

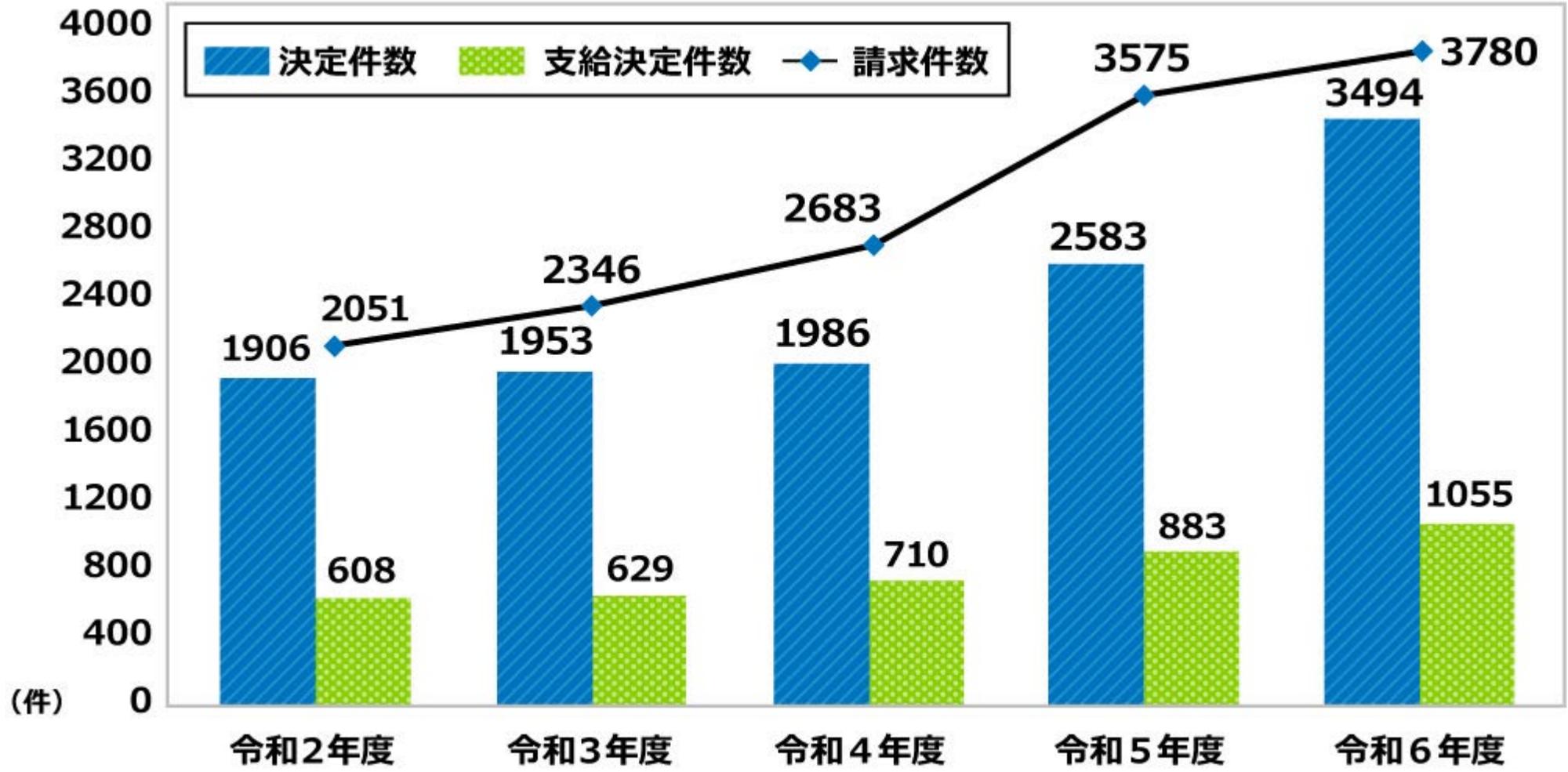
メンタル不調による労働災害（精神障害の労災）

認定基準・申請実務・臨床のポイント（精神科専攻医向け）

この講義は「臨床で遭遇する労災相談に、医学的・倫理的に安全に対応する」ことを目的に、

- ・ 認定基準の読み解き
- ・ 申請～調査～認定の流れ
- ・ 医師意見書の書き方
- ・ 症例での当てはめを整理する。

業務災害に係る精神障害の請求、決定及び支給決定件数の推移 (2024年度)



