

事例

再発を繰り返す躁うつ病の労働者の復職支援

Support for the Reinstatement of an Employee with Bipolar Disorder Who Suffered Multiple Relapses

副田秀二

ソエダ精神保健サービス

Shuji SOEDA

SOEDA Mental Health Service

キーワード : Bipolar disorder, Employee, Lithium, Reinstatement, Relapse, Valproic acid

はじめに

躁うつ病の躁状態は軽率な行動や攻撃的態度によって精神的、経済的損失を職場にもたらし、それが躁うつ病の労働者の復職を困難にしている¹⁾とされている。躁うつ病は回復しても新たなストレスを契機に再発・再燃を繰り返す傾向がある^{2,3)}。躁うつ病、特に躁状態の再発が繰り返され、職場が混乱した経験を持つ上司らは、その労働者の復職に慎重になりがちである⁴⁾。そのため、躁うつ病の精神症状の一時的な消失のみを根拠とした復職は、職場の上司らの理解を得にくく成功しがたい。復職を成功させるには、産業保健スタッフが再発の懸念材料を職場の上司らと検討して対策を立てる必要がある。厚生労働省による、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⁵⁾でも、個々の労働者ごとに具体的な支援プランを作成することが求められている。

筆者は製造業の大規模事業場（従業員数約5,000人）へ週に一度来訪し、嘱託精神科医として従業員の精神健康相談を担当している。筆者が実施した面談の概要は保健師に適宜連絡する。ただし、復職面談は専属産業医、保健師、上司、人事も同席し、その可否と就業面の配慮を合議する。同事業場では試し出勤や、半日勤務からの段階的復職などの制度はない。今回、筆者は同事業場の産業保健スタッフの一員として、再発を繰り返した躁うつ病の労働者の復職を支援した。この支援では、再発の

懸念材料を家庭、治療、職場の側面から検討し、それぞれのリスクの軽減を図った。そこで、この復職支援を嘱託精神科医の立場から報告する。なお、プライバシーを保護する目的で論旨を損なわない程度に経過の記述に修飾を加えた。

事例

初回相談時30歳代男性、製造現場作業員、役職なし。

X年4月、A精神科病院へうつ状態で入院した。X+1年3月、手のしびれ、腰痛、自殺念慮を訴え、突然休暇をとった。4月にB大学病院精神科でうつ病と診断され入院した。軽快して同年5月に退院し、6月に復職した。X+3年4月、職場で大声を出し苦情が出たため5月にB大学病院に受診。躁うつ病の躁状態とされ休業し、通院した。同年7月頃に躁状態は軽快し、8月に復職した。9月に自宅に近いC診療所に紹介された。通院を継続し、X+4年1月に炭酸リチウム（以下、リチウム）800mg/日のみとされた。

X+4年6月、C診療所からのリチウムを服薬し続けたが多弁多動となり、職場で暴言を吐くようになった。リチウム1,200mg/日に増量され血中濃度は0.95mEq/l（有効血中濃度0.4-1.0mEq/l）で、さらに気分安定薬であるカルバマゼピン400mg/日が追加されたが躁状態は増悪し、D精神科病院（以下、D病院）に8月から9月まで入院した。軽快退院の後も同院へ通院した。10月、リチウム800mg/日とカルバマゼピン600mg/日が処方されていた。精神症状は落ちついていたため、11月に日勤のみとして復職した。その頃、筆者らは本人が離婚を含めた家庭の問題を抱えていることを本人の上司から聞いた。

X+5年2月、うつ状態でD病院へ入院し、同年8月頃に軽快した。退院先として、高齢の両親と実家で療養するか、家庭の問題のため単身で療養するかを選ぶことになった。筆者と上司は実家で療養を勧めたが本人は嫌がり、12月の退院後から単身生活が始まった。この頃、本人は離婚後の養育費、自分自身の生活費などの経済的問題を弁護士に相談し具体策を進めていた。

