

過労死相談センター開設 契機に日韓共同セミナー

石綿、二硫化炭素中毒もテーマに

古谷杉郎

全国安全センター事務局長

1993年10月23～25日、ソウル市内の西江大学校付設産業問題研究所において、「第1回労働と健康に関する韓日共同セミナー」が開催された。主催は、韓国側が、労働と健康研究会、職業病研究所、及び源進職業病対策協議会の3団体で、日本側は全国労働安全衛生センター連絡会議。日本からは、原田正純(全国安全センター議長、熊本大学体質医学研究所助教授)、柳楽翼(大分県勤労者医療生協大分協和病院院長)、斎藤竜太(神奈川労災職業病センター理事長、神奈川県勤労者医療生協十条通り医院院長)、玉木一成(過労死弁護団全国連絡会議、弁護士)、田中誠(神奈川総合法律事務所、弁護士)、及び私や東京東部労災職業病センター、神奈川労災職業病センター、関西労働者安全センターのスタッフら総勢13名が参加した。

韓国の関係団体とは、1990年10月に香港で行われた第2回アジア地域労働安全衛生ワークショップ(安全センター情報91年1月号参照)や1992年10月にインドで行われた「産業被害と人権に関する

国際民衆法廷」(93年2月号参照)等を契機として、主に天明佳臣・全国安全センター副議長(労働者住民医療機関連絡会議議長)と原田議長を通じて連絡がとられていた。源進(ウォンジョン)レーヨンの二硫化炭素(CS₂)中毒問題についても、数年前から韓国を訪れた市民団体等から断片的な情報が寄せられたり、資料等の要請もしばしばあった。1991年末にはじめて原田議長が源進レーヨンを訪れ(92年2月号参照)、続いて源進職業病対策協議会の朴賢緒(パク・ヒョンソ)議長をはじめ医師・被災者ら4名が来日(熊本)、1993年3月に再度原田議長が訪韓する中で、一度代表団を送って顔をつき合わせた交流をしようという話は出ていた。

今回直接のきっかけとなったのは、8月に、労働と健康研究会の共同代表の李慶雨弁護士から、韓国で過労死相談センターの設立を計画していること、資料提供等についての協力の要請があったこと。それならば韓国に出かけて交流をともちかけたところ、わずか2か月足らずの間に韓国側が立



過労死相談センターの開設を発表・過労死弁護団のメンバーを紹介

派な共同セミナーの準備をしていただき、開催の運びとなった。今回の共同セミナーでは、①過労死、②アスベスト、③二硫化炭素中毒等、をとりあげることになり、過労死弁護団全国連絡会議にも声をかけて玉木一成弁護士も参加していただけることになった。

「第1回韓日労働と健康に関するセミナー」の日程は次のとおりだった。

第1回韓日共同セミナーの日程

●10月22日(金)

日本側代表団ソウル到着、西江大学産業問題研究所で打ち合わせ・日程確認(午後-夕方)

韓国側主催団体代表と懇親会(夜)

●10月23日(土)

【セミナー(1) 過労死】

司会：労働と健康研究会共同代表・金恩姫(キム・ウンヒ、看護士)

①【韓国】過労死の医学的考察

発表者：労働と健康研究会事務局長・趙定振(チョ・ジョンジン、家庭医学専門医)

②【日本】過労死とストレス社会

発表者：神奈川労災職業病センター理事長・斎藤竜太(医師)

③【日本】日本における過労死問題の経過と取り組み

発表者：過労死弁護団全国連絡会議・玉木一成(弁護士)

④【韓国】韓国における過労死の現状と問題点

発表者：労働と健康研究会共同代表・李慶雨(弁護士)

⑤【韓国】過労死相談センター開設発表

【セミナー(2) 石綿】

司会：職業病研究所所長・張任源(チャン・ジンウォン、中央大学校予防医学教室教授)

①【韓国】石綿取扱事業場労働者の石綿暴露実態
発表者：職業病研究所諮問委員・白南源(ベク

・ナムウォン、ソウル大学保健大学院
産業保健教室教授)

② [日本]: 石綿被害の掘り起こしと法
規制を求める取り組み

発表者: 全国労働安全衛生センター
連絡会議事務局長・古谷杉郎

●10月24日(日)

【セミナー(3) 二硫化炭素中毒】

司会: 源進職業病対策協議会幹事
・朴武永(パク・ムヨン)

① [韓国] 源進職業病の実態と問題点

発表者: 源進労働組合産業安全部長
・チェ・スギョン(?)

② [日本] 二硫化炭素中毒の実態とこれからの課
題

発表者: 全国労働安全衛生センター連絡会議
議長・原田正純(熊本大学体質医学研究所助教授)

③ [韓国] 二硫化炭素中毒の職業病認定制度上の
問題及び変遷過程

発表者: 産業保健総合センター設立推進委員長
・梁吉承(ヤン・ギルスン、医師)

④ 源進レーヨン職業病解決を促す韓日共同声明

【日本・全国安全センターの活動紹介】

発表者:

東京東部労災職業病センター事務局・鈴木明
関西労働者安全センター事務局・安藤慎吾

【関係団体訪問】

① 源進レーヨン労働組合(日本側代表団の一部)

●10月25日(月)

【関係団体訪問】

① 九老医院/② プロン歯科医院/③ 労働と健康研
究会/④ 職業病研究所

●10月26日(火) 日本側代表団帰国。

遅すぎた草の根の交流

セミナー開催に当たって、韓国側から源進職業



日韓共同セミナーが開催された西江大学

病対策協議会・朴賢緒議長(パク・ヒョンソ、漢陽
大学校人文大学史学科教授)と日本側から原田議
長が次のようなあいさつを述べた。

●朴賢緒「第1回目のセミナーとしては少し遅い
感じがあります。私は共同主催団体のひとつである
源進職業病問題対策協議会の議長をしています
が、例えば、原田議長とは一昨年からCS₂中毒
患者や労働者と交流がありました。

今回のセミナーで話し合われる、過労死、石綿、
CS₂中毒。他にも、振動病、じん肺の問題など
たくさんの課題があります。今日と明日の2日間の
討議で、単なる専門的知識の交流だけでなく、労
災職業病問題を解決する運動の具体的な盛りあが
りを期待します。こちらの準備不足でご迷惑をか
けることが多いと思いますが、どうか勘弁してく
ださい。とにかく2日間でよい成果をおさめて帰っ
て、お互いにもっと緊密に闘いましょう。」

●原田正純「私は、1991年11月にソウルに来て、
源進レーヨンのことを知りました。何年か前に二
硫化炭素中毒の勉強をしていましたので、関心を
持ったのですが、その原因が日本から来た機械だ
ということてたいへんショックを受けました。2つ
の国の交流というのは、例えば、政府間同士の交
流とか、学会一学者同士の交流だとかはあったは



西江大学の正門にも「第1回日韓共同セミナー」の横断幕

ずだと思えます。けれども、こういう事件が再び
繰り返されるということは、やはり、労働者を含
めた医学的交流がなかったからではないかと思
います。

私は、そのことがショックだったために、何と
かしてこういう交流が開かれなかったかと思っ
たので、それが実現してたいへんうれしいです。さ
きほど朴先生がおっしゃたように、遅すぎたかも
しませんが、今から第一歩を踏み出して長いお
付き合いをしたいと思います。

来てみて、横断幕があったり、ポスターがあっ
たり、素晴らしい資料ができていたりして、たい
へん恐縮しております。ありがとうございました。
2日間を実りあるものにしていただくことを願
いします。」

過労死相談センター開設を発表

今回の交流のきっかけとなった過労死について
は、韓国では後掲のように1993年5月6日付けで労
災認定基準が作られたという。報告でもふれられ
ているように、日本の認定基準と同様、発症前に
基礎病変を自然経過を超えて発症させるような業
務による過重負荷が認められた場合に労災認定の

対象になるということだが、発症前1週
間以内の業務に限定するというような
限定は一切ない。実は、1992年12月に、
駐日韓国大使館の労務官が全国安全セ
ンターの事務所を訪れている。「韓国で
も過労死が社会問題になってきている。
韓国労働部(労働省)から『過労死
先進国』である日本の資料を収集して
送れ」という指示が来たので、労働省
や労働団体等をまわっているという。
それなりの資料を提供したところ、続
いて今度は労働と健康研究会からの協
力要請がきたので、これは韓国でも過

労死問題が深刻化しているのだろうと了解したわ
けだが、私が渡した資料も認定基準作成の参考に
されたのだろうか。

初日の10月23日の「過労死」の発表と討論の後
に、韓国での過労死相談センターの開設が発表さ
れた。過労死相談センターが設置される健康と労
働研究会の共同代表の李慶雨弁護士が、次のよう
に趣旨説明を行った(25日に労働と健康研究会の
事務所を訪れたときには、すでに事務所の壁面に
研究会の名称と並んで過労死告発センターの文字
が設置されていた)。

なお、過労死相談センターの弁護人団と医療人
団が紹介されたが、ソウルでは10名の弁護士がお
り、全国的にも何人かの弁護士がこれから加わる
予定。医療人団は、自分のクリニックをもって働
いているため参加は少なかったが、ソウル大学の
法医学部の教授にも参加していただけることにな
ったとのこと。

●李慶雨「韓国でも日本でも、過労死が社会的
に深刻な問題になりつつあります。しかし、過労
死に対する国民的認識は足りない状態であり、む
しろ経済不況打開のために休日出勤、勤務時間の
延長、勤務時間の変形など、過労死の要因が増加
しつつあるのが実状です。労働者の健康は、産業

構造の変化と経済体制という名のもとに犠牲になっており、このような傾向が近い将来改善される様子はみられません。

一方で、労働者の健康は労働者自身が保護することが最も適切な対策であり、過労死が社会構造的な側面で発生するものであるならば、体系的、段階的な対応が必要な状況であると思います。また、過労死に対する労災認定、補償の面でも、行政は、硬直的な議論で、その認定範囲を非常に縮小しています。

このような点から、本相談センターは、被災者に対する相談・救助活動を通じて、被災者の権利を保護し、過労死に関する問題を体系的に解決するために開設されました。

本相談センターは、場所的にはソウルに開設されますが、相談等権利救済のための事件の処理が全国的に実施されるように、全国規模で過労死弁護団が現在構成されています。また、事件処理の諮問のために、諮問医療人団が構成されています。

本センターは、しばらくの間は、相談と権利救済に主な力を入れるつもりですが、これからは過労死の原因究明と対策活動を拡大する予定です。また、その活動には、諮問弁護人団と諮問医療人団の活躍が大いに期待されています。

今は小さい機能で始まりますが、本相談センターが、過労死を全国的に認識させるきっかけになり、過労死に対する救済と対策を促進することによって、労働者の健康を守る新しいバネになることを期待しています。」

これに対して、日本側から、過労死弁護団全国連絡会議と全国安全センター代表団を代表して、



労働と健康研究会事務所。研究会の名称の下に過労死相談センターの文字

玉木一成弁護士と斎藤竜太医師がそれぞれ祝辞を述べた。

●玉木一成「日本の過労死弁護団全国連絡会議代表幹事・岡村親宜のメッセージを代読します。

韓国に過労死相談窓口が開設されることを聞き、日本において過労死被害の救済とその根絶をめざして活動する過労死弁護団全国連絡会議は、心から祝意を表させていただきます。

日本においては、1988年6月に過労死被害の電話相談活動が始まりましたが、現在までに3,300件をこえる相談が、過労死に倒れた被災者・遺族から寄せられています。この間、内外の報道機関が繰り返しこの過労死問題を取り上げ、「KAROSHI」は世界に知られる言葉になってしまいました。過労死問題は、労働者が長時間過密労働をさせられることにより、生命と健康を奪われてしまう実態を明らかにしています。

韓国においても、過労死の被害が急増していると聞きました。本日開設された過労死相談窓口が、過労死被害の救済のため活躍されることを祈っています。過労死を根絶するため、日韓の両団体が協力し合い、ともに闘い、労働者の生命と健康が

守られることを切に希望しております。

過労死弁護団全国連絡会議代表幹事・岡村親宜
●斎藤竜太「日本の全国労働安全衛生センター連絡会議の代表団を代表して、今日の過労死相談センター開設に対するお祝いの言葉を申し上げます。まずはじめに、このようなたいへん意義深い相談センターの開設にあいさつをさせていただき光栄に思っております。

なぜ人は労働するのかと考えてみますと、たんに食べるため一衣食住のためだけではなく、自分たちの家庭生活、社会生活を、一言でいえば非常に豊富なものにする、よくするためにあるのだろうと思われま。労働というのは、人間の歴史の中で非常に大切なものであり、また、人間の本質に関係するものであろうと思っております。したがって、人間にとって、労働し過ぎて死ぬということなどはあってはならないことです。ですから、過労死というのは人間にとって最も恥ずべきことのひとつです。

李先生が言っておられたように、過労死相談センターが、過労死の実態を掘り起こし、また、それを告発して、世の働く人々、多くの人々にこれを知らせて、多くの人々の闘いによって過労死問題を解決していこうということは、非常に大きな意味があり、画期的なことだと思います。

私たちも、日本において過労死を絶滅させるために闘うつもりですが、今後ともお互いに情報を交換したり、お互いに助け合って共同してこの問題を解決していきたいと、心から思っています。ともに闘いましょう。」

韓国では過労死(脳・心臓疾患)の認定基準が1993年5月にできたばかりだから、この認定基準に基づく判断事例の集積はまさにこれからということになる。これまで韓国労働部で過労死に関するような統計データは全く整備してこなかった中で、既存のデータを苦勞して分析するなどして、貴重な韓国側の発表が行われた。しかし、労働部

の職業病統計と報告で紹介された国政監査資料との関係や認定基準ができる以前の「内科疾患」及び「成人病疾患」等の区分がどうなっているのか等、統計の読み方がよくわからなかったり、にわかには日本の状況と比較しかねる印象もある。交流の場での話でも「『過労』を証明することは比較的容易なのだが、病名を確定できない場合が問題だ」等の話を聞いたが、完全に問題意識を共有できてはいない。しかし、過労死労災裁判の勝訴率については、他の裁判と比べて勝訴率が高いと言われる日本で2割台なのに比べて、7割前後という韓国の数字は大きく上回っているのは明らかだ。今回、予防対策について十分議論ができなかったことも含めて、過労死相談センターの今後の活躍に期待しながら、引き続き交流を進めていきたい。

韓国ではじめての石綿肺がん認定

アスベストについて韓国側で発表された白南源(ベク・ナムウォン)氏は、ソウル大学保健大学院産業保健教室の教授で、アスベストについて専門に研究されている方。1992~1993年度に実施した石綿取扱事業場の暴露実態についての最新のデータとリアルな事業場のスライド写真等を紹介していただいた。

日本での取り組みの報告を担当した私は、アスベスト根絶ネットワークの協力を得て、韓国に進出している日本のアスベスト企業について調べていった。その結果、少なくとも、ニチアス(現地法人名・第一レックス)とユニオンアスベスト(現地法人名わからず)の2社があることがわかった。

発表の後の討議の中で、白南源教授は、張任源(チャン・ジンウォン)教授(中央大学校予防医学教室)と一緒に1971年に、馬山輸出自由公団の中の日本企業の石綿紡織工場を調査したことがあるとのこと。その会社がユニオンだったというのだが、そこは、非常にずさんな管理で、繊維でくもって

前が見えないくらいだったそう。その時の日本人社長は、50年前の資料を持ち出してきて、石綿は無害だと主張したという。

日本では作業環境測定法に基づく石綿の作業環境評価基準(管理濃度)は、クロシドライトが0.2繊維/cc、その他の石綿については2繊維/ccとなっている。韓国では、クロシドライトが0.2繊維/cc、アモサイトが0.5繊維/cc、クリソタイルが2繊維/ccの3区分になっているという。アモサイ

トの0.5繊維/ccは、日本石綿協会が1991年8月に発表した自主基準値と同じである(同自主基準では、クリソタイルは1繊維/cc、クロシドライトは輸入、製造、使用しないこと、とされている)。また、日本では、労働安全衛生法に基づく離職後の健康管理手帳の交付対象に石綿が含まれていないことが法の不備として指摘されているが、韓国では、石綿製造業で働く労働者は対象とされるが、石綿製品を取り扱う職場の労働者が対象とされていないことが問題になっているという話も出た。

さらに、最近、韓国ではじめてアスベスト暴露による肺がん(悪性中皮腫)が労災認定された事例があるという話をセミナーの期間中に聞いた。女性の事例だそうで、1993年10月8日付け東亜日報では、「石綿取扱い労働者肺がん死亡/国内初の「職業性がん」判定/労働部遺族に補償金3,500万ウォン支給」として、次のように報じている。また、ベンゼンを取り扱っていた労働者が白血病で死亡した事例も問題になっているようで、こちらの方はまだ業務との関係が確認されていないようだが、韓国でもこれから職業がんが重要な問題になってきそうだ。



白南源教授が紹介した紡織工場の石綿繊維がからみついた扇風機

「石綿を使用する特殊繊維製造業において、約20年間勤務し、最近死亡した労働者が韓国労働部から『石綿による職業性がん』との判定を受け災害補償を受けた事実が7日明らかになった。

石綿等発がん物質を使用する事業場において勤務したことのある労働者が、職業性がんにかかり労働災害申請を提出した事例は多くあるが、労働部が作業環境とがん発生の原因の因果関係を医学的に認定したことは今回が初めてである。

労働部によれば、慶南陽山郡の特殊繊維製造業種である第一化学において1974年から19年間パイプ材に使用される石綿を継続して取り扱う作業に従事し、今(1993)年8月4日に死亡したチョンボクナム氏(55歳、釜山東来区燕山洞)が、9月7日、労働部陽山地方労働事務所から石綿により発生するがんの一種である悪性中皮腫で死亡したとの判定を受けた。

