

「過労自殺」を巡る精神医学上の問題に係る見解

日本産業精神保健学会
「精神疾患と業務関連性に関する検討委員会」

職場ストレスと精神障害の発病の問題については、いわゆる過労自殺として社会的関心を集めているが、厚生労働省は、過労自殺の労災認定の考え方について、平成 11 年 9 月 14 日、「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」を公表した。

その後、労災請求件数、認定件数とも年々増加し、また、業務外とされた事案の行政訴訟件数も増加してきている。

裁判においては、被災者の経験した心理的負荷が客観的に精神障害を発病させる原因となり得るほど強いと言えるか、その際、心理的負荷の強さの判断は何を基準とすべきか、精神障害発病後の業務による心理的負荷をどう評価すべきか等を争点にして論争が繰り返されている。

これらについては、この問題を当初から取り組んでいる過労死弁護団全国連絡会議が、精神障害・自殺認定指針の抜本改正を求める意見書としてまとめており、論点を整理するうえで参考になる(「全国センター通信(No. 66 2004 年 12 月 1 日)」)。

この問題については、ストレス、特に業務によるストレスと精神障害発病の関係をどう理解するかという、まさに産業精神保健における問題であることから、日本産業精神保健学会としてもかねてより重大な関心を持ち、学会としても研究を行い、その成果について報告してきた。

そこで、意見書がとりあげるこれらの論点について産業精神保健上どう考えるかを学会として「精神疾患と業務関連性に関する検討委員会」を設置して検討してきたが、この度、委員会見解を以下のとおりとりまとめた。

委員会は、2005 年 6 月 18 日、2006 年 6 月 3 日、11 月 9 日に開催され、本見解は、同年 12 月 12 日常任理事へ報告し、委員会見解として公表することに関して常任理事会の了承を得た。

H18 年 12 月 20 日

日本産業精神保健学会

「精神疾患と業務関連性に関する検討委員会」

荒井 稔 大西 守 黒木 宣夫 小泉 典章
小堀 俊一 佐々木 時雄 島 悟 田中 克俊
角田 透 夏目 誠 原谷 隆史 廣 尚典
堀江 正知 宮本 俊明

印は委員長

冒頭述べたように、職場ストレスと精神障害発病の問題についての論点は、過労死弁護団全国会議の「精神障害・自殺の労災認定に関する意見書」(以下「意見書」という。)に整理されているので、この論点を精神医学上、とりわけ産業精神保健の観点からどう考えるかについて委員会の議論を整理した。

< 議論の要約 >

- 1 精神障害の成因は「ストレス - 脆弱性」理論で理解し、個体側の脆弱性はストレス強度との相対的關係で把握するのが精神医学としての知見である。
- 2 このため、ストレス強度は客観的に把握されなければならない。「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」という。)の示す出来事の強度は、ライフイベント研究に基づいて作成されており、ストレス強度の客観的な把握として合理的である。
- 3 慢性ストレスは、精神障害発病との関連ではライフイベントと同様に重要である。判断指針は、慢性ストレスを評価するためその別表において「出来事に伴う変化を検討する視点」を掲げており、その手法は合理的である。
- 4 精神障害発病と発病前の出来事の調査期間に関しては、事例の状況に合わせて検討する必要があるが、おおむね6ヶ月を原則とすることは妥当である。
- 5 ストレスの評価の基準を「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して評価すること。」とする議論があるが、精神医学上、ストレス耐性が「最も脆弱な者」として、その境界を画することはあまりに観念的であり、現実にそのような判断をすることは不可能である。
- 6 性格傾向は精神障害の成因を理解する一助とはなるが、性格傾向から個体側脆弱性を評価することは誤りである。性格傾向は脆弱性を示す一つの指標に過ぎず、性格傾向以外にも、薬物・脳内物質の状態・遺伝の影響等脆弱性に関する様々な医学的意見・研究が存在し、それらの様々な要因も含めて、心理的負荷に対する個体側の脆弱性は形成されると仮定されているものであり、医学的に確立された明確な知見というものは存在しないことから、「性格傾向」のみに着目して基準にするのは誤りといわざるを得ない。
- 7 軽症うつ病が業務によるストレスを原因により中等症、重症うつ病に「増悪」し、自殺した場合、当初の軽症うつ病が業務以外の原因によるものであっても業務起因性を認めるべきであるとの議論については、ICD-10の記載や臨床上の経験則から、既に精神障害を発病したものが、周囲に気づかれることなく業務に従事していたからといって軽症うつ病であるとは必ずしも診断できないこと、さらに、軽症うつ病には自殺念慮が生じず、また、中等症、重症うつ病に進むに従って自殺念慮が生じ、自殺率も高まるという医学的知見は存在しないし、必ずしも精神障害の「増悪」の結果自殺に至るというものではないことを確認しなければならない。日常臨床上、自殺企図は、希死念慮が持続して高まり自殺企図に至るものから、頻回

に衝動的に自殺企図を繰り返し救急外来を受診する者、また今までに精神疾患既往がなく、医療機関を受診せず家族に気付かれずに自殺企図に至る者までさまざまである。自殺企図に至る事例が、全て病態が重症というわけではないことを確認しておく必要がある。

8. ICD-10 は、軽症、中等症、重症うつ病の区別を、現在の症状の数とタイプ及び重症度を含む総合的な臨床判断に基づくとしており、抑うつ気分、興味と喜びの喪失、易疲労性という典型的な 3 症状及び他の症状として例示された 7 症状のうちいくつかの症状が認められるか、そしてその程度はどうかによって決まる。このように精神障害は、診断基準に示される症状の数、頻度、その程度によって具体的に把握されるのであって、増悪は自殺念慮との関係をいうものではない。意見書の精神障害者の自殺が精神障害の増悪の結果であるという理解は、精神医学上、必ずしも正しくはない。自殺は、精神障害がもたらす最悪の結果ではあるが、精神障害が増悪した結果として必ずしも自殺があるのではないことを理解する必要がある。

