

第2回 労働と健康に関する 日韓共同セミナー

古谷杉郎
全国安全センター事務局長

韓国から17名の代表が参加

「第2回労働と健康に関する日韓共同セミナー」が、1995年7月22-23日、東京で開催された。日本側主催団体は全国安全センター。協賛団体として、労働者住民医療機関連絡会議のほか、セミナーのうち1日を「過労死問題日韓シンポジウム」として開催することとして東京過労死弁護団の協賛を得た。

韓国側主催団体は、今回は、労働と健康研究会付設 過労死相談センター、韓国労働保健職業病研究所、全国産災追放団体連帯会議、全国労働組合協議会、産業災害労働者協議会、源進レーヨン職業病対策協議会の6団体である。

第1回日韓共同セミナーは、1993年10月にソウルで開催。韓国で過労死相談センターを設立するに当たり協力を求められたことから、それならば顔を合わせて共同研究する場を持つとうということによって実現したもので、日本からは、原田正純全国安全センター議長を団長に、弁護士、医師、安全センタースタ

ッフら13名が参加している(94年1、2月号に詳報)。

今回韓国からは、各団体を代表して、下記のとおり総勢17名の方が来日された。

- 労働と健康研究会 付設 過労死相談センター
- ①李慶雨(イ・ギョンウ)氏(過労死相談センター所長、弁護士、男性)
- ②金晋局(キム・チングク)氏(過労死相談センター顧問弁護士、男性)
- ③李(イ・)ウォニョン氏(過労死相談センター顧問弁護士、男性)
- ④金(キム・)ナムジュン氏(過労死相談センター顧問弁護士、男性)
- ⑤趙定振(チョ・ジョンジン)氏(過労死相談センター諮問顧問医師、労働と健康研究会政策室長、韓一病院家庭医学科長、予防医学博士、女性)
- ⑥チャン・チヘ氏(過労死相談センター相談室長、労働と健康研究会労組事業部長、女性)
- 韓国労働保健職業病研究所
- ⑦梁吉承(ヤン・ギルスン)氏(産業保健総合センタ



「過労死認定の改善と過労死をなくすための日韓共同声明」を読み上げる天明佳世氏(右)と李慶雨氏

- 一設立推進委員会実行委員長、聖水医院院長、医師、男性)
- ⑧李(イ・)ジョンフン氏(韓国労働保健職業病研究所幹事、男性)
- 全国産災追放団体連帯会議
- ⑨チョ・オックファ氏(全国産災追放団体連帯会議代表、仁川産業社会保健研究会事務局長、女性)
- ⑩金恩姫(キム・ウンヒ)氏(労働と健康研究会共同代表、女性)
- ⑪朴(パク・)ウンジュ氏(労働と健康研究会前教育部長、薬剤師、女性)
- ⑫ユ・キョンスク氏(労働と健康研究会調査研究部長、薬剤師、女性)
- ⑬チョン・ミョンヒ氏(全国産災追放団体連帯会議幹事、城南プルン歯科相談室長、女性)
- 全国労働組合協議会
- ⑭モ・チンヒ氏(全労協産業安全保健部長、女性)
- 産業災害労働者協議会
- ⑮金(キム・)ハッキ氏(産業災害労働者協議会事務

局長、男性)

●その他

- ⑯ノ・ヘンナム氏(労働人権会館、労務士、女性)
- ⑰金(キム・)ジョン氏(東国大学校予防医学科長、医師、男性)

第2回日韓共同セミナーの内容

今回のセミナーの日程と内容は次のとおり。

- 7月21日(金)【韓国代表団来日・歓迎懇親会】
- 7月22日(土)【過労死問題日韓シンポジウム】
司会：古谷杉郎(全国安全センター事務局長)
主催者あいさつ
[日本] 原田正純氏(全国安全センター議長、熊本大学医学部助教授)
[韓国] 金恩姫氏(キム・ウンヒ 労働と健康研究会共同代表)
[韓国] 韓国の過労死の実態と課題
一相談センター開所以後の活動を中心に
李慶雨氏(イ・ギョンウ 過労死相談セ

ンター所長、弁護士)

- [日本] 過労死認定基準の改正と問題点
玉木一成氏(過労死弁護団全国連絡会議事務局長、弁護士)
- [韓国] 過労死認定上の問題点と立法方向
金晋国氏(キム・チングク 過労死相談センター顧問弁護士)
- [日本] 過労死労災裁判の到達点
上柳敏郎氏(過労死弁護団全国連絡会議幹事、弁護士)
- [日本] 過労死を予防するために
天明佳臣氏(全国安全センター副議長、神奈川県勤労者医療生協港町診療所所長、医師)
- [共同] 過労死認定の改善と過労死をなくすための日韓共同声明
過労死シンポジウムのまとめ
[日本] 岡村親宜氏(過労死弁護団全国連絡会議代表幹事、弁護士)
- [韓国] イ・ウォンニョン氏(過労死相談センター顧問弁護士)

●7月23日(日)

- [日韓両国の労災職業病問題の実態と取り組み]
司会：西田隆重氏(神奈川県労災職業病センター事務局長)
- [韓国] 韓国の労働災害の現実と労災追放運動
チョ・オックファ氏(全国産災追放団体連帯会議代表)
- [日本] 日本の労災職業病問題の実態と取り組み
西野方庸氏(関西労働者安全センター事務局長)
- [第1分科会：じん肺問題]
司会：鈴木明氏(東京東部労災職業病センター)
- [日本] 日本におけるじん肺問題の現状と課題
平野敏夫氏(東京東部労災職業病センター代表、亀戸ひまわり診療所所長、医師)
- [日本] 造船業におけるじん肺・石綿関連疾患
一横須賀での経験—
名取雄司氏(横須賀中央診療所、医師)
- [韓国] 健康検診制度改善闘争—造船労協のじん肺および騒音性難聴再検診を中心の一

梁吉承氏(ヤン・ギルスン 産業保健総合センター設立推進委員会実行委員長、聖水医院院長)

- [第2分科会：職場活動と労働者教育]
司会：川本浩之氏(神奈川県労災職業病センター)
 - [日本] 労働安全衛生トレーニングと職場改善
飯田勝泰氏(東京東部労災職業病センター事務局長)
 - 山岸素子氏(神奈川県労災職業病センター)
 - [韓国] 職場活動と労働者教育
朴(パク・)ウンジュ氏(労働と健康研究会前教育部長)
- セミナー全体のまとめ
- [韓国] 梁吉承氏(ヤン・ギルスン 産業保健総合センター設立推進委員会実行委員長、聖水医院院長)
 - [日本] 齊藤竜太氏(神奈川県労災職業病センター理事長、神奈川県勤労者医療生協十条通り医院院長)

●7月24日(月)【関係団体訪問】

- ・東京東部コース：午前中は、自治体労働安全衛生研究会との交流、過労死弁護団全国連絡会議・全国過労死家族の会との交流の2組に分かれ、全統一労働組合で昼食の後、日本予防医学協会職場見学。亀戸ひまわり診療所で、日本化学工業のクロム被害者の会、公園のクロムを考える会との交流の後、「風の広場」(クロム鉍処理現場調査)。
- ・神奈川コース：午前中、労働科学研究所を見学、小木和孝所長から同研究所のアジア諸国との共同研究等についてのレクチャーを受けた後、横浜の神奈川県勤労者医療生協港町診療所へ。横須賀石綿じん肺訴訟原告団、港湾労働者被災者の会、神奈川シテユニオン組合員(日本で労働災害にあった韓国人労働者)等との交流。

●7月25日(火)【韓国側代表団帰国】

本号では、総特集として、このセミナーの全ての発表内容を収録。韓国側発表はセミナーのために用意された発表テキストを翻訳したもの、日本側発表はテープを起こして文章化したものを紹介した。

共通する過労死認定をめぐる課題



労働科学研究所を訪問・見学(7.24 神奈川コース)

韓国の労働と健康研究会に過労死相談センターを付設することは、1994年10月の第1回日韓共同セミナーの席上で発表された。同センターの開所以降の活動の成果と課題が、李慶雨所長から報告されたが、昨年12月には、ソウルに次いで、仁川地域でも過労死相談センターが設立されている。

過労死相談センターには、開設以来今年6月30日までの約1年8か月の間に126件の相談が寄せられたとのこと。うち療養申請件数が61件、認定された件数が20件(内5件は認定された後の民事損害賠償に関する相談)、行政訴訟の件数が2件となっている。

韓国では、産業災害補償保険法(日本の労働者災害補償保険法に当たる)の「業務上災害認定基準」(労働部例規)が1993年5月6日に改正され、はじめて「脳血管疾患及び虚血性心疾患」の認定基準が策定された。この認定基準は、その後、1994年7月21日及び1995年4月29日の2度にわたり改定されたとのこと(現在は、産災保険制度の運営が労働部から勤労福祉公団に移管されたことに伴い、業務上災害認定基準は勤労基準法施行規則に吸収されている)。

改定の理由等については公表されていないようだが、3年間毎年改定という「柔軟さ」には驚く(日本では、1987年に26年間ぶりの改定を行った後、7

年後の今年再改定が行われたところ)。

内容的にも、1994年7月21日の認定基準では、脳出血、くも膜下出血の2疾病についてはあるが、自然経過による悪化だという明白な医学的証明がなければ(すなわち、反証がなければ)、業務上と認定することとするなど、参考になる点も多い(ただし、1993年5月6日に再改定されている)。

この認定基準に基づく、韓国での実際の認定件数(率)等、運用の状況については公表されていないが、行政訴訟での労働者側の勝訴率は高い(1988年から1994年までの過労死関連の大法院(日本の最高裁に当たる)判決のうち入手可能な74件中の認定事例は52件(70%)。日本では、1961年から1993年までの各級裁判所での判決中44件(26%)であったが、1994年からの1年半の判決23件中では18件(78%)と、最近の勝訴率の急上昇が特徴的)。

日韓両国とも、行政認定の基準が、業務上認定の対象となる業務の過重性を極めて厳しく評価し、また、厳密な医学的証明も含めて、被災労働者・遺族に過度な立証を要求するものとなっていること。認定基準策定のプロセスが民主的でないこと。かえって、行政訴訟の判決の方が、過労がその他の要因と共働して発症の原因となっていれば救済の対象とするという共働原因論の立場をとるなどして、行政認定よりも幅広い救済を行っていること。等々、共通の問題点と課題をかかえていることが確認された。行政審査や行政訴訟上の諸論点、日韓ともに行政認定にとどまらず企業責任を追及する民事損害賠償訴訟を強化しようとしている中での諸論点等について、今後の共同研究の進展が期待される。

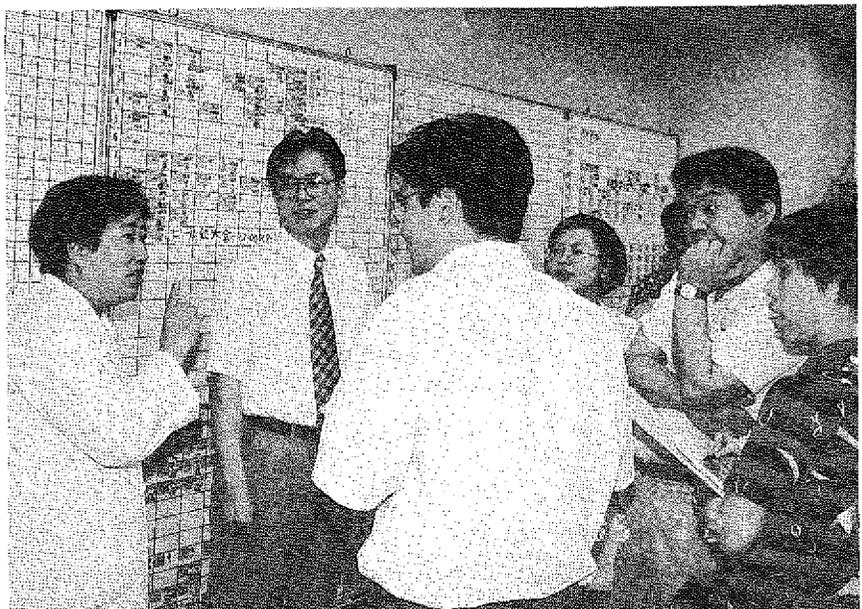
行政認定では、認定までに要する期間の長さにつ

いても議論された。上柳弁護士が、労働基準監督署で1~3年、労災保険審査官1~3年、労働保険審査会3~4年、地方裁判所2~5年、高等裁判所1~3年、最高裁判所1~5年で、裁判所にいくまでに5~10年かかっている日本の実状を紹介。韓国側から驚嘆の声が上がったが、韓国では(裁判も含めて)長くて3年で決着がついているとのこと。

産災保険制度の運営が勤労福祉公団に移管される前の制度で言えば、労働部の地方労働事務所→産災保険審査官→産災保険審査委員会という行政審査手続の流れ、及び、下級機関の決定に不服がある場合には決定を知ってから60日以内に、上級機関に不服審査請求を行うという仕組みは日本と同様であるが、各々の段階では、50日以内に処理することとされているという(法律ではなく内規で決められているもので、50日以内に処理できなくても処罰の対象になるものではない)。

審査委員会の決定にも不服がある場合には、地方法院に行政訴訟を提起することとなる。しかし、大部分の場合は、すぐに高等法院に移行するという点が日本とは異なり(産災保険未加入事業場における勤労基準法に基づく請求等の場合は移行しない)、大法院までいく場合でも、裁判に要する期間は1~2年であるとのこと。

日本では、昨(1994)年10月に施行された行政手続法によって、「標準処理期間」を定めるよう努めることとされたが、労働省は内規で、労災認定については6か月、しかし、過労死一非災害性の脳・心臓疾患等については「業務上外の判断が相当に困難で、調査事項が多岐にわたり、調査に要する期間に相当のばらつきもあること」から「標準処理期間を



日本予防医学協会を職場見学(7.24 東京東部コース)

定めない」と「定めている」。日韓の現状のレベルには大きな格差があるが、行政認定を迅速化させる必要があるという課題については、お互いに確認した。

過労死予防でも経験交流を

今回のセミナーでは、過労死の予防に関するセッションを設けたことが特徴のひとつ。天明佳臣副議長(神奈川県労働者医療生協港町診療所長)から、技術革新ただならぬ中での労働安全衛生は、個々の疾病別の管理・対策では決定的に不十分であり、労働者の健康問題を「労働関連疾患」という広い概念でとらえ、労働関連疾患全体を視野においた対策・改善が必要。そして、そのために、職場での日常の安全衛生活動の進め方を、従来の「法規準拠型」から「自主対応型」、「行動志向型(アクション・オリエンテッド)」に転換していくことが訴えられた。

日本では、産業衛生学会・循環器疾患作業関連要因検討委員会の提言「職場の循環器疾患とその対策」がまとめられ、労働省も1995年度中に「高血圧症、虚血性心疾患、脳血管疾患等作業関連疾患の予防のための健康管理マニュアル」を作成、労働安全

衛生法の改正等も予定されるなかで、予防に関する議論の活性化が重要になっている。

韓国でも、労働と健康研究会が、日本のストレス疾患労災研究会が1990年11月~1992年7月に実施した「ストレスと健康総合調査」を参考にして、韓国の労働者における労働の諸要因とストレスに関する調査を行う等の取り組みも行われている(1994年12月7日に行われた過労死相談センター結成1周年記念セミナーのテキスト—8月増刊号所収)。

討論では、日韓両国における、企業や労働者、労働運動等の実状、各々の国の労働行政が進めようとしている施策をふまえた発言から、アジアにおける草の根の労働安全衛生運動の今後の交流の方向についてまで、活発な発言があり、端的な意見交換ができたと考えている。今後、具体的な事例や取り組みの経験交流が求められる。

なお、前述の過労死労災認定をめぐる日韓共通の諸課題等を改善して被災労働者と家族の生活補償を確立すること、及び、①過労死の背景には産業社会のあり方があり、企業、社会構造のあり方を変えることなしには過労死問題の根本的解決はないこと、②個人対策にとどめず職場対策、労働の人間化が必要であること、また、③労働者、労働組合が参加する権利の確立と、運動の強化が不可欠であること、などを盛り込んだ「過労死認定基準の改正と過労死をなくすための日韓共同声明」(47頁参照)を参加者全員で採択した。

活発な労働組合の取り組み

今回のセミナーでの各々の発表はそれぞれに非常に興味ぶかいものであるが、くわしくは各報告を参照してもらうこととして、韓国側の発表に共通した特徴をひとつだけ紹介しておこう。

それは、労働組合が熱心に安全衛生問題に取り組み、それを支え協力する医師、弁護士、関係団体の人々を含めてみな元気がよいということである。

全国労働組合協議会産業安全保健部長のモ・チンヒさんは、「日韓両国の労災職業病問題の実態と取り組み」のセッションで、韓国における労働組合の取り組みについての質問に答えて、「韓国では、とくに大企業の組合を中心に、労働組合の安全衛生

問題に対する関心は高く、取り組みは活発」だとして、取り組みの具体的内容について、

- 個別企業内での活動としては
- ①被災労働者の労災認定、補償
 - ②健康検診の監査
 - ③環境改善のための要求
 - ④安全衛生委員会への参与
 - ⑤法制度改正のための闘い
- 地域、業種別、全国的な連帯活動としては
- ①個別企業内での活動に対する支援
 - ②労働者教育(第2分科会「職場活動と労働者教育」でも紹介されているが、産業安全保健法で義務づけられた安全衛生教育の時間を労働組合が活用していることは注目される。)
 - ③調査研究(昨年は、自動車、造船産業で、合理化が労働者の健康に与える影響についての調査を実施)
 - ④労働と健康研究会、過労死相談センター等関係団体との連携

等と紹介した後、「今回のセミナーを通じて、韓国と日本と似てると思うことがたくさんあったが、ひとつ違うと感じたのは、労働者が、自分の安全と健康を守るために自信をもって闘っているという点では、韓国が非常に希望があると感じた。

とくに、韓国では、民主労働組合の全国的組織である「全国民主労働組合総連盟(民主労総)」の11月結成に向けての準備が進行しており、今回の韓国側参加者からは口をそろえて、民主労総結成によって韓国の労働安全衛生運動の取り組みを発展・強化させていく意気込みと展望が語られた。

そのような活発な取り組みの中で、日本の制度と非常に似通ってつくられていた産業災害補償保険や産業安全保健等の法制度も、明らかに独自の展開をしめしつつあることに注目していきたい。

2度目になった今回の日韓共同セミナーによって、お互いの顔と活動を一層知り合うことができた。今後の日韓交流、及び、これが契機となってアジアにおける交流・連携が一層進展していくことを確信している。最後に、今回のセミナーの準備からこの報告の作成まで、通訳や翻訳等で助けていただいた方々に心から感謝いたします。



韓国の原則的な闘いに感銘

原田正純

全国労働安全衛生センター連絡会議議長

おはようございます。全国労働安全衛生センター連絡会議を代表して、一言ごあいさつを申し上げます。

国際交流というのが非常に大事だということは口で言われていますが、私のささやかな韓国との経験で申しますと、私は、1986年にはじめて温山を訪れました。そこでさまざま公害を見て驚いたのですが、そこに行くまで全く知りませんでした。もうひとつは1990年に、源進レーヨン事件が起きて二硫化炭素中毒のひどい患者さんがたくさん出ており、それを私は見に行き、これもまた全くそういう情報が日本に届いてないということを痛切に感じたわけです。

同時に、温山の公害については日本企業が非常に深くかかわっているということ、源進レーヨンの職業病に関してもこの機械が実は日本から払い下げて輸出されたものであるということ一このことを知って、情報が届かないということに加えて、日本の関与について、私は大変ショックを受けたことがあります。

かくも近い隣りの国でありながら、このような重大な情報が伝わっていないということに大変なショックを受けたわけです。特に源進レーヨンに関しては、二硫化炭素中毒であり、日本においては約80年の研究の歴史があるわけです。しかし、そういうものが全く情報なしに向こうでたくさん犠牲者を出しているということは、私たちそれにかかわってきた者としては、とても申し訳ない気持ちがあります。

そこで、どうしても交流の重要性一しかも政府間の交流ではなく、被害者あるいは草の根の交流の必要性を、いまさら言うまでもないのですが、感じたわけです。そういうことから、私たちは韓国のいろいろな運動とお付き合いをするようになりました



原田正純氏

が、その中で、韓国の運動にふればふれるほど、大変大きな感銘を受けています。それは、労働組合も医師も薬剤師もあるいは弁護士も、日本よりもはるかに原則的な闘いをやっておられるということです。私たちは、ややもすれば忘れがちな原則的な闘いを、韓国のいまの闘いから学ばなくてはならないと思っています。同時に、韓国の方々には、私たち日本の過ち、失敗を是非学んでいただきたいと思っています。

私たちの交流はまだはじまったばかりで、非常にささやかなものですが、交流には政府間レベルの交流もあっていいし、学者間の交流もあっていいし、いろいろな交流があつていいと思います。そういういくつもの交流があつてかまわない。その中で私たちの交流は、ひとつの非常にささやかなものですが、この交流が大きく育っていくことを期待して、歓迎のあいさつに代えたいと思います。



社会科学と医療の連携に学ぶ

金恩姫

キム・ウンヒ 労働と健康研究会共同代表



金恩姫氏

今日17名の韓国の参加者を代表して、皆さんに感謝とうれしさのあいさつを送りたいと思います。今日、韓国の産業災害に対する追放運動に携わっている多くの方々に参加しています。特に現場である全国労働組合協議会あるいは産業災害労働者協議会の代表者も、今回共にまいりました。

韓国で労働者の健康を守り産業災害を追放する運動が始まったのは、1988年と言えます。韓国では、原田先生の御指摘のとおり、公害追放運動であるとか個別の労働者の健康を守る運動がありました。労働者の職業病を本格的に扱いはじめたのは文松勉(ムン・ソンミョン)君の事件以来でした。韓国では、朝鮮戦争の後、本格的な産業化が始まるわけですが、それから30年が過ぎた時点ではじめて、多くの労働者の健康であるとか産業災害の問題というかたちで社会問題化しはじめました。

今日参加をした多くの民間の産災対策の仕事に携わる人々も、いま申し上げた文松勉君の問題で共

同に仕事をはじめて以来の産災追放運動を行っています。また、これらの産災追放団体が具体的な課題を共同ではじめたのが、ちょうど2年前の過労死セミナー(第1回労働と健康に関する韓日共同セミナー)からでした。この場であるとき韓国に来られた方々のお顔をもう一度拝見できて本当にうれしいと思います。日本ではすでに問題になっていた過労死が、韓国では1980年代の後半から1990年代の初頭にいよいよ世論化しはじめました。会社であるいは工場で、そして全ての社会で、日本に学ぼうというスローガンがありました。過労死においても例外ではありませんでした。

日本が産業化を非常に合理的に発展させてきたということはあるわけですが、その社会の裏側で、特に現場における労働者の健康を害し、過労死というかたちでこの問題が拡大してきたと思います。この深刻な労働者の処遇の問題を前にしたときに、私たちは、本当に日本における過労死の実態について学習をはじめました。日本の過労死問題を学ぶ過程で驚いたのは、例えば労働時間の短縮の問題とありますが、これらの問題を社会科学的な側面と医療の側面の両方を連結されながら、これに迫っていくということに学ぶことができました。そして1993年、韓日共同セミナーを契機にして、韓国でも過労死問題を扱うセンターを設立するに至りました。

今日初日がまさにその過労死問題、そして明日もじん肺問題等ありますが、活発な討論を通して皆さんと共にこのセミナーを作っていきたいと思えます。原田先生は先ほど、韓国の活動から多くのことを学んだと言われましたが、私たちも本当に日本から多くのことを学んでいます。このセミナーを通じて、私たちの連帯と交流が一層深まることを祈願しながら、あいさつに代えたいと思います。ありがとうございます。



韓国の過労死の実態と課題

—相談センター開所以後の活動を中心に—

李慶雨

イ・ギョンウ 過労死相談センター所長、弁護士

1 はじめに

韓国は1980年代以降、飛躍的な経済成長を続けてきた。しかし、このような経済発展の根底に低賃金と長時間労働という労働者の見えない犠牲があったことは、誰もが認める事実である。この間、成長第一主義の政策的イデオロギーのもと、韓国国民は経済成長の必要性について国民的に合意してきたといっても過言ではない。目標達成のためには昼夜を分かたず、退勤時間以後も残って会社の業務を遂行するのが慣行となり、出退勤時間どおりにしようとする労働者は、大変異質で不誠実な労働者として取り扱われてきた。

ここに韓国人の勤勉性と企業への忠誠心がひとつになり、韓国の労働者は20年あまり昼夜を分かたず、ひたすら目標達成と能力を認められるために突っ走ってきた。

当然の結果として、韓国では1990年代になって過労で犠牲になる労働者が急激に増えはじめ、それに伴い、社会も過労死に関心を持ち始めた。¹⁾

韓国で過労死という言葉が使われ始めたのは、1990年代に入ってからである。もちろん、それ以前にも業務上過労によって死亡したり、身体障害になる例はよくあったが、業務上災害と認定されるのは業務遂行中に発生し、業務上過労によることが医学

的にも外観上も明白なごく一部の場合に限られており、“過労死”という言葉は本格的に使われていなかった。また、災害に対する補償の可否に関心を持つだけで、過労と疾病との因果関係については特別な関心も研究もなかった。²⁾

このような過労死について社会が漠然とした関心を持ち始めた頃、過労死相談センターが設立され、韓国で正しい認識を広げるのに大いに寄与するようになった。³⁾

2 相談センター開設当時の状況と課題

(1) 当時の状況

① 過労死は、業務上災害の中でも、事故性災害のように事故の原因と経緯が明白でなく、また、職業性疾患のような有害物質の暴露や作業方法の問題等有害要因も明らかでなく、業務との関連性を探するのが難しい面が多い。

したがって、行政官庁や使用者が補償を拒否した場合、労働者はこれに対していかなる権利の主張もできず、ただ使用者の恩恵を求めるのがやっとで、使用者からいくらかの慰労金を支給されれば、むしろ感謝するほどであった。

② また、行政官庁の労働部(日本の労働省に相当する)や企業の使用人も、過労死については、会



李慶雨氏

社のために仕事をした恩恵として、いくらかの慰労金を与えるだけで、過労死した労働者の法的補償の権利をほとんど認めなかった。

③ 一方、過労死の発生率はますます高くなる趨勢で、突然収入源を失い、何の補償も受けられないまま、家庭や社会的破綻を迎える遺族がだんだん増えている。⁴⁾

(2) 当時の課題

したがって、当時としては、過労死についての正しい広報、権利の救済が差し迫った課題で、その他過労死についての医学的研究、過労死予防対策等も提起された。

① 過労死に対する正しい認識のための広報、② 過労死に対する権利の救済活動、③ 労働部の過労死認定の実態と手続面での批判、④ 過労死になるまでの医学的研究、⑤ 過労死問題を解決するための組織や団体の対応策の構築、⑥ 過労死予防のための活動等である。

3 活動結果

① 過労死についての国民的広報を、言論放送等マスコミを利用する方法と相談センター自体の広報活動に分ければ、マスコミを通じた広報は間接的に効果をあげたが、相談センター自体の広報は

満足にできなかった。

マスコミが過労死に関心を持つのは、過労死が深刻だという社会現象の一断面と言えるが、数回にわたった放送の過労死関連特集番組は、国民に過労死が業務上災害の一部分で当然補償を受けなければならないという認識を持たせたとと思う。

② 過労死相談センターは、14人の弁護士と1人の労務士、7人の医師が参加しており、1人の専任相談員が常時電話や来訪相談を受けている。相談の結果、権利の救済が必要だと判断される事案については労務士や弁護士に連絡し、最後の救済までしているが、この間の相談内容は14頁のとおり。

③ 韓国で過労死を業務上災害と認定するのに最も大きな障壁は、労働部から、①実際に過労の事実や過労と発症との間の因果関係について度を越した厳格な証明を要求される、②過労死認定手続が形式的で長い時間を要求される一点である。

まず、過労死の因果関係。裁判所はいわゆる“共働原因説”の立場をとり、立証の程度も“当該救済事例において過労がその疾病を誘発、悪化したという点について医学的見地を有し、一般の経験則上蓋然性があれば十分である”という立場であるのに対して、労働部は“相対的有力原因説”の立場をとり、立証の程度も、裁判所よりはるかに明白な証明を要求している。

この点は、労働部で棄却された多くの事例が、裁判所で認定されていることでも明らかであるが、労働部は、このような態度を別に変えようとしていない。

手続の面でも、業務上災害の認定の可否を判断する人的資源の不足、審理の形式性から実質的な審理の効果を収められず、行政訴訟に移行する前には、審査、再審査請求を必ず経なければならない、不必要な時間と費用を浪費し、迅速な権利の救済を妨害している。

相談センターは、上記2つの問題点について、数回にわたってセミナー等を通じて指摘してきたが、労働部の態度は少しも変わらない。

④ 過労死になるまでの研究は、過労死認定の疾病の範囲と関連し、大変重要だと思う。

韓国の業務上疾病の範囲は労働基準法施行令第54条に規定されている。同54条は業務上疾病の

種類を具体的に列挙し、その38号で、“その他業務に起因したことが明らかな場合”と包括的な規定をあげているが、同規定によっても、過労による業務上災害であると認められるのは大変難しい。なぜなら、現在も多くの疾病が新しく発生しており、実際には過労と密接な関連がある疾病でも医学的根拠が明らかでない場合が多く、このような疾病の場合には、その医学的根拠の希薄性が過労死認定を否認する要素になるためである。

ここに疾病と過労との相関性についての研究が進まなければならない理由があるが、現在韓国ではこの分野の研究は基礎的な関心を持つ程度と考えられる。

- ⑤ 過労死問題を解決するため、組織的・団体的対応を模索しているが、大変弱い。過労死が個人的な要因よりは、成長と能率を重視する社会構造または企業風土にその原因があることには、いくらか社会的合意があるだろうと思う。⁹⁾しかし、このような社会構造や企業体質を変えるための運動は大変弱い。むしろ、過労死の原因が社会構造的なものであると認識しているにもかかわらず、一方では、経済成長と企業の能率は放棄できないという呪縛が将来にわたって支配的なイデオロギーとして作用するであろう。結局、過労死を予防するために社会構造を変えなければならない運動が起こるまでにはまだ遠い。

相談センターの地方支部結成は、拡大に向け努力しているにもかかわらず成果は微々たるもので、1994年10月、仁川地域に仁川過労死相談センターが結成されただけである。組織の対応で最も重要なのは、多分労働組合での過労死予防活動である。労働組合で過労死を予防するためには、労働時間の短縮、休日の確保、昇進、転職、地方赴任、出張等、業務上ストレスの要因に対する制度の改善努力が必要であるが、いまだに韓国の労働組合運動は、過労死問題に対する具体的活動をするまでには至っていない。韓国での労働組合運動は1987年以後大変活発化し、安全衛生と労働者福祉問題にも関心を示している。しかし、いまだに事故性災害や職業病の分野に活動の中心を置き、過労死に関しての活動は、どちらかといえば貧弱である。⁹⁾

4 活動についての評価及び対案

- ① 過去2年間の活動は、韓国で関心を持ち始めた過労死問題について、過労死の実態と理論的根拠を提示し、言論の全国的な広報で、過労死についての正しい認識普及するのに相当寄与したと思う。

- ② しかし、過労死の原因と実態の深刻さについての社会的認識にもかかわらず、過労死を防止するための社会的慣行と制度の改善運動には力不足である。このため、過労死遺族会を構成し、過労死の事例及び過労死した遺族の過労死以後の破綻した生活実態を把握し、事例集を発刊する等、過労死の深刻さを社会的に喚起させ、一方で、労働組合で長時間労働と業務上ストレスをなくすための制度及び慣行の改善活動、作業工程、作業環境からのストレス要因をなくす活動を強化するようにしなければならないだろう。

労働と健康研究会では、数年前から安全衛生の実効性をあげるために、労働者の参加の必要性を強調し、さまざまな努力を注いできた。労働組合及び労働組合幹部を相手に、現場で「労働組合の安全衛生活動」をテーマに教育及び実習等を定期的に実施し、制度を改善するために産業安全保健法改正に参加し、安全衛生委員会に労働者代表が参加するようになった。作業中止権や作業拒否権を規定するようにした等の成果もある。

将来過労死の分野でも、団体協約に過労やストレス発生要因をなくす規定を盛り込む等、全国規模での労働組合の活動が望まれる。

- ③ 一方、過労死認定で労働部または勤労福祉公団は、裁判所より硬直した態度で一貫している。少なくとも裁判所で認定する水準で、認定の幅を広げるようにする運動を続けなければならない。



(翻訳：西尾秋子)

- 1) 1992年度韓国の40代死亡率は人口240万名に死亡者14,304名で世界で最も高く、日本、スウェーデン、カナダの3倍にもなり、死亡原因別では肝疾患、脳血管疾患の順であった。(ソウル保健大学院イ・ウンマン)

また、心筋梗塞、狭心症、肺がん等の死亡率は1980年

代中盤に比べて3倍程度増加していると報道されることもあった。

- 2) このような状態で災害を業務上災害と認定するかどうかは、ほとんど行政官庁の独断と主観的な判断に委ねられ、災害を受けた労働者またはその遺族たちもほとんど行政官庁や使用者の恩恵に任せるだけである。
- 3) 1993年10月に開催された韓日共同セミナーに言論は大きな関心を見せ、過労死に対する論議を呼び起こす契機になった。
- 4) 韓国では別に過労死の統計をとるところがなく、過労死の発生件数がわからない。ただ、1993年度国勢調査資料を見たところによると、過去成人病関連疾患で業務上災害で認定されたのは年間500余名程度、当時業務上災害で認定されない方がむしろ多かった状況を考慮すれば、実質的な過労死件数はこれよりはるかに多いことを示す。
- 5) もちろんこれについては特に医師側から反対意見が多い。医師は過労死という言葉の使用に反対し、突然死

【→45頁から続く：金晋国報告の注】

- 1) 金ハンジュ、過労死と因果関係—最高裁判例分析を中心に—、過労死相談センター1周年記念セミナー資料集(8月増刊号に全文日本語訳)によれば、1988年から1994年までの過労死と関連した最高裁判決中入手可能な74件(認定した判決52件、認定しない判決22件)を分析している。上記期間中に、過労死と関連して「入手可能な」最高裁判決だけでも74件になるのを見ても、以前に比べて飛躍的に増加したことがわかる。
- 2) もともとは労働部(地方労働事務所)で管轄していたが、産業災害補償保険法の改訂(1994年12月22日法律第4826号)で、1995年5月1日から産災保険業務は勤労福祉公団で管轄している。
- 3) 旧認定手続：労働部(地方労働事務所)に給付支給請求→産業災害補償保険審査官に審査請求→産業災害補償保険審査委員会に再審査請求→労働部(地方労働事務所)を相手に高等裁判所に行政訴訟提起
- 4) しかし、労働部長官と労働委員会の審査・仲裁結果は、勧告的性質に過ぎず、強制力がない。
- 5) 業務上災害の認定範囲に関し、労働部規程によれば、別途に作成された「業務上災害認定基準」(ごく最近の業務上災害認定基準の1994年7月21日労働部規程第247号)を一応の判断基準としてきたが、1995年4月29日産業災害補償保険法施行規則の改正(1995年4月29日労働部令第97号)で、業務上災害認定基準の大部分が産業災害補償保険法施行規則内に吸収された。
- 6) 李慶雨、過労死の補償理論と実務上の争点、民主社会のための弁論。
- 7) 産業災害補償保険法第4条1号。
- 8) 相当因果関係説をとる立場でも、過労が災害発生にどの程度寄与しなければならないかにより、最有力原因説、相対的有効原因説、共働原因説に分けられる。
- 9) 岡村親直、災害補償と労災補償、労働旬法社。

の一部に過ぎないと主張する人が多い。

- 6) 現代自動車、現代重工業、大宇造船等大企業労働組合を中心に安全衛生や職業病対策活動は大変活発である。
- 7) 健康検診や作業環境測定をめぐり、労働組合と使用者側の対立が深い。労働組合側は健康検診結果の判定内容等管理の程度問題について異議を提起する機会が多く、いわゆる健康診断と作業環境測定のために検診対象の選定、検診機関の選定、検診または測定結果の判定に労働組合が使用者と協議し、決定することを要求し貫徹した。しかし、労働と健康研究会の1995年度検診に対するアンケート調査資料によれば、健康検診や作業環境測定がいまだに形式的な場合が多い(例えば健康検診時既往症や作業内容については全く検討されず、作業と疾病の関連づけが大変弱い)、検診時間が特に短く、パート労働者の健康状態に十分な検査がされていないだけでなく、事後措置が当たり前にされていないこともわかった。このような健康診断の形式性と無用性については産業界でも多くの批判が提起された。

