

過労死について

寶珠山 務

産業医科大学産業生態科学研究所環境疫学教室

(平成15年1月29日受付)

要旨：「過労死」が社会に登場して、既に20年以上が経過した。平成13年に出された認定基準では、発症から最大6カ月前までの業務が考慮され、さらに、1カ月間の残業時間が100時間を超えるか否かが重要になるなどの変更が加えられた。その後、平成14年には厚生労働省より初めての「過重労働による健康障害防止のための総合対策」が発表され、毎月の残業が45時間を超えないように注意を呼びかけるとともに、100時間以上の残業実態のあった場合は、該当労働者に産業医の保健指導を課したり、事業主に勤務状況を確認させる等のいくつかの具体的施策が掲げられた。これまでの「過労死」関連政策が主として労災認定基準の改正による被災者救済措置であったのに対し、今回のそれは公衆衛生的に疾病事象予防を目的とした点が特筆され、その効果が注目されている。近年では、これまでの日本の企業の特徴であった終身雇用制や年功序列による昇進制度などは少なくなっており、労働者自身もQOLや生活時間のゆとりを重視するなど、働くことそのものに生きがいを感じていたり、また、労働態様と健康障害についての研究がさらに進展することで、新たなエビデンスが提供されることが望まれる。

(日職災医誌, 51: 103—108, 2003)

—キーワード—

過重労働, 労災, 労働時間

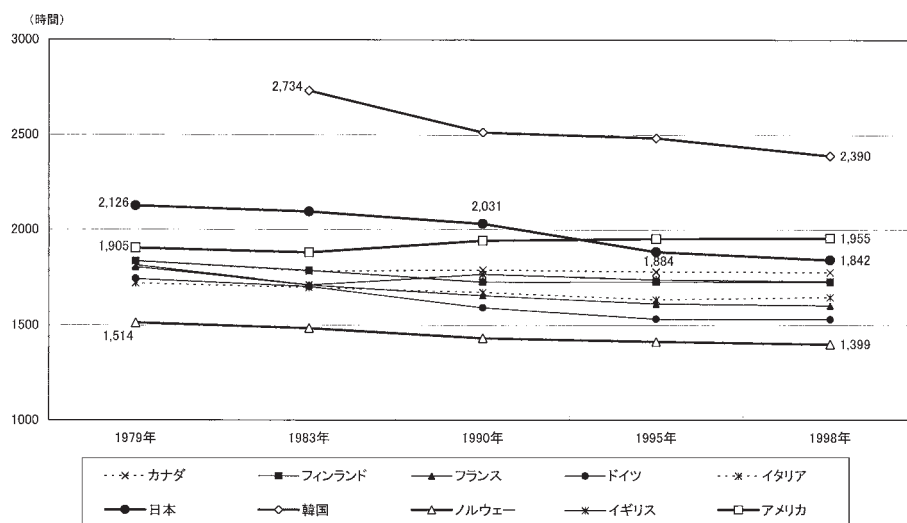
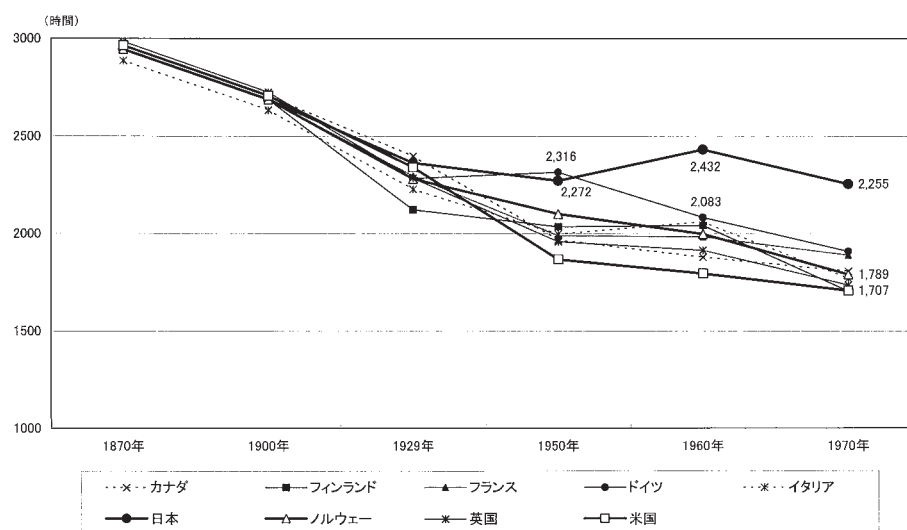
はじめに

