

第6回検討会の議論の概要

【対象疾病】

〔肺塞栓症、深部下肢静脈血栓症〕

- 深部静脈血栓症だけであれば、下肢の浮腫、下肢の痛みが起こったりすることはあるが、重篤な症状は起こらない。その血栓が剥がれて飛んで肺塞栓を起こせば、これは命に関わる重症な病気になる。深部静脈血栓症の結果起こった肺塞栓症や脳梗塞、あるいは奇異性の塞栓症といわれる特殊な脳梗塞などが労災に認定される可能性はあると思う。
深部静脈血栓症があって、かつ心臓に卵円孔開存のような右左短絡（シャント）がある場合に、脳梗塞になる場合がある。（豊田先生）
- 肺塞栓症は発症機序が動脈硬化性のものとは異なり、血栓形成や線溶系の力が落ちているところに、直接な下肢静脈、ヒラメ筋等の圧迫で血栓ができ、それが肺に飛んで心原性ショックは亡くなる場合が想定される。
長期間の負荷で起きるかという観点からは、動脈硬化性の虚血性心疾患とはその機序が異なると思う。震災の場合でも、地震があって車中泊をした際に、1週間以内に発症がみられている。長期間、月の単位での病態との関連を示すエビデンスは乏しいのではないか。肺塞栓症の中で、慢性再発性で階段状に悪くなるタイプがあるが、病態は全て解明はされていない。経験則からも月の単位の過重負荷で起きるとはいえないのではないかと考える。（西村先生）
- 深部静脈血栓症から派生する肺血栓塞栓症は、いわゆるエコノミークラス症候群として、肺からの血流がなくなって左心室に血流が入らないと、圧がほとんど出なくなり、心室細動で死んでしまうことがあるので、重篤な病態だと思う。数としては少ないかもしれないが、週の単位や日にちの単位ではなくて、非常に短い時間で起こるのではないかと思う。ただ、少し動く、水分を多く取るとかで予防できる部分もあり、必ずしもそれが労災に結び付くとは限らない。（杉先生）
- 労災認定するとすれば、作業態様が足を動かすことができない状態であった場合に、その結果深部下肢静脈血栓症が形成され、それが肺に飛んで肺塞栓を起こしたというときには、作業態様によるものとして労災認定されるという理解でよろしいか。数箇月といった単位でなくても、1日以内で起こる可能性があり、業務のため足や体を動かしたりできないときには、労災認定になると考えるのが妥当かと思う。（磯先生）
- （このような血栓による疾病が、現行認定基準で認定している脳梗塞や不整脈の背景にあることは現状でもあり得るかとの高橋先生の質問を受けて）私の経験した事案では、二次性の心原性ショックで急死された方について、解剖に

より肺塞栓による死亡と分かればその基礎疾患として診断書には記載されるので、審査はされてきたと考える。「急性循環不全」と分類されていた時期には、その機序の分類から多くの病名が記載されていてその一つでもあり、混乱を生じていた場合もありうる。（西村先生）

- 先に下肢静脈血栓症がなければ、通常は肺塞栓症は起こさないというのが臨床的に原則だと思う。エコノミークラス症候群とよく言われているが、いわゆる重篤な肺塞栓症まで至るケースというのは、経験上は少ないと思う。（小山先生）
- 出張が何回も続いて、非常に長時間、繰り返し飛行機の中において、そこで疲れてしまって寝てしまうなどで、肺塞栓を起こした場合には、認定される可能性はあると思う。（磯先生）
- 肺塞栓症に関しては、恐らく一定時間以上の臥位や座位などの負荷は原因となるが、慢性的な長時間労働によって肺塞栓が起こるというエビデンスはないと思う。心筋梗塞や脳梗塞の場合は、ある程度の慢性的な長時間労働の負荷ということで、労災認定に関係付けられると思うが、肺塞栓に関しては、直近の数時間以上の運動負荷であれば因果関係が明確なのだが、例えば1か月間100時間以上の労働をしたからといって、肺塞栓や肺血栓が増えるというところまではいかないと思う。（野出先生）

