

原告以外の被害者にも補償 横須賀石綿じん肺裁判が和解

安元宗弘

横須賀石綿じん肺訴訟を支援する会事務局長・神奈川労災職業病センター

和解から補償協定締結へ

横須賀石綿じん肺訴訟は、住友重機械工業株式会社の造船退職者8名が、石綿による健康被害(石綿肺)の責任をとるよう会社を訴えた裁判で、1988年7月14日、横浜地裁横須賀支部に提訴されました。約9年にわたった裁判は、1997年3月31日、勝利的和解で解決しました。

和解金額は、1億400万円、原告団の管理区分を考慮すると、最近の全国的な解決水準に匹敵するものです。さらに、和解だけでなく原告・被告に全造船機械労働組合住友重機・追浜浦賀分会(以下「全造船浦賀分会」)も加わった3者で協定書を締結、その中で被告会社は原告らに遺憾の意を示し、再発防止に努力することを表明しました。また、協定書には、じん肺患者の取り扱いについて一定のルールを作ることが含まれています。

そして、この協定書に基づき、4月30日には、全

造船浦賀分会と住友重機で合意書が取り交わされました。合意書の内容は、以下の3点です。

- ① じん肺被災者を管理区分と障害状況によって、業務上災害補償規程の障害等級第5級から第9級に当てはめて、退職時に障害補償(1,080万円から430万円)を支給する。すでに退職されている人には70%を支給する。
- ② じん肺によって労働不能となった場合は、障害等級第3級とみなし、3,200万円を支給する。
- ③ 退職後、じん肺などが原因で死亡した場合は、死亡年齢によって、1,600万円から1,000万円を支給する。

年齢によっては、補償が受けられないなど、不備な点はあるものの、裁判をへないで原告以外のじん肺患者にも補償が受けられる道が開かれたことは、非常に画期的であるといえるでしょう。

裁判の特徴と経緯



横須賀石綿じん肺訴訟の解決を求めて住友重機本社前で座り込み(1996.4.1 中央は原告の高橋哲夫さん)

裁判の特徴は、①石綿使用の労働現場でのじん肺被害を問う、②じん肺の要療養以外の人の被害を問う(原告8名のうち4名(提訴時)は管理区分2非合併症)、③石綿全面使用禁止を求める運動と連帯して闘う、の3点です。また、①との関係でいうと、造船という製造現場での石綿じん肺被害を問題にした、という点が注目されました。というのは、これまでの多くのじん肺裁判が、鉱山・炭鉱、トンネルのじん肺裁判で、製造現場での本格的なじん肺訴訟はこの裁判が初めてであり、また、石綿製品を製造していた会社の労働者ではなく、石綿製品を使うユーザーの立場の製造現場の裁判としても初めてのケースだったからです。

1988年7月の提訴後、1990年12月から立証に入り、まず、医学的な立証から開始されました。医学的な立証では、原告側から2人の主治医が立ち、原告たちのじん肺の被害の実態を明らかにしました。被告側からは、レントゲンの専門医が証人で立ち、主尋問では「レントゲン写真の写りが悪

い」、「原告たちの中には、じん肺所見がない者がいる」などと証言しましたが、原告側弁護団の反対尋問で、「レントゲン写真の写りが悪いのなら、じん肺の所見がないなどと断定もできないはず」と矛盾をつかれ、しどろもどろの証言になってしまいました。

1993年10月からは、職場実態に関する立証が開始されました。まず、総論証人として全造船浦賀分会の正木光さんが立ち、「造船現場では、石綿を中心とする粉じんが大量に発生していた」、「住友重機は生産第一主義であり、安全対策を怠ってきた」等の証言を行ないました。これに対して、被告側からの証人は、とおりいっぺんの証言しかできず、反対尋問では、原告側弁護団の厳しい追及のなかで、証人の陳述書は、実は、本人が書いたものなどではなく、部下が調査し書いたものに目を通して確認したものにすぎないことが、暴露されてしまいました。

1994年4月からは、原告たちによる職場実態に

関する尋問が開始されました。これで明らかになったのは、船にはエンジン等の主機・補機に、そして、スチームを通すパイプの回り等々アスベスト等の断熱材が使用され、船内いたるところで断熱材をはがしたり取り付けたりという作業が行われていたこと、そして、船内作業は狭い空間での混在作業となるため、船内で造船作業をする人はすべて石綿等の粉じんにも曝露していたことです。

1995年4月からは、被告側証人の尋問が開始、5人が証人として登場しました。どの証人も、主尋問では「万全の安全対策を行っていた」と自信に満ちた(?)証言をしたものの、反対尋問になってすどく矛盾を追及されると、とたんに自信喪失という感じで、哀れささえ感じられる証人尋問でした。

1995年12月、すべての証人尋問が終了。本来ならこれで結審に向かうはずですが、被告側は、再三再四、医学鑑定をしろと要求しているため、鑑定をめぐって、また、その後の訴訟進行をどうするかという話し合いを持つことになりました。原告全員が労働基準局によるじん肺の認定を受けているのですから、鑑定などやる必要はまったくありません。

裁判所も、鑑定に関しては消極的で、結局この話し合いは、和解による解決か、結審かが焦点になり、約9か月をかけて話し合われた結果、1996年9月30日より、和解交渉にはいりました。そして、この和解と並行して、全造船浦賀分会と被告住友重機との話し合いも積み重ねられ、紆余曲折をへながらも、1996年3月31日に和解が成立しました。

地元・横須賀での支援運動

横須賀石綿じん肺訴訟は、横須賀地区じん肺被災者の会・全国じん肺患者同盟横須賀支部(以降「会・支部」)の会員が原告となり、「会・支部」の取り組みと位置付け、開始されました。また、「会・支部」の結成にも協力してきた全造船浦賀分会、(社)神奈川労災職業病センターも全面的に支援してきました。



「石綿を多量に使用していた」との原告の主張に対して、住友重機は当初、「石綿は使っていない」と主張。しかし後に、「使っていたが、少量であった」と変更。だが、少量であるという証拠は出ていない。ところで、日本石綿協会の機関誌には、「造船ブームに期待する」、「造船は石綿製品の最大の需要家」という見出し記事。どちらが真実かは一目瞭然だ。

裁判の進展にともない、横須賀地域での支援体制作りが課題になるなかで、1991年10月、「なくせじん肺全国キャラバン」の横須賀行動の夜の集会において、「横須賀石綿じん肺訴訟を支援する会」(以下「支援する会」)が、旗揚げされました。「支援する会」は、横須賀地区労の傘下の4組合が幹事となり、神奈川労災職業病センターが事務局を担い、原告団・弁護団と歩調をあわせ、支援運動を展開してきました。

