

Ⅲ 精神障害の 労災認定基準の改善要求

今回の「厚生労働省宛 精神障害の労災認定基準の改正を求める請願署名」における請願項目は以下の内容です。

- 1 発病日の認定については十分な調査をすること。
- 2 発病後の症状の悪化についての業務起因性を認めること。
- 3 被災者本人を基準に急性・慢性のストレスを総合的に評価すること。
- 4 パワーハラスメントの判断は被災者本人の意見を第一義的に尊重すること。
- 5 労災認定を担当する職員を大幅に増員すること。

精神障害の労災認定基準の 実効ある改善を

厚生労働省において精神障害の労災認定基準の見直し・改定作業が進められています。精神障害の労災申請は、年々増加し2019年には2000件を超えました。しかし、労災認定される人は申請者の約3割にとどまっています。

現在の「精神障害の労災認定基準」は2011年に定められ、2020年にパワーハラスメントについての項目が追加されましたが、全体として精神障害の特質や労働者の働き方の変化に対応したものはなっていません。また、被災者・家族に多大な立証責任を負わせているため、申請すらできない状況があります。

仕事によって精神疾患をり患し、場合によっては自殺にいたる状況があとをたちません。被災者や遺族に対しての補償がしっかり行われることが必要です。そして、その疾病や自殺の原因の正確な把握が、安心して働くことのできる職場づくりへの第一歩です。

「脳・心臓疾患の労災認定基準」は2021年に改訂が行われ、不十分ながらも、「労働時間偏重」から「総合的な判断」への貴重な改善を得ることができました。

長期化しているコロナ禍により、エッセンシャルワーカーを中心に長時間・過密労働やストレスが増大しています。

労働者のいのちと健康、そして家族の生活を守るために、精神障害の労災認定基準の実効ある改善を求めていきましょう。



過労死は二度と起こしてはならない

全国過労死を考える家族の会
代表 寺西 笑子

私たちはかけがえのない家族を過労死で奪われました。なぜ死ぬまで働いたのか。恒常的な長時間残業・深夜労働、抱えきれない仕事量と重い責任、それに対する低い評価、指導を超えたハラスメント。しかも、周囲はその異常な働かせ方に気づかないという状況が蔓延しています。真面目で責任感の強い人が過労死・過労自死へ追い込まれるケースが後を絶ちません。



過労死を繰り返す社会は許されません。そのためには、仕事の原因で亡くなったり、病気になった人はきちんと労災に認定されなければなりません。病気と働き方の因果関係があいまいになると職場も社会も変わりません。過労死は誰にでも起こり得ることで、働かせ方の実態にあった認定基準の改定を求めます。

すべての被災者の職場復帰を

働く人びとのいのちと健康を守る北海道センター
理事 佐藤 誠一

被災者からの労災相談では、勤務の記録が会社側にしかなく「立証」に悩みます。特に「うつ病」で休業中の被災者は、会社に向き合えない方が少なくありません。パワーハラの場合はなおさらです。過労死の場合は遺族が途方にくれることもあります。



労災補償制度は、被災者の訴えや裁判で認められた成果をもとに少しずつ改定されてきています。

しかし、請求件数が増えても認定がされにくい状況が続いています。請求できない人たちも多くいる中、メンタルヘルス不全の労働者は増加の一途です。

すべての被災者が労災補償制度を活かして職場復帰し、働きやすい職場へと変えていくことが急がれています。認定基準の改定がその促進につながることを願います。

働くもののいのちと
健康を守る全国センター

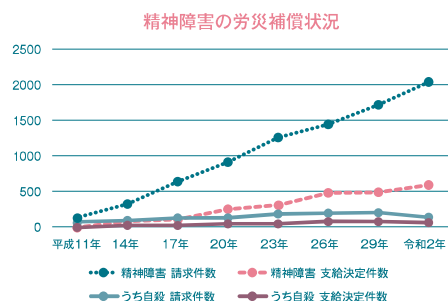
〒113-0034 東京都文京区湯島 2-4-4
平和と労働センター・全労連会館 6階
Tel.03-5842-5601
URL:<https://www.inoken.gr.jp>



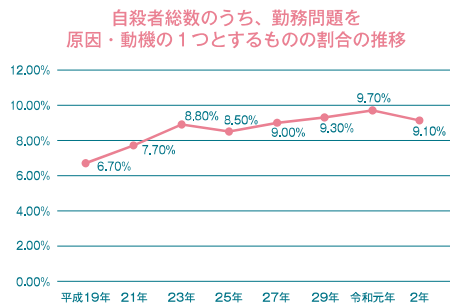
働くもののいのちと健康を守る全国センター

I 精神障害は増えているのに 認定率は変わらず

精神疾患の労災申請数は年々増加を続け、2019年には2000件を超えました。しかし、労災と認められる人は、その内約3割です。認定基準のハードルの高さは、申請さえできないにいたる精神疾患を抱えた労働者と自死遺族を生み出しています。



