

精神障害等の労災認定に係る専門検討会報告書

精神障害等の労災認定に係る専門検討会

## 序

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

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

精神障害は、その態様は一様ではなく、個々の症例ごとに個別に検討されるべきものではあるが、本報告書はそれらの個々具体的に異なる労災請求事案について、斉一的かつ迅速・適正処理の観点から、業務と精神障害発病との一般的関連について検討し、実際の事案の処理に当たって具体的に求められる業務起因性の判断についての考え方を取りまとめたものである。

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

なお、その他の資料を「付録」として報告書末尾に添付した。

平成11年7月29日

### 精神障害等の労災認定に係る専門検討会

牛島	定信	東京慈恵会医科大学教授
大石	忠生	桐蔭横浜大学教授
大熊	輝雄	国立精神・神経センター名誉総長
田中	清定	関東学園大学教授
(座長)	原田	憲一 元東京大学教授
	保崎	秀夫 常磐大学教授
	山口	浩一郎 上智大学教授
	山崎	喜比古 東京大学助教授
	山本	和郎 慶応大学教授

(五十音順)

## ( 目 次 )

### 検討結果

はじめに	3
1 対象とする精神障害	3
2 精神障害の成因	5
3 精神障害の診断等	5
(1) 精神障害の発病の有無及び診断名	5
(2) 精神障害の発病時期	6
(3) プライバシーの保護	6
4 業務によるストレスの評価	6
(1) 出来事の評価	6
(2) 出来事に伴う変化の評価	7
(3) 出来事によるストレスの評価期間	8
5 業務以外のストレス及び個体の脆弱性の評価	8
(1) 既往歴	8
(2) 生活史	8
(3) アルコール等依存状況	8
(4) 性格傾向	9
6 自殺行為	9
7 療養等	9
(1) 療養の範囲	9
(2) 治ゆ等	9

### 別表

別表 1	12
別表 2	14

### 検討概要

1 対象とする精神障害の検討	17
(1) 精神障害及び精神障害等の定義	17
(2) 精神障害の成因と分類	17
(3) 成因の判断	20
(4) 精神障害の診断等	21
2 個体側要因	22
(1) 既往歴	22

(2) 生活史 .....	23
(3) アルコール等依存状況 .....	23
(4) 性格傾向 .....	24
(5) 家族歴 .....	24
3 ストレスの客観的評価の検討 .....	24
(1) ストレスの要因の種類 .....	25
(2) 業務によるストレス影響の発現モデル .....	26
(3) 評価対象としての出来事等 .....	28
(4) 出来事の評価期間 .....	29
(5) 心理社会的ストレス要因の強度評価の客観化 .....	29
(6) 出来事の評価 .....	30
(7) 出来事に伴う変化の評価 .....	35
(8) 物理的ストレス要因等の評価 .....	36
(9) 職場以外のストレス要因の評価 .....	36
(10) 業務上の傷病により療養中の者に発病した精神障害 .....	36
4 自殺の取扱いの検討 .....	37
(1) 労災保険法第12条の2の2第1項の性格 .....	37
(2) 精神障害による自殺に係るこれまでの解釈 .....	39
(3) 「故意」要件の検討 .....	39
(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 .....	40
(5) 精神障害によらない自殺 .....	41
(6) 遺書等の取扱い .....	41
5 療養等 .....	41
(1) 療養 .....	41
(2) 治ゆ等 .....	42
付録 .....	47

## 檢討結果



はじめに

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

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

## 1 対象とする精神障害

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

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

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

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

き平成6年総務庁告示第75号（平成6年10月12日）として告示されている。  
 ICD-10の第V章「精神および行動の障害」の大分類は次表のとおりである。  
 2)

ICD-10第V章「精神および行動の障害」

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

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

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

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



なお、いわゆる心身症は本検討会の精神障害には含まれない。

## 2 精神障害の成因

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

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

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

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

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

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

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

## 3 精神障害の診断等

### (1) 精神障害の発病の有無及び診断名

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

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

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

他方、診断、治療歴がない場合には、患者の家族、友人、会社の上司、同僚、

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

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

## (2) 精神障害の発病時期

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

## (3) プライバシーの保護

患者の調査に当たっては、プライバシーの保護に十分配慮すべきである。

## 4 業務によるストレスの評価

これまで業務によるストレスが原因となって精神障害が発病し、あるいはその精神障害によって自殺したとして労災請求された事案については、本省において精神医学の専門家による個別検討を行うことにより判断が行われてきたが、今後、第一線の行政機関で当該請求に斉一的に、適切に対応するために、業務によるストレスの強度を客観的に評価する基準を示す必要がある。

