

## 第 10 回における論点

### 1 業務による心理的負荷評価表の検討

- (1) 「具体的出来事」の類型⑤～⑦に関して、「強」「中」「弱」と判断する具体例や総合評価の視点について、どのような内容を示すべきか。

- ・ これまで検討してきた「具体的出来事」の内容やその考え方、これまでの裁判例、裁決例等を踏まえ、「強」「中」「弱」と判断する具体例や総合評価の視点について、決定事例等を踏まえ、追記、修正等すべき事項として、どのようなものがあるか。

### 2 発病の有無、発病時期

- (1) 発病の有無について、どのような状態を精神障害の発病というかの判断が適切になされるために、どのような事項に留意すべきか。

- ・ 発病の有無等については、対象疾病を踏まえ、現時点においては「ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン」に基づき判断される。
- ・ 精神障害の治療歴のない自殺事案の発病の有無の判断に当たり、どのような事項に留意すべきか。
- ・ 他の精神障害を有する者の発病の有無の判断に当たり、どのような事項に留意すべきか。

- (2) 発病の時期について、どの時点が精神障害の発病というかの判断が適切になされるために、どのような事項に留意すべきか。

特に、どの時点で診断基準を満たしたのかの特定が困難な場合について、どのように考えるべきか。

- ・ 発病時期については特定が難しい場合があるが、そのような場合にも、出来事との関係、自殺事案については自殺日との関係等を踏まえ、できる限り時期の範囲を絞り込んだ医学意見を求めて判断するほかないのではないか。

### 3 精神障害の悪化及び個体側要因による発病

(1) 精神障害の悪化について、どのような状態を精神障害の悪化というかの判断が適切になされるために、どのような事項に留意すべきか。

- ・ 「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。
- ・ 症状の変化が生じる前の状況が、一定期間、通院・服薬を継続しているものの、症状がなく、または安定していた状態で、通常の勤務を行っていた者の事案については、ここでいう「発病後の悪化」の問題としてではなく、「症状が改善し安定した状態が一定期間継続した後の新たな発病」として、通常の認定要件に照らして判断すべきものが少なくないのではないか。

(2) 精神障害が悪化した場合の業務起因性について、既に精神障害を発病して治療が必要な状態にある者は、病的状態に起因した思考からささいな心理的負荷に過大に反応すること等も踏まえつつ、そのような個体側要因の状況と業務による強い心理的負荷との関係等についてどのように考えるべきか。

- ・ 個体側要因（治療が必要な状態にある精神障害）の状況及び業務による強い心理的負荷の状況は事案により様々であるところ、これらの状況を個別に医学的に検討することについてどのように考えるか。

(3) 業務による強い心理的負荷が認められる事案であって個体側要因によって発病したことが医学的に見て明らかな場合を例示することについて、どのように考えるか。

- ・ 「明らかな場合」の例示は困難ではないか。
- ・ 丁寧な検討が必要な場合として、治療が必要な状態にある精神障害を有している場合（悪化の場合）や、重度のアルコール依存状況がある場合などを例示することについてどのように考えるか。

#### 4 療養、治ゆ及び再発

(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。

※ 治ゆ（症状固定）後であっても、一定の障害を残した場合には障害補償給付が、後遺症状の増悪防止等のため長期間にわたり投薬等が必要とされる場合にはアフターケアが実施される。

- ・ 療養や治ゆ（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適当か。
- ・ 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重要ではないか。  
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。

(2) 対象疾病がいったん治ゆ（症状固定）した後において再びその治療が必要な状態が生じた場合は、新たな発病と取り扱い、改めて認定要件に基づき業務上外を判断することについて、医学的知見の状況等を踏まえ、妥当なものと考えてよいか。

認定基準の検証に係る具体的な論点（たたき台）

1 業務による心理的負荷評価表の検討

具体的な論点	参考事項
A 「具体的出来事」の類型⑤～⑦に関して、「強」「中」「弱」と判断する具体例や総合評価の視点について、どのような内容を示すべきか。	別紙のたたき台で検討してはどうか。 医学的知見：第2回資料1 裁判例：第3回資料3

令和2年度ストレス評価に関する調査研究報告書 表41抜粋

表41 全78項目のストレス強度（質問項目順）

	質問項目	平均	標準偏差	回答数	割合 (%)
50	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※「身体的攻撃、精神的攻撃等のパワーハラスメント」は、暴行や、必要以上に長時間にわたる厳しい叱責などを指します。上司からのパワーハラスメントのほか、同僚や部下からの集団による行為で抵抗・拒絶することが困難な場合も含まれます	7.26	2.92	2,442	8.14%
51	(1)上司等から暴力を受けたが、打撲程度であって1～2回で治療は終了した	5.37	3.16	215	0.72%
52	(2)上司等から暴力を受け怪我をし、治療に1～2か月以上を要した	4.99	3.08	208	0.69%
53	(3)上司から業務上必要のない又は業務の目的を逸脱した叱責が1回あった	7.74	2.77	838	2.79%
54	(4)上司から業務上必要のない又は業務の目的を逸脱した叱責が今までに数回あった	7.93	2.64	934	3.11%
55	(5)上司から業務上必要のない又は業務の目的を逸脱した叱責が週に数回あった	7.71	2.9	651	2.17%
56	(6)上司等から人間関係からの切り離しを受けた※無視や孤立化などを想定してください	7.38	3.02	563	1.88%
57	(7)上司等から過大な要求を受けた※達成不可能な目標を与えできないと叱責する、業務と無関係な雑用を強制される、などを想定してください	7.57	2.85	725	2.42%
58	(8)上司等から過小な要求を受けた※退職を目的に誰でもできる仕事しか与えない、仕事を与えない、などを想定してください	7.22	2.98	564	1.88%
59	(9)上司等から個の侵害を受けた※職場外でも継続的に監視したり、個人情報を本人の了解を得ずに暴露する、などを想定してください	7.43	2.96	588	1.96%

業務による心理的負荷評価表に係る出来事の追加・修正・削除(たたき台)

