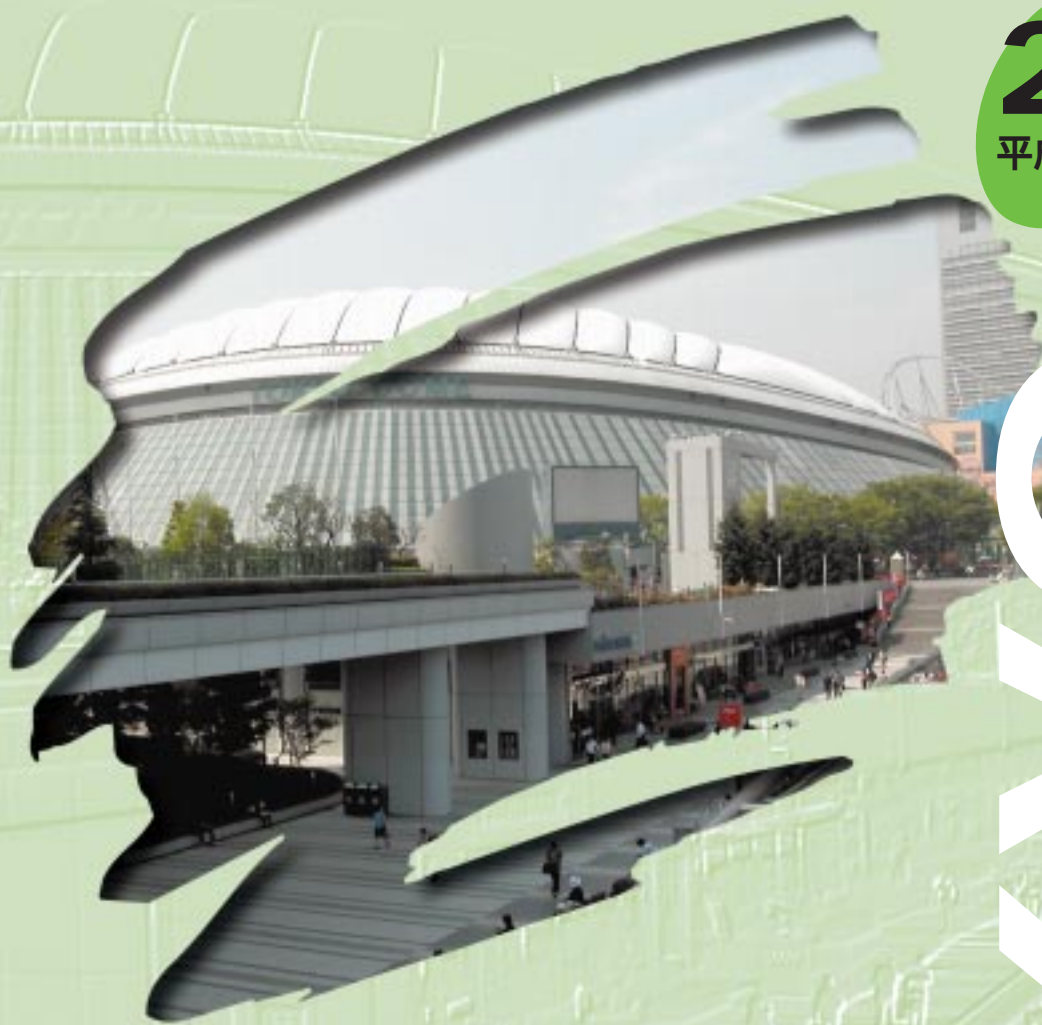


産業保健情報誌

東京

さんぽ21

21号
平成16年4月



OKOT



独立行政法人 労働者健康福祉機構

東京産業保健推進センター

巻頭言

独立行政法人 労働者健康福祉機構となつて 東京産業保健推進センター所長 唐澤 祥人1

特集 平成15年定期健康診断有所見率調査結果 岐阜大学医学部教授 牧野 茂徳2

シリーズ **メンタルヘルス** 神経系統の機能又は精神の障害に関する障害等級認定基準の改正について(上)
(非器質性精神障害の後遺障害について)

東京産業保健推進センター副所長 白崎淳一郎6

さんぽQ&A 産業医学 PTSD 東京産業保健推進センター副所長 白崎淳一郎17

新任ご挨拶 東京産業保健推進センター 新産業保健相談員20

地域産業保健センター活動紹介 町田地域産業保健センター23

東京労災病院 勤労者予防医療センター25

編集後記25

東京さんぽNEWS

2004 産業保健フォーラム IN TOKYO を開催

過重労働による健康障害防止・メンタルヘルス対策などを実践的に解説

「2004産業保健フォーラム IN TOKYO(主催:東京産業保健推進センター、東京労働局、東京労働基準協会連合会)が2月5日、東京都千代田区の九段会館で開催された。会場には、事業主、産業医や衛生推進者など職場の健康管理の担当者ら約1,500人の参加があった。同フォーラムでは、6会場に分かれて、過重労働問題や職場におけるメンタルヘルス対策などの講演や特別講演、産業保健ミニセミナーが催され、各会場とも盛況を博していた。



唐澤東京産業保健推進センター所長



奥田東京労働局長

贈呈

独立行政法人 労働者健康福祉機構 東京産業保健推進センターは、働く人々の心と身体の健康確保を図るため、産業保健活動に携わる皆様を支援しております。

皆様の産業保健活動をより一層充実したものとするために、当推進センターでは、窓口相談・実地相談、研修、情報の提供、助成金の支給等の各種事業を行っております。

その中の情報提供の一環として、独自の産業保健情報

誌「東京さんぽ21」を定期的に発刊、配布しておりますが、この度最新号を発刊いたしましたので贈呈いたします。

関係者の皆様の産業保健活動の推進にご活用いただければ幸いに存じます。

なお、本誌ならびに当推進センターの事業運営等に御意見等があれば、FAX又はメールにて賜ります。

是非多数の御意見を頂きたくよろしくお願ひいたします。

巻頭言

独立行政法人 労働者健康福祉機構となって

東京産業保健推進センター所長

唐澤祥人



この4月より、労働福祉事業団は独立行政法人労働者健康福祉機構となりました。独立行政法人は平成8年に総理大臣の直属機関として設置された行政改革会議において、行政機能の減量（アウトソーシング）効率化等を検討した際、「独立行政法人」が提案されたのが始まりでした。その狙いは国が自ら提供している行政サービスのうち、これまでよりも柔軟に行えるようにして質の高いサービスを提供するために、国から独立させた組織が独立行政法人でした。

国民生活および社会経済の安定等の公共上の見地から確実に実施される事が必要な事務および事業であって、国が自ら主体となって直接に実施する必要の無いものうち、民間の主体にゆだねた場合には必ずしも実施されないおそれがあるもの又はひとつの主体に独占して行わせる事が必要であるものを効率的かつ効果的に行わせる事を目的として設立される法人と言う事です。

要するに交付金は減らしつつ、自由裁量で事業を計画し、自ら経営努力をして、もし剰余金が出たならそれを使う事も自由ですよ。しかしながら、厚生労働省からは5年間の中期目標が示され、これに基づいて5年間の中期計画を樹立

し、その計画が達成されたかどうかは外部による評価機関が判断しますよ。計画が達成されなければ事業計画だけでなく組織のあり方そのものも検討課題となりますよ、というものです。表向きは、定員も賃金も自由に決定できる事になっていますが、交付金を削減しているため、そんな事はできるものではありません。

推進センターは昨年度、鳥取・島根を最後に全国47都道府県全てに設置されました。家賃等固定費や相談員数に応じた謝金等を除けば、5～6人体制でほぼ全国同じ規模の事業費で運営されています。当推進センターも非常勤の私を除いて6人体制です。全国一の業務量を抱える中で、毎年1%増の実績が求められています。しかも単に業績量を増加させるだけではなく、ニーズに応えた満足度の高い業務の実施が求められております。

ということで、ご意見箱の設置、研修アンケート項目の見直し、外部モニターの委嘱、内部評価委員の選任等の改革のほか、研修等についてもより高度でニーズに合ったものへ改革してまいりますので、今後ともご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。



平成15年定期健康診断 有所見率調査結果

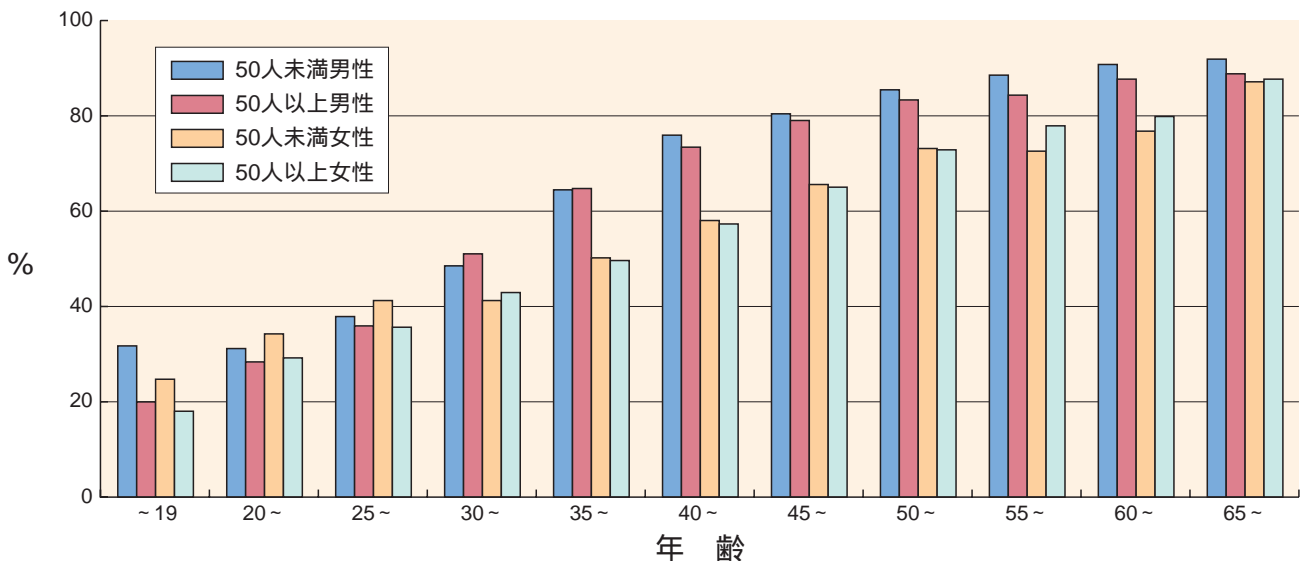
岐阜大学医学部教授
牧野茂徳

1 はじめに

東京都産業保健健康診断機関連絡協議会（都産健協）では、事業所が推進する健康管理の参考

データとして、産業保健関係者に提供することを目的として、会員機関が実施した職域における健康診断のデータを収集し、性年齢別の有所見率を検討しています。平成15年に実施しました結果の概略を報告いたします。

