

## 内科プライマリ・ケア医の知っておきたい“ミニマム知識” 疾病の背景となる社会心理的ストレスと過労 —過労死事件からみえること—

須田 民男

**Key words** : 過労死, 社会心理的ストレス

〔日内会誌 98:2036~2040, 2009〕

「1863年6月の最後の週に、ロンドンのすべての日刊新聞は、『単なる過度労働からの死亡(Death from simple Overwork)』という『センセーショナル』な見出しの記事を載せた。それは、ある非常に名声の高い宮廷用婦人服製造所に雇われていて、エリズというやさしい名の婦人に搾取されていた20歳の婦人服製造女工メアリ・アン・ウォークリの死亡に関するものだった。…」

カール・マルクス『資本論』

第1巻第8章「労働日」

マルクス＝エンゲルス全集刊行委員会訳

大月書店

糖尿病・高血圧症・高脂血症を背景とした虚血性心臓病は定年退職後に症状が安定し治療がしやすくなる例が多い。労働による社会心理的なストレス、食事・運動療法への時間と熱意が保持しにくいことなどが病状を不安定にさせる。その極端な形が過労死である。過労死により働き盛りの一家の柱を失う家族の悲しみは測り知れないものがあり、社会的な損失もきわめて大きい。内科医は疾病のみに目をとられることなくその背景にある患者の生活全般、特に労働と疾病の関連に注意を払わなくてはならない。

### 1. 過労死とは

過労死とは仕事による過労・ストレスが原因の一つになって、脳・心臓疾患等を発症し、死亡または重度の障害に陥ることである。

過労死は高度経済成長の歪みとして生まれた。1978年に上畑鉄之丞氏は日本産業衛生学会で労働による過労で死亡した循環器疾患例を過労死として報告し、1982年には大阪民主医療機関連合会の田尻俊一郎氏は著書「過労死-脳心臓系疾病の業務上認定と予防」において過労死という言葉で「過労死は臨床的な言葉ではなく、個々の臓器の傷害についての病理を問題とするのではなく、その背景にある労働実態に着目し、非人間的な現在の労働のもとで疾病・障害の発生が促進されていることを重視し、被災労働者の救済や予防をどのように進めるかとの立場からの概念」と定義した。医学界は過労死という言葉で認知せず、市民運動が過労死を広く社会に認知させた。1988年に「過労死弁護団全国連絡会議」と「過労死を考える家族の会」が結成された。

私は1990年に過労死弁護団の若い弁護士に心臓性突然死に関する講義を依頼され「無くせ過労死」の運動に参加した。

すだ たみお：マナクリニック

## 2. 労災認定の実態

労災認定とは労働者災害補償保険法の第3章保険給付に準拠する。過労死の労災認定は当該の労働者が死亡した場合には請求人（配偶者・子供・父母など）が遺族補償、葬祭料などの給付請求を死亡した労働者の所属していた事業所を所轄している労働基準監督署に提出することから始まる。被災労働者が生存している場合は本人が請求することになる。労働基準監督署はこれらの給付請求を給付すべきかどうかを認定基準等に照らし調査決定する。

労災不認定となった場合に労働基準監督署(国)の判断を不服として裁判で争うことを過労死裁判という。過労死裁判の被告は国であり、原告は被災者ないし被災者家族である。また過労死裁判では当該事業所を被告として損害賠償請求が行われることも多い。

個人が国を相手にする訴訟であり過労の実態を明らかにし証明することは家族や被災者にとって重い負担になる。また当該事業所が被災者の労働実態を明らかにすることに消極的である場合が多く原告の困難は大きい。

筆者は過労死裁判の原告側証人として法廷で医学的意見を述べる機会を経験したが被告代理人弁護士から侮辱的内容とも受け取れる質問と嫌がらせを受けたことが多々ある。「あなたは何も知らないのに証言台に立っているのですね」といったような内容であり、私の医師としての履歴や臨床経験をけなして証言する意欲を失わせようとする内容であった。理性を失わずに被災者の人権と名誉のために裁判官に訴えることは決して容易なことではなかった。

