

安全センター情報

全国労働安全衛生センター連絡会議 通巻第148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10月15日発行 '90 11月号



福井での「なくそう過労死」デモ

出稼過労死訴訟大阪高裁でも勝訴	2
建設労働者のアスベスト労災事例	9
改正労災法(第二次分)施行	14
ヨーロッパの安全衛生活動	19
【データ】職業病の発生状況	

出稼ぎ過労死は業務上災害

梨田出稼脳卒中労災訴訟控訴審で再び勝利判決

関西労働者安全センター事務局長

西野方庸

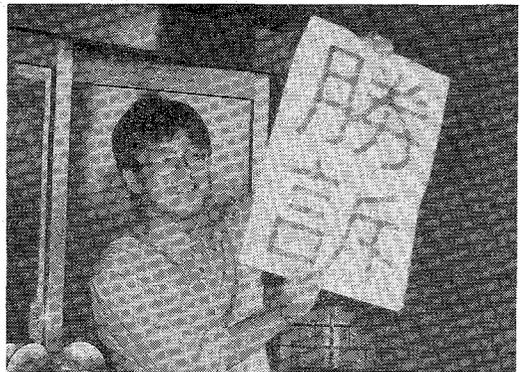
11年目の業務上

「あのときから大阪に停まっていた柴田さんの魂が、今日、判決を受けてやっと奥さんといっしょに秋田へ帰ることができるような気がします。」

11年あまり前、出稼ぎ先の大阪市内で道路工事中に脳卒中を発症し帰らぬ人となった柴田久雄さんの同僚として、当時、仕事と生活をともにした佐々木常造さん(66才)が、9月19日の判決法廷傍聴後の記者会見で感想を求められ、もらった言葉である。自分が大阪への出稼ぎに誘い、故郷の家族のためにと苦労を共にした佐々木さんにとって、なぜ道路工事という重激な仕事の最中に倒れたのが労災にならないのか無念でならなかった。佐々木さんは再度発言を求められたとき、そういう気持ちをこめて、こうもつけ加えた。「やっと肩の重い荷物を下ろしたような気がします。」

出稼ぎ労働の厳しさに理解示した大阪地裁

秋田県由利郡烏海町に住む農民、柴田久雄さんは、1町2反の田と少しの畑を所有していたが、農業だけでは生活が苦しく、農繁期以外にはダンプカーの運転のアルバイトや土木作業に従事するなどしながら生計を立てていた。しかし、積雪の始まる初冬ともなると仕事もなくなり、11月の下旬から翌年4月の上旬頃までの長期間、家族を残して遠方へ出稼ぎにゆくほかなかった。1976年の冬からは、毎年大阪府寝屋川市にある



(株)つ吉建設で出稼ぎ労働に従事することになった。

ところが柴田さんは、つ吉建設で働き出して3年目の1979年2月12日、大阪市内で幹線道路のガス管敷設工事中に脳卒中を発症し、その日に死亡したのである。39才の若さだった。秋田に残された遺族は、大阪天満労働基準監督署に遺族補償給付等の請求を行ったが、同年7月に業務に起因した疾病とは認められないとして不支給決定通知を受けた。その後、大阪労災保険審査官の審査請求、労働保険審査会の再審査請求のいずれの結果も業務外となっている。これを受けて大阪地方裁判所に、天満労基署長を相手取り、処分取り消しを求める行政訴訟を提起したのが1983年のことであった。

大阪地裁の法廷は、30回にのぼる口頭弁論が開かれ、同僚などの証人調べはもとより、秋田県の主知医への出張尋問、死亡当日に従事したコンクリートブレイカー作業の屋外での検証も行われた。その結果、大阪地裁が1988年5月16日に言い渡した判決は、柴田さんの基礎疾病を「中等程度の段階」と認定し、生活環境の変化、寄

宿舍の住環境、昼夜の不規則勤務、休息のない連続勤務、さらに発症直前の4日連続夜勤への従事とブレーカー作業の負担など、出稼ぎ労働の悪環境の影響を幅広く認定し、「これらが久雄の高血圧症を急激に増悪させて本件発症を惹起せしめた」と結論づけ、不支給処分を取り消した。

この判決に対し、天満労働基準監督署は、期限ぎりぎりの5月30日に、控訴の手続きをとった。控訴理由の中心は、「中等程度」の高血圧症という認定を不服とするものである。しかし、3人の医学証人が出廷して争われた控訴審法廷は、終始柴田さん側優位のうちに進行することになる。

労働省側証人も業務起因性否定せず

天満労基署側の控訴審での主張は、地裁でのそれとほとんど変わらず、柴田さんの高血圧症が切迫したものだったということと、出稼ぎ労働の実態をことさら楽なものであるように強調するだけだった。ただ、地裁判決前に労災認定基準が改定されたことから、「アクシデントがない限り」という言葉を消し、「業務の過重負荷による影響」に置き換えたのが目新しいだけのことである。そして、地裁で明らかになった労働保険審査会段階までの数々の事実誤認の認定にはふれることなく、文字通り「針小棒大」の主張にあげられた。

しかし、労基署側が控訴理由の中心としてあげる高血圧症の程度については、新たな医学証人として、上田一雄九州大学医療技術短期大学教授の意見書を提出し、起死回生のヒットをもくろんだ。意見書は、詳細に柴田さんに関する医学的データを検討しながらも、もし柴田さんが出稼ぎ先の大阪から正月に帰省し医師の診察をうけた1977年の12月30日の段階で、入院してその後も薬で血圧を管理する治療を続けていれば脳出血はおこさなかつただろうという、すでに地裁で退けられた意見の再登場に他ならなかった。そして、労災の業務上外認定の判断を

示すべき出稼ぎ労働の健康への負担については、全部で39頁の意見書のうち、なんとわずか1頁ぶん述べただけであった。そして、この1頁分の主張にしても、証人調べの過程で結局崩れてしまうのである。

上田一雄証人は意見書の中で、コンクリートブレーカー作業と脳出血の関係について、「作業後、休息をはさんで30分ないし40分して脳出血を発症した事実は、ブレーカー作業そのものが、脳出血発症の直接的引き金となったという仮説に疑義をはさむ唯一の事実である。」と述べている。この表現について上田証人は、89年6月8日の証人調べで次のように証言している。

〔柴田側村田代理人〕この記載から見ると、先生は、作業後休息があつて、30分ないし40分後に発症したと理解していらっしゃるわけですね。

〔上田証人〕そうですね。

〔村田〕実際は、ブレーカー作業終わってから外の作業をずっと続けておつて発症したわけですけど。休息はしていませんけど。

〔上田〕ブレーカー作業は終わりになつたでしょう。

〔村田〕ブレーカー作業は終わって、他の作業をして、という意味なんです。本当は他の仕事はやつておつたわけで休息はしていませんけどね。

〔上田〕……。

上田証人は、知り得る医学データは慎重に検討したものの、肝心の柴田さんのその日の作業内容をブレーカー作業とトラックの運転ぐらいしか知らず、実際休息したあと発症したと思ひ込んでいたわけである。当然、「唯一の事実」が消えてしまったわけであるから、ブレーカー作業が発症の引き金になったことに「疑義をはさむ」必要もなくなったのである。つまるところ上田証人は、薬物によって血圧を下げる治療の重要性を証言することはあつても、業務との関係についての判断はできないのであつた。

かくして労基署側は打つ手に窮することにな

た。

青山、松崎両証人が出稼ぎの悪影響を証言

89年11月16日の法廷で、証人席に立った青山英康岡山大学教授は、労働衛生学の立場から証言した。青山証人は、つ吉建設が就業時の健診を行わず、柴田さんの健康状態を知ろうともしなかった上、高血圧症を増悪させる作業に就かせた点をあげ、業務起因性を判断する上で無視できない要素であるとした。そして振動器具、夜勤労働などが増悪高血圧の増悪を促進すること等を明らかにした。さらに、「柴田さんは出稼ぎを始めて3年目になっていたのだから、慣れもあったのではないか」という労基署側の反対尋問に対しては、有害業務に慣れはなく、だからこそ特殊健診を半年ごとに継続的にやるように行政指導もしていると答える一幕もあった。

今年3月9日の法廷では、松崎俊久琉球大学教授が、循環器病の予防と治療の専門家として証人席に立ち、証言した。松崎証人は、まず柴田さんの高血圧症が、WHO分類の第2期にあたるとして、地裁判決の認定を支持し、コントロールはそれほど難しくはなかったと推測する。つ吉建設における出稼ぎの労働環境については、高血圧症の労働者がむしる脳卒中にならないほうが不思議とさえ思えるとした。発症直前の状況については、プレーカー作業後が終わってからも、寝ていたのではなく働いていたのだから、交感神経が緊張状態であったということからは解放されたということではないとし、高い血圧が依然として持続しながら、その持続がついに破れて脳出血を起こしたと考えるべきと、発症の経過を明確に解説した。

控訴審法廷の証拠調べは、以上の3人の医学証人調べて終わり、9月19日の判決を迎えることになったのである。

高裁判決—発症早める業務があれば業務上

大阪高裁の判決内容の要旨は、表1の通りであるが、地裁に引き続き、労基署側主張をことごとく退けている。その中で、共働原因で業務上外を認定する際の判断基準は、「基礎疾病を急激に増悪させ死亡時期を早める等の業務遂行の有無」が業務上外の判断基準であるとする新たな判断を付け加えている。また、出稼ぎ労働の負担については、精神的緊張などに加え「ストレス」という表現を加え、地裁判決を補強した認定となった。さらに、脳卒中を発症した時期の状況については、松崎証人の証言を採用し、「このときにも右精神的緊張及び右精神的肉体的悪影響は持続していたものと推認できる。」との認識を示した。

再度の敗訴判決を受けた労働省は、9月28日に細谷昭雄参議院議員（全日本出稼組合連合会会長）が佐藤労働省労働基準局長と会見した際に、上告しないとの方針を明らかにした。そして上告期限である判決14日後の10月3日、大阪高裁判決は確定することになった。これによって、遺族の柴田ノブ子さんには、この11月支給分から、これまで支給されてこなかった11年間の分を含めた遺族補償給付などが支給されることになる。

遺族救済を遅らせた労災医員らの判断

さて、冒頭にも述べたように、柴田さんが死亡してからすでに、11年7カ月の歳月が過ぎ去った。それにしてもなぜこんなに長い時間が必要だったのか。表2は、これまで柴田さんの死亡の業務上外の認定に、労働省の側から携わった医師の判断の要旨を一覧表にしてみたものである。循環器疾患の業務上外認定において、医学的判断が大きな比重をもつことはいうまでもなく、柴田さんの場合も労基署、審査、再審査のそれぞれの段階で医師の意見をもとに決定を下している。しかしその内容は、業務内容の調査が極めてずさんであったことを別の問題としておくとしても、医学的な判断の部分で恣意的としかいいようのない論の進め方をしている。

たとえば、審査の段階で意見を述べている大阪労働基準局の労災医員である白井嘉門医師は、柴田さんの高血圧症を、病院にかつぎ込まれた際に尿蛋白陽性であったことのみをもって「腎性高血圧症が考えられる」とし、以下の文章はそれをもとに推論に推論を重ねていく。動脈硬化症を推測し、「かなりの飲酒家」と断じて腎動脈硬化から脳動脈硬化、あげくのはては入院時の尿糖が陽性であったことをもって糖尿病にまでしてしまっている。ここでは柴田さんの死因が創作されてしまっており、もはや科学的とか医学的とかの修飾とは、およそ正反対のものになってしまっている。

労働保険審査会の採決書も基本的には同様で（労働保険審査会の3人の審査員のうち医師である山本秀夫氏が医学的判断部分を受け持ったものと思われる。）、白井医師の判断を追認している。再審査の段階で、やっと秋田県の主治医のカルテを取り寄せたものの、血圧の変化について、出稼ぎ中のデータがないにも関わらず、平気で「在宅していたときに著しく上昇し」などと判断を下している。そして「その気があればコントロール可能であったはず」と被災者への責任の転化についてはおこたらない。

問題の所在は密室での認定調査

表2にははっきり読み取れるのは、労基署、審査、再審査で係わった3人の医師と、裁判で意見書を提出した2人の医師の意見の違いである。労災審査の段階では勝手な憶測、業務の評価についての独断が平気でまかりとおっているのに対して、裁判での意見書は医学的な資料をもとにしたものになっている。これはいうまでもなく、前者があくまでも密室で一方的に行われているのに対し、後者は法廷という公開の場で争われているからである。

仮に、労災認定事務の迅速化のために、委託した医師に医学的な意見を求めることはやむえないことだという労働省の立場に立ったとして

も、それは医学的な見解であって、無責任な憶測、推測を求めるものではないはずだ。特に、業務との因果関係について、労基署の調査官の作成した復命書をもとに、現場に行くこともせず、まさに軽々に判断を下す。柴田さんの場合も白井医師は、作業内容について復命書の内容を書き写し、負担はたいしたことはなかったと結論する。

労災の審査と裁判所で争う場合の違いは、労働省の労災認定基準の枠にとらわれるか、そうでないかという点があるが、もう一つ上げるとすれば、この「医学的」判断の扱いの問題、より具体的に言えばいわゆる局医の存在という問題に突き当たるのである。少なくとも柴田さんの場合はそうであった。

判決文が示す課題—出稼ぎ労働の環境改善

高裁判決の言渡しがあつた9月19日は、何十年ぶりかの大型台風が大阪を直撃した日であつた午後1時、大阪高等裁判所の1007号法廷の傍聴席には、遺族である故柴田久雄さんの妻ノブ子さん、裁判を支援してきた全日本出稼組合連合会の人々、そして大阪でこの裁判に注目してきたメンバーらが座り、開廷を待った。報道各社のカメラも回っている。やがて開廷され、大久保敏雄裁判長が「本件控訴を棄却する。控訴費用は控訴人の負担とする。」との判決主文を読み上げた。ほんの1~2分程度の法廷が終わると、傍聴席につめかけた人々は誰彼かまわず手を取り合い、喜びを分かち合った。

人手不足の状況の中で、出稼ぎ労働者の労働環境はいくばくかは改善されたかといえ、けっしてそうとばかりはいえない。労働者の高齢化、建設現場での労災事故の多発、労働者の健康管理への雇用者の無自覚、柴田訴訟判決文のいう厳しい労働環境、生活環境は今も改まっていない。出稼ぎ労働者問題に私たちが取り組んでいくとき、この判決文に示された認識を、今も基礎に据えねばならないだろう。 ■

