

精神障害等の労災認定に係る専門検討会報告書

精神障害等の労災認定に係る専門検討会

序

業務によるストレスを原因として精神障害を発病し、あるいは自殺したとして労災保険給付請求（以下「労災請求」という。）が行われる事案が近年増加している。労働省は、労災請求事案の処理を直接実施する労働基準監督署の職員が、迅速・適正に対処するための判断のよりどころとなる一定の基準を明確化する必要が生じたことから、私たち精神医学、心理学、法律学の研究に携わる者に、精神障害等の労災認定について専門的見地から検討するよう依頼した。

私たちは、平成10年2月より平成11年7月までの間、延べ16回の全体会議及び5回の分科会を開催し、この課題について検討を行った。

精神障害は、その態様は一様ではなく、個々の症例ごとに個別に検討されるべきものではあるが、本報告書はそれらの個々具体的に異なる労災請求事案について、齐一的かつ迅速・適正処理の観点から、業務と精神障害発病との一般的関連について検討し、実際の事案の処理に当たって具体的に求められる業務起因性の判断についての考え方を取りまとめたものである。

報告書は、専門検討会の結論としての「検討結果」と、その結論に至った考え方の背景についてまとめた「検討概要」から成っている。「検討結果」は「検討概要」の結論を取りまとめたものであるので、内容において重複しているが、本報告書に示した考えは、「検討結果」及び「検討概要」の双方によって理解される必要がある。

なお、他の資料を「付録」として報告書末尾に添付した。

平成11年7月29日

精神障害等の労災認定に係る専門検討会

牛島 定信 東京慈恵会医科大学教授

大石 忠生 桐蔭横浜大学教授

大熊 輝雄 国立精神・神経センター名誉総長

田中 清定 関東学園大学教授

(座長) 原田 寅一 元東京大学教授

保崎 秀夫 常磐大学教授

山口浩一郎 上智大学教授

山崎喜比古 東京大学助教授

山本 和郎 慶應大学教授

(五十音順)

(目 次)

検討結果	
はじめに	532
1 対象とする精神障害	532
2 精神障害の成因	534
3 精神障害の診断等	534
(1) 精神障害の発病の有無及び診断名	534
(2) 精神障害の発病時期	535
(3) プライバシーの保護	535
4 業務によるストレスの評価	535
(1) 出来事の評価	535
(2) 出来事に伴う変化の評価	536
(3) 出来事によるストレスの評価期間	537
5 業務以外のストレス及び個体の脆弱性の評価	537
(1) 既往歴	537
(2) 生活史	537
(3) アルコール等依存状況	537
(4) 性格傾向	538
6 自殺行為	538
7 療養等	538
(1) 療養の範囲	538
(2) 治ゆ等	538
別表 1	541
別表 2	543
検討概要	
1 対象とする精神障害の検討	545
(1) 精神障害及び精神障害等の定義	545
(2) 精神障害の成因と分類	545
(3) 成因の判断	548
(4) 精神障害の診断等	549
2 個体側要因	550
(1) 既往歴	550

(2) 生活史	551
(3) アルコール等依存状況	551
(4) 性格傾向	552
(5) 家族歴	552
3 ストレスの客観的評価の検討	552
(1) ストレスの要因の種類	553
(2) 業務によるストレス影響の発現モデル	554
(3) 評価対象としての出来事等	556
(4) 出来事の評価期間	557
(5) 心理社会的ストレス要因の強度評価の客観化	557
(6) 出来事の評価	558
(7) 出来事に伴う変化の評価	563
(8) 物理的ストレス要因等の評価	564
(9) 職場以外のストレス要因の評価	564
(10) 業務上の傷病により療養中の者に発病した精神障害	564
4 自殺の取扱いの検討	565
(1) 労災保険法第12条の2の2第1項の性格	565
(2) 精神障害による自殺に係るこれまでの解釈	567
(3) 「故意」要件の検討	567
(4) 正常な認識、行為選択能力あるいは自殺行為を思いとどまる 精神的抑制力が著しく阻害されていたことの推定	568
(5) 精神障害によらない自殺	569
(6) 遺書等の取扱い	569
5 療養等	569
(1) 療養	569
(2) 治ゆ等	570
付録	574

検討結果

はじめに

本検討会における検討は、精神障害あるいは自殺に係る労災請求事案の処理に当たって、一般的に必要と思われる事項について広範に行われた。とりわけ対象疾病の範囲、業務によるストレスの客観的評価、個体側要因の評価、そして労働者災害補償保険法（以下「労災保険法」という。）第12条の2の2第1項に規定する「故意」の意味について検討が行われた。

その結果、従来行政が個別の労災請求事案の業務起因性の判断の場面で示してきた取扱いについて、精神医学及び心理学の研究の進歩、蓄積並びに社会情勢の変化等を踏まえ、幾つかの点で見直すべき点があるとの結論に達した。

1 対象とする精神障害

労災補償の対象とする精神障害については、従来の器質性、内因性、心因性の区分及びその区分に従って限定的に取り扱うことを改めることが適切である。

これまで精神障害あるいは自殺に係る労災請求があった場合には、次のような考え方で対処されてきた。すなわち、労働省労働基準局編「業務災害及び通勤災害認定の理論と実際」¹⁾は、「精神障害については医学上種々の分類が示されているが、一般的には、器質性（外因性）精神障害、機能性（内因性）精神障害、心因性精神障害に分類され、これら精神障害のうち、器質性精神障害と心因性精神障害が業務による疾病として取り扱われ得る。」とし、さらに「器質性精神障害としては、例えば、業務による頭部外傷等を受けたことによって生じた精神障害（労働基準法施行規則別表1の2第1号に該当）、業務による一酸化炭素中毒やマンガン中毒によって生じた精神障害（同第4号1に該当）等がある。心因性精神障害としては、昭和59年に初めて設計技術者に生じた反応性うつ病が業務上と認定された。」と解説している。特に、この昭和59年の認定については、「複数の専門医の審査等により心因性精神障害であることが明らかであること。」とその認定理由を説明している。

このように、従来の労災補償における精神障害の業務起因性の判断に当たっては、まず第一に当該精神障害が器質性か、内因性か、あるいは心因性かが問われていたといえる。しかし、現代精神医学は精神障害の成因に関してそのような3大別をそのままの形ではもはや受け入れていない。

したがって本検討会は、労災補償で対象とされる精神障害としては、原則として国際疾病分類第10回改訂版（以下「ICD-10」という。）第V章に示される「精神および行動の障害」とすることが適切であると考える。ICD-10を使用するのは、世界保健機構（WHO）が提唱しているもので、我が国でも広く使用されほぼ定着しているからである。なお、ICD-10は統計調査法に基づ

き平成6年総務庁告示第75号（平成6年10月12日）として告示されている。

ICD-10の第V章「精神および行動の障害」の大分類は次表のとおりである。

2)

ICD-10第V章「精神および行動の障害」

F 0	症状性を含む器質性精神障害
F 1	精神作用物質使用による精神および行動の障害
F 2	精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害
F 3	気分〔感情〕障害
F 4	神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
F 5	生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
F 6	成人の人格および行動の障害
F 7	知的障害（精神遅滞）
F 8	心理的発達の障害
F 9	小児＜児童＞期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害、詳細不詳の精神障害

このうち、業務との関連性が問題となる可能性のある精神障害は、上記ICD-10の分類で見ればF 0、F 1、F 2、F 3、F 4に分類される障害であろう。

ただし、F 0及びF 1に分類される障害のうち、器質脳疾患に伴う精神障害については、既にある認定基準等（例えば頭部外傷、脳血管障害、中枢神経変性疾患等）により器質脳疾患の業務起因性が判断され、その後に併発疾病等として認められるか否かが問われることになる。

他方、F 5、F 6、F 7、F 8、F 9に分類される障害については業務との関連で発病する可能性は少ないと考えられる。

なお、いわゆる心身症は本検討会の精神障害には含まれない。

2 精神障害の成因

精神障害の成因を考えるに当たっては、「ストレスー脆弱性」理論に依拠することが適当である。

今日では多くの精神障害の発病には、単一の病因ではなく素因、環境因（身体因、心因）の複数の病因が関与すると考えられている。

ICD-10の分類は成因に重心を置いていない。しかし、労災請求事案にあっては、その精神障害の成因を問題にせざるを得ない。つまり、業務起因性があるか否かの判断が不可欠である。

そのため、本検討会は精神障害の成因を考えるとき、今日の精神医学、心理学で広く受け入れられている「ストレスー脆弱性」理論に依拠することが適当であると考える。

「ストレスー脆弱性」理論とは、環境からくるストレスと個体側の反応性、脆弱性との関係で精神的破綻が生じるかどうかが決まるという考え方である。ストレスが非常に強ければ、個体側の脆弱性が小さくても精神障害が起こるし、逆に脆弱性が大きければ、ストレスが小さくても破綻が生ずる。

なお、この場合のストレスの強度は、環境からくるストレスを、多くの人々が、一般的にどう受け止めるかという客観的な評価に基づくものによって理解される。

精神障害を考える場合、あらゆる場合にストレスと脆弱性との両方を視野に入れて考えなければならない。その上、労災請求事案では、ストレスを業務に関連するストレスと業務以外のストレスを区別する必要がある。

3 精神障害の診断等

(1) 精神障害の発病の有無及び診断名

精神障害の診断に当たっては、ICD-10作成の専門家チームが作成した「臨床記述と診断ガイドライン」³⁾（以下「ICD-10診断ガイドライン」という。）に基づき実施されるべきである。

精神障害の診断は、患者本人を前にも専門家の意見が分かれることも希ではないことから、労災請求事案についての確定診断に当たっては、客観、公平を期するためにも、次の場合に応じて処理されることが適切である。

すなわち、診断、治療歴のある事案にあっては、主治医の問診、検査及び患者周辺関係者からの聴取、その他の資料から、複数の専門家の合議等により確認される必要がある。

他方、診断、治療歴がない場合には、患者の家族、友人、会社の上司、同僚、

部下等からの聴取によって得られた具体的な情報から、複数の専門家の合議等により、ICD-10診断ガイドラインに沿って検討、確定される必要がある。その際、患者のこれまでの健康状態、当該業務の精神健康上の問題等に係る情報について産業医の意見が参考となる。

なお、診断、治療歴の無い事案にあっては、ICD-10診断ガイドラインによって明確に診断できるか、収集資料等からICD-10診断ガイドラインの診断項目に該当することが合理的に推定されて初めて診断が可能となる。

(2) 精神障害の発病時期

業務によるストレスの評価を行うに当たって、当該精神障害の発病時期の確定は不可欠である。精神障害の治療歴のある事案にあっては、初診医（あるいは主治医）による発病時期に関する判断及び患者周辺関係者からの情報、治療歴のない事案の発病時期については、家族、友人、職場の上司、同僚、部下等周囲の人達からの可能な限り詳細な情報を集めて、複数の専門家の合議等により推定される必要がある。

(3) プライバシーの保護

患者の調査に当たっては、プライバシーの保護に十分配慮すべきである。

4 業務によるストレスの評価

これまで業務によるストレスが原因となって精神障害が発病し、あるいはその精神障害によって自殺したとして労災請求された事案については、本省において精神医学の専門家による個別検討を行うことにより判断が行われてきたが、今後、第一線の行政機関で当該請求に一貫的に、適切に対応するために、業務によるストレスの強度を客観的に評価する基準を示す必要がある。

(1) 出来事の評価

本検討会は、精神健康を害するストレスの強度をできるだけ客観化することを試みた。本検討会では、ストレスの強度の客観的評価に関する多くの研究を基に、独自に別表1及び別表2のストレス評価表を作成した。別表1及び別表2は、業務に関連あるいは業務以外の場面で一般的に経験する一定以上のストレスを伴うと考えられる出来事が例示されている。ここで出来事とは、ある変化が生じ、その変化が解決あるいは自己の内部で納得整理されるまでの一連の状態を意味するものである。特に別表1は、それらの一連の状況を評価するため、直面した出来事自体を評価する視点とその出来事に通常伴う変化を評価

する視点の双方から構成されている。

別表1は、まずどのような具体的な出来事があったのか、その出来事は平均的評価としてはストレス強度「I」～「III」のいずれに位置付けられるか、個別具体的な内容からその位置付けを変更する必要はないか、出来事後の変化はどうであったか、出来事により発生した問題や変化はその後どの程度持続し、あるいは拡大し、あるいは改善したのかについて検討され、総合評価として当該業務によるストレスは「弱」、「中」、「強」のいずれと評価できるかの過程を追うように工夫されている。

業務によるストレスの具体的評価に当たっては、まず第一に、請求された理由が別表1のどの出来事によるストレスとなるか、あるいは類似しているかを判断することから始まる。

ストレス要因の強度については「I」、「II」、「III」に分けて表記される。これは相対的評価であるが、ストレス強度「I」は日常的に経験する心理社会的ストレスで、一般的に問題とならない程度のストレス、ストレス強度「III」は人生の中で希に経験するような強い心理社会的ストレスである。ストレス強度「II」はその中間に位置する心理社会的ストレスであることを示している。

業務によるストレスの強度を具体的に評価するに当たっては、原則として別表1の出来事によるストレスの平均的強度を基準点とするが、個々の事例により、基準点より強くあるいは弱く評価することができる。

また、常態的な長時間労働は精神障害の準備状態を形成する要因となっている可能性があるので、出来事の程度の評価に当たって、特に常態的な長時間労働が背景として認められる場合、出来事自体のストレス強度はより強く評価される。

(2) 出来事に伴う変化の評価

業務によるストレスとの関連で精神障害の発病を考える場合、ある出来事に統いて、又はその出来事への対処に伴って生じる変化によるストレスの加重も重要である。すなわち、仕事量の増加、責任の増加、作業困難度や強制性の増加等は明白なストレス要因となる。当該出来事へ対処するため生ずる長時間労働、休日労働等も心身の疲労を増加させる意味で重要である。

出来事に伴う仕事上の問題や個人的問題を解決する上での手助けについては、一般に配偶者、家族が大きな役割を果たすが、職場の上司、同僚の支援も重要である。特にある出来事が起こった後、仕事のやり方の見直し改善、応援体制の確立、責任の分散等必要な支援・協力の状況がどうであったかが評価される必要がある。

(3) 出来事によるストレスの評価期間

出来事の評価を行う場合、精神障害が発病した時期からどれくらい以前までの出来事を評価するかという問題があるが、ストレスが強く関係する精神障害の場合においては、当該精神障害発病前概ね6か月以内の出来事を評価することが妥当である。

5 業務以外のストレス及び個体の脆弱性の評価

精神障害の業務起因性の判断に当たっては、業務以外のストレス及び個体の脆弱性について検討される必要がある。

業務以外の個人的なストレス要因については十分な情報が得られないことが多いが、別表2に整理したように、多くの業務以外のストレス要因も公正に評価されるべきである。

さらに、精神障害の成因を考えるとき、個体側の脆弱性を抜きに考えることはできない。そのためには、既往歴、生活史（社会適応状況）、アルコール等依存状況、性格傾向等から精神医学的に判断することとなる。

(1) 既往歴

精神障害の発病に関わる代表的な疾患としては、既往の精神障害、脳の疾患、著しい身体疾患等が挙げられる。このうち、特別なストレス要因なしに明確な精神障害になり患した既往があれば、それはその人の精神的な脆弱性を推測する根拠になる。また、頭部の外傷、脳炎等によって器質的な精神障害を引き起こす場合が考えられる。治療のために服用している医薬品が精神機能（気分、思考力等）に副作用を及ぼすものもある。

