

第Ⅱ章 自験例による症例研究

A. 目的

本研究では筑波研究学園都市における各研究所内の相談機関（健康管理室等）や一般外来（精神科および心療内科）において、職場におけるストレスが発症の契機と関連したと考えられる症例を収集し、発症に至る機序とその後のフォローについて検討する事で、筑波研究学園都市におけるメンタルヘルスケアの特徴的問題を明らかにし、その解決方法を探索することを目的とした。

B. 対象と方法

B-1 対象

筑波研究学園都市の某研究所の健康管理室とつくば市内の一般外来 2 カ所において職場への適応上問題があった筑波研究学園都市の研究機関に所属する職員の症例 31 例を対象とした。

B-2 方法

a. 調査時期

本調査は 1999 年 6 月から 2001 年 9 月にかけて行われた。

b. 面接方法等

筑波研究学園都市の某研究所の健康管理室とつくば市内の一般外来の相談ならびに診療を筆者が担当し、直接対象者に面接を行った。更に対象者の家族ならびに職場の関係者から対象者に関する情報を対象者の同意を得た上で必要に応じ補足した。

C. 結果（症例呈示）

症例は、表 I - 0 に示した 31 例である。そのなかから特に業務上のストレス要因が発症に大きな関連を持つと推測された症例 3,9,12,19,24,29,31 の 7 例を以下詳細に分析することにした。職種（研究職・技術職・事務職）と包括的予防活動の各段階（一次・二次・三次予防）の 2 つの要素を考慮した結果、その 7 症例は以下のようなグループに分けられた。

職種で分けた場合

研究職： 症例 3,31

技術職： 症例 9

事務職： 症例 12,19,24,29

予防活動によって分けた場合

一次・二次予防活動がうまく機能した例： 症例 31

二次予防活動がうまく機能した例： 症例 3,29

三次予防活動がうまく機能した例： 症例 9,12

予防活動がうまく機能しなかった例： 症例 19,24

続いて、この 7 症例についてその経過を詳述する。

<症例 3> F32.1 中等症うつ病エピソード

30 歳 女性

群馬県にて出生。同胞 2 人の第 2 子。時期・詳細不明だが父親は不眠で投薬を受けていたことがあるという。既往歴に特記すべき事項はない。大学卒業後、外資系企業の IC チップ研究・開発職として就職後、1999 年 9 月に職場の同僚と結婚。

1999 年 11 月（30 歳）頃よりメ切的に厳しい仕事が回って来るようになり、要求レベルも高く辛かったという。上司に相談しても「甘えているだけだ。他の人たちは君以上の仕事を平気でこなしているのではないか」と言って取り合ってもらえなかったが、そのうちに体の不調感が出現してきて、身体不調を訴える事により何とか残業は減らしてもらっていた。ところが、この時期より仕事は減らしてもらっているにもかかわらず、会社に行くのがおっくうになり、食思不振、不眠・早朝覚醒などの睡眠障害も出現してきて、1 日に焼酎 1 合の寝酒を始めて日々なんとかやり過ごしていたという。しかし、それでも不眠はますます悪化し、2000 年 3 月に入り会社の産業医に相談したところ、心療内科受診（筆者）を勧められ、紹介受診となる。

2000 年 3 月 14 日初診時には、声のトーンは低く話しながら涙目になっていく。服装はやや地味なジーンズ姿、化粧はしていない。今回の受診のために上司に有給を申請したところ、「こんな大事な時期に休むのは、今後避けてほしい」と言われたことをぼつりぼつりと話し始める。「自分にはこんな仕事は無理。もう自信がない」等の自信喪失が認められた。入社してしばらく経った頃から自分にはこの仕事は向いていないのではと思うようになり、仕事していても充実感がなかったと涙を浮かべ、結婚後は家庭を大切にしたいが、仕事が忙しいために手が回らず、夫に対しても何もしてあげられなくて申し訳ない、夫とも会いたくないと話した。