表1 柴田訴訟における労働省側主張と判決文比較

	労働保険審査会裁決書 (昭和57年12月23日)	地裁、高裁での天満労働基準監督署側の主張 (準備書面より)	大阪高等裁判所判決 (平成2年9月19日)
高血圧症等基礎疾病を有する場合の業務起因性について		労働者に当該疾病を発症させる素因もしくは基礎疾病が存在し、それが第一次の原因となつて当該疾病に至つた場合には、業務が疾病の有効な原因となつたとはいえないから、業務上のアクシデントがない限り両者の間に相当因果関係は存在しない。(地裁) 業務が疾病発生に対し、相対的に有効な原因となつたというためには、業務の過重負荷による影響と基礎疾病の自然増悪とを比較した場合、前者の方が後者のよりも相対的に有効な原因と解されるものと経験上明確に認められることが必要というべきである。(高裁)	労働者に本態性高血圧症などの基礎疾病が存在する場合でも、業務の遂行が基礎疾病を急激に増悪させて死亡時期を早める等、業務の遂行が基礎疾病と共働原因となつて死亡の原因たる疾病を招いたと認められる場合には、当該業務と死亡との間には相当因果関係があるものと解するのが相当である。 基礎疾病を急激に増悪させ死亡時期を早める等の業務遂行の有無が、業務遂行と死亡の原因たる疾病との間の相当因果関係存否の判断基準となるべきものであり、基礎疾病の自然増悪を招く程度の業務遂行の場合には含まれないというべき
柴田久雄の高血圧症の程度について	昭和48年6月以降高血圧にもかかわらず血圧コントロールを断続的に行わず、在宅していた時にむしろ著しく昇圧し、出稼ぎそのものが著しい血圧上昇を来したとは認めがたい。	出稼ぎ前の昭和51年当時には、既に久雄の脳細動脈に高血圧症に伴う血管壊死が発生していたことも十分推定される。かなり切迫した状況にあったものと容易に推定される。(地裁) 久雄の脳実質内の細小血管は自然的な経過で容易に破綻する程度にまで脆くなつていたものというべきである。(高裁)	久雄の本件発症前の高血圧症の程度は中程度であつたものといふことができる。なお、久雄は、昭和53年3月から1年弱の間降圧剤の服用をしないといううち、本件発症に至つたものであるが、この間に久雄の高血圧症が進行して脳実質内の小血管が高血圧症により容易に破綻する程度にまで脆くなつていたか否かについては、専門家の間にも積極消極両説あり、右積極説も推測の域を出ないので、結局右血管が容易に破綻する程度にまで脆くなつていたと断ずるには至らない。
出稼ぎ中の生活	被災者の居住した宿舍は会社内にあり、審査官作成の見取図によると、面積は4.5x5.0mで13畳余りに相当し、ここに5人が居住していたこととなり、狭あいてはならない。 被災者は毎晩晩酌を続け、また休日にはやや多量に飲酒したと推認される。	部屋には、石油ストーブと電気こたつ各1台が設置されていた。また、右宿舍の約24m北方に修理場等があるが、そこでは簡単な車両の整備等を行つていた程度で騒音が生じることとはなく、右距離及び部屋の窓はスチールサッシのガラス窓であつたことからして、夜間作業を終えた作業員が昼間安眠できないほどの騒音が室内まで進入したとは考えられない。(地裁) 建設業における寄宿舎生活は、通常みられるものであつて、つぎ建設における寄宿舎が一般の労働環境に比して著しく劣悪であつたとする根拠はなく、したがつて、労働疲労の回復に適當ではなかつたとする理由がない。(高裁)	出稼ぎという生活環境の変化に加え、同郷の者と同室であつたといへば、プレハブ建物の一室で五人が生活することは、夜勤明けの昼間よく眠れないなどの支障があり、精神的緊張及びこれによるストレスが加わり、かつ肉体的疲労を蓄積させるものであつた。また居室に暖房器具がなかつたことは右緊張、ストレス及び疲労の蓄積を助長するものであつた。
発症前日までの勤務常態	勤務日数は発症前には1ヵ月24~25日で月平均6日就労していない。また勤務時間は1日8時間以内で、実作業時間は5時間程度であるから、勤務日数及び時間からみて過酷な勤務条件下にあつたとは認められない。ただ、深夜勤務があり、何回かは休憩時間が少ない勤務もあるが、発症前の2日間は休日で大坂城見物にも出かけているからであるから、その勤務が過酷であつて、被災者が疲労困憊状態であつたとは認めることができない。	2月6日から9日まで4日間連続して夜勤に従事したが、右夜勤作業中は、終業時刻が午前午前0時から3時前後で、始業時刻は翌日の午後6時から7時前後であり、その間宿舍に戻つていたので、夜勤作業が直ちに疲労の蓄積を生じさせるとは考えられない。久雄自身昭和53年度は4日以上連続夜勤を11月に1回12月に2回行つていたのであつて、通常作業時との差としてこの点を強調するのは失当である。さらに本件発症日の前々日は休日であり、前日も約20分だけ就労したにすぎないのであつて、この点を考慮すると、発症当日は通常時と特に異なる過労状態にあつたといへない。(地裁) 連続夜勤時の気温は摂氏3.4度ないし8.4度であつて、風も強くなく、厳冬の夜にしては穏やかな気候であること、右4日連続夜勤の翌日は休日であるうえ、翌々日(死亡前日)は昼間20分くらい働いたに過ぎないのであつて、十分な休養時間が確保されていること、冬期の戸外作業であつても、筋肉労働であれば、筋肉内の熱発生量が増し、熱放散を必要とするようになって末梢血管を拡張させるため、血圧の上昇が持続するものではないこと等の事情に照らせば、右4日連続夜勤が特に強度な身体的負荷を負わせたものといふことはできない。(高裁)	夜勤が連続したり、昼勤に引き続いて夜勤に、または夜勤に引き続いて昼勤に従事することもあつたし、さらには夜勤、昼勤、夜勤、または昼勤、夜勤、昼勤と連続して従事することもあつた。本件発症前1ヵ月をみても、1月22日は昼勤に引き続いて夜勤し、その翌日は夜勤に引き続いて昼勤し、その翌日は昼勤に引き続いて夜勤し、2月1日は夜勤に引き続いて昼勤し、2月6日から4日間は連続して夜勤に従事している。その間休日があるとはいへ、このような不規則な就労、殊に冷え込みの強い冬期の屋外における深夜作業の連続は前記住環境とあひまつて一層の精神的緊張やストレスをもたらし、かつ肉体的疲労を蓄積させるものであり、高血圧症に悪影響を及ぼすものであることは容易に推認することができる。

	労働保険審査会裁決書 (昭和57年12月23日)	地裁、高裁での天満労働基準監督署側の主張 (準備書面より)	大阪高等裁判所判決 (平成2年9月19日)
当日の作業内容及び、その通常業務との差	被災者はそれ程疲労もなく第2～3番手としてプレーカー操作をしておそらく、午後1時10分にはこれも終わったと認められている。そして後片づけやトラックの移動後の午後2時すぎ即ちプレーカー操作終了の約1時間後に発症している。したがってプレーカー操作によって血圧が上昇して発症したとするにはその症状が激しいが故に余りにも時間の距りがあると言わねばならない。	発症当日の作業は従来の作業と比較して量的、質的に特に著しく過激、異常であったと認めるべき事情はない。プレーカー作業時間は50分程度、60分を大きく越えない。一連続作業時間は10～15分。 (地裁) 本件発症当日は代休としての休日であった。交通量はそれほどでもなかったこと、作業時には安全柵を設け、交通整理のためのガードマン2人を配置していたこと、久雄は平素道路上でガス管敷設工事に従事しており、道路上での作業に慣れていることを考慮すれば本件発症当日の作業において緊張を強いられていたとするのは適切でない。 (高裁)	発症当時の久雄の作業内容は、本件現場におけるガス管の敷設工事であり、他の4名とともに、4車線道路を横断して舗装割り、碎石入れ、仮復旧をすることであり、右工事は通常の工事内容であるが、寒冷かつ交通量の多い幹線道路上の工事であるため精神的緊張が要求された。・・・久雄らは右作業に順次従事し、久雄はそのうち合計約110分の長時間をプレーカー作業に従事した。プレーカー作業はそれ自体重筋作業であると同時に、騒音と振動を伴う作業であるので、長時間の従事はその作業員に精神的肉体的悪影響を与えるものである。久雄はその直後の午後2時20分ごろ(このときにも右精神的緊張及び右精神的肉体的悪影響は持続していたものと推認できる。)本件発症に遭遇した。
業務との因果関係	長年にわたる高血圧状態があり、服薬をしてコントロールをしていけばあるいは発症しないであろうが、それもしないでいたことから自然に脳出血を発症した可能性が極めて高い。請求人は出稼ぎや振動が発症に加功したと申し立てているのであるが記述の事実からは出稼ぎそれ自体や振動作業を含む業務が高血圧や脳動脈硬化を促進したとは考え難いと当審査会は判断する。	久雄の死亡は基礎疾病である本態性高血圧症が自然増悪し、たまたま業務遂行中に脳出血を発症したことに生じたものであって、同人の発症前日までの業務内容からは同人の身体に特に負担を与えたような事情は見いだせないから、業務と久雄の死亡との間には相当因果関係がないことは明らか。 (地裁) 久雄の脳実質内に生じた血管壊死は、死亡当時いつ破綻してもおかしくない程度に増悪していたものであり、それがほとんど自然な経過を辿って、たまたま業務遂行中に脳出血が生じたものであるといわなければならない。 (高裁)	久雄の基礎疾病である高血圧症は、中等度のものであり、その自然増悪により脳出血が発症したものと認め難く、むしろかかる状態に至っていなかったものと推認されるが、他方、出稼ぎという生活環境の変化、冬期に暖房もなく夜勤明けの安眠も妨げられる住環境及び昼夜勤務による不規則な生活に、休憩時間の少ない連続勤務等が加わることによって精神的緊張やストレスが持続しかつ肉体的疲労が相当蓄積されて久雄の高血圧症に悪影響を及ぼしていたところ、発症日直前に4日連続して寒気の強い夜勤に従事したうえ、発症当日には車両交通量の多い幹線道路で騒音、振動を伴う重筋作業であるプレーカー作業に比較的長時間従事したため、これらが久雄の本態性高血圧症を急激に増悪させて本件発症を惹起せしめたものというべきであり、久雄の業務が基礎疾病と共働して死亡の原因を招いたものと認めるのが相当である。



高裁勝訴報告集会



原告の柴田ノブ子さん

表2 大阪労働基準局労災医員、裁判で労働省が提出した意見書及び秋田県の主治医の証言の対比

	基礎疾病としての 高血圧症の認定	昭和52年眼底検査、昭和51年 の心電図検査結果について	高血圧症の程度について	発症原因の評価
志水洋二 54.7.2 大阪労働 基準局労 災医員 大阪労災 病院 * 警段階	昭和49年より高血圧 を指摘されており、53 年6月には2次検診を勧 められているが放置し ている。		被災者は以前より高血圧を指摘され、また相当の飲酒家で、入院時尿蛋白、及び尿糖陽性であることなどから、高血圧による脳動脈硬化症がすでに進展しており、脳内出血を起こす危険が高かったものと推定される。	被災当日及び過去1ヵ月間の業務内容の調査で通常業務と異なるものは見出されず、本件は既往疾病の悪化が業務中に生じたものと考えられ、業務外と認定するのが妥当と思われる。
白井嘉門 55.11.28 大阪労働 基準局労 災医員 鳥潟病院 * 審査	柴田氏は短時日の間 に高血圧症になっている のであるが、かくの 如き短時日の高血圧症 の発生は腎性高血圧症 が考えられる。		高血圧が不知不識の間に動脈硬化症を招き、その動脈硬化症が又高血圧を招く悪循環により助長されたとと思われる。又柴田氏がかんりの飲酒家であったことからその急速なる悪循環による高血圧症並びに脳動脈硬化症の存在したであろうことは医学的に理解し得るところである。・・・入院時尿蛋白陽性(++)、尿糖(+),陽性であったことから、概ねその推論は不可能ではない。慢性腎炎から腎動脈硬化を招き、蛋白尿を呈したるのみならずそれが高血圧を招き、加えての飲酒家は高血圧症を加速したと考えられる。更にその高血圧症は脳動脈硬化を招くは必至であり、脳血管に発生したる粥状変化乃至アテローム編成は脳細動脈の瘤状隆起を招きありたることは充分考えうることである。加えて尿糖陽性なりしことは、糖尿病の併発しありたることも考えられ、糖尿病が脳血管壁を脆弱にし容易に破損し易い状態であったと推論される。	
山本秀夫 57.11.29 労災保険 審査会審 査員 * 再審査 裁決書	尿中に蛋白を証明す ることは腎障害の存在 を示すもので、脳卒中 発症時に認められるも の大部分はそれによ ると考えられる。		被災者のような断続して服薬したケースではむしろ血圧上昇を来し、5年余もすれば不幸な転帰をとることは明らかなこと 国民健康保険にも加入しており、雨天は休みて時間的に余裕はあったから、その気があればコントロール可能であったはずである。	高血圧にもかかわらず血圧コントロールを断続的にしか行わず、在宅していたときにむしろ著しく昇圧し、出稼ぎそのものが著しい血圧上昇を来したとは認めがたい。
山川博 川内診療 所 秋田県 の主治医 * 出張尋 問	脳卒中発病後の検尿 で淡白、潜血、糖など が軽い陽性を示してい るがこれは脳出血の場 合にはほとんどの場合み られる所見で、発病前 の腎動脈硬化や腎機能 障害、糖尿病などの存 在をしめすものでない	眼底検査では高血圧性変化II度(中等度)動脈硬化性変化I度(疑い又は軽度)であった。動脈硬化はあまり進んでいない。心電図で認められた左室肥大は、ごく軽い心電図変化にすぎなかった。糖尿病性の血管変化が進むことは考えられない。	発病は昭和48年前後でありそれも正常な時もやや高いときもあるといったごく初期の軽いものであった。カルテに「卒中要注意」と書いたのは眼底変化をみた際のものと考えられるが、普通の生活で近いうちに起こすという意味ではない。	軽～中等度の高血圧症があったとはいえ、柴田氏が39才で急死に至る脳出血を起こしたのは自然増悪とはいえない。
澤田徹 60.10.7 国立循環 器病セン ター * 地裁 意見書	柴田氏の高血圧症に 関しては、他に高血圧 症を起こしうる疾患を 疑う根拠がなく、本態 性高血圧症とするのが 妥当である。	柴田氏が吉建設に雇用される以前の昭和51年7月には心電図上左心肥大が確認されており、この左心肥大は高血圧性心肥大と考えられ・・・したがって、この時期にはすでに心血管系に高血圧症に伴う二次的な臓器障害がみられる段階になっていたものと考えられる。	充分な血圧管理が行われな いまま、しだいに増悪して心 血管系に種々の二次的变化を 起こし、最後に死因となった 脳出血を起こした。	柴田氏は脳出血発症時作業 中であり、その意味では当日 の作業が脳出血の発症に関与 しているが、不特定の発症誘 因のひとつとして偶発的に当 日の作業が発症誘因となった ものである。
上田一雄 1.2.22 九州大学 医療技術 短期大学 部教授 * 高裁 意見書	高血圧の原因として の腎実質性疾患を疑う のは無理がある。柴田 氏の高血圧は、断定で きない迄も、本態性で 考えられるのが妥当であ ろう。	この所見が30歳代の若年者 に出現すれば高血圧性変化と 考えてよく、・・・眼底に軽度 ながらも高血圧性の変化が認 められた場合は、標的臓器障 害を伴う高血圧として、これ を伴わない高血圧と区別する べきである。 心電図所見について高血圧 に伴う心仕事量増大の証左と 考えることは可能	柴田氏の高血圧は、濃厚な 遺伝的負荷を伴って、若い年 に発症し、軽度ながら臓器障 害を伴っていた。放置すれば 比較的急速に進行し・・・ 心電図所見、眼底変化は、 高血圧の重症度から分類す れば中等度である。しかし、 ・・・臓器障害を伴う高血圧は 然らざる高血圧に比べて長期 予後は悪い。・・・昭和52年7 月から11月の服薬の中断によ り、高血圧は増悪している。	休息をはさんで30分ないし 40分して脳出血を発症した事 実は、プレーカー作業そのも のが、脳出血発症の直接的引 き金となったという仮説に疑 義をはさむ唯一の事実である。 最も重要な原因は、血圧が 上昇したままの状態を放置し ていたことであり、こうした 状況ではかりに作業を行わず とも、脳出血を発症しえたと 想像できる。