出来事の種類	項目番号	現行		改正案			(参考)
		具体的出来事	負荷の強度	具体的出来事	負荷の強度	これまでのご意見	第5回案
⑤ パワーハラスメント	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	Ⅲ		Ⅲ		
⑥ 対人関係	30	同僚等から、暴行又は(ひどい)いじめ・嫌がらせを受けた	Ⅲ	同僚等から、暴行又はひどいいじめ・嫌がらせを受けた	Ⅲ	・括弧書きについて要検討(項目1と同様)	
	31	上司とのトラブルがあった	Ⅱ		Ⅱ		
	32	同僚とのトラブルがあった	Ⅱ		Ⅱ		
	33	部下とのトラブルがあった	Ⅱ		Ⅱ		
	調査項目 68	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	—	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 ※ 著しい迷惑行為とは、暴行、脅迫、暴言、著しく不当な要求等をいう。	Ⅱ		
	34	理解してくれていた人の異動があった	Ⅰ	項目35に統合	—		
	35	上司が替わった	Ⅰ	上司が替わる等、職場の人間関係に <u>変化</u> があった	Ⅰ	・職場の人間関係の変化は、ストレスチェック等の所見を見ても相当精神健康に影響があるので、強度がⅠでよいかどうか ・調査結果(平均点)はⅠでも低い方で、IRT分析結果からもⅠでよいのではないか	上司が替わる等、 <u>職場の人間関係に</u> 変化があった
36	同僚等の昇進・昇格があり、昇進で先を越された	Ⅰ	項目24・35に統合	—	※ 項目24を「雇用形態や国籍、性別等を理由に」としたことに伴い、項目24のほか項目35に統合するものと整理してはどうか	項目24に統合	
⑦ セクシュアルハラスメント	37	セクシュアルハラスメントを受けた	Ⅱ		Ⅱ		

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)

(具体的出来事)

出来事の種類	平均的な心理的負荷の強度	心理的負荷の強度			心理的負荷の総合評価の視点	心理的負荷の強度を「弱」「中」「強」と判断する具体例			
		具体的出来事	I	II		III	弱	中	強
29	⑤ パワーハラスメント	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	☆			<p>【解説】 上司等による身体的攻撃、精神的攻撃等が「強」の程度に至らない場合、心理的負荷の総合評価の視点を踏まえて「弱」又は「中」と評価</p> <p>・ 指導・叱責等の言動に至る経緯や状況等 ・ 身体的攻撃、精神的攻撃等の内容、程度等 ・ 反復・継続など執拗性の状況 ・ 就業環境を害する程度 ・ 会社の対応の有無及び内容、改善の状況等</p> <p>【「中」になる例】 ・ 上司等による「中」に至らない程度の身体的攻撃、精神的攻撃等が行われた場合</p> <p>【「弱」になる例】 ・ 上司等による「中」に至らない程度の身体的攻撃、精神的攻撃等が行われた場合</p> <p>(注)当該出来事の評価対象とならない対人関係のトラブルは、出来事の種類「対人関係」の各出来事で評価する。</p> <p>(注)「上司等」には、職務上の地位が上位の者のほか、同僚又は部下であっても、業務上必要な知識や豊富な経験を有しており、その者の協力が得られなければ業務の円滑な遂行を行うことが困難な場合、同僚又は部下からの集団による行為でこれに抵抗又は拒絶することが困難である場合も含む。</p>	<p>【「中」になる例】 ・ 上司等による次のような身体的攻撃・精神的攻撃等が行われ、行為が反復・継続していない場合 ▶ 治療を要さない程度の暴行による身体的攻撃 ▶ 人格や人間性を否定するような、業務上明らかに必要性がない又は業務の目的を大きく逸脱した精神的攻撃 ▶ 必要以上に長時間にわたる厳しい叱責、他の労働者の面前における大声での威圧的な叱責など、態様や手段が社会通念に照らして許容される範囲を超える精神的攻撃</p> <p>▶ 必要以上に長時間にわたる叱責、他の労働者の面前における威圧的な叱責など、態様や手段が社会通念に照らして許容される範囲を超える精神的攻撃</p> <p>▶ 無視等の人間関係からの切り離し ▶ 業務上明らかに不要なことや遂行不可能なことを強制する等の過大な要求 ▶ 業務上の合理性なく仕事を与えない等の過小な要求 ▶ 私的なことに過度に立ち入る個の侵害</p>	<p>【「強」である例】 ・ 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 ・ 上司等から、暴行等の身体的攻撃を反復・継続するなどして執拗に受けた場合 ・ 上司等から、による次のような精神的攻撃等を反復・継続するなどして執拗に受け行われた場合 ▶ 人格や人間性を否定するような、業務上明らかに必要性がない又は業務の目的を大きく逸脱した精神的攻撃 ▶ 必要以上に長時間にわたる厳しい叱責、他の労働者の面前における大声での威圧的な叱責など、態様や手段が社会通念に照らして許容される範囲を超える精神的攻撃(B56)</p> <p>▶ 無視等の人間関係からの切り離し ▶ 業務上明らかに不要なことや遂行不可能なことを強制する等の過大な要求 ▶ 業務上の合理性なく仕事を与えない等の過小な要求 ▶ 私的なことに過度に立ち入る個の侵害</p> <p>・ 心理的負荷としては「中」程度の身体的攻撃、精神的攻撃等を受けた場合であって、会社に相談しても又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</p> <p>(※)性的指向・性自認に関する精神的攻撃等を含む。</p>	
30	⑥ 対人関係	同僚等から、暴行又はひどいいじめ・嫌がらせを受けた	☆		<p>【解説】 同僚等による暴行又はいじめ・嫌がらせが「強」の程度に至らない場合、心理的負荷の総合評価の視点を踏まえて「弱」又は「中」と評価</p> <p>・ 暴行又はいじめ・嫌がらせに至る経緯や状況等 ・ 暴行又はいじめ・嫌がらせの内容、程度等 ・ 反復・継続など執拗性の状況 ・ 会社の対応の有無及び内容、改善の状況等</p> <p>【「中」になる例】 ・ 同僚等から、治療を要さない程度の暴行を受け、行為が反復・継続していない場合 ・ 同僚等から、人格や人間性を否定するような言動を受け、行為が反復・継続していない場合</p>	<p>【「強」である例】 ・ 同僚等から、治療を要する程度の暴行等を受けた場合 ・ 同僚等から、暴行等を反復・継続するなどして執拗に受けた場合 ・ 同僚等から、人格や人間性を否定するような言動を反復・継続するなどして執拗に受けた場合 ・ 心理的負荷としては「中」程度の暴行又はいじめ・嫌がらせを受けた場合であって、会社に相談しても又は会社が暴行若しくはいじめ・嫌がらせ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</p> <p>(※)性的指向・性自認に関するいじめ等を含む。</p>			
31		上司とのトラブルがあった	☆		<p>【「弱」になる例】 ・ 上司から、業務指導の範囲内である指導・叱責を受けた ・ 業務をめぐる方針等において、上司との考え方の相違が生じた(客観的にはトラブルとはいえないものも含む)</p> <p>【「中」である例】 ・ 上司から、業務指導の範囲内である強い指導・叱責を受けた ・ 業務をめぐる方針等において、周囲からも客観的に認識されるような大きな対立が上司との間に生じた</p>	<p>【「強」になる例】 ・ 業務をめぐる方針等において、周囲からも客観的に認識されるような大きな対立が上司との間に生じ、その後の業務に大きな支障を来した</p>			
32		同僚とのトラブルがあった	☆		<p>・ トラブルに至る経緯や状況等 ・ トラブルの内容、程度、回数、同僚との職務上の関係等 ・ その後の業務への支障等 ・ 会社の対応の有無及び内容、改善の状況等</p> <p>【「弱」になる例】 ・ 業務をめぐる方針等において、同僚との考え方の相違が生じた(客観的にはトラブルとはいえないものも含む)</p> <p>【「中」である例】 ・ 業務をめぐる方針等において、周囲からも客観的に認識されるような大きな対立が同僚との間に生じた ・ 同僚との対立により、本来得られるべき業務上必要な協力が得られず、業務に一定の影響が生じた(B53)</p>	<p>【「強」になる例】 ・ 業務をめぐる方針等において、周囲からも客観的に認識されるような大きな対立が多数の同僚との間に又は頻繁に生じ、その後の業務に大きな支障を来した</p>			
33		部下とのトラブルがあった	☆		<p>・ トラブルに至る経緯や状況等 ・ トラブルの内容、程度、回数、部下との職務上の関係等 ・ その後の業務への支障等 ・ 会社の対応の有無及び内容、改善の状況等</p> <p>【「弱」になる例】 ・ 業務をめぐる方針等において、部下との考え方の相違が生じた(客観的にはトラブルとはいえないものも含む)</p> <p>【「中」である例】 ・ 業務をめぐる方針等において、周囲からも客観的に認識されるような大きな対立が部下との間に生じた ・ 部下との対立により、本来得られるべき業務上必要な協力が得られず、業務に一定の影響が生じた</p>	<p>【「強」になる例】 ・ 業務をめぐる方針等において、周囲からも客観的に認識されるような大きな対立が多数の部下との間に又は頻繁に生じ、その後の業務に大きな支障を来した</p>			
		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	☆		<p>・ 迷惑行為に至る経緯や状況等 ・ 迷惑行為の内容、程度、顧客等(相手方)との職務上の関係等 ・ 反復・継続など執拗性の状況 ・ その後の業務への支障等 ・ 会社の対応の有無及び内容、改善の状況等</p> <p>【「弱」になる例】 ・ 顧客等から、「中」に至らない程度の言動を受けた場合</p> <p>※ 著しい迷惑行為とは、暴行、脅迫、ひどい暴言、著しく不当な要求等をいう。</p>	<p>【「中」になる例】 ・ 顧客等から治療を要さない程度の暴行を受け、行為が反復・継続していない場合 ・ 顧客等から、人格や人間性を否定するような言動を受け、行為が反復・継続していない場合 ・ 顧客等から、威圧的な言動などその態様や手段が社会通念に照らして許容される範囲を超える著しい迷惑行為を受け、行為が反復・継続していない場合</p>	<p>【「強」である例】 ・ 顧客等から、治療を要する程度の暴行等を受けた場合 ・ 顧客等から、暴行等を反復・継続するなどして執拗に受けた場合 ・ 顧客等から、人格や人間性を否定するような言動を反復・継続するなどして執拗に受けた場合 ・ 顧客等から、威圧的な言動などその態様や手段が社会通念に照らして許容される範囲を超える著しい迷惑行為を、反復・継続するなどして執拗に受けた場合 ・ 心理的負荷としては「中」程度の迷惑行為を受けた場合であって、会社に相談しても又は会社が迷惑行為を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</p> <p>※ 顧客等ではない第三者からの暴行については、事件・事故として項目1・2で評価する。</p>		

