

非器質性精神障害に対する 労災認定の現状と課題

2026年 3月 11日

目次（本日の構成）

1. 到達目標

2. 精神障害の労災認定とは

3. 認定基準の変遷と現行基準（2011年）

4. 認定件数の推移と疾患別・業種別統計

5. 認定判断プロセスの実際

6. 医療機関・産業医の役割

7. 現行制度の課題と論点

8. 治ゆ・後遺障害認定をめぐる問題

9. 最新動向と今後の展望

10. まとめ・参考文献

到達目標

1. 精神障害の労災認定制度の歴史・法的根拠・現行基準を説明できる
2. 業務上外の認定判断において「業務起因性」と「相当因果関係」の考え方を理解し説明できる
3. 認定件数の近年の推移と傾向（疾患別・業種別・原因別）を把握できる
4. 主治医・産業医としての意見書作成や診断書記載上の留意点を理解できる
5. 治ゆ（症状固定）概念の曖昧さと後遺障害認定の困難が認定率の低さにつながる構造を説明できる
6. 現行制度の問題点（過労自殺・ハラスメント評価・長期療養・長期化等）について論じることができる

精神障害の労災認定とは

法的根拠

労働者災害補償保険法（労災保険法）第7条

「業務上の疾病」として精神障害が認定される法的根拠。
。

「業務上疾病」の要件（3要件）

- ① 発症前6ヶ月間に業務による強い精神的負荷が存在すること
- ② 業務以外の心理的負荷・個体側要因による発症ではないこと
- ③ 認定基準対象疾患に該当すること

認定対象となる疾患（ICD-10 / DSM-5）

うつ病・抑うつ障害 / 急性ストレス反応 / 適応障害 / PTSD / 双極性障害 / 統合失調症（業務起因性が認められる場合）など

※ 器質性精神障害（頭部外傷・薬物等による）は別制度で取り扱われる

認定基準の変遷と現行基準（2011年）



2011年認定基準のポイント：心理的負荷評価表

心理的負荷の強度評価（3段階）

強（Ⅲ）

その出来事が特に強い心理的負荷を与えると評価される場合
（例：極度の長時間労働、重大事故、深刻なハラスメント）

中（Ⅱ）

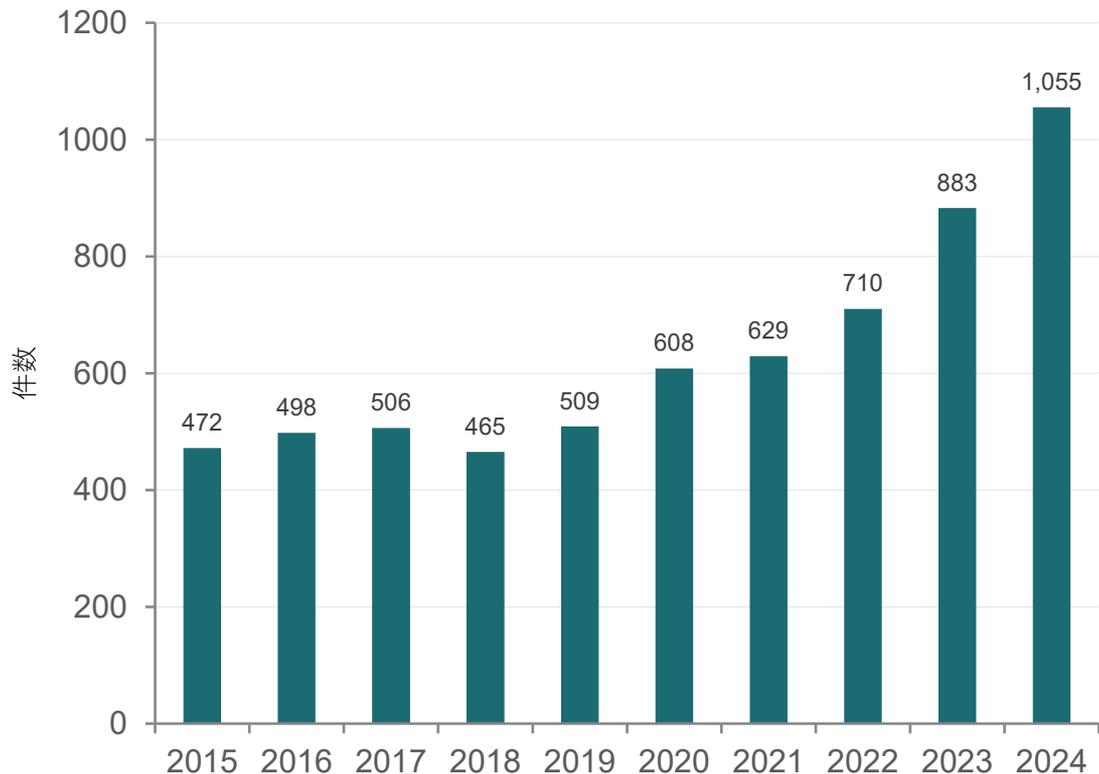
一定程度の心理的負荷があると評価される場合
（例：職場環境の変化、軽微なトラブル）

