

報告論題（タイトル）：過労死、過労自殺対策における産業保健活動の今日的課題

報告者名：江口 尚

所属：産業医科大学産業生態科学研究所産業精神保健学研究室

脳・心臓疾患の労災補償状況では、請求件数は、令和元年度に 936 件に達したが、2021 年度は 753 件であった。また、死亡による請求件数も 2018 年度には 254 件に達したが、2021 年度は 173 件であった。一方で、精神障害の労災補償状況では、請求件数は増加傾向にあり、2021 年度は 2346 件であった。そのうち、自殺による請求件数については、2017 年度は 221 件であったが、2022 年度は 171 件であった。

2014 年に施行された等防止対策推進法では、第 1 条において、過労死等の防止のための対策を推進し、もって過労死等がなく、仕事と生活を調和させ、健康で充実して働き続けることのできる社会の実現に寄与することを目的としている。また、第 2 条において、「過労死等」とは、業務における過重な負荷による脳血管疾患若しくは心臓疾患を原因とする死亡若しくは業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡又はこれらの脳血管疾患若しくは心臓疾患若しくは精神障害をいう、と定義されている。本稿では、過重労働を原因とした脳、心臓疾患による死亡を過労死、仕事が原因で精神障害を発症したことが原因による自殺を過労自殺として記述する。

過労死予防対策は、産業保健活動においては、過重労働対策として進められている。特に脳・心臓疾患を原因とする過労死を予防する上では、産業保健が従来行ってきた生活習慣病予防対策も重要である。長時間にわたる過重な労働は、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられ、さらには、脳・心臓疾患との発症との関連性が強いという医学的知見が得られている。そのような知見に基づいて、2001 年からは、脳血管と心臓の状態を把握するために必要な検査と、その検査結果により栄養指導、運動指導、生活指導が受けられる「労災二次健康診断等給付制度」が始まった。2002 年には「過重労働による健康障害防止のための総合対策」が発出された。同総合対策は、働き方の多様化が進む一方で、長時間労働に伴う健康障害の増加など労働者の生命や生活にかかわる問題が変化することに合わせて、たびたび改訂がなされている。また、「血管病変等を著しく増悪させる業務による脳血管疾患及び虚血性心疾患等による認定基準（脳・心臓疾患の労災認定基準）」については、1961 年に定められて以降、判例を受けて 1987 年、1995 年、1996 年、2001 年、2021 年に改訂されている。「脳・心臓疾患の労災認定基準」では、これまでは、認定要件とされていたが、発症前 1 か月におおむね 100 時間または発症前 2 か月間ないし 6 か月間にわたって、1 か月あたり 80 時間を超える時間外労働が認められる場合とされてきたが、働き方の多様化や職場環境の変化を踏まえて、2021 年の改定では、時間外労働時間が 80 時間を超えない場合であっても、これに近い労働時間であり、一定の労働時間以外の負荷要因（例：休日のない連続勤

務、勤務間インターバルが短い勤務など）が認められた場合は、業務上疾病として認められることとなった。こういったことに加えて、過労死予防につながるような効果的な対策とするためには、産業保健職は、健康診断結果と残業時間から脳・心臓疾患の発症リスクをアセスメントするだけではなく、労働者を取り巻く職場環境を考慮し、上司や人事と連携した介入が求められる。

過労自殺を予防する上で、職場のメンタルヘルス対策は大きな役割を果たしている。職場のメンタルヘルス対策の重要性が認識をされ始めたのは、1997年から1998年にかけて中高年の男性を中心に自殺者が急増したところからである。当時は、都市銀行の一つである北海道拓殖銀行や、四大証券会社と言われた山一證券の倒産、過去最悪の失業率など、金融危機が深刻化し、戦後最悪の不況と言われた時期であった。また、その前後の1996年には過労自殺事案の嚆矢となった加古川労基署事件や、1998年には川人博弁護士が「過労自殺」を発刊するなど、過労自殺への社会的な関心が高まった。このような状況を受けて、1999年には、厚生労働省から「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針について」および「精神障害による自殺の取扱いについて」という二つの行政通達が発出され、過労自殺が業務を原因とする精神障害によって引き起こされ得ることを示していた。2006年に発出された「労働者の心の健康の保持増進のための指針」では、職場のメンタルヘルス対策を進める上での基本的な考え方を示されており、「事業場において、より積極的に心の健康の保持増進を図ることは、労働者とその家族の幸せを確保するとともに、我が国社会の健全な発展という観点からも、非常に重要な課題となっている」と職場のメンタルヘルス対策の重要性が明示された。現在の多くの職場でのメンタルヘルス対策は、この指針をもとに進められている。この指針の中には、メンタルヘルスクアを進める上での産業保健職への役割が記載されており、この役割は、そのまま、職場における過労自殺予防に役立つであろう。年々、職場のメンタルヘルス活動への期待は高度化し、複雑化しており、多職種連携が不可欠であるが、その期待に十分に込えられる産業保健職が十分に確保されていない。