D病院による処方では、すでにカルバマゼピンが中止され、睡眠薬とリチウム800mg/日のみでリチウムの血中濃度は1.1mEq/lであった。過去にリチウム単独で躁状態が再発した経過から、筆者はリチウム単独による再発予防効果の不足を懸念した。当初、筆者は再発予防を強める方法を主治医と話し合ってみてはどうかと本人に軽く勧めたが、処方には変わらなかった。そこで筆者はリチウム単独で躁状態が再発した経過と、気分安定薬を併用する方法があることを本人に説明した。すると本人は再発のリスクを下げられるなら併用したいと希望した。X+5年12月、本人の同意を得て主治医に文書でその

2009年11月12日受付；2010年4月11日受理

J-STAGE 早期公開日：2010年5月1日

連絡先：副田秀二 〒807-0857 北九州市八幡西区北筑3-6-1-504 ソエダ精神保健サービス。Correspondence to: S. Soeda, SOEDA Mental Health Service, 3-6-1-504, Hokuchiku, Yahatanishi-ku, Kitakyushu 807-0857, Japan (e-mail : s-soeda@med.uoeh-u.ac.jp)

希望を伝え、検討を依頼した。その文書には、リチウム単独で躁状態が再発した経過、脆弱な家族機能、再発の繰り返しで職場が復職に慎重になっている状況を書き添えた。その一方で、気分安定薬の併用が復職の条件ではない旨も明記して、主治医の判断を仰いだ。その結果、X + 6年2月に気分安定薬であるバルプロ酸が追加された。

筆者は、D病院の主治医とのやりとりの結果を、再発予防策の一つとして上司に説明した。しかし、再発を繰り返して職場が混乱した経過から上司は慎重であった。上司は、当面は職場の体制が流動的であるためX + 6年8月頃までは復職しても配慮しづらいと話した。これを受けて筆者は、本人の家庭の問題、単身での療養、強化された薬物療法の効果について腰を据えて経過を見極めながら、再発予防策を強める方針とした。

家族による協力として、妻に面談に同席してもらうことは期待できなかった。本人の両親に同席してもらったが、父親は高齢で話を理解できず、協力を求められるのは母親のみであった。筆者は再発の兆候が見られた時の上司と家族による対応手順を明確にするよう、上司から求められた。筆者は関係者の連絡一覧表を作成し、職場での異変への気づきから、母親が受診に同伴するまでの手順を整理した。その一覧表を本人、家族、上司を含めた関係者がそれぞれ保管した。また、家族へのこうした働きかけをD病院の主治医に文書で報告した。この間、本人は筆者の助言を守り、D病院への通院と服薬、規則的な生活リズムの維持、復職を想定した体力づくりを続けた。日焼けした顔、少しずつ体が引き締まっていくさまなど、体力づくりの成果は定期面談のたびに一目瞭然であった。

X + 6年9月なら職場の流動的要素が落ち着くため、復職の時期として妥当ではないかと上司が提案してきた。その直後、家庭の問題で本人と弁護士との話し合いがあるため、復職は10月以降がよいと上司が再度提案してきた。再発予防のためには家庭の事情も考慮すべきと考え、その再提案に応じた。同年10月に本人の服薬状況を確認すると、リチウム800mg/日で血中濃度は0.62mEq/l、バルプロ酸800mg/日で血中濃度は37 μ g/ml (有効血中濃度50-100 μ g/ml)であった。精神症状は落ち着いており、X + 5年8月から1年2ヶ月もの間、寛解を維持していた。上司の話では、本人は再発の繰り返しで一部の同僚の信頼を失っており、以前から班内で働きづらそうにしていた。そのため上司は、今回の復職では本人を別の班に入れておき、様子を見ながら従来の班に戻すかどうかを決めたいと話したので、承諾した。

