

第 13 回検討会の議論の概要

(「Ⅰ はじめに」及び「Ⅱ 精神障害の現状等」)

- 「治ゆ(寛解)」及び「治ゆ(症状固定)」という言葉があるが、1つの報告書で用語の使い方は統一した方が良いと思う。

また、いくつかの図表が挙がっているが、図によっては男女が示されていないなど違いがある。1つ目の推計患者数は、女性の方が多いのではないか。ある程度それぞれの図の違いが分かるように表示する内容は統一した方がよい。

特に労災の関係は、かなり男女の違いがあるし、就業状態でいえば、正規雇用労働者がかなり多い。そういったコメントをつけた方が、より見方がはっきりするのではないかと思う。(丸山先生)

- 表題が「Ⅱ 精神障害の現状等」、「1 精神障害及び自殺の現状」となっているが、中身を見ると、精神障害者もしくは精神障害患者のこと及び自殺者のことを言っている。精神障害という概念が問題となるⅢ章以降であれば問題ないと思うが、Ⅱ章の表題としては、精神障害患者の現状等とすべきと思う。

さらに、その後の1は、「1 精神障害患者及び自殺者の現状」が適切ではないか。(品田先生)

- 確かに、精神障害というよりも精神障害者の現状、精神障害者及び自殺者の現状という方が明確にはなると思う。(黒木先生)

- 精神科は、できるだけ不適切な用語を排除する方向で動いている。今のところ精神障害という言葉は使ってはいるけれども、括弧書きで精神疾患という言葉を入れてあったりする。それから、精神障害者数の類推というところも、精神疾患を有する患者数の推移という言葉で、厚労省は、たしか書いていたと思う。そのあたりも少しご検討いただければと思う。

できるだけ精神障害という言葉を使わないようにということで、今のところは、精神障害も精神疾患もほぼ同義に使っており、DSM-5の表題も「精神疾患の分類と診断の手引」(2014年)になっている。また、精神障害(精神疾患)と記載しているものもみるので、特に病気の説明のところなどは、精神障害の特性とか、種類だとかではなくて、括弧書きで精神障害(精神疾患)という言葉を入れておいてもよいと思う。(小山先生)

- 日本精神神経学会の精神科用語検討委員会が、現在どういう用語の使い方をしているかということを確認した上で、決めていくのが良い。（丸山先生）
 - 精神科用語検討委員会において、精神障害の障害という言葉を使わないようにということで、病名の「障害」も「～症」というように病名を変えていくという動きがある。

その意味で、精神障害の分類というときも、精神障害と精神疾患はほぼ同義として使うので、精神障害を使う限り、括弧書きして病気、精神疾患という言葉を入れるのも一つの手かと思う。（小山先生）
 - 確かにICD-10、DSM-5では障害、ICD-11では、この障害をなくして症にしようという動きがあることも事実なので、そのことも踏まえて事務局の方で検討いただきたい。（黒木先生）
 - できるだけ障害という言葉を使わないという考えはあるかと思うけれども、労働基準法の施行規則の別表の文言として精神障害という言葉を使っているので、法律用語としては認定基準においても精神障害という言葉は今のところは使わざるを得ないのではないかと思う。

あまりこの報告書の中で、精神障害と精神疾患という言葉が混在することで、かえって混乱をもたらしてしまわないかと少し懸念している。

長期的には、障害という言葉を使わないという方向で整理をしていくこと、全体を統一する形で整理していくことができれば良いと思うけれども、この報告書については、あまり言葉が混在しないようにした方が良く、施行規則の別表の文言と統一して考えた方が良いと思う。（中野先生）
 - 中野先生のおっしゃったとおり、法律上は精神障害という言葉を使っているので、そういう意味でも、今、全体を変えるわけにはいかない。

近年の流れとして精神障害と精神疾患（同義語として使っている）の違いを簡単に説明を入れ、病気の説明の個所は精神障害（精神疾患）や精神障害の患者（精神疾患を有する患者）と記載してはどうか。（小山先生）
- （「Ⅲ 精神障害の成因と業務起因性の考え方」及び「Ⅳ 対象疾病等」）
- 最新の職業性ストレスのモデルなどが、丁寧に解説されていて、特に、ワークエンゲージメントなどの最近の概念についても触れられて、最新の医学研究に基づく情報が盛り込まれていると思う。

