

精神疾患等認定基準研究会（第2回）議事概要

1 日 時 平成23年12月19日（月） 16:30～18:40

2 場 所 人事院第2特別会議室

3 出席者 委 員 折橋洋一郎（座長）

岩出 誠

小畑 史子

黒木 宣夫

丸山 晋

4 議事概要

(1) 事務局より資料に基づき、論点について説明

(2) 意見交換

5 意見交換の概要

(1) 超過勤務等の時間数の取扱いについて

○ 指針改正案の本文の①、②、③は、ストレス度としては等価なのか。

○ 1か月80時間とすると、20日間働くとして、1日4時間くらい超過勤務をするので、午後5時に退庁となる人が午後9時くらいまで働くこととなる。100時間だとすると、1日当たり5時間になるから午後10時まで職場にいるというイメージとなる。それ自体でもハードだと思う。

○ 出来事がないということは現実には余りないのではないか。

在庁時間だけで計れるのかなという感じはある。やはり仕事の内容、難易度とか中身が問題ではないか。

○ よく訴訟であるのは、本人が仕事をしたいと言うから、上司の方も目をつむっていたが、気が付いてみたら長時間の連続勤務になっていたというものである。成績は上がらない中で本当に本人の言うとおりに長時間勤務させたということであるが、安全配慮義務違反にはなる。また、業務の質の過重性がなく、ダラダラいたという事例も中にはある。

○ 指針改正案の本文の超過勤務等の部分は、働いた時間に焦点を当てるとこの整理ができるということであり、出来事の話はまた別途検討するものであるが、超過勤務と出来事が重なるときには、指針改正案の本文の③でその部分をフォローしているという趣旨と理解できる。

○ 単純にここは超過勤務だけの話にするのか、それとも、超過勤務プラス業務内容の困難性をどこまで結び付けるかということではないか。160時間というと、

それだけで公務上と認定することになるだろうが、80時間、100時間の場合は、過重でないことはないだろうが、それだけで公務上と認定することに疑問はある。超過勤務時間数にプラス何らかの困難性があったということを、ここでキチンと書くのか、それはまた別なところに書くのか。

- 指針改正案の本文の内容に必要なのは、納得性をいかに担保できるかということだろうと思う。一定の業務負荷という表現をどうするかということではないか。
- 指針改正案の本文の②と③は業務の困難性がちょっと違うということになる。③は、超過勤務時間数が②よりもやや少なくても、困難性が②よりも多いということではないか。160時間は、どうしたらよいか。超過勤務の中に記載することではよいか。それとも、これだけで公務上となるという特別な出来事を設けて、発症直前の1か月に160時間又は発症直前の3週に120時間の超過勤務は特別な出来事の中に入れて、超過勤務の中で取り扱わないことにするか。
- 指針改正案の本文の①で超過勤務160時間の場合、労災の心理的負荷評価表では、「休憩時間は少ないが手待ち時間が多い場合」と具体的に書いてあるが、国公災であえて書かなかったのは、当然だということか。

(2) 精神疾患の悪化の公務起因性、治癒（症状固定）について

- 既に精神疾患を発症して治療が必要な状態にある者として、過去に精神疾患を発症した後に既に症状が消失又は安定している（寛解状態にある）者を除くと書いてあるが、こういう説明で分かるか。
- 治療が必要な状態にある者というのは、簡単に言えば、通院して治療を受けている人であり、その人が当該疾患の悪化の前に勤務をしていたことになる。しかも、ここでは治癒とか症状固定の認定を受けていない人となる。この精神疾患の悪化の公務起因性というのを全体として考えるに当たり、前提となる人は、これでよいか。
- 指針改正案は、労災と大体同じ案である。労災で議論になったのは、いわゆる治療の必要性がある状態の時というのは些細な事で具合が悪くなったり、あるいは小さなことで不安定になり、それを大きな出来事として本人はとらえてしまうことがあるので、普通の人でも発症するほどの大きな出来事があった場合で、精神障害の症状が悪化したときには認めるということ。
- 既に精神疾患を発症しているというのは、元々私病ということではよいか。私病だと分かるように言葉を入れたらいいのではないか。
- 治療が必要な状態にあるが治療を受けていない者というのは非常に微妙である。

治療を受ける必要があるのに本人が病気の認識がなくて治療を受けていないというようなケースもあるが。治療をキチンと受けているにもかかわらず、業務上の困難があって悪化ということになると、やっぱり公務と関係あるだろうということになっていくが、治療を受けていないとそれは本人の勝手に治療を受けていないのじゃないかという考えは、医者立場だとあるが、そこまでは無理に言う必要はないか。

