

安全センター情報

神奈川労災職業病ニュース 通巻第144号

1979年12月28日第三種郵便物認可(毎月1回15日発行)

1990年6月15日発行 '90 6・7月号



■特集1 / 全国安全センター結成総会

鈴木武夫氏記念講演「労働安全衛生問題の課題」 4

■特集2 / 脳・心疾患の労災認定問題

新認定基準否定する「裏認定マニュアル」 16

局医意見の「正解率」は3分の1以下 20

全国の労働安全衛生運動の拠点に

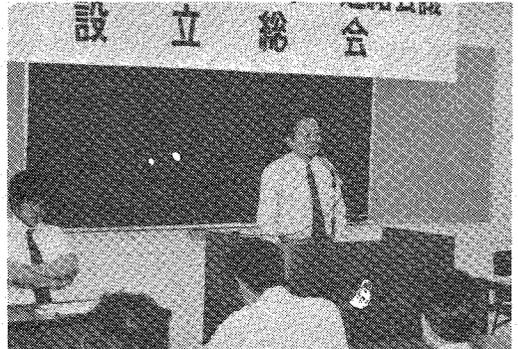
1990年5月12日 全国安全センター設立総会・記念レセプション

全国労働安全衛生センター連絡会議（略称・全国安全センター）は、5月12日、東京の渋谷勤労福祉会館で設立総会を開き、その活動をスタートした。

設立総会ではまず、設立を呼びかけた「地域安全（労災職業病）センター全国交流会」代表の田尻宗昭・神奈川労災職業病センター所長があいさつを行った（【設立趣意書】9頁参照）。

田尻代表は、この間の労災補償制度改悪阻止の闘いについてふれ、全国の連携した取り組み、とりわけ関西、北海道から始まり関東につなげた労基研メンバーに対する働きかけが、ヒアリングの実現、労基研自身の「中間報告」を事実上棚上げする「見解」の公表につながり、現在にいたるも「中間報告」に基づいた改悪を阻止していること。また、取り組みの中でつかんだ「黒い噂」を追跡し、（財）労災年金福祉協会のトンネル会社を使った裏金作りの実態を明らかにし、衆議院予算委員会での村山質問によって、労働行政の腐敗を暴露、労災保険財政の使途にメスを入れたこと（くわしくは〈資料・速報版〉準備1号一会員配布一を参照）。佐藤進・日本女子大学教授を始めとする労災補償制度問題研究会メンバーの手弁当の活躍により、制度改善の提言がまとめられていることなどの成果をあげた。

そして、「われわれの運動は決して無力でないどころか、これまでの成果はわれわれの仲間運動の力であると自信をもって言える」「全国の公害運動を見てきて、弱点は何だと言えば、霞が関や永田町から遠すぎるということ。仲間内だけでやって満足しているのではダメ、霞が関や永田町へ切り込むような運動を展開しよう」「各センターは貧乏だが、そうは言っていられ



ない。山椒は小粒でもピリリと辛い全国安全センターを作り、専従を配置して、期待に応えられる活動を展開していくために、皆さんの絶大なご協力をお願いしたい」と訴えた。

続いて総会議事に入り、【規約】案（9頁参照）、【1990年度活動方針】案と【会費規定】案（11頁参照）、【1990年度予算】案（13頁参照）、【1990年度役員体制】案（13頁参照）が、それぞれ提案され、採択された。

討論の中では、次のような意見が出された。

「労災保険財政の不正が明らかにされたが、日頃財政赤字を理由に目にあまる横暴な打ち切りをしている一方で、労働官僚やOBが労災保険を食い物にしているのは許せない。国会の中だけの問題に終わらせず、全国安全センターで一大国民運動にしてほしい」（労住医連）

「振動病の打ち切り問題が正念場を迎えている。他県の労基署で労災認定を受けている被災者の打ち切り阻止、不当な打ち切りに対する抗議や撤回させる取り組みに各地で協力してもらいたい。打ち切り後も、治療しなければ夜も寝られない被災者を引き続きどうやって治療を確保するか早急に迫る必要もある。また抜本的に、社会復帰を保障するための制度の改善・新設も

求めていく。全国的な課題だ」(大分・高知)

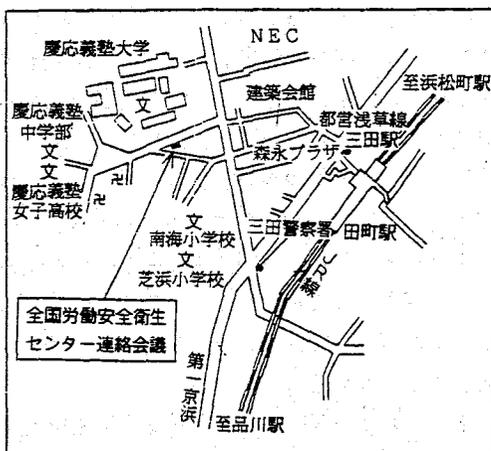
「地域センター、医療機関等の設立援助が方針に上げられているが、小さなセンターの日常活動にとって、地域で協力・連携できる医療機関をできるだけ拡大していくことが焦眉の課題。弁護士、専門家との協力・連携と合わせ、全国的なネットワークを広げてほしい」(三多摩)

議事終了後、五島正規・衆議院議員(全国安全センター特別顧問)が、国会報告も含めた特別報告を行い(国会質疑については〈資料・速報版〉準備2号一会員配布一を参照)、「いつまでもわれわれが、被害を受けた労働者の救済—これはもっともっとやらなければならないが—という視点でしか論議がないとすれば、やはり負けてしまうのではないか。より積極的に、いかに労働者の安全と健康を守っていくかという論議がなされなければならないし、労災医療の問題を積極的に提起し、全国安全センターと労

全国安全センターの事務所は労働者住民医療機関連絡会議のご厚意により、下記の労住医連東京事務所内に置かせていただきます。予定場所が現在建築中のため、当面の連絡先は神奈川労災職業病センターとさせていただきます。

7月にはオープンする予定です。

■東京都港区三田3-1-3 M・Kビル3階労住医連



住医連だけでなく、新たな全国結集が始まっている医療労働者等もまきこんだ協力関係を追求していこう。そういう全国レベルと各地域での幅広い闘いがある、国会議員の役割も生きてくる。私も奮闘していきたい」と訴えた。



続いて顧問に就任していただいた鈴木武夫・前国立公衆衛生院院長の記念講演。くわしい内容は4頁以下に紹介するが、労働衛生問題の課題にふれ、「教科書」的な制度が整備される以前の、現場から出発した労働衛生の取り組みの原点に帰れと強調。①労基法、労災保険法を完全に守らせていくこと、②サービスに終わらず、作業場に対して、また、行政と国に対しても対策を突き付けていくこと、③法律、制度のフォローアップをしていくこと、④一人一人の守るべき健康について、専門家も含めて一緒に考えていくこと、の四点を具体的に全国安全センターの取り組みへの期待として提起された。

夕方から行われた設立記念レセプションでは、佐野辰雄氏(元労働科学研究所副所長)、井上浩氏(元労働基準監督官)、天明佳臣氏(労働者住民医療機関連絡会議議長)、古川景一氏(日本労働弁護団事務局長)らがあいさつし、全国安全センターへの期待や注文をいただいた。青山英康氏(岡山大学医学部教授)、千葉景子参議院議員、伊東秀子衆議院議員からはメッセージが届けられた。設立総会・レセプションには、この日までに参加を決定した15の地域センターをはじめ各地域センターの代表、医師、弁護士、専門家、被災者・労働者等100名が参加した。■

現在の労働安全衛生問題の課題と 全国安全センターへの提言

鈴木武夫氏（前国立公衆衛生院院長）の記念講演

●環境問題と労働衛生は一体●

私はいま、公的な生活というものは一つずつ外して、100%自由な生活をしているわけです。ここから眺めていますと、一つは学問の進歩の問題、それから、東欧の問題で示されているような世の中の動きの激しさ、を感じます。

去年以来、世界で問題になっている地球環境問題について、地球環境問題だと言っただけじゃ困るという考え方できました。どうもうかれていますのは日本政府のようですが、全人類という立場に立てば、地球環境問題のものの考え方は、社会主義が登場したときの状況にちょっと似てきているぞ、と思えるんですね。

環境問題—環境汚染や公害の問題について、私が田尻さんと一緒に仕事をしてきた中で、痛感したことは、環境問題の中には労働衛生の問題があるのを忘れてはならないぞ、ということです。環境衛生と公害は一致するが、労働衛生と環境衛生は全然別のものにされている。五島先生が、労災保険と社会保険の「谷間」のことを指摘されましたが、人間は一人なんですからね。ある場で言ったらこっち、ある場で言ったらあっちだと、そんなバカなことがありますか。そういうことを超越するしっかりした論理構成が、20世紀最後の10年間の間にできるか。20年間かけてもできなかつたら、これは大事ですよ。

●労働基準法制定と労働衛生●

少なくとも、社会主義が東欧でいろいろな失



鈴木武夫氏

敗をしたということに対して、日本では残念ながら、主義というものと、それを動かした官僚制度というものと、の区別なしに議論されているような気がしてなりません。この主義に対応するものが、環境問題についての論理構成なんですね。その中には、当然、労働衛生が入ってくるわけです。そういう考え方は、何も今私が出たわけではないのです。戦後、労働基準法ができたときにはすでにあつた。私は当時、戦争に引っ張られて帰ってきたばかりでした。

私の先生である石川知福先生という、私たちににとっては、暉峻義等先生（労働科学研究所初代所長）が神様とすると、石川先生がその次の神様くらいに属している、という方がいました。皆さんの大部分が御存知ないと思いますが、両先生やその他かつての労働科学研究所のスタッフの方々が、日本の労働衛生の確立のためにどれだけ苦労されたか、そして、そこで確立されたものが崩されてきたのが、戦後40年の歴史であつたとも言えるのです。

そのときに、石川先生が、労働基準法を制定するときの自然科学面のメインスタッフになら

れた。先生から指示されて、次から次へと、労働基準法を作るための資料を作る中で、私自身、労働衛生の面白さを改めて確認したわけです。

●だれが労働衛生をやるのか●

そのとき、石川先生が言われたことが二つあります。一つは、日本が戦争に負けなかったら、この法律はできなかつたらうということ。二つ目には、原案が若干骨抜きになったこと。後者の最大の問題は、この法律は事業者を相手にした法律であって、働いている人のものではないということです。はじめは違ったのです。

働く人の大多数の雇主のいない労働者への適用はないし、適用される労働者にとっても、事業者都合の悪い人はやめていただくという法律になってしまっているのではないのでしょうか。

それでは、労働組合自身が労働衛生をやる体制はとれないのでしょうか。当時ですと、ドイツの労働組合が、労働衛生・労働安全の責任をとっていました。役人とは無関係です。日本でもできると思います。国でやる労働衛生と組合でやる労働衛生がぶつかり合ってみたらどうか、と思うのです。それでもなお救われない人たちは、厚生省が引き受けたらどうか、と以前に言ったことがあるんです。そのときの厚生省の答えは、労働衛生の責任者は経営者だと。それをなぜ厚生省がやらなければならないのか。もっと勉強しなさいという答えが返ってきました。私の20代のときのことで、

そのことは同時に、組合も聞いてくれませんでした。そんなことは組合のやる仕事じゃない、組合が医者を雇ってやるなんてことはとんでもない。何を考えているんだと。そう言われればそうです。当時の状態からすれば、組合の最大の目的は、労働条件—労働方法、賃金、労働時間、この三つに限定されていたでしょう。労働衛生なんてちょっと余計なものとしていた。

安全問題ではじめてのストライキが打たれた

のは旭硝子の工場でしたが、これは一週間で収束。収束した理由は、決して負けたとかではなく、労働者がついてこなかった、自然消滅です。私は、たまたまそこに一月行っていて、その間に起きたストライキですから、びっくりしました。健康を守るためのストライキが起きて、これはわが国も変わったなと思ったのですが。

●日本の労働衛生は進歩したか●

田尻さんから労働衛生の過去のことを調べたいと言われて、一緒に苦勞をした当時の労働基準監督官に会っていろいろ話し合ってみました。「鈴木さん、労働衛生の進歩なんて何もないんだよ」と彼は言うわけです。彼ら自身もそう考えていたのか、とびっくりしました。「鈴木さんはまだ現役だからうらやましい。俺ももし現役だったら、もう一回ひと働きしたい」と。

日本の労働衛生で、何が進歩したかと言えば、毒性学だけです。今の毒性学の研究は、手の先だけ、あるいは心臓だけ、他のことはどうでもいい。この研究は、国際的レベルからみて70～80%はいつているでしょう。しかし、人間としての毒性学というのはゼロ、落第点をつけます。

私は、今から10年くらい前は、公害問題で、年三回くらいWHOに行きました。そのときにWHOから言われたことは、「日本には本当の毒性学者はいない。本当の疫学者はいない。鈴木、早く若い者をよこせ」と。何回言われたかわかりません。これが、国際的に眺めた、日本の学問的水準です。しかし、学問の進歩は面的にみたらものすごいものがあることは確かなわけで、なぜもっと具体的問題に応用されないのか。一人一人の研究者はものすごいことをおっしゃる。しかし、患者を一人連れてきて、全部これに対する解析をしてみると言われたら、おそらくできる医者がないと思います。

これでは、労働衛生は日本で盛んになった、もうやることがないから、企業内健康保持促進

体制とか、うまい言葉を使って、いまや健康の保持増進が問題であって、職業病や安全などはいもう大丈夫なんだなどと言えるのか。うまい言葉は、行政が新しい予算をとるための手段だと思います。しばしばその言葉が一人歩きをして、労働災害・職業病もないことにされてしまっているような気がします。

もう一度原点に帰って、労働衛生とは何かを考えてみますと、かえって労働基準法のないときの方が労働衛生の原点があるのではないか、と思うのです。

労働基準法がないときに、労働衛生は誰がやったかと言えば、大企業に雇われていた産業医の先生方です。産業医の先生方が、国には何も無いから、全部自分でやりました。これが、日本の労働衛生を切り開いていったわけですが、戦前の産業医は企業に属している雇われ人であるにもかかわらず、一つの独自性を維持された方が多かったわけです。

今はどうでしょうか。産業医は、まさに産業人の中に組み込まれ、自分の意見も言えない。自分の専門のことについても、衛生学の知識のない人の判断を仰がなければならないというような状態ができあがってしまっている。医師の良心は、戦前の方がはるかに強いと思います。

●書いてあることと実際のギャップ●

もう一つ言いたいことは、最近一この5年から10年一だんだん整理されてきた労基法などに基づく諸制度の完成度というもの、まさに教科書的だということです。このまま翻訳したら、日本という国は、職業病は一つもないハイレベルな国ということになるでしょう。労働省が作っているいろいろな仕組みは、いやになってしまふほどです。ヘルスケアトレーナー、ヘルスケアリーダー、心理相談員、産業栄養指導者、産業保健指導者等々。これは事業主に対して要求されるものでしょうが、産業衛生の方々にも

影響があるはずで。

今、東京でも大阪でも、これらを全て用意できているところがあるとはとても思えません。それをもっともらしく字に書いて、おそらく国会でも、五島先生のような人たちがいなければ、「労働省はよくやっている」と予算をつけてくれるに違いないんです。日本は今、書いてあることと、実際にやっていることのギャップがいかに大きいかを、もう一度考え直してもいいのではないかと、言いたくなります。

●全国安全センターへの提言●

さて正直を申しまして、私は、田尻さんからお話のあるまでは、安全センターや労住医連を存じ上げませんでした。田尻さんから話を聞いたり、他の方々にもいろいろ聞いて、どういう仕事をして、どういう立場にあるのか、若干勉強させていただきました。それをネタにしての話ですから、自信はありませんが、あちこちから聞いたことを頭に描きながら、全国安全センターというものはどういう活動をするのだろうということに触れたいと思います。