支給決定件数総数 1304件 精神障害の1055件のうち自殺・自殺未遂 88件 心臓疾患241件/請求1030件

業務災害に係る精神障害の決定及び支給決定件原因内訳（2024年度）

労災の原因	人数
上司などからのパワハラ	224人
仕事内容・仕事量の大きな変化	119人
カスハラ（顧客や取引先などからの著しい迷惑行為）	108人
セクハラ	105人
業務に関連した悲惨な事故や災害の体験や目撃	87人

講義の流れ

- ① 用語と全体像（過労死等／業務災害／複数業務要因災害）
- ② 認定基準（3要件）と「心理的負荷評価表」の考え方
- ③ 申請～認定までのプロセスと、資料収集のコツ
- ④ 精神科医の役割：診断・発病時期・意見書の書き方
- ⑤ 症例演習：出来事を評価表に当てはめる
- ⑥ 最近のデータと課題（増加・ハラスメント・審査負担）
- ⑦ まとめ／参考資料

講義後に「できるようになること」

- 1) 精神障害の労災認定が、何を・どの順で判断するかを説明できる
- 2) 症例の出来事を“発病前おおむね6か月”の時系列で整理できる
- 3) 心理的負荷評価表の考え方（客観評価／同種労働者／特別な出来事）を使える
- 4) 診断書・医師意見書に、医学的事実と推定を分けて書ける
- 5) 最新統計を踏まえ、よくある論点（ハラスメント・カスハラ・悪化）を押さえられる

臨床で起きること

- 患者が「仕事が原因かもしれない」と相談する
- 会社・産業医・社労士・弁護士などが関与し、情報が錯綜する
- 医師に「労災用の診断書」を求められる
- 休職・復職・配置転換と治療が同時進行する

医師が担う価値

- 診断（ICD/DSM）と発病時期の医学的整理
- 症状経過と治療反応の客観的記録
- 業務外要因・既往・脆弱性の評価（過小/過大評価を避ける）
- 安全配慮：自殺リスク、就業可否、支援者連携

ポイント：労災認定は行政判断。医師は「医学的事実の質」を上げることで、患者・職場・制度の摩擦を減らせる。

- 労災保険：業務上（または通勤）による傷病・死亡等を補償する制度
- 業務災害：単一の就業先の業務に起因するもの
- 複数業務要因災害：複数就業先の負荷を合算して評価する枠組み（副業等）
- 過労死等：脳・心臓疾患（過重負荷）／精神障害（強い心理的負荷）による死亡・自殺等を含む概念