X + 6年10月、主治医から復職の診断書が出され、11月に日勤のみとして復職した。上司は、声を掛け合

いながらやっていこうと本人に話し、復職後は始業時と夕刻に本人と顔を合わせるように意識した。経過は良かったため12月から二交代、残業、休日出勤も許可し、就業制限なしとした。X + 7年2月、フォローアップの定期面談で上司は、4月から一段と多忙になる見通しなので、次の診察で主治医に話しておいてほしいと本人に話した。同年6月、定期面談で本人は勤務に支障はなく服薬も続けていると答えた。同席した上司は、まじめすぎるくらいよくやっていると評価した。同年7月のリチウムの血中濃度は0.95mEq/l、バルプロ酸の血中濃度は52 μ g/mlであった。X + 8年6月の定期面談で、本人は前妻と時々連絡を取り合い、夏休みには子供たちと旅行に行く予定だと話した。その後も3ヶ月ごとの定期面談を続け、X + 9年9月も順調で本人は職場の人間関係を好意的に捉えていた。

考 察

産業保健スタッフとしての筆者らの今回の役割は、再発の懸念材料を検討し、家族、医療機関、職場と協力してそれぞれのリスクを軽減することであった。X + 5年8月頃に精神症状が軽快してからX + 6年11月に復職するまで、つまり、再発の複数の懸念材料に対応して復職の用意を整えるまでに、約1年3ヶ月を要した。大西³⁾は、最近の知見では躁うつ病も慢性疾患として対応せざるをえない事態が考えられると指摘し、躁うつ病が長期化したり再燃したりする要因として、患者の受療行動、家族の病気への理解、上司など職場の対応、精神科主治医の技量、を挙げている。本人の受療行動に大きな問題はなかったため、筆者らは再発の懸念材料を、家庭、治療、職場の側面から検討した。

家庭の側面では、同居して本人を支える者がいないことが懸念された。再発を繰り返す躁うつ病の治療では、薬物治療だけでは予防できない多くの患者において、躁状態を早期にコントロールすることやうつ状態での自殺防止などが重要である。そのために、本来、躁うつ病の再発予防では初期兆候の発見に家族、特に配偶者の協力は不可欠であり、彼らを病院外の主治医とみなし、その意見を尊重するよう患者、家族に説く必要があるとの指摘¹⁾もある。病識が希薄になってしまう病態では家族の支えの意義は特に大きい。しかし、今回は本人が単身生活を選んだため、近くに住む母親の協力を求めるしかなかった。休職中の定期面談で母親に同席してもらい、職場と主治医とのつなぎ役を依頼したが、母親はそれを担う自信がないと強調した。筆者らと上司は家族機能の一定の限界を踏まえて他の再発予防策を練る覚悟をせざるをえなかった。上司の依頼を受けて筆者は再発の兆候が見られた時の上司と家族による対応手順を明確にした。

治療の側面では、C診療所からのリチウムを服用した

のに躁状態が再発したため、リチウム単独の再発予防効果の不足が懸念された。治療を引き継いだD病院の主治医が十分量のリチウムの効果を見極めようとした方針は、躁うつ病の薬物療法上の選択肢の一つである。リチウムは躁病の患者に常に有効とは限らない⁶⁾。抗てんかん薬のカルバマゼピンおよびバルプロ酸は臨床的に広く使用され、両者を併用することも多い^{6,7)}。今回はリチウム単独で躁状態が再発した経過があり、さらに、再発の繰り返して職場が復職に慎重であった状況と、脆弱な家族機能という背景が重なっていた。これらを考慮すると再発予防の薬物療法を強める重要性が増すため、D病院の主治医に情報を提供した。しかし、産業保健スタッフが治療内容に関与するには十分な配慮がある。まず、患者や主治医が職場側に特定の治療を強要されたと受け取らないように配慮すべきだろう。また、職場側が勧めた治療によって問題が生じた場合の責任の所在まで考慮すべきかもしれない。そこで、今回の気分安定薬の併用は本人の意向を確かめ、同意を得て主治医に検討を依頼した。さらに、併用は復職の条件ではないと説明した上で主治医の判断を仰ぐという対応をとった。