日本経済が安定成長期にあった1970年代後半から80年代前半に、当時のわが国の平均経済成長率は3.8%とOECD平均2.3%を大きく上回り¹⁾、労働時間は年間2,100時間前後を推移していた(図1a)²⁾。精力的に働いていた労働者のうち、虚血性心疾患や脳血管疾患を発症したものが散見されるようになり、労働負荷とその発症との間に因果関係が強く考えられたものは、労災として認定され、「過労死」と呼ばれるようになった³⁾。

1980年代初頭にこの「過労死」の概念が使われると、速やかに社会への浸透していった。国内はもちろん、国際的にも広い認知度を誇った⁴⁾。近年、「過労死」の認定基準は緩和され、平成14年2月には、厚生労働省から過重労働による健康障害予防政策が発表された⁵⁾。本稿では、「過労死」問題の変遷を述べ、その科学的な知見や新たな予防対策の意義や現状評価を行うとともに今後の課題を考えてみたい。

過労死の背景

確かに、わが国の労働時間は上述のように欧米諸国よりも多い時期があったが、さらに時代をさかのぼってみると、戦前までは欧米との間にほとんど差がなかったことが分る(図1b)²⁾。1870年にはわが国も含めて年間2,900時間前後であり、以後、一致して各国で漸減している。その変化がばらついたのは、第二次大戦直後の1950年であり、日本とドイツのみ減少傾向が鈍った。ところが、1960年にはドイツが周囲と足並みを揃えていた(2,083時間)のに対し、わが国では逆に2,432時間に増加し、欧米諸国との差がさらに拡大した。この格差の社会的背景については、わが国の終身雇用制度、日本人特有の会社組織への忠誠心や集産主義的思考などのほか、西欧諸国との福祉制度や女性労働人口の違いなども指摘されている²⁾。その後、1980年以降、わが国における「過労死」についての社会的関心は、マスコミの影響⁶⁾もあって急速に高まっていった。なお、年間労働時間については、1990年代に入ると2,000時間を下回り、米国よりも少なくなった。また、韓国では1998年に2,390時間と高い水準にあるが、労働者の長時間労働に