現場感：患者は「労災＝会社と戦う手続き」と捉えがち。

→ 医師は“制度の説明”よりも、まず治療と安全確保（自殺・離職・生活）を優先しつつ、事実整理を支える。

要件① 発病

対象疾病を発病していること（ICD-10 V章：器質性・物質起因を除く）

要件② 強い心理的負荷

発病前おおむね6か月に業務による強い心理的負荷（客観評価＋評価表）

要件③ 他要因の否定

業務外の心理的負荷や個体側要因での発病と認められないこと

理解のコツ：

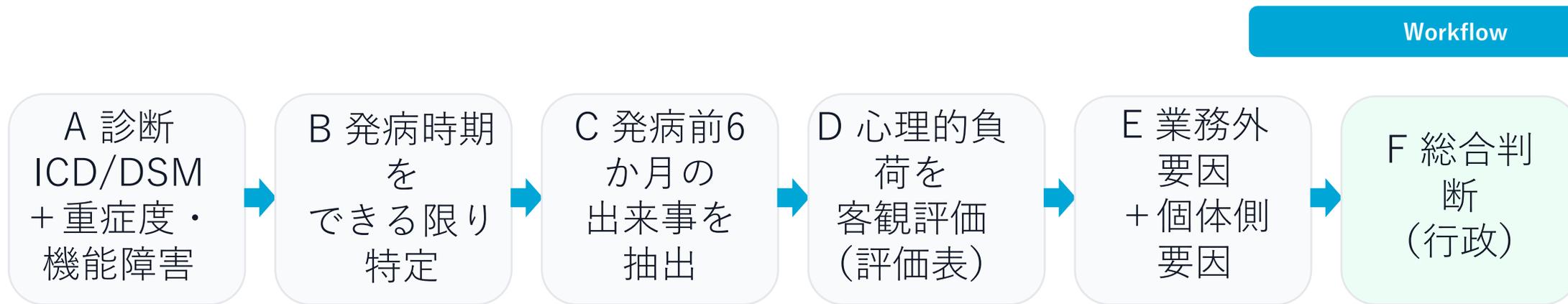
- ・ 「診断」 → 「発病時期」 → 「出来事の抽出」 → 「強度評価」 → 「他要因」 を“順番に”積み上げる。
- ・ 医師の主戦場は①と「発病時期」、そして③の医学的整理。

- ICD-10 第V章（精神及び行動の障害）に分類される精神障害が基本
- ただし、器質性（F0）・物質使用（F1）は本基準の対象外（個別判断）
- 業務関連で多いのは主に F2～F4（例：うつ病エピソード、適応障害、PTSD、不安障害など）
- 心身症は本基準における「精神障害」には含まれない

専攻医Tips：

- 診断名より「症状＋機能障害＋経過＋治療反応」を丁寧に。
- 治療歴のない自殺事案では、関係者聴取などから診断基準を満たすと医学的に推定する扱いがあり得る（慎重に）。

判断の流れ（臨床での整理順）



どこで詰まる？

- ・ B：発病時期が曖昧（受診遅れ／解離／自殺事案）
- ・ C：出来事が多すぎる／逆に少ない（記録の欠落）
- ・ E：家庭問題や既往の扱いが極端（“全否定”or“全肯定”）

→ ここを丁寧にするのが精神科の貢献。

- 主観ではなく「同種の労働者が一般的にどう受け止めるか」で評価（客観評価）
- 発病前おおむね6か月に起きた“出来事”と、その後の状況を具体的に把握する
- 「特別な出来事」に該当すれば総合評価は原則「強」
- それ以外は、出来事を評価表の「具体的出来事」に当てはめ、視点と具体例で総合評価

特別な出来事（例）

- 生命・身体に重大な危険
- （重大事故、強い暴力等）
- 強姦など極めて強い侵害
- その他、直後から解離等の反応が想定される出来事

よくある「具体的出来事」（例）

- パワーハラスメント
- 仕事内容・仕事量の大きな変化
- 顧客等からの著しい迷惑行為（カスハラ）
- 悲惨な事故・災害の体験/目撃

- 評価表の見直し：カスタマーハラスメントを「具体的出来事」に追加
- 評価表の見直し：感染症等・事故の危険性が高い業務を追加（医療・救急・災害等を想定）
- 「強／中／弱」の具体例が拡充（パワハラ6類型の具体例を明記など）
- “悪化”の扱い：特別な出来事がなくても、業務による強い心理的負荷で悪化した部分を認め得る
- 医学意見収集の効率化：原則3名合議→困難例を除き1名意見で可

臨床への影響：

- カスハラ相談の増加に制度が追随。
- 既往がある患者の「悪化」ケースで、業務負荷の評価がより重要に。
- 審査の迅速化を狙う一方、医師意見の質（記録の精度）がますます重要。

