

第 1 回検討会の議論の概要

(医学的意見の求め方について)

- 処理期間が平均 8.5 か月まで最近増えており、請求件数が増えているからだという説明にとどまっていた。特に最近精神部会で検討する事案が多いのであれば、当然処理期間が長くなっていくと考えられ、その辺りの情報が重要だと思う。(丸山先生)

- 迅速化を図る意味においては、例えば自殺事案などについては原則全て部会協議となっているが、事前に主治医に掛かっており時期や病名がはっきりしているケースなどで、更にストレス強度も明らかに「強」といった場合は、部会協議の対象から外してもいいこともあるように感じる。
また、主治医意見で決定してよいようなケースであっても、例えば複数の医師から診療を受けていて診断名がはっきりしないが、負荷の強度や発症と発病時期については分かっている、診断名は 1 つには絞り込めないかもしれないが精神障害の範ちゅうであることは間違いのないといったケースなどにおいても柔軟に運用し、主治医方式で決定する事案をもっと増やしていく工夫が、大事な検討と考える。(田中先生)

- 確かに、非常に請求件数も増えており、部会で検討する事案や専門医の意見を求める事案はかなり増えているのではないかという気がするので、今後迅速化を図る上では主治医方式を増やしていく工夫が必要。(黒木先生)

(ストレス－脆弱性理論について)

- 身体疾患などに関しては、分子生物学的知見や遺伝学的な知見が大分集積されてきているが、精神障害の成因については、実はそれはまだ不十分であり、現時点ではストレス－脆弱性理論の代わりとなる根拠は見当たらないと思う。(田中先生)

- ストレス－脆弱性理論は、非常に汎用性と持続性のある理論だと思うので今後とも使った方がいい。この理論は 1977 年にズービン (Zubin) が出したものだが、統合失調症でもストレスがかなり影響することは画期的な考え方であり、統合失調症でもストレスが影響するのであれば、うつ病や不安障害、その他の精神障害には当然かなり影響するというこ

とであり、これが、労災の枠組みを考える上で非常に重要な基盤となっていると思う。（丸山先生）

- 労災認定基準と価値判断との関係について課題を提起したい。海外の制度に比べても、日本の場合は幅広く心理社会的なリスクを業務上と捉える傾向がうかがわれる。そうすると2点問題が出てくると考えており、1つは申請者側の不正行為や加害者の挑発など本人に同情できないケースにどう対応するか。もう1つは、適正な人事労務権限の行使については、例えばアメリカでは州法で労災とみないと定めているところが多いが、日本でそこをどう考えるか。

まず、本人の対応の仕方にもかなり挑発的なところがあって同情できないケースでは、業務上の過重性に対して大きくないという論理で、業務上認定をしない、あるいは、実務上は（パワーハラスメントではなく）上司とのトラブルに位置付けて、それで業務上とはしないやり方をしてきた。結局、出来事や外観を重視して判定することになるが、周辺症状や二次障害といったものを拾えないことが起きてしまうので、裁判例では、長期多軸視点で判断する努力をしてきたと思う。

人事労務権限の行使については、退職強要や配置転換などについても、出来事に入っていて、そうしたものに基づく業務上判定もされるが、その負荷の程度を判断する際にある程度調整をしているとはいえると思うが、そもそも、そのようなことを労災認定の要素にすることがよいのかは、再度議論してもよいのかと思う。

裁判例では、客観的な視点で業務上の過重負荷はあったともいえるケース、3、4時間も、非常に長時間本人の落ち度を責められて、本人が精神障害にかかったと訴えたケースで、強いストレスだったかどうかだけの視点でいくと、強いストレスだったかもしれないが、本人の対応の仕方が挑発的であまり同情できないケースで、ストレスは強くないと判断された。確かに今の認定基準で、ある程度出来事後の経過の中で総合判断できるといえばそうなのかもしれないが、労災認定は基本的には業務上の過重性は客観判断する仕組みだから、ストレスのように価値判断が介在する課題について、そこを考え直さなくてもいいのかなというのが疑問である。（三柴先生）