当初の支援運動は、原告団・弁護団、「会・支部」と全造船浦賀分会が中心になり、裁判傍聴、駅頭でのビラ配付を軸に、活動をすすめてきました。そして、「支援する会」が結成されてからは、公判のたびごとに「支援する会ニュース」を発行し、また、リーフレット(B5の4頁・2色刷り)を2万枚作成し配付しきるなど、情宣活動をさらに強力に押し進め、支援の輪を少しずつ広げてきました(また、「支援する会」の準備会時代の1991年3月には冊子「横須賀・住友石綿じん肺訴訟にあなたの力

を」、そして、5月にはビデオ「たちあがった造船退職者たち」を作成しています)。

2回取り組んだ署名活動は、いずれも予想以上の数を集約することができ、運動に弾みをつけ、大成功しました。1回目は、1993年に「横須賀石綿じん肺訴訟の早期解決を求める署名」(個人署名)として行ない、約1万9千名の署名を集約しました。第2回目は、1995年12月から1996年4月にかけて、団体署名を行ない、約1,850団体分を集約し、裁判所に提出しました(また、団体署名は、コピーをとり被告・住友重機にも提出しました)。この2つの署名活動は、地元横須賀や神奈川で地道

に取り組み、また、全国の闘いとも連携して取り組んだ結果、予想を大きく上回る数を集めることができたのです。裁判所へ、そして、被告・住友重機へも大きなプレッシャーをかけることができたと同時に、支援の輪を広げるという点でも重要な取り組みであったと思います。

1995年5月には、横須賀で「造船と基地めぐり」と題して、現地調査を行ないました。地元横須賀からだけでなく、全造船関東地協や東京支援連(じん肺闘争支援東京連絡会)からも参加者があり、総勢30人。参加者は、自衛艦や米軍の艦艇を丘から見おろし基地の町を実感し、原告が働いた

1. 去る1988年7月以来、横浜地方裁判所横須賀支部において係属中であった横須賀石綿じん肺訴訟は、本日、和解により解決した。
2. この訴訟は、住友重機械工業株式会社浦賀造船所において、長年にわたり造船労働に従事し、石綿肺に罹患した患者8名が原告となり、同社を被告として、安全配慮義務違反に基づく損害賠償を求めたものである。被告はこれを全面的に争い、審理は長期にわたった。この間に、原告鈴木福松が死亡し、原告宇野林蔵が合併症に罹患するに至るなど、全般的に原告らの病状は悪化し、早期解決の必要は明らかであった。証人尋問を終了した1995年12月以降、裁判所が和解を勧告したにもかかわらず、被告は和解の席に着くことを拒み続けてきたが、昨年9月からは、原被告に全造船住友重機械・追浜浦賀分会も加えて協議を重ね、今般、合意に至ったものである。
3. 昨年来、各地のじん肺訴訟で和解による解決が相次いでいるが、本件の和解には次のような意義がある。

ゆる職種のじん肺について判決を経ない早期解決を実現するための、新たな一歩といえよう。

第2に、労災未認定(注: 管理区分3以下の非合併症)のじん肺患者が半数を占める原告らに対し、昨年来の各地のじん肺訴訟の解決事例の水準に相当する金額を支払ったものであり、解決にあたり、被告が原告らに遺憾の意を示し、再発防止に努力することを表明していることとあわせて、実質的には、被告が全面的に責任を認め謝罪したと評しうることである。

第3に、本件和解を契機に、被告会社が退職後罹患者も含むじん肺患者の救済に前向きな姿勢を見せるに至ったことである。

4. 本日の和解は、各地でじん肺訴訟に取り組んできた原告団、弁護団及びこれを支援する広範な労働者、市民の活動の実績の上に勝ちとられたものである。われわれは、この和解の成果が、各地でさらに発展するよう、今後も力を尽くすものである。

右、声明する。

1997年3月31日

横須賀石綿じん肺訴訟原告団
横須賀石綿じん肺訴訟弁護団
全造船住友重機械・追浜浦賀分会

第1に、造船所における石綿じん肺の集団訴訟という初めてのケースで、判決を経ることなく、解決を果たしたことであり、あら

浦賀ドックでは進水式があり普段見れない造船現場を目のあたりに見ることができました。そして、交流会では、「たちあがった造船退職者たち」のビデオを見て、原告たちからじん肺被害の生の声を聞くことで、闘いの思いを新たに、非常に有意義な現地調査になったと思います。

地元での最大のイベントは、1996年6月19日に横井久美子さんを招いて行われた「石綿じん肺訴訟を支援するコンサート」です。横井さんは、「ノーモア・スモンの歌」等を作詞・作曲した社会派のシンガーソングライターで、じん肺患者をテーマにした「夫へのバラード」等14曲を歌っていただきました。地元の高校生たちをはじめ400人以上の人を集めたこのコンサートは、支援の輪を広げるといっても、また、横井さんの歌にわれわれも励まされ、訴訟の早期解決の誓いを新たにさせられ支援運動に大きく弾みをつけたという点でも、本当に大成功でした。

横須賀の行動は、「支援する会」が中心になりましたが、横須賀地区労傘下の多くの組合や、全造船の本部や関東地協、国労等の仲間の参加があって初めて成り立ったものであり、横須賀、神奈川の労働者の闘いという側面も見逃せません。

なくせじん肺全国キャラバン

1990年から開始された「なくせじん肺全国キャラバン」では、毎年、横須賀行動を行ってきました。横須賀行動の一日は、朝ピラ、裁判所への申し入れ、横須賀市役所への申し入れ、横須賀労働基準監督署との交渉、そして、それらの行動の合間に宣伝カーでの情宣行動、夜には決起集会、という日程でほぼ毎年行なわれてきました。キャラバンの横須賀行動での特筆すべきこととしては、1992年の集会です。多くの人たちに「石綿じん肺訴訟」について知ってもらおうという意図で、構成劇「立ち上がった造船退職者たち」を上演、雨の中にもかかわらず約200人がかけつけ、万来の拍手で大成功しました。

