

労災補償制度改革への提言

1990年1月 労災補償制度問題研究会

労働基準法研究会(災害補償関係)(労働大臣の私的諮問機関、座長・花見忠上智大学教授)が「中間報告」を発表したのは88年8月5日。労働省は直ちにこの中間報告に基づく労災補償制度改訂作業に着手したが、そこから予想される改訂の内容は以下のような内容をはじめ、制度の根幹にふれるものだった(さいわいこれらの改訂は現在にいたるも実施されていない)。

- ① 個別企業責任の最低基準を定めた労働基準法第8章の災害補償規定の削除(不要論)
- ② 労災保険による休業補償の支給期間を一律に療養開始後1年6か月までに制限するなどの給付体系の抜本的変更
- ③ 民事損害賠償や社会保険給付と労災年金の(完全)調整(減額)

この事態に直面し、憂いを同じくする研究者、医師、弁護士等の有志が集まり、1988年12月13日に「労災補償制度問題緊急研究シンポジウム」が開催され、これを契機に「労災補償制度問題研究会」(代表・佐藤進日本女子大学教授)が発足した。この研究会が学際的な共同研究をほぼ1年間にわたって続けた成果が、「労災補償制度改革への提言」として90年1月に発表された。今回は、この提言を紹介する。なお、同提言と研究会メンバーの論文を収録した同研究会編『労災があぶない—わたしたちの提言』(東研出版)が出版されている。

今日のわが国の労災補償制度は、被災した労働者に必要な療養の機会を保障し、職場復帰(もしくは社会復帰)をはかり、その必要な全期間の、生活能力を失った被災労働者と家族・遺族の生活を保障することを目的とする制度である。

第二次世界大戦後の1947年に発足した戦後の労災補償制度は、戦前の恩恵的なものと異なり、新憲法の個人の尊厳(13条)、生存権保障(25条)及び労働権保障(27条)を根拠とし、被災労働者とその家族の生活を権利として保障するための最低基準の法定救済制度である。

ところで、労働基準法研究会の「中間報告」は、「労災補償制度の目的は、使用者の無過失補償責任を基礎として、業務災害の被災者である労働者に療養の機会を与え、職場復帰を可能とするとともに、被災労働者又はその家族に対

し、災害によって生じた損失を填補することによって、その保護を図ることにある」としているが、この意見は、今まで述べたように労災補償制度の基本を誤ったものである。被災労働者と家族・遺族の個人の尊厳に反し、生存権、労働権を空洞化する役割を果たすおそれがあり、その制度改革論をわたしたちは到底是認できない。

わたしたちは、以上のような観点から、当面の労災補償制度改革の具体的な提言を以下のとおりとりまとめた。

1 療養補償制度について

- (1) 政府による療養補償への不当な介入を防止するため、労災保険法13条2項を改正すること。

労基法に基づき、被災者には、職場復帰(もしくは社会復帰)までの全期間必要な療養補償を受ける権利が保障されるべきで、それはあくまで最低基準で、政府はこれを制限できない。にもかかわらず、労災保険法13条2項は、療養補償給付の範囲について、「政府が必要と認めるものに限る」とし、政府による補償制限を認めるかのような規定を置き、近年問題が生じているが、右の規定を削除すべきである。

また、労基研「中間報告」は、「労災指定医療機関については、指定の基準、適切な労災医療の実施及び保険事務執行を確保するための監督及び指定の取り消し等について、法令の整備を図る必要があろう」としているが、これも政府による療養補償への不当な介入の強化につながるものであるから採用すべきでない。

- (2) 鍼・灸・マッサージ制限通達(昭和57年5月31日付基発第375号)、振動障害治療制限通達(昭和61年10月9日付基発第585号)を廃止すること。

これらの通達は、被災者にとって必要な治療をも、一定期間以上を制限するものであり、医療現場に混乱と紛争を発生させており、廃止すべきである。

- (3) リハビリテーション医療(訓練的就労を含む)が療養補償の内容をなすとの明文を置き(労基則36条、労災保険法13条)、その制約を解除すること。

労災補償制度は、被災労働者の職場復帰(もしくは社会復帰)を目的とする制度であり、これに実効をもたせる「リハビリテーション医療(訓練的就労を含む)」は、療養補償制度の内容とすべきであり、労基則36条、労災保険法13条、22条の3号を改正して、「処置、手術その他の治療、リハビリテーション医療(訓練的就労を含む)」とすべきである。

リハビリテーション医療は、全ての医療機関が行うのが当然であり、これを労働基準局長が

認定した医療機関だけに限定する通達(昭和51年2月13日付)は廃止する。

また、現在行われている労働福祉事業としての「外科後治療」はリハビリテーション医療に含まれるものであるから、労働福祉事業としてではなく、療養補償として行うべきである。

- (4) 療養補償が職場復帰(もしくは社会復帰)するまでの全期間保障される、との明文を置き(労基法75条1項、労災保険法13条1項)、治癒・症状固定までとする通達(昭和23年基災発第3号)を廃止すること。

現行法上、療養補償の行われる期間について明文がなく、職場復帰(もしくは社会復帰)ができないにもかかわらず療養補償が打ち切られている事例が相当数あり、制度の目的を生かすためには、療養補償が「職場復帰(もしくは社会復帰)するまでの間」保障されるとの明文(労基法75条1項、労災保険法13条1項の改正)を置く必要がある。

また、療養補償は、リハビリテーション医療(訓練的就労を含む)を含み、職場復帰(もしくは社会復帰)するまでの間保障されるものであるから、これを治癒=症状固定までとする通達は不当であり、廃止すべきである。

2 休業補償制度について

- (1) 休業補償を一律1年6か月の経過により打ち切るとする労基研「中間報告」の意見は採用しないこと。

休業補償は期間制限を受けることなく職場復帰するまでの全期間解雇されることなく補償するのが当然であり、これを1年6か月の期間経過により一律打ち切るとする労基研「中間報告」の意見は、その期間経過後の障害等級に該当しない被災者の生活保障を奪い、事業者の解雇の脅威にさらし職場復帰を困難にするものであって、採用されるべきでない。

(2) 休業補償を、休業の第1日目から、平均賃金(給付基礎日額)の100分の80行うよう法改正(労基法76条、労災保険法14条1項)を行うこと。

もともと休業補償は、制度発足時に平均賃金(給付基礎日額)の100分の80行うことが企図されたが、敗戦直後の経済的理由から現行の100分の60と定められたもので、今ではその理由がなくなった以上、休業補償は少なくとも平均賃金(給付基礎日額)の100分の80(休業特別支給金と合わせ100分の100、ただし、この支給金を保険給付に組み込む場合は、休業補償として100分の100)行うべきである。

また、法制上、休業補償は、労災保険法上は休業開始の4日目から支給され、その前の3日間は事業者が補償することとなっているが、その合理的な根拠はなく、労災保険法14条1項を改正して、休業の最初の日より休業補償給付を行うこととすべきである。

(3) 一部休業者の休業補償減額措置を撤廃する法改正を行うこと。

一部休業者の休業補償について、制度発足以来減額措置をとることなく補償されてきたが、76年労災保険法14条1項但書の改正により、一部休業した日の休業補償給付について、給付基礎日額から実際に労働した部分についての賃金を差し引いた額の6割とする減額措置をとることとなった。しかし、これは、完全職場復帰に向け努力している患者の経済的困窮を招き、その意欲をそぐ不当なものであり、改正前に戻す法改正を行うべきである。

3 障害補償制度について

(1) 障害8級～11級を年金補償とし、1～14級の各障害について、障害3級を給付基礎日額の80%(292日分)とすることを基準に補償額を引き上げること。

各種実態調査により明らかとなり、障害者の生活は現行障害補償によっては不十分にしか保障されていない。ILO121号勧告にしたがって障害8級～11級を年金補償とするとともに、完全労働能力喪失の3級障害者について、被災前の生活程度を維持するに足りる補償水準である給付基礎日額の80%(292日分)とすべきであり、この3級の補償水準を基準に1～2級、4～14級の補償額を引き上げる。

労基研「中間報告」は、障害8～14級について、「一時金の形で差し支えない」とし、たんに若年時被災者ほど高い割増率をつける等の方法により充実するとの意見であるが、これでは全く不十分である。

(2) 現行の障害等級表を見直し、新たな職業病・災害に対応した等級の分類を行うとともに、等級の格付けにあたっては、労働能力喪失度だけでなく、障害による生活能力喪失度と組み合わせる方法を取り、また、労働能力喪失度の基準も被災者個々人の技術等の個別要素を取り入れた等級是正規定を新設すること。

現行障害等級表は、戦前の恩恵的制度である工場法施行令7条(昭和2年4月4日付労発第15号、昭和11年勅令447号により改正)にならって作成され、その後いくつかの修正が加えられたが、その基本はそのまま維持されている。障害者の生活保障の観点から、根本的見直しをはかるべきである。

(3) 障害1、2級の障害補償を障害3級に切り下げ、その代わりに介護補償制度を新設するとの労基研「中間報告」の意見は採用しないこと。

労基研「中間報告」は、障害1、2級は、「介護費用を考慮した割増加算(1級について給付基礎日額の68日分、2級について給付基礎日額の32日分)を行っている」ことを理由に、右意見を提案しているが、その差異は、生活能力の喪

失度に基づくものであり「介護費用を考慮した割増加算」ではないから、介護補償制度の新設とは全く無関係であり、労基研「中間報告」の右意見は不当である。

4 傷病補償制度について

(1) 傷病補償も他の補償と同様、職権決定方式から請求権者の請求方式に変更すること(労災保険法12条の8の2、3項の改正)。

現行傷病補償制度は、労基法にはなく、労災保険法上の制度であるが、他の制度が全て請求権者の請求に基づいて行われるのに対し、政府の一方的職権で決定され、請求権者が傷病補償に基づく補償を受けたくとも、政府が決定しない限りこれを争う方法がない。現に当然傷病補償が行われてしかるべき場合に傷病補償が行われていない事例があるが、これは不当であり、他の補償と同様、請求権者の請求方式に変更する必要がある。

(2) 傷病等級1～3級の補償額を、前記障害1～3級(障害3級で給付基礎日額の80%=292日分)の引き上げ水準に引き上げること。

障害1～3級の補償額引き上げと同水準に引き上げるのが相当である。

5 職場復帰制度について

(1) 使用者は、被災労働者の職場復帰のための訓練的就労を保障する措置をとる義務がある、との明文を置くこと(労基法75条の改正)。

現行法は、被災労働者の職場復帰を保障する明文の規定を全く置いていないが、これを定めるべきである。そのためには何よりも療養補償期間中のリハビリ医療の一環である「訓練的就労」が主要であり、使用者にこれを保障する措置を義務づける規定(労基法75条に、「使用者

は、労働者が職場復帰のため、訓練的就労を申し出た場合は、これを保障する措置を講じなければならない」との規定を新設する)を置く法改正を行うべきである。

(2) 使用者は、被災労働者が療養のための休業を終えた場合、職場復帰のため適切な措置を講ずる義務があるとの明文の規定を置くこと(労基法19条の改正)。

労基法19条に、「使用者は、労働者が業務上負傷し、又は疾病にかかり、療養のための休業期間を満了し職場復帰を申し出た場合は、これを保障する措置を講じなければならない」との規定を新設すること。

(3) 被災労働者が療養のための休業を終え、職場復帰した場合の解雇制限規定と差別的取扱禁止規定の明文を置くこと(労基法19条1項及び3条の改正)。

被災労働者の職場復帰には、復帰後の解雇制限が必要不可欠なのに、現行法は、全くその規定を置いていない。労基法19条1項本文に、「また、使用者は、労働者が業務上負傷し、又は疾病にかかり、療養のための休業期間を満了し職場復帰した場合、労働能力が劣ること、障害者であること等により、正当な理由なく解雇してはならない」との規定を置き、同法3条を改正して、差別的取扱禁止理由に、「身体的な障害」も入れることが必要である。

6 遺族補償制度について

(1) 遺族補償額について、遺族1人の場合を給付基礎日額の226日分(現行153日分)に、遺族5人の場合を同365日分(現行245日分)に引き上げることが基準とする補償水準の引き上げを行うこと(労災保険法16条の3の改正)。

各種実態調査により明らかとなり、労災遺族の生活は現行遺族補償によっては不十分に

か保障されておらず、遺族一人の場合を給付基礎日額の226日分(被災者1人が抜けた場合の1家族の消費支出額の割合62%)に引き上げ、被災者1人が抜けても消費支出に変動を来さないと考えられる遺族5人以上を上限額の給付基礎日額の365日分(100%)に引き上げることを基準とする補償水準の引き上げを行うべきである。

(2) 遺族補償の受給資格者を3親等以内の親族に拡大し、尊属と夫の年齢制限を撤廃し、卑属の年齢制限を22歳に引き上げる法改正を行うこと(労災保険法16条の2、16条の4の1項5号、6号の改正)。

現行労災保険法は、受給資格者を2親等以内の親族に限定し、妻にはない年齢制限を尊属と夫には設け(被災労働者の死亡時満60歳以上)、子、孫等の卑属について18歳の年齢制限を行っているが、現代家族の実態に即すると不合理な制限であり、この制限を緩和する法改正を行うべきである。

7 重度障害者及びその遺族の生活保障制度について

(1) 障害補償制度とは別に、介護補償制度を新設(介護料制度の廃止)し、介護の必要度に応じた介護補償を行うこと。

現行制度上、重度障害者に対しては、労働福祉事業として介護料(最高38,600円—注：91年4月から51,400円～最高94,500円になっている—「安全センター情報」91年9月号参照)が支給されているが、重度障害者とその家族の生活保障としては極めて不十分であり、介護の必要度(常時要介護、随時要介護等の分類を行う)に応じた生活保障制度にふさわしい水準の介護補償(職業介護人が従事した場合は最低限療養中における付添婦代と同一水準の介護補償額、家族が従事した場合は、少なくとも交通事故裁判における家族介護費を下回らない家族介護補償額)

を行うべきである。

なお、労基研「中間報告」は、障害1、2級の障害補償を同3級の障害補償水準に引き下げることと連動させて介護補償制度を新設するとの意見であるが、なんら二つの制度を連動させる合理的な理由はない。

(2) 遺族補償を受けない重度障害者の介護遺族に、労働福祉事業として障害者介護遺族特別給付制度を新設すること。

家族の介護を受けている重度障害者が死亡しても、その死亡が「業務上」の死亡と認定されない限り、その遺族は遺族補償を受けることはできず、この場合その遺族は労災補償制度上全く救済されていないが、重度障害の被災労働者の介護を担当していた遺族に対し、障害者介護遺族特別給付制度(当面、少なくとも当該被災者の死亡が「業務上」の死亡と認められた場合に補償される遺族補償額の2分の1を下回らない給付額とする)を新設すべきである。