(2) 生活史

過去において社会適応が困難な人の場合、それは精神的な脆弱性の現れである場合がある。

(3) アルコール等依存状況

飲酒歴も個体側要因としては重要な要素である。かなり進行した重度のアルコール依存症は周囲の人からも容易にそれと分かるが、軽い依存状態は本人も家族もまた職場等でも見逃されやすい。しかし、軽いアルコール依存状態が原因で精神能力や気分に変化が見られることがあり、さらには身体的に不眠、食欲低下、自律神経症状が出ることもある。

過度の賭博の嗜好等破滅的行動傾向の情報も重要である。

(4) 性格傾向

一般的に精神障害を問題にするとき、その人の元々の性格を知ることは、その人の精神障害や行動を理解する上で役に立つ。

6 自殺行為

労災保険法第12条の2の2第1項は、労働者の「故意」による負傷、疾病、障害、死亡については保険給付を行わないと定めており、その行政解釈において、同項にいう「故意」は、結果の発生を認識・認容しているだけでなく結果の発生を意図した場合をいうとされているが、その具体的運用に関しては、業務に起因するうつ病等により「心神喪失」の状態に陥って自殺した場合に限り、故意がなかったと見るのが従来の考え方であった。

本検討会は、精神障害に関する検討結果に照らし、精神障害に係る自殺については、「精神障害によって正常な認識、行為選択能力が著しく阻害され、あるいは、自殺行為を思いとどまる精神的な抑制力が著しく阻害されている状態」で行われた場合には、同条にいう故意には該当しないと解するのが妥当と考える。そのような異常な精神状態による自殺は、F0器質性精神障害、F1精神作用物質使用による精神障害、F2精神分裂病、F3気分障害などのほかに、F4神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害の場合にも生じうる。このうちF43重度ストレス反応（急性ストレス反応と外傷後ストレス障害）における異常精神状態には、古くから司法精神医学上その責任能力が争われているいわゆる「情動行為」も含まれると本検討会は考えた。

なお、自殺の多くに精神障害が関与しているが、人間の自殺行動の中には必ずしも精神障害が関与しない自殺もある。いわゆる「覚悟の自殺」などは動機が業務に関連するとしても、本人の主体的な選択によるものである限り、一般的には「故意」の自殺といわざるを得ない。

7 療養等

(1) 療養の範囲

精神障害の治療の一般的原則としては、身体療法（薬物療法等）、精神療法、リハビリテーション療法などが必要に応じて行われる。

なお、患者が社会復帰しても、少量の向精神薬の服薬継続が行われる場合も多いので、アフターケア制度の充実が望まれる。

(2) 治ゆ等

療養期間の目安を一概に示すことは困難であるが、業務によるストレス要因

を主因とする精神障害にあっては、一般的には6か月から1年程度の治療で治ゆする例が多い。

治ゆ後、一定期間経過後再び発病した場合、発病のたびにその時点での業務上の負荷と本人の脆弱性を検討するのが適当である。

(別表 1)

職場におけるストレス評価表

出来事の類型	(1) 平均的ストレス強度			(2) 直面した出来事を評価する視点 ストレス強度を変更する際の着眼事項	(3) (1)の出来事に伴う変化を評価する視点 出来事に伴う問題、変化への対処等	総合評価 弱 中 強			
	具体的出来事								
	I	II	III						
① 事故や災害の体験	大きな病気やケガをした		☆	被災の程度、後遺障害の有無・程度、社会復帰の困難性等	○労働時間等の変化 ・残業時間、休日労働等の増加の程度	弱 中 強			
	悲惨な事故や災害の体験（目撃）をした		☆	事故や被災の大きさ、恐怖感、異常性の程度等					
② 仕事の失敗、過重な責任の発生等	交通事故（重大な人身事故、重大事故）を起こした		☆	事故の大きさ、加害の程度、処罰の有無等	○仕事の量の変化 ・仕事量、仕事密度の増加の程度	弱 中 強			
	労働災害（重大な人身事故、重大事故）の発生に直接関与した		☆	事故の大きさ、加害の程度、処罰の有無等					
	会社にとっての重大な仕事上のミスをした		☆	失敗の大きさ・重大性、損害等の程度、ペナルティの有無等	○仕事の質・責任の変化 ・仕事の内容・責任の変化の程度、経験、適応能力との関係等				
	会社で起きた事故（事件）について、責任を問われた		☆	事故の内容、関与・責任の程度、社会的反響の大きさ、ペナルティの有無等					
	ノルマが達成できなかった		☆	ノルマの内容、困難性・強制性・達成率の程度、ペナルティの有無、納期の変更可能性等	○仕事の裁量性の欠如 ・他律的な労働、強制性等				
	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった		☆	プロジェクト内での立場、困難性の程度、能力と仕事内容のギャップの程度等					
	顧客とのトラブルがあった		☆	顧客の位置付け、会社に与えた損害の内容、程度等					
③ 仕事の量・質の変化	仕事内容・仕事量の大きな変化があった		☆	業務の困難度、能力・経験と仕事内容のギャップの程度等	○職場の物的・人的環境の変化 ・騒音、暑熱、多湿、寒冷等の変化の程度	弱 中 強			
	勤務・拘束時間が長時間化した		☆	変化の程度等					
	勤務形態に変化があった		☆	交替制勤務、深夜勤務等変化の程度等	○会社の講じた支援の具体的な内容・実施時期等 ・訴えに対する対処、配慮の状況等				
	仕事のベース、活動の変化があった		☆	変化の程度、強制性等					
	職場のOA化が進んだ		☆	研修の有無、強制性等					
④ 身分の変化等	退職を強要された		☆	解雇又は退職強要の経過等、強要の程度、代替措置の内容等	○その他(1)の出来事に派生する変化	弱 中 強			
	出向した		☆	在籍・転籍の別、出向の理由・経過、不利益の程度等					
	左遷された		☆	左遷の理由、身分・職種・職制の変化の程度等					

	仕事上の差別、不利益取扱いを受けた	☆	差別、不利益の程度等	
⑤ 役割・地位等の変化	転勤をした	☆	職種、職務の変化の程度、転居の有無、単身赴任の有無等	
	配置転換があった	☆	職種、職務の変化の程度、合理性の有無等	
	自分の昇格・昇進があった	☆	職務・責任の変化の程度等	
	部下が減った	☆	業務の変化の程度等	
	部下が増えた	☆	教育・指導・管理の負担の程度等	
⑥ 対人関係のトラブル	セクシュアルハラスメントを受けた	☆	セクシュアルハラスメントの内容、程度等	
	上司とのトラブルがあった	☆	トラブルの程度、いじめの内容、程度等	
	同僚とのトラブルがあった	☆	トラブルの程度、いじめの内容、程度等	
	部下とのトラブルがあった	☆	トラブルの程度、いじめの内容、程度等	
⑦ 対人関係の変化	理解してくれていた人の異動があった	☆		
	上司が変わった	☆		
	昇進で先を越された	☆		
	同僚の昇進・昇格があった	☆		

- (注) • (1)の具体的出来事の平均的ストレス強度は☆で表現しているが、この強度は平均値である。また、ストレス強度Ⅰは日常的に経験するストレスで一般的に問題とならない程度のストレス、ストレス強度Ⅲは人生の中で希に経験することもある強いストレス、ストレス強度Ⅱはその中間に位置するストレスである。
- (2)の「直面した出来事を評価する視点」は、出来事の具体的な様子、生じた経緯等を把握した上で、「ストレス強度を変更する際の着眼事項」に従って平均的ストレス強度をより強くあるいはより弱く評価するための視点である。
- (3)「(1)の出来事に伴う変化を評価する視点」は、出来事に伴う変化等がその後どの程度持続、拡大あるいは改善したのかについて具体的に検討する視点である。各項目は(1)の具体的出来事ごとに各々評価される。
- 「総合評価」は、(2)及び(3)の検討を踏まえたストレスの総体が客観的にみて精神障害を発病させる危険のある程度のストレスであるか否かについて評価される。

職場以外のストレス評価表

(別表 2)

出来事の類型	具体的出来事	ストレスの強度		
		I	II	III
① 自分の出来事	離婚又は夫婦が別居した			☆
	自分が重い病気やケガをした又は流産した			☆
	自分が病気やケガをした		☆	
	夫婦のトラブル、不和があった	☆		
	自分が妊娠した	☆		
	定年退職した	☆		
② 自分以外の家族・親族の出来事	配偶者や子供、親又は兄弟が死亡した			☆
	配偶者や子供が重い病気やケガをした			☆
	親類の誰かで世間的にまずいことをした人が出た			☆
	親族とのつきあいで困ったり、辛い思いをしたことがあった		☆	
	家族が婚約した又はその話が具体化した	☆		
	子供の入試・進学があった又は子供が受験勉強を始めた	☆		
	親子の不和、子供の問題行動、非行があった	☆		
	家族が増えた（子供が産まれた）又は減った（子供が独立して家を離れた）	☆		
	配偶者が仕事を始めた又は辞めた	☆		
③ 金銭関係	多額の財産を損失した又は突然大きな支出があった			☆
	収入が減少した		☆	
	借金返済の遅れ、困難があった		☆	
	住宅ローン又は消費者ローンを借りた	☆		
④ 事件、事故、災害の体験	天災や火災などにあった又は犯罪に巻き込まれた			☆
	自宅に泥棒が入った		☆	
	交通事故を起こした		☆	
	軽度の法律違反をした	☆		
⑤ 住環境の変化	騒音等、家の周囲の環境（人間環境を含む）が悪化した		☆	
	引越した		☆	
	家屋や土地を売買した又はその具体的な計画が持ち上がった	☆		
	家族以外の人（知人、下宿人など）が一緒に住むようになった	☆		
⑥ 他人との人間関係	友人、先輩に裏切られショックを受けた		☆	
	親しい友人、先輩が死亡した		☆	
	失恋、異性関係のもつれがあった		☆	
	隣近所とのトラブルがあった		☆	

(注) ストレス強度 I から III は、別表 1 と同程度である。

檢言寸相要

檢討

（三）在於對外貿易上，我們應當採取怎樣的政策？

卷之三

卷之三

要

1 対象とする精神障害の検討

(1) 精神障害及び精神障害等の定義

「精神障害」の定義は様々である。その上、精神疾患、精神病などの用語が厳密な定義を持たないまま使用されている。

「精神障害」とは、社会常識的に「精神の機能に支障が生じ、その人の平常の社会生活に困難をきたした場合」ということができる。具体的には、脳の器質的疾患による精神症状や精神分裂病、躁うつ病などの精神病のみでなく、様々な型の神経症、その他種類の異なる多くの心理的困難などを広く含んでいる。

本検討会では、「精神障害」という用語をICD-10の第V章「精神および行動の障害」を指す用語として使用する。ただし、本検討会で取り上げる精神障害には、いわゆる心身症すなわちストレスに関連して起こる身体疾患は含まれない。

心身症の定義に関しては、日本心身医学会が平成3年に「身体疾患の中で、その発病や経過に心理、社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病など他の精神障害を伴う身体疾患は除外する。」と規定した。⁴⁾

心身症には非常に多岐の身体疾患が数えられているが、それらの病気の全てが心身症ということではなく、ここに定義された条件に当てはまる症例のみが心身症であるという意味に理解される。例えば消化性潰瘍においても、心理的因子には特別の問題がなく、食事の不摂生などの身体的因子が決定的な意味をもつ症例も存在する。心身症としてよく挙げられる本態性高血圧症、消化性胃潰瘍、気管支喘息、虚血性心疾患、湿疹、糖尿病、慢性関節リウマチ、更年期障害、メニエル症候群などを見ても分かるように、非常に多くのありふれた身体疾患が心身症に含まれる。このようなことから、心身症の問題は、本検討会のテーマではないと判断した。

また、本検討会で精神障害「等」とあるのは、前述の精神障害及び当該精神障害の病態として現れる自殺念慮から起こる自殺行動をも含めて検討したからである。

(2) 精神障害の成因と分類

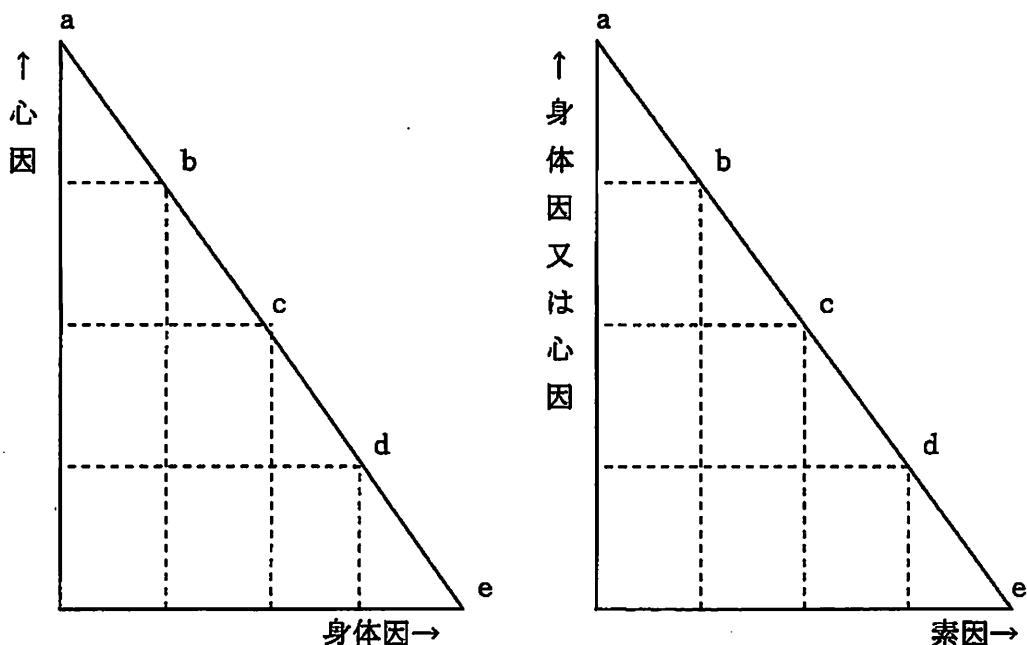
精神障害の成因について、医学上、これまで様々な議論がなされてきた。そして、今日では多くの精神障害の発病には、単一の病因ではなく素因、環境因(身体因、心因)の複数の病因が関与すると考えられている。

素因と環境因の関係を概念図で示すと下図のようになる。すなわち、下図左は心因と身体因の関係を示したものであるが、a、bは主として心因が関与す

るもの、d、eは器質精神病や身体因が明らかな精神病である。しかし、bのように心因の強い例でも身体因が多少とも関与する場合、dのように身体因の強い疾患でも心因が多少とも関与する場合もある。実際にはb、c、dに位置する精神障害が圧倒的に多い。

また、下図右は身体因又は心因と素因の関係を示したものである。精神障害の発病には比重の大小はあっても両方の要因が関与する。従来、素因が大きいと考えられる精神病の成因についても、最近では、素因だけでなくこれに環境因が種々の程度に絡まり合って発病すると考えられている。逆に環境因によるところが大きい病気でも、その病気を起こしやすい素因がかなり関係することも知られている。

