

シンポジウム 1

過重労働対策の新たな展開を考える～産業保健と臨床医学の接点

5月11日(木) 9:30～11:30 第1会場 (TFT ホール 1000)

座長：及川 孝光 (医療法人社団 こころとからだの元氣プラザ)

穎川 一忠 (日本橋労働衛生コンサルタント事務所)

S1-1 国が進める対策と制度について

大淵 和代 (厚生労働省)

S1-2 ストレスと高血圧

苅尾 七臣 (自治医科大学 内科学講座 循環器内科学部門)

S1-3 過重労働と心臓疾患

三田村秀雄 (国家公務員共済組合連合会 立川病院)

S1-4 職域の過重労働対策～産業医からの提言

穎川 一忠 (日本橋衛生コンサルタント事務所)

指定発言 寺田 勇人 (高輪労働衛生コンサルタント事務所)

座長の言葉

過重労働対策の新たな展開を考える～産業保健と臨床医学の接点～

過重労働対策は、産業保健のみならず社会的にもっとも重要かつ緊急な課題である。その要因は、長時間労働を基盤として経済状況、商慣行、雇用形態、職制、業務内容、職場環境、人員構成など多様である。平成18年3月からの長時間労働者への産業医面談制度、さらには平成26年11月に施行された過労死等防止対策推進法など行政指導もより強化されている。しかし、職域では依然として過重労働による身体的・精神的な健康障害は大変に多く、過労死として最悪な結果となる件も後を絶たない。さらなる踏み込んだ実効ある対策が社会的に強く求められている。

その対策の大きな柱として、働き方・業務慣行の根幹的な改善、過重労働による健康影響の医学的な解明、現状の制度の有効性検証と今後の施策がある。

今回のシンポジウムでは、過重労働の現状分析とともに今後の有効な施策について各分野の専門家からそれぞれの立場でご講演をお願いしている。特に制度強化とともに実際の医学的な解明は必須で、臨床医学分野から2名の専門家に過重労働の健康影響についてご講演を頂く。臨床専門医からの具体的な提言は、これからの施策にとって極めて重要である。行政担当職には法規面からの今後の取り組みについてのご講演を、職域で過重労働面談を担当している産業医からその現状と今後の改善点などをご講演頂く。特に現在の面談制度は長時間労働が基準だが、実際には時間外因子の業務負荷も多く、そのあたりの実態把握は大きな課題である。そして、対象者の面談と並行して身体面・精神面の健康管理・指導を一層強化して、早期からの介入が必要である。

以上の観点から本シンポジウムでは、今後の有効な対策に繋がる具体的かつ本質的な議論を展開したい。過重労働の医学的検証はいまだ不十分で、産業保健と臨床専門医の連携は必須である。この医学的事実を踏まえて、行政、企業、医療職、就業者が一体となり新たなガイドラインを整備すべき時期である。

当然ながら、我が国の働き方の見直しと改善はその根幹である。

本シンポジウムをこれからの過重労働対策への一つの指針として位置付けたい。

(及川 孝光)

座長略歴

及川 孝光 (おいかわ たかみつ)

【学歴】1973年 慶應義塾大学医学部卒業

【職歴】

1973年 慶應義塾大学医学部内科学教室入室

1975年 東京都済生会中央病院内科

1978年 慶應義塾大学病院内科 (老人内科) 医長

1991年 三和銀行東京健康管理センター副所長

2006年 三菱東京UFJ銀行健康センター (大手町ビル) 所長

2010年 医療法人社団こころとからだの元氣プラザ統括所長 (現在に至る)

【専門分野】

内科、循環器内科、老年医学、脂質代謝、産業保健、アルコール医学

【主な所属学会・資格・役職】等

日本内科学会 (認定内科医)、日本循環器学会 (専門医)、日本老年

医学会 (専門医)、日本動脈硬化学会、日本糖尿病学会、日本総合

健診医学会 (審議員)、日本産業衛生学会 (代議員・関東地方会幹

事)、アルコール関連問題学会 (理事)、日本人間ドック学会 (認定

医)、日本疫学会、関東産業健康管理研究会 (顧問)

労働衛生コンサルタント

座長略歴

穎川 一忠 (えがわ かずただ)