また、キャラバンは、「じん肺の根絶」ととどまらず、「すべての労災職業病の根絶を」もスローガ

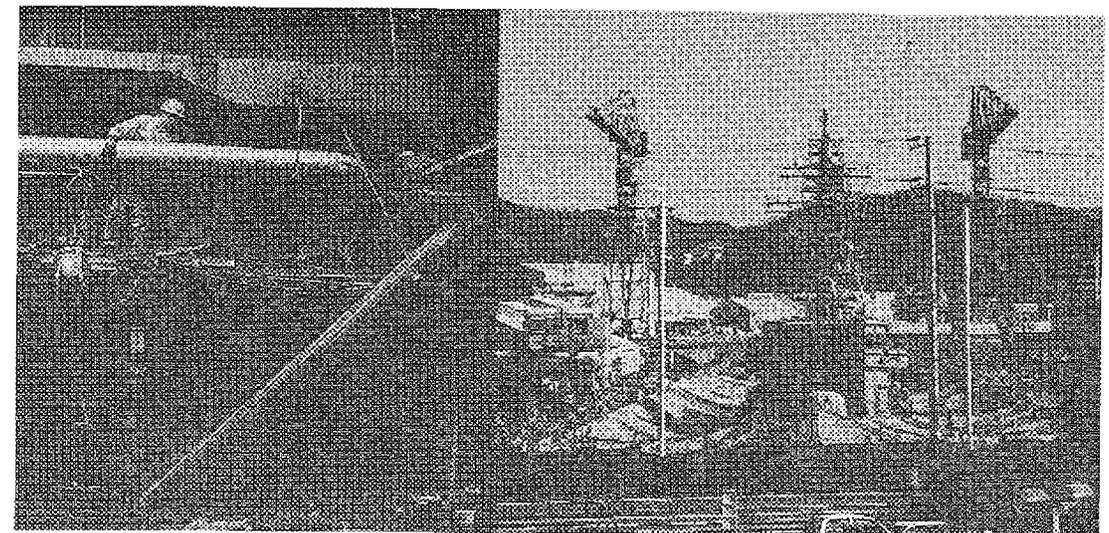


原告団長だった故佐久間正雄さんは、1912年生まれ、26年に当時の浦賀船渠に入社。製鋼工や溶接工などとして、40年働いた。ボイラー等のまわりに断熱材として使われた石綿。それをつける、はずす等の作業で、石綿粉じんが工場内に立ち込めた。多量の粉じんを長年吸った結果、重症の石綿じん肺になった。息切れがひどくなるなかで、94年10月、ついに在宅酸素療法を開始。24時間酸素を吸い続けなければ、生きていけなくなった。酸素を作る機械から管が出てそれを鼻に付け、酸素を吸う。トイレに入るにも、風呂に入るにも、また、寝ているときもいつも管をつけたままの生活だった。和解の報告を病床で聞き、その直後の4月12日に逝去。

ンにして闘われてきました。横須賀では、高教組の過労死問題、国労の過労死問題、被曝労働問題を、労基署交渉や夜の集会で取り上げ、「労災職業病の根絶に向けた共通の闘い」として取り組みました。

全国のじん肺裁判等との連帯

全国との連帯では、第一に「なくせじん肺全国キャラバン」の闘いです。横須賀行動には、長崎、



新造船内での配管作業(左)と浦賀ドック(右)

四国等々の原告団・弁護団、そして、東京支援連の人も参加していただいた一方、横須賀からは原告団・弁護団と「支援する会」が、キャラバン最後の行動となる東京行動に毎年参加してきました。東京行動は、全国各地の原告団・弁護団が攻め入り、東京の支援がかけつけ、各被告企業に解決を迫るもので、文字どおり「全国と連帯した闘い」です。キャラバンは、各企業へ大きなプレッシャーになっただけでなく、連帯感が各地の闘いへの激励となり、闘う力をより一層大きなものにしていったと思います。

全国との連帯という点で、各地での現地調査も見逃せない取り組みです。横須賀からは、長崎の伊王島じん肺、筑豊じん肺、三井三池じん肺、秩父じん肺、北海道石炭じん肺の各現地調査に参加し、各地の原告団とより一層の交流を深めました。

東京での闘いとしては、全都反合共闘が主催する「東京総行動」が年に3~4回、そして、じん肺原告団・弁護団が主催する「じん肺総行動」も各地の訴訟の動向をみながら年に数回、行われてきましたが、住友重機との本交渉が毎回設定され、原告団・弁護団、「支援する会」も参加しました。交渉だけでなく、100人以上の社前集会やピラ配付、また、ときには座り込みも行ない、住友重機を徹底的に追いつめてきたと言えるでしょう。

また、「横須賀石綿じん肺訴訟」の闘いは、「石綿全面使用禁止」を求める運動と連帯して闘ってきました。毎年行われる、シンポジウムや集会で、原告団等が石綿被害の実態や裁判の報告を行なったほか、「アスベスト規制法をめざす」運動にも参加しました。

じん肺根絶・石綿禁止に向けて

長い裁判のなかで、8名の原告のうち鈴木福松さんが1995年1月に、原告団長だった佐久間正雄さんも和解後間もなく他界されました。神奈川労災職業病センターの所長だった田尻宗昭さんと鈴木良さん、そして坂本堤弁護士も裁判提訴の原動力となった方たちでした。

今回の勝利的和解は、原告団・弁護団の頑張りはもちろんのこと、全国各地の弁護団・原告団との連帯、そして、地元横須賀や東京等々での多くの方々からの支援があったからこそ勝ちえたものです。支援していただいた方々に、深く御礼申し上げます。

しかし、ひとつの闘いは終わりましたが、まだ、各地で闘っている原告団・弁護団がいます。じん肺の問題も、決して終わったわけではなく、まだまだ埋もれているじん肺患者が多数います。多く

の炭鉱・鉱山が閉山してしまっている今、じん肺の問題はもう過去のものとする人(考えたがる人)たちもいます。しかし、造船現場をはじめとして、粉じん作業は現に存在しつづけているのです。溶接作業、鋳物作業、研ま作業、等々。さらに、発がん物質である石綿も禁止されずに、毎年多量に輸入され続けています。

裁判が終了して、原告団・弁護団は解散し、「支援する会」も運動という面では大きな区切りをつけることになるでしょう。しかし、残された課題もあります。また、新たな課題も出てきています。全造船浦賀分会と神奈川労災職業病センターな

どでは、合意書に基づく補償をどう実現していくかで話し合いがもたれ、ホットライン活動やじん肺健診活動等、掘り起こしの活動にすでに着手しています。

今後は、新たな態勢を確立し、横須賀石綿じん肺訴訟と歩調を合わせて闘ってきている「大内石綿肺がん訴訟」の支援活動を中心に、石綿全面使用禁止の運動、全国のじん肺訴訟への支援運動を多くの皆さんと連帯して闘っていきたいと思います。じん肺と石綿疾患の根絶、すべての労災職業病の根絶へ向けて、ともに闘いましょう。



1. 本日、横浜地方裁判所横須賀支部において、横須賀石綿じん肺訴訟が和解により解決した。
2. 横須賀石綿じん肺訴訟は、被告らの不当抗争にもかかわらず、判決を経ずして和解による解決を果たした。これは、原告らの「命あるうちに解決を」という切実な訴えと、これまでに最高裁判決を含め20件以上のじん肺責任を認める判決と60件以上の和解解決というじん肺訴訟の集積とじん肺の根絶およびじん肺患者の早期解決を求める世論の流れの成果である。
3. 私たち全国じん肺原告団・弁護団連絡会議では、昨年3月の常磐じん肺・北茨城じん肺の全面解決、同年10月の三菱マテリアル細倉じん肺訴訟の全面解決を受け、全てのじん肺訴訟の全面解決を図るために、
 - ① じん肺被害を多数発生させてきた社会的責任を認めて謝罪すること
 - ② じん肺被害を償うにふさわしい賠償金と解決金を支払うこと
 - ③ 時効による差別をせず、全員を等しく救済すること
 - ④ じん肺被害を出さないため、今後万全にじん肺防止対策を行うこと
 の4点の統一要求を掲げて全国で闘いを強