①労基法、労災法を全て守らせる

まず、労働基準法と労災保険法、これを完全に全てを守らせていただきたい。

私は、じん肺法が出てきたときに、じん肺法制定に反対したんです。というのは、労働基準法から外れて独立立法にすると危ないと。労働基準法第1条の精神がなくなってしまった独立立法というのは、よほど注意しないと、補償だけになるよ、予防が忘れられるよと、組合の方に「いいのかな」と言ったんです。

私は、政府には、労働基準法第1条、第2条を空文にしたいという気分があると信じています。それが消えてなくなったときには、単なるお金の配分法だけの法律になってしまう。残念なが

ら、じん肺法ができてから予防の方向は薄められました。労基法で粉じん対策をやっていたときの方が、経営者側は一生懸命じゃなかったかと思えます。金を払えば免罪されるようになってしまった。これを救うのは安全センターの方々以外にはいない、と思っています。

労基法とか労災法というものは、私が真っ先に言ったように、日本の全労働者のために役立っていたのかどうか。利益を受けているのは、本当に恵まれた部分だけで、大部分が恵まれていないとするならば、この精神が通るように、安全センターの仕事は、これが第一義にあるだろうということです。

②サービスに終わらず対策を

それから産業医の問題です。衛生学というものは一人でできるものではありません。チームでやらなければならない。前述した何とかリーダーとかがすべてそろってやるのが理想でしょう。その中で医者がリーダーシップをとるとするのが次の仕事だろうと思えます。

ところが、ここで注意願いたいのは、医者、しばしば医学部を出たから偉いという気持ちが頭のどこかにある。今の若い人たちなら、偏差値が高いから俺は医学部に入れたんだ、偏差値の低い奴とは一緒にならないというのが。

そうではなく、医者はリーダーシップをとる能力を持たなければならない、というふうになぜ考えられないのか。これを、私は安全センターとして問題にさせていただきたいわけです。医者であれば何でもいいのならば、安全センターはいらない。どこかに頼んだ方がよい。

企業が産業医が何をやっているのかと尋ねると、今や労働省は科学的行政の名のもとに、環境測定、検診、続々項目を増やしている。私の会ったのは大企業の産業医ですが、大企業でも完璧にやることはできないわけです。できないから、これは下請にいく。検診屋と測定屋に。

無責任極まりないものがあります。

そこでは、一晩でそのデータを作り上げようとする。データの紙だけはどんどん、ちょうど廃棄物が増えるのと同じです。人間の病気と環境というものは、決して二度と同じことが起きるはずがないのです。にもかかわらず、検診屋の手にかかれば、作業場はすでにモデル化されます。検診屋の手にかかれば、人間はすでにモノになります。モノになって、常に環境に対して同じ影響が出る、というふうに思い込んで検査をする。その表を見せれば、おそらく監督署は見ただけで帰ってしまうでしょう。

データが生かされ、労働者に還元されてきていけば、今日皆さん方の論議はないはずです。そうでないから論議になるわけで、それを埋めるのが、やはり安全センターだろうと思えます。

それがあれば、五島先生も指摘された外国人労働者も、高年齢労働者も、臨時雇い労働者も三階層になっている一番下の方々の労働者も救われる、救われる可能性が出てくると思えます。ボランティアサービスは重大だということはわかりますが、単なるサービスではなくて、やはり対策を持っていく。作業場に対する対策だけではなくて、行政と国に対してもこれを突き付ける。提起できる能力を持たなければならないのです。

③法律、制度のフォローアップを

同時に、五島先生が来ておられるから、議員の先生方にもお願いがあるので。

公衆衛生院院長であるが故に国会に呼ばれ、政府委員として答弁せざるを得なかったことがあります。議員の先生方は、参考委員というときはとても丁寧なんです、政府委員になったらバカ呼ばわりなんです。で、ある質問に、私はこういう回答をしました。「そんなことは全部法律にあります。その法律を守っているか、守っていないかをなぜあなた方はチェックしな

いのか。国会議員、立法府は、作るだけで、フォローアップはしないのか」と。委員長から、「そんなことを質問しているんじゃない、よけいなことを答えるな」とすごく怒られました。

しかし、私は、自分で作ったあるいは承認したのですから、立法府にもフォローアップはしていただきたい。フォローアップの質問を中央政府に突き付けたら、まず、答えられないはずですよ。そうすることによって、悪い法律、欠点のある法律であっても、ベターな効果は出るはずです。

④ by ピーブルから with ピーブルへ

環境問題の国際会議でも、環境測定と物理科学的性質の追求に終わってしまっている。私は、ある国際会議で、その環境の変化が、人間にとってどうであるかという議論がないのはおかしいという発言をしました。地球という構成が生き延びること、人間の住んでいる構成が生き延びるということは違いますから、地球上の生物が環境によってどう変化するかということなしに、ただ NO_2 が増えた、オゾンが増えたからと言っているだけでいいのかと。

お前は何が言いたいのだというから、健康とは何か、共通のものにしようと言いました。イギリスのある委員が、「よし俺が引き受けてやる」と原稿を書いてくれた。3カ月後、持ってきたのを見て、これはすごいと大賛成したのですが、16人の委員の中で賛成したのは僕だけ。その採用されなかったものはこういうことです。

今まで人間の健康について考えたことは for ピーブル、最近では by ピーブル、しかし、本当は with ピーブルではないのか、というキーワードを中心にした論文でした。

洋の東西を問わず、最近では、人の健康—医療を含めて—は、公務員の手によって相当程度までコントロールされているのが普通です。放置はされていない。その分、問題は複雑にこんが

らがり、金がかかるという状態になってきている。そういう意味では、かつての衛生は、人民のためにやった。そこへ今、健康は自分で守れ、人に守ってもらうものではない、という運動が全世界で起こっているわけです。ニクソンのとき以来、日本では5年くらい遅れて、一種の健康ブームが起きていることは申し上げるまでもないでしょう。

自分で健康を守る、当り前のことですが、その守るべき健康とは何であるかは自分にしかわかりません。したがって本当は、健康とは何であるか、自分で守るべき健康とは何であるかを、専門家と一緒に考えている時代に来ているんだと、私は思います。それほど複雑な条件が、労働衛生を含めて、もっと広範囲に考えた場合の環境条件の複雑さに対応していると考えれば、もう、専門家一人で考えていてもどうしようもない。影響を受ける人も含めて考える。with一緒に考えて考えるということです。

ここからは失礼になるかもしれませんが、安全センターの方々には、労災職業病になって困って相談にきた方々に対しては、マンツーマンのいろいろな相談をされるでしょうが、社会的に取り上げられなかった労災職業病に対して、マンツーマンで本当に考えたことがおありでしょうか。私は、これが安全センターの最大の問題だろうと思います。

一人一人に対して、君の健康はどうありたいんだ、どうしたらいいんだ、ということと一緒に考えてみる。決して本に書いてあるような教科書的な健康なんてあり得ない。一人一人の健康は平均値ではないんです。教科書や労働省の書類には、平均値しか書いていない。その平均値を外れた人間に対して一むしろ平均だったらおかしいんです—これはまず集団としての指導は駄目なんで。一人一人に対して、そういうことを一緒に考えてみるというのが、これからの安全センターへの、私の最後のお願いです。

(講演記録をもとに編集部での責任で編集) ■

設立趣意書

「まことに人間の生命は地球より重い、『安全なくして労働なし』平和な生活と生命と健康をおびやかす仕事と職場は排除され、労働者の安全は確保されなければならない」。かつて日本労働者安全センターは結成にあたり、こう高らかに宣言しました。

それから四半世紀、このことの重要性はますます強まっています。落下、墜落、爆発といった災害、腰痛、頸肩腕障害、振動病、じん肺などの職業病の広がり、目を覆うばかりです。急速なOA化と過熱する職場ストレスは、世界に通用する「過労死」という言葉をも生み出しました。先端技術の職場で使われている有害物質の種類は、想像もつきません。アスベストによる深刻な被害は、市民生活にも及びます。

労災職業病を生み出す背景には、常に本工、下請、日雇といった重層的な雇用構造と、無権利の状態におかれている未組織労働者の問題が見え隠れしています。今日では、外国人労働者の問題も顕在化しつつあります。

私たちは、それぞれ、地域の安全（労災職業病）センターとしての実践を積み重ねてきました。多くの労働組合の力、医師・医療機関の協力、弁護士や専門家の尽力、そして、生命、健康を奪われた被災者及びその家族の憤激につき動かされ、私たちが進めてきたものは、この生産第一主義によって蹂躪されてきた人間そのものを取り戻す闘いであったと言えます。

私たちは、一昨年5月から4回にわたる「地域安全（労災職業病）センター全国交流会」を開催してきましたが、このたび「全国労働安全衛生センター連絡会議（略称・全国安全センター）」を設立することにいたしました。

新たに発足する全国労働安全衛生センター連

絡会議は、地域センター相互の交流・連携・共同の取り組みの強化を通じて、人間の生命を地球より重いもの、たらしめる活動を強力に押し進めていきたいと考えています。

私たちの活動の第一歩は、「長期療養者」と名づけ、主治医の診断も無視して振動病被災者を切り捨て、さらに、療養1年半で全ての被災者の休業補償を打ち切ろうという労災補償制度の抜本的改悪の動きとの攻防になるでしょう。各地に地域安全センターや働く者の医療機関をつくる活動も推進する必要があります。多くの方々と協力して、安全で健康に働く活動を強化していきたいと考えます。

全国の心ある方々の、御賛同、御協力を訴えます。

1990年4月

地域安全（労災職業病）センター全国交流会

代表：田尻宗昭

世話人団体：

北海道医療生協札幌緑愛病院職業病相談室

東京東部労災職業病センター

三多摩労災職業病センター

社団法人神奈川労災職業病センター

関西労働者安全センター

財団法人高知県労働安全衛生センター

社団法人大分県勤労者安全衛生センター

規 約

第1章 総 則

第1条 このセンターは、全国労働安全衛生センター連絡会議（略称・全国安全センター）という。

第2条 このセンターは、事務所を東京都に置く。

第3条 このセンターは、地域安全（労災職業病）センター相互の交流・連携・共同の取り組みを通じて、労働災害・職業病の絶滅、労働安全衛生対策の充実及び被災労働者に対する十分な補償の実現をはかり、もつて働く者の安全と健康、福祉の向上に寄与することを目的とする。

第4条 このセンターは、前条の目的を達成するために、次の事業を行う。

- (1) 労災補償、安全衛生等に関する制度の改悪を許さず、働く者の立場に立った制度・政策の確立のための取り組み
- (2) 労働安全衛生活動の交流、相談
- (3) 地域安全（労災職業病）センター活動の拡大のための取り組み
- (4) 資料の収集と提供、機関紙等の発行
- (5) 労働安全衛生等に関する教育、研究
- (6) 内外の関係諸団体、医師、専門家等との協力、提携
- (7) その他目的を達成するために必要な事業

第2章 会 員

第5条 このセンターの会員は次の3種とする。

- (1) 地域センター会員 このセンターの目的に賛同して入会した地域安全（労災職業病）センター又はこれに準じた団体
- (2) 賛助会員 このセンターの目的に賛同し、事業の推進を援助するために入会した者
- (3) 名誉会員 このセンターに功労があった者又は学識経験者で、総会において推薦された者

第6条 地域センター会員及び賛助会員になろうとする者は、入会申込書を議長に提出し、運営委員会の承認を得なければならない。

第7条 地域センター会員及び賛助会員は、総

会において別に定めるところにより会費を納入しなければならない。

第8条 会員は、次の一に該当したときその資格を失う。

- (1) 会員自ら退会を申し出たとき。
- (2) 会員が死亡し、又は解散したときは、退会したもののみならず。
- (3) 地域センター会員及び賛助会員で、理由なく会費を1年以上納入しないとき。
- (4) その他総会の議決で会員として適当でないと決定したとき。

第9条 既に納入した会費その他の拠出金品は、返還しない。

第3章 役 員

第10条 このセンターに次の役員を置く。

- (1) 議長 1名
- (2) 副議長 若干名
- (3) 事務局長 1名
- (4) 事務局次長 若干名
- (5) 運営委員 若干名
- (6) 監事 2名

第11条 議長は、このセンターを代表し、会務を統括する。

副議長は、議長を補佐し、議長に事故あるときは、これを代行する。

事務局長は、常時会務を処置する。

運営委員は、運営委員会を構成し、会務の執行を決定する。

監事は、このセンターの経理を監査する。

第12条 役員は、総会において会員のうちから選任する。役員任期は1年とする。ただし、再選は妨げない。

第13条 議長は、運営委員会の議を経て、顧問を委嘱することができる。顧問は、会務に関し、運営委員会の諮問に応じ、意見を述べることができる。

第14条 このセンターの事務を処理するために、事務局長及び事務局次長その他の事務局員からなる事務局を置く。その他事務局員は、運営委員会の議を経て、議長が任免する。

第15条 議長は、運営委員会の議を経て、専門委員会や特別調査会等の機関を設けることができる。

第4章 総会及び運営委員会

第16条 総会は、会員をもって構成する。

総会は、通常総会及び臨時総会とし、議長が召集する。

通常総会は、毎年1回開催し、活動方針及び予算の決定、役員を選出、活動報告及び決算の承認その他このセンターの運営に関し重要な事項を議決する。

臨時総会は、議長が必要と認めるとき又は総会員の3分の1以上若しくは監事から会議の目的たる事項を示して請求があったときに開催する。

第17条 総会は、会員の過半数の出席をもって成立する。総会の議事は、出席会員の過半数の同意をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

総会に出席することのできない会員は、あらかじめ通知された事項について書面をもって表決し、又は他の会員を代理人として表決を委任することができる。この場合において、総会の成立及び議決については、出席者とみなす。

第18条 運営委員会は、議長、副議長、事務局長、事務局次長及び運営委員をもって構成する。

運営委員会は、総会の議決した事項の執行に関すること、総会に付議すべき事項、その他総会の議決を要しない会務の執行に関する事項について議決する。

運営委員会は、議長が召集し、その運

営は総会に準ずる。

第5章 会 計

第19条 このセンターの経費は、会費、寄付金、事業収入、及びその他の収入によってまかなう。

第20条 このセンターの会計年度は、毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終わる。

第21条 このセンターの決算は、総会の承認を得なければならない。

附 則

第22条 この規約の改廃は、総会の議を経なければならない。

第23条 この規約は1990年 5月12日より実施する。

会費規定

全国労働安全衛生センター連絡会議は、規約第7条の規定の基づき、会員の会費に関する規定を次のとおり定める。

第1条 地域センター会員の会費は、年額1口1万円、3口以上とする。

第2条 賛助会員の会費は、年額3万円とする。

第3条 地域センター会員会費及び賛助会員会費には、機関紙の購読料が含まれるものとする。

附 則 この会費規定は1990年 5月12日より実施する。

1990年度活動方針

今年度は特に、財政基盤の確立を含めた組織

体制の確立と、労働基準法研究会（災害補償関係）の中間報告に基づいた労災補償制度の抜本的改悪を許さない闘いの強化を重点法しとしつつ、中・長期的な展望をもちながら、以下の課題に取り組みます。

1. 労働安全衛生に関する制度・政策の改悪を許さず、働く者の立場に立った制度・政策の確立をめざす活動

この間の労基法・労災保険法改悪反対闘争、振動病打ち切り反対闘争の水準の維持・向上をめざす領域と言えます。

- ・国会、行政機関等に対する働きかけ
- ・各地域センター、会員への情報の提供と中央・地方での運動の調整等
- ・他団体との関係・調整
- ・当面する具体的課題としては以下のようなものがあります。

①労災補償制度の抜本的改悪問題

国会・マスコミ対策
労災保険審議会建議に基づく改悪法案対策

②振動病問題

森林労連、労住医連との連携

③アスベスト問題

石綿対策全国連と連携して、アスベスト規制法制定運動の盛り上げ等

2. 情報(収集・提供)・出版活動

①機関紙の発行(毎月)