上記の如く抑うつ状態を認め、経口・経管薬物治療を開始した。休職を勧めるが、上司の理解が得られず調整は難しいと頑なに休職を拒否したため、仕事は続けたまま外来治療を継続した。この後、定期的に外来通院治療にて薬物療法と認知療法を続け、3 ヶ月後には、仕事に対して、「以前は自分の仕事を完璧にやろうとしすぎていたと思います。もちろん完璧にやればいいけれども、時には自分には無理な事もあるし、これからは無理のない範囲で一生懸命やろうと思います」と明るい表情でしっかり語るようになった。

この症例はメ切的に迫った仕事で裁量権が少なく、自分の技術と興味が十分に発揮できず達成感を得られない状態が続いたことが、抑うつ状態への契機と強く関連したものと考えられた。上司・家族など周りのサポートは不十分ではあったが、早期の職場での相談体制により、医療機関における早期治療に速やかにつながった事と、本人の認知の改善により軽快したと考えられた。

<症例 9> F32.2 精神病症状をともなわない重症うつ病エピソード

40 歳 男性

長野県にて出生。同胞なしの長子で、中流家庭に育つ。遺伝負因は否定。既往歴には 35 歳頃より高血糖を指摘されている以外に特記すべき事項なし。長野の県立高校卒業後、山梨県にある大学を卒業し、設計会社に勤めるが 1998 年（38 歳）に退職し、現在つくば市内の小さな設計事務所に勤務。勤務態度は無遅刻・無欠勤で元来まじめで完璧主義であった。妻と 2 人の小学生になる子供との 4 人暮らし。

2000 年 6 月 20 日初診。自ら外来（筆者）受診した。主訴は 1~2 ヶ月前から仕事上で何事も判断ができず頭がまとまらない、集中力がない、とっさに言葉が出てこない、現実なのか夢なのか意識が薄くなる、といったものであった。転職後 1999 年 4 月より大きな仕事を任せられるようになったが、仕事量に比して人員が少なく、うまく行かないと他の社員の目の前で経営者に怒鳴られる事もあった。同年 11 月頃より直前のことが思い出せないことがしばしばあったが、疲れのせいだと気に留めていなかった。2000 年 4 月に直属上司の部長が替わり、今まで 2~3 人の部下しかまわしてもらえなかったところを 12 人のチームにしてもらったが、1 ヶ月間休みが 1 日もなく、また 5 月には経営者に怒鳴られて、かなり精神的に落ち込んだという。今までは病院受診することすら逃げているようで許されないことと自分自身で思い込んでいたが、この頃より上記主訴が出現し始めたため、体と頭がおかしいのではないかと不安になって、今回自ら受診したという。

体格は大きく、スーツ姿で身なりは整っている。面接時は聞き取れないほどの小声で話し、視線を落として一つ一つ話が途切れてしまう。早朝覚醒・中途覚醒・入眠困難などの睡眠障害、過食、発汗・動悸などの自律神経症状に加え、思考制止、希死念慮などの精神症状も認め、明らかな抑うつ状態であった。即日抗うつ薬による治療を開始し、休職も勧めたが、休職については本人が納得せず、次回に妻と一緒に外来受診するように伝え、保留とした。その後、妻を伴って受診した際に休職の必要性を強調すると、妻は理解を示し、本人も納得したため休職となった。

その後順調に抑うつ状態が回復し、3 ヶ月後には「うつになったのは会社のせいだと思っていたけれど、自分の性質も関係あったと思う。」と内省が認められ、認知も改善し、リハビリ勤務が可能な状態となった。その旨を経営者に本人から伝えたところ、「終日勤務が可能なくらいまで治ってないなら出てくるな。」と部長を怒鳴りつけていたという。本人の許可を得て部長と総務担当者が主治医を外来訪問、主治医（筆者）からリハビリ勤務の必要性について説明を受けた結果、これに理解を示し、10 月 21 日より週 3 日からのリハビリ勤務で調整することとなった。

この症例では本人の病前性格の完璧主義を基礎として、業務負荷が著しく高いことが抑うつ状態への契機と強く関連したものと考えられた。経営者の理解が少ない中、部長の理解が大きく、家族が支持的な存在であったことが順調な回復に大きく影響したと考えられた。