建設労働者のアスベスト被害の労災認定

全建総連●アスベスト使用禁止とともに被害者の掘り起こしに取り組む

前号で特集した「アスベストによる健康被害」の各地の報告でも岡山、愛媛から全建総連傘下の組合の取り組みが報告された。日本では石綿使用量の約8割が建材として使用され、多くの建設労働者が石綿粉じんさらされてきたし、また現在もさらされている。今回は全建総連のアスベスト関連疾患の労災認定の取り組みを取材と組合発行物等によって紹介する。

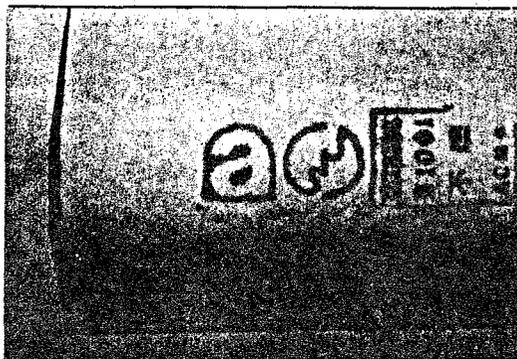
全建総連では、先頃、組合員の「アスベスト関連疾患」の労災認定事例について各地の報告をまとめ、今後毎年その数字を集約していくことにしている。その結果は別表のとおり、石綿肺で7件、悪性中皮腫で2件、の業務上認定事例があり、その他に8件(石綿肺2件、肺がん4件、悪性中皮腫2件)が申請中か申請準備中である。

■石綿肺—“生き地獄”の苦しみ

取り組みのきっかけの一つとなった東京都連の組合員2名の石綿肺の労災認定について、東京都連東京土建の野呂社保対部長は、87年5月21日の全国職業病・安全対策活動会議で次のように報告している。

「Kさん(解体工・55歳)は、86年9月にじん肺管理4の労災認定を受けることができましたが、現在、毎日通院点滴で治療を受けています。夜中に、毎日喘息の発作におそわれ、枕元の酸素吸入機で一時をしのぐ。本人も家族も“生き地獄”です。奥さんも『へとへとです』と言います。

Kさんは『ずーっとビルの解体作業をしてきました。アスベストがこんなに苦しいとは思ってもみなかった。マスクをつけずに仕事をして



石綿含有建材を示す「a」マーク

きたからかなと思うが、つけると言われてもつけたかどうか。労災申請をしてから、国はアスベスト肺となかなか認めようとしなかった。組合と相談して認定を受けられたのは、1年半もたってからです。まだ、アスベストは残っています。使用しても、何の規制もありません。私はそんな建材は廃棄してほしい」と話しています。

また、同じく86年9月に労災認定を受けたNさん(配管工・70歳)も『戦前、ボイラーやスチール管の保温材として、石綿製品を使った作業をてがけ、戦後は主にビルの解体工事をやってきた。アスベストがからむ管を切ればすごいほこりが出て、それが肺に突き刺さる。先輩たちもせきこんでいました。年をとるとみんな喘息になるのかなあと思っていました。職業病だとは知りませんでしたから、みんな泣き寝入りです。私が思うには、アスベストはただちにやめるべきです。まだ建材があるらしいが、ただちに使用禁止させてほしい。それから組合員はみんな防じんマスクを使用してほしい。苦しむのは私だけでたくさんです』と訴えています。」

全建総連では、石工をはじめとしたじん肺の

問題には従来から力を入れてきたが、86年の東、京でのこの2例以降、毎年石綿によるじん肺の労災認定が報告されるようになった。

■悪性中皮腫—1年間の説得で労災申請

過去労災認定された悪性中皮腫の2例は、幸か不幸か、建設作業でというよりも、以前に勤めていた職場での石綿暴露によると思われる例だった。

香川建労高松支部のNさん(鉄工・49歳)の場合、日本エタニットパイプ高松工場に57年8月に就職し、82年12月の同工場閉鎖まで、エタニットパイプ(水道水用石綿セメント管の商品名)の製造に従事していた。工場では72年頃まで製品に石綿を使用し、「石綿を石臼で細かくして、セメントとかき混ぜる時、旋盤で加工する時などホコリが大量に飛びます。普通のガーゼマスクはしていましたが、怖さは知りませんでした」

(元同僚の話)という中で、Nさんもその粉じんを吸っていた。入院し手術するまでの経過について、奥さんは次のように話している。

「84年3月に咳や血尿で体の不調を訴え、〇病院へ行ったら、肺に白いところがあり、水が溜っているとされました。6月に、いったん退院したが、喘息のような咳は咳止めの薬ではとまらず、再び86年6月に病院で検査し、原因は不明だが“右胸膜炎”と診断され、3カ月後にサンプル摘出手術を受け、検査の結果、“右胸膜内腫瘍で中皮腫”の疑いがあると診断されました。香川医科大学を紹介され10月に入院、医大の検査の結果“悪性胸膜中皮腫”と判明し、87年1月に、腫瘍の摘出手術を行いました。手術後も入・退院を繰り返していましたが、右胸の上部と下部に残っていた腫瘍の摘出手術を88年2月に行いました。4月20日に退院したものの左半身の麻痺で再入院、4月26日今度は頭部の手術

全建総連アスベスト関連疾病の労災認定事例

年	No	職 種	年齢	県連・組合	疾 病	備 考
86年	①	解体工	55歳	東京都連	石綿肺	
88年	②	配管工	70歳	東京都連	石綿肺	じん肺管理4
	③	築炉工	57歳	神奈川県連	石綿肺	じん肺管理4
	④	鉄工	49歳	香川建労	中皮腫	前職の水道水用石綿セメント管製造で暴露
89年	⑤	ブロック工	70歳	神奈川県連	中皮腫	前職の米軍横須賀基地内の作業で暴露
	⑥	大工	46歳	三重建労	石綿肺	じん肺管理3イ、合併症
	⑦	内装工	68歳	岡山建労	石綿肺	
	⑧	塗装工	60歳	岡山建労	肺がん	【申請中】化学工場のタタコ塗装、以前船の機関士
	⑨	大工	53歳	岡山建労	中皮腫	【申請中】
	⑩	ボイラー工	63歳	香川建労	石綿肺	じん肺管理4
90年	⑪	大工	?歳	三重建労	石綿肺	じん肺管理3イ、合併症
	⑫	保温工	歳	愛媛建労	肺がん	【申請中】
—	⑬	大工	63歳	岡山建労	石綿肺	【申請準備中】
—	⑭	大工	62歳	岡山建労	石綿肺	【申請準備中】
—	⑮	大工	60歳	岡山建労	肺がん	【申請準備中】
—	⑯	大工	76歳	岡山建労	肺がん	【申請準備中】
—	⑰	大工	55歳	栃木建労	中皮腫	【申請準備中】

を受けました。8月には10日間高熱が続き、以前から訴えていた腰痛も強まり、歩行もできない状態にあります。(『全建総連』第1216号、認定後の88年10月30日に亡くなられた)。

日本エタニットパイプ高松工場閉鎖反対の闘いで、同労組高松支部は工場閉鎖後も3年7カ月自主管理闘争を展開し、会社側に土地と工場を組合側に譲渡させるという勝利をかちとった。18名の組合員は、自主管理闘争の中で高松総合訓練高に入校、溶接、塗装科で技術を取得し、Nさんらは自主管理を支えるために鉄工としてアルバイトをはじめ、香川建労高松支部に加入。解決後は、有限会社エタパイ産業を設立して工場の灯を残してきた。

労災申請のきっかけは、高松支部書記長(現在香川建労書記長)で建設国保の理事でもある高木さんが、先の87年5月の全国職業病・安全対策活動者会議で、講演した千葉大学の海老原勇医師の「石棉による健康障害の発見に建設国保のレセプト点検で疑わしい人がいるかどうか見ることも必要だ」という言葉にさっそくレセプトをチェックし、Nさんの悪性中皮腫を発見したこと。

設立されてまもない香川医大での初めての悪性中皮腫だったことから、新聞も報道し、それを入院中に読んだNさんの知るところとなってしまった。仲間と知人の説得が1年間続けられ、88年6月に、労災申請。最終事業所である日本エタニットパイプ本社(東京)に事業主証明を求めたが職業欄は空欄のまま、同僚2名の証明をつけた。7月に出た丸亀労災病院の鑑定は「じん肺管理1」だったが、香川医大担当医の意見書と中皮腫の写真、それに2週間にわたり毎朝2時間程度高松労基署へ出向き、粘り強く交渉した結果、88年8月に業務上と認定された。

■悪性中皮腫—発症1年2カ月での死亡

もう一人の悪性中皮腫認定は、神奈川県連神奈川県土建のIさん(ブロック工・70歳)。突然、Iさんの背中に激痛が襲い、耐えきれず、町の

整形外科に駆け込んだのは86年の暮れ。87年7月、横須賀市民病院に入院、翌年3月2日に死亡した。激痛に苦しみはじめてから、わずか1年2カ月である。

担当医の診断は「肺がん」、呼吸科の担当医は「悪性中皮腫」と認めたが解剖はしなかった。ちょうどその頃、建設国保に加入している組合員の死亡原因を調査していた海老原勇医師がIさんの死亡に目をとめ、組合で労災認定に取り組んだ。担当医からCTレントゲンやIさんの手術時の「組織」を借りだし、その分析結果をもとにした海老原医師の意見書が「アスベストによる悪性胸膜中皮腫」の決め手になったという。

Iさんは戦後、米海軍基地に働き、71年の人員整理で退職。その後死亡時までブロック業を営んでいた。県横須賀労務管理事務所で職歴を確認したが、仕事とアスベストの因果関係を証明できるものはなし。元同僚の「アスベストの断熱材を使っていた」という証言を横須賀労基署に採用させた。

現在、岡山県労で申請中の1件(89年4月24日死亡)と、栃木県労で申請準備中の1件(90年7月15日死亡)の被災者の職種はいずれも大工。建設作業にともなうアスベスト暴露による悪性中皮腫の労災申請ではじめての事例として、その結果が注目される。

■肺がん

肺がんでは、岡山県労で申請中の1件は、化学薬品工場のタンク塗装作業に従事、以前に船の機関士をしていた。本人にはがんの告知をしないまま89年3月に労災申請を行ったが、同年10月に亡くなられている。同労組で申請準備中の2件はいずれも大工。愛媛県労で申請準備中の1件は前号で報告されているように、保温作業に従事していた。

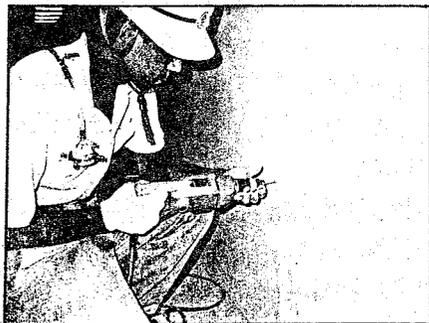
労災申請には至らなかったが、神奈川県連の組合員の結腸がんによる死亡事例で、息子さんの手記が『全建総連』第1199号に寄せられているので紹介する。

「私の父は88年11月23日の未明に亡くなりました。10月7日、結腸がんのため、バイパス手術したのですが、手術後47日目のことでした。76歳でした。担当の医師から、結腸がんが肝臓にも転移していて、手術のあともってあと8カ月の生命と宣告されていました。それが、6カ月どころか1カ月半しかもたなかったのです。私と弟は、父の手術に立ち会いましたが、大きいもので、2cmほどの白いドロウチ状のがんが大小いくつも腸と肝臓にできていました。

父が亡くなる1カ月と1日前に母が亡くなり、父は自分の手術後、15日しかたっておらず、車椅子に乗ったまま妻の臨終をみとりました。その妻には、私たち子供からみても、明治生まれの気骨が感じられるほどでした。私たちは母の死によって死期が早まったのだと思いましたが、あとで父の死が石綿汚染と深く関連していたことを知り、二重にショックでした。

それは、石綿対策の運動に役立てようと、組合で開かれたアスベスト講習会で、面識のある千葉大学の海老原先生に父の臓器を提供したことによってわかったのです。そこに至るについては、生前、父も役にたつならと言っていたし、弟が組合の安全対策部長をつとめていたこともあり、それに、私の石綿汚染についての懸念もあって、姉を交えて相談の結果の提供だったのです。

先生の話によると、解剖検査する前には、父が大工ということもあって「石綿による健康障害は肉眼で見える限り、わからないだろう」と思っ



ていたということでした。しかし、先生もあけてびっくり、父の『左右の背中から側胸部にかけての壁側胸膜と横隔膜面の胸膜にまぎれもなく石綿によって作られた“胸膜肥厚斑”が、みごとに広がっている』と先生は表現されました。肥厚斑のある人は、ない人よりがんの発生が約2倍だといわれていますが、父のがんは石綿によって誘発されたと十分考えられるそうです。

私の家では曾祖父の代から本造和風が主体でした。父も木のもつ良さにこだわり続けた人でしたが、お客さんの住まいを作るために、建築基準法の関係もあり、防火上必要な箇所には、サイディング、ボード類を使ってきました。しかし、まわりの大工仲間と比べると、使用期間も浅く、必要最小限でした。それだけに、父が石綿汚染の洗礼を受けていたことにはショックを受けました。」

■被害の掘り起こしと石綿規制の先頭に

現実に出てきている被害に加え、86年6月に開かれた、ILO第72回総会における石綿の利用における安全に関する第162号条約と第172号勧告採択が、全建総連の取り組みの契機となったという。京都建労がいち早く、ILO総会前の86年7月から名古屋大学・久永直見氏らの協力