【学歴】

1980年 東京慈恵会医科大学 卒業

国立東京第二病院 (現国立東京医療センター) 研修

1983年 東京慈恵会医科大学第一内科入局 消化器内科

1989年 学位取得 医学博士

【職歴】

1989年 安田信託銀行健康開発センター所長、専属産業医

2001年 日本橋えがわクリニック開設

2003年 みずほ健保大手町健康開発センター副所長

2015年 日本橋労働衛生コンサルタント事務所開設

【専門分野】 内科、消化器内科、労働衛生

【主な所属学会・役職】

日本内科学会認定医、日本消化器病学会認定医、日本消化器内視鏡

学会認定医、日本医師会認定産業医、労働衛生コンサルタント、日

本産業衛生学会代議員

S1-1 国が進める対策と制度について

大淵 和代

厚生労働省

「過労死をゼロにし、健康で充実して働き続けることのできる社会へ」。これは、「過労死等防止対策推進法」に基づく「過労死等の防止のための対策に関する大綱」（平成 27 年 7 月閣議決定）の副題であり、同法第 1 条に規定する法の目的を端的に表したものである。このような社会を実現するための国の取組について概括する。

1 労働基準法、労働安全衛生法に規定する過重労働対策

(1) 人々が健康に働くための労働時間に関するルール等を定めているのが「労働基準法」であり、同法では、労働時間を 1 日 8 時間以内・1 週 40 時間以内、休日を週 1 回以上などと定めており、時間外・休日労働を行わせるには労使間で協定を結ばなければならない。

時間外・休日労働の上限については、厚生労働大臣の基準により 1 か月 45 時間、1 年 360 時間となっており、事業場ではこれを満たすよう労使協定で限度時間を設定するが、特別条項付き労使協定を締結すれば限度時間を超えて働かせることができる。

(2) 一方、労働者の健康管理対策等を定めているのが「労働安全衛生法」であり、長時間労働による脳・心臓疾患やメンタルヘルス不調を予防するため、平成 17 年の同法の改正により、一定の条件を満たす長時間労働者が申し出た場合の医師による面接指導の実施が義務付けられた（長時間労働者面接指導制度、施行は平成 18 年 4 月 1 日）。

また、メンタルヘルス不調の未然防止（一次予防）を強化するため、平成 26 年の労働安全衛生法の改正により、ストレスチェック制度が設けられ、労働者の心理的負担の程度の把握（ストレスチェック）、高ストレス者が申し出た場合の医師による面接指導の実施が義務付けられた（施行は平成 27 年 12 月 1 日）。

長時間労働者面接指導制度もストレスチェック制度も、その目的を果たすためには、従来からの健康診断と同様、事業者から医師への

意見聴取、意見を勘案した就業上の措置等の実施が不可欠である。

2 過労死等防止対策推進法の制定とその概要

平成 26 年 6 月、「過労死等防止対策推進法」が議員立法として制定された（施行は同年 11 月 1 日）。同法第 2 条には「過労死等」の定義があり、それを要約すれば、「過労死等」とは、業務における過重な負荷や強い心理的な負荷による、脳血管疾患、心臓疾患、精神障害（死亡以外も含む。）である。

同法の対策は、「調査研究」「啓発」「相談体制の整備等」「民間団体の活動に対する支援」の 4 つの柱からなっており（第 8 条～第 11 条）、これらを効果的に推進するため大綱を定めること（第 7 条）、過労死等防止のために講じた施策を毎年国会に提出すること（第 6 条）も規定されており、平成 28 年 10 月に初めての過労死等防止対策白書が公表された。

3 過重労働をめぐる最近の動き

厚生労働省では、過重労働対策として、従来から実施している労働基準法違反の送検事案の事業場名公表に加えて、平成 27 年 5 月には、社会的に影響力の大きい企業が、違法な長時間労働を複数の事業場で行っている場合に、是正指導段階での企業名公表を行うこととした。また、平成 28 年 4 月には、平成 27 年より実施していた過重労働に関する重点監督の対象を、月残業 100 時間超から 80 時間超に拡大した。こうした動きと並行して、東京労働局、大阪労働局、本省に「過重労働撲滅特別対策班」（かどく）を設置する等、監督指導・捜査体制の強化を図った。

さらに、平成 28 年 12 月 26 日開催の第 4 回長時間労働削減推進本部においては、企業名公表制度の強化など違法な長時間労働を許さない取組の強化や、メンタルヘルス・パワハラ防止対策の取組の強化などを柱とする「過労死等ゼロ」緊急対策を決定した。

