

脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書

脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会

はじめに

厚生労働省は、脳血管疾患及び虚血性心疾患等（以下「脳・心臓疾患」という。）が業務上の疾病として認定されるための要件を認定基準として示している。

この脳・心臓疾患に係る認定基準は、昭和36年2月に策定され、その後、同62年10月の改正を経て、現在は平成7年2月及び同8年1月に改正された「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」により、業務上外の判断が行われている。その判断に当たっては、脳・心臓疾患の発症に近接した時期における業務量、業務内容等を中心に、業務の過重性を評価することとしている。

このような脳・心臓疾患の発症に係る労災請求事案は「過労死」と呼ばれ、社会的関心が高く、また、行政訴訟の場で争われることもしばしばあるが、平成12年7月、最高裁判所は、自動車運転者に発症したくも膜下出血に係る労災請求事件の判決において、「慢性の疲労や過度のストレスの持続が慢性の高血圧症、動脈硬化の原因の一つとなり得る。」と判示し、「慢性の疲労や過度のストレス」を考慮すべきとする考え方を示した。

また、近年、脳・心臓疾患の成因に関連して、疲労の蓄積が生体に与える影響等に関する研究が国内外において広く行われるようになり、その成果が集積されてきている状況にある。

このような状況の中、当専門検討会は、厚生労働省からの依頼により、平成12年11月から同13年11月までの間、延べ12回の会議を開催し、疲労の蓄積等と脳・心臓疾患の発症との関係を中心に、業務の過重性の評価要因の具体化等について、現時点における医学的知見に基づいて検討を行い、今般、その検討結果を取りまとめた。

平成13年11月15日

脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会

| | |
|-----------|---------------------------|
| 荒記 俊一 | 独立行政法人 産業医学総合研究所理事長 |
| 岩村 正彦 | 東京大学大学院法学政治学研究科教授 |
| 奥平 雅彦 | 北里大学名誉教授 |
| 笠貫 宏 | 東京女子医科大学附属 日本心臓血圧研究所所長 |
| 黒岩 義之 | 横浜市立大学医学部教授 |
| 小林 章雄 | 愛知医科大学教授 |
| 西村健一郎 | 京都大学大学院法学研究科教授 |
| 西村 重敬 | 埼玉医科大学教授 |
| 馬杉 則彦 | 横浜労災病院副院長 |
| (座長) 和田 攻 | 埼玉医科大学教授 |

(五十音順)

目次

| | | |
|-----|-----------------------|----|
| I | 検討の趣旨 | 1 |
| 1 | 脳・心臓疾患に係る労災補償の状況 | 1 |
| 2 | 脳・心臓疾患の行政事件訴訟の動向 | 2 |
| (1) | 最高裁判決の概要 | 2 |
| (2) | 最高裁判決の主なポイント | 3 |
| 3 | 現行認定基準の考え方と課題 | 3 |
| 4 | 現行認定基準の見直しにおける主な検討事項 | 5 |
| II | 脳・心臓疾患の現状 | 7 |
| 1 | 人口動態統計からみた脳・心臓疾患の現状 | 7 |
| 2 | 患者調査からみた脳・心臓疾患の現状 | 11 |
| 3 | 労働者健康状態調査からみた労働者の健康状態 | 14 |
| III | 認定基準における対象疾病 | 19 |
| 1 | 現行認定基準の対象疾病 | 19 |
| 2 | 新たな疾患の検討等 | 19 |
| IV | 脳・心臓疾患の疾患別概要 | 21 |
| 1 | 脳と心臓の解剖と生理 | 21 |
| (1) | 脳の解剖と生理 | 21 |
| (2) | 心臓の解剖と生理 | 34 |
| 2 | 脳血管疾患 | 40 |
| (1) | 脳血管疾患の概要 | 40 |
| (2) | 脳出血 | 43 |
| (3) | くも膜下出血 | 50 |
| (4) | 脳梗塞(脳血栓症、脳塞栓症) | 55 |
| (5) | 高血圧性脳症 | 61 |
| 3 | 虚血性心疾患等 | 63 |
| (1) | 虚血性心疾患等の概要 | 63 |
| (2) | 心筋梗塞 | 64 |
| (3) | 狭心症 | 68 |
| (4) | 心停止(心臓性突然死を含む。) | 72 |
| (5) | 解離性大動脈瘤 | 83 |
| V | 業務の過重性の評価 | 86 |
| 1 | 過重負荷の考え方 | 86 |
| (1) | 過重負荷の考え方 | 86 |
| (2) | 過重負荷と脳・心臓疾患の発症 | 86 |
| (3) | 過重負荷の評価の基準となる労働者 | 88 |
| 2 | 長期間にわたる過重負荷の評価 | 89 |
| (1) | 長期間にわたる疲労の蓄積の考え方 | 89 |
| (2) | 就労態様による疲労への影響 | 90 |

| | | |
|------|---------------------------------------|-----|
| 3 | 発症に近接した時期における異常な出来事や短期間の過重負荷の評価 ----- | 105 |
| (1) | 異常な出来事や短期間の過重負荷の考え方 ----- | 105 |
| (2) | 異常な出来事や短期間の過重負荷の評価 ----- | 105 |
| 4 | 業務の過重性の評価期間 ----- | 106 |
| 5 | 業務の過重性の総合評価 ----- | 109 |
| (1) | 長期間にわたる過重負荷 ----- | 109 |
| (2) | 異常な出来事や短期間の過重負荷 ----- | 110 |
| VI | 脳・心臓疾患のリスクファクター ----- | 112 |
| 1 | 脳血管疾患のリスクファクター ----- | 112 |
| (1) | リスクファクターの概要 ----- | 112 |
| (2) | 疾患別のリスクファクター ----- | 112 |
| (3) | リスクファクター各論 ----- | 113 |
| (4) | 脳血管疾患に対するリスクファクターの相対リスクないしオッズ比 --- | 119 |
| 2 | 虚血性心疾患等のリスクファクター ----- | 122 |
| (1) | リスクファクターの概要 ----- | 122 |
| (2) | リスクファクターの影響判定 ----- | 122 |
| (3) | リスクファクター各論 ----- | 122 |
| (4) | 虚血性心疾患に対するリスクファクターの相対リスクないしオッズ比 -- | 126 |
| 3 | リスクファクターの改善による発症のリスクの低下 ----- | 129 |
| VII | まとめ ----- | 131 |
| VIII | 参考文献 ----- | 133 |

I 検討の趣旨

1 脳・心臓疾患に係る労災補償の状況

人口動態統計による明治33年から平成11年までの期間における主要疾患死亡率の変動をみると、図1-1のとおり、昭和25年頃を境として、それまで死亡率の高かった結核、肺炎及び気管支炎などの感染症が著しく減少しており、最近では生活習慣病として扱われる悪性新生物、脳血管疾患及び虚血性心疾患等（以下「脳・心臓疾患」という。）が増加し、これらで総死亡者数の約三分の二を占めるに至っている。