パワハラ6類型

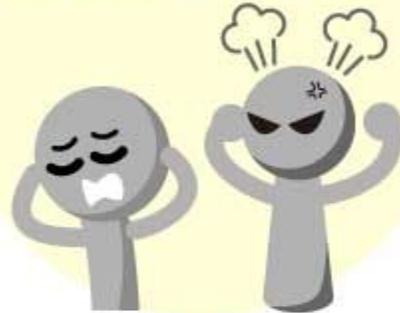
①

身体的な攻撃



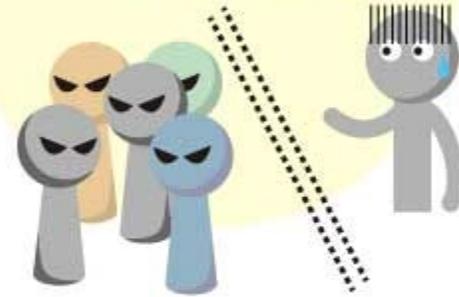
②

精神的な攻撃



③

人間関係の
切り離し



④

過大な要求



⑤

過小な要求



⑥

個の侵害



労災申請～認定の流れ（ざっくり）

Process



医師の関与は「3 医学意見」だけではない：

- ・ 1の前段階で診療録に“時系列・機能障害・治療”を残す
- ・ 2の調査で照会が来る前提で、事実と推定を分けておく

業務側（客観資料）

- 勤怠記録（タイムカード/ログ/シフト表）
- 業務内容の変更履歴（異動/配置/役割/評価）
- メール/チャット/議事録（指示・叱責・締切）
- ハラスメント相談・調査の記録
- 事故・クレーム・インシデント報告

医療側（医学的資料）

- 初診時の症状・機能障害・生活への影響
- 発病時期の推定根拠（症状の初発・受診遅れ）
- 治療内容（薬物・精神療法）と反応、再燃/悪化
- 自殺リスク評価と安全計画（記録）
- 既往・家族歴・業務外ストレス（程度と時期）

実務のコツ：患者の語りは“重要な手がかり”だが、評価表は客観評価。
→ 可能な範囲で「日付のある記録」に寄せる（シフト表・メール・アプリの稼働ログ等）。

- 治療同盟を維持：労災は“目的”ではなく、回復と生活再建のための“手段”
- 診断と重症度：症状だけでなく「機能障害（就業・家事・対人）」を記載
- 発病時期：最初に診断基準を満たした時期をできる限り絞る（範囲でも可）
- 事実と推定を分ける：患者申告・他者情報・記録、どれに基づくか明記
- 中立性：結論の断定より、医学的事実と妥当な推論を丁寧に

落とし穴：

- 「会社が悪い/本人が弱い」など価値判断に寄る
- 労働時間や出来事を“推測で断定”する
- 自殺リスク評価が抜け落ち、手続きが前面に出る

→ 診療録は“裁判所”ではなく“治療の道具”。それでも後から読まれる前提で書く。

最低限（まずここ）

- ① 疾患名（ICD-10/DSM）と根拠症状
- ② 初診日・治療開始日・治療内容
- ③ 発病時期（最初に基準を満たした時期）
- ④ 重症度：希死念慮、精神病症状、睡眠/食欲、焦燥など
- ⑤ 機能障害：欠勤、遅刻、業務遂行、対人、ADL

できれば追加（後で効く）

- ⑥ 経過：増悪・寛解・再燃（出来事との時間関係）
- ⑦ 業務外ストレス（家庭・経済・身体疾患など）の有無と程度
- ⑧ 既往・家族歴・パーソナリティ特性（“断定”より記述）
- ⑨ 自殺リスク評価と安全計画（必要なら）
- ⑩ 就業上の配慮（休業の必要性、復職条件）

書き方のコツ：

- ・「患者がそう言っている」 / 「記録で確認」 / 「医学的に推定」を明確に区別。
- ・業務起因性の“結論”を断定しなくてもよい（行政判断）。
- ・ただし、発病時期と症状経過の医学的整合性は、医師が最も強い。

