

論点に関する医学的知見

(全体に関するもの)

- 1 融道男、中根允文、小見山実、岡崎祐士、大久保善朗 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 (新訂版)、医学書院、2005
- 2 高橋三郎、大野裕 監訳、D S M - 5 精神疾患の分類と診断の手引、医学書院、2014
- 3 標準精神医学第 8 版、尾崎紀夫、三村將、水野雅文、村井俊哉編、医学書院、2021、208-210

(自殺・悪化に関するもの)

- 4 加藤敏、現代日本におけるうつ病・双極性障害の諸病態—職場関連の気分障害に焦点をあてて—、精神誌、114 巻 7 号、844-856、2012
- 5 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」、「過労自殺」を巡る精神医学上の問題に係る見解、産業精神保健、15 巻 1 号、45-55、2007

(悪化・寛解の判断基準に関するもの)

- 6 令和 2 年度業務上疾病に関する医学的知見の収集に係る調査研究 (精神障害) 報告書
 - (1) 精神障害の発病後の悪化に関する文献の概要、p58-61
 - (2) 治癒、寛解、再発に関する文献の概要、p62-72

(療養期間、症状固定に関するもの)

- 7 日本精神神経学会「精神保健に関する委員会」・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、精神疾患の療養期間及び業務災害に関連した精神科医の役割に関するアンケート調査、産業精神保健、22 巻 4 号、342-347、2014
- 8 黒木宜夫、労働者の治療過程における、主治医と産業医等の連携強化の方策とその効果に関する調査研究：業務に関連した精神科医療の現状と早期復職に関する研究、平成 26 年度
- 9 清水栄司、精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆに係る臨床研究：うつ病のため長期療養する労働者に対する医学上一般に認められた医療と症状固定時期に関するアンケート調査研究、平成 28・29 年度
- 10 黒木宜夫、仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する治療と並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究：労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究、令和元年度
- 11 Nishiura C. et al.、Diagnosis-specific Cumulative Incidence of Return-to-work, Resignation, and Death Among Long-term Sick-listed Employees: Findings From the Japan Epidemiology Collaboration on Occupational Health Study、J Epidemiol:32(9):431-437、2022

1 融道男、中根允文、小見山実、岡崎祐士、大久保善朗 監訳、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（新訂版）、医学書院、2005

※ 下線は事務局による。

F2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害

F20 統合失調症

統合失調症の障害は、一般的には、思考と知覚の根本的で独特な歪み、および状況にそぐわない鈍麻した感情によって特徴付けられる。ある程度の認知障害が経過中に進行することはあるが、意識の清明さと知的能力は通常保たれる。この障害には、人に個性・独自性・志向性といった感覚を与える最も根本的な諸機能の障害が含まれる。きわめて個人的な思考、感覚および行為が、他者に知られたり共有されたりしているように感じるものがしばしばあり、自然的あるいは超自然的力が、しばしば奇妙な方法で患者の思考や行為に影響を及ぼすという説明的妄想が生じることがある。患者は自分中心にすべてのことが起こると考えていることもある。幻覚、とりわけ幻聴がよくみられ、患者の行動や思考に注釈を加えることがある。知覚障害もしばしばみられる。色彩や音が過度に生々しく感じられたり、質的に変化して感じられたり、日常的な物事のささいなことが、物事の状況の全体よりも重要に思えたりする。発病初期には困惑も多くみられ、そのために患者は日常的な状況にすぎないことを、自分に向けられた、たいていは悪意のある意味をもっていることを確信するようになる。特徴的な統合失調症性思考障害では、正常な心的活動では抑制されているはずの概念全体の中の末梢的でささいなことが、前面に出て、その状況にふさわしいものに取って代わる。そのために思考は漠然として不可解であまいなものとなり、言葉で表現されても理解できないことがある。思考の流れが途切れたり、それてしまうことがしばしばあり、さらに思考が何か外部の力により奪い取られると感じられることもある。気分は特有の浅薄さ、気まぐれさや状況へのそぐわなさを示す。両価性と意欲障害が緩慢さや拒絶や混迷として現れることがある。緊張病性症候群も出現する。発病は急性で、重篤な行動を伴っていたり、潜行性で、奇妙な考えやふるまいが徐々に進行したりする。障害の経過も、同じくきわめて多様であり、決して慢性化や荒廃が避けられないわけではない（経過は第5桁の数字で特定される）。症例のうち、文化圏や母集団の違いに応じてさまざまでありうるが、ある割合で完全寛解、あるいはほぼ完全寛解といたった転帰にいたる。男女とも、ほぼ同程度に罹患するが、女性は発病が遅い傾向がある。症例のうち、文化圏や母集団の違いに応じてさまざまでありうるが、ある割合で完全寛解、あるいはほぼ完全寛解といたった転帰にいたる。男女とも、ほぼ同程度に罹患するが、女性は発病が遅い傾向がある。

厳密な意味での病態特異的な症状は確認できないが、実際の目的から、上記の諸症状を、診断上特別な重要性を持ち、しばしば同時に生じるものとして、以下のようなグループに分けると有用である。

- (a) 考想化声、考想吹入あるいは考想奪取、考想伝播。
- (b) 支配される、影響される、あるいは抵抗できないという妄想で、身体や四肢の運動や特定の思考、行動あるいは感覚に関するものである。それに加えて妄想知覚。
- (c) 患者の行動を実況解説する幻声、患者のことを話し合う幻声、あるいは身体のある部分から聞こえる他のタイプの幻声。
- (d) 宗教的あるいは政治的身分、超人的力や能力などの文化的にそぐわないまったくありえない他のタイプの持続的妄想（たとえば、天候をコントロールできるとか宇宙人と交信しているなど）。
- (e) どのような種類であれ、持続的な幻覚が、感情症状ではない浮動性や部分的妄想あるいは持続的な支配観念を伴って生じる。あるいは数週間か数か月間毎日持続的に生じる。
- (f) 思考の流れに途絶や挿入があるために、まとまりのない、あるいは関連性を欠いた話し方になり、言語新作がみられたりする。
- (g) 興奮、常同姿勢あるいはろう屈症、拒絶症、緘黙、および混迷などの緊張病性行動。
- (h) 著しい無気力、会話の貧困、および情動的反応の鈍麻あるいは状況へのそぐわなさなど、通常社会的引きこもりや社会的能力低下をもたらす「陰性症状」。それは抑うつや向精神薬によるものでないこと。
- (i) 関心喪失、目的欠如、無為、自己没頭、および社会的引きこもりとしてあらわれる、個人的行動のいくつかの側面の質が一般的に、著明で一貫して変化する。

診断ガイドライン

統合失調症の診断のために通常必要とされるのは、上記 (a) から (d) のいずれかが1つに属する症状のうち少なくとも1つの明らかな症状（十分に明らかでなければ、ふつう2つ以上）、あるいは (e) から (h) の少なくとも2つの症状が、1カ月以上、ほとんどいつも明らかに存在していなければならない。以上のような症状面での必要条件は満たすが、(治療の有無とは関係なく) 持続期間が1カ月に満たないものは、まず急性統合失調様精神病性障害 (F23.2) と診断しておき、さらに症状が長く続くならば統合失調症と再分類すべきである。上記の症状 (i) は単純型統合失調症 (F20.6) の診断にだけ用い、少なくとも1年間の持続が必要である。

仕事や社会的活動、身なりと身体衛生に対する関心の喪失といった症状や行動が、全般性不安、軽度の抑うつ及び物事へのとらわれなどととも認められる前駆期が、精神病症状の発現に数週又は数カ月先行していることが、明らかになる場合もある。発病の時点を決めることは困難であるので、1カ月の持続という基準は、上記の特定の症状にだけ適用し、非精神病的な前駆期症状にはどのようなものであっても適用しない。(以下略)

F3 気分（感情）障害

F31 双極性感情障害〔躁うつ病〕

この障害は、患者の気分と活動水準が著しく乱されるエピソードを繰り返すこと（少なくとも2回）が特徴であり、気分の高揚、エネルギーと活動性の増大を示す場合（躁病または軽躁病）と、気分の低下、エネルギーと活動性の減少を示す場合（うつ病）がある。エピソードはふつう完全に回復することが特徴であり、性別の発病率は他の感情障害よりも同率に近くなる。躁病エピソードだけを繰り返す患者は比較的良好であるが、家族歴、病前性格、発病年齢および長期予後において、少なくとも時にうつ病エピソードも示す患者に類似しているため、このような患者は双極性 (F31.8) に分類される。

躁病エピソードはふつう突然に始まり、2週間から4、5カ月間（持続期間の中央値は約4か月）持続する。うつ病はより長く続く傾向がある（持続期間の中央値は約6か月）が、高齢者を除いて1年以上も続くことはまれである。躁とうつの両方のエピソードとも、強いストレスとなる生活上の出来事や他の心的外傷に引き続いて発症することがしばしばあるが、そのようなストレスの有無は診断にとって本質的ではない。初回のエピソードは、小児期から老年期まで、いずれの年齢でも生じうる。エピソードの頻度及び寛解と再発のパターンはいずれも実にさまざまであるが、寛解期は年がたつにつれて短くなり、中年期以降になるとうつ病が起りやすく、長引くようになる傾向がある。（以下略）

F32 うつ病エピソード

以下に記述される3種類すべての典型的な抑うつのエピソード〔軽症（F32.0）、中等症（F32.1）、および重症（F32.2とF32.3）〕では、患者は通常、抑うつ気分、興味と喜びの喪失、および活動性の減退による易疲労感の増大や活動性の減少に悩まされる。わずかに頑張ったあとでも、ひどく疲労を感じる事がふつうである。他の一般的な症状は以下のものがある。

- (a) 集中力と注意力の低下。
- (b) 自己評価と自信の低下。
- (c) 罪責感と無価値観（軽症エピソードにもみられる）。
- (d) 将来に対する希望のない悲観的な見方。
- (e) 自傷あるいは自殺の観念や行為。
- (f) 睡眠障害。
- (g) 食欲不振

気分の落ち込みは日による変化がなく、しばしば環境に対しても無反応であるが、しかし、日がたつにつれて特有な日内変動を示すことがある。躁病エピソードと同じように、臨床像には明らかな個人差があり、とくに思春期には非定形的な症状を示すことがふつうである。症例によっては、時に不安、苦悶および精神運動性の激越が抑うつ症状よりも優勢であったり、易刺激性、過度の飲酒、演技的行動、そして以前から存在していた恐怖症や脅迫症状の増悪、あるいは心気症的とらわれなどの症状が加わることによって、気分の変化が隠されたりすることがある。うつ病エピソードは、重症度の如何に関係なく、ふつう少なくとも2週間の持続が診断に必要とされるが、もし症状がきわめて重症で急激な発症であれば、より短期間であってもかまわない。

上記症状のいくつかが際立っていたり、特別に臨床的な意義があると広く認められている特徴的な症状を現すようになることがある。このような「身体性」症状の最も典型的な例は、次のものである。ふつうは楽しいと感じる活動に喜びや興味を失うこと。ふつうは楽しむことができる状況や出来事に対して情動的な反応を欠くこと。朝の目覚めがふだんより2時間以上早いこと。午前中に抑うつが強いこと。明らかな精神運動制止あるいは焦燥が客観的に認められること（他人から気づかれたり報告されたりすること）。明らかな食欲の減退。体重減少（過去1カ月間で5%以上と定義されていることが多い）。明らかな性欲の減退。通常、この身体性症候群は、これらの症状のうちおよそ4項目が明らかに認められた場合、存在するとみなされる。

以下に詳しく記述される軽症うつ病エピソード（F32.0）、中等症うつ病エピソード（F32.1）および重症うつ病エピソード（F32.2とF32.3）のカテゴリーは、単一（初回）のうつ病エピソードにのみ用いるべきである。その他のうつ病エピソードは、反復性うつ病性障害（F33.-）の亜型の1つに分類すべきである。

これらの重症度は、さまざまな形の精神科的实践において遭遇する広範囲な状態に及ぶように特定されている。軽症うつ病エピソードの患者はプライマリケアや一般診療科で多くみられ、一方精神科入院施設では主に重症な患者が扱われる。

気分（感情）障害に結び付いた自傷行為は、たいていは処方された薬物による服薬自殺企図であるが、ICD-10の第XX章（X60-X84）における付加コードを利用して記載すべきである。これらのコードは、自殺企図と「偽装自殺（parasuicide）」との区別を含んでいない。というのは、それらは自傷という全般的なカテゴリーの中に含まれているからである。

軽症、中等症、重症うつ病のエピソードの区別は、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並行しない。そのような影響はふつうにみられ、かつ強力なので、社会的活動を重症度の必須基準に含めることは賢明ではない。

認知症（F00-F03）あるいは精神遅滞（F70-F79）があっても、治療可能なうつ病エピソードの診断は除外されないが、言語的交流が困難であるから、精神運動制止、食欲と体重の減少、睡眠障害などの客観的に観察できる身体性症状に、より多く頼ることが必要になってくる。

F32.0 軽症うつ病エピソード

診断ガイドライン

抑うつ気分、興味と喜びの喪失、および易疲労性が通常うつ病にとってもっとも典型的な症状とみなされており、これらのうちの少なくとも2つ、さらに129ページ（F32.-）に記載された他の症状のうちの少なくとも2つが、診断を確定するために存在しなければならない。いかなる症状も著しい程度であってはならず、エピソード全体の最短の持続期間は約2週間である。

軽症うつ病エピソードの患者は、通常、症状に悩まされて日常の仕事や社会的活動を続けるのにいくぶん困難を感じるが、完全に機能できなくなるまでのことはない。（以下略）

F32.1 中等症うつ病エピソード

診断ガイドライン

上記の軽症うつ病エピソード（F32.0）にあげた最も典型的な3症状のうち少なくとも2つ、さらに他の症状のうちの少なくとも3つ（4つが望ましい）が存在しなければならない。そのうちの一部の症状は著しい程度にまでなることがあるが、もし全般的で広範な症状が存在するならば、このことは必須ではない。エピソード全体の最短

の持続期間は約2週間である。

中等うつ病エピソードの患者は、通常社会的、職業的あるいは家庭的活動を続けていくのがかなり困難になるであろう。(以下略)

F32.2 精神病症状を伴わない重症うつ病エピソード

重症うつ病エピソードでは、抑制が顕著でなければ、患者は通常かなりの苦悩と激越を示す。自尊心の喪失や無価値観や罪責感をもちやすく、とくに重症な症例では際立って自殺の危険が大きい。重症うつ病エピソードでは身体症状はほとんど常に存在すると推定される。

診断ガイドライン

軽症および中等うつ病エピソード (F32.0、F32.1) について述べた典型的な3症状のすべて、さらに少なくとも他の症状のうちの4つ、そのうちのいくつかが重症でなければならない。しかしながら、もし激越や精神運動抑制などの重要な症状が顕著であれば、患者は多くの症状を詳細に述べることをすすんでほしいか、あるいはできないかもしれない。このような場合でも一般的には、重症エピソードとするのが妥当であろう。うつ病エピソードは、通常、少なくとも約2週間持続しなければならないが、もし症状が極めて重く急激な発症であれば、2週間未満でもこの診断をつけてよい。

重症うつ病エピソードの期間中、患者はごく限られた範囲のものを除いて、社会的、職業的あるいは家庭的な活動を続けることがほとんどできない。

このカテゴリーは、精神病症状のない単一の重症うつ病エピソードだけに用いるべきである。2回目以降のエピソードには、反復性うつ病性障害 (F33.-) の下位分類を用いるべきである。

F32.3 精神病症状を伴う重症うつ病エピソード

診断ガイドライン

上記のF32.2の診断基準を満たす重症エピソードに加えて、妄想、幻覚あるいはうつ病性昏迷が存在する。妄想は通常、罪業、貧困、切迫した災難、自責に関するものである。幻聴や幻嗅は通常、中傷や非難の声、汚物や肉の腐った臭いのようなものである。重い精神運動抑制は昏迷にいたることがある。もし必要ならば、妄想や幻覚が気分一致するかどうかを特定することができる (F30.2を参照)。

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

F43 重度ストレス反応 [重度ストレスへの反応] および適応障害

F43.0 急性ストレス反応

他に明らかな精神障害を認めない個人において、例外的に強い身体的および/または精神的ストレスに反応して発現し、通常数時間が数日以内でおさまる著しく重篤な一過性の障害である。ストレスの原因は、患者あるいは愛する人 (びと) の安全あるいは身体的健康に対する重大な脅威 (たとえば自然災害、事故、戦闘、暴行、強姦) を含む圧倒的な外傷体験である場合もあり、肉親との死別が重なること、あるいは自宅の火災のような、患者の社会的立場や人間関係の非常に突然かつ驚異的な変化である場合もある。身体的消耗あるいは器質的要因 (たとえば老齢) があると、この障害を起こす危険が高まる。

個人の脆弱性や対処能力が急性ストレス反応の発生と重篤度に関連しており、非常に強いストレスにさらされたすべての人びとがこの障害を起こすわけではないという事実によって、それが立証される。症状は著しい変異を示すが、典型的な例では意識野のある種の狭窄と注意の狭小化、刺激を理解することができないこと、および失見当識を伴った、「困惑 (daze)」という初期状態を含んでいる。この状態のあとに、周囲の状況からの引きこもりの増強 (解離性昏迷にまでいたる - F44.2 参照)。あるいは激越と過活動 (逃避反応あるいは遁走) が続くことがある。パニック不安の自律神経徴候 (頻脈、発汗、紅潮) が認められるのがふつうである。症状は通常、ストレスの強い刺激や出来事の衝撃から数分以内に出現し、2、3日以内 (しばしば数時間以内) に消失する。そのエピソードの部分的あるいは完全な健忘 (F44.0を参照) を認めることがある。

診断ガイドライン

例外的に強いストレス因の衝撃と発症との間に、即座で明らかな時間的関連がなければならない。発症は通常、直後ではないにしても、数分以内である。それに加え、症状は、

- (a) 混合し、始終変動する病像を呈する。初期「困惑」状態に加えて、抑うつ、不安、激怒、絶望、過活動、および引きこもりのすべてがみられることはあるが、1つのタイプの症状が長い間優勢であることはない。
- (b) ストレスの多い環境からの撤退が可能な場合、急速に (せいぜい数時間以内で) 消失する。ストレスが持続するか、その性質上取り消すことができない場合、症状は通常24~48時間後に軽減し始め、通常約3日後に最小限となる。(略)

F43.1 心的外傷後ストレス障害

ほとんど誰にでも大きな苦悩を引き起こすような、例外的に著しく脅威を与えたり破局的な性質をもった、ストレス性の出来事あるいは状況 (短期間もしくは長期間持続するもの) に対する遅延したおよび/または遷延した反応として生ずる (すなわち、自然災害または人工災害、激しい事故、他人の変死の目撃、あるいは拷問、テロリズム、強姦あるいは他の犯罪の犠牲になること)。パーソナリティ傾向 (すなわち強迫性、無力性) や神経症性障害の既往などの素因は、症状の発展に対する閾値を低くするか、あるいは経過を悪化させるものかもしれないが、その発症を説明するのに必要でもなければ十分でもない。

典型的な諸症状には、無感覚と情動鈍麻、他者からの孤立、周囲への鈍感さ、アンヘドニア、トラウマを想起させる活動や状況の回避が持続し、そのような背景があるにもかかわらず生ずる侵入的回想 (フラッシュバック) あるいは夢の中で、反復して外傷を再体験するエピソードが含まれる。一般に、患者にもとのトラウマを思い起こさせるきっかけとなるものへの恐れや回避がある。まれには、トラウマあるいはそれに対するものとの反応を突然想起させるおよび/または再現させる刺激に誘発されて、恐怖、パニックあるいは攻撃性が、劇的に急激に生じることがある。通常、過剰な覚醒を伴う自律神経の過覚醒状態、強い驚愕反応、および不眠が認められる。不安抑うつは通常、上記の症状および徴候に伴い、自殺念慮もまれではない。アルコールあるいは薬物の過度の服用が合併

する要因となることがある。

トラウマ後、数週から数カ月にわたる潜伏期間（しかし6カ月を超えることはまれ）を経て発症する。経過は動揺するが、多数の症例で回復が期待できる。一部の患者では、状態が多年にわたり慢性の経過を示し、持続的なパーソナリティ変化へ移行することがある（F62.0を参照）

F43.2 適応障害

主観的な苦悩と情緒障害の状態であり、通常社会的な機能と行為を妨げ、重大な生活の変化に対して、あるいはストレス性の生活上の出来事（重篤な身体疾患の存在あるいはその可能性を含む）の結果に対して順応が生ずる時期に発生する。ストレス因は（死別、分離体験によって）個人の間関係網が乱されたり、あるいは社会的援助や価値のより広範な体系を侵したり（移住、亡命）することがある。ストレス因は個人ばかりでなく、その集団あるいは地域社会を巻き込むこともある。

個人的素質あるいは脆弱性はF43.-の他のカテゴリーにおけるよりも、適応障害の発症の危険性と症状の形成に大きな役割を演じている。しかしながら、ストレス因がなければこの状態が起こらなかつたろうと考えられる。症状は多彩であり、抑うつ気分、不安、心配（あるいはこれらの混乱）、現状の中で対処し、計画したり続けることができないという感じ、および日課の遂行が少なからず障害されることが含まれる。患者は劇的な行動や突発的な暴力を起こしてしまいそうだと感じるが、そうなることはめつたにない。しかしながら、行為障害（たとえば攻撃的あるいは非社会的行動）が、とくに青年期には、適応障害に関連する症状となることがある。いずれの症状もそれ自体では、より特異的診断を正当化するほど重症であつたり顕著ではない。小児例では夜尿症、幼稚な話し方、指しゃぶりのような退行現象が、症状パターンの1つとなることがしばしばある。これらの病像が優勢なときには、F43.23が用いられるべきである。

発症は通常ストレス性の出来事、あるいは生活の変化が生じてから1カ月以内であり、症状の持続は遷延性抑うつ反応（F43.21）の場合を除いて通常6カ月を超えない、症状が6カ月以上持続するならば、診断は現在の臨床病像により変更すべきであり、どのような持続性のストレスもICD-10・第XII章のZコードの1つを用いてコード化することができる。

当の個人の属する文化にふさわしい程度の、そして通常6カ月を超えない期間の正常な死別反応のために医学的あるいは精神医学的なサービスを受けても、この書のコードを用いるべきではなく、ICD-10・第XII章のコード、たとえば、Z63.4「家族の失踪あるいは死」に加えてZ71.9「カウンセリング」あるいは、Z73.3「分類不能のストレス」などのように記載すべきである。いかなる持続期間の悲嘆反応であつても、その形式や内容から異常と考えられる場合は、F43.22、F43.23、F43.24、あるいはF43.25のコードを用いるべきであり、6カ月以上経過しても依然強度で持続しているものは、F43.21「遷延性抑うつ反応」とするべきである。

診断ガイドライン

（略）

適応障害の診断基準が満たされるならば、臨床携帯あるいは支配的な病像は第5桁の数字を用いて特定することができる。

（略）

F43.21 遷延性抑うつ反応

ストレスの多い状況に長い間さらされたことへの反応として起こるが、持続は2年を超えない軽症抑うつ状態。

（略）

2 高橋三郎、大野裕 監訳、DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引、医学書院、2014

※ 下線は事務局による。

7 心的外傷およびストレス因関連障害群

309.81 (F43.10)

心的外傷後ストレス障害

注：以下の基準は成人、青年、6歳を超える子どもについて適用する。6歳以下の子どもについては後述の基準を参照すること。

- A. 実際にまたは危うく死ぬ、重傷を負う、性的暴力を受ける出来事への、以下のいずれか1つ（またはそれ以上）の形による曝露：(略)
- B. 心的外傷的出来事の後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した、以下のいずれか1つ（またはそれ以上）の侵入症状の存在：(略)
- C. 心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避。心的外傷的出来事の後に始まり、以下のいずれか1つまたは両方で示される。(略)
- D. 心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化。心的外傷的出来事の後に発現または悪化し、以下のいずれか2つ（またはそれ以上）で示される。(略)
- E. 心的外傷的出来事に関連した、覚醒度と反応性の著しい変化。心的外傷的出来事の後に発現または悪化し、以下のいずれか2つ（またはそれ以上）で示される。(略)
- F. 障害（基準B、C、DおよびE）の持続が1カ月以上
- G. その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- H. その障害は、物質（例：医薬品またはアルコール）または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

308.3 (F43.0)

急性ストレス障害

- A. 実際にまたは危うく死ぬ、重傷を負う、性的暴行を受ける出来事への、以下のいずれか1つ（またはそれ以上）の形による曝露：(略)
- B. 心的外傷的出来事の後に発言または悪化している、侵入症状、陰性気分、解離症状、回避症状、覚醒症状の5領域のいずれかの、以下の症状のうち9つ（またはそれ以上）の存在 (略)
- C. 障害（基準Bの症状）の持続は心的外傷への曝露後に3日～1カ月
注：通常は心的外傷後すぐ症状が出現するが、診断基準を満たすに最短でも3日、および最長でも1カ月の必要がある。
- D. その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- E. その障害は、物質（例：医薬品またはアルコール）または他の医学的疾患（例：軽度外傷性能損傷）の生理学的作用によるものではなく、短期精神病性障害ではうまく説明されない。

適応障害

- A. はっきりと確認できるストレス因に反応して、そのストレス因の始まりから3カ月以内に情動面または行動面の症状が出現
- B. これらの症状や行動は臨床的に意味のあるもので、それは以下のうち1つまたは両方の証拠がある。
 - (1) 症状の重症度や表現型に影響を与える外的文脈や文化的要因を考慮に入れても、そのストレス因に不釣り合いな程度や強度を持つ著しい苦痛
 - (2) 社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の重大な障害
- C. そのストレスのストレス関連障害は他の精神障害の基準を満たしていないし、既に存在している精神疾患の単なる悪化でもない。
- D. その症状は正常の死別反応を示すものではない。
- E. そのストレス因、またはその結果がひとたび終結すると、症状がその後さらに6カ月以上持続することはない。

3 標準精神医学第8版、尾崎紀夫、三村將、水野雅文、村井俊哉編、医学書院、2021

第8章 精神医療と社会

I 精神保健

C 社会現象にみる精神保健的問題

1 自殺

わが国の自殺者数は、1998年以降3万人を超える状態が続いていたが、2012年に15年ぶりに3万人を下回り、2019年は20,169人となった。(図8-1)。しかし、依然としてわが国の自殺率は高く、社会問題化している(図8-2)。また男性の自殺率は女性の倍以上で推移しているが、50歳代が最も高い。自殺発生は春、月末・月初、連休明け、自殺報道後に多く、無職者、農林漁業職、サービス業が以前から自殺率が高いほか、1998年以降は専門・技術職、管理職で自殺率が増加し

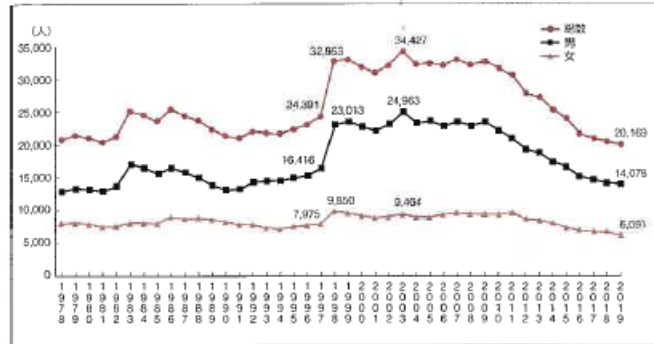


図8-1 自殺者数の推移 (厚生労働省自殺対策推進室「令和元年における自殺の状況より」)

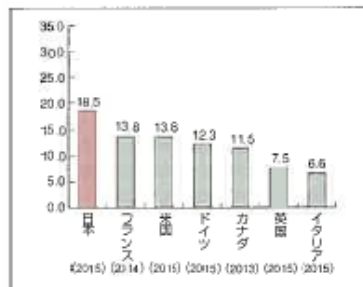


図8-2 自殺死亡率の国際比較 (資料: 厚生労働省自殺対策推進室作成。令和2年版自殺対策白書より)

た、2006年自殺予防総合対策センターが設置され、同年自殺対策基本法が施行、2007年内閣府は自殺総合対策大綱をまとめ、国をあげて自殺対策が推進されている。自殺の原因・動機については健康問題、経済・生活問題、家庭問題、勤務問題の順に多いとされ(図8-3)、自殺者の背景には多くの自殺予備軍が存在し、経済不況も影響しているとみられている。

また減少傾向であった自殺者数が、2020年は11年ぶりに増加した(暫定値で21,077人)。新型コロナウイルス感染症による社会不安や生活様式の変化なども少なからず影響していると思われるが、動向を注視する必要がある。

自殺総合対策大綱では、自殺は単に個人的な問題ではなく、社会として担うべき社会問題であり、保健、医療、福祉はもとより、教育、労働、司法、その他さまざまな関連領域における社会資源や対処のノウハウを活用しながら、公民協働で取り組むべき課題であることが明示されている。2009年の「自殺対策100日プラン」や地域自殺対策緊急強化基金の造成などにより自殺対策の基盤整備が進みつつあり、2010年には「いのちを守る自殺対策緊急プラン」が公表された。このプランには普及啓発、ハイリスクな人への支援の強化、連帯保証人制度などのあり方の検討などの項目が盛り込まれている。

自殺予防の観点から政策上もうつ病対策に力点が置かれ、2002年に厚生労働省は「自殺予防に向けての提言」で自殺予防対策推進のためにうつ病対策の重要性を指摘し、2004年には保健医療従事者向けの「うつ対応マニュアル」と全国自治体向けの「うつ対策推進方策マニュアル」を作成配布し

た。自殺の危険因子は数多く、男性、高齢者、自殺企図歴、事故多発者、精神疾患、同性愛者、自殺家族歴、最近の喪失体験、死別、離婚、壮年の未婚者、孤立した生活などがある。精神疾患ではうつ病、統合失調症、薬物・アルコール関連障害で自殺が多い。統合失調症では自殺を命令する幻聴の存在や、急性症状消退直後の現実直面化などが関係すると考えられているが、理由不明の突然の自殺も多い。うつ病では初期と回復期と、躁うつ混合状態のときに自殺が起こりやすく、拡大自殺である無理心中がみられる場合がある。自殺者の15~56%がアルコール乱用が依存症といわれている。自殺の予防活動では、民間団体の「いのちの電話」も活躍しており、ほぼすべての都道府県に設立され、英語、ポルトガル語、スペイン語などでの対応を行っているところもある。

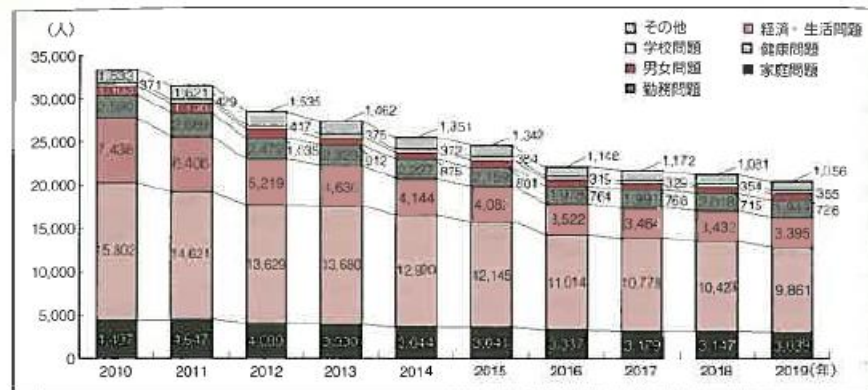


図8-3 自殺の原因・動機別自殺者数の年次推移 (資料: 警察庁自殺統計調査データより厚生労働省作成。令和元年 自殺の統計)