毎月機関紙を発行します(神奈川労災職業病ニュースの第三種郵便物を引き継ぐ予定です)。

②不定期刊の「速報」、ファックスサービス等

「速報/労基法・労災保険法改悪問題」のイメージで、労働省の通達、審議会情報などをリアルタイムで提供

③「いのちと健康」誌、季刊「労働者住民医

療」への編集協力

④その他出版物の発行(課題別のパンフレット等)

3. 交流・相談活動

①労災職業病全国交流集会の開催

全国センター、労住医連の総会とドッキングして各地で開催することも考えられます。

今年度はすでに被災者全国連が5月26-27日に第10回全国集会を開催する予定になっていますが、来年度以降調整して開催に向け努力します。

②地域センター運動の相互交流の促進

③労災認定事例、安全衛生活動の経験等についての調査、紹介、研究

④各地の労災保険審査参与、災防委員等の活用方法等について研究することなども考えられます。

⑤各地域センターからの相談に応じられるようにするとともに、全国センターとしても相談を受け付けます(逆に地域センターに返す場合もあります)。

4. 教育・研究活動

①地域センター等が行う講座、学習会の開催や講師の派遣についての協力・援助

②検討を進めたいうえで、活動家学校、安全衛生委員会活動についての講座等の開催を追及します(パイロットスタディによる経験の紹介でもよいと思います)。

③学習・教育用パンフレット、ビデオ、スライド等の作成

④専門家等と連携した研究活動

5. 運動の拡大のための活動

地域センター、医療機関等の設立の援助・推進(全国状況の調査・把握)

6. 国際交流活動

当面の日程として、労住医連と連携して、香港の医師、看護婦、被災者代表の研修受け入れに協力します。

7. その他の個別課題についての活動

以下のような個別課題について、情報の収集・提供、運動の連携・調整、研究等を行います。

- ①じん肺問題…裁判闘争(横須賀、北茨城など)と被災者組織
- ②指曲り症…自治労の集団申請等への協力と民間での掘り起こし
- ③過労死問題
- ④出稼ぎ者問題…秋田現地での企画など
- ⑤針灸裁判(神奈川、大阪)
- ⑥被災労働者の職場復帰問題
- ⑦外国人労働者問題
- ⑧その他

8. 組織強化のための活動

当面、賛助会員 200名をめざして会員拡大に奮闘します。

1990年度予算

1) 収入の部

地域センター会員会費	1,000,000円
賛助会員会費(年額3万×200人)	6,000,000円
収入合計	7,000,000円

2) 支出の部

人件費(1名分+α)	4,000,000円
活動費(旅費交通費を含む)	800,000円
機関紙等印刷費	600,000円
通信運搬費(電話料、発送費等)	500,000円

什器備品費	300,000円
図書資料費	200,000円
消耗品費	200,000円
会議費	200,000円
光熱水料費	100,000円
雑費・予備費	100,000円

支出合計 7,000,000円

*事務所については、労働者住民医療機関連絡会議(労住医連)の東京事務所に置かせていただくことになっています。

1990年度役員体制

- 議長 長田 尻 宗 昭 (社団法人神奈川
労災職業病センター所長)
- 副議長 谷 沿 嘉 瑞 (財団法人高知県
労働安全衛生センター専務理事)
- 東 井 富 男 (北海道医療生活
協同組合常務理事)
- 野 口 豊 史 (社団法人大分県
勤労者安全衛生センター専務理事)
- 事務局長 古 谷 杉 郎 (専 従)
- 事務局次長 西 野 方 庸 (関西労働者安全
センター事務局長)
- 飯 田 勝 泰 (東京東部労災職
業病センター事務
局)
- 運営委員 西 畠 正 (三多摩労災職業
病センター事務

- 局長)
 白石 昭 夫 (愛媛労災職業病
 対策会議)
 (熊本県労働安全
 衛生センター)
 (自治体労働安全
 衛生研究会)
 監 事 平 野 敏 夫 (東京東部労災職
 業病センター代
 表)
 小 沢 公 義 (三多摩労災職業
 病センター事務
 局)
 顧 問 鈴 木 武 夫 (前国立公衆衛生
 院院長)
 特別顧問 五 島 正 規 (衆議院議員)

* 氏名空欄は当該団体依頼中であり、当該団
 体で決定していただき次第就任していただ
 きます。

地域センター会員名簿

- 新潟県新潟市古町通4番地643古町ツインタ
 ワーハイツ2階
 TEL(025)228-2127/FAX(025)222-3738
- 06労災福祉センター
 京都府京都市南区西九条島町3
 TEL(075)691-9981/FAX(075)672-6467
- 07関西労働者安全センター
 大阪府大阪市西区新町2-19-20西長堀ビル4
 階
 TEL(06)538-0148/FAX(06)541-2712
- 08広島県労働安全衛生センター準備会
 広島県広島市南区稻荷町5-4前田ビル
 TEL(082)264-4110
- 09山口県安全センター
 山口県吉敷郡小郡町明治東小郡労働会館内
 TEL(08397)2-3373
- 10愛媛労災職業病対策会議
 愛媛県新居浜市新田町1-9-9新居浜医療生
 協気付
 TEL(0897)34-0207/FAX(0897)37-1467
- 11財団法人高知県労働安全衛生センター
 高知県高知市薊野イワ井田1275-1
 TEL(0888)45-3953/FAX(0888)45-3928
- 12熊本県労働安全衛生センター
 熊本県熊本市九品寺1-17-9労働会館内
 TEL(096)364-6128/FAX(096)364-7243
- 13社団法人分県労働者安全衛生センター
 大分県大分市寿町1-3労働福祉会館内
 TEL(0975)37-7991/FAX(0975)38-1669
- 14旧松尾鉱山被害者の会
 宮崎県日向市財光寺283-211長江団地1-14
 TEL(0982)53-9400/FAX(0982)53-3404
- 15自治体労働安全衛生研究会
 東京都千代田区六番町1自治労会館3階
 TEL(03)239-9470/FAX(03)230-1386
- 01北海道医療生活協同組合札幌緑愛病院職業病
 相談室
 北海道札幌市豊平区北野一条1-6-30
 TEL(011)883-0121/FAX(011)883-7261
- 02東京東部労災職業病センター
 東京都江東区亀戸1-33-7
 TEL(03)683-9765/FAX(03)683-9766
- 03三多摩労災職業病センター
 東京都国分寺市南町2-6-7丸山会館2-5
 TEL(0423)24-1024/FAX(0423)24-1024
- 04社団法人神奈川労災職業病センター
 神奈川県横浜市鶴見区豊岡町20-9サンコー
 ポ豊岡505
 TEL(045)573-4289/FAX(045)575-1948
- 05財団法人新潟県安全衛生センター

* ファックスは他団体のものを利用している
 センターもあるので御利用の際は事前にご
 確認ください。(名簿は1990年5月12日現在)

新認定基準否定する「裏認定マニュアル」

古谷杉郎 (全国労働安全衛生センター連絡会議事務局長)

脳血管疾患及び虚血性心疾患等(過労死)の労災認定をめぐる、労働省の「裏マニュアル」が問題になっている。

●脳・心疾患の新認定基準●

脳・心疾患の認定基準については、87年10月に、労働省、人事院とも従来のものを改訂したところである。すなわち、人事院は10月22日付け人事院事務総局職員局長の職補-587「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の公務上の災害の認定について」(新認定指針)を、労働省は10月26日付け労働基準局長の基発第 620号「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準について」を発した。脳・心の労災認定は、「業務上の負傷に起因する疾病」として認定されるものと、「その他業務に起因することの明らかな疾病」(列挙された職業病リストに当てはまらない疾病を救済するための項目)として認定されるものがあるが、認定基準の改訂は後者の場合の取り扱いに関するものである。労働省の基準と人事院指針は、おおむね同一の取り扱いを示している。

改訂の主な内容は次のように要約できる。旧認定基準では、発症前に「災害(アクシデント)」が認められなければならないが、「発症直前または発症当日」の業務が「従来の業務」に比較して「過激」と言えるほどのものだったかどうかを判断基準とし、「過激」かどうかの評価は「主に業務量」によっていた。新認定基準では、「災害(アクシデント)」を「過重負荷」に改め、主に「発症前1週間」の業務が「日常業務」に比較して「過重」と言える

かどうかをその判断基準とし、「過重」かどうかの評価に当たっては業務量だけでなく「業務内容、作業環境等を総合して判断すること」としたものである。「過重負荷」とは「発症の基礎となる病態(血管病変等)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」(労働省)と説明される。

わかりにくいのはこの改訂が不十分であることの証明でもあるのだが、少なくとも、監督署で「発症直前または当日にアクシデントと言えるものがないから」と言わば門前払いにすることはできなくなった。主に「発症前1週間」(それ以前の業務も「附加的要因」として考慮することとされている)の業務が「過重負荷」に該当するかどうか、調査して判断しなければならないからだ。新認定基準の積極性は正しく評価しなければならないだろう。

●「裏認定マニュアル」が発覚●

では新認定基準以後、現実の補償状況はどうなったのか、表を見てもらいたい。87年度は請求件数499件に対し、「業務に起因することの明らかな疾病」として認定された件数は21件、「認定率」(仮にこう呼ぶ)は4.2%、新認定基準後の88年度は、各々676件、29件で、4.3%と、ほとんど改善されていない。

この事実から、労働省が意図的に新認定基準の運用を狭くしていることが疑われる。そのための「裏マニュアル」があるのではないかと問われてきた。そこへ14通りの図(別掲)が書かれ

た一枚の紙の存在が暴露されたのである。

これは、衆議院予算委員会での五島正規氏らの質問によって、新認定基準を出した直後の88年1月13日に各都道府県の職

業病認定調査官を召集して行った会議で、説明用資料として配布されたものであることが明らかになっている。

伝えられるところによると、説明の内容は以下のようなものである。①発症前日から日常の2倍を超えて(50歳台の場合、40歳台では3倍)働き続けて死亡した場合は業務上になり得る(図1)。②発症前1週間に日常の2倍の時間働いていた場合は認められる(図2)。③発症前1週間は日常労働時間の2倍以下だが、それ以前に2倍を超える労働が続いていた場合は業務上になり得る(図3)。しかし、発症前1週間の残業量が少ないと業務外(図4)。④たとえ発症前1週間に日常の2倍働いていても、その1週間内に休日をとっている場合は認められない(図2-2～図2-4)。ただし、その場合でも休日以外の6日間が2倍を超えて働いていれば認められ得る(図2-5～図2-7)。

日常とは所定労働時間を指すとされているから、8時間労働の人なら2倍は一日16時間以上働いていなければならないことになる。労働省が自ら新認定基準の意義を否定していると言われてもしかたないだろう。

労働省はこの紙の存在を認めているが、「種

脳血管疾患及び虚血性心疾患等の補償状況

		年 度	82	83	84	85	86	87	88
脳血管疾患	請求件数	—	—	296	289	-349	351	480	
	認定件数	21	16	36	26	42	42(18)	61(14)	
虚血性心疾患等	請求件数	—	—	142	152	157	148	196	
	認定件数	14	3	18	13	21	7(3)	20(15)	
合 計	請求件数	—	—	438	441	506	499	676	
	認定件数	35	19	54	39	63	49(21)	81(29)	

(注) 1 複数の労働省発表資料から作成

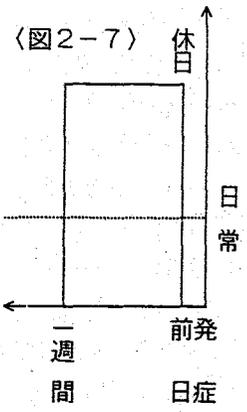
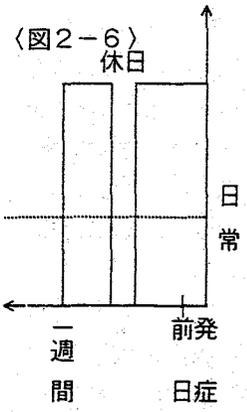
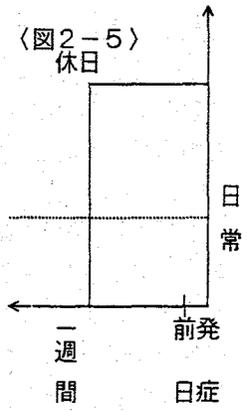
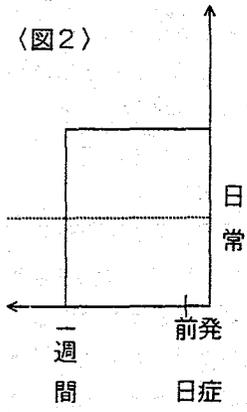
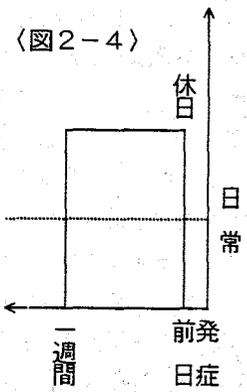
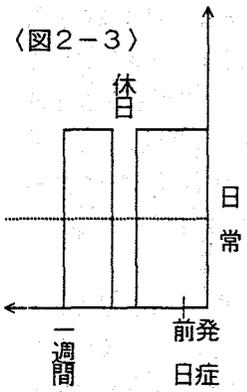
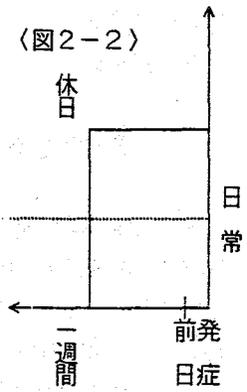
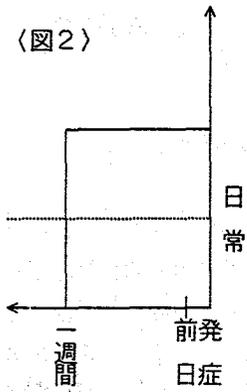
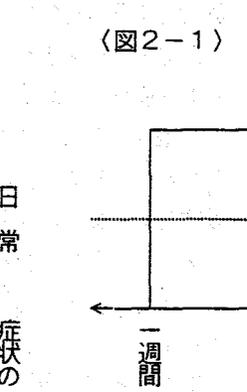
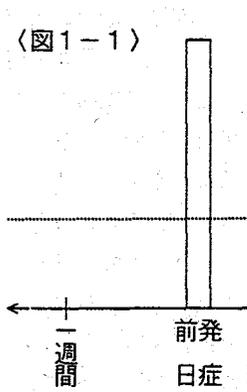
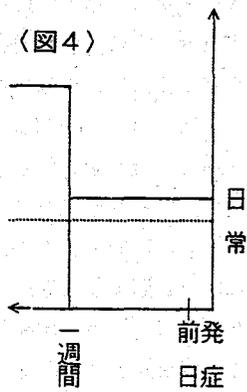
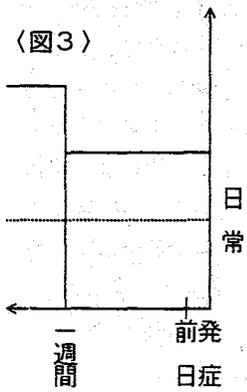
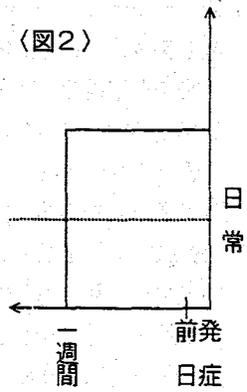
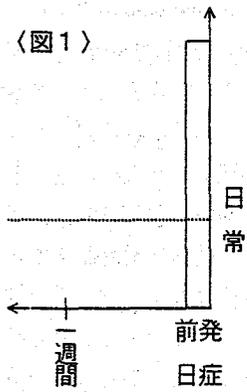
- ()内は「業務に起因することの明らかな疾病」として認定された件数。それ以外は「業務上の負傷に起因する疾病」として認定されたものになる。
- 未処理の件数があるので、請求件数から認定件数を減じた件数が不支給の件数とはならない。