〔他の動脈の閉塞、解離〕

- 下肢動脈の閉塞や腸間膜動脈の閉塞は動脈血栓症なので、心筋梗塞やナトリウム血栓性脳梗塞と同じ病態だと思う。したがって、先ほどの肺血栓のような静脈血栓とは少し違うので、心筋梗塞のような動脈血栓症とある意味では同等に扱ってもよい気がする。（野出先生）
- これらは動脈の疾患で、動脈硬化が原因となって起こっていると理解できるので、同等に扱ってよいと思う。（杉先生）
- 網膜中心動脈閉塞症は、脳梗塞、脳塞栓症と機序はほとんど同じで、頸動脈を通過した血栓が目の循環に飛ぶか脳の循環に飛ぶかなので、機序的に脳梗塞に準ずるものと考えてよいと思う。ただ、脳梗塞や脳出血と同じように対象疾病にこの疾患名を挙げるかについては、疾患の頻度とか規模がかなり違うので、脳梗塞に準じて、ただし書程度で考えればと思う。
椎骨動脈解離について、解離を起こすのは椎骨動脈だけではなく、頸動脈解離や中大脳動脈解離等も合わせた脳動脈解離ということになると思うが、これらの解離は基礎に長時間の労働や動脈硬化の蓄積があるからというのは必ずしも当てはまらない。ちょっと首をひねったときに労働の負荷と関係なく起こることが多い。ただ、中にはやはり、長時間の疲労などが誘因と考えられるもの

もあるので、解離に関しては、先ほどの肺塞栓症と同じように、ケースバイケースで考えるということでもいいのではないかと。（豊田先生）

- 椎骨動脈というのは、やはり解剖学的に大動脈血管と構造が全然違うし、本質的にまだ解離性椎骨動脈は、まだ原因が分かっていない。エビデンスがないので、これを1つの疾患として出すのはどうかなとは思っている。網膜中心動脈のほうは、TIA（一過性脳虚血性発作）などで生じる場合もある。頸動脈の狭窄がある場合は生じ得るので、それをどう捉えていくかは豊田先生と同じ考えでよいと思う。（小山先生）
- 解離について、脳動脈解離の結果、脳梗塞を起こしたりくも膜下出血を起こしたりする方が過半数で、結果として脳梗塞やくも膜下出血を起こしたときには対象疾病になり、基本的には労災になるのだろうと思う。脳動脈解離で頭痛だけが強い方、あるいは無症状だが経過観察、安静のために休業を要する方がいるので、これはケースバイケースで考えてよいと思う。（豊田先生）
- 動脈解離はいろいろな要因及び遺伝的要因も関与し、若い人でも発症する。急性の動脈閉塞症の手術後に亡くなった例や剖検で診断された例等があり、診断名がどのレベルの所見に基づくかで差が出てしまうことは避けられないと思う。冠動脈でも解離が起きて、20～40歳台ぐらいの女性が急性心筋梗塞になる場合も注目されている。また、全身の中レベルの動脈に多発性に解離が起きたりすることもある。動脈解離は多彩な病態なので、大動脈解離以外の解離を含めるかは、もう少し医学的検討をしたほうがよいと思う。（西村先生）
- 全体としては、明らかな動脈硬化による塞栓・血栓については、心筋梗塞と同じように考えていいが、ほかの疾病に関してはそれぞれケースバイケースで考える必要があるということではないかと。（磯先生）

〔現行の対象疾病の表記について〕

- 心不全という状態と心停止そのものは、ちょっとニュアンスが違うのではないかと考えており、不整脈による突然死は、大抵心室細動が8割以上、あと心静止はあるが、要するにそのままの不整脈で死に至るということで理解していた。しかし、以前から心不全でも認められているということであれば、心房細動の発症、そしてそれによる心不全ということになれば、労災として認められるのではないかとと思う。裁判例が非常に多いが、心房細動そのものも、睡眠不足、疲労、ストレス、お酒も入るが、そのような労働環境の悪化で心房細動を起こすこともあり得る。頻脈性の心房細動になると、心不全という状態になる。そうすると、これは労災として扱っていいかどうかということにつながるが、その点ではどうか。（杉先生）
- 平成13年の検討会報告書には、「心不全」という言葉は意識して使われてい