9. 精神障害を既に発病した者における具体的出来事の受け止め方については、臨床事例等から正常人の場合とは異なる。既に精神障害を発病した者にとって、些細なストレスであってもそれに過大に反応することはむしろ一般的である。これは、発病すると、病的状態に起因した思考により、自責・自罰的となり、客観的思考を失うからとされている。すなわち、個体の脆弱性が増大するためと理解されている。したがって、既に発病しているものにとっての増悪要因は必ずしも大きなストレスが加わった場合に限らないのであるから、正常状態であった人が精神障害を発病するときの図式に当てはめて業務起因性を云々することは大きな誤りである。

< 議論の内容 >

1 精神障害、とくに自殺をめぐる裁判においては、脳心臓疾患の認定基準における蓄積疲労をもたらすと言われる恒常的な長時間労働が行われていることを精神障害発病との関係で捉えて、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と認定している例がみられる。この恒常的長時間労働のような「慢性ストレス」と精神障害発病の関係について、精神医学的にどのように理解することが正しいのかが問題となる。

意見書は、「精神障害発病の原因として事件出来事による「急性ストレス」のみならず長時間労働、長期間にわたる多忙、単調な孤独な繰り返し作業、単身赴任、交替制勤務等の日常の労働生活により持続的に継続される「慢性ストレス」が存在することを認めた場合にも「業務上」と認定する改正を行うこと」を提案している。

(1) 判断指針における慢性ストレスの評価

ストレスは一般に急性ストレスと慢性ストレスに分類される。すなわち、ストレスを時間軸で評価する場合、ある日突然に起こる出来事に伴って発生するストレスと、ある状況が持続することによって発生する慢性的なストレスとに分けることができる。

慢性ストレスは、心的葛藤が持続的に続く状態で、たとえば長期にわたる結婚生活の不和、相性の悪い上司や同僚の下での業務の持続、失業状態、配偶者や子供が長患い、資格試験に向けての勉強の持続、親子の自立や将来に関する方針の違いなどによる葛藤等があげられる。慢性ストレスは身体に対して多岐にわたり影響を及ぼし、胃潰瘍をはじめとする消化器系や循環器系、免疫系疾患など種々の身体疾患の誘因となることはよく知られている。また、神経、精神疾患においても、うつ病、身体表現性障害や不安障害、てんかん、統合失調症がストレスによって誘発ないしは悪化することも周知の事実となっている。

したがって、意見書の「慢性ストレス」が認められる場合にも業務上とすべきであるという主張はごく当然のように思われる。

このように慢性ストレスが精神障害発病に与える影響は大きいことから、厚生労働省の専門検討会報告書も、「職場における慢性ストレス要因としては、長く続く多忙、単調な孤独な繰り返し作業、単身赴任、交替勤務などのように持続的環境であり、継続される状況から生じるストレスが慢性ストレスである」(専門検討会報告書26頁)とし、そのことを踏まえ、「ストレスの評価に当たっては、出来事自体の評価に加えて、その後続く問題の持続あるいは変化などの状況、さらには支援、協力状況等のストレス緩和要因を評価し、総合的に判断する必要がある。そのことを考慮して別表1は作成された。」(専門検討会報告書30～31頁)としているとおり、別表1の(3)「出来事に伴う変化等を評価する視点」は、まさしく職場の「慢性ストレス」を評価するため、労働時間、仕事の量、仕事の質・責任、仕事の裁量性、職場の物的・人的関係に着目しているといえる。

したがって、意見書は、専門検討会報告が、「精神障害の発病要因としては、出来事(ライフイベント)によるストレスだけを取り上げ、「慢性ストレス」を取り上げなかった。」と指摘するが、この意見書の指摘は正しくない。

なお、判断指針が採用している出来事(急性ストレス)と精神障害発病との関連については、1960年代以降、様々な報告がある。Paykel¹⁾らは発病6ヶ月前に生じたライフイベントを少なくとも1件以上持つ比率は一般住民に比べうつ病者は高く、平均件数は一般住民の約2倍と報告している。Brown²⁾らは婦人458名を調査し、うつ病97名を発見し、うつ病になった群は11歳以前に母を亡くしたライフイベントの出現率が対照群の2倍になると報告した。塩入³⁾⁴⁾らはPaykelのライフイベント調査表や得点(ストレス度を最低0から最高を20点として、373名に自己評価させ平均値を求める方法)を用い、恐慌性障害201名の女性患者の調査でライフイベントの重篤度と発作時の症状との間に正の相関を認めた

と報告している。また、妊娠可能な女性に限局して、同様の調査を行い大うつ病で 8.88 ± 4.95 点、全般性不安症候群で 8.57 ± 5.86 点、恐慌性障害 6.01 ± 5.96 点とし、3 群間に有意な差が生じたと報告している。件数法を用いた Zheng⁵⁾らは神経症群で、Vizan Ferrero⁶⁾らは自殺企図群で、ライフイベント件数と合計得点は、対照群に比べて有意に高いと報告している。Cernovsky⁷⁾はnegativeなライフイベントと睡眠障害と関連があると報告している。

以上、述べたようにライフイベント(急性ストレス)と精神疾患等との関連について数多くの医学的報告があるが、慢性ストレスの客観化に係る研究はその複雑性から未だ十分に進んでいるとはいえない。

慢性ストレスが精神障害発病との関連において重要であることを指摘したが、判断指針に示された職場におけるストレス評価表において、急性ストレスを評価する「平均的な心理的負荷の強度」及び「心理的負荷の強度を修正する視点」が具体的に示しているのに対し、上記の急性ストレス、慢性ストレスに係る研究の実情を反映し、慢性ストレスを評価する「出来事に伴う変化を検討する視点」が概括的記述にとどまってはいるが、判断指針が慢性ストレスを十分評価しようとしていることは明らかである。