8 給付基礎日額制度について

(1) 給付基礎日額の最低限度額を賃金センサス第1巻第1表の男女別の企業規模計、産業計労働者平均賃金の年間総収入(残業代、ボーナス等を含む)の1日平均賃金の80%に引き上げ、毎年スライドさせること。

全ての被災者の生活保障確保のため、給付基礎日額に最低保障額を制度化すべきであり、かつその額は、少なくともわが国の男女別平均労働者の残業代、ボーナス等を含めた年間総収入の1日平均賃金の80%とし、毎年スライドさせるべきである。

労基研「中間報告」は、若年時被災者の労災補償だけを問題とし、これを「年齢スライド」制の導入によって修正するとの意見であるが、問題は、低額補償被災者全体の底上げをどうはかるかにあり、高齢被災者の補償額の引き下げ

と若年時被災者の補償額の引き上げを連動させる合理的根拠はない。

(2) 給付基礎日額を直前3か月間の賃金総額の1日平均賃金か、直前1か年間の賃金総額の1日平均賃金か、いずれか高い方の額とする法改正を行うこと。

全ての労災補償の基礎となっている給付基礎日額について、現行制度は、直前3か月間に支払われた賃金総額をその暦日数で割った額としているが、この方式だけで給付基礎日額を決定することは、繁忙期とそうでない時期の波動、季節労働者の季節的な波動が反映されず、また、わが国労働者の生活の基礎となっているボーナス収入が全く反映されず、制度目的に照らして妥当でなく、現行方式に加え、直前1か年間の賃金総額の1日平均賃金方式を採用し、そのいずれかの高い方の額を給付基礎日額とする法改正を行うべきである。

(3) 給付基礎日額の現行最高限度額制度を廃止し、「年齢スライド」制の導入を提案する労基研「中間報告」の意見を採用しないこと。

86年法改正によって導入された給付基礎日額の年齢階層別最高額及び最低額制度(注：91年10月からは年金給付に対してだけでなく、療養開始後1年6か月を経過した者に対する休業補償給付にも導入されている)は、最低労働条件保障の労働保護立法の枠を大きく逸脱し、労働基準法による労災補償を下回る補償を導入したものであり、廃止すべきである。また、この延長線上にある右年齢スライド制の導入も、同様に不当である。

9 補償対象と業務上外認定制度について

(1) 局医制度を廃止し、労基研「中間報告」の都道府県単位「労災専門医委員会」設置の意見を採用しないこと。

「業務上外」や「障害等級」等の認定は本来、医学判定ではなく法律判定であり、完璧な医学的証明は必要としない。したがって、監督署長は、主治医の診断・意見を尊重し判定できるものである。どうしてもそれだけでは不十分と考えられる場合にのみ、個々の事件について全資料を提供して専門医の鑑定意見を求めるにとどめるべきである。

ところが、労働省は、労働大臣訓令「労災医員規定」(昭和55年12月23日付労働省訓第17号)及び労働基準局長通達「地方労災医員制度の運用細目について」(昭和58年4月2日付基発第199号)を定め、都道府県単位に秘密裡に「局医制度」を設置したが(局医の氏名は秘匿されている)、その人選のあり方、その意見の公正さと価値、その比重等種々の問題が発生しており、廃止すべきである。

労基研「中間報告」の都道府県単位「労災専門医委員会」設置の意見は、この局医制度を法制化することを企図したものであるが、この意見を採用することは不当である。

(2) 「業務上」疾病の定義規定を明文で置くこと(労基法75条の改正)。

現行労災補償制度は、「業務上」災害を主たる補償対象として発足し、「業務上」疾病について定義規定を置かず、その範囲について一部を省令に委ねているが(労基法75条2項)、通常疾病の原因は単一ではなく多くの原因が共働(競合)しており、「業務上」災害とともに「業務上」疾病も補償対象として明確化するのが相当であり、法改正を行い、「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」との規定を置くべきである(労基法75条の改正)。

(3) 業務上外認定の推定規定を置くこと(労基法75条の改正)。

現行労災補償制度は、業務上外認定について、

一切推定規定を置いておらず、行政庁はその証明責任は労働者にあるとしているが、これは労働者に証明できない場合の不利益を課すものであり、制度目的に照らし、イギリスの労災補償制度にならい、「労働者の業務遂行中に発生した負傷又は疾病は、業務上の負傷又は疾病と推定される。また、労働者が当該労働者の基礎疾患に悪影響を及ぼすおそれのある業務に相当期間従事した場合は、当該業務が当該疾病の発症又は増悪の共働原因と推定される」との規定を置くべきである(労基法75条の改正)。また、カナダの一部の州にならい、業務上外の認定が困難な事案については、業務上であることの推定を働かせる規定の挿入を検討するのが妥当である。

(4) 補償対象たる疾病について、「その他業務に起因する災害性疾患及び非災害性疾患」と改正し、認定基準の全面的見直しを行うこと(労規則35条別表2の9号の改正)。

現行労災補償制度は、「業務上」疾病について、包括的救済規定として「その他業務に起因することの明らかな疾病」という規定を置き(労規則35条別表2の9号)、行政庁は、業務における「災害」との相当因果関係が認められる必要があり、さらに、因果関係が医学上明確に認められることが必要であるとの解釈を採用し、「一定の業務に従事したため当該疾病にかかったと推定されても」因果関係は認められないとしてきたが、これは不適当であり、非災害性疾患をも補償の対象とし、医学的証明は不要である旨の省令の改正をすべきである。

また、現行認定基準は、災害主義の法理論の医学的証明を必要とするという立場で制定されたものであり、右(2)及び(3)の原則にたった新認定基準を制定すべきである。この場合、医学的な専門医のみならず、法律専門家、及び労使の代表を加えた会議の検討を行うべきである。

10 通勤災害保護制度について

(1) 現行通勤災害保護制度を廃止し、労災補償制度に組み込むこと。

通勤災害を労災補償制度と別個の制度として置き、労基法の保護の対象外に置く合理的理由はない。労災保険法上の独自の制度である現行通勤災害保護制度は廃止して、労災補償制度に組み込むべきである。

(2) 通勤途上の逸脱・中断後の通勤災害及び逸脱・中断中の一定の通勤災害を補償対象とする法改正を行うこと。

現行労災保険法7条は、合理的な経路を逸脱・中断後の通勤災害は一切保護の対象とせず、「逸脱・中断が、日常生活上必要な行為であって労働省令で定めるものやむを得ない事由により行うための最少限度のものである」場合に限り合理的な経路に復帰後の通勤災害を保護の対象とすることとしているが、わが国の労働者は、通勤に長時間を要し、かつ長時間・不規則労働に従事しているため、通勤途上の逸脱・中断は常態化しており、逸脱・中断後の合理的な経路に復帰した後の通勤災害及び「逸脱・中断が日常生活上必要な行為であって労働省令で定めるものやむを得ない事由により行うための最少限度のものである」逸脱・中断中の災害は、補償対象とすべき(みなし規定を置く)である。

(3) 単身赴任者の妻子住居への経路上の災害及び新規赴任時の経路上の災害を補償対象とする法改正を行うこと。

現行法では通勤災害について、「住居」と「就業の場所」との往復中の災害であると定め、「住居」とは「労働者が居住して日常生活の用に供している家屋などの場所で、本人の就業の拠点となることをさす」とし、「就業の場所」とは「業務を開始し、または終了する場所」と

解している。

したがって、単身赴任者の土帰・月来行為(妻子住居へのまたはからの経路上の通勤災害)及び新規赴任時の経路上の災害は、保護通勤災害とならないこととなるが、これは不当である。「住居(単身赴任者の妻子居住住居を含む)」及び「就業の場所(新規赴任者の新規赴任地を含む)」との法改正(労災保険法7条2項の改正)を行うべきである。(注：平成3年2月1日付基発第74号により、新規赴任時及び赴任先が「片道3時間以内でかつ200km以内」の土帰・月来行為中の災害は通勤災害として取り扱うようになった(「安全センター情報」91年5月号参照)。

11 他の制度との調整制度について

(1) 民事損害賠償との調整について、調整を行わないこととし、現行調整規定(労災保険法12条の4、67条)を廃止すること。

労災補償制度と民事損害賠償制度は、本来その制度目的が異なり、両者があいまって一つの労災被害の回復が図られるものであり、完全併給が行われるべきである。したがって、労災保険法に調整規定を置く合理性はなく、第三者行為災害についても事業者災害についても現行調整規定を廃止すべきである。

労基研「中間報告」は、逆に、民事損害賠償との完全調整制度を採用せよとの意見であり、不当である。

(2) 厚生年金、国民年金などの社会保険と労災年金との調整について、労災補償における調整を行わないこととし、現行調整制度を廃止すること。

現行労災保険法は、「同一の事由(障害死亡または廃疾)」に関し、労災年金と厚生年金、国民年金等の社会保険との併給を労災補償において調整し、労災年金を減額する制度を採用している。しかし本来、労災補償制度は制度の目

的が異なり、各種社会保険の給付にかかわりなく全額支給されるべきであって、その調整をすすれば、社会保険において調整するのが相当であるところ、両制度の現行の補償水準では、政策的に調整を持ち込む合理性もなく、現行調整制度は廃止すべきである。

労基研「中間報告」は、同一事由によらない厚生年金の老齢年金等との調整制度を採用すべきとの意見であるが、調整による減額の合理的理由はなく、不当である。

12 労働基準法の災害補償制度について

(1) 暫定任意適用事業を廃止し、労災保険法を全事業に適用すること。

現行労災保険法は、原則として全事業に強制適用されているが、政令で定める5人未満の農林水産業についてのみ暫定任意適用事業とされている。これを廃止し、労災保険を完全強制適用とすべきである。労基研「中間報告」は、これに消極的な意見であるが、今日その例外を認める合理的根拠はない。

(2) 労基法の補償内容及び補償水準を労災保険法と同一水準とする法改正を行うこと。

労基法は、最低労働条件保障の労働者憲章法であり、労災保険法1条を改正し、労働安全衛生法1条と同様、労働基準法との連結条項を置くとともに、現在の補償水準を最低労働条件として確保するため、労基法の補償内容及び補償水準を労災保険法と同一水準とする法改正を行べきである。

(3) 打切補償制度を廃止すること。

現行の打切補償制度(労基法81条、労災保険法19条)は、職場復帰制度の改革に照らし、全く不当であり、廃止すべきである。

13 労災保険財政制度について

(1) 労働災害と通勤災害の保護以外の事業への労災保険財政の支出を行わないよう法改正を行うこと。

労災保険財政は、本来労働災害と通勤災害の保護の事業にのみ支出されるべきものであり、それ以外の事業は政府の一般会計より支出されるべきものである。現行法は、労働安全衛生対策に要する費用、不払賃金立替事業に要する費用、社外積立型退職金制度の調査経費、中小企業福祉対策等に要する経費等への支出を認めているが、不当であり、法改正を行うべきである。

(2) 事業者から徴収する労災保険料の保険料率は、労働大臣による決定ではなく、国会において決定するよう法改正を行うこととし、長期的な財政収支を検討して適切な保険料率を定めること。

現行労災保険財政は、一方で年金制度の導入と年金受給者の増大及び長期傷病患者の増大に伴う適正な保険料率を定めてこず、他方で本来の事業以外の事業に対する保険財政の支払を拡大してきたため、適切な保険料率が定められることなく推移してきたが、それは保険料率の決定が労働大臣に委ねられていたためであり、今日保険料は「租税」であり、国会の決定に委ねられるのが相当であり、このための法改正を行うべきである。

14 不服審査制度について

(1) 現行不服審査制度を廃止し、労働委員会と同じ制度を採用し、同様の運営をする法改正を行うこと。

現在の労災保険審査官および労働保険審査会制度は、救済を求める権利者の権利確保を困難にしており、極めて非民主的であるので廃止し、労働委員会制度にならぬ民主化するべきである。現在の労働委員会制度にならぬ、公益を代表する者、労働者を代表する者、使用者を代表す

る者で組織する地方労働保険審査委員会および中央労働保険審査委員会を設置し、労働委員会制度と同様の運営をするよう法改正を行うべきである。

(2) 不服審査機関の運営は、全て公開とし、記録は全て当事者が閲覧、謄写できるよう法改正を行うこと。

現在の不服審査制度は、非公開を原則とし、当事者による記録の閲覧、謄写の権利を保障していないが、必要不可欠であり、これを保障する法改正を行うべきである。

[注] これは、細部については議論を残すものもあるが、1988年12月3日の「労災補償制度改訂問題緊急研究シンポジウム」の呼びかけ人も含む労災補償制度問題研究会(以下のメンバー、名簿は敬称略、アイウエオ順一注：所属は90年1月当時)としての提言である。 ■

荒木誠之(姫路独協大学教授)、井上浩(自治体労安研副会長)、榎本祥文(労住医連事務局長)、岡村親宜(弁護士)、片岡昇(京都大学名誉教授・龍谷大学教授)、河越重任(岩手大学教授)、桑原昌宏(新潟大学教授)、齋藤一(労働科学研究所顧問)、齋藤竜太(十条通り医院院長)、佐伯静治(弁護士)、坂本重雄(静岡大学教授)、佐藤進(日本女子大学教授)、高藤昭(法政大学教授)、田尻宗昭(神奈川労災職業病センター所長)、天明佳臣(港町診療所所長)、友光健七(弁護士)、中桐伸五(自治労顧問)、中山和久(早稲田大学教授)、西畠正(弁護士)、野沢浩(神奈川大学教授)、平野敏夫(葛西中央病院医師)、藤原精吾(弁護士)、古川景一(弁護士)、古谷杉郎(事務局)、外尾健一(東北大学名誉教授・東北学院大学教授)、本多淳亮(大阪市立大学名誉教授・大阪経法大学教授)、松浦良和(松浦診療所所長)、松本克美(神奈川大学専任講師)、水野勝(東洋大学教授)、宮里邦雄(弁護士) ■

労災補償の現状と問題点

1992年3月 全労働省労働組合第20回中央行研推進委員会・中央執行委員会

【全労働の行政研究活動の歴史】 全労働は、1960年に第1回全国行研集會を京都で開催して以来、真に労働者・勤労国民のための労働行政の確立をめざして、今日まで19回にわたり行政研究活動を展開してきました。

先輩の皆さんは、労働行政が反動化する中で、仕事をまじめに考えれば考えるほど悩み、苦しみ、そしてそれを打開するために立ち上がりました。それが行政研究活動の原点でした。

行研発足当時は、もっぱら中央集會中心の活動で、グチを言いあつたり個人的な「業務研究＝ワザ研」が多く、職場の行政研究活動にはほどとおいものでしたが、次第に、日常行研・職場行研に発展し、研究体制の組織的な確立、民主勢力との連帯、学者・研究者との共同等のとりに発展してきました。