<症例 12> F32.2 精神病症状をともなわない重症うつ病エピソード

43 歳 男性 F10.4 せん妄をともなう離脱状態

茨城県にて出生。同胞 2 人の第 2 子。大学卒業後、研究所の事務職として就職し、この 20 年間に数度の定期人事異動を経て、1999 年（41 歳）より現在の研究所に事務職として勤務。遺伝負因は否定。既往歴に 10 年前飲酒運転で交通事故を起こし 3 日間入院した事がある。また、この前後の時期に夫婦間のトラブルで心理相談を受けたことがある。飲酒歴は 20 年以上に及び、ウイスキーを 1 日 300ml 程度、10 年以上入眠困難により寝酒を続けており、その他にもストレスを感じたときに飲酒行動により発散していたが、今までアルコール依存症にて医療機関で治療を受けた既往はない。

2001 年 1 月頃、現在の研究所が 3 機関に分割することを受けて、業務量が極端に増え、調整に追われ、連日ストレスを感じていたという。また、1 月に 1 日も休みがとれない状況であった。この頃より気力が減退し入眠困難に加えて中途覚醒を認めた。同年 5 月連休後より仕事に行く気力がなくなり、数回の欠勤を繰り返したため、このままではいけないと、5 月 28 日に自らつくば市内の精神科を受診した。うつ病との診断にて抗うつ薬と睡眠導入剤を処方されるも、初回服用時に効果がないような気がしたため、早くもっと楽になれるならばこのままずっと眠ってしまっても構わないと考え、残りの 14 日分すべてを一度に服用したという。その結果、翌日になってもいっこうに目覚めなかったが、家族は疲れているのだろうと終日寝かせておいたという。大量服薬後 2 日経過した後に意識は戻ったが、その後手指の微細な振戦をともなう意識障害が出現し、心配した家族が 6 月 3 日に心療内科（筆者）を受診させた。

面接時、うつむき加減で動きが少ない。はっきりと話す、声量小さく抑揚が少ない。過剰服薬について本人は希死念慮を認めており、意欲低下、不眠、食思不振と併せて、明らかな抑うつ状態にあると考えられた。手指振戦をともなった錯乱状態は、大量服薬後の意識消失期間における受動的禁酒状態が原因となった振戦せん妄であると考えられた。また前医を受診する契機となった抑うつ状態とはその原因を異にすると考えられた。そのため入院治療となり、経口・経管にて抗うつ薬の投与と同時にアルコール依存に対する治療も開始された。3 週間の入院治療を経て振戦せん妄ならびに希死念慮は消退し、良眠が得られるようになり、抑うつ気分も軽快してきたため、同年 6 月 24 日退院となった。退院後は外来通院を続け、意欲低下ならびに抑うつ気分の回復にともなって段階的に抗うつ薬を減量。仕事に対しては、「仕事をなんとかするためには肩の力を抜いて、一人で抱え込みすぎないようにしたい」と話す程に認知も改善し、飲酒に関しても、「酒をやめたら朝すっきり起きられるようになって良かった」と飲酒依存傾向に対しての認知の改善も認められた。

この症例は、職場の統廃合にともなう業務量の極端な増加を上司や同僚に相談せず一人で抱え込み破綻したことが、抑うつ状態への契機と強く関連したものと考えられた。また病前からアルコール依存傾向にあるなどの、依存的・爆発的な性格傾向により、抑うつ気分を自殺未遂という形で表現する結果になったと考えられた。

<症例 19> F43.22 混合性不安抑うつ反応

35 歳 女性

大分県にて出生。両親と姉 1 人の家庭に育つ。父親は中小企業の会社員で母親は専業主婦である。遺伝負因は否定。生育歴、既往歴に特記すべき事項はない。1988 年（22 歳）大分の国立大学を卒業後、地元の銀行に就職。主に受け付け業務、事務等をしてきたが、1997 年（31 歳）より上司 A から性的嫌がらせを受け始め、同年 8 月強姦未遂を受ける。その事件をきっかけに上司 A からの性的嫌がらせはなくなったが、男性上司との仕事上の会話や接触を避けるようになった。1999 年 4 月より会社の人事異動で東京勤務となった。