図1 企業規模50人未満と50人以上の所見のあった者の割合



2

方法

- 平成15年6月、都産健協に加入する40機関へ調査票を配布し、9月20日までに調査票を回収しました。性年齢別調査は16機関、企業規模別調査は5機関、業種別調査は8機関から回答がありました。検査項目、年齢区分、有所見の判定、企業規模と業種の区分方法は平成14年調査と同様の方法であります。平成14年4月1日から平成15年3月31日までの1年間に実施された健康診断について集計しました。
- 統計的検定

男性と女性の有所見率の比較、企業規模50人未満と50人以上の有所見率の比較は、2つの母比率の差に関する検定を行い、有意水準を5%としました。

3

結果

1. 解析の対象者

表1と表2に解析対象者の人数を示しました。性年齢別有所見率調査は合計1,232,087人でした。企業規模別有所見率調査は合計214,949人でした。男性、女性とも企業規模50人以上が50人未満より

り多かった。業種別有所見率調査は合計562,797人でした。男性では製造業、その他の業種、建設業、運輸業、商業の順でした。女性ではその他の業種、製造業、商業、運輸業、建設業の順でした。いずれの調査も昨年より少なかった。

2. 性年齢別有所見率

表3に性年齢別有所見率を示しました。まず、項目別に有所見率を見ますと、男性は血中脂質検査の有所見率が最も高く、次に肥満度、肝機能検査、血圧測定、聴力検査(4,000Hz)、血糖検査の順でした。女性は血中脂質検査、肥満度、貧血検査、血圧測定、心電図検査の順でした。性別の有所見率を比較しますと、聴力検査(1,000Hz、4,000Hz)、胸部X線検査、血圧測定、肝機能検査、血中脂質検査、血糖検査、尿検査(糖、蛋白)、心電図検査、肥満度、所見のあった者の割合はいずれも男性が女性よりも有意に高く($P < 0.001$)、女性が有意に高い項目は貧血検査のみでした($P < 0.001$)。

次に、性年齢別に有所見率を観察しますと、聴力検査(1,000Hz、4,000Hz)、胸部X線検査、血圧測定、血糖検査、尿検査(糖)、心電図検査の有所見率は男性、女性とも年齢が高くなるほど高くなっています。貧血検査は、男性では25歳以上で年齢が高くなるほど有所見率は高くなっています。

表1 対象者の人数

項目	人数
性年齢別有所見率調査	
男性	806,612人
女性	425,475人

性年齢別有所見率調査

規模	50人未満				50人以上			
	男性		女性		男性		女性	
年齢	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
19歳以下	327	1.1	76	1.2	2711	1.9	1721	4.5
20～24歳	1712	6.0	538	8.5	7288	5.2	3399	8.8
25～29歳	3480	12.2	956	15.1	16773	11.9	5552	14.4
30～34歳	4160	14.5	831	13.1	21734	15.4	5142	13.3
35～39歳	3660	12.8	734	11.6	17988	12.7	3875	10.1
40～44歳	3211	11.2	694	10.9	14271	10.1	3856	10.0
45～49歳	2854	10.0	706	11.1	14975	10.6	4252	11.0
50～54歳	3483	12.2	782	12.3	20518	14.5	5751	14.9
55～59歳	2914	10.2	552	8.7	15657	11.1	3685	9.6
60～64歳	1848	6.5	310	4.9	6499	4.6	971	2.5
65歳以上	970	3.4	166	2.6	3021	2.1	346	0.9
合計	28619		6345		141435		38550	

特集 平成15年定期健康診断有所見率調査結果

す。女性では45～49歳までは年齢が高くなるほど有所見率は高くなっていますが、それ以後で低下傾向、65歳以上でまた少し高くなっています。肝機能検査は、男性では45～49歳までは増加傾向を示し、それ以後は徐々に減少傾向を示しています。女性では年齢が高くなるほど有所見率は高くなっています。血中脂質検査は、男性では50～54歳までは増加傾向、それ以後は減少傾向であります。女性では20歳以上で年齢が高くなるほど有所見率は高くなっています。尿検査（蛋白）は、男性では25～29歳以後で年齢が高くなるほど有所見率は高くなっていますが、女性では年齢による有所見率の変化はみられません。肥満度は男性、女性とも有所見率に大きな変化は見られません。所見のあった者の割合は男性、女性とも年齢が高くなるほど有所見率も高くなっています。

3. 企業規模別所見のあった者の割合

企業規模別有所見率調査は所見のあった者の割合のみを述べます（表4、図1）。男性では多くの年齢において50人未満が50人以上より高く、女性では一部の年齢において50人未満が50人以上より高い。合計では男性、女性とも50人未満の所見のあった者の割合は50人以上より高い。

4. 業種別所見のあった者の割合

業種別有所見率調査も所見のあった者の割合のみを述べます（表5、図2、図3）。まず、年齢別にみますと男性では30歳まではその他の業種、30歳以後は建設業が最も高い。女性は建設業あるいは商業が高い。次に合計についてみますと、男性は建設業、その他の業種、運輸業、商業、製造業の順でした。女性は建設業、商業、運輸業、製造業、その他の業種の順でした。

表2 業種別対象者の年齢構成

業種 年齢	製造業				建設業				運輸業				商業				その他			
	男性		女性		男性		女性		男性		女性		男性		女性		男性		女性	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
19歳以下	1437	1.0	642	1.4	767	0.9	56	0.5	197	0.4	61	0.6	232	1.2	529	2.4	5566	5.5	2238	2.9
20-24歳	9915	6.9	5741	12.1	3470	4.3	1034	9.9	2583	5.4	1004	9.2	1515	7.6	2768	12.5	7973	7.8	7123	9.2
25-29歳	21204	14.7	8390	17.7	8130	10.0	1983	19.1	6476	13.7	1645	15.0	3530	17.8	3462	15.6	14590	14.3	11759	15.2
30-34歳	22879	15.9	6282	13.3	11992	14.8	2201	21.2	8655	18.3	1755	16.0	3552	17.9	2571	11.6	15294	15.0	9788	12.6
35-39歳	19507	13.6	4924	10.4	9393	11.6	1235	11.9	7459	15.7	1580	14.4	2795	14.1	1970	8.9	12600	12.4	8320	10.7
40-44歳	16207	11.3	4422	9.3	7777	9.6	922	8.9	5866	12.4	1363	12.4	2092	10.5	2121	9.6	10232	10.0	8606	11.1
45-49歳	14315	10.0	4598	9.7	9064	11.2	753	7.2	4894	10.3	1155	10.5	1729	8.7	2607	11.8	9420	9.2	9071	11.7
50-54歳	16972	11.8	5945	12.5	13477	16.6	1010	9.7	5519	11.6	1260	11.5	2195	11.1	3493	15.8	10538	10.3	9918	12.8
55-59歳	13886	9.7	4209	8.9	9677	11.9	698	6.7	4015	8.5	833	7.6	1544	7.8	2010	9.1	8273	8.1	6687	8.6
60-64歳	5181	3.6	1488	3.1	5061	6.2	314	3.0	1243	2.6	270	2.5	464	2.3	554	2.5	5663	5.6	3367	4.3
65歳以上	2316	1.6	744	1.6	2469	3.0	192	1.8	506	1.1	39	0.4	202	1.0	80	0.4	1828	1.8	667	0.9
合計	143819		47385		81277		10398		47413		10965		19850		22165		101977		77544	

所見のあった者の割合

図2

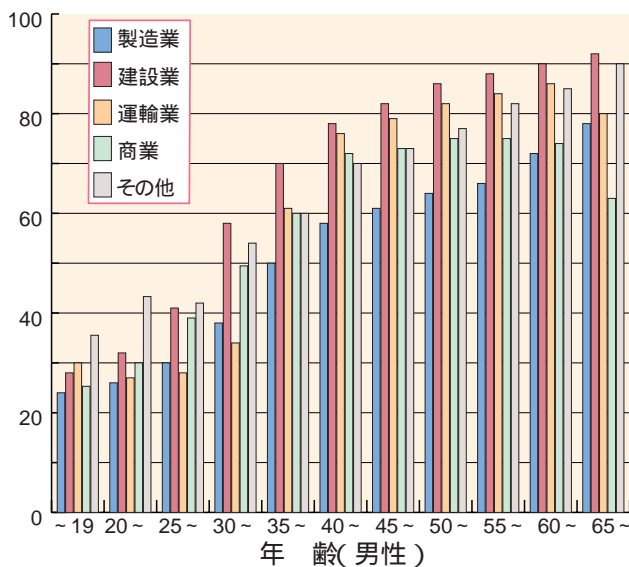
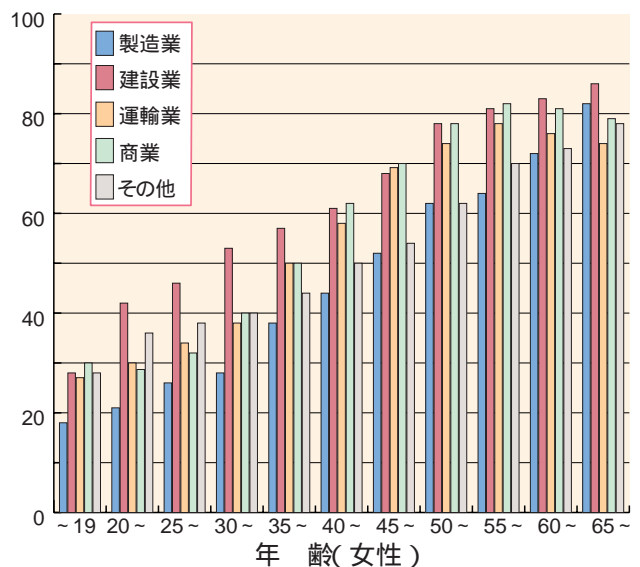


図3





4 まとめ

性年齢別有所見率調査の結果は平成14年の有所見率調査の傾向と大きな相違はありませんでした。所見のあった者の割合は男性が女性より高く、男女とも年齢が高くなるほど高くなっています。項

