の分析や解説は数多くあるが、その重要な担い手の一人である産業医に焦点を当てた裁判例の体系的研究は見当たらない。

そこで本節では、産業医に関する裁判例の整理分析を通じて、医師による産業（精神）保健業務の行為規範を汲み取ることを試みる。ただし、現段階では、①産業医が当事者となったもの、②事件の当事者ではないが産業医の過失ありとして事業者の責任が問われたなど、それとほぼ同レベルで事件に関与したもの、について産業精神保健に関する例は見当たらず、他方で、健康管理を含めた予防医療としての共通性は認められるため、まずは産業保健に関する裁判例全般を対象に捉えることとした。

採用した裁判例の具体的な選択方法は以下の通り。

1) まず、大日本帝国憲法下から現在に至る公刊・民刊の判例誌約100誌で公表されたものなど全分野の判例計約18万件につき全文検索機能を搭載した第一法規法情報総合データベース ([http://203.179.18.4/d1w2\\_portal/index.html](http://203.179.18.4/d1w2_portal/index.html)) において、「産業医」のキーワードで判例検索を行った。

2) 2010年12月2日時点でヒットした209件をリストアップし、その内容を目視でチェックし、上記の①②と共に、③「産業医」の文言が判決文に5か所以上登場する判例のうち、①②に該当せず、産業医の事件への関わりが一定程度認められるか、産業医の行為規範を汲み取り得るもの<sup>1</sup>、もピックアップした。

その結果、①は2件（うち1件は産業医というより外部健診機関の事案）、②は5件、③が11件抽出されたので（①②に精神疾患系の事件はなく、③に5件存在した）、事件の概要、事件と産業医の関わりを簡潔に整理し、もって上記の目的の達成を図ることとした。

なお、現行の産業医制度が創設されたのは昭和47年だが、以後約40年間を経てなお、①②を併せて2桁に達しないこと自体、（現段階での）産業医の職性を物語っているといえよう。

### 2 判例

#### 2.1 産業医が当事者となった例から得られる示唆

この類型に属する判例は、以下の2件である。

(1) 北興化工機事件札幌地判平成16年3月26日判例時報1868号106頁

(2) 瀧川化学工業（H I V解雇）事件千葉地判平成12年6月12日労働判例785号10頁

(1) は、昭和41年にY1に入社し、平成2年より技術営業部の課長職として主に機械設置工事の現場監督等の業務に従事していたXが、Y1の嘱託産業医を務め、かつ自身の診療所を持ち、Xの主治医でもあったY2の下に受診したところ、本態性高血圧症、冠動脈硬化症と診断され、降圧剤の処方を受けて、3回ほど通院するうちに血圧値等にある程度改善がみられたため、受診を停止したが、他方、Y1の定期健診では、上記の受診前から高血圧状態（縮小期150～160程度／拡張期90～100程度）が一貫して継続し、心電図所見でPR延長、陰性Tにより要経過観察とされたり、受診停止から2年ほど後には血圧180／120などにより要治療、心電図所見で左房肥大、左室肥大により要観察とされるなどしていたところ、その半年ほど後に左脳出血を発症し、身体障害等級1級の重い後遺症を残したことを受け、Y1については、安全配慮義務違反又は注意義務違反、Y2については、主治医としての医療契約違反又は不法行為があるとして、損害賠償を請求した事件である。ここで特筆すべきは、Xが、Y2につき、主治医としての過失責任（適切な治療、健康指導、受診勧奨等の義務の懈怠による）と産業医としての過失責任（健診受診の指示、事後措置の実施、Y1への就業制限措置等の義務の懈怠による）の両者を請求根拠とした点である。また、うち後者の主張に際して、産業医たるY2とXの間に直接の契約関係がないこと等による法理論的な障害を克服するため、Y2は、Y1と産業医契約を締結した時点で、Xに対して労働安全衛生法（以下、「安衛法」という）第13条が定める産業医の業務を行う第三者のためにする契約（民法第537条）を締結し、その後XがY2に受診したことで受益の意思表示をなしたことになるので、Y2がこれを怠ったことにより、Xに対して債務不履行責任を負う、との立論を試みたことも興味深い（代理人弁護士の苦悶の跡を偲ばせる）。結論的に判決は、Y1への請求につき、そもそもXの業務の過重性が認められず、業務起因性がないとして斥け、Y2への請求についても、産業医としての責任は、法理論的に成立せず（Y2はY1に契約責任を負うことはあっても、Xに対しては負わない）、主治医としての責任は、診療後いったん血圧が改善しており、治療は適切であったし、受診停止後についても、緊急を要する状態になかった以上、受診勧奨義務があったとはいえない、などとして斥けた。

いっけん妥当な判決に思えるが、やや重要な論点を見落としている観も否めない。

まず、本件災害には、本当に業務起因性はないか、という点である。上記の通り、Xは、脳出血の発症までの4年間以上、学会の高血圧治療ガイドライン（JSH2009）上は「要加療」ないしそれに近い状態にあった可能性が高い。にもかかわらず、定期健診ごと適切な事後措置、保健指導がなされた旨の認定は見当たらない。次に、その発症がたとえ労災に該当しない私傷病ないしもともと有していた基礎疾患の自然経過によるもののだとしても、防止できる発症は防止するのが医療ではないか、という点である。すると、主治医として

は、看護指導義務（医師法第23条[但し訓示規定]）の履行が問われるし、産業医としては、保健指導（安衛法第66条の7[但し努力義務規定]）の履行が問われ（行政解釈では、その内容に医師への受診の勧奨も含まれると解されている）、いずれも不法行為法上は、医師個人の過失責任を問われ得る。第3に、本件に最も特徴的な点として、1人の医師が2つの職分で1人のクライアントに対していたことに伴う同人の期待は法的に意味をなさないか、という点である。本件でXがY2を訴訟の相手方とした最大の理由はこの点にあったと解されるが、現にY2は、Xの受診停止後の血圧の推移等も知っていたか、知り得る立場にあった。面会も容易な条件下にあったはずである。本件では、Xが自発的に産業医であるY2を主治医に選んだ以上、同人の客観的意思解釈としても、一方の職分で得た情報を他方の職分に転用する合意はあったと解され、情報取扱規制の点でもおそらく支障は生じない。となれば、XがY2による総括的な管理を相乗的に期待するにも無理からぬ点があったと言え、それを遮断するには、少なくともY2の側から応分の説明をなすべきだったのではなかろうか。

