

過労死・過労自殺に関する 最近の医学的知見と防止対策について

・COI開示: 開示すべき利益相反はありません。

本報告は、厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金「過労死等の実態解明と防止対策に関する総合的な労働安全衛生研究(180902-01、211001-01、研究代表者高橋正也)」に基づくものです。

独立行政法人労働者健康安全機構
労働安全衛生総合研究所
統括研究員吉川 徹 (よしかわ とおる)
yoshikawa@h.jniosh.johas.go.jp
<http://researchmap.jp/read0063276/>



内容

■ 過労死等の実態

- － 労災補償の実態
- － 調査研究結果

■ 疾患別過労死等の特徴

- － 脳・心臓疾患事案
- － 精神障害・自殺事案

■ 過労死等に関する医学的知見と防止策

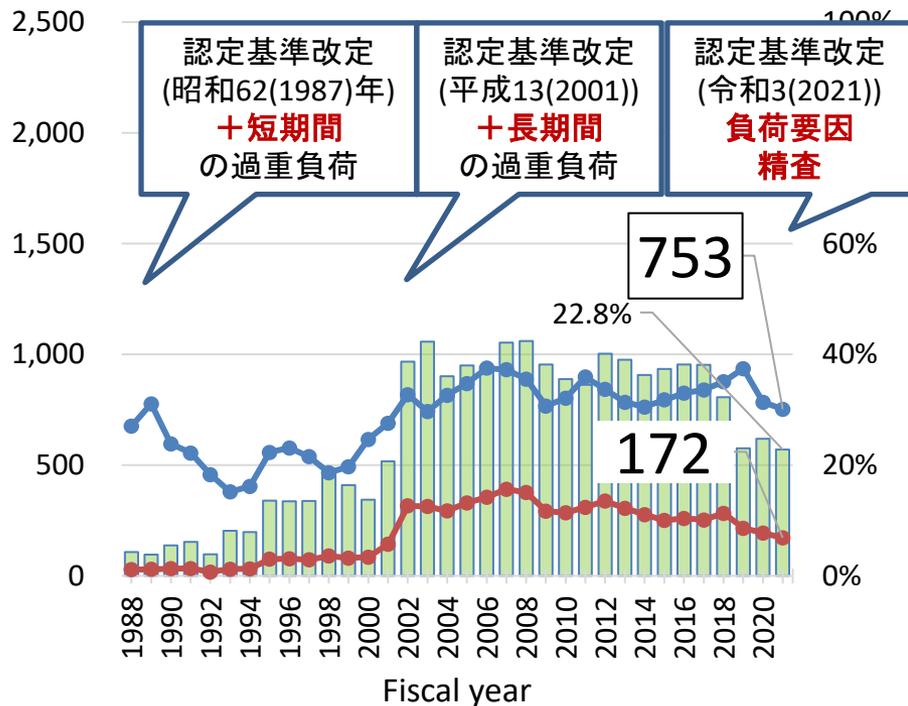


1 過労死等の実態からみた 過重労働・メンタルヘルス対策の力点

- ・脳・心臓疾患の請求件数は年間800件前後、支給決定件数は250件前後で推移
(過労死防止法施行(2014)、時間外労働上限規制(2019)以降、支給決定件数はやや減少?)
- ・精神障害の請求件数、支給決定件数共に、1998年を境に一貫して増加傾向

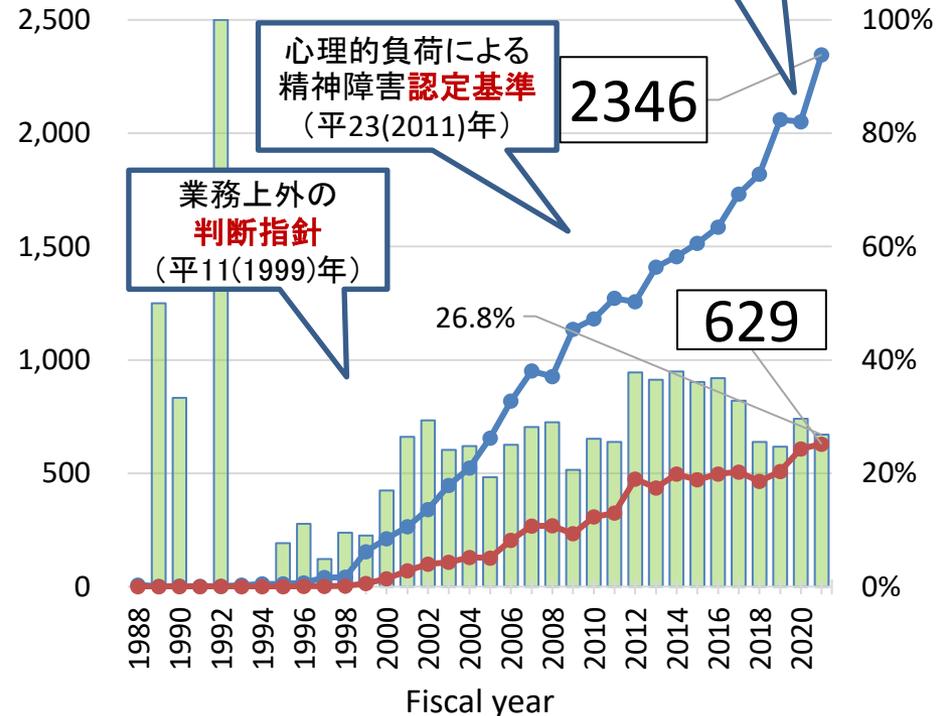
脳・心臓疾患

Cerebrovascular/cardiovascular diseases (CCVDs)



精神障害・自殺

Mental disorders (MDs)



■ 支給決定割合 ● 請求件数 ● 支給決定件数

■ 支給決定割合 ● 請求件数 ● 支給決定件数

Data source: Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, White paper "Karoshi" 2021.

Yamauchi T, Yoshikawa T, et al. Ind Health 2017; 55: 293-302.

過労死等防止対策推進法(平成26年11月1日施行)及び 過労死等の定義、労災補償制度

＜背景＞1980年代後半、過重労働による脳・心臓疾患等がいわゆる「過労死」の名称で用いられ、社会的に注目が進む

＜法律制定の経過＞2000年代、被災者の遺族(家族会)や支援する弁護士、学者等により過労死を防止する立法を目指す団体が結成され、国会や地方議会に対して働きかけ、今回の法制定に至る

「過労死等」の定義(第2条)

- 業務における**過重な負荷**による**脳血管疾患**若しくは**心臓疾患**を原因とする死亡
- 業務における**強い心理的負荷**による**精神疾患**を原因とする**自殺**による死亡
- 死亡には至らないが、これらの脳血管疾患・心臓疾患、精神障害

- 大綱を定める「過労死等防止対策推進協議会」を設置
- 国は、過労死等に関する調査研究等を行う→**過労死等防止調査研究センターの設置**

過労死等(脳血管疾患・心疾患、精神障害・自殺)は、労災補償給付の対象疾患として、認定基準に沿って、その給付が行われています。

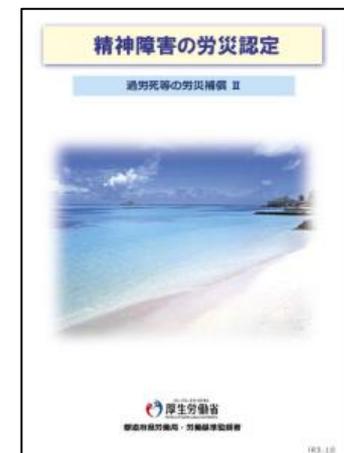
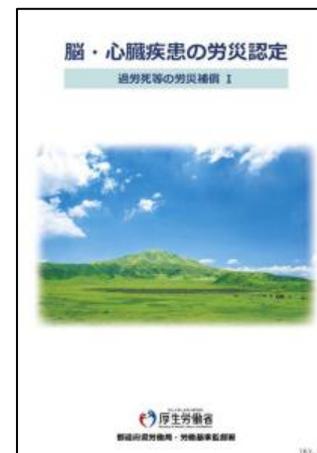
参照

脳・心臓疾患の労災補償について(厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/090316_00006.html

精神障害の労災補償について(厚生労働省)

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken04/090316.html>



過労死等の防止のための対策に関する大綱

対策の基本的考え方 (平成27年7月24日閣議決定)

第3 過労死等の防止のための対策の基本的考え方

- 1) 調査研究等
- 2) 啓発
- 3) 相談体制の整備等
- 4) 民間団体の活動に関する支援



調査研究等の基本的考え方

過労死等の実態解明のために、医学や労働・社会分野のみならず、経済学等の関連分野も含め、多角的、学際的な視点から調査研究を進める

医学分野: 過労死等の危険因子や疾患との関連の解明、効果的な予防対策に資する研究。過労死等の防止のための健康管理の在り方について検討

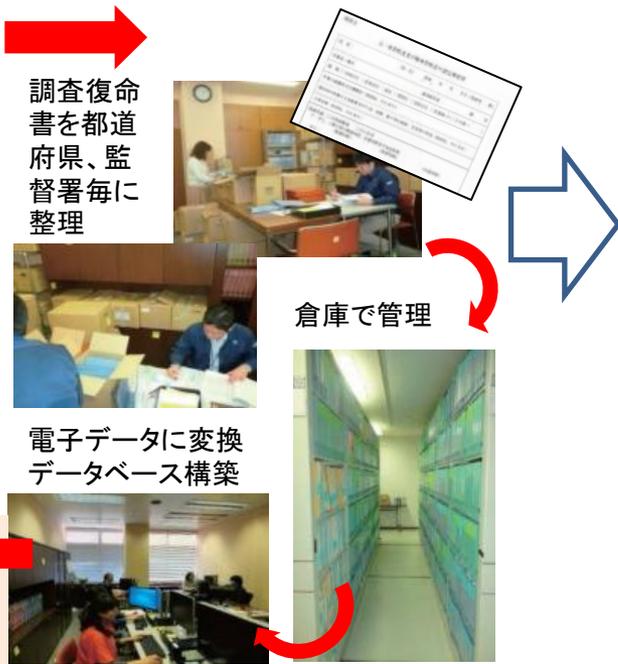
労働・社会分野: 過労死等の全体像を明らかにする。企業、労働者等に対する実態調査。

過労死等事案の分析による実態解明

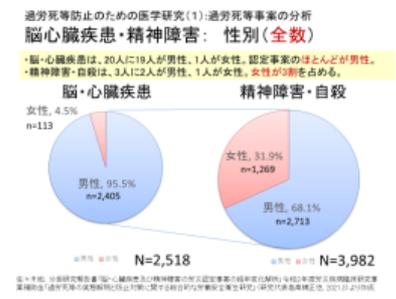
過労死等防止調査研究センターでは、全国の労働基準監督署から労災認定に関する復命書等の行政書類提供を受け、過労死等の医学研究を実施しています。



労災認定に関する復命書等の行政書類提供を依頼(2015, 2017)
(2018以降は厚生労働省を通じ提供)



○基礎統計



○事例詳細解析

参考: 医療・福祉業における労災認定事案の典型事例 (脳・心臓疾患)

<職種><施設><職種別><労務管理><具体的労務事例>

職種	施設	職種別	労務管理	具体的労務事例
医師	病院	医師	長時間勤務	長時間勤務による疲労蓄積、ストレスによる脳・心臓疾患発症
看護師	病院	看護師	長時間勤務	長時間勤務による疲労蓄積、ストレスによる脳・心臓疾患発症
介護士	介護施設	介護士	長時間勤務	長時間勤務による疲労蓄積、ストレスによる脳・心臓疾患発症
福祉士	福祉施設	福祉士	長時間勤務	長時間勤務による疲労蓄積、ストレスによる脳・心臓疾患発症
その他	その他	その他	長時間勤務	長時間勤務による疲労蓄積、ストレスによる脳・心臓疾患発症

- データベースを用いて集計、解析
- 調査研究報告書作成

分析対象事案
(脳心 n = 2,518、2010.4-2019.3)
(精神 n = 3,982、2010.4-2019.3)

参考 過労死等防止対策に関する調査研究について
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04768.html

過労死白書が毎年公開されています

第3章 過労死等をめぐる調査・分析結果（過労死等事案の分析）

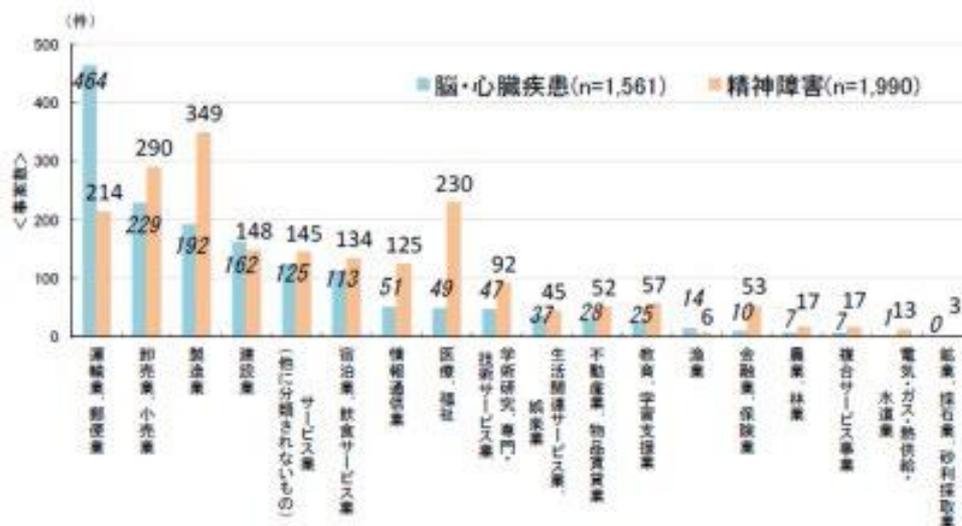
過労死等事案の分析結果

➤過去5年間に労災認定された「脳・心臓疾患」、「精神障害」の業務上事案を年齢階級別でみると、「脳・心臓疾患」は50歳代、40歳代が多く、「精神障害」は30歳代、40歳代、29歳以下が多い。また、業種別でみると、「脳・心臓疾患」は「運輸業、郵便業」、「卸売業、小売業」で多く、「精神障害」は、「製造業」、「卸売業、小売業」で多い。

第3-1図 脳・心臓疾患、精神障害の年齢階級別の事案数
（平成22年1月～平成27年3月までの業務上事案）



第3-2図 脳・心臓疾患、精神障害の業種別の事案数
（平成22年1月～平成27年3月までの業務上事案）



（資料出所）労働安全衛生総合研究所過労死等調査研究センター「平成27年度過労死等の実態解明と防止対策に関する総合的な労働安全衛生研究」

（注）精神障害については、調査資料により業種が特定できない事案を除外している。

（資料出所）労働安全衛生総合研究所過労死等調査研究センター「平成28年度過労死等の実態解明と防止対策に関する総合的な労働安全衛生研究」

（注）精神障害については、調査資料より業種が特定できない事案を除外している。

過重労働により過労死等として労災認定された事例

- 50歳代、男性。歯科技工士。労災特別加入者。X年1月某日、午後6時半頃、作業場で頭を抱えて倒れているところを妻に発見され、救急車で病院へ搬送され「脳出血」と診断。約30年前から顧客である歯科医院から歯の補綴物の作製業務を請け負っている。近年は、価格の自由化、患者数の減少、技工所数の増加等の環境の変化に伴い、納期が短くなっていた。労働時間は、毎月100時間を超える残業を行っていた。

決定時疾患名：脳出血、認定事由：単月100時間以上の時間外労働

- 40歳代男性：事務職（隧道工事）。現場写真の撮り忘れによるミスから上司より指導や叱責。更なるミスから叱責は激しくなり、上司に言われて休日出勤し作業をした。13日連続出勤（2回）や発病後2ヶ月間には90～120時間の時間外労働が認められた。しかし、作業がほとんど進んでいなかったため上司が憤怒し、強く叱責。その翌日に自殺。