第10章 統合失調症

1 経過・予後

1 臨床経過

統合失調症の臨床経過は症例によってさまざまであることが大きな特徴だが、典型的に示したのが図10-6である。病前期、前駆期、症状期、慢性期(残遺期)の4つの病期に分ける。病前期はほとんど無症状である。前駆期は思春期後期に始まり、軽度(閾値下)の陽性症状などがみられるが、まだ統合失調症と明確に診断できない、明らかな精神病症状(初回エピソード精神病)が出現して症状期に移行する。症状期には精神病症状の増悪と寛解を繰り返しながら、陰性症状や社会的機能低下が進行する。慢性期(残遺期)には臨床症状や機能低下がほぼ固定して認められる。

なお、統合失調症の急性期症状の再発のことをシュープ Schub(独)と呼ぶ。また、急性期症状が改善したときに、主として陰性症状が残遺した状態を欠陥状態 Defektzustand(独)という。その重篤なものを荒唐 Verblödung(独)と呼ぶことがあるが、そのように見えても改善の可能性はあるので、安易に用いるべきではない。ところで、統合失調症の場合、症状が消失しても再発の可能性があるため、治療とはいわず寛解 remission という語を用いる。一般に、寛解は(服薬の有無にかかわらず)問題となる症状がなくなることを意味する。

2 長期予後

統合失調症の長期予後を知るために、治療開始から長期間経過した後の転帰を調べる研究が行われてきた。長崎における長期追跡研究の結果を表10-3に示す。また長期転帰の研究結果の時代による変遷をみると、統合失調症の予後は、治療の進歩により、時代とともに変化していることがわかる。改善のない患者群の率は次第に減少し、不全寛解の率が増加する傾向があり、いずれの時代においても、完全寛解の率は30%前後でほとんど変化がない。近年では、約半数は完全あるいは軽度の障害を残して回復するといえる。

統合失調症では、死亡率が一般人口の約2倍と高い。自殺による死亡率は一般人口の約10倍といわれる。自殺の危険性は発病後2~3年以内に高い。また、統合失調症患者の平均寿命は、一般人口に比較して約20年短く、死因としては心血管系疾患の影響が大きい。

3 予後に影響する要因

統合失調症の予後に影響することが知られている。種々の要因を以下に示す。しかし、実際には例外も多く、個別の症例における転帰は多様で予

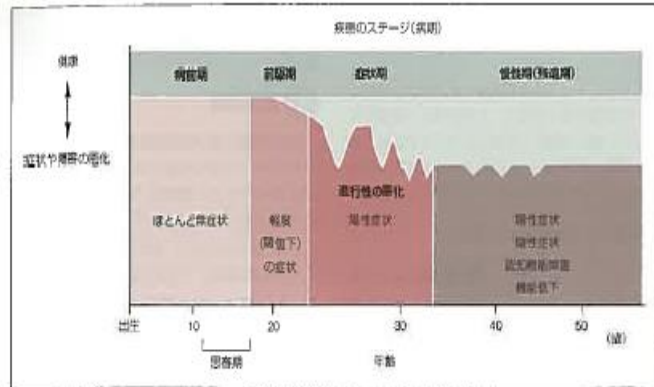


図10-6 統合失調症の臨床経過
(Lieberman JA, First MB: Psychotic Disorders. N Engl J Med 379: 270-280, 2018より転載)

表10-3 初発統合失調症の長期転帰

追跡経過年数 追跡開始年	2年後 1991~1992	5年後 1994~1995	10年後 1999~2000	15年後 1994~1995
追跡例数(%)、死亡例数	n=64(59.8)	n=65(60.7)	n=61(57.0)	n=58(54.2)
追跡脱落数	n=42	n=41	n=41	n=42
死亡累計(%)	n=1(0.9)	n=1(0.9)	n=5(4.7)	n=7(6.5)
完全寛解/非再発型	8%	7%	4%	7%
不全寛解/非再発型	21%	21%	4%	0%
完全寛解/再発型	20%	23%	25%	21%
不全寛解/再発型	18%	34%	45%	48%
精神病的症状持続	33%	15%	20%	21%
その他	0%	0%	2%	3%

【中略】: Mental Health Outcome Research 本邦からの報告: 長期転帰(WHO共同研究). Schizophrenia Forum 4: 261-266, 2005より?】

測しがたい。

- (1) 急性に発症したものは、潜在的に発症したものより予後がよい。また発症に明らかな誘因がある場合は予後がよい。
- (2) 若年の発症は予後がよくない。
- (3) 男性は女性より予後がよくない。
- (4) 病前の社会適応が不良なもの、病前性格に障害があるものは予後がよくない。
- (5) 陰性症状の強いものは予後がよくない。緊張病症状、錯乱や気分の障害が目立つ臨床像のものは予後がよい。
- (6) 発症から治療開始までの期間(精神病未治療期間 duration of untreated psychosis; DUP)が短いものは予後がよい。

4 再発に関連する要因

統合失調症では、治療により症状が寛解していても、再発がしばしば生じる。再発には、さまざまなライフイベントが先行していることが多い。再発に最も大きく影響するのは服薬継続の有無である。初回エピソードの寛解から1年間の再発率は、抗精神病薬を服用している群では約20%であるのに対し、プラセボ群では約60%と報告されている。

再発との関連で重要なもう1つの要因は、家族による感情表出 expressed emotion (EE)である。家族による批判的コメント、敵意、感情的な過度の巻き込まれが強い場合は高EEと呼ばれ、そのような家族と接する患者は再発率が高くなる。

5 リカバリー

リカバリー(回復) recoveryの概念は多様である。リカバリーは、症状の消失(すなわち寛解)だけでなく、社会生活機能や職業的機能の十分な改善にまで到達することを意味する用語として、治療効果の指標などに用いられる。しかし、近年は疾患の寛解や治療とは独立した、主観的な体験としてのリカバリー(パーソナルリカバリー)が目目されている。それは当事者(患者)が、疾患を自らコントロールしながら、自分らしく生きている状態、あるいは自分が求める生き方を主体的に追求するプロセスを意味する。パーソナルリカバリーは、当事者中心の精神科医療において志向すべき状態として重視されている。

E 経過・予後

うつ病の経過は、未治療の場合、一般的に(約90%以上は)6カ月~2年続くと考えられている。治療を行った場合、うつ病の経過を記載するのに、「r」から始まる3つの用語、反応 response、寛解 remission、回復 recovery が用いられる(図11-5)。「反応」とは、治療によって症状が改善したことを指す[ハミルトン Hamilton うつ病評価尺度(HAM-D)を用いてうつ病の症状評価をした場合、評点が治療前の50%以下に低下することを、反応ありとしている]。「寛解」とは、症状がおおむね消滅した状態を示す(HAM-Dの点数が7点以下という定義がよく使われる)。さらに、この寛解の状態が半年以上続いて「回復」と呼ばれる状態に至る。

また、うつ病の悪化を記載する場合も「r」から始まる2つの用語、再燃 relapse と再発 recurrence が使われる。反応は得られたが寛解に至る前や、寛解後だが回復前に悪化した場合を「再燃」と呼ぶ。すなわち、再燃は、1回の病相期が十分に終了していないうちに悪化に至った場合を指し、回復に至った後に、悪化したときに「再発」と称する。

治療を行わず自然経過を研究した報告によると、1年後には40%が寛解に至り、20%が部分的な反応を示し、残る40%は依然として抑うつエピソードの状態であったとされる。一方、抗うつ薬による治療を行うと、どの抗うつ薬であっても約50~70%が反応を示す。8週間の治療によって、反応した患者の約2/3が寛解に至る。寛解に至らなかった患者も、他の抗うつ薬への変更や炭酸リチウムなどの付加、電気けいれん療法などによって、寛解に至る例も多い。しかし、約10%は複数のうつ病治療でも十分な効果が得られないと考えられている。

再発に関するこれまでの研究によると、うつ病を初発した患者の約50~60%は、二度目の抑うつエピソードが生じ、再発を繰り返すごとに、再発率が上がることが報告されている。また、初発の時点では、なんらかの心理社会的ストレスが発症に関与していることが多いが、再発を繰り返すうちに、発症に対する心理社会的ストレスの関与が薄れる。すなわち、再発を反復するに従って、きっかけになる事柄(心理社会的ストレス)が乏しい場合であっても、再発する傾向が形成され、再発予防が困難な状態へと移行する。したがって、初期の段階で、再発予防を心がけることが重要である。

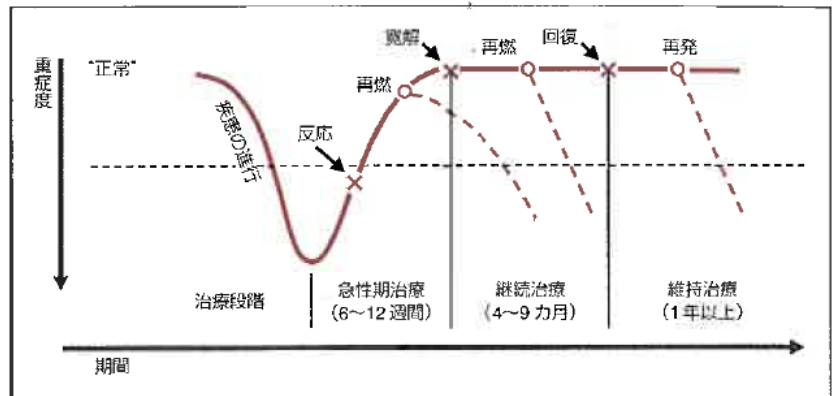


図 11-5 うつ病の経過と治療段階

(Kupfer DJ : Long-term treatment of depression. J Clin Psychiatry 52 Suppl : 28-34, 1991より)

当初、うつ病として発症した症例の5~15%は、経過中に双極性障害へと診断が変更されることが報告されている。特に、混合性の特徴を示す場合、抑うつエピソードの再発を繰り返している場合、若年発症の場合、双極性障害の可能性が高いとされている。したがって、うつ病と診断した場合でも、双極性障害の可能性を念頭に置いて、経過観察することが必要である。

また、うつ病の既往が Alzheimer 型認知症あるいは Parkinson 病発症のリスクファクターであることや、Lewy 小体型認知症の前駆症状としての抑うつ気分も報告されており、高齢者のうつ病において経過観察上、注意を要する。さらに、うつ病とこれら神経変性疾患との病因・病態としての関連性があることも判明しつつあり、今後、両疾患の関連が明確になれば、診断分類にも影響を与える可能性がある。

F 自殺リスク

抑うつエピソードの診断項目には希死念慮が入っているように、自殺を企図するうつ病症例は多い。一般人口に比較した自殺危険率が、うつ病の外來患者で約5倍、自殺企図でない入院患者で約10倍、自殺企図による入院患者で約20倍に上昇するとの報告がある(Bestwick JM, 2000)。自殺危険率が高いうつ病患者の特徴として、男性、単身者、過去の自殺未遂の既往歴、自殺者の家族歴、物質使用障害の合併(アルコール依存)、不安による苦痛を伴う場合、などが挙げられる(表11-1)。また、境界性パーソナリティ障害を合併していることも自殺危険率の高さにつながる。

第12章 双極性障害

E 経過・予後

双極性障害の場合、病相が一度しかないという場合はまれで、一生のうち再発を繰り返す症例が90%以上を占めることを考えると、再発予防が治療上重要である。病相の回数は2~30回と幅

広いが、平均9回程度とされている。また、双極性障害の約10~20%は、年に4回以上も躁病相ないうつ病相を繰り返す急速交代型を示す。急速交代型は治療に対する反応が不良である場合が多いが、抗うつ薬によって引き起こされる場合があり、注意を要する。

治療を受けなかった場合、躁病エピソードは約2~3カ月続き、軽躁エピソードや抑うつエピソードは6カ月以上続くこともまれではない。また、長期の経過観察によると、双極Ⅰ型障害の場合で1/3、双極Ⅱ型障害の場合は約半分の期間を、うつ病相で過ごすことが報告されている(図12-2)。

抑うつ状態の期間のほうが躁状態よりも長いことは、多くの双極性障害の患者が「うつ病」だとみなされている一因と考えられる。

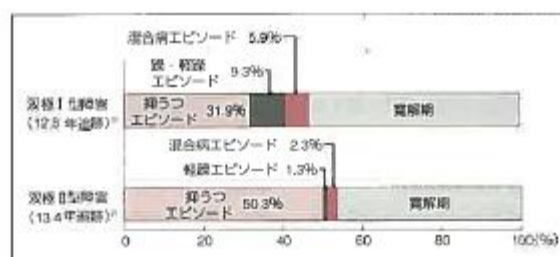


図12-2 双極性障害の経過中に各気分エピソードが占める割合

(¹Judd LL, et al: The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry 59: 530-537, 2002. ²Judd LL, et al: A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. Arch Gen Psychiatry 60: 261-269, 2003より作成)

F 自殺リスク

双極性障害はうつ病よりも自殺リスクが高く、精神疾患のなかで最も高いとされており、自殺の生涯危険度は一般人口の少なくとも15倍と考えられている。双極性障害の自殺危険因子についても検討が加えられ、そのメタ解析の結果が報告され、うつ病と類似しているが、混合性の特徴、不安性の苦痛を伴う、急速交代型の場合が指摘されている(表12-1)。

表12-1 双極性障害の自殺危険因子(OR: CI 95%)

●自殺既遂	自殺企図の既往歴(2.25: 1.02~4.96)
	入院時に希望のなさを表明(9.53: 1.2~76.0)
●自殺企図・自傷行為	自殺の家族歴(1.71: 1.26~2.31)
	発症年齢の早さ(2.25: 1.02~4.96)
	混合病相の出現(2.08: 1.64~2.64)
	急速交代型(1.54: 1.11~2.14)
	不安症の合併(1.56: 1.13~2.16)
	物質使用障害(1.78: 1.18~2.68)

OR: odds ratio (オッズ比), CI: confidence interval (信頼区間)

(Hawton K, et al: Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. J Clin Psychiatry 66: 693-704, 2005より)

第 15 章 心的外傷およびストレス因関連障害

A 心的外傷後ストレス障害

5 経過・予後

恐怖や戦慄を伴う出来事に巻き込まれた場合には、その直後にはだれでも PTSD のような症状を呈する可能性がある。そのため上記のような PTSD に特徴的な症状が、最低でも 1 か月は持続しないと PTSD と診断はできない。

PTSD の病状経過については、原因となる外傷の種類によって異なる。例えば性的暴力の被害者を対象とした研究では、2 週間後の時点で 95% の対象者が PTSD の診断基準を満たすが、6 か月後ではこの割合が 41.7% まで減少することが報告されている。これに対して性的な外傷体験を除いた調査では、外傷後 1 週間の時点では被害者の 64.7% が PTSD の診断基準を満たすのに対して、6 か月後では 11.5% にまで減少することが報告されている。

この他にも病状経過の違いに影響する要因として、被害者の治療を求める態度が挙げられる。米国の National Comorbidity Survey (NCS) による調査では、PTSD に特異的な治療のみならずなんらかの精神科治療を求めた患者群の PTSD 寛解までの平均期間が 36 か月であるのに対して、精神科治療を求めなかった患者群の平均期間は 64 か月であったことが報告されている。一般的に PTSD 患者の 1/3 は慢性化するとみなされている。

B 急性ストレス障害

5 経過・予後

ASD は、外傷的な出来事による 1 か月未満の一過性のストレス反応のことである。このため障害が解消される 1 か月の間に症状の変動はみられても予後は総じて良好であり、病状が 1 か月以上継続で長期化している場合は PTSD と診断される。

C 適応障害

5 経過・予後

適応障害の診断に関して DSM-5 に準拠すると、ストレスとなる出来事の発現から 3 か月以内に発症することや、ストレスとなる出来事の解消から 6 か月以内に症状が消退することが提唱されている。ただし PTSD の診断と同様に、ストレスとなる出来事から 6 か月以上たって発症する遅延発症型の類適応障害もある。不適な養育体験をもつ子どもほど、ストレスとなる出来事から発症までの期間が短期であるという研究もみられる。

第107回日本精神神経学会学術総会

教育講演現代日本におけるうつ病・双極性障碍の諸病態
——職場関連の気分障碍に焦点をあてて——

加藤 敏 (自治医科大学精神医学教室)

現在、わが国ではうつ病について様々な考えが提出され、百家争鳴の観がある。本稿では、現代日本における気分障碍の諸病態について、疫学の最新知見に言及した上で、職場におけるうつ病および双極性障碍に焦点を絞りながら述べ、合併するアルコール依存や社会恐怖 (social phobia) など病態の外延にもふれたい。また気分障碍における自殺危険期に関し、クレイネス曲線に改めて準拠しながら、混合状態に代表される気分が激しく揺れ動く時期に注意を喚起したい。最後に、最近注目されている比較的若い人 (30代前後) の「うつ病」の中には社会恐怖を主徴とする現代版の抑うつ神経症とみることができるとする事例があることについても附言したい。

1. 最新の疫学知見

WHOは、寿命の低下・健康喪失の程度を表すDALY値を指標にして、2004年における途上国と先進国のすべてを含む世界69億の人々の病気の統計を発表した³³⁾。それによると、第1位は呼吸器感染症、第2位が消化器感染症で、そして第3位がうつ病である。この結果は途上国においてもうつ病が増えてきていることを示す。日本についてみると、うつ病が第1位で、認知症、統合失

調症、双極性障碍がトップテンに入っている。うつ病、あるいは双極性障碍をはじめとした精神疾患が大きな社会的損失を生んでいることがわかる。この疫学知見は、精神疾患の顕在発症において、遺伝子に加えて社会・文化の関与が無視できないことを改めて支持するものといえる。

また、2011年の『ヨーロッパ神経薬理学会誌』に、2010年の1年間におけるEUおよびイギリスなどを含むヨーロッパ29カ国の1億6千万あまりの人の有病率を調査した論文が掲載されている³⁴⁾。それによると、100人中38人の人が精神科を受診している。診断別では、第1位不安障碍、第2位不眠症、第3位単極性うつ病、第4位認知症という順になっている。DALY値でみると、うつ病が第1位となる。男性・女性別にみると、女性ではうつ病が第1位で、男性では、アルコール依存が第1位、それを僅差で追う形でうつ病が第2位を占めている。著者は、この論文を発表した意図の1つとして精神疾患に対するスティグマの是正をあげている。不眠症を精神疾患のなかに入れたデータとはいえ、確かにヨーロッパにおいて精神疾患の有病率が38%という高い率は驚きで、精神疾患は高血圧や糖尿病と同様にありふれた疾患であるという認識を促す。

第107回日本精神神経学会学術総会=会期：2011年10月26～27日、会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA、ホテル日航東京

総会基本テーマ：山の向こうに山有り、山また山 精神科における一層の専門性の追求

教育講演 現代日本におけるうつ病・双極性障碍の諸病態——職場関連の気分障碍に焦点をあてて—— 座長：濱田秀伯 (群馬病院)

日本でも、厳密に調査をするとこれに近い結果がでる可能性は否定できないだろう。改めて述べるまでもなく、日本では2011年7月6日に厚生省が国として取り組むべき疾患として、従来のがん・脳卒中・心臓病・糖尿病からなる4大疾患に精神疾患を加えた。その背景には、精神疾患をもつ人が323万人(2.53%)を数え、DALY値で見るとトップテンに4つの精神疾患が入っているという疫学知見があることは間違いない。

このように、わが国においても精神疾患への対策の重要性は一層増している。例えば最近、職場におけるメンタルチェックをすべての会社で義務づける指針を出す方向の動きさえ出ている。古代から中世、近代産業社会、そして現在の高度資本主義といった時代の中で、精神疾患の病勢を極めて大雑把ながら概観すると、統合失調症の病勢が弱まってきているのと対照をなす形で、(広義の)気分障害はますます病勢を増加させているとみることができる。

うつ病を発病状況を指標に概観すると、愛の領域に関連した愛情関連性うつ病と仕事の領域に関連した仕事関連性うつ病に区別できる。精神医学の歴史においては、愛する人との別離を契機にしたメランコリーを考察したFreudによる「喪とメランコリー」¹⁰⁾の論文によく示されるように、愛の領域のうつ病がまず最初に問題にされた。それにひき続く形で、産業社会の発展ではともに後進国だった日本とドイツにおいて、下田による執着性格論²⁹⁾、またTellenbachによるメランコリー-親和型論³¹⁾といったように仕事領域のうつ病が論じられた。現代では両方の領域のうつ病が問題になっており、いずれも病勢を増し、慢性化傾向を強めている。これは、わが国においてもうつ病、また気分障害のDALY値が高いことを裏付ける現象といえる。

2. 職場における気分障害：職場結合性気分障害

現代の臨床現場において、職場での仕事の荷重を発病状況にしたうつ病の事例がとみに増えてきていることをふまえ、筆者は、こうしたうつ病を、

病態が現代の高度産業社会における職場での仕事に密接に結ばれているという認識のもとに、「職場結合性うつ病」と名付けた。さしあたり以下のような診断指標があがる¹²⁾。

①仕事に追われゆとりのない毎日を過ごし、少なからず睡眠時間の短縮を余儀なくされて、心身疲労が積み重なることが続くのに加え、②仕事課題を「消化」・達成できず、挫折体験をもつことが発病状況となることが多い。③制止に比べ不安・焦燥が前景に出る不安・焦燥優位の病像をとる傾向がある。そのため医師のもとを受診しても、うつ病と診断されないことがしばしばである。職場へは休むことなく行く事例が少なくないので、本人だけでなく周囲も異常に気づかず、自殺企図で初めて事例化することがしばしばである。④元来の病前性格は、必ずしも際だって几帳面、他者配慮的というわけではなく、現代の高いレベルの職場に採用されるに足る平均的な社交性と仕事をこなすための正確さ、熱心さをそなえたパーソナリティが少なくない。もっとも、従来のメランコリー-親和型のパーソナリティをもった人もいる。

最近、同類の病態として、軽度の躁病相をもつ双極II型障害が増加傾向にあるように思う。明らかな躁病相をもつ双極I型障害も観察される。こうした事例は、「職場結合性双極障害」と把握できる¹³⁾。そこでわれわれは、これらの病態を包摂した「職場結合性気分障害」を問題にすることができる。職場を主たる発病状況とするうつ病には、職場内でのセクハラ、上司からのパワハラをはじめとした対人関係上のトラブルが要因となって出現する事例もある。これらは職場関連のうつ病、ないし気分障害と総称したい。筆者が職場結合性気分障害という時、仕事課題達成のための労働時間の絶対的延長、あるいは、高密度の業務からなる過重労働を主たる発病状況にしている気分障害を指すことにする。

岡崎らは2000年4月1日から2008年7月31日の8年4ヵ月間に自治医科大学附属病院精神科に入院した正規雇用労働者である気分障害症例84例(年齢30代から60代で、少なくとも3年

以上同じ企業や公的機関で勤務をしている人：平均勤続期間 18.5 ± 9.6 年、安定した社会機能を持ち、気分障害発症前に (DSM-IV-TR で定義される) パーソナリティ障害のない事例を対象として、入院気分障害の臨床精神病理学的調査を行った^{24,25)}。これをもとに、職場結合性気分障害に焦点をあてながら職場関連の気分障害の臨床特性についてごく一部に限って言及したい。

1) 頻度

われわれの研究では、職場での明らかな問題が重要な契機となったと判断された職場関連の気分障害の比率は 65.5% (55 例/84 例) で、職場で明らかな契機となりうる問題がなかったと判断された非職場関連の気分障害事例 34.5% (29 例) に比べ、有意に多かった。性差では、男性 92.7% (51 例) 女性 7.3% (4 例) で、男性に有意に多かった²⁴⁾。

この結果は、総合病院精神科に気分障害の診断のもとに入院適応となる男性患者のなかの半数以上が職場関連の気分障害であることを示唆する。

2) 不安・焦燥、混合状態

職場における気分障害の調査において、症状・病態の調査に際し、入院前 1 ヶ月間の状態像を評価対象とし、精神運動制止が強く思考や行動の鈍さが際立っていた症例を「制止優位」と定義し、不安感や焦燥感が強くじっとしてられない様子が際立っていた症例を「不安・焦燥優位」と定義した。症例の中には、制止症状と不安・焦燥の症状がともに認められることもあるが、その際には、入院前 1 ヶ月間においてどちらの成分が優勢であったかに基づいて、いずれかの群に判定した。

その結果、「制止優位」が 31% (17 例/55 例)、「不安・焦燥優位」が 69% (38 例/55 例) であった²⁵⁾。職場における気分障害において入院に至る事例は、不安・焦燥優位の気分障害の方が多いという結果は、以下のことを示唆する。この結果は、①大うつ病性障害でいえば、制止関連症状と不安関連症状との混合状態の事例が多いこと、また、

②双極性障害でいえば、躁的成分と抑うつ成分からなる (Kraepelin の意味での本来の) 混合状態の事例が多いことを示唆する。実際、われわれの対象症例で、気分障害における混合状態と把握した方が病態理解が的確になる事例が少なくなかった。

Kraepelin は以下の記述に明らかなように混合状態を躁うつ病の基本に据える見地をうちだす¹⁹⁾。

「実際は躁病と循環性鬱病の教科書通りの記述は主要諸型にのみある程度あてはまるに過ぎない」(p. 234)。

「躁うつ病の様々な形のものに属する多くの症例を詳しくみてゆくと、今まで区別した諸基本型、すなわち躁性興奮と抑うつとの間に多くの移行がみられる」(p. 231)。

「非常によくみられる状態像は、躁的興奮にも抑うつにもうまく適合せず、躁うつ病の 2 つの現れ方の形の症状の混合を示すものである。これはしばしば、何週も何ヶ月にもわたることがある」(p. 231)。

「躁病の患者が一時的に悲しんだり絶望したりするのみならず、抑制されていることもあり、抑うつ患者が微笑したり、歌を歌ったり、歩きまわったりし始めることもある」(p. 231)。

「数時間か 1 日中のこういう突然の変動はいずれかの方向についてでもよくあることである」(p. 231)。

このように Kraepelin が躁うつ病に混合状態をみてとる際、それは症状の質的な把握によってなされている。つまり、現象学的な眼差しに基づく精神病理学的視点からなされており、症状の持続時間は「数時間」で十分で、それ以上の時間的規定は問わない。とりわけ混合状態は、その目まぐるしい動きのある性状からして、しなやかな繊細な把握を要請される。こうした動的な観点から、混合状態を捉える姿勢が重要で、適切な治療を迅速に行うことにつながる。このような臨床実践の要請には、現行の操作的診断体系は馴染まないことを指摘しておかなければならない。

3) 不安障害

すでにふれた「不安・焦燥優位」の病態や「混合状態」とつながる事項だが、われわれは操作診断に基づき、不安障害関連症状の有無について調べるため、DSM-IV-TRでパニック障害など不安障害の診断基準を満たした事例、その他過換気発作を繰り返した事例や書痙が持続した症例を「不安障害関連症状あり」と判定した。その結果、「不安障害関連症状あり」が27%（15例/55例）であった²⁵⁾。

この知見は、操作診断をすると、不安障害と診断される職場における気分障害事例が1/4以上存在することを示す。これは、筆者のいう職場結合性うつ病、ひいては職場結合性気分障害において不安障害とだけ診断がつけられ、うつ病の診断が見逃される事例がかなりあることを裏付ける知見である。職場結合性気分障害のなかに、パニック発作や過換気発作のため総合病院救急部に搬送される事例がある。こうした事例の不安症状は、本能的な自殺回避的な身体化症状とみなすことも可能である。

確かに、DSMやICDにおける現行の診断体系では、うつ病の診断基準に、不安症状は入れられていないため、これらに準拠するとうつ病の診断が下されない可能性がある。このことは、効力ある自殺予防を推進する上できわめて不都合で、DSMやICDの大きな欠点といわざるを得ない。

3. クレイネス曲線の理解と気分障害における自殺危険期

職場におけるうつ病の自殺好発期に関し、「精神疾患と業務関連性に関する検討委員会」は次のような見解を公表している。

「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」²³⁾。

この見解は、うつ病において自殺企図がなされ

る機制をうつ病を患った患者と患者がおかれた状況とのかかわりに力点をおいて理解する姿勢がみられる。確かにこの側面も重要だが、筆者としては、(内因性)うつ病、気分障害における特有な気分変動に目をむける必要があると考える。つまり、職場におけるうつ病、気分障害において、究極的には激しい気分変動のなかでの自傷・自殺企図がなされることについて論じておかななくてはならない。

そもそも、内因性うつ病、あるいは、躁うつ病は潜在的に病像が変動しやすいことを特徴とする。それは本質的には、一旦発症すると、人間の自己制御の埒外にある自生的な気分変動である。したがって、内因性うつ病では、一過性の過活動だけでなく、突然、興奮状態に転じる激越発作も認められるのである。

あまり注目されないようだが、うつ病の自殺好発期に関し、わが国でよく引用されるうつ病の経過を図示したクレイネス曲線がこのことをよく示している²⁰⁾。うつ病の経過中、極期を別にするると、図のように小刻みに上下に揺れ動く波が一貫してみられる（p.24, 図1）。

そこには、うつ病の病態が、下方向のベクトルで示される制止成分と上方向のベクトルで示される躁的成分、ないし不安・焦燥成分の混合から構成され、その配分が微細に変化していることがよく示されている。Krainesはうつ病の極期をこの気分の揺れが止まる完全な制止に求めている。昏迷がその端的な例となるだろう。Krainesが描いたうつ病の気分曲線は、この制止の極を別にするると、うつ病といえども、気分は微細に上下の変動をしていることを示している点で貴重である。

Krainesはこの論文のなかでうつ病における自殺の危険期に関し、極期から脱出していく上昇曲線で自殺の危険があることを指摘している。Kraines自身は少なくともこの論文のなかではそれ以上のことは述べておらず、極期にはいる前段期で自殺が多いとは述べていない。確かにKrainesが描いた上昇曲線をみると、気分のレベルが正常へと近づくと従い揺れが大きくなり、基

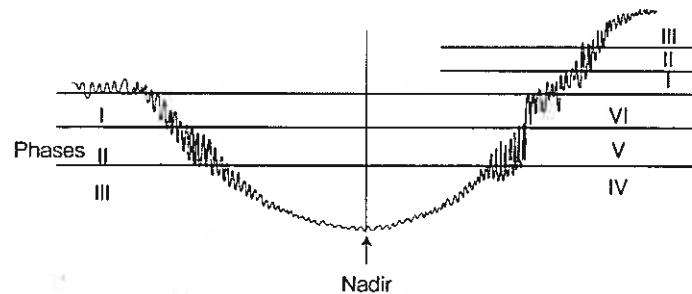


図1 単極性うつ病の気分曲線 (Kraines 論文²⁰⁾ p. 24 より引用)

