

過労死防止学会10回大会特別企画を契機に過労死防止学会の 今後を展望する若干の考案

粥川 裕平

かゆかわクリニック、名古屋工業大学名誉教授

Yuhei KAYUKAWA On the occasion of the special project of the 10th Annual Meeting of the Japan Society for Karoshi Research, some considerations on the future of the JSKR.

抄録

川人博、天笠崇、工藤祥子、寺西笑子、脇田滋、高田好章の6名の会員諸兄姉のご発表に心から敬意を表するものである。特別企画の6名の演者の講演に対して指定討論者として15分間、感想と期待とコメントを述べた。

過労死防止学会は、過労死(過労自殺および過労疾病を含む)に関する調査研究を行い、その成果を過労死の効果的な防止のための対策と取り組みに生かすことを目的としてこれまで年1回開催されてきた。しかし、過労死(過労自殺および過労疾病を含む)に関する調査研究の報告は極めて少なく、科研費や厚生科学研究費などを取得しての実態調査、原因究明の実証的研究は乏しい。予防に関しても長時間過重労働やハラスメントをなくせば必ず過労死や過労自殺も減る、という希望的願望ばかりで、職場における過労死・過労自殺の予防活動の実践報告はない。Google scholarによる文献検索では2024年07月30日現在でKaroshi in Japan 4270、Karojisatsu in Japan 510がヒットし、日本語だと過労死10400 過労自殺4050を数える。期間を当学会成立後 2015年～2024年に限定すると過労自殺1570、過労死3790となる。いずれにしても当学会JSKRの占める比率は極めて低い。社会科学系の研究者は、過労死も過労自殺も労働に起因する「死」という点で一括りにする傾向がある。しかし、医学的には、過労死は、過重労働による慢性疾患(高血圧、心循環系疾患、糖尿病など)の増悪による急性脳心循環器系疾患による急死である。一方、過労自殺については過重労働によるうつ病の発症とその労働環境が改善されず、それにハラスメントが加わりして自殺にケースが少なくない。かくして原因論では過労自殺はうつ病を介する点で、過労死(身体疾患死)と過労自殺は異なっている。うつ病発症後も上司のサポートや適切な治療によりかなりな確度で自殺を回避できている現実がある一方、疲弊して抑うつ状態の時に、ハラスメントを受けて最後の衝撃となって自殺に至る事例もある。

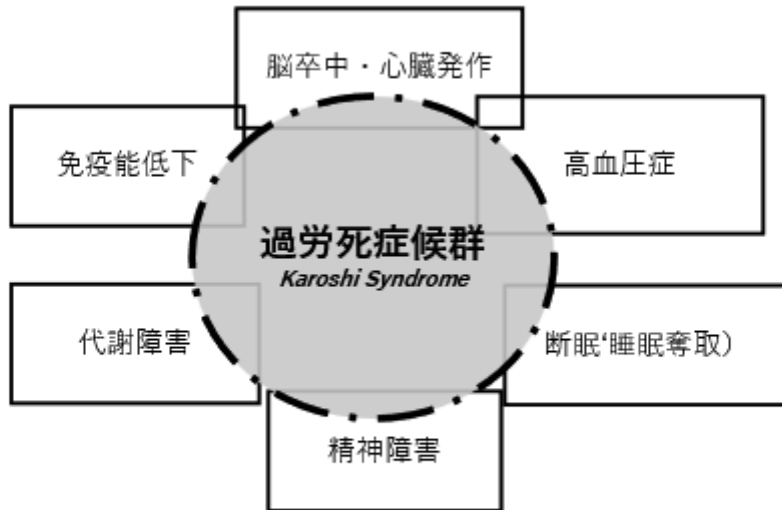
キーワード: 過労死、過労自殺、質的レビュー、長時間労働、研究課題

I ILO/WHO勧告の衝撃

2022年にILO/WHOが来日して、日本政府に対して月65時間以上の残業を減らすように勧告した背景に、世界保健機関(WHO)と国際労働機関(ILO)は共同で、2021年に世界で約75万人がKaroshi症候群で死亡したことを明らかにし、長時間労働を週55時間以上(月60時間以上)と定義した。その調査結果が、そのAl-Madhagiの論文¹⁾に詳述されている。過労死は、長時間労働、仕事上のストレス、ワークライフバランスの悪さなどの要因に起因している。「図表1」に示すように過労死症候群を、脳循環器系疾患、高血圧、免疫能低下、代謝障害、睡眠奪取(断眠)、そして

