

2023年 1月 30日

精神障害の長期療養者に関する意見書

厚生労働大臣 加藤 勝信 様

「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会」委員の皆さま

東京都江東区亀戸 7-10-1Zビル 5階

全国労働安全衛生センター連絡

議長 平野



同メンタルヘルス・ハラスメント対策局

横浜市鶴見区豊岡町 20-9

サンコーポ豊岡 505

神奈川労災職業病センター 事務局 川本 浩之

電話 045-573-4289 FAX045-575-1948

Email: [REDACTED]

私たち全国労働安全衛生センター連絡会議は、労働者の立場に立って、長年にわたり労働災害や職業病に関する相談・支援にあたってきた団体や個人の全国ネットワークです。

現在開催されている「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会」について、長年、被災労働者の支援に取り組んできた立場から、以下の通り意見を申し述べます。

1. 第10回の論点「4.療養、治ゆおよび再発」について

①論点資料1の 1-14(14 ページ)、「A2」の長期療養者の社会復帰についての論点において、精神障害の長期療養者が増加しているとして「療養期間の目安について、あらかじめ被災労働者や主治医に示しておくことが重要」との提案が書かれています。特に、「うつ病の経過は、6 か月～2 年続く」「適応障害の症状の持続は通常 6 か月」「遷延性抑うつ反応については持続は 2 年を超えない」などの点を示すことが可能か、などの提案が書かれています。

当連絡会議が長年にわたり数多くの労災被災者を支援してきた経験からしますと、ハラスメントを原因として発症した被災者は、単に長時間労働での発症よりも、療養が長引く方が多い傾向にあることが明らかです。ハラスメントに関連した場所や特定の年格好・性別の人物、あるいは物などが症状を誘発する状況が長期にわたって続き、10年～20年経っても症状が継続する方も少なくありません。

さらに、現在の制度では、主治医の診断とは異なる病名や発症時期であると判断した労災専門委員の意見に基づいて、支給決定をしていることも少なくない(しかも、専門医員は一度も本人の診察をしていない)という事実があります。この現状を踏まえると、労災認定で判断した傷病名のみで給付期間の目安を決めるこ

とは、現場の医療機関の診断と異なる傷病名によって療養期間を制約しかねない危険があり、被災者にとっても医療機関にとっても治療の妨げでしかありません。

このように、単に傷病名に基づいて一律に療養期間の目安を設けるのは、長期療養者の個々の実態から乖離しており、もっと慎重に考えるべきです。当連絡会議としては、今回の提案に強く反対いたします。

②また、同じく「A2」において「療養開始から1年6か月～3年経過した時点で、症状固定の有無等に係る医学的判断を求める必要がある。」との提案も書かれています。

現在でも、療養開始から1年半後と、その後は1年ごとに主治医診断書の提出等があり、療養状況のチェックがされています。療養状況の確認としてはそれで充分と考えます。

この提案が実行されれば、主治医は示された一定の期間しか保険治療は認められないと受け止め、頻繁に診断書を求めれば症状固定への圧力と感じるでしょう。さらに、頻繁な書類作成は、医師だけでなく、療養中の被災者にも大きな負担となります。長期療養者は書類作成など事務的作業に介助が必要な場合も少なくありません。

今回の提案は、被災者が安心して療養できる環境を妨げ、労災の不当な早期打ち切りを誘発するだけでなく、場合によっては治療の中断、さらには被災者の自死を招く危険性すらあります。当連絡会議としては、安易かつ早期に症状固定の医学的判断を主治医に求めようとする今回の提案に、強く反対いたします。

③同じく「A2」において記載されている、長期療養者の「社会復帰を推進する体制整備が重要」という指摘については、症状固定後の被災者の状況について十分な現状把握をした上での対策が必要です。

現在、精神障害の障害等級では非器質性の精神障害については、9級の7の2「神経系統の機能又は精神に障害を残し、服することができると認められる労務が相当な程度に制限されるもの」が一番重い等級で、障害補償は一時金で給付基礎日額の391日分です。症状固定され、障害等級9級の一時金を受けとった後、その被災者は働くことができるでしょうか。

例えば、「事業場が大企業でリハビリ就労にも取り組み、たとえ一日に数時間、週に2-3日しか働けないとしても職場で受け入れる」というような幸運な被災者はほんの一握りです。ほとんどの事業場は、受け入れようにも配置できる部署がなかったり、短時間しか働けない人を雇用できるほど資力が無かったりという状況であり、職場復帰が困難な状況に直面している長期療養者の方がはるかに多いのです。精神障害を持つ方の就労支援施設、作業所などもすべての人が受け入れられるわけではなく、適切な支援を受けられない場合の方が多なのが現実です。労災（障害補償）の一時金が尽きれば生活保護を受給するしかなくなる被災者もいます。現在、精神障害で長期療養している1000人以上の被災者が労災補償を打ち切られれば、そのうちの数百人から1000人以上の人が生活保護を受給せざるを得ない状況になる可能性もあります。本来、業務が原因であり労災保険によって補償をするべき被災労働者であるのに、生活保護制度がその受け皿になるのは極めておかしな話です。

長期療養者の社会復帰を考える上で、「障害等級」の見直しと「職場復帰」制度の充実は、必要かつ最重要です。その点について何ら具体的な検討のないまま、療養期間の目安を示す、あるいは症状固定の医学的判断を主治医に求めるといった提案が先行するのは、長期療養者の療養や補償、そして命そのものを根底から危うくする議論であると言わざるを得ません。

第10回の論点資料では「被災労働者の社会復帰支援に関しては、認定基準の問題とは別途、検討を深めていくことが必要ではないか」とも記載されています。しかし、本来であれば、療養期間の目安などという軽率な議論を提案する前に、まず社会復帰支援について調査・検討を尽くし必要な政策を実施していくことこそ、厚労省の職務です。今回の議論は、基本的な検討の順番からして完全に誤っています。

そもそも、今回の専門検討会の主たる検討事項は、「パワーハラスメント対策の法制化を踏まえた認定基準の検討」および「精神障害に関する最新の医学的知見等を踏まえた認定基準の検討」です（専門検討会開催要綱）。第9回までの議論において、長期療養者の状況について十分な知見の収集や検討などは行われていません。丁寧かつ慎重な分析・検討なしに、唐突にこのような提案がなされ議論が進むことそのものが極めて不適切な検討会の運営です。

当連絡会議としては、専門検討会が本来任務とする認定基準の議論に立ち返ること、そして、安易に長期療養者に関する議論を進めないよう、強く求めるものです。

以上

精神障害認定基準専門検討会に対する意見書
(治癒・症状固定について)

2023年(令和5年)2月16日

厚生労働大臣 加藤 勝信 殿

「精神障害の労災認定基準に関する専門検討会」担当
労働基準局補償課職業病認定対策室 室長 殿

過労死弁護団全国連絡会議
精神障害検討班

第1 はじめに

専門検討会第10回資料1「第10回における論点」で、「長期療養者の増加は大きな課題である」として、厚生労働省は「認定基準の検証に係る具体的な論点(たたき台)」(以下「たたき台」という。)[4 療養、治癒及び再発]「A2」において「職場復帰が可能とならない場合も含め、医学的知見を踏まえ、療養開始から1年6か月～3年経過した時点で、症状固定の有無等に係る医学的判断を求める必要があるのではないか。」と提言している。

これは、「適切な治療が行えば、多くの場合概ね半年から1年、長くても2～3年の治療により完治するのが一般的」(平成15年の専門検討会報告書)という認識を前提に労災認定事案での長期療養事案の割合が顕著に高い(第10回専門検討会資料2)のが問題であり、このような療養の長期化の要因として疾病利得の影響なども考えられるため早期の休業補償の打ち切りをすべきという考えによるものと思われる。

