

## 過労死研究のこれまでとこれから－原点に立ち戻って－

川人 博

弁護士・経済学士

Hiroshi KAWAHITO The Past and Future of Karoshi (Death from Overwork) Research:  
Returning to the Origins

### はじめに

2014年(平成26年)6月に過労死等防止対策推進法(以下、過労死防止法という)が成立し、同年11月に施行されてから、10年が経過した。全国各地で過労死家族を中心にして、働く者のいのちと健康を守る草の根の活動が展開され、50万人を超える署名が短期間に集まり、100を超える地方議会で決議が出され、100名を超える超党派議員連盟が結成された結果、衆参両院とも全会一致で成立したものであった。2015年に、「過労死等の防止のための対策に関する大綱」(以下・過労死等防止大綱という)が策定され、以降、3年に一度改定がなされ、2024年7月には新しい改定版が閣議決定される運びとなった。かかる節目の年にあたって、過労死研究のこれまでをふりかえり、これからの課題について問題提起をする。

### 1. 過労死等の実態把握をめぐる課題と論点

#### (1) 実態把握こそ過労死研究の出発点(初期の論争点)

①1970年代後半に、社会医学用語として「過労死」という言葉が医学者・研究者によって提起され、1980年代前半に、過労死に関する初めての著作が発刊された(文献1)。その後、大阪や東京などでの研究活動が進められ、また、遺族による労災申請が徐々に行われるようになった。過労死が全国的に大きな社会問題となったのは、1988年に、弁護士・医師・職業病専門家等による市民向けの相談窓口「過労死110番」が設置された結果である。この活動を内外のメディアが詳しく報道することにより、我が国における過労死の実態が社会的に共有されるようになっていった。

②1988年当時、厚生労働省(当時労働省)は、そもそも蓄積疲労による死亡という考え方に反対

し、「過労死」という言葉自体を強く否定した。また、多くの内科医の中でも過労・ストレスによる死亡という類型を独自に認めることについて抵抗感が強かった。

これに対し、上畑医師をはじめ、労災職業病に理解のある医師が事例調査を丁寧に行い、医師としての意見書を労働行政に示し、過労死の存在を認めるように努力を重ねた。労災申請しても、ほとんど業務上認定されない状況の中で、過労死家族の会が結成され、過労死弁護士全国連絡会議や職業病専門家と連携して、粘り強い世論形成のための社会活動を続けた。このような専門家集団と被害当事者との協同作業により、次第に厚生労働省の対応が変化し、ついには過労死という言葉を使用した法律(過労死防止法)が成立するに至った。

③1990年前後、過労死の発生原因をめぐる議論の中で、低賃金構造の結果、より多くの残業代を確保するために長時間労働が発生するとの意見が出された。これに対して、当時の長時間労働の典型的な業種であった銀行員においては、月にわずか10時間程度の残業代しか受け取らず、100時間を超えるような無給労働(サービス残業)が蔓延している実態が示され、残業代確保のための長時間労働が過労死の原因であるとの指摘に対し、強い疑問が提起された(文献2)。この議論を通じて、現実の様々な労働者の労働実態、残業実態、賃金払いの実態等をしっかりと調査し、把握することこそが過労死研究の重要な前提条件であることが共有されるようになった(文献3)。

④数年前、脳・心臓疾患の労災認定数が減少傾向を示したことをもって、働き方改革による労働時間規制により、残業時間が減少傾向にあるという意見が出された。これに対し、労働時間概念を狭く解釈し、従来であれば労働時間とみなさ