ケースA：29歳 男性／SaaS企業のカスタマーサクセス（リモート併用）

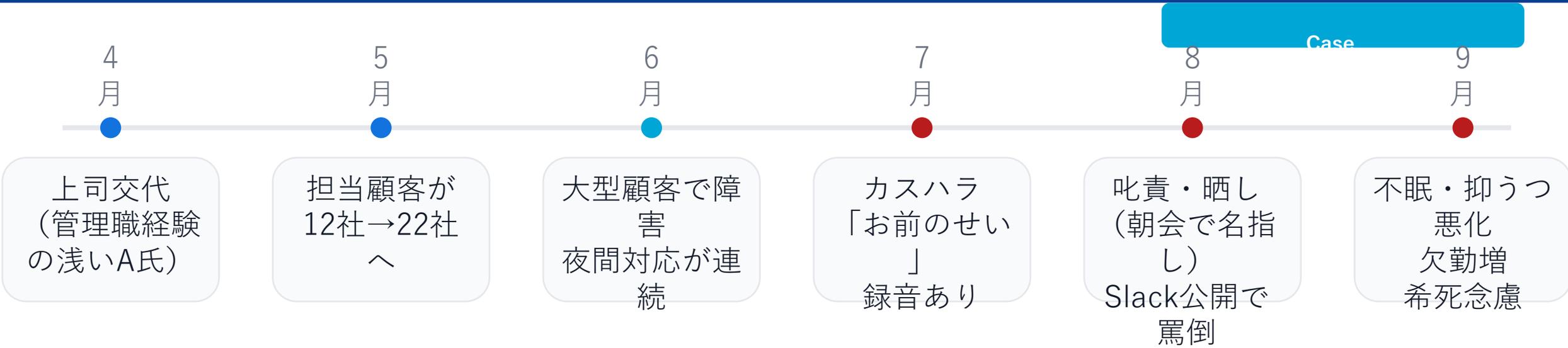
基本情報

- 同居：妻（妊娠初期）
- 既往：大学時代に社交不安傾向（治療歴なし）
- 身体：喘息（軽症）、睡眠時無呼吸なし
- 嗜好：飲酒 週1、喫煙なし
- 性格傾向：責任感強い／完璧主義／頼まれると断れない

受診理由（初診）

- 「仕事のことで頭が真っ白。朝、PCを開けない」
- 不眠（入眠困難＋早朝覚醒）、食欲低下、体重-4kg/1か月
- 集中困難、強い自責、涙もろさ
- 希死念慮（受動的）：「消えてしまいたい」
- 欠勤が増え、上司から叱責が続く

症例A：出来事と経過（発病前6か月を中心に）



勤務時間（会社ログ＋自己申告の照合）：

- ・5月：残業 45h/月
- ・6月：残業 78h/月（夜間対応 6回）
- ・7月：残業 92h/月（休日対応 3回）
- ・8月：残業 65h/月（欠勤2日）

※リモート日の稼働はPCログで裏取り可能

初診時所見（9月中旬）

- 表情：抑うつ気分、易涙性
- 思考：自責・悲観、反すう（顧客対応のフラッシュバック）
- 睡眠：2-3時間の断続睡眠、早朝覚醒
- 食欲低下・易疲労・集中困難
- 希死念慮：受動的（計画なし）

診断・重症度（例）

- ICD-10：中等症うつ病エピソード（F32.1）を第一に検討
- 鑑別：適応障害、PTSD（トラウマ要件の吟味）
- PHQ-9 19点、GAD-7 15点（参考）
- 就業機能：欠勤増、業務継続困難
- 治療：SSRI開始＋睡眠薬、支持的精神療法、休業提案

発病時期の推定（重要）：

- 8月上旬：入眠困難・食欲低下が週4以上
 - 8月下旬：集中困難でミス増／遅刻
 - 9月上旬：抑うつ気分がほぼ毎日＋希死念慮
- 診断基準を満たした時期を「8月下旬～9月上旬」の範囲で推定

