

# PTSD(心的外傷後ストレス障害)と素因競合\*

永 下 泰 之

1. 問題の所在	257
2. PTSD 概念	260
3. 裁判例における PTSD と素因の関係	268
4. 学説の状況	279
5. 結びにかえて	286

## 1. 問題の所在

心的外傷後ストレス障害 (Post-Traumatic Stress Disorders、以下、「PTSD」と称す。) が裁判例で取り扱われるようになり早や10年以上が経過する。横浜地判平成10年6月8日判タ1002号221頁(後掲裁判例【7】)が、交通事故被害者の発症した精神的不安定症につき、初めて PTSD であると認定し、当該 PTSD が後遺障害等級7級4号に該当することを認めたのは周知のことである<sup>1</sup>。続いて大阪地判平成11年2月25日交民32巻1号328頁も同様の判断を下し<sup>2</sup>、以降、PTSD が裁判上の争点となっている。そこで主に

---

\* 本稿は、平成21年度文部科学省科学研究費補助金(若手研究(スタートアップ))による研究成果の一部である。

<sup>1</sup> 本件については、杉田雅彦「交通事故と PTSD(心的外傷後ストレス障害)－損害賠償訴訟における PTSD の動向と問題点(下)」判タ1013号(1999)55-57頁が詳細に検討を加えている。

<sup>2</sup> 本件については、杉田雅彦「交通事故と PTSD(心的外傷後ストレス障害)－損害賠償訴訟における PTSD の動向と問題点(上)」判タ1010号(1999)72頁以下において、詳細な検討が加えられている。

争われているのは、被害者の症状がPTSDであるか否かである。すなわち、診断基準（後掲診断基準 DSM-IV、ICD-10を参照）に該当するか否か、特に、被害者の不法行為体験が「外傷的体験」（後掲診断基準 DSM-IV A、ICD-10 1）に該当するか否かという点が争われている。

なぜ、PTSDか否かが争点となるのか。それは、後遺障害等級の認定にある。前述の横浜地裁判決及び大阪地裁判決により、PTSDであると認定されると、後遺障害等級は7級4号に該当することが認められるが<sup>3</sup>、他方で、PTSDの罹患が否定されると9級10号<sup>4</sup>や14級10号<sup>5</sup>としか認められないという裁判傾向があったからである。損害賠償請求において後遺障害等級の差異は賠償額に直結するものであり、7級4号と14級10号では認定額に相当の差が生じる<sup>6</sup>ことから、PTSDと認定されるか否かは被害者にとって重大問題であったのである。

もともと、PTSDか否かを争うより、被害者の症状に応じた賠償が認められればよいとする裁判例<sup>7</sup>もあるように、近時では、PTSDか否かに拘泥

<sup>3</sup> 前述の横浜地裁判決及び大阪地裁判決以外に後遺障害等級を7級4号と認めた例としては、松山地宇和島支判平成13年7月12日判時1762号127頁、旭川地判平成14年3月12日判タ1169号274頁（後掲裁判例【5】）、福岡地飯塚支判平成14年3月27日判時1814号132頁（後掲裁判例【6】）、名古屋地判平成14年9月11日判タ1150号225頁（後掲裁判例【3】）などが挙げられる。

<sup>4</sup> 東京地判平成6年7月28日判タ878号246頁、鹿児島地判平成14年3月8日【TKC文献番号】28080798。

<sup>5</sup> 東京地判平成14年7月17日判時1792号92頁、大阪地判平成14年9月30日交民35巻5号1320頁。

<sup>6</sup> 平成15年8月8日付けの後遺障害等級認定基準改正以前の後遺障害等級によると、労働能力喪失率及び自賠償保険金額は、7級4号で56%・1051万円、9級10号で35%・616万円、14級10号では5%・75万円とされていた（平成14年4月1日現在）。（後遺障害等級、労働能力喪失率及び自賠償保険金額は、『民事交通事故訴訟 損害賠償額算定基準2004（平成16年）』（東京三弁護士会交通事故処理委員会・（財）日弁連交通事故相談センター東京支部、2004）。なお、平成15年8月8日付けの改正により、うつ病やPTSD等の非器質性精神障害については、障害の程度に応じて原則として9級・12級・14級の3段階で認定することとされた（平成15年8月8日基発第0808002号）

<sup>7</sup> 東京地判平成14年7月17日判時1792号92頁。

するよりも、より実質的な検討をすべきであると指摘されているところである<sup>8</sup>。しかしながら、現状では、被害者側はPTSD罹患を主張し、加害者側はそれを否定し、裁判所はPTSDか否かの判断を下すという構造に変わりはない。現在の裁判例を概観すると、PTSDは容易に認定されない傾向にあるといえるが、それは診断基準を厳格に適用している結果である<sup>9</sup>。他方、学説では、そのような裁判例の動向をにらんで、診断基準を厳格に適用すべきとする見解と緩和して適用すべきとする見解が議論されている。

医学的研究によると、PTSDには「素因」が関与していることが示唆されるに至っている<sup>10</sup>。その研究によると、「外傷的体験」と「素因」とが相まってPTSDを発症するに至るのであるが、こうした見解によれば、診断基準の「外傷的体験」は必ずしも破局的体験でなくとも、日常的体験でも十分であるという。しかしながら、学説上は、なお、PTSDの罹患には、非日常的な破局的体験を要するか、あるいは、日常的体験でもPTSDに罹患しうるかという点について対立があるのである。とすると、現在の裁判例の傾向のように、「外傷的体験」を限定的に認める、すなわち診断基準を厳格に適用するという方向性は妥当なのであろうか、という疑問が生じる。この点については、診断基準と素因との関係性が問われよう。また、診断基準だけではなく、賠償額算定についても「素因」をどのように評価すべきかという点も課題となろう。なぜなら、PTSDは心因性の疾患とされており、それ故常に素因減額の可能性が付きまとうからである<sup>11</sup>。

本稿は、以上のような状況にあるPTSDをめぐる問題につき、「素因」に焦点を当て、①診断基準と素因との関係、②PTSD罹患と素因の賠償額算定上の評価について論ずる。

---

<sup>8</sup> 例えば、石川真紀子「PTSDをめぐる裁判例と問題点」判タ1299号28頁では、「訴訟活動は、傷病名の診断そのものよりも、病状や治療内容・治療期間を中心にすべきといえる。」とする。

<sup>9</sup> 石川・前掲注8・20頁。

<sup>10</sup> 山口成樹「心的外傷後ストレス障害(PTSD)と損害賠償請求訴訟」判タ1088号8頁。

<sup>11</sup> 溝部克己「交通事故における賠償医療の知見と損害算定論の交錯—PTSD・RSDまたはCRPS・高次脳機能障害は損害論にいかなる影響を与えるか」法律のひろば54巻12号(2001)38頁。

## 2. PTSD 概念

### 2.1. PTSD 概要

#### 2.1.1 PTSD とは

PTSD とは、死に比肩するような外傷的体験があった場合、その経験者本人に生じる強い精神的ストレスで、再体験（フラッシュバック）・回避・麻痺及び覚醒亢進の三症状を呈し、通常の生活が維持できなくなる症状のことをいう。

PTSD 概念は、1970年代のアメリカにおいて、ベトナム帰還兵や性暴力被害者の精神的後遺症の研究を通じて発展してきたものであり、1980年に米国精神医学会発行の『精神疾患の診断と統計マニュアル第3版（DSM-III）』において、公式に定義されたものである<sup>12</sup>。その後マニュアルは、1994年に第4版（DSM-IV）に改訂され、2000年には解説改訂版（DSM-IV-TR）<sup>13</sup>が出されている。また、世界保健機構（World Health Organization; WHO）も、1990年に「臨床記述と診断ガイドライン（ICD-10）」<sup>14</sup>を定め、PTSDを収録している。

わが国では、阪神大震災（1995年1月17日）や地下鉄サリン事件（1995年3月20日）に関する報道等で取り上げられたことで、PTSDという疾患名は世間に広く知れ渡り、次第に浸透しつつある。最近では、明石歩道橋事件においてPTSD診断を受けた者もいるとのことである<sup>15</sup>。その他、刑

---

<sup>12</sup> 小西聖子『PTSD概念と諸問題』罪と罰34巻3号（1997）44頁。

<sup>13</sup> American Psychiatric Association, DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, 4<sup>th</sup> Edition, TEXT REVISION, 1994. 日本語訳として、高橋三郎ほか訳『精神疾患の診断・統計マニュアル』（医学書院、2002）。

<sup>14</sup> World Health Organization, The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Diagnostic criteria for research. 日本語訳として、融道男ほか監訳『精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン』（医学書院、1993）。

<sup>15</sup> 神戸地判平成17年6月28日判時1906号73頁。平成13年7月21日、明石市で行われた花火大会からの帰路、歩道橋内において多数の参集者が折り重なって転倒する事態となった事案である。本判決では、PTSD診断を受けた者につき、慰謝料が増額されている。本判決については、潮海一雄・判批・私法判例リマークス34号（2007）42頁以下、黒川哲志・判批・自治研究83巻4号（2007）125頁以下参照。

事事件においても、PTSD 診断を受けたことにつき、暴行罪ではなく傷害罪を適用する事例も現れてきている<sup>16</sup>。

PTSD をめぐる裁判例は交通事故訴訟が多い。先に述べたように、横浜地判平成10年6月8日(後掲裁判例【7】)は、被害者のPTSD 罹患を初めて認定し、後遺障害等級7級4号を認定したものと知られている<sup>17</sup>。この判決を契機として、交通事故事例においてPTSD 罹患を理由とした損害賠償請求訴訟が相次いで提起されるようになった。今日では、交通事故事例以外にも、暴行(東京地判平成12年2月17日判時1830号50頁<sup>18</sup>)、性的暴行(虐待も含む)(東京地判平成13年11月30日判時1796号121頁<sup>19</sup>)、セクハラ(岡山地判平成14年11月6日<sup>20</sup>)、いじめ(東京地判平成17年9月27日労判845号73頁<sup>21</sup>)等、様々な類型で被害者がPTSDに罹患したか否かが