- やはり過重性をどう見るかがポイントだと思うので、3時間のところだけを取り上げて、そして客観的に評価されていないのは、上司の陳述あるいは本人がそれに対してどう答えたか、周りの職場がどう見たという客観的な指標で過重性を捉えることが大事なので、その本人が同情できない事例だったという評価だけでいいのかどうかも含めて、今後認定

基準を客観的な指標でやっていくのも基本なので、もう1回考えていただいてもよいか。（黒木先生）

- はい。その前提で、本人側の対応の誠実さや合理性を判断の基準の中に入れていくかどうかという論点かと思う。（三柴先生）

- 難しい議論だと思うが、問題は精神疾患がどういう形で発症したかなので、本人がそれに対して誠実であるか否かではなくて、ある状況の中で精神障害を発症し、その発症した過程の中で業務過重性が、どう本人へ影響を与えたかに尽きるので、あまり個別に本人の反応や対応、誠実さ等を捉えるのは、業務上外の考え方としては少しづれる可能性もあるのではないか。（黒木先生）

- 認定基準ができる前の判断指針においても、個人要因なども調べていたが、実質的に調査するとなかなか難しい。発症したことによる心理的变化によって、その対応方法が変わってしまったのかも、審査の場面では分からないので、正確に評価するのは難しいと思う。本人の出来事に対する対応をどう評価するかは、我々精神科医にとっても非常に難しいもので、過小評価、過大評価のリスクは大きくなり、全体の判断をゆがめるリスクになるのではという危惧はある。（田中先生）

- まずは公衆衛生の基本は画一化である。労災もその延長線上にあると思うので、先ほどのストレス－脆弱性理論の中で言えば、ストレスをどう評価するかは、やはり同種労働者の中でどうだというある意味の平均的なストレス強度を決めて、標準化することがまず大事だと考える。これについては、いろいろな医学的な議論があるが、その枠組みを崩して最初に事細かく入ってしまうと議論が成り立たないと思うので、まずはサイエンスとして、できるだけ成り立つところを押さえて、そこから、合意に踏み込んでいけばいいと思う。（丸山先生）

- ストレス－脆弱性理論が、法的な理論として認定判断に大きな影響を与えるかということ、裁判例でも多くの場合、枕詞的に使われているだけであまり意味を持っていない。例えば个体側に脆弱性が大きい場合には、小さなストレスでも発病することがある。そうであれば、そのときには小さなストレスであったとしても、相当因果関係がある形で認定をするのであれば、ストレス－脆弱性理論は1つの意味を持つと思う。
現状においては、結局、平均的労働者を発病させるかどうかで測られるので、問題は平均的労働者であるかどうかには帰着してしまう。問題は、

近年裁判例が平均的労働者には幅がある、脆弱性を有しながらも勤務の軽減までは必要とないものを基準とする、ある意味平均的労働者像について、やや脆弱性を容認する傾向にあり、行政の実務においても、少なからず影響を与えている可能性はあると思う。

しかし、ほとんどの場合平均的労働者像を認定段階で概念化できない。つまり、事実認定に関して、どういう実情があったかという中で、このくらいだったら発病しないだろうなというところにとどまってしまう。できたら、ストレス－脆弱性理論が、もう少しこの認定実務に影響を与える形で教えていただく指標が示されればと思う反面、なかなか難しいと考える。

心証をどう形成するかの中で、できるだけこの偏差が少ない方がよく、今までそのために認定基準を作ってきたし、それが「強」であれば平均的労働者も発病するということで、発展させてきたのだと思う。問題は、この「強」であることが本当に平均的労働者を発病させるものであるかについての客観的な検証が必要かと考える。そこを集めていければ少し新しい方向性が見えるのではないかという感想を持っている。（品田先生）