2000 年 5 月（34 歳）、直属の上司が B に変わった。上司 B は普段より仕事上の失敗を人に押し付けたり、失敗すると舌打ちなどしたりする人物であったため、そのことに関して意見したところ口論となり、それ以降上司 B に無視されるようになった。また、それに加え上司 A と同じ香水を身にまとい、その上司 B の香りにより、かつての上司 A に対する生理的な不快感を意図せず思い出してしまうようになった。

その後同年 8 月より、「疲れやすい」、「集中力がない」などの症状が出現し始め、10 月より下痢、頻尿など身体的症状も加わり、11 月に心療内科（筆者）を自ら受診。上記症状より抑うつ状態と診断され、抗不安薬、抗うつ薬にて治療開始するも症状の改善を認めなかった。2001 年 1 月より、会社にも行けない状態になり、診察時、「このまま、会社に行けなくなってしまふのでは」などの将来に対する不安、また「このままでは、死んだ方がまし」と自殺念慮も認められ、診察の途中で涙を流すといった感情の不安定さも認められるようになった。

2001 年 4 月（35 歳）、上司 B が人事異動により上司 C に変わった。その後しばらくして上司 C より「休みを取って、今後の身の振り方について考えないか？」というリストラを示唆する話があり、会社側からの選択肢として①退職、②休職、③総合職から一般職への転属、④実家に帰る、を提案され決断を迫られた。それから、入眠困難、早朝覚醒等の睡眠障害、また、「物の名前を思い出すのに時間がかかる」といった思考制止が出現してきた。

現在は主治医（筆者）と相談の上、会社は休職し、定期的に外来通院を続け、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬等の薬物療法と支持的精神療法により治療を継続しているが、未だに会社には行けない状態が続いている。上司は、再三の催促にもかかわらず主治医（筆者）のもとを訪れることはなく、また会社に産業医もいないために会社側との調整も難航した状態が続いている。

この症例は、過去の職場での心的外傷が背景に存在し、その後の上司との人間関係の困難を契機として発症したうつ病で、会社の同僚の支援も受けられず、職場でのうつ病に対する理解もなく偏見も強く、薬物療法と精神療法を継続しているにも関わらず、経過を追うにしがたい、感情の不安定さ、思考制止、自殺念慮等の精神症状が重症化していき治療困難となった症例である。

<症例 24> F20.1 統合失調症（破瓜型）

50 歳 男性

埼玉県にて出生。両親と姉 2 人の家庭に育った。成績は中程度であった。高校卒業後、1 年間の浪人を経て大学に入学したが、部屋に引きこもりがちになり授業にはあまり出席せず、5 年かけて卒業した。卒業後は 1 年間就職浪人をしたあと、父の縁故で 1977 年 8 月（25 歳）より某研究所で働くこととなった。婚姻歴はない。1986 年（34 歳）に母が死去して以降、マンションで一人暮らしをしている。遺伝負因は否定。

就職後、約 4 年が経過した 1980 年 11 月（29 歳）に本人の希望もあり、海外赴任を始めた。現地では、慣れない仕事ではあったが、日本人スタッフが少ない事もあり休みもなく働いていたという。元同僚によると、そのころから本人の様子が今までと違ってきて周囲との交流を断っている状態であり、人に監視されていると話す事もあったという。任期を終え 1983 年 11 月（32 歳）に帰国したが、夜眠れず、朝起きられない状況が続き、職場を休みがちになったため、近医を受診。抑うつ状態と診断され、1985 年 5 月（34 歳）～1986 年 9 月（35 歳）休職。復職後は、上司の配慮により負担の少ない職場に数回配置換えを実施されるが、本人は新しい職場に移って数日は通常に出勤するものの、その後は無断欠勤することが多く、ほとんど実質的な仕事をこなせない状況であった。そして、1992 年 8 月（41 歳）～1995 年 5 月（44 歳）まで第 2 回目の休職（診断：うつ状態）、第 3 回目の休職（診断：神経性不眠症）を 1997 年 7 月（46 歳）より続け、2000 年 4 月に産業医（筆者）と上司の面談を受け、2000 年 7 月 23 日（49 歳）に復職となったが、同年 7 月 25 日に勤務した以外は体調不良のため勤務できず、休職期限が切れたため、復職判定委員会の審査を受ける事となり、2001 年 3 月（50 歳）、専門医委員（筆者ら）による診察が行われた。

