

過労死の予防と労災認定

上畑 鉄之丞

過労死・自死相談センター代表

過労死とは

過労死は、脳卒中や心臓病などの循環器疾患を発症した労働者の遺族が、仕事による過労が原因として労災認定運動で使用されるようになった社会医学用語である。過労死の用語は、1978年に初めて日本産業衛生学会で使用されたが、その後、70年代の第一次石油危機時の不況をきっかけに労災申請が増加、弁護士を中心とした「過労死110番」活動（88年）なども展開されるなかでマスコミにひろく紹介され、「カローシ」として海外にも知られるようになった。

筆者は、過労死を「過重な労働負担が誘因になり、高血圧や動脈硬化などの基礎疾患が悪化して脳血管疾患や心筋梗塞などの急性の循環器障害を発症、死亡や永久的労働不能に陥った状態」と定義している。近年、90年代後半以降の自殺死亡の急増のなかで、過労死の概念はひろがっている。川人博は98年、「仕事による過労・ストレスが原因となって自殺に至ることを『過労自殺』と呼ぶ。過労自殺は、過労死の一種であり、現代日本の職場の矛盾のあらわれ」として、自殺した労働者の救済を訴えた。他方、旧労働省も99年、「心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針」を公表、自殺や精神疾患の業務起因性を認める方向を示した。また、喘息発作による死亡、肺塞栓（エコノミークラス症候群）な

ども、背景にある過重労働を理由に業務上認定される事例も出ている。

過労死事例の特徴

労災相談で取り上げられる過労死の特徴は以下のように要約できる。

（性、年齢、職種、生死）

男性が約9割を占めるが、90年代前半の雇用機会均等法の制定以降、管理職や専門職を中心に女性の過労死も徐々に増加している。発症年齢は、35-54歳の壮年期の労働者が多いが、20-30代の青年労働者の過労死事例も目立ってきている。職種は多様で、ホワイトカラーでは、営業販売職、専門技術職、記者・編集者、教員などに多く、ブルーカラーでは、深夜勤に従事する労働者やタクシー、トラック、バスなどの職業運転手、建設作業員などに多く、また、外食産業のチェーン店勤務など非正規雇用労働者の事例やシステムエンジニアなどIT関連職や医師の過労死も注目されている。

（疾病と生死）

脳血管疾患では、くも膜下出血、脳出血、脳梗塞の順に多い。心疾患では、心室細動などによる心臓性突然死、心筋梗塞の順に多く、その他大動脈瘤剥離がある。被災者の8割近くが発症24時間内の死亡、

いわゆる突然死（死後発見を含む）であるが、半身麻痺などの後遺症を残して生存する例も約1割にみられる。

（発症前の過重労働）

被災者のほぼ3分の2が、週60時間以上、月50時間以上の残業及び所定休日の半分以上の出勤などの長時間労働をほぼ日常業務としている。また、こうした長時間労働では、過大ノルマや仕事の過重責任などの精神的ストレス、深夜勤務や長距離運転、人手不足などの身体ストレスが複合している場合が多い。

過労死の労災認定基準

過労死の労災認定基準は、61年の制定以降、数回にわたって改訂されている。当初の基準は、発症当日もしくは24時間内の「災害的出来事」の存在」を要件としていたが、肉体労働から精神・神経労働への労働態様の変化とともに実態に合わなくなり、87年に「発症前1週間内の過重負荷の存在」を認定基準に追加した。しかし、業務上認定される事例は逆に減少し、96年にも「心臓性突然死」を病名に加えるなどの改訂をおこなったが、認定件数は90年代半ばまでは毎年30件程度、その後も80件程度に終始し、認定行政への批判から行政裁判で勝訴する事例が増加した。そして、99年には最高裁が旧労働省の認定基準の問題点を批判したことから01年12月、長時間労働による疲労蓄積を認める抜本改定がおこなわれた。

現在の「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」（基発1063通達）は以下のようなものである。

1. 疾病：脳血管疾患では、脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症。虚血性心疾患等では、一次性心停止、狭心症、心筋梗塞症、解離性大動脈瘤などをあげ、一次性心停止には、前述の心室細動をきたす疾患としてWPW症候群やブ