めてきた。

4. 本日の和解は、労災未認定患者に対しても相当な賠償金の支払いがなされていること、被告が原告らに遺憾の意を示し、再発防止に努力することを表明していることなど、基本的に右統一要求に添う解決であり、去る2月27日福岡高裁で係争中の筑豊じん肺訴訟において、被告企業の1社である古河機械金属との間で成立した和解に続く統一闘争の成果である。
5. 本件の和解により、じん肺訴訟の和解は68件を数えるに至った。判決を経ずして解決したこと、また、労災未認定患者に対する権利性を確立したことなど、本件和解解決は、じん肺訴訟の早期解決ならびにじん肺患者の権利に向けて他に及ぼす影響は大きい。
6. 私たちは、本日の和解成立を契機に全てのじん肺訴訟において私たちの統一要求に基づく全面解決を実現するよう、全国の原告団・弁護団が団結をより強め、じん肺の闘いを支援する全ての労働者・市民とともに、さらに闘いを強めていく決意である。右、声明する。

1997年3月31日
 全国じん肺原告団連絡会議
 全国じん肺弁護団連絡会議

労働保険審査会の脳・心臓疾患業務上認定事例

帰宅途中に発症した警備員の心筋梗塞による死亡

平成9年4月28日付け裁決・平成6年労第79号

帰宅途中のバス車内で発症した警備員の心筋梗塞による死亡事件について、労働保険審査会が今年4月28日付けで、発症から10年ぶりに業務上認定を行った。この事例および把握できている1987年の認定基準改正以降の業務上認定された労働保険審査会の裁決事例を紹介する。

「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」は、1987年10月(昭62.10.26基発第620号—91年2月増刊号参照)に26年ぶりに改正されて以来、1995年2月(平7.21基発第38号—95年4月号参照)、1996年1月(平8.1.22基発第30号)と2度の部分的改正が行われてきている。

1995年以来、次頁表のとおり、労働基準監督署あるいは労災保険審査官(審査請求)の段階で業務上認定される件数自体は、従前と比べて2倍程度に増加している。しかし、認定基準自体の改正が極めて不十分であるため、かえって「基準」がわかりにくくなっているという面も指摘される。

Mさん(男性)は、1984年に都内のT警備保障に警備員として採用され、派遣先での警備業務に従事してきたが、1986年12月27日、派遣先からT警備保障に出向いて12月分の給料を受け取った後の帰路、午後8時頃、自宅に向かうバス乗車中に急死し、死体検案によってその死因は「心筋梗塞」とされた(享年48歳)。

Mさんの業務は、主として、工事現場の車両の誘導、工事関係者や第三者の安全の確認、不審者に対する見張り等の警備業務。労働時間は、日勤(08:00~17:00)、夜勤(20:00~07:00)とも拘束9時間、休憩1時間で実働8時間、24時間勤務(主に正月など作業中止期間中の現場警備)は、09:00~翌日09:00で昼の1時間と23:00~06:00の計8時間休憩で実働16時間とされるが、実働月208時間(原則26日勤務)を基本の所定労働時間として、これを超える時間を残業時間として取り扱っていた。自宅と派遣先との間を直行・直帰

するので、毎月1回ひと月分の「警備報告書」(派遣先・元、本人用の3枚複写のうちの派遣元用)をT警備保障に提出し、月給を受け取っていた。

Mさんの就労の実態は、ほとんど休日をとり、日勤(08:00~17:00)に続けて夜勤(20:00~07:00)を繰り返すという異常なものであった。

例えば、発症直近の賃金計算期間である1986年11月21日から12月20日の30日間についてみると(11頁表参照)、休日をとっているのは2日だけで、日勤を22回、夜勤を25回、そのうち日勤と夜勤の連続勤務が19回、実働417.5時間(残業209.5時間)という状況であった。遺族のもとに残された「警備報告書」(本人控)によると、昼間は都内各所の建設工事現場に出かけ、夜は東京駅の作業所で勤務していたようだ。他の同僚の警備員は、断続的または隔日勤務が多く、そのほとんどが所定の休日を確保しており、日勤と夜勤の連続勤務はMさんが格段に多かった。

特集2 / 労働保険審査会の脳・心臓疾患業務上認定事例

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	1994	1995
		請求件数	351	480	538	436	404	328	277	289
脳血管疾患	認定件数	42	61	96	77	76	66	59	80	102
	1号	24	47	77	56	54	55	40	57	59
	9号	18	14	19	21	24	11	19	23	43
虚血性心疾患等	請求件数	148	196	239	161	151	130	103	116	155
	認定件数	7	20	14	15	15	8	13	12	38
	1号	4	5	3	3	5	1	1	3	5
	9号	3	15	11	12	10	7	12	9	33
合計	請求件数	499	676	777	597	555	458	380	405	558
	認定件数	49	81	110	92	93	74	72	92	140
	1号	28	52	80	59	59	56	41	60	64
	9号	21	29	30	33	34	18	31	32	76

(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処理状況

年度	前年度未残	請求	審査請求			請求の増減	本年度未残	
			決定	取消	却下			
1991	207	131	8	120	0	3	△2	205
1992	205	109	3	109	0	7	△1	194
1993	194	96	4	109	1	3	△3	170
1994	170	95	8	85	0	1	△2	169
1995	159	81	20	110	0	3	△7	110

(注) 労働省資料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。

ところが、たまたま発症直前の1週間ほどについては、12月19日から25日まで夜勤のみの勤務(それ以前と同様東京駅作業所、この7日間で5時間の残業)、前日12月26日には休日をとり、27日当日は07:00から新宿の工事現場で勤務し、仕事納めの給料日であったことから屋上上がり、目黒のT警備保障に寄って15時過ぎには退社している(その後、倒れるまでの行動はわかっていない。なお、翌日以降も正月休みの工事現場の24時間勤務に就く予定であった)。

Mさんの妻の母が神奈川の労働組合に所属していたことから、組合を通じて神奈川労災職業病

センターに相談があり、翌1987年8月4日に、品川労働基準監督署に労災申請(遺族補償給付・葬祭料)を行ったが、1989年3月22日付けで不支給決定。東京労働者災害補償保険審査官に同年5月24日に審査請求を行ったが、1994年2月15日付けで棄却され、同年4月11日に労働保険審査会に再審査請求を行っていた。