精神障害の複合体として捉えている点が注目される。うつ病を併存している慢性身体疾患は、免疫能も低下して、予後も悪く生命予後も短いとの報告²⁾もある。職場の健診で慢性疾患、癌、ストレスチェックなどがされているが、このころと体を分離しない考え方は示唆に富む。ようやくわが国でも育児時短勤務が導入される職場が出てきているが、脳・心臓疾患、高血圧、糖尿病、癌などを抱える労働者の勤務時間なども現状のままで良いのか。業務によって原疾患が悪化しないような配慮も今後は必要になるだろう。尚、長時間過重労働によって発症するうつ病と自殺についてはILO/WHOは認識していない。

図表1



Al-Madhagi, H. A. (2023). Unveiling the Global Surge: Unraveling the Factors Fueling the Spread of Karoshi Syndrome. *Risk Management and Healthcare Policy*, 16, 2779–2782. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S444900>

II 過労死防止学会が調査研究すべき課題

過労死認定件数の推移を見ると、認定率は30%以下なので、実際の過労死は、この3倍以上と推定されるが、原因分析には全数把握が必要不可欠である。そうした限界の中で、当学会として探求すべき課題は以下のものがある。

- ①長時間過重労働と過労死の因果関係はどこまで明らかになったのか。年齢別、性別、職種別、基礎疾患の有無など多因子解析はされているのか？
- ②長時間過重労働によるうつ病の発症リスクはオッズ比でどれくらいか。それが自殺に至る結実因子は？
- ③長時間過重労働とハラスメントの重複による過労自殺の発症リスクは、年齢別、性別、職種別、業種別などで解析されているのか？
- ④労働負荷(長時間労働、過重労働)、ハラスメントなどによる心身の疲労→過労について、生物学的指標はあるのか？
- ⑤過労自殺の多くは反応性うつ病(あるいは抑うつを伴う適応障害)に起因することが多い。多くの精神科医は過労自殺について距離を置くか否認する傾向が強い。認定基準はストレス脆弱性理論を採用しているのだから、内因性精神疾患(統合失調症、双極Ⅰ型障害)の労災認定は稀である。業務負荷で発症した双極Ⅱ型障害

のうつ状態での自殺も「内因性」だから業務起因性はないとする労基署の意見が支配的である。

- ⑥過労死はILO/WHOでもグローバル展開を示し始めているが、やはり韓国と日本に著しく多い。儒教文化を悪用した経営者側の問題ではないか？
- ⑦原因究明、補償、予防などが渾然一体となっているが、弁護士は補償に、社会学者は予防に力点を置き、原因究明は、二の次になっていないか？

III 各発表者へのコメントと今後の課題

- 1) 川人博報告の「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」は全く同感である。
- 2) 天笠報告にあるように、過労死は長時間労働、過労自殺は長時間労働±ハラスメントに起因することが実証されつつある。しかし精神医学はストレス関連精神疾患(PTSD, cPTSD、適応障害など)以外について業務起因性を認めない現実がある。また、過労死弁護団があるのに過労死・過労自殺の医師集団がない！過労死問題検討医師団を形成し、公衆衛生学会、産業保健学会、産業精神保健学会などへ積極的に発表

