

第 7 回検討会の議論の概要

(評価表の「具体的出来事」を示すに当たっての考え方と類型①～③)

- かなりきれいに整理がされていて、具体的な論点で言われている具体的出来事がかなり整えられたという印象を持っている。それから、新しい内容についても付け加えられており、大変よいものができていると思うが、17、18の項目の感染症と勤務形態について、労働安全衛生法の第22条において、職場でコントロールすべき要因として、1番が化学物質に関するような原材料、ガス、感染症、2に物理的環境となっている、そこで、項目18を改めて読むと、作業環境の有害物が18の中に入るとするのは少し違和感がある。むしろ例えば、感染症は有害化学物質、病原体というしっかりした有害因子と考えると、18に書いてあるような温度、照明、湿度といった有害環境、放射線のようなものや、感染症は一つの「有害化学物質による暴露」という形に整理しておいたほうが、今後、検討する際に何が原因で心理的負荷を生じたかに整理が付きやすいと思う。有害化学物質に関しては感染症と一緒にまとめることが、負荷の説明の仕方、防護が十分ではなかった、あるいは重大な健康障害を起こし得るような状況に従事してしまったというところでまとめやすい。

項目18の勤務形態のところは、これも負荷要因ではあるが、交代勤務という測定の仕方がかなり異なるような構造になると思うので、少し整理してもいいと思う。

感染症の記載については、例えば「病原体や有害化学物質等による病気や事故の危険性が高い業務に従事した」、あるいは「作業環境」という言葉を「有害化学物質や感染症等による病気や」という形に整理してはどうか。出来事の種類のところは、このままでいいように思うので、内容を少し検討してはどうか。(吉川先生)

- 項目1、3、4などの具体的出来事の書き方について、今回お示しいただいたように、括弧がないほうがすっきりしていて分かりやすい。括弧をつけていた趣旨は、例えば項目1であれば、重度の病気やけがに当たらない場合でも、「弱」や「中」に当たるかを評価表に当てはめて検討することを示すためであったと思うが、その趣旨を明記する必要があるのであれば、評価表の運用上の留意点などとして別途示せばよいのではないか。(中野先生)
- 全体としてとても分かりやすくなったと思う。議論もしっかり踏まえてまとめていただいているなという感想を持っているが、2～3点気づいたことをお話しさせていただきたい。

まず、項目2の悲惨な事故や災害の目撃について、「中」である例で「特に悲惨な事故を目撃したが、被災者との関係もなく、傍観者的な立場で」云々とあるが、関係が全くない人がいるわけではないので、「被害者との関係は浅く」、「薄く」、「救助できる可能性は低かった」等の形で、「強」との関係における表現を用いたらどうか。

項目4、「大きな誤発注」という言葉があるが、大きな影響をもたらす誤発注を指しているのであればそう記載すべきだし、全体としてかなり内容を抽象化したにもかかわらず、ここだけ誤発注という具体性のあることが出てくることに、違和感を覚えたので、実例として多いのであれば残してもよいが、検討の余地はあるのではないか。

項目7、具体的出来事のところで「業務に関連し、違法な行為や不適切な行為」、「違法な行為」はいいと思うが、「不適切な行為」は行為だけではなくて、誰に何かを言えというようなこともかつてあった記憶もあるので、「不適切な言動を強要された」という言葉にしたほうが、より対象が広がって分かりやすいのではないか。（品田先生）

- 統合の度合いは非常に適切なものだと思う。似たような項目が並ぶことで「中」が増えてしまって解釈が難しいということも少なからずあるので、これぐらいにまとめられれば、運用もしやすいと思う。

項目18で作業環境等の変化、総合評価における共通事項で職場環境の悪化があり、騒音、照明などが書いてあり、ここで作業環境、職場環境のほうが広い意味なので総合評価の視点に残してもいいのかもしれないが、これをある程度詰めることになれば、総合評価における共通事項から「職場環境の変化」を外したほうがいいと思う。

交代勤務の具体例の表現について、「弱」と「中」において本人が会社に事情を申し出ていたか否か、本人の意向に従っていたかどうか記載されているが、通常、交代勤務においては最初から指定されているところもあり、事情があっても言わない人、もともとと言う人がなかなかいないと思うが、そういった事情もあり、交代勤務や夜勤への変更等について本人の意向やちゃんと申し出ていたかどうかを条件に加えるのは、運用上難しくなると感じる。（田中先生）

- 事務局に、これまでの議論を踏まえてとてもよく検討していただいた。今、御指摘のあった点については、事務局で検討していただき、最終的に決定していただければと思う。（荒井先生）

- 全体的に項目数もほどよい数になり、細かいところまで配慮いただいたと

思う。総合評価における共通事項だが、職場環境の悪化について、作業環境に限らず包括的な意味合いも含めて残しておいたほうが良いと思っている。出来事に絡んでそれぞれのところで具体的に検討する事項として細かいことを挙げてもらうのはいいが、それ以外にも挙げ切れないような内容もあるのではないかと思うので、事務局でまた検討してもらいたい。（丸山先生）