精神障害の成因の概念図（大熊）⁵⁾



このように、今日の精神医学においては精神障害の成因は疾患により程度の差はあっても、素因と環境因の両方が関係すると理解されている。その上、同一の精神障害でも、その両要因の関係の程度はそれぞれの事例によって異なる。さらに別の観点から、精神障害の成因は、生物学的-心理的-社会的な要因による多次元的なものであるという理解の仕方が今日広く受け入れられている。その場合でも、生物学的にも心理的、社会的にも、素因と環境因の双方が関与することは同様である。

このような精神障害の成因に対する理解の変遷から、歴史的には精神障害の

分類について以下のように変わってきた。

20世紀前半の精神医学にあっては、精神障害はその成因の区別である外因、心因に沿った形で器質性精神病（外因性精神病）、心因性精神病に分類され、そして、なお原因のよくわからない精神病を（素因、特に遺伝因が強いだろうという推定のもとに）内因性精神病と呼んだ。内因性精神病としては主として精神分裂病と躁うつ病を指してきた。前図によれば、左図のa、bが心因性精神病であり、d、eなどが器質性精神病に相当する。そして、右図のd、eが内因性精神病に相当することになる。しかし、このような単純な外因、心因、内因という原因論による分類は、次第に古典的なものとなつた。

20世紀後半に入り、脳科学の進歩と精神障害の心理社会的研究の発展により、また一面、時代の変遷による精神障害そのものの多様化、変貌もあり、外因、心因、内因の3分類では精神障害を分類できなくなつた。そして、精神障害を「ストレス一脆弱性」理論で理解することが、多くの人に受け入れられるようになった。「ストレス一脆弱性」理論とは、環境由来のストレスと個体側の反応性、脆弱性との関係で、精神的破綻が生じるかどうかが決まるという考え方である。ストレスが非常に強ければ、個体側の脆弱性が小さくとも精神障害が起こるし、逆に脆弱性が大きければ、ストレスが小さくても破綻が生ずる。精神障害を考える場合、あらゆる場合にストレスと脆弱性との両方を視野に入れて考えなければならない。

なお、この場合のストレス強度は、環境由来のストレスを、多くの人々が一般的にどう受け止めるかという客観的な評価に基づくものによって理解される。

今日では、そのような考えに立って、精神障害の分類は、主として症状、状態像によって行われるようになった。ICD-10もその立場を探っている。

このようなことから、精神障害は多次元的原因で発病するとの今日の精神医学の認識に立ち、また、ほとんどの精神障害がその原因として心理社会的原因が無視できないことから、器質性精神障害は別として、従前の労災認定の実務の場面においていわゆる心因性精神障害に限るとする取扱いについては、これを修正する必要があるということで本検討会は一致した。

以上のことから、労災保険で対象とする疾病としては、原則としてICD-10第V章に示される「精神および行動の障害」とすることが適切である。

なお、「原則として」としたのは次の考え方からである。すなわち、業務との関連性が問題となる可能性のある精神障害は、ICD-10の分類で見れば、F0症状性を含む器質性精神障害、F1精神作用物質使用による精神および行動の障害、F2精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害、F3気分〔感情〕障害、F4神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害に分類され

る障害であり、F 5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群、F 6 成人の人格および行動の障害、F 7 知的障害（精神遅滞）、F 8 心理的発達の障害、F 9 小児＜児童＞期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害については、およそ業務との関連で発病する可能性は少ないと考えられるからである。ただし、F 5、F 6、F 7、F 8、F 9 に分類される精神障害の中には、前述のF 2、F 3、F 4 に掲げる業務との関連性が問題となる可能性のある疾患の成因の形成において関与する場合もある。

なお、ICD-10のF 0 症状性を含む器質性精神障害（例えば、脳血管疾患に伴う血管性痴呆、脳損傷に伴う器質性幻覚症、器質性気分障害など）及びF 1 精神作用物質使用による精神および行動の障害（例えば、揮発性溶剤使用による精神病性障害など）に分類される障害のうち、器質性脳疾患に伴う精神障害については、既にある認定基準等（例えば、頭部外傷、業務による過重負荷に伴う脳血管障害、化学物質等取扱いに伴う中枢神経変性疾患等）により器質性脳疾患の業務起因性が判断され、その後の併発疾病等として認められるかが問われることとなる。

したがって、純粹に業務に関連したストレスとの関連で業務起因性が問題となる主な精神障害は、F 2 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害、F 3 気分〔感情〕障害、F 4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害に分類される障害である。もちろん、これらについても中間分類項目あるいは小分類ごとにみれば業務との関連が非常に少ないものも多くあるが、ここでは個別に論ずることはしない。

ICD-10第V章「精神および行動の障害」の中間分類項目を参考1に示した。もちろん、個々の臨床の場面においては、従来型の分類（例えば精神病と神経症と伝統的に区別する方式）による診断名が用いられたりすることも多い。そのため、「慣用的に用いられる臨床診断名とICD-10との対照表」を参考2に示した。

(3) 成因の判断

労災請求事案の処理に当たっては、症状や状態像だけで分類された診断名によって機械的に振り分けることは適切でなく、患者本人あるいはその周辺関係者からの聴取、主治医の行った症状把握、状態像診断、経過、治療内容、治療効果等様々な資料を総合して精神障害の成因を判断することに配慮しなければならない。

精神障害は、先に述べたようにある原因が単一に作用して発病するのではなく、いろいろな原因が組み合わさって発病するものと理解されている。しかし、

個々の症例においてはその各々の関与の程度の差はある。

精神障害の成因を考えるとき、ストレスの侵襲性と個体側の脆弱性の両方が偏りなく検討されねばならない。したがって、精神障害に係る労災請求事案の業務起因性の判断に当たっては、当該精神障害の発病において業務によるストレスと業務以外のストレス、個体側要因を総合して行う必要がある。

なお、治療経過や投薬の有効性等の情報は成因を判断する際の有力な情報であることから、診断治療を受けている精神障害事案にあっては、これらは必須資料である。

成因の判断に当たっては、複数の専門家による合議等によって判断される必要がある。これは、精神障害の確定診断と同様その判断は困難で、専門家の意見が分かれることも希ではないからである。

(4) 精神障害の診断等

労災請求事案は、業務に関連して精神障害に罹り患し、あるいはその精神障害により自殺に至ったとするものであるが、ここで問題となるのは、精神障害の確定診断は希ならず困難で、専門家の意見が分かれることも少なくないことがある。特に自殺事案にあっては、専門家の診断、治療歴がない場合が圧倒的に多く、得られた情報だけから確定診断及び発病時期を推測することは極めて困難である。自殺事案にあっては、労災保険法第12条の2の2第1項で、故意による死亡に対しては保険給付をしないとしているところ、後に詳しく検討するとおり、故意がないといえる場合の解釈として、従来の心神喪失の論議から離れて「精神障害により正常な認識、行為選択能力が著しく阻害され、あるいは自殺行為を思いとどまる精神的抑制力が著しく阻害されている状態」と解釈することが適切であるとしたことから、精神障害の発病の有無が重要な判断要件の一つとなる。

そして対象となる精神障害は、原則としてICD-10第V章「精神および行動の障害」に示される精神障害であるとしたことから、その診断に当たっては、ICD-10診断ガイドラインに基づき実施されるべきである。

イ 精神障害の診断

精神障害の確定診断は困難を伴うことが多い。初診の段階で確定診断を下すことはむしろ希で、最初の診断では状態像の記載にとどめ、心理テスト、カウンセリング結果、治療の効果等の療養の経過等を踏まえた後、確定診断に至るという症例が多い。労災請求事案についての確定診断に当たっては、主治医の問診、検査及び患者周辺関係者からの聴取その他の資料から複数の専門家の合議等により確認される必要がある。

診断、治療歴がない場合には、精神障害発病の有無自体が問題になることから、患者の家族、友人、会社の上司、同僚、部下等からの聴取によって得られた具体的な情報から、ICD-10診断ガイドラインに則り、発病の有無、具体的診断名について検討、確定される必要がある。

その際、ICD-10診断ガイドラインによって明確に診断できるか、収集資料等からICD-10診断ガイドラインの診断項目に該当することが合理的に推定されて初めて精神障害の診断が可能となる。

なお、患者のこれまでの健康状態、当該業務に係る精神健康上の問題等の情報については、患者の所属する事業場の産業医の意見は大いに参考となるので、是非とも意見を求めるべきである。

ロ 発病時期の確定

業務によるストレスの評価を行うに当たって、当該精神障害の発病時期は極めて重要である。業務による過大なストレスを受けてから症状の出現までの経過が医学的に妥当であるかを判断する基礎をなすものだからである。精神障害の治療歴のある事案にあっては初診医（あるいは主治医）による発病時期に関する判断が重要であり、複数の専門家の合議等により確認される必要がある。治療歴のない事案の発病時期については、家族、友人、職場の上司、同僚、部下等周囲の人たちからの詳細な情報を集めて、複数の専門家の合議等により検討、推定される必要がある。

ハ プライバシーの保護

精神障害の業務上外を判断するに当たって患者周辺の者からの聴取を行う場合、患者のプライバシーに触れざるを得ない場合もある。また、収集された資料の中には、他の傷病に係る労災請求事案以上に患者のプライバシーに関わる内容のものが多く含まれる。調査に当たっては、患者のプライバシーの保護に十分配慮すべきである。

2 個体側要因

精神障害の成因を考えるとき、ストレスに対する個体側の反応性、脆弱性を抜きに考えることはできない。個体側の反応性、脆弱性を窺い知るものとしては、既往歴、生活史（社会適応状況）、アルコール等依存状況、性格傾向、家族歴等があるが、これらを総合して個体側要因を精神医学的に判断することとなる。

(1) 既往歴

精神障害発病に関わる疾患としては幾つかのものが考えられるが、代表的な

ものとしては既往の精神障害、脳の疾患、著しい身体疾患等が挙げられる。このうち既往の精神障害に関しては、特別なストレス要因無しに精神障害に罹患した既往歴があれば、それはその人の精神的な脆弱性を推測する一つの根拠になる。また、脳の疾患に関しては、頭部の外傷、脳炎等によって器質的な精神障害を引き起こす場合が考えられるし、著しい身体疾患に関しては、そのための症状精神病の可能性とともに、その治療のために服用している医薬品が精神機能（気分、思考力等）に副作用を及ぼす場合もある。

過去の精神及び身体疾患等への罹患の有無及び服用薬物等についての情報は、本人、家族、友人、会社の上司、同僚、部下等からの聴取等によって確認する必要がある。

(2) 生活史

これまでの生活史の中で、社会適応に明らかな個人的問題を持つ人の場合、それは精神的な脆弱性の現れである場合がある。それだけに、これまでにその人がどのような生活をしてきたかは、発病前の精神的問題を検討する上で重要な判断資料となる。その人の過去の学校生活、職業生活、家庭生活の状況は、その人のストレスに対する反応性、脆弱性を具体的に示すものである。生活史については複数の人からの情報を必要とする。

(3) アルコール等依存状況

飲酒歴も個体側要因としては重要な要素である。かなり進行した重度のアルコール依存症は、周囲の人からも容易にそれと分かるが、軽い依存状態は本人も家族もまた職場等でも見逃されやすい。しかし、軽いアルコール依存状態が原因で精神能力や気分の変化（イライラ感、抑うつ気分や集中力や思考力の乱れ、持続力の低下など）が見られることがあり、さらには身体的に不眠、食欲低下、自律神経症状が出ることもある。軽いアルコール依存状態でも職業生活遂行上重大な支障を来す可能性がある。

飲酒による精神への影響は個人差もあるため、一概にこの量を飲めばこのようになるという基準は成り立ちにくいが、アルコールの作用が個体側要因を大きく歪めることは事実であることから、飲酒歴は個体側要因の判断に不可欠の情報である。

アルコールへの依存傾向は、それ自体が精神障害（アルコール性うつ病など）の発病原因と成り得ることとは別に、逃避的、自棄的衝動から自殺行動に至ることもあるので、特に治療歴のない自殺事案にあっては重要な意味を持つことがある。

アルコール依存傾向の診断は、習慣飲酒（毎日酒を飲むこと）、1日の飲酒量、連続飲酒（休日に朝から飲む、連休などに2、3日間夜昼なく飲み続ける）、生活上の乱れ（二日酔いで欠勤、酩酊でトラブルなど）、記憶喪失、身体症状（手のふるえ、肝障害など）等の情報による。

過度の賭博の嗜好等破滅的行動傾向があるか否かについても知る必要がある。

(4) 性格傾向

もともとのその人の性格傾向を明らかにすることは、新たに生じた精神状態がその人にとってどれくらい異常に変化したものであるかを判断する上で必要であるし、また、その人がどのような行動様式をとる人であるか、どのような種類のストレスに強いか弱いかを知る上で必要である。

性格傾向を現す特徴としては、明るいか物静かか、几帳面かルーズか、責任感が人一倍強いかそうでもないか、さっぱりしているかこだわるか、相手の気持ちに自分を合わせるか自己主張が強いか、感情的に安定しているか気分が変わりやすいか、気長か短気か、社交家か否か、積極的か消極的か、多弁か寡黙かなど、要するにその人をよく知る複数の人から日常語でその人柄を彷彿させるような情報を得るのがよい。

精神医学的には、一定の精神障害との結び付きにおいて幾つかの性格傾向（循環気質、メランコリー親和型性格、分裂気質、強迫性格など）が議論される。精神障害の成因の理解に役立つが、類型判定自体難しく、あえて拘泥する必要はない。

(5) 家族歴

家族歴は、プライバシーの問題等があることから、なかなか情報が得にくいものである。家族に精神障害に罹患した者がいるということは遺伝要因の関係から時に重要な資料となるが、その価値は絶対的なものではなく、可能な範囲で情報を取り、参考資料とすればよい。

3 ストレスの客観的評価の検討

そもそも「ストレス」という用語は物理学、工学領域で用いられていたストレス概念を Selye が生物学領域に広げたものである。その後心理学の分野では、外界の刺激・変化への反応（例えば不安、恐怖、怒り、憎しみ、罪悪感などを引き起こす家庭、職場などにおける人間関係、役割上の問題、過密環境、長時間の単調な作業、極端に孤立した状態での作業、自己裁量の全くない作業など）や精神内界の動きとしての反応（例えば欲求不満、心的葛藤、劣等感など）に着目し、

これを心理社会的ストレスと呼び、心理的側面、生理的側面、行動的側面からの反応に着目して研究が進められている。この心理社会的ストレスを研究者は「個人がその要求に対処できない、または適切に対処できない、または他の目的を危うくするのでなければ対処できないと予測するような場合にのみ、ストレスを引き起こす (Lazarus)」⁶⁾、「ストレスは環境的 requirement と個人の反応能力との間に、著しい不均衡の存在するときに発生する (Mc Grath)」⁷⁾、「ストレスは、要求を満たすのに失敗した結果が重要であるか、またはむしろ失敗した結果が重要であると個人によって認識されたときにのみ発生 (Sells)」⁸⁾などと説明している。

前記 1 で「ストレス一脆弱性」理論を使ってストレスと精神障害の発病について説明したが、本検討会では精神障害の発病にとってこの心理社会的ストレスが重要であると位置付け、労災補償における業務起因性を考えるに当たっては、主としてこの心理社会的ストレスの客観的評価を通じて判断することとした。

