

第4回における論点

1 業務による心理的負荷の評価基準の明確化についての具体的な論点 (特に明確化が必要と考えられる事項)

(1) 労働時間数と精神障害の発症との関係について、具体的に例示することはできないか。

ア 出来事の有無に関係なく、その長さのみを要素として強い心理的負荷と評価できる労働時間（極度の長時間労働）の目安

(ア) 現行判断指針が、労働時間の程度のみを要件として強い心理的負荷の存在を肯定するものとして示している「極度の長時間労働、例えば、数週間にわたり生理的に必要な最小限度の睡眠時間（5時間程度）を確保できないほどの長時間労働」について、評価期間や時間数をより具体的に例示することができないか。

(イ) 次のような発症直前の状況は、これに当たると考えられるか。

- ① 2週間にわたり、休日なく毎日睡眠時間5時間程度となる労働（週51時間程度の時間外労働に相当）
- ② 1か月にわたって続く週40時間程度の時間外労働（月160時間程度に相当）
- ③ 2か月にわたって続く週数十時間程度の時間外労働（月120時間程度に相当）
- ④ 6か月にわたって続く月100時間程度の時間外労働
- ⑤ 1か月にわたって続く休日が取れない状況（月64時間程度の時間外労働に相当）

(ウ) 事例分析結果からは、

- ① 月100時間を超える労働時間があった事案は、実質的な労働時間や業務内容が心理的負荷のないものと評価された一部のもの（3件）を除き、業務上の認定がなされている。
- ② 極度の長時間労働として認定した事案（6件）について、業務による出来事は存在している

との実態が認められる。

そうであるなら、実質的な労働時間が100時間以上認められるものについて、強い心理的負荷の存在を認めることに問題はないと考えられるか。

イ 出来事との関連で強い心理的負荷と評価できる労働時間（恒常的な長時間労働）の目安

（ア）中程度の心理的負荷のある出来事に遭った労働者が、その後月100時間の時間外労働を行った場合には、出来事前の労働時間に関係なく、強い心理的負荷があると考えられるか。

（イ）月100時間の時間外労働を行っている労働者が、弱程度の心理的負荷がある出来事に遭い、その後も月100時間の時間外労働を行った場合には、強い心理的負荷があると考えられるか。

（ウ）月100時間の時間外労働を行っている労働者が、中程度以上の心理的負荷のある出来事に遭った場合には、出来事後の状況に関係なく、強い心理的負荷があると考えられるか。

現行判断指針では、「極度の長時間労働」はそれ自体がうつ病等の発症原因となるおそれのあることを示しているが、その時間数の目安は示していない。

「出来事」の強度を修正し、また、「出来事後の状況の持続する程度」を「特に過重」と判断することができる「恒常的な長時間労働」については、1か月当たりおおむね100時間程度の時間外労働である旨を示している。（平成20年職業病認定対策室長事務連絡）

（2）その他、業務による心理的負荷の評価基準の明確化について検討すべき事項はないか。

2 心理的負荷の評価対象について

(1) 心理的負荷の評価の対象となる職場における出来事は、対象疾病の発病前「おおむね6か月」以内に発生したものに限定されているが、この発病前の期間をおおむね6か月に限定することは、最新の知見においても適当であるか。

ア 6か月より前に発生した職場における出来事が原因で業務上と認められる精神障害（例外事例）はあると考えられるか。

イ 次のような事例は、例外と考えられるか。

- ① 両足切断の大けがをし、社会復帰が困難であることから精神障害を発病した。ケガをしたのは発病の1年前。
- ② じん肺で療養中の者が、死の恐怖から精神障害を発病した。死の恐怖を感じるようになったのは発病の10か月前。
- ③ 1年間のノルマとして達成困難なものが命じられ、その期限が近付くことから精神障害を発病した。ノルマが命じられたのは発病の9か月前。
- ④ 海外への長期出張を命じられ、現地は治安が悪く、また、取引先とのコミュニケーションが困難なことから精神障害を発病した。出張の始期は発病の10か月前。

