

医師意見書（心臓・脳疾患による突然死など）の記載について

土谷良樹 東京勤労者医療会 東葛病院 内科部長

1、はじめに

医師にとって過労死とは、患者の問題でもある一方で、分かっているさえ避けることの難しい自身の長時間労働の問題でもある。それゆえ、直面することをわずかに避け、斜めに構えざるを得ない。自分だけ労働時間を制限するなど、想像すらできないことであるからだ。

また、医師にとって、死亡患者のために書くことが求められる医師意見書とは、

- ・医師意見書の社会的意義がわからず、必要性が理解できない
- ・書いたことがないし、書き方を教わっていない
- ・訴訟関係には、関わりたくない
- ・書類を書いても、基本的に自分の収入にならない

といった事情のため、印象としてネガティブに感じる事が少なくない。

今回は、これらの障壁がなぜ生まれているのか、そしてその障壁をなくすためにどうしたらよいかを検討する。

2、意見書の社会的意義と必要性

過労死事案における医師意見書は、診断書と同様に専門家の医師としての意見を著すものであり、社会的にはそれなりに意味のあるものとして認識されているようである。医師意見書には、介護保険医師意見書や身体障害認定意見書など、多くの医師が通常業務として記載している意見書もあるが、これらは所定の形式を用いて、そこに医学的評価を記載するものであり、認定基準が明確であり、記載の自由度が比較的低い書類である。

過労死にかかわる医師意見書は、書類としての自由度が著しく高く、このような書類は記載した経験がない医師も多い。従って、医師意見書の記載を依頼する際には、その必要性和、ある程度の書類の形式を丁寧に示すことが求められる。

なぜ、医師は意見書について知見がないのであろうか。医師は医学部における医学教育6年間の間に、医師意見書について教えられることは全くない。関連法規にも記載がないため、教育の機会がないのがまず一つ目の障壁ができている理由であると思われる。

また、医師は大学卒業後、2年間の卒後臨床研修を受けることが必修化されているが、ここでも医師意見書について学ぶ機会は全くない。臨床医として身につけなければならないスキルの一つに上がっていないため、研修プログラムに記載されていないからである。

根本的解決方法としては、医学部教育の中に取り入れること、卒後臨床研修のプログラムに取り入れることが考えられるが、そもそも教育する側にとっても、医師意見書の意義を理解できていないため、当面難しいように思われる。従って、暫定的対応として、過労死に関わる者が大学での講義や研修医に向けてのレクチャーを依頼されるときに、医師意見書について紹介することから開始する必要があるだろう。

また、医師は診断書の記載については一定経験を有しているため、診断書については抵抗なく記載することが可能である。このため、医師意見書を診断書の延長線上にある患者のための文書として記載を依頼することが、最も抵抗が少ない。ただし、訴訟に関連する文書の交付については、一定制限をかけている医療機関もあるため、注意が必要である。

3、医師にとっての訴訟

古来より、医師は患者の立場に立って、療養を通して患者を擁護する立場にあるとされてきたが、昨今はこれが変化してきており、病気に向き合うことのみを生業とする医師が増えている。100年以上も前に、米国の William Oler 医師は、このような傾向を訂正するために患者に寄り添う医療を提唱して医学教育を通して訴え続けたが、近年の日本ではそれ以前の時代に戻っている様相である。従って、少なくない医師は、必ずしも患者の利益のために働いているわけではな

い。そうではなくて、正しい医学の実践を行うことに重きを置くケースの方が圧倒的に多いのである。

「正しさ」の追求は「中立性」の追求につながり、医師は患者のためになることであっても、それが中立でない場合は、これを回避しようとする場合がある。訴訟への協力は、とりわけそうである。一方の側に与することになれておらず、それをよしとした教育を受けていない医師は、どちらかの立場になって事実を評価することがよくないのではないかと考える傾向にある。

従って、医師意見書を依頼する際には、医師は患者の担当医として、患者の側にたつてよいことを正しく伝える必要がある。どのような過労死案件であろうとも、病態生理学的には長時間労働が過労死を引き起こしたという直接の因果関係の証明は困難である。過労死を引き起こす原因とされる事柄はあくまで統計的な比較や、状況証拠、並びに社会通念上の問題に過ぎず、生物学としての医学的においては、目に見える形での連続性がないからである。それらをつないで、長時間労働の結果引き起こされた過労死であることを医学的に証明していくためには、どうしても意見書を記載する医師が患者の立場に立つ必要がある。この立場に立ちさえすれば、大抵の医師はその医学的知識を用いて、その患者が何故過労死に至ったのかを、適切に評価記載することができるのである。