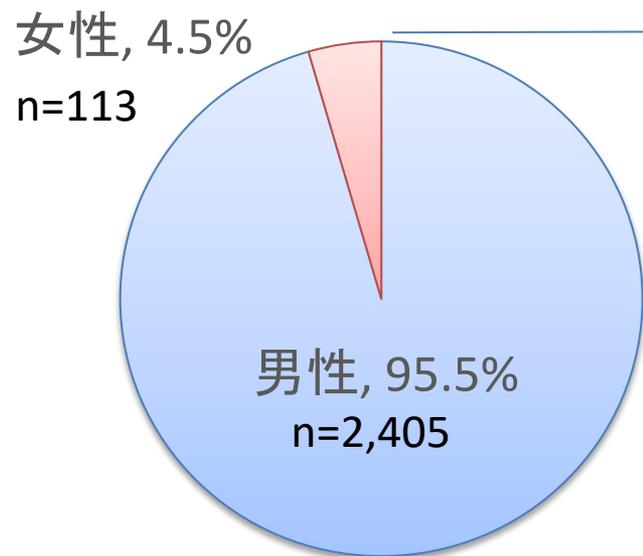
決定時疾患名：うつ病エピソード・自殺

認定事由：上司とのトラブル（強）、二週間の連続勤務（中）

脳心臓疾患・精神障害：性別（全数）

- ・脳・心臓疾患は、20人に19人が男性、1人が女性。認定事案のほとんどが男性。
- ・精神障害・自殺は、3人に2人が男性、1人が女性。女性が3割を占める。

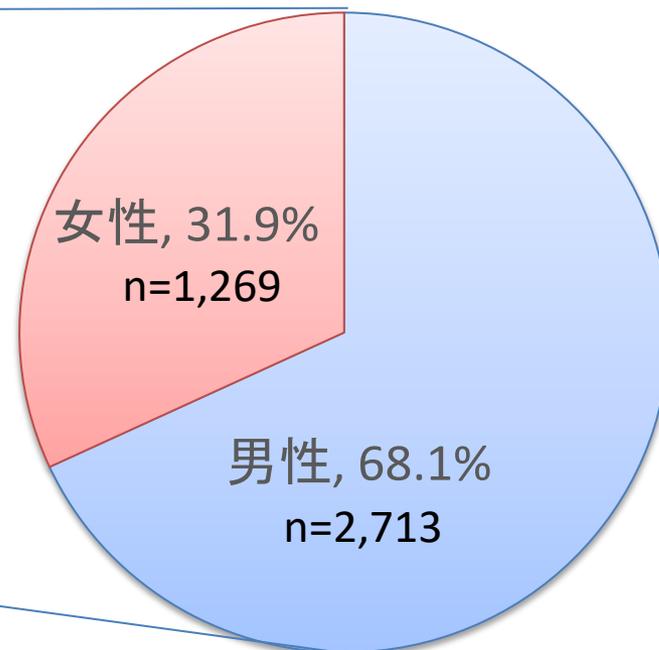
脳・心臓疾患



■ 男性 ■ 女性

N=2,518

精神障害・自殺



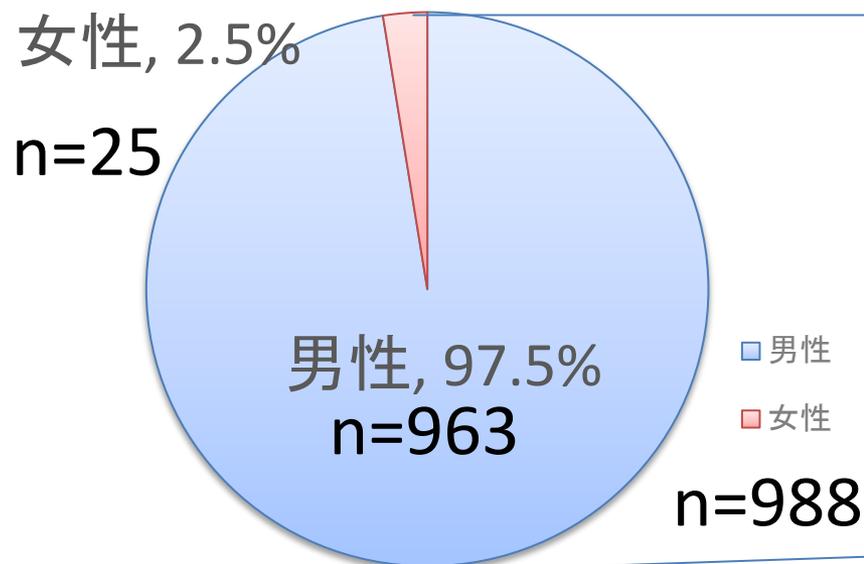
■ 男性 ■ 女性

N=3,982

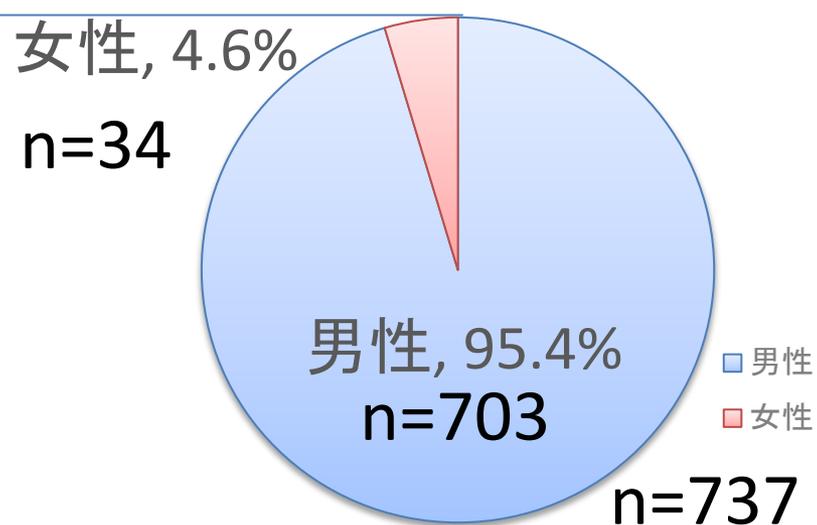
脳心臓疾患・精神障害：性別（死亡）

- ・過労死等の死亡・自殺事例は大多数が男性
- ・全体に占める死亡事例は、脳心疾患で全体の**39.2%**(988/2518)、4割死亡
- ・全体に占める死亡事例は、精神障害による自殺事案は**18.5%**(737/3,982)、2割死亡

脳・心臓疾患・死亡



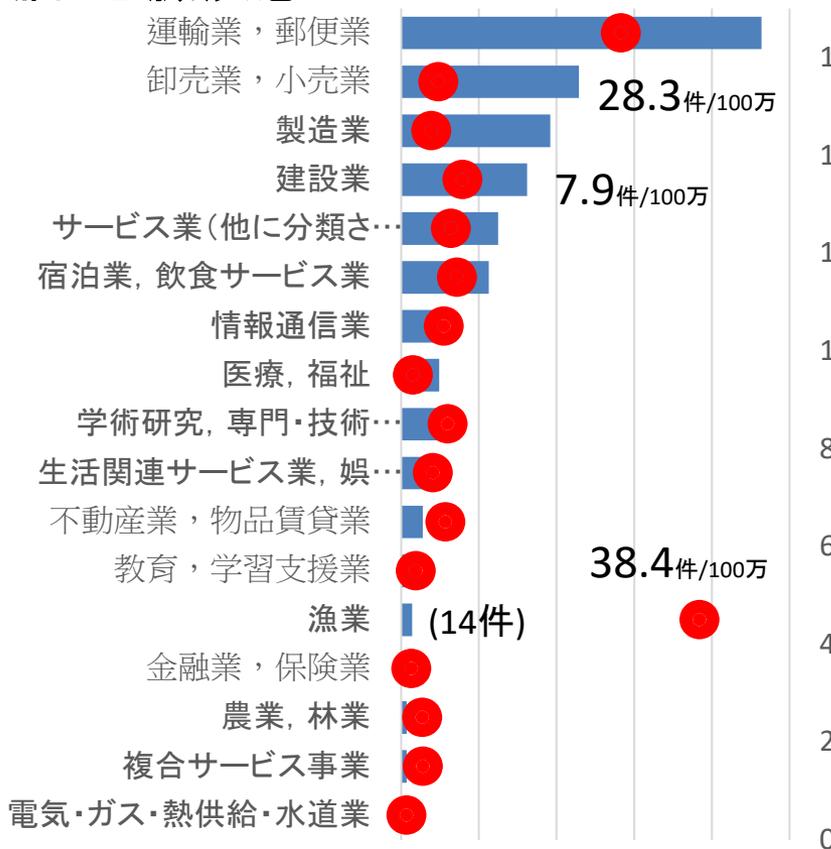
精神障害・自殺



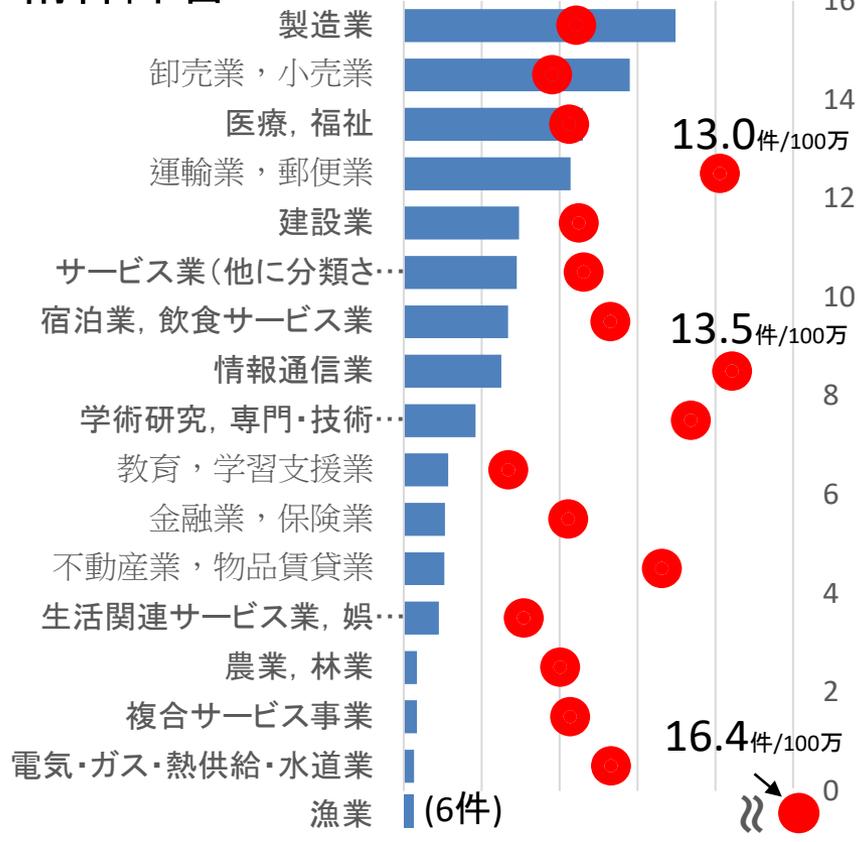
脳・心臓疾患、精神障害の労災認定事案の件数と発生率

- **脳**疾患は**3.7**件/雇用者100万人、**心臓**疾患は**2.3**件/雇用者100万人
 - 運輸・郵便業が全事案の3分の1、発生率は漁業、運輸業・郵便業が突出、建設業、宿泊業・飲食サービス業と続く
- **精神**障害は**9.3**件/雇用者100万人
 - 製造業、卸売・小売業、医療・福祉の順、発生率は情報通信業、運輸・郵便業、学術研究・専門技術サービスが高い

<脳・心臓疾患>



<精神障害>

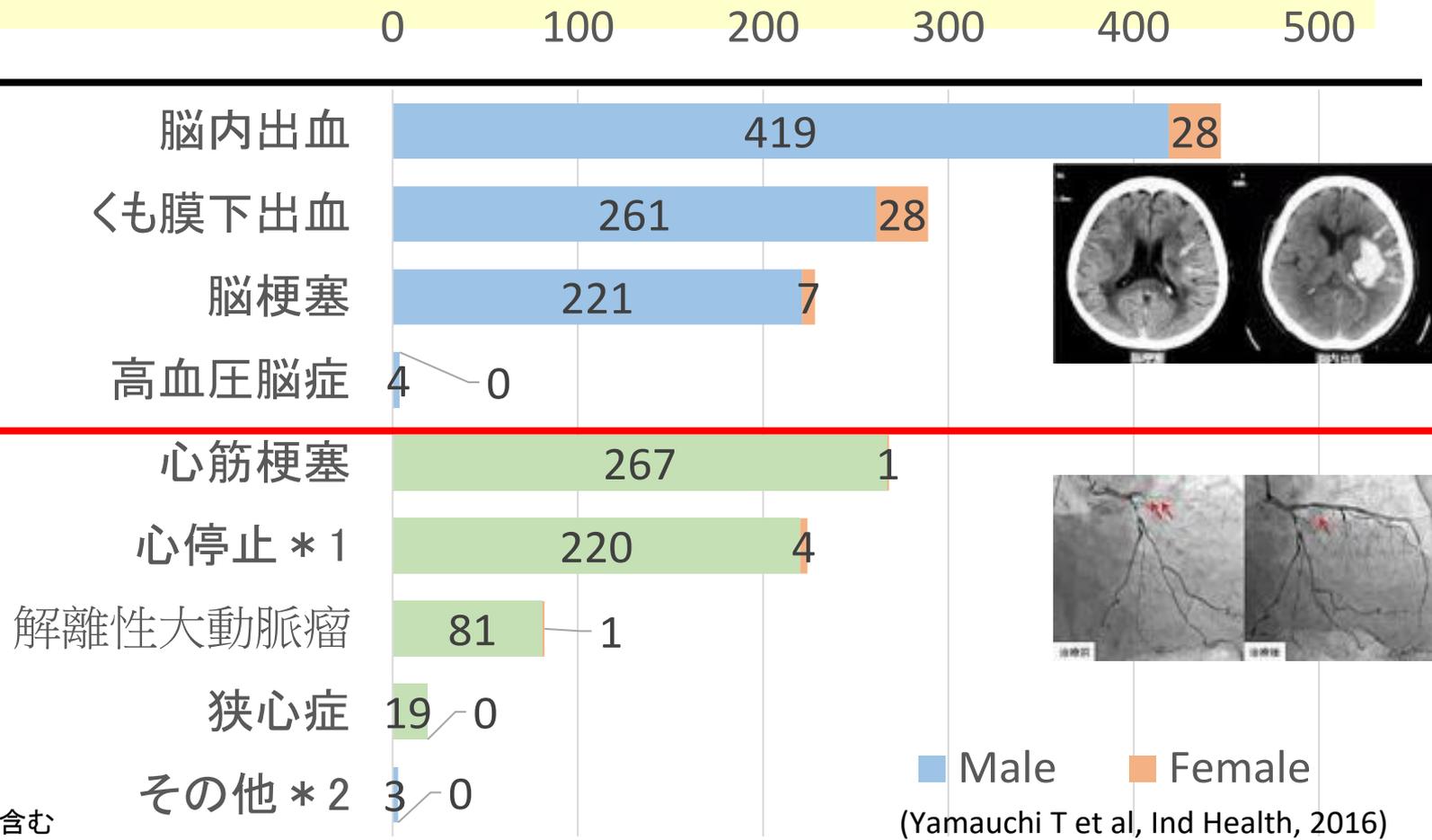


2. 過労死等の実態(1)

脳・心臓疾患事案の特徴

脳心：決定時疾患名別の集計結果 (n=1,564)

- ・脳疾患が6割、心疾患が4割。脳疾患は、脳内出血が最も多く、全体の28%
- ・心臓疾患は心筋梗塞、心停止が多い



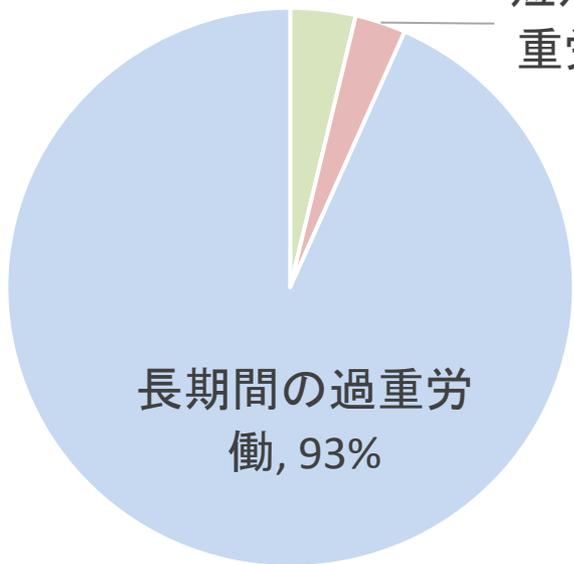
*1心臓性突然死を含む

脳心： 認定要件別の集計結果

- ✓ 過労死等認定事案の**93%**は「長期間の過重業務」が主な認定事由
- ✓ 長時間労働以外の負担(不規則・交代制勤務、深夜労働、出張の多い業務、精神的緊張等)も多事案で記載されている

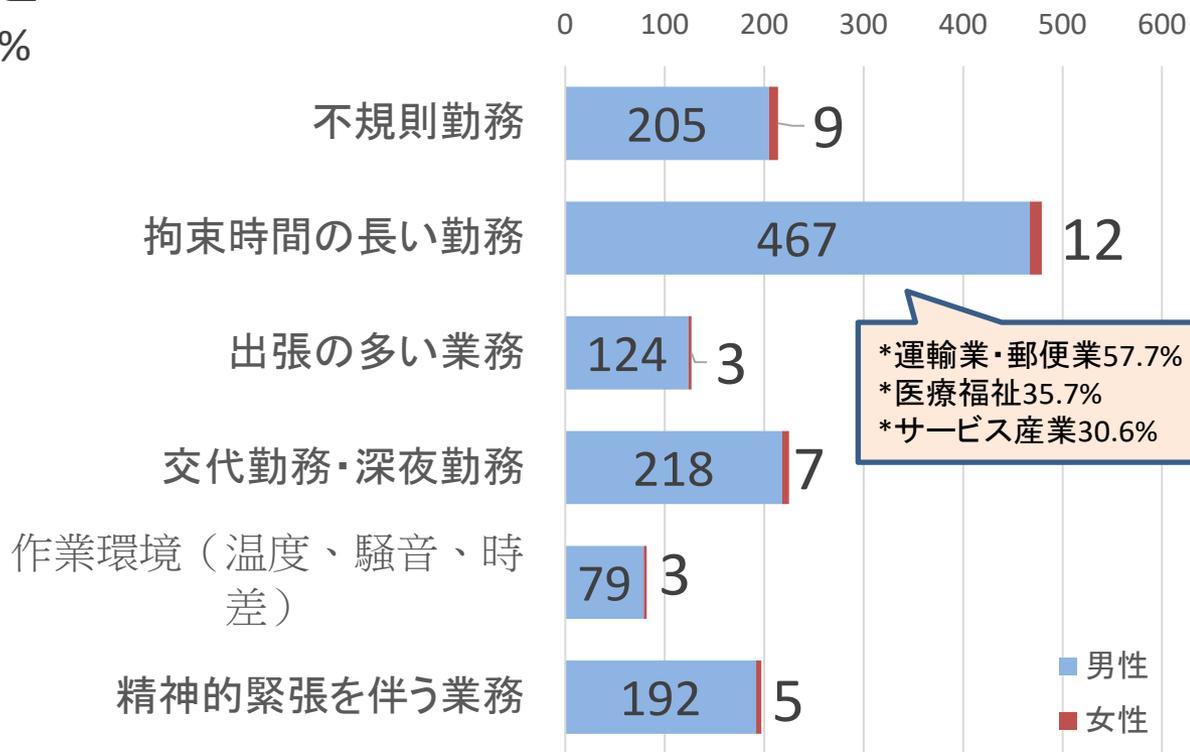
主たる認定要件 (%)

