

第103回日本精神神経学会総会

シンポジウム

労災認定に係わる精神医学的問題 ——出来事と精神障害発症の因果関係に関して——

黒木 宣夫（東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学）

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。労災認定に限らず、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く、日本精神神経学会「メンタルヘルスに関する作業部会」、日本産業精神保健学会「業務関連性に関する検討委員会」では、この問題は今後の精神医学にとって非常に重要な問題と考え、議論を重ねてきたが、今回、出来事と精神障害発症との因果関係ならびに労働者に発症した精神障害の労災認定のあり方について、実際に産業医業務に携わっている産業医学推進研究会の産業医、日本精神神経学会会員である精神科医に対してアンケート調査を実施した。

II. 調査対象と調査方法

研究班で作成した「出来事と精神障害発症の因果関係に関する調査」（労災認定に関する調査）のアンケート用紙（委員会報告参照）を、産業医学推進研究会の産業医 420 名、日本精神神経学会から無作為抽出した精神科医 1700 名に対し、平成 18 年 7 月 12 日に発送、同年 9 月上旬までに産業医 64 名、精神科医 219 名から回答が得られた。

III. 調査結果

1. 調査対象の概要

年齢：精神科医は 30～59 歳が 79.5% (174) を占め、産業医は 30～49 歳が 82.8% (53) を占め、産業医の方が年齢層は若かった。

勤務先：精神科医については、企業に勤務している医師は 1 名のみであり、93% (204) が診療所、精神病院、総合病院、大学勤務で日常臨床に

表1 判断指針を知っていたか

	産業医	%	精神科医	%	件数	%
1) だいたい理解しているつもりだ	37	57.8%	25	11.5%	62	22.1%
2) 判断指針あることは知らなかった	3	4.7%	125	57.6%	128	45.6%
3) 判断指針の策定は知っていた	6	9.4%	50	23.0%	56	19.9%
4) 目を通したことはある	18	28.1%	17	7.8%	35	12.5%
	64	100%	217	100%	281	100%

表2 本人基準説に関して

	産業医	%	精神科医	%	件数	%
1) どう感じたかは本人の受け止め方によるので賛成	10	15.9 %	40	18.5 %	50	17.9 %
2) ストレスは客観的に評価されるべきであり反対	2	3.2 %	28	13.0 %	30	10.8 %
3) 労災認定は客観的基準で判断	45	71.4 %	131	60.6 %	176	63.1 %
4) わからない	6	9.5 %	17	7.9 %	23	8.2 %
	63	100 %	216	100 %	279	100 %

表3 仕事と精神障害の因果関係

	産業医	%	精神科医	%	件数	%
1) 主要な発症原因と認められる場合、因果関係を認めるべき	36	57.1 %	123	56.4 %	159	56.6 %
2) 多少なりとも関連すれば因果関係を認めるべき	0	0.0 %	7	3.2 %	7	2.5 %
3) 発症に一定の役割を果たしていると認められる場合、因果関係を認めるべき	27	42.9 %	88	40.4 %	115	40.9 %
	63	100 %	218	100 %	281	100 %

携わっている医師と考えられる。産業医について、企業と企業外労働衛生機関が71.9% (46) を占め、大学勤務者は15.6% (10) であった。

2. 精神障害の労災認定の判断指針を知っていたか、否か (表1)

判断指針を理解している産業医は57.8% (37) であるのに対し、精神科医は11.5% (25) にすぎなかった。判断指針について「だいたい理解している」「目を通したことはある」を合わせると、産業医は85.9% (55) であるのに対し、精神科医は19.2% (42) にすぎなかった。産業医の方が、「判断基準」を理解している割合が明らかに高く ($p < 0.0001$: χ^2 二乗検定), 年齢層によっても有意差が見られた ($p = 0.0313$: χ^2 二乗検定)。

3. 「判断指針」に提示された職場の出来事の客観評価に関して (表2)