ルカタ病などがあげられている。

2. 業務上認定要件：①長期間の過重業務では、恒常的な長時間労働等の負荷が作用した場合は、「疲労の蓄積」が生じ、その結果として、脳・心臓疾患を発症させるおそれがあるとし、i) 発症前1か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね45時間を超える時間外労働が認められない場合は、業務と発症との関連性は弱いが、45時間を超えて長くなるほど発症との関連性が徐々に強まると評価できる。ii) 発症前1か月間におおむね100時間又は発症2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務との関連性が強いと評価できる。

②発症直前に極度の緊張、興奮、恐怖、驚がく等の精神的負荷、もしくは緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的又は予測困難な異常な事態が存在すること、もしくは急激で著しい作業環境の変化が認められること。

③発症前の業務の過重性では、労働時間だけでなく、不規則勤務、長時間の拘束勤務、出張の多い業務、交替制・深夜勤務、温度環境・騒音・時差などの作業環境、精神的緊張をとまなう業務などに着目して判断することが求められている。

精神疾患の認定基準

99年の旧労働省の「心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針」では以下のように述べている。

1. 業務による心理的負荷、業務以外の心理的負荷、及び個体側要因（精神疾患の既往歴等）を評価し、これらと発病した精神障害との関連を総合的に判断する。

2. 判断要件は、①該当する精神障害であること、②発病前6か月間に、発病に関与する業務上の強い心理的負荷が客観的に認められること、③業務以外の心理的負荷や個体側要因によって発病

したとは認められないこと、

3. 業務による心理的負荷の評価は、①発病前6カ月の発病に関与する出来事存在、及びその出来事(イベント)に伴う変化を「職場における心理的評価表」でおこなう。「出来事に伴う変化」は、仕事の量、質、責任、職場の人的・物的環境、支援・協力体制等のほか、恒常的な長時間労働が精神障害発病の準備状態を形成する要因になる可能性が高いことを考慮する。②判断は、i) 総合評価が「強」の場合とし、具体的には、ii) 出来事の心理的負荷が強度「Ⅲ」で、出来事に伴う変化が「相当程度過重」の場合、iii) 出来事の心理的負荷が強度「Ⅱ」で、出来事に伴う変化が「特に過重」な場合、などとする。③「生死にかかわる事故への遭遇等心理的負荷が極度のもの」、「業務上の傷病により療養中の者の極度の苦痛等病状の急変」「生理的に必要な最小限度の睡眠時間を確保できないほどの長時間労働」などの特別な状況の場合の総合評価は「強」とする。
4. 業務以外の心理的負荷の評価は、「業務以外の心理的負荷評価表」によっておこない、出来事の心理的負荷が強度「Ⅲ」の場合は、内容を調査して精神障害を発病させる程度のものか否かを検討する。また個体側の心理面の反応性、脆弱性では、①精神障害の既往歴、②生活史(社会適応状況)、③アルコール等依存状況、④性格傾向などによって評価する。
5. 業務上の判断は、①業務による心理的負荷以外には特段の心理的負荷、個体側要因がなく、業務上の心理的負荷の総合評価が「強」である場合。②業務による心理的負荷の総合評価が「強」で、業務以外の心理的負荷や個体側要因が認められる場合は、イ. 業務以外の心理的負荷が極端に大きくない場合、ロ. 個体側に顕著な問題がない場合、などを業務上とする。なお、精神疾患の認定基準は、あいまいで客観性に乏しい反面、他方で、個人の精神や身体の脆弱性

を強調することで業務外とする傾向が大きいとの指摘がある。

最近の過労死の労災認定件数

過労死の労災申請件数は、07年で931件で、03年に比較して約200件増加している。また、精神疾患の申請件数は、07年には952件と初めて900件を超え、03年と比較して2倍以上に増加し、過労死の申請件数を上回った。ただ、精神疾患のうち、自殺の申請件数は07年で164件であり、03年と比べても51件の増加に留まっている。

これに対して、過労死の業務上認定件数は07年は356件で、決定件数(その年度に処理した件数)に対する救済率は45.8%に留まり、この割合はここ5年間ほぼ同様である。また、精神疾患の07年の認定件数は268件であり、救済率は33.0%とここ数年30%台に留まり、過労死の救済率より約10%低い。このうち、自殺の認定件数は、06年66件、07年81件とやや増加しており、救済率も03年当時の30%台から40%台になっている。

