

第 10 回検討会の議論の概要

(心理的負荷評価表について)

- 全体の区分けについて問題はないと思っている。パワーハラスメントやセクシュアルハラスメントの「強」の具体例のうち、「適切な対応がなく、改善なされなかった場合」という文言について、適切な対応がなされなかった場合では駄目なのか、つまり改善がなされなかったというところまで求める必要があるか考えてもいいと思う。改善がなされなかったということは結果を求めている、その結果に至る前に、多くの場合、恐らく発病等の状態になられたということをとらえるのではないかと思うので、ここまでの心理的負荷が「中」である以上、ここまでを求めることが必要であるか少し検討してもいいのではないか。(品田先生)

- 適切な対応をされたかどうかは1つの大きなポイントだろう。(黒木先生)

- 実際の産業現場の例として、社内でパワハラを扱う委員会などで通常は認められてもいいようなものが認められなかったり、何ら対応が適切にされない場合があるときに、「強」としての心理的負荷があるといったケースはあると思うので、その改善の有無は強度に影響があると感じている。(丸山先生)

- 項目 29 について「反復・継続するなどして」という文言を付け加えるのは、何をもちて執拗と判断するのかを明確にする趣旨だと理解をした。また、この言葉を加えることによって、現在の認定基準よりも判断を厳しくする意図はないのだと思う。ただ、単発で行われた場合であっても、程度がひどい場合には「強」のケースに含まれるとすると、「反復・継続するなどして」という表現を加えることで、かえってその趣旨が分かりにくくなっていないか、誤解を招かないか気になる。「など」に含められた意味がうまく、分かりやすく伝わるか、御検討いただきたい。(中野先生)

- 項目 29 について、特に具体例に関して、新たにパワハラ 6 類型の全てを具体例として盛り込むという案に賛成である。その上で、総合評価の視点との関係、特に、その出来事が起きた背景との関係を注意書き等で

もよいので、明示していただきたい。その趣旨は、6類型の中には、もともと違法扱いを受けてきたものとそうでないものがある。例えば、切り離しとか過小要求というのは、必ずしも法律上規制されてこなかったと思う。これは確かに対応によっては、ひどいショックを生むものであっても、社会生活の中で解消やカバーが可能と考えられてきたということだろう。その前提で、特に精神障害に関する認定基準は、予防上もかなり参考にされ、補償の基準ではあるが世間一般へのアナウンス効果も十分に考える必要があるとなると、通常のコミュニケーションまで阻害してしまうことが起きないように、必要な、上司、部下関係等は維持されるように、配慮をする必要があると考える。（三柴先生）

- 三柴先生の御助言について、十分に考えなくてはいけないと思う。それから、結果を求めているという点について、実質的に、会社の中でのハラスメント委員会の結論と会社の意向が違うなど、様々な面で被災者が救済されない状況も見受けられるので、できれば、社会的に、合理的な被災者に対する配慮がされた場合は、「強」には至らないと考えるのが適正ではないかと思う。（荒井先生）

- 現行の運用でも「執拗に」というところで、具体的には反復・継続している場合を中心に考えて、1回であったとしても積極的に認めるとするのは、あまり運用されていないと思う。1回でも執拗であれば認められるというところをよりはっきりと示すために、反復・継続は、あくまでも回数的なもののような気がするのですが、もちろん「など」のところ、1回でも長く、いつまでもしつこくというところがあると思うが、これだと、反復・継続というニュアンスは少し違う。反復・継続という、主に回数、頻度を示す言葉と、「執拗に」という態様とは異質なところがあるので、反復・継続的にと「執拗に」を分けて表現したほうが運用上は分かりやすいかと感じた。

また、上司とのトラブルで、心理的負荷の総合評価の視点では、トラブルに至る経緯や状況等というのが追加され、これは大事なポイントだと思うが、具体的な例の中に、総合評価の視点が具体的にはあまり反映されておらず、書きにくいところもあると思うが、可能な範囲で少し追加してもらえると分かりやすいと思う。（田中先生）

- ハラスメントがあれば、ハラスメント委員会などに本人が訴えて、対応してもらうことになり、対応が十分なされなかったということもあるし、また、そういった委員会がないことも問題になるので、「適切な対応がなく、改善がなされなかった」ということを、きちんと書かれても

いいと思う。上司とのトラブルに至る経緯というのも、具体的に書いておかれたほうが分かりやすいと思うし、反復・継続も、1回でも、執拗にされてということがあるので、表現の仕方を少し考えてもいいかと思う。（小山先生）