診察時、応答はスムーズであり、内容に誤りはなかった。表情に乏しく、汗をかいている。言葉がややこもるような話し方であった。素直に専門医委員（筆者ら）の質問に応じていたが、問診中は、姿勢は常同的で特に下半身の変化に乏しかった。会話は、単調な口調で抑揚が少なく、応答内容は論理的で内容に奇異なところはなかったが、職場復帰判断の参考になるはずである本診察に対して、感情的な反応が表出されることはほとんどなく、むしろ淡々と質問に応じていた。問診の間、独語・空笑は見られなかった。

2001 年 6 月に復職判定委員会が開かれ、専門医委員（筆者ら）より、「破瓜型分裂病（統合失調症）により無為・感情鈍麻・意欲低下・対人交流の乏しさなどを中心とした人格の障害を来しており社会適応能力は低い。さらに、少なくとも、現職場においては単独で通常の勤務を営む能力を持つとは認められず、将来にわたってかかる状態が回復する可能性は低いものと判断する」との意見書が提出され、審査の結果、普通解雇となった。

この症例では、精神障害により職場への適応が困難となり、職場において職務内容の軽減措置に関して最大限の配慮を行ってきたが、長期に渡る休職・治療に専念する期間をもってしても、職場復帰はなされなかったため、普通解雇となった。

<症例 29> F20.0 統合失調症（妄想型）

30歳 男性

茨城県にて出生。同胞なしの長子。両親と祖母との4人の家庭に育った。遺伝負因は否定。既往歴に特記すべき事項はない。

1999年10月（30歳）に同じ部署の同僚が2人リストラされたため、仕事量が増え、休日出勤や連日の残業が続いた。11月より家族に「耳鳴りのような音がする」「誰かにつけられている」と訴えることがあり、11月10日には夜中に「盗聴器が仕掛けられている」と家を飛び出そうとした。11月13日になってほとんどしゃべらず、動作も緩慢となったため、近医を受診。同日精神科を紹介受診した。受診時、昏迷状態を呈しており精神分裂病（統合失調）と診断された。当日はハロペリドール5mg筋注にて状態が改善したため帰宅した。

その後定期的に通院していたが、薬による眠気のため、2000年2月頃から内服を中断。同年2月15日に再び重昏迷状態となる。その後も怠薬し、6月11日、12月9日（31歳）に重昏迷となった。12月9日は勤務終了後、「のどがつまる感じがする」と訴えたあと倒れ、救急車で某総合病院へ運ばれた。後日、本人に聞くと、周囲のことはわかっているが声が出ない状態だったという。

職場では2週に1度のペースで産業医（筆者）との面接を行い、通院・服薬状況の確認・指導のほか、上司を交え疾患に関する十分な説明を行った。

その後、規則正しい服薬を続けていたが、2001年7月24日（32歳）頃より夜眠れなくなった。27日の就業中、呆然と立っているところを上司を見つけ本人に話を聞いたところ、頭にいろいろ浮かんできてボーっとしてしまった、調子がおかしいとの事であった。上司とともに健康管理室に来室。産業医（筆者）より、早退しかかりつけの病院を受診するよう指示された。同日病院を受診し、ハロペリドール5mg筋注、追加の薬をもらい帰宅した。週末は自宅で静養し、週明けに健康管理室に来室、産業医（筆者）と面接した。状態は落ち着いており疎通性も問題ないため、当日は残業制限とした。その後、今後の処遇に関し産業医（筆者）より主治医に連絡を取り相談の結果、1ヶ月の残業制限とすることとなった。

この症例は、発症当初は本人の病識の欠如や、本人・周囲の人々も含めて疾患に対する理解が低かったことより昏迷状態にまで至ってしまったが、本人への服薬指導や職場全体に対する啓発活動などを続けた結果、本人や周囲の人たちが状態の変化に早急に気づき、対応できたため再発に至らずにすんだと考えられた予防活動の成功例である。