第14回行研では、「行政酷書運動」がとりくまれ、職場のすみずみから実際の行政運営に通じた「組合員メモ」が寄せられ、「これが労働行政だ」が刊行(1976年)されるなど、「全員行研」に前進するとともに、社会的にも大きな反響を呼びました。

このころから各支部の研究活動も、調査活動・シンポジウム・座談会などがとりくまれ、地域にでるとりくみも定着してきました。

第16回から第18回行研では、「全国統一テーマ方式」を採用し、「中高年労働者・労災年金受給者の実態」「パート労働者問題」「派遣労働者問題」を全国全組織でとりくむという新たな活動スタイルで行研活動は飛躍的に前進をとげました。

第19回行研では、過去の行研活動の成果と到達点をふまえつつ、運動の原点である職場でのとりくみを重視し、さらに大きな飛躍をめざすための出発点として位置づけ、「労働行政の現状と問題点・その果たすべき役割(その1)」をメインテーマに、5本の関連するサブテーマを設定して、各支部が独自性・地域性により選択する方法をとりいれ、日常業務に根ざした実証的研究という方向にむかって、その第一歩をふみだしました。

一方この間、労働者の立場にたった労働政策をつくる活動も着実に進められ、民主的学者の皆さんを結集した「労働政策研究会」の報告や、各行政分野ごとの政策づくりが職場代表による「検討委員会」で行われ、1984年9月にはその集大成として「民主的労働政策実現のための全労働の提言(案)」が発表されるなど、要求を積極的に対置したたたかいかも同時にすすめられてきました。このようにして私たちの行研活動は前進してきました。

いよいよ20回行研です。みんなの知恵と力で成功させ、よりよい労働行政をめざして奮闘しましょう。(メインテーマ「労働行政の現状と問題点・その果たすべき役割(その2)」) ■

(全労働省労働組合・第20回行研活動のパンフレットから)

I はじめに

労働者災害補償保険法は施行以来すでに40年以上を経過しました。

この間、年金制度・通勤災害保護制度・特別支給金制度の導入、適用・徴収の一元化、全面適用などさまざまな改変を重ねてきましたが、基準行政に働く仲間の奮闘に支えられながら、被災労働者の生活安定に一定の役割を果たしてきました。

しかし、「適正給付管理」通達や最近の労災法の「改正」、1988年(昭63)の「労働基準法研究会(災害補償関係)の中間的な研究内容」にみられるように、本来の労災補償制度からの後退や変質をさせようとする動きも強まっています。一方で労働災害や職業病は依然として多発しており、また国際的にも例をみない長時間労働・超過密労働のもとで、広範な労働者の健康破壊が進み「過労死」は大きな社会問題となっています。

このような状況下で、被災労働者がどのように悩み、どのような不安を抱き労災補償制度に対して何を求めているのかを明らかにしてゆくなかで、制度の矛盾と問題点を浮き彫りにし、その改善を求めていくことが重要となっています。

同時に日常業務のなかでの仲間たちの悩みを明らかにし、行政民主化と私たちの労働条件の向上のため奮闘しなければなりません。

以上の問題意識のもとに、全国31支部が、①被災者アンケートについては、休業給付、障害年金(一時金)を受けている方を対象に、被災者の悩み、不安、要求、生活実態を明らかにすること、②組合員メモについては、現場での仲間の悩み、事務処理体制の問題点、労災補償制度を財政的に裏付ける「適用・徴収」制度の問題点、認定基準上の問題点、苦労を明らかにする

こと等の活動に取り組み、(91年)10月31日現在、20支部よりレポートが提出されました。

以下、支部レポートの共通点を柱に、現状と問題点、改善の方向を明らかにしていきます。

II 労災補償制度とは

「労災補償の現状と問題点」について考える前提として、労働災害・職業病をどうみるのか、本来、労災補償制度はどのような考え方に立って展開されるべきなのかを明らかにしておく必要があります。

1 労働災害・職業病をどうみるのか

今日の社会において、企業は新技術の導入や生産性を高めることにより、利潤の最大限の追及をめざしており、たとえば、長時間・超過密労働・非生理的な交替制勤務等、労働者の肉体的、生理的、社会的限界ぎりぎりまで働かせることや、利潤に直接結びつかない、労働者の生命・身体や健康を保護するための施設や道具などの安全衛生への投資はできるだけ節約するなど、利潤追及のために様々な方法をもちいています。

このように今日の社会は労働災害・職業病を生み出す必然性を持っているといえます。

企業の側からよく「労働者の不注意だ」「労働者の体質だ」という宣伝がなされますが、人間にはだれにも生理的限界があり、不注意のない人間はありません。不注意があることを前提に安全対策をとらなければなりません。

また、人間に体力差があるのは当然であり、いったん自分の会社の労働に適すると判断して労働者を雇い入れれば、体力差にかかわらず、労働者の健康を破壊することは許されるものではありません。

つまり労働災害・職業病は、私たちの生活する社会と無関係に発生する“不幸な出来事”で

はなく、企業の利潤追及のために労働者の生命・健康を犠牲にする社会現象といえるでしょう。

2 労災補償制度の考え方

このような本質をもつ労働災害・職業病に対して、憲法第13条(個人の尊重・生命、自由、幸福追及の権利)、25条(国民の生存権)、27条(勤労の権利)の理念のもとに労働基準法(以下労基法という)や安全衛生法があり、さらには労働者災害補償保険法(以下労災法という)があるといえます。

戦前にも鉱業法(明治38年)、工場法(同44年)、労働者災害扶助法(昭和6年)、労働者災害扶助責任保険法(同)等などによって、労働者に対する災害補償やその保険化が行われました。

しかし、その内容はきわめて不十分なものであり、また、適用労働者の範囲も狭く、恩恵的な性格を有するものでした。

戦後、日本国憲法が制定され、必然的に憲法理念に基づいた労働法制が要求され、憲法第27条の具体的法制措置として、1947年(昭32)4月労基法が制定され、その第8章(第75条～88条)において「労働者の業務上の負傷、疾病」についての使用者責任が明記されました。

そして、使用者の災害補償責任の実効性を確保し、災害補償の迅速かつ公正な実施を図るため、労基法の制定と同時に労災法が制定されました。

したがって私たちは、労災補償制度は、憲法の基本的人権、とりわけ生存権保障の理念に立脚して展開されるべきであると考えます。

すなわち労災補償は、すべての被災労働者とその家族が解雇や生活におびやかされることなく、安心して治療し、職場復帰できるものであり、死亡の場合は遺族の生活が十分に補償され、かつ、その被った精神的苦痛などの全損害も含め、人たるにふさわしい生存を保障するものでなければなりません。

一方、労基法から労災補償を切り離し、社会保障の問題としてだけとらえようとする動きも強まっています。

しかし、労働災害・職業病は、企業の利潤追及の過程で発生するものであり、たとえ企業に過失がなくても、災害防止義務や災害補償責任は厳しく問われなければならない、労災補償制度が労使関係の立場から離れ、単に社会保障上の問題として取り扱われることには反対です。

3 現行労災補償制度の沿革

労災法制定当初は、労災保険給付は原則として一時金の形態をとっており、その内容も労基法の災害補償と同一でした。

昭和27年には休業補償給付にスライド制が採用され、35年には打切補償制度を廃止し長期傷病者補償制度が導入され、障害補償給付の一部(障害等級1級から3級まで)が年金化されました。そして40年には、遺族補償年金の導入、障害補償年金の範囲の拡大(障害等級1級から7級まで)、休業補償の待機期間を7日から3日に短縮、特別加入制度の導入と労働保険事務組合制度の新設などが行われ、保険給付の内容は労基法の補償を大きく上回るようになりました。

また強制適用事業も漸次拡大され、44年4月からは全事業が強制適用事業とされました(ただし、小規模な農林水産業は暫定的な任意適用事業)。さらに、48年通勤災害保護制度の創設、49年特別支給金制度の新設など労災保険制度は、改善、拡大してきました。

これらの改善と関連して、35年の「じん肺法」の制定、47年の「労働安全衛生法」の制定など労働安全衛生面に関しても法改正、新設などが行われてきました。

しかし、55年労災保険給付と民事損害賠償との調整、57年ハリ・灸治療制限、59年「適正給付管理」通達、62年年金給付基礎日額に最高限度額の導入等、平成2年休業補償給付基礎日額

に最高限度額の導入等、全体として給付は縮小されてきています。

これらは基本的には、昭和51年に設置された第二次臨時行政調査会による「臨調・行革」路線によるものであり、また日経連などの「労働省不要論」にみられるような、財界からの要請に応える労働行政へと大きく変化してきていることの現れとしてみておかなければなりません。

III 被災者アンケートと各支部レポートにみる現状と問題点

1 労働災害と労災補償の現状

(1) 労働災害・職業性疾病の発生状況

わが国の労働災害は、第1図(略)に示すとおり死傷者数(休業4日以上)、死亡者数ともに1961年を頂点に減少してきています。1990年における労働災害の死傷者数は210,108人で前年に比較しても4%の減少となっています。

しかし、1990年に発生した労働災害による死亡者数は2,550人となっており、1987年以降みられてきた多発傾向が改めて深刻になりつつあります。さらに一時に3人以上の死傷者を伴う「重大災害」は、1990年中185件と確実に増加傾向がみられ、第2図(略)にみられるように都市部等の人口密集地における建築工事の増加を背景に近隣公衆をも巻き込んだ重大災害が多発し、労働災害防止に関する行政の使命はますます大きくなりつつあります。

しかも、国際的にも例をみることのできない長時間・過密労働の実態は、1988年の労基法改定後も一層厳しいものとなり、加えてOA化・ME化は労働者を知らず知らずのうちに健康破壊と新しい職業性疾病の危険にさらすことになっています。業務上疾病の発生状況は、第3図(略)のとおりとなっていますが「災害」とは異なり統計には表われにくい側面を持っており、疾病の正確な実態は埋もれた状態と言っても過

言ではないといえます。

全ての被災者とその家族は、災害を契機にこれまでの生活が大きく変わることは明確であり、労災補償が果たさなければならない使命と役割は引き続き重大なものがあります。

(2) 労災保険料・労災補償給付の現状

労災保険は、労災法第3条により原則として労働者を使用する全ての事業を適用事業としています。しかし、実態は80万を越える未申告・未手続き事業場が放置された状態にあると言われており、雇用保険とともに全面適用に向けた大きな課題を背負っています。

平成元年度における保険料収入は、1兆3,880億円・適用事業場は234万9千事業場となっており、施行以来40年、社会的使命の増大とともに適正な労働条件確保のために欠くことのできない制度に発達しています。

平成元年度中に新たに保険給付を受けたものは、療養給付のみを受けたものを含め81万8千人となっており、

休業補償給付	87万9千件	1328億円
障害補償一時金	4万800件	626億円
遺族補償一時金	768件	52億円
葬祭料	3994件	20億円

の給付が行われています。また、年金受給者は第4図(略)のとおり平成元年度末193,726人となっており、今後も増加の一途をたどり約30万人に達するものと推定されています。

また、脳血管疾患及び虚血性心疾患の請求・認定状況は第5図(略)のとおりとなっています。これらは「過労死」事案として大きな社会問題であると同時に、労災補償の現場では「認定の困難化」と「業務量の増」による「日々悩ませ」の実態にあるといえます。

2 各支部レポートからみた現状と問題点

(1) 被災者の悩みと不安

被災者の全てがある日突然に予期せぬ「事故」

に巻き込まれ、その多くはショックと不安・生活破壊を招く結果になります。そして、準備のない状態のなかで本人と家族の生活が将来をも含めて重大な危機に直面することは当然のことです。

被災者がアンケートのなかで

- ①「また働けるようになるだろうか」
- ②「みんなが働いているのに自分だけが働けない」
- ③「労災の給付は受けられるだろうか」
- ④「看護で妻がパートを辞めなければならなかった」

などと訴えているように被災者と家族にとって、悩みや不安、精神的・肉体的苦痛は、負傷直後・療養中・治癒後とその時々によって、おかれた状態によって異なります。しかし、各支部レポートの指摘にあるように、①経済的不安、②身体的制限による生活上の不安・悩み、③再就職を含めた社会生活に対する悩み等、多くの業務を机上によって処理している私たちにとって想像を超える範囲までに広がっています。私たちは日常業務をとおして、ともすると経済的不安に目を奪われがちです。しかし、被災者がかかえている悩みや不安・苦痛は、家族をも巻き込んだ幅広く、奥深いものがあると言えます。

(2) 請求にあたって、「援助は貧しい」

アンケート結果では企業の冷たさ・援助の貧しさも明確になっています。

労災請求手続きについてアンケート結果では、全体の84.1%の被災者が「事業主・担当者に依頼した」と回答しています。制度上、被災者(遺族)自身が請求人となって労基署に請求を起こすことになっているものの、実際の手続きにあたっては用紙の確保・証明・記入・提出など被災者や遺族が行うことは困難な状況にあります。しかし、11.3%の被災者が苦労を重ねながら自ら又は友人・知人を頼りながら手続きをとっている実態があります。労災法施行規則第23

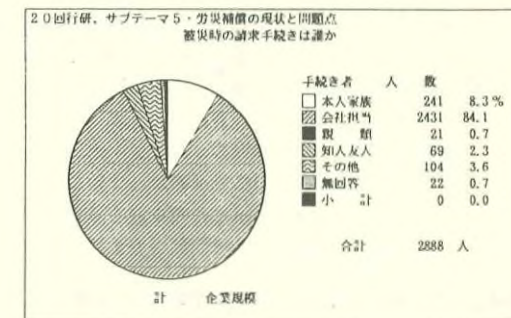
条に「保険給付を受けるべき者が、事故のため、自ら保険給付の請求その他の手続きを行うことが困難である場合には、事業主は、その手続きを行うことができるように助力しなければならない」「事業主は、保険給付を受けるべき者から保険給付を受けるために必要な証明を求められたときはすみやかに証明をしなければならない。」とあります。このことの実態に対する徹底が求められています。

一方で依然として「労災隠し」の実態があることも見逃せません。

- ①「『その程度で労災は使わない』と言われた」
- ②「健保を請求した。労災に切り替えたら退職となった」

被災者のこれらの指摘は、「労災隠し」の一端といえます。

建設業の場合、直接の事業主が元請けに対して証明を求めることを拒んだり、災害の事実を確認できないことを理由に元請けから証明を拒否されるなどしてやむを得ず下請けの保険関係を使用して請求している実態もあります。これは「労災隠し」の一部でもあり、また、建設業の元請下請の上下関係が被災者に冷たくあたる結果になることもみとく必要があります。大企業にあつては休業災害を「不休事案」として処理する事例もしばしば見受けられ、結果として十分な補償が受けられない状況にあります。