々のケースをわかりやすく示して、多様なケースに適切に対応するよう説明するための資料であって、通達等で地方に対して指示したのではなく、また、この図によって認定を行うよう指示した事実もない」「業務量のみで認定が行われることはあり得ないものである」「部外に対して労働時間だけで画一的に取り扱っているとの誤解を与えることのないよう、近く地方局署に対して指示する」(以上、5月14日の労働省のプレス発表)と「誤解」を解こうと必死である。

衆議院社労委の審議でも、野崎労働基準局長が「図と認定は関係ない。ということは、全ての場合に認定があり得ることにもなるかと思う」「マニュアルではない。そういうふうには(廃棄された)受け止めていただいでけっこうだ」「(前記の地方局署への指示について)課長名の内翰を出して、言われているような趣旨ではないので誤解のないよう周知徹底した」と明言している。

●裏マニュアルを打ち破ろう●

事実はどうなのか。われわれの手元には10件以上の認定事例についての報告がある。これら



の事例の中には、労働省が言うように、裏マニュアルに当てはまらなくても業務上とされた例がかなりある。しかし、これらはいまだ少数の「例外」に過ぎないかもしれない。問題は、「認定率」が全く改善されていないことに示されるような、業務外とされた圧倒的な数の事例の方にある。監督署の窓口で、「裏マニュアルにしたがって業務外と判断した」と説明されたという報告も届きはじめている。

裏マニュアルが示された都道府県労働基準局の職業認定調査官の研修を受けてから、各労基局管内の監督署の担当者に同様の説明を行ったところでは、監督署段階でも裏マニュアルを知っているのだろう。しかし、そうしなかったところでも、脳・心疾患の認定事案はまず間違いなく、監督署が認定に当たって労基局の職業病認定調査官に相談する。したがって、その段階で裏マニュアルは貫徹されるわけである。

とくに東京を頂点とした首都圏でその傾向が著しく、監督署の対応もひどい。90年3月31日に中央労基署で業務上認定された海事鑑定人の事例がほとんど唯一のもの（労働省は新聞で報道された後に、東京で他にも1件認定していると言っている）であり、同時期に相次いで業務外と決定された事例と比較してみると、見事に裏マニュアルの線に沿っている。

さらに、裏マニュアルが示された会議では、「医証」の依頼の仕方を工夫しろという説明が行われたと伝えられている。医学的に見て業務と100%無関係という事例などまずないのだから、「業務との因果関係はありますか」というような一般的な聞き方をしたのでは「関係は否定できない」という答えになりかねない。「誘導尋問」のようなやり方を指導したのではなからうか。局医(協議会)のあり方と合わせて、大問題であり、実態を追及していきたい。

労働省は表(オモテ)のマニュアルも作っている(「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定マニュアル」)。200頁ほどの部厚なもので、第一部一

認定基準について、第2部一医学的事項、第3部一調査実施要領、からなる(公刊されている解説書には第3部は載っていない)。衆議院社労委で五島正規氏から、「(第3部に)調査のまとめと調査票の様式が載っているが、記載内容は、基礎疾患の有無等以外もっぱら労働時間の長さ集中して調査する中味になっている。労働時間の長さだけで判断されているのではという疑惑をもつのは当然だ。労働時間の長さ以外の労働内容や作業環境についての客観的なマニュアルがあるのなら示せ」と追及されて、野崎労働基準局長は、あわてて読み返し「御指摘のとおり、様式を見るとやや労働時間に偏りすぎているかという印象もある。誤解を与えないように、様式その他についてももう一度見直してみたい」と答弁しており、調査のやり方も改めさせたい。

いずれにしろ、労働省が公式には、裏マニュアルは「廃棄した」等と公式に表明しているにもかかわらず、事態は樂觀できない。公式見解は大いに宣伝していくにしても、現場での取り組みで打ち破っていく必要がある。

●認定基準の全面改正を●

現行認定基準の運用について述べてきたが、根本的な問題は現行新認定基準自体に問題があるということだ。これは判例の動向と比較してみると、一層明らかになる。「ストレス疾患労災研究会第5回総会資料集」(89・11)の岡村親宜弁護士の報告を引用しながら見てみよう。

「労働省は、89年2月17日段階で、労災保険行政事件が全国の裁判所に112件継続しており、その内脳・心臓疾患事件は31件にものぼる(27・7%)と、行政内部で秘密報告している。

これらの行政訴訟事件の内、未だ右労働省の行政解釈に追隨して業務外と認定する事件が相当数ある中で、最近行政解釈を批判し、新しい認定の法理を採用して業務上と認定する事件が増大してきたことが社会的注目を集めるように

なってきた。これらは、東京地判67・6・28社会保険庁・戸田捕鯨船砲手脳出血死事件以来22件にもよる。

これらの判決は、次の共働原因主義の法理論を採用した。

①「発病の直前または発病当日における業務の過程において、特に発病の原因となるような突発的出来事、あるいは一定期間内に強度の精神的もしくは肉体的負担となるべき事態（災害）があった場合はもとより、それがなくとも、業務が基礎疾患等と共働原因となって発病（死亡）の結果を招いたと認められる場合には、業務と疾病とは相当因果関係があると解するのが相当である。

② 当該労働者の従事した業務内容が、基礎疾患等に「悪影響を与えたとされる性質のもので、しかもその従事期間が長期間にわたる場合」には、当該業務が基礎疾患等と共働して発病等の原因をなしているものと推認するのが合理的である。

③ 「心身の慢性過労状態」が発病の誘因として重要因子である急性心臓死等の疾病の発病等は、それが交替制労働等の過重労働の継続によって生じたものと認められる場合には、基礎疾患等と過重業務遂行による過度の肉体的精神的負担とが共働原因となって基礎疾患等を急激に増悪させ、発病等の結果を招来したものと認めるのが相当である。」

ところが、労働省は、89年4月、弁護士、訟務検事、脳・心疾患専門医（メンバー氏名は秘匿）によって構成される脳・心疾患裁判対策専門家会議（正式名称も秘匿）を発足させ、会議を開催していることが、弁護団の調査で判明した。これは、88年6月以降の過労死運動の社会的定着と、それを基盤とする事件の増大、裁判事件の増大と労基署側敗訴事件の増大の見込みに対する行政側の対応である。

この第2回会議で左記の「脳・心疾患に係る検討事項の骨子（案）」と題する書面が配布され、

この専門家会議の課題が示された。それは一口でいえば、労働基準法75条2項が「業務上」疾病の範囲につき省令に委ね、労基則35条が包括救済規定として「その他業務に起因することの明らかな疾病」と定めていることを根拠に、「業務上」疾病の範囲を限定する新しい法解釈を定立し、過労死の労災認定の増大を阻止する戦略的理論を打ち立てることを企図したものである。」

この専門家会議の「成果」がためされる最初の判決が、89年10月26日、東京高裁で出されたが（旭運輸・三田トラック運転手くも膜下出血死事件）、国側が高裁段階で新たに主張してきた「業務が当該疾病の発症に対して最も有力な役割を果たしたと医学的に認め得る場合に、相当因果関係を肯定すべき」という主張を排し、「業務が相対的に有力な原因であったかどうかは、医学的知見も一つの有力な資料として、本件疾病の発生に関連する一切の事情を考慮し、経験則上当該業務が自然的経過を超えて、本件疾病を発症させる危険が高いと認められるかどうかによって判断すべきである」と明確に判示した。

国側も対応の検討を迫られていると思われるが、このような判例の動向を踏まえた認定基準の抜本的改正が必要なのである。

最後になるが、脳・心疾患やそれによる突然死の問題で相談を受けるとき、「認定される見込みがあるか聞きたい。組合としては見込みのない取り組みはできない」という対応にまま出会う。その度に議論になるのだが、この問題は、被災後の認定一救済の以前に（もちろん、認定の有無によって、企業内補償も含めれば、被災者と遺族に対する補償に、天地ほどの開きがある）、働き方を問い直すという重大な問題を突き付けていると思う。われわれは、ある意味では認定の可能性の多寡にかかわらず、認定の取り組みを通じて職場・地域での自らの働き方の見直しの契機とするためにも、労災申請に取り組むよう勧めている。 ■

局医意見の「正解率」は3分の1以下

古川景一弁護士「脳・心臓疾患の業務上外認定の動向とデュープロセス—医証の取扱をめぐる検討と考察—」から

日本労働弁護団事務局長の古川景一弁護士が「脳・心臓疾患の業務上外認定の動向とデュープロセス—医証の取扱をめぐる検討と考察—」という標題の論文を日本労働法学会誌75号（1990年5月）に発表した。その内容は、局医の問題を具体的に解明したものである。そこで、著者の了解を得て、その要点を紹介する。以下の要約の責任は編集部にある。

脳・心臓疾患という疾病を取り扱う以上、発症前の健康状態や発症した疾病の種類や態様に関する医学的な所見が、重大な判断材料となることはいうまでもない。しかし、今日の労働省の認定実務が、業務起因性についてまで厳格な医学的証明を要求していることに、まず問題がある。裁判判決の動向は、業務起因性の判断が法律判断であり、医学上の判定そのものとは異なり、医学的知見は判断資料の一つに過ぎないことを明確にしてきていることに逆行している。その結果、行政の認定手続での救済率が低く、行政訴訟に至って司法救済される率が顕著に高くなっているのである。

そのうえ、労働省が委嘱している専門家である「局医」らの意見は、主治医らの意見と異なり、業務起因性や関連性を否定するものが多い。審査請求・再審査請求・行政訴訟で、原処分取消となった事案では、圧倒的に主治医の意見が採用され、「局医」らの意見は採用されていないものが多く、労働省が委嘱している「局医」らの意見の公正さについて重大な疑問がある。

医証の内容は、原処分では明らかにならない。これが明らかになるのは、労災保険の審査官決定か労働保険審査会裁決、地方公務員災害補償基金支部審査会裁決、国家公務員の人事院判定、船員保険についての社会保険審査会裁決か、行

政処分取消訴訟（国家公務員の場合は給付請求訴訟）判決である。

1987年に刊行された『脳・心臓疾患の労災補償』（岡村親宜・大竹秀達責任編集、エイデル研究所発行）には、行政不服審査手続もしくは行政処分取消訴訟等において原処分が取り消され業務上（公務上）認定された事例について、当時把握し得た全てのもの（65年9月から85年5月までのもの）が収録されている。そこで、これに掲載された認定事例96件全て（内2件は通勤災害）を対象とし、そこに明示された出典文献に当たって、いかなる医証がどのように取り扱われているかを検討してみた。

結論から先に言うと、次のとおりまとめることができる。

医証の収集は、主として労働基準監督署長または審査官（すなわち労災保険の場合）によって行われており、業務起因性に関する医証なくして業務上認定なしという労働省の方針の現れであるが、公務員等の場合と著しく異なっている。

さらに、労働基準局が委嘱する局医等「専門医」の意見は、最終的に業務上認定された事案の三分の二で、業務との関連もしくは業務起因性を否定している。すなわち原処分取消となった事案での局医らの「正解率」は三分の一以下である。これに対し、主治医（日常健康管理を

受けていた町医者や、急患で入院した病院等の医師)の意見の三分の二は、業務起因性肯定・原処分取消の結論に沿うものである。したがって、労働基準局が委嘱している「専門医」の意見は著しく偏向している。

【医証の必要性】

事例総数96件の中で、業務と疾病との関連もしくは業務起因性に関する医証を摘示しているかどうかをみると、地方公務員災害補償基金支部審査会の裁決18件の内12件と、社会保険審査会の裁決5件の全てが全く医証を摘示していない。

ところが労災保険では全く様相が異なる。労災保険審査官の決定19件の内1件を除く全てと、労働保険審査会の裁決36件の内30件で、医証が詳細に摘示・引用されている。医証が示されていないものは、審査官決定の1件は例外とみてよい事情があり、審査会裁決の6件の内5件は1971年以前のものである。この期間の裁決は全部で11件なので、約半数が医証の摘示なしだったことになる。

その上で、摘示されている医証と決定・裁決との関係を見ると、審査官の決定においては、業務と疾病との関連もしくは業務起因性を肯定するか可能性を認める医証がなくして、原処分を取り消した事例はない。それに対し、審査会裁決になると、業務と疾病との関連もしくは業務起因性に関する医証の摘示なしに業務起因性を肯定して原処分取消の決定を下しているのが6件、関連性もしくは起因性を否定するか判断回避する医証しかなくとも業務起因性を認めて原処分取消をしているのが11件あり、この二つをあわせた17件が、医証と無関係に業務上認定(原処分取消)となっている。これは裁決総数36件の半分以上となる。

【医証の収集方法】

労働保険審査官の決定または労働保険審査会の裁決に記載されている医証の中で、業務と疾病との関連性もしくは業務起因性に関する医師の意見が明示されている医証は、総数137件。

主治医については請求人側から提出されたものか行政側が収集したものなのか判然としない場合があり、収集した者が判別できたのは115件である。

それを収集者別に分類すると次のとおり、圧倒的な数の医証を監督署長または審査官が収集している。

請求人	19件
監督署長	50件
審査官	44件
審査会	2件

【医証の内容—主治医の意見】

労働保険審査官の決定または労働保険審査会の裁決、地公災基金支部審査会裁決、裁判所の判決に記載されている医証の中で、業務と疾病との関連性もしくは業務起因性に関する主治医の意見内容を見る。ここでの主治医とは発症前に基礎疾病等につき療養していた場合の主治医と発症後に当該疾病につき治療を担当することになった主治医の両方を含む。その総数は34件であり、意見の内容は次のとおりである。

関連性を何らかのかたちで認める

業務と発症との関連あり	4件
(うち基礎疾病の増悪)	2件)
業務が誘因となった	11件
業務による可能性肯定	
当該事案についてではなく一般論	4件
として可能性を肯定	4件
関連性を否定	6件
その他	
不明	4件
判断回避	1件

関連性を何らかのかたちで認めたものの小計は23件であり、結果として業務起因性が肯定された事案の中で、主治医意見総数の三分の二以上が支持されたことになる。

【医証の内容—一局医等の意見】

労働省は、常勤・非常勤の職員として医師を採用し、また、最近では、1980年の労働省訓第

17号、1981年基発第199号通達で地方労災医員の制度を詳細に定めている。これら通達等に基づき労働省が「専門家」として委嘱している医師は「局医」「医員」「局員」と称される。決定や裁決その他の資料から局医等であることが判明した者の氏名と関与事件数、及び、業務との関連性もしくは業務起因性についての意見内容を整理した結果は次のとおりである。

佐藤 進 (東京)	7件	全部関連性または業務起因性を否定
白井嘉門 (大阪)	3件	全部関連性または業務起因性を否定
今井次雄 (長野)	3件	全部業務外
中村昭典 (鹿児島)	2件	全部業務外
戸田弘一 (神奈川)	2件	一件は可能性肯定 一件は業務外
御厨潔人 (神奈川)	1件	業務外
岸 陽一 (山形)	1件	増悪を肯定
坂田洋三 (山口)	1件	関連性肯定
清水 (静岡)	1件	業務上
竹岡憲策 (東京)	1件	関連性肯定
久保田栄 (東京)	1件	不詳
白方誠弥 (兵庫)	1件	不詳
小林 (長野)	1件	判断回避

総件数25件のうち、実に17件で、関連性もしくは業務起因性否定の意見が出されている。これら局医等が関与した事案は全て、結果的に、その判断と逆の業務上判断が示されているのである。主治医の場合に業務上(公務上)認定の結論と一致しているのが三分の二に達するのに、労働省が委嘱している専門医の場合には、業務上認定の結論と逆の意見を出していた者が三分の二を占めるのである。

以上の現状をみると、現行の「過労死」労災認定の手続は、デュープロセスの法思想と逆行している。このような労災認定手続の現状についての実証的検討のないまま、労働省の委嘱する「専門医」の権限を法的に裏付けし強化しようとするのは、デュープロセスという行政法上の基本思想に反するものであり、到底容認できるものではない。