職場の慢性ストレスの評価については、上記のストレス研究の実情から、判断指針別表 1、(3)「出来事に伴う変化等を検討する視点」に示されている労働時間をはじめ、仕事の量、仕事の質・責任、仕事の裁量性、職場の物的・人的関係に着目し、同僚労働者との比較の上で個別に評価し、さらに会社の講じた支援の具体的内容・実施時期等も総合的に勘案して判断するのが、現在のところ最も合理的な手法であると考えられる。

- 1) Paykel ES, Myers JK, Dienelt MN, et al. Life events and depression. Arch Gen Psychiatry 1970; 16: 659-661.
- 2) Brown GW, Harris T. The social origins of depression. London: Tavistock, 1978.
- 3) 塩入俊樹, 村下 淳, 高橋三郎, 他. 恐慌性障害の症例研究 5, ライフイベントについて. 精神医学 1994; 36: 359.
- 4) 塩入俊樹, 村上 淳, 高橋三郎. 妊娠適齢期の女性のライフイベント. 精神医学 1996; 38: 73-77.
- 5) Zheng Yp, Young D. The relationship Life events and stress to neurosis in China. Cult Med Psychiatry 1986; 10(3): 245-258
- 6) Visan Ferrero R, Benitez MH, Gracia Marco R, et al. Life events and self-destructive behavior, Acta Luso Esp Neurol Psiquitar Ciencafines. 1993; 21(5): 205-210.
- 7) Cernovsky ZZ. Life stress measures and reported frequencies of sleep disorders. Percept Mot Skills 1984; 58(1): 39-49.

(2) 労災実務上の問題点

現実の労災補償の場面において争いとなっているものの中には、長時間労働の実態

は認められるもののその原因となった出来事が明確でないことから、その心理的負荷の評価が問題となる事案があることも否定できない。意見書は、このような出来事が明確でない事案についても対処できるようにすべきであるという趣旨であるようにも思える。

しかし、精神障害発病の誘因となった出来事の評価は成因を考える際に重要であり、通常の場合、理由もなく長時間労働となるはずがなく、その長時間労働が何によって引き起こされたのかを把握することが重要である。すなわち、長時間労働の原因となるノルマ、納期その他に係る上司の指示等具体的原因(出来事)の存在について、補償実務において調査、検討されるべきであり、また、請求人(弁護人)も具体的に主張すべきである。

なお、これとは別に、発病前に出来事以前から続く慢性的長時間労働の実態にある場合、出来事に伴う変化として、労働時間の大幅な増加がないことを理由としてこれを十分に評価しない事例が労災認定の場において散見されるが、これは正しい評価とはいえないと考える。厚生労働省の専門検討会は「労働時間の評価に当たって重要なことは、どの程度の労働時間を基準にするのかによって、そのストレス強度の評価も変わってくる点である。発病の6ヶ月以上前から続く常態的な長時間労働も、それが過重性を増す傾向を示すような場合には、その変化の度合いが小さくても、強いストレスと評価される。」(専門検討会報告書34頁)としているとおり、発病前に常態的な長時間労働が認められる場合、出来事に伴う変化、すなわち労働時間の変化が小さくても強いストレスと評価されるべきであるとしているのであり、認定実務の面でその運用を誤らないようにすべきである。

ところで、この常態的な長時間労働について、当学会は「精神疾患発症と長時間残業との因果関係に関する研究」(平成15年度厚生労働省委託研究)をとりまとめた。すなわち<研究概要の総括>として、「原谷は「質問紙を用いた横断的研究では、長時間労働は抑うつなどの精神健康に悪影響を及ぼすことが報告」と述べ、大久保は「一日の労働時間が長くなるに従い、SDS得点は上昇していた」と報告、内山も「実験的睡眠不足状態において、4時間睡眠を1週間にわたり続けると健常者においてもコルチゾール分泌過剰状態がもたらされるという実験結果もある。これらを総合すると、4-5時間睡眠が1週間以上続き、かつ、自覚的な睡眠状態が明らかな場合は、精神疾患発症、特にうつ病発症の準備状態が形成されると考えることが可能と思われる」と報告、夏目も「長時間労働とライフイベントにおける両指標の関連性を認めた」と報告、廣も「1. 長時間労働が精神疾患の発症に関与していると判断された例では、1日の平均残業時間は4~5時間が多かった。2. 発症前に睡眠時間が確保されなかった例の約4割が仕事と強い関連があると判断された。その睡眠時間は4~5時間が多かった。」と報告しており、黒木は「過去の自殺の認定事例を99時間以内(群)、100時間以上(群)に分類した比較調査で、群は6ヶ月以内に96%(26例)が発病しているのに対し群は71%(17例)が発病」と報告している。以上より、長時間残業による睡眠不足が精神疾患発症に関連があることは疑う余地もなく、特に長時間残業が100時間を超えるとそれ以下の長時間残業よりも精神疾患発症が早ま

るとの結論が得られた。」と報告したところである。

本報告は、睡眠不足をもたらす程度の長時間残業が精神疾患の発病に関連するというものであり、発病後、意欲、活動の低下等により、結果として外見上長時間残業となる症例が多く経験されるが、発病後の長時間労働を含めて指摘したものではないことは言うまでもない。

1) 黒木宣夫: 労災認定された自殺事案における長時間残業の調査 産業精神保健 12(4): 291-295, 2004

2 「急性ストレス」「慢性ストレス」に関連して、心理的負荷の原因となった急性ストレス、慢性ストレスの評価期間については、判断指針が発病前おおむね6ヶ月としているのに対し、意見書は「社会通念に照らし、イ: 発病前おおむね1年間に発病要因となり得る過重ストレスの認められる業務に従事していたかどうか、ロ: 業務以外のストレス及び個体側要因により発病・増悪したとは認められないかどうか、ハ: 他に精神障害を発病・増悪させる確たる要因は認められないかどうかを総合し、業務によるストレスが発病・増悪に一定程度以上の危険性を有していたと認められれば業務起因性があるとする改正を行うこと」と提案し、評価期間もおおむね1年間を提案する。

