

精神障害と発症リスクの 基礎知識

第1節 精神障害の意味と分類

1 精神障害の診断基準 (ICD-10)

本書は、「健康」の中でも職場で発生する精神障害を中心に論じていきます。そして、職場において、従業員が業務を原因として精神障害を発症する危険が内在していることは、電通事件最高裁判決でも明らかです。実際の症例がどのような精神障害（病気）にあたるのかは専門家である精神科医の判断に任せるしかありません。しかし、人事労務管理にあたっては、精神障害の症状を示す（自殺のリスクもある）従業員に対応する場面を考えると、その病気の概要を知っておくことは非常に重要かつ有用といえます。

精神障害の診断基準には、従来から日本で行われてきた精神病理学的診断（現れた症状だけでなく、なぜそれが生じたかという成因も問題にする方法）や、アメリカで登場したDSM（現れた症状だけを問題とし、成因は問題としない方法）、DSMと同様のコンセプトを持つICDなどがあります。

この点、厚生労働省が定める心理的負荷による精神障害の認定基準（平23.12.26基発1226第1号）では、発病の有無、発病時期および疾患名について、国際疾病分類第10回修正（ICD-10）第V章「精神および行動の障害」に基づいて判断するとしています。このICD-10では、次頁の表に示すように、精神障害がF0からF9に分類されており、上記認定基準によれば、主として業務との関連が生ずる可能性のある精神障害は、F2からF4の精神障害とされています。以下では、F0から順に精神障害の内容（主に病名と症状）、そして最後に最近問題となっている「新型うつ」について見ていくことにします。

なお、あくまで人事労務管理の観点から、精神障害の内容について医学書などを参考に記載していますので、医学的な正確性については留保することをお



ICD-10第V章「精神および行動の障害」

F 0	症状性を含む器質性精神障害（例：認知症）
F 1	精神作用物質使用による精神および行動の障害（例：アルコール中毒）
F 2	統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害（例：統合失調症）
F 3	気分（感情）障害（例：そううつ病）
F 4	神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害（例：パニック障害）
F 5	生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群（例：摂食障害）
F 6	成人のパーソナリティおよび行動の障害（例：人格障害）
F 7	精神遅滞（知的障害）
F 8	心理的発達の障害
F 9	小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害、特定不能の精神障害

*（例：）は筆者による加筆

断りしておきます。

2 症状性を含む器質性精神障害（F0）

ICD-10において、症状性を含む器質性精神障害をF0として分類しています。このF0はF00からF09に分類されますが、代表的なものとして、アルツハイマー病の認知症（F00）、血管性認知症（F01）、他に分類されるその他の疾患の認知症（F02）があります。これらF00やF01、F02はさらに細かく分類され、例えば早発性アルツハイマー病の認知症（F00.0）、晩発性アルツハイマー病の認知症（F00.1）などに分けられていますが、本書では省略します。

(1) 早発性アルツハイマー病（F00.0）

アルツハイマー病には、上記のように早発性と晩発性がありますが、人事労務管理上は、雇用可能性の高い65歳以前に発症する早発性アルツハイマー病が問題となります。その症状は以下のとおりです（以下、大熊輝雄『現代臨床精神医学（改訂第11版）』を参考にしています）。

- ① 発病は初老期のうちでも50歳代が多く、女性にやや多いといわれる。
- ② 精神症状は、比較的急速に進行する認知症と人格崩壊であるが、これに巣症状が加わる。まず初期には記銘・記憶障害、上機嫌などが現れ、物忘れや仕事の失敗が多くなる。その後、知的機能の全般的低下（痴呆）が次第に顕著になり、これに巣症状が加わるが、痴呆との境界がはっきりしないのが特徴である。巣症状、すなわち大脳皮質障害による高次脳機能の障害には失語、失行、失認などがあり、健忘失語、構成失行、着衣失行などが目立つが、特に地誌的失見当（視空間失認）が早期から著明に現れる。すなわち患者は屋外では道に迷い、屋内でも出入口、自分の部屋、ベッドの位置などがわからなくなる。締め切った部屋から外へ出るように命令すると、視覚では出入口が認識できず、室内をぐるぐる歩きまわる。失行には企図失行、構成失行、着衣失行などがあり、失語は超皮質感覚失語が主で健忘失語や錯語も見られる。
- ③ 神経学的症状としては筋固縮が生じることが多く、異常姿勢や身体を前屈してあやつり人形のように歩く特有の歩行障害も見られる。
- ④ 言語障害として、語の中間または終わりの音節をけいれん様に反復する語間代が見られることがある。

(2) 多発梗塞性認知症 (F01.1)

脳血栓症（脳梗塞）により脳に小軟化巣や小出血巣が多発すると、種々の精神症状や神経症状が生じ、とくに認知症が前景に立つ場合を多発梗塞性認知症と呼びます。その症状は以下のとおりです。

- ① 発病は40歳以上、男性に多い。
- ② 認知症の特徴は、諸種の精神機能の低下が一律ではなく、記銘障害が高度なのに理解力、判断力が意外に保たれているなど、精神機能がところどころまだら状に保存され、人格の中核も保たれていること。情意面

の変化には、人格変化、易刺激性、易怒、抑制欠如などがあり、とくに情動失禁、すなわち些細なことで容易に泣いたり怒ったりする傾向が特徴。

うつ状態を伴うことが少なくなく、抑うつ気分、不安・焦燥、貧困・罪業妄想、自殺念慮など、初老期ないし老年期うつ病に類似した症状を示す。被害妄想、嫉妬妄想などの妄想が出現することもある。病状が進行するとせん妄状態、とくに夜間せん妄が起こることが多い。

- ③ 多発性脳梗塞の際の身体症状としては頭痛、めまい、手足のしびれ感、耳鳴、不眠などがある。神経学的症状は梗塞の部位によって様々であるが、言語不明瞭、構音障害などが目立つ。歩行は小刻み歩行となり、四肢の痙直、固縮、仮性球麻痺（発語困難、嚥下障害、舌・口唇の運動麻痺）、強迫笑・強迫泣などが生じる。

3 精神作用物質使用による精神および行動の障害 (F1)

ICD-10において、アルコールや薬物使用による精神および行動の障害をF1として分類しています。このF1はF10からF19に分類されますが、アルコール使用による精神および行動の障害 (F10)、アヘン類使用による精神および行動の障害 (F11) などがあります（カフェインを含むその他の精神刺激薬使用やタバコ使用によるものもあります）。

精神作用物質としては、モルヒネ（アヘン類）のような医療目的の鎮痛薬がありますが、その連続投与を受けたのを契機に依存に陥ったり、薬剤を入手しやすい医師や看護師など医療関係者が医療麻薬中毒となり、アヘン類使用による精神および行動の障害が問題となることがあります。その慢性中毒の症状は以下のとおりです。

- ① 精神症状としては、モルヒネなしでは生きていけないといった不安が根底にあり、気分不安定、無気力、倦怠感が目立ち、抑うつ感、罪責感、

苦悶が見られることもある。道徳感情は鈍麻し、まじめに働こうとする意欲が低下し、虚言が多くなり、家庭や職場に対する責任感もなくなる。薬物を入手するためには手段を選ばなくなり、詐欺、窃盗、暴力行為などの反社会的行為に走ることも少なくない。

- ② 身体症状の多くは二次的なもので、栄養低下、不摂生などによるやせ、皮膚乾燥、全身衰弱、そのほか四肢振戦、縮腫、便秘、不潔な注射による化膿や瘢痕などが見られることがある。

4 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害（F 2）

ICD-10において、統合失調症をF 2として分類しています。このF 2には、F 20からF 29に分類されますが、統合失調症（F 20）、統合失調型障害（F 21）、感性性妄想性障害（F 24）等があります。