(3) 待機期間の休業補償は？

労災法第14条は休業補償を休業4日目から支

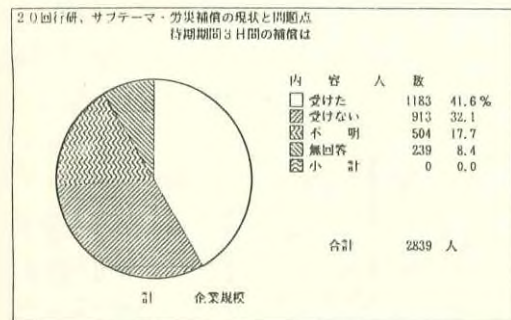
給することとしています。労基法に基づき事業主自身が補償しなければならない初日から3日目までの休業補償について、32.1%以上の被災者が補償を受けていないことは放置しえない問題であるといえます。

また、このアンケートは休業補償請求のあった被災労働者がほとんどであり、休業4日未満の被災労働者がその補償を受けたかどうかは不明ですが、「受けていない」ケースもかなりあると推測されます。

待機期間の補償がされていない原因として考えられるのは、待機期間の補償について、①被災労働者・事業主とも知らない、②知っていても被災労働者から請求しにくい、③事業主が補償をしようとしにくい、等が考えられます。

待機期間の廃止、あるいは休業4日以上にわたる場合には、休業初日から支給することなどの改善を図る必要がありますが、当面、事業主に対する周知・指導を強化するとともに、被災労働者に対しても周知の強化を図る必要があります。

振動障害・じん肺等選発性疾病の一部には休業特別援護金制度が創設されています。しかし、周知・指導の不十分さからほとんど活用されていない実態があります。

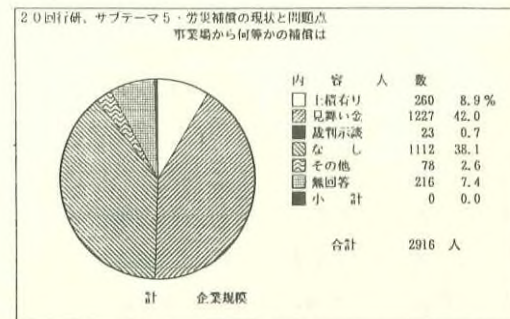


(4) 労災補償以外は見舞金程度、「企業は冷たい」

本来「補償」は被災者の受けた全損害、すなわち「稼働能力喪失」「身体的・精神的不全」

「社会的・家族的不利」に対する全損害が補償されて当然と思われれます。現行労災補償は、「稼働能力喪失」の一部を補償しているに過ぎず、決して十分なものとはいえません。被災者アンケートで「被災によって労災給付以外に事業主から何らかの補償を受けたか」の問に対して「見舞金を受けた」とするもの42.0%、「なにも受けていない」とするもの38.1%となっています。「見舞金」にあっても「補償」を意味するものとは考えられず、「見舞金で済ませている」実態があります。

特に、アンケートのなかで「生活が苦しくなった」としているものの大半は、「補償が少ない」と併せて「ボーナス・賞与が受けられない」「入院雑費の支出」を理由としており、ボーナス、賞与の具体的担保と入院雑費についても医療制度の改善等を求めています。



(5) 「治ゆ」について

「治ゆ」と「給付の中止」「障害補償」は密接にかかわりあっている問題です。「治ゆ」は被災者からみれば「いつまで療養が続けられるか」「どこまで給付が受けられるか」を意味しているものですが、労災法において「治ゆ」の概念が明確にされているものではなく、通達では一般的に傷病に対して行われる「医学上一般に承認された治療方法をもってしてもその効果が期待し得なくなった状態で、かつ、残存する症状が自然経過によって到達すると認められる最終の状態に達したとき」とされています。

「治ゆ」をどのように考えているかとするアンケート結果で、多くの被災者は「元どおりに直ったこと」「わからない」と答えていることは、支部レポートの多くが指摘しているように、制度と被災者の考え方に隔りがあるといえます。さらに、障害補償を受けた被災者のなかで「治ゆ」後も通院を継続している実態がみられることは、健保・国保財政の圧迫を意味し、被災者にとって「治ゆ」とは何であったかを考える必要があります。

しかし、極一部の限られた被災者にみられる「いたづらに治療を続ける態度」は、労働者規律の観点からも批判されなければならないことは当然のことですが、被災者が労働者としての自覚に基づいて「社会復帰」をはかる視点から指導が加えられていないところもみておく必要があります。

こうした状況を踏まえ、各支部レポートは「治ゆ」の概念のあいまいさと見直しを指摘しています。とりわけ、一般的負傷と職業性疾患とは異なった考え方の確立を求めています。

(6) 「被災者は通院費用の請求できることを知らない」

各支部レポートの多くが共通して指摘していることは、移送費用の請求ができることを被災者が知らないことをあげています。通院・移送があれば当然に費用の負担がとれない、補償の一環として給付すべきことは当然のことですが、しかし、一方で「窓口体制」「業務量」から「これ以上の請求事案は職場が……」と職場実態を明らかにしています。

各支部レポートは、窓口における適正な指導・費用請求制度の周知と行政体制の確立を求めています。

(7) 「障害補償は不十分」

障害補償は、アンケートの結果として支部レポート全体が「補償の低さ」を報告しています。特に重い障害を残した被災者が「補償が少ない」

と訴えている実態は、給付額の全てが生活費にあてられていることをみておく必要があります。

一時金受給者にあっても、一時金の性格上受ける金額はまとまったものであるものの「一生を補償する」の視野からみた場合には、あまりにも低額と言わざるを得ません。

被災者がアンケートのなかで

- ①「わたしの人生はこんなに安くない」(20歳・5級)
- ②「休み明けで給付基礎日額が低かった」(30歳)
- ③「障害補償も生活費に消えてしまった」
- ④「結婚前で……」

などと答えており、給付の低さを率直に述べています。

各支部レポートは、

- ①給付基礎日額は現行の計算方法でよいのか。
- ②補償として賞与・一時金を加味するべきでないか。
- ③最低補償給付基礎日額は「補償」といえるものなのか。
- ④抜本的な等級・給付日数の改善

を指摘しています。

労働省当局は、「わが国の労災補償制度、とりわけ年金給付は、先進工業国にふさわしい国際水準に達した」としていますが、被災者が「不満」を指摘している実態に目を向ける必要があります。

(8) 社会復帰にかかわる問題点

「社会復帰」とは、被災者が傷病の「治ゆ」をもって、再び働き始めることのみをいうものではなく、その人の能力に応じて、就労も含めた社会生活全般が可能でなければならないことと考えます。

しかし、労働災害による被災者が「再就労」を社会復帰の一步として対応しようとしていることは、被災前は労働者としてその生活を守るため働き続けてきた自信と誇りから当然のこと

といえます。多くの被災者が、「以前のように働くことができるだろうか」「会社は自分を必要としてくれるだろうか」と不安や期待を抱きながら療養生活を送っていることに目を向けなければなりません。アンケート結果では、無回答を除く59.2%以上の被災者が被災前とほぼ同様の賃金条件で、被災時と同じ事業場で就労していることを回答しています。一方、就労の場を奪われた被災者も少なくありません。

アンケートのなかで被災者は復帰に際して、

- ①「自分の体力と障害から適した仕事が見つからなかった」
- ②「忙しいときは負傷したところが痛み、苦痛だった」
- ③「配置換えをされ賃金も低くなった」
- ④「上司の思いやりのない」

などと経験を述べています。

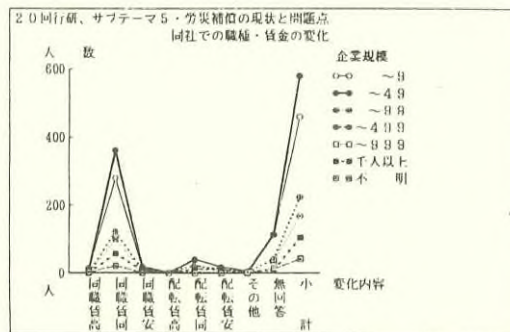
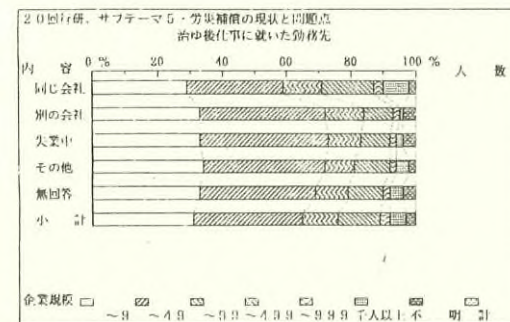
被災労働者からの社会復帰に際しての制度要求では、「就労訓練のできる共同作業所的なものがほしい」「職業訓練の場がほしい」「事業主に受け入れ体制を整えるよう責任をもたすべき」「アフターケアの範囲の拡大とともっと長期間に」等の声がだされています。

各支部レポートは、アンケート結果を踏まえ、社会復帰に向けた次のような広い範囲の施策を提言しています。

- ①外科後措置・アフターケア制度の拡充、内容の充実及び契約医療機関の拡大
- ②同一事業場・同一職種に復帰を基本とした制度の確立
- ③復帰後一定期間について、就労時間の弾力化・賃金援助制度の創設
- ④検査・診察・ケア制度活用のための休暇制度の創設
- ⑤社会復帰訓練施設・重度障害者の収容施設の拡充

いずれも「社会復帰」を促進し、ブランクを超えて就労を容易にするためには基本となる施

策の提言です。



(9) 監督署・基準局の窓口に対して

アンケート調査のなかで、被災者が監督署・基準局の窓口に対して比較的好感をもっていることは、行政担当者として「自信」と「勇気」を与えてくれます。業務の増大と定員削減が進むなかにあっても窓口では、仲間の奮闘があるといえます。窓口を訪れる多くの被災者やその家族は、これまで指摘してきたように「悩みや不安」を持ちながら足を踏み入れています。窓口への「不満」の声にも耳を傾けながら時間をかけゆつくりと調査・指導ができる行政体制確立を迫るべきです。

IV 組合員メモからみた現状と問題点

すべての支部レポートに共通していることは、①労災行政が複雑・困難化しているなかでの行政体制の不十分さ、大幅増員を中心とした行政体制の拡充なしには、業務の遂行自体が困難に

なっていること。②業務上外や認定基準上の問題では、脳・心疾患の認定基準、いわゆる過労死の認定基準のわかりにくさの指摘。③適正給付管理対策の困難性と問題点の指摘でした。

ここでは一定整理しつつ「どのような共通している問題点があるか。」「組合員の悩みがどこにあるのか。」などを傾向的に把握していきます。

1 行政の複雑困難性…法改正・定員削減etc 共通している問題点

- ① 労災業務全般が複雑すぎて大変であり、人員不足、体制整備が図られていない。
- ② 小規模署においては、課長以外若い組合員が多く日常業務に悩み苦勞している。
- ③ 法令・通達の改廃が多く、それに伴う研修が実施されず、十分理解しないまま事務処理を行わざるを得ない現状にある。
- ④ 医学的判断を日常的に必要とされているが、医学的知識が乏しいため悩み苦勞している。
- ⑤ 労災業務は、被災者や諸団体からの陳情があり、それに対応している職員は苦慮している。

また組合員からの声は

- ① 労災保険法改正は、複雑・多様化するのみで簡素化されず、受給者にメリットが考えられない、ただ保険経済の収支のみによって改正している。
- ② 法令等の「改正」については、改正施行後にしばらく遅れて通達等が発出されたり、遡及して適用されたりすることへの不満、出先機関が知らないことが業界団体にながされているようなケースがあり不満を多く持っている。
- ③ 腰痛・頸肩腕症候群の認定基準が、10年以上も前のものであり実態にあわない。
- ④ 人員不足から机上審査が中心となり、十

分な調査ができない。

2 認定基準のわかりにくさ…業務上外、etc 共通している問題点

- ① 基準が複雑であると同時に、厳しすぎる。
 - ② 「実態とあっていない」「基準があまい」と通達に日々悩み疑問を感じ、不安を抱えながら業務をしている。
 - ③ 「過労死」が大きな社会問題となっているが、同時に行政を担当している私たちにとっては、複雑困難な事務処理が余儀なくされ、高度な専門的知識と深い経験が求められる。
- また組合員からの声は
- ① 「脳・心疾患の業務上外に対する取扱いが改正された」とマスコミ等で大きく報道されたが、これまでの基準と大差なく請求人等からの期待と現実とのギャップに苦勞している。
 - ② 脳・心疾患の認定で業務の過重負荷にかかわって、記録等について中小零細事業場においては、現実問題としてわからないとする意見が多い。
 - ③ 労働者の働く環境は、長時間・過密労働が蔓延しており、それによって「過労死」が大きな社会問題になりマスコミでも連日大きく取り上げられている。実効ある労働基準法の運用など、労働時間の短縮に向けた行政の推進が求められている。
 - ④ 認定基準がどうあるべきかを実務経験を活かしたとりくみで見直し、改善を図る必要がある。
 - ⑤ 認定基準が明確でない、線引きができない、難しすぎて理解できない若い組合員がいる。
 - ⑥ 認定にあたり、担当者任せになりっぱなしで、当局の対応に疑問をなげかけている。
 - ⑦ 業務上外の判断は、非常に難しくもつと

詳しいマニュアルを作成してほしい。

3 適正給付管理について

共通している問題点の指摘は

- ① 「症状固定」に理解を示してくれない医師・患者がいる。
- ② 指定医療機関等へ「症状固定」について、指導・PRが必要である。
- ③ 振動障害等の職業病については、認定における門は広くなってきているが、「症状固定」における判断は困難である。
これは、職業病に対する「症状固定」基準が一般傷病と同じ取り扱いであり、職業病については、個別に基準が設けられるべきである。
- ④ 給付が必要と思われる人が早期に打ち切りられ、必要ない人が長く受給しているケースもみられる。
- ⑤ 地域の実情を加味して適正給付管理を進めてほしい。

4 労働福祉について

- ① アフターケア・外科後措置の科目、医療機関を拡大してほしい。
- ② 休業特別支給金の支払をやめて、休業補償1本にして8割給付の実現をしてはどうか。
- ③ 痛みを訴える患者に対する、アフターケアを新設してはどうか。
- ④ 自賠責から休業補償等の支給を受け、その上労災より特別支給金を支払することに疑問を感じる。
- ⑤ アフターケアは特定の傷病だけでなく、すべての傷病に適用してはどうか。

5 その他

- ① 労働者向けにわかりやすい、労災に関するパンフレットを作成してはどうか。
- ② 特別加入制度の業務上外の判断基準を通

達で示しているが、行政内部のものであり、一般特別加入者は、良く理解していないのでパンフレットを作成してほしい。

- ③ 年金資格者が、18歳で年金の資格がなくなるが高学歴化に伴い、20歳程度まで延長ができないか。

以上のような、声がメモ活動から出されています。

V 労災補償制度の改善のために(案)