ウ 例外があるとしても、発病前おおむね6か月における出来事の評価を適切に行うことにより、対応することができるのではないか。

平成11年報告書においては、「Paykelらの自殺未遂者のライフイベントに関する研究などに代表されるように、精神障害発病の6か月前からの出来事が調査されるのが一般的である。その理由は、発病から遡れば遡るほど出来事と発病との関連性を理解するのが困難になるためであり、事実、各種研究結果においても精神障害が発病する前1か月以内に主要なライフイベントのピークが認められるとする報告が多い。また、このことについてはICD-10分類F43.1外傷後ストレス障害（Post-Traumatic Stress Disorder）の診断ガイドラインに、「心的外傷後、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希）」とされていることも参考に、当該精神障害発病前概ね6か月以内の出来事を評価することが妥当である。」とされている。

(2) 既に業務外の精神障害を発病している場合において、発病後に生じた出来事を原因として当該傷病を業務上と評価することが適切なものがあると考えられるか。

ア 既存の精神障害が「悪化」したといえるのは、何がどのように変化した場合か。

イ 既存の精神障害の「悪化」があるとした場合、業務による強い心理的負荷が原因と判断し得る場合があるか。

ウ 発病後に業務による強い心理的負荷があり、その後自殺した場合に、当該心理的負荷が自殺の原因と判断し得る場合があるか。

平成11年報告書には、発病後の心理的負荷については何も触れていないが、判断指針において「対象疾病の発病前」を要件としているため、発病後の出来事は評価しない運用となっている。

(3) その他、心理的負荷の評価対象について検討すべき事項はないか。

3 対象疾病、療養、治ゆ及び再発について

(1) 対象疾病について、見直しの必要はあるか。

現行の判断指針においては、対象疾病は原則としてICD-10第V章に分類される精神障害とした上で、対象疾病のうち主として業務に関連して発病する可能性のある精神障害は、ICD-10のF0からF4に分類される精神障害であるとしている。

また、そのうちF0及びF1に分類される精神障害については、他の認定基準等により頭部外傷、脳血管障害、中枢神経変性疾患等器質性脳疾患の業務起因性を判断した上で、その併発疾病等として認められるか否かを個別に判断するとしている。

(2) 療養期間及び治ゆの考え方について、平成11年報告書の内容（主に以下の事項）は、見直す必要はあるか。

ア 療養期間の目安について、業務によるストレス要因を主因とする精神障害にあつては、一般的には6か月から1年程度の治療で治ゆする例が多い。

イ 精神症状が一定程度改善・安定した後、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ことが通例であり、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。

ウ 社会復帰後にも服薬継続が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、アフターケア制度として療法が行われる必要があると考えてよいか。

エ 業務によるストレス要因を主因とする精神障害にあつては、その原因を取り除き適切な療養を行えば全治する場合が多いが、疾患によっては時に一定の症状を残したまま症状固定となることもある。

オ 精神障害が治ゆ（症状固定）した後、再び発病した場合、発病のたびにその時点での業務による心理的負荷等を検討し、業務起因性を判断する。

治ゆとは、症状が安定し、疾病が固定した状態にあるものをいうのであって、治療の必要がなくなったものである。

即ち、

○ 負傷にあつては創面の治ゆした場合

○ 疾病にあつては急性症状が消退し慢性症状は持続しても医療効果を期待し得ない状態となった場合

等であつて、これらの結果として残された欠損、機能障害、神経症状等は障害として障害補償の対象となるものである。

(昭和23年1月13日基災発第3号)

(3) その他、対象疾病、治ゆ等及び再発について検討すべき事項はないか。

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）（抄）

5 療養等

(1) 療養

精神障害の治療の一般的原則としては、①身体療法（薬物療法等）、②精神療法、③リハビリテーション療法などが必要に応じて行われる。

療養期間の目安を一概に示すことは困難であるが、業務によるストレス要因を主因とする精神障害にあつては、一般的には6か月から1年程度の治療で治癒する例が多いと考えられる。すなわち、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。ただし、分裂病は長期にわたることも少なくない。

なお、これらの療法により患者は治癒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い。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、疾患自体は治癒していると考え、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。