DSM - は、発病者のストレス因子等を把握して記録し、治療に役立てる評定方法においては、病前1年間を評価の対象とすることとされており、また、1年前までを対象とするライフストレス研究も複数存在することから、医学的に半年以前の出来事を全く評価すべきではないとはいえない。

ただし、1年の場合は、個人や周囲がしっかり記憶が残っているかどうかの問題となろう。半年以内のライフイベントが精神障害の発病に関与しているとの医学報告が複数あることに加え、出来事研究によれば、個人の記憶等の問題から、半年以内が客観性を担保できる期間であることも確認されているので、調査したとしても半年以前の記憶は曖昧であり、適正な調査はできないものと考えられる。調査期間は現行のままで原則としては構わないと思われるが、判断指針も「おおむね6ヶ月」としており、厳密に半年とは限定していないのであって、事例の状況に合わせて遡って柔軟に対応すべきである。

3 精神障害の発症を「ストレス - 脆弱性」理論により理解することについては、多くの裁判によっても認められているところであるが、裁判では、この「ストレス - 脆弱性」理論の「ストレス」の評価を精神医学的にどのように理解することが正しいのかが問題となってくる。また、「脆弱性」に着目して、「性格傾向が最も脆弱である者」を一つの基準として判断している例が見られる。この「脆弱性」と精神障害発病の関係について、精神医学的にどのよう

に理解することが正しいのかも問題となる。

意見書は、「精神障害の発病の原因となる業務による「過重ストレス」の強度の評価の基準を、労災補償制度の制度目的に照らし健康な平均人基準ではなく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改正を行うこと」を提案している。

(1) 精神障害の発病とその成因の判断

精神障害の診断・治療に当たってはその成因を理解することが基本である。

精神障害の成因は「ストレス - 脆弱性」理論で理解することができ、個体側の脆弱性はストレス強度との相対的關係で理解できる。

臨床の場面においては、患者を診察し、質問し、その訴えを聞くことによって、診断を下し、また、当該精神障害の成因を把握するため、どのような環境・心的要因が関与したのか、遺伝因、生育環境、生活史等患者の脆弱性はどうか等について総合的に検討して、治療方針が立てられる。そして、この作業は1回の診察で結論を得ることはむしろ希で、繰り返し診察することによって初めて正しい診断、成因の理解に結びつくのが一般的である。

このように、専門家が時間をかけ、患者の信頼を得てはじめて患者の心奥に触れ、また、遺伝因、生育環境、生活史等患者の脆弱性の程度についても理解できるようになるのである。

ところで、精神障害、特に治療を受けずに自殺した事案の労災または公務災害の補償に当たっては、得られる情報は、患者の職場における業務の内容、労働時間、労働密度、発病前の言動、行動等圧倒的に職場情報に偏り、業務以外の心理的負荷に関する情報、個体側脆弱性に関する情報を得ることは極めて少ない。

そこで、冒頭、当学会は厚生労働省の判断指針が「ストレス - 脆弱性」理論に依拠して作成されていることが現在の精神医学的知見から判断して最も合理的なものであると述べたが、このように職場における当該精神障害の発病に関与したであろう種々の情報以外に、業務以外の心理的負荷に関する情報、個体側脆弱性に関する情報を得ることは皆無に近い以上、この職場実態をつぶさに検討し、業務による心理的負荷が、客観的に当該精神障害の発病の原因といえるかについて検討することとしているのは、極めて合理的な手法であると考えられる。

(2) ストレス強度の客観化の必要性

業務による心理的負荷が、客観的に当該精神障害の発病の原因といえるかについて検討するためには、業務による心理的負荷を客観的に評価する必要がある。

前述のとおり、精神障害の成因は「ストレス - 脆弱性」理論で理解することができ、個体側の脆弱性はストレス強度との相対的關係で理解できることから、精神医学においては成

因分析手法としてストレス強度の客観化に関する研究が進められてきた。ライフイベント研究がその代表である。ライフイベント研究は、調査対象集団が様々な出来事に対してどのような心理的負荷と受けとめるかということについて、その負荷を計測して平均値と標準偏差を割り出すものである。この平均値が客観的なストレス強度であり、平均値から大きくはずれてその出来事を過大と認識するのであればストレス耐性が脆弱であるということになる。

このようにストレス強度の客観化が適切に行われれば、発病した精神障害の成因も解明できる。臨床の場面においては、発病した精神障害とそれに関与したであろうストレスについて分析し、ストレスが相当程度関与して発病したといえるか否かについて判断することとなる。客観的にみて当該精神障害の発病にストレスが相当程度関わったと評価されれば当該発病者の治療方針として環境因の除去・改善も併せて目指すこととなり、また、産業精神保健として同種事案再発防止のための職場対策を講じることにもつながることとなる。

なお、精神障害の発病に関しストレスの関与の程度については幅があるため、労災や公務災害の補償水準をどの程度の業務によるストレスを受けた場合とするかについては、制度目的等からみて精神医学と矛盾しない範囲で設定されることはあり得る。しかし、そうではあっても制度の公平性を担保するため、業務過重性についての判断は客観的に評価されたストレス強度を指標とすべきであることは明白である。

(3) 健康な平均人基準に係る議論

意見書は「現行認定指針の定める多くの人々がどう受け止めたかという基準(健康な平均人基準)ではなく、当該労働者が置かれた立場や状況を十分斟酌して適正に心理的負荷の強度を評価する必要がある。」と指摘する。