各支部レポート及び組合員メモによって明らかになったように、現行労災補償制度は、被災労働者などの完全治療、生活保障、社会(職場)復帰、損害賠償などのその本質的な点において、多くの問題点と不十分さをもっています。私たち全労働は、1983年8月「労災法改正検討委員会報告」、1984年9月「民主的労働行政実現のための全労働の提言(案)」を公表し、労災補償制度改善の方向を明らかにしてきました。

また、1989年に開催された第19回全国行研集会の「労働者保護と行政通達」の中央報告にも、多くの問題点が指摘されています。

労災補償制度全体の改善方向はこれらの到達点を参考にすることとし、支部レポートに共通する点についての改善方向を明らかにします。

1 被災労働者の社会(職場)復帰

被災労働者の社会(職場)復帰は、被災労働者本人のみならず家族の切実な願いです。

また、現行労災法第1条では「…労働者の負傷、疾病、障害または死亡に対して迅速かつ公正な保護をするため…保険給付を行い…社会復帰の促進…遺族の援護…労働者の福祉の増進に寄与することを目的とする」と規定されており、保険給付事業と同様に、社会復帰の促進にかかる事業を、労災保険事業の基本事業として位置付けています。

しかし、その実効の確保のために設けられている条文は、わずかに同法23条があるだけで何ら実効性のあるものとはなっていません。

被災労働者の「再び社会復帰したい」という意欲を減退させず維持させ、社会復帰を促進するため、適正給付管理のあり方も含め、きめ細かな援助ができる体制と、国と事業主の責任を明確にした社会復帰対策の確立が必要です。

また、被災労働者を元の職場に社会復帰させるという労働組合のとりのくみも現状では不十分といわざるをえません。フランスでは、労働の過程での事故・疾病により同じ仕事に就けない人に社会復帰をめざし職業訓練をする、職業訓練センターがあります。これは、CGT(フランス労働総同盟)とパリの金属労働者が作り、労働者の賃金と研修費用は全て国が負担し、運営は労働組合がイニシアティブを持っています。労働組合の、企業と国に対するとりのくみの強化が必要であると考えます。

《改善すべき点》

- ① 被災労働者の傷病もしくは障害の状態に適した職業訓練施設、リハビリテーション作業所の充実・増設をはかり、少なくともすべての都道府県に1ヶ所は設置すること。あわせて、訓練中の被災労働者の生活保障を確保すること。
- ② 主治医の判断により治療を受けながら段階的就労または軽作業就労が可能な場合は、法的措置によりこれを事業主に義務付けること。
- ③ 被災労働者の希望に応じた職業紹介や職業訓練ができるよう、関係行政機関との連絡調整に法的根拠を設けること。
- ④ アフターケア制度の対象傷病を抜本的に拡充・改善し、「治ゆ」「症状固定」後も対症療法的治療が必要な被災労働者については、アフターケア制度を適用すること。

2 適正給付管理対策について

現在行われている「適正給付管理」は、「適正給付管理要綱」(昭和59年8月3日基発第391号)により全国統一的な給付管理を行うことになっています。この「適正給付管理」について、第19回行研中央報告は、「その基本は給付の公正さをうたっているものの、実質的には給付改善措置ではなく、被災者、診療機関に対する締め付けによる早期打ち切り促進以外のなものでもないことは明白なところだ」と指摘しています。

これらのことは、今回の支部レポートでも多くの支部から指摘されています。さらに、適切な社会復帰への施策もなく、「治ゆ」認定後の適切なフォローもないまま、単に「打ち切り」を促進していることに対する職場組合員の苦慮している状況も報告されています。

こうした状況のもとで「適正給付管理」についてどのように考えるべきでしょうか。

《「適正給付管理」はどうあるべきか》

- ① 労災補償制度は、前記2で述べたとおり、憲法の理念「とりわけ生存権保障の理念に立脚して展開されるべき」であり、現行労災保険法上の「治ゆ」「症状固定」の概念をふりかざしての、一方的・一律的「打ち切り」には反対です。

一人ひとりの被災労働者のおかれている状況や、症状の状態を正確に把握すること、そしてその中で、被災労働者が一人の労働者として自覚的に「治ゆ」「症状固定」をとらえ、社会に復帰していくための励ましや働きかけを耐えず行うことが必要だと考えます。

同時に、「いたずらに長期化」することを認めるものではなく、明らかに「治ゆ」「症状固定」の場合は当然「治ゆ」「症状固定」として対処しなければならないことも明らかです。

したがって「目的もないまま、いたずらに『長期化』する」状態をつくりださないためにも、キメ細かな行政の側からの働きかけと、行政サービスの充実が求められていますし、社会復帰対策の確立をはじめ労災補償制度の改善が求められています。

② 「打ち切る」ための「適正給付管理」ではなく、被災労働者のおかれている状況を正確に把握し、状態に応じた給付をし、社会復帰につながるための文字どおりの「適正給付管理」が求められています。

症状を正確に把握するという場合、被災労働者の症状に起伏がありますし、同じ傷病でも症状のあらわれ方は様々であり、症状の部位を限定的にみてもはならないということも重要だと考えます。

本来労働者は働くことに喜びを感じるものです。「いたずらに長期化」するのは、働くことの喜びの条件を、客観条件的にも主体的にも喪失した状態になるからだと思われれます。

一方的・一律的「打ち切り」はしない、という立場と、「いたずらに長期化」するのは許さないという立場を統一的にとらえ、自覚を高める援助が必要です。

③ 私たちの職場の現状は、あいつぐ定員削減の強行など行政体制がますます不十分になっている一方、複雑・困難な業務の増大で、被災労働者によく接して症状を正しく把握することや、労災補償制度の説明、社会復帰への意欲を持ってもらうための働きかけ等、キメ細かな行政サービスはほとんどできない状況にあります。こうしたことから被災労働者の中には、制度をよく理解することができず、社会復帰が遅れる場合もあり、また、中小零細企業では、災害発生率も高くなっていますが、ここでの多くの労働者は労働組合にも組織されておらず、

被災すれば退職していかざるをえない状況も多数存在しています。そしてそのことによって、労災補償制度についてよく知らされないし、社会復帰もより困難になり、結果として「長期化」している人も少なからず存在します。

さらに、有効な社会復帰の施策がないために「長期化」している場合もあります。

④ 労働省が「労働者の福祉をはかる」ことを任務とし、そのために「労働条件の向上および労働者の保護」を「一体的に遂行する責任を負う行政機関である」と労働省設置法で示しているとおおり、労働行政の本来あるべき姿は明確にされており、特に、対人行政という特質を持つ労働行政の中で、個々の被災労働者の生活や生命を直接対象としている労災補償行政にあつては、行政対象であるべき被災労働者の立場を可能なかぎり理解し、その保護のための行政を展開していく必要があるのは当然のことです。

⑤ 以上の考え方にたつて「適正給付管理」を進めるうえで、大幅増員を中心とした行政体制の確立が強く求められていることと同時に、現行の「治ゆ」「症状固定」の概念の見直しも必要です。とりわけ現行の「治ゆ」「症状固定」の概念は、一般的な外科的負傷も職業性疾病等も同一であるという問題があります。

一般的な外科的負傷と職業性疾病等とは異なった考え方の確立が必要だと考えます。

3 通院費について

通院費について、各支部レポートに共通して指摘されていることは、「知らなかった」と回答した被災労働者が非常に多いことです。

また、「人員に比べてこれ以上業務量が増大しては職場が持たない。」「業務量のことを考えると、PRしたくても躊躇する。」という苦

悩みにじみでています。

しかし、被災労働者の経済的負担の軽減を図るという点や、不十分ながらも現行制度としてある以上、積極的な周知が必要と考えます。

また、現行の通院費の支給基準では、結果として医師選択の自由が狭められる可能性があります。

《改善すべき点》

医師選択の自由を法律上明文化するとともに、必要な通院費用は全額支給すること。

4 いわゆる「過労死」について

いわゆる「過労死」問題は依然として大きな社会問題となっており、その数は、「厚生省の統計などからみて、年間1万人を超える過労死が発生し、療養中の被災者を含めれば数万人といわれています」(「過労死と企業責任」・川人博著)そして「過労死」事案の労災請求も着実に増加してきています。

「過労死」を生み出す背景は、第4テーマ「労基法改定後の労働者の実態と問題点」の中央報告で述べているとおおり、長時間・過密・不規則・反生理的労働の存在であることは明らかです。そしてこれらの労働がバラバラではなく、一体として結合している点が大きな特徴であると考えます。

そして統計上でも長時間労働であるのに、今回のアンケート調査では、統計に表れない「サービス残業」「風呂敷残業」の実態も明らかとなり、異常な超長時間労働によって、労働者の健康破壊が進んでいることも明らかとなりました。

一方、企業の労働者の健康に対する無責任さも問題です。私たちは日常の業務を通して、法定の健康診断も実施していない企業が少なからずあることを知っています。また、健康診断結果に対する企業の対応・対策が十分とられているとはいえません。したがって、法規制によつ

て対策を強化すべきですが、当面、通達で指導強化を図る必要があると考えます。

循環器系疾患の悪化は、今日の医療技術の水準では、予防可能な場合が数多くあることがしばしば指摘されています。したがって、健康診断結果に対して企業が十分な対応・対策をとるなら、もっと予防できるはずですが。

さらに、長時間・過密・不規則・反生理的労働の存在を許している労働組合の責任も重要です。とりわけ、長時間・過密・不規則・反生理的労働を加速させる「減量経営」を、労使一体となって展開してきた連合の責任は重大です。あわせて、深夜労働・交替制労働・変形労働等の変則労働を認める現行労基法も問題です。「交替勤務、とくに夜業を含む交替勤務には生理的にも社会生活上も無理なく適応をはかることは不可能である」(1987年日本産業衛生学会「夜勤・交替制勤務に関する意見書」)ことは明らかです。最近では、女性の過労死も問題になっていますが、これも女性の深夜労働が緩和されたことと無関係ではないと考えます。

「過労死」を予防するための具体的な提言と認定基準改善の基本的考え方は、第4テーマの中央報告を参照していただくこととし、ここでは、現行の「脳・心疾患の認定基準」の若干の問題点と当面の改善方向を提起します。

《問題点と改善の方向》

① 現行認定基準は、業務による明らかな過重負荷として、「異常な出来事に遭遇したこと」として「極度の緊張、興奮、恐怖、驚愕等の強度の精神的負荷…突発的又は予測困難な異常な事態…」を例示しています。そもそも一生の間に二度と遭いたくないような出来事(命の瀬戸際論)を基準にかかげること自体、認定に関する姿勢そのものを疑わざるをえません。したがって、行政としての考え方を明確にするとともに、ただちに撤廃すべきです。

② 現行認定基準は、過重負荷を、「日常業務に比較して、特に過重な業務に就労したこと」とし、さらに「過重な業務とは…当該労働者のみならず、同僚労働者又は同種労働者にとっても、過重であると判断されるもの」としています。

そのため「通常の業務」それ自体が「血管病変等の増悪」をもたらす過重労働であったとしても、それが通常の業務の程度を著しく超えないかぎり業務上にはならないことになっています。

職種や業務内容によっては、発症の危険性が高いものとそうでないものがあることは医学的にも当然考えられることです。（たとえば、「通常の所定業務」が交替制勤務であるとか、夜勤専門である場合等）認定にあたっては、当然この点を考慮できるようにすべきと考えます。

③ また、かなり「過重な業務」に一定期間従事していても、「発症した労働者だけが過重な業務に従事していたのではない」という理由で業務外になります。

「だれも発病していないのに一人だけ発病したのだから、その原因は個人的・私的なもの」という考え方は合理的ではありません。

「発症した労働者にとって、その労働がどれだけ過重な精神的、肉体的負担となっていたか」を問題にすべきと考えます。

④ 発症と業務との関係について、「発症直前から前日をもっとも密接、次いで一週間以内」としています。

この「一週間以内」という限定は、医学的にも何の根拠もないことは明らかです。そもそも脳出血やくも膜下出血など脳血管疾患、心筋梗塞症など虚血性心疾患等について、種類の違う病気を一律的に「一週間以内」と限定することに問題があります。

5 行政運営と行政体制

各支部レポートに共通して強調されているのは、大幅増員と、研修の充実です。

① 7次にわたる定員削減の結果、そもそも対人行政であるという行政の性格からして、その影響ははかり知れないものがあります。職員の労働強化はもとより、必要な行政サービスができなくなっています。

労災法の目的とする被災労働者保護の行政を真に遂行するためには、大幅増員が早急に求められています。

さらに労働保険を真に労働者・国民のものにするため、なし崩し的な適用拡大ではなく、行政体制を確立した適用拡大、未手続き事業場の一掃が求められています。

また、民主的な行政をすすめるためには、行政対象である被災労働者の声や第一線業務に従事する職員の声についても十分耳を傾け、行政運営に反映させる必要があります。

② 労災行政は、「労働者の生活と権利に直接結びつく行政であって、公平で迅速・適正な対応と処理が求められます。このため業務処理に必要とされる労災法・徴収法はもちろんのこと、熟知しておかなければならない関係法令はきわめて多数にのぼっています。さらに医学上の知識も不可欠です。

また、労災法施行以来、数次にわたる「改正」が行われるとともに、膨大な量におよぶ各種通達があります。

労働者や事業主からの、行政に対する期待や要請に伴う困難性もあります。とりわけ労働行政が後退する中で、被災労働者の要求と、職務との板挟みで苦慮しているのが現状です。

このような高度で専門的な知識を必要とし、かつ困難な業務処理に要求される資質は、いずれも体系的・系統的に実施される

研修によって得られるべきものです。しかし、現行の研修は質的にも量的にもきわめて不十分です。経験の積み重ねや、個人的な努力に大きく依存している現状は、早急に改善されなければなりません。

VI おわりに

被災者アンケート結果や各支部レポートに指摘されているとおり、現行労災補償制度は、「人たるにふさわしい生存を保障するもの」であるべき本来の労災補償制度からみればきわめて不十分であり、補償水準も決して現行のままで十分とはいえません。

今回の中央報告での「改善方向」は、限られた範囲にとどまっておき、より全面的な内容については、「労災法改正検討委員会報告」や「民主的労働行政実現のための全労働の提言(案)」を参考にいただき、本中央報告とあ

わせて議論されることを期待します。

さらに今回の調査・研究を通じてあらためて明らかになったことは、あいつぐ法「改正」が行われたり、さまざまな通達が発出されるという状況のもとで、労働行政の本質をふまえた、批判や学習の取り組みが日常的に行われることが重要だという点です。