異常な出来事, 4% 短期間の過重労働, 3%

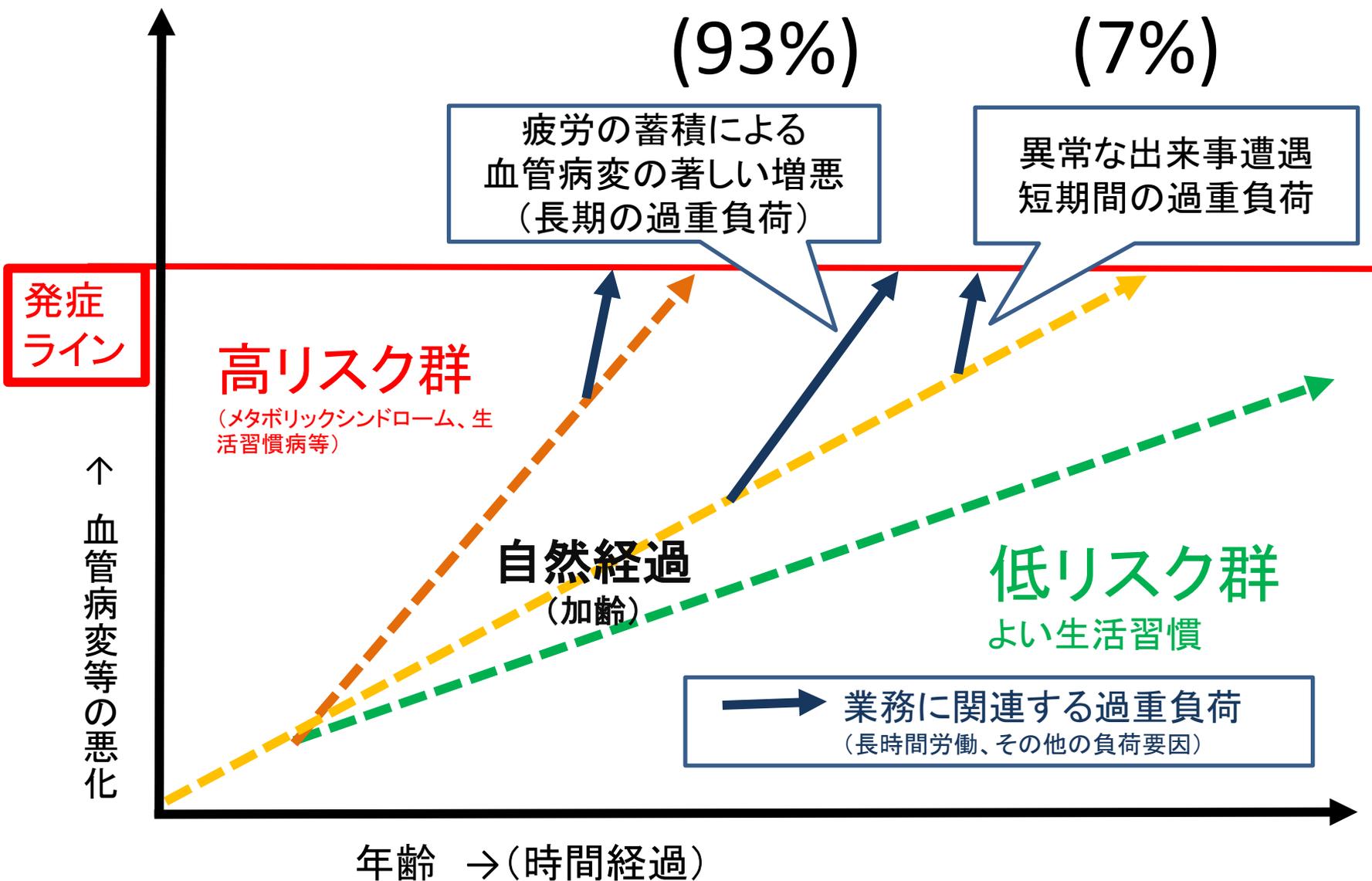


- 異常な出来事
- 短期間の過重労働
- 長期間の過重労働

認定事由として負荷要因として評価された労働時間以外の負荷要因



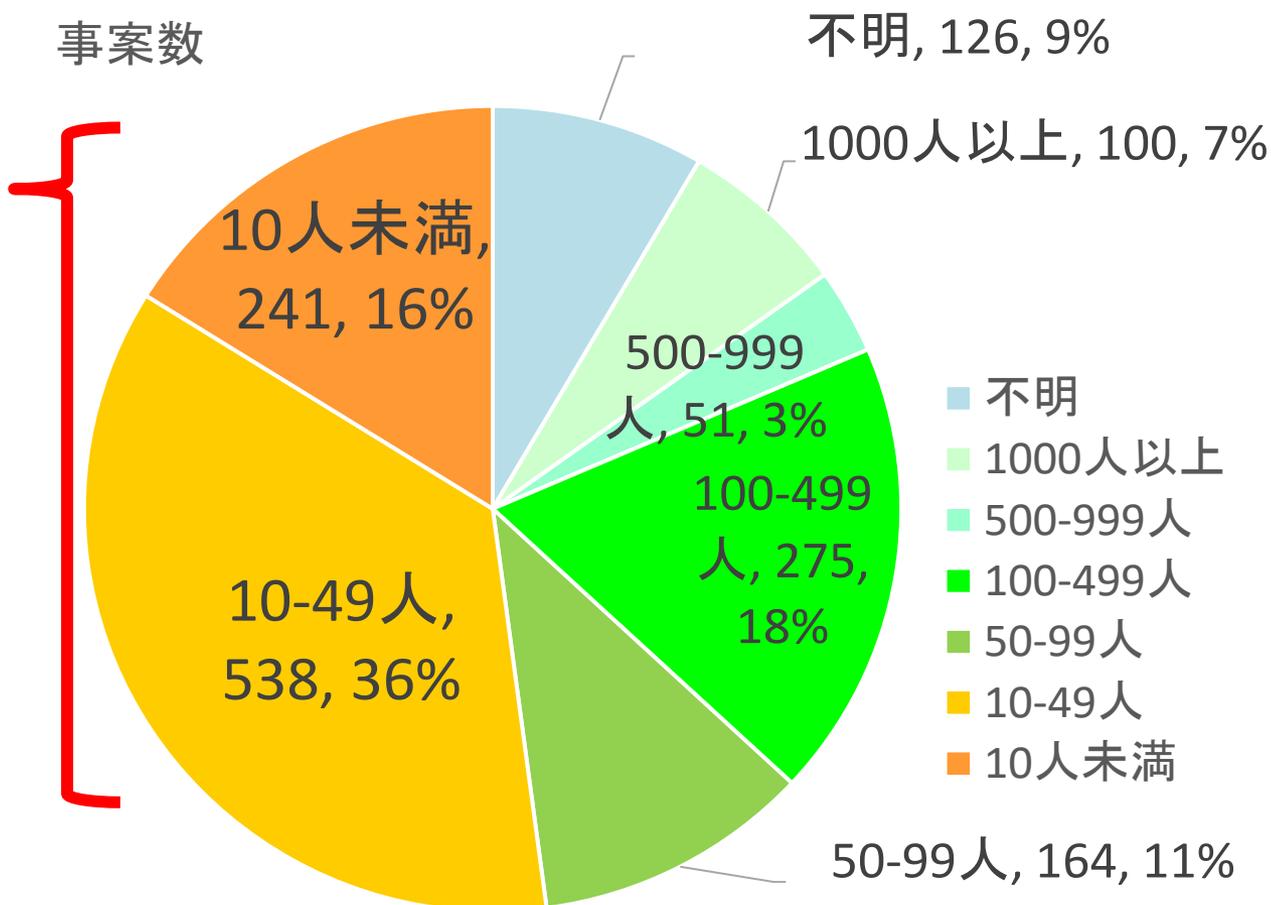
考察: 業務に関連する過重な負荷と脳・心臓疾患の発症、補償事由の割合



脳心： 事業場規模

過労死等認定事案の**50名未満の事業場**が**52.2%**を占めた

過労死事案の
半数は、50人
未満の事業場
で発生している



脳心： 認定事案における健康診断、面接指導の実施有無、既往歴の有無

	男性		女性		合計	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
健康診断	いいえ	249 (16.7)	16 (23.2)	265 (16.9)		
	はい	1037 (69.4)	43 (62.3)	1080 (69.1)		
	記載なし/不明	209 (14.0)	10 (14.5)	219 (14.0)		
	合計	1495 (100)	69 (100)	1564 (100)		
面接指導	いいえ	1116 (74.6)	52 (75.4)	1168 (74.7)		
	はい	36 (2.4)	2 (2.9)	38 (2.4)		
	記載なし/不明	343 (22.9)	15 (21.7)	358 (22.9)		
	合計	1495 (100)	69 (100)	1564 (100)		
既往歴	いいえ	702 (47.0)	39 (56.5)	741 (47.4)		
	はい	529 (35.4)	18 (26.1)	547 (35.0)		
	記載なし/不明	264 (17.7)	12 (17.4)	276 (17.6)		
	合計	1495 (100)	69 (100)	1564 (100)		

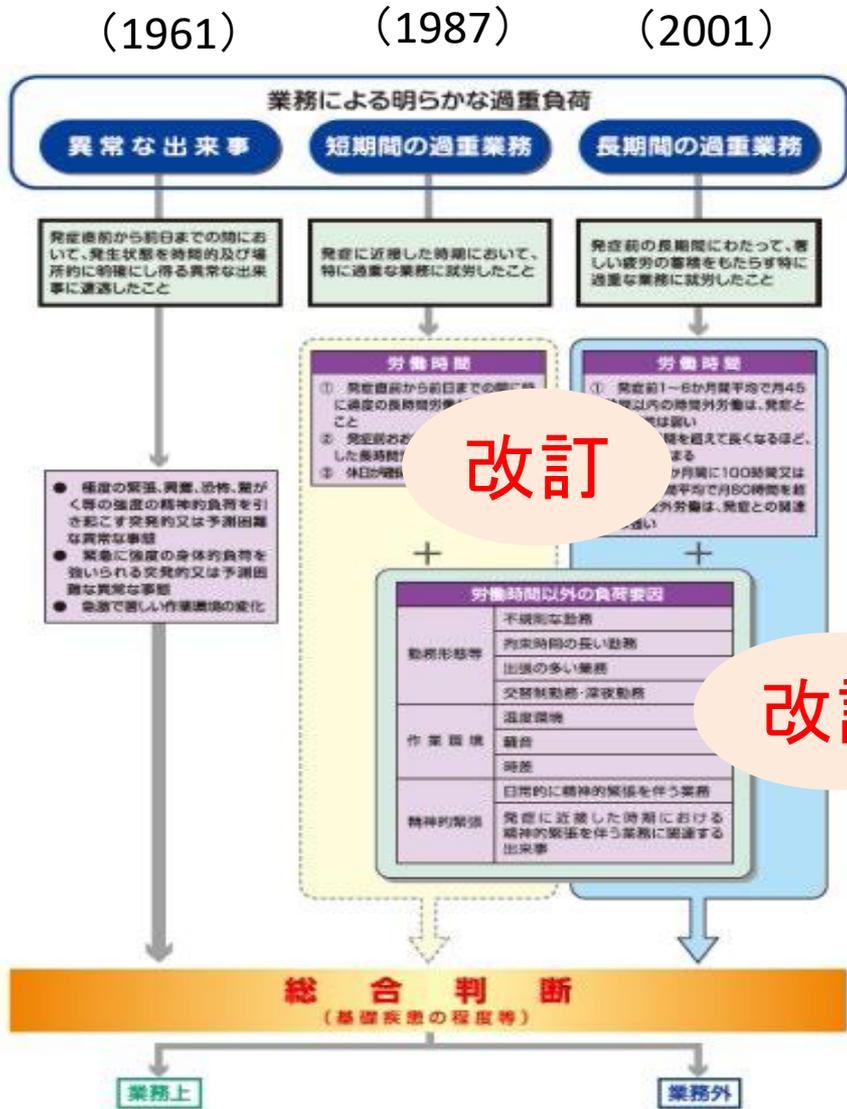
(*平成28年度報告書、高橋正也他、p9)

サマリー 脳・心臓疾患による過労死等の主なFACT

- 労災認定事案件数は横ばい
 - 男性が95%、死亡事例は40%
 - 脳疾患が6割、脳内出血が最も多い
- 職種毎に認定件数、発生率に相違がある
 - 運輸業、郵便業が脳・心臓疾患全体の3分の1
 - 認定事由は長期間の過重労働が93%
- 中小事業場での発生が半数
 - 50名未満の事業場が52.2%
- 健診受診率は低くなく、医師面接を受けた事例は少ない
 - 健診は7割は受診、半数近くは疾病なし、既往症は3割のみ(元気な人が長く働き突然倒れる)
 - 倒れる前に過重労働による医師による面接指導を受けた者は2.4%

脳・心臓疾患の過労死等事案の認定基準と事案解析結果

脳・心臓疾患の業務起因性の判断のフローチャート



脳・心臓疾患認定基準(2001)

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。)の認定基準について
(平成13.12.12基発第1063号)

脳・心臓疾患認定新基準(2021)

血管病変等を著しく増悪させる業務による脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準について(基 発0914 第1号令和 3 年9月14日)

1. 異常な出来事
2. 短期間の過重労働
概ね1週間
3. 長期間の過重労働

○発症前6ヶ月

- ①1ヶ月 >100時間
- ②2～6ヶ月 >平均80時間

③①・②の時間外労働に至らないが、それに近い時間数で、休息时间や心理的負荷なども総合的に判断

○労働時間

+労働時間以外の負荷要因

6つの負荷要因に加え

- 勤務間インターバルが短い勤務
- 身体的負荷を伴う業務

新設

新設

「脳・心臓疾患の労災認定の基準に関する専門検討会」報告書（令和3(2021)年7月）の概要

●業務の過重性の評価（業務と発症との関連性）

業務による「長期間にわたる疲労の蓄積」と「発症に近接した時期の急性の負荷」が発症に影響を及ぼすとする現行基準の考え方は妥当

現行基準が適切と判断

長期間の過重業務

労働時間

- ・発症前1か月間に100時間または2～6か月間平均で月80時間を超える時間外労働は、発症との関連性は強い(※)
- ・月45時間を超えて長くなるほど、関連性は強まる
- ・発症前1～6か月間平均で月45時間以内の時間外労働は、発症との関連性は弱い

労働時間以外の負荷要因

- ・拘束時間が長い勤務
- ・出張の多い業務 など

現行基準に新たに取り入れることが適切と判断

長期間の過重業務

労働時間

左記(※)の水準には至らないが
これに近い時間外労働
+
一定の労働時間以外の負荷

業務と発症との関連が強いと評価することを明示

労働時間以外の負荷要因

- ・勤務間インターバルが短い勤務
- ・身体的負荷を伴う業務 など

評価対象として追加

短期間の過重業務・異常な出来事

- ・業務と発症との関連性が強いと判断できる場合を明確化
→「発症前おおむね1週間に継続して深夜時間帯に及ぶ時間外労働を行うなど過度の長時間労働が認められる場合」等を例示

●対象疾病

- ・認定基準の対象疾病に「重篤な心不全」を追加

過重労働に関する労災認定基準の変遷

労災認定基準の公表、改定は最新の科学的知見に基づき見直しが続いている

1961(昭和36)年2月

最初の労災認定基準制定
「中枢神経及び循環器系疾患
認定基準について」(昭和36年2)

脳・心臓疾患の労災認定の基準に関する専門
検討会

1987(昭和62)年10月

認定基準を改正(短期の過重労働)
「脳血管疾患及び虚血性心疾患
月26日付け基発第620号)

2001(平成13)年11月15日

「脳・心臓疾患の認定基準に関

2001(平成13)年12月

脳・心臓疾患の認定基準の抜
「脳血管疾患及び虚血性心疾患
認定基準について」(基発第10

2002(平成14)年2月

過重労働による健康障害防止
※こちらは平成18年通達による

2007(平成19)年12月

労働契約法制定

2016(平成28)年4月

行政指導通達「過重労働による
について」

2017(平成29)1月

「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガ
イドライン」策定

2020(令和2)年6月

「脳・心臓疾患の労災認定の基準に関する専門検討会」スタート 20

回数	開催日	議題等	議事録/議事要旨	資料等	開催案内
第5回	2020年11月13日 (令和2年11月13日)	(1) 脳・心臓疾患の労災認定の基準について (2) その他	-	▶ 資料 NEW 11月13日	▶ 開催案内
第4回	2020年10月16日 (令和2年10月16日)	(1) 脳・心臓疾患の労災認定の基準について (支給決定事例等に基づく検討) (2) その他	-	-	▶ 開催案内
第3回	2020年9月29日 (令和2年9月29日)	(1) 脳・心臓疾患の労災認定の基準について (2) その他	-	▶ 資料	▶ 開催案内
第2回	2020年7月21日 (令和2年7月21日)	(1) 脳・心臓疾患の労災認定の基準について (2) その他	▶ 議事録	▶ 資料	▶ 開催案内
-	2020年7月17日 (令和2年7月17日)	-	-	▶ 脳・心臓疾患の労災認定の基準に関する専門検討会意見取りまとめ「PDF形式: 64KB」	-
第1回	2020年6月10日 (令和2年6月10日)	(1) 脳・心臓疾患の労災認定の基準について(複数業務要因災害等)	▶ 議事録	▶ 資料	▶ 開催案内

脳・心臓疾患の認定基準改定の経緯

1 昭和36年2月

- 中枢神経系及び循環器疾患（脳卒中、急性心臓死等）の業務上外認定基準を策定
- ・業務における異常な出来事を評価

2 昭和62年10月 ※新たな医学的知見に基づく見直し

- ・異常な出来事に加えて、短期間（発症前1週間）の過重業務を評価
- ・対象疾病の特定
脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症、一次性心停止、
狭心症、心筋梗塞症、解離性大動脈瘤

3 平成7年2月 ※新たな医学的知見に基づく見直し

- ・日常業務に比較して、特に過重な業務を評価
- ・発症前1週間より前の業務について、当該業務も含めて総合的に判断
- ・基礎疾患を有する者に対する考え方を追加