底気分より少しあがるとさらに気分の揺れは激しさを増す (図1参照)。うつ病における自殺の危険はこの気分の揺れが一層激しさを増した時期に求めていたと考えるのが妥当であるように思われる。もっとも、気分の上下の波に注目すると、制止の極へと入っていく手前の下降曲線と制止の極から脱して暫くする上昇曲線において、気分の上変動が増加する。いずれにせよ、自殺企図の危険期は、激しい気分の揺れが生じる時期に対応すると考えることができる。

Kraines の原典²⁰⁾ にあたってみると、わが国でクレイネス曲線と呼んでいるうつ病の気分変動曲線の理解は一面的であるといわざるをえない。わが国でクレイネス曲線と名付けられている気分変動の曲線は Kraines が「単極性うつ病」(unipolar depressive illness) の気分変動の原型として提示したものである (p. 23, 24)。同じ論文のなかで、Kraines は、単極性うつ病とは別にその亜型となる双極性うつ病 (bipolar depression) の気分変動曲線を提示している。それは気分変動が躁の方向に激しく揺れ動く曲線である (p. 31, 図2参照)。

うつ病性病態における制止の極期以後にみられる、こうした激しい気分変動は、Kreapelin のいう「躁うつ混合状態」また「双極性障害、現在混合性エピソード」における気分変動をよく描いていると考えることができる。

筆者は現代日本のうつ病の自殺危険期に関し、次の指摘をした。確かに制止優位のうつ病では、

回復期と制止の極期に入る前の時期が自殺危険期である。しかし、不安・焦燥優位のうつ病では、不安・焦燥の極期こそ自殺の危険期である¹⁴⁾。Kraines が提示した2種類の気分変動曲線をふまえると、筆者が指摘した不安・焦燥優位型うつ病における自殺危険期はまさに上下の気分変動が最も激しくなる時期ということになる。不安・焦燥優位のうつ病は、広義の混合状態と捉えることができる。そうすると、われわれは内因性気分障害の自殺危険期として包括的に、上下の激しい気分変動、ひいては混合状態が出現する時期をあげることができる。

海外でも最近、これと類似の見解をだしている研究が散見される。例えば、大うつ病性障害における自殺危険因子を検討した Rihmer は、うつ病患者 89 名の自殺企図者を調べ、71% は自殺企図直前に混合状態にあったことを示し、うつ病の病型としては単極うつ病に比べ、双極 I 型、II 型気分障害が有意に多く、自殺企図において混合状態が重要な役割をしていることを指摘している。さらに双極性障害のなかでも、混合状態を呈することが最も多い双極 II 型気分障害が気分障害のなかで最も自殺のリスクが高いと指摘している²⁷⁾。また Sato らは、純粋躁病と混合性躁病における希死念慮、ないし自殺企図の頻度を比較し、不機嫌性躁病の 40% 以上で希死念慮、ないし自殺企図が認められているのに対し、純粋躁病ではそのような事例は 10% 以下であったと報告している²⁸⁾。他方、Guillaume らは、うつ病を反復する事例で

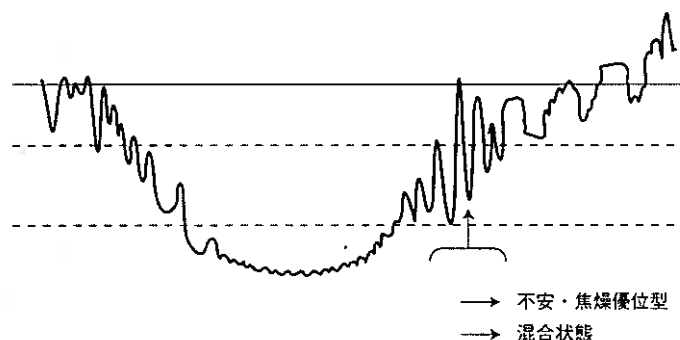


図2 双極性うつ病の気分曲線
(Kraines 論文²⁰⁾ p. 31 より引用, 不安・焦燥優位型, 混合状態は筆者が追加)

激しい自殺企図をする事例を調査し、この種の事例は双極性障害を示唆すると指摘している⁶⁾。

現在わが国で国をあげて取り組んでいる自殺予防はうつ病を主な疾患にして進められているように思う。しかし、今日、双極性障害、また混合状態を念頭においた自殺予防の検討が要請されていることを指摘しておきたい。

4. 職場結合性双極障害

われわれの職場関連の気分障害の調査では、双極性障害の割合が16%（双極I型障害7%、双極II型障害9%）であった²⁴⁾。それらはすべて、仕事過重が発病状況となっている職場結合性双極障害であった。最近、この種の職場関連の気分障害は外来においても増加しているように思う。職場結合性双極障害は、不安・焦燥優位の病像や、躁うつ混合状態を呈しやすく、そのため、自殺リスクが高いという点で臨床的に重要である。双極性障害の診立ては、薬物療法を行う上で、また職場連携をする上でも欠かせない。

しかしながら、不安・焦燥優位の病像や混合状態の病態は、軽躁病相のなかで仕事をしている例が多いこともあるため気分障害と診断することが難しく、その把握にあたっては精神病理学的知に基礎づけられた詳しい病歴聴取が必要となる。

1) 適応性軽躁状態の増加に伴う職場結合性双極障害の増加

グローバル化が加速度的に進む現代の高度資本主義の時代にあって、激しい国際競争に迫られる企業では一定期間内に急いで仕上げなければならない仕事課題が著しい増加をみている。そのような環境にあって、仕事課題を遂行すべく自然にテンションがあがり、それまでに比べ一定程度の気分高揚が認められ、より前向きにより多くの仕事に取り組む人が少なくない。残業も自主的に行い、疲れは感じず、普段より短い睡眠で朝はやく目がさめ、職場に出かける。これは、高い仕事課題を遂行するための本能的な態勢といえる適応性軽躁状態とみることができる。この種の人はずっと高い活動性の持ち主が多いように思う。Janzarik¹¹⁾の言葉を使用すれば、生来性に高い生命力動(Dynamik)の備蓄がある人ということになる。この適応性軽躁状態は精神分析でいう躁的防衛に類比される振る舞いである。

現代の職場で生き残るには、多くの働く人は適応性軽躁状態になることを大なり小なり要求されるということもできる。一部の人は、この状態から躁病への逸脱が生じる。また一部の人はうつ病への逸脱が生じる。その際、抑制優位のうつ病だけでなく、不安・焦燥優位のうつ病も少なくないのである。

Tellenbachは、高いプレッシャーにおかれ、躁

病を発症する事例を圧力マニ (Pressions-Manie) と呼んだ³²⁾。この言い方を借りると、筆者のいう適応性軽躁状態は圧力マニの前段階にあたり、職場結合性双極性障害は圧力マニといえる。ここ最近、ソフト・パイボラリティー (軽微な双極性) の概念が注目されている。Akiskal²⁾のいういわゆる軽微な双極スペクトラムのなかに生来性の発揚気質が含まれ、この概念は生来性の双極性気分変動に力点を置いた概念の色彩が強い。筆者としては、生来性の軽微な双極性だけでなく、今日、時間が加速化する社会構造に条件付けられる形で形成された獲得性の軽微な双極性をもつ人が増えているように思う。もっとも、この種の事例はすでにそのようになる素因をそなえていると推定されることから、生来性かつ潜在性の双極性をもっているという考え方は不可能ではない。いずれにせよ、適応性軽躁状態は気分障害の危険因子にもなりうるものである。

2) 逸脱行動が前景化する職場結合性双極気分障害

軽躁病相や躁病相、混合状態の時、アルコール多飲や性的逸脱、連日の社内メールによる職場に対する非難を含む社内での攻撃的言動や行動などが出現し、気分障害の認識がないまま、問題人物とだけみなされ、会社で悪い評価が与えられる事例もある。

次のような事例がそのいい例だろう。

事例1 男性 40代 既婚

元来明朗、社交的で仕事面でも周囲から高い評価を受けていた。X年1月他社と製品の開発でしのぎを削る開発部門に抜擢される。深夜まで続くこともある仕事を休むことなくこなしていた。

X年8月、妻に「仕事をする自信がない。自分の命は長くないかもしれない」と暗い表情でもらすことがしばしばあった。いつも仕事の納期に追われながら、仕事は続けていた。体重減少が認められ、本来に比べると、仕事の集中力が下がっていた。1度、パニック様発作のため内科を受診

し、不安障害と診断され2日分の低用量の抗不安薬が処方された。以後、この時以外は病院受診歴はない。

X+1年1月、突然、妻に相談なく高級車の購入契約をした。さらに、これまでなかったことだが、水商売の女性との接触が始まり、多額の借金をかかえた。家族は本人の逸脱行動に愛想をつかし、別居生活となる。

突然、夜に出社し明け方まで仕事をした後、家に一旦帰り、定刻に出社することが何度かあった。X+1年3月橋桁から飛び降り自殺を図った。救急部搬送となり、一命をとりとめた。前日まで出勤しており、会社の同僚は異常に気がつかなかったという。外科的治療の後、精神科病棟に移った。

この事例は、家庭および職場では、会社にまで電話をかけてくる女性との過度の接触が問題視されていたのだが、背景に躁的状态、ないし気分障害があるとの認識は全くなかった。躁的成分優位の混合状態のなかで仕事を続け、挙げ句の果てに自殺が試みられたと考えられる。夜中に出勤するという行動は同じ病的な気分変動のなかでなされたものと考えられる。双極性障害の診立てのもとに薬物療法、また職場連携を行い最終的に職場への復帰をみた。

3) アルコール依存を合併する職場結合性気分障害 (双極性障害)

アルコール依存の事例のなかには、背景に気分障害、とりわけ双極性障害が存在しているものがある。かつてはアルコール依存というと、もともと飲酒癖が若い時からある筋金入りのアルコール依存が主流だったように思うが、気分障害が増加している現代日本においては、病歴をよく調べると気分障害が最初に出現し続発性にアルコール依存が出現する事例が増える傾向にあるように思える。とりわけ男性では、職場関連の気分障害にこの傾向が認められるように思う。一般に気分障害を基盤にもつアルコール依存では、躁病相、混合状態においてのみアルコール依存が出現する群と、気分変動はすでに後景に退き、アルコール依存が

前景に出て、診断からするとアルコール依存としかいえない、気分障害からアルコール依存への病態の「路線変更群」とでもいうのが適切な一群が区別できるだろう。

事例2 男性 40代 既婚

大手IT企業ですでに10年以上勤め、周囲から良好な一定の評価を得てきた。グローバル化が進み、毎晩遅くまで仕事をするのが続いた。自分としてはやりがいを感じ、当初、負担には思わず大きなプロジェクトを引き受けこなした。次第に酒量が増え、問題行動をおこすようになり、会社で注意され、休職を命じられる。1ヵ月あまりの復職後、頭が動かず、仕事が手につかず、食事も低下し元気がなく、初めて精神科を受診した。よく聞いてみると、飲酒はやはりやめられないという。

要求される仕事密度、労働時間の延長のなか、レベルの高い仕事をこなす能力を備える本事例は、当初、適応性軽躁状態によって2、3年あまり破綻をきたすことなく仕事をこなしたが、次第にアルコール依存が前景化し、そのうち抑うつが出現して、初めて精神科での治療が始められた。職場結合性気分障害（双極II型障害）に合併するアルコール依存の事例である。

今しがた、混合状態が気分障害における自殺の危険因子であることについて述べた。他方で、気分障害においてアルコール依存の合併は自殺危険因子であることは最近よく指摘されていることである。この見解に関し、アルコール依存により抑うつが悪化するといった事象などいくつかの要因が考えられるが、われわれの視点からはアルコール依存の合併自体に混合状態の関与があると考えられることから、アルコール依存が自殺リスクであるという見解は、少なくとも一部は気分障害の自殺リスクが混合状態であるという見解に帰着するものである。

Oquendoらは1643名の双極性障害を対象に調査し、54%にアルコール依存の併存を認めたと

報告している²⁰⁾。そして、アルコール依存を伴う双極性障害の事例では自傷・自殺企図歴がアルコール依存を伴わない双極性障害に比べ有意に多いという知見を出している。そのほか、アルコール依存を伴う双極性障害の事例では躁病、軽躁病の発症年齢が低く、パニック障害、ニコチン依存、加えて反社会性パーソナリティ障害が有意に多かったという。アルコール依存を伴う双極性障害では治療を受けている人が少ないという知見もだしている。

すべての双極性障害を対象にしたこの調査結果は、職場結合性双極障害にあてはまる部分が多い。アルコール依存を伴う双極性障害で自傷・自殺企図歴が多いという知見だけでなく、パニック障害が多いという知見がその例となる。しかも、アルコール依存を伴う双極性障害では治療を受けている事例が少ないという知見は、職場結合性双極障害でアルコール依存の方に目がいき気分障害としての認識が希薄になるという傾向と符合するところである。

ついでに述べると女性では、これは会社で働く女性や主婦に多いのだが、気分障害を基盤に摂食障害（主に、むちゃ食い/排出型）を併発する群、および気分障害にとって代わる形で摂食障害が前景化する群があるように思う。こうした成人期の摂食障害の増加も、主婦の仕事を含む仕事関連の負荷と関連している今日的な現象といえる。

事例3 女性 30代後半 既婚

元来活動的で知的にも高く、摂食障害の既往はない。会社で勤務し、同時に家事もこなしてきたが、会社での仕事が増えたなか、不眠、情動不安定になったのに引き続き、意欲・集中力低下、不安感が出現した。しばらくして過食と嘔吐が始まり、こちらが習慣性となり、体重減少、電解質異常のため内科からの紹介で精神科受診となった。

この事例では、職場での仕事課題が増え、不安・焦燥優位のうつ病がまず出現し2次的に摂食障害が続発している。過食・嘔吐が習慣化した後はうつ病の明確な症状はなく、うつ病から摂食障

碍へと病態変遷を呈している事例とみることができるとする。

4) 社会恐怖 (social phobia) を合併する職場結合性うつ病

グローバル化の時代に入り、社会不安障害が一層注目されているように思う。アメリカだけでなくフランスでも社会不安障害が増えているようで、筆者が2010年にサルペトリエール病院を訪問した折、社会不安障害を持つ患者の専門外来がもうけられ、認知行動療法が行われていた。またフランスで社会不安障害をアツかった書物が数多く出版されているのも驚きであった。わが国でも社会不安障害と診断される事例は多くなっているように思う。そのなかには、うつ病の診断もつく事例もかなり存在すると考えられる。Alpertらは、抑うつ患者の2/3は社会恐怖、ないし回避性人格障害をもっているという報告をしている³⁾。またKesslerらは、社会恐怖の50~70%はうつ病を合併しているという疫学知見をだしている¹⁰⁾。

こうした事例において、うつ病が病態の中核にあり、2次的に社会恐怖を呈している1群があると思われる。そして、アルコール依存や摂食障害について述べたのと同様な形で、うつ病の病態に置き換わる形で社会恐怖が前景化する事例もあると考えられる。特に男性例では、職場結合性うつ病に合併する形で社会恐怖症状が出現する事例が散見される。

事例4 男性 50代 既婚

性格は温厚・誠実で、仕事面では30年あまりにわたり良好な成果をあげていた。

X年4月会社で新しいプロジェクトを任された。仕事が忙しく土曜日(または日曜日)に自主出勤をするようになった。7月頃より胃の痛みが生じる一方、プレッシャーがかかる仕事の夢をみたり、夜2~3時頃に目が覚め、仕事のことが頭に浮かぶことが多くなり睡眠の質が悪くなった。9月に入り、仕事に行きたくないという気持ちが強くなり、仕事のことを考えると動悸・不安が生

じるようになった。同時に、会社(の近く)に行くのが怖い、電車に乗っていて会社の近くの駅に近づくと怖い、という恐怖感が頻繁となり、出勤のため電車に乗ったものの、駅に近づくと家に引き返す行動が繰り返されるようになった。

人に会うのが怖い、死が頭に浮かび怖くなるといった状態になり、9月中旬精神科を受診した。内因性うつ病の診立てで外来加療をし、1ヵ月余り自宅療養をした後、段階的に職場復帰を行い、うつ病の改善に並行する形で社会恐怖症状も消失し、4ヵ月後に首尾よく職場への完全復帰を果たした。自宅療養中、庭の木の手入れはできる状態で、できることはするよう勧めた。

仕事課題の上昇、増加の事態に直面し、勤務時間が延長するなかで、うつ病を発症し、睡眠障害、食欲低下、集中力低下に加え、職場に行くのが怖いという社会不安症状が加わったこの事例は、希死念慮が出没したものの、基本的に主体としての自律性が保たれた内因性うつ病、つまり「神経症レベル」(加藤)¹⁵⁾に留まった職場結合性うつ病と判断される。DSMに基づいて操作診断をするなら、大うつ病性障害(中等度)および社会不安障害の2つの診断がつくと考えられる。

本事例の人格構造についていえば、人格的には高い分化度をもち、いわゆるメランコリー親和型でも執着性格でもない。本事例において、うつ病相期に、社会不安症状が出現した経緯について考えてみたい。うつ病に付随する2次性の社会不安症状は会社に限局されている点も特徴的である。以下の2つの解釈が可能であるだろう。

まず第1に、うつ病によりJanet¹⁰⁾の意味での心的緊張(tension psychologique)が低下し、職場に直面するまでの力が不足し、一過性に会社恐怖が出現した。会社で仕事をするためには、最も高い段階の心的緊張を要請されると考えられ、実際、患者は庭の手入れをするための心的緊張は保たれている。

第2に、心的緊張の低下によりもともと神経症性性格が顕在化し、会社恐怖が出現した。会社

は患者にとり父親の位置をもつ権力の象徴として存在し、精神分析でいうエディプス葛藤が賦活化され、会社恐怖が出現したという考え方である。

いずれの解釈も、内因性うつ病が病態の中心にあるという点では変わりがない。一部の事例では、職場で仕事をするなかでこの種の神経症性葛藤をきたし、抑うつに陥るものがあると考えられる。それは抑うつ神経症、ないし神経症性抑うつと把握した方が適切な事例である。最後に、この問題についてふれたい。

5. 職場での仕事のなかで発症する

若いサラリーマンのうつ病、抑うつ神経症

DSM から神経症概念が消滅して以来、Freud の意味での神経症、例えば父とのライバル関係、葛藤を主題にした神経症といった理解がすっかりなくなってしまったのは遺憾である。青年の抑うつのなかには、よくみると精神分析の文脈で初めて理解できる「うつ病」が少なくない。現代の青年の「うつ病」は薬物療法抵抗性で、治療に難渋するという声をよく聞く。もしも、その病態が神経症性抑うつであるなら、当然なことである。内因性うつ病の概念、また神経症性抑うつの概念がともに消滅し、うつ病、ないし抑うつに対する病態理解は平板化し、大きな混乱を招いているという観を禁じ得ない。

ここで敢えて、Horney⁹⁾が提出した状況神経症 (situational neurosis) を思い起したい。この概念は、いま筆者が問題にしようとしている職場での仕事のなかで発症する抑うつ神経症を理解する上で役立つからである。Horney はもともとの神経症性格が素地にある人がある特定の状況における困難にぶつかり、神経症を発症する一群の事例を状況神経症と把握する。その前提として、健常者と神経症者の明確な区別は困難であるという認識がある。この考え方は、健常者は基本的に父と母との関係のなかでエディプス葛藤をかかえるという Freud の考え方を踏襲したものといえる。

状況神経症の具体例として、Horney は研究機関で仕事をする有能な青年を提示している。彼は

上司の考えと対立した理論を導いた。この成果は昇進には不利なため、彼は学問的誠実とキャリアーの葛藤をかかえることになり、神経症の症状が発現したという。神経症の症状の内容について Horney は詳しく記述していないが、例えば職場に行き上司と顔を合わせるのが怖い、そのため職場に向かう途中で動悸、不安が生じる、また仕事をする意欲が低下し、集中力がでないといった症状を思い描くことが可能である。つまり、神経症性不安 (社会恐怖)、神経症性抑うつなどである。精神分析の見地からすると、この青年にとり上司は父の位置を占め、上司の理論をくつがえす理論を発展させたことにより、父親コンプレックスが主題化し、神経症性不安・抑うつが出現したと理解できる。

Freud の理論にとって大きな役割を果たしたハンス少年は、馬が怖いために外出できない。Freud は恐怖の対象となっている馬は父親の置き換えて、馬恐怖は、父による去勢不安によると理解する。興味深いことに、ハンス少年が馬恐怖のため外出できない状態につき彼は制止症状 (Hemmungssymptom) と言い表す⁹⁾。それは父親葛藤に条件付けられた選択的な制止である。

ここ最近わが国で、仕事がない休日には自分の趣味の時間を楽しく過ごすものの、職場に向かうとなると足が動かなくなるという出社困難を特徴とする比較的若いサラリーマンの抑うつが注目されて、これらを「新型うつ病」と総称する傾向がある。概してそこには、彼 (彼女) らのパーソナリティを未熟で怠慢なパーソナリティとして非難する論調があるように思う。筆者としては精神分析的観点を再び導入して、そうした事例をより中立的なまなざしで検討する必要性を説きたい。少なくとも一部には、Horney のいう状況神経症、ないし Freud の意味での父親葛藤による制止症状と理解できる事例が見つかることだろう。

現代社会においては父性の力が衰退したため、もはや神経症は存在しないかのような見解が出されることがある。確かに社会・文化の変化のなかで神経症はその内実に変化をみせているものの、

人間が言語にからめ取られ、法の支配のもとに生活している以上、神経症の基本的な骨格は存続しているはずである。エディプスコンプレックスの構成要素として、①父親に対する敵対的な欲動の蠢き、②父親に対する情愛的な欲動の蠢き、③母親に対する情愛的な欲動の蠢きをあげることができる。これらに対する重層的な抑圧のなかでさまざまな神経症の病態が出現するわけで、現代社会においても精神分析パラダイムは有効である¹⁶⁾。

正社員になるには厳しい就職試験を突破しなければならず、正式雇用されると厳しい規律に従った仕事を課せられ、それが満足にできないと解雇されるという職場の現実に目をやるなら、会社組織は強い権力をもつことからして、父性、あるいは法の次元は決して衰退しているとはいえない。会社が大きな家族の布置をもっていた昭和の高度経済成長期の時代に比べ、会社組織がもつ法の力は、むしろ増長している面さえあるように思う。実際、現代社会で就労する青年は昔よりもより高い社会機能とパーソナリティ機能を要求されているという側面があることを忘れてはならないだろう。会社組織から課せられる高い要求に応えられず、神経症性の葛藤をかかえ神経性抑うつに陥る事例が新たに出現していることは間違いないだろう。

入社後まもなく抑うつ状態に陥り、入社恐怖のため、会社に行けなくなる青年のなかにそうした事例が存在すると考えられる。そこでは、会社、あるいは怖い上司は父の位置を占め、青年にとり入社は、脅威的な父性をもった他者との出会いの初めての機会となり、父親コンプレックスが賦活化すると理解可能である。入社してすぐさま会社組織と接触すること、あるいは上司から激しく叱責されることは、脅威的な父性をもった他者との出会いを意味し、自己愛が傷つけられるのである。以上の観点から、樽味³⁰⁾が提唱したディスチミア親和型うつ病について少し吟味したい。

代表事例(24歳、役所勤務)の記述の一部を抜粋する。

恋愛結婚した青年は、「上司に叱責された」「その日から眠れなくなった」(p.188)。以後、「上

司がいて顔をみるのが嫌だった」。他方で、「パチンコをするときには少し元気がでるが」、家に帰ると「おもしろくなくて」「再び沈んでしまう」(p.188)。

こうした事例の特徴として、「漠然とした万能感を保持したまま回避行動をとる」自己自身への愛着(p.185)が際立ち、「規範に閉じ込められていることを嫌う」(p.186)ことがあげられる。

あくまで筆者の推測の域を出ないことを断つてのことだが、この代表事例では少なくとも、会社上司から叱責されたことが抑うつ端緒となっているだけでなく、この体験が病態の中核に位置している可能性も否定できない。つまり、会社で仕事を始めて、脅威的な父性的他者と出会い、神経症性の選択的な制止(Hemmung)が出現していることが考えられ、職場を発病状況とする状況神経症(Horney)ということになる。

脆弱な自己愛へのしがみつきが特徴とされるディスチミア親和型うつ病は、現代版の「神経症」における抑うつ、つまり現代版の神経症性抑うつとみることができないだろうか。

この病態について、まず人格構造の視座(加藤)¹⁷⁾からみると、基本的にFreudの意味での健全者にも認められる神経症とみなせるように思う。それは、自己愛の要素が強い現代版の「神経症」と捉えるほうが適切かもしれない。次いで、生命力動の視座(加藤)からすると、原則、生命力動の「ぶれ」や「脱線」(Janzarik)などからなる内因性の気分変動は認められない。しかし、社会参加ができず、不全感ないし挫折体験が度重なる事例では、内因性の病態が付加されることもありうるだろう。

近年わが国において、広瀬による逃避型うつ病¹⁾を皮切りに、阿部らによる未熟型うつ病¹⁾、松浪らによる現代型うつ病²¹⁾など主に青年の病理に注目した一連のうつ病が提唱された。ディスチミア親和型うつ病³⁰⁾を含め、これらのうつ病ではすべて基本的には人格構造の視座に力点がおかれているのが特徴である。いずれのうつ病でも自己愛性が目立つパーソナリティという点で共通

している。そして、人格構造を基礎に特徴的な病像、経過が出現することが記述されている。しかしながら、Freudの意味での神経症概念を主題的に扱う視点はない。もっとも、広瀬、また松浪の症例記述には精神分析的視点に通じる見方が認められることは注目に値する。

広瀬は逃避型うつ病について、「出社拒否がみられることがもっとも特徴的とされてよい」(p. 281)とし、「自己愛的な心性」(p. 282)を保持し、「ぬけぬけと仕事を休んでも、趣味の活動などは活発におこなう」(p. 282)などと記述し、病態の基本は「自己愛性や演技性人格障害と関連する」と述べている⁹⁾。筆者の観点からすると、なによりの特徴とされる執拗な会社に関連した「限定的な恐怖」(p. 282)は、会社組織という権力を前にした神経症性の恐怖症状と考える余地はないのか一考の価値があるように思う。広瀬は、広義の精神療法的アプローチにより出社を始め、昇進を果たし順調な経過をみせた事例を提示している(p. 278)。そこに、人格面での成長をみることができただろう。「自己愛性や演技性人格障害と関連する」病態という把握は、Freudの見地からするなら神経症の病態に帰着する点からして、もし人格の成長が問題にできるなら、それは神経症性の人格の成長を推察させる。他面で、提示症例の薬物療法では、アモキサピン、ノルトリプチリンなどの三環系抗うつ薬が「比較的有効」であったと述べられている。それゆえ、生命力動の視座(加藤)からすると、内因性病像を呈していることが推察される。

つまり、逃避型うつ病(広瀬)は、少なくとも一部は、人格構造の視座からすると基本的にはFreudの意味での神経症であり、生命力動面からすると内因性うつ病と見なせる事例が存在すると考えられる。あるいはまた、当初内因性うつ病の病態を基礎に会社に対する恐怖症状が出現し、次第に選択性の社会不安障害が前景化し、こちらへと病態変遷をきたした事例が存在することも考えられる。さらには、当初、神経症性の社会不安障害で始まり、慢性化するなかで内因性病像が重畳

してきている事例の存在も考えられる。

松浪ら²²⁾は現代型うつ病の特徴を、広瀬の考えを継承しながら出社困難につき「恐怖症的心性」(p. 312)、「選択的制止」(p. 311)の言葉に加え「擬死反射」(p. 312)など元来神経症の病態把握で使用していた一連の術語で記述する。また性格についても、「自己中心的」「趣味を持つ」など神経症性の性格を思わせる記述がなされる。そうすると、ここで強調される「選択的制止」を、先に引用した馬恐怖のため外出できないハンス少年の「制止」(Hemmung)に通じる神経症性制止と理解することは必ずしも見当はずれとはいえないだろう。したがって、松浪のいう現代型うつ病は会社で仕事をするなかで、脅威的な父性的他者と出会い、神経症性の選択的制止(Hemmung)が形成されたというように、Freudの意味での神経症性の布置をもっていることを考えさせる。これは人格構造の視座からの見解である。他面で生命力動の視座からは、日々の生活のリズム性に注目した病態理解、また治療を説いていることをふまえると、内因性気分障害の力動の「ぶれ」、ないし「逸脱」が認められることが推察される。

このような論述から容易に見通せるように、筆者は最近わが国で提唱されているうつ病につき、人格構造の視座と生命力動の視座の双方から把握する必要があると考える。この複眼的な観点を採用することを通じ、混迷する観のあるうつ病、ないし気分障害論に1つの展望が与えられるように思う。

文 献

- 1) 阿部隆明, 大塚公一郎, 永野 満ほか: 『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
- 2) Akiskal, H.S., Pinto, O.: The evolving bipolar spectrum. Prototype I, II, III, IV. Psychiatr Clin North Am, 22; 517-534, 1999
- 3) Alpert, J.E., Uebelacker, L.A., McLean, N.E., et al.: Social phobia, avoidant personality and atypical

