

精神医学から見た日本の過労自殺対策と過労死防止法

天竺 崇さん（代々木病院精神科医師）

「過重労働による健康障害と労働時間規制」というシンポジウムテーマに沿って、精神科医である私からは精神医学的視点から発言したいと思います。30分の発言時間をいただいておりますが、なるべくコンパクトに発言させていただきます。日本の状況は、会場のみなさんもお存知だと思います。その分、韓国、フランスの様子をお聞きできればと思います。

「精神医学から見た日本の過労自殺対策と過労死防止法」として、これから話すあらすじを述べます。1990年代後半から、わが国では年間自殺者数が3万人を超えるとともに、労働関連自殺、いわゆる過労自殺が社会問題化しました。「電通過労自殺裁判」は、ご遺族であるお父様と代理人弁護士とか提訴したものでしたが、原告勝訴の結果は労働衛生行政の動きを加速させました。過労自殺は、過労死と違い、長時間過重労働だけで生じるわけではありません。その予防対策がこのシンポジウムのテーマの一つです。ですから、予防対策の基本的な考え方を紹介します。その上で、現代の労働現場に見られやすい労働ストレス要因とうつ病に関する医学研究をいくつか紹介します。過労死と違って、過労自殺では長時間労働とうつ病の関係に、実は一貫性が得られなかったのですけれども、それはなぜか。自分たちの研究がひとつの回答を出していますので、紹介します。過労自殺対策の一つとして、労働安全衛生法の改正により、長時間労働者面接が今や全事業所で実施されることが義務づけられています。さらに2015年には過労死防止法が策定されるとともに、労働安全衛生法が改正されて、2015年12月からストレスチェック制度が義務化されました。与党によって高度プロフェッショナル制度というホワイトカラーエグゼンプションが2016年4月での導入が目論まれていましたが見送りとなり、代わって長時間労働規制法案が野党4党により衆議院に提出されています。労働時間規制については、我が国では綱引き状態が続いています。以上のあらすじに沿ってこれから発言していきたいと思えます。

これはよく日本では見られるグラフですけれども、1998年から14年間、年間自殺者数3万人時代が続いていました。2006年に自殺対策基本法が成立し、6年経って以降、3万人を切って減少中です。しかし、勤務問題を原因とする、あるいは動機とする自殺はほとんど横ばいのままです。最新データでは、2014年の年間2227人となっています。

仕事が原因で精神疾患に罹ったり、自殺したりした場合、労働基準監督署に労災補償を求めます。労基署に労災と認められなかった場合、行政訴訟を提訴することもできます。会社の安全配慮義務違反を訴え、民事訴訟裁判を提訴することもできます。以上が、日本の補償システムです。

これは民事訴訟でしたが、2000年3月に、いわゆる電通過労自殺最高裁判決が出され、この会場におられる川人博弁護士もこのスライドの写真に写っておられますけれども、判決翌日に英字新聞も含んで、新聞各紙の1面トップで判決結果が報じられました。1998年の高裁判決では、本人の性格ならびに家族にも責任の一端があると過失相殺がありました。最高裁判決はいずれも棄却した画期的なものでした。その内容だけでなく、高裁に差し戻され最終的に会社にご遺族に1億6千万円という1億円を超える高額を支払うという労働裁判史上歴史的な訴訟でした。

この事案が労働行政にも衝撃的なインパクトを与えたと思います。大きなものでは、2000年に「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」が、厚生労働省から発出され、2006年4月には労働安全衛生法が改正されて、長時間労働者面接が義務化されました。同時に、衛生委員会の付議事項に過重労働とメンタルヘルス対策の樹立が新設されました。

この会場におられる電通最高裁訴訟の代理人をつとめた川人博弁護士が、その著書で「過労自殺」を定義されています。「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現れである。」と。そして、予防は過労死の予防と自殺の予防の両面から行う、としています。

一方、WHO/ILOは、労働関連疾病という概念を打ち出しています。過労だけが原因であるかのような勘違いを産みにくい点からも、社会医学的には労働関連自殺とするのが有用かもしれません。

