

全国安全センターの御案内

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、各地の地域安全(労災職業病)センターを母体とした、働く者の労災職業病、安全衛生活動の唯一の全国ネットワークです(90年5月設立)。

全国安全センターは、①「安全センター情報」の発行、②労働安全衛生学校の開催や講師の派遣、③安全衛生問題、労災認定問題等の相談、④調査・研究・政策提言、⑤各種パンフレット・書籍等の発行・普及、⑥国際交流(季刊で英文ニュースレターも発行)等々、多彩な活動を行っています。

賛助会員、定期購読の呼びかけ

全国安全センターは、地域センター会員と賛助会員によって構成されます。賛助会員は、個人・団体を問わず、毎月「安全センター情報」をお届けするほか、各種出版物・資料等の無料または割引提供や労働安全衛生学校などの諸活動に参加できます。全国安全センターの活動の趣旨に御賛同いただき、ぜひ賛助会員として入会してください。

賛助会費は年度会費で、1口1万円以上(可能な限り3口を希望しますが、1口から受け付けます)。入会申込書に会費を添えて(後記口座を御利用下さい)お申し込み下さい。

「安全センター情報」の購

読をしたいという方々には、購読会費制度を用意しました。こちらも年度単位で、年額は部数により別表のとおりとなっています。申し込みは、賛助会員入会申込書を御利用いただき、備考欄に「定期購読希望」とお書きください。

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]

1部	年額10,000円(含送料)	6部	年額45,000円(含送料)
2部	年額19,000円(含送料)	7部	年額49,000円(含送料)
3部	年額27,000円(含送料)	8部	年額52,000円(含送料)
4部	年額34,000円(含送料)	9部	年額54,000円(含送料)
5部	年額40,000円(含送料)	10部以上	1部につき年額6,000円

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)

108 東京都港区三田3-1-3 MKビル 3階
PHONE (03)5232-0182 / FAX (03)5232-0183

'92 4月号 [通巻第166号]

特集◆労災補償制度の改革

連合/過労問題プロジェクト報告	2
過労問題について	16
労災認定の改善に関する意見	17
全国過労死を考える家族の会・過労死弁護団全国連絡会議 過労死関係法規・認定基準改正案	19

連載◆ILOマニュアルの活用

実践レポート編⑥ 全国安全センター 古谷杉郎	
第2回労働安全衛生学校	31

炭鉱労働者とじん肺

全国じん肺患者同盟北茨城支部支部長 故阿部家治さんの証言	34
------------------------------	----

【各地の便り】

東京●都高教定時制部・10年目を迎えたシンポジウム	42
東京●労住医連第10回総会	42
神奈川●港湾の日雇・外国人労働者の法定外補償	43
広島●腰痛再発、新証人の再調査で交渉	44
東京●「コンピュータが職場を変えた」シンポジウム	44
アメリカ●連邦裁判所がEPAの石綿規制差し戻す	45
神奈川●放射能汚染の輸入脱脂粉乳で健康障害?	46

今通常国会に労働安全衛生法等の改正案が上程され、労災保険審議会では、認定問題小委員会も設置されて制度改正に向けた議論が行われる中で、今号では「労災補償制度改革」という特集を組んだ。連合の「過労問題プロジェクト報告」は、補償だけでなく予防を含めた提言であるが、昨年8月に発表された「労災認定の改善に関する連合意見について」等と合わせて紹介する。 ■

連合／過労問題プロジェクト報告

はじめに

わが国の平均寿命は、1990年には男子75.9歳、女子81.8歳であり、1987年以来男女ともに世界最長を保っている。このような長寿社会を実現したわが国において、労働者やその家族はそれにふさわしい健康な生活の実現を求めている。

しかしながら、近年、いわゆる「過労死」や「過労による病気」が社会問題化をし、また、「突然死」もひき続いて問題となるなど、職業生活の安全と健康の確保のために、解決すべき重要な課題があることが示されており、労働組合の適切な対応が求められている。

本プロジェクトは、以上のような問題意識に立ち、政策委員会による過労問題に関する見解を受けて（「過労問題について」1989年4月）、1991年3月に労働安全衛生対策会議内に設置されたものである。プロジェクトは8回の会合を持ち、各方面の専門家との意見交換、ならびに具体的事例の検討などを行った。

本プロジェクトは、「過労問題」を二つの視点から検討した。一つは、労働安全衛生対策の視点である。使用者による安全配慮義務違反の問題、未解明の疾病の問題などについて論議を深め、提言では、とくに、予防対策の強化を強調している。

もう一つの視点は、社会労働問題の側面である。過度の企業間競争、長時間労働、変則労働、海外勤務などによるストレスについて、その問題点と対策を検討し、産業・企業に「ドクターストップ」をかけることのできる体制づくりなどを提言している。

本報告に示すように、「過労問題」は将来に向けて総合的な対策を要する広く深い問題である。解決のためには基本的な制度の改善や創設、ならびに、新たな視点に立った対策が求められる。本報告に基づき諸対策の強化がはかれることを期待するものである。

1992年3月

連合労働安全衛生対策会議

過労問題プロジェクト

座長 小宮 源次郎

副座長 矢沢 寿義

法規対策局長 来田 弘

I 労働安全衛生における問題点と対策

1 概要

いわゆる「過労死」あるいは「過労による被災」といわれている問題は複合的な要因を持つものである。

労働安全衛生対策の視点からは、①使用者の

安全配慮義務違反に関する問題、②労働に関する疾患についての新しい概念である「労働関連疾患」の問題、③未解明の疾病の問題、の三つの領域が考えられる。

2 使用者の安全配慮義務に関する問題点と対策

(1) 使用者の安全配慮義務について

使用者の安全配慮義務とは、「従業員に対しその生命・健康を危険から保護するよう配慮すべき義務」をいう。使用者が従業員に対してそのような一般的な義務を負うことについて、労働基準法、労働安全衛生法など現行法は明示していないが、判例では最高裁において一定レベルのものが確認されている。

すなわち、公務員については「陸上自衛隊事件」に関する判決（最高裁・1975年2月25日）が、また民間については、宿直中の社員が強盗に殺害された「川義事件」に関する判決（1984年4月10日）が、使用者（国）の安全配慮義務を認めている。

* 最高裁判決は、安全配慮義務について、「ある法律関係に基づいて特別な社会的接触の関係に入った当事者間において、当該法律関係の付随義務として当事者の一方または双方が相手方に対して信義則上負う義務として一般的に認められるべきもの」としている。

(2) 安全配慮義務違反とその問題点

「過労問題」の事例の中に、使用者の重大な安全配慮義務違反が見られる。

例えば、半年以上、連日、深夜までの激務であったにもかかわらず、健康診断を受ける時間も与えられない労働者が被災した場合、使用者に安全配慮義務の違反があることは明かである。

しかし、現行法制では、安全配慮義務の内容を具体的に明示していないため、違反であるかどうかについては個別の判決によらねばならず、

かつ罰則がないため実効性に乏しい。

労働安全衛生法は第3条、第65条などで部分的にこの義務の内容に触れているが、いずれも努力義務にとどまっており、その内容も不十分である。

* 労働安全衛生法第3条〔事業者などの責務〕：事業者は、(中略)、快適な作業環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全衛生と健康を確保するようにしなければならない。(努力義務規定)
* 労働安全衛生法第65条の3〔作業の管理〕：事業者は、労働者の健康に配慮して、労働者の従事する作業を適切に管理するように努めなければならない。(努力義務規定)

安全配慮義務については、法制度に以上のような問題があるため、使用者の認識が不十分であり、具体的な予防施策が強化されないという問題がある。

また、現行制度のもとでは、明らかな安全配慮義務違反がある場合でも、被災者や遺族の救済は、長期の民事訴訟を経なければならないことが多い。

(3) 予防対策の強化

①安全配慮義務の法による明示

安全配慮義務違反を未然に防ぐためには、まず、安全配慮義務ならびに関連措置の法による明示が必要である。

具体的には、当面、労働安全衛生法を改正し、使用者の安全配慮義務の内容を具体的に明示する必要がある。とくに、脳・心臓疾患などの場合、健康診断やその結果に基づく措置を受ける時間がないような過密労働を放置した場合には、安全配慮義務違反が明確になるようにすべきである。また、違反については、罰則を明示する必要がある。

また、より基本的な課題として、労働契約法において、安全配慮義務を規定することを検討すべきである。

②労使協議の推進

安全配慮義務については、現状においても、判例で一定程度の内容が明らかである。法による明示を求める内容を、労使の協議を通じて確認するための取り組みが必要である。

(4) 補償対策の改善

現行制度では、安全配慮義務違反については、民事訴訟により補償請求を行わなければならないが、解決には長期間を要することも少なくない。このような状況を改善するためには、明らかな安全配慮義務違反については、民事訴訟の結果を待たずに公的制度から一定の基準で立替え払い等を行うなど、迅速な救済のシステムを導入することが必要である。

3 「労働関連疾患」に関する問題

(1) 労働関連疾患について

①労働関連疾患

過労問題の大きな課題の一つは、労働に関する複合的な疾患、すなわち「労働関連疾患」(あるいは「作業関連疾患」)に関する予防と補償の問題である。

労働関連疾患とは、複合的な要因を持ち、労働が原因の一つである疾患のことで、ILOやWHOによる新しい概念である。具体的には、脳・心臓疾患、ゼンソクなどの呼吸器疾患、けい腕や腰痛などの筋骨系疾患、その他のストレス性疾患などが含まれると考えられる。

これらの疾患は、従来型の職業病と比べて労働との関連の解明が簡単ではないことが多い。しかし、従来型の職業病が減少するなかで、「労働関連疾患」は今後一層増加することが考えられる。予防と補償の体制は未確立であり、強力な対策を講ずる必要がある。

* WHO 専門家グループによる「労働関連疾患」の定義(1985年)

「認定された職業病以外で、労働環境と労働の遂行がいくつかの因果関係の一つとし

て明らかに寄与している障害群」

* WHO / ILO レポートによる考え方(1987年)

「必ずしも因果関係が明らかでなくとも何らかの形で職業や労働条件と関係のある疾患群」

* 「労働関連疾患」(WORK RELATED DISEASES)は「作業関連疾患」と訳されている場合が多いが、原語の表す意味を広くとらえて「労働」の語を用いている。

②労働関連疾患の状況

労働関連疾患は過労問題の事例の多数を占めるものであり、疾病としては、脳、心臓疾患が中心である。

労働関連疾患における労働要因の強度は事例により異なるが、大きく分けて、①「特殊日本型」の強いストレスの影響が明確なもの、ならびに、②労働と私病等の要素が複合的なものがある。なお、脳・心臓疾患や突然死の状況は資料にある通りである。

* 労働関連疾患の概要(概念図：正確には15ページの図参照)

労働要因の強いもの		労働・私病要因が併存するもの	私病要因の強いもの
偶発的な過重負荷による	持続的な過重負荷による		

(2) 「特殊日本型」の強いストレス

労働関連疾患のうち、過重負荷の持続によるものがある。これが社会的に「過労死」といわれるものであり、ここには通常の労働関連疾患とは質的に異なる重大な問題がある。

まず、安全配慮義務違反の問題である。労働者に過重な負荷が続いているにもかかわらず放置したことによる被災は安全配慮義務違反が明確であるが、現在はそれを速やかに問い、被災者を救済することは容易ではない。法制度を改正し、使用者の社会的責任を追及できるように

し、かつ、それを前提とした万全の予防施策の実施が必要である(安全配慮義務の問題は3ページ参照)。

また、労災認定基準が狭く補償が不十分である。とくに、被災1週間前までを本要因としそれ以前は付加的とする認定基準では、長期間の疲労により基礎疾患が悪化したケースを救済できない。(17ページ「労災認定の改善に関する連合の要求」参照)

なお、欧米では、強いストレスによる被災は

「マネージャー病」の中に見られるが、わが国は一般の労働者にも見られるところに特殊性があり国際的な関心を集めている。

(3) 労働関連疾患の現状と問題点

①現状

労働関連疾患は過労問題の中心的な問題である。過労問題に関する連合の調査によれば、21.9%の職場で「過労問題があった」と答えているが、その多くが労働関連疾患かその予備軍であると考えられる。

* 過労問題の状況(%・連合「労働安全衛生に関する調査」1989年)

	過労問題があった	過労による休業者があった	過労によると思われる休業者があった	過労による死亡者があった	過労によると思われる死亡者があった
合計	21.9	7.1	15.2	0.9	2.1
製造業	17.8	1.4	11.4	0.8	1.8
非製造業	30.0	11.7	22.7	1.3	2.8

過労問題に関する労働関連疾患のうち最も深刻なものは脳・心臓疾患である。直前まで「元気」な労働者の命を奪うことがあるからである。

また、メンタルヘルス、とくに自殺の問題も大きな課題である。

* 壮年期の急死の病因(厚生省「人口動態社会経済面調査」1989年10月)

合計	脳血管疾患	心臓疾患	消化器系疾患	その他の疾患
100.0%	34.6%	51.3%	5.9%	8.2%

労働関連疾患の数についての統計はないが、厚生省の調査に基づく推計では、壮年期労働者の急な病死数は1万6千人強となることから、疾患全体ではかなり大きな規模であることが推定される。

②最近の動向

労働関連疾患の状況の推移について、厚生省のデータに基づく推計は次の通りであり、心疾患は増加傾向にあり、脳血管疾患は減少傾向にある。職種別には、採掘作業者の悪化が目立つほか、専門的・技術的職業、運輸・通信従事者では心疾患の増加が目立つ。

③問題点

労働関連疾患は、以上のように規模の大きい疾患群であるが、その予防や補償の対策は不十分である。主な問題点は次の通りである。

- (イ) 労働関連疾患に対する総合的施策・指針がない
- (ロ) 成人病健康診断の実施が不十分である。1988年の労働安全衛生法改正により、心電図、血液検査などの成人病検診が義務づけられたが、実施状況に問題がある。
- (ハ) 改正安全衛生法による健康保持増進措置の徹底が不十分である。
- (ニ) 過労問題に関しては健康診断の結果に基づく事後措置がとくに重要であるが、産業

男子就業者の循環器疾患訂正死亡率の推移(25-64歳)

年	心疾患			脳血管疾患		
	1970	1986	増減	1970	1985	増減
就業者全体	33.9	38.3	13	61.4	32.1	-91.3
専門的・技術的職業従事者	23.8	40	68.1	34.3	28	-22.5
管理的職業従事者	31.7	32.9	3.8	40.9	26.3	-55.5
事務従事者	37	34.7	-6.6	48.6	26.2	-65.5
販売従事者	30.3	36.5	20.5	41.7	30.0	-37.6
農林・漁業従事者	152	63.4	-139.7	208.9	52.7	-296.4
採掘作業従事者	33.3	125.5	276.9	91.4	131	43.3
運輸・通信従事者	19	28.7	51.1	28.7	27	-6.3
技能・生産工程従事者	29.8	26.4	-12.9	58.2	23.3	-149.8
保安職業従事者	26	31.3	20.4	31.2	22.8	-36.8
サービス職業従事者	50	59.5	19	87.5	48.4	-80.8

注1, 厚生省統計情報部人口動態特殊報告(昭45,60年)より作成

注2, 死亡率は人口10万対、増減は1975年に対する1985年の増減率(%)

医による指導も含めて、現在の状況は不十分である。また、行政の支援体制、とくに、中小事業所に対する監督と支援が十分ではない。

(ホ) わが国の疾病構造の変化への対応に問題がある。とくに、脳・心臓疾患の危険性に対しての認識が使用者、労働者とともに不十分である。

(ヘ) メンタルヘルス対策が不十分である。

(ト) 労働関連疾患に広く対応する補償制度がない。現在の制度では、私病要因を含む労働性災害を救済する範囲には限界がある。

(4) 予防対策の強化

①労働関連疾患に関する指針の作成

労働関連疾患の予防対策を強化するためには、その予防に関する措置等を定めた指針を労使の参加により作成する必要がある。とくに、脳・心臓疾患などは発症してからでは手遅れというケースがあり、予防医学の成果を取り入れた実効性ある指針の策定が必要である。

同時に、1988年の労働安全衛生法改正による健康の保持増進施策の徹底や、その拡充、強化が必要である。

②職場の疲労度に関する全国調査の実施

産業・企業の疲労度に関する全国的な調査を実施する必要がある。これまでの労働関連疾患に関する施策が個人を対象とするものが中心であったが、過労問題の予防のためには、産業・企業に「ドクターストップ」をかける体制づくりが必要である。そのため、産業・企業の疲労度に関する大規模なサンプリング調査を行い、疫学的データを得る必要がある。