(1) ストレスの要因の種類

イ 心理社会的ストレス要因と生物学的・物理化学的ストレス要因

人間が生活する中では、周りの環境や自分自身の欲求から様々な要求や期待が生まれ、誰しもそれに対処することを余儀なくされる。それにうまく応えられそうにないと自らの対処能力を低く評価したり、また、その対処について支援がないと認知すると様々なストレス症状が生じる。こうしたストレス症状を作り出す要求や期待が心理社会的ストレス要因であるといえるが、これらは生活環境に大きな変化が生じたり、また、そうした変化にうまく適応できないときに増大する。

これに対して、細菌、カビ、ウィルス、花粉などのばく露によるものを生物学的ストレス要因、寒冷、暑熱、温度、湿度、騒音、放射線などのばく露によるものを物理的ストレス要因、刺激性ガス、化学薬品などの暴露によるものを化学的ストレス要因と呼び、これらを総称して生物学的・物理化学的ストレス要因と呼んでいる。これらは脳や身体に直接影響を与えるものであるが、ここでは、生物学的・物理化学的ストレス要因にばく露されることに伴う不快感、不安感、恐怖感等心理的な作用が問題となる。

ロ 職場におけるストレス要因と職場以外のストレス要因

職場におけるストレス要因としては、業務による事故や災害の体験、仕事上のミス等による過重な責任の発生、仕事の量、質の変化、出向等による身分の変化、転勤、昇進等による地位、役割の変化、上司等対人関係のトラブル、職場における対人関係の変化などがある。

一方、職場以外のストレス要因としては、結婚、離婚、けが、病気など自分

の出来事、配偶者や子供のけがや病気、親戚付き合いなど自分以外の家族・親族の出来事、借金などの金銭関係、火災、交通事故等への遭遇などの事件、事故、災害の体験、騒音、近所付き合いなど住環境の変化、友人、知人、男女関係など他人との人間関係などがある。

ハ 急性ストレス要因と慢性ストレス要因

職場における急性ストレス要因としては、例えば突然の事故や災害の体験、転勤、地位の変化、職種の変化、労働量の変化、職場内の人間関係の変化、新機種の導入など急激に起こった事象であり、ある出来事が起きたことが明確に認識される事実に係るストレスが急性ストレスである。

一方、職場における慢性ストレス要因としては、長く続く多忙、単調な孤独な繰り返し作業、単身赴任、交替勤務などのように持続的環境であり、継続される状況から生じるストレスが慢性ストレスである。

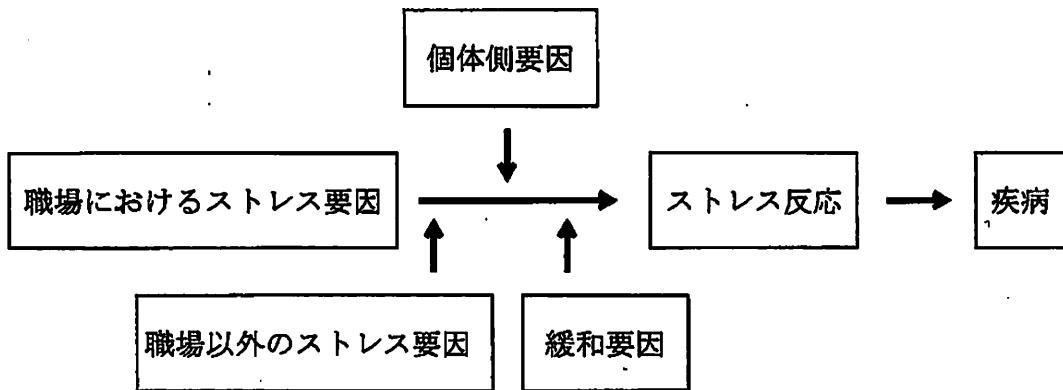
(2) 業務によるストレス影響の発現モデル

労働者には様々な形で業務によるストレスが加わる。それに対してストレスを受ける側の労働者にも様々な個体側要因があって、ストレスの受け止め方は個人個人によって異なる。また、ストレスは業務のみでなく業務以外の要因として家族からの要求、対人関係、経済問題など様々なストレスがある。しかし一方において、それらのストレスを緩和させる要因として上司、同僚や家族、友人などからの社会的支援がある。それらの要求と支援が個体側要因と調和していれば問題は起こらないが、この調和が崩れたときにストレス反応が起り、それが高じて様々な疾病になる。

業務によるストレスとストレス反応あるいは疾病の発現についてのモデルは様々なものがあるが、ここでは米国国立労働安全衛生研究所 (National Institute for Occupational Safety & Health : NIOSH) が作成した職業性ストレスモデル⁹⁾を用いて、業務によるストレスと精神障害発病の関係を説明する。

この職業性ストレスモデルは、個体側要因を基盤に職場におけるストレス要因あるいは職場以外のストレス要因が加わって、さらには緩和要因が十分でない状態からストレス反応が生じると説明する。このストレス反応をさらに詳しく見ると、心理的側面においては、職務不満足、抑うつという状態が起り、生理的側面においては身体的愁訴を覚え、行動的側面においてはアルコールや薬物依存等といった状態に陥る。そして、これらのストレス反応が高じて心身症や精神障害が発病すると説明する。

NIOSH職業性ストレスモデル



NIOSHの職業性ストレスモデルで示した各々の要因を更に具体的に説明すると以下のとおりである。

イ 職場におけるストレス要因

職場におけるストレス要因としては、職場の暑熱、騒音等の生物学的・物理化学的ストレス要因があり、また、職場での役割の分担・境界に関して発生する役割葛藤、役割不明確、上司、同僚、部下との関係における対人葛藤、仕事の裁量性、仕事の能力評価等の認知要求、能力の活用の低さ、上司、同僚、部下に対する対人責任、量的な作業負担、作業負担の変化、交替制勤務、仕事の将来不明瞭、雇用の不安等の心理社会的ストレス要因がある。

なお、Karasek ら¹⁰⁾は、職業性ストレスの心理社会的要因を、次に述べるように、仕事上の要求、仕事上の裁量性、仕事上の支援の大小により説明しているので、職場におけるストレス要因を理解する上で参考となる。

第1は仕事の要求である。例えば仕事の量が多い、難易度が高いなどという要素である。この仕事の要求が増せば当然にストレスは増加する。

第2は仕事の裁量性である。すなわち、仕事を自分でどれだけ自由にコントロールできるか、自己裁量の大きさの問題である。自己裁量の範囲が狭いほどストレスは大きい。

第3は仕事の支援である。上司、同僚、部下の具体的あるいは精神的、情緒的な援助が得られるかという問題で、支援が少ないほどストレスは大きくなる。

このように仕事の要求が高いほど、また仕事上の裁量性、仕事上の支援が低いほどストレスは強いといえる。

ロ 職場以外のストレス要因

職場以外のストレス要因としては、家族からの要求や異性関係、友人、知人との関係、あるいは経済問題等様々な関係から生じる要求、軋轢、葛藤などが

ある。

ハ 個体側要因

個体側要因としては、遺伝的素因、ストレス処理能力、A型行動パターン、年齢、性別、婚姻状況、勤務年数、職種などがある。

ニ ストレス緩和要因

ストレス緩和要因としては、職場の上司、同僚、部下や家族、友人等からの具体的あるいは精神的、情緒的な支援がある。

(3) 評価対象としての出来事等

生体のストレス反応あるいは進んで疾病の発現については個々に異なる。ストレスの問題を理解する上で、

- ・個人によって、ストレスに対する反応は異なる
 - ・ストレスは、状況そのものよりもストレス状況の認識により決まる
 - ・ストレスの程度は、一部、対応する個人の能力に依存する
- ということを十分知っておく必要がある。

ストレスの強度は個人によって異なることから、業務起因性の判断においてどのようなストレスと評価するかということは重要である。日常生活のすべての場面でストレスは存在するといつても過言ではないが、労災請求事案の具体的処理に当たって、このような個人が受けるあらゆるストレスを評価対象とすることは事実上不可能であり、また、些細なストレスに反応したのであれば、その人の脆弱性の証拠ともいえることから、「客観的に一定のストレスを引き起こすと考えられる出来事」について評価することが適切である。ここで「客観的」としたのは、ストレスはもともと個人が外界あるいは内界のあるストレス要因を主観的に受け止め形成されるものであるが、精神障害発病の業務起因性を考える場合、個人がある出来事を主観的にどう受け止めたかによってではなく、同じ事態に遭遇した場合、同種の労働者はどう受け止めるであろうかという基準により評価されたストレス強度によるべきだからである。

なお、「出来事」とはライフイベントの訳語であるが、これは突発的事件という意味ではなく、ある変化（緩徐であってもよい）が生じその変化が解決あるいは自己の内部で納得整理されるまでの一連の状態を意味するものである。

また、職場と関連した出来事であっても、明らかに当事者個人の主観によるもの（個人的な好き嫌いや個人の強い不満、当事者のみの過大評価など）は、業務起因性の判断に当たって、個体側要因に含めて考えるべきである。

したがって、評価対象となるのは、当該精神障害発病との関連で客観的に認識される出来事である。そのために本人、家族、友人、会社の上司、同僚、部

下等から、精神障害発病前の出来事として具体的にどのようなことがあったのかを聴き取り、調査する必要がある。

(4) 出来事の評価期間

心理的負荷の原因となった事態の評価を行う場合、精神障害が発病した時期からどれくらい以前までの出来事を評価するかという問題がある。ストレスが強く関係する精神障害の場合においては、Paykel ら¹¹⁾の自殺未遂者のライフイベントに関する研究などに代表されるように、精神障害発病の 6か月前からの出来事が調査されるのが一般的である。その理由は、発病から遡れば遡るほど出来事と発病との関連性を理解するのが困難になるためであり、事実、各種研究結果においても精神障害が発病する前 1か月以内に主要なライフイベントのピークが認められるとする報告が多い。また、このことについては ICD-10 分類 F43.1 外傷後ストレス障害 (Post-Traumatic Stress Disorder) の診断ガイドラインに、「心的外傷後、数週から数か月にわたる潜伏期間（しかし 6か月を超えることは希）」とされていることも参考に、当該精神障害発病前概ね 6か月以内の出来事を評価することが妥当である。

ただし、精神障害の発病時期の推定も一定程度幅があることは否めないことから、その評価期間の設定に当たってはそのことを含めて考慮される必要がある。

なお、退職後発病した事案（退職強要に係る事案を除く。）については、一般的に退職前の業務によるストレスは通常解消されると考えられること、また、退職後に発生した出来事については、時間の経過とともに、業務外の出来事の関与の可能性が増えるなど退職前の業務との関連性の有無を客観的に判断することが困難になる場合が多いと考えられることから、退職前の業務による出来事に関連して、原則として退職後概ね 1か月以内に発病したとする確定診断があることが業務起因性を検討する上でます必要であろう。

(5) 心理社会的ストレス要因の強度評価の客観化

心理社会的ストレス要因を時間軸でみた場合、急性ストレス要因と慢性ストレス要因に区別でき、また、生活軸でみた場合、職場におけるストレス要因と職場以外ストレス要因に区別できることを説明した。また、仕事の要求、仕事の裁量性及び仕事の支援の程度が業務起因性を考える場合の 1つの目安となる。このような認識を背景に、業務起因性を考える場合には、精神障害の発病に重要な役割を果たすと考えられている心理社会的ストレス要因の強度をいかにして客観的に評価するかということが問題となる。

そもそも精神医学においては、当該精神疾患の原因を探るとき、患者本人あるいは必要に応じて患者周辺（家族、友人、上司、同僚、部下など）から発病状況、その原因となったと思われる具体的出来事の内容、生じた精神症状や行動の変化などを詳しく知り、それが医学経験則上その出来事によるストレスが精神障害の発病に重要な役割を果たしたとの確信を得た場合に、そのストレスがその人の精神障害の原因となったと判断するのである。逆にそのストレスが一般的には容易に対処、適応できる程度のものであったり、あるいはストレスに対して、医学的経験的に見て不相応な反応を示した場合には、患者本人の側の問題が大きいと判断する。

精神障害発病に関係するストレスとはいかなるものかを解明するため、そしてその予防に資するため、心理社会的ストレスの客観的評価について様々な研究が行われてきた。

本検討会では、夏目ら¹²⁾、山崎ら¹³⁾、土屋ら¹⁴⁾、加藤ら¹⁵⁾、Holmes ら¹⁶⁾、Williams¹⁷⁾、Cooper¹⁸⁾、中央労働災害防止協会中高年齢労働者ヘルスケア検討委員会ストレス小委員会中間報告¹⁹⁾等^{20) 21)}のストレス強度の客観的評価に係る研究を基に、独自にストレス評価表を作成した。各々の研究で示された出来事及びその強度の評価については、本報告書付録に参考3として添付した。各研究は、ストレス強度の絶対値が100点満点であったり5点満点であったりその絶対値は異なるものの、幸いなことに各出来事の評価の相対性はどの研究においてもほぼ同様の結果となっていたことから、職場における出来事についての分析がもつとも多い夏目らのストレス評価表を基準にして、各研究において取り上げられた職場における出来事を夏目らの評価表に加えるという作業を行うことができた。もちろん、各々の研究はその対象、目的が異なるものではあるが、前述のとおり各出来事の評価の相対性は一定の傾向があることが確認されたので、本検討会では、労災請求事案におけるストレス要因としての出来事のストレス強度が一般的にはどの程度と評価されるのかについての目安について検討し、職場におけるストレス要因の評価を別表1の（1）「平均的ストレス強度」の欄に整理した。なお、職場以外のストレス要因についても別表2として整理した。

（6）出来事の評価

イ 別表1の基本的考え方

別表1に示した具体的出来事は急性ストレス要因が多いが、持続する出来事も含まれる。

ストレスの評価に当たっては、出来事自体の評価に加えて、その後に続く問

題の持続あるいは変化などの状況、さらには支援、協力状況等のストレス緩和要因を評価し、総合的に判断する必要がある。そのことを考慮して別表1は作成された。

したがって、別表1はそれらの一連の状況を正確に評価するため、(1)出来事自体の平均的ストレス強度を判断し、さらに個別具体的な事情を斟酌するため(2)直面した出来事を評価する視点、(3)(1)の出来事に伴う変化を評価する視点から修正を加えるよう構成されている。すなわち、どのような具体的な出来事があったのか、その出来事は平均的評価としてはストレス強度「I」～「III」のいずれに位置付けられるか、個別具体的な出来事の内容からその具体的評価は変更される必要はないか、出来事後の変化や問題はどうであったかについて検討し、総合評価として、当該業務によるストレスは、「弱」、「中」、「強」のいずれと評価できるかの過程を追うものとする。

なお、(2)直面した出来事を評価する視点、(3)(1)の出来事に伴う変化を評価する視点によって具体的に評価する際には、同種労働者にとって一般的にどうであるかという観点から客観的に行われなければならない。

別表1に示された(1)「平均的ストレス強度」は、ストレス強度を100点満点のスケールで表現した夏目らのストレス研究をベースに、山崎らの研究成果を総合したものであるが、これらのストレス要因の存在が、即精神障害につながるという評価ではない。例えば、Holmesら²²⁾の研究によれば1年間に200～300点を取った場合は翌年50%を超える人々に健康障害(気管支疾患、内分泌系疾患等)が生じ、300点を超える場合には80%を上回る人々に健康障害(前同)が生じていることを報告している。また、夏目ら²³⁾の研究によれば、同じ100点満点スケールで、ストレスドックを受検した労働者のドック受検前1年間のストレス総量を求めたところ、健常者の平均ストレス総量は192点であったが、半健康状態の人の平均ストレス総量は260点、ストレス関連疾患の認められる人のストレス総量は309点、適応障害を起こした人の平均ストレス総量は349点であったと報告している。