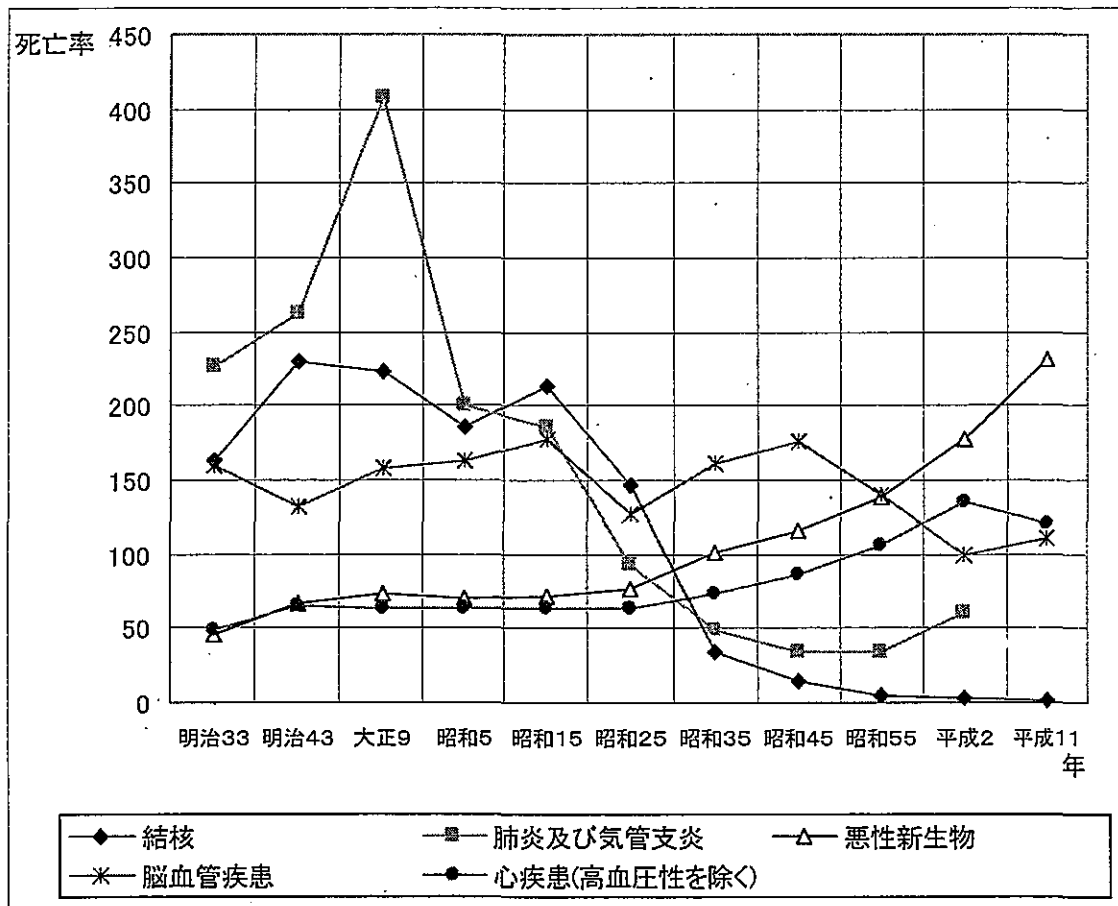


図1-1 死因年次別にみた死亡率（人口10万対）

（厚生労働省「人口動態統計」）

そして、近年、脳・心臓疾患の成り立ちには、長年にわたる栄養的に片寄った食生活等の生活習慣が関係することが医学的に証明され¹⁾、「生活習慣病」の名のもとにその一次予防としての生活習慣の改善が強く求められている。

このような中で、脳・心臓疾患（負傷に起因するものを除く。）の労災保険給付請求の件数は、最近では年間約500件程度で推移していたが、平成12年度は617件と、前年度に比べ大幅に増加した。また、そのうち、「その他業務に起因するこ

との明らかな疾病」(労働基準法施行規則別表第1の2第9号)として業務上の認定がなされたものは、年間80件程度で推移しており、平成12年度は85件となっている。

平成8年度から平成12年度までの間に業務上として認定された事案について、①業種、②職種、③年齢、④性別、⑤疾患別の内訳をみると、①業種別では、製造業、運輸業、建設業が約56%を占め、②職種別では、管理職、事務職、運転者等、専門技術職が約74%を占めている。③年齢別では、40歳代から50歳代が約68%を占め、④性別では、男性がほとんどである。⑤疾患別では、くも膜下出血及び脳内出血(一般的には脳出血と呼ぶ。以下「脳出血」という。)が、脳血管疾患の約83%を占め、心筋梗塞が虚血性心疾患の約半数を占めている。

2 脳・心臓疾患の行政事件訴訟の動向

平成元年から同12年までの間の労災保険に係る行政事件訴訟における係争件数は、おおむね年間150件程度で推移し、このうち、脳・心臓疾患の業務上外に係るものは、年間60件程度で推移している。

同期間における判決結果全体をみると、約85%は国が勝訴しているが、脳・心臓疾患事件についてみると、平成元年から5年までの間の勝訴判決は約85%であったが、その後漸次低下し、平成8年には50%となるに至った。これ以降増加に転じ平成11年には80%程度まで回復したが、平成12年には再び65%まで低下した。

このような状況の中、平成12年7月17日、最高裁判所は、自動車運転者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(横浜南労働基準監督署長事件(以下「横浜南署長事件」という。)及び西宮労働基準監督署長事件(以下「西宮署長事件」という。))をした。

両判決は、ともにそれぞれの事件について個別の判断にとどまるものであるが、業務の過重性の評価、とりわけ疲労の蓄積と脳・心臓疾患の発症について検討する当専門検討会において、重要な意味を持つものである。

(1) 最高裁判決の概要

イ 横浜南署長事件

本事件は、自動車運転者の派遣を業とする事業所に所属し、派遣先事業所の支店長付き運転者として勤務していた労働者(男性・発症当時54歳)が、昭和59年5月11日午前5時頃、支店長を迎えに行くため支店長車を運転して車庫を出たが、まもなく運転中に「くも膜下出血」を発症したことに係るものである。

判決は、被災労働者の上告に対し、国勝訴とした控訴審判決を破棄した上で、自判したものである。なお、判決は、脳・心臓疾患に係る労災認定の一般的な

基準については、示していない。

ロ 西宮署長事件

本事件は、大型観光バスの運転者として勤務していた労働者（男性・発症当時 51 歳）が、昭和 63 年 2 月 20 日午前 5 時に出勤し、午前 7 時頃から回送バスの運転業務に従事し、午前 8 時頃、バスを運転中に「高血圧性脳出血」を発症したことに係るものである。

判決は、国の上告を棄却し、その理由は採用することはできないとしているのみである。

(2) 最高裁判決の主なポイント

イ 就労態様による影響の評価

業務の過重性の評価に当たって、精神的緊張、業務の不規則性、拘束時間の長さ等の具体的な就労態様による影響により判断している（横浜南署長事件）。

ロ 「慢性の疲労や過度のストレス」の取扱い

業務の過重性の評価に際し、業務による「慢性の疲労や過度のストレスの持続は慢性の高血圧症や動脈硬化の原因の一つとなり得る」と判示し、労働時間の長さ等の過重性に加えて、「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ったとしている。また、「慢性の疲労や過度のストレス」に関連して、相当長期間にわたる業務による負荷を評価している（横浜南署長事件）。

ハ 平均的労働者の範囲の取扱い

国の上告が棄却されたことによって確定した大阪高等裁判所の判決は、業務の過重性を評価する際に比較すべき平均的労働者について、被控訴人（被災労働者）が主張した労働者本人の健康状態のみを基準とする考え方（本人基準説）を退け、「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」としている（西宮署長事件）。

3 現行認定基準の考え方と課題

脳・心臓疾患に係る認定基準は、昭和 36 年 2 月に策定され、その後、同 62 年 10 月の改正を経て、現在、脳・心臓疾患の発症が過重な業務によるものとして労災保険給付請求がなされた事案については、平成 7 年 2 月及び同 8 年 1 月に改正された「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」（以下「現行認定基準」という。）により業務起因性の判断が行われている。

この、現行認定基準では、

- (1) 次に掲げるイ又はロの業務による明らかな過重負荷を発症前に受けたことが認められること

イ 発生状態を時間的及び場所的に明確にし得る異常な出来事（業務に関連す

る出来事に限る。)に遭遇したこと

ロ 日常業務に比較して、特に過重な業務に就労したこと

(2) 過重負荷を受けてから症状の出現までの時間的経過が医学上妥当なものであること

を認定要件として掲げ、また、認定要件の運用基準では、「過重負荷」の定義について、「脳・心臓疾患の発症の基礎となる動脈硬化等による血管病変又は動脈瘤、心筋変性等の基礎的病態（以下「血管病変等」という。）をその自然経過を超えて急激に著しく増悪させ得ることが医学経験則上認められる負荷をいう。」とし、業務による過重負荷と発症との関連を時間的にみた場合、医学的には発症に近ければ近いほど影響が強く、発症から遡れば遡るほど関連は希薄となるとされていることから、業務の過重性の評価は、まず、発症直前、前日の業務内容を重視し、その間の業務が日常業務に比較して特に過重な精神的、身体的負荷を生じさせたと客観的に認められる業務であったか否かで判断することとしている。

発症直前、前日の業務が日常業務に比較して特に過重な精神的、身体的負荷を生じさせたと客観的に認められると判断できない場合であっても、発症に影響を及ぼす期間については、「医学経験則上、発症前1週間程度をみれば評価する期間としては十分である。」とされていることから、現行認定基準では、発症前1週間以内に過重な業務が継続している場合には血管病変等の急激で著しい増悪に関連があるとし、さらに発症前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ている。

このように、従来立場からは、発症に近接した急性の過重負荷が重視されてきたが、最近では、発症に近接した業務による過重負荷のほか、長期間にわたる慢性ないし急性反復性の過重負荷も脳・心臓疾患の発症に重要な関わりをもつのではないかと医学的にも考えられるようになった。

すなわち、近年、脳・心臓疾患の成因に関連して、労働者に加わる慢性の疲労や過度のストレスが血管病変等を増悪させるのではないかという観点からの研究が進められ、その医学的知見も集積されつつある。したがって、脳・心臓疾患の業務起因性の判断に際し、慢性の疲労や過度のストレスについても考慮・評価する必要があるが出てきた。

また、業務の過重性の評価に当たっては、現行認定基準では、業務量（労働時間、労働密度）、業務内容（作業形態、業務の難易度、責任の軽重など）、作業環境（暑熱、寒冷など）、発症前の労働者の身体状況等を十分調査の上総合的に判断することとしているが、労働者の労働態様等は多種多様であり、業務量等の血管病変等に及ぼす影響については医学的にも未解明であることなどから具体的な評価基準までは示されていない。しかしながら、近年の医学的研究により、業務量、業務内容及び作業環境の具体的内容と脳・心臓疾患の発症との関連性についての研究結果が少