チョン氏の遺族たちは、これにより9月18日、労働部に業務上災害による災害補償を要請し、3,500万ウォンの支給を受けた。

日本の場合、1984年までに職業性がんの判定を受けた労働者が780余名にのぼり、石綿による職

業性がんも75名に達している。

現在、国内には石綿を使用する事業場が42か所、労働者が1,200余名となっている。」

源進レーヨン職業問題解決に支援を

二硫化炭素中毒は、源進レーヨンの職業病問題として韓国での大きな社会問題となっていることから、ある意味では、韓国側がもっとも力を入れた課題のひとつ。日韓双方の患者を実際に診察した経験のある原田議長の報告と討論ができたことも今回のセミナーの成果のひとつ。討論では、暴露終了後の症状進行や発症に関して、大分協和病院の柳楽医師が、宮崎の土呂久、松尾鉦山の砒素中毒の経験を紹介し、その可能性が大きいことを訴えた。このセミナーは、日本における二硫化炭素中毒等の中毒問題を見直し、今後取り組みを行っていくためのよいきっかけになったと思う。

日本から輸入した東レで使用していた機械によって、労災認定されただけでも282名にものぼる中毒患者を出した源進レーヨンの問題は、1991年には、精密検診受診を待っていた労働者が「脳出血」で死亡し、労働部が職業病ではないと判定したことから、亡くなった労働者の遺体の棺を工場の正門前に安置して137日間に及ぶ座り込みの末会社から謝罪と補償を認めさせるなど、激しい闘争が展開されてきた(くわしくは安全センター情報92年2月号の原田議長の文章及び韓国側の報告一次号で紹介を参照されたい)。韓国で労災職業病問題がクローズアップされた1大契機であるばかりでなく、社会変革を求める人々にとってのある種のシンボルになっているという印象を受けた。

韓国についてから、セミナー初日の10月23日の午後ソウル市内の明洞(ミョンドン)聖堂前での「源進レーヨン職業病問題の解決を求める『決意大会』」とデモ行進が予定されていることを知った私たちは、たつての要望として申し出て、この行動

に日本側代表団の中から3名を参加させてもらった。源進レーヨンの廃業に伴い、①廃業以降に発生する職業病患者の問題、②源進職業病患者を治療する専門病院の建設、③職業病患者の早期発見・早期治療のための毎年の定期検診、④800余名の現職労働者の再就業保障、の4大要求を掲げ、年内の決着に向け非常体制を敷いている中で、今年に入ってから最大の規模の取り組みなのだという。

この行動の様子は次に紹介するが、デモ行進に対して政府は今年のはじめの大がかりな弾圧を加え、55名が逮捕、14名が負傷(頭を割られたと聞いた)するという事態になった。源進レーヨン労働組合の幹部たちにも拘引状発布の脅しを加えられているという状況の中で、翌10月24日午後予定していた日本側代表団の源進レーヨン労働組合訪問は困難になった。しかし、せめて工場をまわりからだけでも見たいなどの希望もあったため、日本側代表団の半分だけ車に分乗して源進レーヨンを訪問させていただいた。拘引の危険もある中で、黄東煥(ファン・ドンファン)労組委員長らが対応してくれた。

私はいずれにも参加していないため、参加した神奈川労災職業病センターの川本浩之さんの報告を紹介しよう。

●「決意大会」からデモへ

明洞(ミョンドン)聖堂へと続く坂道に、ぎっしり人が集まった。車が1台やと通ることのできる幅を残して、参加者は2,500名。労働者が、学生が、源進レーヨン職業病問題の解決を求めている。僕たち日本人3名も、通訳のKさんと一緒にその中に座った。Kさんは日本に出稼ぎに来て、労災にあった神奈川シティユニオンの組合員だ。ほんの10日前に帰国したばかり。

集会が始まった。源進レーヨン職業病対策協議会のバク・ヒョンソ議長(セミナー会場から一時かけつけた)が発言。年南北統一を祈願し、朝鮮民

主義人民共和国に行ったため逮捕され、先頃出獄したム・ニッカン牧師や1970年に「われわれ労働者は機械ではない」と叫び焼身決起したチョン・テイル氏の母親の姿も。これらの発言内容は、残念ながらわからないが、さかんに歌やかけ声が集会を盛りあげる。言葉がわからなくても退屈しない。

集会に案内してくれたRさんが言う。「どうも警察と衝突する可能性が高い。4時からのデモは行かない方が

いいんじゃないか」。Rさんの心配や、ごく普通の市民であるKさんへの配慮、仮につかまったり、ケガをしたときの労働組合その他にかかる迷惑などを考えれば、「じゃあやめておきます」と答えるのが賢明だったのかもしれない。けれども少なくとも僕は、ごくあたりまえのこととして、デモに参加するつもりになっていた。「参加しなければならない」なんて力んだわけではない。そもそもあれこれ考えるまでもなかった。

●催涙ガスの連射

デモ隊は繁華街を抜けてソウル市街に行く。大きな通り(鐘路、チョンノ)に出たところで、機動隊がデモ隊の横についた。若干のこぜりあいがある。平和的な行進を阻む警察に対峙形で、道路を完全に占拠するかたちになった。6車線完全に交通がストップ!バスもしばらく待っていたが、引き返した。学生が警察と対峙する。女子学生もけっこう参加しており、座って歌やかけ声を繰り返す。「源進レーヨン問題を解決せよ」。

やがて薄暗くなってきた頃、催涙弾が車から連射された。テレビで発射する側や発射するわきからのアングルで見たことがあるが、発射される側



源進レーヨン職業病問題解決を求める「決意集会」のデモ行進

から見たのは初めての経験だった。真っ白になる。僕たちは逃げた。おそらくこの時に、55名が逮捕され、この時を含めて計14名がケガをして病院に運ばれた。

目、鼻、ノドに強烈な痛みが襲ってくる。バラバラになった学生らに明洞聖堂に戻ると聞いたので、一緒に行くことにした。しかしRさんや労働者の姿は見あたらない。戻ることにした。

●源進レーヨン労組訪問

デモで弾圧を受けたため、源進レーヨン労組は日本からの「お客さん」の相手などしてられる状況ではなかった。朝の3時まで対策会議が続けられたらしい。そこを無理を言って、パク・ヒョンソ氏の車で源進レーヨン現地に向かった。

すでに警察から何度も出頭通知が届いている源進レーヨン労組委員長で非常対策委員会委員長のファンさん。とてもおちついた表情で僕達を迎えてくれた。「職業病で死ぬか、会社が潰れて失業して食えなくなるか、それを考えれば闘争で逮捕される事など何の苦勞でもない」と、言い切る。「この『源進新聞』(労組で発行している)をほとんど一人でつくっているんですよ」と紹介されたPさ

ん。最近の3号分を1部ずつまとめて、僕たち各々に配ってくれた。ママで誠実な人柄がその仕事から感じられる。そこへ集会で司会をしていた熱血漢Bさんが現れた。青年は、職場で権利主張を率直に行うため、1年ほど前に解雇されたそう。デモでも先頭に立ってがんばっていたので、逮捕されたのではと私は不安だったが、元氣そうな表情にこちらが元氣づけられた。

Pさんが閉鎖された工場を案内してくれた。今も皆が集まる組合の集会場、その隣の建屋に問題の二硫化炭素を使用するプラントがあった。構内に入り、車を降りたときからなんなおいがすると思っていたら、やっぱりこれだったのだ。半年近く前から使われていないにもかかわらず、ものすごいにおいがした。

ファン委員長らと握手をしてぼくらは工場を後にした。彼らの瞳に疲れだけではない半信半疑の表情を感じた。おそらくこれまで何度も日本から「交流」に来た労働者はたくさんいたのだ。しかし、今、彼ら、彼女ら(組合員の半数は女性)への日本人労働者の支援など皆無である。

昼間のヤン医師の発言を思い出した。ヤン医師は何度も繰り返した。「この二硫化炭素中毒問題はずっと続く。継続した取り組みが絶対に必要なのです」。

日本で使われていたプラントが古くなって、韓国の会社に売られてたくさんの職業病患者が発生した。日本での労災職業病への取り組み、いや取り組まれなかったことが、何の教訓も残すことなく、韓国への労災職業病輸出を生んだ。

やはり昼間の原田医師の講演が思い出された。彼自身、二硫化炭素中毒は日本では1960年代で終わったと考えていた。事実労働条件の改善によって、そして実は会社のもみ消しによって、二硫化炭素中毒は「消えた」。しかし…。

セミナー2日目には「源進レーヨン職業病解決を

促す韓日共同声明」を採択した。日本に戻ってからこれをしかるべきところへ届け、年内解決に向け、日本での緊急な取り組みを検討していたところ、11月10日付けで会社との合意書が締結されたという情報が伝わってきた。合意の内容は、①廃業慰労金5か月分の平均賃金の支給、②250万ウォンの就業対策費、③定期健康診断費125万ウォンの一括支給、④会社が150億ウォン余りの基金を出資して公益法人設立を推進、など(詳細は次号)。

しかし、労働者の廃業後の生活への不安に乗り、会社側に有利な内容を一方的におしつけたものという見解も強いようで、源進レーヨン職業病問題が終わったわけではけっしてないだろう。むこうにいたときにも、会社や政府に基金を出資させて公益法人を作り、現在の会社の施設の一部を利用して、病院施設を含んだ記念館のようなものを建設して今後の取り組みの拠点にしていきたいという抱負も聞かれた。源進レーヨン職業病問題の実情を日本でも広く知らせ、カンパや共同研究・検診等を通じて協力していきたい。ぜひご協力をお願いしたい(*カンパは、郵便振替口座「東京5-545940 全国安全センター」をご利用し、必ず、振込用紙の裏面備考欄に「源進レーヨン職業病支援カンパ」と記入してください)。

専門家の層に厚さに圧倒

セミナーには主催3団体のスタッフ・関係者を含め、弁護士、医師、歯科医師、研究者、作業環境測定士、看護師、薬剤士等の専門家たちのほか、労働政策研究所や各地の労働相談所のスタッフ、労働政策研究所や各地の労働相談所のスタッフ、病院労連、言論(マスコミ)労連、全国労働組合協議会、源進レーヨン、現代重工業や大宇等の労働組合関係者が参加していた。素直に驚いたのは、①労災職業病問題に取り組む人たちの中で女性が過半数以上(あるいはもっと)活躍していることと、②専門家の層の厚さである。

10月25日には、関係諸団体—九老医院、ブルン歯科、労働と健康研究会、職業病研究所の4団体—を訪問した。訪問した団体はいずれもソウル市南部の九老区にあり、4つの団体はお互いに緊密に連携をとりながら活動しているようだ。ここには九老工業団地があり、最盛期にはその周辺に約10万人の労働者が住んでいた。現在は約5万人に減少しているというが、いまでも、大きな工場だけでなく、中小零細工場も建ち並び、町並みは日本の下町の工場地帯といった趣きである。



九老医院の受付窓口

●九老(ク로우)医院

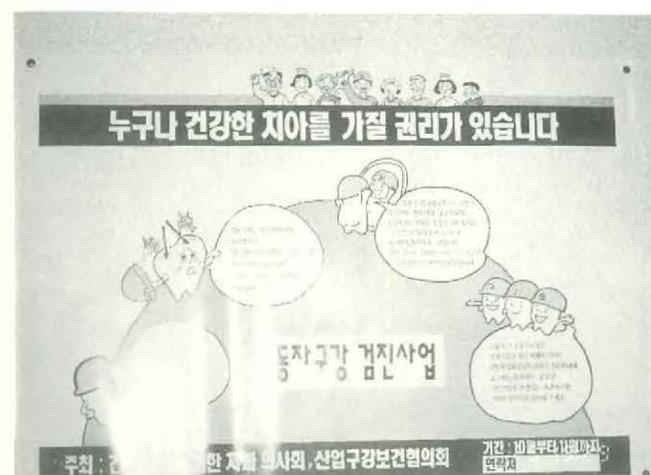
最初に訪れたのは「九老(ク로우)医院」。1986年に設立された労働者、地域住民のための医療を行う機関である。スタッフは、医師2名、看護士4名、レントゲン技師1名、臨床検査技師1名、相談員2名の計10名。待合室に入ると、韓国に働きに来てケガをしたエチオピア人労働者が友人に伴われて診察を待っていた。近くに外国人労働者のためのシェルターがあり、最近では月に15人くらいの外国人労働者が診療や相談に訪れているという。このことも含めて、施設の規模・雰囲気とも、港町診療所など神奈川のMF-MASH(外国人労働者健康互助会)の医療機関や東京の亀戸ひまわり診療所などと似たような印象。

院長の朴桂烈医師、作業環境測定士の李允根(イ・ユングン)さんから説明を受けた。医師2名はともに家庭医学専門医。セミナーで「過労死の医学的考察」について発表した労働と健康研究会事務局長の趙定振さんも家庭医学専門医だったが、日本では聞きなれない「家庭(医学専門)医」とは、内科、外科、小児科、産婦人科を含む2年間のコースを研修して得ることができる資格なのだそうだ。

九老医院は、開設当初から「相談室」をもっていたが、昨年「産業保健研究室」と名称を変更し、作業環境測定もできるように、人と機材の両面を拡充した。李さんはそのスタッフ。ちなみに朴院長は34歳で、李さんはもっと若い。この研究室では、九老工業団地で水銀、トルエン、トリクロルエチレン中毒等の掘り起こし活動を展開したほか、電子工業労働者の健康調査、事務職労働者のVDT(CAD)調査等の調査活動、印刷(新聞)労働者の職場や源進レーヨンの工場の作業環境測定等を行ってきている。

●ブルン歯科

続いて、ブルン歯科を訪れ、田東均(チョ・ドンギョン)院長から説明を受けた。1988年に、「労働者が気軽にかけられる歯科医院」をめざして開設され、現在は、歯科医師2名、看護士3名、相談員1名の計6名のスタッフ。九老医院の開設にも触発されて、「青年歯科医師会」(現在は「健康社会のための歯科医師会」と改称)が設立したもので、同じ名称(ブルン歯科)の歯科医院が、ソウル市内に4か所、他に全国で6か所あるのだという。なにせ、労働者の健康のために働こうという医師の数と同じくらい歯科医師がいるのだそうである(いずれも3



「健康社会のための歯科医師会」のポスター

桁レベルで)。別掲のような「健康社会のための歯科医師会」でつくったポスターも張られていた。歯の補綴には保険が適用されなかったが、労働組合員に割引するなどのサービスも行い、現在、このブルン歯科では、患者の90%が、九老工業団地の労働者だという。

労働者口腔検診事業を展開し、硫酸等による歯牙酸蝕(しがさんしょく)症をたくさんみつけ出した。歯牙酸蝕症は、昨年から労災認定の対象となり(日本でも歯牙酸蝕症の労災認定基準がある)、来年度からは砂糖による虫歯も業務上であれば認定するようになるという非公式な情報ももたらされているとのこと。源進レーヨン労働者の歯科検診も実施し、硫酸による酸蝕症や虫歯、歯周病等を見つけて治療にも当たっている。源進レーヨンでは、酸蝕症以外の歯科疾患も、会社に労災扱いさせることを認めさせたが、最近になって厳密に業務起因性が認められるものだけに狭めるようになってきたという。二硫化炭素等の口腔への影響については、現在も外国文献を取り寄せるなどして研究を続けている。

韓国では、採用時検診で歯科検診が義務づけられているとのこと。全ての労働者の採用時点での口腔の状況(虫歯や抜歯の有無、位置や歯周の状況

等)を記録しているわけだ(日本の労働安全衛生法規ではこのような規定はない)。田院長は、その後の定期検診では、歯牙酸蝕症を対象とした特殊健康診断以外には歯科検診が義務づけられていないことを改正させる必要性を訴えていた。

医院の中での診療だけにとどまらず、月に4回程度現場に行って歯科検診を実施。同様の取り組みを行っている歯科医師が3か月に一度集まって研究する「産業口腔保健協議会」の中心的な役割も担っている。この協議会には、

最近では大学の予防歯科教室の医師なども参加するようになってきており、将来的には学問的部門と、現場的部門に分化していこうという。

非常にアクティブに活動している印象を受けるとともに、これらの話にはおおいに刺激を受けた。

●職業病研究所

訪問の順序では最後だったのだが職業病研究所について紹介する。正式には「韓国労働保健職業病研究所」といい、1993年6月12日に開設されたばかりだ。22坪の事務所には事務室空間と相談室、作業環境測定室、実験室を備えて、週4日、一定の時間帯には医師も常駐する。実は、すでに3年間の準備を進めてきており、5億ウォン規模の「職業病研究所」と2.5億ウォン規模の「勤労者病院」を合わせて、総額7.5億ウォン規模の「産業保健総合センター」を建設する計画の半分が実現したところだというのだ。

行政機関や企業が建設したのではない。建設に参加したのは、労働と健康研究会、人道主義実践医師協議会、健康社会のための歯科医師会、健康社会のための薬剤士会、基督教青年医療人会、真の医療実現のための青年韓医師会、民主化のための全国教授協議会といった民間の専門家団体と、

全国建設労働組合連盟、全国病院労働組合連盟、全国専門技術労働組合連盟、全国労働組合協議会、現代グループ労働組合総連合、産業災害労働者協議会、勤労人権会館といった労働者団体である。これを受けて「やられた」と思った。日本でこのような民間の研究所を建設できる日はいつくるだろうか。

職業病研究所では、所長の張任源(チャン・ジンウォン)中央大学校予防医学教室教授以下、研究所のスタッフと産業保健総合センター設立推進委員の方々が出迎え、記念のメダ

ルもいただいた。セミナーで「二硫化炭素中毒の職業病認定制度上の問題及び変遷過程」について発表した梁吉承(ヤン・ギルスン)医師は、労働と健康研究会設立の中心人物であると同時に、この産業保健総合センターの設立推進委員長だ。研究所のスタッフは、常勤研究員として、作業環境測定士の張淳文(チャン・スンムン)さんと看護師の韓京南(ハン・キョンナム、女性)さんの2名、非常勤研究員として、朴桂烈医師と李允根作業環境測定士の2名(ともに九老医院のスタッフ)。相談医として、張任源所長(予防医)、朴桂烈九老医院院長(家庭医)、梁吉承医師(一般医)の3名が、交替で相談日に詰める。他に諮問委員に、白道明(産業医学)、白南源(産業衛生、セミナーでアスベストについて発表された)、李元英(法曹界)、金貞順(産業疫学)の各氏が就任している。