「労災認定は客観的基準で判断」との回答は63.1% (176), 「ストレスは客観的に評価される

べきであり反対」との回答は10.8% (30) で、両方を合わせると73.8% (206) であった。一方、「どう感じたかは本人の受け止め方によるので賛成」との回答は17.9% (50) に止まった。労災認定は、客観的基準で判断すべきとする見解は、産業医に割合は高いが、有意差は見られなかった ($p = 0.1333$: χ^2 二乗検定)。産業医、精神科医ともに「客観的に判断すべき」との見解が全体の73.9% を占めた。

4. 精神疾患の発症に関して、仕事がどの程度の割合で発症に関与した場合、因果関係があるか (表3)

「主要な発症原因と認められる場合、因果関係を認めるべき」との回答は56.6% (159), 「発症に一定の役割を果たしていると認められる場合、因果関係を認めるべき」との回答は40.9% (115) で、両者を合わせると97.5% (274) であった。「多少なりとも関連すれば因果関係を認めるべき」との回答は2.5% (7) にすぎなかった。産業医と精神科医による有意差は認められなかつ

た ($p=0.3497$: χ^2 二乗検定)。

5. その場合、何割程度と考えますか (表4)

「5割」以上との回答は、産業医は89.3% (50)、精神科医は81.39% (156)、全体では83.1% (206) を占めた。このうち「8割」以上との回答は、産業医は17.9% (10)、精神科医は21.9% (42)、全体では21.0% (52) であった。実際の回答の平均値を取ってみると、272回答のうち有効件数248、合計1435、平均5.86 (産業医:59回答、有効件数56、合計329、平均5.81、精神科医:回答213、有効件数192、合計1106、平均5.85) であった。つまり産業医、精神科医

表4 何割

	産業医	精神科医	件数	
1	1	5	6	2.4%
2	1	7	8	3.2%
3	4	13	17	6.9%
4		9	9	3.6%
3~5		2	2	0.8%
5	20	49	69	27.8%
5~6	1		1	0.4%
6~7	7	30	37	14.9%
7~7.5	12	35	47	19.0%
8	9	34	43	17.3%
9	1	5	6	2.4%
10		3	3	1.2%
	56	192	248	100.0%

の平均値は、5.8割ということになる (表4)。

割合の選択の設問に、専門による差異は見られなかった ($p=0.6634$: χ^2 二乗検定)。年齢層による違いも見られない ($p=0.9500$: χ^2 二乗検定)、($p=0.9444$: t 検定)、($p=0.2195$:分散分析)

6. 精神障害は特別な出来事なく発症し得るか否か (表5)

特別な出来事なく精神障害は発症し得るか否かとの質問に関しては、「何らかの出来事は存在する」との回答は、精神科医がやや多いものの全体の医師の13.7% (30) で、「特別な出来事なく精神障害は発症する」との回答は、精神科医は46.1% (76)、産業医は31.5% (17) であり、全体の42.5% (93) が特別な出来事なく精神障害は発症しうると考えていた。なお、躁うつ病や統合失調症等の内因性精神障害に関しては特別な出来事なく発症しうるとの回答は、精神科医、産業医とも割合的にはほぼ変わらず、全体の26.9% (59) であった。この両者を合わせると全体の69.4% (152) が出来事なく精神障害は発症しうるということになる (表5)。「慢性的な長時間労働、慢性的対人ストレス」の項目には明らかに両者に差異がみられる ($p=0.9828$: χ^2 二乗検定)。

7. 長時間労働等の慢性ストレス要因に関して (表6)

労働者が日常の労働生活により受けるストレス評価に関して、「日常の些細なストレスが継続し

表5 出来事なく発症するか否か

	産業医	%	精神科医	%	件数	%
1) 何らかの出来事は存在	9	16.7%	21	12.7%	30	13.7%
2) 種々の要因で発症	1	1.9%	11	6.7%	12	5.5%
3) 出来事なく発症 (内因性精神障害含め)	33	61.1%	119	72.1%	152	69.4%
4) 単なる引き金、主観的ストレス			5	3.0%	5	2.3%
5) 慢性的な長時間労働、慢性的対人ストレス	11	20.4%	9	5.5%	20	9.1%
	54	100%	165	100%	219	100%