4、医師意見書の様式

医師意見書には、確定した様式は存在しない。この自由度の高さが、記載のハードルを上げているため、ある程度の枠組みを明示しておくことが望ましい。可能であれば、「鑑定事項」をあらかじめ規定し、それに回答を寄せればよいようにしておくこと、より回答しやすい。

例えば、

1)はじめに：緒言として、「本件患者の死亡原因について、各種医療記録、関係資料等に記載された事実を踏まえて、医学的な立場から意見を述べる」旨を端的に記載する。

2)死因についての医学的考察：長時間労働の実態がどのようなであったのかを生活の視点からまとめ、その長時間労働がどのように死因と連関しているのかを、医学的に指摘する。

3)まとめ：本件患者の死亡が過労死であることを、医学的にまとめる

4)医師略歴：一般的な医師略歴を記載する。

5)医師署名

といった程度の書式でかまわない。空欄を埋めればよいという印象を与えて、書くことのハードルを下げるのが役立つと思われる。

5、実際の医師意見書の記載例

実際のケースを個人情報特定されない形式で紹介する。

故人は50代前半の男性で、高血圧の診断をされてから約5年後に、自宅浴室内洗い場で壁にもたれかかり、座位になってうめき声を出しているところを妻が発見し、救急要請。現着前に心肺停止状態となり、頭部CTでくも膜下出血の診断となり、死亡確認された。

故人は、IT企業に勤めており、直前3ヶ月の時間外労働時間は、被告主張では月当たり、70時間、47時間、55時間であり、原告主張では103時間、74時間、95時間であった。労働災害は既に認定されており、雇用企業を被告として損害賠償請求が行われていた。

被告は準備書面において、被災者が既に、被告企業より退職金、死亡弔慰金、また、労働者災害補償保険から遺族補償年金、遺族特別支給金、遺族特別年金、葬祭料を、さらに遺族厚生年金、遺族基礎年金を受給しているものであることを指し示した。

次に、被告企業側より医師意見書が提出された。この意見書は11項目の検討事項に対して、医師が意見を表したものであり、記載したのは脳外科学会の重鎮でもある、とある大学病院の脳外科の教授(以下、氏とする)であった。この意見書では、くも膜下出血が過重労働によって発生するという医学的根拠は、文献を渉猟する限りないと明言していた。

「検討事項一」は「くも膜下出血が過重労働によって発生するという医学的根拠の有無」、とされており、氏は「文献検索の結果くも膜下出血と過重労働に該当する論文はなく、平成七年二月に改正した「脳血管疾患および虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く。)の認定基準」では、業務の過重性の評価に当たり、慢性の疲労や就労様態に応じた諸要因が具体的に明示されておらず、明確な基準を策定するための「脳・心臓疾患の認定基準に関する検討会」が開催され、

その報告書において、「疲労やストレスと発症との関係についての医学的説明は現段階においても十分なものではなく、今後のさらなる研究を待たなければならない部分も多い。」として、過労とくも膜下出血の関係を全否定した。

これに対して、反論する形での医師意見書を依頼されたため、協力することとした。この患者について、双方の意見書記載医師は、その診療にまったく携わっていない。カルテのコピーや訴状書面など、限られた情報を見て、医学的な根拠を元に判断し記載したものである。内容は以下のように、同じ検討事項について、真っ向から反論する内容とした。

まずはじめに、「過重労働によって発生するくも膜下出血は全世界で等しく見られるわけではなく、長時間過密労働が社会的に存在する特定の国でしか見られない現象であるため、他の諸外国の報告は見当たらないのも当然と言える。その特定の国には、日本、韓国が含まれる。」として、長時間労働とくも膜下出血の関連について検討した医学論文が実在することを示すため、韓国から発表された、長時間労働とくも膜下出血についての論文を引用した。

「韓国の Inchul Jeong によると、直前 1 週間の労働時間が 60 時間のグループは、40.1 時間から 50 時間のグループと比べて 2.84 倍くも膜下出血を引き起こしており、これは統計学的有意差を認めている。また、統計学的有意差を認めなかったものの、3 ヶ月間の平均労働時間が 40.1 時間から 48 時間のグループに比較して、52 時間以上のグループは 1.55 倍くも膜下出血を引き起こしている。」として、長時間労働とくも膜下出血は、統計学的有意差を持って関連があることを示した。