裁判所の判例により示されているとおり、医証は判断材料の一部であるということが明確にされなければならない。同時に、主治医の意見が尊重されなければならない。「局医」等については、廃止するか、公正な専任手続が必要である。 ■

大阪 / 新認定基準後3件の業務上認定

(片岡明彦 (関西労働者安全センター事務局次長)

新認定基準基発第 620号通達が出た87年10月26日以後に、関西労働者安全センターで取り組んだ主な事例について以下に報告する。いわゆる「過労死」に該当しない例もあるが、今後の皆さんの取り組みの参考にしていただきたい。

①ポンプの出張メンテナンスサービス要員
Aさんの脳内出血(86年11月6日被災、

89年2月業務上認定)

大阪市のポンプメーカーS製作所で出張メンテナンスサービス要員として働いていたAさんは、86年11月6日の午後3時半頃、出張先の兵庫県製の製紙工場で脳内出血を発症、姫路市内の病院に救急搬送され、治療を受けた。

Aさんは、65年に入社、社内でプランジャー

ポンプの仕上げ組み立てに従事、85年にサービスセンター配属となり、以後主張が急増した。

86年被災当時は56歳だった。健康状態としては、77、8年頃から高血圧症の傾向があり、特に86年10月の検診では、要治療と診断されていた。

発症当日以前の勤務状況としては、9月に7日、10月に10日の出張作業をこなしていた。発症前日、前々日は社内での修理作業についた。

発症当日、朝は非常に寒かったが車で現場に向かい、8時半より作業を開始した。そして午後5時の作業中に被災した。

発症の要因として考えられたのは、第一に、作業現場の30度近い室温と約95デシベルという騒音だった。これらは血圧上昇をもたらすとされている。第二に、点検修理作業中、力一杯でボルトの締め付けを行っていること。第三に、当日の寒冷。第四に、高血圧症をかかえながら精神的・肉体的疲労の大きいサービス業務を継続していたことだった。

労基署に対しては、こうした点を明らかにするため、当日の作業状況をまとめた自己意見書、全国金属(現金属機械)の支部からの意見書、当日の作業が発症に引き金になったとする主治医の意見書、支部が協力を求めた労働衛生専門医の意見書が提出された。また、会社からも労災として認めるという意見書が出された。こうした文書提出と並行して、再三にわたって支部や全金地方本部による労基署との話し合いが継続され、中小企業の労働者の置かれている厳しい労働条件への理解を求めた。

申請中に新認定基準が出され、労基署もそれに付随して部内に配布された認定マニュアルの調査項目を埋める作業を行っていた。

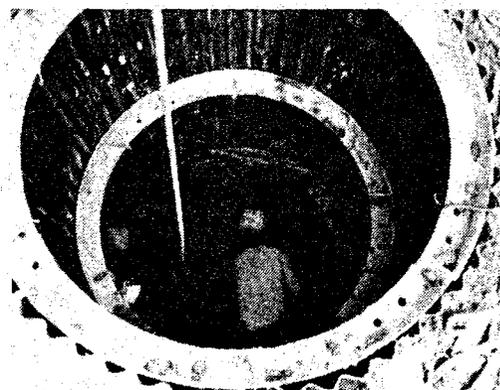
最終的に労基署は、「点検したポンプが長年未点検で、錆び付きなどのため高温・高騒音の下で10^分程度のポンプ部品を支えながら、ハンマーで叩き叩きボルトを取り外したり、締め付けたりするには相当の力が必要で大変な作業だったこと、ボルトの締め付け作業直後に現場で

倒れていること」を理由にして業務上認定した。

現在、Aさんは傷病補償年金 2級を受給し、療養中だ。

②深礎工Bさんの脳梗塞(86年4月21被災日
89年7月31日業務上認定)

深礎工という聞き慣れない職業は、建築物の基礎のためのコンクリート杭を打つ仕事で、直径1~1.8m程度の穴を掘ることを主としている。大量の発汗を伴う、一般土工に比しても過酷な作業で、ほとんど日雇労働者が従事している。



大阪市西成区在住のBさん(被災当時52歳)は、86年4月、西宮市のマンション建設現場で午後の作業中に左手が利かないなどの身体の不調を覚えて作業を中止、夕方宿舎に帰り食事の後休息中に大発作を起こし、近くの診療所に運ばれた後、近隣の脳神経外科に運ばれ治療を受けた。

その後、大阪市内の病院に転医。労災申請について考えていたら、主治医から「脳梗塞患者は水分補給に努めるように」との指示を聞き、自分の仕事は異常に発汗することから、それが被災原因だと考え、労災申請に踏み切ることにした。このとき被災から1年を経過していた。

発症の原因は、深礎掘り作業による大量発汗にあることは明白だった。しかし元請会社の現認拒否にあたり、Bさんは当日午前中は作業をしていなかったと虚偽の申告をするなど妨害を受けた。これも認定に手間取る要因となった。

主治医は一致して業務上災害であるとする意見を提出、本人も左片マヒの後遺症にめげず自筆の長い自己意見書を提出した。認定に至る過程の中で、Bさんの同僚2名の上申書も提出されている。その中で、作業中に脱水症状と見られる症状を経験したことがあると述べられており、Bさんの主張を裏付けた。無論、Bさん自身も10年の深礎工経験の中でそうした経験をしている。労働省の認定マニュアルにも脱水と脳梗塞との関係を書いてある。

会社側に妨害を受け、本人も賃金支払の記録以外何も資料を持たない中での取り組みだった。未組織や日雇の労働者が業務上災害・疾病に被災したときの困難を思い知った。とにかく労基署に、実態を理解し、被災者側を信用すべきだと、釜ヶ崎の労組活動家と再三再四労基署を訪れた。Bさんは認定までの間、生活保護を受けながらのまことに苦しい闘いを耐え抜いた。

結局、89年7月、申請から2年、ようやく労災認定された。労基署は認定に当たって、被災当日の穴に入っの掘削作業がBさんにとって5カ月ぶりのものであったことも一つの理由としたようであった。

Bさんは現在、障害5級の年金を受けている。

③郵便輸送の運転主任Cさんの心筋梗塞
(86年1月31日被災、90年2月不支給決定
現在審査請求中)

Cさんは郵便輸送業務を行うN社の運転副主任として、運転手・運行の管理業務に主としてついていた。86年1月31日午後、臨時の集配業務から局に帰って休憩中に発作を起こし、救急搬送されたが、その日に急性心筋梗塞で死亡した。44歳であった。それまで心臓関係で医者にかかったこともなかった。成人病検診においては、軽い高血圧を指摘されていたものの、心電図所見に異常はなかった。

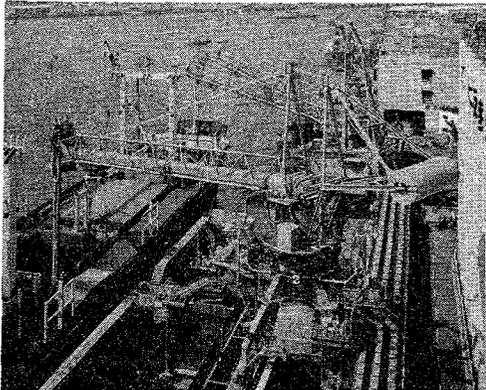
Cさんは、60年に運転手として入社、83年か

ら管理業務にたずさわっていた。勤務形態は、午前8時から次の日の午前7時までの23時間勤務(仮眠4時間)を1出番として、3出番して2日公休というパターンを繰り返す深夜勤を含む勤務形態であった。副主任になってからは、管理者としてのストレスを強く家族に訴えていた。

Cさんの心筋梗塞の原因として考えられたのは、こうした23時間(繁忙期24時間)勤務による慢性的蓄積疲労をベースにして、第一に、死亡前は年末年始の繁忙期に該当しており、この年間で業務量が最高になる時期における業務過重(この時期、公休を1回とばす廃休が行われており、Cさんも12月末まで7出番14日間の連続勤務を行っている)。第二に、当日行った臨時便集配業務が最も業務のしんどい集配先であったこと(ここでCさんは、まず胸の症状を訴えている)だった。また、調査の過程で、繁忙期中にCさんが胸の症状を訴えているのを、同僚が聞いていること。また、夫人のメモ帳に死亡数日前に胸の痛みを訴えていたことが記載されていたことがわかった。このことから、Cさんは、年末年始繁忙期頃から狭心症の症状を訴え、その後も通常勤務を続けたため最終的に大発作を起こして死亡したと考えられた。

しかし労基署は、繁忙期が明らかな業務過重であることは認めながら、繁忙期業務終了から発症日まで20日間ある、その間公休の他2日年休をとっていることから、Cさんの心筋梗塞と業務との因果関係を認めなかった。狭心症の症状ではないかという点についても、「医療にかかった記録がないので判断できない」とした。結局、業務量検討も直前1週間程度に限定し、業務外と判断するという労働実態を無視した約子定規な方法論に固執した不支給決定であった。

④大阪港穀物埠頭の機械監視作業員Dさんの心筋梗塞(88年12月21日被災、89年7月業務上認定)



穀物専用埠頭で、船から埠頭のサイロに穀物を吸い上げる機械の監視作業員のDさんは、88年12月21日の午前中、出航する船の綱を外すために80mを全力疾走したのち心筋梗塞に倒れた。残念ながら翌日死亡した。

この綱を外す作業は、大阪市港湾局が行うことになっていたが、次の船の入港予定が変更になり、港湾局作業員が到着していないため、近くにいたDさんが急ぎよ駆けつけた。

この例は、労働省の言ういわゆる災害的出来事がはっきりしていたケースと言える。被災から約半年で業務上認定され、遺族補償が支給された。

以上ですが、今後、全国安全センターに期待したいことは、現下の労働省研修マニュアル問題のようなことや、労災認定の取り組みの事例の紹介、労災認定動向の周知、また、さらに詳しい内容を知りたいときの各団体への紹介など、循環器系疾患の労災認定を前進させるためのセンターらしい機能を充実させていくことです。

東京 / 「東京には過労死は存在しない」

飯田勝泰 (東京東部労災職業病センター事務局)

【はじめに】

1987年10月23日(金)に、脳出血で都立墨東病院の救命救急センターに入院したSさんは、即日手術したものの、遷延性意識障害のまま経過し、現在は故郷の仙台市内の病院に入院を続けている。

労災申請後 2年を過ぎた昨年12月末、中央労働基準監督署は「業務外決定」を通知した。現在、不服審査請求を行っている。

【Sさんの業務】

Sさんは、中央区の(有)K鉄工所に勤務。この会社は、「紙巻き機」及び「スリッター機」を設計、製造、販売しており、従業員は社長を含めて8名。Sさんは当時、工場長の立場にあった。

Sさんの業務は、注文を受けた機械を設計、製造まで一人でやるという仕事。所定労働時間は、午前8時～午後5時まで。

【発症の経過】

1987年10月22日午後9時20分、残業を終えて会社で社長の奥さんが作ったカレーライスを食べ帰宅した。工場の近くに会社の寮があり、通常Sさんは、週5日をこの寮に持ち込んだ製図道具で図面引きをやり、週2日を自宅で家族と過ごしていた。この日も、残業を終えて自転車で寮に戻った。

翌朝、出勤してこないSさんを不信に思った社長の奥さんが寮を訪れ、下着姿のまま大きないびきをかいて前のめりに倒れているSさんを発見。直ちに救急車で、都立墨東病院救命救急センターに運ばれ、即日手術を受けた。

【業務起因性】

①労働時間 発症前3カ月間の残業時間は平均2～3時間。発症前1週間はプラス1.5時間で、毎朝1時間の早出をしていた。

- ②仕事の持ち帰り 設計技師の社員が、いつも正確な仕事ができず、Sさんが自宅に凶面を持ち帰り引き直していた。
- ③納期 当時、スリッター機的设计・製造をSさん一人でやっていた。納期が遅れており、Sさんは一人で納期間に合わせようと必死であった。
- ④同僚の裏切り 従来と同僚であった者が、会社を通さず勝手に機械を販売していたことが発覚して解雇された。その同僚が、得意先のK社に対してあることないことをふれまわっており、会社の信用回復のために、今まで以上に良い機械を作らねばならないというプレッシャーがあった。
- ⑤その他 当時、熟練工（現在Sさんのかわりに工場長となっている）が、家族問題で長期欠勤しており、一層Sさん個人への負担が重くなった。

【主治医の意見】

主治医は業務との関係を次のように述べている。「発症1週間前の本人の労働時間、勤務内容、さらに仕事上のトラブル等を調べると、大変な肉体的精神的ストレスがかかっていたと判断され、高血圧、動脈硬化等の既往のない患者においても、著しい血圧の上昇があったと考えられ、したがって、その結果として脳内出血が発症したと判断される」と業務との関係を明らかに認めている。

【労基署の業務外理由】

中央労基署の業務外決定に対して、東京総行動での取り組みを含め交渉を三回行った。労基署側は、「確かにSさんは仕事漬けになっていた」ことは認めたものの、「一日4～5時間の残業は「この程度であれば過重労働とは言えない」とし、また、過重負荷の原因であった寮への仕事の持ち帰りや納期の遅れ、同僚の裏切り問題に関しても、労働の過重性を評価するほどのものではないとする見解を述べただけであった。

全く具体的根拠がない業務外理由である。

【今後の取り組み】

われわれが取り組んだSさんの労災認定闘争は、結局不当な労基署の業務外決定により、審査請求をせざるを得なかった。ちょうど同時期、中央労基署では海事鑑定人K. カンラスさんの労災申請が業務上と認定され、都内でははじめてのケースとして注目を集めた。東京で新認定基準に改訂後、はじめての脳・心疾患での労災認定として、道は開かれたと言えよう。

現在、Sさんの審査請求の他、脳出血で労災申請中のケースも含め、脳・心疾患の労災認定の固いガードを何としても突破していきたいと考えている。

（東京東部労災職業病センター）

Sさんの件で、中央労基署のN担当官は、昨年12月初旬、Sさんの会社に事実関係の再確認のために電話をし、「会社はこうした従業員の病気に対して協力的でないのが普通なのに、なぜお宅は協力的なのか」と質問したという。対応した社長夫人は、「Sさんは会社創設時からの社員でもあり、何とか労災をとってやりたいから」と答えた。

業務上認定された海事鑑定人カンラスさんの事件（同じ中央労基署）でも、君津港の現場調査に奥さんと代理人の同行を求めたのに対し、結局は認めさせたものの、労基署側の人数以上の立会いは「不公平」だと述べたり、決定の内容についても「郵送で行う。本人がきても直接は渡せない」と文字どおりの玄関払い、葬祭費支給通知は3月31日に届いたものの、遺族補償等については数日遅れ、等々、その対応のひどさは枚挙にいとまがない。

「中央労基署は労働省のお膝元、全国の労基署の頂点に立つ」と言われるが、中央労基署に象徴される東京の労基署の対応は、「東京には過労死は存在させまい」とする労働省の決意の現れでもあるかのようだ。 【編集部】

労基研「中間報告」は「実施しない」

◎労災保険法一部改正案国会審議 ◎衆議院社労委で労働省が答弁

「労働者災害補償保険法等の一部を改正する法律案」は、衆議院の社会労働委員会で5月25日、本会議で5月29日に可決、舞台は参議院に移った。衆議院段階で決議された附帯決議の内容は別掲のとおりである。社労委では5月25日に審議が行われ、池端清一、五島正則、伊東秀子（以上社会党）、貝沼次郎（公明党）、児玉健治（共産党）、柳田稔（民社党）の各氏が質問に立った。