品川労基署は、東京労働基準局地方労災医員・佐藤進医師の「本症発症直前乃至前日において業務に関連する異常な出来事があったことは認められていない。本症発症前8日間において、日常業務に比較して特に過重な業務に就労したことも認められてい

ない。従って本症例においては、潜在していた病的素因乃至基礎的疾患が自然的に増悪して、帰宅の過程において心筋梗塞が発症したと考えるのが妥当であろう」という意見を盾にした。

東京労災保険審査官(審査請求)段階では、鑑定を依頼した「専門医・浦田純一医師」の鑑定書は次のような内容であった。「本例心筋梗塞は前述のとおり、その原因疾患として動脈硬化殊に環状動脈硬化が想定されるところであるが、動脈硬化の原因となるリスクファクターとの関連を検討するに、資料が不足で十分に論ずることはできないが、健診記録上は異常所見(高血圧、肥満等)は認められず、僅かに喫煙習慣があったことが認められる程度である。しかしながら、その食生活は被災者の勤務状況から察するに栄養バランスのとれたものとは考え難く、また摂取時間も不規則になりがちであったと言えるのではないかと思われる。これに加えて、被災者が遂行していた異常な勤務体制等による長時間労働による日常生活の乱れが、被災者への心身上のストレスとして作用していたことは否めないであろう。たまたま発症前1週間は概ね通常の常識的な勤務態様(勤務時間、内容等)であり、この程度のものから明らか

に本件心筋梗塞の発症の原因となりうるような過度の負担があったということにはできないが、なおかつ、総体的にみた場合、その以前の異常な勤務態様が本件心筋梗塞の発症に影響を与えた可能性は否定できない。

なお、本例の心臓死が仮りに動脈硬化によるものでないとするると潜在的な心臓の異常等多分に素因的なものの存在が考えられるが、そのような場合でも、被災者の非常識な長時間労働はその素因の存在に悪影響を与えたこと、すなわち、両者の医学的因果関係を否定することは難しいであろうと判断される。

本例のような非常識ともいえる勤務態様は法律上どのように解釈すべきかは判断する立場にないが、被災者の心臓死と業務との関連については、発症前1週間の業務との因果関係を認めることは困難であるが、さりとてそれ以前相当期間続いていた異常な勤務態様によるストレス(生体リズムの乱調)と無関係であるということも極めて困難である。

このような鑑定意見が示されていたにもかかわらず、東京労災保険審査官は棄却決定を行ったのである。

品川労基署に労災申請した直後の1987年10月26日付けで、脳・血管疾患に係る認定基準が改正されている(昭62.10.26基発第620号「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」)。この認定基準改正は、従来の「アクシデント主義」から「過重負荷主義」に「改正」したものと宣伝されたが、「発症前1週間より前の業務については、急激で著しい増悪に関連したとは判断し難く、発症前1週間以内における業務の過重性の評価に当たって、

年月日	種別	契約先	派遣先	勤務時間	契約期間	早出	残業	計	実働	時間外	勤務時間
61. 11.20	木	大成・日新JV 東京駅作業所	有馬小学校(作)	8:00~17:00 20:00~6:30	9		1.5	10.5	9	17.5	8.5
21	金	協和組 東京駅作業所	加六橋作業所	8:00~17:00 20:00~6:30	9		1.5	9	9	17.5	9.5
22	土	王子産業 東京駅作業所	東京建物本社ビル	9:00~18:00 20:00~6:30	10		0.5	10	9	17.5	9.5
23	日	王子産業	東武本社ビル	9:00~18:00	10			10	9	9	8.5
24	月	馬島	東京駅作業所	20:00~6:30	9		0.5	9.5	8.5	0.5	25
25	火	住友建設 東京駅作業所	千駄木作業所	7:30~17:00 20:00~6:30	9	0.5	0.5	1.5	1.5	18.5	20.5
26	水	大成 東京駅作業所	第5 TOC作業所	8:00~17:00 20:00~5:00	9			9	9	18	1.5
27	木	大成 東京駅作業所	第5 TOC作業所	7:00~17:00 20:00~5:00	9	1		9	17	9	2
28	金	大成 東京駅作業所	第5 TOC作業所	8:00~17:00 20:00~5:00	9		1	9	17	9	3
29	土	大成 東京駅作業所	第5 TOC作業所	7:00~17:00 20:00~6:00	9	1		10	18	10	1
30	日	王子産業	東京建物本社ビル	9:00~18:00	10			10	9	9	3
12. 1	月	改築工事JV 馬島	東京駅作業所	8:00~17:00 20:00~6:00	9		1	9	17	9	13
2	火	大成 東京駅作業所	第5 TOCビル	7:00~17:00 20:00~7:00	9	1		10	19	11	1
3	水	馬島	東京駅作業所	20:00~6:00	9		1	10	9	1	18
4	木	大成 東京駅作業所	聖地小山ビル	8:00~17:00 20:00~5:00	9			9	18	8	2
5	金	住友建設 東京駅作業所	千駄木作業所	8:00~17:00 20:00~6:30	9		1.5	7.5	14.5	6.5	3
6	土	大成・日新JV 馬島	有馬小学校改築工事	8:00~17:00 20:00~7:30	9		2.5	11.5	18.5	10.5	1.5
7	日	休日									
8	月	大成・日新JV 馬島	有馬小学校改築工事	8:00~17:00 20:00~5:00	9		1	9	17	9	24.5
9	火	大成 東京駅作業所	聖地小山ビル	8:00~17:00 20:00~5:30	9		0.5	9.5	18.5	8.5	2
10	水	改築工事JV 馬島	東京駅作業所	8:00~17:00 20:00~5:30	9		0.5	9.5	17	9	2.5
11	木	大成 東京駅作業所	千代田生命第3京橋ビル	7:00~17:00 20:00~7:30	9	1		10	19.6	11.5	1.5
12	金	大成 東京駅作業所	千代田生命第3京橋ビル	8:00~17:00 20:00~6:30	9		1.5	9	17.5	9.5	0.5
13	土	大成	千代田生命京橋第3ビル	8:00~17:00	9			9	8		1.5
14	日	休日									
15	月	馬島	東京駅作業所	20:00~6:30	9		1.5	10.5	9.5	1.5	51
16	火			20:00~6:30	9		1.5	10.5	9.5	1.5	13.5
17	水	協和組 馬島	月島作業所	8:00~17:00 20:00~6:00	9			9	18	6	1.5
18	木	大成・日新JV 馬島	有馬小学校改築工事	8:00~18:30 20:00~5:30	9		1.5	10.5	18	10	1.5
19	金	馬島	東京駅作業所	20:00~6:00	9		1	10	9	1	14.5
20	土			20:00~5:00	9			9	8		14

