

平成 20 年度

精神障害に係るストレスと発症時期等に関する調査研究

報 告 書

平成 21 年 3 月

日本産業精神保健学会
理事長 高田 勲

平成20年度

精神障害に係るストレスと発症時期等に関する調査研究

報 告 書

○研究班 班員一覧(順不同)

高田 昂

日本産業精神保健学会理事長、北里大学名誉教授

黒木 宣夫

東邦大学医療センター佐倉病院 精神医学研究室教授

島 悟

京都文教大学心理学部教授

荒井 稔

日本私学学校振興・共済事業団 東京臨海病院メンタルクリニック部長

田中克俊

北里大学医学部産業精神保健学準教授

廣 尚典

産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学教室准教授

藤原修一郎

金沢文庫エールクリニック院長

宮本俊明

新日本製鐵(株) 君津製鐵所 労働・購買部主任医長

原谷隆史

独立行政法人労働安全衛生総合研究所作業条件適応研究グループ部長

山村重雄

城西国際大学薬学部医療薬学科臨床統計学講座教授

樋口輝彦

国立精神・神経センター総長

角田智哉

防衛医科大学校精神科学講座

高瀬 真

日本私学学校振興・共済事業団 東京臨海病院メンタルクリニック

清水栄司

千葉大学大学院医学研究院神経情報統合生理学教授

三國雅彦

群馬大学大学院医学系研究科神経精神医学分野教授

安西 愈

弁護士・中央大学法科大学院客員教授

平成 20 年度
精神障害に係るストレスと発症時期等に関する調査研究

目 次

○ 平成 20 年度 精神障害に係るストレスと発症時期等に関する調査研究 概要・・・	5
黒木宣夫（東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室）	
1. 精神障害に係るストレスと発症時期等に関する調査研究 - 1	8
黒木宣夫（東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室）	
2. 精神障害に係るストレスと発症時期等に関する調査研究 - 2	41
山村重雄（城西国際大学薬学部医療薬学科臨床統計学講座）	
3. 新しいライフイベントとストレスの関係ー時代背景とライフイベントー.....	96
夏目 誠（大阪樟蔭女子大学大学院）	
4. うつ病の発症機序ー特に心因の関与ー.....	127
樋口輝彦（国立精神・神経センター）	
5. うつ病の種類と経過に関して（難治性も含めて）.....	131
角田智哉、野村総一郎（防衛医科大学学校精神科学講座）	
6. 20代、30代に発症するうつ病についての検討.....	141
高瀬 真、荒井 稔（日本私立学校振興・共済事業団東京臨海病院）	
7. 心理的負荷による精神障害等に関するうつ病における個体側要因の検討.....	145
荒井 稔（日本私立学校振興・共済事業団東京臨海病院）	
8. うつ病の生物学的問題.....	157
清水栄司（千葉大学大学院医学研究院神経情報統合生理学）	
9. 労災認定と精神疾患の客観的補助診断法の最近の進歩.....	165
三國雅彦（群馬大学大学院医学系研究科神経精神医学分野）	

10. 精神障害にかかる労災訴訟の動向—判例からの考察—	170
安西 愈 (弁護士・中央大学法科大学院客員教授)	
11. 北米の労災補償制度	195
原谷隆史(独立行政法人労働安全衛生総合研究所)	
角田 透 (杏林大学医学部衛生学教室)	
12. 英国のうつ病の段階的ケアモデル(うつ病の重症度別分類による診療機能分化)	201
清水栄司 (千葉大学大学院医学研究院神経情報統合生理学)	
小堀 修 (Institute of Psychiatry, King's College London)	
13. メンタルヘルス不調に対する産業医のアセスメントの実態	209
田中克俊 (北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学)	
14. 産業保健職によるストレス評価の現状と可能性	215
宮本俊明 (新日本製鐵 (株) 君津製鐵所 労働・購買部)	
15. ストレス評価をめぐる精神科主治医と産業保健職との連携	221
廣 尚典 (産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学)	

平成 20 年度
精神障害に係るストレスと発症時期等に関する調査研究
概 要

東邦大学医療センター佐倉病院
精神神経医学研究室
黒木 宣夫

平成 19 年度の労災認定事案 258 例を災害事案 81 例(大きな病気や怪我、悲惨な事故や災害の体験事例)、自殺事案 78 例、精神障害事案 99 例に分類して検討を加えた。さらに災害事案は、性別(男 46 例、女 35 例)、大きな病気や怪我した体験 53 例と悲惨な事故や災害の体験 28 例との比較を行い、自殺事案は 80 時間以上の時間外労働に従事した労働者 45 例と 79 時間以下の労働者 26 例に分類、精神障害事案は性別(男 70 例、女 29 例)、80 時間以上の時間外労働に従事した労働者 53 例と 79 時間以下の労働者 35 例に分類して検討を加えた。

その結果、次の点が明らかになった。

全事案の業種で多いのは製造業 22.9%(59)、職種で多いのは技能職 23.9%(62)、自殺事案では多い職種は管理職が 26.9%を占めた。出来事から 1 ヶ月以内の発症に関して、災害事案は、災害事案全体の 75.3%(61)を占め、同様に自殺事案は 32.1%(25)、精神事案は 39.4%(39)であった。自殺事案に関しては、自殺事案全体の 65.4%(51)が、どの診療科も受診していなかった。自殺事案、精神事案の中で最も多いのは、仕事の内容・量の大きな変化でそれぞれ 46.2%(36)、41%(32)であり、自殺事案で次に多いのは配置転換 11.5%(9)、ノルマの未達成 11.5%(9)、精神障害で次に多いのは職場の人間関係 33.%(26)、仕事の失敗 20.5%(16)であった。統計学的検討に関して山村重雄研究員に分析していただいた。災害に関わる諸要因に対して χ^2 二乗分析を行ったところ、「悲惨な事故や災害の体験」事例で、出来事から短期間で発症しており有意差が認められた(P 値=0.0002)。また、決定木分析では、いくつかのノードで女性の方が男性よりも短期間で発症していることが示された。自殺事案に関しては、管理職の自殺が多く<29.6%(21)>、縊死自殺は全体の 64.8%(46)を占めた。全事例の 49.3%(35)が出来事から 3 ヶ月以内に自死に至っており、出来事からイベントまでの決定木分析(山村研究員)によると、長時間残業がある事例で、出来事から発症までの時間が長くなっている。しかし、その内容をみると、仕事の失敗・過重な責任の発生を含む事例で、出来事から発症までの時間が短く、長時間残業がある事例では平均 67 日、長時間残業がない場合は、平均 96 日、さらに精神科の既往歴があると自殺までの期間が短くなる傾向が伺える。発症から自殺までの期間は、長時間残業の有無で異なり、長時間残業がある事例で発症から自殺までの期間が長くなっている。長時間残業がない事例では、年齢が 53 歳以下で、仕事の失敗・過重な責任の発生事例で発症から自殺までの期間が短い(平均約 19 日)。長時間残業がある場合でも仕事の失敗・過重な責任の発生事例で、発症から自殺までの期間が短くなって

いる（平均約 25 日）。さらに精神科の既往歴があると自殺までの期間が短くなる傾向が窺えた。

精神障害事案では、最も多く判断された診断名は、うつ病であり、全事例の 62.6%(62)を占めていた。事例の出来事の類型に関する分析では、女性が対人関係のトラブルで発症した割合が高く(P 値=0.0408)、出来事～発症時期に関する分析では、仕事の失敗による事例が短期間で発症していた(P 値=0.0003)。出来事から発症までの期間（日数）の出来事からイベントまでの決定木分析(山村研究員)によると、精神障害事例に関しては、長時間残業がある方が精神障害発症までの期間が長くなっている。長時間残業がない場合には、出来事の類型で、発症までの時間は異なり、男性において仕事の失敗・過重な責任が発生した事例では、発症までの期間が短くなっている。自殺の労災認定事例の 76.1%が精神科を受診していないことを考えると、精神障害と発症時期、さらに心理負荷となった出来事との関係の検討をさらに重ねる必要があると思われる。長時間残業がない場合には、出来事の類型で、発症までの時間は異なり、男性において、仕事の失敗・過重な責任の事例で、発症までの期間が短くなっている。長時間残業がある事例では、類型として、仕事の失敗・過重の責任の発生で、33 歳以上の事例で発症までの期間が長くなっており、発症の背景にはさらに検討が必要である。

次に労災補償に必要な医学的知見を各研究者に分担していただいた。①夏目誠研究員には a. 社会変動とメンタルヘルス不調、b. 「心理的負荷による精神障害等による業務上外の判断指針」とライフイベント、c. 新しいライフイベントとストレスの関係等の新しいストレスについての報告、②樋口輝彦研究員には、うつ病の発症機序における心因の関与に関して、うつ病発症におけるうつ病発症におけるストレスの意義や誘引存在率に関する報告、③角田智哉研究員には、うつ病の類型と経過に関して(難治性も含めて)、うつ病の類型、経過と治療反応性、予後についての報告、④高瀬真研究員には、近年、うつ病と診断をすることがそれほど困難ではなくなった一方、うつ病概念の不明瞭化や拡散化が進んでいることから、20 代、30 代に発症するうつ病について報告、⑤荒井稔研究員には、心理的負荷による精神障害等に関するうつ病における個体側要因の検討として、臨床事例を提示した後に、個体側要因のうち、個体の脆弱性と再発の問題についての報告、⑥清水栄司研究員は、BDNF(脳由来神経栄養因子)がうつ病の病態および抗うつ薬の作用発現に果たす役割やうつ病の遺伝的な脆弱性に関する報告、及び英国におけるうつ病の段階的ケアモデル(重症度別分類による診療機能分化)に関する報告、⑦三國雅彦研究員には、進歩の著しい脳形態・機能画像学的解析に基づく精神疾患の客観的な補助診断法に関する研究の現状を踏まえて、労災認定と精神疾患の客観的補助診断法の最近の進歩についての報告、⑧廣尚典研究員には産業現場におけるストレス評価をめぐる精神科主治医と産業保健職との連携に関する報告、⑨田中克俊研究員には産業医業務からみたストレス評価の報告、⑩宮本俊明研究員には、産業保健職がストレス評価を行う場合のストレス把握の現状等の報告、⑪原谷隆史研究員には、北米の労災補償制度に関する報告、をしていただいた。また、⑫安西愈弁護士には法律家の立場から精神障

害にかかる労災訴訟の動向－判例からの考察－に関して報告していただいた。

精神障害に係るストレスと発症時期等に関する調査研究－1

東邦大学医療センター佐倉病院

精神神経医学研究室

黒木 宣夫

【要 旨】

全事案の業種で多いのは製造業 22.9%(59)、職種で多いのは技能職 23.9%(62)、自殺事案では多い職種は管理職が 26.9%を占めた。出来事から 1ヶ月以内の発症に関して、災害事案は、災害事案全体の 75.3%(61)を占め、同様に自殺事案は 32.1%(25)、精神事案は 39.4%(39)であった。自殺事案に関しては、自殺事案全体の 65.4%(51)が、どの診療科も受診していなかった。自殺事案、精神事案の中で最も多いのは、仕事の内容・量の大きな変化でそれぞれ 46.2%(36)、41%(32)であり、自殺事案で次に多いのは配置転換 11.5%(9)、ノルマの未達成 11.5%(9)、精神障害で次に多いのは職場の人間関係 33.%(26)、仕事の失敗 20.5%(16)であった。災害に関わる諸要因に対して χ^2 乗分析を行ったところ、「悲惨な事故や災害の体験」事例で、出来事から短期間で発症しており有意差が認められた(P値=0.0002)。

また、決定木分析では、いくつかのノードで女性の方が男性よりも短期間で発症していることが示された。自殺事案に関しては、管理職の自殺が多く<29.6%(21)>、縊死自殺は全体の 64.8%(46)を占めた。全事例の 49.3%(35)が出来事から 3ヶ月以内に自死に至っており、出来事からイベントまでの決定木分析(山村研究員)によると、長時間残業がある事例で、出来事から発症までの時間が長くなっている。しかし、その内容をみると、仕事の失敗・過重な責任の発生を含む事例で、出来事から発症までの時間が短く、長時間残業がある事例では平均 67日、長時間残業がない場合は、平均 96日、さらに精神科の既往歴があると自殺までの期間が短くなる傾向が窺える。発症から自殺までの期間は、長時間残業の有無で異なり、長時間残業がある事例で発症から自殺までの期間が長くなっている。長時間残業がない事例では、年齢が 53歳以下で、仕事の失敗・過重な責任の発生事例で発症から自殺までの期間が短い(平均約 19日)。長時間残業がある場合でも仕事の失敗・過重な責任の発生事例で、発症から自殺までの期間が短くなっている(平均約 25日)。

さらに精神科の既往歴があると自殺までの期間が短くなる傾向が窺えた。精神障害事案では、最も多く判断された診断名は、うつ病であり、全事例の 62.6%(62)を占めていた。事例の出来事の類型に関する分析では、女性が対人関係のトラブルで発症した割合が高く(P値=0.0408)、出来事から発症時期に関する分析では、仕事の失敗による事例が短期間で発症していた(P値=0.0003)。出来事から発症までの期間(日数)の出来事からイベントまでの決定木分析(山村班員)によると、精神障害事例に関しては、長時間残業がある方が精神障害発症までの期間が長くなっている。長時間残業がない場合には、出来事の類型で、発症までの期間

は異なり、男性において仕事の失敗・過重な責任が発生した事例では、発症までの期間が短くなっている。

I.はじめに

仕事のストレスにより精神障害が発症したとして労災請求、損害賠償請求される事案が増加している。平成 11 年度に策定された「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針¹⁾」(以下「判断指針」)に基づき、同判断指針別表 1「職場における心理的負荷評価表」により業務による心理的負荷の強度等について評価し、業務上外の判断が行われているが、ストレスと精神障害発症に関する因果関係の判断は困難なものが多い。特にストレス(業務に関連した出来事)と精神障害発症の時期に関しては、ストレスをどのように捉えるかで、ストレスから精神障害発症の時期までの期間に相違があることは論をまたない。今回、平成 19 年度に労災請求されて認定された事例に検討を加えたので報告する。

II.調査対象と調査方法

厚生労働省労働基準局補償課職業病認定対策室から提示された 258 例に関して精神医学的検討を加えたので報告する。この検討した事案は「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針¹⁾」により精神障害専門部会の検討の上、労働基準監督署より全例、業務上と労災認定された事案である。この労災認定事例を自殺事案と精神障害(非自殺)事案、災害時案の 3 つに分類し、下記の調査項目に関して調査し、統計学的手法を用いて分析した。

1. 調査項目

年齢、性別、事業所規模、自殺既往、自殺の手段、医療機関への通院状況、仕事上の出来事、仕事以外の出来事、診断名：検討された病名、出来事から発病までの期間、出来事から自殺までの期間、発病から自殺までの期間、家族が気づいた兆候、職場の気づいた兆候、時間外労働の有無、休日出勤の有無等。

2. 分析方法

災害時案に大きな病気や怪我をした体験と悲惨な事故や災害の体験に分類、自殺事案精神障害事案に関しては、80 時間以上の残業者と 79 時間以下の残業者に分類、精神障害事案に関して性別、80 時間以上の残業者と 79 時間以下の残業者に分類して比較検討を加えた。2006 年 4 月から改正労働安全衛生法(平成 17 年法律第 108 号)²⁾では時間外労働が 1 月当たり 80 時間を超え、疲労の蓄積があつて健康に不安を持っている者、各事業場で設置した基準に該当する労働者には面接指導を行うことが努力義務とされていることから時間外労働 80 時間を境に検討を加えた。

統計学的検討は、山村班員が専門的観点から実施した。全体的な傾向を調査するために探索的に行い、平均値の差の検定には t 検定またはウィルコクソンの順位和検定で行った。比率の検定は、 χ^2 検定で行った。検定結果だけでなく、全体の様子を表すのにモザイク図が有用と思われる場合はモザイク図も併記した。解析には JMP Ver.8.0 (SAS インスティテュート・ジャパン)を用いた。

Ⅲ. 調査結果

1. 災害事案・自殺事案・精神事案による分類

1) 年 齢

年齢(1-表1)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
10~19					1	1.0%	1	0.4%
20~29	17	21%	14	17.9%	27	27.3%	58	22.5%
30~39	31	38%	20	25.6%	41	41.4%	92	35.7%
40~49	16	20%	22	28.2%	25	25.3%	63	24.4%
50~59	13	16%	18	23.1%	3	3.0%	34	13.2%
60~69	3	4%	3	3.8%	1	1.0%	7	2.7%
70~	1	1%	1	1.3%			2	0.8%
不明					1	1.0%	1	0.4%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

30代が最も多く 35.7%(92)、次に40代は 24.4%(63)、20代は 22.5%(58)であった。

2) 家族構成

家族構成(1-表2)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
夫婦	11	13.6%	8	10.3%	8	8.1%	27	10.5%
二世代	40	49.4%	36	46.2%	49	49.5%	125	48.4%
三世代	8	9.9%	14	17.9%	13	13.1%	35	13.6%
四世代	2	2.5%	2	2.6%	1	1.0%	5	1.9%
単身	9	11.1%	13	16.7%	24	24.2%	46	17.8%
単身赴任	1	1.2%	3	3.8%	1	1.0%	5	1.9%
その他			1	1.3%	3	3.0%	4	1.6%
不明	10	12.3%	1	1.3%			11	4.3%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

二世代が最も多く 48.4%(125)、次に三世代が 13.6%(35)であった。

3) 既婚の有無

既婚の有無(1-表3)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
既婚	45	55.6%	54	69.2%	41	41.4%	140	54.3%
独身	21	25.9%	21	26.9%	51	51.5%	93	36.0%
離婚	6	7.4%	2	2.6%	7	7.1%	15	5.8%
不明	9	11.1%	1	1.3%	0	0.0%	10	3.9%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

既婚者が 54.3%(40)、独身が 36.0%(93)であった。

4) 職 種

職種(表4)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
運転手	11	13.6%	4	5.1%	7	7.0%	22	8.5%
営業職	5	6.2%	11	14.1%	14	14.0%	30	11.6%
看護・介護職	5	6.2%			3	3.0%	8	3.1%
管理職	1	1.2%	21	26.9%	12	12.0%	34	13.1%
技能職	30	37.0%	16	20.5%	16	16.0%	62	23.9%
教職	1	1.2%			1	1.0%	2	0.8%
事務職	5	6.2%	9	11.5%	13	13.0%	27	10.4%
清掃業					1	1.0%	1	0.4%
専門技術職	15	18.5%	14	17.9%	21	21.0%	50	19.3%
販売職	4	4.9%	2	2.6%	9	9.0%	15	5.8%
保育士	2	2.5%					2	0.8%
その他	2	2.5%	1	1.3%	2	2.0%	5	1.9%
合計	81	100%	78	100%	99	99%	258	100%

全体では技能職が最も多く23.9%(62)であったが、自殺事案で最も多い職種は管理職で自殺事案全体の26.9%(21)を占め、精神障害事案で最も多い職種は専門技術職で21.0%(21)を占めた。

5) 業 種

業種(1-表5)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
医療職	8	9.9%	2	2.6%	6	6.1%	16	6.2%
印刷・広告	2	2.5%			1	1.0%	3	1.2%
接客・飲食	2	2.5%			4	4.0%	6	2.3%
卸・小売業	7	8.6%	12	15.4%	11	11.1%	30	11.6%
教育業	4	4.9%			2	2.0%	6	2.3%
金融・保険業	3	3.7%	4	5.1%	5	5.1%	12	4.7%
建設業	10	12.3%	17	21.8%	12	12.1%	39	15.1%
交通運輸業	10	12.3%	5	6.4%	10	10.1%	25	9.7%
産業廃棄処理	4	4.9%			1	1.0%	5	1.9%
情報処理			6	7.7%	8	8.1%	14	5.4%
人材派遣			1	1.3%	3	3.0%	4	1.6%
製造業	21	25.9%	20	25.6%	18	18.2%	59	22.9%
電気通信事業	1	1.2%	1	1.3%	1	1.0%	3	1.2%
販売業					3	3.0%	3	1.2%
不動産業	1	1.2%	4	5.1%	2	2.0%	7	2.7%
保健・衛生業	4	4.9%	1	1.3%	3	3.0%	8	3.1%
その他	4	4.9%	5	6.4%	9	9.1%	18	7.0%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

最も多い業種は製造業で全体の22.9%(59)を占め、次に建設業15.1%(39)を占めた。災害事案で最も多い業種は製造業で25.9%(21)を占め、自殺事案、精神障害事案も同様に25.6%(20)、18.2%(18)を占めていた。

6) 転職回数

転職回数(1-表6)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
0	23	28.4%	37	47.4%	34	34.3%	94	36.4%
1~2	21	25.9%	23	29.5%	34	34.3%	78	30.2%
3~4	22	27.2%	9	11.5%	21	21.2%	52	20.2%
5~6	5	6.2%	6	7.7%	6	6.1%	17	6.6%
7~8			1	1.3%	2	2.0%	3	1.2%
10~	1	1.2%	2	2.6%	1	1.0%	4	1.6%
不明	9	11.1%			1	1.0%	10	3.9%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

今までに転職していない事案は、自殺事案は自殺事案全体の47.4%(37)を占め、災害事案は28.4%(23)、精神事案は34.3%(34)であった。

7) 事業所規模

事業所規模(1-表7)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
50人以下	34	42.0%	32	41.0%	41	41.4%	107	41.5%
51~499人	32	39.5%	26	33.3%	34	34.3%	92	35.7%
500~999人	5	6.2%	3	3.8%	9	9.1%	17	6.6%
1000~2999人	1	1.2%	8	10.3%	6	6.1%	15	5.8%
3000人以上	1	1.2%	4	5.1%	3	3.0%	8	3.1%
不明	8	9.9%	5	6.4%	6	6.1%	19	7.4%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

50人以下が最も多く
41.5%(107)、次に51~499
人の35.7%(92)であった。

8) 個人の出来事

個人の出来事(1-表8)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
家庭問題	8	9.9%	6	7.7%	9	9.1%	23	8.9%
借金、キャンブル、転居、強盗	1	1.2%	6	7.7%	9	9.1%	16	6.2%
身体の病気	7	8.6%	2	2.6%	7	7.1%	16	6.2%
精神障害の既往	6	7.4%	9	11.5%	6	6.1%	21	8.1%
異性・夫婦問題	3	3.7%	6	7.7%	9	9.1%	18	7.0%
記載なし	13	16.0%	8	10.3%	8	8.1%	29	11.2%
なし	43	53.1%	41	52.6%	51	51.5%	135	52.3%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

「個人の出来事なし」が最
も多く全体の52.3%(135)、
記載なし(不明)が
11.2%(29)、家族の病気等
の家庭問題が8.9%(23)で

あった。自殺事案で最も多い個人的な出来事は精神障害既往で自殺事案全体の11.5%(9)を占めた。

9) 出来事～発病時期

出来事～発病時期(1-表9)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
1日以内	35	43.2%	3	3.8%	16	16.2%	54	20.9%
2~3日	2	2.5%	1	1.3%			3	1.2%
4~7日	8	9.9%	6	7.7%	2	2.0%	16	6.2%
2週~1ヶ月	16	19.8%	15	19.2%	21	21.2%	52	20.2%
1~2ヶ月			12	15.4%	14	14.1%	26	10.1%
2~3ヶ月	8	9.9%	15	19.2%	14	14.1%	37	14.3%
4~6ヶ月	9	11.1%	23	29.5%	24	24.2%	56	21.7%
7~9ヶ月	2	2.5%	2	2.6%	3	3.0%	7	2.7%
10ヶ月~	1	1.2%	1	1.3%	5	5.1%	7	2.7%
合計	81	100.0%	78	100.0%	99	100.0%	258	100%

業務上の出来事から精神障
害発病までの時期に関して、
出来事から1日以内で発病
した事案は、災害時案は災
害事案全体の43.2%(35)を
占め、同様に自殺事案は
3.8%(3)、精神事案は16.2

%(16)であった。出来事から1ヶ月以内の発症は48.4%(125)であったが、災害時案は災害事案全体の75.3%(61)を占め、同様に自殺事案は32.1%(25)、精神事案は39.4%(39)であった。

10) 精神科既往歴

精神科既往歴(1-表10)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
あり	10	12.3%	10	12.8%	12	12.1%	32	12.4%
なし	63	77.8%	67	85.9%	78	78.8%	208	80.6%
記載なし・不明	7	8.6%	1	1.3%	8	8.1%	16	6.2%
不明	1	1.2%			1	1.0%	2	0.8%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

精神科既往歴に関しては、
「精神科既往歴なし」全体
の件数の80.6%(208)であ
ったが、そのなかで自殺事

案は85.9%(67)が精神科既往歴は認められなかった。

11) 今回の診療科

今回の診療科(1-表11)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
精神科・神経科	65	80.2%	12	15.4%	79	79.8%	156	60.5%
心療内科、ストレス科	8	9.9%	3	3.8%	13	13.1%	24	9.3%
内科	4	4.9%	9	11.5%	4	4.0%	17	6.6%
その他(整、外、眼、耳)	3	3.7%	3	3.8%			6	2.3%
受診せず			51	65.4%	2	2.0%	53	20.5%
記載なし	1	1.2%			1	1.0%	2	0.8%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

今回、受診した診療科に関しては、精神科・神経科、心療内科ストレス科を受診した事例は、全体の

60.5%(156)を占めた。自殺事案に関しては、自殺事案全体の65.4%(51)が、どの診療科も受診していなかった。自殺事案で精神科・神経科、心療内科ストレス科を受診した事例は19.2%(15)、内科を受診した事例は11.5%(9)であった。約8割は精神科を受診していないということになる。

12) 今回入院・通院の有無

今回入院・通院の有無(1-表14)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
なし			51	65.4%	3	3.0%	54	20.9%
他科通院	1	1.2%	7	9.0%	3	3.0%	11	4.3%
他科通院、精神科通院	7	8.6%	1	1.3%	4	4.0%	12	4.7%
他科入院	1	1.2%	5	6.4%	2	2.0%	8	3.1%
他科入院、精神科通院	31	38.3%	1	1.3%	6	6.1%	38	14.7%
精神科入院・通院	5	6.2%	1	1.3%	8	8.1%	14	5.4%
精神科入院・通院、他科通院					4	4.0%	4	1.6%
精神科通院	36	44.4%	12	15.4%	69	69.7%	117	45.3%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

心療内科を含めた精神科通院歴がある事例は、19.2%(15)例であることは前述した。身体科にも精神科にも通院せず自殺した事例が自殺事案全体の65.4%(51)を占めていた

ことは自殺の労災認定事例の大きな特徴である。

13) 発病前1ヶ月の残業時間

発病前1ヶ月の残業時間(1-表13)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
49時間以内	42	51.9%	14	17.9%	25	25.3%	82	31.8%
50～79時間	2	2.5%	16	20.5%	10	10.1%	28	10.9%
80～99時間	1	1.2%	8	10.3%	11	11.1%	20	7.8%
100～119時間			13	16.7%	13	13.1%	25	9.7%
120～149時間			11	14.1%	16	16.2%	27	10.5%
150時間～			10	12.8%	12	12.1%	22	8.5%
記載なし・不明	36	44.4%	6	7.7%	12	12.1%	54	20.9%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

発病前1ヶ月間の時間外労働に関して、80時間以上の時間外労働に従事した労働者は自殺事案全体の53.8%(42)であるが、記載なし・不明を除くと、自殺事案全体の58.3%が80時間以上の時間外労働をしていたことになる(1-表13)。

発病前3ヶ月間の月平均残業時間(1-表14)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
49時間以内	43	53.1%	16	20.5%	25	25.3%	84	32.6%
50～79時間	1	1.2%	15	19.2%	13	13.1%	29	11.2%
80～99時間	1	1.2%	17	21.8%	15	15.2%	33	12.8%
100～119時間			9	11.5%	16	16.2%	25	9.7%
120～149時間			6	7.7%	12	12.1%	18	7.0%
150時間～			9	11.5%	7	7.1%	16	6.2%
記載なし・不明	36	44.4%	6	7.7%	11	11.1%	53	20.5%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

発病前3ヶ月間の月平均の時間外労働、発病前6ヶ月間の月平均の時間外労働は1-表14、1-表15のとおりである。

発病前6ヶ月間の月平均残業時間(1-表15)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
49時間以内	35	43.2%	20	25.6%	29	29.3%	84	32.6%
50～79時間	5	6.2%	14	17.9%	16	16.2%	35	13.6%
80～99時間			14	17.9%	16	16.2%	30	11.6%
100～119時間			7	9.0%	10	10.1%	17	6.6%
120～149時間			6	7.7%	8	8.1%	14	5.4%
150時間～			7	9.0%	7	7.1%	14	5.4%
記載なし・不明	41	50.6%	10	12.8%	13	13%	64	24.8%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

14) 症 状

症状(1-表16)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
軽度の身体症状or精神症状	5	6.2%	2	2.6%	7	7.1%	14	5.4%
重度の身体症状	2	2.5%					2	0.8%
身体症状・精神症状(軽)	2	2.5%	10	12.8%	28	28.3%	40	15.5%
身体症状・精神症状(中)	45	55.6%	31	39.7%	37	37.4%	113	43.8%
身体症状・精神症状(重)	4	4.9%	4	5.1%	7	7.1%	15	5.8%
精神症状(軽)	1	1.2%	9	11.5%	2	2.0%	12	4.7%
精神症状(中)	22	27.2%	17	21.8%	15	15.2%	54	20.9%
精神症状(重)			4	5.1%	1	1.0%	5	1.9%
精神症状なし(疲弊消耗)			1	1.3%	2	2.0%	3	1.2%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

身体症状に関しては、多発重度外傷、出血性ショック、股関節離断等を重度の身体症状とし、創傷、打撲、捻挫等の外傷は軽度の身体症状、骨折等は

中等度の身体症状とした。精神症状に関しては、不安、不眠、焦燥、軽うつ気分等は軽度の精神症状とし、抑うつ気分、不安、不眠、焦燥、希死念慮等は中等度の精神症状とし、自殺企図、思考・行動制止、幻覚・妄想などの精神病症状が出現したものを重度の精神症状とした。1-表 16 のように中等度の精神症状を呈する事例は全体の 64.7%(167) を占めたが、精神症状とは言えず疲弊消耗を呈した事例が自殺事案に 1 例、精神事案に 2 例みられた。また軽度の精神症状を呈した事例は、25.6%(66) を占め、重度の精神症状を呈した事例は 7.8%(20) であった。

15) 飲酒量

飲酒量(1-表19)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
毎日	16	19.8%	22	28.2%	18	18%	56	21.7%
1日おき			1	1.3%			1	0.4%
週に1~2回	1	1.2%	2	2.6%	2	2%	5	1.9%
週に3~4回			1	1.3%	1	1%	2	0.8%
週に5回			1	1.3%			1	0.4%
機会的	27	33.3%	29	37.2%	33	33%	89	34.5%
不明・記載なし	37	45.7%	22	28.2%	45	45%	104	40.3%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

飲酒に関しては、不明・記載なしが多かったが、毎日、飲酒している事例は 21.7%(56)、機会飲酒も 34.5%(89) を占めた。

16) 性格傾向

性格傾向(1-表18)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
その他	2	2.5%					2	0.8%
温和、協調性、明るい	30	37.0%	11	14.1%	15	15.2%	56	21.7%
完璧主義、几帳面、責任感強い	1	1.2%					1	0.4%
自尊心が強く、自信家、潔癖	2	2.5%	3	3.8%	5	5.1%	10	3.9%
真面目、気弱、融通がきかない、	3	3.7%	17	21.8%	14	14.1%	34	13.2%
誠実、無口、弱音を吐かない	7	8.6%	10	12.8%	13	13.1%	30	11.6%
短気、感情の起伏激しい、協調性欠ける	5	6.2%			12	12.1%	17	6.6%
几帳面、真面目、責任感が強い	23	28.4%	37	47.4%	36	36.4%	96	37.2%
記載なし	8	9.9%			4	4.0%	12	4.7%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

「几帳面、真面目、責任感が強い」が最も多く、全体の 37.2%(96) を占めた。次に「温和、協調性、明るい」で 21.7%(56) を占めた。

17) 出来事の内容

出来事の内容(1-表19)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
ノルマの未達成			9	11.5%	1	1.3%	10	3.9%
極度の長時間労働					1	1.3%	1	0.4%
顧客とのトラブル					3	3.8%	3	1.2%
降格、退職強要					6	7.7%	6	2.3%
仕事の失敗			6	7.7%	16	20.5%	22	8.5%
仕事の内容・量の大きな変化			36	46.2%	32	41.0%	68	26.4%
重大な事故を引き起こす					2	2.6%	2	0.8%
昇格、仕事の内容・量			3	3.8%	3	3.8%	6	2.3%
職場の人間関係			5	6.4%	26	33.3%	31	12.0%
新規事業			1	1.3%	1	1.3%	2	0.8%
責任を問われた			4	5.1%	1	1.3%	5	1.9%
大きな病気や怪我	53	65.4%					53	20.5%
大きな病気や怪我・労災			5	6.4%			5	1.9%
配置転換、出向、転勤			9	11.5%	7	9.0%	16	6.2%
悲惨な事故や災害の体験	28	34.6%					28	10.9%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

出来事の内容に関しては、仕事の内容・量の大きな変化が最も多く、全事例の26.4%(68)、大きな病気や怪我が20.5%(53)、職場の人間関係が12%(31)であった。自殺事案、精神事案の中で多いのは、仕事の内容・量の大きな変化でそれぞれ

46.2%(36)、41%(32)であり、自殺事案で次に多いのは配置転換11.5%(9)、ノルマの未達成11.5%(9)、精神事案で次に多いのは職場の人間関係33.%(26)、仕事の失敗20.5%(16)であった。

18) 申請までの診断

申請までの診断(1-表20)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
急性ストレス反応	15	18.5%			4	4.0%	19	7.4%
急性ストレス反応、PTSD	1	1.2%			3	3.0%	4	1.6%
外傷後ストレス障害	22	27.2%			1	1.0%	23	8.9%
外傷後ストレス障害、他(うつ、N)	8	9.9%					8	3.1%
うつ状態	6	7.4%	3	3.8%	14	14.1%	23	8.9%
うつ病	10	12.3%	8	10.3%	39	39.4%	57	22.1%
うつ病、神経症	7	8.6%	2	2.6%	9	9.1%	18	7.0%
神経症	10	12.3%	8	10.3%	17	17.2%	35	13.6%
他の気分障害	1	1.2%			3	3.0%	4	1.6%
適応障害	1	1.2%			5	5.1%	6	2.3%
適応障害、自己愛人格					1	1.0%	1	0.4%
反復性うつ病			1	1.3%	1	1.0%	2	0.8%
診断なし			56	71.8%	1	1.0%	57	22.1%
その他(vaS等)					1	1.0%	1	0.4%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

災害事例で申請までの病名で多い疾患は、外傷後ストレス障害37.1%(30)、急性ストレス反応19.7%(16)、自殺事例で多い疾患は、「診断なし」が71.8%(56)であったが、これは未治療で医療機関を受診していない事例が多いことから窺える。精神事例ではうつ病39.4%(39)、神経症17.2%(17)うつ状態14.1%(14)であり、精神事例の中で気分障害圏は66.7%(66)を占めた。

19) 部会診断

部会診断(1-表21)	災害	%	自殺	%	精神	%	件数	%
急性ストレス反応	36	44.4%	2	2.6%	6	6.1%	44	17.1%
急性ストレス反応→外傷後ストレス障害	4	4.9%			2	2.0%	6	2.3%
急性ストレス反応→他(神経症、うつ)	2	2.5%	1	1.3%	3	3.0%	6	2.3%
外傷後ストレス障害	17	21.0%			1	1.0%	18	7.0%
適応障害	5	6.2%			11	11.1%	16	6.2%
神経症	3	3.7%	2	2.6%	13	13.1%	18	7.0%
うつ病エピソード(軽含)	11	13.6%	52	66.7%	39	39.4%	102	39.5%
中等症うつ病エピソード			4	5.1%	11	11.1%	15	5.8%
中等症うつ病→双極性障害					1	1.0%	1	0.4%
重症うつ病エピソード			11	14.1%	2	2.0%	13	5.0%
反復性うつ病	1	1.2%	2	2.6%		0.0%	3	1.2%
他の気分障害	2	2.5%	4	5.1%	9	9.1%	15	5.8%
他					1	1.0%	1	0.4%
合計	81	100%	78	100%	99	100%	258	100%

各都道府県に設置された精神障害専門部会で判断された診断名は1-表21のとおりである。災害事例では、PTSDが多く見られたが、部会診断では急性ストレス反応が44.4%(36)、外傷後ストレス障害は21%(17)であ

り、自殺事例では93.6%(73)が気分障害圏、精神事例でも気分障害圏は62.6%(62)を占めた。

2.災害事案の性別分類

1)年 齢

年齢(2-表1)	女		男		件数	
20～29	12	34.3%	5	10.9%	17	21.0%
30～39	12	34.3%	19	41.3%	31	38.3%
40～49	5	14.3%	11	23.9%	16	19.8%
50～59	5	14.3%	8	17.4%	13	16.0%
60～69	1	2.9%	2	4.3%	3	3.7%
70～	0	0.0%	1	2.2%	1	1.2%
合計	35	100%	46	100%	81	100%

災害事例は81例であり、30～39歳が最も多く全災害事例の38.3%(31)を占める。男性で多いのは30～39歳で男性事例全体の41.3%(19)を占め、女性では20～29歳が多く34.3%(12)であった。

2)職 種

職種(2-表2)	女	%	男	%	件数	%
運転手			11	23.9%	11	13.6%
営業職	3	8.6%	2	4.3%	5	6.2%
看護・介護職	4	11.4%	1	2.2%	5	6.2%
管理職			1	2.2%	1	1.2%
技能職	7	20.0%	23	50.0%	30	37.0%
教職	1	2.9%	0	0.0%	1	1.2%
事務職	5	14.3%	0	0.0%	5	6.2%
専門技術職	9	25.7%	6	13.0%	15	18.5%
販売職	3	8.6%	1	2.2%	4	4.9%
保育士	2	5.7%	0	0.0%	2	2.5%
その他	1	2.9%	1	2.2%	2	2.5%
合計	35	100%	46	100%	81	100%

職種で多いのは技能職で37%(30)、女性で多いのは専門技術職25.7%(9)、男性で多いのは技能職50.0%(23)であった。

3) 既婚の有無

既婚の有無(2-表3)	女	男	件数			
既婚	17	48.6%	29	63.0%	46	56.8%
独身	12	34.3%	8	17.4%	20	24.7%
離婚	1	2.9%	5	10.9%	6	7.4%
記載なし・不明	5	14.3%	4	8.7%	9	11.1%
合計	35	100%	46	100%	81	100%

既婚者は56.8%(46)、女性の既婚者は女性事例の48.6%(17)、男性の既婚者は男性全体の63.0%(29)であった。

4) 出来事～発病時期

出来事～発病時期(2-表4)	女	男	件数			
1日以内	17	48.6%	18	39.1%	35	43.2%
2～3日			2	4.3%	2	2.5%
4～7日	4	11.4%	4	8.7%	8	9.9%
2週～1ヶ月	9	25.7%	7	15.2%	16	19.8%
2～3ヶ月	2	5.7%	6	13.0%	8	9.9%
4～6ヶ月	2		7	15.2%	9	11.1%
7～9ヶ月	1	2.9%	1		2	2.5%
10ヶ月～			1	2%	1	1.2%
合計	35	100%	46	100%	81	100%

災害事故から24時間以内に発症している事例が圧倒的に多く、全災害事例の43.2%(35)、女性は女性事例全体の48.6%(17)、男性は39.1%(18)が24時間以内に発症している。

5) 精神症状の程度

精神症状の程度(2-表5)	女	男	件数	
軽度身体疾患・精神症状(中)	7	4	11	13.6%
身体疾患(-)、精神症状(中)	11	9	20	24.7%
中等度身体疾患・精神症状(軽)	1		1	1.2%
中等度身体疾患・精神症状(中)	8	19	27	33.3%
重度身体疾患・精神症状(軽)	1		1	1.2%
重度身体疾患・精神症状(中)	7	10	17	21.0%
重度身体疾患・精神症状(重)		4	4	4.9%
合計	35	46	81	100%

災害体験により創傷、頰椎捻挫打撲等の身体疾患は軽度の身体疾患、骨折等の外傷は中等度、多発外傷、出血性ショック等の身体疾患は重度とし、災害事故に巻き込まれたが、ほぼ身体疾患はな

かった事例は身体疾患なしとした。精神症状に関しては、1の14)で説明したが、中等度身体症状・精神症状(中)が最も多く、全災害事例の33.3%(27)、女性で多いのは、身体疾患がないにもかかわらず中等度の精神症状を呈した事例が31.4%(11)、また軽度の身体疾患で中等度の精神症状を呈した事例7例を加えると、約半分<51.4%(18)>が身体疾患(-)・軽度身体疾患で中等度の精神症状を呈していた。男性で2番目に多いのは、中等度の身体疾患とともに中等度の精神症状を呈していた事例は41.3%(19)みられた。

6) 通勤・業務

通勤・業務(2-表6)	女	男	件数	
業務災害	24	43	67	82.7%
通勤災害	11	3	14	17.3%
合計	35	46	81	100%

男性は業務災害が93.5%(43)、女性は68.6%(24)を占め、女性は通勤災害も31.4%(11)であった。

7) 出来事の内容

出来事の内容(2-表7)	女	男	件数	
重大な労働災害の体験	1	4	5	6.2%
大きな病気、怪我、身分の変化	19	35	54	66.7%
悲惨な事故や災害の体験	15	6	21	25.9%
不明		1	1	1.2%
合計	35	46	81	100%

重大な労働災害の発生し同僚の救助に携わり、特に仲のよかった同僚は死亡した等の体験は「重大な労働災害の体験」として捉えられており、

「勤務先のコンビニに強盗が侵入し、同僚が包丁を突きつけられたことを目撃、自らも身の危険にさらされた」「患者の縫合処置中、精神障害者である患者に追いかけられ、身の危険にさらされた」「保育園児の保護者により暴力的威嚇、暴言を受けた。同僚は休業、保護者の暴言もつづき、業務も増大」等は悲惨な事故や災害の体験として把握されていた。女性は大きな病気や怪我をしたが多く54.3%(19)、「重大な労働災害の体験」「悲惨な事故や災害の体験」は次で44.9%(16)を占めた。男性は大きな病気や怪我をしたが最も多く76.1%(35)を占めていた。

8) 申請までの診断

申請までの診断(2-表8)	女	男	件数	
急性ストレス反応	7	8	15	18.5%
急性ストレス反応、PTSD		1	1	1.2%
外傷後ストレス障害	11	11	22	27.2%
外傷後ストレス障害、他(うつ、N)	2	6	7	8.6%
うつ状態	4	2	6	7.4%
うつ病	2	8	10	12.3%
うつ病、神経症	3	4	7	8.6%
神経症	4	6	10	12.3%
他の気分障害	1		1	1.2%
適応障害	1		1	1.2%
合計	35	46	80	99%

災害事例の中で最も多い疾患は PTSD であり、全災害事例の 35.8%(29)を占め、女性は女性例の 37.1%(13)、男性も男性例の 36.9%(17)を占めた。急性ストレス反応は全体の 19.7%(16)であった。うつ状態、うつ病も全体の 28.4%(23)を占めた。

9) 部会診断

部会診断(2-表9)	女	男	件数	
急性ストレス反応、神経症	18	17	35	43.2%
外傷後ストレス障害	4	11	15	18.5%
急性ストレス反応→PTSD	4	2	6	7.4%
急性ストレス障害→神経症・うつ	1	3	4	4.9%
遷延性抑うつ反応		2	2	2.5%
適応障害	3	1	4	4.9%
神経症(身体表現、不安)	2		2	2.5%
気分感情障害		1	1	1.2%
うつ病エピソード	2	9	11	13.6%
反復性うつ病性障害	1		1	1.2%
合計	35	46	81	100%

精神障害専門部会の診断は申請までの診断と比べて急性ストレス反応、神経症が 43.2%(35)を占め、急性ストレス反応→PTSD は 6 例、急性ストレス障害→神経症・うつ病は 4 例、PTSD は 18.5%(15)であった。災害に遭遇した当初、急性ストレス反応

を判断された事例は 55.6%(45)を占めたことになる。うつ病、反復性うつ病、気分感情障害は合わせて 16%(13)を占めていた。

3. 災害事案の体験内容による分類

1) 年齢

年齢(3-表1)	大きな病気 怪我	悲惨な事故や 災害の体験	件数	合計
20~29	7	10	17	21.0%
30~39	20	11	31	38.3%
40~49	13	3	16	19.8%
50~59	10	3	13	16.0%
60~69	2	1	3	3.7%
70~	1		1	1.2%
合計	53	28	81	100%

「重大な労働災害の体験」を含めて「悲惨な事故や災害の体験」で集計した。「大きな病気や怪我をした」で多い年代は 30~39 歳で 37.7%(20)、「悲惨な事故や災害の体験」で多い年代は 30~39 歳で 39.3%(31)であった。

2) 既婚の有無

既婚の有無(3-表2)	大きな病気 怪我	悲惨な事故や 災害の体験	件数	合計
既婚	26	18	44	54.3%
既婚(死別)	2		2	2.5%
独身	13	7	20	24.7%
離婚	5	1	6	7.4%
記載なし・不明	7	2	9	11.1%
合計	53	28	81	100%

「大きな病気や怪我をした」を体験した既婚者は 49.1%(26)、「悲惨な事故や災害の体験」の既婚者は 64.3%(18)であった。

3) 職 種

職種(3-表3)	大きな病気、 怪我		悲惨な事故や 災害の体験		件数	合計
	件数	割合	件数	割合		
運転手	7	13%	4	14%	11	13.6%
営業職	4	8%	1	4%	5	6.2%
看護・介護職	1	2%	4	14%	5	6.2%
管理職	1	2%			1	1.2%
技能職	24	45%	6	21%	30	37.0%
教職			1	4%	1	1.2%
事務職	2	4%	3	11%	5	6.2%
専門技術職	11	21%	4	14%	15	18.5%
販売職	2	4%	2	7%	4	4.9%
保育士	0	0%	2	7%	2	2.5%
その他	1	2%	1	4%	2	2.5%
合計	53	100%	28	100%	81	100%

「大きな病気や怪我をした」を体験した職種で多いのは技能職で45%(24)、次に専門技術職で21%(11)、「悲惨な事故や災害の体験」の職種で多いのは技能職で21%(6)、次に専門技術職、運転手、看護・介護職でそれぞれ14%(4)であった。

4) 出来事から精神障害発病までの期間

出来事～発病時期(3-表4)	大きな病気、 怪我		悲惨な事故や 災害の体験		件数	合計
	件数	割合	件数	割合		
1日以内	10	18.9%	23	82.1%	33	40.7%
2～3日	2	3.8%			2	2.5%
4～7日	7	13.2%	1	3.6%	8	9.9%
1～4週	14	26.4%	4	14.3%	18	22.2%
2～3ヶ月	8	15.1%			8	9.9%
4～6ヶ月	9	17.0%			9	11.1%
7～12ヶ月	2	3.8%			2	2.5%
12ヶ月～	1	1.9%			1	1.2%
合計	53	100%	28	100%	81	100%

「大きな病気や怪我をした」、「悲惨な事故や災害の体験」の大きな相違点は、「悲惨な事故や災害の体験」は全事例体験から1ヶ月以内の発病であり、82.1%(23)が24時間以内の発病であった。

5) 症 状

症状(3-表5)	大きな病気、 怪我		悲惨な事故や 災害の体験		件数	合計
	件数	割合	件数	割合		
軽度の身体症状or精神症状	3	5.7%	2	7.1%	5	6.2%
重度の身体症状	2	3.8%			2	2.5%
身体症状・精神症状(重)	4	7.5%			4	4.9%
身体症状・精神症状(軽)	1	1.9%	1	3.6%	2	2.5%
身体症状・精神症状(中)	39	73.6%	6	21.4%	45	55.6%
精神症状(軽)	1	1.9%			1	1.2%
精神症状(中)	3	5.7%	19	67.9%	22	27.2%
合計	53	100%	28	100%	81	100%

「悲惨な事故や災害の体験」は中等度の精神症状が多く、67.9%(19)、「大きな病気や怪我」は中等度の身体症状・精神症状が最も多く73.6%(39)であった。

6) 申請までの診断

申請までの診断(3-表6)	大きな病気、 怪我		悲惨な事故や 災害の体験		件数	合計
	件数	割合	件数	割合		
急性ストレス反応	2	3.8%	13	46.4%	15	18.5%
急性ストレス反応、PTSD			1	3.6%	1	1.2%
外傷後ストレス障害	18	34.0%	4	14.3%	22	27.2%
外傷後ストレス障害、他(うつ、N)	6	11.3%	2	7.1%	8	9.9%
うつ状態	4	7.5%	2	7.1%	6	7.4%
うつ病	9	17.0%	1	3.6%	10	12.3%
うつ病、神経症	6	11.3%	1	3.6%	7	8.6%
神経症	7	13.2%	3	10.7%	10	12.3%
他の気分障害	1	1.9%			1	1.2%
適応障害			1	3.6%	1	1.2%
合計	53	100%	28	100%	81	100%

「悲惨な事故や災害の体験」で多い診断名は、急性ストレス反応で46.4%(13)、急性ストレス反応、PTSDを含めると50%(14)、「大きな病気や怪我」で多い診断名はPTSDは45.3%(24)であった。

7) 部会診断

部会診断(3-表7)	大きな病気 怪我	悲慘な事故や 災害の体験	件数	合計
急性ストレス反応	18 34.0%	18 64.3%	36	44.4%
急性ストレス反応、PTSD	2 3.8%	2 7.1%	4	4.9%
急性ストレス反応、神経症		2 7.1%	2	2.5%
PTSD	15 28.3%	2 7.1%	17	21.0%
うつ病	11 20.8%		11	13.6%
神経症	3 5.7%		3	3.7%
他の気分障害	2 3.8%		2	2.5%
適応障害	1 1.9%	4 14.3%	5	6.2%
反復性うつ病	1 1.9%		1	1.2%
合計	53 100%	28 100%	81	100%

「悲慘な事故や災害の体験」で多い診断名は、急性ストレス反応で78.6%(22)、「大きな病気や怪我」で多い診断名は急性ストレス反応で34%(18)、急性ストレス反応、PTSDは2名を含めると37.8%(20)になる。「大きな病気や怪我」

ではPTSDは28.3%(15)を占めていたが、「悲慘な事故や災害の体験」ではPTSDは2名にすぎず、急性ストレス反応からPTSDへ移行した事例含めると4名(14.2%)であった。

4. 自殺事案の長時間残業の有無による分類

<労働時間が特定できない事例(2例)と労災事故等で長期療養後に自殺した事例5例を除く>

1) 年齢

年齢(4-表1)	80時間以上	79時間以下	合計	%
20~29	7 15.6%	7 26.9%	14	19.7%
30~39	13 28.9%	7 26.9%	20	28.2%
40~49	13 28.9%	7 26.9%	20	28.2%
50~59	11 24.4%	5 19.2%	16	22.5%
60~69	1 2.2%		1	1.4%
合計	45 100%	26 100%	71	100%

80時間以上の時間外労働をした事例と79時間以下の事例を比較したが、両方とも30~39歳、40~49歳が多く、80時間以上がそれぞれ28.9%(13)、79時間以下が26.9%(7)であった。

2) 家族構成と既婚の有無

家族構成(4-表2)	80時間以上	79時間以下	合計	%
夫婦	5 11.1%	1 3.8%	6	8.5%
二世帯	18 40.0%	14 53.8%	32	45.1%
三世帯	9 20.0%	5 19.2%	14	19.7%
四世帯	2 4.4%		2	2.8%
単身	11 24.4%	5 19.2%	16	22.5%
記載なし・不明		1 3.8%	1	1.4%
合計	45 100%	26 100%	71	100%

80時間以上で多い家族構成は二世帯、三世帯で60%(27)を占め、79時間では二世帯、三世帯は73%(19)を占めていた。

既婚の有無(4-表3)	80時間以上	79時間以下	合計	%
既婚	29 64.4%	19 73.1%	48	67.6%
独身	14 31.1%	6 23.1%	20	28.2%
離婚	2 4.4%		2	2.8%
記載なし・不明	0 0.0%	1 3.8%	1	1.4%
合計	45 100%	26 100%	71	100%

3) 職 種

職種(4-表4)	80時間以上		79時間以下		合計	%
運転手	2	4.4%	2	7.7%	4	5.6%
営業職	4	8.9%	5	19.2%	9	12.7%
管理職	15	33.3%	6	23.1%	21	29.6%
技能職	10	22.2%	3	11.5%	13	18.3%
事務職	5	11.1%	4	15.4%	9	12.7%
販売職	2	4.4%			2	2.8%
専門技術職	7	15.6%	6	23.1%	13	18.3%
合計	45	100%	26	100%	71	100%

80 時間以上では管理職 33.3%(15)、技能職 22.2%(10)が多く、79 時間以下では、管理職が 23.1%(6)、専門技術職 23.1%(6)、営業職 19.2%(5)が多くみられた。

4) 業 種

業種(4-表5)	80時間以上		79時間以下		合計	%
医療職	1	2.2%	1	3.8%	2	2.8%
保健・衛生業	1	2.2%			1	1.4%
卸・小売業	6	13.3%	5	19.2%	11	15.5%
金融・保険業	3	6.7%	1	3.8%	4	5.6%
建設業	7	15.6%	5	19.2%	12	16.9%
交通運輸業	3	6.7%	2	7.7%	5	7.0%
情報処理	4	8.9%	2	7.7%	6	8.5%
人材派遣	1	2.2%			1	1.4%
製造業	10	22.2%	7	26.9%	17	23.9%
電気・ガス・水道	2	4.4%			2	2.8%
電気通信事業			1	3.8%	1	1.4%
不動産業	4	8.9%			4	5.6%
その他	3	6.7%	2	7.7%	5	7.0%
合計	45	100%	26	100%	71	100%

80 時間以上、79 時間以下両方とも製造業が多く、80 時間以上では製造業 22.2%(10)、建設業 15.6%(7)、79 時間以下では製造業は 26.9%(7)、建設業と小売業が両方とも 19.2%(5)であった。

5) 事業所規模

事業所規模(4-表6)	80時間以上		79時間以下		合計	%
1000~2999人	7	15.6%	1	3.8%	8	11.3%
3000人以上			3	11.5%	3	4.2%
500~999人	3	6.7%			3	4.2%
51~499人	17	37.8%	9	34.6%	26	36.6%
50人以下	17	37.8%	11	42.3%	28	39.4%
記載なし・不明	1	2.2%	2	7.7%	3	4.2%
合計	45	100%	26	100%	71	100%

80 時間以上で多い事業所規模は 51~999 人、50 人以下で、それぞれ 37.8%(17)、79 時間以下で多い事業所規模も 50 人以下は 42.3%(11)、51~999 人は 34.6%(9)であった。

6) 出来事から精神障害発病までの期間

出来事~発病までの期間(4-表7)	80時間以上		79時間以下		合計	%
1週以内	4	8.9%	5	19.2%	9	12.7%
2週~1ヶ月	5	11.1%	8	30.8%	13	18.3%
1~2ヶ月	10	22.2%	1	3.8%	11	15.5%
2~3ヶ月	10	22.2%	5	19.2%	15	21.1%
4~6ヶ月	15	33.3%	6	23.1%	21	29.6%
7~9ヶ月	1	2.2%	1	3.8%	2	2.8%
合計	45	100.0%	26	100.0%	71	100.0%

出来事から精神障害発病までの期間が 1 ヶ月以内の事例に関しては、79 時間以下は 50%(13)、80 時間以上は 20%(9)であり、差異がみられた。

7) 出来事から自殺までの期間

出来事～自殺までの期間(4-表8)	80時間以上	79時間以下	合計	%
1ヶ月以内	5	3	8	11.3%
1～2ヶ月	6	10	16	22.5%
2～3ヶ月	9	2	11	15.5%
4～6ヶ月	10	6	16	22.5%
7～8ヵ月	8	2	10	14.1%
9月～1年	3	3	6	8.5%
1～2年	2		2	2.8%
2年～	2		2	2.8%
合計	45	26	71	100%

出来事から自殺までの期間が 2 ヶ月以内の事例は、79 時間以下は 50%(13)、80 時間以上は 24.3%(11)であった。全事例の 49.3%(35)が出来事から 3 ヶ月以内に自死に至っていることが明らかになった。

8) 精神障害発病から自殺までの期間

発症～自殺までの期間(4-表9)	80時間以上	79時間以下	合計	%
1ヶ月以内	22	14	36	50.7%
1～2ヶ月	10	8	18	25.4%
2～3ヶ月	6	1	7	9.9%
4～6ヶ月	2	3	5	7.0%
7月～1年	1		1	1.4%
1～2年	3		3	4.2%
2年～	1		1	1.4%
合計	45	26	71	100%

精神障害が発病して自殺に至った期間が 1 ヶ月以内の事例は、79 時間以下は 53.8%(14)、80 時間以上が 48.9%(22)であり、発病から 2 ヶ月以内の事例は全事例の 76.1%(54)を占めていた。

9) 出来事の内容

出来事の内容(4-表10)	80時間以上	79時間以下	合計	%
ノルマの未達成	7	2	9	12.7%
仕事の失敗	4	2	6	8.5%
仕事の内容・量の大きな変化	22	13	35	49.3%
昇格、仕事の内容・量	3		3	4.2%
職場の人間関係	1	4	5	7.0%
新規事業	1		1	1.4%
責任を問われた	3	1	4	5.6%
配置転換、出向、転勤	4	4	8	11.3%
合計	45	26	71	100%

80 時間以上、79 時間以下共に「仕事の内容・量の変化」が最も多く、それぞれ 48.9%(22)、50%(13)であった。80 時間以上では次に「ノルマの未達成」で 15.6%(7)、79 時間以下では「職場の人間関係」で 15.4%(4)であった。

10) 個人の出来事

個人の出来事(4-表11)	80時間以上	79時間以下	合計	%
家庭の問題(家族の病気等)	2	4	6	8.5%
夫婦問題	3		3	4.2%
異性問題	2		2	2.8%
借金、ギャンブル	2	2	4	5.6%
死亡事故を起こした自分の病気	2	2	4	5.6%
その他(上司の自殺)	1		1	1.4%
精神障害の既往	5	3	8	11.3%
記載なし・不明	28	15	43	60.6%
合計	45	26	71	100%

個人の出来事は記載なし・不明、すなわち個人の出来事が認められない事例は 80 時間以上が 62.2%(28)、79 時間以下は 57.7%(15)であった。79 時間以下では次に家族の病気等の家庭の問題が 4 例

(15,4%)であり、精神障害の既往は、全事例の 11.3%(8)にみられた。

11) 自殺手段

自殺手段(4-表12)	80時間以上	79時間以下	合計	%
縊死	29 64.4%	17 65.4%	46	64.8%
飛び降り・投身	12 26.7%	4 15.4%	16	22.5%
一酸化炭素中毒(自動車内)	2 4.4%	1 3.8%	3	4.2%
ガソリンかぶって焼身自殺、火傷死	1 2.2%	1 3.8%	2	2.8%
割腹、心臓・首の刃物損傷		2 7.7%	2	2.8%
轢死		1 3.8%	1	1.4%
溺死	1 2.2%		1	1.4%
合計	45 100%	26 100%	71	100%

縊死が圧倒的に多く全事例の64.8%(46)、次に飛び降り・投身が22.5%(16)であり、80時間以上にみられず79時間以下でみられた自殺手段が刃物損傷、轢死であった。

12) 自殺場所

自殺場所(4-表13)	80時間以上	79時間以下	合計	%
自宅・実家	24 53.3%	8 30.8%	32	45.1%
会社・社宅・現場	7 15.6%	9 34.6%	16	22.5%
海・川・雑木林・遊歩道	4 8.9%	5 19.2%	9	12.7%
市内のビル・ホテル	1 2.2%	2 7.7%	3	4.2%
寺・公園・高架橋	5 11.1%		5	7.0%
電車線路軌道上・自動車道	1 2.2%	1 3.8%	2	2.8%
その他	3 6.7%	1 3.8%	4	5.6%
合計	45 100%	26 100%	71	100%

実家や自宅で自殺した事例は全事例の45.1%(32)、80時間以上は53.3%(24)、79時間以下は30.8%(8)を占めた。会社、社宅、現場等の会社に関連した

場所で死亡した事例は、79時間以下は34.6%(9)、80時間以上は15.6%(7)であった。

13) 自殺1週前の勤務状況

自殺1週間前の勤務状況(4-表14)	80時間以上	79時間以下	合計	%
勤務	25 55.6%	22 84.6%	47	66.2%
勤務(前日は欠勤)	1 2.2%		1	1.4%
勤務(前日は公休)	1 2.2%		1	1.4%
数日欠勤	8 17.8%	1 3.8%	9	12.7%
欠勤	5 11.1%	1 3.8%	6	8.5%
記載なし・不明	4 8.9%	2 7.7%	6	8.5%
記載なし・不明(早退あり)	1 2.2%		1	1.4%
合計	45 100%	26 100%	71	100%

勤務していた事例は、全事例の66.2%(47)、80時間以上は55.6%(25)、79時間以下は84.6%(22)であった。

14) 精神科既往歴

精神科既往歴(4-表15)	80時間以上	79時間以下	合計	%
あり	6 13.3%	5 19.2%	11	15.5%
なし	38 84.4%	19 73.1%	57	80.3%
なし(糖尿病主治医から睡眠剤処方)	1 2.2%		1	1.4%
なし(不眠症1回)		1 3.8%	1	1.4%
記載なし・不明(本人はあると陳述)		1 3.8%	1	1.4%
合計	45 100%	26 100%	71	100%

精神科既往歴がない事例は、全事例の80.3%(57)、80時間以上は84.4%(38)、79時間以下は73.1%(19)であった。

15) 今回、受診した診療科

今回診療科(4-表16)	80時間以上	79時間以下	合計	%
その他(カウンセリング)		1 3.8%	1	1.4%
その他(耳鼻咽喉科)	1 2.2%		1	1.4%
その他(循環器)	1 2.2%		1	1.4%
受診せず	30 66.7%	19 73.1%	49	69.0%
受診せず(自殺当日精神科受診予定?)		1 3.8%	1	1.4%
心療内科	1 2.2%		1	1.4%
精神科・神経科	7 15.6%	4 15.4%	11	15.5%
内科	5 11.1%	1 3.8%	6	8.5%
合計	45 100%	26 100%	71	100%

診療科を受診していない事例は、全事例の69%(49)、80時間以上は66.7%(30)、79時間以下は73.1%(19)であった。精神科や心療内科を受診していた事例は、16.9%(12)のみであった。

16) 遺書の有無

遺書の有無(4-表17)	80時間以上	79時間以下	合計	%
不明		2	2	2.8%
無	28 62.2%	14 53.8%	42	59.2%
有	17 37.8%	10 38.5%	27	38.0%
合計	45 100%	26 100%	71	100%

遺書がある事例は、全事例の38%(27)であった。

17) 周囲からみた兆候の気付き

兆候の気づき(4-表18)	80時間以上	79時間以下	合計	%
家族が先	31 68.9%	12 46.2%	43	60.6%
会社と家族が同時頃	7 15.6%	7 26.9%	14	19.7%
上司、同僚等	5 11.1%	6 23.1%	11	15.5%
気付かず・不明	2 4.4%	1 3.8%	3	4.2%
合計	45 100%	26 100%	71	100%

家族が、振りかえって労働者の自殺の兆候に気付いていたかどうか、に関して、「家族が先に気がついていた」と判断

された事例は、全事例の60.6%(43)、80時間以上は68.9%(31)、79時間以下は46.2%(12)であった。

18) 症 状

症状(4-表19)	80時間以上	79時間以下	合計	%
軽度の身体症状or精神症状	2 4.4%		2	2.8%
身体症状・精神症状(重)	1 2.2%		1	1.4%
身体症状・精神症状(軽)	6 13.3%	3 11.5%	9	12.7%
身体症状・精神症状(中)	21 46.7%	10 38.5%	31	43.7%
精神症状(軽)	3 6.7%	5 19.2%	8	11.3%
精神症状(重)	2 4.4%	2 7.7%	4	5.6%
精神症状(中)	9 20.0%	6 23.1%	15	21.1%
不明	1 2.2%		1	1.4%
合計	45 100%	26 100%	71	100%

精神症状に関しては、不安、不眠、焦燥、軽うつ気分等は軽度の精神症状とし、抑うつ気分、不安、不眠、焦燥、希死念慮等は中等度の精神症状とし、自殺企図、思考・行動

制止、幻覚・妄想などの精神病症状が出現したものを重度の精神症状とした。食欲不振、全身倦怠感等の身体症状に加え、精神症状が出現した事例は全事例の60.6%(43)を占めた。軽度の精神症状を呈した事例は、全事例の26.8%(19)、重度の精神症状を呈した事例は、5例のみであった。

19) 飲酒量

飲酒量(4-表20)	80時間以上	79時間以下	合計	%
毎日	9 20.0%	8 30.8%	17	23.9%
1日おき	1 2.2%		1	1.4%
機会的	19 42.2%	10 38.5%	29	40.8%
週に1~2回	1 2.2%	1 3.8%	2	2.8%
週に3~4回(金土日)	1 2.2%		1	1.4%
週に5回	1 2.2%		1	1.4%
記載なし・不明	13 28.9%	7 26.9%	20	28.2%
合計	45 100%	26 100%	71	100%

記載なし・不明も多いが、機会飲酒が最も多く、全事例の40.8%(29)を占めていた。

20) 性格傾向

性格傾向(4-表21)	80時間以上	79時間以下	合計	%
温和、協調性、明るい	3	6	9	12.7%
自尊心が強く、自信家、潔癖	2	1	3	4.2%
真面目、気弱、融通がきかない、	10	5	15	21.1%
誠実、無口、弱音を吐かない	8	2	10	14.1%
几帳面、真面目、責任感が強い	22	12	34	47.9%
合計	45	26	71	100%

几帳面、真面目、責任感が強いが圧倒的に多く、全事例の 47.9% (34) を占めた。

21) 申請までの診断

申請までの診断(4-表22)	80時間以上	79時間以下	合計	%
うつ状態	1	1	2	2.8%
うつ病	5	1	6	8.5%
うつ病、神経症		2	2	2.8%
神経症	4	2	6	8.5%
診断なし	34	20	54	76.1%
反復性うつ病	1		1	1.4%
合計	45	26	71	100%

診断なし(精神科受診せず)が最も多く、全事例の 76.1% を占めた。

22) 部会診断

部会診断(4-表23)	80時間以上	79時間以下	合計	%
うつ病エピソード	30	15	45	63.4%
気分感情障害	2	1	3	4.2%
気分感情障害、解離性遁走	1		1	1.4%
急性ストレス反応		2	2	2.8%
急性ストレス反応、適応障害		1	1	1.4%
軽症うつ病エピソード	2		2	2.8%
重症うつ病エピソード	7	3	10	14.1%
精神症状を伴う重症うつ病エピソード		1	1	1.4%
中等症うつ病エピソード	2	2	4	5.6%
反復性うつ病性障害	1	1	2	2.8%
合計	45	26	71	100%

うつ病エピソードが最も多く、軽症、中等症、重症などを含めた気分障害は 90.1%(64) を占めていた。

5. 精神事案の性別分類

1) 年齢

年齢(5-表1)	男	%	女	%	件数	%
10~19	1	1.4%			1	1.0%
20~29	15	21.4%	12	41.4%	27	27.3%
30~39	31	44.3%	10	34.5%	41	41.4%
40~49	18	25.7%	7	24.1%	25	25.3%
50~59	3	4.3%			3	3.0%
60~69	1	1.4%			1	1.0%
記載なし・不明	1	1.4%			1	1.0%
	70	100%	29	100%	99	100%

精神障害事例の中で男性は 30~39 歳が最も多く男性事例のうち 44.3%(31) を占め、女性は 20~29 歳が女性事例全体の 41.4%(12) を占めていた。

2) 既婚の有無

既婚の有無(5-表2)	男	%	女	%	件数	%
既婚	35	50.0%	3	10.3%	38	38.4%
独身(離婚歴あり)	8	11.4%	4	13.8%	12	12.1%
独身	27	38.6%	21	72.4%	48	48.5%
独身(離婚歴あり、発病後、再婚)			1	3.4%	1	1.0%
	70	100%	29	100%	99	100%

既婚者は、男性は男性全体の 50% (35)、女性は女性全体の 10.3%(3) であった。

3) 職 種

職種(5-表3)	男	%	女	%	件数	%
運転手	7	10.0%			7	7.1%
営業職	11	15.7%	3	10.3%	14	14.1%
看護・介護職	1	1.4%	2	6.9%	3	3.0%
管理職	10	14.3%	2	6.9%	12	12.1%
技能職	13	18.6%	3	10.3%	16	16.2%
教職	1	1.4%			1	1.0%
事務職	3	4.3%	10	34.5%	13	13.1%
清掃業	1	1.4%			1	1.0%
専門技術職	15	21.4%	6	20.7%	21	21.2%
販売職	6	8.6%	3	10.3%	9	9.1%
その他	2	2.9%			2	2.0%
	70	100%	29	100%	99	100%