しかしながら、そもそもうつ病をはじめとした非器質性精神疾患は難治性の疾患である場合もあり、2～3年という比較的早期に寛かいに至るのは半分前後に過ぎないし、他方で2～3年を超えて療養した事案も決して寛かいしないわけではなく1年ごとに1割前後は寛かいし、10年前後療養を続ければ8割前後は一旦は寛かいに至るというのがうつ病の経過である。一方、労災認定事案の療養状況は、後述の通り労災認定されていない一般の事案の療養の経過と顕著に異なるものとも言えない。このよううつ病の一般的な経過を考えれば数年程度の早期での症状固定は明らかに誤りである。厚生労働省の認定基準改定のたたき台の前提となる事実が誤っているし、労災認定事案が労災認定されていない事案と比べて、特別療養が長期化しているという事実はないのであり、認定基準を改定の前提となる事実が欠けている。

なお、過労死弁護団全国連絡会議は2011年6月6日付で症状固定及び再発に関する意見書を提出しており、同意見書から特段の変更があるわけではなく、本書は同意見書の症状固定に関する記載を中心に補足するものである。なお、以下では非器質性精神疾患の中でも最も典型的な疾病であるうつ病を念頭に論じるが、必要に応じて他の病気についても触れる。

第2 本意見の骨子

症状固定とは、「症状が残っていてもそれが安定して、もはや治療の効果が期待できず、療養の余地がなくなった場合」(昭和23年1月13日基災3号)である。この定義に沿って個別事案毎に治療経過や症状の推移に基づき判断するというのがおよそあらゆる労災による負傷及び疾病における症状固定の判断枠組みである。業務上の非器質性精神疾患の症状固定についても、この基本的枠組みを遵守すべきであり、非器質性精神疾患についてのみ、労災制度の基本的な枠組みを捻じ曲げて他の業務上の負傷や疾病と異なる扱い、すなわち一定の年数を区切って、病名、治療経過や症状の推移、主治医の治療の継続の必要性や今後の回復についての意見に関わらず、症状固定とする扱いは不適切である。

そして、前記の症状固定の定義及びうつ病をはじめとした非器質性精神疾患が難治性である場合もあり、長期間の療養後に回復に至る事例が多いという性質に鑑みれば療養期間の長期化はやむを得ないというべきである。

第3 理由

- 1 うつ病は難治性である場合もあるから、2～3年で「もはや治療の効果が期待できず、療養の余地がなくなった」と言えないのは病気の性質上当然の事であり、療養期間が長引くのはやむを得ないこと

この点たたき台では「一般的には(90%以上は)6か月から2年続くと考えられている、「2年以内に病状が安定する、3年以内に職場復帰可能」ことを改定の最大の根拠とするようであるが誤りである。うつ病は2～3年程度で回復するのは半分強、2～3年で回復せず遷延化したケースでも毎年1割程度が回復していくという経過を示すものである。このことは第10回専門検討会資料3、38頁上段のうつ病の慢性化の状況に関する調査(Venhoeven JE et al 2020)で「2年間の追跡で、患者の47%が慢性的な経過を示した」と記載されている通りであり、2～3年で回復するというのはせいぜい半分程度に過ぎない。

同様の研究結果その他にも多数あり、「予後良好と判断された症例は15～46%に過ぎず、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」「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ものは1年目で25%であったが、2年目には50%へと増加し、その後は52%～61%と改善は寛所となった。また、10年間に無償用レベルに達しなかったものが18%であった」「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か月以内に緩解したものが22%、1年以内は38%、2年以内は50%、3.5年では64%であった。」(木下玲子ら「うつ病の転機に関するエビデンス」EBM ジャーナルNo.5, 2004年62～65頁)、「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(中略)うつ病が続いていたのは13%という結果が出されて」いる(加藤敏、「うつ病の寛解」精神科治療学23巻3号、2008年、331～340頁)。

2 労災事案がそれ以外の一般のうつ病患者と比べて特に遷延化しているとも言えないこと

他方で、労災認定を受けた非器質性精神疾患の予後については資料3の9で部分的に引用されている論文「精神疾患により長期療養する労働者の病状的確な把握方法及び治癒にかかわる臨床研究」（以下、「平成28年研究」、「平成29年研究」という。）に記載されているが、平成28年研究31頁によると、平成28年時点で認定から1年経過した（そもそも、傷病手当金の受給期間内で回復しそうな被災者はわざわざ労災申請を行う必要に乏しいこと、発症から労災申請及び申請から業務上決定まで時間がかかるため、認定から1年というのは発症から3年程度と推測される）時点で治癒しているのは35.8%であり2年経過した平成26年は49.6%である。つまり認定後1年間経過時点で療養を継続していたとしても翌年までに21.6%のものが回復するということになる。その後についても毎年1割前後は回復していることが分かる（別紙2）。

一見、1で記載した「6か月以内に緩解したものが22%、1年以内は38%、2年以内は50%、3.5年では64%であった。」に比較すると回復率が低く見えなくもない。しかし、労災認定を得るまでに発症から申請までに1年、審査に1年程度かかるため少なくとも2年程度は経過している事案が大半と推測される上、発症後半年乃至1年程度で回復のめどが立つような事例では、そもそも精神疾患に罹患しても労災申請を行わないのである。なぜなら、精神疾患の労災申請は認定率が3割ほどと決して高くないにもかかわらず多大な労力を要するし、運よく認定されたとしても傷病手当金が支給される期間については傷病手当金との差額はわずかであり療養が長期化しない限りわざわざ労災申請するメリットが乏しいし、その上短期間で回復しそうな場合は原職への復帰を希望する労働者が多いが労災申請により会社との関係を悪化させ復職が困難になるリスクまであるからである。そのため、1年程度の短期間で回復した事例はそもそも労災申請を行わないため労災認定者にはほとんど含まれていないのである。労災認定者は少なくとも1年程度の間回復した事例（前記の研究結果で言えば1年以内に回復の38%）が母集団からほとんど外れていることを前提としてみると、労災認定者の経過は、一般のうつ病の患者との差は特にないのである。

なお、29年研究85頁では、30万円以下と以上の回復状況を比較して30万以上の多額の補償を受け取っているものについては長期化していると指摘している。しかしながら、30万円以下特に20万円以下しか補償を受け取っていない者は、部分的に就労可能な状態であり通院もしくは体調不良により欠勤したときのみ補償を受け取る比較的体調が良い者である（年齢階層別最低額の受給者でも30日間休業すれば20万弱になるのであるから、20万以下の大半は部分的に就労している者と推測される。）。そのような、部分的にしら働けてる状況の者が多数含まれる30万円以下の者と、常時就労していない者が大半である30万円以上の者を比較しても無意味である。

3 療養の長期化を訴因減額に際して斟酌することを否定した最高裁判例に反するし、

労働者災害補償保険法12条の2の2に反すること

心因性の疾患は一般に環境因と体質などの個体側要因が重なって発症するとされている。療養の長期化の要因として、仮に本人の個体側要因が影響している可能性は一つの要因であることは否定できないとしても、業務上のストレスがなければ発症しなかったし、発症しない以上遷延化することもないのであるから、本人の体質が影響して遷延化したとしても因果関係が断絶するとは法的には到底言えない。この点、平成23年11月8日付精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会報告書で業務外の事情が影響して発症した場合について「個体側要因によって発病したことが明らかな場合」「具体的には、業務による強い心理的負荷が認められる事案については、強度Ⅲに該当する業務以外の出来事のうち心理的負荷が極めて強いものがある場合や、強度Ⅲに該当する業務以外の出来事が複数ある場合等、業務以外の心理的負荷によって発病したことが医学的にみて明らかであると判断できる場合に限り、業務起因性を否定するのが適当である。」に限定されるとする。しかし、療養が長期化し個体要因が強くなったとして症状固定とするのであれば、同様に因果関係が断絶し、環境因を無視できる状況になったといえる程度の強い理由がなければならないが、そのような事情は、全く性質の異なる病気（例えば、うつ病で療養中に頭部外傷による脳機能の欠損で劇的に悪化した場合が考えられるであろうか？）を無関係に発症したといった事案くらいしか考えられない。