その付加的要因として考慮するととどめること」と指示している。この認定基準改正の内容を解説した部内会議で、「発症前1週間より前に日常業務の2倍以上勤務していても1週間以内が2倍にまで達していない場合」や「発症前1週間以内のどこかで休日をとっている場合」には「業務外」とする「裏マニュアル」を示していたことも明らかにして大問題になった(91年2月増刊号参照)。

労働省は、「裏マニュアル」を否定したのではあるが(平2.5.14事務連絡第13号)、Mさんのケースに対する東京労災保険審査官の決定は、まさに

「裏マニュアル」の存在を裏づけるものであったのである。決定書では次のように言っている。

「こういった勤務状況は、長時間労働の多い警備員としても相当異常な勤務実態であったといわざるを得ない。しかし、このような勤務が相当長期間継続しているため、当該業務と被災者の疾病の進行との因果関係は明らかではなく、また、認定基準に照らしても、発症前1週間より前の業務であるから、これを判断の対象とすることはできないものである。

(死亡の種類「病死及び自然死」欄に丸をつけただけの死体検案医の意見と前記佐藤、浦田医師の意見を記した上で…) 本件発症についてみれば業務が直接関与したとは判断し難く、これら各医師の意見は、当審査官は至当なものとして首肯し得るところである。

以上を総合すると、被災者の死亡は、被災者の有していた病的素因乃至基礎的疾患が自然的経過のうちに増悪して発症した心筋梗塞によるものであり、業務に起因することの明らかな疾病による死亡とは認められないものと当審査官は判断する。

再審査請求後の1995年2月1日付けで、労働省は上記認定基準を一部改正した。改正点のひとつは、「発症前1週間より前の業務については、この業務だけで血管病変等の急激で著しい増悪に関連したとは判断し難いが、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、発症前1週間より前の業務を含めて総合的に判断すること」という文章が追加されたことである(95年4月号参照)。文言上は前述の「裏マニュアル」の内容とたいして変わるものではない。「発症前1週間より前の業務を総合判断の対象に含める」ことにした「改正」である(労働省の説明)とは過大評価のしすぎであるが、1995年改正の影響は、文言上よりも結果としての認定件数が以前よりは増えたという点に現われたと言ってよい。

労働保険審査会は、Mさんの事件に対して、1997年3月19日付けで裁決を下し、原処分取り消し＝業務上認定を行ったが、その理由については次のように言っている。

「佐藤医師は、発症前8日間の業務のみに着目して業務起因性を否定しているが、連勤がない発症前1週間における業務の過重負荷については上記に認定したとおりと考えられ(注: それ以前の長時間労働を考慮すると、この1週間の労働は相当程度の負荷を伴うものと認められる、とする)、その前の勤務は、過長で異常な勤務実態による勤務が行われていることから業務の過重性を容認せざるを得ない。

浦田医師の『総体的にみた場合、1週間前の異常な勤務態様が本件発症に影響を与えた可能性は否定できない』との趣旨の意見と上記の認定事実(注: 11～12月中の勤務実態)に徴し、上記の趣旨(注: 上記1995年の改正点)を解するならば、本件心筋梗塞の発症について、明らかに自然的経過を超えて症状を増悪させたと認めるに足る業務上の過重負荷が存在したと認められ、被災者の死亡は業務上の事由によるものと判断する。」

このケースについては、「問題は医学的判断ではない」という立場からこちら側からの医学的意見は一切提出していない。遺族のもとに残された「警備報告書」を丹念に整理して勤務実態を明らかにしただけである(それ以外の行政独自の調査は行われていない)。きわめて常識的な判断を得るのに、労災申請から実に10年の歳月が費やされたわけである。

裁決書では、「1995年の認定基準改正の趣旨を解して」としているが、発症前1週間以内の勤務は、前日は休日、他は夜勤のみで4時間の残業しかしていないから、「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」には該当しないであろう。Mさんのケースは、認定基準が現在も一般社会の常識から乖離したものであることを端的に証明していると思われる。また、東京労働基準局地方労災医員の佐藤進氏については、業務上とする意見を書いたのをみたことがないと言われるほど「御用医師」ぶりがつとに知られている人物である(別掲のうち東京管内の全事例で同じ役割を果たしている。90年6・7月号も参照)。このような医師を鑑定に当たる「専門医」として



① 家具展示即売会に応援参加中の工場長の心筋梗塞による死亡

平成元年2月8日付け裁決(63年度(下)623)・昭和60労第187号

Mさん(男性)は、徳島県の家具製造会社の工場長として勤務中、1983年12月3日、用務先の大阪の産地直売センターで売り出し業務に従事していたところ、午後6時15分頃体の異状を訴え、救急車でI病院へ入院、加療に務めたが、同月15日「急性心筋梗塞」により死亡した(享年40歳)。

遺族(妻)が徳島労基署に労災申請(遺族補償給付・葬祭料)したが1984年6月14日付けで不支給処分、徳島労災保険審査官も1985年5月24日付けで審査請求を棄却、労働保険審査会が1989年2月8日付けで、原処分取り消し＝業務上と認定した。

同社は実質的には親会社の鏡台製造部門であり、Mさんは同社の事実上の責任者としての職務を遂行していたが、1982年親会社の大阪営業所の指導を担当することとなり、同営業所の大量在庫の処理等販売促進に当たることとなった。同時に同社自体が直接販路拡大に務めた結果、1982年12月に大阪の産地直売センターとの直接取り引きに成功、1983年には同社の総販売量の90%を同センターが占めるに至り、このため同センターの販売協力の要請に応じるなどの業務が急増した。さらに、親会社の要請で同センター社長から融資を受けたため一層同センターへの協力に務めざるを得ない立場に追いやられ、しばしばMさん自身が出張せざるを得なくなり、他方で危険分散のために新規販路獲得に努力したのでさらに出張等の機会が増加した。

Mさんの発症前2か月間の業務を旅費精算書・タイムカードに基づいてみると、誤記入や未記入、不明の部分もあるが、上記期間のみで計9回の出張があり、そのうち6回は土曜日・日曜日を含み、3日間の祝日を含むものであった。また、深夜あるいは早朝に出発し、帰着することが通例で

あった。反面、休日として休養したとみられるのはせいぜい3日間にすぎなかった。

発症直前1週間については、11月26日(土)、27日(日)はタイムコードが打刻されておらず、空欄となっている。29日は、出勤午前8時28分と打刻されているが、退勤時刻は打刻されていない。11月30日は、出勤午前8時39分、退勤午後8時18分、12月1日は、出勤午前8時26分、退勤午後7時7分と打刻され、12月2日は打刻されておらず空欄となっている。