気になる労働基準法研究会（災害補償関係）の「中間報告」の取り扱いだが、この点については池端氏と五島氏が取り上げている。



質問に立つ五島氏（左）と池端氏（右）

昨年8月28日付けで労基研自身が、労災保険

労働者災害補償保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

政府は、次の事項について適切な措置を講ずべきである。

- 1 高齢化の進展を踏まえ、重度障害者等に対する介護に係る補償のあり方を含め、被災労働者の介護施策について、積極的に検討を進めること。
- 2 長期療養者に対する給付については、これまでの国会における審議の経過を踏まえ、個々の被災者の症状の推移に即し、主治医の意見を尊重して適切に行うこと。
- 3 治ゆ後の医療措置を対象とするアフターケア制度、社会復帰援護制度等の拡充等を図るとともに、職業安定機関、職業能力開発機関等との連携のもとに、被災労働者の早期社会復帰の促進に努めること。
- 4 各種給付における被災時年齢等による不均衡の問題については、年功賃金体系にない労働者や高齢者の問題に留意しつつ、引き続き検討を進めること。
- 5 給付基礎日額の最低保障額を最近の賃金水準の上昇の推移にかんがみ早急に引き上げるとともに、引き続きその改善に努めること。
- 6 業務に起因する脳・心疾患による突然死を予防する観点から、業務との関連について医学的な調査・研究を進めるとともに、職場における健康管理施策及び労働時間の短縮を積極的に推進すること。また、脳・心疾患に係る突然死の業務上外の認定については、医学的知見の動向に十分注意を払いつつ、適切な運用に努めること。
- 7 労働災害の防止、保険給付の認定・審査請求処理の迅速化等を図るため関係職員の増員を含め行政体制の充実強化を図ること。

基本問題懇談会（労災保険審議会の全委員で構成）の要請に答えて、事実上「中間報告」を棚上げにする「見解」を出していることを踏まえて、池端氏が具体的に質問。以下は①休業補償の一律一年半打ち切りの問題についてのやり取り。野崎労働基準局長「労基研自身の慎重な検討が必要という見解が出されており、審議会の建議でも取り上げられなかった。審議会で引き続き検討されるべき課題にもなっていないと理解している」

池端「蒸し返されることはないということか」、労働基準局長「少なくとも中間報告の延長線として取り上げられ、議論されることはない」

池端「やらないということか」

労働基準局長「制度の改正は全て審議会の審議を経て行うので結果的にそういうことになる」

②年齢スライド制、③労災専門医委員会制度についても同様に確認。④労基法第8章削除についても、

労働基準局長「労働省としては当面、強制適用の範囲の拡大が課題であると考えている。労基法第8章の問題については、それが達成された時点で、改めて検討されることだと思う」

池端「それでは、これも当面削除は考えてないと理解してよいか」

労働基準局長「当面は検討の限りでない」

五島「中間報告はすでに取り消されたもの、資料としての意味も消失している、と考えてよいか」

若林審議官「労働省としては、中間報告の性格については、今後多角的な観点から検討がなされなければならない報告と考えている」

労基研による見直し作業については、「目下のところ再開されていない」「労基研の見直し作業については、研究会自身がまず判断する問題。意見を聞いて対処していきたい」（審議官）。

一部改正法案で最大の問題は、休業補償給付への年齢階層別最高限度額制の導入だが、労働省はこの点については譲らなかった。

給付の引き下げになる者が出てくる、場合に

よっては労基法で定める最低水準（平均賃金の60%）さえも下回る、という指摘に対しては、「全産業平均賃金の高い方から5%目を上限にするから大部分の方には影響ない、労災保険からの給付は休業特別支給金の20%を合わせると給付基礎日額の80%であること、を合わせて考えると、下回るのはごく少数。また、労基法には81条の打切補償規定があるが労災保険では療養開始3年以後も休業補償が引き続く、最低限度額の設定で底上げされる方もある。制度全体では改善になるから、労基法の精神に反することはない。最高と最低はセットにしてバランスをとらないと理解が得られず、若干の切り下げはやむを得ない。労災年金に最高限度額制を導入したときにも同様の問題が出されたが、最高裁判決でも認められている」と答弁。

労基法81条の趣旨から療養開始3年経過後までは適用するなという議論には、「1年6カ月時点で傷病年金に移行した者には、すでに最高限度額制が適用されており、それより症状の軽い（休業補償を受けている）者より低くなって不均衡が生じている。3年経過後からにすると、1年6カ月間の不均衡期間が残ってしまう」。

最高限度額制により労基法を下回った場合は、労基法に基づき事業主に不足分を請求することができるといふ質問に対しても、「労基法84条の労基法に相当する補償が行われている場合は、個別使用者責任は免れるという規定に該当すると考えている」との答弁であった。

その他の関係では、①労災就学援助金の増額（平成2年度から、月額で、小学生8000円、中学生9000円、高校生11000円、大学生23000円へと約10%アップ、通達で実施）、②単身赴任者の土帰月来行為、新規赴任時の労災適用（公務員の場合を参考に、今年度中に通達で改善措置をとる）、③遺族補償年金の受給資格認定要件（生計維持要件の認定について、国家公務員等の制度を参考に、10月頃を目途に省令等を整備—これは内容に注意する必要がある）等について明らかにしている。 ■

振動障害(白ろう病)最高裁判決 の不正について

全林野中央弁護団

企業者が、働く者の職業病発生防止のためどう「安全配慮」すべきかは、雇われて働くすべての者に共通の重要事である。

この点を問うる4月20日の白ろう病最高裁判決(第二小法廷)は、働く者の生命、健康を救済しようとする姿勢が全くみられない。

この事件は、伐木・造林のため、チェンソー(電動鋸)などを長年使用して職業病の振動障害(白ろう病)になった元営林署職員が、その使用につき企業者である林野庁に安全配慮義務違反があるとして国に損害賠償を提訴したものである。

一審高知地裁は、従来の裁判例に即し林野庁の安全配慮義務違反を認め国に損害賠償を命じた。これに対し二審高松高裁判決は、働く者の生命、健康よりも機械文明の発達を優先する従来の裁判例にはみられない特別の見解を導入して一審判決を覆し逆転敗訴とし、その上告審の成り行きが注目されていた。

最高裁判決は、結局、二審高裁判決と同質のものであり、「科学技術の著しい発達に伴う」「種々の」「機械器具」は「社会、経済の進歩発展のため必要性、有益性が認められるか、あるいは危険の可能性を内包するかもしれない機械器具については」「その使用を禁止するのではなく、その使用を前提として」「その使用から生ずる危険、損害の発生」を「防止するための相当の手段方法を構ず」べきだが、「社会通念に照らし相当と評価される措置を講じ」れば、「損害の発生をみ」ても企業主に法的責任はないとの考え方を示したうえ、本件事案につき、林野庁の振動障害発症の予見可能始期を「昭和40年」とし、これを前提として、その後林野庁の行った振動障害

発症回避のための施策「以上の措置を求めることは難きを強いるもの」で、「回避のための努力を尽した」といいなし、チェンソー使用時間の制限を「昭和44年まで」行わなかったことについても「やむをえなかったもの」で、林野庁に安全配慮義務違反はないという。

しかし、判決関与裁判官のうち奥野久之裁判官は予見可能始期は「昭和40年」ではなく「昭和35,6年ころには」十分予見可能であったとし、したがって、そのころ「障害の発生を予防、軽減するための具体的方策について」「直ちに立案検討に着手すべきであった」「遅くとも昭和38年ころまでには機械の改良、使用基準の見直しとともに、時間制限を含む使用制限に関する具体的方策」を「策定」「実施」すべきであったのに林野庁は「格別の対策を講」ぜず、林野庁が拒否し続けた使用実働時間の制限が実施された昭和44年以降、振動障害の認定者数が減少したことを述べたうえ「いかに社会的に有用な機械であっても、これを使用する作業員の心身に及ぼす影響を軽視してよいわけはなく」、国は「安全配慮義務に違反し」「損害賠償を負うべき」であり、「原判決は破棄を免れない」との反対(少数)意見を表明している。

国有林事業での「白ろう病」公務災害認定者が昭和40年に9名であったものが、昭和44年には累積約3000名となり、我国の職業病で、これほど短期間に高率発生の事例は他にない。

この4年間に著しい公災認定者の出現、増大にも拘らず、それでも判決関与裁判官 5名のうち4名の多数意見は、その間行った林野庁の施策のみをもって「回避のための努力を尽した」というのである。 ■

アスベスト規制法をつくろう

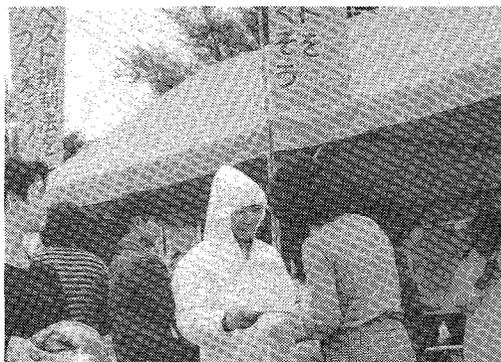
石綿対策全国連絡会議事務局長 伊藤彰信

「発ガン物質—アスベストを禁止する法律をつくろう」と署名運動がはじまった。石綿対策全国連絡会議の呼びかけで、4月18日「アスベスト規制法制定をめざす会」の結成総会が東京で開かれた。会場の中央労政会館には労働組合や市民団体の代表約80名が参加した。

総会は、竹内直一氏（日本消費者連盟代表委員）の開会のあいさつに続き、広瀬弘忠氏（東京女子大学教授）が準備会を代表して「アスベストに対する市民の関心はまだ低い。アスベストという未知なる危険・見えざる危険を見える形で提示し、規制法制定をめざして大きな運動をつくろう」と訴えた。来賓のあいさつを日本社会党の五島正規衆議院議員、公明党の斉藤節衆議院議員、日本共産党の沓脱タケ子参議院議員から受けた。国会議員は出席できなかったが、社会民主連合と連合参議院からは、アスベスト規制に賛成する意向が伝えられた。

総会は、別記の請願項目を確認するとともに、百万人を目標に、9月末日を第一次集約として「アスベスト規制法(仮称)制定を求める国会署名」を展開することを確認した。会の代表には、竹内直一氏、広瀬弘忠氏、青山英康氏（岡山大学医学部教授）、佐野辰雄氏（元労働科学研究所副所長）、田尻宗昭氏（神奈川大学教授）、天明佳臣氏（労住医連）の6名を選出した。

総会終了後、有楽町の数寄屋橋交差点で、アスベスト作業用保護服を着て、道行く人に署名を訴え、署名活動のスタートを切った。また、4月22日のアースデーでも、アスベスト製品などを展示して署名を訴えたが、反応はきわめて良かった。日本消費者連盟の「消費者レポート」に署名用紙を刷り込んだこともあって、全国から署



アースデーで署名活動名が集まりつつある。労働組合も組織決定をして取り組む段階に入ってきた。まずまずの滑り出しである。

法案は現在作成中であるが、会としての案をまとめしだい、野党間の調整を行い、秋の臨時国会には、参議院に議員立法として提出していきたい。学校等の吹き付けアスベストだけがアスベスト問題であるという風潮を超えて、総合対策を確立させ、国民の側から法律をつくる運動に絶大なご協力をお願いする次第である。

【請願項目】

- 1 アスベスト製品の製造等を、1994年までに原則禁止、2000年までに完全禁止とすること。
- 2 関係省庁によるアスベスト対策推進本部(仮称)を設置し、労働者、市民の意見を聞きながら、アスベストの総合対策を実施すること。
- 3 アスベストに関する情報を公開し、普及すること。
- 4 上記のことを推進するため、アスベスト規制法(仮称)を制定すること。

アスベスト規制法制定をめざす会
千代田区六番町 1自治労安全対策室内

(03)239-9470 ■

香港労災職業病労働者グループの来日と 第2回アジア地域労働安全衛生交流集会

昨年8月末に、香港工人健康中心(Hong Kong Worker's Health Center, HKWHC)に拠って活動しているグループから、90年7月頃に訪日して、労働安全衛生、労災職業病の活動について経験を交流したいという申し出がありました。この提案は、港町診療所の天明宛てになされましたが、“あなた方の組織との交流”とHKWHC側が言っていることからわかるように、当然ながら個人へのものではありません。

労働者住民医療機関連絡会議では、90年1月20日の幹事会において、労住医連としての受入れを決定しました。財政的な点は、可能なかぎり受入れ地でまかなうことを原則としています。先方の言う滞日期間は2週間、訪問先はすでに部分的な交流を進めてきている横浜と大阪を希望しています。ご協力をお願いする次第です。

また、同じく香港から第2回アジア地域労働安全衛生交流集会(1990年10月8日～17日)の呼びかけも届いていますので、御紹介します。

労働者住民医療機関連絡会議議長 天明佳臣

【交流の背景】

香港の労働運動は、97年の中国復帰が決定して以降、とくに複雑化しつつあり、微妙な岐路に立っていると言われている。一方、そうした中でも、労働災害は日々発生しており、職業病はほとんど顕在化していない。

1948年以降、香港の労働組合は、二つに分裂した。中国本土系のThe Federation of Trade Unions (FTU)と台湾系のThe Trades Union Council (TUC)である。FTUの50～60年代にかけてのスローガンは“反米・反帝”、70年代は“反ソ”、80年代に入ると“中国の四つの近代化支持”、労働運動においても“対決よりも協調”路線をとり、87年以降は、ほぼ完全にSemi-government power blocとなっている。TUCは伝統的に保守、小数派であるが、88年に台湾でようやくストライキ権が認められてから、若干、TUCにもその影響がみられている。

こうした状況の中でFTUとTUCの運動へ

の不満は、戦闘的な労働者の中では高まっており、新たに第三勢力が台頭してきている。公式にはキリスト教労働者団体を上部団体としているが、実質的にIndependent (自主独立)派といえる。FTUとTUCがともに組合員を減らしている中で、Independent Groupだけは着々と組織人員を増やしている。彼らは、フィリピンからの女子の出稼労働者(合法的に滞在してホーム・メイドをしている)の組織化に成功している。

香港工会教育中心(HKTUEC)は、まさにその第三勢力Independent Groupの中核となっている組織である。FTUの中にも「自主独立派Independent Unions Movement, IUM」に共感を覚えている労働者は少なくないようである。今度来日を希望している医師、看護婦もそうである。

私たちが彼らから学ぶべきものは多そうだが、まず労働者教育では、ほとんど考えられるあら

ゆる手段を使って実行している。集会の開催を知らせるピラひとつとっても、非常に気配りがされていることがわかる。事実、教育・啓蒙用テキストもすばらしいものを作っている。地域ごとに活動サテライトを作っていく方式も興味深いものがある。

それからもう一つ重要なのは、香港の地理的、歴史的事情ともおそらくかかわって、国際的な労働運動、とくにアジアのそれと連帯していこうとする努力を、彼らが常にしてきた点である。韓国、台湾、マレーシア、タイ、フィリピン、インドネシアとは、すでに交流のパイプを築きあげている。一昨年5月、香港において開かれた第1回アジア地域労働安全衛生交流集会には、地元香港の外、韓国、タイ、フィリピン、日本（関西労働者安全センターと神奈川労災職業病センター、それに私）から出席し、5日間にわたって討論する機会があった。この会議を組織したのもHKTUECであった。今度の日本での交流の成果は、他のアジアの国々にも伝わっていくだろう。

その意味でも、私たちは、単なる形式的な交流に終わらせたくない。それぞれが、そのあとの活動に生かせるような収穫があったと思うようなものにしたいのである。歓迎会などは最小限にして、実質的な話し合いの時間に当てたいと考える。

香港の労災職業病運動にはすばらしいものがあるが、しかし、職業病の分野ではほとんど進んでいない。むしろ、香港政庁は、職業病についても美しいリーフレットをたくさん作っているが、政府の公式統計上に現れるのは、じん肺と潜函病だけと言っても過言ではない（しかも、じん肺の中でも石綿肺はゼロに近い）。もっとも、アジアの多くの国々には、労災統計はあっても職業病統計はない（香港以外では、シンガポール、韓国が発表しているが、内容的には信頼性は乏しいと言われている）。香港はまだよい方なのである。

ともかく、この面では私たちの経験は彼らの

今後の運動展開に役立つはずである。 ■

香港からの来日計画

〔来日メンバー〕

- ①HKWHCに勤務する医師と看護婦各1名
- ②香港工会教育中心（Hong Kong Trade Union Education Center, HKTUEC）系の労災職業病のオルグ2名
- ③HKTUEC系の労災被災者権利擁護団体からの2名