職場の側面では、職場の体制が流動的で本人に配慮する見通しが立たなかったことと、再発の繰り返して信頼を失った本人が同僚の中で働きにくそうにしていたことが挙げられる。上司は復職の時期を慎重に選ぼうとした。それにより、数ヶ月以上の待機を余儀なくされたが、筆者も上司が勧める時期まで待つよう本人に理解を求めた。また、復職の時期を探る間、上司は本人の単身生活にまつわる状況をよく把握した。上司が職場だけでなく本人の生活状況にまで配慮したからこそ、筆者らも再発の懸念材料を検討できた。

こうして家庭、医療機関、職場とのコーディネートを通して再発のリスクを軽減し、復職を支援した。復職の成功から1年以上が経つと、本人とともに働く同僚も余裕を持ってくる。D病院の主治医も気分安定薬の併用を続けている。

文 献

- 1) 広瀬徹也, 橋本光則. 職場に戻るためのメンタルヘルス疾病別対応 復職と就労継続への支援 躁うつ病 うつ病との相違点を中心に. 精神科臨床サービス 2006; 6: 82-5.
- 2) 加賀美真人, 本橋伸高. 双極性障害の維持療法. 精神科治療学 2005; 20: 1231-7.
- 3) 大西 守. 躁うつ病が長期化したり再燃する要因. 日本産業カウンセラー協会編. 産業カウンセリング. 東京: 学芸社, 2008: 337-8.
- 4) 副田秀二. 産業精神保健における躁状態の留意点. 産業医学ジャーナル 2004; 27: 16-8.
- 5) 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改訂版 (平成21年3月改訂)
- 6) 山下 格. 躁病の薬物療法. 山下 格編. 精神医学ハンド

ブック (第5版). 東京: 日本評論社, 2004: 98-9.

- 7) 井上 猛, 田中輝明, 増井拓哉, ほか. 双極性障害の再発予防と薬物治療. 臨床精神薬理 2006; 9: 1161-8.

コメント1：産業保健スタッフと臨床医の協働をめぐる

廣 尚典

産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学

メンタルヘルス不調者の職場復帰支援に、精神科医が直接関与している例は、特に企業規模が大きい事業場で散見される。しかし、その関わり方をみると、復職の可否や復職にあたっての就業制限（就業面の配慮）に関する意見をまとめる際、精神科医がその中心となっているところと、別にいる産業医への助言までを担当しているところがある。本事例は、明記はされていないが、前者であろうと推察される。

メンタルヘルス対策を論じる際に、精神科産業医という表現が使われることがある。多くの場合、当該精神科医がメンタルヘルス不調に関連する問題のみを扱い、それ以外の事柄は別の産業医に任せている例をさす。産業医の職務全般を行っている場合には、あえて「精神科」と付記する必要はないはずである。このようなメンタルヘルス領域だけを「特別視」するような対応は、他科医師にとって諸判断が難しい。繰り返しの休業例が多いといった背景から了解できるところではあるが、メリットだけでなくデメリットの存在にも留意する必要がある。本事例紹介では、主治医との治療に関する調整など、いくつかのメリットが読み取れるが、デメリットの面はいかがであろうか。検討されたことがあれば、うかがいたい。

また、精神科医が職場復帰に関する諸判断を行うにあたっては、日頃から職場巡視、各種会議（衛生委員会など）、教育研修への協力などを通じて、職場の実態を把握しておくことが有用であると思われるが、そのために十分な時間を確保することは難しいのが実情であろう。それについても何か工夫をしているところがあれば、示していただきたい。