<sup>16</sup> 例えば、富山地判平成13年4月19日判タ1081号291頁。約3年半にわたり、被害者の居住先やその実家に合計1万回以上の無言電話や被害者を中傷する嫌がらせ電話を続け、被害者にPTSDの傷害を負わせたとして傷害罪に問われた事案につき、被害者のPTSD 罹患を認め、精神的・身体的症状を生じさせることは傷害罪にいう傷害の結果に当たることは明らかであるとして傷害罪の成立を認めた。

<sup>17</sup> もっとも本判決については、被害者の主張する症状はPTSDではないとの批判が多い。例えば、杉田・前掲注1・56、57頁。また、同「PTSD(心的外傷後ストレス障害)をめぐる諸問題」別冊・自動車保険ジャーナル5号(2000)6頁も参照。

<sup>18</sup> 電車内の座席居座っているXの足が若干通路に出ていることに腹を立てたYが、座ったままのXの足首、大腿部及び下腹部を足蹴りにする暴行を加え、Xが損害を被ったとして損害賠償請求した事案につき、外科的な後遺症、排泄障害の後遺症につき相当因果関係があるとは認められないが、Xの症状PTSD様のストレス障害の発症で後遺症として残存していることを認めた(ただし、心因的要因が寄与しているとして、3分の1を減額した)。

<sup>19</sup> 指導教授が大学の合宿中にXである女子学生に対してわいせつ行為をした事実が認定され、不法行為の成立が認められた事案につき、XがPTSDに罹患していることを認め、慰謝料の支払いを命じた。

<sup>20</sup> 上司であるY<sub>1</sub>及びY<sub>2</sub>からセクシャルハラスメント行為を受けた等として、XがY<sub>1</sub>、Y<sub>2</sub>及びY<sub>3</sub>(会社)に対し損害賠償請求をした事案において、Xが上司のセクハラ行為によりPTSDに罹患したと主張したところ、XのPTSDの罹患が認定された。

<sup>21</sup> 保育園児であるX<sub>1</sub>が、保育園で保育中に保育園児Aからいじめや性的嫌がらせ等を受けたとして、X<sub>1</sub>とその母であるX<sub>2</sub>において、Aの親権者であるYらに対し、

争われるようになっていく。

PTSDは、マスコミ報道等でなじみのある精神疾患になったといえるが、まだ医学上未解明の部分も多い<sup>22</sup>。また、PTSDという疾患名は世間に浸透しつつあるといえようが、PTSDとは何かが十分に理解されていないというのが実情であろう。精神的ショックを受け、精神的に不安定になったことから直ちにPTSDに罹患したというような誤った認識が広まっているようにも感ぜられる。あるいは逆に、不法行為の被害者が実際にPTSDに罹患していたとしても、詐病ないし賠償神経症<sup>23</sup>とみなされることも少なくない。被害者のPTSD罹患を認定した裁判例についても、本当にPTSDであるのか疑わしいとの見解も多いところである<sup>24</sup>。

### 2.1.2. PTSDに関する法的問題と診断基準

不法行為の被害者がPTSDに罹患したとして損害賠償請求をした場合、PTSDは、①被害者のPTSD罹患の事実の有無、②不法行為とPTSDとの因

民法714条に基づき損害賠償を求めた事案につき、X<sub>1</sub>に対するいじめや性的嫌がらせの有無については、一部の行為を認めたものの、PTSDに罹患したことを前提とする損害の発生を認めなかった。

<sup>22</sup> 黒木宣夫「交通外傷後のPTSDと賠償」賠償科学26号(2001)38頁。大家尚文・坂口守男・山本朗「PTSD研究でのストレスサー」判タ1123号(2003)47頁以下は、精神医学の分野における診断基準の混迷具合を詳細に紹介する。

<sup>23</sup> 何らかの災害により心身に受けた外傷ないし外傷体験の後で、それに対する経済的補償を得たいという願望を根底として発生する神経症。患者の訴える症状は外傷に関係していることが多く、客観的に認定できる以上に誇張され、器質的な障害が軽減していてもなお訴えが続くことが多い。実際に存在しない障害をあるように偽装する詐病ではなく、疾病利得への願望があったとしても、それは「無意識」にあるとされる。その発生は、災害によって生じた損傷を補償すべきとする社会的コンセンサスないし法制度の確立と不可分の関係にある。偏見のない態度で患者の訴えを聞き、治療的態度で接することが重要であり、社会的、職業的適応を促すような対応が求められる。『医学書院 医学大辞典』(医学書院、2003)1938頁。

<sup>24</sup> 北見公一「交通事故後にPTSDは起こり得るか？」賠償科学27号(2002)91頁以下、黒木宣夫・前掲注22・38頁、同「日常・法的書類上のPTSD診断と訴訟事例」精神医学46巻5号(2004)454頁、杉田雅彦「交通事故におけるPTSD(心的外傷後ストレス障害)とRSD(反射性交感神経性萎縮症)の動向と問題点」賠償科学26号3頁以下。

果関係の有無、③後遺障害等級の認定、④労働能力喪失期間、⑤素因斟酌の可否、⑥消滅時効・除斥期間<sup>25</sup>のいずれにおいても問題となる。このようにPTSDは様々な点で問題とされるのであるが、PTSDをどのような精神疾患と理解するかにより判断が大きく異なることがある。

PTSDの理解の仕方は、大きく分けて次の二つに分類することができる。

一つは、診断基準の「外傷的体験」(後掲診断基準DSM-IV A(1)、ICD-10 1)に該当するものだけがPTSDであるとする見解である(以下、本稿では「厳格基準PTSD」という)。すなわち、賠償問題において診断名としてのPTSDに医学的妥当性を認めうるのは、あくまでも「自然災害の被災者、戦争、強制収容所、原爆、人質、レイプなどの犠牲者に共通の心理的、行動的な特徴であり、いわば異常な事態に対する、人類に備わったごく自然な反応」という単純な捉え方、すなわちPTSDイコール急性ストレス障害(Acute Stress Disorder, ASD)<sup>26</sup>の遷延化(単純PTSD)という場合のみに限るべきであるとする見解である<sup>27</sup>。

他方は、診断基準の「外傷的体験」に該当せずとも、日常的出来事によってもPTSDは発症するとする見解である(以下、本稿では「緩和基準PTSD」という)。この見解は、「外傷的体験」によってPTSDが引き起こされるのであれば、「外傷的体験」を経験した者は全てPTSDに罹患するはずであるが、実際にはほとんどの人がPTSDに罹患せず、一部の者だけがPTSDに罹患するという研究結果<sup>28</sup>を出発点とする。この点につき、緩和基準PTSDの立場からは、次のように主張される。すなわち、生物学的研究により、PTSD罹患者のストレス反応が時間の経過に従い質的に変化する

<sup>25</sup> PTSDと消滅時効・除斥期間の問題については、松本克美「PTSD被害と損害論一時効論」立命館法学288号(2003)32頁以下が詳しい。

<sup>26</sup> 急性ストレス障害の基本的特徴は、極端な外傷的なストレス因子に暴露した後1か月以内に生じる特徴的な不安、解離、およびその他の症状の発現である。

<sup>27</sup> 北見公一「日本におけるPTSDとは何か？」賠償科学31号(2004)121頁。同・前掲注12・91頁。この見解によれば、単純型PTSD以外の症状は、転換性障害、解離性障害、気分障害、人格障害などの別のカテゴリーで捉えられるとする。

<sup>28</sup> 三宅由子「PTSDの疫学と診断測定スケール」『臨牀精神医学講座S6 外傷後ストレス障害(PTSD)』(中山書店、2000)41-57頁によれば、アメリカの疫学調査ではPTSDの傷害診断有病率は1%程度といわれている。

ことが観察され、正常人の急性期における正常なストレス反応と、慢性期のPTSDを同質のものとするのが困難となり、前者も潜在的な素因等の危険因子（個人的要因、環境的要因）が作用した結果であると考えべきことが示唆されるに至ったのであり、強烈な「外傷的体験」でなくとも、日常生活で普通に経験するありふれたストレス因子であってもPTSDを引き起こしうるということが認められなければならない<sup>29</sup>。今日、医学的にはこちらの見解が一般的になりつつあるといえる。

このように、PTSD概念が比較的新しい疾患概念であるが故に医学的に不確定であることから、法的判断においても不明確にならざるを得ない状況にある<sup>30</sup>。

### 2.1.3. PTSDと素因競合

PTSDをめぐる問題を複雑化させているのは、PTSDと素因との関係である。

先に述べたように、厳格基準PTSDは、PTSDと診断されるならば、被害者のPTSD罹患と被害者の素因とは関係がないとする一方、診断基準から外れる場合（単純型PTSD以外の場合）は、素因競合の問題として考えら