35	上司が替わる等、職場の人間関係に変化があった	☆		<ul style="list-style-type: none"> <li>人間関係の変化の内容等</li> <li>その後の業務への支障等</li> </ul>	<p>【「弱」である例】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>上司が替わったが、特に業務内容に変更もなく、上司との関係に問題もなかった</li> <li>良好な関係にあった上司、同僚等が異動・退職した</li> <li>同僚・後輩に昇進で先を越されたが、人間関係に問題が生じたものではなかった</li> </ul>	<p>(注)上司が替わった、同僚等に昇進で先を越された等に伴い、上司・同僚等との関係に問題が生じたときには、項目29～32で評価する。</p> <p>※ 「中」や「強」になるような場合には、他の項目で評価されると整理してよいか。</p>
37	⑦セクシュアルハラスメント	セクシュアルハラスメントを受けた	☆	<ul style="list-style-type: none"> <li>セクシュアルハラスメントの内容、程度等</li> <li>その継続する状況</li> <li>会社の対応の有無及び内容、改善の状況、職場の人間関係等</li> </ul>	<p>【「弱」になる例】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>「〇〇ちゃん」等のセクシュアルハラスメントに当たる発言をされた場合</li> <li>職場内に水着姿の女性のポスター等を掲示された場合</li> </ul>	<p>【「中」である例】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>胸や腰等への身体接触を含むセクシュアルハラスメントであって、行為が継続しておらず、会社が適切かつ迅速に対応し発病前に解決した場合</li> <li>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であって、発言が継続していない場合</li> <li>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であって、複数回行われたものの、会社が適切かつ迅速に対応し発病前にそれが終了した場合</li> </ul> <p>【「強」になる例】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>胸や腰等への身体接触を含むセクシュアルハラスメントであって、継続して行われた場合</li> <li>胸や腰等への身体接触を含むセクシュアルハラスメントであって、行為は継続していないが、会社に相談しても適切な対応がなく、改善されなかった又は会社への相談等の後に職場の人間関係が悪化した場合</li> <li>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であって、発言の中に人格を否定するようなものを含み、かつ継続してなされた場合</li> <li>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であって、性的な発言が継続してなされ、かつ会社に相談しても又は会社がセクシュアル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 (B44)</li> </ul> <p>(注)強姦や、本人の意思を抑圧して行われたわいせつ行為などのセクシュアルハラスメントは、特別な出来事として評価</p>