- 10) 以下は、金ハンジュ、過労死と因果関係—最高裁判例分析を中心に—過労死相談センター1周年記念セミナー資料集参照。
- 11) 公務員の場合は、公務員年金法所定の給付請求、私立学校教員の場合は私立学校教員年金法所定の給付請求。
- 12) ソウル高等裁判所1992年9月16日宣告 92ナ2822損害賠償、原告—白斗男、被告—西武旅客株式会社の事件で、上の事案は1日15時間ずつ、月20日働くよう賃金協定が結ばれているバス会社で、運転手として勤務した労働者が、実際には、朝6時から夜10時半まで1日16時間ずつ労働し、特に、死亡する前に、継続5日勤務1回、継続4日勤務1回、継続3日勤務1回など、総22日間、合計363時間を勤務するなど、3か月間毎月300時間をこえる過重な労働をしてきた。死亡当日、1回運行を終え、会社待機室で休息中突然倒れ心臓麻痺で死亡した事件である。
- 13) これに対する詳細な論議は、川人博、過労死と企業補償、労働旬報社参照。
- 14) 以下具体的な内容は、拙稿過労死と企業責任、1994年12月 過労死相談センター1周年セミナー資料集参照。
- 15) ソウル地方裁判所東部支所1993年9月15日宣告 93カ合16888号損害賠償、原告—金ジョンソン、被告—株式会社パロック家具、この事案は、会社営業所主任として、会社代理店に関する取引所管理など、営業全般に関する事務を担当してきた労働者が、退社後、家で就寝中急に意識不明状態に陥り、病院に運ばれる途中死亡したが、死体解剖結果、心臓が肥大しており、左側心冠状動脈が硬化している急性心不全によって急死したものと推定されるが、心不全を起こした原因は明らかにされない事案である。
- 16) 李尚遠、産業災害と使用者の安全配慮義務、人権と正義第156号及び157号参照。
- 17) 李銀栄、産業災害と安全義務、人権と正義第181号参照。

別添 過労死相談センター活動報告

1 相談現況

相談件数 1995年6月29日現在 126件
 療養申請件数 61件
 認定件数 20件(この内5件は労災認定された後の民事賠償相談)
 行政訴訟中の件数 2件

2 相談分析

性別分布

性別	事例	%
男	122	96.83
女	4	3.17
全体	126	100

年齢分布

年齢	事例	%
—29	4	3.17
30—39	36	28.57
40—49	40	31.75
50—59	24	19.05
60—	5	3.97
無回答	17	13.49
全体	126	100

発病疾病名性別分布

診断疾病名	事例	%
脳出血	31	24.60
脳梗塞	18	14.29
狭心症	3	2.38
心筋梗塞	17	13.49
その他心血管関係疾患	17	13.49
肝疾患	8	6.35
死因不詳	13	10.32
その他	17	13.49
無回答	2	1.59
全体	126	100

勤務期間

勤務期間(年)	事例	%
—3年未満	33	26.19
3年—6年未満	19	15.08
6年—9年未満	7	5.56
9年—12年未満	11	8.73
12年以上	18	14.29
無回答	38	30.16
全体	126	100

職種別分類

職種	事例	%
専門、技術職	22	17.46
事務管理	33	26.19
販売職	1	0.79
サービス(警備、清掃)	14	11.11
生産・運輸・単純労務	52	41.27
無回答	4	3.17
全体	126	100

過労様相

作業方式	事例	%
交替勤務		
8時間交替	3	2.38
12時間交替	5	3.97
24時間交替	2	1.59
日常勤務		
残業なし	13	10.32
1日残業1時間以下	13	10.32
1-2時間以下	14	11.11
2-3時間以下	9	7.14
3-4時間以下	10	7.94
4時間以上	23	18.25
その他	9	7.14
無回答	23	18.25
全体	126	100

事例発生年度

年度	事例	%
1993年以前	16	12.70
1993年度	60	47.62
1994年度	34	26.98
1995年以降	7	5.56
無回答	9	7.14
全体	126	100

事例発生場所

場所	事例	%
事業所内	34	26.98
その他	61	48.41
無回答	31	24.60
全体	126	100

資料：韓国の脳・心臓疾患労災認定基準

韓国では、日本の労働基準法に当たる勤労基準法、労働者災害補償保険法に当たる産業災害補償保険法等が制定されている。韓国の勤労基準法第78条第2項は「業務上疾病は大統領令で定める」と規定し、勤労基準法施行令第54条で、第1号の「業務上の負傷に起因する疾病」から第38号の「その他業務に起因することの明らかな疾病」まで、38項目が列挙されている。これは、1978年に改正される以前の日本の労基法施行規則のリストと形式も内容も全く同じである(現行の日本のリストでは、第1号から第9号に大分類した上で、各号をさらに細かく区分して規定するようになっている)。

また、日本のように疾病別に複数の行政通達で認定基準を示すのではなく、「業務上災害認定基準」が労働部例規として告示されていた。これは、大きく第1章「総則」と第2章「業務上の事故及び死傷」、第3章「業務上の疾病及び業務上の疾病に起因する死亡」に区分され、個々の疾病ごとの認定基準は各条文中で示される。

いわゆる過労死＝「脳血管疾患及び心臓疾患」については、1993年5月6日付けの「業務上災害認定基準」の改訂によって、新たに第12条として設定された。

その後、その内容は、1994年7月21日付け及び1995年4月29日付けと、2度にわたり改訂が行われている。いずれの場合も改訂の理由についての公式な説明はなされていないようである。

なお、産災保険業務の運営が、1995年5月1日付けで、労働部から勤労福祉公団に移管され、それに伴う法令の改正によって、「業務上災害認定基準」の内容は、勤労基準法施行規則の別表に吸収されたようであるが、その全文は確認していない。以下の第1条～第10条は、1993年5月6日当時の労働部例規の内容である。

第1章 総 則

第1条【目 的】

この基準は、産業災害補償保険法(以下「法」という。)第3条第1項の規定による業務上災害及び同法第9条第2項の規定による保険給付支給事由を明確にして、産業災害補償保険業務を迅速かつ公正に処理することを目的とする。

第2条【用語の定義】

この基準で使用される用語の定義は次のとおりである。

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

第2号「死傷」とは、労働者の負傷、身体障害、死亡をいう。

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

第3条【適用範囲】

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

第4条【相当因果関係の要件】

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

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

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

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

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

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

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

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

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

第3章 業務上疾病及び業務上疾病による死亡 第10条【一般原則】

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

第1号 第4条第2項による業務と疾病との間に相当因果関係があること。

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

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

第12条【脳血管疾患及び心臓疾患】

①1993年5月6日制定当時

第1項 労働者が業務上の負傷によって、脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、心臓の二次性循環不全に罹患したり、そのために死亡した場合は第11条(業務上の負傷による疾病)を準用する。

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

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

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

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

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

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

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

②1994年7月21日改訂(第2項以下の改訂)

第2項 労働者が業務と関連して脳内出血、くも

膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症、狭心症、心筋梗塞が発病したり、医師の診断、検死、解剖等の方法で、同疾病により死亡したことが確認されたときには、次の各号の1つに該当する場合、勤労基準法施行令第54条第38号による疾病(業務上疾病)とみなす。

第1号 業務遂行中の労働者が次の各目の1つに該当する原因によって脳血管及び心臓疾患を発病したり、同疾病によって死亡した場合は業務上疾病とみなす。

第1目 突発的または予測困難な程度の極度の緊張、興奮、恐怖、驚愕等の急激な作業環境の変化で、労働者に顕著な生理的変化をもたらした場合。

第2目 くだんより業務量、業務時間、業務上責任、作業環境等、業務上負担が増加し、慢性的に肉体的、精神的な過労を誘発した場合。

第3目 業務遂行中に脳実質内出血、くも膜下出血が発病したり、同疾病によって死亡した場合は、同疾病が精神的及び肉体的過労に敏感な疾病であることを勘案し、労働者の素因または基礎疾患が自然発生的に悪化したことが医学的に明白に認められない限り、業務上疾病とみなす。

第2号 業務遂行中に発病していない場合には、業務が疾病を誘発または悪化させたことが、業務と疾病間に因果関係が時間的、医学的に明白に認められること。

第3項 第2項第1号の過労による業務上疾病の可否を判断するにおいては、次の各号の要件を考慮すること。ただし、業務量、時間、強度、責任及び作業環境の変化等は当該労働者の年齢、性別、身体健康度等により影響が異なる場合があることを医学的に考慮すること。

第1号 第2項第1号第1目の急激な作業環境の変化とは、脳及び心臓血管の正常的な機能に著しい影響を与える程度の過重負荷を意味し、このときの発病は時間的に過重負荷後3日以内には相当な影響を受けることを参考とす

ること。

第2号 第2項第1号第2目の慢性的過労とは、労働者の業務量と業務時間が発病前に3日以上連続して日常業務より30%程度以上持続したり、発病前1週間以内に業務量、時間、強度、責任及び作業環境等が一般の人がそれに適応することが困難な程度に変わったときをいう。

③1995年4月29日改訂

第1項 労働者が業務遂行中に次の1つに該当する原因により、脳実質内出血、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症、狭心症、心筋梗塞が発病したり、同疾病により死亡したことが確認される場合には、これを業務上疾病とみなす。業務遂行中に発病していない場合で、その疾病の誘発または悪化が業務と相当因果関係があることが時間的、医学的に明白な場合も同様である。

第1号 突発的または予測困難な程度の緊張、興奮、恐怖、驚愕等の急激な作業環境の変化で、労働者に顕著な生理的変化をもたらした場合。

第2号 業務量、時間、強度、責任及び作業環境の変化等、業務上負担が増加し、慢性的に肉体的、精神的な過労を誘発した場合。

第3号 業務遂行中に脳実質内出血、くも膜下出血が発病したり、同疾病によって死亡した原因が、自然発生的に悪化したのではないことが医学的に証明される場合。

第2項 第2項第1号の急激な作業環境の変化とは、脳血管または心臓血管の正常的な機能に著しい影響を与える程度の過重負荷をいう。

第3項 第2項第2号の慢性的過労とは、労働者の業務量と業務時間が発病前に3日以上連続して日常業務より30%以上持続したり、発病前1週間以内に業務量、時間、強度、責任及び作業環境等が一般の人がそれに適応することが困難な程度に変わった場合をいう。

[下線は編集部]



過労死認定基準の改正と問題点

玉木一成

過労死弁護団全国連絡会議事務局長

今日は、この間の日本の過労死労災認定基準の改正の内容と問題点について話したいと思っています。

いま韓国の過労死相談センターの所長である李慶雨さんから、韓国の過労死の問題状況について非常にわかりやすくお話いただいたのですが、私は、1993年10月に過労死相談センターが韓国で開設される時に韓国を訪問させていただき、そのときの状況をお聞きしました。その後、約1年半にわたる活動があったわけですが、李慶雨さんのお話を聞いていて、日本の状況、問題点と非常によく似ていて、瓜ふたつではないかと思いました。そういう意味では、両国の問題点をあげてお互いの運動を強めていくことが非常に重要だと感じました。

過労死の労災認定基準の意味

日本でも1987年の過労死の労災認定基準改訂後、過労死について語るときに、必ず認定基準という問題が出てきます。また、過労死の被災者や遺族が労災申請をしたときに、一番最初に突き当たる壁が認定基準です。

この労災認定基準については、労働省の認定基準の他に、国家公務員の場合は人事院の認定指針というものがあり、地方公務員については国家公務員に準ずるというかたちで、本来労災補償制度ごとに3

本建てになっているわけですが、実質的には、民間労働者についての労働省の認定基準と人事院の認定指針の2本建てになっています。この労災認定基準とは、本来どういうものなのか。今回お話をするのに振り返ってみました。

認定基準の本来の意味については、今年の4月27日の大阪高裁の判決の中で、労災の業務上外の認定処分を所管する行政庁が一民間労働者については労働省、国家公務員では人事院になるわけですが一その処分を行う下級行政機関に対しての運用基準を示した通達にすぎない。簡単に言うと、法律の解釈について、行政庁の解釈を示したものにすぎないということを判示しています。裁判所がこのような判示をするのは、裁判所はこの認定基準に拘束されないということを明示しているわけです。なぜ裁判所がこのような判示をするかと言うと、労働省は一無謀、思い上がりだと思おうのですが一裁判所に対して、過労死の業務上外の判断については裁判所もこの認定基準で判断すべきだという主張を展開しているからです。これに対して、裁判所が正面から、裁判所はそのような認定基準にとられないのだということを、この間、この大阪高裁判決だけでなくいくつか連続して判示しています。

被災者、遺族の前に立ちはたかる大きな壁



玉木一成氏

本来、労災認定基準は労働省が示した行政通達でしかあり得ないにもかかわらず、現実には過労死の被災者、遺族が最初に突き当たる壁として大きな意味を持っています。

まず、認定請求をした被災者、遺族は、この認定基準という行政庁の通達によって業務外処分を受け、実質的に救済をあきらめさせられています。先ほど韓国の報告の中で、行政庁の適用は非常に厳しく、また訴訟を起こす前に審査の手続をしなければならぬので長い期間がかかるということが言われましたが、日本も同じ状況です。日本ではよく1年、2年、3年と言います。最初の労働基準監督署長の処分が出るまでに1年、次の審査請求で2年、再審査請求で3年、裁判を起すまでに合わせて6年かかると言われています。実際に、現在、東京とか大阪ではもっと長い期間がかかっています。

こういう実態が、労災申請をした被災者や遺族の救済要求をあきらめさせる作用を果たしています。

さらに、この労災認定基準の厳しさが世間に知られたることによって、労災申請をしないであきらめる被災者や遺族がいるということです。実際に労災申請をしたり、訴訟を起こす遺族は氷山の一角にすぎないわけです。年間約500件の労災申請があるのに対して、業務上と認定されるのは30件前後しかないという実態が宣伝される結果、ほとんどの遺族はあきらめてしまうという状況があります。

労災認定基準の厳しさの結果の労災認定件数の少なさは、表1(次頁)の脳血管疾患及び虚血性心疾患等の労災補償状況のとおりです。この表で、過労死一過労性の脳・心臓疾患を示すのは9号で、1号というのは負傷性の件数をさします。見ておわかりのとおり、不自然さを感じさせるほど、毎年30件程度ということになっています。

過労死労災認定基準の変遷

このような救済件数を少なくする認定基準の変遷について話します。

日本では、過労死の認定基準については3回通達がなされています。最初が1961年2月13日の基発第116号通達。2番目が1987年10月26日の基発第620号通達。最後に1995年2月1日の基発第38号通達です。

一番最初の1961年2月13日の基発第116号通達は、明確な「災害主義」をとっています。資料(省略)を見てください。「業務に関連する突発的又はその発生状態が時間的、場所的に明確にし得る出来ごともしくは特定の労働時間内に特に過激な業務に就労したことによる精神的又は肉体的負荷」とあって、カッコしてこれを「以下単に災害という」としています。過労死についても、他の労働災害と同じように、発症直前に災害的な出来事を要するという考えで認定基準が作られていました。したがって、過重な業務が長年続いて蓄積疲労を生じた結果脳・心臓疾患を発症したような場合には、この認定基準では到底救済されないという状況だったわけです。

しかし、そのような労災認定基準の状況の中でも、諸団体また過労死被災者の方の粘り強い努力があって、この認定基準にある程度とられない労災認定がいくつか出てくるという状況がありました。そういう状況の中で、労働省が「最新の医学的知識に基づいて新たに定めた」というのが、1987年10月26日の基発第620号通達です。

1987年通達(認定基準)の問題点

古い認定基準が「災害主義」と言われたのに対して、1987年のこの認定基準は「過重負荷主義」をとっています。「過重負荷主義」をとった1987年の通

【日本】過労死認定基準の改正と問題点

達が、過労死の対象となる業務をみる期間について「1日から1週間に拡大された」というふうに新聞等で報道され、その後1988年に過労死110番運動が始まり、過労死問題をクローズアップさせる役割を果たしました。

しかし、この1987年の通達には非常に多くの問題がありました。当時問題になっていた過労死について、救済の役割を到底果たせないような内容になっていたわけです。

発症1週間前までの限定

まず、「過重負荷」の有無について評価する対象を、発症直前1週間に限定しているということが最大の問題でした。当時から医学界では、過重労働が長年続いて蓄積疲労による脳・心臓疾患の発症というものについて指摘されていましたが、そういうものについてはいまだ医学的に証明できていないという考え方で、脳・心臓疾患に關係する業務というのは発症1週間前までという考え方を強く打ち出しているわけです。

認定基準では、まず「直前又は前日までに特に過重な業務」という要件を定めています。さらに、直前又は前日までに特に過重な業務がない場合には「発症前1週間に過重な業務が継続していること」を要件としています。そして、1週間以前は「付加的要因」ととどめるとしています。これは読み方によ

表1 脳血管疾患及び虚血性心疾患等の労災補償状況

年 度	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	脳血管疾患	
								請求件数	認定件数
	351	480	538	436	404	328	277	42	61
	24	47	77	56	54	55	40	18	14
	148	196	239	161	151	130	103	7	20
	4	5	3	3	5	1	1	3	15
	499	676	777	597	555	458	380	49	81
	28	52	80	59	59	56	41	21	29
	21	29	30	33	34	18	31		

(注) 1号とは労働基準法施行規則別表第1の2第1号の「業務上の負傷に起因する疾病」であり、9号とは同表第9号の「業務に起因することの明らかな疾病」に係る脳血管疾患及び虚血性心疾患等である。
2 未処理の件数があるため、請求件数から認定件数を減じた件数が不支給の件数とはならない。
3 労働省労働基準局の資料により全国労働安全衛生センター連絡会議が作成

表2 脳血管疾患及び虚血性心疾患等の審査請求及び再審査請求処理状況

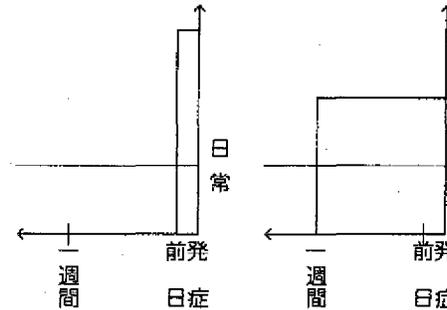
年 度	審 査 請 求						再 審 査 請 求			
	前年度末残	請求	決 定	取 下	請求の増△減	本年度末残	裁決件数	救済件数	請求件数	
1987							18	0		
1988							29	1		
1989							38	0		
1990							50	0		
1991	207	131	8	120	3	△2	205	42	0	
1992	205	109	3	109	7	△1	194	36	1	
1993	194	96	4	109	1	△3	170	45	0	

(注) 審査請求処理状況及び再審査請求の請求件数は労働省資料より、再審査請求の裁決・救済件数は労災保険研究所「週刊労災」により、全国労働安全衛生センター連絡会議が作成。
「請求の増△減」欄は、事件の移送、併合、分離等による増減である。

って、1週間より前のことについては「付加的事情として参考にする」というふうにも読めるのですが、実は認定基準は「付加的事情にしか考えてはいけない」という歯止めをしたものとして現実には作用しています。

この「直前又は前日までに特に過重な業務」または「発症前1週間に過重な業務が継続」というのは

図1 1987年の認定基準の「裏マニュアル」



非常に抽象的でわかりにくいわけですが、これについて、労働省はわかりやすいかたちで図を作りました。これが「裏マニュアル」と呼ばれているもので、1987年の認定基準の考え方を端的に示している図だと思います。

図1がそれですが、横軸が時間的経過で右側の発症時点から左へ時間的に遡ります。縦軸は仕事の重さを意味します。真ん中の点線は重いかどうかの基準にする日常業務の線ということです。まず、「直前又は前日までに特に過重な業務」を差す図として、左のような図が示されています。見ておわかりのとおり、直前又は前日までに日常業務の2.5倍から2.7倍の業務がある場合は、「特に過重な業務」すなわち業務上と判断してよいという図です。

さらに、この要件をみたくない場合には、「特に」がつかない「過重な業務の継続」が要件になり、図1の右の図のように、日常業務の約2倍くらいの業務が1週間継続している場合には労災として認めようというのが、2番目の基本的な考え方です。そして、1週間より前の業務については「付加的要因」ととどめるといふこととします。

こういう考え方を基本にした結果、例えば、1週間以内に1日休みがあって労働がゼロだということになると、労災にならないという取り扱いをしてきたわけです。休みの日が1週間のうちのどこにあってもだめなわけです。

この図は、労働省は現在使っていないと言っていますが、各労基署の現場では、この考え方がいまだに頭の中にしっかり刻み込まれていて、実際に労災にならない場合に説明を聞くと、結局この図と同じ考え方で業務外の処分にすると説明しています。

第1に、労働の過重性の評価の対象を発症前1週間に限定すること、これが認定基準の大きな問題です。

過重性は客観的でなければならない

第2に、この業務の「重さ」が客観的でなければならないと言っています。客観的でなければならないというのは非常に抽象的な言葉ですが、ふたつの意味を含んでいます。

ひとつは、「誰にとって過重でなければならないか」という問題です。本来、労災が発生した場合に、その被災労働者にとって仕事が重いか重くなかったかということを考えるのが自然な考え方ですが、労働省はこれについて「客観的に重くなければいけない」と言っていて、その意味は、「同種、同僚労働者」にとって過重でなければならない。被災した当該労働者にとって重いか重くないではなくて、一緒に仕事をしている同僚であったり、同じような仕事をしている違う会社の労働者にとっても重くしなければいけないと言っているわけです。

このような基準を定める結果、例えば高血圧の既往症を持っていたり、心臓に冠動脈硬化等の既往症を持っている被災者についても、労災と認めるには、健康な労働者と比べて重い仕事でなければいけないこととなります。既往症がある当該被災労働者にとって重い労働であっても、普通の健康な労働者にとって普通であれば、業務上にならないという考えを持ち出すわけです。その結果、ひとつの職場の中で脳・心臓疾患で死亡したり倒れたりした労働者はたったひとり、それ以外はいまも働いているのだから、その仕事は重くないんだという逆説的な論理が生み出され、業務外になってしまうというふうに使われています。

もうひとつ、客観的という意味には、どの人と比べるかという問題とは別に、「どの業務と比較するか」という問題があります。これは先ほどから言っているように、「日常業務」という概念を定めています。「日常業務」については「通常所定の業務」と定めていて、就業規則や労働協約で定まっている所定の業務ということになります。したがって、8時から17時までの、通常の昼間の8時間労働の労働

者にとっては、その8時間労働と比べて重いかどうかということになるわけです。しかし、日常業務が変則勤務—例えば、タクシー運転手のように1日16時間働いて翌日は明けまた翌日16時間働くというような変則勤務、あるいはオール夜間勤務などの場合には、その変則勤務や夜間勤務自体と比べて重い必要がある。つまり、もともと重い職種、業種については、それを前提としてさらに重くしなければならないという基準をたてているわけです。したがって、タクシー運転手がずっと所定業務を遂行していて発症したような場合には、いくらタクシー労働がもともと重くても労災認定しないという取り扱いになっています。

医学的証明の要求

第3に、請求する被災者ないし遺族に医学的証明を求めていることです。先ほど韓国でも非常によく似ているので驚きました。「業務に起因することの明らかな疾病」という規定を根拠にしていますが、「明らかな」という意味を、労働省は「医学的証明がある」という意味だというように述べています。そのように限定的に解釈しているわけです。

1987年の労災認定基準のこの3つの問題点について、日本の裁判所がどのような対応をしているかについては、午後の日本側からの報告で詳しく述べてもらいますが、基本的には、裁判所の大勢は、3つの問題について、労働省の主張、労災認定基準の要件を否定し、これを採用しない考えをとって、広く労災を認定するようになっています。

1995年改訂の背景と理由

労働省の過労死労災認定基準に対する裁判所の批判等がある中で、1995年2月1日に2度目の改訂が行われたと言ってよいわけです。労働省は、一番最初の1961年の通達から1987年の通達までの間、26年間同じ認定基準でやってきています。それが、1995年2月の改訂が前回から7年後になされたというのは、広範な世論、遺族、裁判所の批判に労働省が耐え切れなくなって、何らかのかたちで改訂をしなければいけないという必要性に迫られた中で、短期間

で改訂がされたわけです。

しかし、1961年の通達から1987年の通達への改訂が「災害主義」から「過重負荷主義」に変わったと言われている—これも抜本的な改訂ではありませんでしたが—のと比べても、もっと小さな改訂、ほとんど改訂していないのに等しいような小手先の改訂でしかなかったわけです。

労働省がこういう改訂をした動機、背景として、2つの理由をあげています。これは私が言ったわけではなく、労働省が改訂の理由を説明する報告の中で述べている理由です。これは極めて異例だと思われるのですが、ひとつは、1987年通達が「労働者にとって厳しすぎるという意見があり、世論がある」ということを労働省自身が出しています。もうひとつは、「行政訴訟事件で国側が敗訴する事案が多くなっている」ことも労働省は理由としてあげています。

表3(24頁)を見てください。これは1967年から1995年5月までの過労死の業務上認定判例の一覧表を作ったものです。労働者側が勝ち、国側が負けた判決の一覧表です。これを見ると、1967年から1995年5月までの約30年間の間に、61件の勝訴判例があるわけです。ところが51番以下は今(1995年)に入ってから判例で、6件あります。1994年は43番から55番まで13件、1993年は37番から42番まで6件勝訴判決があるわけです。30年間で61件しかない勝訴判決のうち、3分の1の20件が去年と今年の1年半の間に出ているという状況に端的にあらわれていると思いますが、裁判所は労働省が認定しないという事案について批判の態度を明らかにしているのです。この状況に対する評釈の中には、「裁判所が過労死について労働者側を勝たせる判例を出している状況は地滑り的ともいえる」という評価をしている方もいます。この点については、午後に詳しい報告がなされると思いますので、このくらいにとどめますが、このような状況の中で労働省は、何とか批判を免れようということで、1995年2月に、1987年通達の若干の改訂をしたわけです。

1995年通達(認定基準)の改訂点

その改訂点としては、大きく言うと3つくらいあ

るわけです。第1に、先ほど述べた「1週間」の問題があるわけです。この点については、「評価の対象を1週間に限定する意味ではない」、「評価の目安」だという趣旨を認定基準の中で述べています。そして、先ほど説明した「直前又は前日までの特に過重な業務」がなく、かつ、発症前1週間に「過重な業務が継続」していないときでも、発症前1週間以内の業務が日常業務を「相当程度超える場合」には、「1週間以前」も評価の対象として判断しましょうというように変わったわけです。

したがって、全ての事案について「1週間以前の業務」を考慮すると言っているのではなくて、あくまで、発症前1週間以内の業務が日常業務を「相当程度超える場合」には、「1週間以前」も考慮すると言っているわけです。この「相当程度超える」というのがどれくらいの業務の重さを言うのかは、はっきりと数字では言いません。裏マニュアルの2.5倍とか2倍のように批判されるのを恐れて、数字では言えない、あくまで総合的に「日常業務を相当程度超える」場合だけだと定めているわけです。

はっきり言っているのは、長期間の疲労があって、発症前の1週間前はもう休みが多かったり、8時間労働がやっとだったというような場合には、発症の1週間前以前の業務を考慮することはないということです。これは明言しています。蓄積疲労による労災認定については、いまでも否定的だということです。いま私が述べたことは、労働省の職業病認定対策室との質疑の中ではっきりしたことです。

過重な業務の継続の要件について

さらに、これは改正点ではないのですが、先ほどお話ししたように、裏マニュアルでは、1週間2倍程度の過重な業務が継続していなければならないという要件があったわけですが、この「継続」というのは、1週間間断なく業務が2倍過重ということではなく、過重な業務が「連続した日」があればよいということ、新しい認定基準の中で明らかにしています。これをストレートにとれば、最低2日間過重な業務が連続した日が入ればよいという考えになってくるわけです。ただし、過重な業務の日が2日で本当に労災認定になるかどうかはわかりません。だ

いふ間詰めたのですが、明確な数字では言いません。しかし、いままで現場の労基署では、この「継続」という要件があるため、1日ないし2日の休みがあればもう「継続」の要件を満たしていない、疲労は回復するんだと説明していたのが、「連続した日があれば、1週間すべて継続していなくてもよい」ということを明確に述べていることでは、いろいろな場面で使えるのではないかと思います。

客観的な過重性について

2番目の「客観的に過重」という問題については、やはり「同種、同僚労働者」と比較する。ただし、その同種、同僚労働者は、例えば、60代の人が亡くなったのに20代の人と比較してはいけない。また、全く経験が少ない人と経験が多い人を比べてはいけない。同じ年齢、同じ経験の同種、同僚労働者と比較するんだということを明記しています。

3番目に、「日常業務」の意味ですが、これについても考え方は基本的に変わっていません。タクシーの運転手とかオール夜勤の労働者については、全く考え方を変えていません。しかし、例えば、8時間労働が就業規則で決まっている労働者が、毎日2時間ずつ、恒常的に残業をしているような場合には、往々にして残業を含めたものを日常業務として、これに比べ重いか軽くないかを比較するんだという誤解が、現場の労基署では行われています。例えば、神戸のタンクローリーの運転手さんで、年間5,000時間の労働をしていて亡くなったケースがありましたが、労働基準監督署長はこれを業務外としました。この理由は、この運転労働者は年間5,000時間くらいの労働をするのが日常業務である。通常のだから、比較して過重性を判断すべきだと説明しているわけです。このケースは、審査請求の段階で業務上になりましたが、そのような現場での間違った解釈を防ぐという意味で、この認定基準の中にそういうことを明記しています。

継続的な心理的負荷について

もうひとつ、「継続的な心理的負荷」を理由として、業務の過重性を主張する場合の問題です。精神

【日本】過労死認定基準の改正と問題点

的ストレスによって脳・心臓疾患が発症した場合について、労働省は、非常にこれはむずかしいと、医学的にこれはほとんど証明されていないから、全て労働省本省にりん何しなさいというようになっています。ただし、これははっきりそう書いてあるわけではなくて、「判断が困難な事案」については、労働省の本省にりん何しなさいと定めているのです。これについては、「判断が困難でない事案はほとんどないだろう」というのが労働省の考えで、現実には、全て本省にりん何するということになるだろうと思います。

このおような内容で、果たして改訂と言えるのか、疑問のあるところですが、労働省は先ほど言ったように世論と裁判所の批判を何とかかわすために、労災認定件数を増やそうと考えているようです。したがって、1995年度の労災認定件数が、先ほどお話しした30件前後からどれだけ増えているかが、非常に注目されると思うのです。これがほとんど変わらなければ、やはり認定基準は改訂されていない、このような小手先の改訂ではだめだということになるのではないかと思います。

時間を大幅に超えていますので、これで終わりに

しますが、国家公務員の過労死の公災について規定する人事院の認定指針についても、新しく変わっています。こちらの方が、労働省の小手先の改訂以上に大きく変わっています。民間労働者の労災認定基準とは、いろいろな意味で違っています。例えば、従前、脳と心臓の血管疾患としていたのですが、脳・心臓に限らない血管疾患や、不整脈や心停止を対象疾病に拡大したり、発症前の1か月間の業務についても、毎週数10時間の労働をしていた場合には過重性があるというかたちで明確に定めています。「週数10時間」が50時間なのか60時間なのかは問題ですが、民間労働者の労災のように、原則として発症の1週間前までしか評価しないということに比べれば非常に進んでいます。また、比較の対象も、健康な同種、同僚労働者でなくてはならないというのが民間労災ですが、人事院ではそういう規定を全くしていません。したがって、この点について柔軟な解釈ができる余地を残しています。人事院の新認定指針は、民間と異なって非常に拡大してきていて、こういう面からも民間労働者についての労働省の労災認定基準について批判をしなくてはならないと考えるわけです。



表3 過労死「業務上」認定判例一覧(1967年～1995年5月)

No.	判例年月日	事件名	出典
1	東京地判 67. 6. 28	社会保険庁・戸田捕鯨船砲手脳出血死事件	労働例集1巻2篇258頁、労民集18巻3号686頁
2	東京地判 70.10.15	国・間野整形外科医急性心臓死事件	労働例集1巻2篇203頁、判時610号21頁
3	東京高判 76. 9. 30	三田労基署・大川船長心筋梗塞死事件	判時843号39頁、高民集29巻4号172頁
4	広島高判 78. 3. 22	国・宗清税務相談中も膜下出血死事件	労働例集2巻2篇476頁、労旬954号67頁
5	宮崎地判 78. 4. 28	宮崎地公災基金・坂本市職員急性心臓死事件	労働例集2巻2篇281頁
6	名古屋地判79. 6. 8	名古屋地公災基金・松川下水処理場職員急性心不全死事件	労働例集2巻2篇288頁、判時946号31頁
7	長野地判 79. 6. 21	長野地公災基金・桜井備福井膜症増悪死事件	労働例集2巻2篇311頁、判時946号3頁
8	東京高判 79. 7. 9	浦和労基署・関根オール夜勤者急性心臓死事件	労働例集2巻2篇318頁、判時930号20頁
9	札幌地判 80. 7. 4	札幌労基署・田淵運送会社作業員脳出血死事件	労働例集3巻2篇281頁、判時995号45頁
10	松江地判 80. 9. 10	林団体旅行随行中急性心臓死事件	労働例集3巻2篇173頁、判時1009号114頁
11	神戸地判 83. 3. 29	兵庫地公災基金・谷口視察研究旅行中脳出血死事件	労働例集3巻2篇373頁、判時512号166頁
12	大阪地判 86. 2. 28	泉大津労基署・山口警備員脳幹部出血死事件	労働例470号33頁
13	浦和地判 86. 5. 30	埼玉地公災基金・曾田公務旅行中脳梗塞死事件	労働例528号102頁、いのち249号22頁
14	神戸地判 86.11.26	神戸地公災基金・大敷保母脳動脈瘤破裂死事件	労働例492号36頁
15	津地判 87. 2. 26	四日市労基署・龜山トラック運転手脳出血死事件	労働例493号27頁、労旬1167号27頁

16	長野地判 87. 4. 23	中野労基署・三田トラック運転手くも膜下出血死事件	労働例498号57頁
17	大阪地判 88. 5. 16	天満労基署・柴田出稼労働者脳出血死事件	労働例518号6頁
18	東京高判 88. 6. 29	埼玉県公災基金・曾田公務旅行中脳梗塞死事件	労働例528号98頁、いのち266号25頁、判時680号138頁
19	名古屋高判88.10.31	四日市労基署・龜山トラック運転手脳出血死事件	労働例529号15頁、いのち263号3頁
20	和歌山地判88.11.30	和歌山労基署・岡トレーラー運転手急性心不全死事件	労働例532号36頁
21	名古屋地判89.10.6	国・山内郵便局員脳出血死事件	労働例550号65頁、労旬1227号27頁・1240号21頁、判時1362号13622頁
22	東京高判 89.10.26	中野労基署・三田トラック運転手くも膜下出血死事件	労働者の権利182号37頁、労働例556号81頁
23	名古屋地判89.12.26	愛知地公災基金・岡林教諭特異性脳内出血死事件	労働例557号47頁、労旬1234号44頁
24	高知地判 90. 2. 21	高知地公災基金・有田中学校教諭くも膜下出血死事件	労働例571号30頁
25	大阪高判 90. 9. 19	天満労基署・柴田出稼労働者脳出血死事件	労働例570号42頁
26	広島高判 90.10.16	岡山地公災基金・水川ソフトボール競技中急性心筋梗塞死事件	労働例574号56頁、判時1389号47頁
27	京都地判 90.10.23	京都地公災基金・八田市教委次長くも膜下出血死事件	労旬1252号38頁、労働例574号45頁、判時753号126頁
28	東京高判 91. 2. 4	向島労基署・宇都宮左官急性心臓死事件	労旬1260号、労働例591号76頁、判時1382号123頁、判時757号16930頁
29	秋田地判 91. 2. 1	大館労基署・白沢電気工外傷性急性硬膜下血腫死事件	労働例582号33頁
30	東京高判 91. 5. 27	新宿労基署・宮崎口ツッカー室管理人脳内出血死事件	労旬1266号52頁、判時1400号121頁、判時761号185頁
31	東京地判 91. 7. 16	中央労基署・沖山漁業季節労働者脳出血死事件	労働例593号12頁、判時770号188頁、判時1397号188頁
32	大阪高判 91. 9. 13	京都地公災基金・八田市教委次長くも膜下出血死事件	労働例615号52頁、判時774号175頁
33	静岡地判 91.11.15	静岡労基署・鈴木出向中脳出血死事件	労働例598号20頁、判時773号274頁、判時1406号8頁
34	東京地判 91.12.20	社会保険庁・下船場急性心不全死事件	労働例606号35頁、判時1410号57頁
35	静岡地判 92. 2. 6	静岡地公災基金・酒井清掃作業員不整脈死事件	労働例611号46頁、判時791号148頁、訟務月報39巻1号
36	大阪高判 92. 4. 28	加古川労基署・小林バナナ加工業者くも膜下出血死事件	労働例626号67頁
37	大阪高判 93. 2. 24	京都地公災基金・北芝中学校教諭脳内出血死事件	労働例623号44頁
38	横浜地判 93. 3. 23	横浜南労基署・岩村くも膜下出血死事件	労働例636号56頁、判時840号110頁、判時1468号157頁
39	東京高判 93. 4. 28	東京地公災基金・榎田高校教諭脳内出血死事件	判時1478号155頁
40	東京高判 93. 9. 30	東京地公災基金・加藤高校教諭心筋梗塞死事件	労働例640号47頁
41	高松地判 93.11.8	香川地公災基金・中村清掃工務係長脳幹部出血死事件	労働例666号70頁
42	福岡高宮崎支判93.12.15	鹿児島地公災基金・永野高校教諭心不全死事件	労働例649号14頁
43	佐賀地判 94. 2. 18	佐賀労基署・平タクシー運転手脳内出血死事件	判時1501号150頁
44	大阪高判 94. 2. 23	京都地公災基金・星野消防職員くも膜下出血死事件	労働例657号77頁
45	東京高判 94. 2. 23	静岡地公災基金・酒井清掃作業員不整脈死事件	労働例651号13頁
46	神戸地判 94. 3. 11	尼崎労基署・大池タクシー運転手脳内出血死事件	
47	大阪高判 94. 3. 18	茨木労基署・新幹線整備員脳出血死事件	
48	最高裁 94. 5. 16	岡山地公災基金・水川ソフトボール競技中急性心筋梗塞死事件	
49	長野地判 94. 6. 16	小諸労基署・森出稼坑夫くも膜下出血死事件	
50	高松高判 94. 8. 26	高知地公災基金・有田中学校教諭くも膜下出血死事件	
51	名古屋地判94. 8. 26	名古屋南労基署・安保韓国出張中脳出血死事件	労働例660号48頁
52	大阪地判 94. 8. 29	大阪地公災基金・福山中学教員くも膜下出血死事件	労働例654号9頁
53	津地判 94.10.6	津地公災基金・久保消防士不整脈死事件	労働例659号42頁
54	仙台地判 94.10.24	仙台労基署・井上研修中くも膜下出血死事件	
55	高松高判 94.11.1	香川地公災基金・中村清掃工務係長脳幹部出血死事件	労働例663号
56	福岡高判 95. 1. 26	佐賀労基署・平タクシー運転手脳出血死事件	
57	大阪高判 95. 2. 17	尼崎労基署・大池タクシー運転手脳出血死事件	
58	東京高判 95. 2. 28	社会保険庁・下船場急性心不全死事件	
59	長野地判 95. 3. 2	飯田労基署・熊谷くも膜下出血死事件	
60	大阪高判 95. 4. 27	京都南労基署・くも膜下出血死事件	
61	山形地判 95. 5. 30	山形労基署・佐藤心筋梗塞死事件	