男性で多いのは専門技術職 21.4%(15)、技能職 18.6%(13)、管理職 14.3%(10)、女性では事務職が 34.5%(10)、専門技術職 20.7%(6)であった。

4) 業 種

業種(5-表4)	男	%	女	%	件数	%
医療職	2	2.9%	4	13.8%	6	6.1%
飲食業	2	2.9%			2	2.0%
卸・小売・販売業	11	15.7%	3	10.3%	14	14.1%
接客業	1	1.4%	1	3.4%	2	2.0%
教育業	1	1.4%	1	3.4%	2	2.0%
金融・保険業	3	4.3%	2	6.9%	5	5.1%
建設業	10	14.3%	1	3.4%	11	11.1%
交通運輸業	10	14.3%			10	10.1%
産業廃棄処理	1	1.4%			1	1.0%
不動産業	1	1.4%	1	3.4%	2	2.0%
製造業	13	18.6%	5	17.2%	18	18.2%
広告業	1	1.4%			1	1.0%
情報処理	7	10.0%	1	3.4%	8	8.1%
人材派遣	3	4.3%			3	3.0%
電気・ガス・水道	1	1.4%			1	1.0%
電気通信事業	1	1.4%			1	1.0%
保健・衛生業	2	2.9%	1	3.4%	3	3.0%
その他			9	31.0%	9	9.1%
	70	100%	29	100%	99	100%

男性で多いのは製造業 18.6%(13)、小売販売業が 15.7%(11)、建設業、交通運輸業がそれぞれ 14.3%(10)、女性で多いのは、製造業 17.2%(5)、医療職 13.8%(4)であった。

5) 事業所規模

事業所規模(5-表5)	男	%	女	%	件数	%
50人以下	28	40.0%	13	44.8%	41	41.4%
51~499人	23	32.9%	11	37.9%	34	34.3%
500~999人	6	8.6%	3	10.3%	9	9.1%
1000~2999人	5	7.1%	1	3.4%	6	6.1%
3000人以上	3	4.3%			3	3.0%
記載なし・不明	5	7.1%	1	3.4%	6	6.1%
	70	100%	29	100%	99	100%

男性、女性とも最も多いのは 50 人以下で男性 40%(28)、女性 44.8%(13)であり、全体の 75.7%(75)が 499 人以下の事業所であった。

6) 発病前1ヶ月間の残業時間

発病前1ヶ月の平均残業時間(5-表6)	男	%	女	%	件数	%
49時間以内	13	18.6%	13	44.8%	26	26.3%
50～79時間	7	10.0%	3	10.3%	10	10.1%
80～99時間	9	12.9%	2	6.9%	11	11.1%
100～119時間	9	12.9%	3	10.3%	12	12.1%
120～149時間	13	18.6%	3	10.3%	16	16.2%
150時間～	9	12.9%	3	10.3%	12	12.1%
記載なし・不明	10	14.3%	2	6.9%	12	12.1%
	70	100%	29	100%	99	100%

80時間以上の労働者は、残業時間が記載なく不明な労働者を除いて計算すると、男性の66.7%(40)、女性は40.7%(11)、全体の58.6%(51)が80時間以上の時間外労働に従事していたことになる。

7) 症 状

症状(5-表7)	男	%	女	%	件数	%
軽度の身体症状or精神症状	4	5.7%	3	10.3%	7	7.1%
身体症状・精神症状(重)	6	8.6%	1	3.4%	7	7.1%
身体症状・精神症状(軽)	17	24.3%	11	37.9%	28	28.3%
身体症状・精神症状(中)	29	41.4%	8	27.6%	37	37.4%
精神症状(軽)			2	6.9%	2	2.0%
精神症状(重)	1	1.4%			1	1.0%
精神症状(中)	11	15.7%	4	13.8%	15	15.2%
精神症状なし(疲弊消耗)	2	2.9%			2	2.0%
	70	100%	29	100%	99	100%

男性は中等度の精神症状を呈する労働者が多く、57.1%(40)、女性は軽度の精神症状が44.8%(13)を占めていた。

8) 性格傾向

性格傾向(5-表8)	男	%	女	%	件数	%
温和、協調性、明るい	9	12.9%	6	20.7%	15	15.2%
記載なし	4	5.7%			4	4.0%
自尊心が強く、自信家、潔癖	3	4.3%	2	6.9%	5	5.1%
真面目、気弱、融通がきかない、誠実、無口、弱音を吐かない	14	20.0%	4	13.8%	14	14.1%
短気、感情の起伏激しい、協調性欠ける	9	12.9%	4	13.8%	13	13.1%
几帳面、真面目、責任感が強い	6	8.6%	6	20.7%	12	12.1%
	25	35.7%	11	37.9%	36	36.4%
	70	100%	29	100%	99	100%

男性、女性ともに多い性格傾向は、「几帳面、真面目、責任感が強い」で、男性35.7%(25)、女性37.9%(11)であった。男性は次に「真面目、気弱、融通がき

かない」で20%(14)、女性は「短気、感情の起伏激しい、協調性欠ける」と「温和、協調性、明るい」がそれぞれ20.7%(6)を占めていた。

9) 出来事から発病までの期間

出来事～発病時期(5-表9)	男	%	女	%	件数	%
1日以内	10	14.3%	6	20.7%	16	16.2%
4～7日	2	2.9%			2	2.0%
8日～1ヶ月	14	20.0%	7	24.1%	21	21.2%
1～2ヶ月	13	18.6%	1	3.4%	14	14.1%
2～3ヶ月	6	8.6%	8	27.6%	14	14.1%
4～6ヶ月	18	25.7%	6	20.7%	24	24.2%
7～8ヶ月	3	4.3%			3	3.0%
9ヶ月以上	4	5.7%	1	3.4%	5	5.1%
	70	100%	29	100%	99	100%

出来事から2ヶ月以内の発病は、全体の53.3%(53)、男性は55.7%(39)、女性は48.3%(14)を占めていた。また女性に比べ男性は、7ヶ月以後の発病もみられたが、昇格は8ヶ月前であるが、最近6

ヶ月間の時間外労働をみると、恒常的な長時間残業が発生し、仕事の量が大幅に増えた結果、認定されている事例がみられた。

10) 出来事の内容

出来事の内容(5-表10)	男		女		件数	
ノルマの未達成	1	1.4%			1	1.0%
極度の長時間労働	1	1.4%			1	1.0%
顧客とのトラブル	3	4.3%			3	3.0%
降格、退職強要	5	7.1%	1	3.4%	6	6.1%
仕事の失敗	10	14.3%	6	20.7%	16	16.2%
仕事の内容・量の大きな変化	24	34.3%	8	27.6%	32	32.3%
重大な事故を引き起こす	2	2.9%			2	2.0%
昇格、仕事の内容・量	2	2.9%	1	3.4%	3	3.0%
職場の人間関係	15	21.4%	11	37.9%	26	26.3%
新規事業	1	1.4%			1	1.0%
責任を問われた	1	1.4%			1	1.0%
配置転換、出向、転勤	5	7.1%	2	6.9%	7	7.1%
	70	100%	29	100%	99	100%

男性で多いのは「仕事の内容・量の大きな変化」が34.3%(24)、女性で多いのは「職場の人間関係」27.6%(11)であった。

11) 個人の出来事

個人の出来事(5-表11)	男		女		件数	
その他	6	8.6%	2	6.9%	8	8.1%
記載なし・認められない	42	60.0%	17	58.6%	59	59.6%
異性問題	2	2.9%	2	6.9%	4	4.0%
家庭問題	9	12.9%	3	10.3%	12	12.1%
自分の病気	4	5.7%	2	6.9%	6	6.1%
借金・ギャンブル	3	4.3%			3	3.0%
精神科既往	4	5.7%	3	10.3%	7	7.1%
	70	100%	29	100%	99	100%

個人の出来事は「記載なし・認められない」が男女とも多く、全事例の59.6%(59)であった。

12) 申請までの診断

申請までの診断(5-表12)	男		女		件数	
急性ストレス反応	3	4.3%	1	3.4%	4	4.0%
急性ストレス反応、PTSD	3	4.3%			3	3.0%
PTSD			1	3.4%	1	1.0%
うつ状態	12	17.1%	2	6.9%	14	14.1%
うつ病	27	38.6%	12	41.4%	39	39.4%
うつ病、神経症	6	8.6%	3	10.3%	9	9.1%
その他(vaS等)			1	3.4%	1	1.0%
神経症	13	18.6%	4	13.8%	17	17.2%
診断なし	1	1.4%			1	1.0%
他の気分障害	2	2.9%	1	3.4%	3	3.0%
適応障害	1	1.4%	4	13.8%	5	5.1%
適応障害、自己愛人格	1	1.4%			1	1.0%
反復性うつ病	1	1.4%			1	1.0%
合計	70	100%	29	100%	99	100%

男女とも多い診断名は、うつ病、うつ状態であり、男性68.6%(48)、女性62.1%(18)であり、うつ病、うつ状態は全事例の66.7%(66)を占めていた。

13) 部会診断

部会診断(5-表13)	男		女		件数	
急性ストレス反応	6	8.6%			6	6.1%
急性ストレス反応、PTSD	2	2.9%			2	2.0%
急性ストレス反応、神経症、うつ	1	1.4%	2	6.9%	3	3.0%
外傷後ストレス障害	1	1.4%			1	1.0%
うつ病	25	35.7%	14	48.3%	39	39.4%
重症うつ病	2	2.9%			2	2.0%
中等うつ病	10	14.3%	2	6.9%	12	12.1%
他の気分障害	7	10.0%	2	6.9%	9	9.1%
神経症	11	15.7%	2	6.9%	13	13.1%
適応障害	4	5.7%	7	24.1%	11	11.1%
他	1	1.4%			1	1.0%
	70	100%	29	100%	99	100%

男女とも精神障害専門部会で最も多く判断された診断名は、うつ病であり、全事例の62.6%(62)を占めていた。

6.精神事案の長時間残業による分類～残業時間の記載・不明の11例を除く～

1)年 齢

年齢(6-表1)	80時間以上		79時間以下		合計	%
10～19			1	2.9%	1	1.1%
20～29	15	28.3%	9	25.7%	24	27.3%
30～39	21	39.6%	14	40.0%	35	39.8%
40～49	14	26.4%	9	25.7%	23	26.1%
50～59	2	3.8%	1	2.9%	3	3.4%
60～69			1	2.9%	1	1.1%
記載なし・不明	1	1.9%			1	1.1%
	53	100%	35	100%	88	100.0%

最も多い年代は30～39歳で全事例の39.8%(35)を占め、80時間以上は80時間以上全体の39.6%(21)、79時間以下は79時間以上全体の40%(14)を占めていた。

2)既婚の有無

既婚の有無(6-表2)	80時間以上		79時間以下		合計	%
既婚	22	41.5%	12	34.3%	34	38.6%
独身	27	50.9%	17	48.6%	44	50.0%
独身(離婚)	4	7.5%	6	17.1%	10	11.4%
	53	100%	35	100%	88	100%

既婚者は全事例の38.6%(34)であり、独身者は61.4%(54)を占めていた。

3)職 種

職種(6-表3)	80時間以上		79時間以下		合計	%
運転手	1	1.9%	3	8.6%	4	4.5%
営業職	10	18.9%	4	11.4%	14	15.9%
看護・介護職	1	1.9%	1	2.9%	2	2.3%
管理職	8	15.1%	3	8.6%	11	12.5%
技能職	7	13.2%	7	20.0%	14	15.9%
教職	1	1.9%			1	1.1%
事務職	5	9.4%	7	20.0%	12	13.6%
清掃業	1	1.9%			1	1.1%
専門技術職	12	22.6%	6	17.1%	18	20.5%
販売職	5	9.4%	4	11.4%	9	10.2%
その他	2	3.8%			2	2.3%
	53	100%	35	100%	88	100%

80時間以上の長時間労働者に多い職種は、専門技術職22.6%(12)、営業職18.9%(10)、管理職15.1%(8)であり、79時間残業者に多い職種は、技能職20%(7)、事務職20%(7)、専門技術職17.1%(6)であった。

4)業 種

業種(6-表4)	80時間以上		79時間以下		合計	%
医療職	1	1.9%	4	11.4%	5	5.7%
飲食業	2	3.8%			2	2.3%
卸・小売業	8	15.1%	5	14.3%	13	14.8%
教育業	2	3.8%			2	2.3%
金融・保険業	2	3.8%	2	5.7%	4	4.5%
建設業	7	13.2%	3	8.6%	10	11.4%
交通運輸業	5	9.4%	4	11.4%	9	10.2%
広告業	1	1.9%			1	1.1%
人材派遣	7	13.2%	2	5.7%	9	10.2%
製造業	2	3.8%	7	20.0%	9	10.2%
接客業	8	15.1%	2	5.7%	10	11.4%
電気・ガス・水道	2	3.8%			2	2.3%
電気通信事業	1	1.9%			1	1.1%
販売業	1	1.9%	1	2.9%	2	2.3%
不動産業	2	3.8%	1	2.9%	3	3.4%
保健・衛生業	1	1.9%	2	5.7%	3	3.4%
その他	1	1.9%	2	5.7%	3	3.4%
	53	100%	35	100%	88	100%

80時間以上の長時間労働者に多い業種は卸小売業、接客業がそれぞれ、15.1%(8)であり、次に建設業、人材派遣がそれぞれ13.2%(7)であり、79時間以下の残業者は、製造業20%(7)、卸小売業14.3%(5)、交通運輸11.4%(4)であった。

5) 事業所規模

事業所規模(6-表5)	80時間以上		79時間以下		合計	%
3000人以上	3	5.7%			3	3.4%
1000~2999人	3	5.7%	2	5.7%	5	5.7%
500~999人	5	9.4%	3	8.6%	8	9.1%
51~499人	19	35.8%	9	25.7%	28	31.8%
50人以下	20	37.7%	18	51.4%	38	43.2%
記載なし・不明	3	5.7%	3	8.6%	6	6.8%
	53	100%	35	100%	88	100%

80時間以上の長時間残業者の事業所規模で多いのは50人以下37.7%(20)、79時間以下の残業者の事業所規模も多いのは50人以下で51.4%(18)であった。

6) 精神科既往歴

精神科既往歴(6-表6)	80時間以上		79時間以下		合計	%
あり	5	9.4%	4	11.4%	9	10.2%
あり(大学受験時)	1	1.9%			1	1.1%
なし・不明	47	88.7%	30	85.7%	77	87.5%
なし(以前症状はあり)			1	2.9%	1	1.1%
	53	100%	35	100%	88	100%

長時間残業の有無に関係なく差異はなく、精神科既往歴のある事例は全体の10.2%(9)にすぎなかった。

7) アルコール飲酒

アルコール飲酒(6-表7)	80時間以上		79時間以下		合計	%
あり	31	58.5%	18	51.4%	49	55.7%
なし	20	37.7%	17	48.6%	37	42.0%
不明	2	3.8%			2	2.3%
	53	100%	35	100%	88	100%

80時間以上の残業時間、79時間以下の残業時間で差異は認められない。全事例の55.7%(49)が飲酒していた。

8) 今回の診療科

今回診療科(6-表8)	80時間以上		79時間以下		合計	%
精神科・神経科	44	83.0%	29	82.9%	73	83.0%
心療内科	4	7.5%	4	11.4%	8	9.1%
内科	1	1.9%	1	2.9%	2	2.3%
内科(橋本病)	1	1.9%			1	1.1%
内科(消化器、血液内)	1	1.9%			1	1.1%
その他(ストレス科)			1	2.9%	1	1.1%
受診せず	1	1.9%			1	1.1%
記載なし・不明	1	1.9%			1	1.1%
	53	100%	35	100%	88	100%

80時間以上の残業時間、79時間以下の残業時間で差異は認められない。全事例の93.2%(82)が精神科、心療内科、ストレス科に通院治療を受けていた。

9) 出来事の内容

出来事の内容(6-表9)	80時間以上		79時間以下		合計	%
ノルマの未達成			1	2.9%	1	1.1%
極度の長時間労働	1	1.9%			1	1.1%
顧客とのトラブル	3	5.7%			3	3.4%
降格、退職強要	2	3.8%	4	11.4%	6	6.8%
仕事の失敗	2	3.8%	8	22.9%	10	11.4%
仕事の内容・量の大きな変化	23	43.4%	7	20.0%	30	34.1%
重大な事故を引き起こす			2	5.7%	2	2.3%
昇格、仕事の内容・量	3	5.7%			3	3.4%
職場の人間関係	13	24.5%	11	31.4%	24	27.3%
新規事業	1	1.9%			1	1.1%
配置転換、出向、転勤	5	9.4%	2	5.7%	7	8.0%
	53	100%	35	100%	88	100%

80時間以上の長時間残業者の事例で多いのは、「仕事の内容・量の大きな変化」で43.4%(23)、次に「職場の人間関係」24.5%(13)であり、79時間以下の残業者は、「職場の人間関係」31.4%(11)、仕事の失敗22.9%(8)、「仕事の内容・量の大きな変化」20%(7)であった。

10) 出来事から発病に至るまでの期間

出来事～発病時期(6-表10)	80時間以上		79時間以下		合計	%
1日以内			9	25.7%	9	10.2%
4～7日			2	5.7%	2	2.3%
2週～1ヶ月	11	20.8%	9	25.7%	20	22.7%
1～2ヶ月	10	18.9%	4	11.4%	14	15.9%
2～3ヶ月	9	17.0%	4	11.4%	13	14.8%
4～6ヶ月	18	34.0%	6	17.1%	24	27.3%
7～8ヶ月	2	3.8%			2	2.3%
9ヶ月以上	3	5.7%	1	2.9%	4	4.5%
	53	100%	35	100%	88	100%

80 時間以上の長時間残業者、79 時間以下の残業時間の労働者で大きな相違は、残業が 79 時間以内の労働者は 7 日以内に 31.4%(11)、1 ヶ月以内に 57.1%(20)が発症していたが、80 時間以上の残業者は 1 ヶ月以内に 20.8%(11)を占めていた。

11) 個人の出来事

個人の出来事(6-表11)	80時間以上		79時間以下		合計	%
記載なし・認められない	29	54.7%	23	65.7%	52	59.1%
異性問題	3	5.7%	1	2.9%	4	4.5%
家庭問題	6	11.3%	5	14.3%	11	12.5%
自分の病気	2	3.8%	2	5.7%	4	4.5%
借金・キャンブル	2	3.8%	1	2.9%	3	3.4%
精神科既往	6	11.3%	1	2.9%	7	8.0%
その他	5	9.4%	2	5.7%	7	8.0%
	53	100%	35	100%	88	100.0%

80 時間以上の残業時間、79 時間以下の残業時間で差異は認められない。

12) 症 状

症状(6-表12)	80時間以上		79時間以下		合計	%
軽度の身体症状or精神症状	4	7.5%	3	8.6%	7	8.0%
身体症状・精神症状(軽)	7	13.2%			7	8.0%
身体症状・精神症状(中)	31	58.5%	26	74.3%	57	64.8%
身体症状・精神症状(重)			1	2.9%	1	1.1%
精神症状(軽)	2	3.8%			2	2.3%
精神症状(中)	1	1.9%			1	1.1%
精神症状(重)	7	13.2%	5	14.3%	12	13.6%
精神症状なし(疲弊消耗)	1	1.9%			1	1.1%
	53	100%	35	100.0%	88	100%

80 時間以上の長時間残業者、79 時間以下の残業時間の労働者で大きな相違は、軽度の精神症状を呈した事例が、80 時間以上の長時間労働者に 24.5%(13)が認められ、79 時間以下は 8.6%(3)にすぎなかった。

13) 性格傾向

性格傾向(6-表13)	80時間以上		79時間以下		合計	%
温和、協調性、明るい	5	9.4%	9	25.7%	14	15.9%
記載なし	3	5.7%			3	3.4%
自尊心が強く、自信家、潔癖	3	5.7%	1	2.9%	4	4.5%
真面目、気弱、融通がきかない	10	18.9%	2	5.7%	12	13.6%
誠実、無口、弱音を吐かない	4	7.5%	7	20.0%	11	12.5%
短気、感情の起伏激しい、協調性欠ける	6	11.3%	5	14.3%	11	12.5%
几帳面、真面目、責任感が強い	22	41.5%	11	31.4%	33	37.5%
	53	100%	35	100%	88	100%

80 時間以上の長時間残業者には、「几帳面、真面目、責任感が強い」が 41.5%(22)、「真面目、気弱、融通がきかない」が 18.9%(10)、79 時間以下の残業時間の労働者の性格傾向は「几帳面、真面目、責任感が強い」が 31.4%(11)、「温和、協調性、明るい」が 25.7%(9)であった。

性格傾向は「几帳面、真面目、責任感が強い」が 31.4%(11)、「温和、協調性、明るい」が 25.7%(9)であった。

14) 申請までの診断

申請までの診断(6-表14)	80時間以上	79時間以下	合計	%
急性ストレス反応		3 8.6%	3	3.4%
外傷後ストレス障害		1 2.9%	1	1.1%
うつ状態	11 20.8%	2 5.7%	13	14.8%
うつ病	23 43.4%	14 40.0%	37	42.0%
うつ病、神経症	2 3.8%	5 14.3%	7	8.0%
その他(vaS等)	1 1.9%		1	1.1%
神経症	10 18.9%	5 14.3%	15	17.0%
診断なし	1 1.9%		1	1.1%
他の気分障害	3 5.7%		3	3.4%
適応障害		5 14.3%	5	5.7%
適応障害、自己愛人格	1 1.9%		1	1.1%
反復性うつ病	1 1.9%		1	1.1%
	53 100%	35 100%	88	100%

79 時間以下の労働者には、急性ストレス反応 8.6%(3)、PTSD 2.9%(1)、適応障害 14.3%(5)のストレス関連障害がみられ、80 時間以上の労働者には診断なし 1 例、その他(統合失調症の疑い)1 例、診断なし 1 例、自己愛人格 1 例、

反復性うつ病 1 例がみられていた。両方に多い疾患は、うつ状態、うつ病であり、全事例の 64.8%(57)を占めており、80 時間以上 67.9%(36)、79 時間以下 60%(21)であった。

15) 部会診断

部会診断(6-表15)	80時間以上	79時間以下	合計	%
急性ストレス反応		3 8.6%	3	3.4%
急性ストレス反応、神経症		2 5.7%	2	2.3%
急性ストレス反応、神経症、D		1 2.9%	1	1.1%
外傷後ストレス障害		1 2.9%	1	1.1%
うつ病	28 52.8%	11 31.4%	39	44.3%
重症うつ病	1 1.9%	1 2.9%	2	2.3%
中等うつ病 MDI	12 22.6%	4 11.4%	16	18.2%
他の気分障害	1 1.9%		1	1.1%
神経症	5 9.4%	7 20.0%	12	13.6%
適応障害	1 1.9%		1	1.1%
他	5 9.4%	5 14.3%	10	11.4%
	53 100%	35 100%	88	100%

79 時間以下の労働者に特徴的にみられた疾患は、急性ストレス反応、急性ストレス反応・神経症・うつ病、PTSDで 20%(7)がみられていた。全事例の 66%(51)がうつ病等の気分障害であり、80 時間以上は 79.3%(42)、79 時間以下は 45.7%(16)であった。

IV. 考 察

1. 災害事案・自殺事案・精神事案による分類

平成 19 年度に認定された 258 例の中で災害事案は 81 例(31.4%)、自殺事案 78 例(30.2%)、精神障害事案 99 例(38.4%)であった。

全事例をとおして年齢は 30 代が 35.7%(92)と最も多く、業種は製造業 22.9%(59)、職種は技能職 23.9%(62)、自殺事案では多い職種は管理職が 26.9%を占めた。個人の出来事が認められない事例(不明を含め)は 63.5%(164)であり、出来事から 1 ヶ月以内の発症は 48.4%(125)であったが、災害事案は 1 ヶ月以内の発症は、災害事案全体の 75.3%(61)を占め、同様に自殺事案は 32.1%(25)、精神事案は 39.4%(39)であった。精神科・神経科、心療内科ストレス科を受診した事例は、全体の 60.5%(156)を占めた。自殺事案に関しては、自殺事案全体の 65.4%(51)が、どの診療科も受診していなかった。自殺事案で精神科・神経科、心療内科ストレス科を受診した事例は 19.2%(15)、内科を受診した事例は 11.5%(9)であった。約 8 割は精神科を受診していないということになる。発病前 1 ヶ月間の時間外労働に関して、80 時間以上の時間外労働に従事した労働者は自殺事案全体の 53.8%

(42)であるが、記載なし・不明を除くと、自殺事案全体の 58.3%が 80 時間以上の時間外労働をしていたことになる。出来事の内容に関しては、仕事の内容・量の大きな変化が最も多く、全事例の 26.4%(68)、大きな病気や怪我が 20.5%(53)、職場の人間関係が 12%(31)であった。自殺事案、精神事案の中で最も多いのは、仕事の内容・量の大きな変化でそれぞれ 46.2%(36)、41%(32)であり、自殺事案で次に多いのは配置転換 11.5%(9)、ノルマの未達成 11.5%(9)、精神事案で次に多いのは職場の人間関係 33.%(26)、仕事の失敗 20.5%(16)であった。災害事例では、申請までの病名で多い疾患は、PTSD(外傷後ストレス障害)37.1%(30)、急性ストレス反応 19.7%(16)、自殺事例で多い疾患は、「診断なし」が 71.8%(56)であったが、これは未治療で医療機関を受診していない事例が多いことから窺える。精神事案ではうつ病 39.4%(39)、神経症 17.2%(17)、うつ状態 14.1%(14)であり、精神事案の中で気分障害圏は 66.7%(66)を占めた。災害事案では、PTSD が多く見られたが、部会診断では急性ストレス反応が 44.4%(36)、外傷後ストレス障害は 21%(17)であり、自殺事案では 93.6%(73)が気分障害圏、精神事案でも気分障害圏は 62.6%(62)を占めた。

統計学的(χ^2 二乗分析)に全事例をどうして言えることは、精神疾患発症事例患者の年齢が低く、精神疾患の発生が 50 歳以上に少なく(P 値=0.0152)、自殺事案に関して災害事案、精神事案に比較して既婚者が多く(P 値=0.0007)、管理職の自殺事例が多くみられた(P 値=0.0003)。家族構成(P 値=0.2206)、雇用形態(P 値=0.5912)、精神科既往の有無に差(P 値=0.9918)は見られなかった。災害事例、精神事例に通院歴のある例が多いが、自殺事例では通院歴のない例が半数以上を占めた(P 値<0.0001)。災害事例に温和、協調性、明るい性格が多く、自殺事例に几帳面、まじめな性格が窺えた(P 値<0.0001)。

2. 災害事例

災害事案の中で男性は 35 例(43.2%)、女性は 46 例(56.8%)であった。

災害により中等度の身体外傷による中等度の精神症状を呈した事例が最も多く、全災害事例の 33.3%(27)、特に女性で多いのは、身体疾患がないにもかかわらず中等度の精神症状を呈した事例が女性事例全体 31.4%(11)、また軽度の身体疾患で中等度の精神症状を呈した事例 7 例を加えると、約半分<51.4%(18)>が、身体疾患がないか、もしくは身体疾患が軽度でありながら、中等度の精神症状を呈していた。災害事故から 24 時間以内に発症した事例が圧倒的に多く、全災害事例の 43.2%(35)、女性は女性事例全体の 48.6%(17)、男性は 39.1%(18)であった。体験の内容として、女性は「大きな病気や怪我をした」が多く 54.3%(19)、「重大な労働災害の体験」「悲惨な事故や災害の体験」は次で 44.9%(16)を占めた。男性は「大きな病気や怪我をした」が最も多く 76.1%(35)を占めていた。災害事例の中で申請までの診断名として、最も多い疾患は PTSD であり、全災害事例の 35.8%(29)を占め、女性は女性例の 37.1%(13)、男性も男性例の 36.9%(17)を占めた。急性ストレス反応は全体の 19.7%(16)であった。うつ状態、うつ病も全体の 28.4%(23)を占めた。しかし、精神障害専門部会の精神障害の疾患名の判断は、申請までの診断と比べて急性ストレス反応、神経症が 43.2%(35)

を占め、急性ストレス反応→PTSDは6例、急性ストレス障害→神経症・うつ病は4例、PTSDは18.5%(15)であった。災害に遭遇した当初、急性ストレス反応と判断された事例は55.6%(45)を占めたことになる。うつ病、反復性うつ病、気分感情障害は合わせて16%(13)を占めていた。

次に体験の内容で比較をしてみると、「大きな病気や怪我をした」53例(65.4%)、「悲惨な事故や災害の体験」28例(34.6%)の大きな相違点は、「悲惨な事故や災害の体験」は全事例が、出来事から1ヶ月以内の発症であり、82.1%(23)が24時間以内の発症であった。申請までの診断名に関して、「悲惨な事故や災害の体験」で多い診断名は、急性ストレス反応で46.4%(13)、急性ストレス反応、PTSDを含めると50%(14)、「大きな病気や怪我」で多い診断名はPTSDで45.3%(24)であった。精神障害専門部会で判断された診断名に関して、「悲惨な事故や災害の体験」で多い診断名は、急性ストレス反応で78.6%(22)、「大きな病気や怪我」で多い診断名は急性ストレス反応で34%(18)、急性ストレス反応、PTSDは2名を含めると37.8%(20)であった。「大きな病気や怪我」ではPTSDは28.3%(15)を占めていたが、「悲惨な事故や災害の体験」ではPTSDは2名にすぎず、急性ストレス反応からPTSDへ移行した事例を含めると4名(14.2%)であった。

要約すると、災害事故から24時間以内に発症した事例が圧倒的に多く、前述したように全災害事例の43.2%(35)が当日以内の発症であり、女性は女性事例全体の48.6%(17)を占め、軽度の身体疾患(怪我)にもかかわらず中等度の精神症状を呈した事例が多くみられた。災害事例の中で申請までの診断名として、最も多い疾患はPTSDであり、全災害事例の35.8%(29)を占めたにもかかわらず、精神障害専門部会では、急性ストレス反応は全体の19.7%(16)であり、PTSDは急性ストレス反応から移行した事例も加えると、26%(21)であった。「大きな病気や怪我をした」と「悲惨な事故や災害の体験」の大きな相違点は、「悲惨な事故や災害の体験」は全事例の体験から82.1%(23)が24時間以内の発症であったが、実際に身体的に怪我をした事例よりも身体外傷は軽度にもかかわらず、体験(出来事)から直後に精神症状が惹起していたことが認められ、体験の内容により精神症状が惹起される事例は、直後に反応して精神症状が出現していたことが示唆された。

災害に関わる諸要因に対して χ^2 二乗分析を行ったところ、性別と出来事から発病時期までの関連はない(P値=0.4623)ものの、女性は「悲惨な事故や災害の体験」に関しては、男性よりも出来事から短期間で発病しており有意差が認められた。(P値=0.0002)統計学的に差は見られないものの、うつ病の傾向のある事例で発症までの期間が長い傾向がある可能性が認められ、および温和、協調性、明るい性格、几帳面な性格が早期に発症する可能性が窺えた。

3. 自殺事案

労働時間が特定できない事例(2例)と労災事故等で長期療養後に自殺した事例(7例)を除いた71例に検討を加えた。80時間以上の時間外労働に従事した労働者は45例(63.4%)、79時間以下の労働者は26例(36.6%)であった。80時間以上では管理職33.3%(15)、技能職22.2%

(10)が多く、79時間以下では、管理職が23.1%(6)、専門技術職23.1%(6)、営業職19.2%(5)が多くみられた。80時間以上、79時間以下両方とも製造業が多く、80時間以上では製造業22.2%(10)、建設業15.6%(7)、79時間以下では製造業は26.9%(7)、建設業と小売業が両方とも19.2%(5)であった。出来事から精神障害発病までの期間が1ヶ月以内の事例に関しては、79時間以下は50%(13)、80時間以上は20%(9)であり、差異がみられた。出来事から自殺までの期間が2ヶ月以内の事例は、79時間以下は50%(13)、80時間以上は24.3%(11)であった。全事例の49.3%(35)が出来事から3ヶ月以内に自死に至っていることが明らかになった。精神障害が発病して自殺に至った期間が1ヶ月以内の事例は、79時間以下は53.8%(14)、80時間以上は48.9%(22)であり、発病から2ヶ月以内に自死に至った事例は全事例の76.1%(54)を占めていた。80時間以上、79時間以下共に「仕事の内容・量の変化」が最も多く、それぞれ48.9%(22)、50%(13)であった。80時間以上では次に「ノルマの未達成」で15.6%(7)、79時間以下では「職場の人間関係」で15.4%(4)であった。縊死が圧倒的に多く全事例の64.8%(46)、次に飛び降り・投身が22.5%(16)であり、80時間以上にみられず79時間以下でみられた自殺手段が刃物損傷、轢死であった。実家や自宅で自殺した事例は全事例の45.1%(32)、80時間以上は53.3%(24)、79時間以下は30.8%(8)を占めた。会社、社宅、現場等の会社に関連した場所で死亡した事例は、79時間以下は34.6%(9)、80時間以上は15.6%(7)であった。

診療科を受診してない事例は、全事例の69%(49)、80時間以上は66.7%(30)、79時間以下は73.1%(19)であった。精神科や心療内科を受診していた事例は、16.9%(12)のみであった。食欲不振、全身倦怠感等の身体症状に加え、精神症状が出現した事例は全事例の60.6%(43)を占めた。軽度の精神症状を呈した事例は、全事例の26.8%(19)、重度の精神症状を呈した事例は、5例のみであった。診断なし(精神科受診せず)が最も多く、全事例の76.1%を占めた。うつ病エピソードが最も多く、軽症、中等症、重症などを含めた気分障害は90.1%(64)を占めていた。

自殺事案を要約すると、管理職の自殺が多く<29.6%(21)、縊死自殺は全体の64.8%(46)を占めた。全事例の49.3%(35)が出来事から3ヶ月以内に自死に至っており、出来事から精神障害発病までが1ヶ月以内の事例は、79時間以下は50%(13)、80時間以上は20%(9)であり、差異がみられた。出来事から自殺までの期間に関しても、出来事から2ヶ月以内の事例は、79時間以下は50%(13)、80時間以上は24.3%(11)であり、差異が認められた。すなわち、残業時間が79時間以下の方が80時間以上に比較して、出来事から早期に発病し、発病してから早期に自死に至っていることが明らかになった。

自殺事案の説明してきた諸要因に対して χ^2 乗分析を行ったところ、中年に「仕事の内容・量の変化」を伴う事例が多く(P値=0.0013)、出来事から発病時期までの期間に関する分析では、仕事の失敗による自殺は、出来事から短期間で起こっており、仕事の量による自殺はやや期間がたってから起こる傾向が認められた。(p値=0.0315)、残業時間と精神疾患発症に関して、発病前1ヶ月の残業時間と出来事～発病時期に関して分析したところ、残業時間と出来事から発症までの時間に関連は認められず(p値=0.4755)、むしろ残業時間が長い方

が発病までの期間が長い傾向が認められた。

発病前1ヶ月の残業時間と発症から自殺までの期間に関する分析したところ、残業時間と発症から自殺までの期間に関連はなく、同様に残業時間と出来事から自殺までの期間にも関連性は認められず、また3ヶ月の残業の平均、6ヶ月の残業の平均に対しても、関連性は見いだされなかった(p値=0.4755)。仕事の失敗・過重な責任の発生による自殺は、発症から自殺までの期間は残業時間によらず、短期間に事例が発生し、出来事から自殺までの期間は、残業時間が49時間以内と短いと、出来事から自殺までの期間が長い傾向が示唆された。出来事の類型が「仕事の内容・量の変化」の場合、発症から自殺までの期間が仕事の失敗に比べて長くなる傾向があり、残業時間が短い方が、出来事から自殺までの期間が短い傾向が示唆された。精神科既往と発症～自殺までの期間に関する分析したところ、精神科既往の有無で出来事から発症、出来事から自殺までの期間に差は見られず、また、発症から自殺までの期間は、精神疾患既往のある人で短い人が多かったが有意ではなかった(p値=0.9757)。出来事から発病時期までの期間に関する分析では、仕事の失敗・過重な責任の発生による自殺は、出来事から短期間で起こり、仕事の量による自殺はやや期間がたってから起こる傾向があることが認められた(p値=0.0315)。発症から自殺までの期間に関する分析では、有意差はないが、仕事の失敗・過重な責任の発生事例で、発症から自殺までの期間が短い傾向があり、出来事～自殺までの期間に関する分析では、仕事の失敗・過重な責任の発生事例で、出来事から自殺までの期間が短く、「仕事の内容・量の変化」事例で、出来事から自殺までの期間が長い傾向が認められた(p値=0.0005*)。

出来事からイベントまでの決定木分析(山村研究員)によると、長時間残業がある事例で、出来事から発症までの時間が長くなっている。しかし、その内容をみると、仕事の失敗・過重な責任の発生を含む事例で、出来事から発症までの時間が短く、長時間残業がある事例では平均67日、長時間残業がない場合は、平均96日、さらに精神科の既往歴があると自殺までの期間が短くなる傾向が伺える。発症から自殺までの期間は、長時間残業の有無で異なり、長時間残業がある事例で発症から自殺までの期間が長くなっている。長時間残業がない事例では、年齢が53歳以下で、仕事の失敗・過重な責任の発生事例で発症から自殺までの期間が短い(平均約19日)。長時間残業がある場合でも仕事の失敗・過重な責任の発生事例で、発症から自殺までの期間が短くなっている(平均約25日)。

岸³⁾は(自殺念慮・自殺企図：診断と治療、91巻No8、1328～1332、2003)、「自殺企図に至る3つの要因、生物学的biological、心理社会的psychological、社会socialな面が絡み合って自殺企図あるいは自殺念慮が生じる。Biologicalなものとしては精神疾患への脆弱性が挙げられる。Socialなものとしては経済的な困難などが挙げられ、biologicalな要因と絡み合い脆弱性のある人に精神症状を引き起こす。Psychologicalな要因としては性格傾向、問題が生じた時の処理方法、セルフ・イメージなどが挙げられ、Socialな要因がどの程度Biologicalな脆弱性に影響を与えているかを決定し、症状の発現に寄与している。こ認定事例は業務上の出来事から早期に発症し、発病すると非認定事例に比べ早期に死亡することが明らかになった。

これら3つの要因が絡み合い自殺という行動が生じる…」とその背景に関して述べているが、自殺は、これら3つの要因が絡み合って自殺という行動が起こりうることを再認識すべきである。出来事と精神障害発症の因果関係に関する調査報告(分担研究)黒木宣夫⁴⁵⁾によると、100時間以上の時間外労働者と99時間以内の時間外労働者を比較検討し、100時間以上の時間外労働者は6ヶ月以内に96%(26例)が発病しているのに対し、99時間以内の時間外労働者は71%(17)の発病であり、出来事から発病までの期間に関して平均値の差の検定を行ったところ、100時間以上の労働者は99時間以内の労働者に比較して発病までの期間が短いという結果が得られた。平成19年度の厚生科学研究<某機関に請求された事例123例(過去8年間)の認定事例、非認定事例に分類した検討⁶⁾>では認定事例は業務上の出来事から早期に発症し、発病すると非認定事例に比べ早期に死亡することが報告された。今回の調査は、労働安全衛生法で面接指導が努力義務とされている時間外労働月80時間を境に比較検討を加え、統計学的検定を行った。山村研究員によると発症から自殺までの期間に関する分析では、仕事の失敗事例で、出来事から自殺までの期間が短く、「仕事の内容・量の変化」事例で、出来事から自殺までの期間が長い傾向が認められた。(p値=0.0005*)また、出来事からイベントまでの決定木分析では、発症から自殺までの期間は、長時間残業の有無で異なり、長時間残業がある場合でも仕事の失敗・過重な責任の発生事例で、発症から自殺までの期間が短くなっており、さらに精神科の既往歴があると自殺までの期間が短くなる傾向が伺えた。仕事の質・量の変化による事例では、精神科既往があると、自殺までの期間が短くなる(平均約37日)傾向が見られた。

労災認定された自殺事案の検討では、重症のうつ病に陥った事例が自死に至っているということではなく、特に認定事例に関しては軽症～中等度のうつ病事例が、誰にも相談することなく精根尽き果て業務による身体疲労や閉塞状況の中で自死に至る傾向が強いように思われた。しかし、自死をいつから決意し、決行に移そうといつから考えていたのか、ということについては推測するしかないが、「うつ病」の精神症状としての希死念慮が事例の中に出現していたことは間違いがないと思われる。自殺の労災認定事例の76.1%が精神科を受診していないことを考えると、精神障害と発症時期、さらに心理負荷となった出来事との関係の検討をさらに重ねる必要があると思われる。

4. 精神障害事案

精神障害事案の中で男性は53例(60.2%)、女性は35例(39.8%)であり、同事案を性別に比較してみると、男性で多いのは専門技術職21.4%(15)、技能職18.6%(13)、管理職14.3%(10)、女性では事務職が34.5%(10)、専門技術職20.7%(6)であった。80時間以上の労働者は、残業時間の不明な労働者を除いて計算すると、男性の66.7%(40)、女性は40.7%(11)、全体の58.6%(51)が80時間以上の時間外労働に従事していた。男性は中等度の精神症状を呈する労働者が多く57.1%(40)、女性は軽度の精神症状が44.8%(13)を占めていた。男性、女性ともに多い性格傾向は、「几帳面、真面目、責任感が強い」で、男性35.7%(25)、女性37.9%(11)、

男性は次に「真面目、気弱、融通がきかない」20%(14)、女性は「短気、感情の起伏激しい、協調性欠ける」と「温和、協調性、明るい」がそれぞれ20.7%(6)を占めていた。出来事から2ヶ月以内の発病は、全体の53.3%(53)、男性は55.7%(39)、女性は48.3%(14)、また女性に比べ男性は、7ヶ月以後の発病もみられたが、昇格は8ヶ月前であるが、最近6ヶ月間の時間外労働をみると、恒常的な長時間残業が発生し、仕事の量が大幅に増えた結果、認定されている事例がみられた。出来事の内容で、男性で多いのは「仕事の内容・量の大きな変化」34.3%(24)、女性で多いのは「職場の人間関係」27.6%(11)であった。個人の出来事は「記載なし・認められない」が男女とも多く、全事例の59.6%(59)であった。申請までの診断名では、うつ病・うつ状態は全事例の66.7%(66)を占めていたが、精神障害専門部会で最も多く判断された診断名は、うつ病であり、全事例の62.6%(62)を占めていた。

80時間以上の時間外労働に従事した労働者は53例(60.2%)、79時間以下の労働者は35例(39.8%)であった。80時間以上の長時間労働者に多い職種は、専門技術職22.6%(12)、営業職18.9%(10)、管理職15.1%(8)であり、79時間残業者に多い職種は、技能職20%(7)、事務職20%(7)、専門技術職17.1%(6)であった。80時間以上の長時間労働者に多い業種は卸小売業、接客業がそれぞれ、15.1%(8)であり、次に建設業、人材派遣がそれぞれ13.2%(7)であり、79時間以下の残業者は、製造業20%(7)、卸小売業14.3%(5)、交通運輸業11.4%(4)であった。80時間以上の長時間残業者の事例で多いのは、「仕事の内容・量の大きな変化」で43.4%(23)、次に「職場の人間関係」24.5%(13)であり、79時間以下の残業者は、「職場の人間関係」31.4%(11)、仕事の失敗22.9%(8)、「仕事の内容・量の大きな変化」20%(7)であった。1ヶ月以内の発症に関して、残業が79時間以内の労働者は、57.1%(20)であったが、80時間以上の残業者は20.8%(11)を占めていた。また80時間以上の長時間残業者、79時間以下の残業時間の労働者で大きな相違は、軽度の精神症状を呈した事例が、80時間以上の長時間労働者に24.5%(13)が認められ、79時間以下は8.6%(3)にすぎなかった。80時間以上の長時間残業者には、「几帳面、真面目、責任感が強い」41.5%(22)、「真面目、気弱、融通がきかない」18.9%(10)、79時間以下の残業時間の労働者の性格傾向は「几帳面、真面目、責任感が強い」31.4%(11)、「温和、協調性、明るい」が25.7%(9)であった。申請までの診断に関しては、79時間以下の労働者には、急性ストレス反応8.6%(3)、PTSD2.9%(1)、適応障害14.3%(5)のストレス関連障害がみられ、80時間以上の労働者には診断なし1例、その他(統合失調症の疑い)1例、自己愛人格1例、反復性うつ病1例がみられていた。両方に多い疾患は、うつ状態、うつ病であり、全事例の64.8%(57)を占めており、80時間以上67.9%(36)、79時間以下60%(21)であった。精神障害専門部会では79時間以下の労働者に特徴的にみられた疾患は、急性ストレス反応、急性ストレス反応・神経症・うつ病、PTSDが20%(7)みられていた。全事例の66%(51)がうつ病等の気分障害であり、80時間以上は79.3%(42)、79時間以下は45.7%(16)であった。

精神事案の発症要因に関して χ^2 乗検定を行ったところ、事例の出来事の類型に関する分析では、女性が対人関係のトラブルで発症した割合が高く(P値=0.0408)、出来事から発病時

期に関する分析では、仕事の失敗による事例が短期間で発症していることが明らかになった(P値=0.0003)。発病前1ヶ月の残業時間と出来事～発病時期に対する分析では、残業時間が長い方が出来事から発症までの時間が長い傾向(P値=0.0407)があり、80時間以上の長時間残業の有無と出来事から発病時期に対する分析では、長時間残業がある方が出来事から発症までの期間が長いことが明らかになった。(P値=0.0037) 病気と出来事の類型に関する分析では、申請までの診断が、うつ病と診断されていた事例の場合に仕事の量の変化によって発症している傾向があり、同様に神経症と診断されていた人は仕事の失敗や対人関係のトラブルで発症する傾向があった(P値=0.0354)。出来事から発症までの期間(日数)の出来事からイベントまでの決定木分析(山村)によると、精神事例に関しては、発症までの時間に長時間残業が影響しているが、長時間残業がある方が発症までの期間が長くなっている。長時間残業がない場合には、出来事の類型で、発症までの時間は異なり、男性において、仕事の失敗・過重な責任の事例で、発症までの期間が短くなっている。長時間残業がある事例では、類型として、仕事の失敗・過重な責任の発生で、33歳以上の事例で発症までの期間が長くなっており、発症の背景にはさらに検討が必要である。

V. おわりに

平成19年度の労災認定事案258例を災害事案81例(大きな病気や怪我、悲惨な事故や災害の体験事例)、自殺事案78例、精神障害事案99例に分類して検討を加えた。さらに災害時案は、性別(男46例、女35例)、大きな病気や怪我した体験53例と悲惨な事故や災害の体験28例との比較を行い、自殺事案は80時間以上の時間外労働に従事した労働者45例と79時間以下の労働者26例に分類、精神障害事案は性別(男70例、女29例)、80時間以上の時間外労働に従事した労働者53例と79時間以下の労働者35例に分類して検討を加えた。

【文 献】

- 1) 労働省労働基準局補償課職業病認定対策室：心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針について、1999、9.
- 2) 厚生労働省：労働安全衛生法等の一部改正(平成17年法律第108号)2006.1
- 3) 岸泰宏：自殺念慮・自殺企図：診断と治療、91巻No8、1328～1332、2003.
- 4) 黒木宣夫：第3章、出来事と精神障害発症の因果関係に関する調査報告(分担研究)、57～84、精神障害を引き起こすストレスに関する研究、日本産業精神保健学会、高田島、平成18年度委託研究、平成19年3月
- 5) 黒木宣夫：「長時間残業と精神疾患発症との因果関係に関する研究」－労災認定された自殺事案における長時間残業の調査－厚生労働科学研究費補助金(平成15年度「災害科学に関する研究」) 161～220.2004.

- 6) 黒木宣夫：「労災請求された自殺事例の分析」厚生労働科学研究費補助金（平成 19 年度：
主任研究者：島悟） 2008. 3

精神障害に係るストレスと発症時期等に関する調査研究－2

城西国際大学薬学部医療薬学科

臨床統計学講座

山村 重雄

統計学的検討は、全体的な傾向を調査するために探索的に行い、有意性の検討に多重性の考慮はしていない。平均値の差の検定にはt検定またはウィルコクソンの順位和検定で行った。比率の検定は、 χ^2 検定で行った。p<0.05を有意傾向としているが、多重性を考慮していないので、判断には留意いただきたい。なお、総事例数と各分析での総数が異なる場合は、欠側値の存在を意味する。

検定結果だけでなく、全体の様子を表すのにモザイク図が有用と思われる場合はモザイク図も併記した。解析にはJMP Ver. 8.0 (SASインスティテュート・ジャパン)を用いた。

1. 災害事例、自殺事例、精神障害事例間の背景の違いに関する検討

1 事例数

分類	事例数
災害	81
自殺	78
精神	99

1.1 事例分類ごとの背景因子

1.1.1 年齢

分類	事例数	平均	標準誤差	下側95%	上側95%
災害	81	39.1605	1.1815	36.834	41.487
自殺	78	41.6923	1.2040	39.321	44.063
精神	98	34.9286	1.0742	32.813	37.044

検定 (Tukeyの方法)

水準	- 水準	差	差の標準誤差	下側信頼限界	上側信頼限界	p値
自殺	精神	6.763736	1.613566	2.95959	10.56788	0.0001*
災害	精神	4.231922	1.596841	0.46721	7.99664	0.0232*
自殺	災害	2.531814	1.686939	-1.44532	6.50894	0.2922

精神疾患発症事例患者の年齢が低い。

1. 1. 2 年齢層

度数 行%	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～	
災害	0 0.00	17 20.99	31 38.27	16 19.75	13 16.05	3 3.70	1 1.23	81
自殺	0 0.00	14 17.95	20 25.64	22 28.21	18 23.08	3 3.85	1 1.28	78
精神	1 1.02	27 27.55	41 41.84	25 25.51	3 3.06	1 1.02	0 0.00	98
	1	58	92	63	34	7	2	257

検定 (χ^2 検定)

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	24.922	0.0152*

精神疾患の発生が50歳以上に少ない。

1. 1. 3 性別

度数 行%	女	男	
災害	35 43.21	46 56.79	81
自殺	1 1.28	77 98.72	78
精神	29 29.29	70 70.71	99

	65	193	258
--	----	-----	-----

検定 (χ^2 検定)

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	38.497	<.0001*

女性の自殺事例が少ない。(女性の自殺事例は一例のみである)

1. 1. 4 家族構成

度数 行%	単身	同居人 有り	夫婦	二世 代	三世 代	四世 代	
災害	9 12.68	0 0.00	12 16.90	40 56.34	8 11.27	2 2.82	71
自殺	15 19.48	2 2.60	8 10.39	36 46.75	14 18.18	2 2.60	77
精神	25 25.25	5 5.05	8 8.08	47 47.47	13 13.13	1 1.01	99
	49	7	28	123	35	5	247

検定 (χ^2 検定)

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	13.054	0.2206

事例分類によって家族構成に差は見られない。

1. 1. 5 既婚・未婚

度数 行%	既婚	独身	離婚	
災害	45 62.50	21 29.17	6 8.33	72
自殺	54 70.13	21 27.27	2 2.60	77
精神	40 40.40	52 52.53	7 7.07	99
	139	94	15	248

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	19.221	0.0007*

自殺事例に既婚者が多く、精神事例に独身者が多い。

1. 1. 6 転職回数

水準	数	平均	標準誤差	下側95%	上側95%
災害	72	2.06944	0.25533	1.5665	2.5724
自殺	78	1.52564	0.24532	1.0424	2.0089
精神	97	1.86598	0.21998	1.4327	2.2993

Tukey-KramerのHSD検定を使ったすべてのペアの比較

水準	- 水準	差	差の標準誤差	下側信頼限界	上側信頼限界	p値
災害	自殺	0.5438034	0.3540854	-0.291190	1.378797	0.2760
精神	自殺	0.3403384	0.3295048	-0.436690	1.117367	0.5569
災害	精神	0.2034651	0.3370289	-0.591306	0.998236	0.8182

Wilcoxon/Kruskal-Wallisの検定(順位和)

水準	度数	スコア和	スコア平均	(平均-平均0)/標準偏差0
災害	72	9817.50	136.354	1.802
自殺	78	8571.00	109.885	-2.181
精神	97	12239.5	126.180	0.398

一元配置検定(カイ2乗近似)

カイ2乗	自由度	p値 (Prob>ChiSq)
5.6575	2	0.0591

事例分類によらず、転職回数に差は見られない。

1. 1. 7 在職期間

水準	数	平均	標準誤差	下側95%	上側95%
災害	79	79.304	10.902	57.83	100.77
自殺	78	133.064	10.972	111.46	154.67
精神	99	83.374	9.739	64.19	102.55

平均の比較Tukey-KramerのHSD検定を使ったすべてのペアの比較

水準	- 水準	差	差の標準誤差	下側信頼限界	上側信頼限界	p値
自殺	災害	53.76031	15.46693	17.2946	90.22600	0.0017*
自殺	精神	49.69037	14.67023	15.1030	84.27772	0.0024*
精神	災害	4.06994	14.61820	-30.3948	38.53463	0.9582

Wilcoxon/Kruskal-Wallisの検定(順位和)

水準	度数	スコア和	スコア平均	(平均-平均0)/標準偏差
				0
災害	79	9017.50	114.146	-2.071
自殺	78	11724.0	150.308	3.119
精神	99	12154.5	122.773	-0.982

一元配置検定(カイ2乗近似)

カイ2乗	自由度	p値(Prob>ChiSq)
10.3284	2	0.0057*

自殺事例の在職期間が長い

1.1.8 職種

度数 行%	管理 職	営業職	技能 職	事務 職	販売 職	専門 技術 職	運転 手	看 護・ 介護 職	教 職	清掃 業	保育 士	その 他	
災害	1 1.23	5 6.17	31 38.2 7	5 6.17	4 4.94	16 19.7 5	11 13.5 8	3 3.70	1 1.23	0 0.00	2 2.47	2 2.47	81
自殺	21 26.92	11 14.10	16 20.5 1	9 11.5 4	2 2.56	14 17.9 5	4 5.13	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 1.28	78
精神	12 12.12	14 14.14	16 16.1 6	13 13.1 3	9 9.09	21 21.2 1	7 7.07	3 3.03	1 1.01	1 1.01	0 0.00	2 2.02	99
	34	30	63	27	15	51	22	6	2	1	2	5	258

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	52.026	0.0003*

管理職の自殺事例が多い。

1. 1. 9 雇用形態

度数 行%	正規	非正規	
災害	47 88.68	6 11.32	53
自殺	60 93.75	4 6.25	64
精神	73 92.41	6 7.59	79
	180	16	196

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	1.051	0.5912

事例分類によって雇用形態に違いはない。

1. 1. 10 出来事から発症までの期間

度数 行%	1日以内	2～3日	4～7日	1週～1 ヶ月	1～2 ヶ月	2～3 ヶ月	4～6 ヶ月	7～12 ヶ月	1年以上	
災害	35 43.21	2 2.47	8 9.88	16 19.75	0 0.00	8 9.88	9 11.11	2 2.47	1 1.23	81
自殺	3 3.85	1 1.28	6 7.69	15 19.23	12 15.38	15 19.23	23 29.49	2 2.56	1 1.28	78
精神	16 16.16	0 0.00	2 2.02	21 21.21	14 14.14	14 14.14	24 24.24	3 3.03	5 5.05	99
	54	3	16	52	26	37	56	7	7	258

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	62.789	<.0001*

災害事象の発症時期が短い人が多い。

1. 1. 1. 1 出来事から発症までの日数

各水準の平均

水準	数	平均	標準誤差	下側95%	上側95%
災害	81	41.1481	11.541	18.421	63.88
自殺	78	92.5641	11.761	69.404	115.72
精神	99	93.6364	10.439	73.079	114.19

Tukey-KramerのHSD検定を使ったすべてのペアの比較

水準	- 水準	差	差の標準誤差	下側信頼限界	上側信頼限界	p値
精神	災害	52.48822	15.56165	15.8009	89.17554	0.0025*
自殺	災害	51.41595	16.47738	12.5697	90.26216	0.0057*
精神	自殺	1.07226	15.72538	-36.0011	38.14559	0.9974

Wilcoxon/Kruskal-Wallisの検定(順位和)

水準	度数	スコア和	スコア平均	(平均-平均0)/標準偏差
				0
災害	81	7001.50	86.438	-6.287
自殺	78	12136.5	155.596	3.707
精神	99	14273.0	144.172	2.498

一元配置検定(カイ2乗近似)

カイ2乗	自由度	p値 (Prob>ChiSq)
40.5700	2	<.0001*

災害事例の発症までの日数が短い。

1. 1. 1. 2 類型の種類

度数	仕事の	事故や	仕事の量	地位役割	上司との	身分の	対人関係の	その他	
行%	失敗	災害	の変化	の変化	トラブル	変化	トラブル		
災害	0	81	0	0	0	0	0	0	81
	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	

自殺	18 23.08	5 6.41	37 47.44	9 11.54	0 0.00	4 5.13	4 5.13	1 1.28	78
精神	21 21.21	0 0.00	43 43.43	10 10.10	1 1.01	8 8.08	15 15.15	1 1.01	99
	39	86	80	19	1	12	19	2	258

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	245.081	<.0001*

災害事例が事故や災害による事例が多いが、自殺事例、精神事例には差が見られない。

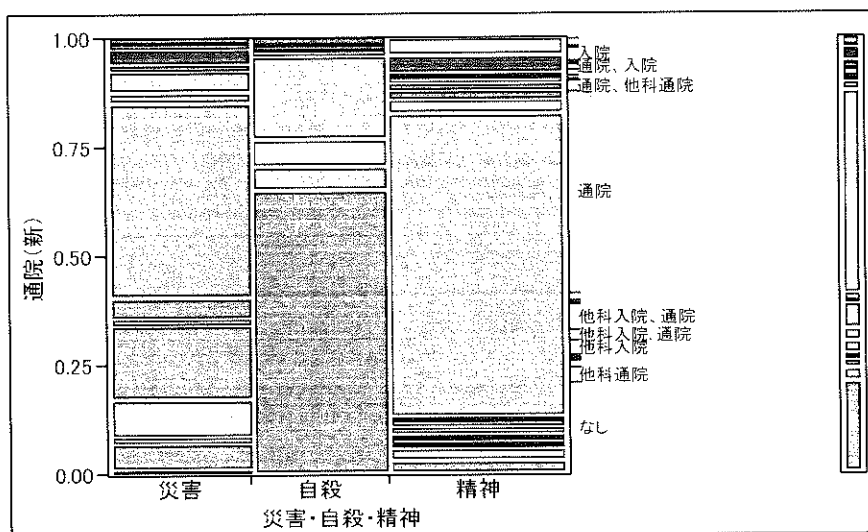
1. 1. 1 3 精神科既往歴

度数 行%	あり	なし	
災害	10 13.70	63 86.30	73
自殺	10 12.99	67 87.01	77
精神	12 13.33	78 86.67	90
	32	208	240

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	0.016	0.9918

事例分類によって精神科既往の有無に差は見られない。

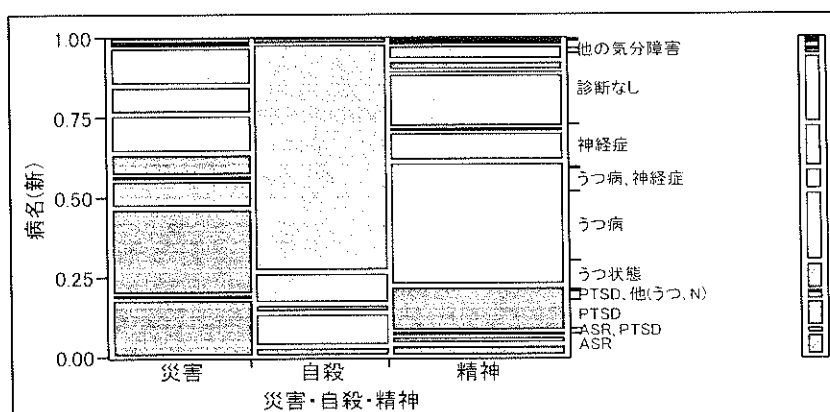
1. 1. 14 通院履歴



検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	237.698	<.0001*

災害事例、精神事例に通院歴のある例が多いが、自殺事例では通院歴のない例が半数以上をしめる。

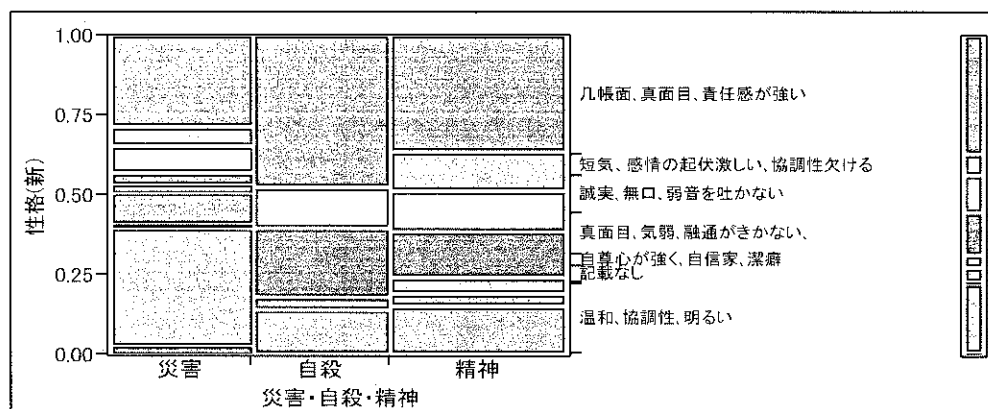
1. 1. 15 病名による違い



検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	254.572	<.0001*

災害事例にPTSDが多く、自殺事例では病名なし、精神事例ではうつ病の例の割合が高い。

1. 1. 16 性格



度数 行%	その他	温和、協 調性、明 るい	完璧主 義、几帳 面、責任 感強い	記載 なし	自尊心が 強く、自 信家、潔 癖	真面目、 気弱、融 通がきか ない、	誠実、無 口、弱音 を吐か ない	短気、感情 の起伏激 しい、協調 性欠ける	几帳面、 真面目、 責任感 が強い	
災害	2 2.47	30 37.04	1 1.23	8 9.88	2 2.47	3 3.70	7 8.64	5 6.17	23 28.40	81
自殺	0 0.00	11 14.10	0 0.00	0 0.00	3 3.85	17 21.79	10 12.82	0 0.00	37 47.44	78
精神	0 0.00	15 15.15	0 0.00	4 4.04	5 5.05	14 14.14	13 13.13	12 12.12	36 36.36	99
	2	56	1	12	10	34	30	17	96	258

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	53.145	<.0001*

災害事例に温和、協調性、明るい性格が多く、自殺事例に几帳面、まじめな性格が窺える。

2. 災害事例の解析結果

2. 1 性別－年齢層に対する分析

度数 行%	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～	
女	12 34.29	12 34.29	5 14.29	5 14.29	1 2.86	0 0.00	35
男	5 10.87	19 41.30	11 23.91	8 17.39	2 4.35	1 2.17	46
	17	31	16	13	3	1	81

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	7.381	0.1938

年齢層と性別に関連はない。

2. 2 性別－出来事から発病時期に対する分析

度数 行%	1日以内	2～3日	4～7日	1週 ～1 ヶ月	2～3 ヶ月	4～6 ヶ月	7～ 12ヶ 月	1年以上	
女	17 48.57	0 0.00	4 11.43	9 25.7 1	2 5.71	2 5.71	1 2.86	0 0.00	35
男	18 39.13	2 4.35	4 8.70	7 15.2 2	6 13.0 4	7 15.2 2	1 2.17	1 2.17	46
	35	2	8	16	8	9	2	1	81

検定	カイ2乗	P値(Prob>ChiSq)
Pearson	6.686	0.4623

性別と出来事～発病時期までの関連はない。

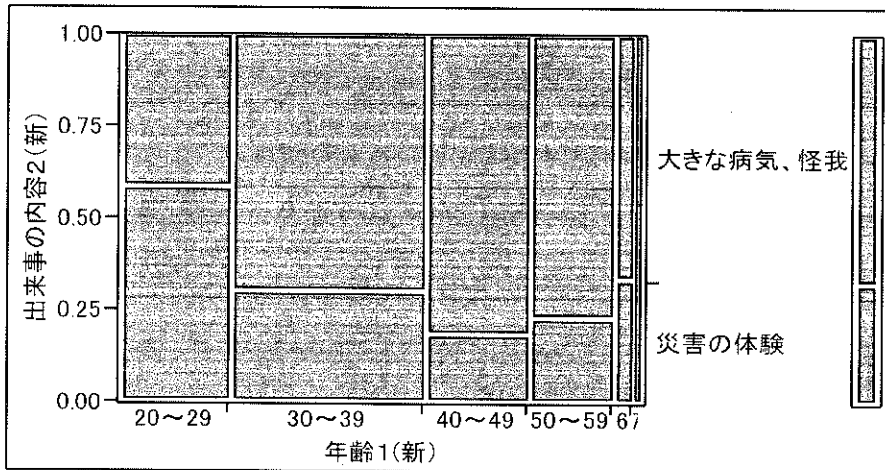
2.3 出来事の内容（悲惨な事故や災害の体験と重大な労働災害の体験を災害の体験とした）－出来事から発病時期に対する分析

度数 行%	1日以内	2～3日	4～7日	1週～1 ヶ月	2～3ヶ 月	4～6ヶ 月	7～12 ヶ月	1年以 上	
災害の体験	22 84.62	0 0.00	1 3.85	3 11.54	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	26
大きな病気、怪我	13 4.07	2 3.70	7 12.96	12 22.22	8 14.81	9 16.67	2 3.70	1 1.85	54
	35	2	8	15	8	9	2	1	80

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	27.823	0.0002*

災害の経験事例では短期間で発症している。男女差は見られなかった。

2.4 年齢層－出来事の内容（悲惨な事故や災害の体験と重大な労働災害の体験を災害の体験とした）に対する分析



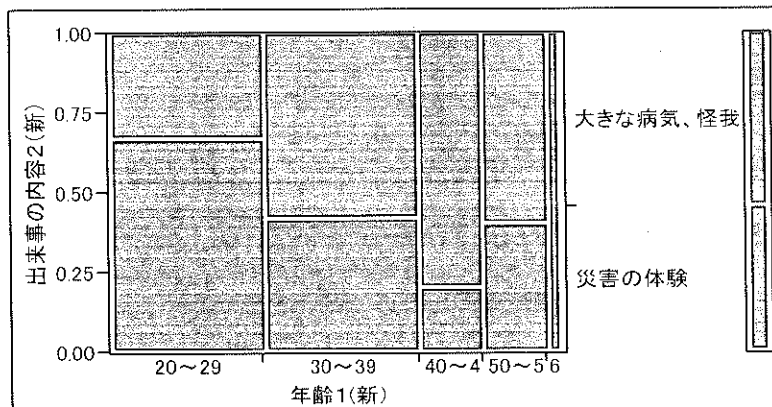
度数 行%	災害の体験	大きな病気、怪 我	
20～29	10 58.82	7 41.18	17
30～39	9	21	30

	30.00	70.00	
40～49	3 18.75	13 81.25	16
50～59	3 23.08	10 76.92	13
60～69	1 33.33	2 66.67	3
70～	0 0.00	1 100.00	1
	26	54	80

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	7.843	0.1651

有意差はないが、災害の体験で発症している人は若年層にやや多い傾向がありそうである。

2.4.1 年齢層と出来事の内容の関係に関する分析性別により層別解析(性別=女)

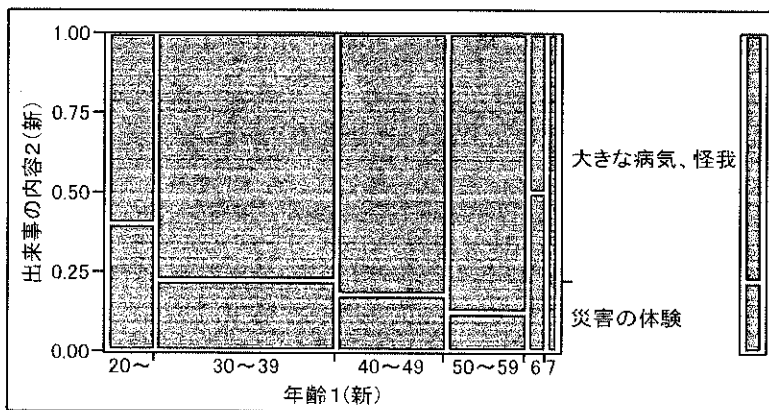


度数	災害の体験	大きな病気、怪我	
行%		我	
20～29	8 66.67	4 33.33	12

30～39	5 41.67	7 58.33	12
40～49	1 20.00	4 80.00	5
50～59	2 40.00	3 60.00	5
60～69	0 0.00	1 100.00	1
	16	19	35

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	4.442	0.3495

2.4.2 年齢層と出来事の内容の関係に関する分析性別により層別解析(性別=男)