石綿建材使用時の作業者の鼻先の空気に含まれる石綿粉じんの濃度

	測定数	空気中石綿粉じん濃度 平均値 (最低～最高)	
【屋内作業】			
電気丸のこによる切断	4	214	(127～787)
同上から1.5～2m	3	245	(103～630)
ドリルあなあけ、ビス打ち、釘うち (電気丸のこによる切断を含む)	8	11.0	(1.3～131)
同上から1～10m	7	5.4	(0.9～48.1)
ドリルあなあけ、ビス打ち、釘うち (電気丸のこによる切断を含まない)	8	2.0	(0.3～14.1)
同上から1～4m	15	1.3	(0.1～4.6)
ナイフ切断、やすりかけ	1	12.1	
現場巡回 (石綿建材使用場所から5～30m)	2	0.07	(0.04～0.12)
仕上げ、掃除 (石綿建材使用から1～7日後)	5	0.3	(0.1～0.5)
【屋外作業】			
電気丸のこによる切断	1	0.14	
釘うち	1	0.13	
配管 (石綿建材使用から1日後)	1	0.05	
石綿瓦による屋根葺き	1	0.13	
同上から1～2m	1	0.05	

石綿粉じん濃度の単位は、本/m³、つまり空気1m³中の長さ5μm (=0.005mm)以上かつ長さが太さの3倍以上の石綿線維の本数です。平均値は、幾何平均値を示してあります。

改正労災法(第二次分)10月1日施行

休業補償のスライド制改正、最低・最高限度額制は92年4月から適用

「労働者災害補償保険法等の一部を改正する法律」(平成2年法律第40号)の第2次分が10月1日から施行され、これに伴い「労働者災害補償保険法施行規則等の一部を改正する省令」(平成2年労働省令第24号)及び関係告示が制定され、同日から施行された。

今回実施された法改正の内容は、①休業補償給付等のスライド制の改善と②長期療養者の休業補償給付基礎日額への年齢階層別最低・最高限度額の設定(経過措置があるため実際に適用されるのは92年4月1日から)、③その他所要の規定の整備であるが、以下にその内容を解説する。

休業補償給付等のスライド制の改善

近年における賃金上昇率の鈍化、年金・一時金のスライドをいわゆる完全自動賃金スライド制としたこと等にかんがみ、①休業補償給付及び休業給付のスライド発動要件たる賃金変動率を20%から10%に引き下げるとともに、②年金・一時金のスライド方式と同様、給付額をスライドさせる方式から給付基礎日額をスライドさせる方式に改め、また、③スライド率の算定につき事業場の規模又は産業の別を問わず一律とすることとしたものである。

■新しい休業スライド制の内容

従来は、休業(補償)給付のスライドについては、被災労働者と同一の事業場における同種の労働者の平均給与額(従業員1000人未満規模の事業場においては、毎月勤労統計における当該事業場の属する産業に係る毎月決まって支給す

る給与の労働者1人当たり1箇月平均額)が事故発生日の属する四半期の平均給与額の100分の120を超え、又は100分の80を下るに至った場合に、その四半期の翌々四半期に、その比率に応じて休業(補償)給付の額を決定して支給する(改定後の改定は、これに準ずる)こととなっていた。四半期とは、1月から3月まで、4月から6月まで、7月から9月まで及び10月から12月までの各区分による期間のことである。

今回の改正により、休業(補償)給付の額の算定に用いる給付基礎日額(以下「休業給付基礎日額」という)のスライドとして、算定事由発生日の属する四半期の平均給与額(毎月勤労統計における調査産業計の毎月決まって支給する給与の労働者1人当たり1箇月平均額をいう)の100分の110を超え、又は100分の90を下るに至った場合、その比率を基準として労働大臣が定める率を給付基礎日額(算定事由発生日前3箇月前の平均賃金)に乗じて得た額を、その上昇し又は低下するに至った四半期の翌々四半期の初日以後に支給事由が生じた休業(補償)給付の休業給付基礎日額とすることとされた(新法第8条の2第1項第2号、新労災則第9条の2)。

労働大臣が定める率(休業給付基礎日額のスライド率)については、10月1日から適用される分が、表1のように、労働省告示第75号(平成2年9月28日)として制定されている。

■旧スライド制を適用されたことがある場合

施行日前に旧法の規定によりスライドされた休業(補償)給付を新法の規定によりスライドさせる場合には、旧法の規定による最後のスライド改定時の四半期の前々四半期(日々雇い入れ

表1 休業給付基礎日額の算定に用いるスライド率
(平成2年10月1日から適用)

労働者災害補償保険法第8条第1項の 算定事由発生日の属する期間	給付基礎日額 の算定に用い る率(単位%)
昭和56年10月1日から同年12月31日まで	128
昭和57年 1月1日から同年 3月31日まで	128
昭和57年 4月1日から同年 6月30日まで	126
昭和57年 7月1日から同年 9月30日まで	125
昭和57年10月1日から同年12月31日まで	123
昭和58年 1月1日から同年 3月31日まで	123
昭和58年 4月1日から同年 6月30日まで	122
昭和58年 7月1日から同年 9月30日まで	121
昭和58年10月1日から同年12月31日まで	119
昭和59年 1月1日から同年 3月31日まで	119
昭和59年 4月1日から同年 6月30日まで	116
昭和59年 7月1日から同年 9月30日まで	116
昭和59年10月1日から同年12月31日まで	115
昭和60年 1月1日から同年 3月31日まで	115
昭和60年 4月1日から同年 6月30日まで	114
昭和60年 7月1日から同年 9月30日まで	113
昭和60年10月1日から同年12月31日まで	112
昭和61年 1月1日から同年 3月31日まで	112
昭和61年 4月1日から同年 6月30日まで	110
昭和61年 7月1日から同年 9月30日まで	110

られる者の場合は、特例として、スライド改定時の四半期の属する年の前年の7月から9月までの期間)の平均給与額を基礎としてスライド率を算定し、当該旧法の規定によるスライド改定時の休業(補償)給付の額の60分の100に、算定したスライド率を乗じることによりスライドさせることとされた(改正法附則第4条及び改正省令附則第2条)。この場合も新しく算定するスライド率とは、10月1日からの分は表1の率である。

施行日前に支給事由が生じた休業(補償)給付の額については、施行日以後に支払われる場合であっても、旧法の規定により算定した額によることとされている(改正法附則第3条)。

■2回目以降のスライドの適用

休業給付基礎日額のスライド率(新法第8条の2第1項第2号)の規定に基づき労働大臣が定める率)は、今後四半期ごとに改定されることになると思われるが、新法の規定で一度スライドされてからのスライドは、次のようになる。スラ

イド改定時の四半期(スライドされた給付基礎日額を休業(補償)給付の算定の基礎として用いるべき最初の四半期)の平均給与額を基礎として、平均給与額がその100分の110を超え、又は、100分の90を下るに至った場合に、その上昇し又は低下するに至った四半期の翌々四半期の初日以後に支給事由が生じた休業(補償)給付から、前回スライドされた休業給付基礎日額に、新しいスライド率を乗じて得た額を休業給付基礎日額とすることになる(新法第8条の2第1項第2号)。

■その他

なお個別事業場単位でのスライド制の廃止に伴い、個別事業主による平均給与額の証明に関する規定(旧労災則第13条第4項及び第18条の6の2第2項)を削除した。その他、厚生年金等との併給調整の場合における

最低保障額に関する規定や給付基礎日額の最低保障額のスライド制による割戻し規定の整備、法令の条文移動等に伴う関係省令等の規定の整備が行われている。

長期療養者の休業給付基礎日額への 年齢階層別最低・最高限度額の設定

年金たる保険給付に係る給付基礎日額(新法では「年金給付基礎日額」という)について年齢階層別最低・最高限度額制度が導入されたのは1987年2月1日。今回、療養開始後1年6箇月を経過した者に支給する休業(補償)給付に係る休業給付基礎日額に対しても、年金たる保険給付と同様の年齢階層別最低・最高限度額制が導入されることになった。

■年齢別最低・最高限度額

年齢階層別最低・最高限度額は、毎年、労働大臣が定めることとされるが(新法第8条の2第2

項第2号)、算定の基礎となる賃金構造基本統計のデータが判明する時期(6月頃)との関係を考慮し、毎年8月から翌年7月までの期間ごとに設定することとし、その年の7月31日までに告示される(新法第8条の2第3項及び第4項、新労災則第9条の4第6項)。これは年齢階層区分(新法第8条の2第3項、新労災則第9条の3)と同様、従来の年金の場合と同様であり、新法では年金給付基礎日額についての規定は、休業給付基礎日額の規定を準用する形をとって(新法第8条の2が新設され、旧法第8条の2は新法第8条の3とされた)、年金も休業(補償)給付も同じ年齢別最低・最高限度額が適用される。

■「1年6箇月を経過した日」と「年齢」の計算

休業給付基礎日額への年齢階層別最低・最高限度額制度は、休業(補償)給付を支給すべき事由が生じた日が、療養を開始した日から起算して1年6箇月を経過した日以後である場合に適用される(新法第8条の2第2項)。「1年6箇月を経過した日」とは、療養の開始の属する月の翌月から起算して18箇月目の月において療養の開始の日に応答する日(応答する日のない場合は、18箇月目の末日の翌日)とされる(法第43条、民法第143条第2項)。民法第43条及び第140条では、期間の初日は参入しないこととされているが、「療養を開始した日から起算」とされているのは、この特例であると説明されている。

具体的には、休業(補償)給付を支給すべき事由が生じた日の属する四半期の初日における年齢の属する年齢階層に係る最低・最高限度額と、休業給付基礎日額(スライド制が適用される場合はスライド制を適用して算定された額である)を比較して、休業給付基礎日額が、最低限度額に満たない場合は最低限度額が、最高限度額を超える場合は最高限度額が、休業給付基礎日額とされることになる(新法第8条の2第2項)。

被災労働者の年齢の計算に関しては、休業(補償)給付の額は1日単位で計算されるものであるので、年金の場合のように被災労働者の年齢を1年単位でみる(最低・最高限度額の適用を1年

間固定する)合理性はないが、一方、日ごとに被災労働者の年齢をみて最低・最高限度額制の適用を変更するのは事務処理上繁雑であるので、四半期の初日ごとに被災労働者の年齢をみることにした、と説明されている。

■一部休業の場合の適用

休業給付基礎日額が最高限度額の適用を受けて減額される場合であって、1日の所定労働時間のうち一部につき就労した場合については、最高限度額を適用しないこととした場合の休業給付基礎日額から一部受けた賃金を控除し、その残額につき最高限度額を適用することとされた(新法第14条第1項ただし書)。

理由は、先に最高限度額制を適用して給付基礎日額を減額した後、一部受けた賃金を控除する場合、一部受けた賃金の額が最高限度額以上であれば、休業(補償)給付の額が0円となるが、労働基準法の休業補償には最高限度額の適用がないため休業補償の義務は残る(労基法施行規則第38条)場合もあるなど不都合が生じるからである、と説明されている。最高限度額制の導入自体が、労災保険による休業(補償)給付が労基法の定める最低の補償水準を下回る場合を生じさせるという批判を押し切って今回の法改正を強行した同じ労働省がこう言っているわけだ。

■継続休業者には1992年4月1日以後適用

施行日(1990年10月1日)前に療養を開始した者(以下「継続休業者」という)については、1990年10月1日に、療養を開始したものとみなすこととされた(改正法附則第5条)。

この結果、継続休業者に対し、実際に休業給付基礎日額に係る年齢階層別最低・最高限度額が適用されるのは、1990年10月1日から起算して1年6箇月を経過した日である1992年4月1日以後になる。施行日以後に療養を開始した者の最も早い療養開始日は1990年10月1日であるから、継続休業者も新規休業者も1992年4月1日までは適用がないことになる。

そのため、年齢階層別最低・最高限度額の公示に関する規定(新労災則第9条の4第6項)は、

1992年4月1日前に支給事由が生じた休業(補償)給付については適用しないこととするなどの経過措置が設けられた(改正省令附則第3条第1項及び第2項)。

法令の条文移動等に伴う措置

■特別支給金支給規則の一部改正

休業特別支給金の額の算定の基礎として用いる給付基礎日額を新法第8条の2第1項又は第2項の休業給付基礎日額(スライドの規定や年齢階層別最低・最高限度額の規定を適用した後の給付基礎日額)とすることとするとともに、一部休業の場合に関する所要の整備が行われた(新特支則第3条第1項)。

その他、休業特別支給金の額をスライドさせる規定(特支則第3条第3項及び第4項)の削除をはじめ、すでに述べた保険給付関係の規定の整備、経過措置等と同様の規定の整備が行われている。

■労災就学等援護費に関する通達の一部改正

法令の条文移動にともない、あわせてこの際従来の度重なる同要綱の改正と整合性がとれるようにということで、労災就学等援護費支給要綱(昭和45年10月27日付け基発第774号通達本文及び昭和54年4月4日付け基発第1604号通達本文)が一部改正された(形式整備にとどまり、内容の変更はないとされる)。

■改正法施行(第1次分)関係告示の出し直し

前号で紹介した改正法施行(第1次分)関係の告示は、第2次分の施行で法令の条文移動等があったことからあらためて制定され直したが、内容に変更はない。以下の告示は、いずれも1991年7月まで適用される(『安全センター情報』90年10月号を参照)。

(1) 年金・一時金のスライド率を定める告示

(平成2年9月28日労働省告示第76号「労働者災害補償保険法第8条の3第1項第2号(同法第8条の4において準用する場合を含む)の規定による年金たる保険給付等にかかる給付基礎日額

の算定に用いる率を定める告示」=平成2年7月31日労働省告示第45号と同一内容)

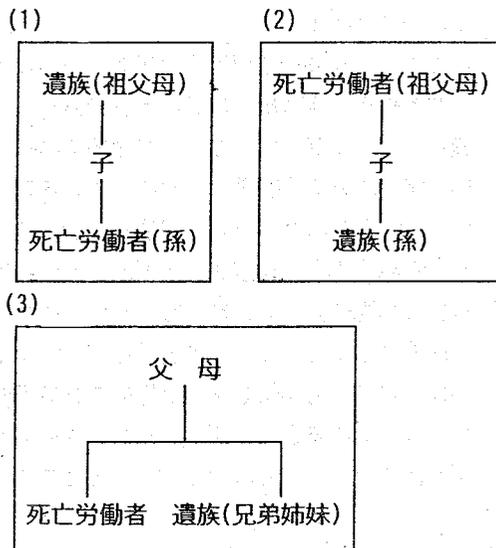
(2) 年金給付基礎日額の年齢階層別最低・最高限度額を定める告示(平成2年9月28日労働省告示第77号「労働者災害補償保険法第8条の2第2項第1号及び第2号の労働大臣が定める額に関する告示」=平成2年7月31日労働省告示第46号と同一内容)

(3) 遺族補償一時金の差額一時金等の額を計算する際の支給された遺族補償年金等の額の合計額を計算する場合の換算率を定める告示(平成2年9月28日労働省告示第78号「労働者災害補償保険法第16条の6第2項等の労働大臣が定める率に関する告示」=平成2年7月31日労働省告示第47号と同一内容)

■生計維持関係認定基準改正の内容

また、前号でふれたように、改正法施行(第1次分)と同時に、遺族(補償)給付に係る死亡労働者との生計維持関係の認定を、死亡労働者との同居の事実の有無、死亡労働者以外の扶養義務者の有無、その他の事項を基礎として、労働省労働基準局長が定める基準によって行うことについて、労災保険法施行規則に根拠規定を置いた(新労災則第14条の4)。

