

2011年6月6日

## 精神障害労災認定基準に関する意見書

厚生労働大臣 細川 律夫 殿

当弁護団は、1988年の結成以来、社会問題となっている「過労死」問題の社会的救済のため、全国的に過労死弁護団を組織して取り組んできました。しかし、長時間、過密労働による過労を原因として自ら命を絶つ労働者の数は、労災と認定された件数はもちろんのこと、労災保険給付支給の請求をした件数に比べてもはるかに多いのが実情です。労災認定がなされた数は、過労死問題の本当に氷山の一角に過ぎません。この陰には、自殺しても労災保険給付支給の請求を諦めている被災者、遺族、家族が極めて多いのが現状です。これまでに想像を絶する多数の被災者、遺族、家族が、不十分な労災認定基準のために切り捨てられ、苦しい生活を余儀なくされてきました。

ところで、貴庁は、昨年10月15日、「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会」を立ち上げ、従来の業務上外判断指針から労災認定基準の制定に向けて議論されています。発病後の心理的負荷を評価するなど補償対象を拡大する面もありますが、あくまで目的は精神障害の労災認定の迅速化・効率化にあります。

当弁護団は、2004年と2009年に業務上外判断指針の改定に関する意見書を提出しており、過重負荷評価基準、慢性ストレスの評価、複数の出来事の総体評価、時間外労働時間数、過重負荷の評価期間、発病後の心理的負荷による増悪について意見を述べてきました。2009年11月18日付け意見書は専門検討会でも配布されていますが、現状は必ずしも当弁護団の意見を十分に考慮いただけておりません。

そこで、当弁護団は、あらためて従前の意見を取り込んだ労災認定基準を制定することを求めるとともに、これまで意見を述べてこなかった療養、治癒、再発について下記のとおり意見を述べるものです。

〒113-0033 東京都文京区本郷 2-27-17

過労死弁護団全国連絡会議 代表幹事 岡 村 親 宜

同 水 野 幹 男

同 松 丸 正

## 1 意見の対象

本意見書においては、支給決定件数が一番多いうつ病エピソードを対象として、療養、治ゆ及び再発に関する意見を述べるものである。

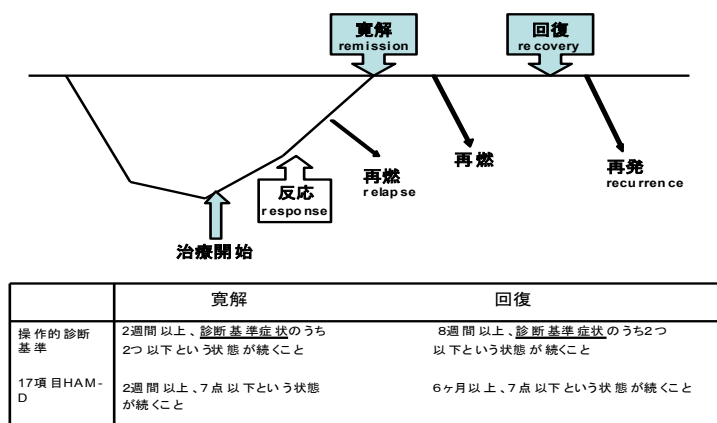
## 2 うつ病の転帰

### (1) 寛解と回復

医学上、うつ病の「寛解」は、「(治療開始後)さらに改善が生じ、症候学的に診断基準を満たさないのみならず、ごく軽微な症状しか残存しなくなった時点を」いい、「寛解が一定期間以上持続すると『回復』が宣言される」。Frank らによる大うつ病エピソードの寛解、回復の判定基準によれば、2週間以上、診断基準症状のうち2つ以下という状態が続くことを「寛解」といい、8週間以上、診断基準症状のうち2つ以下という状態が続くことを「回復」というとされている。<sup>(1)</sup>【図1参照】

なお、DSM-IV(1994年)は「明確なうつ病性の症状が少なくとも2か月認められない場合を『完全寛解』とし、いくつかの大うつ病エピソードの症状があり、寛解の期間が2か月未満の場合を『部分寛解』と規定している<sup>(2)</sup>。

図1 うつ病の反応、寛解、回復、再燃、再発



うつ病は、以下の医学文献を挙げるだけでも、寛解しない患者も多く、予後不良の疾患である。

(ア) 西園昌久「うつ病の再発再燃防止－精神療法の立場から－」(精神科治療学 15 巻 1 号、2000 年、21～27 頁)