確かに判断指針の別表1 職場における心理的負荷評価表の「出来事の平均的ストレス強度」は、種々ライフイベント研究を基にしていることから、その意味で出来事のストレス強度は平均人の尺度となっているのではあるが、この職場におけるストレス評価表が、ライフイベント研究を基とはしているとはいえ、判断指針は各々の出来事のストレス強度を、と大別した尺度に練り直し、さらに、出来事の平均的ストレス強度は「心理的負荷の強度を修正する視点」により、職場実態を反映したものとして再評価される仕組みとなっているのであり、意見書が指摘する健康な平均人基準となっているものではないと考える。

すなわち、判断指針が過重性の評価に当たって同種労働者と比較する手法を採用(すなわち、「特に過重」とは、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、過大な責任の発生、支援・協力の欠如等特に困難な状態であり、「相当程度過重」とは、同種の労働者と比較して業務内容が困難で、業務量も過大である等が認められる状態であると解説。)していることは、意見書の「当該労働者が置か

れた立場や状況を十分斟酌して適正に心理的負荷の強度を評価する必要がある。」と同趣旨のものと考えられ、これは医学経験則上も極めて妥当であるといえる。

意見書は、平均的ストレス強度の決定に当たってライフイベント研究を基礎にしていることをもって、職場における心理的負荷評価表の全てが健康な平均人を基準としていると批判するが、判断指針は具体的事例に則して個別に出来事を評価し総合的に判断されているのであり、その批判は正しくない。

そして、職場で働く労働者は、WHOでいう健康、すなわち肉体的、精神的及び社会的に良好な状態にあるものだけではない。この労働者は、通常の勤務に就くことが期待されている者であるが、判断指針は、労働者のストレス耐性には幅があることを十分踏まえていると考える。

すなわち、判断指針は、一定程度以上(ストレス強度 以上)の強度のストレス(急性ストレス)を受け、その後の変化等によるストレス(慢性ストレス)が一定程度以上(同種労働者と比較して特に過重、又は相当程度過重であれば業務起因性を認めるとしているが、ストレス強度を0～100点のスケールで表現した場合、ストレス強度 は60～80点程度(ストレス強度 は40～59点程度。専門検討会報告書31頁。)であるとされていることから、夏目¹⁾が報告したストレスドック受検者の1年間における体験ストレス点数の合計点とストレス状態や精神障害の関連の研究におけるストレス総量と比べ、低く設定されている。しかも、「心理的負荷の強度を変更する視点」、さらには、「出来事に伴う変化等を検討する視点」を経て、総合評価するものであり、精神医学的には、ストレス耐性の低い者を排除するものとなっているとは認められず、むしろ、このストレス耐性の低い者についても補償対象とすることを認める内容であると理解できる。

したがって、判断指針がライフイベント研究の尺度を基礎にしていることをもって、「健康な平均人基準」であるとの指摘は当たらない。

1) 夏目誠. 勤労者のストレス評価法(第2報). 産衛誌 2000;42:107-118

(4) 最脆弱者基準の論理矛盾性

意見書は、名古屋地裁の判決においては、ストレスの評価の基準を「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」としたとして、「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して評価すること」を提案する。

しかし、精神医学上、意見書の主張するような、ストレス耐性が「最も脆弱な者」として、その境界を画することはあまりに観念的であり、現実にはそのような判断をすることは不可能

である。

また、このような観念論を展開すると、それまで社会適応状況に特段の問題がなさそうに見えた人が発病した場合、それまで通常に勤務し得たのであるから、客観的に評価されるストレスが小さくても、業務以外の心理的負荷、個体側要因が見いだされないことをもって(業務以外の心理的負荷、個体側要因が労働基準監督署の調査により確認されなかったことが不存在を示すものでない)、結果として、業務が原因となって発病したものとなってしまいかねない。これは、あらかじめストレス強度を客観化し、様々なストレス、個体側脆弱性がどのように関与して精神障害が発病したのかを理解する「ストレス - 脆弱性」理論とは論理矛盾を来すことになってしまう。

近年、引越うつ病、荷下ろしうつ病、昇進うつ病などについて報告され、社会的関心を呼んでいるが、これらは、ごく一般的に行われる社会的営みが原因となるものであり、発病者はまさしくそれまで社会適応状況に特段の問題がなさそうに見えた人であることが圧倒的に多いことを認識すべきである。

このような臨床事例からも明らかなように、職場は多様なストレス耐性をもつ者の集合体であり、補償における過重性の評価に当たってはそのことを十分考慮されて行われるべきとは考えるが、あくまでも「ストレス - 脆弱性」理論に則り、医学経験則上、ストレスが相当程度関与して発病したのか否かについて客観的な検討を行うべきであると考える。

(5) 性格傾向だけを個体側脆弱性の指標とすることの誤り

性格傾向については、これまでの多くの研究から、うつ病を発病した人の病前性格としてクレッチマーの循環気質、下田の執着気質、テレンバッハのメランコリー親和型が多いと報告されているが、その性格傾向に分類されない人が当該精神障害にならないかというそうではない。性格類型の評価は、精神障害の成因を分析する際にその人がどのような性格傾向であったかを知るための一助として行われてはいるが、人は大なり小なりこれらの傾向を有しているのであり、これらの性格傾向をもつ者が高い確率で精神障害を発病するものでもない。

厚生労働省の専門検討会も、「精神医学的には、一定の精神障害との結びつきにおいていくつかの性格傾向(循環気質、メランコリー親和型、分裂気質、強迫性格など)が議論される。精神障害の成因の理解に役立つが、類型判定自体難しく、あえて拘泥する必要はない。」としているところである。

人はその人を特徴づける様々な性格傾向を有しているのであり、全ての人は分類すれば前述の性格傾向を大なり小なり有しているといえる。しかし、医学的にある性格傾向を有していれば高い確率で当該精神障害を発病するというにはならない。性格傾向は精神障害の成因を理解する一助とはなるが、性格傾向から個体側脆弱性を評価することは誤りである。