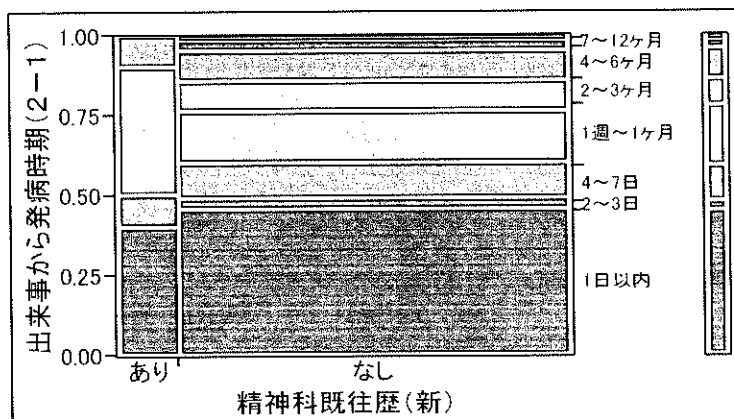
度数 行%	災害の体験	大きな病気、怪 我	
20～29	2 40.00	3 60.00	5
30～39	4 22.22	14 77.78	18
40～49	2	9	11

	18.18	81.82	
50～59	1 12.50	7 87.50	8
60～69	1 50.00	1 50.00	2
70～	0 0.00	1 100.00	1
	10	35	45

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	2.634	0.7562

女性の中年層で、大きな病気や怪我を事例とする例が多い傾向である（有意差はなし）が、男性では年齢の効果は少ない。

2.5 精神科の既往と出来事と発症時間までの期間に関する分析



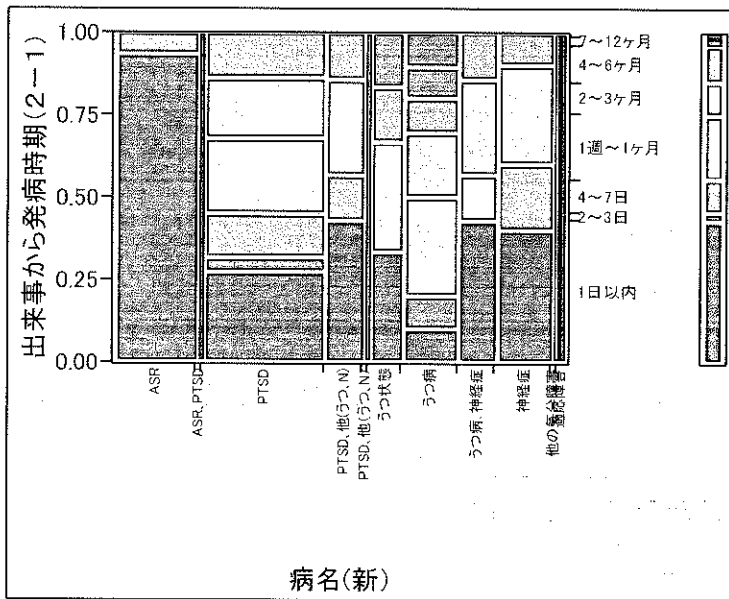
度数	1日以内	2～3日	4～7日	1週～1ヶ月	2～3ヶ月	4～6ヶ月	7～12ヶ月	1年以上	
あり	4 40.00	0 0.00	1 10.00	4 40.00	0 0.00	1 10.00	0 0.00	0 0.00	10
なし	29 46.03	2 3.17	7 11.11	10 15.87	6 9.52	6 9.52	2 3.17	1 1.59	63

	33	2	8	14	6	7	2	1	73
--	----	---	---	----	---	---	---	---	----

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	4.447	0.7271

精神科の既往と発症時期には関連がない。

2. 6 病名と出来事から発症までの期間に関する分析 (全災害事例)



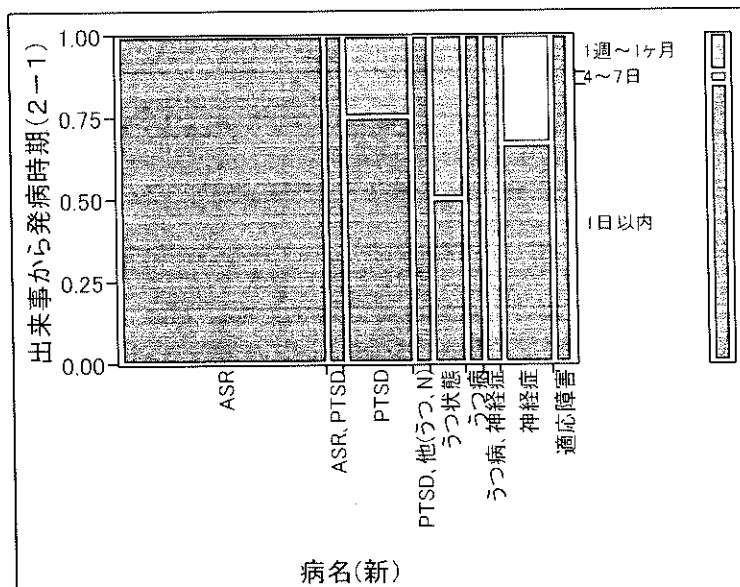
度数	1日以内	2~3日	4~7日	1週~1ヶ月	2~3ヶ月	4~6ヶ月	7~12ヶ月	1年以上	
ASR	14	0	1	0	0	0	0	0	15
	93.33	0.00	6.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
ASR, PTSD	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
PTSD	6	1	3	5	4	3	0	0	22
	27.27	4.55	13.64	22.73	18.18	13.64	0.00	0.00	
PTSD, 他(うつ、N)	3	0	1	2	0	1	0	0	7
	42.86	0.00	14.29	28.57	0.00	14.29	0.00	0.00	
PTSD, 他(うつ、N)	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	

うつ状態	2 33.33	0 0.00	0 0.00	2 33.33	0 0.00	1 16.67	1 16.67	0 0.00	6
うつ病	1 10.00	1 10.00	0 0.00	3 30.00	2 20.00	1 10.00	1 10.00	1 10.00	10
うつ病、神経症	3 42.86	0 0.00	0 0.00	1 14.29	2 28.57	1 14.29	0 0.00	0 0.00	7
神経症	4 40.00	0 0.00	2 20.00	3 30.00	0 0.00	1 10.00	0 0.00	0 0.00	10
他の気分障害	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00	0 0.00	0 0.00	1
適応障害	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1
	35	2	8	16	8	9	2	1	81

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	71.922	0.4140

うつ病の傾向のある事例で発症までの期間が長い可能性が窺える。

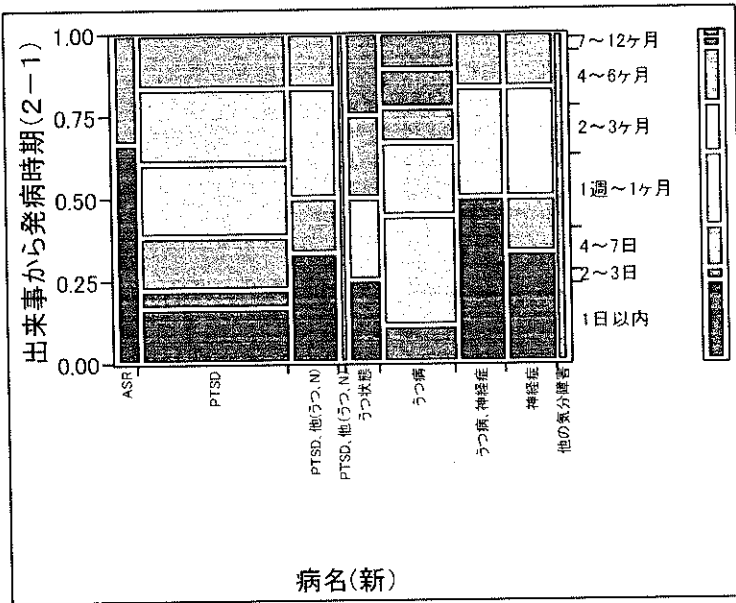
2.6.1 病名と出来事から発症までの期間に関する分析（層別解析：災害の体験事例）



度数 行%	1日以内	4~7日	1週~1ヶ月	
ASR	12 100.00	0 0.00	0 0.00	12
ASR、PTSD	1 100.00	0 0.00	0 0.00	1
PTSD	3 75.00	0 0.00	1 25.00	4
PTSD、他(うつ、 N)	1 100.00	0 0.00	0 0.00	1
うつ状態	1 50.00	0 0.00	1 50.00	2
うつ病	1 100.00	0 0.00	0 0.00	1
うつ病、神経症	0 0.00	0 0.00	1 100.00	1
神経症	2 66.67	1 33.33	0 0.00	3
適応障害	1 100.00	0 0.00	0 0.00	1
	22	1	3	26

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	21.568	0.1577

大きな病気、怪我の経験



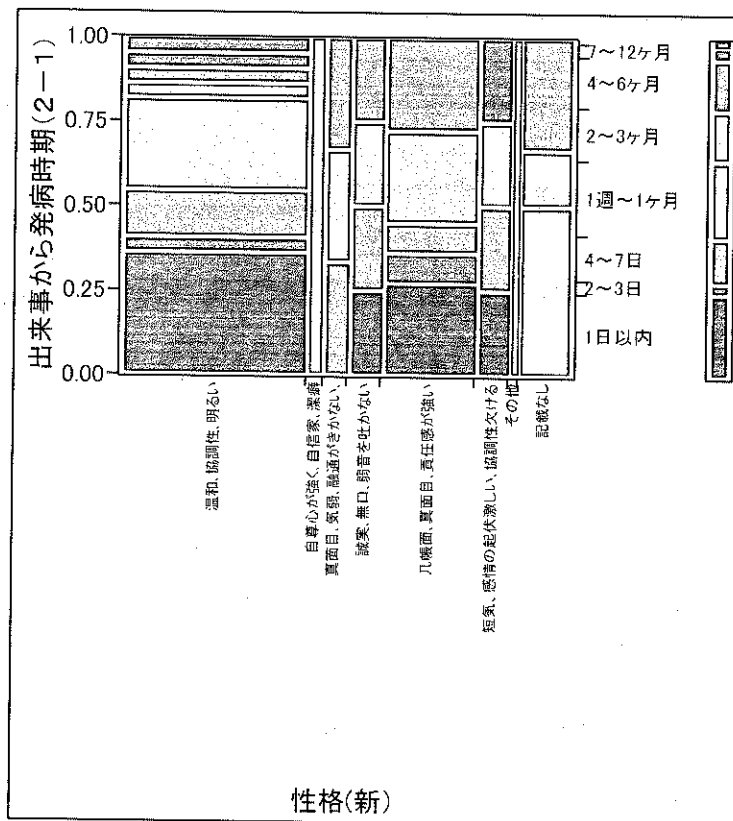
度数 行%	1日以 内	2～3日	4～7日	1週～1 ヶ月	2～3ヶ 月	4～6ヶ 月	7～12ヶ 月	1年以上	
ASR	2 66.67	0 0.00	1 33.33	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	3
PTSD	3 16.67	1 5.56	3 16.67	4 22.22	4 22.22	3 16.67	0 0.00	0 0.00	18
PTSD、他(うつ、N)	2 33.33	0 0.00	1 16.67	2 33.33	0 0.00	1 16.67	0 0.00	0 0.00	6
PTSD、他(うつ、N)	0 0.00	0 0.00	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1
うつ状態	1 25.00	0 0.00	0 0.00	1 25.00	0 0.00	1 25.00	1 25.00	0 0.00	4
うつ病	0 0.00	1 11.11	0 0.00	3 33.33	2 22.22	1 11.11	1 11.11	1 11.11	9
うつ病、神経症	3 50.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	2 33.33	1 16.67	0 0.00	0 0.00	6
神経症	2 33.33	0 0.00	1 16.67	2 33.33	0 0.00	1 16.67	0 0.00	0 0.00	6

他の気分障害	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00	
	13	2	7	12	8	9	2	1	54

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	46.679	0.8081

悲惨な事故や災害の体験による発症は全てが一ヶ月以内に発症しているが、大きな病気、怪我事例ではうつ病の事例で発症までに時間がかかっている傾向がある。

2.7 性格と出来事から発病までの期間（出来事の内容が大きな病気、怪我の例のみ）



度数 行%	1日以 内	2～3日	4～7日	1週～1 ヶ月	2～3ヶ 月	4～6ヶ 月	7～12ヶ 月	1年以上	
温和、協調性、明るい	8 36.36	1 4.55	3 13.64	6 27.27	1 4.55	1 4.55	1 4.55	1 4.55	22
自尊心が強く、自信家、潔癖	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	2 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	2
真面目、気弱、融通がきかない、	0 0.00	0 0.00	1 33.33	1 33.33	0 0.00	1 33.33	0 0.00	0 0.00	3
誠実、無口、弱音を吐かない	1 25.00	0 0.00	1 25.00	0 0.00	1 25.00	1 25.00	0 0.00	0 0.00	4
几帳面、真面目、責任感が強い	3 27.27	1 9.09	1 9.09	0 0.00	3 27.27	3 27.27	0 0.00	0 0.00	11
短気、感情の起伏激しい、協調性欠ける	1 25.00	0 0.00	1 25.00	1 25.00	0 0.00	0 0.00	1 25.00	0 0.00	4
その他	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1
記載なし	0 0.00	0 0.00	0 0.00	3 50.00	1 16.67	2 33.33	0 0.00	0 0.00	6
	13	2	7	12	8	8	2	1	53

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	44.762	0.6455

温和、協調性、明るい性格、几帳面な性格が早期に発症する可能性がある。

3. 自殺事例

3. 1 性別 - 年齢層に対する分析

度数 行%	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～	
女	0 0.00	0 0.00	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1
男	14 18.18	20 25.97	21 27.27	18 23.38	3 3.90	1 1.30	77
	14	20	22	18	3	1	78

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	2.579	0.7646

性別と年齢層に関連はない。

3. 2 性別 - 出来事から発病時期に対する分析

度数 行%	1日以内	2～3日	4～7日	1週～1 ヶ月	1～2ヶ 月	2～3ヶ 月	4～6ヶ 月	7～12 ヶ月	1年以 上	
女	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00	0 0.00	0 0.00	1
男	3 3.90	1 1.30	6 7.79	15 19.48	12 15.58	15 19.48	22 28.57	2 2.60	1 1.30	77
	3	1	6	15	12	15	23	2	1	78

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	2.422	0.9653

女性の事例が少ないので、性差の検討は不可能である。

3.3 年齢層－事例の類型に関する分析

度数 行%	仕事の 失敗	事故や 災害	仕事の量 の変化	地位役割 の変化	身分の 変化	対人関係の トラブル	その他	
20～29	3 21.43	0 0.00	7 50.00	4 28.57	0 0.00	0 0.00	0 0.00	14
30～39	7 35.00	0 0.00	9 45.00	2 10.00	2 10.00	0 0.00	0 0.00	20
40～49	3 13.64	0 0.00	14 63.64	3 13.64	1 4.55	1 4.55	0 0.00	22
50～59	5 27.78	2 11.11	6 33.33	0 0.00	1 5.56	3 16.67	1 5.56	18
60～69	0 0.00	2 66.67	1 33.33	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	3
70～	0 0.00	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1
	18	5	37	9	4	4	1	78

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	58.700	0.0013*

40歳代、50歳代の事例で、仕事量の変化に伴う事例が発症している。

3.4 性別－事例の類型に関する分析

度数 行%	仕事の失 敗	事故や 災害	仕事の量 の変化	地位役割 の変化	身分の 変化	対人関係の トラブル	その他	
女	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1
男	18 23.38	5 6.49	37 48.05	8 10.39	4 5.19	4 5.19	1 1.30	77
	18	5	37	9	4	4	1	78

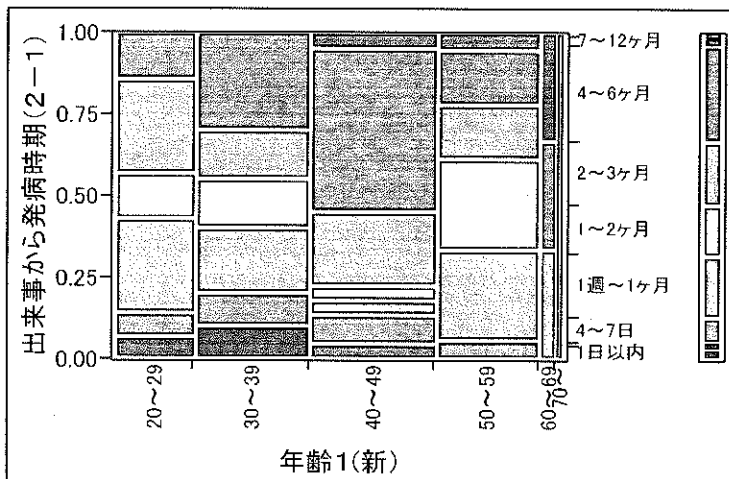
検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	7.766	0.2557

女性の事例が少ないので比較できない。

3. 5 年齢層による自殺までの経緯に関する分析

3. 5. 1 年齢層 - 出来事から発病時期に対する分析

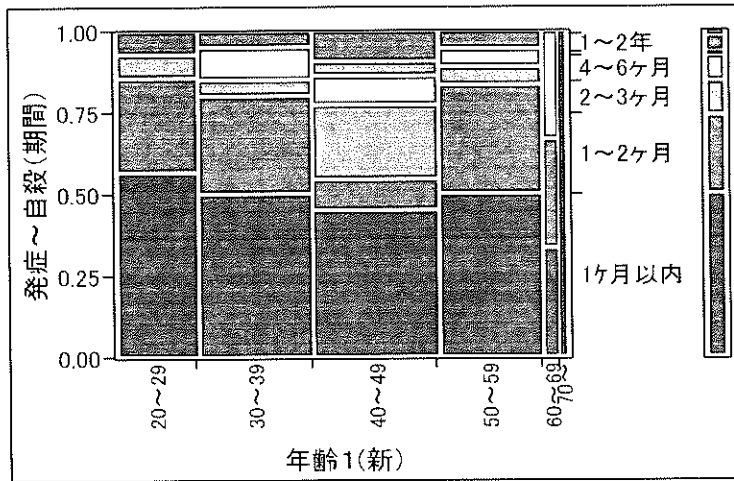


度数 行%	1日以内	2~3日	4~7日	1週~1ヶ月	1~2ヶ月	2~3ヶ月	4~6ヶ月	7~12ヶ月	1年以上	
20~29	1 7.14	0 0.00	1 7.14	4 28.57	2 14.29	4 28.57	2 14.29	0 0.00	0 0.00	14
30~39	2 10.00	0 0.00	2 10.00	4 20.00	3 15.00	3 15.00	6 30.00	0 0.00	0 0.00	20
40~49	0 0.00	1 4.55	2 9.09	1 4.55	1 4.55	5 22.73	11 50.00	1 4.55	0 0.00	22
50~59	0 0.00	0 0.00	1 5.56	5 27.78	5 27.78	3 16.67	3 16.67	1 5.56	0 0.00	18
60~69	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 33.33	0 0.00	0 0.00	1 33.33	0 0.00	1 33.33	3
70~	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1
	3	1	6	15	12	15	23	2	1	78

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	54.400	0.0640

40歳代、50歳代での事例で、出来事から発症までの時間が長い傾向があるが有意差はない。

3. 5. 2 年齢層 - 発症から自殺までの期間に対する分析

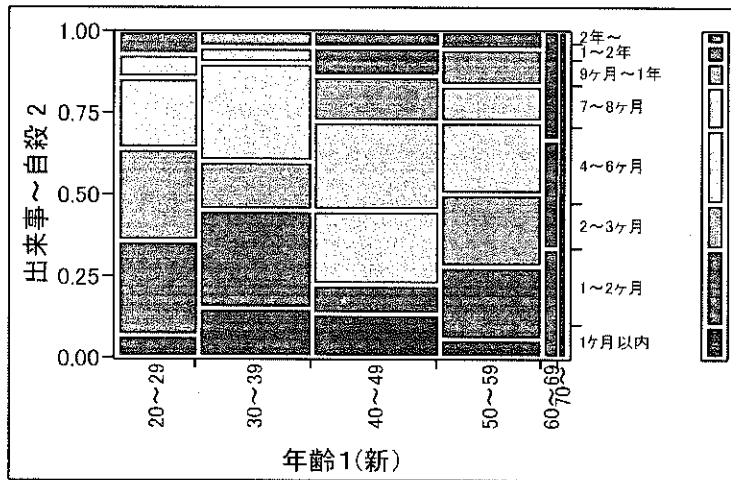


度数 行%	1ヶ月以 内	1~2ヶ 月	2~3ヶ 月	4~6ヶ 月	7ヶ月 ~1年	1~2年	2年~	
20~29	8 57.14	4 28.57	1 7.14	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 7.14	14
30~39	10 50.00	6 30.00	1 5.00	2 10.00	0 0.00	1 5.00	0 0.00	20
40~49	10 45.45	2 9.09	5 22.73	2 9.09	1 4.55	2 9.09	0 0.00	22
50~59	9 50.00	6 33.33	1 5.56	1 5.56	0 0.00	1 5.56	0 0.00	18
60~69	1 33.33	1 33.33	0 0.00	1 33.33	0 0.00	0 0.00	0 0.00	3
70~	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1
	39	19	8	6	1	4	1	78

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	21.852	0.8594

年齢層と発症から自殺までの期間に差は見られない。

3. 5. 3 年齢層 - 出来事から自殺までの期間に対する分析



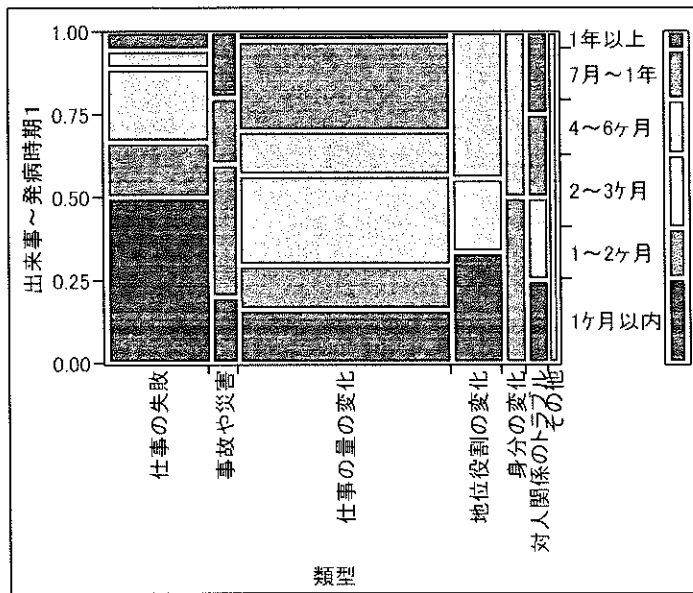
度数 行%	1ヶ月以 内	1~2ヶ 月	2~3ヶ 月	4~6ヶ 月	7~8ヶ 月	9ヶ月~ 1年	1~2年	2年~	
20~29	1 7.14	4 28.57	4 28.57	3 21.43	1 7.14	0 0.00	0 0.00	1 7.14	14
30~39	3 15.00	6 30.00	3 15.00	6 30.00	1 5.00	1 5.00	0 0.00	0 0.00	20
40~49	3 13.64	2 9.09	0 0.00	5 22.73	6 27.27	3 13.64	2 9.09	1 4.55	22
50~59	1 5.56	4 22.22	4 22.22	4 22.22	2 11.11	2 11.11	1 5.56	0 0.00	18
60~69	0 0.00	1 33.33	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 33.33	1 33.33	3
70~	0 0.00	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1
	8	18	11	18	10	6	4	3	78

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	38.879	0.2992

年齢層と出来事から自殺までの期間に差は見られないが、40歳代の事例で出来事から自殺までの期間がやや長い事例が多そうである。

3. 6 類型により自殺までの時期に差がみられるか

3. 6. 1 類型－出来事から発病時期までの期間に関する分析



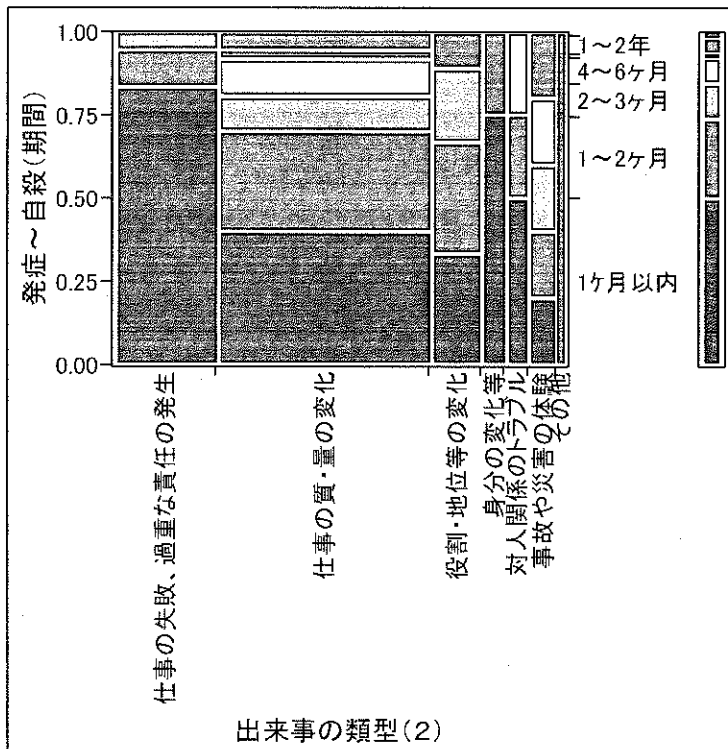
度数 行%	1ヶ月以 内	1~2ヶ月	2~3ヶ月	4~6ヶ月	7月~1年	1年以上	
仕事の失敗	9 50.00	3 16.67	4 22.22	1 5.56	0 0.00	1 5.56	18
事故や災害	1 20.00	2 40.00	0 0.00	0 0.00	1 20.00	1 20.00	5
仕事の量の変化	6 16.22	5 13.51	10 27.03	5 13.51	10 27.03	1 2.70	37
地位役割の変化	3 33.33	0 0.00	2 22.22	4 44.44	0 0.00	0 0.00	9
身分の変化	0 0.00	2 50.00	0 0.00	2 50.00	0 0.00	0 0.00	4

対人関係のトラブル	1 25.00	0 0.00	1 25.00	0 0.00	1 25.00	1 25.00	4
その他	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00	0 0.00	0 0.00	1
	20	12	17	13	12	4	78

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	45.939	0.0315*

仕事の失敗による自殺は、出来事から短期間で起こる。仕事の量の変化による自殺はやや期間がたってから起こる傾向がある。

3. 6. 2 類型－発症から自殺までの期間に関する分析



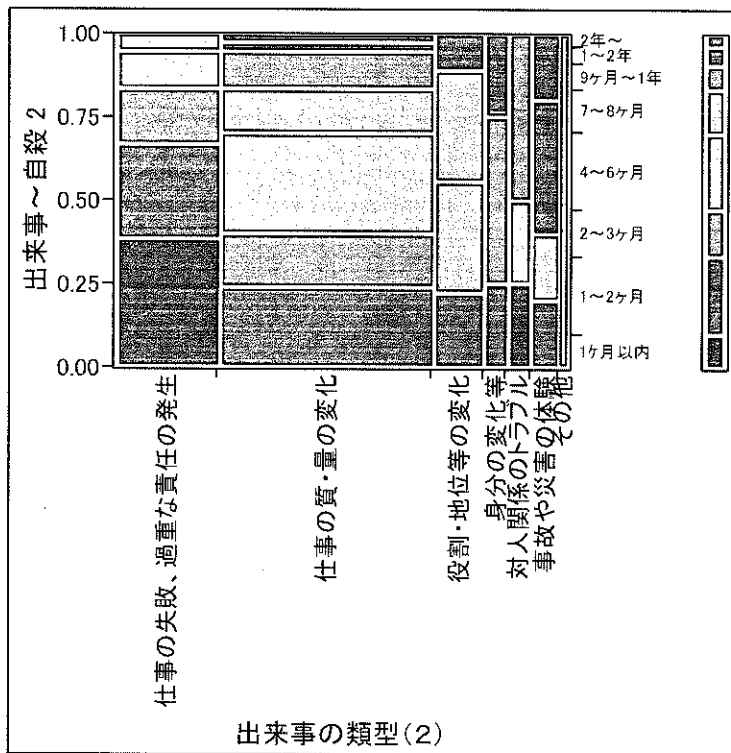
度数	1ヶ月以内	1～2ヶ月	2～3ヶ月	4～6ヶ月	7ヶ月～1年	1～2年	2年～	
仕事の失敗、過重な責任の発生	15	2	1	0	0	0	0	18
行%	83.33	11.11	5.56	0.00	0.00	0.00	0.00	

仕事の質・量の変化	15 40.54	11 29.73	4 10.81	4 10.81	1 2.70	2 5.41	0 0.00	37
役割・地位等の変化	3 33.33	3 33.33	2 22.22	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 11.11	9
身分の変化等	3 75.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 25.00	0 0.00	4
対人関係のトラブル	2 50.00	1 25.00	0 0.00	1 25.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	4
事故や災害の体験	1 20.00	1 20.00	1 20.00	1 20.00	0 0.00	1 20.00	0 0.00	5
その他	0 0.00	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1
	39	19	8	6	1	4	1	78

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	36.628	0.4395

有意差はないが、仕事の失敗事例で、発症から自殺までの期間が短い傾向が窺える。

3. 6. 3 類型－出来事～自殺までの期間に関する分析



度数 行%	1ヶ月以 内	1～2ヶ 月	2～3ヶ 月	4～6ヶ 月	7～8ヶ 月	9ヶ月～ 1年	1～2年	2年～	
仕事の失敗、過重 な責任の発生	7 38.89	5 27.78	3 16.67	2 11.11	1 5.56	0 0.00	0 0.00	0 0.00	18
仕事の質・量の変 化	0 0.00	9 24.32	6 16.22	11 29.73	5 13.51	4 10.81	1 2.70	1 2.70	37
役割・地位等の変 化	0 0.00	2 22.22	0 0.00	3 33.33	3 33.33	0 0.00	0 0.00	1 11.11	9
身分の変化等	0 0.00	1 25.00	2 50.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 25.00	0 0.00	4
対人関係のトラ ブル	1 25.00	0 0.00	0 0.00	1 25.00	0 0.00	2 50.00	0 0.00	0 0.00	4
事故や災害の体 験	0 0.00	1 20.00	0 0.00	1 20.00	0 0.00	0 0.00	2 40.00	1 20.00	5

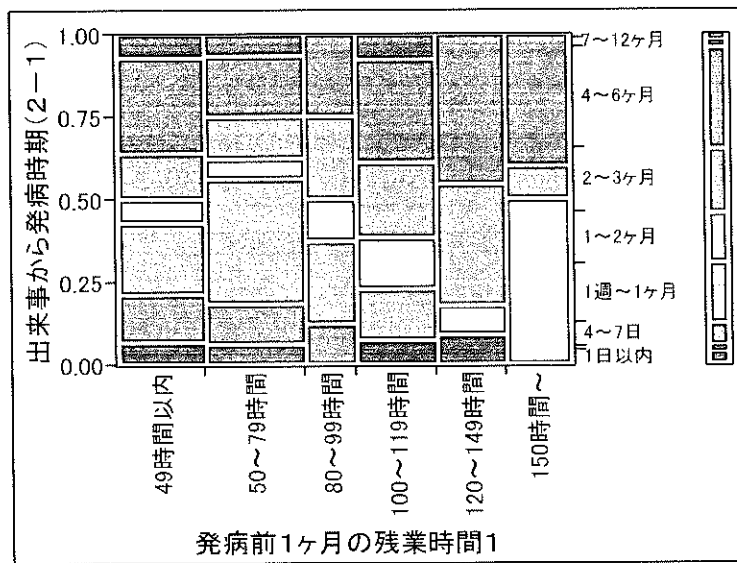
その他	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00	
	8	18	11	18	10	6	4	3	78

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	79.032	0.0005*

仕事の失敗事例で、出来事から自殺までの期間が短く、仕事の量の変化事例で、期間が長い傾向がある。

3.7 自殺事例と残業時間に関する検討

3.7.1 発病前1ヶ月の残業時間と、出来事から発病時期に関する分析



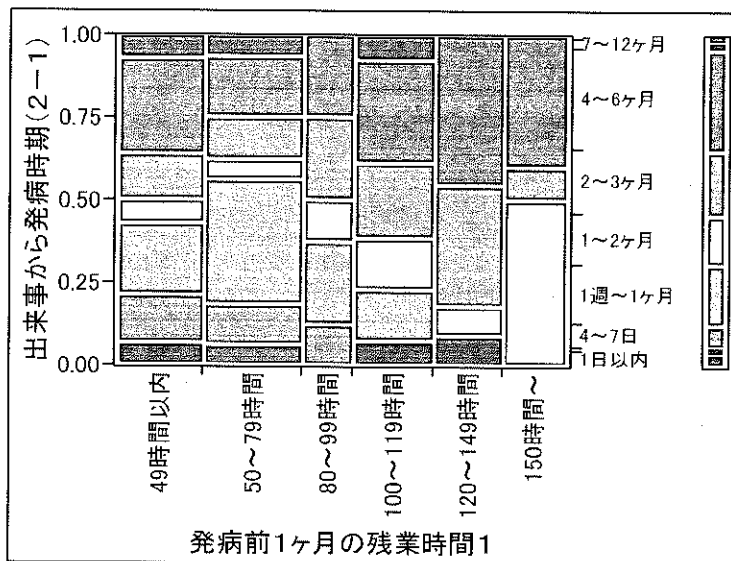
度数	1日以内	2~3日	4~7日	1週~1ヶ月	1~2ヶ月	2~3ヶ月	4~6ヶ月	7~12ヶ月	1年以上	
49時間以内	1 7.14	0 0.00	2 14.29	3 21.43	1 7.14	2 14.29	4 28.57	0 0.00	1 7.14	14
50~79時間	0 0.00	1 6.25	2 12.50	6 37.50	1 6.25	2 12.50	3 18.75	1 6.25	0 0.00	16
80~99時間	0 0.00	0 0.00	1 12.50	2 25.00	1 12.50	2 25.00	2 25.00	0 0.00	0 0.00	8

100～119 時間	1 7.69	0 0.00	0 0.00	2 15.38	2 15.38	3 23.08	4 30.77	1 7.69	0 0.00	13
120～149 時間	1 9.09	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 9.09	4 36.36	5 45.45	0 0.00	0 0.00	11
150時間 ～	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	5 50.00	1 10.00	4 40.00	0 0.00	0 0.00	10
	3	1	5	13	11	14	22	2	1	72

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	39.883	0.4755

残業時間と出来事からから発症までの時間に関連はない。むしろ残業時間が長い方が発症までの期間が長い可能性がある。

3. 7. 2 発病前1ヶ月の残業時間と発症～自殺までの期間に関する分析



度数 行%	1日以 内	2～3日	4～7日	1週～1 ヶ月	1～2ヶ 月	2～3ヶ 月	4～6ヶ 月	7～12 ヶ月	1年以 上	
49時間以 内	1 7.14	0 0.00	2 14.29	3 21.43	1 7.14	2 14.29	4 28.57	0 0.00	1 7.14	14
50～79時 間	0 0.00	1 6.25	2 12.50	6 37.50	1 6.25	2 12.50	3 18.75	1 6.25	0 0.00	16

80～99時 間	0 0.00	0 0.00	1 12.50	2 25.00	1 12.50	2 25.00	2 25.00	0 0.00	0 0.00	8
100～119 時間	1 7.69	0 0.00	0 0.00	2 15.38	2 15.38	3 23.08	4 30.77	1 7.69	0 0.00	13
120～149 時間	1 9.09	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 9.09	4 36.36	5 45.45	0 0.00	0 0.00	11
150時間 ～	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	5 50.00	1 10.00	4 40.00	0 0.00	0 0.00	10
	3	1	5	13	11	14	22	2	1	72

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	39.883	0.4755

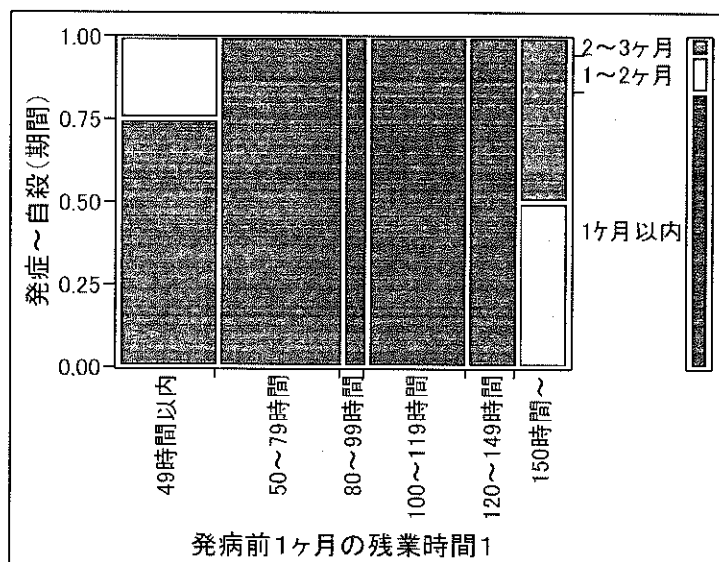
残業時間と発症から自殺までの期間に関連はない。同様に、残業時間と出来事から自殺までの期間にも関連性は認められない。また、3ヶ月の残業の平均、6ヶ月の残業の平均に対しても、関連性は見いだされなかった。

3. 7. 3 出来事の類型によって残業時間と自殺までの期間に差があるかどうかの検討

(データ数がまとまっている、仕事の失敗と仕事量の変化について検討)

3. 7. 3. 1 出来事の類型別の層別解析：仕事の失敗

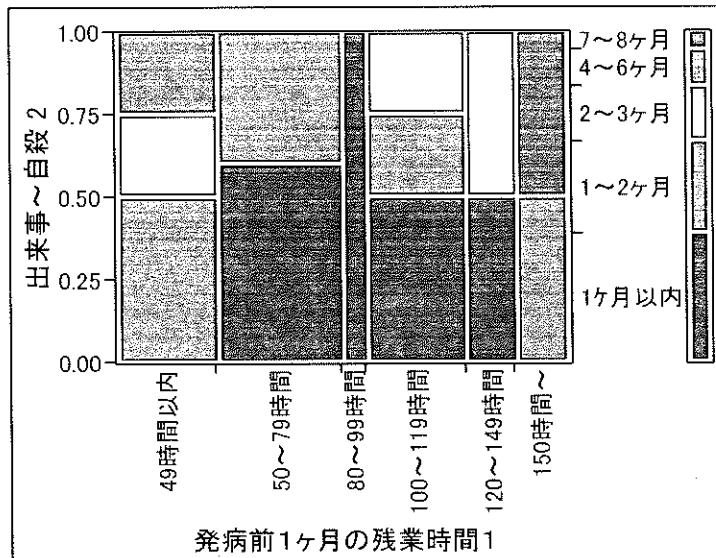
発病前1ヶ月の残業時間と発症～自殺までの期間に関する分析



度数 行%	1ヶ月以内	1～2ヶ月	2～3ヶ月	
49時間以内	3 75.00	1 25.00	0 0.00	4
50～79時間	5 100.00	0 0.00	0 0.00	5
80～99時間	1 100.00	0 0.00	0 0.00	1
100～119時間	4 100.00	0 0.00	0 0.00	4
120～149時間	2 100.00	0 0.00	0 0.00	2
150時間～	0 0.00	1 50.00	1 50.00	2
	15	2	1	18

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	14.850	0.1376

発病前1ヶ月の残業時間と出来事～自殺までの期間に関する分析



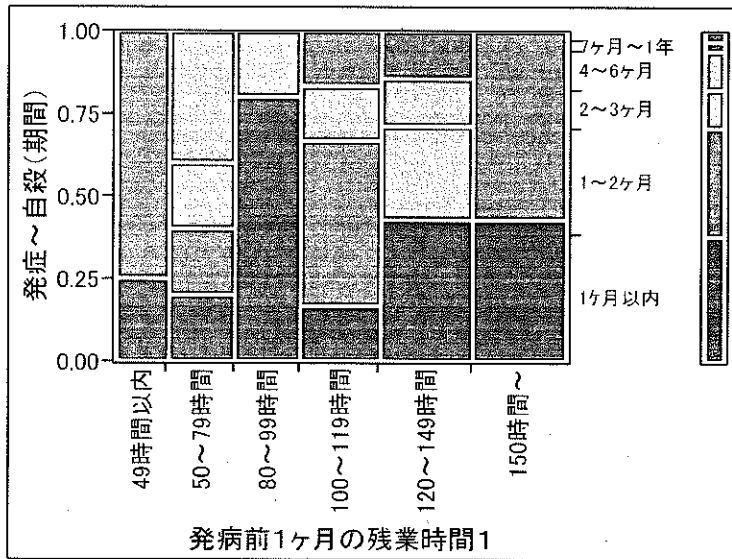
度数 行%	1ヶ月以内	1～2ヶ月	2～3ヶ月	4～6ヶ月	7～8ヶ月	
49時間以内	0 0.00	2 50.00	1 25.00	1 25.00	0 0.00	4
50～79時間	3 60.00	2 40.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	5
80～99時間	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1
100～119時間	2 50.00	1 25.00	1 25.00	0 0.00	0 0.00	4
120～149時間	1 50.00	0 0.00	1 50.00	0 0.00	0 0.00	2
150時間～	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 50.00	1 50.00	2
	7	5	3	2	1	18

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	22.187	0.3304

仕事の失敗による自殺は、発症から自殺までの期間は残業時間によらず、短期間に事例が発生する。出来事から自殺までの期間は、残業時間が49時間以内と短いと、出来事から自殺までの期間が長い可能性がある。ただし、事例数が少ないので明らかな傾向はつかめない。

3. 7. 3. 2 出来事の種類の層別解析：仕事量の変化

発病前1ヶ月の残業時間1と発症～自殺までの期間に関する分析

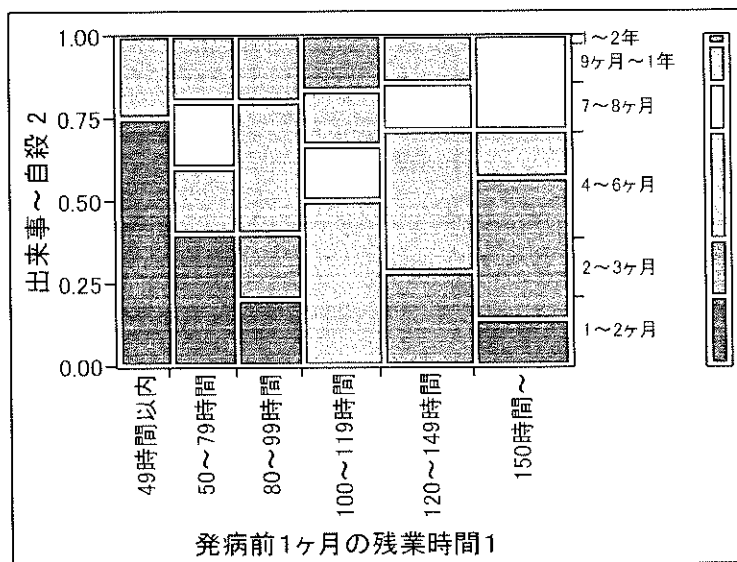


度数	1ヶ月以内	1～2ヶ月	2～3ヶ月	4～6ヶ月	7ヶ月～1年	1～2年	
行%							
49時間以内	1 25.00	3 75.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	4
50～79時間	1 20.00	1 20.00	1 20.00	2 40.00	0 0.00	0 0.00	5
80～99時間	4 80.00	0 0.00	1 20.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	5
100～119時間	1 16.67	3 50.00	0 0.00	1 16.67	1 16.67	0 0.00	6

120～149時間	3	0	2	1	0	1	7
	42.86	0.00	28.57	14.29	0.00	14.29	
150時間～	3	4	0	0	0	0	7
	42.86	57.14	0.00	0.00	0.00	0.00	
	13	11	4	4	1	1	34

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	30.193	0.2171

発病前1ヶ月の残業時間1と出来事～自殺までの期間に関する分析



度数 行%	1～2ヶ月	2～3ヶ月	4～6ヶ月	7～8ヶ月	9ヶ月～1年	1～2年	2年～	
49時間以内	3 75.00	0 0.00	1 25.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	4
50～79時間	2 40.00	0 0.00	1 20.00	1 20.00	1 20.00	0 0.00	0 0.00	5
80～99時間	1 20.00	1 20.00	2 40.00	0 0.00	1 20.00	0 0.00	0 0.00	5
100～119時間	0 0.00	0 0.00	3 50.00	1 16.67	1 16.67	1 16.67	0 0.00	6

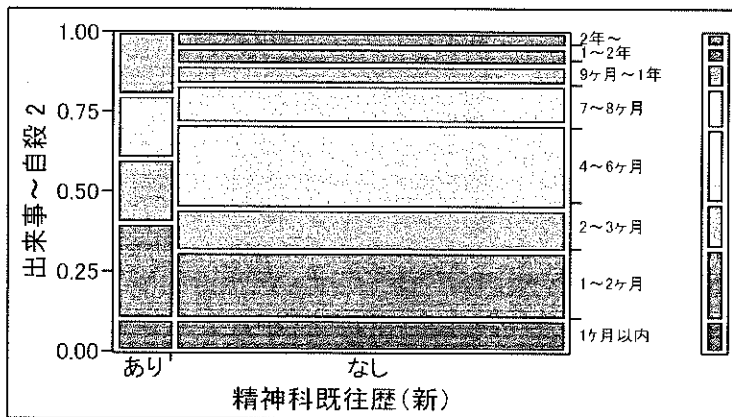
120～149時間	0	2	3	1	1	0	0	7
間	0.00	28.57	42.86	14.29	14.29	0.00	0.00	
150時間～	1	3	1	2	0	0	0	7
	14.29	42.86	14.29	28.57	0.00	0.00	0.00	
	7	6	11	5	4	1	0	34

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	26.100	0.4023

残業時間が短い方が、出来事から自殺までの期間が短い傾向がありそうである。

3. 8 自殺事例における精神科既往の影響

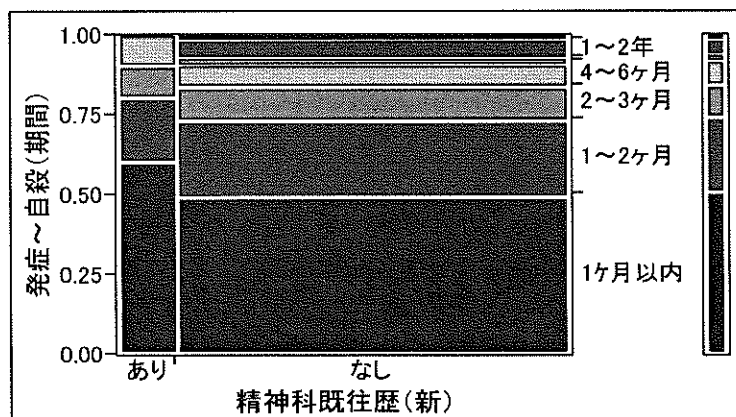
3. 8. 1 精神科既往と出来事から自殺までの期間に関する分析



度数	1ヶ月以内	1～2ヶ月	2～3ヶ月	4～6ヶ月	7～8ヶ月	9ヶ月～1年	1～2年	2年～	
あり	1	3	2	0	2	2	0	0	10
	10.00	30.00	20.00	0.00	20.00	20.00	0.00	0.00	
なし	7	14	9	18	8	4	4	3	67
	10.45	20.90	13.43	26.87	11.94	5.97	5.97	4.48	
	8	17	11	18	10	6	4	3	77

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	6.956	0.4335

3. 8. 2 精神科既往と発症から自殺までの期間に関する分析



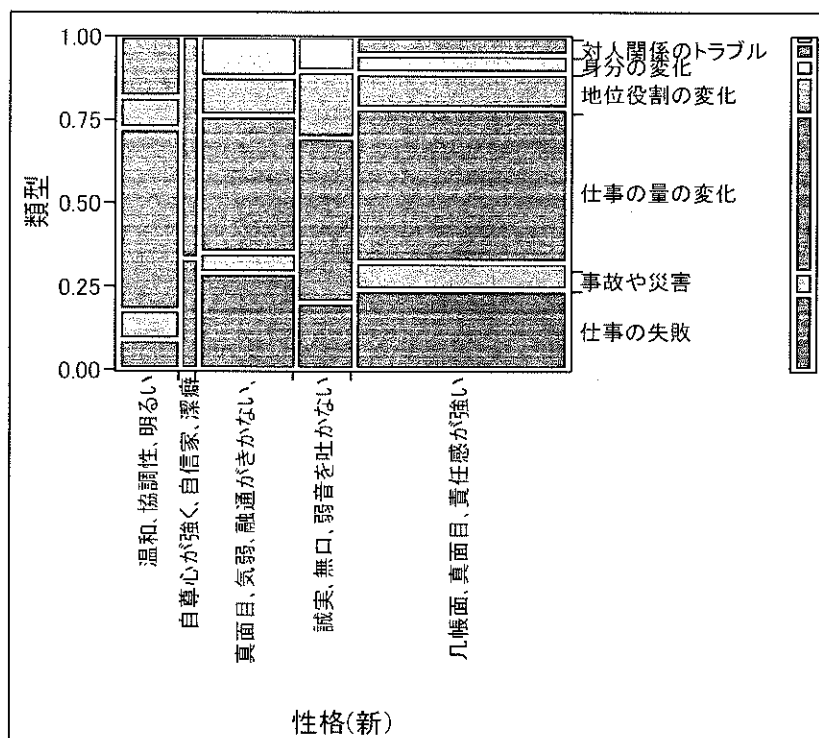
度数	1ヶ月以 内	1~2ヶ月	2~3ヶ月	4~6ヶ月	7ヶ月~ 1年	1~2年	2年~	
あり	6 60.00	2 20.00	1 10.00	1 10.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	10
なし	33 49.25	16 23.88	7 10.45	5 7.46	1 1.49	4 5.97	1 1.49	67
	39	18	8	6	1	4	1	77

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	1.224	0.9757

精神科既往の有無で出来事から発症、出来事から自殺までの期間に差は見られない。

また、発症から自殺までの期間は、精神疾患患者で短い人が多い傾向が窺えるが有意ではない。

3. 9 性格と出来事の種類に関する分析



度数 行%	仕事の 失敗	事故や 災害	仕事の量 の変化	地位役割 の変化	身分の 変化	対人関係の トラブル	その他	
温和、協調性、明るい	1 9.09	1 9.09	6 54.55	1 9.09	0 0.00	2 18.18	0 0.00	11
自尊心が強く、自信 家、潔癖	1 33.33	0 0.00	2 66.67	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	3
真面目、気弱、融通が きかない、	5 29.41	1 5.88	7 41.18	2 11.76	2 11.76	0 0.00	0 0.00	17
誠実、無口、弱音を吐 かない	2 20.00	0 0.00	5 50.00	2 20.00	0 0.00	0 0.00	1 10.00	10
几帳面、真面目、責任 感が強い	9 24.32	3 8.11	17 45.95	4 10.81	2 5.41	2 5.41	0 0.00	37
	18	5	37	9	4	4	1	78

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
----	------	-----------------

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	18.821	0.7615

性格と出来事の種類の関係は見られない。

4. 精神事例

4. 1 性別－年齢層に関する分析

度数 行%	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	
女	0 0.00	12 41.38	10 34.48	7 24.14	0 0.00	0 0.00	29
男	1 1.45	15 21.74	31 44.93	18 26.09	3 4.35	1 1.45	69
	1	27	41	25	3	1	98

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	5.523	0.3554

性別と年齢層には関連がない。

4. 2 性別－出来事から発病時期に関する分析

度数 行%	1日以 内	4～7日	1週～1ヶ 月	1～2ヶ月	2～3ヶ月	4～6ヶ月	7～12ヶ 月	1年以 上	
女	6 20.69	0 0.00	7 24.14	1 3.45	8 27.59	6 20.69	0 0.00	1 3.45	29
男	10 14.29	2 2.86	14 20.00	13 18.57	6 8.57	18 25.71	3 4.29	4 5.71	70
	16	2	21	14	14	24	3	5	99

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	11.738	0.1095

性別と出来事から発病時期までに関連はない。

4. 3 年齢層 - 事例の類型に関する分析

度数 行%	仕事の 失敗	仕事の量の 変化	地位役割の 変化	上司との トラブル	身分の変化	対人関係の トラブル	その他	
10～19	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1
20～29	7 25.93	7 25.93	3 11.11	1 3.70	2 7.41	7 25.93	0 0.00	27
30～39	6 14.63	21 51.22	5 12.20	0 0.00	3 7.32	6 14.63	0 0.00	41
40～49	6 24.00	13 52.00	2 8.00	0 0.00	3 12.00	0 0.00	1 4.00	25
50～59	0 0.00	1 33.33	0 0.00	0 0.00	0 0.00	2 66.67	0 0.00	3
60～69	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1
	21	42	10	1	8	15	1	98

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	30.082	0.4615

年齢層と事例の類型の関連性は見られない。

4. 4 性別 - 事例の類型に関する分析

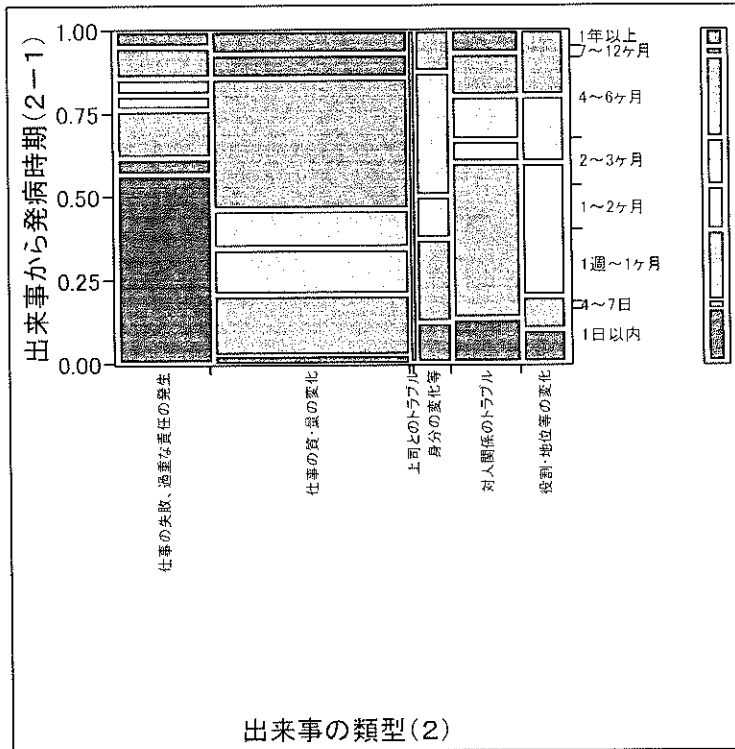
度数 行%	仕事の 失敗	仕事の量の 変化	地位役割の 変化	上司との トラブル	身分の変化	対人関係の トラブル	その他	
女	7 24.14	9 31.03	1 3.45	1 3.45	2 6.90	9 31.03	0 0.00	29
男	14 20.00	34 48.57	9 12.86	0 0.00	6 8.57	6 8.57	1 1.43	70
	21	43	10	1	8	15	1	99

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	13.143	0.0408*

女性が対人関係のトラブルで発症した割合が高い。

4.5 事例の類型－出来事から発病時期に関する分析



度数	1日以内	4～7日	1週～1ヶ月	1～2ヶ月	2～3ヶ月	4～6ヶ月	7～12ヶ月	1年以上	
仕事の失敗、過重な責任の発生	12 57.14	1 4.76	3 14.29	1 4.76	1 4.76	2 9.52	0 0.00	1 4.76	21
仕事の質・量の変化	1 2.33	0 0.00	8 18.60	6 13.95	5 11.63	17 39.53	3 6.98	3 6.98	43
上司とのトラブル	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1
身分の変化等	0 0.00	1 12.50	2 25.00	1 12.50	3 37.50	1 12.50	0 0.00	0 0.00	8

対人関係のトラブル	2 13.33	0 0.00	7 46.67	1 6.67	2 13.33	2 13.33	0 0.00	1 6.67	15
役割・地位等の変化	1 10.00	0 0.00	1 10.00	4 40.00	2 20.00	2 20.00	0 0.00	0 0.00	10
	16	2	21	13	14	24	3	5	98

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	70.592	0.0003*

仕事の失敗による事例が短期間で発症している。

4.6 性別－精神科既往歴に関する分析

度数 行%	あり	なし	
女	6 24.00	19 76.00	25
男	6 9.23	59 90.77	65
	12	78	90

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	3.408	0.0649

女性の精神科既往歴のある人の事例が多い傾向にある。

4.7 年齢層－精神科既往歴に関する分析

度数 行%	あり	なし	
10～19	0 0.00	1 100.00	1
20～29	2 8.33	22 91.67	24

30～39	3 8.33	33 91.67	36
40～49	7 29.17	17 70.83	24
50～59	0 0.00	3 100.00	3
60～69	0 0.00	1 100.00	1
	12	77	89

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	7.204	0.2059

年齢層と精神科既往の関連性はない。

4.8 年齢層－他科既往歴に関する分析

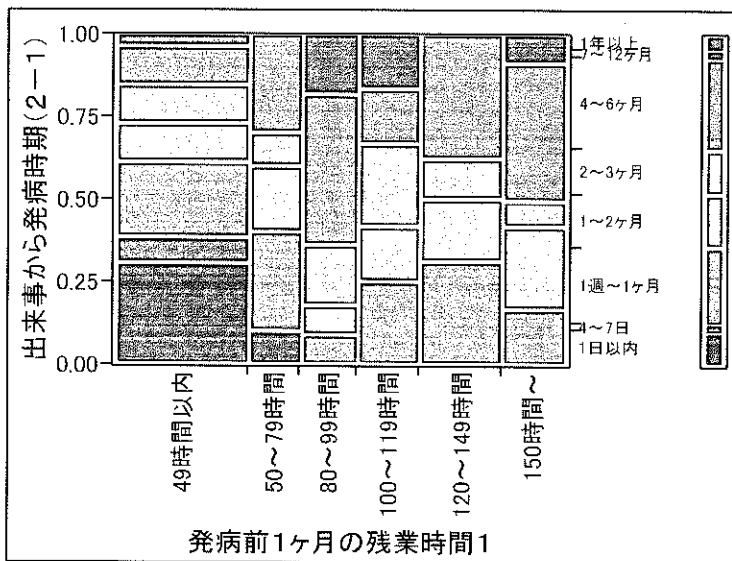
度数 行%	あり	なし	
10～19	1 100.00	0 0.00	1
20～29	15 71.43	6 28.57	21
30～39	28 80.00	7 20.00	35
40～49	17 73.91	6 26.09	23
50～59	2 66.67	1 33.33	3
60～69	1 100.00	0 0.00	1
	64	20	84

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	1.383	0.9261

他科の既往と年齢の関連性はない。

4. 9 長時間残業と出来事までの期間の関連に対する分析

4. 9. 1 発病前1ヶ月の残業時間1と出来事から発病時期に対する分析



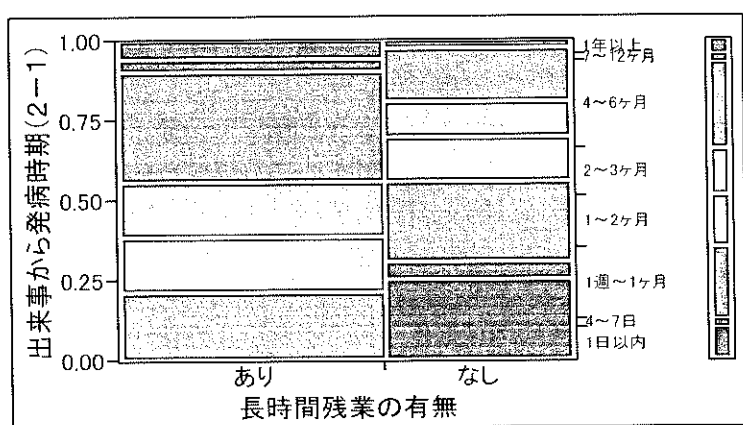
度数	1日以内	4~7日	1週~1ヶ月	1~2ヶ月	2~3ヶ月	4~6ヶ月	7~12ヶ月	1年以上	
49時間以内	8 30.77	2 7.69	6 23.08	3 11.54	3 11.54	3 11.54	0 0.00	1 3.85	26
50~79時間	1 10.00	0 0.00	3 30.00	2 20.00	1 10.00	3 30.00	0 0.00	0 0.00	10
80~99時間	0 0.00	0 0.00	1 9.09	1 9.09	2 18.18	5 45.45	2 18.18	0 0.00	11
100~119時間	0 0.00	0 0.00	3 25.00	2 16.67	3 25.00	2 16.67	0 0.00	2 16.67	12
120~149時間	0 0.00	0 0.00	5 31.25	3 18.75	2 12.50	6 37.50	0 0.00	0 0.00	16

150時間～	0	0	2	3	1	5	0	1	12
	0.00	0.00	16.67	25.00	8.33	41.67	0.00	8.33	
	9	2	20	14	12	24	2	4	87

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	50.841	0.0407*

残業時間が長い方が出来事から発症までの時間が長い傾向がある。

4.9.2 長時間残業の有無と出来事発症時期に対する分析

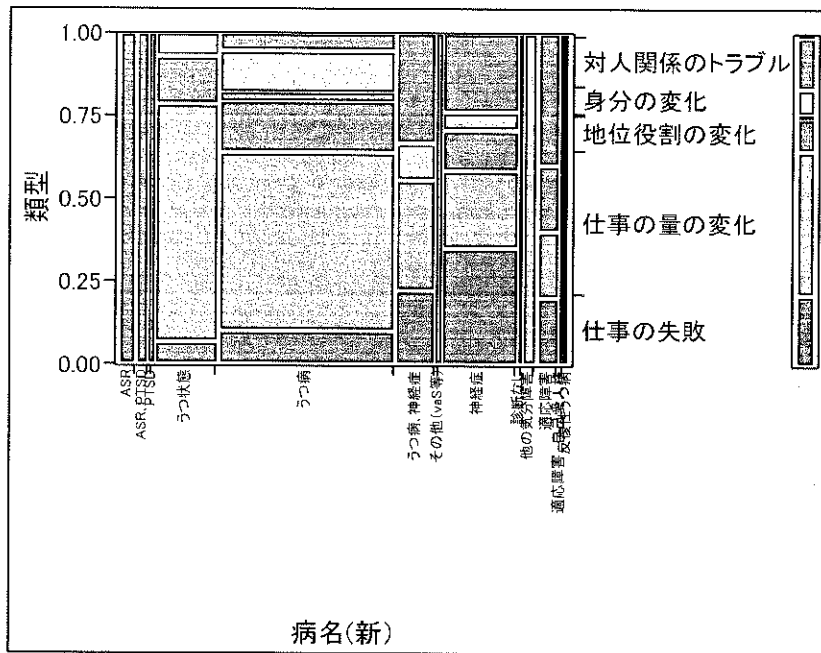


度数	1日以内	4~7日	1週~1ヶ月	1~2ヶ月	2~3ヶ月	4~6ヶ月	7~12ヶ月	1年以上	
あり	0	0	11	9	9	18	2	3	52
	0.00	0.00	21.15	17.31	17.31	34.62	3.85	5.77	
なし	9	2	9	5	4	6	0	1	36
	25.00	5.56	25.00	13.89	11.11	16.67	0.00	2.78	
	9	2	20	14	13	24	2	4	88

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	21.053	0.0037*

長時間残業がある方が出来事から発症までの期間が長い。

4. 10 病気と出来事の類型に関する分析



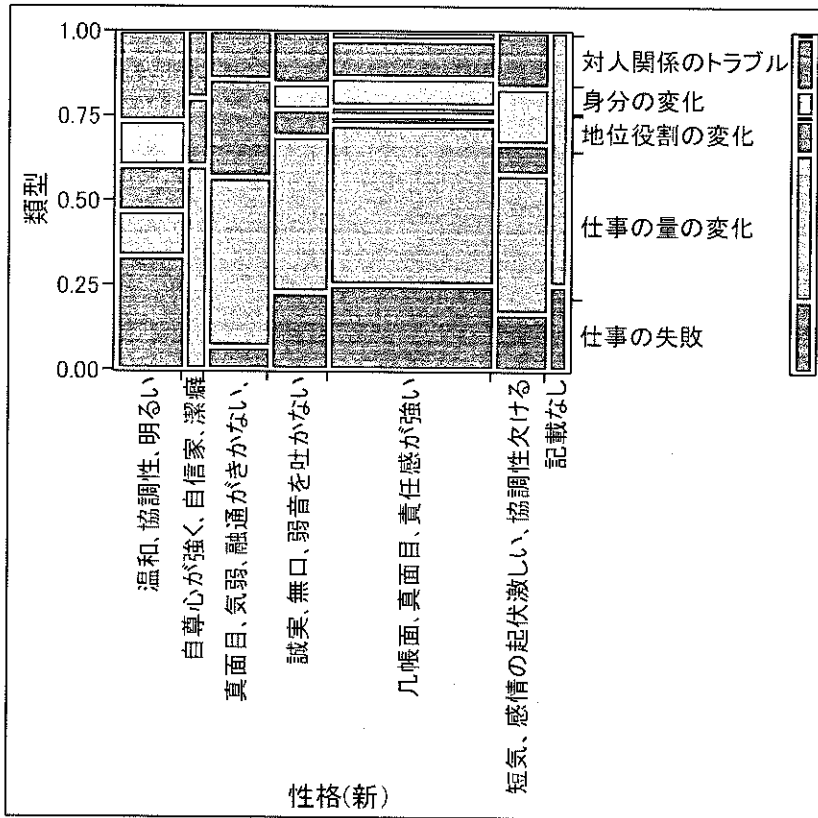
度数 行%	仕事の 失敗	仕事の量 の変化	地位役割 の変化	上司との トラブル	身分の 変化	対人関係の トラブル	その他	
ASR	4 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	4
ASR、PTSD	3 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	3
PTSD	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00	0 0.00	1
うつ状態	1 7.14	10 71.43	0 0.00	0 0.00	0 0.00	2 14.29	1 7.14	14
うつ病	4 10.26	21 53.85	6 15.38	1 2.56	5 12.82	2 5.13	0 0.00	39
うつ病、神経症	2 22.22	3 33.33	0 0.00	0 0.00	1 11.11	3 33.33	0 0.00	9
その他 (vaS等)	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00	0 0.00	0 0.00	1

神経症	6 35.29	4 23.53	2 11.76	0 0.00	1 5.88	4 23.53	0 0.00	17
診断なし	0 0.00	0 0.00	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1
他の気分障害	0 0.00	3 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	3
適応障害	1 20.00	1 20.00	1 20.00	0 0.00	0 0.00	2 40.00	0 0.00	5
適応障害、自己 愛人格	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00	0 0.00	1
反復性うつ病	0 0.00	1 100.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1
	21	43	10	1	8	15	1	99

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	95.133	0.0354*

うつ病の傾向のある場合に仕事の量の変化によって発症している傾向があり、神経症の傾向のある人は仕事の失敗や対人関係のトラブルで発症する傾向がある。

4. 1. 1 性格と出来事の類型に関する分析性格(新)と類型の分割表に対する分析



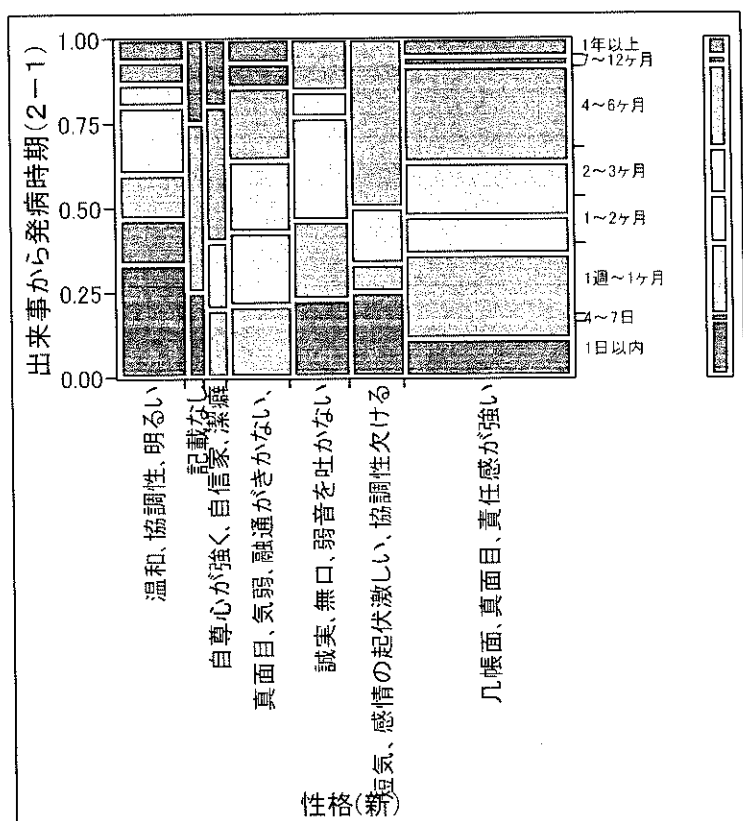
度数 行%	仕事の 失敗	仕事の量 の変化	地位役割 の変化	上司との トラブル	身分の 変化	対人関係の トラブル	その他	
温和、協調性、明るい	5 33.33	2 13.33	2 13.33	0 0.00	2 13.33	4 26.67	0 0.00	15
自尊心が強く、自信 家、潔癖	0 0.00	3 60.00	1 20.00	0 0.00	0 0.00	1 20.00	0 0.00	5
真面目、気弱、融通が きかない、	1 7.14	7 50.00	4 28.57	0 0.00	0 0.00	2 14.29	0 0.00	14
誠実、無口、弱音を吐 かない	3 23.08	6 46.15	1 7.69	0 0.00	1 7.69	2 15.38	0 0.00	13
几帳面、真面目、責任 感が強い	9 25.00	17 47.22	1 2.78	1 2.78	3 8.33	4 11.11	1 2.78	36