表 6 慢性ストレスの評価

	産業医	%	精神科医	%	件数	%
1) 日常の些細なストレスは評価の対象とすべきでない	11	17.5 %	49	22.7 %	60	21.5 %
2) 日常の些細なストレスが継続した上である出来事を契機に発症した場合、出来事単独よりも重視すべき	24	38.1 %	75	34.7 %	99	35.5 %
3) 日常的ストレスがある一定期間、持続した場合に認めるべき	27	42.9 %	91	42.1 %	118	42.3 %
4) その他	1	1.6 %	1	0.5 %	2	0.7 %
	63	100 %	216	100 %	279	100 %

表 7 発病前の出来事評価期間

	産業医	%	精神科医	%	件数	%
1) 1年を対象にすべき	1	1.6 %	9	4.2 %	10	3.6 %
2) 現行の6ヶ月でよい	35	54.7 %	115	53.2 %	150	53.6 %
3) 6ヶ月を基本にして、出来事がない場合は1年を検討	23	35.9 %	82	38.0 %	105	37.5 %
4) その他	5	7.8 %	10	4.6 %	15	5.4 %
	64	100 %	216	100 %	280	100 %

表 8 療養補償の期間

	産業医	%	精神科医	%	件数	%
1) 統合失調症、神経症、うつ病などの精神疾患は療養補償の期間を一定とすべき	45	70.3 %	107	49.5 %	152	54.3 %
2) 主治医が治癒と判断するまで補償を認めるべき	17	26.6 %	98	45.4 %	115	41.1 %
3) 本人の希望によるべき			3	1.4 %	3	1.1 %
4) その他	2	3.1 %	8	3.7 %	10	3.6 %
	64	100 %	216	100 %	280	100 %

た上である出来事を契機に発症した場合、出来事単独よりも重視すべき」との回答は35.5% (99), 「日常的ストレスがある一定期間、持続した場合に認めるべき」との回答は42.3% (118), 両者を合わせると78.3% (217) であった。一方, 「日常の些細なストレスは評価の対象とすべきでない」との回答は21.5% (60) であった。専門による違いはなく ($p=0.6500$: χ^2 二乗検定), 年齢別による違いもなかった ($p=0.9891$: χ^2 二乗検定)。

8. 発病前のどの程度の期間の出来事を評価すべきか (表 7)

「現行の6ヶ月でよい」との回答は53.6% (150), 「6ヶ月を基本にして出来事がない場合は1年を検討」との回答は37.5% (105) であり, 対象者全体の94.4% (253) は6ヶ月以内の出来事を基本に判断するのがよいと考えていることが明らかになった。「1年を対象にすべき」との回答は3.6% (10) にすぎなかった。専門による違いはなく ($p=0.6448$: χ^2 二乗検定), 年齢別による違いもなかった ($p=0.3011$: χ^2 二乗検

表9 精神障害によらない自殺

	産業医	%	精神科医	%	件数	%
1) あり得ない	7	10.9%	14	6.5%	21	7.5%
2) あり得る	46	71.9%	177	81.9%	223	79.6%
3) その他			2	0.9%	2	0.7%
4) わからない	11	17.2%	23	10.6%	34	12.1%
	64	100%	216	100%	280	100%

定)。

9. 労災認定された精神疾患の療養補償の期間に関して (表8)

労災認定された精神障害の療養期間に関して、「統合失調症、神経症、うつ病などの精神障害は、療養補償の期間を一定期間とすべきである」との回答は、産業医は70.3% (45)、精神科医は49.5% (107) で、「主治医が治癒 (症状固定) と判断する時点まで療養補償を認めるべきである」との回答は、産業医は26.6% (17)、精神科医は45.4% (98) と判断が分かれた。なお、「本人の希望によるべきである」との回答は、対象者全体の1.1% (3) にすぎなかった。産業医の方が、「精神疾患は療養補償の期間を一定にすべき」との意見が多くみられた ($p=0.0278$: χ^2 二乗検定)。

10. 精神障害によらない自殺はあり得るか否か、に関して (表9)