目別の有所見率は、男女とも血中脂質検査が最も高く、性別で見ると、貧血検査の有所見率以外は男性が女性よりも高くなっています。多くの検査項目で企業規模50人未満の有所見率は50人以上の有所見率より高かった。有所見率は業種により異なっていました。

表3 性年齢別有所見率

項目	性別	19歳以下	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65歳以上	合計
聴力検査 (1000Hz)	男性	1.3**	1.3**	1.1**	1.2	1.7***	2.3	3.6	5.5*	8.9	13.0	20.5	4.1***
	女性	0.9	1.0	0.8	1.1	1.4	2.1	3.5	5.2	8.6	13.0	20.5	3.6
聴力検査 (4000Hz)	男性	1.1***	1.3***	1.6***	2.5***	4.1***	6.8***	12.3***	19.0***	26.2***	36.6***	49.0***	11.7***
	女性	0.6	0.7	0.6	0.9	1.2	1.6	2.6	4.1	7.5	12.7	23.2	3.1
胸部X線検査	男性	0.8	1.1*	1.4***	1.7***	2.3***	2.8***	3.4***	4.8***	6.2***	8.5***	13.2**	3.2***
	女性	1.0	1.0	1.0	1.2	1.6	2.1	2.7	3.8	5.2	7.1	11.7	2.3
血圧測定	男性	4.8***	4.1***	3.9***	5.5***	7.7***	12.1***	17.2***	22.2***	27.3***	30.1***	34.3***	12.8***
	女性	3.9	3.5	2.9	2.7	3.5	5.4	9.9	14.7	19.2	25.4	31.7	7.7
貧血検査	男性	12.8***	4.6	2.2	3.0	3.4	4.5	5.9	7.4	9.0***	10.3***	14.5***	5.5
	女性	6.6	6.4***	7.3***	8.9***	10.7***	14.1***	16.0***	8.7***	4.6	4.4	7.6	9.3***
肝機能検査	男性	5.8***	8.0***	12.2***	18.8***	23.0***	25.3***	25.4***	24.5***	22.7***	20.3***	16.1***	20.7***
	女性	1.7	1.6	2.2	3.3	4.0	4.7	5.5	8.4	9.3	9.9	10.1	5.1
血中脂質検査	男性	13.5	15.9***	22.5***	29.5***	35.9***	40.6***	42.1***	42.3***	40.2	37.1	35.0	35.2***
	女性	13.0	12.4	13.5	14.7	15.8	19.0	26.0	39.7	46.9***	47.2***	48.8***	24.7
血糖検査	男性	1.7	1.8***	2.1***	2.9***	5.1***	7.5***	11.6***	16.0***	19.3***	20.3***	20.2***	9.5***
	女性	1.1	1.0	1.1	1.2	1.7	2.9	4.4	6.8	9.0	11.1	13.2	4.0
尿検査 (糖)	男性	0.4***	0.6***	0.8***	1.3***	1.8***	3.0***	4.7***	6.4***	8.0***	8.6***	8.5***	3.4***
	女性	0.2	0.3	0.5	0.5	0.6	0.9	1.3	1.8	2.1	2.8	2.7	1.0
尿検査 (蛋白)	男性	2.4	2.2	1.9	2.0	2.5***	2.8**	3.4***	4.0***	4.4***	4.4***	5.3***	2.9***
	女性	2.2	3.0***	2.5***	1.9	1.8	1.8	1.9	1.9	1.9	2.1	2.9	2.1
心電図検査	男性	2.6*	2.9***	3.2***	3.5***	3.9***	4.7***	6.5***	9.0***	11.9***	14.6***	20.6	7.0***
	女性	2.0	2.3	2.6	2.9	3.3	4.0	5.1	7.5	9.4	11.7	20.3	5.6
肥満度	男性	20.1***	20.3***	19.5***	23.2***	25.2***	26.6***	26.5***	25.8***	24.3***	24.6***	23.4	23.7***
	女性	14.6	19.1	18.2	17.5	16.5	17.3	19.3	19.6	20.5	22.3	24.0	18.4
所見のあった者の割合	男性	28.6***	32.5***	35.0***	44.3***	56.7***	64.8***	69.7***	74.2***	77.1***	80.0***	82.9***	56.4***
	女性	22.6	30.8	32.2	35.8	41.9	48.5	57.6	65.7	70.8	73.5	75.8	45.5

表4 企業規模別所見のあった者の割合

性別	企業規模	19歳以下	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65歳以上	合計
男性	50人未満	31.8***	31.3*	37.9*	48.7	64.5	76.1**	80.6	85.4**	88.7***	91.1***	92.3**	67.2***
	50人以上	19.5	28.5	36.1	51.4**	64.8	73.7	79.1	83.2	84.8	87.8	89.1	65.5
女性	50人未満	25.0	34.2*	41.4***	41.0	50.3	57.9	65.9	73.1	72.5	76.8	87.3	55.7***
	50人以上	18.3	29.2	35.5	43.1	50.1	57.4	65.2	72.8	78.1**	80.1	87.9	53.4

注:50人未満と50人以上の有所見率を比較 * P<0.05 ** P<0.01 *** P<0.001

表5 業種別所見のあった者の割合

性別	業種	19歳以下	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65歳以上	合計
男性	製造業	23.0 (20.8-25.2)	24.7 (23.9-25.6)	29.2 (28.6-29.8)	37.7 (37.1-38.4)	50.4 (49.7-51.1)	57.6 (56.8-58.3)	60.9 (60.1-61.7)	64.7 (64.0-65.4)	66.3 (65.5-67.1)	72.8 (71.5-74.0)	78.9 (77.2-80.5)	49.6 (49.3-49.8)
	建設業	27.6 (24.5-31.0)	32.6 (31.0-34.2)	40.5 (39.4-41.6)	57.3 (56.4-58.2)	69.8 (68.9-70.8)	77.2 (76.2-78.1)	82.4 (81.6-83.2)	86.3 (85.7-86.9)	88.0 (87.3-88.7)	90.4 (89.6-91.2)	93.3 (92.2-94.2)	72.1 (71.7-72.4)
	運輸業	27.9 (21.8-34.7)	25.5 (23.8-27.2)	27.9 (26.8-29.0)	33.8 (32.8-34.8)	61.1 (60.0-62.2)	75.4 (74.3-76.5)	79.0 (77.8-80.1)	81.3 (80.2-82.3)	84.5 (83.3-85.6)	85.9 (83.9-87.8)	80.4 (76.7-83.8)	58.3 (57.9-58.8)
	商業	24.1 (18.8-30.2)	30.8 (28.4-33.2)	38.4 (36.8-40.0)	47.6 (46.0-49.3)	60.3 (58.4-62.1)	72.0 (70.0-73.9)	72.6 (70.5-74.7)	74.7 (72.8-76.5)	74.5 (72.3-76.7)	73.3 (69.0-77.3)	63.9 (56.8-70.5)	56.8 (56.1-57.5)
	その他	36.2 (34.9-37.5)	42.0 (40.9-43.1)	42.5 (41.6-43.3)	52.0 (51.2-52.8)	60.6 (59.8-61.5)	68.2 (67.3-69.1)	73.0 (72.1-73.9)	76.1 (75.2-76.9)	81.3 (80.5-82.2)	84.5 (83.6-85.5)	88.0 (86.4-89.4)	60.9 (60.6-61.2)
	女性	製造業	18.2 (15.3-21.4)	20.9 (19.8-21.9)	24.2 (23.3-25.2)	27.9 (26.8-29.0)	37.8 (36.4-39.1)	44.8 (43.3-46.3)	53.2 (51.7-54.6)	61.1 (59.9-62.4)	64.6 (63.1-66.0)	71.5 (69.1-73.8)	83.3 (80.5-85.9)
建設業		28.6 (17.3-42.2)	42.5 (39.4-45.5)	46.3 (44.1-48.6)	53.3 (51.2-55.4)	56.8 (53.9-59.5)	60.3 (57.1-63.5)	69.2 (65.8-72.5)	77.9 (75.2-80.4)	81.1 (78.0-83.9)	83.8 (79.2-87.7)	86.5 (80.8-91.0)	58.7 (57.8-59.7)
運輸業		27.9 (17.1-40.8)	30.4 (27.5-33.3)	35.0 (32.7-37.4)	38.0 (35.7-40.3)	49.7 (47.3-52.2)	57.7 (55.0-60.3)	69.4 (66.6-72.0)	73.7 (71.2-76.1)	79.1 (76.2-81.8)	75.9 (70.4-80.9)	74.4 (57.9-87.0)	52.5 (51.6-53.5)
商業		29.7 (25.8-33.8)	28.4 (26.8-30.2)	30.2 (28.6-31.7)	40.2 (38.3-42.1)	49.6 (47.4-51.9)	61.3 (59.2-63.4)	70.2 (68.4-71.9)	77.1 (75.7-78.5)	81.7 (80.0-83.4)	80.5 (77.0-83.7)	78.8 (68.2-87.1)	54.0 (53.4-54.7)
その他		25.9 (24.1-27.8)	36.3 (35.2-37.5)	37.8 (37.8-39.6)	40.7 (39.7-41.6)	44.4 (43.4-45.5)	48.5 (47.5-49.6)	56.4 (55.3-57.4)	61.7 (60.7-62.7)	68.6 (67.5-69.7)	72.8 (71.3-74.3)	78.4 (75.1-81.5)	49.5 (49.1-49.8)

かつこ内は95%信頼区間

神経系統の機能又は精神の 障害に関する障害等級認定基準の 改正について(上)

(非器質性精神障害の後遺障害について)

東京産業保健推進センター副所長

白崎淳一郎

平成15年8月8日付け基発第0808002号「神経系統の機能又は精神の障害に関する障害等級認定基準の改正について」(以下「改正通達」という。)により認定基準が大きく6箇所改正となりました。本稿では、そのうち非器質性精神障害の後遺障害について改正に至った理由及び主な改正点について解説し、残り5点の改正については次号以降順次掲載します。

1 | 改正する理由・背景

改正に至った直接の理由は、平成15年6月の「精神・神経の障害認定に関する専門検討会(以下「専門検討会」という。)報告書」(以下「報告書」という。)がまとめられたことによりですが、問題はなぜこの専門検討会が設置されたかです。

(1) 専門検討会が設置された理由

平成11年9月に「心理的負荷による精神障害等に係る業務上の判断指針」(以下「判断指針」という。)が示されて以来、業務による心理的負荷が原因となって発症したとする精神障害については、表のとおり年々増加しています。それに伴い今後はこの精神障害の後遺障害に関する請求が増加することが予想されます。

