

脳・心臓疾患の労災認定基準改正と “過労死” 予防の総合対策

独立行政法人 産業医学総合研究所 岩崎 健二*

1. はじめに

“過労死”は1970年代後半から社会的に大きな問題として取り上げられ、労災認定の面からだけでなく、予防対策の面からも多くの取り組みがなされてきた。しかしながら、この問題は、「過重な労働負荷」と「適度な労働負荷」の見分けが簡単でないこと、“過労死”が職業性要因を含む多因子性の疾患（作業関連疾患）であるため他の因子を含めた総合的判断が必要とされること、長時間労働等の“過労死”要因がわが国の仕事優先の風土に根ざしているため改善が容易でないこと、などが原因して解決が難しく、依然として検討・対策を必要とする重要な問題である。最近の“過労死”の労災補償の状況（表1）にも、その一端が窺われる。“過労死”の労災請求・認定件数は、労災認定基準改正（平成13年2月）も影響して、増加傾向にあり、平成13年度では、労災請求件数は690件、労災認定件数は143件に達している。

“過労死”に大きな影響を与えていると考えられている労働時間の状況を見ると、日本人の年間総実労働時間は昭和35年をピークとして年々減少し、製造業生産労働者の比較ではアメリカ、イギリスとほぼ同じ水準となっている（1999年では、日本1,942時間、アメリカ1,991時間、イギリス1,902時間）。しかし、労働時間別の労働者数を見ると（図1）、週60時間以上（時間外労働おおよそ月80時間以上）働く長時間労働者は、平成13年

度では男女計609万人（男性529万人、女性81万人）も存在し、男性では6人に1人の割合で週60時間以上働いていることになる〔文献1〕。更に、最近の人事労務管理制度の変化や長引く経済不況などにより、労働者の負担が増加している職場も多いと考えられる。こうした職場の現状から考えても、“過労死”は、対策を講ずべき重要な問題と言えよう。

厚生労働省は、平成13年12月に脳・心臓疾患の認定基準を改正し、引き続き平成14年2月に「過重労働による健康障害防止のための総合対策」を策定し、発表している〔文献2〕。これらの新認定基準・総合対策は、“過労死”予防に有効性の高い見解・対策を多く含んでおり、今後の“過労死”予防対策に一石を投じたと言っても過言ではない。本稿では、新認定基準・総合対策について解説する。

2. 平成12年7月の“過労死”に関する 2件の最高裁判決と認定基準の改正

今回の“過労死”認定基準の改正の経緯については、「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書」等に記述が見られる〔文献3, 4〕。以下の2つの最高裁判決が認定基準改正の契機と

表1 脳・心臓疾患*の労災補償の状況

年度（平成）	9年	10年	11年	12年	13年
請求件数	539	466	493	617	690
認定件数	73	90	81	85	143

* 同所 作業条件適応研究部主任研究官

* 負傷に起因するものを除く。

なつたと書かれている。

平成12年7月に、最高裁判所は、自動車運転手の脳血管疾患の業務上外事件において、不支給とした原処分を否定する2件の判決（横浜南署長事件及び西宮署長事件）を下した。