れた仕事が、企業によって、また、労働行政によって、労働時間とみなされなくなっているとの指摘が強く出されている。

## 2. 10年間で過労死等は減ったか

### (1) 厚労省統計の信用性

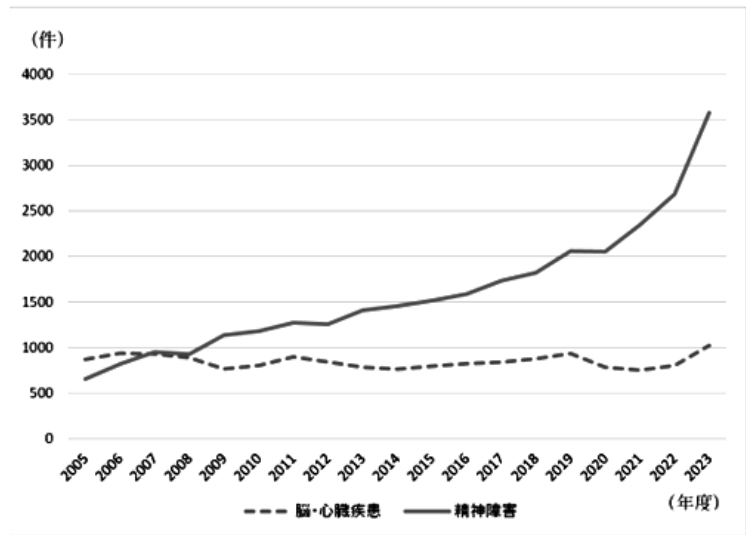
過労死防止法制定の目標は、言うまでもなく過労死や過労疾病を防止し、働く者のいのちと健康を守ることである。この目標に向かって職場改善が進み、過労死等が減少傾向になっているかどうか。

厚労省の統計発表によれば、過労死等の労災申請(労災保険給付の請求)は、脳・心臓疾患については、おおむね横ばいの傾向にあり、精神疾患については、右肩上がりが増加し続けている(図表1)。もとより、労災申請数の数値だけでは、正確な実態を反映しきれているとは言い難い。たとえば、自殺に関しては、警察庁による調査を基にした内閣府の統計発表では、一貫して年間2000名前後の労働者が、勤務問題を原因・動機として死亡しているとのデータが存在している。そして、この数年間は、統計手法がやや異なるとはいえ、年間3000人近い人数となっている(図表2)。そのうち労災申請をしているのは、毎年約1割程度にあたる200名程度の遺族である。すなわち、死亡原因が業務に起因する疑いがある場合も、労災手続の分野には顕在化していない。脳・心臓疾患においても、業務起因性が疑われる事案で労災申請をしていない実態が相変わらず続いてい

る。

業務起因性が疑われる場合でも、労働者本人や遺族が労災手続を行わないのは、会社が労災申請を好まない傾向があること、自殺の場合は遺族自身が死亡原因をできるだけ公にしたいと考える傾向があること、労災申請手続に時間がかかり、また、労災認定基準のハードルが相当高く設定されていること、労災認定率が5割を

図表1 労災申請件数の推移



図表2 労災申請件数の推移「勤務問題」が原因・動機の自殺者数の推移



大きく割っていること等の事情が原因となっている(文献5)。

## (2) 過労死等の実態把握のための課題

働く者のいのちと健康を守るためには、その実態把握が不可欠の課題である。

この点では、日本の医療現場においては、仕事による過労・ストレスと疾病との関係を臨床医がカルテ等に記録することは少ない。

精神科、心療内科のカルテには、患者からの聞き取りとして、残業が多いとか、ノルマがきついとか、上司からパワハラを受けた等の事実がある程度記載されているが、一般内科や脳・心疾患のカルテの場合には、ほとんどこのような記載は見られない。

死亡診断書等においても、病名の記載のみで、過労・ストレスとの関係について記載することは稀である。こうした記録を集約する厚生労働省の調査・統計においては、疾病原因や死亡原因については、基本的に集約されておらず、ただ、労災保険の適用という場面においてのみ、前述のように、ある程度の調査・統計がなされているにすぎない。過労死防止法制定後の取り組みの一つとして、労災申請された事案の労基署保管記録を基にして、専門家による調査分析が系統的に実施されるようになったことは、一つの重要な前進ではあるが、労基署の保管記録自体、必ずしも実態を反映していないものが多く、労災申請者や同僚などからのヒアリング調査が不十分なことも多くあり、現在の調査・統計方法には、改善すべき点が少なくない。