従来「精神分裂病」との病名でしたが、当事者や家族に社会的不利益を招きやすいとして、統合失調症に呼称が変更されています。その症状は多岐にわたりますが、ICD-10の診断基準に挙げられている項目は以下のとおりです。

- ① 考想化声、考想吹入または考想奪取、考想伝播
- ② 他者に支配される、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、特定の思考・行動や感覚に関連づけられているもの、および妄想知覚
- ③ 患者の行動に対して絶えず注釈を加えたり、仲間たちの間で患者のことを話題にする形式の幻聴、あるいは身体のある部位から発せられる幻声
- ④ 宗教的・政治的な身分や超人的な力や能力といった、文化的に不適切で実現不可能な事柄についての持続的な妄想（例えば天候をコントロールできるとか、別世界の宇宙人と交信しているといったもの）
- ⑤ 持続的な幻覚が感情的内容を持たない浮動性あるいは部分的な妄想や

支配観念に伴って、継続的に（数週から数カ月）現れる。

- ⑥ 思考の流れに途絶や挿入があり、その結果まとまりのない話し方をしたり、言語新作が見られたりする。
- ⑦ 興奮、常同姿勢、蠟屈症、拒絶症、緘黙、昏迷などの緊張病性行動
- ⑧ 著しい無気力、会話の貧困、情動的反応の鈍麻や不適切さのような、社会的引きこもりや社会的能力の低下をもたらす「陰性症状」
- ⑨ 関心喪失、目的欠如、無為、自分のことだけに没頭する態度、社会的引きこもりなど、個人的行動の質的变化

なお、統合失調症による自殺はうつ病のそれにほぼ匹敵するとされています。

5 気分（感情）障害（F 3）

ICD-10の分類では、そううつ病などの気分（感情）障害をF 3として分類しています。このF 3はF 30からF 39に分類されますが、躁病エピソード（F 30）、うつ病エピソード（F 32）などがあります。さらに、軽症・中等症、重症という症状の程度に分けて分類されています。

気分障害の症状としては、躁状態とうつ状態がありますが、うつ状態の症状の概略は以下のとおりです。

- ① 抑うつ性感情障害：うつ状態における感情の障害の基本は抑うつ気分である。うつ状態になると、はっきりした原因なしに気分が憂うつになる。周囲のものや出来事が生き生きと感じられなくなり、喜怒哀楽の感情が薄れるなど離人症の状態になる。感情障害が強くなると何事にも感情が動かなくなり、無感動の状態になる。しかし、何となく淋しい、理由もなく悲しくなって、ひとりで涙が流れるといった悲哀感や寂寥感を強く訴える場合もある。また何事にも興味が持てなくなり、何をしても面白くなく、喜びを感じられなくなる。
- ② うつ状態の思考障害：考えようとしても観念、着想が頭に浮かばない、

自信がなく判断力、決断力が低下するため、思考のテンポが遅くなり、考えが進行しない。質問に対しては答えようとする努力は見受けられるが、返答が遅く、生気のない低い声で話し、話し方も遅く、考えの内容も貧困である。思考障害の内容面の特徴は、自己を実際よりも低く評価し、物事を悪い方にばかり解釈して取り越し苦労をする微小念慮（妄想）である。そのうち、罪業妄想、貧困妄想、心気妄想はうつ病の妄想の三大主題と呼ばれる。

- ③ うつ状態の意欲・行為障害（精神運動制止）：うつ病の患者は、意志制止のために、物事をしなければならないとわかっているのに、「おっくう」、「大儀」でどうしてもできないと訴える。意欲面の制止が軽いときには、自分にむち打って努力すれば何とか日常的な仕事はできるが、新しいことを計画し実行することはきわめて困難である。制止が強くなると、いくら努力しても仕事が手につかなくなる。

抑うつ気分や精神運動制止は朝のうちに強く、午後から夕方、夜にかけて軽くなる傾向があり、この現象は日内変動と呼ばれる。

- ④ うつ病の身体症状：睡眠障害はうつ病患者の90%以上に出現し最も重要な症状の1つである。不眠が大部分で、入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒などが現れ、朝早く目覚めて寢床の中で悲観的なことばかり考えて転反側する。朝方に気分が悪く、離床しにくい。

食欲低下もうつ病の重要な症状で、体重が数kgもやせるのが特徴である。便秘も下痢もうつ病にほとんど必発の症状である。性欲も極度に低下することが多い。

その他、うつ病患者は口渴、夜間睡眠時の発汗などの自律機能障害、月経不順などの内分泌機能障害、頭重、頭部熱感、肩こり、手足のしびれ、倦怠感、寒気などを訴えることが多い。

このような身体症状はメランコリー型とも呼ばれる。

うつ病患者における自殺企図の出現頻度は10～20%、自殺は10%前後で、罪業

念慮を持つうつ病患者に多いとされています*。

- * 廃止された「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針の運用に関する留意点等について」（平11.9.14事務連絡9号）では、精神医学上は、一般に原因となった業務による心理的負荷要因を取り除き、治療を開始してからうつ病にあつては多くは3カ月から9カ月で治癒することが多いと説明されていました。

6 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害(F 4)

ICD-10において、パニック障害等の神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害をF 4として分類しています。このF 4はF 40からF 48に分類されますが、恐怖症性不安障害（F 40）、その他の不安障害（F 41）、強迫性障害（F 42）、重度ストレス反応および適応障害（F 43）などがあります。さらに細かく、広場恐怖（F 40.0）、パニック障害（F 41.0）、適応障害（F 43.2）のように分類されています。

パニック障害とは、いかなる特別な状況や環境的背景にも限定されず、したがって予知できない反復性の重篤な不安（パニック）発作を本質的な病像とする障害です。その主要な症状は以下のとおりです。

- ① 動悸（心臓がバクバクいう）、胸痛（胸が締めつけられる）、窒息感、めまい、および非現実感（離人感あるいは現実感喪失）の突発
- ② ほとんど必ず、死、自制心の喪失あるいは発狂への二次的な恐怖が存在する。時に長引くことはあるが、個々の発作は通常数分間しか続かない。

適応障害とは、重大な生活の変化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、個人が順応する時期に発生する障害をいいます。その症状としては、主観的な苦悩と情緒障害で、抑うつ気分、不安、心配（あるいはこれらの混合）、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、日課の遂行が少なからず障害さ

れることが含まれます。

なお、通常は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カ月以内に発症し、一部を除き、6カ月を超えて持続しないとされています*。

* 廃止された「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針の運用に関する留意点等について」(平11.9.14事務連絡9号)では、精神医学上は、一般に原因となった業務による心理的負荷要因を取り除き、治療を開始してから神経症にあつてはおおむね数週間から6カ月で治癒することが多いと説明されていました。

7 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群 (F5)

ICD-10において、いわゆる摂食障害や睡眠障害である生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群をF5として分類しています。このF5はF50からF59に分類されますが、摂食障害(F50)や非器質性睡眠障害(F51)などがあります。摂食障害の1つとして神経性無食欲症(F50.0)がありますが、その症状あるいは診断基準は以下のとおりです。

- ① 体重が期待される値よりは少なくとも15%以上下回っている。あるいはBMI指数が17.5以下。
- ② 体重減少は「太る食物」を避けること、自ら誘発する嘔吐、緩下剤の自発的使用、過度の運動、食欲減退薬や利尿薬の使用により患者自身により引き起こされる。
- ③ 肥満への恐怖が存在する。その際、特有なボディイメージのゆがみが存在し、やせているのに太っていると主張したりし、患者は自分の体重の許容限度を低く決めている。
- ④ 摂食の減少により体重減少と低栄養状態が生じ、おそらくその二次的な結果として視床下部下垂体性腺系を含む広汎な内分泌系の障害が起こり、女性では無月経、男性では性欲、性的能力の減退を生じる。
- ⑤ もし発症が前思春期であれば、思春期に起こる第2次性徴など一連の