4 平成8年1月 ※新たな医学的知見に基づく見直し

- ・対象疾病の追加
不整脈による突然死等

5 平成13年12月 ※最高裁判決を契機として医学的知見を収集した上で見直し

- ・長期間（発症前おおむね6か月）の過重業務を評価
- ・対象疾病をICD-10に準拠した疾患名に整理
脳内出血（脳出血）、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症、心筋梗塞、狭心症、
心停止（心臓性突然死を含む）、解離性大動脈瘤
- ・労働時間以外の業務における負荷要因を明確化
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 など

<背景>

- 現行認定基準の策定から約20年が経過する中で、働き方の多様化や職場環境の変化が生じていることから、最新の医学的知見を踏まえた検証を行うことが必要
- 委託事業により、脳・心臓疾患の発症と睡眠時間、労働時間及び労働時間以外の負荷要因との関係について最新の医学的知見の収集
- 最新の医学的知見や、個別の支給決定事例、裁判例等に基づき、脳・心臓疾患の現状等や、各疾患の概要、危険因子について整理
- 現行認定基準の全般にわたってその妥当性を検証
- 業務の過重性の評価の具体化、明確化等についても検討

改訂ポイント、8つのサマリ

1. 脳・心臓疾患の対象疾病として「重篤な心不全」を追加、解離性大動脈瘤は「**大動脈解離**」
 2. 現行の認定基準は、妥当性を持つ。
 3. 過重負荷の評価の基準となる労働者は、本人ではなく、同種労働者にとって、特に過重な業務であるかを判断の基準とすることが妥当※同種労働者とは、「当該労働者と職種、職場における立場や職責、年齢、経験等が類似する者をいい、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ものを含む」
 4. 「**異常な出来事**」及び「**短期間の過重業務**」を評価では、検討の視点や、業務と発症との関連性が強いと評価できる場合の**例示を認定基準上明らかにする**
 5. 「**短期間の過重業務**」及び「**長期間の過重業務**」において、業務による負荷要因としては、労働時間のほか、勤務時間の不規則性(拘束時間の長い勤務、休日のない連続勤務、**勤務間インターバルが短い勤務**、不規則な勤務・交替制勤務・深夜勤務)、**事業場外における移動を伴う業務**、**心理的負荷を伴う業務**、**身体的負荷を伴う業務**及び作業環境(温度環境、騒音)の各要因について検討し、総合的に評価することが適切である。
 6. 長期間の過重業務の判断は単月100時間以上、2-6ヶ月平均80時間以上
 7. 1か月当たり時間外労働45時間未満は業務と発症との関連性が弱い
 8. 労働時間のみで業務と発症との関連性が強いと認められる水準には至らないがこれに近い時間外労働が認められ、これに加えて一定の労働時間以外の負荷が認められるときには、業務と発症との関連性が強いと評価できる。
- 45-80時間の時間外労働は、労働時間以外の負荷要因との総合判断**

2. 過労死等の実態(2)

精神障害・自殺事案の特徴

NHK おうちで学ぼう！ for School 新型...

NEWS WEB 天気 動画 News Up 特集 入

**「過労自殺」60%は医療機関の受診歴なし
ストレス早期把握を**

2020年10月30日 11時21分

ことしの過労死白書が30日、公表されました。「過労自殺」と認められたケースを分析した結果、およそ60%は医療機関の受診歴がなかったことがわかり、厚生労働省は仕事上のストレスなどを早期に把握し対応する体制作りが求められていると指摘しています。

**令和2年度
過労死白書**
令和2年10月30日閣議決定

朝日新聞 DIGITAL 速報 朝刊 夕刊 連載 特集 ランキング ...

トップ 社会 経済 政治 国際 スポーツ オピニオン IT・科学 文化・芸能

朝日新聞デジタル > 記事

医療サイト 朝日新聞アピタル

精神疾患発症から過労自殺、半数が29日以内に 厚労省

岡林佐和 2020年10月30日 10時19分

シェア ツイート B!ブックマーク メール 印刷

KYODO

過労自殺、専門職と管理職5割超

20年版白書、概要判明

2020/9/24 23:59 (JST) | 9/25 00:01 (JST) updated ©一般社団法人共同通信社

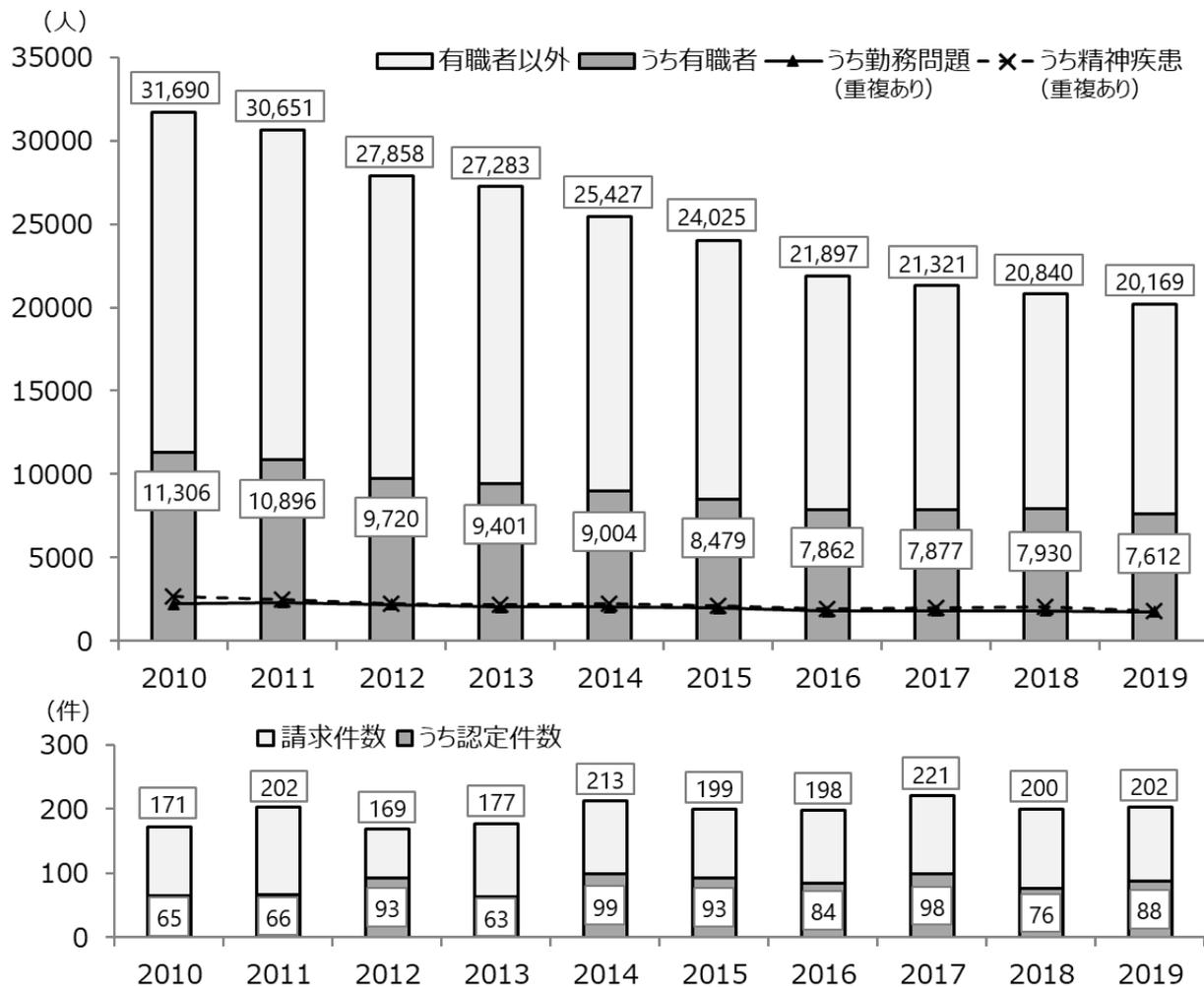
専門的・技術的職業従事者	67人	全体計167人 主な職種別過労自殺者数
管理的職業従事者	25	
事務従事者	24	
販売従事者	18	
生産工程従事者	11	

※2015、16年度。過労死白書の概要による

主な職種別過労自殺者数(2015、16年度)

2015～16年度に労災認定された過労自殺を分析したところ、うつ病などの精神疾患の発症から死亡までの期間が29日以下と短いケースが半数を超えることがわかつ

国内の自殺者数、自殺原因、精神障害による労災の自殺事案請求数・認定件数の推移(2010-2019)



国内の自殺者数は減少傾向
(コロナ下では上昇のようですが)

精神障害による労災の自殺請求数認定件数は横ばい

精神障害の過労死等事案の認定基準と事案解析結果

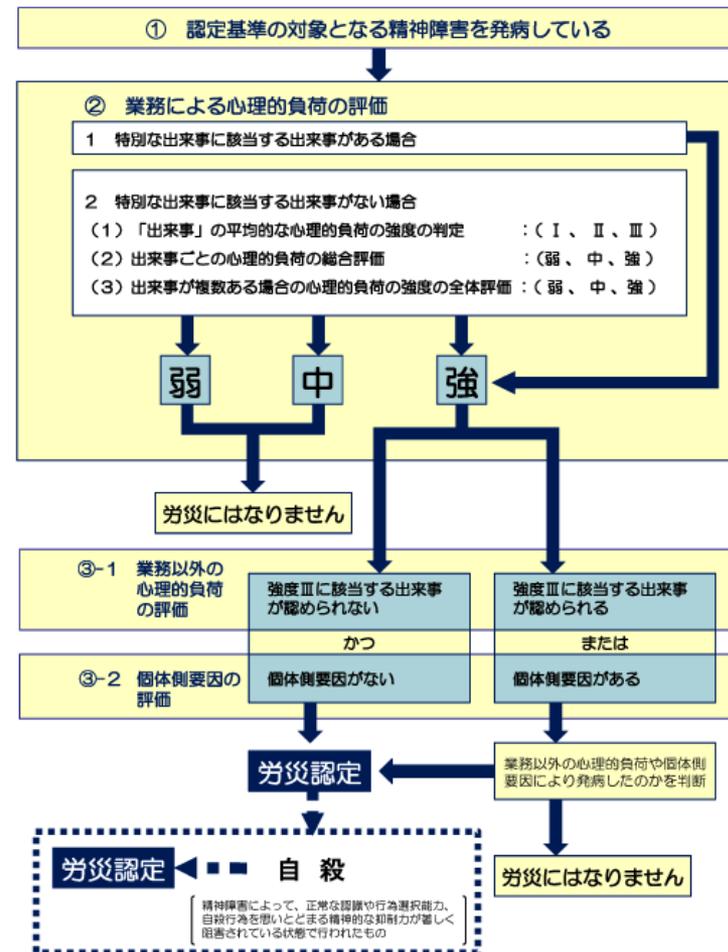
精神障害による過労死等の認定基準では、どんな精神障害を発症したのか、どんな心理的負荷の出来事があったか、評価されています。

＜労災認定のための要件＞

- 認定基準の対象となる
精神障害を発病
- 発病前おおむね6か月の間に、
業務による強い心理的負荷
- 業務以外の心理的負荷や個体側要因により発病したとは認められない

「自殺」の取り扱いについて

業務による心理的負荷によって精神障害を発病した人が自殺を図った場合は、精神障害によって、正常な認識や行為選択能力、自殺行為を思いとどまる精神的な抑制力が著しく阻害されている状態に陥ったもの（故意の欠如）と推定され、原則としてその死亡は労災認定されます。



＜心理的負荷による精神障害の認定基準について(平成23年12月26日付け 基発1226第1号)(令和2年8月21日改正)＞

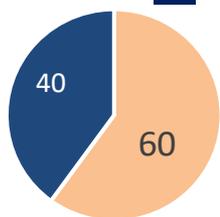
<https://www.mhlw.go.jp/content/000661301.pdf>

過労死等における精神障害：認定時の決定時疾患名

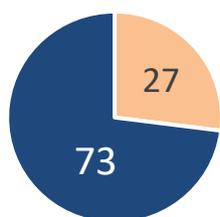
- ・決定時疾患名は、**男性の60%はF3領域**（気分障害、うつ病などを含む）、
女性の73%はF4領域（神経症性障害、ストレス関連障害等）であった。
- ・自殺事案に注目すると、男性の9割、女性の7割はうつ病を含む気分障害によるものであった。

全事案

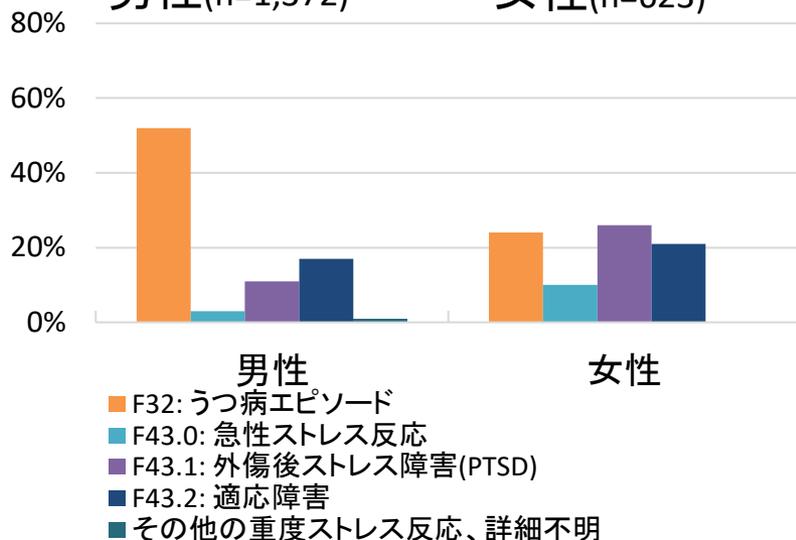
■ F3:気分障害
■ F4:神経症性障害等



男性(n=1,372)

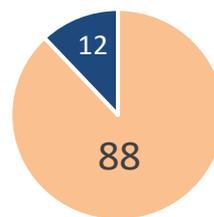


女性(n=623)

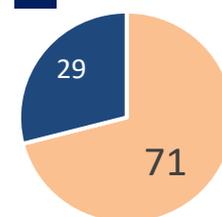


自殺事案

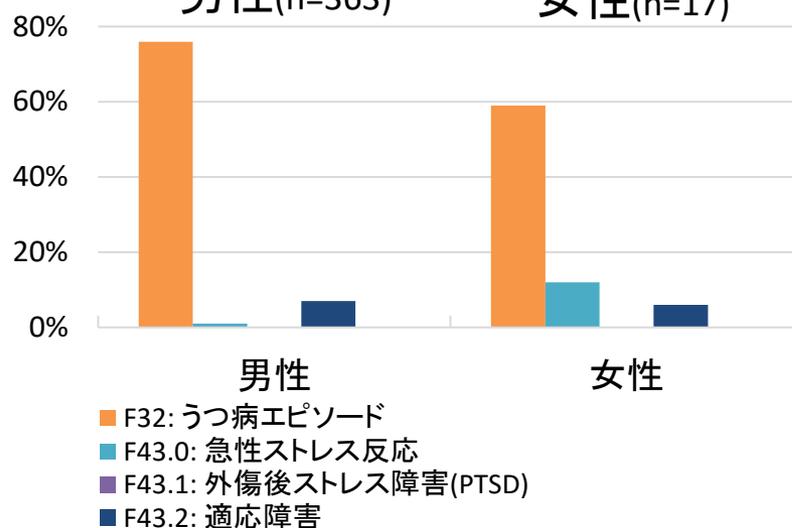
■ F3:気分障害
■ F4:神経症性障害等



男性(n=363)



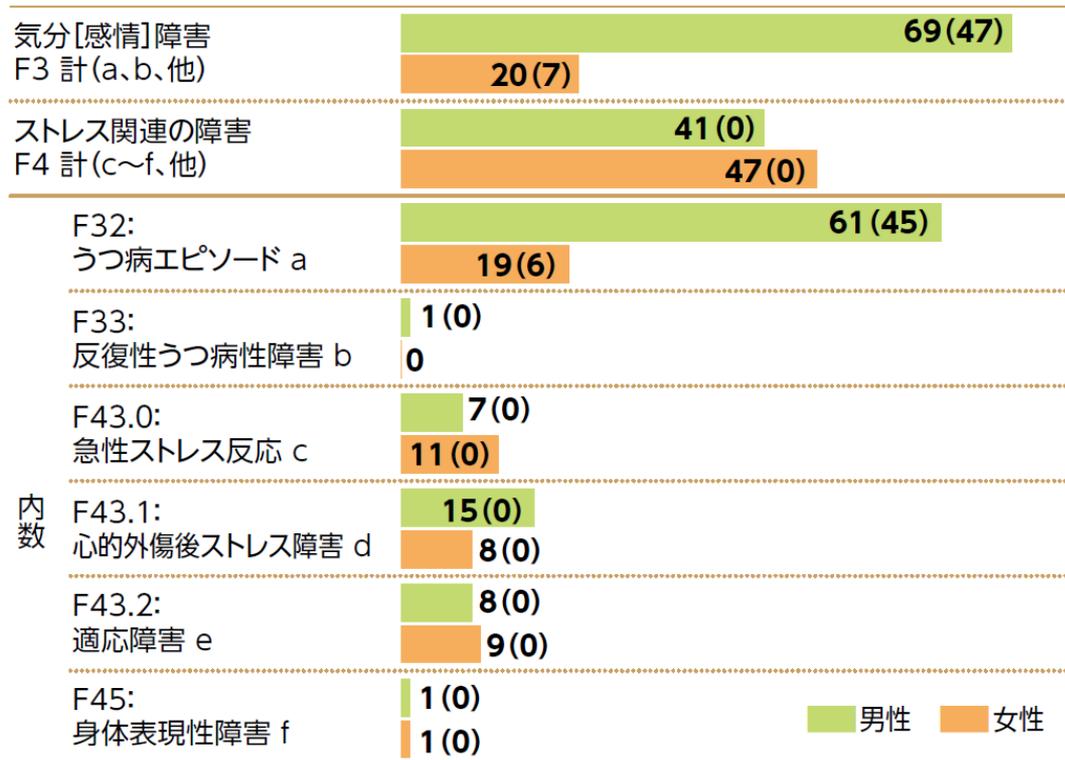
女性(n=17)