- 非常にまとまって分かりやすくなったと思う。それぞれの先生方から御意見のあったことは私も感じていたので、そのとおりかなと思っている。（小山先生）
- すっきりまとめていただいたと思う。（中益先生）
- 項目1の「長期間」というところについて、この前のおおむね2か月以上というのは外すということで、今は平均在院日数は28日ぐらいと短くなってきていることなどを踏まえているのは分かるが、案外2か月というのはこれまでの議論の中で使ってきた経緯もあるので、今度は長期間をどう具体的に考えていけばいいかを少し事務局からお示しただけであれば理解しやすいと思う。（丸山先生）
- 病院の性質によって入院期間が相当違うので、2か月という数字を出してしまうと、それに満たないために受け入れられないという場合が発生し得るので、ある程度のその病院にとっての「長い」という、運用上はそのように扱っていただければいいのではないかということで、2か月という具体的な数字をお示ししないほうが運用上も楽になるのではないか。（荒井先生）
- 急性期は、すぐリハビリになると転院してしまう一方、リハビリ病院で数か月かかったり、あるいは半年以内と決められていたり、その辺でこれは重度の後遺症を残すという判断ができるので、ここの2か月は消してもいいのではないかという気もする。（黒木先生）
- 類型①には業務上の事故や災害であることは特に書かれておらず、具体例を見れば業務上のものであることが分かるが、類型②の項目3などは「業務に関連し」ということがついているので、ここも業務上の病気やけがであることが分かるほうが、バランスはよいと感じる。（中益先生）
- 項目14と18の「強」の部分については解説という形になっている。従来のもの中には「『強』となることはまれ」という表記があるが、できれば14も18

も「強」となる例があり得るのではないかと思うので、実際上はまれであっても、そうした状況が想定されることによって、より出来事の種類の意味があるのではないかと感じるので検討したほうがよいと思う。

「強」となる例が考えにくい部分もあるので、解説という形で置くことが絶対に駄目というわけではないが、この2つについては「強」となる例を想定することは不可能ではないのではないかという気がするので、できたら検討してみたらどうか。（品田先生）

- 結果的には個別の判断になるので、そこで「強」の事例を総合的に考えると「強」として考えるということは当然あり得るわけなので、また事務局で考えていただければいいかと思う。（黒木先生）
- 項目11「顧客や取引先から対応が困難な注文や要求等を受けた」について、「対応が困難な」と表現して、いわゆるカスタマーハラスメントなどとの区別を明確化していただいたと思う。一方で、総合評価の視点の「中」の具体例の「業務に関連して、顧客等から納品物の不適合の指摘等その内容が妥当な指摘・要求を受け、その事後対応に従事した」が、対応が困難とは言えないのではないかという問題が逆に発生してしまっているのではないか。この事例が心理的強度「中」として、この項目として評価される趣旨が分かりにくくなってしまっているのではないかというのが疑問点である。（中野先生）

（労働時間の考え方について）

- 時間外労働時間、連続勤務日数に関する注については、こういう形で評価表の中に注を書くことはあまり望ましくないと思うので、従来の方がよい。（品田先生）
- （「その業務内容が通常その程度の労働時間を要するもの」に関する中野先生の御質問を受けて）例えば、鬱病が発症してしまうと能力が落ちるので、普通にできたこともなかなかできず、そのために時間が発生することも当然あるので、外形的、ある程度拘束されてその分仕事をしているのは評価すべきかと思う。（黒木先生）
- 時間外労働に関しては、事務局の説明でもライフイベント調査結果について言及があったところだが、その結果を踏まえても現行認定基準が採用している時間数は妥当であり、医学的にも見直しが必要とは言えないと思う。（黒木先生）

- 診断基準とも絡むことかもしれないが、項目16、1か月に80時間以上の時間外労働を行ったというのが、出来事を1か月のスパンでとっている。「強」になる場合にはもっと広い幅になるので、ほかの項目と比べるとかなり期間が広く、例えば、適応障害などはそんなに長いスパンの出来事を多分想定していないので、扱い方に工夫が必要となる。今の恒常的長時間労働の総合評価があるが、「中」であれば出来事の前又は後に評価していく。「弱」であれば前後を評価していく。項目16をある意味積極的にとっていくと、ここでもうまく整合性がとれるかどうか。時間的に齟齬が生じないか心配である。以前のように他の項目で評価されない場合にのみ評価するというのであれば、そういった問題は起きにくかったと思うが、診断とも絡んでくるところなので混乱しないか検討が必要だと思う。