精神障害によらない自殺は「あり得る」との回答は79.6% (223) で、「あり得ない」と考えている医師は7.5% (21) にすぎなかった。専門による違いはなく ($p=0.2340$: χ^2 二乗検定)、年齢別による違いもなかった ($p=0.7022$: χ^2 二乗検定)。

IV. 考 察

1. 出来事と精神障害発症との因果関係

平成11年9月に厚生労働省が策定した「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」について、産業医は「だいたい理解しているつもりだ」57.8%、「目を通したことがある」28.1%、「判断指針策定は知っていた」9.4%としているのに対し、「判断指針のあることを知らなかった」とする精神科医は57.6%も占めていた。判断指針が策定されてから7年経過するが、産業精神保健を担当する産業医には浸透しているが、それ以外の精神科医には十分に浸透しているとは言えない状況が見られた。

次に、精神障害の発症に仕事かどの程度関与した場合仕事との因果関係を認めるべきかとの質問に対し、「多少なりとも関連すれば因果関係を認めるべき」との回答は全体の2.5% (7) にすぎず、「主要な発症原因と認められる場合、因果関係を認めるべき」、「発症に一定の役割を果たしていると認められる場合因果関係を認めるべき」との回答が産業医は100% (63)、精神科医は96.8% (211) で、少々の関与では足りず、一定以上の関与が必要と考えている産業医、精神科医がほとんどを占めたことは注目に値する。この「主要な原因」、「発症に一定の役割」との回答に対し、その際「何割程度と考えるか」との質問に関しては、6割以上の発症因が必要と判断していた医師は54.8% (138)、「5割」と記載した医師は27.8% (69) であり、全体の82.62%が出来事が精神障害発症に5割以上の役割を果たした場合には「因果関係があり」と考えていることがわかった。

次に「判断指針」は、発病前おおむね6か月の間に起きた出来事及びそれに伴う変化を評価の対象としているが、「1年間を対象にすべき」との回答は、産業医は1.6% (1)、精神科医も4.2%

(10) で、対象者全体の 94.4% (253) は 6 ヶ月以内の出来事を基本に判断するのが良いと考えていることが明らかになった。

米国精神医学会の診断マニュアル (DSM-IV) における第 4 軸評定「心理社会的及び環境的問題」(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 年間にその対象とすることになっているのに加え、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言えない。しかしながら、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という問題があり得る。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おり、今回の調査からも調査期間は 6 か月以内とするのが妥当と考えられる。

2. ストレス評価に関して——本人基準と客観基準——

ストレスは一般的にどう感じるかではなく、本人にとってどうであったかを基準とすべきであるという考え方があるが、「どう感じたかは本人の受け止め方によるので賛成」との回答は 18.5% (50) であった。逆に「ストレスは客観的に評価されるべき」という回答は 73.6% (206) であった。

産業医、精神科医の多くが、ストレスは本人がどのように感じるかではなく、一般の人がどのように感じたかを基準とすべきであると考えていることが明らかになった。すなわち、産業保健に携わっている産業医も、日常の精神科臨床に携わっている精神科医も、主観的に大きく感じたストレスをストレス強度が強いと判断するのではなく、一般の人からみて大きいストレスをストレス強度の強いストレスと捉えるべきと考えているという結果が得られたことになる。日常臨床に携わっている医師が、精神障害と出来事との因果関係を検

証する際に客観的指標が必要であるという見解を有していたことをあらためて認識させられた。労災補償とは離れても、患者の脆弱性を客観的に把握し、今後の治療方針を考えるという日常臨床の実態が明らかになったといえる。

3. 慢性ストレスに関して

労働者が日常の労働生活により受けるストレス評価に関しては、「日常の些細なストレスは評価の対象とすべきでない」との回答は全体の 21.5% (60)、「日常の些細なストレスが継続した上である出来事を契機に発症した場合出来事単独よりも重視すべき」、「日常的ストレスがある一定期間、持続した場合に認めるべき」を合わせた回答は 78.3% (217) で、日常的な些細なストレスをそれ自体では評価すべきではないが、ある出来事が発生したときあるいは慢性的に持続したときは評価すべきであると考えていることがわかった。