---

<sup>29</sup> 山口成樹「事故とPTSDとの因果関係の認定とその基準」『交通事故損害賠償の新潮流』（ぎょうせい、2004）158-161頁。

<sup>30</sup> 杉田・前掲注17・8頁では、外傷体験概念について、「外傷体験概念をどのように考えるべきか（「死の恐怖感」を体験することを要するか、それに達しない外傷体験でもよいのか。新たな外傷体験概念を考えるべきか。また、J・L・ハーマンの言う「複雑性PTSD」を認知すべきか。）」との問題点が提示されている。なお、「複雑性PTSD」とは、暴行、性的虐待、家庭内暴力、拷問及び戦争のような長期の対人関係の外傷に起因する臨床上で認識された病気である。これをDSM-IVに加えることが検討されたが、結局納められなかった。ハーマンやコルクは、DSM-IV診断基準に該当するものを単純型PTSDとし、それと区別するために「複雑性PTSD」と呼ぶことを主張する（J.L.ハーマン・中井久夫訳『心的外傷と回復<増補版>』（みすず書房、1999）181-201頁、B.A.ヴァン・デア・コルク他編・西澤哲監訳『トラウマティック・ストレス—PTSD及びトラウマ反応の臨床と研究のすべて』（誠信書房、2001）230-234頁）。

るとする<sup>31</sup>。すなわち、素因が競合していると考えられる症状については、PTSDとは認めないとする。他方、緩和基準PTSDによると、性格等の素因や環境的要因が被害者のPTSD罹患に影響した場合についてもPTSDと認められるのであるが、損害賠償において必然的に素因との関係を問題とせざるを得ない。

このように二つの見解は、PTSDの罹患を限定的に認めるべきか、あるいは緩やかに認めるべきかについて見解の相違はあるが、いずれもPTSD罹患について素因競合が問題となると考えている。とすると、素因が競合していると評価される事案について、法的評価としては、厳格に診断基準を解しPTSDの罹患そのものを否定すべきか、あるいは、素因が競合している場合であってもPTSDと認定した上で素因減額をして賠償額の調整を図るべきかが問われる。

## 2.2. PTSDの発症プロセスと素因との関係

以上の状況を考察するにあたっては、PTSD発症のプロセスを理解する必要がある。

まず、PTSDは、「外傷的体験」の直後に発症するものではない。「外傷的体験」を経験した者はその直後からPTSDを発症するのではなく、「外傷的体験」の4週間以内に急性ストレス障害が起り、その症状が1か月以上継続し、PTSDの診断基準を充たしている場合に、急性ストレス障害からPTSDへと診断が変更されるのである<sup>32</sup>。

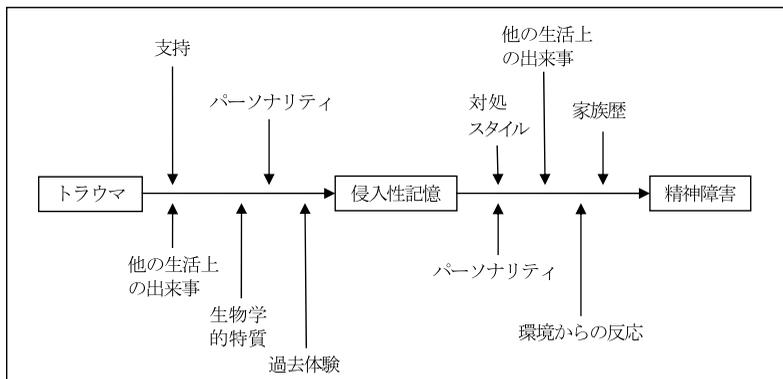
また、PTSD発症の主たる原因は「外傷的体験」であるが、「外傷的体験」から発症まで、時間の経過とともに被験者は様々なストレス因子に曝されることとなる(次頁図参照)。

PTSDの発症は、一連のプロセスである。「外傷的体験(トラウマ性の出来事)」を経験した被害者は、「外傷的体験」への曝露の後、家族に支えられるなど周囲の者からの支援(支持)が得られることがある。この支援が上手くゆくと症状が軽快・解消するのであるが、人は生活している以上、他の生活上の出来事を経験せざるを得ない(例えば、家事の負担など)。

---

<sup>31</sup> 北見・前掲注24・91、92頁。

<sup>32</sup> 前掲注13・450頁。



○トラウマ後の苦痛から精神障害への変化に影響を及ぼす病因（ベゼル・A・ヴァン・デア・コルク他編（西澤哲監訳）『トラウマティック・ストレス—PTSDおよびトラウマ反応の臨床と研究のすべて』（誠信書房、2001）169頁より）

また、「外傷的体験」は人によりその感じ方が異なる（パーソナリティ）。生物学的特質として、「外傷的体験」から生じる不安感や恐怖感に対して苦痛を感じることは正常な反応である。被害者の過去の体験が症状に悪影響を及ぼすこともある。そうした様々なストレスを経験することにより、フラッシュバック（侵入性記憶による「外傷的体験」の再体験）へと展開する。フラッシュバック及び「外傷的体験」に対する対処スタイルもまた個人に依存する（パーソナリティ）。フラッシュバックに苦しんでいることに対して、周囲の者の無理解やそれによる人間関係の悪化が起こることもある（環境からの反応）。精神障害の家族歴もまた危険因子として症状の展開に影響する可能性がある。このようにして被害者は、「外傷的体験」後に様々なストレスに曝され、「外傷的体験」やフラッシュバックを含め、それらに上手く適合できなかった場合にPTSDを発症する。つまり、「外傷的体験」に対するストレス反応の治癒と調整に失敗した結果、PTSDが発症（慢性化）するのである<sup>33</sup>。

また、こうした一連のPTSD発症プロセスにおいて、PTSDの発症には、外傷的体験による強いストレスだけでなく、個体的要因が関与しているこ

<sup>33</sup> B.A.ヴァン・デア・コルク他・前掲注29・169頁。

とが研究により確認されている。具体的には、危険因子として、①出来事  
のストレス要因としての強度、②性別、③遺伝子の要素、④精神疾患の既  
往、⑤性格傾向、⑥過去の心的外傷歴、⑦養育環境と知的レベル、⑧心的  
外傷体験時の精神麻痺と解離体験、⑨防御因子が挙げられている<sup>34</sup>。

交通事故を例にとってみると、個人の性格や人格の特徴がPTSDの発症  
及び遷延化(慢性化)に影響を与えると一般的に考えられている。また、  
事故後の示談交渉や訴訟は、被害者にとって精神的負荷の大きいものであ  
る。事故後に家族関係が悪化し、離婚に至るケースもめずらしくない。  
PTSDの発症や遷延化には、こうした要因が複雑に絡み合っているのでは  
ある。こうした要因は、医学上は、危険因子(あるいは脆弱性因子)として  
評価されるのであるが、法規範としてはどう評価すべきか、そして、損害  
賠償にはいかなる意味を持つのであろうか。

こうした事情については、いわゆる素因競合の問題として捉えられるが<sup>35</sup>、  
PTSDが関わる事案について、従来の素因減額の理論はそのまま妥当する

<sup>34</sup> 豊田奈菜「PTSDの医学的判断に関する法的一考察～医学水準を中心に」國學院  
法政論叢26輯(2005)73頁。個々の危険因子については、三宅・前掲注27・25頁を  
参照。

<sup>35</sup> 素因競合について、最高裁は、被害者の心因的要因または体質的要因が、損害の  
発生または拡大に寄与した場合につき、「公平」の観点から、民法722条2項を類推  
適用することで賠償額の減額を認めている(最判昭和63年4月21日民集42巻4号  
243頁、最判平成4年6月25日民集46巻4号400頁、最判平成8年10月29日民集50巻  
9号2474頁)。素因競合に関する一般的検討として、野村好弘「因果関係の本質一寄  
与度に基づく割合的因果関係論」交通事故紛争処理センター10周年記念論文集  
(1984)62頁以下、能美善久「寄与度減責」加藤・水本編『四宮和夫先生古稀記念  
論文集 民法・信託法理論の展開』(弘文堂、1986)215頁以下、窪田充見『過失相  
殺の法理』(有斐閣、1994)3頁以下、前田陽一「不法行為法における『損害の公平  
な分担の理念』と素因減額論に関する一考察」『星野英一先生古稀祝賀論文集 日  
本民法学の形成と課題(下)』(有斐閣、1996)893頁以下、橋本佳幸「過失相殺法理  
の構造と射程(5)」法学論叢139巻3号(1996)2頁以下、藤井勲「交通事故と素因、  
持病」山田卓生ほか編『新・現代損害賠償法講座5巻』(日本評論社、1997)89頁  
以下等が挙げられる。その他、大塚直「原因競合における割合的責任論に関する基  
礎的考察」『星野英一先生古稀祝賀論文集 日本民法学の形成と課題(下)』(有斐  
閣、1996)849頁以下も参照されたい。

のであろうか、あるいはPTSDの特殊性はないのだろうか。以下検討してみたい。

### 3. 裁判例におけるPTSDと素因の関係

#### 3.1. 診断基準との関係

診断基準と素因競合との関係につき、PTSDの罹患を認定した事例及び否定した事例を概観すると、素因が寄与しているとしてPTSD罹患を否定するものや、素因の寄与を認めた上で診断基準を緩和し積極的にPTSDを認めるといった判断をするものは見られず、そのほとんどが診断基準、特に診断基準の「外傷的体験」に合致する否かを問うのみである<sup>36</sup>。むしろ診