過労死認定上の問題点と立法方向

金晋国

キム・チングク 過労死相談センター顧問弁護士

1 序

最近、韓国でも過労死が深刻な社会問題になっている。急激な産業化の過程で、自分の健康を省みず熱心に仕事をするのが「勤労の美德」と誉められたえられ、どんな場合でもこれは当然の義務として要求されたからである。

しかし、自分の体にかまわず仕事をした結果、健康上の問題が起こっても、国や使用者は、これを個人的な摂生と健康管理の不注意によるものと考え、何の補償も保護もしないまま放置するのがほとんどであった。災害にあった当事者及びその遺族もこれを個人的な疾病の問題と思ひ込み、どこにも訴えられないままのケースが多かった。

依然、過労死について社会一般の意識は低く、産業化の初期段階で過労死という問題を提起するのは、決して簡単ではない社会の現実もあった。

1980年代中盤以降は、社会全般の民主化要求とともに、国民の権利意識の高揚や、いわゆる‘40代死亡率の急上昇’という現実的な問題が相まって、過労死が本格的に問題提起される。(ここでは、日本での過労死についての問題提起と研究の影響も大きい)

最近では、過労死認定訴訟が急増し¹⁾、裁判所の判例も、このような社会的現実を受け入れ、次第に

過労死を幅広く認定する方向に変わってきた。

このように、社会意識と裁判所の判例に変化がある一方、行政官庁は、いまだに過労死の認定に腰が重く、国や使用者も、過労死を深刻な問題だと感じていないようだ。これは非常に問題である。さらに、過労死を幅広く認定しようとしている裁判所の判例も、どこまでも産業災害補償保険法(民間)労働者の場合)や公務員年金法(公務員の場合)所定の‘業務上災害(公務上災害)の認定可否’に限定しているのが現実であるし、災害にあった当事者の遺族に実質的な損害賠償がなされる‘損害賠償訴訟’においては、いまだに大変厳しい解釈をしている。これも問題である。以下では、このような問題意識のもとに、過労死認定手続(行政審判の手続と訴訟の手続を含む)の中で提起される争点などを中心に、現在の過労死の認定水準と問題点を検討することにする。

2 過労死と認定されるための手続

(1)概要

過労死認定手続は、一般業務上災害(公務上災害)認定手続と特に違いはない。手続は、災害にあった当事者の身分により、根拠法令及び管轄機関が違い、訴訟に至る過程も違う。しかし、基本的には、



金晋国氏

過労死認定手続は、行政審判手続と訴訟に分けられ、最終的には、裁判所に提訴し、判断を受ける点は同じである。

(2)労働者の場合

根拠法令：産業災害補償保険法

対象者：勤労基準法による労働者の概念と同じ(ただし、産業災害補償保険強制加入事業場の労働者と任意加入事業場の中で使用者が産業災害補償保険に加入した労働者に限定)

管轄機関：勤労福祉公団²⁾

手続：勤労福祉公団(地方事務所)に給付支給請求→勤労福祉公団に審査請求→産業災害補償保険審査委員会に再審査請求→勤労福祉公団を相手に高等裁判所に行政訴訟提起³⁾

(3)公務員の場合

根拠法令：公務員年金法

対象者：国家公務員法及び地方公務員法による公務員と大統領令で定める国家及び地方自治団体その他の職員(ただし、軍人及び選挙によって任命された者を除く)

管轄機関：公務員年金管理公団

手続：公務員年金管理公団に給付支給請求→

公務員年金給付再審査委員会に審査請求→公務員年金管理公団を相手に高等裁判所に行政訴訟提起

(4)私立学校教職員の場合

根拠法令：私立学校教員年金法

対象者：私立学校法第54条の規定によって、監督庁に任命が報告された教員と、私立学校法第70条の2によって任命された事務職員(ただし、臨時に任命された者、条件付きで任命された者及び報酬を受けない者は除く)

管轄機関：私立学校教員年金管理公団

手続：私立学校教員年金管理公団に給付支給請求→私立学校教員給付再審査委員会に再審査請求→私立学校教員年金管理公団を相手に地方裁判所に民事訴訟提起

(5)使用者が労災保険に加入していない場合

根拠法令：勤労基準法

対象者：勤労基準法所定の‘勤労者’の概念と一致

手続：①使用者に補償請求→労働部長官に審査と仲裁申請→労働委員会に審査と仲裁請求⁴⁾→使用者を相手に民事訴訟提起
②使用者に補償請求→使用者を相手に民事訴訟提起

3 行政審判手続の問題点

(1)概要

これまでみたように、災害にあった当事者の身分により、根拠法令及び認定手続が違うのがわかる。それぞれの根拠法令により手続と内容は違うが、共通するのは、労働者の過労死が最も大きな問題として提起されている点で、特に労働者に対する補償手続が詳細に規定されている。以下では、主に労働者の過労死を業務上災害認定手続(産業災害補償保険法所定の手続)を中心に検討することにする。

すでに冒頭で提起したように、最近、過労死訴訟

が急激に増え、このため、裁判所の判例が、少しずつ過労死認定の範囲を拡大していく傾向にあるのに比べて、労働部(現在は勤労福祉公団)は、いまだに極端に狭く解釈しており、当事者に無駄な訴訟を起こす結果を招いている。

(1)概要

①現行認定基準

過労死とは、“過重な労働が要因となって高血圧や動脈硬化を悪化させ、脳出血、くも膜下出血、脳梗塞等の脳血管疾患等及び心筋梗塞等の虚血性心疾患、急性心臓麻痺等を誘発し、永久に労働不能や死亡に至る状態”をいい、または、“非生理的な労働過程が進行する中で、労働者の正常な労働リズムや生活リズムが崩れ、その結果、生体内で疲労蓄積が進行、過労状態に移行し、既存の高血圧や動脈硬化が悪化し、破綻を迎える致命的な状態”と定義されている。これより広く、“激務、過労、ストレス等で健康が悪化したり、既存の疾病が深刻な状態に進行して、死亡したり、死亡または身体の一部が麻痺する等障害が発生するもの”と定義されることもある。

結局、過労死するのは、過労が原因となって脳血管疾患または心臓疾患が生じた場合、を最小限の範囲として想定できる。これに関連する国内法上の過労死関連認定基準では、産業災害補償保険法施行規則別表1の‘業務上の疾病または業務上疾病による死亡についての業務上災害認定基準’の中の‘脳血管疾患または心臓疾患’の項目に、次のように規定されている。⁵⁾

「第1項 労働者が業務遂行中に次の1つに該当する原因により、脳実質内出血、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症、狭心症、心筋梗塞症が発病したり、同疾病により死亡したと認定される場合は、これを業務上疾病とみなす。業務遂行中に発病していない場合で、その疾病の誘発または悪化が業務と相当因果関係があることが時間的、医学的に明白な場合も同様である。

第1号 突発的または予測困難な程度の緊張、興奮、恐怖、驚愕等との急激な作業環境の変化で、労働者に顕著な生理的変化をもたら

した場合。

第2号 業務量、時間、強度、責任及び作業環境の変化等、業務上負担が増加し、慢性的に肉体的、精神的な過労を誘発した場合。

第3号 業務遂行中に脳実質内出血、くも膜下出血が発病したり、同疾病によって死亡した原因が、自然発生的に悪化したのでないことが医学的に証明される場合。

第2項 第1項第1号の“急激な作業環境の変化”とは、脳血管または心臓血管の正常な機能に著しい影響を与える程度の過重負荷をいう。

第3項 第1項第2号の“慢性的な過労”とは、労働者の業務量と業務時間が発病前に3日以上連続して日常業務より30%以上増加したり、発病前1週間以内に業務量、時間、強度、責任及び作業環境等が一般の人がそれに適応することが困難な程度に変わった場合をいう。」

②問題点

上の認定基準を根拠にすると、過労死と認定されるためには、疾患の発生が“急激な作業環境の変化”または“慢性的な過労”によって発症したことが立証されなければならない。ところで、過労死と関連して特に問題になるのは、大半が“急激な作業環境の変化”よりは“慢性的過労”による場合である。しかし、“慢性的過労”を上の規定のとおり、“労働者の業務量と業務時間が発病前3日以上連続して日常業務より30%以上増加したり、発病前1週間以内に業務量、時間、強度、責任及び作業環境等が一般の適応が難しいほど変わったとき”と限定するのは問題がある。

上の規定の場合は、通常の労働をしてきた労働者が、一時的に急激に業務過重となる場合を前提とするが、むしろ、過労死の典型的な場合は、数週間、数か月間激務が継続し、その後発症するため、常に長時間労働に従事している労働者の場合は、上の規定に該当するのが難しいという矛盾が生じるのである。また、労働密度や業務の難易度等、質的に特異な業務に従事する労働者は、たとえ所定の労働時間内に業務を終えてしまったとしても、労働時間に関係なく過重負荷は大きくなるが、上の認定基準によればこのような場合も、やはり該当するのが難し

い⁶⁾。そして、何よりも、過労死に関する諸般の問題について、わずか1ページにもならない内容で規定すること自体に無理があり、より詳細な基準が必要だと思う。つまり、上の認定基準は、従来の業務上災害認定基準(労働部例規第247号)をそのまま踏襲したもので、長時間労働と過密労働が一般化している現在の労働実態とはそぐわず、現実にあったものに一度改正されるべきである。

(3)過労死の認定水準及び手続上の問題点

① 過労と災害発生との因果関係認定について、労働部(現在は勤労福祉公団)がもつ基準は、裁判所の立場よりはるかに厳しい。因果関係の認定範囲は、災害補償制度の本質と密接な関係をもっており、労働部は、因果関係をなるべく制限しようとする傾向がある。これは成長至上主義の遺物と思われるが、一日も早く改善されなければならない。

② 行政審判手続は、書面審理を主としており、実際、発見のための証拠調べの道が事実上閉ざされており、実質的な事案の把握ができない場合が多い。被災者の場合、行政審判で提出できる立証資料は、個人的に任意の協力が受けられる点に制限があるが、過労死訴訟の場合、医学的な証拠の確保等、公的信用性のある機関や国家機関を通じての証拠の確保が必須であるので、このような証拠は個人的または任意的に入手するのが不可能なケースがほとんどである。

したがって、行政審判手続でも、裁判上の弁論に準ずる手続を必要とし、証言や事実照会等証拠調査をできるようにすべきである。

③ 行政審判の手続に参加する人が大きく充実され、専門性が強化されなければならない。現在、審査や再審査請求を担当する人は、ふくそうする業務に比べ、誠実な審理を行なうことが原則的に不可能な状態である。のみならず、産業災害補償保険審査委員会の場合、法曹界、労働界、医学界等から委員が推薦され、輪番制で業務を遂行しているが、過労死等関連分野の専門的知識を期待できず、事実調査がなされていないことと同時に、

被災者の権利救済に大きな障害ともなっている。

4 訴訟段階での争点と問題点

(1)概要

すでに冒頭で提起したように、最近、過労死に関する訴訟が急増し、これにともない、いろいろな論点について、裁判所の判例も多数蓄積されている。したがって、以下では、過労死に関するさまざまな争点と、これに対する裁判所の立場を検証し、現在の国内での過労死認定水準と今後の方向性を示したい。

(2)過労死における因果関係

①業務起因性の範囲

産業災害補償保険法上、‘業務上災害’とは、業務上の事由による労働者の負傷、疾病、身体障害、または死亡をいうと規定している⁷⁾。‘業務上の事由’すなわち業務起因性の範囲をいかに限定するかについては、大きく2つの立場に分けられる。

既存の通説と判例が、相当因果関係説⁸⁾をとるのに対して、最近の災害補償の本質が労働者及びその遺族の生活補償という点から、損害の公平負担を本質とする損害賠償制度とは違う基準でその範囲を決めることが制度の目的に合致することだし、業務と災害との合理的関連性の有無により、補償すべきかどうかを判断するという理論(合理的関連性説)が主張されている。⁹⁾

これと関連して、裁判所は、“疾病の主な発生原因が公務と直接関連がないとしても、職務上の過労が、疾病の主な発生原因に重なって疾病を誘発させたり悪化させた場合、その因果関係があるとみるべきである。”(最高裁90ヌ8817号判決外多数判決)、“業務と直接関連のない既知の疾病であろうとも、業務上の精神的、肉体的過労が、疾病の主たる発生原因に重なって疾病を誘発または悪化させた場合は、その因果関係があるとみるべきである。”(最高裁91ヌ5433号判決外多数判決)と説明し、疾病の直接的で主な原因が他にあり、過労は間接的、付随的原因だとしても、業務上災害と認定するのに支障はないということは、上の‘共働原因説’の立場¹⁰⁾

であることを示す。

結局、裁判所は、相当因果関係説の立場をとりながらも、上のように共働原因説をとり、実質的にその認定の範囲を拡大している。労災補償制度の立法趣旨や社会保障制度を広く運用するという国際的な傾向から、因果関係理論も、労災認定の範囲を可能なかぎり拡大しようという方向性を示す。

②業務負担の程度

過労が、当該労働者の基礎疾患を誘発または悪化させ、身体障害または死亡に至らしめた場合は、①過労、業務過重はどの程度のものをいい、業務過重の判断は(職場の)誰を基準にするのか、②基礎疾患を悪化させる過労、業務過重は、どの程度なのか問題である。基礎疾患の悪化が(身体障害または死亡の原因の場合、一般経験則上、当該労働者に基礎疾患を悪化させ、発症または死亡の時期を早める等、基礎疾患が自然的経過を飛び越えて急激に悪化した場合であれば、充分だとする立場(当該労働者過重説)と、医学的経験則上、当該業務が基礎疾患の自然的経過を飛び越えて急激に悪化させる場合に限って、はじめて相当因果関係があるという立場(日常業務比較過重説)、がある。

①と関連して、裁判所は、“業務起因性を判断するのに、業務と死亡との間の因果関係の有無は、‘普通の平均的な人’でなく‘当該労働者’の健康と身体条件を基準として判断すべきである。”(最高裁1991年9月10日宣告 91ヌ5433号判決外多数判決参照)としている。結局、基礎疾患がある労働者は、一般労働者に比べて、はるかに過労の基準が緩和されて解釈される。

そして、基礎疾患の悪化においても、過労によっていかなる疾病が発生しうるかという蓋然性がある場合、その疾病が他の疾病によって発生悪化したという特段の事情についての反証がない限り、医学的に因果関係の明白な立証がなくても、一応その因果関係を認定する立場である。

③証明の程度

過労死の立証では、医学的に因果関係を明白にすることがほとんど不可能な場合が多い。特に、死亡の原因がはっきりしない場合において、そうした傾

向が強い。

しかし、これと関連して、“業務と死亡との間に相当因果関係がなければならぬが、上の因果関係の立証のためには、必ず医学的観点を要するのではなく、諸般の事情を考慮するとき、業務と死亡との間に相当因果関係があるという蓋然性が立証されれば充分である。”(最高裁1992年6月9日宣告 91ヌ13656号判決、1992年5月12日宣告 91ヌ10022号判決)という判例もある。そして、死因が、心臓停止という検死医の推定所見があるだけで、心臓停止の死因が明らかでない事案について、諸般の事情を斟酌し業務起因性を認定する例がある。(最高裁1990年11月13日宣告 90ヌ3690号判決、1990年2月13日宣告 89ヌ6990号判決)

これによれば、一応業務と死亡上の因果関係の認定において、医学的鑑定がなくても、即ち医学的に因果関係が明白に立証されない場合にも、諸般の事情を考慮して蓋然性が立証されれば充分だという立場をとっているようであるが、実際実務上では、このような場合に、因果関係を認定するのは極めて難しいのが現実である。

そして、過労死と直接関連がある事件ではないが、“公務員年金法第35条第1項所定の公務上疾病だとするのは、公務員の公務執行と関連して発生する疾病をいうもので、公務と疾病との間に因果関係がなければならぬし、その因果関係は、これを主張する側で立証しなければならない。その因果関係は、必ずしも医学的、自然科学的に明白に立証すべきものでなく、公務員に採用された当時の健康状態、その勤務場所に発病原因の物質があるかどうか、発病原因物質がある勤務場所での勤務時間、その疾病が勤務場所の作業環境等の公務上の原因でない他の事由に誘発されたときのみだけの事情があるかどうかの諸般の情状を考慮するとき、業務と疾病上に相当因果関係があると‘推断’される場合も立証されたとみざるをえない。”(最高裁1994年9月13日宣告 94ヌ6819号判決、最高裁1992年5月12日宣告 91ヌ10022号判決、1993年10月12日宣告 93ヌ940号判決)という判例もある。

また、“昼夜を分かたぬ勤務形態で蓄積された疲労が、死者の健康と身体条件をみて過労原因となれば、死者に勤務外に過労原因となりうるだけの他の

事由が認められないかぎり、死者の死因である急性心臓死は、上のような勤務形態ですべて過労に起因したものとみる余地がある。”(最高裁1991年9月10日宣告 91ヌ5433号判決)という判例もある。

結局、立証の程度において、最高裁は、公害訴訟や医療訴訟での立証責任と同様に、立証責任を転換しない緩和させているが、実際、実務上、過労と疾病間の因果関係の認定において、その疾病が過労により発生し得る最小限の医学的可能性が立証されることを要求しているのが現実である。

すなわち、当該救済事例において、過労でその疾病が誘発または悪化したという点については医学的見地を必要とし、一般経験則上蓋然性があれば充分であるが、その疾病が過労によって発生し得ることが医学的に認定されなければならない。

(3)過労死と疾病の範囲

過労と最も密接な関係をもつ疾病は、脳血管系疾患及び心臓疾患である。これら疾患と過労との関係については、すでに医学的に、ある程度比較的証明された状態である。しかし、過労死は、これらの疾病に限定されたものではない。特に、過労が社会的に蔓延している現在の社会では、過労死はそれぞれ全疾病と関連していると言えるだろう。それに、現代産業社会は日々、新しい技術・機械の導入で勤務形態・作業方法が新しくなり、新物質の使用により労働者は新しい有害物質に暴露されるようになる。このような作業方法の変化と新物質の使用等は、多様な疾病とストレスを誘発し、結局、労働者は原因のわからない疾病に罹患したり、基礎疾患が悪化して死亡にいたるが、これらのうち、相当部分が、過労やストレスと関連しているとみても差し支えないだろう。

過労死と認定できる疾病は、その疾病が過労とは無関係な疾病であることが医学的に立証された疾病を除外した全ての疾病だと言えるだろう。過労死と関連して、最高裁の判例についての有効的分析¹⁰⁾をみれば、次のとおりになる。

①業務上災害と認定された判例の分析

まず、全体の過労死認定事例52件中、既往症を持っている場合が39件で圧倒的に多く、既往症がない

場合は13件しかなかった。これは、やはり健康な人よりは既往の他の疾病を持っている人が、過労に敏感だという認識を追認させてくれる結果であり、また、裁判所が既往症の存在、そして、既往症が過労と相まって新しい疾病発生に寄与したとしても、過労と誘発疾病との間の因果関係を否認するものではないところからくる結果であろう。

つまり、これは、業務と直接関連のない既存の疾病でも、業務上の精神的、肉体的過労が、疾病の与えられた発生原因にわたって疾病を誘発又は悪化させれば、その因果関係があるとみなければならないとする判例と、因果関係の判断の基準を、普通の平均的な人でなく、当該労働者の健康と身体条件を基準にして判断しなければならない立場とする結果といえる。

既往症を種類別に分類してみると、高血圧(12件)、肝炎等の肝疾患(6件)、動脈硬化症(7件)、心筋梗塞・心筋肥大、狭心症等の心臓疾患(7件)、肺結核等肺疾患(4件)、気管支喘息(2件)の順であった。その他に、胃腸障害、血液循環障害、頸椎狭窄症、椎間板突出症等が各々1件ずつであった。

一方、過労によるか、または既往歴に過労が重なり最終的に誘発された疾病を基準として分類した場合、心臓麻痺(10件)、肝硬変、肝炎(6件)、脳出血(6件)、脳梗塞、脳卒中(6件)、心筋梗塞(3件)、静脈瘤の破裂(2件)、腎臓炎(2件)、急性呼吸不全(2件)の順で、全身衰弱症、循環障害、心不全症、狭心症、急性アルコール性胃炎、敗血症、血圧上昇、不整脈、末期腎不全症、喘息の発作、心肺不全症等も各1件ずつあった。

このように、分類を通じて、やはり、心臓疾患、脳疾患、肝疾患等が圧倒的に多数を占めており、このような疾病が、過労に脆弱な疾病であるという点を確信させてくれ、このような既往症と誘発疾病等の場合、法院が過労と関連する疾病とみており、よって、労働者がこのような疾病にかかったり、これにより死亡した場合、過労の事実さえ認められれば、過労と疾病間の因果関係は無理なく認められると思われる。

②業務上災害に認定されなかった事例の分析

業務上災害と認定されなかった事例22件中には、

過労と災害間の因果関係を否定する事例が15件と多く、過労事実と因果関係を全て否定した事例が3件、過労事実を否定した事例が4件であった。

一方、過労死と認められなかった事例において、労働者が抱えていた既往症または誘発疾病をみると、肝硬変、肝がんを含めた肝疾患(8件)、胃がん(3件)、肺がん(2件)、静脈瘤破裂(2件)、糖尿病(2件)、死因不明(2件)の順で、膵臓がん、心臓がん、結腸がん、腹膜炎、肺血性ショック、マルファン氏病、慢性腎不全症、冠状動脈硬化、狭窄症、アルコール中毒症、パージャ氏病、胆石症、胆嚢炎等が各1件ずつ分類された。

因果関係を認められなかった事例の多くは、現代医学上、その原因が明白にされておらず、特に、過労とどのような関係があるのかが明らかにされない疾患の場合(肺がん、胃がん、膵臓がん、パージャ氏病等が代表的な例)が多かった。これと関連して、一般的に過労が万病の根源だとするが、過労が身体の抵抗力を弱め、あらゆる疾病を誘発する原因になるほどには、因果関係を認定しないのが判例の立場である。つまり、上のような事実だけでは、過労と疾病発生間の蓋然性がないとみている。

また、過労と関連するとわかっている既往症や誘発病の場合(肝がん等が代表的な例)は、これらがある場合には、他の原因、すなわち過労事実は認定されないとか、発病の他の原因が明らかだとか、疾病の悪化の程度が自然的進行の程度を越えない範囲であるとか、中間に療養を充分にとった事実が認められたとかいう理由で、業務上災害とは認定されなかった。

(4) 過労死と民事上損害賠償

①問題提起

今までの国内での過労死に関する問題は、主に労働部(現在は勤労福祉公団)に対して、産業災害補償保険法上の療養給付、休業給付、障害給付、遺族給付、葬祭料などの諸給付を請求し、上の法所定の「業務上災害」に認定されるための努力に重点を置いてきた。¹¹⁾

しかし、今まで過労死に関する問題が、過剰に労災申請にのみ傾いてきた面があり、これは、当事者に対する実質的生活補償と過労死の究極的解決と

いう点と関連して、問題と言わざるをえない。

ところで、国内で、実務上、過労死を理由に使用者側に直接民・刑事上の責任を問うことは依然として多くない。裁判所の態度も、産災保険請求訴訟での業務上災害認定とは違い、民事上損害賠償請求訴訟では、企業側の損害賠償責任は簡単に認定されない傾向にある。

もちろん、産災保険請求でも、過去に比べ徐々に認定範囲と幅が拡大されてはいるが、まだ簡単に受理されない状況である。特に、他の一般労災事故と違い、過労死の場合は、業務上過労と災害発生(発病、死亡)との因果関係を立証するのが大変難しい。その上、企業側に直接民刑事上の責任を問うためには、業務上過労と災害発生との因果関係に対する立証はもちろん、災害発生において企業側の過失まで立証することが容易でない。結局、企業に対する民・刑事上の責任に関する理論が、十分に整備されていないことに起因すると言えるだろう。

②過労死による損害賠償責任論の構成

企業側に過労死による民事責任を求めるのは、結局、過労死で労働者に発生した経済的、精神的損害に対し、民事上損害賠償請求を行なうことであるが、この基本的な枠は、一般的な労災事故による損害賠償請求と違いはない。したがって、一般的な労災事故に対する損害賠償請求訴訟での諸論点は、大部分、過労死による損害賠償請求訴訟においても同一である。

民法第750条によれば、故意または過失による違法行為によって他人に損害を加えた者は、その損害を賠償する責任がある、と規定している。つまり、不法行為による損害賠償請求を行なうための要件として、①加害者の故意または過失、②加害者の責任能力、③加害行為の違法性、④加害行為による損害発生、の4つの要件が必要だとみる。

ところで、過労死民事損害賠償訴訟で実務上特に問題となるのは、①加害者の過失つまり「使用者の過失」と④加害行為による損害発生つまり「因果関係」の問題である。

③過労死民事損害賠償訴訟での業務と災害との因果関係

過労死による民事上損害賠償訴訟でも、過労死と認定されるためには、何よりもまず、業務(正確に表現すると業務上過労)と災害発生(発病または死亡)との因果関係が認定されなければならない。

すでに指摘したように、今までは、主に労働部に対する産災保険法上の諸給付請求、そして、行政訴訟で過労死の業務と災害発生との因果関係論が問題になってきた。このような論議は、過労死による民事損害賠償訴訟でも同じく適用されると言えるだろう。

ところが、労働部は、労災を容易に認定したくない立場から、業務と災害発生との相当因果関係の必要性を前提にして、その因果関係が存在するための要件として、非常に狭い認定基準を作り、認定業務を遂行してきた。これに対して、現行裁判所の判例が、労働部の決定に比べて、広く認定する傾向があるにはある。

過労死による民事損害賠償請求訴訟での、業務と災害発生間の相当因果関係に関する問題は、産災保険請求訴訟での論議と同じである。ただし、問題は裁判所の判例が、産災保険請求訴訟とは違って、損害賠償請求訴訟では、これを相当厳格に要求しており、問題と言わざるをえない。

つまり、「原告が議政府地方労働事務所所長を相手に、遺族補償支給請求否決処分取消訴訟を起こした。その判決で、被害者が、業務上平素から累積された疲労状態でバスを運転していて、心臓麻痺を起こし死亡したものと産災保険法上の業務上事由による死亡と認定された。これは、上の法所定の業務上災害なのかどうかの判断であるだけで、不法行為いかなの側面からみると、疲労それ自体が直接的な死亡原因になったか、被告が原告を過労させ死亡に至ったとはみれず、別にこれを認定する証拠がないので、被告にどのような不法行為責任があるのか認定できない」とし、産災保険上は業務と死亡間の因果関係を認定し、業務上災害と判定したにもかかわらず、損害賠償請求訴訟で因果関係を否定した事例がある。

④過労死民事損害賠償訴訟での使用者の過失と根拠

過労死で、使用者の過失(つまり注意義務)は、基

本的に過重な労働による過労の結果として、労働者が脳心臓疾患など、過労性疾患に罹患しないよう注意する義務があるにもかかわらず、使用者がこれを怠った過失である。

その具体的な内容として、労働条件に関するものと健康管理に関するものに分けられる。第1に、使用者としては、労働負荷が過重にならないよう、日常的に労働者の労働条件について配慮する注意義務があると言える。第2に、使用者としては、十分な健康管理体制を持って、労働者の健康状態の把握に努力し、脳心臓疾患などの過労性疾患の予防、早期発見の努力をしなければならない。¹²⁾

この義務は、労働関係諸法規の規定によって、具体的に要請される。ところで、国内では、労働者の労働条件及び健康管理に関する勤労基準法、産業安全保健法をはじめ、さまざまな施行令、施行規則などが多数制定されている。

もちろん、このような法規は、本来企業が最低限遵守しなければならないもので、これすらも守れないのは企業の注意義務違反の重要な構成要件になる。すなわち、このような労働関係諸法規の各規定は、そのまま企業の労働者に対する司法上の義務の具体的な要件になると解釈でき、企業に対する不法行為責任を認定するうえで、このような注意義務違反は企業の過失及び違法性を判断する根拠になる重要な役割を担う。

ところが、勤労基準法や産業安全保健法は、どこまでも最低条件を定めたものであるために、万一これらの法規を守ったとしても、必要な注意義務を全うしたことにはならない。事案によっては、このような法規を遵守したとしても注意義務違反を認定できるのである。¹⁴⁾

⑤使用者の発病及び死亡に対する予見可能性に関連して

使用者に対する過労死の損害賠償責任訴訟で、業務と死亡との間に因果関係があり、また、企業側に注意義務違反があったことを認定しても、死亡への予見可能性の欠如を理由に、請求を棄却できるのかという点が問題である。これと関連して、「被災者が死亡する前に継続して残業と休日勤務をし、多少過労したのは事実であるが、これを、被告会社の強

要のあまり仕方なく応じたとみるのは困難で、むしろ、自分の業務を誠実に遂行し責任を完遂するために進んで応えたとみられ、営業社員の業務は、その性質上ひどい肉体労働でなく、上の死亡者の担当業務が、別の営業社員に比べ特別に過重なことでもないために、被告会社としては、平素健康だった上の死亡者が過労によって急に死亡することを予見したり、または予見できたともみるのは困難で、別にこれを認定する根拠がない。さらには、死亡原因の急性心不全の発病原因が明らかにされない以上、この事件で上の死亡者の認定の過労と死亡との間に相当因果関係があると断定するのも難しい。”¹⁵⁾としながら、予見可能性と関連し言及した判例があるにはあるが、これは、過労と死亡間の相当因果関係を認定せずに、予見可能性いかにして判断したもので、裁判所の正確な立場をまだ知ることはできない。

しかし、現在、過労とストレスが、各種の心臓病、脳卒中の発生原因だとするのは医学界でも反復して指摘されており、最近、過労死がしだいに社会問題化し、マスコミなどを通じ広められ、過労死という言葉を知らない企業経営者はほとんどいないだろう。このような社会の雰囲気、企業が過労で死ぬことを予想できなかったと逃避することは許されないと考える。

したがって、過労死が発生した場合、特別の事情を除外して、企業の予見可能性が推定されるとすべきである。

法律上厳格に言えば、死亡の結果の予見可能性までも必要でなく、過労による発病の予見可能性で足りるとみる。

⑥過失相殺と関連して

一方、過労死による企業の損害賠償責任を認定しながら、同時に、労働者側に過失を認定し過失相殺できるだろうか。そして、過失相殺で考慮する要素は何かという点が問題になる。

勤労基準法に制定された基準以上の、過度な時間を勤務させた疲労で失明した場合、会社は、労働者に損害を賠償する責任があるが、労働者としては、過度な時間勤務をしないよう、作業員の多数配置の要求をすべきとか、自らの健康を守れなかったこと

を過失とし、その過失比率を50%と認定した事例がある。

しかし、これは過労による企業の損害賠償責任を認定した点では意味があるが、過失比率の面で、労働者がそのような要求を簡単にできる雰囲気でない状況に注目する必要がある、過失を過度に認定した点は問題である。

⑦債務不履行に基づく損害賠償責任追求と関連して

上でみたように、一般的に労働者が労災にあい、産業災害補償法上の労災給付を受け、これとは別途に、使用者を相手に一般不法行為責任、使用者責任、工作物の設置保存の不備による責任など、民法第750条以下の不法行為規定を根拠に、損害賠償請求するのが通常の例である。

ところが、一般的な不法行為と違って(例えば、交通事故の場合)、労働者と使用者間には、雇用や等級などの契約関係その他の特別な法律関係が形成されている場合が多い。この場合、使用者は、労災事故に関し、民法第750条以下の不法行為責任と別途に、上の法律関係に基づき労働者が労災にあわないように諸措置をとる義務があるのではないかとこの点が問題になる。すなわち、使用者は労災から労働者を保護し、その安全を配慮すべき義務があるのではないかとこの点と、このような義務違反を労働者に対する債務不履行とみて、これを根拠に、損害賠償請求できないのかという点である。

とくに日本で論議され、日本の判例でも認定されており、使用者の労働者に対する義務を安全配慮義務と称している。多くの労災関連損害賠償訴訟では、使用者の安全配慮義務違反にともなう債務不履行が認定されており、さらには、別の領域でも、これを拡張適用しようとの試みが続けられている。

ところで、いったいこのような安全配慮義務をわが国でも認定できるのか、そして、労災事故による使用者側に損害賠償請求をするのに、民法750条の不法行為に基づく損害賠償請求ではなく、債務不履行に基づく損害賠償請求で構成するのが理論上可能なのか、及び究極的に労災事故(特に過労死の場合)による損害賠償請求について、債務不履行による損害賠償として請求する実益は何か、どのよ

うな問題があるのかという点である。

国内でも、雇用契約上、付随的義務または信義則上の義務として、使用者に労働者に対する保護義務(安全配慮義務)がある点については異論はない。そして、不法行為に基づく損害賠償請求と契約不履行、つまり、債務不履行に基づく損害賠償請求は両立でき、被害者(または債権者)は、その選択にしたがって、加害者である債務者に対し、契約責任をただしたり、不法行為責任を問うことができるという請求権競合説が多数説と判例である。

したがって、理論上の企業の安全配慮義務違反に起因する債務不履行に基づく損害賠償請求は可能だとみる。

だとするならば、問題の核心は、既存の不法行為に基づく損害賠償請求と比較して、債務不履行に基づく損害賠償請求がどれほど実益があるのかという点である。ところが、実際、時効問題を除外しては大きな実益がなく、ときにはむしろ不利な問題が発生する可能性があるという主張があり¹⁶⁾、わが国の不法行為規定は、日本の不法行為規定と違って、権利侵害を要件にせず、その代わりに違法性という包括的な概念を導入しているが、あえて、安全配慮義務違反という付随義務を構成して損害賠償責任を構成する必要があるのかという主張もある。¹⁷⁾

しかし、にもかかわらず、請求権競合説の観点から、当事者に利益になる方向で、場合によっては、不法行為及び債務不履行に基づく損害賠償請求を選択できるようにするのが妥当とみる。

日本で、このような論議の出発点になった最初の最高裁判所判例(陸上自衛隊八戸駐屯地車両災害事件)が、まさに、時効の問題を解決するために出発した点に照らしてみると、依然意味があるともみる。