また、同じく 12 月 26 日、厚生労働省では、「産業医制度の在り方に関する検討会報告書」を公表した。この中で、長時間労働者に関する情報を産業医に提供することを義務付ける等、産業医活動の現状を踏まえた産業医制度の見直しが提言されている。

略歴

大淵 和代（おおふち かずよ）
行政のため、現在の役職のみ記載します。
厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課職業性疾患分析官

S1-2 ストレスと高血圧

苅尾 七臣¹⁾、鐘江 宏^{1,2)}、及川 孝光²⁾

¹⁾ 自治医科大学 内科学講座 循環器内科学部門、²⁾ 医療法人社団 こころとからだの元氣プラザ

過重労働は精神的ストレスを増強させ、脳卒中、心筋梗塞、さらに突然死といった循環器疾患のリスクを増大する。自治医科大学コホート研究においても、職場ストレス（高い仕事の要求量+低い裁量権）が脳卒中のリスク因子となった。このリスクには性差があり、男性においてのみ、低ストレス群に比較した高ストレス群の脳卒中・補正後ハザード比2.53となっている（Tsutsumi, Kayaba, Kario, Ishikawa. Arch Intern Med 2009;169:56-61）。循環器疾患のリスクには人種差があり、アジア人では白人に比較して血圧上昇に対する、脳卒中や冠動脈疾患のリスクの増大が、より急峻である。

【ストレスと睡眠】 過重労働は精神的ストレスを増大し、睡眠の時間と質を低下させる。精神的ストレスは交感神経の活動亢進を引き起こし、血圧を直接的に上昇させる。さらに、睡眠時間の短縮や睡眠障害は、肥満やメタボリックシンドローム、さらに、糖尿病、高血圧、さらに心血管疾患のリスクを増大させる。近年の高血圧や循環器疾患の国内外のガイドラインでは、6時間以上の質の良い睡眠が推奨されており、睡眠衛生の重要性が強調されている。

【肥満と高血圧】 脳卒中や心筋梗塞をはじめとする循環器疾患は、突然に発症する。しかし、そのリスクは一日にしては成らない。発症のずいぶん前より、準備状態がある。その準備状態が動脈硬化の進展である。高血圧、糖尿病、喫煙、高コレステロール血症が、この動脈硬化を進展させるリスク因子となる。さらに、前段階では体重増加が先行する。最近の職場健診では、肥満者の増加が目立っているが、肥満になると腎臓から塩分を排出する力が減少し、「食塩感受性」体質となる。食塩感受性体質では、同程度に食塩を摂取しても、血圧が上昇しやすく、高血圧の発症リスクが増加する。我々はこれまでに蓄積された元氣プラザの約9万人を8年追跡した健診データより、将来の高血圧リスクを予測する「JG高血圧予測モデル」を作成した。食塩感受性体質は、減量により非感受性体質へ回復する。このモデルか

ら示唆されるキーマッセージは、拡張期血圧が80 mmHgを超える若年肥満者では、より厳格に減塩を心がけることである。

【血圧変動】 循環器疾患のリスクは24時間、365日一定ではない。絶えず変動している。その変動する循環器リスクを決定する最大の要因が血圧変動である。血圧変動には、短期は一心拍毎から、長期は経年変化など、時相の異なる様々な変動がある。血圧は、サーカディアンリズムに、身体活動や精神的ストレスが加わり、一日の日内変動が形成される。職場ストレスや睡眠障害は交感神経を亢進させ、この日内変動を修飾する。交感神経の亢進は、腎臓からナトリウムの排泄を抑制し、食塩感受性を増大させて、高血圧（特に夜間高血圧）の成因となる。さらに、圧受容体感受性が障害され、血圧モーニングサージなど血圧変動が増大する。診察室血圧が正常でも、早朝高血圧、昼間ストレス高血圧、夜間高血圧などの仮面高血圧で循環器疾患のリスクが増大していることは十分なエビデンスがある。最近、我々は時相の異なる血圧変動（サージ）が共振して、より大きなダイナミックサージを引き起こし、循環器イベントが発症する血圧変動の「共振仮説」(resonance hypothesis)を提唱している（Kario. Prog Cardiovasc Dis 2016; 59: 262-281）。つまり、血圧を上昇させる悪条件が重なった時に、時相の異なる血圧が共振することによりさらに上昇して、循環器イベントが引き起こされるといふ仮説である。