しかし、以下、本発表では、WHO/ILOの労働関連疾病の一つとしての労働関連自殺を、過労自殺と呼んで報告させていただきます。

これは電通最高裁判決のあった2000年以降から今日までの精神障害の労災申請件数、それが青の棒グラフ、その決定件数、これは赤の棒グラフで示しています。また、自殺の労災申請件数、これは黄緑の棒グラフ、それと労災支給決定件数、紫の棒グラフで示しています。警察庁の統計では、2014年の「勤務問題」を原因・動機とする自殺が2227件でした。この同じ年の2014年の自殺の労災申請件数は213件で、決定件数が99人でしたから、「勤務問題」自殺の1割が労災申請し、4%が労災認定されているとも言えます。労災統計は氷山の一角であるということが示唆されます。

これは右が過労死の労災認定件数と月間時間外労働時間を示しています。時間外労働時間が 60 時間未満では 1 件も認定されていません。一方、左の過労自殺では 3 割程度が 60 時間未満でありながら認定されています。

確かに長時間労働に限らない労働ストレスが原因となったとして、精神障害の労災が認められています。支給決定された 497 件のうち、悲惨な事故や災害の体験、目撃をした、72 件。ひどい嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた。これはハラスメントと言っていいと思いますけれども、69 件。仕事内容・仕事量の大きな変化を生じさせる出来事があった、50 件。重度の病気やケガをした、43 件、などとなっています。過労自殺対策は、長時間労働規制だけでなく、こうした様々な労働ストレス要因対策が必要であるということが示唆されます。

例えば長時間労働と自殺の因果関係を検討する際、式 1 で求められる相対リスクというのが、長時間労働と自殺の因果関係の大きさを示しています。このスライドの例の場合、長時間労働は、そうでない場合にくらべて 2 倍、自殺しやすくなるということが出来ます。この相対リスク、**Relative Risk** ということでも **RR** という値をつかって、式 2 で求められる曝露者寄与割合、これは長時間労働が自殺の真の原因の、この例の場合 50% であるということを示しています。職場における自殺予防を講じる際、長時間労働を予防対策のターゲットにするとしたら、この式 3 で求められる人口寄与割合が重要です。このスライドの例の場合、長時間労働規制などによって長時間労働を無くすことができれば、職場から発生する自殺の 17% を減らせるというふうに推定できます。

これは今述べた各指標について、もう少しきちっとまとめたものですので、ご参照ください。

過労自殺を労働時間規制でどれくらい減らせるか。長時間労働者が、これ、そういう要因保有割合ということで、長時間労働者が職場にいったい、あるいは国民にいったい何% いるのかというのを、実態調査、より広く言えば社会調査で知る必要があるわけです。そして疫学研究、あるいは医学研究で解明される、先ほど述べた因果関係の大きさを示す相対リスク、これが事前にわかっているならば、その要因に対する取り組みをすることで、どれくらい職場で発生する健康被害を減らすことができるかを知ることが出来ます。この人口寄与割合の式を見ていただきますと、因果関係が強いほど、その要因が広がっているほど、あるいは職場に多いほど、それからその要因に対して対策が立てやすい、取り組みやすいほど、その要因が重要なターゲットであることがわかります。

我々は 22 事例の過労自殺のケースシリーズ（症例集積）を、英文誌に報告したことがあります。これは結果の一部ですけれども、22 事例の自殺に至る経過をまとめています。自

殺の前にうつ病の発症があり、それ以前に1日労働時間13時間の長時間労働と過重労働とが見られました。これは多数例から導かれた過労自殺に至る仮説です。長時間労働、それから過重労働、仕事の裁量、生活上の出来事といった要因の、まず保有割合を知る必要があります。これらの要因とうつ病発症の因果関係。引き続いて、うつ病と自殺の因果関係。そういった自殺に至る前の要因と、うつ病発症や自殺といった健康障害の関係について、社会調査と疫学研究の到達を、これから概観します。そうすることで有効な過労自殺対策が示唆されてくるはずです。

