

# 災害補償の官民格差

## 労災保険制度改善の課題として

井上 浩  
全国安全センター副議長

官民格差にもいろいろありますけれども、①法律段階、②省令段階の格差、それから基発第何号だとかいう③行政解釈をめぐる格差と、だいたい3つあります。

### 法律段階の格差

#### ●遺族補償一時金受給者の範囲

最初に、法律段階の格差についてみてみましょう。法律条文の順番にいきますと、まず遺族補償の関係です。遺族補償には年金と一時金がありますが、年金の場合には、いわゆる生計維持関係にあった人がいる場合に年金が出ます。これは、官民一緒なんです。問題は、一時金の方です。一時金は、労災保険—民間労働者の場合には、死んだ労働者と親族関係—親とか兄弟とかの血族でないと駄目なんです。ところが、国家公務員、地方公務員の場合は、そこにもう一人入ります。これは、「主として職員の収入によって生計を維持していた者」と規定されています。他に受給者がいなかった場合には、この

人がもらえるわけです。血縁も何もなくていいわけです。

これは、もとをただせば労働基準法の施行規則には、そういう規定があるんです。これが国家公務員災害補償法にも、地方公務員災害補償法にもあるものですから、民間の方よりも遺族補償一時金の範囲は広いということなんです。

ただし、この人の場合はもらえる金額が少ない。一般の一時金は、労災保険の場合は、給付基礎日額の1,000日分です。公務員のこの場合の人は、第3号というんですが、平均給与額—これは平均賃金と一緒です—の400日分と、少なくなっているんです。少なくとももらえればいいですよね。

#### ●公務員の救難義務

2番目の違いは、例えばこういう事例があります。浦和の県庁の屋上に貯水タンクがありまして、貯水タンクの中にはベンキが塗ってありますから、それを時々はがして新しく塗り替えるわけです。そういう作業は、シンナー、有機溶剤を使ってはがすわけです。シンナーは空気より比重が重いですから、そ



井上浩・全国安全センター副議長

れが溶けて蒸気が出てきて沈んで、底の中の空気が出ていって外にいつてしまう。そこで作業している人が倒れて死亡する事故が、全国的にあちこちで起きているわけです。その時上の方で見ておいた課長とか同僚が、「大変だ」というんで、だいたいすぐに飛び込んで救おうとするんですよ。目で見て有機溶剤があるかどうかわからないからですね。その人も死ぬわけです。その場合、もちろん死んだ人も労災です。100%。ところが、その助けに入った人が警察官だった場合には、遺族補償年金が50%増しになるんです。身体障害は、3級以上の身体障害の場合、3級は40%、2級は45%、1級は50%増えるんです。国家公務員と地方公務員には、死亡と3級以上の障害にはこのように加算制度があるわけです。

例えば、北炭夕張炭鉱の場合でも、助けに入って死んだ人が16人くらいいました。それから上越新幹線の大清水トンネルでも助けに入って2人死んでいます。だから労働安全衛生法が改正になって、25条の2(救護の安全に関する規定)というのができました。ところが、加算はないわけなんです。これは、そういう危ない場所に危険を犯して入っていく義

務がないからだという理由なんです。危なければ入らなければいい。それをうかうか入ったもんだからというわけです。損害賠償でもそういう考え方があるんです。人を助けようとして入った場合には、危険を承知で入ったのだから損害を賠償するには及ばない、という学説という意見もあるんです。私の考えでは、逆に義務がなくて入った人こそ崇高な人類愛に燃えたわけですから、余分に払っていいと思うのですけれど、今の発想は別なわけです。

なぜ公務員にだけそういう制度ができたかというところでですね。あの浅間山荘事件で警察官がやられたでしょう。警視庁の警視の人が。それで自治省が作ったわけですよ。それが国家公務員にも波及して、警察官、消防職員、麻薬取締官、海上保安官とか。それに、警察の場合は、警察官だけじゃなくて他の事務職員でもいいわけです。(当初の案では)警察・消防だけだったのですが、労働組合がそれはおかしいんじゃないかといういろいろ反対が起きました。

災害が起きた場合、災害応急従事職員の場合には、やはり割増しがあります。例えば、島根県に台風が来ました。台風が来て県知事が県庁職員に浜田市に応援に行けと命令したんです。その職員が車を運転して行ったら、途中の何とかいう大きな川の橋の途中まで行ったときに橋が流れて死んでしまったわけです。そういう場合には、割増しがある。公務員の場合、国家公務員でも地方公務員でも。そういう大規模災害があつてそこに救援に行けと命令された場合にはある。だから、公務員は、危険とわかっていても取ってその仕事をやらないといけなから、こういう制度を作ったんだということが、自治省の事務次官通達に書いてあります。

僕はおかしいと思うんですよ。皆さんはどうお考えになりますか。義務があつていくのはむしろ当たり前ですよ。もちろん割増しをやらないといけなけれど、でも義務がなくて行く人の方が偉いですよ。炭鉱などでも、あそこに入ったら危ないとわかっていながら入って死んだわけでしょう。16人も。そ

ういう人こそ割増しをしないとイケない、と僕はそう思うんですけどね。

島原市役所の人が、電話で聴いてきました。雲仙岳の問題があって、市長が「被害の状況を写真に撮って運動しないとイケないから、おまえ、あそこの中へ入って写真を撮れ」と言われたというんですね。危ないわけですよ。警察が柵を作って、ここから先には入っちゃいかんとやってるわけですよ。で、「入る義務があるか」という質問でした。「入る義務はない」と言ったんです。いくら地方公務員でも入る義務がある場合は災害応急対策で入る場合だけで、まあ百歩譲って、入る義務がある場合があるかもしれないけれども、割増しが無い以上入る必要はないと言ったのですけどね。実際には、入らなかつたようですけども。

大清水トンネルで24名の出稼労働者が火災で煙に巻かれて死亡しましたが、それを助けに入った前田建設の労働者が2人死亡しています。結局、空気呼吸器の中の空気が足りなくなって死んだわけです。それで、そういう大規模災害のときに助けに入って死んでは大変だということで、労働安全衛生法の25条の2ができて、救援体制を作れということになったわけです。そのとき、わざわざ労働省が運達で、これは事業主に対して救援義務を設けたのではないとはっきり言っています。これは、労働省が責任を逃れたわけですよ。決して救援義務を設けたものではない。ただ、そういう場合に労働者が被害を受けないように規則を作っただけだと。救援義務については、消防法だとかそういうものにあるとおりで言っています。大変問題のあるところですね。

### ●不服審査一資料の閲覧権

3番目は、不服審査の場合です。労災保険では、労災保険法の36条によって、行政不服審査法の第2章は18条19条を除いては適用しないということが書いてあります。その結果どうということが起きているかという、労働基準監督署長側一原処分側がい

ろんな書類・物品を審査官や審査会に出しますが、これを審査請求をした側が閲覧することができないわけです。本当はそれを見せてもらわないと有効な攻撃も防御もできないわけです。裁判と一緒に。ところが、そういう閲覧権が労災保険の場合にはないんです。

地方公務員の場合には、地方公務員災害補償法によって、閲覧できます。地方公務員災害補償法には、行政不服審査法でやるのだとはっきり書いてあります。ですから、地方公務員の場合には、処分庁一基金の支部が審査会に出した資料・書類の閲覧請求ができるわけです。これはたいへん都合がいいわけですね。これなどは、労災保険法を改正する場合にはやらなければいけないですね。

国家公務員の場合には、全然違います。これは、いわゆる民事の方でいきますから。国家公務員の場合には、国家公務員法は労働基準法と同じ発想になっています。この場合は、不服があったら人事院にもっていくのですが、訴訟も行政訴訟でなくて民事でいくんです。ときどき違うものがありますが、国家公務員は本来民事なんです。国家公務員の場合には、使用者である実施機関がやるわけです。労基法の第8章がそうです。これは使用者が労働者を補償しますね。労災保険の場合には政府が補償し、地方公務員の場合には基金が補償するわけです。国家公務員の場合には、直接の使用者に当たる労働大臣とか通産大臣が補償するかたちになり、労働基準法と同じ格好になっています。

### ●不服審査の制度

地方公務員の場合には、審査官というのがいません。基金支部審査会、それから基金本部審査会。支部審査会には委員が3人、本部には5人いて審査をします。委員というのはだいたい医者だとか弁護士だとか大学の教授だとか、ところによっては労働基準監督署長がなっています。ですから、審査官よりもっと気軽に判断できるわけなんです。だから、地方

公務員の場合には、支部審査会の段階では非常に前向きな裁決が出ているわけです。これは、庄司(悠一)さんという名古屋の水道局におられた人がいますが、この人がさかんに全国を運動してまわっているけれども、あの運動が有効なわけですよ。審査会の委員への働きかけがたしかに効くわけです。

しかも、審査会の場合には独立の機関ですから、基金本部の理事長の文書一通達です。一般には一の拘束は受けないんです。独自に判断できるわけです。だから、自殺の場合でも過労死の場合でも、非常に緩やかな裁決をしております。

労災保険の場合には、審査官といえども役人、中央の審査会でもそうです。おかしいんです。昭和35年—1960年までは、地方に審査会があり、本部の—いまの労働保険審査会はなかったわけです。地方に審査会があって、その委員は労働側からも出ていた。その委員が決定するわけですから、いまの参与とは違います。いまの参与には全然力がないんです。その頃は委員そのものだったのですから、だから、非常に前向きな判断が出たんです。

そこで労働省が困りきって、地方の審査会を全部撤廃してしまったのです。これに対しては総評も有効な反対をしなかったですね。残念ながら。それを全部なくしてしまって、地方は審査官一本になり、中央に労働保険審査会をつくって、そこに退職した高級官僚が委員として入ったということになるわけなんです。

審査官というのは、労働省の通達にもあるように、労働省の労働基準局長の部下ですから労働基準局長の一般的な認定基準の拘束を受ける、とはっきり言っています。過労死などの認定基準の拘束を受けるんです。審査会というのは労働基準局長の部下ではないから、これは独自に判断してもいい。まあ、実際には独自の判断してないですけど。だから、民間の場合は、地方公務員に比べて著しく不公平、不利なわけです。

それに、審査官というのも、必ずしも労災保険に

詳しい人がなっているとは限らないんです。というのは、審査官というのは非常に等級が高いわけですよ。署長と同格ぐらい。事務官は署長になれませんから、署長と同格の何等級かになるためには、最後は主任審査官になるしかないということなんです。ですから、この人は大変労災保険に詳しい人だからということではなくて、この人はもう何年間も7級職をやっておりもう8級職にあげないといけなから、8級職になるには主任審査官になるしかないからということであるのが基本的な人事なんです。だからいまでは、審査官には補助の人が、相談員とか非常勤職員などでついています。これは、昔の労基署の労災保険課長等です。

昔労災保険課長で不支給決定した者が、今度は基準局で審査官の下において、その人がやるわけですよ。労働保険審査会もそうです。大日本印刷のビル管理人の過労死事件でも労働省は(裁判で)負けましたが、東京基準局の審査官では労働者側が負けて、労働保険審査会でも負けました。審査会のその時の審査官は3人おったんですが、1人は元東京労働基準局長。大日本印刷の件を業務外だと決定した監督署長の上の元東京基準局長が審査会委員の1人で、もう1人は労働省の安全衛生部長、あと1人は元婦人局長で、この前最高裁の裁判官になった人です。また、実際にいろいろ補助をする人たちが元東京の労災課長たちでは全然話にならないですね。そういうことは、やはり、根本から変えていかなければならないでしょう。

### ●補償への課税

次は、労災保険法の第12条の6(租税その他公課の免除)にあるのですが、労災保険からもらったお金については税金がかかりません。この12条の6は、保険給付として受けた給付金については税金をかけたかないと書いてあります。労働福祉事業からもらったものについては何も書いてないわけです。だから、休業補償も、60%の保険給付については税金が

かけられないけれども、20%の休業特別支給金については税金がかけられても、労災保険法上何も言えないわけです。

現在どうしているかという、国税庁の直税部の審理課長という課長の文書によってかけていないだけの話です。国税庁長官の通達ではない。部長の下、課長の、労働省の課長に対する回答文書、昭和50年2月28日付けの審理課長文書でかけていない。他のものについてはわかりません。例えば、松葉杖をもらった場合とか、たくさんありますね。就学援護金とか。こういうものをもらったときに税金がかからないという保証はないわけです。

ところが、国家公務員災害補償法と地方公務員災害補償法は違うんですね。この法律に基づいて支給した金には全て税金をかけない、と書いてあるんです。労災保険の労働福祉事業というのは、国家公務員と地方公務員の場合には福祉施設です。これは、労災保険法の方が先にできたから、その時分にはわからなかったかもしれないけれども、いまからでもやはり変えなければいけないでしょうね。例えば、損害賠償には税金をかけないとはっきりしてありますね。そういうふうにはっきりしなければいけないでしょうね。

### ●労働福祉事業に対する不服申請

それから、労災保険の労働福祉事業ですね。労働省の立場は、労働福祉事業関係について不満があった場合は、保険給付でないから審査官にはもっていけない。これは一貫した姿勢です。例えば、子供が大学に行っているから就学援護金を申請する。保険給付の場合には「請求」という言葉を使っていますね。労働福祉事業ではみんな「申請」です。「労災申請」と普通いうけれども、「労災申請」という言葉は、法律的には間違いです。「労災請求」です。労働福祉事業については「申請」するわけです。「いただく」わけです。権利ではないから、申請してもらおうということになるわけです。権利があれ

ば、請求してもらおうわけですけれども、権利がないから「申請」してもらおうわけです。だから、申請の方は気分次第でくれるものだからですね、これについては不満など言えないというのが労働省の考え方です。だから、労働福祉事業の方は、予算に余裕があればお金をやる制度をつくるし、なければ制度を創らないと。

これは、全く恩恵的で慈悲政策であって、これについては人民どもが不満を言うことはまかりならん、こういうわけなんです。だから、35条(保険給付に関する審査請求等)に書いてありますが、保険給付に関する不満だけ、ということなんです。これについては、三田の監督署の関係で、就学援護費について昭和59年11月26日、東京高裁で行政訴訟の対象となることを認めているものがあります。

国家公務員災害補償法では、法律の条文に、不服があった場合は人事院に不服の申し立てができる、とはっきり書いてあります。地方公務員災害補償法では、法律には書いてないけれど、基金本部の基金理事長の文書があります。福祉施設に不服がある場合には、基金の支部長当てに不服を書類で申し立てると書いてあるんです。法律じゃないですけど。

労働省はそれすら認めないんですね。基金と同程度認めるんだったら、せめて不満があった場合は都道府県の基準局長に不服申請できるというならそれもいいけど、それすらできない。頭から認めてないんです。非常にここのところは頑固なんです。これは、国家公務員方式が一番いいですね。次が地方公務員方式。労災がまあ一番下だということになるんです。これは、揃える必要があるんじゃないかということですね。地方公務員の関係は、昭和51年6月10日付の地基審第30号が出ています。

### ●社会保険との調整

それから7番目はですね、保険給付と社会保険の調整です。現在は、労災保険から障害年金をもらっている、厚生年金とか国民年金から障害共済年金

をもらっている場合には、労災保険の障害年金から17%でしたか一しよちゅう率が変わっているのですが一労災年金の方が減るわけです。遺族の場合は16%くらい減ります。

国家公務員、地方公務員の場合には、厚生年金保険だとか国民年金保険の場合には同じように公務災害補償年金が減るわけだけれども、国家公務員、地方公務員の共済組合から年金をもらう場合は、逆になるんです。共済年金の方が減額になって、補償年金は100%もらえるわけです。

どうも計算をしてみると、そっちの方がいい気がします。というのは、補償年金の方が金額が高いですからね。国家公務員、地方公務員の場合は、共済年金との関係では共済を減らして補償年金の方は減らさない。官民が逆になっています。これについては、十分いろいろと研究をしていかないといいまいらうと思います。

以上が法律段階のことでです。

## 省令段階の格差

次は、省令段階。労働省令だとか自治省令。地方公務災害補償法施行規則だとか労災保険法施行規則ですね。国家公務員の場合は人事院規則です。

### ●平均賃金の計算

まず、平均賃金、平均給与額です。国家公務員、地方公務員では「平均給与額」と言います。基準法では「平均賃金」。労災保険では「給付基礎日額」。だいたい同じです。

労災保険の場合には、平均賃金は、だんだん時間が経ってベースアップなどがあると労働大臣が決めた比率を掛け算します。

これが、公務員の方が非常に合理的にできています。どんな場合でも、災害補償の補償事由の発生した日を採用日として平均給与額を計算して、もしその方が高い場合にはそれを平均給与額として計算

する。例えば、怪我をして3年目になってそこで障害補償をもらう場合には、その治った日を公務員として採用された日として計算するわけです。その月の本俸、扶養手当、調整手当、特勤手当等を合計したものを30で割るわけです。だから、一番新しいナマの平均給与額が出てくるということなんです。公務員は賃金がきちんと上がっていきますから。これは非常にいい方法ですね。その方が高ければそちらをとるので。から。

民間の場合、どうしても少し前のものになってしまうわけです。このへんは公務員の方が合理的ですね。後からできた制度です。地方公務員災害補償法施行規則の第3条だとか、国家公務員法に基づいた人事院規則などにありますから。

### ●遺族年金の受給制限

死亡して遺族にお金が出る場合、奥さんなんかは問題ないんですが、遺族に年齢制限がある場合があります。60歳以上でなきゃいけないとか、18歳未満でなきゃいけないとか。また、老人か子供か身体障害者でない遺族の計算には入らない、ということがあります。年齢の制限、60歳以上とか18歳未満というのは官民一緒です。ところが、身体障害がある場合一これが違うわけです。

労災保険の場合は、5級以上の障害がある場合はどんなに若くても遺族として面倒をみますという規定になっているんです。ところが、公務員の場合は、7級以上の身体障害でいいわけです。たいへん低い身体障害ですね。これはどうしてこんなに違うのか、私も理由はよくわかりません。7級以上が年金で8級以下が一時金だから、7級のところで線を引っ張ったのかもしれない。

だったら労災保険だって7級のところで引っ張ればいいわけです。このへん、はなはだおかしいところですね。

### ●請求方法

労災保険の場合は、怪我をした、病院にかかったとしますと、いきなり病院の費用をいくらくれといって請求します。休んだ場合は、休業補償いくらと、金額の請求をするわけです。それに対して監督署が、金額の支給・不支給を決定するわけです。その前段階に、認定請求というものを出すことはない。昔よく、過労死等の場合に「認定」の申請を出す人がありまして、監督署の方もわからないものですからそれを受理して大汗をかいて調べたんですけど、あるとき労働省が、それは間違いだ、そういうのが来たときは、相手が労災適用の労働者だったら全部返しなさいと。返さないと、認定の申請しただけでは時効の進行が止まらないのですから、2年も結論が出ないと、もう休業補償も療養補償もその2年以内は全部時効になってしまいます。そういう不利益があるから、請求書を始めから出してもらうんだと、こういうことに変えたわけですよ。通達も出ました。

ところが、地方公務員災害補償法の場合には、それをやっているわけです。まず、怪我をした場合は、療養補償の請求書を出すのと一緒に、公務災害認定請求書を出せといっている。そうすると、地方公務員の場合は、頸肩腕障害になって、これは労災だと考えた場合には、基金支部から公務災害認定をもらわない限り、無料で病院には通えないということになります。

労災保険の場合には、自分がこれは労災だと思えば、会社もこれは労災だと思って5号用紙にハンコをつけば、それをもって病院に行くとも無料でかかれます。後は、無料でかかりながら争えばいい。地方公務員はそれがないわけです。どうでもこうでも認定請求を出せと。おかしいわけなんです。もっと大きな、片腕を落すような事故が起きたら、その場合でも認定請求を出してそれから病院にかかるなんて、そんなことはできませんね。これは、明らかにおかしいわけです。

しかし、それがいい場合もあるわけです。去年、

福岡の学校給食調理員の方が腰痛になって、労災で業務外の不支給決定を受け、13年間争って、13年目にやっと福岡高裁で逆転して勝ちました。勝った結果、いくらもらったかという、2週間分の治療費だけなんです。というのは、裁判で争ったのが、最初の2週間の、「休業をして安静を要する」という医師の診断書が出た2週間分を請求してそれを争ったからですね、それ以後の請求書をもっていったら、これは全部時効だといって、福岡の中央監督署は蹴飛ばしたわけです。労働省補償課に聴きましたが、補償課も、「それは全部時効だ。残念ながら」と。13年間もかけて裁判に勝って確定したんだけど、結局2週間分で、後は金をもらえない。

それが、地方公務員の場合はないわけです。地方公務員の場合は、公務災害かどうかの認定を受けるわけで、その認定をめぐる裁判があるわけです。そして、公務災害が13年後に認定された場合には、基金の扱いでは、その時点から時効を計算していくんです。これは、本当はおかしいですよ。私は労働省の理屈の方が正しいと思うんですけども、基金は、それでは公務員が救えないということでそういう扱いにしているわけです。

これは、基金が時効の権利を放棄したといえるかもしれませんが。労災保険の方は会計法の適用がありますから、時効の権利は放棄できないんです。だから、現在の基準局の言い分には、仕方のない面もあるわけです。逆に言うと、会計法の適用を受けない基金の扱いの方がちょっとおかしいわけなんです。その方が公務員にとってはいいわけですよ。全部それから時効が進行するという。これは、基金の理事長の通達でそうなっているんです。これは、やはり、なんとかしなくてはいけない。認定請求方式がいいのか、それとも今の方式がいいのか、検討しないといけないと思います。

国家公務員はどうなっているか。国家公務員の場合は、例えば、基準局には補償事務主任者というのが決まっているわけです。横浜の工場にクレーンの

検査に行ったらはさまれて死亡した監督官がいました。秋田かどこかの監督官が転勤してきて、初めて大都会に来て造船工場に検査に行ったからわからなかったんでしょうね。そういう場合には、神奈川県労働基準局の庶務課にいる補償事務主任者が、どここの監督官がはさまれて死亡したという報告を労働省に出すんです。今度は、労働省の方で、それは公務災害だからお金を請求しなさいということをお本人の遺族に教えてくれるわけです。それから請求するというかたちになるわけです。

それから、頸肩腕障害とか通勤災害とかもそうですが、補償事務主任者が知らない場合もあるわけです。その場合は、俺のこの頸肩腕障害は公務災害だといって主任者に申し出るわけです。補償事務主任者は、申し出があった場合には同じように報告しなければいけない。どここの監督署の誰が公務災害の腰痛だといってきたと労働省に出すわけです。すると、労働省は、いろいろ考えて、公務災害じゃないと認定した場合には、人事院に行ってもいいし、いきなり民事訴訟で金払えと請求してもいいことになるんです。

ここで、どういう違いが出てくるかというと、国家公務員の場合には、請求をしなくていいわけです。地方公務員の場合は認定請求という行為があります。民間の場合は休業補償の給付請求があります。国家公務員の場合は請求がなくて、むしろの方でやらないといけない。労働基準法の第8章がそうです。第8章の決め方というのは、業務災害が起きた場合には、労働者が請求してもしなくても、権利を放棄しても、払わなければ違反だということですから。最高裁判所の判決もありますけれど、休業補償と療養補償は毎月1回やらなくてははいけない。障害補償は治ってから1週間以内にやらなくてはならない。これは規則にも書いてあります。請求があってもなくても、権利を放棄しても、払わなければ違反だと、労働省もはっきり言っているわけです。国家公務員の場合はそれなんです。使用者が補償する

格好になる。

労災保険だとか船員保険だとか地方公務員災害補償の場合は、直接の使用者ではなくて、基金だとか、監督署だとか、別の人が補償するわけです。だから、請求してもらわなければどこに労災が起きたかわからないから、手をハイと挙げて、私が怪我しました金下さいと請求することになるわけです。

そうすると、どういうことになるかというと、労働省はこう言うわけです。請求するからには、請求する人が請求権のあることを証明しないと。だから、認定が難しくなるわけです。訴訟と同じように、請求者側に証明責任があるんだと。これは、裁判でも、札幌地裁とか、方々でそういう判決があります。原則的に請求者側に証明責任がある。だから、過労死なんかでも、最後は請求する側に証明責任があるんだということになるわけです。そここのところが、非常に問題があるところなんです。

決して法律には書いてませんよ。法律には書いてないけど、労働省はそう言っているわけです。判決もそういうものがあるわけです。こういうことは、将来、非常にむずかしい議論になると思いますが、やっていかなきゃならないところだと思います。

いろいろな場合に、むしろこう言うんですよ。証明責任はあんたの方だ、証明してごらんさいと。職場でカゼをひいた場合は労災で、通勤でカゼをひいた場合は通勤災害。これは、はっきりしているわけです。今の相当因果関係説からいっても、全然否定できないわけです。ただ、証明ができないわけです。どこでうつったかという。だから、みんな大損しているわけです。自分も保険料の半分を払った健康保険で払っている。本来、これはおかしいわけです。一番基本のところ証明責任の問題があるから、業務災害の具体的な範囲を決めた労働基準法施行規則の別表第1の2の第9号の「その他業務に起因したことの明らかな疾病」というところでみんな切られちゃうわけですよ。そのへんのところは、理論的にいろいろ武装してやっていかなければいけ

ないところでしょうね。

●特別援護金制度

国家公務員、地方公務員の場合には、民間の労働者には出ていない福祉施設のお金があります。特別援護金というのがあるんです。公務災害の場合、障害に対して、最高560万円の一時金が出ます。最低が15万円で、通勤災害では最高350万円、最低10万円です。遺族に対しては、760万円の一時金が出ます。遺族特別援護金です。通勤災害の場合、430万円の一時金が出ます。最初は通勤災害には出なかったんです。これに対する国の説明は、民間の場合には、労災保険の給付にまた上積みをしているんな法定外の補償を民間の会社で払っている。これに相当するものだ、という理屈なんです。

国家公務員の場合には、これ以外出ないけれど、地方公務員の場合には、弔慰金規定があつてみんな出てるんですよ。死んだ場合は何千万単位で出たりしています。ですから、この理屈は弱いんです。

以上が省令段階の官民格差です。

行政解釈段階での格差

今度は、通達段階、行政解釈の段階。基発第何号とか地基補第何号とかいうものです。

●業務災害の範囲

行政解釈段階で一番官民格差が大きいのは、業務災害の具体的な範囲です。例えば、民間ではとてもありっこないのだけれど、地方公務員の場合、4時間以上超過勤務・時間外労働して帰る途中で事故が起きたら、全部公務災害です。前は、一応本部に伺わなくては駄目だったんですが、今は伺わなくてもよくなってます。だから、よく、土曜日に5時まで勤務して帰ったら途中は全部公務災害になったわけです。今でもきっと、半日勤務があれば、半日勤務の人は、それから4時間後、5時に帰る人は、途中

は全部公務災害ですよ。無条件に。まず、考えられないですね、民間では。

それから、宿直勤務に行く場合、宿直から帰る場合、それから、午後10時以降から午前7時30分までの勤務に行く場合、午後10時から午前9時までの深夜業が終わって帰る場合の災害も全部公務災害です。通勤災害じゃないんです。民間の場合、100%通勤災害ですけど。

それから、赴任の場合。この前やつと、労働省は、限定つきで認めましたね、キロ数かなんかの。あれは、随分前から労働省部内では議論になっていたようです。で、限定つきで認めたけど、地方公務員とか国家公務員の場合には、全く限定がないのです。どんなに近くてもどんなに遠くても、とにかく赴任途中の災害は全部公務災害。

それから、公務のために入居を義務づけられた場合。例えば、警察署長官舎、宿舎。そこで、宿舎に不完全な点があったということで事故が起きた場合には、全部公務災害です。だから、寝ておいて天井が落ちこちてきて死んでも、それも公務災害。