職業病研究所の機能については、次のように説明を受けた。

① 作業環境測定

騒音、振動、粉じん、重金属(鉛、クロム、水銀等)、有機溶剤(ベンゼン、トルエン)、有害光線(紫外線)、高熱、その他有害物質などの作業環境測定



セミナーを支えてくれた女性たち(西江大学産業問題研究所前)

② 職業病・疫学調査

騒音性難聴、振動障害、じん肺症、職業性腰痛、重金属中毒、有機溶剤中毒、疫学調査

③ 作業環境管理相談

騒音、粉じん、有機溶剤、重金属等各種有害物質発生工程の作業環境改善、換気装置設置、保護具管理等の作業環境管理

④ 職業病の専門医相談

業務上疾病(職業病)及び労働災害の業務関連性、治療方法、療養、死後補償等の専門医師による相談

⑤ 作業環境管理教育

作業環境測定及び分析方法、作業環境改善、保護具管理等専門的な作業環境測定及び管理教育

測定についていえば、重金属以外の測定は可能な設備・機器はすでに用意しており、研究所だけでできない課題については、張任源所長や白南源教授等の大学の研究室と協力して実施するという。研究所の具体的な活動はこれからだが、年内に高速道路の料金所の作業環境・健康調査を開始し、来年には大宇造船所労働者のじん肺、騒音性難聴等の調査などを実施する予定が決まっているという。



労働と健康研究会の事務所で交流(正面を向いている右側が金恩姫さん)

女性が活躍—韓国の労働安全衛生

●労働と健康研究会

職業病研究所の前に訪問したのが「労働と健康研究会」。事務所のビルの壁には、すでに「労働と健康研究会」の文字と並んで「過労死相談センター」の文字が設置されていた。共同代表の李慶雨(イ・ギョンウ)弁護士と金恩姫(キム・ウンヒ)さんをはじめスタッフの皆さんには、セミナーで最初から最後までお世話になった。労災職業病・安全衛生問題に取り組むローカルグループが8つあり、その全国連絡組織的な役割も果たしているようだ。訪問団体の中でもっとも全国及び各地の安全センターと似た活動を行っている団体だ。

6名の専従スタッフを擁しているが、共同代表の金恩姫さん以下全員が女性。そして、金恩姫さんを含め看護師2名、薬剤師3名と学生アルバイト1名という専門家集団。この日も、労働現場に出かけているスタッフもいた。非専従だが、セミナーで「過労死の医学的考察」について発表した研究会事務局長の張定振(チョ・ジョンジン)医師も女性

だ。ちなみに職業病研究所で産業保健総合センター推進委員として参加していた労働組合関係者—全国病院労働組合連盟と全国労働組合協議会の各産業安全部長も女性だった(韓国の労働組合では、役員にかなり女性が進出しているのかと聞いたら「そんなことはない」とのことだった)。

どうせこのような言い訳を書くはめになるのだからとそれなりの努力はしたものの、結局、男ばかりとなった日本側代表団としては恥ずかしいかぎり。たびたびの懇親の機会に、言わずもがなの「なぜ(どうしたら)労災

職業病、安全衛生問題の分野で女性が活躍しているのか」と聞いた。あるときの答えは、「学校で看護師、薬剤師あるいは医師等の専門家になるための勉強を続ける一方で、社会問題にめざめ、卒業後も労働者や住民の健康問題に関心をもって活動する女性がたくさん生まれている」、「女性だと賃金が相対的に安くてすむという面もある!」などの答えが返ってきた。ただし、これは男性(梁吉承医師)の見解(「賃金が安くてすむ」という点は女性陣も肯定していたが)。

訪問時の質問も、ファイナンス(財政はどうなっているのか)等、ぶしつけな組織運営にかかわるような話を中心に盛り上がった(労働組合が研究会に対して感謝状や記念品を贈っているのをみつけて、これはぜひ写真をとって日本の関係労働組合にみせようとか)。

急にトーンの違う報告になってしまったが、労働と健康研究会の活動内容については別掲の紹介記事を参照してほしい。いずれにしろ、労働と健康研究会をはじめ韓国の関係団体と、今回の顔を付き合わせた交流をきっかけに、息の長いつきあいにしていきたいと考えている。

(以下に韓国側の発表内容を紹介)



韓国・労働と健康研究会の紹介

1 背景

韓国の労働条件は劣悪で、平均すると1日につき7人もの労働者が労働災害で命を落としていることになるほどです。にもかかわらず、政府や事業主は「産業化により経済成長を達成し国家としての生き残りを図る」として、低労働条件を顧みようとしていません。そこで、地域を基盤とした力でこのような誤った行いを修正しようという要求が持ち上がりました。このような状況から、1988年に、私たちの研究会は作られました。

2 目的

私たちの組織は、労働災害と職業病の根絶をめざしています。私たちは、労働者の健康と安全を保障する健全な産業社会の建設をめざしています。私たちは、労働現場の実態を調査し、健康に対する危険が広がっていることの深刻さを宣伝し、労働者が自らの健康を守るための行動を支援します。これら全ては、労働者の生活が十全なものとなることをめざしています。

3 組織構成

私たちの組織には、3つの決定機関があります。総会(年1回)、事務局会議(隔週)、スタッフ・ミーティング(週1回)。総会では活動計画と予算案を採択し、年間報告を行い、組織代表者を選出します。事務局会議では、活動内容とプログラムを統轄します。スタッフ・ミーティングは、日々の事例について議論を行います。事務局は、4つの部門(教育、研究、広報、一般)と対策委員会(Joint Action Committee)からなっています。

私たちの組織は、100人以上の構成員を持ち、医療関係者(医師、看護婦、薬剤師、traditional

doctor—韓医師、物理療法士)、弁護士、労働相談者などを含みます。彼らは皆、自分の職を持っており、職場での継続的な実践を通じて労働者の健康維持に努めています。また、私たちの組織は、6人の専従スタッフを抱えています。

4 活動

1) 調査・研究

労働現場における危険要素の分析および労働者の健康状態の実態調査が含まれます。例えば、作業条件・作業態様や労災職業病の実態等についての調査研究。労働者の健康管理に関する最近の法制度についての研究と、代替政策の提案など。

<主要プロジェクト>

a. 労災職業病の調査

- ・金属労働者のトリクロロエチレン中毒調査(1989)
- ・産業衛生管理についての労働者の意識調査(1989)
- ・「現代自動車」の労働条件調査(1990)
- ・小規模縫製工場女性労働者の母性保護についての実態調査(1990)
- ・女性事務職におけるVDT症候群の調査(1990)
- ・重大産業災害の実態調査(1991)
- ・「現代重工業」の労働条件調査(1991)
- ・作業環境被害のサンプリング調査(1992)
- b. 労働者の健康管理に関する法制度の研究
- ・労働安全衛生法の改正要求(1990)
- ・諸外国における産業衛生管理システムについての研究(1990)
- ・労働者の健康管理についての労使協定の分析(1990)

・ industrial accidentsとmajor disastersの局面の変化に関する研究(1991)

・ ILO基準と国内法との比較研究(1991)

2) 教育

組合のリーダーと産業衛生管理者に対する教育を行っています。安全衛生に関する知識の必要性を喚起し、加えて、労災職業病の根絶に向けて必要な知識を広めます。

<主要プロジェクト>

a. 労働組合リーダーの教育

- ・金属労組の協力による労働組合リーダーに対する産業衛生管理教育(1989)
- ・労働と健康研究会主催による労働組合リーダーに対する産業衛生管理教育(1990,91)
- ・Korean Trade Union Congressの主催による労働組合リーダーに対する産業衛生管理教育

b. 労災職業病の根絶のための衛生管理専門家養成の共同トレーニング(1989~92)

- c. 労働組合、労働者の夜間学校、周辺組織からの要望による労働安全衛生教育

3) 広報活動

労働者や、一般の人々、医療関係者に対する労災職業病の深刻さの宣伝

パンフレット、スライド、ビデオ等多様な広報メディアの製作

<主要プロジェクト>

a. 出版

- ・「労働と健康」(隔月刊の機関紙)
- ・「労働災害と職業病」(1989)
- ・「解説・労働安全衛生法」(1991)
- ・「労働者の健康のための社会保障」(1991)
- ・シリーズ産業衛生管理/No1-10

b. その他の広報メディア

スライド:「労災職業病を根絶する日まで」

写真資料:労働災害と職業病

ビデオ:「職業病王国—源進レーヨンのケース」

c. 労災職業病を根絶するための組合と医療関係者との共同キャンペーン(1990,91,92年の1月)

4) 労災相談

労災職業病の認定と補償を勝ち取るための相談と行動。

<主要プロジェクト>

a. 源進レーヨン職業病対策協議会への参加(1988-)

b. 若年労働者ソン・ミョンムン氏の水銀中毒死の真相究明活動(1988)

c. 労働安全衛生法改正要求運動(1989)

d. 労働者の健康のための活動グループとの連帯:地域の活動グループの代表者会議を3か月に1回開催

e. 健康管理組織(医療機関)との連帯:産業衛生管理部門の代表者会議を月1回開催

f. 産業保健総合センターの建設に参加

5. 総括と今後

私たちの活動により、労災職業病の深刻さに対する社会的な関心は広まってきました。労働組合は徐々に産業衛生部署を設置してきていますし、地域レベルでの産業衛生部門の協議会もはじまっています。ここ2、3年、地域に医療関係者の産業衛生組織が設立されています。釜山、馬山、Changwong、大丘、光州等にありま。一般の衛生(医療)機関にも、労働衛生部門が作られ、積極的に活動しています。このような情勢の発展に、私たちは勇気づけられていますが、それで満足しているわけではありません。私たちは、労働者の十全な生活が達成されるまで、活動を進めていきます。



韓国の過労死の医学的考察

趙定振

韓国：労働と健康研究会事務局長
(チョ・ジョンジン、家庭医学専門医)

1 韓国における過労死の認定基準

一部の生産職労働者がこれまでに業務による過重負荷によって死亡したりする事例があり、マスコミでも報道され、韓国でも社会的関心が高まっているところ。過労死の用語は、日本ではじまると承知していますが、韓国では、過労死という言葉が公式に定義されたりしたことはまだありません。

医学的観点から過労死をどのように定義できるかについて説明したいと思います。今年5月6日に、韓国労働部(労働省)で過労死に関する認定基準を作りました。それ以前は、公式な過労死の用語などはなかったのですが、裁判などの中では、過労死と思われるような事例はいくつかありました。

認定基準の内容は別掲(25頁参照)のとおりですが、日本の認定基準とほとんど同じような内容です。簡単に言えば、労働者が、脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症、一次性心停止、狭心症、心筋梗塞症に罹患した場合に、それが業務によって、自然経過を超えるようなかたちで病気が進行した場合を過労死と認定するというので

す。日本の認定基準と少し違うのは、日本では発症前1週間の業務に限定するという規定がありますが、期間の限定はありません。

2 過労死の医学的規定

医学的に過労(業務過重、疲労の蓄積及びストレス)によって既存の疾病の経過過程が増悪されるか、また、症状の発言を誘発して死亡に至らしめるような状態とはどのようなものでしょうか。

(1) 病態生理的考察及び文献考察でみた「過労が身体に及ぼす影響」

過労が身体に及ぼす影響については、いろいろな分析がありますが、教科書に載っているストレスと身体の関係や他の論文を取り上げながら説明をします。

ストレスがどのように血圧を高めるかについては、カテコールアミンとか副腎皮質ホルモンを通じて血圧を上げることが教科書等にも書かれています(図は省略)。高血圧とストレスの関係がこのように明らかになったことから、高血圧の治療の原則として、薬物使用とともにストレス解消が第



労働と健康研究会事務局長・趙定振医師

一とされているわけです。ストレスは、高血圧以外にも動脈硬化性の変化の主要原因のひとつであることもわかっています。

高血圧や動脈硬化は言わば基礎病変であり、ストレスがこれにどのように作用して、過労死を引き起こすのかということになります。教科書の中には、虚血性心疾患(の発現及び突然死の誘発)とストレスとの関連はあるという臨床的印象を与えていると書かれています。しかしながら、職業とか他の状況的要因と虚血性心疾患の発病率の間の因果関係を明らかにするまでにはまだ至っていません。そのことがいろいろな論難の要因となっており、個人差があることも業務上認定をめぐる問題のひとつです。しかし、関連性についてはいろいろな報告があり、突然の心臓死は、自律神経、交感神経系の刺激を伴うことが知られている環境や状態と関連があるとか、関連性の存在については認められています。

ストレスが多くなれば喫煙量も多くなる傾向がありますが、(ストレス以外にも)喫煙も動脈硬化の3大要因のひとつであることが知られており、虚血性心疾患を高めるひとつの要因であると教科書も書いていますし、脳血管疾患の場合にも、高血

圧と動脈硬化性変化が主要な原因として書かれているところ。これまでに、ストレスと高血圧の関連性、高血圧と動脈硬化の関連性、また、ストレスと動脈硬化の関連性は認められているということです。

(2) 疾病と過労との因果関係の評価

従来、職業病だけが問題とされてきましたが、現在では、職業病と職業関連性疾患が問題とされるようになってきました。有害因子が業務に特定に存在して、業務に従事することによって独特にあらわれる疾病が職業病—例えば重金属中毒とか—ですが、それ以外の業務に関連する疾病も職業関連性疾患なり WORK RELATED DISEASE とされています。いろいろな言い方をしますが、今日は職業関連性疾患として話させていただきます。

一般疾患としても発生しているけれども、業務が疾病発生の部分的役割をしたり、職業により悪化される疾病を、まとめて職業関連性疾患と言えらると思います。

職業関連性疾患については、次のような関係を規定することができます。

- ① 特定要因が疾病の主要因果要因のひとつとして作用している場合
- ② 特定要因が疾病の主要因果要因ではなく、種々の要因のひとつとして作用する場合
- ③ 特定要因が疾病の直接因果要因であるかどうかは確実ではなく、他の要因を悪化させたり、悪化しやすくさせたりする場合
- ④ 特定要因が疾病の因果要因ではなく、関連がある場合

職業病のように特定業務で特定疾患が発生すれば、因果関係を確かめるのは比較的容易ですが、職業関連性疾患—例えば、VD T障害や腰痛のような筋・骨格系疾患の場合—には、因果関係を知ることが容易ではありません。

過労死の場合、②の種々の要因のひとつである

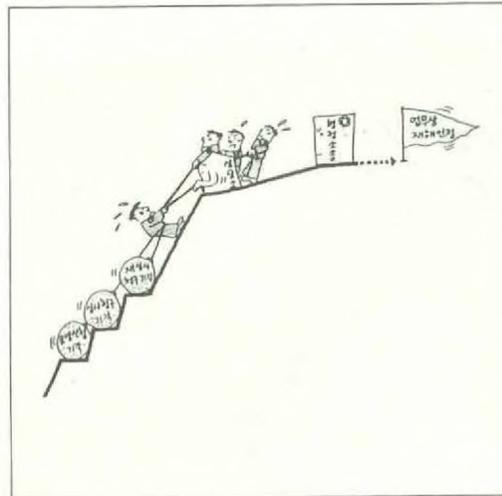
とか、③の直接因果要因であるかどうかは確かではないが他の要因を悪化させるとか、悪化しやすくさせる場合に該当すると思います。③の場合には、特に因果関係を確かめるのが容易ではありません。同じ過労にしても、人体に及ぼす影響は人により異なりますから、過労が身体にどのように影響するかを評価するのはむずかしいわけです。

例えば、ストレスと高血圧は①の主要因果関係とみることができ、ストレスと動脈硬化はいろいろな要因のひとつと見ることができますが、ストレスと虚血性心疾患の場合はどのような因果関係をもつかを、次の表で現わしています。

ストレス—高血圧	①の関係
ストレス—動脈硬化性変化	②
ストレス—虚血性心疾患の発現	②または③
ストレス—脳出血の発現	②または③
ストレス—脳梗塞の発現	③
高血圧—動脈硬化性変化	①
高血圧—脳梗塞の発現	②
高血圧—虚血性心疾患の発現	①
高血圧—脳出血の発現	①
動脈硬化性変化—脳出血の発現	②または③
動脈硬化性変化—梗塞の発現	①
動脈硬化性変化—虚血性心疾患の発現	①または②

韓国の過労死の認定基準は、前述のように、日本の基準をだいたいそのままもってきたものですが、いま韓国では、もう少し詳細にどのような因果関係を持つかという検討を、韓国の大学でプロジェクトを設けて進めているところです。

韓国ではまさに議論がはじまったところですので、医療界である程度共感を得られるような論議を進めたいと思っています。因果関係の程度は異なりますが、ストレスと高血圧、動脈硬化、虚血性心疾患については因果関係があると言えると思



過労死相談センターのパンフレットから

います。過労と因果関係を結びつけることができる範囲としては、例えば、虚血性心疾患、狭心症、心筋梗塞、解離性大動脈瘤、脳出血、脳梗塞、高血圧性脳症、くも膜下出血、一次性心停止などが入るのではないかと考えています。

(3) 過労死の定義と過労死判定時の問題

過労死の医学的概念規定をしながら、実際の判定時にどのような問題があり得るかについて述べます。

過労死の医学的概念としては、過労と疾病の間に因果関係がある疾病によって突然死した場合であって、時間的に先行した業務上の過重負荷が認められるときに、過労死と言えるのではないかと考えています。

韓国の認定基準では、自然経過を超えて過重負荷が業務によってもたらされたということが医学的に認められるときに過労死と認定されるというわけですが、医学的にそれを判定することは困難です。先ほどあげた疾病が過労によって死亡することはある程度明らかであるのだから、医学的規定ではなく社会的規定というか社会的概念によって、過労によって悪化したなどの評価ができれば