このように、本件については、実際の判決はさておき、医師の1人2役に伴う法的リスクが示唆されよう。

(2)は、事案の構造自体は比較的単純で、Y1に有期雇用され、就労を開始したばかりであった在日日系ブラジル人のXが、外部健診機関（病院）であるY2で実施されていたY1の定期健診を受診した際、本人同意のないままHIV抗体検査を実施され、感染情報がY1に伝達された後に期間満了を待たずに解雇されたこと（正確には、Y1総務課長がHIV検査の結果を示しつつ、表面的に経営難を理由に挙げて「辞めて欲しい」旨を告げたことを受け、Xが出勤を停止した経緯があるが、判決はその発言などをもって解雇と認めている）を受け、その両者に対してプライバシー権侵害を根拠に慰謝料を、Y1に対しては、解雇無効を根拠に雇用契約上の地位の確認と所定賃金の支払を請求した事件である。なお、この抗体検査は、Y1の依頼で新規雇用ブラジル人被用者のみに対して実施されて来た経緯があり、Y2も意図的にXの同意を得ずに実施していたことなどの事情があったが、Y1はY2から指南を受けて実施した、工場で機械を扱うため出血事故対策の必要があった、Xに欠勤が多かったため健康状態を知る必要があったなどと主張し、Y2は、Y1において同意獲得済みと誤解していたなどと主張した。判決は（当然ながら）両者によるプライバシー権侵害の責任を認めたが（雇用契約上の地位については、有期契約の満了により認められないとした）、慰謝料については、本人がHIV感染の事実を以前から知っていたこと等を理由にY1につき200万円、Y2につき150万円にとどめた。

事案の性質上、プライバシー権侵害に関する結論は当然としても、判示の中には一定の意義を持つ示唆を汲み取れる部分もある。

判示1）外部健診機関であるY2は、単なるY1の履行補助者（法的にいう手足）ではなく、医療機関として独自に秘密保持義務を負うほか、HIV抗体検査については、仮に本人同意が得られている場合にもその心情をおもんばかった対応を図るなど、医療者として

の特別な配慮を実施すべき立場にある。

これは、医療者（医療機関）は、医療に関わる面では、本人の心情への配慮を含め、企業を含めた非医療者の措置をリードし、カバーする存在でなければならない、という至極当然の趣旨を本件に展開したものだが、それが必要の限りでカウンセリングを含めた心情的配慮にも及び、その面からも本人同意の再確認を含めた医療情報の取扱いの適正化を担保すべき立場にあることを明らかにした点に一定の意義が認められよう。

判示2）事業主が従業員のH I V抗体検査などを行うことは、その検査の必要性が合理的かつ客観的に認められ、かつ本人同意がない限り、それ自体がプライバシー権侵害となる。外部医療機関においても、本人同意を得ずにH I V抗体検査を行ったり、検査結果を第三者提供することは、当該本人のプライバシー権侵害に当たる。

やや長文になるが、以下、この判示から汲むべき示唆について検討する。

本判決は個人情報保護法の制定・施行前に下されたものなので、むろん同法には触れられず、プライバシー権のみに根拠が求められているが、特に産業保健との関係で注視されるべきは、事業者か外部医療機関かを問わず、H I V抗体検査については、原則として、その結果（得られた感染情報）の不適正な取扱いではなく、検査の実施（≒感染情報の取得）自体がその侵害に当たり違法と解されていることである。たしかに、H I V抗体検査の場合、通常は血液検査の形態で身体的侵襲を伴うという面があり、プライバシー権は、身体的侵襲からの自由とも深い関わりがある。しかし、判決の趣旨は、あくまで感染情報の取得が情報プライバシー権侵害に当たる、ということであろう。

なお、判決は、プライバシー権の実体や外延が不確定な面をおもんばかってか、事業者による検査については、労働省「職場におけるエイズ問題に関するガイドラインについて」（平成7年2月20日基発第75号、職発第97号、最新改正平成22年4月30日、基発0430第2号、職発0430第7号）が労働者への抗体検査を禁じていることを引き合いに出しているが、その禁止の理由についてガイドライン本文は、「労働衛生管理上の必要性に乏しく、また、エイズに対する理解が一般には未だ不十分である現状を踏まえると職場に不安を招くおそれのある」ためとしており、やはり情報プライバシー（権）の保護に重点を置いた説明を行っている。

そこで改めて問われるのが、本判示の産業精神保健との関係での射程である。労働者のメンタルヘルスに関する情報（以下、「メンタルヘルス情報」という）には、通常の個人情報はもちろん一般的な医療情報とも性格が異なる面があって、取扱いのありように困難を来し易いからである。

やはり個人情報保護法施行前の平成12年12月20日に労働省から公表された「労働者の個人情報保護に関する行動指針」（「行動指針」）は、プライバシー権を強く意識したものだが、労働者の医療上の個人情報につき、以下の場合を例外として、収集禁止の原則を定めている（行動指針第2・2（5））。

「①法令に定めがある場合、及び

②就業規則等において、個人情報処理に従事する者が、業務上知り得た個人情報の内容をみだりに第三者に知らせたり、不当な目的に使用してはならない旨を明記すること

③次に掲げる目的の達成に必要な範囲内で情報を収集すること

(イ) 特別な職業上の必要性

(ロ) 労働安全衛生及び母性保護に関する措置

(ハ) その他労働者の利益になることが明らかであって、医療上の個人情報を収集することに相当の理由があると認められるもの」

また、こうした収集禁止原則に反し、労働者が質問を受けた場合につき、解答を拒否したことを理由とする不利益措置の禁止規定も設けられている（第2・2（6））。

加えて、これらの制限除外に該当する場合にも、本人からの直接収集原則の適用は維持されるとしているように解される。

他方、最近の裁判例（富士電機E&C事件名古屋地判平成18年1月18日労働判例918号65頁）は、国の労働安全衛生法令や、被告会社の就業規則（安全衛生規程）の定めを踏まえ、被告会社がうつ病による長期休業者の職場復帰に際して負うべき安全配慮義務の具体的内容について検討を加える中で、以下のように述べている（なお、本件では本人のうつ病への罹患は既に会社側に伝達されていた前提がある）。

「確かに昨今の雇用情勢に伴う労働者の不安の増大や自殺者の増加といった社会状況にかんがみれば、使用者（企業）にとって、その被用者（従業員）の精神的な健康の保持は重要な課題になりつつあることは否めない」。

「しかしながら、……精神的疾患については、社会も個人もいまだに否定的な印象を持っており、それを明らかにすることは不名誉であるにとらえていることが多いことなどの点でプライバシーに対する配慮が求められる疾患であり、その診断の受診を義務づけることは、プライバシー侵害のおそれが大きいといわざるを得ない」、と。

このように、従来の判例や行政解釈は、企業等による労働者ないし労働者となろうとする者のメンタルヘルス情報の収集を完全に禁止しているわけではないが、誤解や偏見を受け易い情報であることを重視して、厳格なプライバシー保護の必要性を説いている。すると、法定にせよ任意にせよ、健診など労働者に受診・受検を強制ないし事実上強制する条件下でのスクリーニングは「原則として」認められないこととなる<sup>2</sup>。しかし、産業医等の医師によるメンタルヘルスに関わる調査には、複数の異なる事情がある。

