

第102回日本精神神経学会総会

シンポジウム

過重労働とメンタルヘルス対策
——労働行政の動向も含めて——

黒木 宣夫（東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学）

I. はじめに

1998年度よりわが国の自殺者総数は三万人を突破した状態¹⁾が続いており、特に中高年男性の自殺者の増加は、男性全体の今までの平均寿命を引き下げるほどの影響を与え、深刻な社会問題として受け止められている。この背景には近年のめざましい科学技術の革新、終身雇用制の崩壊、製造業の外注化、分社化、就業形態の多様化、成果主義導入、さらにリストラに伴う早期退職者の増加など就業者を取り巻くストレスは多様化し、企業の廃続合・倒産が続発の中で完全失業率の増加等が中高年層を直撃している。そして企業は効率化を求めため職場の人員を増やさず業務量は増大する中で、結果的に長時間労働者も増加し、過重労働による健康障害が深刻化している。

II. 精神疾患の労災補償状況の年次推移

現在までの精神疾患の労災補償状況²⁾については図1のとおりである。1983年から2004年までの22年間に精神疾患に係わる労災請求件数は2119件（自殺748件）であり、平成16年度の請求件数は524件（自殺請求121件）で、四分の一（130件）が認定されており、自殺の認定は45件であった。最近の労災請求の特徴は、精神障害請求件数が一直線上に急増しており、自殺請求件数を大きく上回っている点であるが、01年度から業務上認定に関して、精神疾患認定件数が自殺認定件数を逆転している。



図1 精神障害の労災補償状況の年次推移

III. 過労自殺事案（精神疾患発症と長時間労働との因果関係に関する研究⁶⁾）

過労自殺として認定された自殺事案（51例）の調査⁶⁾を実施した。調査対象は、平成14年度に労災認定された自殺例と過去に労災認定された自験例（14例）を合わせた51例である。

1. 調査の概要

対象事案の53%（27）に100時間以上の時間外労働がみられたが、100時間以上の過労自殺者は、睡眠6時間確保は困難な事例と推測できる。管理職と専門技術職の両者で全体の74%（38）を占めた。出来事から発病までの期間に関して、全体の6割が3ヶ月以内の発症であった。そのうちの16例（52%）は100時間以上の時間外労働をしていた。発病から死亡までの期間は、3ヶ月以内に71%（36）が自死に至っていた。そのうちの52%（19）が100時間以上の時間外労働をしていた。出来事から6ヶ月以内に自死に至っていた者は63%（32）であり、その中で100時間以上の時間外労働に従事していた労働者は59%（19）であった。診療科を受診していない者は全体の67%（34）、精神科受診した事例は2割（10）にすぎなかった。ノルマの未達成が関与して業務上と認定された事例は61%（31）であった。年齢は30～59歳が86%（44）を占めていた。縊死が圧倒的に多く55%（28）、次に飛び降り・投身が18%（9）であった。重症度に関わらず「うつ病エピソード」が92%（47）を占めた。

2. 99時間以内残業（I群）と100時間以上残業（II群）との比較調査

時間外労働と精神疾患発症との関連に関してI、II群を比較すると、II群は6ヶ月以内に96%（26）が発病しているのに対し、I群は71%（17）が発病していた。I群、II群共に発病から3ヶ月以内に7割の労働者が自死に至っていた。また発病から死亡までの期間、出来事から死亡までの期間に関して平均値の差の検定を行ったところ帰無仮説=α値4.43、帰無仮説=α値6.74で

表1 出来事から発病までの期間

	I群	%	II群	%
1ヶ月以内	10	42%	12	44%
2～3ヶ月	5	21%	4	15%
4～6ヶ月	2	8%	10	37%
7ヶ月～1年	4	17%	1	4%
1年以上	3	13%		
	24	100%	27	100%

表2 精神症状

	I群	%	II群	%
軽度の身体症状 or 精神症状	1	4%	6	22%
精神症状(軽～重)・不眠	3	13%	3	11%
精神症状(軽～中)・行動症状・不眠	13	54%	18	67%
身体症状(軽)・精神症状(軽～重)・行動症状・不眠	5	21%		
精神症状(軽～重)・行動症状・不眠	2	8%		
	24	100%	27	100%