---

<sup>36</sup> 診断基準との関係で例を挙げると（〔 〕内は適用した診断基準）、PTSD否定例として、宮崎地判平成11年9月7日判タ1027号215頁〔DSM-IV〕、大阪地判平成12年2月4日交民33巻1号225頁〔ICD-10〕、広島高判平成14年3月13日TKC文献番号28071803〔DSM-IV、ICD-10〕、東京地判平成14年7月17日判時1792号92頁〔DSM-IV、ICD-10〕、大阪地判平成14年9月30日交民35巻5号1320頁〔DSM-IV、ICD-10〕、東京地八王子支判平成14年12月16日交民35巻6号1646頁〔ICD-10〕、東京地八王子支判平成15年1月23日交民36巻1号92頁〔DSM-IV〕、東京地判平成15年5月28日判時1835号94頁〔DSM-IV〕、福岡高判平成16年2月26日判時1860号74頁〔DSM-IV、ICD-10〕、さいたま地判平成16年4月16日TKC文献番号28092254〔DSM-IV、ICD-10〕、さいたま地判平成17年4月15日判タ1216号123頁〔DSM-IV〕、神戸地判平成17年5月17日交民38巻3号681頁〔DSM-IV〕、東京地判平成17年9月27日判タ1240号298頁〔DSM-IV〕、神戸地判平成18年7月10日判時1965号122頁〔DSM-IV、ICD-10〕、名古屋地判平成18年7月28日交民39巻4号1112頁〔DSM-IV〕、名古屋地判平成18年9月29日判タ1247号287頁〔DSM-IV〕。PTSD罹患認定例として、横浜地判平成10年6月8日判タ1002号221頁〔ICD-10、DSM-IV〕（後掲【7】）、函館地判平成13年11月21日判時1780号132頁〔DSM-IV〕（後掲【2】）、大津地裁彦根支判平成13年12月28日判時1790号141頁〔DSM-IV〕（後掲【8】）、旭川地判平成14年3月12日判タ1169号274頁〔DSM-IV、ICD-10〕（後掲【5】）、福岡地飯塚支判平成14年3月27日判時1814号132頁〔DSM-IV〕（後掲【6】）、名古屋地判平成14年9月11日判タ1150号225頁〔DSM-IV〕（後掲【3】）、東京高判平成15年3月6日判時1830号42頁〔DSM-IV〕、東京地判平成17年10月14日判時1929号62頁〔DSM-IV〕、東京地判平成17年10月25日交民38巻5号1443頁〔ICD-10〕、東京地判平成17年11月30日交民38巻6号1608頁〔DSM-IV〕

断基準に関しては、診断基準を厳格に適用し、素因競合を診断基準に取り込まないのが実務的傾向であるといえる。なお、PTSDの罹患を否定された事例では、新たに外傷性神経症<sup>37</sup>や妄想性神経症<sup>38</sup>など別の疾患名がつけられている。

しかし、素因競合の判断において実質的に診断基準の判断をしていると評価することのできるものがある。例えば、東京地判平成14年7月17日判時1792号92頁<sup>39</sup>は、診断基準を厳格に適用し被害者のPTSD罹患を否定し外傷性神経症とした上で、「同一事故を体験した家族にXと同様の症状が認められない」ことから心因的要因が寄与していると評価する。この判断は、診断基準との関係のみでみると、同一の体験をした者に同様の症状が認められない、すなわち「外傷的体験」ではないという考慮がなされたものと見ることができよう。

他方、被害者のPTSD罹患を認めた事案では、診断基準の適用の場面では素因の競合を問題としていないが、素因減額の理由として、同一の体験でもPTSDに罹患する者が少ないことを挙げるものが見られる(後掲【1】大阪地判平成11年2月25日交民32巻1号328頁、【2】函館地判平成13年11月21日判時1780号132頁、【3】名古屋地判平成14年9月11日判タ1150号225頁)。あるいは、診断基準の検討を不要とするものもある。後掲【4】神戸地判平成13年12月14日交民34巻6号1616頁は、「XY間においては、Xの症状が心的外傷後ストレス障害(PTSD)に当たるか否か、具体的には、本件事故が心的外傷後ストレス障害(PTSD)の診断基準の一つである死亡又はこれに匹敵するような出来事に該当するか否かが争われている。しかしながら、Xが本件事故後、本件症状をきたし、そのため、直ちに自宅

---

(後掲【10】)。

<sup>37</sup> 東京地判平成14年7月17日判時1792号92頁、大阪地判平成14年9月30日交民35巻5号1320頁など。

<sup>38</sup> 名古屋地判平成18年9月29日判タ1247号285頁。

<sup>39</sup> Xが、交通事故によりPTSDに罹患したと主張し、逸失利益等の損害賠償を求めた事案において、外傷性神経症より重度の障害を伴う後遺障害として位置づけられたPTSDの判断に当たっては、DSM-IV及びICD-10の示す要件を厳格に適用していく必要があるとした上で、Xの症状がPTSDに該当することを否定して、事故に起因する心因反応として外傷性神経症とした。

に戻ることができる範囲内でしか行動できず、就労困難な状態が続いていることは上記認定のとおりであり、本件症状が原因でXに相応の損害が生じていることも明らかである。したがって、XのYに対する損害賠償請求権の範囲を確定するに当たっては、本件事故と本件症状との因果関係の有無（程度）を検討することは必須であるが、『心的外傷後ストレス障害（PTSD）』との診断名の正否については、必ずしも検討することを要しないものとする。」とする。以上の裁判例を評価するならば、実質的には診断基準が緩和されているものとすることができよう<sup>40</sup>。

### 3.2. PTSD罹患への素因の寄与

診断基準における素因の評価は上述のとおりであるが、より重要なのはPTSD罹患に対する素因の寄与の内容である。既に2.2.で述べたように、PTSDの発症には様々な危険因子が密接に関連している可能性が研究により指摘されるに至った。この危険因子は、損害賠償上は素因として捉えられることが多く、その場合には心因的要因ないし環境的要因（外在的要因）として考慮されている。以下では、それぞれの寄与の態様に分類して検討する。

#### 3.2.1 「同じ体験」でもPTSDを発症しない者が多いことを素因の寄与の理由とする裁判例

【1】大阪地判平成11年2月25日判時1780号132頁

〔事案〕Yの運転する自動車とXの運転する自動車とが衝突し、Xが左鎖骨骨折等の傷害を被ったとともに、X車両に同乗していたXの子Aが死亡した（Xはその後離婚）。Xは、本件事故によりPTSDを発症し、後遺障害が残ったとして損害賠償を請求した。なお、本件では、PTSDを発症したことについて当事者間で争いが無い。

〔判旨〕大阪地裁は、「Xの心的外傷後ストレス障害の後遺障害は、X固有の体質というものより、本件交通事故によりX自身が受けた衝撃とAを本件事故で亡くしたという衝撃によるものであるといえること、本件事故後、Xは離婚したが、右離婚がXの右症状に与えた影響はないとは

---

<sup>40</sup> 山口・前掲注29・164頁。

いえるが、しかしながら、心的外傷後ストレス障害は心因性の症状で、交通事故でXのような悲しい体験をする人はXだけではないが、それらの人全部が、全部、Xのような心的外傷後ストレス障害の後遺障害が残るわけではないことからすると、本件の場合、やはりX本人の性格、心因反応を引き起こし易い素因等が競合していると推測できる」として、過失相殺を類推適用し、全損害のうち神経症状によって発生した損害の割合も考慮し、総合して全損害の二割を控除するのが相当であると判示した。

**【2】 函館地判平成13年11月21日判時1780号132頁**

〔事案〕 Xが、運転していた自動車を路肩に停車させ、自動車から降りた直後、反対車線を進行してきたYが、酒気帯び運転によって対向車線にはみ出し、Y車をX車に衝突させるとともに、その衝撃でXを跳ね飛ばし道路に転倒させた。Xは、本件事故により頸椎捻挫等の傷害とともに、PTSDに罹患したと主張して損害賠償請求をした。函館地裁は、DSM-IVのPTSD診断基準を充足していると認め、交通事故によりPTSDを発症することは極めて稀であるとしても、そのことが直ちに本件事故との相当因果関係を否定することにはならないとして、本件事故とXのPTSD発症との間に相当因果関係を認めたが、素因との関係について以下のように判示した。

〔判旨〕 本件事故とPTSDとの間には相当因果関係が認められるとしても、そもそも同精神疾患は、恐怖体験という心因によるものであること、外傷的出来事への暴露のみで同精神疾患を発症させ、あるいは遷延化させるものではなく、本人の性格傾向や遺伝的素因及び養育環境等の様々な因子が寄与するものであること、交通事故によりPTSDが発症することは極めて稀であること、Xは、PTSDに罹りやすい性格傾向が認められ、その発症にはXの性格的素因が多分に寄与しているものと推認できることなどの事情に照らすと、Yが負担すべき損害について損害額全体から減額することが相当であるとした。

**【3】 名古屋地判平成14年9月11日判タ1150号225頁**

〔事案〕 Xは、散歩中、Yらの飼犬に左ふくらはぎを突然咬みつかれ、傷

害を負ったうえ、本件事故後、抑うつ状態が続き気力が低下している、犬を見るとパニック状態に陥り過呼吸を起こすなどのPTSDを発症したとして、Yらに対し損害賠償を請求した。名古屋地裁は、DSM-IVのPTSD診断基準Aにつき、外傷的出来事の非日常性を問題としないのが一般的になってきているとして、本件事故における体験はX自身にとってはA基準に該当すると評価できるとして、XのPTSD罹患を認定した。その上で、素因競合について次のように判示した。

[判旨]「外傷的事件によるPTSDの発症に関しては、同じ体験をしてもその人がPTSDを発症するかはそれぞれの人の個人的な脆弱因子に関わり同じ外傷的事件を経験した人の全員が発症するわけではないこと、脆弱因子は身体的、精神的、社会的、遺伝的、環境的な様々な因子が影響していること、DSM-IV基準による診断の場合、PTSDを発症するかどうかは患者個人の感じ方に依るところが大きいことからすると、PTSD発症の原因については心因性のものの影響が強く、本件の犬に咬まれたことによるXのPTSDの発症についてもXの性格などの心因的素因が少なからず競合して発症したものと推認できる」として、過失相殺の類推適用により、逸失利益の損害につき40パーセントを減額した。

