

2010. 11. 1

厚生労働大臣
細川 徳夫 様
厚生労働副大臣
小宮山 洋子 様

＜セクハラ労災行政訴訟呼びかけ団体＞
働く女性の全国センター
NPO法人全国女性シェルターネット
NPO法人日本フェミニストカウンセリング学会
北海道ウイメンズユニオン

セクシュアルハラスメント被害に起因する疾病の

労働災害認定にむけた要望書

日頃から皆様の男女平等推進に向けたご尽力に感謝いたします。

私たち「セクハラ労災行政訴訟呼びかけ団体」一同は、セクシュアルハラスメント被害に起因する疾病で労働災害申請が棄却された事案について、日本初の「不支給処分取り消しを求める行政訴訟」を支援しております。

平成17年発出された通知「セクシュアルハラスメントによる精神障害等の業務上外の認定について」及び、平成21年の「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」の一部改正により、改善はなされてきたものの、この事案に限らず、セクシュアルハラスメント被害に起因する疾病についての労働災害申請は、セクシュアルハラスメント被害に特有の実情が認定作業において十分に配慮されておらず、認定につながっていないのが実態です。

セクシュアルハラスメント被害当事者は被害の深刻な後遺症によって面接にすら行けず、再就職もままならず生活に困窮している実態があり、労災認定は文字通り命綱といえます。

本年10月から厚生労働省において「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会」が立ち上がったと伺っております。検討会でセクシュアルハラスメントに関してご検討いただくとともに、労働災害の認定基準改定が、セクシュアルハラスメントに起因する疾病に苦しむ労働者の救済に向けて実効あるものとなりますよう、下記のとおり要望いたします。

記

- 1 専門検討会においてセクシュアルハラスメントの被害実態調査を行うこと
- 2 労災認定基準の策定に当たり、専門検討会の中にプロジェクトチームを設置し、セクシュアルハラスメント被害当事者のヒアリング等意見反映を行うこと
- 3 専門検討会を男女同数で再構成すること。性暴力被害者の臨床治療に携わった経験を持つものを複数含めること
- 4 労働安全衛生法の労働災害にセクシュアルハラスメント被害が想定されていないことから、被害当事者は申請時に二次被害等を受ける実態がある。認定に関する制度改善のみならず、労働安全衛生法の運用・周知についても検討すること
- 5 セクシュアルハラスメント被害の独自性にかんがみ、セクシュアルハラスメントに起因する疾病のみを対象とする判断指針を策定すること

資料

現行の「判断指針」はセクシュアルハラスメント被害による疾病を判断するにあたっては不十分な指針である言わざるを得ません。以下に、不十分と考えられる点を挙げています。どうぞご検討をお願いします。

1 策定の経過における不十分点

- ① 平成14年度及び18年度厚生労働省委託研究、「ストレス評価表の充実強化に関する研究」「精神障害を引き起こすストレス調査に関する研究」とともに、調査項目にセクシュアルハラスメントが含まれていないこと
- ② 「ストレス評価表の充実強化に関する研究」の調査対象者の女性比率は24.9%、「精神障害を引き起こすストレス調査に関する研究」の調査対象者の女性比率は12.8%であり、2つの研究とも女性労働者のストレスに関しての実態を反映しているとは言えないこと
- ③ 平成21年の「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」の一部改正のための「検討会」の構成メンバーに女性が含まれていないこと

2 指針の内容の不十分点

- ① セクシュアルハラスメントを対人関係のトラブルと分類したことは実態にそぐわない。
 - ・相談に至るような事案のほとんどは、レイプ、強制わいせつ等を含む性犯罪であることから、「トラブル」の範疇を逸脱している実態である
- ② 心理的負荷の強度をⅡとしたことは実態にそぐわない
 - ・離婚が強度Ⅲであることと比して、暴力被害であるセクシュアルハラスメントがⅡとされたことが被害当事者からは理解しにくい実態である。離婚・別居によるストレスが強度である理由は「家族的責任の増加」を過度に評価したものではないのだろうか
- ③ 判断要件において、「対象疾病の発病前おおむね6か月の間の心理的負荷」が問題とされているが、セクシュアルハラスメント事案の場合は実態にそぐわない。対象期間は撤廃すべきである
 - ・セクシュアルハラスメントは長期間継続するのが通常である。何年も継続するセクシュアルハラスメントもまれではない。しかし、通院治療を行ったとしても、職を失うことの恐怖から、非正規女性労働者等の多くは、すぐに相談したり、訴えたりすることができず周囲や事業場、医療機関にはセクシュアルハラスメントの事実が認知されない。発病の時期、被害継続の期間等が明確にできない当然の事情があることから、当該疾病の直接の理由がセクシュアルハラスメント被害にあると認定できれば、期間を問