しかしながら、現行の障害等級認定基準(以

下「認定基準」という。)は、頭部外傷等による脳の器質的な変化に伴う精神障害(器質性精神障害)の後遺障害については認定基準が作成されていますが、脳の器質的な変化を伴わない精神障害(非器質性精神障害)の後遺障害については、「外傷性神経症(災害神経症)」の場合のみが掲げられ、その障害の評価も「精神医学的治療をもってしても治癒しないものについては、第14級の9に認定する」とされているだけで、PTSDなどの非災害性の精神障害であっても対人業務に就けないとか、運転業務に就けないとか、就労ができない精神障害に対する障害等級については定めがありませんでした。

また、判断指針は対象疾病を「原則としてICD-10第V章「精神及び行動の傷害」に分類される精神障害とする」としており、F3気分〔感情〕障害、F4神経症性障害・ストレス関連障害・身体表現性障害に分類されるとして多くの精神障害が認定されてきました。しかしながら、前述のとおり外傷性神経症(災害精神軽症)に限定した記述となってい



るため、これを見直す必要が出てきました。ICD-10上から考えられる非器質性精神障害は多岐にわたり、その後遺障害も様々な症状を残すことがあり、労働能力の低下も一様ではありません。また精神的側面は労働能力の重要な要素であることから、労働能力の喪失の評価に当たり、非器質性精神障害による後遺障害についても、様々な等級を考えていく必要があるということで、専門検討会が平成

12年2月に設置され44回の検討会を開いて報告書を提出しました。

2 専門検討会の報告書の内容

(1) 非器質性障害の本質について

例えば、発声器官の構音(口唇、あご、舌、軟口蓋、咽頭、喉頭などの協調のとれた随意運動によって、ことばの音をつくり出すこと。)に関する神経系に損傷がないにもかかわらず「声が出(せ)ない」という状態の場合は、()脳の言語領域の損傷等器質的な原因による場合と、

()解離性(転換性)障害等非器質的な原因による場合があります。両者は、「声が出(せ)ない」という点では同じですが、()は大脳のどこかに(多くは優位半球)実質的な破壊があってそれにより「失語」が発生しているのに対し、

()は大脳に破壊がなく、言い換えれば言語発生に関する器質的な障害がないにもかかわらず心理的機制で一時的に声が出なくなったと考えられます。このことは手腕等の器質的障害により「文字が書けない」場合と、手腕等そのものには何らの障害がないにもかかわらず心

表 精神障害等の労災補償状況

区分	年度	昭和58～平成9年度(15年間)	平成10年度	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度
		精神障害	請求件数 134	42	155	212	265
		認定件数 11	4	14	36	70	100
りつじ自殺(未遂を含む)		請求件数 79	29	93	100	92	112
		認定件数 6	3	11	19	31	43

認定件数は当該年度に請求されたものに限るものではない。平成11年9月に精神障害等の判断指針が策定されている。

理的な原因により文字が書けない(書痙^{しよけい})と同様です。

このように器質的障害と非器質的障害とでは、結果においては類似の状態を示しても、その発生原因は全く異なります。そして非器質的障害は本質的には身体的機能に何ら障害がないため、適切な精神医学的治療を行えば原則として完治しうるものであり、完治するまでには相当な期間を要する場合であっても治る可能性のある障害ということができます。従って、非器質性精神障害の後遺障害の認定に当たっては、療養効果を慎重に見極めることが必要であり、器質性精神障害認定と全く同一の考え方、同一の基準で考えるのは適切ではありません。

(2) 非器質性精神障害の後遺障害の認定の時期について

業務による心理的負荷を原因とする非器質性精神障害は、その原因である心理的負荷を取り除き、適切な治療を行えば、多くの場合概ね半年から1年、長くても2年から3年の治療で完治するのが一般的であるとされ、業務に支障が出るような後遺症状を残すケースは少ないとされています。しかしながら、中には個体的要因も関係して2～3年の治療でも完治に至らず症状が改善しないまま推移することも稀にはあります。

こうした非器質性精神障害の後遺障害の障害認定の時期、すなわち治ゆ^(注1)とする時期をいつの時点に置くべきかについてですが、報告書では「原則として各種の日常生活動作がかなりの程度でき、一定の就労が可能となる程度以上に症状が良くなった時期」、言い換えれば「もとの仕事には復帰できないが、他の仕事には就き得る程度に症状が良くなった時期とすべきである。」としました。

しかし、「一般的・平均的な療養期間を大幅に超えて療養してもなお、それ以上に症状の改善の見込みがない」場合があり得ますが、その場合であっても「意欲の低下等により就



労がかなわないものの、日常生活はかなりの程度できる状態にまで回復している場合には、就労がかなわなくても、その時期を治ゆ(症状固定)と判断し、後遺症状について障害認定すべきである。」としました。

なお、日常生活等について複数の項目について「できない」と評価され、「日常生活にも大きな支障が生じ、今なお療養が必要と認められる場合は、慎重に治ゆか否かを見極めるとともに、必要に応じて療養を継続すべきである。」とも述べています。

注1) 「治ゆ」：医学上一般に承認された治療方法をもってしても、その効果がそれ以上期待し得ない状態で、残存する症状が自然経過によって到達すると認められる最終の状態のこと。精神障害にあつては、薬物療法、精神療法等が患者の症状、病態に応じて行われるが、精神症状が一定程度改善しあるいは安定した後、それに引き続き社会復帰を果たすためリハビリテーション療法が行われるのが通例である。そして、そうした後、社会復帰が果たされるのであるから、主治医がリハビリテーション療法等を終了した時点で治ゆとされる。このリハビリテーション療法等は、通常数週間から数ヶ月行われる。治ゆ認定に当たっては十分な経過観察を経て行われる。



(3) 非器質性精神障害による後遺障害の程度について

前述したとおり、非器質性精神障害の障害等級は第14級の9しかなく妥当性を欠いています。しかしながら、非器質性精神障害による労働能力の低下は、移動とか運搬等の身体的能力はもちろんのこと、計算、会話、伝達等の精神活動能力は概ね正常に保たれていると通常考えられますので、仮に「精神活動の統合、調整が必ずしも十分でない状態であっても、就労の有無にかかわらず、9級を超える障害の評価には該当しないと考えるのが妥当であろう。」と報告書では判断しています。なお前記(2)の場合については、「意欲や感情障害等により「仕事に行けない」という状況をとらえて、労働能力の過半を喪失したと評価するのは適切とは考えない。なぜなら「現実に意欲や感情の障害等によって就労がかなわないとしても、次に述べる特別な場合を除い

て」「身体的能力は基本的に正常であり、精神活動能力についても意欲の障害等を除き概ね正常だからである。」と説明しています。そしてこの場合の障害等級も第9級を「超えるものではないと評価するのが妥当」としています。

(4) 重篤な症状のまま症状固定とした場合の取り扱いについて

非器質性精神障害の後遺症状の最も重篤な状態は、「持続的な人格変化」を認める場合です。具体的には

-) 著しく調和を欠く態度と行動
-) 異常行動は持続的かつ長期間にわたって認められ、エピソード^(注2)的ではない
-) 異常行動は広範にわたり、広い範囲の個人的社会的状況に対して非適応的である
-) 通常、職業、社会生活の遂行上重大な障害を伴う

という要件を満たすことが必要とされており、こうした状態がほとんど永続的に継続するものと考えられています。

この「持続的な人格変化」は、通常脳挫傷や脳疾患のため、脳そのものの器質的病変に伴って発現することがほとんどではありますが、非器質的障害で絶対ないとは言いきれませんので、仮にそういう状態になった場合は「9級を超える障害が残存したものとして、個別に判断されるべきである。」としています。

注2) エピソード(episode): 挿話、挿話的な事件。一過性の出来事。

(5) 症状が変動する場合の取り扱い

非器質性精神障害の後遺障害は、一口に症状が固定したと言っても、症状や能力低下に変動が見られることがほとんどです。

このように出現する症状・能力低下に軽重の幅がある場合の障害認定をする場合は、一時期の重篤な状態あるいは軽微な状態をとらえて評価することは適切ではありません。「それまでの療養経過期間中の状態から判断して障害の幅を踏まえて総合評価することが妥当である。」としています。

3 改正通達の内容

以上の報告書を受けて、厚生労働省は非器質性精神障害による後遺障害について次のような認定基準の新設・改正を行いました。

(1) 障害等級認定の時期

うつ病やPTSD（心的外傷後ストレス障害）等、非器質性の精神障害については、十分な治療の結果完治には至らないものの日常生活ができるようになり、症状がかなり軽快している場合には治ゆの状態にあるものとして障害等級の認定を行います。

ただし、治療を行っても重い症状が続く場合には、非器質性精神障害の特質上、大幅に症状が改善する可能性が十分あるので、後述する「通勤・勤務時間の厳守」、「対人関係・協調性」等の能力に関する判断項目のうち、複数の能力が失われている場合等重い症状を残している場合は、原則として引き続き療養を継続します。

(2) 障害等級認定の方法

残存する「精神症状」の種類

精神症状については、) 抑うつ状態、) 不安の状態、) 意欲低下の状態、) 慢性化した幻覚・妄想性の状態、) 記憶又は知的能力の障害、及び) その他の障害（衝動性の障害、不定愁訴など）の6つの症状の有無等に着目して判断します。

) 「抑うつ状態」とは、持続するうつ気分（悲しい、寂しい、憂うつである、希望がない、絶望的である等）何をするのもおっくうになる（おっくう感）それまで楽しかったことに対して楽しいという感情がなくなる、気が進まないなどの状態です。

) 「不安の状態」とは、全般的な不安や恐怖、心気性、脅迫など強い不安が続き、強い苦悩を示す状態のことです。

) 「意欲低下の状態」とは、全てのことに対して関心が湧かず、自発性が乏しくなるとか自ら積極的に行動せず、行動を起



こしても長続きしない、口数も少なくなり、日常生活の身の回りのことにも無精となるというような状態のことです。

) 「慢性化した幻覚・妄想性の状態」とは、自分に対する噂や悪口あるいは命令が聞こえる等、実際には存在しないものを知覚体験すること（幻覚）、自分が他者から害を加えられている、食べ物や薬に毒が入っている、自分は特別な能力を持っている等、内容が間違っており、確信が強く、訂正不可能であり、その人個人だけ限定された意味づけ（妄想）などの、幻覚・妄想を持続的に示す状態のことです。