まず、メンタルヘルス不調の調査は、健診等の定型的な場面以外でもなされ得る。例えば、行動観察等の方法によってもなされ得るし、本人の労働状況や日頃の言動など、不調を推認させる間接的な事情による方が効果的な場合もあろう<sup>3</sup>。自記式のチェックシート等による場合にも、受検者に正面から「メンタルヘルス不調の調査です」と伝えるより、他の目的を伝えたほうが自然に回答できたり、現に異なる目的の調査から不調状態が顕在化することも少なくないであろう。

次に、これは精神科に特有の事情ではないが、本判決も指摘するように、医師を含めた

医療者は、その職分に応じ、刑法典その他特別刑法により厳しい制裁に担保された守秘義務を課されているから、社会的に情報が医療者外に直接漏えいされないと期待される。よって、行政の指針等も、医療に関する生データは、そのような義務を課された医療者によって取り扱われるべきことを説いてきた。たしかに、産業医は民事上は事業者の履行補助者であるからその限りで事業者と一体でみられるべき存在だが、医療者である以上、刑法典所定の守秘義務や、クライアントのプライバシー（権）保護の要請は、事業者に対しても一定範囲で維持される。

第3に、これも精神科に特有の事情ではないが、周知のとおり、治療において医師は、患者の病態、治療経過等との関係上必要性が認められる限り、医療検査の義務を負っており、その懈怠は相当因果関係のある損害の賠償責任や、期待権侵害による賠償責任<sup>4</sup>などの法的効果を導く。精神科医療に関しても、神経内科専門の医師が初診段階で十分な問診・鑑別診断を行わなかったことにより、患者のヘルペス脳炎罹患を精神疾患と誤診し、その結果抗ウイルス薬療法の開始が遅れ、重度の後遺症を残すに至ったとして、同医師の過失を認めた判例がある（名古屋地判平成19年4月26日判例時報2014号109頁）<sup>5</sup>。また、精神病患者の自殺について医療側の責任が追及された事案についての裁判例はかなり集積されており<sup>6</sup>、責任肯定例が多いこともよく知られているが、近年の一例として、錯乱状態の発生等の病状の変化を伝えられたにもかかわらず、本人に対する直接の診察行為による的確なその時々々の精神状態の把握をしないままに従前の診断結果を漫然と維持したことで、うつ病への罹患を見落としした過失につき、自殺との相当因果関係は認められないとしつつ、自殺を抑止できた「可能性」が奪われた、として慰謝料の支払いを命じた例もある（東京高判平成13年7月19日判例時報1777号51頁）。むろん、これらは原則として既に治療関係に入った者同士に妥当する法理であって、法律に基づき事業者に選任されて、主に組織志向の健康管理を行う産業医にそのまま妥当するはずはない。しかし、産業医は、事業者の履行補助者であればこそ、医師－患者関係とは異なり、医師としての倫理と専門性に基づきつつ、労働者と継続的關係にある事業者が健康管理上の過失に問われないようサポートをする責務を、同人との関係で負っている。そして、事業者の負う安全配慮義務等の対象は、労働者本人のみでなく、本人と関わる他者に及ぶ場合もあり得る。

そして何より、プライバシー権という権利自体、実体・外延共に不確定な面があり、その他の権利利益等との関係で保護が図られるべき相対的な面を持っている。

すると、本件のような場合は論外としても、本判決を踏まえつつ、産業医等の医師によるメンタルヘルス情報の取得について一般的な整理を行えば、以下のようにいえよう。

- 1) 身体侵襲を伴う器質的な検査を実施する場合には、緊急性を要する等の例外的理由のない限り、当然にインフォームド・コンセントを獲得する法的義務を負う。
- 2) 問診やチェックシートを用いた調査に際しては、物理的に同意のない実施は困難なこともあり、法定健診に伴う問診を除き、行政指針等でも本人同意が原則とされてき

た。しかし、正確な診断を行うため、調査に際して「フェイク（質問目的を明らかにせず、散発的に行う等の調査方法）」を用いたり、行動観察法その他の方法による集中的なモニタリングを実施すること自体は、事前の包括的な本人同意を前提に、原則として正当化されよう。また、個別的に医療上の調査の必要性が認められ、本人同意の獲得に困難が見込まれる場合などにも、正当化されるのではなかろうか。

3) ただし、これらの検査や調査は、原則として精神科ないし産業精神保健に関する十分な知見を持つ者が担当すべきであり、実際の実施に際しては、医療者以外には知られないようにするため可能な限りの措置が施される必要があるだろう。

4) 収集した生情報の事業者への伝達の可否、伝達する場合の加工形式等については、認められる不調の軽重やこれを放置した場合に予想されるリスク、(推定される)本人の意思、伝達により生じ得る本人の不利益、企業等が負担する(ことが見込まれる)安全配慮義務の具体的内容などの諸事情を考慮して、産業医等が総合判断すべきこととなるだろう。

## 2.2 産業医が当事者とならなかった例から得られる示唆

### 2.2.1 産業医が事件の当事者とほぼ同レベルで事件に深く関与した例から得られる示唆

この類型に属する判例は、以下の5件である。

#### (1) 非労災事案

(1-1) B金融公庫事件東京地判平成15年6月20日労働判例854号5頁(X請求一部認容[確定])

(1-2) 三菱電機(安全配慮義務)事件静岡地判平成11年11月25日労働判例786号46頁(X請求棄却[控訴])

(1-3) 東京電力(解雇)事件東京地判平成10年9月22日労働判例752号31頁(X請求棄却[控訴])

(1-4) 日本電信電話(西新井電話局)事件東京地判平成8年10月30日労働判例705号45頁(X請求棄却[控訴])

#### (2) 労災事案

(2-1) システムコンサルタント事件最2小判平成12年10月13日労働判例791号6頁(1審:東京高判平成11年7月28日労働判例770号58頁、原審:東京地判平成10年3月19日労働判例736号54頁)(Y上告棄却、X附带上告却下)