なかったと記憶している。心臓突然死の原因となるいろいろな疾患を入れるという考え方であった。「心不全」は、説明と定義が難しい。平成13年のときは、不整脈死及び心停止をどう扱うかの議論をし、心不全という病名よりは、疾病、病態について心停止を起こしうる基礎疾患から検討する考え方であったように思う。（西村先生）

- 不整脈死を「心停止(心臓性突然死を含む。)」に含めて取り扱うということについては、異論はないと思う。不整脈による心不全をどのように整理するかは改めて検討したい。（磯先生）
- 心不全という病名で診療を受けている方は高齢者人口の増加に伴って急増している。「心不全及び心不全の基礎疾患」と業務による負荷の関係をどう評価するかは、重要なポイントだと思う。（西村先生）

〔基礎疾患の取扱い〕

- 落ち着いている器質的な心疾患を持っている方と理解して、それが過重労働によって重篤な状態になるということは、恐らく心不全になるということなのではないか。そうすると、先ほどの「不整脈等」との関係もあるが、心不全という病態について、どのように扱うかは難しいところもある。（杉先生）
- 成人の先天性心疾患が増えており、救命率が上がっているということで、ASD（心房中隔欠損）とかVSD（心室中隔欠損）とか肺動脈狭窄症のような方が延命される方が多い。その場合に、やはり肺高血圧を来したり、心不全になって悪くなり、亡くなる方がまれにいるので、やはり心不全というのは1つの最終の病態像と考えていいと思う。ただ、心不全が非常に難しいのは、非常に軽症の場合もある。重症の心不全、重篤な心不全、致死性の心不全とか、そのような文言を入れておいたほうがいいのかと思う。明らかに長時間労働の負荷によって、例えば先天性心疾患を合併されている方に関しては、心不全のリスクは高まるという認識でよいので、これは労災認定に当たり得るというように考える。（野出先生）
- 心不全というのは病気ではなくて病態であり、もし、ここに「先天性心疾患、重篤な心不全」とすると、心不全でも、ある程度症状が進展していて、そこに負荷が掛かると重篤になる場合もあるが、表現が法律上も難しいのではないかという印象を持つ。（磯先生）
- 1つは慢性心不全ではなくて、急性心不全に限定するという方法もある。重症の急性心不全ということで、それに対して長時間労働なり負荷の関与を考えると1つ。ただ、確かに心不全は病名ではないので、それが難しいということであれば、そのハードルは高くなるかなと思う。心不全ということに関しては、これは病名でなくては難しいのか。一方で、心不全の定義が広

がっている。拡張不全を含めた軽症の場合も心不全というケースが多いので、「重篤な」あるいは「重症の」というのは、必ず入れておいたほうがいいかと思う。

今は安定しているが、それが長時間負荷等の過重労働によって増悪をして、それが致死性になるということは十分にあり得るので、そういったことを踏まえた表現でよろしいのではないかと思う。（野出先生）

- 平成13年報告書の19ページでは、「先天性心疾患等(高血圧性心疾患、心筋症、心筋炎等を含む。)」と病名が記載されているが、評価に当たっては基礎心疾患名を重視する考え方が基本にあった。この点について今回はどうするのかは一つの論点と考える。

病名が増えれば増えるほど、疾患の病態、自然歴等についての医学的データが少なくなる。自然歴を超えて悪化したのかは、虚血性心疾患のように頻度の高い疾患で、蓄積された研究データがあれば、ある程度医学的にも想定できる。まれな疾患の場合は、自然歴が分からないことに加えて、労務負荷との関連程度等についても、エビデンスが乏しいこともあり、見解が分かれることにもなる。負荷となる労働時間数についても、心不全の場合は重症度により異なる可能性もあると思われる。今の基準が他の疾病に関しても妥当かどうかは、エビデンスが不足していると考ええる。対象疾患を広げるか否かは、検討しなければいけない。