や提言をして欲しい。

3, 4) 工藤報告、寺西報告: 過労死家族の会や過労死弁護団等と協力連携しながら、高校・専門学校・大学などにおいて過労死防止のための啓発授業を実施してきたが、推進センター事業の一環で予算は厚労省(血税)で成り立っており、出張授業は過労死防止学会マターではない。出張授業の内容を中学生、高校生、大学生向けに標準的な内容のプレゼンテーション資料や講演用動画などを作成する出張授業支援委員会を立ち上げるのも良いかと思われる。では当学会における遺族の役割は何なのか? 遺族にはグリーフ・ケアラーとして新展開が期待される。とりわけ、労災・公務災害認定を受けられずにいる遺族のサポートを期待したい。家族や遺族が医学会や科学会に参加する意義については、遺族のブリーフケア、孤立化防止、積極的には連帯と相互援助にある。情報共有と学習、ピアサポートと交流、社会的には対行政、対国民に患者・被災者・労働者の權益を守るためなど積極的意義がある。各種の学会は、患者・被災者・労働者の權益を守るために活動している。遺族・患者の立場から提言や改善策を提供することで、公害対策、働き方改革をはじめ、医療や研究の質を向上させることができる。総じて、家族や遺族の参加は、知識の拡充やサポートの提供、患者の權益を守るために意味のある行動と言える。

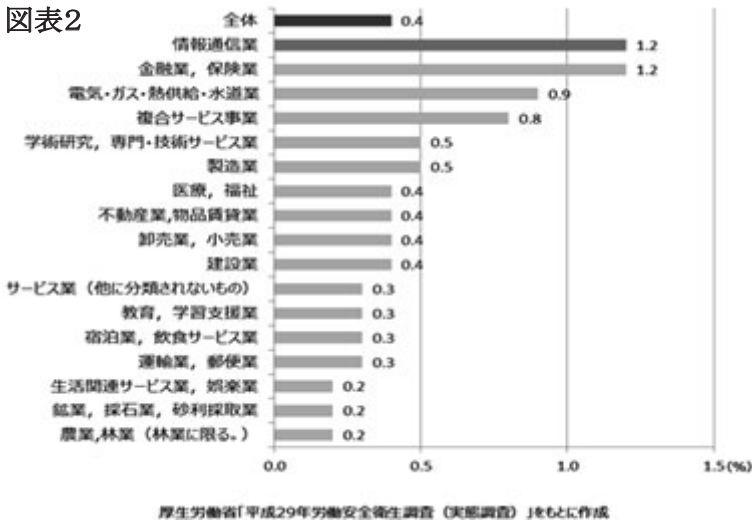
5) 脇田報告: 韓国はむしろ日本よりも進んでいる一面がある。「重大災害企業処罰法制定運動を進めるにあたって微温的な日本の「過労死防止法」では十分に参考にならない」としているが、日本の過労死認定基準を採用した韓国では認定率が減っている。つまり、日本の悪いところを韓国の政府・経営陣が真似をして、被災者と遺族に禍をもたらしている。業務上自殺に対する労災承認率が昨年から急落した。最高裁を含む司法府は、自殺に至るほどの業務上の理由に対する判断基準を被災者基準に合わせるが、公団(日本の厚労省に相当=筆者注)は一般人・平均人の観点から判断するケースがしばしばある点も問題として挙げられている³⁾。平均的労働者論の問題点については別稿で論ずる。

6) 高田報告について: 出版物の編集、刊行: 2021年には『学会誌』を創設して、活動報告をしてきたが、学術論文は乏しい。学会誌は、医学中央雑誌に登録されているので、速やかに学会誌の体裁を整え、英語版も必須となっている。過労死防止学会での報告は、活動報告や会員の個人的感想、個別裁判事例などが多い。当学会の研究者は、科研費、厚生科学研究費を獲得して過労死・過労自殺の原因究明とその予防を研究しているのか? 過労死等防止対策研究センターが、復命書を元に分析しているのが、殆ど唯一の国家的規模での研究の現状となっている。Progress in Medicine(ライフサイエンス社)という月刊誌で、第三回過労死防止学会を踏まえて「過労死防止学会が現代日本に提起するもの」という特集⁴⁾を組んだ。故森岡孝二氏も執筆されているが、内容は勿論、各々論文の体裁を整えている。これを見本にして学会誌に相応しい内容に改革すべきだろう。森岡は「過労死防止法制定に向けての取組みと過労死防止学会の3年」と題して総括と展望を簡潔明瞭に記し「過労死防止学会における過労死の研究は、国が労働者健康安全機構の労働安全衛生総合研究所に設置されている『過労死等調査研究センター』において行っている調査・分析と、委託事業として行っている『過労死等に関する実態調査のための労働・社会面の調査研究』を補完し、検証する意味をもっている⁵⁾と指摘をしている。当学会員がしっかりと胸に刻むべきポイントだと思う。