(1-1)は、応募者であったXが、Yの採用活動の一環としての採用時健診において、肝機能に異常ありとして、肝機能検査を含む再検査、再々検査(HBs抗原検査:本件ウ

ウイルス検査)、精密検査 (HB e 抗原、HB e 抗体、HB c 抗体、HBV-DNA (ルミ法) などの検査項目を含み、B型肝炎ウイルス感染の有無、ウイルス量、感染力等を判定する検査：本件精密検査) を、B型肝炎ウイルス感染について検査することを具体的に伝えられず、従ってその同意のないまま受検させられた結果、それへの感染が明らかとなり、それまでは「おめでとう、一緒に頑張ろう」などと告知され、他の内定先企業への入社を断っていたところ、当該検査結果を確認した Y より不採用を告げられたことから、Y を相手方として、内定又は内々定取消にかかる損害賠償、本件ウイルス検査及び本件精密検査によるプライバシー権侵害にかかる損害賠償を請求した事件である。結論的に判決では、内定等の成立や雇用の期待は認められず、それにかかる損害賠償は否定されたが、検査によるプライバシー権侵害 (不法行為) による損害賠償は認められた。本件で Y の産業医は、本件ウイルス検査が陽性の者がいることを Y 人事部から聞き、Y 職員と (結果的には) 協働し、検査内容を具体的に伝えないまま本件精密検査を実施した。また、判決は、同検査の実施者が産業医であることをもって、Y に Z の病状に関する情報を得る目的があったと明言している。産業医の独立性や、産業医による的確な法的知見の獲得の重要性が示唆されよう。また、産業医の職性上、2.1 (2) と同様に、情報の取扱いに関する事件が生じる可能性が高いことも示唆されよう。

(1-2) は、Y の従業員ながらその子会社に出向して就労していた X が、遅くとも出向以後の定期健診では拡張期 90~110 / 収縮期 130~176 に達する高血圧状態にあり、当初の5年間ほどは定期健診を担当した Y の産業医 I 医師から高血圧症により要観察などと診断されていたが、その後、I 医師に代わって産業医を務め、定期健診を担当した S 医師は、眼底所見等を総合して同人を軽度の高血圧症と診断し、同人が定期健診とは別に Y に設置された診療所に受診した際に処方されていた降圧剤の投薬、業務上の配慮共に不要と判断する一方、総合所見を「管理区分2」の要観察とし、節煙・節酒、血圧への留意等を指導していたところ、同医師着任の約5年後に非外傷性の脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血等を発症して重い障害状態に至ったことを受け、S 医師らが適切な医療措置をとらなかったことは Y の安全配慮義務違反に当たるなどとして損害賠償を請求した事件である。判決は、当時の X の病状からすれば、臨床医学的に降圧剤の投薬が望ましかった可能性は否定できないが、安衛法に基づく産業医による健診は治療目的ではなく、そもそも高血圧症という疾患も、各個人が一般療法や医療機関への個別の受診等により改善を図るべきものである、等として請求を斥けた。本件では、Y の産業医が健診以外の時期に Y 設置診療所にいたか否かが不明であることを含めて 2.1 (1) とは全く事案が異なるが、Y 設置診療所で降圧剤を投薬されたことが、X の治療にかかる産業医への期待を高めた可能性も否定できない。だとすれば、クライアントにとって紛らわしいケースでは、やはり健康管理と治療の区分点に関する具体的な説明が必要とされる場合があることが示唆されよう。

(1-3) は、慢性腎不全により身体障害等級1級認定を受けていた X が、そのことを了知している Y に採用されたが、その約半年後に生体腎臓移植手術を受けて以後、約5年

間にわたり入退院、休復職、欠勤等を繰り返したため、心身虚弱による業務遂行不能を理由に解雇されたところ、YはXが絶対安静とされていた時期に出社強制するなどした、Yの産業医がXの就労のためとしてその主治医に腎臓摘出を示唆した、また同主治医に充てた書簡でXの雇用形態や私生活上の秘密を暴露し、その名誉を毀損したなどとして、多額の損害賠償を請求するなどした事件である。代理人弁護士のないまま提起された本人訴訟であり、判決も、総じてその主張に事実ないし法的な根拠がないことを説示している。

本件からは、身体障害の有無にかかわらず、いわゆるパーソナリティ障害ないしそれに類する様相を呈する者への企業等ないし産業医の対応のいかんが問われる。もっとも、この課題の一律的解決は困難である。実際問題として、病院等での臨床でも、一定の確率でこのような患者との接触は避けられないだろうが、筆者自身、統一かつ実効的な対処法マニュアルの存在を知らない。また、そもそも医療機関である病院等と本来的に経済主体の1つである企業では前提が異なる。かといって、精神科医療への紹介等の定型的対応で事足りるほど単純な問題でもない。明確な精神疾患であればともかく、このような障害は、性格傾向等に原始的問題があるなど精神疾患に至らない問題とカテゴライズされ、精神科医療でも対応困難とされる可能性を否定できないからである。では、心理職の守備範囲かという、仮に本来的な職分にそれが含まれているとしても、現実に対応可能な方ばかりとは限らないであろう。保健師や、属性を問わず日頃から信頼関係のある者等に一次的な対応を委ねる方途も考えられるが、同人らの安全の問題もあり、基本的な初期対応方針・体制については、産業医等が中心となり、事業所ごと、ケースごとに検討されるべき、というほかはない。

(1-4)は、電信電話業を営むYに入社後、交換業務に従事していたXが、頸肩腕症候群に罹患して以後、約8年間にわたり、療養休業や軽減勤務を相当回数にわたり繰り返していたが、その間、ア)休業療養期間中にYやその産業医(健康管理医)を批判する一部事実と異なるビラを配布したこと、イ)Yの設置した関東通信病院でのY産業医による要管理者検診の際、無理に友人の付添を求め、また約1時間居座るなどして診療妨害をしたこと、ウ)「半日勤務程度」を望ましいとする旨の主治医の診断書を理由にY産業医の診断に基づきなされた通常勤務の指示に従わず、遅刻早退を繰り返したこと、エ)Yから指示された関東通信病院での精密検診を拒否したこと、等を理由に免職処分となったことを受け、その効力等を争った事件である。結論的に、Xの請求は斥けられたが、本件からは幾つかの示唆を汲み取り得る。まず、産業医等、企業等に使用される者が、業務上外の認定判断に関わる場合、請求者との関係でシコリを残す危険性があることが示唆される。本件では、Yが公社時代の事件であり、給付と認定の主体が共に公社であったという特殊性があるが、Yの産業医等は、この認定に際して、「疑わしきは公社の有利に」という姿勢で関与したことが窺われ、このことがXY(ないしYの産業医)間の対立悪化の一因となった可能性も否定できない。他方、本件におけるXの行状にはやや常軌を逸したところがあるが、Y産業医は、本人が持参した主治医の診断書に疑問を感じると、直接面会してその趣旨を確

認するなど、おおむね冷静沈着な対応をしたことが窺われる。また、Y自身も、Xの雇用を忍耐強く継続していたことが窺われる。そして、そのような姿勢は、一般には判断に相対性が生じ得るその他の法的論点（精密検診受診命令の正当性、就業上の配慮等不調を愁訴する者の労働条件の決定の合理性・妥当性など）に関する司法判断に有利な影響を及ぼした可能性も否定できない。現に本件では、就業上の措置に関しては、Y産業医の判断が司法によっても尊重されていることが窺われる。それは、Y産業医が、主治医の見解、本人や職場に関わる事情等を総合的に踏まえ、産業医としておおむね妥当な判断を下していると考えられたことによるのではなかろうか。