- depression: co-occurrence and clinical implications. *Psychological Medicine*, 27; 627-633, 1997
- 4) Freud, S. (伊藤正博訳): 喪とメラニコリー (1917). フロイト全集 14. 岩波書店, 東京, p. 273-293, 2010
- 5) Freud, S. (大宮勘一郎, 加藤 敏訳): 制止・症状・不安 (1926). フロイト全集 19. 岩波書店, 東京, p. 9-102, 2010
- 6) Guillaume, S., Jaussent, I., Jollant, F., et al.: Suicide attempt characteristics may oriente toward a bipolar disorder in attempts with reccurent depression. *J Affect Disord*, 122; 53-59, 2010
- 7) 広瀬徹也: 「逃避型うつ病」について, 躁うつ病の精神病理 2. 弘文堂, 東京, p. 61-86, 1988
- 8) 広瀬徹也: 逃避型抑うつ. *精神療法*, 32; 277-283, 2006
- 9) Horney, K.: *Self-analysis*. Norton & Company, New York, London, 1942
- 10) Janet, P.: *La Force et Faiblesse Psychologiques*. Edition Médicales Norbert Maloine, Paris, 1932
- 11) Janzarik, W.: (岩井一正, 古城慶子, 西村勝治訳): *精神医学の精神力動的基礎* (1988). 学樹書院, 東京, 1996
- 12) 加藤 敏: 職場結合性うつ病の病態と治療. *精神療法*, 32; 284-292, 2006
- 13) 加藤 敏: 職場結合性気分障害 (職場結合性うつ病・双極性障害). *治療*, 93; 2353-2362, 2011
- 14) 加藤 敏: 現代日本における自殺とその予防. *精神経誌*, 107; 1069-1077, 2005
- 15) 加藤 敏: うつ病の寛解—精神病理学の見地から—. *精神科治療学*, 23; 331-340, 2008
- 16) 加藤 敏: フロイトの精神分析への誘い. *精神科治療学*, 25; 23-30, 2010
- 17) 加藤 敏: 生物学的精神医学と精神病理学の架橋の試み. 統合失調症の語りと傾聴. 金剛出版, 東京, p. 217-233, 2005
- 18) Kessler, R.C., Stang, P., Wittchen, H.U., et al.: Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29; 555-567, 1999
- 19) Kraepelin, E. (西丸四方訳): 躁うつ病とてんかん. *精神医学*第8版. みすず書房, 東京, 2007
- 20) Kraines, S.H.: Weight gain and other symptoms of the ascending depressive curve. *Psychosomatics*, 13; 23-33, 1972
- 21) 松浪克文, 山下喜弘: 社会変動とうつ病. *社会精神医学*, 14; 193-200, 1991
- 22) 松浪克文, 上瀬大樹: 現代型うつ病. *精神療法*, 32; 308-317, 2006
- 23) 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: 「過労自殺」を巡る精神医学上の問題に係る見解. 平成 18 年 12 月 20 日, p. 16 (<http://mhl.or.jp/kenkai.pdf#search=日本産業精神保健学会「過労自殺」を巡る精神医学上の問題に係る見解精神疾患と業務関連性に関する検討委員会&039;> ; ')
- 24) 岡崎 翼, 加藤 敏: 「職場関連」気分障害の臨床的特性—非関連群との比較. *精神経誌*, 113; 537-553, 2011
- 25) 岡崎 翼: 職場における気分障害の臨床精神病理学的検討. 自治医科大学 (甲種 362 号), 2011
- 26) Oquendo, M., Currier, D., Liu, S.M., et al.: Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*, 71; 902-909, 2010
- 27) Rihmer, Z.: Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 20; 17-22, 2007
- 28) Sato, T., Bottlender, R., Tanabe, A., et al.: Cincinnati criteria for mixed mania and suicidality in patients with acute mania. *Compr Psychiatry*, 65; 1035-1039
- 29) 下田光造: 躁鬱病の病前性格について. *精神経誌*, 45; 101, 1941
- 30) 樽味 伸: うつ病の社会的・文化的論考 (2005). 臨床の記述と「義」. 星和書店, 東京, p. 63-81, 2006
- 31) Tellenbach, H. (木村敏訳): *メラニコリー* (1961). みすず書房, 東京, 1978
- 32) Tellenbach, H.: *Situationspsychologische Analyse des Vorfeldes endogener Manien* (1965). *Psychiatrie als geistige Medizin*. Verlag für angewandte Wissenschaften GmbH, München, p. 59, 1987
- 33) WHO: The global burden of disease 2004: update. World Health Organization, Geneva, 2008
- 34) Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., et al.: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21; 655-679, 2011

委員会報告

「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広げられている。

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、論点を整理する上で参考になる

(「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、とく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への了承を得た。

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もと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カ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、現実にも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、すでに精神障害を発病したものが、周囲に気付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。日常临床上、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様々である。自殺企図に至る事例が、すべ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および重症度を含む総合的な臨床判断にもとづくとしており、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症状およ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。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 精神障害をすで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。すで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、すで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とらえて、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。この恒常的な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挙げられる。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カ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⁾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、妊娠可能な女性に局限して、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Zheng⁴⁾らは神経症群で、Vizan Ferreo⁵⁾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。Cernovsky⁶⁾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いま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」および「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ただけではあるが、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、現在のところもっと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（弁護士）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でない場合は、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（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カ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側面要因により発病・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年間の提案する。

DSM-IVは、発病者のストレス因子等を把握して記録し、治療に役立つ評価方法においては、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、側面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、とく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、側面脆弱性に関する情報を得ることはきわめて少ない。

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もっと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、側面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、きわ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関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かか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Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ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きわ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すべ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、精神的およ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Ⅱ以上）の強度のストレス（急性ストレッサー）を受け、その後の変化等によるストレス（慢性ストレッサー）が一定程度以上（同種労働者と比較してとくに過重、また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Ⅲは60～80点程度（ストレス強度Ⅱ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、現実にも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、社会的関心をよんでいるが、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み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持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ものの否かについて客観的な検討を行うべきであると考えられる。

(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ところではない。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ものであり、これらの性格傾向を持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ものであり、すべ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みえる人が、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ことは、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場所である。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、「精神障害発症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、①軽症、②中等症、③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、すでに精神障害を発病したものが、周囲に気付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（①集中力と注意力の減退、②自己評価と自信の低下、③罪悪感と無価値感、④将来に対する希望のない悲観的な見方、⑤自傷あるいは自殺の観念や行為、⑥睡眠障害、⑦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である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。日常临床上、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様々である。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、家族は一切気付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、すべ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にする。

(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-IVも同様である。ICD-10 DCR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、症状の数が少なくても一つひとつが重い場合には重症ということはあるし、精神症状の数だけではなく、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、一つひと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もとづくとしており、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症状およ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。

(2) 発病・増悪要因

精神障害、とく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、いま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上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-IV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なら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て支障ない」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挙げられる。

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、自殺を執行するきっかけとなっ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執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持っている。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Ⅰ46% (30例)、ストレス強度Ⅱ43% (28例)、ストレス強度Ⅲ10.8% (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、もっと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。

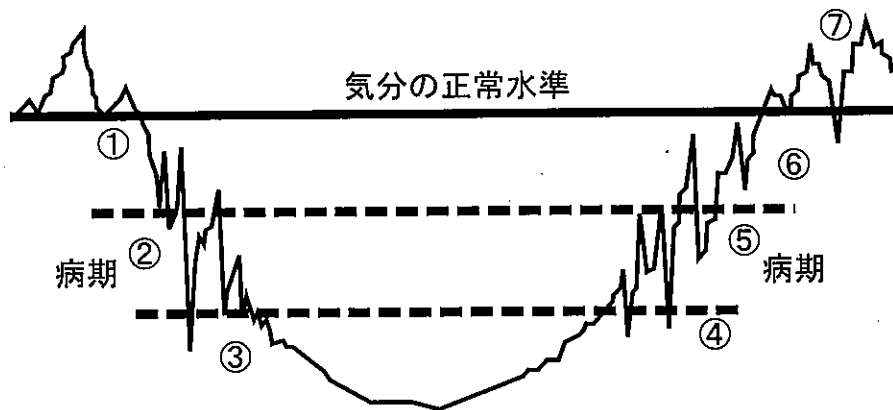
以上述べたように、自殺は、精神障害がもたらす最悪の結果ではあるが、精神障害が増悪した結果として必ずしも自殺があるのではないことを理解する必要がある。

(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。

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①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②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③④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⑤段階：病気改善のきざし。症状は第②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⑥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⑦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。

しかし、精神障害をすで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。すで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、すで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ⅠやⅡの方が多という

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。

6 令和2年度業務上疾病に関する医学的知見の収集に係る調査研究（精神障害）報告書

(1) 精神障害の発病後の悪化に関する文献の概要

3.6 精神障害の発病後の悪化について

精神障害の発病後の悪化に関する文献は4件であった。詳細は以下のとおり。

No.	調査内容と結果				著者 発行年	
	研究手法	目的・対象集団	方法	判断の基準		
1	横断研究	<ul style="list-style-type: none"> ・大うつ病性障害 (MDD) のリスクと重症度への身体活動 (総身体活動時間、仕事と余暇での激しいおよび中程度の強度の活動時間、徒歩や自転車による移動時間、対照条件: 座っている時間が関連しているか、また、関連している身体測定値 (BMI、体重と身長、胴囲、体脂肪と筋肉量、内臓脂肪組織) を分析することを目的とした。 ・ドイツにおける、現在の大きいうつ病エピソードである患者 (MDE; N=130) と健康な対照群 (N=61) を対象に実施 (CeraBiDe 研究) (BMI: 18.5~35kg/m²、年齢: 18~75 歳)。 ・研究の対象者 (うつ病患者) は SCID-I の MDD の基準を満たしていることを条件にした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体活動は、グローバル身体活動質問票を用いて測定した。 ・群間の差は、独立したサンプルの MannWhitney U 検定を用いて算出した。 ・スピアマンの順位相関分析を使用して、うつ病の重症度 (うつ病スコア) と身体活動および身体測定値との間の二変量の相関を評価した。 ・フォローアップ時に採血と2回目の臨床面接が実施された。 	<ul style="list-style-type: none"> ・DSM-IV (SCID-I) の構造化臨床面接の短縮ドイツ語版を使用して、すべての対象者をスクリーニングした。うつ病の重症度は、うつ病自己評価尺度 (Beck Depression Inventory: BDI-II) と臨床医が管理する17項目の HAMD を使用して評価した。 ・ベースライン時の BDI-II スコアおよび HAMD スコアと比較し、スコアが上昇した (重症度化した) ものを悪化として判断した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・募集は2014年1月から2017年1月の間に行われた。 ・現在 MDE である患者は、健康な対照群と比較して、有意に高く離れている (OR=5.0)、あるいは独身 (OR=2.0) であり、BDI-II スコアおよび HAMD スコアが有意に高かった (<0.001)。一方で、年齢、性別、学歴、就業時間に差はなかった。 ・スピアマンの順位相関を用いた分析の結果、職場で精力的に活動する時間 (Time with vigorous-intensity activities at work) が長いとベースライン時の HAMD スコアが有意に高くなり、体脂肪率とうつ病スコアとの間に正の相関があった。また、徒歩や自転車移動時間が長いと、ベースライン時の BDI-II および HAMD スコアが有意に低くなり、筋肉量とうつ病スコアとの間に負の相関があった。身体活動および身体測定値とうつ病の重症度に有意な関連は見られなかった。 ・この研究の限界は、身体活動が自己申告であること、20日間の短期フォローアップのみであること、横断研究であるために、運動の因果関係が結論できないことである。 	von Zimmer mann C et al., 2020

No.	調査内容と結果				著者 発行年	
	研究手法	目的・対象集団	方法	判断の基準		
2	コホート研究	<ul style="list-style-type: none"> ・うつ病の慢性化を予測する身体的健康指標 (バイオマーカー、健康状態およびライフスタイル) を特定することを目的とした。 ・身体的健康指標は、慢性疾患数、メタボリックシンドローム、心拍数、BMI、肺機能、握力、喫煙、飲酒、睡眠時間、不眠症を検討した。 ・オランダにおけるベースライン時の18~65歳までの2,981人からなるコホート調査のデータを用いた (NESDA 研究)。2年間の追跡調査において、回答率 (response rate) は 87.1% (N=2,596) であった。 ・ベースラインで抑うつ症状を伴う現在6か月の MDD 診断を受け、2年間の追跡評価を完了した903人の患者が解析に含まれた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・DSM-IV 複合国際診断面接 (CID) バージョン 2.1 (Wittchen, 1994) を使用して、ベースラインでの大うつ病症状 (MDD) を診断した。 ・睡眠時間は、対象者に過去1か月間1日あたりの平均睡眠時間数を推定するように依頼して評価した。回答は、短い (<7時間)、通常 (7~9時間)、又は長い (>9時間) の3つに分類した。 ・2年間追跡し、うつ病慢性群と非慢性群に分けて、これを目的変数としたロジスティック回帰分析を行い、以下の項目を説明変数として解析を実施した。モデル1: 年齢、性別、教育年数、MDD 発症年齢、うつ病の家族歴、うつ病の重症度、ベースラインの4年前の症状 (うつ病・不安症状・回避症状)、併存疾患の有無、小児期のトラウマ、ネガティブなライフイベントの数、モデル2: バイオマーカー、C 反応性タンパク質、インターロイキン-6 (IL-6)、腫瘍壊死因子-α、8-OHdG、F2-イソプロスタノール、テロメアの長さ、レプタン、モデル3: モデル1+モデル2が調整された。 	<ul style="list-style-type: none"> ・2年間の追跡評価中に収集された、CID と Life Chart Interview (LCI) の2つをコース軌道 (course trajectories) の分類に使用した。コース軌道の分類は、2年間の追跡評価中に収集されたデータを適用して行い、うつ病患者が回復したか、再発エピソードがあったか、MDD の診断又は症状の範囲内で慢性のままであったかを観察した。 ・2年後のフォローアップで診断がない、あるいは、ベースラインと2年間のフォローアップの間に再発診断があるが、慢性エピソードがない者を「非慢性」、ベースライン時および2年間のフォローアップで診断があり、2年間で85%を超える抑うつ、軽躁、不安および回避症状があるものを「慢性」とした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ベースライン調査は2004年から2007年に行われた。 ・2年間の追跡で、患者の40%が慢性的な経過を示した。 ・ベースラインでの短時間睡眠 (7時間未満の睡眠: オッズ比 1.97, 95%CI: 1.41-2.77) はうつ病の慢性化と有意に関連していた (モデル3にて)。短時間睡眠は慢性化を予測することが明らかになった。 ・その他に慢性化を予測する要因として、年齢、重症度、4年前の不安症状、4年前の回避症状の長さ、依存疾患、IL-6、喫煙などと有意な相関が見られた。 ・この研究の限界は、観察研究のため、精神医学的治療の影響を確実に考慮できなかったことである。 	Verhoeve n JE et al., 2020

No.	調査内容と結果					著者 発行年	
	研究手法	目的・対象集団	方法	判断の基準	調査期間		結果・考察
3	コホート研究	<ul style="list-style-type: none"> デンマークの作業環境コホート研究 (DWECS) 2000 (ベースライン) および DWECS 2005 (フォローアップ) に基づき、重度の抑うつ症状の発症と努力と報酬の不均衡 (ERI) との関連を調査した。 最終的なサンプルの対象者は、2,701 人のデンマーク人であり (女性: 1,366 人、男性: 1,335 人)、平均年齢は 40±9.4 歳であった。ベースライン時に重度の抑うつ症状を示した対象者は除外されていた。 	<ul style="list-style-type: none"> 重度の抑うつ症状は、ベースライン時とフォローアップ時に、ショートフォーム 36 項目の質問票からの 5 項目のメンタルヘルスインベントリ (MHI-5) で評価された。52 点以下のスコアを重度の抑うつ症状と分類した。 努力と報酬の不均衡 (ERI) は 4 つの項目で努力、7 つの項目で報酬を測定した。それぞれの項目を合計して努力と報酬スコアを計算し、ERI 比を算出した (平均 ERI 比: 0.54, SD: 0.18)。ERI 比を四分位数に分類した。 従業員は、役職、職位、教育に応じて職業グレードを分類された。 共変量として、モデル 1: 性別、年齢、家族の状態、健康行動、調査方法、モデル 2: ベースライン時の自己評価による健康状態、睡眠障害、および重度ではない抑うつ症状 (MHI-5 スコア 53~100 で重度でない抑うつ症状) について調整した。 ロジスティック回帰分析を使用して、オッズ比 (OR) と 95% 信頼区間 (95%CI) を推定し、2000 年の ERI と職業グレードと、2005 年の重度の抑うつ症状の発症との関連を調査した。 	<ul style="list-style-type: none"> 重度の抑うつ症状は、MHI-5 のスコアが 52 以上のものと定義された。 ベースライン時とフォローアップ時にそれぞれ評価することで悪化するかどうか評価している。 	<ul style="list-style-type: none"> 2000 年と 2005 年に仕事と健康に関するアンケートを実施。 	<ul style="list-style-type: none"> フォローアップ時に、99 人 (女性: 62 人、男性: 37 人) が重度の抑うつ症状を発症し、発症率は 3.7% (女性: 4.5%、男性: 2.8%) であった。 ERI 比が高いことは、フォローアップ時に重度の抑うつ症状の発症リスクを高めた (OR=2.19、95%CI: 1.12-4.25) (モデル 2)。 高 ERI および低職業グレードの対象者は、対照群 (低/中 ERI および高職業グレード) と比較して、OR=3.46、95%CI: 1.56-7.68 (モデル 1) および OR=2.43、95%CI: 1.07-5.53 (モデル 2) であり、重度の抑うつ症状のリスクが増加した。 この研究の限界は、フォローアップ期間が長いことで 5 年間の途中で発症し寛解した症例を含められていない可能性があること、フォローアップ中に労働条件が変化した可能性があること、症例数が少ないことである。 	Rugulies R et al., 2013

No.	調査内容と結果					著者 発行年	
	研究手法	目的・対象集団	方法	判断の基準	調査期間		結果・考察
4	コホート研究	<ul style="list-style-type: none"> 社会経済的立場 (socio-economic position : SEP) と精神医学的作業障害の発症、仕事への復帰および障害の再発との関連を調査することを目的とした。 対象者は、フィンランドの公共部門の従業員に関する登録データに含まれ、1997 年から 2005 年までの任意の時点で少なくとも 6 か月間雇用された 15,1347 人のうち、14,1917 人であった。 	<ul style="list-style-type: none"> 第 10 改訂診断固有の精神医学的作業障害 (90 日以上) に関する情報は、国内登録簿から入手された。 SEP は、フォローアップの開始時に雇用主の登録簿から導き出され、Statistics Finland の職業上の肩書きの分類に従って分類された。高位のマニュアルによらない労働者 (医師、教師、専門職)、低位のマニュアルによらない労働者 (技術者、看護師、幼稚園教諭)、マニユアル労働者 (清掃業、メンテナンス業、料理人) と定義した。 コックス比例ハザードモデルを用いて SEP とアウトカムとの関連を調査。仕事の障害のリスクと仕事への復帰の両方について、分析はすべての原因と原因に固有の精神医学的作業障害について別々を実施された。再発エピソードの場合、ケースの数が少ないため、すべての原因の分析のみが実行された。 共変量として以下の 3 つのモデルで調整された (モデル 1: 年齢、性別、地理情報、雇用状況; モデル 2: モデル 1+精神障害の治療歴の有無; モデル 3: モデル 2+慢性疾患の有無)。 	<ul style="list-style-type: none"> 職場復帰に関するデータは、年金センターが保管している登録簿より入手した。離職日は障害補償支払いの開始日としてコードされ、職場復帰した日は障害補償支払いの終了日とした。 再発エピソードはケースが少数であったため、原因の分析のみであった。 職場復帰に関する分析では、障害期間の暦年と受けた治療を調整した。再発性の作業障害の分析では、追加の調整 (以前の障害期間の長さ) が行われた。 	<ul style="list-style-type: none"> 調査は 1997 ~ 2005 年に実施された。 平均追跡期間は 6.3 年であった。 	<ul style="list-style-type: none"> 精神障害全体に対して、マニユアル労働者と比較し、高位のマニュアルによらない労働者は職場復帰の可能性が高かった。同様の関係は、うつ病と薬物乱用で観察された。 高位のマニュアルによらない労働者は、発達障害および統合失調症についても職場復帰しやすかった。 障害エピソードを持つ参加者のうち、61% が仕事に復帰し、平均追跡期間は 1.5 年であった。1 年以内に仕事に復帰した参加者の割合を調べるために、少なくとも 1 年以上の追跡期間を持つ参加者にサンプルを限定し、この集団の 62% が 1 年以内に職場に復帰した。精神科の診断名が異なる参加者のうち、最も復職率が高かったのは「重度のストレスに対する反応および適応障害」と診断された参加者 (93%) であり、次いで不安障害 (76%)、うつ病 (63%)、双極性障害 (54%) であった。物質使用障害 (36%)、統合失調症および関連障害 (41%)、人格障害 (45%) の参加者は、仕事に復帰する可能性が最も低かった。 共変量モデル 3 にて、復帰した労働者のうち、マニユアル労働者は、高位の労働者と比較し再発のリスクが 1.25 倍高かった (95%CI: 1.02-1.53)。 	Virtanen M et al., 2011

(2) 治癒、寛解、再発に関する文献の概要

3.2 精神障害の治ゆ、寛解、再発について

精神障害の治ゆ、寛解、再発に関する文献は7件であった。詳細は以下のとおり。

No.	調査内容と結果					著者 発行年
	研究手法	目的・対象集団	方法	判断の基準	調査期間	
1 ※ ②2 再掲	コホート 研究	<ul style="list-style-type: none"> うつ病の慢性化を予測する身体的健康指標(バイオマーカー、健康状態およびライフスタイル)を特定することを目的とした。 身体的健康指標は、慢性疾患数、メタボリックシンドローム、心拍数、BMI、肺機能、握力、喫煙、飲酒、睡眠時間、不眠症を検討した。 オランダにおけるベースライン時の18~65歳までの2,981人からなるコホート調査のデータを用いた(NESDA研究)。2年間の追跡調査において、回答率(response rate)は87.1%(N=2,596)であった。 ベースラインで抑うつ症状を伴う現在6か月のMDD診断を受け、2年間の追跡評価を完了した903人の患者が解析に含まれた。 	<ul style="list-style-type: none"> DSM-IV 複合国際診断面接(CIDI)バージョン2.1(Witchen, 1994)を使用して、ベースラインでの大うつ病症状(MDD)を診断した。 睡眠時間は、対象者に過去1か月間1日あたりの平均睡眠時間数を推定するように依頼して評価した。回答は、短い(<7時間)、通常(7~9時間)、又は長い(>9時間)の3つに分類した。 2年間追跡し、うつ病慢性群と非慢性群に分けて、これを目的変数としたロジスティック回帰分析を行い、以下の項目を説明変数として解析を実施した。モデル1:年齢、性別、教育年数、MDD発症年齢、うつ病の家族歴、うつ病の重症度、ベースラインの4年前の症状(うつ症状・不安症状・回避症状)、併存疾患の有無、小児期のトラウマ、ネガティブなライフイベントの数、モデル2:バイオマーカー、C反応性タンパク質、インターロイキン-6(IL-6)、腫瘍壊死因子-α、8-OHdG、F2-イソプロスタノール、テロメアの長さ、レプチン、モデル3:モデル1+モデル2が調整された。 	<ul style="list-style-type: none"> 2年間の追跡評価中に収集された、CIDIとLife Chart Interview(LCI)の2つをコース軌道(course trajectories)の分類に使用した。コース軌道の分類は、2年間の追跡評価中に収集されたデータを使用して行い、うつ病患者が回復したか、再発エピソードがあったか、MDDの診断又は症状の範囲内で慢性のままであったかを観察した。 2年後のフォローアップで診断がない、あるいは、ベースラインと2年間のフォローアップの間に再発診断があるが、慢性エピソードがない者を「非慢性」、ベースライン時および2年間のフォローアップで診断があり、2年間で85%を超える抑うつ、軽躁、不安および回避症状があるものを「慢性」とした。 	<ul style="list-style-type: none"> ベースライン調査は2004年から2007年に行われた。 2年間の追跡で、患者の40%が慢性的な経過を示した。 ベースラインでの短時間睡眠(7時間未満の睡眠:オッズ比1.97, 95%CI:1.41-2.77)はうつ病の慢性化と有意に関連していた(モデル3にて)。短時間睡眠は慢性化を予測することが明らかになった。 その他に慢性化を予測する要因として、年齢、重症度、4年前の不安症状、4年前の回避症状の長さ、依存疾患、IL-6、喫煙などと有意な相関が見られた。 この研究の限界は、観察研究のため、精神医学的治療の影響を確実に考慮できなかったことである。 	Verhoeven JE et al., 2020

62

No.	調査内容と結果					著者 発行年	
	研究手法	目的・対象集団	方法	判断の基準	調査期間		結果・考察
2	レビュー・メタアナリシス(寛解の判断基準に関する参考文献)	<ul style="list-style-type: none"> 成人の大うつ病エピソードの急性期治療における非外科的に脳に刺激を与える治療の有効性と受容性(acceptability)を比較検討することを目的としたレビュー・メタアナリシス。 大うつ病性障害又は双極性うつ病の患者6,750人(平均年齢47.9歳、女性59%)を無作為化した113の試験(262の治療群)を分析対象とした。 	<ul style="list-style-type: none"> 科学文献検索は、Embase、PubMed Medline、PsycINFOのデータベースを使用して実施した。非外科的に脳に刺激を与える治療として、電気けいせん療法(ECT)、経頭蓋磁気刺激(反復型(rTMS)、加速型、ブライミング型、深層型、同期型)、シータバースト刺激、磁気発作療法、経頭蓋直流刺激(tDCS)、又は偽薬療法を検討した研究を分析した。 治療に有効と思われる反応(有効性)と治療中止時点の反応(受容性)のオッズ比と95%信頼区間(CI)を算出した。また、治療後の寛解および継続的なうつ病重症度スコアを調査した。 	<ul style="list-style-type: none"> 有効性に関する二次アウトカムの指標として寛解が基準となった。寛解は、一次治療エンドポイント時のハミルトンうつ病評価尺度スコア≤ 7と定義した。 	<ul style="list-style-type: none"> 2009年から2018年5月8日までに発表された研究を検索した。 	<ul style="list-style-type: none"> 最も研究された治療法の比較は、rTMSと偽薬療法(ECT)の比較であったが、最近の治療法はまだ十分に研究されていない。エビデンスの質はバイアスのリスクが低いあるいは不明瞭であり(113試験中94試験、83%)、治療効果の要約推定値の精度にはかなりのばらつきがあった。 ネットワークメタアナリシスでは、18の治療戦略のうち10の治療戦略(ECT(Electroconvulsive therapy)のうちBitemporalおよびHigh dose right unilateral, TMS(Transcranial magnetic stimulation)のうちPriming, Bilateral repetitive, Low frequency repetitive(right)およびHigh frequency repetitive(left), TBS(Theta burst stimulation)のうちBilateralおよびIntermittent、その他にMagnetic seizure therapy、Transcranial direct current stimulation)が偽薬治療と比較して大うつ病の高い奏効率と関連していた。 この研究の限界は、ほとんどの研究が、特に無作為割り付けについて、バイアスのリスクが不明確であったこと、磁気発作療法とECTを除外したこと、非外科的脳刺激の長期的効果には適用されないかもしれないことである。 	Mutz J et al., 2019

63

No.	調査内容と結果				著者 発行年		
	研究手法	目的・対象集団	方法	判断の基準		調査期間	結果・考察
3	コホート 研究	<ul style="list-style-type: none"> 職場復帰と就業不能エピソードの再発の予測因子が年齢層によってどの程度異なるのか調査した。 フィンランドの公的機関（10の自治体および6の病院区）に6か月以上勤務していた者を対象とした。 障害記録は、2005年から2011年までの全国的な障害登録から導出した。 2005年1月1日のフォローアップの開始時に、生存しており障害年金又は老齢年金を受給しておらず、2005年から2011年末までの追跡期間中に少なくとも1つの精神障害関連の欠勤があった従業員のデータを収集し(n=10,617)、データに欠落のあった121人を除いた10,496人を調査対象とした。 	<ul style="list-style-type: none"> 対照群は、翌年に再発エピソードのないエピソードであった。 再発イベントにCox比例ハザードモデルを使用して、障害エピソード後の年齢と職場復帰の関連を調べ、結果は、ハザード比(HR)とその95%信頼区間(95%CI)として表した。HRが大きいほど職場復帰が早いことを表す。 年齢による影響の変化は、21~34、35~50、および>50歳の3つのグループで調べた。 共変量として、年齢、性別、教育レベル(高:12年以上、中:10~12年、低:9年以下)、雇用形態(正社員又は臨時従業員:一定期間の雇用契約)、慢性疾患(糖尿病、高血圧、喘息、関節リウマチ、又は癌)の有無が解析に含まれた。解析モデルを3つ設定した;モデル1(年齢)モデル2(年齢、性別、教育レベル、雇用形態)、モデル3(年齢、性別、教育レベル、雇用形態、慢性的な身体疾患の有無、精神障害の診断) 	<ul style="list-style-type: none"> エピソードのうち、精神障害による就業障害の再発の分析には、少なくとも1年間追跡できたエピソードのみを含めた(n=13,716)。 再発エピソードは、最初のエピソードから1年以内に精神障害を理由に就業に障害をきたす新しいエピソードをもたらした、精神障害による就業不能エピソードとして定義された。 	<ul style="list-style-type: none"> フォローアップは2005年1月1日に開始した。 調査期間は、2005年から2011年。 	<ul style="list-style-type: none"> 精神障害による合計16,551件の障害エピソードのうち、少なくとも1年間追跡できたエピソードは13,716件であった。これらのうち、3,318件(24%)が再発した。 職場復帰の可能性は、>50歳と比較して、21~34歳(HR=1.36、95%CI:1.28-1.46)、35~50歳(HR=1.22、95%CI:1.18-1.26)で高かった(共変量:モデル3) 一方、作業障害が再発するリスクは、21~34歳と比較して、>50歳(HR=1.29、95%CI:1.09-1.52)、および35~50歳(HR=1.20、95%CI:1.03-1.41)で高かった。(共変量:モデル3) すなわち、職場復帰の可能性は若い年齢で高く、再発エピソード(複数回診断されること)の可能性は高い年齢で高かった。 この研究の限界は、健康な労働者の影響を考慮していないこと、フィンランドでは、失業者や、学生や育児休暇中の人など、他の理由で労働市場から離れている人も、労働障害手当の対象となり、サンプルは一般集団よりもメンタルヘルスが良好であった可能性があること、調査対象の従業員の85%が女性であることである。 	Mattila-Holappa P et al., 2017

No.	調査内容と結果				著者 発行年		
	研究手法	目的・対象集団	方法	判断の基準		調査期間	結果・考察
4	コホート 研究	<ul style="list-style-type: none"> 抗うつ薬の単剤療法を開始又は切り替えた後、2か月目に寛解を達成できず、6か月目に再発したことに関連する社会人口統計学および臨床的要因を調べることが目的とした。 臨床的な要因にはうつ病および認知症状が含まれていた。 社会人口統計学的要因として、年齢、性別、婚姻状況、教育レベル、居住地、職級、臨床的要因として、喫煙、BMIを検討した。 フランス、イギリス、スペイン、ドイツ、スウェーデンにおいて、抗うつ薬の単剤療法の最初の切り替えを開始又は受けている大うつ病性障害のある18~65歳の外来患者1,159人を対象とした。 	<ul style="list-style-type: none"> 単変量ロジスティック回帰分析でp<0.20の因子が、後方変数選択(backward variable selection)が適用された多重ロジスティック回帰モデルで組み合わされた。多重ロジスティック回帰モデルで、オッズ比(OR)と95%信頼区間(CI)が算出された。 	<ul style="list-style-type: none"> 2か月の来院時の寛解の主な定義は、<u>Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)の合計スコア<9とされた。PHQ-9スコアが欠落している場合、MADRS合計スコアが使用された(寛解の基準: MADRSスコア<10)。</u> MADRSスコアが欠落している場合、寛解はCGI-Sスコア<2と定義された。 過去4週間の主観的認知症状(記憶力、集中力、実行機能能力)は、5項目の知覚欠損質問票(PDQ-5)を使用して評価された。 PHQ-9、PDQ-5は患者による記入の回答で、MADRSおよびCGI-Sは医師による記入の回答である。 	<ul style="list-style-type: none"> 追跡は2年間行われた。 	<ul style="list-style-type: none"> 2か月目の寛解有意に関連するベースライン要因は、BMI≥30 kg/m² (OR=0.51、95%CI: 0.31-0.84)、大うつ病エピソード>8週間(うつ病の慢性化) (OR=0.51、95%CI: 0.33-0.81)、心理療法中であること (OR=0.51、95%CI: 0.28-0.93)、性機能障害 (OR=0.62、95%CI: 0.38-0.99)、およびうつ病の重症度 (OR=0.87、95%CI: 0.84-0.91)であった。つまり、肥満、うつ病の慢性化、心理療法、性機能障害、重度のうつ病があると寛解しにくい。 6か月目の再発に正に有意に関連する要因は、男性であること (OR=2.47、95%CI: 1.05-5.8)、結婚又はパートナーがいること (OR=2.73、95%CI: 1.05-5.8)、2か月時点の患者から報告された認知症状 (PDQ-5スコアの1単位上昇あたりOR=1.12、95%CI: 1.00-1.25) および2か月時点でのうつ病症状 (PHQ-9スコアの1単位上昇あたりOR=1.27、95%CI: 1.02-1.59)であった。 この研究の限界は、PHQ-9、PDQ-5が患者によって、MADRSとCGI-Sは医師によって回答されるため、異なる測定値間で誤差が発生した可能性があることである。 	Saragoussi D et al., 2017