したがって、たとえ別表1のストレス強度「III」と位置付けられるストレス要因であっても、ストレス強度「III」は100点満点スケールでせいぜい60～80点程度であることから、その程度では一般的に精神障害発病の重要な原因となるものではない。その出来事に関連して生じる様々な出来事(例えば慢性的長時間労働、支援・協力状況の欠如等)が総合評価され、それらによるストレスが「強」と認められる程度になって初めて、業務起因性が認められるストレス要因となり得るものである。

ただし、ストレス強度「III」に位置付けられる事故や災害に係る出来事のう

ち、生死に関わる事件、事故への遭遇等極度のものは、客観的に見てもそれ自体で急性ストレス障害を引き起こす可能性がある。

このストレスを「強」とする判断については、上記夏目ら、Holmes らの研究を参考に、当該業務によるストレスが客観的に見て、同種労働者にとっても発病を及ぼす危険のある程度のストレスであるかどうかが複数の専門家の合議等によって慎重に見極められなければならない。

なお、別表 1 を使用して業務によるストレスを評価するに当たっては、以下のことに留意する必要がある。すなわち、別表 1 の「ストレス強度」の見方・使い方としては、ストレスの一般的強度は多くの研究結果から導き出したもので、一般の人々が各出来事をどの程度に脅威的、有害な、あるいは挑戦的なものとして知覚したかについて回答してもらったものの平均値であることである。通常、同じ出来事でも、個々の出来事ごとには、それが別の出来事を伴ったかどうか、どのくらい持続したのか、出来事の影響を緩和する対処や対応がとれたのかどうかなどがなどによって、さらには、各個人のストレス脆弱性の違いによっても、その出来事がもたらすストレスの過重性の強度は異なる。出来事によるストレスの一般的強度はその平均値であり、ストレス要因の強度の実際の分布は、この平均値の両側に正規分布型にばらついている。つまり、ストレスの一般的強度は、各出来事が、それを経験した、ストレス脆弱性において平均的な人々に、一般的にはどの程度のストレスを与えるものなのかを示す値と考えることができる。

□ 業務によるストレスの具体的評価

業務によるストレスの具体的評価に当たっては、まず第一に請求された理由が別表 1 のどの出来事によるストレスとなるかあるいは類似しているかを判断することから始まる。

ストレス要因の強度についてはストレス強度「I」、「II」、「III」に分けて表記されている。これは相対的評価であるが、ストレス強度「I」は日常的に経験する心理社会的ストレスで、一般的に問題とならない程度のストレス、ストレス強度「III」は人生の中で希に経験することもある強い心理社会的ストレス、ストレス強度「II」はその中間に位置する心理社会的ストレスであることを示す。

業務によるストレスの強度を具体的に評価するに当たっては、原則として別表 1 の出来事ごとに示されたストレスの平均的強度とするが、個々の事例により、ストレス強度をより強くあるいはより弱く評価することとなる。

なお、別表 1 には職場で起きた出来事であっても業務起因性が必ずしも肯定されないものが含まれていることに注意する必要がある。出来事は職場内で起

きていても個人的問題である場合がある。特に、別表1の「職場におけるストレス要因」⑦の対人関係においてはそういう出来事がしばしばある。したがって、別表1の各項目について具体的評価を行う場合、たとえ職場内で起こった出来事であっても、

- ① 業務に直接関連する出来事
 - ② 概ね個人の問題とされるべき出来事
- に区分して考える必要がある。

業務によるストレスによって精神障害が発病したとして請求される事案にあって、ある個人のストレス状態は業務によるものか、あるいはそれ以外かは単純に分けられないことが非常に多い。

まず第一に、職場のルールに基づいて一般的に行われている行為（例えば、昇進、配置転換、昇格・昇級、賃金等）は業務によるストレス要因としては一般には評価対象にはならない。例えば、一定の業績、経験に伴って昇進することや、転勤に伴う引越し、新しい人間関係の形成などに伴って、昇進うつ病、引越しうつ病という症例は少なからず経験することはあるが、これを直ちに業務起因性があると認めることは適切ではない。

しかしながら、配置転換、転勤等についても、その個人を対象に特別の不合理、不適切な対応として行われた場合には出来事として検討の対象とすることはいうまでもない。

また、職場を中心とした人間関係が精神障害発病の一つの原因あるいは誘因になることは非常に多いが、この場合、職場の上司、同僚、部下、取引先等との通常の人間関係（好き嫌いも含めて）から生じる通常程度のストレスをもつて出来事として評価すべきではない。しかし、差別待遇、いじめ、セクシュアルハラスメントなど特に社会的に見て非難されるような場合は評価すべきである。

別表1に示した「具体的出来事」は、これまでの労働者を対象としたストレス研究等から得られた限られた出来事の例示であり、これ以外にも多種多様なものがあり得ることから、全ての労災請求事案に対応できるものではもとよりない。

したがって、当該精神障害発病に関与したであろう出来事が、別表1に示した具体的出来事のいずれに近いかを検討し、あてはめてストレス強度を判断するものであるが、別表1に示す「具体的出来事」のいずれにも該当しない事案にあっては、個別に判断せざるを得ない。

ハ 出来事の単位

出来事の評価においては、例えば「転勤」に伴い別表1に例示した様々な出

来事、例えば仕事の内容の変化、昇進、昇格、上司、同僚との人間関係等も同時に起こりこれらが重なってストレスとなるが、別表1の基礎となった各々の研究における出来事はこのような当然に起こる出来事についても包含して作成されているので、この場合では一番強く評価される「転勤」という出来事を評価することとする。

ただし、例えば転勤後6か月以内の時間の経過とともに上司との関係がうまくいかず強く悩んでいたという場合のように、出来事に通常伴う変化以上の変化や出来事が伴っている場合には、「転勤」に加えて「上司とのトラブル」が別のストレス要因として評価されることとなる。

ニ 複数の出来事の評価

発病前概ね6か月の間に当該精神障害に関与したであろう複数の出来事が重なって認められる場合のストレス強度は総合的に評価される。その場合、別表1の作成の基礎となった各ストレス研究（参考3「ストレス強度の客観的評価に関する研究」）におけるストレス強度の評価が参考となる。

なお、この間に複数の出来事が認められる場合であっても、古い出来事が解決していたような場合には本件発病の直接的関連は薄れることから評価されないことは当然である。

また、業務による出来事に対する対応として、問題の解決ができないで遷延化し、その後に起こる別の出来事が加わったり、同時期に家庭内の問題等業務以外の新たな出来事が発生することも多くあるが、そのような場合の判断はより複雑である。その場合は各々の出来事のストレス強度を総合的に評価して業務関連ストレス要因と業務以外ストレス要因のいずれがより重要であったかを決めざるを得ない。

ホ 長時間労働等の評価

特に、極度の長時間労働、例えば数週間にわたる生理的に必要な最少限度の睡眠時間を確保できないほどの長時間労働は、心身の極度の疲弊、消耗をきたし、うつ病等の原因となる場合があることが知られている。

出来事へ対処するため発生する長時間労働、休日労働等も心身の疲労を増加させ、ストレス対応能力を低下させる意味で重要となる。特に発病前6か月の間に生じた労働の長時間化はストレス要因となる。

労働の長時間化の評価に当たって重要なことは、どの程度の労働時間を基準にするのかによって、そのストレス強度の評価も変わってくる点である。発病の6か月以上前から続く常態的な長時間労働も、それが過重性を増す傾向を示すような場合には、その変化の度合いが小さくても、強いストレスと評価される。

また、長時間労働は一般に精神障害の準備状態を形成する要因となっている可能性があることから、出来事の程度の評価に当たって、特に常態的な長時間労働が背景として認められる場合、出来事自体のストレス強度は、より強く評価される必要がある。

(7) 出来事に伴う変化の評価

業務によるストレスとの関連で精神障害の発病を考える場合、ある出来事に続いて、又はその出来事への対処に伴って生じる変化によるストレスの加重も重要である。

このようなストレス要因としては、前記(6)のホの労働の長時間化とともに、出来事に伴う仕事の質、量の変化、責任の度合い、作業困難度、強制性の増加等が重要であり、次のイ～ニに示す事項に着目して総合的に評価されるべきである。

イ 仕事の量の変化

業務による出来事後、当該出来事に対処するため新たな対応が必要となり、仕事量が大幅に増加したり、仕事の密度が濃くなったりした具体的な事実がないかどうか適正に評価する必要がある。

ロ 仕事の質の変化

職種の変更等極端な仕事内容の変化、本人の意思に反した強制的な作業スケジュール、同種労働者に一般的に要求される適応能力を超えた適応の要求等過度であると認められる変化については、適正に評価する必要がある。

ハ 仕事の責任の変化

仕事の責任の増大は業務関連ストレス要因でも大きな要因となるので、出来事後の責任の変化について適切に評価する必要がある。ただし、社内的に通常に行われている職制の変化に伴う責任の通常の増大は、業務によるストレス要因として評価すべきではない。ここで問題にされる責任の変化は前述の変化を大きく超える変化であり、例えば社運をかけるプロジェクトチームのリーダーや新製品の開発責任者になったことなどの重い責任の発生などをいうものであり、これらは十分に考慮される必要がある。

ニ 支援・協力等による出来事のストレス程度の緩和

出来事後に生じる仕事上の問題や個人的問題を解決する上での手助けについては、職場の上司、同僚の支援も重要である。ある出来事が起こった後、仕事のやり方の見直し改善、応援体制の確立、責任の分散等必要な支援、協力が適切に行われる必要がある。

この支援、協力等が十分である場合、ストレス脆弱性が特に問題でなければ

精神障害の発病という事態は起こりにくいであろうことから、支援、協力の状況が当該精神障害の発病の要因を考える場合に大いに参考となる。

(8) 物理的ストレス要因等の評価

業務による心理社会的ストレス要因以外のストレス要因も精神障害の発病に関連することがある。すなわち、

- ① 生物学的ストレス要因（細菌、カビ、ウィルス、花粉など）
- ② 物理的ストレス要因（寒冷、暑熱、温度、湿度、騒音、放射線など）
- ③ 化学的ストレス要因（刺激性ガス、化学薬品など）

である。

これらが直接身体（脳を含む。）に作用して精神障害を起こした場合は、これまでの併発疾病等の考え方で処理できる。

しかし、生物学的・物理化学的ストレス要因がもたらし得る心理社会的ストレス的側面にも注意すべきである。すなわち、生物学的・物理化学的ストレス要因の多くが、その身体的作用のみでなく、同時に不快感を起こし、心理的な刺激作用などをもち、また、精神疲労を引き起こす。それらが著しい場合は、心理的社会的ストレスとして適切に評価されるべきである。

なお、その評価については、心理社会的ストレスのようにストレス強度が客観化された研究がないことから、個々の例ごとに検討、判断されるべきである。

(9) 職場以外のストレス要因の評価

診断、治療を受けている精神障害事案と診断治療歴のない自殺事案とでは異なるが、請求事案では一般的に職場以外の出来事が明らかになることは余りない。したがって、労災請求事案の業務起因性を考えるときは、先に述べた職場におけるストレスが当該精神障害にどのように関与したかを客観的に把握して決める以外に方法はないが、職場以外の出来事が明らかになった場合には、本検討会として独自に作成したストレス評価表別表2により、職場以外の出来事によるストレスの強度を評価し、業務起因性の有無の判断の際に考慮するのが適切である。

(10) 業務上の傷病により療養中の者に発病した精神障害

業務上の傷病により療養中の者が精神障害を発病し、あるいはその精神障害が原因となって自殺するケースもある。この場合、当該傷病が客観的に当該精神障害を発症させるほどに強いストレスであったか否かを判断することになるが、別表1の①「事故や災害の体験」の項の「業務による大きな病気やけがを

した」の項目に従い、客観的なストレスの強度が評価されることとなる。もちろん精神障害発病前概ね6か月以内に当該傷病の原因となる災害や病気の診断があったことは他の場合と同様であるが、精神障害発病6か月前を超えてさらにそれ以前から療養を継続している場合にあっても、傷病の程度が将来を絶望するものであったことを後になって知った場合や当該傷病による強い苦痛が後になって発生した場合などは、その時点を新たな出来事が発生したものとして評価して、当該出来事によるストレスの影響度を判断することとなる。

4 自殺の取扱いの検討

自殺に係る労災保険の請求事案の中の多くは治療歴のない事案である。労災保険法第12条の2の2第1項は、労働者の故意による死亡については保険給付を行わないとしている。この解釈として、精神障害により精神異常のためにかつ心神喪失の状態に陥って自殺したというような場合に限り、故意はなかったとして当該自殺にも保険給付がされるというのがこれまでの考え方であった。

本検討会は、労災保険法第12条の2の2第1項の立法過程、これまでの行政通達等について検討し、近年増加している精神障害を理由とする自殺事案をどのように理解するかについて検討した。

(1) 労災保険法第12条の2の2第1項の性格

労災保険法第12条の2の2第1項の「労働者の故意」については、かねがね病苦自殺、うつ病自殺、情動行為としての自殺などの業務起因性をめぐって論じられてきた。

通常、「故意」の概念に関しては、刑事責任、民事責任を中心に論じられることが多いが、労災補償制度に関して「労働者の故意」を論ずるに当たっては、当然のことながら労働基準法上の補償事由を前提に考えなければならない。すなわち、労災保険法第12条の8第2項が明確に定めるとおり、労災保険における保険給付は、労働基準法第75条～第77条、第79条、第80条に定める災害補償の事由が生じた場合に行われるのであり、したがって、その事由について労災保険法によって相応する保険給付が行われる場合には、労働基準法第84条第1項により、事業主は災害補償を免責されるのであるから、労災保険法第12条の2の2第1項の規定の解釈も、労働基準法上の補償事由と労災保険法上の給付事由との対応関係から離れることはできない。

現行労災保険法第12条の2の2第1項の規定が設けられたのは、昭和40年の法改正によってである。すなわち、改正前の旧法第19条の規定は、支給制限についての経緯と趣旨の異なる「事業主の故意」と「労働者の故意」を同

一条項にまとめて規定していたため、解釈上疑義が生じやすかったが、これが昭和40年改正により全文改正され、事業主の「不実の告知」、「保険料滞納」、「故意・重過失による事故」の場合に労働者への給付を制限とした旧規定が一掃されるとともに、労働者自身の故意による事故の場合については、「労働者が故意に負傷、疾病、障害若しくは死亡又はその直接の原因となった事故を生じさせたときは、政府は、保険給付を行わない。」と改められた。

この新たな規定の意義は、次の点にあったと考えられる。

- ① 労働者の受給権を保護する見地から、「事業主の故意又は重大な過失」による事故の場合に労働者に対して給付の支給を制限する規定を廃止したこと
- ② 労働基準法第78条との対応関係を明確にするため、「労働者の故意又は重大な過失」について内容を明確に区分し、「故意」の場合は当然に業務外であるから不支給とし（第1項）、「重大な過失」の場合は従来どおりに支給を制限する（第2項）こととしたこと