(2-1)は、コンピュータソフト開発会社であるYに入社し、裁量労働制の下でSEとして開発業務に従事していたXが、銀行業務に関するシステム開発プロジェクトのグループリーダーに就任して以後、当初予定の遅れなどとの関係で、本来行うべき重要なテストを省略するなどしたことで多数のトラブルが発生し、発注元と現場作業双方の板挟みとなるなどし、もとより入社以後、年間平均3000時間程度（年によっては3500時間を超える）の恒常的な過重業務を行っていたところ、さらに過大な精神的負担がかかるようになり、基礎疾患であった本態性高血圧が増悪し、小動脈瘤破裂による原発性脳幹部出血により死亡したことを受け、その遺族（Xら）が、Zの死亡はYの安全配慮義務違反によるものであるとして、損害賠償を請求した事件である。結論的には、Xらの主張がおおむね認められたが、本件では、X側から、Yの産業医が労働安全衛生規則所定の事業所巡視、その他定期健診における業務歴調査、就業上の注意事項の指示など必要な業務を行っていなかったこと等も、Yの従業員につき必要な健康状態を把握する義務の懈怠の一環として問責された。判決はこの主張に直接応えてはいないが、Y側の業務軽減措置をとるべき義務が、「使用者が選任した産業医が使用者に対して業務軽減の指示をしなかった」ことにより「消長を来たすことはない」などとして、要は、Y側の過失を焦点とする判断を一環させたが、少なくともYと産業医の一体性は示していると解される。よって、産業医による的確な健康状況調査及び就業制限措置など業務管理への適切な介入の必要性が示唆されよう。

2.2.2 判決文中に「産業医」の文言が5か所以上登場する判例のうち、以上のいずれにも該当せず、かつ産業医の事件への関わりが一定程度認められるか、産業医の行為規範を汲み取り得る例から得られる示唆

この類型に属する判例は、以下の11件である。

(1) 非労災事案

(1-1) ケントク（仮処分）事件・大阪地決平成21年5月15日労働判例989号70頁（X申立一部認容）

(1-2) 阪神電気鉄道事件大阪地決19年9月12日労働判例951号61頁（X申立却下）

(1-3) 農林漁業金融公庫事件東京地判平成18年2月6日労働判例911号5頁（X請求棄却[確

定)

(1-4) カントラ事件大阪高判平成14年6月19日労働判例839号47頁(1審:大阪地判平成13年11月9日労働判例824号70頁)(原判決一部変更、X請求一部認容[上告])

(2) 労災事案

(2-1) 精神障害事案

(2-1-1) 日本通運事件大阪地判平成22年2月15日判例時報2097号98頁(Xら請求一部認容)

(2-1-2) JFEスチールほか事件東京地判平成20年12月8日労働判例981号76頁(Xら請求一部認容[控訴])

(2-1-3) 東芝(うつ病・解雇)事件東京地判平成20年4月22日労働判例965号5頁(X請求一部認容[控訴])

(2-1-4) 富士電機E&C事件名古屋地判平成18年1月18日労働判例918号65頁(Xら請求棄却[控訴後和解])

(2-1-5) 日赤益田赤十字病院事件広島地判平成15年3月25日労働判例850号64頁(X請求棄却[確定])

(2-2) 非精神障害事案

(2-2-1) 松本労基署長(セイコーエプソン)事件東京高判平成20年5月22日労働判例968号58頁(X請求認容[確定])

(2-2-2) 日本海員掖済会(化学物質過敏症)事件大阪地判平成18年12月25日労働判例936号21頁(X請求一部認容[控訴])

(1-1) は、長年、Yの正社員として本部次長クラスの基幹職を務めてきたXが、重症筋無力症に罹患したことにより予定された本来業務を遂行できないとして、Yよりパートタイマーへの身分変更等を命じられたことの合法性が問われた事件だが、本件においてYの産業医は、既に時間外労働まで含めた就労が可能なところまで快復している、との主治医の診断に相違して就労制限の必要性を説くことにより、間接的にYの措置を後押しする役を果たした。決定は、主治医の診断を採用しており、産業医が、医学的に客観的な診断を行う必要性に加え、労働法など関係法領域に関する的確な知見を得て、企業等の定める就業規則を調査すると共に、それらの規定やそれらに関連して使用者が講じる措置を相対視する必要性が示唆される。

(1-2) は、もともと左大腿骨頭壊死症に罹患していたが、Yにおいてバスの運転業務に従事していたXが、業務中車いす乗客の乗降介助の際に腰部を痛み、第5腰椎分離症、急性腰痛症、腰痛捻挫などと診断されて休業したが、その後の症状固定時に障害等級第12級12号の障害が残り、Yから解雇された事件であるが、本件においてYの産業医は、解雇の判断過程で、就労継続を困難とする旨の意見書をYに提出していた。もともと、その内容は、X本人やその主治医への聞き取りなども踏まえて客観的に構成されており、裁判

所も判断に当たって一定程度尊重していることがうかがわれる。本件では、産業医の意見提出前に人事部門の方針が決定されていたが、一般に産業医の意見は従業員の身分や雇用等に関わる企業等の決定に大きな影響を与える可能性が高いため、十分な調査等を踏まえて意見を述べる必要があることが示唆されよう。

(1-3)は、政策金融公庫であるYに勤務していたXが、自宅で心肺停止状態となり、蘇生したものの低酸素脳症により高次脳機能障害に罹患したことで、知的、精神的機能に重い障害を生じ、業務遂行不能と判断したYからの求めに応じて退職届に署名したことの法的効力や、その後の賃金支払義務の有無などが問われた事件である。裁判所は、結論的に、その退職措置については意思無能力により無効としつつ、就労能力を失っている以上、賃金が支払われなくなった当該退職措置以後の賃金請求権は発生しないなどと判決した。また、Xから、Yが退職措置を講じる際のXの就業能力の判断に当たり、産業医の意見を聴取しなかったことが問責されていた点について判決は、産業医は、従業員の健康管理等のために設けられた制度であり、このような場合、主治医の所見のみに基づいた判断をしても不相当ではない、と述べた。Yの就業規則規定との関係上、この点にかかる判示には若干疑問が湧く面もあるが、あえて示唆を汲めば、労使にとっての産業医の業務・役割(の必要性)は事情に応じて相対的な性格を持つということになるだろうか。