アメリカ精神医学会の「うつ病治療指針」では、50%の患者が反復、つまり再発・再燃し、25～30%の患者は完全寛解に至らないとされている。

(イ) 木下玲子ら「うつ病の転帰に関するエビデンス」(EBM ジャーナル Vol.1.5No.5、2004 年、62～65 頁)

① 「予後良好と判断された症例は 15～46%にすぎず、最初のエピソードから一度も寛解に達しなかった者が 8～15%あった」。

(1) 古川壽亮ら編「精神科診察診断学」(医学書院、2003年)259頁

(2) 加藤敏「うつ病の寛解」(精神科治療学 23 巻 3 号、2008 年)332 頁

- ② 「61名のうつ病で入院した患者の症状の評価を10年間行い、年ごとに比較を行った結果、無症状レベルに達した者は1年目では25%であったが2年目には50%へと増加し、その後は52～61%と改善は緩徐となった。また10年の間に無症状レベルに達しなかった者が18%であったと報告している」。
- ③ 「Hoencampらの外来うつ病患者の3.5年間のフォローアップスタディでは6か月以内に寛解に達した者が22%、1年以内は38%、2年以内は50%、3.5年では64%であった。3.5年後の評価では寛解が39%、寛解と再発が25%、慢性うつ病と診断された者が36%であった」。
- (ウ) 吉村玲児「自殺予防の観点から見たうつ病の治療」(精神神経学雑誌 109 巻 9 号、2007 年、822～833 頁)
- ① 「Lavoriらの研究では、5年間の再発率は62%、10年間の再発率は75%と報告している」。
- ② 「わが国での感情障害長期追跡研究(GLADS)でも、抑うつ症状の再発なしに経過した患者の割合はわずか1年で57%、2年で47%、5年で35%であった」。
- (エ) 吉邨善孝「うつ病の長期予後」(Mebio24 巻 2 号、2007 年、52～56 頁)
- 「1年後にも半数以上の何らかの症状が残存し、病相は決して短期間とはいえず、「大うつ病性障害のなかで完全に治るのは2/3であり、残りの1/3は部分寛解にしか至らない」。
- (オ) 加藤敏「うつ病の寛解」(精神科治療学 23 巻 3 号、2008 年、331～340 頁)
- 「大うつ病性障害の患者(61名)を1990年より10年間余り追跡調査したPaykelらの研究によると、10年後の時点で無症状レベルだったのは約52%で、マイナーな症状レベルが15%、残遺症状レベルが20%、うつ病が続いていた症例が13%という結果が出されており、「うつ病で完全寛解、ないし治癒(回復)するのは約半数で、残りは部分寛解、ないし慢性化している」。

## (2) 再燃と再発

医学上、うつ病の「再燃」は、「いったん治療に反応したが、回復が宣言される前に、大うつ病エピソードの診断基準を満たす状態に戻った場合」をいい、「同一の大うつ病エピソードの続きであるとみなされる」。一方、「再発」は、「回復が宣言された後に、大うつ病エピソードの診断基準を満たすような状態が出現した場合」をいい、「新しいエピソードの出現であるとみなされる」。<sup>(3)</sup>Kupfer DJ(1991年)によれば、寛解前又は寛解しても回復前に精神症状が増悪する場合は「再燃」というとされている。【図1参照】

なお、概念をこのように整理できたとしても、医学上、実際の臨床では区別が難しいとされている。<sup>(4)</sup>

うつ病は、以下の医学文献から明らかなおりに、再燃・再発率が高いのであり、この点でも予後不良の疾患である。

- (ア) 忽滑谷和孝「うつ病の再燃・再発予防—心理教育を通して—」(精神科治療学 15 巻 2 号、2000 年、137～143 頁)
- ① 「単極性うつ病の発症は、20歳代の後半が多く、80%はその後1回以上再発をし、平均では4回と言われている」。
- ② 「他の報告では、初回の病相の後、再発するのは50%で、2回目の再発後では75%、3回目の再発後では90%と病相を繰り返すと再発率は高くなるようである」。
- ③ 「時期としては、2年以内に50%は再発するとも言われ、Mindhamらは、6ヵ月経過で、最初の8週で20%、4ヵ月後で40%の再燃があったと報告している」。
- (イ) 木下玲子ら「うつ病の転帰に関するエビデンス」(EBM ジャーナル Vol.5No.5、2004 年、62～65 頁)
- ① 「Kennedyらにより行われた70名の再発うつ病患者の8～11年の転帰調査では、43%が6か月以内、65%が12か月以内、83%が2年以内に寛解に達し、寛解までの平均期間は12.3か月であった」。