これら3事例は、3.1.で述べたように、実質的に診断基準を緩和しPTSDの罹患を肯定した上で、素因減額の判断において再び「外傷的体験」に言及するものである。その理由づけで共通するのは、同じ体験でもPTSDを発症するのは稀であるから、被害者がPTSDを発症したのは素因が寄与した結果であるという評価である。診断基準の「外傷的体験」は、多分に被害者の主観的要素が入り込むものであり、その認定には困難を伴うのが常である。また、法廷に持ち込まれる診断書にしても、PTSDを専門的に診断できる医師が少ないこともあり、明らかに専門的精神科医の作成したものでないものもあり、診断名の正否自体が非常に危ういのが現状である。そのような状況を踏まえると、PTSD概念の変化によりPTSDの発症には様々な危険因子(素因)が関与していることを認め、診断基準の「外傷性体験」を緩和して適用するほうが、より柔軟な対応ができるものと評価す

ることができる。診断基準の緩和し素因減額と組み合わせることで病名診断の不確実性を補うことができるとの評価が成り立とう<sup>41</sup>。しかしながら、この評価は、素因減額ありきとする評価であって、PTSD診断を実質的に素因競合の判断場面に転換したにすぎないともいえる。また、医師の下した判断を尊重するという一面がある一方で、素因減額において不透明な判断がなされうるといふ危険性を孕んでいることを認識しなければならない<sup>42</sup>。診断基準を緩和して適用することは、安易な認定を許しPTSD概念を曖昧にさせる結果となりうると同時に疾病利得を許しかねないということにもなる。その結果、PTSD自体の存在意義が問われることになり<sup>43</sup>、ひいては真の意味のPTSD患者の救済に影響を及ぼす可能性が考えられる以上<sup>44</sup>、診断基準については慎重な判断が求められる。

### 3.2.2. 外在的要因により脆弱性が增強された裁判例

ストレス反応に対する直接的な関与ではなく、加害者やその対応といった外在的要因への反応が間接的にPTSDの発症に影響したとみられる事例である。

#### 【4】神戸地判平成13年12月14日交民34巻6号1616頁

〔事案〕信号待ちで停車中のX車両に、後方から走行してきたY車両が追突した交通事故の事案において、Xが本件交通事故によるPTSD発症を主張したのに対し、Yは、Xの症状はPTSDとはいえないとして争い、Xの治療の長期化について、Xの性格等の事情によるものであるから素因減額すべきであると主張した。XのPTSD発症について、神戸地裁は、「本件症状が原因でXに相応の損害が生じていることも明らかである。したがって、XのYに対する損害賠償請求権の範囲を確定するに当たっては、本件事故と本件症状との因果関係の有無(程度)を検討すること

<sup>41</sup> 山口・前掲注29・166頁。

<sup>42</sup> 溝部・前掲注11・40頁は、これをひとつの確率的心証論の発現形態であると理解する。

<sup>43</sup> 田中建一「外傷後ストレス障害(PTSD)の業務上外認定」季刊労働法215号(2006)139頁。

<sup>44</sup> 杉田・前掲注1・62頁。

は必須であるが、『心的外傷後ストレス障害 (PTSD)』との診断名の正否については、必ずしも検討することを要しないものとする」として、本件事故と本件症状との間に相当因果関係があると認めた。他方、Yの主張する素因の寄与については、次のように判示した。

[判旨]「もっとも、本件症状は、…、それ自体心因性の症状であると考えられる上、本件事故の程度に照らして、Xが本件症状を呈するようになったことについては、Xの性格、心因反応を引き起こしやすい素因が関与していると推認される。また、…、本件症状が、二年以上もの長期にわたり遷延している要因としては、Y側の態度や本件事故に伴う示談交渉が思うように進まないことに対するXの不满、いらだち、怒り等が大きく影響していると認められるところ、かかる本件事故後の事情が本件事故に関連していることは明らかであるが、なお、示談交渉過程におけるY側の態度等に対するXの不满、いらだち、怒り等によって発生・拡大した損害部分の全てをYの責任とするのは相当とはいえない」として、過失相殺を類推適用し全損害から2割を減額した。

【5】旭川地判平成14年3月12日判タ1169号274頁

[事案] いわゆるデートレイプの事案である。大学の先輩から強制わいせつ行為を受けたXが、PTSDを発症したとして損害賠償を請求した事案において、旭川地裁は、DSM-IV及びICD-10に基づき、XがPTSDを発症したことを認めたが、外在的要因がPTSDを増悪させたとして、次のように判示した。

[判旨]「何が心的外傷となり得るかはともかく、当該心的外傷によって発症する後遺障害の程度について、個人差が少なからず存在することは否定しえないこと、そして、Xが、本件行為後の学内での対応にも怒りや不満を示しており、これがPTSDをさらに増悪させた可能性もまた否定し得ないことからすると、Yにおいて、上記のような重度の後遺障害の発生を予見し得たとは考えられない本件においては、Yの賠償すべき損害賠償額(後遺障害による逸失利益)を労働能力喪失率35パーセント、喪失期間5年の範囲で認めるのが相当である。」

## 【6】福岡地裁飯塚支判平成14年3月27日判時1814号132頁

〔事案〕信号で停止していたX運転の車両に、後方から走行してきたY運転の車両が、時速50kmないし60kmでなんら減速することなく追突した。本件事故によりXは、頸椎捻挫等の傷害を負ったとともに、PTSDを発症したとしてYに対し損害賠償請求を請求したところ、XのPTSD発症の主張に対し、Yは、Xの不安を身体化しやすい性格傾向や人格上の問題が大きく影響していると考えられるので、その寄与割合分として大幅な減額をするのが相当であると主張した。福岡地裁飯塚支部は、DSM-IVのPTSD診断基準に照らすと、Xの症状はPTSDであるということができるとした上で、素因の寄与について、以下のように判示した。

〔判旨〕PTSD発症を理由とする後遺障害逸失利益につき、Yが主張する素因の影響に関し、Xの有する素因がPTSDの発症にどの程度関わっているかについては、これを明らかにする証拠はないが、Xの加害者に対する気持ちや考え方の癖（Yに対する憎しみや自分が病気であることがYに対する一種の制裁であるという考え）がその病状の軽快及び治癒の遅れにある程度影響を与えていることは否定できないとして、過失相殺の立法趣旨から1割を減額するとした。

環境的要因は、PTSD発症の危険因子として医学上一般的に知られているが、これを法規範としてはいかに評価すべきであろうか。環境的要因と明記したのは次の【7】のみであり、その評価は上記の外在的要因による脆弱性の増強に類する評価である。

## 【7】横浜地裁平成10年6月8日判タ1002号221頁

〔事案〕交通事故に腰椎脱臼骨折、左下腿骨骨折、左腓骨神経麻痺等の傷害を負った被害者が、事故から5年以上経過した後に精神的不安定症を発症した事案につき、右精神不安定症は事故の外傷体験によって引き起こされた重度のPTSDであるとされ、後遺障害等級は7級と診断された。横浜地裁は、ICD-10のPTSD診断基準を適用して、XのPTSDの発症を肯定した上で、素因の寄与について、心因的要因と環境的要因の二つを分けて言及した。

〔判旨〕性格的要因の寄与については、「Xの心的外傷後ストレス障害に影響を与えるような性格的要因が副次的にも存在したことは認められ

ない」として、その寄与を否定したが、環境的要因の寄与については、夫や兄の死、父親の行方不明などの環境的要因の寄与が認められるとした。ただし、Xの発症は第5回入院を退院してからの5年後であるが、発症時期について合理的な説明がつかないこと等から二次的ストレスは副次的なものであることを考えると、環境的要因の寄与は二次的なものにとどまるとして、逸失利益全体の金額から1割を減額した。

医学上は確かに、環境的要因等の外在的要因は、PTSD症状に対するストレス因子の一種であると知られている。しかし、これを法的に評価する際には、その存在の事実があったとしても、直ちにPTSDの発症につながるわけではないことを考えなければならない。当該外在的要因が、PTSDの発症及び遷延化にどのように影響を与えたのか、発症・遷延化のプロセスの観点から評価すべきである。外在的要因といわゆる素因である心因的要因とは、本質的に異なるものである。すなわち、心因的要因とは、被害者自身の有する危険因子であり、PTSD症状に対する本質的要素を構成するといえる。他方、外在的要因は、PTSD症状に影響する外部からのストレス因子である。当該ストレス因子がPTSD症状に影響を与える場合、そのストレス因子に対する被害者の抵抗力が問われる。ストレスに対する反応というのは、まさに被害者の主観的反応である。ここで挙げた事例を検討するに、心因的要因（脆弱性）があったからこそ、ストレスに対する抵抗力が低下し、PTSDが発症・遷延化するに至ったものと評価することができる。すなわち、外在的要因により脆弱性が增強された結果である。この意味では、外在的要因そのものを素因減責論に取り込むことは適切ではない。外在的要因の寄与を理由とする事例については、PTSD症状からの回復あるいはPTSD症状に対する抵抗力につき、外在的要因が消極的要素として関与し、心因的要因の発現を促進したものと評価すべきであり、従来素因とは異なった視点からの検討を要するであろう。

### 3.2.3. 素因斟酌否定例

数は少ないが、PTSDの罹患を認めた上で素因の斟酌を否定した事案も見られる。以下、その理由づけを検討する。

## 【8】大津地裁彦根支判平成13年12月28日判時1790号141頁

〔事案〕犬の散歩中に後方からY運転の普通貨物自動車に衝突され、肋骨骨折等の傷害を被ったXが、本件交通事故によりPTSDに罹患したとして損害賠償請求した事案。治療の遷延化は、Xの既往症ないし性格等の心因的素因によるものであるから減額すべきと主張した。大地地裁彦根支部は、DSM-IVのPTSD診断基準に基づき、XのPTSD罹患を認め、次のように述べ、素因の寄与を否定した。