労働省に対して調査の実施を求める他、連合によるサンプリング調査を検討すべきである。

③改正安全衛生法による成人病健康診断の完全実施

1989年、労働安全衛生法の改正により、定期健康診断に心電図、血液検査などの成人病検診の項目が加えられた。新しい検診項目は、脳・心臓疾患等の予防に不可欠なものであり、その完全実施が必要である。また、健康診断結果に基づく事後措置の強化が必要である。

成人病健康診断の完全実施のためには行政の支援体制の強化が必要である。とくに、中小事業所に対する監督と支援、健康診断結果に関する事後措置の強化を求める必要がある。

*改正安全衛生法により加えられた成人病関係項目

1. 心電図検査
2. 血中脂質検査
3. 肝機能検査
4. 尿検査

④脳・心臓疾患に関する健康診断の改善

1989年施行の成人病診断は以前に比べれば大きな前進であるが、脳・心臓に関する疾患の早

期発見、予防には一層の改善が必要である。心臓に関しては、活動時のチェックが、脳に関しては、くも膜下出血の危険性の予知や脳こうそくに関する検診について、定期健康診断で行えるよう検診技術の開発、向上が必要である。

なお、つぎの表は、脳こうそくの進行に関する最新の調査であるが、このような調査が定期検診で実施できれば、予防の強化ははかれるものと思われる。

*健常者対象の「脳の間人ドック」の診断結果(%・蘇生会病院・1992年)

	全 体	40歳まで	41~50歳	51~60歳	61~70歳
大こうそく	2.6	—	1.9	2.9	2.7
多発こうそく	28.2	3.2	11.6	25.3	49.8
微小こうそく	41.0	30.7	44.9	45.9	36.2
健 全	28.2	66.1	41.6	25.9	11.3

(注) 多発こうそく、微小こうそくは通常の生活への問題はないといわれている。

⑤メンタルヘルス対策の強化

ストレスによるメンタルヘルス対策を強化し、カウンセリングの充実、業務の内容に対応した対策づくりなどを推進する必要がある。

⑥産業医の機能の抜本的強化

産業医の機能について、健康診断で異常が発見された場合には休業命令を出せるようにするなど、抜本的強化をする必要がある。産業医の配置義務を50人未満事業所へ拡大し、中小事業所向けに地域産業医を配置すべきである。また、日本医師会、産業衛生学会などとの連携を

強化する必要がある。

⑦脳・心臓疾患等、「労働関連疾患」を持つ労働者に対する就業ガイドラインの策定

脳、心臓等に関する基礎疾患を持つ労働者に対して、業務の禁止や制限など、安全就業に関するガイドラインの策定が必要である。

また、脳、心臓疾患等について、ハイリスクグループを特定し、それに至るプロセスや予防、治療などに関する労働者向けの解説書、パンフレットを用意すべきである。同時に「どうすれば予防できるのか」に関するわかりやすいチャ

*ニューヨーク心臓病学会による分類

class I	普通の日常生活で疲労、動悸、息切れ、狭心痛をおこさない。	運動制限を必要としない
class II	安静時に愁訴はないが、普通の日常生活で疲労、動悸、息切れ、狭心痛をおこすことがある。	軽度の運動制限が必要
class III	安静時に愁訴はないが、普通以下の日常生活でも、疲労、動悸、息切れ、狭心痛をおこす。	強い運動制限が必要
class IV	安静時でも、心不全や狭心症候群がおこる。	運動は禁止される

ートを含む教宣資料を用意すべきである。

なお、心臓疾患に関しては、発生率の高い欧米諸国で予防対策が進んでおり、それらも参考にすべきである。

⑧労働関連疾患に関する国際セミナーの開催

労働関連疾患についてその内容の理解を深め、その予防と補償を進めるため、地方連合の協力を得て、全国でセミナーを開催することが望まれる。

⑨わが国の疾病構造の変化に対応した安全衛生対策の推進

わが国の疾病構造はガン、心臓病の増加など欧米型に移りつつある。それらを踏まえた安全衛生施策の推進が必要である。労働組合の立場から「安全・健康・長寿のための総合プラン」の対策に取り組むべきである。(→13ページ)

(4) 補償対策の強化

①労働災害対策の強化

労働災害対策を強化し、使用者に労働安全衛生に関する十全な措置を求めるとともに、いわゆる「労災かくし」については法的措置を含む厳格な対応を行う必要がある。なお、労働災害補償制度については、労働者、国民がその設計と運営に参加するべきであるとの立場でその改革に取り組むことが重要である。

②労災認定の改善

労働関連疾患の補償を強化するためには、現行労災認定基準の改善が必要である。改善要求のポイントは脳、心臓疾患に関する労災認定について、これまでの主として発症一週間前までを対象とする考え方(1987年10月26日・基発620号)を改め、それ以前も本要因とするなどの点である(→16ページ)。

なお、6ページにおいて、産業・企業の疲労度に関する疫学的調査を提唱しているが、これは労災認定改善にも有効であると考えられる。

③不服審査体制への対応の強化と審査の改善

現在、労災認定の不服審査は、労働保健審査

会による二審制であり(公務員は「地方公務員災害補償基金審査会」「災害補償審査委員会」)労使の参加により審査が進められている。不服審査体制への対応を強化するため審査における労働側メンバー(参与)による定期的な全国会議の開催などを行うべきである。

また、中央審査は、ここ数年、審査の累積繰越件数が年間800件以上であるが、現在の体制(2つの合議体による審査)の審理数が年間300件前後であるため、決定まで2年半以上待たされる状態が続いている。審査体制を当分の間3チーム体制に拡大し、審理の迅速化をはかるよう求めていく。公務に関する審査の状況も同様であり改善が必要である。

④労働関連疾患に対応する給付制度(「労働関連疾患特別給付制度」(仮称)等)の創設

労働関連疾患による被災の多くは、労働と私病とにまたがる疾患であることから、はば広い救済を行うためには新たな給付制度の整備が必要である。具体的には、労災認定基準の改善を行うことを前提に、労働関連疾患による被災に対して適切な救済を行うことを目的として、「労働関連疾患特別給付制度」(仮称)等を創設することを検討すべきである。

なお、労働関連疾患の補償に関しては、社会保障制度全体の検討を進め総合的な提言をまとめる必要がある。

また、労働関連疾患に関して、企業等による上積み補償の充実に向けての取り組みの強化が必要である。

4 未解明の疾病メカニズムに関する問題

(1) 未解明の疾病について

労働者やその家族を悲劇に陥れる「突然死」には、疾病そのものが不明なもの、あるいはその発症のメカニズムが未解明なものなどがある。疾病そのものが不明なものは、原因不明の心臓疾患が中心であり、また、発症のメカニズムや

通常健康診断のための検査方法が未解明のものでは「くも膜下出血」などの脳疾患がある。

(2) 問題点と対策

未解明の疾病の中でも、脳・心臓疾患は労働者の生命にかかわるものは健康な職業生活を送るうえで重大な不安要因であるが、その解明や予防のための取り組みは不十分である。治療に関する将来予測では、虚血性心疾患や脳卒中の解明や対策には15年以上かかるとされているが、成人病が増加する傾向にあるだけに、対策の抜本的強化が必要である。

心臓病とそのメカニズムについては未解明の部分が残されており、原因不明の「突然死」の主要な部分と考えられるので、解明のための施策の強化が必要である。

また、過労問題に直結する「くも膜下出血」などの脳疾患について、発症のメカニズムの解

* 職場における過労の原因(連合「労働安全衛生に関する調査」1989年11月)

	1 位	2 位	3 位
製造業	仕事量・密度の増大 68.8%	長時間労働 57.0%	変則勤務 33.1%
非製造業	長時間労働 67.2%	変則勤務 53.3%	仕事量・密度の増大 47.5%

②過度の企業間競争

近年の内外の企業間競争にさらされている産業では、労働密度の増大が大きな問題である。とくに、基幹的労働者の増加が少なく業務量が増えている産業では疲労感が強い。代表的な例は自動車産業である。その状況について自動車総連の産業政策委員会答申(1992年2月)は、「もはや、過当競争が現在の三重苦、『従業員はくたくた、会社は儲からず、海外からは叩かれっぱなし』を招来していることは誰の目にもあきらかである」と指摘している。

過度の企業間競争が行われている産業における問題点は、いわゆる下請け中小企業ではより深刻であることが多い。1991年8月に改正され

明が不十分であり、かつ通常の成人病検診のための方法の開発が遅れていることは大きな問題である。「くも膜下出血」の予防のために、抜本的な対策の強化をはかるべきである。

II 社会・労働問題における課題

1 労働時間と労働密度

(1) 現状と問題点

①概要

経済社会の変化のなかで特定の産業、企業や職場に労働密度やストレスが集積する傾向がある。連合の調査では、過労の原因として、製造業では仕事量・密度の増大がトップであり、非製造業では長時間労働が多い。これは、産業や企業の状況によりストレスの要因が異なることによるものと考えられる。

た「下請振興基準」は、(イ)週末や就業後の発注の排除、(ロ)下請企業の発注計画に関する事前の情報提供、(ハ)下請企業の労働時間短縮を考慮した単価の決定、(ニ)「休日カレンダー」の作成による親企業の休日の統一を盛り込んでいるが、それはそのまま現状の問題点を示すものである。

③長時間労働

労働時間の短縮は全体としては進められているが、西欧諸国と比べると依然として数百時間も長い。都市部で長時間化している通勤時間を合わせて考えれば、諸外国に比べ、わが国の労働者の疲労度は相対的にかなり強いものと考えられる。

* 下請け取引の現状(通産省「親事業所との取引条件に関する実態調査」1990年)

	しばしばある	ときどきある	ほとんどない
休日前発注・休日明納入	9.2%	30.3%	60.5%
終業後発注・翌朝納入	3.2%	16.5%	80.3%
発注変更	11.7%	45.7%	42.6%

とくに大きな問題は、長時間労働を常態とする産業で労働時間の改善が進んでいないことである。連合の調査でも、運輸産業は最も疲労度の高い産業の一つであるが、道路貨物運輸業の年間総実労働時間は、1988年に2619時間であったが1990年にも2539時間と高い水準が続いている。

④変則・変形勤務、その他ストレスの強い勤務
夜間勤務、交替勤務あるいは変形労働時間による勤務は、生活や勤務のリズムが通常とは異なることからストレスを生むことが多い。この問題は時短先進国の欧州にもあり、変形労働時間などによるストレスは「ポスト時短」の課題ともなっている。

また、特殊な労働条件のもとで強いストレスが発生するものがある。例えば、大きな温度差

* 海外進出企業数の推移(「東洋経済」1989年)

	1970	1980	1987	1989
進出企業数(現地法人数)	1,113	4,979	8,933	11,484

(2) 対策の強化

①労使の協議体制の確立

過労問題に対処するためには、産業、企業、職場の健康を確保するための労使の協議体制の確立が必要である。職場における労働安全衛生に関する協議を強化するとともに、産業の健康状況を協議する労使会議を中央、地方に設置する等の対策が必要である。同会議には、医師などの専門家の参加を得るものとする(14ページ)。

②産業、企業の「健康診断」の実施—疲労度に関する全国調査

がある業務や幼児・高齢者を対象とする業務などであり、通常とは異なる問題が生じている。

⑤海外勤務者対策

わが国の海外勤務者(3カ月以上の長期滞在者または予定者)は1988年に30万3千人に達している。1978年の17万9千人に比べて69%の増加であるが、赴任に関する健康診断や現地での安全衛生対策は十分ではない。

1988年の労働安全衛生法改正により、海外赴任前後に一定の健康診断が義務づけられたが、赴任地の特性に十分対応したものはなっていない。

また、現地での勤務は強いストレスにさらされることも多いが、予防や補償の対策が十分ではない。

産業・企業レベルでの過労状況が進行している場合には、個人レベルの過労対策のみでは不十分であり、産業・企業そのものに「ドクターストップ」をかける体制づくりが必要となる。

そのためには、産業・企業の「健康診断」を行うことが必要であり、それにより、長時間労働、過度の企業間競争、通常とは異なる労働によるストレスの状況を正確にチェックすることが可能になる。

産業・企業の健康診断の結果に基づき、前項の協議などを通じて「ドクターストップ」をか

けることのできる体制づくりに取り組む必要がある。

進め方としては、当面、定期健康診断の全国データや健康に関する調査資料を用いることとするが、公的調査の現状は十分ではないので、労働省に職場の健康度に関する疫学的調査の実施を求めていく。また、連合独自のサンプリング調査の実施に向けてプロジェクトを設けることを検討すべきである。

なお、職場の健康診断に関する全国団体である全衛連(全国衛生団体連合会)との連携を強化する。

③過度の企業間競争への対策の推進

過度の企業間競争の問題については、産業の実態に対応して、労働組合による具体的な解決策の要求とその実現が必要である。そこでは、産業や企業の特性や問題点を十分に分析する体制づくりが求められる。

過度の企業間競争への対策の推進にあたって

* 過度の企業間競争に関する企業への提言例(自動車総連・1992年2月)

- | | |
|----|---------------------|
| 1 | 労働価値の適正評価、付加価値配分の是正 |
| 2 | モデルチェンジ期間の長期化 |
| 3 | 販売車種・仕様の絞り込み |
| 4 | 部品の共通化 |
| 5 | 度をこした品質管理基準の見直し |
| 6 | 時短優先で生産台数削減 |
| 7 | 適正価格の確保 |
| 8 | ラインの残業規制の強化 |
| 9 | 部品・販売・輸送への無理じい是正 |
| 10 | 消費者への納車待時間の定期的な公表 |

* 定期健康診断における疾病発見率の推移(労働省「定期健康診断結果調」1989年)

年	1950	1960	1970	1980	1985	1988
疾病発見率・%	19.4	8.5	5.0	8.8	9.4	10.6

は安全衛生の状況の検討とそれに基づくチェック体制の強化が必要である。これは、前項の「産業・企業」の健康診断と連動することにより更に実効性の強化を図るべきである。

④労働時間短縮・36協定の厳正化

労働時間は、過労問題対策の基本的な課題である。ここでは連合の時短方針の詳細は省略するが、とくに長時間労働を常態とする業種において、「1800時間」を実現するための取り組みの強化が必要である(「時短方針」→省略)。

また、時間外労働、とくに労働者の意に反した長時間の残業は強いストレスに結びつくので、時間外労働に関する「3・6協定」の厳正化をはかるべきである。(「36協定の厳正化について」→省略)

⑤海外勤務者対策の強化

海外勤務者の安全衛生対策については抜本的な強化が必要である。まず、海外赴任者の健康診断をより充実させ、赴任地の特性に応じたキメ細かいものとする必要がある。また、海外における健康な生活を実現するための実用的なマニュアルを作成すべきである。さらに、労働組合として、長期海外滞在者に関する安全衛生面のサンプリング調査を実施し、赴任地や赴任者の特性に応じたキメ細かな対策をはかるべきである。

2 「健康・安全戦略」の確立

(1) 労働者と国民の健康度とライフスタイル

①労働者全体の健康度

過労問題は国民や労働者全体の安全や健康の問題と密接に結びついている。わが国の労働者全体の健康度に関する一つの指標は定期健康診

断における疾病発見率の統計である。その推移は下記の通りであり、このデータに基づけば、1970年前後がわが国の労働者が最も健康であった時期となる。

②成人病の増加

*心疾患による死亡率(厚生省「人口動態調査」1991年)

年	1950	1960	1970	1980	1985	1988
疾病発見率・%	64.2	73.2	77.0	106.2	117.3	134.7

(2) 総合的な「健康・安全戦略」の確立

①国民的な戦略の確立

国民や労働者全体の健康状況に「黄信号」がともるなかで、過労問題に対応するためには、労働組合としても、国民全体の健康の状況を改善するための取り組みが必要である。労働組合として、「安全・健康・長寿のための総合プラン」を持ち、提言やキャンペーンを行う必要がある。(→14ページ)

②労働者の自覚と労働組合の支援

以上のような状況のなかで、労働者自身も健康問題についての自覚を持ち、自らの「健康・安全戦略」を確立する必要がある。「飽食の時代」は、成人病や労働関連疾患のリスクファクターに満ちているからである。