この規定の解釈運用については、改正法についての施行通達（昭和40.7.31基発901号）において、「新法第19条第1項（現行第12条の2の2第1項）の規定は、業務上とならない事故について確認的に定めたもの」であって、労働基準法第78条の規定が「重大な過失による事故のみについて定めていることと対応するもの」であるとした上で、「被災労働者が結果の発生を認容しても業務との因果関係が認められる事故については、同項の適用がないのはいうまでもない。」としている。すなわち、従来から救急業務による負傷等が、労働基準法上も業務上とされてきたことを前提に、労災保険法上でいう「労働者の故意」は未必の故意を含まないことが確認されたのである。

さらに、改正法を解説した昭和41年の労働省労災補償部編著『新労災保険法』（353頁）では、「ここで『故意に』とは、自分の一定の行為により、負傷等又はその直接の原因となった事故を発生させることを意図した場合をいい、未必の故意（例えば、身の危険をかえりみず緊急業務に従事した場合）を含まないと解せられる。」と述べている。

このように、結果の発生を意図した故意による傷病等は、当然に業務外であるから保険給付の対象とならないこと、それはとりもなおさず労働基準法が重過失による場合のみについて補償の制限を定めているとの表裏の関係にあるということが確認されたということができる。もちろん、これには、「《故意》→傷病等」についてだけでなく、「業務による傷病→《故意》→傷病増悪・死亡」（いわゆる因果関係中断）についても当然に業務外であるとの確認が含まれている。ただし、労災請求事案における自殺の問題について、とりわけ精神障害に係る自殺の問題について、結果の発生を意図した故意とはどのような場合

を想定するかについて明らかにはされていなかった。

(2) 精神障害による自殺に係るこれまでの解釈

労働者自身の故意の絡む自殺に関しては、かつて労災保険法の施行の翌年、業務による傷病を療養中に自殺した事件に関する行政解釈として、「自殺が業務による負傷又は疾病に因り発した精神異常のために且心神喪失の状態において行われ、しかもその状態が該負傷又は疾病に原因しているときのみを業務による死亡として取扱われたい。」(昭和 23.5.11 基収 1391 号) と通達された。

また、近年になって業務による「反応性うつ病」による自殺について「業務による災害として取り扱うこと。」との疑義回答(昭和 59.2.14 基収 330 の 2 号)が出されたが、これに関する事務連絡では、

- ① 「反応性うつ病の発病原因として十分な強度の精神的負担があったと認められること」
- ② 「〔当人は〕誠実、責任感が強い、几帳面等この種の精神障害に罹患しやすい性格特性が認められるが、この性格特性は正常人の通常の範囲を逸脱しているものでなく…業務による精神的負担と比較して有力な要因とは認められないこと」
- ③ 「反応性うつ病の原因となり得る業務以外の精神的負担は認められないこと」
- ④ 「事故発生時の請求人は心神喪失の状態にあり、自殺を認識しない状態にあったこと、すなわち故意が認められないこと」

と説明されていた。

このように、個別事案の判断に係る解釈は、自殺が心神喪失の下に行われたことをもってして故意が無かつたと説明してきた。

(3) 「故意」要件の検討

精神障害に係る上記(2)の通達は、いずれも個別事案の判断に係る解釈通達である。他方、労災保険法第 12 条の 2 の 2 の解釈に係る一般通達(昭和 40.7.31 基発 901 号)の内容は上記(1)のとおりであり、「ここで『故意に』とは、自分の一定の行為により、負傷等又はその直接の原因となった事故を発生させることを意図した場合をいい、未必の故意(例えば、身の危険をかえりみず緊急業務に従事した場合)を含まないと解せられる。」としているが、ここで精神障害に陥った場合の「意図」について考える必要がある。

例えば、うつ病の場合、主観的には当然自殺を認識し念慮し企図して実行される。しかし、うつ病患者の場合には、その主観的な自殺の念慮・企図が客観

的には本人の選択を超える「症状」として現れることに、相当の蓋然性があるといえる。すなわち、Pokorny の報告²⁴⁾によれば一般人口の自殺率と比較すると、うつ病 36.1 倍、精神神経症 18.4 倍、アルコール障害 12.5 倍、精神分裂病 12.1 倍、老人性および他の脳器質性疾患 11.4 倍と高率である。

このように、認識可能な精神病理的症状又は状態があり、自殺による死亡が精神障害の発病結果であると推認できる場合は、当人に「死亡の認識・認容」があっても、それは「症状」の蓋然的な結果であり、自らの死を主体的、理性的に「意図する」という意味での故意には当たらない、と解すべきである。

以上のことから、本検討会としては、「精神障害によって正常な認識、行為選択能力が著しく阻害され、あるいは、自殺行為を思いとどまる精神的な抑制力が著しく阻害されている状態」で自殺したと認められる場合には労災保険法第 12 条の 2 の 2 第 1 項の「故意」によるものでないと解するのが適当であり、その状態が「心神喪失」に該当するか否かを問う必要はないと考える。

(4) 正常な認識、行為選択能力あるいは自殺行為を思いとどまる精神的抑制力が著しく阻害されていたことの推定

労災保険法第 12 条の 2 の 2 第 1 項の「故意」の解釈については、業務に起因する精神障害の発病が認められ、さらに自殺時当該精神障害により正常な認識、行為選択能力および抑制力が著しく阻害されていたか否かを判断し、故意の有無を判断することになる。

その判断としては、ICD-10 の診断ガイドラインに基づき、明確に対象疾病に罹患していたと判断され、当該精神障害が一般的に強い自殺念慮を伴うことが知られている場合には、当該患者が自殺を図ったときには当該精神障害により正常な認識、行為選択能力および抑制力が著しく阻害されていたと推定するとの取扱いが妥当である。

上記に該当する自殺の精神状態には次の二つの場合が含まれる。

第一は、主として器質性精神病 (F 0)、精神作用物質使用による障害 (F 1)、精神分裂病等 (F 2)、気分障害 (F 3) において、その症状としての病的な感情、思考に基づく自殺行為である。

第二は、F 4 (神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害)、特に、F 43 重度ストレス反応 (急性ストレス反応 (F 43. 0) と心的外傷後ストレス障害 (F 43. 1)) の下で遂行される自殺行為で、これらは精神機能全体の病的変化がなくても、強い絶望感、無力感、厭世観、虚無感、自責感などの激情に駆られて自ら死を選ぶものである。司法精神医学上、責任能力についての論争のある「情動行為」は、重度ストレス反応として取り扱うことが可

能であると本検討会は結論した。

換言すれば、本検討会は自殺する人の精神状態として、心神喪失に該当するような精神機能全体が著しく障害された状態のみでなく、不安、苦悩、絶望、虚無、厭世観を強く伴う激情の下で遂行される自殺行為、すなわち情動行為としての自殺をも重度ストレス反応として「故意」を問うべきではないと考えた。

しかし、必ずしも一般的に強い希死念慮を伴うとまではいえない精神障害については、自殺時の正常な認識、行為選択能力および抑制力の阻害の程度が問題とされる。また、業務に起因する精神障害発病後治療等が行われ、相当期間経過した後の自殺については、治ゆの可能性やその経過の中での様々な出来事の評価が必要であり、その発病に業務起因性があっても、自殺が当該疾病の「症状」の蓋然的な結果と認められるかどうか、さらに療養の経過、業務以外のストレス要因の内容等を総合して判断する必要がある。

(5) 精神障害によらない自殺

自殺者に占める精神障害者の比率に関する研究は19世紀後半から近年に至るまで、多くの報告がある。

これらの報告を参考4「自殺者に占める精神障害の比率及び自殺者の診断名分布の研究」に示すが、精神障害と自殺の関連性は高いといえる。

このように自殺に精神障害が関与している場合も多いが、人間の自殺行動の中には必ずしも精神障害が関与しない自殺もある。いわゆる覚悟の自殺の場合には、その動機が業務に関連するとしても、本人の主体的に選択によるものである限り、一般的には「故意」の自殺といわざるを得ない。

(6) 遺書等の取扱い

「故意」に関連して遺書の問題があるが、遺書の存在そのもののみで正常な認識、行為選択能力及び抑制力が著しく阻害されていなかつたとすることは必ずしも妥当ではない。その内容が精神障害者特有の自殺念慮に深く彩られたもので、むしろ精神障害発病の積極的証明と成り得るものもある。問題はその表現、内容、作成時の状況等であり、自殺に至る経緯に係る一資料として総合評価すべきものである。

5 療養等

(1) 療養

精神障害の治療の一般的原則としては、①身体療法（薬物療法等）、②精神療法、③リハビリテーション療法などが必要に応じて行われる。

療養期間の目安を一概に示すことは困難であるが、業務によるストレス要因を主因とする精神障害にあっては、一般的には6か月から1年程度の治療で治ゆする例が多いと考えられる。すなわち、精神障害の病相の長さは様々であるが、原因となった業務によるストレス要因を取り除き、治療を開始してから、うつ病にあっては多くは3～9か月、神経症にあっては概ね数週間から6か月とされている。ただし、分裂病は長期にわたることも少なくない。

なお、これらの療法により患者は治ゆし社会復帰を果たすことになるが、患者が社会復帰しても、少量の向精神薬等の服用が継続される場合も多い。このような服薬継続は、患者が社会復帰を果たしてからも長期間続けられることがあるが、疾患自体は治ゆしていると考え、他の業務上の傷病と同様アフターケア制度として療法が行われる必要がある。

(2) 治ゆ等

イ 治ゆ

労災保険の実務において「治ゆ」とは、必ずしも完全に健康時の状態に回復することを意味するものではなく、業務上の負傷又は疾病に対して、医学上一般に認められた医療を行っても、その医療効果が期待し得ない状態に至ったものをいう。つまり、負傷にあっては創面がゆるぎ、その症状が安定し医療効果が期待し得なくなったとき、疾病にあっては急性症状が消退し、慢性症状は持続してもその症状が安定し、医療効果がそれ以上期待し得ない状態になった時をいい、症状固定ともいう。

精神障害にあっては、前記のとおり、薬物療法、精神療法等が患者の症状、病態に応じて行われるが、精神症状が一定程度改善しあるいは安定した後、それに引き続き社会復帰を果たすためリハビリテーション療法等が行われるのが通例である。そして、そうした後社会復帰が果たされるのであるから、主治医がリハビリテーション療法等を終了した時点で治ゆとされる。このリハビリテーション療法等は、通常数週間から数か月行われる。治ゆ認定に当たっては十分な経過観察を経て行われる。

業務によるストレスを原因とする精神障害にあっては、その原因を取り除き適切な療養を行えば全治する場合が多い。しかしながら、疾患によっては時に一定の症状を残したまま症状固定となることもあり、このような場合、その程度によっては後遺障害として取り扱われる場合がある。

ロ 繰り返す精神障害の認定

一旦治ゆした精神障害が、一定期間経過後、再び発病した場合、その精神障害の業務起因性をどのように考えたらよいかという問題がある。本検討会では

精神障害は、外的環境からの心理的負荷と個体側の反応性、脆弱性の関係で決まるが、認定に当たっては、主として業務によるストレスの強さの客観的評価をすることによって行なうことが適切と結論したところであり、初回の認定の考え方と再び発病した場合を分けて考える必要はない。

個体側の脆弱性が精神障害を経過することによって増幅され、発病しやすくなるとの仮説もあるが、現代の精神医学において精神障害すべてに対して一般化できる理論として受け入れられているわけではない。その仮説を受け入れたとしても、個体側の脆弱性がどの程度増幅されたかの評価は困難であるし、初回の認定においても特に顕著な個体側要因が認められない限り個体側の脆弱性を問題にすることなく、客観的な出来事によるストレスの強さによって判断することとしていることから、発病の都度個別に判断するのが適当である。

[文献]

- 1) 労働省労働基準局編：労災保険 業務災害及び通勤災害認定の理論と実際.下巻,労務行政研究所 (1997)
- 2) 厚生省大臣官房統計情報部編：疾病、傷害および死因統計分類提要. I C D – 1 0 準拠, 第1巻 総論.財団法人厚生統計協会 (1995)
- 3) 融道男・中根允文・小見山 実 監訳： I C D – 1 0 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン.医学書院 (1993)
- 4) 日本心身医学会：心身医学の新しい診療指針『心身医学』.医学書院(1991)
- 5) 大熊輝雄(編)：現代臨床精神医学.改訂第7版, p9 金原出版 (1997)
- 6) Lazarus,R.S. : The concept of stress and disease.In Society,Stress and Disease, vol.1,ed. by L.Levi,Oxford University Press,London,pp53-58 (1971)
- 7) Mc Grath,J.E. : A conceptual formulation for research on stress.In Social and Psychological Factors in Stress, ed. by J.E.Mc Grath,Holt,Rinehart & Winston,New York,pp10-21 (1970)
- 8) Sells,S.B. : On the nature of stress.In Social and Psychological Factors in Stress,ed. by J.E.Mc Grath,Holt,Rinehart & Winston,New York,pp134-139 (1970)
(坂部弘之著「ストレースーその研究の歴史的概観ー」日本労働総合研究所 (1984)に上記6)、7)、8) の論文が翻訳紹介されている)
- 9) Hurrell,J.J.Jr.& McLaney,M.A. : Exposure to job stress : a new psychometric instrument. Scand J Work Environ Health, 14(Suppl.1) : pp27-28 (1988)
(労働省平成9年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書(1998)に上記の論文が翻訳紹介されている)
- 10) Karasek,R.&Theorell,T. : Healthy work. Basic Books,Inc.,Publishers,New York (1990)
- 11) Paykel,E.S.,Prusoff,B.A.& Myers,J.K. : Suicide attempts and recent life events. Arch Gen Psychiatry, 32 : pp327-333 (1975)
- 12) 夏目 誠, 村田 弘：ライフイベント法とストレス度測定.Bull Inst Public Health, 42 : pp402-412 (1993)

- 13) 山崎喜比古：第5章 ストレスフル・ライフ・イベント.東京都立労働研究所編
技術革新下における労働者の生活と健康（その2）－オフィス労働者を中心に－
労働衛生研究,9 : pp131-147(1988)
- 14) 土屋八千代, 他 : 日本の産業労働者の Life Events に関する研究.日衛誌 (Jpn J Hyg) 49 : pp578-587 (1994)
- 15) 加藤正明, 他 : 地域社会におけるストレス因子、ストレス準備状態及び精神健康度
の評価方法並びに相関に関する研究.科学技術庁研究調整局 昭和 47,48,49 年度特
別研究促進調整費 都市生活における精神健康度に関する総合研究. : pp16-41
(1977)
- 16) Holmes,T.H.&Rahe,R.H. : The social readjustment rating scale.J Psychosom Res, 11 :
pp213-218 (1967)
- 17) Williams ,J.B.W : DSM-IIIの多軸システム：評価への包括的アプローチ.臨床精神
医学 11 : pp143-147(1982)
- 18) Cooper,C.L. : Identifying stressors at work:Recent research developments.J Psychosom
Res, 27 : pp369-376 (1983)
- 19) 中央労働災害防止協会編著 : 企業におけるストレス対応－指針と解説－. p70 (1986)
- 20) Batley,M. : Unemployment and ill health:understanding the relationship. J Epidemiology
and Community Health,48 : pp333-337 (1994)
- 21) Rowlands,P.&Huws,R. : Psychological effects of colliery closures.International J Social
Psychiatry,41(1) : pp21-25 (1995)
- 22) Rahe,R.H. : Life change and subsequent illness reports.In Life Stress and Illness,ed. by
Gunderson,E.K.E. & Rahe,R.H. ,Charles C Thomas Publisher, Springfield (1974)
- 23) 夏目 誠 : 勤労者のストレス評価法（第4報）一年間体験ストレッサー合計点数と
疾病等の関連から－.第72回日本産業衛生学会講演集 p664 (1999)
- 24) Pokorny,A.D. : Suicide rate in various psychiatric disorders.J Nerv Ment Dis,139 :
pp499-506 (1964)