- 基本的には、品田先生も、この平均的な基準、客観基準を大事にすべきだということによろしいか。（黒木先生）
- そのとおり。そのために、認定基準があり、これまでそれ相応に発展させてきた。しかし、本当に「強」であれば平均的な労働者が発病するのかを、もう一度検証する必要はあるかなと思う。（品田先生）
- 臨床的に考えると、特別な出来事はあるが、特別な出来事に遭遇したからといって、必ず精神障害が発症するとは限らないので、「強」の出来事で精神障害は必ず発症することもいえない。しかし、現場では精神障害を発症したときに業務起因性を考えるときには、この客観的な平均的な基準を用いることはやむを得ないのかなと思う。（黒木先生）
- やはり出来事と精神症状の発症の近接性が相当因果に結び付いてくるのではないかという視点を持っていくことが大事だと考える。それから、もう1つは出来事の結果の重大性を考慮しながら、発病の有無等について検討していくことも、重要な視点だと思う。（荒井先生）
- ストレス－脆弱性理論というのは非常に魅力的な理論であるとは思いますが、先ほど三柴先生は、ストレスの過重さだけではない側面も言われた

と思う。そういうことでは、ストレスチェック制度を見ると、サポート体制によって、ストレスが同じような状況であっても、少し小さくなるというようなこともいえるので、ストレスの過重だけではなく、いろいろな側面も加味して判定することも必要なのかなという意見を持っている。

それと、最近、現実的には、精神科の疾患の診療をする際に、なかなか治らない患者を診ていると、その背景に発達障害という問題を持っている方が案外と多く見られる。そのような方たちが、例えばうつ病だとか適応障害という診断を付けられてきて、発達障害は側側の要因だが、現実的には、そのような方たちの発症が目についてきているので、側側の要因を、どのように捉えていくかという検討もできたらいいのではないか。（小山先生）

- 確かに、日常臨床では、発達障害という診断名、あるいは自分は発達障害ではないかということで外来に来られる方が非常に増えているということも、現実にはある。（黒木先生）

- ストレスー脆弱性という「脆弱性」というのは、どこの段階を捉えて、どのように判断されるべきものか。一旦寛解したとき、ストレスー脆弱性は差引きゼロになるのか。いろいろな過去の履歴を捉えて脆弱性を論理付けるといようなことがあるが、それは本当の意味で、その事実をもって脆弱性があると捉えてよいか。その場合、寛解というのはどういう意味を持つのか、医学的な判断において、こういう状況が、こうなればこうであるといようなことを、展開していただくことによって、かなり判断はしやすくなるのではないかと思うので、議論の中で教えていただければ。（品田先生）

- それでは、ただいまの検討の結果、精神障害の成因は、ストレスー脆弱性理論によって理解することが最新の医学的知見等に照らしても適当であり、引き続き労災認定基準では、これに依拠すべきであると整理させていただきたい。（黒木先生）

（認定要件の考え方について）

- 先に、これこれの出来事が強いから精神障害を発症するのだということではなく、まずは精神障害があるのかどうか。それが発病しているかを確認した上で、業務遂行性なり、業務起因性を遡って決めていくための標準化が必要である。ここに書いてある認定要件の順番も、非常に大事であり、今の流れが、非常に現状に合っていると思う。（丸山先生）

(同種の労働者の考え方について)

- 認定要件の所の2番目に業務による強い心理的負荷が必要と書かれている。ここの評価を、その次の3の平均的な労働者を基準に行うわけだが、この段階で、労働者の脆弱性が組み込まれることになるかと理解している。

他方で裁判例を見ると、この平均的な労働者は認定基準も認めているように、職場や職種、あるいは立場や職責、年齢や経験が類似する者は、基本的にはここに含まれるとなっている。そうすると、これ以外に認定要件の3として、個体側要因で検討すべきものは果たして何かを改めて確認したい。