非常に公務災害の範囲が広がってるわけです。これはどうしてかという、相当因果関係なんていうのは全く労働省と同じ考え方なんです。そうではなくて、公務員の労働関係と民間労働者の労働関係は基本的に違うという前提があるわけです。民間の場合は「労働条件」というんだけど、公務員の場合は、国家公務員も地方公務員も、「勤務条件」とはっきり言葉を変えておるわけです。国家公務員の場合は、勤務条件は法律が決めるという法律決定主義。地方公務員の場合は、条例によって決定する条例決定主義、というのがだいたい原則です。

というのは、ここでは団体交渉とか労使交渉によって勤務条件が決まるんじゃないで、当局、使用者側が決めるんだということになるわけです。それに対して、民間労働者の場合には、労働基準法の第2条の適用があるんだと。労働基準法第2条の第1項に、労働条件というのは、労働者と使用者が対等の

立場に立つて決定するんだという大原則がありますね。従って、嫌なことはしなくていい自由があるんだということ、労働省に労災補償部があった時分の部長が人事院の補償関係の幹部になっていて、この人が総評に来て講演をしています。なぜ広がったかという、そういうことなんです。

例えば、大蔵省の役人が予算の編制でずっと夜遅く残業して帰る。その途中で死んだり怪我した場合には公務災害。それは、大蔵省の役人というのは、基準法の36条によって労使協定して時間外労働をするという制度の適用は全くないんだ、基準法第2条の第1項によって労働条件を労使対等で決定できないのだから、そういう人は、帰り道も全部使用者側の支配下に入ってるんだという考え方なんです。だから、いま労働省が言っている業務災害の定義は、業務起因性とか業務遂行性ということではなくて、事業主の支配下に入っていることが原因で起きた災害と言っています。支配下に入ることが原因で起きた災害なんだから、公務員の場合は権力服従関係で非常に当局の支配力が強いから、そういう帰り道とか出勤途上も支配下に入ってるんだと。警察の署長が警察の宿舎・官舎に泊まってる場合には、そこでも県警本部長の支配下にあるんだという考え方なんです。

この前、全通の人が、そのような考え方を「けしからん」と言いましたけど、私もけしからんと思うんですけどね。民間の人の方がもっとシビアです、実際は。宿舎なんか決められたら、絶対に入らなきゃいけないのですから。公務員では入らなくても、まさかクビにはしないと思うんだけど、民間だったらクビですよ。労使対等の労働条件の決定なんて、とても民間の会社ではそんな実態になっていない。かえって、公務員の方がいい加減です。今日はちょっと私用があるから、なんていって4時間5時間遅くなったって、あまり言われることはないです。そんなことは、民間でやったらエライことですよ。

だから、相当因果関係はそっくり使ってるだけ

ど、それ以外に、基本的にそういう考え方なわけですよ。これは、いろいろな場合に出てきてたいへん問題ですね。通勤災害なんかでも随分違つたですよ。はじめ、美容院とかパーマに行くのは、民間の場合は駄目だった。民間の場合、女の方がかけに行くのはオシャレに行くんだから日常生活上必要な行為ではないということだったんです。公務員の場合、地方公務員でも国家公務員でもオシャレではなかったんです。あれは、日常生活上必要なんだと。それは、通勤災害になったんです。これについては、やつと審査会で労働省が負けてひっくり返って、今では一緒になりましたけど。

このように、一般に、公務員の場合は甘くなってるんです。はっきりいって、地方公務員の場合は基金の人が慣れてない人が多いから、杓子定規でやる場合もあるようだけでも、一般的には、公務員は温情ある扱いをしていることが多いみたいですね。

●労働省の体質

公務災害が殉職という意識がまだあるんでしょうね。「基準一家」意識とか。労災保険で甘い汁を一家で吸ってるという意識がありますから。これは、非常に強いんですよ、そういう一家意識というのは。地方ではあまり持ってないけど、本省に一度でも勤務したことのある人は、非常に一家意識が強いです。で、労災保険の保険料を、みんなでアリが蜜に集まるように集まって吸ってるわけですよ。

埼玉県の朝霞に、労働省の研修所があります。そこで、新任監督官や、他に署長とか課長も、研修をよくやるんだけど、新任監督官が研修をやるたびに、彼らが私を講演に呼んだんです。しかも、研修時間外の日曜に、自分たちで金を出し合つて呼んだんだけど、労働省の監督課にストップをかけられました。後で聞いて分かったんですが、理工系の若い監督官が監督課に聞いて、「あんな人を呼ぶのは恥だ」と、そう言ったそうです。どんなに考えても、「恥だ」というのがわからなかった。わかりま

せんよね。破廉恥罪でも犯したんなら恥だけど。ただ、最近わかったのは、過労死の問題でいろいろテレビに映ってから、結局、内部告発をしたということなんです。つまり、労災保険料をうまいことやってみな使ってることを僕が告発したということなんです。告発などしてないんだけど、「告発した」ということなんです。だから「内部の恥だ」という言い方をするんです。驚きましたね。

そういう意識が強固にあるわけです。むこうにくつついていけば、80ぐらいまでは心配ないですから。それは、もう、むこうにくつついてる分には絶対安全なんです。どんなに組合活動しても、組合活動してる限りは大丈夫ですよ、労働省ですから。内部告発をしなれば大丈夫。内部告発したら駄目で、もう絶対八分です。

会社でもそうです。日本の労働組合はみんな企業別組合だから、どんな強い組合でも、内部告発できないですよ。残念ながら。

●ハリ灸その他

今度は、鍼灸の関係です。鍼灸の場合も、公務員の場合は制限がないんです。基金が支部の監査をしてときどき言うみたいですけど、いわゆる労災保険みたいなあんははっきりした治療期間制限は全くない。数量的なものはない。定性的なものはあっても、定量的な規定は全くないんです。付添い看護だとか、療養補償の一般の関係でもそうです。

国家公務員の場合は、認定基準じゃなくて、「認定指針」というものが人事院から出ています。これは、内容はそっくり労災保険と一緒にです。地方公務員の場合には、人事院で指針を出した場合、自治省から文書をつけて基金の方に流している。基金では今度自治省からこういうものがきたから、これからこういうことでやってくれということを出ている。そこに何と書いてあるかということ、自治省の通達には、「今般そういう指針を人事院が作った。労働省の認定基準もある。そういうものを参考にして、判

例、労災、国公災の認定状況を踏まえて適正にやれ」と書いてあります。

これは非常にいい文句です。労働省は、はっきり、判決には影響を受けてはいかんとするんです。例えば、東京高裁の判決は間違っているとはっきり言っていますから。個別事情を重視している、影響を受けるなど。自治省の場合には、基金に出す書類に、はっきりと、判例も参考にしろと書いてある。労災保険の認定状況も参考にしろ、国家公務員の認定状況も参考にしろと。全部を参考にして適正な判断をしろと。本当にこの通りにやれば、いい判断ができるかもわからないです。まあ、実際にはそうやってないんですけど。

それから、一般的な扱いでみると、秘密主義です。基金などでもびっくりしたことがあるんですが、基金で新しい過労死の認定指針が出たからということで、出版社を通じてくれるよう要求したんですけど、それは秘密だからやれないと言いました。別添でついでに調査項目だけくれました。今度は、埼玉県庁に行って、他の係りの知合いに頼んで補償の係長に頼むと、「誰が欲しいのか」「民間の人だ」「これは秘密だから民間の人にはやれない」と。その後入手してみたら、全く何のことはないんです。人事院の認定指針とか労働省の認定基準がついてるだけなんです。これを参考にやれ、と書いてあるだけです。人事院の認定指針は、大蔵省の印刷局で、国家公務員災害補償法例集に載ってるんです。労働省の認定基準なんでもっと一杯本に出ています。これを「秘密」というんですから驚きましたね。非常に秘密主義です。労働省もそうですが、こういうところも、いろいろやっていかなければならないですね。

他にも、財政問題とかありますが、官民格差とは関係ないので、ここではふれません。とりえず、気がついたところという一まだ他に細かな点もありますが一このぐらいにしておきます。

\*全国安全センター事務局研修会での井上氏の講演を事務局の責任で編集した。



# 重度被災労働者の介護 施策拡充等を建議

## 労働福祉事業の事業と総枠も拡大

### 建議と予想される制度改正の内容

一昨年(1993年)4月以来18回にわたって「労災保険制度のあり方について幅広く検討」を行ってきた労災保険基本問題懇談会(労働者災害補償保険審議会の委員全員で構成される。審議会会長の萩澤清彦中央労働委員会会長が座長)は、昨(1994)年12月16日に検討結果をまとめ労災保険審議会に報告。同審議会は、この報告の趣旨に沿って労災保険制度の改善を行うべきであるとして、同日、労働大臣に対して「労働者災害補償保険制度の改善について」建議(別掲、20頁)を行った。

建議が提言している改善事項と予想される制度改正の内容は以下のとおりであり、労働省では労災保険法等の改正案を通常国会に提出する等の所要の措置を講ずることとしている(かつこ内は労働省の方針)。

①介護(補償)給付の創設(法律改正事項、1996年4月1日施行予定)

現行の労働福祉事業で実施している介護料(障害(補償)年金または傷病(補償)年金1級の受給者のうち、じん肺、せき損等の著しい障害により常に介護

を必要とし、現に介護を受けている者に、月額56,000~103,050円を支給)を保険給付化するとともに、支給対象者の範囲及び支給額を次のように改める。1級年金受給者のうち常時介護を要する者に57,600~106,200円、また、1級、2級の年金受給者のうち随時介護を要する者(2級のうち精神神経障害及び胸腹部臓器障害以外の者は除く)に28,800~53,100円を支給するようにする。

②介護支援施策の充実(予算措置事項、1995年4月以降実施予定)

重度被災労働者に対して、専門的な技術を身につけた介護人を派遣し、3割の自己負担の下に介護サービスの提供を行う労災ホームヘルプサービス事業を創設する(1995年10月実施予定)。

民間の介護機器レンタル業者を活用することにより、在宅の重度被災労働者に対して、3割の自己負担(上限額35,000円)で介護機器を有効に活用することができるように介護機器レンタル事業を創設する(1995年10月実施予定)。

重度被災労働者が在宅介護に対応した住宅を新築、購入または増改築を行う場合に、これに要する費用について融資(貸付限度額500万円)を行う在宅介護対応住宅資金貸付制度を創設する(1995年4月

実施予定)。

建議では、また、すでに着手されている事業であるが、「新たに上記の介護支援施策の拠点となる」と位置づけた労災特別介護施設(ケアプラザ)の計画的整備を進めることも提言している。

また、建議には盛り込まれなかったが、労災保険基本問題懇談会では長期介護者に対する援護金制度の創設についても検討されており、介護を要する重度被災労働者が業務外で死亡したときに、長期にわたり介護に当たってきた遺族に対して、遺族の生活の激変を緩和し、自立した生活への援助を行うため、100万円の生活転換援護金を支給する(ただし、死亡が業務外の事由によることが明らかな場合を除く。1995年4月実施予定)。

③労働福祉事業の規定の整備拡充(法律改正事項、1995年8月1日施行予定)

労働福祉事業において重度被災労働者に対する介護に関する援護が行うことができることを法律上に明記する。

④遺族(補償)年金の改善(法律改正事項、1995年4月1日以降施行予定)

最高給付日数(給付基礎日額の245日分)の支給対象となる遺族数(現行5人以上)を4人以上とし、遺族2人の給付日数を201日分(現行193日分)、3人の給付日数を223日分(現行212日分)に各々引き上げるように給付水準を改善する(1995年8月1日施行予定)。

死亡した労働者の子、孫、兄弟姉妹の遺族(補償)年金の受給資格を満18歳に達する日以後の最初の3月31日までとする(現行満18歳に達するまで)(1995年4月1日施行予定)。

⑤メリット制の拡充(法令改正事項、1996年4月1日以降施行予定)

中小事業主が、中小企業集団による安全衛生活動に参加するなど労働者の安全と健康を確保するための特別の措置を講ずる場合であって、メリット制の特例の適用を申請するときは、メリット制による保険料率の増減幅を45%(現行40%)とする特例を

設ける(法律改正事項、1996年4月1日施行予定)。

メリット収支率の算定に当たって、業務災害に関する療養補償給付、休業補償給付及び傷病補償年金については、療養開始後3年間に給付した額を保険給付額として算定することとする(現行は、療養・休業補償給付の保険給付及び特別支給金は全期間保険給付額として算定し、傷病補償年金については3年以降の分は給付基礎日額の1340~1050日分の給付額を一度に算入してその後は算入しない)(省令改正事項、1997年4月1日施行予定)

⑥労働者の安全と健康の確保に関する支援の充実

労働福祉事業において、中小企業集団による安全衛生活動促進事業及びトータル・ヘルス・プロモーション・プランの拡充等労働者の健康確保事業を実施する。

⑦アフターケア制度の充実

労働災害等による傷病の治癒後の健康管理を図るため、アフターケアの対象となる傷病の範囲を拡大する。

⑧自動車購入資金貸付制度の改善(予算措置事項、1995年4月実施予定)

対象者の範囲を3級以上の下肢障害者及び上肢障害者についても拡大し(現行は3級以上のせき損の者)、貸付限度額を両上肢障害者については200万円、その他の障害者については120万円(現行は90万円)に引き上げる。

⑨海外派遣者特別加入制度の改善(法律改正事項、1996年4月1日施行予定)

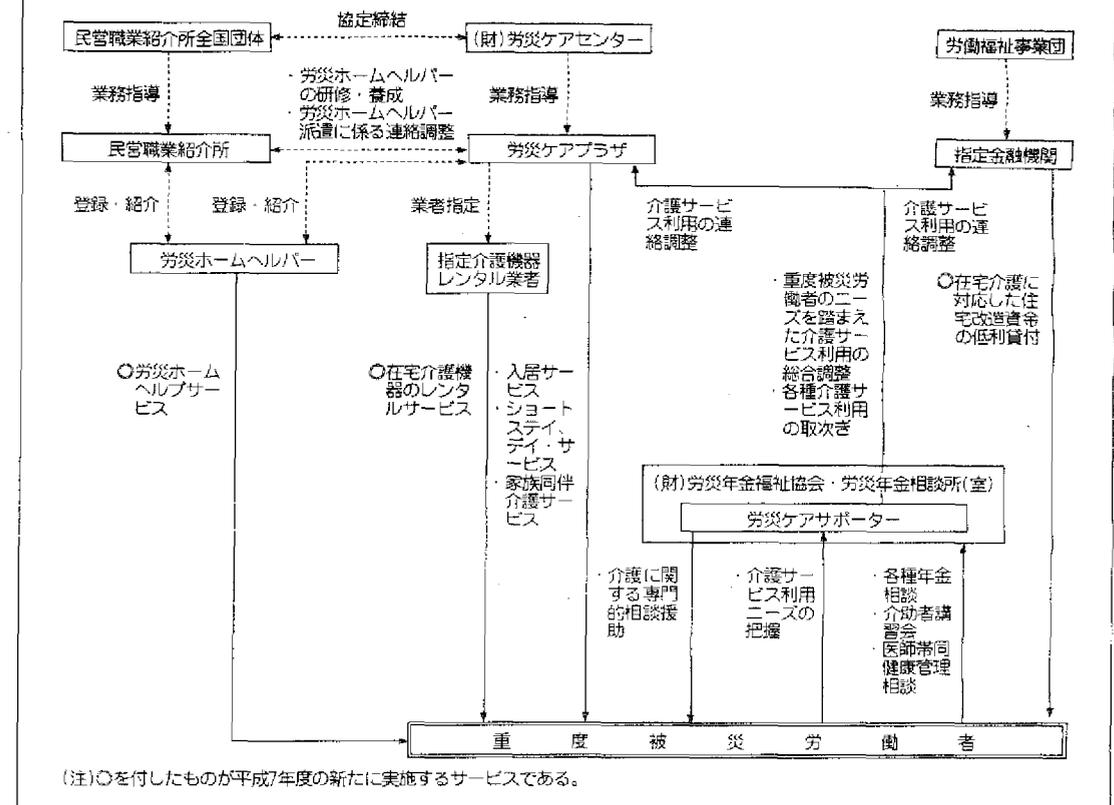
中小事業主として海外に派遣される者を新たに海外派遣特別加入制度の対象に加える。

⑩特別加入者の給付基礎日額の上限額の引き上げ(省令改正事項、1995年8月1日施行予定)

特別加入者の給付基礎日額の上限額を20,000円(現行16,000円)に引き上げ、18,000円、20,000円を加える。

⑪給付基礎日額の最低保障額の引き上げ(省令改正事項、1995年8月1日施行予定)

労災保険制度において実施する重度被災労働者に対する介護サービスの体系



給付基礎日額の最低保障額を4,150円(現行3,960円)に引き上げる。

⑫年金給付基礎日額等に係る年齢階層別最高限度額の改善(省令改正事項、1995年8月1日施行予定)

現行「65歳以上」について一律となっている年齢区分を「65歳以上70歳未満」と「70歳以上」に分けるとともに、最高限度額の算出に際して「65歳以上70歳未満」については非労働力人口の4分の3を、「70歳以上」については非労働力人口の全数を算入することとする。

⑬労働福祉事業等に要する費用に充てるべき額の限度の改定(省令改正事項、1995年4月1日施行予定)

労働福祉事業等に要する費用に充てるべき額の

限度を保険料収入等の118分の18(現行115分の15)に改定する。

⑭年金支払回数の改善(法律改正事項、1996年10月1日施行予定)

年金の支払を、2月、4月、6月、8月、10月、12月の年6回とする(現行、2月、5月、8月、11月の年4回)

⑮罰金額の適正化(法律改正事項、1995年8月1日施行予定)

事業主等に対する罰則の罰金額を30万円(現行5万円)以下に、事業主等以外に対する罰則の罰金額を20万円(現行3万円)以下に引き上げる。

積み残し課題や労使要望との対比

なお、収入の面で、労災保険率等の改定と労働保険料の申告・納付期限等の改善についても提言されている。労災保険料率はこの間、3年ごとに見直し・変更が行われているが、労災保険制度の見直しも基本的に、労災保険料率の見直しの時期に合わせて行われてきた(最近の労災保険料率の改定は1992年、1989年、1986年。労災保険審議会の建議に基づく労災保険法改正は1990年と1986年—前回は1989年に行われる予定だったが、1988年8月5日に出された労働基準法研究会(災害補償関係)の「中間報告」に対する反対の広がりもあって1年遅れたもの)。

このため、保険料率の引き上げを使用者側に認めさせるためもあってか、毎回のように使用者側の要望を取り入れた重大な制度改悪が提起され問題となってきた。今回の建議と予想される制度改正の内容をみると、そのような重大な対立的事案が見受けられないことが特徴のひとつといえる。

前回の労災保険審議会の建議で「今後の宿題」とされた事項、及び、今回の労災保険基本問題懇談会での検討に当たって労使双方委員から出された(重点)要望事項からその内容を見ておこう。

なお、総務庁が1993年6月に「労働者災害補償保険事業の運営に関する行政観察結果に基づく勧告」を行っており(93年10月号参照)、労働省は、1994年1月10日付けでこの勧告に対する「回答」(労働省収第94号)を行っているので、これも別掲(23頁参照)で紹介しておく。

●前回建議の積み残し課題

前回の労災保険審議会の建議は1989年12月25日に出されているが、未解決の課題のうち「今後の宿題」としてあげられていたのは次の事項である。

- I 「時間の制約もあり、今回結論を得るに至らなかったが、これらについては引き続き検討を進め、早期に結論を得よう努めるべきもの」とされた事項
- 重度障害者等に対する介護に係る補償のあり方 [→前述した今回の建議と予想される改正事項の

- 以下同じ—①介護(補償)給付の創設
- 各種給付における被災時年齢等による不均衡の問題 [→引き続き検討]
- 支給停止の運用基準の見直しを含む民事損害賠償との調整のあり方 [→法律の専門家による検討を行う]
- 費用徴収基準の見直し [→平成5年6月22日付け労徴第42号・基発第404号「未手続事業主に対する費用徴収制度の適切な運用について」等]
- II 「引き続き検討を深め、その結果に基づき所要の措置を講じていく必要があると考える」とされた事項
- 各種認定基準のあり方や医学的判断を必要とする事項についての認定体制のあり方 [→審議会の中に認定問題小委員会を設置し、1992年12月17日に報告がまとめられている。報告—93年2月号、関係通達—93年3月号参照]
- 社会保険との調整のあり方 [→引き続き検討]
- 特別支給金のあり方 [→後述]
- 労働福祉事業や余裕金の運用のあり方等
- 使用者委員の要望
- I 別の場を設けて検討すべき事項
- 労災保険と民事損害賠償との調整(逸失利益のみならず法定外補償、慰謝料についても完全調整) [→法律の専門家による検討を行う]
- 診療報酬基準(法令による基準統一と労災特掲料金の制限)
- II 当面検討改善すべき事項
- 労災年金と社会保険年金との調整(調整の水準及び老齢年金との調整) [→引き続き検討]
- 給付内容等の見直し(遺族補償の子・孫の18歳未満要件の見直し) [→④遺族(補償)年金の改善]
- メリット制のあり方(適用事業範囲とメリット枠の拡大) [後者について→⑤メリット制の拡充]
- 特別加入制度のあり方 [→⑩海外派遣者特別加入制度の改善、⑩特別加入者の給付基礎日額の上限額の引き上げ]

- 労働福祉事業のあり方(労災補償制度の趣旨をはるかにこえた事業運営の抜本的見直し)
- 事務手続の簡素化(規制の緩和)
- 労働者委員の重点要望
- 介護補償給付の確立 [→①介護(補償)給付の創設]
- 業務上外認定の改善 [→後述]
- 障害等級認定の充実(障害の内容に身体面だけでなく精神面も盛り込む。振動障害など職業性疾病における障害等級の定義を設ける)
- 「健康・災害予防給付(仮称)の導入」(産業医の勧告に基づく休業に対する所得補償)
- 年齢間格差の是正 [→引き続き検討]
- 給付基礎日額の最低補償額引き上げ [→⑩給付基礎日額の最低保障額の引き上げ]
- ボーナス支給のない労働者への特別支給措置
- 余病による死亡に対する救済措置(一定の余病による死亡を業務上の死亡とみなし保険給付の対象とする) [関連→長期家族介護者に対する援護金の創設]
- 職場・社会復帰施策、日常生活支援対策の充実 [関連→⑦アフターケア制度の充実、⑧自動車購入資金貸付制度の改善]
- 他の社会保険給付との調整見直し(労災保険給付全額支給、他の社会保険給付調整方式に) [→後述]
- 石炭業・鉱業等の保険料改定(産業規模が著しく縮小した業種についての引き下げ)
- 労働者性、特別加入対象者のあり方 [関連→⑨海外派遣者特別加入制度の改善]

労災保険制度をめぐる課題

今回の建議と予想される制度改正の内容の主要な特徴は、「重度被災労働者に対する介護施策」及び「労働福祉事業」の拡充にあると言えよう。

●介護施策の拡充

重度被災労働者とその家族の生活保障のために「介護補償制度」及び「障害者介護遺族特別給付制度」を創設することはかねてから強く望まれていたものであり(労災補償制度研究会「労災補償制度改革への提言」(92年6月号)等も参照)、今回、保険給付としての「介護(補償)給付」の創設が打ち出されたことは歓迎でき、現実の要請に応えられるものにするべきだ。しかし、「障害者介護遺族特別給付制度」の方については、保険給付ではなく労働福祉事業として、また、年金等ではなく一時金として、「長期家族介護者援護金制度」が創設される模様であるが(建議には盛り込まれてない)、対象者の範囲(1級障害の一部、55歳以上または一定障害の妻、生活困難者に限る等の限定がつきそう)も含めて改善の余地が大きい。

1988年8月の労働基準法研究会(災害補償関係)の「中間報告」では、1級、2級の障害(補償)給付を3級と同水準に引き下げた上で、「介護等級表に基づく介護(補償)給付」を新設することを提言したため大きな反発を受けた。ILO第121号勧告で完全永久労働不能の場合の年金の額が従前の所得の3分の2(67%)と定められ、完全永久労働不能である3級の障害(補償)給付は給付基礎日額の67%に相当する245日分とされており、1級(313日分—86%)、2級(277日分—76%)と3級の差(各々68日分と32日分)は「介護割増加算分」であるから、これを廃止して介護(補償)給付に統合させればよいというものであった。今回は、このような「介護割増加算分の廃止」等のバーター条件はつけられていない。

その他にも、①労災ホームヘルプサービス事業の創設、②在宅介護対応住宅資金貸付制度及び介護機器レンタル事業の創設、③労災特別介護施設施設の計画的整備等の介護施策の充実と、それらの施策を中心に介護支援施策を体系的に拡充していくために、労働福祉事業において重度被災労働者に対する介護に関する援護が行うことができることを法律に明記することが打ち出されている。

労働省は、以上のような労災保険関連以外でも、介護休業のための諸施策を来年度事業の柱に位置づけ、来年度予算の概算要求に「介護休業制度導入奨励金」「育児・介護費用助成金」制度の創設等を盛り込んだが、大蔵原案ではゼロ査定。大臣折衝で復活したものの、制度の内容も事業全体枠も減額査定されている。前述の労災保険関連の介護支援策ものきみゼロ査定され、復活折衝で蘇ったものの、介護支援策以外の介護(補償)給付、年金給付基礎日額等に係る年齢階層別最高限度額の改善(最高限度額算出に際しての非労働力人口の算入範囲)、自動車購入資金貸付制度の改善等も含めて、労災保険基本問題懇談会で検討されていた内容よりも後退してきているようだ。

●労働福祉事業の拡充

前述の各種介護支援施策の充実をはじめ、アフターケアの対象となる傷病の範囲の拡大、自動車購入資金貸付制度の改善、中小企業集団による安全衛生活動促進事業及びトータル・ヘルス・プロモーション・プラン等労働者の健康確保事業等、労働福祉事業が大幅に拡充されるだけでなく、労働福祉事業等に要する費用に充てるべき額の限度が、保険料収入等の115分の15(現行)から118分の18に引き上げられることとなる。

保険給付とは区別される労働福祉事業の性格の問題、その内容及び実施・運営のあり方等を含めて慎重な検討が必要な問題である。基本的なところでは、不服審査ができない等権利性のあるし、あえて懸念をあげれば、官僚が「自由にできる」財源が拡大する、被災労働者やその家族の福祉や安全衛生の確保といった労災保険本来の目的以外に労災保険財政が流用される傾向を助長する、官僚の天下り先を増やすだけで本来の目的を果たさない、といった危険が皆無とは言えないからである。

制度の改善は大いに歓迎すべきであるが、そのような危険を防止する仕組みやチェックが必要になってこよう。

●他の制度との調整問題等

ところで、使用者側の要望は、①労災保険と民事損害賠償、社会保険給付等との「調整」による使用者負担の軽減、②診療報酬基準や労働福祉事業の見直しによる労災保険支出の圧縮やメリット制の拡大による使用者の保険料負担の軽減、③規制の緩和、にあると思われる。中でも①の労災保険と他の制度の「調整」問題が以前から焦点となってきた。

民事損害賠償との「調整」については、同一の事由により労災保険給付と事業主から民事損害賠償が行われる場合、民事損害賠償の側の「調整」としては、すでに支給された労災保険給付の控除及び、障害(補償)年金または遺族(補償)年金が支給されるべきときには、前払い一時金最高限度額(障害一級1340日分～7級560日分、遺族一1000日分)の範囲内でのみ履行猶予・免責される(既支給分しか控除できないとした最高裁判決を受けた1980年の労災保険法改正による)等とされている。これに対して、「損害に対する二重填補、二重負担」が生じるケースがあり不合理であるとして、「逸失利益だけでなく企業による法定外(上積み)補償や慰謝料も含めて完全調整」できるようにせよ等というのが使用者側の要求である。