- 項目31の「中」や「強」になるケースに関して、その業務の範囲内であるかとか、パワハラに関して、態様や手段が相当かどうかを考慮しながら強度を見るという点に気付くので、例えば、配置転換や懲戒処分といったものが、仮に、それ自体が強いストレスを生むとしても、その態様や手段が相当であるとか、業務の範囲内であるかどうかということを考えてながら、規範的に、既にこの基準内においてストレスの強度を判断する構造になっているのだなという印象を持っている。（中益先生）
- 改善の部分については、適切な対応の中に、確かに改善をするというのが含まれるという考え方もあるかもしれないが、改善されなかったという言葉が残ることで、結果を非常に重視されているというような形に残るとすると、予防的な部分にも活用されると考えれば、残しておいてもいいと思う。顧客からのカスハラについて、この項目が新たにできるということは非常に大きな意味があることだと思う。顧客という言葉が出てはいるが、取引先等から、かなり苦労されている事例もあったりするので、この項目は非常に重要だと思う。（吉川先生）
- 項目29の「反復・継続するなどして執拗に受けた場合」について、「強」である1例を述べているので、このままでいいのかなというように思った。典型的な例を挙げているということで、「など」でも読み込めるのであれば、より多くある事例の1例として、この書き方でもいいのかなと思う。（阿部先生）
- 改善されなかったということについて入れておいたほうがいいという意見は納得した。これでよいかと思う。中益先生の御指摘は非常に重要で、事実関係を調べる場合に、それが適切なものであったかどうかという規範的な判断が事前になされる中で、この基準表に適合するのかに多少疑問があることは私も同意だが、上司とのトラブルについては、かなり実務上の要請があるということが背景にあるかと思う。多くの場合、被害に遭ったという方は、パワハラの被害に遭ったというように主張されるかと思う。その中において、既に、パワハラが明確になっていることから、項目29への該当性はそこで判断される。したがって、当該主張がパワハラ概念には当たらないことが、判断において上司との

トラブルという形で評価することになる、規範的判断がこの項目 31 に当てはめる中で行われるというわけで、懲戒や配置転換等において、事前にそうした規範的判断が前提になるというわけではないと説明すべきかと思う。（品田先生）

（発病の有無の判断について）

- 自殺というのは詳しく状況、経緯を見ていけばいつ頃に発症したかが分かるので、そういう情報をしっかりとつかまえるという意味から専門の先生に判断を任せるということでいいのではないか。

悪化か新たな病気の併発かというのも、一定期間薬は飲んでいても飲んでいなくても、治療をやっていてもやっていなくても、一定期間ある程度仕事に就いていられる、前と同じような仕事に就いているかどうかは別としても、ある程度の仕事に就いていられるような状況ならば、一応寛解、症状固定として良くなったと見て、それ以降に発症するならばまた新たな発症と見て、そのときに因果関係がどうであるかというのをきちんと判定すればいいかなという、大体この前論議していたのをうまくまとめていただいていると思う。それぞれの職場のところでどうかなと思う点はあるが、本質的には納得している。（小山先生）

- 既存の精神障害の場合にはある程度一定期間安定した状態が続いた後に、悪化するなりということは新たな精神障害ということで、また再度カウントするということもあり得る。（黒木先生）

- 純粋に医学上の寛解・治癒論と、補償学上の症状固定・治癒というものを頭の中で整理すること、明確にすることが必要になると思う。その方法として私たち臨床医が事案について適切な判断ができるためには、多くの労働局でされているが、病歴を症状、就労の有無、薬物療法、リハビリテーション等を時系列的に並べて、どの時点で治癒し、どの時点で悪化し、あるいはどの時点で寛解しているのかを、根拠をもって判断できるケースもあるので、そのような事案の情報の収集が非常に大事だと思うし、一定期間の寛解後に新たな発病という言葉があったが、そのように過去に既往歴として精神障害がある方でも寛解後の発病を承認して、その前の半年を評価することが、妥当な判断だと思う。（荒井先生）

- 自殺について、海外の心理学的剖検の報告からも大体 85~95%ぐらいは精神障害の発病があるということで、これは大体そのように受け入れられていると思うので、それでいいと思う。ただ発病の時期とかどういった精神障害を発病しているかを見ていくのは、かなり悩ましいところ

もある。なぜなら本人は自殺してもういないので、本人の申立てを聞き取ることはできず、どうしても職場の周囲の方や、上司の方、それから家族から申立てを聞き取ることになるが、客観性について悩ましいことがある。この辺りは、専門医の医学的な判断というところが重要かと思う。

また、療養の長さについて、一定期間というのがどの程度を指すのか悩ましい。これについては具体的にある程度数字を示すのがいいか、数字を示した場合に、当然おおむねは治ゆ・症状固定するのだろうと思うが、一部には治療が非常に長期化するという場合もあるので、それはきちんと補償していかなければいけなく、その見極めを誰がするのも制度的にきちんとしておく必要があると思う。いずれにしろ医学的な判断が非常に絡んでくる部分なので、労災的な判断とも突き合わせながら、高度な判断が慎重になされていくべきだと思っている。（丸山先生）

