

第 10 回検討会の議論の概要

【長期間の過重業務における労働時間の評価等】

(労働時間の評価)

- 最近の疫学調査をみると、週 55 時間がいろいろな文献で分析の基準として使われており、事務局の説明ではこれはおおむね月 65 時間に相当するということだが、60 時間ではなくて 65 時間でよいか。週ごと、月ごとでは意味合いが違って、最近の論文は週で数字が出ているということ、どのように理解するかはまとめておいたほうがよいのではないか。
ヨーロッパの論文では週 55 時間や週 48 時間を基準にしているが、月ではなく週でみることに、何か医学的な理由があるのだろうか。(西村先生)

- 私の理解では、週の方が分かりやすいという理由と思う。ヨーロッパの労働基準の多くは週単位で基準を出している。週か月かどちらかというのは国によって違うのではないか。(磯先生)

- Kivimäki 論文の 2 つの図(虚血性心疾患と脳卒中の相対リスクの図)で、心疾患に関しては、それぞれの研究の相対リスクが 1.1 から 1.2 の辺りに集中し、逆に脳疾患は 1.3 から 1.4 の辺りに相対リスクが集中しており、脳の方が長時間労働によるマイナスのインパクトが大きいという印象を受けた。
一方で、日本の Hayashi 論文は逆に心疾患の方が長時間労働による障害の出るインパクトが強いという結果が出ているが、Kivimäki 論文のこの 2 つの図というのは、こんなに個別研究の結果が近似するものか。(豊田先生)

- この図に示されているのは累積の相対リスクなので、それぞれの研究を更に加えていったときにどうなるかというもので、数値があとになるにつれ一致することになる。
日本でなぜ心筋梗塞が 11 時間以上の労働時間でリスクが 1.6 倍高くなり、脳卒中は逆に 0.8 倍とリスクは低い傾向が出ているかについては、Kivimäki の研究はほとんどアメリカやヨーロッパのデータなので、いわゆる粥状硬化による脳卒中が比較的多く、日本の場合は細動脈による脳卒中が多いといった病型の違いも反映しているのかもしれない。(磯先生)

- 日本で心筋梗塞のオッズ比が高いということについて、日本人の心筋梗塞はスパズム（攣縮）の関与が多いので、睡眠時間の低下によるスパズムが心筋梗塞に寄与したことも関与しているのではないか。（野出先生）
- 月 65 時間とした方がいいのか 60 時間の方がいいのかという点があると思う。やはり、脳疾患と心臓疾患は少し違うというところは興味深い。（杉先生）
- 心疾患と脳疾患とはちょっと作用機序が違うのだろうか。労災に関わる動脈硬化に起因するもの、言い換えれば血管障害が日本の場合は少ないのかもしれない。（小山先生）
- 日本の脳卒中はヨーロッパに比べていわゆる粥状動脈硬化の関与が少ない、ストレスの関与が少ない可能性はあるが、メタアナリシスについて日本のデータが少なく、大規模コホートでは Hayashi 論文が唯一なので、ヨーロッパのこれまでのメタアナリシスとはすぐには比較できない可能性がある。そういったところも踏まえて議論していく必要がある。（磯先生）
- 平成 13 年の報告書のときは、労働時間を間接的に睡眠時間等から推測したわけだが、医学的には労働時間を用いた研究報告があれば、それに基づいた判断が可能となる。最新のデータを参照して、その方向を志向しているが、現時点では根拠は不十分であり、従来からの睡眠時間を基準としてきた考え方を踏襲しつつ、新しい研究成果も加えた方針で議論したことを、記載しておくことは重要と思う。（西村先生）
- 時間数がすんなり理解できるような解説というか、考え方というものをどこかに注釈するなりしておいたほうがいいのではないか。その辺りは、事務局でもう一回整理することでよろしいか。（磯先生）

（労働時間と労働時間以外の負荷要因の総合評価）

- 論点の B の書き方は妥当ではないか。前回も今回も最新の知見を整理したわけだが、45 時間から 80 時間の間の長時間となる目安を明らかな数字として出すほどには、証拠が十分かといえ、やはり十分ではないと考える。現時点ではこの書き方で、決して単月 100 時間あるいは平均で 80 時間以外は認めないという見解ではないし、それより短くても時間以外の要因もよく考慮するというところで、実態に即していると考える。