) 「記憶又は知的能力の障害」とは、まず「記憶障害」ですが、解離性（心因性）健忘があげられます。自分が誰であり、どんな生活史を持っているかをすっかり忘れてしまう全生活史健忘や生活史の一定の時期や出来事のことを思い出せない状



態です。次に「知的障害」ですが、解離性（心因性）障害があげられます。日常周辺生活は普通にしているのに改めて質問すると、自分の名前を答えられない、年齢は3つとか1+1 = 3のように的はずれの回答をするような状態（ガンザー症候群、仮性痴呆）のことです。

）「その他の障害（衝動性の障害、不定愁訴など）」とは、上記（ ）から（ ）に分類できない症状で、多動（落ち着きのなさ）、衝動行動、徘徊、身体的な自覚症状や不定愁訴などがあげられます。

以上述べた症状が認められた場合、次にその程度言い換えれば、以下に述べる労働損失能力を判定します。

「能力」に関する判断項目

非器質性精神障害については、（ ）周辺日常生活、（ ）仕事・生活に積極性・関心を持つこと、（ ）通勤・勤務時間の遵守、（ ）普通

に作業を持続すること、（ ）他人との意思伝達、（ ）対人関係・協調性、（ ）身の安全保持、危機の回避、（ ）困難・失敗への対応、の8項目について、「できない」「しばしば助言・援助が必要」「時に助言・援助が必要」「適切又は概ねできる」の4段階についての主治医の意見書（様式3号）を踏まえて、労働基準監督署長が障害等級（第9級12級14級）のどれかに認定します。

）「周辺日常生活」とは、入浴することや更衣をすることなど清潔保持を適切にできるか、定期的に十分な食事をするかについて判定します。なお、食事・入浴・更衣以外の動作については、特筆すべき事項がある場合には加味して判定を行います。

）「仕事・生活に積極性・関心を持つこと」とは、仕事の内容、職場での生活や働くことそのもの、世の中の出来事、テレビ、娯楽等の日常生活等に対する意欲や関心があるか否かについて判定します。

）「通勤・勤務時間の遵守」とは、規則的な通勤や出勤時間等、約束時間の遵守が可能かどうかについて判定します。

）「普通に作業を持続すること」とは、就業規則に則った就労が可能かどうか、普通の集中力・持続力を持って業務を遂行できるかどうかについて判定します。

）「他人との意思伝達」とは、職場において上司・同僚等に対して発言を自主的にできるか等、他人とのコミュニケーションが適切にできるかを判定します。

）「対人関係・協調性」とは、職場において上司・同僚と円滑な協同作業、社会的行動ができるかどうか等について判定します。

）「身の安全保持、危機の回避」とは、職場における危機等から適切に身を守れるかどうかを判定します。

）「困難・失敗への対応」とは、職場において新たな業務上のストレスを受けたと

き、ひどく緊張したり、混乱することなく対処できるか等どの程度適切に対応できるかということを判定します。

就労意欲の低下による区分

(ア) 就労している者又は就労の意欲のある者

現に就労している者又は就労の意欲はあるものの就労はしていない者については、前記(2)の の精神症状のいずれか1つ以上が認められる場合に、前記(2)の の能力に関する8つの判断項目(以下「判断項目」という。)の各々について、その有無及び助言・援助の程度(「時に」又は「しばしば」という判断が必要)により障害等級を認定すること。

(イ) 就労意欲の低下又は欠落により就労していない者

就労意欲の低下又は欠落により就労していない者については、身辺日常生活が可能である場合に、前記判断項目の) 「身辺日常生活」の支障の程度により認定すること。

なお、就労意欲の低下又は欠落により就労していない者とは、職種に関係なく就労の意欲の低下又は欠落が認められる者をいい、特定の職種についての意欲のある者については前記 (ア) 就労している者又は就労の意欲のある者に該当するものであること。

(3) 重い障害を残している被災者の取り扱い

業務による心理的負荷を原因とする非器質性精神障害は、業務による心理的負荷を取り除いて適切な治療を行えば、前述した報告書のとおり、多くの場合概ね半年～1年、長くても2～3年の治療により完治するのが一般的です。しかしながらまれに「持続的な人格変化」を認めるという重篤な症状が残存する場合もあり、この場合は、所轄労働基準監督署長は厚生労働省本省に「りん伺」した上で障害等級を認定するとなっています。

「人格変化」を認める場合とは

) 著しく調和を欠く態度と行動

) 異常行動は持続的かつ長期間にわたって



認められ、エピソード的ではない

-)異常行動は広範にわたり、広い範囲の個人的社会的状況に対して非適応的である
-)通常、職業や社会生活の遂行上重大な障害を伴う

という要件を満たすことが必要とされており、こうした状態はほとんど永続的に継続するものと考えられています。

(4) 障害の程度の判断の仕方

報告書のとおり、症状が固定する時期にあっても、症状や能力低下に変動が見られること

がありますので、その場合は良好な場合のみ、あるいは悪化した場合のみをとらえて判断することなく、療養中の状態から判断して障害の幅を踏まえて判断するのが適切であるとしています。

(5) 障害等級の内容

第9級の7の2「神経系統の機能又は精神に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの」「通常の労務に服することは出来るが、非器質性精神障害のため、就労可能な職種が相当程度に制限されるもの」

非器質性精神障害の後遺障害の状態に関する意見書					様式3				
氏名		生年月日	昭・大・平	年	月	日	男・女		
障害の原因となった傷病名 (ICD-10分類)									
発病年月日	昭・平	年	月	日	初診年月日	昭・平	年	月	日
上記傷病が治癒(症状が固定した状態を含む)となった日		昭・平					年	月	日
意見書作成医療機関における初診時所見(主訴及び症状)									
障害と関係があると考えられる生活史・既存障害等									
発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容、その他参考となる事項									
就労の状況(該当するものを1つ選び、○を付けてください。) 就労している 就労していない 不明									
治療歴									
医療機関名	治療期間	入院外来別	病名	主な療法					
	年月~年月	康・健							

- a 前記(2) (ア)に該当する場合には、判断項目のうち) ~)のいずれか1つの能力が失われているもの又は判断項目の4つ以上についてしばしば助言・援助が必要と判断される傷害を残しているもの(例、非器質性精神障害のため、「対人業務に就けない」ことによる職種制限が認められる場合などが考えられます。)
- b 前記(2) (イ)に該当する場合には、身辺日常生活について時に助言・援助を必要とする程度の傷害を残しているもの



精神症状の状態 (該当のローマ数字、英数字に○をつけてください。)	左記の状態について、その程度・症状を具体的に記載してください。		
I 抑うつ状態 1 憂うつ気分 2 思考・行動の制止 3 その他			
II 不安の状態 1 恐怖 2 強迫 3 心気性 4 その他			
III 意欲低下の状態 1 関心・自発性の低下 2 その他			
IV 慢性化した幻覚・妄想の状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他			
V 記憶又は知的能力の障害 1 記憶・造形障害 2 仮性痴呆 3 その他			
VI その他(衝動性の障害、不定愁訴など) 1 多動 2 衝動行動 3 焦燥感 4 その他			
就労意欲の状態 (該当するものを1つ選び、○をつけてください。)			
1 概ね正常			
2 意欲低下(程度・状態:)			
3 欠落			
能力低下の状態 (以下の全ての項目について、該当するものを1つ選び、○をつけてください。) ※			
I 身辺日常生活 適切又は概ねできる	時に助言・援助が必要	しばしば助言・援助が必要	できない
II 仕事、生活に積極性・関心を持つこと 適切又は概ねできる	時に助言・援助が必要	しばしば助言・援助が必要	できない
III 通勤・勤務時間の遵守 適切又は概ねできる	時に助言・援助が必要	しばしば助言・援助が必要	できない
IV 普通に作業を持続すること 適切又は概ねできる	時に助言・援助が必要	しばしば助言・援助が必要	できない
V 他人との意思伝達 適切又は概ねできる	時に助言・援助が必要	しばしば助言・援助が必要	できない
VI 対人関係・協調性 適切又は概ねできる	時に助言・援助が必要	しばしば助言・援助が必要	できない
VII 身辺の安全保持・危機の回避 適切又は概ねできる	時に助言・援助が必要	しばしば助言・援助が必要	できない
VIII 困難・失敗への対応 適切又は概ねできる	時に助言・援助が必要	しばしば助言・援助が必要	できない
備考 (心理検査の結果、アフターケアの要否等)			

※ 各能力の判定の要点は、裏面に記載しているとおりです。

上記のとおり診断いたします 平成 年 月 日
 病院又は診療所の名称 診療担当科
 所在地 医師氏名





(例、出勤することはできるが、家族が促さなければ始業時刻に遅れることが常態的である場合などが考えられます。)

第12級の12「労働には通常差し支えないが、医学的に証明しうる神経系統の機能又は精神の障害を残すもの」「通常の労務には服することは出来るが、非器質性精神障害のため、多少の傷害を残すもの」

a 前記(2) (ア)に該当する場合には、判断項目の4つ以上について時に助言・援助が必要と判断される傷害を残してい

(裏面)

※ 非器質性精神障害については、8つの能力について、能力の有無及び必要となる助言・援助の程度に着目し、評価を行います。評価を行う際の要点は以下のとおりです。

(1) 身近日常生活

入浴をすることや更衣をすることなど清潔保持を適切にすることができるか、規則的に十分な食事をすることができるかについて判定して下さい。

なお、食事・入浴・更衣以外の動作については、特筆すべき事項がある場合には加味して判定を行って下さい。

(2) 仕事・生活に積極性・関心を持つこと

仕事の内容、職場での生活や働くことそのもの、世の中の出来事、テレビ、娯楽等の日常生活等に対する意欲や関心があるか否かについて判定して下さい。

(3) 通勤・勤務時間の遵守

規則的な通勤や出勤時間等約束時間の遵守が可能かどうかについて判定して下さい。

(4) 普通に作業を持続すること

就業規則に則った就労が可能かどうか、普通の集中力・持続力をもって業務を遂行できるかどうかについて判定して下さい。

(5) 他人との意思伝達

職場において上司・同僚等に対して発言を自主的にできるか等他人とのコミュニケーションが適切にできるかを判定して下さい。

(6) 対人関係・協調性

職場において上司・同僚と円滑な共同作業、社会的行動ができるかどうか等について判定して下さい。

(7) 身の安全保持、危機の回避

職場における危険等から適切に身を守るかどうかを判定して下さい。

(8) 困難・失敗への対応

職場において新たな業務上のストレスを受けたとき、ひどく緊張したり、混乱することなく対処できるか等どの程度適切に対応できるかということを判断して下さい。



るもの（例、非器質性精神傷害のため、「職種制限は認められないが、就労に当たりかなりの配慮が必要である」場合などが考えられます。）

- b 前記(2) (イ)に該当する場合には、身辺日常生活を適切又は概ねできるもの(例、通常は始業時間に遅れることなく自発的に出勤することができるが、しばしば遅れることがある場合などが考えられます。)