IV 労働基準法の根底的な見直しと労働観・労働思想について

川人報告にも関連するが、労働基準法の根底的な見直しは決定的に重要である。それは産業別のメンタルヘルス不調者の発生率からも明らかである。厚労省「労働安全衛生に関する調査(2018年)」(図表2参照)によると過去1年間にメンタルヘルス不調により連続1か月以上休業した従業員は、常時従業員全体の0.4%、メンタル不調により退職した従業員は、0.3%。一次産業に比べて、6倍もメンタルヘルスの不調者の多いIT系や金融保険の業界が、一次産業と同じ労働時間で良いのか。働き方を考えるITエンジニアの

図表2



会が重要な問題提起⁶⁾をしている。勿論、労働時間は、労働基準法などの法的規制、企業の方針、業務特性、労働者個人の特性、そして社会的要因などによって決定されている。健康経営の観点からは、上記のような視点を加えるべきではないか？ Muscle workからbrain workが主体になっている現代労働では、一日8時間、週40時間という肉体疲労を元にした労働基準法は時代遅れなのかも知れない。脳の疲労と回復、労働時間と休息时间、特に重要な睡眠時間の確保なども検討に値する。

また国際的には、EUや北欧諸国で平均労働時間が約35時間/週となっているところがある。わが国の総務省も週休3日を提唱しているが、果たして実現可能性はあるのか？ 労働政策はボトムアップで実現することは少ない。政府経団連など政財界の労働政策=デロゲーションの動きは警戒しなくてはならない。労働法の規制を労使の合意に基づいて一部または全部適用除外することを目指しており、労働者と使用者が合意すれば、特定の労働条件に関する法的規制を緩和または除外できる仕組みで、「柔軟な働き方」の名の下に、：労働者が自分の生活スタイルに合わせて働くことができるようになると喧伝し、「企業の競争力向上」と称して:企業が柔軟に労働条件を設定できるため、競争力が向上することを謳っている。「労働者の保護の低下」即ち労働者が不利な条件で働かされるリスクが高まる。特

に、交渉力の弱い労働者は不利な立場に置かれる可能性がある。加えて、「規制の形骸化」、つまり労働基準法の最低基準が守られなくなること、労働条件の悪化が懸念されるなどの問題点を内包しており、最近の議論では、経団連がデロゲーションの対象を広げる提案を行っていることに対して、労働者代表と使用者が合意すれば、労働時間に関する法規制の適用除外を認めるものだが、労働組合や専門家からは、労働者の保護が弱まる可能性があるとして反対の声も上がっている⁷⁾。

過労死の主要因は「働かせ方」にあるが、働く側の問題として労働観に注目する一部の意見もある。過労死は圧倒的に日本と韓国で集中的に多発している⁸⁾。儒教文化の影響も受けた二宮金次郎の教えなども特別企画の総合討論では論じられたが、この国の支配的労働思想について深掘りされた訳ではない。滅私奉公の労働観が染みついている国と「たかが労働で死ぬことはない」という近代民主主義の自立的労働者思想が確立した国との懸隔は相当なものがある。過労死防止法制定から十年が経過した。本小論を書き上げた頃に「令和6年過労死等防止対策白書」⁹⁾が公開された。運輸労働者の2024年問題、芸術・芸能領域、の労働問題など本学会で、積極的に取り上げてきた課題と実情がしっかりと反映されている。しかし、過労死の原因究明と対策に関しての研究報告の殆どは国の「過労死等調査研究センター」からなされており、当学会は、森岡の指摘した「補完と検証」の域には達していない。過労死・過労自殺防止の道のりは遠く、当学会の存在価値が鋭く問われる十周年となった。