あり、I群に比較してII群の方が短い期間といえるという結果が得られた。すなわち、100時間以上の長時間残業を行っていたII群の方がI群に比較して早く発病し、早く自死に至るといった結果が得られた。

時間外労働と精神症状との関連に関して、II群は「倦怠、疲弊」などの身体症状が出現した上で「悲観的見解、口数↓、元気がない」などの精神症状が出現している事例が63%（17）、I群は32%（8）であり、差異が認められた。I群には行動制止、行動症失踪・欠勤が加わっていたのも特徴的であった。I群とII群に関して分散分析を行ったところα値12%で、これらのグループ間に相互作用があるという帰無仮説は5%有意水準や10%有意水準では採択されるという結果が得られた。つまり、重度の精神症状や行動症状を伴った事例はI群の方がII群に比較して有意に高いという結果が得られたことになる。

3. 家族、職場が気づいた自殺の兆候

全事例の82% (42) が会社よりも家族が先に自殺の兆候に気づいていたが、家族が先に気づいた言動は、「食事がノドを通らない、受けつけない」といった食欲不振、体重減少、倦怠感、頭痛などの身体症状、また早朝覚醒等の睡眠障害などが最も多く気づかれた言動(61)の36% (22) を占めていた。次に「元気がない、冗談を言わなくなった、笑いがない、無表情、口数が少なくなった」等が16% (10) であった。また「会社を辞めたい」、あるいは「家を売ってでも会社の損失を補填する」「退職願を出す」等が6例、「疲れた、しんどい、ゆううつ、やばい」と自ら極限に達していることをほのめかす言動が6例、「話しかけてもうわの空…」「妻の前で泣く」等の明らかに抑うつ症状と思われた言動が5例であった。会社が家族よりも先に気づいた言動は、「業務の量が多い」「業務が遅れていた」「能力低下やミスが多くなった」という兆候が4例、自ら「自殺をほのめかし」「同僚への愚痴」が3例であった。つまり、会社は労働者の業務が過剰であることは認識しているものの労働者の疲労や業務遂行過程に支障をきたしていることまではわからなかったようである。

V. 考 察

1. 過重労働と精神疾患発症との関係

職場における過労死・自殺の予防に関する研究(平成15年度)で231名の産業医調査⁵⁾(企業における「過重労働による健康障害防止のための総合対策」の効果に関する研究)で栗原は、172事業場が過重労働を行っており、過重労働者を医療機関へ紹介した経験のある産業医は66名(37.5%)であり、過半数(39; 59.1%)が抑うつ状態、心身症(23)、不整脈(18)という順であることを報告している。この結果からも過重労働と「抑うつ」「心身症」とは密接な関連があることは明らかである。

長時間残業に関して「心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針について⁷⁾」に

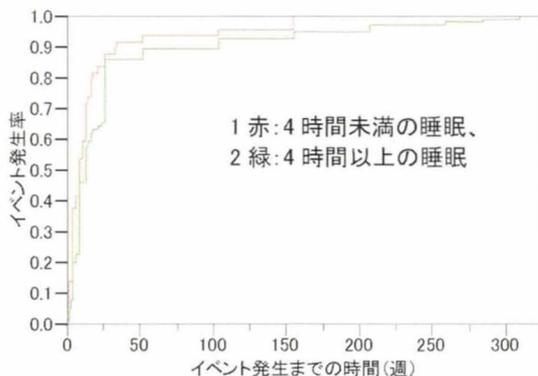


図2 発症までの時間のKaplan-Meierプロット(山村作成)

よれば「極度の長時間労働、例えば数週間にわたる生理的に必要な最小限度の睡眠時間を確保できないほどの長時間労働は、心身の極度の疲弊、消耗をきたし、うつ病等の原因となる場合がある」と記載されているのみで具体的な指標となる残業時間については記載されていない。過労死の認定基準³⁾では月100時間以上の残業を続けた場合、脳・心臓疾患発症との因果関係が濃厚と言われている。すなわち、恒常的な長時間労働等の負荷が長期間にわたって作用した場合には、「疲労の蓄積」が生じ、これが血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ、その結果、脳・心臓疾患を発症させると言われている。現在、日本では労働者が月100時間以上の残業をした場合と2ヶ月から6ヶ月の期間の1ヶ月平均80~99時間の残業をした場合は、産業医の面接指導を受けなければならないことになっている。前述した調査で100時間以上の残業をしている労働者は、99時間以内の労働者に比較して、出来事から精神疾患発症までの期間が早く、発病から自死に至るまでの期間も短いことが明らかになった。