2012年の「労働者健康状況調査」（厚生労働省）によると、強い不安、悩み、ストレスがある労働者が60.9%。その内訳を見ますと、仕事量の問題、30.3%。職場の人間関係の問題、41.3%。配置転換の問題、8.6%。雇用の安定性の問題、15.5%、などとなっています。

職業上の問題とうつ病発症の因果関係を解明した研究結果を示した表です。職業上のライフイベント、日本語では「生活上の出来事」と訳されますが、それが発生した月のオッズ比が、3.12倍。3ヶ月後では、3.58倍などと解明されています。ですから、「職業上の問題」は、うつ病罹患に対し、中程度の大きさ、ないしは強さの原因となります。

ちょっと細かな表で見にくくて恐縮ですが、仕事の高い要求度、低い裁量度、低い支援度と、うつ状態発症の関係を解明した研究です。左側の表が男性、右側の表が女性の結果です。左側の男性の場合、高い要求度が1.77倍、低い裁量度が1.38倍、低い支援度が1.58倍。そうした仕事に従事していた場合、 $1.77 \times 1.38 \times 1.58$ で、約4倍となって、こうした労働は、うつ状態の発生に対して、中等度から強い原因となることが解明されています。

努力報酬不均衡、英語で言いますと **Effort Reward Imbalance** 略して **ERI** と、メンタル不全や心筋梗塞、従って過労死・過労自殺との因果関係を解明した研究の結果を、堤先生がまとめてくれた表です。この表から、**ERI** は、過労死や過労自殺の中程度から強い原因となることが解明されていることが知れます。

この表は、ハラスメント（職場いじめ）と心臓・血管疾患やうつ病との因果関係を解明した研究の結果です。この研究では2回調査を実施しています。2回のいずれかだけでハラスメントを経験していると答えた「1回」の人は、経験「なし」とした労働者にくらべて2.27倍うつ病にかかりやすくなる。「2回とも」経験している、つまり長期的にハラスメントを経験している労働者は、経験「なし」にくらべて4.81倍うつ病にかかりやすくなることが解明されています。

表で「大うつ病」とあるのは、うつ病のことです。うつ病の自殺に対する相対リスクは、この標準化死亡比 2035 を 100 で割って、およそ 20 倍と推定できます。これは、とても強く大きな原因となることがわかります。

このグラフは、長時間労働の推移を示しています。これによると、日本は近年、横ばいです。今日の 3 カ国ではフランスが一番短く、韓国が一番長いことが示されています。

週 49 時間以上という長時間労働者割合は、一番左の部分が日本ですが、減ってきています。日本の場合、今、22% ぐらいです。しかし男性では相変わらず 30% ぐらいであることが示されています。ここには示していませんが、週 60 時間以上の、超長時間労働者は 1 割程度です。

その長時間労働はうつ病に対して、女性の場合 2.2 倍であることがカナダから報告されています。しかし、1990 年代以降の文献レビューで一貫した関係が無いということが、一貫して指摘されています。

一体、これはなぜでしょうか。

それを解明することが、演者の社会人大学院の研究テーマの一つでした。すでに入手してあったデータを用いて、どうして一貫性がないのか、それを解明しようと試みました。オリジナル調査の 1 は、A 事業所で 218 名の事務職員のデータです。もう一つが販売職員 1160 名のデータです。これらを使って分析した結果がこちらです。

労働時間は左の図のように、直接うつ状態に影響するのではなく、右の図のように要求度、言葉を換えれば過重労働を介してうつ状態の原因になることが示唆されたというのが結果です。

つまり、労働時間とうつ状態やうつ病の関係を検討するときには、先行研究では、左の図のようなモデルで分析してきたために一貫性が得られないが、右のようなモデルにたって分析をすることで、一貫した結果が得られるのではないか。それが、私たちの研究結果であり提案です。日本語では長時間過重労働がうつ病や自殺の原因となる、メンタルに悪い、という言い方がなされてきましたけれども、既存データで分析してみたら、まさにそれが正解だったということになります。