(高橋先生)

- 今までの基準でも、当然総合的に評価するという考え方はあったと思うが、このように確認的に明示すると、より判断しやすいと思う。他方で、「これに近い時間外労働」というものを、例えば具体的に65とか60とか示すことは難しいと思うので、この書き方でよいのではないか。(嵩先生)

- 医学研究には、ある程度陽性の所見が出ないといけないので、いろいろなカットオフ値を探しながら、陽性の研究結果を出してしまう面(出版バイアス)が存在する。判定は、ある基準を満たさず満たさないの2分割ではないので、それぞれ個別の事案についての判断の機会を制限せずに、多くの要因も含めかつ医学的経験則も加味して、総合的に判断することが原則である。(西村先生)

【不規則な勤務・交替制勤務・深夜勤務】

- 項目名、検討の視点は分かりやすくなったと思う。(高田先生)
- すっきりと分かりやすくなったと思う。3つの共通項としては、生体リズムと生活リズムがズレるという点があるが、評価する視点はそれぞれ違うと思われるので、3つ並列に書いてそれぞれ評価し、違う点も表現されて分かりやすくなっているので、これで結構かと思う。(嵩先生)
- ここは、夜勤、交替勤務という、レギュラーではない部分の働き方と、夜勤、交替ではなく普通の日勤なのだけれども勤務時刻がバラバラという2つをどううまく表現するかというのが前回からの課題だったが、非常にすっきりとまとまったのではないかと思う。(高橋先生)
- 少し議論が必要と思うのが、検討の視点に「夜間に十分な睡眠が取れない程度」とあるが、これは例えば深夜勤務をずっとやっている人は、昼間に十分な睡眠が取ればそれでいいのではないかという意見もあるが、夜間とこだわる必要があるのかどうか。(磯先生)
- 基本的には、私たちの体は夜にしっかり睡眠を取るようになっていて、昼間にそこそこ取れたとしても疲労回復効果は全然違うので、やはり夜に十分なというのは健康確保上重要な視点かと思う。(高橋先生)
- サーカディアンリズムの関係や日照の関係から、私もそうだと思うが、

この場合、固定した深夜勤務のほうが、夜に十分な睡眠が取れる状況を設定できるのかということになり、固定した深夜勤務は行ってはいけないということにならないか懸念する。（磯先生）

- 交替勤務の世界では、できるならば固定夜勤（常夜勤）は避けたほうがいいというのが共通した見解。ただ、どうしても工場によっては、例えば1週間夜勤、次の週が日勤というようなシフトもあり、あるいは警備の人とか、ほとんど夜に働かないといけない人もいるので、そのような人の健康管理をどうしていくかというのは難しい問題。（高橋先生）
- そうなると、固定夜勤の場合は夜間に十分に睡眠が取れない程度が高いと判断するということになるか。（磯先生）
- 下線の前の「深夜時間帯の勤務の頻度など」というところで、夜勤の回数が増えれば増えるほど、夜に物理的に睡眠が取れなくなるので、これを過重性との関わりでどのぐらい見ていくのかというのは、個別のケースで判断していかざるを得ない部分もあるかと思う。
もしかしたら「交替制勤務における予定された始業・終業時刻のばらつき」なども関わってくるかもしれない。（高橋先生）
- 確かに、深夜時間帯の勤務の頻度が多いことが、夜間に十分睡眠が取れない程度に影響するが、「深夜時間帯の勤務の頻度」と「夜間の十分な睡眠が取れない程度」は独立した事象。（磯先生）
- 例えば、月当たりでも週当たりでも、夜勤の回数が増えれば増えるほど、夜間に睡眠は事実上取れないとはいえるかと思う。（高橋先生）
- この場合、「など」という表現ではその接続が曖昧だと考える。深夜時間帯の勤務の頻度が高くなると、十分に睡眠が取れない程度が高くなるが、「など」として「頻度」と「取れない程度」が同一になっている、形容詞のようにつついてくると違和感があるので、事務局で文言を整理して修文していただければと思う。（磯先生）