認定基準の検証に係る具体的な論点（たたき台）

2 発病の有無、発病時期

具体的な論点	参考事項
<p>A 発病の有無について、どのような状態を精神障害の発病というのかの判断が適切になされるために、どのような事項に留意すべきか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>発病の有無等については、対象疾病を踏まえ、現時点においては「ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン」に基づき判断される。</li> </ul>	<p><b>労災補償状況：</b>資料2の1 平成29年度までに労災認定された自殺事案（解析対象497件）のうち、治療歴がある事案は36.0%である。</p>
<p>A 1 精神障害の治療歴のない自殺事案の発病の有無の判断に当たり、どのような事項に留意すべきか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>平成11年報告書では「自殺に精神障害が関与している場合は多い」と整理されており、平成23年報告書においてもその考え方は維持されている。この考え方について、医学的知見の状況等を踏まえ、引き続き妥当なものと整理してよいか。</li> </ul>	<p><b>医学的知見：</b>資料3の3 精神疾患ではうつ病、統合失調症、薬物・アルコール関連障害で自殺が多いとされている。</p> <p><b>裁判例：</b>資料4 自殺事案で発病の有無が争点となり、裁判所が発病を認めた事案 B7、B10、B20、B32、B43、B55 自殺事案で発病の有無が争点となり、裁判所も発病なしとした事案 A8、R3.5.12那覇地裁、R4.2.10名古屋高裁</p> <p><b>現行認定基準：</b>第4 認定要件の具体的判断 1 発病の有無等の判断 対象疾病の発病の有無、発病時期及び疾患名は、「ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン」（以下「診断ガイドライン」という。）に基づき、主治医の意見書や診療録等の関係資料、請求人や関係者からの聴取内容、その他の情報から得られた認定事実により、医学的に判断される。（中略）</p>
<p>A 2 他の精神障害を有する者の発病の有無の判断に当たり、どのような事項に留意すべきか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ある精神障害（A）を有する者が、新たに別の精神障害（B）を併発することもあれば、もともとの精神障害の症状の表れにすぎない場合（Aの動揺の範囲内であって新たな発病なし）や、もともとの精神障害の悪化の場合もある。さらに、ある精神障害の症状安定後の発病の場合もあり（論点3のA2参照）、これらの鑑別については個別事案ごとに医学専門家による判断が必要である。 精神障害による通院がなされている事案であっても、症状の経過や出来事等について適切な調査が実施されるよう、このことを明示してはどうか。</li> </ul>	<p>精神障害の治療歴のない事案については、主治医意見や診療録等が得られず発病の有無の判断も困難となるが、この場合にはうつ病エピソードのように症状に周囲が気づきにくい精神障害もあることに留意しつつ関係者からの聴取内容等を医学的に慎重に検討し、診断ガイドラインに示されている診断基準を満たす事実が認められる場合又は種々の状況から診断基準を満たすと医学的に推定される場合には、当該疾患名の精神障害が発病したものとして取り扱う。</p> <p><b>精神障害等の労災認定に関する専門検討会報告書（平成11年7月）</b> 4 自殺の取扱いの検討 (5) 精神障害によらない自殺 自殺者に占める精神障害者の比率に関する研究は19世紀後半から近年に至るまで、多くの報告がある。 これらの報告を参考4「自殺者に占める精神障害の比率及び自殺者の診断名分布の研究」に示すが、精神障害と自殺の関連性は高いといえる。 このように自殺に精神障害が関与している場合も多いが、人間の自殺行動の中には必ずしも精神障害が関与しない自殺もある。いわゆる覚悟の自殺の場合には、その動機が業務に関連するとしても、本人の主體的に選択によるものである限り、一般的には「故意」の自殺といわざるを得ない。</p>

<p>B 発病の時期について、どの時点が精神障害の発病というかの判断が適切になされるために、どのような事項に留意すべきか。</p> <p>特に、どの時点で診断基準を満たしたのかの特定が困難な場合について、どのように考えるべきか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 発病時期については特定が難しい場合があるが、そのような場合にも、出来事との関係、自殺事案については自殺日との関係等を踏まえ、できる限り時期の範囲を絞り込んだ医学意見を求めて判断するほかないのではないか。</li> <li>* 出来事との関係において、強い心理的負荷と認められる出来事の前と後の両方に発病の兆候と理解し得る言動があるものの、診断基準を満たした時期の特定が困難な場合には、引き続き、出来事の後に発病したものと取り扱うことでよいか。</li> <li>* 精神障害の治療歴のない自殺事案について、精神障害は発病していたと考えられるものの、診断基準を満たした時期の特定が困難な場合に、遅くとも自殺日までには発病していたものと判断することについて、どのように考えるか。</li> </ul>	<p><b>裁判例：資料5</b>      発病時期が争点となった事案：A1、A5、A9、A10、A13、A17、B15、B17、B21、B22、B24、B34、B39、B47、B50</p> <p><b>現行認定基準：第4 認定要件の具体的判断</b>      1 発病の有無等の判断      対象疾病の発病の有無、発病時期及び疾患名は、「ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン」（以下「診断ガイドライン」という。）に基づき、主治医の意見書や診療録等の関係資料、請求人や関係者からの聴取内容、その他の情報から得られた認定事実により、医学的に判断される。特に発病時期については特定が難しい場合があるが、そのような場合にもできる限り時期の範囲を絞り込んだ医学意見を求め判断する。</p> <p>なお、強い心理的負荷と認められる出来事の前と後の両方に発病の兆候と理解し得る言動があるものの、どの段階で診断基準を満たしたのかの特定が困難な場合には、出来事の後に発病したものと取り扱う。（以下略）</p>
--	---