過労死と認定できるのではないのでしょうか。

過労死判定時の医学的問題点は3つあげられます。まず第1点目は、疾病が業務によって自然経過を超えて悪化したということ、医学的に判定できるのかどうかということです。個人個人が、過労がなかったとしたら自然経過によってどのようなコースをたどるかということの判定自体もむずかしいからです。ですから、医学的判断ではなくて、社会的にある程度評価することが、より重要な判断基準になると思います。量の多い過労があった場合もあれば、量は少ないが長期間にわたる場合もあるわけで、そのような区分も必要ではないかと思っています。

第2点目は、突然死の場合、過労が認められればすべて過労死になれるのかということです。韓国での相談事例で多いのは、基礎疾患を持っていない人が突然死するケースです。突然死とは、心臓疾患を持っているかもわからない個人が、全然予期できなかったにもかかわらず、症状が表われてから1時間以内に急速な心停止による自然死することと定義されています。アメリカでは突然死というと心臓疾患が多いようですが、韓国では、心臓の突然死もあれば、脳の突然死もあり、その他の突然死もあると思うのですが、それらを考慮しなければならぬと思います。

過労死と関連のある状態は、構造的(structural)な要因と機能的(functional)な要因とにわか

れています。この構造的な要因を判別することなしに突然死を過労死の範囲に入れることはできないのではないかと考えています。合理的な基礎疾患があるか、もしくは、死亡後の解剖によって確認する必要があると思います。

第3点目は、過労をどのように計量化することができるのかということです。ただし、トルエン等の有害物質の場合でも計量化にむずかしい面があるのも現実ですから、計量化する努力の一方で、社会的規定—既存業務量と比較して相対的に労働時間と業務量が増加したかどうかというような社会的規定を検討することも、もうひとつの大事な点だと思っています。

3 韓国における脳血管疾患または動脈硬化性心疾患による死亡率

韓国では、循環器系疾患による死亡率が全体の30%を超えています。すなわち、80年—33%、85年—31.1%、90年—30.0%で、死亡原因の第1位です。また、55歳以上では死亡原因の第1位ですが、54歳以下ではがんが死亡原因の第1位で、循環器系疾患が第2位になっています。

4 韓国における過労死の特徴

韓国における過労死の特徴について述べます。

表1 内科疾患事故中疾患別分析

疾患年度	脳疾患			心臓疾患					肝疾患		その他	不詳	計
	脳出血	脳卒中	脳梗塞	心不全	心梗	筋梗	動脈硬化	心臓機能停止	心臓麻痺	肝炎			
1990	68	17 (55.5%)	21	7	29	4 (29.8%)	8	13	14	2	11	23	191
1991	69	14 (51.7%)	21	7	36	4 (31.3%)	11	5	17	2	12	21	201
1992	36	16 (32.0%)	9	5	39	1 (41.2%)	11	12	21	6	10	22	165

(上記資料は公式的資料ではなく、公務員年金管理団において保管中の資料を分析した)

表2 年齢別分布

疾患	脳		心臓疾患	
	90年度	91年度	90年度	91年度
30-39歳	7%	9%	14%	12%
40-49歳	28	20	31	25
50-59歳	53	30	55	54
60歳以上	10	9	0	5

表3 全体死亡者及び高血圧等成人病による
労災死亡者の比率

年度別	全体死亡数	成人病死亡数	比率(%)
計	8,364	913	10.9
1990	2,236	203	9.1
1991	2,299	244	10.6
1992	2,429	297	12.2
1993	1,400	169	12.1

(1993年 国政監査資料)

表1は、直接過労死に関する資料ではないのですが、公務員の公務上災害として認定された事例を分析したものです。これによると、心臓疾患が全体に占める割合が、90年度の29.8%から92年度の41.2%へと年々増えていることがわかります。表2は、年齢別に区分したのですが、40歳代から50歳代で多いことがわかります。

表3によると、循環器疾患による死亡率は少しずつ減少しているのですが、労災死亡者の中で労災として認定された動脈硬化性の疾患の比重が増加していることを示しています。その比率が、90年度の9.1%から92年度12.1%へと増加しています。

5 今後の医学的課題

最後に、これからの過労死に関する医学的課題について、以下の4点をあげたいと思います。
第1に、過労の計量化

第2に、過労による疾病発生に関する明確な医学的研究・分析

第3に、脳血管疾患による突然死と過労に関する研究・調査

第4に、韓国における過労による突然死等の実態調査

問題は、例えば、韓国では頸肩腕障害は職業病として認められているのですが、現実の問題としては、医師が痛み等が労働によるものであることは認めても、頸肩腕障害という診断名を書くことが容易ではないのが実状です。それと同様に、心臓疾患や脳血管疾患の場合も、ストレスと関係のあることは、医師であればだれでも認めていても、過労による死亡であると診断することは、まだ医学界の中で共感をもつには至っていません。

ですから、先にも言ったように医学的に確定するのではなく社会的に規定することが大事ではないかと思ひますし、因果関係の①～④の区分について述べたときの②と③の因果関係の場合にもそれを過労死として認定する必要があると考えています。それによって、過労死の予防、具体的には労働時間の短縮とか労働環境とか休息等の問題を改善していくことができるのではないかと思ひています。

ストレスとの関係は、心臓、冠状動脈疾患の場合にはかなり明確ですし、脳血管疾患の場合にはそれよりは明確ではありませんが、韓国の実状では、心臓、冠状動脈疾患による死亡よりも脳血管疾患による死亡の方が多いため、ストレスと脳血管疾患との間の関係をもう少し明確にしていく必要があります。

このような議論を通じて、医学的な共感を呼び起こすことができることを希望し、今から実態調査ができればと思っています。



*編集部注：通訳された報告と韓国語のテキストをもとに文章を整理したものです。

韓国の労働災害・職業病統計

表1 韓国：年度別労働災害発生状況

区分 年度	適用作 業場数	適用労働者数			災害件数 (件)	災害者数					災害 発生率 %	
		計	常雇	日雇		総計	死亡	身体障害者				負傷
								計	1-3級	4-14級		
1970	5,588	779,053	779,053	-	35,389	37,752	639	1,198	90	1,108	35,915	4.9
1971	7,799	833,441	833,441	-	43,090	44,545	963	1,146	83	1,063	42,706	5.4
1972	9,375	1,077,632	987,856	89,776	45,673	46,603	658	2,993	215	2,778	42,952	4.5
1973	13,924	1,319,501	1,166,650	152,851	58,485	59,367	840	3,368	78	3,290	55,159	4.5
1974	17,551	1,517,787	1,353,167	164,620	68,864	70,142	845	5,025	103	4,922	64,272	4.6
1975	21,369	1,836,209	1,603,354	232,855	79,819	80,570	1,006	6,490	114	6,376	73,074	4.4
1976	28,445	2,269,796	1,970,611	299,185	94,847	95,289	887	7,804	104	7,700	86,598	4.2
1977	38,829	2,646,542	2,183,763	462,779	117,077	118,011	1,174	11,336	136	11,200	105,501	4.5
1978	49,957	3,105,757	2,465,542	540,215	138,182	139,242	1,397	13,013	155	12,858	124,832	4.5
1979	55,763	3,607,595	2,966,231	641,364	128,457	130,307	1,537	17,247	181	17,066	111,523	3.6
1980	63,100	3,752,975	3,110,548	642,427	112,111	113,375	1,273	14,873	245	14,628	97,229	3.0
1981	59,029	3,456,746	2,856,788	599,958	116,698	117,938	1,295	14,806	281	14,525	101,837	3.4
1982	54,159	3,464,977	2,953,778	511,199	136,952	137,816	1,230	15,882	282	15,600	120,704	4.0
1983	60,213	3,941,152	3,166,873	774,279	156,166	156,972	1,452	16,868	360	16,508	138,652	4.0
1984	64,074	4,384,589	3,379,647	1,004,942	157,985	159,306	1,667	18,161	361	17,800	139,478	3.6
1985	66,803	4,495,185	3,421,917	1,073,268	140,218	141,809	1,718	19,824	496	19,328	120,267	3.2
1986	70,865	4,749,342	3,525,798	1,223,553	140,404	142,088	1,660	21,923	613	21,310	118,505	2.99
1987	83,536	5,356,546	3,876,348	1,480,198	141,495	142,596	1,761	25,244	659	24,585	115,591	2.66
1988	101,445	5,743,970			141,517	142,329	1,925	26,239			114,165	2.48
1989	118,894	6,687,821			128,138	134,127	1,724	25,536			106,867	2.01
1990	129,687	7,542,752			126,966	132,893	2,236	27,813			102,844	1.76

*日雇は常雇に換算した日数(260日) *災害発生率=災害件数/労働者数

表2 韓国：職業病の状況

区分 年度	騒音性難聴	じん肺症	高圧ガス 及び光線 による疾病	鉛中毒	有機 溶剤中毒	クロム中毒	上記以外の 有害物質 による疾病	その他	合計
1983	2,348	3,894	1	61	9	-	9	23	6,345
1984	2,394	3,909	4	58	16	-	5	171	6,557
1985	2,889	3,766	1	43	41	-	14	141	6,895
1986	2,654	4,407	-	65	-	-	19	18	7,163
1987	1,779	4,636	41	41	1	-	5	347	6,850
1988	1,990	6,004	-	66	24	269	28	27	8,408
1989	3,410	3,937	-	27	21	135	25	13	7,568
1990	3,534	3,987	1	117	17	74	12	-	7,742

韓国の業務上災害認定基準・過労死の認定基準

韓国では、日本の労働基準法に当たる勤労基準法、労働者災害補償保険法に当たる産業災害補償保険法等があり、基本的にほとんど日本のものと似た内容になっている。韓国の勤労基準法第78条第2項は、「業務上疾病は大統領令で定める」と規定し、勤労基準法施行令第54条で、第1号の「業務上の負傷に起因する疾病」から第38条「その他業務に起因することの明らかな疾病」まで38項目が列挙されている。

これは、1978年に改正される以前の日本の労基法施行規則のリストと形式も内容も全く同じである。現行の日本のリストでは、第1号から第9号に大分類した上で、各号をさらに細かく区分して規定するようになっている。

ただし、日本のように疾病別に何本もの行政通達で認定基準を示すのではなく、1本にまとめられた「業務上災害認定基準」が労働部例規として告示されている。現行のものは1993年5月6日付け労働部例規第234号であるが、1983年10月20日の制定以来、1989年12月5日、1991年11月1日と、改定を重ねている。

大きく第1章「総則」と第2章「業務上の事故及び死傷」、第3章「業務上の疾病及び業務上の疾病に起因する死亡」に区分。そして、個々の疾病ごとの認定基準は、例えば、第12条「脳血管疾患及び心臓疾患」、第26条「二硫化炭素による中毒及びその続発症」、第27条「石綿による疾病」というように各条文中で示される。

第1章 総 則

第1条【目 的】

この基準は、産業災害補償保険法(以下「法」という。)第3条第1項の規定による業務上災害

及び法第9条第2項の規定による保険給付支給事由を明確にして、産業災害補償保険業務を迅速かつ公正に処理することを目的とする。

第2条【用語の定義】

この基準で使用する用語の定義は次のとおりである。

第1号「災害」とは、事故又は有害要因による労働者の負傷、死亡、身体障害又は疾病をいう。

第2号「死傷」とは、労働者の負傷、身体障害、死亡をいう。

第3号「有害要因」とは、物理的因子、化学物質、紛じん、病原体、身体に過度の負担を与える作業方法等の、労働者の健康障害を生じさせ得る要因をいう。

第3条【適用範囲】

この基準は、法第6条の規定による保険加入者が使用している労働者の業務上災害の是非を決定するときに適用する。

第4条【相当因果関係の要件】

第1項 労働者が事故にあって死傷したとき次の各号の要件を充たし、業務と災害との間に因果関係があり、かつ事故と労働者の死傷との間に因果関係があると認められる場合は、業務と災害との間に相当因果関係があったとみなす。

第1号 労働者が、労働契約による業務を遂行するために事業主の支配管理下にある状態で事故が発生して死傷し、又は、事業主が管理している施設物の欠陥又は管理上の瑕疵によって事故が発生して死傷した場合であること。

第2号 事故と労働者の死傷の間に障害部位、時間的、場所的に相当因果関係があること。

第3号 労働者の故意、自害行為、犯罪行為又はそれが原因となって生じた災害でないこと。

第2項 労働者が疾病に罹患し、次の各号の要件を充たした場合は、業務と疾病との間に相当因果関係があるものとみなす。

第1号 労働者が、業務遂行過程で有害要因を取り扱ったり暴露された経歴があること。

第2号 有害要因を取り扱ったり、暴露のおそれがある業務において、作業時間、勤務期間、暴露量、作業環境等を総合的に考慮したとき、有害因子の暴露程度が労働者の疾病または健康障害を誘発し得ること。

第3号 有害要因の暴露または取扱方法によって影響を及ぼす身体上の部位に、その有害因子による特異的な臨床的症状が生じたと医学的に認められること。

第4号 当該疾病が、明白に業務以外の原因によって発病したとは認められないこと。

第3章 業務上疾病及び業務上疾病による死亡 第10条【一般原則】

労働者が、本基準で規定されていない疾病に罹患した場合であっても、次の各号の要件に該当すれば業務上疾病とみなす。

第1号 第4条第2項による業務と疾病との間に相当因果関係があること。

第2号 疾病に罹患し、医学的に、療養の必要性があるか、保険給付の支給の必要性があると診断されること。

第3号 勤労基準法施行令第54条による業務上疾病の範囲に属すること。ただし、同条第38号による疾病の場合は、業務によって当該疾病に罹患することが医学的に明確に証明されること。

第12条【脳血管疾患及び心臓疾患】

第1項 労働者が業務上の負傷によって、脳出

血、くも膜下出血、脳梗塞、心臓の二次性循環不全に罹患したり、そのために死亡した場合は第11条(業務上の負傷による疾病)を準用する。

第2項 労働者が、脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症、一次性心停止、狭心症、心筋梗塞症に罹患したり死亡した場合で、次の各号の要件に該当するときは、業務上疾病として認定できない明確な事由がない限り、勤労基準法施行令第54条第38号による疾病とみなす。

第1号 次の各項目の1つのように、労働者の心身状態を急激に悪化させる業務に従事し、その業務によって発病すること。

第1目 作業環境が急激に著しく変化して、労働者が、突発的又は予測困難な程度の極度の緊張、興奮、恐怖、驚く等の心身状態を引き起こすような程度の、日常業務とは特に異なる業務に従事したとき

第2目 通常の所定の業務に比較して、労働者の心身状態を急激に悪化させる程度の、特に異常な精神的、身体的負荷を生じさせる業務に、相当期間継続して従事したとき

第3目 作業環境又は通常業務の性質を考慮したとき、労働者の心身状態を急激に増悪させ得る業務に、相当期間従事したとき

第2号 出現した症状が、医学経験則上労働者の素因または既存疾患(動脈硬化、高血圧等)、年齢、嗜好(飲酒及び喫煙量)、既往症、発病前の身体状況、日常生活による症状の経過程度を考慮したとき、自然発生的に悪化し得る範囲を超えて発病したことが医学的に認められること。

第3号 業務遂行中に発病していない場合には、疾病を誘発又は悪化させた業務と疾病の間に時間的に関連があると医学的に認められること。



韓国における過労死の現状と問題点

—遺族給付の支給請求事件を中心に—

李慶雨

韓国：労働と健康研究会共同代表
(イ・ギョンウ、弁護士)

1 はじめに

最近韓国国内でも過労死が社会問題になっている。しかし、韓国における過労死の概念は、正確な学術的概念というよりも“激務、過労、ストレス等で健康の悪化したり、既存の疾病が深刻な状態に進行して死亡したり、身体の一部が麻痺する等障害が発生するもの”と言われる。

このような過労死は、技術革新と産業合理化に伴う業務上緊張とストレスの増加、競争的な社会構造、目標達成のための業務の過重、緊張とストレスの連続、長時間の労働等による疲労の蓄積から始まるといわれ、死亡の原因は主に脳血管関係疾患、心臓疾患、肝疾患の悪化から起こるものが大部分である。

過労死は、1980年代中盤から急激に増加しはじめ、現在も毎年その数も死亡者中の比率もますます増加して、新聞、放送、印刷、タクシー、公務員、一般会社の区別なく全業種で社会問題になっている。

そこで、過労死の発生原因、その認定及び補償の範囲に関する医学的、法律的研究が急務となっ

ている。

しかし、まだ韓国での過労死に対する認識は初歩的段階で、過労死の発生状況に関する具体的な統計も集計されていない実状である。

したがって、ここでは確保できる間接的な資料を通じて過労死の発生状況を注意してみることによって、過労死の認定実態及び問題点を考察する。

2 過労死の発生状況

過労死を業務上の過労、ストレス等で疾病が発生したり、既存疾病が悪化して死亡及び身体の一部に障害が生じたものだとすれば、これは全て産業災害補償保険法上の業務上災害(及び公務員年金法上の公務上災害)に該当するので、まず年間遺族給付支給請求事件の推移をみて、その中で過労死に該当するものがどのくらいか見当をつけてみたい。

(1)業務上の災害(及び公務上災害)中遺族給付請求事件の推移

1987年より1992年までの年度別遺族給付支給状況は、表1のとおりである。

! 직업병 대책 협의



労働と健康研究会共同代表・李慶雨弁護士

上記の表のとおり、労働部及び公務員年金管理公団とも毎年死亡者が増加している。

(2)業務上(公務上)死亡中過労死の比率

業務上(公務上)死亡中過労死の場合には、だいたい疾病の原因が脳血管関係疾患及び心臓疾患、肝疾患の悪化等が大部分で、医学的にも過労とストレスはこのような疾患の直接的な原因だと知られているので、過労死に関する直接的な統計がない場合には、上記の疾患による死亡者の数でその実態を知ることができる。