労働者個人の戦略確立のためには、労働組合による適切な支援が必要である。そのため、ハイリスクグループに関する資料や、健康に生き抜くためのわかりやすいパンフレットなどを用意する必要がある。また、産業別、企業別の組織において、産業の特性に応じた健康・安全戦略をまとめ、また、産業医などとも連携をとりつつ、相談やカウンセリングの体制を用意することが望まれる。

(3) 家族・地域の課題

過労問題など労働者の安全や健康の状況は家族や地域の状況と結びついていることが少なくない。また、労働組合の立場からも、家族や地域全体の安全と健康の改善に取り組む必要があ

わが国の成人病は増加傾向が続いており、とくに、ガンと心臓病の増加が著しい。また、最近では、糖尿病や高脂血症などが若年者や児童にも広がっている。これは、主として、食生活の変化と運動の状況によるものと考えられる。

る。欧州の労働組合では、医師や専門家と連携しさまざまな取り組みを進めているところもあり、それらも参考に、家族・地域対策を強化する必要がある。

(4) 働きかた・生きかたの問題

「過労問題」は労働者自身の働き方・生き方が問われている問題でもある。「会社人間」から「社会人間」へと脱皮し、自らの健康と家族の幸せを守る働き方・生き方を確立する必要がある。その実現のためには、労働組合のサポートが必要である。

III 「過労問題」と労働組合の取り組み

1 政策立案活動の強化

(1) 政策制度要求の強化

政策制度要求において、「過労問題」に関する予防や補償を改善するための取り組みを強化する。これまでの方針に基づく取り組みに加えて、本報告に基づく政策制度要求を推進する必要がある。

本報告に基づく政策制度要求の主要なポイントとしてはつぎの内容が考えられる。

- ①労働安全衛生法などにおける安全配慮義務の強化、法制化
- ②安全配慮義務違反の被災者の迅速な救済策(立替など)の確立
- ③改正安全衛生法による成人病健康診断の完全実施

④産業医制度の強化

- ⑤「労働関連疾患」に関する対策指針の策定
- ⑥脳・心臓疾患などの基礎疾患を持つ労働者の安全就業ガイドラインの策定
- ⑦労働関連疾患に関する補償制度(「労働関連疾患特別給付制度」・仮称)の創設
- ⑧産業・企業の疲労度に関する疫学的調査の実施

*これまでの方針

- ①「過労問題」対策：「過労問題について」(1989年4月・政策委員会)
- ②労災対策：「労災認定の改善について」(1991年9月・連合意見書)
- (2) 職場における疲労度に関する全国調査の実施
産業・企業の疲労度に関する全国調査を実施する(→6ページ)。
- (3) 労働関連疾患対策ガイドラインの策定
労働関連疾患対策全般に関するガイドラインを策定する必要がある。また、それに基づき、組合員向けの資料を作成すべきである。
- (4) 安全・健康・長寿のための総合プランの策定

世界最長寿国にふさわしい労働者の安全衛生水準を実現するため、「安全・健康・長寿のための総合プラン」を策定する。同プランは、成人病問題をはじめ、交通災害、ガン、職場のストレスなど労働者の健康を蝕む諸問題に幅広く対応するものとし、また、労働時間、安全衛生、労災補償、労働慣行、雇用管理などを含む総合的なものとする。策定にあたっては、近年の労働生活や食生活の変化を踏まえ、労働に関する医学等の最新の成果も反映したものとなるようにする必要がある。

2 組織体制の整備

- (1) 安全衛生センターの設置による対策の強化

連合が新たに設置する「安全衛生センター」の主要課題として取り組みを強化する。安全衛生センターでは、中央・地方が一体となり全国的な状況把握に努めつつ、安全衛生対策ならびに労災対策を強化し、調査・研究、広報・教宣、その他の諸活動を展開する。また、次項の調査活動や、次項の全国ネットワークの運営などを行う。

また、過労問題に関して、医師、産業医学界、法曹などの専門家との連携を強化する。

(2) 「連合全国セイフティ・ネットワーク」の設置

連合傘下の職場では、約1万の労働安全衛生委員会において、労働側委員が活動しており、過労問題も重要なテーマとして取り組みを進めてきた。

しかし、これまでの安全衛生委員会の労働側委員の活動が主として企業内に限られていたことから、全国ネットワーク(「連合全国セイフティネットワーク」(仮称))として組織し、全国の職場の安全衛生状況のチェックを進めるなど、労働安全衛生対策の抜本的な強化をはかる。

当面、安全衛生委員会労働側委員の全国交流集会の開催、未組織労働者への支援をはじめ、職業生活や職業病の変化に対応する機動的な安全衛生対策活動を展開する。

また、ネットワークの活動を通じて労働安全衛生に取り組む職場体制の整備と安全衛生委員会などの活性化をはかる。

(3) 産業・企業にドクターストップをかける体制づくり

健康と安全に関する労使会議や労使協議を通じて産業・企業にドクターストップをかけることのできる体制づくりを進める。そのためのデータとして、「職場の疲労度に関する全国調査」(→6ページ)を実施する。また、労使会議等では、産業医学、予防医学、心理学その他専門家の幅広い参加を得ることを検討すべきである。

(4) 労災認定への取り組みの強化

労災認定基準の改善について、連合の要請(1991年9月5日「労災認定の改善に関する申し入れ」→17ページ)を実現するための取り組みを強化すべきである。また、労働保険審査会の労働側参与の全国的な会合を定期的に持つなど、不服審査に対する対応を強化する必要がある。

3 全国キャンペーン活動の実施

(1) 健康ライフを実現する全国キャンペーンの展開

「健康ライフを実現する全国キャンペーン」を展開する。また、「健康ライフと快適職場を実現する労使会議」を中央、地方で設置するよう求めている。労使会議では、安全衛生対策の強化に加え、労働時間の短縮・過度の企業間競争の抑制など過労を生まない労使慣行づくりにむけての方策を検討する。

(2) 本報告に基づくセミナーの開催

過労問題対策について、本報告や政策制度要求、ならびにその基礎となる知識の理解を深めるため、地方連合の協力を得て、セミナーを全国的に開催する。とくに、新しい概念である「労働関連疾患」については、専門家の協力を得つつ、その予防と救済に向けての教宣活動を展開する。

4 国際的な連携の推進

過労問題について、ICFTUやILOとの連携を強める。とくに、ILOは労働関連疾患に関する対策を進めており、政策と運動の両面で密接な連携をはかる。

IV 提言のまとめ

本報告の提言の内容を安全衛生対策の視点からまとめると以下の通りである(「12項目の提言」)。なお、労働時間短縮や労災認定改善要

求の詳細は別紙の通りである。

1 労使協議の推進—産業・企業にドクターストップをかける体制づくり

労働安全衛生に関する産業・企業の労使協議を推進、活性化し、必要に応じて、産業にドクターストップをかけることのできる体制を確立する。

2 安全配慮義務の法制化

使用者が労働者の安全や健康に配慮する義務(安全配慮義務)、違反に関する罰則、労災による補償(立替)等関連措置を法制化する。

3 産業医の機能の抜本的強化

労働安全衛生法を改正し、産業医による休業命令、産業医配置義務の50人未満事業所への拡大、中小事業所向けの地域産業医の設置を行う。

4 改正安全衛生法による成人病健康診断の完全実施

改正安全衛生法による、心電図、血液検査などの成人病検診の完全実施対策を推進する。健康診断結果に基づく事後措置がとくに重要であるので、その強化を求める。

5 労災認定など労働災害対策の強化

脳、心臓疾患に関する労災認定について、これまでの主として発症一週間前までを対象とする考え方を改め、それ以前も本要因とするなど、「連合意見」に沿った改善を求める。

6 「労働関連疾患」対策に関する指針の策定

労使の参加のもとに、新しい職業病の概念である「労働関連疾患」に関する対策の指針を策定する。

7 脳、心臓疾患等を持つ労働者に対する就業ガイドラインの策定

脳、心臓疾患等に関する基礎疾患を持つ労働者に対して、残業の禁止や制限など、安全就業に関するガイドラインの策定を求める。

8 「労働関連疾患特別給付制度(仮称)」の創設

労働関連疾患による被災を救済する制度とし

「過労問題」の問題点と対策・概念図

★=連合の対策・提言

問題点		「過労問題」の領域		
		安全配慮義務違反	「労働関連疾患」(注)	未解明の疾病
対策	予防			
		★安全配慮義務の法制化 ★労使協議の推進	★「労働関連疾患」対策方針の確立 ★産業・企業にドクターストップをかける体制づくり ★産業・企業の「健康診断」(全国調査)の実施 ★成人病検診の完全実施 ★産業医機能の抜本的強化 ★脳心臓疾患等を持つ労働者の「安全就業ガイドライン」策定 現=なし(一部現行疾患に準じた予防・治療対策)	★同上
	補償	★労災制度による救済(立替) 現=民事訴訟、他	★「連合意見」に基づく労災認定の抜本的改善 ★「労働関連疾患特別給付制度」の創設 現=一部労災、他はなし	★同上

(注)「労働関連疾患」とは、ILO、WHO等による新しい概念であり、労働が原因の一つである複合的な要因を持つ疾病群を指す。具体的には、心臓疾患、ゼンソクなど呼吸器疾患、腰痛・頸腕など筋骨系疾患、その他ストレス性疾患などが含まれる。

て、「労働関連疾患特別給付制度(仮称)」を創設する。あわせて、社会保障制度の見直しを行う。

9 産業・企業の疲労度(健康度)に関する全国調査の実施

過度の企業競争や長時間労働による疲労の実態を把握するため、一万事業所規模の「産業・企業の疲労度(健康度)に関する全国調査」を実施する。

10 「連合全国セイフティ・ネットワーク」の設置

連合傘下、約一万の安全衛生委員会の労働側委員を結ぶ全国ネットワーク(「連合全国セイフティネットワーク」(仮称))を組織し、対策

の強化をはかる。

11 健康ライフを実現する全国キャンペーンの展開

「健康ライフを実現する全国キャンペーン」を展開する。また、「健康ライフと快適職場を実現する労使懇談会」を中央、地方で設置するよう求めていく。また、過労問題対策に関するセミナーを全国で開催する。

12 安全・健康・長寿のための総合プランの策定

世界最長寿国にふさわしい健康な労働生活を実現するため、「安全・健康・長寿のための総合プラン」を策定する。 ■

以上

【資料1】1989年4月4日 連合・雇用労働部会

過労問題について

われわれは、ゆとりある社会づくりに向けて「しっかり働きゆつくり休むバランスのとれた生活」(時短政策会議提言)をめざすたかいを進めている。今日社会問題となりつつある過労問題の多くは、現在の働きすぎ社会を象徴するものであり、緊急な改善が求められている。

連合では、問題が労働時間、労働慣行、安全管理、労災認定などに広がる根の深い問題であるところから、総合的な対策の推進が必要と考え、いわゆる「過労死」を含めて「過労問題」として幅広くとらえ、当面、以下の内容に基づき対策を進める。

1 過労を生まない労働慣行づくりの推進

①労使の取り組みを通じて、労働時間の短縮ならびに残業規制の強化、適切な休息、休暇の確保、過度の企業間競争の抑制などにより、

過労を生む労働環境の改善を進める。

②行政に対して、過労を生まない労働慣行づくりのため、労働時間短縮促進とセットにした啓発活動等を求める。

2 過労防止のための安全管理、健康管理体制の強化

①労使の取り組みを通じて、職場の安全管理、健康管理・健康相談体制を強化し、心身の過労を的確にチェックできる体制を整える。

②行政に対して、健康診断とくに成人病検診の改善、メンタルヘルス対策の強化を求めるとともに、中小企業を対象とする地域産業医制度の実施を求める。

3 過労問題に関する労災認定の改善

①行政に対して、心臓病、脳疾患、ストレス性疾患、メンタルヘルス問題など過労に関する労災認定について周知徹底を行うとともに、

事業所への指導、監督の強化などを求める。

②行政に対して、心臓病、脳疾患、ストレス性疾患、メンタルヘルス問題と過労問題の因果関係の一層の究明を進め、労災認定を改善するよう求める。

③労使の取り組みを通じて、過労に関する労働災害が発生した場合には、労災認定を促進す

るよう求める。

4 過労問題の実態把握

①関係省庁に対し、過労問題ならびに関連労働災害についての実態把握の強化を求める。

②本年実施予定の安全衛生問題の実態調査において、組織内における過労問題の状況を把握するよう努める。 ■

【資料2】1991年8月22日 連合第23回中央執行委員会

労災認定の改善に関する連合意見について

労災補償給付に関わる労働災害の認定要件・基準等について、以下のとおり速やかに改善すること。

1 認定要件・基準の改善について

(1) 業務上外認定のあり方については、ILO第121号勧告の考え方に沿って、事業主ないし保険者が業務外と立証できない場合は業務上とすることをめざし、抜本的検討に着手すること。

(2) 当面、業務上認定の現行「2要件主義」を改め、業務遂行性または業務起因性のいずれかが認められる場合には業務上とするなど、認定要件を緩和すること。

(3) 「脳血管疾患および虚血性心疾患(いわゆる過労疾病)の認定基準」(昭和62年10月26日、労働省基発第620号)について、直ちに見直し作業に着手し、業務の過重性の評価にあたっては、「発症前1週間より前の業務」を「付加的要因」ととどめず「本要因」とすること。また当該労働者の基礎疾病が業務によって徐々に悪化した場合も業務上災害と認定すること。

(4) この認定基準の見直しが行われるまでの

間、今日の労働実態に即し、現行通達の弾力的かつ適格な運用に努めること。このため「業務起因性判断のための調査票」様式を改善するとともに、事業主に対し、健康診査記録や労働時間記録等の労働者個々人の日常の管理記録を保管するよう指導すること。また、過労疾病の個別認定事例集・判例集を作成するとともに、認定状況や手続等についての広報・相談活動を強化すること。

(5) 健康管理の徹底に係る事業主の義務について明確化するとともに、この上にたつて、発症前に法定最低労働基準を超える時間外労働が行われていた場合や事業主の労働者に対する健康管理義務に欠けていた場合等の認定のあり方について、検討を加えること。

(6) 現行障害等級表を見直し、障害の内容については身体面だけではなく精神面をも盛り込むこと。また、振動障害など職業性疾患における障害等級の定義を設けること。

(7) 発癌物質に関する認定基準については、国内外において症例及び動物実験等により発癌性が確立している物質にばく露した労

働者が癌にかかった場合は業務上とする方向で見直すこと。

- (8) 認定基準に関する各種「専門家会議」については、労働組合の推薦する医師・学者を参加させるとともに、公開の原則を確立すること。
 - (9) 労働基準監督署や労働保険審査会で労災保険不支給の決定が行われた場合でも、一定期間(時効完成)後に業務と症状間に因果関係があることが医学上明らかになった時は、遡って労災認定する措置を講じること。
 - (10) 職業癌の認定基準の物質名リストの掲載に関わる「疫学調査」について、その現状を明らかにするとともに、今後のあり方について検討する場を設けること。
 - (11) じん肺法施行規則第1条各号を見直し、じん肺の合併症の範囲を緩和すること。
 - (12) 通勤途上災害については、ILO第121号勧告に示されている考え方にもとずいて業務上災害とすること。また、拘束時間内における災害について、業務上災害扱いとする方向で検討すること。
- 2 認定体制・手続き等の改善について
- (1) 業務上外認定及び労災補償の打ち切り認定に当たっては、当該労働者とその家族からの意見聴取を義務付けるとともに、主治医の意見を尊重すること。また、当該労働組合や労働組合の推薦する医師等の意見聴取のあり方については、労働基準監督署長の自由裁量方式を改め、意見聴取基準を策定すること。
 - (2) 労働基準監督官および労働保険審査官が作成する「聴取書」に法的根拠を与え、偽証等についてペナルティを課すこと。
 - (3) 労災補償の打ち切り認定に当たっては、それまでの治療方法を尊重するとともに、「リハビリ就労」の場の有無等について十分配慮すること。