<症例 31> F23.3 妄想を主とする他の急性精神病性障害

29 歳 男性

東京都にて出生。両親と兄 1 人の家庭に育った。父親は商社の会社員、母親は専業主婦。遺伝負因は否定。生育歴、既往歴に特記すべき事項はない。1992 年（22 歳）、都内の私立薬学部卒業後、本人は調剤薬局への就職を希望していたが、将来性や給与面から両親に反対され、某製薬企業の研究員として入社した。入社後、同僚と酒を飲んだ際に「やりたい研究をやらせてもらえない。仕事がつまらない」と、こぼす事が時々あった。

1999 年に研究プロジェクト遂行上重大なミスを犯してしまい、会社に数十億円におよぶ損害を与えてしまった。同年 7 月（29 歳）、「職場の人たちが自分の噂をしている」、「メールで自分の事が流れている」などと周囲へ相談する事があったが、実際にはその様な事実はなかった。本人の常識的でない発言と行動に気付いた直属の上司が産業医（筆者）に相談したところ精神科受診を勧められ、同年 8 月に会社の上司と共に某院精神科を受診した。

診察時、「夜は眠れずに昼間に寝てしまう」という昼夜逆転の生活が続いており、また、被害関係念慮のほか、「誰とも分からない人の声が聞こえる」と幻聴も認められたため、ごく少量の抗精神病薬による薬物治療を開始した。会社においては、産業医（筆者）の指導により仕事の負荷の少ない部署に異動した。その後、約 1 ヶ月ほどで「どうして当時あの様な事を考えてしまったのか」、「声が聞こえてきた事も不思議なんですよ」と症状の改善を認め、通常の業務に復帰。現在も外来通院により寛解状態が続いている。

この症例は、職場の上司がいち早く部下である患者の異常に気付き早期に受診を勧めた事が疾病の早期発見・早期治療につながったと考えられた。

D. 考察

以上の症例は、職場におけるストレス要因が強く関連して発症・憎悪した症例である。一般に精神疾患の発症の要因については、本人の遺伝的要因、社会心理的ストレス要因、外的器質的要因のそれぞれが関係して、一様には捉えられないことが分かっている¹⁰⁴⁾ (大熊, 1997)。そのため、このような精神障害等の業務上外の判断については、現時点で労災における判断指針が一番包括的・実践的に捉えており、すでに行政上の判断に使用されている。

そこで、まずは各症例についてこの判断指針に基づいて、各症例の業務上外の有無を検討する。次に、各症例の発症・憎悪に対して業務と強い関連がある事が確かめられた後に、各職場におけるストレス要因の具体的中身について検討していく事にする。

D-1 業務上外の判断について

「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」によれば、精神障害発症に関わる要因として、以下の3点を必ず考慮するようになっている¹⁸⁰⁾ (労働省労働基準局補償課, 2000)。

- ① 業務による心理的負荷
- ② 業務以外の心理的負荷
- ③ 個体側要因

その上で、次の要件が満たされる事が必要となっている。

- i. 対象疾病 (ICD-10 第V章「精神および行動の障害」に分類される精神障害) に該当する精神障害を発病していること
- ii. 対象疾病の発病前おおむね6ヶ月の間に、客観的に当該精神障害を発病させるおそれのある業務による強い心理的負荷が認められること
- iii. 業務以外の心理的負荷及び個体側要因により当該精神障害を発病したとは認められないこと

この判断指針中の「業務による心理的負荷」が、すなわち職場におけるストレス要因である。そして、この業務による心理的負荷をいかに客観的に評価するかというのが問題なのであるが、判断指針においては文献的考察でも述べたライフイベントモデルによる急性ストレスとジョブストレインモデルによる慢性ストレスを併せて考慮する形になっている。ストレスイベントに関しては、具体的項目の列挙があり点数計算を除いてはかなりの客観性があるが、慢性ストレスについては以下の点を考慮する事となっているが、ストレス強度がⅠ-Ⅲまでの三段階で定量的評価がなされているのに対して、ライフイベントについては総合的に評価することとなっており定量的な視点はない。