なからず報告されるようになった。

一方、過重性の評価に当たっては、誰にとって過重な精神的、身体的負荷であるかが大きな問題となる。現行認定基準は、その基準となる労働者は、同僚労働者又は同種労働者で、脳・心臓疾患を発症した労働者と同程度の年齢、経験等を有し、日常業務を支障なく遂行できる健康状態にある者としているが、発症に大きく関連するリスクファクター（危険因子）については、必ずしも明確には示していない。

以上のとおり、脳・心臓疾患に関する認定基準において、現行の急性の過重負荷のほか、長期間にわたる慢性ないし急性反復性の過重負荷、すなわち慢性の疲労や過度のストレスの評価、その評価期間、業務の過重性の評価要因の具体化や、リスクファクターの評価等が新たなそして大きな課題となってきた。

4 現行認定基準の見直しにおける主な検討事項

当専門検討会は、前記2及び3の状況を踏まえ、現行認定基準では、明確に評価していない慢性の疲労や過度のストレスと脳・心臓疾患の発症との関係を中心に、業務の過重性の評価の具体化等について最新の医学的知見に基づき検討を行った。

具体的には、現時点で収集した内外の医学研究報告にみられる知見を吟味、整理し、脳・心臓疾患の認定に係る次の諸点について検討を行った。

(1) 脳・心臓疾患の現状について

脳・心臓疾患の現状について各種統計から、整理、検討を行った。

(2) 認定基準の対象疾病について

現行認定基準の対象疾病について、新たに追加すべき疾病はあるかどうか等について検討を行った。

(3) 脳・心臓疾患の疾患別概要について

脳・心臓疾患を理解する上で重要である脳・心臓疾患の各疾患の病態等について検討を行った。

(4) 業務の過重性の評価について

業務の過重負荷についての考え方、慢性の疲労や過度のストレスの評価、作業環境を含む就労態様の負荷要因と発症との関連に係る医学的知見についての整理・検討を行った。

(5) 脳・心臓疾患のリスクファクターの評価について

脳・心臓疾患のリスクファクターに係る医学的知見について、整理、検討を行った。

なお、検討は、業務起因性を客観的かつ迅速に判断できるように、できるだけ医学的証拠に基づいた医学的思考過程に沿って行った。しかし、疲労やストレスと発症との関係についての医学的解明は現段階においても十分なものでなく、今後の更なる研究を待たなくてはならない部分も多い。

また、今回の検討において特に重視し、力点を置いたのは、上記の(4)及び(5)に関連する次の事項である。

(1) 「慢性の疲労や過度のストレス」の検討

業務の過重性の評価における「慢性の疲労や過度のストレス」をどのように評価するのか。

(2) 過重性の評価期間の検討

前記(1)の慢性の疲労や過度のストレスの評価とも関連するが、評価する期間をどのくらいとすることが妥当であるのか。

(3) 「業務の過重性」の評価要因の具体化の検討

現行認定基準では、具体的な負荷要因まで明示していない。的確かつ客観的に業務の過重性を評価するに当たって、就労態様に応じた具体的な負荷要因としてどのようなものがあるのか。

(4) リスクファクターの検討

脳・心臓疾患の発症のリスクファクターとその発症への影響は、どの程度であるのか。

II 脳・心臓疾患の現状

1 人口動態統計からみた脳・心臓疾患の現状

昭和 45 年以降における脳血管疾患の死亡率について、人口動態統計によると、図 2-1 に示すとおり、脳出血は最近明らかな減少傾向を示し、増加傾向にあった脳梗塞も同 55 年以降は減少し、平成 7 年には増加に転じたが、その後横ばいの状況にある。くも膜下出血は僅かながら増加傾向を示している。これらの理由として、食生活等の改善により脳血管疾患発症率が低下してきたこと、画像診断の導入に伴う診断法の進歩により、死亡診断書記載の診断が正確になったことから、誤った診断が減少したことが指摘されている¹⁾。なお、全国の CT 検査による脳血管疾患の疾患別割合は、脳梗塞 58.2%、脳出血 30.4%、くも膜下出血 8.8%、その他 2.6%とされている²⁾。脳血管疾患の都道府県別発症状況をみると、くも膜下出血には地域差がみられないが、脳梗塞と脳出血は明らかに西日本に低く、東日本に高い傾向を示している。これは、東日本に高血圧者の数が多いことや食塩摂取量が多いこととよく一致している³⁾。

一方、虚血性心疾患についてみると、心筋梗塞は、平成 2 年に比べ、同 7 年には、1.6 倍と顕著に増加したが、その後は横ばいの状況にある。その他の虚血性心疾患もほぼ横ばいの状況にある。我が国では、高齢者のみでなく壮年層人口の増加に、食生活の欧米化と運動不足の進行などの要因が重なって虚血性心疾患の増加が危惧されているにもかかわらず、心疾患の死亡率は平成 6 年から低下傾向を示しているが、その理由は次のとおりである。

我が国では、厚生労働省が推奨する「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第 10 回修正 (I.C.D-10) 第 1 巻」[International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Volume 1, World Health Organization] による「疾病、傷害および死因統計分類提要」(以下「I.C.D-10」という。)⁴⁾ の適用に伴って死亡診断書の改訂が行われ、平成 7 年から使われている新しい死亡診断書には「疾患の末期状態としての心不全、呼吸不全などは書かないで下さい。」との注意書きが添えられ、死因の記載の精度を高める工夫がなされた。改訂の施行に先立って死亡診断書を作成する医師への周知を図った結果、「心不全」の記載が減少したことから、平成 6 年から心疾患の死亡率が低下傾向を示したのであらうとされている。

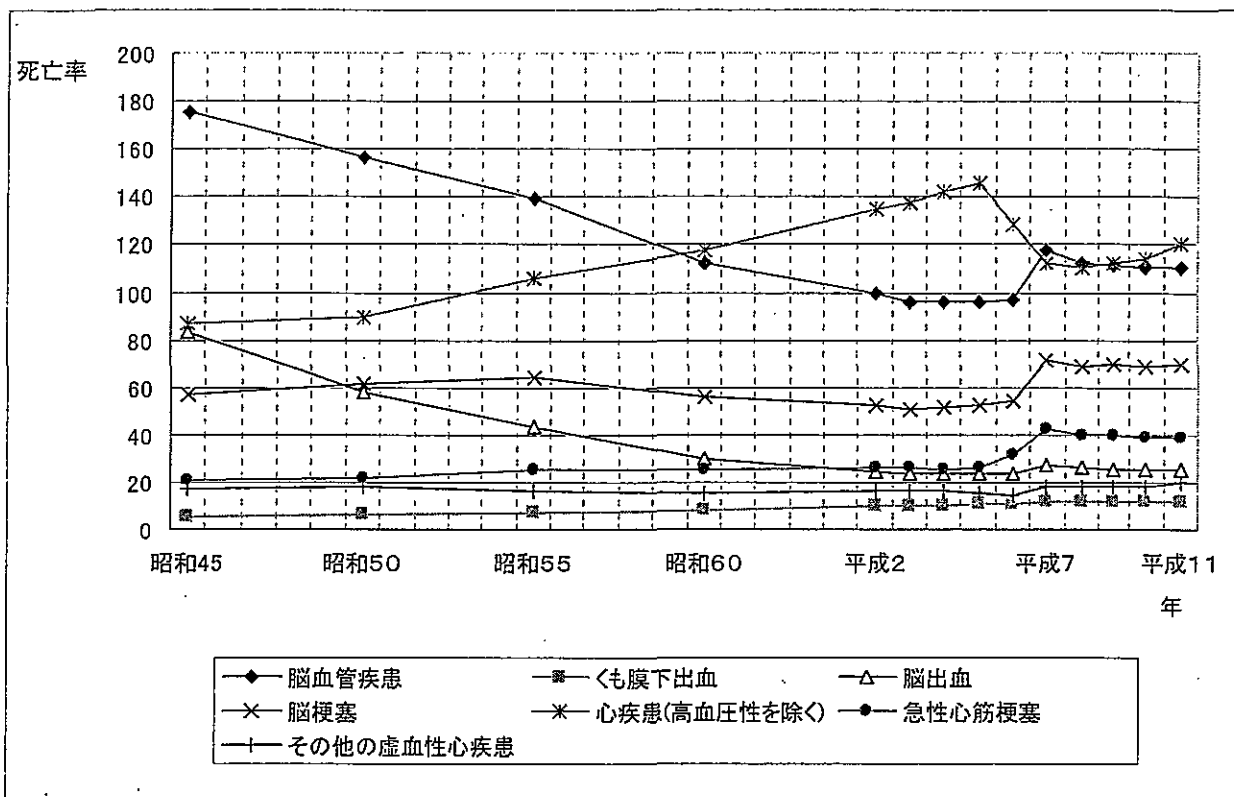
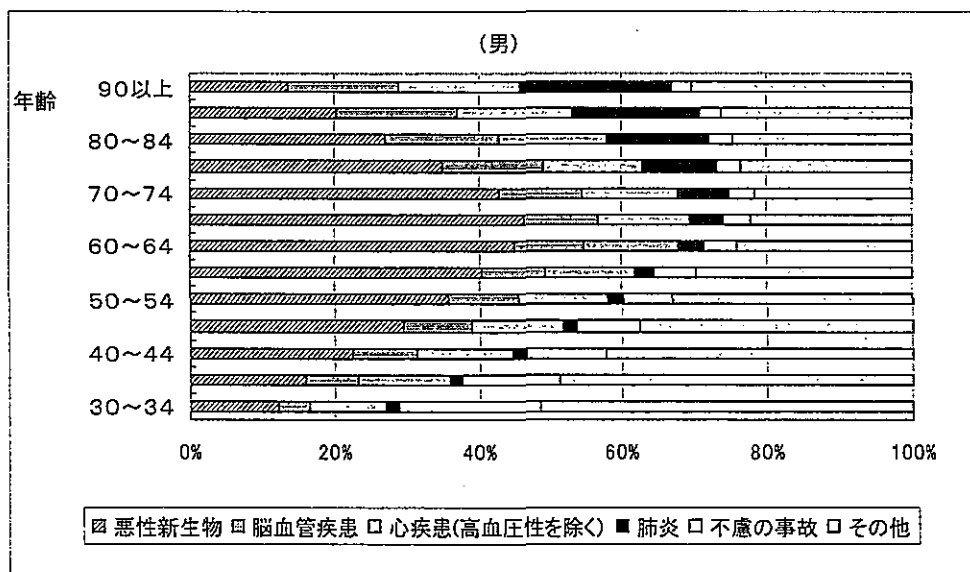