(3) 古川ら・前掲注(1)259頁

(4) 木下玲子ら「うつ病の転帰に関するエビデンス」(EBM ジャーナル Vol.5No.5、2004年)63頁、忽滑谷和孝ら「うつ病の再燃・再発防止策(医学のあゆみ Vol.197No.6、2001年)492頁

- ② 「寛解から再発までの期間は、Kennedy らによれば 6 か月以内が 18%、12 か月以内が 25%、2 年以内が 33%、平均で 29.1 か月であった」。
- ③ 「Muller らは、うつ病が寛解した 380 人の患者のうち 85%が 15 年間のうちに再発し、そのうち 53 パーセントは最初の 5 年間は寛解状態であったことから、長期の経過観察が必要と主張している」。
- (ウ) 吉村玲児「自殺予防の観点から見たうつ病の治療」(精神神経学雑誌 109 巻 9 号、2007 年、822～833 頁)  
「米国精神医学界の報告では、大うつ病性障害患者の 50～80%が、その後最低 1 回は再発している」。
- (エ) 大嶋明彦「うつ状態再発の予防と早期発見」(こころの科学No.125、2006 年、71～75 頁)  
米国精神医学会の診断マニュアル(DSM-IV-TR)における大うつ病性障害・単一エピソード(大うつ病エピソードのみ出現する、初発のもの)の患者の少なくとも 60%が 2 度目のエピソードをもつことが予測される。

### 3 療養

#### (1) 専門検討会報告書

「精神障害等の労災認定に係る専門検討会報告書」(平成 11 年 7 月 29 日)は、「精神障害の病相の長さは様々であるが、原因となった業務によるストレス要因を取り除き、治療を開始してから、うつ病にあっては多くは 3～9 か月、神経症にあっては概ね数週間から 6 か月とされているが、「分裂病は長期にわたることも少なくない」とし、「これらの療法により患者は治ゆし社会復帰を果たすことになるが、患者が社会復帰しても、少量の向精神薬等の服用が継続される場合も多く、「このような服薬継続は、患者が社会復帰を果たしてからも長期間続けられることがあるが、疾患自体は治ゆしていると考え、他の業務上の傷病と同様アフターケア制度として療法が行われる必要がある」と報告している。

#### (2) うつ病の治療過程

うつ病の治療過程は、医学上、①急性期治療、②継続療法、③維持療法に分けられることが多く、急性期治療は一般的に 3 か月程度とされ、再燃・再発を予防するための継続療法及び維持療法が重要である。

#### 7 継続療法

医学上、「急性期治療によって抑うつ症状が消失し寛解に達した後に、原則としてすべての患者に、引き続き継続期治療を行う」。「継続期治療というのは、再燃予防を目的とする治療であり寛解後 4～6 ヶ月間行い、「薬物としては原則として、急性期と同じ薬物を同じ容量用いる」。(5)

「継続療法の目的は、症状回復後の脆弱な期間における再発の可能性を減少させること(すなわち現在のうつ病エピソードの再燃予防)であり、その期間は一般に完全寛解後 6 ヶ月間であると考えられているが、「最高で 9 ヶ月の継続期間を推奨する著者も」おり、「残遺症状(部分寛解)は、以降の早期再発の強い予測因子であるので、そのような症状が消失するまでは、治療を続けることが推奨される」。(6)

第 6 回専門検討会で提出された医学知見は、「精神症状が落ち着き職場復帰が可能となるまでの期間」は、薬物が奏功する場合は「1 年以内」が 98%、薬物が奏功しない場合は「2

---

(5) 永山治男ら「うつ病」(薬局 Vol. 53、2002 年)123 頁

(6) 大嶋明彦「うつ状態再発の予防と早期発見」(こころの科学No.125、2006 年)72 頁

年以内」が 83%であったと報告している。

### イ 維持療法

医学上、「継続期治療の後に行うのが再発予防のための維持期治療であるが、患者によって行う場合と行わない場合がある」。「維持期治療では、原則として継続期治療で用いたのと同じ薬物を用い、減量することなく同一量を維持することが勧められる」。(7)

吉村は、「抗うつ薬による維持療法がうつ病の再発を明らかに予防することが示されており、初発のうつ病患者であれば半年間の維持療法を行うということではほぼコンセンサスが得られて」おり、「また、抗うつ薬による維持療法に関しては、急性期での使用量とほぼ同等量を寛解後も暫く続けた方が再発率が少なく、早すぎる抗うつ薬の減量は好ましくない」(8)と指摘している。村崎も「寛解になっても最低 6 ヶ月の薬物療法が必要」(9)と述べる。