現象は遅れ、あるいは停止することさえある。

8 成人のパーソナリティおよび行動の障害 (F6)

ICD-10において、いわゆる人格障害である成人のパーソナリティおよび行動の障害をF6として分類しています。このF6はF60からF69に分類されますが、特定的人格障害(F60)などがあります。さらに細かくは、妄想性人格障害(F60.0)、非社会性人格障害(F60.2)などがあります。

妄想性人格障害の特徴は、以下のとおりです。

- ① 挫折や拒絶に過度に敏感。
- ② 侮辱を容赦できず、恨みを抱き続ける。
- ③ 疑い深く、他人の行動を歪曲して受けとる。
- ④ 個人的権利を執拗に求める。
- ⑤ 病的に嫉妬する。
- ⑥ 過度の自尊心を持ち、常に自分を引き合いに出す。
- ⑦ 自己の周囲や世間一般の出来事について「陰謀がある」という考えにとらわれる。

また非社会的人格障害の特徴は、以下のとおりです。

- ① 他人の感情に対する冷淡なまでの無関心と共感能力の欠如
- ② 著しく無責任な態度および社会的規範・規則・義務の無視
- ③ 人間関係を築くことには困難がないにもかかわらず、持続的な人間関係を維持できない。
- ④ 欲求不満耐性が非常に低く、暴力を含む攻撃性の発散を行いやすい。
- ⑤ 罪悪感を感じることができないこと、および体験とくに自分が受けた刑罰から自分の罪を学ぶ能力の欠如
- ⑥ 他者を責める傾向、および社会と衝突する原因となった行動について

もっともらしい弁明をする傾向が著しい。

- ⑦ 持続的な易刺激性も随伴症状として存在することがある。

9 精神遅滞／知的障害 (F 7)

ICD-10において、いわゆる知的障害である精神遅滞をF 7として分類しています。このF 7はF70からF79に分類されますが、軽度・中等度・重度・最重度の4段階に分けられ、軽度精神遅滞 (F70)、中等度精神遅滞 (F71) などがあります。

精神遅滞とは、精神の発達停止または発達不全の状態であり、認知、言語、運動および社会的能力など全体的な知能水準に寄与する能力の障害が発達期に明らかになるものとされます。先天性または早期後天性 (周生期、出生後) の原因によって起こり、生涯にわたって精神発達は低い状態にとどまります。

ICD-10の基準では、軽度でIQ 50~69:成人の精神年齢9~12歳以下、中等度でIQ 35~49:精神年齢6~9歳、重度でIQ 20~34:精神年齢3~6歳、最重度でIQ 0~19とされています。

10 心理的発達の障害 (F 8)

ICD-10において、心理的発達の障害をF 8として分類しています。このF 8はF80からF89に分類されますが、会話および言語の特異的発達障害 (F80) や広汎性発達障害 (F84) などがあります。

会話および言語の特異的発達障害には、言語能力は正常な水準にあるけれども、精神年齢に相当した話音の発生ができない特異的会話構音障害 (F80.0)、言語理解は正常範囲にあるのに、表出言語を使用する能力がその小児の精神年齢に即した水準から明らかに低下している表出性言語障害 (F80.1)、言語理解がその小児の精神年齢にふさわしい水準以下である受容性言語障害 (F80.2) などがあります。

広汎性発達障害には、アスペルガー症候群 (F84.5) があります。知的能力

(言語・認知) の発達、自己管理能力などは保たれていますが、小児自閉症 (F84.0) と同様に、関心と活動の範囲が限局されていて常同的反復的であるとともに、他人からの言語的および非言語的な働きかけに対する情緒的な反応が欠如するなど、相互的な社会関係に質的な障害があるとされています。

11 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 (F 9)

ICD-10において、小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害、また特定不能の精神障害をF 9として分類しています。このF 9はF90からF99まで分類されますが、多動性障害 (F90)、特定不能の精神障害 (F99) などがあります。

多動性障害とは、注意欠陥多動障害 (ADHD) とも呼ばれます (いわば極端に落ち着きがなく注意散漫な子供)。ICD-10ではありませんが、DSMの基準には、以下のような診断項目が示されています。

- ① 学業、仕事またはその他の活動において、しばしば綿密に注意することができず、また不注意な過ちをおかす。
- ② 課題または遊びの活動で注意を持続することがしばしば困難である。
- ③ (例えばおもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、道具など) 課題や活動に必要なものをしばしばなくす。
- ④ しばしば手足をそわそわと動かし、または椅子の上でもじもじする。
- ⑤ しばしば教室や、その他座っていることを要求される状況で席を離れる。
- ⑥ しばしば余計に走り回ったり高いところに上ったりする。
- ⑦ 順番を待つことが困難である。

12 新型うつ病

近年、うつ病といっても、従来型のうつ病と比べて異質で、本当に病気だろ

うかと周りが考えてしまうような「うつ病」による従業員の欠勤などが問題となっています。

こうした「うつ病」について、医学界では、逃避型うつ（広瀬徹也）、現代型うつ病（松浪克文）、未熟型うつ病（阿部隆明）、デスマチア親和型うつ病（樽味伸）という概念が発表されていますが、社会的には従来型のうつ病に対して「新型うつ病」と呼ばれています。

未熟型（人格面の未熟さを主要要因と考える立場）によれば、典型的な例は次のようなものです（大熊輝雄『現代臨床精神医学（改訂第11版）』383頁）。

「患者の多くは幼少児期から保護された環境に育ち、葛藤や欲求不満の経験が少ないので、依存的、わがまま、自己中心的な人格に育ち、欲求不満に対する耐性が低い。一方ではプライドが高く、自己愛的な傾向が強い。したがって社会に出て就職し、与えられた仕事を義務づけられ、その成果を絶えず評価され、十分な仕事ができないと批判されるという環境に置かれると、それに適応することができず、困難な状況を回避して仕事を休むことになる。

彼らは、毎朝仕事に行くことを考えると憂うつになり、朝寝床から出られず、意欲がわかず、そのまま休んでしまう。この場合、意図的に仕事をさぼるというのではなく、神経症的な機序によって、反応的にうつ状態（意欲低下状態）になるのであろう。しかし、これまでのうつ病の概念に合わない点は、彼らは仕事以外の生活活動は普通にでき、仕事を休んでいるのに昼間からパソコンゲームに興じたり、ジムで運動したり、場合によっては家族と海外旅行に行ったりできる。いわば仕事という状況だけ回避していることになる。

未熟型の症例は、自分が仕事に適應できないことを会社のせい、上司のせいにするなど、他罰的であり（メランコリー型では自罰的である）自己反省に乏しい。治療面でも、抗うつ薬はあまり効果がなく、精神療法に導くことも容易ではないなど実際面でも困難が多い。」

第2節 なぜ精神障害を発症する従業員が急増しているのか

1 今日における精神障害の労災補償状況

従業員が精神障害を発症したとき、昭和の時代、あるいは平成一桁の時代であれば、会社は私傷病（業務と因果関係のない本人の領域に属する病気）として処理すればほぼ問題ないとされていました。つまり、当該従業員に対して就業規則の休職規定を適用して休職させ、休職期間満了時に復職させられるかどうかを検討し、復職できるまでに症状が回復していない場合には当然退職または解雇という手続を一律に適用すればよかったです。

しかし、平成9年9月26日に電通事件控訴審判決が出されて以降、働き過ぎが原因で精神障害を発症しそれが原因で自殺したとして、また平成11年9月14日に「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断基準について」と題する通達が出されて以降、自殺に至らなくても業務が原因で精神障害を発症したとして、従業員やその遺族からの労災補償請求が急増しています。この傾向は今日まで続いており、平成3年度当時たった2件だった請求件数が、平成23年度には1,272件にまで及んでいます。さらに、労働行政としても業務災害による精神障害を認める傾向にあって、次頁の表を見てもわかるように、平成3年度にゼロだった認定件数は、平成23年度には325件にも上っているのです。