精神疾患・自殺の認定時決定疾患(地方公務員)

・地方公務員も、民間労働者と同様の傾向

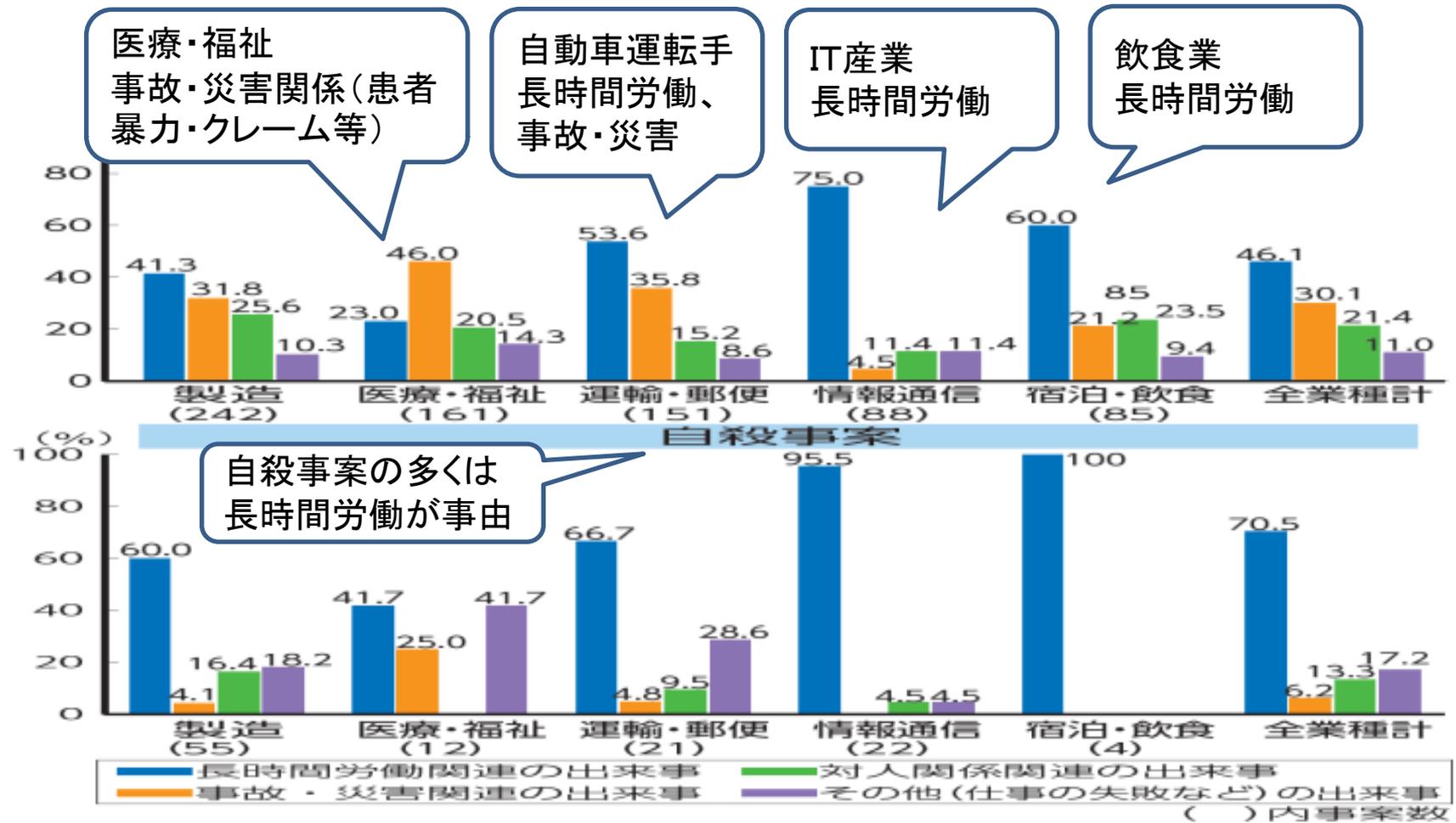
図3 精神疾患・自殺の認定時決定疾患名(※2)



- (注) 1. 精神疾患188件(男119件、女69件)の内訳を示したもの。
 2. ()は、うち自殺事案の数。
 3. a~fは、国際疾病分類(ICD)コードに基づき、障害別に区分できた事案を集計。
 4. a~fに区分できなかった事案については、計に含めて集計。分類できなかった11件を除く。

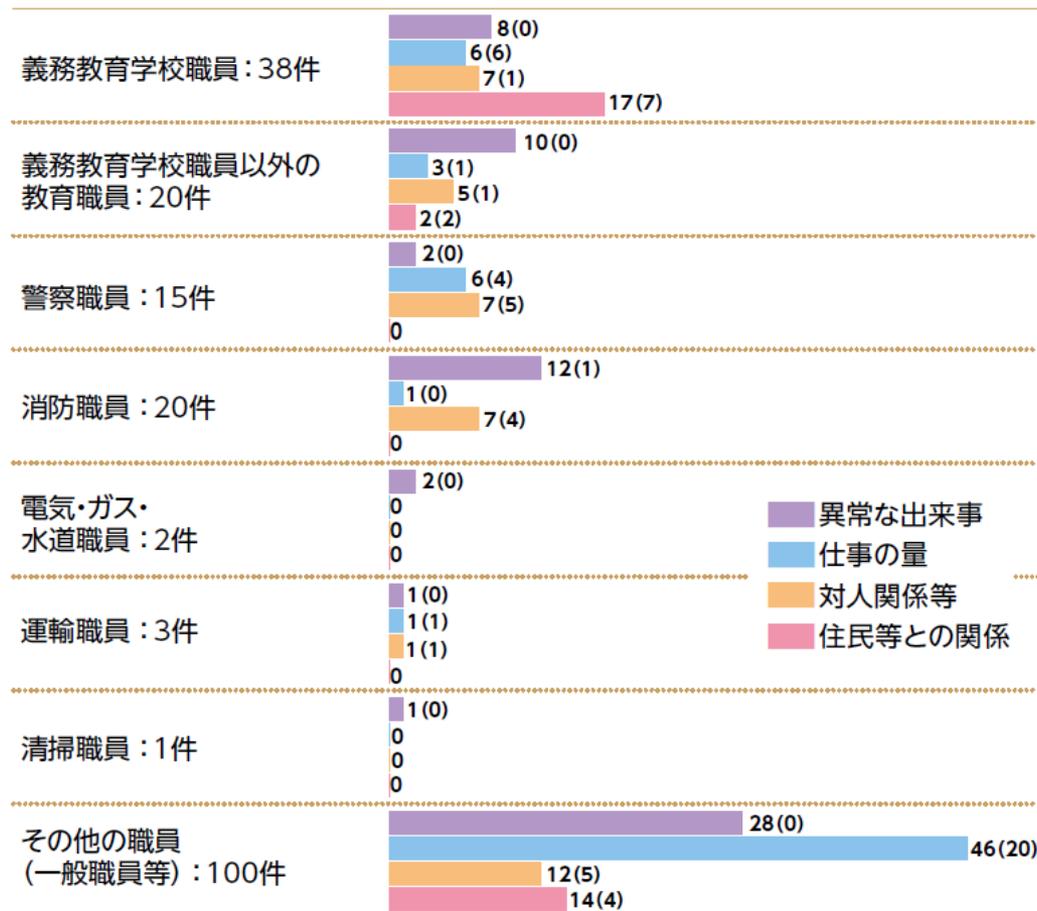
精神障害の過労死等事案、出来事別・業種別の分析から

■ 精神障害の労災認定の理由となった心理的負荷の出来事には、**業種ごと**で相違があります。防止対策は業種毎、職場毎で異なります。



公務災害、精神疾患・自殺

図4 職員区分別、業務負荷が認められる職務従事状況(※2)



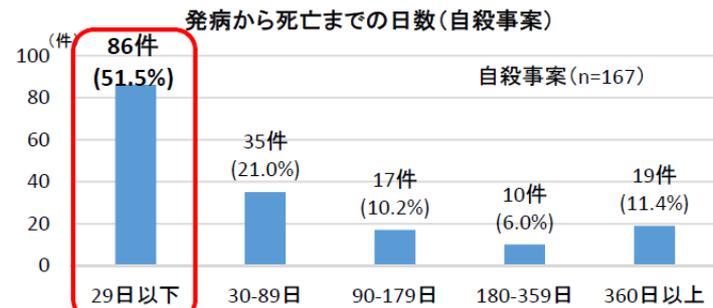
教職員の多くは
小中学校

その他の職員には
一般職員と
公立病院などの
医療従事者等が
含まれる

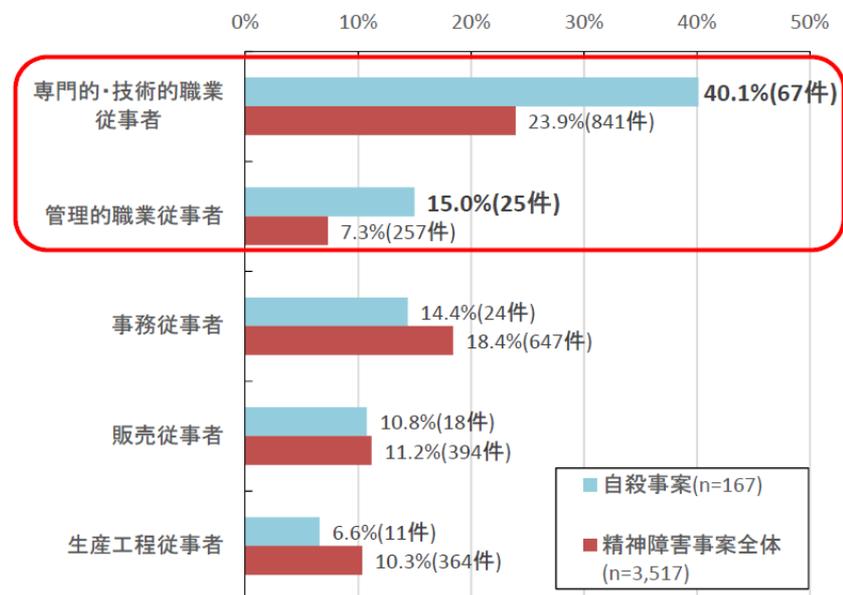
(注) 1. 精神疾患188人(職務従事状況199件)の内訳を職種別、職務従事状況別に示したものの。
 2. 1件の事案に複数の職務従事状況がある場合は、それぞれを1件としてカウントしている(重複回答)。
 3. 過重負荷が認められる職務従事状況のうち、主な4項目のみを抽出して記載している。
 4. ()は、うち自殺事案の数。

過労死等事案における自殺事案の分析結果から

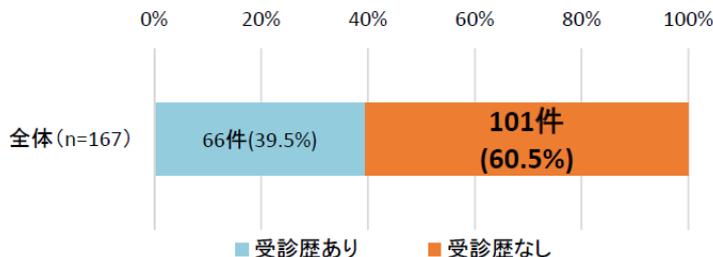
- ・自殺事案を発病から死亡までの日数別にみると、「29日以下」が半数以上。
- ・自殺事案について、医療機関への「受診歴なし」が約6割であった。
- ・自殺事案を職種別にみると、専門的・技術的職業従事者、管理的職業従事者が多く、その割合は精神障害事案全体と比較しても高い。



職種別の事案割合(自殺事案と精神障害事案全体の比較)



労災認定の疾病に関する医療機関の受診状況(自殺事案)



(資料出所) 労働安全衛生総合研究所過労死等防止調査研究センター「令和元年度過労死等の実態解明と防止対策に関する総合的な労働安全衛生研究」

→専門的・技術的職業従事者、管理的職業従事者に注目すること、日頃からの相談しやすい環境作りと、早期の対応が重要です。

Nishimura Y, Yamauchi T, Sasaki T, Yoshikawa T, Takahashi M. Overtime working patterns and adverse events in work-related suicide cases: hierarchical cluster analysis of national compensation data in Japan (fiscal year 2015-2016). Int Arch Occup Environ Health. 2021 Sep 25.

(資料出所) 労働安全衛生総合研究所過労死等防止調査研究センター「令和元年度過労死等の実態解明と防止対策に関する総合的な労働安全衛生研究」、令和2年度過労死等防止対策白書(概要資料)

「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会」報告書 (令和2(2020)年5月)の概要

検討の背景

業務による心理的負荷を原因とする精神障害については、平成23年12月に策定した「心理的負荷による精神障害の認定基準について」に基づき労災認定を行っているところだが、令和元年5月の「労働施策総合推進法」の改正により、令和2年6月からパワーハラスメント防止対策が法制化されたことなどを踏まえ、認定基準別表1「業務による心理的負荷評価表」の見直しについて検討を行ったもの。

報告内容のポイント

- ◆ 具体的出来事等への「パワーハラスメント」の追加
 - ・「出来事の類型」として「パワーハラスメント」を追加
 - ・具体的出来事として「上司等から、身体的攻撃、精神的攻撃等のパワーハラスメントを受けた」を追加

【強いストレスと評価される例】

 - 上司等から、治療を要する程度の暴行等の身体的攻撃を受けた場合
 - 上司等から、暴行等の身体的攻撃を執拗に受けた場合
 - 上司等による人格や人間性を否定するような、業務上明らかに必要性がない精神的攻撃が執拗に行われた場合
- ◆ 具体的出来事の名称を「同僚等から、暴行又は(ひどい)いじめ・嫌がらせを受けた」に修正
 - ・具体的出来事「(ひどい)嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた」の名称を「同僚等から、暴行又は(ひどい)いじめ・嫌がらせを受けた」に修正
 - ・パワーハラスメントに該当しない優越性のない同僚間の暴行や嫌がらせ、いじめ等を評価する項目として位置づける

【強いストレスと評価される例】

 - 同僚等から、治療を要する程度の暴行等を受けた場合
 - 同僚等から、人格や人間性を否定するような言動を執拗に受けた場合

 **評価表を明確化、具体化することで請求の容易化、審査の迅速化を図る**

精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会報告書(令和2(2020)年5月)

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_11305.html

職場における心理的負荷評価表

7つの出来事類型

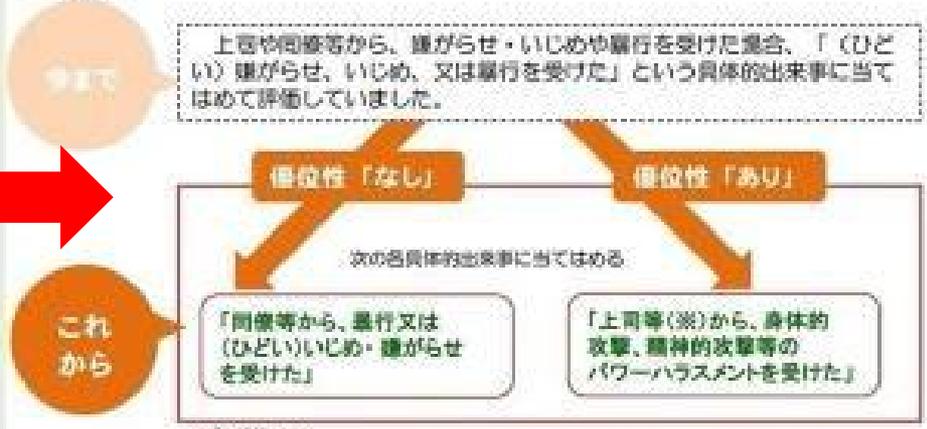
- ① 事故や災害の体験
- ② 仕事の失敗、過重な責任
- ③ 仕事の量・質の変化
- ④ 身分の変化等
- ⑤ 役割地位等の変化
- ⑥ 対人関係のトラブル
- ⑦ 対人関係の変化

