

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

4 自殺の取扱いの検討

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

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

(1) 労災保険法第12条の2の2第1項の性格

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

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

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

一条項にまとめて規定していたため、解釈上疑義が生じやすかったが、これが昭和40年改正により全文改正され、事業主の「不実の告知」、「保険料滞納」、「故意・重過失による事故」の場合に労働者への給付を制限するとした旧規定が一扫されるとともに、労働者自身の故意による事故の場合については、「労働者が故意に負傷、疾病、障害若しくは死亡又はその直接の原因となった事故を生じさせたときは、政府は、保険給付を行わない。」と改められた。

この新たな規定の意義は、次の点にあったと考えられる。

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

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

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

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

を想定するかについて明らかにはされていなかった。

(2) 精神障害による自殺に係るこれまでの解釈

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

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

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

と説明されていた。

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

(3) 「故意」要件の検討

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

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

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

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

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

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

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

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

上記に該当する自殺の精神状態には次の二つの場合が含まれる。

第一は、主として器質性精神病(F0)、精神作用物質使用による障害(F1)、精神分裂病等(F2)、気分障害(F3)において、その症状としての病的な感情、思考に基づく自殺行為である。

第二は、F4(神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害)、特に、F43重度ストレス反応(急性ストレス反応(F43.0)と心的外傷後ストレス障害(F43.1))の下で遂行される自殺行為で、これらは精神機能全体の病的変化がなくても、強い絶望感、無力感、厭世観、虚無感、自責感などの激情に駆られて自ら死を選ぶものである。司法精神医学上、責任能力についての論争のある「情動行為」は、重度ストレス反応として取り扱うことが可

能であると本検討会は結論した。

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

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

(5) 精神障害によらない自殺

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

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

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

(6) 遺書等の取扱い

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

5 療養等

(1) 療養

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

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

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

(2) 治癒等

イ 治癒

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

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

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

ロ 繰り返す精神障害の認定

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

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

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

[文献]

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

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