〔判旨〕被害者は、事故以前3年間毎年複数回診察を受けており、継続的に診療を受けてはいたが、このことがPTSDの発症に寄与したことを認める証拠はない。また、内向的、神経質であるといえるがPTSD発症に寄与したかは不明であること、ICD-10によると、「人格傾向(すなわち、強迫的、無力的)や神経症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」とされていることを併せ考えると、被害者の既往症及び性格が損害の発生に寄与しているとは認めがたいとした。

## 【9】神戸地判平成17年1月18日交民38巻1号90頁

〔事案〕訴外Aが運転する観光バスにバスガイドとして乗務していたXが、高速道路の追い越し車線に停車していた別の観光バスに追突した事故において、Xが左足を鉄パイプに挟まれ身動きが取れない状況になり、事故から約3時間後に救出されたという事案である。Xは、本件交通事故によりPTSDに罹患したとして損害賠償を請求したのに対し、Yは、Xの症状にはXの人格的な要素が寄与しているとして素因減額を主張した。神戸地裁は、XがPTSDを発症したことを認定し、素因の寄与については次のように述べ、Yの主張を排斥した。

〔判旨〕人格的要素(依存的、怖がり、泣き虫などの性向)は、軽重の差はあれ各人がごく普通に有するものにすぎず、程度が並はずれて大きい、もしくは無視できないほど損害の拡大に寄与しているものとは認められない。

【10】東京地判平成17年11月30日交民38巻6号1608頁

〔事案〕Yが、X自宅前にY車両を停車し、意識を失った様子で身体が車両から落ちそうになっていたため、Xが、Y車両のドアを開扉して身を入れてYを車外に出そうとしたが、Yの身体が大きく無理であったので、Yを抱えるように車内に入れようとしたところ、Y車両のエンジンがかかったままであったため、Yの足がアクセルを踏み格好になってY車両が発進し、対向車と衝突した。その間、Xは、Y車両で約20mほど引きずられ、対向車との間に挟まるような形になって負傷した。Xは、本件事故によりPTSDを発症し、後遺障害が残ったとして損害賠償を請求したところ、Yは、Xの素因が寄与しているから減額すべきであると主張した。

〔判旨〕東京地裁は、PTSDの罹患を認定し、PTSDとしては中程度、後遺障害等級では12級相当に該当するものとした上で、労働能力喪失期間の判断に際し、PTSDについては、一般に、時間の経過とともに軽快することが知られており、Xの症状の遷延要因の一つとして本件訴訟の係属に伴う精神的苦痛も考えられること、入院治療につき一時的に改善傾向も見られたことを考慮すると、労働能力に影響があるのは控えめに見てもおおむね10年程度と考えられるので、10年を相当とした。PTSDへの素因の寄与については、一般的可能性の域を出るものではなく、素因による減額をすることは相当ではないとした。

上記3例で注目されるのは、【8】の指摘する、ICD-10の「人格傾向（すなわち、強迫的、無力的）や神経症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」という点である。【8】では、これを、PTSDの発症には素因の関与を排除して考えられると読んだものと解されるが、この基準の読み方には疑問が残る。一口にPTSDといっても、その症状の程度には差が生じる。そして、その程度の差が生じる要因として、素因が関与していることは十分考えられることである。そうであるならば、PTSDの発症一般につき、素因の関与を排除して考えるというのは、賠償問題としては事態に即した判断とはいえないであろう。上記基準は、ICD-10として「外傷的体験」の強烈さを要求するものと理解

すべきものであり、症状の悪化や遷延化への素因の関与を否定してはいない。とすれば、それらについての検討が必要であったといえる。事実、Yは、治療の遷延化について問題にしていたのである。

もう一点、興味深いのは、【10】の労働能力喪失期間の判断である。【10】では、労働能力喪失期間を10年と認定するのに際し、訴訟継続に伴う精神的苦痛も考慮に入れている。これは、見方によっては、心因的要因ないし環境的要因と評価することもできる。こうした事情を素因の寄与に応じて過失相殺の類推適用による減額と構成するか、あるいは労働能力喪失期間の認定の考慮要素と構成するか、いずれの法律構成が適当であるのかについて、さらに検討を要する課題である。

## 4. 学説の状況

2.1.2.で既に述べたが、PTSDをいかなる精神疾患と理解するかについては、診断基準、特に「外傷的体験」及び素因関与の解釈によって大きく異なる。PTSDと素因との関係をどのように評価するかに対する学説の評価は、大きく2つの立場に分けられる。すなわち、診断基準を厳格に適用し、「外傷的体験」に該当するものだけがPTSDであるとする厳格基準PTSDと、診断基準を緩和し、「外傷的体験」に該当せずとも日常的出来事によってPTSDを発症するとする緩和基準PTSDである。

### 4.1. 厳格基準PTSD

DSM-IVないしICD-10の診断基準に該当するものだけがPTSDであるとす立場による素因の評価は、大別して次の3つに分けることができる。

#### 4.1.1. 「外傷的体験」を限定的に捉える見解

杉田は、「戦闘場面体験」という「例外的な出来事体験者」であってもPTSDを発症するのはごく一部に限られることから、PTSDを引き起こすような「外傷的体験」をかなり限定的に捉えている<sup>45</sup>。杉田がこのように考えるのは、軽微な出来事によってもPTSDを発症すると認めると、過大な

<sup>45</sup> 杉田・前掲注2・74頁。

賠償になりかねないことを危惧するからであり、PTSDを拡大解釈する立場は、PTSDの概念を曖昧にさせる結果となり、ひいては真の意味のPTSD患者の救済に影響を及ぼすと考えるからである<sup>46</sup>。杉田は、このような理解を背景として、ICD-10、DSM-IVの要件を充たす場合は（素因による）減額は余り考えられないとする<sup>47</sup>。他方で、診断基準を充たさない場合には、それは既にPTSDではなく、素因の寄与を理由とする減額を否定しない見解と解される。

脳神経外科医師である北見も、杉田と同様に、基本的に診断基準を充たさないものはPTSDではないと理解する。そのうえで、PTSDをトラウマ関連障害（Trauma Associated Disorders, TAD）という大きなカテゴリーの一部と考えることを提唱する<sup>48</sup>。だれもが傷つくような体験といえるもののみが「外傷的体験」であり、「外傷的体験」から生ずる症状のみをPTSD（単純型PTSD）と認める立場から、複雑性PTSDについては、複雑性PTSDという言葉が混乱を招くので、別のカテゴリーを作り、その中でPTSDと区別して解離性障害、適応障害、人格障害などと分類する<sup>49</sup>。すなわち、TADとは、ある出来事を症状の出発点とするが、主観的トラウマ論も含め出来事の激烈さは考慮せず、その後のストレス障害の中核症状を呈する精神・身体障害群と定義し、ある出来事がPTSD様の症状を呈するが、本人の性格や素因などの内因性要素が強い場合は、TADの範疇ではあるがPTSDとは区別する（つまり、TADではあろうが、PTSDとは考えない）のである<sup>50</sup>。北見は、こうした理解のもと、外傷的出来事であれば、だれもが傷つく体験であり、性格や素因の入り込む余地のない出来事であり、心の傷を負わせるほどのトラウマ体験と症状との因果関係は100%ということになり、PTSD診断がついた場合は100%外傷（体験）由来ということになるとする<sup>51</sup>。

---

<sup>46</sup> 杉田・前掲注1・62頁。

<sup>47</sup> 杉田・前掲注1・61頁。

<sup>48</sup> 北見・前掲注24・94頁、同・前掲注27・125頁。

<sup>49</sup> 北見・前掲注27・125頁。類似の考察として、岡野健一郎「外傷性精神障害のスペクトラム」精神科治療学第10巻（1995）9-19頁。

<sup>50</sup> 北見・前掲注27・125頁。

<sup>51</sup> 北見・前掲注24・95頁。

つまり、PTSDと診断名がついた場合には、その発症に関して素因の影響は考えないとするのである。他方、トラウマの契機の出来事プラス本人の性格や素質という場合には純粋にPTSDといえず<sup>52</sup>、更に複雑性PTSDは別の精神障害であるという立場から、単純型以外の場合、つまり診断基準から外れる場合は、素因の問題として考えるべきであるとする<sup>53</sup>。

#### 4.1.2. 素因の考慮を例外的に認める見解

精神神経科医である黒木も、PTSD診断に対して慎重な姿勢をとっており、単純型PTSD以外はPTSDとは診断すべきでないとしている。仮にPTSDと診断されたとしても、本来ならば、後遺障害として認めるべきではないとするように<sup>54</sup>、原則的には診断基準を厳格に適用する立場に立つ。しかし、一切の素因の考慮を認めないとするものではない。黒木の見解のポイントは、PTSDと診断しうるか否かという点と、PTSDの遷延化にある。黒木は、性格の脆弱性が存在しようと脆弱性に関係ないほどの強い壮絶な外傷体験が個人に作用して初めてPTSDは発症するものと理解する。その上で、性格傾向の脆弱性が高いから精神疾患発症につながったと短絡的に考えるのではなく、あくまでも心理負荷が本人の精神状態に影響を与え、そのことが精神疾患の発症にどうかかわり、形成された精神症状がどのくらいの期間、持続するのかなどを検討することが重要であると考えている。他方、心的外傷の強度が軽～中等度であり、むしろ個人の性格の脆弱性・過敏性が主たる精神症状の形成因子であるにもかかわらずPTSD診断がまかりとおるのは、精神科診断という観点から問題であるとする<sup>55</sup>。黒木は、こうした理解を背景として、PTSD発症と本人の脆弱性との関係において、722条2項の類推適用の対象となるかとの問題について、PTSDを発症する人とならない人がおり、PTSDを発症する要因には本人の脆弱性も関与しており、たとえ脆弱性が高かったとしても、心的外傷に起因する病態が、ど