〔来日の目的〕

- ①労働安全衛生にかかわる問題についての情報交換
- ②労働安全衛生（労災職業病）活動を推進するための技術と戦術についての交流
- ③労災職業病運動における共同行動、専門知識の収集、東アジアにおけるオルグや労働者のための労災職業病運動についての研修の必要性の検討

〔訪問先〕

横浜（含む東京）と大阪

〔期 日〕

1990年7月の2週間

〔具体的な進め方〕

来日する6人をまとめて連れ歩いても、あまり有効とは思えない。医師+看護婦グループは、医療機関にはりついて職業病の学習をしてもらったらよいのではないかと考える。先方も、原則的にそうした方針に賛成している。ターゲットとする疾病としては、じん肺（とりわけ石綿肺）、有機溶剤中毒、頸肩腕障害（VD Tがらみで）を考えている。

- ①じん肺の写真を数多く見てもらう
 - ②有機溶剤中毒の症状と検査
有機溶剤中毒の予防
 - ③VD T作業負担の特徴、予防対策
 - ④何か共同調査・研究ができないか
-

第2回アジア 労働安全衛生交流集会

香港/1990年10月8日～17日

主催：アジア監視情報センター (AMRC)
香港キリスト教産業委員会(CIC)
労災被災者人権擁護委員会(ARIAV)
香港労働者保健センター
(香港工人健康中心 WHC)

開催地：香港、ポキュラムの身体障害者-健全者交流協会(PHAB)のキャンプ

【はじめに】

第2回アジア地域安全衛生交流集会を1990年10月に香港で行う。この集会には、労働現場で労働者や労働組合と共に労働安全衛生の計画に積極的に関わっている組織-日常的に、労働衛生活動を自ら引き受け、労働者の直面する問題を解決したり、組合教宣活動やその支援をしたり、労働条件の改善に取り組んでいる組織-に参加してもらいたい。香港工人健康中心は、そのような典型的な団体である。

【目的】

関係国で重要性の高い、労働安全衛生の二～四つのテーマを設定し、それらの問題の背景、問題を処理するための対策、改善方法を検討してはどうかと考えている。例えば香港では、建設現場での災害と職業性の呼吸器疾患が討論してほしい重要なものである。

集会のもち方としては、各テーマを検討する作業グループに分かれ、各グループごとに検討を行い、具体的な活動計画を作成してもらう。それを編集して各地の労働安全衛生グループの手に渡るようにしたい。そうすることによって、アジア地域の労働安全衛生活動に具体的・実践

的な成果を示すのである。



また、私たちは集会によって、アジアの安全衛生組織の間で定期的な情報交換が促進されることを望んでいる。

1988年5月の第1回アジア地域安全衛生交流集会では(今回と同じグループにより香港で開催、写真)参加国の報告とその通訳のために余りに多くの時間が費やされ過ぎた。1990年の集会では国の報告は手短かにし、あらかじめ配布できるように資料を準備しておくことを提案したい。特に重点をおくことは、それぞれの国で特有の安全衛生の重要な問題や、それにどう取り組んでいるかの説明である。

【プログラム】

■1日目 紹介、説明、準備

参加者と主催者の紹介をし、スケジュールについて検討する。準備した資料や展示物をあれば受け付ける。現地見学会の紹介も行う。

■2-3日目 現地見学と参加国の活動報告

参加者は香港における労働衛生の問題とその解決策をみるために、現地の視察をする。批判やコメントをお願いしたい。三つの視察場所を予定している。

- 工場/作業現場の訪問
- 労働災害被災者との交流
- 香港工人健康中心の訪問

■4-9日目 ワークショップ

集会のメインはワークショップであり、三つか四つのテーマに分かれる。とりあえず考えられるテーマは、①建設、②エレクトロニクス、③

石油化学、④女性労働者などであるが、場合によっては二つだけになるかもしれない。

主催者は専門的で技術的な面での助言者を、すでに包括的な安全衛生の法規や効果的な産業衛生計画を持っている国々リードコム労働者保健センターやオーストラリアや日本やヨーロッパから探す予定。私たちが上記の「第一世界」の参加者をお願いしたいのは、この集会を補助するために、幾らか費用を供出して欲しいということである。助言者の参加に加えて、主催者は香港工人健康中心やアジア監視情報センターにある安全衛生のための用具も使用する。

実践的な集会にするために、全ての参加者がただ見守っているだけではなく、積極的に参加してほしい。参加者には、プログラムに関連する題材を準備してきてもらい、本集会の中心となる割り当てられた仕事に加わって欲しい。

[ワークショップの内容]

■概論と分析(1日)

参加者は、自分たちの必要と関心に応じて、題材の数だけのグループに分かれる。参加者は取り扱う一つの割り当ての仕事を持つ。各グループは次のような視点からテーマを分析する。参加した組織が、その問題を処理するための現実的で効果的な方策を、計画することができるような方法を探す、という視点である。皮切りの議論は、その問題の、またそれを構成する主要因の、そして労働者、使用者、政府、地方自治体、関連する安全衛生のグループの役割の、歴史的分析ということになる。

■3日間にわたる戦術討論

各グループが、自分達の選んだ安全衛生問題を討論する。情報のリストを作って、必要な情報を手に入れる。主催者側では、助言者の助けを借りたり、CIC、WHC、AMRC、その他の役に立つ情報源からCD-ROMや、電子郵便(安全衛生データベース)、FAXを使って供給する。他の地域での状況を確認するのに役に立つような視覚教材も研究することもできる。集会のはじめに、いろいろな形の情報を、どこ

でいかに手に入れるかを説明する。

この3日間で各グループは、自分達の学んだ安全衛生問題の現状と戦術についての報告を用意しなければならない。戦術の内容は、問題に関連する国や地域やグループにとって適当であると判断すれば、どんなものでもよい。労働者教育のための出版物や教育用ビデオ、労働者の調査表、独自の安全基準をつくるキャンペーン、法を変えるキャンペーン、測定や試験の調査表、情報のまとめ、わかりやすい情報源のリストのまとめなどの形になるかもしれない。

要は現実的に役に立つこと、すなわち、計画を実行するグループが目標達成が可能であること、安全衛生の改善に直接的な意味を持つ計画であること、具体的な問題についての具体的な地域を対象にしたものであること、であり、計画が実行された場合、他の地域の安全衛生活動にも参考になり得るものであることが望ましい。

■総括と要約(1日)

3日間の討論と活動計画の提起に次いで、各グループは、その作業を総括し、討論の要約と今後の活動計画の概要を文書にして提出する。

■全体総括

最終日の午前中、全体で集会の総括を行う。交流集会の成果と欠陥、次回のこのような集会を計画する際に役立つ指針を明らかにしたい。主催者は、今回のプログラムでよかったかどうか、簡単なアンケートをする予定である。

■記者会見

最終日午後、主催者が記者会見を行ない、集会内容を発表し、安全衛生の問題を話題にのせる。主催者は声明を用意し、それを出す前に、集会参加者の承認を得る。

[追加] 会議報告書について

集会で作られた安全衛生活動計画については、挿絵を入れたり、装丁もして、アジア全域の安全衛生の団体や、このワークショップに財政的援助をしてくれたところへ送る。それには、わかりやすい情報源リストと、アジアの労働安全衛生団体の住所録も含む。 ■

法律で異なる認定基準

宮崎●慢性砒素中毒症で労災再審査請求

各種疾病、障害あるいは死亡の業務上外認定の判断基準は、おしなべて「疑わしきは業務外」である。明々白々な特異所見、医証がなければ、いや時には揃っていても政治的に棄却処分を受ける場合もある。

それはそれで重大な問題ではあるが、疑わしいが棄却というならばまだしも、根拠となる法律の違いで、同じ疾病の認定基準が異なるとなると、これは問題が質的に違う。今回当会の会員4名について、再審査請求に及んだのは、この不合理さを明らかにしたいというのも大きな理由の一つである。

「根拠となる法律の違いで、判断基準が異なる」と言っても、何が問題か少しわかりにくい。

唐突だが、「水俣病」で労災保険給付を受けている人も、また六価クロム中毒で公害健康被害補償法(公健法)の適用を受けている人もいないと思う。ところが慢性砒素中毒症の場合、労災と公健法と二つの認定患者が存在する。

労災における慢性砒素中毒症の認定事例は、症例報告に散見できるし、それほど珍しくはない。ただ集団となると、松尾鉱山の元労働者だけかもしれないが。公健法では、これは一例だ

けだ。亜砒酸による環境汚染でこれまで死亡者を含め145名が認定を受け、告発以来18年、未だ最終鉱業権者の住友金属鉱山相手に上告審と控訴審の二つの裁判闘争を余儀なくされている旧土呂久鉱山周辺地区住民(宮崎県高千穂町土呂久地区)である。

労災でも公害でも、同じ疾病だから、根拠となる法律は違っても、認定基準は当然同じでなければならない。ところがどうも実際は違うのである。

労災保険法の場合、厳密に言えば慢性砒素中毒症の「認定基準」は存在しない。過去の医学データに基づき特異障害、症状、疾病が例示列举されている(労基則第35条別表)だけの、いわゆる「例示列举主義」で、「認定基準」ではない。その解釈、運用で基準が作られるのである。そもそも例示症状には優先順位はないはずだ。が、実際は特定の症状を優先し、かつ「必要条件」として扱っている。決して「十分条件ではない」。具体的に言うと、まず「鼻」「皮膚」の特徴的所見が前提である。このいづれかが明確でなければ、続いて例示してある「末梢神経症状」「気管支炎症状」があっても無視されて業務外となる。

ところが公健法の場合、「砒素を疑わせる皮膚症状の既往があつて、多発性神経炎がある」場合は認定、また「砒素を疑わせる皮膚症状の既往があつて、気管支炎症状がある」場合には総合的判断が必要と、かなり具体的に文章化されている。しかも「既往」は、医師の間診による確認を含む場合もある。

だから例えば「皮膚」は老人性所見と区別がつかず、鼻に特異症状なし、皮膚に亜砒負の既往あり、が、現症なし、多発性神経炎あり、続発性気管支炎あり、その他循環器、消化器、呼吸器系他疾患多数という患者の場合、公健法では認定されるが、労災では業務外という判断が下る。これではとても患者は納得できない。

それでなくとも、松尾の一審(確定)、土呂久の一陣一審、同控訴審、同二陣の一審とすでに四つの裁判で双方膨大な資料を駆使し、証人を立てての論戦の結果、「慢性砒素中毒症は、全身に多彩な症状を発現する」と、同様の判決が下されているのである。現行労災法の例示列举の勝手な解釈、運用を認めては、このせつかくの判決が死んでしまう。

このような思いもあつて、松尾被害者の会では、主治医でありかつ土呂久の患者の治療にも当たられている大分協和病院の柳翼賢医師の診断に基づき、随時認定申請を行っている。

はじめは6年前の1984年10月、

8名が慢性砒素中毒症の疑いありと診断され、療養の費用(治療費)を請求、2年後の86年6月、3名は支給決定(つまり慢砒症の業務上認定)されたが、残り5名は不支給処分を受けた。これを不服として処分の取消を求めて審査請求を行ったが、今年3月末1人にこちらの主張どおり「鼻中隔癒痕」(つまり「鼻」の特異症状)が確認され、原処分破棄で認定、残り4名が請求を棄却された。また、その後と同症で療養費用の請求を行った2名も不支給処分を受け、現在審査請求にかかっている。これら6名の症状はいずれも例としてあげたケースとほぼ共通している。「皮膚」「鼻」は明確でないが、「皮膚の既往」はあって、「神経」「気管支」両症状を有する患者である。

上記の10人の申請では、監督署が頼りにした専門医が、土呂久の検診に長く携わっていた医師で公健法に詳しくなかったため、会としては公健法の基準である「皮膚」に既往(証明不可なので自主申告)と「呼吸器疾患」、「多発性神経炎」の症状を根拠に認定を主張したが、「皮膚の既往は診断書が必要」「呼吸器はじん肺症による」と退けられ、4名については審査請求でもやはり無視された。現在係争中の2名も同じ結論が予想される。

審査請求は身内が身内の処分を審査するシステムだから、結論は期待すべくもない。しかし取得不能な「既往診断書」を要求したり、じん肺だからと「呼吸

器疾患」を、また特異症状である多発性神経炎までも排除するのは、法の解釈上も著しく整合性を欠く。何よりも同一疾病なのに、法律で疾病の認定基準が違うというのは納得できない。

所轄の宮崎労基署は、一連の慢性砒素中毒症の認定申請に対し、「医学的に難しい疾病だから」と「地方労災医員協議会」に諮問、その判断に基づいて処分を行った。もちろんメンバーは明らかにしないし、処分理由を質しても、同協議会の結論の受け売りだから答えられなかった。「労基研」中間報告の見事な先取

りである。

法律を根拠に認定相当を主張しても退けられ、理由を問いただしても口ごもる。それならと協議会医員の公開を求めると拒否。なんともいびつな認定制度ではある。患者は踏んだり蹴ったりだ。

こんないい加減さは、何としても改めさせなければならないが、壁は異常に厚い。再審査請求に期待はしないが、訴訟も考えると必要なステップである。ともかくできるだけのことやろうと、皆で話し合っている。(宮崎・旧松尾鉱山被害者の会)

在日韓国人被災者の帰国・再入国問題に思う

北海道●札幌緑愛病院

在日韓国人Nさん(72歳)は、1924年(大正13年)、6歳の時に親に連れられて来日、以来本州各地で辛酸をなめながら職業を転々と変え、北海道に移り住んではからは杣夫(伐木労働者)として生計を立ててきた。

1978年、長年のチェンソー作業が原因で、振動病を発症し、労災認定を受けて休業加療に努めてきた。

ところが昨年、長年連れ添った奥さんに先立たれ、本人が高齢で病弱だったことからすっかり気弱になり、望郷の念忘れ難いこともあって、本国の釜山市に住む姪を頼って帰国すること

になった。

緑愛病院の医師・スタッフや全山労の仲間たちは、本人が韓国語も話せないことから心配してひきとめたが、本人の決意は固く、とうとう今年5月に日本を離れることになった。

それからが一騒動で、本人の家財の処分や帰国の手続と並行して、韓国に戻ってから労災補償の継続給付の方法について、北海道労基局との折衝がはじまった。道労基局もはじめての経験とのことで、本省に照会し、ああでもないこうでもないといろいろのやり取りがあったが、結局は海外にいても従来どおり

の補償は受けられることになった。

簡単に言えば、治療費は本人がウォンで支払って7号様式で所轄労基署に請求し、日本政府が為替レートで換算して、韓国円の外国為替公認銀行に設けた本人の口座に振り込む、休業補償は8号様式の請求によってこれまでどおりの給付基礎日額を換算して同様に振り込む、ということになる。しかし問題は、いずれも日本語で書かれた請求用紙に韓国の医師が診療内容などを細かく書き込んだうえ、証明のサインをしてもらわなければならないこと。

このため在日韓国居留民団北海道支部を訪ね、請求用紙や医

師からの療養経過、治療方法を記した依頼状などをハングル文字に翻訳してもらうなど、不慣れなことにとまどいながら準備を進めた。しかし一番難航したのは、本人はふだんNという日本名(通名)を名乗っていたため、韓国に戻ってHという本名を名乗った場合の同一人との確認方法だった。

労災の書類上も国民健康保険証もN名でしかないため困ったが、住んでいるA町の役場に頼み込んで「通称名」を記載した「外国人登録証明書」を発行してもらって解決することができ、帰国準備がようやく整った。

一次号に続く
(北海道医療生協職業病相談室)

持ち上がり、具体的に土地や資金の目途がたったのはつい昨年のこと。計画を進めるうえで中心となって動いたのは、安全センターの基盤である旧県総評、各種労働団体、生協、医療従事者、その他多くの個人協力者だった。いろいろな立場から、自分たちの健康を守り、それを奪おうとするものに対して闘っていかうとする前向きの思いが実って診療所完成の運びとなったものである。