認定基準の改正により変更されるケース



生計維持関係の認定については、従来昭和41年10月22日付け基発第1108号通達によって行われてきたとされるが、今回平成2年7月31日付け基発第486号「労働者災害補償保険法施行規則第14条の4に規定する『労働者の死亡当時その収入によって生計を維持していたこと』の認定に関し労働省労働基準局長が定める基準について」

を発し、昭和41年10月22日付け基発第1108号通達の一部を改めた上で、同通達を新労災則第14条の4に規定する「労働省労働基準局長が定める基準」として、1990年8月1日より取り扱うこととした。

新旧対照表を表2に掲げる。 ■

表2 「生計維持関係」認定基準新旧対照表

改 正 後	改 正 前
<p>1 労働者の死亡当時における当該遺族の生活水準が年齢、職業等の事情が類似する一般人のそれをいちじるしく上回る場合を除き、当該遺族が死亡労働者の収入によつて消費生活の全部又は一部を営んでいた関係(以下「生計維持関係」という。)が認められる限り、当該遺族と死亡労働者との間に「生計維持関係」があつたものと認めて差し支えないこと。</p> <p>なお死亡労働者が当該遺族と同居しともに収入を得ていた場合においては、相互に生計依存関係がないことが明らかに認められる場合を除き、生計維持関係を認めて差し支えないこと。この場合、生計依存関係がないことが明らかに認められるか否かは、当該遺族の消費生活に対する死亡労働者の支出の状況等によつて判断すること。</p> <p>ただし、当該遺族が死亡労働者と同居していたその孫、祖父母又は兄弟姉妹であり、当該遺族の1親等の血族であつて労働者の死亡の当時において当該遺族と同居していた者(以下「当該血族」という。)がいる場合には、当該血族の収入(当該血族と同居している当該血族の配偶者の収入を含む。)を把握し、一般的に当該収入によつて当該遺族の消費生活のほとんどを維持し得ると認められる程度の収入がある場合は、原則として、生計依存関係があつたものとは認めないこととする。</p>	<p>1 労働者の死亡当時における当該遺族の生活水準が年齢、職業等の事情が類似する一般人のそれをいちじるしく上回る場合を除き、当該遺族が死亡労働者の収入によつて消費生活の全部又は一部を営んでいた事実が認められる限り、当該遺族と死亡労働者との間に「生計維持関係」があつたものと認めること。</p> <p>なお死亡労働者が当該遺族と同居し、ともに収入を得ていた場合においては相互に生計依存関係がないことが明らかに認められる場合のほかは当該遺族は、死亡労働者の収入によつて消費生活の全部又は一部を営んでいたものと認めること。</p>

ヨーロッパにおける安全衛生活動

自治体労働安全衛生研究会事務局長 中桐伸五

この4月の終わりから5月にかけて35日間、安全衛生と高齢者福祉の二つを欲張って見ようと、西ドイツ、デンマーク、スウェーデン、スイスの4か国を回ってきたわけですが、ヨーロッパの安全衛生事情ということで、かいつまんで話してみたいと思います。

ただしスイスは、職場を見たわけではなく、ILOで消防職員の雇用と労働条件に関する会議に参加しました。8月25日の朝日新聞の朝刊に消防職員の調査の報告が出ていたのを見た方もあると思いますが、自治体労安研の先生方で機動力のある方を中心にして調査団を組んで、消防職員—消火の業務と救急の業務の二つに分けて、実態調査を含めたかなり大がかりな調査をやりました。実はILOで国際会議が行われるということが事前に3年前にわかったので、足掛け3年かかりで、国際会議に間に合わせるように企画した調査でした。幸い間にあって、私がテクニカル・アドバイザーとして参加し、ILOの本会議で日本の健康調査を基本にして消防職員の国際的な安全衛生の問題について問題提起をするチャンスができたわけです。

せっかく高い旅費を使って行くのだから、できるだけたくさんの現場を見たいと、西ドイツ、デンマーク、スウェーデンの現場を訪問しました。

デンマーク◆「支援型」のサービスセンター

デンマークの話からはじめます。今年2月の自治体労安研の総会で、ILOの小木さんに基調講演をしていただきましたが、そのときにデ

ンマークの紹介がありました。その話に非常に興味を持ち、小木さんの紹介してくれたグループに会うことができ、一日そこで一緒に活動につきあいました。小木さんが、今ヨーロッパでというか、ILOのもとで国際的に行われている安全衛生活動の基本は「参加型」であるとか、「法規制型」から「支援型」—労働者が積極的に参加したかたちの安全衛生活動を専門家が支援する—活動が、今後の安全衛生活動の基本になるだろうという問題提起があったわけですが、まさにそういうことをデンマークの労働衛生サービス機関がやっていました。



労働衛生サービスセンターの事務所

私が訪問したのは、コペンハーゲン市の職員を対象にしている労働衛生サービスセンターの一つです。コペンハーゲン市には約9,000人の職員がいますが、この職員を対象にして労働衛生サービスセンターが設置されており、そこには何と11人もの専門家が配置されています。当然市の財源で賄われているわけですが、医師、人間工学、中毒学、心理、経済学、工学などのスタッフによって構成されています。これは現

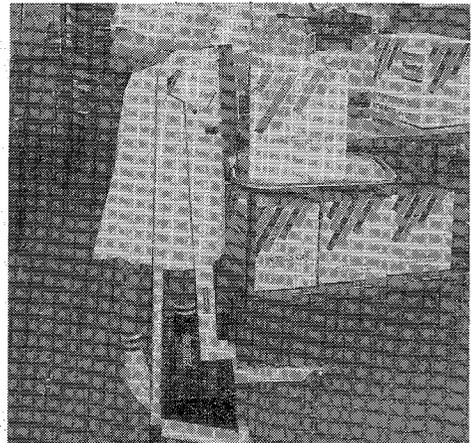
場のニーズに応えるには、学際的なスタッフで総合的に対応できなければダメだという考え方によります。

こういう機関ができるようになったのは、1979年に国会で労働衛生サービスセンターを設置しようという決定をしたからだということです。7,000人程度の労働者に対して、5~6人の学際的なスタッフを配置するというかたちがモデルとされているようですが、1989年秋の時点では、全国に約120のセンターが設置され、そのうち地方センターが60ヶ所。設置の方法としては、大企業の場合は企業内に作り、中小零細企業の場合は産業別に地域的に作るというかたちをとっており、60ヶ所の内、前者が50、後者が10ということです。

デンマークでは、1990年代の労働安全衛生活動の中軸に、従来の健康診断、作業環境測定、作業管理という「規制型」から予防重視の「支援型」―「出かける安全衛生活動」を展開する方向に踏み切っているわけです。私が会った人たちの話によれば、だいたい年間の労働時間の内半分かそれ以上現場に出ていると言っていました。現場に行って、使用者にも会うし、現場の労働者にも会って、どんな問題が職場にあるかという話を定期的に行い、問題が提起された場合は、直接話を聞いたスタッフが報告して、どれくらいのスタッフで問題の解決に当たればよいか検討し、新たに複数の学際的なスタッフを派遣して、現場で改善のためのディスカッションをするわけです。場合によっては改善を要求されている作業場のビデオやスライドを撮ってきて、スタッフ全員でそれを見て分析・検討をしています。そういう活動をやっていく中で、作業姿勢を改善するために一枚板をはさんで作業台を少し高くするといった簡単な改善から、機械を導入して自動化するとか相当費用の必要な改善も含めて、多面的に改善を行っていることが一つの特徴だと思いました。

作業環境改善トレーニング

職場に出かけて改善を行うこと以外に、もう一つこのセンターでは、作業環境改善のためのトレーニングを行っています。これも小木さんが話していたとおりなのですが、その職場・地域に根ざした具体的な問題を取り上げて、具体的に解決していくというかたちのトレーニングです。一般に出回っている商業ベースで作られた職場改善のビデオ・スライドなどを使うのではなく、その職場の具体的な問題を取り上げながらトレーニングをやっているわけです。また従来のトレーニングだと、一方通行で講師が話し、それを聞いて質疑をして終わりという形が多いわけですが、ここでは行動しながら学ぶという方式をとっています。改善の提案が出れば、試行錯誤をやってみる。実際に対策をとってみて、まずければまたかえる。そのためにチェックリストをつくって職場を点検し、具体的にどのような改善をしなければならないか考え、提案するトレーニングを行っているということでした。従来の労働者から見れば「受け身」のトレーニングから自分自身が積極的に対策を考える「参加型」のトレーニングへ、ということです。



給食調理場の重量物運搬の改善事例

実は私はILOの方式が非常によいということで、自治体労安研の労働安全衛生講座で2回ほど試験的にやっているのですが、デンマークとかヨーロッパの進んだ安全衛生活動を行っている職場では、すでに1980年代にはそういうアプローチが行われていたということです。そう考

えると、日本の場合は非常に古いパターンでトレーニングが行われていますし、日常的な職場の安全衛生活動も、まだまだ「法規準拠型」が中心で、具体的に一人一人の労働者がクレームをつけて職場をよくしていくという段階までなかなかいっていないんじゃないでしょうか。逆に考えると、労働側がそういう方針を持ち得ていないとか、むしろ経営側の方が、QC活動のようなものに安全衛生活動の問題をとりこんで労働者を参加させ問題提起をさせながら、企業側が取捨選択して改善していくという形で行われている。デンマークやスウェーデンの場合は、労働組合の側がかなり主導権をとって小集団活動—労働者の参加型の活動を展開しているのですが、日本では逆に主導権を企業側にとられてしまっているところが多いのではないかと。そういう点で大きな違いを感じました。

スウェーデン◆労働環境基金

財源は使用者負担でも労働側が参画

次はスウェーデンですが、ちょうど先日NHKで早稲田大学の岡沢さんが非常にうまく表現してましたが、スウェーデンというのは、国の政策がうまくいっているときは世界から無視されて、経済がピンチになると右と左から叩かれる。彼の言葉ですが、一言で言うと、生産は資本主義的システムを温存し、分配は社会主義的に行っていると言われていました。私も行ってみて、長い歴史の中で見ないと、表面的に紹介されている福祉国家というようなイメージだけで見るとまずいと思いました。

正確には忘れましたが確か40年間—途中ちょっと途絶えたことがありますが一社会民主党政権が続いているわけですね。その社会民主党の考え方が、急激に資本主義を変えるのではなくて、資本主義の競争というものをうまく生かし、分配や社会保障などの再分配は徹底的にやるという方針を、どうも取ったようですね。で、1946年くらいから首相をやったエルランゲ

ルという社会民主党の党首の時代に、今のような国の基本的な骨格ができた。その後に首相になったのがバルメという人で一暗殺されましたが一この人も優秀な人だったようですが、国内的にはエルランゲルが作った体制のうえに、バルメという人が外交—平和政策とか第三世界への援助といった政策において優れた業績を残したと言われているわけです。

そういう歴史的な大まかな流れの中で、労働安全衛生でも、資本主義の根幹をひっくり返すというかたちをとりませんから、使用者と労働者が直接—コ・ディターミネーション—要するに共同決定ですね。共同決定をしてうまくやろうという考え方がベースにあつて、物事が進んで行く。まず公的な労働安全衛生機関ですが、基本的な政策決定は労働省が行う。それに基づいて具体的に安全衛生の基準を作ったり、基準が守られているか監督する労働安全衛生庁があります。日本の場合だと労働省が両方の機能を果たすわけですが、二本建てです。それから、労働環境の改善のための研究なり教育・トレーニング、情報提供等を行うために労働環境基金というものを作っています。この労働環境基金というのがユニークな組織で、これは後で紹介しますが、日本で言えば中央労働災害防止協会のようなものに当たると思います。他に労働安全衛生研究所—日本で言えば産業医学総合研究所かな—と新しく労働生活の人間化のためのスウェーデンセンターというものができているようです。

中でも私が非常に興味をもったのは労働環境基金で、財源は全て使用者からでています。使用者は自分の雇用している労働者の人数に応じて財源を拠出します。財源は使用者持ちなのですが、その運営をする理事会は政労使で構成されていて、労働側が8名—うちL・O(労働総同盟)が一番大きいので3名—、使用者側が6名—うち民間3名、公務部門3名—、政府からは労働省と労働安全衛生庁から1名ずつ入って、その他に議長が1名という構成です。議長を除けば、ちゃん

と労使対等になっていて、労働側からも使用者が出した財源を、こう使うべきだ、こういう教育をやるべきだと言えるようになっていくわけです。実は日本の中央労働災害防止協会の財源もガバメンタルなものたぶん労災保険の金が使われていると思いますから、使用者の負担です。しかし、ここには労働側の理事はおりませんからまったくノー・コントロールですね。労働側はコントロールできないかたちになっていて、このあたりは全く違う。

話を戻すと、労働環境基金の職員は60人くらい、1988年度から89年度にかけての財源の配分は、政府の活動に3億5400万クローネ（約106億円）、残りの半分3億4400万クローネ（約103億円）を理事会が使うことになっています。なにしろ、労働側がものすごく進出していて、文句を言っている。研究一つとってもどういう研究が今必要かということについて労働側が注文を出して決められるシステムを作っています。これから日本でもどうするかですね。中災防等の発行するメディアにしても、労働者不注意論というようなことを外野で批判するのではなく、労働側がちゃんと納得できるような情報を出させるとかトレーニングの教材を作らせるといったことをやるかどうかという問題をたちまち私は、考えさせられました。

産業合同安全協議会

もう一つは、産業合同安全協議会一訳はいいかどうかわかりませんが、労使が共同で労働安全衛生問題に取り組もうではないかということで、協議会を作っています。そして、ここでまた安全トレーニングを促進したり、職場改善のための情報提供をしているわけです。この協議会で一番最初に作られた労働者のトレーニング用のマニュアルに、ILOが手を入れて普及しているマニュアルがあって、いま天明先生たちと一緒に日本語に訳しているところです。

1942年に設立されて、SAF（スウェーデン経

営者団体連盟）という経営者の組織と労働組合のブルーカラーで一番強い—200万強組織し、その他にホワイトカラーの労働組合のナショナルセンターがあっただいたい440万人くらい組織労働者がいるわけですが—LO（スウェーデン労働総同盟）が、フィフティ・フィフティの財源を出しあって作った。いま年間財源が3,000万クローネ（約9億円）ということですから、LOも4億5,000万円程度を拠出しているわけです。

こういうことを考えると、社会民主党政権と車の両輪で進めていった労働組合の運動というのは、日本とは相当違った積み重ねをしてきているわけですね。ですから、ただ現象だけをとって導入するというわけにはいかないわけですが、非常に考えさせられることが多かった。使用者が出している労災保険の資金の使い方をもっともっとコントロールしていくとか、少なくとも見過ごしておくことはよくないということだけは言えるのではないのでしょうか。そのために現場の足腰を強めて、もっと中央の政策決定にも影響力を強めていかなければいけないということを痛感しました。