Mさんは、発症前日の12月2日午前4時から4時30分頃、部下運転の車でフェリーで徳島を出発、淡路島経由で大阪へ向かった。大阪着は午前8時30分頃で、途中昼食をとって産地直売センターに直行、家具展示即売会に参加した。午後5時30分頃、同センターを出て、部下とともに大阪営業所に行き在庫問題等について業務上の指示を行った。この日は、同営業所のアパート(宿泊所)に泊った。3日は、朝8時宿舎を出発し、産地直売センターへ行って売り出し業務に従事したが、午後6時15分頃同センター専務がMさんの顔面蒼白となり脂汗をかいているのを発見し、容体を聞いたところ胸も苦しいとのことで直ちに救急車を手配し、病院に運ばれたものである。

Mさんは、11月26日には会社で気分が悪くなり、A病院で治療を受け(高血圧症、高血圧性心不全)、当日夜からの出張予定をとりやめている。11月29日にも再度会社で具合が悪くなり、A病院で治療を受け、高血圧性心不全、労作性狭心症で医師から就労制限を受けていた。12月2日の出張については、Aさんからの休養の申し出に対し、社長がこれを容認しなかったという。

医証は次のとおりであった。

① S病院Y医師「発病原因：不詳、死亡原因：心筋梗塞に伴う不整脈と心不全」。「ストレスのたまる管理職の重責を負いかねて、また過労・心労の重なりも手伝ってそれが心筋梗塞のひとつの誘因となった可能性はあります」。

② 徳島労基局地方労災医員Y医師「発病前3か月間の勤務状況、発病直前1週間及び発病当日の勤務状態より考えると疲労の蓄積、精神的及び肉体的負担はある程度は存在したことは想像されるが特に著しい程度とは考えられない。上記により本件心筋梗塞は業務に起因して発生したものとは認め難い」。(労基署段階) 労働保険審査会の裁決書では、次のとおり判断している。

「本件疾病発症前約2か月間…の拘束時間は異常に長く、また、その間の業務量は異常に多かったと認められるので、被災者の業務上の負担は過重であったと判断することが相当である。殊に発症直前1週間の状況については、前述のとおり11月26日には高血圧及び高血圧性心不全で医療を受け、さらに同月29日には狭心症の発作を起こして医師から就労制限を受けていたにもかかわらず、12月2日早朝から大阪への出張を強行した

ことは、被災者の体力の限界を超えるものであったと言わなければならない。

すなわち、医学的常識としては、被災者は静養を必要とするべき状態であったにもかかわらず、長距離の自動車旅行を業務上余儀なくされたこと自体被災者にとっては過重負担となり、その影響は旅先における一夜の睡眠・休憩をもってしても十分に回復しえなかった程度のものであると認められる。換言すれば、当該出張業務に服することなく、遅くとも11月29日の時点で十分な医療と休養を開始していたならば、本件疾病の発症は回避されたかもしくはその時期を相当に遅らせた可能性を否定し得ないものと判断する。

なお、被災者の発症前2か月余の勤務における過重負担の存在を考えると本来素因として存在していた高血圧ないし血管の病変の増悪にも加功していたとする可能性も否定できない。

以上を総合すると、本件疾病は業務の遂行により既存の病変がその自然の経過を超えて急激に著しく増悪させられたものであって、その余のことを論ずるまでもなく、被災者の死亡と業務との間には相当因果関係が成立するものと判断することが相当である」。



② 会社に戻る途中の交通事故による事務員の脳出血

平成3年8月20日付け裁決(3年度(中)36)・昭和64年労第3号

都内Y社に事務員として勤務していたKさん(男性、当時55歳)は、1983年9月5日に社外での用務を済ませ帰社途中、後退した乗用車と接触した。本人が電話で要請した救急車でS病院に搬送され、応急処置後、再び救急車でH病院脳外科に転医した。同病院で約1か月入院治療した後、山梨県のK温泉病院及び都内F病院に転医しながら、左半身麻痺等に対するリハビリテーションを目的として療養を継続していた。

Kさんの療養補償給付の請求に対して、渋谷労

基署は1987年9月22日付けで不支給決定。東京労災保険審査官も1988年11月18日付けで審査請求を棄却、労働保険審査会が1991年8月20日付けで、原処分取り消し＝支給決定を行った。

Kさんは、渋谷駅近くのバス停留所で、バスがなかなか来ないので車道に出てバスが来るはずの右側をのぞいていたところ、車道左端の停車位置から車道中央部に出るためいったんバックした乗用車の後部に、腰を強くぶつけられ、その反動で、後に駐車していた小型トラックの運転席部

分に後頭部をぶつけた(こぶができて少し出血した)。加害者が逃げようとしたので、Kさんが「待て！」と怒鳴ったところ、加害者は車から降りて「当たり屋だ！」と叫んだという。Kさんが加害者を連れて現場から10mほどの所にあった交番に行き、事情を話した。その後、会社に電話で事故の報告をしてから、自分で救急車を呼んでS病院に搬送された。

なお、Kさんは、胃潰瘍、肝機能障害、貧血、高血圧症等でほとんど毎月、会社近くのE医院に受診していた(Kさん自身は、高血圧症の診断は「誤診」と主張した)。

医証は次のとおりであった。

① S病院における診断名は、「高血圧、左片麻痺(脳出血疑)」で、止血剤を注射し、脳外科へ転医。事故との因果関係については、「不明」。「転倒せず、頭部打たず」としている。

② H病院における診断名は、「脳内出血(右視床出血)」で、「下肢に強い左半身麻痺あるため、リハビリテーションのためK温泉病院に転医」。「左半身麻痺、左半身知覚鈍麻は臨床的及びCT所見からして、右視床出血にて内包後脚部が障害されたためと考えられる」。「診断時には腰部打撲全治1週間とあり」、頭部外傷という診断はなく、事故との「因果関係は、あるとは考え難い」というもの。

③ F病院での診断名は、「頭部外傷、脳血栓」であり、「事故発生受傷が意識喪失数分という明瞭なものであり、さらにそれからH病院に到着するまでに脳血栓による左片まひが出現しているので(—H病院ではこのような事実はないとしている)、頭部外傷と脳血栓の併発、合併の症例は多くないが、本例はかなりの確率で(事故との)因果関係あると考えてよい」という意見であった。

④ 東京労基局地方労災医員・佐藤進医師は、H病院医師の意見書で、「関係があるとは考え難いと述べられている」とこと「既往歴：高血圧症、貧血等が挙げられている」ことを指摘しただけで、「本症例の症状経過を斟酌すれば同医師の意見は妥当であろうと史料する」というも

の。(労基署段階)