その後、「本件患者においては、亡くなる直前 1 か月の残業時間は 121 時間とされており、これらのグループよりも遙かに長い時間の残業労働を行っている。」ことを示した。

次に、高血圧によりくも膜下出血が起こることは明らかであること、当該患者が高血圧であったことから、長時間労働と高血圧の関連を明確に示すために、日本人からの報告を次のように引用した。「また、宗像正徳らによると、年間残業時間が 500 時間を超えると、500 時間未満の場合に比べて高血圧になる労働者のオッズ比は 2.069 倍となり有意差を持って多くなることが示された。」

さらに、これら論文を引き合いに出しつつも、そもそも長時間労働がくも膜下出血を引き起こす可能性があることは、過労死認定基準を見ても明らかのように、厚生労働省が既に認めていることを追記した。氏の「くも膜下出血が過重労働によって発生するという医学的根拠のは無い」という意見を完全に覆すことができたと考えた。

氏もそのように感じたようで、これに対して、氏による被告側医師意見書が再度提出された。当該意見書によると、「土谷良樹氏が引用している論文では、直前 1 週間の労働時間が 60 時間のグループでは、40.1 時間から 48 時間のグループに比較して、2.84 倍くも膜下出血を起こすであり、統計学的な有意差が出ている。それに対して 3 ヶ月の平均労働時間に関しては、52 時間以上のグループは 40.1 時間から 28 時間のグループに比較して、1.55 倍とあり有意差は出していない。さらに、この研究では、有意差はないが、直前 1 週間の労働時間が 40 時間以下のグループでは、40、1 時間から 48 時間のグループに比較して、2.15 倍くも膜下出血を起こす。最終結論では、「長時間労働は心血管疾患のリスク増加に関連し、リスクの度合いは心血管疾患サブタイプによって異なる。短い労働時間もまた心血管疾患の増加に関連している」とある。さらに考察には、「くも膜下出血は、ほかの心血管疾患と異なり、ほとんどのケースは脳動脈瘤の破裂に起因する。労働に関連するストレスとくも膜下出血に関連がないという研究も見られる。」とある。この論文からは、「くも膜下出血が過重労働によって発生する」という一般認識は導き出せない。」とのことであった。よく読み込んでいただくと、文章としての支離滅裂ぶりが明らかであるが、大学享受の言葉は重いと判断し、適切に反論する必要があると考えた。

これに対して、さらに医師意見書を記載した。長いが、重要と思われるので抜粋する。以下、引用である。

厚生労働省労働基準局長は基発 0401 第 72 号（平成 28 年 4 月 1 日）の冒頭において、「長時間にわたる過重な労働は、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられ、さらには、脳・心臓疾患の発症との関連性が強いという医学的知見が得られている。働くことにより労働者が健康を損なうようなことはあってはならないものであり、この医学的知見を踏まえ、労働者が疲労を回復することができないような長時間にわたる過重労働を排除していくとともに、労働者に

疲労の蓄積を生じさせないようにするため、労働者の健康管理に係る措置を適切に実施することが重要である」と記載している。従って、ここで議論を行うまでもなく、長時間過重労働が脳心臓疾患の発症との関連性が強いことは、日本国政府においては既に確立された医学的知見とされているのであるが、氏は「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書」の「現行認定基準の見直しにおける主な検討事項」という項目の中の一文である「医学的解明は現段階においても十分なものではなく、今後の更なる研究を待たなければならない部分も多い」という表現を引用して、くも膜下出血と過重労働の関係を否定しようとしている。しかし、当該「報告書」はそのような主旨でつくられたものではない。同報告書は様々な状況を検討した上で、最終章の「まとめ」を以下のように記している。