イ 業務上の疾病

まず、労働部の提出した1993年度国政監査資料によって、高血圧等成人病による産災死亡者の数と業務上死亡者数に対する比率は、表2のとおりである。

また、業務上過労で死亡した人だけでなく業務上の過労により療養が必要として業務上災害に認定した件数及び全体業務上災害数に対する比率は、表3のとおりである。

上記の表2、3によれば、業務上の過労による死亡者の数が毎年増加しているだけでなく、全体の業務上災害で死亡した数に対する過労死の比率

表1 年度別遺族給付支給状況

年度	労働部	公務員年金管理公団
1987	1,831	325
1988	2,082	383
1989	1,891	349
1990	2,442	400
1991	2,534	394
1992	2,764	389

資料：韓国労働部一産災保険事業年譜(1992年)
公務員年金管理公団一公務員年金統計(1992年)

表2 全体死亡者及び高血圧等成人病による産災死亡者の比率

年度別	全体死亡数	成人病死亡数	比率(%)
計	8,364	913	10.9
1990	2,236	203	9.1
1991	2,299	244	10.6
1992	2,429	297	12.2
1993.8	1,400	169	12.1

(1993年 国政監査資料)

表3 全体産災判定者中の成人病による産災者の数及び比率

年度別	全体産災判定者の数	成人病による産災判定者の数	比率(%)
計	427,557	1,781	0.42
1990	132,893	436	0.33
1991	128,169	461	0.36
1992	107,435	545	0.51
1993.8	59,060	339	0.57

(1993年 国政監査資料)

が増加し続けていることがわかる。業務上の事故による死亡者数は毎年減少しているにもかかわらず、業務上の過労による死亡は継続して増加しており、過労死の深刻性をみせている。

ロ 公務上災害

公務上災害関係では直接的な資料はなく、公務

表4 年度別・原因別審議会審議実績(遺族補償)

年度	計	原因別						その他
		内科疾患	交通事故	安全事故	火災鎮火	鉄道事故		
1987	283(100)	131(46.3)	114(40.2)	18(6.4)	1(0.4)	14(4.9)	5(1.9)	
1988	359(100)	179(49.9)	123(34.3)	18(5.0)	5(1.4)	22(6.1)	12(3.3)	
1989	335(100)	180(53.7)	107(31.9)	17(5.1)	2(0.6)	15(4.5)	14(4.2)	
1990	372(100)	191(51.4)	132(35.5)	21(5.6)		21(5.6)	7(1.9)	
1991	369(100)	201(54.5)	127(34.4)	16(4.3)		19(5.2)	6(1.6)	
1992	358(100)	165(46.1)	165(45.6)	12(3.3)	1(0.3)	13(5.6)	2(1.1)	

(公務員年金統計 1992年)

表5 内科疾患事故中疾患別分析

疾患年度	脳疾患			心臓疾患						肝疾患		その他	不詳	計
	脳出血	脳卒中	脳梗塞	心不全	心筋梗塞	動脈硬化	心肺機能停止	心麻痺	肝臓	肝臓				
1990	68	17	21	7	29		8	13	14	2	11	23	191	
1991	69	14	21	7	36	4	11	5	17	2	12	21	201	
1992	36	16	9	5	39	1	11	12	21	6	10	22	165	

(上記資料は公式的資料ではなく、公務員年金管理公団において保管中の資料を分析した)

表6

年度	計	原因別						その他
		内科疾患	交通事故	安全事故	火災鎮火	鉄道事故		
1992	3,073 (100)	470 (15.3)	1,076 (35.0)	1,073 (34.9)	98 (3.2)	41 (1.3)	315 (10.3)	
1989	3,028 (100)	457 (15.1)	776 (25.6)	1,233 (40.7)	38 (1.3)	37 (1.2)	487 (16.1)	
1986	1,730 (100)	125 (7.2)	567 (34.5)	873 (50.5)	17 (1.0)	63 (3.6)	55 (3.2)	

上死亡に認定された件数の中で、内科疾患によるものを過労死によるものとして推定してみた。また、内科疾患として認定されたものを疾患別に分析してみても結果は似ている。

上記の表のとおり、公務上死亡者中で過労死と推定できる内科疾患死亡者数は、全体死亡者数の50%程度で、一般産業災害の場合よりも高い比率である。これは、公務上災害が公務員及び準公務員を対象とし、一般産業現場と比較して事故で死亡する危険性が相対的に低いからと思われる。

また、上記表4の内科疾患死亡者を疾患別に分類すれば、表5のとおり、その大部分が脳血管管係疾患、心臓疾患、心臓疾患、肝疾患等である。

ハ 過労死の増加推移

労働災害の場合、業務上死亡者の中で過労死の比率の増加は表6のとおりで、法院(裁判所)の宣告した事件を基礎として分析した表7、表8の資料によっても、過労死が増加し続けている。

(3) 結語

表7 遺族補償不支給処分取消宣告事件中疾患別分析

年度	計	脳疾患			心臓疾患				肝疾患		呼吸器等		その他	不詳	非過労死(事故、職業病、その他)
		脳出血	脳梗塞(脳血腫)	脳卒中	心不全	心筋梗塞	心臓麻痺	心肺冠状	肝臓	肝臓	肺	気管支			
91	24	4	1	1	1	3	2		2				5	1	4
92	37	4	2			3	2	2	3	2	1	1	6	2	9

(上記資料は1991.1.~1992.12.間にソウル高等法院において宣告した事件を分析した)

表8 遺族補償否決処分取消事件の疾患別分析

年度	計	脳疾患			心臓疾患				肝疾患		呼吸器等		その他	不詳	非過労死(事故、職業病、その他)
		脳出血	脳梗塞(脳血腫)	脳卒中	心不全	心筋梗塞	心臓麻痺	心肺冠状	肝臓	肝臓	肺	気管支			
90	9	1			1	1	2						1	1	2
91	15	4	1		1	1	1		1	1			1	1	3
92	28	2	2	1	2	3	1		2		1	3	2	2	9
93.6	44	3	5	1	2	2	1	4	1		1	1	13	4	6

(上記資料は1991.1.~1993.8.間に大法院において宣告した事件を分析した)

上記の資料によれば、次のような暫定的な結論を得る。

- ① 韓国の1993年度業務上の過労で死亡した数は、労働災害において約350名、公務上災害で約200名に達し、それに業務上の過労で死亡してはいなくても身体の一部に障害が発生したり療養を必要とする場合までもあわせれば、年間900~1,000名になるとと思われる。
- ② 業務上の死亡中事故による死亡は減少しているが、業務上の過労による死亡は継続して増加している。

だが、実際に発生する業務上の過労による死傷は上記の統計上の推計よりもずっと多いと言われる。まず労働部において、業務上の死亡による遺族給付支給件数に対する把握がなされておらず、現在過労死に対する認識が相対的に低い。そのため、過労死を個人的疾病と考えたり、事故死でないものを事業主に補償を要求できないという慣行等のため、本来なら過労死に該当する多くの事件が、当事者の権利放棄によって表面化していない

ものが多いわけである。

この数は、全体死亡者に比較して絶対数として高いものではないかもしれない。けれども、過労死というのが、一般疾病の場合とは異なり、本人自身が全く予測できない状態で業務中に突然に発生するために予防がむずかしく、その相当部分が青中年期に集中的に発生するために、他の場合よりも家庭的、社会的に深刻な影響を招来し、その原因が個人的理由よりは会社の業務及び公務の遂行課程の過労、ストレスの蓄積から発生して事故と同時に死に至るものが大部分である等、絶対数に関係なく、社会的な影響を与えている。

3 過労死の内容分析

過労死の内容を分析すると、死亡原因別、年齢別、職種及び職業別、作業条件等に関する分析が、過労死の予防と発病原因を究明するのに助けになる。しかし、上記の分析を充足させる資料の入手が不可能なので、入手可能な公務員年金公団の遺

族補償金申請事件の記録、ソウル高等法院と大法院において宣告した判決等を土台として、以下のような分析を行った。

(1) 疾患別分析

上記表5、7、8によると、疾患の原因は、脳血管疾患、心臓疾患、肝疾患、呼吸器疾患等の順に現われ、公務上災害に認定した原因の中では、脳血管関係疾患50%、心臓疾患30%、肝疾患15%等の比率を占めており、この申請及び行政訴訟段階での集計結果では、脳血管疾患と心臓疾患が各30%、肝疾患15%内外、その他及び死因不明が30%くらいになる。

結局、疾患別には、脳血管疾患と心臓疾患が圧倒的で、脳出血と心筋梗塞による死亡が最も多い。

(2) 職業別、職種別分析

上記90~92年までの間に公務員年金公団において処理した公務上災害の中で内科疾患による死亡者に関する職業別分析は表9のとおりである。

また、ソウル高等法院と大法院において宣告した事件の中の業務上の過労による死亡と認容した事件に関する職種別分析は、表10のとおりである。

上記の資料によれば、公務上災害では、教育職と警察職が他の分野より過労して、法院判決の資料では、中間管理職を含む管理職と一般事務職が大きな比率を占めている。これは、単純肉体労働者よりは肉体的過労とともに精神的ストレスの高い職種で過労死がたくさん発生しているということである。また、警察職は示威鎮圧等による過労が現象的に現われて、注意すべきは警備職や運転職でも過労死が多数発生しており、これは昼夜勤務交替による生活リズムの破壊、長時間の継続的労働等に起因するものと思われる。営業職の場合では、業務の過重と業務の性格上避け難い過飲からの健康悪化が相当寄与しているものと思われる。

表9 職業別及び作業内容別分析 (公務員年金管理公団)

	90	91	92	
一般職	国家	4	7	6
	公務員	61	62	55
教育職(教育庁,教育委,大学)	56	50	62	
警察	38	37	20	
郵便局	10	8	4	
鉄道	17	11	20	
矯正所	1	6	5	
軍(軍務員)	3	7	2	
消防職	4	3	1	
その他	18	12	9	

(一般職公務員中相当数がその他に含む)

表10

職 種	ソウル高等法院	大法院
生産職,労務職	3	7
管理職	7	11
一般事務職(公務員含む)	4	19
営業職	2	2
警備職	2	4
警察,消防員	8	5
運転手	2	1

(上記資料は91.1.~92.12.間にソウル高等法院において宣告した事件中認容した28賢と90.1.~93.8.間に大法院において宣告した事件中認容した49件を分析した)

4 過労死の認定実態

当事者が業務上の過労による死亡を理由として申請した遺族給付請求事件に対して、行政官署(労働部、公務員年金管理公団)と法院が、どのくらい業務上(公務上)災害と判定しているか、判定において行政官署と法院の判定基準の差異があるか。

(1) 業務上(公務上)災害の判定基準

まず、補償責任の有無及び保険給付の内容を決

定するためには、何が業務上(公務上)災害に該当するかが問題である。現行の産業災害補償法及び業務上災害認定基準(労働部例規)等には、業務上災害と認定するためには業務と災害の間に相当(因果)関係があることと規定している。しかし、具体的な事例においては、当該事例が相当因果関係があるかどうかの判別がむずかしく、上記の労働部例規は行政内部の指針であるだけで国民も法院も拘束せず、結局業務上災害の範囲は学説でも判例によるとしている。

一般的に業務上災害の成立要件は、業務遂行性と業務起因性の2要件が必要である。もちろん、現行の産業災害補償保険法は、業務上災害とは“業務遂行中その他業務に起因し発生した災害”の規定を“業務上の事由による労働者の負傷、疾病、身体障害及び死亡”と規定して、形式的には業務遂行性と業務起因性の2要件説を脱皮したが、大法院判例はまだ上記の2要件を要求している。

しかし、産災補償保険法が前述した“2要件”を“業務上の事由”という包括的概念に改正し、改正した“業務上災害認定基準”では、相当因果関係の要件に“業務と事故の間に因果関係があつて、事故と死傷の間に因果関係があれば相当因果関係がある”と規定していること、産業災害補償保険法が社会保障的性格をもっており、認定範囲を拡大する必要があること等を考慮すれば、業務遂行性は業務起因性判断の一次的基準であっても、それ以上のものではない。

大法院も、死亡場所が事業場の外で、業務遂行中に発病していなくとも業務上災害であると判定した事例がある。

本件のような過労死の場合、事業場の外で業務遂行中でないときに発病する機会が多いため、業務起因性だけによる因果関係を認定する必要性が増大される。

(2) 行政官署、法院における業務上災害の認定の

表11 遺族給付審議会運営状況 (資料:公務員年金統計 1992)

	審議件数	認 容	認 容 率
87	407	283	69.5%
88	473	359	75.9%
89	433	335	77.4%
90	502	372	74.1%
91	534	369	69.1%
92	579	358	61.8%

表12 遺族給付支給処分に対する異議申請結果 (労働部/公団)

	審 査 請 求			再 審 査 請 求		
	請 求 件 数	認 容 件 数	認 容 率	請 求 件 数	認 容 件 数	認 容 率
87	105	22	21.0	61	23	37.7
	73	37	50.7			
88	130	21	16.2	68	32	47.1
	75	21	28.0			
89	140	20	14.3	87	32	36.8
	61	14	23.0			
90	171	28	16.4	109	29	26.6
	75	15	20.0			
91	197	33	16.8	126	9	7.1
	98	16	16.3			
92	252	35	13.9	178	25	14.0
	141	18	12.8			

(公務員年金管理公団の場合には再審査請求制度がない)

程度

しかし、このような理論的論拠ではなくても実務で認定した事例によると、法理論的に同じ立場をとっても具体的事例での認定の是非の判断においては、行政官署よりも法院の方が業務上災害の範囲を広く認定している。

以下では、申請段階での認定比率及び異議申請段階で認定する比率を考察する。

イ 申請段階での認定比率

業務上災害の場合、労働部の統計が全くなく、申請の資料も保存していないため、申請段階でど

表13 行政訴訟における認容率

年度	区分	ソウル高等法院			大 法 院				
		宣告件数	認容件数	認容率	宣告件数	原告上告		被告上告	
						件 数	認容件数	件 数	認容件数
91	過 労 死	20	15	75.0	12	5	3	7	0
	非過労死	4	2	50.0	3	1	0	2	0
92	過 労 死	28	17	60.7	22	14	3	8	1
	非過労死	9	2	22.2	6	4	1	2	0
93.9. まで	過 労 死				38	18	1	20	0
	非過労死				6	2	0	4	1

(資料：ソウル高等法院は91.1.～92.12.間に宣告した事件，大法院は91.1.～93.8.までに宣告した事件から分析した)

表14 成人病関連審査・再審査状況

年度別	審 査				再 審 査			
	計	取 消	棄 却	その他	計	取 消	棄 却	その他
計	226	28	195	3	118	6	107	5
90	35	5	30		20	1	17	2
91	50	5	45		24		24	
92	70	8	62		44	2	42	
93.8.	71	10	58	3	30	3	24	2

(国政監査資料 1993年)

のくらい認定しているかはわからない。ただし、公務員年金管理公団の場合は、表11のとおり申請件数の70%くらいを認容している。

□ 異議申請段階で認容した比率

行政官署の審査請求及び再審査請求段階で認定した比率は、表12のとおり、15～20%くらいでとても低い。

ハ 行政訴訟の認容率

ソウル高等法院と大法院において91、92年に宣告した遺族補償不支給処分取消事件を過労死部分と非過労死部分にわけて分析すれば、表13のとおり、高等法院の場合には過労死部分の認容率が60～70%で、大法院上告事件の場合には、被告の行政官署が上告した場合には認容する例がほとんど

ない。

二 もちろん、上記行政官署と法院の認容率は、再審査請求で棄却された一部が行政訴訟に移行することを考慮すれば、単純比較はちょっと無理である。しかし、これを考慮しても認容率には顕著な差がある。その原因は、

- ① 異議申請は、大部分が被災当事者により直接行われていて、その過程で必要な主張立証をよくできないこと。
- ② 異議申請段階では主に書面審理により、当事者が自分の主張を立証するための証人尋問等を行う機会が事実上ないこと。
- ③ 異議申請段階では審査技官の産災審査委員会等が形式的、機械的な判断をすること。

④ 具体的事例の適用において、行政官署は法院よりもより明確な医学的因果関係の立証を要求すること、等である。

特に業務上の過労で既存疾病が悪化して死亡した場合には、行政官署では、既存疾病の自然的進行結果を理由に業務外災害と認定することが大部分で、このような事件は大部分が法院で業務上災害に認定されているといっても過言ではない。

その上に、最近法院では、業務上災害の認定範囲を拡張しようという傾向があって、行政官署が判断の慣行を変更しない限り、遺族給付不支給処分取消訴訟は増加すると思われる。

ホ 労働部の提出した国政監査資料によると、成人病に関連する審査請求の状況は表14のとおりである。

表14によると、成人病の場合、異議申請段階での認容率が審査請求で10%内外、再審査請求で5%くらいにとどまっている。これを表12と比較すると、遺族補償金支給請求事件でも特に過労死に関連した事件の場合において認容率が最も低く、表13と比較すると、過労死事件が非過労死の場合よりも法院の認容率の方が高いが、これも同じ理由からである。

5 結 論

(1) 産業社会と過労死

過労死の問題は、社会、経済的次元の構造的問題であって個人的次元の問題ではない。したがって、この問題は労働者の立場の人々が共同で対処する問題であり、国民の大部分が労働者なのであるから国家的代案が模索されるべきである。

そして、行政官署も法院も、業務上の過労による死亡及び疾病の認定範囲をつとに拡大しなければならない。

特に、行政官署の硬直的な態度の是正が必要である。

(2) 過労死における因果関係の問題

イ 業務起因性の問題

法院は、業務起因性の判断において、相当因果関係説、その中でも最有力原因説の立場である。しかし、過労死において因果関係の立証はとてもむずかしく、産業災害補償保険法が損害填補の性格よりは生活保障的に把握されること等から、法院の立場は変更されなければならない。

ロ 立証の程度

現在韓国での業務上災害認定において、行政官署と法院との深刻な差異は、立証を要求する程度によっている。

すなわち、行政官署は、医学的に明確な因果関係を要求しているが、判例は“過労と死亡との間に相当因果関係があるべき、しかし、因果関係の立証のために必ずしも医学的鑑定を要せず、諸般の事情を考慮して業務と死亡との間に相当因果関係の蓋然性が立証されれば足りる”としている。