民主的行政を確立するためには、私たち自身も、職場での議論を通して、法「改正」や通達のねらいや本質を見極める「目と力」を身につけることが求められています。

そして日常業務の遂行にあたっては、被災労働者の立場にたち、「運用方法や選択の幅」に可能なかぎり工夫をこらしていくことが大切だと考えます。

日常的な行政研究活動の前進のため、全労働各級機関幹部の目的意識的な取り組みが求められるところです。(以下略)

200回行研・労災補償の現状と問題点

項目	九人まで	四九人まで	九九人まで	四九九人迄	九九九人迄	千人以上	不明	計
問 8 ①本人・家族で手続き	82	85	25	29	3	8	9	241
被災時	711	899	264	300	61	126	70	2431
請求は	12	4		1	2	1	1	21
どう	18	29	6	11	1		4	69
したか	44	34	14	7	2	2	1	104
	2	8	1	4		2	5	22
無回答								
小計	869	1059	310	352	69	139	90	2888
問 1 4 ①受けた	328	423	131	154	39	82	26	1183
待 期	339	358	84	86	7	12	27	913
三日間	134	175	60	82	14	26	13	504
補償を	63	72	28	25	6	16	29	239
受けたか	864	1028	303	347	66	136	95	2839
無回答								
小計	864	1028	303	347	66	136	95	2839
問 1 5 ①労災上積補償受けた	56	75	43	39	10	29	8	260
被災	391	471	123	143	22	51	26	1227
事業場	3	14		1	1	2	2	23
より	342	403	122	135	33	38	39	1112
なんらかの	20	17	16	14	1	6	4	78
補償を	68	80	17	23	2	11	15	216
受けたか	880	1060	321	355	69	137	94	2916
無回答								
小計	880	1060	321	355	69	137	94	2916
問 2 0 ①被災時と同じ会社に	344	349	140	192	37	89	29	1180
治ゆし	50	58	18	14	3	1	6	150
仕事就いた	107	128	30	30	8	5	13	321
勤務先	103	113	29	31	6	12	7	301
どこか	193	210	62	65	13	22	23	588
無回答								
小計	797	858	279	332	67	129	78	2540
問 2 3 ①同職種で賃金高く	16	9	1	4			3	33
同会社	281	363	101	123	24	59	20	971
と回答	16	21	5	10	1	8		61
職 種	2	2		1	1	1		7
賃 金	14	44	23	25	5	13	2	126
の変化	11	21	9	14	3	12		70
	7	5		5	1	1	4	23
無回答	114	117	36	43	10	12	15	347
小計	461	582	175	225	45	106	44	1638

《資料・被災者アンケートから》

[問21] 治ゆ(症状固定)し、社会復帰する際、最も苦労されたことは何ですか。

- 1 身体に負担がかからないように作業していると、怠けているように思われたこと。
- 2 自分の思っている仕事、内容等の点で、なかなか探しにくかった(体力的、心理的不安)。
- 3 よくつまずいて転びそうになった。仕事もわかっていても思うように手が動かず、大変。(40代・製造業・男)
- 4 少し爪があたると痛く、靴がはけなかった。足が悪いことが面接でばれ採用されなかった。(40歳・運送係・男)
- 5 完治してから出勤したかったのですが、それでは一銭の収入にもならないので、痛みを我慢して出勤したこと。(40代・飲食店・女)
- 7 右手が使えず苦労が多い。しかし、転職する自信がないので。(40代・建設業・男)
- 8 勤めていた会社が、もう一度採用するのを少し渋った。(20代・女)
- 9 痛みが残ったものの、外見上は健康人と同様に見られ、上司・同僚に理解されなかったこと。治療中にもかかわらず、業務の配慮がまったくなく、痛みをこらえて仕事をした。(30代・栄養士・女)
- 10 入社間もなかったことから、会社の信頼を失ったことと、完全な状態でなかったことから、また同じ事をするのではないかと不安がつきまとう。(40代・製造業・男)
- 11 怪我をした機械を使用するときに、前のように使えなかった。(20代・製造業・男)
- 12 心身共にハンデ、日常生活に不自由さを来したことにより、家族と不協和音が付きまとう。(60代・嘱託・男)
- 13 長い間会社を休業し、営業所から本社勤務に変わったことで、人間関係のコミュニケーションをはかることが大変でした。
- 14 思うように体が動かないため、怪我をする前より自分がいやになったりした。
- 15 大勢で出張することがあるので旅館での入浴が苦痛だった。
- 16 作業能率が以前より落ちるので、同僚たち

とのチームワークが良くできるか心配した。

- 17 現状でできる仕事を探すこと。現会社でも「いつやめるように」といわれるか覚悟している。

[問22] 社会復帰に際して「このような制度があれば」と希望すること。

- 1 体にあった仕事があれば良い。
 - 2 社会復帰した人に対する特別な労働時間制度。
 - 3 社会復帰してしばらく様子を見る期間を作って、身体が対応できるまで保障してほしい。
 - 4 義肢等がもっとリアリティーがあっただけよかった。
 - 5 社会復帰したときの公的保険(年金・健康保険)の本人負担をある程度免除してほしい。
 - 6 私は負傷してから2ヶ月間一銭の収入も入らなかった。何とか切り抜けたけど、何らかの機関で立て替えてもらうような制度があればと思った。保障があり次第返すとかの制度です。
 - 7 退院後のリハビリの制度か施設があれば、現場復帰がもっと早くできると思う。相談の窓口みたいな所があれば良い。
 - 8 再就職したいときの資金の借入制度があればいい。
 - 9 労働省指定の職場があれば助かる。
 - 10 どういう職場に就けるかという情報。
 - 11 仕事をやっていくための適正検査。
- [問24] 「治ゆ」「症状固定」とされたことについての病院、監督署への不満はありますか。
- 1 転医したらすぐ症状固定となる。
 - 2 内容を本人に判るようにしてほしい。
 - 3 請求してから補償を受けるまでの期間が長い。
 - 4 もっとリハビリを受けたかった。
 - 5 通院中にもかかわらず、治ゆではないかと監督署に呼び出された。
 - 6 労働者を助けるための制度であるが、少しでも早く打ち切りたいという態度がみられる。
 - 7 動くように再手術してもらいたかった。(治療中止)
 - 8 補助器具のことですが、もっと進歩してほしいと思った。私は指の切断ですが補助器具

は全く用をなさない。

- 9 各病院での対応が遅すぎる。また、監督署は労災期限にこだわり労災打ち切りを急ぎすぎられる。復帰後も通院したかったが、労災期限切れで実費通院となるためできなかった。
 - 10 治ったと言われても、労働している人にとってはただ歩けるようになっただけで、職種によって差がある。労災保険とは保険会社とは異なるものでなければと思う。
 - 11 これで、かたわらと思いました。完全に治るまで通院させてほしかった。
 - 12 長い間お世話になり、仕方がないと思っております。
 - 13 医師の言うような治ゆの方向にはならず、治ゆ時の医師の判断ミスによるものではないかと思われる。医師への不満はある。
 - 14 病院、監督署の方にはいろいろはげまされてとってもうれしいと思っています。
 - 15 休業打ち切りが早すぎる。
 - 16 設備のととのった病院に入院したかった。
 - 17 病院のリハビリ職員の不足。
 - 18 アフターケアに変わり、月に2回と言われ、2回以上になると自分で出さなければならない。
- [問27] 被災して最もつらかった経験、苦しかったこと。
- 1 早急に病院に連れて行ってほしかった。すぐ手術できなかったこと。
 - 2 監督署からの休業補償の支給に期間(3ヶ月)がかり、その間ローンの支払等に苦労した。
 - 3 結婚前であったので、それまでに治るかどうか、傷跡が残るかどうか苦しんだ。
 - 4 入院したかったが、家事をする人がいなく、苦痛に耐えて家事をしたこと。
 - 5 元請けから嫌みを言われたこと。
 - 6 事業主からいたわりの言葉がなかったこと。
 - 7 療養中に同僚が昇格したこと。
 - 8 被災を理由に全員に迷惑をかけたとして、大阪に転勤させられたこと。
 - 9 職長での立場での辛さと、企業が行った安全研修会に出席しての辛さがあつた。
 - 10 災害の話があるたびに話題になること。

- 11 お昼の休憩中に歩行していて骨折したので、職場の人や会社に対して大変迷惑をかけたという精神的負担があり、苦しかった。また、家庭の主婦でありながら、娘・主人に世話をかけたことが辛かった。
- 12 外部公表の災害発生状況が事実と違っていたことにより、名誉が著しく傷つけられた。
- 13 通院が自分一人で行けなくて、家族に送り迎えていちいち手数をかけたこと。
- 14 利き手、利き足のため、まるっきり別な生活を強いられたこと。トイレ、入浴時にも難儀を感じた。
- 15 本人がどんなに努力しても、家族が頑張っても、元の体に戻らないということ。
- 16 子供たちに申し訳なく、夏休みなのに遊びにいけなくなったこと。
- 17 時間がたつにつれて、仕事面で待遇が悪くなってきたこと。
- 18 初めての病院生活は苦しかった。妻にも苦労をかけた。
- 19 将来の不安が生じたこと。

[問28] 給付内容についての意見・要望

- 1 補償を受けるまでに日数がかかりすぎる。
- 2 補償が少ないけれども、規定があるから仕方がない。
- 3 休業補償の算定にあたっては、賃金をよく調査してほしい。
- 4 療養給付を受けられない治療(はり・漢方等)への補償を希望する。
- 5 症状固定で労災認定を受けたが、一生症状を背負っていくことになるので、もっと補償金が高くてよい。
- 6 給付とは、どれだけの額と期間が受けられるのか知りたい。使うことがほとんどできない指なのは、ほほないと同じようなのに、補償がマニュアルどおりの給付内容だ。
- 7 知識のないものでも簡単に手続きできる場所(一ヶ所)があればいいなあと思いました。
- 8 給付の内容は、被害者には判らない。
- 9 一時金でなく分割して長く支給していただければ良かったと思います。
- 10 他の保険と労災の障害等級が違う。
- 11 貸し付け、暫定支給をしてほしかった。■

タルクに含有したアスベスト吸入で悪性中皮腫

大阪のゴム製造労働者に日本ではじめての労災認定

関西労働者安全センター

アスベスト(石綿)による健康被害の救済を目的に、アスベスト規制運動の一環としてアスベスト・職業がん110番が昨年7月に実施され、これをきっかけに大阪でも労災認定や損害賠償などに取り組んできた。その中の一つとして、石綿そのものではないが、石綿を含有しその危険性が近年指摘されてきていた「タルク」粉じんを吸い、石綿肺と悪性胸膜中皮腫を発症した、堺市の故大塚信太郎さんの件について、主治医からの相談を契機に昨年10月に労災申請し、認定に向けて協力してきていたが、4月24日、堺労働基準監督署は業務上疾病として認定した。

大塚さんは、大正6年生まれで昭和17年から秋山ゴム(大阪市福島区野田付近)で地下足袋、合羽、長靴などのゴム製品製造に従事した。生ゴム原料を切断し、ロール機でゴムシートにし、これを切断、加工して製品に仕上げているが、この際、ゴムシートが互にくっつかないように「打ち粉」としてタルクを使用していた。このとき、マスクはほとんど使わず、使ったとしても衛生マスク程度だったという。粉じん物質としては他にも黒鉛なども使用していた。

空襲で焼け出され、一時、工場は千早赤坂村に移転、昭和20年代後半には、堺市戎島に移り、昭和37年に経営不振で日本ゴム(現社名はアサヒコーポレーション)に吸収され同時に閉鎖されるまで大塚さんは現場で働いた。その年に、新大阪ゴム(大阪市西淀川区千舟付近)に転職、ここでは製造部長を勤め、ほとんど現場作業にはタッチしなかったが、昭和47年頃の検診で「じん肺」を指摘されていたという。昭和48年

倒産とともに退職した。大塚氏の生前のお話によると、息苦しさは年齢を重ねるにしたがってあったということで「太りすぎかなとも思っていた」という。その後、悪性中皮腫という不治の病魔に襲われることになった。悪性中皮腫はアスベストを原因とする疾病といわれているが、職歴上アスベストを扱ったことがないことが壁だったが、職歴についての本人、同僚の聞き取りから、アスベストを含有している「タルク」に行き当たった。生前、聞き取りやお見舞いで何度かお会いしたが、そのたびごとにしんどさがましておられるようだった。特に胸の痛みを強く訴えておられ、心中察するに余りあるものがあつた。ご家族も大変心配されていた。

労災申請は、最終事業場が堺市ということで堺労基署に申請した。労基署でも症状や職歴を前向きな姿勢で調査し、前例がないにもかかわらず、因果関係が明確なことから今回の認定となったと思われる。

タルク中のアスベストによる健康障害のうち肺がんについては、昨年5月に労働保険審査会でやっと労災認定された事例がある。これは、泉大津市のオートタイヤの労働者で泉大津労基署が不支給処分としていたもの。したがって、今回の大塚さんの場合は、タルクによるものとしては2例目、悪性中皮腫では初めてのケースということになる。学会でも報告例はないとのことで、タルクの危険性と石綿被害の広がりを示すものとして注目される。今後、タルク中のアスベストについてもきちんとした規制が設け

られるべきだと考える。なお、以下に、今回の問題に対して協力して取り組んだ熊谷信二氏(大阪府立公衆衛生研究所)にタルクとアスベストについて、故大塚さんの主治医大成功一医師

(私立堺病院内科)に臨床医としての報告をよせていただいた。
(「関西労災職業病」92年4月号から転載させていただきます。)

タルクとアスベスト関連疾患

大阪府立公衆衛生研究所 熊谷 信二

2、3年前に小学校の天井や壁の吹き付けアスベストが問題になりましたが、その時に新聞などで品質の悪いベビーパウダーにはアスベストが含まれているという報道があつたことを記憶しているでしょうか。これはベビーパウダーの原料であるタルクに不純物としてアスベストが含まれているためです。大阪で1942年から20年間ゴム工場働いていた労働者が石綿肺と悪性中皮腫になり、今年2月に亡くなりました。ゴム製品製造過程では充てん剤や打ち粉としてタルクを使います。安全センターではタルクに含まれるアスベストが原因と確信し、昨年10月からこの労災認定に取り組み、この問題をきっかけにしてタルクについて調べてみました。

タルクというのは「滑石(かっせき)」とも呼ばれている白い石です。含まれる不純物の種類によっては少し緑がかつた色をしています。昔、地面に絵を描くのに「ろう石」を使いましたが、それがタルクや葉ろう石です。産業用には原石を粉砕して非常に細かい粉にして使用します。産業利用の分野は表1に示すように多岐にわたっています。ゴム製造では充填材としてゴムの中に混ぜたり、ゴム同士がくっつくのを防ぐために打ち粉として使用します。製紙用にも使われ、充填、つや出し、インキの散り防止、なめらかさの向上などの役割を果たしています。またベビーパウダーや「おしろい」はまさにタルクそのものです。その他に白い色をしているので顔料などにも使用されます。