わず認定すべきである。

団体からの意見要望

(2. 全国労働安全衛生センター連絡会議)

2010年12月4日

「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会」参集者各位

全国労働安全衛生センター連絡会議

メンタルヘルス・ハラスメント対策局

「全国労働安全衛生センター連絡会議」(全国安全センター)は、全国各地で、労災職業病の相談に応じる民間団体の連絡組織です。この間、職場のメンタルヘルスやいじめ・嫌がらせに関する相談が激増しています。患者さんの生活保障はもとより、職場復帰、職場改善など、まだまだ対策は十分ではありません。全国安全センターでは、「メンタルヘルス・ハラスメント対策局」という専門部会を設けて、情報交換、ケーススタディなどを行っています。

さまざまな取組みの中で、労災認定の問題は、患者さんや家族にとって、大きな課題の一つです。厚生労働省が事実上の労災認定基準として作成した、「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」(判断指針)は、一定の合理性があることは認めますが、不十分な点も多々あり、その運用においても混乱が生じていると感じます。今回の検討会では、これまで我々支援者側が問題点であると感じている点についてもぜひ考慮していただきたくお願いするしだいです。

記

1. 要望事項

専門検討会では、労災認定作業の迅速化を図る目的に加えて、現行の認定基準の問題点についても把握していただきたく、そのために労働現場での精神疾患・ハラスメント問題の相談に応じている団体や被災者からも話を聞く機会をぜひ設けてください。対象としては、1. 全国労働安全衛生センター連絡会議、2. 過労死弁護団全国連絡会議、3. 労働保険審査会や行政訴訟で取り消し決定を受けた経験を持つ労災被災者及び遺族、4. その他女性労働者支援団体などが適切ではないでしょうか。

2. 現行の精神障害の認定基準の問題点

① 社会状況や統計から推測して、精神障害の労災請求件数自体が少なすぎます。

警察庁の09年度の統計では自殺者は32,845人でした。原因・動機別統計によると、「勤務問題」は第4位2,528人で前年より116人増加しています。また、2位の「経済・生活問題」(8,377人)にも解雇などで失業した結果の経済的な貧窮なども含まれていると考えられます。「健康問題」(15,867人)も相当数に上っています。「また、自殺実態解析プロジェクトチームによる「自殺実態白書2008」によると、自殺にいたる危険要因の最大のもの「うつ病」です。これらの数字から考え、労災請求件数が、遺族のみならず療養中の人も含めてわずか1,136件というのは非常に少なく、多くの遺族や患者が労災に請求していないと考えられます。労災請求しない理由として、事故とは違って業務との因果関係が分かりにくいこともあると思われませんが、労災請求にあたって、多くの場合で業務上の負荷となった出来事の証明が困難であり、精神疾患で闘病中の被災者が証拠を収集することや、本人が亡くなっている場合では遺族が業務上の出来事を知ることが困難であるため、現状の認定基準では請求をあきらめざるを得ないというのが現状です。

② 労災の認定率が他の疾病に比べて、極端に低すぎます。

2009年度の精神障害に関する労災保険での認定率はわずか27.5%です。厚生労働省が決定件数を公表している2002年度から2008年度までの認定率は、およそ28%から33%です。これは、ほかの職業病認定率に比べて非常に低いです。例えば、過労疾患である脳・心臓疾患の認定率は40%から47%です。精神疾患を抱えている人にとって、あるいは遺族にとって労災申請は非常に困難であり、それでもあえて労災請求に踏み切った人は、労災であると考えている人たちの中でもほんの一部であるにもかかわらず、その中でもわずか3割弱のケースしか認定されないのは、やはり認定基準にも問題があると考えざるを得ません。