- (4) 労災保険給付請求時の事業主証明義務については、完全に履行するよう行政指導を徹底すること。
- (5) 業務上外の認定決定については、決定理由を当事者に文書で十分説明すること。
- (6) 業務上外認定決定の本人への通知については、通知されたか否かの事実関係が客観的に明らかにできる方法に改めること。
- (7) 業務上外認定の審査事務および決定事務の迅速化をはかり、決定が長引いている場合には、請求者本人にその理由を連絡するとともに、請求後6カ月を超えても未決定の事案については労災保険審議会に報告すること。
- (8) 認定に関する労働基準監督署や専門医のデータについては、当該労働者または家族ないし当該労働組合の求めに応じて公表すること。また「地方労災医員協議会」(局医協議会)は公開制に改めるとともに、労働組合の推薦する医師を参加させること。
- (9) 認定請求に関する行政機関の相談窓口は、市役所等日常生活の身近な場所に設置するとともに、相談や問い合わせに対しては親切かつ丁寧に対応すること。
- (10) 業務上外認定の審査事務および決定事務の迅速化をはかるため、事務処理の実情に応じた職員の配置をはかるとともに、労働保険審査会委員の増員をはかること。
- (11) 地方労働保険審査会参与については労使委員の合議制を導入するとともに、参与会運営の全国的な均質化をはかるため、必要なマニュアルを作成すること。
- (12) 労災保険給付請求から労災認定決定までの間の「立替払い制度」を新設するとともに、業務上と認定された場合には健康保険の適用が受けられるように、時効についてはその経過期間のとり方をも含め再検討すること。 ■

過労死関係法規・認定基準改正案

1991年11月22日 全国過労死を考える家族の会
過労死弁護団全国連絡会議

1 法改正提案の趣旨

労働省は、現在、過労死の業務上外判断(労災認定)を、法律ではなく通達(認定基準)に基づいて行っている。このため、ほとんどの過労死の労災申請が業務外とされ、労災保険制度の趣旨とかけ離れた結果となっている。これに対し、裁判所は、労働省の認定基準を批判ないし無視し、認定基準にとらわれずに被災者遺族を救済してきた。

そこで、過労死弁護団全国連絡会議と全国過労死を考える家族の会(過労死弁護団・家族の会)は、過労死の業務上外判断の枠組を「法律」で定めることが必要と考え、法改正案(労基法等の一部を改正する法律案要綱および労働基準法等の一部を改正する法律案)をとりまとめた。

この改正案は、これまでの判例理論をふまえ、①過労死(過重な業務による脳・心疾患、精神障害)の労基法職業病リストへの掲載(過労死労災の公認)、②業務上外判断の枠組の整備(推定規定の設置等)のほか、行政手続法理論をふまえ、③労災認定手続における資料開示規定を盛りこんだ。

この改正案は、過労死弁護団・家族の会としては最低限の要求であり、かつ、判例理論、ILO条約や外国法の水準、行政法理論等をふまえた十分実現可能なものである。(推定規定の拡充、認定手続迅速化規定、仮の救済規定など本案には掲げなかったが、弁護団・家族の会の要求の強い事項があることを付記する。)

2 法改正案と認定基準改正案の関係について
過労死弁護団・家族の会は、第一に、法改正

(労基法等の一部改正)を求める。労働省に法改正準備を要求するとともに、国会各会派に、議員立法準備を要請する。

ただし、法改正には一定の準備期間が必要とも思われ、かつ、労働省認定基準はすでに判例により破綻しているため、第二に、暫定措置として、労働省にただちに認定基準を改定するよう要求する。そこで、弁護団・家族の会は、法改正案に加えて認定基準改正案(脳血管疾患・虚血性心疾患等業務上外認定基準改正案要綱)もとりまとめた。

3 法改正案の要点

(1) 過労死の労基法職業病リストへの掲載(過労死労災の公認)

現行 過労死労災(過重な業務による脳・心疾患、精神障害等)については、労基法や同施行規則上に明示した規定がなく、

労基法施行規則35条別表第1の2・九号「その他業務に起因することの明らかな疾病」の一類型と扱われ、

労働省は、通達により認定基準を定め、きびしい運用をしている。

改正案 労基法に定義規定を置く。

要綱 第2、1(1)(3)

法律案 労基法75条第2項

業務と基礎疾患(持病等)が共働原因となった疾病も業務上疾病
同別表第3、35・6

被災者本人にとって質的や量的に過重な業務に従事したことによる脳・心疾患、精神障害も業務上

参考 共働原因論および本人にとって過重かどうかの判断基準は、多くの判例が採用してきたもの(東京高裁76年9月30日、同79年7月9日、同91年2月4日等多数)

(2) 過労死労災に関する推定規定の新設

現行 過労死労災は、労基法施行規則35条別表第1の2・九号「その他業務に起因することの明らかな疾病」の一類型と扱われ、労働省は、被災者遺族側に業務と発症との間の高度の医学的証明を求めている。

しかし、過労死の遺族(妻ら)は、生前の被災者の業務の詳細を知らないことが通常で、証拠収集は困難を極める。会社が労災申請に非協力的な場合はなおさらである。仮に会社が協力的であっても、同僚労働者が少ない場合やホワイト・カラーや管理職の場合等、労働実態や健康状態の再現が困難な場合が多い現在、証拠がそろわないことによる不利益は全面的に被災者遺族側が負担している。

改正案 労基法に業務上推定規定を置く。

要綱 第2、1(2)

法律案 労基法75条第③項

- (1) 業務遂行中の発症・増悪は業務上と推定
- (2) 持病等をもつ労働者が、その持病等に悪影響を及ぼすおそれのある業務に相当長期間従事した場合の発症・増悪は業務上と推定

参考 推定規定、ILO第121号条約、連合案

(1) 英法、仏判例

(2) 前記東京高裁判例等

(3) 労災認定手続における資料開示規定の整備



過労死の労災認定が社会問題になっている写真は福井での自治労の取り組み 90.9

現行 労災認定・審査請求・再審査請求手続において、労基署や審査官・審査会が所持・収集した資料を被災者にみせることについて、労災保険法には規定がない。そこで、労基署等は、被災者に一切資料を見せていない。労働省本省労働基準局長の国会答弁(参議院決算委員会91年6月26日)にもかかわらず改善は全くない。審査会口頭意見陳述の直前には事件記録が開示されるが、これは過労死の場合、労災申請から5~6年後のことにすぎない。

また、会社は、被災者の労災申請に助力すべき義務があるが(労災保険法施行規則)、実際には、資料の提供を拒否する場合も多い。

改正案 労災保険法等に労基署等および事業主の資料開示規定を置く。

要綱 第2、2

法律案 労災保険法12条の8第4項、21条

労基署記録・証拠の閲覧・謄写権 同法46条の2

事業主所持の労働記録・健康診断記録の交付請求権

労災保険審査官および労働保険審査会法16条の2、50条

審査官・審査会記録の閲覧・謄写権

参考 米法

地方公務員災害補償基金審査会の取扱行政不服審査法

臨時行政改革推進審議会公正・透明な行政手続部会報告

労基法等の一部を改正する法律案要綱

第1 改正の趣旨

じん肺等の典型的な職業病ではないが、業務と関連性を有する疾病である過労死(主として過労による脳・心臓疾患および精神障害等の疾病と死亡—以下単に「過労死」という)が社会問題となっているところ、現行法は、これらの疾病に対する適切な対応を欠いており、これらの疾病を「業務上」の疾病として労災補償の適用対象とする法的整備を行うものとする。

第2 改正の内容

1 労働基準法関係

(1) 「業務上疾病」につき定義規定を置く改善を行うこと。

現行労働基準法第75条第1項は、労災補償の対象を「業務上」疾病とのみ規定し、定義規定を置いておらず、典型的な職業病とはいえないが業務と関連性を有する疾病を補償対象とするか否か、補償対象とするとしてどこまでを補償対象とするのか等不明確であるところ、これらの疾病は、疾病の原因が単一ではなく多くの原因が共働(競合)していることにかんがみ、これらの疾病を補償対象とすることを明確化するために、「業務上の疾病とは、業務が唯一の原因で発症又は増悪した疾病及び業務が他の原因(基礎疾患、素因等)とともに共働原因となって発症又は増悪した疾病をいう」との定義規定を置くこと。

(2) 業務上外認定につき推定規定を置く改善

を行うこと

現行労働基準法は、労災補償の適用対象とするか否かを決定する業務上外認定に、一定の事実が認められれば「業務上」疾病と推定する旨の推定規定を置いておらず、そのため「業務上」疾病であることの証明責任は労働者にあるとされ、とりわけ典型的な職業病ではないが業務と関連性を有する疾病については、その証明が不十分であるとして労働者は著しい不利益を受けているところ、これを改善すべく、①「労働者の業務遂行中に発症又は増悪した疾病は、業務上の疾病と推定される」、②「基礎疾患、素因等を有する労働者が、当該基礎疾患、素因等に悪影響を及ぼすおそれのある業務に相当期間従事し、当該基礎疾患、素因等の増悪により疾病を発症又は増悪させた場合は、当該業務が当該疾病の共働原因と推定される」との推定規定を置くこと。

(3) 業務上疾病の範囲につき法律で定める改善を行うこと

現行労働基準法第75条第2項は、「業務上」疾病の範囲を省令に委ね、省令である労働基準法施行規則第35条は、「業務上」の疾病の範囲を別表第1の2に掲げる疾病とする旨定めているが、典型的な職業病ではないが、業務と関連性を有する疾病(とりわけ過労死)を労災補償の補償対象とするにつき限定を加える定めをしており、これを改善すべく、右別表第1の2に掲げる疾病を法律で定める法改正を行い、①「業務上の疾病の範囲は、右別表第3に掲げる疾病とする」と共に、②三号を「心身に過重な負担のかかる業務に起因する次に掲げる疾病」と改正し、③同号に掲げる疾病として、「当該労働者にとって質的もしくは量的に過重な業務に従事したことによる脳血管疾患及び虚血性心疾患」(5)、及び「当該労働者にとって質的もしくは量的に過重な業務に従事したことによる精神障害」(6)を追加し、④くわうるに二号の13、三号の5、

四号の8、六号の5及び七号の18を「…に起因する疾病」とし、⑤九号を「その他業務に起因する災害性疾患及び非災害性疾患」とする改正を行うこと。

2 労働者災害補償保険法等関係

(1) 労災保険給付を受けるべき者に、事業主に対する、保険給付を受けるために必要な労働の記録及び健康診断の記録の交付を請求する権利を保障する改善を行うこと。

現行労災保険法は、労災保険給付を受けるべき者が、保険請求をするために必要な、従事していた労働の記録及び健康診断の記録の交付を請求する権利を保障しておらず、労災保険法施行規則第23条で、事業主に保険給付を受けるために必要な証明を義務づけているにとどまるが、このため、労災保険給付を受けるべき者の保険請求を困難にしており、これらの記録の交付を請求する権利を保障する必要があり、このために労災保険法を改正し、「労災保険給付を受けるべき者は、事業主に対し、保険給付を受けるために必要な労働の記録及び健康診断の記録の交付を請求することができる。事業主は、右記録の交付の請求があったときは、すみやかに記録を交付しなければならない。」との規定を新設すること(第46条の2)。

(2) 労災補償給付等の請求権者等に記録及び証拠を閲覧・謄写する権利を保障する改善を行うこと。

現行労災保険法は、労基署長が労災補償給付

等の支給もしくは不支給決定をするについて、労基署が請求権者等に不利益な証拠等を収集し自己に不利益な処分を行う可能性があっても、これを防御する機会を全く保障しておらず、これを保障するために、労災保険法第12条の8及び同法第21条を改正し、「前第1項の保険給付の請求権者等及び傷病補償給付(もしくは傷病給付)の対象とされた労働者は、いつでも労働基準監督署において、記録及び証拠を閲覧し、且つ謄写することができる。」との規定を新設(第4項)すること。

(3) 審査請求人及び再審査請求人に記録及び証拠を閲覧・謄写する権利を保障する改善を行うこと

現行労働保険審査官及び労働保険審査会法は、審査請求人及び再審査請求人に記録及び証拠を閲覧・謄写する権利を保障しておらず、請求人は労基署長の請求人に不利益な証拠に基づく不支給処分に対してすみやかにかつ確実に防御する機会を奪われているが、これを保障するために、右同法に、「審査請求人は、いつでも、労働保険審査官に対し、記録の閲覧及び謄写を請求することができる」(同法16条の2の新設及び同法50条の改正)との規定を新設すること。

「労働基準法等の一部を改正する法律案」「脳血管疾患・虚血性心疾患等業務上外認定基準改正要綱」については、以下の対照表を参照されたい。

■労働基準法等の一部を改正する法律等関係参照条文

第1 労働基準法(昭和23年法律第49号)

改正案	現行
第75条② 業務上の疾病とは、業務が唯一の原因で発症又は増悪した疾病のみならず、業務が他の原因(基礎疾患等)とともに共働原因と	第75条 労働者が業務上負傷し、又は疾病にかかった場合においては、使用者は、その費用で必要な療養を行い、又は必要な療養の費用

改正案	現行
なつて発症又は増悪した疾病をいうものとし、その範囲は、別表第3に掲げる疾病とする。	を負担しなければならない。
③ 労働者の業務遂行中に発症又は増悪した疾病は、業務上の疾病と推定される。又、基礎疾患等を有する労働者が、当該基礎疾患等に悪影響を及ぼすおそれのある業務に相当期間従事し、当該基礎疾患等の増悪により疾病を発病又は増悪させた場合は、当該業務が当該疾病の共働原因と推定される。	② 前項に規定する業務上の疾病及び療養の範囲は、命令で定める。
④ 第1項に規定する療養の範囲は、命令で定める。	労働基準法施行規則 第35条 法律第75条第2項の規定による業務上の疾病は、別表第1の2に掲げる疾病とする。
別表第3	別表第1の2(第35条関係)
一 業務上の負傷に起因する疾病	一 業務上の負傷に起因する疾病
二 物理的因子による次に掲げる疾病	二 物理的因子による次に掲げる疾病
1~12 現行労基則35条別表第1の2に定めるとおり	1~12 (省略)
13 1から12までに掲げる疾病その他物理的因子にさらされる業務に起因する疾病	13 1から12までに掲げるもののほか、これらの疾病に付随する疾病その他物理的因子にさらされる業務に起因することの明らかな疾病
三 心身に過重な負担のかかる業務による次に掲げる疾病	三 身体に過度の負担のかかる作業態様に起因する次に掲げる疾病
1 } 2 } 現行労基則35条別表第1の2に定めると 3 } あり 4 }	1 重激な業務による筋肉、腱、骨若しくは関節の疾患又は内臓脱
5 当該労働者にとって質的もしくは量的に過重な業務に従事したことによる脳血管疾患および虚血性心疾患	2 重量物を取り扱う業務、腰部に過度の負担を与える不自然な作業姿勢により行う業務その他腰部に過度の負担のかかる業務による腰痛
6 当該労働者にとって質的もしくは量的に過重な業務に従事したことによる精神障害	3 さく岩機、鉚打ち機、チェーンソー等の機械器具の使用により身体に振動を与える業務による手指、前腕等の抹梢循環障害、抹梢神経障害又は運動器障害
7 1から6までに掲げるもののほか、これらの疾病に付随する疾病その他心身に過重な負担のかかる業務に起因する疾病	4 せん孔、印書、電話交換又は速記の業務、金銭登録機を使用する業務、引金付き工具を使用する業務その他上肢に過度の負担の