これについては、前回の建議で「引き続き検討を進め早期に結論を得る」とされ、今回の検討に当たって使用者側は「別の場を設けて検討」するよう要望し、今回の建議ではわざわざ取り上げて「専門的な検討が行われる必要がある」としている。具体的には、「法律専門家による検討会」を行った上で今回の労災保険審議会一労災保険基本問題懇談会での検討の際に焦点化してくるものと思われる。

使用者側は、民事損害賠償との「調整」に労働福祉事業として支給される特別支給金も保険給付と同様に「調整」の対象とし、また、支給事由が異なるため「調整」されずに両者が全額支給されている労災年金と厚生年金等の老齢年金についても、「調整」せよという意見である。これらの問題について

も、前記「法律専門家による検討会」等の中で浮上して来る可能性もあり、注意していく必要がある。

●残された課題等

厚生年金等の社会保険との「調整」に関して、障害(補償)年金、遺族(補償)年金等については、同一の事由(障害・死亡)により労災保険年金と社会保険年金が併給される場合には、労災保険の側で減額「調整」が行われることになっている。労災保険基本問題懇談会では、労使双方から調整方式の見直しの要望が出されたこともあって(使用者側は「調整」の対象や水準の見直しも要望)、労災保険年金を全額支給し、社会保険年金の方で減額「調整」する方式への変更についても検討された模様であるが、建議には盛り込まれなかった。

また、前回の建議で「引き続き検討を進め早期に結論を得る」とされ、労働者側の要望にもあった、被災時年齢等による格差の是正に関しても、障害(補償)一時金について、年齢階層別に給付日数を設定し、若年時被災者を中心に給付日数を引き上げることが検討されたようだが、これも建議には盛り込まれなかった。

今回の建議では、「これらの問題は、高齢期の生活費の基本的な部分を担うべき社会保障制度の将来像や労働者の高齢時における就業行動の動向等に深く関わる問題であり、引き続き検討すべきもの」と考えるが、問題の複雑さ、広がり、大きさ等にかんがみ、まずもって行政当局において基礎的なデータや考え方の整理を行い、できる限り速やかに本懇談会に提示することを期待する」としている。

一方、労働者委員は今回、制度要求と並べて「業務上外認定の改善」を要望している。具体的内容は以下のとおりである。

- ① 業務上外認定について、現行の認定基準を見直し改善する。
- ② 特に、「脳血管疾患及び虚血性心疾患等(いわゆる過労疾病)の認定基準」(昭和62年10月26日労働省基発第620号)における業務の過重性の評価

については、「発症前1週間より前の業務」を「付加的要因」ととどめず「本要因」とするなど改善する。

- ③ じん肺法施行規則第1条各号を見直し、じん肺の合併症の範囲を緩和する。特に、管理3(に合併した肺がん)については給付の対象とする。
- ④ 労災保険不支給決定後に、業務と症状間に因果関係のあることが医学上明らかになった時は、遡って認定する措置を講ずる。
- ⑤ 認定基準に関する各種「専門家会議」と労災保険審議会との懇談の場を設置する。

今回の建議では、「本懇談会では主として制度面の検討を行ってきたが、かねてから労災保険審議会でも議論のあった脳・心臓疾患等をめぐる労災認定のあり方を始め制度の運用面については、改善すべき事項について速やかにその実現を図るべきである」としているが、労働省は建議の発表と同じ日に、「脳・心臓疾患等に係る労災補償の検討プロジェクト委員会検討結果報告書」を公表している。同報告書の内容や業務上外認定の改善については、今年10月1日に施行される行政手続法との関連等も含めて、別の機会に改めて検討したい。

その他、建議に盛り込まれなかった労働者委員の要望事項をはじめとして、改善すべき労災保険制度の課題はたくさんある。これまでも様々な提言を紹介してきたが、別掲井上氏の「災害補償の官民格差」についての指摘や、労災補償制度研究会が1990年1月にまとめた「労災補償制度改革への提言」(92年6月号)、連合の「労災認定に関する連合意見について」(92年4月号)、労働者住民医療機関連絡会議じん肺研究会「現行じん肺法に関する見解・提案」(94年6月号)、全国じん肺原告団連絡会議・全国じん肺弁護団連絡会議「じん肺に関する制度改革要求案」(同前)、全国過労死を考える家族の会・過労死弁護団全国連絡会議「過労死関係法規・認定基準改正案」(92年4月号)、なども参考にしていた



## 資料1 / 労災保険審議会の建議

労働大臣 浜本 万三 殿  
平成6年12月16日

労災保険基本問題懇談会  
座長 萩澤 清彦

### 労働者災害補償保険制度 の改善について

当審議会においては、平成5年4月より労災保険基本問題懇談会を設け、労災保険制度の改善について検討を行ってきたところであるが、今般、当面改正の必要のある事項について、別添のとおり同懇談会の結論が得られた。

当審議会としては、本報告の趣旨に沿って労災保険制度の改善を行うべきであるとの結論を得たので、この旨建議する。

### 労働者災害補償保険制度 の改善について

- 労働者災害補償保険制度(以下「労災保険制度」という。)は、昭和22年に創設されて以来、数次の改正により、給付水準の向上、年金制の導入、通勤災害保護制度の創設等その内容の充実が図られ、労働者の保護に大きな役割を果たすに至っている。
  - このように既に充実した内容を有する労災保険制度ではあるが、今日の社会経済情勢の変化にかんがみ、本懇談会としては、当面、次のような考え方により、下記の制度改善を行う必要があるとの結論に至った。
- (1) 我が国社会における人口の高齢化、核家族化、

### 労働者災害補償保険審議会委員名簿 (平成6年12月現在)

#### ○公益代表

塩田 憲三(大阪労災病院名誉院長・顧問)  
都村 敦子(日本社会事業大学教授)  
萩澤 清彦(中央労働委員会会長)  
平賀 俊行((財)労災保険情報センター理事  
長)

保原喜志夫(北海道大学法学部教授)

宮武 剛(毎日新聞東京本社科学部長兼論  
説委員)

#### ○労働者側代表

北 裏 昌 興(全国金属機械労働組合副中央  
執行委員長)

佐 川 英 美(日本労働組合総連合会生活福  
祉局部長)

佐 藤 正 明(全国建設労働組合総連合書記  
長)

志 道 満 夫(日本炭鉱労働組合顧問)

鈴木 輝 夫(全日通労働組合中央副執行委  
員長)

若 月 一 昭(全国造船重機械労働組合連合  
会書記長)

#### ○使用者側代表

宇田川 靖(日本通運株式会社労働部長)

菊 田 顕(全国建設業協会顧問)

高 梨 昇 三(日本経営者団体連盟環境社会  
部長)

長 澤 明 彦(NKK 常務取締役)

野 村 隆 行(日本石炭協会常務理事・事務  
局長)

廣 田 進(日立造船株式会社常務取締役)

女性の就業率の上昇等の変化は、被災労働者とそ  
の家族にも確実なインパクトを与えている。すな

わち、重度被災労働者は家庭で十分な介護を受けることが一層困難な状況になっている。また、死亡した被災労働者の遺族世帯にあっては、現行の遺族(補償)年金の最高給付日数の支給対象となる「5人以上」の遺族数を有する世帯が極めて少なくなっており、このような区分を設けることが実態にそぐわなくなっている。さらに、被災労働者の子・孫等の高校への進学が一般的となっている現在、満18歳を超えた時点で直ちにこれらの者の稼得活動を期待し、遺族(補償)年金の受給資格者から除外することは適切とはいえない状況となっている。

このため、労働災害による介護損害の補填という考え方を積極的に取り入れ、介護(補償)給付を創設する等介護施策を大幅に拡充するとともに、被災労働者の遺族に対する給付を改善する必要がある。

(2) 我が国の労働災害は、全体としては減少傾向にあるものの、中小企業での災害が多数を占めるとともに、死亡災害は、ここ数年、増減を繰り返しながら横這い傾向を続けており、平成6年に入ってから前年より増加している状況にある。また、成人病や仕事による過重なストレスを抱える労働者も増加している。

このため、労災保険制度としても、中小企業を対象にメリット制を労働安全衛生施策と緊密にリンクさせるとともに、労働福祉事業の充実を図ることにより、労働災害の予防に積極的に貢献していく必要がある。また、不幸にして被災した労働者については、その社会復帰に向け最大限のバックアップをしていく必要がある。

(3) 我が国企業の事業活動の国際化が進展する中で、海外に派遣される者が増加し、また、現地法人の代表者として就業する者も増加する等の変化が生じてきている。

このため、特別加入制度を見直し、できる限り海外派遣者を中心とする特別加入者の実態にふさわしい内容にしていく必要がある。

(4) 労災保険制度は、労働災害によって失われた稼得能力の補填を本来の趣旨・目的とするのである

が、現行の給付基礎日額の最低保障額や年齢階層別最高限度額においては、労働市場における賃金の変動が機動的に反映されていないこと等により、稼得能力が必ずしも適正に評価されていない面がある。

このため、このような不均衡や不公平をできる限り是正していく必要がある。

なお、労災保険給付と民事損害賠償との現行の調整方式においては、労働災害による損害に対する二重填補がなされる可能性があること等の問題があるので、専門的な検討が行われる必要がある。

- 以上が当面の制度改善に関する基本的な考え方であるが、本懇談会での一年有余の議論の中で、とりわけ若年時被災者を中心とした障害(補償)一時金や給付基礎日額の年齢別最高限度額のあり方あるいは労災保険制度と厚生年金保険制度との調整方式に関する検討を進める中で、被災時年齢や給付時年齢に応じた給付水準のあり方について整合性をもって議論することの必要性が一層強まってきたとみられる。これらの問題は、高齢期の生活費の基本的な部分を担うべき社会保障制度の将来像や労働者の高齢時における就業行動の動向等に深く関わる問題であり、引き続き検討すべきものと考えているが、問題の複雑さ、広がり大きさ等にかんがみ、まずもって行政当局において基礎的なデータや考え方の整理を行い、できる限り速やかに本懇談会に提示することを期待するものである。

- また、本懇談会では主として制度面の検討を行ってきたが、かねてから労災保険審議会でも議論のあった脳・心臓疾患等をめぐる労災認定のあり方を始め制度の運用面については、改善すべき事項について速やかにその実現を図るべきである。

#### 記

- 高齢化の進展等を踏まえて被災労働者とその家族に配慮した施策の充実
- 重度被災労働者に対する介護施策の大幅な拡

充

① 介護(補償)給付の新設

重度被災労働者の介護に要した費用を補填するため、現行の労働福祉事業における介護料を新たな保険給付として位置づけるとともに、支給対象者の拡大及び支給額の引上げを図る。

② 介護支援施策の拡充

イ 労災ホームヘルプサービス事業の創設

重度被災労働者に対し、労災ホームヘルパーを派遣し、労災の特性を踏まえた介護サービスの提供を行う事業を実施する。

ロ 在宅介護対応住宅資金貸付制度及び介護機器レンタル事業の創設

重度被災労働者に関し、介護に配慮した住宅の増改築等に係る資金を融資する制度及び介護機器のレンタルを行う事業を創設する。

ハ 労災特別介護施設の計画的整備

重度被災労働者のための入居施設であり、新たに上記の介護支援策の拠点となる労災特別介護施設(ケアプラザ)を計画的に整備する。

ニ 労働福祉事業の規定の整備拡充

以上の施策を中心に、重度被災労働者とその家族や遺族に配慮した介護支援施策を体系的に拡充することにかんがみ、労働福祉事業において重度被災労働者に対する介護に関する援護が行うことができることを法律に明記する。

(2)遺族(補償)年金の改善

① 給付水準の改善

最高給付日数(給付基礎日額の245日分)の支給対象となる遺族数(現行5人以上)を4人以上とする等により、遺族(補償)年金の額を引き上げる。

② 子等の年齢要件の緩和

遺族(補償)年金の受給資格者たる子・孫等の年齢要件を緩和し、満18歳に達する日以後の最初の3月31日までとする。

2 労働災害の予防から被災労働者の社会復帰までの総合的支援の充実

(1)メリット制の拡充

中小事業主の災害防止活動を促進するため、安全衛生施策を利用して積極的に災害防止活動に

取り組む中小事業主に対して、メリット制による保険料の増減幅の限度を拡大する特例を設けるとともに、メリット収支率の算定方法を改善する。

(2)労働者の安全と健康の確保に関する支援の充実

労働福祉事業において、中小企業集団による安全衛生活動促進事業及びトータル・ヘルス・プロモーション・プランの拡充等労働者の健康確保事業を実施する。

(3)被災労働者の早期社会復帰の推進

① アフターケア制度の充実

労働災害等による治癒後の健康管理を図るため、アフターケアの対象となる傷病の範囲を拡大する。

② 自動車購入資金貸付制度の改善

被災労働者の通勤を容易にするため、自動車購入資金貸付制度の対象者を拡大するとともに、貸付限度額を引き上げる。

3 企業活動の国際化への対応

(1)海外派遣者特別加入制度の改善

中小企業主(法人等)にあっては代表者)として海外に派遣される者を新たに海外派遣者特別加入制度の対象に加える。

(2)特別加入者の給付基礎日額等の改善

海外派遣者の賃金の実態等を踏まえ、特別加入者の給付基礎日額の上限額を引き上げるとともに、年度途中に加入・脱退を行う特別加入者の保険料の徴収方法を改善する。

4 労働者の稼働能力等を踏まえた公平性及均衡の確保

(1)給付基礎日額の最低保障額の改善

賃金水準の動向等を踏まえ、給付基礎日額の最低保障額を引き上げる。

(2)年金給付基礎日額等に係る年齢階層別最高限度額の改善

高齢者の就業実態等を踏まえ、65歳以上層の最高限度額の設定方法を改善する。

(3)労災保険給付等と民事損害賠償との調整のあり方の検討

同一の事由に基づく労災保険給付等と民事損害賠償(第三者行為災害を含む。)との間の調整のあり方について、法律の専門家による検討を行う。

5 その他

(1)労災保険率等の改定

過去3年間の災害率等に照らし、労災保険率等を改定する。

(2)労働福祉事業等に要する費用に充てるべき額の限度の改定

労災保険率の改定による保険料収入の動向等を踏まえ、労働福祉事業等に要する費用に充てるべき額の限度として明示されている保険料収入等に対する割合を改定する。

なお、労働福祉事業を一層重点的かつ効率的に運用するとともに、今後の労働福祉事業の財源に

ついては、労働者の賃金総額の一定割合という考え方に立って、雇用者所得の動向等を十分に勘案したものとなるように努める。

(3)労働保険料の申告・納付期限等の改善

近年の週休2日制の普及等の状況にかんがみ、労働保険の概算保険料及び確定保険料の申告・納付期限を延長するとともに、賃金水準の上昇等を勘案し、概算保険料の延納が認められる保険料額の下限額等を引き上げる。

(4)年金支払回数数の改善

被災労働者及び遺族の便宜に資するため、年金支払回数(現行年4回払い)を年6回払いとする。

(5)罰金額の適正化

経済情勢の変化等を勘案して、罰則の罰金額を引き上げる。



資料2 / 行政監察勧告に対する回答

平成6年1月10日  
労働省取第94号

労働者災害補償保険事業の運営に関する行政監察結果に基づく勧告に対する回答

1 適用徴収業務の実施状況

(1)未手続事業の解消

① 未手続事業主に対する加入促進対策については、従来から各労基局、都道府県に対し未手続事業の実態把握とその解消に積極的に取り組むよう指導してきているが、今回の勧告を踏まえ、平成5年度ブロック労働保険適用徴収主務課長会議(平成5年10月から11月に開催)において、I 労基

局、監督署、都道府県及び事務組合等関係機関の連携を図り、事業主団体名簿を活用するなどしてその把握を進めること、II 中期的展望に立った適用促進計画を作成し、重点的・効果的な加入勧奨を実施すること、III 未手続事業ごとに台帳を作成して、加入勧奨した記録の整理・保管を励行すること等について指示したところである。

今後とも、全国労働保険適用徴収主務課長会議(平成6年2月開催予定)等あらゆる機会をとらえてその徹底を図るよう指示していくこととしている。

② 未手続事業主からの費用徴収の適切な運用については、従来より検討を進めてきたところであるが、先般、「未手続事業主に対する費用徴収制度の適切な運用について」(平成5年6月22日付け労働省発労働第42号・基発第404号、労働大臣官房長・労働基準局長連名通達)により、保険関係成立届の提出の如何にかかわらず、療養開始日から3年以内の期間に支払われる年金給付を費用徴収の対象とするとともに加入勧奨に係る指導等の有無の確認手続等の適正実施の徹底を図るよ

う局署に指示したところである。

(2) 保険料徴収の適正化等

ア メリット制の適用範囲の拡大

メリット制の適用については、保険数理上の観点等から順次その適用範囲の見直しを図ってきたところであり、今後も引き続き検討することとしている。

イ 労働保険料算定基礎調査の実施事業数の拡大

労働保険料算定基礎調査(以下「算調」という)の実施については、平成4年1月から実施された監察を踏まえ、平成4年2月に開催した全国労働保険適用徴収主務課長会議において、算調の実施事業数が前年度を下回ることのないよう指示し、実施事業数の拡大に努めているが、今回の勧告を踏まえ、改めて、算調の実施事業数の拡大を図るよう平成5年度ブロック保険適用徴収主務課長会議において指示したところである。

今後とも、全国労働保険適用徴収主務課長会議等あらゆる機会をとらえて、その徹底を図るよう指示していくこととしている。

2 保険給付の実施状況

(1) 保険給付の事務処理の迅速化

保険給付の事務処理の迅速化を図るため、局間・局署間の連携協力体制の強化、進行管理の十分な実施等について、ブロック労災主務課長会議(平成5年9月～10月実施)において指示したところである。

(2) 保険給付事務の改善

ア 労働者又は事業主の故意又は重過失により生じた事故に係る支給制限及び費用徴収の適正化

支給制限の適正化を図るため、各局署に対する指導に更に努めるようブロック労災主務課長会議(平成5年9月～10月実施)において指示したところである。

なお、費用徴収については、今後とも適正に運用してまいりたい。

イ 第三者行為災害における損害賠償金に係る債権管理の適正化

第三者行為災害における損害賠償金に係る債権管理については、その適正化を図るため、的確

な納入督促の実施及び消滅時効の中断措置等を講ずるようブロック労災主務課長会議(平成5年9月～10月実施)において指示したところである。

3 労働福祉事業の実施状況

(1) 労働福祉事業団が設置する施設の見直し等

労働福祉事業団に対して、「労働福祉事業団が設置する施設に係る行政監察に基づく勧告について」(平成5年7月6日付け基発第441号労働基準局長通達)により、本勧告の趣旨を尊重し、改善策を検討するとともに、適切な措置を講ずるよう指示したところであり、詳細は次のとおりである。

ア 労災病院の設置の見直し

労災病院は、勤労者の健康・疾病の問題を労働の態様・職場環境等との関連で捉えて診療活動等を行っており、高齢化に伴う疾病構造の変化や技術革新の進展等による労働態様の変化等に対応し、常に最新かつ高度の労災医療を提供するとともに、職業性疾病の予防のための取組み、労災医療に関する研究、業務上外の認定のための検査等を行うことにより労災保険行政の一翼を担いつつ独立採算性をもって運営しており、さらに各々の地域において勤労者及び地域住民の医療の需要に応じ、地域医療の面でも重要な役割を果たしているところである。

労災病院の新設については、従来からその必要性を十分検討し、設置の必要性があると認められる場合に限り設置してきたところであり、今後とも社会経済情勢を踏まえつつ、慎重に対応してまいりたい。

また、今後、労災病院の配置については、地域医療の動向等も勘案しつつ、労災病院の果たすべき役割・機能を含めて検討してまいりたい。

イ 労災病院の運営の改善

① 出資金による機器等の整備については、機器等整備方針により適正に行うよう指導したところである。

また、今後、特殊健康診断の実績の増加に努めるよう指導するとともに、速やかに交付金の配分の見直しを行うよう指導したところである。

② 機器等の購入契約については、従来から適正な執行に配慮してきたところであるが、今後とも一層適正な執行に努めるよう指導したところである。

また、共通役務業務の民間委託については、退職者の不補充等により推進してきているところであるが、今後ともより一層委託化を推進するよう指導するとともに、委託先の業者の選定に当たっては、医療水準、患者サービスの維持向上に配慮しつつ、適正な選定、委託経費の節減に向け更に一層の努力を図るよう指導したところである。

ウ 健康診断センターの業務実施体制の見直し

今後の健康診断センターの運営に当たっては、特殊健康診断実績の増加を図るため更に一層の努力をするよう指導するとともに、質の高い健康診断レベルの維持向上に努めつつ、業務実施体制の在り方についても今後検討してまいりたい。

エ 労災リハビリテーション作業所の見直し

作業所については、入所促進のためのPRを強化するとともに、社会復帰が期待できる適切な作業種目の選定を行い、関係機関の協力を得ながら、施設の設置目的である被災労働者の社会復帰の援助に努めるよう指導しつつ、中長期的な作業所の在り方についても今後検討してまいりたい。

また、自動車教習所については、被災労働者のための教習所として全国唯一の施設であることを勘案しつつ、今後、その在り方等を検討してまいりたい。

オ 休養所の在り方の検討等

① 休養所については、当面、施設の立地条件、老朽化度合、被災労働者のニーズ等を勘案して整備の必要性を検討の上、必要な整備を行い、効果的な経営に努めることにより、利用の向上を図ることとし、更に将来の運営状況等を勘案しつつ、その在り方を含めて慎重に検討してまいりたい。

② 労災保険会館については、運営収支等を勘案しつつ、その運営の民間委託を推進するよう指導したところである。

(2) 産業医科大学の在り方の見直し

① 産業医科大学に対して、「産業医科大学に係る

行政監察結果に基づく勧告について」(平成5年6月23日付け基発第411号労働基準局長通達)により、本勧告の趣旨を尊重し、産業医への就職をより一層促進するため、進路指導を図るなどの改善策を講じるよう指示したところである。

産業医科大学においては、産業医科大学の設置目的である産業医学の水準の向上と産業医の養成・確保を今後とも堅持しながら、産業医への志向の高揚を図り、もって、産業医への進路を円滑に選択できるよう、カリキュラムの改善を図るとともに、各企業の産業医の設置状況及び充足状況の把握に努め、企業に対して積極的な働き掛けを行うなどの改善を図り産業医ポストの開拓・確保に努めることとしている。

なお、労働省としては、設置目的達成のため引き続き指導していくこととするが、他学の卒業生の受入れなどについては、今後、産業医の需要等を踏まえ、長期的観点に立って検討してまいりたい。

② 上記通達により、産業医科大学における自主的な財政基盤の強化を促進するとともに、大学運営費に占める補助金の割合の縮減に努めるよう指示したところであり、産業医科大学においては、補助金割合の縮減の方策として、産業医科大学病院の診療収入の増額を図ることが緊急の課題であるという認識から、診療体制を一層充実するとともに大学及び病院運営費の一層の経費削減に努めることとしている。

なお、労働省としても、産業医科大学の設立目的も踏まえ、自主的な財政基盤の強化を促進する方策について検討してまいりたい。



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

御希望の方は 1990年1月刊/東研出版  
事務局まで! 四六判/274頁/1900円

## 資料3 / 健保法改正に伴う労災法改正

基発第609号  
平成6年9月30日  
都道府県労働基準局長殿  
労働省労働基準局長

### 健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴う療養補償給付に関する規定等の整備について

第129回通常国会において成立した健康保険法等の一部を改正する法律(平成6年法律第56号。以下「改正法」という。)が6月29日に公布され、10月1日から施行されることとなったところである。この改正により、健康保険法(大正11年法律第70号)の療養の給付に関する規定の見直しが行われ、在宅医療の位置付けの明確化が図られたことにもない(参考1—省略—参照。)、医療給付関係各法についても同様の改正が行われることとなり、その一つとして位置付けられる労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号。以下「労災保険法」という。)については、改正法附則において労災保険法第13条第2項の療養の給付の範囲に関する規定の一部改正が行われたところである(改正法附則第42条。参考2—省略—参照。)

また、これと併せて、①労働基準法(昭和22年法律第49号)第75条に規定する療養補償に係る療養の範囲についても労災保険法と同様の改正を行うこととする、②改正法により健康保険法その他の医療給付関係各法において訪問看護事業が制度化されたことに伴い、労災保険法による療養の給付においても訪問看護事業を制度化すること等を内容とする労働基準法施行規則及び労働者災害補償保険法施行規則の一部を改正する省令(平成6年労働

省令第41号。以下「改正省令」という。参考3—省略—参照。)並びに訪問看護事業が制度化されることに伴う労働者災害補償保険法の施行に関する事務に使用する文書の様式を定める告示の一部を改正する告示(平成6年労働省告示第95号。以下「改正告示」という。参考4—省略—参照。)が平成6年9月28日に公布され、10月1日から施行されることとなったところである。

については、これらの改正に伴う訪問看護の具体的取扱いについて定める平成6年9月30日付け基発第610号「労災保険における訪問看護の取扱いについて」と併せて下記の事項に留意の上、事務処理に遺漏なきを期されたい。

#### 記

##### 1 労災保険法の一部改正

労災保険法第13条の改正により、健康保険法の改正に準じて字句修正が行われたところであるが、法令上の療養(補償)給付の範囲についての変更はないものである。

すなわち、従来、在宅医療については、労災保険法第13条第2項第1号乃至第3号及び第5号として療養の給付に含まれるものと解されてきており、今般の改正は、これを給付する根拠を積極的に明示するための規定の整備が行われたに過ぎないものである。

改正法による改正後の労災保険法(以下「新労災保険法」という。)第13条第2項第4号における「居宅における療養上の管理」とは、在宅患者に対する医師の医学的管理を意味し、「入院」の解釈に含まれる入院患者に対する医学的管理と対比されるものである。また、「居宅における療養に伴う世話その他の看護」とは、在宅患者に係る訪問看護を意味するものである。さらに、同項第5号における「入院の療養に伴う世話その他の看護」とは、入院患者に対する看護を意味し、医療機関の看護婦等が看護を行う場合のほか、患者に医療機関の従事者以外の看護人を付き添わせて行う看護も含まれるもので

ある。

以上により、今後の法令上の整理としては、外来医療は新労災保険法第13条第2項第1号乃至第3号(診察、治療等)として、また、在宅医療は同項第1号乃至第3号(診察、治療等)及び「居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護」として、さらに、入院医療は第1号乃至第3号(診察、治療等)及び「入院及びその療養の世話その他の看護」として、それぞれ療養(補償)給付が行われることとなる。

##### 2 労働基準法施行規則の一部改正

前記1の労災保険法の療養の給付の範囲に関する規定の整備に伴い、労働基準法第75条に規定する療養補償に係る療養の範囲を定める労働基準法施行規則第36条についてもこれに準じた字句修正が行われたところであるが、前記1と同様、法令上の療養補償の範囲についての変更はないものである。

##### 3 労働者災害補償保険法施行規則の一部改正

労働者災害補償保険法施行規則第11条第1項の改正により、従来の都道府県労働基準局長の指定する病院等に加え、訪問看護事業者においても療養(補償)給付たる療養の給付を行うこととされたところである。