全国の上乗者数は2000年ごろの3万人をピークに減少傾向となったものの、「勤務問題」を動機の一つとする自殺者は減っていません。重ねて、長期化するコロナ禍は、労働者のメンタルヘルスに多大な影響をもたらしています。



1) 発病日の認定については十分な調査を

現在の認定基準では「発病日」の特定が決定的です。発病「前」のストレスが認定の可否の調査対象となるからです。自殺事案や治療歴のない事案では発病時期の認定が困難な場合が多くあります。思春期にうつ傾向をもっていたことや長期に睡眠導入剤を使用していたことをもって、申請者の最も心理的に負荷が強かった時期が「発病後」のストレスとして調査からはずされることがあります。前述のような精神疾患の特性をふまえた十分な調査を要請します。通常勤務をしてながらの通院等は「予防的治療」とすべきです。

2) 発病「後」の業務起因性を認めること

「業務上の軽いストレスが原因で発病し、その後の長時間労働やパワーハラスメントにより症状が悪化し自殺に至ってしまう」というケースがよく見られます。

また、精神疾患でも治療後に復職して働く人、治療しながら働く人が増えています。厚労省も「治療と仕事の両立」を推奨しています。しかし、現行の認定基準では発病「後」のストレスについては、「特別な出来事」以外は評価されません。発病後の増悪についても、同じように調査・評価することを求めます。

3) 被災者本人を基準に ストレス（急性・慢性）を 総合的に評価すること

認定基準では、「心理的負荷の強度について、発病した本人の主観的な受け止めではなく、『同種の労働者』が一般的にどう受け止めるかという観点から評価する」としています。しかし、新人や業務の軽減を受けながら働いている人など、同じ働く環境であっても、負荷の程度はさまざまです。あくまで、本人を基準として評価していくことが必要です。

4) パワーハラスメントの判断に あたっては、本人の意見を最大限 第一義的に尊重すること

職場の中では多様な「いじめ・嫌がらせ」「ハラスメント」がおり、それによる精神疾患も増えています。しかし、労災において、被災者本人が本人しか再現で

精神障害の 労災認定の仕組み

精神障害の労災認定は、労働基準監督署の調査に基づき、発症前概ね6か月の間におきた業務による「出来事」を「ストレス評価表」に当てはめ、「強」とされる場合、「業務による強い心理的負荷が認められる」とされます。出来事と出来事後を一連のものとして総合評価をしていますが、発病前の出来事は調査の対象になっていません。

「特別な出来事」*に該当するのが認められれば「強」となります。また、「特別な出来事」に該当する出来事がない場合は、「ストレス評価表」のどの項目にあてはまるか、近いかを判断し、Ⅲ、Ⅱ、Ⅰ（強→弱）を判断します。複数の出来事が関連して生じた場合には、その全体を1つの出来事として評価します。関連しない複数の出来事がある場合は、出来事の数、内容、時間的な近接の程度から判断するとしています。

*特別な出来事…生死に関わる業務上の病気やケガ、月160時間を超える時間外労働など

きない事実をリアルに語っても、加害者は否定し、同僚も証言をためらうことが多いことが現状です。すると労基署は「客観的な裏付けがない」とし、不支給としてしまいます。ICレコーダーによる録音などがなくても、本人の申し立てを最大限に尊重し、認定にあたることを要請します。

5) 労災認定を担当する 職員を増員すること

精神疾患、脳・心臓疾患とともに処理率（処理件数÷請求件数）は8割前後で推移しています。この数年間は、請求件数の伸びに対して処理件数が追いついていない傾向が強まっています。少ない担当者に無理がかかることで、不十分な調査となる例も生まれています。労災認定を担当する職員の増員が求められています。

II 現行認定基準の問題点と 改善要求

「精神疾患」の特性をふまえた認定基準に

労災と認定されるためには、その精神障害の発病が業務上のストレス（負荷）によるかどうかを判断の基準とされています。しかし、精神障害の場合、ケガや他の疾患と違って発病日が特定しにくいことが多くあります。ストレスには「大事故に遭遇した」というような急性のものもあれば、慢性的なス

レスによりじわじわと悪化し、急激に自殺したる場合もあります。経過も直線的ではなく、変動しやすいのが特徴です。さらに、精神疾患に対する社会的な偏見や誤解も影響し、本人も訴えにくかったり、知られないように無理をしていて周辺の人からわかりにくいこともあります。

現行基準のしくみ

下記の厚生省のURLで「精神障害の労災認定」のパンフレット（令和2年9月改定）を見ることができます。

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken04/dl/120427.pdf>

