

## 第106回日本精神神経学会総会

## シンポジウム

## 産業医からみた精神科医療の疫学的検討と処方箋

櫻澤 博文（さくらざわ労働衛生コンサルタント）

1. 3剤以上の多剤投与例が44%以上も存在したのに対し、操作的診断基準に基づく診断や認知行動療法や対人関係療法を提供した医師は寡少であった。多剤処方につながる直接の医療経済的影響のみならず、副作用につながる不経済性についても検討し、必要な措置を構ずる必要がある。
2. 科学的根拠に基づかない自殺対策に税金が投入された結果として、自殺者数増加を招いた自治体が確認された。適切な治療・管理がなされない状況でのうつ病スクリーニング導入は、危険であると危惧する。
3. 労働安全衛生“監査”を担う立場である「労働衛生コンサルタント」は、医原病に伴う不経済性をも是正可能であると考えられるため、上記課題は正への積極的取り組みが求められる。

**Epidemiological Considerations Related to Psychiatric Care and Prescriptions, from an Occupational Physician's Point of View**

1. The author discovered that polypharmacy—defined as three or more prescribed drugs—occurred with patients in 44% of the cases studied in this paper, while only a small number of physicians offered diagnoses based on operational diagnostic criteria, cognitive behavioral therapy, or interpersonal therapy. There is an urgent need to examine not only the direct medical economic effect of multiple prescriptions, but also the diseconomy regarding the resulting side effects, in order to take the measures necessary to improve the current situation.
2. The author identified a municipal government that experienced an increase of suicides as a result of using tax revenue to fund suicide prevention measures that lacked any scientific basis. The author warns of the risk of patient screening for depression when such screening is carried out without the provision of adequate treatment or administration.
3. There is room for improvement in the diseconomy arising from this ‘medical nemesis’. Thus, the active involvement of ‘Licensed Occupational Health Consultants,’ who are in a position to ‘audit’ occupational health and safety, is called for in order to address the above issues.

<Key words: suicide, occupational health, operational diagnostic criteria, medical nemesis, polypharmacy, health economics>

**I. はじめに**

第105回総会において、産業精神保健における「臨床的医原病」と「社会的医原病」の存在が確認された<sup>31,35)</sup>。医原病的な性格を持った科学的根拠のない介入は、企業独自の阻害要因も相まって、産業精神保健の隆盛に反比例して職場のメン

タルヘルス上の問題を拡散させ、隘路に陥らせている<sup>31)</sup>実態が確認された。その阻害要因に対して産業医は、患者や患者集団の利益を重視するという、医の倫理の原点に立った上で、様々な障壁を、その力量と英知にて解決することを望む<sup>20)</sup>とした「監査」的立場を担う期待<sup>31,35)</sup>も寄せら

れた。その際、会社という集団の精神保健状態を疫学的な評価尺度で評価し、問題事例を詳細に検討することが、隘路の打開策になることも提言された<sup>31)</sup>。

そこで、産業医としての契約を含め、企業や集団における安全衛生や労務の“監査”を担う「労働衛生コンサルタント」という立場から、「臨床的医原病」としては、科学的根拠に基づかない診断と加療を受けている実際について記述的疫学を用いて、「社会的医原病」については、社会的逸脱に対するラベリング効果による病者役割の強化の事例<sup>31)</sup>と、その影響について妥当性の見地から検討を行った。

## II. 産業精神保健における臨床的医原病の検討

### 1. 背景

精神疾患で休職を余儀なくされていた労働者が、復職を申請する際に、事実と異なったり、事実記載を省いた「診断書」を提出することは、禁圧的・萎縮的效果から、その労働者にとって不利になりえる<sup>7,40,42)</sup>。また、その「診断書」を交付した主治医も、その労働者の就労権に損害を与える「過失」を与えるべく「懈怠」を働いたと目される<sup>35)</sup>。にもかかわらず、事実記載が省かれた「診断書」が提出される現実がある。