(1-4)は、貨物運送業を営むYに大型貨物自動車運転手として職種限定条件で雇用され、就業していたXが慢性腎不全に罹患し、欠勤・休業した後、原職である自動車運転手に復帰したい意向を示したが、Yに拒否され、後に仮処分申立により和解が成立し、復職自体は果たされたが、それまでの無給期間について賃金請求をした事件である。本件では、Yから復職が拒否されていた期間中の主治医の診断(軽作業から開始すべし)や大学病院医師の診断(短距離運転含め、一定時間内での就業は可)とYの産業医の診断(当初は就業不可、要治療。後に軽作業、短距離運転可に転向)の相違が焦点となった。しかし2審は、両診断の違いは、結局、復職後の職務についての視点と理解の違いに過ぎず、Yの産業医は、たしかに循環器の専門ではないが、応分の精査をしたうえで診断を下しており不当でない、として、1審が復職相当とした時点より遅い、同産業医が軽作業等が可能とした時点からの賃金請求を認めた。ここからも、産業医がその判断に際して、特に臨床上の専門でない分野の症例については、関連知識をインプットし、本人やその関係事情を精査することの重要性が示唆される。

(2-1-1)は、C型肝炎の診断を受けながらもYで就労していたZが、転勤の直後にインターフェロン治療のため入院する予定であったところ、インターフェロン治療の副作用で精神症状が生じ易い条件下で、その上司より、転勤直後に入院治療を受けることを批難したり、退職勧奨に当たるような発言がなされた後にうつ病を発症し、その後再度の転勤、精神科への入退院、復職を経て1年5か月ほど後に自殺したことを受け、遺族(Xら)がYに損害賠償請求した事件である。結論的に、自殺との相当因果関係は否定されたが、うつ病発症への寄与が認められ、300万円の慰謝料の支払いがYに命じられた。本件で

産業医は、再転勤の際と精神科からの退院の際に Z に面談し、種々の就業制限を Y に勧告する役を果たしたが、判決は、Y（の衛生管理担当者）は、遅くともインターフェロン治療入院後の退院前の時点で、産業医などからその副作用等につき確認すべきだったとしている。従業員が副作用のリスクのある疾患で入院治療などをする場合には特に、事業者－産業医間で（可能な限り本人同意を得たうえで）情報交換をすると共に、産業医側からも事業者に対して適切な指導をすべきことが示唆される。

（2-1-2）は、Y2 の社員としてその子会社 Y1 に在籍出向した Z が、顧客である A 社の生産管理システム開発のプロジェクトマネージャーに就任後、著しい長時間労働、不具合の頻発等にかかる過大な精神的負担に苛まれ、うつ病に罹患し、その顕在化により同職を外れたが、それ以後も負担から解放されず、精神科医療保護入院を経て復職後軽減業務に就いていたが、丁度担当業務変更が予定されていた時期に自殺したことを受け、X ら（遺族）が Y らに損害賠償請求した事件である。結論的には、自殺についての Y1 の過失責任が認められた。本件で Y1 の産業医は、医療保護入院からの退院後の復職を条件付で可とする診断を下したが、裁判上、その診断に際して、Z やその主治医から従前の精神症状等が伝えられていなかったことが Y 側から問題視され、現に Z 本人からの情報伝達がなかった点は過失相殺の要素として汲み上げられた。この判断は、産業医が本人との面談の機会を持っていたにもかかわらず事情が知らされなかったことを前提としており、現在は法定されている長時間労働者面接指導制度の（趣旨実現の）重要性が改めて示唆される。

（2-1-3）は、Y において技術職正社員として就労していた X が、通常の3分の1に工期が設定されたプロジェクトの1部門の責任者に就任して以後、1か月平均69時間の法定時間外労働、新たに負担のかかる業務（B業務）の追加、不条理な理由による上司からの叱責などを経て、うつ病に罹患し、再三にわたりB業務の担当者変更等を申し出たが聞き入れられず、病が増悪していき、Y社所定の欠勤期間が終了し、さらに休職期間が満了したことを理由に解雇されたことを受け、X が、雇用契約上の地位確認、Y の安全配慮義務違反に基づくうつ病発症、増悪についての損害賠償、精神疾患ないし Y の解雇措置のための不就業期間の所定賃金を求めた事件である。結論的には、金額はともかく、実体的には X の請求のほぼ全てが認められた。本件で Y の産業医は、X の長時間労働者面接等を担当し、精神疾患の診断、復職判定、上司への就業制限の指示など、かなり重要な場面で関与していたが、X 自身が求めていたB業務から担当者変更を含め、その勤務条件の実効的改善には至っていない。とりわけ健康に関する場面では、産業医による労務管理自体への実効的介入が必要となり得ることが示唆される。

（2-1-4）は、Y において予算管理等の業務に従事し、入社20年余りに課長職に昇進した Z が、その後うつ病に罹患し、Y にその旨を伝えて休業していたところ、直属の上司との電話でのやりとりにより軽作業からという条件で職場復帰することとなったが、復帰後わずか1か月ほど後に別の支社に転勤し、しばらくは元気そうだったが、幾つかの負担のかかる問題対応や作業ないし課題を遂行した後に自殺したことを受け、遺族（X ら）

がYに損害賠償請求した、という事件である。本件では、X側が、Yは、Zの復職時点で産業医や主治医に意見聴取し、その後も定期的に意見聴取して業務の質の調整を図るべきだったのにこれを怠ったことも自殺を招いた一因である等の主張をしたが、裁判所は、精神疾患はプライバシー保護の必要性が大きく、その受診を義務づけられないなどとしてこれを斥けつつ、本件ではうつ病罹患情報が既にYに伝達されている以上、内部協議や専門家への相談もなく、職場復帰をさせたことは「いささか慎重さを欠いた不適切な対応であった」とした。本件は、控訴審でYによる和解金（1600万円）の支払いにより終結した結果からも、精神疾患による休業者の復職措置及びその後の就業上の配慮に際しては、原則として精神科専門医への意見聴取や産業医による十分な調査と慎重な判断が求められることが示唆される。

(2-1-5)は、Yの経営する病院で内科医（内科副部長）として勤務していたベテラン医師（Z）が、患者に対し、自身が施したE R C P検査が元で急性膵炎を発症させ、更に重症化したところ、関係者による検討では、医療行為全般に過失はなかったと結論づけられたものの、強く気に病み、以後3か月以上にわたり休日や平日本務時間外等に本人のケア等を続けていった後、患者に詫びる内容の遺書を残して自殺したことを受け、遺族（Xら）がYに対して損害賠償を請求した事件である。本件では、Zの疲労状態について直属の上司から連絡を受けていた院長が、重篤な医療事故の経験を持つYの産業医にZの相談役を依頼したり、Zの出身大学の医局まで出向いて本人を呼んで話を聞いてもらえるよう依頼するなどしており、現に当該産業医は、Zを最大限気遣う言葉をかけていたが、その翌日に自殺した経緯がある。そこで判決も、要約、第三者には防ぐことが困難だった自殺との趣旨を述べているが、医療事故にかかる特殊事例が前提とはいえ、産業医の実際的役割の多様性が窺われる。