短気、感情の起伏激しい、協調性欠ける	2 16.67	5 41.67	1 8.33	0 0.00	2 16.67	2 16.67	0 0.00	12
記載なし	1 25.00	3 75.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	4
	21	43	10	1	8	15	1	99

検定	カイ2乗	p値 (Prob>ChiSq)
Pearson	25.642	0.9000

性格と出来事の類型には関連がないので、素因となる疾患が精神事例の発症に強く関わっていると考えられる。

4. 1 2 性格と出来事から発症までの期間に関する分析



度数 行%	1日以内	4~7日	1週~1 ヶ月	1~2ヶ 月	2~3ヶ月	4~6ヶ 月	7~12ヶ 月	1年以上	
温和、協調性、明るい	5 33.33	2 13.33	2 13.33	3 20.00	1 6.67	1 6.67	0 0.00	1 6.67	15
記載なし	1 25.00	0 0.00	2 50.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 25.00	4
自尊心が強く、自信 家、潔癖	0 0.00	0 0.00	1 20.00	0 0.00	1 20.00	2 40.00	1 20.00	0 0.00	5
真面目、気弱、融通が きかない、	0 0.00	0 0.00	3 21.43	3 21.43	3 21.43	3 21.43	1 7.14	1 7.14	14
誠実、無口、弱音を吐 かない	3 23.08	0 0.00	3 23.08	4 30.77	1 7.69	2 15.38	0 0.00	0 0.00	13
短気、感情の起伏激 しい、協調性欠ける	3 25.00	0 0.00	1 8.33	0 0.00	2 16.67	6 50.00	0 0.00	0 0.00	12
几帳面、真面目、責任 感が強い	4 11.11	0 0.00	9 25.00	4 11.11	6 16.67	10 27.78	1 2.78	2 5.56	36
	16	2	21	14	14	24	3	5	99

検定	カイ2乗	p値(Prob>ChiSq)
Pearson	50.069	0.1837

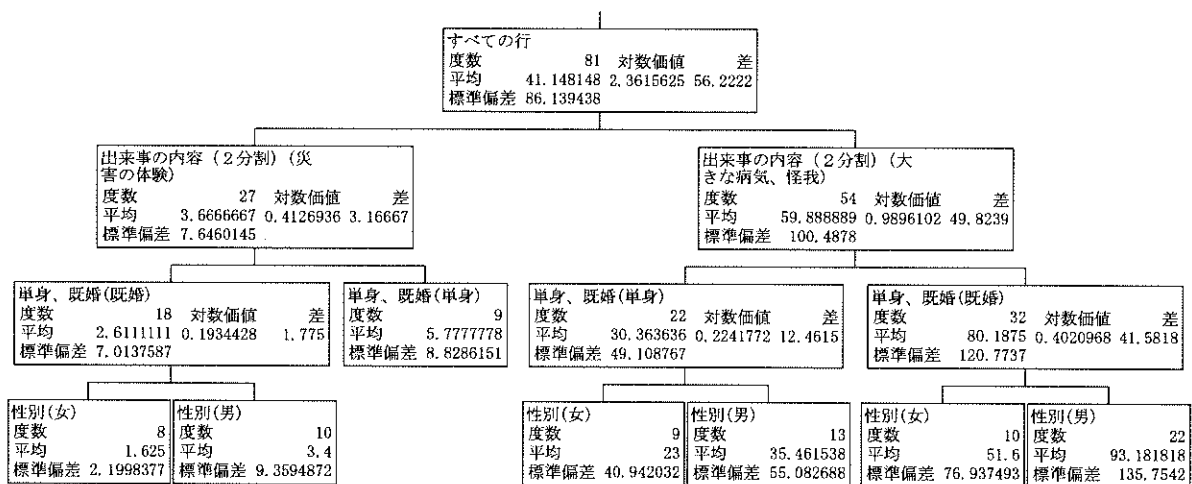
性格と発症までの期間に明らかな傾向は見られなかった。

5. 災害事例、自殺事例、精神事例までの出来事からイベントまでの決定木析

5. 1 災害事例

目的変数：出来事から発症までの日数

説明変数：性別、年齢、出来事の内容、精神科既往の有無、既婚－独身（離婚も含む）

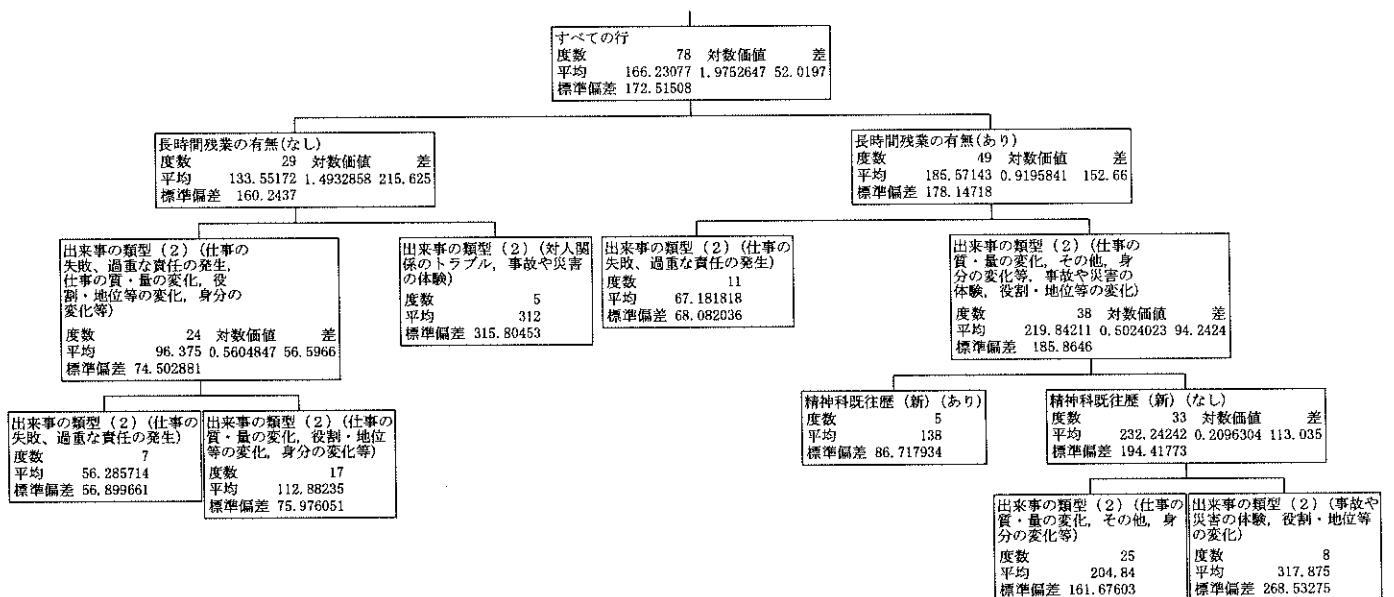


出来事から発症までの日数は、出来事の内容（災害の体験・大きな病気怪我）でことなり、次いで、既婚かどうかによって依存している。しかし、災害の体験事例では、既婚の方が短期間で発症しているのに比べ、大きな病気怪我の事例では、独身の方が短期間で発症している。災害の体験では既婚者のほうが家族を守らなければならないというストレスから早く発症し、大きな病気怪我では家族の支えが発症までの期間を長くしている可能性がある。またそれぞれの分岐において性別により違いも見られる。いずれも、女性の方が、男性に比べて短時間で発症している。

5. 2. 1 自殺事例

目的変数：出来事から自殺までの期間（日数）

説明変数：性別、年齢、出来事の類型、長時間残業の有無、精神科既往の有無

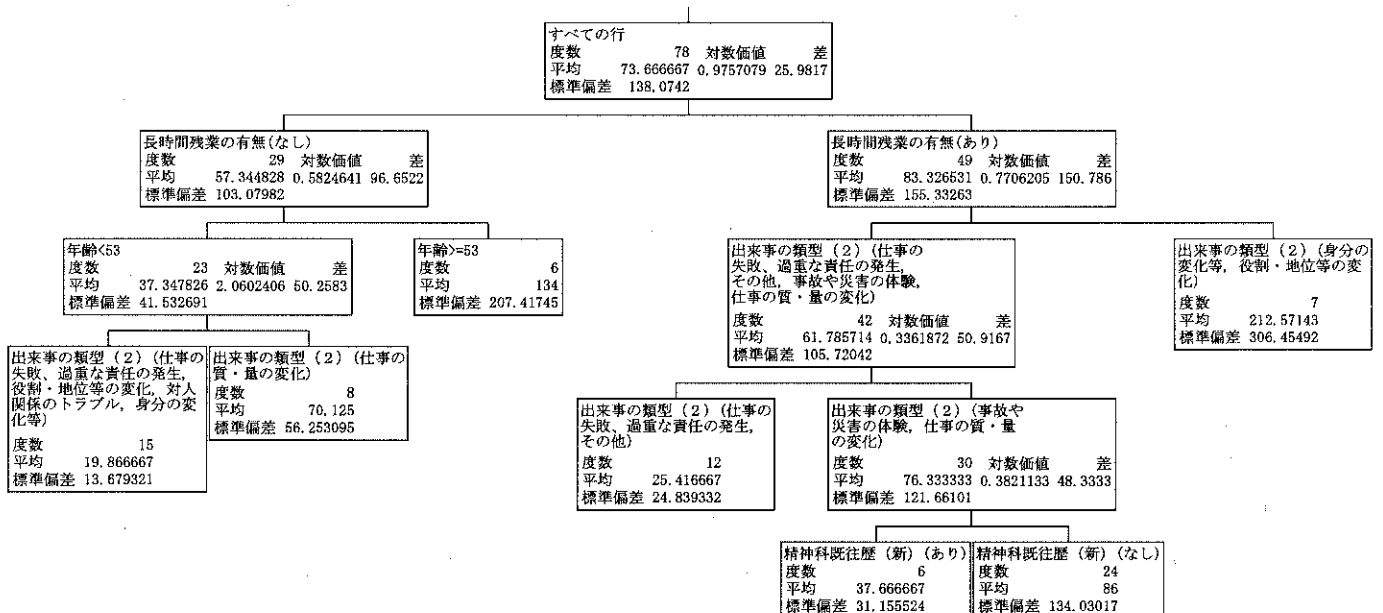


長時間残業がある事例で、出来事から発症までの時間が長くなっている。しかし、その内容をみると、仕事の失敗・過重な責任の発生を含む事例で、出来事から発症までの時間が短く、長時間残業がある事例では平均67日、長時間残業がない場合は、平均96日となった。仕事の失敗・過重な責任以外の事例では長時間労働がある場合が、自殺までの時間が短くなっており（平均219日）、さらに精神科の既往歴があると自殺までの期間が短くなる傾向が伺える。

5. 2. 2 自殺事例

目的変数：発症から自殺までの期間（日数）

説明変数：性別、年齢、出来事の類型、長時間残業の有無、精神科既往の有無

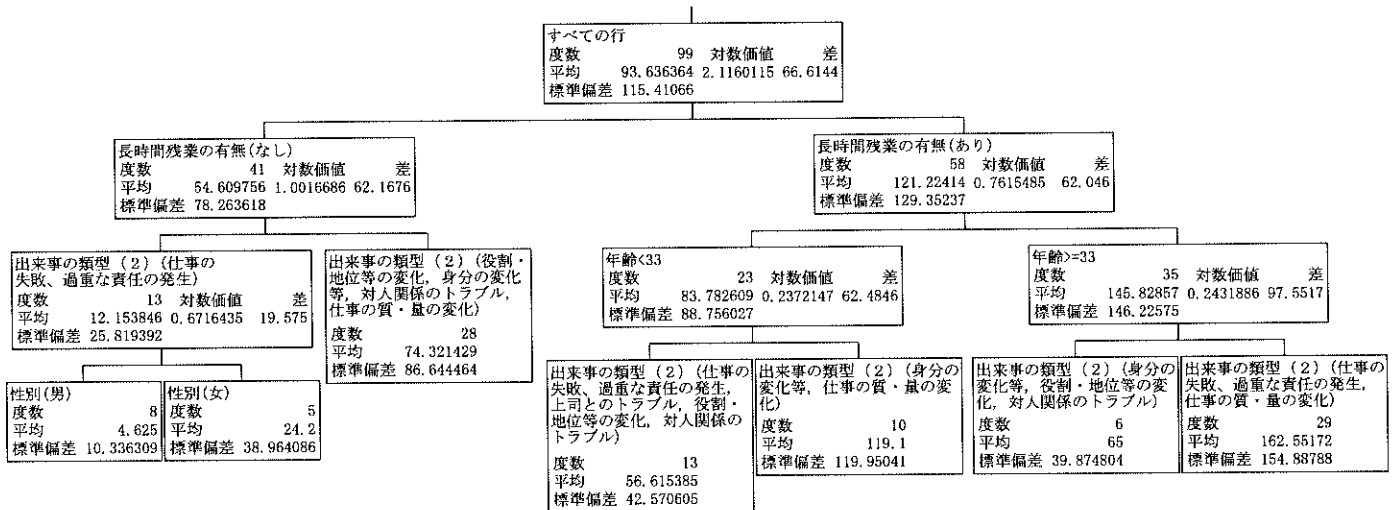


発症から自殺までの期間は、長時間残業の有無で異なり、長時間残業がある事例で発症から事例までの期間が長くなっている。長時間残業がない事例では、年齢が53歳以下で、仕事の失敗による事例で発症から自殺までの期間が短い（平均約19日）。長時間残業がある場合でも仕事の失敗・過重な責任の発生事例で、発症から自殺までの期間が短くなっている（平均約25日）。仕事の質・量の変化による事例では、精神科既往があると、自殺までの期間が短くなる（平均約37日）傾向が見られた。

5.3 精神事例

目的変数：出来事から発症までの期間（日数）

説明変数：性別、年齢、出来事の類型、長時間残業の有無、精神科既往の有無



精神事例に関しては、発症までの時間に長時間残業が影響しているが、長時間残業がある方が発症までの期間が長くなっている。長時間残業がない場合には、出来事の類型で、発症までの時間は異なり、男性において、仕事の失敗・過重な責任の事例で、発症までの期間が短くなっている。長時間残業がある事例では、類型として、仕事の失敗・過重な責任の発生で、33歳以上の事例で発症までの期間が長くなっており、発症の背景にはさらに検討が必要である。

新しいライフイベントとストレスの関係－時代背景とライフイベント－

大阪樟蔭女子大学大学院

夏目 誠

【概 要】

平成 14 年度、18 年度の厚生労働省委託研究結果を中心に、13 名の専門家を対象に行ったアンケート調査結果を合わせて検討を加えるとともに考察を行った。

14 年度では長期間にわたる不況で、リストラとともに日本的と言われた「年功序列、長期雇用制度」から、能力主義の人事制度を導入していった。それらを反映した「所属部署が統廃合された」や「職場で欠員の補充がなかった」、「業務を 1 人で担当することになった」、「早期退職制度の対象になった」、「目標管理が達成できず、給料が下がった」などのライフイベントが発生。また、企業のモラルが崩れ内部告発が増えた時期なので、「会社が強制捜査を受けた」や「違法行為を強制された」、「プライベートな情報が会社に漏れた」のイベントが生じた。さらには「嫌がらせ、いじめ、暴行を受けた」や「職場で顧客が無理な注文をした」があげられる。

18 年度では改正労働者派遣法の成立を受けて「正社員の自分が、派遣・契約・請負社員のマネージメントを行った」、「契約・派遣・請負などといった種々の社員の混在に伴う職務混乱が生じた」などのイベントが生じた。次に人が減る中で労働も過密になり「1 ヶ月以上にわたって休暇が、まったく取れなかった」や「上司から強度の叱責を受けた」、「介護休暇や育児休暇が取れなかった」などのイベントが生じている。

アンケート調査では「内定を取り消された」や「ネット上でいじめにあった」、「定年後に延長がなかった」、「非正規社員の契約満了が迫ったときのストレス」、などがあげられた。

【要 旨】

ライフイベント（生活の出来事）は、ストレス度を客観的に測定する方法として世界的に認められている。本稿では平成14年度、18年度の厚生労働省委託研究結果を中心に、13名の専門家を対象に行ったアンケート調査結果を合わせて検討を加えるとともに考察を行った。すなわち1. 社会変動とメンタルヘルス不調の増加、2. 「判断指針」とライフイベント、3. 新しいライフイベントとストレスの関係、に大別して説明をするとともに考察を加えた。

14年度では、社会の変動とそれに伴う企業変化と密接な関係を有している。長期間にわたる不況で、リストラで「選択と集中」を目指し、収益を上げる部門などに「人と物と予算」を集中する。一方、不採算部門は廃止か統廃合していく。それとともに日本的と言われた「年功序列、長期雇用制度」から、能力主義の人事制度を導入していった。それらを反映した「所属部署が統廃合された」や「職場で欠員の補充がなかった」、「業務を1人で担当することになった」、「早期退職制度の対象になった」、「目標管理が達成できず、給料が下がった」「親会社の指導・監督等を受けた」などのライフイベントが発生。また、企業のモラルが崩れ内部告発が増えた時期なので、「会社が強制捜査を受けた」や「親会社の指導監督を受けた」、「プライベートな情報が会社に漏れた」、「違法行為を強制された」のイベントがあげられる。また、「嫌がらせ、いじめ、または暴行を受けた」や「職場で顧客が無理な注文をした」があげられる。

18年度では製品販売が世界市場において競争が激烈（グローバルスタンダードの普及）になった。競争に勝つための人件費削減法の1つが非正規社員の雇用であり、増加である。改正労働者派遣法の成立を受けて「正社員の自分が、派遣・契約・請負社員のマネジメントを行った」、「契約・派遣・請負などといった種々の社員の混在に伴う職務混乱が生じた」のイベントが生じた。次に人が減る中で労働も過密になり「1ヶ月以上にわたって休暇が、まったく取れなかった」や「上司から強度の叱責を受けた」、「24時間オン・コール（いつでも職場や客先から電話がありうる状態）体制で仕事をするに成った」、「介護休暇や育児休暇が取れなかった」などのイベントが生じている。

アンケート調査では「内定を取り消された」や「ネット上でいじめにあった」、「定年後に延長がなかった」、「非正規社員の契約満了が迫ったときのストレス」、「仕事を教えてくれる人がいない」、「指示命令系が明確でないためのストレス」などがあげられた。

ライフイベント（生活の出来事、life event、イベントと言うこともある）は、ストレス度を客観的に測定する方法として世界的に認められている。そこで本稿のテーマである「新しいライフイベントとストレスの関係—時代背景とライフイベント」に関して1. 社会変動とメンタルヘルス不調の増加、2. 「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針¹⁾」とライフイベント、3. 新しいライフイベントとストレスの関係、に大別して説明をするとともに考察を加える。特に1と3では、この20年間における社会変動に伴う企業社会の変化とライフイベントの関係を中心に説明する。

1. 社会変動とメンタルヘルス不調の増加

(1) いま、なぜ、メンタルヘルスなのか

若者のメンタルヘルス不調、あるいは「うつ病」の増加²⁾をはじめとして、働く人の心の健康への関心が高まっている。それとともに対応への関心やニーズが求められている。まず図1に、「いま、なぜ、メンタルヘルスケアなのか」で検討を加え、ポイントをまとめた。

(2) ライフイベントから見たメンタルヘルス不調者の増加の背景

私が³⁾学会誌に報告したように、「マクロの視点」や「身近な視点」からメンタルヘルス不調者、特にうつ病や、うつ状態、摂食障害が増加しているのがわかった。では、なぜ、増加したのだろうか。検討⁴⁾と考察であるが、図2に考えられる背景や要因について従来から言われているものを中心にまとめた。以下、①から⑤にポイントを示し考察を行った。

① バブル崩壊とリストラクチュアリング

バブル後の社会・経済・企業状況の変化は大きい。従来から「社会変動と精神障害、うつ病の関係」は、精神医学では、よく指摘される視点である。

長く続く不況の影響である。戦後の敗戦やGHQなどの進駐軍の支配につぐ、困難な体験であり、「第二の敗戦」と言う人もいる。企業は売り上げ高や収益の減少にともない「選択と集中」を掛け声に事業の再編成（リストラクチュアリング、以下、リストラと略す）を行った。利益が上がり、将来性が高い部分を残し、それ以外は統合と廃止をする。すなわち中核部分に「人・金・資源」を集中的に投下し、それ以外の事業所は閉鎖・統合・売却をする。

人件費を減らすために中高年者を中心にしたリストラによる、不本意な退職（希望退職と言う名のリストラの進行）が増加した。リストラされた中高年にとって、強いストレスであり、いまでも、ショックによる衝撃が「心の傷」になって残っている人がいる。

会社に残された人もリストラに伴う痛みを抱きながら、少数で辞めた人の分を含めた仕事を

こなさなければならないから過重労働になりやすい。また、リストラに伴うギスギスした職場の雰囲気働き、ストレスがたまりやすい職場環境になっている。

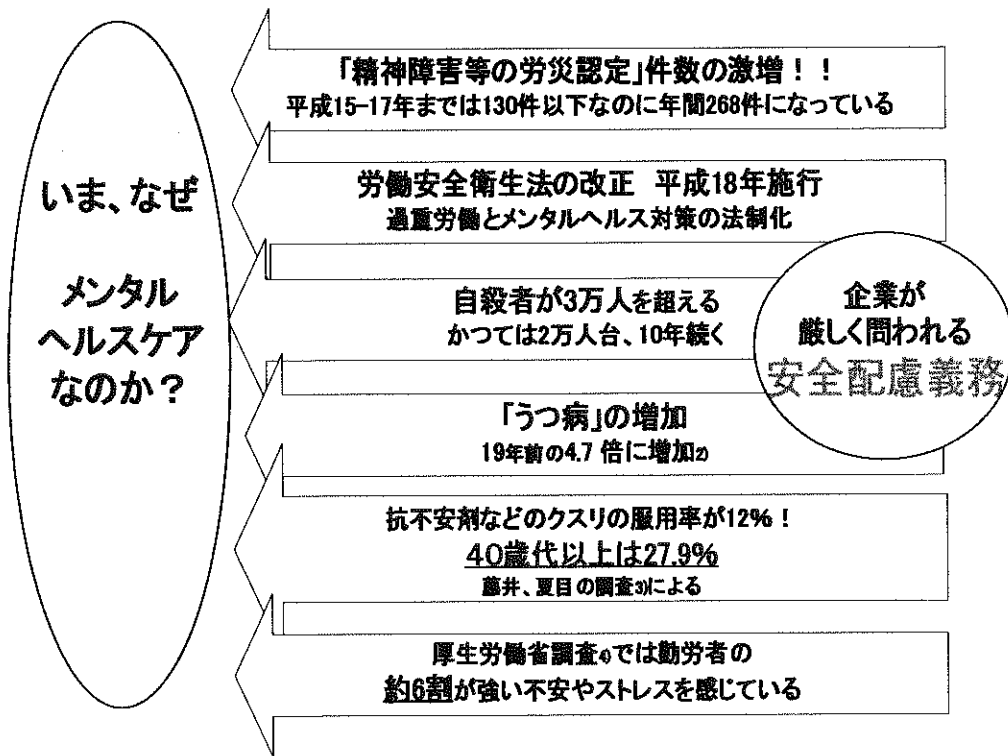


図 1. いま、なぜメンタルヘルスケアなのか？

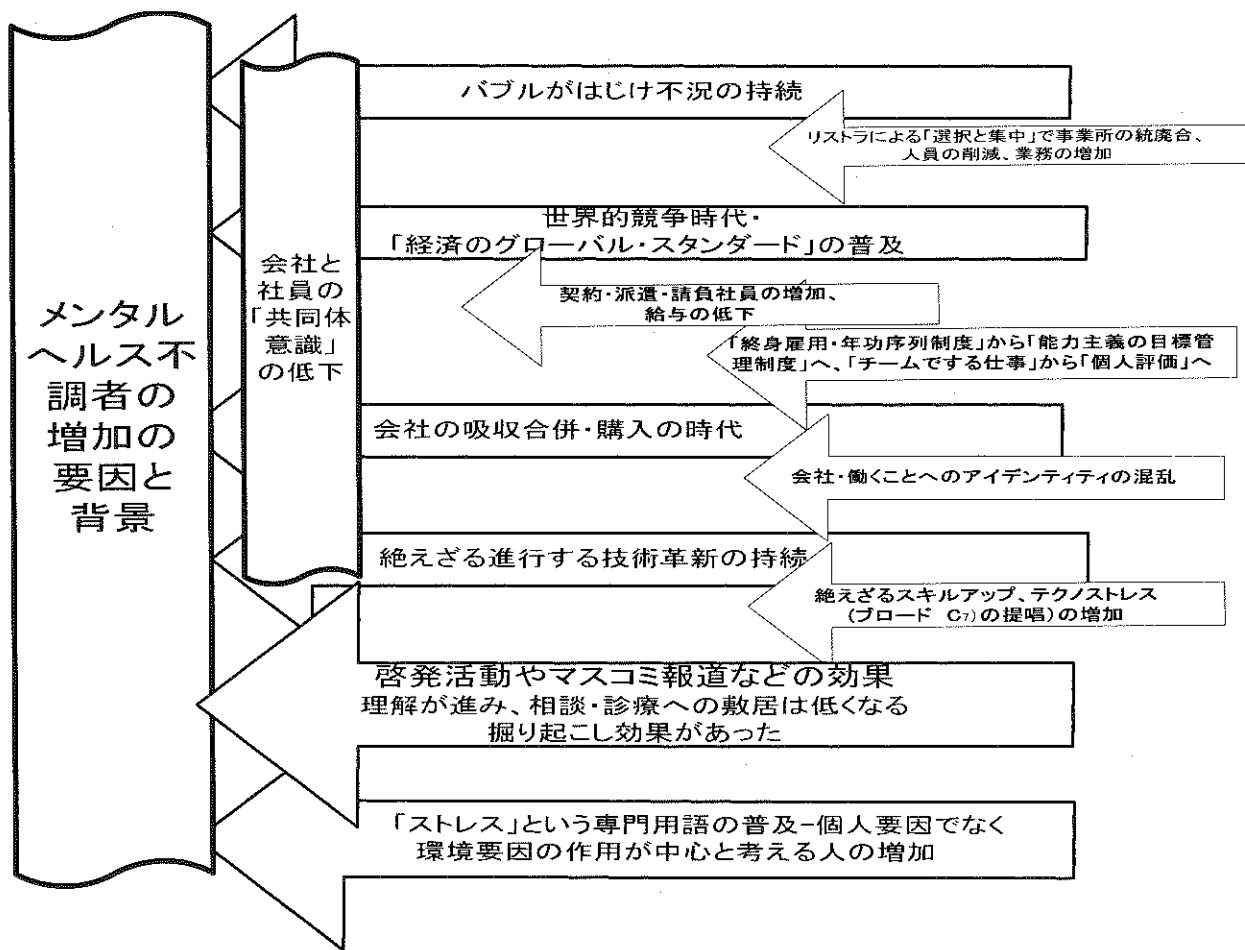


図 2. 不調者の増加要因と背景⁵⁾

②経済の「グローバル・スタンダード」の普及と競争

アメリカを中心にした、経済の「グローバル・スタンダード」の普及である。世界規模の競争や能力主義システムの浸透で、働く人は絶えず競争させられるので、ストレスが強くなる。成果主義人事（目標管理）制度の普及である。いまの職場は余裕がなくなり高まった労働密度のもとで、働くのを強制されている。それも成果達成というプレッシャーを、背負って長時間働きつづける。

それを裏付ける研究が、社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所調査⁶⁾による「『仕事の全体像や意味を考える余裕が職場になくなってきている』という企業では、『心の病』が増加した割合が61.6%であるのに対し、そうでない企業は42.9%にとどまっている」である。

③会社への共同体意識の喪失

会社の購入（M&A）や吸収合併が続いている。そのため働く人より株主の意向を尊重するようになった。多くの人が言うように日本の企業は、「共同体」としての機能を強くもっていた。それを支えるのが「年功序列、終身雇用制度」であったが、その制度が機能も失われつつある。すなわち正

社員が減り契約・派遣社員が増え、同じ目的や目標、価値観を有する、働く仲間が減っている。共同体意識の喪失にともなう、職場での仕事の意義や連帯感が減少している。それをデータで示した有意義な報告が、社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所調査⁶⁾から示された「『心の病』が増加する傾向は、職場の状況に関わる次の3つの変化と統計的に有意な関係がみられた。1. 『人を育てる余裕が職場になくなってきている』という企業では、『心の病』が増加した割合が60.2%であるのに対し、そうでない企業は35.3%にとどまっている。2. 『組織・職場とのつながりを感じにくくなってきている』という企業では、『心の病』が増加した割合が63.5%であるのに対し、そうでない企業は43.8%にとどまっている」との結果と一致している。

また企業犯罪が新聞紙上に躍ったのも記憶に新しいことである。自分のためであり、かつ会社にとって良かれと思ったことが犯罪につながった。それも企業への共同体意識を低下させたと言える。

④絶えざる技術革新の持続

コンピュータ（パソコンの機能や方法のグレードアップやインターネットの進化）を中心とした絶えざる技術革新の進行である。従来の技術がすぐダメになっていく。そのため、常時スキルアップをしていかないと落ちこぼれていく社会である。これはクレイグ・ブロード⁷⁾により提唱された「テクノストレス」の持続である。

⑤啓発活動と「ストレスは外的要因」との思い込み効果

松下東京健康管理センターの富高⁸⁾が指摘するようにメンタルヘルスへの理解を目的とした啓発活動による効果大きい。彼は「なぜ日本でメンタル休職者が増加したか」の要因を報告しているが、経済や雇用状況の変化のほかに啓発活動の効果大きいとしている。啓発活動により社員の意識も変わり、メンタルヘルスへの理解が高まりつつある。それに伴いメンタルヘルス機関への相談・診療の敷居が低くなり、受診などがしやすくなった。さらには、埋もれていたケースの掘り起こし効果もあった。

さらには、「ストレス」という専門用語の普及であろうと私は、考える。すなわち、ストレッサー（作用因子）である環境要因（有害と考える人が多い）のみで発症すると考える人が増加し、個人要因は関係しない（多くはストレッサーと個人要因の相互作用である）と考え、受診や相談がしやすくなったからであると推測した。

(3) 国などの対応

増加に対して、国として一番、最初に対応したのが、かつての労働省である。昭和63年からである。厚生労働省を中心にした対応が平成11年から行われている。図3にまとめた。

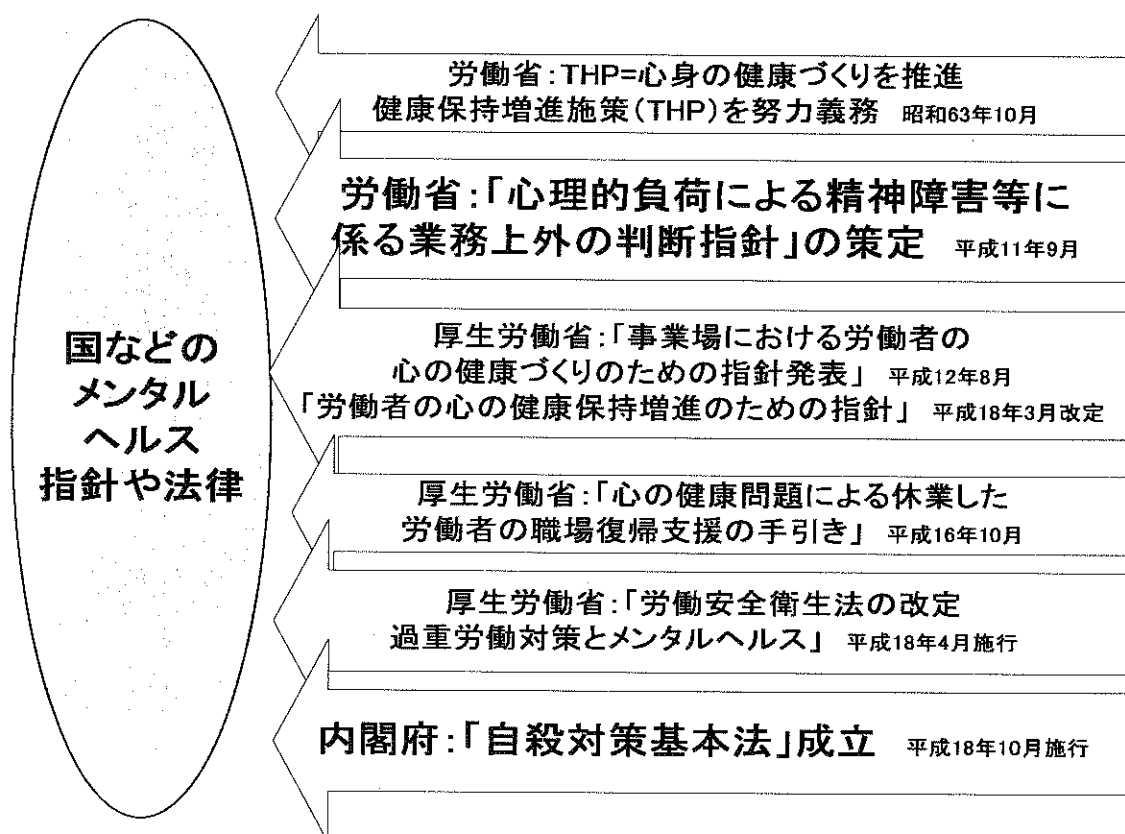


図 3. 国などの対応

2. 「心理的負荷による精神障害等による業務上外の判断指針」とライフイベント

(1) 指針とストレス脆弱性理論

ストレス測定は「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」の中でも重要な判断基準になっている。それは指針が精神障害発生の成因論として、図4に示した「ストレスー脆弱性」モデル^{9・10}を採用しているからである。すなわちストレス評価は、2軸のうちの1つの軸を占め、ポイントになっている。もう一方の軸は反応性・脆弱性である。ここで強調できることは、現在の医学のレベルでは反応性・脆弱性の程度の自然科学的測定法がないのに対して、ストレス強度は、かなりのレベルでの測定（調査や社会科学的方法）が可能である。ストレス測定が重要になってくる由縁である。

ストレス度測定に関しては図 5 に示した NIOSH のストレスモデル¹¹⁾を採用している。ストレスラーの測定法には、Holmes, TH ら^{12・13,15)}が開発し、Rahe RH¹⁴⁾、R, Jay Turner ら¹⁶⁾が発展させたライフイベント法が、よく使われる。ここでは労災認定のストレス強度について、説明を加える。表 1、2 に指針が採用しているライフイベント法に基づいた心理的負荷によるストレスの内容と強度を示した。

(2) 指針の職場の心理的負荷評価表

職場における心理的負荷評価表と個人の 2 つ¹⁾で構成されている。労災であるから職場がポイントになる。それは 7 類型 32 項目の職場ストレスを「Ⅰ」、「Ⅱ」、「Ⅲ」の 3 段階の強度にして評価にしている。Ⅲが最もストレス強度が強く、「Ⅰ」は軽度である。

表 1 にその内容の一部を示した。①事故や災害の体験、②仕事の失敗、過重な責任の発生等、③仕事の質・量の変化、④身分の変化等、⑤役割・地位等の変化、⑥対人関係のトラブル、⑦対人関係の変化の 7 つカテゴリーである。表 2 に職場以外のそれを示した。

例えば④身分の変化等では「退職を強要された」はⅢの強度であり、「出向した」や「左遷された」はⅡの中程度になっている。③の仕事の質・量の変化では「勤務形態に変化があった」や「仕事のペース、活動に変化があった」、「職場の O A 化があった」はⅠの軽度である。このような 3 段階の評価であり、職場がポイントになるが、それは 7 類型 32 項目の職場ストレスを「Ⅰ」、「Ⅱ」、「Ⅲ」の 3 段階で評価している。Ⅲが強度であり、Ⅱが中等度、Ⅰは軽度である。使用されている測定方法は、アメリカの医学者であるホームズらが開発したライフイベント法である。そこに私たち¹⁷⁻¹⁹⁾の研究成果も引用されている。

(3) 労災認定の流れ

労災認定はどのように行われるのだろうか。指針によれば 4 つのポイントがある。事務局の詳細な資料をもとに 3 名の精神科医や心療内科医が中心になって、判断を下す。その流れを図 6 に示した。まず最大のポイントは、精神障害を発症しているかどうかである。主治医や診察医の診断や家族や職場関係者、対象者の知人などの言動を中心にした調査資料から判断する。その場合に診断基準として使われるのは WHO が作成した国際疾病分類 (ICD・10) だ。それに従って判断する。

次に精神障害を発症していると判断された場合に、業務上のストレスが、どの程度に関与しているかどうかを測定するのがストレス評価である。前述したように 2 つからなる。職場における心理的負荷評価表と職場以外のそれである。

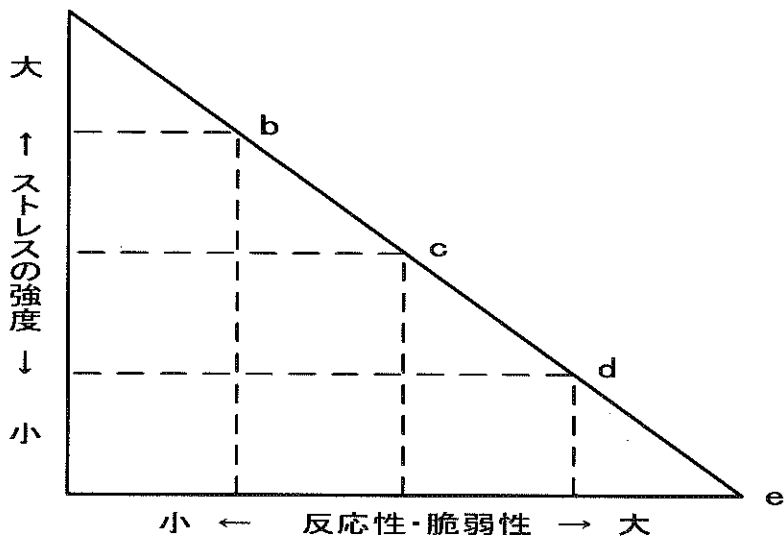


図4. 「ストレスー脆弱性」モデル¹⁰⁾

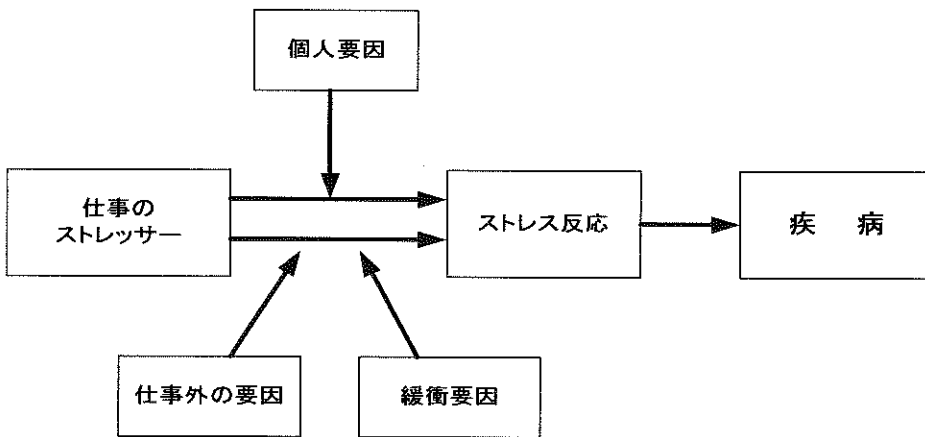


図5. NIOSHの職業性ストレスモデル

米国国立職業性安全保健研究所(National Institute for Occupational Safety and Health, 頭文字を取ってNIOSH)がモデルを作成した。
原谷、川上¹¹⁾から

表 1. 職場における心理的負荷評価表¹⁾ (紙数の都合上、一部を紹介)

出来事の種類	(1)平均的ストレスの強度			(2)直面した出来事を評価する視点	
	具体的出来事	ストレスの強度			ストレス強度を変更する際の着眼事項
		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
	悲惨な事故や災害の体験(目撃)をした		☆		事故や被害の大きさ、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
	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
	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
	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	仕事の内容・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
	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、深夜勤務等の変化の程度等
	仕事のペース、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

(注)・(1)の具体的出来事の平均的な心理的負荷の強度は☆で表現しているが、この強度は平均値である。また、心理的負荷の強度Iは日常的に経験する心理的負荷で一般的に問題とならない程度の心理的負荷、心理的負荷の強度IIIは人生の中

でまれに経験することもある強い心理的負荷、心理的負荷の強度Ⅱはその中間に位置する心理的負荷である。

- ・(2)の「心理的負荷の強度を修正する視点」は、出来事の具体的態様、生じた経緯等を把握した上で、「修正する際の着眼事項」に従って平均的な心理的負荷の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。

表2. 職場以外の心理的負荷評価表¹⁾

出来事の種類	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突然大きな支出があった			☆
	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）と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、異性問題のもつれがあった		☆	
	隣近所とのトラブルがあった		☆	

3名の精神科医や心療内科医と労働基準監督署の署員などの合議制

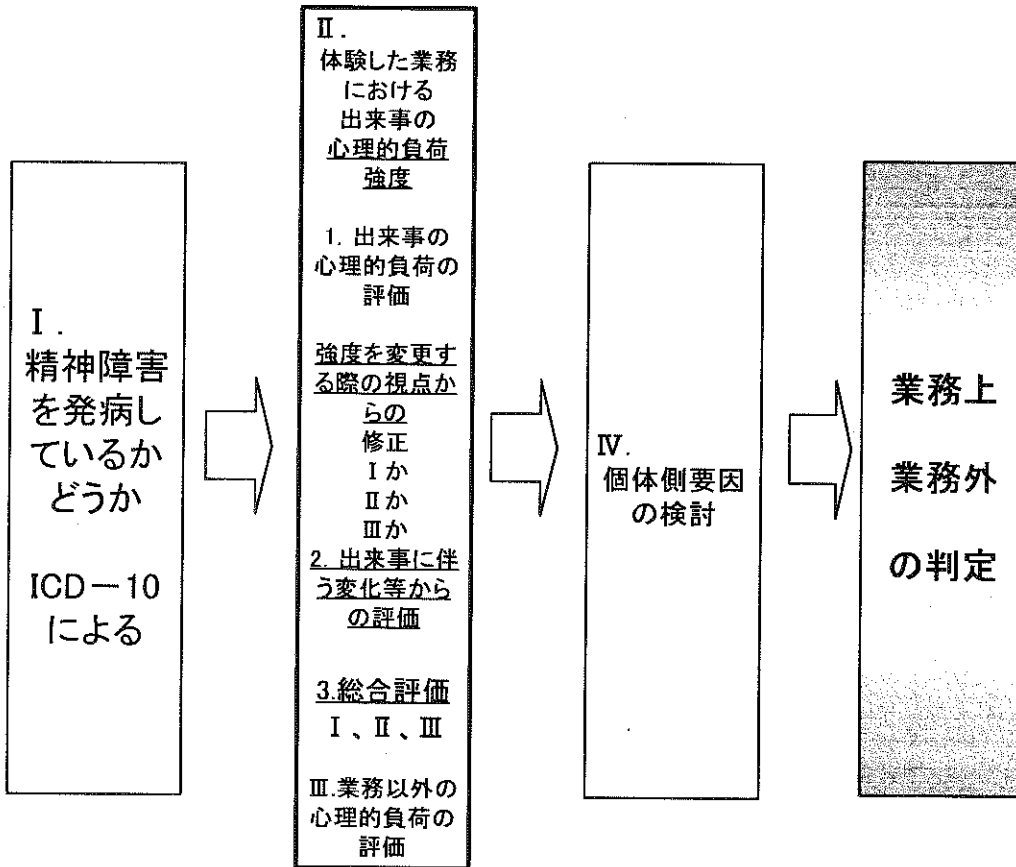


図6. 心理的負荷にかかわる労災認定の流れ
(指針¹⁾の報告書を中心に、夏目が作成)

3. 新しいライフイベントとストレスの関係

ここでは平成14年度と18年度に夏目が主任研究員として行った委託研究結果から検討を加える。また、最近の新しいイベントに関しては、12名の専門家にアンケートを取ったので、その結果を踏まえて考察を加えたい。

(1) 平成 14 年度の委託研究

平成 14 年度委託研究「ストレス評価表の充実強化に関する研究」²⁰⁾を中心に説明する。

①目的

「心理的負荷による労災認定の判断指針」策定以降、企業におけるリストラや失業率の増加、経済のグローバル・スタンダードに伴う目標管理制度の導入等、大きな社会変動が起きている中で、ストレス評価をより適切に行うため、評価表にない勤労者に係るストレスサーについて調査分析を行い、ストレス評価表の充実強化を目的として実施。

②対象と方法

ストレス測定・ライフイベント法の専門家 30 名（精神科医、産業医、公衆衛生・心理学の研究者、産業看護職、臨床心理士、人事・労務担当者）により、最近の企業現場で多く見られるストレスサー91項目（職場関連項目は56項目）をKJ法（川喜田(1967) ¹⁹⁾により抽出し、東京、大阪、名古屋、福岡にまたがる製造業、第3次産業を含む7社、2,699名の労働者（うち女性673名）を対象に、4段階評価（1、2、3、4）調査を実施した。

③調査結果（表3）

ストレス強度は、「嫌がらせ、いじめ、または暴行を受けた」が最も強いストレスサーであり、3.11の強度を示した。次いで「給与が減少した」の3.08、「目標管理が達成できず給与が下がった」の3.07、「違法行為を強要された」の3.06、「顧客が無理な注文をした」の3.05、「職場で欠員補充がなかった」の3.00、「業務を1人で担当することになった」の2.97である。

表3. 平成 14 年度の健常群のストレス強度

順位	番号	項目	職場・外	平均値全体	標準偏差全体
1	Q11	いやがらせ、いじめ、または暴行を受けた	職場	3.11	0.93
2	Q16	給与が減少した	職場	3.08	0.80
3	Q91	目標管理が達成できず、給料が下がった	職場	3.07	0.86
4	Q15	違法行為を強要された	職場	3.06	0.93
5	Q34	職場で顧客が無理な注文をした	職場	3.05	0.78
6	Q35	職場で欠員補充がなかった	職場	3.00	0.88
7	Q84	業務を一人で担当することになった	職場	2.97	0.88

8	Q51	顧客からクレームを受けた	職場	2.87	0.81
9	Q69	通勤時間が増加した	職場	2.86	0.87
10	Q28	プライベートな情報が会社に漏れた	職場	2.85	0.99
11	Q5	複数の仕事を担当した	職場	2.85	0.80
12	Q66	他部署とのトラブルがあった	職場	2.83	0.79
13	Q50	職場の宴会や旅行等への参加を強要された	職場	2.82	0.89
14	Q10	自分が長い間担当してきた仕事が中断した	職場	2.81	0.84
15	Q58	職場の人が自殺した	職場	2.81	1.05
16	Q4	予算の大幅な削減を強いられた	職場	2.79	0.81
17	Q86	労働組合の活動でトラブルがあった	職場	2.76	1.02
18	Q18	会社の業績が悪化した	職場	2.76	0.84
19	Q3	会社の将来への見通しが定まりにくくなった	職場	2.75	0.79
20	Q13	作成していたデータが失われた	職場	2.75	0.84
21	Q46	わたしの仕事への期待度が変わった	職場	2.73	0.82
22	Q1	会社の設備が故障した	職場	2.72	0.87
23	Q6	社内の正社員数が減少した	職場	2.70	0.94
24	Q17	同じ職場の人が死亡した	職場	2.67	0.86
25	Q56	転職に失敗した	職場	2.65	1.06
26	Q53	失業した	職場	2.60	1.12
27	Q21	研修の受講を強要された	職場	2.59	0.97
28	Q82	降格した	職場	2.59	1.15
29	Q54	下請け企業に対して低価格の要求をした	職場	2.57	0.81
30	Q67	所属部署が統廃合された	職場	2.54	0.97
31	Q39	会社の規模が変わった	職場	2.53	0.88
32	Q83	新しい賃金制度が導入された	職場	2.52	0.89
33	Q31	仕事に必要な資格がとれなかった	職場	2.52	0.85
34	Q60	同僚や部下から重大な相談を受けた	職場	2.50	0.83
35	Q45	専門外の会議に出席した	職場	2.48	0.84
36	Q49	自分の会社の評判が落ちた	職場	2.47	0.87
37	Q61	昇進試験があった	職場	2.46	0.97
38	Q7	早期退職制度の対象になった	職場	2.46	0.99

39	Q70	職場で再教育を受けた	職場	2.45	0.98
40	Q19	親会社の指導・監督等を受けた	職場	2.43	0.94
41	Q52	大きな説明会や公式の場で発表した	職場	2.43	0.89
42	Q59	新しい評価制度が導入された	職場	2.42	0.88
43	Q44	転職した	職場	2.36	0.93
44	Q88	非正社員の教育を担当した	職場	2.34	0.89
45	Q20	就職した	職場	2.26	1.03
46	Q24	会社が対等合併した	職場	2.24	0.94
47	Q2	部長・課長などの職階が簡素化された	職場	2.22	0.97
48	Q79	海外出張があった	職場	2.19	0.89
49	Q29	会社が吸収合併された	職場	2.15	0.88
50	Q72	自分の仕事が外注化された	職場	2.10	0.98
51	Q77	会社が強制捜査を受けた	職場	2.07	1.09
52	Q76	非正社員が増加した	職場	2.02	0.92
53	Q23	会社が倒産した	職場	2.00	1.31
54	Q74	下位管理職へ女性が登用された	職場	1.71	0.97
55	Q22	外資系企業と合併した	職場	1.43	0.53
56	Q47	給与が上がった	職場	1.43	0.67
1	Q8	大切にしていたものをなくした	個人	3.27	0.76
2	Q48	親が重い病気やケガをした	個人	3.07	0.79
3	Q73	他人の借金を肩代わりした	個人	3.05	1.03
4	Q85	自分の決定が家族から強く反対された	個人	3.03	0.92
5	Q90	親戚間のもめごとに関与された	個人	2.98	0.94
6	Q78	子どもが就職に失敗した	個人	2.97	0.94
7	Q40	親の介護を始めた	個人	2.97	0.82
8	Q42	他人に大きなケガを負わせるなど、大きな損害を与えた	個人	2.95	1.03
9	Q12	家族が離婚した	個人	2.91	1.11
10	Q9	趣味を続けられなくなった	個人	2.88	0.81
11	Q64	小遣いを削られた	個人	2.86	0.92
12	Q27	配偶者が流産した	個人	2.85	1.23
13	Q68	他人から私生活に口を挟まれた	個人	2.81	0.90

14	Q14	家族が失業した	個人	2.80	0.92
15	Q55	ペットが病気になった	個人	2.74	0.93
16	Q65	子どもが進学に失敗した	個人	2.70	0.81
17	Q25	家族が事業に失敗した	個人	2.67	1.31
18	Q87	他人を法的に訴えた	個人	2.64	1.22
19	Q26	ペットが死んだ	個人	2.64	0.98
20	Q32	食生活などの生活習慣が悪化した	個人	2.63	0.79
21	Q43	配偶者の愚痴を聞くことが増えた	個人	2.61	0.85
22	Q75	財産(株や土地)の価値が下がった	個人	2.58	0.89
23	Q36	町内会や自治会、PTAなどの役員になった	個人	2.53	0.92
24	Q41	配偶者の親が死亡した	個人	2.46	0.95
25	Q89	服装・化粧・髪型等を注意された	個人	2.36	1.04
26	Q37	他人から法的に訴えられた	個人	2.31	1.03
27	Q63	見合い話を持ち出された	個人	2.28	1.01
28	Q38	他人の重大な秘密を知った	個人	2.26	0.94
29	Q71	自分が出産した	個人	2.25	1.50
30	Q30	飲酒、喫煙が増えた	個人	2.18	0.83
31	Q33	家族が退職した	個人	2.14	1.01
32	Q81	配偶者が出産した	個人	1.99	0.95
33	Q57	結婚した	個人	1.85	1.04
34	Q80	親、兄弟姉妹、子どもと同居する	個人	1.52	0.79
35	Q62	新しい趣味を始めた	個人	1.37	0.63

点数が高いほどストレス度が高い (0-4点)

④14年度の主たる項目

主なものを以下に列挙する。

1. プライベートな情報が会社に漏れた
2. 他部署とのトラブルがあった
3. 嫌がらせやいじめ、または暴行を受けた
4. 所属部署が統廃合された

5. 職場で欠員補充がなかった
6. 業務を1人で担当することになった
7. 下請け企業に対して低価格の要求をした
8. 早期退職制度の対象になった
9. 職場で再教育を受けた
10. 親会社の指導・監督等を受けた
11. 会社が強制捜査を受けた
12. 違法行為を強制された
13. 目標管理が達成できず、給料が下がった
14. 職場で顧客が無理な注文をした
15. 研修の受講を強要された

バブル後の長期間にわたる不況である。企業を中心にリストラの嵐が吹き荒れている時代である。いわゆる「選択と集中」を目指し、収益を上げる部門か、将来性が望める部署に「人と物と予算」を集中する。一方、不採算部門は廃止か統廃合していく流れである。当然、かなりの人が希望退職などに追い込まれていく。それとともに従来の日本的と言われた「年功序列、長期雇用制度」から、能力主義の人事制度を導入（目標管理制度が代表的である）していった。それらを反映した「所属部署が統廃合された」や「職場で欠員の補充がなかった」、「業務を1人で担当することになった」、「早期退職制度の対象になった」、「目標管理が達成できず、給料が下がった」、「職場で再教育を受けた」、「下請け企業に対して低価格の要求をした」、「親会社の指導・監督等を受けた」のライフイベントが新たに発生。

また、企業のモラルが崩れ内部告発が増え、告発者が法的に保護されると言うことでコンプライアンスが問題になったこの時期に、「会社が強制捜査を受けた」や「親会社の指導監督を受けた」、「プライベートな情報が会社に漏れた」、「違法行為を強制された」のイベントがあげられる。

(2) 平成18年度委託研究「精神障害を引き起こすストレス調査に関する研究」

以下、委託研究結果²¹⁾を中心に説明する。

① 目的

判断指針の評価表のもとになった研究の多くは、判断指針策定以前の1970年代から90年代初頭にかけてのものであるが、その後の社会や産業、企業変動の影響により、企業におけるリストラや失業率の増加、人事労務管理の変化等による、新たなストレスが発症している。このため、評価表に掲げている以外の労働現場で現実の問題となっているストレスを中心に調査（比較

するため従来のものも調査)を行い、これらの新規ストレスの強度を測定分析することを目的として実施した。

②対象と方法

ストレス研究・臨床の専門家 17 名（産業医や精神科医、心理学者等）により、診療の場や職場の実態、文献等から 37 項目のストレスを抽出し、東京を含む首都圏や大阪府、愛知県の 7 企業（製造業やサービス業）、3,854 名の労働者（うち女性 496 名）を対象に、11 段階評価（0-10）で調査を実施した。

③調査結果（表 4）

ストレス強度の評価が全体的には中等度程度以上のストレスとして評価されるものが多かった。しかし、その中で比較的強いストレスとして評価されるもの（6点以上）が、「会社が倒産した」の 6.5点であり、次いで「上司から強度の叱責を受けた」の 6.2点、「職場で嫌がらせ、いじめを受けた」の 6.1点であった。次いで 5 点台では、「職場で暴行を受けた」の 5.9点、「納得のいかない人事査定を受けた」の 5.8点、「自分の関係する仕事で多額の損失を出した」の 5.8点、「仕事が忙しすぎる」の 5.7点、「顧客や取引先から無理な注文を受けた」の 5.7点、「仕事をする上で、職場の協力体制が悪い」の 5.6点、「自分が長い間担当していた仕事が廃止された」の 5.6点までがベスト 10 である。

表 4. 平成 18 年度の健常群の職場ストレス強度

順位	番号	項目	平均	標準偏差
1	Q31	会社が倒産した	6.5	3.4
2	Q14	上司から強度の叱責を受けた	6.2	2.7
3	Q10	職場で嫌がらせ、いじめを受けた	6.1	2.8
4	Q11	職場で暴行を受けた	5.9	3.6
5	Q19	納得のいかない人事査定を受けた	5.8	2.7
6	Q3	自分の関係する仕事で多額の損失を出した	5.8	2.5
7	Q35	仕事が忙しすぎる	5.7	2.5
8	Q23	顧客や取引先から無理な注文を受けた	5.7	2.4
9	Q36	仕事をする上で、職場の協力体制が悪い	5.6	2.5
10	Q21	自分が長い間担当していた仕事が廃止された	5.6	2.8
11	Q2	仕事で海外において危険な事件にあたり、危害を受けたりした	5.6	3.1
12	Q13	1ヶ月以上にわたって休暇が、まったく取れなかった	5.6	2.9

13	Q34	仕事に見合った給料をもらっていない	5.5	2.6
14	Q37	自分の能力が正当に評価されない	5.5	2.5
15	Q5	派遣・契約・請負社員として仕事上で不利益な扱いを受けた	5.4	2.5
16	Q16	会社でリストラ・組織の再編・人員削減が行われ自分の業務負担が増大した	5.3	2.5
17	Q12	24 時間オン・コール(いつでも職場や客先から電話がありうる状態)体制で仕事をするに成った	5.3	2.8
18	Q20	部下とのトラブルがあった	5.3	2.4
19	Q24	職場で欠員の補充がなかった	5.2	2.6
20	Q33	介護休暇や育児休暇が取れなかった	5.2	3.1
21	Q27	自分の仕事に対する会社の期待度が落ちた	5.1	2.6
22	Q29	経営赤字などにより、会社の将来への見通しが立たなくなった	5.1	2.6
23	Q15	仕事上で作成しているデータが失われた	4.9	2.5
24	Q26	業務を 1 人で担当するようになった	4.6	2.8
25	Q7	本体から分離した分社の社員になった	4.6	2.9
26	Q25	複数の仕事を担当するようになった	4.6	2.5
27	Q22	客先企業など、私の所属元でない職場で仕事をするようになった	4.5	2.7
28	Q8	契約・派遣・請負・パート・アルバイト・といった種々の社員の混在に伴う職務混乱が生じた	4.2	2.4
29	Q28	自分の所属部署が統廃合を受けた	4.1	3.0
30	Q32	上司が不在になることにより、その代行を任せられた	3.8	2.7
31	Q6	所属していた企業が統合や吸収された	3.8	3.1
32	Q9	上司などからコンプライアンス(法令順守)無視をするように言われた	3.8	2.9
33	Q1	治安事情が悪い海外へ出張、または転勤した	3.8	2.4
34	Q18	新しい人事制度が導入された	3.7	2.7
35	Q17	新しい給与制度が導入された	3.7	2.9
36	Q4	正社員の自分が、派遣・契約・請負社員のマネージメントを行った	3.5	2.5
37	Q30	取引・顧客先が倒産した、または他の企業に吸収合併された	3.0	2.6

点数が高いほどストレス度が高い (0-10 点)

④18年度の主たる項目

以下に列挙する。

1. 上司から強度の叱責を受けた
2. 自分の関係する仕事で多額の損出を出した
3. 仕事が忙しすぎる
4. 仕事をする上で、職場の協力体制が悪い
5. 1ヶ月以上にわたって休暇が、まったく取れなかった
6. 仕事に見合った給料をもらっていない
7. 自分の能力が正当に評価されない
8. 24時間オン・コール（いつでも職場や客先から電話がありうる状態）体制で仕事をする
ことに成った
9. 介護休暇や育児休暇が取れなかった
10. 客先企業など、私の所属元でない職場で仕事をするようになった
11. 契約・派遣・請負・パート・アルバイト・といった種々の社員の混在に伴う職務混乱が生じた
12. 正社員の自分が、派遣・契約・請負社員のマネジメントを行った

「経済的グローバル・スタンダードの普及と進展」や「中国が世界の工場」と言われるなどなど、製品販売が世界市場において競争が激烈になった。特に価格競争は熾烈である。低価格にするために、人件費は圧縮される。競争に勝つための人件費削減法の1つが非正規社員の雇用であり、増加である。

平成16年に成立した改正労働者派遣法の成立を受けて「仕事をする上で、職場の協力体制が悪い客先企業など、私の所属元でない職場で仕事をするようになった」、「契約・派遣・請負・パート・アルバイト・といった種々の社員の混在に伴う職務混乱が生じた」のイベントが生じた。

次に、人が減る中で正社員の労働も過密になり「1ヶ月以上にわたって休暇が、まったく取れなかった」や「上司から強度の叱責を受けた」、「24時間オン・コール（いつでも職場や客先から電話がありうる状態）体制で仕事をすることに成った」、「介護休暇や育児休暇が取れなかった」などのイベントが生じている。

(3) H18年度とH14年度の共通項目

- 1.違法行為やコンプライアンス無視を指示された
- 2.職場で嫌がらせ、いじめを受けた
- 3.職場で暴行を受けた
- 4.職場で欠員の補充がなかった
- 5.会社が倒産した
- 6.自分の仕事に対する会社の期待度が落ちた
- 7.経営赤字などにより、会社の将来への見通しが立たなくなった
- 8.仕事上で作成しているデータが失われた
- 9.業務を1人で担当するようになった
- 10.複数の仕事を担当するようになった
- 11.自分の所属部署が統廃合を受けた
- 12.所属していた企業が統合や吸収された
- 13.治安事情が悪い海外へ出張、または転勤した
- 14.新しい人事制度が導入された
- 15.新しい給与制度が導入された
- 16.取引・顧客先が倒産した、または他の企業に吸収合併された

(4) アンケートをいただいた各先生方からの新しいライフイベントのまとめ

文末に示した13名の先生から提出された、主たるライフイベントを下記に、職場を中心に提示する。

内定を取り消された、内定を反故にされた

ネット上でいじめにあった

定年後に延長がなかった

住む家がない

裁判員になった

派遣を中止された

非正規社員の契約満了が迫ったときのストレス

仕事を教えてくれる人がいない²²⁾

社長や上司の愚痴を聞かなければならない²²⁾

家族経営などで公私混同される²²⁾

機械が遊んでいる²²⁾

就職を断られた

指示命令系が明確でないためのストレス

業務指示系統の複雑化の中の対人ストレス

時間にゆとりのない出張（国内外）が増えていること

（上司の思い付きによるような）意味のわからない仕事が降ってくる

若い世代の業務に対する見解の変遷

常にながらばっていないと生き残れない

社長が怒ると思うと心臓がドキドキして冷や汗が出てくる

先輩の指導方法や内容に間違いがある

先輩の指導方法がきついし、説明がわかりにくい

先輩に聞きに行くと嫌な顔をされることが多い

女性社員の、特に総合職女性の教育が間違っているか良くない

資 料

(1) 職場のライフイベント

上司などからの命令や指示系統が複雑化している

指示系列が明確でないためのストレス

メンタルヘルス不調者が増えたことによる上司・同僚の作業負荷が増大

部下の健康障害・労働力の低下

部下を飲み会などに誘ってもついてきてくれない

部下からパワハラだと訴えられた

一時帰休になる

アカハラがあった

住む家がない（職場と個人の両方に渡るストレス）

年金がもらえなくなった

内定を取り消された

訴訟を起こした、起こされた

ネット上でいじめにあった

定年後に延長がなかった

裁判員になった
マスコミに誤報を流された
派遣を中止された
パートを中止された
非正規社員の契約満了が迫ったときのストレス
時間がゆとりのない出張の増加
就職を断られた。
残業ができなくなった
夜勤から日勤への変更
頼りにしていた上司が会社を辞めてしまった
将来のキャリア・スキルに対する不安
昇進による女性差別
正規職員と非正規職員の待遇格差への不安
同年代の仲間がいない²²⁾
上司とのジェネレーションギャップがある²²⁾
仕事を教えてくれる人がいない²²⁾
社長や上司の愚痴を聞かなければならない²²⁾
家族経営などで公私混同される²²⁾
機械が遊んでいる²²⁾
転勤、異動、合併に伴う環境の変化、リストラ後の社内業務の負担増
職場の人間関係、多忙さ、事務手続き・書類・会議の多さ、IT化
医療従事者のストレスとして、安全管理や患者からのクレーム、効率化
教員のストレスとして異動や保護者対応、校内暴力
ボーナスがなくなった
自分がいいと思って一生懸命やっていた仕事を否定された
仕事にそれまで付いていた見通しが崩れた
自分の処理能力を超えた業務を振られた
腹が立ってくる上司のもとで働くことになった
給料が減った
クレイマーの対象となった
プライバシーの侵害があった
中間管理職の業務負荷

以前に比べ、異動先が少なくなっていることによるプレッシャー(特に不応状態に近い労働者にとって)

時間にゆとりのない出張(国内外)が増えていること

派遣会社の社員が、派遣労働者や家族(両親)に脅される事態(会社のせいで、自分あるいは子供が病気になった、など)

仕事からみで、反社会性の強い人、あるいは団体から、自分や家族が脅威を感じるような脅しを受ける

自身の昇格・昇進

職場の人間関係(特に世代格差)

自分自身の健康障害

自身の転籍・出向

失業

大きな事故を目撃した

部下の健康障害・労働力低下

自らの職場での「うつ状態」の発生

長時間労働の持続

(上司の思い付きによるような)意味のわからない仕事が降ってくる

上司からの過度の叱責・ノルマ

部下が逃避型 or 未熟型のうつ状態

雇用不安

収入減による生活不安

将来のキャリア不安

退職勧告

不況による人員削減計画の発表

将来の雇用見通しに対する不安

残業や交替勤務のカットによる給与の削減

上司からのパワーハラスメント

職場でのセクハラ

人員不足

慣れていない場所への配置転換(間接業務から直接業務へなど)

長期にわたる単身赴任生活

業務指示系統の複雑化の中の対人ストレス

若い世代の業務に対する見解の変遷

突然の金融危機等の不況によるリストラ

リストラ、派遣社員減らしに伴う、正規常勤職員の負担増（心理面も含めて）

契約社員：待遇面での不公平感（常勤、契約、パート職の摩擦）

リストラ、派遣社員減らしに伴う、正規常勤職員の負担増（心理面も含めて）

業務量の増加と責任の増大

契約社員：待遇面での不公平感（常勤、契約、パート職の摩擦）それぞれの立場で、不公平だと感じている

公務員も派遣、パートが増え、責任が増える一方で、職場のまとまりがなくなっている

保育園につとめていると、アルバイトスタッフの方が多勢になり、批判されることが多く、特に主任クラスに非常に負担がかかる

団塊の世代が退職していくたびに、従来職場にあった一体感、寛容さがなくなっていく

同年代の仲間がいない

体がきつい

高温多湿の作業場のため、梅雨時や夏はきつい²²⁾

不況のためつぶれた工場がまわりにたくさんある

取引先が倒産した

時期的にたいへん忙しくなる期間がある

人員削減したため忙しく夜中まで会社にいる

人員削減したため多種の仕事をこなさなければならない

長年共に苦勞してきた人なので、辞めさせられない

自分が休むと他の人に負担がかかり事故の危険も高くなる

常にかんばっていないと生き残れない²²⁾

常に会社のことが気になっている²²⁾

周りとの和を乱してまで、自分の能力を発揮したいとは思わない

仕事以外の飲み会などの誘いを断れない雰囲気がある

長年磨いてきた腕を生かせない

職人技なので大量生産はできない（したくない）²²⁾

辞めても再就職先がない

皆でこの会社を守っていくしかない

報酬より会社のため

仕事がない

明日はどうなるかわからない

できれば他の仕事をしてみたかった

本当は好きな仕事じゃなかった（元々、「他の仕事につけなかったから」というネガティブチョイス。）

家事との両立で忙しいが職場の皆に気をつかせている②

仕事のために家族に迷惑をかけている

職場での喧嘩を引き続き家庭に持ち込まれる

社長が怒ると思うと心臓がドキドキして冷や汗が出てくる

体調が悪いと言うと、やる気や根性がないと言われる

先輩の指導方法がきついし、説明がわかりにくい

先輩に聞きに行くと嫌な顔をされることが多い

先輩の指導方法や内容に間違いがある

残業を3時間以上しても処理できない仕事量を負荷される

上司が実績を上げることばかりに熱中し、部下のことを考えていない

女性社員の、特に総合職女性の教育が間違っているか良くない

職場でグループの対立があり、緊張してしまう

人身事故の影響で、電車が頻回に遅れる

（2）職場外のライフイベント

預貯金が実質的に目減りした

パソコンが固まったり、迷惑メールが増えるばかり

家族の問題：親の疾病（介護）に伴う、夫婦、兄弟間の軋轢、結婚、離婚

資産が半分以下になった

一時帰休した

暴漢に襲われた

強盗にあった

盗難にあった

住む家がない

火事にあった

傷害事件にまきこまれた

ローンが払えなくなった

年金がもらえなかった

薬の副作用で後遺症がある
家族が逮捕された
自分が逮捕された
救急車で受け入れてもらえなかった
訴訟をおこした
訴訟を起こされた
ネット上でいじめにあった
意図しない妊娠をした、させた
恐喝された
ペットが死亡した
相続した
配偶者が浮気をした。
自分が浮気をした
子供が触法行為をした
隣家とトラブルがあった
家人が強姦された
自分が強姦された
家人が蒸発した
家人が刑事罰を受けた
家人が非合法薬物を使用した
関係者が非合法薬物を使用した
マスコミに誤報を流された
裁判員になった
石綿に関連した病気になった
自分自身の健康障害
自身の妊娠
家族の健康障害
子供が産まれた
家族の介護

配偶者が仕事をする
配偶者が仕事をしない

子供が勉強しない（学業問題）、子供の非行
子どもへの悩み（不登校、発達障害など）
交通事故を起こした
離婚問題を抱えている
家族生活における経済的不安
結婚、離婚、
親の介護（疾病）に伴い、休養日がなくなることや兄弟間の軋轢が生じる
親の介護（疾病）をするために土日がなくなる
兄弟間の意見の食い違いや不公平感がストレスになる
コンビニやレストランがなくて不便
将来の夢というより現状維持に必死なだけ
医者に行くことが“気軽”じゃない（気軽に言えない）

【アンケートにご協力いただいた先生】

主としてストレスやメンタルヘルスの専門家、産業医や精神科医にお願いしました。

黒木 宣夫（東邦大学佐倉病院 精神科医）
荒井 稔（私学共済臨海病院 精神科医）
島 悟（京都文教大学人間学部 精神科医）
廣 尚典（産業医大産業形態科学研究所 産業医学）
山崎 喜比古（東京大学大学院 心理学者）
池田 智子（茨城大学保健医療学部 保健師）
宮本 俊明（新日本製鐵株式会社君津製鐵所 産業医）
田中 克俊（北里大学大学院 精神科医）
丸山 総一郎（神戸親和女子大学大学院 精神科医、環境医学）
大塚 泰正（広島大学大学院 心理学者）
藤原 修一郎（金沢文庫エールクリニック）
大西 守（日本精神衛生連盟、精神科医）
夏目 誠（大阪樟蔭女子大学大学院 精神科医）

〔引用文献〕

1. 労働者労働基準局長通達「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」、平成 11 年 9 月 14 日、基発第 544 号、545 号
精神障害者等の労災認定に係る専門検討会：精神障害者等の労災認定に係る専門検討会報告書、1999.
2. 厚生労働省：厚生白書（2004 年度版）、2004.
3. 藤井久和、夏目 誠、他 「ストレス関連疾患の動向」（第 62 回産業衛生学会講演集、208）1989.
4. 労働者健康状況調査報告：労働省、厚生労働省、昭和 57 年、62 年、平成 9 年、14 年、19 年
5. 夏目 誠：メンタルヘルス不調者は増加しているかどうか、心身医学、2009;49(2):101-108.
6. 社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所調査：2008 年版『産業人メンタルヘルス白書』の概要 <http://activity.jpc-sed.or.jp/detail/mhr/activity000875/attached.pdf>
7. クレイグ・ブロード：テクノストレス（池、高見訳），新潮社、1988.
8. 富高辰一郎：なぜ日本でメンタル休職者が増加したか、産業精神保健、2008;16:62.
9. 原田憲一：疾病の病因論－脆弱性－ストレスの系譜、産業精神保健 2000;8：8-15.
10. 改訂版精神障害等の認定と事例：厚生労働省労働基準局補償課編、労務行政、2006.
11. 原谷隆史、川上憲人、荒木俊一：日本版 NIOSH 職業性ストレス調査票の信頼性及び妥当性、産業医学、35（臨時増刊），1993;S214.
12. Holmes TH, Rahe RH. The Social readjustment rating scale, J. Psychosom. Res. 1967;11:213-218.
13. Holmes, T.H., Masuda, M.: Life change and Illness Susceptibility. In: Doherenwend B.S. Doherend B.P. (ed): Stressful Life Events: Their nature and effects (45-72) .J. Willey, New York, 1974.
14. Rahe RH, Mahan JL Jr and Arthur RJ. Prediction of nearfuture health change from subject's preceding life changes. J. Psy-chosom. Res 1970;14:401-406.
15. Costantini AF, Braun JR, Davis J, et al. The life change inventory :advice for quantifying psychological magnitude of changes experienced by college students, Psychological Reports 1974;34:991-1000.