また山村¹²⁾は平成15年度災害科学に関する研究の中で発症前に十分な睡眠が確保できなかった55例について「睡眠時間を4時間未満(睡眠時間<4時間)と4時間以上(睡眠時間 \geq 4時間)で層別化して、生存時間分析(精神疾患発生率)

表3 睡眠

睡眠時間	1日の時間外労働	1ヶ月間の時間外労働
7.5時間	2時間	45時間
6.0時間	4時間	80時間
5.0時間	5時間	100時間

を行った結果、ログランク検定 ($p=0.0099$), 一般化ウイルコクソン検定 ($p=0.0167$) の結果から、十分な睡眠時間の確保ができていない場合に発症までの期間が短いことが確認できたことになる。すなわち、4時間未満の睡眠が20週続いた時点で80%の発症率(イベント発生率0.8)であるのに対し、4時間以上の睡眠では60%(イベント発生率0.6)であった」と報告している。総務庁とNHKの調査¹⁰⁾では、理想的な睡眠時間は7.4時間とされているが、表3に従って計算すると、1日4時間の残業をすると、月当たり80時間の残業になり、1日5時間の残業だと月100時間の残業となる。内山¹¹⁾も平成15年度災害科学に関する研究の中で「4時間睡眠を1週間にわたり続けると健常者においてもコルチゾール分泌過剰状態がもたらされるという実験結果もある。これらを総合すると、4~5時間睡眠が1週間以上続き、かつ自覚的な睡眠不足感が明らかかな場合は精神疾患発症、とくにうつ病発症の準備状態が形成されると考えることが可能と思われる。」と報告している。

2. 近年の労働行政

2004年8月に「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討委員会²⁾」の報告書が厚生労働省から公表された。メンタルヘルス対策に関しては2002年8月の「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」によると、①セルフケア、②ラインによるケア、③事業場内産業保健スタッフ等によるケア、④事業場外資源によるケアの4つのケアにより心の健康づくりを進めることを基本にし、自殺を予防するためには、うつ状態に早期に対応する必要があること、家族によ

るケアも重要で家族が相談する窓口を明確にすること、労働者の意見を汲みあげながら労使、産業医、衛生管理者等で構成される衛生委員会等を活用した労使の自主的取組が重要であることが強調された。さらに管理監督者の役割が適切な業務管理と情報の提供や相談窓口に繋ぐなど明確にされたのも大きな特徴として報告書に記載されている。

2006年11月2日に労働安全衛生法等の一部(平成17年法律第108号)⁴⁾改正に合わせて改正された労働安全衛生規則では、産業医の職務として面接指導等の実施等が追加され、面接指導の具体的な対象者として、「1週間当たり40時間を超えて労働させた時間が1月当たり100時間を超え、かつ、疲労の蓄積が認められる者」とされている。さらに、衛生委員会の調査審議事項として、長時間にわたる労働による労働者の健康障害の防止を図るための対策及び労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策を行うことが記載されている。このような行政施策は、労働者の睡眠確保を守ることによって誘発される精神疾患や業務災害を防止するためであることは論をまたない。今まで形骸化していた衛生委員会を活性化することにより、より事業所に合ったメンタルヘルス対策を立てることが要求され、月1回衛生委員会を開いて議事録を残しておくことが必要となる。そして労基準監督署からは、その提示を求められることもあり得るが、長時間労働者が疲弊して消耗した状態→うつ病へと移行することのないように事業場として対策を立てることが法改正により求められることになった。

3. 医療機関における過重労働

平成16年度の精神障害等の労災補償状況⁸⁾をみると、医療福祉関係の請求件数は52件であり、認定件数が20件に及び、製造業(30件)について第2位となっている。また医療に対する信頼を揺るぎないものとするためにも、病院機能評価の認定証(日本医療機能評価機構が発行)を取得する施設が増加しているが、常に病院の現状と問題点を明確にして改善対策を日常臨床の中で維持し