(2-2-1)は、訴外会社の従業員として主にパソコン用カラープリンタの組立工程に関する知識を修得していたZが、配置転換後、合計10回、のべ183日間にわたる海外出張業務に従事し、その最後のインドネシア出張時、頭痛に苛まれた（後に解離性脳動脈瘤の前駆症状であった可能性が認められている）が、帰国後殆ど間を置かず東京でのリワーク作業に従事した後、解離性脳動脈瘤の破裂によるくも膜下出血により死亡したことを受け、Zの妻（X）が、Y（松本労基署長・国）に労災保険給付の請求を行ったが不支給決定処分を受けたため、その取消を求めた事件である。結論的に、判決は、Zにはもとより高脂血症、肝機能障害なども膜下出血のリスクファクターと動脈瘤ないし血管病変等の基礎的病態があったが、業務により自然経過を超えて著しく増悪した結果、死亡に至ったものとして、Xの請求を認容した。本件で訴外会社の産業医は、配転の6年ほど前からZを高脂血症、アルコール性肝機能障害（脂肪肝）と診断し、禁酒・節酒指導等を行い、一時的には効果をあげていたが、結局、業務上の負荷が過重性を増すと共に、再度アルコール摂取量が増え、上記の事態に至っている。循環器系等一定の基礎的病態の持ち主に対する産業医による経過観察と、必要な場合における人事措置への実効的介入の必要性が示唆

される。

(2-2-2) は、Y の設置する病院で看護師として勤務していた X が、検査科配属時に、検査器具の殺菌消毒剤としてグルタルアルデヒドを含有するグルタール製剤を使用していたため、これに曝露し、化学物質過敏症に罹患した等として、Y に損害賠償請求をした事件である。本件では、X が鼻粘膜と咽頭粘膜の刺激など異常を感じ始めて後、Y 病院の衛生管理者 E 医師に受診し、検査科で使用されていたステリハイド吸入やサイデックスによるアレルギーが疑われる旨診断され、その後、X から症状と従前の経緯を伝えられた Y 病院の産業医 D 医師から Y 病院に同人の外科への配転が助言され、実現していたが、判決は、その措置自体は適切だったとしつつ、Y において、それ以前に X のグルタルアルデヒド曝露は認識可能な状態にあった以上、十分な換気か、防護マスクやゴーグルの着用を指示すべきだったなどとして、Y の過失責任を認めている。判決は、当時の科学的知見の水準や製剤の添付文書の記載を過失の判断要素としているが、仮に具体的対応としてそれらのフォローが現実的でない場合にも、特にアレルギー体質やアレルギーの既往がある者からの愁訴には十分に傾聴したうえで、適切な対応をする必要性は示唆されよう。

### 3 おわりに

以上の判例の整理分析、示唆の汲み取りを踏まえ、法律問題を招来し易い産業医のイメージを端的に示す。もっとも、以下の分類はあくまで便宜的なものであり、実際には互いに重複・連続する面も多い。

#### 1) 迎合型

事業者との契約ないし信頼関係を重視するあまり、同人ら（事業者またはその利益を図る立場にある者）と通謀し、又は明白な通謀なく自らその意図を忖度して、違法行為その他労働者の不利益になるような不当、不公正な行為に加担するか、自ら積極的に実行する医師。

いずれも、労働法など関係法領域に関する的確な知見や、医療人としての基本的倫理観などの見識・胆識不足が背景にあることが少なくない。よって、見識・胆識不足型と形容することも可能であろう。

##### 1-1) 通謀的（確信的）迎合型

事業者との契約ないし信頼関係を重視するあまり、同人らと確信的に通謀して、違法行為その他労働者の不利益になるような不当、不公正な行為に加担するか、自ら積極的に実行する医師。

##### 1-2) 忖度的（自発的）迎合型

事業者との契約ないし信頼関係を重視するあまり、同人らとの明白な通謀なく自らその意図を忖度して、違法行為その他労働者の不利益になるような不当、不公正な行為を自ら積極的に実行する医師。

#### 2) 意欲・能力不足型

産業医、産業保健業務に従事する能力はあるが、嘱託であるなどの理由からいわば片手間仕事とみなしたり、たとえ専属であっても基本的なモチベーションを欠いている等により、健康管理に本来不可欠な積極的業務を回避したり、そもそも産業医、産業保健業務に必要な知識や技能が不足しており、適切な業務を行い得ない医師。

#### 2-1) 多忙ないし職務怠慢型

産業医、産業保健業務を片手間仕事とみなしたり、それに関する基本的なモチベーションを欠いていたりして、健康管理に本来不可欠な積極的業務を回避する医師。

#### 2-2) 知識・技能不足型

そもそも産業医、産業保健業務に必要な知識や技能が不足しており、職場の健康リスクに関する重要な事実（糸口）を見落とししたり、クライアントからの重要な愁訴を軽視し、必要な調査・検査や就業上の措置（に関する勧告、指示）を怠ったり、あるいは独断で妥当でない措置をとったりする医師。なお、1) で触れた、必要な法的知見が不足する医師もここに含めて考えられよう。

#### 3) クライアントの期待値引き上げ（説明不足）型

産業医の選任企業に診療所が設置されていて、産業医もそこに在籍しているか、そこを使用している場合、または嘱託産業医であって、自身で病院や診療所等を経営したり、そこに雇用されて診療行為を行っている場合などには、産業医がクライアントの主治医となり、同一人物の健康管理と治療の双方を担当したり、同一企業に使用される医師同士でその双方を分担する等のケースが生じ得る。すると、特に継続的な治療、経過観察が必要で、それを怠ると重篤な疾患を発症し得るような基礎疾患を持つ労働者などに、当該医師（ら）が自身の総括的な管理をしてくれる、との期待を抱かせてしまう場合がある。担当する医師が、自身の業務や責任の「切り分け」について、本人に具体的に説明していれば法的にもリスクを回避できるだろうが、実際には行っていない医師が多いと思われる。

もっとも、産業医の業務は、本来的にクライアント1個人との関係に基づくものではないので、個別関係を生じさせる特別な事情がない限り、主治医の場合とで負担する法的な義務と責任に根本的な違いがあることは再確認される必要があるだろう。また、産業医の報酬単価に負担感を感じている企業等にあつては、産業医が積極的な業務を行おうとしても、企業側から停止を求められることもあると聞く、産業医側においては、負担感を軽減させる（可視的、不可視的な）パフォーマンス（：実績）をあげることや、企業側との積極的なコミュニケーションが求められようし、企業側においては、法の要請のみならず、災害疾病防止にかかる産業医選任のコストパフォーマンスを冷静に分析する姿勢が求められよう。

なお、以上のイメージを反転させれば、産業医としての理想型が想起されよう。

---

1 「産業医」の文言が判決文中に5か所以上登場した例は18件あったが、このうち③の

---

条件に充たずに排除した7件の中には、事業者が産業医を含めた法定産業保健体制が整備されていなかったことをもって、事業者の安全配慮義務違反と認めているものが2件ある。うち真備学園事件岡山地判平成6年12月20日労働判例は、以下のように述べている。