### 2. 目的

事実記載が省かれた「診断書」の分布を把握する。

### 3. 方法

「診断書」を通じて復職を希望してきた労働者に対して、「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」(2009年3月厚生労働省)に沿い、その主治医に対し、「診療情報提供書 提供依頼書」を通じて、診断の根拠、加療内容の記載された「診療情報提供書」を交付するよう、当該労働者の同意を得た上で要望した。

「診療情報提供書」が届けられたら、操作的診断基準の使用頻度や多剤投薬の実際を確認した。

一方、労働者には、起床時刻や睡眠時間、摂食状況、日中の活動状況について記録してもらうと共に、「うつ病復職準備度自己質問紙」<sup>29)</sup>にてその回復状況を確認した。その上で成書<sup>2)</sup>に基づきDSM-IV-TRの診断を行った。

多剤投薬は3種類以上<sup>28)</sup>とした。

なお、通院先は、一切、事前に指定はしていない。

[対象] 労働者数 約4,230名(2010年4月30日現在)

[期間] 2009年9月1日～2010年4月30日(241日)

### 4. 倫理的配慮

専属産業医と異なり、複数の企業と契約している立場であり、元より特定しえない。かつ、労働者からの同意は取得しえたケースのみ対象とした。

### 5. 結果

[対象者数] 18名(男女比12対6)

[通院先分布] 東京都6名(うち23区3名)

神奈川県5名(うち横浜市2名)

[年代分布] 20, 30, 40歳代 各6名

[操作的診断基準使用状況]

DSM分類 0名 ICD-10 1名(5.6%)

[多剤投与状況] 投薬3種類<sup>28)</sup>以上8件(44.4%)

[最多投与例の内訳]

ルボックス(75) 2錠+ドグマチール(50) 2錠+メイラックス(1) 2錠 分2朝・夕食後  
 マイスリー(10) 1錠+ドラール(15) 1錠+クアゼパム(15) 1錠+レンドルミン(0.25) 2錠+ルボックス(75) 1錠 分1就寝前、セ  
 レナミン(5) 1錠 不安時頓用

合計 8剤

[診断名 内訳と件数]

うつ病	7件
抑うつ状態	3
適応障害	3
混合性不安抑うつ障害	1

重度ストレス反応 1

自律神経失調症 1

[分類不能診断名 2例]

①「自律神経コントロール不能状態」

15回休職を繰り返していた事例。

当方の鑑別 I：309.3 素行障害含む慢性適応障害 II：301.82 回避性パーソナリティ障害

②「過敏性腸症候群」

休職後、診断書提出すらなかった。

労働者背景；パワハラや差別の実際はないものの、被害を受けたとの妄想が前景にあった事例。

[加療内容に疑念を挟めた例]

① “自律神経失調” 例

妊孕性への影響に関する訴えを把握することなく、投薬を継続していた。40歳の誕生日前から休みがちになっていたが、診断書を交付していなかった。

② “うつ病” 例 その1

睡眠、食欲共に不安定で、5種類の投薬に加えて頓服薬も投与中であつたにもかかわらず、「安定」したことを根拠に復職可能と診断書に記載していた。

③ “抑うつ状態” 例

身体疾患を入れると8種類の投薬を行っていた事例である。日中の眠気がある状態にもかかわらず、復職可との診断書を交付していた。

また、メタボリックシンドロームに加え、睡眠時無呼吸症候群に罹患していたにもかかわらず、ニコチン依存症への対応を始めとした生活習慣是正の指導すらしていなかった。

④ “うつ病” 例 その2

初回復職時、起床時間が8：40であつたにもかかわらず、復帰可能との診断書を交付した。

再休職時、尿酸値が高値であつたにもかかわらず、「尿酸値は、私の方が高いから」と飲酒を認可し、4種類の投薬を行っていた。

[その他]