なければならず、さらに最近、多くの医療機関で目標管理制度や電子カルテが導入され、在院日数短縮、稼働率アップが求められるようになり、病院で働く従業員に過重負荷がかかってきていることは論をまたない。

最近のマスコミ報道で「労働基準監督署が立入調査で、時間外手当の不支給を摘発¹³⁾」、「時間外手当の不支給による裁判で病院が敗訴¹³⁾」等の記事も目立つようになり、関西医大の研修医が過労死で死亡し、研修医も労働者として認定（平成13年8月判決）されて以来、医師の宿直の在り方¹⁴⁾や医療機関全体の残業問題が大きくクローズアップされてきているが、今回の安全衛生法改正の対象は、医師として労働者であり例外ではなく、時間管理の対象であることは言うまでもない。すでに厚生労働省は平成14年3月19日に「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」基発第0319007号（局長通達）を出し、平成14年11月28日付けで都道府県労働局労働基準部長宛てに「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化の当面の対応について」（基監発第1128001号）を出し、医療機関のサービス残業や当直体制の改善を打ち出している。医療機関における過重労働・メンタルヘルス対策に係わる調査結果報告書⁹⁾（平成17年度）によると、医師の時間外労働の把握方法に関しては全体（4533）の14.9%（676）が「特に把握していない」という結果であり、過去3ヶ月の月平均時間外労働時間数に関して、時間外労働を把握していない施設は11.1%（501）であり、特に学校法人では48.3%（14）が時間外労働を把握していなかった。学校法人は研究と診療の線引きが難しく、どこからどこまでが診療業務で、どこからが研究業務との境界を明確にすることが困難であることが背景にあると思われる。今後、医療機関を取り巻く厳しい経済環境の中での医師を含めた医療従事者の勤務体制や時間外労働に関する施設単位の適切な対応が望まれる。

VI. おわりに

2003年6月には第10次労働災害防止計画で過労自殺が労働災害として位置づけられ、企業の管理責任が問われる訴訟や長期休業者の増加、精神障害者雇用の問題など、今後、わが国で解決しなければならない産業精神保健を巡る問題は山積している。過重労働から睡眠時間の確保が困難となり、消耗した状態は、うつ病発症の大きな要因となり、自死に至ることもあり得ることに注意するとともに最低限7～8時間の睡眠を確保することが、その予防に繋がることをこと認識する必要がある。

文 献

- 1) 警視庁生活安全地域課：平成16年中における自殺の概要資料。2005
- 2) 厚生労働省：過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討委員会報告書。2004
- 3) 厚生労働省：脳・心臓疾患の認定基準の改正について。2001
- 4) 厚生労働省：労働安全衛生法等の一部改正（平成17年法律第108号）。2006
- 5) 栗原伸公：企業における「過重労働による健康障害防止のための総合対策」の効果に関する研究。1.事業場における過重労働対策一現状とその分析（厚生労働科学研究）。p.23～90, 2004
- 6) 黒木宣夫：長時間残業と精神疾患発症との因果関係に関する研究—労災認定された自殺事案における長時間残業の調査。厚生労働科学研究費補助金（平成15年度「災害科学に関する研究」）。p.161-220, 2004
- 7) 労働省労働基準局補償課職業病認定対策室：心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針について。1999
- 8) 労働基準局労災補償部補償課職業病認定対策室：脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況（平成16年度）について。2006
- 9) 労災保険情報センター：医療機関における過重労働・メンタルヘルス対策に係わる調査報告書（平成17年度）。p.36～46, 2006
- 10) 総務庁：H8年度社会生活基本調査報告、NHK放送文化研究所：2000年国民生活時間調査報告書。放送研究と調査、2001、4月号

11) 内山 真: 睡眠と精神障害との関係に関して。厚生労働科学研究費補助金 (平成 15 年度「災害科学に関する研究」)。p. 5-28, 2004

12) 山村重雄: 長時間残業調査データ生存時間分析解析結果。厚生労働科学研究費補助金 (平成 15 年度「災害科学に関する研究」)。p. 157-159, 2004

13) 読売新聞社: タイムカードあるのに…残業申告制は不当, 徳洲会に支払い命令/大阪地裁。2003.04.26, 大阪朝刊

14) 500 救急病院に労基局がメス 過酷勤務改善へ。2004.05.27, 東京夕刊