第14級の9「労働には通常差し支えないが、医学的に可能な神経系統又は精神の障害に係る所見が認められるもの」「通常の労務に服することはできるが、非器質性精神障害のため、軽微な傷害を残すもの」

判断項目の1つ以上について、時に助言・援助が必要とされる傷害を残しているものが該当する。

(例、非器質性精神障害のため、「職種制限は認められないが、就労に当たり多少の配慮が必要である」場合。例えば、通常は始業時間に遅れることなく自発的に出勤することができるが、時には遅れることがある場合などが考えられます。)

なお、7級以上の障害等級の認定については、前述したとおり、厚生労働省本省に協議することになっています。

- (6) 主治医の判断を尊重（専用の意見書の新設）
非器質性精神障害による後遺障害の認定申請

があった場合は、労働基準監督署長は様式3号により障害の状態の詳細についての意見を求めることとなります。様式3号は12ページのとおりです。

- (7) 施行時期

改正した認定基準は、平成15年10月1日以降に支給事由が生じたものについて適用となり、それ以前のものについては改正前の認定基準によります。

また現に障害（補償）年金を受給している人については、改正した認定基準は適用されません。

次号以降では、「脳外傷等の後遺障害の認定」「身体機能障害を残した場合」「せき髄損傷の後遺障害の認定」「外傷性てんかんについて」「反射性交感神経性ジストロフィー（PSD）について」について、解説します。

訂正とお詫び

「東京さんぽ21 第20号」3頁 左欄7～8行目の「医師」を削除して下さい。

「労働基準法第14条第1項第1号の規定に基づき労働大臣が定める基準」(平成15年厚生労働省告示第356号)によると、医師、歯科医師、薬剤師は労働基準法第14条第1号の専門的な知識、技術又は経験であって高度のものとして厚生労働大臣が定める基準に該当する専門的な知識等を有する労働者になりますので、労働契約期間は原則の3年ではなく5年が適用となります。お詫びして訂正いたします。

さんぽ Q&A

産業医学

東京産業保健推進センター副所長
(初級産業カウンセラー)

白崎淳一郎

Q PTSDとはどういうものですか？ 治療方法はありますか？

A PTSDの発症原因

PTSD (post-traumatic stress disorders) 通常、心的外傷後ストレス障害といわれるものですが、最近では阪神大震災の被害者、オウム地下鉄サリン事件、えひめ丸沈没事件、ニューヨークワールドセンタービル同時多発テロなどで、一般によく知られるようになりました。

このPTSDが「精神的な傷害」としてアメリカで議論されるようになったのはベトナム戦争以降といわれています。ベトナムから帰還した兵士たちが次々と心の不調を訴えて、アルコールに走ったり、自殺を企てたり、正常な人間関係を維持できず社会生活を営めなくなったりしたことから、研究が進みました。

以前から、「生死に関わる異常で残虐な体験」は、正常な人々の精神に何らかの打撃を与え、また、そのメカニズムを科学的に解明できるのではないか、と思った精神科医たちは、帰還兵のカウンセリングを通してある学説にたどり着きました。

人間は、生死を決定するような瞬間、脳内を活性化させる物質が出てきます。その「覚醒のための」物質が非常にたくさん出て、瞬時に方向を決めたり、相手に殴りかかったり、自己防衛のためのとっさの判断を促します。

ところが、通常の生活では、この「覚醒のための物質」はあまり必要がありません。ベトナムでの兵士たちは、絶えず生死の境目にいたため、「覚醒のための」物質が流れっぱなしとなり、帰還して安全で平和な日常が戻って来ても、その物質が簡単に止まらない人が発生しました。

簡単にいうと、PTSDとは脳内の「危ないぞ、逃げろ、危険だ」という信号と、「ここは安全だからのんびりしていいんだよ」という信号が、うまく働かなくなってしまった状態をいいます。お湯と水がメチャクチャに流れ出す水道のようなもので、必要のない時に熱いお湯が出たりして火傷したり、急に冷たい水が出たりして、脳の中のホルモン等を調節する機能が壊れた状態にあります。

最近では、生命に関わるほどの強烈なトラウマが、脳の「海馬」という部分を縮小させ、記憶の混乱や損失につながっていることも発見されました。PTSDの人の海馬は、健康な人の二分の一程度の働きしかせず、そのため、記憶とその周辺部分に何らかの非器質的損傷が起こっているのではないかと考えられています。海馬は、学習、記憶、情動の調節などの機能をもつ部位ですので、PTSDの患者が日常生活に支障を感じるのは当然考えられます。



海馬のほか、やる気をつかさどる「ノルアドレナリン」というホルモンに異常を起こしたり、幸せな気分を起こす「セロトニン」というホルモンが減少したりするのも、PTSD患者に共通してみられる現象です。

また、PTSD患者の脳波を研究した結果では、覚醒の増加、睡眠時間の短縮、運動の増加、REM睡眠期中断が観察されるという例があります。逆に、睡眠深度の増加などの逆の例も見られ、PTSDと睡眠障害にも深い関係があるという報告もあります。

PTSDの症状と診断

アメリカの精神障害の指針DSM-IVでは「PTSDと診断するには、人間が通常生活しているときには起こらないような、生死に関わる緊急事態を体験したり、目撃した経験があること」が前提になっており、さらに下記の項目について『項目A』の事態が2以上、『項目B』の外傷的な出来事が1以上、『項目C』に該当する事案が3以上あって『項目D』の持続的な症状が2つ以上あり、『項目E』及び『項目F』に該当して初めてPTSDと診断されます。

『項目A』その人は、以下の2つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある。

- (1) 実際に又は危うく死ぬ又は重傷を負うような出来事を、1度または数度、または自分又は他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。
- (2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。

『項目B』外傷的な出来事が、以下の1つ(またはそれ以上)の形で再体験され続けている。

- (1) 出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む。
- (2) 出来事についての反復的で苦痛な夢。
- (3) 外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする(その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フ



ラッシュバックのエピソードを含む。また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む。

- (4) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛。
- (5) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性。

『項目C』以下の3つ(またはそれ以上)によって示される、(外傷以前には存在していなかった)外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺。

- (1) 外傷と関連した思考、感情または会話を回避しようとする努力。
- (2) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力。
- (3) 外傷の重要な側面の想起不能。
- (4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退。
- (5) 他の人から孤立している。または、疎遠になっているという感覚。
- (6) 感情の範囲の縮小(例: 愛の感情を持つことができない)。
- (7) 未来が短縮した感覚(例: 仕事、結婚、子供、または正常な一生を期待しない)。

『項目D』(外傷以前には存在していなかった)持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ(またはそれ以上)によって示される。

- (1) 入眠または睡眠維持の困難。
- (2) 易刺激性または怒りの爆発。
- (3) 集中困難。



(4) 過度の警戒心。

(5) 過剰な驚愕反応。

『項目E』 傷害（項目B、C、およびDの症状）の持続期間が1か月以上。（1か月未満の場合はASD）

『項目F』 傷害は、臨床上著しい苦痛または、社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

該当すれば特定せよ：

急性 症状の持続期間が3か月未満の場合

慢性 症状の持続期間が3か月以上の場合

該当すれば特定せよ：

発症遅延 症状の始まりがストレス因子から少なくとも6か月の場合

PTSD の療法

PTSDの発生メカニズムはまだ完全に解明されてはいませんので、確実に効果があるという療法はまだ確立されていません。いろいろな療法を組み合わせているというのが実態です。以下簡単に紹介します。なお、治らず、本文のとおり「精神障害」として症状固定＝障害等級認定と判断される場合もあります。

『わりと効果があるとされている療法』

・EMDR（最新療法で、「左右に振られるカウンセラーの手や棒を見つめながら、トラウマとなる出来事を思い出ししていく」という半分催眠療法のような治療法で、目をキョロキョロさせることにより、脳をREM睡眠の状態までもっ

ていき、その状態でトラウマを癒していくものです。）

- ・トークセラピー（最も一般的な療法で、カウンセラーが患者の「トラウマとなった出来事、その時に感じたこと」を聞き出していきます。）
- ・グループセラピー（EMDRやトークセラピーと併用して行われるもの。場所と時間を決めて、同じトラウマをもった患者が集まり、カウンセラーの指導のもと、各自の問題やトラウマを話し合います。いわゆる「被害者の会」のようなものです。）

『効果は定かではないが、PTSD治療に使われることのある療法』以下、説明は省略します。

- ・行動療法
- ・睡眠療法
- ・自己暗示療法
- ・プレイセラピー
- ・粘土投げセラピー
- ・コラーージュセラピー
- ・アニマルセラピー

『その他の療法』説明省略（多くの場合他の療法と併用）

- ・アロマセラピー
- ・セルフヒーリング
- ・キャンドルセラピー
- ・食事療法
- ・運動療法

PTSD の薬

PTSDは、不安神経症の一部と考えられるので、精神安定剤や抗不安剤、抗うつ剤などが処方されるのが一般的です。また、睡眠障害がひどい場合は睡眠薬も投与されます。またアメリカではSSRI（選択的セロトニン再吸収阻害剤）と「ベンゾジアゼピン系の抗不安、抗うつ剤」を一緒に処方されるのが一般的です。なお、薬の投与等の情報については精神科医にお尋ね下さい。

参考文献「心的トラウマの理解とケア」（株式会社じほう）「これからの精神保健」（南山堂）ウェブサイト等
www.angelfire.com/in/ptsdinfo/aimee

新任ご挨拶

東京産業保健推進センター 新産業保健相談員

産業医学



貞永労働衛生コンサルタント事務所
医療法人貞真会・貞永クリニック
理事長医師

貞永嘉久

千葉大学医学部卒業 外科系大学院を修学後、東京女子医大消化器病センターと、もっぱら消化器系の臨床医学を研鑽していましたが、板橋区医師会に所属開業してから、産業医として活動し、又地域産業保健センターとのかわりにて、中小企業の労働衛生診断等の相談を受けていました。