クリニックの建物は、一階が診療所で、二階はまもなく稼働する環境医学研究センター、及び貸出しもできる会議室、100人収容のホールからなっていて、多目的型の余裕のある構造だ。見学に訪れる人は皆一様に驚いて帰っていく。今のところ、一階も二階も十分に使いこなせていないが、そのうちに使用率120%になるようにがんばりたい。

スタッフは、常勤・非常勤合わせて医師4名、看護婦5名、鍼灸師1名、事務4名で、毎日7~12名でローテーションを組んでいる。振興の団地内に立っているせいか、子供の患者が多く、続いて理学療法を目標にした年配の患者が通ってくる。とは言え、数としてはまだまだで、スタッフの手が余ってしまうこともあるが、徐々に増えてきていることは事実なので、もっと積極的に宣伝と誠意ある診療を行ってきたい。また、団地の自治会も応援してくれていて、会議室の利用申込等も少しずつ

秋津レークタウンクリニック 4月開院

熊本●環境医学研究センターも併設

この春4月に熊本県労働安全衛生センターの二本目の柱が完成した。「秋津レークタウンクリニック」の開院である。安全センターの活動がはじまって4年目の春、「やっと」という思いがクリニック建設に係わってきた人々に共通してある。今後の活動への大いなる期待と不安も交錯する。

当初、安全センターの活動分野は労災相談や環境問題に重点が置かれ、既に健康を侵されている人への医療面のフォローが十分できない状態だった。だか



所長に就任した木村先生ら、予防と治療の両側面からの相談の窓口になれる医療機関を作りたいというのは念願の夢だったのだ。

診療所建設の計画は3年前に

あるので、地域にどれくらい貢献できるかが重要なキーポイントとなるだろう。合わせて本来の目的である労災職業病の検診等もどんどんやっていきたい。他地域の安全センターにも共通することだろうが、様々な顔の

人たちが集まって本当に活動が生きてくる。このクリニックは図体のしっかりした赤ん坊だ。あとは中味を成長させて信頼される大人にならなければならぬだろう。
(熊本県労働安全衛生センター)

岩機などによる振動暴露が重なったものが多い。山間部にかかわらず、職業病だけは都市並である。

これらの相談者については、直ちに新田診療所や四国勤労病院で9名について精密検査が行われたが、6名が振動病で労災申請を行い、すでに4名が認定となっている。なお、精密検査の受診がまだの者もあり、継続した取り組みが必要である。

この相談会は山間部の職業病の実態を引き出すものとなったが、遂道工事などの建設現場で働く者が多く、今後この取り組みを継続し本年も相談会を開く予定である。

〔池田町相談会取り組み団体〕

徳島県評、愛媛労災職業病対策会議、高知県労働安全衛生センター、四国山林労働組合協議会、愛媛地評西条地区協議会、愛媛地評宇摩地区協議会、四国勤労病院、新田診療所

〔相談の概要〕

・相談者数 22名

(男21名、女1名)

・病名別相談者数(複数病名有)

振動病	14名
じん肺	8名
腰痛	3名
有機リン中毒	1名

・産業別相談者数

建設・土木	16名
建設(石材、石工等)	3名
林業	2名
その他	1名

(愛媛労災職業病対策会議)



相談会から振動病認定進む

徳島県池田町●徳島、高知、愛媛三県の共同で

昨年、徳島県池田町で職業病相談会を実施したが、振動病など治療を必要としている人が多数見つかったことにより、救済に取り組み、次々と認定を勝ち取ってきている。

四国の奥深い山間部での出稼労働者の健康問題として注目を集めている。

相談会の実施は、徳島、高知、愛媛の三県のセンターや県評、地区労、全林野、全山労、医療機関の共同した取り組みによって行われたもので、取り組み自身が画期的なものであった。相談会は、甲子園大会で有名になった池田高校のある池田町で行

われ、近隣の町村を対象に商業新聞などの折込チラシなどでの呼びかけや、全山労などの個別オルグによって行われた。その結果、22名の相談者があり、十分な手ごたえがあった。

相談者のほとんど全員が未組織労働者、または退職者であったが、その内16名が精密検査や医療を必要とする者であるなど、予想どおりこの地域の職業病の多発が明らかとなった。中でも振動病が14名、じん肺が8名と多いのが目だっている。林業でのチェンソー使用による振動暴露に加え、林業の荒廃に伴う建設現場への転業と、そこでの削

じん肺診査医のあり方に注文

神奈川●横須賀中央診療所などで労基局へ申し入れ

この数年、じん肺管理区分の決定に関して、明らかにPR1があるケースが、PRO、管理1とされるなど、合併症で治療中の場合も含めて、問題のあるケースが増えている。以前にも、同様の点で申し入れを行ったことがあるが改善がみられないため、この5月16日、神奈川労働基準局と横須賀地区じん肺被災者の会、神奈川労災職業病センター、横須賀中央診療所が合同で交渉の場を持った。交渉に当たり申し入れたのは次の三点。

①神奈川県のじん肺診査の適切さについて、考えを明らかにしてほしい。

②合併症で申請のケースについては、再度主治医の意見を聞く場を設けるとともに、管理1とした理由を明らかにしてほしい。

③じん肺診査医と話し合いの場を設けてほしい。

これらについては、交渉の冒頭で回答があった。①については、じん肺読影の研修を受けた専門家である診査医3人の合議による決定であり、適切と考える。②については、書面での主治医の意見は十分参考にしており、不服なら不服審査が法的にできるはずである。③については、応じられない。というもの。

その後のやり取りの中で明らかにされた、じん肺診査の現状は以下のようなものである。

「月1~2回の診査で、年間約1500枚の胸部レントゲン写真を読影、毎回100枚を超し、最も多いときには200枚を超すときもある。夜8時になることもある。合併症他を考えて、注意深く読影している。主治医の意見には必ず目を通してはいる。

読影は、主読影者の隣に2人の副読影者がついて、両者の意見が異なるときは、その場で合議して決定する。

診査医任命の基準は、大学や国立病院もしくはそれに準じる公的機関の者、けい肺労災病院での研修を受けた者としている。

主治医への研修としては、医師会の産業医部会と協力して、年数回の研修を行っている。」

この内容だけでも、じん肺診査のあり方に多くの問題があることがわかる。まず一般的にみて、注意深く読影し主治医の意見に目を通してはいる、終了しないであろう件数を読影している場合が多いということである。適切な判断を下す物理的な余裕はあるのだろうか。主治医との不一致率が多いことが原因なら、両者が何らかの共通の医学的な検討の場を持つことが、その解

決策であろうし、そうでないのなら、じん肺診査医の体制を強化する必要があるだろう。

胸部レントゲン写真の読影は、読影者が相互に影響されないように、基本的に独立して読影した後、相違があれば合議する、またその読影者間の一致率に検討を加えていく、という必要があるのではないだろうか。

じん肺診査医の任命者として、労基局は、任命とその後の診査について重大な責任を持つ。また、じん肺診査医は、じん肺に関して深い経験と学識が要求される。じん肺診査医は、胸部レントゲンという方法のもつ一定の限界を病理所見との対比において知っていたり、呼吸機能との関連を十分に知ったものでなければならぬことはいうまでもない。忘れがちなことであるが、現時点でのじん肺は過去の粉じん曝露に起因している疾患である、という基本を考えると、じん肺診査医に、様々な産業における過去の粉じん曝露の実態は、研修に際して適切になされているのだろうか。

主治医は、多くの場合、粉じん曝露の近くにおり、患者さんから多くのことを聞き学んでいる。主治医との交流の場はじん肺診査をより豊かにするはずである。また、専門家との交流は主治医の研修の場でもある。

今後の労基局としての検討が、じん肺診査を充実させるものであることを期待したい。

(横須賀中央診療所 名取雄司)

組織強化へ検討委員会

大分●大分県勤労者安全衛生センター第9回総会

1977年職対協（大分県労災職業病安全衛生対策協議会）を結成してから14年目、安全衛生センターに衣替えて9回目の定期総会を5月19日、全県下から労働組合代表、被災者合わせて298名の出席を得て開催した。

総会は「闘いなくして安全なし、安全なくして労働なし」のスローガンのもと、一年間の闘いの総括と、これからめざす運動では自らの運動強化をはかり、新たに発足した全国安全センターの一員として運動の発展に努めることを確認した。

一年間の総括の主なものは、公務災害を含め労働組合に対し、労働安全衛生の取り組みが今一步であり、被災者の業務上認定数も災害性を除きじん肺の9件のみに止まった。また、大分の安全センター有史以来中心的に取り組んできた振動病の問題では、過去の基準局・監督署との交渉の積み上げにもかかわらずセンター会員以外とはいえついに大分でも一方的な打ち切りが出された。労災法改悪反対ではローカルながら全国の仲間と呼応して一定の役割を果たした。

さらに、毎年取り組み今年で六回目となった地域健康相談活動は、今回玖珠郡地区労の全面協力を得て、当該自治体の後援

を取り付け全住民に広報し、9月9日(土)、10日(日)の2日間で84名の相談者があった。内、精密検査対象者が32名おり、検査の結果その中から早速認定の取り組みを進めている。

今後の運動では、振動病の打ち切り問題をはじめ、ますます

反動化する労働行政に対して、運動を強化するために「安全衛生センター機構改革検討委員会」を、県評センター役員、医療生協役員と合同で設置することが確認された。

いずれにしても大分の安全センターにとっても来年は一つの節目を迎える。その前年である1990年度、周回の状況を見ますますます厳しさが予想されるが、全国安全センターの仲間とともにさらに運動を進めたい。

(大分勤労者安全衛生センター)

職場で生かせる針灸めざして

大阪●針灸学習会に参加者殺到

大阪では、「針灸学習会」というユニークな学習会が10数年来続けられている。開始当初は、「針ブーム」と「裸足の医者」イメージが重なって多くの参加者を集めていたが、ブームが去り、正直言って下火になってきつつあった。しかし今年になって、従来受講者の多かった全港湾に代わって、保母、学校給食の調理員、ホームヘルパーといった自治体の女性労働者が多く参加している。今期は30名中女性が半分以上である。

みんな熱心に針灸師の説明に聴き入り、実際に針灸を打ち合っていて、針の「ひびき」を確かめあっている。参加者はだいたい皆みんな、体のどこかにトラブルを持った人であり、週一回、18

回というハードな内容であるにもかかわらず、休む人も少ない。好成绩である。

針灸学習会は、受動的に講師の話聞くというのではなく、実際に自分で針灸を打ってみるところに特徴がある。参加者の中には、職場の期待を一身に担ってきているという人、学んだ針灸を早速職場の同僚に打ってあげて好評を得ている人もいる。また、お灸用のもぐさを作るために、休憩時間職場の仲間とよもぎ摘みに行ったといった話も聞いている。ここにきて針灸学習会も息を吹き返したという感じだ。今後も安全センター独自の活動として、この学習会を継続していきたい。

(関西労働者安全センター)

【データ】 労災新規受給者は毎年80万人

労災保険の適用・徴収・給付状況の推移

年 度	適用事業場数	適用労働者数	保険料収納済額	保険給付支払額	新規受給者
昭和23年	224,721場	6,596,092人	3,165百万円	2,458百万円	447千人
25	316,260	7,195,752	8,995	8,297	629
30	559,171	10,244,310	18,411	16,187	554
35	807,822	16,186,190	36,168	27,172	874
40	856,475	20,141,121	64,948	58,372	1,341
45	1,202,447	26,530,326	152,036	122,019	1,650
50	1,535,276	29,075,154	473,127	287,640	1,099
55	1,839,673	31,839,595	823,021	567,288	1,099
59	2,035,693	35,196,556	966,661	681,955	921
60	2,067,091	36,215,432	1,018,094	705,936	901
61	2,110,305	36,696,975	1,057,557	724,260	859
62	2,176,827	38,799,735	1,103,933	725,922	847
63	2,270,587	39,724,637	1,198,256	733,380	832

資料出所：労働省労働基準局「労災保険事業月報」

賛助会員入会の呼びかけ

全国労働安全衛生センター連絡会議は、地域センター会員と賛助会員によって支えられます。賛助会員は、個人、団体を問わず、会費は年額3万円となっています。

これは大変な負担であり、総会等でのご意見も踏まえて、来年の総会では少しでも負担を軽減できるよう、組織整備を行っていきたくと考えていますが、初年度はこのかたちでご協力をお願いします。

全国安全センターの活動の趣旨をご理解いただくことが第一ですが、賛助会員の皆様には、『安全センター情報』（本誌、毎月発行）と『安全センター情報〈資料・速報版〉』（不定期刊）をお届けいたします。

〈資料・情報版〉はすでに準備号を2号出しています。内容は以下のとおり。

〈資料・情報版〉準備1号 12頁

■特集 労災保険財政の使途にメス

一財団法人労災年金福祉協会専務理事のトネル会社による裏金作り関係のマスコミ報道とこの問題を衆議院予算委員会総括質問で取り上げた村山質問の議事録
〈資料・情報版〉準備第2号

■衆議院社労委労災法審議

16頁

一労災保険法一部改正案が審議された5月25日の衆議院社労委での審議内容を、リアルタイムで紹介

賛助会費の納入には、下記の銀行口座、郵便振替口座を御利用ください。名義はどちらも「全国安全センター」です。

●銀行口座

東京労働金庫田町支店（普）7535803

●郵便振替口座

東京都高輪郵便局「東京—545940」

神奈川県労働安全衛生センター(安全センター情報)'90 6・7月号(通巻第144号) 1990年6月15日発行
1979年12月28日第三種郵便物認可(毎月1回15日発行) 社団法人神奈川県労働安全衛生センター 500円

全国労働安全衛生センター連絡会議

■当面の連絡先/神奈川県横浜市鶴見区豊岡町20-9サンゴホ° 豊岡505

社団法人神奈川県労働安全衛生センター TEL(045)573-4289/FAX(045)575-1948

■移転後事務所/東京都港区三田3-1-3 M・Kビル3階 労務医連気付 TEL(03)5232-0182

北海道●北海道医療生活協同組合札幌緑愛病院職業病相談室

札幌市豊平区北野一条1-6-30 TEL(011)883-0121

東京●東京東部労働安全衛生センター 江東区亀戸1-33-7 TEL(03) 683-9765

東京●三多摩労働安全衛生センター 国分寺市南町2-6-7丸山会館2-5 TEL(0423)24-1024

神奈川県●社団法人神奈川県労働安全衛生センター

横浜市鶴見区豊岡町20-9サンゴホ° 豊岡505 TEL(045)573-4289

新潟●財団法人新潟県労働安全衛生センター

新潟市古町通4番地643古町ツインタワーハイ2階 TEL(025)228-2127

京都●労働福祉センター 京都市南区西九条島町3 TEL(075)691-9981

大阪●関西労働者安全センター 大阪市西区新町2-19-20西長堀ビル4階 TEL(06) 538-0148

広島●広島県労働安全衛生センター準備会

広島市南区稻荷町5-4前田ビル TEL(082)264-4110

山口●山口県労働安全衛生センター 吉敷郡小郡町明治東小郡労働会館内 TEL(08397)2-3373

愛媛●愛媛労働安全衛生対策会議 新居浜市新田町1-9-9医療生協気付 TEL(0897)34-0207

高知●財団法人高知県労働安全衛生センター

高知市薊野イワ井田1275-1 TEL(0888)45-3953

熊本●熊本県労働安全衛生センター 熊本市九品寺1-17-9労働会館内 TEL(096)364-6128

大分●社団法人大分県勤労者安全衛生センター

大分市寿町1-3労働福祉会館内 TEL(0975)37-7991

宮崎●旧松尾鉱山被害者の会 日向市財光寺283-211長江団地1-14 TEL(0982)53-9400

自治体●自治体労働安全衛生研究会 千代田区六番町1自治労会館3階 TEL(03) 239-9470