この点、損害の拡大に被害者の体質的な要因が影響した場合についてのリーディングケースとなる判例（最判平成8年10月29日民集第50巻9号2474頁）では「被害者が平均的な体格ないし通常体質と異なる身体的特徴を有していたとしても、それが疾患に当たらない場合には、特段の事情の存しない限り、被害者の右身体的特徴を損害賠償の額を定めるに当たり斟酌することはできないと解すべきである。けだし、人の体格ないし体質は、すべての人が均一同質なものということではできないものであり、極端な肥満など通常人の平均値から著しくかけ離れた身体的特徴を有する者が、転倒などにより重大な傷害を被りかねないことから日常生活において通常人に比べてより慎重な行動をとることが求められるような場合は格別、その程度に至らない身体的特徴は、個々人の個体差の範囲として当然にその存在が予定されているものというべきだからである」。この理は精神疾患にも妥当し、業務上発症したうつ病による損害の上乗せ補償を求めた東芝うつ病事件で「9年を超えて、なお寛解に至らないという事態を併せ考慮すると、本件鬱病の発病及びその後の寛解に至らない状態については、本件鬱病の発病につき業務起因性の認定を妨げるほどに重いものではないが、業務外にも発病を促進した因子又は寛解を妨げる因子が存在するという個体側の脆弱性が存在したものと推認せざるを得ない。」と判示し2割の訴因減額を認めた控訴審判決（東京高判平成23年2月23日）を最高裁（最二判平成26年3月24日民集246号89頁）は「上告人は、それ以前は入社以来長年にわたり特段の支障なく勤務を継続していたものであり、また、上記の業務を離れた後もその業務起因性や損害賠償責任等が争われて複数の争訟等が長期にわたり続いたため、その対応に心理的な負担を負い、争訟等の帰すうへの不安等を抱えていたことがうかがわれる。これらの諸事情に鑑みれば、原審が摘示する前記3(2)の各事情をもってしてもなお、上告人

について、同種の業務に従事する労働者の個性の多様さとして通常想定される範囲を外れるぜい弱性などの特性等を有していたことをうかがわせるに足りる事情があるということとはできない」と療養が長期化していることを原因としたわずか2割の素因減額すら最高裁は否定しているところである。

ましてや、労働者災害補償保険法は被害者の過失の有無にかかわらず、全額支給するのが原則とされ、労働者災害補償保険法12条2の2第2項「正当な理由がなくて療養に関する指示に従わないことにより（中略）負傷、疾病若しくは障害の程度を増進させ、若しくはその回復を妨げたときは、政府は、保険給付の全部又は一部を行わないことができる。」としている。これは、労災保険が労働者に最低限の補償を迅速に行うため、労働者の過失の有無を問わずに行うというものだからである。因果関係が完全に断絶したと言えるような場合はともかく、単に遷延化に体質が影響したに過ぎない場合は斟酌しないというのが労災保険法の立場である。とりわけ、前記の通り、うつ病は難治性の疾患である場合もあり、遷延化するのは全く珍しくないことであるし、遷延化の体質的要因を持っているのは通常想定される労働者の範囲内を外れるとは到底言えないことを併せ考えると、遷延化を理由に休業補償を打ち切るのは法的に到底許容されない。

4 症状固定は十分な治療が行われたが改善が見込めないことが前提であるが、そのような判断は治療期間で一律な期限を区切るような判断になじまないこと

(1) たたき台で産業医の「期間が3年（中略）続いたときには症状固定と判断すべきとした医師が89%に上る」としていることを根拠としているが、当該質問では前提として「臨床上『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」改善しなかった場合についての質問であることを明記しているものの、十分な治療が行われたと言えないことの方が多なこと

うつ病ガイドラインでは、抗うつ薬の十分量のうつ病のガイドライン P35、P39では、「抗うつ薬は単剤で使用し、多剤併用は行わないことを基本とする。第一選択薬を十分量・十分期間使用し、用量不足や観察期間不足による見かけの難治例を防止する。」こととされており、これは「実臨床では、健康保険で認められた最高用量まで増量後に完全寛解にいたることはしばしば経験する」からである。ところが、（損害賠償請求訴訟において長期化による訴因減額などが使用者から主張されて）協力医に意見を求めると、抗うつ薬の処方量が不十分であるとの指摘を受けることが多い。また、ガイドラインで避けるべきと明記されている抗不安薬の複数投与が認められることも珍しいことではない。「臨床上『医学上一般に認められた医療』がすべて行われた」といえる事案はむしろ少数である。

当然ながら、このような事情は医学の素人である本人には帰責性はないのであり、法12条の2の2第2項に照らせば減額や打ち切りは許されないのは明らかである。

(2) 遷延化したうつ病の相当数は双極性障害であると推測されているが、うつ病と双極性障害の鑑別は極めて困難であり、2～3年で両者を鑑別し適切な治療を行うのは容易ではないこと

大うつ病のガイドラインに記載されているように「双極性障害の抑うつエピソード（以下、双極性うつ病）に対して、不用意な抗うつ薬の投与によって、躁転（Mitchell et al, 2008）や、頻回に各種の病相を呈する急速交代化（Schneck et al, 2008）など、気分・行動・思考の不安定さが増強され、経過が複雑化するリスクがある。その結果、自殺企図・自傷行為を含め、行動面の問題が生じ得る（大うつ病ガイドライン P17）」とされており、気分安定薬を併用しない抗うつ薬の使用は推奨されていない。

ところが、双極性障害の病相の大半はうつ状態であり、双極性障害のうつ状態は症候学的にはうつ病との区別が困難であること、「軽躁状態を、患者は『調子の良い状態』と捉え、その既往を自覚できていないことが多いため、うつ病と双極性障害の鑑別は極めて困難である。そのため、初診から双極性障害と診断されるまでの平均年数が8.9年と報告する文献（Ghaemi et al, 2000）もあるくらいである。

そのため、うつ状態の患者を双極性障害と正確に診断し、適切な治療を十分な期間行うためには、2～3年という期間では全く不十分であることは明らかである。

なお、双極性障害は遺伝的要因がうつ病よりも強いことは指摘されているが、程度の差に過ぎず（一卵性双生児の比較試験等を参照のこと）、環境因が重要でないということではないし、双極性障害も労災の対象疾病とする一方で、適切な治療も受けられていないどころが有害な治療を受けていたにもかかわらず、症状固定として打ち切るのは

（3）ケーススタディ

たたき台で紹介されている控訴審係属中の事案（水戸地判令和3年10月7日）の概要は別紙1のとおりである。このような双極性障害との（結果的には）誤診が絡むことや、多剤併用や不十分な治療の事例は特段珍しくないが、このような個別の事情は一律な判断になじまないことは明らかである。

以上

水戸地判令和3年10月7日事件の概要

1 事案の概要

被災者は平成20年うつ病を発症したとして、平成21年に労災申請、その後、業務外決定を経て、平成24年に自庁取消しにより業務上決定。その後、病状は一進一退の状況が続き、一度も復職しないまま、平成31年3月末に、症状固定で同年4月1日以降休業補償の不支給決定を行う。

被災者は令和元年9月に現在の主治医に転移し、現在の主治医が病状を再度見直したところ、双極性障害の可能性が高いとして、気分安定薬を処方したところ、体調が大幅に改善し、これまで参加できなかったリハビリに継続的に参加できるところまでは回復したが、就労はできない状況が続いている。

2 地裁での被災者と国の主張

(1) 被災者の主張の要旨

- ① 症状固定とされた平成31年3月ころは、体調が極度に悪化し、運転免許証の停止処分を受けるなどしていたほどであり、体調は全く安定していなかった。
- ② 現在の主治医に転院後、双極性障害と病名が変更され、投薬治療の内容を変更した。その結果大幅に体調が改善しリハビリに参加できるようになったのであるから、それ以前の治療は十分な治療とは言えない。