● 診療情報提供依頼書紛失 2件

● 2軸診断不可事例 1例以上

◎ 認知行動療法提供、対人関係療法提供例 それ

ぞれ1例ずつ

## 6. 考 察

医師の不適切な治療により経過が遷延することは、労働者側の就労権に関して損害を与えうる<sup>35)</sup>のみならず、管理監督者側の期待権侵害にも相当する<sup>31,35)</sup>指摘はなされてきた。今回、復職しえない体調にもかかわらず“復職可”との記載がされた主治医による「診断書」交付が、人事・労務担当者と、復職を受け入れる管理監督者を混乱させている実態も把握しえた。さらに中には、診療情報提供依頼書を紛失させた事例が複数あつた。結果として、労働時間延伸を始めとした過重労働にての対応を余儀なくされた事例もあつた。人事・労務担当者が労働者の健康を害するに至った場合には、傷害行為にも相当しうるものと懸念しえる。精神科医には、業務遂行力判断は行いえない<sup>36)</sup>とした疑念を裏付ける結果でもあつた。

精神科医による「臨床的医原病」は、多剤が処方されることで出費を余儀なくされる労働者自身、保険点数を請求する健康保険組合や、健康保険組合に出資する組合員、そしてその集団である企業にとつても、また、出資者である株主に対しても、保険料率上昇に伴う間接費負担増から損害を被っているとみなせる。

なお、今回の対象件数は18件と少数であつた。また、事務所の対応範囲の関係上、首都圏に労働者が偏っている点で限界がある。件数を増やし、かつ、全国を対応できるように、複数の労働衛生コンサルタントと提携しての検討が必要である。そのような限界がある中、多剤投与<sup>28)</sup>例が44%以上も存在し、1980年代ならともかく<sup>18)</sup>、今日に至つても、操作的診断が下せる医師や、科学的にその妥当性が確認されている認知行動療法や対人関係療法を提供しえた医師は、それぞれ1例と寡少であることが把握された。

## 7. 結 論

精神科医による「臨床的医原病」を、直接的には正しうる立場である労働衛生コンサルタントや

産業医<sup>23,30,33-35)</sup>より、今回実施した“監査”にて、労働者と管理監督者の双方の健康の保全対応を積極的かつ体系的に監査すべきと考える。

以上のメリットとしては、健康保険組合財政の健全化、労使双方の期待権満足、適正医療の推進、訴訟予防が挙げられる。

### Ⅲ. 社会的医原病の検討

#### 1. 背景

精神科の敷居低下に伴うアクセス性向上にて、軽微な争いごとや精神的不調が、診療現場に持ち込まれ、対応を医療機関が余儀なくされるのみならず、正価の定まらないメンタルヘルス関連産業が進出し、その結果として病者の役割が強化されたり、病気が遷延したりと、いずれにせよ労働者のパフォーマンスは低下しかねないという懸念が共有されていた<sup>31)</sup>。事例として、「富士モデル」<sup>37)</sup>が、相当するのではないかと疑問視してきた。警察庁と人口動態統計の双方にて、2005年度をピークにて、2006、2007年度と複数年、自殺者数が減少しつつある最中に開始された事業であった。そして2007年7月になり、科学的根拠はない<sup>3)</sup>どころか、日本医師会による生涯教育制度での教育内容<sup>25)</sup>とも相容れない家族を対象とした「睡眠キャンペーン」を開始した<sup>35,37)</sup>。

#### 2. 目的

「富士モデル」によって、本当に自殺者が低減するに到ったのか、事実関係と、その影響について確認した。

#### 3. 方法

- ①富士市の自殺者数の推移を公開情報から確認した。
- ②「富士モデル」について、客観的であり、公平かつ公正な評価と改善措置が講じられているのかを確認した。

#### 4. 結果

##### ① [自殺者数]

2008年度は、2007年度の1.37倍に自殺者は増加したとの結果が、平成21年度第1回「一般医から精神科医への紹介システム」運営委員会の「自殺対策の動向について」にて報告されていた(報告者：宮下正雄，日時・平成21年7月15日(水)，場所・静岡県富士総合庁舎特別会議室)<sup>6)</sup>。2008年11月1日にあった富士川町との合併による人口増効果は1.07倍<sup>4)</sup>であることから、人口増だけでは説明がつかない。かつ、自殺者は、「富士モデル」が対象とした労働者ではなく、無職者が多数<sup>6)</sup>であったことも報告されていた。

また、合併前の旧富士市分のみを抽出した結果では、2008年度は55名と、2007年度警察庁統計による自殺者数52名比では1.06倍。2007年度人口動態統計による49名比では1.12倍へと増悪した結果であった<sup>39)</sup>。