③ 2009年度の出来事別決定及び支給決定件数をみると、出来事ごとに支給決定を受けた認定率に相当なばらつきがあります。

2009年度の出来事別決定及び支給決定件数の表から出来事ごとに認定率を計算してみると、0%から66%まで相当な違いがあります。強度が高いほど認定されやすいと思われませんが、同じ強度Ⅲであっても、「ひどい嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた」は38%が認定され、「退職を強要された」では15%です。強度Ⅱでは「悲惨な事故や災害の体験をした」は58%が認定、「セクシュアルハラスメントを受けた」が25%、「上司とのトラブルがあった」はわずか6.7%です。たとえば、出来事として解雇があったと認められた事例で、使用者が1ヶ月以上前に予告したことや、別の派遣先を紹介したことなどで強度Ⅱへ修正され、その人が勤続20年で転職経験がないことや、他にも社員がいる中で1人だけの解雇であるといったことが修正項目で評価されなかったこともあります。このような修正の方法についても詳しく分析して、このような極端なばらつきがおこらないように改善する必要があ

ります。

④ 出来事の「セクシュアルハラスメントを受けた」についての負荷評価が軽減される場合が多い。

「セクシュアルハラスメントを受けた」の負荷強度はⅡですが、出来事ごとの認定率はわずか 25%と少なく、支援団体としても被災者の精神的苦痛を適切に評価されないと感じられることが多いです。負荷評価を改定して強度Ⅲとするか、出来事の評価の際により具体的事例などを示して、表面的な事柄のみを持って安易に評価を軽減することのないよう適切な評価方法をとるよう改善が必要です。

⑤ 「特別な出来事」の基準や範囲が不明確です。

判断指針では、「特別な出来事」があれば、心理的負荷表に示された「出来事」の評価とは関係なく、業務上にすると判断できます。ところが、「出来事」と比べて、「特別な出来事」の基準や範囲が、あまりにも不明確です。

「①生死にかかわる事故への遭遇等心理的負荷が極度のもの」では、「生死にかかわる事故への遭遇」以外にはどういふものが考えられるのでしょうか。

また「②業務上の傷病によりおおむね 6 か月の期間にわたって療養中の者に発病した精神障害」では、「病状が急変し極度の苦痛を伴った場合など」「上記①に準ずる程度のもの」としていますが、「上記①」の範囲や基準がどのようになっているのか、日常的に苦痛を伴うような場合はどうなのかなど、わかりません。労災で療養中の被災者の多くは、まず働くことができないことが精神的苦痛であり、さらにケガや病気で身体が思うように動かなかったり、日常的に介助が必要であったり、常に痛みなどの症状が伴う場合、療養期間が長引けば長引くほど精神的な苦痛が強くなるのが常です。そのような状態のみですでに負荷が強い状態であるのに、さらに病気が急変するなどの出来事がなければ認められない今の基準は問題があります。

「③数週間にわたり生理的に必要な最小限度の睡眠時間を確保できないほどの長時間労働」は何時間程度でのことでしょうか。夜勤を含めて 140 時間を超える残業時間でも業務上にならなかったような事例や、最終的に業務上になりましたが、労働基準監督署段階の判断で、残業時間が 2-3 か月にわたって 160 時間を超えるものも、「特別な出来事」として扱わなかったような事例もありました。

⑥ 審査請求、再審査請求、行政訴訟において、新たな事実の把握によるのではなく、すでに確認されていた出来事の評価が変わったために原処分の取り消しが行われることがしばしばあります。

他の疾病と比較して、精神障害については、医員の判断に完全に委ねた基準になっているためと思われます。例えば過労による疾患である脳・心臓疾患については、労働時間が大

きな判断基準となっており、労働基準監督署の職員が基準に基づいて判断ができます。疲労性の腰痛や頸肩腕症候群などの筋骨格系疾患についても、重量物の重さや労働時間などについて、一定の数値的な目安が示されているため、一定の職員による法的因果関係の判断が可能です。