改正案	現行
<p>四 化学物質等による次に掲げる疾病</p> <p>1～7 現行労基則35条別表第1の2に定めるとおり</p> <p>8 <u>1から7までに掲げるもののほか、これらの疾病に付随する疾病その他化学物質等にさらされる業務に起因する疾病</u></p> <p>五 粉じんを飛散する場所における業務によるじん肺症又はじん肺法(昭和35年法律第30号)に規定するじん肺と合併したじん肺法施行規則(昭和35年労働省令第6号)第1条各号に掲げる疾病</p> <p>六 細菌、ウイルス等の病原体による次に掲げる疾病</p> <p>1～4 現行労基則35条別表第1の2に定めるとおり</p> <p>5 1から4までに掲げるもののほか、これらの疾病に付随する疾病その他細菌、ウイルス等の病原体にさらされる業務に起因する疾病</p> <p>七 がん原性物質もしくはがん原性因子又はがん原性工程における業務による次に掲げる疾病</p> <p>1～17 現行労基則35条別表第1の2に定めるとおり</p> <p>18 1から17までに掲げるもののほか、これらの疾病に付随する疾病その他がん原性物質若しくはがん原性因子にさらされる業務又はがん原性工程における業務に起因する</p>	<p>かかる業務による手指の痙攣、手指、前腕等の腱、腱鞘若しくは腱周囲の炎症又は頸肩腕症候群</p> <p>5 1から4までに掲げるもののほか、これらの疾病に付随する疾病その他身体に過度の負担のかかる作業態様の業務に起因することの明らかな疾病</p> <p>四 化学物質等による次に掲げる疾病</p> <p>1～7 (省略)</p> <p>8 1から7までに掲げるもののほか、これらの疾病に付随する疾病その他化学物質等にさらされる業務に起因することの明らかな疾病</p> <p>五 粉じんを飛散する場所における業務によるじん肺症又はじん肺法(昭和35年法律第30号)に規定するじん肺と合併したじん肺法施行規則(昭和35年労働省令第6号)第1条各号に掲げる疾病</p> <p>六 細菌、ウイルス等の病原体による次に掲げる疾病</p> <p>1～4 (省略)</p> <p>5 1から4までに掲げるもののほか、これらの疾患に付随する疾患その他細菌、ウイルス等の病原体にさらされる業務に起因することの明らかな疾病</p> <p>七 がん原性物質若しくはがん原性因子又はがん原性工程における業務による次に掲げる疾病</p> <p>1～17 (省略)</p> <p>18 1から17までに掲げるもののほか、これらの疾病に付随する疾病その他がん原性物質若しくはがん原性因子にさらされる業務又はがん原性工程における業務に起因する</p>

改正案	現行
<p>疾病</p> <p>八 前各号に掲げるもののほか、中央労働基準審議会の議を経て労働大臣の指定する疾病</p> <p>九 その他業務に起因する災害性及び非災害性疾病</p>	<p>ことの明らかな疾病</p> <p>八 前各号に掲げるもののほか、中央労働基準審議会の議を経て労働大臣の指定する疾病</p> <p>九 その他業務に起因することの明らかな疾病</p>

第2 労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)

改正案	現行
<p>第12条の8 ④ 前第1項の保険給付の請求権者及び傷病補償給付の対象とされる労働者は、いつでも労働基準監督署において、記録及び証拠を閲覧し、且つ謄写することができる。</p> <p>第21条 ② 前項の保険給付の請求権者は、い</p>	<p>第12条の8 第7条第1項第1号の業務災害に関する保険給付は、次に掲げる保険給付とする。</p> <p>一 療養補償給付</p> <p>二 休業補償給付</p> <p>三 障害補償給付</p> <p>四 遺族補償給付</p> <p>五 葬祭料</p> <p>六 傷病補償年金</p> <p>② 前項の保険給付(傷病補償年金を除く。)は労働基準法第75条から第77条まで、第79条及び第80条に規定する災害補償の事由が生じた場合に、補償を受けるべき労働者若しくは遺族又は葬祭を行う者に対し、その請求に基づいて行う。</p> <p>③ 傷病補償年金は、業務上負傷し、又は疾病にかかった労働者が、当該負傷又は疾病に係る療養の開始後1年6箇月を経過した日において次の各号のいずれにも該当するとき、又は同日後次の各号のいずれにも該当することとなったときに、その状態が継続している間、当該労働者に対して支給する。</p> <p>一 当該負傷又は疾病が治っていないこと。</p> <p>二 当該負傷又は疾病による障害の程度が労働省令で定める傷病等級に該当すること。</p> <p>第21条 第7条第1項第2号の通勤災害に関する</p>

改正案	現行
つでも労働基準監督署において、記録及び証拠を閲覧し、且つ謄写することができる。	保険給付は、次に掲げる保険給付とする。 一 療養給付 二 休業給付 三 障害給付 四 遺族給付 五 葬祭給付 六 傷病年金
第46条の2 労災保険給付を受けるべき者は、事業主に対し、保険給付を受けるために必要な労働の記録及び健康診断の記録の交付を請求することができる。事業主は、右記録の交付の請求があったときは、すみやかに右記録を交付しなければならない。	第46条 行政庁は、労働省令で定めるところにより、労働者を使用する者、労働保険事務組合又は第29条第1項に規定する団体に対して、この法律の施行に関し、必要な報告、文書の提出又は出頭を命ずることができる。

第3 労働保険審査官及び労働保険審査会法(昭和31年法律第126号)

改正案	現行
第16条の2 審査請求人は、いつでも労働保険審査官に対し、記録の閲覧及び謄写を請求することができる。	第16条 前条第1項第1号若しくは第2項の規定により出頭を求められた者又は同条第1項第3号の鑑定人は、政令で定めるところにより、費用の弁償を受けることができる。
第50条 第9条の2、第10条、第11条、第14条、第14条の2、第16条の2、第17条、第17条の2、第19条第1項及び第20条から第22条の2までの規定は、審査会が行う再審査請求の手續について準用する。この場合において、これらの規定中、「審査請求」とあるのは「再審査請求」と、「審査官」とあるのは「審査会」と、「決定」とあるのは「裁決」と、「決定書」とあるのは「裁決書」と、第17条中「審査請求人」とあるのは「当事者」と、第20条第4項及び第21条中「第13条第1項」とあるのは「第40条」と、第16条の2、第20条及び第22条中「審査請求人」とあるのは「再審査請求人」と読み替えるものとする。	第50条 第9条の2、第10条、第11条、第14条、第14条の2、第17条、第17条の2、第19条第1項及び第20条から第22条の2までの規定は、審査会が行う再審査請求の手續について準用する。この場合において、これらの規定中、「審査請求」とあるのは「再審査請求」と、「審査官」とあるのは「審査会」と、「決定」とあるのは「裁決」と、「決定書」とあるのは「裁決書」と、第17条中「審査請求人」とあるのは「当事者」と、第20条第4項及び第21条中「第13条第1項」とあるのは「第40条」と、第20条及び第22条中「審査請求人」とあるのは「再審査請求人」と読み替えるものとする。

第4 脳血管疾患・虚血性心疾患等業務上外認定基準(1987(昭和62)年10月26日付基発第620号)

改正案	現行
脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準について 次の(1)、(2)及び(3)を満たす脳血管疾患及び心臓疾患は、「その他業務に起因することの明らかな疾病」に該当する疾病として取り扱うこと。 (1) 当該被災者が次のいずれかの事態に遭遇したこと。 ① 当該被災者が、発症(前駆症状を含む)、増悪もしくは死亡(以下たんに「発症等」という)前に、当該被災者にとって過重負荷(過重な精神的、肉体的負担)を生じさせるおそれのある、量的・質的に過重な業務に従事していたこと。 ② 事業者が、当該被災者の発症もしくは増悪後、適切な救済措置を講じなかったため、増悪もしくは死亡の結果を招来したこと。 (2) 当該被災者に脳血管疾患又は心臓疾患の発症等があったこと。 (3) 当該被災者の発症等と、発症等の前に従事した業務との関連性が推定されること。 〔認定基準の解説〕 1 業務上外認定の基本的考え方 脳血管疾患及び心臓疾患が、業務上の諸種の要因によって発症等をしたことが認められれば、「その他業務に起因することの明らかな疾病」として取り扱うものであり、業務が唯一の要因である必要はなく、基礎疾病(疾患)もしくは既存疾患(以下たんに「基礎疾患等」という)が原因(主因)となった場合であっても、業務が基礎疾患等を誘発又は増悪させて発症等の時期を早める等、基礎疾患等と	脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準について 中枢神経及び循環器系疾患(脳卒中、急性心臓死等)の業務上外認定基準については、昭和36年2月13日付け基発第116号通達により示してきたところであるが、その後の医学的知見等について「脳血管疾患及び虚血性心疾患等に関する専門家会議」において検討が行われた。今般その結論が得られたことに伴い、これに基づき認定基準を下記のとおり改めたので、今後の取扱いに遺漏のないよう万全を期されたい。 また、具体的な認定に当たっての参考として、「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定マニュアル」を別添のとおり作成したので、これを活用し、適正迅速な調査、認定が図られるよう配慮されたい。 なお、本通達の施行に伴い、昭和36年2月13日付け基発第116号通達は、これを廃止する。 記 1 業務上の負傷に起因する脳血管疾患及び虚血性心疾患等(省略) 2 業務に起因することの明らかな脳血管疾患及び虚血性心疾患等 次の(1)及び(2)のいずれの要件をも満たす脳血管疾患及び虚血性心疾患等は、労働基準法施行規則別表第1の2第9号に該当する疾病として取り扱うこと。 (1) 次に掲げるイ又はロの業務による明らかな過重負荷を発症前に受けたことが認められること。 イ 発生状態を時間的及び場所的に明確にし得る異常な出来事(業務に関連する出来事に限る。)に遭遇したことを。

改正案	現 行
<p>共働要因(誘因)となって発症等の結果を招いたと認められる場合は、業務上の疾病もしくは死亡と取り扱うものである。</p> <p>2 認定基準(1)の①について</p> <p>(1) 「当該被災者にとって過重負荷」とは、当該被災者の脳血管疾患及び心臓疾患発症等の基礎となる基礎疾患等を、自然経過(加齢、一般生活等で生体が受ける通常の要因による基礎疾患等の経過)を超えて増悪させるおそれのある負荷をいう(「自然経過を超えて急激に著しく増悪させることが医学経験則上認められる負荷」までを要求するものではない)。</p> <p>(2) 「過重負荷を生じさせるおそれのある量的もしくは質的に過重な業務」とは、次の業務をいう。</p> <p>① 発症等の直前もしくは前日の発生状態を時間的場所的に明確にし得る「異常な出来事」に遭遇した業務。</p> <p>② 発症等の前の数日もしくは10日前後又は発症等の前の数ヶ月もしくは数年の通常の所定内業務に比較して、量的もしくは質的に過重な精神的、肉体的負担を生じさせるおそれのある業務(日常業務に比較して過重な業務)。</p> <p>③ 発症等の前の数ヶ月もしくは数年の通常の所定内業務が、質的に過重な精神的もしくは肉体的負担を生じさせるおそれのある業務(常夜勤勤務、夜勤を含む交替制勤務、自動車運転業務、時差を伴う勤務等)。</p> <p>④ 発症等の前の数日もしくは10日前後又は数ヶ月もしくは数年の、健康な労働者にとっては過重な精神的、肉体的負担を生じさせ得る業務とはいえないが、「基</p>	<p>ロ 日常業務に比較して、特に過重な業務に就労したこと。</p> <p>(2) 過重負荷を受けてから症状の出現までの時間的経過が、医学上妥当なものであること。</p> <p>(解説)</p> <p>1 脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定については、一般的に、業務上の負傷が原因となって発症したこと又は業務上の諸種の要因によって発症したことが、それぞれ医学上認められることが必要である。</p> <p>この認定基準においては、現在の医学的知見に照らし、業務上の負傷が原因となって発症又は業務上の諸種の要因によって発症したか否かの判断基準として、妥当と認められるものを認定要件とした。</p> <p>2 取り扱う疾病について(省略)</p> <p>3 業務上の負傷に起因する脳血管疾患及び虚血性心疾患等について(省略)</p> <p>4 業務に起因することの明らかな脳血管疾患及び虚血性心疾患等について</p> <p>解説2で掲げた疾患のうち本文記の2により判断する脳血管疾患及び虚血性心疾患等は次の疾患である。</p> <p>イ 脳血管疾患</p> <p>(イ) 脳出血 (ロ) くも膜下出血</p> <p>(ハ) 脳梗塞 (ニ) 高血圧性脳症</p> <p>ロ 虚血性心疾患等</p> <p>(イ) 一次性心停止 (ロ) 狭心症</p> <p>(ハ) 心筋梗塞症 (ニ) 解離性大動脈瘤</p> <p>(1) 本文記の2の(1)について</p> <p>イ 「過重負荷」とは、脳血管疾患及び虚血性心疾患等の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</p>

改正案	現 行
<p>礎疾患等を有する被災者にとって量的もしくは質的に過重な精神的、肉体的負担を生じさせるおそれのある業務」。</p> <p>3 認定基準(2)について</p> <p>認定基準の対象となる脳血管疾患は、主として出血性脳血管疾患の脳出血、くも膜下出血、虚血性脳血管疾患の脳梗塞、高血圧脳症であり、心臓疾患は、主として虚血性心疾患の一時性心停止、狭心症、心筋梗塞症、解離性大動脈瘤、二次性循環不全であるが、これらの疾病に限定されない。脳卒中及び急性心不全(急性心臓死等)は、疾患名ではないが、臨床医学上しばしば死亡原因として診断されており、証拠によりできるだけ原因疾患名を推認し、業務上外の認定を行ってさしつかえない。</p> <p>4 認定基準(3)について</p> <p>「当該被災者の発症等と発症等の前に従事した業務との関連性が推認されること」の判断は、次によるものとする。</p> <p>(1) 当該被災者が、発症等の直前もしくは前日に、「発生状態を時間的、場所的に明確にし得る『異常な出来事』に遭遇した業務に従事しておれば、特別の事情がない限り、当該業務による急性ストレスが発症等の誘因であり、発症等と発症等の前に従事した業務との関連性が推認されること。</p> <p>(2) 当該被災者が、発症等の前の数日もしくは10日前後に、「通常の所定内業務に比較して量的もしくは質的に過重な精神的、肉体的負担を生じさせるおそれのある業務」に従事しておれば、特別の事情のない限り、当該業務による慢性過労状態もしくは慢性・反復性の職業ストレスが発症等の誘因であり、発症等と発症等の前に従事した業務</p>	<p>験則上認められる負荷をいう。ここでの自然経過とは、加齢、一般生活等において生体が受ける通常の要因による血管病変等の経過をいう。</p> <p>ロ 「異常な出来事」とは、具体的には次に掲げる出来事である。</p> <p>(イ) 極度の緊張、興奮、恐怖、驚がく等の強度の精神的負荷を引き起こす突発的又は予想困難な異常な事態</p> <p>(ロ) 緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的又は予想困難な異常な事態</p> <p>(ハ) 急激で著しい作業環境の変化</p> <p>ハ 「日常業務に比較して、特に過重な業務」とは、通常の所定の業務内容等に比較して特に過重な精神的、肉体的負担を生じさせたと客観的に認められる業務をいい、その判断については次によること。</p> <p>(イ) 発症に最も密接な関連を有する業務は、発症直前から前日までの間の業務であるので、この間の業務が特に過重であると客観的に認められるか否かをまず第一に判断すること。</p> <p>(ロ) 発症直前から前日までの業務が特に過重であると認められない場合であっても、発症前1週間以内に加重的業務が継続している場合には、急激で著しい増悪に関連があると考えられるので、この間の業務が特に過重であると客観的に認められるかを判断すること。</p> <p>(ハ) 発症前1週間より前の業務については、急激で著しい増悪に関連したとは判断し難く、発症前1週間以内における業務の過重性の評価に当たって、その付加的要因として考慮するにとどめること。</p>

改正案	現行
<p>との関連性が推認されること。</p> <p>(3) 当該被災者が、発症等の前の数ヶ月もしくは数年「通常の所定内業務に比較して量的もしくは質的に過重な精神的、肉体的負担を生じさせるおそれのある業務」に従事しておれば、特別の事情のない限り、当該業務による慢性過労状態もしくは慢性・反復性の職業ストレスが発症等の誘因であり、発症等と発症等の前に従事した業務との関連性が推認されること。</p> <p>(4) 当該被災者が、基礎疾患等を有する場合は、健康な労働者にとっては過重な精神的肉体的負担を生じるおそれのある業務といえなくとも、「基礎疾患等を有する被災者にとって量的、質的に過重な精神的、肉体的負担を生じさせるおそれのある業務」に従事しておれば、特別の事情のない限り、当該業務による急性ストレス、もしくは慢性・反復性ストレス、又は慢性過労状態が発症等の誘因であり、発症等と発症等の前に従事した業務との関連性が推認されること。</p> <p>(5) 事業者は、健康診断の結果等から、労働者の健康を保持する必要がある場合、当該労働者の実情を考慮して、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、作業環境測定の実施、施設又は設備の設置又は整備等適切な措置を講ずべき義務があるが、事業者が右義務を怠った場合は、当該発症等と発症等の前に従事した業務との関連性が推認されること。</p>	<p>(二) 過重性の評価に当たっては、業務量のみならず、業務内容、作業環境等を総合して判断すること。</p> <p>(2) 本文記の2の(2)について 通常、過重負荷を受けてから24時間以内に症状が出現するが、脳梗塞及び脳出血は症状の出現までに数日を経過する場合があります。</p> <p>5 認定に当たつてのその他の留意事項</p> <p>(1) 脳卒中について 脳卒中については、解説2の(1)に述べたように、脳血管疾患の総称として用いられているので、可能な限り詳細な疾患名を臨床所見、解剖所見等により確認すること。</p> <p>(2) 急性心不全について 急性心不全(急性心臓死、心臓麻痺等)は、疾患名ではないので、その原因となった疾患名を臨床所見、解剖所見等により確認すること。なお、急性心不全は、脳血管疾患及び虚血性心疾患等に限らず他の疾病による場合もあるので留意すること。</p> <p>(3) 本省りん伺について 次の事案については、本省にりん伺すること。 イ 原因となった疾患名が明らかにならない急性心不全 ロ この認定基準により判断し難い事案</p>