さらに、少し事例を離れるが、双極性障害について、特にⅡ型に対する誤診（軽躁病相の見落とし）とそれに伴う不適切な治療が近年話題になっている。産業保健スタッフが職場内での当該労働者の言動、仕事ぶりに関する情報を丹念に収集することで、適切な診断に寄与できる面があると思われる。しかし他方で、その過剰診断への警鐘を鳴らす声も聴かれるようである。この件について、産業保健スタッフとして留意すべき点をご示唆願

たい。

コメント1に対する著者の回答

嘱託精神科医のみに精神健康相談を任せることのデメリットについて、ある大規模事業場の専属の産業医に聞き取り¹⁾をしたことがあります。そのデメリットとは、産業医の責任意識の希薄化、精神科医との連携の不足、来談者との信頼関係の生じにくさ、精神科医による方針決定の偏り、などでした。嘱託精神科医以外の産業保健スタッフがメンタルヘルス領域への関与を弱めるほど、これらに類似するデメリットをきたす可能性があると思います。本事例では嘱託精神科医が中心になってはいますが、復職面談などでは専属の産業医や保健師を含めた産業保健スタッフが同席して諸判断をしています。

嘱託精神科医による面談に、産業医や保健師等に多く同席していただくほど、そうしたデメリットを緩和できるのではないかと思います。嘱託精神科医による面談にすべて同席した専属の産業医と保健師への聞き取り^{1, 2)}によると、同席のメリットは多く、産業医にとっては、精神科医とうまく連携できるだけでなく、来談者の上司からの相談に応じたり、職場環境調整を行ったりしやすくなったようです。保健師にとっても、同席で産業医と精神科医の方針が一致するだけでなく、産業医が来談者との信頼関係を築きながら状況を把握するため、適宜の対応を産業医に相談しやすくなったようです。嘱託精神科医にとっても、産業医や保健師等からの情報や助言を得ながら諸判断ができることは大きなメリットです。しかし、こうした同席ができない場合には、嘱託精神科医が面談の要点を他の産業保健スタッフに連絡して、情報を共有するのがよいと思います。

メンタルヘルス領域に限らないと思いますが、専門家でも診断が難しい場合があります。適切な診断には多くの情報を要す場合がありますので、産業保健スタッフが職場内での当該労働者の言動、仕事ぶりに関する情報を収集することは重要です。それでも診断が難しい場合は、現場での問題に対応しながら（事例性）、さらに経過を追って診断を検討（疾病性）せざるをえません。疾病性として、双極Ⅱ型障害に対する誤診（軽躁病相の見落とし）は専門家の課題でもあり、その診断には一定の知識や経験を要するという指摘³⁾もあります。メンタルヘルス領域の専門家は、専門知識を駆使しながら職場や産業保健スタッフと協力し、最善の対応を目指すことが望まれていると思います。診断を確定できない場合には、どのような情報が必要かを産業保健スタッフに伝えることが専門家の役割だと思います。

文 献

- 1) 副田秀二, 柴田道彦. 嘱託精神科医による精神健康相談への専属産業医の同席（第二報）—産業医と精神科医による共同面談—. 産業医学ジャーナル 2006; 29: 10-3.
- 2) 副田秀二. 嘱託精神科医による精神健康相談への専属産業医の同席. 産業医学ジャーナル 2002; 25: 11-4.
- 3) Akiskal HS, Maser J, Zeller PJ, et al. Switching from 'unipolar' to bipolar II. An 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 114-23.