⑦ 業務上の負荷となった出来事がひとつではなく複数認められる場合、それらの出来事を総合的に評価する方法が、判断指針では明示されていません。

業務上の負荷となった出来事がひとつではなく、複数認められる場合も少なくありません。今回の検討会の論点にも関わる点ですが、これまで、強度Ⅱである出来事が複数認められる場合でも、それら出来事のうちのひとつが「特に過重」とされるか、ⅡがⅢに修正されるかしなければ、総合評価「強」となりません。また、評価方法が明確でないために、労働局によって総合判断に大きなばらつきが結果として生じています。

⑧ 判断指針では、生涯でまれにしか経験しないような出来事があつたり、ひどいじめや暴行を受けなければ、精神障害は発症しないということになり、その高い認定基準が、結果的に軽度の方が請求を差し控える、不支給となっています。

現在の判断基準で認定されるのは、重篤な症状の方が多く、しかも、時間がかかり「迅速な保護」とは言えず、職場復帰まで回復できるケースはまれです。労災保険制度の目的は、「業務上の事由又は通勤による労働者の負傷、疾病、障害、死亡等に対して迅速かつ公正な保護をするため、必要な保険給付を行い、あわせて、業務上の事由又は通勤により負傷し、又は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、労働者の安全及び衛生の確保等を図り、もつて労働者の福祉の増進に寄与すること」です。労災保険制度は、業務上、負傷したり疾病にかかった労働者の、社会復帰できるまでの命綱です。しかしながら、現在の基準では、判断基準の高いハードルを越えた人しか認定されないため、短期間の療養で復帰した場合、労災請求の困難さから労災申請に踏み切ることが難しく、そういう方も労災保険制度を利用し、迅速な保護を受け、短期の療養で、職場復帰できるようにするべきです。

⑨ 負荷評価の判断・研究に当たっては、少なくとも対象を1万人規模の、都市部に限らない地域や中小事業場、女性や非正規労働者の比率の高い事業場を含むなどの工夫をした調査を実施して、分析・検証する必要があります。

前回の評価表の見直しで利用された調査データは、平成14年度は7社、2,699名うち女性673名(約25%)、平成18年度の調査対象が7社、3,854名うち女性496名(約13%)で、あまりにも男女比に偏りがありすぎますし、規模も小さくどの程度実状を反映していたか調査対象そのものに問題があると言わざるを得ないと思います。

⑩ ひとつの出来事に関連して引き起こされた出来事についての評価のやり方や、強度の修正は「視点」の判断の根拠が不明確です。

例えば、退職強要されて個人加盟労組に入ったところ、強要はおさまったものの、別のいやがらせをされたようなケースでも、「労働組合活動への対応だから全く関係ない」と片付けられたことがありました。セクハラについても、それを問題にしたことを契機にしたいじめも少なくありません。「セクハラを受けた」という項目だけでなく、「抗議したのに何ら対処もされなかった」とか、「上司とのトラブル」以外に、セクハラに抗議した、誘いを断ったことなどを理由としたトラブル・いじめについては、例えば「セクハラを起因とするいじめ、トラブル」のように、別に項目を立てるなどの必要があります。

⑪ 専門医である地方労災医員は被災者本人を直接診察することなしに、因果関係のみならず発症時期や病名までも「独自に」判断する制度となっています。

発症時期の特定では、体調の異変を感じながらもなかなか医療機関を受診しなかった被災者も多く、発症時期の特定が困難な事例は少なくありません。判断指針では、発症日を基準にして、その日以降の出来事は負荷評価の対象とはなりませんので、その特定はきわめて重要な問題です。また傷病名についても、文書による限られた資料から判断するために医員の先生方による部会診断と主治医の診断名が異なることがあります。主治医には文書で意見を求めたりカルテの提出を求めるものの、本人の診察や、主治医との直接の意見交換はありません。腰痛や上肢障害の場合、しばしば医員による診察が行われており、精神障害においてまったく診察しないで主治医と異なる医学的判断をするというのは制度上の不備であるとともに、治療の妨げにすらなりかねません。

⑫ 地方労災医員らへの研修などがなく、地方などによって判断にばらつきがあります。具体的な認定事例についての事例集などを作成し、地方労災医員や監督署職員らに周知してください。例えば、呼吸器疾患のじん肺については、レントゲン写真の読影研修会が実施されているように、全国レベルでの研修を行っていただきたいと思います。

以上。