- 事務局提案どおりで全くいいと思う。（田中先生）
- 基本的には医学的な判断に委ねるしかないので、やることはそのプロセスと条件を整えるしかないと考えている。（品田先生）
- 今回の表現の改訂で、要するに症状の安定を重視するということだと思うが、それは補償法学上も適当ではないかと思う。（三柴先生）

（精神障害が悪化した場合の業務起因性）

- 症状固定あるいは治ゆ状態から新たな発病があるということ、一つの前提としてその時点では強い負荷があったとすれば、業務上の災害とみなすという整理が分かりやすいと思う。今までの慢性的に悪い状態が続いていて、それが更に悪化したという前提よりも、今のいろいろな事例の時系列な病歴を見ると、一時期は良くなって、その後安定していた時期から悪くなっていたというのを見ることが多いので、そこは新たな発病という整理で特別な出来事を求めないということ。「強」であっても外というのは、そんなに多くはないと考えている。（荒井先生）
- 安定した時期に入っていけば、特別な出来事がなくても通常の悪化の「強」で認める場合があってもいいかと思う。（丸山先生）
- 安定した時期でなくても、例えば強い心理的な負荷が非常に認められる場合でも、業務起因性を検討するということによろしいか。（黒木先生）

- 悪化の場合のみ特別な出来事を要件にするというのは、少し厳しい基準だったと思うし、実際に臨床的にも強い心理的負荷で自然経過を超えて病状が非常に悪くなることはあることなので、こういった変更は非常にリーズナブルだと思う。（田中先生）
- 裁判例の国敗訴の案件を見ると、行政判断とかなり感覚が違うというか、相違が明らかであるような気がした。そうした中で医学判断に委ねるだけでは、なかなか偏差を小さくすることが難しい案件もあるという印象を持った。そうすると特別な出来事がない場合においても、発病後の悪化と見て業務上と認定されるような要件については、ある程度詳細に示したほうがいいのではないかと改めて感じた。前回の議論をかなりしっかりとまとめていただいております、またその内容及びその視点においても、かなりいいのではないかという印象を持っている。（品田先生）
- 「特別な出来事」に更に例外の書き方を追加した点は賛成だが、特別な出来事がない場合にも「強」の場合に認められる場合があるという書きぶりとして、「また」としているが、例えば原則としては特別な出来事が必要だけれども、しかし、そうではない場合でも認められる場合があるとか、そういった書き方のほうが特別な出来事の例外と分かりやすいのではないか。（阿部先生）
- 治ゆ状態あるいはある程度精神的な状態が良くて、新たな発病を認定できるのが一つの代表例だろうと思う。病歴を詳細に見ると、一定期間服薬していても通常就労をしていて、ある強い出来事があったその後新たな発病をするという考え方で、特別な出来事を求めないということだろうと思うが、それをどう書くのかは、これまでの特別な出来事をあまりにも求めすぎていたところを緩和していくというか、見直したということを書いていただくことになるのだろうと思う。（荒井先生）
- 一定期間、安定した状態でなくても、既往の精神障害が特別な出来事によって悪化した場合には認めるのは現状だが、特別な出来事でなくても、いわゆる強い心理的負荷があって、自然経過を超えて悪化したという場合も業務起因性を検討するというところでよろしいか。（黒木先生）

（個体側要因による発病）

- 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ことが明らかな場合を例示するのは少し難しいことだと思う。（田中先生）

(療養、治ゆ及び再発)

- この部分の「一定期間」という表現について、これはどの程度を指すのかが、案外悩ましいところである。具体的な、例えば、年数を示すのか、その辺りをここで検討していただければいいかと思う。(丸山先生)

- 新たな発病の前の「一定期間」、それから認定されて療養期間として「一定期間」を示すという、この期間を提示することができるかどうかである。(黒木先生)

- 具体的な数字を明確に出すのは非常に困難だろう。通常の臨床で症状固定というのに最初に出会うのが、障害年金の1年半である。これは医師の判断ではなくて、自動的に1年半で症状固定となっている。非器質性、器質性の精神障害によって、症状固定の時期は違うとは思っているし、それから寛解の定義についても、半年と考える先生もいれば、数箇月と考える方もいらっしゃるの、それは様々だが、いずれにしろ、2年あるいは3年を超えない間に症状固定はするというのが、大体、一般的な、今、たどり着いている結論ではないかと思っている。(荒井先生)