真ん中よりも左側が事務職員の A 事業所。右側が販売職員の B 事業所のデータを使って分析しています。より解釈しやすいようにオッズ比で示しています。この 5 本の棒グラフのうち、それぞれ一番左が低裁量度で、A 事業所では 2.6 倍、B 事業所では 1.8 倍というように、低裁量度はうつ状態に悪いという先行研究の結果と一致しています。その右側にあ

る、それぞれ4本ずつが、非長時間過重労働に対して、長時間過重労働になるほどうつ状態となるリスクが高くなることが示されています。

さらに事務職員のA事業所では、フォローアップ調査も実施していました。そこで1回目の調査で長時間過重労働でなかったものが、1年後に長時間過重労働だと15倍、逆に長時間過重労働だったものが1年後に長時間過重労働でなくなったら0.11倍。その逆数を取って9倍うつになりにくかった。そういう結果も得られました。

これは投稿準備中の結果で、販売職員B事業所のデータから得られたものです。さまざまな労働ストレスの因果的構造がどうなっているかを示しています。みなさんにとってはとても複雑で、目を悩ませるだけかもしれません。できるだけ簡単に説明を試みますと、成果主義的な賃金は長時間労働にする。その長時間労働が努力報酬不均衡（ERI）やハラスメントや要求度の温床になる。『モラル・ハラスメントが人も会社もダメにする』の原著者、フランスのマリー＝フランス イルゴイエンヌさんが、来日講演されたときにおっしゃっていた「要するに、アメリカ型の新自由主義がハラスメントを生む」と。まさにそれに合致するような結果が得られました。ただし、このB事業所で導入されてきていた「日本型の成果主義賃金制度」は裁量度をよくしてくれるので、結果としてこの成果主義賃金制度は臨床的うつにそれほど悪さしないという結果でした。

このスライドの下の表は標準化総合効果を示していますが、努力報酬不均衡の標準化総合効果が、0.299と一番大きいと判明しました。これをなんとかしたいというということで、報酬の構成要素である賃金はすぐには上げられないけれども、社会的報酬に該当する社内の表彰制度を充実させることで、B事業所はメンタルヘルス対策を講じました。

2006年に自殺対策基本法と長時間労働者面接の義務化が策定されました。その6年後から「年間自殺者3万人時代」を克服しつつあると述べました。2014年6月に過労死等防止推進法とストレスチェック制度の義務化が策定されました。

過労死等防止推進法の過労死等の「等」には、例えば過労自殺などが含まれます。この法律は、過労死等が社会にとっても大きな損失であるとし、調査研究を通じて効果的な防止策に活かせるようにすることを基本理念としています。今日、この会場に参加されている過労死を考える家族の会、過労死弁護団、各界の支援者が活発な取り組みを展開し、策定された議員立法です。「過労死等の防止のための対策に関する大綱」の作成にあたっては、家族の会、過労死弁護団から推進協議会に委員として参加し、大綱が作成されました。

ストレスチェック制度は、この図の左側に示されているように、職業性ストレス簡易調査票で、労働者個人の仕事の要求度、裁量度、支援度、職場の人間関係といった労働ストレス要因とストレス状態とを測定し、個人への結果返しを義務化しています。高ストレス

者には労働者の申し出により医師による面接が義務化されています。

図の右側の職場分析は努力義務です。しかし、厚生労働省は推奨しています。このストレスチェック制度の義務化により、長時間労働者面接と相まって、職場の長時間過重労働対策が労働安全衛生法上、整えられたということになります。

長時間労働者面接とストレスチェック制度が十分に機能し、過労死等防止推進法によって他の過労自殺の原因が制御されたとした場合、職場のうつ病の7割、自殺の4割を減らすことも理論上可能です。被雇用者/勤め人から発生する年間7164人の自殺の4割となれば、年間3000人程度の自殺を予防することも可能と推定されます。