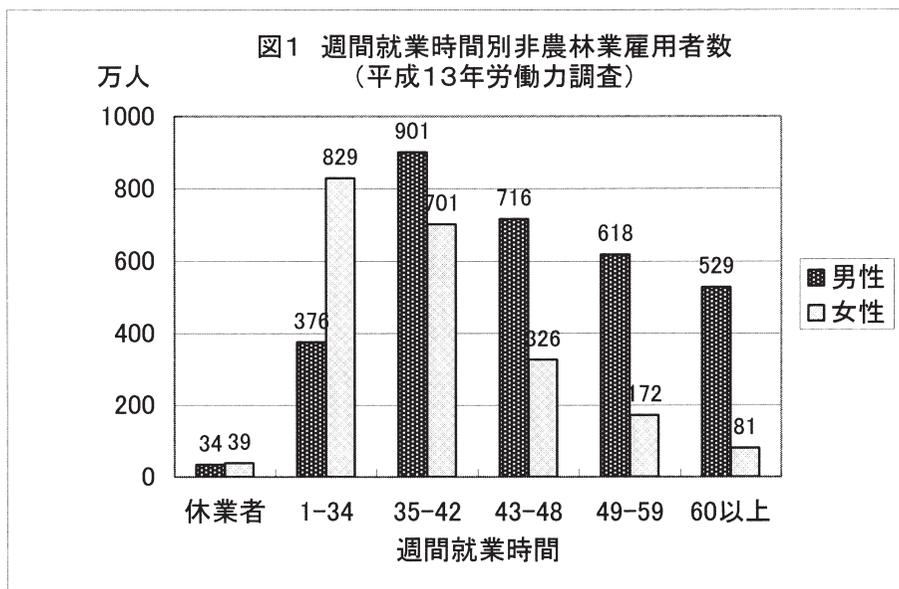
1) 横浜南署長（東京海上横浜支店）事件

支店長付きの自動車運転手（発症当時54歳）が支店長車を運転中にくも膜下出血を発症したことに關する事件である。最高裁は、業務起因性を認めなかつた控訴審判決を破棄し、業務起因性を認める判決をした。この最高裁判決では、被災者の業務について、「支店長の乗車する自動車の運転という業務の性質からして精神的緊張を伴うものであつた上、支店長の業務の都合に合わせて行われる不規則なものであり、その時間は早朝から深夜に及ぶ場合があつて拘束時間が極めて長く、また、被災者の業務の性質及び勤務態様に照らすと、待機時間の存在を考慮しても、その労働密度は決して低くはないといふべきである」としている。また労働時間については、「発症の約半年前の同年12月以降は、1日平均の時間外労働時間が7時間を上回る非常に長いもので、1日平均の走行距離も長く、……」と判断している。このような過重な業務の継続による長期間の慢性の疲労や過度

のストレスが基礎疾患を増悪させ、くも膜下出血の発症に至つたとの判決を下した〔文献5〕

2) 西宮署長（大阪淡路交通）事件

大型観光バスの運転手（発症当時51歳）がバスを運転中に高血圧性脳出血を発症したことに關する事件である。第1審、第2審は、業務起因性を認める判決を下し、上告審で、最高裁は国の上告を棄却した。被災者は、発症前約1ヶ月半の数回泊りがけでスキーバスの運転をしており、第2審は、自動車の運転や寒冷暴露などの業務による血圧の上昇の反復が脳内小動脈瘤の形成をその自然的増悪の経過を超えて進行させ、高血圧性脳出血の発症に至つたと判決している。被災者は、高血圧性脳出血発症3年前の定期健康診断で高血圧症と判定されており、発症4ヶ月前には小さな多発性脳梗塞（左側）と診断されて投薬治療中であつた。第2審は、被災者の基礎疾病の有無に關して、「今日何らかの基礎疾病を抱えながら業務に従事する者は多いことを考えると、基礎疾病をコントロールしながら日常の業務に従事している者が、通常より過重な業務を行ったために疾病を発症した場合、労災補償制度の保護を受けるに値するものであるから、当該業務の過重性の判断にあつては、何らかの基礎疾病を有しない健康人ではな



技術情報

く、被災労働者が基礎疾病を有しながらも従事していた日常の業務につき、その通常の勤務に耐え得る程度の基礎疾病を有する者をも含む平均的労働者を基準とすべきである。」との判断を示した〔文献6〕

このような長期間にわたる過重な業務を脳・心臓疾患発症の原因として認めた2件の最高裁判決は、発症前約1週間を過重な業務の評価期間の重点とするそれまでの認定基準（平成7年2月及び平成8年1月改正）の考え方を越えていたので、厚生労働省は、それまでの認定基準を見直すことにした。最高裁判決の4ヵ月後の平成12年11月には、「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会」（以下「専門検討会」）を発足させ、平成13年11月にその検討結果が取りまとめられ、検討結果

を踏まえて、厚生労働省は、平成13年12月に脳・心臓疾患の認定基準を改正した。

「専門検討会」では、過重負荷要因と循環器系との関連についての医学的文献をレビューし、特に労働時間・睡眠時間と循環器系との関連に関する研究を詳細に検討している〔文献3、4〕これらの検討内容については、和田の文献レビュー〔文献7〕と解説〔文献8〕の中にも、「専門検討会」報告書とほぼ同様の内容を見ることが出来る。新認定基準の医学的根拠を知りたい方は、これらの文献を参考にいただきたい。