また、篠原らは、「維持療法は、新しいうつ病相の再発を予防する目的で行われるので、1 年ないしそれ以上の期間とされる」(10)と述べている。

一方、大嶋は、「長期間の維持療法の目標は、うつ病の新しいエピソード(再発)、自殺、慢性化の進展を予防することで」、「長期の薬物療法を中止する最適のタイミングを予測するのは困難であり、現在のエビデンスは、再発のリスクが持続する限りは、維持療法を続けるべきであることを示唆している」(11)とする。

### (3) 給付の対象となる療養

専門検討会報告書では、発病原因となった業務によるストレス要因を取り除いて治療を開始した後は、うつ病の病相期間は 3~9 か月間が多いとされているが、そもそも寛解に至らない者も相当数おり、寛解に至る期間も患者によって異なっており、寛解や回復の前後で再燃するケースも多いのであるから、例えば 9 か月という期間を画一的な基準にして、療養補償給付の支給期間を決定すべきではない。

うつ病の治療においては、急性期治療はもちろんのこと、継続治療や維持療法も必要であり、薬物療法については、継続療法においても維持療法においても、同一の薬物を同一量服用することが必要なのであるから、9 か月を超えることがあっても継続治療中であれば症状が消失するまで療養補償給付の対象とすべきである。事実、第 6 回専門検討会で配布された「平成 17 年度に業務上認定した事案(自殺を除く。)に係る支給期間の分布」によれば、寛解し支給期間が 1 年以上が 85 件中 52 件で全体の 6 割以上を占めており、5 年以上は 19 件に及び全体の約 22%となっている。

とすれば、原則として、症状固定と診断されるまでの継続療法を療養補償給付の対象とすべきである。

回復に至った被災者でも、「この場合、回復は疾病そのものからの回復という意味では

---

(7) 永山ら・前掲注(5)124 頁

(8) 吉村玲児「自殺予防の観点から見たうつ病の治療」(精神神経学雑誌 109 巻 9 号、2007 年)828 頁

(9) 村崎光邦「うつ病の早期発見」(総合臨床 49 巻 2 号、2000 年)394 頁

(10) 篠原学ら「うつ病の再発・再燃防止－薬物療法の効果と限界－」(精神科治療学 15 巻 1 号、2000 年)131 頁

(11) 大嶋・前掲注(6)72~73 頁

なく、疾病エピソードからの回復」<sup>(12)</sup>なのであるから、維持治療が必要となる少なくとも1年間はその維持療法を療養補償給付の対象とすべきである。

そして、1年以上の維持療法後であっても、再発率が高く、疾病そのものから回復したわけではないことに照らせば、アフターケアとして維持療法が行われるべきであり、必要があれば、専門検討会報告書のいう「少量の向精神薬等の服用」ではなく、従前と同一の薬物を同一量服用するアフターケア制度が保障されるべきである。

このようにうつ病を発病した被災者に対する給付対象を広く認めることが、損失補償だけでなく、生存権保障を図る労災補償制度の趣旨に適うものであり、また、業務上の事由による労働者の疾病に対して公正な保護をするため必要な保険給付を行い、業務上の事由により疾病にかかった労働者の社会復帰の促進、当該労働者及びその遺族の援護等を図り、もって労働者の福祉の増進に寄与するという労働者災害補償保険法の目的(1条)に合致するものというべきである。

## 4 治ゆ

### (1) 専門検討会報告書と判断指針

専門検討会報告書は、従来の行政解釈が採っている治ゆ概念(昭和23年1月13日基災発3号)を摘示し、「薬物療法、精神療法等が患者の症状、病態に応じて行われるが、精神症状が一定程度改善しあるいは安定した後、それに引き続き社会復帰を果たすためリハビリテーション療法等が行われるのが通例で」(通常数週間から数か月行われる)、「そうした後社会復帰が果たされるのであるから、主治医がリハビリテーション療法等を終了した時点で治ゆとされる」と報告している。

また、「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」(平成11年9月14日基発544号)は、「業務による心理的負荷による精神障害にあつては、精神医学上一般的に6か月から1年程度の治療で治ゆする例が多い」としている。