このように今日では、従業員が精神障害を発症した場合、会社は私傷病としての処理だけで考えるのではなく、まず私傷病か業務災害かを判断する手続が必要になってきました。実際に従業員が労基署長に労災補償請求（療養補償給付たる療養の給付の請求や休業補償給付支給の請求など）をしたならば、会社はその請求に対して誠実に対応し、資料などはすべて提出して労基署長の判断を受けるべきです。そのうえで、会社として適切な措置をとる必要があります。



精神障害等の労災補償状況の推移

区分		年度	H 4	H 5	H 6	H 7	H 8	H 9	H10	H11	H12	H13	H14
精神障害	請求件数		2	7	13	13	18	41	42	155	212	265	341
	認定件数		2	0	0	1	2	2	4	14	36	70	100
うち自殺 (未遂含む)	請求件数		1	3	5	10	11	30	29	93	100	92	112
	認定件数		0	0	0	0	1	2	3	11	19	31	43

区分		年度	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
精神障害	請求件数		447	524	656	819	952	927	1,136	1,181	1,272	1,257	1,409
	認定件数		108	130	127	205	268	269	234	308	325	475	436
うち自殺 (未遂含む)	請求件数		122	121	147	176	164	148	157	171	202	169	177
	認定件数		40	45	42	66	81	66	63	65	66	93	63

注) 認定件数(支給決定件数)は、当該年度に請求されたものとは限らない。
 [出典] 厚生労働省「平成25年度脳・心臓疾患と精神障害等の労災補償状況まとめ」

2 労働者の心理的負荷と労働時間に関する時代の移り変わり

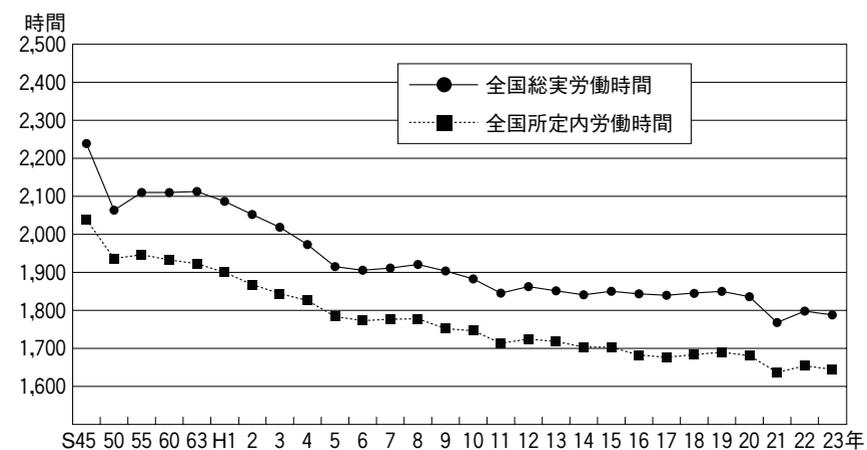
上記の労災補償状況の推移からもわかるように、業務に関連して従業員が精神障害に罹患する率は高まっており、労務管理の現場でも、従業員の健康管理や労働時間管理は大きな問題として取り扱われています。

昭和の時代を生き抜いてきた中高年の経営者や管理職の人たちからすれば、「自分たちはもっと働いていた。月150時間くらいは平気で残業もしていたし、日曜日も休まず、ときには徹夜だってしていた。有休も使わず働いた。それでも精神障害が問題になることなんてなかったではないか」といった考えを持たれるはずです。

実際に昭和の時代からの労働時間数の変遷を見てみると、労働基準法は昭和62年改正までの間、法定労働時間について週48時間制をとっていました。その後、昭和63年から段階的に短縮し、平成9年4月1日から現行の週40時間制が



労働者1人平均年間総実労働時間・所定内労働時間の推移



[出典] 厚生労働省「毎月勤労統計調査(事業所規模30人以上)」

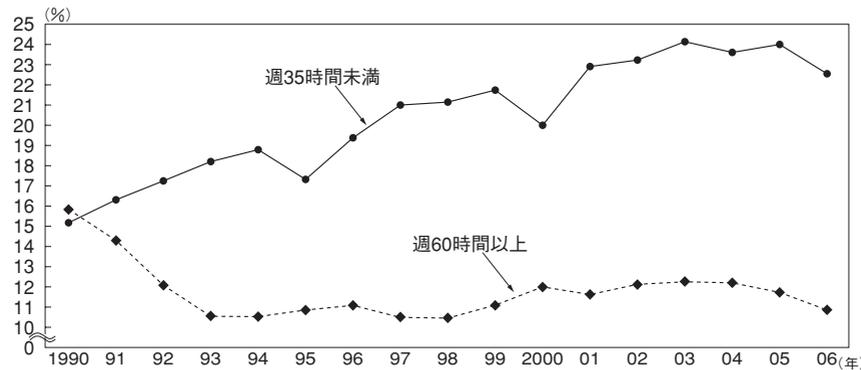
完全施行されています。

つまり、昭和の時代には、現在より法定労働時間数は多く設定されており、厚生労働省の「毎月勤労統計調査」の結果を見ても、全国の所定内労働時間数の平均は、昭和60年では1,932時間と、平成23年の1,645時間より約300時間も多かったのです。また、休日労働に対する認識も現在とは違って、仕事優先で休日に働くことが当たり前といった風潮がありました。そのうえ、月平均の時間外労働が100~150時間を超えることも珍しくなかったといえます。こうした長時間労働を行う労働者が多くいたにもかかわらず、昭和の時代において、今ほど従業員の健康管理について議論されることはありませんでした。

一方、現代における労働時間は、平成9年に週40時間制が完全施行されたことによって、昭和の時代に比べて所定内労働時間数は確実に減っています。また、1日の法定労働時間は8時間のまま、1週のみが40時間と短縮されたことは、実質的には休日を増やすという政策の表れであり、こうして週休2日制が原則となったといえます(平成24年就労条件総合調査によると、約9割の労働



週35時間未満、週60時間以上非農林業雇用者割合（うち従業者）の推移



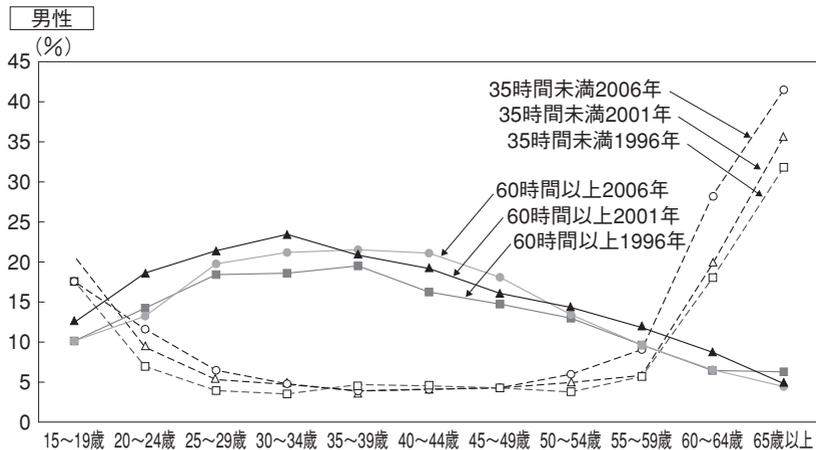
資料出所 総務省統計局「労働力調査」

- 1) 休業者を除く雇用者総数に占める割合。
- 2) 週間就業時間については調査対象期間の平日の日数により数値に影響が出ることがある。特に1995年、2000年及び2006年については、動きが大きいため時系列比較をする際には注意を要する。