謝辞： 黒田兼一氏の御助言に心から感謝申し上げます。

注

1. Al-Madhagi, H. A. (2023). Unveiling the Global Surge: Unraveling the Factors Fueling the Spread of Karoshi Syndrome. *Risk Management and Healthcare Policy*, 16, 2779-2782. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S444900>
2. Gold, PW, Charney DS, : Diseases of the Mind and Brain: Depression: A Disease of the Mind, Brain, and Body *American Journal of Psychiatry* Volume 159, Number 11 <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.11.1826>
3. 自殺労災の認定率、最近になって急落 2022年10月24日 韓国の労災・安全衛生 | 全国労働安全衛生センター連絡会議 (joshrc.net)
4. 粥川裕平編:「過労死防止学会が現代日本に提起するもの」 *Progress in Medicine* 特集 2018年4月 339-420ライフサイエンス社
5. 森岡孝二「過労死防止法制定に向けての取組みと過労死防止学会の3年」*Progress in Medicine* 特集 2018年4月 353-357ライフサイエンス社
6. ITエンジニアはどのようにメンタル不調に追い込まれるのか - 働き方を考えるITエンジニアの会 (joho.or.jp) (2024年10月8日 確認)
7. 労働基準関係法制研究会の討議事項に関する意見 全国労働組合総連合 2024年7月5日 労働基準関係法制研究会の討議事項に関する意見
8. Jeon, S.Y., Reither, E.N. & Masters, R.K. A population-based analysis of increasing rates of suicide mortality in Japan and South Korea, 1985-2010. *BM C Public Health* 16, 356 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3020-2>
9. 令和6年過労死等防止対策白書 <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/001314678.pdf> (2024年10月)

English Abstract:

I would like to pay tribute to the presentations of six society members: Hiroshi Kawahito, Takashi Amagasa, Shoko Kudo, Akiko Teranishi, Shigeru Wakita, and Yoshiaki Takada.

As a designated discussant of the special program, I was given fifteen minutes to present my comments. The annual meeting of Japan Society for Karoshi Research (JSKR) has been held once a year with the aim of conducting research on Karoshi (Karoshi) including suicide (Karojisatsu) and diseases attributable to excessive working hours and to apply these findings toward effective prevention measures. However, there are very few reports on research on Karoshi, and there are few empirical studies to investigate the actual situation and investigate the causes of Karoshi by obtaining Grants-in-Aid for Scientific Research and Welfare Grants-in-Aid for Health Science. In terms of prevention, there is only the hope that the elimination of long hours of overtime work and harassment will naturally reduce the number of Karoshi and Karojisatsu, and there are no reports of activities to prevent Karoshi and Karojisatsu in the workplace. A literature search by Google scholar, 4270 references were found Karoshi in Japan and 510, Karojisatsu as of July 30, 2024, and in Japanese, there were 10,400 papers on Karoshi and 4,050 papers on Karojisatsu. If the period is limited to from 2015 to 2024 after the establishment of JSKR, there will be 1570 articles on Karojisatsu and 3790 Karoshi ones. In any case, the proportion of JSKR is extremely low. Researchers in the social sciences tend to lump both Karoshi and Karojisatsu together in terms of "death" caused by work. However, caused by a medical point of view, Karoshi is regarded as sudden death due to acute cerebrocardiovascular disease due to exacerbation of chronic diseases (hypertension, cardiovascular disease, diabetes, etc.) due to overtime work. On the other hand, psychiatry and occupational medicine believe that suicide due to overtime work leads to the onset of depression due to overtime work and the failure to improve the working environment, which leads to suicide due to harassment. According to the causal theory, overtime work suicide is different caused by overtime work suicide in that it is mediated by depression, and overtime work death (death caused by physical disease) and overtime work suicide are different. While there are cases where suicide can be avoided with a high degree of accuracy due to the support of superiors and appropriate treatment even after the onset of depression, there are also cases where suicide is the final blow due to harassment when exhausted and depressed.

* corresponding author email address: kayukawa-cl@lapis.plala.or.jp