実践レポート編 6

第2回労働安全衛生学校

全国労働安全衛生センター連絡会議事務局長 古谷 杉郎



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、2月9日から11日の2泊3日、東京のよみうりランド会館で第2回労働安全衛生学校を開催した。定員50名で、東京の労働組合の実務担当者及び北海道、東京東部、三多摩、神奈川、新潟、関西、尼崎、高知、大分の各地域センターのスタッフ等が参加した。

今回は、メイン・テーマの「職場改善トレーニング」を徹底的に追及する内容で企画した。講師陣には、労働科学研究所の酒井一博氏、渡辺明彦氏、伊藤昭好氏の3氏、企画段階から参加していただいただけでなく、ほとんど通して参加していただいた。講師陣がつけたサブ・テーマが「安全衛生から仕事がみえる」。カリキュラムは下記のとおり。

- 第1日目(2月9日)
- 午後 ①開校(天明佳臣副議長)
 - ②オリエンテーション
 - ③A職場ビデオディスカッション
 - 夜 ④人間工学(講師・酒井一博氏)
- 第2日目(2月10日)
- 午前 ⑤温熱・換気(講師・渡辺明彦氏)
 - 午後 ⑥騒音・照明(講師・伊藤昭好氏)
 - ⑦A職場改善トレーニング
 - 夜 懇親会
- 第3日目(2月11日)
- 午前 ⑧休息条件(講師・酒井一博氏)
 - ⑨A職場改善案の発表・討論
 - ⑩まとめ・閉校

まず、学校全体の言わばヨコ糸として、職場の安全衛生を考える一職場改善を行っていった

めに必要な視点・切り口を取り上げた。

- ④人間工学 ————— 作業姿勢
- ⑤温熱・換気 ————— 作業環境
- ⑥騒音・照明 ————— 作業環境
- ⑧休息条件

の4セッションである。これらの条件がしっかりチェックできて、必要な改善を進めることができれば入門編としてはまず合格だろうと考えた。別の言い方をすれば、少なくともこれらの諸条件から「総合的に」職場を点検していく必要があるということだ。

④～⑥の各セッションは、各々次のように運営される。講師は講義をできるだけ短く、簡潔に行うことが要求され、講義と課題の説明、グループ討論、結果の発表・全体討論とまとめ、が各々3分の1ずつくらいになるような時間配分をした。

- 講師による講義(簡単なポイントの解説+OHP、スライド、ビデオ等の視覚教材)
- 討論課題の説明(講義内容に即して(小グループで討論する課題を設定)
- グループ討論
- グループ討論結果の発表
- 全体討論とまとめ

タテ糸としては、本当は実際の職場に全員で入って、チェックリストを用いた職場巡視を行いたかったのだが物理的な条件が整わず。参加者の共有できる職場としてA職場を取り上げ、3つのセッションを設定した。ここは、都内台東区の零細企業というより職人さんの職場が集中した地域にあるボタン製造工場。警察、消防、

自衛や全国各地の中学校等の制服のボタンや階級章を製造している。組合員6人、高齢者事業団から来ている高齢者2人と役員4人の計12人の職場で、組合員の平均年齢54歳、平均勤続年数27年。労働組合が安全衛生上の諸問題の改善に取り組もうとしている。

安全学校の初日に、オリエンテーションに引き続いて、③—A職場の概況説明を受け、作業の様子を収録したビデオを見てもらって、グループ討論を行い、「安全衛生職場マップ」を作成する—職場の平面図上に、よいところ(安全衛生上参考になるといった点)にブルーのマーク、問題点(改善が必要と思われる点)にレッドのマークをつけ、各々の内容とどのような改善が考えられるかまとめてもらう。

第2日目の最後には、⑦—④~⑥の各トレーニングを受けたうえで、再びA職場の具体的改善案についてグループ討論を行う。そして翌日、⑨—グループ討論の結果を発表し、全体討論を行う。この段階では、A職場の労働組合の分会長も参加した。

これらヨコ系とタテ系を組み合わせたトレーニングを行うことによって、自分たちの職場・地域で具体的に職場改善を進められるようになること、そのためのインストラクターになれるようにすること、が安全学校全体のねらいである。

すでにおわかりのように、講師の話を一方向的に聞かされるだけの受身のトレーニングではなく、グループ討論・グループワークを重視し、自分たちで考え、調べて、答えを出す自主対応型・参加型の学校である。参加者は5~6名の小グループに分かれる。グループリーダーには過去同様のトレーニングを経験したことのある者を配した。グループ討論の発表の機会は都合5



回あるので、グループリーダー以外の参加者は必ずどこかの発表も体験することになる。

とくに、「アラさがしをして溜飲を下げるのはやめよう」という点が強調された。ケチをつけるのではなく現場の知恵・よいところに学ぶこと、それを自分たちで応用する道を考えること。職場点検というと、法律かあるいは何か決められた基準に照らして、それにあっているかないかをチェックするという〇×式の発想に陥りがちであるが、そうではなくて、その職場で求められる対策を選ぶ、考えることに、「自主対応型」の特徴がある。〇×式のチェックでは、仮にチェック項目の全てが〇になれば職場改善はそこでとまってしまうが、「自主対応型」では常に「より快適な職場」を働く者自身が考えていくことになるのである。

会場には、各種資料・ハンドブック、測定機器やパソコン、プリンター、コピーなどが持ち込まれた。グループ・ワークの中で調べる必要があれば、参加者自身がそれらに当たって調べられるようにするためである。また、議論の中で出された質問に対する回答や資料、教材をその場で作成して参加者に配布する工夫も試みた。「ひろいばなし(全体討議からひろう)I【緩衝ストック】は自律作業を手助けするひとつのコ

ツです」という教材と③セッションで出された各グループの意見を集約した資料が会議の途中で配布された。さらに学校の運営自体を参加者の意見や各セッションの中で出された議論によって作っていくために、事前に示されたプログラムは概略だけにとどめ、第2日目の午後以降のプログラムの詳細は学校の進行過程で煮詰めていった。

これらの試みがどれだけ成功したかについては独断は避ける。「詰め込みすぎる」「消化不良」「鬼のハード・トレーニング」「高齢者にはつらい」「女性の参加が少ない」等々、出されたまたは伝え聞いた(?)意見は今後に生かしていきたい。

しかし、今回の学校の真の評価は、参加者の今後の自分たちの職場・地域での取り組みにかかっている。この点で、⑩のまとめの中で、参加者には次の2点が期待された(6か月後にレポートを提出することを要求されている)。

- 職場や地域で、同様の講座を実現してもらいたい。今度は、今回の参加者がインストラクター(講師)の役割を果たすことが期待される。
- 参加者自身の職場・地域で職場改善に取り組んでもらい、具体的なケースを報告してもらう。

今回の企画は、ILOの「安全、衛生、作業条件トレーニングマニュアル」(日本語版が労働科学研究所出版部から発行されている)に触発され、そこで示されているトレーニングを限られた条件の中で実践してみたものでもある。

今通常国会に政府から「快適職場の形成の促進」を一つの目標にした労働安全衛生法等の改正案が上程されている。が「政府が画一的に定める基準」に該当するかどうか「快適職場」であるかどうかの「唯一の基準」となって一人歩きしないかと危惧するところである(まさに〇×式)。働く者自身が、快適職場を実現(評価)



会場に展示した測定機材

するための知識や情報を身につけ、自ら参加してそれを実現していく以外に、「快適職場」は形成しえないと考えるからである。

ILOマニュアルの思想も今回の学校の最大のねらいも、「法律や規則だけに依拠した安全衛生活動」から「自主対応型・参加型の安全衛生活動」への脱皮であり、その方向を追究した取り組みが地道に広がっていくことの必要性をますます痛感する。全国安全センターでは、機関誌「安全センター情報」誌上で、昨年の9月号から「ILOマニュアルの活用」という連載を行い、補助教材の提供と実践事例の紹介を行っているが、講座の企画の相談等に積極的に答えしていきたい。

ILO他編著 / 小木和孝・天明佳臣監訳

安全、衛生、作業条件
トレーニング・マニュアル

本編/チェックリスト/トレーニングリーダーのための手引の3分冊で定価1,950円
御希望の方は全国安全センターへ電話で

炭鉱労働者とじん肺

自主検診から患者同盟結成へ

全国じん肺患者同盟北茨城支部支部長・故阿部家治さんの証言

全国じん肺患者同盟常磐炭田北茨城支部支部長の阿部家治さんが1992年2月18日午後4時40分入院先の福島県いわき市内の病院で、じん肺による呼吸不全のため逝去されました。享年67歳でした。常磐炭田じん肺患者運動の先駆者として、病身をかえりみずじん肺根絶に努力され、死の間際まで支部の仲間への思いをはせていた阿部家治さん。あまりにも突然の早すぎる死に、私たちもしばし慟哭し、無念の思いを禁ずることができませんでした。私たちは、阿部さんの御霊前で、阿部さんがじん肺や労災職業病根絶に向けた限りない情熱と献身を、悲しみをのりこえて受け継いでいくことを誓いあいました。

阿部家治さんの遺志は、いつまでも我がセンターとともにあります。阿部家治さん、安らかにやすみください。

1992年2月21日

東京東部労災職業病センター事務局一同

労災保険による休業補償は療養1年6か月までで一律に打ち切ることなどを提案した労働基準法研究会(災害補償関係)の中間報告(88年8月)に反対する取り組みの最中、この問題をともに考えようとする東京大学の学生たちが主催した講演会(89年12月1日 東京大学法・文学部銀杏並木祭企画・講演会「労災と労災補償制度の実態」)で阿部家治さんは、自らの体験を語った(東大法学部緑会委員会作成のパンフレットから再録)。

●14歳で炭鉱に

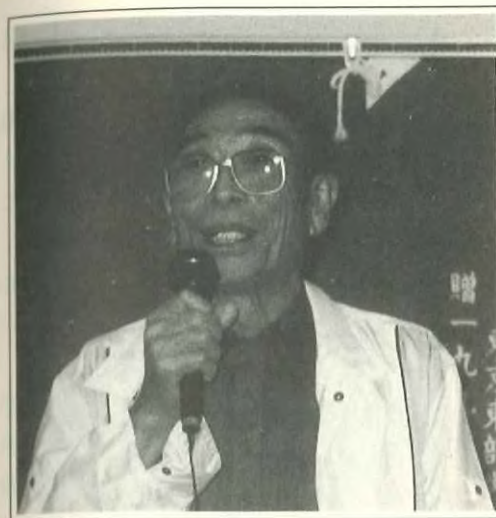
皆さんどうもこんばんは。ただいまご紹介いただきました阿部でございます。炭鉱とじん肺というようなことでこれからお話をさせていただきたいと思っております。

自分の自己紹介をかねて当時の炭鉱のあり方

をお話いたします。

私は、大正13(1924)年の7月に、現在のいわき市吉羽町にある古河炭鉱の一坑夫の子として生まれました。私の父は、常磐炭田の炭鉱を多く渡り歩いたのですが、昭和14(1939)年に第四炭鉱というところで落磐をして大きなケガをし、働けなくなりました。私たちの家族は6人おりました。当時私は14歳でしたが、父に「私のかわりに働いてくれ」と言われ、坑内作業についたのです。

当時でも炭鉱の坑内の作業は16歳以上でないとできないという法律はあったんです。しかし、当時は、今のように労基法がありませんでした。いわゆる健康保険だけで療養をし、かつ賃金の何%かというような安い金で生活をしなくちゃならんわけです。これでは当然食っていけないから、まあ16歳にならないけれども16だと言っ



て入ってしまえというようなことが公然とやられておたわけですね。

こうして私は、14歳で坑内に入った。それから炭鉱生活をずっとやっておったんです。その間私の父は、自分が30年から40年間の炭鉱経験があったものですから、あらゆる危険について私にそれなりの注意をしてくれたものです。私も40年間の炭鉱生活をしたわけですが、オヤジのおかげで何回も危険をのがれることができました。

●「炭鉱にじん肺はない」

最後に私はじん肺になったわけですが、そのじん肺について当時は「鉱山や隧道はじん肺になるけれども炭鉱はじん肺にならない」というのが一般の考え方でした。企業がそんなふうにわれわれ労働者に話したものだんですね。

常磐地方は御存知のように水戸から平の方までです。常磐炭田というのは南は日立、北は平の先の浪江というところあたりまでで、このへんに炭鉱がたくさんあったわけです。最初は石炭は郊外に出ればあったものですから、それを掘って営業するには本当に手間ひまかからなかったんです。まあ畑の隅から掘り起こせたというわけです。それがだいたい100年前の常磐炭

田の炭鉱のはじまりだったというふうに聞いています。そういう中から今度はだんだんと土の中に入っていったものですから、本職の坑夫さんを雇わないと、ということになりました。一番近くでは日立(今の日立製作所のあるところ)に日鉱という大きな鉱山がありまして、その坑夫さんを連れてきて石炭を掘らせるようになりました。

そのときの条件として、やはり企業なりに考えたんだと思いますが、「今の鉱山は体が冷える」と言うんです。つまり、鉱石なもんですからね、体がとても冷える。炭鉱は逆に石炭のカロリーとそれから地熱によってじん肺は防げるんだということを言っていたわけですね。

ところが私たちも無知なもんですから、そのまま会社のいうことを聞いてそれが正しいんだというような考え方で仕事をやってきた。これが炭鉱の坑夫がじん肺を知らなかった原因だと、私なりに考えております。

●苦しい坑内作業

坑内の温度はどこの炭鉱でも、平均して32、3度くらいあったんです。常磐炭鉱の湯本(今のハワイアンセンターがあるあたり)では、60度から70度の温泉があって、石炭を掘る場所から湧出するんですよ。ですから普通は、いくら会社が新しい空気を送って涼しくしようと努力しておっても、40度を越すような暑さがあったわけです。ですから坑内の作業場に着くまでのわずか2、30分の間にもう汗は滝のように流れまして、非常に苦しい作業であったということですよ。

御存知のとおり坑内はまっくらですから視界もはばまれています。その中で8時間から10時間くらい毎日毎日石炭を掘り続けていたのです。その中で毎日のように落磐や側壁崩壊(私たち炭鉱用語では「ドベラ」と言うんです)がありました。また、火薬事故、ガス爆発、炭車の暴

走、坑内出水、坑内火災等々、本当に数えればきりのないくらいの危険が毎日伴っていました。このように坑内はたいへん危険で、ケガ人もたくさんでました。

●昭和天皇“ご入坑”

昭和24(1951)、5年の頃だったと思うんですが、昭和天皇が常磐炭鉱のよこど鉱にご入坑なさいました。「毎日毎日暑いところで皆さん大変御苦労様です。戦後日本の復興のためにはどうしても石炭が必要ですからがんばってください」というお言葉を頂戴したわけです。その時の私たち坑夫の喜びようといったら…。今考えるとちょっとおかしいかと思うんですが(笑)、まあなんつってもですね、私たちは当時戦争前からの人間ですからね。もう、アラヒトガミという天皇崇拜でないと、はっきり言って憲兵さんにひっぱたかれるのが関の山で。陛下のことを批判するなんていったらたいへんな時代だったんで。それをそのまま信じてたんですね。

「ほかの人たちはわれわれを“モグラ”と(坑内に入るもんだから)言ってっけれども、陛下はわかっているんだ。オレたちのためにこうやって坑内にまで入ってきて激励してくれたんだから。戦後の日本はオレたちが背負って立つんだ」という具合で。こういうような単純な労働者ですからね。そのままで何年間もやってきたんです。まあわれわれは、本当にすきっ腹かかえながらも「戦後日本の復興はオレたちの手にあるんだ」と言って、お互いに抱き合っ喜びながら、毎日毎日乏しい食料でがんばってきた、というのが実態だったんですね。