少し気になるのは、ストレス脆弱性理論のところに関して、図の3-1のところで、大熊先生の情報から脆弱性モデルの引用があるけれども、やはりストレス脆弱性理論に関して、何らかの文献を適切に入れておくことで、それがどういうものに基づくのか理解が進むように思う。精神科の先生から御助言をいただきながら、少し文献を追加したら良いと思う。（吉川先生）

- Zubinがこういう考えを示したということがあるので、その文献を引用した上で、大熊先生の文献も引用するのはいかがか。

この図は大事だけれども、少し表現が気になるところがあり、注の「a、b、c、d、eはいずれも精神障害の発病ラインを示す」とあるが、a、b、c、d、eは点であるので、表現として違和感を覚えた。

それから、文中の上から8行目に「逆に脆弱性が大きければ、心理的負荷が小さくても破綻が生ずるとする考え方である」とあるけれども、Zubinが一番言いたいのは、脆弱性が大きいとされているようなものであっても、心理的負荷は何らか関係しているのだという点である。「逆に」という話ではなくて、今申し上げた表現が妥当かと思う。心理的負荷が非常に強ければ、個体側の脆弱性は小さくても、精神的破綻が起こるし、また、脆弱性が大きいとされる精神疾患であっても、何らかの心理的負荷が関与しているということが、この脆弱性理論の大事なところである。

つまり、この論文が出た1977年当時非常に話題になったのは、それまでは、例えば、統合失調症は、かなり素因やそういったものが強いと考えられてきたけれども、Zubinはそうではなく、そのように考えられてきたものであっても、やはりストレスの関与がある。相対的には少ないけれども、その点が非常に大事なのだという意見を述べた。それが非常に、その後の展開に大きな意味があった。

例えば不安障害や気分障害は、相対的には脆弱性ももちろんあるが、いろいろな環境因子、ストレスの度合いによって発症しやすいと以前から言われてきた。けれども、今言ったようなことを指摘したところをZubinは脆弱性理論とっており、その点がこのモデルの大事なところだと思う。（丸山先生）

- いわゆる内因性の精神障害を見ていても、小さなストレスはあるということは、確かにその確認はできるけれども、脆弱性を確定できる疾患自体が、まだ精神科領域ではそう多くはない。ここは、やはり脆弱性が高い場合には、小さなストレスによっても発病することが一般常識になっているので、あくまでこの図は概念図なので、脆弱性が高ければ、非常に微細な心理的負荷によっても発症が起こるという考えで良いと思っている。（荒井先生）

- 荒井先生と同じような考えである。（田中先生）

- 最近、うつ病という内因性の疾患であっても、そういう脆弱性が強くても、心理的な負荷で発症してくることがあると分かったと出ているけれども、元の概念図は、このままで良いと思う。（小山先生）

- 17ページに参考として「精神障害の分類」というタイトルで書いている。ここはICDに基づいて説明しているので、精神障害の分類でも良いが、最近のDSM-5は、精神疾患の分類というタイトルになっているので、精神障害（精神疾患）の分類としてはと思った。

19ページ「(1)精神障害の悪化」について、4行目から5行目にかけて「精神障害の悪化であるのか、もともとの精神障害の症状の現れにすぎないのか等が問題となることがある」という書き方をしているが、「もともとの精神障害」というのは、どのような意味で使われているのか。現在みられている精神疾患の症状が今までは明瞭に現れていなくても、今明らかに現れてきたということならば、やはり悪化とか、増悪になるので、もともとの精神症状の現れにすぎないという表現は、要らないのではないか。

病気があって、今まで症状が現れていなかったのに、症状が出てきた・強くなったということならば、増悪という言葉で済むので、二重に書いているのではないかと思った。何か別の病気が潜んでいて、その症状が出ていなかったのが現れたという受け止めになるのか、少し曖昧な表し方だと思うので、ここは検討していただいた方が良いと思った。症状が悪化したかどうかの判定は、医者が診断するはずなので、やはりここは重複する意味合いに取れてしまうので、また考えてほしい。（小山先生）