弱（Ⅰ）

心理的負荷は小さいと評価される場合
（例：日常的な業務上の軽微なストレス）

認定の原則：「強（Ⅲ）」が1件以上、または「中（Ⅱ）」が複数重なり全体として「強」と評価されること

精神障害の労災認定件数の推移



2024年度（令和6年度）

認定件数

1,055件

（統計開始以来初の1,000件超、6年連続過去最多）

申請件数

3,780件

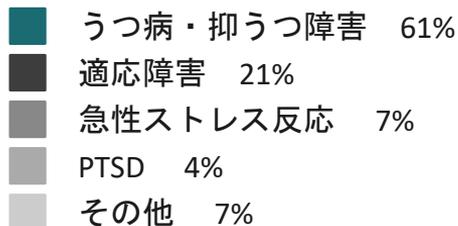
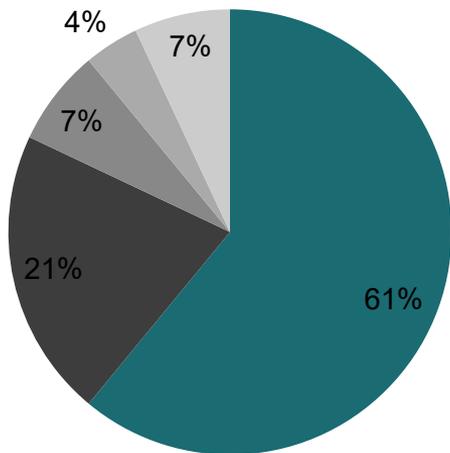
過労自殺認定

88件

出典：厚生労働省「令和6年度 過労死等の労災補償状況」（2025年6月25日公表）

疾患別・原因別・業種別の傾向

疾患別内訳（2023年）



主な認定理由（件数上位）

1位

パワーハラスメント

224件（令和6年度）

2位

仕事の量・変化（過重労働）

119件

3位

カスタマーハラスメント

108件

4位

対人関係の問題（職場内）

5位

仕事の失敗・ミス・事故

認定判断プロセスの概要

①	労働者（遺族）の申請	労働基準監督署に療養給付・休業給付等を申請
↓		
②	調査・事実確認	監督署が職場調査、関係者聴取、医療機関への照会等を実施
↓		
③	医学的判断	精神科専門医等による意見・診断書の取得・評価
↓		
④	心理的負荷の評価	評価表に基づき出来事の強度（弱・中・強）を判定
↓		
⑤	総合的判断・決定	3要件充足の確認 → 業務上・業務外の決定通知

医療機関・産業医の役割と診断書記載の留意点

主治医の役割

- ・ 正確な診断名（ICD-10/DSM-5準拠）の記載
- ・ 発症時期・経過の客観的記述
- ・ 業務との関連についての医学的意見の提供
- ・ 労基署の照会への適切な対応・補足意見書の作成
- ・ 患者に申請の権利があることを情報提供

産業医の役割

- ・ 職場環境・ストレス要因の把握と事業者への提言
- ・ 労働者の就業可否判定・就業制限意見書の作成
- ・ 事業者・人事部門への労働環境改善の助言
- ・ 主治医との連携による復職支援プログラムの構築
- ・ 再発防止のための職場環境アセスメント