No.	調査内容と結果				著者 発行年		
	研究手法	目的・対象集団	方法	判断の基準		調査期間	結果・考察
5	コホート 研究	<ul style="list-style-type: none"> うつ病障害エピソード後に、職場復帰した従業員のうつ病関連の作業障害の再発と併存する疾患（その他の精神障害、心血管疾患、慢性高血圧、糖尿病、および筋骨格系障害）との関連を調査した。 対象者は、フィンランドの10の自治体と6つの病院地区で働く従業員が構成され、2005年1月1日に障害年金又は老齢年金未受給で、最低1つ、うつ病関連症状を持つ18～65歳であった。 2005年～2011年の観察期間中に仕事に復帰して終了した障害エピソード(n=9,946)を収集した。 従業員には、合計で14,172件のうつ病関連の作業障害エピソードがあり、一部の従業員には多くの再発エピソードがあった。 	<ul style="list-style-type: none"> ロックス比例ハザード分析を使用して、併存疾患の有無を説明変数、うつ病関連による作業障害の再発の有無を目的変数として、関連を調べた。結果は、ハザード比(HR)とその95%信頼区間(95%CI)として表した。 共変量として、性別、年齢、職業上の地位、および雇用契約の種類を調整した。 年齢と性別は雇用主のデータから収集し、職業上の地位は、雇用主の登録簿から導出し、職業上の肩書きによる分類に従って分類した。 病気手当登録簿とICD-10に基づきコード化されたフィンランド年金センターの登録簿の両方を使用して、うつ病性障害による労働障害のエピソードの日付に関する情報を入手した。 	<ul style="list-style-type: none"> 2005年～2011年の主な診断として、うつ病エピソード(F32)、再発性うつ病性障害(F33)、および持続性気分(情動)障害(F34)による障害を調べた。 うつ病に関連する作業障害の再発の結果変数は、うつ病による仕事障害期間が少なくとも1回あり、前の障害エピソードの終了後にうつ病性障害の再発性障害エピソードが発生したものを「1」、うつ病、F32-F34以外の診断による障害年金、老齢年金、死亡、又は2011年12月31日のフォローアップの終了時に新たな障害エピソードがなかったものを「0」とした。 	<ul style="list-style-type: none"> フォローアップは2005年1月1日に開始した。 調査期間は、2005年～2011年。 フォローアップは、最初に観察されたうつ病障害エピソードの終わりに、次の障害エピソードの開始までであった。 	<ul style="list-style-type: none"> うつ病に関連した作業障害について、以前のエピソードから復職した例のうち35%で再発し、3,095人(31%)の従業員の間で合計4,927回再発した。 性別、年齢、職業上の地位、雇用契約の種類を調整し分析した結果、併存疾患(精神障害)を持つ対象者は、併存疾患のない対象者と比較して、うつ病に関連した作業障害エピソードを再発するリスクが高かった(OR=1.82, 95%CI: 1.68-1.97)。 この研究の限界は、併存疾患とうつ病の関係における因果関係を調査できていないこと、逆因果関係の可能性を排除できないため、うつ病を指標障害として検証できないこと、併存疾患とうつ病との関連は因果関係ではなく、神経伝達物質の調節不全などの一般的な根本的な要因に関連している可能性があることである。 	Ervasti et al., 2014

² 日本において、再発に関する報告では、うつ病の再発率は60%もあり、その後再発を繰り返すとさらに再発率が高くなるとされている。「働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト『こころの耳』」<https://kokoro.mhlw.go.jp/> (2021年3月閲覧)

No.	調査内容と結果				著者 発行年		
	研究手法	目的・対象集団	方法	判断の基準		調査期間	結果・考察
6	コホート 研究	<ul style="list-style-type: none"> 社会人口統計学的要因の影響の可能性を考慮して、非正規雇用と(i)うつ病による労働障害の発症、(ii)障害エピソードの長さ、および(iii)労働障害の再発との関連を調べることを目的とした。 フィンランドの10の自治体と6つの病院地区で働く従業員を対象としたコホートに登録された151,901人のうち、フォローアップ開始時に障害年金又は老齢年金を受給しておらず、生存しており、労働年齢(18～65歳)であった者を選び(n=130,533)、さらに共変量に関するデータが欠落している従業員、参加組織で5年以上働いていない従業員、および政府助成の臨時雇用契約を結んでいる従業員(正社員でない)を除外した、107,828人が解析対象となった。 男性の割合は22%であった。 	<ul style="list-style-type: none"> 2005年1月から2011年12月までの、うつ病による労働障害に関する全国登録簿がコホートデータとリンクされた。 うつ病性障害による労働障害(病気の欠勤および一時的および恒久的な労働障害)によるすべての欠勤期間の日付に関する情報は、フィンランド社会保険協会およびフィンランド年金センターの全国登録簿から得た。治療を行う医師によって割り当てられた障害期間の主な診断は、すべての病欠と障害年金で利用可能であり、国際疾病分類(ICD)に従ってコード化されていた。 研究対象者は、2005年1月1日(フォローアップの開始)に正社員又は臨時雇用社員に分類した。 ロックス比例ハザード回帰分析を使用して、雇用の種類とうつ病による労働障害の発症との関連を調べた。 多項ロジスティック回帰分析を用いて、障害期間の長さ(障害補償の開始から補償終了までの期間)、障害の発生・再発をアウトカムとして分析し、累積オッズ比(COR)と雇用タイプの95%信頼区間(95%CI)を計算した。 共変量として、年齢、性別、教育レベル、慢性身体表現性障害、精神的/行動的障害の病歴を調整した。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師によって診断された障害は国際疾病分類(ICD)に従ってコード化され、うつ病エピソード(F32)、再発性うつ病性障害(F33)、持続性気分(情動)障害(F34)に関するデータが対象であった。 労働障害の再発エピソードについては、以下の条件でコード化した；1=以前の障害エピソード終了後に新しい障害エピソードがある、0=新しいうつ病の障害エピソードなし。 	<ul style="list-style-type: none"> 追跡は2005年1月1日から開始され、2011年12月31日まで追跡された。 平均追跡期間は3.09年であった。 	<ul style="list-style-type: none"> 就業不能期間の分析において、11,692件のエピソードを少なくとも1年間追跡調査でき(中央値40日、四分位範囲(IQR)=21-102))、このうち10,598件は追跡調査中に就業不能期間が終了した(期間中央値34日、IQR=20-70)。うつ病による障害エピソードのうち、2か月未満が63%、2～4か月が14%、4～8か月が8%、8～12か月が4%、12か月以上が11%であった。フォローアップ期間中に終了しなかった、又は1年以上のエピソードは、一時的又は永久的な障害年金対象者であった。 非正規の従業員は常勤に比べ、うつ病により仕事ができなくなる期間(障害期間)の長さについて、有意にリスクが高くなることを示した(COR=1.37, 95%CI: 1.25-1.51)。非正規雇用とうつ病関連の障害エピソードの長さとの関連は、教育レベルが低い(合計教育期間9年以下)対象者(COR=1.95, 95%CI: 1.54-2.48)と高齢の従業員(52歳以上)(COR=3.67, 95%CI: 2.83-4.76)の間でより顕著であった。 ただし、非正規雇用は、うつ病に関連する障害の発症と再発とは有意ではなかった。 この研究の限界は、健康に関連した選択により、健康状態の悪い従業員が非正規雇用となっていた可能性が高いため、健康な労働者の影響は、非正規雇用の効果を過小評価する可能性があること、モデルは研究ベースラインの前の年の精神障害又は行動障害による最近の作業障害のエピソードに合わせて調整されたが、ライフコース全体で以前のすべての精神障害を制御することはできなかったため、関連づけの時間的順序を決定することはできないことである。 	Ervasti et al., 2014

No.	調査内容と結果				著者 発行年		
	研究手法	目的・対象集団	方法	判断の基準			
7	コホート研究	<ul style="list-style-type: none"> うつ病による労働障害と社会経済的状況の4つの指標の関連を調査することを目的とした。 フィンランドの公共部門の従業員を対象とした前向きコホート研究に登録された151,901人のうち、ベースライン(2005年1月1日)で、労働年齢(18~65歳)であり、死亡しておらず、障害年金又は老齢年金を受け取っておらず、かつ社会経済的状況に関する情報に欠損のない125,355人が解析対象となった。 	<ul style="list-style-type: none"> コホートデータは、2005年1月から2011年12月までのうつ病性障害(国際疾病分類、コードF32-F34)による労働障害(うつ病性障害を原因とする休業期間>9日)に関する全国登録データにリンクされた。 うつ病性障害による労働障害の発症、およびそのような障害を持つ人々の中で、うつ病による労働障害の再発エピソードを調べた。 二項回帰分析を用いて、うつ病による就労障害の発症を調べた。95%信頼区間(95%CI)と推定比率(RR)を推定した。 多重ロジスティック回帰を用いて、復職までの時間の累積オッズ比(COR)とその95%CIを算出した。 コックス比例ハザードモデルを用いて、社会経済的状況の指標とうつ病による労働障害の再発との関連について、ハザード比(HR)とその95%CIが算出された。 共変量として、モデル1は、年齢と性別、およびその他のすべての社会経済的状況の指標が調整され、モデル2は、モデル1の因子に加えて、慢性身体疾患の存在、および精神障害又は行動障害(ICD-10コードF00-F99)による労働作業障害が調整された。 	<ul style="list-style-type: none"> 労働障害(うつ病性障害を原因とする休業期間>9日)に関する全国登録データから、うつ病エピソード(F32)、再発性うつ病性障害(F33)、および持続性気分障害(F34)による障害が抽出された。 少なくとも1つの労働障害期間のある人のうつ病による再発性障害エピソードは次のように定義された:再発エピソード(1)=最初の障害エピソードの終了後の新しい障害エピソード。非再発エピソード(0)=うつ病による障害エピソードなし、F32~F34以外の診断による障害年金、老齢年金、死亡、フォローアップの終了。 うつ病による労働障害は、うつ病性障害を理由とした休業期間(2005~2011年)における、1人あたりの累計欠勤日数(日/年)があることと定義された。 	<ul style="list-style-type: none"> 2005年1月から2011年12月までのうつ病性障害に関するデータを分析した。 	<ul style="list-style-type: none"> うつ病を原因とした労働障害には、一貫した負の社会経済的勾配が見られた。職業上の地位の低下、教育レベルの低下、住居の規模の縮小、および賃貸された(持ち家と比較した)住居はすべて、労働障害のリスクの増加と関連していた。 二項回帰分析を用いて職業別にうつ病による仕事ができない期間を解析したところ、マニュアル職で、うつ病による仕事ができない期間が最も長いことが示された。また、下位等級の非マニュアル職は上位等級の非マニュアル職と比較して1.3倍、マニュアル職はうつ病による業務障害のリスクが1.4倍であった。 再発率については上位等級のマニュアルによらない労働者に比べ、マニュアル労働者は復帰までの時間が長くなる可能性が高くなり、再発リスクが高くなった。 この研究の限界は、対象者の個人又は家族の収入や資産に関する直接的なデータがないこと、ライフコース中のうつ病による労働障害の全既往エピソード、又はうつ病および他の精神障害による低学歴および低級の仕事の早期選択を制御できなかったこと、調査対象者はフィンランドの公共部門の従業員のため、結果の一般化が制限される可能性があることである。 	Ervasti J, et al. 2013

3.3 精神障害の治ゆ、寛解、再発について(参考文献)

精神障害に対する治療や経過に関する調査研究のうち、治ゆ、寛解、再発の判断基準や判断の指標等として参考となる文献は8件であった。なお、これらの文献で使用されている評価尺度等は以下のとおりである。

表 3.3-1 治ゆ、寛解、再発の判断基準や判断の評価尺度・指標等

評価尺度	概要	使用している文献
ハミルトンうつ病評価尺度 ³ (the Hamilton Depression Rating Scale : HAM-D)	<ul style="list-style-type: none"> 1960年にHamiltonによって発表されたうつ病の重症度を評価するための尺度である。うつ病の重症度を表す17項目で構成された主要17項目版とこれに追加の4項目を加えた21項目版が主に用いられている。 Hirakawaらは、寛解をHAM-Dスコアが7点以下と定義している。 	D'Agostino A et al., 2020 (No.9) Hirakawa H et al., 2020 (No.8) Colle R et al., 2016 (No.11)
ハミルトンうつ病評価尺度 (Hamilton Depression Rating Scale-17 : HDRS-17)	<ul style="list-style-type: none"> HDRS-17は、臨床現場で最も広く使用されているうつ病の評価尺度である。各項目は、過去1週間に経験したうつ病の症状に関するものである。ベースライン時の寛解状態を(HDRS-17≤7)と定義している。 	Kim TS et al., 2011 (No.15)
ハミルトン不安評価尺度 ³ (Hamilton Anxiety Rating Scale : HARS)	<ul style="list-style-type: none"> HARSは、臨床医が行う14項目の評価尺度で、精神症状や身体症状を含む全般的な不安の重症度を測定する。 不安神経症の際に認められた様々な症状を評価するために1959年にHamiltonが発表したスケールであり、評価項目には不安に伴う精神症状や自律神経症状、不眠、認知障害、抑うつ気分、面接時の行動などが含まれている。 	Kim TS et al., 2011 (No.15)
非定型ハミルトンうつ病評価尺度のための構造化面接ガイド ⁴ (Structured Interview Guide for Hamilton Depression Rating Scale With Atypical Depression Supplement : SIGH-ADS)	<ul style="list-style-type: none"> 定型の特徴を含むうつ病の重症度のベンチマークを提供する。寛解をSIGH-ADSスコアが≤8と定義している。 Hirakawaらは、寛解をSIGH-ADSスコアが8点未満と定義している。 	Hirakawa H et al., 2020 (No.8)
Montgomery Asberg うつ病評価尺度 ³ (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale : MADRS)	<ul style="list-style-type: none"> もともとはAsbergやMontgomeryによってスウェーデンで開発された包括的精神病理学評価尺度(Comprehensive Psychopathological Rating Scale : CPRS)の中からうつ状態を評価するための10項目を抽出したCPRSの下位尺度である。 Hirakawaらは、寛解をMADRSスコアが9点以下と定義している。 	Hirakawa H et al., 2020 (No.8)

³ 日本精神科評価尺度研究会 (<http://jsprs.org/scales/index.html>) 参照

⁴ Dorothy K. Sit et al. 2017 Adjunctive Bright Light Therapy for Bipolar Depression: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial. American Journal of Psychiatry, 175(2): 131-139 参照

評価尺度	概要	使用している文献
Montgomery Asberg うつ病評価尺度 自己評価版 (the Montgomery Asberg Depression Rating Scale Self-Rated : MADRS-S)	・ Montgomery Asberg うつ病評価尺度 (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale : MADRS) の自己評価版である。患者の経過を観察する上で役立つ、うつ病の9つの臨床的特徴を測定し、総得点の尺度範囲は0~54である。	El Alaoui S et al., 2016 (No.13)
コロンビア自殺重症度評価尺度 ⁵ (the Columbia-Suicide Severity Rating Scale : C-SSRS)	・自殺の評価に用いられる質問票であり、国立衛生研究所 (NIMI) の支援を受け、コロンビア大学を含む複数の機関により開発された。C-SSRS リスク評価は、自殺の差し迫ったリスクの確立を支援することを目的としており、急性期医療の現場で使用される。	D'Agostino A et al., 2020 (No.9)
体系的な双極性障害の治療強化プログラム ⁶ (systematic treatment enhancement program for bipolar disorder : STEP-BD) モニタリング用評価測定	・ STEP-BD は、薬物療法や心理社会的療法を含む、双極性障害に使用されるすべての治療を評価する長期研究である。約 5,000 人の参加者がランダムに治療に割り当てられた。 ・ Perich T らの研究では、STEP-BD のモニタリングフォーム用に設計された臨床医の評価測定で寛解を評価した。	Perich T et al., 2017 (No.10)
統合失調症ワーキンググループ (RSWG) によるコンセンサス基準 ⁷ (the consensus criteria proposed by the Remission in Schizophrenia Working Group (RSWG)/ the consensus RSWG criteria)	・寛解を、RSWG が提唱するコンセンサス基準を用いて評価し、中核的な精神病症状の強度が「軽度」以下の状態が、最低 6 か月間持続することと定義している。設けたコンセンサス基準に関する説明であり、様々な評価尺度に関する情報を整理している。	Giraud-Baro E et al., 2016 (No.12)
心理社会的安全環境 (psychosocial safety climate : PSC)	・ PSC は、Dollard and Kang (2007) が開発した 26 項目の尺度を縮小した 12 項目の尺度で評価された。PSC-12 は、3 項目からなる 4 つの下位尺度で構成されており、(a)経営陣のコミットメント (例：従業員の心理的な状態に関する懸念が提起された場合、上級管理職が断固とした態度で行動する)、(b) 経営陣の優先順位 (例：上級管理職が従業員の心理的な健康を生産性と同等に重要視している)、(c) 組織的コミュニケーション (例：影響を与える心理的安全性の問題について、良好なコミュニケーションが行われている)、(d) 組織的参加 (例：従業員が心理的安全性の問題に関与することが奨励されている) である。回答は、1 (強くそう思わない) から 5 (強くそう思う) までの 5 段階のリッカート尺度で行われる。	Bailey TS et al, 2015 (No.14)

⁵ Lighthouse Project (<https://cssrs.columbia.edu/>) 参照

⁶ US National Library of Medicine. Clinical trials.gov (<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00012558>) 参照

⁷ Andreasen NC et al. 2005 Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry, 162:441-9 参照

評価尺度	概要	使用している文献
患者健康質問票 (the Patient Health Questionnaire : PHQ-9)	・「精神障害の診断と統計マニュアル第4版」(DSM-IV; APA, 2009) のうつ病の9つの診断基準に基づき、うつ病の重症度を測定する。項目の例は「最近1か月間で、自分のことを悪く思ったり、自分は失敗作だと思ったり、自分や家族を失望させたと思ったりすることに、どれくらいの頻度で悩まされたか？」等である。頻度について、4段階の回答項目を用いて測定された；0 (全くない)、1 (数日)、2 (1か月のうちの半数以上)、3 (ほぼ毎日)。 ・うつ病の重症度レベルは、0-4 (うつ病ではない)、5-9 (軽度 (潜在性))、10-14 (中等度 (臨床性))、15-19 (中等度の重度 (臨床性))、20-27 (重度 (臨床性)) と定義されている。この尺度は、うつ病の症状を測定しており、診断には専門家による追加検査が必要である。	Bailey TS et al, 2015 (No.14)
臨床全般印象尺度 ¹⁰ (the Clinical Global Impression Scale : CGI)	・ CGI は、重症度および全体的な改善や変化を測定する観察者評価スケールで、精神医学において現存する簡易評価ツールの中でも広く使用されている。CGIには病気の重症度を評価する CGI-Severity (CGI-S) と治療によるベースラインからの変化を評価する CGI-Improvement CGI-I がある。CGI-S は、1=normal, not at all ill; 2=borderline mentally ill; 3=mildly ill; 4=moderately ill; 5=markedly ill; 6=severely ill; 7=among the most extremely ill patients. の7段階、CGI-I は 1=very much improved since the initiation of treatment; 2=much improved; 3=minimally improved; 4=no change from baseline (the initiation of treatment); 5=minimally worse; 6= much worse; 7=very much worse since the initiation of treatment の7段階で評価される。	Kim TS et al., 2011 (No.15)
簡易精神症状評価尺度 ¹¹ (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)	・ BPRS は、臨床医が評価する 18 項目の尺度で、精神病理の重症度の変化を評価するように設計されている。BPRS の項目は、統合失調症などの精神病性障害や重度の気分障害によく見られる症状に焦点を当てている。	Kim TS et al., 2011 (No.15)

⁸ Spitzer, R. L. et al. 1999 Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. Journal of the American Medical Association, 282, 1737-1744 参照

⁹ Kroenke, K. et al. 2001 The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 16, 606-613 参照

¹⁰ Joan Busner et al. 2007 The Clinical Global Impressions Scale. Psychiatry (Edgmont), Jul; 4(7): 28-37 参照

¹¹ Overall JE et al. 1962 The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep, 10:779-812 参照

評価尺度	概要	使用している文献
社会的職業的機能評定尺度 (Social and Occupational Functioning Assessment Scale : SOFAS)	・SOFAS は、100 点満点の単項目の尺度で、精神的な健康から精神的な病気までの仮想的な連続性の中で機能を評価する。SOFAS は、個人の社会的・職業的機能のレベルに焦点を当てたもので、心理的な症状に直接影響されることはない。100 を健康な個人とし、70 以下で心理的問題に対して何らかの支援が必要と判断される ¹² 。	Kim TS et al., 2011 (No.15)
ベック抑うつ質問票 (Beck Depression Inventory – Second Edition : BDI-II)	・BDI-II は、うつ病の症状の有無と重症度を評価するための 21 項目の自己報告式の尺度である。BDI-II は、うつ病の症状の有無と重症度を評価する 21 項目の自己報告式の尺度で、1996 年に改訂されオリジナルの BDI よりも DSM-IV のうつ病の基準により一致するようになっている。スコアは、0-9 : うつ病がないか最小限である、10-18 : 軽度から中等度のうつ病、19-29 : 中等度から重度のうつ病、30-63 : 重度のうつ病を示す ¹³ 。	Kim TS et al., 2011 (No.15)
希死念慮尺度 (Scale for Suicide Ideation : SSI)	・SSI は、過去 1 週間の希死念慮について質問する 21 項目、3 点リッカート尺度の自己記入式の尺度である。希死念慮の重症度は、最初の 19 項目の評価を合計して算出される。	Kim TS et al., 2011 (No.15)
世界保健機関の生活の質評価手段・短縮版 (the World Health Organization Quality of Life assessment instruments-abbreviated version : WHOQOL-BREF)	・WHOQOL-BREF は、生活の質を評価する 26 項目の尺度で、身体的健康、心理的健康、社会的関係、環境という広範な領域を測定する。WHOQOL-BREF は、WHOQOL をより短くしたもので、より使いやすくなっている。	Kim TS et al., 2011 (No.15)

¹² Romera V. Perez et al. 2020 Social and occupational functioning impairment in patients in partial versus complete remission of a major depressive disorder episode. A six-month prospective epidemiological study. European Psychiatry 25 (2010) 58-65 参照

¹³ James N. Butcher et al. 1998 Comprehensive Clinical Psychology 参照



精神疾患の療養期間及び業務災害に関連した精神科医の役割に関するアンケート調査

日本精神神経学会「精神保健に関する委員会」と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」の合同調査

精神疾患と業務関連性に関する検討委員会 委員長 黒木宣夫

I. 調査目的

労災保険制度は、労働者（または遺族）の請求にもとづき、労働者の業務上の事由または通勤による傷病等に対して必要な保険給付を行い、あわせて被災労働者の社会復帰の促進等の事業を行う制度であり、その費用は、事業主の負担する保険料によってまかなわれている。

労働者が発病した精神疾患が「業務上」の疾病として労災認定されると、当該精神疾患の療養には労災保険が適用され、「療養補償給付」が支給される（「業務外」の場合は、健康保険の適用となる）。また、当該精神疾患の療養のため労働することができず、賃金を受けられない場合には、「休業補償給付」が支給される。

療養の期間については、当該疾患が療養を必要としなくなるまで、すなわち「治ゆ」¹⁾するまでの期間とされており、これは精神疾患についても同様であり、精神科医としては、療養の過程を通じて、できる限り早期に患者の精神疾患を「治ゆ」の状態にし、患者の社会復帰の促進を図ることが望まれる。

「治ゆ」の判断は、主治医の意見を踏まえて労働

基準監督署長が行うこととなっているが、患者の自覚的症状が消失していない場合には、主治医として、その判断が非常に困難な場合が少なくない。

精神障害の労災認定件数²⁾が3年連続で過去最多を更新、労災認定された事案の中には療養の期間が長期化する例も多いものと考えられ、療養期間をどう考えるかは、今後、精神科臨床にとって大きな問題となる可能性が高いと思われる。また、精神疾患に罹患した労働者の早期社会復帰において、精神医療に関わる精神科医の役割は、非常に重要であり、精神疾患の療養期間、ならびに業務災害と関連した精神科医療の在り方に関する調査を実施した。日本精神神経学会「精神保健に関する委員会」と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」の合同調査を実施したので報告する。

II. 調査対象と方法

日本精神神経学会専門医の中から無作為に5,000人を抽出し、委員会で検討した内容をアンケート専門サイト「アイリサーチ」を用いたWebアンケートを2014年1月14日～3月9日までメールで配信し、537人から有効回答が得られた。

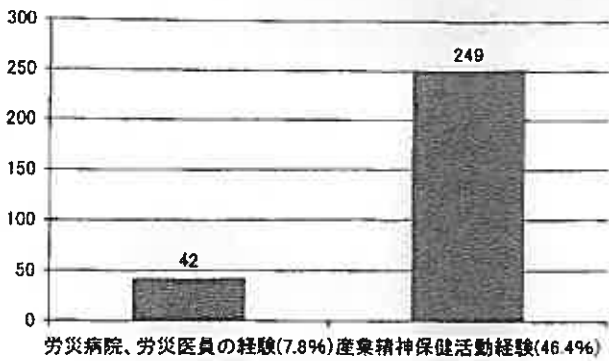


図1 産業精神保健の関わり (N=537)

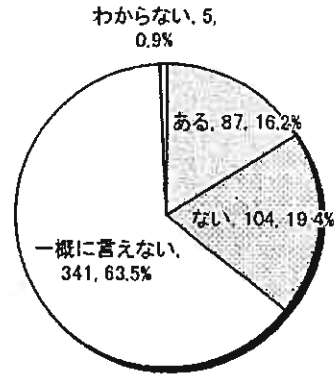


図2 発病時の心理的負荷強度の「強」と10年後の病像との因果関係に関して (N=537)

Ⅲ. 調査結果

- (1)年齢：40～50歳が70.4% (378)
- (2)精神科臨床経験：20年以上が60% (322)
- (3)産業精神保健活動あり：46.4% (249) (図1)
- (4)労災病院勤務・労災医員の経験あり：7.8% (42) (図1)
- (5)治ゆ(症状固定)の考え方にもっとも近い見解：
 - ①療養後、病状が変動しない状態になったら症状固定とする：45.3% (243),
 - ②8時間勤務が可能となった時点：17.5% (94),
 - ③障害厚生年金、障害基礎年金と同様に一定期間の療養期間後に治ゆとする：22.3% (120)
- (6)寛解状態の考え方にもっとも近い見解に関して：①完治せずとも、臨床的に「問題ない程度」にまで状態が改善した状態を寛解状態とする：51.4% (276), ②服薬を続けていても6ヵ月ほどの安定した状態が継続したら寛解状態と判断する：33.3% (179), ③服薬を続けていても2ヵ月ほどの安定した状態が継続したら寛解状態とする7.4% (40)
- (7)長期の療養が経過した事例については、正式な復職前に職場復帰のための職場復帰支援プログラム等の参加を推奨するという考え方に賛成した精神科専門医は78.8% (423)
- (8)労災保険で療養、休職と復職を繰り返しているような場合の治ゆ(症状固定)の時期について

<休復職を繰り返す場合>

- ①発病後に休復職を数回繰り返している場合、最初の復職時点で治ゆとすべきとする見解：[はい14.7% (79), いいえ63.3% (340)]

<病像が変化した場合>

- ②発病後、何回目かの休職時点で病像がうつ病相から躁病相に変化している場合、躁病相が安定した時点で治ゆとする見解 [はい37.6% (202), いいえ42.1% (226)]
- ③発病後、何回目かの休職時点で病像がうつ病相から躁病相に変化している場合、その変化(躁転)した時点で治ゆとする見解 [はい3.7% (20), いいえ79.1% (425)]
- (9)精神疾患の発病後、休復職を数回以上繰り返し、発病から10年近くたって労災請求する事例、あるいは定年後に労災請求する事例もみられている。最初の発病時に、業務による心理的負荷が強いと認められ、最初の発病時点で心理的負荷が強く業務過重性が認められた場合、その後、病像が寛解に至らず悪化を繰り返していた場合、最初の病像の心理的負荷強度が「強」の場合には、その心理的負荷強度の「強」は10年後の病像とも因果関係があると考えるかどうかの問いに関して、「一概に言えない」との回答が63.5% (341), 「ない」との回答は19.4% (104), 「ある」と回答した精神科医は16.2% (87)であった(図2)。

- (10)統合失調症、うつ病、神経症性障害、ASD・PTSD、適応障害、心理負荷が濃厚なうつ病が

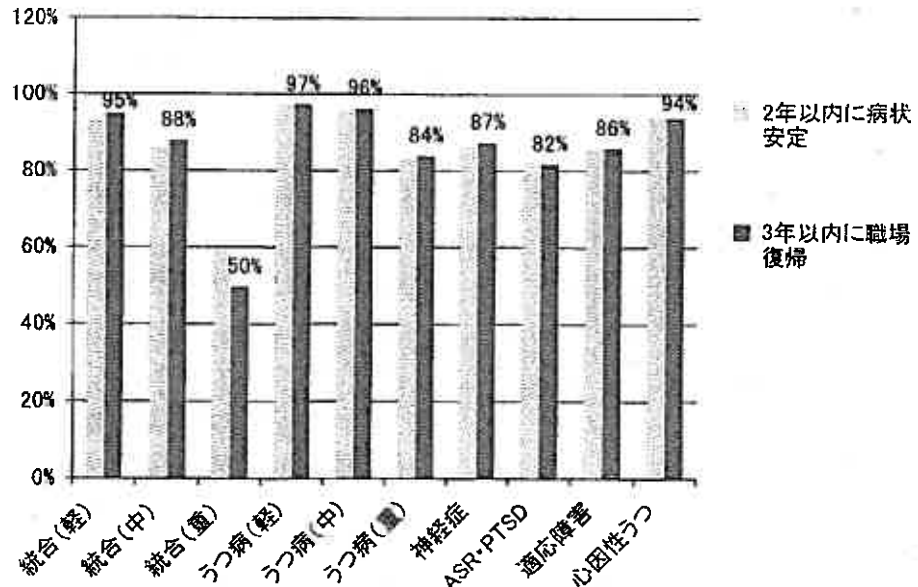


図3 精神科専門医が必要とする療養期間 (N=537)