1. 発症に近接した時期における業務による明らかな過重負荷が脳・心臓疾患の発症の直接的原因になり得るとする考え方は、現在の医学的知見に照らし、是認できるものであり、この考え方に沿って策定された現行認定基準は、妥当性を持つものと判断する。
2. 長期間にわたる疲労の蓄積が脳・心臓疾患の発症に影響を及ぼすことが考えられることから、業務による明らかな過重負荷として、脳・心臓疾患の発症に近接した時期における負荷のほか、長期間にわたる業務による疲労の蓄積を考慮すべきである。
3. 業務の過重性の評価は、疲労の蓄積が発症時において血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ、脳・心臓病疾患の発症に至らしめる程度であったかという観点から、発症前6か月間における就労状態を具体的かつ客観的に考察して行うことが妥当である。
4. 具体的には、労働時間、勤務の不規則性、拘束性、交替制勤務、作業環境などの諸要因の関わりや業務に由来する精神的緊張の要因を総合的に評価することが妥当である。
5. その際、疲労の蓄積の最も重要な要因である労働時間に着目すると、①発症前1か月間に特に著しいと認められる長時間労働(おおむね100時間を超える時間外労働)に継続して従事した場合、②発症前2か月間ないし6か月間にわたって、著しいと認められる長時間労働(1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働)に継続して従事した場合には、業務と発症との関連性が強いと判断される。
6. 発症前1か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね45時間を超える時間外労働が認められない場合には、業務と発症との関連性が弱く、1ヶ月あたりおおむね45時間を超えて時間外労働時間が長くなるほど、業務と発症との関連性が徐々に強まると判断される。
7. 脳・心臓疾患の発症には、高血圧、飲酒、喫煙等のリスクファクターが関与し、多重のリスクファクターを有する者は、発症のリスクが高いことから、労働者の健康状態を十分把握し、基礎疾患等の程度や業務の過重性を十分検討し、これらと当該労働者に発症した脳・心臓疾患との関連性について総合的に判断する必要がある。

以上の諸点は、現在の医学的知見に照らし、妥当と判断されるものであるが、今後の医学の進歩により再検討を要するものであることに留意する必要がある。

なお、当専門検討会では、本報告書をまとめるに当たって、就労態様による負荷要因や疲労の蓄積をもたらす長時間労働のおおまかな目安を示すことによって、業務の過重性の評価が迅速、適正に行えるよう配慮した。(以下、省略)

氏が引用した「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書」はこのような趣旨であって、長時間労働とくも膜下出血の関係を否定する意図は全くない文書である。もちろん「今後の医学の進歩により再検討を要するもの」であるが、氏は新たな医学的知見を提示しているわけではないのである。

また、Jeongらの文献の論文は、直前1週間の労働時間が60時間(すなわち、時間外労働が週20時間)のグループは、40.1時間から50時間のグループに比較して2.84倍も、くも膜下出血を起こすことが統計学的有意差をもって言えることが示されているものである。くも膜下出血は、長時間労働によって発症率が増加するという主旨である。

尚、本件においては直前1ヶ月間の時間外労働時間は、原告主張で122時間13分、被告主張では71時間35分とされている。短い方の時間でも週あたり18時間程度の時間外労働となり、すなわち週あたり58時間の労働時間となる。概ね当該論文の60時間のグループと同程度の労働時間となり、時間外労働がないもしくは短いグループと比べると高率にくも膜下出血を起こしう

ることが推定される。ましてや、原告主張の時間を採用すれば週 70 時間以上の労働時間となり、更にその危険度は増すと考えるのが妥当である。

3 ヶ月間の平均労働時間の検討については、長期間かけて発症する動脈硬化性疾患である急性心筋梗塞と脳梗塞、さらには脳出血が著明に増加しているが、脳動脈瘤と一過性の血圧上昇が端緒となって発症するくも膜下出血については、1.55 倍のオッズ比で増加が認められるものの有意差はみられなかった。これは、労働時間が週 52 時間以上と比較的短く設定されていること、検討期間が 3 ヶ月と短いことが原因の一部と思われるが、有意差が検出されなかったことをもって長時間労働とくも膜下出血発症の因果関係を否定することができないのは、統計学的常識からいっても自明である。統計学的有意とは、95%の確からしきで 2 群に差があることが証明されたことであって、有意差が確立しないということは、それが証明できていないことを示しているに過ぎない。

すなわち、2 群に差があることが証明されていないということしか意味しない。有意差がないといっても、因果関係までもが否定されるという意味ではないことは、医学者であれば誰でもが当然知っているはずである。当該論文には長時間労働が心血管疾患のリスクを上昇させるメカニズムとして、「1つの考えられる説明は、長時間労働により睡眠時間が減少し体調の回復が遅れ、悪い生活習慣を作り出すことにより心血管疾患のリスクが増加するということである。その他の考えられるメカニズムは長時間労働により業務関連のストレスが増大するということである」と指摘している。