- 精神障害という用語について説明書きを入れるかどうかは、事務局に総合的な判断をいただくのが良いと思った。

というのは、結局、目的に合わせて記載することになり、法的に見たときにも法律によって精神障害の用語の定義は微妙に違っている。

例えば、精神保健福祉法の定義、障害者雇用促進法上の定義、それから労災保険法上の定義というのがある、1つには、疾患よりも広く、軽度のものも包括するという説明もあるし、あるいは、これは法律上の定義に限らないが、長期化するものを障害と言っている例もあるし、それから、基本的には疾病性を前提にしながら、けれども、日常生活や職業生活に影響するものを障害といっているものも見受けられ、法律上もニュアンスの違いがある。

それを踏まえて、あえて少しぼかしたほうがいいということなのか、それとも、最低限の定義は説明すべきなのかということ、事務局に総合判断いただくのが良いと考える。（三柴先生）

- 精神疾患といった場合には、原因とか症状とか経過とか、あるいは治療法が確立されている場合に疾患という言葉を使うことが多い。

まだ原因が不明な精神的不調はたくさんあり、精神疾患と言うのは、まだ定期的に早い、もう少し原因や症状や経過やそういうセットが揃ってきたときに、初めて精神疾患という言葉、ほかの身体医学と同じように使ったらいいのではないかというのが、一般的、辞書的な意味の疾患という言葉だろう。

法的な問題ももちろん、疾患といったときに寄って立つものの蓄積が、まだ精神医学はそれほど多くないのが現状ではないか。（荒井先生）

（「Ⅴ 業務による心理的負荷の評価」）

- 新しい負荷評価表は従来のもものと比べて、かなり充実したと思っている。

理由は3つあり、1つ目は、本文の中にも書いてあるとおり、具体的な出来事に重複するものがあり適用に迷うようなものが従来あったわけで、これを整理統合したところが1つのポイントかと思う。

2つ目は、総合評価の視点について、従来のもものは、何も書いていないものもあった。そのような意味において、いかなる観点から評価すればよいかの分かりにくいところがあった。この点、今回については、かなり一つ一つについて、重複する部分もあるけれども、拡充したという気がしている。

3つ目として、従来のももの大きな問題は、被災者の方は、業務災害であるか否かを求めて申請して来られるにもかかわらず、当該本人の主張するような出来事については、認定基準に当てはめても強にはならない空欄になっている部分があり、ある意味、肩透かしに遭うようなこともあった。それらについても、全部が全部という形には、ならなかったけれども、強と評価できるような具体例も挿入されたことにおいて、拡充されたと認識している。

ただ、24ページ（1）の最後の部分「さらに、決定事例や裁判例等も参考に検討を行った」と、これだけで切ってしまうのは、やや残念に思う。今回、こうしたことができた背景には、この決定事例や裁判の膨大な資料を、事務局がまとめたものについて、我々は検討できたということもあるので、せめて、さらに決定事例や裁判例等を精査し、総合評価の視点及び強度の具体例を拡充すべく検討した、といったことを入れて、この点についても視点が向くようにしてほしい。（品田先生）

- 複数出来事の評価の書きぶりについて、これまでは関連性があるものとな
いもので分け、関連性がある場合には、強または中とし、関連性がない場合
については、中または強とするという書きぶりがあり、分かりやすかった。け
れども、今回そういった書きぶりが落ちているのは何か理由があったのか。

関連しているか・していないかで分けている時点で、おそらく判定も違うの
だろうということを読めば分かりづらいわけではないと思うが、前回の方が
分かりやすいと思った。（阿部先生）

- Vの部分については、かなり検討を加えていっており、十分まとまってい
るのではないかと思う。（田中先生）

- いろいろ複数ある出来事についての評価の目安が示されているということ
で、非常に大きな進歩だろうと思っている。（荒井先生）

（「VI 業務以外の心理的負荷及び個体側要因の評価」及び「VII 療養及び治ゆ」）

- 33ページの図7-1について、「治ゆ（症状固定）」という労災独特の用語
の使い方が図示されているので、重要な図だと思う。

この図は、もともと提唱者のKupferの論文から取っており、それを大熊先生
が臨床精神医学で記載し、それをまた標準精神医学で引用している。

少しずつ表現が変わってきており、真ん中の点線も意味があって、点線の上
には兆候、シンプトonzが入り、点線の下には、シンドロームズ、症候群とい
う言葉が入る。点線の下からは、診断基準を満たすようなレベルだという理解
でいいかと思う。