(2) 国の主張および判決の要旨

- ① は仮に症状の悪化が認められるとしても、うつ病の症状としてよくある体調の波の範囲内である。
 - ② については、
 - ア 双極性障害であるとのカルテの根拠がない。
 - イ 仮に双極性障害であったとしても、抑うつ症状が主たる症状であり、うつ状態に対する治療であることには変わりなく、本人も効果を感じる旨カルテに記載されており「診断名の違いが殊更重視されるべきでない」。
 - ウ 現在の主治医に変更後に体調の改善があったとしても、それは投薬内容の変化によるものではなく、前勤務先と決別するよう指導した効果であり、治療の効果によるものではない。
- 地裁段階では原告は本人訴訟であることもあり、(2)の主張に対する再反論はされておらず、地裁判決は国の主張に沿った判示をして、症状固定を認めた。

(3) 控訴審における主治医の意見書の要旨

ア 国の主張に対する再反論

②ア(双極性障害の根拠について)あらためて聞き取りをした結果双極性障害と診断したが、前医のカルテにも「子細な情報を延々話す」など双極性障害を示唆する記載があり、現在の主治医に対してもビジネスのアイデアが次々湧いてくる旨述べた

り、ディケアのカルテにも本題とは無関係な話を繰り返し話すとの記載がある。さらに、前勤務先とのトラブルは自らに特にメリットがないばかりか、自らが責任を問われかねないものであり、国も「特異とも思える」と準備書面で評価しているように病的な好訴性が認められる。

②イ（抑うつ症状に対する治療であるからうつ病と双極性障害の病名の違いは重視されるべきではない）明らかに医学的常識に反する。双極性障害に対する抗うつ薬単剤使用が悪化させる危険があり推奨されないことはガイドラインにも明記されている。

②ウ（投薬内容の変更ではなく、生活指導によるもので治療の効果ではない）生活指導は精神科臨床の極めて重要な手段であり、治療ではないというのは医学的常識に反する。

イ その他の指摘

① 仮にうつ病だったとしても十分な治療がされていない

抗うつ薬としてはパキシル10mgに留まっており、それ以外にはレキソタン、デパス、ソラナックスとベンゾジアゼピン系の抗不安薬が複数処方されているが、パキシルの最大用量は40mgであり不十分であるし、ガイドラインで避けるべきとされている抗不安薬の複数投与がされている。その後、その後、ルボックス50mgが処方されているがこれも最大容量が150mgであり、うつ病としても不十分な地量子化されていない。

② 長年双極性障害が看過され適切な治療が受けられていない被災者の経過は特異なものではない

双極性障害とうつ病の鑑別は容易ではなく、初診から双極性障害の診断に至るまでの平均期間がおよそ9年であることを考えると、10年以上うつ病として治療されていた患者の診断が転医を機に双極性障害に改められ、主剤の変更によって快方に向かうことは、十分に起こり得る治療経過であり、被災者の経過は特異なものではないのであり、遷延化したからといって回復可能性がないとはならない。

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いております。

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

親岡
宜村

親岡
宜村

親岡
宜村

1 意見の対象

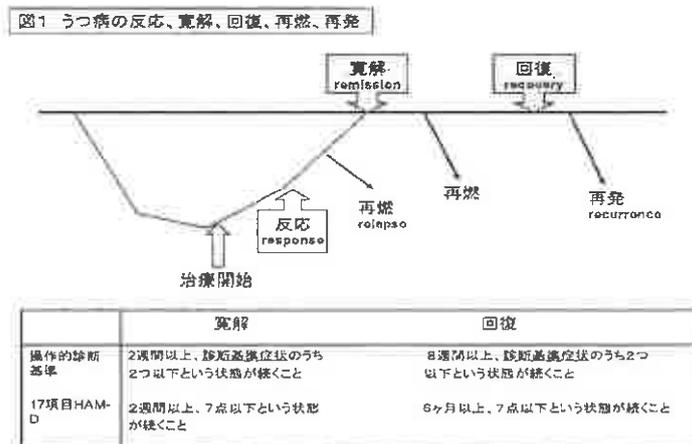
本意見書においては、支給決定件数が一番多いうつ病エピソードを対象として、療養、治ゆ及び再発に関する意見を述べるものである。

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いようになった時点を」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。⁽¹⁾【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」⁽²⁾。



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。

(7) 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.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

(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

しなかった者が8～15%あった」。

- 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」。⁽³⁾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を「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。⁽⁴⁾

うつ病は、以下の医学文献から明らかなおお、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.1.5No.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.1.5No.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」。
- (イ) 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、うつ病にあつては多くは3～9か月、神経症にあつ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。

ア 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、ひ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ヵ月間行い、「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ヵ月間であると考えられている」が、「最高で9ヵ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

(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

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カ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

(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

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なく、疾病エピソードからの回復」⁽¹²⁾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合うものであり、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」⁽¹³⁾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

ア 治ゆの時点

(12) 古川ら・前掲注(1)259頁

(13) 永山ら・前掲注(5)122頁

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」⁽¹⁴⁾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ー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」⁽¹⁵⁾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

(14) 加藤・前掲注(2)337頁

(15) 吉村・前掲注(8)826～828頁

とも齟齬がある」⁽¹⁶⁾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。

イ 症状固定

治癒の時点の前記のとおり解するならば、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、医学に関する専門家の判断、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われる場合には、安易に症状固定と認定するべきではない。⁽¹⁷⁾

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

(16) 古川ら・前掲注(1)260頁

(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である」⁽¹⁸⁾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なく、もともとあった脆弱性を賦活していっそう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」⁽¹⁹⁾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」⁽²⁰⁾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

精神障害認定基準専門検討会に対する意見書
(精神障害の悪化の業務起因性について)

2023年(令和5年)2月24日

厚生労働大臣 加藤 勝信 殿

「精神障害の労災認定基準に関する専門検討会」担当
労働基準局補償課職業病認定対策室 室長 殿

過労死弁護団全国連絡会議
精神障害検討班

第1 はじめに

当弁護団精神障害班は、2022(令和4年)8月23日付け精神障害認定基準専門検討会に対する意見書(精神障害の悪化の業務起因性について)において、既に発病している精神障害が悪化した場合の業務起因性について、

- 「1 対象疾病が悪化していること
- 2 対象疾病の悪化前おおむね6か月の間に、業務による強い心理的負荷が認められること
- 3 業務以外の心理的負荷及び個体側要因により対象疾病が悪化したとは認められないこと

という要件で判断すべきである。

その際、既に業務以外の要因で精神障害を発病している労働者については、当該精神障害の特性や病態、病状経過・推移、過去の出来事に対する心理的反応の在り様、業務による心理的負荷の内容、業務による心理的負荷と悪化の時期等を考慮して、①当該精神障害による病的状態に起因した思考から自責的・自罰的になり、ささいな心理的負荷に過大に反応する特性によって悪化した場合、あるいは②自然経過によって悪化する過程においてたまたま業務による心理的負荷が重なっていた場合といえるのかを医学的に慎重に判断し、個体側要因によって悪化したことが明らかであると判断できない場合には業務起因性を認めるべきである」(同意見書・第4)

と意見を述べた。

これに対し、第10回精神障害認定基準専門検討会の配布資料1「第10回における論点」における「認定基準の検証に係る具体的な論点(たたき台)」では、

「業務以外の原因や業務による弱い(「強」と評価できない)心理的負荷により精神障害を発病して治療が必要な状態にある者は、一般に、病的状態に起因した思考から自責的・自罰的になり、ささいな心理的負荷に過大に反応するため、悪化の原因は必ずしも大きな心理的負荷によるものとは限らないこと、また、自然経過によって悪化する過程においてたまたま業務による心理的負荷が重なっていたにすぎない場合もあることから、悪化の前に強い心理的負荷となる業務による出来事が認められることをもって直ちにそれが当該悪化の原因であるとまで判断することはできない。