付 錄

参考 1

I C D - 1 0 第 V 章 「精神および行動の障害」 中間分類項目

第V章

精神および行動の障害 (F 00—F 99)

症状性を含む器質性精神障害 (F 00—F 09)

F 00 * アルツハイマー< Alzheimer >病の痴呆 (G 30.—†)

F 01 血管性痴呆

F 02 * 他に分類されるその他の疾患の痴呆

F 03 詳細不明の痴呆

F 04 器質性健忘症候群、アルコールその他の精神作用物質によらないもの

F 05 せん妄、アルコールその他の精神作用物質によらないもの

F 06 脳の損傷および機能不全並びに身体疾患によるその他の精神障害

F 07 脳の疾患、損傷および機能不全による人格および行動の障害

F 09 詳細不明の器質性又は症状性精神障害

精神作用物質使用による精神および行動の障害 (F 10—F 19)

F 10 アルコール使用<飲酒>による精神および行動の障害

F 11 アヘン類使用による精神および行動の障害

F 12 大麻類使用による精神および行動の障害

F 13 鎮静薬又は催眠薬使用による精神および行動の障害

F 14 コカイン使用による精神および行動の障害

F 15 カフェインを含むその他の精神刺激薬使用による精神および行動の障害

F 16 幻覚薬使用による精神および行動の障害

F 17 タバコ使用<喫煙>による精神および行動の障害

F 18 挥発性溶剤使用による精神および行動の障害

F 19 多剤使用およびその他の精神作用物質使用による精神および行動の障害

精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害 (F 20—F 29)

F 20 精神分裂病

F 21 分裂病型障害

F 22 持続性妄想性障害

F 23 急性一過性精神病性障害

F 24 感応性妄想性障害

F 25 分裂感情障害

F 28 その他の非器質性精神病性障害

F 29 詳細不明の非器質性精神病

気分【感情】障害 (F 30—F 39)

- F 30 躁病エピソード
- F 31 双極性感情障害<躁うつ病>
- F 32 うつ病エピソード
- F 33 反復性うつ病性障害
- F 34 持続性気分【感情】障害
- F 38 その他の気分【感情】障害
- F 39 詳細不明の気分【感情】障害

神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F 40—F 48)

- F 40 恐怖症性不安障害
- F 41 その他の不安障害
- F 42 強迫性障害<強迫神経症>
- F 43 重度ストレスへの反応および適応障害
- F 44 解離性【転換性】障害
- F 45 身体表現性障害
- F 48 その他の神経症性障害

生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群 (F 50—F 59)

- F 50 摂食障害
- F 51 非器質性睡眠障害
- F 52 性機能不全、器質性障害又は疾病によらないもの
- F 53 產じょく<褥>に関連した精神および行動の障害、他に分類されないもの
- F 54 他に分類される障害又は疾病に関連する心理的又は行動的要因
- F 55 依存を生じない物質の乱用
- F 59 生理的障害および身体的要因に関連した詳細不明の行動症候群

成人の人格および行動の障害 (F 60—F 69)

- F 60 特定の人格障害
- F 61 混合性およびその他の人格障害
- F 62 持続的人格変化、脳損傷及び脳疾患によらないもの
- F 63 習慣および衝動の障害
- F 64 性同一性障害
- F 65 性嗜好の障害
- F 66 性発達および方向づけに関連する心理および行動の障害

F 68 その他の成人の人格および行動の障害

F 69 詳細不明の成人の人格および行動の障害

知的障害（精神遅滞）（F 70—F 79）

F 70 軽度知的障害（精神遅滞）

F 71 中等度知的障害（精神遅滞）

F 72 重度知的障害（精神遅滞）

F 73 最重度知的障害（精神遅滞）

F 78 その他の知的障害（精神遅滞）

F 79 詳細不明の知的障害（精神遅滞）

心理的発達の障害（F 80—F 89）

F 80 会話及び言語の特異的発達障害

F 81 学習能力の特異的発達障害

F 82 運動機能の特異的発達障害

F 83 混合性特異的発達障害

F 84 広汎性発達障害

F 88 その他の心理的発達障害

F 89 詳細不明の心理的発達障害

小児＜児童＞期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害（F 90—F 98）

F 90 多動性障害

F 91 行為障害

F 92 行為および情緒の混合性障害

F 93 小児＜児童＞期に特異的に発症する情緒障害

F 94 小児＜児童＞期および青年期に特異的に発症する社会的機能の障害

F 95 チック障害

F 98 小児＜児童＞期および青年期に通常発症するその他の行動および情緒の障害

詳細不明の精神障害（F 99）

F 99 精神障害、詳細不明

参考 2

慣用的に用いられる臨床診断名と I C D - 1 0 ^{2,3)}との対照表

慣用的に用いられる診断名と I C D - 1 0との対照表

わが国で慣用されている主な臨床診断名	I C D - 1 0
破瓜病（破瓜型分裂病）	F20 精神分裂病
緊張病（緊張型分裂病）	
妄想型分裂病	
単純型分裂病	
分裂病後うつ病	
残遺分裂病	
慢性分裂病	
遅発分裂病	
接枝分裂病	
境界型分裂病	F21 分裂病型障害
偽神経症性分裂病	
妄想病	F22 持続性妄想性障害
パラノイア	
パラフレニー	
敏感関係妄想	
妄想反応	
感應性精神病	
急性精神病	F23 急性一過性精神病性障害
急性分裂病様精神病	
心因性妄想精神病	
妄想反応	
分裂病性反応	
反応性精神病	
感應性精神病	F24 感應性妄想性障害
非定型精神病	F25 分裂感情障害
混合精神病	
躁病	F30 躁病エピソード
躁うつ病	F31 双極性感情障害〔躁うつ病〕
うつ病	F32 うつ病エピソード
内因性うつ病	
反応性うつ病	
心因性うつ病	
退行期うつ病	

閉経期うつ病 更年期うつ病 初老期うつ病 疲弊性うつ病 仮面うつ病 激越うつ病	F32 うつ病エピソード
内因性うつ病 周期性うつ病 生気うつ病 季節性うつ病	F33 反復性うつ病性障害
神経症性うつ病 抑うつ神経症	F34 持続性気分（感情）障害
恐怖症 恐怖神経症 対人恐怖症	F40 恐怖症性不安障害
不安神経症 不安発作（パニック障害）	F41 他の不安障害
強迫神経症	F42 強迫性障害
急性環境反応 急性心因反応 状況性反応 悲嘆反応 ストレス（重度）反応 外傷神経症	F43 重度ストレス反応及び適応障害
ヒステリー ヒステリー型神経症 解離型ヒステリー 転換型ヒステリー ヒステリー性反応 祈祷精神病 拘禁精神病 心因性精神病	F44 解離性（転換性）障害
心気症 心気性神経症	F45 身体表現性障害

離人神経症

神経衰弱

精神衰弱

疲弊神経症

疲労症候群（燃えつき症候群）

神経症性反応

F48 他の神経症性障害

参考 3

ストレス強度の客観的評価に関する研究

勤労者のストレス点数対比表 (夏目ら)¹²⁾

点 数	職場におけるストレス要因	職場以外のストレス要因
100 1 91		
90 1 81		配偶者の死亡 (83)
80 1 71	会社の倒産 (74)	親族の死 (73) 離婚 (72)
70 1 61	会社を変わる (64) 自分の病気やケガ (62) ※業務に起因するもの 多忙による心身の過労 (62) ※業務に起因するもの 転職 (61) 仕事上のミス (61)	夫婦の別居 (67) 自分の病気やケガ (62) 300万円以上の借金 (61)
60 1 51	昇進社長 (60) 左遷 (60) 会社が役員合併される (59) 会社の建て直し (59) 人事異動 (58) 労働条件の大きな変化 (56) 配置転換 (54) 同僚との人間関係 (53) 上司とのトラブル (51) 抜てきに伴う配置転換 (51)	家族の健康や行動の大きな変化 (58) 友人の死 (59) 収入の減少 (58) 法律的トラブル (52) 300万円以下の借金 (51)
50 1 41	睡眠習慣の大きな変化 (47) ※業務に起因するもの 同僚とのトラブル (47) 顧客との人間関係 (44) 仕事のベース・活動の減少 (44) 仕事に打ち込む (43) 部下とのトラブル (43) 職場の美化 (42) 課員が減る (42)	結婚 (60) 娘子や娘が家を離れる (60) 性的問題・体験 (49) 夫婦げんか (48) 引越 (47) 睡眠習慣の大きな変化 (47) 家族がふえる (47) 住宅ローン (47) 子供の受験勉強 (46) 妊娠 (44) 定年退職 (44) 社会活動の大きな変化 (42) 住宅環境の大きな変化 (42) 家族メンバーの変化 (41) 軽度の法律違反 (41) 子供が新しい学校へ変わる (41)
40 1 31	自分の昇進・昇格 (40) 仕事のベース・活動の増加 (40) 同僚の昇進・昇格 (40) 新規事業に仕事の予算がつかない (38) 新規事業に仕事の予算がつく (35) 長期休暇 (35) 課員が増える (32)	妻 (夫) が仕事を辞める (40) 技術革新の進歩 (40) 個人的成功 (38) 妻 (夫) が仕事を始める (38) 自己の習慣の大きな変化 (38) レクリエーションの減少 (37) 食習慣の大きな変化 (37)
30 1 21		レクリエーションの増加 (28) 収入の増加 (26)
20 1 11		
10 1 1		

勤労者のストレス点数対比表 (Holmesら)¹⁰⁾

点 数	職場におけるストレス要因	職場以外のストレス要因
100 5 91		配偶者の死亡 (100)
60 5 81		
80 1 71		離婚 (73)
70 5 61		夫婦の別居 (65) 近親者の死亡 (63) 刑務所などへの収容 (63)
60 5 61	本人の大きなケガや病気 (53) <small>※業務に起因するもの</small>	本人の大きなケガや病気 (53)
50 5 41	失業 (47) 退職・引退 (48)	結婚 (50) 夫婦の和解 (45) 家族員の健康面・行動面での大きな変化 (44)
40 5 31	合併・組織替えなど勤め先の大きな変化 (39) 転勤・配置転換 (36)	妊娠 (40) 性生活の困難 (38) 新しい家族メンバーの加入 (38) 設計状態の大きな変化 (38) 親友の死 (37) 夫婦の口論回数の変化 (35) 1万ドル以上の借金 (31)
30 5 21	仕事上の地位 (責任) の変化 (29) 職場の上司とのトラブル (25)	担当案件【既に返済できず】 (30) 子女の離婚 (29) 義理の親戚とのトラブル (29) 個人的な成功 (28) 妻の就職または退職 (26) 本人の進学または卒業 (26) 生活条件の変化【家の新改築・環境の悪化】 (25) 個人的習慣の変更 (24)
20 5 11	勤務時間や労働条件の変化 (20) 長期休暇 (13)	転居 (20) 学校生活の変化 (20) レクリエーションに関する変化 (19) 宗教【教会】活動上の変化 (19) 社会活動【社会】の面での変化 (18) 1万ドル以下の借金 (17) 睡眠習慣の変化 (16) 食事習慣の変化 (15) 田舎へする家族員の数の変化 (15) クリスマス (12) ちょっとした法律違反 (11)
10 5 1		

各種ストレスフル・ライフイベントの大変さの程度（山崎ら 1988）¹³⁾

ストレスフル・ライフイベント	大変さの程度
(職場における要因)	
(1) 単身赴任	1. 35
(2) 転職	1. 22
(3) 業績が上がらなかつた、ノルマが達成できなかつた	1. 19
(4) 転勤	1. 08
(5) 会社にとって重大な仕事上のミスをした	1. 00
(6) 職場の配置転換、異動	0. 98
(7) 上司との関係がうまくいかなかつた	0. 83
(8) 自分を理解してくれていた人の異動、退職	0. 78
(9) 同僚とのトラブル	0. 64
(10) 上司・上役が変わつた	0. 63
(11) 自分の降格・留任	0. 60
(12) 自分の昇進・昇格	0. 48
(13) 同僚の昇進・昇格	0. 36
(職場以外の要因)	
(1) 離婚した、夫婦別居した	1. 31
(2) 配偶者の傷病または死亡	1. 28
(3) 子供の傷病または死亡	1. 15
(4) 自分の親（義理の親）の介護・介助	1. 09
(5) 自分の病気・けが	0. 95
(6) 転居	0. 93
(7) 親しい友人・知人の死や病気	0. 92
(7) 失恋、異性関係のもつれ	0. 92
(9) 借金返済の遅れ、困難	0. 87
(10) 子供の入試・進学	0. 83
(11) 自分の親（義理の親）との不和	0. 73
(12) 交通違反・交通事故を起こした	0. 71
(13) 子供の巣立ち（独立）	0. 69
(14) 親子の不和、子供の問題行動・非行	0. 66
(15) 夫婦のトラブル、不和	0. 62
(15) 妻の離職、就職、転職	0. 62
(17) 隣近所とのトラブル	0. 60

注) 大変さの程度：0～3段階評価

ストレス因子となるライフイベントの評価（土屋ら 1994）¹⁴⁾

ライ フ イ ベ ン ト	大変さの程度
(職場における要因)	
(1) 不本意な配置転換や異動	3. 17
(2) 失業、再就職	2. 68
(職場以外の要因)	
(1) 子供の死亡	3. 19
(2) 心身障害の子供を持つ	3. 14
(3) 自身の重病	3. 08
(3) 多額の財産の損失	3. 08
(5) 離婚	3. 06
(6) 親しい友人の死亡	2. 99
(7) 家族の死亡（子供、配偶者以外）	2. 95
(8) 悪環境の場所への引越	2. 87
(9) 借金や資金繰りの悩み	2. 85
(10) 自身の重いけが	2. 79
(11) 家庭内のトラブル	2. 77
(12) 配偶者の死亡	2. 70
(13) 資格試験や入学試験の失敗	2. 41

注) 大変さの程度：1～5段階評価

ストレス因子となる社会環境及び準備状態の評価 (加藤ら 1974) ¹⁵⁾

ストレス因子	大変さの程度
(職場における要因)	
1 転職	3.87
2 退職・失業	3.55
3 職場の人間関係の苦労	3.47
4 仕事の内容の変化、仕事量の増加	3.46
5 転勤	3.23
6 会社の機構の変化、経営状態の変化	3.16
7 仕事上のちょっとしたミス	2.96
8 昇進、昇格	2.79
9 初めての就職	2.71
10 上司、上役が変わった	2.26
(職場以外の要因)	
1 子供の死亡	5.00
2 配偶者の死亡	4.50
3 信頼し、頼りにしていた友人、先輩の死亡	4.28
4 自宅が火事で焼けそうになった	4.13
5 親類の誰かで世間的にまずいことをした人が出た	4.12
6 夫や妻の親が亡くなった	4.00
7 突然大きな支出があった、又はそのために貯金をおろした	3.92
8 家のそばにビル等が建ち、陽当たり通風が急に悪くなった	3.84
9 友人、先輩に裏切られショックを受けた	3.83
10 何らかの理由で夫婦が別々に住まざるを得なくなった	3.77
11 家の周りの空気が悪くなった	3.75
11 家の周りでひどい悪臭がした	3.75
11 他人や銀行その他から初めて借金をした	3.75
14 主婦以外の家族の誰かが病気や事故で5日間以上寝込んだり入院したりした	3.74
15 毎日使っている交通機関や道路が不便になった	3.72
16 地盤沈下問題で大騒ぎがあった	3.71
16 市役所、郵便局などの公的な関係機関が遠くなったり	3.71
18 主婦が2日以上寝込むということがあった	3.70
19 近くの道路の自動車交通量が急に増えるようになった	3.68
19 自宅に泥棒や強盗が入った	3.68