現在の認定基準では、この個体側要因として例えばアルコール依存症や、これまでの精神障害の既往歴などを検討するように拝見しているが、こういった要素があったとしても、職場において特に配慮を受けずにやっているものであれば、平均的労働者として、その前の2の段階に吸収されてしまうようにも思う。そうすると、この3の段階の個体側要因というのは、つまり事業主に対して例えばこの問題となる被災労働者に、特段の配慮をしていたかとか、日常業務を支障なく遂行していたかだけを確認すればいいようにも思うが、この点について御意見を伺えたらと思う。(中益先生)

- ご指摘の通常勤務ができていた人なのかどうかという視点は、判断の中で非常に大事だと思う。

ただ、職場の労働者はいろいろと環境が変わるわけで、これまで通常に勤務できていても環境が変わったことによって影響を受ける労働者も多い。人は環境で左右されるところもあって、その人がこれまで大丈夫だったからということだけで個人の脆弱性を判断するのは少し難しいところはあると思う。

また、個体側の要因については、どこまで調べられるか限界があって、実際の審査では、ある程度個体側要因も結構強いのだろうと思いつつも、明らかな過重労働があった場合は、業務上と判断するような運用をしている。ときに個体側要因については、これまで通常に働いていたかどうか以外において、特に精神疾患の既往等においては、本来個別にかなり検討しなくては判断できないケースもあるが、これはこれで、「個体側要因」の中で、関連するものを調べていくという運用でよいかと思う。(田中先生)

- 個体側要因はなかなか見えない。脆弱性も見えない。しかし、過去に

既往歴があることは1つの指標にはなる。我々は認定の苦労をするところでは、既存の精神障害を持っている人をどう判断するかということが非常に大事になる。（黒木先生）

- 先ほど、例えば人事異動があつて環境が変わるとか、また、発達障害をお持ちであるとか、そういった様々なことも含めて、裁判所としては、基本的には業務への支障の有無を基準に、平均的であるかを見ているように思うし、今回の先生方の調査の結果も、そういった多様な労働者を含めて、平均的に強度を見るという意味で、そういった多様性は、この調査のストレス評価の段階に含まれているのではないか。

脆弱性に関する個別の事情は、裁判所の考えとしては、それまでの業務への支障の有無を見ていると思われる。よって、もともと精神障害の既往歴があつても、特に配慮を受けずに、働けていたものは平均的であると。他方で、認定基準の2でも、労働者にとってのストレスの強弱を客観的に見るというようにはなっており、ここは裁判所の考え方と同様のようにみえる。繰り返しになるが、裁判所が見ている労働者側の個別要因というのは、基本的には、それまで実際にそういった平均的な同じ職種や職位に関して、問題なくやっていたら平均的と見る考えに吸収されるように思う。（中益先生）

- 基本的にはそれでいいと思う。認定実務では、通常の勤務ができていたかどうかを見るので、通常勤務ができていた人が負荷に遭って発病した、あるいはもともと既往がある人が発病したとか、ある人が通常の業務ができていたということであれば、認定基準上は精神障害が新たに発病したと。同じものが発病したとしても、新たな発病として見るので、それほど先生がおっしゃったような既往歴とか、それをとりわけ特別に考慮してということにはならないので、現実には、通常勤務ということができていれば、新たな発病として考えるというのが認定実務ではないかと思う。（黒木先生）

- 例えば認定基準でアルコール依存症のそういったものがあつたとしても、仮に、特に配慮されることなく通常業務をしていれば、個体側の事情として考えない運用がなされているということか。（中益先生）

- 精神障害の発病に当たって、アルコール依存が影響しているかということは、もちろん考える。アルコール依存があり、いろいろなストレスによってアルコール依存があるというようなことの場合は当然考えるが、精神障害を特定するということがまず大事なので、発病していること、

それからどういう精神障害が出ているかということを見て、その前の勤務の状況を考えるので、アルコール依存が多少あったとしても、それはそれで、ストレスの負荷がどうかということがポイントになるということだと思う。（黒木先生）