問い（ペア/小グループ）

- Q1. この症例の「発病時期」はいつ（範囲）と考える？根拠は？
- Q2. 発病前6か月にあった“出来事”を3つ挙げ、評価表のどれに近い？
- Q3. 心理的負荷は総合的に「強」と言えそう？追加で欲しい情報は？
- Q4. 医師意見書に、最低限何を書く？（事実／推定／不確実性の区別）

ヒント：

- 「カスハラ」＋「パワハラ（公開叱責）」＋「仕事量の増加」が重なっている。
- ただし評価は主観でなく“同種労働者”の目線。
- 業務外要因（妻の妊娠、家庭負担など）の“程度”も整理。

要件①（発病）

F32.1を第一に

（症状＋機能障害）

発病時期：

8月下旬～9月上旬

治療：休業が必要な重症度

要件②（強い心理的負荷）

出来事：

- ・担当増（仕事量増）
- ・夜間障害対応の連続
- ・カスハラ（録音）
- ・公開叱責（ログ）

複合＋反復で

総合評価「強」

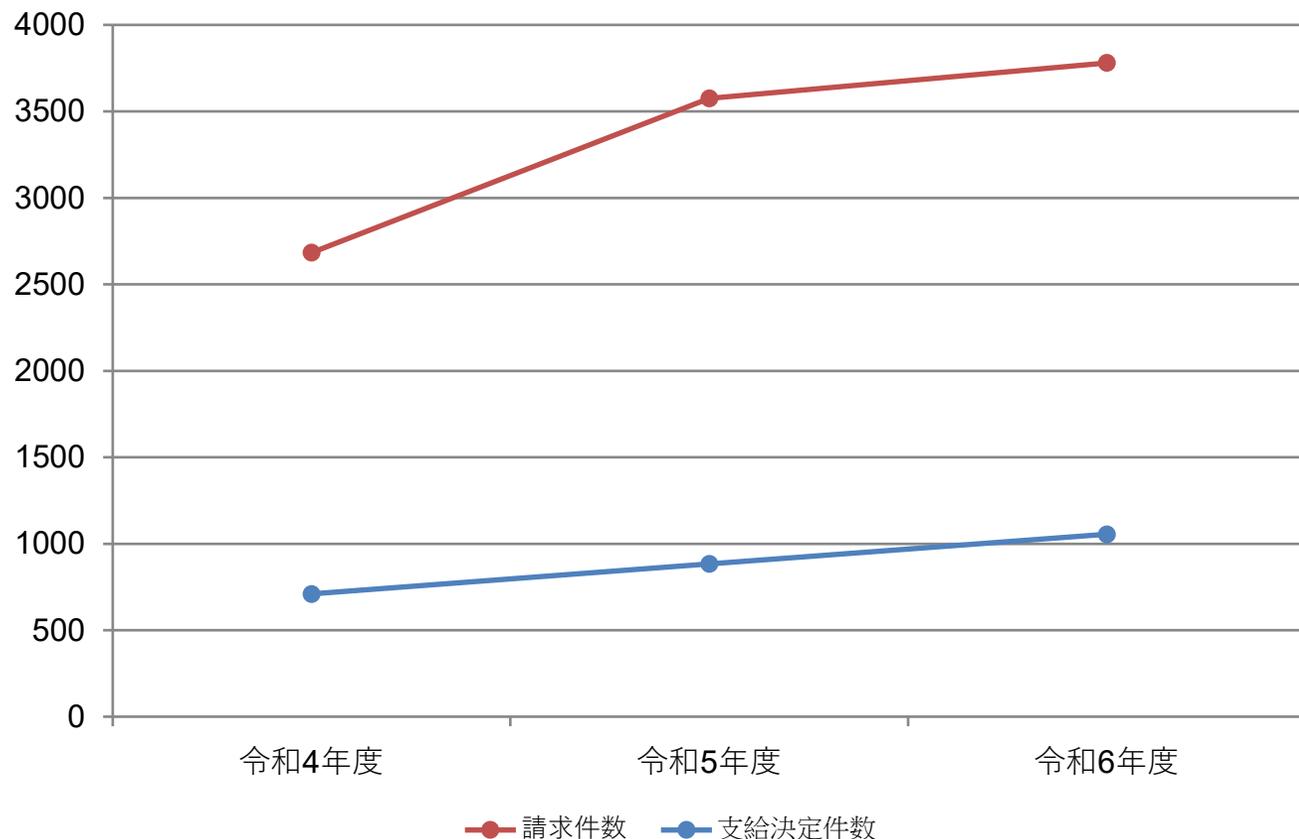
を検討

要件③（他要因）：

- ・業務外：妻の妊娠はストレスだが、発病直前に“強い”出来事は乏しい（要確認）
- ・个体側：社交不安傾向/完璧主義は脆弱性として記載しつつ、出来事との時間関係で過大評価しない