どの程度の期間で病状が安定し、職場復帰できるかという問いに関して、精神科専門医の回答は図3のとおりである。重度の統合失調症を除いて、うつ病、神経症、ASD・PTSD、適応障害、心因性うつ病は8割以上の精神科医が2年以内に病状が安定すると回答し、職場復帰までの期間に関しても重度の統合失調症を除いて、8割以上の精神科医が3年以内に職場復帰可能と回答していた。

労働基準法施行規則別表第1の2に定められている「九. 人の生命にかかわる事故への遭遇その他心理的に過度の負担を与える事象を伴う業務による精神及び行動の障害又はこれに付随する疾病」である非器質性精神疾患（うつ病や適応障害、PTSDなど）で療養した場合、社会復帰するまでには、一般的にどの程度の期間が必要かとの質問に関しては、480人(89.4%)の精神科専門医が社会復帰に必要な療養期間は3年以内と回答していた。

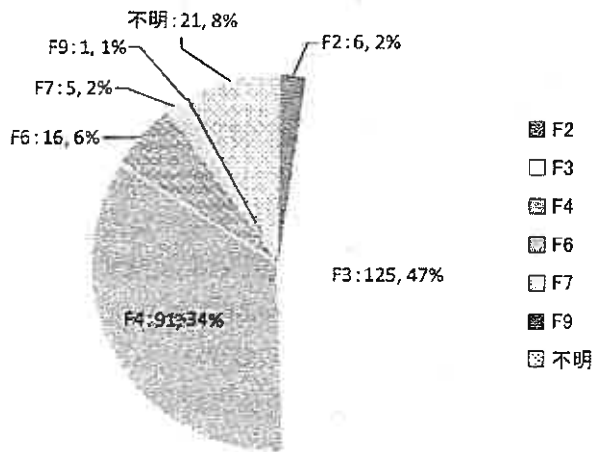


図4 主治医が担当した労災患者の診断名

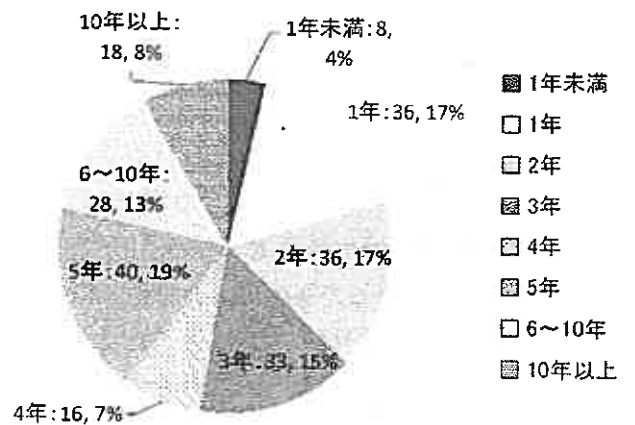


図5 労災認定後経過年数 (不明50除く) (N=215)

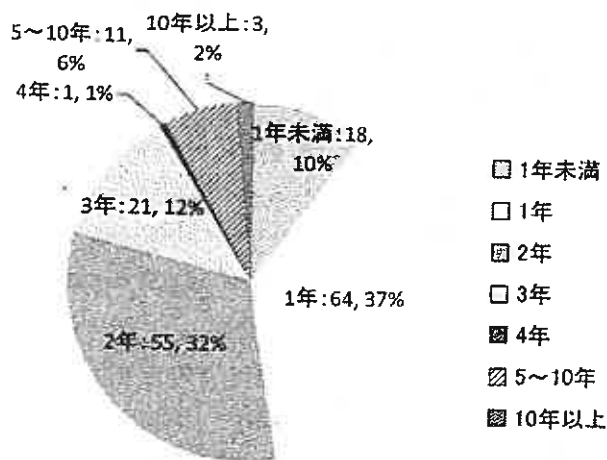


図6 治ゆ（症状固定）に要した期間（不明92例を除く）
（N=173）

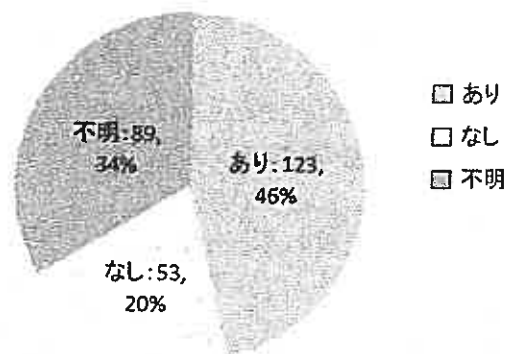


図7 症状固定（治ゆ）の見通し
（N=265）

IV. 精神疾患の労災認定と今後の課題

(II) 労災認定された精神疾患の療養に関して、今までに労災認定された精神疾患の患者を主治医として担当したことがあるか否かとの問いに関して、166人（30.9%）の精神科専門医が担当した経験があると回答していた。

① 担当した経験があると回答した精神科医の受け持った精神科診断名は、F3気分障害125例（47.2%）、F4神経症性障害91例（34.3%）、F2統合失調症6例（2.3%）など、合計265例であり、一人の精神科専門医が1.6例の労災認定された事例を担当していた（図4）。

② 労災認定後の経過年数と治ゆ（症状固定）に要した期間

労災認定後の経過年数であるが、認定後3年以内が113例（経過年数が記載された215例のうち42.6%）、5年以上が86例（同32.5%）であり（図5）、治ゆ（症状固定）に要した期間は、不明92例を除いた173例の中の91.3%（158例）が、3年以内に治ゆに至っていた（図6）。

③ 症状固定（治ゆ）の見通し；症状固定（治ゆ）の見通しがある事例は123例（46.4%）、見通しがない事例は53例（20.0%）、わからないと判断された事例は、89例（33.6%）であった（図7）。

労働社会保険³⁾の障害給付には、労災保険の障害給付と社会保険（厚生年金・国民年金など）の障害給付の2種類があり、各々の保険制度で年金給付と一時金給付が定められている。社会保険の障害給付の場合は、どんなに遅くとも傷病の初診日から1年6カ月が経過した日に障害認定されるが、労災保険の障害給付の場合は、原則としてその傷病が治ゆしない限り障害認定はされない。

今回の調査で治ゆ（症状固定）の考え方にもっとも近い見解は「療養後、病状が変動しない状態になったら症状固定とする」〔45.3%（243）〕がもっとも多く、次に「障害厚生年金、障害基礎年金と同様に一定期間の療養期間後に治ゆとする」〔22.3%（120）〕であり、労災病院、労働局での労災医員の経験のある精神科医が31%（13）、労災病院、労災医員の経験のない精神科医が21%（107）で、同経験のある精神科医の割合が高かったが、有意差は認められなかった。

寛解状態の判断に関しては「完治せずとも、臨床的に『問題ない程度』にまで状態が改善した状態」〔51.4%（276）〕、次に「服薬を続けていても6カ月ほどの安定した状態が継続したら寛解状態と判断する」〔33.3%（179）〕であった。

労災保険で療養、休職と復職を繰り返しているような場合の治ゆ（症状固定）の判断に関しては、病像がうつ病相から躁病相に変化した場合、躁転

した時点（治ゆ）とする見解に賛同する精神科医は少なく、3.7% (20) であり、躁病相が安定した時点（治ゆ）とする見解に賛同する精神科医は37.6% (202)、賛同できない精神科医は42.1% (226) であった。

強度の心理的負荷がかかり精神疾患が発病、しかし、発病から10年経過しても症状固定（治ゆ）に至らない事例に関して、発病時点の心理的負荷強度が「強」が、10年後の病像と因果関係があるかどうかとの問いに関しては、「一概に言えない」との回答が63.5% (341) にみられた。発病時の心理的負荷「強」の出来事と10年後の精神科病態との因果関係に関して、産業精神保健（職域）における活動経験のある精神科医、あるいは労災病院、労働局での労災医員の経験のある精神科医とそのような活動経験のない精神科医との間に違いがあるかどうか統計学的に有意水準5%でt検定を行った。その結果、10年後の病像と最初の発病時の心理的負荷との関係は、産業精神保健および労災に関係した精神科医は、そうでない精神科医に比べ因果関係がないとの見解に有意差（t値=2.79, t値=2.36）が見られた。

次に療養期間に関しては、統合失調症、うつ病、神経症の軽度、中等度、重度の病態の労働者が病状が安定するまでに必要な期間、職場復帰できるまでに必要な期間、さらに重度ストレス反応(ASDおよびPTSD)、適応障害、心因性うつ病も同様の期間を精神科医に聞いたところ、重度の統合失調症を除いて、うつ病、神経症、ASD・PTSD、適応障害、心因性うつ病は8割以上の精神科医が2年以内に病状が安定すると回答し、職場復帰までの期間に関しても重度の統合失調症を除いて、8割以上の精神科医が3年以内に職場復帰可能と回答していた。非器質性精神疾患に罹患した労働者が社会復帰するまでに要する療養期間に関しては、89.4% (480) の精神科専門医が3年以内と回答していた。

また、過去に労災認定された精神疾患の患者を主治医として担当したことがある精神科医に担当した事例に関して調査した。労災認定後の経過年数が記載された215例のうち42.6% (113例) が3年ま

での経過であったが、5年以上経過している事例は32.5% (86例) であり、10年以上経過している事例も10例みられた。その反面、治ゆ（症状固定）に要した期間は、不明92例を除いた173例の中の91.3% (158例) が、3年以内に治ゆに至っていた。治ゆ（症状固定）に至る期間は3年以内がほとんどであるにもかかわらず、労災認定後に長く経過している事例が認められたが、症状固定（治ゆ）後も主治医の外来通院は継続されている事例が多いものと推測される。「すでに治ゆしている場合は、治ゆに要した期間」という欄に期間を記載していたが、コメントが記載されている事例もみられた。その内容は「未治療」2例、「治療せず」2例、「詐病なので治ゆしない」7例であった。また、治ゆ（症状固定）の考え方に関して、自由掲載の内容は、「症状固定を『治ゆ』というところに違和感がある」「精神疾患において症状固定という概念が合わない」「精神疾患について治ゆや症状固定という言葉は適合しにくい」「治ゆという言葉は、精神科領域では適当でない」との見解がみられ、労災保険法上の治ゆ（症状固定）の考え方が、必ずしも日常臨床で浸透しているわけではないことが示唆された。

労災認定された精神障害者が休業補償後に同事業所に復職を考えた際に、当該労災患者に復職の意思がありながらも職場の受け入れ側の復職調整がスムーズにいかないことも日常臨床では見受けられている。事例によっては事業主が患者が労災請求する際の出来事を認めない、たとえば患者の申告する時間外労働の時間数と事業主の把握した時間外労働時間の乖離がある場合、パワーハラスメントを患者が請求したいが、事業者側は指導の範囲と事業主証明の際に対立することもあり、労災認定請求の過程がスムーズに進まないことも一因ではないかと思われる。

今後、精神疾患で労災認定となった事例の労災保険法上の治ゆに至る療養過程を詳細に分析し、精神疾患を有する労災患者がいかに早期に職場復帰が可能となるよう労災認定に伴う精神医学的問題を明らかにした上で、その療養の在り方を模索すべきであろう。

文 献

- 1) 厚生労働省. 労災保険における傷病が「治ったとき」とは….
<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/rousai/dl/040325-6a.pdf> (2014年11月19日アクセス)
- 2) 厚生労働省労働基準局補償課職業病認定対策室. 平成25年度「脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況」(2014年6月27日報道発表資料).
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000049293.html> (2014年11月19日アクセス)
- 3) 黒木宣夫. 労働社会保険の障害給付には、どのような種類があるのか?. 産業精神保健 2014: 22 (特別号): 100-102.

精神疾患と業務関連性に関する検討委員会

黒木宣夫	東邦大学医学部精神神経医学講座 (佐倉)
荒井 稔	日本私立学校振興・共済事業団東京臨海病院
角田 透	杏林大学医学部衛生学公衆衛生学教室
夏目 誠	大阪樟蔭女子大学心理学部 臨床心理学科
田中克俊	北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学
小堀俊一	医療法人社団翠生会大森西メンタルクリニック
大西 守	(公社)日本精神保健福祉連盟
原谷隆史	(独)労働安全衛生総合研究所作業条件適応研究部
廣 尚典	産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学研究室
丸山総一郎	神戸親和女子大学発達教育学部心理学科
宮本俊明	新日鐵住金(株)君津製鐵所
吉村靖司	医療法人社団弘富会神田東クリニック
小泉典章	長野県精神保健福祉センター

精神保健に関する委員会

中村 純	産業医科大学医学部精神医学教室
細田眞司	こころの診療所細田クリニック
羽藤邦利	医療法人社団邦秀会代々木の森診療所
田中克俊	北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学
荒井 稔	日本私立学校振興・共済事業団東京臨海病院
黒木宣夫	東邦大学医学部精神神経医学講座 (佐倉)
丸山総一郎	神戸親和女子大学発達教育学部心理学科
小山文彦	(独)労働者健康福祉機構東京労災病院勤労者メンタルヘルスセンター / (独)労働者健康福祉機構本部研究ディレクター 兼任
須賀英道	龍谷大学保健管理センター
渡辺洋一郎	医療法人 渡辺クリニック
西 大輔	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
張 賢徳	帝京大学医学部附属溝口病院精神神経科
竹島 正	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
大塚耕太郎	岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座/神経精神科学講座
阪上 優	京都大学国際交流センター
大類真嗣	仙台市精神保健福祉総合センター
河西千秋	横浜市立大学医学群健康増進科学 / 横浜市立大学保健管理センター
高橋祥友	筑波大学医学医療系災害精神支援学
廣川聖子	埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科
大下隆司	医療法人社団邦秀会代々木の森診療所
山口裕介	帝京大学医学部附属溝口病院

8 黒木宜夫、労働者の治療過程における、主治医と産業医等の連携強化の方策とその効果に関する調査研究：業務に関連した精神科医療の現状と早期復職に関する研究、平成 26 年度

A 研究目的

労働者が傷病に罹患し治療する場合において、治療を担当する主治医と、労働者の健康と安全の観点から職場での対応を担当する産業医との間で、労働者の同意のもとに適切な情報交換・連携が図られることが、治療面からも就業面からも有意義であることが指摘されている。

精神障害の労災請求件数は 1998 年までは年間 0~42 件であり、件数は少なかった。しかし、労災認定の判断指針¹が公表された 1999 年は 66 件、以後は急激に増加した。近年の精神障害の労災請求件数は、2011 年度 1272 件、2012 年度は 1257 件、2013 年度は 1409 件と増加、実際に労災認定された件数も 2011 年 325 件、2012 年度は 475 件、2013 年度 436 件であった。2011 年度から 2012 年は請求件数そのものは減少しているにもかかわらず、認定件数は一気に 150 件も急増した。

当該精神障害が労災認定(業務上)されると、生活費は休業補償給付が支給され、治療費は療養補償給付が支給されることになる。しかし当該疾病が(症状固定(治癒)しない限り障害認定しないという労災保険の基本原則があるため、療養開始から職場復帰(社会復帰)するまで期間が労働者を取り巻く環境や疾病の状態等の要因により、労働者個々で差異があるのは言うまでもない。労災保険法上の(症状固定(治癒)とは、療養を継続して十分な治療を行ってもなお症状の改善の見込みがないと判断された時点をさしている。したがって療養の期間については、当該疾患が療養を必要としなくなるまで、すなわち「(症状固定(治癒)」するまでの期間とされており、精神科医としては、療養の過程を通じて、できる限り早期に患者の精神疾患を(症状固定(治癒)の状態にし、患者の職場復帰(社会復帰)の促進を図ることが望まれる。本調査は、精神障害として労災認定となった事例を担当した主治医に対して精神疾患の労災認定に関わ

るアンケート調査と主治医として担当した事例に対する調査を実施し、業務上認定となった事例の療養から早期職場復帰・社会復帰を推進するための具体的対策を立てる目的で実施した。

B.調査対象と調査方法

1.調査対象

平成 25 年度の自殺を含む精神障害の労災認定件数は 436 件、その認定件数が 10 以上の都道府県は北海道、宮城、福島、茨城、埼玉、千葉、東京、神奈川、岐阜、静岡、愛知、岐阜、京都、大阪、兵庫、岡山、広島、福岡であった。調査対象は、全国の大学病院精神科、労災病院精神科、また上記都道府県の精神科診療所である。精神科責任者に対しての労災認定された患者の早期副復職に関する意識調査と労災認定された患者の治療状況、ならびに療養に関する調査である。平成 26 年 11 月 24 日に班会議を開催し、調査項目・内容を検討したうえで平成 27 年 1 月 29 日調査用紙を発送し、同年 2 月 20 日に回収した。

2.調査項目

1)担当医師に対して

年齢、臨床経験年数、精神科専門医あるいは精神保健指定医資格取得の有無、産業精神保健活動の有無、労災で扱う精神障害の疾病名、労災認定された患者への対応、労災請求を希望する患者への対応、労災保険法上の(症状固定(治癒)の判断、3 年以上の長期療養後の主治医としての対応、労災認定後 5 年経過しても身体愁訴や自覚症状が消失しない場合の対応、(症状固定(治癒)しない限り障害認定されないという基本見解に関して、労災認定された精神疾患の適切な療養期間、長期療養事例への対応、アフターケア制度の認識、担当した事例数

2)事例に関して

精神科診断(認定時、現在) 年齢、性別、心理負荷評価表の出来事、業種、職種、労災認定後から現在までの経過年数、現時点の病状の安定(寛解) 労災請求の際の事業主の証明、業務内容の証明、職場復帰(社会復帰)の有無、産業医に対する情報提供の有無、職場復帰のための企業訪問、労災認定から職場復帰(社会復帰)までの期間、職場復帰(社会復帰)できない理由、職場復帰を阻害している要因、会社の受け入れ状況、3 年以上経過している事例の職場復帰できない理由

C. 調査結果

大学病院 129 施設、労災病院 23 施設、精神科診療所 1,608 施設、合計 1,760 施設に送付し、360 施設から回答を得ることができた。回答率は 20.5%であった。

1. 担当医師の意識調査結果

【問 1】年齢：50 代、60 代が多く、232 人で 64.6% を占めた。

【問 2】精神科臨床経験年数：20 年以上の臨床経験のある精神科医は 294 人で 82.4% を占めた。

【問 3】精神科専門医あるいは精神保健指定医の取得：精神科専門医あるいは精神保健指定医を取得している精神科医は 342 人で 95.3% を占めた。

【問 4】精神科医としての活動経験

(1) 産業精神保健の活動経験の有無：経験のある精神科医は 165 人で 46.5% を占めた。

(2) 労災病院の勤務経験、あるいは労災医員の経験の有無：経験がある精神科医は 18 人で 5.2% であった。

(3) 現時点で精神科産業医としての活動の有無：現在、精神科産業医として活動している精神科医は 112 人で 31.7% を占めた。

【問 5】労災で扱う精神障害の疾患名：PTSD が最も多く、323(16.0%)、急性ストレス反応 302(15%)、反応性うつ病 299(14.8%)、ストレス関連障害 274(13.6%)、急性一過性精神病性障害 190(9.4%)であり、内因性うつ病は 117(5.8%)、統合失調症 78(3.9%)であった。

【問 8】(症状固定(治癒)と判断される場合の状態：「臨床的に『問題ない程度』にまで状態が改善した状態を(症状固定(治癒)とする」が最も多く 140(39.1%)、次に「服薬を続けていても 6 ヶ月ほどの安定した状態が継続したら(症状固定(治癒)と判断する」が 127(35.5%)、「服薬を続けていても 2~3 ヶ月ほどの安定した状態が継続したら(症状固定(治癒)と判断する」は 69(19.3%)であった。

【問 13】(症状固定(治癒)しない限り障害認定されないという労災保険の基本的見解、精神疾患の(症状固定(治癒)に関して：「一定の療養期間を設定すべきである」が最も多く 161(45.2%)、「わからない」との回答は 101(28.4%)、「(症状固定(治癒)しない限り障害認定されないという見解は妥当である」は 74(20.8%)であった。

その他の意見は下記である。

・ 治癒≠症状固定であって、そもそも精神疾患に合致しない・非常にあいまいで不都合である。一般に“治癒”と“症状固定”は同義とは理解されない。・ 治癒と症状固定を同列に考えるのは精神疾患においてはそぐわないと考える・精神状態に「固定」という概念は合わないので妥当な表現に変更してほしい・「治癒」が納得できない。・「治癒」と「症状固定」と区別すべき・症状固定したとは言え、臨床では治

ゆとは言えない。言葉の定義を見直すべき

・ (症状固定(治癒)=一定期間・2. (療養期間を設定すべき)に近い考えだが、多様な option を元に検討が必要・症状固定したら障害認定すべきである・障害年金の考えと同じでよい 2・精神的に治ゆと判断することは困難である。

・ 精神疾患は障害を持ちながら症状が変動。その中で障害も変動するのであまりに硬く考えるべきではない。・精神疾患の種類によって治癒の概念は異なる・(症状固定(治癒)しない限り障害認定されないという見解は妥当でない。・グダグダと長引く患者は結構多い。症状固定などあるのか、と思う。

【問 14】精神疾患の適切な療養期間に関して：「3 年以内」は 196(55.2%)、「2 年以内」72(20.3%)、「5 年以内」は 39(11.0%)、「治癒するまで」は 25(7.0%)、「1.5 年以内」は 21(5.9%)、「10 年以内」は 2(0.6%)であった。

【問 15】症状固定(治癒)せず長期療養事例の職場復帰(社会復帰)への対応策

(1) 会社の受け入れを促進する手段の検討、たとえば産業医・主治医の連携を図るとの意見に関して：「そう思う」は 180(51.9%)、「非常にそう思う」は 102(29.4%)、「少しそう思う」49(14.1%)、「そう思わない」は 16(4.6%)にすぎなかった。

(2) 一定期間(たとえば 3 年程度)の療養後、職場復帰支援の受け入れを職場に義務づけるという見解に関して：「そう思う」は 114(32.9%)、「非常にそう思う」は 41(11.8%)、「少しそう思う」99(28.6%)、「そう思わない」は 92(26.6%)であった。

(3) 症状固定(治癒)の傾向が認められたら、リワーク機関への参加を促すという見解に関して：「そう思う」は 183(54.5%)、「非常にそう思う」は 76(22.6%)、「少しそう思う」64(19.0%)、「そう思わない」は 13(3.96%)であった。

その他の意見は下記のとおりである。

・ (2)について、障害認定すべき・転職、障害者雇用の可能性をさぐる

・ ケースごとでは、症例により対応を一律とせず、多様性を持たせる・一人一人違うから本人の症状、性格を考慮しながら、多様な方法をとるべき。リワークの中でも苛めかバワハラがある・会社の規模によって異なる・いちがいにいいない

・ 自分でリワークする・2 について、本人の意思は？ 復帰の意志があればそう思う・ケースバイケースだが型に嵌らぬ事・段階をふむと、復帰できるし、精神疾患のかたはまじめなので、ペースさえつかめれば良い仕事をします。・職場側が柔軟な対応をとると良いが、大企業であっても短縮勤務が認められない事が多い。いくらリワークをすすめても、フルタイム勤務との間にはギャップがある・リワークは会社の出資との関係があるので産業医の判断に任せています

2.事例調査

【問 17】 労災認定された精神疾患の療養に関して：今までに労災認定された精神疾患の患者を主治医として担当したことがあると回答した精神科

医は 125(35.6%)、「いいえ」と回答した精神科医は 226(64.4%)であった。

【問 18】 経験事例数：下記のとおり 124 名の精神科医が回答していた。1, 2 例が多くみられたが、8 例以上を担当した精神科医は 3 名であった。回収された事例数は 217 例であった。

1 例	69	55.6%
2 例	38	30.6%
3 例	11	8.9%
4 例	0	0.0%
5 例	3	2.4%
6 例	0	0.0%
7 例	0	0.0%
8 例以上	3	2.4%

【問 19】 事例の概要

(1)(2) 労災認定された時点と現在の精神科診断に関して：急性ストレス反応と診断された事例 21 例は、現時点では 7 例に減少、PTSD41 例は現時点では 37 例、適応障害 35 例が現時点では 25 例、反応性うつ病 63 例は現時点では 54 例であった。逆に増加した診断名は、内因性うつ病 10 例から現時点で 19 例、統合失調症 2 例から 5 例、双極性障害も 3 例、神経症性障害も 3 例増加していた。

精神科診断	認定時	現在
急性ストレス反応	21 9.1%	7 3.1%
PTSD	41 17.8%	37 16.6%
適応障害	35 15.2%	25 11.2%
反応性うつ病	63 27.4%	54 24.2%
内因性うつ病	10 4.3%	19 8.5%
統合失調症	2 0.9%	5 2.2%
急性一過性精神病性障害	5 2.2%	2 0.9%
双極性障害	5 2.2%	8 3.6%
神経症性障害	8 3.5%	11 4.9%
その他	4 1.7%	9 4.0%
未記入	36 15.7%	46 20.6%
	230 100%	223 100%

(12) 現在、職場復帰を果たしている

果たした	66	30.4%
果たしていない	98	45.2%

現在、職場復帰を果たしている事例は 66 例(30.4%)であった。

(13) 過去に職場復帰を果たしたことがある

果たしたことがある	55	25.3%
果たしていない	89	41.0%

過去に職場復帰を果たしたことがあるとの回答は 55(25.3%)であった。

(15) 職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間

1 年未満	20	25.3%
1 年～2 年未満	27	34.2%
2 年～3 年未満	19	24.1%
3 年～5 年未満	8	10.1%
5 年～10 年未満	1	1.3%
10 年以上	2	2.5%
その他	2	2.5%

労災認定から復帰までの期間に関して回答が得られた事例は 79 人であったが、3 年以内に職場復帰した事例は、83.6%(66)であった。

D. 考察

2. 本調査より

(症状

固定(治療)しない限り障害認定されないという労災保険の基本的見解、精神疾患の(症状固定(治療)に関しては、「一定の療養期間を設定すべきである」が最も多く、161(45.2%)であり、自由記載として「治ゆと症状固定を同列に考えるのは精神疾患においてはそぐわない、(症状固定(治療)=一定期間・2.に近い考えだが、多様な option を元に検討が必要・症状固定したら障害認定すべきである・障害年金の考えと同じでよい)との見解が認められ、精神疾患の適切な療養期間に関しては、「2 年以内」を含めると「3 年以内」は 268 であり、全体の 75.5%を占めていた。ICD-10 で示されているように遷延性抑うつ反応の収束時期が 2 年であることも、適切な今後の療養期間の参考となるであろう。

症状固定(治療)せず長期療養事例の職場復帰(社会復帰)への対応策として、1) 会社の受け入れを促進する手段として、産業医・主治医の連携を図るとの意見に関して、「そう思う」は 180(51.9%)、「非常にそう思う」は 102(29.4%)であり、早期復職の推進に産業医と主治医との連携は欠かせないという結果が得られた。また、一定期間(たとえば 3 年程度)の療養後、職場復帰支援の受け入れを職場に義務づけるという見解に関しては、「そう思う」は 114(32.9%)、「非常にそう思う」は 41(11.8%)であり、症状固定(治療)の傾向が認められたら、リワーク機関への参加を促すという見解に関して、「そう思う」は 183(54.5%)、「非常にそう思う」は 76(22.6%)、「少しそう思う」64(19.0%)であり、職場復帰に向けた復職支援が必要であるという結果が得られた。

9 清水栄司、精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆに係る臨床研究：うつ病のため長期療養する労働者に対する医学上一般に認められた医療と症状固定時期に関するアンケート調査研究、平成 28・29 年度

2. 研究方法

平成 28 年度及び平成 29 年度労災疾病臨床研究事業「精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆの判断に係る臨床研究」（主任研究者：桂川修一東邦大学医療センター佐倉病院教授）の分担研究であり、千葉大学大学院医学研究院の倫理審査委員会（番号 2513）の承認を得て実施した。本研究は、第 1 ステップ及び第 2 ステップに分けて実施した。

2-1. 第 1 ステップ

A. 研究目的

仕事をしている成人および産業医、医療従事者に対して、WEB あるいは紙でのアンケートによって、職場ストレスで発症したうつ病について、適切な療養期間に行われるべき薬物療法（抗うつ薬治療）、精神療法（認知行動療法）、事業者（人事担当者、産業医等）への相談、職場復帰支援のためのリワーク・デイケアおよび労災保険における治ゆ（症状固定）の判断時期を含む「医学上一般に認められた医療」についての考え方を調査することを目的とした。

B. 研究方法

うつ病のために長期療養する労働者が受ける「医学上一般に認められた医療」の具体的内容（①抗うつ薬治療、②認知行動療法、③人事担当者または産業医による対応、④リワーク・デイケア）および労災保険上の「治ゆ」と判断する時期）について、下記を対象にして異なる内容の選択式のアンケートを実施した。調査期間は 2016 年 12 月から 2017 年 3 月の間に行った。

2-2. 第 2 ステップ

A. 研究目的

第 1 ステップにおける調査結果を踏まえて、労災保険における治ゆ（症状固定）の判断時期を含めて「医学上一般に認められた医療」についての推奨案を作成し、その考え方を調査することを目的とした。

B 研究方法

前回のアンケート調査結果を踏まえて、うつ病のために休職する（あるいは労働災害認定を受けた）労働者の一般的な医療についての推奨内容について、下記の 7 項目を作成した。

上記の推奨案についての意見を求める形で、下記を対象として、WEB アンケート及び紙でのアンケート調査をおこなった。質問内容は、対象の主体に応じて表現を変えたが、基本的には上記の 7 項目で同一である。実施にあたっては、前回の調査結果を開示した上で回答してもらうことでコンセンサスの形成を試みた。

（1）仕事をしている成人で、現在精神疾患に罹患していない人（以後、一般人と記述する）対象のアンケート調査

（2）雇用されている成人で（休職中を含む）現在主としてうつ病に罹患している人（以後、うつ病患者と記述する）対象のアンケート調査

（3）産業医対象のアンケート調査

（4）医療機関職員対象のアンケート調査

3. 考察

(1) 第1ステップでのアンケート調査から

「医学上一般に認められた医療」を受けた後の治ゆ（症状固定）判断に関する一般人向けの WEB アンケートを300人はうつ病をよく知らない一般群、100人はうつ病を身近で知る知識あり群という一般人全体400人を対象に、Aさんが職場のストレスで中等症のうつ病と診断され、自宅療養を勧められるストーリーを読んでもらい、抗うつ薬治療、認知行動療法、職場への問い合わせ、リワーク・デイケアなどを医師の指示通りにしたが、外来主治医から労災としては「治癒（症状固定）」として後遺症の認定になるという説明を受け、自宅療養からどのくらいの期間が過ぎたところで、自分のうつ病の症状が職場復帰できるまでの回復が見込めないと判断できるかという質問（症状固定の判断期間）については、3年以内の期間の回答が一般群300人の92.0%、知識あり群100人の94.0%（全体400人の92.6%）という結果であった。第2ステップで、3年以内の症状固定の判断期間のコンセンサスを探索していく方向性が考察された。

産業医46人のWEBアンケート結果から、70%以上を占める回答に焦点をあてて考察を行うと、

うつ病のため長期療養する労働者に対する「医学上一般に認められた医療」としては、薬物療法（不応性あるいは不耐性の判断に関して）は3種類以上（少なくとも2種類以上）、外来