「職場ストレスを血圧でとらえる」 — 現時点での最も効果的な過重労働に関連する循環器疾患の抑制対策として、1) 健康診断で正常高値130/85 mmHgを超えた就労者を対象に、2) 家庭・早朝血圧や職場血圧の定期的な自己測定を促し（特に仕事量やストレスが増加したり、睡眠時間が短い日が続く時期）、3) そのレベルが135/85 mmHgを常に超えないことを推奨したい。今後、この抑制対策の有用性を裏付けるエビデンスを構築してゆきたい。

略歴

苅尾 七臣 (かりお かずおみ)
1987年 自治医科大学卒業
1989年 国保北淡診療所
1998年 コーネル大学医学部循環器センター/ロックフェラー大学・Guest Investigator

2005年 コロンビア大学医学部・客員教授
2005年 自治医科大学内科学講座・COE/循環器内科学教授
2009年 自治医科大学内科学講座循環器内科学・主任教授
2014年 ロンドン大学循環器病科学研究所・客員教授
2016年 上海交通大学医学院・客員教授

S1-3 過重労働と心臓疾患

三田村 秀雄

国家公務員共済組合連合会 立川病院

高年を突然襲う心臓発作は、胸痛の苦しさもさることながら、それが心臓のポンプ機能を弱めて心不全に陥らせ、あるいは不整脈を誘発して突然死を招くことがあるなど、その影響は甚大である。心筋梗塞の危険因子としては、タバコと高血圧、高脂血症、糖尿病の4つが特に重要である。仕事が忙しくなるとタバコの本数が増え、外食が増えるなど冠危険因子は簡単に増加する。その厳重な管理が普段から求められることは言うまでもない。

しかし払うべき注意は、その4つの危険因子だけではなく、急性心筋梗塞の直接の引き金となりうる誘因の存在も見落とししてならない。それには精神的ショックや過激な運動、そして睡眠不足などがあげられる。この中、とくに睡眠不足は過重労働と密接な関係がある。

一般に脳や心臓の病気は、睡眠時間が6時間以下になると増加し、5時間以内ではさらに危険となるといわれる。1日24時間のうち労働時間8時間、通勤時間1時間、昼の休憩時間1時間、その他(食事・入浴・団らん・余暇など)4時間とすると、残りは10時間となる。この10時間が睡眠時間と時間外労働時間になるわけで、時間外労働が増えれば、睡眠時間が減ることを意味する。

例えば残業時間が2時間だと睡眠時間は8時間取れる計算になるが、残業時間が5時間になると睡眠時間は5時間になる。そして1ヵ月当たりの時間外労働は週5日働くとすると、睡眠時間が5～6時間の場合、時間外労働時間80～100時間になる。こうした論理が、月に何時間までなら時間外労働時間を許容できるかの判断根拠となる。

一般に労災認定では、発症前1ヵ月に100時間以上(睡眠時間5時間以内)あるいは発症2～6ヵ月前は月80時間以上(睡眠時間6時間以内)の時間外労働と設定しており、この値が一つの目安になっている。この過重な負荷の評価も、1961年の段階では発症当日が過重であったかどうかで判断されていた。それが1987年には1週間の負荷で評価され、

1995年にはそれよりもっと以前についても評価の対象となり、2001年には発症前6ヵ月に渡る調査結果をもとに、その人が過重労働であったかどうかの判断がされるようになった。

しかし心臓発作を防ぐには労務管理だけでは十分とは言えない。先に述べたように日頃の血圧の管理、肥満の管理、血糖やコレステロールの管理が欠かせない。たとえ無症状であっても定期的な健康診断でこれら生活習慣病を減らす努力が重要である。そのような細心の注意を払ってもなお、心臓発作は起こりうる。定期健診時の心電図で異常を検出することも大事だが、胸部症状出現時にすぐに心電図をとり、以前のものと比較してみると参考になる。しかし中には、そのような訴えをする間もなく、突然発生した心室細動で意識を失い、そのまま死に至る例も存在する。そこで求められるのは現場の目撃者による救命処置である。

目の前で人が倒れたときには、まず呼びかけ、肩をたたくなどして反応をみる。反応がなければ心停止を疑い、直ちに119番通報すると同時にAEDを取り寄せる。蘇生術は慣れない人工呼吸で手間取るより、胸骨圧迫に専念することが有効である。100～120/分の頻度で約5cm沈むように強く速く絶え間なく胸の中央の骨の上を押す。AEDが到着したらその音声指示に従ってすぐに電気ショックを加えるが、その後も直ちに胸骨圧迫を再開する。胸骨圧迫は救急隊が到着するか、本人が嫌がる仕草を見せるまで続ける。電気ショックが1分遅れる毎に1割ずつ助かる可能性が失われるため、1分1秒を大事にすることがカギとなる。