3 精神障害の悪化及び個体側要因による発病

具体的な論点	参考事項
<p>A 精神障害の悪化について、どのような状態を精神障害の悪化というかの判断が適切になされるために、どのような事項に留意すべきか。</p> <p>A 1 「悪化」とされる状況を具体的に示すことが可能か。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 悪化ではなく、下記A 2の症状安定後の発病として判断すべきものが少なく、この検討をまず行うべきではないか。</li> </ul> <p>A 2 症状の変化が生じる前の状況が、一定期間、通院・服薬を継続しているものの、症状がなく、又は安定していた状態で、通常の勤務を行っていたものの事案については、ここでいう「発病後の悪化」の問題としてではなく、「症状が改善し安定した状態が一定期間継続した後の新たな発病」として、通常の認定要件に照らして判断すべきものが少ないのではないか。（論点2のA 2参照）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ この旨を認定基準に明示することが必要ではないか。</li> <li>・ 当該「一定期間」の目安を示すことが可能か。その他症状安定後の発病として判断するに当たっての留意事項を示すことができるか。</li> </ul>	<p><b>労災補償状況：資料2の2</b> 平成24年度から令和3年度までの間に、悪化事案であって業務上と認めた事案は20件である。 また、同期間に、悪化事案であって業務による強い心理的負荷があったと判断したが、特別な出来事が認められないとして業務外とした事案は5件である。</p> <p><b>医学的知見：資料3</b> 3) うつ病では初期と回復期と、躁うつ混合状態のときに自殺が起こりやすいとされている。 6) 悪化・寛解の判断基準は、文献により様々である。 7) 寛解状態について、①臨床的に問題ない程度にまで状態が改善した状態とする精神科医が51.6%、②服薬を続けていても6か月ほどの安定した状態が継続したものとするのが33.3% 8) 症状固定について、①臨床的に問題ない程度にまで状態が改善した状態とする精神科医が39.1%、②服薬を続けていても6か月ほどの安定した状態が継続したものとするのが35.5%</p> <p><b>裁判例：資料4</b> ・ 悪化について、特別な出来事がないことのみを判断した事案（A6、A20）、「強」に至らないことも併せて判断した事案（A11、A7、A18）がそれぞれある。「強」の出来事（退職強要）があると評価した上で業務起因性を否定した地裁判決が1件あるが、控訴審においては退職強要自体が否定されている（H30.2.22東京高裁）。 ・ 悪化について業務上と判断した事案で、心理的負荷の強度が「強」であることや他に悪化の要因がないこと等を評価したもの（B30）、「特別な出来事に準ずる程度の極度ないし非常に強い」心理的負荷があったことや被災労働者のうつ病が非常に軽い状態で寛解に近い限界的な事例であること等を評価したもの、被災労働者の病状が比較的安定して寛解に近い状態にあったことを考慮し病状の経過と心理的負荷の強度が「強」であることを評価したもの（R4.3.18福岡地裁）がある。 ・ 悪化ではなく症状が安定していた状態からの発病として判断された事案（B18）もある。</p>
<p>B 精神障害が悪化した場合の業務起因性について、既に精神障害を発病して治療が必要な状態にある者は、病的状態に起因した思考からささいな心理的負荷に過大に反応すること等も踏まえつつ、そのような個体側要因の状況と業務による強い心理的負荷との関係等についてどのように考えるべきか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個体側要因（治療が必要な状態にある精神障害）の状況及び業務による強い心理的負荷の状況は事案により様々であるところ、これらの状況を個別に医学的に検討することについてどのように考えるか。 例えば、次のようなたたき台について、どのように考えるか。</li> </ul> <p>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、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。</p>	<p><b>現行認定基準：第5 精神障害の悪化の業務起因性</b> 業務以外の原因や業務による弱い（「強」と評価できない）心理的負荷により発病して治療が必要な状態にある精神障害が悪化した場合、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ず、原則としてその悪化について業務起因性は認められない。 ただし、別表1の「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か月以内に対象疾病が自然経過を超えて著しく悪化したと医学的に認められる場合については、その「特別な出来事」による心理的負荷が悪化の原因であると推認し、悪化した部分について、労働基準法施行規則別表第1の2第9号に該当する業務上の疾病として取り扱う。 上記の「治療が必要な状態」とは、実際に治療が行われているものに限らず、医学的にその状態にあると判断されるものを含む。</p> <p>※ 次頁の専門検討会報告書（平成23年11月）も参照</p>

<p>C 業務による強い心理的負荷が認められる事案であって個体側要因によって発病したことが医学的に見て明らかな場合を例示することについて、どのように考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「明らかな場合」の例示は（上記の「発病後の悪化」の場合も含めて）困難ではないか。</li> <li>・ 丁寧な検討が必要な場合として、治療が必要な状態にある精神障害を有している場合（悪化の場合）や、重度のアルコール依存状況がある場合などを例示することについてどのように考えるか。</li> </ul>	<p><b>現行認定基準：3 業務以外の心理的負荷及び個体側要因の判断</b>  <b>（2）個体側要因の評価</b>          本人の個体側要因については、その有無とその内容について確認し、個体側要因の存在が確認できた場合には、それが発病の原因であると判断することの医学的な妥当性を慎重に検討して、上記②に該当するか否かを判断する。業務による強い心理的負荷が認められる事案であって個体側要因によって発病したことが医学的に見て明らかな場合としては、例えば、就業年齢前の若年期から精神障害の発病と寛解を繰り返しており、請求に係る精神障害がその一連の病態である場合や、重度のアルコール依存状況がある場合等がある。</p>
---	--

**精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会報告書（平成23年11月）**

2 検討に当たっての基本的考え方

（4）業務起因性の考え方

ウ 既に発病している疾病の悪化の業務起因性

既に軽度の精神障害を発病している者が、新たな心理的負荷を要因として精神障害を重症化させることは、臨床において経験することがある。

このため、既に業務外の精神障害を発病している労働者が、発病後に生じた業務による心理的負荷が要因となって、精神障害を悪化させることはあり得ると考える。

しかしながら、一般に、既に精神障害を発病して治療が必要な状態にある者（したがって、過去に精神障害を発病したが既に治癒している者とは異なる）は、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のであり、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。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。このような精神障害の特性を考慮すると、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たことをもって、直ちにそれが精神障害の悪化の原因であるとまで判断することは現時点では医学上困難であり、したがって、業務起因性を認めることも困難といわざるを得ない。