認定基準は社会的な関心の高まりとともに改変されている。1961年より「発症直前あるいは少なくとも発症前日」に災害性の原因が存在することが「中枢神経系及び循環器疾患の業務上認定について」に示された。具体例では電車の

運転手が飛び込み自殺の遺体を見た瞬間に突然死をするような事例である。1987年より過重負荷の概念が導入され「発症前一週間以内」に原因が求められた。1995年より「脳血管及び虚血性心疾患等の認定基準」について発症1週間以前の業務も含める総合的な評価がされた。2001年12月の「脳血管及び虚血性心疾患等の認定基準」では疲労の蓄積による脳・心臓疾患の業務起因性を認めた。長期の過重負荷として発症前おおむね6月間が検討対象期間とされた。またこの基準に基づき2002年2月に厚生労働省は「過重労働による健康障害防止の総合対策」を通達した。認定基準において疲労の蓄積が認められる長時間労働時間として、発症前1月間の平均時間外労働時間が100時間以上、発症前2～6月における1月間の平均時間外労働時間が80時間とされた。

労働基準監督署段階での過労死の認定数は1996年は申請数578件、認定数78件（認定率13%）であったが、2001年より認定率は増加し2003年以降は認定率40%台となっている。2007年では申請数856件、認定数392件（認定率46%）となっている。

## 3. 過労死の実態

私が相談を受けた過労死裁判46例の年齢は18歳から57歳であった。多くの例が突然死例であった。発症は4割が勤務中であったが、残りは勤務時間外であり、就寝中や入浴中が多い。過労状態でほとんどのところで発症する例が目立った。類型化すると以下となり、疾病の背景となる社会心理的ストレスと過労の有様が明らかになる。

### ①健康診断で健康とされた人からの発症

22歳の女性。看護師が当直という名で行われていた夜勤を含む38時間連続勤務を終えたその晩の入浴中に浴槽内で死亡した。本例は生育歴を含めて疾病を疑わせる履歴が全くない。死亡

直前まで書かれた日記によると疲れて体がふわふわするといった過労状態が記されている。日記の記載がだんだん少なくなっていったことが過労の深刻さを語っていた。死因は解剖が行われていないのであくまでも推定となるが致死的不整脈と考えられた。

②軽度の高脂血症・高血圧症・耐糖能障害などが指摘されている人からの発症

45歳の男性。海洋測量技師が出張先の旅館の階段で死亡しているのを発見された。死亡前日に小さな島の山に機材を運び上げて疲労困憊していた。健康診断は入職時に施行されていない。以前に肥満と軽い高脂血症と脂肪肝を指摘されている。忙しくなるにつれて体重が増加していった。休日のない過密労働の連続により発症している。被災者が運命に逆らうことなく、やすやすと過労死に至っていく有様が厳しい労働実態から浮かび上がってきた。死因は軽症の冠動脈硬化症による急性冠症候群ないし致死的不整脈死が推定された。

③定期健康診断ではほぼ異常なしと判定されるが心室性期外収縮、WPW (Wolff-Parkinson-White)症候群、右脚ブロック+左脚前枝ブロックといった心電図異常を示す人からの発症

38歳の男性。教員が勤務中に突然死した。健康診断では右脚ブロック+左脚前枝ブロックを指摘されていたが特別な注意は指示されていなかった。教員の置かれている過密労働と、問題を抱える子供たちの教育に携わる心理的なストレスが明らかにされた。死因は致死的不整脈が推定された。

④失神などの死亡につながる症状(ニアミス)を発症前にすでに示していた人からの発症

24歳の女性。看護師が夜勤中に心停止状態で発見された。発症直前に失神歴がありHolter心電図等で異常がないために、業務軽減がなされていなかった。発症直後からPCPS(経皮的心肺補助装置)使用を含めた周到な集中治療が行われたが無効だった。予防こそが大切であったと痛