【対象疾病と考え方】

（現行認定基準の対象疾病）

- 先天性心疾患等で括弧して高血圧性心疾患、心筋症、心筋炎という、およそ先天性ではない全く別の疾患が並んでいるが、この意味がよく分からない。

おそらく、これは労災とは直接関係ない心筋症や心筋炎を持つ方が、その後、慢性的にそれが経過してという話なので、先天性心疾患と心筋症や心筋炎など全部イコールというか、同列に並んでいる疾患という意味でいいか。それであれば、括弧にはせず「先天性心疾患、心筋症、心筋炎等を有する場合については」でよいのではないか。また、心筋症や心筋炎が労災とは関係ない病気であるのはよく分かるが、高血圧性心疾患は、労働と関係なく高血圧を持っているといえ別のものもかもしれないが、労働のストレスで血圧の管理が悪くなることなどを考えれば、この高血圧性心疾患自体が労災かもしれない。その辺りの切り分けが難しいように思う。（豊田先生）

- 今回心不全という項目を入れていただいたので、これは心筋症、心筋炎も含めて、器質的な心疾患がある場合と理解したらよいのではないか。器質的な心疾患を持つ人が過重労働によって心機能が悪化することがあれば心不全に入るので、対象疾患としてはそのように解釈するのだろうと思ったが、いかがか。

また、高血圧が続くことでかなり心不全も来し、これは高血圧による心筋の変化だろうということで高血圧性心疾患という表現をするので、これも器質的な心疾患の1つと臨床的には扱っていると思うが、いかがか。（杉先生）

- 器質的な心疾患という言葉が一番頭出しにすることでよいか。（磯先生）
- 器質的な心疾患としてその後に括弧書きをし、弁膜症が入っていないので弁膜症を追加してはいかがか。（野出先生）
- 「器質的な心疾患（先天性心疾患、弁膜症、高血圧性心疾患、心筋症、心筋炎等）」という順番でよいかと思う。（野出先生、杉先生）
- この記載は平成7年からあって前回も踏襲しており、意味合いとしては、器質的な心疾患が該当する。器質的な心疾患といったときに循環器の医師はおおまかに分かるが、具体的な名前があったほうが分かりやすいという面と、疾患名がなかったら該当疾患ではないのかとの取り方があるので、頻度の高い疾患は具体名を記載しておくといった考え方もあると思う。（西村先生）

- 器質的な心疾患として、括弧開きで頻度の高い病気を並列して、括弧の

最後に等を入れて括弧閉じすればよいのではないか。（磯先生）

（対象疾病に追加する疾病）

- その他の疾病の中で、具体的に過去に対象になった個別事例が4つ羅列されているが、左とか右とかはあまり意味がなく、外していいのではないか。（豊田先生）

- 重篤な心不全について、入院した際には血行動態が崩れていて重篤に見える例もあれば、治療した後、医学的な予後として重篤で、例えば半年ぐらいで心臓移植申請をしないといけないような例もある。経験した例を挙げると、若年発症の急速進行型の拡張型心筋症と心筋炎との鑑別が難しいことがあった。心不全による入院例は数が多く繰り返す経過をとる場合も多い。「重篤な」というのは、全体の病像、疾患も全部含めた上での判断も加味する考え方もある。（西村先生）

- 入院に至るだけでは重篤とは言えないということか。（磯先生）

- はい。事例の中に、僧帽弁腱索断裂による逆流症による急性心不全を発症した例で手術治療が必要となり重篤との判断になった例があった。また、他の事例は、若い方の拡張型心筋症で、急に発症して治療を受けたけれども、短期間に悪化し人工心臓植え込み術を受け心臓移植待機になったものである。これらは重症な経過を取り、全体を含めて重症と判断できる例である。一方で、心不全の診断基準をぎりぎり満たしていて、入院し症状安静あるいは利尿剤投与等で改善し職場復帰もできるような例もある。基礎疾患によって心不全は表現型・経過も多彩で予後も異なるので、入院の際の基準に加えて、全体像（基礎心疾患、予後、治療内容等）からの重篤度の判定の目安も、公平性の観点からも望ましいのではないか。（西村先生）