「重篤」であるとする臨床の出来事を、生死に関わるような事態とするのか、入院程度も含めるかで見解が分かれる点である。ここでは、公平性という問題が出てくると思う。

また、基礎疾患（原病）を診断した上で、労災認定の判断を行っていく考え方である。心不全あるいは心停止例においては、基礎心疾患が剖検等により急性心筋炎であることが判明する場合もある。対象疾患「虚血性心疾患等」の中に含める疾患についての議論は必要と考える。（西村先生）

【身体的負荷の評価】

- 身体的負荷が強度の場合は、発症に影響してくると思う。ただ、どこまで書き込むかが問題になってくるのではないか。（高田先生）
- このように身体負荷を具体的に挙げているのは、循環器疾患にとっても妥当かと思うので、これでよいと思う。（野出先生）
- 身体的負荷の種類がかなりあると思うので、これはやはり個別の判断になるのではないかと思う。「身体的負荷」という言葉が入ることが重要で、これによって先ほどの問題の心不全などのいろいろな状況になるということによって理解していただければいいのではないかと思う。（杉先生）
- 「業務内容及び業務量のほか」とあり、その先の部分は業務内容と業務量と

はまた別のものになるのか。業務内容と業務量のことを具体的に書いてあるという気がしたが、「ほか」というと、何かまた別のものというイメージで、例えば「業務内容及び業務量のうち、取り分け」というように、取り分けこの点について重視して評価するということかと思うので、「ほか」という表現が気に掛かる。（嵩先生）

- 「業務内容及び業務量」が「例えば」につながるとしたら、その後の「運搬作業、人力での掘削作業」、あとは「作業強度、作業時間、歩行や立位を伴う状況」というところまでは、「業務内容及び業務量」の1つの例である。そこと次の「日常業務と質的に著しく異なる程度」というのは、少し違う観点になる。このため、「業務内容及び業務量について、例えば」として、「日常業務と質的に著しく異なる程度」は別の括りでつなげると少し明らかになるのではないかと思う。（磯先生）
- 業務量の具体的なスタンダードであれば、METs を用いてやるのか。例えば6 METs 以上の作業が何時間続いたから、これはもうオーバーだと、過重労働だということにもっていくのか。何を基準にしていくのかが分からない。（小山先生）
- 例でいうと、シャベルですくう：きつい、建設業とあるが、最後のほうに書いてある事務職で普段余り肉体労働をしない人が、何か災害が起こって泥をすくったり、工場の泥をすくうのにかかり出されて、そこでシャベルですくうといったようなきつい労働をして、そのために何か起こるという可能性もある。肉体労働に慣れている人はそれほど大きな影響はないが、また、肉体労働の作業をする人でも個人差があると思うので、その辺りのスコア化は難しいかと思う。そういう理解でよろしいか。（磯先生）
- ここの論点が、異常な出来事ではなくて、短期間若しくは長期間における過重業務としての身体的負荷という位置付けで、一時的なものというよりは、ちょっと長めの身体的なばく露ということなので、異常な出来事の切り分けというか、その辺りを意識しながらやっていると、実際の認定などが円滑になるのかなと思う。（高橋先生）
- 質的、量的な評価は難しいところなので、質的にいろいろな状況や重なり合いを見ながら評価することになるかと思う。「身体的負荷を伴う業務」を負荷要因として追加するということでよいか。（磯先生）

【労働者の多様性を考慮した業務の過重性の評価】

- 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方針については維持することが適切と考える。
また、基礎疾患等の健康状態については、判断に当たって、年齢等と同様に考慮に入れることとしつつ、定義の表記としては、後段の「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」という表現で、考慮の対象とすることができることから、定義にはあえて記載しなくてもよいのではないか。（水島先生：事前の御意見）