通院精神療法（1回5分以上）の頻度は、年24回（少なくとも年12回）、リワーク・デイケアの在籍（実際に参加できたかどうかを問わない）については、30日以上がコンセンサスと考えられた。

また、事業者による職場復帰支援については、職場担当者（産業医を含む）は、患者に休職や復職に関する仕組みについて文書を用いた説明を行うべきであり、職場担当者（産業医を含む）と患者の面談は年4回（3か月ごと）に行われ、職場担当者（産業医を含む）から、患者の同意のもと、患者の外来主治医との連携（面談、電話、メール、診療情報提供書などの手段を含む）は年1回行われるべきというコンセンサスが考えられた。

また、うつ症状で休職もしくは労務制限されていた期間がどのくらい続いたときに、症状固定（＝労災保険における「治癒」）したと判断は、3年以内にすべきというコンセンサスが考えられた。

以上から、質問項目を集約し、もう一度、アンケート調査を行い、産業医の回答者数を増やすなどして、コンセンサスを集約していく方向性が考えられ、第2ステップでのアンケート調査を行うこととした。

(2) 第2ステップでのアンケート調査から

第1ステップのアンケート結果に基づいてうつ病のため長期療養する労働者に対する「医学上一般に認められ

た医療」について7項目の推奨内容を作成し、一般人303人、うつ病患者100人、産業医303人、医療機関職員87人を対象にアンケート調査を行った推奨内容ごとの回答に焦点をあてて考察を行う。

① 「外来主治医は、うつ病のために長期療養する労働者本人に対する「医学上一般に認められた医療」として、外来通院精神療法を月1回程度行うこと。」については、同意するとの回答が一般人87.7%、うつ病患者91.0%、産業医95.4%、医療機関職員88.5%から得られ、コンセンサスが形成されていることが示唆された。

② 「職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中の勤務先での取り扱いについて、文書で説明すること。」については、同意するとの回答が一般人87.0%、うつ病患者88.0%、産業医95.4%、医療機関職員89.7%から得られ、コンセンサスが形成されていることが示唆された。

③ 「職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人との面談（電話、メールを含む）を半年に1回以上行うこと。」については、同意するとの回答が一般人81.7%、うつ病患者82.0%、産業医94.1%、医療機関職員89.7%から得られ、コンセンサスが形成されていることが示唆された。

④ 「職場の担当者（あるいは産業医）は休職期間中に本人の同意のもと、外来主治医との連携（面談、電話、メール、診断情報提供書などの手段を含む）を年1回以上行うこと。」については、同意するとの回答が一般人81.0%、うつ病患者74.0%、産業医97.4%、医療機関職員80.5%から得られた。うつ病患者の同意が比較的少ないがそれでも70%を超えており、コンセンサスが形成されていることが示唆された。

⑤ 「職場の担当者（あるいは産業医）は職場復帰支援に向けての仕組みづくりを行うことが望ましい。そして、復職に向けてのすすめ方については、外来主治医・産業医及び職場の担当者が連携して判断すること。」については、同意するとの回答が一般人84.0%、うつ病患者84.0%、産業医97.4%、医療機関職員90.8%から得られ、コンセンサスが形成されていることが示唆された。

⑥ 「外来主治医あるいは職場担当者（または産業医）は回復期から復職に向けてはリワーク・デイケアの見学・利用を勧めること。」については、同意するとの回答が一般人84.0%、うつ病患者73.0%、産業医86.5%、医療機関職員73.6%から得られた。うつ病患者と医療機関職員の同意が比較的少ないがいずれも70%を超えており、コンセンサスが形成されていることが示唆された。

⑦ 「うつ病の労働災害においては、3年間程度で治ゆ（症状固定）の判断を行うこと。」については、同意するとの回答が一般人83.3%、うつ病患者67.0%、産業医88.8%、医療機関職員83.9%から得られた。うつ病患者の回答がやや少ないが、67%と3分の2

を超えており、いずれの回答群においてもコンセンサスが形成されていることが示唆された。

なお、本調査研究においては、業務による強い心理的負荷のために、DSM-5で定義されるうつ病を発症し、長期療養に入った、あるいは、労災認定された労働者を対象として調査検討をすすめており、うつ病（単極性）の診療中に、双極性障害における抑うつエピソードや自閉スペクトラム症に合併する抑うつ状態などのように診断を再考する必要が生じ、治療内容を変更する場合については考慮していない。

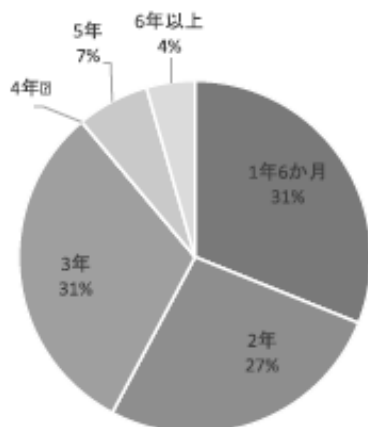
資料2 医師向けうつ病医療アンケート（第1ステップ）

2. 以上の「医学上一般に認められた医療」がすべて行われたにもかかわらず、うつ症状の改善が得られず、下記（*）のように休職もしくは労務制限の状態が続いているとします。症状固定（＝労災保険における「治ゆ」）と判断するために必要な、（*）の期間について、お伺いします。

- （*）「服することができる労務が相当な程度に制限される」
- 「軽易な労務以外の労務に服することができない」
- 「特に軽易な労務以外の労務に服することができない」
- 「終身労務に服することができない」

（2）（1）で判断材料として用いることにした（*）の期間がどのくらい続いたときに、症状固定（＝労災保険における「治ゆ」）したと判断すべきですか。

<input type="checkbox"/> 1年6か月 <input type="checkbox"/> 2年 <input type="checkbox"/> 3年 <input type="checkbox"/> 4年 <input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 6年以上	1つお選びください
--	-----------



3. 回答された先生ご自身についてお尋ねします。

持っている資格は <input type="checkbox"/> 精神科専門医 <input type="checkbox"/> 内科認定医 <input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 労働衛生コンサルタント	あてはまるものをすべてお選びください																																	
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>産業医</td> <td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td> <td>46</td> </tr> <tr> <td>精神科専門医</td> <td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>-</td><td>+</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>内科認定医</td> <td>+</td><td>+</td><td>-</td><td>+</td><td>-</td><td>+</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	産業医	+	+	+	+	+	+	+	+	+	46	精神科専門医	+	+	+	-	+	-	-	-	-	25	内科認定医	+	+	-	+	-	+	-	-	-	6	
産業医	+	+	+	+	+	+	+	+	+	46																								
精神科専門医	+	+	+	-	+	-	-	-	-	25																								
内科認定医	+	+	-	+	-	+	-	-	-	6																								

10 黒木宜夫、仕事を原因とした精神疾患の発症により労災認定を受けた長期療養者に対する治療と並行して行う効果的な社会復帰支援に関する研究：労災認定患者の長期療養を防ぐための対策研究、令和元年度

A. 研究目的

労働社会保険の障害給付には、労災保険の障害給付と社会保険（厚生年金・国民年金など）の障害給付の2種類があり、各々の保険制度で年金給付と一時金給付が定められている。社会保険の障害給付の場合は、どんなに遅くとも傷病の初診日から1年6ヶ月が経過した日に障害認定されるが、労災保険の障害給付の場合は、原則としてその傷病が治癒しない限り障害認定はされない。「自殺ではない精神障害」の労災請求件数は、「認定基準」が運用された2012年から2018年までの6年間に9398件、同期間の労災認定件数は2743件（認定率は29.2%）に及び、「自殺ではない精神障害」の労災認定件数が、今後も急増するものと推測される。

2016年度の労災疾病臨床研究事業費補助金研究では、労災認定から4年経過して治癒している事例は53.2%(196)、治癒していない事例は44.6%(165)であり、治癒していない事例165例のうち、治癒の見通しがある事例は7.3%(12)にすぎなかった。また治癒していない事例(145)のうち3年以上の療養事例は91%(132)であり、ほとんどの事例の療養期間が長期化している現状が明らかになった。(P<.0001*)

さらに2017年度労災疾病臨床研究事業費補助金研究では長期療養事例調査を実施したが、調査時点(同年7月)で10年以上治癒していない長期療養事例は全国に195例みられた。都道府県労働局労働基準部労災補償課長調査で、10年以上職場復帰できない理由に関して(1)病状(状態)が改善しないが20(32.8%)、(2)手厚い休業補償給付に依存が15(24.6%)、同様に行政的・医療的・福祉的対策意見としては(1)医療・行政・企業の連携が13(37.1%)、(2)職場復帰・就労支援体制の指導が6(17.1%)との回答が得られた。

今回、療養後3年以内に治癒した事例調査と5年以上経過しても治癒しない事例調査を実施した。そして短期に復職が可能となった事例と長期休業者との比較検討を実施、長期療養を短期化する方法・手段を検討する。

B. 調査対象と調査方法

1. 調査対象

2019年8月29日に班会議を開催し、調査項目・内容を検討したうえで2019年8月に都道府県労働局労働基準部労災補償課長宛てに精神障害者の早期復職・就労支援に関する調査用紙を発送し、同年11月末日までに回収した。調査対象は、3年以内に治癒した事例と5年以上経過しても治癒しない事例であり、労働局労災補償課長にも早期復職に関する対策等を踏査した。

2. 調査項目

①労働局に対する調査

【問1】調査時点で症状固定(治癒)※していない事例のうち、療養開始から5年以上経過している者【問2】問1のうち6カ月以上、通院の実績がない事例のうち、療養開始から5年以上経過している者、【問3】問1のうち、問1のうち休業補償給付を受給している人数、休業補償給付を受給している者で5年以上経過している者、【問4】医療保険から労災保険に切りかえた事例、【問5】労災認定を請求する際に事業主が証明しなかった事例数、【問6】問5の事業主から証明が得られなかった理由、【問7】職場復帰・就労支援を含めた労災医療を円滑にするための行政的・医療的・福祉的対策、【問8】早期復職を進めるための対策

②個別事例

平成31年3月31時点で労災認定から5年以上の長期療養(未治癒)に至っている患者群と平成29年度及び30年度において療養開始から3年以内に症状固定(治癒)に至っている群を比較検討する。(1)年齢、(2)性別、(3)労災認定時の傷病名、調査時点の傷病名、(4)発病の要因となった心理負荷評価表の出来事、(5)100時間以上の時間外労働の有無、(6)出来事に遭遇した時の会社に調査時点で在籍していたかどうか、(7)出来事に遭遇した時の会社を退職後に請求したか否か、(8)出来事に遭遇した時の会社に勤務しているが、その時点(出来事)から5年以上経過して請求したか否か、(9)出来事に遭遇した時の事業場の規模、(10)業種、(11)職種、(12)通院の頻度、

(13) 労災請求の際の事業主の証明の有無、(14) 現在、職場復帰を果たしているかどうか、(15) 復帰場所 (16) 調査時点前1ヶ月間のおおよその保険給付額、療養補償給付の額、休業補償給付の額、休業補償給付の支給状況、(17) 労災認定から調査時点までに職場復帰を果たしたことがあるかどうか、(18) 職場復帰を主導した医師、(19) 過去に職場復帰を果たした場合、労災認定から復帰までの期間、(20) 職場復帰に際して、主治医から行政に症状固定(治癒)の相談、(21) 職場復帰に際して、行政から主治医に症状固定(治癒)の相談 (22) 精神障害の既往の有無、(23) 既存精神障害の有無、(24) 当該事業所への復職の本人の意思を確認しているか否か、(25) 当該事業所は本人の受け入れに積極的か否か、(26) 定期的な補償請求、(27) 今後、治癒の見通し (28) 損害賠償訴訟の有無 (29) 休業中、会社側から働きかけ、(30) その他、この事例についてのご意見等である。2019年3月末日を調査時点に都道府県労働局労働基準部労災補償課長宛てに調査票を送付し、同年11月下旬までに全都道府県労働局から同票を100%回収した。

D. 考 察

労災保険における「治ゆ」とは、身体の諸器官・組織が健康時の状態に完全に回復した状態のみをいうものではなく、傷病の症状が安定し、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できなくなった状態（「症状固定」の状態）を指している。「治ゆ」の判断は、患者の自覚的症状が消失していない場合には、主治医として、その判断を行うことが困難な場合が少なくないと思われる。

2. 個別事例調査

労災認定基準で業務上と判断され、2019年3月時点で、①3年以内に治ゆできた事例160例と②5年以上経過しても治癒しない事例783例、合計943事例に関して精査した。

5年以上未治ゆ事例は男性が533(68.1%)、女性は250(31.9%)であり、5年以上未治ゆ事例は女性が割合的に少なくなっていた。

3年未満治ゆ事例で割合的に多い業種は医療・福祉関係24.2%(38)、製造業17.2%(27)、サービス業16.6%(26)であり、5年以上未治ゆ事例はその他19.8%(155)、サービス業18.2%(142)、卸売・小売業16%(125)であった(P<.0001*)。

職種に関しては、3年未満治ゆ事例で割合的に多い職種は専門的技術職が22.3%(35)、事務職13.4%(21)、5年以上未治ゆ事例に多い職種も専門的技術職が21.5%(168)、事務職17.6%(137)であった。

1) 療養期間における傷病名

早期復職と長期に及んでいる事例の一番の相違点に関して、調査の結果でもっと多いのは本人の復職意欲67.2%(39)、次に症状の重症度31.0%(18)、職場の受け入れ・支援体制20.7%(12)であった。労災認定時の傷病名に関して5年以上未治ゆ事例はうつ病51.1%(399)<3年未満治ゆ事例39.2%(62)>が多く、3年未満治ゆ事例は適応障害25.9%(41)<5年以上未治ゆ事例:15.6%(122)>が多くみられた(P<.0001*)。

3年未満治ゆ事例にみられない疾患は統合失調症、双極性障害であり、5年以上未治ゆ事例に割合的に多くみられる疾患は気分感情障害2.7%(21)、神経症性障害5.4%(42)であった。

調査時点の傷病名に関して5年以上未治ゆ事例はうつ病54.4%(424)<3年未満治ゆ事例39.5%(62)>が多く、3年未満治ゆ事例は適応障害19.7%(31)<5年以上未治ゆ事例:9.1%(71)>、PTSD15.9%(25)<5年以上未治ゆ事例:11.3%(88)>が多くみられた(P<.0001*)。3年未満治ゆ事例にみられない疾患は統合失調症、双極性障害であり、5年以上未治ゆ事例

に統合失調症は4例(0.5%)、双極性障害47例(6.0%)が認められた。

変化した傷病名は、3年未満治ゆ事例は42例(変化

表：認定時の傷病名、横：調査時の傷病名(3年未満治ゆ)

度数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	合計	変化 件数	%
1. ASR	7	2	0	0	0	--	--	1	5	15	8	53.3%
2. PTSD	2	19	0	0	1	--	--	0	0	22	3	13.6%
3. 適応障害	1	0	27	5	0	--	--	0	7	40	13	32.5%
4. うつ病	1	2	2	54	0	--	--	0	3	62	8	12.9%
5. 気分感情障害	0	0	0	0	1	--	--	0	0	1	0	0.0%
6. 統合失調症	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
7. 双極性障害	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
8. 神経症性障害	0	0	1	1	1	--	--	0	0	3	3	100.0%
9. その他	1	2	1	2	0	--	--	1	7	14	7	50.0%
合計	12	25	31	62	3	--	--	2	22	157	42	26.8%

表：認定時の傷病名、横：調査時の傷病名(5年未満)

度数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	合計	変化 件数	割合%
1. ASR	10	11	2	4	0	0	0	2	6	35	25	71.4%
2. PTSD	5	58	3	1	0	0	0	3	5	75	17	22.7%
3. 適応障害	4	7	52	32	2	0	3	5	17	122	70	57.4%
4. うつ病	2	5	7	356	6	0	12	5	5	398	42	10.6%
5. 気分感情障害	0	0	0	8	6	0	4	1	2	21	15	71.4%
6. 統合失調症	0	0	0	0	0	4	0	0	1	5	1	20.0%
7. 双極性障害	0	0	0	7	1	0	27	0	1	36	9	25.0%
8. 神経症性障害	1	2	3	5	1	0	0	27	3	42	15	35.7%
9. その他	0	4	4	11	0	0	1	2	22	44	22	50.0%
合計	22	87	71	424	16	4	47	45	62	778	216	27.8%

率:26.8%)、5年以上未治ゆ事例は216例(変化率27.6%)であり、3年未満治ゆ事例で多く変化した傷病名は、急性ストレス反応15⇒8(変化率53.3%)、適応障害40⇒13(変化率:32.5%)、5年以上未治ゆ事例では急性ストレス反応35⇒25(変化率71.4%)、次に気分感情障害21⇒15(変化率:71.4%)、適応障害122⇒70(変化率57.4%)であり、両群で急性ストレス反応、適応障害は変化率が高く、5年以上未治ゆ事例は気分感情障害が大きく変化した。

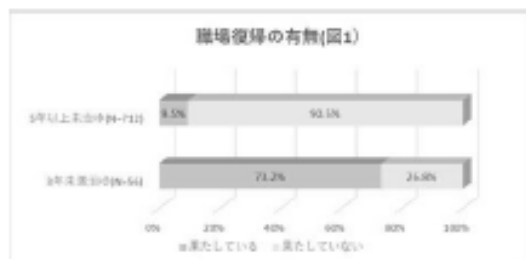
2015年度調査で10年以上の長期療養事例194例のうち調査時点では46例(23.7%)が病名が変更されていた。今回、3年未満治ゆ事例42例(変化率:26.8%)、5年以上未治ゆ事例は216例(変化率:27.6%)と3年未満治ゆ事例、5年以上未治ゆ事例、10年以上未治ゆ事例は、傷病名の変化率は、ほぼ同一であった。現在の認定基準は、心理的ストレス(負荷)が業務上の「強」の出来事に遭遇して精神疾患が発症した場合に、業務が濃厚に関与したとして、労災認定となり、労災保険が適用されて治療が開始される。精神疾患は、まず他因子によって発病し、複雑要因によって精神疾患が発症することは、論をまたない。つまり、ストレスを受け止める側とストレスの強度の関係、すなわちストレス脆弱性理論を基本に認定基準が作成

されたことは論をまたない。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疾患が起こるし、逆に個体側の脆弱性が大きければストレスが弱くても破綻が生じて精神疾患が発病するという考え方である。そして現在の認定基準は、心理的負荷のストレス強度の判断⇒精神疾患の病名等の特定は公平に認定基準が定められている。

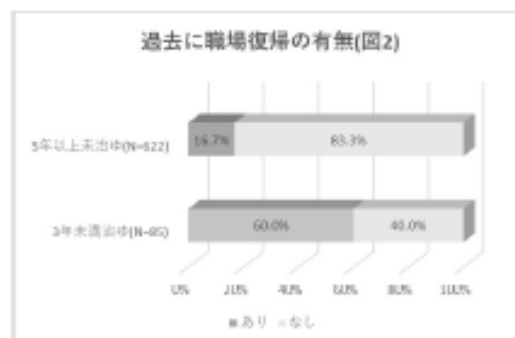
今回の調査結果すなわち、3年未満治ゆ事例42例(変化率:26.6%)、5年以上未治ゆ事例は216例(変化率:27.6%)を勘案すると、比較的、一定期間(3年未満)に傷病名の変更がなされているが、3年未満治ゆ事例で多く変化した傷病名は、急性ストレス反応(変化率53.3%)、適応障害(変化率:32.5%)、5年以上未治ゆ事例では急性ストレス反応(変化率66.0%)、次に気分感情障害(変化率:68.2%)、適応障害(変化率51.2%)であり、両群とも適応障害が高い確率で傷病名が変化していた。すなわち、心理的負荷(ストレス)によって引き起こされる精神疾患は傷病名により、比較的早期に変更されるという結果が得られた。しかしながら、労働災害時の心理的負荷のストレス強度と精神疾患発症と相当因果関係をもって発症したことは検討されても、労働災害に起因した精神疾患を有した個人にその後、どのように影響し、その心理的負荷が、どこまで影響因子として関係があるかは、検討されていないことは、今までの調査結果と同様である。したがって、心理的負荷があったときの個体側の心理的反応⇒精神疾患⇒時間的推移⇒精神疾患の病態の変化⇒治療経過より本質的な精神科病態が顕在化⇒精神疾患の病態が複雑化していく過程をさらに検討すべきであると考える。

2) 長期療養と職場(社会)復帰

現在、職場復帰を果たしているか否かに関しては、



3年未満治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は73.2%(41)、5年以上未治ゆ事例は9.5%(68)にすぎず、5年以上未治ゆ事例で職場復帰を果たしていない事例は90.5%(644)であった(P<0.0001)。(図1)



過去に職場復帰を果たしたことがあるか否かに関しては、3年未満治ゆ事例は60%(51)が職場復帰を果たしているのに対し、5年以上未治ゆ事例は16.7%(104)しか過去に職場復帰を果たしていない。すなわち、5年以上未治ゆ事例は、83.3%(518)が一度も職場復帰を果たしていないという結果が得られた(P<0.0001)。(図2)

過去に職場復帰していない事例も同様で2015年調査では過去に職場復帰を一度もしていない事例は不明・無回答40を除いた418例の84.7%(354)であり、2017年度調査でも不明・無回答15例を除いた179のうち職場復帰をしたことがない事例は85.0%(152)であった。2015年度調査(215年8月時点)で5年以上未治ゆしていない事例は456例、今回、5年以上未治ゆしていない事例(2019年3月時点)788例であり、3年7カ月の期間に332例増加していた。年間93例ずつ増加していたことになる。そして今回の調査でも3年未満治ゆ事例で職場復帰を果たしている事例は73.2%(41)、5年以上未治ゆ事例は9.5%(68)にすぎず、5年以上未治ゆ事例で職場復帰を果たしていない事例は90.5%(644)であった(P<0.0001)。過去に職場復帰を果たしたことがあるか否かに関しては、3年未満治ゆ事例は60%(51)が職場復帰を果たしているのに対し、5年以上未治ゆ事例は16.7%(104)しか過去に職場復帰を果たしていない。すなわち、5年以上未治ゆ事例は、83.3%(518)が一度も職場復帰を果たし

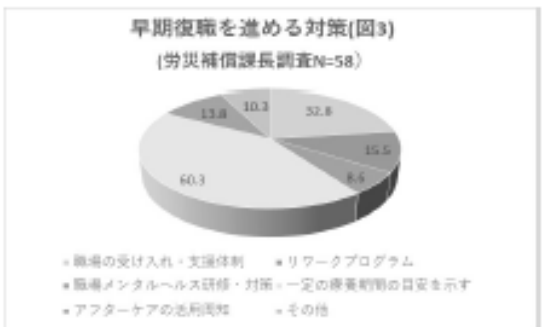
ていないという結果が得られた(P<0.0001)。すなわち、職場復帰できる事例は、3年以内に7割は職場復帰できるが、そうでない事例は職場復帰できない状況に陥り、社会復帰できずに未治ゆのまま経過していく傾向が強くなると言っても過言ではないであろう。

精神障害で労災認定となった患者の中で5年以上長期療養の未治ゆ事例の83.3%(518)が、一度も職場復帰や社会復帰をほとんど事例が試みていないという結果が得られた。まさしく、早期に治療し、できるだけ早く職場復帰(社会復帰)させるという労災保険の趣旨から、精神障害の療養に関しては、大きく外れていることが明らかになった。早期復職と長期に及んでいる事例の一番の相違点に関して、全国労災補償課長調査の結果でもっと多いのは本人の復職意欲67.2%(39)、次に症状の重症度31.0%(18)、職場の受け入れ・支援体制20.7%(12)であった。2017年調査で職場復帰ができないのかは「病状が改善しない」が全体の32.8%(20)であり、次に休業補償給付を生活保護と同様に…給付されると考えており、職場復帰する意欲が希薄である、休業補償を継続している者の多くは労災保険に依存する傾向、安定して高額な労災保険給付を受け取れる等の「手厚い休業補償給付に依存」が24.6%(15)であった。今回の調査でも「復職をしなくても労災保険より休業(補償)給付が期間を制限することなく支給される…生活保障金と捉えられ、復職意欲がわからない」との意見が得られた。

早期復職を進めるための対策としては全国労災補償課長に回答を1つ(又は2つまで)と限定して選択してもらったところ「一定の療養期間の目安を示

す」60.3%(35)、「職場の受け入れ・支援体制」32.8%(19)、「リワークプログラム」15.5%(9)という順位であった。自由記載の意見としては「医療側で『寛解』の一定ガイドラインを確立・療養開始後、各傷病に適した時機に、主治医、補償の基準行政、職業紹介の安定行政が立会いの下で、被保険者に療養期間の目安を始め、早期社会復帰に向けた説明や相談を受ける業務体制、事務処理マニュアルを確立する必要がある」「休業(補償)給付が期間を制限することなく支給されることから、生活保障金捉えられ、復職意欲がわかず、長期間の療養に至っている」「医師からは何も言われていない」等の理由で職場復帰や治療を拒否する療養者もいます。早期に復職を進めるためには、主治医からも職場復帰の提示をいただきながら治療を実施し、できるだけ早い時期に復職を進めていただくことで復職ができるのではないか…」との見解が得られた。(図3)

2017年度調査では職場復帰を推進させるためには「医療、行政、企業の連携」が37.1%(13)で最も多くみられたが、一番の問題は、行政、主治医が全く連携がとれていないことが一番の原因であろう。すなわち、1年に1回の監督署への病状報告はあるにしても、どういう状態になったら治ゆ判断とするのか、治ゆ要件が定められておらず、精神障害の多様さに関して、客観的に判断する仕組みが作られていない。医療機関に通院はしているが、その状態がなぜ治療判断ができないのか、さまざまな要因を第三者の立場から評価し、判断決定する仕組みがほぼ皆無と言っても過言ではない。すなわち、労災認定⇒療養開始⇒休業給付金開始⇒療養継続という図式は存在しても、療養継続⇒治ゆ判断⇒職場(社会)復帰の図式が欠落しており、精神障害の労災補償に関しては、大きな課題である。そして、今回の調査で「一定の療養期間の目安を示す」が60.3%(35)も認められたことが、精神障害の労災補償の在り方を示唆するものと判断できる。



Diagnosis-specific Cumulative Incidence of Return-to-work, Resignation, and Death Among Long-term Sick-listed Employees: Findings From the Japan Epidemiology Collaboration on Occupational Health Study

Chihiro Nishiura¹, Yosuke Inoue², Ikuko Kashino², Akiko Nanri³, Motoki Endo⁴, Masafumi Eguchi⁵, Takeshi Kochi⁵, Noritada Kato⁶, Makiko Shimizu⁷, Tepei Imai⁸, Akiko Nishihara⁹, Makoto Yamamoto¹⁰, Hiroko Okazaki¹¹, Kentaro Tomita¹², Toshiaki Miyamoto¹³, Shuichiro Yamamoto¹⁴, Tohru Nakagawa¹⁴, Toru Honda¹⁴, Takayuki Ogasawara¹⁵, Naoko Sasaki¹⁵, Ai Hori¹⁶, Isamu Kabe¹⁷, Tetsuya Mizoue², and Seitaro Dohi¹¹

¹Department of Safety and Health, Tokyo Gas Co., Ltd., Tokyo, Japan

²Department of Epidemiology and Prevention, Center for Clinical Sciences, National Center for Global Health and Medicine, Tokyo, Japan

³Department of Food and Health Sciences, International College of Arts and Sciences, Fukuoka Women's University, Fukuoka, Japan

⁴Department of Public Health, Juntendo University Graduate School of Medicine, Tokyo, Japan

⁵Furukawa Electric Co., Ltd., Tokyo, Japan

⁶Fuji Electric Co., Ltd., Tokyo, Japan

⁷East Japan Works (Keihin), JFE Steel Corporation, Kanagawa, Japan

⁸OH Support, Kanagawa, Japan

⁹Azbil Corporation, Tokyo, Japan

¹⁰Yamaha Corporation, Shizuoka, Japan

¹¹Mitsui Chemicals, Inc., Tokyo, Japan

¹²Healthplant Co., Ltd., Tokyo, Japan

¹³East Nippon Works Kimitsu Area, Nippon Steel Corporation, Chiba, Japan

¹⁴Hitachi, Ltd., Ibaraki, Japan

¹⁵Mitsubishi Fuso Truck and Bus Corporation, Kanagawa, Japan

¹⁶Department of Global Public Health, Faculty of Medicine, University of Tsukuba, Ibaraki, Japan

¹⁷Kubota Corporation, Tokyo, Japan

Received November 12, 2020; accepted February 28, 2021; released online March 13, 2021

ABSTRACT

Background: While it is essential to understand how long is sufficient for return-to-work when designing paid sick-leave systems, little attempt has been done to collect cause-specific information on when and how many of sickness absentees returned to work, became unemployed, or passed away.

Methods: We studied the first sick-leave episode of ≥ 30 consecutive days in those ≤ 55 years of age during 2012–2013 among employees of 11 Japanese private companies ($n = 1,209$), which were followed until 2017. Overall and disease-specific cumulative incidences of return-to-work, resignations, and deaths were estimated using competing risk analysis.

Results: During the 3.5-year period (follow-up rate: 99.9%), 1,014 returned to work, 167 became unemployed, and 27 died. Overall, return-to-work occurred within 1 year in 74.9% of all absentees and in 89.3% of those who successfully returned to work. Resignation occurred within 1 year in 8.7% of all absentees and in 62.9% of all subjects who resigned. According to ICD-10 chapters, the cumulative incidence of return-to-work ranged from 82.1% for mental disorders (F00–F99) to 95.3% for circulatory diseases (I00–I99). The cumulative incidence of return-to-work due to mental disorders ranged from 66.7% in schizophrenia (F20) to 95.8% in bipolar affective disorders (F31). Death was rarely observed except for cases of neoplasms (C00–D48), of which the cumulative incidence of death reached 14.2% by 1.5 years.

Conclusion: Return-to-work and resignations occurred commonly within 1 year of sick leave among long-term sickness absentees in the Japanese private companies. Our findings may assist occupational physicians and employers in developing effective social protection schemes.

Key words: mental disorders; neoplasms; retirement; return to work; sickness absence

Copyright © 2021 Chihiro Nishiura et al. This is an open access article distributed under the terms of Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Address for correspondence: Chihiro Nishiura, Department of Safety and Health, Tokyo Gas Co., Ltd., 1-5-20 Kaigan, Minato-ku, Tokyo 105-8527, Japan (e-mail: c-nis@umin.ac.jp).