職員の健康を守るためには本人の自覚や努力が重要であることはもちろんだが、過重労働を避け、労務管理を徹底すると共に、心臓発作の予防や、その早期発見に務め、さらにはいつ、どこで、誰に起こるかも知れない突然の心停止に備えた訓練を日頃から繰り返して行っておくことが肝要である。

略歴

三田村 秀雄(みたむら ひでお)
国家公務員共済組合連合会 立川病院・院長
慶應義塾大学医学部客員教授、医学博士
1950年東京生まれ。74年慶大卒、81年米国留学、99年慶大教授、
2004年東京都済生会中央病院副院長、13年より現職。

日本AED財団理事長、日本循環器学会特別会員、日本不整脈心電学会名誉会員。著書に「心臓突然死は救える」「心房細動クルズス」「心不全クルズス」など。

S1-4 職域の過重労働対策～産業医からの提言

穎川 一忠

日本橋衛生コンサルタント事務所

労働安全衛生法が改正され、過重労働面接が義務化されてから10年以上になります。シンポジウムのテーマとは多少はずれますが、過重労働面接の意義について考えてみたい。

厚生労働省は過労死の脳、心臓疾患の労災認定に当たって、主として発症前1週間程度の期間における業務量、業務内容等を中心に業務の過重性を評価してきたが、平成13年12月に長期間にわたる疲労の蓄積についても業務による明らかな過重負荷として考慮することとし、過労死の認定基準が改正されました。これにより過労死の認定件数が4倍になり、平成14年に「過重労働による健康障害防止のための総合対策」および「事業者が講ずべき措置等」の通達が出され、平成18年に改正労働安全衛生法が施行され、長時間労働者への産業医面接が義務化されました。

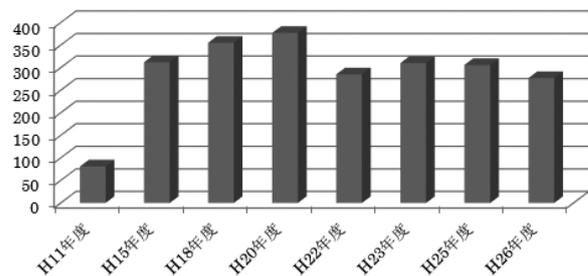
この中で産業医は過重労働面接の申し出を勧奨することができることとされており、事業主に対し過重労働面接の実施を促す必要があります。過重労働面接が義務化されてから、過重労働の労災認定件数は一時に比べ減少したが(下図参照)、法律と現実のギャップがあり一向になくなる気配はない。近年某広告業や電気会社などがやり玉に挙がり、マスコミをにぎわしているがこれは氷山の一角であり、過重労働は日本の社会に深く根ざしており、必要悪として蔓延しております。

今や過重労働の問題は労働者の健康管理のみならず、事業主の安全配慮義務の責任であり、企業にとってのリスク管理とわきまをえなければならない。過重労働を放置する会社はブラック企業と揶揄され、社会的に信頼を失いその損失は計り知れない。

過重労働面接を漫然と繰り返していても、過労死を予防できるわけではなく、過重労働をなくすため

には事業主が過重労働をさせないという強い意思表示が必要である。そのためには産業医は過重労働面接を通して積極的に企業に働きかけ、理解を得る努力をする必要があります。

脳・心臓疾患の労災補償状況



略歴

穎川 一忠 (えがわ かずただ)

【学歴】

1980年 東京慈恵会医科大学 卒業

国立東京第二病院(現国立東京医療センター) 研修

1983年 東京慈恵会医科大学第一内科入局 消化器内科

1989年 学位取得 医学博士

【職歴】

1989年 安田信託銀行健康開発センター所長、専属産業医

2001年 日本橋えがわクリニック開設

2003年 みずほ健保大手町健康開発センター副所長

2015年 日本橋労働衛生コンサルタント事務所開設

【専門分野】 内科、消化器内科、労働衛生

【主な所属学会・役職】

日本内科学会認定医、日本消化器病学会認定医、日本消化器内視鏡学会認定医

日本医師会認定産業医、労働衛生コンサルタント、日本産業衛生学会代議員