- 本人基準ではなく、同種労働者で引き続き判断するのは適当であると思う。業務に内在する危険が現実化しているものに対する補償ということになるので、本人ではなく、やはり業務主体というか、抽象的に似たような労働者を想定して、過重だったのかどうかを判断するという枠組みは重要だと思うので、同種労働者というもので結構かと思う。また、後段の同種労働者の定義だが、ここ10年ぐらいの裁判例でも、職種、年齢、経験等という形で例示されるようになってきた。しかも、基礎疾患を有していたとしてもというところも維持されており、それにならう形の基準ということでよいと思う。（嵩先生）
- これまでの定義にあった「健康な状態にある者」というのは削除する方向は、いいかと思う。「ここでいう」の所で、基礎疾患を有しても含むという形で、一応は病気や先天的な疾患を持っている方も含むとなっているのが、やはり前段として「経験等」の所で、「経験、健康状態等」というふうに入れるかどうかは1つの議論かと思う。
健康な状態というと、ヘルス（身体状況がよい状態）となってしまうので、一般用語としての健康状態とか健康状況とかはどうか。（高橋先生）
- 身体状況か。しかし、心理的なもの、精神疾患もあり、難しいのではないか。（磯先生）
- 心身の健康状態とすることも考えられる。これは過労死等に関わる問題なので、職種、職位、経験、年齢も大事だが、やはり健康の状態というのは加味しておいたほうがいいのかと思うが、議論したい。（高橋先生）
- それを入れたほうがいいのかと思う。先ほどの心不全の議論ではないが、長年治療を受けている疾患がある（現病歴）、その疾患に対してセルフコントロールができているとか、リスクファクターの管理程度、あるいは治療のアドヒアランスがどうかということも重要なポイントであり、それらを含めて総合的に健康状態を評価する観点も大事だと思う。また、これから医学的にも、いろいろなデジタルデータが使えるようになると、比較する同種の方というのは、データとして得ることができる可能性もある。（西村先生）
- 医学的見地と法律的見地とで違うと思う。医学的見地から見ると、健康状態、特に病気の程度が同じような方を比べることになると思うが、法律的には客観的な評価というのは、年齢、経験、職責に準じたような比較になると思うので、この文章でよいのではないかと思う。例えば社会的環境や家庭環境まで考えてしまうと、かなり比較が難しくなるので、この表現でよいのではないか

と思う。（野出先生）

- 医学的には疾患を持っていたとしても、それがコントロールされていれば働いているわけであり、その中で同じように働いている人がこの中に入ってきて構わないので、医療機関に行って治療を受け問題ない方は、この対象になってもいいと考えるがいかがか。（小山先生）
- 同種の労働をしている方ということであれば、病気の人でも基礎疾患があっても、同じような労働ができるような状況があり、特に別の病態の疾病を発症しないのであれば、それは余り過重なものではないと理解できると思う。ただし、ここでいう健康な状態というのは、やはり非常に難しい。入れてもいいが、健康を除いても、今までのいろいろな職業の経験のある人とか、どの程度の年齢や経験があるということで判断すればよいことであって、健康を入れると何となく違和感が出てくるがいかがか。（杉先生）
- 事務局案のままでいいと思う。（豊田先生）
- 自然経過というものを考慮するときに、例えばその方が疾患を持って治療を受け安定している場合、別の要素として発症のリスク度の判定には入るのか。（西村先生）
- 基礎疾患を持っていない方でも、過重な労働で倒れることがあるので、裏を示せば表が定義されるというような構造だと思う。ただ、やはり基礎疾患を持っていない労働者もいて、過労死している現状が、20代、30代の方でもいるとなると、やはり健康状態なる言葉はあってもいいかと思う。（高橋先生）
- 事務局の案のとおりでよいのではないかと思う。（高田先生）
- 健康状態や身体の状態も含めるという理解でよければ、このままでいいがいかがか。（磯先生）
- 精神障害の認定基準との文言の一貫性は非常に重要だと思う。精神のほうは、確かに経験等が類似するということで、特段健康とかは入っていない。そうであれば、ここでもし脳・心のほうに入れてしまうと、ずれが生じてしまうこともある。（高橋先生）
- では、このままでよろしいか。（磯先生）