

## 精神疾患等認定基準研究会（第3回）議事概要

- 1 日 時 平成24年2月2日（木） 17:00～18:40
- 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) 「1 精神疾患の認定の基本的考え方」関係

- 併発疾病は、そのような症例が出てきた時に個別に判断するということでよく、あえて併発疾病について個別的な疾病名をあげる必要はない。

- この書き方で意味はわかる。薬物依存症もこの中に入ることになるのだろう。

#### (2) 「2 指針の対象となる精神疾患」関係

- 国公災の表現ぶりは労災と結果的に違いはないのではないか。

- 「F0及びF1に分類されるものを除くものとする。」とすると指針の対象から問答無用で排除されることになり、「器質性のもの及び精神作用物質に起因するものを除くものとする。」だとそうならない可能性があるということであれば、後者の方がよい。

- 有害物質と表現すると狭くなるイメージがある。また、精神作用物質とすると広くなるイメージがある。

- ICD-10は精神作用物質という訳になっているのだからそれがよいのではないか。お酒も有害物質と言われてしまうと違和感がある。

- 後で「主としてICD-10のF2からF4に分類される精神障害である。」としていることから、事務局が提案している「精神障害であって、器質性のもの及び精神作用物質に起因するものを除く。」という表現でよい。

#### (3) 「3 超過勤務取扱い」関係

- 運用としては、超過勤務が月80時間以上と2週間以上の連続勤務についての事案について特に留意しなければならない、それを踏まえて精神疾患の発症原因とするに足る強度の負荷と評価できる超過勤務時間の例に基づき判断するということか。

- (ア)は労災と同じでわかりやすい。(ウ)も出来事があつて超過勤務が100時間

以上となった場合というのは、事実上認定されている事例が多いと思う。出来事があって、超過勤務の100時間以上というのが一つの目安だと思うので、労災の評価表とかなり一致しているのではないかと思われる。

- 国公災の負荷分析表は、出来事が弱ではなくて中かそれ以上の事を書いているので、一見厳しく見えないかという懸念があるものの、これでいいのではないか。
- 実際に認定を判断する時は、超過勤務100時間以上と中レベルの出来事であっても公務上と考えるということによい。

#### (4) 「4 公務起因性の考え方」関係

- 実際には公務上とされた人でも、個体要因ゼロなどということではなく、主たる発症要因が個体要因か業務上の過重性かということである。基本的には、個体要因が主であれば公務外であるということは間違いはないところである。
- 就業年齢前の若年期から精神疾患の発症と寛解を繰り返しており、今回の精神疾患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にある場合の2例については、労災でもあげている。
- 極端な話をすれば、個体要因があつたとしても、その業務の過重性が強いという場合には業務の過重性は否定はできない。あまり個体要因のあるなしは関係ないのではないか。これで認定判断は一步進んだことになるのではないか。
- 明らかに公務上の起因性がある場合は問題ないが、実際判断する時に、個体要因と業務の過重性の割合が具体的にどうなのかわからないし、それを指針にどのように書くのかも難しい。
- 個体要因があつたとしても、極度の長時間勤務があつた後に発症した場合には、公務上と認めざるを得ないのではないか。

#### (5) 「5 精神疾患の悪化の公務起因性」関係

- 労災では、業務外で精神疾患を発症した者の悪化は原則認めないという表現になっていて、国公災は広げたニュアンスが出ている。広げ過ぎては困るが、国公災の内容のほうが妥当と考える。ただし書きで強烈的な負荷を想定しているので、該当する事案は随分絞られることになるだろう。
- 私病で精神疾患を発症した人でも業務の強い過重性があって悪化した場合には公務起因性を認めるということについて反対はない。症状固定をどうするのが問題である。

#### (6) 「6 治癒（症状固定）」関係

- 治癒（症状固定）は、通常勤務ができるというのが原則である。通常勤務とは8時間勤務ができるということになるのだろうが。8時間勤務の人が疾病になって休職して、それからまた復職したというような時に、8時間勤務はできないが4時間勤務ならできるといような場合には、まだ、症状固定とは言い切れない。  
文章で書くとややこしくなる。復職時のリハビリ勤務として当初4時間勤務で6週間以内に通常勤務に戻るといったようなことがいろいろな企業の復職プログラム