図1a OECD加盟10カ国の年間平均労働時間の推移, 1979—98年²⁾図1b OECD加盟9カ国の年間平均労働時間の推移, 1870—1970年²⁾

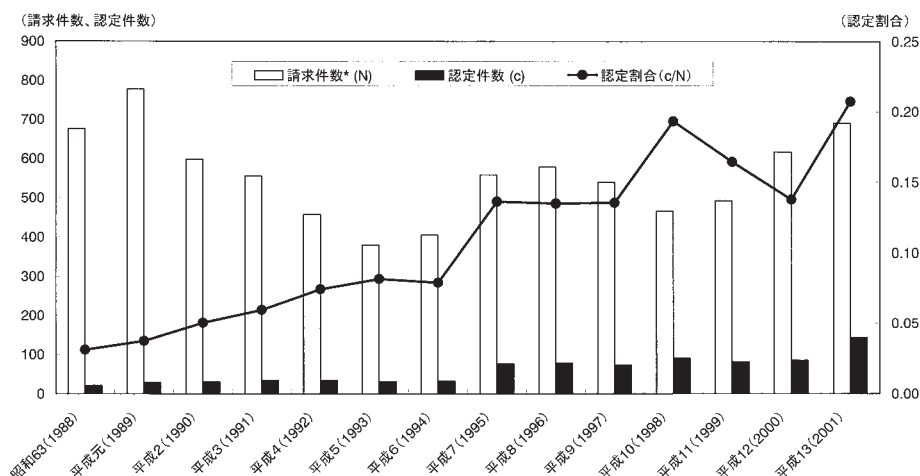
による健康影響が懸念されている^{7)~9)}。

過労死の労災認定

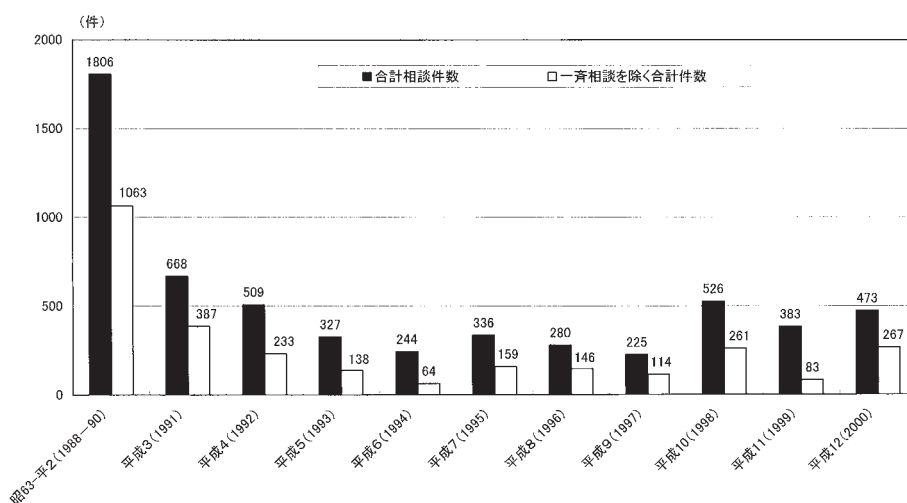
「過労死」の提唱者である上畑鉄之丞氏によれば、その定義は「過重労働が誘因となって高血圧や動脈硬化が悪化し、脳出血、クモ膜下出血、脳梗塞などの脳血管疾患や心筋梗塞などの虚血性心疾患などを発症し、永久的労働不能や死亡に至った状態」とされている¹⁰⁾。その意味するところは、「過重労働による死亡」であり、「過労による死亡」ではない。一見すると後者が正しいように思えるが、「労働に起因した疲労から発したもの」であり、一般的な疲労によるものとは区別されるべきである。また、「過労死」の英訳は「Death due to overwork」であって、「Death due to over-fatigue」ではない。なお、後述の労災認定では、「過労死」という表現も上畑の定義もどちらも用いられていないが、その代わりに「脳・

心疾患」、「脳卒中、急性心臓死」、「脳血管疾患、心臓疾患」などと表記されていることに留意するべきである。

脳・心疾患の労災認定については、馬杉が経緯やその手続き、認定の際に重要視される業務過重性などを詳述している¹¹⁾。要約すると、昭和36年に出された脳卒中、急性心臓死の業務上外認定基準が、高度成長期以降の「過労死」問題に対応しうよう昭和62年および平成7年に改訂され、その間に、業務上外の判断の対象となる期間は「発症直前及び当日のみ（昭和36年）」であったものが、「発症直前から1週間（昭和62年）」を経て、「発症1週間よりも前も含む（平成7年）」へと変化した。また、業務過重性の評価については、昭和36年の認定基準には含まれていなかったが、昭和62年に「日常業務に比較して特に過重な業務とは、通常の所定の業務内容等に比較して特に過重な精神的、肉体的負荷を生じさせた」と客観的に認められる業務」とその有無が判断の対

図2 脳・心疾患の労災申請件数と認定件数（1988—2001年）¹⁴⁾

*昭和63～平成9年度までは、別表1の2第1および9号の申請件数の合計数を示す。

図3 過労死110番全国ネットへの相談件数の推移（1988—2000年）¹⁵⁾

象となり、さらに平成7年には「業務の質及び年齢・経験等を考慮する」とされ、そこでは「継続的な心理的負荷（ストレス）」にも言及された。

ここで、業務上外認定とは、「労働者が被災した疾病が、労働基準法施行規則別表第1の2に示された第1号から第9号の業務上疾病に該当するか否かの判断を下すこと」、また、認定基準とは、「業務上外認定を下すために、厚生労働省労働基準局長からの行政通達に明示される行政機関の内部基準」を、それぞれ意味する¹²⁾。