感させる例である。

⑤心筋梗塞歴・人工弁置換・高血圧性心臓病など明らかで重い心臓病等の障害を持つ人からの発症

37歳の男性。電化製品販売員がクリスマスイブに突然死した。甲状腺機能亢進症により拡張型心筋症類似の状態になっており、慢性心房細動であった。身体障害者3級に認定されていたが、障害にふさわしい適切な業務軽減がなされていなかった。

私自身が外来で健康管理を担当していた57歳の男性例は冠動脈硬化性狭窄2枝病変であった。冷凍冷蔵庫内で勤務中に死亡した。裁判では冷凍冷蔵庫内の労働で血圧・心拍数が異常な高値を示すことを実験で確かめた。このような勤務を前もって制限を加えておかなかったことは担当医として痛恨の限りである。

⑥発症当時にBrugada症候群などのように未知の疾患が背景にあった人からの発症

44歳の男性。公害調査員が自宅で就寝中に死亡状態で発見された。長時間過密労働と短時間睡眠が続いていた。労働基準監督署が意見を求めた不整脈学者は青壮年急死症候群による急死と診断した。数年がかりの裁判中にBrugada症候群が報告され認知され、被災者の心電図がそれに該当することが判明した。不整脈学者は死因を過労と無関係なBrugada症候群に変更したが裁判により過労死と認定された。本例の奇妙な心電図変化は筆者も気づいており専門家に診断を依頼してみたが特定できる異常は指摘されなかった。本例のように未知の疾患が過労死の背景に隠れている可能性がある。

⑦過労と忙しさで十分な治療の機会がない気管支喘息や急性喉頭蓋炎等様々な疾病による発症

42歳の男性。新聞記者が自宅で呼吸困難を訴えて死亡した。急性喉頭蓋炎であった。多忙で受診の機会がなかった。先進国では減多にないとされている窒息死の背景には過労による免疫

力低下と易感染性があったと考えられる。喉が痛くてたまらないにもかかわらず業務多忙により受診の機会を失っていた。

#### ⑨医療の対処が適切でなかったと思われる例

49歳の男性。教員が急性前壁梗塞でDCA(方向性冠動脈粥腫切除術)+POBA(primary old balloon angioplasty)を施行され前下行枝近位部の閉塞が解除された。左室壁運動障害は強く残った。胸痛の症状のために再入院し確認カテーテルを行ったところ前下行枝近位部の病変は厳しい再狭窄を起こしていた。冠動脈バイパス術が必要と判断され退院した。確認カテーテル後2日目に通勤途中で突然死した。不安定な病状であり退院は不適切であった。家族は若すぎる突然死のため過労死認定の申請をした。本例では過労による心筋梗塞の発症に加えてその後の医療の対処が適切さを欠いていたことが突然死を招いた。

#### ⑨病理解剖により生前には推定できなかった異常が発見された例

32歳の男性。教員が休日出勤の夜に自宅で入浴中に突然死した。飲酒による溺没が原因とされた。当該の浴室で入浴実験をしたところ浴槽のサイズより溺没の可能性は否定された。病理解剖が法医学教室で行われ洞結節動脈の低形成が指摘されたが裁判では過労死と認定された。

病理解剖がなされた例では異常なしという例が多かった。一方、冠動脈支配型の正常バリエーションによる右冠動脈優位型が左冠動脈の低形成と診断され、死因とされてしまうといった不適切な診断もある。病理解剖は多くの場合に心臓病理の専門家により行われなため刺激伝導系や冠動脈の詳細については不明であったり、不適切な診断がなされる場合がある。心筋炎が疑われる例で病理組織標本を証拠に借り受けて裁判所の決められた部屋に顕微鏡を搬入して心臓病理の専門家に鑑定をしていただいたこともあった。