特に、過労死によって、企業側に民事上損害賠償責任を構成するうえで、過労死の発生と関連して、企業側の不法行為を構成するのが困難な点が予見されるが、このとき、労働条件調整及び健康配慮という側面から、企業側の労働者の健康に対する安全配慮義務を構成することは、実際にも実益があるとみる。

5 結論

これまで大雑把にみてきたように、最近、国内で、過労死に対する社会的認識が広がるとともに、過労死訴訟が急増しており、これに対する裁判所の態度は、過労死の認定範囲を次第に拡大していく点から、大変望ましいといえる。

ところが、このような裁判所の傾向に背くように、労働部は、依然として、厳格に解釈している。このような態度は、過労死した労働者を雇用した使用者側に免罪符を与える結果となる。一旦労働部が業務上災害に認定しないと、企業側は、自分の免責を主張するだけでなく、自分の行為に対する正当性付与とみて、過労死を誘発する企業環境(つまり、労働条件や健康管理体制)に対し、何ら考慮しない。結局、これは、新たな過労死を継続して誘発する結果を招来するのである。

そして、今まで過労死に関する問題が、過剰に労災申請にだけ傾いてきた面があり、特に、業務上災害(公務上災害)認定に比べて、民事上損害賠償でいまだに厳格な立場をとっている裁判所の立場は、当事者への実質的生活補償と過労死の究極的な解決という点と関連して、問題であると言わざるをえない。

万一、災害にあった労働者とその遺族が、使用者に対して、積極的に民・刑事上の責任を追求した結果、企業側の民事上責任(損害賠償)が認定されるならば、企業としては、直接財政的な負担になる。さらに、刑事上の責任(刑罰)が認定される場合の企業側の負担を考えれば、過労死を誘発する企業環境の改善に努力するのであり、結局、これは、過労死を減少させる結果をもたらすのである。

ところで、裁判所は、労災補償と違って、民事上損害賠償には旧態依然とした姿勢を崩していない。

したがって、過労死の防止という観点からも、これからは、労働部に対する労災申請と同時に、使用者責任の直接追及を重視すべきで、そのための理論の体系化を進め、実践を継続する必要がある。



(翻訳：西尾秋子)

[→注1)~17)は13頁]

過労死労災裁判の到達点

上柳敏郎

過労死弁護団全国連絡会議幹事

過労死の裁判の動向について、先ほどの金弁護士の報告にならって、第1に、いわゆる行政訴訟の動向について、第2に、特に日本の最高裁判所が過労死に関して重要な判決を去年と今年と2つ出していますのでこれについて、第3に、企業を訴える損害賠償訴訟の動向についても若干ふれたいと思います。

1 行政訴訟の動向

(1)多数の被災者側勝訴判決

まず行政訴訟の動向ですが、私たち日本の弁護士が行政裁判を扱う常識から言いますと、極めて異例に、過労死の遺族側が勝ち続けているというふうに言えると思います。ただし、先ほど来から報告されている韓国から比べると大変少ない。ですから、日本の側が頑張って韓国の水準まで追い付く必要があると思います。

私が申し上げたいのは、特にこの1、2年、遺族側あるいは労働者側の勝訴率が大変高くなってきているということです。

1991年から1993年までの間に日本の裁判所で168件の脳・心臓疾患に関する判決が出ています。そのうちで労働者側が勝ったのが44件。つまり26%です。4件に1件ということですが、普通日本の

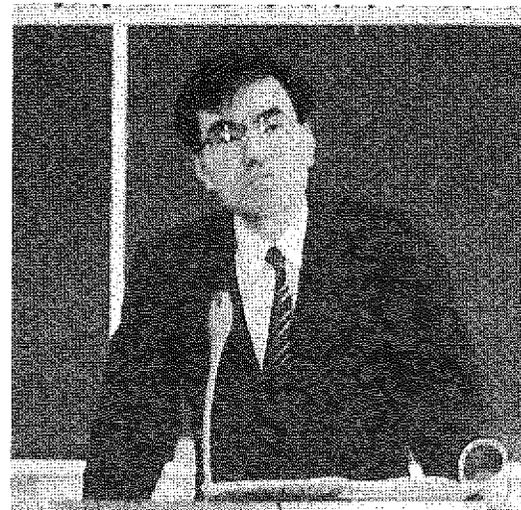
裁判所では、国民が国を訴えて国民の側が勝つ確率というのは10%もありません。ですから、過労死事件の26%は異例の勝訴率と言えるわけです。

ところが、これを1994年から今年の1年半でみますと、判決が全部で23件ありますが、そのうち18件で遺族側が勝っています。つまり勝訴率が78%です。1993年までが26%だったのが78%と極めて高率になっています。1994年からは、高等裁判所で勝つ事件が大変増えているのも特徴です。

午前中に玉木弁護士からも紹介がありましたが、日本の裁判所は、今までも過労死の家族に同情的でしたが、もっと地滑りのように、それこそ韓国並みに遺族側を勝たせようとしていると、私としては御報告したいと思います。

(2)行政認定基準批判が明確

1994年から大変よく勝っているということを私が強調したいひとつの理由があります。というのは、ちょうどその前になりますが、労働省が、私たち過労死弁護団や安全センターの活動に刺激されてということでしょうけれども、部内で会議を開いています。そこで、過労死裁判の動向について報告しているんですね。ようするに、行政側一國側が負ける率が少し増えているので、国の方が勝つように頑張らなければいけないと。こういう報告をしています。



上柳敏郎氏

それでも、「1992年度は担当局の御苦勞もあって、全体でほぼ9割、脳・心臓疾患だけ取り出しても86%と国の方が勝つことができた」これは労働省の担当官の努力によるものだ。ですから、国の方が86%勝ってよかったねという話を、1993年の2月頃にやっているわけです。そういうふうに行ったとたんに、1994年から一挙に数字が逆転して遺族側が勝つ率が78%という結果になったわけです。これは、日本の行政のあり方に対する批判が裁判所にも伝わった、あるいは、本来裁判所は労働省に姿勢を改めるようにということでもたくさんの遺族勝訴判決を出してきたわけですが、それにもかかわらず労働省が、国の方が86%も勝ってるからよかったねなどという馬鹿な報告をしているので、それに対して警鐘を鳴らした、あるいは鉄槌を下したというふうに評価できると思います。これが数字の話です。

① 共働原因論

次に、先ほど金弁護士からお話もありましたが、判例の理屈の問題についてごくごく簡単に話します。

日本では、先ほど紹介があったように、病気と仕事との関係について共働原因論あるいは相対的有効原因説、あるいは私ども弁護団が主張している合理的関連性説一様々な対立がありますが、裁判所の方は韓国と同じく、共働原因論が大勢になってきた

と考えています。

ただ、最近注目すべきことですが、特に地方裁判所段階の判決で、共働原因論ではなくて相対的有効原因説一私どもの方から言うと悪い方の説ですが一をとりながらも、実際の判断をするときには、その労働者本人の被災当時の状況をみるということで、実質的には共働原因論と同じような判断をしている判決が増えてきています。ですから、理論的には相対的有効原因説ということで、少し労働省側にリップサービスをしているようではありますが、実際の判断は弁護団の主張に沿ったような判断をしている、こういう折衷的な判決も出てきています。私の方としてはもちろん、共働原因論あるいは合理的関連性説をもっと強めなくてははいけないと思っておりますが、いずれにしても遺族側が勝訴すればひとつの成果ですので、これは注目すべき傾向だと思っています。

② 過重性評価の本人基準

最近の裁判例をみて2つ目の特徴ですが、労働が重かったかどうかを検討する場合に、被災時の本人を基準とするということも定着してきたと言っております。少し細かいことを言いますと、本人を基準とするということはかなり定着してきていて、被災時のということは定着しつつあるという評価が公平かもしれません。

しかしいずれにしても、労働省が言う同僚を基準にする一極端なことを言えば、その職場の同じような仕事をしている人全部が体の具合が悪くならないと救わないというような馬鹿な基準はとらないというように、裁判所ははっきりしてきていると思います。この点でまた細かくなって恐縮ですが、人事院の認定基準が注目されます。これは労働省とは違って、同僚の状況をよく調べろということをごさには言っていないのです。人事院の方は少し裁判所に近づいてきたというふうには言えると思います。

③ 行政側の控訴断念事例

3つ目の特徴は、去年から今年にかけて2件ですが、地方裁判所で遺族側が勝って、そのまま判決が確定した一つまり、行政側が控訴しなかった、あき

らめっちゃったという事件が出てきました。これは、ずいぶん昔公務員に関しては2件ほど、地方裁判所だけで行政側があきらめるといった判決があったのですが、その後はずっと、特に労働省の方は、地裁で負けても高裁があるということで控訴をしてくれています。ところが、この2件については地裁で国側があきらめた。これは大変大きな出来事だろうと思います。ちなみに、判決の一覧表が25頁の表3に出っていますが、このうちの54番と59番がそれです。

54番は、松下電器の関連の労働者の事件です。管理職になるために研修を受けた。全国から人を集めて合宿をして3日間でしたか、琵琶湖のそばで合宿をしている途中で亡くなった人の事件です。この人は、電機製品を売る仕事でしたが、合宿中にジョギングをさせられて、亡くなっています。

59番の事件は、三菱電機の下請会社の労働者の事件です。これはたまたま私、原告代理人として関与しましたが、26歳で、ビデオレコーダー(VTR)の工場に働いて、婚約して1週間後にくも膜下出血で亡くなった人の事件です。この事件では、裁判になってから新しい事実がわかりました。それまでは、工場側が、夜の9時頃仕事が終わって、後片付けをして帰ろうとしていたときに発症したと主張していました。私どもも、同僚やまわりの人からの聞き取りがほとんどできないので、まあそうかなと思っていました。でも、1日の疲れが出て帰るときにほっとしたから倒れたんだらうと主張していました。ところが、地方裁判所で会社側の責任者を呼び出して証人調べをしたところ、実は本来この人がやる仕事ではなかったのですが、急に応援残業する必要が出てきて、残業をしていた途中で倒れたということが明らかになりました。そういうこともあって、地方裁判所で勝ち、労働省側は控訴をしなかったわけです。

ただいずれも亡くなったのは10年ちょっと前で、亡くなってから解決するまでに10年以上かかっているということになります。

④ 改善基準違反は業務上

4つ目の特徴として、この1、2年の裁判の傾向で注目すべきことを指摘します。それは、25頁の表3の判例一覧表でいうと、41番と60番の裁判です。い

ずれも運転手の事件ですが、裁判所が業務上だと判断する根拠として、運転労働者の労働の改善基準というものを労働省が作っていますが、その改善基準違反だということを指摘しています。ごく簡単にいうと、タクシーだとかトラックの運転手さんは長時間労働をしていますが、できれば労働時間を何時間以内にしろ、あるいは長いこと働いたときには1日以上休憩をしろとか、労働時間とか休憩についての目安を決めた基準です。

それに違反している。それは労働者にとって仕事がかたがたに違いないという判断をしています。これは、いままでの裁判所は、別に例えば残業が長かったとしても、その労働者にとって過重だったかどうかを検討した上で、ようやく業務上というように考えていたわけですが、形式的に労働時間が長いということだけで一そういう基準に違反しているということだけを重視して、労働者側を勝たせたということに注目できると思います。

この関係で私が注目している文献がありまして、『ジュリスト』の1069号の岩出さんという弁護士の論文です。弁護士ですが東京大学の労働判例研究会に出ておられる方です。この人は、労働省が決めている残業時間の目安時間に違反している場合は業務上と認めていいんじゃないかということを出しています。

御存知のとおり日本では、ILO基準に違反していて、法律で週何10時間以上残業してはいけないとかいうようなことは全く決まっています。ただ、労働省の方で、いまは週15時間以内に残業はとどめ、月45時間以内、年間でも360時間以内にせよと目安を決めています。この月45時間以上の残業をしている場合には、労災の場合にはもう業務上と認めていいんじゃないかと。そうすればあまり細かく労基署で調べる必要もないし、企業の方も必死になってこの労働時間規制を守るんじゃないか。そういうふうにはっきり言っています。私も賛成したいと思っています。

以上のように、行政裁判の動向は、私たちの方に、韓国ほどではないにしろ、有利なものになってきておりますが、それにしても最終解決までに、短い事件でも10年以上かかっています。そういう意味で、

裁判所は行政の認定基準は批判していますが、この手続が長くかかることとか、あるいは行政の手続の中では遺族側に全然資料が公開されないという問題については、メスが入ってこなかったと思います。

2 最高裁判所の動向

それとの関係も含めて、最高裁判所の動向についてふれたいと思います。

(1) 最高裁1994年5月16日判決

ひとつは、去(1994)年の5月16日に、倉敷市の職員の方の事件について最高裁が業務上と認める判決を出しました。実はこれは、日本でははじめての最高裁での業務上の判決なんですね。と言いますのは、国側は、高裁で負けると最高裁には持っていかなかったんですね。ところが、これは公務員の事件ですけれども、国側が最高裁に事件をもっていったらやっぱり負けてしまった。こういうことではじめて最高裁で判決が出ました。先ほどから聞いていると、韓国では、最高裁に制度上いきやすいようである皆さんの最高裁の判決があるようですが、日本でははじめての最高裁の判決です。

注目したいのは、この方は、死亡の2年前に血圧が上がって150、35歳にしてはかなり血圧が高かったのですが、最高裁の方はこれはあまり問題にせず、業務上と認めています。ただこれは、親睦のソフトボールをしていた途中の事件でして、いわゆる本格的な過労死とは少し違っても言えます。これから、いまいくつか最高裁に、蓄積疲労の関係の事件が上がっていますので、その判決がたぶんこの1、2年中に出ると思います。大変注目されることです。

(2) 最高裁1995年7月6日判決

次は少し性格が違いますが、手続に関して大変重要な問題として、先日7月6日の最高裁の判決を御紹介したいと思います。これは過労死の事件ではないのですが、いつ行政訴訟を起こせるかということについて、労働者側に大変有利な判断を、最高裁が、しかも第1小法廷全員一致の判決を出しています。裁判官の中には労働省のOBの女性の裁判官も入っ

ていて、私ども大変うれしい判決をもらいました。

日本では御存知のように、遺族は、最初労働基準監督署にいき、それがだめであれば労災保険審査官に審査請求をし、そのうえで労働保険審査会に再審査請求をし、地方裁判所、高等裁判所、最高裁判所へとということになります。普通過労死の事件という、労基署で1~3年でしよう。審査官でやはり1~3年、審査会が3~4年。裁判では、地裁で2~5年、高裁で1~3年、最高裁で1~5年。ですから、私どもが、労働省から離れて、われわれに同情的な裁判所に行くまでも、合わせて5~10年かかる。こういう問題があるわけです。

それで認められる率が、過労死ですと、まあ労基署段階で年間30件、審査官ですと10件あるかないか、審査会で0~1件。こういう感じなわけです。

この最高裁に上がった事件では、原審一福岡高裁の判決は、地裁に行くためには、審査会にいったら3か月を経て、ここではじめていけるとしました。ところが、最高裁は、審査官にいったら3か月経てば、バイパスできると判示したわけです。ですから、審査官から審査会にかけての4~7年くらいを省略できるということです。こうすると、審査官とか審査会がいなくなるわけで、その職員の方たちは困るのですけれども、けれども、遺族あるいは労働者の立場から言えば、あてにならない審査官をパスして、裁判官の審査を早く受けられるということになります。

これは何も最高裁は、審査官、審査会の方を失業させるためにこういう判決を出したわけではなくて、おそらく、特に過労死の審査手続についてずいぶん時間がかかっている、それでは困るんじゃないかということで、警鐘を鳴らすためにこういう判決を出してくれたものと思います。

この事件は高裁のところまでは御本人がひとりでやっておられたのですが、最高裁から私ども過労死弁護団の弁護士が受任して活動しました。これについても、労働省の方は大変注目していて、この事件について過労死弁護団がくっついたということが気になると、過労死弁護団は今後脳・心臓疾患の問題だけではなくて、この審査請求前置の問題にも本腰を入れて取り組むのではないかと考えられるというようなことを2年前に言っています。

このように、認定基準の問題も大きな問題ですが、私どもの立場から言うと、審理が早く行われるかどうか、それから、資料が公開されて行われるかどうかと言うことが大変大きな、実務的には問題で、これについては是非韓国の皆さんと一緒に、例えば、アメリカの法制なども勉強したいと思っています。私が調べたところだと、例えばアメリカのメイン州という一番東部の州ですが、ここでは、当事者が証拠を出してから30日以内に審査官とか審査会は決定を出さなくては行けない、というふうに決まっています。もし出さなければどうなるかということなのですが、30日以内に審査官とか審査会が決定を出さないと、それ以降の審査官の給料はカットするという事になっています。これは大変珍しい州ですが、他の多くの州でも、例えばオハイオ州では、申し立てをしてから2か月以内に決定をしなければいけない。これはメイン州よりも厳しいですよ。そういう規定を置いているところもあって、おそらくどこでも、労災手続は放っておけば時間がかかりがちである、それを法律の力でいろいろ工夫をしているのです。

3 損害賠償請求訴訟の動向

最後になりますが、損害賠償請求訴訟—企業を訴える訴訟の動向についても簡単にふれます。

日本では、先ほど金さんの話にもありましたが、不法行為だけではなくて、債務不履行—安全配慮義務違反ということで、労災について損害賠償請求を起こすことがよくあります。ただ、過労死ではあまり今までやっていなかったですね。

(1) 勝訴判決

最近注目すべきものとしては、1992年の津の裁判所の判決。それから1994年の岡山地裁での判決をあげることができます。津地裁の判決の方は、認められたのは4,500万円なのですが、これは過失相殺が3割されています。それから、岡山の方は認められたのは1,230万円ですが、75%の過失相殺をされています。韓国で先ほど話があったような、職場の実状を訴えなかったのが悪いとは言わないのですが、もともとの体の体質であるとか、そういう点で労働

者側にも過失に準じたものがあるのじゃないかと、こういう判断をされたわけです。

次に注目されるのが、去(1994)年になりますが、地裁にかかっていた事件で、判決をする前に和解でまとまった事件があります。1994年11月に、富士銀行の岩田さんの喘息の事件です。これはいろいろ本などでも有名になった事件ですが、これについて東京地裁で和解が成立しています。それから、同じ月に、大阪の方で有名になった事件ですが、ベアリング会社の工場長について5,000万円の和解金を払うという事件がありました。

(2) 地裁判決前和解・調停での和解

それから、裁判ではなくて、調停の中で和解をしたり、あるいは裁判にいかずに和解している例も出てきています。例えば、熊谷組というゼネコンがありますが、ここでは5,000万円以上の和解金を払った事件があります。それから、日本たばこ—JTですが、ここでは4,100万円の和解例があります。あるいは、自殺の問題でも、1,000万円以上の和解金を払う事例もあります。

4 裁判所の労働行政批判

総じて言って、行政裁判についても損害賠償訴訟についても、日本の裁判所としては、異例に行政なり企業に対して批判をしているということは言えるのではないかと思います。ただ、多くの労働者、家族の皆さんにとっては、10年も20年も待つことはできないわけです。こういう判決の水準というのをぜひ労基署あるいは労働省の基準、運用特に手続的な問題についてつなげていくことが課題でありまして、そういう点では、韓国の方々と全く共通の課題を背負っているというふう



過労死を予防するために

天明佳臣

全国労働安全衛生センター連絡会副議長、
神奈川県労働者医療生協港町診療所長、医師

はじめに

本日は、過労死の予防をめぐる、日韓両国において真摯に過労死問題に取り組んでいるみなさんの前で、私の意見を述べる機会を与えられて大変光栄です。

私が、ここで申し上げようとしているのは、次の2点です。ひとつは、過労死の予防と言いつても、それだけを意図した活動は運動にもなりにくいし、まず効果を立てられないだろうと考えている点です。過労死は、全体的に、明らかに増加しています。しかし、個々の職場の単位で見ると、かりに事例があったとしても、しばしば特別と考えられがちです。それになによりも、急速に進行する技術革新の下での労働者のさまざまな健康障害—その最も極端な場合が過労死でしょう—は、多要因が複合的に関与して発生しています。疾病別に取り組んでいては、間に合いません。同時に、多面的な接近が必要で、その中で過労死、そんな位置付けになると私は考えているのです。それぞれの職場の働きにくさ条件を総括的に検討しつつ、その都度、課題となる疾病を俎に乗せていくのです。

もうひとつは、現状の過労死をめぐる運動が、どうも予防につながるような運動になっていない。もっと、過労死予防に、経営者はむろん労働組合が積

極的に取り組むべきだという点です。第1点と矛盾していることを言っているようですが、これまでの多くの過労死事例の取り組みが、被災者周辺の問題、遺族補償などに力点があつて、当該職場の労働条件改善にまで手がまわっていない例が多かったのではないかと私は言いたいのです。これは、取り組み自体が、労働組合の主導ではなく、遺族の方々の怨念によって進められている側面が強いから、ある意味では当然の結果とは思いますが、やはり、もっと労働組合に頑張ってもらいたいのです。

いまから14年ほど前に、私は、全国安全センターの古谷君と一緒に、新潟から神奈川県H市の酒蔵会社に働きにきていた出稼杜氏の過労死に取り組み、労災認定を獲得しました。しかし、それ以降は、私の直接かかわった過労死労災申請はいずれも却下、連戦連敗です。にもかかわらず、私たちの取り組みは無駄ではなかったと考えています。なぜなら、労災申請—業務外決定—(再)審査請求—再び却下—裁判という過程のなかで、会社構内での急性死に対して、会社側が企業内補償制度を発足させた例がありますし、全例ではないにしても、過労死事例の取り組みを契機に、労働組合が作業条件の改善活動を強力に進めるようになった例があるからです。

1 過労死のふたつの背景

(1) 労働組合運動は安全衛生に
どう取り組んできたか

過去20年あまりの期間に、日本の労使は、どんな労働安全衛生活動をしてきたのでしょうか。とくに労働組合は、1970年代には、企業側のいわゆる「労災隠し」を止めさせる闘いを進めました。「労災隠し」は、今日に至っても、完全に駆逐できてはいませんが、それは、「ゼロ災害運動」といった労使馴れ合いの精神主義による茶番とかかわっており、御用組合の専売特許であって、大筋では健全な方向に向かっているとみています。

労災隠しの次は、企業内上積み補償の取り組みでした。これもいまだ、主として大きな企業に限られますが、多くの事業所で補償協定が結ばれています。私どもがかかわった過労による脳卒中事例では、裁判にまで持ち込まれる過程で、会社側が、作業中のすべての死亡に対して、1,500万円を補償する制度を設けました。労災申請はしないことを前提としての措置なのですが…。ともかく、事業所側に安全管理上の落度があったことを間接的にもせよ認めたことになるのですから、何か事例があれば見過ごさずに運動をすすめる契機にはできるでしょう。というわけです。

安全衛生の運動は、次に、本来の災害予防・職業病予防の方向に進んでいくはずでした。いや、たしかに、例えば、腰痛予防は取り組まれましたが、残念ながら、その多くは腰痛者対策に終わっていたのではないかと私にはみえます。職場で腰痛のアンケート調査をする、そして、腰痛の多発が確認されると、腰痛検診が提起されます。その次は、腰痛の労災申請や不当な解雇をさせずに療養条件を確保する運動などが行われました。ところが、労働組合が強いといわれている職場でも、ここまでで、作業条件の改善の運動は展開されなかった、と私には思えてなりません。

折から日本経済は高度成長期に入ります。労働組合は大幅賃上げを要求し、その要求を通していきます。ゼニに目がくらんで安全衛生が見えなくなったとまでは言いませんが、二の次にしてしまったのは事実ではないかと私は考えているのですが、いかがでしょうか。



天明佳臣氏

1990年代に入って、労働省は、快適職場の推進や健康づくり＝トータル・ヘルス・プロモーションをスローガンに掲げます。作業管理、環境管理、健康管理の3管理はうまくできている。だから、THPだというのですが、そんな話をまともに信ずる労働者は、おそらくひとりもないのではないかと。職場には、安全衛生上改善すべき点がたくさん残されていて、だから過労死が発生しているのです。事業所のやっているTHPのフィジカル・エクササイズも、事業所への忠誠の踏絵のように強制しているから、やむをえず参加している例も多いようです。

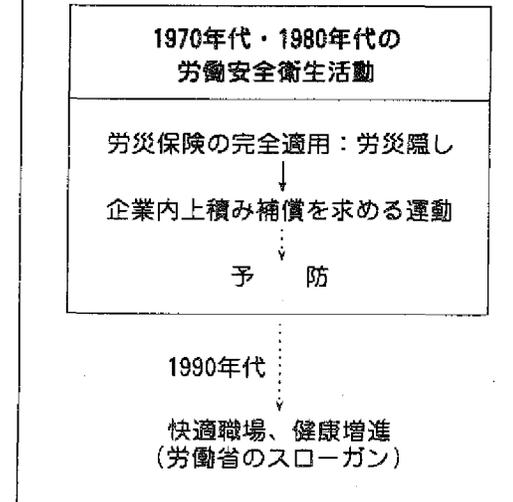
この間、経営者側の安全衛生対策も自主性はなく、法規を守っていれば事足りる、安全は守られ、衛生についても問題がないと考えているとしか見えませんでした。ただ利潤追及の鬼と化していたのではないかと。

こうした労使の安全衛生に対する構えが、過労死を生み出すひとつの背景である、と私は考えます。

(2) 技術革新下での労働態様の
変化とその健康影響

もうひとつの背景は、もっと直接的な原因につながる、急速に進む技術革新下での労働態様の変化です。70年、80年代に引き続く1990年代の産業の高度化、合理化のなかで、産業現場に起こっていた労働態様の変化は、次のように要約できると考えます。

図1



第1に、技術革新、新しい技術の進歩は、作業の効率化とともに、有害作業・危険作業の自動化をめざしました。ロボット化、オートメーション化です。しかし、こうした新しい技術の導入は、労働負担を全般的なものから局所的で反復的なものに変えました。作業の単調化も、またひとつの特徴です。働き手に求められるのは、手順どおりの操作や監視であって、創造的なかわりではありません。

また、ロボット化やオートメーション化できない有害・危険工程は、下請にまわす。これには、構内下請と社外の下請に押し付ける場合があります。さらに、海外操業化することもあって、「公害・職業病の輸出」として批判を受けています。

第2に、不変資本の効率的活用とかかわる問題です。ジェームズ・ワット(1736-1818)の発見した蒸気機関は、水車にとって代わって、紡績機械を動かす、同じモデルが100年間使われたと言われていました。ところが、技術革新下の機械類はどうでしょうか。次々に、より改善されたモデルが出てきます。同業他社とのきびしい競争に勝ち抜き、しかも、高価な機械を償却するためには、機械を可能な限り連続して稼働させるしかありません。そのために、これまでのように産業の性質上やむを得ず導入された夜勤交替制が(例えば、製鉄の溶鉱炉作業、病院などは、夜勤なしには成り立たない分野です)、償

却という経済的な理由のみによって、技術上は夜勤交替制をまったく必要としない産業にまで導入されはじめます。長時間労働も同様です。それに、広がる産業のネットワークは、自分のところの都合だけで勤務制を決められないようになっていきます。かくして、産業界全体が、時間に追い立てられるような状況が出現しています。

結果として、働く人たちの慢性疲労、それにメンタルストレスの問題が出てまいりました。労働省調査によってさえ、75%の働く人々が、日常の仕事のなかで、精神的に疲れると訴えています。

第3に、労働力の有効利用にかかわる問題です。経済学は労働を「労働力の生産的消費の過程」と定義しています。資本はいったん、買い取った労働力を100%、いや労働者はそれをしばしば120%とも感じるのですが、完全に「生産的消費」するために努めます。そのための主要な武器のひとつは、コンピューターです。コンピューターを駆使した労務管理を徹底させて、年功序列型賃金・昇進から実力主義へ、労働密度の上昇、第1の点でもふれた下請化が、ここでも登場します。賃金を安くおさえるためです。同じ意味で、作業員のパート化もあります。そして、パート労働者の多くは婦人であり、婦人労働者の不完全雇用の問題も派生させています。

以上に述べてきた労働態様の変化こそ、過労死を起こさせるもうひとつの背景だと、私は考えるのです。

2 労働安全衛生の動向

(1) 「労働関連疾患」はなぜ提起されたか

ここ20年の日本における職業制疾患のトピックスとしては、1970年代の頸肩腕障害、腰痛、1980年代のVDT作業や夜勤交替制勤務の拡大に伴う慢性疲労性の疾患でした。それらそれぞれに十分な対策を立てられずに引きずったまま、1990年代に入ってしまったことは、すでに述べたとおりです。いま日本では、ようやく「労働関連疾患＝Work-related Diseases」が議論されるようになってきました。これは、そもそも1976年に、WHOが提起した概念です。きたるべき本格的な技術革新の時代に備えて、働く人たちの健康障害を予防していくにはどうし

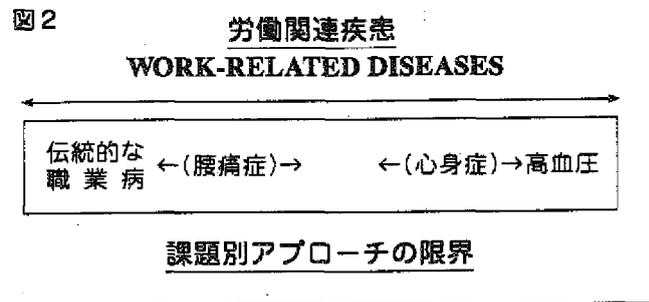
たらよいかを、具体的に、対策樹立的に検討していくために提起されたのです。

WHOのいう「労働関連疾患」は、図2に示しますように、長方形全体を労働関連疾患としますと、左側には、100%労働に起因する在来の職業病がきます。じん肺、鉛中毒、有機溶剤中毒などです。右側には、体質とかその人固有の要因、すなわち素因や労働生活以外の要因も関与しているが、その病気の原因として労働も無視できない疾患が位置します。

どれも働く人たちの健康障害であって、なにかの労働との関連性が認められる可能性を持っているのですから、すべてを視野に入れるような活動が必要であり、個別の疾患ごとに対応しようとしても、その限界(人的にも、財政的にも、さらに時間的にも)は明らかでしょう。「労働関連疾患」は、技術革新時代の労働安全衛生活動のありようを示唆する提起なのだ、と私は理解するのです。

右側にシフトすればするほど、疾病の原因は、多要因、複合的になります。さらに、腰痛症について言えば、職業的要因が極めて強いものから、それほどでないものまでさまざまでしょう。ともかく、原因と結果が、1対1対応するような職業病はむしろ少なくなり、多要因複合型の労働関連疾患が増加するばかりの今日においては、疾病別の対応では、追いつかないことは明らかです。それぞれの職場において、働きにくさ条件を総合的に検討するなかで、健康障害について、総合的な対策を立てていく必要があります。その中ではじめて、個別疾患についての対策も立つのです。

過労死も例外ではないでしょう。同じ脳出血による過労死であっても、脳出血を引き起こした主要な原因は、職場ごとに違っている場合の方が多いのです。同じ原因でも、職場によって関与の度合いが異なる場合も少なくありません。したがって、出来合いの処方箋などはありません。それぞれの職場で、労使が力を合わせて立ち向かっていくしかないのだ、と私は考えます。そうした職場ごと、運動に対して、医師や労働衛生の研究者は助言者です。けっして安全衛生の請負人になってはいけなし、職場



のさまざまを最もよく知っているのは、そこで働く労働者なのですから、そもそも請負などできるわけではないのです。

(2) 「法規準拠型」から「自主対応型」へ

技術革新の速度が早いことに関連して、もうひとつ重要な問題があります。安全衛生基準が間に合わず、基準を守っていても、働く人たちの健康が守れるという時代ではなくなったのだという点です。日本の産業現場には、毎年300種類もの新しい化学物質が導入されていると言われていて、それぞれについての急性毒性については、検討されて使用許可が出ているのですが、それにしてもけっして、当該有害物質の持つ性質がすべてわかっているわけではありません。ましてや慢性毒性については、十分な検討がなされていないと言っても過言ではありません。さらに、有害可能性物質の複合的な人体影響については、ほとんど未知の領域です。したがって、規制要件を充たしていれば安全とは、必ずしも言えないわけです。法規準拠では、どうしても状況の後追いになる可能性が高いのです。有害物質による犠牲者が出る前に、それぞれの職場で、労使により自主的に、危険性を考えられる要因に対応していくことこそ必要です。

もうひとつあります。それは、職場の仲間意識が薄れていく問題です。職場では、ものや情報の流れは体系化していくばかりなのに、働く人たちの仕事へのかかわり方は、どんどん個別化しています。隣りで働いている同僚の仕事についてはよくわからない、という状況が出てきています。まさに、コンピューター・システムが主役であって、人間がワキ役に回ってしまったような状況です。隣りにいる同

僚のやっていることがよくわからないようになりますと、やはり同僚としての連帯感も薄れていくようです。疲労についても、以前なら、これくらい仕事をすればどれくらい疲れるかがわかっていて、疲労を互いに共感し合えました。そして、がんばったね、疲れただろう、と声をかけることができました。いまでは、それが難しい。これこれしかじかでオレは疲れているのだ、そんな説明を受けないとわからないのです。そこに構内下請の労働者でもいれば、事情はもっとひどいでしょう。「職場の解体」とよんでもよいような状況が生まれてきたのです。

ひとつには、技術革新のスピードが早すぎるために、自分たちの仕事について、仕事と休憩のルールが職場にできないうちに、次の新しい作業方法が入ってきている。そんな職場もある。どこの職場にも、職場ごとに安全衛生についての蓄積された工夫があるものです。機具の使い方、作業位置の問題などで、そんなやり方をしては危険だといった工夫の蓄積です。あとから入ってくる者は、そうした職場の工夫を学びながら一人前になっていくものだったのですが、技術革新は、そんな各職場に積み重ねられた職業生活技術をいっきにぶちこわしてしまったようです。いまいちど、それを構築し直していく必要があると思います。

3 過労死予防対策

すでに述べましたように、過労死の予防対策は、それぞれの職場における「働きにくさ条件」を総括的にとらえていくことが、まず必要と考えます。そのためには、働く者の側からの要求としては、安全衛生の確保は事業主の責任であることを明確にしつつ、次のような活動を進めることを提案したいと考えます。

- ① 安全衛生委員会かそれに代わる労使の安全衛生についての話し合いの場を定期的を持つ。
- ② 安全衛生委員会かそれに代わる労使話し合いの場で、労災職業病の事例を取り上げ、その原因を検討する。
- ③ 安全衛生委員会かそれに代わる労使話し合いの場で、優先して実施すべき安全衛生事項を

審議し、その実施状況を点検する。

- ④ 労使合同の職場巡回を定期的実施する。
- ⑤ 職場巡回の結果をその都度、安全衛生委員会と職場のグループ討論に付し、必要な対策を提案する。

進め方についての5つの提案が、全部「動詞」で書いてある点に、注目してもらいたいです。これは、理屈より、まず行動を起こすことの重要性を示しているからです。

職場にある働きにくさ条件を、どう薄めていくかという点では、くわしくふれている時間はありませんが、

- 一組作業(Group work)の良さの見直し
- 一作業用機械、道具類、作業工程の人間工学的視点からの見直し
- 一作業のゆとり化

以上は、どこの職場でも、ぜひ検討していただきたい点として挙げられると思います。

さらに、その上で、過労死の予防はどう進めていくか。過労とは活動による疲労がひどく、休息によって、その回復がえられなくなった状態をいう。過労死予防のためには、労働生活上の過重負担の除去、生活習慣の破綻の再調整はむろん重要である。しかし、それらの過労引き起こし要因はすぐに解消されない以上、過労状態そのものの解明が不可欠となるだろう。

図3は、中央大学の齊藤良夫教授が、過労死した中間管理職の家族の方々に面接調査を行った結果をまとめた文章から、「過労死」発症直前の心身状態の項の見出しを抜き書きしたものです(齊藤良夫、「働きすぎ」の予防策としての家族の援助、労働の科学、48巻12号、1993)。私のかかわったブルーカラー労働者の過労死事例のいくつかとも共通する内容だと考えて、掲げさせてもらいました。

とくに、睡眠障害に関する訴えと過労の徴候については、家族の方々ばかりでなく、職場の同僚の方たちも、「自分たちの健康は自分たちで守る」という立場にたち、「職場の解体」に抗して、安全衛生活動を、先述の手順で作っていくならば、同僚の過労状態をつかむことができるよう考えるのです。例えば、こんな例があります。職場では、昼休みはた

図3

- 1) 心理的負担感の表出
 - ① 焦燥感、不安感、抑うつ感などの表出
 - ② 不満や非難の表出
 - ③ 会社や職場からの逃避願望の表出
- 2) 睡眠障害に関する訴え
- 3) 過労の徴候
 - ① 強い疲労感・だるさ感
 - ② 著しい睡眠欲求の表出
 - ③ 強い過労症状