## (3) 全数データの把握を

さらに言えば、在職中にどのような病気で休職しているか、あるいは、在職中にどのような病気で死亡したかという基本統計がほとんど存在しない。

データとしては、たとえば、健康保険の傷病手当の支給実績などを手掛かりとして相当程度

休職療養中の疾病について、統計的な把握が可能なはずである。また、プライバシーに配慮しつつ、健康保険を使用している診療の病名についての統計把握も可能である。しかしながら、これらについて統計・公表されることが慣例化していない。

業務に起因するか否かの判断がなされていなくても、そもそも日本の職場において労働者が何人休業しているのか、その病名は何か等をまずしっかりと把握する体制を作り、これらを公表していくことが必要と考える。ちなみに、個別企業によっては自社の休業者数とその理由について公開しているところがある。たとえば、三井化学㈱では、健康経営の観点から、自社のホームページ上に疾病休業の内訳を示しており、最近では、メンタルヘルスの割合が多いことがわかる(図表3)。

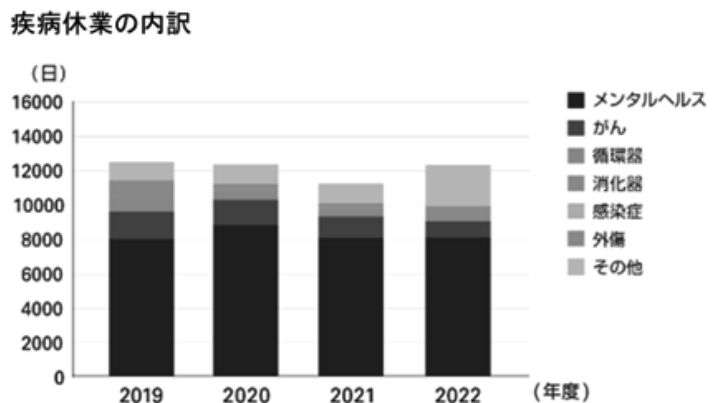
また、教員については、文部科学省が精神疾患により療養している人数を調査のうえ公表している。これらの例をすべての公務員・民間労働者に関して広げることが求められている。

## 3. 逆流する「働き方改革」－官民一体となった労働時間の過少認定－

### (1) 働き方改革の労働時間規制

大手広告代理店電通の新人社員高橋まつりさんの過労死公表(2016年10月)を契機として、働

図表3 疾病休業の内訳



出所: 三井化学株式会社ホームページ

き方改革をめぐる国民世論が広がり、2018年働き方改革関連法が成立し、労働時間規制等につき新たな法制度が生まれた。この規制により、一部の業種を除き、時間外労働が月100時間未満に規制されることとなり、36協定によっても月100時間以上とすることは、違法とされることとなった。

改正前の労働基準法では、36協定さえ結べば月200時間もの時間外労働さえも合法化されてきた。例えば、ある建設現場工事監督者については、月218時間23分もの時間外労働があり、これが36協定により合法化されている下で、過労自殺に至った(文献4)。働き方改革により、完全な青天井の長時間労働を認める異常な法制度は是正されることになり、このいわゆる絶対的労働時間規制の導入自体は、一つの前進的な側面を有していた。

## (2) 働いても労働時間とみなされない

しかしながら、この働き方改革による労働基準法改正等が時間外労働規制に実際に有効に機能しているかどうかについては、さまざまな疑問がある。とりわけ、この間の重要な問題として浮かび上がってきたのは、何を以て労働時間と評価するかという論点である。

具体的には、①事業場外労働、②出張労働、③宿直勤務、④早出・居残り労働、⑤自己研鑽等である。

①に関しては、仕事を自宅に持ち帰りパソコンで書類を作成したり、オンライン会議をしたり、メール通信をしたり、電話連絡をしたりすることは、多くの業種職種で常態化しているが、これらを労働時間として認定し、残業手当等を支払うことを行っていない場合が圧倒的に多い。この実態を法的に合法化するために、上記の各業務は上司の具体的指揮命令に基づいて行ったのではないなどと、労基署や会社によって解釈されている。