性格傾向は脆弱性を示す一つの指標に過ぎず、性格傾向以外にも、薬物・脳内物質の状態・遺伝の影響等脆弱性に関する様々な医学的意見・研究が存在し、それらの様々な要因も含めて、心理的負荷に対する個体側の脆弱性は形成されると仮定されているものであり、医学的に確立された明確な知見というものは存在しないことから、「性格傾向」のみに着目して基準にするのは誤りといわざるを得ない。

なお、専門検討会は、「個体側の反応性、脆弱性を窺い知るものとしては、既往歴、生活史、アルコール等依存状況、性格傾向、家族歴等があるが、これらを総合して個体側脆弱性を精神医学的に判断することとなる。」としているが、これらが認められれば個体側脆弱性を判断することができるということであり、逆に、これらがなければ個体側脆弱性は認められないということではない。現実には、何ら個体側の問題を抱えていないように見える人が、特段の心理的負荷もなく、あるいは些細な心理的負荷をきっかけに発症するという事は、前述の引越うつ病、荷下ろしうつ病、昇進うつ病等精神医学上よく経験されることである。医療機関を受診している人も、その脆弱性は繰り返し行われる診察の結果ようやく把握されていくのに対し、受診していない人に関しては、脆弱性は普段は窺えないことに十分留意する必要がある。

- 4 自殺についての裁判では、脳心臓疾患の“自然経過を超えて「増悪」し発症した”のと同じように理解しているのか、“精神障害が発症後、増悪して、自殺した”と判断している例が多い。精神障害発症後の心身の負荷をどのように評価するのか、そして、精神医学として「増悪」をどのように理解するのが正しいのかが問題となる。

意見書は、「精神障害発病後業務が原因となって精神障害を増悪させ、その結果自殺した場合にも業務起因性があるとする改正を行うこと」を提案する。

意見書は「典型的な精神障害である ICD-10 の「うつ病エピソード」は、症状の程度により、軽症、中等症、重症に分類され、軽症は通常症状に悩まされて日常の仕事や社会活動を続けるのに幾分困難を感じるが、完全に機能できなくなることはない、中等症は職業的あるいは家庭的活動を続けていくのにかなり困難、重症はごく限られた範囲のものを除いて社会的、職業的、家庭的な活動はほとんどできないとされている。」とし、軽症うつ病が業務によるストレスを原因により中等症、重症うつ病に「増悪」し、自殺した場合、当初の軽症うつ病が業務以外の原因によるものであっても業務起因性を認めるべきであるとしている。

この点に関して、ICD-10 の軽症、中等症、重症うつ病の区分によれば、「現在の症状の数とタイプおよび重症度を含む複合的な臨床判断に基づく。日常の社会的、職業的な活動の幅は、しばしばエピソードがどのくらいの重症度であるかを知るために有用な一般

的指標となる。しかし、個人的、社会的、文化的な影響により、症状の重症度と社会的活動とは必ずしも平行しない。…社会的活動を重症度の必須基準に含めることは賢明でない。」とも記載されている。したがって、既に精神障害を発病したものが、周囲に気づかれることなく業務に従事していたからといって必ずしも軽症うつ病であるとは診断できないことをまず確認しなければならない。

次に、ICD-10 の軽症、中等症、重症うつ病の区別は、自殺念慮の発生との観点から作成されているものではないことを理解すべきである。すなわち、軽症、中等症、重症の区別は、抑うつ気分、興味と喜びの喪失、易疲労性という典型的な3症状および他の症状として例示された7症状(集中力と注意力の減退、自己評価と自信の低下、罪悪感と無価値感、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)のうちいくつかの症状が認められるか、そしてその程度はどうかによって決まるのであり、確かに他の症状の数(7症状)が多いほど自殺念慮の症状が7症状の一つとしてカウントされる確率は高くはなるのではあるが、軽症うつ病には自殺念慮が生じず、また、中等症、重症うつ病に進むに従って自殺念慮が生じ、自殺率も高まるという医学的知見は存在しないし、必ずしも意見書の見解の精神障害の「増悪」の結果自殺に至るというものではないことを確認しなければならない。この点に関して、当学会が行った「精神疾患発症と長時間残業との因果関係に関する研究」(平成15年度厚生労働省委託研究)において報告したが、平成14年度に労災認定を受けた事案(13年度認定分も一部含む。)51例中、うつ病は45例で自殺者中実に88%で、このうち、うつ病の症状の程度の確認できた12例の内訳は、軽症2例、中等症2例、重症8例であった。確かに重症うつ病の自殺者数が多いが、軽症、中等症うつ病は同数であった。日常臨床上、自殺企図は、希死念慮が持続して高まり自殺企図に至るものから、頻回に衝動的に自殺企図を繰り返し救急外来を受診する者、また今までに精神疾患既往がなく、医療機関を受診せず家族に気付かれずに自殺企図に至る者までさまざまである。たとえば、家族と団欒していて、いなくなったと思ったら別の部屋で自殺企図を起こしていた事例などに遭遇することがあるが、家族は一切気づいていない場合もある。したがって、自殺企図に至る事例が、全て病態が重症というわけではないことを確認しておく必要がある。

こうしたことを踏まえ、精神医学における増悪の概念、増悪要因、増悪と自殺の関係、意見書に対する見解について述べることとする。

(1) 精神医学における増悪の概念

精神医学において重症度の判断は症状の数で判定するのが一般的である。前述のとおりICD-10もそのような考え方であり、DSM-も同様である。ICD-10DCRではA基準(全般基準)、B基準(中核症状)、C基準(付加的症状)の数の組み合わせにより重症度が

判定されている。また、臨床治験においても、ハミルトン、CES-D、モンゴメリー尺度等では症状の数を点数化して把握している。

一方、症状の数が少なくとも1つ1つが重い場合には重症ということもあり得るし、精神症状の数だけではなくて、本人の日常生活や行動の障害の程度、精神病症状が出現しているか否か、精神症状は少ないが、一つ一つの精神症状の程度が重く持続長期化している場合なども加味して増悪、重症化を判断すべきであるとする考えもある。