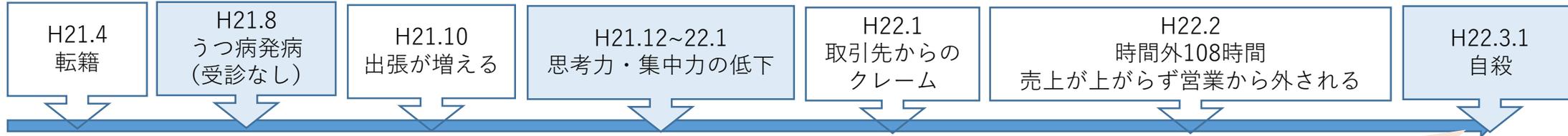
本検討会では、これらの事情も勘案し、既に精神障害を発病している労働者本人の要因が業務起因性の判断に影響することが非常に少ない極めて強い心理的負荷があるケース、具体的には「特別な出来事」に該当する出来事があり、その後おおむね6か月以内に精神障害が自然経過を超えて著しく悪化したと医学的に認められる場合については、その心理的負荷が悪化の原因であると推認して、業務起因性を認めるのが適当との結論に至った。

また、精神障害で長期間にわたり通院を継続しているものの、症状がなく（寛解状態にあり）、または安定していた状態で、通常の勤務を行っていた者の事案については、ここでいう「発病後の悪化」の問題としてではなく、治癒（症状固定）後の新たな発病として判断すべきものが少なくないこと（6参照）や、発病時期の特定が難しい事案について、ささいな言動の変化をとらえて発病していたと判断し、それを理由にその後の出来事を発病後のものととらえることは適当でない場合があること（5参照）に留意する必要がある。

（注）本報告書では、精神障害の発病・悪化に影響する多数の要素について「要因」という表現を用い、また、それらのうち強く影響したものについて「原因」という表現を用いている。

# 悪化等に関する裁判例に係る時系列

B30 (H28.12.1名古屋高裁) ※ 発病から自殺まで約6か月



B40 (H30.10.16札幌高裁) ※ 発病から自殺まで約8年7か月



うつ病が悪化して自殺を図り死亡したと評価

治療が必要な状態とはいえ寛解に近い限界的な事例と評価

追加 (R4.3.18福岡地裁) ※ 発病から本件休業まで約4年



比較的安定して寛解に近い状態と評価

B18 (H26.9.17東京地裁) ※ 発病から自殺まで約3年2か月



長期間にわたり通院を継続しているものの、安定していた状態で通常勤務を行っていた状態と評価

4 療養、治ゆ及び再発

具体的な論点	参考事項
<p>A 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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。すなわち、負傷にあっては創面の治ゆした場合、疾病にあっ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えない状態となった場合等であって、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）</li> <li>・ 治ゆ（症状固定）後であっても、一定の障害を残した場合には障害補償給付が、後遺症状の増悪の防止等のため長期間にわたり投薬等が必要とされる場合にはアフターケアが実施される。</li> </ul> <p>A1 療養や治ゆ（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適当か。 例えば、次のようなたたき台について、どのように考えるか。</p> <p>心理的負荷による精神障害は、その原因を取り除き、適切な療養を行えば全治し、再度の就労が可能となる場合が多いが、就労が可能な状態でなくとも治ゆ（症状固定）の状態にある場合もある。 例えば、精神障害の症状が現れなくなった又は症状が改善し安定した状態が一定期間継続している（「寛解」後「回復」した）場合や、社会復帰を果たすためのリハビリテーション療法等を終えた場合であって、通常の就労が可能な状態に至ったときには、投薬等を継続していても通常は治ゆ（症状固定）の状態にあると考えられる。また、「寛解」との診断がない場合も含め、療養を継続して十分な治療を行ってもなお症状に改善の見込みがないと判断され、症状が固定しているときには、治ゆの状態にあるものと考えられるが、この場合の症状固定の判断は、専門医の意見等を踏まえ慎重かつ適切に行うこと。</p>	<p>※ 障害認定基準、アフターケア制度に係る概要は16～20頁を参照</p> <p>労災補償状況：資料2の3、資料2の4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 令和2年度において、新規に労災認定された者（自殺事案を除く）は527人。</li> <li>・ 令和2年度において、新規に1年以上の長期療養者となった者は354人（ただし、労基則別表第1の2第9号以外の精神障害事案を含む）。</li> <li>・ 令和2年度において、1年以上の長期療養者であって治ゆ・中断となった者は161人（ただし、労基則別表第1の2第9号以外の精神障害事案を含む）。</li> <li>・ 令和2年度において、精神障害のアフターケアを受給した者は466人、このうち同年度の新規受給者は61人。（障害補償給付については、非器質性精神障害を区分することができない。）</li> </ul> <p>医学的知見：資料3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 適応障害については「症状の持続は遷延性抑うつ反応（F43.21）の場合を除いて通常6カ月を超えない」、遷延性抑うつ反応については「持続は2年を超えない軽症抑うつ状態」とされている。</li> <li>・ うつ病の経過は、未治療の場合、一般的に（約90%以上は）6カ月～2年続くと考えられている。</li> </ul> <p>裁判例：資料4 業務上として支給決定された事案であって、その後の治ゆ（症状固定）を争った事案は2件あり、いずれも治ゆ（症状固定）と認められている（うち1件は控訴審で係争中）。</p> <p>現行認定基準：第7 療養及び治ゆ</p> <p>心理的負荷による精神障害は、その原因を取り除き、適切な療養を行えば全治し、再度の就労が可能となる場合が多いが、就労が可能な状態でなくとも治ゆ（症状固定）の状態にある場合もある。 例えば、医学的なりハビリテーション療法が実施された場合には、それが行われている間は療養期間となるが、それが終了した時点が通常は治ゆ（症状固定）となる。また、通常の就労が可能な状態で、精神障害の症状が現れなくなった又は安定した状態を示す「寛解」との診断がなされている場合には、投薬等を継続している場合であっても、通常は治ゆ（症状固定）の状態にあると考えられる。</p> <p>※ 15頁の専門検討会報告書（平成23年11月）も参照</p>