日本にも北海道、岩手、福島、茨城、群馬、埼玉、静岡、岐阜、奈良、和歌山、兵庫、岡山、

タルクとは

表1 タルクの産業利用

製紙用	充填剤, 塗被剤, 顔料
繊維用	充填剤, 増量剤, 仕上げ剤
ゴム用	補強充填剤, 増量剤, 加工性増進剤, 打粉剤
農業用	希釈分散剤, 効果持続性増進剤
医薬用	外用散剤, 軟コウ剤, 整型, ろ過増進剤
顔料・ペイント用	顔料, 沈降防止剤, 増量剤, 流動性増進剤
化粧品用	基剤, 顔料, 滑り剤
プラスチック用	充填増加剤
鉛筆用	顔料, 可塑剤, 充填剤
その他	窯業, ガラス工業などにおける白色彩薬, 磁器原料, 打粉剤

「石綿・ゼオライトのすべて」環境庁監修 135頁

表2 タルク及びベビーパウダー中の共存鉱物と石綿の定量比較

試料名	産地	構成鉱物						石綿含有量 クリソタイル
		タルク	緑泥石	クリソタイル	角閃石	雲母	石英	
タルク 1	米国(カリフォルニア)	◎	—	—	—	—	—	
タルク 2	米国(モンタナ)	◎	◎	—	—	—	trace	
タルク 3	中国(岫岩・広西・海城)	◎	○	○	—	—	0.85%	
タルク 4	中国(不明)	◎	◎	○	—	—	0.95%	
タルク 5	日本(秩父)	○	◎	—	◎	○	—	
タルク 6	中国(遼寧)	◎	◎	—	—	—	—	
タルク 7	パキスタン	◎	○	—	—	—	—	
タルク 8	北朝鮮(利原)	◎	○	○	—	—	2.6%	
タルク 9	中国(岫岩)	◎	○	○	○	○	0.25%	
タルク 10	韓国(忠州)	◎	—	—	—	—	trace	
タルク 11	中国(広西)	◎	○	—	—	—	—	
タルク 12	中国(広西)	◎	○	—	—	—	—	
T-1	中国(海城)	◎	◎	○	—	—	1.2%	
T-2	朝鮮(不明)	◎	—	○	—	—	0.15~0.2%	
T-3	朝鮮(不明)	◎	—	—	—	—	—	
T-4	中国(満州)	◎	—	○	—	—	0.5~0.55%	
T-5	朝鮮(不明)	◎	—	—	—	—	—	
ベビーパウダー								
A社		◎	○	○	—	○	0.4%	
B社		◎	○	○	—	—	1.8%	
C社		◎	—	—	—	—	—	
D社		◎	○	○	—	—	0.4%	
E社		◎	○	○	—	—	0.3%	
F社		◎	◎	○	—	—	0.9%	
G社		◎	◎	—	—	—	—	

◎主成分 ◎やや多い ○微量 ・ trace(<0.1%) —無し又は測定限界以下
「石綿・ゼオライトのすべて」環境庁監修 140頁

山口、愛媛、高知、徳島、福岡、長崎、熊本などに多くのタルク鉱山がありましたが、現在は関東と兵庫などのわずかの鉱山が稼働しているだけです。国内生産量は1948年の1.3万トンから74年の17.8万トンまで増加しますが、以降減少し、85年には2.4万トンになっています。輸入量は1948年の600トンから増加し続け84年には約60万トンになっています。輸入元は中国、韓国、インド、米国、オーストラリアなどです。

タルク中のアスベスト

タルクの産状にはふたつあります。ひとつはドロマイトやマグネサイトなどの石灰質岩石が熱水変質作用を受けてタルクになったもの、そしてもうひとつは蛇紋岩などの起塩基性岩が熱水変質作用を受けてタルクになったものです。

蛇紋石系のアスベストであるクリソタイルはタルクと同種の成分(マグネシウム、ケイ素、酸素、水素)からなり、安定領域はタルクと接しているため、タルクと共存することがしばしばあります。また不純物と

してカルシウムや鉄を含んでいる場合には、トレモライト、アクチノライト、アンソフィライトなど角閃石系のアスベストも共存しています。表2にタルクの分析例を示します。主要な輸入元である中国産のタルク8種類中5種類に、また韓国・朝鮮産のタルク5種類中3種類にクリソタイル(0.1~2.6%)が検出されています。また、中国産、韓国産、各1種類では角閃石が検出されています。この分析では角閃石の種類までは

同定していませんが、アクチノライト、アンソフィライト、トレモライトなどの角閃石族のアスベストの可能性もあります。日本産のタルクについては秩父(埼玉県)のものしか分析例がありませんが角閃石がかなり含まれています。表2には国内で使用されていた7種類のベビーパウダーの分析結果も示していますが、5種類にはクリソタイル(0.3~1.8%)が、また3種類に角閃石が検出されています。以上の分析結果は、国内で使用されているタルク中かなり一般的にアスベストが含まれていることを物語っています。

また、国内産のタルクは上述した産状の後者のタイプであり、その分布は蛇紋岩の分布と一致しています。このためか、蛇紋岩を粉碎したものが、タルクという名前で市販されている場合があると聞きます。したがって、蛇紋岩系のアスベストであるクリソタイルが相当含まれている可能性も考えられます。

タルクによる健康障害

タルク鉱山などで働く労働者にじん肺(タルク肺)が発症することは古くから知られていましたが、不純物であるアスベストに起因する健康障害もタルク労働者に見られ、最近注目されています。

旧東ドイツの中央労働医学研究所のコネツケ氏は、同国の癌登録より、1970~75年までの6年間に悪性中皮腫として登録された915人について、アスベスト暴露との関連を検討しています。全ケースの36.7%が職業的にアスベストに暴露されており、さらに非職業的にアスベストに暴露されていた人及びアスベスト暴露の可能性のある人を含めると、46.1%のケースでアスベスト暴露との関連が考えられました。職業的にアスベストに暴露されていたケースの中にアスベスト含有タルクを扱っていたケースも含め

られており、19.6%を占めています。それは悪性中皮腫の全ケースから見ると7.2%を占めており、具体的な職業としてはゴム・タイヤ産業、化学産業、製紙業、繊維業、革産業、製菓業などがあげられています。

ニューヨーク州環境疫学労働衛生局のピアンナ氏は、ニューヨーク州の中で悪性中皮腫の罹患率が高い6つの郡において、患者の職歴などを調査しています。31ケースの中で24人がアスベスト暴露の可能性があり、このうちタルクとの関連では男性のタルク鉱山4人、製紙工場3人、農業7人が、女性のタルク労働者があげられています。

オーストラリアの労働者補償委員会のバーネス氏は、同国で1960~72年の間、装飾品製造に従事していた労働者の悪性胸膜中皮腫について報告しています。ゴムの鑄型を使って鑄造し、清浄、塗装後、宝石をセットする作業をしていましたが、タルクを鑄型と鑄造品の分離材として使用していました。剖検では、肺に含まれていたアモサイト量が300万繊維(5ミクロン以上)/乾燥肺試料1グラム(透過型電顕法)と正常人の6倍検出されています。

ドイツの医学アカデミー労働医学研究所のフレシグ氏は、最近10年間にドイツのドレスデン地方で見られた腹膜中皮腫患者9人について報告しています。この中に職業的にアスベスト含有タルクの暴露を受けていた者2人が含まれています。一人は製菓工場で働き(1949~71年)、アスベストを含むペーパーフィルターとタルクに暴露されていましたが、1984年に中皮腫と診断されています。もう一人は砂糖菓子製造に従事し(1927~28年)、分離材として使用していたアスベスト含有タルクに暴露され、1967年に悪性中皮腫で死亡しています。

ニューヨーク州立大学の産業衛生学科のクラインフェルト氏は、ニューヨーク州のタルク鉱山の採掘・粉碎労働者の死亡割合に関する疫

学調査を行っています。このタルクには蛇紋石、トレモライト、カーボネート、遊離珪酸が含まれていますが、調査結果によると肺および胸膜の癌による死亡割合が、米国白人男性の死亡割合に基づいて算出された期待値に比較して有意に上昇していました。

国内では労働省産業医学総合研究所の神山氏の症例報告があります。それによると、秩父産のタルクにはアクチノライト(角閃石系のアスベスト)が含まれており、このタルクの粉碎作業に従事していた労働者に石綿肺が見られ、生検肺組織および肺胞洗浄液からアクチノライトが検出されています。

神山氏は、大阪府下のタイヤ製造工場に雇用されていた労働者の肺がん例も報告しています。この労働者はタイヤ製造工程においてタルクを打ち粉として使用していました。このタルクにはアクチノライトが含まれており、肺の剖検資料からもかなりの量のアクチノライトが検出されています。

タルク取り扱い労働者に注目を

大塚氏の胸膜中皮腫の診断に至るまで

市立堺病院・内科医師 大 成 功 一

大塚氏が原因不明の胸水で入院されたのは1990年1月5日である。このとき、胸膜中皮腫を一度は疑いながら、職業歴からアスベストやタルクの使用を確認することができず、診断をつけることができなかつた。そのため確定診断ができたのは第2回目の入院の91年7月になってからであった。1年半の診断の遅れに反省をこめて経過を振り返り、今後の教訓としたい。

◇ ◇ ◇

大阪のゴム工場労働者に発症した石綿肺、悪性中皮腫の労災認定に取り組む中で、国内でもアスベストによる健康障害を発症したタルク関連の労働者がすでに2例あること、また諸外国においても報告のあることがわかりました。

産業現場ではタルクは非常に細かい粉末で扱われることが多いので飛散しやすく、このため工場内のタルク粉じんの濃度は高いと思われます。この粉じんの中にアスベストが含まれているとすると、タルクを扱う労働者にアスベストによる健康障害が引き起こされても不思議ではないのです。表1に示すように、タルクは多くの産業で使用されています。造船や保温工などアスベストそのものを扱ってきた労働者と比較すると、タルク労働者のアスベスト暴露量は少ないと考えられますが、これまでアスベスト産業としてあまり考慮されてこなかった産業でもアスベスト暴露があることは注目する必要があります。特にアスベスト健診などで過去の職歴の調査の際にはこれらの産業も念頭におくこと、また今後、タルク労働者を対象とした疫学調査の実施なども望まれます。

■

大塚氏は内科初診の5年前、当院外科で胆石の手術を受けている。退院後、外科外来に定期的な通院を続けていた。89年12月末ごろより、急に階段を登るときなどに息苦しさを覚えるようになった。90年1月5日、外科受診時にそのことを訴え、胸部レントゲン撮影を受けると、右胸腔に中等度の胸水が認められた。そのため、内科紹介され、胸水の原因の精密検査のため即日入院となった。

胸腔にカテーテルを挿入し吸引排液すると、胸水600mlが排液された。できる限り排液したのち胸部断層写真を撮り、肺炎・肺結核・肺がんの特徴的な陰影があるかどうかを判定した。しかし、肺内に異常陰影は認められない。胸水を細菌培養、細胞診その他の検査に出すが、特異的な所見は見当たらない。このように通常検査で原因不明の胸水は主治医泣かせである。

次の段階で診断のためにとられる方法としては、生検針による胸膜生検か、抗結核剤の試験的投与(診断的治療と呼ばれ、投与して胸水が消失すれば結核性と考えられる)がある。このケースでは後者を選択し、1月13日から投与を開始した。

しかし、抗結核剤の投与にもかかわらず、胸水は2週間にわたって増え続けた。また、喀痰細胞診で一度だけだが、癌の疑いのある細胞が見つかった。追いかけるように嘔声が出現した。また、胸部CT、胸部断層写真で横隔膜に石灰化をとまなう細長い胸膜肥厚を数条認めた。これはアスベストーシス(石綿肺)の胸膜ブランクに酷似している。もしもアスベスト暴露歴が証明されれば胸膜中皮腫の可能性も考えられる。1月27日、中皮腫の時に上昇するといわれている胸水のヒアルロン酸測定をしている。思えばこの時期、正しい診断の一手手前にいたのだが。

しかし、胸水のヒアルロン酸は正常値であった。問診しても患者の職業は「ゴム工場勤務」であり、作業工程をくわしく調べてもアスベストを扱った形跡がない。主治医にとっては悪性腫瘍の疑いがありながら決め手に欠ける苦しい時期であった。家族への病状説明で開胸胸膜生検をする必要があるかもしれないと告げる。家族は生検には積極的ではなかったが、主治医が強く勧めれば了承されただろう。そのまま生検を強行してみればこの時診断がついたはずだ。ところが、皮肉にもこの時期に相次いだ次の2点が診断を中皮腫からそらす修飾因子だった。

第1に、このころから、胸水は減少をはじめ、消失した。抗結核剤で消失したからには結核性の可能性が高い。それなら、胸膜石灰化もブランクではなく、古い結核性胸膜炎の癒痕なのかもしれない。

第2に、それに追い打ちをかけるように、2月28日、嘔声で受診中の耳鼻科で喉頭がんが見つかった。嘔声と喀痰細胞診の結果はこれで説明がつく。病巣は小さいので治療としては放射線療法(リニアック)で根治可能である。

結局この時の入院では生検せず、「結核性胸膜炎+喉頭がん」を最終診断としてしまったのである。生検を行って中皮腫と診断したのは、1年半後、病状が悪化してからのことであった。悪性胸水も無治療で消失することもある。一つの癌が見つかったも、もうひとつ重複癌ということもある。初回入院で生検しなかったことが悔やまれる。臨床家として、もって銘すべし、であろう。

診断が確定してからあわてて安全センターに相談し、アスベスト暴露歴を洗い直すことになった。原因は思わぬところに潜んでいた。ゴム工場では製品がくっつかないように、タルクを「打ち粉」としてゴム表面にまぶす。この「打ち粉」を容疑アリとして疑ったのは安全センターである。「打ち粉」の成分をタルクと特定し、文献をあさって含まれるアスベストによる危険性を証明したのは別稿を書かれている熊谷さんである。私は一臨床医としては職業歴には注意をはらっているつもりであったが、作業工程に当事者さえ知らない落とし穴が潜んでいることを考慮していなかった。もし自分で「打ち粉」まで聞き出すことができても、アスベストしか念頭になかったのでタルクのことまでは思いつかなかつたかもしれない。安全センターとアスベスト対策大阪ネットワークの賜物である。