また、週 40 時間未満の労働時間のグループの発症率が高いことに関しては、次のように述べている。「1つの考えられる説明は、40 時間以下の群に含まれる参加者は健康状態が悪くなったために労働時間が短縮され、そのことにより更なるストレスが生じて心血管疾患が加速した可能性がある。もう 1つの考えられる説明は、ほとんどの正規労働者は週 40 時間以上働き、40 時間以下で働く韓国の労働者のほとんどは非正規労働者であるため、40 時間未満の労働者を抱えるグループの、雇用の不安定さや心理的状態の低下による心理的ストレスの存在である。したがって、労働時間と心血管疾患のリスクの関係は U 字型関連が見られ、先行の研究の結果と合致する」。したがって、労働時間が短いことが発症率を上昇させているというよりは、韓国特有の社会的状況としての不安定雇用や不健康による勤務制限が発症率上昇に寄与していることを推定しているのである。

氏の意見書によると、Jeong らの文献の考察に「労働に関するストレスとくも膜下出血に関連がないという研究もみられる」と記載しているという表現がみられるが、正確には、「ある一つの研究では業務関連ストレスとくも膜下出血の関係を見いだせていない」と訳すべきである。その論文を読んでもみると、オーストラリアのグループの研究で、1995 年から 98 年の間に発症した 432 人のくも膜下出血のデータを解析したもので、「仕事の過度のストレスやプレッシャーを感じたという群」と「そうでない群」を比較した際のくも膜下出血発症のオッズ比を出している。1 ヶ月以内に業務上のストレスがあった群は 1.05 (0.45-2.41) で有意差なし、2-12 ヶ月以内に業務上のストレスがあった群は 1.38(0.75-2.54)で有意差なしであった。ただし、これらの群の人数はそもそも非常に少なく、1 ヶ月以内群は 30 名、2-12 ヶ月群は 35 名を解析した結果であり、このような少人数の解析においては、信頼度が低く有意差がでにくいことは、統計学上は当然のことである。また、オーストラリアは日本や韓国のように長時間労働が蔓延しているような社会状況にあるわけではなく、業務上のストレスのあり方も社会形態が異なるため同一とは考えにくい。単純比較することができない可能性がある。前述の論文を正しく読めば、医師でなくても、長時間労働とくも膜下出血発症リスクの相関関係は読み解けるであろう。

更に氏は、前回意見書に記載した以下の記載について言及していないことを確認しておく。

「宗像正徳らの文献によると、年間残業時間が 500 時間を超えると、500 時間未満の場合に比べて高血圧になる労働者のオッズ比は 2.069 倍となり有意差を持って多くなることが示された。」

長時間過密労働によって引き起こされる高血圧は、脳動脈瘤を発生ないし拡大させ、破綻させることで、くも膜下出血として発症するのである。厚生労働省も、医学的知見として認めており、「働くことにより労働者が健康を損なうようなことはあってはならない」と断じているのである。

これら意見書上のやりとりは、検討事項 11 項目にわたって繰り返されているのであるが、長くなるので最も重要と思われた検討事項 1 についてのみ記載した。

医師でありながらも、論文の内容をあえて曲解し、あらかじめ結論の決まっている持論を展開するのに都合がよいように改ざんともいえるほどの解釈を行っていることが印象的であった。

6、医師と医師意見書

5 で見てきたように、いずれの側の立場に立つ医師も、臨床情報と、医学論文を元に、意見を述べることができおり、こういった意見を表すことは、医師として働いているものにとっては、それほど難しいことではない。

ただ、それなりに時間が費やされること、反対側の意見を述べるのは医学界で有力な立場に立つ医師であることが多いことなど、障壁は決して低いとはいえない。

意見書を書くことによって、被災した人や残された家族がどれほど助かるのかを、きちんと医師に伝え、協力を依頼する必要があると思われる。

7、終わりに

ずっと昔から、労働によって命を落とす「過労死」は存在していたのではあるが、人類社会の進歩はこれをなくさなければならない時期に至っているものと考え。日本社会においても、労災基準はかなり長い時間をかけてゆっくりとではあるが、少しずつ改善されてきてはいるようであるし、過労死防止等対策推進法の制定も一定の効果をもたらすものと考え。しかし、たまたま認定基準に合わなかったり、労働の記録が十分そろっていなかったりといった理由で認定を諦めるケースも少なくないと聞く。このようなケースをなくすことも、過労死をこの国からなくしていく力になるものと考え、力を割いていきたいと思うし、そのような医師を増やしていく取り組みも重要だと考える。