16. R, Jay Turner and Bliar Wheaton. チェックリスト法を用いたストレスフルライフイベントの測定 (Sheldon Cohen, etal, 小杉正太郎監訳) ストレス測定法、39-81、川島書店、1999.
17. 夏目 誠, 村田 弘, 藤井久和, 他. 勤労者におけるストレス評価法 (第1報) 一点数法によるストレス度の自己評価の試み—産業医学 1988 ;30:266-279 .
18. 夏目 誠, 藤井久和. メンタルヘルスの現状とあり方. 心身医学 1992;32:285-290.
19. 夏目 誠 : 勤労者のストレス評価法 (第2報)、産業衛生学会誌、2000 ; 42,107-118.
20. 夏目 誠, 他 23名 : 平成 14 年度委託研究報告書, ストレス評価表の充実強化に関する研究, 1-55, 2003.
21. 夏目 誠, 他 16名 : 平成 18 年度委託研究報告書 (理事長, 高田勲), 精神障害を引き起こすストレス調査に関する研究, 1-102, 2007.
22. 池田智子, 宮本郁子, 井原一成, 中田光紀, 北條稔, 杉下知子 : 小規模事業場労働者の職業性ストレス・第1報—ストレッサーに関するインタビュー結果の質的分析—東邦大学医学部看護学科・東邦大学医療短期大学紀要 2002 ; 16, 25-35.

うつ病の発症機序－特に心因の関与－

国立精神・神経センター

樋口 輝彦

はじめに

うつ病の病因は今なお解明されておらず、その発症機序についても仮説の域を出ない。しかし、うつ病という病気はギリシャ時代（ヒポクラテスの時代）から存在し、今日までに膨大な知識と経験が蓄積されてきた結果、その発症機序について複数の仮説が存在してもそれほど大きくぶれるものではない。ここでは今日もっとも受け入れられている病因・病態仮説を説明した上で、主題である心因の関与や状況・ストレスの関与について考察を加えたい。

1. うつ病の病態生理に関する仮説

うつ病の発症機序として模式的に説明されるのが、以下の仮説である。図 1

第一は素因の存在である。素因としては、脳内のアミン代謝など、そもそも脳内代謝系の欠陥、あるいはこれに関連して、ホルモンや脳内伝導物質の調整機能の役割を果たす間脳機能障害がもともと遺伝によって存在していることが考えられている。

この素因の存在を前提に、身体因としての種々の身体疾患や過労、あるいは思春期、更年期、老年期など発達に関連した体内環境の変化が相互に関連し、さらには性格的要因、幼児期の生育環境などによって形成される性格傾向等によって、あるストレス因子に対する個体側の反応性としてのストレス反応が加わった場合、いわば身体的・精神的ストレスが加重された場合に、それまでの平常の状態では代償機能によって正常範囲の活動が行われていたものが、代償不全に陥る。その結果、素質として存在していた潜在的なアミン代謝障害などが進行・固定し、アミン作動神経系の機能障害を介して間脳下垂体系の機能障害が起こり、これが基盤になって感情・欲情の障害、睡眠障害、自律神経障害、内分泌障害など多彩なうつ病の精神症状、身体症状が生じる。そして、障害が進行すると代償不全が促進され、悪循環が起こって障害はさらに進行する。

2. 反応性うつ病と内因性うつ病

うつ病の分類は時代と共に変化してきた。かつては表のような分類がなされた¹⁾が、この中で神経症性うつ病あるいは反応性うつ病は明確な葛藤が存在する、あるいは明確な状況因が存在する場合に用いられたものである。しかし、その後研究が進むにつれて、内因性うつ病（表のⅠ.気分障害に相当）にも心理的葛藤や状況因が存在し、「反応性」と「内因性」の区別は容易でないことが明らかになり、最近の分類では「神経症性」「反応性」は用いられていない。

3. うつ病発症におけるストレスの意義

うつ病の発症に様々なストレスが引き金あるいは誘因になることは知られている。あるいはライフイベントはうつ病の原因ではなく、あくまでもうつ病発症の引き金、誘引であると考えられてきた。一方、ストレスがより直接的、因果的に関わる精神障害が存在する。それはICD-10分類のF43「重度ストレス反応」であり、その中には「急性ストレス反応」「外傷後ストレス障害」等が含まれる。では、うつ病におけるストレスと重度ストレス反応におけるストレスの役割はどのように異なるのか。ICD-10の重度ストレス反応の解説に記されている次の文面はこの点を概念的にはあるが明確にしているので、引用する²⁾。

「心理社会的ストレスは、非常に広汎な障害の発症を促進したり、発現の一因となるかもしれない。しかしストレスの病因としての重要性は必ずしも明らかではなく、個々の症例をみれば、しばしば脆弱性に依存していることがわかる（うつ病がこれに相当する）。それとは対照的に、重度ストレス反応の場合は急性のストレスあるいは持続的な外傷の直接的結果として常に生じると考えられるものである。ストレスの多い出来事あるいは持続する不快な境遇は一次的かつ決定的な因果的要因であり、その衝撃なしには障害は起こらなかったであろうと考えられるものである。重度ストレス障害と適応障害がこのカテゴリーに属す」

以上はあくまでも概念的な整理であり、臨床の現場では、時にいずれであるかを識別できない場合もあるのは事実である。そのような場合に、そのストレス（あるいは状況因）を取り除くことができ、同時に症状（うつ状態）がただちに軽快する場合には重度ストレス障害あるいは適応障害と判断することが可能である。ただし、ストレスを簡単に取り除ける場合は多くはない。

4. うつ病発症時の誘引存在率³⁾

うつ病が発症するときに誘引はどのくらいの率で存在するのであろうか？この間に答えるのは必ずしも容易ではない。というのも、「誘引」をどのように定義するかによって異なるからである。「誘引」を、「発症との時間的關係において、その事実がきっかけになったとは明確には言えないが、発症の背景となった可能性があるもの」と広義に定義すると、誘引の存在率は7割前後となる。一方、「誘引」を「強弱の程度は別にして、発症との時間的關係において、その出来事がきっかけになったと明確に言える場合」と定義すると誘引の存在率は20%前後と報告されている。

従って、ストレスフルな出来事を経験した人がすべてうつ病になるわけではなく、また逆にうつ病になった人がすべてライフイベントを経験しているわけではない。要するに、うつ病とイベントの間には単純な因果關係が成立するのではないということである。

広義の誘引としては、男子では仕事の過労、職務異動、精神的打撃、経済問題などであり、女子では妊娠、出産、月経、身体疾患、近親者の病気、家庭内葛藤、転居などが多い。

以上のところで述べてきた「誘引」はもっぱらライフイベント、言い換えれば急性ストレスの色彩を帯びた事柄であるが、うつ病で問題になるのはむしろ慢性ストレスである。

おわりに

うつ病の病因は未だ明らかになっていないが、最近の遺伝子研究や脳画像研究あるいは分子生物学的研究の進歩の結果、新たな仮説（神経新生仮説、BDNF 仮説、海馬仮説など）が提唱されている。その詳細は他に譲るとして、共通することは脆弱性を規定する多数の遺伝子が存在し、かつそれのみでうつ病が発症するのではなく、ストレスと遺伝子の組み合わせで発症するであろうということである。例えば脆弱性の高い遺伝子多型を有する個体は必ずしも強度のストレスでなくても発症するし、その逆もあると考えられる。

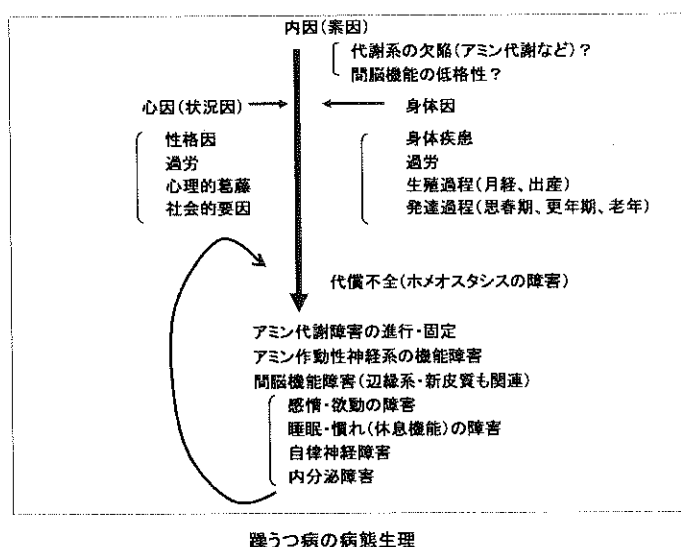


表 感情障害の従来の臨床的分類

I. 感情障害

1. 双極型 bipolar type

2. 単極型 (非双極型) unipolar (nonbipolar) type

単極型 (非双極型)うつ病 (初老期うつ病、更年期うつ病)

II. 症候性感情障害 (症候性躁病、症候性うつ病)

III. 器質性感情障害

IV. (神経症性うつ病)(反応性うつ病)

【参考文献】

- 1) 大熊輝雄:現代臨床精神医学 改訂第11版. 金原出版, 東京, 2008
- 2) The ICD-10 International Classification of Diseases of Mental and Behavioural Disorders, Clinical descriptions and diagnostic guidelines., WHO /ICD - 10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン:融 道男 (翻訳), 小見山 実 (翻訳), 大久

- 保 善朗 (翻訳), 中根 允文 (翻訳), 岡崎 祐士 (翻訳) 医学書院, 新訂版, 2005
- 3) 堀之内由紀子, 永山治男: うつ病発症におけるライフイベントの役割. 日本臨床
59:1471-1476, 2001

うつ病の種類と経過に関して(難治性も含めて)

防衛医科大学校精神科学講座

角田 智哉、野村 総一郎

1. はじめに

精神障害等の業務上外の認定業務に必要な基礎資料を得ることを目的とした本研究では、その精神疾患の種類と経過が明確でなくてはならない。10企業において過去3年間に1カ月以上の病気休養を要した108例からの調査¹⁾では、87.3%が気分障害であり、不良な転帰をたどった例は約3割であったとされている。このことは、職場に関する精神衛生において気分障害への対応が重要であることを示す。そのため就労ストレスに関係した抑うつ状態を対象としていることを考えれば、狭義のうつ病よりも気分障害全体を概観した方が有益であると思われる。そこで本稿ではうつ病を中心とした気分障害についての種類と経過に関して基本的文献に基づいて検討する。

2. うつ病の種類

(1) うつ病の類型化

現在主流のアメリカ精神医学会における診断基準 DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition)²⁾において、うつ病と同義語である大うつ病性障害は気分障害に含まれている。この気分障害という名称自体は、1987年のDSM-III-R³⁾以降の新しい概念である。今日でも躁うつ病、感情障害として説明されることもあるように、うつ病概念を考える際には診断基準について注意を払う必要がある。しかし、状態像としてのうつという概念は非常に古くから存在している。うつ病が人類の出現と同時に発生したのか人間社会の発展とともに発生したのかは不明であるが、記録を遡ると紀元前のギリシャ医学にすでにそれに相当する記載があると言われている。医学的にはヒポクラテスによる「恐怖、苦悩の長期間続くものがあればメランコリーである」という記述以来、19世紀の精神医学に至るまで、表現にはかなり相違があるものの、基本的にはその概念は維持されてきている。古代のメランコリー概念が心身に渡るものであり今日とは様相を異にするとは言うものの、少なくとも「憂鬱」という人間にとって理解可能な病態により社会機能の低下をきたす状態に注意が払われていたのはたしかである。一方で、時代とともに変遷する概念は、「うつ病」と称するものの中に非常に多くの異種の障害、疾患を含むという特徴を持っていたことに注意しなくてはならない。

現代精神医学は19世紀後半を出発点とするが、その初期の功績はKraepelinによるところが大きい。その著書 *Psychiatrie-Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* 第6版¹⁾において、それまでの Falret (1851)⁵⁾、Baillarger (1854)⁶⁾、Magnan (1882)⁷⁾らの研究を整理し、横断面のみから症状をとらえるのではなく疾患の過程に重要な意義を与えた。この第6版で症状と経過、予後から疾患概念をとらえ、精神病を統合失調症と躁うつ病に二大別したが、最終となる第8版では周期性、循環性の病気のすべて及び単発性躁病、メランコリーの大部分、アメンチア、更には気分変調までを含む広範囲な疾患単位となった。他方、うつ状態そのものについての症候学的検討を加えたのは K. Schneider⁸⁾であるが、うつ状態の主観的な症状である抑うつ気分や意欲低下、身体感情の低下といった症状は、個体差もあれば、同一患者でも時期によって異なるのは周知のとおりである。このように、うつ状態が決して明晰なものではない状態であるということも、うつ病の特徴の一つであり診断基準が変遷する原因でもある。そして、このうつ状態はその起こり方から、身体的原因によるものと心理的原因によるもの、特別な誘因なく起こるもので分けられてきたが、この原因的分類についても困難な問題が明らかとされているし、相互に明らかな境界を有しているわけでもない。この曖昧な状況の中で Tellenbach による「メランコリー親和型性格と状況因がうつ病の発症因子である」という説⁹⁾が受け入れられるようになった。これに先んじて我が国では下田により執着気質¹⁰⁾が提唱されており、発症因子に関しての議論も時代により変遷していることがわかる。このように、状態像としても経過、予後から考えてもうつ病の概念には多種多様な概念・思想が包含されているといえる。さらに1960年代後半には、Angst¹¹⁾、Perris¹²⁾らは発症年齢、遺伝負因、経過などを含め多くの患者背景を詳細に検討し、「躁うつ病」に含まれていた単極性、双極性には生物学的差異があるという考えを提唱した。しかし、内因-心因・外因の二分法にぶれがあるのと同様に、この単極-双極の二分法に対しても Akiskal により移行状態の概念が提唱¹³⁾され、soft bipolar spectrumとして広まってきている。このようにうつ病の類型化には、その状態像、及び発症因子、経過に渡って一致した見解には至っていないのが現状である。

うつ病の生物学的知見が蓄積してきているにもかかわらず、原因をはじめとする病態生理も明らかとはなっていない中で、歴史的にみたこれまでの診断がそれぞれの意味を持っていたのは確かである。ただし、それぞれの診断が異なるといううつ病概念の曖昧さなどにより、信頼性に欠け、診断の一致率が低く生物学的研究や疫学研究に妥当性を見出すことも困難であった。そのような中でアメリカ精神医学会は、1980年に明確な診断基準となる DSM-III¹⁴⁾を策定した。現在でも版を重ね第四版とし国際標準として広く用いられている。DSM-IVの分類は「未だ明確でない原因や病態生理についての仮説をもとにせず、明らかになっている臨床病像や経過での

み分類すべきである。」という考え方を特徴の一つとしている。この中では、中心症状が気分の障害であるものをすべて「気分障害」としてまとめ、躁病相のあるものを双極性障害、無いものをうつ病性障害と二大別している。重症度が一定レベル以上を大うつ病、それ以下のレベルであって長期うつ病相が続くものを気分変調症としている。また原因論を分類に持ち込まないという基本的考え方に基づいて、反応性うつ病に相当すると思われる場合も、程度が重ければ大うつ病として扱われることになり、大うつ病に該当しない程度のレベルであれば、気分障害ではなく、適応障害として扱われる形となっている。そして、WHO の定める国際分類 ICD-10¹⁵⁾ も DSM-IV の影響を大きく受けており、類似したものとなっている。いずれにせよ、多様な本態の全く異なる病態を人為的に診断しているのが、今の診断基準であることを認識しておかねばならない。したがって、うつ病の経過を論じる場合にも、「どのタイプのうつ病について論じているのか」をまず明確にしないと、それ以降の一切の論議が混乱し、場合によっては無意味となる。つまり、同じ「うつ病」という診断が用いられても大うつ病性障害である可能性もあれば、双極性障害のうつ病相や気分変調症である可能性があり、各々の経過が異なるのである。よって、うつ病の経過を考えるには、少なくとも以上述べてきた診断基準の変遷を踏まえた上で、診断の同定が不可欠であると言える。

3. うつ病の経過と治療反応性

言うまでもなく、うつ病の経過と予後は、うつ病に関連する諸問題の中でも最も重要な課題の一つである。しかし、これを明快に記述することは簡単なことではない。文字通り経過するものであるならば、観察期間を十分にとる必要性があり、そのため考慮すべき要因が複数存在するようになるからである。例えば、うつ病を経過する病と考えるなら始めと終わりがあるはずである。そして、うつ病の経過や予後を問題とした中で、うつ病の始めに考えなくてはいけないことは、ストレス因子の存在や性格・人格の問題などに加えて、それらがどのように発症に関与しているかということである。また、それらが予後にどのように影響を与えるかも考えなくてはいけない。発症後であれば治療への反応性・再発が問題となり、それらに関与する因子も考えなくてはならない。よって、ここでは気分障害における経過と治療反応性に関する文献を概観する。

(1) 気分障害とストレス（状況負荷）・予後に関する因子の存在

上述の通り、気分障害の出発点となった Kraepelin の考えは、発病の原因は脳の異常にあり、これを「内因性」と呼ぶべきものとした。しかし、第2次世界大戦時の強制収容所における強烈的な体験による根こぎうつ病の研究¹⁶⁾を始めとした状況論が盛んとなる。同様の研究は、荷おろしうつ病、喪失うつ病、昇進うつ病、引越

うつ病、疲弊性うつ病など状況変化やストレス体験が基盤となって気分障害を発するケースとして発表されることとなった。それが先に示した Tellenbach のメランコリー論につながり、「心理的な原因も無く生じるのが、内因性であり、心理的原因があるのが反応性」という伝統的概念が崩壊したのである。1960年代からは因子分析などの統計学的手法により、「内因性」と「反応性」の区別を心理的な原因の有無によってだけではなく、病像からも行おうと試みられ^{17,18,19)}、内因-外因を中心とする明快な二分法からの脱却が試みられている。日本でも笠原・木村により、病像、病前性格、発病状況、治療への反応、経過、年齢、体型、生活史、家庭像といった多項目から6分類した多次元的な分類が提唱された²⁰⁾。これらのことは、気分障害はどのようなタイプであっても、心因、状況因、ストレス因を総合的に判断しなくてはならない、という臨床的知見を反映している。うつ状態の疫学研究をまとめた報告²¹⁾からも、大うつ病性障害と性差や社会的要因についての関連が示唆されている。例えば大うつ病性障害に関する疫学調査においては、男性よりも女性の有病率が約2倍であるという結果が報告されているという。これには、性ホルモンなどの生物学的な差異や妊娠・出産など女性特有の危険因子の存在が指摘されている。さらに、低学歴・低所得といった要因との関連も指摘されており、大うつ病性障害の発症には社会的背景を考慮する必要性について言及されている。同様に、気分障害の最初の病相では、その後の病相に比べて生活上のストレス因子が先行することが多いことは、発症背景の複雑さを示唆する²²⁾。つまり、心理社会的ストレスが気分障害の発症に何らかの心因としての影響をもち、最初の病相が改善したあとも生物学的変化が惹起され2回目以降の抑うつを誘因なく引き起こす準備状態となっていることを示唆するのである。同時に、初回の病相であってもストレス因子が必ずしも存在しているわけでもないことに注意が必要である。このことが心理学的原因やストレスと無関係に発症するという発病原因を脳の内因性異常に求める伝統的な考え方の根拠となるのである。また、個体差の問題も無視できない。うつ病の予後に関する要因を調べた Ezquiaga らの調査²³⁾によれば、12か月後に24%は部分寛解であり17%が症状の改善を認めなかった。この中で部分寛解と関連していた因子は、パーソナリティ障害、反復性うつ病、低い自己評価、社会支援への不満の存在であり、症状の改善を認めなかったものとの関連因子はパーソナリティ障害、社会的支援への不満の存在であった。パーソナリティ障害と治療反応の関係では回避性人格障害の有無を指摘した報告²⁴⁾もある。既往歴では、アルコール依存症及び気分変動症との関連が報告²⁵⁾されている。このような研究をまとめた上島によれば、予後の良いサインとしては、性格の柔軟性、対人関係が融和的、病相が1回のみの場合などであり、予後不良のサインとしては、しばしば病相を繰り返すもの、虚無的心気症状や不安が強いもの、脳血管障害の合併、老年期脳病変の存在、分裂病素因、

肥満型以外の体型、躁病相をもつもの、などであるとしている²⁶⁾。さらに予後に影響を与える因子としては、医療者側の問題も生起する。164名の重症うつ病患者に対して重症化に関与した治療者側の要因を調べた研究²⁷⁾では、双極性障害への不適切な対応、精神病症状を伴ううつ病への不適切な対応、DSM-IVでいうメランコリー型うつ病に対する不適切な対応、非メランコリー型うつ病に対する社会的介入の欠如、二次的な抑うつを生じさせた主となる障害の見落とし、器質疾患の見落としの6項目があげられた。

以上のことから、うつ病の予後を考えるときには直接的・間接的に関与する因子について検討していかねばならないことがわかる。結論として発症因子に関して言えることは、ストレス因子の存在と無関係に気分障害を発症することもある上、同程度のストレスによっても発病しない例が存在することがあるということである。さらに予後に対して、個体背景が関与するということが示唆されているうえに、治療者も影響を与えている。そのため、現在のところ発症因子は複数存在すると考えるのが精神医学の研究と矛盾しない考え方と言える。

(2) 予 後

予後に関する疫学研究などからは、うつ病が長期的な経過を示し再発しやすいという知見が得られている。まず、うつ状態（大うつ病性障害エピソード）を呈した者の約半数は、この最初に認められたうつ状態の病相よりも以前に抑うつ症状を経験しているということである。そして、うつ病相は治療されなければ、半年から1年ほど持続し、適切な治療を受けても3か月程度の症状の持続を認める。3か月以前に治療を中止することは、ほとんどの症例で再発につながっている。そして、うつ病相を繰り返すほどに、長く、そして頻回となり重症化に至る。再発率も決して低くはなく、約25%は退院後6か月以内に再発し、約30~50%が2年以内に、およそ50~75%が5年以内に再発されているとされている。再発率は、薬物療法を引き続き受けた者やうつ病相の回数が少ないものでは、それよりも低いことがわかっており、うつ病治療にとって再発予防が重要であることが示唆されている。例えば、抑うつ状態後に標準的な治療を受けたケースを5年間経過観察したデータでは、初発以降40週までは急速に改善を示すがそれ以降の回復率が頭打ちになる結果が示されている²⁸⁾。また、20年間の追跡でも15-19%は就労困難であったり、慢性的な残遺症状を抱えているとの難治例の指摘²⁹⁾がある。18か月間、108名の大うつ病の経過を追跡した総合病院精神科外来の報告³⁰⁾によると、1か月以内の寛解は32%（31名）、3か月以内の寛解は51%（49名）であったが、その後は3%（3名）しか寛解が得られていないと指摘されている。治療を受けない場合の自然経過観察では、発病1年後には40%が完全寛解、20%は部分寛解していたが、残りの40%は依然多

くの症状を残しているとも指摘されている²⁹⁾。このことは、治療を受けることの重要性を示唆する結果である。同様のことは、経過に及ぼす治療効果に関する調査からも明らかにされており、全く治療を受けない場合には単極性うつ病は6-9か月持続するが、適切な治療を受ければ病相持続は平均4か月に短縮し、死亡率も下がるという²⁶⁾。以上から、気分障害が比較的早期に回復する群が存在する一方で、容易に回復せず慢性化する群が存在し二極化していること及びうつ病に対する早期介入が必要であることを示している。

双極性障害の場合、未治療では病相が3-6か月持続するが、気分安定薬などの適切な治療により、平均3か月に短縮するとされる²⁶⁾。ただ、長期予後研究によれば、約1/4-1/3の患者が慢性化ないし、社会機能の障害が持続していたとの指摘もあり、双極性障害の予後は、たとえ病相そのものが治癒したからといって、必ずしも楽観できるものではないと述べられている³¹⁾。

気分変調症については、その定義から当然2年以上改善がみられない慢性的経過を必ずとることになるため、経過は芳しいものではない。また、気分変調症の過半数は経過中に大うつ病を合併する。それは重複うつ病と呼ばれ、繰り返されやすい。実際に、晩発発症の気分変調症では治療後9カ月経過しても約8割に変化を認めなかったり³²⁾、早期発症例でも6ヶ月後に回復したのが25%と治療反応性が乏しい上に大うつ病エピソードのみの群よりも社会機能の低下が持続することを示す結果³³⁾が示されている。大うつ病障害、気分変調症、重複うつ病、大うつ病の診断基準を満たさない程度の抑うつ状態の1年目および2年目の予後転帰³⁴⁾では、気分変調症および重複うつ病が最も不良で、次いで大うつ病障害であり、大うつ病エピソードの診断基準を満たさない抑うつ状態が最も予後良好であった。症状の持続期間に関する調査では、3-12年追跡したところ気分変調症の持続期間の中央値は4年間であったという³⁵⁾。

以上のことを総括すると「気分障害は心の風邪」とは決して言えない。確かにKraepelinの概念による人格崩壊には至らないという点で良好な経過の側面を強調することもできるが、これまでに示したように多くの研究により慢性の経過を辿り再発の可能性もある疾患であることが分かっている。同様に社会機能の面から考えても予後良好な疾患とは言い難い。抗うつ薬は日進月歩開発が続けられているのだが、抗うつ薬による改善率は6-8割であり、あらゆる治療に反応し難い難治性うつ病が気分障害全体の10-30%あまりを占めることが指摘されている³⁶⁾。こうしてみると一部は難治化する決して予後良好な疾患ではなく、当初考えられていたよりも楽観できる疾患ではないといえる。

4. 結 論

以上、気分障害は流動的な概念であり現在のところ、病因論を排した操作的診断基準を用いるのが一般的であること、過労を含むストレスや心理的要因が誘因として関与することは多いが、その関与の割合や程度は一括して論じられないこと、気分障害の経過は決して楽観できず、少なからぬ割合で年余にわたる慢性化、難治化が生じることなどを述べた。うつ病と一括りにされてしまっているが、気分障害にはサブタイプが存在し、経過を考える際にはそれぞれのサブタイプで考えるべきである。

そして最後に、個人における気分障害の原因を考えるときに、個体背景を踏まえると単純にストレス因子だけが決定因子ではないことを強調しておきたい。先に示したように、個体の社会背景や人格、併存疾患なども複雑に絡む上に、予後には治療者も影響を与えるのである。このことは2回目以降のうつ病相を考えるときに更に複雑となる。例えば、かなりのストレスが1度目のうつ病相を惹起したと考えられる例を挙げると、その発症の背景には先に示した個体因子も存在するために、ストレスだけを唯一の因子として挙げることは不可能である。さらに、治療後に社会機能が保たれ症状が完全に消失していた後に、別のストレスで2度目のうつ病相をきたしたとき、1度目のうつ病相が影響していないとはいえない。うつ病を経過する病と考えたら発症は1度目のうつ病相ゆえに原因因子は最初のストレスと考えられる。これが内因的な見立てである。しかし、心因的な立場をとるのであれば、1度目と2度目のうつ病相はまったく別個のものとも考えられる。そして患者側からの二分法による分析だけでなく、1度目の治療が適切になされていたら2度目のうつ病相は予防できたのではないかという第3の見方もありうる。いずれにせよ、現代の精神医学では発症因子を一つに決定することは不可能である。これらを判断するのは精神医学的な観点だけからでは限界があることは、「原因を排除した診断基準」を標準的に使用していることから明らかであり、むしろ社会学的な観点が導入されるべきである。ただその場合にも、気分障害に関する臨床的事実と大きく矛盾する決定を下すべきではないことだけは確かである。

〔文 献〕

- 1) 島悟、佐藤恵美：精神障害による疾病休業に関する調査、産業精神保健 12:46-53, 2004
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington D.C., 1994 (日本語訳：高橋三郎、大野裕、染矢俊幸訳：DSM-IV、精神疾患の分類と診断の手引き、医学書院、東京、1995)

- 3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition-revised (DSM-III-R). Washington D.C. , 1987
- 4) Klaepelin E: Psychiatrie-Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 6 Aufl. Barth, Leipzig, 1899
- 5) Falret JP: Mémoire sur la folie circulaire. Bulletin de l' Academie de Médecine 19: 382-415, 1854
- 6) Baillarger JF: 'De la folie à double- forme'. Annales Médico-Psychologiques 6:367-369, 1854
- 7) Magnan, J: Leçons cliniques. Sur les maladies mentales. Bureaux du progress medical, Paris, 1893-97
- 8) Schneider, K: *Clinical Psychopathology*. New York, Grune and Stratton, 1959
- 9) Tellnbach H: Melancholie. Springer-Verlag, Berlin, Heiderberg, 1961
- 10) 下田光造: 躁うつ病の病前性格について一丸井教授の質疑に対して. 精神経誌 45: 101-102, 1941
- 11) Angst, J: Zur Atiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Springer, Berlin, 1966
- 12) Perris, C: A study of bipolar and unipolar recurrent depressive psychoses. Acta Psychiatr. Scand 42(Suppl):194, 1966
- 13) Akiskal HS: The prevalent clinical spectrum of bipolar disorder: beyond DSM-IV. J Clin Psychopharmacol 16: 4-14, 1996
- 14) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition (DSM-III). Washington D.C. , 1980
- 15) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Geneva, 1992
- 16) Bürger-Prinz H: Psychopathologische Bemerkungen zu den cyclischen Psychosen. Nervenarzt 21: 505-507, 1950
- 17) Mendels, J. and Cochrane, C.: The nosology of depression: The endogenous-reactive concept. Am. J. Psychiatry 124:1-11, 1968
- 18) Klerman, G.L.: Clinical research in depression. Arch. Gen. Psychiatry 24:305-319, 1971
- 19) Paykel, E.S.: Recent life events and clinical depression. In: Life Stress and Illness, Gunderson, E.K. and Rahe, R.H. (eds) : 134-163, Charles C Thomas, Springfield, Illinois, 1974
- 20) 笠原嘉、木村敏: うつ状態の臨床分類に関する研究. 精神神経誌 77:715-735,

1975

- 2 1) 角田智哉、野村総一郎：うつ状態の疫学研究からみた有病率の変化。臨床精神医学 34：661-668, 2005
- 2 2) Post RM: Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 149: 999, 1992
- 2 3) Ezquiaga E, García-López A, de Dios C, et al: Clinical and psychosocial factors associated with the outcome of unipolar major depression: a one year prospective study, *J Affect Disord* 79: 63-70, 2004
- 2 4) Papakostas GI, Petersen TJ, Farabaugh AH, et al: Psychiatric comorbidity as a predictor of clinical response to nortriptyline in treatment-resistant major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 64: 1357-61, 2003
- 2 5) Ezquiaga E, García-López A, de Dios C, et al: Clinical and psychosocial factors associated with the outcome of unipolar major depression: a one year prospective study. *J Affect Disord* 79: 63-70, 2004
- 2 6) 上島国利：躁うつ病の臨床。金剛出版，東京，1983
- 2 7) Parker GB, Malhi GS, Crawford JG, et al: Identifying 'paradigm failures'-contributing to treatment-resistant depression, *J Affect Disord* 87: 185-191, 2005
- 2 8) Cornell, W. and Winokur, G.: Course and outcome. *Handbook of Affective Disorders*, 2nd Edition, Paykel, E. S. (ed): 89-108, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1992
- 2 9) 渋谷治男：大うつ病性障害。松下正明編集、気分障害，中山書店，東京，1998
- 3 0) 長沼英俊：大うつ病性障害の治療結果。第14回日本総合病院精神医学会総会，新潟，2001（抄録：総合病院精神医学、13:s-96, 2001）
- 3 1) 加藤忠史：双極I型障害。松下正明編集、気分障害，中山書店，東京，1998
- 3 2) McCullough JP, Kasnetz MD, Braith JA, et al: A longitudinal study of an untreated sample of predominantly late onset characterological dysthymia. *J Nerv Ment Dis* 176:658-667, 1988
- 3 3) Klein DN, Taylor EB, Dickstein S, et al: Primary early-onset dysthymia: comparison with primary nonbipolar nonchronic major depression on demographic, clinical, familial, personality, and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. *J Abnorm Psychol* 97: 387-398, 1988
- 3 4) Wells KB, Burnam MA, Rogers W, et al: The course of depression in adult

outpatients; results from the Medical Outcomes Study. Arch gen Psychiatry
49: 788-794, 1992

3 5) Kovacs, M., Akiskal, H.S., Gatsonis, C. et al: Childhood-onset
dysthymic disorder; clinical features and prospective naturalistic
outcome. Arch. Gen. Psychiatry 51:365-374, 1994.

3 6) Shelton, R.C.: Treatment options for refractory depression.
J. Clin. Psychiatry 60(suppl 4):57-63, 1999

20代、30代に発症するうつ病についての検討

日本私立学校振興・共済事業団

東京臨海病院 メンタルクリニック

高瀬 真、荒井 稔

【要 旨】

近年、ICD10、DSM-IV-TRなどの操作的診断の普及により、「うつ病」と診断をすることがそれほど困難ではなくなった。しかし、それと同時にうつ病概念の不明瞭化や拡散化が進み、20代、30代に従来のうつ病の概念とは異なる新しい概念のうつ病が多いとの報告がなされている。従来とは異なるうつ病の概念として、1977年には広瀬¹⁾によって抑制が主体で逃避的色彩の強い抑うつ状態を逃避型抑うつとして報告され、1991年には松波^{2) 3) 4)}らが、抑うつ症状より制止症状が前景に立、職場恐怖症的心性を伴う状態を現代型うつ病として報告している。また1995年に阿部⁵⁾は、不安焦燥が優位で自責感に乏しく、依存と攻撃性を併せ持つ未熟型うつ病を、2005年に樽味^{6) 7)}によってうつ状態であることを自ら表明し、規範に閉じ込められることを嫌い、常態的にやる気のなさを訴えてうつ状態を呈する一群をディスチミア親和型と提唱した。

これらの従来と異なる概念のうつ病では、従来の内因性のうつ病の治療法が有効でないことが多く、遷延化することもたびたびである。また、これら概念は内因性うつ病ほど市民権を得ているわけではないため、病気ではない、わがままだと誤解を招くことも多い。今後の課題としては、疾患概念に関して啓発および治療法の確立が必要と考える。

1. はじめに

近年、うつ病という言葉をいたるところで目にする。ICD10、DSM-IV-TRなどの操作的診断の普及により、「うつ病」と診断をすることがそれほど困難ではなくなり、事実診察室にも毎日のように「眠れない」、「やるきがでない」といううつ病を疑わせる患者に多く出会う。その中でも最近では20歳代、30歳代の受診者も増加している印象がある。彼らのうつ病の特徴として、自らうつ病だと訴えてきたり、不安が全面にでていたり、仕事に関しては抑うつののであるが、趣味には積極的だったり今までの内因性のうつ病とは異なるような病像を示すことが多い。それらに関して、1977年には広瀬によって逃避型抑うつを、1991年には松波らが現代型うつ病を、1995年に阿部らが未熟型うつ病を、2005年に樽味によってディスチミア親和型うつ病の概念を報告している。以下、これらの20代、30代に多く認められるうつ病の特徴に関してそれぞれ紹介していく。

2. 逃避型抑うつ

1997年に広瀬は、自身が経験した8例に共通する特徴を有するうつ病を逃避型抑うつとして報告した。

それらの特徴は、男性のエリートサラリーマンであること。年齢は20代の後半から40代にかけてが多く、一人っ子が同胞中男子は患者のみである場合が多い。幼少期は両親に過保護に育てられるか、物質的に恵まれ放任されて育てていることが多く、苦勞の経験が乏しい。大学卒業までは平均以上の知的水準のため、受験もさして努力も要さず通過してきており、葛藤の少ない生活史を送ってきている。また、性格として水準の高い生活を初めから与えられることで、他人を押しつけに立ちたいという野望は持たないが、努力なしに高い生活水準や対面を保ちたいという願望やプライドは強い特徴をもっている。

抑うつに陥る状況としては、職場の配置転換が大部分である。しかし、メランコリー親和型の者が状況の変化にもがき苦しみながら抑うつに落ち込んでいくのに対して、彼らは従来のやり方で乗り越えられないとわかると、あっさりとして解決への努力を放棄し、抑制を中心とする不安・苦悶のない抑うつにとびこんでいるかのようにみえるのが特徴である。

病像としては、抑制が主体であるが、メランコリー親和型と異なり自責的になることは少なく、他人を攻撃することも稀であり、責任を他へ転嫁する、言い逃れをすることが多い。また攻撃性が表れたとしても、対象は身内に限られることが多い。また強い自殺念慮や自殺企図も認められないことが多い。

薬物療法は一時的に有効であっても、最終的には補助的なものにしかならない。体面を気にしてか素直に医療に救いを求める気持ちが乏しいため精神療法も容易ではない。

経過としては、状況により再発の可能性は大きく、軽躁状態はあっても、はっきりした躁病相はないといわれている。

3. 現代型うつ病

松波らによると、1991年に現代型うつ病として次のような特徴を報告している。

決定的な挫折体験に見舞われる前に受診する。執着性格者が陥るような激しい「過労事情」に追い込まれる前に受診することが多い。また憂うつ感を訴えるよりは、身体の不調感や不定愁訴、睡眠障害、食欲不振などの身体的、生理的レベルの訴えと意欲の減退をまず訴えることが多い。そして訴えの背後になんらかの焦燥的成分を潜ませており、所属組織や仲間への攻撃性とその反転としての職場への恐ろしい心性が窺える。臨床的には、退職後の職場復帰の際に強い不安、ないし恐怖感を訴えて、復帰の障害になることが重要である。また几帳面や良心的という性格特徴を持たず、社会的な場面ではむしろ自己中心的とでもいうべき行動をとる傾向がある「自分は自分です」、「僕は会社などよりも趣味が大切なんです」と言い切り、一種の個人主義を表明する。職場に対する忠誠心、愛着、帰属意識が薄い。「自分は別に、会社の一員であるということを誇りに思ってはいません」などと冷静に述べる。それどころかむしろ、職場を忌避あるいは嫌悪しているかのような感情を訴えることがある。さらにうつ状態が深まって制止の状態に阻まれない限り、趣味や余暇をマイペースで続ける、選択的制止も特徴と言及されている。

4. 未熟型うつ病

1995年には、阿部らが、未熟型うつ病の臨床精神病理学的検討として未熟型うつ病の特徴につ

いて報告している。

その中で未熟型うつ病を発症しやすいのは、一人っ子で大事に育てられるか、同胞がいれば末子と述べている。その理由として、それぞれ大事に育てられているため、本来の依存性が満たされたままで発達するために、社会規範の取り入れや、秩序への強い同一化による防衛も希薄で、その性格は、依存的、わがまま、自己中心的、顕示的になりやすいためである。

発症年齢は 20 代後半から 40 代にわたるが、30 歳前後が頂点になる。思春期はほとんど問題なく過ごし、結婚もするが、やがて自らが父親の立場になるとき、つまり社会的な単位としての家族の頂点に立つとき、また就職や仕事上の独立などが発病の布置を形成する。

病像としては制止、日内変動、早朝覚醒、食欲・性欲低下などの内因性の形態をとるうつ病であるが、不安や焦燥も発作的あるいは持続的に出現し、混合状態を呈しやすい。

患者の苦悩も大きく、強い自殺衝動を伴う。また、自己攻撃性は激しいのに、自責的ではなくむしろ他罰的である。

自己攻撃性ととも、激しい他者攻撃性も見せる。たとえば、抑うつ状態が長引くために治療者に対し不信感を持ちやすく、激しい攻撃を向けてくる。そのため、治療者のほうも陰性対抗転移を起こすこととなり、治療をますます困難にさせる。

発症し一旦軽快しても些細な景気で自分の思い通りにいかなくなると、深い抑うつ状態に陥ってしまい、なかなか安定しない。

本人の甘えがある程度満たされる庇護的な環境におかれたり、自らの高望みをやめ現実的な状況認識ができるようになって回復する。

5. ディスチミア親和型うつ病

2005 年には樽味によって、ディスチミア親和型うつ病の概念が報告されている。その特徴は、1970 年代に指摘されたような退却神経症、あるいは広瀬の逃避型抑うつに近い。しかし、そこで指摘されていた「男性に多い」、「高学歴」、「過保護な環境」といった特徴は目立たない。メランコリー親和型と異なりもともと仕事熱心ではなく、秩序への否定的感情をもち、それに従うことを「ストレス」と抵抗する。

社会的役割への愛着はほとんどなく、役割ぬきでの自己自身への愛着が強く認められる。症状としては、不安全感と倦怠を認め、問題からの回避や他罰的感情が前景にある。衝動的な自傷行為など認められる一方、深刻さをそれほど伴わない、いわゆる“軽やかな”自殺企図を認める。

また、自らうつ病であるという医療機関を受診することが多く、初期化からうつ病の診断に協力的である。その後もうつ症状の存在の確認に終始しがちとなる。

薬物への反応も、多くが部分的効果にとどまる。認知に関しては、どこまでが本人の生き方で、どこからが症状なのかが分かりにくいという特徴をもつ。休息と休養のみではしばしば慢性化することが多いが、置かれた立場、環境の変化で急速に改善することもある。

6. おわりに

紹介した 4 つのうつ病に関して、共通する部分もあれば異なる部分もある。それぞれが疾患単

位として独立したものなのか、それともスペクトラムをもつものなのかは今後検証が必要ではないかと思われる。ただ、私見ではあるが、それぞれ疾患は連続していて社会構造の変化に合わせて病態自体が変化してきているのではないかと考える。1977年では男性に多いと言及されているが、女性の社会進出が進んだ2005年のディスチミア親和型うつ病では特に男女の性差は言及されていない。

また、これらの概念は内因性のうつ病ほど市民権を得ている状況ではなく、これらの病状をしめす本人の心性（自己中心的、他罰的など）により病気とはまだまだ認められていない現状もあるため、今後の啓発活動も必要になってくると思われる。

治療法も十分に確立されておらず、遷延化もしやすいため治療法に関しても十分に検討していく必要があると思われる。

[参考文献]

- 1) 広瀬徹也:「逃避型抑うつ」について. 宮本忠雄編, 躁うつ病の精神病理 2, 弘文堂, 東京 61-86, 1977.
- 2) 松波克文, 上瀬大樹: 現代型うつ病. 精神療法, 32 ; 308-317, 2006.
- 3) 松波克文, 山下喜弘: 社会変動とうつ病. 社会精神医学, 14 ; 193-200, 1991.
- 4) 松波克文, 大前 晋: 内因性うつ病とパーソナリティ—現代型うつ病(恐怖症型うつ病)と分裂気質者の呈する内因性うつ病像—. 精神科治療学, 14 ; 729-738, 1999.
- 5) 阿部隆明, 大塚公一郎, 加藤敏ほか: 「未熟型うつ病」の臨床精神病理学的検討—構造力動論(W. Janzarik)からみたうつ病の病前性格と臨床像—. 臨床精神病理, 16 ; 239-248, 1995.
- 6) 樽味伸: 現代社会が生む“ディスチミア親和型”. 臨床精神医学, 34 ; 687-694, 2005.
- 7) 樽味伸, 神庭重信: うつ病の社会文化的試論—特に「ディスチミア親和型うつ病」について—. 日社精医誌, 13 ; 129-136, 2005.
- 8) 神庭重信, 樽味伸, 井口博登: 現代とうつ病, 臨床精神薬理, 9 ; 791-795, 2006.
- 9) 中村敬: 現代的なうつ病像の背景に何があるのか—メランコリー親和型の時代の後に, 精神医療, 52 ; 33-41, 2008.
- 10) 高岡健: 総論: メランコリーの彼岸へ—軽症化・混合状態・非定形化, 精神医療, 52 ; 25-31, 2008.
- 11) 加藤敏: 現代の仕事、社会の問題はどのように精神障害に影響を与えているか, 精神科治療学, 22 ; 121-131, 2007.

心理的負荷による精神障害等に関するうつ病における側要因の検討

日本私立学校振興・共済事業団

東京臨海病院 メンタルクリニック

荒井 稔

【要 旨】

平成 11 年 9 月 14 日に厚生労働省から公表された「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」(以下「判断指針」)は、およそ 10 年の歴史をもち、平成 21 年 3 月 19 日に改訂が行われたが、労働基準監督署等において労働災害の公正・迅速な判断の根拠となっているのは周知のことである。本研究班においても黒木らによる労災認定の詳細な分析が行われている。小論の目的は、労働災害の認定において、関係者からの申述や医証によって明確になる精神障害について、側要因をより正確に把握するために、一般医学的に承認されうる範囲で、具体的に例示でき、精神医学的にもほぼ確定された知見をまとめ、より適正な判断を行う際の一資料とすることである。なお、本論では、事案として最も多いうつ病性障害(以下「うつ病」)について、臨床事例を提示した後に、側要因のうち、側性の脆弱性と再発の問題について焦点をあてて検討した結果、以下のような結論をえた。①現在のうつ病に関する側要因を検討するために、うつ病事例、アルコール症例を提示し、既往歴、生活史、アルコールの影響、性格傾向等について概説した。②「内因性うつ病」の再発について、長期間経過を追うことができた症例を提示し、再発に関与して検討した。症例では、遺伝負因、病前性格、生活上の出来事が大うつ病エピソードの再発に関与していることが推定できた。③現在の研究の範囲では、うつ病の再発に関与すると有力な候補は、女性優位、神経症傾向、陰性(negative)な認知様式、生活上の出来事等があげられているが、遺伝的素因を含んだ脆弱性の概念や痕跡理論や燃え上がりモデル等についても、さらに検討が必要である。④大うつ病エピソードの異質性(heterogeneity)などをそれぞれの事例について、病前適応、自律性、遂行能力、対人関係を構成する能力等の観点から検討を加え、「内因性うつ病」および神経症的傾向が認められる非内因性を含むうつ病再発予防の実効をあげることが必須と考えられた。

1. はじめに

平成 11 年 9 月 14 日に厚生労働省から公表された「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」(以下「判断指針」)は、およそ 10 年の歴史をもち、平成 21 年 3 月 19 日に改訂が行われたが、労働基準監督署等において労働災害の公正・迅速な判断の根拠となっているのは周知のことである。本研究班においても黒木らによる労災認定の詳細な分析が行われている。小論の目的は、労働災害の認定において、関係者からの申述や医証によって明確になる精神障害について、側要因をより正確に把握するために、一般医学的に承認されうる範囲で、具体的に例示でき、精神医学的にもほぼ確定された知見をまとめ、より適正な判断を行う際の一資料とすることである。なお、本論では、事案として最も多いうつ病性障害(以

下「うつ病」)について、臨床事例を提示した後に、個体則要因のうち、個体の脆弱性と再発の問題について焦点をあてて検討する。

2. 事例の提示

初診時(X年)47歳、男性、法律家である。主訴としては、億劫で落ち着かず、気分が沈んでいると陳述した。家族歴としては、5歳年上の兄との2人同胞で、兄は40歳代よりパニック発作を伴ううつ病として精神科加療中で、部分寛解の状態という遺伝要因が認められる。生活歴としては、大卒後公務員となり、結婚し、妻と高校、中学の子供の3人暮らし。既往歴は認めない。病前性格としては、几帳面、真面目、仕事熱心、些細なことも疎かにしない、熱中性が認められ、ひとつのことが頭にこびりつくとなかなか離れないという定型的な執着気質である。

現病歴としては、X-2年(45歳時)に兄の開業を手伝うため、公務員をやめたが、約半年後より、不眠、食思不振、億劫、焦燥感、微少念慮などが出現し、発病後3ヶ月後に、某精神科を受診し、三環系抗うつ薬によって治療を受けたが、不眠、焦燥感は増悪し、仕事が続けられないという理由で発病後6ヶ月の時点(X年)において当院初診した。初診時の精神状態は、抑うつ気分、制止、不安、焦燥、優格観念などであった。

約1ヶ月間の外来治療でも軽快傾向が認められず、発病後7ヶ月目に入院となった。行動および談話の緩慢化、思考内容の微少化が目立ち、「自分の病気は治らない、後数ヶ月で収入がなくなる、何もすることができない」と貧困妄想が認められた。

身体所見としては、心電図に単一焦点の心室性期外収縮が認められ、頭部CATにては、左島部に微少脳梗塞が認められた。デキサメサゾン0.5mgによる負荷試験では抑制群であり、脳波に異常は認められなかった。

治療としては、週3回1時間の面接および四環系の抗うつ薬であるマプロチリン、頸腕症候群に対し筋弛緩薬のミオナールの薬物治療を行った。

面接では、患者の貧困妄想に耳を傾け、当方の発言は、笠原のうつ病の簡易精神療法に準じたもので、休養、薬物、責任の免除を一定期間行うことで寛解する可能性が高いことを繰り返し説明した。同時に妻との合同面接を週に1回加えた。妻との合同面接では、妻の「心配しすぎ」という発言を尊重しつつも、妻が同じ発言をすることが症状の固定化を招く可能性を指摘した。また、約80日間の入院の間の後半に兄との合同面接を2回施行した。兄は、自らが主となって開業を維持することが自分の症状のために困難であることを訥々と述べたが、最終的には、患者が快復後、開業の主役になるという合意が得られ、患者の役割変化が同意された。退院時には患者の症状はほとんど消失し、寛解状態にあった。

外来での経過は、精神症状の出現がみられず、四環系の抗うつ薬であるマプロチリンを服用しつつ寛解状態であったが、約1年後に胃潰瘍を発病しH2 blockerでの治療を受け約半年で寛解した。

約7年後(54歳)に、3年間糖尿病の発病後治療を受けていた循環器内科に急性心筋梗塞の診断で入院し治療を受け、通常の生活に戻った。

精神科退院後15年目(62歳)に、長時間労働等の仕事上の問題から、抑うつ気分、決定不能、焦燥などの症状が認められ、1回目の再発と判断されたが、約2ヶ月で軽快し、約1週間の後動揺(Nachschwankung)

を経て、寛解状態に移行した。この時点での脳波、頭部 MRI には、左島部の小梗塞以外の所見は認められなかった。この後約2年間は寛解状態が続き、服薬も行わなかった。

退院後19年目(66歳)時に、関係者の経済状況の悪化が負荷となり、不眠、決断困難、焦燥感などの症状があり、2度目の再発と判断された。約2ヶ月間の治療で、症状は消失した。

退院後22年後の現時点(平成21年2月、69歳)で寛解状態は持続し、通常の就労は行っており、現在の不況の急速の悪化等については笑顔で対応している。

3. 本事例の個体側要因

この事例の個体側要因を検討すると以下ようになる。

- ①精神障害の既往として、当科初診時はなしとされ、以後再発の時点で他院を受診した場合には、うつ病の既往あるいは反復性うつ病性障害と診断される。遺伝要因として、兄のパニック発作を伴ったうつ病性障害があげられる。
- ②生活史としては、通常の発達であり、生活史上に特記すべきことは認められない。
- ③アルコール等依存としては、アルコールは機会飲酒であり、他の精神に影響を与えるような物質依存は認めない。
- ④病前性格としては、几帳面、真面目、仕事熱心、些細なことも疎かにしない、熱中性が認められ、ひとつのことが頭にこびりつくとなかなか離れないという定型的な執着気質である。
- ⑤症状性精神障害あるいは身体疾患に関連した精神障害の原因となり得る疾患としては、糖尿病、心筋梗塞があげられる。胃潰瘍については直接的な精神症状への影響は少ないと判断された。
- ⑥脳器質性精神障害については、微小脳梗塞が認められたが、部位、大きさ、経過において変化がないこと等のため、うつ病に対する影響は否定的であった。

4. うつ病の一般的個体側要因

精神障害一般の個体側要因として、判断指針には、①既往歴、②生活史、③アルコール等依存状況、④性格傾向があげられている。以下、上述したうつ病事例も参考にしながら、うつ病の個体側要因について順に検討を加えたい。

(1) 既往歴の記述について

既往歴は、カルテや本人の記録などの資料が存在しない場合には、その症状の起始、症状の内容、持続期間、治療内容などは明確にはできない。特にうつ病の場合には、躁病エピソード、軽躁エピソード、混合エピソードなどの存在の有無、気分変調性障害とうつ病エピソードとの併存等の問題がある。

これらの問題を考慮しながら、上述した症例の記載例は下記のようになる。

「現在、うつ病や躁うつ病に代表される疾患は、一般的に、気分障害(mood disorder)と呼ばれるようになってきている。1987年のDSM-III-R(診断と統計マニュアル第3版改訂版、米国精神医学会)から気分障害と呼ばれるようになり、ICD-10(国際疾病分類第10版、1992)でも踏襲された。持続的なゆるやかな感情とい

う気分の定義からは、躁的興奮状態などは気分障害というにはなじまない部分もあるが、軽症慢性うつ病などは気分障害と呼ばれるのが最もふさわしい。

DSM-IV-TR (精神疾患の分類と診断の手引き 新訂版、米国精神医学会、2000) では、躁病相をもつ双極性障害とうつ病相だけのうつ病性障害に2大別されている。前者はさらに双極Ⅰ型障害、双極Ⅱ型障害、気分循環症、特定不能の双極性障害に分けられ、後者は大うつ病性障害、気分変調症、特定不能のうつ病性障害に細分化されている。双極性障害、大うつ病性障害とも重症度、再発性、精神病的徴候の有無、季節性、非定型病像、緊張病像、産後、完全寛解性などの特徴を記すようになっている。双極性障害はさらに混合病相や急速交替化の有無、大うつ病性障害ではメランコリー病像を伴うか否か、慢性などが明確化される。双極Ⅱ型は躁状態が軽躁程度に留まるタイプで、中等度以上に達し、入院などを要する双極Ⅰ型と区別される。

本うつ病の場合は、大うつ病性障害と診断され、現時点では3度のエピソードがあったと判断することが妥当である。こういった躁病相を示さないうつ病は、単極性うつ病と呼ばれ、病相が2回以上あると、DSM-IVでは大うつ病性障害、反復性が相当し、ICD-10では反復性うつ病性障害がこれに当たる。しかし、双極性うつ病(躁うつ病)と対比され、単極性うつ病には性差があり(男<女)、発病年齢が平均40歳代と遅く、躁うつ病とは異なり、発病の誘因が明確なものが多く、病相間が年単位であり、病前性格については執着気質が多いなどの点で双極性うつ病と異なった特徴を示すことが多い。

本うつ病においては、退職などの出来事が1回目のエピソードには前駆し、長時間労働が2回目のエピソードに前駆している。3度目のエピソードでは、顧客の経済的問題が出来事として認められた」。

さらに、上述したエピソード相互の位置づけについては、以下のように記述されよう。

「本うつ病の特徴としても、うつ病エピソードが寛解したあとの寛解期が15年間、次のエピソードまでは3年間であり、互いに独立したうつ病エピソードが生じたと考えるが通例である。再発という概念を用いると、Ramana, Rらの研究によれば、70名のうつ病患者を治療開始してから寛解後15ヶ月まで観察したところ、患者の45%は治療開始後3ヶ月以内に寛解し、70%は6ヶ月以内に寛解し、うつ病エピソードが寛解しない期間に40%が再燃し、それらは10ヶ月以内であったという証拠があるので、症状寛解後10ヶ月以上たった場合には再発と考え、それ以前のエピソードとの関連性はないと考えるのが妥当である。つまり、一般精神科医の現時点での寛解の時期としては、およそ1年間後であることが承認されている。本うつ病では、初回のエピソードから寛解にいたり、15年後、18年後に再発しているので、それぞれのエピソードを連続した病態として関連づけることは困難であり、結論として、本うつ病の場合は、独立した3回のうつ病エピソードがあったが、それらの相互関係は認められず、定義上は反復性うつ病性障害と現時点で診断できるが、1回目のうつ病から寛解した後、15年はDSM-IV-TRによって大うつ病性障害、単一エピソードと診断され、2回目のエピソード経過後にはじめて、反復性と診断されることになる。この経過中に気分変調性障害の診断を満たす時期は認められなかった」。

(2) 生活史

精神医学的に、大うつ病性障害に罹患しやすくなる危険因子としては、生活史に現れてくるものとしては以下が想定されている。

- ・ 経済的貧困
- ・ 婚姻状況:別居者あるいは離婚者は、独身者や既婚者に比べ有意に高い。
また、既婚女性は独身女性よりも危険率が高い。逆に未婚男性は既婚男性と比べ有意に危険率が高い。単身生活者では同居者がいる者に比し有意に危険率が高い。
- ・ 喪失体験:多額の借金、失業、降格、身体的病気や怪我、近親者の死亡
- ・ 就労以前:留年、欠席、対人関係の少なさ、成績の途中からの変化など
- ・ 職歴:頻回の転職、降格、処分を受けたこと
- ・ 事故傾性:特別の理由なく、何らかの事故の当事者になりがちな場合、怪我、訴訟の当事者になるなどの出来事が多く危険因子とみなされる。

労災事案の検討の際には、上述したような特徴あるいは生活史を聴取することは時間的制約や当事者の申述の任意性などによって、十分な情報がないことがあるが、できる限りの情報を総合して、大うつ病性障害への危険因子(risk factors)が生活史上にあるかを考慮する。

上述した症例においては、執着気質者としての生活史が認められているが、その詳細は性格傾向の項で検討する。

(3) アルコール等依存状況

アルコールに代表される精神および行動に悪影響を及ぼす薬物の依存、乱用、誤用等の比率は、一般の就労者の場合で、およそ3割に及ぶことが諸家の指摘しているところであり、アルコール等の依存は、「慢性的自殺」とも呼ばれているように、自分の利益を損害させる行動でしばしば認められる。これらの物質による精神症状にはさまざまなものがあり、アルコールによって誘発されたうつ病性障害(二次性うつ病)が代表的な病態である。

以下にアルコール使用による精神及び行動の障害の定型的事例を提示する。

診断としては、F1 精神作用薬物使用による精神および行動の障害のうち、F11.4 アルコール使用によるせん妄を伴う離脱状態および F11.5 アルコール使用による精神病性障害(主としてうつ病性症状のもの)である。

【症 例】 50 歳、男性

【主 訴】 酒を飲まないと眠れない、気分が沈んで行動ができない。

【家族歴】 特記なし。

【既往歴】 特記なし。

【生育・生活歴】 同胞はいない。22歳時、大学卒業後、某通信会社に入社したが、責任が重く時間外労働が長いと、36歳時に退職した。その後は、知人に勧められた会社で二年間働き、38歳から自分で自営の仕事をしたが、40歳時に不況のため自営業を中止し、情報関連の会社で働いたが、シフト勤務のため、昼間に寝るために飲酒量が次第に増し、46歳時には、毎日ウィスキーボトル半分を飲むようになった。2度の離婚歴があり、現在は独身である。父母は健在で、本人の近くに住んでいる。

【病前性格】 我が儘、融通が利かない、短気、気を許した人とはつきあう。完全主義者、母親への依存が強く、甘えん坊。

【現病歴】 アルコールの初飲は18歳であった。成人してからは、常習飲酒ではなかった。X年頃（40歳）シフト勤務の仕事になった頃より、常習飲酒となり、X+6年（46歳）には一日中酒を飲むようになり、睡眠リズムが乱れ、嘔吐するようになり、下痢が止まらず、同年8月に某大学病院の内科を受診した。γ-GTPが1,000IU/Lを越えており、精神科に入院を勧められたが同意せず、自宅で断酒した。半年間は断酒していたが、X+7年（47歳）に再飲酒が始まり、食事が取れなくなり、気分の落ち込み、億劫さ、睡眠障害のため自宅に閉居していた。

X+9年（49歳）時に、母の作ったものも食べられなくなり、入浴もしなくなり、父母に伴われて、同年2月14日に当院内科を受診し、脱水、肝胆道系酵素の中等度の上昇が認められ内科に入院になった。内科医の判断で同年2月25日に当精神科に診察依頼があり、相談連携精神医療を開始した。

【初診時所見、診断とその根拠、治療方針】 断酒後12日経ており離脱症状は認められず、礼容は整い穏やかで落ち着いた対応であったが、抑うつ気分、制止、睡眠障害が認められ、アルコール使用に関連した精神病性障害（うつ病性症状）と診断し、スルピリド150mg/day, サイアミン100mg/day, 就眠前にプロチゾラム0.25mg等の投与を行った。アルコール摂取による離脱症状としてのけいれん発作、振戦せん妄など心身への影響を説明しつつ、これまでの生活歴における挫折、孤立などに耳を傾けた。

【入院および外来での経過】 入院後約1ヶ月で抑うつ症状および睡眠障害は消失したので、内科主治医と相談して退院となった。通院が遠いとのことで、近くの精神科医に紹介することとした。紹介状には、うつ病症状の治療、酒害教育の内容、本人の理解度が低いこと、および自助グループへの参加の準備はできなかったことを伝達した。退院後は他院に通院できず、再飲酒をするようになった。

X+7年10月21日に内科に第2回の入院をしたが、第1回目の入院より脱水等の全身状態が悪く、γ-GTP 408IU/Lと高値であった。第四病日の夕方7時頃に、興奮を伴った意識混濁が急激に出現し、「誰かがきて隠れている」と幻視を疑わせる陳述があつた。同時に、手指の振戦、高血圧、頻脈などの自律神経系の嵐なども認めた。振戦せん妄と診断し、セロクエル50mg/day, チアミン100mg/dayを点滴および経口で投与した。翌日には意識混濁は消失していたが、振戦せん妄を呈した時間帯の完全健忘が認められた。その後は、精神病症状は出現しなかった。12月9日に約2ヶ月間の入院で肝障害も回復し退院となり、当院への通院を行った。

X+8年4月（50歳）までは断酒ができていたが、再飲酒が再開されると2ヶ月でγ-GTPは545IU/Lと高値となり、抑うつ症状も中等度認められ、7月7日に内科に3回目の入院となった。入院後に離脱症状は認められず、抑うつ症状も速やかに消失したので、精神療法的関与に重点をおき、週1回50分の半構造化された面接を行い、優勢な父に対する無力感が陳述され、母と離れていることの不安や万能感が満た

されないと逃避してしまう傾向などが取り上げられた。患者は、8月25日の退院時には、「寂しさが問題ですね」と述べ、孤立が飲酒の一つの動機になっていることを再認識していた。向後は当院外来で経過をみる予定であり、自助グループに参加する準備をする予定である。

この事例では、自殺企図はないが、一般にアルコール依存症での自殺率は高く、平均寿命は52歳ないし53歳であり、アルコール依存症と診断されてからの5年生存率は50%から80%と生命的危険も高い。特に、自殺との関連は強く示唆されており、抑うつ状態も自殺の危険因子であるから、アルコール依存症単独でも、アルコール依存によって二次的に抑うつ状態となったとしても自殺企図、自殺の完遂の可能性が高いことには十分な注意を払い、調査されるべきである。

(4) 性格傾向

①性格傾向

性格傾向については、その人の社会適応や生き方に深く関与しており、いきいきとその特徴を記述する価値があるが、本人が自分の性格傾向をどう評価しているかと、周りからどう評価されるかには差異がみられることがある。しかし、本人の意見やまわりからの情報を統合して検討することによって、精神障害の発病の一部を理解することは可能であるので、できる限り具体的に調査されることが必要である。

うつ病の病前性格としては、すでに、循環気質、執着気質、メランコリー親和型性格、未熟性格等が挙げられている。これらの病前性格については、一定の精神医学的合意が得られているので、事例の性格傾向として適正にあてはまれば、よりうつ病が発症しやすくなるということ是可以するが、一要因として検討すべきである。

②性格等と再発の問題

最近、大うつ病性障害の再発に関する検討が蓄積され、性格等についての所見は、表1に提示するように一定の知見がえられているので以下に記述する。ただし、この結論は暫定的であるので、さらにその内容は吟味されるべきである。

表1.うつ病の再発に寄与する因子の暫定的結論

- 性別:女性優位という報告が多い。
- 社会経済的地位と配偶者関係:寄与は低い。
- 家族歴:再発に関与しないという報告は少ない。
- 認知様式:negativeな認知様式では再発が多いという報告が多い。
- 性格特性:神経症傾向を示す場合再発は多い。
- 生活上の出来事:出来事数と強さは再発と一定の関連がないという報告が多い。
- 社会的支援:支援の有無との関係は議論が分かれている。

— Stephanie L. Bircusa and William G. Jacono (2001, p. 103, 107)

現時点での結論としては、再発については、女性に多く、社会経済的・配偶者の有無は再発には関与しないという報告が多い。また、精神障害の家族歴をもつものは再発しやすく、陰性の認知様式をもつものは再発しやすく、大うつ病としては、神経症的傾向を示していたものが再発しやすい。逆に出来事数とその強さは再発には寄与しないという報告が多く、社会的支援と再発との関連は一定の結論に至っていない。

これらの所見の病態生理として、表2に示すような「痕跡理論」と「燃え上がりモデル」が提唱されているが、現時点では決定的な結論が出ておらず、将来の研究結果が収束していくまで、過去の大うつ病エピソードが次の再発の危険因子となるという結論には至ることができないのが一般の精神科医の合意事項とみなすべきである。また、現在の大うつ病エピソードの定義は、これまでの「内因性うつ病」よりも広範囲な病態を包含しているので、再発についての結論は、一定の限定を加えて考慮すべきと思われる。

表2.うつ病再発の痕跡理論と燃え上がりモデル

- ※ 痕跡理論(Scar theory):うつ病を経験することによって、その痕跡のために再発率が高まるという仮説は、認知に対する影響、性格特徴に対する影響に関しては結論が出ていない。生活上の出来事の数と強さは痕跡と関連がないとはいえないという一定の証拠はある。
- ※ 燃え上がりモデル(Kindling model):再発回数が増すことによって、その次のうつ病エピソードがより弱い生活上の出来事によって生じるという報告が否定的な報告がより多いが、現時点で確定的ではない。

③脆弱性について

ストレス-脆弱性モデルについては、精神障害等の発症・再発について検討する際には、一般的な合意が形成されてきている。ただし、脆弱性についてはその概念の内包の定義が曖昧になっており、現時点では脆弱性は個体の素因を指しているという前提が崩れた方向に向かっていることには注意しなくてはならない。

この報告書においても、うつ病の脳科学の発展が展望されており、有望な知見が集積されつつあり、統一見解として収束していくと思われる。しかし、大うつ病エピソードが生物学的に異質な症状群であり、前頭葉の脳血流低下ばかりでなく、大脳辺縁系、前頭前野の機能障害、間脳-下垂体-副腎皮質の機能障害などさまざまな検討がなされている(Allen, JG: Coping with depression. From Catch-22 to Hope. American Psychiatric Publishing, Inc., 2006) ことにも留意すべきである。

また、これらの所見の一部では、大うつ病エピソードによる機能障害は回復可能であり、臨床において寛解・完治することの傍証となっている。つまり、一般的には、大うつ病エピソードによる機能障害は回復可能であり、大うつ病エピソードでは、その機能障害をもたらす脳の神経伝達物質の動態、血液循環、神経細胞のネットワークの形成等については、状態依存(state-dependent)と考えられる要素があり、脆弱性という変化の少ない一定の傾向(trait)あるいは素因(predisposition)とは区別しなくてはならない。

脆弱性という素因について、おおまかな合意がえられている見解をあげると表3のような知見がある。

表 3. うつ病発症に関与する脆弱性についての暫定的結論

- A. うつ病に対する認知的脆弱性は後期児童期までに形成される。
- B. うつ病の危険因子となる陰性思考に傾く素因は思春期、前成人期に現れる。
- C. 大うつ病エピソードにおける陰性思考は、うつ病相が終息すれば消退する。
- D. 大うつ病エピソードの発症は、持続している認知的脆弱性と反芻傾向とに関連している。
- E. うつ病の認知的脆弱性は、悉無律には従わず、程度の問題である。
- F. 生活上のストレスは、認知的脆弱性をもつ者に陰性思考と反芻傾向をもたらし、認知的に脆弱であればあるほど非常に弱いストレスでもうつ病を引き起こす。

大うつ病エピソードという状態を引き起こす脳機能障害は可塑的であり、うつ病への脆弱性は認知的傾向として現れている素因(遺伝子が関係する)として考えられるのである。さらに、脆弱性の存在によって些細なストレスによってもうつ病は発症するという事も確認されている。また、この指摘は、比較的若年発症の大うつ病エピソードの研究も含まれており、より個体の脆弱性強い対象についての所見である。一般の「内因性うつ病」等の成人期から中年期に発症するうつ病では、事例でも提示したが、この脆弱性の程度は、相対的には弱いことが強く推定されるので、この点も考慮されねばならない。

④「うつ病は再発しやすい」という主張は正しいか。

最近、多くの論文等で「うつ病は再発しやすい」との主張がなされているが、感情障害の再発回数については、以下の客観的な証拠がある。Goodwin らの著作によれば、Kraepelin(1921)から Fukuda ら(1983)までの 11 論文による各対象の病相数は、単極性気分障害および双極性気分障害両者を加えて、6951 名の対象について、1 年間から 26 年間経過観察を行った結果は、それぞれの研究において最小と最大については順に、1 回のエピソードでは、0 名から 55 名、2 回から 3 回では 13 名から 42 名、4 回から 6 回では 8 名から 40 名、7 回以上では 2 名から 69 名となっている。このなかには、1 年間に数回以上の躁病相あるいは抑うつ病相を呈する rapid cycler も含まれているので、一人の対象は平均的には一生で数回の病相を体験することになるが、一生で 1 回しかうつ病エピソードを経験しない者が多くいることも「うつ病は再発しやすい」ということは誤りであることは明白である。

また、最近では、病相予防のために、気分安定薬の継続的投与も寛解維持療法としてなされるようになり、より再発は認められなくなり、一人の経験する病相数は減少していくことが望まれる。

さらに、「内因性うつ病」とともに大うつ病エピソードに含まれていると思われる「非内因性うつ病」については、神経症的傾向と大うつ病エピソードとの関連が述べられているが、表 4 に指摘するような問題点が解決されずに残っており、神経症的傾向の概念の妥当性やその「内因性うつ病」および大うつ病エピソードとの関連はさらに検討が加えられる必要がある。

表4.神経症的傾向と非内因性うつ病との関係

- ※ 神経症傾向として挙げられている不安、怒り、罪責感、抑うつ、自己不確実、羞恥心が強いこと等は、非内因性うつ病(新型うつ病)の病前性格、病像形成的要素として考えられる。
- ※ 執着気質、メランコリー親和型の内因性うつ病の病前性格は、少なくとも表現型としては、感情的には安定し、穏やかで、緊張感は適度であり神経症的傾向とは対照的といえる。
- ※ 操作的診断学による大うつ病エピソードには、非内因性うつ病が混在していると考えられる。
- ※ 再発の危険因子として神経症傾向が挙げられているのは、非内因性うつ病の些細な出来事に対する再発(再燃)が過包括されている可能性を指摘しなくてはならない。

結 論

1. 現在のうつ病に関する側面要因を検討するために、うつ病症例、アルコール症例を提示し、既往歴、生活史、アルコールの影響、性格傾向等について概説した。
2. 「内因性うつ病」の再発について、長期間経過を追えた症例を呈示し、再発に関与して検討した。症例では、遺伝負因、病前性格、生活上の出来事が大うつ病エピソードの再発に関与していることが推定できた。
3. 現在の研究の範囲では、うつ病の再発に関与すると有力な候補は、女性優位、神経症傾向、陰性(negative)な認知様式、生活上の出来事等があげられているが、遺伝的素因を含んだ脆弱性の概念や痕跡理論や燃え上がりモデル等についても、さらに検討が必要である。
4. 大うつ病エピソードの異質性(heterogeneity)などをそれぞれの事例について、病前適応、自律性、遂行能力、対人関係を構成する能力等の観点から検討を加え、「内因性うつ病」および神経症的傾向が認められる非内因性を含むうつ病再発予防の実効をあげることが必須と考えられた。

【参考文献】

- Allen, JG: Coping with depression. From Catch-22 to Hope. American Psychiatric Publishing, Inc., 2006.
- 荒井 稔: 職場での多様な「抑うつ状態」の診断と治療. 産業精神保健, 15: 223-232, 2007.
- Goodwin, FK, Jamison, KR: Manic-depressive illness. Oxford Univ. Press, 2007.
- Ramana R, Paykel ES, Cooper Z, et al: Remission and relapse in major depression: a two-year prospective

- follow-up study. *Psycho. Med*, 25:1161-1170, 1995.
- Stephanie L. Bircusa and William G. Iacono: Risk for Recurrence in Depression. *Clin Psychol. Rev. Risk*, 27:959-985, 2007.
 - 高橋三郎、大野裕、染矢俊幸: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版、医学書院、2002.