- ① 仕事の量の変化
- ② 仕事の質の変化
- ③ 仕事の責任の変化
- ④ 仕事の裁量性の欠如

⑤ 職場の物的、人的環境の変化

⑥ 支援・協力等の有無

したがって、上記を考慮しながら今回の7症例について業務上外の判断を推定していく。

<症例3 研究職>

ICD-10 診断コード； F32.1 中等症うつ病エピソード

業務による心理的負荷；総合評価「強」

仕事内容・仕事量の大きな変化があった；心理的負荷の強度Ⅱ

勤務・拘束時間が長時間化した；心理的負荷の強度Ⅱ

仕事のペース、活動の変化があった；心理的負荷の強度Ⅰ

仕事の量の変化；特に過重

仕事の質・責任の変化；特に過重

会社の講じた支援の具体的内容・実施時期等；特に過重

業務以外の心理的負荷； 引越した；心理的負荷の強度Ⅱ

個体側要因； 特記事項なし

以上よりF32.1 中等症うつ病エピソードは、発病前6ヶ月の業務による強い心理的負荷との関連が考えられ、業務上と判断される。

<症例9 技術職>

ICD-10 診断コード； F32.2 精神病症状をともなわない重症うつ病エピソード

業務による心理的負荷；総合評価「強」

上司が替わった；心理的負荷の強度Ⅰ

勤務・拘束時間が長時間化した；心理的負荷の強度Ⅱ

部下が増えた；心理的負荷の強度Ⅰ

仕事の量の変化；特に過重

仕事の質・責任の変化；特に過重

職場の物的・人的環境の変化；特に過重

会社の講じた支援の具体的内容・実施時期等；相当程度過重

業務以外の心理的負荷； 特記事項なし

個体側要因； 元来まじめで完璧主義

以上よりF32.2 精神病症状をともなわない重症うつ病エピソードは、発病前6ヶ月の業務による強い心理的負荷との関連が考えられ、業務上と判断される。

<症例12 事務職>

ICD-10 診断コード； F32.2 精神病症状をともなわない重症うつ病エピソード

F1x.4 せん妄をともなう離脱状態

業務による心理的負荷；総合評価「強」

仕事内容・仕事量の大きな変化があった；心理的負荷の強度Ⅱ

勤務・拘束時間が長時間化した；心理的負荷の強度Ⅱ

配置転換があった：心理的負荷の強度Ⅱ

仕事量の変化：特に過重

職場の物的・人的環境の変化：特に過重

業務以外の心理的負荷； 特記事項なし

個体側要因； 10年以上入眠困難により寝酒を続けていた

以上より F32.2 精神病症状をともなわない重症うつ病エピソードに関しては、発病前 6ヶ月の業務による強い心理的負荷との関連が考えられ、業務上と判断される。

<症例 19 事務職>

ICD-10 診断コード； F43.22 混合性不安抑うつ反応

業務による心理的負荷；総合評価「強」

上司が替わった：心理的負荷の強度Ⅰ

上司とのトラブルがあった：心理的負荷の強度Ⅱ

職場の物的・人的環境の変化：特に過重

業務以外の心理的負荷； 特記事項なし

個体側要因； 特記事項なし

以上より F43.22 混合性不安抑うつ反応は、発病前 6ヶ月の業務による強い心理的負荷との関連が考えられ、業務上と判断される。

<症例 24 事務職>

ICD-10 診断コード； F20.1 破瓜型分裂病

業務による心理的負荷；総合評価「強」

転勤があった：心理的負荷の強度Ⅱ

仕事内容・仕事量の大きな変化があった：心理的負荷の強度Ⅱ

勤務・拘束時間が長時間化した：心理的負荷の強度Ⅱ

仕事量の変化：特に過重

仕事の質・内容の変化：特に過重

職場の物的・人的環境の変化：特に過重

業務以外の心理的負荷； 引越した：心理的負荷の強度Ⅱ

個体側要因； 大学時代、引きこもりがちであった

以上より F20.1 破瓜型分裂病は、発病・憎悪前 6ヶ月の業務による強い心理的負荷との関連が考えられ、業務上と判断される。

<症例 29 事務職>

ICD-10 診断コード； F20.0 妄想型分裂病

業務による心理的負荷；総合評価「強」

仕事内容・仕事量の大きな変化があった：心理的負荷の強度Ⅱ