過労死に対する立証において医学的因果関係の立証はたいてい不可能である。それは、死因が不明な場合でも同様である。大法院は、死因が心臓停止という(死亡)検案の推定所見だけで、心臓停止の死因が判明しない事案に対して、諸般の事情を斟酌して業務起因性を認定した例がある。しかし、死因が不明な場合には、因果関係の認定がむずかしいことは事実である。

行政官署は、大法院の一貫した立場を受け入れて不必要な訴訟を減らし、被災者側でも、死因が不明の場合には、できれば剖検等を通じて死因を究明することが、過労死を認めさせやすくする方法である。

ハ 結語

結局、因果関係の問題は、災害補償制度の発展推移、立法趣旨等の諸般の事情を考慮しなければならない。基本的に現行法上の災害補償制度は、損害の保全を目的とする制度ではなく、被災者とその家族の人間らしい最低限度の生活確保を目的

とする生活保障制度と把握して、産業災害補償法上の“業務上災害”の定義規定を改正することが、社会福祉国家を迫る憲法理念に妥当する。また、因果関係の概念も合理的関連性説及び共働原因主義の立場で、業務上災害の認定範囲を広げる必要がある。

(3)課題

① 過労死に対する正確な認識と認識の拡大が必要である。

② 過労死は個人的疾病ではなく、個人的次元で決できない。

したがって、この問題を解決するためには、個人的次元ではない体系的、団体的な活動を必要とする。

③ 過労死の発生機序に関する医学的研究が必要である。

④ 過労死に関する法制的正義が必要である。

*編集部注：韓国側で用意した翻訳文を整理したものです。



職業病研究所で記念撮影(前列右から、金恩姫・労働と健康研究会共同代表、張任源・研究所長、原田正純・全国安全センター議長、柳楽翼・大分協和病院院長、古谷杉郎・全国安全センター事務局長、安藤慎吾・関西労働者安全センター事務局長、後列の紹介は失礼させていただきます。)

石綿取扱事業場労働者の石綿暴露実態

—1992年度及び1993年度測定資料を中心に—

白南源

韓国：職業病研究所諮問委員
(ベク・ナムウォン、ソウル大学保健大学院産業衛生学教室)

石綿については、アメリカでは、みなさんご存知のように本当に強力な社会的規制をもっています。発がん物質としての取り扱いをしているわけですが、韓国はもちろん日本の場合もあまり強力な規制をしていないのではないかと感じています。スライドを見ながら説明したいと思います。

ご紹介するのは本当に最近の資料で、1992年度から1993年度の測定資料を中心に話をしながら、必要に応じてそれより古いものもとりあげます。

石綿は、クリソタイル(白石綿)とクロシドライト(青石綿)に分かれ、代表的なものは、その2つにアモサイトを加えた3つですが、その中でクロシドライトが最も毒性が強いことが知られています。青石綿が中皮腫と一番関係がある有毒な石綿です。石綿は自然繊維として発がん性を持っています。人造繊維としてグラスファイバー、ロックファイバーがありますが、これらについてはまだ発がん性は言われていません。セラミックファイバーは発がん性について議論されています。

韓国国内では石綿は生産されないで、ほとんどが輸入されています。その輸入量は年に現在8万7千トン。日本やアメリカと違って韓国では、輸入量が増えています。



ソウル大学保健大学院産業衛生学教室・白南源教授

石綿使用量を用途別に見れば、建築資材の製造業において最も多く使用されており、全体の過半数以上を占めています。次に自動車のブレーキライニング、3番目が石綿繊維の製造業で、これらの製造業に従事する労働者たちが石綿に暴露しています。4番目は船舶の機関室の断熱材、5番目は大型建築物の火災防止用の吹き付けです。断熱材もボイラー室とパイプラインにも使用されており、その他の建築資材にも多く含有されています。韓

国内のどの建物に石綿が吹き付けられているかは、検査してみないとわからない状況で、これらの建物の中で働く労働者たちも石綿に暴露しています。

石綿による疾病としては、石綿肺、肺がん及び中皮腫等が知られており、これらは3つとも治ることのない疾病です。職業がん以外のがんも含めた全てのがんの中で、石綿によってもたらされたがんの割合についての研究結果は人によって異なり、低く見積もる人は3~5%、高いものでは18%まであります。私は、5%くらいではないかと考えています。

石綿の濃度規制については、韓国では労働現場の規制値は、クロシドライトが0.2繊維/cc、アモサイトが0.5繊維/cc、クリソタイルが2繊維/ccとなっています。アメリカの労働省では0.2繊維/cc、アメリカのACGIHでは0.1繊維/ccを提案しているところですが、アメリカではその許容濃度と別に監視濃度があって、監視濃度は0.1繊維/ccとなっています。

石綿紡織工場が最も問題だと思いますが、実例をお見せします。換気設備は、局所排気装置があっても役にたっていない場合が多いのです。

このスライドは工場内の扇風機ですが、ご覧のように扇風機に積もった石綿を吹き出しています(8頁の写真参照)。

マスクが普通のマスクで全然役に立っていません。家で着ている衣服でそのまま仕事をしているので、家に帰って家族が犠牲になりかねない状況です。

ここで問題になるのは、一応局所排気装置をつけていますが、これによって石綿一発がん物質を工場内に再循環させている状況なのです。

今日の石綿労働の実態について、石綿紡織事業場、自動車ブレーキライニング製造業及びスレート製造業等を対象に、労働者の呼吸位置における

表1 石綿紡織工場での空气中石綿濃度

工場	試料数	空气中石綿濃度 f/cc	
		幾何平均	範囲
A	41	0.56	0.02-14.75
B	12	2.13	0.17- 7.48
C	5	2.18	0.03- 6.71
D	6	3.69	1.05- 8.21
E	30	4.32	0.23- 9.11
F	3	12.54	8.97-16.35

韓国の許容濃度(白石綿) 2.0
 米国の労働省許容濃度 0.2
 米国の労働省監視濃度 0.1

表2 A紡織工場での工程別空气中石綿濃度

工場	試料数	空气中石綿濃度 f/cc	
		幾何平均	範囲
Card	7	1.23	0.47- 2.16
撚糸	13	0.81	0.09- 3.67
精紡	11	1.09	0.02-14.75
織布	5	0.26	0.09- 0.76
編造	5	0.12	0.04- 0.19
計	41	0.56	0.02-14.75

空气中の石綿濃度を測定しました。結果は、石綿紡織業において最も高く、平均しても規制値を2繊維超過しています。次にブレーキライニング、その次がスレート製造業でした。(注：空気試料は労働者の呼吸位置より個人のポンプを使用。Mixed cellulose ester membrane filter に採取し、試料の分析は米国国立労働安全衛生研究所(National Institute for Occupational Safety and Health,NIOSH)公試験法“7400”方法を適用して実施した。)

表1は、石綿紡織工場における今日の空气中の石綿濃度です。Aは韓国で一番きれいだと言われている工場です。そこでは許容濃度以下ですが、その工場を除いて、みなわが国労働部で決めた許容濃度2繊維/ccを超えており、アメリカの労働省

表3 B紡織工場での工程別空气中石綿濃度

工場	試料数	空气中石綿濃度 f/cc	
		幾何平均	範囲
Card	2	2.66	1.69- 3.63
撚糸	1	1.55	1.55
精紡	2	4.75	2.01- 7.48
織布	2	2.40	1.72- 3.07
編造	1	0.17	0.17
複糸	1	3.23	3.23
混綿	3	2.26	0.64- 4.77
計	12	2.13	0.17- 7.48

表4 F紡織工場での工程別空气中石綿濃度

工場	試料数	空气中石綿濃度 f/cc	
		幾何平均	範囲
Card	4	5.70	3.25- 7.76
撚糸	9	5.02	1.63- 9.11
精紡	8	4.29	1.63- 8.32
織布	3	2.15	1.10- 3.57
その他	6	3.78	0.23- 7.04
計	30	4.32	0.23- 9.11

の許容濃度0.2繊維/ccを10倍以上超えています。Fでは非常にずさんな状況を示しています。

Fのような悪い工場であればあるほど、工場長が、全然マスクもしないで安全だと誇示している場合が多いのです。

石綿繊維が細長いほど中皮腫にかかりやすいのですが、先ほどの紡織工場で繊維を検査したら、やはり細長い繊維が多いという結果でした。

自動車ブレーキライニング製造業においては、全体の幾何平均値が0.24でわが国の許容濃度未満でしたが、米国労働省の許容濃度は超過していました。配合の工程が一番危険な状態でした。

スレート製造業においては、ずいぶんよかったのですが、その原因のひとつは、以前は石綿袋を切り裂いて混ぜる工程があつてずいぶん暴露し

表5 ブレーキライニング製造業での空气中石綿濃度

工場	試料数	空气中石綿濃度 f/cc	
		幾何平均	範囲
A	14	0.17	0.03- 0.38
B	42	0.23	0.02- 9.22
C	32	0.28	0.02- 1.84
計	88	0.24	0.02- 9.22

表6 Cブレーキライニング製造業での工程別空气中石綿濃度

工場	試料数	空气中石綿濃度 f/cc	
		幾何平均	範囲
配合	2	0.45	0.41- 0.49
成形	4	0.18	0.09- 0.91
仮形成	4	0.28	0.23- 1.09
油工	5	0.24	0.13- 1.25
錬磨	6	0.30	0.12- 0.91
その他	11	0.26	0.02- 1.84
計	32	0.28	0.02- 1.84

ていたのですが、今ではその工程がなくなったので少し下がりました。むしろ、加工の工程が高くなっています。

少し古い調査をいくつか紹介します。小売店の店内の空气中の石綿濃度の調査ですが、子供やこの店に来る客たちも0.35くらい石綿に暴露していることを示しています。次は、地下鉄の調査です。地下鉄の基準は、アメリカで0.01になっているのですが、韓国の地下鉄ではその数字に近いところが多くなっています。大型ビルの例では、修理をするときに暴露濃度として、高いときが0.095でアメリカの基準の10倍くらいになっています。労働組合の協力を得て行った別の地下鉄の調査では、幸いなことに、全部石綿ではなくてロックウールになったところで少し安心しました。別のビ

表7 スレート製造業での空気中石綿濃度

工場	試料数	空気中石綿濃度 f/cc	
		幾何平均	範囲
A	19	0.28	0.11- 1.09
B	11	0.21	0.07- 0.36

表8 Aスレート製造業での工程別
工程別空気中石綿濃度

工場	試料数	空気中石綿濃度 f/cc	
		幾何平均	範囲
配合	12	0.29	0.12- 0.70
加工	4	0.65	0.20- 1.09
その他	3	0.21	0.11- 0.24
計	19	0.28	0.11- 1.09

ルではロックウールもありましたが、35%は石綿

韓国：石綿による疾病の認定基準

第27条【石綿による疾病】

第1項 一般的認定要件

石綿暴露業務に従事した経歴のある労働者が、次の各号の1つに該当する症状を表わし、医学的に療養が必要であると診断される場合は、勤労基準法施行令第54条第38号(その他業務に起因することの明らかな疾病)による疾病とみなす。

第1号 石綿肺症

第2号 原発性肺がん、又は、悪性中皮腫として次の1つに該当する場合

第1目 石綿肺症を伴う場合

第2目 胸膜の肥厚、硝子性肥厚、胸膜ブランク、喀痰中に石綿小体又は石綿繊維が検出される場合

第3目 上記イとロの所見がなくても、石綿

でした。

外国での、石綿が吹き付けられている建物を除去するときの暴露状況についての調査ですが、韓国ではこのような除去作業は全くなされていません。アメリカの調査では、石綿の除去作業でも、アメリカの監視濃度の0.1を超えている状況があることを示しています。次は、石綿除去作業で、水を散布して行ったかどうかでの差をみた調査もありますが、水を散布した方がよいことがわかります。

結論としては、韓国では、紡織工場が一番危険であり、2番目は、いろいろな大型建物の石綿使用状況を今から調査していかなければならないと思います。



*編集部注：通訳された報告と韓国側で日本語にしたテキストをもとに文章を整理したものの、スライドは省略。

に相当期間暴露された場合

第2項 医学的診断要件

第1号 第1項第1号の石綿肺とは、ILOじん肺X線写真分類(1980)を参考にして決められたり、開胸術、胸内視鏡、又は、剖検等の方法で、肺組織の繊維化が監察されるときに、石綿肺罹患の是非は療養審議委員会において決定する。

第2号 第1項第2号第3目の相当期間とは10年以上を意味し、10年未満の場合は、喫煙歴、石綿暴露歴、暴露後発症までの期間等を参考にして、業務上疾病の是非を判断する。

第3号 第1項第2号の疾病を診断するに当たっては、喫煙歴等の他の原因による可能性を十分に排除すること。



脊髄損傷合併症の認定基準

せき髄損傷に合併した疾病の取扱いについて新通達

基発第616号
平成5年10月28日

各都道府県労働基準局長殿
労働省労働基準局長

せき髄損傷に併発した 疾病の取扱いについて

せき髄損傷者については、せき髄の損傷という重篤な障害が長期間にわたって継続することから、種々の疾病を併発することが少なくない現状にある。

また、最近における臨床医学の進歩により、せき髄損傷者の死亡率は低下するとともに、慢性期に移行したせき髄損傷者の増加、高齢化をみている。療養中のせき髄損傷者のなかには、様々な疾病が発生しているが、これらの疾病が、原疾患であるせき髄損傷と因果関係があるか否かについての判断に苦慮する事案が増加している状況にある。

このため、せき髄損傷で長期にわたり療養を継続している者に発生した疾病等と原疾患であるせき髄損傷との因果関係を明確にする必要がある。

そこで、この因果関係を明確にするため「労災医療専門家会議」に別途小委員会を設置し、医学専門的な検討を行ってきたが、今般、その結論(別途報告書一略一参照)が得られたことから、これに

基づき、せき髄損傷に併発した疾病(本通達では症状を含む。以下「併発疾病」という。)の取扱いについて下記のとおり整理したので、今後の事務処理の参考とされたい。

記

1 併発疾病の分類について

せき髄損傷受傷後の慢性期及び急性期において発症した併発疾病等については、最近における医学的知見等に基づき、次のように分類することができる。

なお、本通達でいう「慢性期」とは急性期以降を指し、せき髄ショックを脱し、全身状態が比較的安定した状態をいい、また、「急性期」とは、受傷からせき髄ショックを脱するまでの期間をいい、症例により相違はあるが、受傷からおおむね2か月ないし3か月までの期間を示すものである。

(1)慢性期の併発疾病の場合

せき髄損傷により長期にわたり療養を継続している者に発症した併発疾病については、せき髄損傷との因果関係に基づき、次のように分類する。

- イ せき髄損傷と併発疾病との間に因果関係が認められるもの
- ロ せき髄損傷と併発疾病との間に因果関係が不明確なもの
- ハ せき髄損傷と併発疾病との間に因果関係が認められないもの

(2)急性期の併発疾病等の場合

せき髄損傷の急性期に発症した併発疾病等については、次のように分類する。

- イ 急性期に発症した併発疾病又は急性期から症

状が引き続いている併発疾病

ロ セキ髄損傷で療養中に新たに負傷等が原因となり発症したもの

2 慢性期に発症した併発疾病の取扱いについて
慢性期に発症した併発疾病については、前記1の(1)の分類にしたがって、以下により取り扱うこととする。

なお、本分類に掲げられていない併発疾病については、個々の事案ごとに検討し、因果関係を判断すべきものである。

(1)セキ髄損傷と併発疾病との間に因果関係が認められるもの

セキ髄損傷の慢性期に発症した併発疾病のうち、次に掲げる併発疾病は、一般に医学経験則上因果関係が認められるが、個々の事案の判断に当たっては、別表に掲げる損傷部位、損傷程度、症状経過、病像等を確認した上、原疾患であるセキ髄損傷に起因するものとして、労働基準法施行規則別表第1の2第1号又は労働者災害補償保険法施行規則第18条の4に該当する疾病として取り扱うこととする。

- ① 褥瘡
- ② 皮膚がん(褥瘡がん)
- ③ 起立性低血圧
- ④ 運動障害域の神経病性関節症
- ⑤ 運動障害域の痙縮亢進
- ⑥ 麻痺域疼痛(感覚脱失性疼痛)
- ⑦ 自律神経過反射
- ⑧ 体温調節障害
- ⑨ 肩手症候群
- ⑩ 関節周囲異所性骨化(麻痺域)
- ⑪ 関節拘縮(麻痺域)
- ⑫ セキ柱の変形
- ⑬ 外傷後セキ髄空洞症
- ⑭ 人工呼吸中の気管内チューブによる気管粘膜の潰瘍又は声門、気管狭窄
- ⑮ 肺感染症(含肺炎)

- ⑯ 無気肺
- ⑰ 尿路、性器感染症(膀胱炎、尿道炎、尿管炎、前立腺炎、副睾丸炎)
- ⑱ 尿路結石症
- ⑲ 腎盂腎炎、菌血症
- ⑳ 膿腎症
- ㉑ 水腎症、尿管症
- ㉒ 腎不全
- ㉓ 膀胱がん
- ㉔ 感染症(骨髄炎、化膿性関節炎、敗血症)
- ㉕ 血栓性静脈炎

(2)セキ髄損傷と併発疾病との間に因果関係が不明確なもの

セキ髄損傷の慢性期に発症した併発疾病のうち、次に掲げる疾病は、一般的には医学経験則上因果関係が明らかでないため、個々の事案ごとに検討し、因果関係を判断すべきものである。

- ① 睡眠時無呼吸
- ② 胃・十二指腸潰瘍
- ③ 上部消化管出血

(3)セキ髄損傷と併発疾病との間に因果関係が認められないもの

セキ髄損傷の慢性期に発症した併発疾病のうち、次に掲げる併発疾病は、一般的には医学経験則上因果関係が認められないが、個々の事案ごとに検討し、因果関係を判断すべきものである。