1970年代、80年代には、いわゆる風呂敷残業と呼ばれた自宅労働がサラリーマンに蔓延化し、何らの残業手当もつかない「サービス残業」とされてきた。デジタル化が進んだ現代においては、何らかの労働履歴は残されており、証拠上、

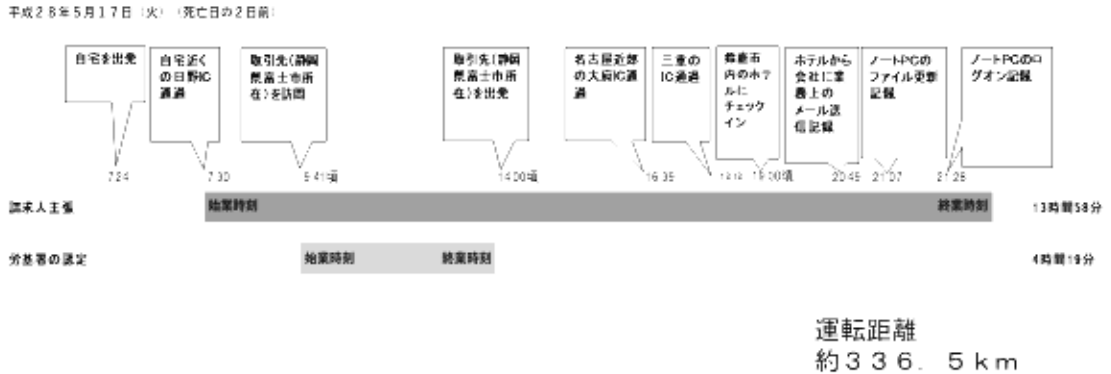
仕事をしてきたことが明らかであるにもかかわらず、いわば労働者が勝手に働いたとされて、労働時間と認定されないのである。深刻なのは、このような企業の労務政策に対して、監督庁たる労基署が是正させるのではなく、むしろ労働時間の過少認定を迫認する傾向が強まっていることである。2021年3月、厚労省は、労働時間認定に関する通知(文献6)を発したが、その内容がより過少認定を促進している。

コロナ禍の中で、テレワークが広まり、会社社屋外(事業場外)での労働が急速に増え、コロナ禍が基本的に終了した後も、事業場外でのテレワークが相当程度常態化している企業が多い。この場合にも会社が定めた時間を超える自宅労働をしても時間申告の上限をルール化しているケースが多く、労働実態と公式の労働時間数が合致しないことが多数存在する。この結果、たとえば、自宅でテレワークをしていた長時間労働の労働者が、パソコンの前で倒れ、救急車で搬送された事案もある。また、テレワークの場合には、オンオフの区別をつけにくくなり、自宅の夜間や休日にも、顧客等からのメール等が入ることが多く、その心理的負担が健康に影響を及ぼしている。

②に関しては、たとえば、営業職の労働者が自宅から直接車を運転して首都圏から地方の顧客先まで出張した場合に、その移動中の時間は5時間あったとしても、これは労働時間ではないと認定され、単に顧客先で商談をしていた時間だけが労働時間とみなされるという理不尽な判断が労基署によってなされた(図表4)。あるいは、建設労働者が自宅を出て遠隔地の工事現場まで到着するのに数時間かかる場合にも、この運転移動時間は労働時間には一切カウントされず、工事現場に着いてから工事現場を離れるまでのみを労働時間として算定され、帰りの運転移動時間も労働時間とされないことがしばしば見受けられる。ある事案では、東京から青森付近まで運転移動したのに、これをすべて労働時間と認定しなかった労働基準監督署の決定すらある。