〔出典〕厚生労働省「平成19年版労働経済の分析」



年齢階級別35時間未満及び60時間以上雇用者の割合



資料出所 総務省統計局「労働力調査（特別調査）」（1996年2月、2001年2月）及び「労働力調査」（2006年1～3月平均）を厚生労働省労働政策担当参事官室にて特別集計

（注）学卒者のうち、休業者を除く従業者総数に占める割合。

〔出典〕厚生労働省「平成19年版労働経済の分析」

者に何らかの形で週休2日制が適用されています)。その分、時間外労働が増えているのかといえば、上記の厚生労働省の統計によると、年平均の総実労働時間も、昭和60年の2,110時間から平成23年の1,788時間へと大幅に減少している状況にあります*。

* 上記の毎月勤労統計調査（事業所規模30人以上）の統計数値には、パートタイム労働者に関するものが含まれています。一般労働者（パートタイム労働者でない者）のみでは、平成23年の所定内労働時間は1,810時間、総実労働時間は1,984時間となっています。

ただし、前記統計の総実労働時間は、近年増加を続け全雇用者の約4分の1を占めるに至っている短時間労働者（週35時間未満）の労働時間数によって、全体として押し下げられていることを考慮する必要があります。実際、前頁の図表にみるように、週60時間以上働く労働者の割合は1割を超えていますし、その割合が近年35～49歳の年齢層で増加しています。これは、バブル崩壊後の長期不況のもとで多くの企業がリストラの一環として希望退職や新規採用の抑制により正社員を減らし、平成14年からの景気回復局面では不足する労働力を非正規社員で代替したため、管理職クラスにある壮年層の男性正社員が長時間労働することによって業務処理を補っている状況にあるからだと考えられます。

そうだととしても、近年より昭和の時代のほうがより長く働いていたはずですが。それなのに、近年なぜここまで長時間労働が問題視されるようになったのかを考えなければなりません。

これは、労働の量だけでなく、時代背景や労働の質の違いをとらえていかなければ解決できない問題なのです。

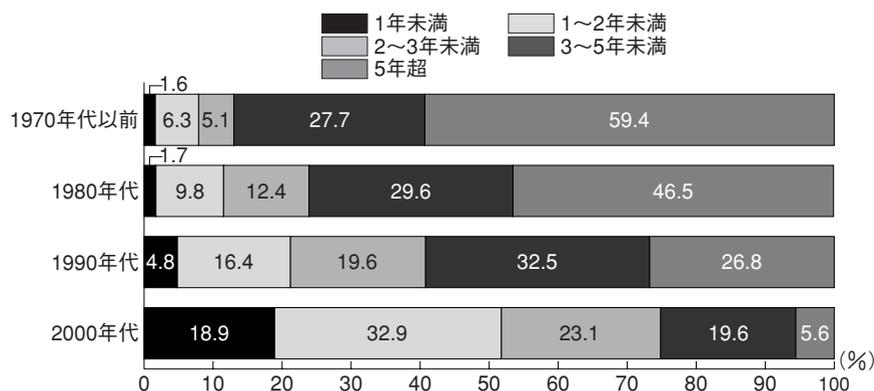
3 急激な時代変化が労働者に及ぼす影響

昭和の時代と現代の労働者に対する心理的負荷を、単純に労働時間数のみで比較することはできません。昭和の時代と現在とは、「時代の変化」という点において大きな違いがあるのです。

昭和の時代における「時代の変化」は緩やかなものでした。例えば、扇風機



ヒット商品のライフサイクル～商品のライフサイクルは短期化している～



資料：(社) 中小企業研究所「製造業販売活動実態調査」(2004年11月)

(注) 1. ヒット商品の定義は、自社にとって売れ筋商品のことをヒット商品としている。

2. ここでは、かつてヒットしていたが、現在は売れなくなった商品を集計している。

【出典】中小企業庁「2005年版中小企業白書」

を主力商品として製造していたメーカーが、時代の流れとともに、クーラーの製造に力を入れようという場合には、それまで扇風機の製造に関わっていた労働者に一定の教育訓練をして、クーラーの製造業務に従事させることができたのです。つまり、労働者を再度教育研修することによって、新たな仕事を覚えさせることができる程度の変化でしかなく、労働者もその変化に十分対応していくことができました。

しかし現在、時代はアナログからデジタルへと変化しています。こうした変化の中では、熟練工として働いてきた中高年の労働者を、デジタルを扱う分野へ配転することは難しくなっています。つまり、現代の技術革新においては、昨日までの技術の積み重ねではなく、全く新しい知識や技術を要求されるのです。上記の図表を見てもわかるように、90年代でも1つのヒット商品が生まれれば3年以上のヒット期間が半数以上の割合でありました。しかし、2000年代に入りその割合は4分の1以下まで落ち込み、逆にヒット期間が1年未満の割合が2割弱にまでなっています。いわゆる商品ライフサイクルが短期化してい

るといわれますが、常に技術革新が必要とされるスピード社会において、その変化に対応すること、またはその変化についていけないことに、労働者は大きなストレスを感じているのです。

さらに、今日における人事制度の変動も、労働者のストレスを増長させる要因となっています。今日のグローバルマーケットのもとでは、高い品質を求められることはもとより、中国や東南アジア、東ヨーロッパなどとの熾烈なコスト競争を強いられる状況にあります。そのため、各企業にとって人件費の圧縮が喫緊の課題です。その限られた総額人件費の中で従業員のモチベーションを最大限に引き出す人事手法の1つとして、成果主義人事やコンピテンシーといったものが次々に導入されては変更されています。人事制度そのものが右往左往しており、こうした変化に対しても、労働者は強いストレスを感じているといえます。会社制度が一定しない状況とは、労働者にとっては自分を評価する物差しが転々と変わるということであり、将来の不安へとつながっていくのです。

4 労働の質の変化が大きなストレスを生み出す

一般的に「ストレス」というと、悪いイメージがつきまっています。人間にとっては、むしろ適度なストレスが必要であるといわれています。例えば、毎日が同じような繰り返しで、全く変化がなかったとしたら、人は「日常に張り合いがない」といって不満を抱くようになります。つまり、全く変化のない時代というのも人間にとってはよい状態とはいえないのです。適度な変化は適度なストレスを生み、適度なストレスは労働者にとってもやりがいや生きがいにつながるのです。

その観点で昭和の時代を振り返ってみると、労働者にとっては適度な変化のある時代で、労働者のやりがいを刺激する適度なストレスを生み出せる時代であったといえます。だからこそ、1カ月100時間を超える時間外労働をしていたとしても、それによって受けるストレスの度合いは、一般的な労働者にとって耐えうる程度とされていたのです。

一方、平成も二桁に入った現在は、すでに説明したとおり変化が激しすぎる時代なのです。つまり、労働者にとっては、変化についていくためのストレスを過度に受ける時代となっています。こうした時代の中では、労働の量だけを見るのではなく、労働の質が変わってきている点も考えなければなりません。

この点は、平成11年9月14日付で労働省（当時）が発した「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針について」と題する通達が、職場における心理的負荷評価に際し、出来事の類型による平均的な心理的負荷の強度とそれを修正する視点とは別に、「出来事に伴う変化」などを検討する視点として独立の要件を考慮し、労働者の心理的負荷を評価する仕組みとしていることからもうかがえました。そして、その評価の際に、上記通達を改正した平成21年4月6日付の通達により、出来事に伴う変化後の持続する状況を検討する際の着眼事項例として、次の項目が挙げられていたのが参考となります。

- ① ミスが許されないような、かなり注意を集中する業務となった。
- ② それまでの経験が生かされず、新たな知識、技術が求められることとなった。
- ③ 深夜勤務を含む不規則な交替制勤務となった。
- ④ 24時間連絡が取れるなど、すぐ仕事に就ける状態を求められるようになった。
- ⑤ 以前より高度の知識や技術が求められるようになった。