いてい仲間とピンポンをするか、休憩室の机に向かって何か書き物をしているかしていたのに、亡くなる数か月前から、ぶつりとピンポンも机に向かうこともしなくなって、木のベンチ椅子の上にごろっと寝ていることが多くなった。線路際の草刈り作業を、3人1組みでやらされていたが(彼本来の仕事は、マルチタイタンパーという機械による保線作業だ

った)、列車の接近を知らせる見張り番に被災者になったとき、彼の吹く笛の音が、以前と違って弱々しかったことという証言が得られています。また、亡くなる1か月前には、耳鳴りと難聴を訴えて耳鼻科を受診しており、耳鼻科の検査では異常なしとされています。どうやら典型的な心身症の症状だったようです。神経をめためたにすり減らした状態が出る症状であり、セリエのストレス適応反応になぞらえて言えば、警告反応期—抵抗期から、ついに疲弊期に入ったサインだったとみられます。

こうした徴候を見逃さずに、随時専門家の意見を求めるなどの活動がされることが望まれます。「顔色が悪いね。大丈夫?」、「目が赤いよ。よく睡眠がとれているの?」といった会話が、自然に出るようなゆとりのある職場の復活こそが、今日の安全衛生活動の基礎にならなければならない、と私は考えています。過労死の予防対策も、それなしには立ちません。御静聴いただきましてありがとうございます。



安全センター情報1995年8月増刊号 56頁 1,000円

韓国の過労死

韓国・過労死相談センター1周年記念セミナー
(1994年12月7日)テキストの日本語訳

- 第1章 過労死と因果関係(大法院の判例分析を中心として)
 - 業務上の過労と認定された判決例(要旨)
 - 業務上災害として認定されなかった判決例(要旨)
- 第2章 過労死と企業責任
- 第3章 過労死と医学
 - 相談事例の分析
 - 突然死 -The Framingham study-
- 第4章 労働の様々な要因と疲労度に関する調査
- 第5章 災害補償の理論と各国の立法例

過労死認定の改善と過労死をなくすための日韓共同声明

いまや世界共通語になりつつある“KAROSHI(過労死)”が、日本でも韓国でも増え続け、大きな社会問題になっています。

1988年から開始された日本の過労死弁護団全国連絡会議の「過労死110番」にはこれまでに3,700件以上の相談が、1993年10月に開設された韓国の過労死相談センターには約1年で100件をこす相談が寄せられ、日本の全国労働安全衛生センター連絡会議傘下の各地域センターにもたくさんの相談が寄せられています。

過労死問題をめぐる状況と課題が日韓両国において非常に共通していることをわたしたちは確認することができます。

ひたすら能力向上、競争への勝ち残り、経営目標の達成へとかかりたてる成長第一主義の産業社会のあり方が過労死増加に背景にあり、そのような企業、社会構造のあり方を変えることなしには過労死問題の根本的解決はありえません。

この間、日韓両国において、直接の犠牲者である過労(死)の被災労働者と家族の救済に社会的関心が集まっています。日韓両国の政府(労働省・労働部等)は、過労死について厳しい労働災害認定基準を設定し、認定実務においても、認定までに長期間を要しながら、救済される事例は極めて少ないという現状になっています。日韓双方において、行政訴訟の判決の方が、過労がその他の要因と共働して発症の原因となっていれば救済の対象とするという共働原因論の立場を採るなどして行政認定よりも幅広い救済を行っており、迅速で手厚くあるべき行政救済が訴訟に遅れをとっているという逆転状況すら生じています。日韓双方でこの間認定基準の一部手直しが行われていますが、社会常識的にみても十分なものとはなっていません。

わたしたちは、日韓両国の政府(労働省・労働部等)に対して、①過労死認定基準の抜本的改正とそのプロセスの民主化、及び、②行政実務の場での認定の迅速化と調査資料の請求者への開示等の認定

手続の民主化、③被災労働者またはその家族の生活保障のための補償内容の改善、を強く要求します。

行政認定に基づく救済は法定の最低限度の補償であり、企業責任を波及して民事損害賠償を求める取り組みが日韓双方ではじまっています。わたしたちはこの面でも今後共同の研究を進展させていきたいと考えています。

また、もとより過労死を予防し、過労死のない社会を実現することがわたしたちの共通の目標です。しかし、企業における過労(死)に対する対策はほとんどとられておらず、あっても多くは基礎疾患や健康の管理への自覚を促す精神的訓示のレベルにとどまり、進んでいるとされている企業でもストレスチェックやカウンセリング、健康診断の充実による早期発見や健康指導といった個人レベルの対策にとどまっている状況です。

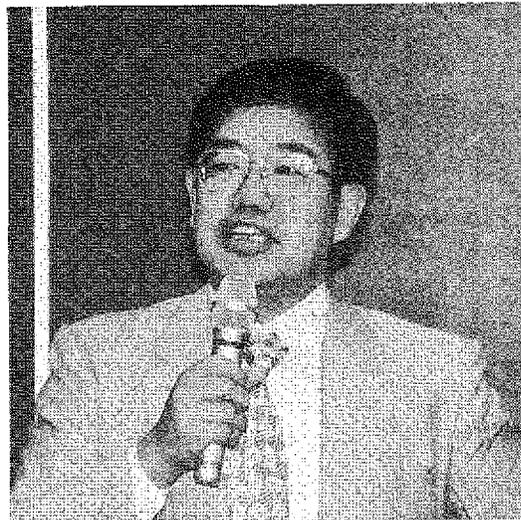
個人対策と同時に、またそれ以上に、職場における過労やストレスの要因を具体的に排除き快適な職場を実現していく職場対策、労働の人間化が必要です。そのためには、大幅な労働時間の短縮・休日の増加を実現するとともに、一方で安全で健康に働ける職場を実現する企業の責任を明確にさせ、他方でそのための具体的方策に職場の労働者が参加する権利の確立と実現が絶対に必要です。

わたしたちは、国に対して実効ある仕組みの確立を要求するとともに、労働者、労働組合が、法制度のレベルと具体的な職場レベルの双方で、取り組みを強化し、イニシアティブを発揮することを期待します。

日韓両国における過労死認定基準の改善と過労死のない社会の実現のためにわたしたちは協力して一層の努力を行うことを決意して、第2回労働と健康に関する日韓協同セミナーの一環として行われた過労死問題日韓シンポジウムの共同

声明とします。
1995年7月22日
過労死問題日韓シンポジウム参加者一同





過労死弁護団全国連絡会代表幹事・岡村親直氏



過労死相談センター顧問弁護士・イ・ウォニョン氏

私たちが、過労死は許されない、過労死した被災者と家族は社会的に救済されなければならないと考えて運動してきたのは、過労死が社会そのものが生み出す殺人であり、社会犯罪であるということに一番の根拠があると思います。

日本の社会をわれわれは企業中心社会と呼んでいます。日本が世界的な経済大国に短期間での上り上がったことは、企業中心社会を構成する中で競争に打ち勝つという社会が、世界的に優位に立ったということに他ならないと思います。今日、韓国で同じような過労死問題が起きているというのは、日本のこういう社会そのものが世界的な競争の中で支配的になりつつあり、それが後進の資本主義国の中で模倣されてきているということにあると思います。

そして、企業も政府も驚くほど同じ対応を日韓双方でとっているということでもあります。過労死問題のない社会を作っていくためにも、われわれの側がお互いに学ばなければならないことがたくさんあるということを知りました。このシンポジウムが、日韓両国の過労死問題解決のために、そして、過労死は許されない、過労死した被災者と家族は救済しなければならないという闘いを前進させるために生かしていただきたいということをお願いして、簡単ですが、まとめとさせていただきます。

過労死解決のために共に闘う皆さんとお会いできて、とてもうれしく思います。また、このシンポジウムを成功りに迎え、終わることができる上で非常に努力をされた日本側スタッフの皆さんに感謝を申し上げます。

労働者誰もが健康に仕事ができるということは誰も侵害したり、否定することのできないことです。したがって、過労死にあった被害当事者及びその遺族にとって、この解決は極めて重要な問題だと思っています。そのために私たちは、今日、まず過労死認定基準に関する裁判での判例や現実の運営のあり方について意見を交換しました。また、もう一歩進んで、事後対応よりもっと重要なことは事前の予防であるということにも考えを共にしました。第1回共同セミナーから今日2回目を迎えて、予防問題が出たことがひとつの前進だったと思います。

これを通して、両国における過労死の法体系の問題と現実的な問題についての理解を深めたと思います。この成果は、韓国における法制度の問題を見直していく上で非常に大きな助けになったと思います。これをもっと進めて、過労死防止あるいは過労死をなくしていくための活動方式の問題や内容についても、一層深い論議がなされていくことを希望しています。第3回目のセミナーは、ソウルでもっとたくさんの人が参加できるかたちで展開できればと思います。

韓国の労働災害の現況と 労災追放運動

チョ・オックファ

全国産災追放団体連帯会代表

1 はじめに

韓国はさる1991年のILO加入以降、本格的に一般労働条件と共に労災問題が国際的基準と比較され、最近の労働法改正の流れやBR等に臨んで、産業安全保健基準に対する関心が高まっている。

この間、労働界と労災追放界の地道な努力によって産業安全保健制度の改善が進んできたが、いまだに労働者の参加等の諸般の権利の保障は、大変不十分な状態のまま、変化する情勢を政策に反映して労働現場で実質化していく課題が提起されている。

1960年代ははじめから政府主導で推進してきた経済開発政策の結果、めざましい経済成長を遂げてきたが、この成長は、低賃金政策と長時間労働を根幹として実現したもので、この過程で労働者たちが甘受しなくてはならなかった健康侵害と労働力の喪失は膨大なものだった。

産災保険制度を実施しはじめた1964年から1994年までに、全体としての被災者の数は290万余名、死亡者

は4万余名、職業病者は3万余名、障害者数は40万余名に達している。また、2兆億余ウォンに達する経済的な損失を甘受しなくてはならなかったのである。

この文章では韓国の労災・職業病の実態とこの間の労災追放運動の経過及びこれからの方向に対して簡単に見ていくことにする。

表1 年度別労働災害現況

年度	事業場	労働者	災害者数			災害率 (%)
			総計	死亡者	障害者	
1980	63,100	3,752,975	113,735	1,273	14,873	3.0
1981	59,029	3,456,977	117,938	1,295	14,806	3.4
1982	54,159	3,464,977	137,816	1,230	15,882	4.0
1983	60,213	3,941,152	156,972	1,452	16,868	4.0
1984	64,704	4,384,589	159,306	1,667	18,161	3.0
1985	66,803	4,495,185	141,809	1,718	19,824	3.2
1986	70,865	4,749,342	142,088	1,660	21,923	2.99
1987	83,536	5,356,546	142,596	1,761	25,244	2.66
1988	101,445	5,743,970	142,329	1,925	26,239	2.48
1989	118,894	6,687,821	134,127	1,724	25,536	2.01
1990	129,687	7,542,752	132,893	2,236	27,813	1.76
1991	146,284	7,992,704	128,169	2,299	29,854	1.62
1992	154,820	7,058,704	107,435	2,429	33,569	1.52
1993	163,152	6,942,527	90,288	2,210	29,932	1.30
1994		7,273,132	85,948	2,678		1.18

2 労働災害と職業病の実態

(1) 労災の実態

労働部の統計によると、災害率は、1982年、1983年の4%をピークに、1986年には2.99%、1989年2.01%、1992年の1.52%を経て1993年には1.3%に下がり、1994年には1.18%を記録するなど、全般的に労働災害における発生件数や被災者数は減少傾向にあるが、日本の0.39% (1992年)、シンガポール1.03% (1992年)、台湾0.45% (1992年) に比べてまだ高い水準である。

特にこの統計は、労働者の31.7%に達する5人以下の事業場の災害率は除外されたものであり、また労災隠しに対する疑いも含まれている。労災が発生すると事業主は、①労災発生時に受ける勤労監督、司法処理等の不利益、②無災害目標達成事業場に与えられる監督免除等の恩恵の剥奪、③産業災害補償保険料の増額、④療養申請書提出等の手続の繁雑さ、⑤労災発生報告義務を規定していない制度的欠陥等により労災隠しが広範囲に行われている現実の与件を勘案するならば、実際の災害率はこれをはるかに上回るものであると予想される。労働部に対する1994年の国政監査資料で、1990年以降全国45か所の地方労働官署中21か所の地方労働官署で総数274件に上る労災隠しがあったことが明らかになり、医療保険連合会の1994年の国政監査で、1993年1月から1994年8月までの期間に総数4,624件の労災治療が医療保険で処理されていたことが明らかになっている。

また、労災による死亡者の数は1980年代には1,000人の線をいったりきたりしていたのが、1990年代に入ってから、重大な労災がむしろ増加していることを示している。死亡者数は、1989年1,724名、1990年2,236名、1991年2,299名、1992年2,429名、1993年2,210名、1994年



チョ・オックファ氏

2,678名である。これは初期の軽工業中心の産業構造から、1970年代以降重化学工業中心へと構造変化するに従って、労働災害も重大化、大型化していったことを示している。1993年を基準にした労働者1人当たりの勤労喪失日数は4.37日で、0.45日である

表2 重大災害率の推移：製造業
(Rates of Fatal Injuries : Manufacturing)

	韓国 (Korea)	日本 (Japan)	台湾 (Taiwan)	シンガポール (Singapore)
1980	0.16	0.01	0.13	—
1981	0.18	0.02	0.13	—
1982	0.17	0.02	0.13	0.09
1983	0.17	0.01	0.09	0.06
1984	0.20	0.01	0.13	0.08
1985	0.18	0.01	0.10	0.07
1986	0.17	0.01	0.08	0.05
1987	0.18	0.01	0.08	0.08
1988	0.19	0.01	0.08	0.05
1989	0.16	0.01	0.08	0.08
1990	0.17	0.01	0.08	0.05
1991	0.17	0.01	0.06	0.08
1992	0.19	0.01	0.07	0.08

注：1) 韓国は保険適用対象者1,000名当たりの比率
2) シンガポールは生産職1,000名当たりの比率
資料：1) ILO, Yearbook of Labor Statistics, 各年度
2) Taiwan, Yearbook of Labor Statistics, 各年度

表3 最近3年間の職業病補償者の疾患別分布

年度	じん肺	重金属	有機溶剤	騒音性難聴	化学物質	その他	計
1991	1,228	61	60	178	0	10	1,537
1992	877	39	90	311	8	3	1,328
1993	1,001	27	114	257	8	6	1,413

表4 最近10年間の職業病有所見者及び補償者の数の変化

年度	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
有所見者	6557	6895	7163	6850	8408	7568	7742	7187	5937	4346
補償者	1203	1558	1637	1623	2150	1561	1638	1537	1328	1413

日本の9.7倍、シンガポールの62倍、台湾の24倍、フランスの3倍に達しており、年間総勤労喪失日数は5,574万日で、労使紛糾による喪失日数の153万日の39倍に達している。労災による経済的損失額は、1994年度だけで4兆9900億ウォンでGNPの1.75%に達し、労使紛糾による経済的損失額1兆5,000億ウォンの3.3倍に達している。1994年度の産災補償金支給額は9,985億6,300万ウォンで、前年度に比べて1,260億ウォンの増加である。

(2) 職業病の実態

韓国の職業病患者数は全体に減少傾向にあるという。さる1988年には2,150人であった職業病患者数は次第に減少の兆しを見せ、1993年には1,413人と大きく減ったが、実際に労働環境が改善されたというよりも、一連の炭坑の廃業でじん肺の重患者が減少したため、したがって、職業病患者数の減少は別段意味のないことであり、むしろ、有機溶剤、特定化学物質等による職業病患者、反復作業による腰痛、頸肩腕障害、過労、ストレスによる過労死は増加傾向にある。1993年2月、国内最初のカドミウムによる中毒が職業病として認定され、同じ年の10月、石棉による肺がんが国内最初の職業性がんとして認定された。そして、酸を取り扱う事業場で新しく歯牙酸蝕症が発見されて、そのほかストレス、過労による疾患が増加している。さらに製造業での労働強度強化に伴う腰痛、事務職でのVDTの増加等、筋骨格系疾患を訴える労働者が増えている。

1993年度に職業病として労災補償を受けた1,413人の補償者のうち、じん肺と騒音性難聴患者が89%を占めており、他の職業病はほとんどみつかってい

ない。また、特殊健康診断を通じて明らかになった職業病有所見者の数も1988年度の8,408人をピークに、1993年にはほぼ半分当たる4,346人になっているが、事業場での事後管理不実問題と合わせて、この統計自体多くの問題点がある。有所見診断を受けた労働者とその職業を離れるとそれ以上の特

殊健康診断を受けないために統計にあらわれず、実態としては有害物質に暴露されていながらも検診対象者から抜け落ちるケースも少なくないためである。そして最近では、検診機関で職業病判定の誤りを犯したり、検診結果を捏造する等の事例がいくつも明らかになって物議を醸している。

3 変化する政府の政策及び法、制度変化

1993年3月以降、現政府が発表した経済行政規制緩和措置は、国家競争力強化という論理のもとに、経済を活性化するために政府の複雑な規制を大幅に簡素化して、企業の活動の保全を最大限図るということとその趣旨としている。しかし、その内容の中で労働関連事項として、年次休暇の統合、休暇日数の減少、変形労働制の導入、産業安全管理者選任基準の緩和、作業環境測定周期の緩和、有害物質許容濃度の緩和等が含まれており、一方的に企業主の負担を軽くする意図があらわである。

安全保健と関連した事項を具体的にみると、①労災保険料の引き下げ、測定周期の緩和、一般健康検診の医療保険統合等の直接的な企業主の経済的負担軽減、②業務上災害の認定基準において職業病関連項目は増えたが、認定基準をより複雑に明示しており、健康診断や作業環境測定関連制度の改善はほとんどなされていないので、結果的に職業病予防、早期発見の向上よりも職業病補償を厳格に施行しようという意図が見えていて、③産業安全保健法の場合、罰則条項を強化せずに、一方で労働者の権利を部分的に拡大することで、個別の作業場の安全保健問題を労使間の自律に任せる方向で政策は進ん

ている。

しかし、現在労災予防に対する企業主の意識は希薄で、これを強制する労働組合の力が微弱な状態では、関連法案の優先的な規制緩和は、安全保健の基本的改善をむずかしくする要素として作用する可能性が大であると言える。

現在、わが国の産業安全保健管理は、労働災害の予防のための産業安全保健法(1981年制定)と治療と補償のための産災補償保険法(1964年制定)を根幹に施行されているが、最近変化した法及び制度を中心に、主要な内容を簡略にみても、次のとおりである。

(1) 産業安全保健法と関連して

① 産業安全保健委員会

産業安全保健委員会は、産業安全に関して審議、議決する労使同数の委員会である。この間、委員会は、審議権だけあって議決権はなかったが、1995年産業安全保健法19条3項で“決定事項を誠実に履行する義務”の新設および活用に従い、議決権と同じ効力を持つこともできるようになった。1994年に全国労働組合協議会で、産安活動が活発に行われている労働組合を中心に実施した調査によると、調査対象94か所の事業場中61.3%で産業安全保健委員会が設置されているという回答であったが、そのうち半数以上が会議を開催しておらず、別段内容がなく形式的に運営されていて、会議結果を組合員に公開していない事業場も19.3%に上っている。

② 労働者の作業中止権

この間、生産でくるいを生じるという理由で、事業主と勤労監督官にだけ与えられていた作業中止権が、1995年初改正された産業安全保健法で、労働者にも認められた。しかし、法第26条2項で追加されたこの内容は、将来的に作業中止の状況及び急止の権限の問題等、議論の余地を多く残している。すなわち、作業者に対する身分保護条項が明示されておらず、作業再開に対する別途の規定がないために、作業場でこれを実際に適用するなら、団体協約等これに対する明確な規定が必須となる。

③ 有害物質の表示

現在自分が扱っている物質について知っている労働者はほとんどいない。大部分の事業場では、有害物質に対する情報を取って提示しない。労働部は、現在の有名無実の有害物質表示制度に代えて、1996年からMSDS(化学物質安全保健資料：Material Safety Data Sheets)制度を施行する方針である。

④ 作業環境測定

1995年から、作業環境測定に対する労使の審議規定と個人サンプル収集、検知管の使用禁止等、重要な測定原則の明示、測定及び評価方法等の技術的部分に対して一定部分に専門性が補強された。しかし、測定結果による測定回数調整等は、現在国内の作業環境測定及び評価の質的水準の信頼性を失わせている実情で、事業主の義務だけを緩和する結果を招来することになり、また、許容濃度適用時の作業時間の考慮等が抜けている。

⑤ 健康診断

勤労者の健康診断中、一般健康診断は、5人以上の事業体の勤労者355万余名の対象者のうち87%に達する295万名に実施、特殊健康診断は有害部署従事勤労者61万名中96%に達する59万名に実施、総対象者401万名中88.4%に達する354万名の勤労者が一般、特殊健康診断を受けた(1992年基準)。このうち一般健康診断事業は、1995年5月から、労働部で保健福祉部の医療保健連合会に移管されたが、作業主の費用負担を軽減しただけで、別段の改善策はみられなかった。

(2) 産災補償保険法と関連して

産災補償保険法による産災補償保険業務は、1995年5月1日付で、労働部から、政府投資機関である勤労福祉公団へと移管されたが、内容は別段差がない。業務上災害の場合、療養給付、休業給付、障害給付及び傷病補償年金を支給しているが、①給付水準の向上及び拡大、②労働者等当事者の立会の保障、③災害予防及び社会復帰作業領域の拡大、④保険運営手続の合理化、⑤国庫支援の拡大を通じて社会保険としての機能強化等の課題が提起されているのが実情である。

4 労災追放運動

(1) 胎動と発展

① 1987年以前

労災追放運動は、労働者の不健康な状態を克服して、安全で健康な労働を求めた継続的な闘争である。したがって、労働者の諸般労働条件改善のための長い闘争、それ自体が労災追放運動のひとつの過程であると言える。

労災追放運動は、基本的に労働運動のひとつで、保健医療、環境衛生、産業安全工学等を包含した科学技術運動の一領域として設定することができるだろう。

わが国では、保健医療人を中心に1970年代初め、都市に住む零細民対象の診療奉仕活動を始まりとして、1970年代末から労働者問題に対する初歩的関心を根拠にした治療中心の診療活動が実現した。1980年代の光州抗争以降、民衆中心の社会科学的認識が拡散するに従い、工場団地地域の労働者を対象に教会や聖堂等で診療所を設立して、医学系学生と卒業生が診療活動を行ってきた。

一方、1970年代後半から労災発生増加にともない、被災労働者の事後保障に対して、労働相談所等で個別の相談が行われてきたが、このような経験が、労災に関する社会構造的認識と共に、関連専門家たちの役割を促す契機となった。労働運動が一次的な生存権闘争とそのための組織建設を主要課題としながら、労災追放の課題を担当していない状態で、診療所活動や労災相談の経験を持つ保健医療相談員を中心にした専門家の中で、労働者の健康問題に対する独自の活動領域の模索がはじまった。特に、労働者の健康問題を主要課題とする常設労働者病院が設立されるが、1986年3月、九老医院の設立がその最初になった。

② 1987年以降—1991年以前

1987年6月の民主化闘争および労働者大闘争を経て、労働者の健康問題に関心を寄せていた保健医療人たちの集団的な努力がはじまった。労働者、保健医療人、労働法律相談員、産業安全専門家等労働者

の健康問題と関連した活動家たちが、労働と健康研究会を1988年に創立し、人道主義実践医師協議会等保健医療団体が設立された。また、各地域にも、民衆医院、労災団体が設立され、労災関連相談、教育、広報、調査活動を遂行した。そして、労働災害被害労働者を中心にした生存権確保闘争および建設といくつかの労働組合での単位作業場の環境改善問題および職業病認定闘争が繰り広げられ、九老、マチャン地域では地域的連帯活動が模索された。このような労災追放運動陣営の新しい変化に、決定的な衝撃を与えたのは、産業現状の劣悪な作業環境がもたらした15歳の文松勉(ムン・ソンミョン)君の死だった。ムン・ソンミョン君の水銀中毒に対する職業病認定如何をめくり論争が繰り広げられ、抗議集会、街頭示威が続いた。その後、われわれの社会最大の職業病を発生させた源進(ウォンジン)レーヨンは、労働災害が非常に深刻であるということを社会的に浮き出たせ、職業病闘争の大きな流れを形成してきた。

また、1989年下半年に進行した産業安全保健法改正運動は、たとえ結果は満足すべきものではなかったとしても、全国的な労働者組織(当時の地域、業種別労働組合全国会議—全労協の前身)と保健医療団体(7か所の保健医療組織の共同対策委員会)が連帯して活動することで、以後の各種対策活動と労災追放運動陣営が集結して、大々的に共同作業を展開する“7月労災追放月間事業”等、労災追放運動の組織的連帯の端緒となった。

③ 1991年以降

1990年、全国労働組合協議会の設立以降、1991年から産業安全保健局が本格的な活動を遂行することで、労働者が労災追放運動の組織的主体として乗り出す重要な契機となった。全労協の産安局を中心に1992年から運営する“全国産業安全全部懇談会”は、労働者の産安活動が、単位作業場と地域を越えて通じて全国次元で発展したということを示している。これによって、活動内容が、法、制度改善要求および改悪阻止運動までに拡大した。

そして、地域で活発に労災追放運動を行ってきた労災団体が“産災追放団体連帯会議”を構成して、全国的な共同対応を強化して、労働団体でも労災に

対する関心を拡大して“産災追放対策会議”を構成した。

(2) 主要活動と組織

① 主要活動：1987年以降、労災追放運動陣営で扱った事案は以下のとおり。

- ・文松勉(ムン・ソンミョン)君水銀中毒死亡対策活動(1988年)
- ・源進(ウォンジン)レーヨン職業病対策活動(1988年)
- ・産業安全保健法改正運動(1989年)
- ・各地域労働組合の産業安全関連部署長の集まり構成の開始(1989年)
- ・ウォンジンレーヨン職業病認定闘争(1991年)
- ・手指接合手術認定基準撤回のための対策事業(1992年)
- ・腰痛患者強制治療終結指針撤回闘争(1992年)
- ・無災害署名運動対策活動(1992年)
- ・産業保健センター設立運動(1992年)
- ・企業活動規制緩和に関する特別措置法対策活動(1993年)
- ・ウォンジン対策事業(1993年)
- ・過労死相談センター開所(1993年)
- ・韓国労働保健職業病研究所設立(1993年)
- ・全国産業安全教育(1994年)
- ・強制治療制限措置に対する対策活動(1994年)
- ・造船業種労災追放闘争(1995年)
- ・労災追放のための共同教育訓練(1987-1995年)
- ・7月労災追放の月共同事業(1990-1994年)

このほか個別事業場と地域単位で、労災相談、労組産業安全活動支援、各種広報活動等日常的な労災追放活動を展開してきた。

② 労災追放運動陣営の組織は以下のとおり。

一労働者組織

- ・全国労働組合協議会傘下の地域組織に産業安全保健部設置(8か所)
- ・地域別産業安全部長連帯会議(6か所)
- ・現代(ヒョンデ)グループ労働組合総連盟 産業安全保健局
- ・全国造船業種労働組合協議会 産業安全保健局

- ・全国建設労働組合協議会 産業安全保健局
- ・産業災害労働者協議会
- ・源進(ウォンジン)レーヨン非常対策委員会
- ・源進(ウォンジン)職業病被害者協議会

一産災団体

- ・全国産災追放団体連帯会議および地域組織(9か所)
- ・産災追放対策会議(8か所)

一関連団体

- ・韓国労働保健職業病研究所
- ・過労死相談センター
- ・労災職業病専門漢方医院(九老漢方医院)
- ・産業口控保健協議会
- ・その他 医療機関

(3) 展望と課題

1988年、故文松勉(ムン・ソンミョン)君死亡事件、源進(ウォンジン)レーヨン集団職業病事件とこれを契機に対応した労災追放界の社会的問題提起は本格化して、これに対して、政府は、事案が生じるときに守勢の対応に終始した。それだけ政策の体系と合理性が欠如していたのである。そうして1992年から政府は、この間の守勢の対応から脱却して、積極的に攻勢の政策への変化を試みた。このような流れは、いわゆる“文民政府”のもとで、改革を旗印とした政府の主導性が強化されるのに便乗して実現した。もちろん、このような積極的な攻勢は、最近の産業安全保健法改正と同じ法、制度の改善も含んでいるが、根本的に各界の参加を通じた民主的な意見垂簾過程ではなかった。“労災予防のための積極的政策提起”が政府の一方から主張されるかと思えば、いまだ時代遅れの労災予防に対する企業側の認識を反映して、政策立案において強大な力を発揮する経済部署や青瓦台サイドでは、産業安全関連条項を企業活動を阻害する要因として把握して、政府内でも相互矛盾する立場があらわれている。

これにより、労災追放界の対応は、相対的に、以前の攻勢の立場で政府の政策にしたがって対応することが容易でないと感じている。したがって、すでに確保された法制度の領域を大衆の実践で実質化することと、より発展して緻密な政策代案を研究開発することが課題として残っている。

また、保健医療人を主要メンバーとして確保している活動家組織は、人的、物的資源の確保のむずかしさを感じているが、固有の専門的領域をより強化して、周囲の専門家のマンパワーを包括して労働組合の要求と課題に効果的に呼応することを長期的展望とし、これを遂行するために1995年度は、具体的に、①政策力量強化、②共同作業強化、③組織整備等を事業目標に定めている。

全労協を中心にする労働者組織は、地域、個別事

【→60頁から続く】 実際に災害の多発する一例えば、町の中の小さなプレス工場の事故などでは、結局事故の後になって労働基準監督署がかけつけて事業主に罰金を払えと言って帰っていくというのが実際のところではないでしょうか。

私たちの今後の運動をどうすべきかと言うことですが、端的に言えば昨日の過労死の予防の議論にもあったように、現在の日本の労働関係法令の全体をこれまでの法規準拠型から自主対応型、参加型に切り換えていくことが必要なのではないかと思えます。つまり、そういう参加型の労働関係の運動を法的に支えていく体制をつくる必要があります。その始まりとして安全衛生の分野からできるのではないのでしょうか。例えば、地域産業保健センターをより地域に密着したものにし、地域の労働組合、労働者が公式に参加し、実の上がる地域のレベルを底上げしていくような運動を作り上げていくことなどがあげられると思います。

日本の産業社会のひとつの特徴をあらわす言葉として「系列」というのがあります。製造業で言えば、有名な大企業があって、その回りに下請があり、さらに孫請けがあって、最も下に位置する町工場と言われる中小企業があります。こうした町工場は、労働条件は非常に厳しいが、逆に企業社会中心社会といったものから比較的自由というか遠い位置にあるとも言えます。こうした町工場の安全衛生の取り組みこそ自主対応型、参加型で取り組まなければならないと思うわけです。職場の民主主義運動として地域で進めていかなければならないと思います。

全国労働安全衛生センター連絡会議には、全国各地22の地域安全センターが参加し、それぞれの地域

業場別に偏重している産業安全保健活動を拡散させ、地域別組織体系を幅広く確保しようとしている。1995年度には単位事業場の日常活動支援を通じて、産業安全保健活動の活性化を図り、地域、産別産業安全保健活動の体系を整備、強化し、民主労総設立の組織化に寄与しなくてはならない。



(翻訳：金正美)



全国労働組合協議会産業安全保険部長・モテンヒ氏 韓国における労働組合の取り組みを紹介(7頁参照)

で創意工夫して取り組みを進めています。共通点として、いまだに労働組合の組織されていない労働者の相談にのり、労働組合の安全衛生対策に協力しています。そして全国的な統一テーマについて一例えばアスベストの健康被害については、2回の電話相談を全国一斉に取り組みました。そういう活動によって、相談が相次ぎ、アスベスト規制に関する法令の改正につなげるといった成果もあげています。また、各地域での活動をもとに、労働安全衛生法、労災保険法等の改正を政府に求める取り組みを展開しています。さらにこれから、労働組合、労働者に健康に働き続ける将来のビジョンを提案していく活動が求められていると思います。



日本における労災職業病の実態と取り組み

西野方庸

全国労働安全衛生センター連合会事務局長、
関西労働者安全センター事務局長

「日本における労災職業病の実態と取り組み」という題で報告しますが、必ずしも韓国側の御報告に匹敵するほどトータルにとらえきれているという自信がありません。私の個人的な興味や偏見というか、そういうものも入っているという前提でお聞きください。

1 労災職業病問題の戦後史

まず、労災職業病問題の戦後史について簡単に流れをふれておきたいと思えます。

1947年に労働基準法と労働者災害補償保険法が制定され、最低限の基準として労働安全衛生に関する規則と労働災害に対する補償制度の枠組みが形成されました。これらの一連の法制定後も労働災害は増加し続け、1959年には死亡者が6,000人をこえ、1961年には6,712人を数えるようになりました(表1)。この時期には、他に類をみない経済の高度成長が始まっており、長時間労働や劣悪な労働条件のもと労働災害が多発する一方で、労働の機械化、省力化が急速に進められ、頸肩腕障害などの新しい職業病が発生しました。そして1963年には、三井資本の三井三池鉱で炭じん爆発があり、458人が死亡、839人が一酸化炭素中毒に被災するという、時代を象徴する事故となりました。この事故がきっかけとなり、日本労働組合総評議会が安全衛生に目を向ける

ようになり、「安全なくして労働なし」というスローガンを掲げた安全衛生闘争を取り上げるに至りました。

こうした安全衛生についての気運の高まりと、経済の高度成長に伴い著しく変貌した日本の産業現場の実態に対して労働基準法の規制のみでは実効性が乏しくなったとして、1972年に単独立法として労働安全衛生法が制定されることとなりました。

また、労働者災害補償保険法は、1947年の制定当時、強制的に適用される労働者は一部分にすぎませんでしたが、1968年に5人以上の事業場に全面適用されることとなり、1975年にはごく一部(5人未満の個人経営の農林漁業)を除いて全面適用されることとなりました。

2 労働災害の実態

現在の労働災害の実態について、その特徴をお話します。1994年の労働災害の発生件数に関する労働省の分析では、建設業、製造業で死亡災害が多く、林業と陸上貨物運送業で死亡災害が増加しています。

また、労働災害の死傷者数は中小規模の事業場に集中して発生しており、100人未満の事業場で全体の約80%の災害が発生しています。しかし、こうした労働省の分析は、労働安全衛生法で使用者に義務



西野方庸氏

づけられた労働者死傷病報告による統計資料に基づいて行われていることに注意する必要があります。労働者死傷病報告書は罰則付きで義務づけられていますが、実際には怠っているケースが相当数あり、しかも、それらは中小事業場に多いことが予想されるので、実際にはさらに偏った発生状況であると考えられます。

労働災害の発生件数の経年的推移をみると、休業4日以上死傷者数は年々漸減傾向にあるのに対して、死亡者数は横ばい状態が続き、1994年では増加に転じています。死亡者数が減っていないのに、死傷者数が減っていることから、そこには「労災隠し」が増加しているのではないかと推測できると思います。

死亡災害は、例えば救急車を呼ぶでしょうし、警察も来るでしょうから、隠しようがなく正確にカウントされますが、負傷災害であれば、救急車を呼ばずに自家用車で病院に運んで隠すことも可能です。使用者が労災隠しに走る動機は、①建設業にあっては元請会社に対する遠慮によるもの一建設工事では施工主体である元請会社の労災保険が適用されることになっています、②労働安全衛生法違反による処分に対する恐れによるもの一特に建設業等にあってはそのことで公共工事等の受注に影響が出る恐れがあります、③労災保険料がアップすることを嫌うもの、④「〇〇日無災害記録達成」というよ

うな模範職場の体裁を維持するためのもの一労働省自身が「ゼロ災害運動」を提唱していることにより労災隠しを誘っているのは皮肉なことです、⑤資格外の外国人労働者を雇用していることの発覚を恐れるもの、⑥零細事業場でそもそも労災保険の届けを怠っているもの、などがあげられます。

外国人労働者について補足すると、日本ではいま30万人以上の外国人労働者が働いていると言われていています。日本は外国人労働者の就労を単純労働については認めていませんが、実際にはほとんどが観光ビザで入国して、工場や建設現場などの非常に危険な現場で働いているというのが実態です。問題はこうした労働者が労働災害に被災したときに補償はどうかということ。日本の労働基準法は国籍による差別を禁止しているので、労災補償に関しては日本人と同様になされます。しかし、公的な機関に申請することによって、資格外就労であることが発覚し強制送還される恐れがある。使用者にあっては、資格外労働者を就労させていたことが発覚して罰せられる恐れがあるということなどで、それを隠そうとしています。これに対して安全センターでは、外国人労働者の権利擁護のために奮闘しているのですが、政府の立場は、人権擁護よりも資格外就労の防止の方に力を注いでいるという実態があります。