③に関しては、とくに医療分野や警備分野等で問題となっている。ある大学病院の医師(緩和

図表4 請求人主張、労基署が認定した労働時間の対比



ケア専門)は、宿直勤務を月数回行っていたが、直近に2回の宿直勤務があった後、くも膜下出血で倒れ、重篤状況となり、現在も重い症状のもとで入院中である。同医師は、宿直勤務において、患者の「看取り」も行うなどの診療業務を行ってきた。にもかかわらず、労働基準監督署は、この時間帯も仮眠時間として労働時間に算入せず、結局、時間外労働約70時間と認定したうえで、医療業務の負荷も否定し、業務外決定を行った。そして、その審査請求においては、審査官決定書で突然、睡眠時間のみならず、すべての宿直勤務(17時15分から翌朝8時30分までの15時間15分)を労働時間ではないと認定し、結果として時間外労働時間を月約45時間とした。この審査官は、病院側が認めていた宿直勤務1回についての約9時間15分の労働時間すら認めなかった。同事案については、再審査請求労働保険審査会においても、ほぼ審査官と同様の理由で請求を棄却した。その結果、現在、重篤療養中の被災者の後見代理人たる妻が行政訴訟を提起し、あまりにも理不尽な労災行政の是正を求めている。

上記事案以外にも、医師の労災申請事案においては、労基署の労働時間認定は著しく不合理であり、「2024年問題」と言われた業種の一つである医師の分野においては、医療機関側の問題点以前に、労働行政が働き方改革と完全に逆行している。上記緩和ケア医師の事案では、病院側が労働時間と認めている時間帯すら、労災行

政は否定しているのである。

研修医や若手医師の実質労働時間を、「研鑽」という扱いにして労働時間に算入せず、労働時間の過少認定に導いているのも重要な問題点である。ある公立病院では、部長が若手医師に対し、通常の診療行為をしていても、「若手にとってはすべて研鑽だ」と称して残業時間をつけさせず、残業時間をゼロに近い状況にしている。この結果、研修医の中には、異動時に多くの未払い賃金を病院に支払うよう求めるという事態が生じている。

### (3) 労働時間概念をしっかりと定めることの大切さ

労働時間短縮や労働時間規制をいくら叫んでも、働いても労働時間として認定されない時間が拡大していけば、結局のところ、数字上の時短にすぎず、働く者のいのちや健康を守ることにはならない。むしろ、こうした労働時間の隠蔽が過労死を発生させる温床となっている。科学技術の発達により、様々な労働形態が生まれている。現代の労働時間が過少認定されることのないよう、労働時間とは何かという命題を、社会科学研究者や医師がしっかりと研究し、議論していくことが大切である。

## 4. ハラスメント規制の重要性

### (1) 日本におけるハラスメント規制の立ち遅れ

過労死防止法成立当時においても、ハラスメン

ト防止が社会的議論となりはじめていたが、この10年間に於いて、セクシャルハラスメント以外のパワーハラスメント(パワハラ)が職場における重大なテーマとなり、健康悪化、精神疾患等の発病、さらには自殺にまで至るような深刻な事態が発生している。

ハラスメントを防止する取り組みは、我が国においては、欧米に比べて2周、3周遅れの状態と言わざるを得ない。

欧州においては、1990年代から職場のハラスメントに関する議論が活発となり、法規制・法整備なども進むようになったが、日本においては、セクシャルハラスメントを除くハラスメントの規制については、企業においても労働行政においても、大きく立ち遅れることになった。日本の労災行政においては、2007年頃までは、労働時間数のみで労災か否かを判断し、長時間労働ではなく上司のひどいハラスメントによって精神疾患や自殺に至っても、これを労災と認定しない状況が続いた。これに対して、2007年10月15日東京地裁日研化学事件行政訴訟において、初めてパワーハラスメントのみを原因とする自殺につき、業務上死亡と判断する判決が出された(確定)(文献4)。この判決を契機にして、厚労省は、パワハラによる労災認定に関する通達を出し、ハラスメントと健康問題につき、日本においてもようやく正面から対応するようになった。