これを踏まえ、既に精神障害を発病している労働者本人の要因かが業務起因性の判

断に影響することが非常に少ない極めて強い心理的負荷があるケース、具体的には「特別な出来事」に該当する出来事があり、その後おおむね6か月以内に精神障害が悪化したと医学的に認められる場合については、その心理的負荷が悪化の原因であると推認して、業務起因性を認めることが引き続き適当である。

また、特別な出来事に該当する出来事がなくとも、悪化の前に業務による強い心理的負荷が認められる場合には、当該業務による強い心理的負荷、本人の側要因（悪化前の精神障害の状況）と業務以外の心理的負荷、悪化の態様やこれに至る経緯（悪化後の症状やその程度、出来事と悪化との近接性、発病から悪化までの期間など）等を十分に検討し、業務による強い心理的負荷によって精神障害が自然経過を超えて著しく悪化したものと医学的に判断されるときには、悪化した部分について業務起因性を認めることとする。」

と示されている。

当弁護士精神障害班は、上記たき台について、以下のとおり意見を申し述べる。
すなわち、

- ① 悪化の前に業務による強い心理的負荷が認められる場合について、「精神障害が自然経過を超えて著しく悪化したものと医学的に判断されるとき」という要件が課されているが、このような「著しく」という要件は不要であるばかりか、個々の事案について、労災医員（専門部会を含む）が「著しく」悪化したか否かを判断することは、その性質上極めて困難であるから、審理の迅速化・効率化を図るという認定基準改訂の趣旨に反する。
- ② 何をもって「悪化」と判断するかについて、審理の迅速化・効率化の観点から具体的で客観的な指標を示すべきであり、就労できていたができなくなった場合、自殺に至った場合は、「悪化」とみなすことを認定基準において明示することが、審理の迅速化・効率化を図るという認定基準改訂の趣旨に合致する。

以下詳述する。

第2 ①「著しく」という要件を課すべきではないこと

- 1 前記のとおり、たき台においては、一方で「特別な出来事」に該当する出来事があり、その後おおむね6か月以内に精神障害が悪化したと医学的に認められる場合については、その心理的負荷が悪化の原因であると推認して、業務起因性を認めることが引き続き適当である。」として精神障害が自然経過を超えて「著しく」悪化したか否かを問わず、他方で、特別な出来事に該当する出来事がなく、悪化の前に業務による強い心理的負荷が認められる場合については、精神障害が自然経過を超えて「著しく」悪化したものと医学的に判断されることを要求している。

しかしながら、業務による強い心理的負荷は、「労働者の側要因である脆弱性の程度にかかわらず、平均的な労働者にとって、業務による『強い心理的負荷』であり、精神障害を発病させる危険性を有する」「健常者を精神障害の発病に至らせるだけの強い起因性を有する事情」（名古屋高判平成28年12月1日・労判1161号78頁）であるから、既に精神障害を発病した労働者にとって、当該精神障害を悪化させる危険性を有することもまた明らかである。

すなわち、特別な出来事に該当する出来事がある場合と同じく、その心理的負荷が悪化の原因であると事実上推定されることになるのであるから、それを否定するに足る特別な事情がある場合のみ、業務起因性を否定するという考え方が因果関係論からの筋である。

思うに、精神障害の発病の認定要件について、「3 業務以外の心理的負荷及び個体側要因による対象疾病を発病したとは認められないこと」とし、より具体的には、「業務以外の心理的負荷又は個体側要因は認められるものの、業務以外の心理的負荷又は個体側要因によって発病したことが医学的に明らかであると判断できない場合」として消極的かつ例外的な要件として規定されているのは、業務による強い心理的負荷が認められる場合には、これによって発病したことが事実上推定されるからである。

そうであれば、精神障害を悪化させる危険性を有する業務による強い心理的負荷が認められる場合にも、これによって悪化したことが事実上推定され、このような事実上の推定を覆すに足るような事情がある場合、すなわち個体側要因により対象疾病が悪化したことが医学的に明らかである場合にのみ業務起因性を否定することが因果関係論からの適切な論理である。

- 2 また、特別な出来事に該当する出来事がある場合には、「著しく」悪化したことを求めないのに、業務による強い心理的負荷がある場合には「著しく」悪化したことを求める理論的根拠は何も見出すことができない。

業務による心理的負荷によって精神障害が有意に悪化したか否かと、その悪化の程度とは別問題であり、因果関係論からは、「有意に」悪化したか否かの評価が事実的因果関係の判断として必要なものであり、かつそれで十分である。

- 3 さらに、「著しく」悪化したか否かを労災認定実務において医学的に評価・判断することは困難を極めることは目に見えている。「著しい」という程度概念を認定要件に持ち込み、労災医員（専門部会を含む）及び調査官に定性的判断を求めることは、審理の迅速化・効率化を図るという認定基準改訂の趣旨に反する。特に精神障害においては、多くは症状に揺れがありながら、経過していくのであり、どの時点をもって、かつ何ををもって「著しい」といえるのかの判断を労災医員及び調査官に求めることは酷であり、行政審査の統一性を図ることもできず、妥当ではない。

- 4 以上より、業務による強い心理的負荷が認められる場合に、精神障害が自然経過を超えて「著しく」悪化したものと医学的に判断されることを要件とするべきでなく、単に「悪化した」ものとするべきである。

また、自然経過を超えて有意に悪化しているか否かについて、たたき台のとおり、「当該業務による強い心理的負荷、本人の個体側要因（悪化前の精神障害の状況）と業務以外の心理的負荷、悪化の態様やこれに至る経緯（悪化後の症状やその程度、出来事と悪化との近接性、発病から悪化までの期間など）等を十分に検討」し、個体側要因によって悪化したことが医学的に明らかであると判断できない場合には、業務起因性を認めるべきである。

第3 ②審理の迅速化・効率化の観点から、「悪化」の客観的な指標として、就労できなくなった場合、自殺に至った場合は、「悪化」とみなすことを認定基準にお

いて明記するべきである

第10回精神障害認定基準専門検討会の配布資料1「第10回における論点」においては、3（1）において、『悪化』とされる状況を具体的に示すことが可能か。就労できていたができなくなった場合、自殺に至った場合などについて、悪化と考えることができるか。個別事案ごとに医学専門家による判断が必要と整理してよいか。」と提起されているが、この点については議論がまだなされていないようである。

何をもって「悪化」と判断するかについて、審理の迅速化・効率化の観点から具体的に客観的な指標を示すべきであり、就労できていたができなくなった場合、自殺に至った場合は、「悪化」とみなすことを認定基準において明記することが、審理の迅速化・効率化を図るという認定基準改訂の趣旨に合致する。また、行政審査の統一性の観点からも、上記のような統一的な基準を明記するべきである。

理論的にも、認定基準においてはICD-10診断ガイドラインに依拠して精神障害の病名を判断するものとされているし、後遺障害の程度（等級）も社会機能（就労機能、生活機能）の重症度によっても評価しているのであるから、社会機能という客観的な指標によって精神障害の重症度を評価することは労災制度として整合的である。

また自殺も、社会機能が究極的に障害された状態といえるから、これをもって悪化と評価することは整合的といえる。自殺の危険性という観点からも、自殺を実行した場合は自殺念慮が切迫していることは明らかであるから、これによって悪化と評価することが妥当である。

以上

精神障害認定基準専門検討会に対する意見書
(業務による心理的負荷の考え方について 2)