DOI <https://doi.org/10.2188/jea.JE20200541>

HOME PAGE <http://jeaweb.jp/english/journal/index.html>

INTRODUCTION

Social protection plays a key role in ensuring income security for people of working age, which is an essential component of the well-being of employees and their families, and in achieving sustainable development goals.¹ Income replacement during sick leave has been regarded as an essential social protection scheme; for example, the International Labour Organization recommends that their member countries implement paid sick leave as a national social protection floor.²

When policymakers or employers introduce or reform their sick-leave system in their countries or companies, it is essential to understand how long is sufficient for a paid sick leave that enables employees to return to work (RTW). Until now, several studies have described the outcomes experienced by those who took sick leave (ie, when and how many of them returned to work, became unemployed, or passed away).^{3–5} For example, previous studies have reported RTW experienced by those who took sick leave due to mental disorders,^{6–8} cancer,^{9,10} and musculoskeletal diseases.⁷

Despite this progress, these previous studies have some limitations. First, previous studies have focused on specific causes of sick leave, like mental disorders, instead of considering several major causes within the same study populations.^{6–12} Second, most previous studies did not consider competing risks,^{6–8,10,11} which cannot be estimated by the Kaplan-Meier estimate. There is a need to use competing risk models accounting for possible consequences of sickness absence, like RTW, resignation, and death. Third, some previous studies followed study participants for 1 year or less,^{8,9,11} which may be too short to understand the consequences experienced by most absentees. Finally, previous findings mostly came from specifically European cohorts, and research from other populations is needed to confirm the generalizability of previous findings.^{3,4}

In this study, we addressed these issues by studying companies where employees can receive sick-leave benefits for 2.5 years or more and analyzing in-company administrative records of long-term sick-leave episodes with a competing risk model to describe when and how many sick-listed employees returned to work, became unemployed, or passed away among large private companies in Japan.

METHODS

Study population

Data were obtained from the Japan Epidemiology Collaboration on Occupational Health (J-ECOH) study cohort, which is an ongoing multicenter occupational health registry of annual health check-ups and sick leave in Japan based on administrative individual data provided by 12 companies.¹³ Of them, we studied 11 large-scale private companies (including electric machinery and apparatus manufacturing, steel, chemical, gas, nonferrous metal manufacturing, automobile and instrument manufacturing, plastic product manufacturing). Source population included approximately 80,000 employees aged 19–55 years.

The J-ECOH cohort is composed mainly of large-scale private companies; the participating companies employ occupational physicians, and their employees can receive occupational health services. This situation is not applicable to approximately 60% of Japan's workforce who is employed in small-scale establishments with less than 50 workers that are not obligated to contract with

occupational physicians.¹⁴ The J-ECOH cohort is also unique in that the majority of workers are male (83% of this study source population).

Sick-leave system

In Japan, there is a lack of legislated statutory entitlements for paid sick leave, and so paid sick-leave schemes vary among companies. In the J-ECOH study, all participating companies provided paid sick-leave entitlement to their employees. The percentage of replacement for past earnings by sick pay was 100% until 18 months after sick leave, after which it ranged from two-thirds to full payment of past earnings according to companies. The maximum length of sick-leave benefits (the sum of paid annual leaves and paid sick leave) varied between 2.5 and 3.9 years (median 3 years), depending on the company. Then, the impact of the expiration of sick-leave benefits on the course of sick leaves would appear around 2.5 years or later, depending on the company. The duration of sick leaves was calculated from the initial day of work absence and presented as calendar days instead of workdays.

When using paid sick leave, the employees must apply to the company for paid sick leave with a medical certificate from the attending physician, namely, general practitioners or specialists but not occupational physicians. In the case of RTW, occupational health physicians employed by the companies assessed absentees' work readiness and arranged planned RTW to enhance work continuity.

According to a Japanese survey on sick-leave systems conducted in 2012 (5,904 responding companies), while 91.9% of companies have introduced sick-leave systems, the distribution of available sick-leave periods in the system is reported to vary by company size.¹⁵ For example, 38.7% of companies with 49 or fewer full-time employees and 85.2% of companies with 1,000 or more full-time employees have a sick-leave period of one year or more. Similar to this cohort, the percentage of companies with an available sick-leave period of 2.5 years or more is 28.2% in companies with 1,000 or more full-time employees, compared to 14.5% in companies with 49 or fewer full-time employees. Therefore, it is assumed that companies participating in this cohort fall into the category of Japanese companies that have generous sick-leave systems.

Sick-leave data

In the J-ECOH study, the administrative sick-leave records of the participating companies as a whole were collected biannually. Sick leave data obtained included the following: date of birth, sex, start and end dates of sick leave, outcome (RTW, resignation, or death), and the medically certified diagnosis for sick leave (in text style). The text of medical certificates were coded according to the International Classification of Diseases 10th revision (ICD-10) with reference to the Japanese standard disease-code master as follows.¹⁶ Certificates were automatically coded by text matching. Unmatched cases were independently coded by two occupational physicians (CN and CK). If they agreed, that code was adopted. If they did not agree, another occupational physician (AH) coded to break the tie. The date of death was based on death certificates in most cases, while some cases were based on information from family members. All outcomes were classified according to the diagnosis by the medical certificate at the start of sick leave.

Inclusion criteria

Inclusion criteria for the present cohort of employees on sick leave are as follows: 1) those who took sick leaves that started during the 2 years between April 1, 2012 and March 31, 2014 and lasted 30 days or more (referred to as “long-term sick leave” according to Japanese customary definition); and 2) those who were aged 55 years or less at the beginning of the sick leave (to eliminate mandatory retirement during sick leave). If two or more sick leaves were identified for a given worker, we chose the first one to include them in the cohort. Consequently, a total of 1,209 sick leaves were included in the analysis and were followed until RTW, resignation, or death (end of follow-up: March 31, 2017).

Exclusion criteria

We excluded those who took a long sick leave due to pregnancy-related diseases (O00–O99) for the following reasons: in the case of childbirth, absentees due to pregnancy-related diseases were removed from the framework of a sick-leave system due to successive transition to the maternal-leave system, and we had no available data for maternal leave.

Outcome

The study outcomes were: (1) RTW, which was defined as starting to work again after taking a long-term sick-leave episode; (2) resignation; or (3) deaths of all causes, including death by suicide. There are three types of resignations among sickness absentees: voluntary turnover, turnover due to expiration of sick leave benefits, and mandatory retirement. Since the inclusion criteria used in the study had age restrictions with the intention to exclude possible mandatory retirement, we assumed that the types of resignation included in the analysis were limited to voluntary turnover and turnover due to expiration of sick leave benefits.

Statistical analysis

Subjects were followed from 30 days after sick leave to the end of their sick-leave benefits, which varied between 2.5 and 3.9 years (median 3 years) depending on the company. While all subjects in this study took at least 30 days of sick leave, we presented the follow-up time as duration of sick leaves, which was the time from the first day of sick leave to the end of sick leave or sick-leave benefits so that the results would be easier to understand. The cumulative incidence of RTW, resignation, and death on each day of sick leave was calculated using survival analysis. Since the Kaplan-Meier estimate is not an appropriate summary of survival in the presence of competing risks,¹⁷ we treated RTW, resignation, and death as competing risks to calculate the cumulative incidence for each outcome using competing risk analysis with the cumulative incidence function.

We repeated the analysis for major causes of long-term sick leave (ICD-10): mental disorders (F00–F99), neoplasms (C00–D48), circulatory diseases (I00–I99), musculoskeletal diseases (M00–M99), and injuries (S00–T98).¹³ We additionally presented subgroup results of mental disorders: schizophrenia (F20), bipolar affective disorders (F31), depressive episodes (F32), other anxiety disorders (F41), and reactions to severe stress and adjustment disorders (F43). Since there was one missing case due to childbirth during sick leave for mental disorders, we treated this case as a censored case in the analysis.

All statistical analyses were performed using Stata 14 (StataCorp, College Station, TX, USA) with the user-written command ‘stcompete’.¹⁸

Table 1. Baseline characteristics of 30 days or more of sick-listed employees in the J-ECOH cohort, 2012–2013

Causes of sick leave (ICD-10 codes)	N (% of overall)	Mean onset age, years (SD)	Men, %
Overall (A00–U99)	1,209 (100)	40.5 (9.6)	82.6
Mental disorders (F00–F99)	695 (57.5)	38.8 (9.5)	85.9
Schizophrenia (F20)	21 (1.7)	42.0 (8.0)	71.4
Bipolar affective disorders (F31)	24 (2.0)	41.9 (8.6)	91.7
Depressive episodes (F32)	418 (34.6)	39.5 (9.3)	88.8
Other anxiety disorders (F41)	40 (3.3)	37.2 (9.7)	77.5
Reaction to severe stress, and adjustment disorders (F43)	108 (8.9)	35.6 (9.7)	79.6
Neoplasms (C00–D48)	113 (9.3)	45.3 (7.6)	64.6
Circulatory diseases (I00–I99)	64 (5.3)	47.8 (6.2)	89.1
Musculoskeletal diseases (M00–M99)	83 (6.9)	42.5 (8.9)	78.3
Injuries (S00–T98)	103 (8.5)	38.7 (10.2)	78.6

ICD-10, International Classification of Disease, 10th revision; SD, standard deviation.

Ethical approval

This study was approved by the Institutional Review Board of the National Center for Global Health and Medicine (NCGM-G-001140-15). This observational study was conducted with opt-out consent. Information on the implementation of the research was communicated on the internal bulletin boards of each company. While the participants did not provide written informed consent to join the study, they were allowed to refuse to participate in the study at any time. This procedure complies with the Japanese Ethical Guidelines for Epidemiological Research, which facilitates the procedure for obtaining consent in observational studies using existing data. All data were analyzed anonymously.

RESULTS

Table 1 presents the baseline characteristics of long-term absentees. The mean age was 40.5 years and 82.6% of absentees were men, reflecting the distribution of the J-ECOH study cohort.¹³ Of 1,209 workers who took long-term sick leave, 1,014 (83.9%) returned to work, 167 (13.8%) resigned, and 27 (2.2%) died, with 1 missing case (median duration of sick leave, 98 days; range, 30–1,306 days; follow-up rate: 99.9%). No absentee remained on sick leave at the end of the observation period. Overall, RTW occurred within 1 year in 74.9% of all absentees (median time to RTW: 90 days), and 89.3% of all subjects who successfully returned to work did so within 1 year, as shown in Table 2 and Table 3. Resignation occurred within 1 year in 8.7% of all absentees (median time to resignation: 249 days), and 62.9% of all subjects who ended up resigning did so within 1 year.

Figure 1 shows survival curves for the cumulative incidences of RTW, resignation, and death by ICD-10 chapters. Generally, the RTW rate increased sharply until 1 year (1-year RTW rate: neoplasms, 75.2%; mental disorders, 70.3%; circulatory diseases, 85.9%; musculoskeletal diseases, 80.7%; injuries, 89.3%) and flattened after approximately 1.5 years. According to ICD-10 chapters, the cumulative incidence of RTW ranged from 82.1% for mental disorders to 95.3% for circulatory diseases. Of the subjects who successfully returned to work by 3.5 years of sick leave, the proportion of subjects who returned to work by 1 year ranged from 85.8% in mental disorders to 96.8% in injuries. Resignation rarely occurred among absentees with neoplasms and circulatory diseases. In contrast, 17.4%, 13.3%, and 7.8% of absentees with

Table 2. Diagnosis-specific cumulative incidence and median time of return-to-work and resignation in 30 days or more of sick leave

Causes of sick leave (ICD-10 codes)	N	Return-to-work							Resignation						
		N	Cumulative incidence at time from sick leave, %					Median time, days	N	Cumulative incidence at time from sick leave, %					Median time, days
			0.5 yr.	1 yr.	1.5 yr.	2 yr.	3.5 yr.			0.5 yr.	1 yr.	1.5 yr.	2 yr.	3.5 yr.	
Overall (A00–U99)	1,209	1,014	63.6	74.9	78.1	80.0	83.9	90	167	5.5	8.7	9.5	10.6	13.8	249
Mental disorders (F00–F99)	695	570	56.6	70.3	73.8	76.4	82.1	118	121	6.3	10.7	11.8	13.3	17.4	259
Schizophrenia (F20)	21	14	19.1	47.6	52.4	61.9	66.7	251	6	9.5	9.5	9.5	14.3	28.6	785
Bipolar affective disorders (F31)	24	23	45.8	62.5	66.7	70.8	95.8	249	1	0.0	0.0	0.0	4.2	4.2	575
Depressive episodes (F32)	418	352	58.1	72.0	75.8	78.5	84.2	118.5	66	6.7	9.6	10.3	11.5	15.7	230
Other anxiety disorders (F41)	40	30	52.5	65.0	67.5	67.5	75.0	114.5	9	7.5	17.5	20.0	20.0	22.5	247
Reaction to severe stress, and adjustment disorders (F43)	108	84	62.5	72.8	74.7	75.6	78.4	91.5	23	5.6	14.1	15.9	17.8	21.6	274
Neoplasms (C00–D48)	113	91	63.7	75.2	79.7	80.5	80.5	68	3	1.8	1.8	1.8	1.8	2.7	88
Circulatory diseases (I00–I99)	64	61	79.7	85.9	90.6	90.6	95.3	59	2	0.0	0.0	0.0	1.6	3.1	865
Musculoskeletal diseases (M00–M99)	83	71	67.5	80.7	81.9	84.3	85.5	75	11	6.0	8.4	8.4	10.8	13.3	241
Injuries (S00–T98)	103	95	86.4	89.3	92.2	92.2	92.2	60	8	3.9	7.8	7.8	7.8	7.8	180

ICD-10, International Classification of Disease, 10th revision.**Table 3.** Changes in percentage of total return-to-work and resignation during sick leave

Causes of sick leave (ICD-10 codes)	N	Return-to-work					Resignation					
		Percentage of total return-to-work at time from sick leave, %					Percentage of total resignation at time from sick leave, %					
		0.5 yr.	1 yr.	1.5 yr.	2 yr.	3.5 yr.	0.5 yr.	1 yr.	1.5 yr.	2 yr.	3.5 yr.	
Overall (A00–U99)	1,014	75.8	89.3	93.1	95.4	100.0	167	39.5	62.9	68.9	76.6	100.0
Mental disorders (F00–F99)	570	68.9	85.8	90.0	93.2	100.0	121	36.4	61.2	67.8	76.0	100.0
Schizophrenia (F20)	14	28.6	71.4	78.6	92.9	100.0	6	33.3	33.3	33.3	50.0	100.0
Bipolar affective disorders (F31)	23	47.8	65.2	69.6	73.9	100.0	1	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Depressive episodes (F32)	352	69.0	85.5	90.1	93.2	100.0	66	42.4	60.6	65.2	72.7	100.0
Other anxiety disorders (F41)	30	70.0	86.7	90.0	90.0	100.0	9	33.3	77.8	88.9	88.9	100.0
Reaction to severe stress, and adjustment disorders (F43)	84	81.0	94.0	96.4	97.6	100.0	23	26.1	65.2	73.9	82.6	100.0
Neoplasms (C00–D48)	91	79.1	93.4	98.9	100.0	100.0	3	66.7	66.7	66.7	66.7	100.0
Circulatory diseases (I00–I99)	61	83.6	90.2	95.1	95.1	100.0	2	0.0	0.0	0.0	50.0	100.0
Musculoskeletal diseases (M00–M99)	71	78.9	94.4	95.8	98.6	100.0	11	45.5	63.6	63.6	81.8	100.0
Injuries (S00–T98)	95	93.7	96.8	100.0	100.0	100.0	8	50.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ICD-10, International Classification of Disease, 10th revision.

mental disorders, musculoskeletal diseases, and injuries resigned from work before the end of sick leave, respectively. Of the subjects who resigned, 61.2% with mental disorders, 63.6% with musculoskeletal diseases, and 100% with injuries retired within 1 year. The death rate due to neoplasms reached 10.6%, 14.2%, and 16.8% by 1, 1.5, and 3.5 years of sick leave, respectively.

Figure 2 shows the RTW, resignation, and death curves according to ICD-10 codes of mental disorders. The RTW rate increased quickly 1 year after sick leave (1-year RTW rate: depressive episodes, 72.0%; stress reaction and adjustment disorders, 72.8%; other anxiety disorders, 65.0%; bipolar affective disorders, 62.5%; schizophrenia, 47.6%) and flattened after that, except for bipolar affective disorder, which shows bimodality with peaks at 1 and 2.5 years of sick leave. The lowest RTW rate was observed among those with schizophrenia, with a rate of 66.7% at the end of sick leave. A total resignation rate of more than 20% was observed for schizophrenia, stress reaction and adjustment disorders, and other anxiety disorders.

DISCUSSION

By studying 1,209 first sick-leave episodes lasting a consecutive 30 days or longer in Japanese large-scale private companies, we

found that RTW and resignations occurred commonly within 1 year of sick leave regardless of diagnosis, but with different rates depending on the cause of absence. RTW rates are relatively high in circulatory diseases and injuries and low in mental disorders and neoplasms. Death during sick leave was pronounced among long-term absentees with neoplasms. To the best of our knowledge, this is the first report of changes in cumulative incidences of RTW, resignations, and deaths over time, covering major causes of sick leave based on ICD-10 codes in detail with a competing risk analysis.

Among the major causes of sick leave, the present study showed the lowest diagnosis-specific RTW rate for mental disorders throughout the 3.5-year sick-leave period. This is in line with several previous studies that reported a low rate of RTW among those who experienced sickness absence due to mental disorders.^{6,8,19}

The subgroup analysis of mental disorders showed that the RTW rate was the lowest among those with schizophrenia. For example, the RTW rate at 1 year for schizophrenia was 47.6%, compared to 72.0% for depressive symptoms (F32) and 72.8% for adjustment disorders (F43). Previous studies have also reported this low RTW rate among absentees with schizophrenia. For example, a Dutch study reported that the 1-year RTW rate was

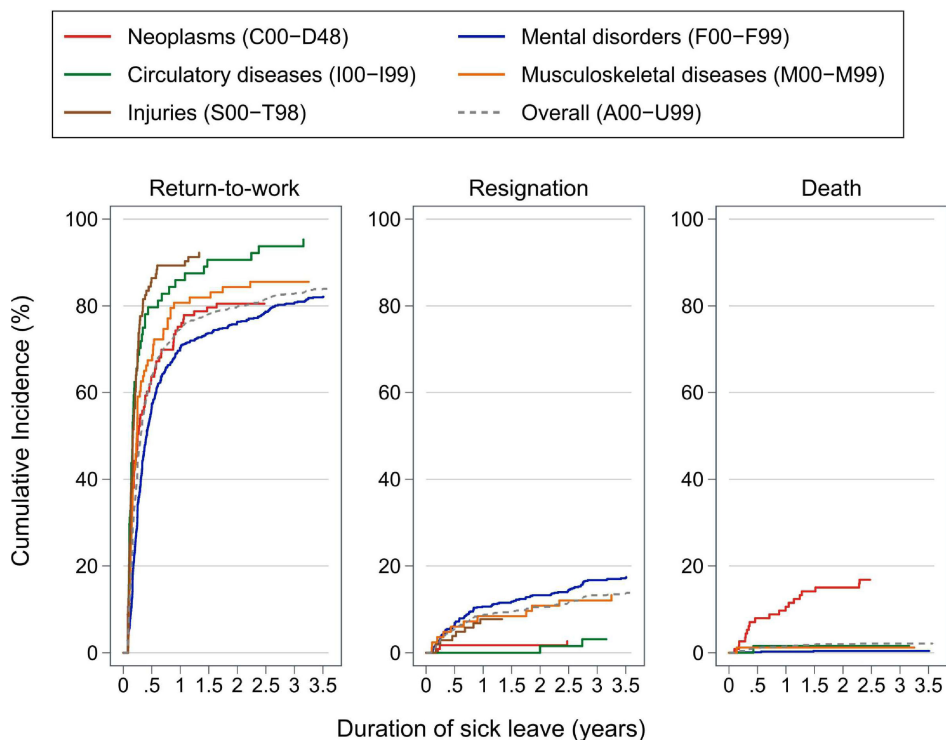


Figure 1. Cumulative incidence of return-to-work, resignation, and death after 30 days or more of sick leave, by major ICD-10 chapters

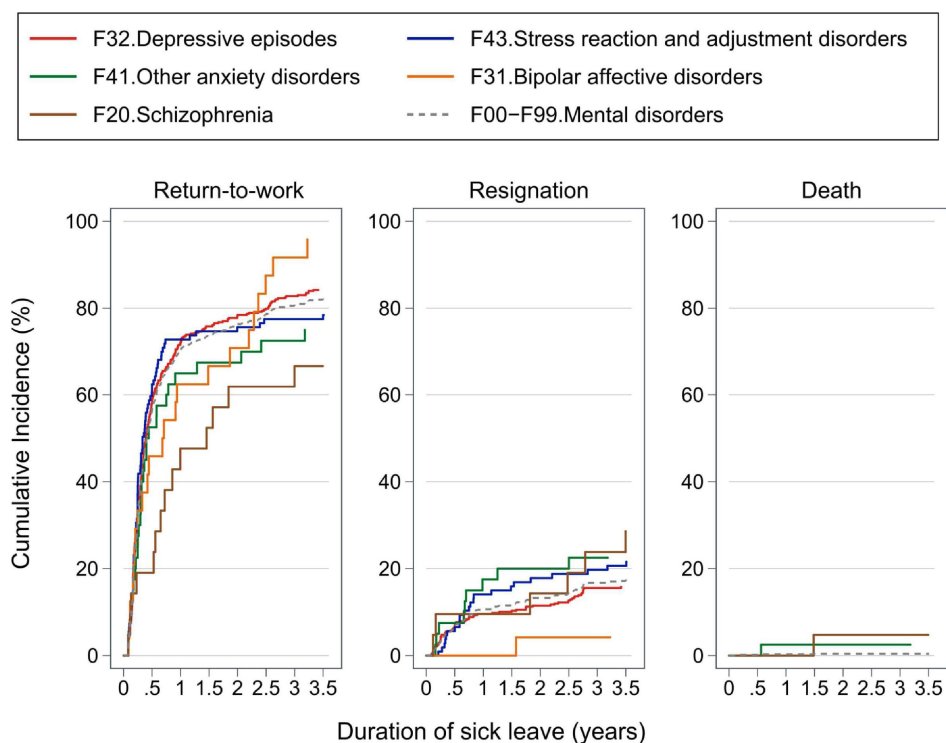


Figure 2. Cumulative incidence of return-to-work, resignation, and death after 30 days or more of sick leave, by major mental disorder

59% for schizophrenia and schizotypal and delusional disorders (F20–F29), while that for neurotic, stress-related, and somatoform disorders was 89%.⁶ A Finnish study of 90 days or more of sick leave or disability pensions reported that the 1-year RTW rate was 41% for those with schizophrenia and 93% for severe stress and adjustment disorders.¹¹ Given that schizophrenia is a major cause

of long-term sick leave due to a mental disorder, improving the RTW rate among long-term absentees with schizophrenia remains a significant challenge to be addressed.

It is also of note that the RTW curve for bipolar disorder differs from that of other mental disorders. While the RTW rate of bipolar disorder (62.5%) was lower at 1 year after the start of long-term

sick leave, the eventual RTW rate was the highest (95.8%) in bipolar disorder. The increase in RTW rate among those who took long-term sick leave due to bipolar disorder seemed to have occurred when their sick-leave benefits were about to expire. More studies are needed to understand this pattern.

Absentees with neoplasms showed a relatively high RTW rate (75.2% by the end of the first year, 80.5% by the end of the second year) in the present study. Previous studies reported similar RTW rates. For example, the full RTW rate for all cancers was 62.3% by 1 year in Japan⁹ and 73% by 2 years in the Netherlands.¹⁰ We observed a visible death rate (10.6% by 1 year, 16.8% by the end of sick leave) and a quite low resignation rate (1.8% by 1 year, 2.7% by the end of sick leave) among absentees with neoplasms. Since cancer deaths are mainly due to advanced cancer, early cancer detection would further contribute to the improvement of RTW rates and decrease the number of long-term absentees with neoplasms. It is also important to create an environment that makes it easy for those who continue treatment after their return to work to continue working.

The RTW rate for circulatory diseases (I00–I99) was 85.9% within the first year after sick leave. While we are unaware of any studies that examined the RTW rate among those who took sick leave due to circulatory diseases in general, a review article reported that the median RTW rate among 18 longitudinal studies for stroke survivors was 53% at 1 year after diagnosis.⁵ A study in Japan reported that the RTW rate at 1 year for those who were absent from work due to stroke was 62.4%.²⁰ For RTW after acute myocardial infarction, the rate 1 year after diagnosis was reported as 55.9% in China,²¹ 91.1% in Denmark,¹² and 93% in the United States.²² It is important to create conditions that make it easier for absentees, particularly those who have suffered the after-effects of cardiovascular disease, to return to work.

The strength of the current study was its high follow-up rate and that it was based on administrative data, which reduced selection bias. The relatively large sample size and sufficiently long follow-up period allowed us to observe the course of sick leave across major diagnostic categories. Additionally, workers in companies with poor benefits may be forced to return to work during recovery for reasons other than health (eg, fear of losing their jobs), but this study tried to minimize such a possibility by including only companies with sufficiently long sick-leave periods in the study. Our study findings may help policy makers and employers realize that 1 year of paid sick leave with sufficient benefit can assist the majority of sick-listed employees in returning to a healthy state and returning to work. Several limitations of this study should be addressed. First, care should be taken when generalizing these results to other study populations. It is possible that generous benefit packages available at the study companies may have led to prolonged sick leave. In addition, the male proportion in the J-ECOH cohort (more than 80%) was higher than the Japanese national average for employees (just under 60%).²³ Furthermore, since different countries have different social security systems such as sick leave and disability pensions, special attention should be paid to this point when comparing the results of this study with those of surveys conducted in other countries. Second, we defined RTW as when participants started to work again; we do not have information on whether they continued to work after they returned to work. Third, the course of sickness absence may also be affected by the absentee's work contract (eg, full-time or part-time) and marital status, but these factors could not be taken into account in this

study due to the lack of data. Fourth, because of the small sample size of women in this study, it is difficult to discuss gender differences in the results of this study.

In conclusion, RTW and resignations occurred commonly until 1 year after sick leave in the case of long-term sickness absences in major diagnostic groups. This finding has implications for the minimum requirement of the length of paid sick leave. In addition, most long-term absentees with cancer returned to work unless they died, suggesting that promoting early detection of cancer may improve the RTW rate for cancer patients in the Japanese working population.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors thank Toshiteru Okubo (Chairperson of Industrial Health Foundation, Director of Radiation Effects Research Foundation) for scientific advice on the conduct of the J-ECOH study and Rika Osawa (National Center for Global Health and Medicine) for administrative support.

Contributors: CN designed the study, analyzed the data, and drafted the first manuscript, with critical revisions from YI, IkK, and AN. TeM supervised the entire study and revised the manuscript. CN, MaE, TK, NK, MS, TI, AN, MY, HO, KT, ToM, SY, TN, TH, TO, NS, AH, IsK, and SD contributed to the acquisition of data. All authors have reviewed and approved the final manuscript.

Funding: This study was supported by the Industrial Health Foundation [grant numbers 140202-01, 150903-01, 170301-01], the Japan Society for the Promotion of Science [grant number JSPS KAKENHI JP16H05251], and the National Center for Global Health and Medicine [grant number 28-Shi-1206].

Conflicts of interest: None declared.

REFERENCES

1. ILO. *World social protection report 2017–19: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals*. Geneva: International Labour Office; 2017.
2. ILO. R 202 – Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202). https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0:NO:P12100_ILO_CODE:R202; Accessed 01.08.2020.
3. Dewa CS, Loong D, Bonato S. Work outcomes of sickness absence related to mental disorders: a systematic literature review. *BMJ Open*. 2014;4:e005533.
4. Paltrinieri S, Fugazzaro S, Bertozzi L, et al. Return to work in European Cancer survivors: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2018;26:2983–2994.
5. Edwards JD, Kapoor A, Linkewich E, et al. Return to work after young stroke: a systematic review. *Int J Stroke*. 2018;13:243–256.
6. Roelen CA, Norder G, Koopmans PC, et al. Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when? *J Occup Rehabil*. 2012;22:409–417.
7. Kausto J, Pentti J, Oksanen T, et al. Length of sickness absence and sustained return-to-work in mental disorders and musculoskeletal diseases: a cohort study of public sector employees. *Scand J Work Environ Health*. 2017;43:358–366.
8. Koopmans PC, Roelen CA, Groothoff JW. Sickness absence due to depressive symptoms. *Int Arch Occup Environ Health*. 2008;81:711–719.
9. Endo M, Haruyama Y, Takahashi M, et al. Returning to work after sick leave due to cancer: a 365-day cohort study of Japanese cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2016;10:320–329.
10. Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW, et al. Sickness absence and full return to work after cancer: 2-year follow-up of register data for different cancer sites. *Psychooncology*. 2011;20:1001–1006.

11. Virtanen M, Kawachi I, Oksanen T, et al. Socio-economic differences in long-term psychiatric work disability: prospective cohort study of onset, recovery and recurrence. *Occup Environ Med.* 2011; 68:791–798.
12. Smedegaard L, Numé AK, Charlot M, et al. Return to work and risk of subsequent detachment from employment after myocardial infarction: insights from Danish nationwide registries. *J Am Heart Assoc.* 2017;6:e006486.
13. Nishiura C, Nanri A, Kashino I, et al. Age-, sex-, and diagnosis-specific incidence rate of medically certified long-term sick leave among private sector employees: the Japan Epidemiology Collaboration on Occupational Health (J-ECOH) study. *J Epidemiol.* 2017; 27:590–595.
14. Japan Ministry of Internal Affairs and Communications. Statistics Bureau. 2014 Economic Census for Business Frame, Summary of the Results: Establishments. https://www.stat.go.jp/english/data/e-census/2014/pdf/kekka-j_e.pdf; Accessed 06.01.2021.
15. The Japan Institute for Labour Policy and Training. Survey series No. 112, Survey on support for balancing treatment for mental health and personal injury and illness with work life. https://www.jil.go.jp/institute/research/2013/documents/0112_01.pdf; Accessed 06.01.21 (in Japanese).
16. Medical Information System Development Center. Japanese Standard Disease-Code Master. <http://www2.medis.or.jp/stdcd/byomei/index.html>; Accessed 01.08.2015.
17. Wolke M, Cooper BS, Bonten MJ, et al. Interpreting and comparing risks in the presence of competing events. *BMJ.* 2014;349:g5060.
18. Coviello E. STCOMPET: Stata module to generate cumulative incidence in presence of competing events. Statistical Software Components S431301, Boston College Department of Economics, revised 11 Nov 2012.
19. Frost D, Black C. *Health at Work—an Independent Review of Sickness Absence*. London: Department for Work and Pensions; 2011.
20. Endo M, Sairenchi T, Kojimahara N, et al. Sickness absence and return to work among Japanese stroke survivors: a 365-day cohort study. *BMJ Open.* 2016;6:e009682.
21. Jiang Z, Dreyer RP, Spertus JA, et al. Factors associated with return to work after acute myocardial infarction in China. *JAMA Netw Open.* 2018;1:e184831.
22. Warraich HJ, Kaltenbach LA, Fonarow GC, et al. Adverse change in employment status after acute myocardial infarction: analysis from the TRANSLATE-ACS Study. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2018;11:e004528.
23. Japan Ministry of Internal Affairs and Communications. Statistics Bureau. Annual Report on the Labour Force Survey 2012. <https://www.stat.go.jp/english/data/roudou/report/2012/index.html>; Accessed 01.11.2020.