### (1) 出来事の評価

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

する視点の双方から構成されている。

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

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

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

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

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

## (2) 出来事に伴う変化の評価

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

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

### (3) 出来事によるストレスの評価期間

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

## 5 業務以外のストレス及び個体の脆弱性の評価

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

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

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

### (1) 既往歴

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

### (2) 生活史

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

### (3) アルコール等依存状況

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

過度の賭博の嗜好等破滅的行動傾向の情報も重要である。

#### (4) 性格傾向

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

### 6 自殺行為

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

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

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

### 7 療養等

#### (1) 療養の範囲

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

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

#### (2) 治ゆ等

療養期間の目安を一概に示すことは困難であるが、業務によるストレス要因

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

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

# 別 表

## 職場におけるストレス評価表

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



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

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

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いことをした人が出た			☆
	親族とのつきあいで困ったり、辛い思いをしたことがあった		☆	
	家族が婚約した又はその話が具体化した	☆		
	子供の入試・進学があった又は子供が受験勉強を始めた	☆		
	親子の不和、子供の問題行動、非行があった	☆		
	家族が増えた（子供が産まれた）又は減った（子供が独立して家を離れた）	☆		
	配偶者が仕事を始めた又は辞めた	☆		
③ 金銭関係	多額の財産を損失した又は突然大きな支出があった			☆
	収入が減少した		☆	
	借金返済の遅れ、困難があった		☆	
	住宅ローン又は消費者ローンを借りた	☆		
④ 事件、事故、災害の体験	天災や火災などにあった又は犯罪に巻き込まれた			☆
	自宅に泥棒が入った		☆	
	交通事故を起こした		☆	
	軽度の法律違反をした	☆		
⑤ 住環境の変化	騒音等、家の周囲の環境（人間環境を含む）が悪化した		☆	
	引越した		☆	
	家屋や土地を売買した又はその具体的な計画が持ち上がった	☆		
	家族以外の人（知人、下宿人など）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、異性関係のもつれがあった		☆	
	隣近所とのトラブルがあった		☆	

(注) ストレス強度 I から III は、別表 1 と同程度である。

## 檢討概要



## 1 対象とする精神障害の検討

### (1) 精神障害及び精神障害等の定義

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

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

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

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

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

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

### (2) 精神障害の成因と分類

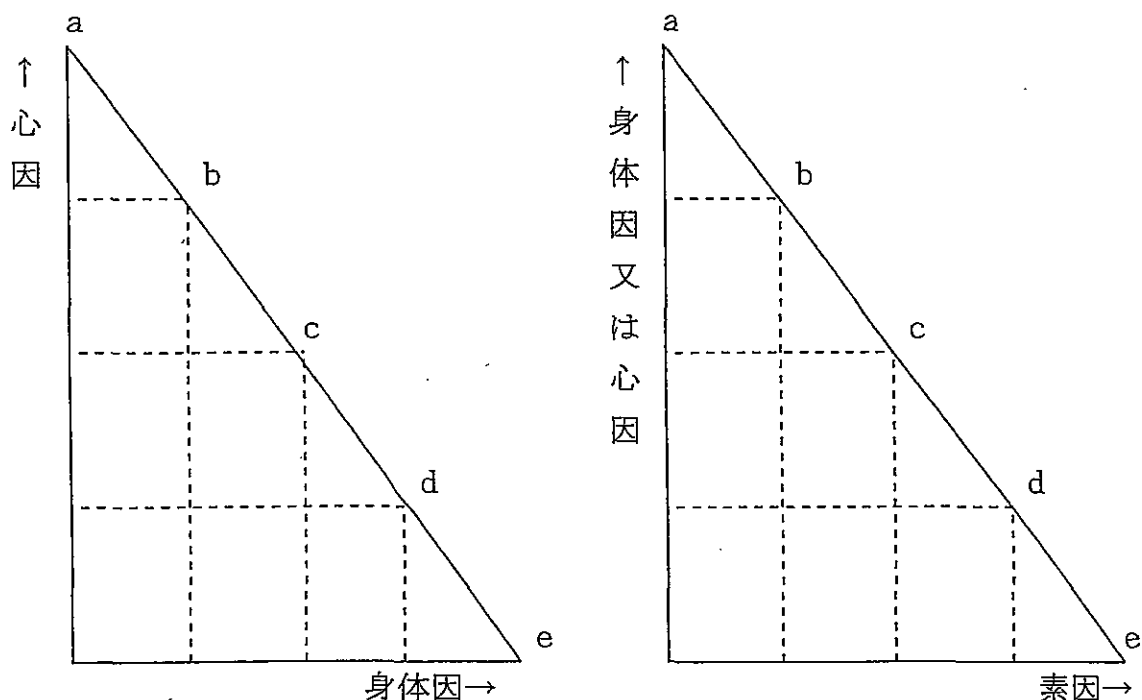
精神障害の成因について、医学上、これまで様々な議論がなされてきた。そして、今日では多くの精神障害の発病には、単一の病因ではなく素因、環境因(身体因、心因)の複数の病因が関与すると考えられている。

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

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

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

精神障害の成因の概念図 (大熊) <sup>5)</sup>



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

このような精神障害の成因に対する理解の変遷から、歴史的には精神障害の