うつ病の生物学的問題

千葉大学大学院医学研究院

神経情報統合生理学

清水 栄司

【要 約】

我々は、うつ病の生物学的問題として、未治療うつ病患者の血清 BDNF(brain-derived neurotrophic factor ; 脳由来神経栄養因子)濃度が、健常者と比較して有意に減少していることを発見し、BDNF の減少による、神経栄養障害仮説を提唱している(Shimizu et al., 2003)。BDNF は、脳内で最も豊富な神経栄養因子である。うつ病では、ストレスによる脳のダメージから、BDNF の低下がおこり、後天的な脆弱性を示すのか、それとも、先天的に BDNF の低下が存在して、うつ病発症者の遺伝的な危険因子となっているのか。この点については、今後の検討を待つ必要がある。うつ病を遷延、悪化させるストレスが、脳萎縮や神経細胞死を引き起こしうることは、特に海馬において、注目されている(Magarinos and McEwen, 1995)。海馬萎縮は、脳画像検査により、再発を繰り返す大うつ病(Sheline et al., 1996; 1999)や心的外傷後ストレス障害 (PTSD : posttraumatic stress disorder) (Bremner et al., 1995; Bremner, 1999; Villarreal and King, 2001)の患者において認められていて、ストレスに対する反応として起こるグルココルチコイドの過剰分泌と関係した後天的な萎縮として、論じられている(Sapolsky, 2000a; 2000b)。一方で、先天的に小さく萎縮している海馬が、PTSD を引き起こす遺伝的脆弱性となっているとする双生児研究も報告されている (Gilbertson et al., 2002)。同様に、大うつ病の小さな海馬が、セロトニントランスポーターのL型遺伝子多型と関係しているという遺伝的脆弱性を示す研究も最近発表された (Frodl et al., 2004)。遺伝因子と環境因子の両者を取り込んだ仮説として、海馬におけるストレス誘発性の変化が、遺伝的に脆弱な個人において、うつ病を発症させる中心的な役割を果たすという考えがある(Rajkowska, 2000)。遺伝的な脆弱性の影響を強く受ける若年発症群とストレスによってつくられた後天的な脆弱性の影響による中年発症群と2分して、分けることも一つの考え方であろう。

Key words: うつ病、脳由来神経栄養因子、抗うつ薬、ELISA

1. はじめに(BDNF とは)

BDNF(brain-derived neurotrophic factor ; 脳由来神経栄養因子)は、脳内で最も豊富な神経栄養因子である。NGF(nerve growth factor ; 神経成長因子)、neurotrophin-3 (NT-3)、neurotrophin-4/5 (NT-4/5)などから成る NGF ファミリーであり、NGF と類似のアミノ酸配列と塩基配列を有し、成熟型に関しては、全哺乳類に共通なものである。従来考えられていた神経系の成長や維持の増強作用のみならず、ドーパミン系などの神経伝達物質の調節作用や、長期増強

(long-term potentiation)や学習記憶などの神経可塑性の機構にも重要な役割を果たすことが明らかになりつつある(Lindsay et al. 1994; Lindvall et al. 1994; Snider 1994; Thoenen 1995; Gartner and Staiger 2002.)。現在では、BDNFは、精神疾患の病因にも重要な役割を果たしていることを示すデータが多く見られるようになってきた。

2. うつ病の動物モデルによる抗うつ薬とBDNFの関連研究

抗うつ薬の作用メカニズムの説明として、これまで、うつ病でのモノアミンの低下と抗うつ薬によるモノアミンの上昇(SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitorsならば、セロトニン再取り込み阻害による直接的効果)というモノアミン仮説が提唱されてきた。しかし、これでは、臨床的に、抗うつ薬の効果が2週間程度の慢性投与の後でなければ、みられてこないという現象が説明できないでいた。効果発現に時間がかかる理由として、抗うつ薬の神経栄養因子に対する作用が検討された。その結果、抗うつ薬の慢性投与により、ラット海馬で、BDNFおよびその受容体である trkB 双方の mRNA が増加するという報告がなされ(Nibuya et al., 1995)、cAMP response element binding protein (CREB) を介する機構であることが示された(Nibuya et al., 1996)。我々も、抗うつ薬の慢性投与により、ラットの海馬と前頭皮質で、それぞれ 26.9%と 24.6%の割合で、BDNFタンパクレベルの上昇を、ELISA法を用いて検出した(Okamoto et al., 2003)。さらに、うつ状態の動物モデルである強制水泳試験(Russo-Neustadt et al. 2001)や慢性拘束ストレス(Xu et al., 2002)において、BDNF mRNA レベルが有意に低下を示す一方で、BDNF それ自体の脳内直接投与が、うつの動物モデルにおいて、抗うつ効果を有することが示された(Siuciak et al., 1997; Shirayama et al., 2002)。このような動物実験から、うつ病でのBDNFの低下と抗うつ薬によるBDNFの上昇が、推測されていた(Duman et al. 1997, Duman 1998, 1999, Altar, 1999, Nestler et al., 2002)が、臨床面からの実証研究はなされてこなかった。

3. うつ病の患者検体を用いたBDNFの研究

ヒトを用いた研究では、死亡時期に抗うつ薬を服用していた患者の死後脳を用いた研究により、抗うつ薬を服用していた患者の脳においてBDNFが有意に増加していることが報告されている(Chen et al. 2001)。最近、11人のうつ病患者を含む27人の自殺者の死後脳研究で、BDNFのmRNAとタンパクレベルが、前頭前野と海馬において減少していることが示された(Dwivedi et al., 2003)。脳だけではなく、ヒトの血清では、血漿に比べて、多量のBDNFが存在している(Radka et al., 1996)。我々は、未治療うつ病患者の血清BDNF濃度が、健常者と比較して有意に減少している一方で、抗うつ薬治療中のうつ病患者では、健常者と同レベルであることを発見した(Shimizu et al., 2003)。さらに、うつ病患者の血清BDNF濃度とうつ症状の重症尺度であるHAM-D-17(ハミルトンうつ症状評価スケール)(Hamilton, 1960)との間に負の相関があることを見出し、BDNF低下がうつ病の病因となっている可能性を示した。そして、未治療の患者に抗うつ薬による薬物治療を施行すると、臨床症状の改善に伴い、低下していた血清BDNF濃度が増加することを確認した。現在のところ、血清BDNF濃度が脳内BDNF濃度を反映しているかどうかは不明であるが、我々と同様に、抗うつ薬をフリーにしたうつ病患者での血清BDNFの低下を報告したKaregeらのグループ(2002a)は、ラットの発達段階において脳内

BDNF 濃度と血清 BDNF の間に正の相関関係がある事を報告した(Karege et al., 2002b)。さらに、BDNF は血液・脳関門を通過すること (Pan et al., 1998) も知られており、血清 BDNF 濃度は脳内 BDNF 濃度を反映している可能性があるとして推測される。このような結果から、血清 BDNF 濃度の測定はうつ病の生物学的マーカーになりうる可能性があり、抗うつ薬の治療判定にも応用することが可能であろう。

4. 抗うつ効果の発現には、成体海馬での神経新生を要する

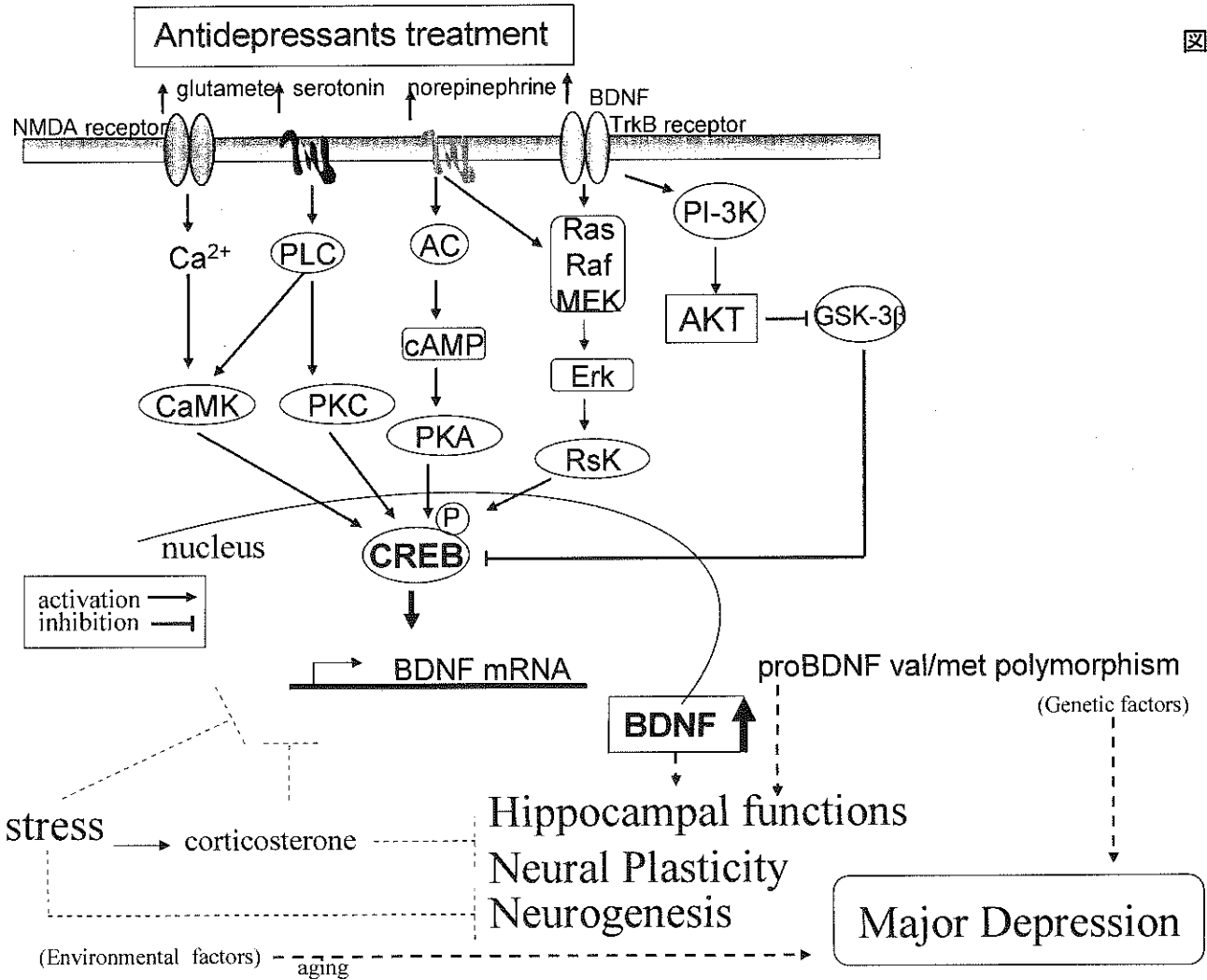
慢性的な抗うつ薬投与が、成体ラットの海馬における神経細胞の新生を増加させることが報告された (Malberg et al., 2000)。また、X線照射によって海馬における神経細胞新生を無くすと、抗うつ薬の慢性投与の効果が出なかったことから、抗うつ薬の作用に海馬での神経細胞新生が極めて重要であることも報告された (Santarelli et al., 2003)。一方、遺伝子操作技術で BDNF を減少させたヘテロマウス (BDNF が約 50%減少) の海馬歯状回における神経細胞新生は、野生型と比較して有意に減少している事が報告された (Lee et al., 2002)。これらの報告とは別に、うつ病の治療としての電気けいれん療法が海馬の苔状線維の発芽を起こすことも報告されている (Duman and Vaidaya, 1998; Vaidaya et al., 1999)。以上の研究成果は、海馬における神経細胞の新生が、抗うつ薬の作用メカニズムに関与しており、そこに BDNF が介在して、何らかの役割を果たしている可能性を示唆している。

5. うつ病における BDNF 低下は、先天的か後天的か？(最近の神経画像研究を含めての考察)

我々の検討したうつ病の危険因子となりうる BDNF の低下は、遺伝的なものか、環境的なものか。うつ病では、ストレスによる脳のダメージから、BDNF の低下がおこり、後天的な脆弱性を示すのか、それとも、先天的に BDNF の低下が存在して、うつ病発症者の遺伝的な危険因子となっているのか。この点については、今後の検討を待つ必要がある。うつ病を遷延、悪化させるストレスが、脳萎縮や神経細胞死を引き起こしうる事が、特に海馬において、知られている (Magarinos and McEwen, 1995a, 1995b)。海馬萎縮は、脳画像検査により、再発を繰り返す大うつ病 (Sheline et al., 1996; 1999) や心的外傷後ストレス障害 (PTSD : posttraumatic stress disorder) (Bremner et al., 1995) の患者において認められていて、ストレスに対する反応として起こるグルココルチコイドの過剰分泌と関係した後天的な萎縮として、論じられている (Sapolsky, 2000)。一方で、先天的に小さく萎縮している海馬が、PTSD を引き起こす遺伝的脆弱性となっているとする双生児研究も報告され (Gilbertson et al., 2002)、同様に、大うつ病の小さな海馬が、セロトニントランスポーターの L 型遺伝子多型と関係しているという遺伝的脆弱性を示す研究も最近発表された (Frodl et al., 2004)。

遺伝因子と環境因子の両者を取り込んだ仮説として、海馬におけるストレス誘発性の変化が、遺伝的に脆弱な個人において、うつ病を発症させる中心的な役割を果たすという考えがある (Duman, 1999)。以下に、我々の注目している BDNF に関して、遺伝と環境と双方からみた仮説を文献的に考察する。図 1 に、抗うつ薬が各種の信号伝達系を経て、BDNF を増加させ (Hashimoto et al., 2004)、遺伝因子と環境因子が絡み合ううつ病に対して効果を発現する様子を模式的に示した。実際に、動物モデルでは、ストレス負荷をかけることで、脳の BDNF は低下

图 1



する(Smith et al., 1995)し、corticosteroneによりラット海馬のBDNFは低下する(Schaaf et al., 2000)ので、後天的な環境因子は、大きいと考えられる。その一方では、BDNFの前駆体であるproBDNFのVal/Met遺伝子多型と海馬の機能および記憶能力が、関連しているという報告(Egan et al., 2003)もあり、BDNF遺伝子が海馬の脆弱性に影響を与えている可能性も高い。疫学研究で示されるように、うつ病の発症年齢には、若年期と中年期の2つのピークがある(Hagnell et al., 1982)。老齢ラットでは、ストレスに対するBDNFの反応が減少するという報告(Smith and Cizza 1996)もあり、臨床的にしばしばみられる老年期うつ病の抗うつ薬に対する不応性が、BDNFの増加不全によるものである可能性が示唆される。うつ病を、遺伝的な脆弱性の影響を強く受ける若年発症群とストレスによってつくられた後天的な脆弱性の影響による中年発症群と2分して、異なる病因によるうつ病として分類することも一つの考え方であろう。

結 語

以上、BDNFがうつ病の病態および抗うつ薬の作用発現に果たす役割を述べ、うつ病を、遺伝的な脆弱性の影響を強く受ける若年発症群とストレスによって引き起こされた後天的な脆弱性の影響による中年発症群と2分して、異なる病因によるうつ病として分類することも一つの考え方であろう。

【文 献】

- Altar, C.A. (1999) Neurotrophins and depression. *Trends Pharmacol Sci*, 20: 59-61.
- Bremner, J.D., Randall, P., Scott, T.M., Bronen, R.A., Seibyl, J.P., Southwick, S.M., Delaney, R.C., McCarthy, G., Charney, D.S. and Innis, R.B. (1995) MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 152:973-981.
- Chen, B., Dowlathshahi, D., MacQueen, G.M., Wang, J.F., and Young, L.T. (2001): Increased hippocampal BDNF immunoreactivity in subjects treated with antidepressant medication. *Biol Psychiatry*, 50:260-265.
- Dwivedi, Y., Rizavi, H.S., Conley, R.R., Roberts, R.C., Tamminga, C.A., and Pandey, G.N. (2003) Altered gene expression of brain-derived neurotrophic factor and receptor tyrosine kinase B in postmortem brain of suicide subjects. *Arch Gen Psychiatry*, 60(8):804-15.
- Duman, R.S. (1999) The neurochemistry of mood disorders: Preclinical studies. In: Charney, D.S., Nestler, E.J. and Bunney, B.S., Editors, *Neurobiology of Mental Illness*, Oxford University Press, New York, pp. 333-347.
- Duman, R.S. (1998) Novel therapeutic approaches beyond the serotonin receptor. *Biol Psychiatry* 44:324-335.
- Duman, R.S., Heninger, G.R. and Nestler, E.J. (1997) A molecular and cellular theory of depression. *Arch Gen Psychiatry*, 54:597-606.

- Duman, R.S. and Vaidya, V.A. (1998) Molecular and cellular actions of chronic electroconvulsive seizures. *J ECT*, 14:181-193.
- Egan, M.F., Kojima, M., Callicott, J.H., Goldberg, T.E., Kolachana, B.S., Bertolino, A., Zaitsev, E., Gold, B., Goldman, D., Dean, M., Lu, B. and Weinberger, D.R. (2003) The BDNF val66met polymorphism affects activity-dependent secretion of BDNF and human memory and hippocampal function. *Cell*, 112(2):257-269.
- Frodl, T., Meisenzahl, E.M., Zill, P., Baghai, T., Rujescu, D., Leinsinger, G., Bottlender, R., Schule, C., Zwanzger, P., Engel, R.R., Rupprecht, R., Bondy, B., Reiser, M. and Moller, H.J. (2004) Reduced hippocampal volumes associated with the long variant of the serotonin transporter polymorphism in major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 61(2):177-183.
- Gartner, A. and Staiger, V. (2002) Neurotrophin secretion from hippocampal neurons evoked by long-term-potential-inducing electrical stimulation patterns. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 99(9):6386-6391.
- Gilbertson, M.W., Shenton, M.E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N.B., Orr, S.P. and Pitman, R.K. (2002) Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nat Neurosci*, 5(11):1242-1247.
- Hagnell, O., Lanke, J., Rorsman, B. and Ojesjo, L. (1982) Are we entering an age of melancholy? Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: the Lundby Study, Sweden. *Psychol Med*, 12(2):279-289.
- Hamilton, M. (1960): A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23: 56-62.
- Hashimoto, K., Shimizu, E., Iyo, M. (2004) Critical role of brain-derived neurotrophic factor in mood disorders. *Brain Res Rev*, (in press).
- Karege, F., Perret, G., Bondolfi, G., Schwald, M., Bertschy, G. and Aubry, J.M. (2002a): Decreased serum brain-derived neurotrophic factor levels in major depressed patients. *Psychiatry Res*, 109:143-148.
- Karege, F., Schwald, M. and Cisse, M. (2002b): Postnatal developmental profile of brain-derived neurotrophic factor in rat brain and platelets. *Neurosci Lett*, 328:261-264.
- Lee, J., Duan, W., Mattson, M.P. (2002) Evidence that brain-derived neurotrophic factor is required for basal neurogenesis and mediates, in part, the enhancement of neurogenesis by dietary restriction in the hippocampus of adult mice, *J Neurochem*, 82(6):1367-1375.
- Lindsay, R.M., Wiegand, S.J., Altar, C.A. and DiStefano, P.S. (1994): Neurotrophic factors: From molecule to man. *Trends Neurosci*, 17:182-190.
- Lindvall, O., Kokaia, Z., Bngzon, J., Elmer, E. and Kokaia, M. (1994): Neurotrophins and brain insults. *Trends Neurosci*, 17:490-496.
- Magarinos, A.M. and McEwen, B.S. (1995a): Stress-induced atrophy of apical dendrites of hippocampal CA3c neurons: involvement of glucocorticoid secretion and excitatory amino acid receptors. *Neuroscience*, 69:89-98.

- Magarinos, A.M and McEwen, B.S. (1995b) Stress-induced atrophy of apical dendrites of hippocampal CA3c neurons: comparison of stressors. *Neuroscience*, 69:83-88.
- Malberg, J.E., Eisch, A.J., Nestler, E.J. and Duman, R.S. (2000) Chronic antidepressant treatment increases neurogenesis in adult rat hippocampus. *J Neurosci*, 20:9104-9110.
- Nestler, E.J., Barrot, M., DiLeone, R.J., Eisch, A.J., Gold, S.J. and Monteggia, L.M.. (2002) Neurobiology of depression. *Neuron*, 34: 13-25.
- Nibuya, M., Morinobu, S. and Duman, R.S. (1995) Regulation of BDNF and trkB mRNA in rat brain by chronic electroconvulsive seizure and antidepressant drug treatments. *J Neurosci*, 15(11):7539-7547.
- Nibuya, M., Nestler, E.J. and Duman, R.S. (1996) Chronic antidepressant administration increases the expression of cAMP response element binding protein (CREB) in rat hippocampus. *J Neurosci*, 16(7):2365-2372.
- Okamoto, H., Shino, Y., Hashimoto, K., Kumakiri, C., Shimizu, E., Shirasawa, H. and Iyo, M. (2003) Dynamic changes in AP-1 transcription factor DNA binding activity in rat brain following administration of antidepressant amitriptyline and brain-derived neurotrophic factor. *Neuropharmacology*, 45(2):251-259.
- Pan, W., Banks, W.A., Fasold, M.B., Bluth, J. and Kastin, A.J. (1998) Transport of brain-derived neurotrophic factor across the blood-brain barrier. *Neuropharmacology*, 37:1553-1561.
- Radka, S.F., Holst, P.A., Fritsche, M. and Atlar, C.A. (1996): Presence of brain-derived neurotrophic factor in brain and human and rat but not mouse serum detected by a sensitive and specific immunoassay. *Brain Res*, 709:122-130.
- Russo-Neustadt, A., Ha, T., Ramirez, R. and Kessler, J.P. (2001): Physical activity-antidepressant treatment combination: impact on brain-derived neurotrophic factor and behavior in an animal model. *Behav Brain Res*, 120:87-95.
- Santarelli, L., Saxe, M., Gross, C., Surget, A., Battaglia, F., Dulawa, S., Weisstaub, N., Lee, J., Duman, R., Arancio, O., Belzung, C. and Hen, R. (2003) Requirement of hippocampal neurogenesis for the behavioral effects of antidepressants. *Science*, 301(5634):805-809.
- Sapolsky, R.M. (2000): Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 57:925-935.
- Schaaf, M.J., De Kloet, E.R. and Vreugdenhil, E. (2000) Corticosterone effects on BDNF expression in the hippocampus. Implications for memory formation. *Stress*, 3(3):201-208.
- Sheline, Y.I., Wang, P.W., Gado, M.H., Csernansky, J.G. and Vannier, M.W. (1996) Hippocampal atrophy in recurrent major depression. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 93: 3908-3913.
- Sheline, Y.I., Sanghavi, M., Mintun, M.A. and Gado, M.H. (1999): Depression duration but not age predicts hippocampal volume loss in medically healthy women with recurrent

- major depression. *J Neurosci*, 19:5034-5043.
- Shimizu, E., Hashimoto, K., Okamura, N., Koike, K., Komatsu, N., Kumakiri, C., Nakazato, M., Watanabe, H., Shinoda, N., Okada, S. and Iyo, M. (2003) Alterations of serum levels of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in depressed patients with or without antidepressants. *Biol Psychiatry*, 54(1):70-75.
- Shirayama, Y., Chen, A.C., Nakagawa, S., Russell, D.S. and Duman, R.S. (2002): Brain-derived neurotrophic factor produces antidepressant effects in behavioral models of depression. *J Neurosci*, 22:3251-3261.
- Siuciak, J.A., Lewis, D.R., Wiegand, S.J. and Lindsay, R.M. (1997): Antidepressant-like effect of brain-derived neurotrophic factor (BDNF). *Pharmacol Biochem Behav*, 56:131-137.
- Smith, M.A. and Cizza G. (1996) Stress-induced changes in brain-derived neurotrophic factor expression are attenuated in aged Fischer 344/N rats. *Neurobiol Aging*, 17(6):859-864.
- Smith, M.A., Makino, S., Kvetnansky, R. and Post, R.M. (1995): Stress and glucocorticoids affect the expression of brain-derived neurotrophic factor and neurotrophin-3 mRNAs in the hippocampus. *J Neurosci*, 15:1768-1777.
- Snider, W.D. (1994): Functions of the neurotrophins during nervous system development: what the knockouts are teaching us. *Cell*, 77:627-638.
- Thoenen, H. (1995) Neurotrophins and neuronal plasticity. *Science*, 270:593-598.
- Vaidya, V.A., Siuciak, J.A., Du, F. and Duman, R.S. (1999): Hippocampal mossy fiber sprouting induced by chronic electroconvulsive seizures. *Neuroscience*, 89:157-166.
- Xu, H., Qing, H., Lu, W., Keegan, D., Richardson, J.S., Chlan-Fourney, J. and Li, X.M. (2002): Quetiapine attenuates the immobilization stress-induced decrease of brain-derived neurotrophic factor expression in rat hippocampus. *Neurosci Lett*, 321:65-68.

労災認定と精神疾患の客観的補助診断法の最近の進歩

群馬大学大学院医学系研究科

神経精神医学分野

三國 雅彦

はじめに

本報告では労災認定や労働行政に関わる精神疾患の診断、とりわけうつ病の診断や病状の評価の今後のあり方を検討するための第一歩として、進歩の著しい脳形態・機能画像学的解析に基づく精神疾患の客観的な補助診断法に関する研究の現状を要約することにする。

うつ病は異種性が存在し、うつ病症候群と考えられている。脳の微細な器質的な障害、例えば虚血性の微細な血管障害が基盤にある高齢発症のうつ病という亜型があり、若年発症と違って、抗うつ薬のSSRIを処方するだけで足りるとはいえない場合があり得ることになる。また、性格的な要因の大きく関与するうつ状態では抗うつ薬の反応性の良くないケースも多く認められ、認知行動療法などの精神療法が必要となることも多い。したがって、その病態生理を念頭に置いた診断と治療が重要となるといえる。

1. 精神疾患の客観的補助診断法の最近の進歩、とくにNIRSを用いた解析

近年、統合失調症、感情障害、発達障害における病因・病態に関して、脳画像解析、脳機能解析の研究が磁気共鳴画像(MRI)、近赤外線スペクトロスコピー(NIRS)、陽電子放射断層法(PET)、脳磁図(MEG)などの非侵襲的脳画像解析を用いて研究され、著しい進歩が認められている。その研究の成果を日常の臨床に応用できるようにし、心理学的な面接法による精神科診断を補助する、客観的診断法の確立が求められ、種々の検討がなされている。これを実現するためには標準化した同一プロトコールによる脳機能・構造の両面から解析する非侵襲的脳画像解析を用いた、多施設共同研究を推進し、多数例のエビデンスを集積する必要がある。また、使用機種に由来する誤差を解消し、多施設共同研究を実施できる態勢をつくるためのデータ共有法の開発も進められている。

そのような中で、NIRSを用いた前頭葉の賦活反応の解析に基づく客観的補助診断法が、先進医療(新規技術)「光トポグラフィー検査による脳機能評価にもとづくうつ状態の鑑別診断」として平成21年3月に承認された。この検査は非負荷時には「あ・い・う・え・お」と繰り返し発話し、負荷時には「あ」のつく言葉、「か」のつく言葉を次々に言ってもらう一分間の語流暢性課題負荷時における、NIRSを用いた前頭葉の賦活反応パターンを解析するものである。前頭葉の賦活に伴って酸素化ヘモグロビン濃度増加反応が起こり、非負荷課題に戻ると、この増加反応も終息するが、この反応パターンが単極性うつ病、双極性感情障害うつ状態、統合失調症では異なっており、しかもいずれの疾患とも健常者とは明らかに異なるパターン

を示すことを明らかにして、報告した (Suto et al 2004; Kameyama et al, 2006)。これを標準化して、多施設共同研究を推進し、健常者 500 名以上、精神疾患患者 500 名以上の解析を終えたが、それぞれの精神疾患に特徴的な酸素化ヘモグロビン量の反応パターンがこの共同研究でも確認された。そこで本法を心理学的なうつ病診断の妥当性、客観性を担保する補助診断法として、本年 1 月に厚生労働省に対し先進医療を申請し、承認されたものである。

労災認定に関わることの多い単極性うつ病についてみると、健常対照に比して、酸素化ヘモグロビン増加反応が有意に低く、うつ状態の重症度と相関する部位は右側頭部であり、その他の部位は治療前と抗うつ療法による改善後で有意な変化は認められていない。言いかえると、側頭部の変化はうつ状態から回復すると正常化するが、前頭葉での変化は持続している。一方、双極性のうつ病では酸素化ヘモグロビン増加反応のピークが健常者や単極性うつ病より遅れるが、反応の大きさは単極性うつ病より大きい特徴があつて、単極性と双極性のうつ病が区別でき、この点がとくに期待されて先進医療に承認されたといえる。あくまでも臨床診断の補助であるが、客観的な指標という意味では貴重である。

2. うつ病に対する PET や MRI を用いた解析

PET を用いた解析の多くは数 10 症例の研究報告であり、必ずしも多数例での大規模試験で確認された所見ではないが、PET を用いて解析した脳血流量やグルコース代謝の変動脳部位と気分障害の症状との関連をみると、未治療うつ状態で機能低下を示した脳部位として背外側前頭前野 (BA9 野) や内側前頭前野 (BA10 野) があり、機能亢進する部位として扁桃体などの辺縁系が知られている。抗うつ療法が奏功すると背外側前頭前野の機能低下や辺縁系の機能亢進は正常化するが、内側前頭前野の機能低下は不変である。したがって、うつ状態に依存的な変化と回復直後にはまだ回復していない脳機能異常が存在することになる。この点に関しては 4. で詳述する。

また、神経症状のない高齢者気分障害での MRI の T2 強調画像による深部白質高信号の存在が微小脳梗塞などの器質的病変を示唆する所見として知られており (Fujikawa et al, 1993)、Alexopoulos ら (1997) は MRI で診断される潜在性の微小脳梗塞と脳卒中後のうつ病とを合わせて血管性うつ病という概念を提唱している。われわれは高齢初発単極性うつ病における、MRI の T2 強調画像による前頭葉の深部白質の高信号の出現頻度や程度が同年齢の健常者や若年初発感情障害群に比して有意に高いことを報告し、この白質の高信号はうつ症状軽快後も存在し、健常者にも認められるものであるので、中高年初発うつ病の発症脆弱性となっている可能性を考察した (Takahashi et al, 2008)。この白質高信号という発症脆弱性をもつ中高年の健常者に大きなストレス性の刺激が加わるとうつ病が発症すると考えられ、この白質高信号という発症脆弱性をもつこと自体は日常生活や就労には差し支えない程度の器質的変化といえることができる。

3. うつ病における視床下部－下垂体－副腎皮質(HPA)系機能異常

種々のストレス性の刺激に対する共通の生体反応としての HPA 系が Selye によって提唱されて久しいが、この系はグルココルチコイド受容体を介したフィードバック機能による閉鎖系となっており、ストレス性の刺激に対する HPA 系の反応が過剰とならないようになっている。ところが、うつ病ではこの HPA 系の反応に対するフィードバック機能が減弱している。合成ステロイドのデキサメサゾン (DEX) 投与によってグルココルチコイド受容体を刺激すると、健常者では下垂体からの副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) の分泌抑制が起こるので、コルチゾール濃度も低下し、その後に視床下部ホルモンである副腎皮質刺激ホルモン遊離促進ホルモン (CRH) を注射して ACTH 分泌を刺激しても、ACTH 分泌もコルチゾール反応もほとんど起こらない。しかし、日本人でも約 75% のうつ病症例では DEX/CRH 試験でコルチゾール濃度が著明に増加し、フィードバック機能の低下が明らかにされており (Aihara et al, 2007)、国内の多施設共同研究によっても確認されている所見である (Kunugi et al, 2006)。しかも抗うつ薬療法が奏功すると、コルチゾールの過剰反応は正常化し、うつ状態に依存的な変化であることが明らかにされている。

そのフィードバック機能の低下によって HPA 系の機能亢進が持続し、高コルチゾール血症となると、通常の中レベルのコルチゾールでは部分的にしか占拠されていないグルココルチコイド受容体が刺激され続けることになり、摂食行動の抑制、意欲的行動の抑制、悲哀感の増加を引き起こすとともに、嫌悪体験の記憶の促進、嫌悪刺激に対する過剰反応を引き起こすことになると考えられる。この閉鎖系の上位の調節系は海馬や扁桃体であり、さらに上位が内側前頭前野であり、これらの脳部位の機能の異常と閉鎖系としての異常とがうつ病では重なって認められることになる。

4. うつ病寛解時の脳機能

ハミルトンうつ病評価尺度などを用いた、臨床的なうつ病の寛解状態時の脳形態学的計測、脳機能画像学的解析、神経心理学的検査は健常対照に比して形態的变化、脳機能低下、神経心理学的な認知機能の低下が一部を持続していることが知られている。

うつ病患者の海馬容積が低下していることを示す MRI の解析結果が集積されつつあるが、この低下は寛解症例でも認められるという報告があり (Neumeister et al, 2005)、また、前部帯状回の容積低下が寛解症例でも認められるという報告もなされている (Caetano et al, 2006)。また、前述したように、うつ病における PET で解析したグルコース代謝の低下所見は内側前頭前野 (BA10 野) では軽快後も低下したままであり、症状の軽快と必ずしも脳機能画像とが平行していないことになる (Aihara et al, 2007)。

順天堂大学精神科からの報告では、HDRS が 7 点以下とほぼ寛解状態となったうつ病患者を対象に遂行機能や記憶機能を測定し、Stroop test (例えば、赤で印字された緑、青の文字を赤と読ませたり、逆に緑、青とそれぞれ読ませるような指示をして混乱させる課題) の成績が寛解期となったうつ病患者では健常者と比較して有意に低下していることを明らかにして

報告しており (Nakano et al, 2008)、機能的脳画像の所見と一致する結果となっている。

おわりに

前述した寛解後も脳機能の低下の認められる内側前頭前野はストレスの影響を受けやすい脳部位であるので、うつ状態の改善に伴ってすぐに抗うつ薬を中止することなく、ストレス性の刺激に対してうまく受け流す対処法を身につけさせることが必要となる。患者本人は早い復職を望むが、再発防止を優先した支援が必要である。また、リハビリ出勤時にはストレス耐性低下や作業能率の低下、集中困難、眠気などを評価するとともに、心理的なサポートを得やすい仲間やうつ病から回復した就労者との交流を持たせやすくするように働きかけることも必要となる。このような適切な対応や配慮がうつ病を経験した労働者の復職、安定した就労、再燃予防には必要であり、抗うつ薬の服用を終了することも可能となる。

しかし、強調すべきは、うつ病を経験したことで、発症前に獲得した技能が失われているということではなく、引き出して使いづらくなっているだけであるという点である。ここで紹介した脳の形態的变化や機能的変化があり、うつ病が軽快した後にも残るといっても、この器質的再発脆弱性をもつこと自体は日常生活や就労には差し支えない程度の器質的变化ということができ、差別や偏見に結びつくことを除くことが重要であるということである。

最後に、NIRS や PET などの脳機能解析が客観的脳機能評価となってきており、うつ病の亜型診断、発症脆弱性や再発脆弱性の要因の実態の解明などに役立つことが視野に入ってきたということができる。

〔文 献〕

Aihara M, Ida I, Yuuki N, Oshima A, Kumano H, Takahashi K, Fukuda M, Oriuchi N, Endo K, Matsuda H, Mikuni M (2007) HPA axis dysfunction in unmedicated major depressive disorder and its normalization by pharmacotherapy correlates with alteration of neural activity in prefrontal cortex and limbic/paralimbic regions. *Psychiatry Res: Neuroimaging*, 155: 245-256.

Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M (1997) 'Vascular depression' hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*, 54: 915-22.

Caetano SC, Kaur S, Brambilla P, Nicoletti M, Hatch JP, Sassi RB, Mallinger AG, Keshavan MS, Kupfer DJ, Frank E, Soares JC (2006) Smaller cingulate volumes in unipolar depressed patients. *Biol Psychiatry*, 59:702-706.

Fujikawa T, Yamawaki S, Touhouda Y (1993) Incidence of silent cerebral infarction

in patients with major depression. *Stroke*, 24:1631-1634.

Kameyama M, Fukuda M, Yamagishi Y, Sato Toshimasa, Uehara T, Ito M, Suto T, Mikuni M (2006) Frontal lobe function in bipolar disorder: A multichannel near-infrared spectroscopy study. *Neuroimage*, 29: 172-184.

Kunugi H, Ida I, Owashi T, Kimura M, Inoue Y, Nakagawa S, Yabana T, Urushibara T, Kanai R, Aihara M, Yuuki N, Otsubo T, Oshima A, Kudo K, Inoue T, Kitaichi Y, Shirakawa O, Isogawa K, Nagayama H, Kamijima K, Nanko S, Kanba S, Higuchi T, Mikuni M (2006) Assessment of the dexamethasone/CRH test as a state-dependent marker for HPA axis abnormalities in major depressive episode: A multicenter study. *Neuropsychopharmacol*, 31:212-220.

Nakano Y, Baba H, Maeshima H, Kitajima A, Sakai Y, Baba K, Suzuki S, Mimura M, Arai H (2008) Executive dysfunction in medicated, remitted state of major depression. *J Affective Disorder*, 111: 46-51.

Neumeister A, Wood S, Bonne O, Nugent AC, Luckenbaugh DA, Young T, Bain EE, Charney DS, Drevets WC (2005) Reduced hippocampal volume in unmedicated, remitted patients with major depression versus control subjects. *Biol Psychiatry* 57:935-937.

Suto T, Fukuda M, Ito M, Uehara T, Mikuni M (2004) Multichannel near-infrared spectroscopy in depression and schizophrenia: cognitive brain activation study. *Biol Psychiatry*, 55: 501-511.

Takahashi K, Oshima A, Ida I, Kumano H, Yuuki N, Fukuda M, Amanuma M, Endo K, Mikuni M (2008) Relationship between age at onset and magnetic resonance image-defined hyperintensities in mood disorders. *J Psychiat Res* 42:443-450.

精神障害にかかる労災訴訟の動向－判例からの考察－

弁護士・中央大学法科大学院客員教授

安西 愈

1. まとめ

精神障害等にかかる労働者災害補償保険法（以下「労災保険法」という。）上の業務上疾病として、労働者又は遺族が災害補償給付を請求した事案について、労働基準監督署長が「業務外」と決定した行政処分の取消を求める行政訴訟である、いわゆる労災訴訟の動向については、最近特徴的な変化があるのではないかとと思われる。それは、平成 19 年までの判決では、国側としてはほとんど連戦連敗といった状況になっていたのが、平成 20 年に入ってから業務外とした労働基準監督署長の決定が相当として支持され、原告側の請求が棄却される判決が多くなっているのではないかとと思われる点である。

具体的には下表のとおり、平成 19 年以前では国側敗訴が 20 件（87%）となっており、国側勝訴は 3 件（13%）しかなく、圧倒的に敗訴が多かった（ただし、この数字は主として公刊物によっており、某東京地裁裁判官の言によれば、「原告の請求を棄却した事件については、あまり公刊物に登載してくれない。」ということでもあり、国側勝訴事件数はもっと多いのかもしれないが。）。

ところが、平成 20 年に入ってから判決の動向をみると国側敗訴事件数は 3 件（38%）で、国側勝訴事件数は 5 件（62%）となっており、明らかに従来のいわば国側の連戦連敗といった傾向が変化してきているのではないかとということが窺える。

最近の労災判決の動向¹

判決区 分 判決日	労基署長の決定取 消 (国側敗訴)	労基署長の決定維 持 (国側勝訴)	計
平成 19 年以前	20 件 (87%)	3 件 (13%)	23 件 (100%)
平成 20 年以降	3 件 (38%)	5 件 (62%)	8 件 (100%)

その理由として推定されるのは、行政事件訴訟法の平成 16 年の改正によって、「処分の取消の訴え」は、「当該処分をした行政庁の所属する国」を被告として提起しなければならない（同法第 11 条）と改正されたことから、労災訴訟事件は、国を被告（訴状には、当該処分をした行政庁を記載することを要するが）とし、被告の所在地を管轄する裁判所又は処分行政

¹ 地裁・高裁を含む通算数（地公災事件は除く。）。

庁の所在地を管轄する裁判所とされた（同第12条）ため、地方の労災訴訟事件でも東京の専門的弁護士に依頼することが多く、そのため東京地裁に提訴する事件が多くなってきたことと関連があるのではないかと思われる。というのは、最近の判決の傾向をみると東京地裁の労働部（11部、19部、36部）は、いずれも旧労働省の「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針について」（平成11年9月14日基発労544号）をもって、従来の判決の傾向であるとも考えられた「判断指針は、上級行政庁が下部行政機関に対してその運用基準を示した通達に過ぎず、裁判所を拘束するものでないことは言うまでもないし、その内容についても批判があり、現在においては未だ必ずしも十全なものとは言い難い。」（名古屋高裁、別表判決番号（以下同じ。）12）といった考え方はとらず、「同指針は専門家の専門検討委員会において検討されたものであり、その内容も合理性を有するとして、参考になる」との立場に立って（例えば25、26、29、30等の判決はいずれも指針によって判断している。）、認定判断に「指針」を取り入れて評価するようになったことにあるのではないかと思われる。

そして、同地裁判決では、業務の過重性の評価に当たっても、「同種労働者の中で最も脆弱な者」といった基準には立たず、「業務が精神障害を発症させる程度に過重であり、危険性を内在するものであったかどうかは、業務の過重性ないし心理的負荷が、平均的労働者を基準として、精神的破綻を生じさせる程度のものであったかどうかによって判断されなければならない。」（25、26、29、30等の判決。）とする平均的労働者基準の立場に立って判断する傾向になっていることにもあるのではないかと思われる。

2. 現在までに確立していると考えられる判例の判断部分について

（1）「業務起因性の判断枠組み」の基本論について

労災保険の補償給付の前提としての「業務起因性」の判断に当たって、基礎となる基本論について、判例の傾向は一応次のように固まっていると思われる。すなわち、労災保険法第12条の8第1項は、同法第7条第1項第1号の「業務災害に関する保険給付は、次に掲げる保険給付とする。」とし、同条第2項で、「前項の保険給付（傷病補償年金及び介護補償給付を除く。）は、労働基準法第75条から第77条まで、第79条及び第80条に規定する災害補償の事由（中略）が生じた場合に、補償を受けるべき労働者若しくは遺族又は葬祭を行うものに対し、その請求に基づいて行う。」と定めているが、多数の判決の考え方をまとめるとその適用判断の基本論としては次のようになると考えられる。

「労災保険法12条の8第1項4号及び第2項は、労働者の業務上の負傷、疾病、障害又は死亡に関する保険給付（同法7条1項1号）として、遺族補償給付を定め、『労働者が業務上死亡した場合』（労働基準法79条）に遺族補償を支給する旨定める。そして、精神疾患による自殺がこれに該当するには、当該精神疾患が労働基準法施行規則別表第1の2第9号の『その他業務に起因することの明かな疾病』に該当すること、すなわち、当該精神疾患につき業務起因性が認められなければならないが、この業務起因性を肯定するためには、業務と死亡

の原因となった疾病との間に条件関係が存在するだけでなく、両者の間に相当因果関係があることが必要であると解される（最高裁昭和51年11月12日第二小法廷判決・裁判集民事119号189頁参照）。そして、労働基準法及び労災保険法による労働者災害補償制度は、業務に内在ないし随伴する各種の危険が現実化して労働者に疾病等の結果をもたらした場合に、使用者等に過失がなくとも、その危険を負担して被災労働者の損失を填補するとともに、被災労働者及びその遺族の生活を保障する責任を使用者に負わせるべきであるとする危険責任の法理に基づくものであるから、上記にいう、業務と疾病等との相当因果関係の有無は、社会通念上、当該疾病等が業務に内在又は随伴する危険が現実化したものと評価し得るか否かによって決せられるべきである（この点について、最高裁平成8年1月23日第三小法廷判決・判例時報1557号58頁、最高裁平成8年3月5日第三小法廷判決、判例時報1564号137頁を引用する判決13、14等もある²）。このことは、精神障害について業務起因性の有無を判断するに当たっても同様である。すなわち、精神障害の発症・増悪が業務上のものであると認められるためには、単に業務が精神障害を発症・増悪させた一つの原因であるというだけでは足りず、当該業務自体が、社会通念上、当該精神障害を発症・増悪（自然的経過を超えて増悪）させる一定程度以上の危険性を内在又は随伴し、その危険性が現実化して原因となり精神障害を発症・増悪（自然的経過を超えて増悪）させたと認められることが必要である。」

² 一部裁判所がこの最高裁の二判決（これは地公災事件である。）を引用することについて、一部論者の中で「これは相対的有力原因説を否定したものである。」と主張されているが、最高裁は後述の品川労基署長事件において、「相対的有力原因説」に立った原審の判断を相当と判決しており、また上記平成8年3月5日判決においては、最高裁判決自身が、「当日午前中までのAの公務遂行の状況及びこれによりもたらされたと考えられる精神的肉体的負荷の程度をもってしては、右負荷が相対的に有力な原因となって同人の有していた脳内微小血管の先天性奇形が自然的経過を超えて破裂したと認めるのは、いまだ困難である。」との原審の「認定判断は、原判決挙示の証拠関係に照らして是認するに足り、その過程に所論の違法があるとはいえない。」と自ら判示しており、これを支持しているところである。

その上で同判決は、原審が判断していない出血開始から血腫拡大までかなりの時間がかかる点について、その間の状況も審理判断して、「公務に内在する危険が現実化したことによるものとみることができる。」か否かを原審に差戻して判断させることにしたものである。

したがって、「業務（公務）に内在する危険の現実化」という考え方と業務の相対的な有力原因説は矛盾するものではないが、同最高裁以降の判決においては、「業務に内在する危険の現実化」という用語を主として用い出したものと解される。そして、そのことを明白に述べているのが、次の判決である。すなわち、「労災補償制度の趣旨は、業務に内在する又は通常随伴する危険の発現としての労働災害について、使用者の過失の有無を問わず、被災労働者の損害を填補するとともに、被災労働者及びその遺族の生活を補償するところにあると解されるから、業務と疾病との間に業務起因性があるというためには、単に当該業務と疾病との間に条件関係が存在するのみならず、社会通念上、業務に内在又は通常随伴する危険の現実化として疾病が発生したと法的に評価されること、すなわち相当因果関係が認められることが必要である。」。そして、「精神疾患は、様々な要因が複雑に影響しあって発症するものと考えられているが、業務と精神疾患の発症との間に相当因果関係が肯定されるためには、単に業務が他の原因と共働して精神疾患を発症させた原因の一つに含まれると認められるだけでは足りず、当該業務自体が、社会通念上、当該精神疾患を発症させる一定程度以上の危険性を内在させ、又は随伴していると認められること、換言すると、業務が相対的に有力な原因となったと認められることが必要であると解するのが相当である。」（7の判決、と判示していることからこの関係が明らかといえよう。）。

という考え方が判例の一般的な傾向（2、3、4以下大多数の判決がこの考え方をとっており、それをまとめると上記の文章のようになる。）と思われる。

（2）共働原因説は排除されている

いわゆる共働原因説の主張について、脳・心疾患に関し、最高裁は、「右の発症ないし増悪について、業務を含む複数の原因が競合して存在し、その結果死亡するに至った場合において、業務と死亡との間に相当因果関係が存在するというためには、業務がその中で最も有力な原因であることは必要ではないが、相対的に有力な原因であることが必要であり、単に並存する諸々の原因の一つに過ぎないときはそれでは足りないというべきである。」（東京高裁平成2年8月8日判決・品川労基署長事件・労判569号51頁）との判決につき争われた上告審において、「原審の判断は、正当として是認することができる。原判決に所論の違法はない。」（最高裁平成3年3月5日第三小法廷判決・労判583号6頁）として、これを支持する判示をしており、明白に共働原因説は否定されている。

そして、精神障害に関する事件においても、「精神疾患の発症や増悪は様々な要因が複雑に影響しあっていると考えられているが、当該業務と精神疾患の発症や増悪との間に相当因果関係が肯定されるためには、単に業務が他の原因と共働して精神疾患を発症若しくは増悪させた原因と認められるだけでは足りず（よって、被控訴人主張の共働原因論は採用できない。）、当該業務自体が、社会通念上、当該精神疾患を発症若しくは増悪させる一定程度以上の危険性を内在または随伴していることが必要であると解するのが相当である。」（4、8、17等の判決。）とされており、共働原因説は排除されている。

（3）主張立証責任は請求者側にあること

労災訴訟事件においても、主張・立証責任が原告側にあることは通説・判例となっていると解されるが、精神障害に関する事件においても、「労災保険給付の対象となる業務上の疾病については、労基法75条2項に基づいて定められた施行規則35条により同規則の別表第1の2に列挙されており、精神疾患であるうつ病の発症が労災保険給付の対象となるためには、同別表第9号の『その他業務に起因することの明かな疾病』に該当することが必要であるところ、業務災害に関する遺族補償及び葬祭料の各給付は、一定の事由が生じた場合に請求権を有する者の請求に基づいて補償が行われる制度であることに照らせば、これらの給付を受けようとする者が、請求にかかる各給付について自己に受給資格があることを証明する責任があるというべきであるから、業務起因性の立証責任は保険給付の請求者にあると解すべきである。」（3、4の判決ほか。）とされているところである。

（4）「自殺」と業務起因性の判断について

自殺と精神障害との相当因果関係の判断に関しても判例の傾向は一致しており、「判断指

針」に定める「ICD-10のF0からF4に分類される多くの精神障害では、精神障害の病態としての自殺念慮が出現する蓋然性が高いと医学的に認められることから、業務による心理的負荷によって精神障害が発病したと認められる者が自殺を図った場合には、精神障害によって正常の認識、行為選択能力が著しく阻害され、又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が行われたものと推定し、原則として業務起因性が認められる。」との判断基準について、この考え方は妥当なものであるとして全面的に採用している。

認定判断や立証責任については、「労災保険法12条の2の2第1項は、労働者の故意による事故を労災保険の給付の対象から除外しているが、その趣旨は、業務とかかわりのない労働者の自由な意思によって発生した事故については、業務との因果関係が中断される結果、業務起因性がないことを確認的に示したものと解するのが相当である。それゆえ、自殺行為のように外形的に労働者の意思的行為とみられる行為によって事故が発生した場合であっても、その行為が業務に起因して発生したうつ病の症状として発現したと認められる場合には、労働者の自由な意思に基づく行為とはいえないから、上記条項の『故意』には該当しないものと解される。」とし、「労働者の自殺による死亡が業務上の死亡と認められるか否か、すなわち、労働者の自殺についての業務起因性が問題となる場合、通常は、当該労働者が死の結果を認識し認容したものと考えられるが、少なくとも、当該労働者が業務に起因する精神障害を発症した結果、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に至った場合には、当該労働者が死亡という結果を認識し認容していたとしても、当該結果を意図したとまではいうことができず、労災保険法12条の2の2第1項にいう『故意』による死亡は該当しないというべきである。」(2、3、4ほか多数。)としている。

そして、事実認定及び立証責任の判断に関しては、「ICD-10のF0ないしF4に分類される精神障害の下で遂行される自殺行為については、精神障害により正常な認識、行為選択能力及び抑制力が著しく阻害されていたと推定する取扱いが、医学的見地から妥当であると判断されているところであるから、業務により発症したICD-10のF0ないしF4に分類される精神障害に罹患していると認められる者が自殺を図った場合には、原則として、当該自殺による死亡につき業務起因性を認めるのが相当である。その一方で、自殺時点において正常な認識、行為選択能力及び抑制力が著しく阻害されていなかったと認められる場合や、業務以外のストレス要因の内容等から、自殺が業務に起因する精神障害の症状の蓋然的な結果とは認め難い場合などといった、特段の事情が認められる場合には、上記推定を覆し、業務起因性を否定するのが相当である。」(15、21ほか。)とするのが判例の一般的考え方になっていると思われる。

3. ストレス脆弱論と比較対象労働者の基準について

(1) ストレス脆弱論

精神障害の発症・増悪と業務起因性に関する相当因果関係の判断に当たっては、平成13年以降の判決は、ほとんど「ストレス脆弱性」理論を採用し、これをもって合理的としている。すなわち、「うつ病の発症メカニズムについてはいまだ決定的な見解があるわけではないが、専門検討会報告書及び判断指針は『ストレス脆弱性』理論を採用しているところ、現在の医学的知見によれば、同理論を採用するのが合理的であると認められる。

しかして、『ストレス脆弱性』理論は、環境由来のストレス（業務上ないし業務以外の心身的負荷）と個体側の反応性、脆弱性（個体側の要因）との関係で精神破綻が生じるかどうかが決まるという考え方であり、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とする考え方である。」として、この「ストレス脆弱性」理論が合理的であると認められるとしている（2の判決以降のほとんどの判決。）。そして、この関係から業務上の負荷が「社会通念上、当該業務が労働者の心身に過重な負荷を与える態様のものであり、これによって当該業務にうつ病を発症させる一定程度以上の危険性が存在するものと客観的に認められる場合に、当該業務とうつ病との間の相当因果関係を肯定するのが相当である。」（同上）とされていると考えられる。

(2) 「社会通念上、当該精神障害を発症させる一定程度以上の危険性」について、誰を基準として判断するか

① 本人基準説は否定されている

そこで、精神障害と業務起因性に関する相当因果関係の判断基準である「社会通念上、当該精神障害を発症させる一定程度以上の危険性」について、誰を基準として判断するかということが、必然的な問題となる。

この点については、まず、当該被災者本人を基準として判断すべきであるとの主張があるが、判例としてはこれは否定されている。すなわち、「原告は、この点について、被災者本人を基準とすべきである旨主張するが、心身的負荷の大きさを被災者本人を基準として判断すると、精神障害を発症した被災者本人にとっては常にその心身的負荷は大きいにもと評価されることになり、心身的負荷の大きさの問題と被災者本人の個体側の反応性、脆弱性の問題が混同されてしまうから、同主張は採用することができない。」

（3の判決。）とか、「この点、原告は、業務による心理的負荷の強度の評価は、当該本人がその心理的負荷の原因となった出来事をどのように受け止めたかという基準に基づき評価するのが相当であるとして、いわゆる労働者基準説を主張する。

しかしながら、上記見解は、当該労働者の個体側の要因を過度に重視するもので、客観的基準となり得るものではなく、採用できない。」（16、17、27）として採用されてい

ない。

- ② 日常業務遂行できる同程度の労働者の中でその性格傾向の最脆弱者（多様さとして通常想定される範囲内）を基準とする説－被災労働者本人基準説とどう違うか－

過重性につき、誰を基準とすべきかについて、「業務上の心身的負荷の強度は、同種の労働者を基準にして客観的に判断する必要があるが、企業に雇用される労働者の性格傾向が多様なものであることはいうまでもないところ、前記『被災労働者の損害を補填するとともに、被災労働者及びその遺族の生活を保障する』との労災補償制度の趣旨に鑑みれば、同種労働者（職種、職場における地位や年齢、経験等が類似する者で、業務の軽減措置を受けることなく日常業務を遂行できる健康状態にある者）の中でその性格傾向が最も脆弱である者（ただし、同種労働者の性格傾向の多様さとして通常想定される範囲内の者）を基準とするのが相当である。したがって、被告の主張並びに専門検討会報告書及び判断指針の見解は採用することができない。

ところで、同種労働者の中でその性格傾向が最も脆弱である者を基準とするということは、被災労働者の性格傾向が同種労働者の性格傾向の多様さとして通常想定される範囲を外れるものでない限り、当該被災者を基準として、当該業務に、『社会通念上、当該精神疾患を発症させる一定程度以上の危険性』があったか否かを判断すればよいことになる（なお、これは、判断指針の『性格傾向については、性格特徴上偏りがあると認められる場合には個体側要因として考慮するが、それまでの生活史を通じて社会適応状況に特別の問題がなければ、個体側要因として考慮する必要はない。』との見解にも合致するものである。）。そして、前記認定のとおり、亡Aにはこれまでの生活史を通じて社会適応状況に特別の問題はなく、うつ病親和的な性格ではあったが、正常人の通常範囲を逸脱しているものではなく、模範的で優秀な技術者であったのであるから、亡Aの性格傾向は、同種労働者の性格傾向の多様さとして通常想定される範囲を外れるものでなかったと認められる。

そうすると、本件においては、亡Aを基準として、当該業務がうつ病を発症させる危険性があったか否かを判断すればよいことになる。」（3の判決。）とか、「相当因果関係の判断基準である、社会通念上、当該精神疾患を発症させる一定以上の危険性の有無については、同種労働者（職種、職場における地位や年齢、経験等が類似する者で、業務の軽減措置を受けることなく日常業務を遂行できる健康状態にある者）の中でその性格傾向が最も脆弱である者（ただし、同種労働者の性格傾向の多様さとして通常想定される範囲内の者）を基準とするのが相当である。」（11）、「通常の勤務に就くことが期待されている平均的労働者を基準とすることが相当であるが、労働者の中には一定の素因や脆弱性を有しながらも、特段の治療や勤務軽減を要せず通常の勤務に就いている者も少なからずおり、使用者においてこれらをも雇用して営利活動を行っているという現在の

勤務の実態に照らすと、上記の通常の勤務に就くことが期待されている者とは、完全な健康者のみならず、一定の素因や脆弱性を抱えながらも勤務の軽減を要せず通常の勤務に就き得る者、いわば平均的労働者の最下限の者を含むと解す。」(15) との考え方があ

る。
ところが、3の地裁判決は、同判決でも結局、「当該労働者を基準として」と述べているとおり、本人基準説と同視されることになり(6の高裁判決による批判)、また、同判決自体も「同種労働者の中でその性格傾向が最も脆弱の者を基準とすべき」とした点については、4の高裁判決で否定されている。

さらに、「その前提となる業務の危険性に関する判断基準については、原告が主張するように『最も性格傾向が脆弱な者』として当該労働者本人を措定するのであれば、前記で触れた、当該労働者本人を基準として相当因果関係の有無を判断する立場とほとんど異なることはないので、同主張は、直ちに採用し難い。」(17) とされているところである。

そして、前記15の地裁判決も16の高裁判決で、「『したがって、当該業務が危険か否かの判断は、当該労働者を基準とすべきではなく、あくまでも平均的な労働者、すなわち、何らかの素因(個体側の脆弱性)を有しながらも、当該労働者と同程度の職種・地位・経験を有し、特段の勤務軽減までを必要とせず、通常の業務を支障なく遂行することができる程度の健康状態にある者を基準とするべきである。』と改める。」と判示されており、現在ではこの基準は用いられていないのではないかと解される。

- ③ 平均的労働者として何らかの素因を有しながらも、当該労働者と同程度の職種・地位・経験を有し、特段の勤務軽減までを必要とせず、通常の業務を支障なく遂行することができる程度の健康状態にある者を基準とする説

この説は、②説と違うのかといった点については、この説は②の説が同種労働者の中でその性格傾向が最も脆弱である者としている点について、これを否定して本基準によるべきものとする。すなわち、「健康な平均人を基準として判断するのではなく、労働者の多様性を前提として、同種労働者の中でその性格傾向が最も脆弱である者を基準とすべきであると主張する。」「たしかに、労働者の中には、何らかの素因を有しながらも、通常の勤務に就いている者もあり、平均的労働者に、このような労働者も含めて考察すべきであるとしても、原告の主張する『同種労働者の中でその性格傾向が最も脆弱である者』をこれと同視することはできない。」(18、26の判決。)とするものであり、②とは異なるものである。

そして、「最下限の者を含む」との一審判決を否定し、「『当該業務が危険か否かの判断は、当該労働者を基準とすべきではなく、あくまでも平均的な労働者、すなわち、何らかの素因(個体側の脆弱性)を有しながらも、当該労働者と同程度の職種・地位・経験

を有し、特段の勤務軽減までを必要とせず、通常の業務を支障なく遂行することができる程度の健康状態にある者を基準とするべきである。』と改める。」(16)として地裁判決を変更していることから明かといえよう。

そこで、その危険の程度は、一般的、平均的な労働者であるものの、「疾病が精神疾患である場合にも、業務と精神疾患の発症との間の相当因果関係の存否を判断するに当たっては、何らかの素因を有しながらも、特段の職務の軽減を要せず、当該労働者と同種の業務に従事し遂行することができる程度の心身の健康状態を有する労働者（相対的に適応能力、ストレス適応能力の低い者も含む。）を基準として、業務に精神疾患を発症させる危険性が認められるか否かを判断すべきである。」(12)ということになる。

したがって、「最も脆弱な者」を基準とするのではなく、相対的に低い者を含むという考え方ということになる。

④ 通常業務に就くことが期待されている平均的な労働者を基準とする説

平成19年から20年に入って、東京・大阪・福岡等の各地裁でとられている判断の考え方である。この点に関しては、東京地裁の19の判決では、危険責任の立場から、「この危険性は社会通念上業務に内在しているといえることが必要であることからすれば、危険性の有無は、発症前後から災害に至るまでの当該労働者の業務が、通常の勤務に就くことが期待されている平均的な労働者を基準として、労働時間、業務の質、責任の程度等において過重であるために当該精神疾患が発症・増悪する程度に心理的負荷が加えられたといえるかどうかによって判断するのが相当である。」とし、医学的知見によれば、「ストレス脆弱性理論が広く支持されていると認められる。これを前提とすれば、個体側の反応性、脆弱性が平均的労働者を超えて大きいときには、平均的労働者に精神的破綻を生じさせない程度のストレスによっても精神的破綻が生じ得るのであって、そのような場合にまで労災保険法による災害補償の対象とすることが法の趣旨であると解されないことは明らかである。したがって、業務が精神障害を発症させる程度に過重であり、危険性を内在するものであったかどうかは、業務の過重性ないし心理的負荷が、平均的労働者を基準として、精神的破綻を生じさせる程度のものであったかどうかによって判断されなければならない。