上記の①は単純作業からミスの許されない作業への時代変化に伴うものといえます。②・⑤は絶えず求められる技術革新によるものといえますし、③・④はグローバルマーケットのもと取引相手や顧客への24時間体制での対応が企業に求められていることを表しています。

この点は、294頁の図表に示すように、「仕事内容・仕事量の（大きな）変化を生じさせる出来事があった」の具体的な出来事について、労災保険給付の支給決定件数（認定件数）が多いことにも表れているといえます。

時代が人の心が対応できる程度に緩やかに変化していくことが一番の理想で

すが、現在は緩やかな変化にはほど遠く、激変の時代とってよいと思います。こうした中では、たとえ昭和の時代より労働の量が少なくなっていたとしても、労働者の受ける心理的負荷は、当時とは比べものにならないほど強く、ときには過重なものとなっているのです。

5 職場環境からもストレスを受ける

絶えず技術革新の求められる時代になり、またそれに伴い労働の質が大きく変化し、労働者は大きなストレスを受けていますが、職場環境からもストレスを受ける場合があります。

典型的なものとしては、女性従業員にとってのセクハラ問題や、上司との関係でのパワハラ問題が挙げられます。その他、成果主義人事制度の導入などで互いに助け合う風土がなくなったこと、雇用形態・労働条件の大きく異なる非正規社員が多く採用されている状況にあることなど、いわばコミュニケーションのうまくとれないギスギスした職場で働くこと自体からも、労働者がストレスを受けていると考えられます。

6 職場のストレス原因

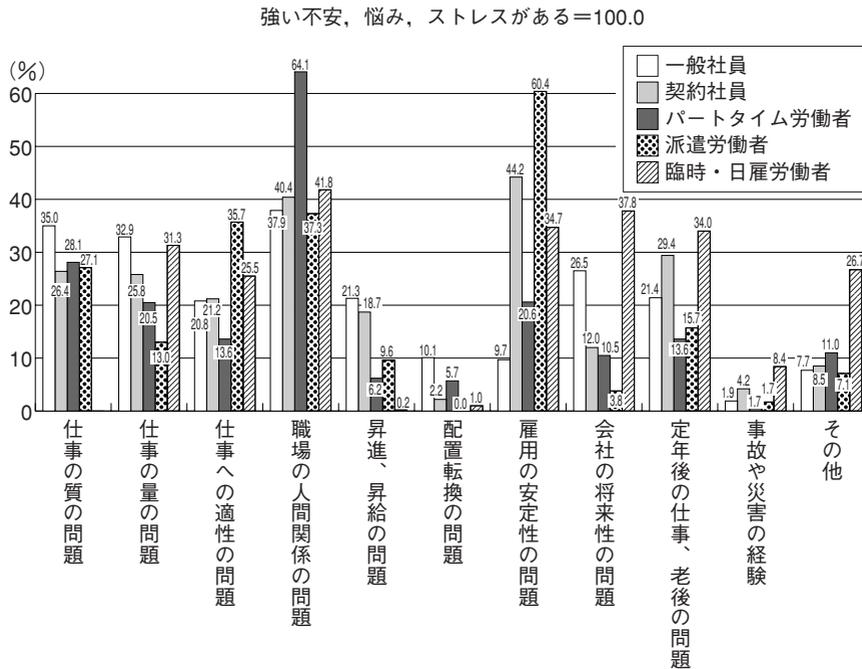
労働者が仕事や職業生活で受けているストレスについては、厚生労働省の調査（「平成19年労働者健康状況調査」平20.10.10）で、三大ストレスとして、①職場の人間関係（37.7）、②仕事の質の問題（36.7）、③仕事の量の問題（32.0）という結果が出ています。これは、上記に見てきた時代の変化に相応するものとなっています。

また、ストレス原因について、時代や技術の変化の観点から、次のように説明する精神医学者の文献（加藤敏『現代の仕事、社会の問題はどのように精神障害に影響を与えているか』精神科治療学22-2-1）も参考になるといえます。

「職場自体がコンピューター管理を通し、勤労者の間違いを許さない厳密性と完全主義を徹底し、加えて消費者、あるいは利用者、お客さんに不都合・落ち度がないよう細やかな配慮を徹底する他者配慮性を前面に打ち出す。つまり、



仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスの内容別労働者割合



【出典】厚生労働省「平成24年労働者健康状況調査結果の状況」

職場自体が完全主義で他者配慮を旨とするようになっている。このような規範は、職場の『メランコリー親和型化』と特徴付けることができるだろう。それは『過剰正常性』の限りでの『病的規範』という性格を帯びており、普通の人に従うには心身の限界を超える危険を内蔵する。職場の『メランコリー親和型化』の背景には、生産性と（国際）競争力の追求という企業の論理が控えているだけでなく、職場の社会的信用をミスや虚偽があれば最終的には訴訟にでも訴える姿勢さえもって摘発する準備態勢を常にとる消費者、利用者、ひいてはマスコミのきびしい視線が控えている。」

7 精神障害発症のメカニズム

しかし、過重な心理的負荷がかかったからといって、すべての人が精神障害を発症するとは限りません*。精神障害発症のメカニズムとして、精神医学上3つの要素が挙げられていますが、その1つが心理的負荷、いわゆる「ストレス」なのです。

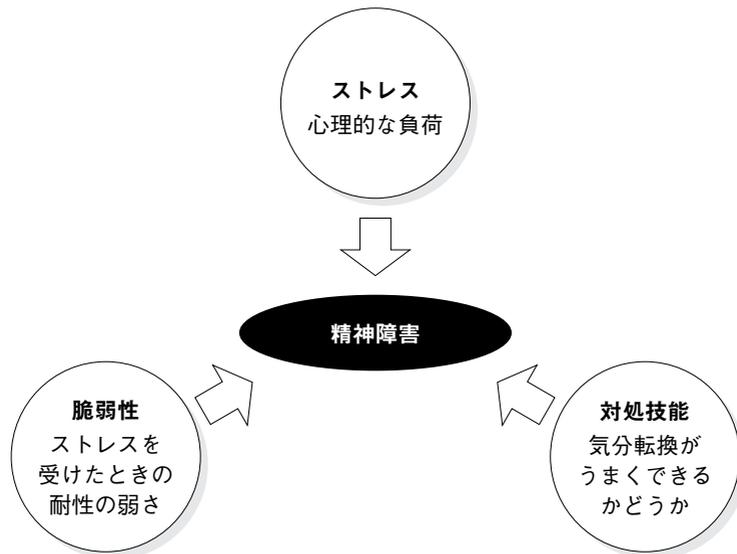
2つ目の要素には「脆弱性」が挙げられます。「脆弱性」とは、ストレスを受けたときの耐性の弱さをいいます。「脆弱性」には個人差がありますが、同じストレスを受けても、精神障害を発症する人とならない人がいるのは、この「脆弱性」の程度が人によって異なるからといえます。例えば、仕事熱心、凝り性、徹底的、正直、几帳面、強い正義感や義務感、ごまかしやズボラができない人、いわゆる執着気質の人にうつ親和性があるといわれています**（そして今日では、前述のように個人だけでなく職場そのものがうつ親和性を持っているという文献もあります）。

こうした脆弱性の高い人が、強いストレスを受けたら必ず精神障害を発症するかといえば、そうとは限りません。強いストレスを受けたとしても、3つ目の要素であるストレスに対する「対処技能」があれば発症しにくいといえます。簡単にいえば、気分転換がうまいかどうかです。

近年における若者のストレスに対応する機能をみてみると、「脆弱性」は遺伝的なものも関与していると考えられていますし、ここ数年で若者のストレスに対する「脆弱性」が著しく高くなったとは考えられません。一方、「対処技能」、いわゆる気分転換については、意見が分かれるところです。最近の若者は気分転換がとてもうまくなったという人もいれば、逆にへたになったという人もいます。おそらく若者の「対処技能」の能力は、二極化しているのではないかと考えられます。つまり、うまい者はよりうまい、へたな者はよりへたになったということです。うまくなった者は、休日を利用して仲間とレジャーを楽しむなど、器用に気分転換をすることができるようになっていますが、逆に、ゲームやパソコンといったバーチャルな世界に入り込み、人間関係を苦手とする者