すなわち、改正法による改正後の健康保険法第44条ノ4等において、居宅において継続して療養を受ける状態にある者のうち一定のものが指定訪問看護事業者による訪問看護を受けたときは、訪問看護療養費が支給される(保険者が訪問看護療養費を指定訪問看護事業者に支払うことによって当該訪問看護を受けた者に支給したものと取り扱われる。)こととされたことに伴い、労災保険制度においても被災労働者の経済的な負担等の軽減を図る必要があるとの観点から、改正省令による改正後の労働者災害補償保険法施行規則(以下「新労災則」という。)第11条第1項の規定により、都道府県労働基準局長が指定する訪問看護事業者(以下「労災保険指定訪問看護事業者」という。)による訪問看護を療養の給付として現物で給付できることとされたものである。

また、新労災則第11条第2項の規定に基づき、都

道府県労働基準局長は、訪問看護事業者の指定をし、又はその指定を取り消すときは、訪問看護事業者の名称及び所在地を広告しなければならないこととされたところである。さらに、労災保険指定訪問看護事業者は、同条第3項の規定に基づき、改正省令により規定された様式第4号の標識を見易い場所に掲げなければならないこととされたところである。

なお、労災保険指定訪問看護事業者以外の訪問看護事業者(以下「非指定訪問看護事業者」という。)に係る療養(補償)給付たる療養の費用の請求については、新労災則第12条の2第2項(第18条の6第2項で準用する場合を含む。)の規定に基づき、訪問看護の内容等について訪問看護を担当した者の証明を受けなければならないこととされたところである。

##### 4 労働者災害補償保険法の施行に関する事務に使用する文書の様式を定める告示の一部改正

労災保険指定訪問看護事業者において療養(補償)給付たる療養の給付を行うこととされたことに伴い、療養(補償)給付たる療養の給付請求書の様式を定める上記告示様式第5号及び第16号の3において、当該請求書の経路欄の欄に訪問看護事業者が追加されたところである。これに合わせて、療養(補償)給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届の様式を定める上記告示様式第6号及び第16号の4についても同様の改正が行われたところである。

また、非指定訪問看護事業者に係る療養(補償)給付たる療養の費用の請求書の様式として、改正告示により新たに様式第7号(5)及び第16号の5(5)が追加されたところである。

(注)平成6年9月30日付け基発第610号「労災保険における訪問看護の取扱いについて」によると、訪問看護に要した費用については、健康保険法における訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の別表「指定訪問看護の費用額算定表」により算定した額とし、その他の費用の取扱いについても、健康保険法の定めるところによるとされている。



# 不当な労災打ち切りに 歯止めを!

## 「慢性期振動病」調査を生かす取り組み

既報のとおり、全日本森林関連産業労働組合連合会(森林労連)の委託を受けて労働者住民医療機関連絡会議(労住医連)と全国安全センターが行った「慢性期振動病における調査研究」結果が昨年まとめられた(94年9月号参照)。

「長期療養者の適正給付管理」の名のもとに労災保険の打ち切り(治ゆ認定)がなかば強制的に行われる中で、これは、打ち切られた振動障害患者の実態についてはじめて全国規模で明らかにしたものである(この10年間で5千人を越す振動障害患者が打ち切られたと推定されるが、それでもいまなおおよそ1万人の認定患者がいる)。この調査結果を生かすための取り組みがはじまっている。

### 北海道では主治医との意見交換会

北海道の北見、帯広、旭川の各地方森林労連は、(社)北海道労働災害職業病研究対策センターと北海道森林労連の後援を得て、6月18日・北見、6月19日・帯広、9月10日・旭川で地元で振動障害患者の治療に当たっている主治医・医療機関関係者との

「振動病問題意見交換会」を開催した。全国安全センターから原田正純議長と古谷杉郎事務局長が参加し(旭川は古谷のみ)、「慢性期振動病における調査研究」の内容の紹介と問題提起を行った(原田議長の問題提起は94年9月号参照)。全道各地の医療機関から患者の冬期入院の受け入れも行っている北海道医療生協札幌緑愛病院長の鈴木豊院長も全回参加して症例等を報告、また、参加した23病(医)院・25人の主治医・医療機関関係者(3地域合計)から現場の実情や苦勞が出され、森林労連関係者も交えて意見を交換した。

主治医・医療機関関係者から口々に出されたのは監督署による「問答無用の労災打ち切り強行」の実態の数々。「監督署が高圧的ではじめから打ち切りを決めてくる。療養継続を主張してもだめ」「患者の症状を説明しても、昔からだ、振動病が何%原因になっているかわからない等々。最初から(打ち切りの)結論をもって面談にきている」「最初の面談で症状固定の見込み時期についてしつこく聞かれ、次回にその時の発言を盾にとってくる」「前任の医師がいついつまでで打ち切りと言った、と言って押



札幌での振動病問題に関する与党(社会党)国会調査一陳述者以外にも約百名の振動病患者、森林労連関係者等が参加した。(94.10.30)

し付けてくる」「局医協議会にかけられたらすべて打ち切りになる」等々。「せめて重症者については打ち切らせたくない」という切なる「願い」が表明された。札幌緑愛病院長の鈴木豊院長は、「引き延ばしの努力だけでは限界。主治医の判断と局医協議会の判断に基本的なずれがあり、話し合いの場を設定するよう基準局と折衝している。ぜひ実現させたいし、その折には主治医の皆さんと協力して臨みたい。また、森林労連の皆さんには、補償制度のあり方について労働組合から新たな提起をすようなことも含めた、現状打開のための取り組みをお願いしたい」と話している。

### 振動病プロジェクトに作業部会を設置

全国安全センターと労住医連も合同の振動病プロジェクトを10月15-16日に熊本で開催した。前述の北海道での意見交換会と10月2-3日に宮崎で開かれた全山労第23回定期大会に來賓で出席した原田正純全国安全センター議長からは、被災者本人はもとより主治医、労働組合にとっても事態は深刻だと

の感想と、今回の調査研究が明らかにした課題についてあらためて、①治ゆ認定の不公平さを是正みんなが納得いく基準をつくること、②慢性期振動病の実態を早急に解明すること、③企業・行政の責任を明確にして実態を踏まえた対策を打ち立てることを指摘。①学会等で医学的な議論のやり直し、②中央交渉等の政治的・運動的な取り組み、さらに、責任の所在を明確にし相手にも理屈を出させていくためにも、③裁判の提起も検討したらどうか(そのために裁判の書面にもできるような報告書を作成するための実践的な小研究会を医師、法律家、組合、被害者等で作ったらどうか)、など提起した。

全国安全センター・労住医連振動病プロジェクトとしては、医師の作業部会と実務家の作業部会を設置することにし、医師の作業部会では慢性期振動病の病像論をさらに深化させることなど、また、実務家の作業部会では補償制度のあり方の検討等を進めていくことにしている。

### 北海道・旭川へ国会現地調査団

森林労連でも、10月5日の第5回定期大会等を通じ、「慢性期振動病における調査研究」を受けた今後の方針を確認。報告書が提起した「慢性期振動病」の実態解明を進め、労働省の「振動障害の治療指針」等の全面的改正をめざしながら、当面の目標として、「不当な打ち切り阻止」を最大のポイントとし、①治ゆ認定基準がないまま治療・補償をすべて打ち切ってしまうことの不当性や不合理性、②とりわけ、重症のままの打ち切りなどの非人道性、などの解消を求める取り組みを強化することを決定した。そのために、全国的な基準局・監督署交渉と中央段階での労働省交渉の強化とともに、社会党林業労働小委員会の協力を得て国会調査団を北海道と九州に派遣することとなった。

社会党林業労働小委員会による国会調査は、10月29日(帯広)-30日(札幌)の北海道調査(調査団一池端清一、鉢呂吉雄、菅野久光の各議員)、11月5日(鹿児島・大根占)-6日(宮崎)の九州調査(調査団一菅野久光・池田隆一・野別隆俊の各議員)と相次いで実施された。調査対象は、帯広一主治医6名、振動障害者6名(治ゆ認定1名・療養者4名・公災療養者1名)、札幌一主治医5名、振動障害者7名(治ゆ認定5名・療養者1名・公災療養者1名)、鹿児島・大根占一主治医1名、振動障害者21名(治ゆ認定5名・療養中16名)、日向一主治医3名、振動障害者30名(治ゆ認定5名・療養中25名)。

主治医からは次のような意見が出された(森林労連のまとめによる。別掲で札幌緑愛病院の鈴木豊、合川卓郎両医師による意見陳述の内容を紹介)。

- ① ほとんどが重症者であり、主治医が治療の必要性を訴えても、監督署は局医協議会(地方労災医員協議会)にかけ、症状固定との判定がされ、主治医の意見が無視されており、監督署や局医協議会に対する不信感が強い。
- ② 「症状固定」(治ゆ)の基準が明らかでないまま、画一的に打ち切りが行われている。
- ③ 患者の「症状調査」が、主治医に「症状固定」

(治ゆ)の時期を言わせる(例えば「1年後症状固定」と言えば、その間は認めるが、治療が必要と言えば、即局医協議会にかけて症状固定とする)との圧力)だけのものとなっていることから、今後主治医と患者との信頼関係が心配。

- ④ 「経過観察」が、治療効果の有無を判断するための制度として機能してはいるが、形式だけのものとなっている。
  - ⑤ 現行のアフターケアでは、症状固定後の患者の症状改善には決定的に不十分。
  - ⑥ 高齢者については、療養補償と休業補償とを区別して考えることが必要ではないか。
- 打ち切られた者及び療養中の振動障害者等の意見としては次のようなことが出されている(同前)。
- ① 症状(痛み・シビレなど)があり、主治医も治療が必要だと言っているのに、一方的に打ち切られたことは納得できない。
  - ② アフターケアでは十分な治療が受けられないので、やむを得ず国保で治療を受けているが限界があり今後の生活・身体のことを考えると心配。
  - ③ 一時金の障害補償では低すぎて生活できない。
  - ④ 監督署の調査は、恫喝的(常に治療歴の長さを強調、症状固定を暗に匂わす)であり、働ける身体の状態でもなく、働きたくても治療を受けなければならない者を雇ってくれる事業所はない。
  - ⑤ リハビリ就労を段階的に経て、職場復帰することを法的に保障するような制度を作ってほしい。
- なお森林労連は10月25日に浜本労働大臣宛てに、
- ① 振動障害の治ゆ認定基準の制定、軽快者のリハビリ就労を含めた社会復帰方策の確立、認定者が一定年齢に達した以降の休業補償給付から傷病補償年金等への移行、及び、治ゆ認定後の残存障害に対する障害等級基準の見直し、など総合的な対策の検討に直ちに着手すること。
  - ② これらの基準・方策が確立されるまでの間は、現在行われている症状固定等の行政処分を凍結すること、等を求める要請書を提出している。

## 治ゆ認定基準の明確化が必要 振動病治療指針も全面的に見直しを

鈴木 豊・合川卓郎

北海道医療生活協同組合札幌緑愛病院院長・医局長



### 1 診療歴について

私たちが所属する札幌緑愛病院は、昭和57年から振動病患者の治療に携わってきました。この間、当院が診療した振動病患者は、入院を含めて約1,400人にのぼります。現在当院では6名の医師が分担して振動病患者の診療に当たっていますが、鈴木豊は現在約90名の通院患者を主治医として診療し、合川卓郎は現在約60名の通院患者を主治医として診療しているほか、それぞれ道内各地からの入院患者の診療も担当しています。これらの患者の大半は、山林労働でチェーンソーや刈払機等振動工具を長年使用したことによって振動病に罹患した人々ですが、炭鉱・鉱山でさく岩機やピックを使用したり、土木・建設業でコンクリートバイブレーターやランマーを使用したことによって振動病に罹患した人々もおります。

また、これら民間の労災患者のほかに、国有林で働いて振動病に罹患した患者(公務災害認定者)の入院治療もそれぞれ担当しています。

### 2 振動病患者(民間労災)の治療上における問題点について

近年、振動病患者(民間労災)に関する「症状調査」が各監督署によって行われています。もとより私たち医師は、行政官庁から患者さんの療養に関して必要な問い合わせや照会がある場合にはこれを拒むものではありません。

しかしながら、現在行われている症状調査は、患者に関する医学上の情報提供や意見を医師に求めるというのではなく、一言でいって単に「症状固定」の判断を私たちにするよう要求してきているのが実情と言うほかありません。

このことについて、その問題点をいくつか指摘したいと思います。

#### (1) 打ち切りのための症状調査

第一に、現在の症状調査の行われ方は、①症状の軽・重のいかんにかかわらず、②治療期間の長い(あるいは年齢の高い)者から調査対象とされ、③医師が治療継続を主張してもその意見は所轄監督署で判断されず、④一律に局医協議会にかけられ、⑤

その結果、画一的に症状固定と判断される、という方式が「常態」化しています。

患者の症状調査は、担当監督署の行政官が主治医と面談し、私たちから意見を聴取する方式によって行われますが、これは、かつて行われていた方式、つまり主治医から直接意見を聞くことをせずに、2号所見書・3号意見書等の書類を提出させ、この書類で局医協議会が療養継続の是非を判断するというやり方が主治医の意見を無視した結果につながっている、との批判が多く出されたこと反省から現在のこうした主治医との面談方式に変更されたものと、私たちは理解しています。

そうした意味では、こうした面談調査の場で、私たちとしても患者さん個々の症状や療養経過、今後の治療方針等について意見を詳細に述べ、主治医としての意見を尊重してもらえるものと期待していました。しかし、実際には、面談で私たち医師が聞かれるのはもっぱら「症状固定の時期がいつか」ということばかりで、症状や治療方針に関する聞き取りは率直に言って付け足りでしかなく、仮に治療継続を主張した場合でも所轄監督署でその是非が判断されることもなく、ほぼ自動的に局医協議会にかけられる仕組みとなっています。これでは、面談調査といってもまったく形式的なものでしかなく、症状固定の時期を医師に言わせるだけの調査だといふしかありません。

## (2) 形骸化している経過観察

第二に、経過観察の問題です。経過観察制度の本来の趣旨がまったく活かされていず、形骸化されていることです。経過観察は、振動病の療養が長期に及んだ場合、その治療効果があるか否かについて治療を中止して症状の変化を見、治療効果の有無を判断するという制度です。したがって、治療を中止したことによって明らかに症状の増悪が見受けられれば、症状は固定していないわけですから、当然ながら治療は再開されるべきものであり、制度上もそのことが保証されなければなりません。

しかしながら、実際にはそうしたことが認められた事例はありません。

私たちのところの症例を挙げると、平成5年1月から6月までの6か月間、治療を中止して経過観察に入れた患者さんが、しびれ、痛みなどの自覚症状が明らかに増悪し、レイノー現象もそれまでは年1~2回程度だったのが6か月に5回出現し、検査所見も低下傾向を示したため、経過観察終了直後に療養を再開しましたが、局医協議会にかけられ、翌平成6年4月に至って最終的に症状固定とされたケースがあります。しかも、その結論が出るまでの間、療養補償・休業補償の支払は「保留」と称して、ずっと支払われないままでした。

本来、療養の是非は治療に当たる主治医の判断が尊重されてしかるべきです。特に経過観察は、従来の症状との比較において主治医がその変化を判断するわけですから、主治医が症状の増悪を確認した場合には遅滞なく治療を再開することが医師としての責務でもあります。しかし、実際にはこうした医師の判断は尊重される仕組みにはなっていませんし、医師が再び治療を再開すべきだと判断して療養に専念するよう指示した患者さんに対しても休業補償を「保留」して支払わないということは、患者さんの生活の道を閉ざすことにもなります。監督署で「症状固定」の結論が出たわけでもないのに、このようなことを行うのは人道的に見ても問題だと思えます。

## (3) 明らかにされない治ゆ基準

第三に、振動病における「治ゆ」すなわち「症状固定」の基準がまったく明らかにされていないことです。

労災保険法上の「治ゆ」が医学上の治ゆとは異なり、疾病にあつては「急性症状が消退し、症状が安定して、治療効果が期待できなくなった場合」に「治ゆ」扱いとされることは、私たちも知識としては承知しています。しかし、このような一般的な解釈では、複雑多岐な振動病の病像の変化あるいは症状の固定の有無を判定する役にはたちません。振動病に関する「症状固定」の納得できる基準が示されるべきです。そうでないと、このような包括的・一般的な解釈では基準はないに等しいわけで、たとえ主治

医が症状に大きな変化があると判断しても「一定の幅の範囲にある」とされ、結果として非常に恣意的な判断を招くこととなります。

現に、前項の症例について、局医協議会は症状固定との判断を下しましたが、その理由は「経年的にみれば症状は安定している」とされたのみで、主治医が指摘した経過観察(治療中断)による自覚症状の明らかな増悪やレイノー現象の頻発に対しては何らの評価や判断すら示されないままでした。これでは、仮にどれだけ症状が変化しても「症状は安定している」とされかねないわけで、しかも納得できる説明がなされないのであれば、いったい第一線で治療に当たっている私たち臨床医は何を基準にして判断してよいのか検討もつかず、何を言っても「症状固定」とされるのではないかと、強く不信の念を抱かざるを得ません。

この「治ゆ」の基準について一言申し上げますと、私たちの病院では、林野庁職員の振動病患者も診療していますが、これら公務災害の振動病患者については明確な治ゆの認定基準があります。それは、①自覚症状が消失していること、②他覚症状が消失していること、③2年程度治療を受けていないこと、④主治医が治ゆの診断を出しているもの、といった要件を満たした場合に治ゆ認定の対象となるというものです。最終的にはさらに主治医のほかに専門的な医学的知見を有する医師の意見を聞いた上で治ゆの判断をする、とされています。かなり厳格な基準ですが、私たちとしては治ゆの判断をするに際してはこれくらい慎重な姿勢で臨むのが適切だと考えていますが、その評価はさておき、実際に診療に当たる場合、同じ振動病の患者でありながら、治ゆの基準がこのようにまったく異なるのは、患者の間に格差と不平等を生んでいます。

こうした矛盾や不平等を解消するためにも、特に民間労災の振動病の治ゆ基準を明確にすることが急がれるべきです。

## (4) 不十分なアフターケア制度

第四に、症状固定とされた後の治療の問題です。現在認められているアフターケア制度は、もともと

「保健上の措置」という名目で実施されているため、診療回数は1か月に1回ないし2回までと制限され、治療内容も投薬の内容が制限され、注射や理学療法・運動療法などができない仕組みとなっています。

しかし、振動病患者の場合、症状固定後も痛み・しびれなどの神経症状や骨・関節系の機能障害が残存しており、その訴えが強いため、引き続き治療を継続していく必要があるケースが大半です。そのためには、現行のアフターケア制度の内容では極めて不十分で、現に私たちの病院でもアフターケアの範囲を越えた分の治療を国民健康保険で行っている実例があります。

しかし、本来労災保険で治療してきた疾病を健康保険や国民健康保険で治療するというのは法律上できない仕組みとなっていますから、そのまま「振動病」の病名で保険請求すると支払いを拒否される恐れがあります。ですが、それでは患者さんが10割全部を自己負担しなければならなくなってしまいますので、とてもそんなことはできません。そこで、苦肉の策として、振動病以外の病名、例えば振動病の部分症である「末梢循環不全」とか「変形性肘関節症」といった病名をつけて国民健康保険を使って治療しているのが実態です。これは私たちの病院だけでなく、他の院所でもこうした方法で治療を行っているのが実態で、振動病患者を診ている他院の先生たちと話し合ったときにも、せめて治療だけは症状固定後も継続して続けられるようにしてもらいたい、との声が出されていました。

医師というのは、たとえ治療しても治らない病気であっても治療しなければなりませんし、対症療法であれ何であれ、痛みがあればそれを取り除いたりやわらげたりする治療もしなければなりません。それも患者さんにとっては必要な治療なのです。健康保険でも国保でもこうした治療について何の制限もありませんし、糖尿病であれ高血圧であれ、長期にわたって治療しても「慢性的になっているから症状固定だ」などと言われることはありません。それは、治療の必要性の有無の判断や治療の内容は、すべて患者の治療に責任を持つ医師に委ねられてい

るからで、当然のことと思います。労災保険だけが、健康保険や国保と異なり、治療の必要性の有無を行政側が行うというのは問題です。

### 3 改善を求めるところについて

#### (1) 主治医の意見の尊重

第一に、現在の症状調査のあり方を抜本的に見直していただきたいということです。

前述したように、今の面談調査は医師に「症状固定」の時期を明示するよう求めるのが目的となっており、医師の医学的な意見を聞いて監督署が判断するような仕組みにはなっていません。面談に来院された監督署の担当官に、如何に治療の必要性を説明しても「監督署段階では判断できない」「2号や2号の2という書類を書いてもらって局医協議会で判断してもらうことになる」と判で押したような返答があるだけで、中には「局医協議会上がれば、早い時期に症状固定の結論が出る可能性がある。それより1年間治療して、経過観察に入れた方が患者さんにとっていいのではないですか」と“親切”に奨めてくれたり、「監督署は治療継続を認める権限はなく、症状固定にする権限しか与えられていないのです」と正直な実態を吐露する担当官もいるのです。

これでは、面談でいくら監督署の担当官と話し合っても率直にいうて無意味です。担当官が悪いのではなく、「打ち切りのための症状調査」になっている現行のシステム自体が問題なのであり、面談調査はあくまでも医師の意見に耳を傾け、医師が治療が必要と判断している場合にはその意見を尊重してもらいたいと思います。

医師としても、すべての患者について「治療継続」を主張しているわけではなく、症状が軽快し、安定しているケースについては経過観察に入れて療養効果の有無を判断してみようとの考えを持っているわけですから、医師が治療継続を主張した場合にはそれを受けて、担当監督署で医師の意見を尊重するようにしてもらいたいと思います。これは、経過観察に入って治療を中断したことにより症状が悪化したため治療の再開が必要だと医師が判断した場

合についても、同様です。

面談調査の対象にした患者は一律に打ち切ろうという行政当局の姿勢は、根本的に改めてもらわなければなりません。

#### (2) 治ゆ(症状固定)基準の明確化

第二に、治ゆ(症状固定)の基準を明確にすべきだということです。

現在の状況では、医師が治療継続なり、経過観察後に治療再開の意見を述べた場合に、ほとんど自動的に局医協議会にかけられ、その結果治ゆ(症状固定)とされています。ところが、その症状固定という判断がどのような基準に基づいて行われているのかはまったく明らかではありません。それどころか、主治医が治療継続あるいは治療再開の意見を述べ、その理由を膨大で手間のかかる書類に記載して提出しているにもかかわらず、局医協議会からはそれに対する明確な回答なり見解なりが示されないのが実態です。

私たちの病院でも、これまで局医協議会で症状固定とされたケースが2例ありましたが、いずれも担当監督署からその結果の概要を聞かされただけで、どのような判断基準でそうした結果となったかの医学的な理由の説明はまったくありませんでした。

ただ結論があつて、その根拠も明らかにされないような仕方は不信感しか生みません。治ゆの基準が明らかでない中で症状固定の結論だけが出されるようなやり方はやめてもらいたいと思います。

もし、治ゆの具体的な基準がないのであるならば、早急に客観的かつ具体的な基準を作成すべきです。その際、前述した林野庁の治ゆ認定基準は現行の治ゆ基準としては私たちの知る限り唯一のものであつて、その内容も明確なものですから指標のひとつとして大いに参考にされるべきだと思います。いずれにせよ、基準を作成する場合には、臨床の現場にいる医師も交えて、一定の合意が得られるような具体的な基準が検討されるべきです。

#### (3) 治療と生活補償の分離の検討

第三に、治療と生活補償とを切り離して考えるべき時期に来ているのではないかと思います。

現在の労災補償制度では、治療(療養補償)と生活保障(休業補償)とがメダルの裏表のようにセットになっています。もちろん労働者が仕事によって負傷したり病気になったりして働けなくなった場合には職場復帰を果たすまでの間、生活の保障をすることは当然のことですが、しかし振動病のように、症状の改善に長期間を必要とし、結果的に患者が高齢化する中で、こうした高齢の患者に対しても「職場復帰」の概念を適用すること自体が社会的にも合意を得にくい状態になっているのは事実です。

医師の立場からすれば、前述したとおり、患者が症状を訴え、それを裏づける他覚的な所見がある限り、必要な治療を行うことが医師の責務であり、それが患者にとっても望ましいことです。したがって、この際、思い切って療養補償と休業補償とを切り離し、必要な治療は医師がそれを必要だと認める限り継続できるような制度に変更していくことが必要ではないかと思います。そうすれば、現状のように、症状固定になった患者がアフターケアという中途半端な制度の中で満足な治療を受けられず、国保で治療を受けるという問題も解決されます。具体的な制度の改善については、いろいろと困難な面もあるかと思いますが、このことに踏み込んでいくことが是非とも必要だと考えます。

#### (4) 新しい治療指針・対策

第四に、振動病とりわけ慢性期に至った振動病の症状の実態把握と病像の解明に努め、従来の「治療指針」に代わる新たな対策と治療方針の確立が、何よりも急がれるべきだと思います。

現在行われている行政当局の「適正給付管理」は、昭和61年に「振動障害の治療等に関する専門家会議」によって報告された「振動障害の治療指針」がその医学的背景になっていますが、この「治療指針」は当時の医学会のコンセンサスを得たものではなく、発表された当初から強い批判が出されていました。特に、振動病を局所障害に限定し、治療効果を2年ないし4年以内とするといった見解は、その後今日まで振動病の診療に携わってきた私たち臨床医の経験と実感から言えば、明らかに振動病の病状

に関する認識に欠け、臨床の現場の実態を無視した意見だというほかありません。

振動病という新たな職業性疾病が知られてから30年が経ちますが、多くの医学者の努力にもかかわらず、今日でもなお振動病、特に慢性期に入った振動病の複雑で多様な病像が十分解明されたわけではなく、その対策や効果的な治療方針が確立されたわけでもないのが実情です。今夏に公表された労働者住民医療機関連絡会議による「慢性期振動病における調査研究」では、①振動病は振動暴露だけでなく寒冷、作業姿勢、重力、騒音などのトータルな因子による疾病である、②末梢循環障害、末梢神経障害、骨・関節系障害等が相互に他に悪影響を及ぼすことによって振動暴露から離れても症状は進行する、③慢性期においては、主に脊椎の病変を介して全身症状を呈する、との新しい見解が示されているとともに、「従来の初期から中期に限定された症状を中心に立てられてきた診断基準や対策に代わって、慢性期振動病に有効な新たな診断基準や治療方針を確立する必要がある」と提言されています。

いま必要なのは、従来の「治療指針」にこだわることなく、慢性期振動病の実態把握と病像解明のために新しい医学的知見を積極的に収集し、症例の研究を進めて、病像の再構築と有効な治療方針を確立することだと考えます。

以上、いくつかの意見を申し述べました。

現在の症状調査方式が続くかぎり、治療を受けている患者の多くは、いったいつ自分が調査の対象になるのだろうか、もし調査対象になったら主治医がたとえ治療が必要だと言ってくれても一方的に症状固定にされてしまうのではないかと、そうしたらその後の治療は受けられず、仕事につきたくても仕事がなく生活はどうなるのだろうか、と不安におののいているのが実情です。そうした精神的な不安感やストレスが治療効果の低下につながることは言うまでもありません。どうか早急にこれまで申し述べた問題点や課題について検討していただき、改善を図っていただくようお願いする次第です。

(1994年10月30日)



# 1%以上の石綿を規制対象に

## 青・茶石綿は製造・輸入等を禁止 石綿全国連は総会と討論集会開催

労働省は、労働安全衛生法施行令(安衛令)、労働安全衛生法施行規則(安衛則)及び特定化学物質等障害予防規則(特化則)を一部改正して、石綿(アスベスト)等に対する規制を強化することを決めた。昨(1994)年12月15日に中央労働基準審議会(会長・花見忠上智大学法学部教授)に、改正案要綱を諮問し、1995年1月13日に「概ね妥当」との答申を得たもので、速やかに安衛令等の改正を行うこととしている。