2023年(令和5年)2月24日

厚生労働大臣 加藤 勝信 殿

「精神障害の労災認定基準に関する専門検討会」担当
労働基準局補償課職業病認定対策室 室長 殿

過労死弁護団全国連絡会議
精神障害検討班

第1 はじめに

認定基準の別表1 業務による心理的負荷表の具体的出来事表について、現在専門検討会において平均的心理的負荷の強度について議論がなされている。しかし、具体的出来事表の心理的負荷の強度については、適切な評価となっていない部分がある。そこでこれに対して、当弁護団は、第10回専門検討会の資料1 業務による心理的負荷表にかかる出来事の追加・修正・削除(たたき台)、第11回専門検討会の資料1 業務による心理的負荷表(たたき台)、を踏まえて、現在の認定基準の29以下の平均的心理的負荷の強度について意見を述べる。

以下下記の記載例による。

- ・第1回資料 令和2年度ストレス評価に関する調査研究報告書

令和2年度報告書

- ・第10回資料 業務による心理的負荷表にかかる出来事の追加・修正・削除(たたき台)、第11回専門検討会の資料1 業務による心理的負荷表(たたき台) その他これまで示された「たたき台」を含む

たたき台

- ・平均的心理的負荷の強度 「Ⅰ」「Ⅱ」「Ⅲ」と示す
- ・裁判例の後の括弧の番号は、第3回資料3「論点に関する裁判例」の番号を示す。

- ・平成23年認定基準

認定基準

第2 具体的出来事表について

(以下の項目は、認定基準の具体的出来事表の項目番号である。)

- 29 上司等から、身体的攻撃、精神的攻撃等のパワーハラスメントを受けた
認定基準では「Ⅲ」となっている。令和2年度報告書でも「Ⅲ」となっている。
認定基準と同様、心理的負荷は「Ⅲ」とするべきである。

認定基準は、「心理的負荷の総合評価の視点」において、「指導・叱責の言動に至る経緯や状況」を例示する。しかし、かかる視点は使用者側の一方的な視点である。例えば、使用者側が労働者に対して適切な研修やコーチングを行っていないにもかかわらず、何らかのミスをきっかけに指導や叱責が行われた場合、かかる指導や叱責は労働者側から見れば理不尽であるから心理的負荷が強くなるといえる。したがって、「心

理的負荷の総合評価の視点」において、「業務内容に関する研修やコーチングの内容、程度等」という視点を加えるべきである。

認定基準は、「強」となる具体例として、「上司等から、治療を要する程度の暴行等の身体的攻撃を受けた場合」以外は「執拗」であることを要件としている。「精神障害の労災認定実務要領」（令和2年6月）は、「執拗」とは「しつこく何度も繰り返し行われた場合を主に想定」するとした上で、「回数（頻度）や時間的経過の要素（長さ・行為ごとの間隔の密度）等を考慮」し、「精神的攻撃が1日の場合であっても、その1日の中での回数や時間を考慮し、長時間にわたって、又はしつこく何度も繰り返し行われた場合は執拗と判断される場合」があるとする（437頁、問25の（答））。しかし、何をもって「しつこく何度も繰り返し行われた場合」と評価するのか基準が曖昧であり、恣意的な解釈、運用を許容する危険性が極めて高い。また、当弁護団の「2018年 心理的負荷による精神障害の労災認定基準改定意見」において述べたとおり、「ライフイベント(急性ストレス)より持続的、日常的なストレス(慢性ストレス)の方が精神的健康にはるかに害がある」ことは明らかであるから、パワーハラスメントが「継続」している場合も日常的なストレス(慢性ストレス)として十分に評価されるべきである。また、項目37の「セクシュアルハラスメントを受けた」は、「執拗」であることを要件とせず、「継続」で足りるとしている。

したがって、「執拗」という要件は、「反復または継続」という要件へ変更すべきである。なお、「業務による心理的負荷評価表に係る「強」「中」「弱」の具体例及び総合評価の視点（たたき台）」は、「反復・継続するなどして執拗に受けた場合」という案を提示している。かかる「反復・継続」が「反復または継続」という意であ

れば賛同できるが、「反復かつ継続」という意であれば要件を不当に狭めるものであるため賛同できない。

認定基準は、「強」となる具体例として、「心理的負荷としては「中」程度の身体的攻撃、精神的攻撃を受けた場合であって、会社に相談しても適切な対応がなく、改善されなかった場合」を例示する。しかし、令和4年4月から労働施策総合推進法に基づくパワーハラスメント防止義務が全企業に義務化されたことや、項目37の「セクシュアルハラスメントを受けた」との均衡を踏まえると、当弁護団の2020年5月15日付け「パワーハラスメントと精神障害の認定基準に関する意見書」のとおり、パワーハラスメントがあつて「会社に相談しても適切な対応がなく、改善されなかった」場合の外に、「会社への相談等の後に職場の人間関係が悪化した場合」や、「パワーハラスメントがあつて「会社がパワーハラスメントがあると把握していても適切な対応がなく、改善がなされなかった場合」も心理的負荷が「強」となる具体例として明記すべきである。なお、「業務による心理的負荷評価表に係る「強」「中」「弱」の具体例及び総合評価の視点（たたき台）」は、「会社がパワーハラスメントがあると把握していても適切な対応がなく、改善されなかった場合」も「強」となる具体例として例示する。この点は賛同することができるが、「会社への相談等の後に職場の人間関係が悪化した場合」が例示されなかったことは不十分であるといえる。

なお、第10回検討会で、中野委員、田中委員が「執拗」について、1回で行われた

場合であっても、程度がひどい場合には「強」のケースに含まれるという趣旨が含まれていることがわかりにくい、という指摘をした。適切な指摘であるが、第11回検討会で示されたたたき台では反映されていない。この部分の表記を訂正すべきである。

30 同僚等から、暴行又は（ひどい）いじめ・嫌がらせを受けた

認定基準では「Ⅲ」となっている。令和2年度報告書では「Ⅲ」となっている。
認定基準と同様、心理的負荷は「Ⅲ」とすべきである。

31 上司とのトラブルがあった

認定基準では「Ⅱ」であり、令和2年報告書は「Ⅲ」となっている。

たたき台では、「調査回答のうち心理的負荷高いと回答したものには、項目29で評価すべき事象が混在しており、それらは同項目で評価すべきではないか」とし、「Ⅱ」にとどまるとしている。

しかし、アンケート項目を見ると「上司とのトラブルがあった※「トラブルは業務上の対立や業務指導の範囲内である強い指導・叱責を想定して下さい。」となっている。この項目を踏まえて上司とのトラブルも強いストレスになることが明らかになったのである。令和2年報告書の通り「Ⅲ」とすべきである。

東京高判平成27年3月4日（B22）は「講話ノートの作成及びそれに伴う上司が与えた心理的負荷は、上司の言動が部下に対する指導として相当なものであって、嫌がらせ（パワーハラスメント）というべきものではないとしても、極めて強いものであったと認められる。また、安全教室の担当に指定された際に、上司から計画書を20回程度も書き直しを指示され、反省会で叱責されたことも、嫌がらせというべきものではないとしても、心理的負荷は極めて強いものであったと認められる。」としている。

また、令和2年報告書によると、「上司から業務のやり方を否定され、指導なくやり直しを指示された」「上司から業務のやり方を否定され、指導なく繰り返しやり直しを指示された」という質問項目についても「Ⅱ～Ⅲ」となっている。

上司とのトラブルは、パワーハラスメントに当たるといえない場合にも強い心理的負荷を受けるのであり、「Ⅲ」とすべきである。

その上で具体例等は2018年意見書で指摘したとおり改訂されるべきである。

32 同僚とのトラブルがあった

認定基準では「Ⅱ」、令和2年報告書は「Ⅲ」となっている。

たたき台では、調査回答のうち心理的負荷が高いと回答したのには項目29・30で表すべき事象が混在しており、それらは同項目で評価すべきではないか」とし「Ⅱ」にとどまるとしている。