過労死予防を目的とした国の対策

過労死の労災認定基準の改定にともなって、厚生労働省は02年2月、過労死予防の最も重要な対策を長時間残業の削減と位置づけ、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」通達を出した。そして、過労死の労災認定基準を踏まえて、

1. 月に45時間を超えて時間外労働をおこなっている労働者の健康診断と事後措置の確実な実施。
2. 月に100時間を超えて時間外労働をおこなっている場合、もしくは2カ月間ないし6カ月間にわたって1カ月あたり80時間を超える時間外労働をおこなっている労働者への産業医による保健指導や助言指導の強化。
3. 過労死などの業務上疾病を発生させた事業所

での原因究明と再発防止措置の徹底。

などの通達を出している。また、過労死防止のための保健対策のなかには、高血圧、糖尿病、高脂血症、肥満の所見を同時に有するいわゆるカルテット症候群患者に、精密検査費用を労災保険から給付する制度なども創設した。

さらに、長時間労働の多くを占めるサービス（賃金不払い）残業を根絶するため、匿名の告発があっても違法企業への立ち入り調査をおこなうなど積極的な対応をおこなうようになった。実際、違法なサービス残業を強いた結果、不払い賃金の是正勧告を受ける企業は多く、その支払総額は、7000社以上、金額で1千億円を超えている。そして、産業保健活動でのもうひとつの課題であるメンタルヘルス対策の指針と合わせて、06年度は「過重労働対策」を盛り込んだ労働安全衛生法の改正をおこない、月残業時間が100時間を超える労働者が希望した場合には、産業医は保健にかかわる面接指導を実施するとともに、申し出がない労働者でも面接指導の勧告をすることになっている。

今後の課題

過労死の発症モデルは、Karasekらが提唱するwork characteristic modelとの関連がしばしば議論される。Karasekモデルは、D (Demand) -C (Control) modelともいわれ、仕事の要求度が高いグループは低い群に比し、また、裁量の自由度の低い群は高い群に比較して、虚血性心疾患徴候の発症率が高いこと、仕事の支援度 (social support)を加えた場合は、裁量の自由度にかかわらず、要求度が高く、かつ低い支援度の群に虚血性心疾患の発症率が高

いとしている。このモデルは、過労死事例にもよく適合しており、著者らは、D-C Model プラス長時間労働が「過労死モデル」であり、わが国の過重労働の特徴と考えている。なお、過労死の予防では、日本産業衛生学会の循環器疾患の作業関連要因検討委員会が、95年と98年の2回にわたって「職場の循環器疾患とその対策」を公表している。提言では、労働条件・労働環境の改善を通じた対策と労働者の健康づくりの支援をあげ、労働者の健康に有害な作業環境、作業内容、労働時間、労働組織の改善を使用者の責務とするとともに、中小企業での予防活動を支援するための法整備の必要性を強調している。また、長時間労働の改善と制限、夜勤労働の改善と制限、仕事のストレス緩和対策の3つをあげ、長時間労働対策では、①月50時間以上の残業、週60時間以上の長時間労働の原則禁止、②行政指導や啓蒙活動を通じてサービス残業をなくしていく社会的コンセンサスの確立、③バス、ハイタク、長距離トラックなどの長時間労働が常態の職種での時間外労働の禁止、(ハ)救急、警察、保安業務などでのやむを得ない時間外労働での代替え休日や時間の保証、(ニ)休日労働での代休の確実な保証と休日の買い上げ行為の禁止、などを提言している。■

《参考文献》

- 1) 上畑鉄之丞、過労死、医学のあゆみ、1989;150:33
- 2) 上畑鉄之丞、何類、いわゆる過労死の背景、総合臨床、1991: 40 (6), 1024-1026
- 3) 上畑鉄之丞、過労死の労災認定基準改訂と予防対策、公衆衛生、2002;66:837-842
- 4) 日本産業衛生学会、循環器疾患の作業関連要因検討委員会報告、産衛誌、1999;41:A9-14