<p>A 2 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重要ではないか。</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関及び関係行政機関等との連携を図り、長期療養者の社会復帰に取り組む必要があるのではないか。</li> <li>・ 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。</li> <li>* 療養期間の目安を一概に示すことは困難であるが、医学的知見を踏まえ、例えば、うつ病の経過は、未治療の場合、一般的に（約90%以上は）6カ月～2年続くこと、適応障害の症状の持続は遷延性抑うつ反応（F43.21）の場合を除いて通常6カ月を超えず、また、遷延性抑うつ反応については持続は2年を超えないことを示すことができるか。</li> <li>* 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カ月～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。</li> <li>・ 職場復帰支援に係る制度や、療養期間中における社会復帰に向けた取組みの重要性、療養期間の目安、労災保険における症状固定の考え方と障害補償給付・アフターケア制度、その他の支援制度等に関して、被災労働者、主治医、事業主等の理解を深める必要があるのではないか。</li> <li>・ その他、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。</li> </ul>	<p><b>労災補償状況：</b>資料2の3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 3年以上の長期療養者全体のうち、精神障害に係る療養者の割合は大きく増加している。</li> </ul> <p><b>医学的知見：</b>資料3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 適応障害については「症状の持続は遷延性抑うつ反応（F43.21）の場合を除いて通常6カ月を超えない」、遷延性抑うつ反応については「持続は2年を超えない軽症抑うつ状態」とされている。</li> <li>3) うつ病の経過は、未治療の場合、一般的に（約90%以上は）6カ月～2年続くと考えられている。</li> <li>7) 重度の統合失調症を除いて、うつ病、神経症、ASD・PTSD、適応障害、心因性うつ病は、8割以上の精神科医が2年以内に病状が安定する、3年以内に職場復帰可能と回答していた。</li> <li>9) 産業医（うち54%が精神科専門医）に対する調査において、うつ症状で休職若しくは労務制限されていた期間が3年（1年6か月、2年とする回答を含む）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。</li> <li>10) 療養期間が長期にわたると、社会復帰に至る者の割合が低くなっている。</li> <li>11) 精神障害により休業した労働者の約7割が1年以内に職場復帰しており、復帰までの期間の中央値は118日である。</li> </ol> <p><b>裁判例：</b>資料4 業務上として支給決定された事案であって、その後の治ゆ（症状固定）を争った事案は2件あり、いずれも治ゆ（症状固定）と認められている（うち1件は控訴審で係争中）。</p>
<p>B 対象疾病がいったん治ゆ（症状固定）した後において再びその治療が必要な状態が生じた場合は、新たな発病と取り扱い、改めて認定要件に基づき業務上外を判断することについて、医学的知見の状況等を踏まえ、妥当なものと考えてよいか。</p>	<p><b>裁判例：</b>資料4 症状固定後の新たな発病として判断された事案 B18、B47</p> <p><b>現行認定基準：</b>第7 療養及び治ゆ （略）対象疾病がいったん治ゆ（症状固定）した後において再びその治療が必要な状態が生じた場合は、新たな発病と取り扱い、改めて上記第2の認定要件に基づき業務上外を判断する。</p>

## 精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会報告書（平成23年11月）

### 6 療養及び治ゆ

精神障害の治療においては、薬物療法等の身体療法と精神療法が患者の症状、病態に応じて行われ、それらに加え、精神症状が一定程度改善・安定した後に、早期の社会復帰を目的に職場復帰プログラム等を活用したリハビリテーション療法が行われることが通例である。

医学的なリハビリテーション療法が実施された場合には、それが行われている間は療養期間となるが、それが終了した時点では、一般に、職場復帰が果たされるか、あるいは、症状の大きな変動がない状態に達するので、その時点が通常は治ゆ（症状固定）となる。

それらの療養期間を一概に示すことは困難であるが、例えばうつ病については、薬物が奏功する場合には、①急性期から症状が安定するまでの期間としては91%が治療開始から3か月以内、②医学的なリハビリテーション療法としてのリハビリ勤務を含めた職場復帰が可能となるまでの期間としては88%が治療開始から6か月以内、③完全な回復や復職を含む症状固定までの期間としては治療開始から1年以内が79%、2年以内が95%とする報告がある（参考文献10）。

労災保険制度においては、「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」には症状固定と判断されることから、就労が可能な状態でなくとも症状固定の状態にある場合もあるが、労災認定された事案の中には、5年を超える等、非常に長期間にわたり療養を継続している例も少なくない実情にあり、これらの事例については、症状の変化や治療内容の経過を精査の上、治ゆ（症状固定）に至っていないかどうかについて、十分に検討することが必要と考えられる。

また、精神障害の治療では「寛解」という診断がなされることがある。これは、治療により精神障害の症状が現れなくなった状態や安定した状態を示すものであり、院内寛解、家庭内寛解等、様々な段階で用いられることもあるが、通常の就労（一般に1日8時間の勤務）が可能な状態で「寛解」との診断がなされている場合には、労災保険制度でいう治ゆ（症状固定）の状態にあると考えてよい。

なお、患者が社会復帰した後に症状の動揺防止のため長期間にわたり投薬が必要とされる場合のアフターケア制度や、一定の症状を残したまま症状固定となった場合の後遺障害に対する補償が、適切に実施される必要がある。

また、症状固定の判断を適切に行うためには、病状の変化を的確に把握することが重要であり、病状の的確な把握方法等について、今後、精神障害の労災請求が急増する傾向がある中で速やかに検討すべき課題である。

# 非器質性精神障害の障害認定①

## 1. 非器質性精神障害の後遺障害

非器質性精神障害（脳の器質的損傷を伴わない精神障害）の後遺障害が存しているというためには、以下の a の精神症状のうち 1 つ以上の精神症状を残し、かつ、b の能力に関する項目のうち 1 つ以上の能力について障害が認められることを要すること。