図2-1 脳血管疾患及び心疾患の病類別にみた年次別死亡率（人口10万対）
（厚生労働省「人口動態統計」）

30歳以上の日本人について、年齢別に主要死因の構成割合をみたのが図2-2である。男では40歳から89歳、女では30歳から84歳までは悪性腫瘍が死因の第一位を占めているが、男女とも45歳以上の年齢層では脳・心臓疾患の占める割合が高くなっている。



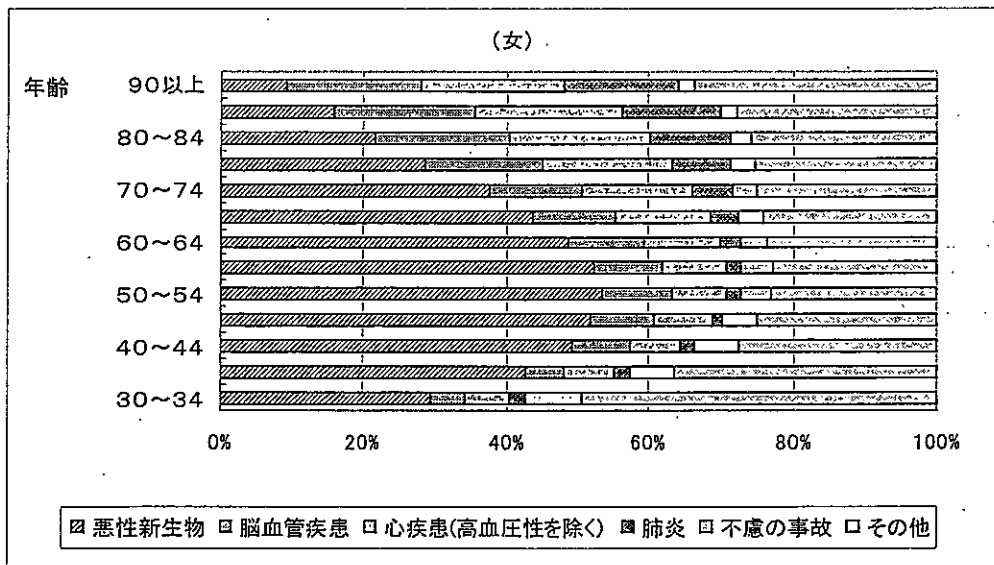


図2-2 性・年齢別にみた主要死因別死亡率 (人口10万対)

(厚生労働省「人口動態統計」平成11年)

脳・心臓疾患の両者について年齢別死亡者数を見ると、図2-3に示すとおり50歳以上の年齢層では加齢とともに対数的に増加している。

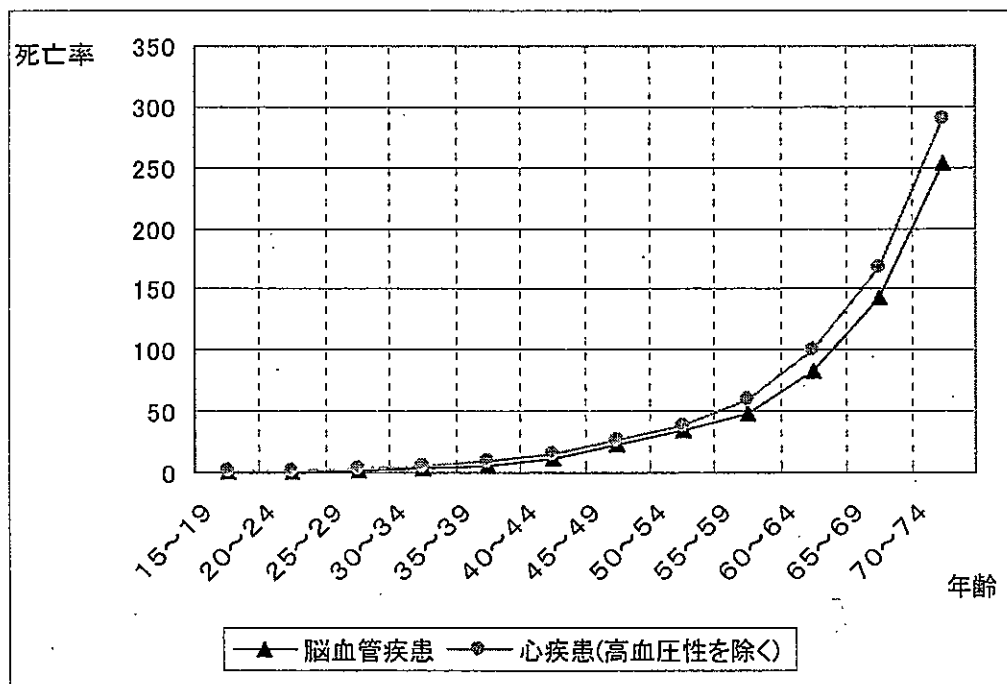


図2-3 脳血管疾患及び心疾患の年齢別にみた死亡率 (人口10万対)

(厚生労働省「人口動態統計」平成11年)

脳・心臓疾患の月別死亡率は、図2-4に示すとおり脳梗塞と虚血性心疾患は寒い時期に高く、春から夏にかけて低い。脳出血も同じような傾向を示すが、くも膜下出血には四季を通じて明らかな変動が見られない。

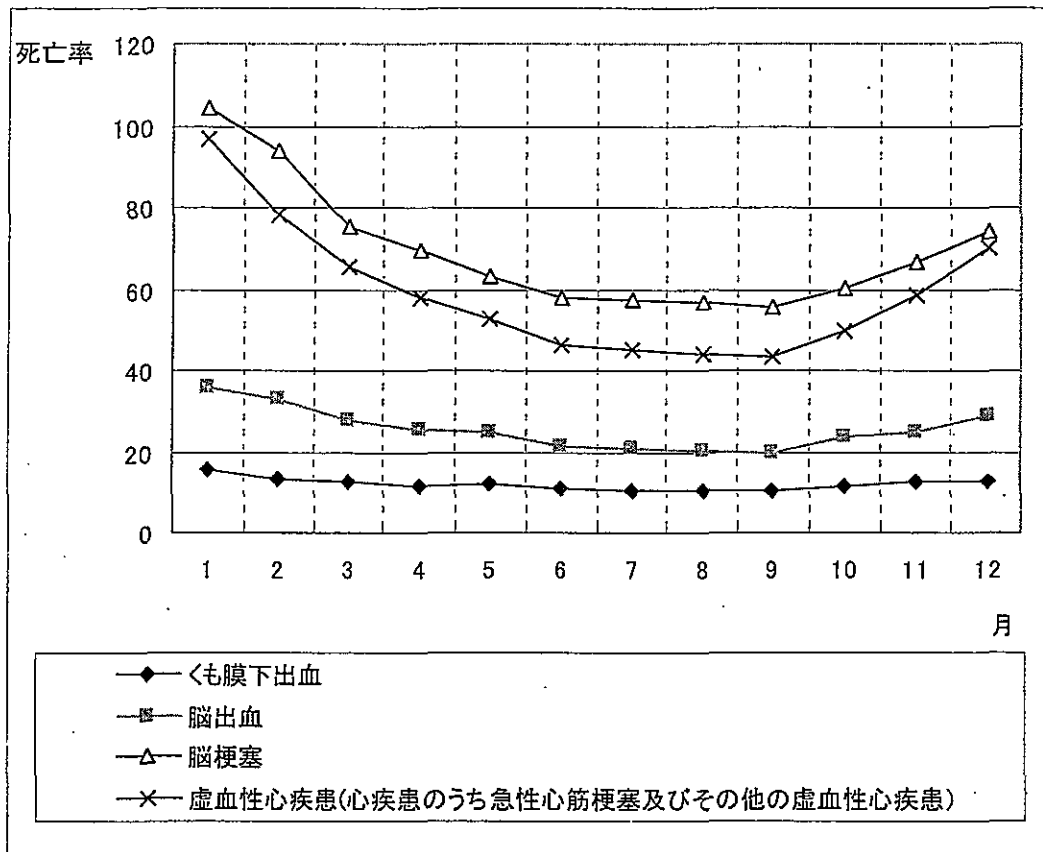


図2-4 脳血管疾患及び心疾患の月別にみた死亡率 (人口10万対)