### (2) 寛解と再燃

しかし、医学上、再燃は、同一のうつ病エピソードの続きであり、「うつ病が治りきっていない状態にあつたもの」<sup>(13)</sup>であるから、うつ病の寛解を労災保険法上の「治ゆ」と取り扱うことはできないというべきである。

したがって、寛解前の再燃は当然のこと、寛解に至っていたとしても回復する前に再燃したのであれば、うつ病の原因となった業務と再燃(それによる自殺)との間に医学経験則上も因果関係が認められるというべきである。

### (3) うつ病における治ゆ

#### 7 治ゆの時点

加藤は、「うつ病の主要な残遺症状を社会復帰を前にして出現する症状、すなわち『社会適応症状』と把握し、「早期に復帰しなければならないという焦りや、復帰後に周囲から求められる質の高い作業遂行の期待に対する不安など、仕事復帰の重圧によって残遺症

---

(12) 古川ら・前掲注(1)259頁

(13) 永山ら・前掲注(5)122頁

状が生じるとする考え方」を妥当として、現代では「作業課題の質とスピードが求められ」、「職場復帰のハードルは著しく上がっている」から、「特に職場復帰後に患者に期待される仕事の種類と質、量への配慮が肝要である」、「リハビリテーションの時期においては、段階的に作業課題を上げる中において、患者のささやかな自己実現を図り、ポジティブな体験の積み重ねを行っていくよう導くことが望まれる」<sup>(14)</sup>と指摘している。

また、吉村は、「客観的評価では抑うつ症状は寛解レベルに到達していても(例えばハミルトンうつ病評価尺度で7点以下)、患者の社会適応やQOLが低いままであれば、患者の自己評価は低くこれが自殺などに繋がる可能性もある。抑うつ状態の寛解と職場や家庭への再適応とは区別して考えられるべき問題である。換言すると、うつ病の治療では、抑うつ症状の推移のみに気を取られずに本人のパーソナリティや職場や家庭内のストレスについても細かく把握しながら治療を進めていく必要がある」とし、「うつ病の治療や自殺予防を考える際には、社会適応や職場復帰といった視点を含んだ寛解を目標とすべきである」<sup>(15)</sup>と述べているところである。

これに対し、判断指針は、6か月から1年程度の治療が終了した時点が治ゆであるとしているが、以上の医学的知見に反するばかりか、専門検討会報告書が、社会復帰を果たすためのリハビリテーション療法等が終了した時点が治ゆであると報告していることにも反する。

労災保険法上の「治ゆ」が完治を指すのではないとしても、うつ病が回復したと診断されても、その後に再発する率が高く、疾病そのものから回復したわけではないことからすれば、維持療法としての薬物療法やリハビリテーション療法が終了しただけでは治ゆとはいえないというべきである。復職を目指したリハビリテーション勤務や段階的職場復帰の期間中は未だ完全な「社会復帰」を果たしたことはないのであるから、この時点では未だ治ゆとはいえず、うつ病が回復して維持療法の経過も良好で再発のリスクが見あたらず、通常の勤務に復帰した時点で治ゆとすべきである。復職は原職復帰が原則であるとしても、ここでいう通常の勤務に復帰した時点とは、原職復帰に限らず、労使で合意した制限勤務であってもよい。

このように解することが、損失補償という災害補償制度の趣旨から見ても妥当であり、労災保険法の目的に適うものである。

なお、DSM-IVでは「過去2か月間に大うつ病エピソードのはっきりとした兆候や症状が見られない場合に完全寛解としている」が、「現在の多くのガイドラインでは治療上の観点からは『回復』と宣言するにはほぼ無症状の状態が4~9か月ほどは続かなくてはならないとされ」、「最新のメタアナリシスでは、継続治療の利益は再燃/再発のリスクに依存しており、DSM-IVの「取り決めは1991年の提案ともその後の大うつ病治療についてのエビデンスとも齟齬がある」<sup>(16)</sup>から、回復に至るのに2か月という診断基準にとらわれてはならないというべきである。

## 1 症状固定

---

(14)加藤・前掲注(2)337頁

(15)吉村・前掲注(8)826~828頁

(16)古川ら・前掲注(1)260頁

治癒の時点をおり解するならば、症状固定は、うつ病が寛解又は回復に至らず、薬物療法、精神療法及びリハビリテーション療法を実施しても、残遺症状があり、かつ、リハビリテーション勤務や段階的職場復帰ができず、これ以上の治療を継続しても、原職復帰はもちろんのこと、制限勤務にも復帰できるほどの医療効果が期待できない時点で判断されるべきである。