3 業務上疾病の実態

業務上疾病については、1993年の発生件数合計9,630件のうち「負傷に起因する疾病」が7,306件—75.9%で、「じん肺及びじん肺合併症」が1,025件—10.6%となっています。

一番多い「負傷に起因する疾病」のうち災害性腰痛は5,743件で78.6%—業務上疾病全体の59.6%を占めています。このように腰痛の発生件数は高い水準にあり、労働省は昨年、作業態様別の対策などを示すなどした「職場における腰痛予防対策指針」を新たに定めています。

しかし、災害性腰痛が高い水準にある一方で、「作業態様に起因する疾病」に分類された「負傷によらない業務上の腰痛」—つまり非災害性腰痛は、96件しか発生しなかったことになっています。この数字

を単純に比べれば、災害性腰痛の60分の1になります。この原因は、腰痛の労災認定基準にあります。

災害性腰痛については、原因となる災害的事実さえ明らかになれば、容易に労働災害として認められるのに対して、作業態様により徐々に発生した非災害性腰痛については、厳しい認定基準が定められており、過労死と同様に、認定される場合が少なくなっています。したがって、実際には、徐々に発生していた腰痛であっても、痛みがひどくなった直接の災害的事実だけを報告して、労災補償を受けるケースが少なくありません。

すなわち、災害性腰痛の中には、多くの「作業態様に起因する」非災害性腰痛が隠されているとみなければなりません。このことが腰痛予防対策の推進を妨げる一因になっているとも言えます。

4 労災補償法制の問題点

次に労災補償法制の問題点について報告しますが、これもごく一部を報告するだけで、実際にはもっとたくさん問題点が存在します。

労災保険法における職業性疾患の業務上外の判断については、過労死はもとより、じん肺に合併し

表1 労災保険適用、新規受給者、死亡・死傷災害発生状況の推移

年度	労災保険 適用事業場数	労災保険 適用労働者数	死亡災害 発生状況	死傷災害発生 状況(休業4 日以上)	労災保険 新規受給者数
1947	115,901				85,759
1948	224,721	6,596,092	2,869	226,491	446,568
1950	316,260	7,195,752			628,693
1955	559,171	10,244,310	6,050	335,442	554,255
1960	807,822	16,186,190	6,095	468,139	873,547
1961	866,241	17,974,571	* 6,712	* 481,686	966,133
1965	856,475	20,141,121	6,046	408,331	1,340,702
1968	1,078,919	24,100,536	6,088	386,443	* 1,716,877
1970	1,202,447	26,530,326	6,048	364,444	1,650,164
1972	1,385,603	27,858,665	5,631	324,435	1,419,630
1973	1,532,476	28,762,112	5,269	* 387,342	1,370,470
1975	1,535,276	29,075,154	3,725	322,322	1,099,056
1980	1,839,673	31,839,595	3,009	335,706	1,098,527
1981	1,896,973	32,750,233	2,912	312,844	1,027,477
1982	1,940,378	33,593,799	2,674	294,219	963,496
1983	1,993,359	34,510,310	2,588	278,623	929,841
1984	2,035,693	35,196,556	2,635	271,884	921,400
1985	2,067,091	36,215,432	2,572	257,240	901,855
1986	2,110,305	36,696,975	2,318	246,891	859,220
1987	2,176,827	38,799,735	2,342	232,953	846,508
1988	2,270,487	39,724,637	2,549	226,318	832,335
1989	2,342,024	41,249,304	2,419	217,964	818,007
1990	2,421,318	43,222,324	2,550	210,108	797,980
1991	2,491,801	44,469,300	2,489	200,633	764,692
1992	2,541,761	45,831,524	2,354	189,589	725,637
1993	2,576,794	46,633,380	2,245	181,900	695,967
1994			2,301	176,047	

資料：「死亡災害発生状況」及び「死傷災害発生状況」は労働省労働基準局「労働基準監督年報」により、1973年以降の死傷者数は休業4日以上、1972年以前の死傷者数は休業8日以上のものである。上記以外は、労働省労働基準局「労災保険事業年報」により、全国労働安全衛生センター連絡会議が作成。

た肺がん、放射線被曝作業従事者に発生した白血病、保育所保母の頸肩腕障害など医学的な因果関係の存否が争われるケースが多い。これについては最高裁判所が判決で、「一点の疑義も許されない自然科学的証明ではなく、経験則に照らして全証拠を総合検討し、特定の事実が特定の結果発生を招来した関係を是認する高度の蓋然性を証明することであり、その判定は、通常人が疑を差し挟まない程度

表2 業務上疾病の発生状況

疾病分類		1989	1990	1991	1992	1993
(1)負傷に起因する疾病		9,485 7,628	8,759 6,925	9,146 6,560	8,323 6,235	7,306 5,743
物理的 起因 する 疾病	(2)有害光線による疾病	12	12	9	8	8
	(3)電離放射線による疾病					
	(4)異常気圧下における疾病	11	7	3	9	3
	(5)異常温度条件による疾病	674	469	830	694	496
	(6)騒音による耳の疾患	15	8	11	8	9
	(7)(2)~(6)以外の原因による疾病	16	5	7	10	8
	(8)重激業務による運動器疾患と内臓脱	144	73	70	38	77
作業 態様 に 起因 する 疾病	(9)負傷によらない業務上の腰痛	353	297	186	64	96
	(10)振動障害	39	23	23	21	24
	(11)手指前腕の障害及び頸肩腕症候群	111	131	73	97	63
	(12)(8)~(11)以外の原因による疾病	33	19	18	20	30
	(13)酸素欠乏症	26	23	30	20	17
(14)化学物質による疾病(がんを除く)	290	308	340	323	383	
(15)じん肺及びじん肺合併症	1,201	1,185	1,103	1,140	1,025	
が ん	(16)病原体による疾病	40	87	92	64	75
	(17)電離放射線によるがん					
	(18)化学物質によるがん		1	5	2	6
(19)(17)、(18)以外の原因によるがん	2					
(20)その他業務に起因することの明らかな疾病	13	8	5	1	4	
合 計		12,465	11,415	11,951	10,842	9,630

資料：労働省業務上疾病調(各年版「労働衛生のしおり」による)

- 注1 表は休業4日以上のものである。
 2 疾病分類は労働基準法施行規則第35条によるものを整理したものである。
 3 (1)負傷に起因する疾病欄内の下段の数字は腰痛で内数である。
 4 (18)の化学物質は労働基準法施行規則別表1の2第7号に掲げる名称の化学物質である。
 5 その年中に発生した疾病で翌年3月末日までに把握したものである。

の真実性の確信をもちうるものであることを必要とし、かつ、それで足りるものである。」という一般的な判断基準を示していますが、労働省の個々の疾病に関する判断基準は、総じて狭い範囲にとどまっているのが実態です。

労災保険法は、建前上ほぼ全ての労働者をその適用対象としていますが、実際にはその網に救われない事例も少なくありません。まず、ほとんど全ての事業に加入が義務づけられている保険であるにもかかわらず、5人未満の事業場で労災保険の手続をしているのは約50%にすぎないという報告があります。もちろん、事業が始まると同時に労災保険関係も成立しているとみなされるため、労災被災者は

労働基準監督署に申請すれば保険給付を受けることができますが、そのことが周知されていませんし、未加入であれば使用者が遡って保険料を徴収されることから申請に至らない隠れたケースも多いと言えます。

また、建設業では、請負で作業に従事する大工、左官等の就労者が多く、この人々は任意による労災保険の特別加入の保険料を自分で支払っていない限り、労働基準法上の

労働者ではないため労災保険が適用されません。給付内容については、不十分なが年金給付が整備されており、介護補償給付の制度が1996年4月より施行されることになりました。しかし、長期の療養を余儀なくされた被災労働者の社会復帰対策の措置については全く未整備な状態と言わなければなりません。例えば、長期の療養者が元の職場に復帰するためには、突然元通りの仕事をできるはずがなく、段階的な復帰のために使用者が協力すべきであると思います。労働基準監督署はそのように使用者に指導をする建前になっていますが、法的な強制力はなく、「絵に書いた餅」で、結局元の職場を退職せざるを得なくなるケースもあります。

5 労働安全衛生法制の問題点

次に労働安全衛生法制についてです。労働安全衛生法では、職場の安全衛生管理体制で設置すべき組織、職を決めています。それぞれ業種、規模に応じて設置義務が異なりますが、総括安全衛生管理者、安全管理者、衛生管理者、産業医、作業主任者、安全・衛生委員会等です。しかし、プレス作業等の危険有害業務の作業主任者以外は、少なくとも50人以上の規模で義務づけられています。したがって、50人未満の事業場であれば、産業医の選任もいらぬし、安全・衛生委員会の設置も必要がないということになります。ところが、日本の事業場のうち50人未満は事業場数で96%、労働者数で60%を占めています。これだけの労働者が、これらの安全衛生管理体制の恩恵を受けていないことになります。これに対して、労働省では、50人未満では新たに衛生推進者などの制度を設け、産業医については地域ごとの産業保健センターを設置することにより集団的に対応できる体制をとるという方法で対応しつつあります。しかし、現在のところいまだにこの成果は見えていないうえに、その運営主体に中小事業場の労働者の声が反映されるシステムが全くなく、問題が多いものとなっています。

また、1992年の労働安全衛生法の改訂で、快適な職場環境の形成促進が事業主の努力義務として新たに付け加えられました。この法律改正で、労働者個々の作業環境の快適さに対する配慮や休憩所、食堂などの整備についても改善対策の推進が求められることになり、そのための設備投資等については、政府からの低利融資などの措置がとられることとなっています。しかし、これも中小事業場には扱いにくいものとなってしまっています。現実にはほとんどの中小事業場ではそのような制度があることも知らないし、そのようなところに金をかけようとは及ぼうともしないのが実状だろうと思います。

6 労働安全衛生運動の今後

最後に、労働安全衛生運動の今後について私の個人的な考えを述べたいと思います。

日本の人口の年齢構成は、戦後のベビーブームの世代がやたら多いといういびつさがあります。しかし、このいびつさが、戦後の日本経済の高度成長にうまく適合したと言われていました。成長期に若年労働者が増え、職場の管理職層は適度に少なく、年功序列賃金制度に無理がなく運営されていた。高度成長が続くことにより「終身雇用」と言われたほど誰も会社を辞める必要がなく、会社とともに「成長する」労働者は、企業別の労働組合を構成しました。日本的雇用関係と言われるこの幻想は、会社ごとの「労使の自治」で労働基準法さえ乗り越えて「働き過ぎ社会」をもたらすことになったと思います。

また、経済の成長と産業構造の変化は、短時間労働者や臨時労働者のような不安定雇用のもとで働く労働者を増大させるというかたちでも、雇用労働者の総数を増やし続けました。そして1985年には労働者派遣法が制定され、産業構造に対応した雇用形態の多様化が図られ、会社を中心とする日本の産業社会の構造の脳を固めたと言えると思います。

しかし、現在の日本は、長期の不況、内外価格差とか貿易摩擦とかいろいろな問題ができていますが、そうした行き詰まりの中で、こうしたシステムは瓦解しつつあると言えます。不安定雇用労働者のますますの流動化がはじまっており、一方で、ひたすら会社のために働き続けてきた中高年労働者が整理の対象となっています。ベビーブームの世代はちょうど40代の後半にさしかかっていますが、その世代の子供たちは、新卒大学生として就職先を求めてさまようという事態になっています。これから日本は本格的な高齢化社会を迎え、労働力の流動化が一層進むものと考えられます。

このような状況を考えると、現在の日本の労働政策は根本的なところで問題があると言わざるを得ません。労働基準あるいは労働関係法令のこれまでの改訂が一貫して企業中心社会の変貌を補うかたちでのみなされてきたということだろうと思うわけです。雇用形態の多様化を承認した労働者派遣法、現在労働省が検討している労働契約法の改訂の内容もそのようなものになっています。労働安全衛生法では、すでに述べたように、小規模の事業場に光が当たるようにそれなりの改訂がされつつあるようにみえますが、

【→54頁下に続く】

日本におけるじん肺問題の現状と課題

平野敏夫

東京東部労災職業病センター代表、
電戸ひまわり診療所所長、医師

1 じん肺の発生状況

「日本におけるじん肺問題の現状と課題」という大きなテーマで、とても全ての問題を網羅するのは大変なので、どちらかという補償の問題一とりわけじん肺法の問題点などを中心に話してみたいと思います。

はじめに、日本におけるじん肺の発生状況ですが、1993年度労働省の統計では、労働者死傷病報告書に基づく統計によると1,025人います。業種別では、鉱業414人、建設業344人、製造業246人、その他21人となっています(59頁表2参照)。

最も多い鉱業は、すでに閉山した炭鉱、金属鉱山の退職労働者が、退職後に発症したものと考えられます。建設業についても主には、新幹線や高速道路の建設工事一隧道工事で働いていた労働者で、いずれも、言わば、「高度経済成長」のつけが回ってきているものと言えると思います。

私の診療所にもいま、150人くらいの炭鉱で働いていたじん肺患者さんが通っていますが、その人たちはほとんどが茨城県、福島県の常磐炭田一北海道、福岡の筑豊に並んで日本の3大炭田のひとつですが一で働いていて、すでに閉山して24年くらい経っていますが、閉山してから発症したじん肺でいまも苦しんでいるわけです。

2 多くの潜在患者

いま紹介したのはあくまで労働省の統計であって、私たちの取り組みで、数多くの潜在患者一表に出ないじん肺患者がたくさんいることがわかっています。

前述の1,025人の患者のうち、そのほとんど一962人が随時申請による管理4(416人)、合併症(546人)です。日本のじん肺法では、在職中粉じん職場に働いている現役の労働者に対する定期のじん肺健康診断とは別に、途中で具合が悪くなったり、退職後に発病した労働者については、随時申請できるようになっていますが、その随時申請で認定されたものがほとんどだということです。定期のじん肺検診で管理4、合併症の認定をされた方は各々36人、27人、合わせて63人にすぎません。ようするに、治療を要するじん肺患者のほとんどは、退職後も含めて、定期じん肺検診以外の場で発見されているということです。

一方で、医療機関の臨床医のじん肺に対する関心の低さ、また、労働者への衛生教育の不徹底を考えると、定期じん肺検診以外の場でじん肺が発見される機会は極めて少ない。特に退職後は、じん肺検診は行われないうえ、症状が増悪して医療機関を受診しても、慢性気管支炎、気管支喘息、肺結核などの

診断名で、じん肺は見逃されるというケースが多い。

私も20年近く東京で医者をやっていますが、たまたま日常診療の場でじん肺患者を発見することが結構あります。一番印象に残っているのは、60歳代の方で長年鋳物工場で働いていた方のケースです。退職してから具合が悪くなって町の医療機関に行くのですが、気管支炎だと言われて治療される。ちょっとよくなると行かなくなって、また悪くなって別の医療機関に行く今度は肺結核と言われていろいろ検査をされる。しかし結局肺結核ではないとなつてまた行かなくなる。その後また具合が悪くなって別の医療機関で肺がんじゃないかと言われる。検査の結果やつのことで、あなたは硅肺だと診断される。しかし診断だけで、これは治らないからと放り出されてしまう。その後、私の勤めていた病院に来られたわけですが、そのときには相当悪くなっていて、肺機能も非常に低下してすぐ入院ということになりました。じん肺の労災手続をして最重症の管理4と認定されましたが、決定の半年後くらいに亡くなられてしまいました。まだまだ、潜在化しているじん肺患者がいると思っています。

では定期じん肺検診の方はどうなっているのか。1993年度のじん肺定期検診を労働省統計でみると、受診者数219,607人、そのうちじん肺があるという一有所見者の数が23,062人(10.5%)で、前年比微増となっています(表1)。この有所見者が、退職後進行したり、合併症に罹患する可能性があるにもかかわらず、退職後のじん肺検診は、管理3以上の者にしか保障されていません。90%近い無所見者にしても、退職後にじん肺が出てくる可能性は十分あるわけですが、全くチェックされない。管理3以上の者でも、健康管理手帳の交付、説明などについての事業主の無理解に加えて、検診を受けられるのは特定の医療機関だけでしかない—東京都内でも2,3か所しかなく、なかなか有効に利用されていない実態があります。

退職後のじん肺検診が極めて不十分で、臨床医のじん肺に対する関心の低さ、衛生教育の不徹底などにより、多くの潜在患者が存在することは間違いないだろうと思います。

また、現行じん肺法では対象外とされている有機



平野敏夫氏

じん肺による患者の存在も無視できません。古くは線香を作る—木の葉や皮を乾燥して砕いて練って作るわけですが—労働者のじん肺が報告されていますし、私の経験でも、港湾で大豆の袋詰め作業をしていた女性労働者に発生した重症なじん肺のケースも知っています—この方はじん肺法が適用されないで、他の職業病と同様の手続で肺線維症として労災と認定させましたが、あるいは木工労働者のじん肺も経験しています。

3 厳しい管理区分審査

じん肺は、主治医が診断して診断書とレントゲン写真を添えて各都道府県労働基準局に提出すると、各都道府県に2~3名いるじん肺診査医が審査して管理区分を決定します。都道府県によっても差がありますが、このじん肺診査医による管理区分審査が非常に厳しい。とりわけ、管理4—最重症のじん肺で、管理4になると労災補償の対象になりますが—の決定をなかなか出しません。管理4は即労災補償につながるため、「慎重に」決定するというところらしいのです。

ひとつのポイントとして、じん肺法では「著しい肺機能障害」があれば、レントゲン写真の軽重を問わず管理4になりますが、その評価が非常に厳しい。スパイロメーターによる1次検査でパーセント肺活

表1 じん肺健康診断実施状況

年度	受診労働者数	管理1 有所見者	管理2	管理3	管理4	有所見者数	合併症 あり患者数	有所見率(%)
1965	162,467	8,996	3,973	850	415	14,234	—	8.8
1970	173,331	10,010	3,639	736	257	14,642	—	8.4
1975	212,976	12,716	5,055	1,080	318	19,169	—	9.0
1980	259,899	—	34,133	8,132	122	42,387	172	16.3
1981	271,775	—	36,872	7,787	148	44,807	177	16.5
1982	265,720	—	38,099	8,010	126	46,235	147	17.4
1983	260,565	—	37,183	7,120	137	44,440	133	17.1
1984	262,024	—	34,958	6,231	81	41,270	102	15.8
1985	260,629	—	33,391	5,905	80	39,376	87	15.1
1986	251,822	—	34,232	5,614	75	39,921	140	15.9
1987	237,310	—	29,111	4,645	93	33,849	104	14.3
1988	228,425	—	27,164	4,209	64	31,437	60	13.8
1989	219,624	—	25,364	3,864	66	29,294	63	13.3
1990	216,420	—	22,184	3,557	74	25,815	93	11.9
1991	229,139	—	22,799	3,475	50	26,324	47	11.5
1992	220,988	—	18,782	3,249	52	22,083	63	10.0
1993	219,607	—	19,888	3,138	36	23,062	27	10.5

資料：じん肺健康診断実施結果調により、全国労働安全衛生センター連絡会議が作成。じん肺管理区分の決定状況には、随時申請によるものは含まれていない。1978年にじん肺管理区分が改正されている。

量、1秒率などが基準値以下に低下していて、呼吸困難などの自覚症状も強く、明らかに管理4相当と思われる場合でも、再度の1次検査、あるいは2次検査の動脈血ガス分析を指示してくる、場合によっては3次検査まで要求してくる基準局もあります。

2次検査のデータ(肺泡動脈血酸素分圧格差 AaDO₂)を判定の一応の参考にするのではなく、AaDO₂の「著しい肺機能障害」の基準以上(極めて厳しい)でないと管理4の決定をしない。したがって、管理4の認定を受けるのが非常に困難になっています。

それから、胸部レントゲンの読影の問題があります。韓国ではILOの標準フィルムを参考にされています。日本の場合には、国が独自の標準フィルムを作成して、それに基づいて読影することになっているのですが、どうみてもPR1—PRとはじん肺の写真的程度で0~4まであります—むしろPR2に近い写真であってもPR0とされる場合も多々あります。肺機能が著しく低下している場合であればPR1とPR0では管理4と管理1の違いになり、労災

補償を受けられるか否かの大きな違いにつながります。

また、じん肺は進行することはあっても治らないとされているにもかかわらず、管理区分が年々下がるケースも出ています。レントゲン写真の読影がPR2→1→0と変化し、管理区分が3(イ)→2→1と下がるわけです。じん肺が治るのであれば被災者に

とっては喜ばしいことですが、そうではなく、診査医の読影がズサンなわけです。

つい最近も東京であったのは、金属鉱山の労働者で、別の病院で、肺機能はかなり落ちているので管理4相当という主治医の意見で管理区分の申請をしたのですが、東京の基準局では管理2—じん肺はあるが最も軽いという決定。本人は納得できずに別の病院でまた出したら、今度は管理1—じん肺がないという決定。去年の秋に私の診療所に来て、再度意見書を書いて手続をしたら管理4になりました。わずか1年以内の間に、2→1→4と決定が変わった。このようなおかしな決定をされて、一番困るのは患者さんです。

このようなことがじん肺診査医の判断に基づいて行われているにもかかわらず、じん肺診査医の氏名は公表されていません。審査が氏名も公表されない医師によって、言わば密室で行われていることも大きな問題です。主治医の判断と診査医の判断が異なる場合に両者が意見を交換するシステムもないまま、一方的に診査医の判断に基づく決定が下され

ています。

このような厳しいじん肺管理区分審査のために、隠れてしまうじん肺患者もいるのではないかと懸念しています。

4 肺がんについて

じん肺患者に肺がんの合併が多いことは、いくつかの疫学調査で明らかになっています。日本の疫学調査でも3~4倍の肺がん発生率、軽いじん肺の方にも肺がんが合併するケースがかなりあるという報告もされています。ところが、管理4のじん肺に合併した肺がんについてのみを労災補償の対象としています。じん肺が肺がんの原因になるというよりも、最重症のじん肺患者では、レントゲン上、じん肺の影が肺がんともぎらわしかったり、肺がんをみつけにくいので手遅れになる、あるいは、肺機能が悪い人に肺がんが発生すると治療がしにくい、手術ができないなどということもあり、「どうもかわいそうだから認定してやろう」というような趣旨のように思われます。

これは非常に問題だと考えています。この間、これに対して、裁判闘争(行政訴訟)が取り組まれて、1件—管理3のじん肺に合併した肺がんが業務上として認められたケースがありますが、いまだに労働省のガードは固い状況です。

それから、がん一般についての関心は高いのですが、職業がんについては一般臨床医の関心は低く、やはり数多くの潜在患者が存在していると予想されます。1993年度の労働省の統計では、「石綿による肺がん、中皮腫」は21人となっていますが、これは非常に少なすぎると思います。まだまだ労災申請にすら至らないケースが多い。全国安全センターで取り組んだアスベスト110番にも多くの相談が寄せられ、労災認定されたケースも何件かあります。なかには、亡くなられた方のケースで、家族が、生前アスベストを一杯吸っているのを調べてくれと強く要請し、死亡後病理解剖して調べたのですが、アスベストはみつからないし、アスベスト肺の所見もないと言われた。あきらめかけたのですが、アメリカのマウントサイナイ医科大学の鈴木康之亮先生に標本を送って診ていただいたら、非常に重症なア

スベスト肺で、アスベスト小体も一杯あるという所見をいただいて、やっと労災認定されました。日本の職業病の医学がいかにも遅れているかということがわかるような経験でした。

私自身は最近、アスベスト建材を扱う大工さんが中心になっている労働組合(全建総連)の国保組合の顧問医になって、国保組合に提出されるレセプト(診療報酬明細書)に病名が書いてあるのですが、それをみると、肺がんという病名がちらちらみられる。国保組合に医療費を請求しているわけですから、当然労災にはなっていません。労災に申請されないアスベスト肺がん、中皮腫等の潜在患者もかなり多いことが考えられます。

5 われわれの取り組み

日本ではじん肺法ができてもう35年になります。しかし、まだまだ法律が十分に運用されていないし、潜在患者がたくさんいるわけで、私たちの取り組むべき課題もたくさんあるわけです。

① 潜在するじん肺患者、アスベスト肺がん、中皮腫等の患者さんを発掘し、労災申請や管理区分申請、あるいは裁判闘争を行い、補償をかちとるとともに、粉じんやアスベストの有害性を広く訴えてきました。港湾労働者、造船労働者、米軍基地の労働者、炭鉱職者など、労働組合や患者組織と共に自主検診によって患者を発掘し、労災補償も勝ち取ってきました。港湾労働者の場合には、全港湾という労働組合があり、このような闘争の中から、じん肺法の粉じん作業の一覧表の中に港湾作業を入れさせるという法改正も勝ち取っています。建設労働者の組合である全建総連については、定期検診の胸部レントゲンの再読影、国保組合のレセプトチェックなどの取り組みがはじまったところです。建設労働者については、欧米でも今後肺がん、中皮腫の多発が予想されており、日本でも、三重県での死亡調査で肺がんが増加しているという報告も出されており、今後の取り組みが重要だと考えています。

② アスベストについては、アスベスト規制法制定をめざして、全建総連、自治労、日教組、全港湾、

全造船等の労働組合と日本消費者連盟、アスベスト根絶ネットワーク等の市民団体と全国安全センターもともにアスベスト規制法制定をめざす会をつくって取り組んできています。残念ながら、規制法制定にはいたっていませんが、アスベスト規制の強化を盛り込んだ労働安全衛生関係の政省令の改正を勝ち取ることはできたということで一定の成果を上げています。

③ じん肺法についても、別掲のように、労働者住民医療機関連絡会議の有志で問題提起を行っています。時間がなくてくわしい説明は省きますので、参照してください。

④ 研究活動としては、労働者住民医療機関連絡会議の医師たちと全国安全センターで協力して、これまでに6回の研究会を開催し、症例検討、調査報告などを出し合い、交流と学習を行ってきています。今年4月に、先ほどのアメリカのマウントサイナイ医科大学の鈴木教授をお招きして、アスベスト関連疾患について認識を深めるとともに今後の御協力もお願いしたところです。この研究会については、じん肺単独でも、日韓共同の研究会がもてないかと個人的には思っているところです。

労働省は、じん肺とか中毒とかの昔ながらの職業病は、もうないとは言いませんが、すでに過去の問題ととらえているようです。しかし、じん肺問題はまだまだ大きな問題であり、現在も、例えば東京でも中小零細企業に粉じん職場はたくさんありますし、そういうところでは粉じん対策がまだまだ不十分です。30年、40年後にもじん肺が多発する可能性も否定できません。これから日韓共同でいろいろと取り組みができればと思いますので、よろしく願います。



現行「じん肺法」に関する見解・提案

1993年10月30日 労住医連じん肺研究会
天明佳臣/斉藤電太/平野敏夫/名取雄司

1 じん肺法施行規則別表(第2条関係〈粉じん作業〉)で定める粉じん作業の範囲

・ビルなどの建築物の解体・修理にたずさわる作

業

- ・24号の石綿作業の範囲を広く「…または石綿製品を取り扱う作業」とする。
- ・有機粉じんを吸入する作業を加える。(穀物を扱う港湾作業etc.、具体的な作業の提示については要検討)
- ・なお、健康管理の対象を粉じん作業に「常時」従事する(した)労働者に限定していることも改めるべきである。

2 じん肺健康診断方法と判定方法

イ 胸部X線写真

- ・0/1と1/0の違いが必ずしも明確でなく、じん肺所見があれば1/0とすべきである。
- ・じん肺が進行し、肺気腫やプラ(肺結核)などの所見が強くなると粒状影が見えにくくなる。したがって、そのような変化もじん肺の1分症として評価すべき。
- ・石綿肺で胸膜プラークがあるが肺病変が軽度の場合も積極的に診断する。CTも補助手段として考える。

ロ 心肺機能検査

- ・日常生活上で支障を考えると、運動負荷後の血液ガスの変化も見る必要。
- ・Index(1秒率/予測肺活量)の評価も考慮に入れられないか。

ハ 自覚症状(せき、たん、息切れ等)

- ・夜間のせきを積極的にチェックする。
- ・問診票の改善—せき、たん、息切れなどの症状の程度がわかりにくい。

3 合併症の範囲と治癒判定基準

- ・乾性の強いせき、膿性痰の出ないせきについても治療を要すれば「要治療」と認める。(このような変化については、合併症というよりも、じん肺そのものの病理変化としての気管支炎という面もある。)
- ・肺炎、気管支喘息も入れるべき。
- ・非定型抗酸菌症の合併も多い印象を受ける。これも合併症に入れるべき。

4 合併肺がんの業務上外認定

・管理2、3イ、3ロに合併した肺がんも業務上にすべき。

一疫学上、じん肺における肺がんリスクは高いことが認められており、臨床上の印象でも、管理2のじん肺患者に肺がんが多発している。訴訟においても、因果関係を「法的に認める」という判断が主流である。

5 健康管理のための措置

イ じん肺管理区分の決定方法

・現行の決定方法は、いわば密室審議となっていて、主治医の意見が全く無視されるようなことが起こっていて問題である。主治医の意見が尊重されるような方法に改めるべき。具体的には、要療養の可能性のある場合で、診査医と主治医の意見に相違がある場合(PR1かPR2の場合に絞ってもよい)、決定が下される前に、診査医と主事医の間で意見交換をしたうえで最終的に決定を下すようにする。

また、現行の決定方法は、レントゲンの読影が先行され、PR1以上になった人のみ肺機能や合併症に関する判断をするようになってきている。つまり、PR0となればF(++)であろうと合併症があるうとそれに関しては何の判断もしないことになっている。レントゲンのみを先行させるのではなく、F(++)や合併症の人に関しては、そのことも考慮したうえでレントゲンの読影をし、総合的に判断して管理区分の決定を行うべきである。

- ・PR1でF(++)の場合、管理4になりにくい場合が多く、改めるべきである。
- ・都道府県によっては、管理区分決定の段階で「続発性気管支炎」を認めないところがあり、改めるべきである。
- ・管理区分が切り下がる場合が多々ある。こういうことのないよう前回の管理区分、レントゲン写真を参考に慎重に診査すべきである。

ロ じん肺者の配置転換

管理2以上を対象にすべき。

ハ じん肺健康管理手帳の交付範囲

0/1も含めて、じん肺所見のある人には全員に、できれば粉じん作業をした人全員を対象にした方がいいだろう。特に、石綿粉じんの暴露者は、

肺がんの危険性があるので全員を対象にした方がいい。また、配布範囲だけでなく、現行では特定の医療機関でしか健康診断が受けられないし、健診の回数も1年に1回しか受けられない。基本的には、労災の指定医療機関であれば受けられるようにすること。また、肺がんのリスクが高いことを考えると、1年に3回まで受けられるようにすべきであろう(ただし、2回はレントゲン撮影のみでもいい)。

ニ その他

管理区分決定の個人への通知の徹底を図るべきである。

6 じん肺者の労災補償

現行の補償制度(管理4と合併症の人のみ休業補償が出る)では、管理3の重症者が無理をして働かざるを得なかったり、また、合併症が治ると落胆するなどという問題が生じている。他の労災患者との整合性を考慮したうえで、管理4と合併症の人以外にも何らかの補償をすべきと思う。

7 その他

- ・管理区分決定申請書での粉じん作業従事者としての事業主証明について、事業主が証明を拒否した場合は書類不備でも申請書類を受理すべきであるが、労災保険の給付請求と異なり受け付けようとしにくい傾向があり改善すべきである。
- ・労基署の保険担当者は「じん肺は基準局の衛生課の仕事」という意識が強く、そのためじん肺についての認識が弱い。極端な場合は労災課長すら「じん肺はX線写真だけで決められるので肺機能障害では管理4にならない」などと述べたりしている。直接補償を扱っている所轄部署としての認識が必要である。
- ・じん肺管理区分の行政は地方によってあまりにも格差がひどすぎる。特に、じん肺ハンドブックはほとんど無視された状態で判定基準はじん肺診査医の個人的見解にまかされるままとされており、さらに決定権者である基準局長はたとえ判定基準と異なっても地方じん肺診査医の意見と称して問題をかえりみようとしない。あまりにも問題である。



造船所におけるじん肺・石綿関連疾患

—横須賀市での経験—

名取雄司

神奈川県労働者医療生協横須賀中央診療所、医師

平野先生の方から、日本のじん肺の制度ですとか全体のお話がありましたが、私の方は横須賀というところ—もともと軍港で、古くは日本の海軍の町で、その後はアメリカの海軍のいる町—でのじん肺についての取り組みについて報告したいと思います。

1 日本の造船産業

69頁の図は、1981年の日本の主要な造船所の所在地です。日本の造船所が各地に点在しています。横須賀は、東京湾の入口にある人口40万人くらいの町です。

日本の造船産業の歴史を概観しておく、歴史的には1860年代に始まった日本海軍を主にした造船産業の歴史が1945年まで続くわけです。造船産業は日本の海軍の歴史と関係をもっているわけで、日本の海軍の侵略の歴史が日本ではあまり語られない傾向があり、さらに語られないのがそれに立ち上がった民衆の歴史です。ちょうど100年前、1895年にChira, Taipeiで起きた民主化独立運動を日本海軍は全艦艇の大半で包囲して弾圧したりしています。犠牲者は民主化独立運動の側に圧倒的に多かったわけですが、私は機会があつて訪れたときに、その人たちの名が残されていることを知りました。日本海軍も死者を出して、艦艇も破損しているの

す。そのような艦艇の修理をしたり、作って、韓国をはじめアジアの国々への侵略の後方基地であったのが、横須賀の歴史でもあります。

日本の造船産業の従事人口の推移は、1921年頃が50,874人ということです。それから1930年—第1次世界大戦後の軍縮があつて—32,828人に減少しています。その後、1940年—第2次世界大戦のところで—137,208人に増え、1945年には356,044人とふくれ上がっています。その後減少して1955年には93,000人、1965年には244,000人、1975年には272,000人の方が、造船産業に従事していたわけです。

造船での石綿の使用については、1920年代から使用されていたのは確かです。日本で一番大きい石綿企業で日本アスベストというのがありますが、この会社は日本海軍に主に製品を納めていたので有名ですが、具体的な量についての資料はいまのところ不明です。その後、1950年から1975年まで石綿は造船産業で多用されてきましたが、1975年、ヨーロッパの国々から始まったアスベスト被害について造船産業での使用禁止を求める動きに、日本でも原則的に新しい造船についてはアスベストの使用が規制されて、その後新造船については使われていません。ただし、修理船を含めたところでたえず石綿による暴露が続いているというのが現状だろうと思います。

2 横須賀地区での造船じん肺・石綿関連疾患

横須賀地区での造船じん肺・石綿関連疾患について話しますが、まず、横須賀地区での造船産業の従事人口です。ひとつはアメリカ海軍の横須賀基地があります。ここには、1950年の段階で約6,000人が従事しています(1970年には約2,000人)。もうひとつは民間企業で住友造船所に1970年に約3,000人が従事していました。40万人の人口のうち概ね5,6,000人から9,000人くらいが、職員として造船に従事していたということになります。下請の会社や関連の従業員を含めるとさらに多いわけです。

経過ですが、1970年頃に横須賀共済病院という地域の中核病院に、当時のスチューデント・パワーと言いますかそういう世代の医師たちがかなり勤めるようになって、そこで悪性胸膜中皮腫、肺がんの多発が造船産業と関係があるということ、アメリカのセリコフ博士などに学びながら、呼吸器病学、病理学等いろいろな立場で学会等での発表をはじめました。

1984年に、造船産業で肺がんが多発しているということが新聞で報道されました。マスコミに公表されたわけです。それ以来、自主的な検診が開始されています(1984-1989年)。

造船退職者の名簿をもとにして健康診断を呼びかけるというやり方で、レントゲン車を借りて現地で検診を実施しました。全造船の労働組合と、神奈川県労働者医療生活協同組合との3者の協力で行われています。

1987年には横須賀地区じん肺被災者の会が設立され、じん肺の補償制度の改善の要求を続けてきていますし、一方で、じん肺になった被災者が労災保険の補償だけでなく会社に上積み補償を求め、これを拒否されたことにより現在民事裁判を提訴して8年間にわたり争っています。

そして1989年には、労働組合の出資した神奈川県労働者医療生協が横須賀中央診療所を開設しました。その後、概ね800人の方を検診して、約50人くらいの方の治療にあたり、現在に至っています。

横須賀の被害の実態の全体像は把握できていません。全体の4分の1くらいしか把握できていない



名取雄司氏

と思われるのですが、だいたい以下のような状態と思われる。

- ・PR1以上のじん肺患者がおそらく200人以上
- ・続発性気管支炎での労災患者が約50人
- ・肺がんが毎年数人以上(おそらくこのうち労災補償を受けているのが半分くらいだと思います)
- ・悪性胸膜中皮腫が毎年1~2人