医師意見書：診断・発病時期・症状経過・自殺リスク・業務外要因の程度を“事実/推定”で整理。

FY（年度）別の件数（業務災害・精神障害）



令和6年度（2024年度）

- ・ 請求：3,780件
- ・ 支給決定：1,055件
- ・ 自殺（未遂含む）支給：88件

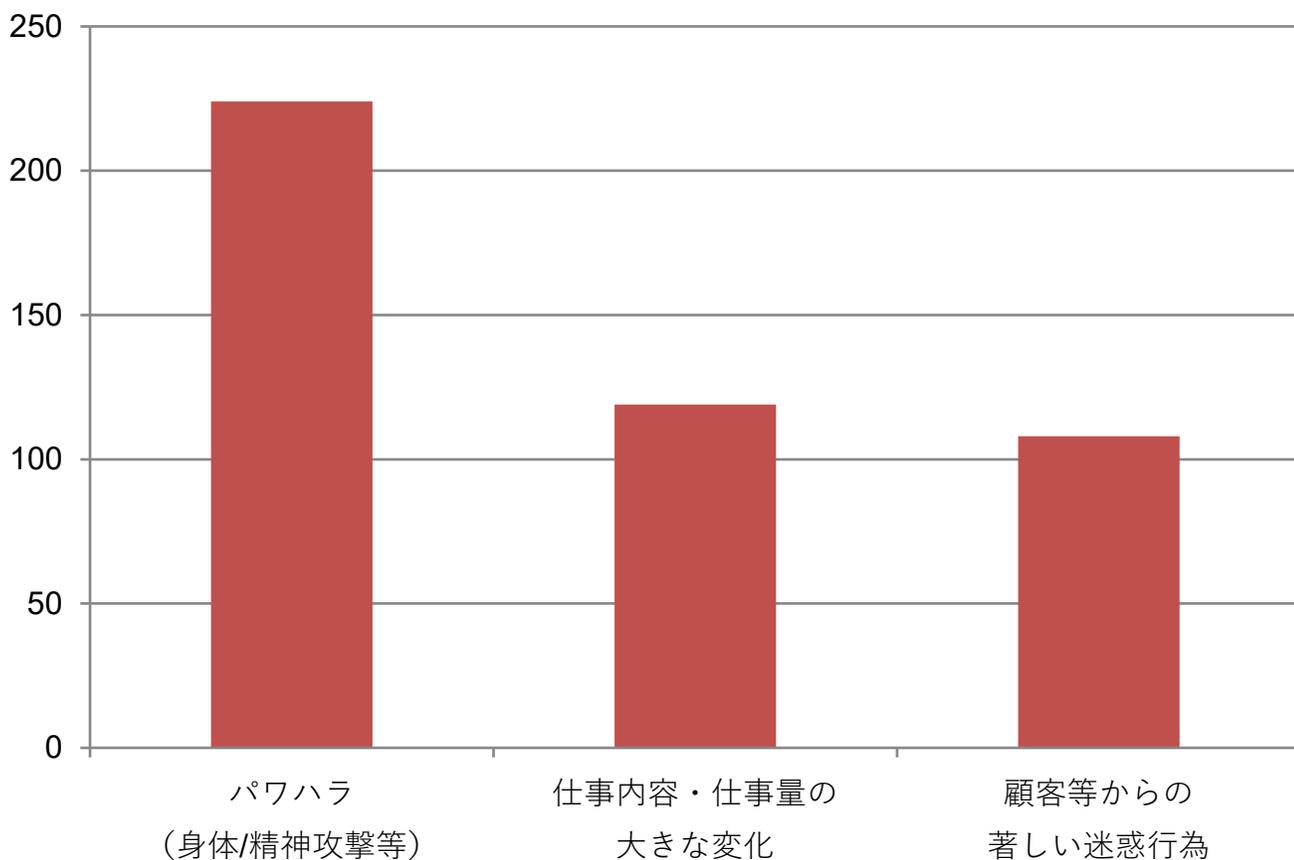
令和5年度（2023年度）

- ・ 請求：3,575件
- ・ 支給決定：883件
- ・ 自殺（未遂含む）支給：79件

読み取り：

- ・ 請求・支給決定とも増加傾向。
- ・ 支給決定は“その年度に認定した件数”で、請求年度とズレる点に注意。
- ・ 審査負担が増えるほど、資料の質が重要になる。

令和6年度（2024年度）支給決定件数：出来事別の上位



示唆：

- ・「ハラスメント」が最多で、次いで業務量/内容の急変。
- ・カスハラは改正で“出来事”として明確化され、支給決定でも上位に。

臨床では、出来事の“反復”“公開性”“逃げ場のなさ”など状況の記録が重要。

よくある照会：

- ・「パワハラ6類型のどれ？」
 - ・「カスハラは記録がある？」
 - ・「社内調査の結果は？」
- 医師は“医学的事実”の範囲で、出来事が症状に与えた影響と時間関係を整理。

- 請求増で調査・審査の負担が増大 → 決定まで時間がかかりやすい
- ハラスメント/カスハラは「事実認定」が難しい（記録の有無、公開性、反復性）
- 在宅勤務・裁量労働・副業で労務管理が複雑（労働時間の裏取りが難しい）
- 既往があるケースの“悪化”評価：業務負荷と個体側要因のバランスが争点に
- 主治医に求められる書類が増え、医師負担・治療同盟への影響が起こり得る

専攻医ができる“現実的な解”

- 初診から「時系列」「機能障害」「安全」を丁寧に記録