正常という表現について、正常というのは、すごくいろいろな意味を含んで
いるので、ここは、うつ病の経過ということなので、正常な気分、これは、大
熊先生がそのような表現を使っており、ノーマルシーの訳だけれども、そうし
たほうが誤解を招かないと思う。

再発の下に「（新たな発病）」とあるけれども、これは誤解を招くので、取
ったほうがいいのではないかと思う。

それから「治ゆ（症状固定）」の位置について、点線と、一番上の太い実践
の間に収めて、それから赤の太い矢印があるけれども、その位置が、この図で
はかなり明確になっているけれども、少し尾っぽの辺りは点々を入れて、少し
含みを持たせた方が誤解を招かないと思う。（丸山先生）

- 確かに正常という言葉は少し気になり、削除してもいいようにも思う。
また、真ん中の点線でシンドローム等々に分けるということについて、こ

の図はあくまでも概念的なものであるので、真ん中の点線の意味づけというのは、一般の人には、なかなか分かりにくいし、定義づけも難しいと思うので、真ん中の点線は抜いてもいいのかなと思う。

治癒については、まさにある一点から明確に決まった赤線が引かれていますので、その前に点々を入れて、ある程度段階を持って判断すべきタイミングなのだということを示唆するような形にした方が良くかなと思う。(田中先生)

- 右側の寛解以後の部分については、今、引かれている実線と点線の間ぐらいにレベルを下げて、落として書いていただくのがよいのではないかと。点線と実線の間辺りに、少しレベルが低くても、要するに症状が固定すれば治癒と認定できるのだという趣旨が、明確になるようにしていただければと思う。(三柴先生)

- 障害という文言について、33ページのところで、今度は治癒後に残った障害の話が出てくる。精神障害として使っている障害とは、また別の意味の障害という言葉が出てくる。

33ページの2段落目に出てくる治癒後に残った障害というのが、精神障害というときの障害とは違うものなのだと分かるように、少し説明を加えていただいた方が良くと思った。(中野先生)

- 個体要因のところの図の6-1について、非常に分かりやすくシンプルな概念図だと思う。

今回の検討の中で、総合的な判断の中で、支援体制がないと、あるいは裁量度が欠如した場合には、より強く評価されるという概念が、より整理されたように思う。可能であれば、この図の中に、業務による心理的負荷の注釈のような形で、このような総合判断になるというのを検討いただければと思う。

事故や災害の体験、失敗、仕事の量・質が例示に挙げられているが、パワハラや人間関係について書いてあるので、可能であれば、この負荷要因のところは今回整理された言葉に修正しても良いと思った。(吉川先生)

(「Ⅷ 認定基準の運用等」、「Ⅸ 複数業務要因災害」及び「X まとめ」)

- まとめのうち「本検討会としては」というところが、我々検討会として最もメッセージとして重要なところかと思う。

そうした中で、この文章が、やや分かりにくいというか、曖昧なところがあるので、次のようにしてはどうかと思う。

「本検討会としては、今回の報告に基づく認定基準の改正により、認定の公

正さがより一層確保されるとともに、認定に係る判断が迅速かつ円滑に行われるようになることを期待するものである。行政当局においては、新たな認定基準の考え方及び内容について関係者に周知するよう、適切な手立てを講じることがもとより、相談や問い合わせがあった際には、丁寧な説明を行うよう努めていただきたい。」（品田先生）

- まとめについては、非常に重要な内容が示されて、最後に防止対策について整理されているのは、すばらしいまとめになっていると思う。

最後の39ページの「また、事業主は」から書いてある段落のところについて、快適職場の形成を図り、ストレスチェック制度の活用や環境改善ときているが、セルフケアや管理監督者教育といった、いわゆるストレス対策全般の4つのケア的な視点の文脈を少し入れた方が、非常に包括的な言葉になると思う。（吉川先生）