本日のシンポジウムのもう一つのテーマである、日本における労働時間規制の特徴について述べます。そもそも日本の労働基準法には、農業・畜産業・管理監督者等の労働時間規制の適用除外があります。36条でかなり弾力的な労働時間制度の運営が可能になっています。厚労省告示で一定期間の延長時間に限度基準を設けていますが、実効性が無いという事実があります。割増賃金率も相対的に低いと言われていています。この10年間で与党はホワイトカラーエグゼンプション法案を2度提案しようとして断念しました。今年の4月には野党4党が長時間労働規制法案を国会に提出しました。もっと根本的にはILOの労働時間関連条約のすべてを、わが国政府は批准していません。わが国の労働時間制度は、綱引き状態が続いている、というのが今日の到達と考えます。

精神医学から見た日本の過労自殺対策と過労防止法というテーマで、私が発言した内容をまとめます。

- ・1990年代後半から社会問題化した、労働者の自殺は、長時間と過重労働という過労だけが原因となるのではないことから、労働関連精神疾患、労働関連自殺と呼ぶ方が有益ではないか。
- ・強いほど、多いほど、取り組みやすいほど重要な予防のターゲットになる。ライフイベント、ジョブ・デマンド・コントロールモデル、ERIモデル、ハラスメントとうつ病についてはある程度うつ病との因果関係が解明されている。
- ・うつ病と自殺の因果関係は十分に確立されている。
- ・長時間労働が過重労働の原因となり、過重労働がうつ病の原因になると考える必要がありそうだ。
- ・要するに長時間過重労働が精神的な健康を壊す。
- ・長時間労働者面接、ストレスチェック制度の義務化が機能すれば、職場から発生するうつ病の7割、自殺の4割を予防することも可能である。
- ・労働時間規制を緩和するのか、強化するのか、もう何年も国会では綱引きが続いています。
- ・2014年に制定された過労死防止法を利用し尽くし、5年後の改定の時期には、さらに抜

本的に改定を図れるよう、本学会には学術的な知見を集積する役割が期待されている。

以上で発言を終わります。ご静聴ありがとうございました。

【司会：脇田さん】

どうもご報告ありがとうございます。ちょっとパワーポイントが残っている間に、特に何か技術的な質問で確認をしたいとか、そういうようなことが、もしありましたら。

【質疑 1】

1点だけ、最後のことがどうしても気になるので、もし後の論者の方も触れた発言ができたらということで、私の問題意識だけを。言うたら最後のところの、長時間労働者の面接、それとストレスチェックの制度の義務化によって予防できるかということについて、私自身は予防できないというふうに思っていますし、いい加減にこの面接指導やストレスチェックから、やめてですね、一次予防の考え方に行かないと転換できない。今年のILOが4月28日の国際安全衛生の日のテーマも、ストレスの予防を集団的にチャレンジということなわけで、ちょっとこれは国際的にも大事な課題だと思うので、一言だけ発言させていただきました。(全国労働安全衛生センター連絡会議・ふるやさん)

【応答：天笠さん】

ストレスチェック制度自体も、そもそもが二次予防だったんですけども、私も発言させていただいたんですが、それが採用、面接マニュアルなどにも採用されたんですけど、一次予防がやっぱり重要だというふうに思っていますし、それが今回義務化された制度の一番の目的とされています。それから長時間労働者面接が有効だったかどうかというのは議論があるんですけども、一部上場企業においては、ちょうどその長時間労働者面接が導入されたあたりから、メンタル不全者が過去3年間で増加しているという割合が確実に減り、しかし横ばいであるというのが確実に増え、全体としては9割を超えて横ばいになっています。増加には一応、歯止めがかかったかなというふうに思っているのですが、せっかくできた制度ですし、時間的な前後関係から、まったく意義がなかったわけではなく、少しは効果があったのではないのでしょうか。ストレスチェック制度についても本当に有効なの、どうなの、という議論が、職場で今起こっています。しかしそのこと自体、制度化される前にはなかったことですので、それをきっかけに一次予防が進んでくれれば良いな、というふうに期待はしています。重要なのは一次予防である、ということにはまったく同意見です。以上です。