しかし、客観的に判断する必要性から、ICD - 10診断ガイドラインが示すように重症度の判定は前述のとおり症状の数で判定するのが精神医学上一般的となっており、ここではこの見解に立って論を進める。(なお、症状の数については当該症状が2週間以上持続することが必要である。一時的に不安定な病状が数時間から数日続いたとしても、それは増悪とは言わず、一般的にエピソード中に認められる範囲の変動と判断されるからである。)。

うつ病エピソードは、軽症うつ病、中等症うつ病、重症うつ病に区分される。軽症うつ病であっても、ケースによっては中等症へ、さらには重症うつ病へと進行することも臨床的によく経験される(なお、うつ病はクレイネスの曲線で示されるように、その症状の現れ方や程度について病期により異なるが、その一連の病相経過がうつ病の特徴であり、前述のとおり、ここでは症状の数により客観的に重症度を判断することとしていることから、症状の数には変化がなくその程度がうつ病特有の変動(気分の落ち込み等)と判断される場合であっても、この病相の変化自体をここでは増悪とはいわない。)。

ICD-10は、軽症、中等症、重症うつ病の区別を、前述のとおり現在の症状の数とタイプ及び重症度を含む総合的な臨床判断に基づくとしており、抑うつ気分、興味と喜びの喪失、易疲労性という典型的な3症状及び他の症状として例示された7症状のうちいくつかの症状が認められるか、そしてその程度はどうであるかによって決まる。

このように精神障害は、診断基準に示される症状の数、頻度、その程度によって具体的に把握されるのであって、増悪は自殺念慮との関係をいうものではない。

(2) 発病・増悪要因

精神障害、特にうつ病の発病に関しては、以下に述べる生物学的 biological、心理的 psychological、社会的 social 側面が絡み合って発病することが精神医学の通説となっている。増悪についても、この3つの要因が絡み合って起きてくるものと考えてよい。

イ 生物学的要因

生物学的要因については、近年、生化学・薬理学・分子生物学・遺伝学などの研究が盛んに行われている。セロトニン、ノルアドレナリンなどの脳内アミン減少等の脳神経化学的要因について追求されているが、未だに解明されていない部分も多く、日常臨床面では、内因性精神障害、心因性精神障害、器質性精神障害という従来診断が便宜上使用

されている。なぜなら、治療を開始する際に環境心的要因が強い病像であるのか、あるいは環境心的要因の影響の少ない病像であるのか、という判断は治療を開始する際に、抗うつ剤や向精神薬を選択するうえで非常に重要であるからである。診断学的には内因性(個体に内在する要因)、心因性(心理的要因)にこだわらず、ICD-10(WHO)やDSM-で診断されることが通常となっているが、精神科治療上は、心的因子が病像にどの程度影響を与えているかの判断は不可欠であり、薬物に対する個体の反応性並びに心的因子の整理や本人が抱えている心的問題の解決の状況により精神医学的な病態水準を把握することは、精神科臨床医であれば日常臨床の基本となっている。

なお、現在のところ遺伝的脆弱性¹⁾を証明する方法はなく、家族歴などから判断せざるを得ない。遺伝的脆弱性とは、何らかの脳内の機能的変化をもたらしやすい傾向を遺伝情報として有しているということである。ESSENTIAL PSYCHOPHARMACOLOGY (Stephen M. Stahl 2002)によれば、統合失調症の一卵性双生児の一方が同疾患発病の確率は50%、二卵性では15%、躁うつ病は一卵性の同疾患発病の確率80%以上、二卵性は8~10%であると記載されている。また、藤岡は「自殺者における生前の社会的・心理的・身体的背景 福島県下における1年間の自殺者の全数調査 -」<精神神経学雑誌(106)第1号17~31>の中で警察署へ届け出があり、自殺と認定された事案523例(1997年7月17日方1年間)の分析を行っているが、この中で「家族に自殺歴があることは重大な自殺のリスクファクターとして知られている。本調査でも自殺者のうち6.2%において自殺の家族歴が明らかになっている。…本調査の家族歴はかなり高率と考えると支障ない」と報告している。

ロ 心理的要因

心理的要因としては性格傾向、問題が生じたときの処理の悪さなどが上げられる。性格要因は遺伝のほか、発達期に受けたストレスが性格傾向形成に大きく関係してくるとされている。

ハ 社会的要因

社会的要因には、失業、経済的な困難さ等が上げられる。

- 1) 遺伝的脆弱性:精神薬理学エッセンシャルズ-精神科学的基礎と応用-(第2版)、p102、メディカル・サイエンス・インターナショナルズ、訳:仙波純一、2004.11

(3) 病気の増悪と自殺の関係

先に述べたとおり、意見書の精神障害者の自殺が精神障害の増悪の結果であるという見解は、精神医学上、必ずしも正しくはない。

日常臨床で自殺企図者の対応で経験するところでは、自殺を決行するきっかけとなつたのは些細な事柄であることが多く、強いストレスが自殺の決行の原因となるということは

必ずしも多くないということが知られており、精神障害発病者の自殺が常に強いストレスと関連しないという複雑さをもっている。この点に関連し、「自殺企図の要因の解析に関する研究」(平成 15 年度厚生労働科学特別研究事業)において黒木は、医療機関へ入院した自殺企図患者を分析し、「その原因が職場問題と回答した事例 49 例が経験した出来事について、判断指針に示されたストレス強度に当てはめて検討したところ、ストレス強度 46%(30 例)、ストレス強度 43%(28 例)、ストレス強度 10.8%(10 例)であった。また、企図前 6 ヶ月において 1 ヶ月の残業時間が 80 時間以上の長時間残業を行った事例の記載が 2 例しかみられなかったことから考えても、業務過重性の強い事例は少なく、軽度～中等度のストレスによって自殺企図に至った労働者が 9 割近くであった。」と報告しているが、自殺企図患者に関しては、多くは強いストレスが認められない状態で自殺企図に至っていることが示唆されている。