勤務・拘束時間が長時間化した：心理的負荷の強度Ⅱ

仕事の量の変化：特に過重

職場の物的・人的環境の変化：相当程度過重

業務以外の心理的負荷； 特記事項なし

側面要因； 特記事項なし

以上より F20.0 妄想型分裂病は、発病・憎悪前 6 ヶ月の業務による強い心理的負荷との関連が考えられ、業務上と判断される。

<症例 31 研究職>

ICD-10 診断コード； F23.3 妄想を主とする他の急性精神病性障害

業務による心理的負荷；総合評価「強」

会社にとって重大な仕事上のミスをした：心理的負荷の強度Ⅲ

業務以外の心理的負荷； 特記事項なし

側面要因； 特記事項なし

以上より F23.3 妄想を主とする他の急性精神病性障害は、発病・憎悪前 6 ヶ月の業務による強い心理的負荷との関連が考えられ、業務上と判断される。

D-2 業務による心理的負荷の評価

各症例の職場におけるストレス要因の具体的中身を簡潔にまとめると以下の様に要約されると考えられた。

<症例 3 研究職>

- ・達成感が低い：仕事に向いていない・家庭を大切にしたいなど仕事への興味が薄れた
- ・裁量度が低い：メ切が厳しい
- ・上司の支援が得られなかった

<症例 9 技術職>

- ・量的負荷：大きな仕事を任せられ休みがない
- ・質的負荷：部下に指示を出さなくてはいけない
- ・上司の支援が得られなかった

<症例 12 事務職>

- ・量的負荷：職場が分割されるのに伴い仕事が増えた

<症例 19 事務職>

- ・上司の支援が得られなかった
- ・対人関係の困難：上司とのトラブル

<症例 24 事務職>

- ・量的負荷：休みなく働いた
- ・質的負荷：慣れない仕事

<症例 29 事務職>

- ・量的負荷：残業や休日出勤

<症例 31 研究職>

- ・達成感が低い：他の職業に就きたかった、やりたい研究をさせてもらえない
- ・質的負荷：重要なプロジェクトのミス

以上のように、職場におけるストレス要因は、労災の判断指針と類似する形で、影山らが1997年の筑波研究学園都市における実態調査の結果を報告している通り⁵³⁾ (Kageyama, Matsuzaki, Morita *et al.*, 2001)、大きく分けて、「量的負荷」、「質的負荷」、「達成感」、「裁量権」、「同僚・上司の支援」、「対人関係の困難」の6つに比較的良好に合致した。全体の傾向として、研究職では達成感と裁量権が低いことによる発症・憎悪が目立った。また、事務職・技術職では量的負荷と質的負荷が多いことによる発症・憎悪が多かった。上司の支援と対人関係の困難という要因は、その後の職場復帰や発症・憎悪に至る個人的要素として経過に影響している部分が多かった。また、今回の症例すべてに共通することは、十分な一次予防の対策がとられていなかったということである。

E. 小括 1 (症例研究よりの問題点と仮説の提示)

以上より、職種の違いが発症・憎悪の要因に関連している可能性、つまり職場におけるストレス要因において職種毎にリスクファクターとしての重み付けが異なる可能性が考えられた。この事が実証されれば、一次予防としてより有効な方策を策定できると推測される。たとえば、研究職の発症・憎悪には裁量権と達成感の2つがより重要な要素となっていることになるので、研究職に対しては、事務職よりもこの2つの要素について産業保健学的アプローチによる対策を行うことで、より効率のよい対策が可能となる。つまり、ストレス要因としてかかってきた量的負荷と質的負荷を十分に緩和できる裁量権と達成感を与えられれば、うつ病などの発症・憎悪を予防できる可能性があるということである。逆に技術職・事務職においては、裁量権と達成感を調整するよりも、直接的な量的負荷と質的負荷を減らすために、職場内で負荷の分散化をはかるなどの方策が一次予防につながると考えられた。

したがって、以上の点を実証的に検討するために次章の調査研究を計画・実施した。