長時間残業に関して、判断指針は「恒常的な長時間労働、例えば所定労働時間が午前 8 時から午後 5 時までの労働者が、深夜時間帯に及ぶような長時間の時間外労働を度々行っているような状態等」と記載されているのみで具体的な指標となる時間数については記載されていない。

脳・心臓疾患の認定基準³⁾では、発症前 1 か月間におおむね 100 時間又は発症前 2 か月間ないし 6 か月間にわたって、1 か月当たりおおむね 80 時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できるとされている。すなわち、恒常的な長時間労働等の負荷が長期間にわたって作用した場合には、「疲労の蓄積」が生じ、これが血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ、その結果、脳・心臓疾患を発症させることがあるとされている。この認定基準の根拠となった「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会」の検討結果³⁾によれば、脳・心臓疾患の発症との関連において過去の全ての報告で有意とされた“1 日 5 時間程度”の睡眠が確保できない状態が継続していたかどうかという視点で検討することが妥当とされ、これが 1 か月継続し

た状態は、平均的日本人の生活時間配分では、おおむね100時間を超える時間外労働が想定されるものとされた。

「長時間残業と精神疾患発症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）によると内山⁷⁾は「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、自覚的な睡眠不足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ことが可能と思われる」と報告、夏目⁸⁾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⁹⁾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、黒木⁵⁾も「過去の自殺の認定事例を99時間以内（I群）、100時間以上（II群）に分類した比較調査で、II群は6ヶ月以内に96%（26例）が発病しているのに対しI群は71%（17例）が発病」と報告し、さらに同調査で100時間以上の残業をしている労働者は、99時間以内の労働者に比較して、出来事から精神疾患発病までの期間が早く、発病から自死に至るまでの期間も短いことが明らかになったと述べている。

4. 精神障害によらない自殺

今回の調査では「精神障害によらない自殺はあり得る」との回答は、産業医71.9%（46）、精神科医81.9%（223）、全体では79.6%（223）であり、「精神障害によらない自殺はあり得ない」と考えている医師は全体の7.5%（21）であった。

今回の対象者全体の79.6%（223）は、精神障害によらない自殺があり得ると回答した。この結果をどう解釈するかであるが、自殺した状況の詳細が把握できていない、職場や家族で身近にいた

者が本人の日常生活上いつもと変わらず変化がなかったと認識していた、出来事となる誘因が見当たらない、などのことも考慮に入れた上で解釈していく必要があろう。岸²⁾は「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。このように自殺の誘因を考える際に、本人の心の比重を占めていたことは何で、どれくらいの病的な状態に陥っていたかを判断することは、たやすくはなく、今後の研究が必要と思われる。

V. 終わりに

出来事（仕事）と精神障害発症との因果関係が認められるためには、産業医、精神科医ともに平均5.8割の関与が必要との回答が得られた。精神障害は、時間の経過とともに病態が変化していくことは周知の事実であり、発症に際しての因果関係が認められたとしてもその後、どの程度の期間までを仕事に関係した病態として認めるかは今後の大きな課題であろう。

文 献

1) 廣 尚典：精神障害発病と長時間労働との因果関係に関する調査研究—医療機関（主治医）調査—。「長時間残業と精神疾患発症との因果関係に関する研究」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」）。p. 134-155, 2004

2) 岸 泰宏：自殺念慮・自殺企図。診断と治療, 91 (8) ; 1328~1332, 2003

3) 厚生労働省：脳・心臓疾患の認定基準の改正について（平成13年12月12日付け基発第1063号通達），2001

4) 厚生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年9月

5) 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。「長時間残業と精神疾患発症との因果関係に関する研究」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」），p. 161-179，2004

6) 夏目 誠：ストレスドックにおける長時間労働とライフイベント。「長時間残業と精神疾患発症との因果関係に関する研究」医療機関（主治医）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」），p. 59-107，2004

7) 内山 真：睡眠と精神障害との関係に関して。「長時間残業と精神疾患発症との因果関係に関する研究」医療機関（主治医）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」），p. 5-28，2004