- 治療を受けていないことが、自己健康管理義務等に当たって、業務起因性を否定する要因となることがあるのではないか。
- 公務災害としてまだ認められている状態で、症状固定になっていなければ、症状が悪化したことについても、全部つながっていると考えていいのではないか。
- 公務災害として治療中の場合で、特別な出来事みたいな過重負荷があり、自殺したという場合には、既に公務上と認められた精神疾患の延長で考えて認定するということか。
- 例えば、療養中に自殺をしたというような場合で、既に公務上と認められた精神疾患の発症と悪化の期間が空けば、また違ってくると思われる。
- 実際、現場では当初の公務上の延長のものと全く異なる疾患のものと両方起こり得るのではないか。
- 普通、症状固定にならないうちは、業務等について配慮されている状態と考えられ、そうすると、大きな負荷はかかり得ないのであり、勤務時間は通常勤務になっていたとしても、それで激しい業務負荷がかかったというのは、現実的には余りない。ただ、症状固定になっていないが勤務はしており、大した業務負荷がないのに精神疾患の症状が悪化してしまうということは、考え方としてはある。それはうつ病思考のために些細な事を大きくとらえてしまうということである。ただし、間違っただけ業務負荷がかかった場合をどうするかということか。
- 労災のいう特別な出来事があったような場合には、新たな精神疾患ということで認定されるということはあるのではないか。
- 例えば、運が悪くてパワーハラスメントを受けたときは、この指針に則って改めて検討しなければいけないのではないか。
- 例えば、周期性のうつ病は、症状固定したとしても、その後同じものが出てくるが、新たな精神疾患として公務上外を検討するという事ではないか。

- 公務上と認められた精神疾患が症状固定になる前に精神疾患が悪化したという場合は、連続したものとしてとらえるだろう。
 - 公務上と認められた精神疾患が症状固定になった後に、前と同じ病気を発症した時はどう考えるか。精神疾患であった人はストレス脆弱性が高まるという話はあるが、現行指針の治癒（症状固定）に書いてある精神疾患を再び発症した場合における取扱いによるということか。
 - 指針改正案の本文の治癒（症状固定）に書かれている「通常の勤務（一般に正規の勤務時間の勤務）」は、この前も検討したものであり、今回の表現ぶりで良いと思う。
- (3) その他の指針本文、負荷分析表の見直しについて
- 例えば、頭の外傷の後でうつ状態になった場合は、F 0に入るかどうか。それから、職場で事故にあって頭を打って、それで健忘症になった場合は、どういう風に考えるか。
 - 例えば、研究所などで、揮発性溶剤を使ってF 1 8の揮発性溶剤使用による精神及び行動の障害を発症した場合に、この認定指針とは別のところで判断するということか。
 - 労災のように、主として業務に関連して発症する可能性のある精神障害はF 0からF 4のものであるといった前提を入れた方がわかりやすいのではないか。
 - 対象疾病について、労災と表現ぶりを分ける必然性が余りないようなので、基本的に労災と同じでいいと思う。
 - 2週間（12日）以上の連続勤務については、負荷分析表では書かないということか。
 - 例えば、月曜から連続して2週間時間外労働が続いた場合、毎日休みがなかったことで過重性が高まる。この場合は、指針改正案の本文にある1か月間に80時間をめどにして検討するという考え方で良いのか。
 - どれくらい時間外があったかということに尽きるのではないか。連続で勤務したということだけではなく、どれくらいの時間、例えば、土日も含めて12日間、あるいは2週間の間に時間外労働がどれくらいあったかということが必要だと思う。そこは検討してもらえればと思う。
 - 労災の指針でも連日深夜時間外とハッキリ言っており、単純に連続12日間だ

けではない。そういうのが入れれば過重性は高いと思うので、外してしまうのはどうだろうか。

- 負荷分析表にある着眼する要素については、見直し案で大体よいとは思いますが。
- 「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激しい対立が上司との間に生じ、その後の業務に支障を来した」とあるが、これはトラブルをこういう風に変えるということか。対立するではちょっとインパクトが弱くないか。
- 実際、こういうストレスになるのは、上司と同僚と部下とではちょっと違うことは違う。ストレスになるのは、上司とのトラブルが一番だからではないか。
- 同僚とか部下とのトラブルとかでもストレスはあるだろうけども、それは上司等と書くことでいいかどうか。負荷分析表に入れるなら、別項目にした方がいいのではないか。
- 上司等でいいのではないか。部下が強いとそこから仕事が進まないなんてことはある。
- 出来事例の方では、上司と同僚と部下と3つとも出ているのでこれでいいのではないか。

(4) 専門医の意見聴取を経ない上外認定について

- 自殺事案だと医療機関にかかっていない事案が多い。文章だけで見ると精神疾患が何かということは分からないことは結構あるので、自殺事案は意見を求めた方がよいと思う。
- 主治医が精神科医でない場合は行政判断だけでは駄目だろう。
- こういう場合はOKという判断がなかなか難しい。こういう場合は駄目という方は幾らでも言えるが。
- だからしばらくは、専門医に、この事案はこういう風にしていいかということだけでも報告してもらえばどうか。
- 例えば、160時間以上は専門医の意見を聞かなくても上にするという判断はどうか。
- 明らかに160時間以上の長時間労働があって、これは過重性が高いので、認

めざるを得ないと思うが、何の疾患かというのが主治医の診断をそのままのみにして良いのかということと、発症の時期によるのでは。

- 我々の方も絶対こういうのは専門医の意見を聴取しなくてもいいよというところまでは決めきれないんじゃないか。
- 人事院の方も、絶対意見を聞かなくても大丈夫という風にはなかなか言いにくいのではないか。
- この事例はわざわざ専門医の意見を聞く必要はないんじゃないかという事例がある程度蓄積していけばどうか。それまでは試験期間を置いた方がいいような気がする。
- 本日は、前回残した論点についておおむね全ての検討を行った。本日検討を行った論点について、後で疑問点が生じた事があれば、次回に伺うこととする。本日の研究会はこれで終了とする。

※ 第3回目は平成24年2月2日木曜日の午後5時からの予定。