原告は、業務上の心理的負荷の強度の程度は、同種労働者の中でその性格傾向が最も脆弱である者（ただし、同種労働者の性格傾向の多様さとして通常想定される範囲内の者）を基準として判断すべきと主張するが、労災補償制度が、業務に内在する危険が現実化したといえる場合に、使用者の過失の有無を問題とすることなく、その損害を補償するものであることに照らせば、個体の脆弱性が平均的労働者以上に大きいために精神疾患が発生したような場合にまで、これを補償することが法の趣旨であるとは解されない。」(25、31の判決も同じ。)とされている。

また、「業務による心理的負荷の強度の評価をする際には、平均的労働者が一般的にはどう受け止めるかという客観的な基準によって評価することが相当である。PTSDの診断に当たっては、主観的な恐怖等が強度であれば、客観的な出来事の程度が強度でなくても診断基準に該当する」旨の原告の主張を斥けた例（29）も同様である。

26の大阪地裁判決も「社会通念上、客観的に見て、精神障害を発症させる程度に過剰な心理的負荷といえるかどうかは、同種の労働者が精神障害を発症させる程度の強度の心理的負荷といえるかどうかにより検討すべきである。

性格やストレス反応性について多様な状況にある労働者のうち、日常業務を支障なく遂行できる、同種労働者のなかで最も脆弱な者を基準とすべきである旨主張する。

しかし、業務と死亡との間に相当因果関係が肯定され、労災保険の補償の対象とされるためには、客観的にみて、通常の勤務に就くことが期待されている平均的な労働者を基準にして、業務自体に一定の危険性があることが必要というべきである。」と判示している。

また、20の福岡地裁判決も、「労働者災害補償制度の趣旨が、業務に内在し又は通常随伴する危険が現実化して労働者に傷病等を負わせた場合には、使用者の過失の有無を問わず、労働者の損失を補償するものであることに照らせば、業務による心理的負荷の有無及びその強度を判断するに当たっては、当該労働者と同種の労働者、すなわち職場、職種、年齢及び経験等が類似する者で、通常業務を遂行できる者を基準として検討すべきである。」（27の判決も同じ。）と判示しているところである。

⑤ ストレスと個体側の反応性、脆弱性の総合考慮による業務上の心理的負荷が社会通念上、客観的に精神障害を発症させる過重負荷か否かで判断する説

この説は、端的に、「業務と精神障害の発症との相当因果関係の存否を判断するに当たっては、ストレス（業務による心理的負荷と業務以外の心理的負荷）と個体側の反応性、脆弱性とを総合的に考慮し、業務による心理的負荷が、社会通念上、客観的にみて、精神障害を発症させる程度に過重であるといえる場合には、業務に内在し随伴する危険が現実化したものとして、当該精神障害の業務起因性を肯定することができるものと解すべきである。これに対して、業務による心理的負荷が精神障害を発症させる程度に過重であるとは認められない場合には、精神障害は、業務以外の心理的負荷又は個体側要因（もともと顕在化していたもののほか、潜在的に存在していた個体側要因が顕在化したものを含む。）のいずれかに起因するものといわざるを得ず、業務の過重性を理由として精神障害の発症につき業務起因性を認めることはできないというべきである。」（6、14、15、18、21、26、31の判決。）とする最近の考え方である。

この点については、「その前提となる業務の危険性に関する判断基準については、原告が主張するように『最も性格傾向が脆弱な者』として当該労働者本人を措定するのであ

れば、前記で触れた当該労働者本人を基準として相当因果関係の有無を判断する立場とほとんど異なることはないので、同主張は、直ちに採用し難い。もっとも、労働者と職種、地位、経験等を同じくする一般的・平均的労働者を基準とするといっても、その内容は必ずしも明瞭ではないし、通常の勤務に従事する一般的・平均的な労働者といっても、その存在態様も様々であるから、一般的・抽象的に業務の危険性に関する基準を論定することが必ずしも有益とは解されず、むしろ、個々の労働者が置かれた個別的・具体的状況を前提としつつ、社会通念に照らして、当該状況の下で当該労働者が従事していた業務の危険性を評価・検討すべきものであると解される。」(17) とか、「Aの自殺についての業務起因性の判断に当たっては、単に業務の内容の評価のみではなく、仕事量(労働時間)や責任、物的・人的環境等の変化の有無や程度、さらには個体側要因の有無と程度、その影響等も考慮してなされることが必要というべきである。」(10) ということが根底にあるためと思われる。

すなわち、「現在の精神医学においては、精神障害の発症について、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破綻が生ずるかどうかが決まるとする『ストレス脆弱性』理論によって理解することが広く受け入れられているところ、個体側要因(反応性、脆弱性)については、客観的に把握することが困難である場合もあり、これまで特別な支障なく普通に社会生活を行い、良好な人間関係を形成してきていて何らの脆弱性を示さなかった人が、心身の負荷がないか又は日常的にありふれた負荷を受けたにすぎないにもかかわらず、あるとき精神障害に陥ることがあるのであって、その機序は、精神医学的にまったく解明されていないことは、前示のとおりである。このように、個体側要因については、顕在化していないものもあって客観的に評価することが困難な場合がある以上、他の要因である業務による心理的負荷と業務以外の心理的負荷が、一般的には心身の変調を来すことなく適応することができる程度のものにとどまるにもかかわらず、精神障害が発症した場合には、その原因は、潜在的な個体側要因が顕在化したことに帰するものとみるほかはないと解される。」(6) ということになるとの考え方に立つものと理解される。

4. 業務上と判断された精神障害に関する訴訟の認定のパターンについて

労災訴訟事件において、業務上と認定されたパターンについては、別紙の一覧表にまとめているが、そのパターンを分類して典型的に示すと次のようになる³。

(1) 極端な長時間の時間外労働

…7、17

※ いずれも医師のケースであり、月間100時間以上又は80時間以上の長時間労働が恒常的で、休日がほとんどなく、不規則な時間帯による連続した勤務を行っており、かつ、責任

³ 囲ってある数字は、地裁と高裁が同事件である。

の重い立場にあるパターンである。

(2) 恒常的（又は発症直前）長時間労働＋相当程度（又は強度の）業務の心理的負荷

…2、3、4、9、10、23

※ このケースは、業務上の一定の責任者であり、さらに特別の責任が加重される業務を負担するようになり、そのためその責任上、恒常的な長時間労働を余儀なくされたというパターンである。

(3) 相当程度の心理的負荷業務＋相当の長時間労働＋上司の言動

…11、12

※ このケースは、配属された担当業務、昇格等によって相当程度の心理的負荷を受け、業務上、時間外労働が相当に増加し、次第に精神的、身体的疲労を増加し、加えて上司の感情的叱責や非常識な言動によって本人のうつ病に親和的な性格傾向が相乗的に影響し合っ

て発症したというパターンである。

(4) 未経験者の業務そのものの過酷性（又は一定程度以上の心理的負荷業務）

…13、27

※ このケースは、新入社員や新規に配属された業務そのものが過酷ないし過重なものであり、当該業務の本人にとっての不適性ないし困難性による心理的負荷の加重について、十分な企業の支援体制が組み立てられていなかったというパターンである。

(5) 未経験者の過重業務＋長時間労働

…14、20

※ このケースは、新入社員や出向で新規に業務を担当するようになったが、初めての経験業務によるミスや人間関係等から過重な心理的負荷を伴う出来事に加え、相当な長時間労働により変調を来したというパターンである。

(6) 業務上の人間関係のトラブル＋担当業務の過重性

…15

※ このケースは、責任者に任命され、能力を超える業務を指示されたために適切に処理できず、現場のトラブルに適切な対応ができなかったため、周囲や部下から文句が出され、馬鹿にされることが一度ならずあり、それら一つひとつの出来事自体は強度なものではないとしても、自責・自信喪失につながり、徐々にではあるが継続的に心理的負荷を募らせる状況に置かれていった（長時間、休日労働等はない。）というケースである。

本件については、16の高裁判決で、「この作業は、専門知識を必要とされず、それほど

長時間を要するものでもなく、本人の従前の能力を前提にすれば、特に難しい作業であったということとはできないのであるから、一般的に強度の心理的負荷を伴う業務であるとはいえない。」とし、これは本人の「脆弱性・反応性の強さを示す事情ということができる。」とし、業務起因性が否定されている。

(7) 通常想定外の異常な上司との人間関係上のトラブル

…21、34、35

※ このケースは、いずれも上司のいわゆるパワーハラスメントに該当するような著しく人格を傷つけるような異常な言動によるものであり、人生においてまれに経験することもある程度に強度のものということができ、一般人を基準として、社会通念上、客観的にみて、精神障害を発症させる程度に過重なものと評価するのが相当であるとされたパターンである。

(8) 過酷な海外出張

…1、8、19、28

※ このケースは、海外出張工事等という特別な環境条件の中において、現地におけるトラブルの発生、特殊な問題等により、次第に心身の過重性が増大したというパターンである。

(9) 日常業務そのものの一定程度以上の過重性

…32、36 (いずれも地公災事件)

※ このケースは、担当する日常業務そのものの心身の過重負荷によるとするものであるが、いずれも地方公務員の事案で、32は33の高裁判決で公務が特に過重であったとの事実が否定され公務外とされている。

精神障害等に関する労災（業務上外）訴訟事件一覧表

番号	事件名	対象者の属性	認定判断のポイント	参考事項	結論
1	加古川労基署長 （神戸製鋼所） 事件 神戸地裁 平成8年4月26 日判決 労判695号31頁	新入社員でター ルサイト（ボンベ イの南）出張中（入 社9ヵ月目） （26歳）	①Aは入社後1年に満たない新入社員 であり、かつ研修期間の途中であって、 海外勤務は初めてであったこと、②出張 先のインドは発展途上国で言語はもとよ り生活習慣などにも差異があり、ビジネ ス上の約束履行に対するルーズさも日本 とは比較にならない面があったこと、③ とくに派遣先のタールサイトは人家が疎 らな農村で日本との通信事情も極めて悪 く、会社から指示を得るのに時間がかか り、現地では基本的に先輩社員Cと二人 だけであることなどにより、Aが自分で判 断して処置しなければならないことが多 かったなど、入社1年未満の新入社員の 初めての海外出張先としてはいささか過 酷なものであったこと、④D社技術指導員 の宿舎に関するトラブルはAが派遣先 において初めて遭遇した難問であり、適切 な解決法を見いだせず不安、緊張に満ち た強度の精神的負担を負っていたこと。	会社が命じた海外勤務による業務に 関連して、短期反応精神病ないしは反応 性うつ病を発症させるに足る強い精神 的負担が存在していたと認められると ころ、本件全証拠によっても、Aに右精 神障害の有力な発病原因となるような 業務以外の精神的負担が存在したとは 認められず、かつ、精神障害の既往症そ の他当該疾病の有力な発病原因となる ような個体的要因が存在したとも認め られないから、Aの精神障害の発症につ いては、業務起因性を肯定することがで きる。	業務上
2	大町労基署長 （サンコー）事 件 長野地裁 平成11年3月12 日判決 労判764号44頁	プレス課自動プレ ス部門グループ リーダー （31歳）	プレス部門の責任者たる地位と実務の 責任者たる地位とを双肩に担わされて納 期に追われ続けていたような状況等は、 反応性うつ病の誘因となったであろうこ とを了解し得る程度に過重な負担となる べきものであって、その過重な業務生産 計画を実現するために、午後10時過ぎま で勤務することが多く、休日出勤も少な くなく、労働協約で定められた時間外労 働時間の上限を超過するために時間外労 働手当の一部を原告の内職代に振り替え て支給する程であったこと以外には同疾 病発症の誘因となり得るような状況も見 いだしがたい。	精神疾患は、基礎疾患等の個体的要因、 その他環境的要因等が複合的、相乗的に 影響し合って発症に至ることもあるから、 業務と当該疾患の発症との間に相当 因果関係が肯定されるためには、当該業 務自体に、医学経験則上、その精神疾患 を発症させる一定程度以上の危険性が 存することが必要である。	業務上
3	豊田労基署長 （トヨタ自動 車）事件 名古屋地裁 平成13年6月18 日判決 労判814号64頁	シャーシー設計部 第1車両設計課第 1係 （36歳）	従前から恒常的時間外労働や残業規制 による過密労働により相当程度の心身的 負担を受けて精神的、肉体的疲労を蓄積 していたこと、2車種の出図期限が重な ったことによる加重、過密な業務および出 図の遅れにより、極めて強い心身的負担 を受けたこと、職場委員長に就任するこ とにより出図期限が遵守できなくなるの ではないかとの不安、焦燥が相当強い心 理的負担となったこと、開発プロジェク トの作業日程調整および出張命令が、す でにうつ病を発症していた当該係長に対 して強い心身的負担を与えたこと等が認 められると判断した。	業務上の心身的負担の強度は、同種労 働者の中でその性格傾向が最も脆弱で ある者（ただし同種労働者の性格傾向の 多様さとして通常想定される範囲内の 者）を基準にして判断すべきである。	業務上

9	八女労基署長 (九州カネライ ト) 事件 福岡地裁 平成 18 年 4 月 12 日 労判 916 号 20 頁	出向先である全額 出資子会社の設備 係長 (48 歳)	時間外労働に加え勤務時間外にも技術 の習得等に励まざるを得なかったこと、 本件出向前にはほとんど時間外労働をし ていなかったこと等に照らせば、その心 理的負荷は大きかった。	判断指針に一定の合理性があるとし ても、基準の当てはめや評価に当たって は判断者の裁量が広く、各出来事に対す る心理的負荷の判定を基礎としており、 各出来事相互間の関係、相乗効果等を評 価する視点が十分でないことからすべ ば、この基準のみをもって、精神障害の 業務起因性が判断されるべきものとは いえ、同指針は精神障害の業務起因性 を判断するための資料の 1 つにすぎない と解すべきであるとされた。	業務上
10	八女労基署長 (九州カネライ ト) 事件 福岡高裁 平成 19 年 5 月 7 日判決 労判 943 号 14 頁	同上	単身赴任等は、個々の強度の心理 的な負荷を伴うものとはいえないもの の、本来の保全の業務に習熟する間もな く、新規導入機械への対応に追われ、ISO 認証取得の業務も重なり、長時間残業等 を迫られることになったものである。 短期間における引継ぎの不十分なまま の終了が近くなったこと、これらをカバ ーするため、長時間労働を余儀なくされ たことなどの要因が重なり、また、予定 された設備係長ないし同課長としてのよ り上回る適応が期待されていたのに、こ れに見合う能力を身につけることが困難 となり、自信を喪失し、看板塔の見積り ミスもあり、さらに結婚指輪に関する上 司の発言等によって、相乗的に影響し合 って発症し、自殺に及んだと推認される。	心理的負荷の要因となる業務上の出 来事が複数存在する場合には、各要因が 相互に関連して一体となって精神障害 の発症に寄与すると考えられるから、こ れらの出来事を総合的に判断し、精神障 害を発症させるおそれのある強度のも のであるかを具体的かつ総合的に判断 するのが相当である。	業務上
11	名古屋南労基署 長 (中部電力) 事件 名古屋地裁 平成 18 年 5 月 17 日判決 労判 918 号 14 頁	火力センター工事 第一部環境設備課 主任 (一般職の最 高級に相当) (46 歳)	同人が燃料グループに配属された以 後、日常的担当業務に従事したこと自体 や、上司の A に対する業務上の指導等 によって、継続的かつ恒常的に心理的負 荷を募らせていった状況に置かれていた こと、A が、平成 11 年 8 月 1 日、主任に昇 格したことによって、相当程度の心理的 負荷を受けたこと、平成 11 年度に A が 従事した業務は、業務量や業務の内容だ けに着目すれば、さほど困難又は複雑な 性質の業務ではなかったが、上記状況に 置かれていたことや増加傾向にあった時 間外労働と相まって、A に対し、相当程 度の心理的負荷を与えていたと推認でき ること、平成 11 年 8 月以降、時間外労働 時間数が顕著に増加したことによって、 A は、精神的・肉体的な疲労を蓄積させ、 強い心身の負荷を受けたこと、業務以外 の出来事による心身の負荷が強度なも のであったとは認められないこと、太郎 はうつ病に親和的な性格傾向を有してい たが、通常人の正常な範囲を逸脱したも のではなかったことを総合考慮。	同種労働者 (職種、職場における地位 や年齢、経験等が類似する者で、業務の 軽減措置を受けることなく日常業務を 遂行できる健康状態にある者) の中でそ の性格傾向が最も脆弱である者 (ただ し、同種労働者の性格傾向の多様さとし て通常想定される範囲内の者) を基準と するのが相当である。	業務上
12	名古屋南労基署 長 (中部電力)	同上	A はもともと主任の仕事の質・量からし て主任になることに不安を抱いていたこ	判断指針は、上級行政庁が下部行政機 関に対してその運用基準を示した通達	業務上

	<p>事件 名古屋高裁 平成19年10月 31日判決 労判954号31頁</p>		<p>と、実際にも主任昇格と同時に仕事のラインが変わったこと等もあり、主任として部下の仕事のチェックや指導をしなければいけないことは分かっているが、自己の仕事に追われて十分な指導はできなかったこと、その上、Aの上司であるFは、Aの主任昇格に際して、書き直しまで命じて、Aが能力において不足することを明記させ、かつ、昇格後の担当者の業務についても全面的に責任を負う内容の文章を作成させ、更に、Aに対して、「主任失格」という文言を使って叱責していたこと、これらを併せて考えると、具体的なAの置かれた状況の中では、主任への昇格は、通常の「昇格」よりは、相当程度心理的負荷が強かったものと理解するのが相当である。</p> <p>8月頃を境に、Aの業務は量的、内容的に大きな変化が生じていた（増大した）ものと認められる。</p>	<p>に過ぎず、裁判所を拘束するものでないことは言うまでもないし、その内容についても批判があり、現在においては未だ必ずしも十全なものとは言い難い。</p>	
13	<p>加古川労基署長 （東加古川幼稚園）事件 東京地裁 平成18年9月4日判決 労判924号32頁</p>	<p>保母 （24歳）</p>	<p>保母としての経験が浅かったAにつき、Z社において課せられた業務内容は極めて過酷なものであったというべきであり、それに加えて、本件発症1か月前の平成5年2月7日指示および園児送迎バス時刻表作成業務が課せられたのであり、かかる業務内容は、Aに対し精神的にも肉体的にも重い負荷をかけたことは明かであり、Aならずとも、通常の人なら、誰でも、精神障害を発症させる業務内容であったというべきであるなどとされ、AはZ社の過重な業務の結果、平成5年3月3日頃、ICD-10でF43.2「適応障害」に分類される精神障害を発症した。</p>	<p>適応障害が、重大な生活の変化あるいはストレスの多い生活上の出来事の結果に対して順応が生ずる時期に発生し、発症は通常ストレスの多い出来事又は生活の変化の発生から1か月以内であり、症状の持続は通常6か月を超えないとされていることが認められるものの、適応障害がその発症原因が除去されれば常に速やかに寛解するものであると認めるに足りる証拠は、本件全証拠を検討するも見当たらない。</p>	<p>業務上</p>
14	<p>真岡労基署長 （関東リョーション）事件 東京地裁 平成18年11月27日判決 労判935号44頁</p>	<p>入社後6ヵ月。大学経営学部経営学科卒業後就職 （23歳）</p>	<p>被災者Aの発病に先立って次々に生じた業務上の心理的負荷を伴う一連の出来事（仕事内容・仕事量の急激な変化、取引先担当者との人間関係、交通事故等のミスの連発、売上目標の不達成、労働時間の長時間化とそれに伴う睡眠不足）は、総合食品卸売業者における新入社員として、入社後6ヵ月にして初めて担当の取引先を与えられた平均的な営業担当者にとっては、過重な心理的負荷を伴う出来事であったと認めるのが相当とされた。</p> <p>なお、時間外勤務時間は、10月が150時間22分、11月が149時間40分、12月（22日まで）が112時間36分であったと認められることができる。</p>	<p>専門検討会報告においても、「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小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、消耗を来し、うつ病等の原因となる場合があることが知られている。」とされている。</p>	<p>業務上</p>
15	<p>さいたま労基署長（日研化学）事件 さいたま地裁 平成18年11月</p>	<p>工場管理部品質管理課係長 （52歳）</p>	<p>Aの時間外労働は長時間と評価できるものではなく、かつAには十分な休日が保障されていたとして、社会通念上、特に強度の心理的負荷を与える程度には至っていないが、抑うつ気分、集中力・</p>	<p>平均的労働者を基準とすることが相当であるが、そこには平均的労働者の最下限の者（一定の要因や脆弱性を抱えながらも勤務の軽減を要せず通常の勤務に就き得る者）が含まれるとされ、当該</p>	<p>業務上</p>

	29 日判決 労判 936 号 69 頁		判断力の低下といったうつ病の症状が現れ始めていると認められ、このような中で、規格書改訂作業が思うように進まず、自らが設定した期限である自己点検日が目前に迫っても、本業務が終了する見込みがつかなかったことで、間に合わない、逃げられないとの不安感、焦燥感、さらに、A は日常の品質管理業務において現場のトラブルに適切な対応ができず、周開や部下から文句が出され、馬鹿にされることが一度ならずあり、それら一つひとつの出来事自体は強度なものではないとしても、A の自責・自信喪失につながり、徐々にではあるが継続的に心理的負荷を募らせる状況に置かれていったことがうかがえる。そのことに対する自責の念が強くなったことは、A の心理状態を考えれば十分に理解可能であるから、本業務は、このころ、A に対し強い心理的負荷を与えたものと認められる。	業務が精神疾患を発症ないし増悪させる可能性・危険性ないし負荷を有するかどうかの判断に当たっては、当該労働者の置かれた立場や状況・性格・能力等を十分に考慮する必要があるとされた。 「指針」は、行政内部の準則に止まり、法的拘束力はなく、当該指針は精神障害の業務起因性を判断するための資料の 1 つにすぎない。	
16	さいたま労基署長（日研化学）事件 東京高裁 平成 19 年 10 月 11 日判決 労判 959 号 114 頁	同上	うつ病の症状が現れ始めていると認められ、このような中で、作業が思うように進まず、自らが設定した期限である自己点検の日が目前に迫っても、同作業が終了する見込みがつかなかったことで、不安感、焦燥感、自責の念が強くなったのではないかと推測されるが、これは A の業務遂行能力の低下によるものであり、A の脆弱性・反応性の強さを示す事情といえ、同作業は、専門知識を必要とせず、それほど長時間を要するものでもなく、A の従前の能力を前提にすれば、特に難しい作業であったということではできないのであるから、一般的に強度の心理的負荷を伴う業務であるといえないとした。 A は、趣味として行っていた株取引において約 900 万円の損失を受けたが、A の当時の年収や借越債務からすると、その損失額は極めて大きいといえることができるとし、A が上記の株取引の失敗について家族等に打ち明けていないことを考慮すると、上記株取引の失敗が、A に極めて多くの心理的負担を与えたものと考えられる。	当該業務が危険か否かの判断は、当該労働者を基準とすべきではなく、あくまでも平均的な労働者、すなわち、何らかの素因（個体側の脆弱性）を有しながらも、当該労働者と同程度の職種・地位・経験を有し、特段の勤務軽減までを必要とせず、通常の業務を支障なく遂行することができる程度の健康状態にある者を基準とするべきである。	業務外
17	新宿労基署長（佼成病院）事件 東京地裁 平成 19 年 3 月 14 日判決 労判 941 号 57 頁	小児科部長代行（54 歳）	管理職（小児科部長代行）就任後の平成 11 年 2 月に、医師 2 名の退職表明を契機とする日宿直当番調整、補充医師確保などの課題を迫ることになり、いずれも容易に解決に至らず、多数回にわたり宿直当番を担当することは、それだけ当該労働者の睡眠が奪われる危険性が高まるといえ、加えて、A の平成 10 年 9 月から 11 年 8 月までの労働時間数（おおよそ総	労働者と職種、地位、経験等を同じくする一般的・平均的労働者を基準とするといっても、その内容は必ずしも明瞭ではないし、通常の勤務に従事する一般的・平均的な労働者といっても、その存在態様も様々であるから、一般的・抽象的に業務の危険性に関する基準を論定することが必ずしも有益とは解されず、むしろ、個々の労働者が置かれた個別	業務上

			労働時間数につき月 180.5～251.5 時間、時間外労働時間数につき月 43.5～83.5 時間) をみると、結果的に小児科全体が繁忙を極めるようになる中でうつ病に罹患していた。	的・具体的状況を前提としつつ、社会通念に照らして、当該状況の下で当該労働者が従事していた業務の危険性を評価・検討すべきものであると解される。	
18	大阪西労基署長 (NTT 西日本大阪支店) 事件 大阪地裁 平成 19 年 5 月 23 日判決 労判 950 号 44 頁	審査担当 (過誤納返還業務) (45 歳)	A の所属していた過誤納返還業務部門における業務は、顧客との対応でストレスの発生しやすいものであったことが窺えるものの、A はうつ病親和的性格であり、20 歳代の若い頃から、格別に大きなストレスがないにもかかわらず、再三、心因性の身体症状ないし抑うつ気分等を訴えて身体表現性障害ないし神経症と診断されていたものであって、ストレスに対する明らかな脆弱性を有していたのであり、本件発症は、個体側要因によるものと解されるので、A の業務と同人の発症およびこれに基づく本件自殺との相当因果関係は認められない。	労働者の中には、何らかの要因を有しながらも、通常の勤務に就いている者もあり、平均的労働者に、このような労働者も含めて考察すべきであるとしても、原告の主張する「同種労働者の中でその性格傾向が最も脆弱である者」をこれと同視することはできない。	業務外
19	八王子労基署長 (パシフィックコンサルタンツ) 事件 東京地裁 平成 19 年 5 月 24 日判決 労判 945 号 5 頁	土木技師 (次長) (56 歳)	カリブ諸國中、最貧国とされるセントヴィンセントおよびグレナディーン諸島に、単身で赴任・業務従事していた A の赴任 5 ヶ月半後の自殺につき、業務自体の困難性は認められないが、(i) 単身での赴任・業務従事、(ii) 在留資格が断続的に喪失する状況での業務従事、(iii) 隣国出張中の現地行政担当者からの叱責事件の発生、(iv) 業務に関する方針の変更、(v) A の実労働時間等の、業務上、強度の心理的負荷となり得る事情が存在し、他方、A が通常の職場で想定し得る労働者の中で特にストレス脆弱性が大きかったとは考えられないことからすれば、これらの業務に内在する危険が現実化したものである。	労災補償制度が、業務に内在する危険が現実化したといえる場合に、使用者の過失の有無を問題とすることなく、その損害を補償するものであることに照らせば、個体の脆弱性が平均的労働者以上に大きいために精神疾患が発生したような場合にまで、これを補償することが法の趣旨であるとは解されない。	業務上
20	福岡中央労基署長 (九州テン) 事件 福岡地裁 平成 19 年 6 月 27 日判決 労判 944 号 27 頁	入社後 6 ヶ月のシステムエンジニア (25 歳)	入社半年後に、出張中のホテルにおいて自殺した A につき、入社後の労働時間の増加状況や本件出張時の勤務状況 (11 日間の連続勤務、2 日間の徹夜勤務等) から、同人は精神的、肉体的に疲れ切っていたと認められ、出張も納期が迫るなかでのバグ修正も、A には初めての経験であったこと、閉塞的で逃げ場のない環境での業務従事であったこと、今後の見通し等について聞かされないまま作業を続け、遂には納期に間に合わない状況に陥ったこと等の事情を総合的に判断すれば、A と同程度の経験の同種の労働者であれば精神の変調を来したとしても不自然ではなく、A の従事した本件システム開発業務と同人の精神障害発症との間には相当因果関係が認められる。	業務による心理的負荷の有無および強度を判断するに当たっては、当該労働者と同種の労働者、すなわち職場、職種、年齢および経験等が類似する者で、通常業務を遂行できる者を基準として検討すべきである。	業務上
21	静岡労基署長 (日研化学) 事	MR (医療情報担当者)	A は、平成 14 年 12 月末日から平成 15 年 1 月中に精神障害を発症したと認めら	職場におけるストレス評価表によれば、上司とのトラブルのストレス要因の	業務上

	<p>件 東京地裁 平成 19 年 10 月 15 日判決 労判 950 号 5 頁</p>	(35 歳)	<p>れ、当該時期までに同人に加わった業務上の心理的負荷の原因となる出来事としては、直属上司である F 係長の A に対する発言をあげることができ、当該発言の内容（「存在が目障りだ」、「お願いだから消えてくれ」、「お前は対人恐怖症やろ」、「月給泥棒」、「仕事しない奴と言いつらしたる」等）および言い方、F 係長の A に対する不信感や嫌悪感、直行直帰を原則としていた職場形態等を検討すれば、F 係長の A に対する態度による心理的負荷は、一般人を基準として、社会通念上、客観的にみて、精神障害を発症させる程度に過重なものと評価できる。</p>	<p>平均的強度をⅡ（中程度）としているが、そのトラブルの内容が通常予定されるような範疇を超えるものである場合には、従業員に精神的障害を発症させる程度に加重であると評価されるのは当然であるとしたうえで、本件のような上司とのトラブルを円滑に解決することが困難な環境にあることをあげ、F 係長の A に対する態度による A の心理的負荷は、人生においてまれに経験することもある程度に強度のものということができ、一般人を基準として、社会通念上、客観的にみて、精神障害を発症させる程度に過重なものと評価するのが相当である。</p>	
22	<p>奈良労基署長 （日本ヘルス工業）事件 大阪地裁 平成 19 年 11 月 12 日判決 労判 958 号 54 頁</p>	<p>浄水場所長 （48 歳）</p>	<p>A が奈良 SC 長兼務となって以降、業務量が増大したのに対応して、A の残業時間が増加し、自宅へ仕事を持ち帰ることも増えた。したがって、兼務以前に比べると A の労働時間は明らかに増加していたのであって、残業時間だけでも月 52 時間 15 分以上となっていた。</p> <p>加えて、A は、奈良 SC 長に就任してわずか 2 か月間に F の失踪ともいふべき無断欠席（その後解雇）問題や、所長代理の退職による生駒浄水場の負担増加と後任者選定業務の増加、更には、同人の退職に伴い自己の兼務解消の具体的見込みがつかなくなったという想定外の問題に同時期的に直面したのみならず、上司である B とも意見が合わず、突き放されるような対応をされていたことや仲人であった本部長から「何をやらしてもアカン」等、研修懇親会の席上で言われたこと等に鑑みると、以上の事情による負荷が相乗効果的に作用して大きくなっていったと解される。</p>	<p>役員ら列席のもと、研修参加者全員が出席する懇親会の席上で行われた、仲人である本部長 E の「A はできが悪い」、「何をやらしてもアカン」等の発言につき、これにより K にかかった負荷は、業務上のものと解され、E の発言は、職場において日常的に見受けられるストレスと一線を画するものといえ、言われた者にとっては、にわかに忘れることの困難な、かつ明らかなストレス要因となる発言であり、社会通念上、精神障害を発症ないし増悪させる程度に過重な心理的負荷を有する。</p>	業務上
23	<p>札幌中央労基署長（粧連）事件 札幌地裁 平成 19 年 11 月 30 日判決 判例命令集平成 29 年版 174 頁</p>	<p>物流課長代理 （第二次発症時 40 歳）</p>	<p>第一次発症の約半年前に企画仕入課長代理に昇格し、①業務課長代行を兼務することになったこと、また、その当時の出来事として、②コンピューターの導入による業務の混乱、③頻繁な人の入れ替わり、④発症前約 3 ヶ月にわたって、月に 120 ないし 150 時間の時間外労働があったことは認定のとおりであり、これらの出来事は、短期間の間に重なっているが、相互の出来事の間には、どれか 1 つの出来事に他の出来事が通常伴っているといえるほどの関連性もないから、一番、強く評価される出来事を評価すべきではなく、各出来事を個別に評価し、そのうえで、総合的に評価すべきである。</p> <p>そうすると、②ないし④の心理的負荷の強度の評価は、それぞれ段階高く評</p>	<p>判断指針の対象疾病の中には、症状の消失と再発を繰り返すことを特徴とする疾病が含まれており、そのような疾病については、全体を検討の対象としなければ、疾病の全体像や原因を正確に把握することは困難であると考えられる。</p>	第 1 次、第 2 次、第 3 次と全体を業務上

			<p>価すべきであり、それによる心理的負荷を総合評価すると、「強」に評価されるといえる。</p>		
24	<p>札幌中央労基署長（粧連）事件 札幌高裁 平成20年11月21日判決 労政時報3744号142頁</p>	同上	<p>第二次発症につき、「判断基準」の評価表に総合判定が「強」に達するというには無理があるといわざるを得ず、第二次発症につき業務起因性を認めることはできない。</p> <p>第三次発症は、第二次発症と独立の発症とは認められないが、過重な業務により第二次発症が悪化した可能性もあるので、第二次発症後から第三次発症前までのAの勤務状況について検討すると、①倉庫1階での作業が追加された、②配置転換により、作業内容が変わったほか、倉庫1階の作業の責任者を兼務するようになった、③職場で労災事故が発生した等の各事情がある。</p> <p>また、上記①及び②については、たとえば、Aが主観的には上記のとおり感じていたとしても、客観的にみて、Aに精神障害を発生させるおそれがあるほどに過重な業務に変わったと認めるに足る証拠はない。</p> <p>以上によれば、第三次発症については、そもそも業務起因性判断の基礎となる出来事存在を認めることはできない。</p>	<p>「判断指針」によれば、業務上の精神障害が治癒した後再び精神障害が発症した場合には、発病のたびにその時点での業務による心理的負荷等を検討して業務起因性を判断するとされているとしてこれを認定。</p>	業務外
25	<p>中央労基署長（大丸東京店）事件 東京地裁 平成20年1月17日判決 労判961号68頁</p>	<p>百貨店寝具タオル課販売専任課長（43歳）</p>	<p>自殺前6か月間におけるAのタイムカード上の労働時間の記載からは、過重といえるような長時間労働は認められないが、Aは、品減りの調査、原因説明という業務のために、伝票類の調査を行っていたところ、原因の説明は困難で時間を要したうえ、A自身が責任を強く受け止めていたこともあって、連日伝票類を自宅に持ち帰って、深夜、早朝に及ぶまで調査を継続していたものと認められ、A自身は、少なくとも深夜2～3時間、早朝2時間程度を品減り調査に割き、休日も同程度の時間は調査を行っていたと推測できるから、本自殺前1か月に、少なくとも80時間程度品減りの調査をしていたと推測でき、同行が行った品減り調査の業務は、精神的負担の大きさ、調査の遂行の困難さ、通常の業務時間以外に従事した時間の長さなどの面からみて、同種の労働者を基準としても過大な業務であった。</p>	<p>個体側の反応性、脆弱性が平均労働者を超えて大きいときには、平均的労働者に精神的破綻を生じさせない程度のストレスによっても精神的破綻が生じ得るのであって、そのような場合にまで労災保険法による災害補償の対象とすることが法の趣旨であると解されないことは明らかである。したがって、業務が精神障害を発症させる程度に過重であり、危険性を内在するものであったかどうかは、業務の過重性ないし心理的負荷が、平均的労働者を基準として、精神的破綻を生じさせる程度のものであったかどうかによって判断されなければならない。</p>	業務上
26	<p>名古屋西労働基準監督署長（JFEプラント・サービス）事件 東京地裁</p>	<p>メンテナンスチームリーダー（47歳）</p>	<p>亡Aの自殺当時の具体的な担当業務を分析すれば、それぞれに困難な局面は存在するものの、基本的には亡A自身も自己の業務について一定の満足を示し、会社側からも高い評価得ていた平成15年3</p>	<p>亡Aの業務による心理的負荷は、通常の組織変更にもなう配置転換による心理的負荷の域を出ていないと評価せざるをえず、本件において、業務による心理的負荷が、社会通念上、客観的にみ</p>	業務外

	平成20年1月21日判決 労経速1999号 13頁		月以前までの仕事と基本的に異なることはなく、会社において応援態勢は存し、実際に応援されている事情をあわせ考慮すれば、当時の亡Aの業務の内容が、亡Aの資質、能力に照らしても、業務による心理的負荷が強いと認めることは困難である。 亡Aの労働時間はきわめて長時間とまではいえないし、休日も取得しており、チームリーダーに就任したことによる変化も特段見受けられず、労働時間等から業務による心理的負荷が強度であると認めることは困難である。	て、うつ病を発症、増悪させる程度に過重であったと認めることは困難といわざるをえない。	
27	福岡東労基署長（粕屋農協）事件 福岡地裁 平成20年3月26日判決 労判964号35頁	金融共済課貯金専任渉外係 (56歳)	未経験の金融業務部門への配転の約4か月後に自殺した農協職員Aにつき、同人が従事した推進業務（貯金、共済等の購入、更新の勧誘）は、社会通念上、客観的にみて、自殺に至るほどの精神障害の増悪を生じさせる程度に過重の心理的負荷を与える業務であったと認められ、同人に、本件業務以外の出来事による心理的負荷も特段の個体側要因もどうかえがないことに照らせば、本件精神障害の発症およびその増悪による自殺は、上記業務上の心理的負荷を主な原因として発症したといえる。	判断指針は、立証責任の軽減、認定の画一性を図るため、労働基準監督署長が、疾病が業務上発症したか否かの認定を行うに当たっての判断の指針を示したものにすぎず、判断指針に該当することが支給の要件となるものでもない。	業務上
28	北大阪労基署長（スターライト工業）事件 大阪地裁 平成20年5月21日判決 労判968号177頁	中国での工場設備の完成、生産体制構築の責任者 (57歳)	亡Aが、本件プロジェクトの担当となり、3回目の海外出張を終えるころまでの間に受けた心理的負荷の強度は、「判断指針」に基づき検討すれば、何度も計画が変更し、本件プロジェクト自体が遅延していったことの事情を加えることにより「Ⅲ」に修正されるべきである。	判断指針は、複数の専門家の検討結果に基づくものであり、一応、合理的なものであり、少なくともこの判断指針により、精神障害の発症が業務上認められるものについては、業務起因性を認めるべきである。	業務上
29	栃木労働基準監督署長（小松製作所）事件 東京地裁 平成20年10月16日判決 労経速2029号3頁	油機製造部油機工作課実習生（発症時26歳）	原告が主張するようなし主任の原告に対する言動、すなわち、いきなり怒鳴りつけたり、粗暴な態度を示したり、悪辣な発言をしたり、やくざまがいの発言をしたり、教育をせずに罵声を浴びせたりしたなどの事実も認めることができない。そうすると、し主任による指導と叱責による心理的負荷が、平均的労働者を基準とした場合に精神的破綻を生じさせる程度のものであったと認めることはできない。 そうすると、原告が時間外残業を余儀なくされることがあったとしても、それが原告が主張するような恒常的で過酷なものであったとは認められず、時間外残業による心理的負荷がそれ自体過重なものであったということとはできない。原告の精神的破綻を助長するような程度に至っていたと認めることもできない。	原告が発症した精神障害がPTSDであるか、統合失調症であるかについて争いはあるものの、いずれの精神障害も業務に関連して発症する可能性のあることが認められているところ、労働者に発症した精神障害が業務上のものと認められるためには、業務による心理的負荷が精神障害を発症させる程度に過重であり、業務に内在する危険性が原因となって結果が発生したという相当因果関係があることが必要であり、また、業務による心理的負荷が、平均的労働者を基準として、精神的破綻を生じさせる程度のものであったと認められるかどうかによって判断すべきであることは、発症した精神障害がPTSDと統合失調症のいずれかであるかによって異なるものではない。	業務外

30	八戸労基署長 (青森労災病院) 事件 東京地裁 平成20年11月13日判決 労経速2024号29頁	主任薬剤師 (39歳)	システム構築に係る業務は、主任薬剤師としての通常業務とは異なる業務ではあるものの、他律的に強制的に労働させられるなど裁量性が欠如しているとはいえないし、当該労災病院において、日常業務の軽減を図るなどの支援をしていることにかんがみると、同種の労働者と比較して、業務内容が困難であり、恒常的な長時間労働が認められ、かつ、過重な責任の発生、支援・協力の欠如等特に困難な状況が認められるとはいえず、「特に過重」とは評価できない。 Aにおいて、認定を大幅に超えて時間外労働をしたと認定することはできず、Aの時間外労働時間は恒常的に長時間労働をしていたとは評価できない。	「判断指針」は、複数の専門家の検討結果に基づくものであり、少なくとも同指針の下、業務上の心理的負荷が平均的労働者を基準に精神障害を発症させる程度のものであることが認められる。	業務外
31	厚木労働基準監督署長(太陽酸素) 事件 大阪地裁 平成20年11月17日判決 労経速2029号20頁	厚木事業所業務管理課 (36歳)	Aが担当していた顧客の苦情受付及び回答業務は、営業所等を介した苦情で顧客から直接苦情を受けることはほとんどなく、同苦情の程度もAと同じ課内で同種業務を担当していたBが受けていた苦情の程度(年間5、6件)を総合すると、同苦情の件数とそれほど相違がなかったことが窺われる。 認定したAの労働時間を踏まえると、Aが嫌うつ病発症当時ないしそれ以前に担当していた日常業務の中では通常直面する以上の社会通念上、客観的に過重な精神的負荷となるような業務ないし出来事があったとまでいうことはできない。	ストレス(業務による心理的負荷と業務以外の心理的負荷)と個体側の反応性、脆弱性を総合考慮し、業務による心理的負荷が、社会通念上、客観的にみて、精神障害を発症させる程度に過重であるといえる場合に、業務に内在する危険が現実化したものとして、当該精神障害の発症について業務起因性を肯定することができるかと介するのが相当である。	業務外

精神障害等に関する公務災害(地公災) 訴訟事件一覧表

32	地公災基金岩手県支部長(平田小学校教諭) 事件 盛岡地裁 平成13年2月23日判決 労判810号56頁	小学校教諭 (30歳)	亡Aは、分校から小学校への転任による執務環境の変化に伴い、その公務の内容において、前任校よりも質的・量的に負担の増加していることが窺えること、亡Aは、2学期に入り、運動会や学芸会等の学校行事が連続していた昭和57年11月には、年1回の担当と決められていた全校の授業研究会を2回、2週続けて担当したことにより、一時的に負荷が高まったものと考えられること、殊に、2学期に入ってから、家に持ち帰った仕事を連日午後9時ころから同11時ないし翌日の午前1時ころまで行っており、同各授業研究会の準備に追われていたことが窺えること、各グループから1名の児童を抽出し、同児童を中心に授業を進める平田方式に相当大きな心理的葛藤のあったことが窺えるのであって、自己の教育理念に合致しないという意味において、意に添わない公務に従事させられた面のある	客観的に見て、公務により、当該精神障害を発病させるおそれのある強度の心理的負荷が与えられ、かつ、公務以外による心理的負荷や当該職員の既往歴、性格傾向などの個体側要因により、当該精神障害が発病したとはいえない場合に、死亡と公務との間の相当因果関係が認められることになると解すべきである。	公務上
----	--	----------------	---	--	-----

			ことは否定できないところであること、亡Aは、授業研究会等の公務の全体を併せ考慮すれば、亡Aの同公務は、客観的に見て、同人の疾病の発現、増悪の原因となるに足りる強度の心理的負荷を与えたものと認めるのが相当である。		
33	地公災基金岩手県支部長（平田小学校教諭）事件 仙台高裁 平成14年12月18日判決 平成15年7月17日 上告棄却、上告申立不受理 労判843号13頁	同上	亡Aは、教師になって7年目であり、以前に勤務した川口分校においても、亡Aは、道徳の授業研を担当したことがあり、いわゆる抽出方法についても平田小学校の方法に類似していること、指導案の作成についても全く経験のない教諭や教諭2年目の者も、臨時の講師さえも授業研究会をこなして、指導案を作成していることなどが認められるのであって、これらの事実を総合すると平田小学校における亡Aの公務が特に過重であったため、これが原因となって亡太郎に軽症うつ病が発症したとまで認めることはできない。	軽症うつ病あるいは何らかの精神疾患を発症した可能性を全く否定することはできない。しかしながら、以上の説示に従うと、亡Aの軽症うつ病の原因が、亡Aの担当した公務が特に過重であった点にあるとまで認めることはできないというべきである。	公務外
34	地公災基金神戸支部長（長田消防署）事件 神戸地裁 平成14年3月22日判決 労判827号107頁	神戸市長田区消防署管理係長 (52歳)	亡Aの自殺は、うつ病発症後、2年以上が経過してのものであり、その間に亡Aは治療も受け、また、公務上も他の部署への異動といった配慮もなされていたことは前記認定のとおりである。しかし、症状は一進一退をたどったもので、結局そのうつ病は亡Aの死亡まで治癒には至らなかったこと、亡Aとの意見の相違から署長より大声で叱責したこと等、亡Aの自尊心を傷つけるような指示・命令・叱責等を行ったため、亡太郎に強度の心理的負荷を与えたことが認められる。 署長の指示命令及び言動は、亡Aと同種の公務に従事し、又は当該公務に従事することが一般的に許容される程度の心身の健康状態を有する職員を基準としても、強度の心理的負荷を与えるものであったものと認めるのが相当である。	署長は、昭和57年ころに広域消防本部消防長であったときにも、部下であった広域消防職員に対し他の職員等の面前で厳しい言葉で叱責したこと等から、同職員に対し、署長を「殺したい。」と思わせるほどに精神的苦痛を与えたり、また、他の職員も署長を「絶対許せない。これから行って殺したる。」という言葉が発するほどに反感を持たれていたこと、消防署署員においても、署長が部下を叱責する際の言葉及び口調はかなり厳しいと感じていたことも既に設定したとおりである。	公務上
35	地公災基金神戸支部長（長田消防署）事件 大阪高裁 平成15年12月11日判決 労判869号59頁	同上	署長は、亡Aに対し格別嫌がらせやいじめを行う意図を抱いていた事実までは認められないものの、経理関係事務の決裁の際には詳細なチェックを行い、疑問点が生じる度ごとに亡Aに詳しい説明を求め、特に、前署長当時の会計帳簿上の使途不明箇所について亡Aを追及し、亡Aが十分に説明できなかったときには、起案担当者であるCを呼び、亡Aの目の前で直接説明をさせ、あるときは部下である管理係員の面前で大声でどなり、書類を机にたたきつけたりしたこともあったこと、署長公舎の備品購入に際しては、費用の捻出方法に配慮せず、次々と亡Aに指示したこと、署長公舎の駐車場設置工事については、亡Aを介さずに直接、業者と交渉したり業者に催促したりした	メランコリー親和型性格の持ち主は、社会適応上むしろ良好で、日本人に割合多くみられる性格である上、亡Aのメランコリー親和型性格も通常人の正常な範囲を逸脱するものではなかった。	公務上

			<p>ため、亡Aの事務量が増えたこと、上記駐車場設置工事に伴う近隣住民への挨拶回りの件では、意見の相違から亡Aを大声で叱責したこと等、亡Aの自尊心を傷つけるような度重なる指示命令・叱責等を行ったため、亡Aに強度の心理的負荷を与えたものと認められる。</p>		
36	<p>地公災基金高知県支部長（南国市役所）事件 高知地裁 平成18年6月2日判決 労判926号82頁</p>	<p>南国市税務課市民税係 (44歳)</p>	<p>税務負荷事務は、些細な過誤すらも許されないのであるから、賦課事務作業に従事する職員は、機械的な事務作業といえども、過誤がないように細心の注意をもってこれに臨まなければならないことからすれば、裁量的判断を必要とする職務と比しても、その心理的な負担の大きさに遜色はないといえる、特に、市民税係では、賦課事務作業に過誤がないか担当者以外の者が再度確認するという体制が採られていないことを併せ考慮すれば、その心理的な負担は相当に大きいものといわざるを得ない。</p> <p>Aが市民税係のなかでは最も経験年数の長い職員の一人であり、上司や同僚から仕事が速いとの評価を受けていて、かつ、平日も時間外勤務をしているにもかかわらず、平成12年2月21日から同年3月19日まで、28日間連続しての出勤を余儀なくされていたことなどからすれば、Aの事務負担量は、市民税係の中でも相当重かったことが推認できる。</p>	<p>公務による心理的負荷が、客観的にみて、精神障害を発症させる程度に過重であると評価できるか否かで決するのが相当であり、かつ、それで足りるのであって、被災者の日常の職務と比較して過重な職務を遂行したといった事実は、必ずしも必要がなく、上記のような評価の対象となる公務は、被災者の日常の職務であつても何ら問題がないと解すべきである。</p>	公務上
37	<p>地公災栃木県支部長（国分寺町）事件 宇都宮地裁 平成21年2月25日判決 判例集未登載</p>	<p>教育委員会文化振興課技師 (発症時28歳)</p>	<p>Aの記録上の時間外勤務時間数は合計45.5時間であり、最も多い月でも20.5時間にすぎない。Aは1日平均1.5時間のサービス残業をしていたと主張するが、その主張によつても、平成10年3月から同年8月までの時間外勤務時間数は合計228.5時間であり、月平均の時間外勤務時間数は約38時間であるから、このことの前期のとおり認められるAの担当職務の内容等を併せ考慮すると、Aが精神疾患を発症するほど量的に過重な公務に従事していたとはいえない。</p> <p>Aが中井2号遺跡鍛冶炉遺物分析委託に伴いこれらを自宅で作成したとしても、そのために長時間の作業を必要としたとは考えがたい。それなしには本件災害は生じなかったと考えられるほどストレスの多い業務であったとは認められない。</p>	<p>「ストレス—脆弱性」理論によると、精神障害の発症要因を判断するに当たってはストレスと脆弱性の両方を明らかにする必要があることになるが、個人の脆弱性は外部から客観的に判定するのが困難であるから、公務起因性の有無は、当該災害以前の当該職員の業務が、通常の勤務に就くことが期待されている平均的な労働者を基準として、業務の質、量等において過重であるために当該災害が発症する程度に心理的負担が加えられたといえるかどうかによって判断するのが相当である。</p>	公務外

北米の労災補償制度

独立行政法人労働安全衛生総合研究所

原谷 隆史

杏林大学医学部衛生学教室

角田 透

〔概 要〕

北米（米国、カナダ）の労災補償制度を文献及びインターネットにより調査した。北米の労災補償は原則として排他的救済であり、使用者は労災による民事損害賠償請求から免責となる。精神疾患の労災補償については、業務に関連する精神的ストレスによる精神障害の補償を認めない州、突発的な脅威やショックを受ける出来事に遭遇した急性ストレスに対してのみ補償を認める州、慢性的なストレス対してもストレスが異常という条件の下に補償を認める州、慢性ストレスに対して限定条件はなく補償を認める州がある。労災補償はもともと死傷災害や職業病の被災者や遺族への保険であり、慢性ストレスによる精神疾患まで認定する州もあるが、認定基準の緩和は補償支払いや保険料に影響するので慎重な州もある。州の判断によって労災補償制度は大きく異なっていた。

1. 米国の労災補償

米国の労災補償法は、基本的に州法にゆだねられ、労災補償制度は各州が運営している。すべての州に労災補償法があり、ごく一部を除いて労災補償法の強制適用が定められている。民間企業従業員、州または自治体職員には州の労災保険が適用される。

連邦法としては、1908年に連邦職員労災補償法が（Federal Employees' Compensation Act）制定された。これは連邦職員と郵便職員を対象としている。この他の連邦法は、港湾労働者災害補償法（Longshore and Harbor Workers' Compensation Act）、黒肺給付法（Black Lung Benefits Act）、エネルギー労働者職業性疾病補償法（Energy Employees Occupational Illness Compensation Act）がある。エネルギー労働者職業性疾病補償法は2000年に制定され2001年に施行された。

州法として使用者の過失の有無に関わらず一定の補償責任を強制的に課す労災補償法は1910年にニューヨーク州で制定された。その後1920年までに8州を除き各州の労災補償法が制定された。使用者に民間保険会社から保険を購入させる州が多かったが、7州は独占的な州保険基金制度とし、10州は民間保険会社と競争関係にある州保険基金を採用した。

労災補償法には、使用者の事前の保険料拠出、保険加入しない場合の罰則の適用、職業病も補償対象、通勤途上災害に対する特別な補償制度はない、補償給付には現金給付と現物給付があるといった共通点があるが、適用対象事業者の範囲、制度の管理と運営、補償の範囲

と程度等には州ごとに大きな差がある。

業務上の災害に対して、使用者の過失の有無に関わらず法定の一定額の補償を行う。労災補償法の適用を受ける代わりに、労働者は民事損害賠償の訴権を放棄することになる。労働者の違法な行為や飲酒等の意図的な行為が原因となって発生した労働災害については補償給付を制限あるいは行わないと多くの州法が規定し、使用者の故意あるいは重過失による事故に補償の増額を行うといくつかの州法が規定しており、民事損害賠償制度的な性格を残している。

労災認定ならびに給付額の確定は、一般的には、行政法審判官または労災補償局によって判断ないし決定される。

適用範囲は、大部分は1人以上の被用者を使用するすべての使用者を適用対象とするが、一部の州では3人から5人という最低基準を定め、それ未満は適用外としている。非営利事業を適用対象外とする州もある。また、農業労働者、家事労働者、臨時労働者などに関しては、適用除外を定める州が多い。

いずれの州でも使用者に保険を義務づけている。その方法は、民間の保険会社によるものが主流であるが、多くの州では、一定の要件が満たされるのならば、使用者が保険料を積み立てて、自家保険を行うことも認めている。また、州の基金による保険制度を認めている州もある。

労災補償の対象と認定されるためには「雇用の過程において(in the course of employment)」かつ「雇用から生じた(arising out of employment)」ものであることが必要である。この2要件は別の概念であり両方を満足するが必要であるが、一部の州では一つの業務関連性の概念として把握するとしている。

業務遂行性にあたる「雇用の過程において」では、時間、場所、状況という外部的要因から判断する。休憩時間や食事時間であっても被用者が使用者の施設内にいるならば一般に雇用の過程と認められる。ただし、被用者自身が故意により悪ふざけや違法行為を行った場合の事故では、一部の州では法律上明示的に除外しており、他の州でも逸脱と判断されることが多い。これに対して通勤の途上の災害は例外的な事情がない限り雇用の過程とは認められない。会社のレクリエーション大会やパーティなどの社交的行事については、使用者の施設内、使用者による明示・黙示の参加要求、使用者の利益の増進のいずれかの要素があれば通常雇用の過程とされる。

業務起因性にあたる「雇用から生じた」では、実質的因果関係に照らして、その災害が雇用によるリスクの発現であることを必要とする。リスクの概念は徐々に緩やかな方向へと拡大されてきた。かつては、(1)通常は存在しない、当該の雇用だけに特有のリスクでなければならぬ、という立場が多かったが、(2)一般の人々も同じ危険にさらされていても、当該雇用により通常よりもリスクが増加する場合も含まれるという立場に移行した。さらに(3)一般の人々はどうであれ、とにかく当該雇用の中に現存するリスクであればいいという立場も多くなり、(4)当該雇用がなかったら、その災害の時にその場所にいなかったはずだという意味

での位置的リスクの立場を採用する州も現れている。

天災による事故の場合、(1)では対象外となるが、(2)では使用者の施設にいたために死傷が生じたことを立証する必要があるが、(3)(4)ではあまり問題なく認められる。交通事項にあった場合でも、(1)では誰でも同じリスクがあるとなり否定されるが、(2)では仕事のために長時間道路にいてリスクが増加したなら認められ、(3)(4)ではより一般的に補償が認められる。(4)では仕事に無関係な流れ弾に当たった場合でも雇用から生じたとなりえる。

持病が悪化して心臓発作を引き起こした場合などは、仕事との因果関係が問題となる。仕事が持病を悪化させたと考えられれば、補償が認められる。心臓発作では、仕事の負荷が異常に大きかったことを要求する州もあるが、通常で十分とする州が多い。

労災補償の内容は、通常の疾病の場合は、医療給付と障害給付であり、死亡した場合は死亡給付が支払われる。医療給付では、使用者の負担により、診察、治療、入院、搬送などの医療サービスを行う。医療リハビリテーションはほとんどの州で認められているが、職業リハビリテーションまで認める州は少ない。障害給付には、一時的障害給付と永久的障害給付があり、それぞれ全面的障害と部分的障害に分かれる。一時的全面的障害は、療養のための休業に対する補償であり、就労不能期間に対して、多くの州では週平均賃金の3分の2で、州の平均賃金を上限とする支給を命じる。通常3～7日の待機期間がある。一時的部分的障害給付では、治療期間中に他の労働が可能な場合に、賃金の減少分を補償する。永久的全面的障害については、ほとんどの州で障害の内容、程度に応じた等級表を定めて、それに賃金に応じた率をかけて給付される。死亡給付では、遺族給付、葬祭料が支払われる。遺族給付として、残された配偶者、扶養されていた子どもに、平均賃金の一定割合を一定期間支給する。通常、配偶者が再婚したり、子どもが18歳になった場合には、遺族給付は終了する。

労災補償では使用者側にとって無過失補償責任となるが、労働災害に対する排他的救済と認められている。すなわち、労災補償を適用することによって、不法行為に基づく損害賠償を請求されることがなく、これは無過失責任に対する見返りとして使用者に与えられた免責である。しかし、使用者の故意に基づく場合については、免責の対象外となり、不法行為訴訟が可能であるが、一般に故意の要件は厳格である。

精神疾患の労災補償については、州によって異なり、主に4つのパターンがある。1番目に業務に関連する何らかの精神的ショックまたは継続的ストレスの結果として精神障害を発症したという「メンタル＝メンタル」の申し立ては、一切補償を認めない州がある。モンタナ州労災補償法の傷病の定義では「感情的ないしは精神的ストレス、または非身体的刺激ないしは行動から生じる身体的もしくは精神的状態を含まない」としている。フロリダ州の労災補償法では、「ストレス、恐怖、もしくは興奮のために生じた精神疾患は、雇用に起因する事故による傷病ではない」としてメンタル＝メンタルを除外している。

2番目に突発的な脅威もしくはショックを受ける出来事に遭遇した急性ストレスに対してのみ補償を認める州がある。イリノイ州やルイジアナ州ではこの基準を採用している。

3番目に慢性的なストレス対しても、ストレスが異常なものであったという条件の下に補

償を行う州がある。職務に伴う通常のストレスは除外され、異常との判断基準が問題となる。メイン州では「あらゆる平均的労働者ないし同種の任務を持つ同じ業務を遂行している平均的労働者が経験するプレッシャーと比較して、甚大かつ異常なストレスを経験したことを証明しなければならない」としている。アラスカ州では「類似する職場環境にある者が経験するプレッシャーや緊張感と比較して甚大かつ異常であること」という基準を示している。ワイオミング州では「労働者は、同じ使用者であるかどうかに関わらず、同一もしくは類似した職務を行う労働者が一般的にさらされる日常的なストレスと比較して甚大なストレスを受けていたこと」という基準である。

4番目に慢性ストレスに対しても、ストレスが異常なものという限定条件はなく補償を認める州がある。労働者の精神疾患が業務に関連して発症していれば補償される。認定には、労働者の労働環境がストレスに満ちており、それが精神疾患の実質的な寄与原因であることの客観的証明が必要である。

2. カナダの労災補償

カナダでは、米国同様に原則的には各州の労災補償法が適用される。連邦法としては、連邦政府職員労災補償法（Government Employees Compensation Act）と連邦商業船員労災補償法（Federal Merchant Seamen Compensation Act）がある。連邦政府職員労災補償法は、連邦職員が労働災害を受けた場合には通常職務を行っていた州の労災補償法による補償と同率同条件の補償を与え、州の労災補償局が決定することとしている。各州または準州には以下の法律が制定されている。

アルバータ州 ALBERTA

労災補償法（Workers' Compensation Act）

ブリティッシュ・コロンビア州 BRITISH COLUMBIA

労災補償法（Workers Compensation Act）

マニトバ州 MANITOBA

労災補償法（Workers Compensation Act）

ニューブランズウィック州 NEW BRUNSWICK

労災補償法（Workers' Compensation Act）

職場安全衛生補償委員会法（Workplace Health, Safety and Compensation Commission Act）

ニューファンドランド・ラブラドール州 NEWFOUNDLAND & LABRADOR

職場安全衛生補償法（Workplace Health, Safety and Compensation Act）

ノースウエスト準州・ヌナブト準州 NORTHWEST TERRITORIES & NUNAVUT

労災補償法（Workers' Compensation Act）

ノバスコシア州 NOVA SCOTIA

労災補償法 (Workers' Compensation Act)

オンタリオ州 ONTARIO

職場安全保険法 (Workplace Safety and Insurance Act, 1997)

プリンス・エドワード・アイランド州 PRINCE EDWARD ISLAND

労災補償法 (Workers Compensation Act)

ケベック州 QUEBEC

労働災害と職業病に関する法 (Act Respecting Industrial Accidents and Occupational Diseases)

サスカチュワン州 SASKATCHEWAN

労災補償法 (Workers' Compensation Act, 1979)

ユーコン準州 YUKON

労災補償法 (Workers' Compensation Act)

州によって労働者補償法の適用対象の範囲が異なる。原則としてすべての労働者を対象としながら例外を定める方法、適応対象となる産業を列挙する方法、特定の産業を除外する方法がある。いくつかの州では一定規模以下の事業所は強制適用から除外されている。使用者、パートナー、会社所有者、一人親方、会社役員は法の適用外だが、労災補償局はそれらの者の申請に基づいて適用対象とすることができる。

事業主は州の労災保険制度に加入し州の基金に保険料を納入する。労災補償は原則として排他的救済であり、被災労働者が労災を原因として使用者に対して民事損害賠償請求は認められない。

労災補償局は、労災補償法の解釈・運用に関するあらゆる問題に権限がある。その決定や行動は、不服審査機関等と一部の州の司法審査を除き最終的なものとなる。

精神疾患の労災補償は、州によって異なり、変更が加えられている。

オンタリオ州では、精神的ストレスが突発的ないし予期せぬ心的外傷の出来事に対する急性反応として生じた場合は審査の対象とし、1998年の方針マニュアルでは、突発的出来事は、当該労働者の就労過程では通常起こりえない事態であり、労働者にとって恐ろしいことか現実的な脅威を感じる暴力的な要素を持つものとした。2002年の心的外傷後のメンタルストレスの方針では、労働者に対する犯罪行為や嫌がらせ（ハラスメント）から生じる外傷後のストレスとともに、同僚や家族に生じた現実的な危害や脅威を含むとした。さらにこうした脅威が繰り返されてストレス症状が生じた場合、最も近接した出来事が最大の影響をもたらす必要はなく、出来事から4週以上過ぎて発生した症状についても急性反応が遅延して発生した可能性を考慮するべきとしている。

ブリティッシュ・コロンビア州では2002年の労災補償法の改正でメンタルストレスを加えて基準を明確にした。業務遂行中に業務に起因して発生した突然かつ予期せぬ心的外傷性の出来事による急性反応であり、米国精神医学会の最新のDSMの基準で専門家に診断され、

職務遂行や労働条件の変更、懲戒、解雇を含む使用者の決定が原因ではないという条件を示した。このメンタルストレスには慢性ストレスは含まれない。

サスカチュワン州では、ストレス関連傷害として、外傷後ストレス症候群、急性ストレス症候群、慢性ストレス症候群の3種類のカテゴリーに分類し、慢性ストレスも含まれている。慢性ストレスは、平均的従業員が経験するプレッシャーや緊張に比べて仕事のストレスが過剰で異常であり、職場のストレスが傷害の主な原因である場合のみ補償される。

〔文 献〕

- 1) 中窪裕也. アメリカ労働法. 弘文堂、東京、1995.
- 2) 品田充儀編著. 労災保険とモラル・ハザード—北米労災補償制度の法・経済分析. 法律文化社、京都、2005.
- 3) 品田充儀. カナダ労災補償法改革. 法律文化社、京都、2002.