その判断をする際は、医学に関しての専門家の判断、特に診療に直接携わっていた医師の判断が重視されるべきであり、主治医が、医療行為を必要とし、この効果をも期待することができると思える場合には、安易に症状固定と認定するべきではない。<sup>(17)</sup>

第6回専門検討会で提出された医学知見は、「精神症状が治療の結果、安定するまでの期間」は、薬物が奏功する場合は「2年以内」が95%、薬物が奏功しない場合は「3年以内」が86%であったと報告しているが、症状固定の時期は、医学的に見ても個人差があつて当然なのであるから、形式的な判断がなされるべきではないというべきである。

## 5 再発

### (1) 専門検討会報告書と判断指針

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

これを受け、判断指針は、「業務上の精神障害が治癒した後再び精神障害が発病した場合については、発病のたびにその時点での業務による心理的負荷、業務以外の心理的負荷及び個体側要因を各々検討し、業務起因性を判断することとする」との指針を示している。

### (2) 再発の要件

しかし、判例上、「再発による労災保険法上の療養補償給付を受けるためには、再発の取扱いが治癒によって一旦消滅した労災保険法上の療養補償給付義務を再び発生させるものであることや、前記治癒の意義及び労働基準法75条の趣旨・文言に照らして、〈1〉現傷病と業務上の傷病である旧傷病との間に現傷病と旧傷病とが質的に同一の病態ないしは旧傷病が進展すると現傷病の症状が現れるという関係(相当因果関係)が存在し、〈2〉旧傷病の治癒時の症状に比し現傷病の症状が増悪し、〈3〉右増悪について治療効果が期待できるものであることの三要件が必要とされるもの」であり、「再発の要件〈1〉の存在については、労災保険法が労働者の業務上傷病につき「迅速かつ公正な保護」(同法1条)を目的としている点(通勤による負傷、疾病等についても同様)及び再発が業務上の傷病の連続であり、独立した別個の負傷又は疾病でないことに照らすと、旧傷病が現傷病の一原因になっており、かつ、それが医学上相当程度有力な原因であることが認められることが必要

---

(17)地公災基金東京都支部長(中延保育園)事件・東京地裁平成6年11月2日判決・労働判例673号115頁参照



である」<sup>(18)</sup>と解されているのであり、再発の要件として、再発の都度その時点での業務による心理的負荷を評価するのは相当ではないというべきである。

特に症状の消失と再発を繰り返すことを特徴とするうつ病については、前記のとおり、再発率が高いこと、うつ病が回復したとしても、それは疾病そのものからの回復ではなく、疾病エピソードからの回復であること、「ストレス因子は病相を誘発するだけではなく、もともとあった脆弱性を賦活していつそ病相を生じやすくするため、うつ病患者ではストレス耐性が低下している場合が多い」<sup>(19)</sup>ことからすれば、症状が消失していたとしても、初発のうつ病エピソードに基づいて個体側の脆弱性が増幅するなどの影響が残存し、その結果再発をもたらした場合は、裁判例が摘示する3つの要件に従って再発を認定すべきである。

したがって、うつ病においては、再発のたびに個別に業務起因性が判断されるべきではなく、再発の都度、異なる病気であるかのように個別に分断し、それぞれについて原因を判断するという判断指針は、うつ病という疾病の性質と相容れないものであり、医学経験則に反するというべきである。

そして、判例上、「他覚的所見を見いだしがたい傷病におけるその症状の増悪の有無の判断に当たっては、他覚的所見のみならず自覚症状をも判断の資料として重視する必要がある」<sup>(20)</sup>とされているところであるから、うつ病の再発を判断する際には、被災者の自覚症状をも資料とし、主治医の診断を重視して、判断がなされるべきである。

以上

---

(18)大阪中央労基署長(住友生命相互保険)事件・大阪地裁平成9年11月26日判決・労働判例729号31頁。同旨の裁判例として、会津労基署長(日曹金属化学)事件・福島地裁平成4年1月20日判決・労働判例605号93頁、堺労基署長(朝日新聞南大阪販売)事件・大阪地裁平成4年8月28日判決・労働判例623号56頁、青梅労基署長(昭和石材工業所)事件・東京地裁平成2年1月30日判決・労働判例556号16頁などがある。

(19)吉邨善孝「うつ病の長期予後」(Mebio24巻2号、2007年)56頁

(20)北九州西労基署長(暮らしの友の会)事件・福岡地裁平成9年6月25日判決・労働判例719号19頁