(厚生労働省「人口動態統計」平成11年)

脳・心臓疾患の発症時刻をみると、最近の集計^{5, 6)}をみても、福田の報告⁷⁾にほぼ一致しており、脳出血、脳梗塞及びくも膜下出血は6時から9時と15時から21時にピークがみられ、虚血性心疾患は9時から12時と18時から21時にピークがある (図2-5)。

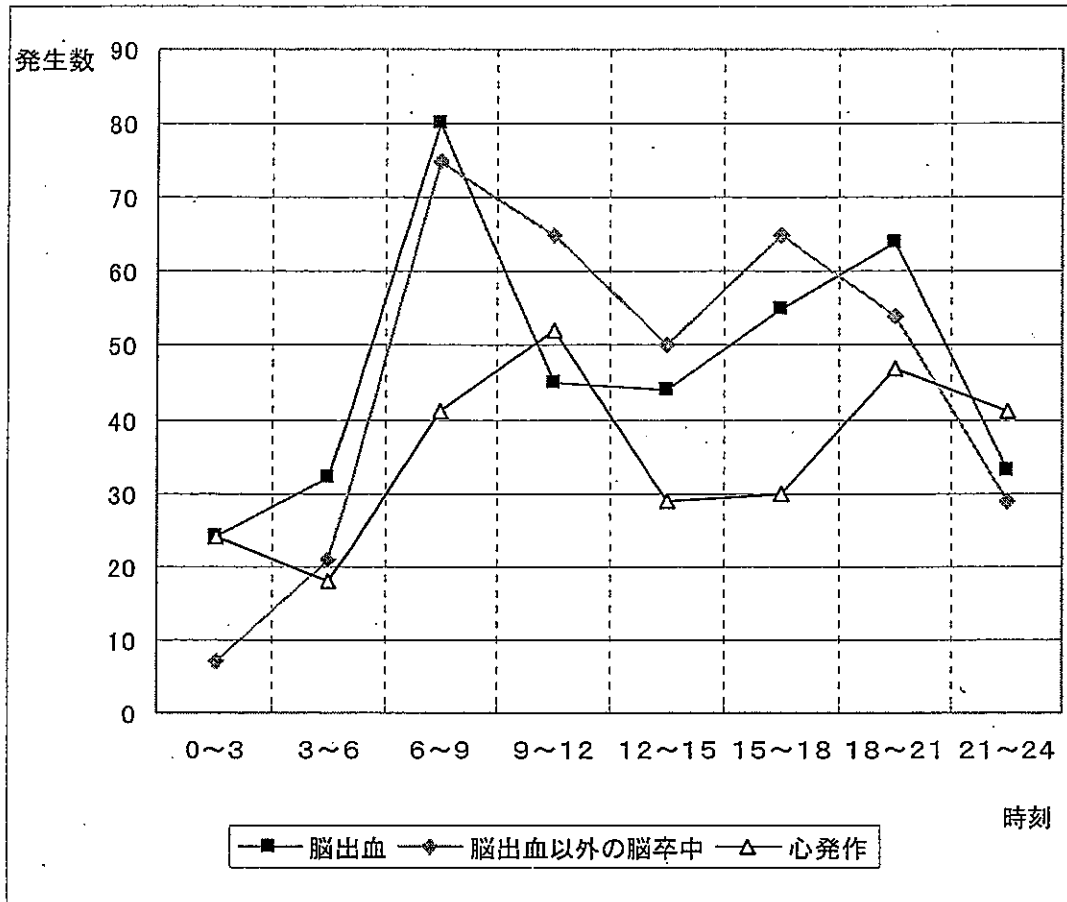


図2-5 脳卒中・心発作の発生時刻 (1,025例)

(福田 (1978) ⁷⁾より改変)

2 患者調査からみた脳・心臓疾患の現状

全国の医療機関を利用する患者について、その傷病状況等を明らかにすることを目的として3年ごとに厚生労働省が実施している患者調査によると、平成11年の我が国における主要疾患別の総患者数は図2-6のとおりである。高血圧性疾患の患者数は718万人を数えて最も多く、糖尿病、脳卒中、悪性腫瘍及び虚血性心疾患がそれに続いている。

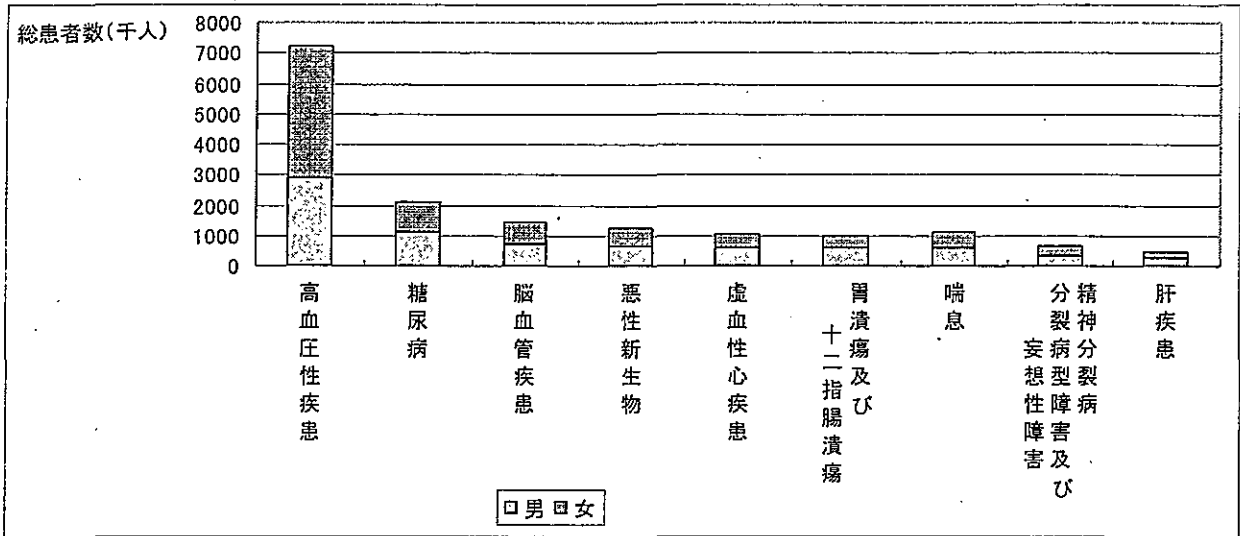


図2-6 主要疾患の総患者数

(厚生労働省「患者調査」平成11年)

また、年齢別主要疾患受診率（人口10万対）は図2-7に示すとおりである。これをみると、35歳以上の年齢層における外来患者の中では高血圧で受療している人数が最も多く、かつ、85～89歳の年齢層までは加齢とともに増加している。この患者調査で指摘されているように、高血圧に罹っていても、患者は毎日通院するわけではないし、受診せずにそのまま放置している人もいるであろうことから、「高血圧という病気を持っている人」は受診率で示されている数よりさらに高いのが実態と思われる。

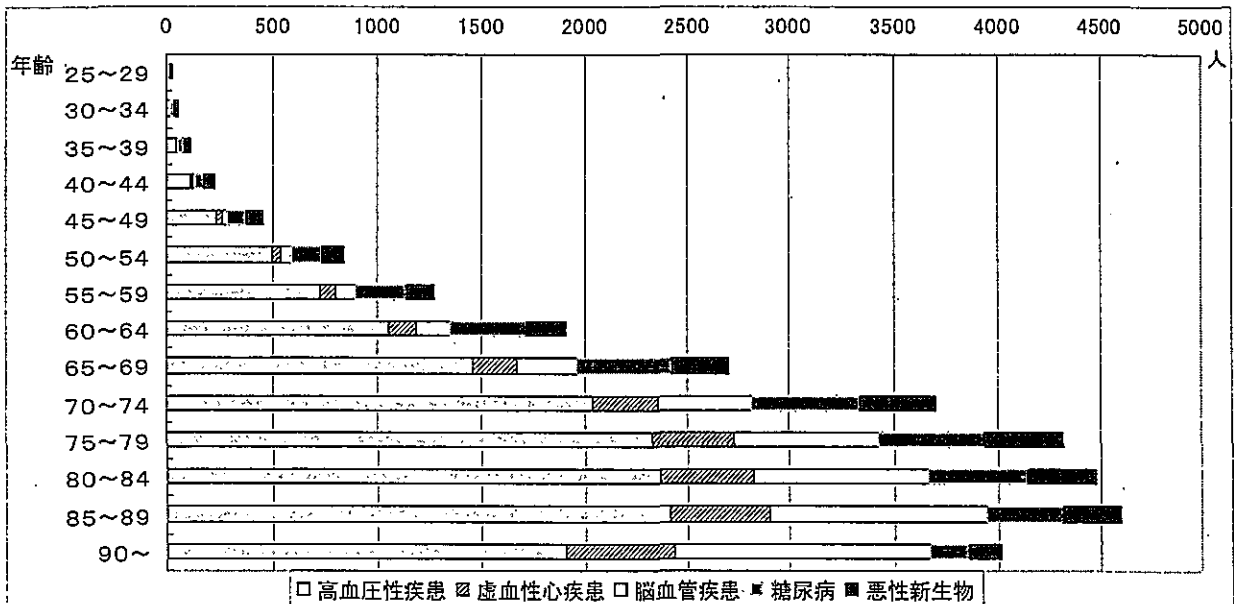


図2-7 年齢別主要疾患外来受療率（人口10万対）

(厚生労働省「患者調査」平成11年)