そこで一つ方法として考えられるのは、スウェーデンでは現場でも非常に労働組合が強いわけですが、彼らの日常活動の一つにスタディ・グループというのがあります。だいたい5~10人の労働者の、小集団活動というか、日本ではQCで組織されてしまっているわけですが、スウェーデンでは労働組合がヘゲモニーをとってそれを展開していて、かなり参加型の安全衛生活動の基盤になっているようです。日本の現状とは正反対で、簡単に崩すのはむずかしくてもそこをやらなければ駄目なのではないかと非常に痛切に感じたわけです。

西ドイツ◆有害物質の「知る権利」の確立を

それからもう一つ行ったのは西ドイツ。ここでは消防の職場しか見ませんでした。労働総同盟(DGB)の安全衛生担当者に会いました。

医者がいるのではないかと期待していたのですが、常勤の医者はいませんでした。結局私の知る限りでは、スウェーデンのL Oに一人いたのが顧問医師をやめて、前述した労働安全衛生研究所の教授になっていましたので、イギリスのTUCに一人と日本の自治労の私、あとおそらくオーストラリアかニュージーランドにいますと思うのですが、労働組合が常勤の顧問医師を持っているのはそれくらいかも知れません。



DGBの労働安全衛生担当者と

しかしDGBでは、大学で社会政策を勉強した人が安全衛生の担当者としてずっとやっています。やはりヨーロッパの労働組合の役員というのはずっと専門的にそのことをやっていますから、日本の労働組合のように2年や3年でやめるといことがなく、蓄積がすごいですね。プロフェSSIONALになっているわけです。そういう人と会ったのですが、彼も日本に来たことがあり、誰と会ってよいかわからず、組合関係の所にも行ったのだがピンボケというか労働衛生の話をしてできる窓口がみつからなかった。結局、労働科学研究所に行って勉強するしかなかった。これからはお前さんを通してやれるから安心できるといっていました。

私はいま「知る権利」というものが大切だと考えていて、そのことを少し言ったら、彼もそれが重要だという。DGBの中でも最も力のある金属労組が、時短闘争の先頭にずっと立ち、1995年には週35時間労働にするという協約を結んで一段落ついた。そこで次の最重要課題の一

つにあげたのが、有害物質に関する「知る権利」を確立することなのだそうです。ちょうどILOが化学物質の使用条件をめぐる国際会議を何回かやっていて、つい先日最終的に条約を結んだという国際的な条件もあると思うのですが、彼は非常にこれが重要だと。私が少しアメリカの状況を調べていたのでその話もしたら、彼は、西ドイツで金属労組の中の印刷労働者が今、画期的な労働協約を取ったと。それは「知る権利」に関する協約なのですが、アメリカの法律などよりもはるかに規制力の強いもので、有害物質の情報公開に関する権利や有害な作業を拒否できる、職場の改善を要求できることなどを決めたと。これからこれをDGB全体に普遍化したいと言っていました。

それ以外に日本で問題になっていることと同じような問題を提起していました。バイオテクノロジーとか遺伝子工学といった分野での安全衛生問題、放射線被爆の問題—これはチェルノブイリの事件もありましたし、今ICRPが放射線被爆基準を年間5レムを2レムにすることを決めたようですが、被爆基準の改訂を問題にしています—、それから職業病の認定基準を見直す必要があると言っていました。とくに循環器疾患、ストレス疾患、精神疾患、関節炎、呼吸器の疾病など、いわゆる慢性型の認定のむずかしい疾病についての認定基準を見直さなければいけないと。さらに、労災補償制度の改善、労働の人間化を進めること—これは特別に重要なのでプロジェクトを作っている—、EC統合にともなう安全衛生基準の見直し、それから環境問題—労働現場だけでなく、市民レベルの問題も労働組合が積極的に取り上げなければいけないとさかんに強調していました。外国人労働者の問題も、『最底辺』という本がベストセラーになるような状況がありますし、女性労働者の問題。だいたい日本が抱えているような問題は全て問題にしていました。 ■

(東京東部労災職業病センターでの報告をまとめたもので文責は編集部にあります)

損害賠償訴訟も積極的に検討

過労死弁護団●第3回総会で企業責任追及を重視

過労死弁護団全国連絡会議の第3回総会が、10月6日名古屋市で開かれた。1988年にスタートした「過労死110番」の活動は、この2年半の間に、日本全国に広がり、過労死は、社会問題として大きく注目されるに至った。この間の主な経過は以下のとおりである。

1988.4大阪で「過労死110番設置」
1988.6.18「過労死110番」全国ネット設置（全国7ヶ所）。当日1日で135件相談殺到。その後各地で「過労死110番」窓口拡大。

1988.10.8 過労死弁護団全国連絡会議第1回総会

1988.11.22全国一斉労災申請。16件。労働省への申し入れ、各地で労働行政当局との懇談。第1回過労死を考える集い（東京）。

1989.3名古屋で過労死家族の会が作られる。

1989.5全国相談件数1000件を突破。

1989.6.17「過労死110番」1周年。全国28ヶ所で一斉相談、1日だけで309件の相談あり。

1989.10.7 過労死弁護団全国連絡会議第2回総会。

1989.11.22過労死全国一斉行動。各地で集会など。

1990.5.12 東京で過労死家族の

会が作られる。
1990.6「過労死110番」窓口47都道府県に。

1990.6.16「過労死110番」2周年。全国42ヶ所で一斉相談、1日だけで299件の相談あり。

同日現在の相談件数1806件。ちなみにこの内訳は次のとおりとなっている。労災補償の相談が1403件（内死亡事案975件）、その他の予防相談などが403件。

以下の④～⑤は労災補償の相談1403件の内訳である。

①相談者	
本人	304件
妻	983件
その他親族	310件
労働組合	12件
その他	197件
(1806件中)	

②年齢	
30歳未満	68件
30～39歳	173件
40～49歳	442件
50～59歳	469件
60歳以上	95件
不明	559件
(1806件中)	

③被害者の職種	
会社経営者・役員	67件
会社管理職	196件
営業・事務	278件
技術職	102件
建設労働者	140件

工業労働者	165件
運転手	122件
ビル管理・警備	22件
公務員	85件
その他	629件
(1806件中)	

④病名（相談者の述べた病名に基づく）

脳 脳出血	242件
クモ膜下出血	258件
脳血栓 脳梗塞	96件
心 心筋梗塞	137件
急性心不全	262件
その他	408件
(1403件中)	

⑤被災者の性別	
男性	1373件
女性	30件
(1806件中)	

同弁護団関係で労災申請を行っているのは約150件（審査請求、行政訴訟、公務員関係含む）。弁護団では都道府県別の労災認定件数についての労働省資料を入手しているが（別表、労基署段階での認定のみ）、合計件数では、89年度30件。3年間を通じ1件も認定されていないのが、21件に及ぶ。申請件数は増大していると考えられるにもかかわらず、88年度の29件とほとんど変わっていない。労働省は救済に背を向けていると言われてもしかたのない、きわめて少ない状況である。

また、ほとんどの企業が、こうした労働行政によってその責任を免罪され、過労死遺族・被災者に対し責任をとろうとしない現状を重視し、弁護団で

は今後の課題として以下の点を確認した。

① 労災認定の獲得と労働行政の転換を迫る活動

労災申請事件の勝利を獲得し、遺族・被災者の救済を実現するには、個別事件での運動の強化とともに、労働行政の変革を迫る全国的な活動も重要である。

② 企業責任の追及

本来、企業は、過労死に対してまず責任をとるべき立場にある。遺族・被災者の救済を実現し、職場の改善を図っていくには、企業責任の追及を重視して取り組むことが重要であり、このことは労働行政の改善を迫るうえでも効果的である。

被災者・遺族の要求に基づき、会社への損害賠償請求訴訟も積極的に検討していく。

③ 相談活動の継続と社会的アピールの一層の強化

- ・相談活動を今後とも全国各地で取り組む。
- ・学習会の講師、各種投稿等を積極的に行い、また、意見広告・国際版の本の発刊等国際的なアピールも強化していく。

④ 各界との連携の強化

- ・家族の会の活動の全面支援
- ・医師、研究者との連携を一層強化し、協力医師の拡大に務める。
- ・労働組合・各団体との協力・連携を強化する。

同弁護団の川人博事務局長は、「過労死の場合は、これまで労災認定中心の取り組みだった。労災申請に協力しただけで、企業の責任を果たしたことになるのではないだろうか。加害者のいない労災職業病はないというところに戻る必要がある。現在弁護団関係で取り組んでいる損害賠償裁判は、東京2件、大阪1件だが、どちらが遺族・被災者の救済のためになるかという観点で、損害賠償訴訟も積極的に検討していこう、という問題提起を行った」と語っている。

11月21日には、全国一斉行動を行い、東京では昼に家族の会と該当宣伝、夜は集会を行うことにしている。

脳・心臓疾患の労災認定件数(過労性のみ)
(労働省資料による)

	1987年度			1988年度			1989年度			合計
	脳	心	計	脳	心	計	脳	心	計	
北海道	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
青森	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
岩手	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
宮城	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
秋田	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山形	1	0	1	0	1	1	1	0	1	3
福島	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
茨城	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
栃木	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1
群馬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
埼玉	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
千葉	0	0	0	0	2	2	1	1	2	4
東京	0	0	0	0	0	0	2	1	3	3
神奈川	2	0	2	1	0	1	4	0	4	7
新潟	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
富山	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
石川	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福井	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山梨	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
長野	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
岐阜	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
静岡	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
愛知	1	0	1	0	0	0	1	0	1	2
三重	3	1	4	0	1	1	0	0	0	5
滋賀	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
京都	0	0	0	1	2	3	2	0	2	5
大阪	1	1	2	3	1	4	0	2	2	8
兵庫	1	0	1	0	1	1	1	0	1	3
奈良	0	0	0	1	1	2	0	1	1	3
和歌山	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1
鳥取	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
島根	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
岡山	4	1	5	1	1	2	0	0	0	7
広島	0	0	0	2	0	2	0	0	0	2
山口	1	0	1	2	1	3	0	1	1	5
徳島	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
香川	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
愛媛	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高知	1	0	1	0	1	1	2	1	3	5
福岡	3	0	3	1	0	1	1	0	1	5
佐賀	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
長崎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
熊本	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
大分	0	0	0	0	1	1	1	0	1	2
宮崎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
鹿児島	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
沖縄	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	18	3	21	14	15	29	19	11	30	80

全国安全センター

第1回労働安全衛生学校

1990年11月23日(金)～25日(土)
兵庫県芦屋市●生コン技術研修センター
参加費25,000円(宿泊、食事、資料代を含む)

●主な内容と講師●

I 自主対応型の労働安全衛生活動の前進のために

安全で健康に働ける職場作りのための、働く者の参加による活動を発展させていくために、今回は、日本語版が出版されたばかりのILO「安全衛生、作業条件トレーニングマニュアル」と「チェックリスト」の活用のしかたを中心に、わが国や諸外国での経験についても検討します。

○天明佳臣氏(労働者住民医療機関連絡会議議長)

○中桐伸五氏(自治労顧問医師)

II 労災職業病認定、相談活動の前進のために

①脳・心臓疾患(過労死)

もはや国際語になった「KAROUISHI」。87年10月の認定基準改訂の意義・問題点とそれが出されて以後の動向、認定事例、今後の課題について掘り下げます。

○松浦良和氏(南労会松浦診療所長)

②アスベストによる健康被害

「静かな時限爆弾」として恐れられるアスベストの健康被害についての理解を深めるとともに、わが国でこれから急増することが確実な被害の顕在化に対して、その掘り起こしと救済の道を探ります。

○白川太郎氏(大阪大学医学部環境医学教室)

* 定員50名、参加を申し込まれた方には日程表、会場地図、テキスト等をお送りします。

アスベスト規制法制定をめざす全国集会

日時/1990年11月27日午後1時30分より

場所/東京・社会文化会館

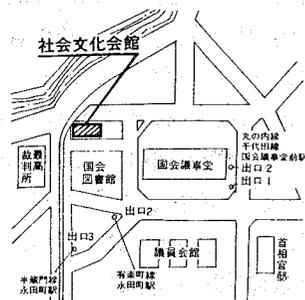
(東京都千代田区永田町1-8-1)

デモ/午後3時45分よりデモを予定しています。

*****アスベスト規制法の骨子*****

- 石綿及び石綿製品の輸入・製造・販売の原則的禁止
- 石綿対策審議会の設置
- 既存の石綿製品の改修等飛散(暴露)防止
- 石綿に関する情報の公開

〈連絡先〉〒102 東京都千代田区六番町1 自治労安全衛生対策室内
アスベスト規制法制定をめざす会 TEL(03)239-9470



過労死認定へ現地調査

福井●福井市職労木村労災認定闘争



木村さんが設計・建設した仮置場

9月26日、朝7時半から駅や市役所前でピラまき、続いて決起集会。そしてデモ。さらに1日がかりの現地調査。木村労災認定闘争の行動は、当該福井市職労組合員の活気に包まれて行われた。前号で紹介された北出労災認定の闘いをはじめた相模原市職労から誘われて共にこの行動に参加しての第一の感想だ。87年9月26日、福井市清掃工場の焼却業務監督を務める木村昌市さんは、分別収集の徹底化を依頼する住民説明会の終了間際、激しい頭痛を訴えた。近所の人に自宅まで車で送ってもらうが、症状はさらに悪化し、病院へ運ばれクモ膜下出血と診断された。3カ月間の闘病生活の後、1月に亡くなった。そして地方公務員災害補償基金福井県支部に公務災害認定申請を行ったが棄却さ

れ、基金支部審査会に審査請求中である。

福井市では、年々増大するゴミの処理に対応するため、新しい炉も計画中だったが、旧型炉の効率向上、機能維持のために分別方法をさらに合理化する必要がある、そのためには、

住民の協力が不可欠だった。さらに処理しきれずに、仮置きせざるをえないゴミを置いておく場所が必要であるにもかかわらず予算がつかなかった。全く素人の木村さんは自ら、立案、設計から建設までこなさざるを得なかった。24時間三交替で焼却しても追い付かない調子の悪い旧型の炉を心配して、「休日でも一度は清掃工場に行き、家から煙を見ては『今日は大丈夫かなあ』と言っていた」と奥

さんは語る。

今回の行動で特筆すべき成果は、何といても現地調査。木村さんが頭痛を訴えた新丸山集会場と、清掃工場を各地の参加者も含めた50名が訪れた。集会場では、当日と同じように説明会を行い、木村さんが頭痛を訴えたときの様子を再現。清掃工場では、木村さん自ら書いた設計図と共に立派な仮置場も見学。自ら草刈などからやって作業を陣頭で行っていたことなど、同僚の人から説明を受ける。「是非審査会の人に、こういった現場を見てほしい」と参加者の多くが語る。

基金支部の弁明書では、医証も全くなし、業務内容も十分調査せずに、「業務が過重でないから基礎疾病の自然増悪」であると結論づけている。これに対して、福井市職労は、事実関係に詳細な反論を加え、この労災認定を勝ち取ることで、さらには過労死を考える市民の会のようなものを作っていくことを展望している。 ■