- 出来事は“日付のある証拠”に寄せる（勤務表/メール/録音/相談記録）
- 意見書は「事実」「推定」「不確実性」を明確化
- 産業医/主治医意見の食い違いは、患者の利益（治療・安全）に立ち返って調整

今日の5つ

- 認定は「3要件」：発病／強い心理的負荷（6か月）／他要因の否定
- 評価表は“主観”ではなく“同種労働者の客観評価”で使う
- 臨床の核は、診断・発病時期・症状経過・機能障害・安全（自殺）
- 意見書は「事実」「推定」「不確実性」を分けると強くなる
- 請求増の時代：記録の質が、患者の負担と手続きの摩擦を減らす

次にやること（明日から）：

外来で労災相談が出たら、まず「安全（自殺）」「休業の必要性」「出来事の時系列」を確認し、診療録に残す。

それだけで、後日の意見書依頼が“作業”ではなく“臨床の延長”になる。

厚生労働省（MHLW）

- 心理的負荷による精神障害の認定基準（R5.9 改正）
<https://www.mhlw.go.jp/content/11201000/001140929.pdf>
- 過労死等の労災補償状況（年度別公表）
 - 令和6年度（2025/6/25公表）：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_59039.html
 - 令和5年度（2024/6/28公表）：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_40975.html
 - 令和4年度（2023/6/30公表）：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_33879.html

※リンクは講義用。実務では最新版を必ず確認。

※診療・記載は患者安全と守秘を優先し、必要に応じて上級医・医事課・産業医と相談。