出来事の種類	①平均的な心理的負荷の強度			②心理的負荷の強度を修正する視点		③出来事に伴う変化等を検討する視点
	具体的出来事	心理的負荷の強度		修正する際の重視事項		
1 事故や災害の体験	大きな病気やケガをした		☆	被災の程度、後遺障害の有無・程度、社会復帰の困難性等		○仕事の量（労働時間等）の変化 ・非常外労働、休日労働の増加の程度 ・仕事量の増加の程度 ○仕事の質・責任の変化 ・仕事の内容・責任の変化の程度、経験、適応能力との関係等 ○仕事の裁量性の欠如 ・権限的な労働、強制性等 ○職場の物的・人的環境の変化 ・騒音、暑熱、多湿、寒気等の変化の程度 ・職場の人間関係の変化 ○会社の調じた支援の具体的内容・実施時期等 ・訴えに対する対応、配慮の状況等 ○その他①の出来事に派生する変化
	悲惨な事故や災害の体験（同事）をした	☆		事故の大きさ、恐怖感、異質性の程度等		
2 仕事の失敗、過重な責任の発生等	交通事故（重大な人身事故、重大事故）を犯した		☆	事故の大きさ、加害の程度、始末の有無等		
	労働災害（重大な人身事故、重大事故）の発生に直接関与した	☆		事故の大きさ、加害の程度、始末の有無等		
	会社にとっての重大な仕事上のミスをした		☆	失敗の大きさ・重大性、損害等の程度、ペナルティの有無等		
	会社で起きた事故（事件）について、責任を問われた		☆	事故の内容、開号・責任の程度、社会的反響の大きさ、ペナルティの有無等		
	ノルマが達成できなかった		☆	ノルマの内容、困難性・強制性・達成率の程度、ペナルティの有無、納期の変更可能性等		
3 仕事の量・質の変化	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった		☆	プロジェクト内での立場、困難性の程度、能力と仕事内容のギャップの程度等		
	顧客とのトラブルがあった		☆	顧客の位置付け、会社と与えた損害の内容、程度等		
	仕事内容・仕事量の大きな変化があった		☆	業務の困難度、能力・経験と仕事内容のギャップの程度等		
	勤務・拘束時間が長時間化した		☆	変化の程度等		
	勤務形態に変化があった		☆	文書制勤務、深夜勤務等変化の程度等		
4 身分の変化等	退職を強要された		☆	解雇又は退職強要の経緯等、強要の程度、代替措置の内容等		
	出向した		☆	在籍・転籍の前、出向の理由・経路、不利益の程度等		
	左遷された		☆	左遷の理由、身分・職種・職務の変化の程度等		
	仕事上の差別、不利益等取扱いを受けた		☆	差別、不利益の程度等		
	5 役割・地位等の変化	転勤をした		☆	職種、職務の変化の程度、転勤の有無、雇用責任の有無等	
配置転換があった			☆	職種、職務の変化の程度、合理性の有無等		
自分の昇格・昇進があった			☆	職種・責任の変化の程度等		
部下が減った			☆	業務の変化の程度等		
部下が増えた			☆	教育・指導・管理の負担の程度等		
6 対人関係のトラブル	セクシュアルハラスメントを受けた		☆	セクシュアルハラスメントの内容、程度等		
	上司とのトラブルがあった		☆	トラブルの程度、いじめの内容、程度等		
	同僚とのトラブルがあった		☆	トラブルの程度、いじめの内容、程度等		
7 対人関係の変化	部下とのトラブルがあった		☆	トラブルの程度、いじめの内容、程度等		
	理解してくれていた人の異動があった		☆			
	上司が変わった		☆			
	昇進で先を越された		☆			
	同僚の昇進・昇格があった		☆			

総合評価		
弱	中	強

変更のポイント

これからは、職場における人間関係の優越性等に注目した上で、より適切に評価し得る「具体的出来事」に当てはめ、心理的負荷を判断することになります。



上司や同僚等から、嫌がらせ・いじめや暴行を受けた場合、「(ひどい)嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた」という具体的出来事に当てはめて評価していました。

これから

注：パワハラ
認定基準改定
令和2(2020)年6月～

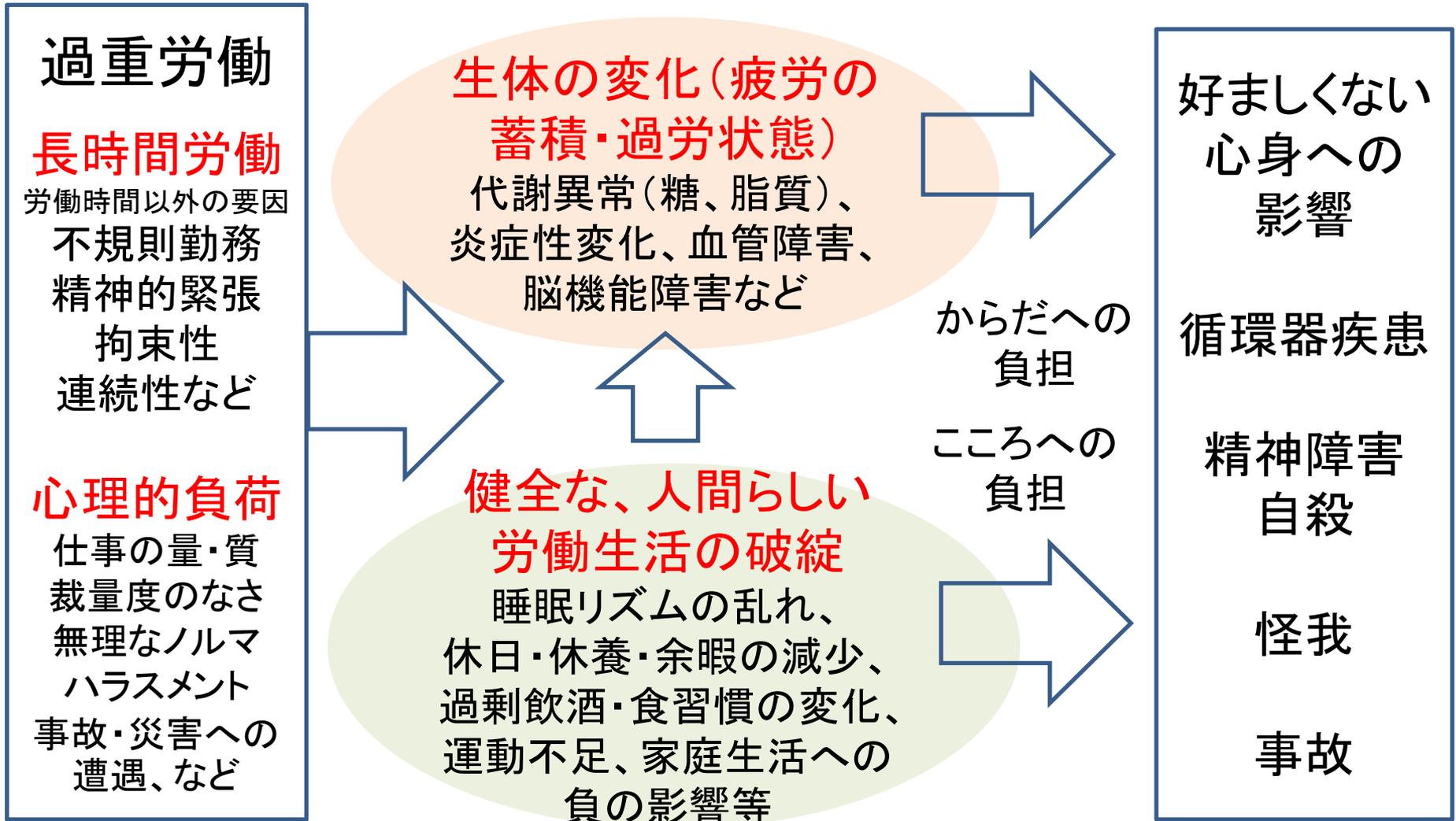
※「上司等」とは
直線上の地位が上位者のほか、＜同僚又は部下であっても、業務上必要な知識や技能を有しており、その者の能力が際立たなければ業務の円滑な遂行を行うことが困難な場合＞、＜同僚又は部下からの集団による行為でこれに相当または超越することが困難である場合＞を含みます。

サマリー 精神障害・自殺による過労死等の主なFACT

- 精神障害による労災認定件数は増加傾向
 - うち自殺によるものは毎年100名弱、うち半数は発症後1ヶ月で自死
- 業務上の心理的負荷の出来事は多様だが、長時間労働が重なり総合判断で認定される事案が多い
 - →長時間労働対策だけでなく、職場での働き方全体を見渡した防止対策を
 - →業種ごとに負荷要因は相違→業種ごとの特徴にあわせた防止対策を
- 急性ストレス反応、PTSDも相当数認定され、増加傾向
 - 女性に多い →立場の弱い労働者への配慮、
 - 暴言・ハラスメント →風通しのよい職場づくり、被災労働者のケア、
 - 災害・事故への遭遇 →作業安全確保、健康と安全を一体化した取り組み
- 精神障害の労災認定等に関して
 - 認定基準にパワーハラスメントが明示→今後の認定件数に注目
 - 脳・心臓疾患の認定基準でも、精神疾患の心理的負荷表が活用

3 過労死等のメカニズムと防止策

過重労働（長時間労働）から健康障害に至る要因



過労死等の防止へのアプローチ

－ 疾患別からみたアプローチ

(アウトカム(結果)に注目)

- 脳心臓疾患対策
- 精神障害・自殺対策



－ 過重労働・心理的負荷へのアプローチ

(負荷・負担に注目)

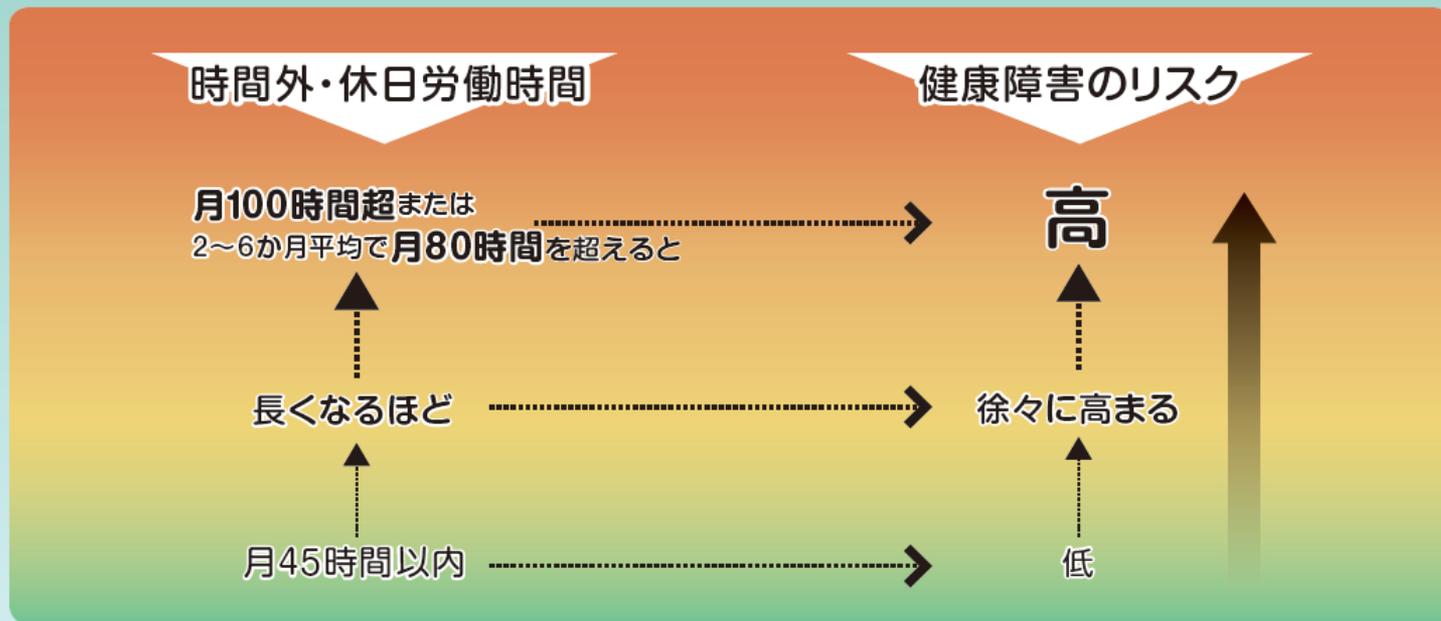
- 過重労働対策(長時間労働、休日・休暇)
- メンタルヘルス対策



－ 取り組み方

- 日ごろの安全衛生活動の積み上げとして
- 労働者がいきいきと安全で健康に働くことができる職場作りのために
- 法令、訴訟、トラブルをきっかけに





厚生労働省では、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（平成18年3月17日付け基発第0317008号、令和2年4月1日付基発0401第11号雇均発0401第4号改正）を策定し、時間外・休日労働時間の削減、労働者の健康管理の徹底等を推進しています。

- ① 上の図は、労災補償に係る脳・心臓疾患の労災認定基準の考え方の基礎となった医学的検討結果を踏まえたものです。
- ② 業務の過重性は、労働時間のみによって評価されるものではなく、就労態様の諸要因も含めて総合的に評価されるべきものです。
- ③ 「時間外・休日労働時間」とは、休憩時間を除き1週間当たり40時間を超えて労働させた場合におけるその超えた時間のことです。
- ④ 2～6か月平均で月80時間を超える時間外・休日労働時間とは、過去2か月間、3か月間、4か月間、5か月間、6か月間のいずれかの月平均の時間外・休日労働時間が80時間を超えるという意味です。

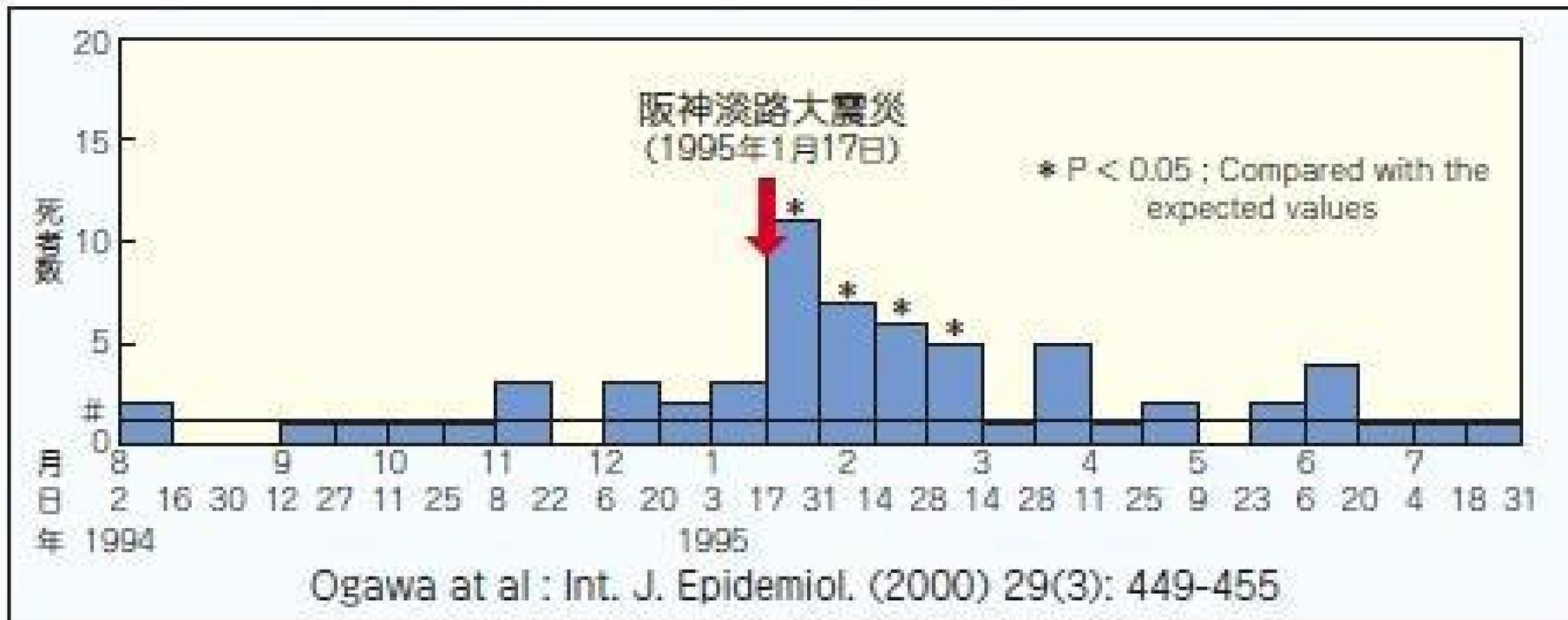


厚生労働省・都道府県労働局・労働基準監督署

例：異常な出来事と脳・心臓疾患

異常な出来事への遭遇で循環器疾患が増加する

阪神淡路大震災後(1995)に急性心筋梗塞の死亡が増加



謝辞 図引用 井上信孝先生 神戸労災病院

<http://www.ncvc.go.jp/cvdinfo/pamphlet/heart/pamph95.html#m6>

ILO 駐日事務所 >

- ILO について > [+]
- ILO と日本 > [+]
- 国際労働基準 > [+]
- ILO の活動分野 > [+]
- ビジネスのためのヘルプデスク > [+]
- 仕事の未来 >
- 会議・セミナー等 >
- お知らせ >
- インフォメーション > [+]
- 刊行物・資料 >
- プレスリリース**
- トピック解説 >
- アーカイブ (旧Webトピック解説) >
- データベース >
- ビデオ >
- よくある質問 >

ILO 駐日事務所 > インフォメーション > プレスリリース >
長時間労働が心臓病と脳卒中による死亡者を増加させる可能性を ILO と WHO が指摘 ...