●機械導入と「合理化」

第一次のオイルショックがまいりますと、炭鉱はどこでもコストを下げて石炭を余計に出せということになって、労働条件はだんだん厳しくなってきました。それと同時に機械を導入し



て能率をあげるということで、コールクッターとかいろんな機械を入れたわけです。それで、鉄のかたまりと言ってもいいくらいのもを入れて石炭を掘るわけですから、普通でも暑い—34、5度もある—温度がもう倍化されてしまうわけです。また、粉じんはもう本当にものすごく、今まで以上の粉じんが発生するようになりました。

先ほど言ったように、じん肺ということを全然考えられない私どもだったものですから、暑けりゃ水をかぶって体温を下げろ、というわけです。坑夫っていうのは働くことだけを考えておって、あるいは自分の体力の限界を凌駕しなければならぬんだ、それでこそ先山(さきやま)なんだ、というようなバカげたことで意地をはりながら石炭を掘り続けてきたんです。

●閉山相次ぐ

私たちは大日本炭鉱というところに勤めておったんです。今思ってもくやしくて時々仲間と悲憤梗概するんですが、昭和42(1967)年のとき社長は30何億と言われる借財を残して遁走してしまったんです。これは日本でも初めてのケースだということで、当時NHKの放送記者がわざわざテレビを持ち込んできて放送したことが

あります。

そういったことがいっぱい起こりました。炭鉱はだんだん不景気になってきた、いわゆるエネルギー革命についていけなくなった、ということによって閉山する炭鉱が多くなってきたんですね。

そういうことで私たちも自分の炭鉱が閉山になった。じゃあ次の炭鉱に行く。するとまた閉山になる。

常磐炭鉱の茨城炭業所というところが北茨城市内にあるんですが、そこで昭和46(1971)年8月、突然坑内から出水がありまして、坑内は一昼夜のうちに全部水浸しになってしまった。機械も器材も搬出するのが手一杯だったというような状態で終わってしまったんです。その時も企業は勝手に「今日から閉山だよ」とわれわれ坑夫に通告しただけで簡単に閉山してしまいました。労働者のわれわれがもっと働いてえんだと言っても、あるいは排水系を強めてなんとか炭鉱をやっていけというような意見があっても、一切もう入れられなかった。その炭鉱が茨城県内最後の炭鉱だったんです。

炭鉱を失って、あまたの人はこの京浜地区の方に再就職しましたが、当時の私たちはもう44、5になっておったもんですから新しく職業を探すというのも大変です。

なんとかこの近所に残った者はどうしたかと言いますと、先ほど申しましたハワイアンセンターのすぐそばの常磐炭鉱の西部鉱に行きました。これは70度のお湯を湧出しているような炭鉱だったんですが、なにしろ炭鉱がないもんですからわれわれ坑夫はその炭鉱にたよって行ったわけです。で、51(1976)年までなんとか石炭を掘っていたんですが、今度は皮肉なことに坑内から温泉が出ているということになった。普通だと40度くらいの採炭場がいつべんに60度近くにもなってしまった。これ以上の採掘はダメだ、ということで(鉱山保安局の命令だったと思います)、閉山になった。というわけで、こ

れで茨城・福島両県にまたがった常磐炭田の多くの炭鉱はどこもなくなってしまったのです。これが、常磐炭田のだいたい100年にわたる歴史だったわけですね。

炭鉱はなくなりまして、今はもう坑口も選炭場も草むらにおおわれてしまって、あとかたもない。また、炭鉱特有のズリ山とかボタ山とか呼ばれたピラミッド型の山も20年の歳月をもって風化されまして、丸みをおびてきて、どこにズリ山があったのか、という感じです。また、炭住街に住んでいた人々も皆それぞれひきはらってしまって、残された長屋はもうくちはててこわれてしまった。実際今私たち自身も、どこにどの炭鉱の坑口があったか、あるいはボタ山あるいはズリ山が〇〇炭鉱のボタ山だったかということも現在忘れてしまっています。これが現在の常磐炭田の変わり果てた姿です。

●じん肺は最古の職業病

じん肺は、遠く江戸時代の佐渡金山の頃からあったと言われ、現在でも不治の病とされています。

労災問題研究所発行『じん肺診療27年の記録』の中で、著者の吉野先生は第一章に次のような文章を書いておられます。

「じん肺の歴史：じん肺は最古の職業病である。人類が石器を手にしてから今日の繁栄を築いてきた歴史の影を、じん肺とともに歩み続けてきたことがいくつかの事実から知ることができる。古代エジプト時代のミイラにじん肺の兆候がみられることはすでに知られている。」

●労働者に何も教えない企業

われわれも炭鉱がなくなって20年も過ぎて今なおじん肺の根絶を願いながら集団検診運動を続けております。炭鉱の労働者は本当にじん肺の教育がされませんでしたので、「鉱山や隧道ではじん肺になるけれど炭鉱ではじん肺になら



コール・カッター

ない」ということをまことに信じて現在まで生きてきたのです。

また、炭鉱では一面変なところがあったんですね。昭和35(1960)年頃から防じんマスクというものをわれわれ坑夫に支給する一は言っても自分で買うんですけれども一ということになって、ある適当な時間とか場所において「防じんマスクをつけろ、つけて作業しろ」と言ってきたんです。これについては常磐炭鉱のじん肺裁判に行きましていろいろ話を聞いておったときにちょうどマスクの件が出たんですけれども、このわれわれに支給されておった防じんマスクと言われたものはただ単なる普通の健康マスクであって、防じんマスクではなかったんだということが裁判で判明されていたのです。常磐炭田地方の企業はみんな労働者にじん肺の危険を教えることもなく、閉山まで過ごしてきた、というのが事実なんですね。

ですから私たちは、自分たちの不勉強も確かに認めますけれども、実際問題としては企業がやるべきことをやらなかった。それからこの国の指導者たちもじん肺の恐ろしさなんてことは全然教えてくれなかった。悪い言葉で言えば、企業と仲良くなって労働者のことなんていうのは考えてくれなかった。これが事実だと思いま

す。

●労働基準法の意義

余談になりますけれど、私はこの前新田さんと(注：この講演会で一緒に講師を努めた労災脊損会の新田輝一さん)一緒に労働省に交渉に出かけて行って、自分らの体験も含めて「…だから基準法を改悪するのはやめてくれ」と申し上げました。

先ほど申しましたように、私が何故14歳で坑内に入らなければならなかったか。その事実と、それからもっとひどい家庭がいっぱいあるということです。つまり、昔から言う「律儀者の子たくさん」でお子さんが5人も6人もいる家庭が炭鉱にはたくさんあったんです。そうすると、運が悪くお父さんがケガをした、働き手を失った、ということになるとあの時代では、器量のよい女の子に生まれて小学校6年を出るのを待って女郎か芸者に売っちゃえ、というのが常磐地方では公然として通っておったんですよ、それで私のように体の大きい子供ができれば歳を偽って働かせると。普通の体力の者であったならば、皆さんも話に聞いたことがあるかと思いますが年季奉公というヤツですね。小学校を出て、兵隊検査の21歳になるまで、だいたい6年間くらいですが、商家に6年間、当時のお金で200円くらいで放り出されるんです。奉公が終わるとまた御礼奉公といってもう1年やってくる。本当に人権を無視したって言いますかね、今の方々から言ったら信じられない。

その原因は何かと言えば、先ほど申し上げたように、基準法がなかった。いわゆる休業補償が支給されなかった。医者代はいわゆる健康保険でかかれるけれども、打ち切られてしまえば一半年だったと思いますが一治療方法がなくなってしまうんですね。そうするともう収入が全然なくなるから、結局そういうことをせざるを得なかった。



基準法が生まれたのが昭和22(1947)年の確か9月だったと思います。私たちも覚えがごさいます。それなりに運動したこともあったと思います。基準法によって休業補償あるいは医療費、その他の補償ができたため、炭鉱の家庭はある程度までは生活することができるようになったのです。

●他の労災被災者との出会い

ただいま新田さんのお話を聞いてびっくりしたんですが、私たちはじん肺になっても平均賃金の60%もらえる。それでさえもありがたいと私は思っておりました。やはり昔からみるとわれわれ労働者も救われてるんだと、単純な一労働者として信じておりました。昨年(注：労基研中間報告発表の日)時点までは。

しかし今日新田さんのお話を聞いて、先進国ではその何十倍も何百倍もというような補償がされているとのことでした。「命を守るために、健康を守るために」と、このように言われたので本当にびっくりしているんです。

●じん肺と診断されて

私はじん肺患者になるまでは、企業のずるさというようなことについては全然わかりません

でした。先ほど言いましたように、陛下が入ってきてオレたちを激励したんだと、歴代陛下の中でこんなありがたい陛下はいないんだというような(笑)単純に考えているような人間ばかりが炭鉱の坑夫をやったわけです。今の皆さんから考えれば信じられないことだと思えますけれど、実際私たちはそうやって働いてきました。

結果として、炭鉱がなくなる時、私は53、4だったもので、土の中の仕事をしとったわれわれはやはり土の中で仕事をするのが一番無難だ、てっとりばやく仕事が覚えられ、ということで、隧道工事をいろいろやってきました。上越新幹線も1年半ばかりやりました。それから今の成田の方の新幹線のようにスピードのある電車ですが、あれの隧道工事もやりました。

それで54歳くらいで、今から7、8年前に、江戸川の中葛西で下水道の隧道工事をやとったときから体に変調をきたしました。朝晩たんが出る、咳が出る。たまに微熱がある。というようなことで、私は風邪だと思って、飯場のオヤジに近くの病院を聞いて葛西中央病院に行ったわけです。

しかし、思いもよらない平野先生の診断では、お前はじん肺である、じん肺の「管理3の口」で合併症である。いろいろ働いたんでは寿命を縮めてしまうから、働かないで体を静養しろ。こういうことを言われたんで、私自身びっくりしましてね。「じん肺なんていうのはわからない」と、「わからない」と言えば何とかならないかと思って聞いたんですが(笑)、「これは炭鉱の方であんたの方の言う“ヨロケ”なんだ」と言われまして、まあ私もあまり泣いたことのない男なんです、本当に飯場のふとんをかぶって3日3晩泣き明かしました。

今、最後の子供がまだはたちそこそこなんで、これを嫁にやるまではオレは働き続けなけりやなんねえんだ。それなのに自分がじん肺で働け

ないというようなとき、女房や子供はいったいどうするんだ、というようなことだけが心配でした。

じん肺の恐ろしさを先生からいろいろ聞かされて、あるいは先生の事務室に行つて自分でじん肺の本を読んでみるにつけ、これが不治の病なんだということがひしひしとわかってきました。これは大変なんだということが日を追ってわかってきたんですね。

それでも先生は、今のじん肺法によって手続をとって休業補償60%、特別支給金というものをつけて80%の支給がされるから、それで今後の療養をなさいと言われました。そこで泣き泣き手続をとっていただいて、メシだけは食えるということになりました。

●「オレだけではなからう」

なんと考えても、その頃から、企業がいかにくるか、いかにオレたちにデタラメなことを教えとったか、正直者がバカを見る世の中であったか、ということを感じました。

私は炭鉱に40年間入ったオレだけがじん肺患者ではないだろうと考えました。例えば、先生のお話を聞いてみると、急性じん肺なんてものは3年か4年位でもうなってしまう人もいます。私が友達としてずっとお付き合いしている方は平均20年から30年くらい炭鉱につとめております。そういう方々を考えたときには、これはとんでもないことになるぞと考えました。

そこで先生に、「東京で療養してつとこでないと。先生、うちへ帰してくれ」と言いました。それで私は、もとの炭鉱の坑夫たちにじん肺の恐ろしさを教えてやりたい、そして検診をさせたい、ということをお願いして、故郷の北茨城市に帰り、皆さんにお話をしたわけです。

最初のうちは誰も信じてくれません。「あれ

何語ってんだ。少し東京かぶれで頭かぶれてんだっぺ」(笑)ってというような話で誰も信じてくれなかったんです。

ところがやはり2、3の方が私のほうに訪ねてきて、じゃあ平野先生に診てもらおうということで、葛西中央病院までまいりました。すると約10名のうち3名ほどがやはりじん肺患者だと言われ、休業補償を支給され、また医療をしなくちゃならんということになりました。するとみんなが今度は「そんな話はあるのかえ。われわれはじん肺なんてのはねえと思つたんだけど…」というようなことになりました。

●自主検診の開始

ある人は5回ほど上京したんですが、管理区分決定申請書をつくって水戸の基準局に提出する段階になって、突然「阿部さん、オレはこれ以上の検診はやらない。東京の病院さ行けねえ」と言い出しました。そこでどうしたんだということをよく問い詰めてみますと、実際問題は経済問題だったというわけです。

炭鉱に20年から25年くらい勤めておつても、厚生年金が月額で平均、今のお金で15万から13万くらいの収入です。これで田舎とは申せ夫婦2人で生活するということになると楽じゃない。東京へ1回行って診療を受けて帰ってくるとだいたい2万くらいの出費になります。毎月毎月この出費はたえられない。ということでこの方は東京へ来て治療することを拒否してしまったわけですね。

この時に私は本当に貧乏ほどつらいものはないなと、こんなことでは本当に将来どうなるんだろうということを考えました。そこで平野先生をお願いしました。「私たちの方で患者を集めるから、先生が逆に田舎に来て、検診してくれないか」と。「もちろん金はねえんだから、先生、汽車賃自分でもつてくれ、弁当をもつて下さい(笑)、“医は仁術”だからしょうがない



検診活動の風景

でしょ(笑)」。こう言ったら先生もあきれて、わかった、皆さんの熱意に負けた。私ばかりでなくいろんな方々にお話をし、それを実現できるように努力するから。ということを言われました。

そしてここにいらっしゃる東京東部労災職業病センターの飯田さんもその仲間に入っていたいて、北茨城市まで来ていただいたわけです。一番初めに55名の方を検診させていただきました。結果としては、重い軽いはありましたが、55名の方全員がじん肺の病人であるという発表になりました。当時新聞でも大変騒ぎ立てたものですから、北茨城市内の元炭鉱労働者の皆さんが、今年もやってくれ、オレのことも頼むというようになりました。

私たちは、本当にじん肺であったとしても、本当に軽い管理程度で生活には支障がないと言われることをのぞんでおつたんです。ところが実際には、約400名程度の検診の中で現在113名の方が重症者であり、いわゆる要療養者ということになって今治療しているわけです。知らない間にこれほど多くの方が患者になつたんです。

●多くの不安を抱えて、

それから今一つじん肺について私が心配していることは、石炭肺っていうんですか、皆さん御存知の石綿っていうのと匹敵するくらい肺がんになりやすいと、統計上なっています。そのことをこの前松井先生から発表があったので私もびっくりしているところなんです。

私たちは昭和62(1987)年の2月頃にはじめて(じん肺患者同盟)北茨城支部を結成しました。その当時は19人で結成したんです。それが現在では110何名かに増えました(注：現在は約200名、さらに3月8日にはお隣りの高萩支部も結成された)。ということはそれだけ重症者が多かったということです。

それから今ひとつは、その中でわずか3、4年の間に9名の方が亡くなっています。その中で肺がんの方が4名。その他5名の方はやはりじん肺からくる内臓疾患あるいは心不全で亡くなっております。

●まだまだがんばって…

そういうような現状なので、法律的なことは私は専門の分野の方々にいろいろと相談をしながら、あるいは弁護士さんに相談しながら、今後もこういう不幸な人達を1人でも救ってほしいと思っております。病める者どうし一緒に自分らの今後の生き方を、楽しいはずはございませんけれども、1日でも長生きをしてほしいと思っております。孫や子供たちにこのような理不尽な職業病をなくすためにこれからも検診を続け、いろいろな先輩の方々にご援助を受けながらやっていきたい。残された余命が何年あるかわかりませんが、まだ65歳ですから、あと10年や20年ぐらいはがんばってみたいと(笑)、そういうふうには思っております。

本当にとりとめのない話で申し訳ないんですけども、ひとつこれからも、折りにふれてご指導いただければありがたいと思っております。ありがとうございました。(拍手)