過労自殺の労災認定：特別な配慮事項

自殺（未遂を含む）は「故意」の原則例外として認定される

認定の根拠

労災保険法上、労働者の「故意」による死傷は不支給とされるが、精神障害による自殺は「正常な認識・行為選択能力・抑制力が著しく阻害された状態での行為」として、故意の例外として業務起因性が認められる。

過労自殺認定件数（2024年度）

88件

遺族が証明すべき事項

- ① 精神障害が発症していたこと
- ② 精神障害が業務起因性であること
- ③ 精神障害により正常な認識・判断が著しく阻害された状態にあったこと
- ④ 発症前6ヶ月の業務内容・時間外労働の証拠（タイムカード等）

ハラスメントに関する評価の現状と課題

パワーハラスメントの評価基準（2023年改正を含む）

種類	具体例	心理的負荷強度
身体的攻撃	暴行・傷害	強（Ⅲ）
精神的攻撃	脅迫・侮辱・ひどい暴言の繰り返し	強（Ⅲ）
人間関係からの切り離し	隔離・仲間外れ・無視	中～強
過大な要求	不可能な業務量・達成不可能なノルマ	中～強
個の侵害	私的情報の暴露・監視	中～強
カスタマーハラスメント	顧客からの著しい迷惑行為（2023年新追加）	強（Ⅲ）

課題：ハラスメントの「立証」が困難 → 第三者証言・メール記録・録音が重要

現行制度の課題（1）：認定率・審査プロセス

1. 低い認定率（約28%）

申請者の約4人に3人が不認定。証拠書類の整備・業務起因性の立証が困難なケースが多い。不認定後の審査請求・訴訟が増加。

2. 審査の長期化

平均審査期間は8～12ヶ月以上。当事者・遺族の心理的・経済的負担が大きい。審査中に病状悪化・生活困窮のリスク。

3. 業務外要因との線引きの困難さ

私生活上の出来事（離婚・家族の病気・経済的問題）と業務要因の相互作用の評価が難しい。特に中小企業・複雑な事例では判断が困難。

4. 事業者・医療機関の証拠保全の問題

退職後の記録消去、タイムカード改ざんが後を絶たない。証拠保全義務の強化が立法・行政課題となっている。

現行制度の課題（2）：医学的・制度的課題

1. 診断の不一致・診断書格差

精神科医の診断が施設間・医師間で異なる場合、認定の判断が困難になる。標準化されたアセスメント・診断基準の徹底が必要。

2. 発症前6ヶ月の縛り

認定基準は原則「発症前6ヶ月」を評価期間とするが、慢性的ストレスの蓄積が6ヶ月以上にわたる場合の評価が不十分。慢性型うつ病等への対応が課題。

3. 治ゆ（症状固定）概念の曖昧さ

非器質性精神障害は「改善可能性がある」との前提が根強く、重症・長期化事例ほど症状固定と判断されにくい。5年以上未治ゆ事例が51%超という調査データもある（詳細は次スライド）。

4. 小規模事業所・フリーランスへの対応

労働実態の把握が困難な場合（フリーランス・個人事業主・在宅勤務等）、業務起因性の立証が特に難しい。制度の射程外にある働き方への対応が急務。

治ゆ（症状固定）概念の曖昧さと後遺障害認定の壁

問題の構造

1. 「治ゆ」の定義

「業務による心理的負荷を取り除き適切な治療を行えば完治するのが一般的」との前提。完治に至らずとも「かなり軽快」していれば治ゆと見なせるが、重症PTSDや遷延性うつ病では「軽快」に至らないため症状固定と判断されない。

2. 後遺障害認定に至らない構造

障害（補償）等給付は治ゆ（症状固定）が前提。症状固定と判断されない限り障害等級認定は不可。重度PTSD・慢性うつ病で就労不能が続いても「療養継続」として処理され後遺障害認定に至らないケースが多数存在する。