その後、脳・心疾患の労災認定基準は、平成8年の「対象疾病への不整脈による突然死等の追加」を経て、平成13年の改訂で「発症から最長6カ月前までさかのぼった業務」までが考慮され、「発症前の1カ月間で100時間を超えるか、または発症前の2～6カ月間でおおむね80時間を超える時間外労働が認められた場合は、業務と発症との関連性が強いと判断する」ように変更された¹³⁾。

ここ数年来、「過労死」の労災認定件数は増加傾向にあり、請求件数に対する認定件数の割合は平成7年度に10%を超え、平成13年度では20.7%に達した（平成14年5月現在、図2）¹⁴⁾。その理由には、申請件数の増加（図3）¹⁵⁾の他に、上述の業務上認定基準の改正があると思われる。また、平成13年の認定基準の改正により、今後もさらに認定件数が増加することが予想される。

こうした「過労死」認定基準の改正や後述の「過労死」予防対策の公表が相次いでなされたことは、平成12年3月の長時間労働と自殺の因果関係が最高裁で判決された「電通事件」と関連が深いとされている¹⁶⁾。これ以後、企業側の従業員の心身の健康管理を含めた「安全配慮義務」がより強く求められているといえよう。

過労死の予防対策と今後の方向

平成14年2月、厚生労働省より「過重労働による健康障害防止のための総合対策」が発表された。そこでは、

全ての労働者に毎月の残業が健康障害のほぼ生じない45時間を超えないよう呼びかけているが、もしそれを超えた場合には、すなわち100時間以上、80～100時間未満、45～80時間未満の場合に応じて、該当労働者に産業医の保健指導を課したり、事業主に勤務状況を確認させる等のいくつかの具体的対策が掲げられた⁵⁾。これまでの「過労死」関連政策が主として労災認定基準の緩和による被災者救済措置であったのに対し、今回のそれは公衆衛生的に疾病事象予防を目的とした点が特筆される。和田は、「長時間労働が心血管疾患に影響を及ぼす要因として、睡眠不足と疲労の蓄積に寄与するところが大きい」とし、これを平均的な労働者の生活時間シミュレーションの結果を用いて解説した¹⁷⁾。すなわち、1日24時間から基本労働時間8時間とおおよそ必要な生活時間6時間を差し引いた10時間について、睡眠と残業とに振り分ける配分に着目すべきであるとしている。ここで、残業が1日2時間である場合、ひと月の残業時間は約40時間で、毎日の睡眠に8時間を充てられ、疲労の蓄積は少ない(図4a)が、残業が1日5時間になった場合では、ひと月の残業時間数は100時間となり、睡眠時間は5時間となって、かなりの疲労が蓄積される(図4b)とされている。

確かに、過重労働や長時間労働の健康障害について否定はできないものの、量反応関係の立証や閾値の設定などに関する科学的エビデンスは、従来までに必ずしも十分に得られているとはいえない。筆者らが行ったわが国の突然死の症例対照研究では、高血圧の有無が有意に関連していたものの、死亡直前の労働時間の増加とは関連が見られなかった¹⁸⁾。他方で、わが国の労働者の心筋梗塞に関する症例対照研究では、その発症リスクと発症直前の平均労働時間の間にU字型の関係があったとする報告もある¹⁹⁾。

近年では、これまでの日本の企業の特徴であった終身

雇用制や年功序列による昇進制度などは少なくなっており、労働者自身もQOLや生活時間のゆとりを重視するなど、働くことそのものに生きがいを感じていたとされるわが国のかつての労働観が変わりつつある。また、日本は1919年の第1号条約(工業的企業における労働時間を1日8時間且1週48時間に制限する条約)をはじめとする労働時間関連のILO(国際労働機関)条約を米国と並びほとんど批准していない(表1)^{20, 21)}。ちなみに、ILOが設定する国際労働基準の二つの形式が条約と勧告であり、2003年1月現在で前者の数は184、後者の数は194で、わが国はこのうち46の条約を批准している。必ずしも、国内法がILO条約よりも高度の水準を維持していることもあり得るため、一義的にそれを批准すべきということではないが、それを参考に、国内の法律や慣行を見直すことの意義は決して小さくない²²⁾。