大塚氏は忍耐よく闘病生活を送られ、今年2月1日永眠された。御冥福を祈ります。

■

学際的な研究会の提言ふたつ

労災補償制度問題研究会編「労災があぶない—わたしたちの提言」

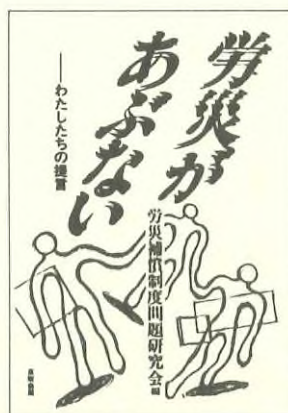
労働時間問題研究会編「労働時間短縮への提言」

今年は労働安全衛生法施行20周年に当たるが、20年目にして今通常国会では同法に「快適職場の実現促進」が盛り込まれた。

来年4月からの週40時間労働時間制実現に向けた労働基準法の見直し作業も進められているし(合わせて、労働契約法制面での全面的見直しも行おうという動きがあることも伝えられている)、認定基準の見直しも含めた労災補償制度の見直し作業も進行中だ。その他、育児休業法の制定や介護休業法の検討等々、まさに、労働関係法令の改正・新設のラッシュといった観がある。

縁があって、労働時間法制と労災補償制度の改革についての民間からの提言作成—しかも、法律の各分野の研究者や医師、弁護士等による学際的な研究会の事務局を担当してきた。本当に手弁当で参加された方々の共同研究のお手伝いをわずかながらでもできたことは、得難い経験となっている。

その一つが号の巻頭で紹介した労災補償制度問題研究会(代表・佐藤進日本女子大学教授—この春から立正大学の教授をなさっている—)の提言(東研出版から「労災があぶない—わたしたちの提言」1900円—が出版されている)。



たしたちの提言」1900円—が出版されている)。

もう一つは、労働時間問題研究会(代表・野沢浩神奈川大学教授—この春退官なさった—、中島通子弁護士、斉藤良夫中央大学教授、事務局長・高木郁朗日本女子大学教授)。

この研究会は、170名の研究者らが参加し、1986年2月から4回の公開研究会と3回のシンポ

ジウム等を行い、86年10月に「労働時間を本格的に短縮するために—労働時間問題研究会の提言—」をまとめている(同提言と世話人の論文を収録した「労働時間短縮への提言」第一書林、1300円が—87年1月に出版されている)。

ふたつの研究会のメンバーだった方々がその後も研究を深めた成果を発表されているのに接したり、「またあのような研究会をやってみたいですね」などと言われるたびに忸怩たる思いにかられる。せっかくわが国ではきわめてめずらしい学際的な研究成果がまとめられているのに、われわれは(自分は)それを生かしてきたのか、発展させてきたのかと焦るばかりだ。

提言が有効であるかどうか現場から検証し、問題を提起し、また、実現をめざす—言うは易く、実行は簡単ではないかも知れない。それができてこなかったために、残念なことながら、ふたつの提言はともに現在でも議論の出発点として有効であり、貴重なものだと思う。冒頭に述べたような状況の中で、大いに議論をまきおこすべき時期である。

■ (古谷杉郎)

労基署が被災者に無断で請求書類改ざん

東京●審査請求決定まで知らされず

東京東部労災職業病センター

亀戸労働基準監督署労災課が、被災者に無断で休業補償の請求用紙の医師証明欄を訂正して不支給決定を出していたことがわかった。

この発端は、6年前にさかのぼる。化学物質の暴露によって慢性肝炎になったKさんは、亀戸労基署に労災申請したが、業務外の決定を受けた。その後、審査請求に6年間の期間を要しながら、最終的に原処分庁の決定取消—業務上認定をかちとつた。

Kさんは、改めて休業補償の請求を行ったが、結果的に診療実日数分のみの一部支給しか認められなかった(休業した全期間のうち通院日だけ)。

休業補償請求用紙(様式第8号)の書類では、当時かかっていた関東労災病院の主治医が休業した期間全部について休業の必要性を証明していたにもかかわらず、亀戸労基署は、その医師から意見書をとったところ「退院直後から就労可能」との意見であり、退院後は通院日のみしか認められないという理由だった。

Kさんは、やむなくまたしても審査請求せざるを得なかった。

そして、本年3月に審査官の決定があり、退院後2週間のみ

全休を認めるが、それ以降はやはり診療実日数分のみとする決定を受けた。ところが、審査官の決定通知書の中には「そもそも休業補償の給付請求用紙の医師証明欄においても、診療実日数分のみの休業しか主治医は認めていない」と記載されていた。

Kさんは、当時自分が亀戸労基署に提出した請求用紙の写しを持っており、そこには確かに主治医は全部休業と証明していたので審査官に抗議したところ、審査官は気色ばんで亀戸労基署からあがってきた書類では、診療実日数分に訂正されていると強調。その場で確認したところ、確かに「全部休業」の記載が訂正され「診療実日数」となっており、主治医の印が押されていた。

亀戸労基署との二度にわたる交渉で、当時の担当官が主治医と面談し、請求人であるKさんに内緒でその箇所を訂正させていたことを確認したが、次長は「手続的には問題はない」と強弁している。こうした書類の改ざんを絶対に認めるわけにはいかない。

●化学物質で慢性肝炎に

Kさんは、東京都江東区にあ

る理化学試験所で、化学物質のクロロホルムやピリジンを使って、鉄鋼、鉍石の化学分析、材料試験、水質、土壌分析、大気、騒音測定業務に従事していた。1980年9月に会社の健診で肝機能の異常を指摘され、1982年4月の健診で肝障害として療養が必要と診断された。同年7月5日に関東労災病院を受診し慢性肝炎と診断されたため、療養をはじめ、8月2日から10月8日まで入院。この間の療養の費用を亀戸労基署に労災申請したところ、1984年5月に不支給(業務外)決定をされたため、審査請求を行った。

●6年ぶりに業務上の決定

審査請求では、東京労災病院のS医師の鑑定意見が決め手となり、化学物質の暴露によって肝機能が増悪したことが認められ、1988年8月に原処分庁の決定取消の決定を受けるに至った。発症から実に6年、審査請求をしてから約4年の期間を費やしてやっと業務上疾病として認められたわけだ。その間就労困難なKさんは会社から解雇され、極めて厳しい生活を送らざるを得なかった。

●休業補償がでてない!

やっと業務上と認められたものの、亀戸労基署の不親切な対応のため、入院当時の休業補償請求が出されていないことがわかり、一時は愕然としたが、健康保険の傷病手当金を受けていたことを理由として時効の中断を認めさせ、初診の1982年7月から1988年2月29日までを初回分とする休業補償給付の請求を1988年8月に行った。その際、様式第8号の書類には、関東労災病院の主治医Z医師が、診療実日数105日で療養のため労働することができなかつたと認められる期間を「全日」とする証明が書かれてあった。

●休業補償は診療実日数のみ

亀戸労基署は、改めて休業補償の請求に対して、主治医のZ医師からの医証をとり、1988年12月に診療実日数156日間分のみの支給を認めた一部不支給の決定を行った。つまり、入院期間中は全休だが退院して以降は通院日のみ休業を認めるという内容であった。その理由は、主治医の意見が退院直後から就労可能となっているためというものだった。それにしても、常識的にいって退院直後から働ける体であるとするのは納得できないところだ。事実、Kさんの肝機能の数値は依然高い値を示していた。納得できないKさんはまたしても亀戸労基署の不当な決定に審査請求せざるを得なかつた。

そもそも、主治医のZ医師は最初の業務外決定を受けた時の医証においても、明確に業務起因性を否定するという意見を述べており、再度同医師に休業が必要かどうかの意見を問えば必ずから回答は見えていたはず。関東労災病院のZ医師に不信感を抱いたKさんは、転医を決意した。

●労基署が医師証明欄を勝手に訂正

二度目の審査請求の決定が本年3月に出た。決定内容は、退院直後から2週間は全部休業を認めるが、それ以降はやはり通院日のみ妥当とするものだった。

ところが、問題は決定書の内容において、「同医師(Z医師)が証明した休業補償給付支給請求書(乙第4号証)の療養のため労働ができなかつたと認められる期間欄において、『昭和57年7月5日から昭和63年2月29日』までの全期間のうち診療実日数105日としている」と記載されていた。

そんなわけではない。亀戸労基署に提出して受理された請求書には確かにZ医師は「全休」と証明しており、手元に写しも残っている。審査官に事実の相違を指摘したところ、血相を変えて「そんなことはない」と気色ばみ、亀戸労基署から送られた書類の写しを見せた。そこには、確かに「全休」の箇所が二重線で消され診療実日数と付け加えられており、Z医師の訂正印が

押されていた。

明らかに、亀戸労基署の担当官がKさんに一言の断わりもなく、主治医に証明欄を訂正させていたことが発覚したのである。その事実を、審査官の決定ではじめて知ることができた。労基署の独断で請求人の書類が改ざんされていたのだ。

●許されない改ざん

そもそも休業補償給付請求書(様式第8号)は請求人の責任において内容を確認し、申請するもの。それを、勝手に労基署側の内部処理のために主治医の所まで行って訂正を迫るとは、重大な職務の逸脱行為であり、労災補償行政の根幹にかかわる問題である。こんなことが許されれば、請求人が提出し受理された請求書が、労基署の都合で勝手に書き換えられるといった事態が起こることも限らない。事実Kさんは、自分の提出した書類が勝手に訂正されていることを審査官の決定まで知らされずにいた。自らが請求人であるにもかかわらずである。

こうしたことを絶対に許すことはできない。しかし、二度にわたる亀戸労基署交渉では、次長自ら「手続に問題はなかつた」というばかりで、説明を求めると黙りを決め込むという全くひどい対応。

当センターとしても、亀戸労基署の書類改ざん事件は徹底的に追及する決意です。 ■ (東京東部労災職業病センター)

シルバー労災に不支給決定

大阪●「契約上は労働者でない」

シルバー人材センター会員Mさんの転落死亡事故に係る(92年1月号参照)遺族補償請求について、淀川労働基準監督署は、3月19日付けで不支給の決定を下した。

豊中市シルバー人材センターの会員であったMさんは、市立体育館の警備員として働いていた昨年1月、警備中に誤って高所から転落、死亡した。通常ならば問題なく労災と認められるところだが、シルバー人材センターの会員としての就業であったことから、労働者性が問題となった。

シルバー人材センターはあくまで委任、請負による臨時的、短期的な仕事を受注し、高齢者に配分するという趣旨で運営しており、Mさんの場合でも発注元の(株)大阪ビル管理の仕事が配分されたというわけだ。しかし、実態は、1回24時間勤務を月に9回こなし、1回あたり1万円の報酬という正規の従業員と全く変わらない条件となっていた。また、仕事上の指示は会社から受けており、事実上は労基法上の労働者であると言わざるを得ない。

しかし、今回の決定で淀川労基署は、シルバー人材センターが高齢者雇用安定法により認

可されている正規の機関であり、労働省通達上も「原則としてシルバー人材センター会員は労働者とみなされない」とされていることから、労働者に該当しないと判断した。そもそも使用者

の管理責任が問われるような仕事をやらせていた、シルバー人材センターやその監督官庁の責任が問われることもなく、契約だけを重視し、実態を無視した判断は全く不当としか言いようのないものだ。

決定を受けた遺族は、4月3日には大阪労災保険審査官に審査請求を行っている。 ■

(関西労働者安全センター)

常磐炭田高萩支部結成

茨城●次は十王町でもじん肺健診

3月8日、全国じん肺患者同盟高萩支部の結成総会が行われ、じん肺集団検診になってきた東京東部労災職業病センター、医師、弁護士、そして北茨城支部をはじめ、地元高萩市議会から議員、議長らが参加した。

常磐炭田でのじん肺検診が北茨城支部により広がる中、高萩からの受診者も増え、要療養のじん肺患者が掘り起こされてきた。これまで北茨城支部に所属しながら、地元高萩でのじん肺患者掘り起こしを検診実行委員会を作り積極的に進め、二度の



集団検診を実施してきた。この検診によって高萩出身のじん肺患者が組織されてきた。人数も増えてきて、北茨城支部と協議し、高萩支部を結成し活動していくこととなった。

じん肺検診活動の推進者であった北茨城支部支部長の阿部家治さんがなくなった直後でもあり、結成総会では阿部さんの遺志を引き継ぎ、じん肺被災者の

救済とじん肺根絶に向けて活動 5月には高萩支部としてその検
 していく決意が述べられた。 診に協力していくことが予定さ
 隣町である十王町でも、じん されている。 ■
 肺集団検診の気運が起こる中、 (東京東部労災職業病センター)

91年度出稼健診で262名受診

首都圏●ひろがった出稼医療ネットワーク



出稼労働者の数は1972年をピークに減少しているとはいえ、高齢化、過重労働、宿舍の劣悪さなどから健康破壊が懸念されている。

神奈川労災職業病センターでは、港町診療所に協力して出稼労働者の健康診断・健康相談活動を行っている。秋田県の市町村から委託を受けて行われているもので、今年で5年目になる。協力医療機関は、神奈川県勤労者医療生協の各診療所(港町、十条通り医院、横須賀中央診療所)と東京の亀戸ひまわり診療所を中心に組織的な連携がとられている。

第28回全国出稼者大会(東京)昨年夏に秋田の役場を回って、新規委託や建設業宿舍アンケートへの協力要請などを行い、8月19日より3日間全国出稼組合の調査活動に同行、青森県下北(佐井村)、津軽(五所川原市)の集会に参加した。

7月より、横井照彦医師が和歌山県の紀和病院から郷里に戻り、公立横手病院で勤務しており、今後、送り出し元とのより緊密な連携が期待されている。

91年度の出稼者健診は、13事業所と東京で行われた雄物川、十文字町の集会で実施、過去最高の262名(うち女性15名、昨年は259名)となった。事業所の内

訳は、建設業12(うち保線2)、製造業1。神奈川8、東京5となっている。

今年度の特徴は、①委託市町が1つ増え(神岡町)2市3町となった、②協力医師が新たに5名増え10名となった、③はじめて東京三多摩で実施した、④はじめて学生の協力を得るなどし、参加スタッフは総勢37名となった、などがあげられる。

2月9日、第28回全国出稼大会が東京で開催され、名取・横須賀中央診療所所長があいさつをした。翌日、労働、建設、農水の各省交渉が行われたが、労働省ではこれまでの交渉の成果として91年11月に「出稼労働者対策要綱」が出されており、今後「要綱」の周知徹底が求められている。

「県民のいのちとくらしを守る共同行動委員会」を通した神奈川県に対する要求では、継続となっている勉強会が11月27日(講師：天明港町診療所所長)、2月3日(講師：細谷全国出稼組合長)行われ、とりあえずリーフレットの作成が実現した。

秋田県出稼互助会がまとめた91年度出稼中の死亡者数が38名で、昨年より倍増している。この内20名が脳・心臓疾患によるもの。こうした出稼者がおかれている実態、わたしたちが取り組んだ健診結果については秋の農村医学会(秋田市)で発表することになっている。 ■

(神奈川労災職業病センター 小野 隆)

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 サンコーポ豊岡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)5210-7423
- (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