平成11年に労働安全衛生コンサルタント会へ入会して以来、高田勲先生、荘司栄徳現会長、前任の熊木敏郎先生、服部富士夫先生、その他の先輩の御指導のもとに、産業医学について多くを勉強させていただきました。

生活習慣病と作業関連疾患との関係、職業病による労働者の健康障害予防、事業者の立場に立つての相談、私にとっては多くの試練があることを真摯にうけとめています。

浅学な私ではありますがどうぞ御指導御鞭撻をお願いできればありがたく思います。



ライオン㈱健康管理センター
統括産業医

竹田透

産業保健の現場にいて、二つの大きな流れを実感しています。その一つは、過重労働やメンタルヘルス対策に代表されるような安全配慮義務に関連するものです。コンプライアンスや個人情報保護といった社会の動きも関係し、産業保健活動は企業活動の中でますます重要性を増しています。もう一つは、自主・自律的な産業保健活動です。企業では労働安全マネジメントシステムの導入が進められていますが、労働者の自律的健康管理についても重要と考えられるようになってきました。従来は医療職が労働者の健康状態を評価し、保健行動を決め、実施を求めるといった健康管理のスタイルでしたが、今後は「労働者自身が主体となって自らの健康状態を把握し、自分の価値観に基づいて健康行動を実践していく」自律的

な健康管理を大切にしていく必要があります。その中で産業保健職がどのように労働者を支援し、健康を保持する助けとなる就労・生活環境に対しどのようにアプローチしていくのか、という研究・実戦が進められています。

このような現場の実感と産業医としての実務経験をもとに、微力ではありますが相談員として皆様のお役に立てれば幸いです。



北条医院院長

北條 稔

平成元年「地区労働衛生相談医制度」モデル事業に大田区が指定されて以来、小規模事業場の労働衛生活動に関わってまいりました。内科開業医であり、産業保健推進センターで相談員をお務めの諸先生方と異なり労働衛生の専門家ではありません。もとより浅学非才、その上専門的研鑽も積んでいない新任相談員ですが、地元大田区の小規模事業場に15年間関わって培った経験から何らかお役に立てる事があれば幸いです。相談業務に携わることによって共に学んでいきたいと考えています。頼りにならない相談員ですが宜しくお願いします。



東京慈恵会医科大学附属青戸病院
産婦人科教授

落合和彦

企業における母性健康管理が義務化されてからすでに5年あまり経過した。この間、企業、事業主の努力により、女性が職場の中で働きやすい環境が整備され、様々な健康管理体制が整備されつつあるものの、必ずしも十分とはいえないのが現状である。一方で、妊娠出産後のみならず、生涯にわたって働き続ける女性は確実に増加しており、事業主と医療機関が協調しながら母性健康管理を行なう必要性が叫ばれている。すでに妊娠中の健康管理としては、「母性健康管理指導事項連絡カード」が運用されるシステムになっており、職場での労働軽減に寄与している。しかし、この制度も企業、医療機関とともに十分周知されているとは

言い難い。さらには、月経困難症や更年期といった女性特有の症状、また乳がん、子宮がんなど女性特有の疾病に対しても企業として積極的に関わっていく姿勢が求められている。女性には男性にはないライフサイクルが存在しており、それらを、十分に勘案した労働環境を提供することが何よ

り必要だろうと考えている。このような観点から、この度相談員として産婦人科医である私が指名された。大変光栄なことであると同時に大きな責任を感じている。産婦人科医としての立場から「働く女性の健康支援を目指して」アドバイスができるよう努力したいと考えている。

労働衛生関係法令



中央労働災害防止協会
安全衛生相談員

小坂 稔

安全衛生行政に30年近くたずさわり、労働省安全衛生部労働衛生課を最後に退官しました。その間、南は沖縄から雪国新潟など各地を転々とし、一貫して安全衛生行政を担当してきました。中でも、本省において経験した、化学物質の有害性調査関係施設の拡充、THP事業の創設、健康診断項目の見直し、産業医制度のあり方検討、電離放射線障害防止規則の改正、衛生管理者制度の改正、安全衛生推進者制度の創設、快適職場づくりのための法

改正及び指針制定など数多くの施策に直接・間接的にたずさわったことが、退官後の仕事のあらゆる場面で生かせる貴重な財産となっています。

退官後は、企業の安全担当部長を6年ほど勤め、中央労働災害防止協会に移り、安全衛生関係図書の編集、中部安全衛生サービスセンター所長など安全・衛生管理士としての業務を担当し、現在は当協会相談コーナーで会員企業からの安全衛生相談を担当し、いまだに安全衛生関係の仕事から抜け出せない毎日を過ごしています。

これまでの経験を生かして、当推進センターの相談窓口を通じて少しでもお役に立てればという思いを新たにしております。

労働衛生工学



独立行政法人 産業医学総合研究所
客員研究員

岩崎 毅

この4月より労働衛生工学の担当として当推進センターでの相談員活動をさせていただくことになりました。私は産業医学総合研究所とその前身である労働衛生研究所に在籍し、労働衛生工学（換気技術）に関する調査研究に携わって、すでに40余年近くになります。

労働者の健康を保持するには、労働衛生管理の中の作業環境管理（労働衛生工学）を中心に進めていくことが最も重要と思います。現在は、調査研究から少々離れておりますが、これまでの40余年の調査研究の経験をベースに作業環境改善技術を多くの方々に伝承させていただいております。また、作業現場の労働衛生診断も積極的に係っており、更に、換気技術に関する海外協力及び技術移転なども行っております。

これから相談員として事業場で活躍なさっている皆様方との接点がますます増えることを大変楽しみにしております。どうぞ、お気軽にご相談くださいますよう、よろしくお願いたします。



財団法人日本予防医学協会
公益事業推進室長

市川 栄一

この4月より、労働衛生工学担当として東京産業保健推進センターの相談員活動をするようになりました、宜しくお願致します。私の大学時代は公害問題がクローズアップされ、卒業後は公害防止に関与する仕事に従事できればと思って学生生活を過ごしておりました。1972年に労働安全衛生法が施行された翌年の1973年から現在も労働衛生機関に勤務しておりますが、主に作業環境測定士として事業場の作業環境管理や作業管理に取り組んできました。また、特殊健康診断や定期健康診断との関わりなど労働衛生3管理について経験をさせていただきました。

作業環境測定と作業環境改善においては、事業場に多大な費用負担をしていただいたにもかかわらず環境の状態がなかなか良くならない経験もしてきましたが、より快適な作業環境の形成に向け、事業場の支援をこれからも行なっていきたいと思っております。作業環境の改善、作業環境測定の最新情報、また、職場の快適化に向けた取り組みなどにお役に立てればと思っております。

メンタルヘルス



杏林大学精神科学教室助教授

山寺博史

新潟大学医学部卒業、東京医科歯科大学にて精神医学を研修し、東京都教職員共済組合山楽病院勤務後、スイスに留学。その後、国立精神神経センター武蔵病院、日本医科大学付属病院、日本医科大学付属多摩永山病院勤務を経て、昨年杏林大学に赴任いたしました。日本医大在職中はドイツの大学で研究もさせていただきました。また、二度の海外生活では、在留邦人の精神的な問題の相談にも係わる機会もありました。専門は主に臨床神経生理学および精神薬理学をもとにした臨床の各分野です。日本てんかん学会、日本睡眠学会、日本老年精神医学会、欧州精神療法学会の専門認定医の資格を有しています。また、実際に企業でのメンタルヘルス活動をしておりましたが、今後、さらに、幅広い、精神医学の分野からメンタルヘルス活動を取り組んでいきたいと考えています。



東京労災病院精神神経科部長

山田智子

現在、東京労災病院に勤務しております。これまでは総合病院精神科や単科の精神病院で、どちらかという外来治療中心に臨床に携わってきました。その間の産業保健との関わりといえば、治療が必要な勤労者の方の休職復職の際に、診断書を書くといった程度でした。昨年夏に東京労災病院に勤務させて頂くようになってから、少しずつ勤労者の精神保健に関わるようになってきました。検診部で行われるメンタルヘルス検診も、その一つです。日本医師会認定産業医にも今年に入ってなっただけで、産業医としての臨床経験はこれからです。ベテランの先生方の中で大変力不足を感じますが、各相談員の先生方に教えて頂きながら、産業保健活動をされている先生方やコメディカルの方々と一緒に勉強させて頂けたらと思います。どうぞよろしくお願い致します。



白河クリニック院長

越川法子

防衛医大精神医学教室で精神神経内分泌学の臨床研究に取り組んできた経験を生かし、メンタルクリニックを開業しています。大学で最初に教授から指示された研究テーマは「女性の精神医学」であり、女性のライフサイクルに伴って生じる精神医学的問題、具体的には、マタニティブルー、産後うつ病、月経前症候群、更年期障害が本来の専門分野でした。これら一連の研究から派生して、男性の更年期障害の研究も片手に始めました。ところが、最近急に男性更年期が注目され出し、今では女性の精神医学よりも男性の方が専門と見做されがちで戸惑っています。

診療現場では急増するストレス関連疾患の対応に追われています。疾患の治療とスムーズな職場復帰には、職場の理解と協力が不可欠です。発病予防と再発防止のためにも、職場との連携や職場の環境調整の重要性を痛感させられています。産業保健の推進に些少なりとも貢献できるよう、一緒に勉強させて頂くつもりでメンタルヘルス担当相談員を拝命いたしました。宜しくお願い申し上げます。



ソニー株式会社 産業医

深澤健二

私は、これまで精神科を中心とした臨床研修を行なった後、専属産業医、大学病院での精神科診療、メンタルヘルスに関する調査・研究に従事してまいりました。

メンタルヘルス活動を推進するには、個々の従業員への対応のみならず、産業医や衛生管理者、人事労務管理者スタッフなどの事業内産業保健スタッフ等が、産業保健推進センターや専門医などの事業所外の専門機関と連携して予防・心の健康づくり活動を推進する必要性があります。これまで私は、専属産業医として事業内産業保健スタッフの一員としての立場、精神科主治医として社外の専門医（主治医）としての立場からメンタルヘルス活動に従事して参りましたので、この事業所内・外、両面からのメンタルヘルス活動の経験を生かし産業の現場でご活躍されている皆様の視点に立ち、少しでも皆様のお役に立てるよう努力して行きたいと考えています。お気軽にご相談していただけたら幸いです。