<sup>52</sup> 北見・前掲24・95頁

<sup>53</sup> 北見・前掲注24・91頁。

<sup>54</sup> 杉田雅彦・黒木宣夫・山口齊昭、児玉安司「PTSD並びにPTSDの周辺疾患をめぐる諸問題」賠償科学31号(2004)105頁(黒木発言)。

<sup>55</sup> 黒木・前掲注24・454頁。

のように脆弱性の高い人に出現したか、という観点から発症しているかどうかの検討を要するとし、人の心には誰も多かれ少なかれ、脆弱性の部分は合わせ持っているため、PTSDの発症自体をもって、素因減額の対象とすることは必ずしも言い切れない<sup>56</sup>として例外的に素因を考慮する余地を認めている。他方、PTSDが遷延化した場合についてはより積極的な素因の考慮をする。強度の外傷体験によってPTSDを発症した人であっても、大部分は長くとも2～3年程度で消失するものと考えられるため、7年や10年、一生涯となると、多分に個々の脆弱性が、さらに出来事後に起こった別の出来事状況が関与していると感じられることから、減額対象となることを認めるのである<sup>57</sup>。

藤田も黒木と同様に、PTSD発症には素因の影響を排除し、症状の遷延化との関係では素因の関与を指摘する。すなわち、発症については、PTSD診断基準の第一要件は「危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を体験(DSM)」、「並外れた脅威や破局的な性質でストレスの強い出来事、状況に曝露される(ICD)」であり、この状況を考えるならば、真のPTSDであれば性格的要因、心理的要因が関与するレベルを超えて病態が発症することが推認されるものであり、素因関与の影響は考えにくいとする<sup>58</sup>。他方、症状の遷延化については、PTSDの症状経過が性格の特異性、脆弱性の影響下にあると考えることができ、更には事故受傷によって受けた身体的外傷の治療経過にPTSDがどのように作用しているのかと同時に性格的要因が身体的外傷に関わりを持っていないのかどうかといった方向からの検証が必要ではないかと指摘している<sup>59</sup>。

#### 4.1.3. 素因の考慮を否定する見解

溝辺は、上述の黒木、藤田と異なり、PTSD症状の遷延化についても素因の影響を否定する。すなわち、外傷起因の破局的体験とか死に比肩する

---

<sup>56</sup> 黒木宣夫『PTSD診断と賠償』（自動車保険ジャーナル、2003）43、44頁。

<sup>57</sup> 黒木・前掲注65・44頁。

<sup>58</sup> 藤田武宏「PTSD（心的外傷後ストレス障害）判決に関する一考察」賠償科学28号（2002）153頁。

<sup>59</sup> 藤田・前掲注67・154頁。

といったストレスに対する人間の耐性は、千差万別であり<sup>60</sup>、純粹に激烈な外傷体験のみによって強い心因反応が残存し慢性化していると評価が可能であれば、それは、強い心因反応自体が外傷体験そのものと評価できるのであるから、外傷体験以前の被害者本人の心因によらないことは明らかであり、従来の手法で考えられている寄与度減責は認められないこととなろうとする<sup>61</sup>。溝部がこのような見解をとるのは、PTSDが心因性精神障害の一類型であるならば、賠償法上、常に「心因を要素とする減額」の抗弁に曝されることを危惧するからである<sup>62</sup>。PTSD自体が他の心因性の精神障害と連続性を持った疾患として理解される以上、素因減額の枠組みに乗るのは避けては通れない問題であり、ひいては素因減額論自体の評価も問われることとなろう。

#### 4.2. 緩和基準PTSD

他方、診断基準を緩和してPTSDの発症を認める立場では、素因とPTSDとの関係は次のように評価される。

精神科医である飛鳥井は、日常的出来事によってもPTSDは発症すると理解し、その発症への素因の寄与を許容する。「通常人の反応の範囲を大きく逸脱した」症状については、PTSDというのは疑問であり、「むしろ適応障害と診断するのが妥当」であると考えてるのであるが<sup>63</sup>、仮にPTSDと診断するとしても、他の心因的要因を考慮すべきであるとするように<sup>64</sup>、飛鳥井は、PTSDの発症への素因の寄与を常に考慮すべきであると考えているのである。DSM-IVに比べ診断基準が厳格であるといわれるICD-10についても、「人格傾向(すなわち、強迫的、無力的)や神経症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

<sup>60</sup> 溝部・前掲注11・38頁。

<sup>61</sup> 溝辺・前掲注11・40頁。

<sup>62</sup> 溝部・前掲注11・38頁。

<sup>63</sup> 飛鳥井望「後遺障害評価をめぐる最近の動き—非器質性精神疾患(PTSD等)をめぐる医学上の問題」交通法研究34号『後遺症』(有斐閣、2006)17頁。

<sup>64</sup> 飛鳥井・前掲注63・18頁。

でもない」という定義からは、明らかに他の要因によって損害が拡大している場合には、過失相殺の類推適用による減額などの考え方を導入することができる旨指摘する<sup>65</sup>。

山口は、医学的には基準が緩和されつつある傾向を捉え、わが国では素因を診断基準に取り込む DSM-IV の使用を推奨する。その理由として、わが国では素因減額の手法が定着しているから、PTSD との病名診断と素因減額を組み合わせることで、病名診断の不確実性を補うことができ、交通事故訴訟における PTSD 事案では、実質的には緩和された原因基準（A 基準＝ストレス因子基準）と素因減額の組み合わせを定着させるのが穏当であるからだとする<sup>66</sup>。山口の意図は、PTSD 発症の医学的認定が穏やかになされる反面、賠償責任の野放図な拡大を避けようとするところにあると解される。

下田は、賠償法上は、PTSD とそれ以外の非器質的精神障害を連続的なものと捉えておき、個々の被害者に生じている精神症状による損害の算定の問題に特化した議論がなされるべきであると考え、このような判断枠組みにおいては、PTSD 診断は、被害者の精神症状が存在する（詐病や誇張ではない）ことを確認するものとして、また、後遺障害等級ないし労働能力喪失率・期間および素因等の寄与による減額の可否を判断する際の一資料として活用されることになろうとする<sup>67</sup>。性格的素因等の寄与による減額について、下田は、素因を相当因果関係の認定ないし等級評価において判断の中に解消させてしまうことも可能となるのであれば、性格的素因等の寄与による減額を認め、裁判実務においても使い勝手の良い理論を構築した上で、訴訟における判断の妥当性を事後的に検証できる枠組みを調べておく方が、生産的であると主張する<sup>68</sup>。

---

<sup>65</sup> 飛鳥井・前掲注63・23頁。

<sup>66</sup> 山口・前掲注29・166頁。

<sup>67</sup> 下田大介「交通事故賠償訴訟における PTSD 診断と精神症状による損害の算定」岡山商科大学法学論叢15号（2007）57頁。

<sup>68</sup> 下田・前掲注67・70頁。

### 4.3. 考察

#### 4.3.1. 診断基準について

なるほど、医学的に診断基準が緩和されてきていることを考えるのであれば、PTSD発症を緩やかに認め、法的判断において診断名の不確実性を調整するというのは、実務的には使い勝手がよく、また、「公平」な判断を提供することができるといえよう。また、訴訟において医師の下した判断を精神医学の専門外である裁判官が否定すると、患者の精神科治療が困難になるなどの弊害があるとの指摘もあるとおり<sup>69</sup>、診断基準を厳格に適用することの弊害も考えられることである。しかし、そうであるからといって、安易な認定が正当化されるわけではない。

わが国では専門的にPTSD診断を下せる医師は多くないといわれており、法廷に持ち込まれる診断書も専門医が見ると、PTSDといえるのかはなほだ疑わしいものが多いという<sup>70</sup>。そして、医学的にもまだまだ不明確な精神疾患概念を、さらに法廷において、医師でもない裁判官に判断させるというのは、ある意味では危険な作業であるとすらいえよう。また、診断基準を緩和してPTSD罹患を認める見解は、ともすれば、素因減額できるのであるから診断名は不正確でも構わないということもなりかねず、臨床現場でのPTSDの安易な認定へと繋がりがかねない。PTSD概念が曖昧なものになり、真のPTSD被害者救済の妨げになりうるという批判を免れないであろう<sup>71</sup>。現状では、以上のような危惧が払拭できない以上、厳格な診断基準を適用するのが望ましいと考える。とはいえ、厳格な基準を採用したとしても、PTSDの発症・遷延化への素因の寄与を全く排除して考えるべきというのではない。以下で述べるように、PTSDの発症及び遷延化は、ストレス反応に対する抵抗力とその脆弱性の点からの評価が可能であるからである。

---

<sup>69</sup> 下田・前掲注67・60頁。

<sup>70</sup> 杉田他・前掲注54・104頁(黒木発言)。黒木の経験によると、訴訟になりかけて、自分の弁護士からPTSDの診断書をもってこいと言われて来院する者もいるとのことである。

<sup>71</sup> 杉田・前掲注1・62頁。

#### 4.3.2. 発症・遷延化について

診断基準を厳格に適用する立場によれば、PTSDの発症・遷延化への素因の寄与は排除して考えられるというが、どのような場合でも素因の寄与を考慮しないというのは、PTSD発症のプロセスからすると、実情に合っていないと言わざるを得ない。