2009年9月23日開催の「平成21年度自殺対策シンポジウム in しずおか」では、富士市の自殺者数は不明である<sup>38)</sup>と公表されず、静岡県のホームページ上、その仔細は削除<sup>10)</sup>されていた。

なお、この時期、警察庁「補表1-2 都道府県別自殺者数」<sup>16,17)</sup>から増減率を算出してみると、平成20年(2008年)は、平成19年(2007年)より、全国：0.97、静岡県：0.96と、県レベルでも全国レベルでも、自殺者数は、前年度より低減傾向を示していた。しかしながら、富士市の自殺者は逆行して増加していた。

##### ② [波及影響]

自殺総合対策会議が2010年2月5日に決定した「いのちを守る自殺対策緊急プラン」には、「富士モデル」を参考にしたかのような“長時間労働や失業、事業不振等の社会経済的な様々な問題を抱えた中高年男性に焦点を当てた「睡眠キャンペーン」等を実施します”との記載<sup>9)</sup>が確認された。このことを知ってか、“3ヵ年で100億円も投資されることから、講演が増える”といった専門委員の発言<sup>5)</sup>も確認された(注；文献5, 6は、シンポジウム最中、供覧したところ、返却ア

ナウンスをしたにもかかわらず返却がなく、参加者によって持ち去られ手元に現存していない)。

## 5. 考察

〔「富士モデル」について〕

厚生労働省健康局に保存されているファイルによると、「富士モデル」制定の根拠は、“自殺率は50歳代男性がピークで年齢階級別死因順位(平成19年人口動態統計)によると、男性死因において自殺は40歳代で第1位、50歳代で第3位であり、働き盛り世代男性の自殺は家庭的、社会的に影響が大だから、働き盛り世代の対策が急務”とされていた<sup>21)</sup>。確かに、働き盛り世代に属する男性の自殺の影響は大であり、対策は急務であろう。しかしながら、富士市単独での人口動態統計を、複数年把握した経緯や家族形態・職業・年齢層・性別など、基本的な統計分析をした結果は確認できなかった。すなわち、疫学やヘルスサービス研究に基づいた評価<sup>25)</sup>がなされていないように理解した。制定に際して、産業精神保健福祉に造詣が深い産業医<sup>23,30,33,34)</sup>や労働衛生コンサルタントが参画していたかは不明であった。そもそも、地域における自殺対策モデルの確立を目的とした「地域自殺対策推進事業」の一つとして実施された<sup>19)</sup>以上、専門性の乏しい産業精神保健分野を対象に実施することは、無謀とも思え、専門家を交えて検討していない以上、公金を使って自殺者を増加する結果に終わったとしても不思議ではない。モデル事業によりうつ病が発見されることで、事業整理に伴う解雇の優先対象になりうる可能性や、就労制限による実収入の減少といった不利益が生じると、経済的に困窮させるに至り、結果的に自殺を誘発したのではないかと危惧している。なお、「一般医から精神科医への紹介システム」運営委員会は、開始初年度から自殺者が増加かつ内訳として無職者が多数<sup>9)</sup>であることを知りながら、是正の動きは確認されなかった。

〔影響波及について〕

警察庁生活安全局生活安全企画課による「補表1-2 都道府県別自殺者数」から、増減率を求め

てみた。平成21年度(2009年度)は、平成20年度(2008年度)より、全国レベルでは32845/32249より1.02倍、増悪していたのに対して、静岡は、934/901より1.04倍と、全国より悪化していた<sup>17)</sup>。非専門家によって開始された非科学的な「富士モデル」を、「一般医から精神科医への紹介システム」運営委員会が中止することもなく、静岡県は拡大適用させた結果として、自殺に追い込まれる他なかった県民が増加した結果との仮説形成が可能である。