産業保健活動の基本は予防活動である。予防活動には、一次予防、二次予防、三次予防という考え方がある。一次予防とは、職業生活に関連する生活習慣や生活環境の改善や、健康教育による健康増進を図ることである。二次予防とは、発生した疾病や障害を検診などにより早期に発見し、早期に治療や保健指導を行うことにより重症化を予防することである。三次予防とは、発症後、治療の過程において保健指導やリハビリテーション等による機能回復を図ることにより社会復帰を支援し、合わせて再発を予防することである。また、産業保健活動には、作業環境管理、作業管理、健康管理という3管理という考え方がある。作業環境管理とは、作業環境中の有機溶剤や粉じんなど有害因子の状態を把握して、できる限り良好な状態で管理していくことである。作業管理とは、作業時間・作業量・作業方法・作業姿勢などを適正化したり、保護具を着用して労働者への負荷を少なくしたりすることである。健康

管理とは、労働者の健康状態を健康診断で把握して、その結果に基づいて適切な措置や保健指導などを実施し、労働者の健康障害を未然に防ぐことである。産業保健活動における過労死、過労自殺対策は、その原因である、長時間労働や、ストレスの多い職場、各種ハラスメントなどの様々な心理社会的要因を有害因子と位置付け、一次予防から三次予防と、労働衛生の3管理の考え方を組み合わせて進められている。時に、このような枠組みで進められる産業保健活動における「善」が、事業者にとっての「負担」とみなされ、経営課題としての優先順位が低く位置付けられ、結果として過労死、過労自殺予防としても、労働者にとって不利益となることがある。事業者が「負担」と認識するのは、過労死、過労自殺予防対策や産業保健活動の効果が可視化しにくいからであろう。可視化しにくい対策の優先順位は低くなりがちである。近年、健康経営やウェルビーイング経営など、産業保健活動をコストではなく、投資と位置付けることへの関心が高まっている。また、過労死、過労自殺に対する社会的な関心も引き続き高く、過労死や過労自殺の発生は、企業のブランドイメージや採用活動にも大きく影響するようになっている。今後は、過労死、過労自殺対策をこういった社会の動きをうまく取り込んで進めていくことが産業保健活動にも求められるが、産業保健職が、そういった期待に従来の枠組みをベースに積極的に応えていくことが求められる。

産業保健活動において、過労死、過労自殺対策の具体的な活動として、長時間労働者及び高ストレス者に対する医師による面接指導制度がある。これらの面接指導については、本人からの申し出という前提ではあるが、労働安全衛生法で事業者に対してその実施が義務化されている面接である。この二つの医師による面接指導の実施が事業者には義務化されている背景には、過労死や過労自殺の予防がある。社内資源が豊富な大企業では、残業時間が一定に達したり、ストレスチェックによって高ストレス者と判定された労働者に対して、本人の申し出に関わらず、産業保健職による面接を義務化したり、産業保健職から面談を促したりするような取り組みがなされている。多くの大企業においてこのような活動は企業経営上のリスクマネジメントとして位置付けられていることが多い。一方で、社内資源に限りがある中小企業、特に産業医の選任義務のない事業場規模が50人未満の小規模事業場においては、当該労働者が面接の希望を申し出るという前提のため、自分の体調のことを会社に知られたくないというプライバシー保護が障害となって、申し出る労働者の割合は低調な状況が続いている。そのような小規模事業場において、産業保健サービスを無料で提供する地域産業保健センターの活用が選択肢としてはあるが、地域産業保健センター自体の予算的な制約があり、十分な啓発や支援ができていない。

このように企業における産業保健活動の推進は、過労死、過労自殺予防を進めることに直結する。本シンポジウムでは、このような問題意識に立ち、過労死、過労自殺予防のために、産業保健が解決すべき今日的課題や期待される役割について議論したい。

以上