これに関連して、藤井⁸⁾は、全国から 300 地区を選び、30 歳以上の全住民 10,897 人の血圧を計測した循環器疾患基礎調査を実施し、その結果を世界保健機関 (WHO、1978) 並びに高血圧の予防、発見、診断、治療に関するアメリカ合同委員会 (1984) の高血圧分類を基準とし、拡張期血圧が 90mmHg 以上の人の年齢別割合を報告している (図 2 - 8)。そして、この割合を基礎として日本全国の高血圧者の人数を計算すると 2,000 万人となり、30 歳以上の日本人のほぼ 4 人に 1 人が高血圧ということになるとしている。

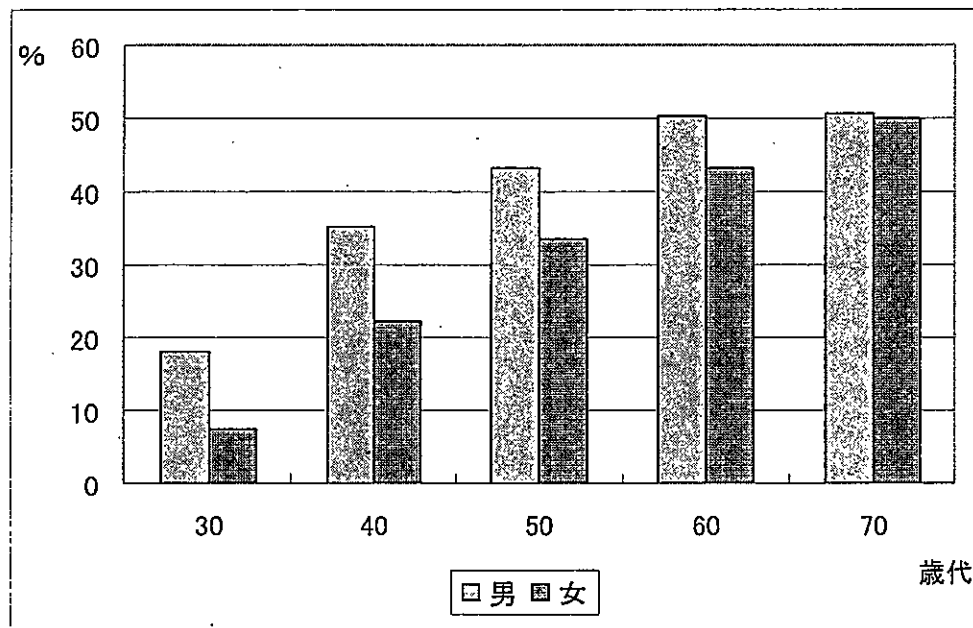


図2-8 年齢・性別にみた高血圧の頻度

(藤井 (1991) ⁸⁾)

また、世界保健機関—国際高血圧学会による「高血圧治療ガイドライン」(WHO・ISH、1999) ⁹⁾並びに日本高血圧学会による「高血圧治療ガイドライン」(JSH、2000) ¹⁰⁾によって、従来は境界域とされたものも高血圧と取り扱う新しい高血圧分類によれば、日本には高血圧の人が約 3,000 万人いると推定されている。

さらに、全国の 30 歳以上の男女を層化無作為抽出した 8,369 人を対象とし、日本高血圧学会 (2000) の血圧分類に準拠した、厚生労働省による平成 12 年第 5 次循環器疾患基礎調査によると、高血圧者の割合は男性で 51.7 %、女性で 39.7 %であったという。

以上から理解されるように、我が国では脳・心臓疾患のリスクファクターとされている高血圧者の割合が極めて高いことは注目すべき事実である。

3 労働者健康状態調査からみた労働者の健康状態

厚生労働省の労働者健康状態調査によると、昭和 57 年度以降における労働者の持病の有無及び持病の種類別割合は図 2-9 に示すとおりである。すなわち、持病を有する労働者の割合は最近増加の傾向にあり、平成 4 年度以降では約 30 % に達している。

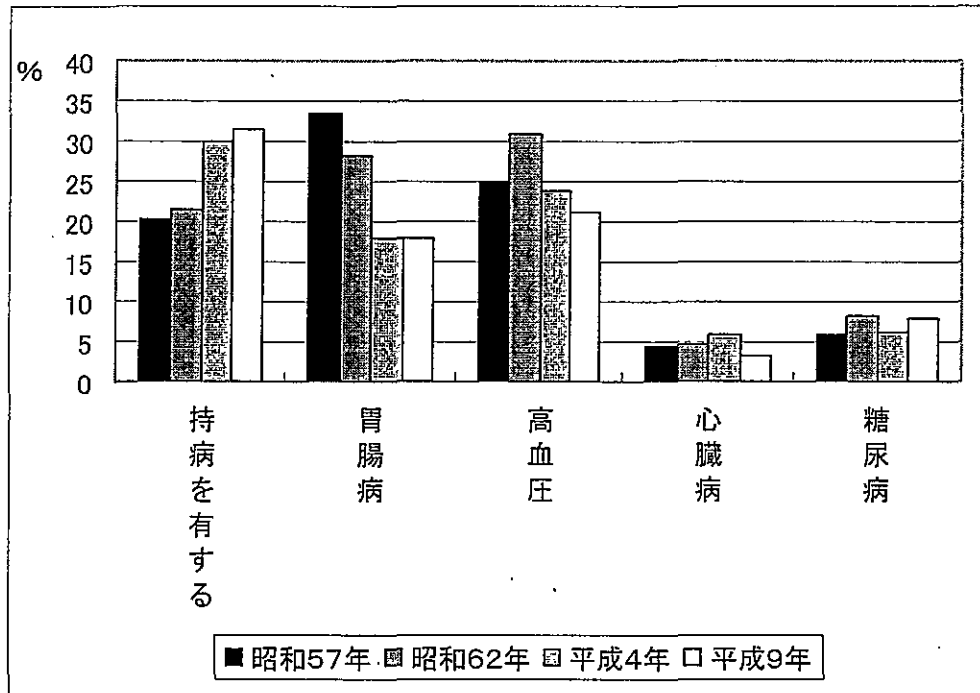


図2-9 持病の有無及び疾病別労働者割合

(厚生労働省「労働者健康状況調査」)

持病の種類をみると胃腸病、高血圧、糖尿病及び心臓病が多いが、最近では最も持病の割合の高いのが高血圧であり、上記の患者調査の結果と同様の傾向にある。高血圧、糖尿病及び心臓病について、性別、年齢階級別の割合をみたのが図 2-10 であり、全体としてみるといずれの持病も最近増加の傾向にある。