3 まとめ

- ① 現行のじん肺法は、就職してから退職時までの管理を主としています。退職後の法律的制度が非常に不十分であり、何も知らない方は、症状が極めて悪化してから受診するという体制になってしまっています。私たちとしては、あらゆる粉じん暴露した労働者が、退職した後も企業の責任で、本人が望む医療機関で一会社側の診療所とか会社側が指定する医療機関だと十分診てもらえなかったり、十分説明を受けられないということもあります。検診と治療が受けられる体制を要求していますが、これについては十分達成できていないという状態です。
- ② 現行ではやむなく、本人の健康保険一本負担30%一での検診を呼びかけてきましたが、強制力もないため、粉じん暴露者の10%くらいを受診率にとどまっています。

③ 大企業と下請会社の関係から、下請企業の労働者は、会社に受注減少で迷惑のかかることを心配して、例えば悪性胸膜中皮腫や肺がん、死亡災害などの重大な被害が起きるまでは、労災補償を制限せざるを得ないという傾向があると思います。この点について、私たちが有効な運動を作れているかといえば、いないと言わざるを得ないと思います。

④ 労災補償制度が、退職時までの主に非進行性の障害を対象の補償制度になっています。ですから、じん肺のように潜伏期が長くて、退職後も進行するという疾患に十分対応できていません。そのため、呼吸機能障害の進行に応じた障害への補償がなされず一例えば、ある程度具合が悪くて日常生活はできるけれども休業せざるを得ないという方と、たえず酸素を吸い続けて全て介護を受けなければ日常生活もできないという方について、同じような体系でしか補償ができていません。つまり、就業できないことに対する一律の生活補償の体系はあるのですが、障害に応じた体系になっていないということに問題があるのかと思います。

⑤ それから、管理区分の決定についても極めて多くの問題があります。日本の場合は局医一じん肺診査医という労働省が任命した医師がじん肺の有無を判断するわけですが、粒状でない影一不整

型影と言いますが一についての読影が十分なされないという点があります。炭鉱と鉱山の珪肺などのような粒状の影については、あまり主治医とじん肺診査医の読影に差がないのですが、不整型影については極めて読影に差が診られる傾向があります。また、石綿を吸い込んだ場合には、胸膜に大きい変化が起きます。その場合、じん肺診査医は肺の中の影を読まないという傾向もあります。私の経験では、30人くらいじん肺所見ありと提出すると、そのうち5人くらいについてはじん肺診査医も認めるのですが、25人についてはじん肺所見なしと言って来る。それについて、再審査請求をして争っていますが、これまで3人出して全部却下されています。こういう場合には、CTなどの証拠資料も添付しているのですが認めようとしていないのが現状です。



健康診断制度改善闘争

—造船労協のじん肺症および騒音性難聴再検診を中心として—

梁吉承

ヤン・ギルソン 産業保健総合センター設立推進委員会実行委員長、聖水医院院長、医師

1 はじめに

1955年に実施されはじめた労働者健康診断は、1982年に一般健康診断と特殊健康診断に分かれ、現在まで実施されている。現行産業安全保健法によれば、騒音、粉じん、異常気圧、有害光線、振動作業等、物理的有害因子が発生するところに勤務している場合は年1回以上、鉛、四アルキル鉛、有機溶剤、特定化学物質を取り扱う場合は年2回以上、特殊健康診断を受け、特殊健康診断を除外したその他の部署の労働者は年1回の一般健康診断を受ける。

このような健康診断は、劣悪な労働条件と低賃金に苦しみながらも医療保障に該当しなかった時期には何の助けにもならない存在であった。しかし、福祉制度が導入されるようになって、その目的をきちんとしとげる制度が整えられず、実施されるものに対する管理監督が不十分で、労働者健康診断はその役割を果たせなかったという批判を受けてきた。検診に対する労働者の不満は、形式的である検診とその質に対する管理がなく、適切な事後処理が伴わない等、一言でいえば、検診結果を信じられないということである。不幸にも、このような労働者の不信に、根拠がないわけではないことが明らかにされ、検診制度に対する改革が要求されている。

労働者のための検診が労働者から不信を受けていることは、実に不幸なことである。さらに、作業と関連した疾病を患っているながら、ろくに診断も治療も受けられないようになっている建診制度は、1日も早く是正されなければならない。不合理で不適切な建診制度を改善するための労働者たちの闘いと、その経過を整理することは、労災と職業病の追放による安全な産業現場を作るために必ず必要なことであり、さらに進んで、労働者の参加による正しい産業保健の新しい形態を創り出すためにも、急を要する大切な仕事である。

2 労働者健康診断制度の現実

労働者健康診断は、有害作業に従事する労働者を対象にしている特殊健康診断と、非有害作業に従事する労働者を対象にしている一般検診に分かれ実施されてきた。ここでは、職業病の早期発見と管理を目的とする特殊健康診断の実状を調べてみることにする。一般健康診断は、現在は労働部の管轄から離れ、保健福祉部の管轄となり、産業保健での役割との関係が不明瞭になってしまっているからである。

現在、特殊健康診断は、年間63万名程度が73か所の機関で検診を受けている。特殊健康診断機関の職員および施設基準に従えば、職員基準は、①予防医



梁吉承氏

学機関または産業医学に学識と経験が豊かな医師1名以上、②看護婦2名以上、③放射線技師1名以上、④臨床病理技師1名以上、⑤化学、化学工業、薬学または産業保健学を専攻した者、または産業衛生管理技師2級以上である者1名以上、でなりたっていて、施設基準は、診療室、防音室(聴力検査用)、臨床病理検査室、X線撮影室を整えるようになっており、設備として、視力検査機、聴力検査機、顕微鏡、X線等、18種類を整えねばならない。また、職員基準は、対象作業場150か所、または労働者15,000名あたり医師1人以上にする方式(1994年には各々100か所、10,000名で基準)になっていて、それ以上であれば、もっと多くの職員がいなければならないようになっている。

しかし、労働部で労力を提供して実施した、ある研究調査によれば、法的職員基準を整えていないところは17か所で、看護婦不足が16か所、医師不足が13か所、放射線技師不足が10か所、臨床病理技師不足が8か所という。また、産業衛生技師がいない機関は43機関で、全体の61.4%に達している。平均的にみれば、医師1人当たり年間7,111名、看護婦1人当たり3,988名、臨床検査技師5,565名、放射線技師11,382名である。しかし、実際には半分以上の機関で、医師1人当たり1日100名以上の検診を、はなはだしきは、300名以上実施したところもある。このように多くの数の検診で、医師がきちんと診察す

ることは不可能である。そのため、必ず必要な問診が省略されることが度々であることにより、血液検査等の臨床検査だけ進行して、補助的な手段が、むしろ、基準に合致してしまう様子をあらわしている。

施設基準は、大部分の機関が整えているが、防音室がないところが2か所あり、一度も聴力精密検査をしていない機関は16か所にもなっている。1993年に労働部が実施した調査によれば、当時70機関中で、設備基準18項目をすべて整えた機関は4か所だけで、66か所の機関は最小限の1項目以上を整えていないことが明らかにされた。その中では、顕微鏡のような基本的な器具を整えていないところもあるが、大部分の機関は、1994年に規則が変更になり、削除された腎臓機能検査機械をそろえていなかったところである。むしろ、基準には適合しているが、そのような設備をきちんと扱えないとか、最初から作動しないということが、もっと問題を発生させている。聴力検診のために実施されたオーディオグラムがまったく信頼できないという記録がみられることがその良い例である。

特殊健康診断が法的基準を満たしていないものや、形式的な建診をすることによって、その結果が労働者に様々な深刻な問題を提起している。まず、職業病患者を探して予防することには失敗したということである。特殊健康診断により報告された職業病有所見者の総数は、日毎に減ってきて、年間6~7千名から5千名というように減ってきた(表1参照)。しかし、大部分の職業病報告は、特殊健康診断により明らかになったことではなく、特殊なケースが知らされ、再び調査してみたくさんの数の報告がされてきたという式になされてきたものである。一言でいえば、職業病発見に大きな役割をすることができず、じん肺症と騒音性難聴を報告したので中止しているのである。源進(ウォンジン)レーヨンの二酸化炭素中毒の場合や、クロムによる鼻中隔穿孔、水銀中毒等、われわれの社会で問題になったすべてのケースが、特殊健康診断による報告ではない。

2番目には、検診結果が不正確であるということ。実際に、特殊健康診断によるじん肺症が低く評価されたのは、人道主義実践医師協議会の報告とキア自動

車の騒音性難聴報告書の操作の件等、診断の質に関する提起がされてきたからである。また、造船業種のじん肺症及び騒音性難聴の再検診結果をみても、検診結果の診断に権威のある機関の所見と差異がみられ、会社指定検診機関ではない医療機関で受けた職業病診断を受容することが問題として提起された。

3番目には、検診による事後処置がきちんとなされていないことである。検診結果に対する最小限の教育さえ行われていない労働者は、自分でその内容を確かめようと別途に診察を受けたりもしている。また、職業病と診断されたとか要注意判定を受け、作業転換等の処置が必要でも、実際には、全く処置がなされていない。

その他にも、特殊健康診断を当然受けねばならないのにもかかわらず、対象者から漏れ、検診を受けられない場合が多く、また、職業病患者と認定された後でも定期的な追検査を受けられない等、多くの問題がある。このような健康診断制度は労働者たちの怒みの対象となり、労使間の葛藤の原因になり、労働者たちが自分たちで健康を守る活動を広げるようになった。

3 造船業労働者達に対する再検診実施闘争

(1) じん肺症と騒音性難聴に対する再検診が実施された背景

1994年大宇造船労働組合では、1993年に定期健康検診を実施した結果、1992年の健康診断でじん肺症と診断を受けた労働者22名中14名が正常と結果が出て、また、1990年の検診結果で20名が騒音性難聴と診断を受けたが、1993年には10名減って10名だけが職業病だという結果が出てきて、検診結果に対す

表1 年度別職業病有所見者現況

年度	総計	じん肺	難聴	有機溶剤中毒	特定化学物質	重金属中毒	鉛中毒	振動神経症	クロム中毒	有害光線障害	皮膚炎	その他
1983	6,307	3,879	2,335	9			61	1		1		21
84	6,471	3,885	2,337	15			56	151		4	6	17
85	6,523	3,730	2,607	32	13		43	43			3	61
86	7,052	4,395	2,556		18		65	18				
87	6,816	4,962	1,765	1	5		41	1		41		
88	8,318	5,934	1,972	24	297		66	25				
89	7,537	3,913	3,403	21	160		27	2				11
90	7,680	3,949	3,510	17	6	80	117			1		
91	7,152	3,028	3,982	14	4	66	41	5				12
92	5,937	2,417	3,345	17	2	1	62	13	62			23
93	4,327	1,802	2,421	2	2	5	41	0	59			14

*クロム中毒は1983年-1991年まで重金属中毒に含まれる。
*有害光線障害と皮膚炎の1992年-1993年の数値はその他に含まれる。

る深刻な疑問が提起された。このことで大宇造船労働組合は、組合自身の予算で韓国労働保健職業病研究所(以下、職業病研究所)に、じん肺および騒音性難聴に対する再検診を依頼して、職業病研究所はソウル大病院と大韓放射線医学会胸部映像会議の助けにより再検診を実施した。

再検診の結果、受診労働者の多数がじん肺(疑)症および騒音性難聴と診断されて、以後、類似した作業をしている現代製鋼および、全国造船業労働組合協議会(以下 造船労協)所属事業所(現代重工業、現代ミッポ造船、コリアタコマ、韓進重工業、ハルラ重工業)に、再検診が拡大していった。再検診の結果、正常と判定された相当数の労働者たちが職業病患者と判明した。

(2) 騒音性難聴およびじん肺症の再検診過程及び結果

①再検診対象者選定基準

- 特殊健康診断上、検診結果判定が変動した場合
- 職業病有所見者との判定後定期的な検診を受けていない場合
- 呼吸障害や聴力障害が甚だしい場合

②再検診対象者

表2 じん肺総結果表(総数88名)

	じん肺疑症	じん肺症	合計
胸部X線診断	11(12.5%)	1(1.1%)	12(13.6%)
HRCT診断	6(6.8%)	33(37.5%)	39(44.3%)

表3 騒音性難聴総結果表(総数123名)

	職業性難聴	職業性難聴初期状態	非職業性難聴	正常
現行基準適用	53(43.1%)	59(48.0%)	10(8.1%)	1(0.8%)
改訂前基準適用	112(91.1%)		10(8.1%)	1(0.8%)

備考:改訂前基準は1994年7月以前の基準

- 大宇造船(じん肺19名、騒音性難聴77名)
- 現代製鋼(じん肺29名)
- 造船労協(じん肺40名、騒音性難聴46名)

③再検診方法

- じん肺症の場合は、ソウル大病院で胸部X線およびHR(ハイ・レゾリューション)CT撮影をして、判読は大韓放射線医学界胸部映像会に属する3人の放射線科専門医が判読して、肺機能検査は米国胸部学会(ATS, 1989)と米国産業安全保健研究院(NIOSH, 1990)が推薦する方法に基づき、保健大学院において独自に準備した精度管理指針に従い施行した。
- 騒音性難聴の場合、一部はソウル大病院耳鼻咽喉科において専門医の検診とオーディオグラムを施行して判読し、大宇造船所の場合は耳鼻咽喉科専門医が検診して、労組が提出した大病院のオーディオグラムを判読した。

④再検診結果

- じん肺症
 - 検診結果総対象者88名中、胸部X線では、じん肺疑症が11名、じん肺症が1名、総数の13.6%にじん肺疑症以上の所見が見られた。
 - HRCT線では、じん肺疑症6名、じん肺症33名という結果が出て、総数の44.3%にじん肺疑症以上の所見が見られた。
 - じん肺症診断にHRCTが初期発見および診断において胸部X線より、優秀であると確認された。
- 騒音性難聴

—検診対象者総123名中、現行基準では、53名である43.1%が職業病有所見者と判明された。

—1994年改正前の基準を適用すれば112名である91.1%が、騒音性難聴に該当した。

(1994年職業病診断基準の改定、従前基準4,000Hzで50dB以上とか500Hz、1,000Hz、2,000Hz、4,000Hzの平均聴力が40dB以上から4,000Hzで、50dB以上であって、500Hz、1,000Hz、2,000Hzで平均

30dBである場合の改定)

(3) 再検診結果と以後健康診断制度改正闘争結果

- 1995年2月労働部が「造船業労働災害予防総合対策」発表。
- 造船業企業体安全点検実施、事業主懇談会、造船業元請企業体総括安全保健管理体系確実実行指導、安全保健管理支援体系強化
- 造船所、労災職業病追放のための公聴会(議員会館会議室、1995年3月24日)開催。
- カチョン労働部抗議訪問、記者会見、労働部長官面談推進→拒否される(1995年3月24日)。
- 要求事項
 - ILOの「造船業、修理造船業産業安全保健基準」を参照、造船業種産業安全保健基準用意
 - 造船労協、職業病再検診で職業病診断と診断された労働者の職業病認定、健康診断制度改正
 - 下請労働者労災職業病に対する総合対策用意
 - 造船所労災職業病追放のための労使協議特別対策機構構成提案
 - 各会社の新経営戦略修正
 - 労働者に有害危険作業中止権付与
 - 労働組合の作業環境測定機関、特殊健康診断機関選択権付与
- 造船6か所同時多発労災職業病追放決意大会(8千余名参加、3月28日)。
- 大宇造船1994年健康診断に対する検査を始める(1995年4月3~8日)。
- 大宇造船労働組合は健康診断誤診の可否を知ら

- せるために労使協議会により労使双方が推薦した医師、各1名が1994年健康診断全般に対して検査を施行。
- 検査の内容は、1994年検診が規定によりきちんと実施されていたかの可否、必要な検診が適切に実施されていたかの可否、また、結果が正確に判読されたか等、健康診断全般に及んで現われている問題点を総括的に評価。
- 大宇造船所の健康診断に対する検査結果
- 検査の結果、騒音性難聴が39名、じん肺症が1名が追加で明らかになる。
- 検査労働力不足、検診対象者抜け落ち、聴力検査の誤診判読(対象者の16.9%)、一部有害因子に対する検診が行われない。
- 知識人264人が造船所労災職業病対策要求声明書発表(4月11日)。
- 造船労協労働者60余名がソウルに上京闘争(4月11~13日)。
- 上京闘争中、労働部要請で労働部官僚と造船労協労組幹部が会い、造船労協が要求した全般的な対策を準備するために対策会議を持つことにする(4月12日)。
- 造船業種災害予防対策会議開催(韓国産業安全公団釜山指導院、4月28日)。
- 労働部で造船業種産業安全保健基準制定問題を含む、労災職業病等造船所災害予防総合対策を準備するために「造船業災害予防対策機構」を一時的に産業安全公団に置き、労使が参加できるように提案をする。
- 5月中旬頃、大型造船所事業主懇談会を労働部次官が主催して開き、企業の努力をうながす。
- 造船労協が要求した造船12か所の労使協議特別安全点検実施は釜山後、すでに実施したという理由で拒否。
- 造船労協職業病再検診結果認定要求に対して、検診制度改正は推進しているが、造船労協再検診結果は労働部職業病診断基準と異なるので、認定は難しいと明らかにする。
- 1995年5月1日、労働部ウルサン地方労働事務所において、再検診の結果、騒音性難聴と診断された24名中10名を労働部で再び検診したと連絡してくる。

- 5月13日、同時多発地域宣伝戦および労災職業病追放集会開催。
- 5月23日、労働部「造船企業体総合安全対策樹立」発表。
- 7か所大型造船所特別安全点検実施(造船労協の要求事項で拒否したことで受容する)
- 造船業の勤労者健康診断および作業環境測定制度改正
- 造船業安全保健関連規定整備
- 造船業危険管理室構成運営等自立安全管理支援
- 5月31日、造船業種職業病診断と管理に対する討論会。
- 韓国労働保健職業病研究所、労働と健康研究会、人道主義実践医師協議会が共同主催。
- 労働部でHRCTによるじん肺診断を職業病有所見者と認定しないという。
- これに産業安全保健関連専門家を招請してじん肺症診断に対する意見を集約。
- 討論会の主題
 - * じん肺検診においてHRCTの全般的援助
 - * HRCTにより診断されたじん肺症はD1(職業病有所見者)として管理
 - * じん肺疑症管理の改正方向
 - * 騒音性難聴診断基準の再検討
- 討論会の結果
 - 大多数の討論者がじん肺症診断においてHRCTの制限的導入に同意して、HRCTで診断されたじん肺症をD1と判定して、積極的に管理しようという意見が多かった。
- じん肺症および騒音性難聴と診断を受けた造船労協所属の労働者たちが、職業病有所見者として認定を受けるために労働災害療養申請を出す(1995年6月初)。

4 健康診断制度改善闘争の成果

- (1)健康診断において労働組合の参加
(大宇造船の健康診断に対する監査権導入)
- 1995年4月3日から8日まで進行した大宇造船の「94健康診断総合判読および誤診判読」は、労働者が参加して健康診断に対する総合的な評価を実施

したことで、健康診断において労働組合参加の新しい方式を作るものである。

今回の評価を通して、大宇造船労働者たちが受けている健康診断に対する量的、質的な評価結果を得て、作業環境測定や健康診断が職業病初期に発見して予防することよりも、これを隠蔽してきた慣行を正すことにおいて、画期的な転換点になるものである。

(2)職業病(じん肺症)診断において新しい診断方法を導入

現在、産業保健領域の外では疾病診断に先端技術が活用されていても、労働者の作業関連性疾患を明らかにすることにおいては、その使用が制限されてきた。今回、じん肺再検診にHRCTを制限的に使用することでもって、もっと早期に正確に職業病を診断することができる新しい検査方法の導入を確実化させ、今回、検診結果が労働部によって受け入れられるようになると、じん肺症の早期発見と早期管理において大きい助けとなるものである。

(3)産業保健制度の改善

今回の再検診以後、健康診断制度改善闘争の結果、労働部は健康診断機関の選定等を含んだ「造船企業体総合安全対策」を樹立するようになった。この度の対策が不十分な点はあるが、この間の労働組合の健康診断制度改善闘争の成果だと考える。今後も産業保健問題に対する労働者の関心と参加のみが、こういった制度の改善をなすことができるということを示している。

5 健康診断制度の変化のために

健康診断制度が労働者からの信頼を受けて、本来の目的をきちんと遂行するためには、不信の原因が除去されねばならない。不信は検診機関と会社との癒着に対する疑問、事前教育と広報の不足、労働組合を主体としないこと、形式的検診、結果の公正性や正確性に対する疑問、事後管理不在等が原因であると言える。

検診機関と会社との癒着に対する疑問は、現行制度が会社と検診機関の間で直接契約を通じるよう

になっているが、会社と同じ系列に属する医療機関で検診をするために、強まった。したがって、会社と検診機関との契約を、会社と労働組合との協議を経て決定するような方法が正しいのである。検診費用の支払いを第三者支払い法等により直接的でなくすることも、ひとつの方法になるが、当事者である労働組合の参加を通すことが、より効果的と言える。

形式的検診や検診結果に対する疑問は、検診の精度管理を強化することで、効果をあげることができる。現在、臨床病理検査に限っている精度管理を、包括的で、総合的に管理することに転換することが必要である。また、検診結果に事実と甚だしく差がある場合は、それに対する原因究明と、結果に対する責任を負わせる法案を追求することもできる。

しかし、何よりも重要なことは、産業保健すなわち労働者の健康と安全を扱うのであるから、労働者を主体とする転換を試動することである。現場で行なわれている全ての作業と管理は、労働者を排除して効果的であるとか、現実的であることはできない。したがって、作業の管理と点検、保健上の処置の履行の可否をみて、危険作業の中止等、実質的に現場に必要な要項の判断と決定、および施行に労働者たちをより重要な主体として受け入れれば、相当な効果が可能であるのである。

労働者の参加が確実に保障されれば、労働者の自律的な参加を通して効果的な教育と広報が可能になり、形式的な健康診断を変えることができる。また、事後処置の効果的な施行も可能になる。

労働者の健康を保護しなければならない大原則には、企業や政府、専門家と労働者の間に異論は存在できない。問題は、今まで存在してきた問題をきちんと評価してこれを解決する新しい力を確立して、現実具体的にあらわすことである。それは労働者を責任と義務のひとつの中心として形づくり、検診機関と会社が管理監督する労働部同様に権限をもち、協議するようになることを通してなしとげられる。



(翻訳：大下富佐江)

資料：韓国のじん肺診断及び事後管理の状況

わが国では職業的な粉じん暴露に起因する全てのじん肺症を業務上疾病として勤労基準法に明記しているため、1970年代に入って、じん肺症を含む職業病の早期発見を目的にして特殊健康診断が実施され、1981年、産業安全保健法が制定され、健康診断項目及び診断方法が補完されながら特殊健康診断が本格化した。

これとは別に、1963年に制定され、1964年から施行された産業災害補償保険法(災害補償法)には、じん肺症とその合併症のための精密診断実施と補償基準、保険給与の請求、支給手順、粉じん作業の範囲、その他療養管理に関する事項が規定されており、製造業じん肺症の場合はこの法の適用を受けている。

また、1984年12月31日、じん肺の予防及びじん肺労働者の保護に関する法律(じん肺保護法)が、別途の特別法として制定され、石炭、鉄、タングステン、金銀、鉛、及び亜鉛、珪石採掘、黒鉛、滑石など8種類の鉱業とじん肺症として災害補償法による遺族給与や障害給与を受けた勤労者がいる鉱業に従事する勤労者だけを対象として適用している。

しかし、じん肺症に対しては、他のどんな業務上疾病よりも法的にこのように特別に管理しているにもかかわらず、現在までじん肺症の診断とじん肺症有所見者の事後管理をめぐって雑音が絶えない。これは、制度的、法的構造が不十分だということよりは、その運営上の問題としてみるのが妥当であろう。

じん肺症は、特殊健康診断結果に報告される職業病有所見者の40%程度を占めているが、最近、石炭産業が合理化によって斜陽の道に入り、多くの炭鉱が廃坑して、現在では鉱業労働者のじん肺

症よりも製造業労働者のじん肺症が問題となっている。じん肺症有所見者を年度別にみれば、1990年3,987名、1991年3,045名、1992年2,417名、1993年1,807名である。このうち、約3分の1程度が療養承認を受け、その他3分の2は療養していないことが明らかになっている。これは、特殊健康診断で職業病有所見者を診断する方法と業務上災害認定基準が定める診断基準の差異がもたらすもので、現行職業病有所見者診断結果と業務上災害認定過程、事後管理の現況は次のとおりである。

①特殊健康診断でじん肺症が診断される過程

「じん肺の予防及びじん肺労働者保護等に関する法律」(1984年制定、以下じん肺法)が規定する粉じん作業従事者は、採用時健康診断、定期健康診断、臨時健康診断、離職者健康診断を受けるようになっている。このうち、定期健康診断の場合、粉じん作業に従事する労働者は、法によって、1年に1回以上特殊健康診断を受けるようになっていく。検診は、1次と2次にわかれており、1次検診ではじん肺症として診断を受けたり(前年度の検診結果、じん肺症として診断がすでになされている場合)正常として鑑定された作業者を除いて、胸部X線にじん肺症と推定される人は2次検診を受ける。

1次検診項目と2次検診項目は表1のとおりであり、胸部X線によってじん肺症は、ILO分類によれば表2のように分類される。また、検診結果報告時には直接、じん肺症やじん肺疑症と記録するが、表3の健康区分にしたがって記録するときには、じん肺症の場合、D1(職業病有所見者)として、じん肺疑症の場合検診にしたがってD1とするかC(要注意者)としてきた。

②業務災害認定過程

特殊健康診断の結果、じん肺として診断を受けた有所見者は、合併症の有無と肺機能障害の程度にしたがって業務上災害として認定され、災害療養や災害補償を受けられる。労働部地方労働事務所(1995年5月改正法によれば勤労福祉公団)に、粉じん作業職歴確認書、X線フィルム、初診所見書または診断書を添えて災害保険給与を請求すれば、労働部では請求書を受け付けた後、勤労福祉公団傘下のじん肺専門医療機関、医科大学付属じん肺専門機関、じん肺法によるじん肺精密診断機関に診断(この時にも、特殊検診の2次検診項目に合わせた胸部X線写真、胸部に対する臨床検査、結核精密検査、心肺機能検査などを実施する)に依頼して、この診断結果が通報されれば、これにしたがって療養が決定されれば、業務上災害として療養を受ける。

③じん肺患者の健康上の管理

じん肺症として認定された労働者の採用禁止、作業転換など健康上いろいろな措置はじん肺法による「健康管理区分」にしたがってなされているが、じん肺管理区分は胸部X線写真と心肺機能検査所見を根拠に判定される(表4、5、6参照)。

④じん肺症労働者の療養及び障害給付

じん肺症として診断された作業員の中で、療養と入院が承認されるのは表7のとおりである。また、障害給与の基準は産災補償法施行令第13条(改正法第4条)によってX線所見と心肺機能障害程度などによって表8のように定められている。

表1 粉じん作業者の特殊健康検診1次及び2次検診項目

1次検診項目	2次検診項目
1 作業経歴調査	1 作業条件調査
2 臨床所見	2 胸部X線検査(特殊撮影検査を含む)
1 臨床症状	3 自覚症状及び他覚的所見に対する現症調査
2 胸部X線直接撮影	4 呼吸器疾患の過去歴調

- 査
- 5 喀痰検査(結核菌検査など)
 - 6 肺機能検査
 - 7 心電図検査及び動脈血酸素飽和度検査
 - 8 その他専門家が必要だと認める検査

出典：特殊健康診断方法及び職業病管理基準

表2 じん肺症の病型判定(じん肺患者管理規定第14条)

病型	胸部X線所見
(0/A)	小円形または小さく不規則な陰影の密度が1型の下限より低い場合でじん肺症罹患が疑わしい場合
1型(1/0,1/A,1/2)	小円形または小さく不規則な陰影が少数あるもの
2型(2/A,2/2,2/B)	小円形または小さく不規則な陰影が多数あるもの
3型(3/2,3/B,3/A)	小円形または小さく不規則な陰影が非常に多数あるもの
4型(A,B,C)	大陰影があると認められる場合

表3 健康診断の健康区分及び事後管理

健康区分	判定基準	事後管理
A	健康者	事後管理必要なし
B	軽微な異常所見がある者	事後管理必要なし
C	健康管理上観察を要する者	医師の所見による学的措置
D 1	職業病の所見がある者(有所見者)	医師の所見による療養申請、作業転換、作業場所変更、勤務治療、その他医学的措置
D 2	一般疾病の所見がある者	医師の所見による療養申請、作業転換、

(有所見者) 作業場所変更、勤務中治療、その他医学的措置
 R 疾患の疑いがある者 第2次健康診断対象者(第2次健康診断を通知された日から10日以内に実施)

表4 じん肺管理区分の判定基準

管理区分	判定基準
第1種	胸部X線第1型でじん肺による顕著な肺機能障害がないと認められる者
第2種	胸部X線第2型でじん肺による顕著な肺機能障害がないと認められる者
第3種	次の1に該当する者のうちじん肺による顕著な肺機能障害がないと認められる者 1 胸部X線第3型である者 2 第4型で大陰影の大きさが片側の肺の1/3未満の者
第4種	1 胸部X線第4型で大陰影の大きさが片側の肺の1/3以上の者 2 胸部X線第1型・第2型・第3型または第4型(大陰影の大きさが片側の肺の1/3である場合に限る)でじん肺による顕著な肺機能障害があると認められる者

表5 粉じん職業採用禁止対象者

○じん肺管理区分が第3種に該当し胸部X線第4型である者で、大陰影の大きさが片側の肺の1/3未満の者
 ○じん肺管理区分が第4種に該当する者(第1型及び第2型のうちじん肺機能が20%以内である者を除く)
 ○作業転換指示対象者
 ○前記以外にじん肺で産業災害補償保険法によって9級以上の障害補償を受けた者

表6 職業転換対象者(勧告及び指示対象者)

○職業転換指示対象者

—じん肺管理区分が第3種であり胸部X線第4型である者
 —じん肺管理区分が第4種である者(一部除外)
 —前記以外にじん肺で産業災害補償保険法によって9級以上の障害補償を受けた者
 ○職業転換勧告対象者
 —じん肺管理区分が第3種であり胸部X線第3型である者
 —前記以外にじん肺で産業災害補償保険法によって11級以上の障害補償を受けた者

表7 療養認定基準及び入院基準

○じん肺による療養認定基準
 1 じん肺に起因した合併症または続発症(肺結核、結核性肋膜炎、続発性気胸、続発性気管支炎、続発性気管支拡張症、肺性心、肺気腫)があり、医学的に療養が必要と認められる者
 2 じん肺と診断された者で高度の心肺機能障害があり、医学的に療養が必要と認められる者
 3 X線所見が第4型で大陰影の大きさが片側の肺の1/2を越え併発症感染の予防及びその他の措置が必要と認められる者
 4 じん肺病型(0/1)の者で肺結核が合併し療養が必要と認められる者
 ○じん肺による入院基準
 1 活動性肺結核が発病した者で結核菌伝播の憂慮がある者
 2 日常生活を営む上で支障を来す程度に心肺機能に顕著な機能障害があり積極的な治療が必要な者
 3 じん肺症やこれによる臨床症状が日常生活を営む上で支障を来す程度にひどく積極的な治療が必要な者

表8 じん肺機能の判定(じん肺症判定基準第15条)

高度障害 換気機能が55%以上制限され安静時に対話や服を着る程度にも呼吸困難があり、心肺機能の障害が70%以上で

ある者
 中度障害 換気機能が45%以上制限され50m歩くと呼吸困難を感じ、心肺機能障害の程度が50%以上である者
 軽度障害 換気機能が30%以上制限され平地で1km以上健康な人と一緒に歩けず、心肺機能障害の程度が40%以上である者
 軽微障害 換気機能が20%以上制限され坂や階段を健康な人と一緒に上れず、心肺機能障害の程度が20%以上である者
 換気機能%肺活量(FVC%)は80%以下を1秒率(FEV_{1.0}%)は70%未満を非正常限界値と区分

表9 障害等級基準

障害等級	区分	心肺機能障害程度及びX線所見
1級	高度障害(F3)	換気機能が55%以上制限され心肺機能障害の程度が70%以上である者
3級	中度障害(F2)	換気機能が45%以上制限され心肺機能障害の程度が50%以上である者
5級	軽度障害(F1)	換気機能が30%以上制限され心肺機能障害の程度が40%以上である者のうちじん肺病型が4型と判定された者
7級	軽度障害(F1)	換気機能が30%以上制限され心肺機能障害の程度が40%以上である者のうちじん肺病型が1、2、3型と判定された者
9級	軽微障害(F1/2)	換気機能が20%以上制限され心肺機能障害の程度が20%以上である者のうちじん肺病型が3、4型と判定された者
11級	軽微障害(F1/2)	換気機能が20%以上制限され心肺機能障害の程度が20%以上である者のうち

ちじん肺病型が3、4型と判定された者または心肺機能障害がない者(F0)でじん肺病型が2型以上と判定された者

じん肺病型(0/1)と判断される者は障害給付を行わない。

表10 障害等級の総合基準表(労働部資料)

じん肺病型	心肺機能	管理区分	障害区分
正常 0/0	F0, F1/2, F1, F2, F3	正常	正常
0/1	F0, F1/2, F1		無障害
1型 1/0	F0		無障害
1/1	F1/2	1種	11級
1/2	F1		7級
	F2		3級
	F3	4種	1級
2型 2/1	F0		11級
2/2	F1/2	2種	11級
2/3	F1		7級
	F2		3級
	F3	4種	1級
3型 3/2	F0		11級
3/3	F1/2	3種	9級
3/4	F1		7級
	F2		3級
	F3	4種	1級
4型 4A	F0		11級
4B	F1/2	3種	9級
4C	F1		7級
4C	F2		3級
(1/2)	F3	4種	1級

胸部X線所見のILO分類

H/CAT grading system by Bergin

*編集者注—上記2項目については

省略しました。

*梁吉承氏の報告の添付資料



安全衛生トレーニングと職場改善の経験

飯田勝泰

全国労働安全衛生センター連絡会議事務局次長、
東京東部労災職業病センター事務局長

日本で労災職業病がたくさん発生している職場は圧倒的に中小零細職場が多い。しかし、日本政府が進めている労働安全衛生法に基づく労災発生予防の取り組みが、なかなか中小規模の職場には及んでいないという問題があります。政府や中央労働災害防止協会などでは、ゼロ災害運動、KYT(危険予知トレーニング)運動、4S(整理、整頓、清掃、清潔)運動を提唱し、法令や規則による安全衛生管理体制の不十分さを労働者の注意喚起の強化と責任意識の高揚で補おうとしています。こうした労災防止運動は上からの指令的なものであり、具体的な職場改善を伴わない精神主義的なものであって、労働者の自主性に基づくものになっていません。

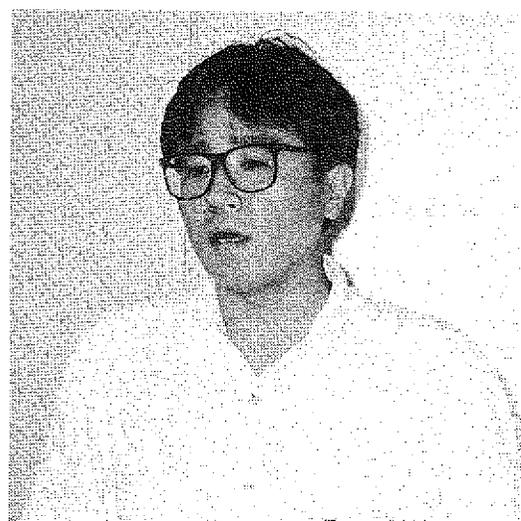
地域における安全センターの役割として、こうした中小零細規模の職場における労災職業病予防の活動をどう進めるかということが大きなテーマになっています。東京東部労災職業病センターは、中小零細職場の多い東京の下町で活動をしてきましたが、被災者の補償と救済中心の活動から予防中心の活動へと転換してきつつあります。私たちが進めている安全衛生トレーニングは、こうした中小零細規模の職場において効果のあがる職場改善活動をぜひ進めたいという考えからはじめています。

私たちの安全衛生活動も、これまでは法律や規則に基づいた対策がメインでした。ともすれば職場における取り組みは、法律や規則、基準に対して、職

場が基準を満たしているか、法違反がないかということだけを点検するというにとどまっていたように思います。職場の安全パトロールなどにおいても、「あら捜し」としなり、ときとして現場の労働者が不愉快に感じることもありました。また、安全衛生の教育と言え、どのような法令や基準があるかや職業病が発生した後に補償とその病気のことを学ぶといったことが多く、したがって、一般の労働者にとって、安全衛生は難しいもので、法律家や医師、専門家に頼らなくてはならないものであるとの理解が強かったのではないのでしょうか。