「認定事実によれば、定期の健康診断の項目に血圧検査があれば、Zの悪性の高血圧症は容易に判明したものであるということができ、また、尿検査についても、受検を促し、他で検査したというならば、その結果の報告を義務付け、しかも、健康診断個人票を作成していれば、同人の悪性の高血圧症の原因ともいふべき腎疾患の存在と程度を含む総合的な健康状況を容易に把握し得た筈であり、そうなれば、それ相応の仕事量の調整や勤務形態の変更等の（前記修学旅行の引率の際における校長の引き止め勧告のような通り一遍の健康に対する気遣いといった域を超えた）抜本的対策（教頭代行の交替等職務負担の大幅軽減、場合によっては一時入院等の措置）をとることが期待できたものと推認できるところ、これらの健康管理に関する措置や体制の整備を漫然と怠っていた当時の学校の態度は、前記諸法規（※筆者注：労働安全衛生法等）の要求する労働安全衛生保持のための公的な責務を果たさない不十分なものであったと同時に、職員らに対する雇用契約関係上の付帯義務として信義則上要求される健康管理に関する安全配慮義務にも反していたものと認めるのが相当である」、と。

<sup>2</sup>厚生労働省「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」の検討結果（「誰もが安心して生きられる、温かい社会づくりを目指して～厚生労働省における自殺・うつ病等への対策～」）を踏まえ、平成22年5月31日に検討を開始した同「メンタルヘルス対策検討会」は、当初、現行安衛法上の定期健診制度の中でメンタルヘルス不調のスクリーニングを行うことを前提に、その具体的方法を検討することを主な目的の1つとしていたが、検討の過程でその方向性を修正した。その結果、同年9月7日に公表された同検討会報告書では、事業者が、定期健診とは別枠でストレスに関連する症状や不調の確認を行い、その結果を本人のみに伝え、主に事業場内産業保健スタッフによる面接を実施するなどして、職業性ストレスの存在が確認されれば、医師の意見を踏まえ、本人同意を得たうえで労働時間の短縮、配置転換等の就業上の措置を実施する、という制度が提示されることとなった。たしかに、この制度の下でも、医師による意見（就業上の措置）により最終的に本人の不調状態は伝わることになるし、その後の労政審議会での修正により、面接の実施につき希望者が事業者に申し出ることとなったので、その時点で要面接情報は伝わることになる。また、症状等の確認自体、その促進のためにも、定期健診における問診で一括してなされることが予定されてはいる。しかし、定期健診とは別枠の制度とされたため受検強制はできず、ストレス症状等の確認結果は本人にしか通知されない仕組みとされたことには留意されるべきであろう。

<sup>3</sup> 現にデンマークでは、法律上の心理社会的労働環境整備の一環として、労働環境監督官が事業所査察において労働者の休業日数や作業関連疾患発生率、離職率等の確認、各階層へのインタビューなどを行っている。詳細は、小田切優子、Mette Boegehus Rasmussen「デンマークにおける産業ストレス対策」産業ストレス研究、16、217-222(2009)を参照されたい。

<sup>4</sup> 内科領域でこれを認めた最近の1例として、仙台地判平成22年6月30日裁判所WEB掲載判例が挙げられる。本件は、肝硬変（B型でもC型でもない）と診断された患者がその6年ほど後に原発性肝癌を発症し、最終的には多発性肝臓癌で死亡したところ、同人

---

が死亡に至ったのは腫瘍マーカー、超音波検査、通常はそれらの検査の結果必要性が生じる造影CT検査等の諸検査を怠ったためであるなどとして医療側（国）に賠償が求められた事案であるが、判決は、本件では、当該諸検査の懈怠と患者の死亡の相当因果関係は認められないとしつつ、「臨床水準に則った適切な診療を受ける期待は、生命・身体や当該時点で生存していた相当程度の可能性とは別個のそれ自体独立した法益であり、そのような検査は社会的に期待されていたというべきである」として、慰謝料100万円の支払を命じた。

<sup>5</sup> 本件では、原告が被告病院のB医師に受診（本件受診）した時点で、診察票や実際の診察（眼瞼結膜の視診及び胸部聴診等）から、①約1週間ほど前から38度程度の発熱が継続し、②5日ほど前から頭痛がみられ、③3日ほど前から異常行動・不眠があり、④受診時にも質問に答えない、そわそわして立ち上がろうとする等の異常行動があり、⑤診察時の血圧測定結果は120/80であった、⑥食事は採れている、という状態にあって、そのうち③ないし⑥をB医師が把握していた条件下で、以下のように判示されている。

すなわち、以上の条件からすれば、原告は、遅くとも本件受診の3日前「にはヘルペス脳炎に罹患していたと考えるのが相当である」。そして、ヘルペス脳炎の診療に関する知見によれば、「異常行動等の精神症状が認められる患者においては、ヘルペス脳炎の可能性も考えて、まず、発熱や頭痛などの髄膜刺激症状の有無を、問診及び患者を観察することにより確認すべき注意義務がある」と考えるのが相当である。その場合、受診時における症状を確認することは当然であるが、異常行動等の精神症状に先立ち、発熱や頭痛が見られることも多いこと、ヘルペス脳炎における経過の中で発熱の見られない時期もあり得ること・・・から、診察時の状態のみならず、異常行動の現れた前後も含めて、発熱や頭痛の有無を確認すべきである。

そして、発熱や頭痛などの症状が見られた場合、ヘルペス脳炎の可能性が高まることから、確実な鑑別のために、CT、MRI、脳波検査、髄液検査などの検査を実施すべきである」。

「しかし、本件において、B医師は、受診当日及び異常行動の現れた前後の時期における原告の発熱や頭痛などの症状の有無を十分問診することなく、受診時のD（※原告の妻）からの聴取内容及び原告の診察時の行動だけから、ヘルペス脳炎の可能性を非常に低いものと判断し、精神科疾患であると判断している。

とすれば、B医師は、・・・法的な注意義務に違反したといわざるを得ない（カッコ内は筆者が添付した）」。

また、本件受診前後の症状や紹介先の病院精神科における診察・検査結果からすれば、「神経内科専門医であるB医師が、同日の時点で、適切な問診及びその他鑑別検査を行っていれば、原告が単純ヘルペス脳炎に罹患していることが判明し、少なくとも投薬を開始すべきと判断できる程度の症状・検査結果を得られたと考えられる」。そして、B医師が受診時に「適切に問診・検査をしていれば同日には抗ウイルス薬の投与を開始できたと考えられ、「重度の後遺症を残さなかった蓋然性が高いといえる」、と。

<sup>6</sup> このような判例を整理分析した近年の著作として、辻伸行：精神病患者の自傷他害事故、新・裁判実務大系（1）、太田幸夫編、383-398、青林書院、2000など。