今後、過重労働の健康障害防止策が普及し、また、労働態様と健康障害についての研究がさらに進展することで、新たなエビデンスが提供されることが望まれる。

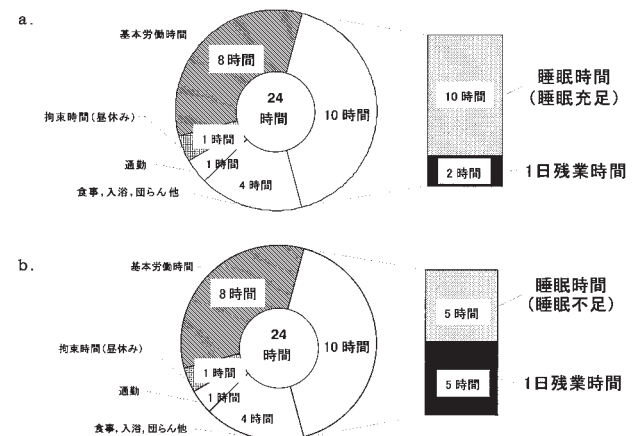


図4 過重労働の健康障害防止策における24時間の配分 (a: 通常の場合, b: 長時間残業の場合. 和田¹⁷⁾より改変.)

表1 労働時間関連のILO条約*の批准状況** (20, 21)

	条約番号 (採択年)									
	第1号 (1919年)	第14号 (1921年)	第30号 (1930年)	第47号 (1935年)	第52号 (1936年)	第106号 (1957年)	第132号 (1970年)	第140号 (1974年)	第153号 (1979年)	第171号 (1990年)
カナダ	'35	'35	—	—	—	—	—	—	—	—
フィンランド	—	'23	'36	'89	'49	—	'90	'92	—	—
フランス	'27	'26	—	—	'39	'71	—	'75	—	—
ドイツ	—	—	—	—	—	—	'75	'76	—	—
イタリア	'24	'24	—	—	'52	'63	'81	—	—	—
日本	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
韓国	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ノルウェー	—	'37	'53	'79	—	—	'73	—	—	—
イギリス	—	—	—	—	—	—	—	'75	—	—
アメリカ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*条約の略称: 第1号「労働時間(工業)」、第14号「週休(工業)」、第30号「労働時間(商業・事務所)」、第47号「週40時間制」、第52号「有給休暇」、第106号「週休(商業・事務所)」、第132号「有給休暇(改正)」、第140号「有給教育休暇」、第153号「労働時間・休息時間(路面運送)」、第171号「夜業」。

**数字は、批准年を示し、「—」は未批准であることを示す。2003年1月現在での条約数は184で、日本はこのうちの46を批准している。

おわりに

以上、わが国の「過労死」問題の変遷、予防対策から期待される効果などを述べた。これまでのところ、その発生率や、過重労働の健康障害の普遍的関係など、本質的な事実はまだ明らかにされていない。ぜひ、疫学的な観察研究や介入研究が実施され、本問題への有効な解決策として活用されることを期待したい。