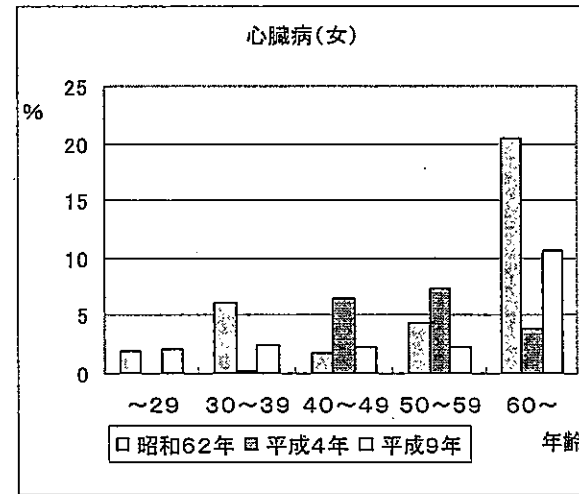
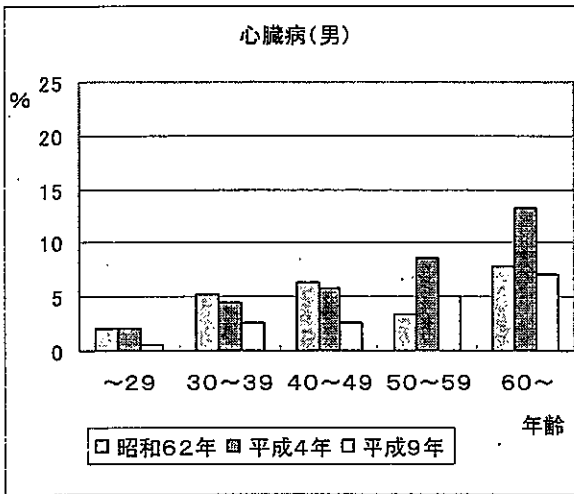
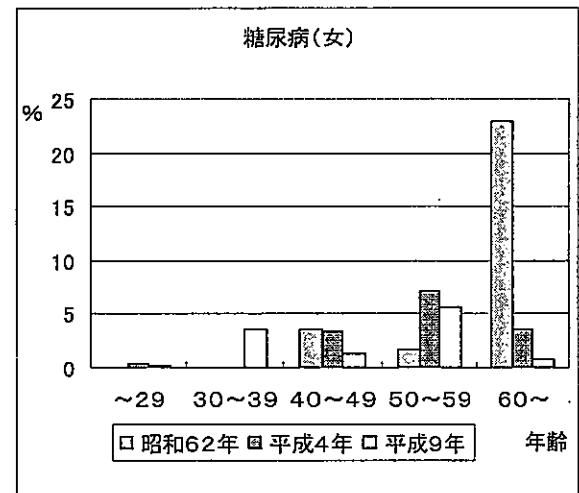
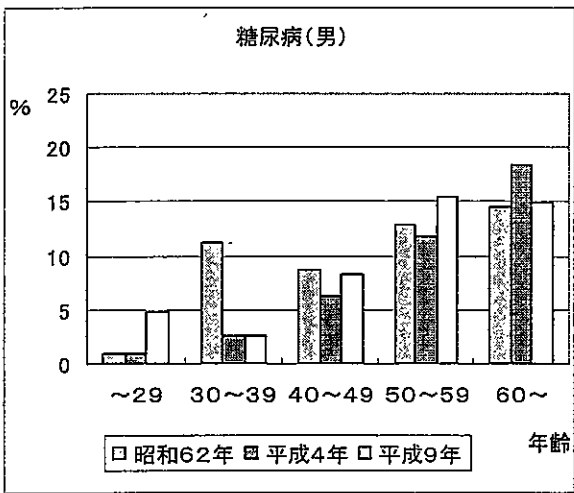
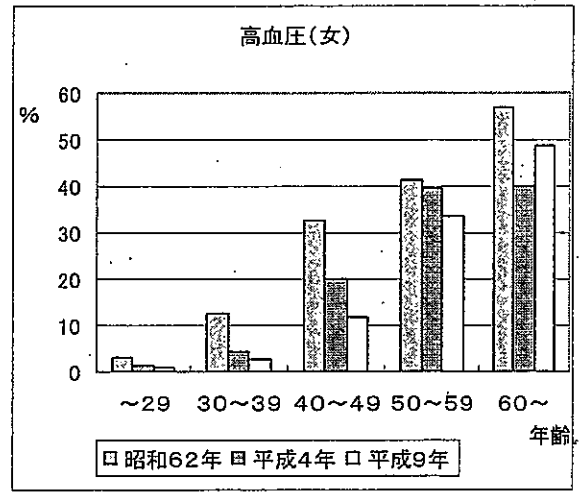
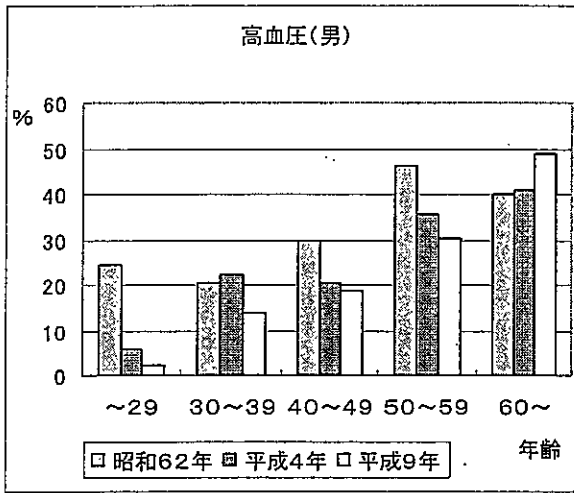


図2-10 性・年齢・持病疾病別労働者割合

(厚生労働省「労働者健康状況調査」)

また、労働者の就労と「身体の疲れ」及び「神経の疲れ」との関係についてみると「とても疲れる」という労働者が全体の約15%を占め、「やや疲れる」という労働者が約55%に達している（図2-11）。通常の就労によって「やや疲れる」と感じる程度の疲労の多くは、日常的な休養をとれば、もとの状態に回復するものと思われるが、「とても疲れる」と感じる労働者が約15%もいることは看過できない。

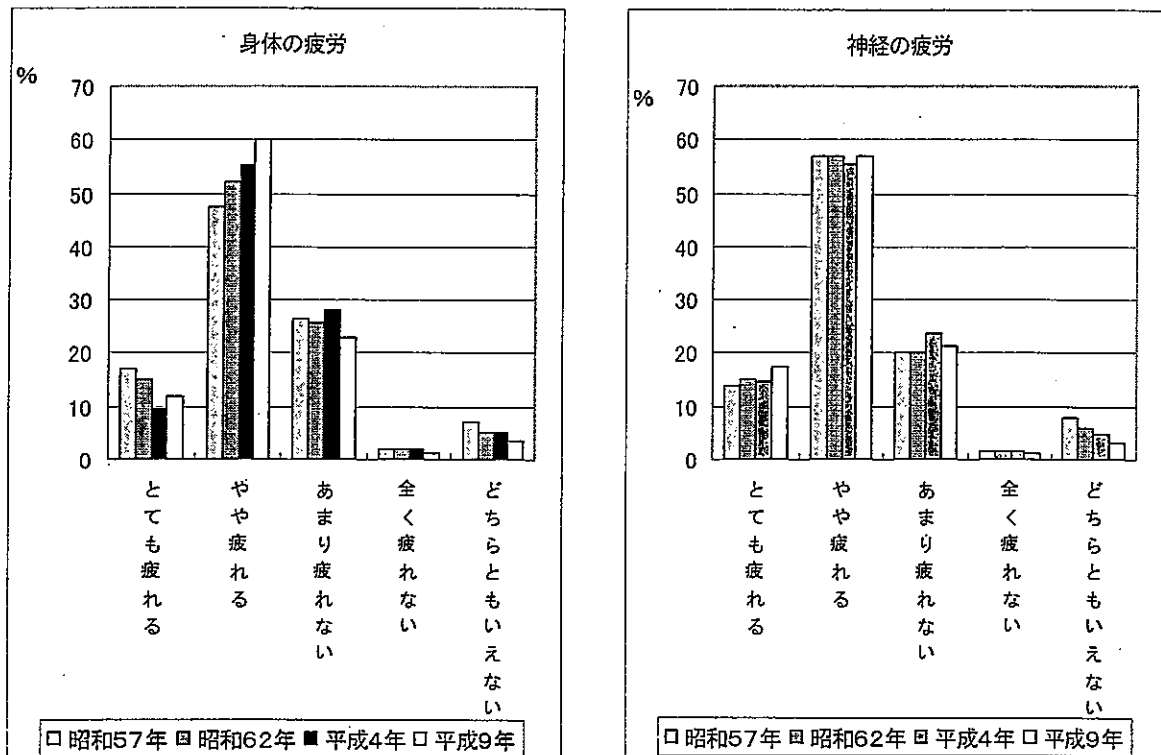


図2-11 普段の仕事での身体及び神経の疲労状況労働者割合

(厚生労働省「労働者健康状況調査」)

このような調査結果の背景を考える上で同調査における次のデータが重要である。仕事や職業生活に関することで強い不安、悩みやストレスを感じている労働者の割合は増加傾向にある（図2-12）。すなわち、平成9年では、労働者の62.8%という多くの者が強い不安や悩みを有し、あるいはストレスを感じている。その内訳を見ると図2-13のごとく、「職場の人間関係」、「仕事の質、量、適性の問題」及び「昇進、昇給の問題」に関するものが多い。また、職場の人間関係にストレスを感じるのは男性より女性に多く、女性労働者の過半数に及んでいる。

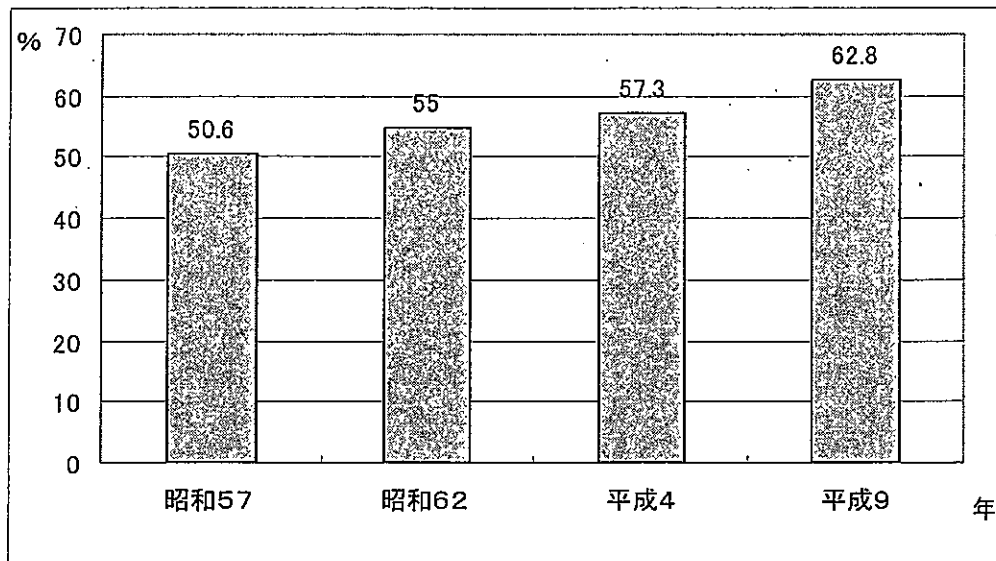


図2-12 職場生活に関することでの強い不安、悩み、
ストレスを有する労働者割合

(厚生労働省「労働者健康状況調査」)