総合評価における共通事項の視点に職場環境の悪化があり、これはある程度スパンがあっても構わない状況だと思うが、その後の評価とうまく整合性がとれるかが心配である。つまり、ライフイベントの研究でも、もともとそんなにスパンをとるような出来事を取り上げているわけではない。せいぜい1か月以内。例えば、ラザルスのデイリー・ハッスルズでも、「この1か月の間で」という聞き方で捉えているので、それよりも基本的には短いスパンの出来事を想定している。出来事で捉えるのであれば、そういう形になり、少しスパンが広がるのであれば、総合的な評価における共通事項で評価していくほうが整うのではないかと思う。そもそも1か月80時間以上というのが、ほかの出来事と比べるとちょっと異質である。今後、この出来事で評価することが多くなると、複数の出来事の全体評価にも影響してくるので、かなり慎重に議論しておかないと混乱が起きると思う。（丸山先生）

- 慎重に考えていくのは必要だと思うが、「中」が複数ある場合は方針を考えながら事案に対応していて、労働時間と出来事とのセットで一定程度考えているので、提案通りで進んでいるということではよいのではないか。（荒井先生）

（認定要件1「対象疾病を発病していること」について）

- 枠組み的などころについて、過去、行政の決定について審査された裁判例においては、「何らかの精神障害に罹患していた」というぼかした表現があった。事後的に診断名を確定することはマストなのかについてお伺いしたい。

例えば、ICD-10のF4で分類不明というのがあるので、分類不明という医師の診断があればいいということになるのか、そこまでは労災認定実務上要求することになるのか、それとも、確定はできないけれども精神障害への罹患

が認められればいいということになるのか、そこについて教えていただきたい。（三柴先生）

- 認定実務例はかなり精神疾患を診断する。特に医療機関を受診していない事例については、何らかの精神疾患としか言いようがないという事例も中にはあり難しい面もあるが、可能な限りICD-10分類に近づける可能性があれば、そういう形で運用するのが適切かと思う。（黒木先生）
- ICD-10あるいはDSM-5について、現在の運用上は「何らかの精神障害」というものを、アメリカでは「その他特定できないもの」として分類しているものが非常に多くあるので、我々も厳密には特定できないが、例えばF4のどこかに入ると判断をせざるを得ない局面が多いので、何らかの精神障害というより、ICD-10あるいはDSM-5、ICD-11の精神及び行動障害のどこかに位置づけられるのだということを示すことが、我々の医師としての業務・責任を持って判断するという事ではないかと思う。（荒井先生）
- 実際多くの診断書にうつ状態や自律神経失調症など、もともとICD-10の中に入らないものもたくさん含まれている。また、全ての診断分類に「その他の〇〇障害」、「詳細不明の〇〇障害」が設けられている。裁判などでも、病名がうつ病であれ適応障害であれ、診断名によってその後のその後の議論の方向性が変わることもなく、何ならかの精神障害を発症していたことだけが確認されればそれで済むようなことも多いのが実情と思う。
また、精神部会における審査でも、ただ、主治医からうつ病性障害といった診断名が出たとしても、カルテの記録を見てもきちんと確認できないケースも少なくなく、きちんとした診断名の特定は現実に難しいケースもありますしその意義もどこまであるか悩ましい。（田中先生）
- できればFの3桁まで診断名をつけられれば一番いいと思うが、「うつ状態」とだけ診断名にあっても、それがF4かF3かぐらいかまでは、専門家であれば大体区別がつき、よく分からない精神病みたいなつけ方はせず、おおむねある程度つけている。そして、大事なものは主治医の意見で、それが基本であり、おかしいなということもないことはないが、覆すには相当な根拠がなければいけないので、カルテからどれだけ拾えるかというのは、これまた悩ましいことがある。なので、基本的には主治医の意見を尊重しながら、3桁は難しくても、1桁ということは極めて少なく、大体2桁まではつくのではないかと、また、そのようにやっているのが現状である。（丸山先生）

○ 労災認定においては目的・趣旨志向が望ましいのかなと基本的には思っている。（三柴先生）

○ 実務的に言えば何らかの疾病を発症したと考えるという表現は致し方ないことであり、御本人が自殺されている場合や受診の履歴がないような場合において、しかしながら様子が変わったという場合には、そういう表現を使うことは通例あることなので、これは本来医学的な診断における疾病名が明確にされることが原則だが、致し方ないと思う。（品田先生）

（対象疾病について）

○ ICD-10から11への移行というのは精神学会においてとても大事な移行でもあり、基準となるものの確立を待ってからすべきだと考えている。一番疾病として多い適応障害も、「適応反応症」という病気になるのかもしれないが、概念は随分違ってくる。これまでより個人的な要因が重視された形でICD-11では位置づけされることになるし、他の疾患分類においても違いが生じることになるので、対象疾病も11の確定を待って11に従って決めていくべきだと思う。（田中先生）

○ 精神科の運用検討委員会でもICD-11の訳をかなり検討しており、10と11でかなり解釈が違う点があるので、11を待ってもいいと思う。（小山先生）

○ 今回のICD-11はかなり変更があるので、精神神経学会から訳が出てから考えるのがよい。（黒木先生）