3. 新しい脳・心臓疾患認定基準の主な改正点

表2に新認定基準における主な改正点を示した。

表2 新認定基準（平成13年12月）の主な改正点

1	認定要件に「長期間の過重業務」を追加。評価期間は発症前おおむね6ヶ月とした。
2	長期間の過重業務の負荷要因としては労働時間が最重要と位置づけ、労働時間評価の目安を示した。 1) 時間外労働時間月45時間以内では業務と脳・心臓疾患発症との関連性は弱い 2) 時間外労働時間月45時間を超えると上記の関連性は徐々に強まる 3) 時間外労働時間月100時間ないし2～6ヶ月平均で月80時間を超えると上記の関連性は強い
3	業務過重性を評価するに当たっては、労働時間以外の負荷要因も合わせて総合的に検討することとし、検討すべき他の負荷要因（不規則な勤務、拘束時間の長い勤務、出張の多い勤務、交替制勤務・深夜勤務、作業環境〈温度環境、騒音、時差〉、精神的緊張を伴う業務）を具体的に示した。
4	業務の過重性評価における基礎疾患を有する労働者の取扱いの明確化。過重負荷評価の対象労働者について、「健康な状態にある者のほか、基礎疾患を有していたとしても日常業務を支障なく遂行できる者」という表現に変更した。

表3 認定基準における過重負荷の内容・評価期間の変遷

策定年，通達番号	過重負荷の内容・評価期間 (改正により追加された部分を主に記述)
昭和36年第116号通達	災害（業務に関連する突発的な出来事，または特定の労働時間内の特に過激な業務）。評価期間は発症直前か発症当日。
昭和62年第620号通達	業務に関する異常な出来事，または日常業務に比較して特に過重な業務。特に過重な業務の評価期間を発症前1週間とする。
平成7年第38号通達	特に過重な業務の評価においては，発症前1週間以内の業務が日常業務を相当程度超える場合には，発症前1週間より前の業務を含めて総合的に判断する，と評価期間を拡大。
平成13年第1063号通達	特に過重な業務の評価期間に，発症前6ヶ月間（長期間の過重業務）を追加した。

表4 “過労死” 予防のため事業者が講ずべき措置の概要

1 労働時間対策
1) 時間外労働の削減
・ 36協定* 締結時に労働時間の延長の限度基準を遵守し、実際の時間外労働を月45時間以下とするよう努める
・ * 労働基準法第36条に基づく時間外労働の限度を定める労使協定
2) 年次有給休暇の取得促進
2 健康管理対策
1) 健康診断と事後措置実施の徹底
2) 産業医等による助言指導等
・ 時間外労働 > 月45時間では、事業者への助言指導
・ 時間外労働 > 月80～100時間では、労働者への面接による保健指導等

新認定基準の原文については文献2などを参考にしてください。

改正点1は、認定要件に長期間（6ヶ月）の過重業務を追加したことである。過重負荷の評価期間については、最初の脳・心臓疾患の認定基準（昭和36年通達）が出されて以来、認定基準上の最大の争点となっており、認定基準の改正の度に評価期間は拡大してきている〔文献9〕。過重負荷の内容・評価期間の変遷を表3に示したが、昭和36年通達では、発症直前か発症当日（業務に関連する突発的な出来事、または特定の労働時間内の特に過激な業務）を評価期間としていたが、昭和62年通達では、発症前1週間（特に過重な業務）を評価期間に加え、さらに平成7年通達では、発症前1週間以内の業務が日常業務を相当程度超える場合には、発症前1週間より前の業務を含めて総合的に判断することとした。しかしながら、平成7年通達では、発症前1週間以内の業務が日常業務を相当程度超えるという条件を付けて、評価期間を拡大しており、長期間の過重な業務を脳・心臓疾患の原因とする明確な考え方は取られていなかった。したがって、新認定基準（平成13年12月）で、長期間の過重な業務が脳・心臓疾患の原因として認められたことは、認定基準上の大きな変化と考えることができる。この大きな変化は、認定基準の「認定の基本的な考え方」の中で、昭和62年、平成7年通達では、「業務によって血

管病変等がその自然経過を超えて急激に著しく増悪」という表現が、平成13年（今回の）通達では、「業務によって血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪」になり、「急激に」が削除されたことにも見て取れる。

改正点2は、長期間の過重業務の負荷要因としては労働時間が最重要と位置付け、労働時間評価の目安を定量的に示したことである。改正点3は、業務の過重性評価に当たっては、労働時間以外の負荷要因も合わせて総合的に検討することとし、検討すべき負荷要因（交替制勤務・深夜勤務、精神的緊張など）を具体的に示したことである。改正点2、3で負荷要因を具体的に示したことは、「過労死」の認定審査業務を迅速化するだけでなく、注意すべき過重な負荷要因を明確にしたという意味で“過労死”予防の上からも意義深いと考えられる。