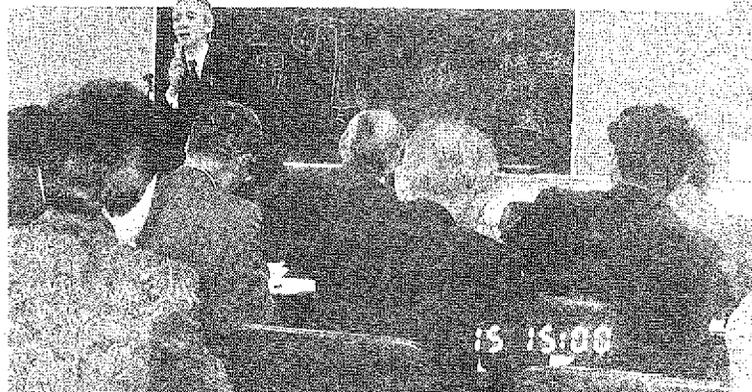
これについては、石綿対策全国連絡会議が1994年3月9日、関係5省庁に対するヒアリングの一環として労働省に、石綿に対する労働安全衛生法規による規制の強化を求めた際に、労働省は今年度中に規制の見直しを行う方針を明らかにした(94年6月号参照)。その後も労働省に対してヒアリング等を重ね、社会党社会政策局、連合とも協議を行ってきた。昨年12月15日に労働省案が中央労働基準審議会に諮問されたのを受けて、翌12月16日には、審議会の全委員に対して、次のような内容の実現を求める要請書を送った。

- ① 安衛令第16条(製造等が禁止される有害物等)に、クリソタイル以外の石綿を加えること。
- ② 安衛則の別表第2(第30条関係)の2の2「石綿を含有する製剤その他の物。ただし、石綿の含有量が重量の5%以下のものを除く。」を「…1%以下

のものを除く。」とすること。

- ③ 安衛則第90条(法第88条第4項関係)に、一定規模(例えば500㎡)の石綿吹き付け及び石綿含有建材使用の建築物の解体等を入れ、届出対象とし、また、適正な処理及び廃棄を義務付けること。
- ④ 特化則の別表第1の4「…石綿の含有量が重量の5%以下…」を「…1%以下…」とすること。
- ⑤ 特化則第38条の7(石綿等に係る措置)の第2項、第3項を削除し、石綿吹き付けを禁止すること。
- ⑥ 特化則第39条(健康診断の実施)第1項、第2項の「…業務に常時従事する労働者…」を「…業務に常時従事する労働者及び高濃度の暴露を受ける労働者…」とすること。
- ⑦ 作業環境評価基準の別表(第2条関係)の5の石綿は、クリソタイルとアモサイトは1繊維/cm<sup>3</sup>に、クロシドライトは0.1繊維/cm<sup>3</sup>とすること。
- ⑧ 石綿含有製品等の製造及び取り扱う作業での除じん装置付き機械・電動工具使用及び作業の隔離等紛じん飛散防止、呼吸保護具・保護衣等の使用、休憩室と洗浄施設の設置等を義務づけること。
- ⑨ 以上の改正にあたって、設備の転換等を必要とする場合は、事業者が助成・融資を受けられるよう制度の整備を図ること。
- ⑩ ILO第162号(石綿)条約を早期に批准すること。

### アスベスト規制法を求める討論集会



と。

残念ながら今回の答申ではこれら全ての内容が盛り込まれることとはならなかった。答申を得た改正案の内容は以下のとおりであるが、引き続き、規制の強化、アスベスト規制法の制定をめざして奮闘していきたい。

- ① 製造、輸入、提供または使用を禁止する有害物に、石綿のうち発がん性が強いとされているアモサイト(茶石綿)及びクロシドライト(青石綿)を追加すること(安衛令)
- ② 暴露防止対策(製品への表示、局所排気装置等の設置、作業主任者の選任、作業環境測定、健康診断等)を講じることが必要な石綿含有物の範囲を、含有率5%を超えるものから1%を超えるものに拡大すること(安衛則・特化則)
- ③ 石綿等の切断、研磨等の作業を行うときは、労働者に呼吸用保護具及び作業衣等を使用させることを義務づけること(特化則)。
- ④ 建築物の解体等の作業を行うときは、次の措置を講じることが義務づけること。  
ア あらかじめ、建築物について、石綿等が使用されている箇所及び使用状況を設計図書等により調査し、その結果を記録しておくこと(特化則)。

イ アの結果、石綿等が吹き付けられていること

が判明したものについては、当該作業場所をそれ以外の作業場所から隔離すること(特化則)。

ウ アの結果、石綿等が吹き付けられていることが判明したもののうち、一定のものについては、あらかじめ、所要の事項を労働基準監督署に届け出ること(安衛則)。

1994年11月15日、東京都渋谷

区勤労福祉会館において、石綿対策全国連絡会議の第8回総会とそれに引き続きアスベスト規制を求める討論集会が開催された。会場では、アスベスト代替品の展示や関連ビデオの上映等も行われた。

石綿対策全国連絡会議第8回総会は、富山代表の主催者あいさつ、里見事務局長からの1993年度活動報告、古谷事務局次長からの1993年度会計報告、さらに1994年度活動方針と新役員の提案が行われ、承認された(後掲議案参照)。1994年度活動方針では、アスベスト規制法制定をめざすとともに、当面労働省の動きに注目し、アスベスト規制の強化を求めていくこと、また4月にはシンポジウムを開催することなどが確認された。

アスベスト規制を求める討論集会には21団体・個人63名が参加。今回は東京都環境保全局大気保全部大気規制課長の溝呂木昇氏、日本労働弁護団常任幹事の古川景一氏、亀戸ひまわり診療所所長の平野敏夫氏の3氏の講演及び参加者からの活動報告を受けた。溝呂木氏は東京都の環境基本条例の制定に伴い改正された公害防止条例について、古川氏は旧エタニットパイプ被災者の和解報告とPL(製造物責任)法について、平野氏はアスベストと健康障害について話していただいた。

(以下は講演の要約—アスベスト規制

法制定をめざす会ニュースNo21)



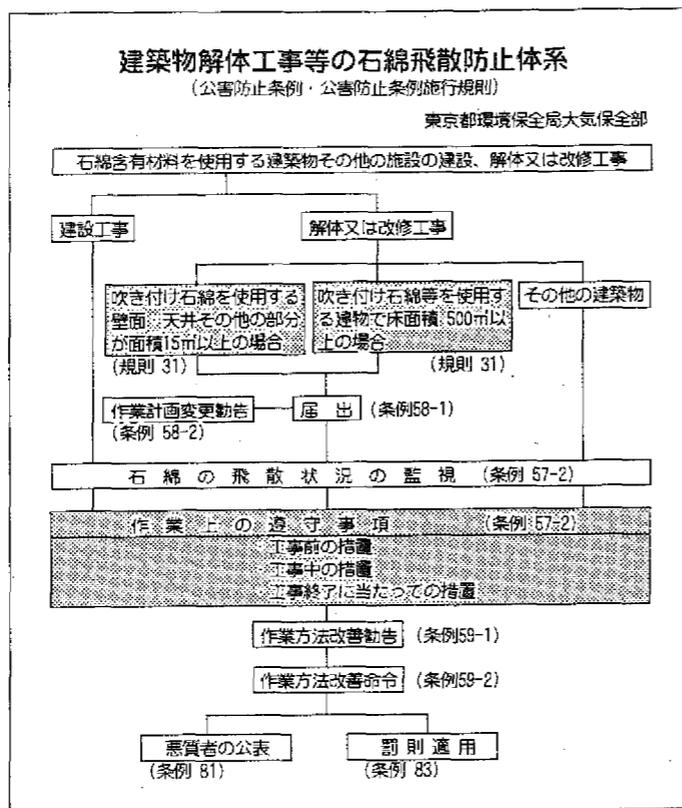
●東京都のアスベスト対策の現状と  
公害防止条例の改正  
東京都環境保全局大気規制課長・  
溝呂木昇氏

現在の環境問題は、有害性の高い物質に対する監視、さらに自動車公害に見られるように都市型・生活型の公害が深刻になってきており、地球の温暖化、熱帯林の伐採等地球環境についても、国・自治体としてそれなりの役割が求められている。また、住民の環境に関する要求も幅が広がっている。昭和30～40年代には主な公害発生源は工場であり、排煙・排水等に対する対策が取り組まれた。近年、このような公害対策はかなり進んでおり、自然とのふれあいとか、より快適な生活環境の創造を行政に対する期待として出されている。

このような期待に応える意味で、東京都では環境基本条例を制定することとして、環境行政のあり方懇談会を設置し、1年ほど前から検討してきた。昨年11月、懇談会からの報告書を受け、さらに住民の方からの葉書また公聴会で御意見をいただいた上で、本(1994)年7月20日に環境基本条例(条例第93号)を制定した。

この環境基本条例は基本条例であり、内容は抽象的。今後の環境行政の理念をまず明確にし、事業者・住民の方々と手を携えての推進を基本とする。住民参加の観点からも、今後、従前の環境問題への取り組み手法としての規制から、自主的な運動を誘発するような施策を多く用いていく。

この環境基本条例を制定したことに伴い、公害防止条例も大幅に改正した。この公害防止条例は昭和44年に制定されたもの。この条例の前文等では、東京都における公害行政の理念的な部分が規定されていたが、その部分は環境基本条例の中に盛り込むことにより削除し、公害防止条例は規制条例のみの

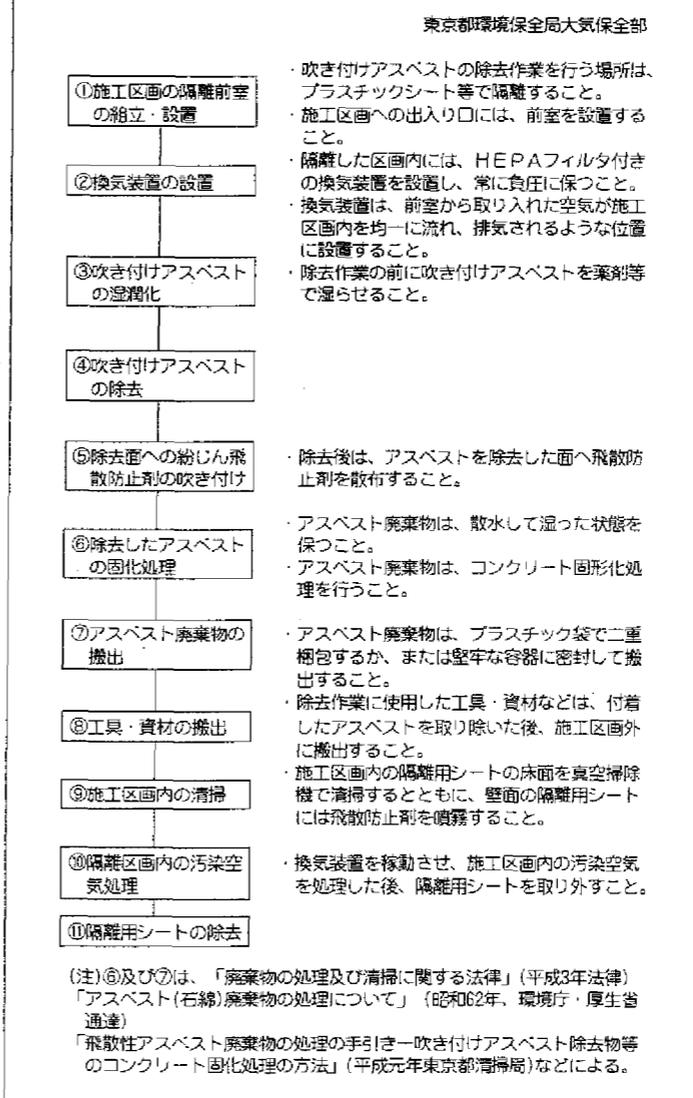


姿とした。  
さらに、従来行政指導として行っていた部分のうち、将来的に強く規制を行っていかねばならないものについては、今回の公害防止条例の改正において取り入れた。

ひとつに建築物の解体時にアスベストが飛散しないよう、平成2年に策定した指導要綱がある。平成2年から平成5年までで行政指導を行った件数は1,063件あり、この実績を踏まえて条例化したもの。

また、一般環境中におけるアスベスト濃度の監視もある。なお、東京都にはアスベストを資材として製品を製造する工場が13工場(内稼働は12工場)ある。平成元年、大気汚染防止法においてアスベストが特定紛じん(特別な監視が必要な紛じん)に加えられており、法律で定められた基準値を遵守しなければならない。工場の敷地境界では1リットル中に10本以下と決まっている。

吹き付けアスベストの除去の一般的手順と留意事項



平成元年に東京都で策定したアスベスト対策大綱では、施設の早期のノンアスベスト化がある。水道管として使用されているものについては早期に改善、断熱材として学校の体育館等で使用されているものについては、改修・解体の際に除去していくこととしている。

平成2年に策定した「建築物等の工事に伴うアス

ベスト飛散防止対策指導要綱」の内容はそのまま条例化している。吹き付けアスベストを使用する壁面・天井その他の部分が面積15㎡以上の場合、吹き付けアスベストを使用する建物で床面積が500㎡以上を解体・改修する場合には事前に届出をさせ、要綱で決められた技術基準にそって工事を行うものとする。

届出で一応遵守事項が守られている場合には、届出事項にしたがって工事が行われる。同時に、アスベストの飛散状況監視が規定されている。この条項に合致しない場合には、作業方法改善報告や作業方法改善命令を出し是正を図る。さらに従わず工事が続行されるような場合には、罰則の適用と悪質者の公表がある。

アスベスト除去の一般的手段と留意事項については図を見ていただきたい。まず施工区画を隔離し外部との遮断を徹底して行ってほしい。さらに作業場内でアスベストが充満する場合には、作業者の健康管理のため当然換気をする事となり、高性能の換気装置、HEPAフィルタ付きの換気装置を設置する。

アスベスト除去作業後、アスベスト廃棄物の搬出はプラスチック袋で2重に梱包するが、堅牢な容器に密封して搬出していただくことが

必要。また、作業場で使用した資材・器材を外に出す場合については、アスベストの付着を確認して清掃してから持ち出す。なお、除去したアスベストを持ち出す上での固化処理については、公害防止条例の中では規定していない。これは廃棄物処理法、厚生省の要綱に規定されているということから、あえて規定していない。

●旧エタパイ被害者和解報告・PL法について  
日本労働弁護団常任幹事・古川景一氏

旧日本エタニットパイプの被災者の和解が10月20日に成立した。当事者となった労働者は5名。3名は肺がんもしくは悪性中皮腫で死亡、2名はじん肺管理区分4(和解後1名死亡)。示談金は2,150万円で3年分割。ただ、この金額はじん肺弁護団の方たちが引き上げてきた水準を大きく下回る。今までの和解では2,700万円ということもあったようだが、ダブルがはじけ、現在経営を行っているミサワリゾートが銀行管理の状態にあることもあり、不本意ながらこうなった。

この事件は、労働運動の中で積極的に掘り起こされた事例。高松工場では以前企業閉鎖をめぐる闘争があり、その中で強い労組が残り、被災者を支えた。また、高松工場で働いていた労働者が建設産業に従事するようになった中で、全建総連が持つ国民健康保険組合のレセプトのチェックで見つかった。(古川弁護士はエタニットパイプ工場でのアスベスト暴露の状況等についても説明されたが、くわしくは別掲記事を参照—54頁)

このような状況を前提に、今後、製造物責任法(PL法)をどうアスベスト規制につなげるべきかを考えたい。製造物責任法はアメリカ、ヨーロッパでは労災との関係で重要な法律となっている。アメリカ48州、ドイツ、フランスでは労災をもらっている場合は、民事の損害賠償請求は原則として起こせない。ただし、使用者以外の製造者に対して行うことは可能であり、アメリカの製造物責任をめぐる判例を見ると約6割が有害性・危険性の告知がなかったこと、不明確なことを理由としている。現場で作業している人、消費者等に対して具体的にわかるよう告知し表示しなければ、製造物責任を問うことが可能になってくる。

アスベストにしても、マーク、刻印、シール等の表示はあるが、現場の労働者はよくわかっていない。これではたして有害性の表示といえるのか。アスベスト自体に着色すること等も考える必要があ

るのではないか。製造物責任法の社会党案を作成した弁護士は「マークが見えない、わからない場合等不十分な場合については、色を付けるという議論は成り立つだろう」とのこと。今後ぜひアスベスト規制法においても告知と表示の問題をどう使っていくのか考えていただきたい。

●アスベストと健康被害  
亀戸ひまわり診療所所長・平野敏夫氏

アスベストについては一般にまだまだ知られていない。医者においてもアスベスト肺、アスベストでの肺がん、中皮腫について意外と知らない。中皮腫についてはほとんどアスベストによるものだと医学的に言われている。ところが、職歴で調べてアスベスト使用を明確にすることがされていない。

最近、全建総連の傘下組合東京都連の調査に加わった。国民健康保険組合を持っており、医療機関から来る医療費の請求(レセプト)から職業性の疑いのあるものについて抽出した。私は東京建設業国保組合を担当し、抽出したレセプトについてのアンケートを実施した上で、「仕事・病名・職歴・自覚症状からみて関連がありそうだ」をAランク、「仕事・病名では関連がありそうだが、レセプトから見るとあまり治療もしていないし自覚症状もない。要経過観察」をBランク、「職歴とはあまり関係なさそうだ」をCランクに分類した。Aランクの人が6割近い。緊急にAランクの人に手紙を出し集まってもらった。17名が集まり、診察とレントゲンを実施。15名について石綿肺・じん肺の所見があった。病名は気管支炎、気管支喘息、呼吸不全等となっていた。

私が初めて石綿肺の所見に出会ったのは13~14年ほど前。江戸川区の病院に勤めていたときで、ある労働者が咳や痰が止まらないとして病院にきた。60歳ぐらいの方で、レントゲンを撮ると白い影があった。これ自体は肺炎の治りかけだったが、私は肺がんかも知れないと思ってがん研に紹介した。専門医は肺炎の治りかけだとわかったようだが、念のため精密検査をしてくれた。すると小さくはあるが肺

がんが見つかった。この小さな肺がんは肺炎の菌が付いて肺炎を起こしていた。また、この方は管理区分3のじん肺を持っていた。そこで肺がんについてはこのじん肺からきたものだとして労災申請をした。ところが、管理区分3のじん肺に合併した肺がんは労災にならない。管理1でないダメ。アスベストを扱っていないか本人といろいろ話をした。はじめは「アスベストなど扱ったことはない」と言っており無理かと思ったが、川崎の石油コンビナートの配管に使われており、切り取った肺組織の分析からも大量のアスベストが見つかり労災認定できた。職業はスクラップ屋さん。ガスで切断し解体する。

それ以降、いくつものアスベストによる疾病を扱った。2年前のアスベスト110番の時に相談があった方の事例として、54歳で亡くなられた方がある。断熱材・建材の加工を行っていた会社で働いており、アスベストを扱っていることは会社も本人も知っ

ていた。会社の健康診断では、一番軽いアスベスト肺にかかっているとなっていた。その方が呼吸困難になり国立第二病院に入院したが亡くなった。解剖をしてもらったが、結果は「石綿による所見は一切ない」。そこで、アメリカのマウントサイナイ医科大学の鈴木先生に見ていただいた。結果は「重篤な石綿肺」。これにより労災認定できたが、大きな国立病院の医師でもアスベストがわからなかった。まして、小さな病院で亡くなった場合わかるのか。ここにもアスベスト被害が潜在する理由があるかもしれない。

最近、アスベストの中でもクリソタイル(白石綿)は危険ではないという論調が大きくなってきているが、このあたりも含め被害の実態を明らかにし、アスベスト問題に対する世論を盛り上げる必要がある。潜在化された被害実態を明らかにす



石綿対策全国連絡会議第8回総会議案

1 1993年度活動報告

1 はじめに

1987年11月14日に結成されて以来、7年が経過しました。1990年4月18日に結成されたアスベスト規制法制定をめざす会の母体としても活動してきました。昨年の総会から1年をふりかえると、細川連立政権から羽田連立政権へ、そして村山連立政権へと、連立の枠も組み替わる激しい政治情勢の変化が見られました。こうした政治情勢の中ですが、アスベストをめぐる様々な動きがあり、私たちの微力ながらの活動の成果が見られた年と言えます。

成果として、①アスベスト規制強化への労働省等の動き及び東京都が従来の指導要綱の内容を条例化したなどの行政の動き、②労働界においても連合にあって規制強化を求める動き、③業界にあっては厚形スレート瓦業界での勉強会「アスベストを考える会」が開催された、④アスベスト被害者の補償で

和解成立等があります。石綿全国連としてもこうした動きに積極的に関与しつつ、多くの方々からのアスベストに関する問い合わせ等に応えてきました。

また、アスベストも関連する製造物責任(PL)法が6月22日に可決され、1年後に施行されることとなりました。

2 アスベスト規制法制定への取り組み

(1)国会対策

石綿全国連・めざす会がアスベスト規制法の早期再提出へ向け取り組んできましたが、運動の高まりの反面、昨(1993)年5月に石綿業にたずさわる者の連絡協議会(8労組)による規制法制定反対の動き、代替化を進める一方で規制法制定に危機感を強める石綿業界の反対運動といった動きも強まってきました。

政治情勢の変化にあって、細川・羽田旧連立政権の与党内調整作業から、現在の社会・自民・さきがけの新連立政権への対応と、政治の激動に対応した

動きが求められてきました。社会党を中心に協議を重ねてきました。

こうした情勢にあつて、今年度でのアスベスト規制法再提出は実現しませんでした。石綿全国連は、あくまでもアスベスト規制法制定を堅持しつつ、具体化に向けて動き始めた規制強化の実現に向けて取り組んできました。

#### (2) 集会等

昨(1993)年の第7回総会後に開催された「11.4アスベスト規制法をめざす国際交流集会」に引き継ぎ、11月8日に広島市呉のYMCA会館で広島集会、同17日に大阪市のアピオ大阪で大阪集会を、それぞれ地元の協力により行いました。

今(1994)年の2月27日に東京晴海見本市会場で開催されたDEVANDA展に出展し、アスベスト及びノンアスベスト製品展示による宣伝活動を行いました。

#### (3) 社会党・連合との協議

社会党の五島正規議員と社会党社会政策局、連合の法規安全局、石綿全国連とで協議を重ねてきました。アスベスト規制強化に向けて労働安全衛生法規の改正を求めていくことを確認しました。

#### (4) 行政への要請行動

1月17日、東京都に駒沢オリンピック公園・東京晴海国際見本市など外郭団体の施設におけるアスベスト対策を要請しました。

3月9日、建設・厚生・環境・労働・通産の5省庁と、五島議員を介しヒアリングを行いました。

9月26日に労働省と、また10月5日に建設省と再度意見交換を行いました。

#### (5) 各自治体議会での意見書等の採択状況

県議会 徳島県、栃木県、三重県、埼玉県(趣旨採択)

区議会 目黒区、北区、練馬区

市議会 函館市、清水市、新潟市、川崎市、入間市、流山市、茅ヶ崎市、武蔵村山市、東久留米市、田無市、多摩市、保谷市、徳島市、桑名市、四日市市、亀山市、津市、久居市、上野市、名張市、松坂市、伊勢市、鳥羽市

町議会 埼玉県宮代町、三重県桶町・河芸町・関町・伊賀町・玉城町・大王町・磯部町・海山町・紀伊長島町

村議会 三重県御蔵村

以上4県3区23市10町1村で意見書の採択等が報告されています。

#### 3 日本でのアスベスト使用状況

##### (1) アスベスト輸入量

1993年のアスベスト輸入量は209,846トンです。1994年は、7月までの累計が121,090トンであり、推計すると年間約208,000トンとなり、多少減少したとは言え20万トン台の消費水準となっています。

##### (2) ノンアスベスト化の動き

アスベストの有害性の浸透とともにノンアスベスト製品の開発は進められてきました。現在、ごく特別な使用箇所を除いて代替製品の開発を終えています。

しかし、一方では、カラーベスト(コロニアル)といった石綿屋根材が多く使用されているという実態、依然として石綿吹き付けが行われているという報告もあり、輸入量にみられるようにアスベストの消費量は依然として高水準です。

ノンアスベスト化を宣言しているニチアスの音馬社長が、PL法とのからみで年内にユニットバス不燃建材にアスベストを使用しない製品等建材部門の拡大を図ると新聞で報じられています。

##### (3) 業界の動き

規制法制定の動きに危機感を抱く日本石綿協会は、盛んにクロシドライト・アモサイトとの比較でクリソタイルは安全であると、また、代替品の安全性に問題があると、生産コストの低さから省エネルギー・環境にやさしいと宣伝しています。

こうした業界の動きの一方で、以前からアスベストを使用しない厚形スレート瓦業界が、屋根材のノンアスベスト化を訴える学習会を開催し、NHKでも報じられました。また、旭化成建材(株)・昭和電工建材(株)・ニッテツアスク(株)がゼロアスベスト押出整形板工業会が結成されています。業界にあつてもノンアスベスト製品の使用促進を訴える動きも出

てきました。

#### 4 行政の動き

労働省では、クロシドライトとアモサイトの輸入・製造・使用を禁止する、特化則での石綿製品規定を従来の5%を超える含有率から1%を超えるものにする、吹き付け石綿を使用している一定の建築物の解体に届出を義務付ける、成形板を含めた解体時の石綿使用箇所の記録を義務付ける、成形板を含めた飛散防止と呼吸保護具・作業衣の着用といった安全衛生法・特化則の改正等が検討されており、年内にも行いたいとしています。

建設省は、建築基準法から石綿スレート・石綿パライト板の削除については、知見を集め有害性があれば検討したい、また、実態に逆行していれば改正したい。除去の際の飛散防止に関する来年度の融資拡大を大蔵省に要求しているとしています。

通産省は、製品開発・公害防止等に関する融資制度があるが、公害防止の方はそれなりに使われているが、製品開発等はほとんど使われていないという状況です。しかし、3年前に行ったヒアリング等と比較すると、業界への代替化指導を暗に認めるなど以前の拒絶的な対応からの変化がみられました。

こうした動きとともに、アスベスト対策では国より先行している東京都では、従来の行政指導で出されていた「石綿含有建築物解体工事に係る届出等」「改善勧告及び改善命令」を東京都公害防止条例の中に加え、罰則も設けられました。

#### 5 国際的動き

現在、ノルウェー、スウェーデン、フィンランド、デンマーク、スイス、イタリア、オランダ、ドイツで原則的にアスベストの使用を禁止しています。代替化が進んでいるのはイギリス、オーストラリア。そしてアメリカではEPAの規制が緩和されたとはいえ使用量は激減し、今(1994)年の10月11日にはアスベストの許容暴露濃度が0.2本/ccから0.1本/ccに半減されました。さらにこれまでアスベスト規制に消極的だったフランスでもクロシドライト、アモサイトなど角閃石アスベストの使用を禁止し、クリソタイルについてもおもちゃ、触媒フィルタ

ー、ペイントなどへの使用を禁止する法律が制定されました。

イギリスにおいては、1973年の約20万トン使用から1991年に1万トンに減少している中で、中皮腫による死亡数が急増し、1991年に1千人に達しています。

先進諸国で使用が禁止ないしは制限され使用量が減少しながらも、依然として発展途上国での使用がみられ、南北問題の要素もみられます。

#### 6 被災者等への支援

広島県の自動車工場労働者の故宮野音氏の悪性胸膜中皮腫が労災認定。広島県呉市の造船労働者でこれまでに5人が悪性中皮腫で労災認定。旧エタニットパイプの元労働者で悪性中皮腫やがんでの死亡者等が民事損害賠償を会社に請求し、今(1994)年の10月に和解が成立しました。日本バルカー工業の退職者によるアスベスト問題を考える会(退職者の会)では、退職後のじん肺・肺がん患者への補償について会社側と協議が行われています。また、横須賀石綿じん肺裁判も係争中です。