これではなかなかいまの現状に対応できないという認識をもって、参加と自主対応に基づく安全衛生活動に取り組みはじめています。そのきっかけになったのは、ILOで作成した『安全、衛生、作業条件トレーニングマニュアル』です。これが日本語に翻訳されて、トレーニングマニュアルに基づいて、ぜひ職場で効果のあがる安全衛生活動を進めたいということで取り組みをはじめてきました。ILOが進めるトレーニングマニュアルに基づく職場改善活動が、アジアの国々において成果をもたらしているということも労働衛生の専門家たちから聞いています。こうした実践を日本の中小零細規模の職場でも取り入れたいと思いました。

昨日からの天明先生の話やいくつかの指摘でも出されましたが、労働安全衛生の大きな流れとし



飯田勝泰氏

て、法律に基づく安全衛生活動から労使の自覚と参加に基づく自主対応的な活動を進めるということが大きな流れになっていると思います。図にWISE (Work Improvement In Small Enterprises) 型アプローチを示していますが、これは、ILOにおいて施行されている職場改善のひとつの原則と方法です。こうした原則と方法に基づいて日本における私たちの安全衛生活動を進めようとしています。

①地域あるいは職場の活動に根ざした活動、②改善の実績に焦点を当てた活動、③労働条件と労働の質の向上に役立つ対策などを特徴とした職場改善活動を行おうとしているわけですが、具体的には、①職場の中で比較的成本のかからない方法で成果のあがるような問題を優先して改善する、あるいは、②すぐにできる簡単な対策からはじめていく、そしてまたこれを、③グループワークで実施するというやり方をしたいと思っています。

WISEアプローチの原則

- ① 現場の慣行から出発する
- ② 具体的な改善成果を重視する
- ③ 労働者の直接参加を促す
- ④ 経営目標と結びつける
- ⑤ 実践しながら学ぶ
- ⑥ 経験交流を促す

WISEの8領域(職場改善の視点)

- ① 材料・製品の運搬と貯蔵
- ② 作業台の設計
- ③ 機械の安全
- ④ 照明
- ⑤ 有害物質
- ⑥ 構内整備
- ⑦ 福利・厚生施設
- ⑧ 作業編成

実際に行っている労働安全衛生学校の内容を紹介したいと思っています。紹介するのは、昨(1994)年11月に東京で実施した労働安全衛生学校です。

目的として、次のようなことを掲げました。

- ① 作業姿勢(人間工学)、作業環境(有害物、照明、騒音等)を中心に、職場点検、職場改善のチェックポイントをマスターする。
- ② ビデオやスライド写真を活用し、実際の職場事例を教材に具体的な解決方法を身につける。
- ③ グループワークを重視したトレーニング。
- ④ トレーニングで学んだことを直ちに職場巡視の中で試してみる。そのために自分たちでチェックリストを作成し、それをういた職場巡視を実際に行って、具体的な改善提案を行う。

受講者は35名で、2泊3日で行いました。

82頁に、2泊3日のスケジュールの内容を紹介しています。まず、参加者それぞれの自己紹介や活動の紹介からはじめて、VDI作業の問題あるいは作業環境を改善していくための基本的なチェックポイントなどを学びながら、最終日に職場訪問を行うというコースになっています。職場訪問を行う前日には、この学校で学んだことをベースにして、自分たちでチェックリストを作ってみました。

チェックリストを作るに当たって、職場の安全衛生マップというものを作りました。訪問する職場を事前にスライドやビデオでみながら、職場の見取図の中に、これはぜひ参考にしたほうがよいという工夫がみられるところ、及び、改善をしたほうがよいと思うところを書き込むマップを作ったわけです。

各グループごとに作成したチェックリストの中から、いくつかのチェック項目を紹介すると、例え

ば、重量物対策として、台車を使用して腰部負担を軽減するとか重量物は2人以上で取り扱うなど、あるいは紛じん対策として、吸排気装置をつける、などがあげられています。法令や基準でこういうことが決まっているとかこうすべきであるといったことを○×でチェックするのではなくて、具体的な改善対策の参考になることをあげて、その職場にあった改善対策を考えようとするチェックリストです。

職場に入ってチェックリストをもとに点検を行い、よいところ、改善が必要なところと具体的な改善提案についてグループごとに話し合いました。対策についても、比較的すぐ実行できる対策と長期的な取り組みが必要—例えば、かなりの資金が必要だったり抜本的な工事が必要といったことなど、の2つのレベルに区分して検討しました。

そして最後に、自分たちが作ったチェックリストで正しく職場を評価できたかどうか、チェックリス

トの出来具合というものを検討してみました。

訪問した2つの職場のうちのひとつは、金属機械の部品を作っている職場でしたが、ひとつ紹介すると、あるグループでは、参考にすべきこの職場のよい点として、非常階段、鉄の扉に窓がついていること、整理整頓がよくされている、保護具が整頓されている、食堂がきれいである、などということがあげられています。改善すべきところとしても、非常口の表示、研磨の肺材の置場を確保することなどがあげられました。

こうしたトレーニングを年に1回の安全学校として行っていますが、中小零細規模の職場で実際にやってもらいたいと呼びかけています。その職場に合ったチェックリストを作り、そのチェックリストを用いて職場点検を行って対策を考える、という安全衛生活動を、私たちはこれからも進めていきたいと考えています。



第7回(東京)労働安全衛生学校プログラム

【第1日目】

- 13:30 全員集合/受付開始
- 14:00 開校あいさつ 天明佳臣副議長
- 14:15 オリエンテーション
- 14:30 【セッション① 労働組合と安全衛生活動】
◆グループ討論(自己紹介、職場での活動等)
- 15:30 ◆グループ発表(模造紙に記入して会場に展示)・全体討論
- 16:30 ◆セッションのまとめと問題提起
天明佳臣副議長/古谷杉郎事務局長
- 18:00 終了

【第2日目】

- 09:00 【セッション② 作業姿勢と作業負担の軽減対策—VDT作業管理から】
◆講義「VDT作業管理をどう進めるか」
講師 天明佳臣副議長
◆課題提出(Z職場(VDT職場)をビデオでみて、職場のレイアウトやVDTの作業環境等の改善を考える)
- 10:20 ◆グループ討論
- 11:10 ◆グループ発表・全体討論
◆セッションのまとめと総括
- 12:00 昼食・休憩
- 13:00 【セッション③ 作業環境の改善ポイント—職場の作業環境をどうみるか】
◆講義「職場環境改善のためのチェックポイント」
講師 伊藤昭好・労研労働環境保健室長
- 13:45 ◆リフレッシュ体操
指導 西田隆重・神奈川センター事務局長

- 休憩
- 14:30 【セッション④ 職場チェックリストの作成と活用】
◆講義「トレーニングマニュアルとチェックリストの活用法」
講師 伊藤昭好・労研労働環境保健室長
- 14:50 ◆巡回職場の紹介(資料とビデオ)
①VDT職場—(財)日本予防医学協会
- 15:35 休憩
- 15:45 ②パネ製造職場—(株)スガワラ
- 16:30 ◆課題提出(翌日巡回する職場で使うチェックリストの作成)・翌日の説明
- 16:45 ◆グループ討論・作業
- 18:00 終了

【第3日目】

- 08:00 会場出発
- 午前中 【セッション⑤ 職場訪問・職場巡回】
①VDT職場—(財)日本予防医学協会
②パネ製造職場—(株)スガワラ
- 13:30 ◆課題提出(セッション④で作成したチェックリストを使って行った職場巡回のまとめ、職場マップ—参考にした箇所に赤丸、改善すべき箇所に青丸—を作成して、すぐできる改善及び長期的な改善策を考える)
◆グループ討論
- 15:00 ◆リフレッシュ体操
指導 中島由美子
- 15:25 ◆グループ発表・全体討論
- 16:30 ◆セッションのまとめと総括
- 17:30 ◆全体のまとめ・閉校
- 17:45 終了



職場改善へのアプローチ

山岸素子

神奈川労災職業病センター

起きてしまった労災職業病に対して救済していくことももちろんですが、予防ということ職場の中で具体的にどう進めていくかということに力を入れていかなければいけない。大企業ではある程度企業の方でも進めている中で、見過ごされている中小企業に力を入れて、本当に健康で働きやすい職場を作っていくために、労働者自身がその職場にあった改善策を具体的に考えていくような運動を進めていきたい—ということ飯田さんが背景として話して下さって、私の方からは、いま東京東部や神奈川で進めている実際の具体例を4例—別々のアプローチをした例を紹介したいと思います。

天明先生が仰った産業構造の変化はすごくあったと思います。神奈川労災職業病センターができたのは1978年で、私たちの活動している地域は京浜工業地帯という日本の中でも最も工業の進んでいて、巨大石油コンビナートとか大工場、港湾もあって、全国からたくさんの人を集めて肉体労働というのか—汗水流す労働がたくさんあったところですが、大変な合理化が何回もあっていまではすっかりそういう産業は少なくなったということだとか、生産拠点が海外に移っていく企業が多くなっていく中での工場閉鎖や労働者の首切りなどいろいろなことがあって、かなり変わってきていると思います。

そういうことの中で、労働組合がどう変化してきたかということもあると思います。韓国の方と話をしていて、ここがすごく違う点で、私たちの取り組みを理解していただくために少しふれておく必要があると感じました。神奈川や東京東部の労災職業病センターができた頃には、高度成長の中で労災職業病が多発するのと同時に、労災職業病の発生を許さないとか事故のない職場をという労働組合の

運動はいまよりも盛り上がっていたのではないかと思います。それがあって、労働組合が一つひとつの職場でやっているだけではなく地域のセンターも必要だということ生まれてきた背景があります。ところがその後1990年代にいたる中で、労働が多様化していったり、典型的な労災だけでなく様々な複合的な要因による健康障害を起こってくる中で、それに対して本当に働きやすい職場をさらに作っていくという運動を、労働組合としては取り組めないままきているのではないかと。そのような背景の中で、これから紹介するような取り組みが必要になっているということではないかと思えます。

実際に労働組合にも入っていない労働者もたくさんいるわけですし、様々なアプローチの仕方でも、実際に職場の中で働いている人自身が自分で変えていくということに、センターとして力を入れていきたい。安全センターは職場の外にあるわけですが、職場の中にももちろん経営者も、労働者もいるし、労働組合があることもあります。また職場の中には法律で定められた安全衛生委員会があったり、安全管理者などがいて、産業医もかかわっているわけです。そこでは、職場の中で誰かが被災してセンターに相談に来たことを通じてそこに入っていくたり、もしくは、労働組合とのつながりの中で職場全体にどうアプローチしていくかだとか、経営の方にダイレクトに働きかけるとか、実際に様々なやり方でやっていかないと太刀打ちできない状況になっているのではないかと思えます。

① 中小製缶工場での騒音対策

最初のケースは、東京東部労災職業病センターが取り組んでいる事例です。製缶—インクとか塗料を

入れる缶を作っている典型的な町工場、古い機械をやりくりしてやっている。従業員は50名程度で、半数弱が労働組合員です。金属の板を切って、それを巻いて、蓋をつけて缶を作るわけです。図(省略)は職場の見取図で、○とか△は人がいるところで、基本的にラインが流れていて、要所要所に溶接とかプレス機械があって人が配置されています。

この職場では、プレスのところだとラインの缶が落ちるところなどで、ものすごく大きな騒音があり、私たちが外部から入るとしばらくウツとなるような状態です。きっかけとしては10数年前、頸肩腕障害の患者さんが発生し、東京東部センターに労働組合が相談してからのお付き合いで、センターのもっと積極的に職場の中に入ってこうという取り組みの中で、3年くらい前からセンターの方から定期的に職場に出かけたり、私たちのトレーニングコースに職場の人たちを誘ったり。職場に行ったら組合の人と話をし、そういうことを定期的にやっていると、いまここで何が問題なのかということがだんだんわかってくる。もちろん、騒音ということにははっきりしていたわけですが、その頃は組合の人たちは、耳栓をすることなどはしていたけれども、大部分の人が慣れてしまっていて一実際には騒音性難聴の方が多いと思います、あきらめをもっていったんですね。

ところが、話をしていくうちに何かやれることもあるんじゃないかと。産業医がいることはいいましたが、職場巡視にも来たことがない、産業医を変えられないかという話になり、組合から提起して会社もそれを受け入れて、東京東部センターの代表をしている平野医師が産業医に選任されました。それが今年の3月ですが、産業医の立場からも、安全衛生委員会の場でも問題提起をする。産業医の先生の紹介ということで私たちが職場に入って行きやすくなり、作業環境の専門家の人にもみてもらったりしました。

古い機械ほどすごい音がするわけですが、予算的に全部変えることはできない。新しい機械は騒音も少なくあらかじめ防音カバーもついているわけで、今後入れるときにはそういうものに代えていく。いまあるものについても、区切りをつけて音が外にもれなくするようにしました。組合でアンケートをし



山岸素子氏

たら、騒音以外にもずっと同じ作業姿勢で1日中やっていることだとか、すごい臭いがあるということ、臭いのもとは何かということからその対策を考えようという話にもなっています。

② 頸肩腕障害の労災認定と対策

次の事例は神奈川の事例です。大型の空調機の製造販売の会社ですが、500人くらいの従業員のうち150人くらいが設計やOA事務に携わっていて、この職場はまさに最新のOA職場です。

ここでは、1993年に3人の若い女性の労働者が相次いで頸肩腕障害になりました。ある人は4月に入社して6月にはもう肩のこりなどが出はじめ、腕のしびれや足がつめたいとか頸肩腕障害の症状になっています。労働組合はユニオン・ショップで全員が組合員ですが、労働組合を通じて神奈川労災職業病センターに相談に来て労災認定に取り組むことになりました。

労災認定は困難という予想もあったのですが、司会をしている川本君が担当して、ありとあらゆる取り組みをして絶対労災認定をとろうということまでひとつ提案をしたのが、労働科学研究所に依頼して労働負担に関するきちんとした調査をやってもらう。改善提案もしてもらうような調査をやらなかった。労働組合に提案したわけですが、組合が要求して会社として取り組むということになりました。

作業面の高さが悪かったり、足が浮いてしまっていることなどが明らかに筋肉に負担をかけていることがわかりました。作業面をcm単位で変えてみたり、足台や背もたれを試してみたりといろいろやってその筋電図もとったりというこまかい調査をした上で、作業改善案を会社の方に提出するし、労働基準監督署の方にも意見書として提出してこういように業務と関連があったとアピールして。その結果、労災申請については全員認定されました。その後、組合としてこれをきっかけに、当該被災者がそこで働き続けるための対策をしっかりと行うだけでなく、できれば全体の組合員に波及させていくための先ほど紹介されたようなトレーニングにも取り組めないかと検討しているところです。

③ OA職場の視力低下対策

3番目の事例も、コンピュータの職場ですが、特徴的なのは会社にダイレクトにアプローチしたというケースです。共済保険業務を行っており、神奈川県の中に約150名の方が働いており、作業としては保険事務でこれはほとんどVDT作業をしていますが、他に営業などもあります。きっかけとしては、天明先生が働いている港町診療所を、会社の健康診断で利用していました。その健康診断の結果、視力が落ちている人が多いということが傾向として出てきて、こと細かく分析してみたところ、ある職場ではもともと視力の低い人がすごく多いとか、がたんと下がっている人が多い職場があるとか、これは何か作業と関係があるのではないかと考えられました。会社側にそれを報告し、話をしていくと、この7~8年で一気にVDTが導入され、保険業務を全てコンピュータで管理するようになったという変化があったということで、それが関係しているのではないかと、VDT作業と視力低下についての調査プロジェクトを提案しました。

職場の人たちへのアンケート調査、各現場に出向いて行って診断をするとか、環境測定もひとつひとつやって改善提案を出しました。1台のVDTを台が回るようにして、電話などにも対応しながら、数人で共有していたりして、ディスプレイが離れすぎているため目への負担が大きいことなどがわかりました。目に悪い色のプラズマディスプレイを使

っていることや、窓脇にVDTを置いて画面に光が当たっているのをそのまま放置して使用していたりなど、具体的な実状に即したいろいろな提案をすることができました。

かれこれ1年くらいかかったので、その間にずいぶんそこにいる人たちと話すことができて、アンケートも、例えば「どこが痛いですか」と聞いて「はい、ここが痛い」とか答えるようなものだけでなく、チェックリスト方式を採用して、それに対して改善提案を自分で考えるような工夫もしました。全員の方向への職員研修を会社が設定するなど、様々な取り組みができました。

④ 教員のストレス対策

最後の事例は、労働組合として取り組んでいる事例で、現在進行中のものです。

神奈川の高校の教職員の組合で、組織率80%以上、組合員数9,000名くらいで200校くらいになります。きっかけとなったのは、体育の教師で授業以外にもバスケットボールの部活など様々な活躍をしていた方が亡くなりました。組合として過労死として労災認定闘争に取り組み、却下されて現在審査請求を行っているのですが、それをきっかけにして、過労死をなくすような取り組みとかこれまで安全衛生に取り組んでいなかったことに目を向けたわけです。

学校の職場ですから人間相手だし、精神的な負担が問題になってくるとか、実際に休職者がかなり多いとか、目にみえにくい様々な問題があります。組合も、長時間労働についてだとか、働き方と生きがいについてだとか、アンケートをとったりしていたのですが、なかなかうまく改善に結びつけられないところに問題を感じているところでした。私たちと一緒にいろいろ調査をやっていこうということになって、いままさにその途上なんです。組合の中にも新しく健康対策委員会というのをつくって、当局側との随時交渉などもしていきながら、調査グループと調整していく体制もつきました。またこの秋には参加型の安全衛生学校も一緒にやってみようという話になっています。調査計画は2年間ですが、いろいろと面白い取り組みをしていきたいと思っています。



韓国の産業安全保健活動のための労働者教育の現況と課題

パク・ウンジュ

労働と健康研究会前教育部長

1 教育の目標

韓国において、労働災害追放運動は、労働組合が主体になって、関連専門家たちが固く結合して活動することを主軸としている。

したがって、産業安全活動のための教育(以下「教育」という)も、やはり労働組合を対象に、幹部および組合員教育が主流をなしている。しかし、このような教育は、労働組合の活動力量に比べて、主たる内容および方式の変化を多く経てきた。けれども常に変わらない教育の主たる目標は、労働者が労働災害に対して正しく認識して、労働組合が主体的に活動を展開していく契機となるようにすることである。

2 教育事業の展開過程

諸般の教育に教育対象による内容および方式に差別性があるように、労災教育も、やはり労災追放運動の発展段階によって、教育内容および方式に多くの変化をもたらした。

(1)本労働と健康研究会(以下、「労健研」という)が創立された1988年は、労働災害に対する認識が微弱な状態だった。それゆえに、教育事業は、先

進的な活動をする組合においてだけの組合員教育や大工場の代議員教育であって、労働組合よりは夜学や労働相談所等の団体で行われる地域労働者対象の団体教育が相当数を占めていた。このような依頼教育のほかに、労健研では、活動家および労組幹部たちを対象にワーク・ショップを行った。

1988年の文松勉(ムン・ソンミョン)君水銀中毒、1989年源進(ウォンジョン)レーヨンCS:中毒等の労災問題が主たる社会問題になりはじめると、各労働団体および組合で教育が活発に進行した。これらの闘争事例が各事業場の産業安全保健活動を発展させる重要な契機になり、各労組でも産業安全保健委員¹⁾に対する7-8回の専門実務教育を実施する事業場があらわれはじめた。また、各労組の産業安全保健担当者たちの地域会議および地域活動体が活性化しながら、体系的な実務教育が進行している。全国的な次元では、2年間活動家と労働者が共に参加して進めてきたワーク・ショップを各々分離して、活動家は共同教育訓練を、労働者は産業安全保健教育を実施している。1995年からは、全ての業種を包括していた産業安全保健教育を、労働組合組織が、産別、業種別に再編して、教育内容においても、現場の具体的な内容を要求するようになり、業種別に分化して実施する計画である。



パク・ウンジュ氏

教育の積極的な統一性と教育の質を強化するため、1994年には、労働部の予算を活用して、全国10余地域に対する教育の実施もした。しかし、上記のような全国教育の意義や必要性に全面的に同感しているが、費用問題において、労働部の予算という問題により相当な論議があったため、十分な討論を通じて全国教育は持続していくようにする必要がある。

一方で、現場での教育時間の確保で教育が多くなり、自己の現場の問題を具体的に盛り込むために、労組内での自体教育が強化されている。これには、労組幹部が講師としての力量が要求され、労健研は、1995年2月に、組合幹部および活動家たちの講義力を強化するための講師教育訓練を進めた。

労働者たちの産業安全保健活動が強化され、労働災害予防に対する要求が大きくなり、労働組合の上層部でも産業安全保健活動に多くの関心を寄せ、教育事業を展開している。全国労働組合協議会でも、1992年から、全国産業安全保健担当幹部を対象に、全国産業安全保健教育を実施しており、各業種産別組織(造船業種、病院労連等)でも、代議員大会や企画教育の形態で実施している。また、各労働組合でも、大工場の代議員教育時に主たる内容として扱われていて、組合員教育も活発に行われている。製造業ばかりでなく銀行等事務

職でも活性化している。

(2)内容的には、活動初期の1988年に主として進行していた教育は、労災問題に対する認識を強化して、労働組合が産業安全保健活動を展開しなくてはならない意義および役割についての内容が主流をなした。労組内産業安全活動が活性化して、労災追放運動陣営の労働分野および専門分野²⁾組織が自己の位置を確保しながら、組織事業の内容を包括した全国的な教育が、専門的な実務内容をより現場性のある内容へと変化させてきた。³⁾教育内容の幅があっても、機械安全等産業安全領域へと拡大している。

(3)教育方法論的には、初期には、主として講義式に依存した形態であったのに対して、4年前からは、諸般の教育内容を最大限実習中心に転換してきた。もちろん、いまだに全体の教育の側面からみると、現場の組合員および代議員教育は、講義式を中心に進めているのが現実である。

しかしながら、このような実習式教育を導入後、初心者現場監督が産業安全保健活動を熟知する速度が驚くほどに早いことを多くみため、これからも、幹部教育は可及的にこのような実習式を強化する方向へ進むだろう。

一方、労災追放運動の草創期には、上記のような多様な労働者教育を進めることが困難なために、労働者たちが容易に理解できる小冊子を多く作り、教育資料として活用するようになった。しかし、次第に労健研の主たる企画教育が実習方式を選択するようになって、当初の教育資料をより充実した内容にして、これからも十分に活用できるようにしている。

教育媒体開発においては、活動初期にはスライド・ビデオ製作に力をそそぎ、最大限媒体活用することに主力をおこうとした。⁴⁾しかし、現在は、経済的な問題と教育内容の専門化で、具体的な対象に合わせた活動内容を提示する教育が主で、どの事業場でも普遍的に使用できる教育媒体開発は後回しになっている。

参考

1 労働と健康研究会主要教育事業および内容

(1) 1988、1989年金属労連依頼全国巡回労組幹部教育

(2) 1990年労健研主催全国労組幹部教育

- 講義① 労働組合の産業安全保健活動
- 講義② 産業安全
- 講義③ 職業環境測定
- 講義④ 職業病と健康診断
- 講義⑤ 産業安全保健法解説

(3) 1991年労健研主催全国労組幹部教育

- 講義① 労働組合の産業安全保健活動
- 講義② 労働災害補償実務
- 講義③ 産業安全保健法
- 講義④ 労働組合の連帯活動
- 講義⑤ 産業安全保健と団体協約
- 事例発表① 源進レーヨンを通じて見る労働災害の実態

(4) 1991年産業安全保健活動のための労働災害教室

- 講義① 労働災害とは
- 講義② 安全事故予防のために
- 講義③ 労働災害補償の受け方

(5) 1992年全労協主催全国労組幹部教育 労健研後援

- 講義① 労働組合運動の課題と産業安全保健活動
- 日常活動 事例発表① 産業安全保健委員組織活動事例
- 日常活動 事例発表② 作業環境改善のための活動事例
- 日常活動 事例発表③ 団協案作業および爭取事例
- 日常活動強化のための組別討論および実習
- 産業安全保健部事業計画作成
- 作業環境測定結果に伴う環境改善計画
- 団協案作成

(6) 1993年労健研主催全国労組幹部教育

- 講義① 正しい作業環境管理のために
- 講義② 健康診断に労働組合がどう参加するのか
- 事例発表① 事故発生時の対策活動
- 実習① 作業環境測定の労組参加法案と、測定結果表の見方
作業別日常点検表作り
保護具の正しい選択と着用
- 実習② 特殊健康診断個人表の見方

(7) 1994年労健研主催全国労組幹部教育

- 講義① 安全事故予防のための技術的対策(溶接、プレス機械を中心に)
- 講義② 腰痛予防のための活動
- 講義③ 保護具の正しい選択
- 実習① 溶接、プレス機械安全点検
- 実習② 職業性腰痛の発生要因探し
- 実習③ 腰痛予防のための正しい姿勢の維持と運動
- 実習④ 保護具の正しい選択

(8) 1994年労健研主催産業安全保健教育 講師訓練過程

- 講義① 労働者教育方法
- 実習① 教案作成
- 実習② 講義実習(2次実習)
- 実習③ VTR実習
- 討論① 現場教育現況および方向

金属労連依頼 全国労組幹部教育、繊維労連依頼 全国労組幹部教育

1988、1989、1990、1991、1992年 第2次から7次まで 産業安全保健活動のための共同教育訓練
1991、1992、1993年 産業安全保健活動実務者のための定期講座およびセミナー
その他 ウルサン地域教育および大宇造船代議員教育等各種依頼教育遂行

3 教育事業の方向

労災追放運動において、労働者教育は、持続的に拡散し、発展していかななくてはならない重要な分野

である。運動の初期段階で、認識教育が主流であったならば、これからは、労働者たちが現場で具体的に活動できる内容(例えば、クレーンの日常的な安全点検とか)を提示しなくてはならないだろう。そして、このような教育は、教育対象者がより主体的に教育内容を習得できるように、教育方法論にも相当な力点をおかなくてはならないだろう。また、各現場で体系的にそして組織的に教育事業を遂行できるように、活動家および労働者専門の講師を輩出することに主眼をおくつもりである。

(1) 現場教育が体系性と目的性を明確に持って教育事業を展開できるように支援する。
—ただ1回の教育であっても、正確な目標と準備で進行できるように支援する。
—労災問題に対する政策的な研究を強化して、労働組合の力量と政府の政策等を分析、事業場の活動指針と合わせて教育指針を提示できるようにする。
—また、各事業場は合わせて全体と調和を図りながら、一人ひとりの力量に合わせて、毎年主要事業を設定、その方向性のもとで教育配置を行なう。

(2) 現場の教育時間を最大限確保し、活用できるように支援する。
—団体協約上保障された組合の教育時間を最大限活用しなくてはならない。教育時間の確保は困難ではあるが、それよりも、一人ひとりが正確な目的の認識を持たずに教育時間を活用することができていない、ということのほうが正しい指摘である。したがって、計画性をもって教育を進行できるように、教育時間を活用しなくてはならない。

—また、産業安全保健法では、月2時間以上産業安全保健教育を実施するよう規定されているが、会社側は朝礼時の班長の注意事項を教育に代えている。しかし、ウルサン現代精工等では、これに対し、労組側が積極的に参加して、産業安全保健委員会委員たちが直接教育をするようにしている。このように、法的に保障された月2時間も、将来的に労組側が最大限利用できるよう、講師および教育方法、内容に対する支援を強化しなくてはならない。

(3) 教育内容において領域の拡大および具体的内容が豊富でなくてはならない。

—労働災害の予防のためには、産業保健および産業安全活動が調和しながら遂行されなくてはならない。しかし、労組では、作業環境測定、健康診断等では積極的な反面、安全事故予防のために体系的、日常的に豊富な内容で遂行できずにいる。これに対し、労健研でも、豊富な内容を提供できない責任を感じ、産業安全に対する内容の準備のためにさらなる努力をしなくてはならない。
—労組の産安活動の活性化にともない、作業環境測定での労組の活動、機械安全の日常的点検内容等、労組が労災予防のための現場での具体的な活動内容を要求している。これらには、現場の活動を強化するための具体的な活動内容を提示しなくてはならない。

(4) 教育講師に対する開発が必要。

—労組の産業安全保健活動の活性化で、労組および労組幹部の依頼教育や、労健研自体の教育が増し、要求される内容も多様化してきた。それにより、労健研も専門化し、具体化される要求を誠実に遂行するために、教育講師を拡大する必要がある。講師を発掘して、講師訓練課程を積極的に遂行しなくてはならない。
—労働組合に法的に確保された月2時間教育等、多様な現場教育を十分に消化するためには、外部講師にばかり依存することはできないし、自分たちの講師陣を強化しなくてはならない。産業安全保健委員たち、そして、産安関連幹部が専門内容に通じた講師としての役割を果たせるように、講師訓練課程等、労組幹部の講師としての力量を強化するために支援しなくてはならない。

(5) 教育方法に対する開発が必要

—教育方法において、講義中心の教育よりは、教育対象者たちにとって、より主体的に教育内容を習得できる実習教育を強化しなくてはならない。
—現場で法が確保した月2時間等を効果的に活用するためには、各部署別教育および討論を活発に展開しなくてはならないし、そのためには、多様な媒体開発およびプログラム開発に努力しなくてはならない。

はならない。

労災教育において、現場の課題を解決するためには、かつての労災追放運動過程でもそうであったように、当面の課題を遂行することが現在の主要課題設定にならざるを得ない。しかし、これから労働組合組織が全国化され(例：民主労総が自己の位置を確保)、各産別組織が活性化されれば、労健研の教育事業における課題も大きく変化することだろう。したがって、その時期のためにも、労健研では、労働災害専門教育機関としての位相を備えるための準備と論議を始めている。

最後に、わが労健研は、この地から労働災害を追放するその日まで、労働者および活動家を教育し、活動に主体的に取り組むのに力を尽くす所存です。これは、労働災害教育事業は、労健研がもつ歴史的使命のなかで、最も重要な分野であるということ

皆が共感しているからそうできるのである。

(翻訳：金正美)

- 1) 産業安全保健委員会は、産業安全保健法で保障された労使同数で構成された委員会。
事業場内で安全保健に関する全ての事項を論議することができるようになっているが、100人以上の事業場に限定されている。
- 2) 民主労組陣営の全国組織である全国労働組合協議会で、1992年、産業安全保健局が稼働するようになり、労働分野の中心的役割を果たし、労災追放活動家分野では地域活動体会議を構成して、活動家の連帯の中心を成した。(韓国の労働災害の現実と労災追放運動参照)
- 3) 1992年初めに実施した全国労働組合協議会主催全国幹部教育に対して、十分に教育が役割を果たせるように全面的な後援を惜まず、実務者たちの全国教育はいまでも中心になって進行している。
- 4) 現在保有している視聴覚教育媒体は、労健研、源進レヨン、全国労働組合協議会、政府機関である産業安全公団および韓国労総等が製作した教育媒体である。

安全センター情報1995年8月増刊号 56頁 1,000円

韓国の過労死

韓国・過労死相談センター1周年記念セミナー
(1994年12月7日)テキストの日本語訳



第2回共同セミナー終了後参加者一同で記念撮影(7月23日)



産業保健総合センター設立推進委員会・梁吉承氏



神奈川労災職業病センター理事長・斎藤電太氏

この2日間皆さんとお会いして非常に楽しかったということと力になったということをおし上げます。しかし、私たちが進むべき道はまだまだ遠いようです。互いに知らないことも多く、どのようにすれば助け合うことができるのかも知らないことが多い。私たちはまだ2回しか会っていませんが、非常によい未来があるということを確認します。このような席を作っていた皆さんに感謝を申し上げ、次に私たちが会おうときにはよりよいものを作ることをいまからはじめていきたいと思います。

まず最初にできることは、日常行っている活動を交流することだと思います。今日私が報告した造船労働者の闘いは過去2年間闘われたものです。昨日、過労死センターとして報告したことは一昨年の皆さんとの第1回共同セミナー以降の活動です。2日間に話された以外のことについては、皆さんは私たちのことを知りませんし、私たちも皆さんのことをよく知りません。しかし、私たちはこのように顔を会わすことができました。今後、日常活動についてより多くのことを交流しながら、努力していきたいと思えます。次にお会いしたときには、お互いに今後このように進んでいくのだろうということが予想可能なほどの関係に作っていききたいと思います。

この短期間の交流がひとつの種になって、これが全アジアの交流へ拡大していくことを私は信じます。



今日と昨日の討論を聞き、非常に刺激を受けたというか、ガクッときたところがあります。私たちの運動がなかなか前進していないということを強く感じたからです。韓国側の報告がそのままわれわれ自身に対する批判という内容を含んでおり、その点では非常に強い刺激を受けましたけれども、われわれの隣りにこのような力強い仲間がいるということに非常に力づけられたと思えます。いまは遅れてはいるけれど、最後には韓国の方々が闘っている流れの中に合流していけるだろうと確信しています。

2日間の討論にまとめろということですがなかなかまとまらない。ですから、私個人の考えを申し上げざるを得ないわけですが、非常に大雑把に言って、われわれの運動—いま行っている仕事は、労働者と地域の住民—職場と地域で、われわれ自身が—誰に統治されるのでもなく—統治していく能力をつちかっけていく闘いだと思えます。これが実は民主主義の内容だろうと考えます。2日間の討論はどれも、それが非常に進んだものであれ、まだ端緒についたばかりのものであるだろうとも、やはり、この流れの中に位置づけられるだろうと思えます。

今度会うときには、われわれの闘いが確かに進んだということをお互いに確信できるものにしていきたい。そうすることによって私たちは、日韓だけでなくさらに広い人々と確実に仲間になることができると思えます。



働くものの安全と健康のための全国ネットワーク

全国安全センターの御案内

全国労働安全衛生センター連絡会議(略称:全国安全センター)は、各地の地域安全(労災職業病)センターを母体とした、働く者の労災職業病、安全衛生活動の唯一の全国ネットワークとして、1990年5月12日に設立されました。

全国安全センターは、地域センター会員と賛助会員によって構成されます(購読会費制度もあります)。地域センター会員は、設立時17団体(13都道府県1分野(自治体))でスタートしましたが、その後、新たに設立または参加されたところを加えて1995

年7月の第6回総会時点で22団体(17都道府県1分野(自治体)一次頁参照)に発展しています。各地域センターは、地域の労働組合、被災者団体、医療機関・医療関係者、弁護士、研究者、市民団体等によって支えられています。各々の成り立ちや規模、体制などは千差万別ですが、いずれも財政基盤の確立に苦勞しており、全国安全センターとしては、地域センター会員とともに、活動の推進を援助していただく賛助会員及び機関誌「安全センター情報」の購読会員を募っています。



賛助会員、定期購読のお願い

賛助会員は、個人・団体を問わず、毎月「安全センター情報」をお届けするほか、各種出版物・資料等の無料または割引提供や労働安全衛生学校などの諸活動に参加できます。全国安全センターの活動の趣旨に御賛同いただき、ぜひ賛助会員として入会してください。賛助会費は年度会費で、1口1万円以上です。

「安全センター情報」の購読のみしたいという方々には、購読会費制度を用意しました。こちらも年度会費で、年額は部数により別表のとおりとなっています(含送料)。

お申し込みは、葉書・ファックス等でもけっこうです(氏名・団体名、郵送先住所)。会費の納入等は、下記の口座をご利用下さい。名義はいずれも「全国安全センター」です。

●東京労働金庫町田支店「(普)7535803」

●郵便振替口座「00150-9-545940」

1部	年額10,000円	6部	年額45,000円
2部	年額19,000円	7部	年額49,000円
3部	年額27,000円	8部	年額52,000円
4部	年額34,000円	9部	年額54,000円
5部	年額40,000円	10部	1部当6,000円

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 広島市南区稲荷町5-4 前田ビル TEL(082) 264-4110/FAX(082) 264-4110
- 鳥取●鳥取県労働安全衛生センター
680 鳥取市南町505 自治労会館内 TEL(0857) 22-6110/FAX(0857) 37-0090
- 愛媛●愛媛労働災害職業病対策会議
792 新居浜市新田町1-9-9 TEL(0897) 34-0209/FAX(0897) 37-1467
- 高知●財団法人 高知県労働安全衛生センター
780 高知市薮野イワ井田1275-1 TEL(0888) 45-3953/FAX(0888) 45-3928
- 熊本●熊本県労働安全衛生センター
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 長江岡地1-14 TEL(0982) 53-9400/FAX(0982) 53-3404
- 自治体●自治体労働安全衛生研究会
102 千代田区六番町1 自治労会館3階 TEL(03) 3239-9470/FAX(03) 3264-1432
- (オブザーバー)
- 福島●福島県労働安全衛生センター
960 福島市船場町1-5 TEL(0245) 23-3586/FAX(0245) 23-3587
- 山口●山口県安全センター
753 山口中央郵便局私書箱18号