なお、「富士モデル」には、精神科医が企画に関与していた<sup>37,39)</sup>ものの、心理学的剖検を通じた自殺へ到る要因分析を経ての対策の要を抽出したわけでもなかった。このことは、「臨床的医原病」の定義にも該当しえる。もとより、精神科医による加療を促すこの「富士モデル」は、「臨床的医原病」の曝露機会を増やすに他ならないばかりか、「社会的医原病」の実例としても相応しい内容と実際に証明していた。何しろ、精神科医の中には、精神疾患を治すどころか、悪化させる<sup>1,12-15,19)</sup>役目を担う者が、全国各地に存在しているという実際が、他のシンポジストからも紹介されたからである。適切な治療・管理がなされない状況でのうつ病のスクリーニングには、米国予防医療研究班は反対の立場をとっている<sup>44)</sup>ように、「不眠」を根拠に精神科医による加療させたことが、自殺者増という“禍根”になったのではないかと危惧している。何しろ不眠の原因は、何も気分障害だけではない。代謝内分泌疾患や薬剤性不眠、睡眠時無呼吸症候群を含め、鑑別すべき疾患は多数ある<sup>25)</sup>。専門としている精神疾患さえも、操作的診断基準に沿って鑑別しえない精神科医の存在<sup>35)</sup>が、複数の医師から確認されている。また、専門科目の中の適切処方さえまならない<sup>1,12-15)</sup>中、専門科外の処方が増えられ、いよいよ対処能が破たんし、不適切投与が、しかも多剤なされ、判断力低下に伴って自殺者数が増加するに至ったという不治の「臨床的医原病」が発症したものと想像しえる。すなわち、“富士モデルで不治も出る”である。なお、説明責任<sup>33,34)</sup>を果たしていないか

の静岡県精神保健福祉センターに対して、質問を寄せた記事<sup>41)</sup>はあった。

〔望ましい対策モデルについて〕

心理学的剖検を通じて、自殺リスクとして平均4つの要因が連鎖した時や人事異動発生時を抽出したり、地域特性に応じた介入・支援を提供する自治体が登場していた<sup>24)</sup>。人口動態統計などを解析し得られた自殺の現状を、潜在的余命損失年数(PYLL)率に基づく社会的損失まで掘り下げ、かつ積極的にWEBページを介して市民へも提供<sup>45)</sup>していた自治体もあった。人口動態統計<sup>8)</sup>や、警察庁による自殺統計も区ごとに分析<sup>43)</sup>し、社会・経済的要因分析を元に、高齢化と自殺との関連、孤立と自殺との関連、および経済的な問題が自殺の背景に存在している可能性を示していた<sup>8,43)</sup>。なお、日本公衆衛生学会理事長が内閣府自殺対策特命担当大臣に宛てて出した自殺対策のあり方に関する提言<sup>27)</sup>では、「富士モデル」のような方法は、当然かのように推奨されていなかった。

## 6. 結 論

「富士モデル」は、医療現場で活躍するに資する<sup>26)</sup>モデルではないとの仮説形成を立てていたが、その懸念が現実となった<sup>32)</sup>ことは、昨年、警鐘を鳴らしていた立場として残念である。国家は、科学的根拠に基づかない政策であることを認識しながら、多額の費用を削ることはせず<sup>22)</sup>、精神科医に不眠者を対処させることで、「臨床的医原病」の機会を拡大させ、ひいては自殺者増という「社会的医原病」を蔓延させようとしている、この「不治も出る」を流布させようとしている。「行政刷新会議」によるいわゆる“仕分け”が無力であれば、こうした危険な企てを頓挫かつ是正させ、今後の公衆衛生政策の「前車轍覆」としてもらう良識者が出るのを待つ他ない。