労働衛生

長時間労働が心臓病と脳卒中による死亡者を増加させる可能性を ILO と WHO が指摘

記者発表 | 2021/05/17

ILO と世界保健機関 (WHO) がこの度まとめた研究論文によれば、長時間労働によって虚血性心疾患及び脳卒中で亡くなった人の数が2016年に74万5,000人 (2000年比29%増) に達したことが判明しました。2000~16年の期間に長時間労働によって心臓病で死亡した人の数は42%、脳卒中によって死亡した人の数は19%増加したとみられます。

この二つの疾患による人命と健康の喪失を長時間労働と関連させて行った初の世界規模の分析からは、2016年の脳卒中を原因とする死亡者39万8,000人と心疾患を原因とする死亡者34万7,000人が週労働時間が55時間を上回っていたとみられます。週労働時間が55時間を超えると、35~40時間の場合と比べて、虚血性心疾患と脳卒中のリスクがどちらも高まることを示す十分な証拠が得られました。

死亡者の72%が男性であり、45~74歳の年齢時に労働時間が週55時間を上回っていた60~79歳の年齢層が特に影響を受けているとみられます。長時間労働に従事する人の数は次第に増えてきており、得られる最新の統計では、世界人口の9%に当たる4億7,900万人に達していると推定されるため、これは特に懸念される事象であり、労働に関連した障害や早老症の研究のリスクを拘束する人々が増えてい

ツール

A A+

このコ:

f t

も御覧く

ウェブ

ILO top

Health

ILO top

and wo



Systematic review

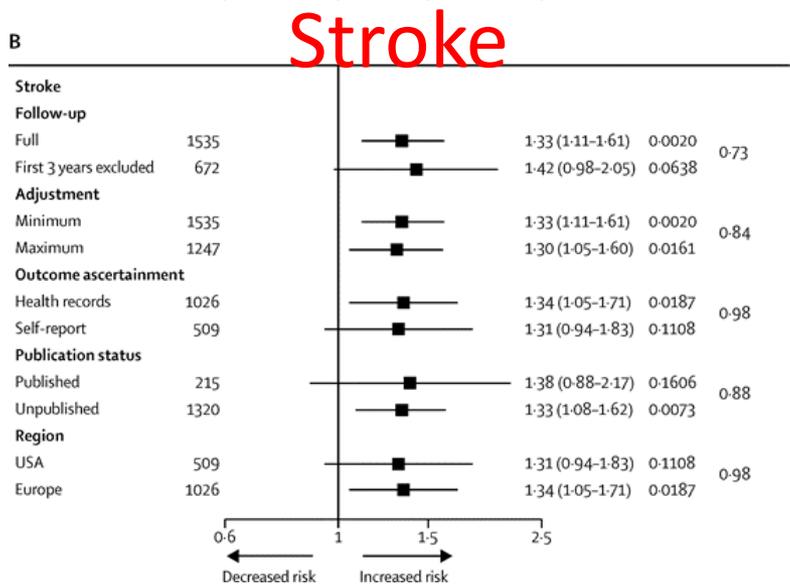
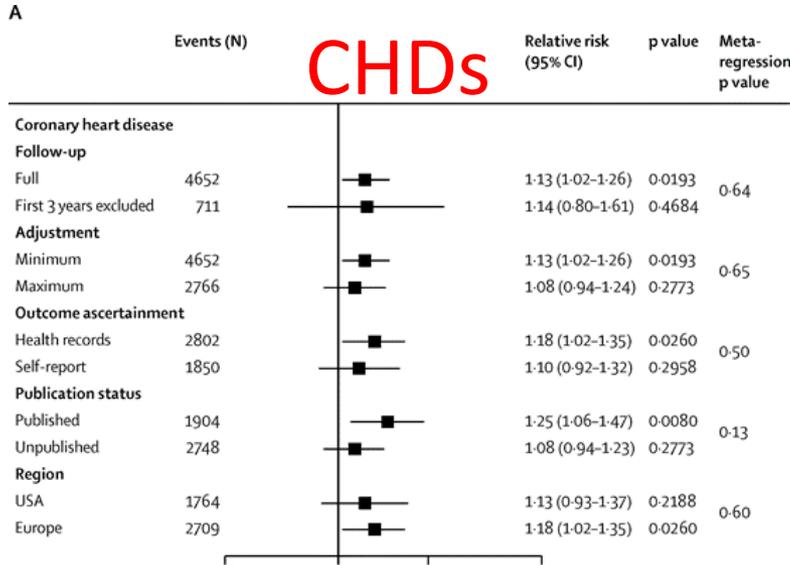
The effect of exposure to long working hours on depression: A systematic review and meta-analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury

Reiner Rugulies^{a,b,c,d}, Kathrine Sørensén^a, Cristina Di Tecco^d, Michela Bonafede^d, Bruna M. Rondinone^e, Seoyeon Ahn^f, Emiko Ando^g, Jose Luis Ayuso-Mateos^{h,i,j}, Maria Cabello^{k,l}, Alexis Descaeths^{k,l}, Nico Dragano^m, Quentin Durand-Moreauⁿ, Hisashi Eguchi^{o,p}, Junling Gao^q, Lode Godderis^r, Jaeyoung Kim^s, Jian Li^t, Ida E.H. Madsen^u, Daniela V. Pachito^v, Grace Sembajwe^{w,x}, Johannes Siegrist^y, Kanami Tsuno^z, Yuka Ujita^{aa}, Jianli Wang^{ab}, Amy Zaslav^{ac}, Sergio Iavicoli^{ad}, Frank Pega^{ae}

- ^a National Research Centre for the Working Environment, Copenhagen, Denmark
- ^b Department of Public Health, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark
- ^c Department of Psychology, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark
- ^d IMH, Department of Occupational and Environmental Medicine, Epidemiology and Hygiene, Maastricht University (IMEH), Maastricht, The Netherlands
- ^e National Research Institute, Jeonju, Republic of Korea
- ^f National Center Center, Tokyo, Japan
- ^g Department of Psychiatry, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, Spain
- ^h Instituto de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Neurodegenerativas (IBiRD), Madrid, Spain
- ⁱ UMR 1055, F-49000 Angers, France
- ^j AP-HP (Paris Biogéronte), Occupational Health Unit, Pasteur University Hospital, Paris, France
- ^k Sorbonne Université - Sorbonne Université - Paris Saclay Univ (US75), UMR 114, UMR 1146, Villejuif, France
- ^l Institute of Medical Sociology, Medical Faculty, University of Düsseldorf, Düsseldorf, Germany
- ^m Division of Preventive Medicine, Department of Medicine, University of Alberta, Edmonton, Canada
- ⁿ Department of Mental Health, Institute of Industrial Biomedical Sciences, University of Occupational and Environmental Health, Kitakyushu, Japan
- ^o Department of Public Health, Kitase University School of Medicine, Gakkocho, Sakagami, Japan
- ^p School of Public Health, Peking University, Beijing, People's Republic of China
- ^q Center for Environment and Health, KU Leuven, Leuven, Belgium
- ^r IMH Department (Knowledge, Information & Research), IMHVE, External Service for Prevention and Protection of Work, Leuven, Belgium
- ^s Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Kyungpook University, Daegu, Republic of Korea
- ^t Department of Environmental Health Sciences, Peking School of Public Health, School of Nursing, University of California, Los Angeles, United States
- ^u Hospital São Libâneo, São Paulo, Brazil
- ^v Department of Occupational Health Epidemiology and Prevention, Sackler School of Medicine at Hofstra University, Nassau Institute for Medical Research, Hempstead, New York, United States
- ^w Department of Environmental Occupational and Occupational Diseases, CUNY Institute for Implementation Science in Public Health, CUNY Graduate School of Public Health and Health Policy, New York, United States
- ^x ILO Geneva Centre, University of Düsseldorf, Düsseldorf, Germany
- ^y School of Health Innovation, Rikkyo University of Human Services, Japan
- ^z Labour Administration, Labour Inspection and Occupational Safety and Health Branch, International Labour Organization, Geneva, Switzerland
- ^{aa} Institute of Mental Health Research, University of Ottawa, Canada
- ^{ab} University of South Australia, Adelaide, Australia
- ^{ac} Department of Environment, Climate Change and Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland

* Corresponding author at: National Research Centre for the Working Environment, Lene Parkalle 155, DK-2100 Copenhagen, Denmark. E-mail address: rr@nrc.oh.ssi.dk (R. Rugulies), kso@nrc.oh.ssi.dk (K. Sørensén), c.ditecco@univie.ac.at (C. Di Tecco), m.bonafede@univie.ac.at (M. Bonafede), b.rondinone@univie.ac.at (B. Rondinone), seoyeon@nrc.oh.ssi.dk (S. Ahn), emiko@nrc.oh.ssi.dk (E. Ando), jose.luis.ayuso-mateos@univie.ac.at (J.L. Ayuso-Mateos), maria.cabello@univie.ac.at (M. Cabello), alexis.descaeths@univie.ac.at (A. Descaeths), nico.dragano@univie.ac.at (N. Dragano), quentin.durand-moreau@univie.ac.at (Q. Durand-Moreau), hisashi.eguchi@univie.ac.at (H. Eguchi), junling.gao@univie.ac.at (J. Gao), lode.godderis@univie.ac.at (L. Godderis), jaeyoung.kim@univie.ac.at (J. Kim), ida.ujita@univie.ac.at (I. Ujita), daniela.v.pachito@univie.ac.at (D.V. Pachito), grace.sembajwe@univie.ac.at (G. Sembajwe), johannes.siegrist@univie.ac.at (J. Siegrist), kanami.tsuno@univie.ac.at (K. Tsuno), yuka.ujita@univie.ac.at (Y. Ujita), jianli.wang@univie.ac.at (J. Wang), amy.zaslav@univie.ac.at (A. Zaslav), sergio.iavicoli@univie.ac.at (S. Iavicoli), frank.pega@univie.ac.at (F. Pega).

長時間労働と疾患、メタアナリシスの結果： 脳・心臓疾患、コホート研究



週労働が55時間以上の長時間労働者群の疾患発症リスク

冠動脈疾患で

1.13倍 (95%CI: 1.02-1.26)

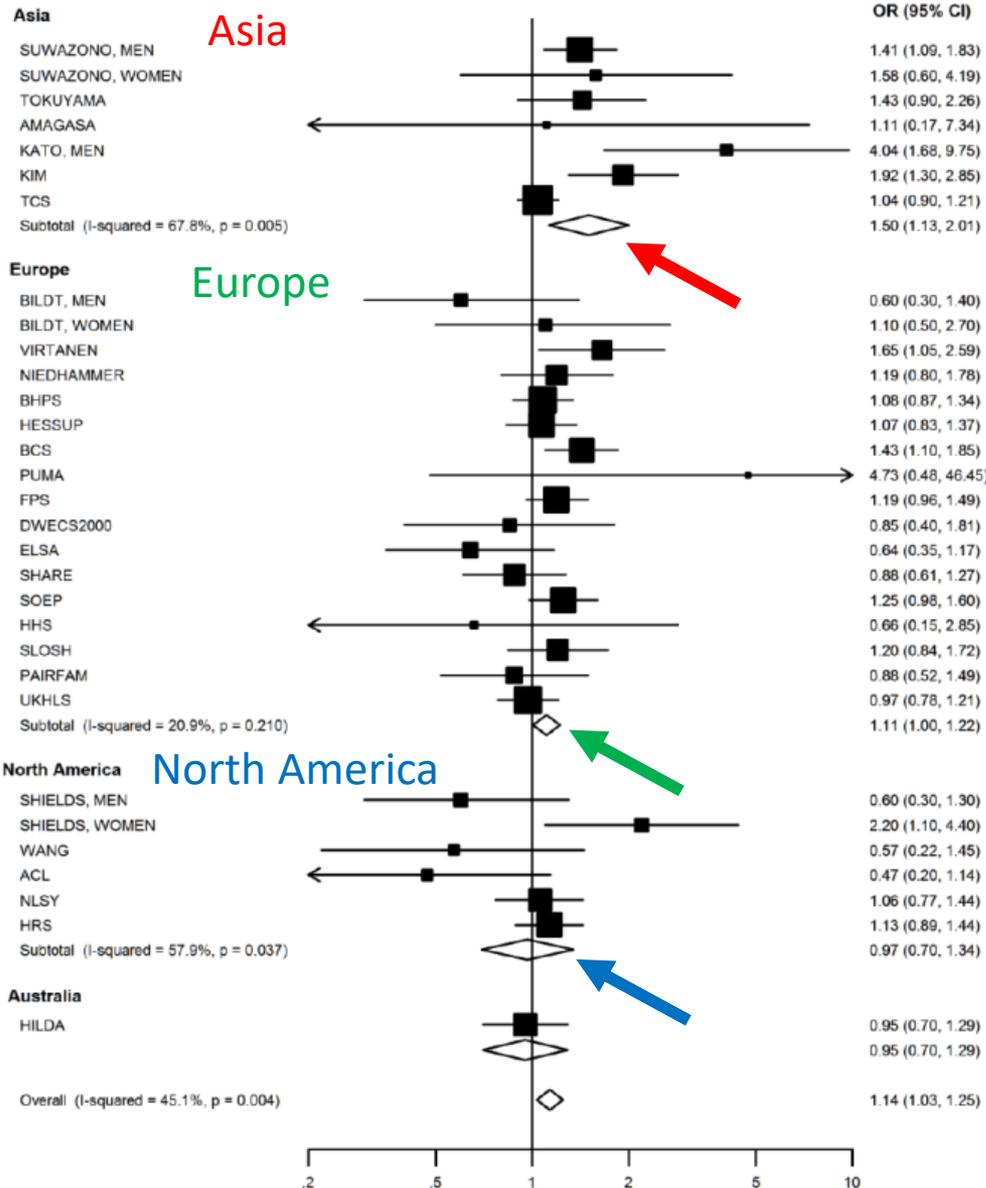
脳卒中で

1.33倍 (95%CI: 1.11-1.61)

24 cohorts in Europe, the USA, and Australia
603 838 men and women at baseline

(Kivimäki et al., The Lancet 2015)

REGION AND STUDY



長時間労働と疾患、 メタアナリシスの結果： 抑うつ症状、 コホート研究

週55時間以上の労働時間の群を、週35～40時間と比較
抑うつ症状

1.14倍 (1.03-1.25)

アジア: 中等度のリスク増
(**1.50**, 1.13～2.01)

ヨーロッパ: 弱い関係
(**1.11**, 1.00～1.22)

北アメリカや豪州:
関連なし

最近の知見(1): 睡眠と脳・心臓疾患

■ 睡眠の質の悪化、睡眠障害は脳・心臓疾患のリスクを高める

- **睡眠時間の短縮** (Cappuccio 2011, Li 2016, Wang 2016)
- **入眠困難で1.45倍** (95%CI: 1.09–1.93)、**中途覚醒で1.03倍** (95%CI: 0.89–1.17)、**早朝覚醒で1.00倍** (95%CI: 0.89–1.13) (Li 2016)
- **習慣的ないびき**: 循環器疾患で1.26倍 (95%CI: 0.98–1.62)、**脳卒中で1.26倍** (95%CI: 1.11–1.43)、**冠動脈性心疾患で1.15倍** (95%CI: 1.05–1.27) (Li 2014,)

■ 長時間労働対策では、**良質の睡眠の確保**が極めて重要

→長時間労働対策が困難な場合、まずは良質な睡眠確保の対策により、脳・心臓疾患の予防に役立つ可能性

最近の知見(2): 業務と精神障害

■ 職場環境と抑うつ症状 (Review, Theorell T 2015)

- **業務の要求度の高さ**と**裁量権の低さ**(保護因子としては**業務の自由度の高さ**)

■ 職場における**いじめ** (Nielsen MB, 2014, Tsuno K 2016)

■ 業務に起因性の外傷後ストレス障害(PTSD)は、職種(消防士、看護師、警察、教員等)、精神疾患の既往、同僚や上司からのサポートが十分でない場合に、発症リスクが高まる (Skogstad M, 2013)

過重労働対策の取り組み方

1 過重労働による健康障害防止のための総合対策

通達 平成18年3月17日 基発第0317008号

改正 令和2年4月1日 基発0401第11号/雇均発0401第4号

2 時間外・休日労働時間等の削減

労働基準法第32-38条の4/ 労働時間の適正把握
高プロ、裁量労働者の過重労働対策

3 年次有給休暇

労働基準法第39条

4 労働時間等の設定の改善

労働時間等の設定の改善に関する特別措置法

5 労働者の健康管理に関する措置の徹底

- ① 健康管理体制の整備、健康診断の実施、健康教育
- ② 面接指導
- ③ 高プロ適用者への面接指導
- ④ メンタルヘルス対策の実施
- ⑤ 過労死等の発生時の措置
- ⑥ 健康情報の取り扱い

<政府による過重労働対策の強化>

- 100時間越えの残業有り企業に監督
- 監督指導・捜査体制の強化
- 情報提供、収集体制の強化
- メンタルヘルス対策強化
- 違法な長時間労働を繰り返している企業に対する指導・公表

過重労働対策の一層の強化（長時間労働削減推進本部設置以降の主な取組）

● 過重労働解消キャンペーンの強化監視（平成26年11月）の実施状況 ※ 注：この項目の報告は、見込数値

適用事業種	労働基準法第38条違反 が認められた事業種	18時間超過率 （%）	違反の労働時間（h）	違反率 （%）
全54事業種	36事業種（66.7%）	2.3%	2,300時間	0.4%

※ 従来、行政指導等による対応が行われていたが、本取組では労働時間削減が効果的であると見込まれたため、

① 月々50時間以上の残業が行われている事業種等に対する監視対象の拡大（平成27年1月からの実施）

- 監査の結果、業種・職種等が認められた事業種に対しては、是正勧告書等を交付し、指導
- 法違反を疑われない事業種は、迅速な視野に入れて対応（選別した場合に企業名等を公表）

② 監視指導・捜査体制の強化

選別対象事業種であった、建設の分野において労働者に健康被害のおそれがあるものの、
軽率な対応の対応に過度に調査技術が必要となるもの等に対する特別チーム（労務行政課長特別対策班）
の活用（平成27年4月1日実施）
※ 建設労働局・大改正課等に設置