しかし、アンケート項目を見ると「同僚とのトラブルがあった※『トラブルは、業務上の対立を想定して下さい。』」とある。

この項目を踏まえて同僚とのトラブルも強いストレスになることが明らかになったのであるから令和2年報告書の通り「Ⅲ」とすべきである。

その上で具体例等は2018年意見書のとおりに改訂されるべきである。

33 部下とのトラブルがあった

認定基準では「Ⅱ」であり、令和2年報告書は「Ⅲ」となっている。

たたき台では、同僚とのトラブルと同じと記載があり、実際にはパワーハラスメント、いじめとすべき事案を除けば「Ⅱ」と評価されると指摘している。

しかし、アンケート項目を見ると「部下とのトラブルがあった※「トラブルは、業務上の対立を想定して下さい。」とある。この項目を踏まえて部下とのトラブルも強いストレスになることが明らかになったのであるから令和2年報告書の通り「Ⅲ」とすべきである。

その上で具体例等は2018年意見書のとおり改訂されるべきである。

34 理解してくれていた人の異動があった

認定基準では「Ⅰ」、令和2年報告書は「Ⅱ」となっている。

平均的心理的負荷の強度は「Ⅱ」にすべきである。

たたき台では「項目35に統合するとともに、当該移動により新たな人間関係においてトラブルが生じた場合には31～33で評価することを明確にしてはどうか」と提案がある。これについては反対である。

理解してくれていた人の異動があったというのは上司が替わったとは全く別の性質の出来事である。そして、単に上司が変わっただけでなく、理解者してくれていた人の異動により受ける心理的負荷の性質も異なるものである。令和2年報告書では上司が替わったは「Ⅰ」であるが、理解してくれていた人の異動は「Ⅱ」となっている。

この項目は、令和2年報告書では前回の調査よりストレス強度が有意に高かった項目である。これは上司、同僚、部下とのトラブルとも性質は異なっている。これを統合すると、評価が適切になされない可能性がある。

35 上司が替わった

認定基準では「Ⅰ」、令和2年報告書は「Ⅰ」となっている。

たたき台では項目34と統合するとともに表記を修正し、トラブルに該当しない人間関係の変化を広く評価する項目としてはどうか」とし「上司が替わる等、職場の人間関係に変化があった」とする提案があった。

これについては反対である。上記の述べたように、理解してくれた人の移動とそれ以外の人間関係の変化は、令和2年報告書でも心理的負荷の強さが異なるという結果になっており、これを統合すれば、心理的負荷の強度を適切に評価できなくなる可能性がある。

なお、「上司が替わった」は令和2年報告書で平成22年調査よりストレス強度が有意に高かったとされている。このことから心理的負荷のある出来事として項目があることには意義がある。

36 同僚等の昇進・昇格があり、昇進で先を越された

認定基準では「Ⅰ」、令和2年報告書は「Ⅰ～Ⅱ」となっている。

たたき台では項目 24・35 に統合することが提案されている。特に意見はない。

37 セクシュアルハラスメントを受けた

認定基準では「Ⅱ」、令和 2 年報告書は「Ⅱ～Ⅲ」となっている。

セクシュアルハラスメントについては、様々な内容が含まれているため、「Ⅱ」とされていると考えられるが、実際には強い心理的負荷となる可能性が高く、心理的負荷は「Ⅲ」としたうえで、具体的に検討するのが相当である。

また、「強」になる例のうち「身体接触のない性的な発言のみのセクシュアルハラスメント」について、身体接触を含むセクシュアルハラスメントにおいて指摘されている「会社への相談等の後に職場の人間関係が悪化した場合」が例示されなかったことは不十分であるといえる。

第3 加えるべき項目

1 顧客や取引先、施設利用者等から著しい迷惑行為を受けた（カスタマーハラスメントを受けた）

たたき台は「顧客や取引先、施設利用者等から著しい迷惑行為（暴行、脅迫、暴言、著しく不当な要求等）を受けた」とし「Ⅱ」としている。令和 2 年報告では「Ⅱ～Ⅲ」とされている。

たたき台では新たな具体的な出来事として追加が提案されている。

広島地判平成 23 年 11 月 9 日（B1）は、工期の遅れ、工事ミスについて「お前はくびだ。」「お前は所長失格だ。」などと叱責、罵倒を受け、土下座までして謝罪していることから、かなりの精神的身体的負荷を受けたと評価した。現在の「強」の例では、大口の顧客等の喪失を招きかねない等ではないと心理的負荷が「強」とならず、これに当てはまらない。

札幌地判令和 2 年 10 月 14 日（B46）はきつ音を有していた看護師が苦情を受けた事例である。判決は「苦情内容（「あっち行け」「こわい」「あんた何を言っているか分からないから、気持ち悪い」など言われた）は、看護業務を遂行に当たって非常に重要な患者への説明内容や患者との信頼関係に関するもので、その数も少なくなかった上、亡子の業務にも患者担当を外させたり、対応可能患者が限定されるなどの影響があったほか、言換練習が必要となったことにも関係しており、それらを踏まえると心理的負荷は「中」と認める。」としている。この例は、不適切なクレームであるが、従前の心理的負荷表では当てはめをすることが困難な例である。

カスタマーハラスメントは、「顧客や取引先からクレームをうけた」に含まれる部分もあるが、「クレーム」の性質が異なるのであらたに検討するべき項目である。また、その心理的負荷は一定程度の強いものである。

令和 2 年報告書でもⅡ～Ⅲ」とされており、心理的負荷が強いことから「Ⅲ」とするべきである。

2 性的指向・性自認に関する差別やハラスメント

令和 2 年報告書では「Ⅱ」とされている。

第11回検討会のたたき台では22、23に性的嗜好・性自認に関する精神的攻撃やいじめ等が含まれていると明記されている。

しかし、セクシュアルハラスメントと同様の面もあるから、新しく項目を設けるべきである。

パワーハラスメント、セクシュアルハラスメントと同様に心理的負荷は「Ⅲ」として、具体的な出来事の例を指摘するべきである。

3 退職させてもらえなかった

令和2年報告書では「Ⅲ」とされている。

たたき台では項目24で評価するとしている。

強い心理的負荷を受ける可能性があるから、項目を追加した上で「Ⅲ」とするべきである。

4 感染症等の病気や事故の危険性が高い業務に従事した

令和2年報告書では「Ⅱ」とされている。

たたき台で新たな具体的な出来事として項目を新設する提案がなされている。

一定の場合強い心理的負荷を受ける可能性があるから項目を設けることに賛成する。

しかしながら、令和2年度報告書では「感染症等の病気や事故の危険性が高い業務に従事した」について5.62と業務に関連し、重度の病気やケガをした(5.09)、業務に関連し、悲惨な事故や災害の体験、目撃をした(5.09)と比較しても強いものとなっている。たたき台で示された「強」の具体例、「中」の具体例は限定的に過ぎる。

5 同僚等がひどい叱責を受けている場に何度も遭遇した

令和2年度報告書では「Ⅱ～Ⅲ」となっている。

この点、学校法人が退職を目的として18人の従業員に対して5日間にわたって研修を実施し、その中で「あなたのような腐ったミカン事業場の中に置くわけにはいかない。」などと人格否定とも取れるような発言を繰り返していたという事案において、大阪労働者災害補償保険審査官は、令和4年12月22日、「請求人への直接的な発言でなくとも、集団の中で同じ立場の人が繰り返し発言を受けているのを聞くことは、より一層恐怖心を抱かせるものと判断する。」と認定し、原処分を判断を取り消した(大基審第3-12号、同第3-303号)。

また、自分の部下が自分の上司から叱責を受けていた事案において名古屋高等裁判所は、「亡太郎がファミリーサポートセンター計画の件や保育園入園に関する決裁の際などに目の当たりにしたB部長の部下に対する非難や叱責等は、直接亡太郎に向けられたものではなかったといえるが、自分の部下が上司から叱責を受けた場合には、それを自分に対するものとしても受け止め、責任を感じるというのは、平均的な職員にとっても自然な姿であり、むしろそれが誠実な態度というべきである。そうであれば、児童課長であった亡太郎は、その直属の部下がB部長から強く叱責等されていた際、自らのこととしても責任を感じ、これらにより心理的負荷を受けたことが容易に推認できる」(名古屋高判平22.5.21 労判1013号102頁)と判示している。