- 例えば「入院による治療を必要とし、かつ、予後の不良な」といった急性心不全を形容する文言を加えるということか。（磯先生）

- それも1つであるし、病態の全体像と予後等の観点からの指標があった方が、混乱を来さないのではないかと思う。（西村先生）

- そのときすぐに入院が必要でも、利尿剤などでよくなるケースとよくならないケースがあるので、その差別化が必要という意味か。（磯先生）

- 過重労働によって心不全になったかどうかということが重要と考える。入院したのは過重労働でなったということがあれば、これは労災の心不全で認定していいと思う。通常の器質的な心疾患があった上で、過重労働があって、いろいろな重い物を持ったとか、そういうことも含めて心不全になるということが、私どもの判断の基準の1つとなるのだと思う。入院を要するかは客観的かどうかは分からない。主観的かもしれないので、それは個々の例で判断し、いずれにしろ入院するような心不全は、過重労働の有無で判断することになるのではないか。（杉先生）

- 基本的に今の話は、「業務による明らかな過重負荷によって基礎疾患がその自然経過を超えて著しく増悪したものと判断できる必要があることから、入院による治療を必要とする」という定義が入っているので、そこに含まれていると思う。したがって、そのときの労働の過重負荷が重篤なものであったかどうかは、この範囲として限定するもの。次に「対象疾病として追加するに当たってはその範囲を「重篤な心不全」と限定することが妥当である」と書いてあるが、その中には、もしかしたらそこまで重篤ではないのも含まれる可能性はあるということなのか。ぎりぎりのところで労働負荷があってそれが自然経過を超えて悪くなったのか。あるいは、ぎりぎりのところで労働負荷がかからなくても悪くなったのか、見極めをどのようにしていくかというのは、やはり個別の評価となるか。（磯先生）

- 個別の評価がやはり重要だと思うが、一元的にこういうものだから心不全として扱うというのはなかなか難しいので、1つの指標は、入院を要する心不全というのと、業務との関係性を評価することが必要かと思う。（杉先生）

- 私もその意見に賛成で、入口のところは幅広く考えて、ステージCの最初の方と、ステージが進行してD手前のちょっとした負荷で心不全を起こす方は、違う病態と判断される。繰り返す心不全では、その都度、負荷のかかり方と程度によって発症様式も異なるので、自然歴そのものの判断は難しい場合もあるが、そのあたりも多くを要因を含めて、医学的な判断をしないといけないと理解している。（西村先生）

- では、どこかの記述の中にそういったニュアンスを加えるとして、この記述はこのままでよろしいか。（磯先生）

(対象疾病のうち標記の適正化を図る疾病等)

- 脳出血か脳内出血かは、どちらも十分によく使われていると思う。結局、英語の cerebral hemorrhage を訳せば脳出血、intracerebral hemorrhage を訳せば脳内出血で、英語でもどちらも同じように使われているから、両方併記が一番いいと思う。(豊田先生)

(肺塞栓症等)

- 肺塞栓は動脈硬化ではなく静脈の問題であるということはこれまで議論されたと思うが、「その他身体に過度の負荷のかかる作業態様の業務」に起因するということで、労働としてどうしてもずっと座っている状況になった場合に補償されるという整理でよろしいか。(磯先生)

- この文言でよいと思う。過重負荷ではないが、同じ姿勢をずっと保つような労働があった場合には、これは業務上のものとして判断できる場合があるのではないかと思うが、それを判断するのは循環器系だと、どこかに書いてあると助かる。(杉先生)

- ここではなく、手引書のような形で明記するという事でお願いします。(磯先生)

(疾患別概要)

- 脳卒中ガイドライン 2019 年版を引用しているが、2021 年版が6月に出る予定である。2019 年版を前提に後ほど内容を見るようにする。(豊田先生)
- 原発性不整脈という言葉だけ気になったぐらいで、後は文章、図も問題なかったかと思う。後で検討する。(野出先生)