## 4. 過労死予防と過労死への対応

過労死の予防には過労死のリスクを抱える人が危険を自覚することが最も有効である。多くの場合に被災者はやすやすと運命の糸に操られるように過労死を遂げてしまう。リスクを抱える人に診察の場面で有効な助言と情報提供をすることが過労死の予防につながる。

①診察時に長時間労働・過密労働・心理的ストレスに関して問診する。

疾病の背景となる労働負担を仕事の内容・勤務時間・仕事に関連したストレス・深夜勤務の有無について問診する。最近仕事に関連して健康を害するような出来事がなかったかについて詳しく問診を行う。実際の診察場面ではゆっくり問診できない場合が多いので「お仕事はいかがですか」といった簡単な質問が糸口になり疾病の背景が明らかになる。「何でもお話し下さい」といった雰囲気が大切な情報を患者から引き出す「こつ」といえる。

②過労による睡眠不足、疲労感、食欲・性欲低下、問題解決能力の低下などがある場合には死亡の危険もあり得ることを説明する。また死亡の危険がなぜ生じるのかについて患者が抱える疾病との関連で説明する。

③過労が慢性的に生じる場合には可能な限り働く環境と働く形態を是正するよう促す。

④必要な場合は上司や会社の産業医に連絡を取り協力を求める。

⑤労働環境の是正が困難な場合は労働基準監督署に本人から連絡をするよう促す。労働基準監督署は労働者が不利益を被らないように守秘義務がある。

⑥過労死のリスクを抱えながら働く人を治療で支える。

深夜勤務を慢性的にしているドライバー、残業の多い人、仕事に関連したストレスを多く抱えている人には診察場面で健康管理全般につい

て指導援助をする。

⑦健康障害を持っている人にはその人にふさわしい働き方を指導する。

・ニアミス例では休業ないし業務軽減を指示する。

・重い心臓病があり身体障害者に認定されているような人では厳重な作業管理・作業環境管理を勧める。

## 5. 過労死の被災者にどう向き合うか

いったん過労死が起これば被災者が生来重篤な危険因子を持っていたということになってしまふ場合が多い。喫煙・飲酒習慣、健康への無関心などにより責任がすべて本人にかぶせられる。医師としては被災者の人権を守るために正當な評価を行う。

労働過重による疾病の悪化や発症であることが判明したのなら医師としてその内容を証明する。病理解剖が行われている場合においても、その診断内容には十分な吟味が必要である。

医師は一般に過酷な労働を経験しており、また人並み優れて過重労働を我慢して受け入れる素質がある人が多い。自分も大丈夫なのだからという感覚で人を評価する恐れを持っている。特にニアミス例に関しては早急な業務軽減ないし休業を指示しなくてはならない。

## 6. 日本の劣悪な労働環境と内科医

不景気により労働者の立場はますます過酷なものとなっている。ILO（国際労働機構）のDecent Work（人間らしい・上等な労働）は「労働者の健康によい労働時間」を提案している。日本の労働環境はこの提案からはほど遠く劣悪な状態にある。午前2時まで働いてタクシーで家に帰って翌朝は10時までに出勤するといった過酷な勤務が常態化している場合がまれではない。このような勤務を続けている若い人に禁煙をすすめてもなかなか成功しにくい。心理的なストレスが高く、禁煙をじっくり考える時間的余裕もないのである。長時間過密労働により子供とのコミュニケーションすら失っている父親も多い。私自身50歳前半まで30数時間の連続勤務を当直という名で経験してきたので、ルールのない長時間労働は過労死につながることを体感している。不景気で職を失う人がいる一方でサービス残業・風呂敷残業に代表される長時間過密労働が日常化している。このような社会の大きな構造の中で疾病が生まれていくことを見ると無力感に陥る恐れがある。健康と命を守る内科医には働き方に関して広く社会にしかるべき発言をしていくことが求められている。

謝辞 「働くものの命と健康を守る東京センター」の色部祐氏、東京社会医学研究センターの村上剛志氏ならびに新聞労連OBの宮野伸介氏に過労死に関する多くの資料を提供していただいたことを感謝いたします。