変わる定時制生徒の労働問題

東京●都高教定時制部・10年目を迎えたシンポジウム

2月8日、江東区亀戸勤労福祉会館で、都高教定時制部の実行委員会によるシンポジウムが開かれ、教員、地域の労働者が参加しました。

江東区に働く定時制高校生の有機溶剤中毒と

いう職業病問題が起こり、地域の労働組合や医者そして教員等が労災認定に取り組む中で、10年前このシンポジウムが始まりました。

東京東部労災職業病センターの前身である東部労職研と都高教第6支部と取り組んだこの運動は、主催が都高教定時制部会へと引き継がれることにより、東部の地から、全都的な広がりをもつようになりました。労災職業病の問題や労基法の解説をした副読本が作られ、それぞれの高校で、労働問題についての相談が授業の時間にもたれるようになりました。

同じ働く者として、定時制生徒の労働問題を考えよう、ということでスタートしましたが、主体である高校生がシンポに参加する形態にはなかなか



写真は昨年のシンポジウム

せんでした。今回は、テープ録音により、インタビューされた生徒の声が会場に届けられました。

この間、定時制生徒をめぐる労働環境は大きく変化してきています。

77年の調査では、本雇い77%、パート20%でしたが、87年にはそれぞれ28%、66%の比率となり、就業形態が逆転しています。職種も製造工員(17%)から飲食(23%)、販売(12%)店員へと移ってきています。

このような中「仕事の都合で

学校を休む」という生徒が25%おり、不規則・長時間労働、深夜勤務の労働実態が報告されています。

サービス産業に従事する比重が増えています。健康に対する訴えとして、立ちっぱなしによる腰痛や肩こりがあげられています。また、深夜勤務により、生活や体調のリズムをこわし、学校をやめていく生徒もいるとのこと。

労働の形態が変わりつつも、資本の若年労働力に対する姿勢は「使い捨て」ではないか、と指摘されています。

このような若年労働者の労働問題として、定時制生徒のみならず全日制生徒をめぐる問題も指摘されました。アルバイトそのものが学校に認められていない全日制生徒については、教員の間で問題にしにくいという状況の中で、同じような労働環境をめぐる問題が出てきているそうです。

10年という節目を迎えたシンポジウムでしたが、これからのシンポの課題にセンターとしても連帯していきたいと考えています。

(東京東部労災職業病センター 鈴木 明)

労住医連新たな10年へ

東京●全国安全センターとも連携強化

労働者住民医療機関連絡会議 (労住医連、天明佳臣議長)の第

10回総会が、3月15日、東京で開かれた。

老人保健法・医療法の改訂、看護・介護マンパワー問題など、医療を取り巻く情勢は問題が山積み。労働者・住民の立場にた

った医療を実践する労住医連が、副議長の五島正規氏(四国勤労病院理事長)が国会に議席を占めていることから、具体的に政策に影響を与えていくことが期待される。

全国安全センターが間借りしている労住医連東京事務所も開設からもう少して3年目。労住医連加盟医療機関と地域安全セ



ンターの日常的な連携・協力関係の発展はもちろん、共同のじん肺プロジェクトや出稼医療ネットワークづくりなど、も開始されている。

今年度はとくに、海外の労災補償、安全衛生制度の研究について、まず障害補償制度の問題から共同して研究を開始していくことにしている。

全ての労働者に法定外補償を

神奈川●港湾関係の日雇・外国人労働者の事件

港湾関係の事業主はなかなか労災の法定外補償に応じようとしない。労災保険の適用はあくまでも法定の最低補償であり、予防に金をかけさせるためにも法定外上積み補償の取り組みを行っている。

日雇労働者のYさんは、横浜の麒麟ピールの下請天沼京浜運輸で10年以上働いてきた。1988年1月11日、ピール麦を詰めた袋の運搬作業中に、袋が崩れ約2.5mの高さから転落。とつ

さに身体をのけずらせて頭から落ちることは避けたが、右足踵骨を骨折し後遺症が残った。「中どり」(一番上の袋からでなく下から抜き取る)をした者がいたため崩れたらしい。

会社は労災打ち切りを考え始めたが、就業規則には本工に適用される法定外補償は「臨時及びその他の労働者には適用しない」とわざわざ明記されている。

相談を受けた神奈川シティユニオンとの交渉で、会社は「う

ちでは安全管理をきちっとやっていますのでこれまで幸いなことにこれまで大きな労災はなく...」。Yさんに言わせれば「本工は現場の仕事をやっていないからケガがなくても当たり前。われわれのような日雇が現場を支えているんですよ」。

やがて本工と同じ補償をするというように少し前進、さらに交渉を重ね、プラスアルファを勝ち取った。

一方、港湾でも外国人労働者が増えている。韓国人のSさんが労災事故にあったのは、91年8月29日の夜。横浜港の船内作業中に、コンテナとコンテナの間で足を踏み外し胸部を強打した。しばらく我慢して働こうとしたが、あまりに痛いので帰り、病院に行った。肋骨が折れていた。連れて行った親方はいくらかのお金をくれたが、自費での治療でもあり、とても生活するには不十分。いくらかの解決金でケリをつけられそうになったので、納得できず神奈川シティユニオンに相談。9月下旬のことであった。

親方ではなく、元請けである横浜船舶企業株式会社ときちんと話をしなければならない。さいわい事故の状況も監督者が把握しており、事実関係でもめることなく、団体交渉に入った。まずきちんと労災申請させ、さらに休業補償の上積み、慰謝料等を要求。

当初は、どんな労災でも見舞金の3万円が限度との回答。ま

た交渉を直前になってすっぱかしたりと、不誠実な対応が目立った。しかし粘り強い交渉によって12月19日に協定に至る。

いずれの事例も要求の満額ではないが、これまで上積み補償

がなかなか実現しなかった業界一港湾の日雇労働者が上積み補償や慰謝料を勝ち取ったことの意味は大きい。

■ (神奈川労災職業病センター 川本浩之)

新たな証人の再調査で交渉

広島●腰痛再発却下後に新証人

ミキサー車の運転手だったKさんは、1976年8月、ミキサー車投入口を洗車中、サイドブレーキが緩んで車が動き出したため、2.5mの高さからコンクリート上は振り落とされ、全身打撲頭部外傷Ⅲ型(脳挫傷)を負った。

中国労災病院で治療を続けたが思うように治らない。85年3月、呉労働基準監督署は症状固定、障害等級12級と認定して労災を打ち切ったが、その後も腰・下腰痛はひどく、ひどいときは家の中を這って移動したという。呉や広島市内の整形外科医を受診し、90年9月に友和クリニック(宇土博院長)を訪れた。

現在の症状は76年の腰部打撲労災に起因しているという宇土医師の診断に基づき、Kさんは、広島労働安全衛生センターの協力を得て、91年6月に「災害性腰椎ヘルニア(再発)」で呉労基署に労災申請。しかし、呉労基署は10月25日、「最初の労災事故から4年後に腰痛が発症(中国労災病院のカルテから判断)しており、事故とは無関係」とし

て不支給処分の決定をした。

ところが、その後、退院直後から鍼灸院で腰痛の治療を行っていたことを証言できる人が見つかった(施術していた鍼灸院が現在なくなっているため労基署は事実を認めていなかった)。労災事故当時Kさんと家主と借

家人の関係にあったBさんである。

Bさんに協力を依頼し、92年1月早々に呉労基署がBさんから事情聴取を行った。しかし、その際に、労基署側が、KさんとBさんの記憶する鍼灸施術時期が少しずれていることをとらえて、Bさんに

「裁判になったら問題になる」云々と恫喝的な発言を行った。

広島センターではただちに呉労基署に対して抗議、聴取書を確認させるよう求めた。労基署側は当初「言い過ぎにはなっていないと思う」としていたが、追及の結果、「Bさんの承諾が得られれば再度事情聴取を行う」ことを約束した。

■ (広島労働安全衛生センター)

コンピュータが職場を変えた

東京●「女があぶない」第2弾シンポジウム

3月13日、東京過労死弁護団主催の「パネルディスカッション・コンピュータが職場を変えた」が開催された。昨年2月に開かれた「いま、女があぶない!—富士銀行女性行員過労死事件をきっかけに女性の働きすぎを考える」集会の第2弾。主催者として問題提起を行った大森康子弁護士は、今回の企画の趣旨を以下のように説明。

「昨年2月の「女があぶない」第1弾では、富士銀行女性行員過労死訴訟の岩田栄さんにス

ポットをあてて、女性労働者が新たな戦力となる中での女性の長時間過密労働を取り上げました。

富士銀行事件の岩田さんの主な仕事の内容は、コンピュータ端末機を駆使する送金業務でしたが、コンピュータがいまや金融機関のみならず多くの職場で導入されています。その職場では、岩田さんのような若い女性がそのコンピュータ操作を担っています。

そして、コンピュータの需要

が高まる中で、コンピュータを供給する側であるコンピュータソフトを製作するシステムエンジニア、プログラマーの労働者は、超長時間過密労働を強いられています。東京過労死弁護団が進める訴訟としては、(株)システムコンサルタントの33歳のシステムエンジニア原田英樹さんの事件があります。

今回の企画では、コンピュータの職場導入が普及することによって、職場がどのように変わってきたのか、労働者にどのような負担が課されてきたのかを探り、それによって生じたはずみはどう対処すべきか、を皆さんと一緒に考えていきたいと思

います。コンピュータと女性労働者を

考える会から、コンピュータ労働の現場の状況についてご報告いただき、カウンセリングを通じてコンピュータ労働者の悩みを知る墨岡孝先生からも実態報告をしていただいた上、フリージャーナリストの下田博次さんから、問題点の指摘と今後のコンピュータ労働のあり方についての提言をいただきたい、と思

います。これを受けて、皆さんからの活発なご意見、ご報告をお願いいたします。今回の企画を通じて、富士銀行岩田事件、システムコンサルタント原田事件のもつ意味の重要性を新たに、より一層の広範な方々のご理解、ご支援を

いただきたく存じております。」

EPAの石綿規制差し戻す

アメリカ●手続論で連邦控訴裁判所

1991年10月18日、アメリカのニューオーリンズ第5巡回区連邦控訴裁判所が、1989年7月12日に交付された1996年までにアスベスト製品の製造等を禁止するEPA(環境保護局)の規制を無効とし、EPAに差し戻して再検討するよう命じました。この裁判は、アスベスト産出国のカナダのアスベスト協会などが訴えていたものです。

この決定について、いかにもアスベストの危険性が少なく、アスベストの規制が誤りである

と判断したかのように日本では伝えられていますが、決定文を読めば決してそのようなものではないことがわかります。

決定は、「生涯を通じてアスベストからもたらされる危険性を問題にできる行政機関はEPA以外にないこと。多産業にわたる問題を取り上げた総合的法律であるTSCA(有害物規制法)を使ってアスベストを規制すること」を支持した上で、「TSCAは毒性物質が人の健康及び環境に及ぼす影響とともに

に、代替物質の利用可能性、規制による経済的影響をも考慮することを求めている」として「EPAの決定がアスベスト製品の禁止をする前に、より負担の少ない規制方法について十分検討しなかったこと、類似ばく露による見積りを採用したことは合理性を欠くこと、代替製品の毒性を評価していないことなどが、TSCAの求めている要件を満たしていない」と述べ、規制を決めるまでの手続きに不備があったとしています。

この決定が私たちの運動に影響を与えることはほとんどないと思います。決定はアスベストを規制することは正しいと述べています。TSCAのようにアスベストを規制することができる法律が日本にないことが問題なのです。私たちのアスベスト規制法案では、禁止するアスベスト製品については、代替可能性を考慮して、関係者による審議会の議を経て決めることになっています。むしろ、私たちの規制法案の合理性を証明したような決定です。

すでにアスベストを禁止した北欧諸国をはじめ、ドイツが1994年にアスベストを禁止したことは、EC諸国がアスベスト規制に踏み出したことを意味しています。日本でのアスベスト規制法を成立させるため、さらに運動を強化していきましょう。

■ (アスベスト規制法制定をめざす会ニュースNo.9より転載)

放射能汚染の輸入脱脂粉乳

神奈川●身体をこわせば退職強要

日高良人さんは横浜新港倉庫(株)で、倉庫の管理責任者としてバリバリ働いていた。

1987年の秋、チェルノブイリ原子力発電所事故の放射能で汚染されたのではないかと、ポーランド産の「疑惑の脱脂粉乳」が輸入貨物として搬入された。会社はマスコミが来ても絶対入らせないと箱口令を敷く。

日高さんの仕事は貨物の数量を確認して倉庫に搬入し、書類を税関に回し、業者に搬出するまでの倉庫での管理。作業員と共に脱脂粉乳にまみれて仕事をする。放射能測定のためのサンプルも日高さんがとった。

基準をオーバーしたので、何度も検査は繰り返された。結局1988年の4月に、500t中約300tが再輸出され、残りが輸入された。

日高さんは酒もタバコもせず体力は抜群で、これと言った病気もしたことがなかった。ところが、1988年の秋頃から肝臓の具合が悪くなり始め、春には職場で鼻血を出すほどになる。上司が「おまえ白血球大丈夫か」と尋ねるくらいで、日高さんも「放射能のせいだろうか」と不安を覚えた。6月になって、原爆被曝患者を多数診ている医師

のいるY病院に行った。

すぐ入院させられ検査もしたが、アルコール性でもウイルス性の肝炎でもないこと以外は、はっきりした原因はわからずじまい。

こんな状況の日高さんに会社は何をしたのか。「診断書をすぐに出さないと、無断欠勤で懲戒解雇だ。」と言い始めた。そして「Yのような共産党の病院の診断書ではだめだ」と。これは、放射能汚染貨物のことが社会問題化することを恐れての姑息な対応としか考えられない。懲戒解雇では退職金も出ない。病気になる精神的にも参っていた日高さんは自己都合退職を余儀なくされた。

このことを知ったある新聞社は、会社取材したが、そもそも放射能汚染の貨物など存在しないという対応。日高さんは身体を患いながら、一人ウソを言っていると思われ、苦悶の日々を過ごしていた。

1991年5月に神奈川労災職業病センターの存在を知り、神奈川シティユニオンにも出会った。1991年秋に横浜南労働基準監督署に労災申請を行なった。しかし、具体的な貨物のデータ等は会社が握っていることもあり、非常に難しい認定闘争になって

いる。

横浜新港倉庫に対して、神奈川シティユニオンは日高さんの職業病、退職強要についての団体交渉を要求している。電話では当初、「話すことはない」と言っていた会社は、「法律的問題なので、会社側弁護士立会いなら」と言って、誠実な団体交渉による話し合いの場につこうとしていない。

日高さんのことは、彼個人だけの問題ではない。また会社の言うような単なる法律問題でもない。そもそも半年に渡って検査を繰り返してまでして、どうして放射能汚染された脱脂粉乳を輸入しなければならぬのか。一度目の検査で不合格ならば、全部輸入をやめるべきではないか。全品検査するわけではないので、輸入された脱脂粉乳がすべて安全と誰が言えるのだろうか。

そしてそれを取り扱われる労働者は(日高さんもそうでしたが)、いくら不安を訴えても、「大丈夫だ」と言われるだけ。どのくらい危険なのか等、一切知らされず「また不合格だった」と言われるだけだった。いざ病気になる、「トラブル」を恐れた会社に退職させられる。こんなことがまかりとおっているのだろうか。

横浜新港倉庫に早急に団体交渉に応じて、事実関係を明らかにし、日高さんに謝罪、補償することを求めている。 ■

(神奈川労災職業病センター)

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

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

- 北海道●社団法人北海道労働災害・職業病研究対策センター
004 札幌市豊平区北野1条1丁目6-30 医療生協内 TEL(011)883-0330/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)3683-9765/FAX(03)3683-9766
- 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 サンコー豊岡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番町643 古町ツインタワーハイツ2F TEL(025)228-2127/FAX(025)222-3738
- 静岡●清水地区労働安全センター
424 清水市小芝町2-8 清水地区労気付 TEL(0543)66-6888/FAX(0543)66-6889
- 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/FAX(082)264-4110
- 愛媛●愛媛労働災害職業病対策会議
792 新居浜市新田町1-9-9 TEL(0897)34-0209/FAX(0897)37-1467
- 高知●財団法人高知県労働安全衛生センター
780 高知市薮野イワ井田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●旧松尾鉱山被害者の会
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)3239-9470/FAX(03)3230-1386
- (オブザーバー)
- 福島●福島県労働安全衛生センター
960 福島市船場町1-5 TEL(0245)23-3586/FAX(0245)23-3587
- 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