建設労働者にあつても、全建総連の組合員故藤ヶ崎氏(神奈川県)の肺がんが6月に労災認定。また、同岡山県の組合員8名がアスベスト肺でじん肺管理区分2以上となるなど被害が広がっています。三重県・岡山県・神奈川県・東京都では、問診、レントゲン読影、健康診断などが継続的に行われており、被災実態が掘り起こされつつあります。

築地中央卸売市場・東京女学館改築問題、江戸川区妙見島の建設廃材中間処理場建設(中止)問題、北海道富良野の旧アスベスト鉱山問題など随所でアスベストが問題となり、現在も多くが継続中です。また、住宅でのアスベスト使用についての問い合わせも後を断ちません。

石綿全国連及び参加団体は、こうした諸問題に取り組んできました。

#### 7 広報活動

広島・大阪での集会、DEVANDA展への出展、厚形スレート瓦業界の学習会に協力、「アスベスト対策情報」15・16・17号を発行、「めざす会ニ

ユース」20号を発行しました。

### 8 組織の強化拡大

「加入案内」を作成しました。今年度は1団体と個人会員5名が増えました。

## II 1994年度活動方針

### 1 はじめに

アスベスト製品の代替化は、来(1995)年の7月1日に施行されるPL法、労働安全衛生法関連の改正いかにによって、今後も一層進められてくるといえます。現在でもアスベスト製品製造企業にあってノンアスベスト製品が製造されているということから、業界自体においても矛盾した側面を持っています。すでに片足をノンアスベストに踏み込んでいるにもかかわらず、業界の一部がアスベスト規制法に反対していると言えます。代替可能なものはすべて代替化を求めていきます。また、アスベスト代替化と同時に、建築物等すでにアスベスト製品が使用されているものに対する対策も求められています。

繊維状の物質が問題であると言われており、代替品にも注意を向けていく必要がありますが、アスベストほど有害性が明確になっているものはないと言われてしています。有害なものはより安全なものに積極的に替えていくということが基本です。

今後も、アスベスト規制法の制定をめざすとともに、いかに実質的にアスベスト使用をなくさせていくのか、また、すでに使用されているものに対しての対処、そして健康被害に対する救済へ向け活動を進めていきます。

### 2 行政との交渉

アスベスト規制強化の実現を求め、要請行動を強めていきます。

### 3 ノンアスベスト化の促進

ノンアスベスト製品の収集と紹介を行っていきます。建設業界に建設でのノンアスベスト化を申し入れます。石綿業界及びノンアスベスト業界との話し合いを行っていきます。

### 4 アスベスト被災者への支援活動

アスベスト被災者の掘り起こし、労災申請等救済

へ向け支援していきます。

### 5 集会及び広報活動

シンポジウム、ノンアスベスト製品の展示等を行うとともに、「アスベスト対策情報」「めざす会ニュース」を適時発行していきます。

### 6 組織の強化拡大

入会案内を活用し、引き続き多くの方の参加を求めていきます。

### 7 会費等について

団体会員は、中央単産が年間10,000円、その他年間5,000円、個人会員は年間2,000円と据え置くこととします。会費には「アスベスト対策情報」1部の代金を含みます。

### 1994年度役員

- |      |                          |
|------|--------------------------|
| 代表委員 | 加藤 忠 由(全建総連委員長)          |
|      | 高嶋 良 充(自治労副委員長)          |
|      | 富山 洋 子(日本消費者連盟運営委員長)     |
|      | 広瀬 弘 忠(東京女子大学教授)         |
| 事務局長 | 里見 秀 俊(全建総連)             |
| 同次長  | 古谷 杉 郎(全国安全センター)         |
|      | 温品 惇 一(アスベスト根絶ネットワーク)    |
|      | 伊藤 彰 信(全港湾)              |
| 運営委員 | 岩本 伸 一(自治労)              |
|      | 仲林 義 浩(日教組)              |
|      | 平井 宏 一(全造船機械)            |
|      | 安田 節 子(日本消費者連盟)          |
|      | 西田 隆 重(神奈川労災職業病センター)     |
|      | 山本 高 行(全国じん肺弁護団連絡会議)     |
|      | 信太 忠 二(個人)               |
| 会計監査 | 仁木 由紀子(労災職業病被災者対策全国連絡会議) |
|      | 平野 敏 夫(東京東部労災職業病センター)    |

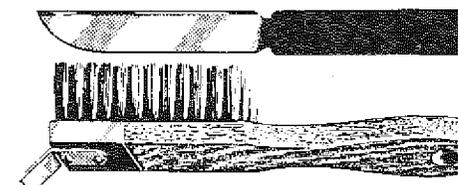
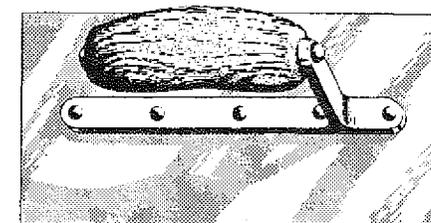


連載 20

# 監督官労災日記

井上 浩

全国安全センター副議長



## 秋の生存者叙勲のこと

11月3日(94年)の朝刊に、恒例の秋の生存者叙勲の発表があった。それを見て私は驚いた。勲1等瑞宝章の部に「道正邦彦(元内閣官房副長官)74歳」とある。昨年5月号に書いた前埼玉局長事件のときに求められて会った本省基準局の庶務課長である。その号で私は誤って「死亡」と書いた。申し訳ないことである。某氏との取り違えである。ところで、私も監督課で叙勲の事務

に関係したことがあるが、戦前の遺物である勲等に違和感を持たれる人は多いと思う。ところが勲等だけでなく「正〇位」という位階の方もいまもって生きているし、国家公務員を中心に贈られている。同日の地方版を見ると74歳の元青森労働基準局長という人が勲4等旭日小綬章を受けている。以前に書いた川口署時代の第2課長は死亡後に「従5位」だかを貰って、奥さんは感激されていたようである。関心のない人には実感がないだろうが執着している老人も多い。宮中席次、つまり国民の尊卑を示した時代があ

ったからである。例えば勲1等は宮中席次が第1階で、総理大臣、各大臣、陸海軍大将、両院議長、公爵、従1位等と同階であった。最下級の第10階は勲7・8等、正8位(陸海軍少尉)、従8位等と同格である。戦前、筆者が岐阜二中(現加納高)在校中に、教頭であった父親代わりの伯父が、陸軍中佐の配属将校の位階が校長より高いため命令をきかないで校長が困っているとこぼしていたのを聞いたことがある。陸軍中佐は高等官4等で、宮中席次は第5階で正6位や勲5等と同格である。一方の校長は、当時は正式の官吏ではなく待遇官吏であり奏任官(高等官3~9等)待遇であるが宮中席次も中佐より低かったのだろう。以上の勲等と位階は、戦前とほぼ同じ評価基準で現在も行われていることを書いて次に移ろう。

### 監督計画と業務量

地方基準局における監督計画は、どのように定められたかということを見れば1963年で見ると次のようであった。

2月19日、各監督担当者(第1課長、監督係監督官と事務官)会議開催。(注。当時はまだ方面制はなく、また監督係には事務官が配属されていた。監督官はそれだけ活動が容易だった。)

3月19日 本省から昭和38年度行政運営方針に関する基発228号通達来る。

4月1日 熊谷、川口の2署打合わせ。

4月2日 大宮、浦和の2署打合わせ。

4月3日 川越、春日部の2署打合わせ。

4月4日 所沢署と打合わせ。

4月5日 行田署と打合わせ。

4月6日 秩父署と打合わせ。

4月24日 各署長あて埼基発257号「昭和38年

度労働基準行政の運営について」を通達。

4月25日 署長会議。

5月10日 各署監督担当者を集めて方針説明。概要以下のとおり。

本省指定の監督対象事業場5,072。埼玉局指定の監督対象事業場919。計5,991事業場。この内訳は、監督目標達成済み1,208。未達成4,783。この未達成事業場のうち定期監督2,602近代化指導328、その他の指導1,483、翌年以降へのまわし370。目標達成済の中からも定期監督603。例えば、有機溶剤業務のある事業場のうち本省指定の規模と業種に属するものは422、そのうち定期監督218、再監督37。目標は「蒸気の抑制」その他5項目。これに投入する業務量は全部で15,025人日という精密な計画である。各署は、以上を消化してなお余力があれば署独自の監督対象を選択してもよい。しかし、大半の署では余力がないのが実態であった。実は、ここまでは来る前に、全国基準局長会議(前日は都道府県労働主管部長との合同会議)、続いてそれぞれの全国課長会議、それに続いて、課内会議、他課との調整会議、最後は局長の前で全課長出席しての会議でようやく埼玉局の方針決定となる。監督課は中心となって取りまとめるので最後の会議まで出席して議論した。

実は、ここで新しい問題が生じてきた。従来労働本省は、監督等の「件数」だけを問題にしてきたが、ここで「業務量」という考え方を示してきた。監督等に投入する延日数を問題にしてきたのである。8時間を「1日」と数字で表現して、庁内業務に「何人日」、庁外業務に「何人日」を配するかということについて精密な計画を提出させるようになったのである。総定員の減少、法律改正による仕事の複雑化、事業場数の激増等により、監督官の庁外活動(事業場監

督)が低下してきたので、庁外率を上げることを狙ったのであろう。せっかく約3倍の活動強化(4月6日労働省案)を期待していた監督署の「監督官室」構想が潰れたこともあったのだろう。しかし、監督官としては、従来の「件数主義」から、さらに新しい労働強化に駆りたてられるおそれがある。そこで、私はすぐに組合幹部の某氏に話したが、さっぱり理解できず関心を示さない。そこで課長にいった。

「課長、第一線の監督官は、局の各課が思い思いに仕事を命ずるので困っています。そこで、そんなことがなく監督業務に専念できるように、各課が来年度に予定している監督官の業務量を出してもらい、監督課で調整したらどうですか」

このショッキングな申出を課長は意外にも承諾し、間もなく各課の補佐から私の手元に予定した業務量の表が集まってきた。それを合計して驚いた。各署の監督官は1日24時間働いてもなお足りない程の業務量であった。調査でも何でもできるだけ権限のある監督官を使用した方が順調にできる場合が多かったからである。激論数日、計画をまとめ上げるまでの苦労は大へんであった。大蔵省主計局の予算査定に似ていると私にいった課長補佐がいた。この「人日」問題は、やがて全労働もとり上げることになる。

### この頃の労働問題

この頃の労働問題の中心は労働力不足である。労働省も「ここ数年労働力需給は引き締まり基調が続いているが、38~39年の生産拡大期にはその度合が一段と強まった。」(昭和39年労働経済の分析。労働省)として、労働政策の中心は、企業の必要とする労働力を供給するための

労働力流動化に置かれた。そのため職業安定法が改正され、また失業対策事業で働く35万人の労働者の民間企業への転職が図られ、さらに失業保険の給付条件を厳しくして就業を促進しようとする政策が展開された。1963年6月10日の衆議院社労委で、参考人として時の総評事務局長の岩井章氏が「すでに失対打切り構想が発表されてから、失対労働者の中で、前途を悲観し27人ほどの自殺者が出ているのであります。」と陳述している。また、中西全日自労委員長は「今度の政府案の骨格をなすものの一つは就職促進の措置であります。」といい切っている。

この年における大問題は、何としても11月9日に発生した三池炭鉱三川鉱の大爆発であろう。一瞬にして458名が死亡し、839名の一酸化炭素中毒の患者が発生した。11月16日付の総評調査団の報告書末尾には、「終りに、合理化強行の犠牲となった450名の霊に対し『明日からは1人の犠牲も出さない』という決意のもとに、合理化と対決し生命を守るたたかいを第一歩からやりなおすことを誓い、調査報告を終る。」とある。総評が中心となって安全センターが設立されるのは、これから3年後である。

この頃、日経連は4月25日の定時総会で日本の労務管理を提唱し、前田専務理事は労使平和への二つの方法として長期安定賃金と、企業別労使間の話し合いを主張している。これに対する総評と中立労連の春闘共闘委員会の1963年賃金白書は「ヨーロッパなみの賃金」を主張していた。当時の米国の賃金は名目で日本の8.8倍、食料賃金で6.6倍、同じく英国が2.9倍と3.4倍であった。

この年の社会的な事件としては原水爆禁止運動の分裂がある。8月5日総評は第9回原水禁世界大会への不参加を表明し、「わたくしたちは『い

かなる国の原水爆にも反対する」という立場は、日本国民の強い要求であって、日本の原水爆禁止運動を発展させるためには、どうしてもこれを運動の基礎とすることが必要であると考えます。」と述べている。

この頃のある日、私は東海道線に乗って東上していた。丁度彦根の近くであったが隣席に若い男女数人が話合っていた。一見して活動家風であった。1人の女性がいった。

「いかなる国の原水爆にも反対するということが出来ないの」

「米ソ中を一緒にして、おれたちの敵をわからなくするからさ」

答えた青年の顔をあこがれの目で見つめる女性の姿を見て、「なるほど」、いろいろな表現があるものだと私は感じ入ったものである。この年末の社会党員数52,857人、共産党員数は公安調査庁報告によると12万人前後とある。

この頃はまた、高柳賢三会長の下の内閣憲法調査会が憲法改正案起草のために活躍していた。ベトナム反戦運動と全学連再建はこの少し後になる。

このような時代に当たって、私の日記や手帳には次元の低いことが書きつらねてある。裏口入学をめぐる大学の言。

「慶応と早稲田の高校には、大学教授も子供を受験させない。」「高校ならA大が、大学ならB大とC大なら可能」「頼むのは校長か事務長で十分。話しておけば不合格後に連絡があり、成績に逆比例して寄付すれば可。正式の領収証も出る」「事前の贈物は少しでも可。ブローカーの場合は不合格なら返金する」「自分の学校は3年前にやめたが、6大学以外はあるのではないか？」

それから何年か後に、有名な大学で裏口入学が発覚して新聞で大きく報道された。後に同窓

の話では、私たちの同級生(大へんな大人物)の子供さんとのことだったが、真偽のほどは不明である。

2月28日の手帳に次のような記入がある。

「T病院(集団健康診断事業を行っている)健診には医大の2・3年生使用。ノルマ1日2,000人診断。賃金1,600円。ノルマ超過1人ごとに7円。詳細に診察すると怒られる。」

「S基準局の庶務課長転勤の際の賤別。局長5,000円、庶務課長5,000円、労災課長5,000円、各署10,000円」

この頃の局署合計した1月間の旅費予算額は、監督旅費6万円、職員旅費16万円、滞納処分旅費9万円。滞納処分旅費が非常に多いのは大蔵省主計局の査定が通りやすいのかもしれない。なかなか名儀どおりに費消するには工夫が必要ではなかったろうか。もっとも予算書で見ると、税務署でも滞納処分旅費が多いような感じである。なお、出張した場合の旅費は川口市に行った場合が係長クラス以上が1日235円、それ以下が210円、熊谷市で415円と390円。最も高いのが秩父市で2,880円と2,740円。秩父は宿泊でも行けたが、予算の少ない一般会計ではだめで、宿泊で出張できたのは特別会計の労災補償課に転じてからである。出張の際には、JR以外は優待バスを使用する(なければ他課へ借りに行く)のでその分助かったものである。

手帳の余白には、次のような歌詞も書かれていた。

功名何か夢の跡 消えざるものはただ誠  
人生意気に感じては 成否を誰かあげつらう  
よく街宣車から聞こえてくる「青年日本の歌」の一節である。だれか仲間に好きな人でもいたのだろう。



# 労働分野におけるエイズ問題 検討委員会報告書(下)

平成6年9月29日

## 4 ガイドラインに盛り込まれるべき事項についての解説

### ① 職場においてエイズに関する正しい知識の普及に積極的に取り組むこと。

日本においても、感染者や患者は今後さらに増加することが予測されることから、予防対策の充実が必要であり、また、感染者や患者となった人々を職場で適切に受け入れていくことも必要である。感染者の大部分は20～40歳代であることから、職場を活用して、若年の生産年齢層に対する啓発・普及を積極的に行うことによって、予防対策のより一層の効果が期待できる。また、感染者や患者との共生の観点からも、感染者や患者を適切に受け入れる雰囲気を作ることは急務であり、この意味でも職場の果たす役割は大きい。職場で感染者や患者を適切に受け入れるためには、事業者や労働者がエイズに対する正しい知識を持ち、HIVが通常の職場生活では感染しないことについて周知が徹底され、科学的に根拠のない恐怖や誤解、偏見が職場から排除されることが必要である。

このため、職場におけるエイズ教育の推進は、日本のエイズ対策を国民的な運動として幅広く総合的に進めていくために極めて重要であり、労働省においても、平成5年度を初年度とする第8次労働災害

防止計画においてエイズ予防対策を取り上げる等職場においてもエイズに関する正しい知識の普及に努めるようにあらゆる機会をとらえて呼びかけているところである。

### イ 職場におけるエイズ教育の目的

職場におけるエイズ教育の目的は、感染予防、感染者に対する誤解、偏見及び差別を取り除くこととともに、良き理解を育成すること及び職場における混乱を防止することである。

### ロ 職場におけるエイズ教育の対象と内容

(イ)一般労働者に対し次のような内容について教育する。

- ・エイズという病気についての一般的知識
  - 原因
  - 病態
  - 治療と予防
- ・感染予防についての知識
  - HIVの感染経路
  - 感染を生じるハイリスク行動
  - 感染の危険性を最小限にする方法
- ・感染の有無を調べる検査
  - 検査の方法と時期
  - 検査を受ける方法
- ・HIVに感染していることが分かった場合の対応
- ・エイズに関する情報の入手先
- ・通常の職場生活においては感染しないこと
- ・職場における感染者や患者に対する不当な差

別の防止の必要性

- ・職場における健康情報の秘密保持の必要性
- ・職場におけるエイズ問題に関する基本方針
- ・その他

(ロ)管理職に対し一般労働者に対する教育の内容に加えて次のような内容について教育する。

- ・職場でエイズ問題に取り組むことの意義
- ・エイズ問題に取り組む上での管理職の役割
- ・労働分野におけるエイズ問題に関するガイドライン
- ・職場における無用な紛争や混乱を防止するための方策
- ・海外進出先の国におけるエイズの現状及びエイズ関連法

② 産業医は、エイズに関する正しい知識の普及を目的とする教育や相談等の企画、実施に当たって中心的役割を担うこと。

職場でエイズ問題に取り組む際には、組織的な取組が必要となり、多くの部門、担当者が関与することになる。産業医は自身が教育担当者となるかどうかにかかわらず、労働衛生部門のリーダーとして教育や相談等の企画、実施に当たって中心的役割を担い、関係部門との連携に努めることが望ましい。

労働省においても、職場におけるエイズ教育指導者を養成するための産業保健従事者を担当とした講習会を平成6年度より実施することとしており、こうした機会を活用したり、職場外の専門的機関と連携することによって、必要な教育指導者の確保が図られることが望ましい。

③ 事業者は労働者に対して、HIV感染の有無を判定する検査を実施する必要はないこと。

医学的検査による健康情報は、本来的には、個人

のプライバシーに属するものであり、医学的検査は、法令の定めのある場合や緊急時等を除いては、原則として、本人の意思に基づいて実施されるべきである。

一方、労働安全衛生法は、労働による健康障害の早期発見、早期予防を目的として、事業者が労働者の健康診断を義務付けており、同健康診断については、労働者の受診義務を法律で規定している。このため、その実施に当たっては、労働者の同意は不要である。なお、同健康診断については、個人の秘密を尊重し、適正な実施を図るため、健康診断に従事した者に守秘義務を課している。労働安全衛生法の健康診断は、その健診項目が法令で定められていることから、法令(通達を含む。以下同じ。)で定められている項目以外の項目については、労働安全衛生法とは無関係なものである。

したがって、一般的に事業者が健康診断を実施する際に、法令で定められていない項目を実施する場合には、健診項目としての医学的妥当性及び導入に当たっての労使の理解が必要である。具体的には、事業者が産業医に、当該項目が健診項目として妥当か否かの確認を求めるとともに、その実施について衛生委員会において承認されていることが望ましい。また、こうした手続を経た場合においても、実施される健診項目は、あらかじめ一人ひとりの労働者に周知され、その理解のもとに行われることが望ましい。

以上、検査についての一般論を述べたが、HIV感染の有無を調べる検査に特定すれば、一般職場において、事業者が労働者に対して検査を実施する労働衛生上の理由はなく、現段階では、HIV及びエイズに対する理解が未だ不十分であるという状況を勘案すれば、事業者の労働者に対するサービスとしての観点から考えても、事業者が労働者に対して検査を実施する必要はない。

労働者を海外派遣する際に、HIV抗体の陰性証明が必要な場合においても、このことを事前に労働

者に周知した上で、派遣の希望を確認する等の配慮が必要である。海外派遣時に検査が必要な場合についても、労働者が知らない間に検査が実施されることはあってはならないし、むしろ労働者が自らの意思により検査を受診することが望ましい。

④ 採用選考を行うに当たって、HIV感染の有無を判定する検査は実施しないこと。

本人の適性、能力に基づく採用選考を推進するという観点から、採用選考を目的とした健康状態の検査は、応募者の能力と適性を判断する上で合理的かつ客観的にその必要性が認められる範囲内に限定して行われるべきものである。

この場合においても、検査内容とその必要性について、あらかじめ周知されるべきであり、応募者が知らない間に検査が実施されることはあってはならない。

また、HIV感染の有無それ自体は、応募者の能力と適性とは一般的には無関係であることから、採用選考を目的とした検査は原則として実施されるべきではない。

なお、HIV抗体検査陰性証明が必要な国での勤務を行う者を採用しようとする特別な場合には、募集時にHIV陰性証明が必要であることを明示する等、事前の周知とその明確な対応が望まれる。

⑤ 労働者が本人の意思に基づいて検査を受ける場合には、秘密の保持を徹底するとともに、検査前及び結果通知の際に十分な説明及びカウンセリングを行うこと。

労働者個人が特に希望して事業所の病院や診療所でHIV感染の有無を調べる検査を受ける場合においても、受診者の秘密保持の徹底を図るとともに、検査前及びその結果周知の際、受診者に対しての十分な説明及びカウンセリングが必要であるこ

とは言うまでもない。

⑥ HIV感染の有無に関する情報をはじめとする労働者の健康情報は、その秘密の保持を徹底すること。

職場では、様々な種類の健康情報が複数の部署で掌握、保管されている場合が少なくない。労働安全衛生法に基づく健康診断については、その実施に従事した者に対して守秘義務が課せられているが、HIVの感染の有無に関する情報等、その他の健康情報についても秘密保持が徹底されるべきである。現実的には、労働者の様々な健康情報は不可分であること等から、健康情報全般に関する秘密保持が徹底されなければ、HIV感染の有無に関する情報の秘密保持を徹底することは困難である。なお、プライバシー保護の観点からも、これらの個人情報の秘密は厳重に保持されるべきである。

⑦ 職場において、HIVに感染していても健康状態が良好である労働者は、他の健康な労働者と同様に、また、エイズを含むHIV関連疾患に罹患している労働者は、他の病気を有する労働者と同様に扱うこと。

これは、1988年のWHO及びILOが発表したエイズと職場に関する共同宣言の中の基本方針についての原則を採用したものである。

HIV感染それ自体によって仕事への適性が損なわれることはないことから、感染者は不利益な処遇を受けることがあってはならない。エイズを含むHIV関連疾患に罹患している労働者に対しては、他の病気を有する労働者と同様に、その病状と仕事への適性に応じて、合理的な配慮がなされるべきである。

また、HIV感染症やエイズに係る休職の制度についても他の疾病による休職の制度と同様の扱い

をするべきである。

⑧ HIVに感染していることそれ自体によって、労働安全衛生法第68条の病者の就業禁止に該当することはないこと。

労働安全衛生法上、職場で集団生活を営むことによって伝染する伝染病による健康障害及び疾病にかかっている労働者自身の就業による健康状態の悪化を防止するために、事業者は病者の就業を禁止すべき旨の規定が設けられている。これは、広い意味での労働による健康障害の防止を目的としたものである。

しかしながら、この規定による措置は、労働者の罹患している疾病に対して一律に実施される措置ではなく、労働者の病状、病態に対して行われるべき措置であること、また、労働者の就業の機会を奪うこととなることから、産業医等の意見を聞いて慎重に判断すべきこととしている。

HIV感染それ自体は、通常の職場生活では感染しないことから、労働安全衛生法にいう伝染性の疾病には該当せず、事業者は、労働者がHIVに感染していることをもって直ちに就業を禁止することはできない。エイズ発病後は、病状、病態によっては、労働によって病勢が著しく増悪するおそれのある疾病にかかった者に該当する場合もあるが、この場合においても、事業者は、あらかじめ、産業医その他専門の医師の意見を聴いた上で、就業の禁止を判断しなければならない。

⑨ HIVに感染していることそれ自体は解雇の理由とならないこと。

HIV感染それ自体によって仕事への適性は損なわれないことから、HIV感染それ自体は解雇の理由とはならない。

したがって、労働契約等の中で、HIV感染それ

自体を解雇理由として列挙すべきではない。

⑩ 労働者又は顧客等の出血事故に備えて、HIVの感染予防を図ること。具体的には、B型肝炎ウイルス等血液により媒介される病原体に対する感染予防を考慮した応急手当が行われるように、適切な教育等の実施を配慮すること。

職場で出血事故が起きた場合は、産業医、衛生管理者及び同僚の労働者によって職場内で応急手当が実施される場合が多いと考えられる。原則として、すべての血液はB型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス、HIV等血液によって介される病原体が存在しているものとして取り扱われるべきである。

また、HIVが存在している血液に接触しても感染が成立する確率は極めて低いことから、より感染力の強いB型肝炎ウイルス等に対する感染防止対策を基本としてその対策の徹底を図れば、HIVに感染する危険を最小限にすることができる。

実際に、傷病者の応急手当を行う場合には、血液への直接接触を避け、使い捨てのビニール手袋又はゴム手袋を着装し、血液等が飛散するおそれのある場合は、マスクの着装についても考慮することが望ましい。血液が皮膚に付着した場合は、石ケンを用いて流水で洗浄するか、あるいは次亜塩素酸系消毒液で消毒を行うべきである。また、血液の付着した作業衣などは速やかに交換し、洗浄すべきである。

頻りに応急手当をする者に対しては、以上の知識の普及を含む応急手当のトレーニングを実施する必要がある。

5 残された課題

(1)労働者が職業的にHIV感染する危険を有する職場の問題

労働分野におけるエイズ問題に関するガイドラインを策定するに当たり、一般職場だけでなく、労働者が職業的にHIVに感染する危険を有する職場についても言及すべきであるという意見が出された。職場とエイズのかかわりを考えるとき、同じエイズでもそのかかわり方は異なり、対策も異なる。労働者が職業的にHIVに感染する危険を有する職場におけるエイズ対策は労働災害防止対策であり、一般職場におけるそれとは異なった特殊性を有している。例えばHIV感染の有無を調べる検査についても、一般職場と異なって、このような職場では、事業者の責任において検査が実施されるべき状況が生じうる。すなわち、労働者が針刺し事故等により、HIV感染血液に接触した場合が挙げられる。この場合、血液に接触したこと自体が労働災害であり、感染の有無を検査によりフォローアップすることは、事業者の責務である。このような職場においては、予防と補償の間に検査をいかに位置付けるかという視点をもって検査のあり方が議論されるべきであろう。