改正点4は、西宮署長（大阪淡路交通）事件で問題になった、業務の過重性評価における基礎疾患を有する労働者の取扱いの明確化である。業務の過重性を評価する対象労働者に、「健康な状態にある者」のほか、「基礎疾患を有していたとしても日常業務を支障なく遂行できる者」を明確に含め、基礎疾患を有しながら支障なく就労している労働者の場合には、それらの労働者にとって、特に過重な業務であるか否かの評価を行うことが妥当であるとの考えを示した。

4. 事業者に“過労死”予防対策の 実行を求める

認定基準の改正に引き続き、厚生労働省は、平成14年2月に「過重労働による健康障害防止のための総合対策」を策定している。総合対策の原文は、本誌22巻62号（2002年）[文献10]または文献2を参考にしていただきたい。この総合対策では、“過労死”予防のために事業者が講ずべき措置〈正式名：過重労働による健康障害を防止するため事業者が講ずべき措置等〉を定め、都道府県労働局及び労働基準監督署の窓口指導・監督指導などを通じて、その周知徹底を図るよう事業者を指導することにしている。

“過労死”予防のために事業者が講ずべき措置の概要を表4に示した。この措置は、労働時間対策と健康管理対策から出来ている。労働時間対策としては、時間外労働時間を月45時間以内にする事及び年次有給休暇の取得促進を図ることが書かれている。健康管理対策としては、健康診断と事後措置の実施の徹底及び時間外労働月45時間を超える場合の産業医による助言指導等が書かれている。特に、月100時間ないし2～6ヶ月平均で月80時間を超える時間外労働を行った労働者には産業医の面接による保健指導を受けさせるとしている。

このように、事業者が講ずべき措置には、新認定基準の基本的な考え方を踏まえて、労働時間に焦点をあてた“過労死”予防対策が書かれている。もう一つ重要な点は、“過労死”予防の措置を事業者に求めていることである。“過労死”予防は労働者本人や産業医等の保健スタッフの力だけではできない。“過労死”予防措置の実行を事業者に求めていることは、“過労死”予防対策を実効あるものにする上で、極めて重要なことである。

5. 終わりに

—“過労死”予防対策の推進—

時間外労働時間は月45時間以内とする、やむを得ず月45時間を超える時間外労働をする場合には

健康状態及び労働負荷要因の総合的な状況を十分にチェックし、健康リスクが高い時には労働時間の削減等の措置を行う、が“過労死”予防対策の基本である。このような新認定基準・総合対策の趣旨を理解し、事業者、産業医等の保健スタッフが協力して“過労死”予防対策を推進すれば、“過労死”は相当数減少することが予想できる。産業医は、平成14年2月発表の“過労死”予防の総合対策において、事業者への助言や長時間労働者の面接指導などの重要な役割を担うことになった。産業医等の保健スタッフ及び労働衛生コンサルタントの皆様の御協力と御活躍を期待したい。

文 献

- 1) 岩崎健二・長時間労働の健康影響をめぐって・安全衛生コンサルタント 2001; 21(59): 37-42.
- 2) 厚生労働省労働基準局職業病認定対策室・労働衛生課・脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く)の認定基準並びに過重労働による健康障害防止のための総合対策について・産業医学ジャーナル 2002; 25(2): 34-47.
- 3) 厚生労働省・脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書, 2001.
- 4) 荒記俊一, 岩崎健二.“過労死”の産業保健対策—日本人男子の平均寿命および死亡率との関係を含む—・日本医師会雑誌 2002; 128(6): 889-894.
- 5) 小畑史子・最新労働基準判例解説:自動車運転中に発症したくも膜下出血の業務上外認定・労働基準2001年3月号: 19-23.
- 6) 観光バス運転手に発症した高血圧性脳出血・労働省労働基準局補償課編:脳・心臓疾患の災害補償判例総覧〔第4集〕,労働調査会,東京,1998,東京,p305-335.
- 7) 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 2002; 14(4): 183-213.
- 8) 和田 攻・過重労働と脳・心臓疾患・厚生労働省労働衛生課編:過重労働による健康障害防止マニュアル,産業医学振興財団,東京,2002,p41-62.
- 9) 石井義脩・過労死の労災認定の歴史的な理解・治療 2001; 83(8): 2393-2398.
- 10) 厚生労働省労働基準局長・過重労働による健康障害防止のための総合対策について・安全衛生コンサルタント 2002; 22(62): 78-81.