3. 長期療養の実態と2023年改正をめぐる懸念

長期未治ゆ事例

5年以上未治ゆ

51.3%

(358例 / 調査対象中)

2023年改正の懸念

「療養期間の目安」が新設されたことで社会復帰促進の道が開かれる一方、「長期療養者の適正管理」の名のもとに療養給付を早期打ち切りする方向に運用される懸念が専門家から指摘されている。後遺障害認定基準の抜本的見直しは今後の重要課題である。

最新動向と今後の展望

2023

認定基準改正（カスタマーハラスメント等追加）

[施行済]

顧客・取引先からの著しい迷惑行為が強度Ⅲとして明記。ひどい嫌がらせの評価基準が明確化。

2024

精神障害労災 初の1,000件超（6年連続最多）

[確認済]

申請件数3,780件・認定件数1,055件。パワハラ・カスハラ認定が急増。AI・IT業種でも認定増。

近未来

フリーランス保護法との連動

[議論中]

フリーランス新法（2024年施行）との連動で、フリーランスへの労働保護の拡大が議論されている。

近未来

テレワーク環境での評価基準整備

[検討中]

在宅勤務・テレワーク常態化に対応した心理的負荷評価のガイドライン策定が求められている。

まとめ

- 精神障害の労災認定は2011年認定基準（心理的負荷評価表）に基づき、強・中・弱の3段階評価で行われる
- 認定件数は2024年度に1,055件と初の1,000件超を記録（6年連続過去最多）。パワハラ・カスハラが主因
- うつ病・抑うつ障害が最多（約61%）。申請者の約72%が不認定となっており、認定率の低さが依然として課題
- 主治医は正確な診断名・経過・業務との関連を詳細に記録し、意見書を適切に作成することが重要
- 「治ゆ（症状固定）」概念の曖昧さにより、重症PTSDや遷延性うつ病では後遺障害認定に至らないまま長期療養が継続するケースが多数存在する
- 過労自殺・ハラスメント評価・審査長期化・証拠保全など多くの制度的課題が残存
- テレワーク・フリーランス等「新しい働き方」への制度対応と後遺障害認定基準の抜本的見直しが今後の重要課題

症例ディスカッション（グループワーク：5分）

症例提示

30代 男性 IT企業 SE（正社員）

- ・ 入社10年目。昨年4月より新プロジェクトのリーダーに就任。月120時間の時間外労働が3ヶ月継続。
 - ・ 直属上司から「できないなら辞めろ」など繰り返し叱責。6ヶ月後に不眠・食欲低下・抑うつ気分が出現。
 - ・ 精神科を受診し「うつ病エピソード」と診断。3ヶ月休職中。本人が労災申請を希望。
-

ディスカッション課題

- Q1. この症例の心理的負荷の強度はどのように評価されるか？（心理的負荷評価表の適用）
- Q2. 主治医として作成すべき診断書・意見書に記載すべき内容は何か？

参考文献

1. 厚生労働省：心理的負荷による精神障害の認定基準について（令和5年改正）. <https://www.mhlw.go.jp/>
 2. 厚生労働省：過労死等防止対策白書（令和6年版）. 2024.
 3. 厚生労働省：令和6年度 過労死等の労災補償状況について. 2025.
 4. 労働者健康安全機構：精神障害等に係る労災認定事案の研究調査報告書（長期療養実態調査含む）. 2022.
 5. 西村由貴ほか：精神障害の労災認定における課題と展望. 産業精神保健 31(1): 5-14, 2023.
 6. 大島巖（監修）：産業精神保健ハンドブック. 中央法規出版, 2021.
 7. 黒木俊秀：精神科診断・治療ガイドライン（改訂第4版）. 医学書院, 2023.
 8. 日本産業精神保健学会ガイドライン委員会：産業精神保健における診断書・意見書作成ガイドライン. 2022.
 9. 三柴文典：労働安全衛生法コンメンタール（第3版）. 旬報社, 2022.
 10. 厚生労働省：障害（補償）等給付の支給基準・障害等級認定基準. <https://www.mhlw.go.jp/>
 11. ILO: Work-related stress and burnout: Emerging issues in occupational safety and health. 2023.
-