注) 大変さの程度: 1~5段階評価

ス ト レ ス 因 子	大変さの程度
21 近所の子供が大きなケガをする事故があった	3.67
22 下水道が詰まつたり、あふれたりした	3.63
23 法律問題にまでなるような家庭争議があった	3.62
24 近所の騒音がひどくなつた	3.60
24 家を新築、改築、増築した、又はその計画が持ち上がつた	3.60
26 P T Aや学校の先生とのことで困つたことがあつた	3.59
27 子供の遊び場や、いつも遊んでいた広場や場所がなくなつた	3.58
27 近所に衛生に良くない虫や動物が急に増えた	3.58
27 ガス、水道の出が悪くなつたり、断水、停電が多発した	3.58
30 住居を引越した、または引越の話が出た	3.57
30 家計費のどこかの部門（食費等）が急に増えた	3.57
32 台風や大雨によって、洪水、浸水、土砂崩れ、屋根がとんだり、ヘイが倒れたりすることがあつた	3.55
33 近所に火事があつた	3.54
33 親族とのつきあいで困つたり、辛い思いをしたことがあつた	3.54
33 家族（自分を含む）が流産した、又はしそうになった	3.54
36 近所で人が死んだり、ケガをするような交通事故があつた	3.53
37 近所づきあいで困つたり、とまどつたり、辛い思いをした	3.51
38 いつも利用している病院がなくなつたり、遠くなつた	3.49
38 家屋を買った、又はその具体的な計画が持ち上がつた	3.49
40 ゴミ回収、し尿処理などがひどく遅れたことがあつた	3.47
40 献立など食生活の変化が起きた	3.47
40 家計の中心者が仕事をサボつたり辞めたりした	3.47
43 近所で泥棒や痴漢が出たりして、気味の悪い思いをした	3.45
44 財産相続などに絡む問題が起きた、又は起き出した	3.44
44 家族（自分を含む）が婚約した、又はその話が具体化した	3.44
44 家族（自分を含む）がノイローゼ気味になった	3.44
47 自分の土地を売買した、又はその計画が持ち上がつた	3.43
47 税金のことで、税務署に呼ばれたり、苦労することがあつた	3.43
49 家族（自分を含む）が妊娠、又は出産した	3.42
50 子供の勉強が急に忙しくなつた	3.40
51 家族（自分を含む）が交通事故を起こしたり、違反でひつかつた	3.37

ス ト レ ス 因 子	大変さの程度
52 近くでヤクザや暴力団、非行少年グループが事件を起こした	3.33
52 子供の友達のことで困ったことがあった	3.33
52 急に収入が減ったり、増えたりすることが起きた	3.33
55 部屋の配分や使い方について、問題になったり困ったりした	3.32
56 P T A のことで急に忙しくなった	3.31
57 台所の設備のことで不便になったり、困ったことがあった	3.30
58 近所に家が急にたて混んできた	3.29
58 高齢の親のことで扶養や世話をどうするかという問題で親族で話し合った	3.29
60 家の周りの緑や、小鳥、蝶々、トンボなどが急に減った	3.28
61 驚いて外に飛び出るほどの地震や振動があった	3.27
62 家族（自分を含む）が医師にかかるほどの火傷をした	3.26
63 家族（自分を含む）が急にお金をやたらに使い始めた	3.24
64 住んでいる地域が光化学スモッグの危険にさらされた	3.23
65 墓地を買ったり、お墓を作る計画が持ち上がった	3.22
65 家族（自分を含む）の寝る時間に大きな変化が起きた（夜勤、徹夜の勉強など）	3.22
67 子供が学校を転校した	3.20
68 洗面や洗濯、入浴のことで不便や、困ったことがあった	3.19
69 子供が受験浪人をすることになった	3.18
70 近所で鉄道、道路、ビル建設等の計画が持ち上がったり実際に工事が始まった	3.17
71 近くにモーテル、バー等あまり風紀の良くない施設ができた	3.15
71 子供が高等学校又は大学に入学した	3.15
71 自動車や家財道具等で大きな故障があり修理に出したりした	3.15
74 子供の成績が急に良くなったり、又は悪くなったり	3.11
75 共働きを始めた、又はやめた	3.09
76 夫婦のいさかいが多くなってきた	3.08
77 これまで同居していた家族、老親、親族などが別々に住むようになつた	3.06
78 家族以外の人（知人、下宿人など）が一緒に住むようになった	3.04
79 家族（自分を含む）が（初めて）海外旅行（又は出張）をした	3.03
80 自治会、町内会、商店会などの役員に最近なつた	3.01

ス ト レ ス 因 子	大変さの程度
81 別に住んでいた家族や老親が合流した	3.00
81 家族（自分を含む）が何かのことで裁判沙汰にまきこまれた	3.00
83 毎日お惣菜や日常品を買うのに利用していた店がなくなった	2.95
84 一家そろって食事するようになった、又はできなくなつた	2.92
85 家族（自分を含む）が趣味やスポーツにこりだした	2.90
86 子供に家庭教師をつけた、又は家庭教師を変えた	2.83
87 子供部屋、勉強部屋、老人の部屋を作った	2.82
88 親族の家のことで手伝ってあげたり相談にのつたり世話をしたことがあった	2.80
88 子供が初めて級長や学級の委員になった	2.80
88 自動車を初めて買った、又は買いかえた	2.80
91 近所に不幸があつて、お悔やみや葬式を行つた	2.79
91 親しかつた友人が結婚した	2.79
91 子供が初めて外泊旅行をした	2.79
94 流感で学級閉鎖があつた	2.78
95 これまで親しかつた隣人が引越していった	2.75
96 子供を初めて塾や、ピアノ、絵等のレッスンにかよわせた	2.69
96 家で内職を始めた、又はやめた	2.69
98 電話を初めて取り付けた、又は今まであったのがなくなった	2.68
99 近所の家のことで相談相手になつたり、何か手伝つたりしたことがあった	2.67
100 子供が幼稚園に入園した	2.66
101 子供が小学校又は中学校に入学した	2.65
102 犬、猫、小鳥等のペットを飼った、又はいなくなった	2.63
103 近所に赤痢、ショウコウネツ等の伝染病が発生した	2.58
103 冷暖房の装置を初めて入れた、又は冷暖房の仕方を変えた	2.58
105 おたふく風邪、水ぼうそう等、子供の流行性の病気があつた	2.54
106 テレビ、冷蔵庫、洗濯機、クーラー、掃除機等を買った、又は買いかえた	2.51
107 学校で良くない遊び（シンナー、煙草、賭事、危険な遊び等）がはやりだした	2.50
108 親しくおつきあいする人が増えた	2.45
109 子供の学校や幼稚園（保育園）が移転した	2.43

ストレス因子	大変さの程度
109 風呂を初めてつけた	2.43
111 子供の学級のクラス替えがあつたり、学級担任がかわつたり した	2.26
112 向こう三軒両隣に新しい人が引越してきた	1.97

心理社会的ストレスの程度 (Williams 1982)¹⁷⁾

コード	程 度	成 人 の 例
1	なし (None)	明らかな心理社会的ストレスなし
2	軽微 (Minimal)	些細な法律違反、少額の銀行ローン
3	軽度 (Mild)	隣人との口論、勤務時間の変更
4	中程度 (Moderate)	新しい職業、親友の死、妊娠
5	高度 (Severe)	自分自身あるいは家族の重病、配偶者と別居 大きな経済的損失、子供の出生
6	極度 (Extreme)	近親者の死、離婚
7	破局的 (Catastrophic)	強制収容所の体験 取り返しのつかない天災
0	特定不能 (Unspecified)	情報なし、または適応不能

職場におけるストレスリスク要因 (Cooper 1983)¹⁸⁾

ストレッサー	リス ク 要 因
労 働 条 件	<ul style="list-style-type: none"> ・量的に過大な仕事負担 ・質的に過大な仕事負担 ・組立ラインでの過大な緊張 ・決定や裁量の程度 ・身体的危険 ・交替勤務
役割ストレス	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事でのあいまいな役割 ・偏った男女差と役割の固定化 ・セクシャルハラスメント
個人間の要因	<ul style="list-style-type: none"> ・不十分な労働条件と社会保障 ・政治的ライバル意識ーねたみと怒り ・労働者保護の管理機構の欠如
キャリア (昇進・昇格)	<ul style="list-style-type: none"> ・昇進の遅さ ・昇進のし過ぎ ・仕事の保証 ・欲求不満状態
組 織 機 構	<ul style="list-style-type: none"> ・硬直で非人間的組織機構 ・政治的争い ・不適切な監視や訓練 ・方針決定への不参加
家庭と仕事の関係	<ul style="list-style-type: none"> ・収入と支出の不均衡 ・配偶者の協力の欠如 ・夫婦間の問題や結婚問題 ・二重のキャリアストレス

中災防ストレス指針（1986）¹⁰⁾

ストレッサー	リス ク 要 因
職場における要因	<ul style="list-style-type: none"> ・転勤 ・職場の配置転換 ・仕事上のミス ・多忙による心身の過労 ・交通事故（業務中） ・労働災害 ・人間関係のもつれ ・親しい人の死 ・自分の昇格・昇進による責任感 ・同僚の昇格・昇進によるショック
職場以外の要因	<ul style="list-style-type: none"> ・家庭内での不和 ・家族親族の病気や死亡 ・結婚・離婚 ・子弟の入試・進学 ・友人や知人の死 ・失恋 ・引越し ・近隣との不和 ・人間関係のもつれ ・経済的な困難 ・交通事故（業務外） ・天災などの事故

参考 4

自殺者に占める精神障害の比率及び自殺者の診断名分布の研究

自殺者に占める精神障害の比率の資料一覧

調査者・場所・性別	調査年	例 数 (人)	精神病 (%)	精神障害 (%)	備 考
de Boismont, B.	1865	4,595	14.2		
Wurtenberg	1900			52.3	酒精嗜癖 16.7
Wessinger, J. D.	1927 "			36.8 67.6	男33.4%, 女45.1% 男33.5%, 女47.3%
Gaupp, R.	1904~6	16	48	99	
Hubner, A. H.	1910	92		34.8	
Oppler, W. ブレスロウ	1927 男 女	163 185	25.8 48.1	93.9 96.2	少なくとも23%は精神病ではない
Ollendorff, K.	1898~1902	33,848		28.45	
von Hermann, F. B. W.	1844~56	4,269	19.5		
Thomsen, J.	1891	127	23.6		
Dreikurs, R.	1930	353	6.7	100	
Weichbrodt, R.	1929		8.8		
Schneider, K.	1933		11		
Piker, P.	1927~36	1,817	6.7		既遂と未遂
Georg, S.		220	12.3		
Dahlgren, K. G. マルメ	1933~42	251		77	総合病院入院
Ettlinger, R. W. ら ストックホルム	1955	500	16.6	94.8	救急病棟入院
James ら ヴィクトリア	1963	100	22	80	一般病院入院
Schmidt ら セントルイス	1952~53	109	15	100	
Kapamadžija ユーゴースラヴィア	1952~66	180	7	100	精神病センター入院
Böcker, F. ケルン	1950~67	8,760	15.5	88.9	大学精神科, 未遂
Stengel, E ら ロンドン	1958	627		100	
Engelhardt, H. T.	1959	134		94	
Sterns, A. W.	1921	167		50以上	
某生命保険会社 アメリカ		22,000		約20以上	
Ringel, E. ウィーン		745	14.7		未遂
Kessel, N. ニディンバラ	1962~63 男 女	165 350	36 52	74 80	服毒治療棟入院 "
Krupinski, J. ら ヴィクトリア	1965 男 女	204 154	27.9 20.2	90.2 75.4	精神科 "
Achte, H. S. ら ヘルシンキ	1966	100	14	97	毒物治療棟入院
Blanc, M. ら ジロンド	1960~64	500	25	100	総合病院精神科入院
Prokupek チェコスロバキア	1963~66 男 女	15,641	14 12	91 86	精神科検診の未遂
加藤	1961	328	12.5		内科入院の未遂
大原	1956~57	62	37.1	93.5	救急病院入院の未遂

大熊輝雄(編) : 躓うつ病の臨床と理論. p388, 医学書院(1990)

自殺者の診断名別分布

報告者	対象人数	分裂病	うつ病	メランコリー	てんかん	精神病	神経症	心因反応	アル中へ嗜癖)	進行麻痺	ヒステリ	老人性精神病	嗜癖	その他	精神病質	正常
Siefert, H.	73	26.0		41.0					9.5	6.7			11.4	5.4		
Gaupp, R.	124				9.6	35.5			22.6		8.1		0.8	23.4		
Hübner, A. H.	92	10.9		20.7					3.3							
Trönnner	88					25									59	16
Lowenberg, R. D.	90					51			8						41	
Oltman, J. E. ら	男 2,219	18.4	7.7						3.7	38.4		27.5	8.7	3.6		
	女 1,981	23.5	14.0						7.0	8.1		35.7	9.3	2.4		
Oppeer, W.	男 163	9.8	7.4		8.6				6.1	23.9			6.2	38.0		
	女 185	17.8	27.6		2.7				3.2	2.2			3.8	42.7		
Böcker, F.	876(未遂)	4.0	5.4			9.3	34.4		7.5			5.2	7.9	6.3		
Engeehardt, H. T. (1959)	134		45							23				32		
Stelzner, H. F.	201(女性)	20.9	32.8		5.5					3.0	3.0			3.5	15.9	15.4
Litman, R. E.		10	40						10					40		
Rorsman, B.	46(男 30)	3	52						7	28				10		
	(女 16)	6	69						25							
Pekorny, A. D.	615	11.9	44.9						11.3	2.6			16.6	12.7		
Ringel, E.	95	48.4	31.6		5.3						1.1		13.7			
Kessel, N.	男 615					63	5							27	32	
	女 350					25	12							20	16	
Jameison, G. R.	100	15	46	19	1				4					6	9	
Perr, I. N.	102	12	18						12	27				19	9	
石井	107	66.4	0.9		5.6					8.4	5.6		4.7	6.5	3.7	
稻地	46	65.2	19.6		4.3				2.2		4.3			4.4		
大原ら	117(未遂)	7.7							17.8					4.5		
山田	403		7.6						5.0				2.7	16.1	7.7	0.3
加藤	328	63.4	24.4		2.4					2.4			4.9	2.4		
高橋ら	28	42.8	10.7						17.9	3.6	10.7		14.3			
西川ら	30	23.3	43.3						33.3							
恒成ら	201(精神科)	18.9	4.0						56.7	6.4				13.9		
桙取	548(精神科)	12.6	12.8		1.1				25.8	6.2			2.5	2.2	36.8	

大熊輝雄(編) : 混うつ病の臨床と理論. p390, 医学書院(1990)