コメント2：法的観点からの留意点

三柴丈典

近畿大学法学部

本事例は、その経過や結果からすれば法的分析にあまりなじまないようにも思われるが、以下、同様のケースが不幸にして災害と紛争を招いてしまった場合を想定し、それに対応する法的知見を産業保健関係者一般に向けて提供する趣旨でコメントを行う。

かような事例の検討に当たり、法的観点から最初に問われるのは疾病り患の業務上外であるが、本事例における初期のうつ病り患（+入院）の業務上外は不明である。しかし、採用時に特段の精神疾患の既往歴がなく、採用後にり患したということであれば、業務上の可能性も考慮する必要が生じよう。業務上であれば労基法上の解雇制限期間も最低3年（+復職後30日）となり、加えて使用者責任災害であれば、休業中、業務軽減期間中を含めて所定賃金全額の支払義務が生じ、信義則上、法的に「より」積極的な職場復帰支援が求められることになる等、私傷病の場合とは異なる取扱いが求められるからである。

これに関連して、本事例のような場合、当初確認された（離婚に至るまでの）家庭不和が純粋に本人や家庭要因によるものか否かも、プライバシー保護や本人の精神状態に与える影響等との関係上可能な限り確認さるべきように思われる。予見可能性との関係からも通常考えにくいだが、仮に業務上の（ないし使用者責任による）精神障害の発症⇒家庭不和⇒離婚との経路に相当因果関係が認められれば、法的には使用者の過失責任がより重くなる可能性があるからである。とりわけ本事例において、結果論ながら症状の改善が前妻との関係に好影響を与えている（らしい）ことは、注視に値しよう。

次に、X+5年12月に嘱託産業医（精神科医）である本文筆者が行った本人主治医への処方にかかる希望の伝達についていえば、たしかに万一医療事故等が生じた

場合、同人とその雇い主たる企業に法的責任を生じさせる可能性も否定できない。この際、その産業医が主治医との共同治療者として共同不法行為者と解される場合や、時に主治医の治療の妨害者として単独不法行為者と解される場合等、何通りかのパターンが考えられるが、過失の判断基準は本来の予防医療者ではなく治療者としての基準が適用されることとなろう。そして企業は、その産業医の行為について使用者責任を負うか、履行補助者による行為として自ら安全配慮義務違反に基づく責任を負うことになる。ただしいずれの場合にも、(主に医療上の)過失、損害、その両者間の相当因果関係、帰責性(答責性)等が認められることが要件となるし、司法も、クライアントの業務や疾病の性質等を踏まえ、個々の要件判断内外で、医療人の良心や熱意を阻まないよう応分の配慮をなすであろう。

第3に、復職判定について述べる。周知の通り、復職判定については、医師が下す判断が法的にも極めて重要な意味を持つ。すなわち、基本的には医師による復職可能の判断を踏まえた本人の復職希望があれば、使用者は合理的な理由がない限り、(必要に応じ一定期間の業務軽減等の措置と共に)復職を認めるべきことが原則となる。休復職を繰り返す労働者の復職判定についても基本的には同様である(例えば、大阪府保健医療財団事件大阪地判平成18年3月24日労働判例916号37頁)。もっとも、休復職を繰り返した実績がある労働者について、医学的にも復職後の職務定着が困難となる可能性が認められる場合、復職可能の診断基準を引き上げる判断を行うことは可能であろう。

この点に関し、本事例におけるX+6年11月の復職認定については、寛解時期(X+5年8月)などとの関係上やや遅きに失したのではないかと、との疑問が湧く。X+5年12月ころには、産業医である本文筆者が所要の再発防止策(を講じれば復帰が可能となる可能性)を伝えたにもかかわらず、上司側が慎重な姿勢を見せたことを踏まえて復職延期の措置がとられたことも、あくまで法的観点からは若干気にかかる。

むろん、本人同意を得ていたのであれば問題ないし、上司の意見を「参考」にして本文筆者が再発リスク等をおもんばかり、臨床および/または産業医学的判断として復職を延期した場合にも問題はない(本事例では、延期間内に採られた復職準備措置等との関係からも、まさにそうであったことが伺われる)。また、本事例のように、(おそらく)職種非限定労働者、すなわち契約ないし慣行上、配置転換ないし職種の変更が予定された者の復職については、判例上も、また職場復帰支援の手引き(平成21年3月23日厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長名「改訂版『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』」(送付案内：基労