このように、一般職場とHIVに感染する危険を有する職場とはエイズ対策に関して異なった問題を有していることから、ガイドラインについても別々に策定することが望ましいといえよう。今後、医療を必要とする感染者、患者が増加するにつれて、医療労働者のHIV感染の危険性も増すことが予測できる。したがって、医療現場等の労働者が業務上HIVに感染する危険を有する職場におけるエイズ問題についてもコンセンサスを作ることが望ましいが、そのためには、検査の問題にしても配置転換の問題にしても、関係者によるあらゆる角度からの議論を経ることが必要であるといえる。そこで今回は時間的な制約もあり、一般職場におけるガイドラインに限定し、医療現場等の労働者が業務上HIVに感染する危険を有する職場については、問題の提起のみにとどめ、今後の議論を待って、別の機会に譲ることとした。

(2)検査の問題について

感染者が正当な理由なく、検査や告知を職場において求められるべきではない。

ただし、感染者や患者が自らの希望により、HIVに感染している事実を告知した場合にも、社会が感染者や患者に対して暖かい支援を差し延べられるような社会の実現に向けて、我々はたゆまざる努力をしなければならない。

そして、多くの人が気軽に簡単に検査を受けられるような体制は必要であり、また、検査を受けて自分の感染状態を自らが把握しておくことは、自らの健康状態を理解し、より健康な社会生活を送るためにも、大いに推奨されるべきことである。また、自らの感染の有無を知ることは、二次感染の防止の観点からも大きな意義を有する。したがって検査そのものの重要性はいささかも否定されるものではない。報告書の作成に当たってこの点を特に強調しておきたい。

6 労働分野におけるエイズ問題検討委員会委員名簿

- 座長 高田 勲(中央労働災害防止協会労働衛生検査センター所長)
- 安西 愈(弁護士)
- 家山光雄(ライオン不動産株式会社代表取締役社長)
- 埋忠洋一(三和銀行東京健康管理センター所長)
- 達見直人(ゼンセン同盟常任中央執行委員)
- 来田 弘(日本労働組合総連合会総合労働局長)
- 佐藤博樹(法政大学経営学部教授)
- 高梨昇三(日本経営者団体連盟環境社会部長)
- 福渡 靖(順天堂大学医学部教授)
- 松山幸弘(住友生命総合研究所主任研究員)



## 石綿水道管製造で健康被害 香川・佐賀●遺族等に2150万円の損害賠償

各地でアスベスト被害の掘り起こしが進められているが、旧エタニットパイプ(埼玉県大宮、香川県高松、佐賀県鳥栖に工場があった)をめぐる取り組みについても折りにふれて紹介してきた。掘り起こしが早くから進んでいる元大宮工場関係では、すでに10名を超す労災認定が出ている。全国安全センターと石綿対策全国連絡会議が1991・1992年に行ったアスベスト110番の相談事例で初めての労災認定となった元高松工場労働者の故谷口寿夫さん(悪性腹膜中皮腫、相談の翌日に亡くなられた)は、元高松工場関係で2人目の労災認定だった。また、1991年9月15日には、原田正純全国安全センター議長を団長に、熊本・大分の安全センター、大分協和病院、天心堂へつぎ病院(大分)、旧松尾鉦山被害者の会(宮崎)等のスタッフ22名の検診団が生まれ、福岡県久留米市の白鳩病院を会場にして、元鳥栖工場労働者36名の検診も実施されている。

このような中で、元高松工場の2名と鳥栖工場の1名の亡くなられた労働者の遺族及び元高松工場でじん肺管理区分4の認定を受

けている2名の労働者が、弁護士を代理人にたて、旧エタニットパイプの後継法人であるミサワリゾートに対し、損害賠償請求を行った。1994年4月に申し入れた後、交渉が重ねられ、同年10月に、死亡、じん肺管理区分4のいずれの被災者についても一律2,150万円の損害金を支払うことで合意が成立した(請求は一律3,500万円)。

### ●水道管等で使用されたエタニットパイプ

エタニットパイプ社は、1931年に設立され、イタリアで開発されたエタニットパイプ(石綿セメント管)の特許を国内で独占使用して、製造販売していた。特許権期間が切れて独占的製造販売が不可能となって以降、競合会社との競争に破れて経営困難に陥り、1987年にミサワ系列に入り、1988年にミサワリゾートに商号変更、与論島や伊豆西浦の海洋リゾート、山梨や山形でのゴルフ場建設等の総合リゾート開発分野に進出している。今回の5名の被災者は、いずれも石綿セメント管製造工程に従事し、石綿粉じんを吸引

したために、石綿肺、肺がん、悪性中皮腫に罹患したものだ。

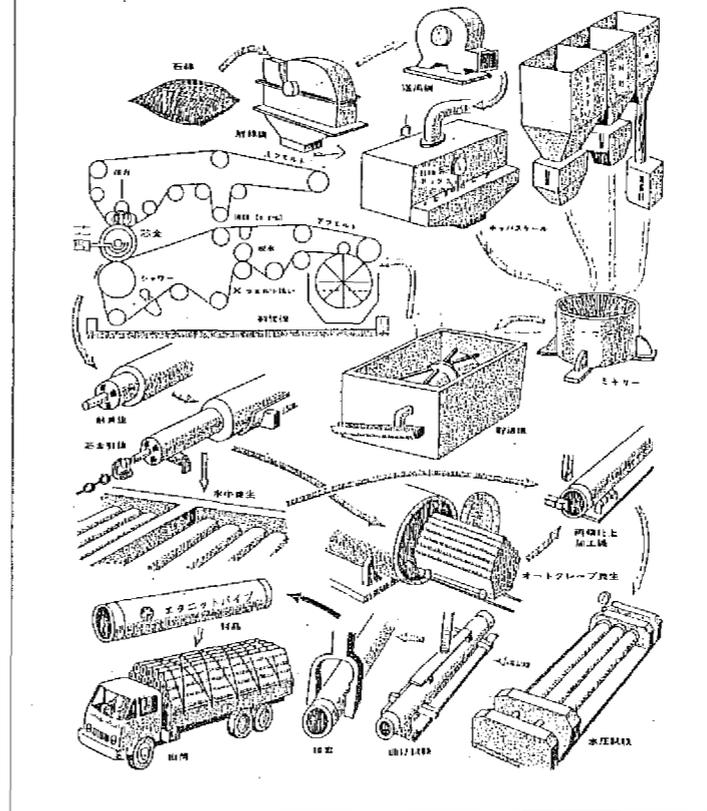
エタニットパイプとは、セメント、珪砂、石綿、水を材料として製造されるパイプである。用途として、主として上水道や農業用水の導管(径50~450mm)。安価であるため戦後多用されたが、石綿の発がん性が問題となって以降使用が控えられ、既存の上水道のパイプについては埋め殺して他のパイプに切り替える作業が行なわれている。

コンクリートは圧縮する力に対しては強い強度をもっているが、引っ張り力に対しては脆弱である。引っ張る力に対する強度を補うため、コンクリートの建物を作る際には鉄筋や鉄骨を入れる。パイプを作る場合、引っ張り力に耐えるものを入れずにコンクリートだけでパイプを作ると、簡単に折れたりして実用とならない。建物の場合と同様に引っ張り力に耐えるものを入れてやらなければならない。鉄筋や鉄骨の役割に相当するのが石綿になる。石綿は、細い鉍物性繊維であり、これをほぐしたものは綿状であって、セメントと混合しやすく、かつ、引っ張り強度があるため、石綿を大量に混合するのである。

### ●解綿・混合・仕上げ作業等で大量の石綿粉じん

エタニットパイプ製造の工程の概要は次のとおりである。

エタニットパイプの出来るまで



- ① セメント、珪砂、石綿、水を混合する。
  - ② 金属製の細長い丸い棒に①の混合物を薄く塗り付けることを繰り返す。
  - ③ 厚みが一定の段階までなったら、金属製の棒を引き抜く。
  - ④ コンクリートが完全に固まって強度が出るよう養生をする。
  - ⑤ できたパイプの両端を削って、パイプとパイプが接続できるように処理して仕上げる。
- このうち、石綿粉じんの発生が不可避なのが①と⑤であり、これ

に従事する作業者は常時石綿を直接大量吸引する危険に曝される。また、この製造工程と不可分の運搬や機械の補修等の様々な関連作業の工程においても、石綿粉じんが発生する。高松工場の操業開始は1933年、鳥栖工場の操業開始は1958年であるが、その製造方法と粉じん発生状況はほぼ同一だった。

### ①運搬作業

石綿は、60~90kgの袋詰めであるため、石綿粉じんが透過する。高松

工場では、船で岸壁から荷揚げした麻袋をリフトで運搬していたが、パレットに載せて運搬するのは製造末期であり、リフトへの積み込み、倉庫での搬入搬出等の作業は手作業で行なわれていた。このため、運搬作業中石綿粉じんが発生し、作業者はこれを吸引した。

### ②石綿の解綿作業

石綿は、綿を圧縮して空気を抜いて体積を縮めたような状態で鉍石として採取される。これを綿状にほぐすのが解綿作業である。石臼で鉍石を崩し、さらに、解綿機(クラッシャー)で綿状に戻した。解綿作業は、密閉した機械の中で行なわれることなく、また、防じん装置や集じん装置もなかったため石綿粉じんが飛散した。

### ③石綿の運搬作業

工場の1階で解綿作業を終えた石綿は、3階に運搬され貯蔵される。1階と3階を結ぶ管にブローア(送風機)で空気を流し、この空気の流れに1階で石綿を投入して3階へ運搬した。3階では、布製の大きな袋で石綿が運ばれる空気を受けとめていた。大きな粒子のものは布袋に濾し取られてとどまるが、粒子の小さい石綿粉じんは空気とともに布を通過して、工場内の空気に拡散した。粒子の小さい石綿粉じんは、肺の奥まで到達しやすく、発がんの危険が高いとされている。

3階で石綿を布袋で受け取る作

業も人力で行なわれた。このため、3階では、壁も見えないほど石綿紛じんが立ちこめ、作業従事者は直接大量の石綿紛じんを吸引した。また、工場内で勤務する労働者も、飛散する石綿紛じんを吸引した。

#### ④石綿の貯蔵、計量作業

今日、近代的工場では、液状や粒状、繊維状等の流動性のある原料はホッパー(貯蔵槽)に貯めておき、計量器で必要な量を計量して、製造装置に流し込むのが通例である。この設備が導入されたのは、製造末期のことで、高松工場においては1977~78年頃と推定される。ホッパーと計量器が導入される以前は、工場の3階に石綿を貯めておき、作業者がスコップでこれを籠に詰めて、籠の数で計量し、2階から投入の合図があると3階のシュート(滑り台ないし管)入口に籠を運んで投入することを行っていた。

貯蔵作業、計量作業の際に、散水する等の飛散防止措置はとられず、集じん装置も存在しなかった。このため、貯蔵作業や計量作業の際にも、石綿紛じんが大量に飛散した。

#### ⑤混合作業

工場の2階には、石綿、コンクリート、珪砂、水を混合するためのミキサーが設置されていた。ミキサーに水がはられてから、石綿の投入が行なわれていたが、その投入作業は前記のとおり3階から

シュートで石綿を落として行なわれていた。その落差は約2ないし3メートルあった。このため、石綿が落下する際及び水面に当たる際に石綿紛じんが発生した。

#### ⑥仕上げ作業

コンクリートの養生が終わり、パイプが固まった後に、パイプの両端を仕上げる作業が行なわれる。パイプの両端を切断する作業、旋盤でネジ切り加工する作業、研磨する作業等であった。この作業に伴い、珪酸分の粉じんと石綿の粉じんが発生した。仕上げ用の旋盤には集じん機が設置されていたが、それ以外には集じん機は設置されていなかった。このため、仕上げ作業においても、珪酸分の粉じんと石綿の粉じんが発生した。

#### ●防じんマスク、特殊健診、安全衛生教育

5名の被災者たちが就労開始した当時は、防じんマスクは使用されていなかった。最も粉じん濃度の高い原料職場でも普通のガーゼマスクが使用されているだけだった。防じんマスクの使用を会社が指導したのは、鳥栖工場では生産中止前の約10年間。しかし、作業の邪魔になるとの理由で実際に使用されないことが少なくなかった。これは、会社が石綿の危険性について周知徹底する教育を行わず、マスクの着用を徹底する作業管理を行なわなかつ

たためである。

会社は、石綿吸引の危険性について周知させる教育を行なわなかった。このため、高松工場関係の被災者たちは、1970ないし1971年にエタニットパイプ製造工程から離れる時点まで「セメントの方が怖い」という認識であり、石綿の危険性について認識しなかった。

石綿肺の臨床所見は特殊でありその発見は熟達した専門医でなければ困難である。悪性中皮腫は、なお一層まれな疾患である。その早期発見は、作業歴に着目して意識的にその発生の可能性を疑い、かつ、その臨床所見を熟知している専門医でなければ困難である。高松工場においては、「まんころ」という言葉が日常的に使われていた。「まんころ」とは、定年退職(満期)になるとコロッと死亡してしまうことを意味し、退職後の余生が短いことを経験的に表現した言葉だった。にもかかわらず、会社は、会社に在籍する従業員に対して、石綿肺や肺がん・悪性中皮腫の発見と対処のための健康診断を行わず、通常の一般の健康診断しか行なわなかった。ましてや、退職者に対しては、一切の健康診断を行なわなかった。

#### ●被災者の職歴、病歴等

##### ●故Cさんのケース

故Cさん(1939年日生れ)は、

1957年8月に日本エタニットパイプに雇用されて高松工場に勤務し、1970年7月エタニットパイプに在籍出向、1983年12月に解雇された。この在籍出向は、1971年に高松工場の業種転換がなされ、石綿セメント管の製造が中止され、建設用コンクリートパイプ(鉄筋コンクリート製の建物基礎杭)と下水用ヒューム管(鉄筋の入ったコンクリート製の大口径パイプ)の製造に転換されたことに伴うものだった。

Cさんは、高松工場で1957年以降1970年までの16年間、石綿セメント管製造工程の仕上げ旋盤、原料取扱、営繕等の作業に従事していた。1970年以降は、パイプ(コンクリート建物の基礎に用いられる鉄筋コンクリート製の杭)製造工程の天井クレーン作業に従事しており、粉じん暴露はない。

1982年11月より、空咳が出て、喘息に似た症状が現われてきた。1985年3月に高松市内のH医院を受診したところ、専門病院での精密検査を指示され、K病院に入院したが、この時点では胸部の異常について発見されなかった。微熱と胸痛のため、1986年8月27日から10月14日までのK病院に再度入院した。そこで、サンプル摘出の手術を受け、右胸腔内腫瘍(中皮腫の疑い)と診断された。10月15日に香川医大附属病院に転医して精密検査を受けた結果、悪性中皮腫と診断され、翌1987年1

月右肺部分摘出手術を受けた。さらに、同年6月29日、悪性中皮腫(左肺)摘出手術のため、香川医大附属病院に再入院した。その後、がんが脳に転移したため、頭痛を訴えるようになり、1988年7月10日、香川医大附属病院に再々入院し、同月26日頭部悪性腫瘍摘出手術を受け、10月30日まで入院したが、同日死亡した。

Cさんは、1988年8月10日に香川労基局でじん肺管理区分1(じん肺所見なし)の決定を受け、同時に高松労働基準監督署で石綿に起因する悪性中皮腫として業務上認定を受けた。

##### ●Tさんのケース

故Tさん(1927年生れ)は、1946年9月に高松工場に入社、1970年5月エタニットパイプ社に在籍出向し、1976年9月に希望退職募集に応じて退職した。高松工場で1946年以降1970年までの24年間、石綿セメント管製造工程の石綿をコンクリートに混合する作業に従事していた。

1991年3月以降、腹水に苦しみ、高松市内のS病院に通院したが、原因は明らかにならなかったため、同年5月に屋島総合病院に転医し、腹膜中皮腫であることが判明した。そして、同年7月5日、腹膜中皮腫が原因で死亡した。

高松労基署は、1991年10月3日、Tさんの疾病と死亡について、アスベスト被曝によるものであるとして労災保険給付の支給を決

定した。

##### ●Mさんのケース

Mさん(1929年生れ)は、1954年12月に高松工場に入社、1970年5月エタニットパイプ社に在籍出向し、1983年12月に解雇された。高松工場で1954年以降1970年までの16年間のうち途中の約2年間を除く期間、石綿セメント管製造の原料職場に勤務し、石綿等の原材料の粉じんを吸引した。

1985年3月、風邪をひいたことを契機として呼吸困難となり、香川県木田郡牟礼町のA医院に受診した。4月にA医師の指示により、高松日赤病院に転医し、石綿肺の診断を受け、現在も通院している。低酸素血症、高二酸化炭素血症であり、人工呼吸器での呼吸管理が必要な状態である。

Mさんは、香川労働基準局より、1986年6月にじん肺管理区分4の決定を受け、以降現在に至るまで労災保険給付の支給を受けている。

##### ●Nさんのケース

Nさん(1935年生れ)は、1957年8月に高松工場に入社、1971年6月エタニットパイプ社に在籍出向し、1983年12月に解雇された。高松工場で1957年以降1970年までの13年間、石綿セメント管製造の原料職場に勤務し、石綿等の原材料の粉じんを吸引した。

1986年10月以降、咳がとまらないため、高松市内のI医院に通院していた。当時の診断名は肺気腫

と慢性気管支炎であった。60kgあった体重が36kgに減少し、胸部痛があるため、I医師の指示により、1992年2月に高松日赤病院に転医し、同病院にて石綿肺と診断され、現在に至るまで通院加療中である。

Nさんは、香川労働基準局より、1992年8月にじん肺管理区分4の決定を受け、以降現在に至るまで労災保険給付の支給を受けている。

#### ●故Sさんのケース

故Sさんは、1957年6月にエタニットパイプ社に雇用されて、鳥栖工場に勤務し、1982年12月に退職した。鳥栖工場で、1957年6月以降1965年4月までの7年10か月間原料職場に勤務し、1965年4月以降1974年3月までの8年11か月間特殊加工の業務に従事した。この合計16年9か月が石綿等の粉じんに曝露された期間である。

Sさんは、1981年6月末頃より、疲労感、右わき腹の圧迫感等を覚え、鳥栖市内のO小児科で肺化膿症と診断され、同年9月から12月まで入院して療養した。さらに、1982年1月から6月まで、久留米大学附属病院放射線科に入院した。ここで「石綿肺疑い」と診断されたが、入院を継続しても良くなることはないと言われ退院させられた。

そこで、北九州市のK総合病院を受診したところ、X線写真で粒状影を主とする陰影が認められ、かつ、石綿を取り扱う職歴があっ

たことから、石綿肺の疑いをもたれ、精密検査の結果石綿じん肺と診断された。1982年7月から12月10日まで会社勤務を続けながら、久留米大学附属病院放射線科の外来に通院したが、勤務中に息苦しくなる状態であり、12月7日に退職した。1982年12月11日以降、佐賀医科大学呼吸器科、G病院等で入院、通院を繰り返した。1992年5月、肺がんが発見され、同年12月9日肺がんにより死亡した。

佐賀労働基準局は、1982年5月に、Sさんについて「じん肺の所見がない」としてじん肺管理区分

1の決定を行なっている。その後、前掲K総合病院のH医師の証明に基づき1983年2月に「エックス線写真の像が第三型」(PR3)及び「じん肺による肺機能の障害がある」(F+)ことを認め、管理区分3口の決定、さらに1984年3月には「肺機能の著しい障害がある」(F++)ことを認め、管理区分4の決定を行なった。そして、Sさんの死亡後、1993年11月26日、佐賀労働基準監督署は、肺がんが業務に起因するものであることを認め、遺族補償給付を支給することを決定した。



## 寒冷地のブルドーザー操作で 北海道●8年4か月目の振動障害認定

北海道中川郡美深町在住のAさん(現在66歳)は、1970年以来ブルドーザーを運転しての道付け、除雪、全幹集材等の作業に従事してきた。M木材に勤務していた1984年の暮れ頃から寒さのため両手指にしびれが出るようになり、翌年3月頃、山土場まで集材しワイヤーはずしを終え、両手の冷えがひどいのでもんだりしていたところ、下山してきた同僚に「体に異常があるのではないか」と言われた(レイノー現象も確認されている)。1986年1月に札幌緑愛病院で検査を受けた結果振動

障害と診断され、入院治療することとなった。16年間のAさんのブルドーザー操作時間は延べ23,000時間に及んでいる。

1986年3月13日に稚内労働基準監督署に労災申請したが、同労働基準局は1989年1月13日付けで業務外決定。その理由は以下のとおり「国内外の医学的情報を検討したが、全身振動とその身体的影響について、ブルドーザー運転による全身振動及び手掌ハンドル部から伝播される局所振動も含め検討した結果、これが業務とレイノー現象、末梢神経障害及び骨関節

の運動障害等の諸症状との因果関係を認めることは現時点では困難であり、業務上疾病とは認められない」。

労働基準局での調査に2年11か月も要したわけだが、この間に、小松製作所松田試験所でドーザシヨベル(D60S-8)、産業医学総合研究所で普通乗用車(コロナセダン)、久保田鉄工筑波工場で農業用トラクターの各々の振動について測定実験を実施し、また、主治医以外に岩見沢労災病院健康診断センターの3名の医師による意見書を求めている。この最後の意見書では、「ブルドーザーは手持ち振動工具には入らないので『手持ち振動工具による振動障害』とは言えないが、23,000時間のブルドーザー運転によって惹き起こされた循環障害と考えられる。ただし、これを職業病としての振動障害とみなすか否かは行政判断によるところである」としている。

労働基準局の決定は、行政判断で「業務によって惹き起こされた循環障害」を業務外にしてしまったわけである。1989年2月10日に北海道労災保険審査官に対して審査請求が行われたが、審査官も1年2か月後の1990年3月26日付けで却下した。

審査請求の段階で、労働基準局で測定実験したD60S-8ドーザシヨベルは、Aさんが使用していたD-50ブルドーザーとは機種も異なり、1986年製作で改良されてい

るという批判に対して、(株)コスモ・サークルによりD-50ブルドーザーの測定実験も実施された。これによると、労働省の3G規制基準内にはあるが、ISO基準では無視できないと思われるとして、次のような点を指摘している。①振動値は1G強であるが低周波が特色、チェンソーのようにエンジンからの振動でなく、駆動輪をハンドルチェンジしている、そのためキャタピラからの低周波が大きく、人体に与える影響が大きいと判断される。②チェンソーのように高周波が人体に与える振動値は、測定器を用いなくてもその振動は十分感じとれるが、D-50ブルドーザーのように低周波のため操作レバーを握ってもその振動は微小に感じる。したがって、より正確な数値を求めるには、振動値測定器によらないとその判断は難しい。

さらに、前述の岩見沢労災病院の3医師に再度意見を求め、次のような回答を得ている。「鑑別すべき疾患が全て除外されたこと、他の業務に就いたことがないこと、冒頭に記したごとく十分な職歴と振動曝露が存在すること、診断票に記したごとく末梢循環障害、末梢神経障害、骨関節運動器の障害を認めているところから、業務に起因する振動障害と診断した。トラクター、ブルドーザーの運転に起因する振動障害あるいは職業性Rainaud症候群の症

例は、わが国において既に十数例～数十例存在しており、外国の文献でもraise drifter, fan driller(訳語不明—審査会)の運転、操作による手指のRainoud現象が報告されているので付説する」。

以上のような調査結果を得たにもかかわらず、北海道労災保険審査官も棄却したため、1990年5月21日に労働保険審査会に再審査請求を行った。Aさんを支援してきた北海道森林労連等では、名古屋大学公衆衛生学教室の協力を得て独自に行ったD-50ブルドーザーの測定結果も提出した。これによると「走行操作レバーの振動は、前進時より後進時、ギアが2速のときより3速の方が大きい傾向がみられた。今回の走行時110dBVL前後の振動レベルを他の工具と比較してみると、別添資料(略)のように、モーターバイクのハンドルの振動よりは大きく、刈払機の振動にほぼ相当していると言える。その走行時の振動レベルを、1980年日本産業衛生学会振動障害委員会報告に基づいて、ISOの1979年に提案した振動曝露の指針値を参考として評価する。今回測定した走行時の走行操作レバーの振動は、1日2～4時間の規制目標値にはほぼ相当する値である。ギアを3速にした状態での走行時には、1～2時間の規制目標値である113dBVLを超える危険性もみられた」。

労働保険審査会は、1994年7月

29日付けで原処分取り消し(業務上認定)の裁決を行った。再審査請求から4年3か月、稚内労基署への労災申請から実に8年4か月目のことである。以下に裁決の結論部分だけ紹介しておく。

「(1) 請求人は、昭和45年以降長期間にわたってブルドーザーを使用して行う作業に従事した結果振動障害と診断されたものであり、その症状については、緑愛病院及び岩見沢労災病院のいずれにおいても、末梢循環障害、末梢神経障害及び運動機能障害が認められている。

(2) 本件については、監督署長が北海道労働基準局地方労災医員の意見を求めるべく同局にこれを依頼したところ、岩見沢労災病院健康診断センターにおいて鑑別診断を行い、その結果をみて判断すべき旨の指示を受けたことにより実施された同病院の診断結果の所見は、要旨、次のとおりである。

本症例は、北海道最北端の地で、厳寒期を含めて約16年間1日5～7時間にわたり旧式のキャタピラー式ブルドーザー運転手として集材業務に従事したもので、鉄製の棒式レバーを常時操作し、作業場の地形は傾斜地、山間地であり、操作レバーを通じて手指、上肢への強い振動が伝播される。身体病理学的所見及び臨床検査結果から、糖尿病、関節リウマチ、膠原病等は否定された。血管造影

検査結果から、左III指の橈側、尺側の両側指動脈、右II指の尺側指動脈に閉塞像を認め、上肢のパージャー病、閉塞性動脈硬化症(A S O)、動脈硬化症は除外された。レイノー病は、本例が男性で、59歳であること及び振動障害患者に特徴的な固有指動脈の造影所見のあることから否定された。胸郭出口症候群、脈なし病は診察時所見から否定される。特殊な神経筋肉疾患は認められない。頸椎症はC5/6に存在しているが、これによって手指動脈に本例のような病的な局所的血管造影所見を来すことはない。よって、診断書に記したように、各障害が認められることから、業務に起因する振動障害と診断した。

(3) 請求人の業務従事内容については、ブルドーザー運転時間は23,000時間に及んでおり上記(2)の岩見沢労災病院の医師所見にあるような状況の下で道付け、全幹集材等ブルドーザーの運転に長期間従事していたものである。(4) 監督署長は、実験によりブルドーザー(D60S-8)の振動レベルは自家用車など日常生活において体験し得る振動レベルと同程度のものであり、このレベルの振動で障害が生じるとは考えられないことから、業務と諸症状との相当因果関係は認められないとしているが、実験場は整地された平面であったのに対し、請求人の作業場所は傾斜地、山間地で、冬

場にはアイスバーンになるような所であり、作業内容は道のない所に道付けをしたり、材木を1～数本牽引して運んだりするものであるうえ、実験に使用されたブルドーザーと請求人の使用したそれとは型式、製作時期が異なっていることも考慮すれば、そのようなブルドーザーの振動が当該実験の測定結果と同様であるとまでは考えられず、この測定結果は、本件業務上外の判断に関する限り、前記(注一名古屋大学医学部公衆衛生学教室)の実験の方がより実態に近い条件を設定しているものと考えられるが、いずれにせよ、当該実験結果に基づき振動障害が生じるとは考えられないという論拠では、本件を業務外とする監督署長の主張を肯認することは困難である。