③ 情報の提供・収集体制の強化

インターネットによる情報公開（平成27年1月からの試行実施）

※ 本省がインターネット上の個人情報等を監視し、事業種別の情報を、労働時間調査による監視情報等に活用（1月からの取組状況を公表し、平成27年度に本報掲載）

地方自治体等の労働時間管理や大学の健康相談窓口と連携した情報収集（平成27年度に実施）

④ メンタルヘルス対策の強化

過重労働による健康障害等に関する労働者等の相談に対応する電話相談窓口を新設（平成27年度から実施）

包括的な過重労働対策

労働時間管理、時間外労働制限



安心して相談できる窓口



労働安全衛生管理体制の見直し

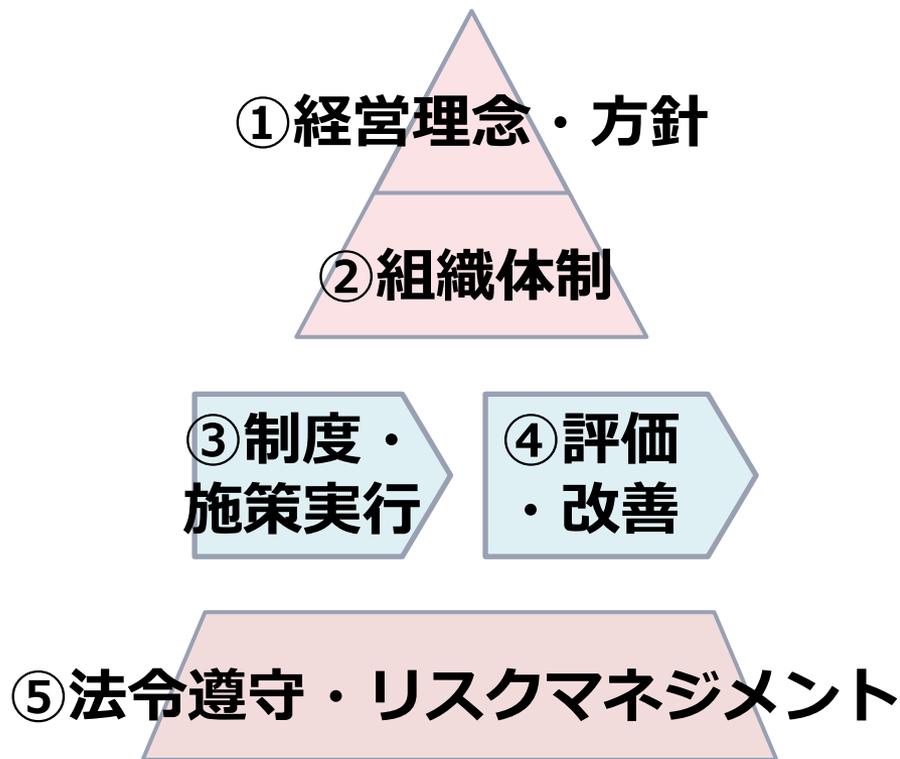


良好で風通しのよい職場風土づくり



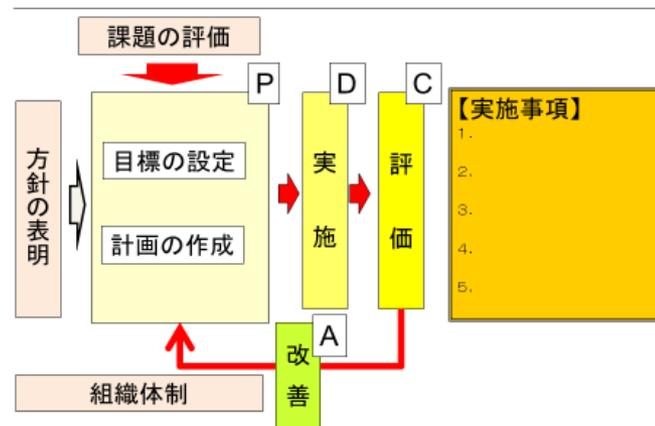
健康経営評価に職場環境改善を組み入れる

＜健康経営度評価のための5つの柱＞



引用：(新)企業の「健康経営ガイドブック」～連携・協働による健康づくりのススメ～(改訂第1版：平成28年4月)(経済産業省)

健康経営の進め方



A. 骨格部分

- ✓ 健康づくりの基本方針を定めているか？
- ✓ 経営層が健康づくりをリードしているか？
- ✓ 専門職の関与はあるか？
- ✓ 計画的に取り組んでいるか？
- ✓ 目標を定め、評価、改善を図っているか？

B. プログラム部分

- ✓ 健康づくりプログラムのバランスはよいか？
 - ✓ ハイリスクアプローチ/ポピュレーションアプローチ
- ✓ 働きやすい職場づくりに取り組んでいるか？

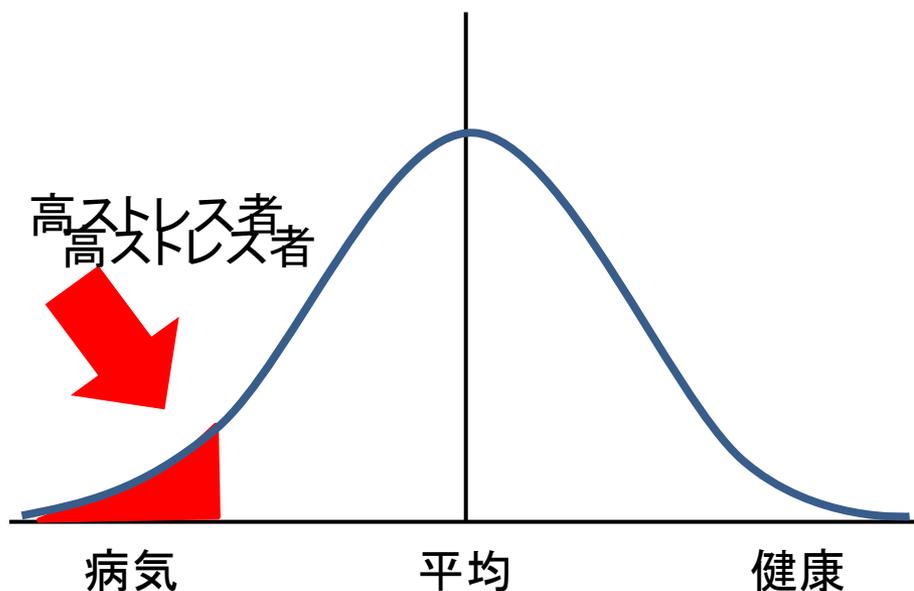
C. 展開部分

- ✓ 関連会社や協力会社にも促しているか？

ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ

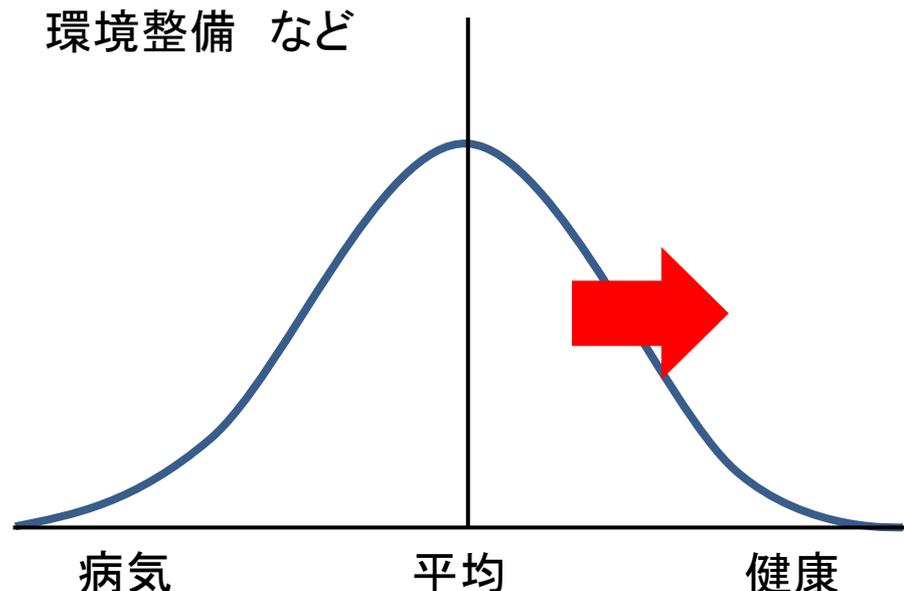
ハイリスクアプローチ

ハイリスク者(高ストレス者)を抽出し
何らかの介入を行うプログラム
医師面接、保健指導



ポピュレーションアプローチ

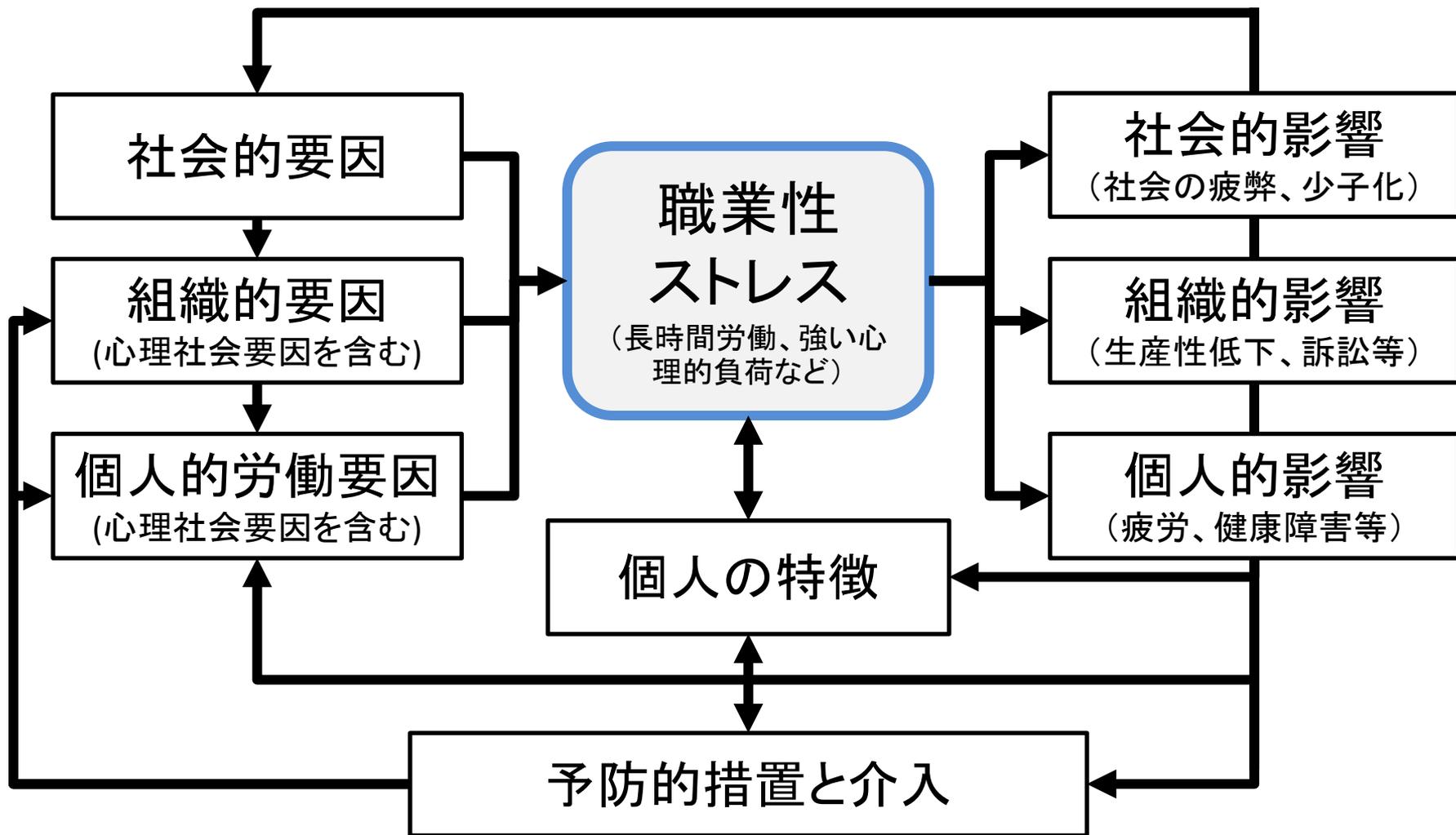
集団へのアプローチ
セルフケア研修
ノー残業デーの設定と実施
業務効率化
環境整備 など



経営層へのわかりやすい説明を心がける

職業性ストレス(過重労働、ハラスメント等)と 予防策・介入の関係

曝露-影響は双方向



今後の課題：ハラスメント対応と産業保健の役割

仲間への「共感の欠如」が最悪の転帰をもたらしているのでは？

あなたの周りにありませんか？こんなパワハラ。

①身体的な攻撃



叩く、殴る、蹴るなどの暴行を受ける。丸めたポスターで頭を叩く。

②精神的な攻撃



同僚の目の前で叱責される。他の職員を宛先に含めてメールで罵倒される。必要以上に長時間にわたり、繰り返し執拗に叱る。

③人間関係からの切り離し



1人だけ別室に席をうつされる。強制的に自宅待機を命じられる。送別会に出席させない。

④過大な要求



新人で仕事のやり方もわからないのに、他の人の仕事まで押しつけられて、同僚は、皆先に帰ってしまった。

⑤過少な要求



運転手なのに営業所の草むしりだけを命じられる。事務職なのに倉庫業務だけを命じられる。

⑥個の侵害



交際相手について執拗に問われる。妻に対する悪口を言われる。

何が業務の適正な範囲を超えているかについては、業種や企業文化の影響を受けるため、各企業・職場で認識をそろえ、その範囲を明確にすることが大事です。

(a)いじめ・暴力・ハラスメントが抱える問題の理解

IBHは人権侵害の根源、普遍的な事象である、健康障害を生じ労働生産性に影響を与える、健康障害を生じ、労働生産性に影響を与えるということの理解

(b)IBH問題に対処できる健全で安全な風土づくりの明確な方針

施設におけるIBHへの方針作成、組織の健全で安全な風土づくり、組織内で実行的なガイドラインを制定、厚労省の指針を確認

(c)IBHを防止する責任体制、組織・委員会、監査体制づくり

相談窓口、対策を検討する委員会、リスクアセスメントの実施、安全衛生委員会での取り上げ、人事との連携、保安体制の確保

裁判事例から学ぶ

労働者の自殺における安全配慮義務の概念構造

疾病防止段階

長時間労働
残業・休日出勤
過大な業務量
裁量権のなさ
上司支援なし
同僚支援なし

結果予見義務

結果回避義務

疾病増悪段階

職場の気づき
産業医面接
就業措置
業務軽減
復職リハビリ

結果予見義務

結果回避義務

業務の負荷



因果
関係

精神疾患
の発生



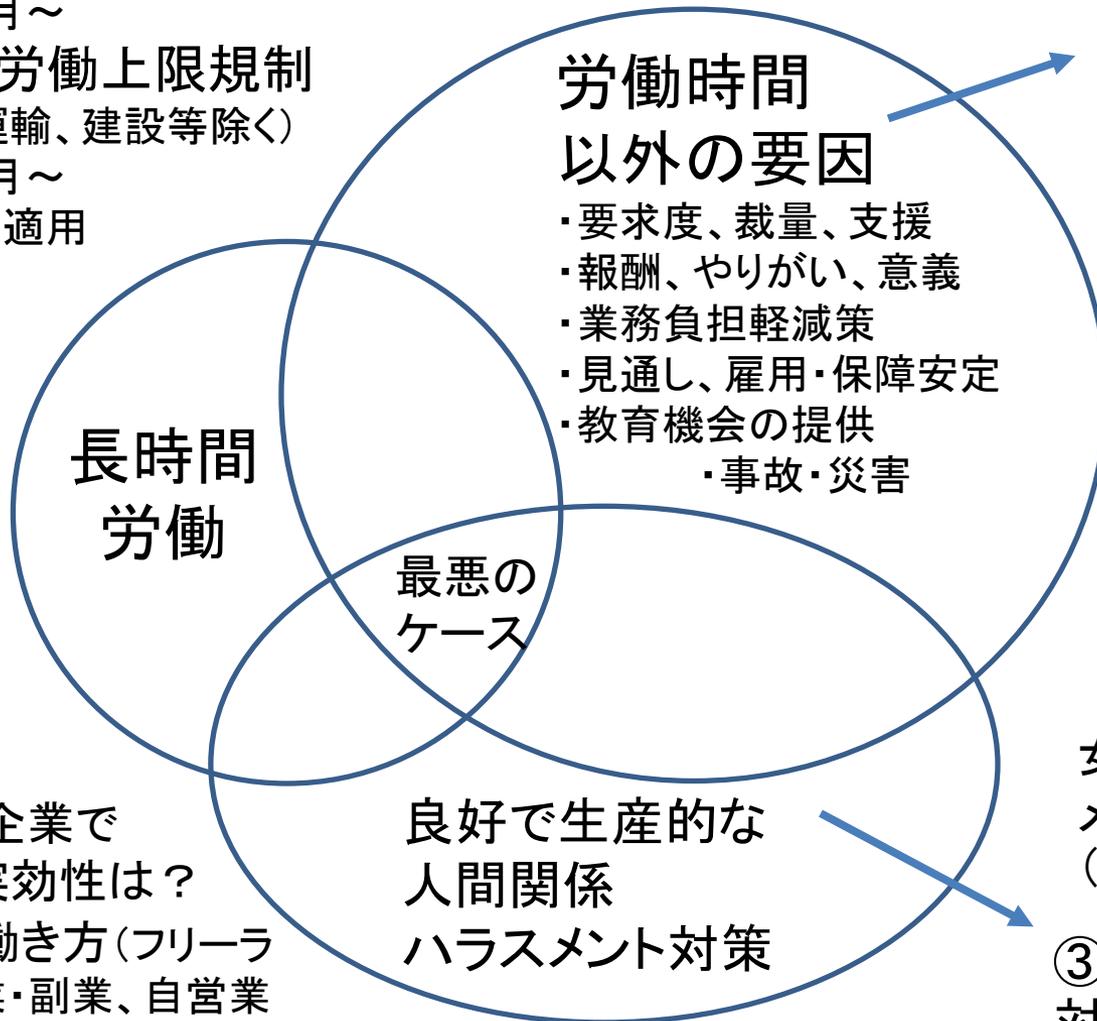
因果
関係

自殺

被災者側の要因

過労死等対策の現状と方向性

2019年4月～
時間外労働上限規制
(医師、運輸、建設等除く)
2020年4月～
中小企業適用



②「労働時間以外の過重労働要因」を適切に評価しているか？

- ・多様な負荷要因を対策の考慮に入れているか？
- ・ライフイベントは20年前のストレスと変化している
(家族構成、人口・年齢・男女・産業分布、IoT、世代間ギャップ等)

既存の産業保健サービス体制でどのように活用、強化していくか

女性活躍・ハラスメント規制法
(2020.4-)

③職場でのハラスメント対策をどうすすめるか？

①中小企業で規制の実効性は？
・新しい働き方(フリーランス、兼業・副業、自営業は?)対応しているか？

良好で生産的な人間関係
ハラスメント対策

まとめ

- 過労死等の実態、医学的知見（科学的根拠）に基づき、予防対策の検討が進む

- 過重労働関連健康障害対策として：
 - ①過重労働（長時間労働、仕事の進め方、心理的負荷等）の芽に対峙する方針づくりへの支援

 - ②多要因に目配りできる包括的産業保健活動の推進（法準拠型から自主対応型（プロセス基準の重視）に）

 - ③業種、地域、事業場、職場単位、個人等で行われている良好実践事例に注目し、職場単位で、労使による働きやすい職場作りを支援