精神障害発症のメカニズム



は、一層気分転換がへたになっているのではないかと思うのです。

また、都市化の進展やライフスタイルの多様化によって、核家族世帯が増えるなど世代間の交流が乏しくなり、地域の連帯感も希薄化しています。年代を遡れば、ご近所づきあいが自然と行われ、地域の祭りなどの催し事を通じて、自ら積極的にではないにしても気分転換が図られたこともあったはずですが、しかし、現在では家族が携帯電話やインターネットに夢中で家庭内でのコミュニケーションが不足する傾向もみられることをはじめ、地域コミュニティが弱体化しているともいわれています。こうした社会的背景のもと、労働者の中には、会社にしか自らの存在意義を見出せず、職場でトラブルが生じて他へ逃げる場所がなく、気分転換を図ることができずに追い詰められてしまう人がいるとも考えられます。

このように、激変の時代の中で強いストレスを受け、そのストレスに対する

「対処技能」が低下している人たちが増えているとしたならば、従業員が精神障害を発症する可能性は、過去よりも高くなっていると考えられます。使用者としては、昭和の時代の長時間労働と現代の長時間労働では、そのストレスの度合いが大きく異なることを認識し、昭和の時代における労働時間（時間外労働・休日労働・有給休暇の消化など）の感覚を捨て、新しい時代における労働時間のあり方、さらにはコミュニケーションの十分とれる職場環境の実現に尽力する必要があります***。

- * 心理的負荷による精神障害の認定基準（平23.12.26基発1226第1号）でも、対象疾病の発病に至る原因の考え方は、環境由来の心理的負荷（ストレス）と、個体側の反応性、脆弱性との関係で精神的破綻が生じるかどうかが決まり、心理的負荷が非常に強ければ、個体側の脆弱性が小さくても精神的破綻が起こるし、逆に脆弱性が大きければ、心理的負荷が小さくても破綻が生ずるとする「ストレス-脆弱性理論」に依拠しているとされています。
- ** 過度の心身の疲労状況の後に発症するうつ病の類型について、男性患者にあっては、病前性格として、まじめで、責任感が強すぎ、負けず嫌いであるが、感情を表さないで対人関係において敏感であることが多く、仕事の面においては内的にも外的にも能力を超えた目標を設定する傾向があるとされています（電通事件最高裁判決）。
- *** ストレスに対して脆弱であるか、気分転換がうまくできるかは、性格の一部であると考えられ、上司が部下とのコミュニケーションの中で把握できる可能性があります。

第3節 労働者の年齢や職種によってリスクが違ってくる

1 中高年の過重労働は過労死リスクが大きい

労働者が長時間労働や仕事、職場環境からストレスを受けると、精神的にだけでなく、身体的にも大きな負担となることはいうまでもありません。とくに、高血圧症などの基礎疾患を持つ労働者に過度なストレスがかかると、その基礎疾患が急激に進行（増悪）してしまいます。そして、脳卒中や心臓発作などを起こして、最悪の場合、「過労死」につながってしまうのです*。

次頁の図表のように、過労死等事案の労災補償状況も平成19年度まで、その請求および認定件数は増加し続けてきました。平成20年9月のリーマンショックによる世界的不況を受けて、製造業を中心に労働時間が減り、一時的に脳・心臓疾患などの労災補償請求件数および認定件数が減少しましたが、平成23年度には請求件数が898件（うち死亡に至っているものは302件）、認定件数が310件（うち死亡に至っているものは121件）と再度増加傾向にあります。

こうした過労死のリスクは、基礎疾患を持つ中高年に顕著に現れます。次頁の図表（脳・心臓疾患等労災補償認定件数年齢別構成比）を見ても明らかなように、過労死につながる脳・心臓疾患などは、40～50代で全体の約6割を占めます。つまり、この年代の労働者にとっての過重労働は過労死のリスクが高いとの認識が必要なのです。

精神障害と年齢との関係は次項で説明しますが、労働者が精神障害を発症する過重労働の程度と、過労死につながる脳・心臓疾患などを発症する過重労働の程度とを比べると、精神障害を発症する過重労働の程度のほうがより大きいといえます。つまり、中高年の労働者は、労働による過重負荷によって精神障害を発症するより先に、身体的に故障してしまう割合が多いと考えられます。



脳血管疾患および虚血性心疾患等（「過労死」等事案）の労災補償状況

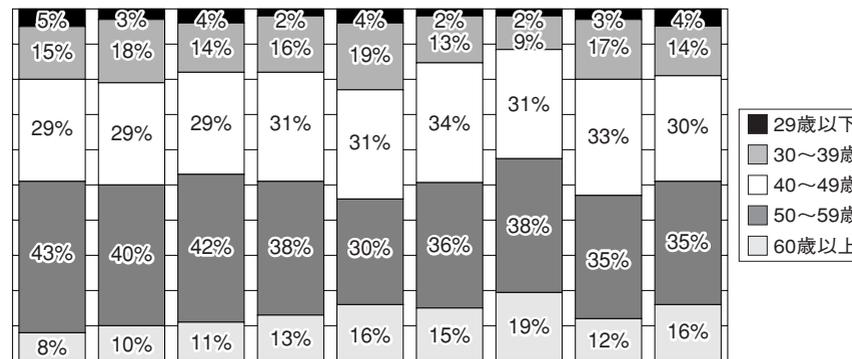
区分	年度	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
		脳・心臓疾患	請求件数	493	617	690	819	742	816	869	938	931	889	767	802	898
	認定件数	81	85	143	317	314	294	330	355	392	377	293	285	310	338	306
うち死亡	請求件数	—	—	—	355	319	335	336	315	318	304	237	270	302	285	283
	認定件数	48	45	58	160	158	150	157	147	142	158	106	113	121	123	133

- 注) 1 本表は、労働基準法施行規則別表第1の2第9号の「業務に起因することの明らかな疾病」に係る脳血管疾患及び虚血性心疾患等（過労死等事案）について集計したものである。
 2 認定件数（支給決定件数）は当該年度に請求されたものに限るものではない。
 3 平成13年12月に脳・心臓疾患の認定基準が改正されている。
 4 平成13年度以前の死亡に係る請求件数については把握していない。

【出典】厚生労働省「平成25年度脳・心臓疾患と精神障害等の労災補償状況まとめ」



脳・心臓疾患等労災補償認定件数（支給決定件数）の年齢別構成比



平成17年平成18年平成19年平成20年平成21年平成22年平成23年平成24年平成25年（年度）

【出典】厚生労働省「平成25年度脳・心臓疾患と精神障害等の労災補償状況まとめ」

60歳以上の支給決定件数を見ても、高年齢者雇用安定法により60歳以上の継続雇用を義務づけられた平成18年あたりから増加傾向にあるといえます。

この点に注意し、中高年労働者、とくに基礎疾患を持つ従業員で管理職に就く者に対する労務管理を行うことが重要となります。

* 「過労死」という言葉を最初に提唱された国立公衆衛生院の上畑鉄之丞医師によると、「過労死とは、過重な労働負荷が誘因になり、高血圧や動脈硬化など、もともとあった基礎疾患を悪化させ、脳出血、くも膜下出血、脳梗塞などの脳血管疾患や心筋梗塞などの虚血性心疾患、急性心不全を急性発症させ、永久的労働不能や死に至らせた状態」をいうと定義されています。つまり、「過労死」という特定の病気や症状があるわけではなく、血管疾患などの基礎疾患を持つ労働者が過重労働によって症状を急激に悪化させての死亡、ないし死に直面するような重篤な疾病状態を「過労死」と呼んでいます。