に書いてある。そのため、通常勤務という表現は外せない。

- 通常勤務について詳細に書く必要はなく、あとは運用で対応するということがよい。

#### 7(4)の精神疾患を再び発症した場合における取扱いについて

- 一旦症状固定して、再び発症した場合に前の疾病から見直すとなると、面倒なのではないか。
- 精神疾患の専門医の所見を聴取して、慎重に対応するというのであれば、それでよいが、裁判例では第1次で発症したもの、第2次で発症したもの、第3次で発症したものとそれぞれ分けて考えている。第1次発症は業務過重性があって一定期間治療期間があり、病気が終結して1年後に再発した場合は第2次発症として新たな発症とし、改めて業務過重性を検討するというような事例が出ている。
- 労災のように治癒であると主治医が判断したらそこで打ち切りをして、その後新たに発症した場合には、その段階で考えるとした方がやりやすいのではないか。  
当初の精神疾患と再び発症した精神疾患について両方みるとなると、どこまでみるのかきりがなくなる。
- 短期間で発症した場合には、現実的には違う疾病が発症したのではないだろう。
- 現実的には一緒の病気であり、反復性のうつ病というような場合には繰り返し発症するが、新たな病気として考えるのではないか。
- 問題なのは、治癒認定した後どの程度の期間で安定したかということである。  
1か月後に再び悪くなったというようなこともある。一たん治癒認定してしまったら、関連があってもそれは仕方ないとするか。
- 治癒して1か月後に精神疾患を発症した場合、その1か月間に業務上の負荷がなければ、それは公務上とはみないということか。
- そのような場合にはケース・バイ・ケースで対応する必要があるのでは。1か月以内に再び発症した場合は、治癒認定がおかしく治ってないということである。
- 1か月以内に再び発症した場合に、1か月前の治癒認定は間違いであったと言えるかどうか。
- そのような場合を想定すると、当初の精神疾患と再び発症した精神疾患との関連性について専門医の所見を聴取した上でという現在の規定をそのまま残しておいたほうがよいかもしれない。
- 精神疾患を発症してる者が、治癒認定してすぐに悪くなったとか、治癒認定まで長期間かかったというような場合が問題である。
- 治癒になってすぐに発症した場合には、なぜ再発したのか慎重にみると、別のファクターが入っている場合があるので、個別判断でよいのではないかなと思う。

- 国公災の方が丁寧に対応するというのと、労災の方が割り切って判断しやすいということと、どのようにバランスをとればよいかということではないのか。
- 再び発症した疾病を新たなものとして、その時点での過重性をみるという基本的な考え方は国公災も労災も同じであるが、国公災は慎重に専門医の御意見を聞くということであり、再び発症した時点での過重性を考えるという点をきちんと押さえておけばよいのではないか。
- 療養開始後おおむね2年を経過した時点において、療養が継続し治療していない場合には、症状の変化の見込み等に関する主治医等の所見を聴取し、治癒したか否かの検証を行うこととされているが、主治医が判断しないと、治癒できずに続くわけである。
- 主治医はずっと症状固定していないと書くわけだから、すぐに数年たってしまう。疾病の状態からなかなか抜け出せないため、復職できないという人が結構いることをどう考えるかというのは、今後の課題である。

#### (6) 「7 調査事項」関係

- 家族の既往歴、家族のプライバシーに関することについてはなかなか出てこないことが多い。
- 家族の状況については、参考にならないということはないが、何も事情がない場合には、あえて聞かなくともいいかなと思う。
- 家族が拒否すれば、それ以上は聞けないのだろう。
- 通常、主治医は家族についての把握は行う。それを、このような調査の時に確認することでよいのでは。
- 指針の家族歴、家族状況がないことが認定をする時に非常に困難になるのかどうかである。あったほうが参考にはなるが。
- 業務の過重性をみて公務上か外かと判断していくのが基本となるので、家族歴は基本的にあまり関係がない。なくとも公務上外の判断はできると思う。

これで第3回の精神疾患等認定基準研究会を終了する。なお、指針自体が報告書となるので、皆様からの意見を踏まえ報告書が出ることはない。

※ 謝辞の挨拶