ハラスメントに関するワーキンググループで議論が行われた末に、日本においては、ハラスメントに関連し、2019年になってようやく、「労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律」(改正労働施策総合推進法)が制定され、2020年6月から施行された。しかしながら、この法律は、あくまでハラスメント相談窓口の設置を義務付ける範囲に留まっており、実際の運用状況としても、この職場の窓口が正常に機能していないケースが多数報告されている。相談窓口に相談したが、逆に上司などから攻撃されるといった「セカンドハラスメント」も発生している。現行法は、ハラスメント禁止条約と言えほどの内容でなく、労基署がハラスメントに関する職場への立ち入り調査や是正指導を行う権限も付与されていない。労働局の

雇用均等部門がハラスメントの担当とされているが、本来の職場監督権限を有する部門ではなく、実質的には機能していない。

2019年6月にはILO総会で「暴力及びハラスメントの撤廃に関する条約」(ILO190号条約)が採択され、ハラスメント禁止の世界的な基準が定立されたが、日本は、現在に至るも批准していないのは、立法行政府の怠慢である。

このILO条約を批准することは、2011年国連で採択された「ビジネスと人権」の指導原則を実践するうえでも不可欠である。

## (2) ハラスメントは健康破壊の重要原因

過労死防止法は、もともと労働時間のみを問題としているのではない。ハラスメントによる労働者の健康被害を防止することも重要な目標としている。

実際、近年の労災申請事案、労災認定事案をみても、長時間労働等の過重労働とともに、ハラスメントによる心身の健康破壊が数多く訴えられている。精神疾患に関して言えば、長時間労働と同じかそれ以上に、ハラスメントが原因となっている事案が多い。

この点に関しては、2020年(令和2年)に厚労省がハラスメントに関する告示を発し、ハラスメントの定義を明確にし、いわゆるハラスメント6類型が明示されたことは一歩前進である。各職場における独自のハラスメント規制の規程を作るなど、取り組みをいっそう強化することが求められている。そして、専門家においては、各業種、各職種毎に、ハラスメントの具体的な対応に即した対策を提言していくことが大切である。

## (3) 医療等公共部門におけるハラスメントの改善

職場のハラスメントは、あらゆる業種に広がっているが、特に医療部門など公共性の高い職場で深刻な実態があることを指摘しておく。

看護師は、深夜・交替制勤務による過労・ストレスにより、過重な労働を余儀なくされているうえに、医師等によるひどいハラスメントの被害を受けている。医師による看護師に対するハラスメントが日常的に発生している著名な大学病院で

は、「この患者が死んだらお前のせいだぞ」「馬鹿」「おまえなんか死んでしまえ」「死ぬ」「やめちまえ」「自殺してこい」などという暴言が繰り返されている。また、患者やその家族から、医療機関に対する不満が看護師に集中することが多く、このペイシエントハラスメント(カスタマーハラスメントの一種)も増えており、これら看護師・職員を取り巻く勤務条件の改善が急務である。緊張を要する職場環境においても、人間性を尊重する職場風土を作ることが求められている。フランスの著名な精神科医イルゴイエンヌ氏は、病院など公共性の高い職場において、ハラスメントがたびたび発生していると指摘している(文献7)。

ペイシエントハラスメントをなくすためには、病院経営者のみならず、厚生労働省等が国民に対する適切な啓発活動を行うべきである。

また、医療機関のみならず、公務職場や公共性の高い職場において、市民の要求に対してどのように対応していくかについて、公共性の高い仕事の使命とそれを担う労働者の負荷に関し、様々な角度から研究・提言が期待される。

## 5. 原点に立ち戻った過労死研究を

①1970年代後半に社会医学用語として「過労死」という言葉を提起した医師・研究者の取り組みは、過労死という言葉をも全面的に否定していた労働省の考え方を一步一步変えていき、2014年においては遂に過労死防止法というかたちで過労死という言葉自体が法律の中に組み込まれるに至った。

この45年以上にわたる取り組みの中で、一貫して重視してきたのは、あれこれの従前からの常識的な考え方を打ち破り、労働者のいのちと健康を守ること、職場の過重労働など健康破壊の要素をしっかりと把握し分析することであった。近年においては、労災認定基準も従前よりは改善されたものとなり、一定数の労災認定件数が確保されることになっているが、他方では、そうであるが故に、現行の認定基準などに拘束されることにより、実態を専門的に常に新鮮な問題意識を持ち研究していくという点で、やや弱くなっている側面も生まれている。