どうぞよろしくお願い致します。

町田地域 産業保健センター

はじめに

町田市医師会は平成9年7月2日、旧労働省（現厚生労働省）の東京労働基準局のご指導を得て、当医師会館内に町田地域産業保健センターを設立し、同年7月10日より業務の実施を開始しました。ご承知のように産業保健の谷間といわれる労働者50人未満の事業場では、全事業場の9割以上を占め、また全労働者数の6割を占めており、その6割を占めている労働者には、産業医の選任義務が無いことから、労働者に対して、医師による健康指導や健康相談等の、産業保健サービスの提供は十分とはいえない状態でした。労働者50人未満で働く労働者に対する産業保健サービスの提供を目的



実地研修会



左からセンター長、副センター長、コーディネータ、事務長

に平成5年より、国が、各労働基準監督署管轄地域毎にセンター設置を進めていました。

町田市は現在人口40万人を超えており、市内では約1万の事業場があり、製造業2割、建設業2割、その他は主にサービス産業です。

センターの運営

町田地域産業保健センター長に荒木誉達（町田市医師会長）、町田地域産業保健センター実行委員会は委員長徳富義明、担当副会長に佐々木崇を含めて14名です。年2回会合を開催しております。また健康相談協力医24名とコーディネーター3名（登録産業医と兼ねた先生方 小田桐玲子、斉藤孝、徳富義明）、相談員1名、事務関係は医師会の事務長を含めて2名で、センターは運営されています。登録産業医の中には労働衛生コンサルタントの資格をお持ちの方や、東京都医師会産業保健委員会の方も居られ運営面に協力していただいております。また年に2回、八王子労働基準監督署町田支署、町田労働基準協会、町田商工会議所、町田保健所等の外部組織の代表者達に加えて、時折オブザーバーとして東京労働局、東京産業保健推進センターの代表者を交え『町田地域産業保健センター運営協議会』を開催し、当センターの活性化及び町田市内の中小企業に働く労働者に関する問題について意見交換をしています。

当センターの内容・実績

当センター登録事業場は現在143箇所、登録産業医は54人ですが、精神科の先生、婦人科の先生、整形外科などの先生も居ります。サテライト方式による産業医活動を行っている医療機関は30箇所です。健康相談窓口は医師会館内で月2回開設しておりますが、午後1時～3時までです。この時間帯ですと当センターの登録産業医の先生方が相談医として比較的都合の良い時間帯ですが、相談に来られる方々の就業時間内ということで、毎年多くは来て頂けないのが現状です。それを補う方法としてセンター内に専用相談電話を引いており、健康相談などをうけております。また長年衛生管理者の経験のある相談員を採用して週1回登録事業場を訪問し問題点を相談したり、労働基準協会等を訪問し、新たな事業場を開拓し、センターに登録したり、事業場の嘱託産業医の紹介依頼をうけたり、産業保健情報の依頼をうけたり、健診後の相談など色々な相談内容をセンターに持ち帰ってきます。相談員の今年の訪問事業場数は374ヶ所でした。また企業の各種の講演会・保健活動



健康相談風景

に産業医を講師として出しており、当産保センターのPRを実施しております。都立高校の産業医の会合を開催したり、都立高校の産業医を推薦したり、各施設の要望により産業医を推薦しています。産保センターのPRを兼ねて、労働基準協会冊子に登録産業医が順繰りに生活習慣病に関するもの、メンタルヘルスに関するもの、作業環境管理に関するもの、作業管理に関するものなどを毎月載せております。また商工会雑誌にも、同じような内容で、町田市役所の健康課の看護師さんたちと毎月交互に書いてPR活動もしております。また産業医の更なる資質の向上のためにも、毎年、日本医師会認定の産業医研修講演会を開催し、今年で6回目です。100名前後の医師に出席して頂いております。作業環境管理、作業管理に関するものは産業医にとって勉強する機会が少ない事ですので、日本医師会認定の産業医実地研修会を開催しており、今年で3回目となりました。かなりの応募者がおり何時も定員一杯の状態です。

おわりに

当センターのある町田市は東京都の南にあり、神奈川県に接し、細長い地形です。比較的小規模事業場が多いので、当センターの存在を認識して頂き、更に一層利用して頂きたいと思っております。八王子労働基準監督署・町田支署、町田労働基準協会、町田商工会議所などの諸関連団体と緊密に連携し、当センターの活性化を計り、職場における産業保健知識・情報に貢献できるように取り組んでいきたいと思っております。

平成15年度町田地域産業保健センター実績報告

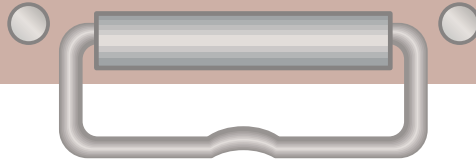
1. 健康相談窓口	23回
2. サテライト方式	19回
3. 個別訪問（産業医）	7件
4. 説明会・講演会	7回
5. 相談員事業場訪問	374件
6. 運営協議会	2回
7. 実行委員会	2回
8. 産業医連絡懇親会	1回
9. 町田市医師会産業医研修会（92名）	1回
10. まちだろうき・SILKROADへ執筆	18回
11. 会議出席（第25回産業保健活動推進全国会議， 地域産業保健センターコーディネーター会議， 地域産業保健センター連絡会議）	3回
12. 実地産業医研修会（33名）	1回
新規登録事業場（平成15年4月～3月）	29件
当センター登録産業医	54名
当センター登録事業場	143ヶ所

働く人の禁煙サポート決定版!

生活習慣病対策に!

東京労災病院 勤労者予防医療センター

平成15年5月より、健康増進法が施行され、喫煙対策へのニーズは、益々、高まりをみせております。特に企業においては、分煙の推進、禁煙サポートへの取り組みが、大変、重要となってきました。そこで、勤労者予防医療センターでは、昨年に引き続き、喫煙対策研修会を企画いたしました。実践力がつく内容になっております。ぜひ、奮って、ご参加下さい。



内容：職域における喫煙対策・禁煙サポートの進め方

【第1回】「これならできる! 職場の喫煙対策」 平成16年 6月 4日

【第2回】「これならできる! 禁煙サポート(入門編)」 平成16年 7月 2日

【第3回】「これならできる! 禁煙サポート(無関心期編)」 平成16年 12月 3日

(ポイントをわかりやすく、実技も交えながら楽しく進めていきます)

時間：14:00～16:30

場所：東京労災病院 勤労者予防医療センター(高層棟2F)

対象：職域の健康管理スタッフ(看護職等)

料金：3000円(税別)

*少人数制で先着順です。お申し込みは、お早めに!



【申込先】

東京労災病院 勤労者予防医療センター 相談・指導部

東京都大田区大森南4-13-21

TEL:03-3742-7301(内3253) FAX:03-3743-9082



編集後記

「東京さんぼ21」21号いかがでしたでしょうか?

『21世紀の産業保健を担う産業保健スタッフの方々への一助を』との願いを込めて命名されたこの情報誌も、今号でちょうど21冊目の発刊となりました。

折しも、私ども推進センターもこの4月より独立行政法人労働者健康福祉機構として新たなスタートを切ったところでございます。

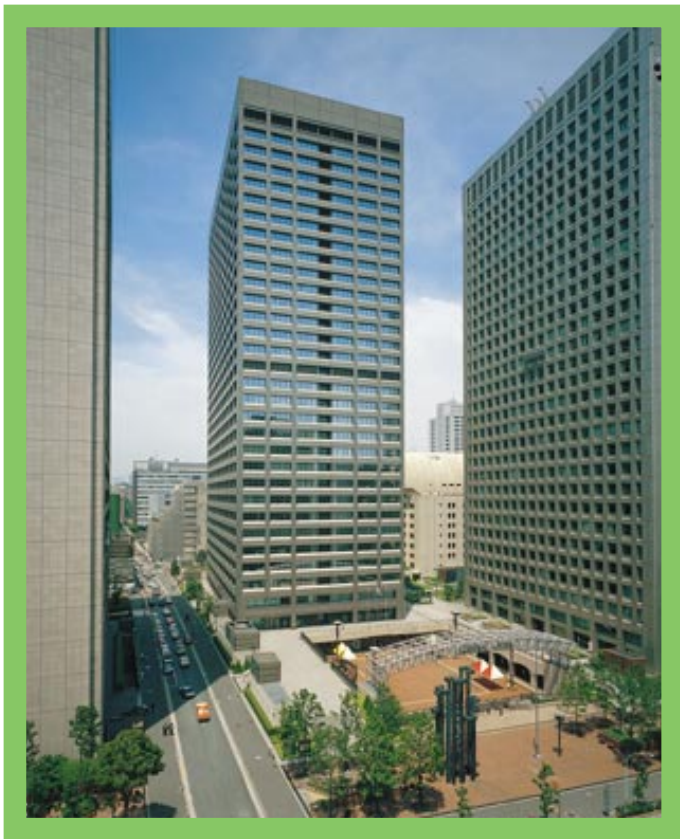
色々なものが新しく生まれ変わる春。これを機に職員一同心を新たに、皆様のご期待に添うべく、「引き出しの多い」センターを目指してより一層努めて参りたいと思っております。

最後になりましたが、私もこの度4月1日付けをもちまして東京産業保健推進センターを去ることとなりました。2年間という短い間でしたが、大変勉強になったと痛感しております。また、編集後記を徒然なるままに書き綴ること6回、こちらもお付き合いいただきましてありがとうございました。

めぐり逢いて 見しやそれとも 分かぬ間に 雲隠れにし 夜半の月かな(紫式部)

またいつの日かどこかの産業保健推進センターで皆様にお会いできることを夢見つつ、書面をお借りして御礼申し上げます。

(前業務係員 高嶋 結花)



ご利用いただける日時

休日を除く毎日 午前9時～午後5時

休日 / 毎週土・日曜日、祝祭日、年末年始

東京産業保健推進センター

日比谷国際ビル3F

交通機関

- 都営三田線（内幸町駅 日比谷寄り改札A6出口）
- 東京メトロ千代田線（霞が関駅 内幸町口C4出口）
- 東京メトロ丸ノ内線（霞が関駅 銀座寄り改札B2出口）
- 東京メトロ銀座線（虎の門駅 新橋寄り改札9出口）
- 東京メトロ日比谷線（霞が関駅 内幸町口C4出口）
- JR線（新橋駅 日比谷口）



独立行政法人 労働者健康福祉機構

東京産業保健推進センター

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル3F

TEL.03-3519-2110 FAX.03-3519-2114

✉ Eメール sanpo13@mue.biglobe.ne.jp

🌐 ホームページ <http://www1.biz.biglobe.ne.jp/sanpo13/>

事業内容、その他の詳細につきましては、
当推進センターまでお問い合わせください。