(神奈川労災職業病センター

川本浩之)

【本の紹介】『過労死と労災補償』

岡村親宜・著

〈著者から〉1988年6月以降「過労死110番」活動の理論的、実践的成果をふまえ、『過労死と労災補償』を出版させていただきました。働きすぎによる過労死社会を放置してはならない、過労死した遺族は社会的に救済さるべきである、そのための法理論と法律実務はかくあるべきでは、という問題提起を試みたものです。労働旬報社刊 4,000円

針灸の治療期間制限に理なし

大阪●針灸裁判で大阪医大・兵藤教授が証言

労災保険による針灸治療制限（いわゆる基発375通達）の撤回を求めた、針灸打切り反対行政訴訟の大阪訴訟（原告は、保母の鈴木真規子さん）において、7月30日、大阪地裁で注目の兵頭正義大阪医大麻酔科教授の証人尋問が行われた。兵頭証人は、原告側申請の証人として出廷され、この日は原告側代理人による主尋問がおこなわれた。

兵頭証人は、その経歴からもわかるように疼痛治療、ペインクリニックの権威として知られ、早くから東洋医学・針灸療法を西洋医療の現場に取り入れ、大きな成果を上げてこられている。また、針灸治療を西洋医学的立場から研究されてきた。

本訴訟が、針灸治療の効果について「普遍的か、部分的か」、どうして針が効くのか、（作用機序）について「解明されているか、ほとんど未解明か」、そして、労災保険で針灸治療が最長1年間と制限されているのは「妥当か、妥当でないか」について争われていることから、まさにうってつけの証人といえるだろう。以下のような要旨を証言された。

昭和38年に大阪医大麻酔科が、41年にはペインクリニックを開設し、外来、入院患者の疼痛治療をおこなうようになった。当

初から、神経ブロックなどの西洋医学の方法に加えて、針灸治療を取り入れたが、それ以前からも針灸治療を一部病院内で実施していた。

西洋医学の神経ブロック療法は劇的な効果があるが、慢性痛など疾患によっては限界がある。海外の状況を知るために昭和40年頃に海外視察をした。そのとき、アメリカでは神経ブロックで治らない患者は精神科送りになっていることを知った。それを見て、日本では医者が治せない痛みを東洋医学で治しているのではないかと、精神科送りにする前にこれをやろうと考えた。

そして、開設当初から針灸治療を導入し成果を上げてきた。

現在、大阪医大ペインクリニックは外来患者用ベッド数28、1日外来患者数70、うち神経ブロック治療のみが40%、針灸治療のみが40%、併用10%、その他10%とペインクリニックにおける針灸治療の占める位置は大きい。

針灸の効果としては、まず、鎮痛効果があり、これは、非常にある。効果があるからやっている。西洋医学における痛みの治療は、薬物療法、低周波、電気などによる刺激療法などがある。これらと比較してどうかと

いえば、疾患に対する適応によってその効果は違うが、針灸の適応は広く、西洋医学よりはるかに効果がある場合がある。その他、血行改善、筋肉弛緩、体質・体調改善効果などがある。どうして針灸で痛みが止まるか現代医学では痛みに関する関心が高まり、解明も進んでいる。

針灸は、激しい痛みにももちろん効くが、軽い痛み、慢性的な痛みに良い適応がある。神経ブロックに比べ小回りがきく。副作用が殆どない。手技が比較的簡単で、教育をある程度受ければそこそこの効果があがるので、ポピュラリティー（人気一般性）がある。さらに、体質を改善するという、東洋医学の「本治療法」としての特質がある。

頸肩腕症候群に対する針灸の治療効果について結果をまとめると（1976年の論文）、その効果をはっきりとあらわれている。発病1年以上についてみると、17例中で、著効4：有効4と約半分を占め、やや有効4を合わせると70%になる。治りにくい慢性痛に対するものとしては非常に効果が上がっていることをあらわしている。腰痛についても（1986年の論文）同様の良い成績を上げている。

以上のように兵頭証人は、針灸の効果が明らか、かつ確立しており、1年で打ち切ることが妥当ではないことを明快に述べたといえるだろう。 ■

（関西労働者安全センター）

働く者のサービスセンターとして

福島●福島県労働安全衛生センター設立



福島県労働安全衛生センター設立総会

私たちは、働く全ての人々の労働安全と健康を守る“センター”を福島県に創設したいと考え、労働組合の有志を中心に先進センターの視察をはじめ、センターの性格や目的、活動エリアなどの検討を進めてきました。

こうした経過からセンターの性格を「働く人々の安全と健康を守るための調査・研究・学習・啓蒙・交流等を通し、加盟組織・団体が進める運動に対し貢献できるサービスセンターをめざす、そして活動エリアは全県組織に」と位置づけました。

また、福島県における労災死亡事故が全国ワースト2~3番目にあることも発足の大きなきっかけとなりましたし、今日まで私たちの労働安全・衛生に対する職場での取り組みや、組合員が高齢化する、同時に職場環境が急速に変化する…それらか

ら生じる様々な新たな健康障害の発生などに対応して的確に対応してきているだろうか、自らの課題として再度身のまわりから総点検をしながら「健康で働き、そして生

き続けるために」をめざし、幅広い結集、幅広い活動、そして事業活動を一体のものとしてシステム化をはかり、真に働く多

くの人々に寄与する「サービスセンター」として合意形成をはかりました。

さる6月28日、多くの労働組合、福祉事業団体から主旨に賛同を得て盛会裡に設立総会をもつことができました。

この間御指導をいただきました皆様に厚く御礼を申し上げますと同時に、今後とも御指導をお願い致します。

なお、10月下旬より11月中旬にかけて設立記念第1期学習会を県内四ヶ所で計画したところであり、活動はまだまだこれからというのが実情であります。

私どもも精一杯期待されるセンターをめざす所存です。今後ともよろしくお願い致します。

(福島県労働安全衛生センター
理事長 吾妻紀夫)

肝腎の資料を「印刷省略」

和歌山●再審査請求で診療録・看護日誌を削る

監督署で却下、労基局の不服審査もダメ、となつて次は中央の労働保険審査会。ここでは公開審理が行われるのだが…。

○さんは、戦前戦後を通じ、三重県の石原産業の鋼山で20年あまり働き、86年3月に死亡した。入院中「お父さんの病気はじん肺ではないか」と言われた次男のTさんは、三重県の、熊野労基署に遺族補償の申請を（じん肺の労災申請は、通常労基局での管理区分申請からはじまるが、

死亡後は直接労基署への労災申請となる）。

しかし署でも局でも却下。理由は「じん肺はある(管理3-I)が、要療養(管理4)には当たらない。合併症もない」。長年、セキヤタンで苦しむ父の姿をみてきたTさんは、納得がいかず再審査請求。

ところが、最近、公開審理のために審査会の事務局から送られてきた一件書類をみると、署・局段階で提出されている肝腎

の入院当時の「診療録・看護日誌」が「印刷省略」となって省かれている。

これでは勝負にならない。なぜなら、Oさんは死亡しており、じん肺にくわしくなかった主治医は他病院へ移り、入院先の病院は、Tさんからのカルテ提出要求を拒否。つまり、我々の手元にきた一件書類は結局のところ、Tさんからの聞き取りと鑑定医(複数)の「業務外」の診断書、ということである。これで判断するとなると、却下は火をみるより明らかな。

そこで、審査会事務局に「印刷省略」の理由を問いただすと、「全てを印刷すると膨大になる」。届いた書類は決して厚いものではない。もっと部厚いケースはザラだ。「プライバシーがある」。亡くなった故人の次男が申請人

しかも署・局に提出されていたものだ。「これらの書類は本来公開しないものだ」。そんなのは初耳。検査データもついている。カルテ・看護日誌だけを省く理由になるか!

労働側・八代参与を通じ9月20日の公開審理の場で追及していただいた。事務局「参与の方は閲覧できます」。我々の問い合わせには、参与にも見せないと言いつ張っていた。

この事件、合併症と診断がつくかどうか最大のポイント。セキ・タンがひどかったと証言する人はいる。しかし、カルテでどうか、だろう。

それにしても「公開審理」とは、チラッと「みせてやる」くらいの意味なのだろうか。 ■

(港町診療所 早川 寛)

ともに、労災補償への取り組みを開始した。

事故が起きたN鑄造所は、社長夫婦と息子2人を中心に、従業員10人足らずの小さな工場だった。補償を求めて工場を訪ねた私たちを迎えたのは、「会社を守ること」で結束した経営者と従業員の抵抗だった。

「今回の事故は、会社が命じてもいない難しい仕事に勝手に手を出したあいつが悪い。会社に責任はない」。仕事の手を止めて出てきた日本人労働者が、社長や専務と一緒に口々に会社側をかばい、Jさんに詰め寄る場面もあった。仕事中の事故で障害を負ったJさんに対する見舞いや謝罪の言葉はなかった。

Jさんは、障害補償として101日分の平均賃金を請求する権利があった。この他、休業補償の不足分なども法的権利として請求できるものだった。

しかし法定の補償は、労災による逸失利益全てをカバーするものではないし、精神的損害に対する慰謝料は含まれない。これらの補償については、民事上の損害賠償請求として、労使の交渉や裁判で争うことになる。

Jさんが早期帰国を希望していたため、時間のかかる裁判はできれば避けたかった。しかし、帰国後の生活もあり、法定分の補償だけでは不十分だ。話し合いによる解決を優先しながらも、会社が最低限の責任を果たすことを求めて、再度会社への申し入れをした。その後の交渉を経

鑄物工場での火傷で右目に障害 埼玉●ガーナ人労災事故で補償交渉

Jさん(ガーナ人)は観光ビザで88年3月に来日し、89年から埼玉の鑄物工場で働いていた。事故が起きたのは今年の3月、週の中でも工場が最も忙しい日だった。

「私と社長が組んで、溶けた鉄を大きな容器にそそぎ込み、その上から社長が粉状の化学薬品(灰)を入れました。その後私がこの灰を鉄の棒で取り出す作業をしていたら、急に爆発が起

きたのです」。溶けた熱い鉄がJさんの体に飛び、Jさんは頭や眼、腕、足など全身に火傷を負った。その後1カ月の治療で、火傷は治ったが、右眼の角膜に障害が残り、視力が0.03まで低下してしまっただ。矯正もできないという。障害等級13級の後遺症だった。

相談を受けたCALLでは、「亀戸ひまわり診療所」の協力で英語の堪能な医師を紹介すると

て、会社側は、法定の補償額に見舞金20万円を加えた約118万円を支払うことに同意した。事故発生からは5カ月近く経った8月20日に解決し、Jさんに労災

補償と見舞金を支払われた。協定調印後、JさんはCALLに別掲のような手記を寄せてくれている。(原文は英語) ■ CALLネットワーク(アジア

の働き学ぶ仲間と連帯する労働者・市民の会)
連絡先: 東京都文京区小石川2-3-4川田ビル3階
TEL(03)813-5359/FAX816-0505

僕が日本に来たのは、コンピュータ・サイエンスの勉強をしたかったからです。来日後、新宿や渋谷、高田馬場の私立の専門学校を訪ねました。でも、どの学校でも、まず日本語を勉強しなければだめだと言われたので、渋谷の日本語学校で日本語の勉強をすることになりました。ここは、僕にはよい学校だったと思います。

日本人については、一つの

言葉でつながった家族のような国民だという印象です。習慣も同じだし、文化も同じ。それから日本人は、年取った人も若い人もみな礼儀正しいですね。話しかける時に、男も女もお辞儀をしましょう。最初は東京の人だけがこうするのかと思ったけれど、大阪や伊東などの地方に行った時も同じでした。みんな親切で寛大で、僕は自分の家で両親と一緒にいるような気持ちが

しました。

今回僕は、職場で負傷してしまいましたが、これは僕とボス(上司)との間で、何らかの誤解があったために起きたことだと思います。そしてCALLの兄弟や姉妹たちが助けに来てくれて、今では平和が戻りました。親愛な日本人そして外国人の皆さん、みんなの力でCALLをさらに大きな組織にしていきたいと思います。

韓国訪問半記—友人を求めて

社団法人神奈川労災職業病センター理事長 斎藤竜太

「全国安全センター」の古谷事務局長から、韓国訪問の原稿を求められた。軽率に引き受けたあとで考えてみると、当然「労働安全衛生」が念頭にあったのであろうが、当人にとっては少しばかりズレたことが頭を支配していた。しかし、あえて書いてみることにしよう。しかも、少しばかり思うがままに。

夏休みを利用して出かけた。一人旅である。いかなる由来があるのかどうかさだかでないが、おひとよし、というのか、オメデタイ、というのか、がんらい私はひとが好きで、ひとを見ると接近したくなる場所がある、と自分では思

っている。少し長じてからは、世界中に見知らぬ友人が沢山居る、と思うようになった。この時期になると、それも無条件という訳ではなく、はっきりと「悪い奴」、つまり帝国主義者、支配者、その手先などと思う手合は、この限りではなくなったことは付け加えておかなければなるまい。

ともあれ、日本に最も近い外国に出かけたのである。目的は?—それは、韓国が知りたい、韓国に友人が欲しい、韓国の空気全体を吸ってみたい、と言わば漠としたことがまずはあった。そしてそれは、必ず良い友人が居る、という無

条件の確信のもとに。たまたま自分は医者であったり、労災職業病の闘いに参加している、という具体的現実が、向こうのひとと連絡が付き易いという条件になった。だから、今回は、労災職業病闘争をめぐる交流や勉強自体に主眼があったのではなく、先の「漢」としたこととあわせて、まずは韓国の人びとと知り合いになることにあった。

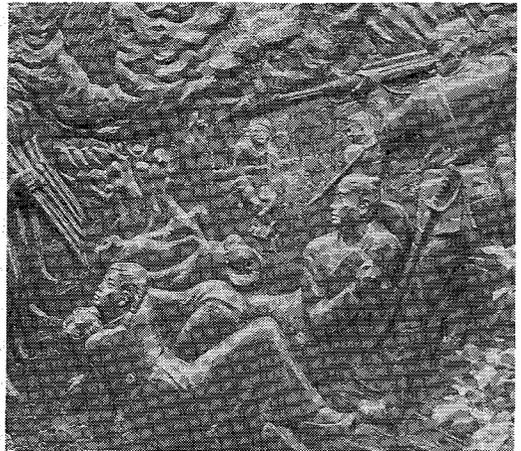
友人の〇さんの紹介で、労働運動、反公害闘争、労災職業病闘争をになっている人びとに会うことができた。

金浦空港には、〇さんの友人で空港の騒音公害反対運動で活動しているKさんが、〇さんと共に出迎えてくれた。Kさんの知人が経営しているという私の泊まったホテルでは、ゆきと似たサービスをしていただいた。