### a 精神症状

- ①抑うつ状態
- ②不安の状態
- ③意欲低下の状態
- ④慢性化した幻覚・妄想性の状態
- ⑤記憶又は知的能力の障害
- ⑥その他の障害（衝動性の障害、不定愁訴など）

### b 能力に関する判断項目

- ①身辺日常生活
- ②仕事・生活に積極性・関心を持つこと
- ③通勤・勤務時間の遵守
- ④普通に作業を持続すること
- ⑤他人との意思伝達
- ⑥対人関係・協調性
- ⑦身辺の安全保持、危機の回避
- ⑧困難・失敗への対応

## 2. 就労意欲の低下等による区分

### a 就労している者又は就労の意欲のある者

現に就労している者又は就労の意欲はあるものの就労はしていない者については、1 の a の精神症状のいずれか 1 つ以上が認められる場合に、1 の b の能力に関する 8 つの判断項目（以下「判断項目」という。）の各々について、その有無及び助言・援助の程度（「時に」又は「しばしば」必要）により障害等級を認定することとなる。

### b 就労意欲の低下又は欠落により就労していない者

就労意欲の低下又は欠落により就労していない者については、身辺日常生活が可能である場合に、1 の b の①の身辺日常生活の支障の程度により認定することとなる。

なお、就労意欲の低下又は欠落により就労していない者とは、職種に関係なく就労意欲の低下又は欠落が認められる者をいい、特定の職種について就労意欲のある者については上記 2 の a に該当するものである。

# 非器質性精神障害の障害認定②

3. 障害の程度に応じた認定： 非器質性精神障害は、次の3段階に区分して認定する。

a 「通常の労務に服することはできるが、非器質性精神障害のため、就労可能な職種が相当な程度に制限されるもの」は、第9級の7の2に該当する。

(a) 2のaに該当する場合：判断項目のうち②～⑧のいずれか1つの能力が失われているもの又は判断項目の4つ以上についてしばしば助言・援助が必要と判断される障害を残しているもの 例：「対人業務につけない」ことによる職種制限が認められる場合

(b) 2のbに該当する場合：身辺日常生活について時に助言・援助を必要とする程度の障害が残存しているもの

b 「通常の労務に服することはできるが、非器質性精神障害のため、多少の障害を残すもの」は、第12級の12に該当する。

(a) 2のaに該当する場合：判断項目の4つ以上について時に助言・援助が必要とされる障害を残しているもの

例：「職種制限は認められないが、就労に当たりかなりの配慮が必要である」場合

(b) 2のbに該当する場合：身辺日常生活を適切又は概ねできるもの

c 「通常の労務に服することはできるが、非器質性精神障害のため、軽微な障害を残すもの」は、第14級の9に該当する。

判断項目の1つ以上について時に助言・援助が必要と判断される障害を残しているもの

例：「職種制限は認められないが、就労に当たり多少の配慮が必要である」場合

4. 重い症状を残している者の治ゆの判断等

重い症状を有している者（判断項目のうち①の能力が失われている者又は判断項目のうち②～⑧のいずれか2以上の能力が失われている者）については、非器質性精神障害の特質上症状の改善が見込まれることから、症状に大きな改善が認められない状態に一時的に達した場合であっても、原則として療養を継続することとなる。

ただし、療養を継続して十分な治療を行ってもなお症状に改善の見込みがないと判断され、症状が固定しているときには、治ゆの状態にあるものとし、障害等級を認定することとなる。

なお、その場合の障害等級の認定は本認定基準によらずに、個別に検討し、障害の程度を踏まえて認定することとなる。

注1 非器質性精神障害については、症状が重篤であっても将来において大幅に症状の改善する可能性が十分にあるという特質がある。

注2 業務による心理的負荷を原因とする非器質性精神障害は、業務による心理的負荷を取り除き、適切な治療を行えば、多くの場合概ね半年～1年、長くても2～3年の治療により完治するのが一般的であって、業務に支障の出るような後遺症状を残すケースは少なく、障害を残した場合においても各種の日常生活動作がかなりの程度でき、一定の就労が可能となる程度以上に症状がよくなるのが通常である。

# 「精神・神経の障害認定に関する専門検討会報告書」（平成15年6月）（抄）

業務による心理的負荷を原因とする非器質性精神障害は、業務による心理的負荷を取り除き、適切な治療を行えば、多くの場合概ね半年～1年、長くても2～3年の治療により完治するのが一般的であって、業務に支障の出るような後遺障害を残すケースは少ない。

しかし、症例によっては個体側要因も関係して2～3年の治療によっては完治に至らず症状が改善しないまま推移することもまれにはある。

こうした非器質性精神障害の後遺障害の障害認定の時期、すなわち治ゆ（医学上一般に承認された治療方法をもってしても、その効果がそれ以上期待し得ない状態で、かつ、残存する症状が自然的経過によって到達すると認められる最終の状態）とする時期をいつの時点におくべきかであるが、原則として各種の日常生活動作がかなりの程度でき、一定の就労が可能となる程度以上に症状がよくなった時期、換言すれば、もとの仕事に復帰できる場合はもとより、職種制限が相当な程度あるためにもとの仕事には復帰できないが他の仕事には就き得る程度に症状が良くなった時期とすべきである。

ただし、上記の一般的・平均的な療養期間を大幅に超えて療養してもなお、それ以上症状に改善の見込みがないと判断される場合であって、意欲の低下等により就労がかなわないものの日常生活はかなりの程度できる状態にまで回復している場合には、就労がかなわなくてもその時期を治ゆ（症状固定）と判断し、後遺症状について障害認定すべきである。

なお、後述する各種の日常生活動作に係る複数の判断項目にわたって「できない」と評価される等非器質性精神障害による症状が重篤で、日常生活にも大きな支障が生じ、療養が必要と認められる場合には、非器質性精神障害の特質上、なお将来において大幅に症状が改善する可能性が十分にあること等から、慎重に治ゆか否かを見極めるとともに、必要に応じて療養を継続すべきである。

# アフターケア制度の概要

## 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
- 大腿骨頸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ある。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。

# 精神障害のアフターケア

## 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む。)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	

### ○健康管理手帳の有効期限

- (1) 新規の交付  
交付日から起算して3年間
- (2) 更新による再交付  
更新前の手帳の有効期限が満了する日の翌日から起算して1年間