(5) 本件で争点になっている振動ばく露は、全身振動ではなく、手指等への局所振動であり、これによる振動障害発症例も極めて少ないことから、その業務上外の判断については、作業態様、作業環境、振動ばく露の状況の把握、鑑別診断を含む医学的検討等慎重に検討する必要があることは言うまでもないが、本件の場合、上記(1)～(4)を総合すると、請求人の症状は、その従事時間、作業態様、作業条件、作業環境等が相乗的に影響して生じた振動障害とみるのが相当である。』



## 激務で自律神経系に不安定状況 大阪●電車線設備工事監督の死因認定

昼夜にわたる長時間労働の後、自宅で休んでいたところ、急性心不全を発症、1986年9月に死亡した電気設備会社社員、新田勇さんの遺族の労災保険遺族補償給付請求について、大阪労災保険審査官は1994年8月、大阪中央労働基準監督署の不支給決定を取り消す決定を下した。

●昼夜にわたる激務の果てが  
“ポックリ病”とは

新田勇さんは、電車線設備工事の監督として従事していたが、この業務の特徴のひとつは、終電車が通過したあと、始発電車が通るまでの間に、屋外で作業を行うということであった。また、工事の責任者として、現場監督だけでなく施工打ち合わせなど事務作業も多く、夜間の作業の後に自宅に帰って就寝することも許されず、会社で仮眠をとって、そのまま通常の日勤に就くという、猛烈な勤務を繰り返していた。そして1986年9月20日に昼間の勤務を終えて帰宅、翌21日の夜9時半頃に発症、帰らぬ人となった。

しかし、労災遺族補償給付の請求を受けた大阪中央労働基準監督署は、そうした業務の内容が被

災者を疲労気味にさせたことは認めながらも、1989年5月に不支給を下した。その理由は、医学的な死亡原因について、「急性心不全」としか判明しておらず、それ以上の死亡に至る経過を示す医学的資料がないことから、大阪地方労災医員(いわゆる局医)が「ポックリ病的急性心臓死に酷似している」と業務外を示唆する見解を示し、その上に立って労基署が脳・心臓疾患の労災認定基準にそった調査と判断を行ったことに発する。

●業務過重性判断を避けた

労働基準監督署の不支給処分たしかに新田さんは、定期健診で軽度の高血圧症を指摘されてはいるが、何らかの健康障害を引き起こすほどのものではなく、また時々あった頭痛も特記するほどのものでもなく、何らかの基礎疾患を「自然経過を超えて急激に著しく増悪させた」という医学的説明をするには、データが乏しすぎたとはいえよう。しかし、労基署の決定理由は、「発症前1週間における業務が、特に過重な業務であったとは認められず、極度の緊張、興奮、恐怖、驚がく等の強度

の精神的負荷、強度の身体的負荷を引き起こす突発的、予測困難な異常な出来ごとは報告されていない」とし、発症前日深夜の雨中での工事に立ち会った業務についても「症状を急激に著しく増悪させたとする根拠は乏しい」と、極めて形式的な判断しかなされていなかった。

労働省の「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」は、その解説で、「急性心不全」としか死因が判明していない事案については、解剖所見などによりその原因となった疾病を確認することとし、その資料もない場合やなお疾病が明らかでない場合で、しかも過重負荷が認められる場合には、本省にりん何することとしている。新田さんの場合についてみると、労基署は過重負荷を認めないことによって、それ以上の究明の必要を避けるという判断を下したともいえる。

●心不全の原因は激務による  
心筋の機能的調律異常

これに対して、大阪労災保険審査官の決定書では、急性心不全の原因となった病因についての医学的鑑定を2名の医師に求め、発症のメカニズムに迫った。その結果提出された鑑定書は、判明している事実から慎重に医学的推定を行っている。その内容は以下のとおりであった。

まず、心不全の直接原因について、その状況から頭蓋内出血では

なく、心臓死の可能性が高いとする。そして、その心停止の原因については、「心臓に器質的な障害が突発する場合と機能的な異常が突発する場合とがあげられる」とするが、新田さんの場合は、それまでの健診で狭心症などの異常がなく、胸部痛などの随伴症状もなかったことから、「機能的な心機能異常が突発した可能性が最も高いと推定される」とした。

そしてさらに、「本被災者では傷病発症前に刺激伝導系の器質的異常を示す不整脈の既往は確認されており、むしろ、機能的な調律異常を生じた可能性が高い。心拍数は副交感神経系の異常興奮で抑制され、除脈もしくは一時的には心停止状態になることがある。本被災者がかなり疲労が蓄積した状態にあり、自律神経系が不安定になっていたとすれば、他に器質的心疾患がなかったとしても、機能的に心停止をきたし突然死に至った可能性は否定できない」と結論している。

また、新田さんの死亡前1週間について、「就労状態の過重負荷に加え自律神経系の不安定状態をきたす状態を余儀なくされた」と判断し、業務上が妥当と判断した。

こうした医学的判断を受け、さらに1週間の業務を精査、日常業務に比較してもとくに過重な業務と認定して、審査官は業務上と判断している。

●「そんなはずがない」が  
逆転を招いた原動力  
既往症はなく、「急性心不全」との診断以外にデータがないという新田さんの事例は、ある意味で「純粋な」過労死の判断が迫られる事例であったともいえる。そのことは前述したように、病因についての医学的推論と業務の過重さを重ねて判断した、審査決定書の理論構成に現れている。大いに注目に値する決定である。

請求人である妻の新田笑子さんは、大阪中央労基署で、「業務の負担は大きかったようですが、認定基準に基づき判断して、残念ながら不支給という結果になりました」という説明を聞き、「そんなはずがない。あれだけ夜も昼もなく仕事に明け暮れた人の死が労災でないなんて」と言いようのない気持ちに襲われた。そして審査請求を行い、過労死問題に関

心を寄せる人々に支援を訴え続けてきた。

また、審査請求代理人となった過労死弁護団の高橋典明弁護士らが「直前の業務は過重であることが明らか」との意見書をまとめ、同僚などの新たな証言も提出した。懸命に支援を訴える笑子さんのつくった「早期労災認定」署名に、地元奈良の北葛ユニオンも応え、審査官に申し入れも行った。そうした中で、1989年の審査請求からまる5年、1986年の死亡から実に約8年を経て、やっと「仕事による死亡」と認められることとなったのである。

現在の脳・心臓疾患の労災認定基準の問題点のひとつを明らかにしているし、さらに問題の解決には、粘り強い闘いこそが重要なのであることを示している事例といえよう。



(関西労働者安全センター)

## タイ北部工業団地労災事件

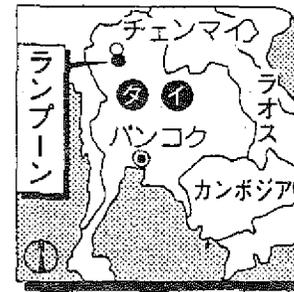
### タイ●日系企業などで13名の謎の死

#### 1 事件の発端と私の関与

日系企業が進出したタイ北部工業団地の労災事件は、現地のタイ語の経済紙「プーチットカーン」が、1993年10月から11月にかけて、タイ北部チェンマイのすぐ南のランブーンに位置する「タイ

北部工業団地」に働く労働者などの相次ぐ死を報道し、その死亡が工場労働に関係するのではないかと指摘したことから、タイ国内で問題化した事件である。

その後、同事件は1994年に入って「バンコクポスト」、「ネイショ



ン」といった現地の英字紙が取り上げ、次第に国際的に問題が広がっていった。

私(小島延夫弁護士)は、同僚の弁護士が3月にタイのNGOから調査を依頼され、同弁護士が環境関連の問題だとして私に仕事を回したことから本件に関わるようになった。その後、神奈川労災職業病センターなどにも同様の依頼が来ていることがわかり、全国労働安全衛生センター連絡会議、進出企業問題を考える会、日本消費者連盟などとともに会合をもち、私が8月にマレーシアに行く際に、タイにも寄り現地を訪ね、とりあえず状況把握をしようということになった。現地訪問の際には、タイに滞在中の日本人関係者の方々に資料の準備や訪問先の手配などいろいろお世話になった。この場を借りて御礼申し上げたい。

#### 2 タイ北部工業団地

タイ北部工業団地は、タイ北部のチェンマイから25km南のラン

ブーンに位置する1788ライ(約280ヘクタール)の土地に設けられた工業団地である。同工業団地は、1985年から利用開始され、1994年2月現在で87社が用地を取得し、62社が操業中。87社のうち、日系企業が31社を占めている。タイでは、一般には外国企業の土地取得は制限されているが、北部工業団地では外国企業でも土地取得は可能で、他にも、外国人技術者の滞在許可、投資許可、法人税の免除などの優遇策が認められ、全体として外国企業の投資に対するインセンティブが高い。工業団地のうち一部は輸出加工区に指定されており、そこでは、さらに追加的な優遇措置がとられている。

工業団地の工場を産業別にみると、電機・電子部品製造、衣服、食品製造などが多い。

同工業団地に働く人の数は1万6千人。そのうち、9割強が30歳以下で、女性が全体の7割を占めている。チェンマイ、ランブーンなど近隣の出身者が多く、86%が近隣の出身である。

ランブーンは、もともとは古い都であったが、この工業団地ができるまでは、専ら農業と農作物の加工販売などを主な業とする地域であった。同地域でできる「ロンガン」という果実(ライチに似た果実で外皮は黄褐色、透明な果肉の中に黒い種)は、東南アジアでは有名で、マレーシアなどにも

輸出されている。

3 タイ北部工業団地労災事件  
問題になったのは、1993年に相次いだ労働者たちの謎の死であった。1993年2月から同年9月までの間に、タイ北部工業団地に働く労働者11名を含む13名(労働者以外のものは、労働者の子ども)が次々と謎の死を遂げたことから、住民たちが不安をつのらせ、それが前述したように新聞に報道された。

13名の症例は、1994年2月27日のバンコクポストに詳しく紹介された。激しい頭痛、手足のマヒ、けいれんなどの症状が伝えられている。亡くなった労働者の勤務先をみると、日系企業6社(村田製作所、HOYA、東京トライ、KSS、北陸セラミックス各社の現地法人)の名前もみられる。HOYAは光学レンズ会社であるが、残りの5社はいずれも電機・電子部品製造会社である。13名のうち日系企業に勤務していた者またはその子どもは9名で、1名がHOYAのレンズ工場、他の8名が村田製作所などの電機部品工場の労働者もしくはその子どもである。

残りの4名は、宝石工場の労働者との子ども、ブラシ工場の労働者、衣服工場の労働者である。

残念ながら、死亡した13名の詳しい死因検査などがなされてい

ない様子で、今のところ労働と死亡の関係などは必ずしもはっきりしない。しかし、そのうち北陸セラミックスという日本企業の現地法人であるエレクトロ・セラミックスという日系電子部品メーカーで働いていた若い女性労働者の死亡事例については、ほぼ同時期に似たような症状に襲われて倒れ入院したが幸いにも助かった同僚がいることもあり、工場での仕事や事件の状況がある程度判明しているようだったので、今回、聞き取り調査を行った。

#### 4 死亡した労働者の遺族の話

私たちは8月25日に、エレクトロ・セラミックス社で働いていたウォンドアンさん(1993年9月死亡、当時23歳)のお宅を訪ね、遺族の話を聞き、さらに北部工業団地労災事件の真相究明に当たっている現地のNGO関係者から補足的に状況を聞いた。以下はその要旨である。

ウォンドアンさんは、小作農で土木作業なども行う父と母の間に、兄と弟の3人兄弟の真ん中として生まれた。12歳で小学校を卒業後、家業を手伝った後、20歳になった頃、工業団地内のエレクトロ・セラミックス社に勤務するようになった。彼女は、働きながら成人学校の日曜夜のクラスに行くほど勉強意欲もあり、また、仕事熱心であった。成人学校の日

曜の「夜」のクラスに行ったのは、日曜日でも昼間は働いていたからだった。

ウォンドアンさんが従事していた工程は、型抜きされたセラミックス(酸化アルミニウムのもの)を検品し揃える仕事であったが、その職場は機械の騒音が激しい上に、霧のようなほこりが舞っている状態で、何か化学薬品のような臭いがしていたという。彼女は、その職場で3年間勤務した。

ウォンドアンさんは、週ごとの交替制勤務で、昼間のときは、朝7時に家を出て夜7時に帰宅する生活。夜勤のときは、夜7時に家を出て、朝8時に帰るという生活であった(1日3時間前後の残業となる)。彼女は日曜日も働き、家に帰ってくると、食事を済ますといつも崩れるように眠っていたという。会社は、彼女の仕事熱心な勤務態度を表彰し金のネックレスと毛布を支給した。彼女の写真を見せてもらったが、まじめそうな女性であった。家の中には、テレビ、ステレオ、冷蔵庫などがあつたが、いずれも彼女が買ったものだという(月賦と思われる)。

ウォンドアンさんは、1993年8月26日にひどい頭痛に悩まされ、看護婦の詰め所に行ったが、そこで激しいけいれんに襲われた。彼女は、会社指定のランブーンの病院に送られたが、家族は心配で、チェンマイのキリスト教系の私立病院・マコーミック病院に入

院させた。マコーミック病院では、当初、症状を生んでいる原因がよくわからなかったものの、脳の中に何かあると診断した。彼女は、医師の手当のいかなく、倒れてから2週間後の9月9日に亡くなった。

彼女は、倒れる半月ほど前に、頭痛を訴え会社を2日ほど休んだそうである。

20代前半の若さとはいえ、連日11時間前後働き、休日出勤もするという状況では、過労にならないほうがおかしい。それに加えて、前述したような職場環境にも問題があつたようである。過労性または中毒性の疾病による死亡の可能性も含め、さらに詳しい調査・検討をすべきと思われる。

#### 5 同僚の女性労働者の話

私たちは8月25日の当日、ウォンドアンさんと同じエレクトロ・セラミックス社で働いていたマユリーさん(30歳、女性)の話を聞いた。

彼女は、1989年10月19日から同社に勤務していたが、1993年7月に仕事に体調が悪くなり倒れた。マユリーさんの仕事は、ウォンドアンさんの次の工程で、検品整理されたアルミナ・セラミックスのほこりを落とす作業であった。セラミックスはこの工程の後で焼かれる。

彼女の作業工程では、2年前までは手袋もマスクもない状況だ

ったが、最近になってマスク・手袋が支給されるようになった。ただし、マスクの隙間からセラミックスの粉じんが入ってくるのが多く、時々、粉じんを払う必要があつたということである。また、軍手は、擦り切れて指の部分が全部なくなるまではそれを使うよう要求されたとのことである。

マユリーさんは、4年間、同じ工程で、同じ場所に座って仕事をしてきた。その作業では、強い光の下で白い物を見続けるため、目が悪くなるという問題もあつたと彼女は指摘した。彼女の工程には40人ほどの労働者がいたが、ウォンドアンさんの工程といっしょの部屋で仕事をしていたという。

マユリーさんの工程では、細かいほこりを払うという作業の性格上、夜の勤務はなく、交替制はとられていなかった。正規の勤務時間は朝8時から夕方5時までだが、夜7時まで残業するのが日常的だったという。日曜日は休みになっていたが、出勤して働いたという。

作業内容は、セラミックスの板を取り出し、コンプレッサーでほこりを落とし、その上を軍手で1枚1枚ぬぐうという仕事であった。手が赤くなったり、ほこりが腕についてかゆくなったりしたという。

1人当たり1日4千片が会社のノルマだったが、彼女は1日に1万片

をやった。仕事が早い上に仕上げがいいということで、マユリーさんは会社からグレードAの表彰を受けた。

彼女は1993年4月頃から、後頭部に頭痛を感じるようになり、痛みどめの薬を飲みだし、その後次第に顔、足、大腿部、手にしびれを感じるようになってきていた。そして、同年7月26日、会社で作業中に頭痛、発汗、立ちくらみ、しびれなどを感じ、意識を失っては会社の保健室に行き、また作業場に戻ることを3回繰り返した。夕方に家に帰ったものの、具合が悪く、マコーミック病院に行きそのまま入院した。その際には、歩くこともままならず、顔は腫れているような状態だった。

病院で医師に仕事内容を伝えたと、その後、医師が検査し、脳内に残留している物質があることが判明し、ある種の金属中毒ではないかと診断された。

マユリーさんは、同年8月4日から会社を休職した。彼女は、その後、会社と社会保険事務所に対し補償を要求した。しかし、タイの社会保険事務所は労災と認めず、通常の傷病手当(90日分の50%支給)のみ支給する旨を1993年11月頃決定した。

一方、同年10月21日には、マコーミック病院が「アルミナが原因で病気になる」との診断書を書き、翌1994年3月20日には、バンコクのラーチャウイテイ病院の

労災職業病担当のオラバン医師が「金属物質が体内に蓄積したことによる」との診断書を書いた。

そうした中でも、会社側は労災と認めないどころか、タイ人の経営陣の一人は彼女に対し「脳の切り片見本を取れ」と言い放つた。1994年3月29日には、タイの工業団地公団とBOI(タイ投資委員会)が「12名の死者は労働と一切関係ない」と発表した。

そして、同年4月18日、会社側は彼女に解雇を通告した。

マユリーさんは、ここに至り、訴訟を決意し、1994年7月15日、社会保険事務所、会社、会社の日本人幹部2名を被告としてタイの中央労働裁判所に提訴した。同裁判では、社会保険事務所に対し労災認定を、会社に対し医療費と解雇による逸失利益の支払いを求めている。

#### 6 関係NGOなどの話

マユリーさんとウォンドアンさんのケースに共通しているのは、劣悪な職場環境と長時間労働だ。他の死者のケースでも長時間労働は共通しているようだ。今回問題となっている工場に限らず、タイ北部工業団地では、長時間労働が一般的なようだ。

ワッカードという地元の農業関係のNGOのジェラルド氏は、「工業団地に勤めている者は、結婚式や葬式といった村の行事にも出ないで働く。会社は、残業す

るものに対し、牛乳やタマリンド(すっぱい豆)を買って食べると推奨している(会社が支給するわけではない)」と、工業団地の長時間労働と会社への拘束が厳しい状況を語った。

また、長時間労働を生む状況について、地元の市民団体、タイ市民権利協会北部支部北部事務所のエーク氏は、次のように語った。「法律上(内務省令)では、週の所定内労働時間は48時間、化学工場など健康に影響あるところでは1日6時間が労働時間の上限で残業不可という規制がある。しかし、ランブーンなどの地域では、1日108パーツ(約400円)が最低賃金となっており、その最低賃金が標準賃金化しているため、所定内労働ではとうてい生活が成り立たない状況になっている。2人子どもがいる4人家族で1か月最低5千パーツが必要だが、所定内労働では1か月3千パーツにも満たない。残業をすれば、通常日で1.5倍、休日出勤はもっと高くなるので、1か月4千パーツから5千パーツという収入も可能だ。そういう収入を前提に、オートバイやテレビなどを月賦で買ってしまふので、その収入水準が崩せなくなる。したがって、残業が減らない生活できるように賃金を高くするほかない。」

#### 7 公害問題について

以上のような労災問題に加え、

工業団地から出る排水、廃棄物をどうするかという公害問題がある。

この点は必ずしもうまくいっていないようで、私たちは、プラスチック、不良品のコンデンサー、セラミックス、発泡スチロール、皮などが捨ててある、不法投棄されている現場を目撃した。また、排水処理も順調にっていないという話もあった。

#### 8 生活の激変の中で一今後の課題

タイ北部工業団地に働く労働者の多くは、農作業や物売りなどの経験はあっても、工場労働の経験はほとんどない。工場働くようになって現金が入るようになると、皆いっせいにオートバイ、テレビ、ステレオ、冷蔵庫を月賦で買い、家まで直す。20歳前後の若い女性労働者の収入が、一家の他の男性の収入合計を上回るようになる。そして「一家の柱」となった女性は、1年で4000時間近くまで死にものぐるいになって働く。

残念ながら、こうした状況がタイ北部工業団地にはみられた。

戦前の女工哀史の世界であり、世界に有名な「過労死」の輸出ではないかとの懸念も感じられた。

チェンマイ大学の歯科学の教授で、公衆衛生学も履修し、地域のNGO活動にかかわっているウタイワン氏は、タイ北部の労働

者の置かれている状況とそれを囲む環境について、次のように述べた。

「タイは、過去30年間に急速に経済発展したが、その過程で人々に多くの犠牲が強いられてきた。労働者は、なぜ、自分の身を守る必要があるのか、どうやって自分の身を守るのかを知らない。働き過ぎの結果、何が起るかも知らないのだ。職業病や産業衛生を扱っている人も少ない。工業化に即応した労働者教育システムを作ることなしに、今生きている事態は防げない。この点は次第に意識されてきており、例えば教師などの間で、工場労働者として意識すべきことを教えようとの活動も広がってきている。しかし、その一方でいまだに労働者の権利を守るべき労働組合を結成しようとすると、失業する危険性があるなど、労働者自身が自ら権利を守るべく立ち上がる社会的条件は弱い。地域社会の人々が連携して、いまの社会状況を変えていくことが必要だ。」

#### 9 日本との関わり—私たちの課題

このような「過酷な労働」によって生み出された商品を消費し、「豊かな生活」を享受している日本の市民として、今回のタイ北部工業団地の労災事件を考えてみる必要があると思う。もちろん、一番大切なことは、現地に進出し

た日本企業が、長時間・劣悪労働を放置しないよう、賃金を上げるとともに、労働者教育を含め責任ある対応が必要だ。また、労働安全衛生上の作業環境にも問題がある可能性もあり、その点の対応も必要かと思われる。なお、その点で非常に気になる情報があった。タイでは現在、本件を調査するために、厚生省が中心となって、労働者の死に関する調査委員会が発足した。そこには、チェンマイ大学、マコーミック病院などの医療関係者から県の衛生事務所、国の環境衛生局の出先機関まで含まれ、体制としては十分な調査が可能になっている。しかし、工場側が調査に対し非協力的で情報を出してくれず、調査は行き詰まっているというのだ。13名のケースでは、日系企業が多数を占めるだけに、当該企業が調査に協力的でないということは理解しがたいことで、とても残念なことだ。工場側は、調査に協力し、事態の真相究明に最大限の努力をすべきである。

日本の市民サイドとしては、今後、何をすべきだろうか。現地で真相究明に当たっているNGO関係者への支援、サポートに加え、日本国内でも真相究明の活動が部分的に可能と思われる。現地に進出している日本企業の本社は、本件死亡事件のそれなりの情報を持っていて、対策等も検討している可能性は十分ある。仮に、

日本の本社で対応できていない場合は、出資企業の責任として、それを求めていくことも必要だ。また、日本政府への海外日系工場の労働安全衛生に関する指導の申し入れや、前述したマユリーさんの訴訟に対する支援なども課題としてある。

なお、本件については、朝日新聞が8月17日に「戦後50年」特集

で「日系企業が村を変えた」との見出しで報じているので、一読をお勧めする。また、紹介したバンコクポストなど現地紙の特集については、進出企業問題を考える会で翻訳し資料集にしてあるので関心のある方は事務局まで御連絡を。

小島延夫(文京総合法律事務所弁護士)



## 職場における腰痛予防対策指針 労働省●活用のためにパンフレット作成

労働省は、1994年9月6日付けで「職場における腰痛予防対策指針」(基発第547号労働基準局長通達)を策定した。これまで「重量物取扱い作業」と「重症心身障害児施設」についてのみ指針が示されていたが、今回の指針では「職場における腰痛は、特定の業種のみならず多くの業種及び作業において見られる」ことから、「一般的な腰痛予防対策」を示した上で、「腰痛の発生が比較的多い」①重量物取扱い作業、②重症心身障害児施設等における介護作業、③腰部に過度の負担のかかる立ち作業、④腰部に過度の負担のかかる腰掛け作業・座作業、⑤長時間の車両運転等の作業の5作業については「作業態様別の対策」を示している。

一般的または作業態様別の腰痛予防対策が各々必要となる対象労働者についてこまかく規定してはいない。健康診断の対象者について、「重量物取扱い作業、社会福祉施設等における介護作業のほか、これらに準ずる作業で、例えば、腰痛が発生し、又は愁訴者が見られる等腰痛の予防・管理が必要とされる作業に常時従事する労働者が目安となる」としていることも参考になるが、すべての職場で「本指針に掲げられた腰痛の基本的な予防対策を踏まえ、各事業場の実態に即した対策を講ずる必要がある」と考えるべきだろう。

対策の内容については、①作業管理、②作業環境管理、③健康管理、④労働衛生教育、に分けて示

されている。個人対策よりも作業改善に重点を置き(置いているように読める)、その中で個人差や夜間作業に対する配慮、小休止・休息や(腰部負担の少ない作業との)組み合わせ、体操等の効用をうたっていることなどは積極的に評価できる。

一方で、指針は、「事業主は…こうすべき」「労働者は…協力することが必要」という記述の仕方になっている。「自動化等が困難な場合は、対象物の性状や作業手順等に詳しい現場の労働者の意見を参考に、適切な補助機器等を導入することが必要」という指摘があるが、現場の労働者、労働組合が対策の立案と実施に関与しているかどうか対策の有効性のメルクマールであることが銘記されるべきである。

労働衛生教育について、「視聴覚教材の使用や小グループ指導、討議等の方法を取り入れて、教育効果が上がるように工夫することが望ましい」としており、この対策指針をきっかけにわれわれが提唱してきた参加型・自主対応型のトレーニングがさらに普及することを期待したい。

指針自体が、作業標準について『正しい姿勢で』等のあいまいな表現は避け、必要に応じイラストや写真などを用いて具体的に労働者にわかりやすいものとする必要がある」といっているように、対策が、具体的にビジュアル

に示される必要がある。職場ごとあるいは職場をこえた「対策事例」(写真やスライド、ビデオ等のかたちで)や「作業標準」の事例集、データベースを作成していくことを提唱したい。ぜひ御協力下さい。

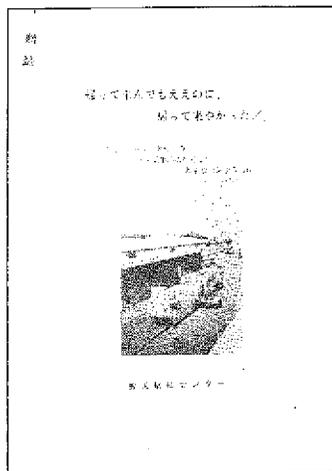
全国安全センターでは、この「職場における腰痛予防対策指

針」の全文を紹介するパンフレットを「安全センター情報」増刊号として作成した。「指針」と合わせて「解説」も示されているが、両者を対照して紹介している。

B5判32頁で、頒価500円(まとまったご注文には割引もありますので御相談下さい)。



## ええのに帰ってきやがった 京都●民事訴訟を通じた職場復帰の闘い



都)が「帰って来んでもええのに、帰ってきやがった! 一人の元トレーラー運転手の労災民事訴訟を通じた職場復帰闘争の記録」にまとめた(92年9月号参照)。

元新潟大学教授の桑原昌宏氏も一筆を寄せて、「高裁判決が大谷さんの後遺障害による減収を、労働能力喪失率ではなく、現実の減収率によって算定したのは妥当である。運行手当、職能手当がなくなったのも労災の結果なのだから、その分は全て会社が負担してもよいと考えられる。」等と指摘している。

A4判44頁1部700円(郵送の場合送料込み1,000円)。お問合わせは労災福祉センターまで(TELは月・水・金に)。



601 京都市南区西九条島町3 TEL 075-691-9981/FAX075-672-6467

## 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 サンコーボ豊岡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 新潟県新潟市東堀通2-481 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)488-9952/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)488-9952/FAX(06)488-2762
- 広島●広島県労働安全衛生センター  
732 広島市南区福荷町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 秋津レー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 (オブザーバー) TEL(03)3239-9470/FAX(03)3264-1432
- 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  
753 山口中央郵便局私書箱18号