- ① 頑癬、白癬
- ② 高血圧、動脈硬化症
- ③ 糖代謝異常、糖尿病
- ④ 抗利尿ホルモン分泌異常症候群
- ⑤ 気管支喘息
- ⑥ 胃がん等上部消化管悪性新生物
- ⑦ 膵炎
- ⑧ 尿崩症

3 急性期に発症した併発疾病等の取扱いについて

セキ髄損傷の急性期に発症した併発疾病等につ

いては、前記1の(2)の分類にしたがって、以下により取り扱うこととする。

(1)急性期に発症した併発疾病又は急性期から症状が引き続いている併発疾病

次に掲げる併発疾病が、セキ髄損傷の受傷時に発症した併発疾病又はセキ髄損傷の受傷時に発症し慢性期にも持続している併発疾病である場合には、原疾患であるセキ髄損傷に起因するものとして労働基準法施行規則別表第1の2第1号又は労働者災害補償保険法施行規則第18条の4に該当する疾病として取り扱うこととする。

なお、本分類に掲げられていない併発疾病については、個々の事案ごとに検討し、因果関係を判断すべきものである。

イ 急性期に発症した併発疾病

- ① 迷走神経反射による徐脈、心停止
- ② 起立性低血圧
- ③ 体温調節障害
- ④ 無気肺
- ⑤ 肺感染症(含肺炎)
- ⑥ 気管支痙攣
- ⑦ 成人型呼吸窮迫症候群(ARDS)
- ⑧ 肺水腫
- ⑨ 肺塞栓
- ⑩ 肋膜骨折等による血気胸
- ⑪ くも膜下胸膜瘻
- ⑫ 横隔膜破裂
- ⑬ 急性胃拡張
- ⑭ 胃・十二指腸潰瘍
- ⑮ 上部消化管出血
- ⑯ 麻痺性イレウス
- ⑰ 血栓性静脈炎

ロ 急性期から症状が引き続いている併発疾病

- ① 横隔膜神経麻痺による呼吸停止
- ② 性機能不全
- ③ 排便障害

(2)セキ髄損傷で療養中に新たに負傷等が原因と

なり発症したもの

セキ髄損傷で療養中に新たに負傷等が原因となり発症したものについては、セキ髄損傷とは異なる原因により引き起こされることから、個々の事案ごとに検討し、因果関係を判断すべきものである。なお、例としては、次に掲げるものが考えられる。

- ① 感覚障害域の熱傷
- ② 運動障害域の骨萎縮による病的骨折

4 その他

(1)薬剤による副作用等について

セキ髄損傷の治療の際の薬剤による副作用等が疑われる場合の併発疾病については、セキ髄損傷者に薬剤が及ぼす影響を考慮する必要があるため、個々の事案ごとに主治医又は専門医の医証等から薬剤の投与時期、投与量等を調査の上、因果関係を判断すべきものである。

(2)別表について

イ 別表には、前記2の(1)に掲げた併発疾病ごとの損傷部位並びに発生機序及び特徴を示しているため、当該疾病について、損傷部位、損傷程度、症状経過、病像等を意見書(エックス線所見、臨床所見、病理組織所見等)、診療費請求書(レセプト)等により確認されたい。

なお、当該疾病を確認するに当たり、セキ髄損傷との因果関係の判断が困難な場合には、地方労災医員に相談すること等により判断されたい。

ロ セキ髄損傷においては、損傷の部位によって臨床所見は異なるものであり、例えば、四肢麻痺あるいは対麻痺(下半身麻痺)となるが、損傷の程度によっても臨床症状の違いが明らかな場合があり、「完全麻痺」と「不全麻痺」に区分して記載しているものである。

なお、「不全麻痺」とは、完全麻痺まで至らないが部分的な神経及び筋機能の低下を示している状態をいう。



脊髄損傷合併症の認定基準

別表

疾病名	損傷部位	発生機序及び特徴
①褥瘡	不特定	感覚脱失等の障害と運動麻痺が併発しているため、体位変換等が十分に行われていない場合に発症する。
②皮膚がん(褥瘡がん)	不特定	褥瘡が長期に至った場合にがんが発症することがある。この場合、褥瘡が存することが前提となる。
③起立性低血圧	上部胸髄損傷以上(特に頸髄損傷)	急性期に発症するが、慢性期にも高率に発症する。
④運動障害域の神経病性関節症	不特定	不全麻痺に発症する例が多い。
⑤運動障害域の痙縮亢進	不特定	麻痺域に限る。 不全麻痺、上位部位のせき髄損傷者ほど発症例は多い。
⑥麻痺域疼痛(感覚脱失性疼痛)	不特定	せき柱損傷部位周辺又は麻痺した下肢部分に疼痛があり、慢性化するほど強くなる。
⑦自律神経過反射	上部胸髄損傷以上	完全麻痺に多発し、不全麻痺での症例は減少する。急性期より慢性期に多くみえる。 発作性高血圧、顔面紅潮、結膜充血、発汗等が特徴である。
⑧体温調節障害	上部胸髄損傷以上	急性期及び慢性期に発症する。 完全麻痺に多い。
⑨肩手症候群	頸髄損傷	麻痺域の肩及び上肢に痛みがある。
⑩関節周囲異所性骨化(麻痺域)	不特定	麻痺域に限る。 主に股関節、膝関節に発症する。 骨代謝異常により骨内のカルシウムが脱出することによるが、関節周囲では逆にカルシウムが集着、骨化することによる。
⑪関節拘縮(麻痺域)	不特定	麻痺域に限る。
⑫せき柱の変形	不特定	せき柱の損傷により生ずる場合(後彎)及び左右の神経麻痺の差により生ずる場合(側彎)がある。
⑬外傷後せき髄空洞症	不特定	せき髄損傷部位から発症し、上位部位へ空洞化が進行することが多い。 これは空洞部分に脳せき髄液が溜まり、これにより麻痺域が進行するものである。

疾病名	損傷部位	発生機序及び特徴
⑭人工呼吸中の気管内チューブによる気管粘膜の潰瘍又は声門、気管狭窄	頸髄損傷	人工呼吸のため気管を切開し、チューブを通し強制呼吸をすることによる。
⑮肺感染症(含肺炎)	頸髄損傷	自己能力により肺内異物(痰等)の体外排出が不能であることにより、肺感染症へと発展する。
⑯無気肺	頸髄損傷	自己能力により肺内異物(痰等)の体外排出が不能であることにより、肺炎、無気肺へと発展する。
⑰尿路、生殖器感染症(膀胱炎、尿道炎、尿管炎、前立腺炎、副睾丸炎)	不特定	療養中高率に発症する。
⑱尿路結石症	不特定	尿路感染から尿路結石症へと発展する。
⑲腎盂腎炎、菌血症	不特定	尿路感染が有力な前提である。 尿路感染が膀胱にとどまっている限り、腎盂腎炎に発展することはないが、膀胱・尿管逆流が加わった場合に発症しやすい。
⑳膿腎症	不特定	水腎症、水尿管症に尿路感染が加わったものをいう。尿路結石症があれば悪化しやすいが、結石がなくても発症する。
㉑水腎症、水尿管症	不特定	大部分が尿流停滞と腎盂腎炎の繰り返しにより生ずる。
㉒腎不全	不特定	両側の膿腎症、慢性腎盂腎炎から腎不全へと発展するが、尿路結石症があれば発症しやすい。
㉓膀胱がん	不特定	尿路感染症や物理的刺激(炎症やカテーテルによる。)により、多くは膀胱粘膜表面が扁平上皮に変化し、膀胱がんとなることがある。
㉔感染症(骨髄炎、化膿性関節炎、敗血症)	不特定	褥瘡部にふん便、接触衣類等からの細菌が感染し、十分な治療が行われない場合に、これらの細菌が骨髄、関節部、全身に回り発症する。
㉕血栓性静脈炎	不特定	静脈の血流能力の低下により静脈内の血液うっ滞、静脈血栓の形成へと発展する。

で治ってもよいと思うのですが、ずいぶん長いこと入院していますね」

「病院の判断ですから仕方がないですね」

わたしは小さな声でいった。

「血液検査はやったようですか」

「ええ？血液検査ですと」

Mさんは驚いた顔をしてわたしを見た。

「そうです。血液検査です。梅毒にかかっている人は骨の癒合がうまくいかないといえますから」

Mさんはますますびっくりしたようである。

「Sさんが梅毒にかかっているとでもいうのですか」

「いや、疑っているわけでもありませんが、あまり治りが遅いので、つい」

「Sさんが梅毒などにかかるはずがありません」

Mさんのあまりに強い言葉に、今度はわたしの方が驚いた。

「どうしてですか」

「彼は戦前は故郷で小学校の校長先生をしていたほどの人格者ですよ」

わたしは困った顔をしていった。

「お坊さんと先生とは何やらということを知ったことがありますか」

結局、Mさんは扱いを主治医に相談することになってお開きとなった。

(注：後日判明したところでは、やはり梅毒だった。業務上疾病治療のために私病の治療が必要な場合どう扱うかという問題である。このことについては昭和28年11月14日付けの基収第5294号で、ふく行性角膜潰瘍(業務上)治療のために必要な涙のう炎(私病)の治療について労災給付が認められた。)

1955年1月5日(水)晴

暖し。鳩谷の“みなと屋”で織物工業会の新年宴会。半田時代のM署長の奥さんから手編みのチョッキが送られてくる。感激。

2月19日(土)

上野松坂屋の地下売場の雑踏の中で、偶然半田時代に仲のよかった農林の統計事務所のN君に行き会う。まさに盲亀は浮木。

3月31日(木)雨

寒し。N製造(1部上場)の工場を署の全監督官で監督。従業員1,300人。休業災害ゼロで表彰も受けている管内の優良工場である。わたしは1人で構内にある診療所に直行。

「カルテを見せてください」

出されたカルテを見ると切傷、挫傷、打撲が多い。原因を調べるとほとんど労災である。

「どうして休業する人がないのですか」

「みんな軽症ですから」

「でも、ここには指の切断をした人がいますが」

わたしはカルテを指してたずねた。相手は無表情な顔で答える。

「そこに書いてあるように軽作業転換という診断ですから、休む必要はありません」

わたしは立ち上がると労働組合書記長に会うために事務所に帰った。

「書記長さん。いま診療所で聞いたのですが、ここでは労災で休業する人はないそうですね」

「そうです」

「しかし、軽作業転換と診断された人でどうしても休みたい人もあるでしょうが、その人はどうしますか」

書記長は至極当然な顔をして答えた。

「当然のことですが、有給休暇で休むでしょうね」

わたしは驚いていった。

「それでは本当に有給休暇が欲しいときに困ることがあるのではないのでしょうか」

しかし、書記長は平然として答える。

「あくまで本人の自由でしょう。そのようにして休業災害ゼロを達成しているのですからよいではありませんか」

わたしはいうべき言葉がなかった。聞けば総務部長は20万円の会費を支払ってゴルフをやっているという。けっこうなことだ。監督終了後、署長も含めて全員料亭で招宴。

6月17日(金)晴

監督課の監査あり。午後、半田時代の親友中氏(監督官退官後自営業)がひょっこり来署。喜び限りなし。本日夜より転出したW監督官の後任として署長命により養成工(現在の職業訓練生)の社会科担当。専門科目は県庁の技術者、数学と英語は工業高校の教師、物理と化学は元海軍技術士官のK監督官が担当している。わたしは鑄物工の1年3クラスと機械工の1年と2年の各1クラスを担当。時間は6時から8時まで。週1回から3回。1クラスは80名前後。

(注：教師はきらいであったが命令だから仕方がなかった。いずれ訓練生以外にも及ぶことになるのであるが、利点もあった。ひとつは時間給ではあったが薄給の身では助かったし、いまひとつは話すことに馴れたことであった。しかし、前者については、無駄使いすまいとして全集本を買い込んだが、これは引越しの際の荷物とその後の場所ふさぎになっただけで全くの失敗であった。)

10月9日(水)雨

職員組合の会計監査のために浦和の基準局に行く。監査はいま1人の監査であるA事務官がきばきと進め、役員はK事務官の58,000円(注：K君の給料の4月分くらいではなかった

ろうか。)の使い込み判明。追求すると飲食に使ったとのこと。(注：後に某署時代には役所の機密費の使い込み、そのときにはだれにも知らせず個人的に始末してやったことが2度ほどあった。本人はすでに死亡。)

11月14日(月)晴

監督課長が来署し監査。午後すっぽかして川口劇場で“新平家物語”を見る。

(注：この頃よく1課長と2人で“笛吹童子”とか“天兵童子”等の映画を見た。監督官は割りとうり自由があったし、映画館も無料だったり優待券が来ていたりしたからである。しかし、何よりの理由は勤労意欲がなかったということだろう。情熱がわからないような内外の環境ではあった。2月12日の日記に、明日の生活にも困るくらいお金がない。16日の給料日まで3日間もあるのに250円しかないとある。当時市内の鑄物工の賃金はわたしの数倍もあり、市内のある上場企業の工場では、工場長の給料が300人中の16位という時代であった。だから、そのためばかりでもあるまいが、監督署の労災係では労働省から無料で配布された諸用紙を有料で販売し、その収益を課長が担当者に分配していた。こんなことは愛知ではなく驚いた記憶がある。)

11月23日(水)晴

勤労感謝の日。愛知ではなかったことだが埼玉では毎年出勤して、管内事業場の優良労働者の表彰式挙行。永年勤続の鑄物工等こう血を絞りとられた抜けがらのごとし。帰宅すると高橋氏来ていて酒を出し飲む。

(注：高橋巖氏で地方労働基準審議会委員もしたことがあるという労働運動家。当時N工業の賃金不払いの被害者として申告し活動中であった。)



サハリン州との労災職業病交流 北海道●職業病治療のサナトリウム

北海道日ロ友好協会とサハリン友好交流協会の仲介により、労災職業病ならびに医療に関するサハリン州との定期交流について、北海道労働災害・職業病研究対策センター(職研センター)と北海道医療生協として、その役割を果たしてほしいという要請があった。これは、さる6月にサハリン代表団が来道した際に問題提起がなされ、代表団が帰国後検討の結果、急速に具体化の話が進んできたもの。

第11回「平和の船」に便乗し、前段の協議を行うべく代表団派遣の要請があり、8月31日～9月6日、栗林事務局長と三宅理事を職研センターの代表として派遣することとなった(鈴木札幌緑愛病院院長も)。

現在、ロシアの政治・経済は混迷状態であり、北方領土問題についても出口がみえない状況にあるが、日ロ両国の各種交流を深める中で関係改善ならびにロシアにおける政治・経済の健全化のために寄与することが大切である。とりわけ、北海道とサハリン州との関係は重要な位置を占めている。

サハリン州には、労働組合の

運営によるサナトリウムがあり、じん肺、振動病、けいわん等について特殊な治療法を取り入れている実態もあり、ぜひ参考にしたいという希望もあった。実際、関係者との交流もさることながら、サナトリウムを利用した労災職業病患者のリハビリや一般患者の病後の療養、不健康状態にある労働者のリフレッシュ等のために、北海道から多くの労働者を送ることについても合意をしてきた。以下、サナトリウムについて若干の報告をしたい。

●サナトリウムの効用

サナトリウムは、直接病気を治療する病院とは違い、物理療法と運動療法ならびに温泉療法を中心とした、病院とリハビリ施設と保養所と温泉をミックスしたような施設である。

物理療法にはいろいろなメニューがあるが、特に、①温浴治療、②鉱泥治療は、振動病、けいわん、腰痛、神経痛等に適していると思われる。

また、不健康状態の労働者のリフレッシュも目的としているので、サウナや25mのプールもあり、建物内の植物園を思わせ

る温室や広い廊下での読書と休養、鐘球やテレビ鑑賞、屋外での散策等々、ここにいると日本や仕事を忘れさせてくれる。

●サナトリウムの運営

私たちが訪問したサナトリウムはサハリン州労働組合協議会が運営し、収容人数260名、医師10名、その他スタッフとなっているが、現在の政治・経済状態を反映し、いまは利用者が半数程度で、医師も5名しかいないようである。

治療を目的にしている者については、医師の指示によって物理療法と運動療法、温泉療法、その他を実施し、他の時間は自由時間となっている。

また、すべての入所者は、目的や健康状態、症状によって内容が異なるが、その範囲内で3通りの好みのメニューを選ぶことができるという。

●利用者の経費等

本来は企業や労働組合から労働者に利用券が発行されるが(本人負担なし)、最近では企業が十分に発行しないため利用者が少なく、自費での利用も歓迎しているが、施設の有効活用と経営上の観点から日本からの利用者拡大を求めているのが実情である。

職研センターまたは医療生協を窓口とした場合は、1泊3食で2,500円程度で利用できることとした。



上：今後の医療交流について協議
下：ユージノサハリンスク中央病院を訪問

●職研センターとしての対応

医療生協としては、生協組合員である患者について積極的に対応することとしているが、職研センターとしては、今後理事会等で検討し方向を定めたいと思っている。したがって私見であるが、検討の材料として問題提起をしたい。

①労災職業病(安全衛生)問題活動家の交流

この種の交流は、相互招待方式(渡航費は行く方で負担)とし、必要に応じ対等の人数で行うという話し合いの経緯を踏ま

え、職研センター加盟団体が推薦する者を派遣したい(渡航費

船内艙装でアスベスト被災 広島●造船の町・呉で相次ぐ労災認定

アスベストが原因で悪性中皮腫になり、亡くなった高下正明さんの遺族が請求していた労災認定に対し、呉労働基準監督署は11月8日、業務上と認定した。故高下さんは、1990年10月に胸の痛みを訴え、呉共済病院で

は関係団体若しくは本人負担、事務的諸経費は職研センター負担)。

②休養等を目的とした一般希望者の利用

渡航費、滞在費を含めて本人負担(窓口は事務的諸経費を含めて職研センターで)。

③治療を目的とした患者の利用

医療生協では、生協組合員で希望する者について、医師の判断に基づき先方の医師と協議しながら積極的に利用させたい方針なので、その中に含めたい(経費は渡航費、滞在費を含めて本人負担、引率者費用は医療生協で負担)。