訪問や見学のあい間をみても、一人ソウルを歩く。まずは、ホテルに近いパゴダ公園(Pagoda Park)に足を向けた。ソウル中心部のやや北に位置するこの公園は、もともと14世紀中葉の寺院の跡につくられたものだそうであるが、公園のあちこちにある、いわば「韓国風東屋」とでも呼べる独特の屋根と柱からなる亭の下で、年配の男達が、岡目も含めて、のんびりと将棋(?)差しに興じていたり、お上りさん然とした夫婦やアベックの若者達で活気に満ちていた。

少し奥まっではいるが、そうした人びとの目にもつきやすい位置に、沢山の人間を描いた青銅のレリーフのはめ込まれたどっしりとした壁が、10数メートルにわたって並立しているのにぶつかった。レリーフ1枚が巾2.5m、高さ2mぐらいもあったろうか。近づいて観ると、それは多くの民衆が、民衆に銃剣を向けたおそらく帝国主義の軍隊であろうと見える一群の兵隊に蹂躪されているところから、この銃剣で殺し脅す者たちに対して決然と闘いに立ち上がるまでの様子が、実に生き生きと描かれたものであった。この民衆は朝鮮の民衆であり、蹂躪する兵隊達とは日本帝国主義の軍隊である。レリーフは、1919年3月1日の独立運動を描いたもので、パゴダ

公園の入口近くに建てられている英語の説明板によると、朝鮮民族の独立の意志と精神を表した



パゴダ公園のレリーフ

ものであった。

このこととは別に、先日、門司労災病院の兼崎暉さんから、「趙健治さんの《日本国籍確認訴訟をすすめる会》」編集・発行の「生きる権利としての国籍を」という同訴訟をまとめた本をいただいた。この訴訟は、「日本が朝鮮に対して行った、植民地支配と侵略戦争の責任を明らかにし、きちんと歴史的総括を行うことを要求するものである」(同書「はじめに」)が、この本に同封された兼崎さんの手紙は、「侵略戦争と植民地統治の時代におけるあやまちをきちんと処理することが、日本における人権を尊重する社会の第一歩となるものと考えています。…この問題は日本という社会が人間的な社会に築き上げられていくためにはさけてとおることのできないものと考えています」と述べている。兼崎さんの意見に完全に同意するのであるが、これは三・一独立運動と表裏のことがらである。

ふりかえって、日本には、抑圧され屈辱を受けた民衆が、それが封建領主であれ軍国主義であれ巨大企業であれ、これを告発し、これに反対して不屈に闘ったことを、苦渋に満ちてはいるがしかしまた胸を張って誇ることのできる歴史的記念碑が、東京や大阪などの大都会の人目の付く公共の場に堂々と建てられているのを私は知らない。このレリーフの前で、私は日本民

族一支配者は勿論、被支配者に属する人民を含めて一の歴史的欠陥の重大性をあらためて思い知らされた。この欠陥を改めることが、今のわれわれの活動の中に課せられている。その闘いはひとつではあるが、同時に広い分野に連なっているであろう。

話が飛ぶのを御容赦ねがいたい。

民族の独立や人民主権ということになれば、私の頭の中は東欧のことが駆けめぐる。かつて滞在中のあるドイツが気になる。気になる理由は様々あるがここでは省かざるをえない。ただ、上記の「テーマ」に即して考えると、すでに人民抑圧の体制になりさがって久しい東ドイツ「現存社会主義」権力を打ち倒した激動は、まさに革命であった。それは、この権力打倒からドイツ再統一の時点までに限られた「本来過渡的であるべきはずの時代における、継続的な民主主義革命」とでも言えるものではなかったか。そして、現時点での、火事場泥棒的なりふりかまわぬドイツ再統一は、この人民革命の流産ではないのか、と私は思う。あまり立ち入らないが、もう少しだけ付け加えさせていただきたい。「本来……はず」というのは、もともと資本主義社会から真の社会主義社会への橋渡しの時代(過渡的)であるべきはずだったものが、民衆にとっての輝かしい未来とは裏腹の社会と時代にとにかく変重してしまった、という意である。「継続的な」とは、フランス革命やアメリカ独立革命などのブルジョア民主主義革命と言われるものでも、その後にはできあがった社会が、不徹底なものであったり、民衆に敵対するものに変質した場合には、初心に立ちかえるとともに、さらに一歩進んだ革命が引き続き行われうのではないか、という意である。同じように流産したが、「過渡期」と「継続」という点では今回のドイツに似た例が、以前に一度あったと私は思っている。

旧西ドイツ時代のSPD(社会民主党)の作家でもあり論客でもあるギンター・グラスは、その著「ドイツ統一問題について」の中で、ド

イツの再統一国家化に反対して、東ドイツのアイデンティティーを尊重した国家連合として存続させるべきだと主張してきた。グラスをすべて支持するものではないが、この考えは深いと思う。旧政権を倒した東ドイツの民衆が、西ドイツ当局の露骨な介入と干渉なしに(新政権当局が、西の介入と干渉を排す気骨が不可欠であった)、自分達のさしあたって選んだ政権の能力と行き方を吟味もし検討もでき、自分達の経験と蓄積に基づいた討論と模索を通じて、予測しうる紆余曲折を自らの力によって克服する道を選ぶことのできる時間と余地を持つことができなかつたのであろうか、と思う。この時間と余地が、東ドイツ民衆が勝ちとりつつあった民主主義が発展し花開く条件ではなかつたのだろうか。自前の民主主義の建設と、ソ連からばかりでなく、西からも独立する精神を民衆の立場で保障する一つのあり方として、国家連合を考えることができたのではないか。統一国家は、その次の段階として展望しえたものではなかつたか。と。資本主義の底知れぬ暗黒と悪魔性を知ることのないまま、いわば資本主義に対する免疫不全のまま、猛烈を極めた西独当局のばい菌散布の下に、感染と高熱にみまわれ、さしあたって選ぶことになったものの、まだ海のものとも山のものともどくと試されていない新しい政権担当者によって、東ドイツはそそくさと西ドイツ帝国の中に吸収された、と私には見える。もちろん、東ドイツ民衆の革命は、さしあたって流産したとしても、吸収された統一ドイツの中でゆっくりと時間をかけて醸造され、今度は西ドイツで醗酵しつつあった矛盾とも連動して、全ドイツの変革につながる力としてやがて再生されてくるにちがいない。

× × ×

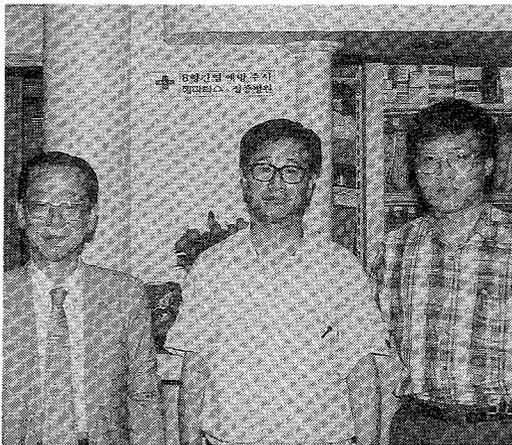
いやどうも、韓国訪問記のはずが、気の向くまま、無統制に書いているうちに、どんどん飛んでドイツまで行ってしまった。国家安全センターの機関誌には不似合いのテーマを含むことになってしまったかもしれないが、私にとって

は、労災職業病闘争に参加するにしても医療運動にかかわるにしても、頭から離れようのないことがらである。ところが今また日本では、海部政権が、自衛隊の海外派兵を強行してアメリカ指揮下の多国籍軍に肩入れせんとすることによって、「侵略戦争と植民地統治の時代におけるあやまちをきちんと処理」しようとしないうる本音とアメリカに対するあさましいまでの下僕根性をさらけだしている。

最後に、韓国側から日本側への要望を含めて、二三の点について列記しておきたい。

韓国では、いま闘う民主労組が結集して全国労働組合協議会(全労協)を発足させようとしており、「攻勢に転じている」(Y氏)ためなのであろう、活気とともに皆の顔がひきしまっていた。

その一つの動きに、労災職業病と公害をなくし、健康を守る運動の拠点として活躍してきた九老医院(医師1、看護婦7~8=正規1・労働問題担当1・パート5~6、事務1;外来の他に、入院部屋2、ベッド部屋2、ベッド4、九老地区に1986年設立)が、本年着工、2年後には敷地650坪、100床、教育センターや各種の相談室を備えた病院に発展する由であった。さらに200~300床に拡大していく計画だといひ、労働組合、宗教界、医療関係者、法律家の代表者が、計画の最終的ツメに入って連日激しい討論の最中だ、とのことであった。



九老医院で朴桂烈院長と斎藤氏(中)

韓国の労働法は、日本とドイツのものを参考に作られており、日本における改正や改悪は影響を受ける。この面での資料が欲しい。特に、現在、産業安全保健法改正運動を行っているところで、有害労働に対する労働者の拒否権、安全委員会が作業環境の変更を決定できる権限、労働時間の短縮、などを勝ち取るためにエネルギーを傾注している。この面での日本の労働法規の変遷と闘いの具体例を知りたい。

頸肩腕障害や疲労性腰痛は、韓国では労災と認められていない。この分野の資料が欲しい。

韓国は労働運動が盛り上がっているが情報に乏しい。情報の集中している日本側がそれを知らせて欲しい。機関紙誌の交換を希望する。

韓国を訪問した日本人には、ナシのツツテで何の返事もない場合が多い、という批判も受けた。

また、後述する在韓ジャーナリストの鈴江氏は、日本の学生に韓国の公害と労災職業病発生の事実を見学させ、運動の実態にふれてもらったらどうだろうか、という提案をされた。

九老聖堂(プロテスタントでは教会に当る)に附属する「労働問題相談所」の壁の中央には、「為人救我」の掛軸がかけてあった。聖堂を中心に活動している人びとの精神的な柱なのであろう。

なお、韓国における労災職業病の事情については労働者住民医療機関連絡会議の機関誌に連載されている、在韓ジャーナリスト・鈴江正二氏の「韓国の労災・職業病」の一読をおすすめしたい。

最後に、名をあげることはひかえるが、今回の訪韓でお世話になった両国の活動家を含む多くの皆さんに心から感謝したい。また、国立民俗博物館や伝統工芸館をはじめとして、韓国茶の専門喫茶店—日本の玉露の入れ方はこれに似ている—にいたるまで、まる一日を韓国の歴史と文化の一端に触れる機会を作り、案内していただいたMさんには、今回の旅が潤いをもつものになったことを、特に感謝したい。

1990・10・16

全国労働安全衛生センター連絡会議

108 東京都港区三田3-1-3 M・Kビル3階 労住医連気付

TEL(03)5232-0182/FAX(03)5232-0183

- 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
004 札幌市豊平区北野1条1丁目6-30 TEL(011)883-0121/FAX(011)883-7261
- 東京●東京東部労災職業病センター
136 江東区亀戸1-33-7 TEL(03) 683-9765/FAX(03) 683-9766
- 東京●三多摩労災職業病センター
185 国分寺市南町2-6-7丸山会館2-5 TEL(0423)24-1024/FAX(0423)24-1024
- 神奈川●社団法人神奈川労災職業病センター
230 横浜市鶴見区豊岡町20-9サッポロ豊岡505 TEL(045)573-4289/FAX(045)575-1948
- 新潟●財団法人新潟県安全衛生センター
951 新潟市古町通4番地643古町ツインタワーハイフ2F TEL(025)228-2127/FAX(025)222-3738
- 京都●労災福祉センター
601 京都市南区西九条島町3 TEL(075)691-9981/FAX(075)672-6467
- 大阪●関西労働者安全センター
550 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
- 兵庫●尼崎労働者安全衛生センター
660 尼崎市長洲本通1-16-7阪神医療生協気付 TEL(06) 488-3855/FAX(06) 488-8247
- 兵庫●関西労災職業病研究会
660 尼崎市長洲本通1-16-7医療生協長洲支部 TEL(06) 488-3855/FAX(06) 488-8247
- 広島●広島県労働安全衛生センター
732 広島市南区稲荷町5-4前田ビル TEL(082)264-4110
- 愛媛●愛媛労災職業病対策会議
792 新居浜市新田町1-9-9医療生協気付 TEL(0897)34-0207/FAX(0897)37-1467
- 高知●財団法人高知県労働安全衛生センター
780 高知市薊野イワ井田1275-1 TEL(0888)45-3953/FAX(0888)45-3928
- 熊本●熊本県労働安全衛生センター
862 熊本市九品寺1-17-9労働会館内 TEL(096)364-6128/FAX(096)364-7243
- 大分●社団法人大分県勤労者安全衛生センター
870 大分市寿町1-3労働福祉会館内 TEL(0975)37-7991/FAX(0975)38-1669
- 宮崎●旧松尾鉦山被害者の会
883 日向市財光寺283-211長江団地1-14 TEL(0982)53-9400/FAX(0982)53-3404
- 自治体●自治体労働安全衛生研究会
102 千代田区六番町1自治労会館3階 TEL(03) 239-9470/FAX(03) 230-1386
(オブザーバー)
- 山口●山口県安全センター
754 吉敷郡小郡町明治東小郡労働会館内 TEL(08397)2-3373

【データ】 職業病の発生状況

		1989年	1988年	1987年	1986年	1985年
(1)負傷に起因する疾病		9,485 7,628	9,598 8,014	9,170 7,572	10,763 8,388	11,242 8,802
物理的因子による疾病	(2)有害光線による疾病	12	13	5	13	13
	(3)電離放射線による疾病					
	(4)異常気圧下における疾病	11	8	8	21	17
	(5)異常温度条件による疾病	674	527	670	1,243	1,253
	(6)騒音による耳の疾患	15	13	24	7	7
	(7)(2)～(6)以外の原因による疾病	16	5	23	8	3
	作業態様に起因する疾病	(8)重激業務による運動器疾患と内臓脱	144	117	124	61
(9)負傷によらない業務上の腰痛		353	267	380	247	55
(10)振動障害		39	50	59	54	115
(11)手指前腕の障害及び頸肩腕症候群		111	154	127	155	148
(12)(8)～(11)以外の原因による疾病		33	24	43	15	13
(13)酸素欠乏症		26	22	17	26	24
(14)化学物質による疾病(がんを除く)		290	342	382	342	584
(15)じん肺及びじん肺合併症		1,201	1,308	1,401	1,472	1,561
(16)病原体による疾病		40	55	69	108	56
がん	(17)電離放射線によるがん		1			
	(18)化学物質によるがん		3	3	5	4
	(19)(17)、(18)以外の原因によるがん	2		1	1	
(20)その他業務に起因することの明らかな疾病		13	16	4	6	11
合 計		12,465	12,523	12,510	14,547	15,147

資料；労働省業務上疾病調

注 1 表は休業4日以上のものである。

2 疾病分類は労働基準法施行規則第35条によるものを整理したものである。

3 (1)負傷に起因する疾病欄内の下段の数字は腰痛の内数である。

4 (18)の化学物質は労働基準法施行規則別表1の2第7号に掲げる名称の化学物質である。

5 本統計の数字はその年中に発生した疾病で翌年3月末日までに把握したものである。

全国労働安全衛生センター連絡会議口座案内

●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「東京5-545940」

名義はどちらも「全国安全センター」