グローバル化が加速度的に進む現代の高度

産業社会は、就労者にとって大きな試練になっている。また、多くの職場はコンピューター管理を通じ、就労者に対し間違いを許さない厳密性と完全主義、急速なスピード化を徹底しようとしている(文献8)。

このような厳しい就労条件におかれている労働者の健康を守るためには、従来にはない新たな視点が求められている。

②職場において、労働者のいのちや健康が奪われるメカニズムの分析については、これまでも医学、経済、法律等の専門家により分析され、改善への提言もなされてきたが、21世紀の現時点において、改めて原点に立ち戻り、根本的な問題設定も必要となっている。たとえば、労働基準法に関して言えば、戦後直後の工場労働者等を主たる対象として制定されたものであることの時代的な制約を取り除き、現代における産業構造、業種、労働形態等を対象とした労働者のための21世紀労働基準法の全面改訂を実現すべき時代となっていると思われる。

③過労死という言葉が世界的に広まった1990年前後に比べて、日本の経済力は大きく減退しており、日本的経営の優位性なる議論は、ほとんどなくなっている。経済力も落ち、職場では相変わらず過労死が発生し、ハラスメントが蔓延するという実態にあり、日本的経営の光と影と言われた時代の光の部分消失し、影だけが職場を覆っているといっても過言ではない。かかる日本の職場の病理が、社会全体の病理現象と結びつき、連日、目を背けたくなる犯罪事件が横行している。

過労死研究というテーマにおいては、職場内の病理に限定せず、社会全体の様々な病理との関連性を見据えながら通底する内容を掘り下げていきたい。

④疾病の種類としても過労死防止法が脳・心臓疾患と精神疾患に限定される条文となっている影響もあり、これらの疾患以外の様々な過労・ストレスによる疾病や死亡を業務との関係で考察する取り組みが遅れている。この結果として典型疾病以外は労災補償の範囲が著しく限定されている。

⑤最後に、日本の歴史的な文脈の中で、過労

死問題を位置づけ、欧州と比較していまだに大きな職場状況の差異があることの原因を探求し、その分析によってどのような日本の社会思想を継承し、どのような日本の社会思想を見直していく必要があるかを分析していくことも重要な課題である。

## 文献

1. 細川汀・上畑鉄之丞・田尻俊一郎 『過労死』 労働経済社、1982年
2. 『季刊 窓12「過労死と社会科学」』所収川人博論文 窓社 1992年
3. 森岡孝二『雇用身分社会の出現と労働時間 過労死を生む現代日本の病巣』 桜井書店 2019年
4. 厚生労働省 「令和5年度過労死等の労災補償状況」
5. 川人博 『過労自殺 第二版』 岩波新書 2014年
6. 厚生労働省「労働時間の認定に係る質疑応答・参考事例集の活用について」(基補発0330第1号)2021年3月30日
7. マリー=フランス イルゴイエヌ 『モラル・ハラズメントが人も会社もダメにする』 紀伊國屋書店 2003年
8. 加藤敏 『グローバル化時代の精神病理学』 金剛出版 2024年

## English Abstract:

This paper marks the 10th anniversary of the Act Promoting Measures to Prevent Death and Injury from Overwork (the "Karoshi Prevention Act"), enacted in 2014. It reviews the history of karoshi research, evaluates ongoing challenges, and explores future policy and workplace reforms. The study examines trends in karoshi cases, highlighting persistent issues such as under-recognition of working hours, delays in harassment regulations, and broader workplace environment concerns. Despite advancements in regulations on working hours and harassment since 2014, significant gaps remain. Employers and labor authorities often underestimate actual working hours, and atypical illnesses—those outside brain, heart, or mental disorders—are frequently excluded from work-related injury classifications. Future karoshi research must address emerging workplace challenges and broader societal issues. A comprehensive approach, including legal reforms and improved statistical methods, is essential to protecting workers' health and lives.