高血圧や動脈瘤などの基礎疾患は、長い年月の生活の中で形成され、自然経過の中でも、それは徐々に進行・増悪し、脳血管疾患や虚血性心疾患を発症させるといわれています。しかし、業務による過重負荷が、その自然経過を超えて基礎疾患を著しく増悪させ、脳・心臓疾患を発症させた場合、行政の労災認定でも、その発症は業務に起因すると判断されます。そして、それにより死に至ったとすれば、業務による過重負荷に起因して死に至った、つまり「過労死」と判断されます（「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の認定基準について」平13.12.12基発1063号）。

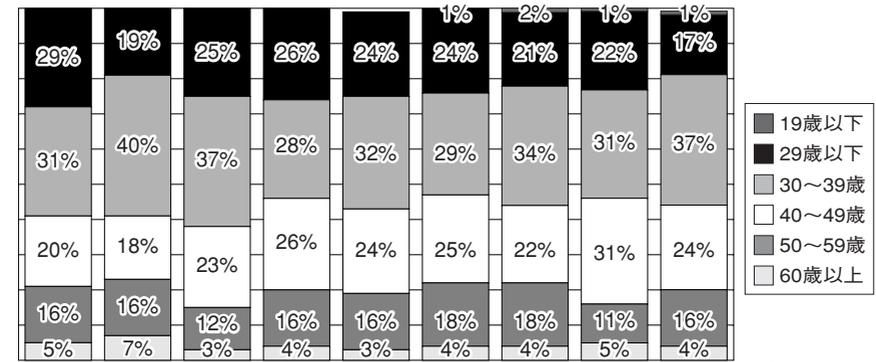
2 若年者は精神障害（過労自殺）リスクが大きい

年齢が若ければ、仕事で残業が続いても、体力的には多少の無理がききます。最近では、若年層にも生活習慣病を発症する者がいて、高血圧などの基礎疾患を持たないとはいえませんが、中高年に比べればその数は非常に少ないといえます。したがって、若い労働者が過重労働によって脳・心臓疾患などを起こし、過労死に至るというリスクは、中高年に比べれば低いと考えられます。前頁の図表を見ても、年齢が若いほど、その割合は少ないことがわかります。

しかし、体に無理がきくからといって無理をし続けると、中には心理的負荷に耐えかねて、精神障害を発症する者が出てきます。とくに、20代は学生から社会人になったことによるライフサイクルを含めた様々な変化がストレスとなっています。ここに長時間労働や仕事、職場環境からのストレスが加われば、精神障害を発症するリスクはさらに高くなるといえます。前節で説明したよう



精神障害等に係る労災補償認定件数の年齢別構成比



平成17年 平成18年 平成19年 平成20年 平成21年 平成22年 平成23年 平成24年 平成25年（年度）

〔出典〕厚生労働省「平成25年度脳・心臓疾患と精神障害等の労災補償状況まとめ」

に、ストレスに対する対処技能が低下している若年者については、一層そのリスクが高くなります。

脳・心臓疾患などの労災補償認定件数では40～50代が半数を超える割合を占めている一方で、精神障害などの労災補償認定件数では20～30代で半数を超えています。つまり、若い労働者の過重労働は、精神障害につながるという認識が必要です。近年では、管理職への第一次選抜が30代半ばとされていますが、この年代の管理職ではうつ病などの精神障害を発症するケースが見られます。これには、平均初婚年齢が30歳前後と晩婚化・晩産化により、管理職に就いたときには子がまだ小さく、仕事と家庭生活の両方の負担がかかっていることも影響していると考えられます。

さらに、うつ病などの精神障害は、その病態として「自殺したい」という気持ち（自殺念慮）を引き起こす場合もあるといわれています。仕事による過重負荷が原因で自殺念慮を引き起こす精神障害（統合失調症：F2，そううつ病：F3，パニック障害：F4など）を発症し、その労働者が自殺してしまったら、「過労自殺」の問題へと発展します*。

若い労働者が精神的な健康を損ない自殺にまで至ってしまった場合、会社の負うリスクは非常に大きなものです。遺族に対する金銭的補償はもちろんのこと、訴訟などになった場合の時間的・人間的な負担、さらに担当者には遺族との話し合いといった精神的負担も重くのしかかってきます。それだけでなく、会社が自殺に追い込んだということがメディアに取り上げられれば、企業イメージを大きく損なうことにもなり、これによる損害は金銭的な換算ができないほど大きいものとなります。

こうしたリスクが現実のものとならないよう、若い労働者には、精神障害の予防策を講じた労務管理が重要となります。

* 「過労自殺」とは、労働者が過重労働や仕事上のストレスなど業務上の理由により精神障害を発症し、その精神障害によって引き起こされた自殺をいいます。労働者が故意に死亡またはその直接の原因となった事故を生じさせたときは、労災保険給付が行われないため（労災保険法12条の2の2第1項）、故意による自殺の場合、原則として業務との関連性が否定され、保険給付が行われないこととなります。

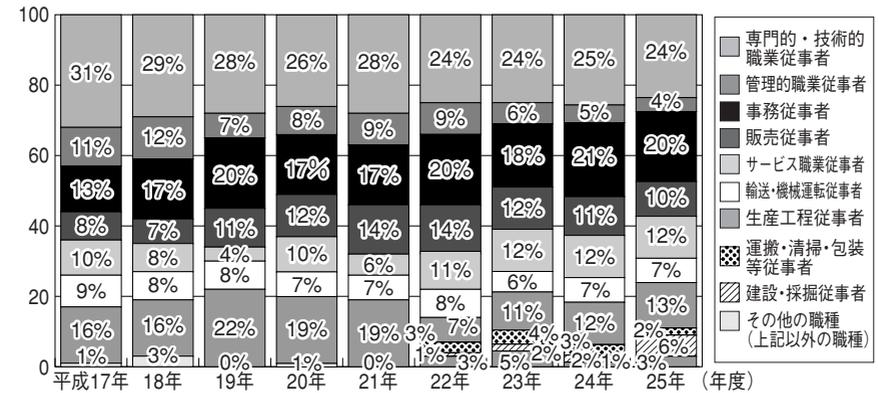
しかし、うつ病などの精神障害では、病態として「死にたい」という気持ち、言い換えると「自殺念慮」が出現する蓋然性が高いといわれています。そこで、労働者が過重労働や仕事上のストレスにより精神障害を発症し、その労働者が自殺を図った場合には、精神障害によって正常な認識、行為選択能力が著しく阻害され、または自殺を思いとどまる精神的な抑制力が著しく阻害されている状態で自殺したとして、結果の発生を意図した故意には該当しない、つまり業務起因性が認められます（「心理的負荷による精神障害の認定基準」平23.12.26基発1226第1号）。

3 専門技術職の精神障害リスクに留意すべき

年齢別にみた過労死・過労自殺のリスクのみならず、職種によってもそのリスクが異なることに注意が必要です。次頁の図表（労災補償認定件数の職種別構成比）によると、専門的・技術的職業従事者（専門技術職）で精神障害などの労災補償認定件数の割合が目立って多くなっています（平成23年度で24%）。



精神障害等に係る労災補償認定件数の職種別構成比



【出典】厚生労働省「平成25年度脳・心臓疾患と精神障害等の労災補償状況まとめ」

専門技術職の分類には、システムエンジニアやプログラマーといった情報処理技術者が入ります。この分野では、技術革新の速度に合わせた急激な変化への対応を迫られるなど労働の質の面で、また長時間労働に陥りやすく労働の量の面で、業務による心理的負荷が大きいことは容易に想像できます。

したがって、こうした分野に従事する労働者を使用する場合には、とくに精神障害のリスクを念頭に置いた労務管理が必要となることに留意しなければなりません。