文 献

- 1) Bosch G, Dawkins P, Michon F : Times are changing: Working time in 14 industrialised countries. International Institute for Labour Studies, Geneva 1994. pp 1—45, pp 213—228.
- 2) Evans JM, Lippoldt DC, Marianna P : Trends in working hours in OECD countries. Labour market and social policy-occasional papers No. 45. OECD, 2001 ([http://www.oilis.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/LINKTO/DEELSA-ELSA-WD\(2000\)6](http://www.oilis.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/LINKTO/DEELSA-ELSA-WD(2000)6))
- 3) 上畑鉄之丞：過労死の研究。東京，日本プランニングセンター，1993，pp 16—25.
- 4) TIME : Coming to Grips with Karoshi. The Japanese try to set limits on their stressful work ethic. 139(5), January 30 : 50, 1989.
- 5) 厚生労働省労働基準局監督課労働衛生課：過重労働になっていませんか？過重労働による健康障害を防止するために。東京，労働調査会，2002，pp 29—73.
- 6) 戸田 孝：いわゆる過労死について。日本医事新報 No. 3491(平成3. 3. 23) : 61—63, 1991.
- 7) Park J, Cho YS, Yi KH, et al : Unexpected Natural Death among Korean Workers. J Occup Health 41 : 238—243, 1999.
- 8) Park J, Kim Y, Cho Y, et al : Regular overtime and cardiovascular functions. Ind Health 39 : 244—249, 2001.
- 9) Park J, Kim Y, Chung HK, Hisanaga N : Long working hours and subjective fatigue symptoms. Ind Health 39 : 250—254, 2001.
- 10) 川人 博：過労死とその背景。過労死弁護団全国連絡会議編。KAROSHI [過労死] 国際版。東京，窓社，1990，pp 4—12.
- 11) 馬杉則彦：脳・心疾患における労災認定補償の問題点。日職災医誌 48 : 203—208, 2000.
- 12) 労働省労働基準局補償課：脳・心臓疾患の労災認定 認定基準の解説と業務上・外認定事例。東京，労働法令協会，1991，pp 1—381.
- 13) 厚生労働省労働基準局補償課：労災認定早わかり 平成14年改訂版。東京，三信図書，2002，pp 466—504.
- 14) 厚生労働省労働基準局労災補償部補償課：脳・心臓疾患の労災補償状況等について，2002. (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/05/h0522-2.html>)
- 15) 過労死弁護団全国連絡会議：過労死110番全国ネット。全国集計の相談内容結果，2002. (<http://www.bekkoame.or.jp/i/karoshi/>)
- 16) 水野雅文：「うつ」も労災 会社の責任問う判例が相次ぐ時代。AERA臨時増刊職場のうつ。東京，朝日新聞社，2002，No. 44 10/20号 : pp 63—68.
- 17) 和田 攻：労働と心臓疾患—“過労死”のリスク要因とその対策—。産業医学レビュー 14(4) : 183—213, 2002.
- 18) Hoshuyama T, Saeki S, Takahashi K, Okubo T : A Matched Case-Control Study on Sudden Unexpected Death among Japanese Workers. J Epidemiol 3 : 29—34, 1993.
- 19) Sokejima S, Kagamimori S : Working hours as a risk factor for myocardial infarction in Japan : case-control study. BMJ 317 : 775—780, 1998.
- 20) 柳川和夫，吾郷眞一：ILOのあらまし—活動と組織・主な条約と勧告—。東京，(財)日本ILO協会，2002，pp 19—27，pp 53—115.
- 21) ILOLEX : Database of ILO standards. 2002. (<http://www.ilo.org/ilolex/index.htm>)
- 22) 高橋 謙，大久保利晃：安全衛生関連のILO条件と日本の批准状況。産衛誌 37 : 237—243, 1995.

(原稿受付 平成15. 1. 29)

別刷請求先 〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1
産業医科大学産業生態科学研究所環境疫学教室
寶珠山 務

Reprint request:

Tsutomu Hoshuyama

Department of Environmental Epidemiology, Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational and Environmental Health, Japan

KAROSHI: CURRENT STATUS AND FUTURE APPROACH

Tsutomu HOSHUYAMA

Department of Environmental Epidemiology, Institute of Industrial Ecological Sciences,
University of Occupational and Environmental Health, Japan

Karoshi, i.e., death due to overwork, has been of social concern in Japan for more than 20 years. In the new criteria for compensation, or *nintei-kijun*, set in 2001, some points were modified. The period for determining whether an individual is a victim of overwork has been extended to a maximum of six months, and administrative guidance will be given in cases where overtime work exceeds 100 hours per month before the onset. In 2002, the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare provided countermeasures for prevention of *karoshi* for all employees stating that they should not work more than 45 hours per month overtime and that government intervention in the form of administrative guidance to those employees and their employers should be taken if overtime exceeds 100 hours per month. This was the first countermeasure for prevention of *karoshi*, not a remedy for the victims just as seen in the previous policies, thus much attention is being paid to the social impact of such measures. Recently in Japan, the cultural view of working has been changing somewhat in that employers tend to attach less importance on the life-time employment system or the seniority wage system, and that the employees set a value to leisure or spare time, i.e., *yoka*, and their quality of life more than was the case previously. In the future, the dissemination of preventive countermeasures and further investigations on workload and health effects will provide scientific evidence for the policy making for *karoshi*.