なお、ここではクレイネスの曲線で示されるうつ病の病期による病相の変化は増悪とはいわないこととしたが、クレイネス曲線で示される病期と自殺企図との関係では、うつ状態が明らかとなった発症時点と症状の軽快過程で現実との直面化が行われた場合が多く、最も状態の悪化した段階では逆に起こりにくい(自殺するエネルギーがないから)とされている。自殺というものは合目的に遂行しなければ成功しないもので、精神的に大きなエネルギーを必要とするからであるとされている。

以上述べたように、自殺は、精神障害がもたらす最悪の結果ではあるが、精神障害が増悪した結果として必ずしも自殺があるのではないことを理解する必要がある。

(4) 意見書に対する見解

意見書は、軽症うつ病が業務によるストレスを原因により中等症、重症うつ病に移行し、自殺した場合、当初の軽症うつ病が業務以外の原因によるものであっても業務起因性を認めるべきであるとしている。

本節の冒頭述べたように、精神医学的には「軽症」から「中等症」「重症」に増悪したか否かについては、患者を直接診察する医師が、その診療経過から症状の確認をして判断することはできる。

しかし、精神障害を既に発病した者における具体的出来事の受け止め方については、臨床事例等から正常人の場合とは異なる。既に精神障害を発病した者にとって、些細なストレスであってもそれに過大に反応することはむしろ一般的である。これは、発病すると、病的状態に起因した思考により、自責・自罰的となり、客観的思考を失うからとされている。すなわち、個体の脆弱性が增大するためと理解されている。

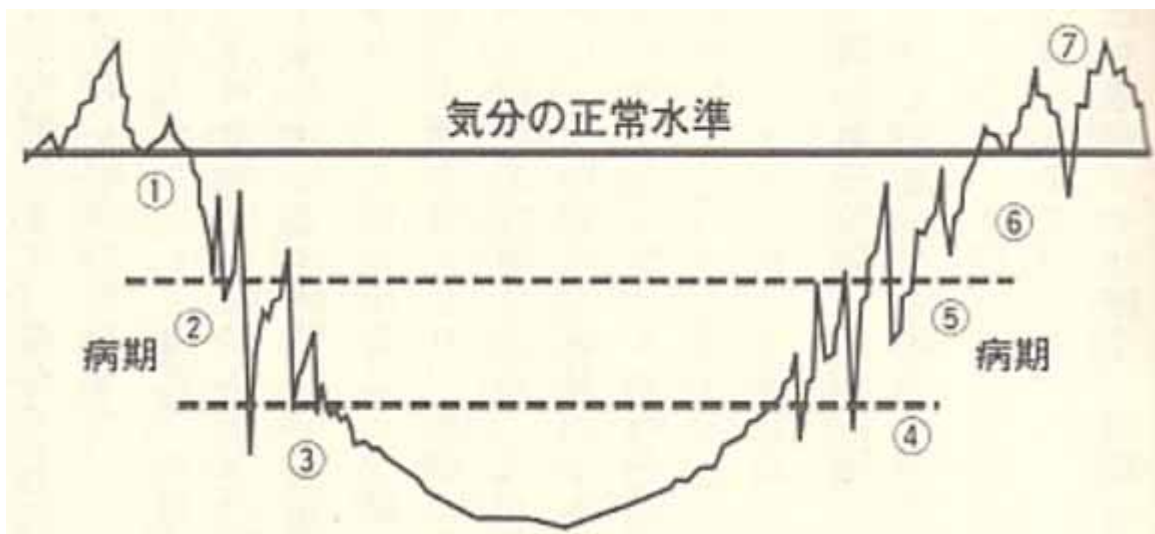
したがって、既に発病しているものにとっての増悪要因は必ずしも大きなストレスが加わった場合に限らない(むしろストレス強度 や の方が多いということは前述した。)のであるから、これを意見書の主張のとおり、正常状態であった人が精神障害を発病するとき

の図式に当てはめて業務起因性を云々することは大きな誤りであることを指摘したい。

意見書が指摘するようなケースについては、精神健康上問題のある労働者に対して、企業は、家族、上司、同僚等周囲の理解・協力の下にメンタルヘルス対策を適切に実施していくことが求められているのであり、このようなケースを労災補償の問題として提起することは、精神障害者の雇用の面からも慎重でなければならないと考える。

うつ病の経過(クレイネス博士による)

<http://www.jah.ne.jp/~hayaoki/utsuprocess.htm>より引用



前駆期 第 段階: 気力が衰え、生活がだらだらする。不眠、口渇、胃腸の不快感、手足のしびれ、冷汗などが生じる。

第 段階: 気分、症状が激しく変動。憂うつ感、イライラ感が顕著に。不眠、食欲・性欲不振、強度の身体的不調に悩まされる。自殺を企てることもある。

極期 第 段階: 最も重症の時期。抑うつ感、不眠、食欲不振、心気・貧困・被害妄想が著しい。起きていられず、寝たきりになる。希死念慮くどくどと同じ訴えをする、焦燥感や怒りの気持ちはなくなる、自罰傾向形成、自殺願望は強いエネルギーがないためその危険性は少ない。

回復期 第 段階: 病気改善のきざし。症状は第 段階に似ているが、気分変動はさらに著しい。再発を恐れることから、自殺が最も生じやすい時期である。

第 段階: 気分症状の変動が減り、自信が出てくる。正常に見えるが、疲れやすい。再発を防ぐためにも完治してから社会復帰をすることが重要。

中間期 第 段階: うつ病とうつ病の間で、気分のいい時は全く健康人である。…

これらの各段階には明確な境界線はありません。ひとつの段階の持続期間も一週間のこともあれば、重症なときは半年以上も続くことがあります。すべての人がこの典型的な段階を経るわけでもありません。