(2) 治癒等

イ 治癒

労災保険の実務において「治癒」とは、必ずしも完全に健康時の状態に回復することを意味するものではなく、業務上の負傷又は疾病に対して、医学上一般に認められた医療を行っても、その医療効果が期待し得ない状態に至ったものをいう。つまり、負傷にあつては創面が癒着し、その症状が安定し医療効果が期待し得なくなつたとき、疾病にあつては急性症状が消退し、慢性症状は持続してもその症状が安定し、医療効果がそれ以上期待し得ない状態になつた時をいい、症状固定ともいう。

精神障害にあつては、前記のとおり、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ある。そして、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癒とされる。このリハビリテーション療法等は、通常数週間から数か月行われる。治癒認定に当たっては十分な経過観察を経て行われる。

業務によるストレスを原因とする精神障害にあつては、その原因を取り除き

適切な療養を行えば全治する場合が多い。しかしながら、疾患によっては時に一定の症状を残したまま症状固定となることもあり、このような場合、その程度によっては後遺障害として取り扱われる場合がある。

ロ 繰り返す精神障害の認定

一旦治癒した精神障害が、一定期間経過後、再び発病した場合、その精神障害の業務起因性をどのように考えたらよいかという問題がある。本検討会では精神障害は、外的環境からの心理的負荷と個体側の反応性、脆弱性の関係で決まるが、認定に当たっては、主として業務によるストレスの強さの客観的評価をすることによって行うことが適切と結論したところであり、初回の認定の考え方と再び発病した場合を分けて考える必要はない。

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い。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ことから、発病の都度個別に判断するのが適当である。

アフターケア

1. 対象疾病

アフターケアは、傷病が症状固定(治ゆ)した後における保健上の措置として、次に掲げる20傷病について、1か月に1回程度の診察、保健指導及び検査等一定の範囲内で必要な措置を行うもの。

- ・ せき髄損傷
- ・ 頭頸部外傷症候群等(頭頸部外傷症候群、頸肩腕障害、腰痛)
- ・ 尿路系障害
- ・ 慢性肝炎
- ・ 白内障等の眼疾患
- ・ 振動障害
- ・ 大腿骨頭部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折
- ・ 人工関節・人工骨頭置換
- ・ 慢性化膿性骨髄炎
- ・ 虚血性心疾患等
- ・ 尿路系腫瘍
- ・ 脳の器質性障害
- ・ 外傷による末梢神経損傷
- ・ 熱傷
- ・ サリン中毒
- ・ 精神障害
- ・ 循環器障害
- ・ 呼吸機能障害
- ・ 消化器障害
- ・ 炭鉱災害による一酸化炭素中毒

2. 対象者

アフターケアの対象者は、業務災害又は通勤災害により被災した者で、症状が固定した後においても、後遺症状に動揺をきたしたり、後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれがある者です。その他の要件については、傷病別アフターケアに定めるところによる。

精神障害に係るアフターケア

1. 趣旨

業務による心理的負荷(通勤災害に伴う心理的負荷を含みます。)を原因として精神障害を発病した者は、症状固定後においてもその後遺症状について増悪の予防その他の医学的措置を必要とすることから、アフターケアを行う。

2. 対象者

業務による心理的負荷(通勤災害に伴う心理的負荷を含む。)を原因として精神障害を発病した者で、労災保険法による療養補償給付を受けて、この精神障害が症状固定した者のうち、次の①～④に掲げる後遺症状によって、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる者。

- ① 気分の障害(抑うつ、不安等)
- ② 意欲の障害(低下等)
- ③ 慢性化した幻覚性の障害又は慢性化した妄想性の障害
- ④ 記憶の障害又は知的能力の障害

3. 措置範囲

- (1) 診察・・・原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導・・・診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 精神療法及びカウンセリングの実施

(ア) 後遺症状として気分の障害又は慢性化した幻覚性の障害若しくは慢性化した妄想、性の障害があると認められる者については、診察の都度、必要に応じて専門の医師による精神療法及びカウンセリングを行うことができる。

(イ) アフターケアとして実施する精神療法及びカウンセリングは治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置であることから、その処置内容については、生活指導に重点を置いたものとする。

イ 薬剤の支給

- ① 向精神薬
- ② 神経系機能賦活薬

(4) 検査

① 心理検査	1年に2回程度
② 脳波検査、CT、MRI検査	
③ 末梢血液一般・生化学的検査	向精神薬を使用している場合に、1年に2回程度