これらの判断は極めて妥当だといえる。

そこで、認定基準においても上記出来事の項目を新設した上で、「Ⅲ」とするべきである。

以上

厚生労働大臣 加藤 勝信 様

精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会 御中

「精神障害労災認定基準」の改定要求（追加2）

2023年3月1日

働くもののいのちと健康を守る全国センター

理事長 埴田 和史

働くもののいのちと健康を守る全国センターでは、昨年12月に精神障害労災認定基準の全般的な見直しが専門検討会で開始されたことを受け、抜本的な精神障害の労災認定基準の改定要求を提出した。その後、2022年9月に第6回までの検討内容を踏まえ追加の意見を提出した。検討会は1月31日に第11回が開催されており、まとめの作業に入っていく段階かと思われる。報告書作成に向けて再度、以下のとおり意見を提出する。

（1）第10回検討会の論点2-4「療養・治癒及び再発」について

◆国から(特に労災保険の運用の留意点として)、「療養期間の目安」を示すことに反対する。

4. 療養、治癒及び再発（第10回専門検討会資料より）

（1）被災労働者の社会復帰に資するため、精神障害の療養等についてどのような事項を示すことができるか。

- ・療養や治癒(症状固定)に関する考え方について、より主治医等の理解を深めるために、どのような事項を示すことが必要か。
- ・被災労働者の社会復帰の促進の観点から、長期療養者の増加は大きな課題であり、療養を継続しながら就労することが可能と医師が認める者については、社会復帰を推進する体制整備が必要ではないか。

あわせて、療養期間の目安について、あらかじめ被災労働者や主治医に示しておくことは、被災労働者等が療養の見通しを立て、円滑な社会復帰を促進するために重要ではないか。

第10回の専門検討会では論点として上記の点を示し、検討を行っている。また、論点についての事務局の説明として「社会復帰の促進のための論点の詳細として、(略)医療機関との連携を図って長期療養者の社会復帰に取り組む必要がある。また、療養期間の目安については、右の医学的知見のところにある教科書や診断ガイドラインの規定を基にした目安を示すことができないか。また、職場復帰が可能とならない場合も含めて、産業医の先生方のご意見をふまえて、療養開始から1年6か月から3カ年当たりが経過した時点で医学的判断を求めていく必要があるのではないか。更には職場復帰支援に関する制度や、療養期間の

目安、労災保険制度以外の様々な支援制度を含めて適切な情報提供を行うことなどによって、被災者労働者の方や主治医のご理解を深めていく必要があるのではないかとしている。また、資料として「精神障害の長期療養者数」「長期療養者数のうち精神障害の割合の推移」「令和2年度の長期療養者の状況」「精神障害のアフターケア実施状況(額)」が示された。3年以上の長期療養者が2015年の739人から2020年は1337人(1.8倍)となっていることが報告された。

<意見>

- ・精神障害による新規の労災認定数は、ここ数年1500人から1900人前後で推移している。長期療養者の増加はそもそも精神障害の労災申請、認定された人の増加が源であり、そのことをもって、「療養期間の目安」を示して、「職場復帰」を促す理由とはならない。
- ・職場復帰について、症状固定→労災打ち切り→アフターケアを経ての道筋が示されているが、事業所の義務とされているわけではなく成功しない場合も多い。その場合、打ち切りと同時に経済的困窮に陥る被災者が多く慎重に扱われるべきである。
- ・また、検討会で示された「医学的知見」として示された「アンケート調査」は回収率が低く精神科医全体を反映しているか疑問が残る。また、扱いが先延ばしとなった「ICD=11」では病態像が変わっている疾患もある。
- ・私たちの地方センターなどで相談を受けている人のなかにも、5～10年かかってやっと職場復帰にこぎつけた事例もある。また、ストレス性疾患においても近年長引きやすい傾向があるのではないかと。第10回検討会でも委員から「・・・一部には治療が非常に長期化する場合もあるので、それはきちんと補償していかなければならなく(略)高度な判断が慎重になされていくべきではないか」との意見もだされている。
- ・上肢障害においては、過去にだされた基発59号(昭和50年2月)「キーパンチャー等の上肢作業に基づく疾病の業務上外の認定基準」で「療養期間について上肢障害は3か月程度で症状が軽快すると考えられ、手術が施行された場合でも一般的に6か月程度で治癒する」と定義された。この通達をうけて労災認定患者だけでなくいわゆる企業内認定患者にまで「3か月たっても治らないのは頸肩腕障害ではなく他の病気=私病又は詐病ではないか」との嫌がらせが横行し、退職を余儀なくされる人もでた。その後、被災者の療養実態を具体的に示した患者からの要請などが相次ぎ「3か月で治る」ことを機械的にあてはめてはならないという通達が出されている。しかし、その後も第375通達(昭和57年)の「鍼灸治療は12か月」基発第65号(平成9年2月3日)「上肢作業に基づく疾病の業務場外の認定基準」においても「療養期間について上司障害は3か月程度で症状が軽快すると考えられ、手術が施行された場合でも一般におおむね6か月程度の療養で治癒する」とされ、裁判になっている事案がある。
- ・患者と主治医との信頼関係は治療の根幹となる。特に精神疾患の患者と主治医の関係においては、行政が「目安」を示すことにより、その関係にくさびをうつことになりかねず、か

えって精神疾患を難治性のものにする可能性を生む。

・必要に応じて予後や治療計画を示すことは重要だが、そのことが行政から示されることは療養者へのプレッシャーとなり、かえってマイナスになることが考えられる。職場復帰は主治医との共同・協力、職場の環境整備で進められるものであり、労災保険の運用上の問題とすることに、労災保険の負担を減らそうとしているのではないかという意図を感じる。

・あらためて、労災運用上のテーマとして検討会で扱い、報告書に「療養期間の目安」を示すことには反対を表明する。

(2)「精神障害の悪化」について

検討会では、現行「精神障害の悪化の場合については『特別な出来事』が認められる場合のみ業務起因性を認めるとしているところ」を「基本的には現行の取扱いを維持しつつも、これに加えて強い心理的負荷が認められる場合があることを、認定基準上明記することはどうか」という提案が事務局からされた。この項目はかねてから私たちが基本要件の一つとしていた点である。相談事例の中でも発病後に「強」の負荷があり自死にいたるケースは多くある。これまでのように「特別な出来事」という極めて「稀」な負荷要因が発病後になければ認められないということはあまりにも理不尽なことである。

これまでの検討会で、私たちが要求していた「被災者本人を基準に急性・慢性のストレスを総合的に判断すること」「パワーハラスメントの判断は被災者本人の意見を第一義的に尊重すること」についてはあまり根本的な改善がみられていない。

少なくともこの「発病後の悪化」について、「『特別な出来事』」の存在によることを原則として、当該業務による強い心理的負荷、悪化の態様、これまでに至る経過（悪化後の症状やその程度、出来事と悪化の近接性、発病から悪化までの期間など）を十分に検討して、業務による強い心理的負荷によって精神障害が自然経過を超えて著しく悪化したものと医学的に判断されるときには、悪化した部分によって業務起因性を認めることとする」（事務局の説明）をより明確に、「発病後の悪化」について「業務上」のストレスを、発症時と同じように調査・評価することを重ねて求める。

「仕事と治療の両立」が推奨され、治療をしながら働く人はこれから増えていく。軽い精神疾患を抱えながら、極端な長時間労働や「強姦」など「特別な出来事」以外の精神的負荷が正当に評価されないようでは、労働者は安心して働くことができない。「発病後の悪化」については、十分に被災労働者保護の立場で認定基準が改訂されるよう要請する。

以 上。