## IV. 終わりに——文化的医原病発症 防止のために——

今回、臨床的医原病事例として、精神疾患によ

る休職者の復職判定前後に判明した多剤処方やおよそ専門家とは思えない診断や加療の実際を、社会的医原病事例として、公衆衛生政策に因る自殺者増という不経済性を記述すると共に検証した。いずれの事例も、精神科医が関与していた。大半の精神科医は、未だ科学的根拠に基づく診断も、仮説形成に基づく投薬もしえていなかった。事前に通院先を指定していたわけではなかったことから、18件のランダムサンプリング事例と近似しえよう。中でも、多剤処方<sup>28)</sup>例が4割にも上った。このような現実に対して、空論や建前論に基づいた産業精神保健研究<sup>31)</sup>を行っていても、年間自殺既遂者が3万人を下回るようになったとしても、それは、公衆衛生政策の成果ではなく、人口減に伴う自然減でしか説明がつかないのではないかと懸念している。なお、公衆衛生学会<sup>27)</sup>に続き、精神化領域の疾患を中心に、「産業医こそが主治医である」という理念に基づき、社員の健康を守るために、産業医であっても、積極的に自ら意見を述べる立場を明白にする動き<sup>11)</sup>も、他学会では確認されてきている。当学会も、公益性を追求する団体である以上、参加者に対して経験主義・封建的な精神主義から、科学的・客観的な近代的精神医療へ脱皮<sup>35)</sup>を促すような働きかけを重ねて希求したい。

## 文 献

1) Carlsten, A., Waern, M.: Are sedatives and hypnotics associated with increased suicide risk of suicide in the elderly? *BMC Geriatrics*; 9: 20 doi: 10.1186/1471-2318-9-20, 2009

2) 張 賢徳監訳, 張 賢徳, 池田 健, 近藤伸介訳: 第2版 精神科面接マニュアル (原題 Daniel J. Carlat: *The Psychiatric Interview: A Practical Guide*, 2nd ed.) メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2006

3) Daniel, J.: Taylor: *Insomnia and depression*. *Sleep*, 31: 489-95, 2008

4) 富士市・富士川町合併協議会

URL: <http://www.city.fuji.shizuoka.jp/gappei/situation/02.html>

- 5) 富士市医師会報 (3) (通算 3341)
- 6) 富士市医師会報 (19)
- 7) 福田学園事件。大阪地裁 平成 17 年 4 月 8 日、  
労判 895 号 ; 88, 2005
- 8) 池見好昭, 石橋直子, 段木登美江ほか: 横浜市における自殺の現状  
URL : [http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/eiken/health\\_inf/zisatsu/pdf/zisatu01.pdf](http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/eiken/health_inf/zisatsu/pdf/zisatu01.pdf)
- 9) いのちを守る自殺対策緊急プラン  
URL : <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/plan/pdf/hontai.pdf>
- 10) 「自殺対策シンポジウム IN しずおか」を平成 21 年 9 月 23 日に開催しました。  
URL : <http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-810/sei-shin/sinpo.html>
- 11) K & S 産業精神保健コンサルティング: セカンドオピニオン医としての産業医 (2010 年 5 月 28 日開催), 第 83 回日本産業衛生学会, 福井, 2010
- 12) かでい伝次郎: ドクターかでのくすりの裏技 第 2 回 見切り千両, 医薬経済, 4.15 ; 20-21, 2008
- 13) かでい伝次郎: ドクターかでのくすりの裏技 第 22 回 迷走続く日本のうつ病治療, 医薬経済, 11.1 ; 26-27, 2009
- 14) かでい伝次郎: ドクターかでのくすりの裏技 第 24 回 デタラメな治療, 医薬経済, 12.15 ; 28-29, 2009
- 15) かでい伝次郎: ドクターかでのくすりの裏技 第 28 回 転勤と引き継ぎ, 医薬経済, 4.15 ; 24-25, 2010
- 16) 警察庁生活安全局生活安全企画課: 平成 20 年中における自殺の概要資料  
URL : [http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki81/210514\\_H20jisatsunogaiyou.pdf](http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki81/210514_H20jisatsunogaiyou.pdf)
- 17) 警察庁生活安全局生活安全企画課: 平成 21 年中における自殺の概要資料  
URL : [http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/220513\\_H21jisatsunogaiyou.pdf](http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/220513_H21jisatsunogaiyou.pdf)
- 18) Kitamura, T., Shima, S., Sakiko, E., et al. : Psychiatric diagnosis in Japan. I. A study on diagnostic labels used by practitioners. Psychopathology, 22 ; 239-249, 1989
- 19) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課: 自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめについて  
URL : <http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2010/07/03.html>
- 20) 栗原千絵子: 産業精神保健における臨床研究と企業倫理: 論点整理と政策提言. 精神経誌, 112 ; 495-502, 2010
- 21) 松本晃明: 働き盛り世代のうつ自殺予防対策富士モデル事業. URL : [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/hoken-sidou/dl/h21\\_shiryoku\\_b02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/hoken-sidou/dl/h21_shiryoku_b02.pdf)
- 22) 内閣府行政刷新会議事務局行政刷新会議ワーキングチーム: 「事業仕分け」第 1 WG 日時: 平成 21 年 11 月 12 日 (木), 事業番号: 1-15, 項目名: 普及・啓発等 (青少年育成の推進, 食育の推進, 少子化社会対策の推進, 高齢社会対策の推進, バリアフリー・ユニバーサルデザインの推進, 障害者施策の推進, 交通安全対策の推進, 犯罪被害者等施策の推進, 自殺総合対策の推進)
- 23) 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
- 24) NHK クローズアップ現代 2010 年 7 月 14 日放送「動きはじめた自殺対策～実態調査が命を救う～」  
URL : [http://cgi4.nhk.or.jp/gendai/kiroku/detail.cgi?content\\_id=2914](http://cgi4.nhk.or.jp/gendai/kiroku/detail.cgi?content_id=2914)
- 25) 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
- 26) 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
- 27) 日本公衆衛生学会理事長實成文彦: 内閣府自殺対策特命担当大臣 福島みずほ殿, 経済変動期の自殺対策のあり方に関する提言; 平成 22 年 2 月 8 日
- 28) 野村総一郎, 平川博之: 増加するうつ病—今後の診療の姿とは—. 日本医事新報, 4467 ; 34-41, 2009
- 29) 岡崎祐士: 病休・休職中のうつ病患者の復職可能性判定を客観化するための評価尺度と質問紙の開発. 厚生労働科学研究費補助金 (労働安全衛生総合研究事業) 分担研究報告書. 2007
- 30) 齋尾武郎: 職場のメンタルヘルス. 毎日ライフ, 36 (10) ; 11-53, 2005
- 31) 齋尾武郎: 産業精神保健における臨床研究と企業倫理—コーディネーターとしての問題意識—. 精神経誌, 112 ; 466-471, 2010
- 32) 齋尾武郎, 櫻澤博文: 自殺予防事業を考える: 富士モデルへの建設的フィードバック. 第 7 回 日本うつ病学会総会, 金沢, 2010 年 6 月 12 日
- 33) 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
- 34) 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