安発第0323001号))でも、本人側の事情と受け入れ側(職場)の事情の双方を考慮することが認められている。よって、一定程度、受け入れ側の職場の事情を復職判定の要素とすることにも問題はないであろう。

なお、あくまで記載内容からの推定ではあるが、本事例における本人の休業期間を推計すると、6年間の合計で約2年6ヶ月、所定休日分等を差し引くとしても、約2年分以上は休業していた計算となる。日勤のみの就業上の配慮も計4ヶ月以上にわたるようだ。休業の内訳等不明な部分も多いが、私傷病を前提にすれば、比較的恵まれた雇用条件と察せられる。よって、私傷病ならば、仮に休業期間満了後に退職措置がとられた場合にも、適法性が認められ易くなるであろう。

第4に、復職直後の配置について述べる。本事例では、休復職の繰り返しによる信頼関係の毀損から元職場で働きづらくなる蓋然性を考慮し、いったん別の職場(班)に配置して様子をみたとあるが、法的にみても適法かつ妥当な措置と解される。前掲手引きでは、元職場への復帰を原則としてはいるが、安全配慮の観点からも、むしろそうした措置が望ましいケースに該当すると解されるうえ、そもそも契約上配転が予定された労働者と推定されるからである。ただし、本人同意があった方が、事後の紛争防止や法的なリスク軽減に繋がることはいうまでもない。

第5に、(嘱託)産業医の業務の法的性格等について述べる。本事例では、(おそらく入院中を含めた)休職期間中を含め、定期的な本人へのコンタクト、経過観察のほか、主治医への連絡、処方に関する希望の伝達等々、かなり積極的な産業医の関与ないしリードがあったものと解される。

一般的にいえば、疾病休業中の労働者に対しては、産業保健スタッフ≒雇い主たる企業は、なるべく関わりを絶つか、徹底的に関与して面倒をみるか、どちらかの手段をとることが法的なリスク回避に繋がる。前者では、本人との密接な接触関係に基づく保護責任の発生を避けることができることによる。他方、後者によるリスク回避については、まさに本事例が説明になっている。すなわち、産業医たる本文筆者による積極介入は、一方で、(産業医と雇い主たる企業双方の)保護責任を高め、万が一自殺などの問題が生じれば、法理論上、産業医や雇い主たる企業の責任が認められ易くなる。しかし、万が一訴訟に発展した場合でも、本事例におけるように十全な措置(配慮)を尽くしたことを企業側が主張立証できれば、手段債務は尽くされたと判断される可能性が高いであろう。という以前に、手厚く的確な介入は、(現に本事例におけるように)疾病の改善可能性を高めるであろうし、いわずもがな、介入結果の成否を問わず、心情的に法律上の争訟への発展を阻むことが多いであろう。

ただし、たとえ十全な配慮を尽くす場合にも、実際に行った措置についてはなるべく詳細に記録しておくことが法的なリスク回避に繋がる。

なお、本文筆者は十分に承知していたと察せられるが、嘱託・専属を問わず産業医は法的には事業者の履行補助者（：手足）ないし被用者に当たるので、産業医の措置≒事業者の措置との法認識は、より広く共有される必要がある。

最後に、門外漢ながら、本症例に篤実に向き合い折々に最善の措置を検討された（ことが伺われる）点につき、

本文筆者に深甚の敬意を表すると共に、将来的にこのように手厚い産業保健役務を中小企業労働者を含めより多くの労働者が受けられる日が来ることを、願わずにはいられない（本事例では、上司を含め、企業・職場にも応分の理解があったことが伺われるが）。むしろ、メンタルヘルス不調問題は、企業規模を問わず発生してはいるが、その一般化により、保障される休業期間の長さ1つとっても、大企業・中小企業間の格差（二重構造）をより顕在化させている感も否めないからである。