- 現在の認定基準では、判断基準となる労働者を同種の労働者としていて、しかし、ここまでも議論になっているように、裁判例では、単なる同種の労働者ではなく、つまり職種、職場における立場や職責、年齢、経験等が類似する者ではなく、その中でも、特段の業務軽減措置を受けることなく日常業務を支障なく遂行できる者を平均的労働者として、それを基準とするものが多いように読める。

ただ、脳・心臓疾患の認定基準では、そのような、日常業務を問題なく遂行できる者というのが認定基準でも明記されておりますが、精神障害の認定基準では、そのような個体側の脆弱性の程度への考慮というのは、少なくとも判断基準としては明記されていない。

現在の認定の実務では、個体側の脆弱性の程度というのを判断基準となる労働者のところで読み込んでいるのか、それとも、判断基準となる労働者は、個体側の脆弱性の程度としてはいわゆる健康な労働者であって、脆弱性の問題は認定要件の3の個体側の要因の所で見ているのかということを確認させていただきたい。（中野先生）

- （判断基準となる労働者としては、経験の浅い者と経験豊富な者のようにある程度幅があり、経験の浅い者であればそのような労働者が同種労働者となること、本人の健康状態等について同様に考慮するのは認定基準上明示されていないが、認定要件の3は業務による強い心理的負荷があっても個体側要因により発病したと判断される場合には業務起因性を否定する要件となるところ、先ほど黒木先生からご指摘があったように、通常に勤務できている労働者について個体側要因により発病したとして業務起因性を否定する事例はほとんどないとの事務局からの説明を受けて、）

そうすると、イメージとしては、裁判例が読み込んでいるような、労働者の中にも個人のストレスの受け取り方という意味での脆弱性に幅があるのだということは、現在の行政実務においても、判断基準となる労働者のところを認定基準の文言どおりに、格式張った運用をするのではない形で配慮をしていると理解してよろしいか。（中野先生）

- （同種の労働者を想定する際に、例えば身体障害がある等の個別の要素は考慮することとなるが、本人のストレスの受け取り方までを考慮する

趣旨ではないとの事務局の説明を受けて、)

そうすると、その点では、現行の認定基準と認定実務の在り様と、裁判例の多くが述べるようなところには差があるというように理解してよいか。(中野先生)

○ 同種労働者とか、非常に難しい観点だと思うが、一律に同種労働者ではなくて、同種労働者の置かれている状況とか、それを実務的には勘案するという事だと思う。(黒木先生)

○ 「平均的労働者」に関する多くの裁判所の考え方では、「同種の」というところで限定があり、更に特別な配慮をせずに通常業務をこなしていればいいということなので、今の認定基準と裁判所の判断基準には少し違いがあると考えている。しかし、もしここでの議論で両者に違いがないという総意が得られるのであれば、脳・心臓疾患の認定基準に書かれているような文言を、精神障害の認定基準にも入れた方が裁判所の考え方との齟齬がなくなり親切なのではないか。

更に言えば、通常業務をこなしていればいいというところで、先ほど既往歴や障害に関する話があったが、裁判例の中には「平均的労働者」のなかに、精神障害に関する薬を服用していたという方も含めるという考え方がある。本人も気付いていなかったけれども発達障害だったというような方も、最近は増えているが、そのような方も通常勤務をしていれば「平均的労働者」に含まれるという理解でよいのか。裁判所の考え方と現在の認定基準の解釈が近いということであれば、「平均的労働者」にそのような障害があっても程度によっては含まれるということ認定基準などにも入れた方が、裁判所と行政解釈に齟齬がなくなり理解されやすいのではないかと感じた。(阿部先生)

○ 我々が日常臨床や認定実務で判断している内容は、なるべく客観的公平ということが一番なので、まだ議論があると思う。同種労働者、個体側要因、その判断基準の辺りに関しては、再度議論したいと思う。(黒木先生)