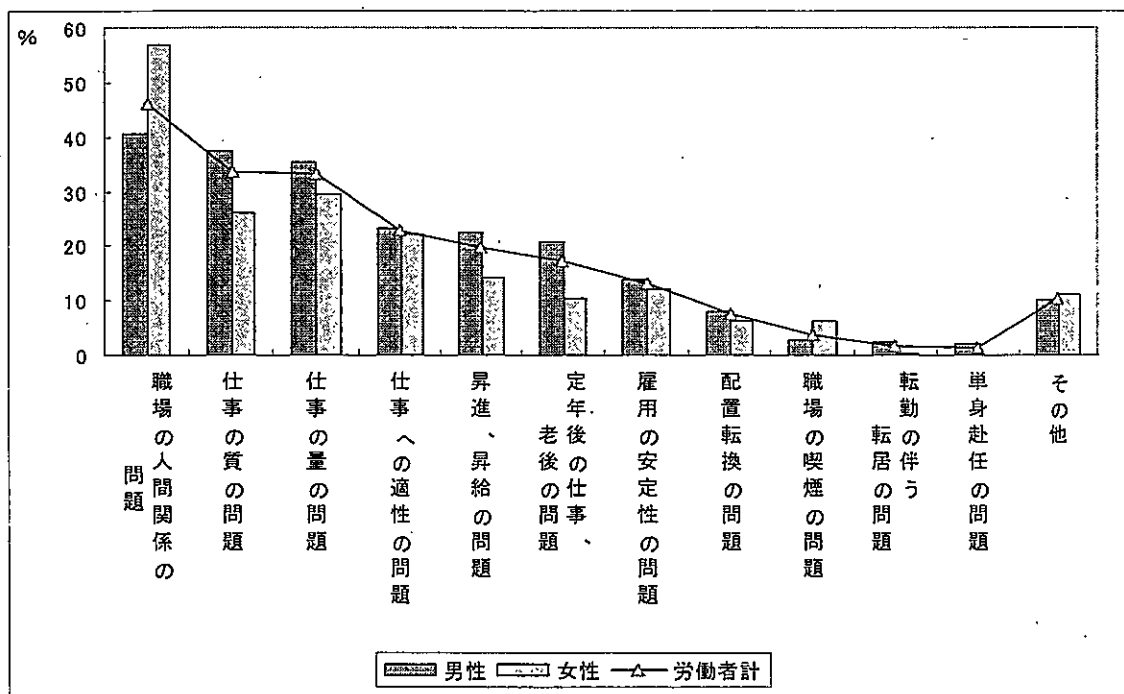


図2-13 職場生活に関することでの強い不安、悩み、
ストレスの内容別労働者割合

(厚生労働省「労働者健康状況調査」平成9年)

さらに、私的な事柄である家庭生活での大きな心配事や悩みを有する労働者の割合をみると、平成9年では労働者の44.6%に達している(図2-14)。その内訳を

見ると、図2-15に示すとおり、「経済的な問題」を筆頭に、「子供に関すること」、「自分の健康に関すること」及び「親に関すること」がいずれも30%を超えており、「住まいに関すること」と「配偶者に関すること」が続いている。なお、平成4年の調査によると、単身赴任者は、そうではない者に比して、これらの私的な心配事を有する率が高くなっている。

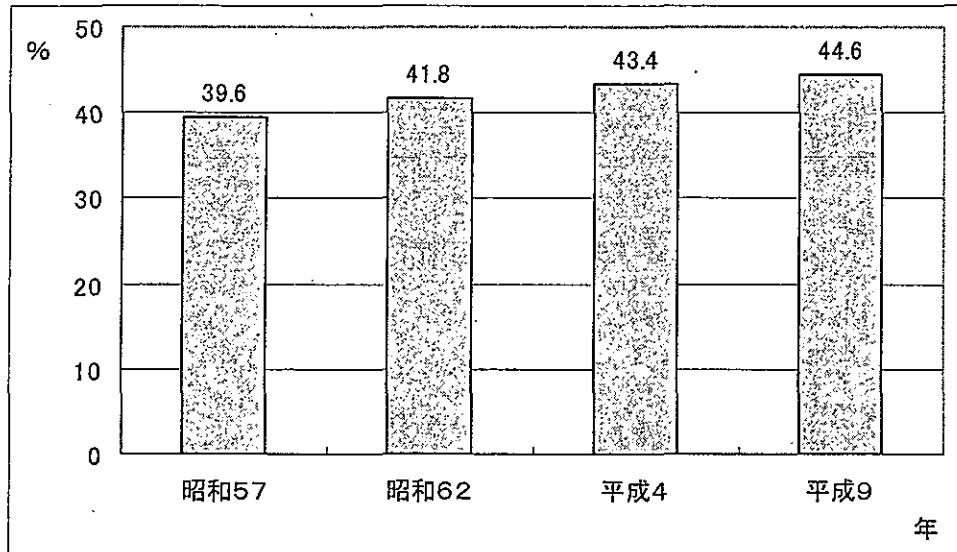


図2-14 家庭生活での大きな心配ごと、悩みごとを有する労働者の割合

(厚生労働省「労働者健康状況調査」)

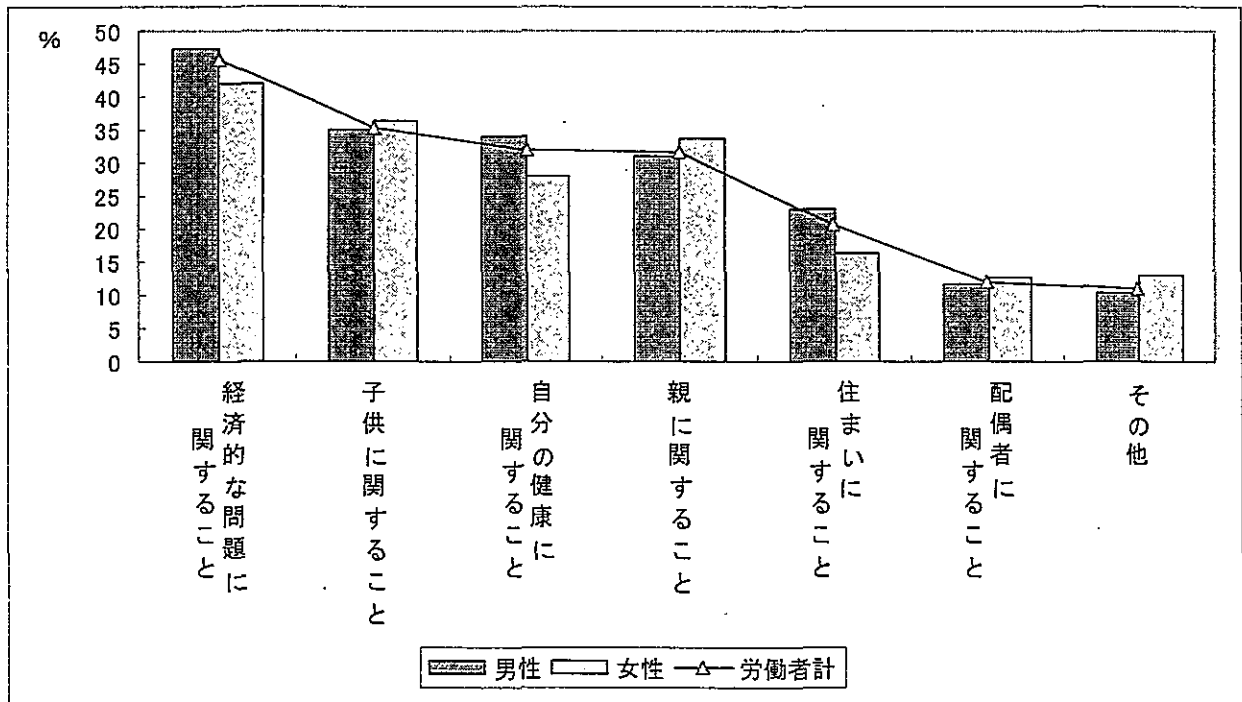


図2-15 家庭生活での大きな心配ごと、悩みごとの内容別労働者割合

(厚生労働省「労働者健康状況調査」平成9年)