④以上の3通りのパターンがあるが、渡航頻度が多くなれば、地元通訳と契約し必要の都度アルバイトしてもらうことも検討したい。



(北海道労働災害・職業病研究対策センター)

約1か月間、X線・CT断層撮影、喀痰検査等を行った結果、アスベストが検出された。それから入退院を繰り返し、1993年1月14日に亡くなられた。享年69歳だった。

高下さんは、アスベストを取

り扱って長い。1954年、石川島播磨造船呉ドック艦装工作部に入社。船建造工程で、多技能職として仕事の急がれるところで作業を行っている。同じ時期、断熱材を専門に取り扱う明星工業もタービンやタービンから出ている全てのパイプ(蒸気配管)の石綿被覆(断熱)作業を行っていた。パイプは入り組んでおり、障害物があるために石綿をノコで引いたり、ちぎって使用することから、作業場周辺は高濃度の石綿紛じんが舞っていた。

高下さんは、1992年4月に労災申請を行っていたが、同年12月、呉労基署の対応が遅いとして広島労働安全衛生センターに相談に来られた。この間、呉労基署は、対応が遅れているつもりはないとつっぱねてきたが、遺族とセンターの一体的な取り組みにより請求が実った。

(広島労働安全衛生センター)

× × ×

主人は、平成5年1月15日に悪性中皮腫で亡くなりました。アスベストが原因でなる病気だと主治医から聞かされました。

ずっと健康でいた主人が突然、平成4年4月に胸の痛みを訴え、レントゲン写真をとったところ肺が真っ白になっており、これは大変と施設の整った病院を紹介され診てもらったところ、すぐ入院。肺の中に1.8リットルの水が溜っており、抜き

取っていただきました。

平成4年5月に、胸膜手術をしましたが、もって6か月と聞かされたときは、目の前が真っ暗になり、家族全員が驚きと悲しみに一変しました。

手術後、平成4年5月16日に朝日新聞で「アスベスト汚染老後襲う」の見出しで、悪性中皮腫

とセンターを知りました。

アスベスト110番をみてセンターに相談にいき、みなさんの暖かいご指導とご努力のおかげでこの度のこととなりました。亡き夫の何にも代えられない供養ができたことを心から感謝しています。



遺族・高下スミ子

外国人死亡災害23件の行方 労働省●労災請求済14件・遺族不明5件

9月24・25日の両日、東京・江戸川区民センターで第5回コミュニティ・ユニオン全国交流集会が開かれ、24日の午後各地の代表約140名が参加して労働省との話し合いが行われた。国会議員と市民の共同政策ネットの第96回政府と市民の土曜協議会として開催されたもので、パート労働者問題、外国人労働者問題、派遣労働者問題がテーマに取り上げられ、五島正規、岡崎宏美代議士が同席した(大脇雅子代議士も準備に協力)。

外国人労働者問題では、全国安全センターの古谷事務局長も進行役として協力。この場で、92年1月の総務庁からの行政監察結果に基づく勧告に対する労働省の回答内容、平成4年度の「不法就労外国人に対する災害補償状況について」のデータ等

も提出されたが、あいかわらず頻発している労災隠しへの対応がひとつの焦点となった。

こちら側からは、労働省が自ら持っているデータの照合でできる対応を提案した。「安全センター情報」93年6月号の24頁でも紹介した、①労働省労働基準局安全衛生部の事業主が届け出た労働者死傷病報告書による死亡災害のデータ、と②労災保険の支給決定による同局補償課の災害補償状況についてのデータのうち遺族補償給付支給対象となつたもののデータ、をつきあわせてみることである。

90年—①11件に対して②2件、91年—①16件に対して②4件、92年—①23件に対して②1件となっている。詳述は避けるが、①は「合法」就労者も含む、届出—発生時と支給決定時の違い、

年度と暦年の違い等の相違はあるものの数字が違いすぎる。事業主の届出を出しているにもかかわらず、労災保険が支給されていない、そもそも請求が行われていないケースが多いのではないかという疑問が生じる。経験的にも、母国に住む遺族に日本の労災保険の仕組みが説明され援助の手がさしのばされなければ労災保険の請求手続は行われ、それができても死亡労働者の収入によって生計を維持していたものの立証方法など手続上の困難も大きい。死亡災害という重大事件にもかかわらず、最低限の補償である労災保険すら支給されていないとすれば、これも「労災隠し」である。これは労働省自身が持っているデータのつきあわせで確認できるのだから、足元から実行されたいという要望だった。

これに対して労働省側は、所轄部署(課)が違うためか誰も「やります」とはなかなか言明しなかったが、五島代議士の強い要望もあり調査を約束。92年に労働者死傷病報告書が届け出られた23件の外国人労働者の死亡事件について、労災補償状況がどうなっているかについての調査結果を、10月12日に五島代議士に報告した。結果は次のとおりであったという。

(1)支払済 12件
内訳は92年度中に支払ったも

のが5件で、93年度が7件。11件が「合法」就労、1件が「不法」就労のケースだったという。

(2)処理中 2件

いずれも「合法」就労。

(3)未請求 9件

このうち請求がなされる予定のものが4件あり、そのうちの2件は、自動車損害賠償責任保険等の処理中。4件とも「合法」就労とのこと。

(4)残る5件は、遺族が不明。偽造パスポートで入国していた事例も1件あり、いずれも関係大使館にも問い合わせたがわからなかったという。未請求で遺族不明の5件は全て「不法就労」のケースであるとのことだ。

なお、話し合いの席上、91年3月11日に行われた全国安全センター等の関係団体と労働省の協議の場で、労働基準局補償課が「労災保険の給付手続を進めるに当たり、パスポートの提出

を強要することはなく、今後とも会議等においてその旨徹底したい」と回答し、それが各都道府県労働基準局に事務連絡として流されているにもかかわらず徹底されていないことも問題として出された。すなわち、労災保険請求に当たって、(事業主に)「日本国内で就労する外国人に係る報告書」の提出を求め、この書類の中で「必ずパスポート及びビザの写しを」添付するよう指示しているケースがでてきたのである。

これについても、後日、「93年度に『報告書』の提出を求めたことのある労働基準局は東京局と群馬局の2局で、いずれも一部の労働基準監督署であり、事業主に趣旨説明のうえ協力を求めたもので、パスポートの写等の添付は求めていない」と回答してきた。



通勤途中で暴行を受け死亡 神奈川●満員電車内でのトラブルに認定を

●満員電車でトラブル

1993年の5月25日午前7時40分頃、京浜急行神奈川新町駅脇の公園で鍵谷時男さん(50歳)が仰向けに倒れているのを通行人が見つけた。鍵谷さんは、すぐ救急車で病院に運ばれたが、頸部

を強く強打されていたため頸髄損傷となり、緊急手術を施行。しかし、術後も高熱から肺炎と無機肺を発生、さらに呼吸不全麻痺となり、全身状態も悪化、6月20日について亡くなられた。目撃者の証言によって、京浜

急行の車内で鍵谷さんが中年の男に殴られ、また電車を降りて、神奈川新町駅脇の神奈川通り公園で暴行を受けたことも推定されるが、事件の一部始終は今もって不分明のまま。鍵谷さんの遺族から相談を受けた神奈川労災職業病センターでは、早速事故現場を調査、犯人捜査中の神奈川警察署にも当たってみたが、新聞報道以上の事実の詳細について明らかにすることはできなかった。

●労働省の通達では

鍵谷さんの通勤災害のケースのような場合、労働省は、通勤災害の通達(昭和48年11月22日付基発第644号)で、『通勤による』とは通勤と相当因果関係のあること、つまり、通勤に通常伴う危険が具体化したことをいう」と定義している。例えば、出勤途上で犬をひきそうになった被災者が、犬の飼い主に暴行された事例では、「自動車通勤する労働者が、通勤の途中で犬をひきそうになることは通常発生し得る出来事であり、またこのような出来事に遭遇した場合において、当該犬の飼い主が反射的に当該労働者に対して暴行に及ぶことはあり得ることである。このような場合、他に暴行を引き起こす通勤と関係のない事由が認められない限り、通勤と暴行との間に相当因果関係が認められる」としている。また、

この場合「私的な怨恨関係が認められず、被災者に加害者の暴行を誘発するような言動が一切行われていないこと」が条件で、例えば、電車で通勤中の労働者が車内で喫煙の注意をしたために受けた暴行は、注意したことが一市民としての善意から出た私的行為とみる余地があるため、「通勤に伴う危険が具体化した」とは言えないとして通勤災害と認定されることは難しいとしている。

●鍵谷さんは通勤災害だ

鍵谷さんの場合、完全目撃者がいないため暴行を誘発するような言動があったかどうかは、もはや明らかにすることはできない。しかし、神奈川新町駅のデータによれば、鍵谷さんの乗車していた朝7時30分頃の電車の乗車効率(混雑率)は通常の2

倍近くもあったことから身体接触によるトラブル発生の危険が避けられないものであること、また、医師の証言からも一方的に暴行を受けたことは間違いなく、明らかに通勤災害として認められるべきだと思う。

通勤ラッシュに伴うストレスやトラブルの発生は、最近とみに社会問題化しつつあり、政府も通勤ラッシュの緩和を検討しており、また各々の企業においても時差出勤などでその対策に務めているところである。その意味でも、通勤ラッシュ時の事故は「通勤に通常伴う危険が具体化した」ものとして認定されるべきと思うが、鍵谷さんの遺族が申請した大田労基署の判断を注目したい。



(神奈川労災職業病センター)

作業ストレスの予防

ILO●個人対策より作業改善と参加

ILOが新しく発行した出版物は、事業主が一般的に採用している「対ストレス」プログラムの多くは限られた効果しかないことを指摘し、どのようにすれば作業関連ストレスの軽減につながるかについての堅実な指針を提供している。

ILOが4月に出した「作業ス

トレスの予防」は、それ1冊で様々な職業ストレスに対応できる優れた指針である。その本が他の多くの指針に差をつけているのは、様々な試みの効果について分析しているからだ。職業ストレスの予防が、効果的な対策が早急に必要とされる分野であることは確かである。その報告

によると、

・日本では、人口1億2,000万のうち60%がストレスに悩まされている。

・アメリカでは、毎年1,000万人が抑鬱を経験している。管理職にあるサラリーマンの45%が過重なストレスにさらされており、うち15%が神経症になる傾向がある。アメリカで個人が訴える障害の15%がストレスであり、他の障害の訴えを平均したものの2倍である。

・イギリスでは、5分の1の労働者が不安と抑鬱に悩まされている。

・オランダでは、労働人口の障害の主要因は精神疾患である。労働日は4分につき1人の労働者がこれと診断されている。

報告では、最近の数年間にILOが取り扱った20の事例の経緯を簡略に評価している。報告は、対処療法よりも効果的に職場ストレスの根本要因と取り組むことで、実質的にはいかなる試みも効果があるだろうと結論している。また、労働の編成と質についての議論に労働者が参加すればするほど、試みが成功する見込みが高くなる、とも付け加えている。

註釈付き著作目録によって、多くのより重要な参考文献をまとめたものを簡単に閲覧することができる。出版物、ビデオ、トレーニングマニュアルは、膨

大な量になる。「作業ストレスの予防」は、労働とストレスそしてストレス予防に関する、第一級のそして最初に読むべき資料である。

●ストレスの値段

ILOは、職業ストレスが資金的かつ人間的な損失であることは「労働者と企業と社会の大きな関心事である。それは、労働者の健康と企業の経済力に悪影響を及ぼす(欠勤の増加、無気力、配置転換、生産性の低下、人間関係の悪化)。ストレスが社会にあたえる経済的衝撃は、大きくしかも増大している」と、結論している。

「ストレスは、心臓疾患と脳血管疾患、消化性潰瘍、炎症性内臓疾患、筋骨格系疾患を増悪させる。ストレスは免疫系の活動を刺激しガンになり易くなることを示唆する証拠もいくつかある。不安、抑鬱、神経症、アルコールの飲用やドラッグの使用は、明らかにストレスと関連がある」

ILOは、しばしば高コストなうえ減多に効果がない「ストレス産業」同様、「自称専門家や、どんな場合でも当てはまるようにあらかじめ作り上げられたプログラムや、治療的な試みは、ストレスの原因よりも結果に焦点を当てている」と批判している。「ストレスに関連する問題を根本からとらえ、それをシステ

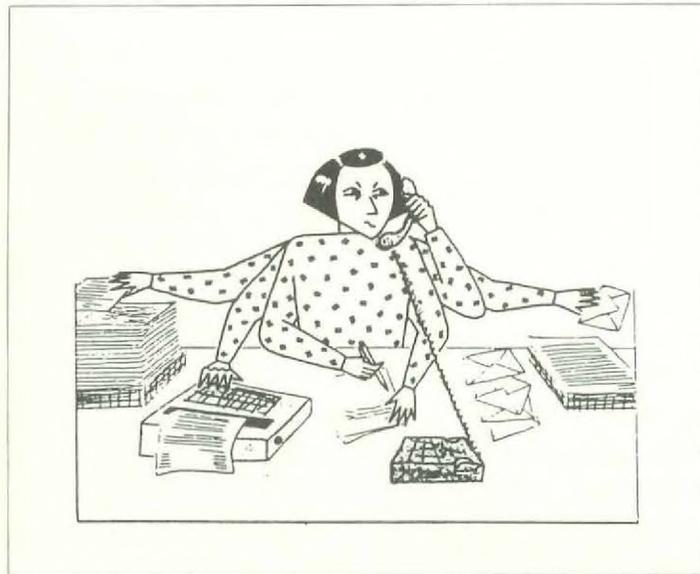
マティックにかつ予防できるように処置し、さらに個々の試みの効果を長期的に把握しているような新世代の対策が求められている」と、ILOはいう。この報告で考えられているのは、このような対策がイニシアティブを持つかどうかである。

●どのような労働か?

ILOが評価したうちの「90%は、ストレス症状をなくすという点、作業の再編成が積極的に行われたという点、問題突明に重要な進展をもたらしたという点、いずれにおいても成功した。」

一鍵となる要素一

対策のレベル：一般的にはプログラムに含まれる対策は多いほど良い結果が得られる。(経営者の側がちゃんと対策を講じることがあるにもかかわらず何も効果をあげないことがある)ILO呼ぶところの「個人対策」プログラムよりも、作業環境を改善し、また、労働者の参加を広げようとする方が生産的であることが証明された。成果を保証するため、経営者は進んでいくつかの労働者に対する管理を放棄しなければならぬ。「そのような労働者グループの議論が公になることを恐れ、『個人のみを対象とした』調整-解決を望んでいる経営者は、従業員の取り組みを増加させるような積極的



な波及力が全然ないプログラムでお茶を濁そうとする」と、ILOは言う。「彼らの主張は単純である。リスクを負いたくないことと、補償したくないことである。」

労使の協力：「組合が参加し、労使協同の委員会を設置できるかが、成功するかどうかを明らかに左右する」とILOは述べる。「もしプログラムが経営者に主導され、組合があまりかかわれなければ、プログラムの成功には支障を来すだろう。組合がプログラムを主導するか、労使がしっかりと協力し合えば、プログラムが成功する可能性はかなり大きくなる。」

労働者の参加/専門家の指導：作業改善の計画や論議に加わる労働者の数が多ければ多いほど、プログラムが成功する見込

みは大きくなる。専門家の意見を通じて作業環境の改善を図る場合は、部分的にしか成功しない。

経営者がほとんど効果のない一人対象の対策を採用する傾向にあることには、これまで健康について提唱されてきたことが現われている。「予防を重視しない法律」により、コレステロール検査やカウンセリングのような医学的な対策を、衛生教育さらにその根本原因である環境問題に取り組むことに優先するようになったのだ。ILO報告は、経営者や衛生専門家自身が衛生教育を必要としていることを明示している。

この資料は、特にスカンディナヴィアを引き合いに出しつつ、法律制定者が果たし得る積

極的な役割にも注意を促している。「労働環境に対するこの革新的なアプローチは、スウェーデンの労働環境法で発展させられてきたものである。その最新のものは、次のように宣言している。

*労働条件は人々の様々な心理学的かつ身体的な環境に従うべきである。

*被雇用者には、彼らの仕事に特有の環境やそれに影響を与える変革についての決定に参加する機会を与えるべきである。

*技術、労働形態、仕事内容は、労働者が身体的または心理的な負担にさらされ、病気や事故を引き起こさないように発想されるべきである。

*この文脈では、労働時間の算定や配分についても考慮するべきである。

*密接に管理されるか又は強制的な労働は止めるか制限するべきである。

*労働により様々な社会的な触れ合いや協力の機会を、個々の労働間のつながり同様、持てるように努力するべきである。

*さらに、自己決定権と職業的責任感とともに、人間的かつ職業的に発展できる機会を与えるような労働になるよう努力すべきである。



WHIN (Workers' Health International Newsletter), No.36, Summer 1993

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
- 東京●三多摩労災職業病研究会
185 国分寺市本町3-13-15 三多摩医療生協会館内 TEL (0423) 24-1922/FAX (0423) 25-2663
- 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 新潟県古町通4番町643 古町ツインタワーハイツ2F TEL (025) 228-2127/FAX (025) 222-0914
- 静岡●清水地区労センター
424 清水市小芝町2-8 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
- 京都●京都労働安全衛生連絡会議
601 京都市南区西九条東島町50-9 山本ビル3階 TEL (075) 691-6191/FAX (075) 691-6145
- 大阪●関西労働者安全センター
540 大阪市中央区森ノ宮中央1-10-16, 601 TEL (06) 943-1527/FAX (06) 943-1528
- 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) 488-2762
- 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) 488-2762
- 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
- 鳥取●鳥取県労働安全衛生センター
680 鳥取市南町505 自治労会館内 TEL (0857) 22-6110/FAX (0857) 37-0090
- 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
861-21 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レクタウンクリニック内 TEL (096) 360-1991/FAX (096) 368-6177
- 大分●社団法人 大分県労働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) 34-8671
- 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) 3264-1432
(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