PTSDが発症・遷延化するのには、被害者が「外傷的体験」及びそこから生じるストレス反応に抵抗することができなかった場合である。「外傷的体験」から発症まで、一連のプロセスにおいて、素因は関与してくるのであるが、素因はストレス反応に対する抵抗力を低下させるのである。PTSDの発症は、「外傷的体験」に対するストレスをいかに適切に精神的に消化するかによる。「外傷的体験」を経験した者であれば誰でもそこから生じるストレス反応や他の外的要因によるストレス反応に曝されるのであり、PTSDを発症するに至るのは、素因という脆弱性を抱えているが故にストレス反応に抵抗、適応できなかった、すなわち、ストレス反応を適切に精神的に消化できなかった結果であると評価することができよう。遷延化も同様に、一旦PTSDを発症したとしても、そこからの回復という点でストレス反応への抵抗、適応が問われることになる。

素因は、PTSD症状への抵抗力及び回復力についての消極的要素である。ストレス反応を適切に精神的に消化できなくさせる一要素といえる。そして、ストレス反応への抵抗、適応という精神的消化のプロセスは、まさに被害者の個人領域内の問題である。このように捉えると、客観的回避可能性を観念することが許されよう。すなわち、客観的には、PTSDからの回復意欲の低下が自らの法益を蔑ろにしているとみなすことができる。回避しうる事態(=損害)まで加害者に転嫁するのは「公平」とはいえないであろう。

## 5. 結びにかえて

横浜地裁平成10年6月8日を契機として争点となったPTSD論争では、当該精神疾患が「PTSD」であるか否か、すなわち、診断基準のいう「外傷的体験」に該当するか否か及び診断基準はいかに適用すべきかが、主たる論点であった。しかし、その内実を見るならば、PTSD症状には様々な

危険因子すなわち素因が関与していることが研究から示唆されるに至ったように、診断基準もまた素因との関係から見直されなければならず、かつ、素因をどう評価すべきかが問われているのであった。

本稿は、上記の点を考察してきたものであるが、今一度検討を敷衍するならば、以下のとおりである。

### 5.1. 診断基準と素因

診断基準と素因とは密接に関連している。この点につき、厳格基準と緩和基準の対立がある。ただ、研究結果から危険因子(素因)が関与していることが明らかとなってきている医学的現状を考慮すると、新基準に素因を取り込み緩和して適用するのが穏当であろうか。しかしながら、裁判例の検討によれば、それだけではない。実際には、素因減額と組み合わせることで診断基準を実質的に緩和していると評価することもできるものがある。これは一定の評価が可能である。しかし、反面で、PTSD認定の場面を実質的には素因の評価の場面に転換したにすぎないとの評価もまた成り立とう。また、素因減額と組み合わせることは、ともすると、PTSD概念が曖昧なものとなりうるという危険性をはらんでいることも指摘しておかなければならない。以上の危惧が払拭できない以上、現状では、診断基準を厳格に適用するのが妥当であると考ええる。

### 5.2. 素因の関与の実態

PTSDをめぐる訴訟で問題とされるのは、心因的要因ないし環境的要因(外在的要因)である。ともに医学的には危険因子とされるが、両者は本質的には異なるものである。すなわち、心因的要因は従来の素因減額論が妥当するが、環境的要因はもう一つのフィルターを要する。つまり、環境的要因(外在的要因)は、PTSDからの回避あるいは抵抗力の低下の一要素なのであり、心因的要因といった被害者の主観的要素に消極的要素として影響する因子なのである。換言すると、ストレスを精神的に消化できない結果生ずるのがPTSDであり、そのストレスの精神的消化を妨げるのが心因的要因であり、これを増強するのが環境的要因である。こうみると、環境的要因は、精神的消化に対する消極的要素と評価することにより初めて素因減額論に整合的となる。

### 5.3. 法理論として — 残された問題

本稿はPTSDと素因との関係につき、そもそも素因を斟酌すべきか否かには触れず、減額要素として捉えるのであれば、どう評価すべきかについて検討してきたが、その法律構成は未解決である。すなわち、過失相殺の類推適用構成が妥当であるのかどうかについては論じてこなかった。この点につき、前掲【10】東京地判平成17年11月30日が示唆的である。【10】は、労働能力喪失期間の認定において、実質的に素因を考慮し期間の短縮を図っているものと評価することができるからである。この構成が妥当であるのかは、さらなる検討を要する課題であり、かえって過失相殺類推適用構成といずれが適当であるのかについても検討しなければならない。また本稿の立場からすると、回復意欲の低下による法益の蔑ろ、すなわち客観的な回避可能性と観念するならば、過失相殺の類推適用ではなく、本来の過失相殺の枠組みでの評価も成り立ちうると考えられる。これもまた検討すべき課題である。

以上、残された課題は多いが、これらの点については別稿に譲り、一旦筆を置く。

#### ○診断ガイドライン

##### 《DSM-IV》

#### 309.81 外傷後ストレス障害の診断基準

A その人は、以下の2つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある。

(1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。

(2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。

注：子供の場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある。

B 外傷的な出来事が、以下1つ（またはそれ以上）の形で再体験され続けている。

(1) 出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心像、思考、また

は知覚を含む。

注：小さい子供の場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある。

- (2) 出来事についての反復的で苦痛な夢。

注：子供の場合は、はっきりとした内容のない恐ろしい夢であることがある。

- (3) 外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする（その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む）。

注：小さい子供の場合、外傷特異的な再演が行われることがある。

- (4) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛。

- (5) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性。

- C 以下3つ（またはそれ以上）によって示される（外傷以前には存在していなかった）外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺

(1) 外傷と関連した思考、感情または会話を回避しようとする努力

(2) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力

(3) 外傷の重要な側面への想起不能

(4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退

(5) 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚

(6) 感情の範囲の縮小（例：愛の感情を持つことができない）

(7) 未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、子供、または正常な一生を期待しない）。

- D （外傷以前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進状態で、以下2つ（またはそれ以上）によって示される。

(1) 入眠または睡眠維持の困難

(2) 易刺激性または怒りの爆発

(3) 集中困難

(4) 過度の警戒心

(5) 過剰な驚愕反応

E 障害（基準B, C, およびDの症状）の持続期間が1か月以上

F 障害は、臨床上著しい苦痛または、社会的、職業的または他の重要な領域における機能障害を引き起こしている。

急性：症状の持続期間が3か月未満の場合

慢性：症状の持続期間が3か月以上の場合

発症遅延：症状の始まりがストレス因子から少なくとも6か月の場合

発症後1か月未満：急性ストレス障害

発症後1か月後も持続：PTSD

○American Psychiatric Association, DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDER, 4<sup>th</sup> Edition, TEXT REVISION, 1994.

邦訳：高橋三郎ほか訳「精神疾患の診断・統計マニュアル」（医学書院、2002）による

《ICD-10》

1 ICD-10の臨床記述（CDDG） 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的な、あるいは破局的な性質を持った、ストレスの多い出来事あるいは状況（短期間もしくは長期間に持続するもの）に対する遅延したおよび／または遅延した反応と生ずる（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）。人格傾向（すなわち強迫的、無力的）や神経症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、ある種の「無感覚」と情動鈍化、他人からの離脱、周囲への鈍感さ、アンヘドニア、外傷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、患者にもとの外傷を思い起こされる手がかりとなるものへの恐れや回避がある。まれには、外傷あるいはそれに対するも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で、急激に生ずることがある。通常、過剰な

覚醒をともな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。不安と抑うつは通常、上記の症状および兆候にともない、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。

外傷後、数週から数か月にわたる潜伏期間（しかし6か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、持続的人格変化へと移行することがある。

2 診断ガイドライン（CDDG） 例外的に強い外傷的出来事から6か月以内に起きたという証拠がなければ、一般的にはこの診断をくたすべきではない。臨床症状が典型的であり他にいかなる障害（たとえば不安、強迫性障害、あるいはうつ病のエピソード）も同定できなければ、出来事から発症までの遅れが6か月以上であっても、依然として「推定」診断は可能であろう。外相の証拠に加え、回想、自白、夢、あるいは夢における出来事の反復的、侵入的な回想あるいは再現がなければならない。顕著な情動的分離、感情の鈍化、および外傷の回想を呼び起こすような刺激の回避がしばしば認められるが、診断にとって本質的ではない。自律神経障害、気分障害、および行動障害はすべて診断の一助となるが、根本的な重要性はない。

### 3 研究用診断基準（DCR-10）

- A 並外れた脅威や性質でストレスの強い出来事または状況（短期または長期にわたる）に曝露されて、それはほとんどの人にとって広範な苦痛をもたらすと考えられるようなものであること。
- B 乱入してきた「フラッシュバック」、生々しい記憶、繰り返し見る夢あるいはストレス因に似た状況や関連した状況に曝されたときに体験する苦痛によって、ストレス因の記憶がしつこくよみがえったり、「再体験」されたりする。
- C そのストレス因と類似または関係する状況からの現実的な回避、あるいは回避を好むこと。それらは、ストレス因に曝される以前には存在していないこと。
- D 次の(1)または(2)のうち、いずれかが存在すること。
  - (1) 想起不能が、部分的であれ完全なものであれ、ストレス因に曝さ

れた時期のいくつかの重要な局面として、見られること。

(2) 次のうち2項目以上として示される心理的な感受性と覚醒の増大による頑固な症状（ストレス因に曝される以前には存在していないこと）。

- (a) 入眠困難や睡眠（熟眠）困難
- (b) 焦燥感または怒りの爆発
- (c) 集中困難
- (d) 思慮不足
- (e) 過度の驚愕反応

E 基準B・C・D項のすべてが、ストレスフルな出来事の6か月以内またはストレス期の終わりの時点までに起こっていること（研究目的によっては、6か月以上遅れた発病も含めてよいが、その場合は明確に区別して特定しておくべきである）

○融道男ほか監訳『精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン』（医学書院、1993）による