35) 櫻澤博文: 産業精神保健における実務的課題と解決策検討。精神経誌, 112; 478-483, 2010

36) 島 悟: 産業保健スタッフの役割。産業保健, 21, 57; 7-8, 2009

37) 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/sei-shin/utsu.html>

38) 静岡県うつ自殺予防対策「睡眠キャンペーン」  
URL: <http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-810/sei-shin/suimintop.html>

39) 損保ジャパン総合研究所: 静岡県富士市の働き盛り世代のうつ自殺予防対策「富士モデル事業」。ダイジェズ・マネジメント・リポーター; 17, 2009

40) 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, 2009

41) 豊島康宏: 総合的自殺対策構築への期待「富士モデル」評価の行方。Japan Medicine, 6.16; 7, 2010

42) 豊田通商事件。名古屋地裁平成 9 年 7 月 16 日。労判 737 号; 70, 1997

43) 宇佐美実紀, 段木登美江, 池見好昭ほか: 横浜市における自殺の現状 (その 2) — “警察庁による自殺統計” を用いた解析—  
URL: [http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/eiken/health\\_inf/zisatsu/pdf/zisatu02.pdf](http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/eiken/health_inf/zisatsu/pdf/zisatu02.pdf)

44) U.S. Preventive Services Task Force: Screening for Depression in Adults. Release Date: December 2009. URL: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf09/adult-depression/addepr.htm>

45) 横浜市衛生研究所: 横浜市における自殺の現状—平成 18 年人口動態統計を用いた解析—。URL: [http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/eiken/health\\_inf/zisatsu/pdf/zisatu03.pdf](http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/eiken/health_inf/zisatsu/pdf/zisatu03.pdf)