英国のうつ病の段階的ケアモデル(うつ病の重症度別分類による診療機能分化)

千葉大学大学院医学研究院神経情報統合生理学

清水 栄司

Institute of Psychiatry, King' s College London

小堀 修

【概 要】

社会にうつ病が蔓延する問題に対して、イギリスでは、うつ病の診療ガイドラインに stepped-care model (段階的モデル) というアプローチを取り入れて、重症度別に5つの段階に分けて、ステップごとに対応して、診療の分化をはかっている。労災認定に関して、イギリスのうつ病ガイドラインに照らして、うつ病を重症度別に分類する方法は、一つの在り方と考えるので、イギリスのうつ病ガイドラインを紹介する。もちろん、軽症、中等症、重症のような重症度分類は、容易ではないとしているが、ICDの診断基準にある10症状のうち、何個の症状があるかというように、症状の数をいちおうの目安として、重症度分類を考慮している。まずは、うつ症状は2, 3個あるが、まだうつ病の発症に至らない除外診断の状態を含めて、うつ病の重症度を評価するのが、第一段階(ステップ1)での一般医(かかりつけ登録医)によるうつ病のスクリーニングである。第二段階(ステップ2)では、軽症うつ病(目安としてICDの10症状のうち4個に留まる)の初期治療として、薬物療法ではなく、低強度のセラピー(2週間の観察待機(watchful waiting)、ガイドされたセルフヘルプ、コンピュータにアシストされた認知行動療法、運動、7セッションまでの心理学的介入)を提供する。低強度のセラピーに反応がなければ、第三段階(ステップ3)の中等症から重症のうつ病に対する治療、すなわち、高強度のセラピー(すなわち、正規の本格的な認知行動療法などの心理学的介入)あるいは薬物療法のどちらかへステップアップする。第四段階(ステップ4)である、治療抵抗性、再発、非定型、精神病性うつ病に対しては、薬物療法と心理学的介入の併用がすすめられる。第五段階(ステップ5)の、生命の危険のある状態、自己ネグレクトのような状態には、入院治療での薬物療法、併用療法、電気けいれん療法が推奨されている。

労災を防ぐ安全確保のために、事業者は労働者がうつ病の stepped-care model のどのステップにいるのかということ適切に把握するうつ病のスクリーニングからはじめて、ステップ1の軽症うつ病エピソードへの対処、ステップ4の再発うつ病への対処などに十分留意する必要があると考えられる。

このうつ病の stepped-care model に対応可能な体制づくりとして、認知行動療法セラピストを7年間で1万人養成するため、当初の3年間で合計363億円の国費が英国では投じられる。確固としたプライマリー・ケアが発達した家庭医(General Practitioner: GP)体制の

英国と患者の大病院志向を許す専門医へのフリーアクセス体制の日本では、医療システムの差も大きいですが、日本でも、増加するうつ病の診療に関して、stepped-care model（段階的モデル）のコンセプトを取り入れ、薬物療法以外の選択肢である認知行動療法を十分に準備して、英国のうつ病診療システムの進歩に追いついていかなければならない。さらに、労働災害防止のため、労働者の心の健康の保持増進のために、事業者もうつ病の stepped-care model（段階的モデル）を取り入れていくべきであろう。

KeyWords : 認知行動療法、不安障害、うつ病

1. はじめに

我が国では、10年連続で自殺者が年間3万人を超えるというように、先進国でとびぬけて高い自殺者数となっている。それに加え、企業の多くがうつ病など心の健康問題での休職者を抱えるなど、全国的に最悪のメンタルヘルスの状態が続いている。精神療法である認知行動療法は、無作為割り付け試験による実証研究の結果、世界的なエビデンスの集積がなされ、不安障害やうつ病など、ほとんどの精神障害で、薬物療法と肩を並べる治療の選択肢となってきていて、治療ガイドラインの第一選択となっている。私たちは、このような最悪なメンタルヘルスの今こそ、治療効果のある、「認知行動療法」の日本国民への提供が急務であると考えている。

本稿では、「認知療法の進歩」として、イギリス NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence ; 健康促進と疾病の治療・予防に関して国にガイダンスを提供する英国の国家機関) のガイドライン (文献1) にある、うつ病の Stepped Care Model (段階的ケアモデル) と、それに基づき、イギリスで国策として開始された認知行動療法家 (臨床心理士) の1万人養成計画に基づく認知行動療法の提供方法を基づいて、紹介する。

2. 認知行動療法

認知行動療法は、認知と顕在行動の修正に焦点を置く、能動的・指示的・時間限定的・構造的な精神療法 (心理療法) であり、ものの考え方 (認知) や行動の、心の病気になりやすい“非機能的な悪い”パターンに気づき、同定し、“機能的な良い”パターンに変えていこうというものである。そして、その悪循環 (連鎖) をいかに中断させ、消退させるかに焦点をあてることになる。もちろん、治療者が一方的に、この認知の歪みを患者に言い聞かせればよい、教育すればよいというものではない。認知療法で治療者は、患者を傾聴・受容・共感する一方で、上手に患者を誘導して、患者自身が A h a ! 「はっ」と自分の悪いパターンに気づくように自然に導いていく。そのために、「どうして、そのように考えるのか」という問いを続ける、ソクラテスの問答という技術が用いられ、これが認知療法の技術として Guided Discovery (誘導的発見) と表現されるものである。そして、学習理論に基づいた行動療法を組み合わせしていく。現在、認知行動療法が注目されるのは、大うつ

病、不安障害、統合失調症など、それぞれの疾患ごとに、対照比較試験によって治療法の有効性を証明し、エビデンスを確立してきている点にあり、治療の第一選択とされる精神疾患も多いからである。

3. イギリスにおけるうつ病と不安障害による医療経済

イギリスにおける、認知行動療法家、新たな臨床心理士の養成方法と認知行動療法の提供方法を紹介する。日本と同様に、イギリスでも、6人に1人が抑うつか不安の問題に苦しんでいる(不安は心気症を健康不安として含む)。これらの人々は、雇用、借金、対人関係などの問題を抱え、QOLが低下している。就労不能手当(Incapacity Benefit)を受けている人は100万人に上り、失業手当を受けている人よりも多くなっている。彼らへの手当と納税が不可能になることで、1人当たり毎月15万円(1ポンド=210円で計算)の損失がある。毎年9100万時間の労働時間が失われている。この結果、毎年2兆5000億円*の経済的な損失が見積もられている。これは英国の国民総生産の1%に相当している。

医療・福祉の観点からこの問題を見直すと、全障害のうち40%を精神疾患が占め、就労不能手当を受給している人の40%が、精神疾患を理由としている。家庭医の勤務時間の3分の1が、メンタルヘルスの問題に当てられている。しかしながら、抑うつと不安の問題に対して、英国の国立保健サービス(NHS)の予算の2%しか割り当てられていない。抑うつか不安の問題に苦しんでいる人の半数は、16セッションの認知行動療法を受ければ、1人あたり15万円以下の予算で回復することが見積もられている。認知行動療法は薬物療法に比べて再発率が有意に小さく、回復するまで薬を飲み続けるよりコストが少ない。しかし、何らかの抑うつや不安の治療を受けている人は4人に1人と少ないのが現状である。しかも、国立医療技術評価機構(NICE)**のガイドラインでは、効果の持続から、認知行動療法が勧められている疾患でも、現実には、認知行動療法の専門家の不足から、薬物療法など他の治療法から始める人が多いことが分かっている。多くの人は薬物療法よりも、認知行動療法のような心理療法(セラピー)を好んでいるにも関わらず、現実には認知行動療法を受けられる利用者は非常に限られている。

4. イギリスの臨床心理士

イギリスで、臨床心理士とは、博士号をもち、主に認知行動療法を使う人たちのことを指す。学部を優秀な成績で卒業した者/大学院で研究を行った者が、1年以上の臨床(補助)経験を積んだ上で臨床心理士のコースに応募する。書類審査、面接審査を経て、毎年550人が合格する。30の大学で20人前後の者が、給料(年収450~500万円)をもらいながら、認知行動療法の訓練と研究を行う。3年目には博士論文と事例報告集を提出、博士号を取得し、臨床心理士として巣立っていく。一部の個人開業を除き、イギリス国民は国立保健サービス(NHS)から認知行動療法が提供される。もちろん、国民の給与から保険料は引かれるが、サービスを受ける時点での費用はかからず、無料である。しかし、抑うつや不安の

問題が生じ、家庭医(GP)を訪問してから専門機関へとリファーされ、心理療法が始まるまでに多くの時間がかかる(最長で18ヶ月)。待機期間が長いのは、臨床心理士の人手不足が主な原因である。また、治療のセッション外の時間を十分にとって、各症例の治療の準備をするため(アセスメント、セッションの準備、記録の振り返り、スーパービジョン、書類作成など)、1人の臨床心理士が1日に行えるセッション数は、非常に限られている。

5. Improving Access to Psychological Therapies: IAPT

以上のような現状を改善するために、まずイングランドにおいて、心理療法へのアクセスを改善させるための政策(Improving Access to Psychological Therapies: IAPT)が始まった。より多くの国民に、より早く心理療法を提供しようという試みである。この政策のために、2008年度に69億円、2009年度と2010年度に各147億円ずつ、3年間で合計363億円が費やされる。どのように予算が組まれたかという点、セラピスト1人が1年で持つクライアントは80人で、80万人を回復させるために、最終的に1万人のセラピストを増やすことが計画された。そのために363億円が必要だと計算された。

IAPTのサービスは、プライマリケアトラスト(PCT)***が設置したセンターから提供される。2008年の10月から10箇所のプライマリケアトラストがIAPTのサービスを開始する。将来的には152全てのプライマリケアトラストがIAPTのサービスを提供することを目指している。IAPTでは、2種類のセラピーが提供される。まず高強度のセラピーは、20セッションまでの個人心理療法である。これは主として認知行動療法の個人セッションのことである。次に、低強度のセラピーは、心理教育、観察待機(watchful waiting)、ガイドされたセルフヘルプと電話によるフォロー、7セッションまでの個人心理療法、コンピュータにアシストされた認知行動療法(computerized CBT)、就労支援などがある。不安の場合は、主に高強度のセラピーが適用される。軽度～中度の抑うつの場合は、低強度のセラピーから始まる。低強度のセラピーで改善がみられない場合と、重度の抑うつの場合は、高強度のセラピーを適用する。中度～重度の抑うつには、薬物療法の併用も考慮される。これら治療法の選択は、2007年4月に更新されたうつ病のNational Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)のガイドラインに従っている。

6. Stepped-care model of depression

うつ病の重症度は、ICD-10によれば、抑うつ気分、興味と喜びの喪失、活動性低下(易疲労性)、集中力と注意力の減退、自己評価と自信のなさ、罪責感と無価値感、将来に対する希望のない悲観的な見方、自傷あるいは自殺の観念や行為、睡眠障害、食欲不振の10個の症状のうち、3個以下をうつでない状態、4個を軽症うつ病、5から6個を中等症うつ病7個以上を重症うつ病というように、大まかに分けている(もちろん、重症度はこれほど簡単には決められないと断り書きがある)。NICEガイドラインでは、うつ病の段階的ケアモデル;stepped-care model of depressionが提唱されている。軽症うつ病の

初期治療は、2 週間の観察待機(watchful waiting)、コンピュータや本を用いて自分で行う(セルフヘルプ形式の)の認知行動療法、運動、短期の認知行動療法という、低強度のセラピーである。軽症うつ病の初期治療としては、抗うつ薬は、リスク/ベネフィット比が悪いことから、推奨されていない。一方、中等症、重症うつ病は、薬物療法あるいは認知行動療法(高強度のセラピー)のどちらかである。治療抵抗性、再発、非定型、精神病性うつ病は、薬物療法と認知行動療法の併用がすすめられ、生命の危険のある状態では、入院治療での薬物療法、併用療法、電気けいれん療法が推奨されている。stepped-care model of depression では、うつ病をその重症度によって、初期治療を厳密に区別し、特に、軽症うつ病の初期治療としては、低強度のセラピーを準備した点が新しい。

7. 低強度のセラピーから高強度のセラピーへ

IAPT では、向こう 3 年間で新たに 3600 人のセラピストが誕生し、認知行動療法の訓練を 1 年にわたり受けながら、同時に実践を行う。低強度のセラピーを担当するセラピストは、週に 1 日を訓練機関で認知行動療法を学び、週に 4 日をサービス提供機関で働く。高強度のセラピーを担当するセラピストは、週に 2 日を訓練機関で認知行動療法を学び、週に 3 日をサービス提供機関で働く。大学などが訓練提供機関となるためには、英国行動認知療法学会(BABCP)に認定が必要である。サービスを提供するセンターには、治療効果を定期的に算出することが義務づけられている。最終的には 1 万人のセラピストを追加する予定だが、1 万人のうち半数の 5000 人は現行の臨床心理士で、もう半分の 5000 人は訓練機関において、ソーシャル・ワーカーやナース、医師などをセラピストとして養成していくようだ。

東ロンドンのニューハム、ヨークシャーのドンカスターの 2 箇所で IAPT のトライアルを行ったところ、5000 人がサービスを利用し、約半数が回復に至るという結果が出ている。このトライアルでは、家庭医を通さないセルフ・リファラー制度も初めて取り入れられた。治療の必要がない者が押し寄せるのではないかと懸念に反し、家庭医からリファラーされた者よりも、セルフ・リファラーの利用者は症状が重いことが明らかとなった。このトライアルと同様の結果が今後も得られると想定するならば、新たに 90 万人の国民が心理療法を受け、半数が回復に至り、2 万 5 千人以上の人々が疾病手当を受けなくなることが見込まれる。また治療待機期間が 18 ヶ月から数週間、将来的には数日間に短縮されると期待されている。

8. 日英の医療システムの比較

イギリスでは、一般税を 8 割方の財源として、国民健康保険制度が実施され、基本的に医療は無料である。まず登録している家庭医 General Practitioner (GP)にかかり、GP が必要と判断した段階で病院へ紹介されるというように、プライマリー・ケアとセカンダリー・ケアが明確な境界が引かれ、機能分化している。日本の厚生労働省にあたるのが保健

省 (Department of Health ; DH) である。国営保健サービス (NHS : National Health Service) は、医療制度を管理する組織であり、プライマリー・ケアとセカンダリー・ケア (病院 Hospital Trusts) を統括している。NHS は、イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドなどの地域に分割されている。NHS に対して保健省は、資金提供を通じて支援する役割を担い、戦略的保健当局 Strategic Health Authority (SHA) (28 か所) 地域ごとの NHS のサービス全体を管理、モニターし、改善を促していく役割を担っている (文献 2)。Primary Care Trust (PCT) は、NHS の地方末端組織として、公的医療保険資金の有効活用を図っている。イングランドの NHS 全体に 152 の PCT があり、平均的な PCT は人口 50 万人程度を管轄している。

イギリスでは、病気になった場合に、登録した GP にまず相談なので、日本のように、自分で好きな医院や病院に勝手に行くことはできない。そもそも登録した GP に予約をとるだけで時間がかかるのが現実で、さらに、病院で予約を取るだけでも場合によっては数ヶ月待たされるという待機リストと待機期間の長さがイギリス医療の問題点になっている。どんな大病院でもすぐにかかることができる日本の専門医へのアクセスの良さは患者側にとっては非常に利便性が高い。このように、イギリスの医療はまずプライマリー・ヘルスケアの GP により築かれている。

もちろん、うつ病でも変わりはなく、患者がうつ病と思ったら、まず GP にかかる。そこで、GP は、NICE のガイドラインに従って、アセスメント (評価) を行い、うつ病を重症度によって、プライマリー・ケア・チーム、プライマリー・ケア精神保健ワーカーあるいは精神保健専門家や危機チームに紹介する判断をしていく。GP は個人の開業医というのではなく、病院下に登録されて GP のもとには実践看護婦、各種セラピストやサポート職が付随し、連携した医療をおこなっている。

イギリスでの患者は必ずプライマリー・ケアである GP から始まるシステムを日本で行うとすると、どうなるであろうか。もし、日本で、うつ病の stepped-care model (段階的モデル) を取り入れるとなると、どうであろうか。医療機関の機能分化が明確に求められる。日本の一般内科のクリニックがイギリスの GP であるとする、中等症から重症のうつ病に対して、薬物療法を提供するのが、日本の精神科や心療内科のクリニックとなるであろうか。しかし、本来、GP のやるべき、うつ病であるかどうか、重症度はどうかというアセスメントから始まって、自殺の危険が強ければ、入院施設のある総合病院精神科を紹介することもするし、正常のうつの範囲の人から、軽症、中等症、重症のすべてのうつ病を診察しているのが、日本の精神科や心療内科のクリニックの現状であろう。日本の精神科や心療内科のクリニックは、英国のうつ病の stepped-care model (段階的モデル) を用いて、うつ病の重症度にあわせて、機能分化を図っても良いのではないだろうか。たとえば、薬物療法ではなく、低強度セラピーを専門的に行う、軽症うつ病を専門に診るクリニックが成立するような、診療報酬制度ができれば、日本のうつ病 stepped-care model のアプローチは、うまくまわっていくであろう。もちろん、日本の保健所 (健康福祉センター) の機

能を強化して、薬物療法を使わずに、軽症うつ病を診療できる機能を持たせていくという方法もあるかもしれないが、軽症うつ病クリニックのほうが現実的であろう。そして、日本の精神科や心療内科のクリニックが、中等症、重症のうつ病に対しての薬物療法に専念することができれば、もっとうつ病治療は良い方向に向かうであろう。さらに、中等症、重症のうつ病に対しての認知行動療法（高強度のセラピー）が提供できる認知行動療法の専門クリニックが成立するような、診療報酬制度も日本に必要であろう。

また、最重度のステップ5にあたる、自殺念慮の強いうつ病患者に対する危機チームが、日本では、入院施設のある精神科病院や総合病院精神科に設置すべきという位置づけだろうか。そういう意味では、入院施設のある精神科病院や総合病院精神科は、軽症から中等症のうつ病患者の診察はしないようにして、最重症の自殺念慮の強いうつ病患者の診療に絞って、一人にたっぷり時間をかけても、診療報酬で報われるような形が必要であろう。特に、電気けいれん療法を行うことができる総合病院精神科には、危機チームとしていつでも生命の危険性の高いうつ病患者に対応できるようにしていても、十分診療報酬でやっていけるシステムづくりが重要であろう。

総合病院の自殺危機対応や認知行動療法専門クリニックの診療報酬の参考にできるのは、カナダのバンクーバー（ブリティッシュコロンビア州）の精神科クリニックのシステムであろう。バンクーバーでは、プライベートオフィスでの診療となるが、公的保険診療であり、精神科医は保険機構と診療出来る患者数を盛り込んだ契約を行う。GPからの紹介を受けて、クリニックでは1日8人までの診療枠（つまり一人1時間の診察）の制限があり、外来患者数の増大を防いでいる。外来費用は一人一時間約400カナダドル（日本円でおおよそ32000円）である（文献3）。

9. まとめ

残念ながら、現状ではそのような体制になっていないが、日本でも、うつ病の重症度に基づいた段階的診療モデル stepped-care model of depression を採用できるように、診療報酬制度を含めたうつ病診療システムを見直す必要があると考えられる。すなわち、薬物療法ではなく、低強度セラピーを専門的に行う、軽症うつ病専門クリニックの診療報酬（あるいは保健所の機能強化）、中等症・重症のうつ病に対しての認知行動療法（高強度セラピー）が提供できる認知行動療法専門クリニックの診療報酬、入院施設のある総合病院精神科に設置されるべきうつ病自殺危機チームのための診療報酬の3つを考慮する必要があるが示唆された。

また、職場での安全確保、労働災害の防止のために、事業者は、うつ病の重症度に基づいた段階的診療モデル stepped-care model of depression に基づき、うつ病のスクリーニングを行い、それぞれの重症度に応じた対応をしていくことが、将来的に望ましい。特に、軽症うつ病の早期発見と早期介入は、事業所においても重要になっていくと予想される。また、職場復帰がうまくいかないような、再発うつ病については、重症のステップ3より

もさらに一つ上のステップ4として、薬物療法と心理学的介入を併用した総合的な対応が求められており、事業所としての対応が重要となってくるところであろう。

【文 献】

- 1) National Institute for Health and Clinical Excellence Published clinical guidelines CG23 Depression: NICE guideline (amended)
- 2) 森宏一郎 (2007) イギリスの医療制度 (NHS) 改革—サッチャー政権からブレア政権および現在—, 日医総研 NO. 140
- 3) 佐々木一、佐竹直子、浅羽敬之、昆敬之、中里道子、徳永雄一郎、窪田彰 「精神医療の提供実態に関する国際比較研究」平成 19 年度厚生労働科学研究補助金「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」(主任研究者 伊豫雅臣)

メンタルヘルス不調に対する産業医のアセスメントの実態

北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学

田中 克俊

1. はじめに

メンタルヘルス不調の病態を正確に把握し、適切な治療に結びつけるためには専門医によるアセスメントが行われることが望ましいが、人的資源の問題からそれは現実的ではない。事業場におけるメンタルヘルス不調のアセスメントは産業医が担わなければならない。

産業医は、事業場の心の健康づくり対策のあらゆる場面において、労働者と管理監督者を支援しなければならない。特に、労働者からの相談対応においては、労働者の健康状態を把握するとともに、従業員が抱えている健康上の問題が保健指導レベルの問題なのか、専門的な治療レベルの問題なのか、または職場への介入が必要なレベルなのかなどについて判断する必要がある。精神疾患に関する労災や民事訴訟が急増する中、ある程度正確なアセスメントができないと、企業の安全配慮義務を専門的な立場からサポートする役割は果たせない状況にある。中でも現場においてもっとも遭遇する頻度の高いうつ状態に関するアセスメントは重要である。

現在、実際の産業医によるメンタルヘルス不調のアセスメントは、操作的診断基準に基づいたアセスメントが中心に行われている実態がある。本稿では、うつ病を中心としたメンタルヘルス不調に対する産業医のアセスメントの実態について検討する。

2. 構造化面接法を利用したうつ病のアセスメント

現在うつ病の構造化面接方法としていくつか提供されているが、その中の一つであり、多くの職場で利用されている Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (大坪天平, 宮岡等, 上島国利: M.I.N.I.精神疾患簡易構造化面接法. 星和書店, 東京, 2002.) について述べる。MINI は、欧州における大規模なうつ病の疫学研究 (Depression Research in European Society: DEPRES) で精神疾患簡易構造化面接法として用いられた。MINI は SCID-P(DSM に準拠)や CIDI (ICD-10 に対応して WHO が作成した構造化面接) による結果との一致率も高くかつこれらよりも短時間で施行可能という特徴を有している。

大うつ病エピソードに関する M. I. N. I. の質問は全部で 9 問ある。最初の A1 (抑うつ気分) と A2 (興味・喜びの減退) をまず質問し、そのうち 1 つ以上当てはまる人に対して、残り 7 つの質問をしていく。現在のうつ病の診断基準では抑うつ気分か興味・喜びの減退のどちらかもしくは両方が認められることが必須条件とされている。そして A3 の a)~g) までの計 9 項目中、合計 5 つ以上が当てはまった場合、大うつ病エピソードを満たすと考える。

M.I.N.I.では、大うつ病エピソードを満たしたケースに対してさらにメランコリーの特徴の有無を調べるためのモジュールが準備されているが、これは、より生物学的なうつ病のサインをみようとすものであり、メランコリーの特徴を満たした場合、そのうつ状態の原因は主に生物学的な理由によるものであり薬物治療にもより反応しやすいと考えられている。一般にはメランコリーの特徴を有する状態はより重症であるとも言われており、薬物治療を中心とした受診勧奨もより積極的に行われるべきだと考えられる。

最終的にうつ病と判断するには、身体疾患（甲状腺機能低下症など）やアルコールによるものを除外し、他の精神病性疾患や人格障害、適応障害との鑑別など専門医による診断を必要とする。産業医が行う構造化面接の結果は、精神科医が行う臨床診断とは異なるが、少なくとも定期健康診断等における産業医の判断としては、大うつ病エピソードを満たすうつ状態は、そのまま放っておくのではなく何らかの介入を検討すべき対象と判断することとなる。産業医は、MINIの結果を MINIの結果をもとに、これまでの心身の健康及び社会適応状況等も勘案しながら、産業医としての今後の対応を決定することとなる。

大うつ病エピソード (M. I. N. I)

- | |
|---|
| <p>A 1. ここ2週間、毎日のようにほとんど一日中、憂うつであったり、沈んだ気持ちでいましたか？</p> <p>A 2. ここ2週間、ほとんどのことに興味を失っていたり、通常ならいつでも楽しめていた事が楽しくなくなっていましたか？</p> <p>A 3</p> <p>a) 毎日のように、食欲が減少、または増加しましたか。または体重が意図的でないのに、減少または増加(±5%)しましたか？</p> <p>b) 毎晩のように、睡眠に問題(寝つきが悪い、夜中に目が覚める、早朝覚醒、寝過ぎなど)がありましたか？</p> <p>c) 毎日のように、普段に比べて話し方や動作が緩慢になったり、またはイライラしたり、落ち着きがなくなったり、静かに座っていられなくなりましたか？</p> <p>d) 毎日のように、疲れを感じたり、または気力がないと感じましたか？</p> <p>e) 毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感じたりしましたか？</p> <p>f) 毎日のように、集中したり決断することの難しさを感じましたか？</p> <p>g) 自分を傷つけたり自殺することや、死んでいけばよかったと繰り返し考えましたか？</p> |
|---|

3. 構造化面接法を用いたアセスメントの実施事例

筆者らが過去に定期健康診断時にMINIを用いて行った大うつ病エピソードのアセスメントの結果について示す。

1) 対象者

電機メーカー3社計8事業場に勤務する労働者 13,263名

2) 対象者の平均年齢 (SD)

39.6 (10.3) 歳 (range 19-75)

男性：11447(86.3%)，40.5(10.1)歳

女性：1816(13.7%)，33.9(9.5)歳

3) MINIによる大うつ病エピソード陽性者

178人 / 13263人中 1.34% (95% confidence interval(C.I.) 1.15% - 1.54%)

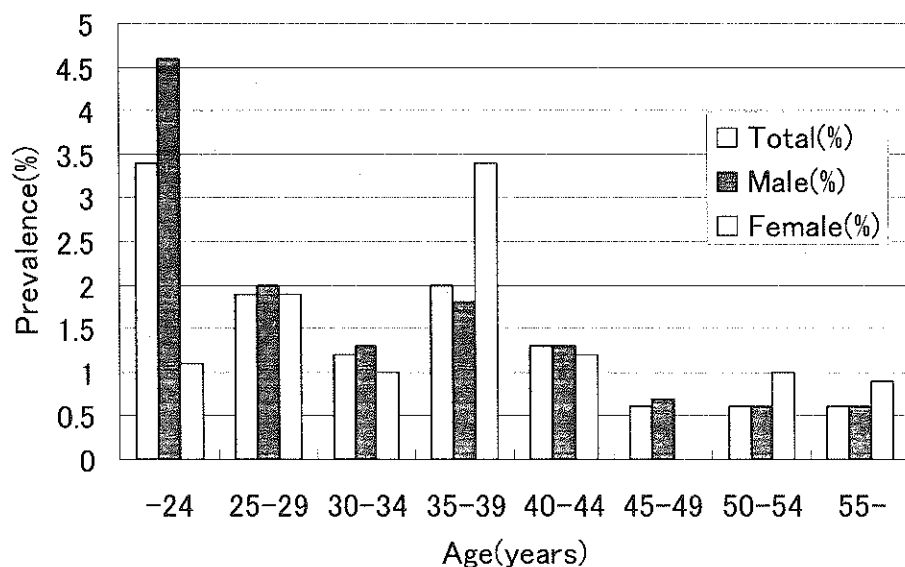
男性：150/11447 1.31% (95% C.I. 1.10% - 1.52%)

女性：28/1816 1.54% (95% C.I. 0.98% - 2.11%)

a) 大うつ病エピソードを満たした人の中で現在治療中の人は31%。

b) 大うつ病有病率は、0.7-3.3%と事業所によって差がある。面接を担当した産業保健スタッフのスキルや実施状況による影響も大きいと考えられる。

4) 年齢別の有病率グラフファイル



5) ・単変量解析 (univariate analysis) を用いた大うつ病エピソードの有無における特徴の比較

(基本属性情報が得られた 11,313 名が対象)

Characteristic	大うつ病群(n=109)	非大うつ病群(n=11204)	p
交代勤務あり	2.8%	1.1%	NS
管理職	11.0%	16.7%	NS
肉体労働に従事	8.3%	5.7%	NS
仕事上の周囲からのサポートへの満	45.0%	80.0%	<.001

足			
最近1年間の異動・配置転換	43.1%	27.3%	<.001
労働時間			
50H/週以上	27.5%	24.5%	NS
55H/週以上	14.7%	8.6%	<.05
60H/週以上	5.5%	2.7%	NS
一人暮らし	49.5%	34.8%	<.001
睡眠時間			
4H未満	3.7%	1.0%	<.001
5H未満	22.0%	12.0%	<.001
6H未満	63.3%	52.7%	<.05
7H未満	96.3%	91.4%	NS
運動習慣あり	12.8%	30.8%	<.001
喫煙習慣あり	30.3%	36.3%	NS
年齢	35.1±9.0	39.7±10.3	<.001
アルコール摂取量 (g/week)	89.3±103.1	122.5±142.5	<.05

Plus-minus values are means \pm SD.

6) 大うつ病エピソードの有無を目的変数とした Logistic 回帰分析結果 (有意な要因のみ, $p < 0.05$)

Variable	B	Odds ratio(95% C. I.)
異動配転	.68	1.98 (1.34-2.92)
一人暮らし	.54	1.73 (1.17-2.54)
睡眠5時間未満	.51	1.68 (1.05-2.67)
運動習慣がある	-1.13	.32 (.17-.57)
仕事上周囲からのサポートが得られる	-1.50	.22 (.15-.32)

4. 職域における重要なうつ病の症状と診断のポイント

うつ病の症状は、年齢や性別の他、文化的社会的背景の違いなどによって影響を受けることが知られている。M.I.N.I.を用いた調査においても勤労者のうつ病のアセスメントにおける特徴が見出されている。産業医によるアセスメントにおいてはどのような症状がポイントになるのかについて我々が過去に検討した内容について述べる。DSM-IVなどの操作的診断基準では、抑うつ気分または興味・喜びの減退といった症状が診断に必須であり、これにいくつかの症状項目を追加質問していった最終的に大うつ病の診断基準に合致するかどうかを判断する仕組みとなっているが (Serial testing)、追加質問された症状の有無と最終的な大うつ病診断との一致度を表す指標をもとに評価を行った。その結果、職域でのうつ病の診断に

については「集中や決断の困難」と「無価値感・自責感」といった症状が他の症状に較べて非常に重要であることが示唆された（表1）。臨床的には非常に重要な項目である「食欲や体重の変化」や「易疲労感・気力のなさ」、「希死念慮」は、診断的には敏感度や特異度のどちらかが極端に低くなる症状項目であることが示された。また「不眠」や「動作緩慢・不安焦燥感」は、職域でのうつ病有病率では陰性的中率は高いものの陽性的中率はやや低めに出る傾向が示された。

「抑うつ気分」または「興味・喜びの減退」が2週間以上続く場合の追加質問
 —各症状項目と大うつ病診断との一致に関する指標—

	敏感 度	特異 度	陽性的中 率	陰性的中 率	Kappa 係 数	診断のための重要 度
食欲や体重の変化	0.37	0.83	0.51	0.73	0.21	△
不眠	0.72	0.72	0.56	0.84	0.41	○
動作緩慢・不安焦燥 感	0.66	0.76	0.57	0.82	0.40	○
易疲労感・気力のなさ	0.94	0.42	0.44	0.93	0.28	△
無価値感・自責感	0.61	0.88	0.72	0.82	0.52	◎
集中や決断の困難	0.82	0.75	0.62	0.89	0.53	◎
希死念慮	0.23	0.98	0.86	0.72	0.26	△

敏感度: 大うつ病の中で当該症状ありと答える確率

特異度: 大うつ病でない中で当該症状なしと答える確率

陽性的中率: 当該症状ありと答えた中で大うつ病であると判断される確率

陰性的中率: 当該症状なしと答えた中で大うつ病なしと判断される確率

Kappa 係数: 当該症状の有無と大うつ病の有無の偶然によらない一致率の指標

これらの結果は、臨床場面でうつ病患者と接する際の印象とも良く一致するものである。職域で従業員が自ら積極的に訴えるのは、仕事の遅れや残業の増加といった現実的な問題点である。本当はうつ病による抑うつ気分や不安といった症状が彼らを最も苦しめているのであろうが、彼らはこれらの心理的な症状よりも、現実の問題に直結した「集中や決断の困難」といった機能的な症状項目の方により高い親和性を示す傾向がある。そして彼らは、その結果「仕事が上手くいかない」反省や後悔として「無価値感や自責感」を口にすることが多い。「無価値感や自責感」の特異度は「希死念慮」程ではないものの、職域では希死念慮の敏感度は極端に低くなるのに対し、「無価値感や自責感」は病前性格も手伝ってか職域においては比較的普通に回答を得ることが可能であるため、うつ病診断のために重要な症状項目と

なる。

概して、職域におけるアセスメントにおいては、症状そのものだけでなく業務遂行に関する機能的な問題点から整理していった方がスムーズにいくと思われる。特にこのような視点は、診断だけでなくうつ病患者の復職の判断においても非常に重要となる。

5. 産業医によるうつ病のアセスメントに関する考察

メンタルヘルス不調の病態を正確に把握し、適切な治療に結びつけるためには専門医による臨床診断が重要である。しかしながら、各事業場への専門医の配置は困難であることから、うつ病のアセスメントは産業医によって行われており、その際には操作的診断基準に基づいた面接法が用いられている場合が多い。労災や民事訴訟におけるうつ病の診断は、専門医によるエキスパート診断によるものではなく、実際上は ICD-10 や DSM 等の操作的診断基準に基づくものであることや、専門医に近い診断技術の習得が困難であることによることを考慮すると、やはりこうしたアセスメント方法を中心に対応することが現実的であると思われる。リスクマネジメントの立場から考えると、専門的な訓練を受けていない産業医が自分の経験だけでうつ病のアセスメントを行うことは危険であると言えよう。

しかしながら操作的診断基準を絶対視することは避けなければならないことは、産業保健の分野においても同様である。本来、DSM などの操作的診断基準においては、大うつ病エピソードだけを取り出して調べるのではなく、全ての第1軸診断や第2軸（人格障害・精神遅滞）もしくは第3軸（一般身体疾患）までを含めて併存する疾患を全て取り上げ、さらに第4軸（心理社会的および環境的問題）や第5軸（機能の全体的評定）も行うことが原則となっている。このことを考えると、操作的診断基準を使用するとしても、きちんとした第4軸の評価も含めその使用原則にきちんと従った方法であれば、産業保健分野における利用価値はより高まると考えられる。現在うつ病エピソードに関するモジュールだけを取り出してアセスメントを行う限界についても十分理解した上で操作的診断基準を利用する必要がある。

ある程度経験を重ねると、これまでの就業状況や社会適応能力、性格傾向やストレス耐性なども含め、労働者の全体像が見えるようになってくるはずである。職域でのアセスメントは、周囲からの客観的な情報により、これまでの経過を縦断的に観察できることという大きな利点を有していることから、きちんと問診をすれば、現在のメンタルヘルス不調が、個人の特性による部分もありそうか、環境や外的ストレスに対する反応と考えてもよさそうか、またはそれらの組み合わせで生じたものなのか、精神疾患が強く疑われる状態なのかは自ずと明らかになってくる場合も少なくない。アセスメントの本来の目的は、診断をつけることではなく（もちろん産業医が確定できるわけではない）、今後の対応を考える点にあることを考えると、専門医に紹介する以外に行うべきアプローチも見えてくるはずである。専門医に紹介するか否かの判断だけが産業医のアセスメントの目的ではないことに留意しなければならない。

産業保健職によるストレス評価の現状と可能性

新日本製鐵（株）君津製鐵所 労働・購買部

宮本 俊明

1. 企業におけるメンタルヘルス活動の現状

2008年1月31日に公表された、(社)日本経済団体連合会(以下、「日本経団連」)の「第51回福利厚生費調査附帯調査結果Ⅱメンタルヘルス対策」¹⁾において、日本経団連加盟業種団体所属企業および日本経団連会員企業1682社を対象に行ったアンケート調査で、2007年7月時点の調査として623社からの回答があり、その内容を分析した結果が示されている。回答企業の約半数が製造業であり、従業員1,000人以上の企業が61.2%を占め、1社平均の従業員数が4,134人と大企業が主体である。

一方、2008年4月25日に公表された、(財)労務行政研究所(以下、「労政研」)の「企業におけるメンタルヘルスの実態と対策」²⁾において、2008年1月～3月の時点で、全国証券市場に上場する企業および同規模の企業4168社にアンケート調査を行い、250社から回答を得て、その内容を企業規模別に分析した結果が示されている。250社の内訳は、従業員1,000人以上が89社、999～300人が82社、300人未満が79社であり、日本経団連の調査ほどではないが、規模の比較的大きな企業が回答している。

メンタルヘルス対策として、現在実施中の活動をたずねている設問であるが、両者の調査でほぼ同一の項目があり、その回答比率の差から、企業規模が大きいほど活動が活発に行われていることがわかる。

《日本経団連》

回答割合の多いものから順に以下の通り。

「常設ないし特定日の自社相談室の設置・運用(電話・Eメール相談を含む)」が64.0%、「管理職向けのメンタルヘルス教育」が63.1%、「社外相談機関ないし福利厚生代行サービス機関との契約による社外相談サービスの提供」が49.7%、「パンフレット・小冊子等による情報提供」が46.5%、「非管理職向けのメンタルヘルス教育」が45.3%、「ストレス診断の実施」が40.9%、「医師の面接指導制度の拡充等」が34.8%、「社内カウンセラーの育成」が14.4%であった。

《労政研》

回答割合の多いものから順に以下の通り。

「電話やEメールによる相談窓口の設置」が56.0%、「心の健康対策を目的とするカウンセリング(相談制度)」が52.4%、「管理職に対するメンタルヘルス教育」が43.6%、「社内報・パンフレットなどによるPR」が35.2%、「ストレスチェックなど心の健康に関するアンケート」が29.6%、「精神科・心療内科を専門とする産業医を専任または契約で配備」が25.6%、

「メンタルヘルス不調者の勤務や処遇、職場復帰支援に関する内規・マニュアル等の設定」が24.4%、「一般社員に対するメンタルヘルス教育」が23.2%であった。

2. ストレス評価とメンタルヘルス活動

「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（以下、「メンタルヘルス指針」）（2000年8月9日公示）において、メンタルヘルスケアの基本的な考え方として、以下の内容が記載されている。

「事業場におけるメンタルヘルスケアを推進するためには、心の健康に影響を与える職場の要因の具体的問題点を様々な面から把握し、これを改善することが重要である。また、労働者への心の健康に関する正しい知識の付与は、労働者による自発的な相談を促進する等、心の健康問題を解決していく上で大きな役割を果たし、労働者と日常的に接する管理監督者や事業場内産業保健スタッフ等に正しい知識が付与されることは、メンタルヘルスケアの推進に不可欠である。さらに、労働者による自発的な相談への対応のため、職場内に相談しやすい雰囲気をつくったり、相談に応じる体制を整えることが重要である。また、専門的な知識を有する事業場外資源とのネットワークの構築が重要であり、これを活用して、教育研修、労働者への相談対応等を実施し、必要な場合には、職場適応、治療又は職場復帰の指導等の対応を図ることが重要である」。

前記の労政研の調査では、3年前の同様の調査と比べて、何らかのメンタルヘルス対策を実施している割合が、69.9%から79.2%へと大幅に上昇していることから、メンタルヘルス指針の効果が上がっているものと思われる。前記の日本経団連および労政研の調査結果から、企業におけるメンタルヘルス活動は、メンタルヘルス不調者への事例対応とメンタルヘルス教育および事業場外資源の活用が主体であることがわかる。

メンタルヘルスが職場における精神的ストレスの影響であれば、その対策を実施する場合は、職場におけるストレスを測定することが必要になってくる³⁾。職場におけるストレスに関わる要因を測定する場合、職業性のストレス要因の評価だけでなく、労働者個々のストレス反応の有無や程度の評価、ストレス要因とストレス反応の関連を増強したり緩和したりする個人要因や仕事外要因や社会的支援等の修飾要因などの評価も必要になる⁴⁾⁵⁾。

一方、職場におけるメンタルヘルスケアのための対策としては、①心の健康に影響を与える職場のストレス要因を把握して職場環境等を改善するストレス対策と、②従業員への啓発・教育・訓練等によりストレス対処能力を向上させる個人向けのストレス対策の2つに大別される⁵⁾⁶⁾。したがって職場におけるストレスの測定においては、集団レベルのストレス評価と個人レベルのストレス評価の双方を考慮しなくてはならない³⁾。

3. ストレス評価の方法

職場において、職業性のストレス要因の測定法としては、調査の容易さ、信頼性の高さ、および個人レベルのストレス要因も評価できるという点から³⁾、信頼性や妥当性が確立して

いる有用性の高い調査票による方法が最もよく利用されている。ここで注意すべき点は、集団に用いる調査票の多くは、あくまでスクリーニング（篩い分け）であって診断を行うためのものではないということである。つまりスクリーニング目的で開発された調査票の結果は、何らかの傾向もしくは可能性を見出すために用いるものであり、個人のメンタルヘルス不調の重症度判定に用いるべきではない。逆に、本来は精神疾患の重症度判定のために開発された調査票を集団のストレス評価に用いるのは必ずしも適当でない。十分な基礎知識が無いために調査票を不適当に使用したり、スクリーニング実施後の陽性者への対処手順が確立されていないのに不用意に集団調査したりすることは、対象者の不安を惹起したり、責任問題をめぐるトラブルを引き起こしかねない。

したがって、職場において調査票によるストレス調査を実施するにあたっては、あらかじめ衛生委員会等の場で調査目的や事後対応手順および個人や職場へのフィードバック方法などについて説明し、関係者の同意を得ておくことが必要である。さらに調査対象者に対しては、記入方法や回収方法も吟味して、プライバシーが十分に保護されることも併せて説明し、本人の同意を得て行うことが必要である。

これらのことから、職場におけるストレス評価のための調査票による調査は、それが職業性ストレス要因を測定するためのものなのか、あるいは心理的ストレス反応を測定するためのものなのか、修飾要因をどの程度測定できるものなのか、といった十分な基礎知識を持った専門職もしくは産業保健職が行うことが望ましい。

4. 産業保健職がストレス評価を行う機会

職場において、産業保健職がストレス評価を行う実際的な場面としては、以下のような機会が考えられる。産業保健職は、職場で使用されることの多い職業性ストレス要因や心理的ストレス反応および修飾要因の測定法を整理し、さらに職場環境等および個人向けのストレス対策において、調査票をどのように活用できるのか³⁾、簡便さだけにとらわれず、事前にしっかりと理解しておくべきである。

(1) メンタルヘルス不調が疑われるとして相談された際に行う場合

労働者本人による早期発見（セルフケア）や、上司や周囲の者による早期発見（ラインによるケア）によって不調が疑われて産業保健職のところに相談に来ることは、メンタルヘルス指針でも求められており、職場のメンタルヘルス対策としては有意義なことである。この相談の際に、ストレス評価を行うことが考えられる。この場合は、精神科医に専門的診断を受けるべきかどうかという判断が求められると考えられることから、うつ病に係る構造化面接の実施⁷⁾、あるいは個人のストレス反応の測定等でスクリーニングを行う意義は高い。加えて再発防止の観点から、職業性ストレス要因や修飾要因も測定できたほうが望ましい。

(2) 過重労働面接の際に行う場合

一定時間以上の長時間労働を行った、いわゆる過重労働者に対しては、労働安全衛生法による産業医面接が義務付けられている。この面接の際にも、精神科医に専門的診断を受けるべきかどうかという判断が求められると考えられることから、労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリストによる確認とともに、うつ病に係る構造化面接の実施が求められている。また、長時間労働が以後も一定期間継続するような場合も考えられることから、職業性ストレス要因や修飾要因も測定できたほうが望ましい。そのため、職業性ストレス簡易調査票⁸⁾の使用も推奨されている。

(3) 健康診断実施時に行う場合

健康診断時に、メンタルヘルス不調の可能性のある者のスクリーニングを定期的に行うことは、年に1~2回の健康診断のタイミングを考慮すると実効性に疑問な点もある。しかし、全労働者が医師と確実に面接できる機会でもあり、T H P (Total Health Promotion Plan)の観点からも健康診断・健康測定の機会に構造化面接や調査票によるスクリーニングを行うことは悪いことではない。さらに、健康診断は産業保健職にとっては第二の職場巡視ともいえる職場環境や作業条件等を聴取できる貴重な機会であることから⁹⁾、むしろ職場ストレス要因の調査や、職場に存在する修飾要因の調査にも貴重な機会となると考えられる。このような目的に適した、健康診断や健康相談の場でも利用しやすい調査票としては、前述の職業性ストレス簡易調査票があげられる。この回答をパソコンに入力して個人ごとに「ストレスプロフィール」を作成して本人にフィードバックしてセルフケアを促すことも可能である³⁾。

(4) 職場の活性化あるいは快適職場形成のために行う場合

ILOによる職場のストレス対策レビューでは、個人向けアプローチの効果が一時的、限定的になりやすいのに比べ、職場環境の改善を通じたアプローチがより持続的な効果をもたらすとしている¹⁰⁾。わが国においても職業性のストレス要因を測定し、産業保健職が主体となって職場の雰囲気や仕事の進め方などの改善を指導し効果を再評価した例¹¹⁾、ハード面の改善まで含めたアクションチェックリストの開発を試みている例¹²⁾、などが報告されている。また、職場単位で職業性ストレスの水準を評価することに特化した調査票として、仕事のストレス判定図¹³⁾も開発されており、その結果を職場環境改善に活かす試みも報告されている¹⁴⁾。職場のストレス要因の測定は、管理者や従業員本人たちの同意が得られれば任意の時期に可能である。職場のストレス評価と改善活動は、いわゆるリストラや組織改変を検討ないし実施する場合にも、それらの労働者への心理的影響を最小限とするために活用できるものと考えられる。

5. 産業保健職の可能性

職場のメンタルヘルス向上のためには、発生した個別事例対応という二次・三次予防活動

だけでは「もぐらたたき」になってしまうため⁷⁾、職業性ストレスに対する一次予防活動の実施が有効である。職場におけるストレス評価の結果を個人への介入のみならず職場の改善に活かすためには、職場を良く知る産業保健職の力が不可欠である。さらに、個別対応の円滑な推進や調査票による評価の実施に際しては、事業場内部に事前の教育研修を展開することで、職場管理者や従業員と産業保健職との連携ルートが確立されていることが重要である。それにより職場管理者と産業保健職の綿密な情報交換に加えて、教育研修によって職場側の対応能力が向上する¹⁵⁾ことで、二次・三次予防はもとより、一次予防活動を推進することができるようになる。これは外部の専門家ではなしえないことである。

また、専属産業医がいない規模の中小規模事業場におけるメンタルヘルス対策の実施は大規模事業場に比べて、専門技法やマンパワーや資金面等の問題で立ち遅れているのが現状である¹⁶⁾が、近年は大都市を中心にEAP（従業員支援プログラム）を標榜する機関が増加しており、事業場外の支援組織として注目されてきている。特に資金面で困難がある事業場の場合は、複数の企業が集まってEAP機関と契約するコンソーシアムモデルが推奨されている¹⁷⁾。産業保健職の負担が高まりすぎて通常業務に支障が出ないようにする社会的支援体制は出来つつあるとあってよい。

このようななか、産業医や産業保健師・産業看護師は職場を良く知っており、教育展開もできて事業場内部の連携ルートも確保されているということは、事業場内部においては、外部専門家以上にメンタルヘルス対策に取り組めるということである。特に産業医以外の保健職は、産業医が常勤でない規模の事業場でも雇用される例が多く、実際上の産業保健活動のキーパーソンになっていることも多い。もちろん産業保健活動はメンタルヘルス活動のみではないが、産業保健職の業務負荷によっては前述のEAP機関を上手に活用する際にも事業場の産業保健職による差配が不可欠といえよう。今後ますますストレス要因が増加する可能性がある職場で、有用性が確立している調査票など各種ツールを上手に用いてストレス評価等を適切に行いながら、二次・三次予防はもとより、一次予防活動を推進することが産業保健職に求められている。

〔文 献〕

- 1) 第 51 回福利厚生費調査附帯調査結果Ⅱメンタルヘルス対策. (社)日本経済団体連合会. 2008 年 1 月 31 日公表. (<http://www.keidanren.or.jp/japanese/policy/2008/002.pdf>)
- 2) 企業におけるメンタルヘルスの実態と対策. (財)労務行政研究所. 2008 年 4 月 25 日公表. (<https://www.rosei.or.jp/contents/detail/6125>)
- 3) 川上憲人. 職場における調査票によるストレス評価の現状. 産業精神保健 12: 1-10, 2004.
- 4) Hurrell JJ Jr, McLaney MA. Exposure to job stress - A new psychometric instrument. Scand J Work Environ Health 14 (suppl. 1): 27-28, 1988.

- 5) Kawakami N, Haratani T. Epidemiology of job stress and health in Japan: Review of current evidence and future direction. *Ind Health* 37: 174-186, 1999.
- 6) Sauter, S.L., Murphy, L.R. & Hurrell, J.J. Prevention of work-related psychological disorders: A National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). *Am Psychologist* 45: 1146-1158, 1990.
- 7) 廣尚典. 事業場の産業保健スタッフによるケアをどのように実施するか. *産業医学ジャーナル* 27(3): 19-24, 2004.
- 8) 下光輝一, 原谷隆史, 中村賢, 他. 主に個人評価を目的とした職業性ストレス簡易調査票の完成: 加藤正明(班長). 労働省平成 11 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」報告書: pp126-164, 2000.
- 9) 宮本俊明. 見て、聞いて、感じる産業医活動ー職場巡視と健康管理の有機的結合ー. *安全と健康* 10: 85-87, 2009.
- 10) Karasek R. Stress prevention through work reorganization: a summary of 19 international case studies. *ILO Conditions of Work Digest. Preventing Stress at Work* 11: 23-41, 1992.
- 11) 長谷陽子, 堀広子, 中安いくよ, 他. 職場のストレス軽減のための取り組みー職業性ストレス簡易調査票を活用した支援についてー. *産衛誌* 50: 111-119, 2008.
- 12) 吉川徹, 川上憲人, 小木和孝, 他. 職場環境改善のためのメンタルヘルスアクションチェックリストの開発. *産衛誌* 49: 127-142, 2007.
- 13) 川上憲人, 橋本修二, 相澤好治, 他. 「仕事のストレス判定図」の完成と現場における有用性の検討: 加藤正明(班長). 労働省平成 11 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」報告書: pp12-39, 2000.
- 14) 田中美由紀, 小田原努, 川島美枝子. 仕事のストレス判定図を用いたストレス対策の事例紹介ー面接による個別対応と組み合わせた事例ー. *産衛誌* 44: 17-19, 2002.
- 15) 宮本俊明. 保健指導やメンタルヘルス教育を充実し、「働く人」と「企業」の幸せを追求. *安全と健康* 10: 189-191, 2009.
- 16) 尾久征三, 永田頌史. わが国の中小企業におけるメンタルヘルス対策の現状と将来. *産業医学レビュー* 21: 105-135, 2008.
- 17) 島悟, 田中克俊, 大庭さよ. 産業・経済変革期の職場のストレス対策の進め方 各論 1. 一次予防(健康障害の発生の予防)EAPについて. *産衛誌* 44: 50-55, 2002.

ストレス評価をめぐる精神科主治医と産業保健職との連携

産業医科大学

産業生態科学研究所精神保健学

廣 尚典

【概 要】

職場のメンタルヘルス対策を進めるにあたって、精神科医と産業保健スタッフ（産業医、看護職等）の連携がどのように行われているかを、主な連携の機会別に整理した。現状においても、連携の過程で双方が得られる情報には、業務起因性に関する評価を行う上で参考となる事項がかなり含まれていることが浮き彫りになった。今後、多くの職場でこの連携はますます強化されていくと考えられ、労災認定の観点からも、それらが精神科医、職場の各々で首尾よくまとめられることが望まれる。

〔要 旨〕

職場のメンタルヘルス対策において、精神科主治医と職場関係者、特に産業保健スタッフ（産業医、産業看護職など）の連携の重要性が指摘されるようになってきている。連携の場としては、職場においてメンタルヘルス不調が発見され、専門治療に結びつけられる過程、既に治療中の労働者について、治療の一助とすべく主治医から職場に対して当該労働者の情報提供が依頼されたり、職場から主治医へ必要な就業面の配慮に関する問い合わせがなされる場合、労働者が精神疾患のために休業する際および精神疾患により休業していた労働者が職場復帰を試みる際などがあげられる。拙論では、こうした連携の場で交わされる情報交換の内容を整理し、個人情報保護の面も含めて、それらが精神疾患の労災認定のあり方を検討する上で、どのように活用できるかを検討した。現状においても、両者の間では労働者の病状や業務遂行能力に関して詳細な情報交換が行われている例が少なくないが、今後その傾向は高まっていくことが予想される。業務起因性の判断においても、それらの情報はこれまで以上に有効活用できる可能性があるだろう。

1. はじめに

労働者のメンタルヘルス不調をめぐって、主治医である精神科医と職場で健康管理を担当する産業保健スタッフ（産業医、産業看護職など）は、いくつかの場面で情報交換をする機会がある。精神科医にとっては、それによって得られた情報を診療において診断や治療方針、本人および家族への助言などの参考にすることができる。一方、産業保健スタッフは、主治医から得られた情報を、当該労働者の業務面の配慮（就業制限）、適正配置などに生かすことが可能である。近年、特に事業者に対して、労働者が職務を遂行する過程で健康や生命が脅かされないように必要な対応を行う安全配慮義務が強調されるようになっており¹⁾、2007年に制定された労働契約法にも盛り込まれた。これに伴って、メンタルヘルス不調者に対しても、症状が増悪しないよう配慮が求められることから、主治医に対してそのために必要な情報を求める動きが強まっている。

本稿では、メンタルヘルス不調に陥った労働者をめぐって精神科医と産業保健スタッフが情報交換を行う場のうち、主要な場面（表）について、それぞれの情報交換の内容をまとめ、それが業務起因性に関する評価にどのように影響しうるかを考察した。

2. 定期健康診断とその事後措置

全国的にメンタルヘルス不調をきたす労働者が増加していること²⁾などから、健康診断時にうつ病などのメンタルヘルス面の評価を行っている事業場が少なくない。評価の方法としては、質問紙調査や簡便な構造化面接があげられる。そうした評価でメンタルヘルス不調が疑われた場合には、大半の事業場では精神科医が常駐していないため、近隣の精神科医を紹介し、診断や治療をゆだねることになる。その際に産業保健スタッフが精神科医に宛てる紹介状には定まった様式はなく、各職場で工夫されているのが現状であるが、通常は、健診での

表. 精神科医と産業保健スタッフの主な連携

場面	対象者
健診後の事後措置	メンタルヘルス不調が疑われた労働者
過重労働面接の事後措置	〃 長時間労働者
随時の健康相談の事後措置	メンタルヘルス不調が疑われた労働者
職場復帰支援	メンタルヘルス不調により休業した労働者
職場からの依頼 (いわゆるセカンドオピニオンとして)	メンタルヘルス不調に陥った労働者

評価結果（例えば、スクリーニングテストでうつ病の疑いと判定された）に加え、本人の自覚症状、職務内容、最近の仕事ぶりなどが記される。既往歴が把握されていれば、その情報が添えられることもあろう。

しかし、仕事ぶりや職場の状況については、日頃から産業保健スタッフが把握していない限り、紹介状の作成のために改めて短期間で詮索することは困難であり、詳細はあまり記されていないのが現状であろう。

3. 長時間労働者の面接指導と事後措置

平成 17 年の労働安全衛生法の改正によって、健康診断とは別に、長時間労働者に対して面接指導等が行われることになった³⁾。すなわち、時間外労働が月 100 時間を超え、本人が疲労の蓄積を訴え申し出た者には全例、医師による面接指導を実施するよう義務づけられている。また、時間外労働が月 80 時間を超え、疲労の蓄積があつて健康に不安を持っている者、各事業場で設けた基準に該当する労働者にも面接指導などを行うことが努力義務となっている。これらの対応では、脳・心臓疾患に加えて、メンタルヘルス不調に関する評価も行うことになっており、そこで専門医の受療が必要と判断された場合には、専門医に紹介されることになる（図）。

この際には、産業保健スタッフは、面接指導等に先駆けて、超過労働時間の他、業務内容等についての情報を職場から入手することになっており、上述した健康診断より、その時点で仕事や職場に関連する情報を多く得ているといえる。また、面接では、本人に対して、仕事に関連した疲労感や不調感が聴取されることになっている。したがって、紹介状にもそれらを記すことが可能である。また、その情報は客観性が高いと考えられる。

4. 随時健康相談を通じての連携

上述した健康診断や長時間労働者に対する面接指導等以外にも、多くの職場、特に産業医の来所頻度が高いか看護職が常駐するような事業場では、随時労働者の健康相談が行われて

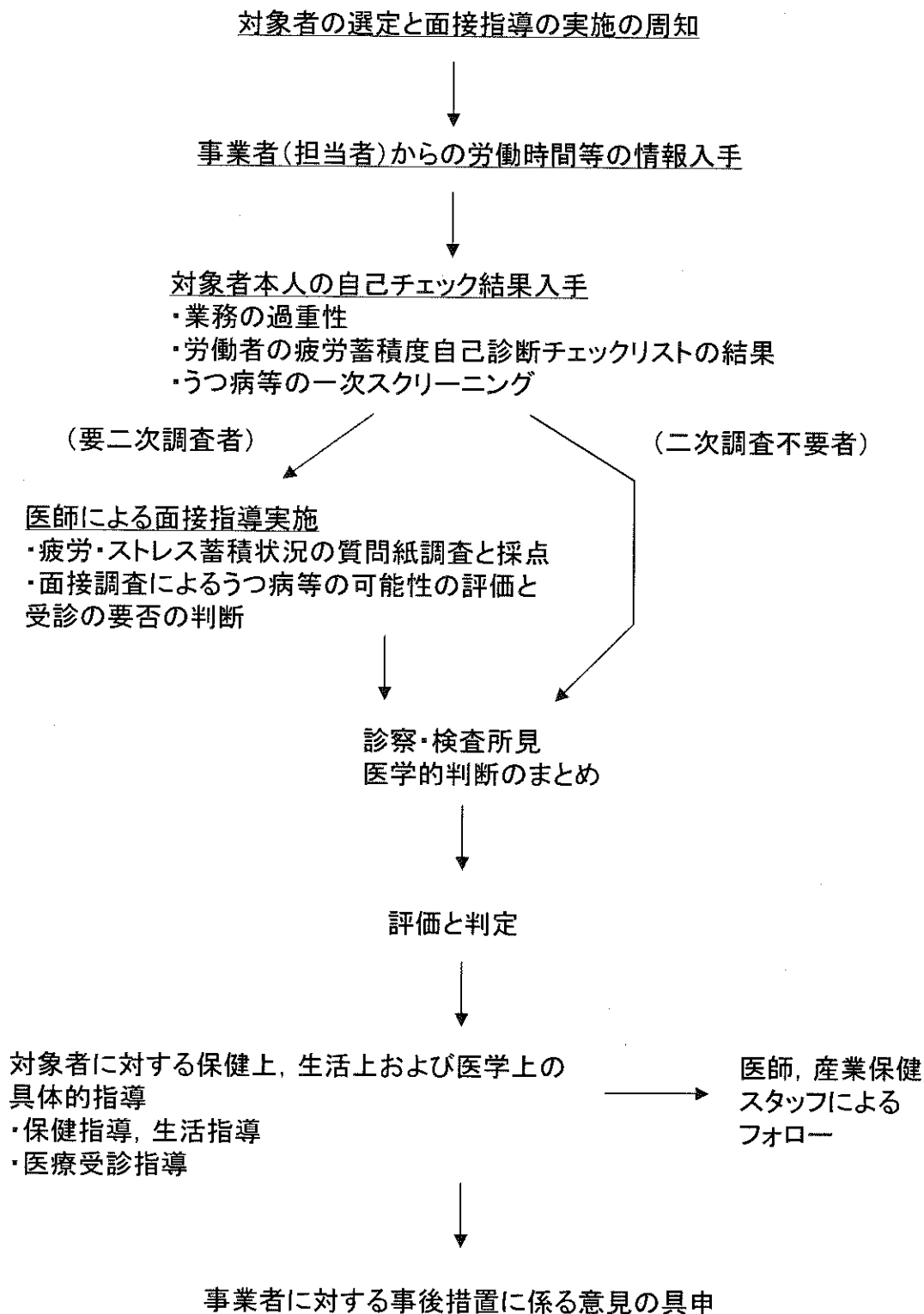


図. 産業医が行う長時間労働者に対する面接指導の手順と進め方²⁾

いる例が多い。看護職等が産業カウンセラーの資格を取得したり、心理相談担当者（トータルヘルス・プロモーション・プラン）の研修等を受講した後、メンタルヘルスに関する相談の枠を設け対応しているところも散見される⁴⁾。そのような活動では、労働者本人からよりも、管理監督者から部下の相談が持ちかけられるほうが多い場合もある。こうした随時の健康相談によって、メンタルヘルス不調が疑われた場合も、精神科医に紹介されることになるが、本人の仕事ぶりや職場環境などを詳しく調査した上で紹介するのが通常であるため、紹介状にもそうした情報が記載されることが多い。

これらのいずれの紹介においても、主治医となる精神科医からの返信には、本人の受診日、暫定あるいは確定診断、その後の見通し、就業に関する注意などが記載される。その項目や詳しさについては様々である。

5. 職場復帰支援の場

精神疾患により休業を余儀なくされた労働者の職場復帰支援時は、精神科医（主治医）と職場の連携が重要な意味を持つ場面のひとつである。

精神疾患により休業した労働者の職場復帰支援のあり方に関しては、2004年10月に厚生労働省が「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」（復職支援手引き）を公表している。当初、復職支援手引きは、メンタルヘルス指針と異なり、労働安全衛生法規と直接は関連づけられず、その内容の実施を事業者に義務づけるものではなかったが、2006年の民事訴訟（大阪府保健医療財団事件）の地裁判決で、職場復帰の手続きに関して、本手引きが引用されて以降、その重要性が増していると言える。

復職支援手引きは、精神疾患により休業した労働者が職場復帰する際に、職場においてどのような支援が行われるべきかを、産業保健スタッフ（産業医、看護職など）の活動を中心として詳述したものである⁵⁾。2009年に示された改訂版では、基本的な考え方は旧版を踏襲しており、いくつかの点が強調されたが、主治医と職場の情報交換、相互理解はそのひとつである。

復職支援手引きは、職場復帰支援を5つのステップに分類している。

第1ステップは、休業開始時点である。当該労働者から、主治医による診断書が提出され、休業が認められる。職場から当該労働者に対して、本人が安心して療養に専念できるように、休業制度の詳細や復職時の手続きについての情報が伝えられる。この段階で、本人の了解のもとに、職場から主治医に対して、受診前の職場における本人の様子、業務内容、作業負荷が伝えられることがある。また、職場側が復職可能であると判断する目安（例えば、「生活リズムが安定するだけでなく、ほぼ1日机の前で何らかの作業ができる」「通勤ラッシュに耐えられ、半日は落ち着いてパソコン作業が可能である」等）を提示しておくことにより、後の復職判定を円滑化できる可能性があるため、そうした情報も併せて提供する動きもみられている⁶⁾。こうした職場からの連絡に返信する形で、主治医から職場に対して、病状や休業診断書が出されるに至った経緯、発症や症状の増悪に関与したと考えられる職場関連要因、

治療の見通しなどに関する情報が伝えられることもある。

この第1ステップの情報交換は従来あまり十分に行われてきたとはいえないが、今後は多くの事業場で充実化していくと推測される。

第2ステップは、主治医から「職場復帰可能」という意見書が提出される時点である。復職の可否に関する最終的な決定は、事業者、実務的には通常人事労務担当部署が行うことになっており、この時点から本格的な支援活動が始まるといえる。このステップは、意見書に限られる情報交換であり、その内容にさほどみるべきものはない。

第3ステップは、職場において、職場復帰の可否を決定し、復職可能であれば具体的にどのような支援によって当該労働者の職場再適応を促していくのかという計画を策定する段階であり、事実上復職支援活動の中核である。ここでは、主治医と職場との詳細な情報交換が求められる。主治医からの情報としては、治療の経過、病状、生活リズムの回復状況、懸念される薬剤の副作用、望ましい就業面の配慮などがあげられる。職場からは、第1ステップで記した事項の他、復職予定職場の状況、復職にあたってどのような配慮が可能かといった事項が伝えられることがある。

第4ステップは、職場復帰の日時、本人が従事する業務やその評価方法等に関するプランの最終決定である。この最終決定結果は、主治医にも伝えられる。主治医は、それによって、本人からの報告以外に、当該労働者がどのような配慮（業務制限）のもとに職場復帰をし、当面どういった業務に就くことになるかを知ることができる。

第5ステップは、職場復帰後のフォローアップの段階である。精神疾患では再発、再燃例が多いことから、他のステップに劣らず重要であり、復職支援手引きの改訂版でもそれが強調されている。当該労働者の病状再燃がみられたり、業務遂行能力の回復が思わしくない場合などは、必要に応じて職場復帰プランの見直しも検討されることになる。その際には、職場と主治医の間で、さらに情報交換が必要となる。

こうした手続きは、現在わが国の大半の事業場で行われているわけではない。しかし、上述したように、メンタルヘルス不調により長期休業に至る労働者が増加するなかで、彼らの復職支援に当たっての拠りどころとして重視されるようになってきた復職手引きが求めている対応であり、今後多くの職場が類似の仕組みを構築していくことになると考えられる。

以上のように、職場復帰支援においては、職場から主治医へ職場の様々な情報が提供され、主治医から職場へも病状や（主治医からみた）病状と仕事に関するストレス等との関連が伝えられることが多い。また、それらは大抵定式化された書面で行われるため、記録として残すことが容易である。

6. 事業場外メンタルヘルスサービス機関からの情報

事業場によっては、EAP（Employee Assistance Program）機関などの民間の事業場外機関と契約をしてメンタルヘルス関連サービスを受けているところがある。サービス内容は多岐にわたっているが、電話や面接による個別相談が含まれている例が多い。そうした相談へ

の対応へは、臨床心理士等のいわゆる心理職があたっていることが多いが、中には精神科医の関わりがみられる場合もある。2008年から、都道府県産業保健推進センターに設けられたメンタルヘルス支援センターが窓口となり、民間のメンタルヘルス相談機関の登録事業が開始されているが⁷⁾、その登録要件として、専門医が個々の相談に関与することが含まれている。しかし、それらの事業場に提出される活動報告は、個人情報保護の問題から、通常月間の件数、相談者の性別および年齢、相談の主題といった事項に留まっており、仕事やそれに関するストレス等の詳細は通常含まれておらず、また相談者を同定することもできない。

7. 業務起因性に関する情報

ここまで、5つの場面について、職場と主治医の連携の中で情報交換される内容を検討してきた。その中には、業務起因性の有無を判断するために参考となる事項がかなり含まれていると考えられる。

(1) 仕事上のストレス

長時間労働者に対する面接指導や健康相談では、「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」（以下、「労災認定指針」と略）の別表1に列挙されている出来事（ストレス要因）の多くについて確認されている。時間外労働についても、その正確な時間のみならず、本人の疲労度や不調感の推移を知ることが可能である³⁾。それらが精神科医への紹介状に記されることも多く、明らかな仕事上のストレス要因がみられない場合には、その旨が主治医にも伝えられることになる。

(2) 個人要因および仕事外のストレス

健康診断において、家族歴の聴取や性格傾向の検査の類は、その意義の説明と本人の明確な同意がない限り安易に行うべきではないとされている。しかし、健診の事後措置や健康相談では、産業保健スタッフがその過程で本人の話を傾聴することを通じ、ストレス脆弱性に関する情報を得ることは稀ではないはずである。また、家庭問題などの仕事外のストレスについても、同様のことが言える。

(3) 診断に関連する事項

自殺事例については、自殺前の本人の言動によって、精神障害の有無およびその種類を推定されることとなる。

自殺のあったのが休業中でない場合には、職場での当該労働者の仕事ぶり、周囲との関係、言動の変化などが、そのための重要な参考資料となる。産業保健スタッフも、健康相談などで本人との接触を繰り返していれば、参考となる情報を有している可能性がある⁸⁾。

精神科医の受診直後、あるいは未受診の自殺例については、そうした情報が精神障害の事後診断に非常に有益なものとなるはずである。

また、希死念慮や自殺未遂の既往についても、生前本人と親しい関係のあった職場関係者が情報を有している場合がある。

8. 情報管理とメンタルヘルス支援システム

主治医から上述したような情報が職場に届いており、その記録とともに、それをもとした職場で行われた対応（例えば、時間外労働の制限）が書面に記録されていれば、当該職場では社員のメンタルヘルス対策のシステムが構築されており、具体的な取り組みがそれに基づいて行われている証左のひとつとなりえるであろう。そのシステムの中で整理されている情報は妥当性の高いものとみなせよう。

しかし、現状として、その情報の内容がどの程度詳細であるかは、主治医によってかなり大きな差があることに注意が必要である。

9. 診断書・意見書の病名について

職場に提出される精神科医による診断書の病名が虚偽であったり、曖昧であったりする点については、以前から議論の的になることがあった。この事態は身体疾患においても皆無ではなく、例えば悪性腫瘍を良性腫瘍と記されるといったことが散見されるが、その多さは精神科領域で突出している。一部の産業保健スタッフは、診断書に実際の診断名が記載されることをもはや期待していないという現状さえある。これは、確定診断が困難な一部の例を除けば大抵の場合、正確な診断名を記すことにより、患者が何らかの不利益を蒙る可能性がある、精神科医が深慮の上で、あるいは直感的に判断するためであると考えられる。連携する産業保健スタッフの知識不足から不適切な扱いがなされるのではないかと、産業保健スタッフが十分な精神医学的知識を有していたとしても、職場の中で実務的にどのような役割を担っているのかわからない、それらの書面が職場でどのように取り扱われるかが不明であるといった懸念は、職場に直接出向いて確認することができない以上、当然生じるものである。現時点では、精神科医から出される診断名が必ずしも確定診断名に一致していないのはやむを得ないことであり、職場もそれを承知しているというのが暗黙の了解となっている感がある。実際に職場で必要不可欠な情報は、正確な診断名ではなく、病状やそれに関して本人および職場のために配慮すべき事項等であるため、これによって職場に大きな混乱が生じることにはなっていない⁹⁾。

最近の傾向としては、10年ほど前までは、あまり見られず、おそらくは「心因反応」や「自律神経失調症」に置き換えられていた「うつ病」の診断名が現在では非常に多くなり、他の病名の置き換えに使用されるまでに至っている。これは、DSMやICDの診断基準が用いられて、気分障害の範囲が拡大したことのみ起因するのではなく、啓発活動などにより、おそらく「うつ病」を診断書に記しても、他の表現と比べて、患者にとっての不利益を増大させることはない、多くの精神科医が判断するようになった点が強く影響していると考えられる。

10. 主治医以外の専門医からの情報

職場は労働者の健康の保持のために一定の配慮をする必要があることが、最近の民事訴訟の判決文で強調されるようになってきている¹⁰⁾。それを適切な形で行うためには、職場は当該労働者の健康状態に関する情報を得る必要がある。本人や主治医から必要な情報が届かなければ、職場は不十分ではあっても手持ちの情報だけを手がかりに、本人への対応を模索せざるをえない。職場関係者からみて、そうした情報が不足していたり、主治医の判断に疑問がある場合には、別の精神科医に意見を求めることを規定している事業場もみられている。このような主治医以外の専門医の意見も、業務起因性に関する判断には、重要な資料となる可能性があるだろう。

11. 精神科医の「患者寄り」

精神科医と産業医の連携において、立場の違いによる困難さが議論されることがある⁹⁾。

まず、精神科医の判断は、とかく「患者寄り」とであるという指摘が、職場関係者からよく聞かれる。この「患者寄り」とは、例えば、上述した復職判定の場面で「患者の希望するままに意見を述べたり、診断書を書いたりする」ということを意味し、その代表例が「非医療従事者からみて明らかに時期尚早と思われる例でも『復職可能』という意見書を出す」行為であろう。患者や家族が精神疾患の発症要因について職場に起因する問題が大半であると主張した場合、職場関係者からの情報を得ぬまま、それを受け入れることもある。もともと、これは一旦患者本人の申し出をそのまま聞き入れた上で治療を開始するという、治療の一過程であることもあるため、一概に「患者寄り」と表現するのは適切でない側面もある。

12. 結語

ここまで、労働者のメンタルヘルス不調をめぐって、現在行われている、あるいは今後強化されていくと考えられる主治医と職場との情報交換について概観してきた。職場の産業保健活動が活発なほど、そして主治医が仕事とメンタルヘルス不調との関連に強い関心を持ち、患者の職業生活を支援していく姿勢を強く持つほど、両者の情報交換は中身の濃いものとなり、業務起因性に関する評価にも参考になる事項が多く含まれると考えられる。労災認定の判断にあたっては、主治医への詳細な聞き取りに加えて、産業保健スタッフからの情報収集も十分に考慮されるべきである。また、主治医および産業保健スタッフは、業務起因性に関する評価という側面からも、情報収集を進めるとともに、得られた情報を整理しておくことが望まれる。

【参考文献】

- 1) 高木道久：心の健康問題により休職した労働者の職場復帰支援に関する法的考察－判例を題材に．産業ストレス研究 15, 181-187, 2008.
- 2) 社会経済生産性本部：産業人メンタルヘルス白書（2008年版）．社会経済生産性本部，2008.
- 3) 産業医学振興財団編：過重労働対策．産業医学振興財団，東京，2005.
- 4) 栗原壮一郎：職場に寄り添う心理相談活動を目指して．産業精神保健 12, 66-71, 2004.
- 5) 中央労働災害防止協会編：心の健康 職場復帰支援手引き（第2版）．中央労働災害防止協会，東京，2008.
- 6) 高野知樹：職場復帰の進め方．心とからだのオアシス，2(2)；3-6，2008.
- 7) 廣尚典：メンタルヘルス対策における事業場外相談機関の役割．産業保健 21 55, 4-7, 2009.
- 8) 廣尚典：自殺事例からみた自殺予防対策のあり方の検討．平成13年度厚生労働省委託事業 労働者の自殺予防に関する調査研究 II 研究成果報告書，pp64-74, 2002.
- 9) 廣尚典：産業精神保健における精神科医と産業医の連携．精神神経学雑誌 110, 1103-1108, 2008.
- 10) 岩出誠：職場復帰支援と使用者責任．メンタルヘルスと職場復帰支援ガイドブック，pp220-236, 中山書店，2005.