- 期間の問題は、基本的に医学的な問題だと思うが、労災による精神障害の発病においては、忘れてはいけない3つのポイントがあるかと思う。1つ目は、社会復帰である。労災における社会復帰は職場復帰と考えられるべきで、職場復帰ができるための期間がどうであるのかの視点が、まず必要なのではないか。2つ目は、労災によって療養を始めている以上、つまり、職場から離れている以上、発病の原因となるストレス要因は既に除去されている、なくなっている状況の中で問題を考えていくべきだろうと思う。3つ目は、適切な治療を受けていれば半年とか一定の期間の中でかなりの人たちが治ゆする、若しくは症状固定する状況が見受けられているので、労災によって療養補償給付等を受けている方は、基本的には適切な治療を受けられているはずであり、その点も加味された形で検討すべきなのではないか。(品田先生)

- 非常に悩ましい問題もあるが、3年未満に7割ぐらひは職場復帰、社会復帰する、しかし、5年以上の治ゆしない事例はほとんど職場復帰できないのが現状で、これはなぜかという非常に難しい問題はあるだろうと思う。なぜかと言うと、いわゆる職場が関係して具合が悪くなった、そうすると同じ職場に戻るかどうかはなかなかできないこともあるし、それから職場ストレスということを本人が受け止めて、あえて戻ること

はなかなか踏み切れないこともあり、療養が長引いてしまう事例もあり、ここは非常に難しいと思う。しかし、究極はこの職場復帰、社会復帰のめどを立てていかななくてはいけない。このためにも、この一定期間目安を立てるということは、ある程度必要かと思う。（黒木先生）

○ 寛解までの期間について具体的にするのは難しいので、「一定期間継続している」という表現にならざるを得ないかと思う。ただ、学会等の調査で比較的是っきりしているのは、症状固定と考えるべきは、2年から3年ということが、医学的コンセンサスが得られる部分だと思う。労災の障害であれ、そうでない精神障害であれ、治療の目標や社会復帰の目標は、ある程度めどを付けてないとなかなかモチベーションが上がらない現実がある。異動する、転職する、またもとに戻るにしても、ある程度、それを目指した準備をどのように始めていくかは、目標がない場合は治療をしていてもうまくいかないのだから、療養の見通しを立てるためにも、ある程度の基準の、2、3年といったところを見定めた上で、その途中の期間で医学的な判断を求めながら、促進的に求める制度の運用があったほうが、復職という最も大事な、職場、仕事に戻ってもらう、労働者としてまた戻ってもらうことに対して、とても大事なことだと思うので、症状固定のある程度の原則を判断することは、期間についてはある程度定めたほうがいいのではないかと考えている。（田中先生）

○ 先生の御意見に賛成である。労災で治療をしてらっしゃるのだから、ある程度の見通しは立てないといけないと思う。一定期間はある程度は定められるのではないかと考える。ただ、だらだらと治療して中断しているような人たちを混じえての問題ではないので、治療目的を立てて治療をする中だから、大体の見当を付けた中で決めないといけない。（小山先生）

○ 本人のアドヒアランスを促進する意味では、ある程度治療目標が、どこまでにとというのがあるのはうなずけるが、ここに書き込むかどうかは、なかなか難しいところがあり、ここは「一定期間」という書き方にして、例えば、運用のところ、うまくそういうことが表現できないかと考える。（丸山先生）

○ 社会復帰のところについて、前回、外国の例もお示しして、今回のたたき台で、補償を開始した後にスクリーニングの機会を設けることが妥当ではないかという案を頂いている。これについて、前回、スクリーニングの機会を仮に設けたとしても、スクリーニング自体を適切に行えないと形式化してしまうという御意見を頂いて、もっともと私も思ってい

た。スクリーニングに際して、もともとの認定のときの根拠になった出来事との相関は考えてもいいのではないかと考えている。つまり、こういう出来事でこういう補償がされている中で、いつまでたってもなかなか治ゆしない、あるいは症状が安定しないのはどうなのかというのは、これは制度論上は考えてもいいかと。ただ、臨床医学上は、いろいろあることはよく承知しているので、一つの検討材料としての意見である。
(三柴先生)

- 全体の御議論には異論はない。定期的に医学的判断を求めること自体も適切だろうと思う。ただ、必要な給付までを打ち切られてしまうのではないかという懸念を抱かれないような書き方を、留意していただいたほうがいいと思う。(中野先生)
- この「一定期間」を示すということは、これは打ち切ろうということではなく、次につなぐことが目的なので、事務局でまた検討していただきたい。(黒木先生)
- 「一定期間」に賛成である。特に、実務の中ではある程度期間が決まることにより、それを目標にしてリハビリをしていく、治療の目標を立てて、それに向けて進めていくことで復帰が促進される。今、仕事の両立支援をいろいろ議論されている中で、期間の中で計画を立てて復帰していく、それも治療の方法だと思うので、今回の議論の中ではとても重要なことではないかと思う。(吉川先生)