⑤ (財)労災年金福祉協会健康相談医・横江康夫医師の鑑定書「事故時に後頭部を打ちつけ、少量の出血とこぶを生じたことはあったものとし、F病院での「脳出血」の病名は「時日の経過があったためと思われる」としたうえで、「諸状況と経過を考按すると、被災者の血圧は動揺しやすく、しばしば高血圧に傾き、糖尿の出没は少なくとも糖尿病境界型を示唆し、胃潰瘍の治癒遷延は多量の喫煙(1日40本)と無関係ではない。腰痛は、事故発生以前から存在したことが診療レセプトからわかる。また、軽度の頭部打撲に因り脳出血を起こすとは考え難い。高血圧、糖尿病、多量喫煙はいずれも動脈硬化の促進因子であるから、被災者の脳動脈硬化は着々と進行していたものと考えられる。以上のことから、被災者が自身で救急車を呼ぶ時点までは、脳出血はなかったと考えられ、その後S病院で受診までの間に発症した、とするのが妥当である。したがって、本件の場合、脳出血と事故との直接的因果関係は認め難い」。(審査官段階)

労働保険審査会の裁決書では、Kさんに発現した左片麻痺の原因疾患を「脳出血」であるとしたうえで、「請求人が本件交通事故により被った腰部及び腰部打撲を被った際その反動で受けたという頭部打撲は、会社用務を果たした後、会社へ帰る途中において被ったものであり、業務上の負傷と認められる」。しかし、頭部打撲は、「あったとしても、軽症のものであったと認められ、かつ脳出血のあった部位が右視床であるとされることから、横江医師が鑑定意見書において述べるように、これが直後の脳出血の原因となったものとは認め難い」とした。

さらに続けて、「業務上の負傷に起因するものでないといわれる脳出血が、なお業務上のものと認められ得るためには、「…業務による明らかな過重負担を発症前に受けていたことが認められなければならないものとされる」。そして、「交通事故への遭遇は、一般的には、日常生活におけるありふれた経験とはいえない」としたうえで、Kさんの「交通事故の被害は結果としては死に瀕する

ほどの重傷ではなかったとはいえ、全くの不意を突かれた出来事であったため、請求人の驚がくは極めて大きかったものと考えられ、加害者が詫びもせず、「当たり前だ！」と叫んだということであり、「不意を突かれた驚がくに加え、極度の憤怒に駆られたものと考えられる」。「横江医師が指摘するほどの動脈硬化が進んでいたかはともかくとして、高血圧気味であったこと、尿検査において糖(+)との所見があったこと、1日40本とのヘビー・スモーカーであったことなどから考えて、なにがしかの程度の脳動脈硬化はあったものと

みてよい」が、請求人が被った本件交通事故は、「『過重負荷』というに足りる急激な血圧変動や血管収縮を引き起こすほどの極度の驚がく及び憤怒をもたらしたものとみられるのであり、その直後に発症したものとみるべきであり、業務遂行中の外出時に遭遇したものであるから、請求人の脳出血は、業務に起因することが明らかなものといつてよいものと認められる」とした。(この判断を支持する医証がないためか、佐藤進医師、横江医師の「いずれの見解も上記の判断に反するものではない」とことわっている。)



③ 業務中に発症した工場長のくも膜下出血による死亡

平成4年10月8日付け裁決(4年度(中)198)・平成元年第272号

愛知県の自動車部品製造会社の工場長だったKさん(男性)は、1987年1月28日、午前9時頃に工場に出勤し、製造部門の作業の段取り及び工場2階の事務所で電話の対応等の業務を行った後、2階から1階に降りてきて裁断作業を始めて間もない午前10時40分頃、裁断機と北側窓側との間にうつ伏せの状態では倒れているのを従業員が発見し、救急車でK病院に搬送されたが、同年2月2日「くも膜下出血」のため死亡した(享年35歳)。

遺族(妻)が、名古屋北労基署に労災申請(遺族補償給付・葬祭料)したが、1988年5月20日付けで不支給処分、愛知労災保険審査官も1989年7月10日付けで審査請求を棄却、労働保険審査会が1992年10月8日付けで、原処分取り消し=業務上と認定した。

Kさんは、社長から片腕となることを期待され、若くして取締役役に抜擢されて、工場の責任者として勤務していた。会社の取り引きのほとんどを占めていた親会社ではジャストインタイム生産(いわゆるかんぱん方式)をとっており、納期を絶対的に厳守することが要請され、生産・納品管理はKさんの最大の関心事であった。工場の勤務時間

は、事務部門は09:00~17:30(休憩1時間)、現場は2交替制で、早番が07:00~15:15、遅番が15:15~23:30(いずれも休憩45分)。出勤簿やタイムカード等Aさんの勤務従事状況を示すデータはないが、おおむね午前9時頃出社し、月に1~2回遅番の成型班長とともに午前0時頃退勤したほかは、通常は午後11時30分頃までには退勤していたという。また、Aさんがもっぱら行うことになっていた成型機の稼働準備のためのタイムスイッチのセットや平日にできなかった本社への報告資料、得意先に提出する書類作成等の机上事務を行うために、日曜日、祝祭日もほとんど例外なしに出勤していた(おおむね昼頃出勤し、午後6時ないし7時まで勤務)。

発症以前に異常な出来事等があったとする資料等はないが、当時、製造部門の従業員に欠員が多かったため、Aさんは、現場作業にはよく従事しており、裁断作業に1日1時間30分程度、成型の金型交換に1日30分から1時間30分程度従事していた。Aさんの発症前1週間の実労働時間を、裁決書では84~86時間と推定している。会社は健康診断を行っていなかったため、健康状態に関

する資料もないが、関係者の間では頑健とみられていたという。なお、1月25日(日)頃から、風邪気味で体がだるい、鼻がつまる、首、肩、右手首、歯が痛いと言っていたというが、医療機関には受診していない。

医証は次のとおりであった。

- ① K病院K医師「くも膜下出血の原因は、脳動脈の動脈瘤あるいは動静脈奇形であることが最も考えられ、その原因は不明とされている。過度の緊張、肉体的疲労が誘因になるとは推察されるが、個々の場合にそれを判断することは難しい」。
- ② 愛知労基局地方労災医員・I医師「かなり大きな大きな動脈瘤が破裂したものと考えられる。よってこのような大きな動脈瘤は何時、どこでも破裂する可能性があったものといえよう」。また、補足意見で、「本件は慢性的長時間(9時~10時20分)労働のケースであるが、長時間といっても密度の問題があるから必ずしも長時間だけで過重負荷については判断できないので、過重負荷については、認定基準により行政的に監督署において判断すべきものとする」としている。(労基署段階)

労働保険審査会の裁決書では、次のとおり判断している。

「被災者は、工場長として工場全体の管理を行う立場にあり、対外折衝、各種会議への出席、生産計画の策定、生産・納品状況の掌握管理、品質管理、要因確保等の業務に従事していたほか、工場が慢性的に人手不足の状態にあり、他方、製品納入については納期の厳守が必要であったため、自ら夜

間に成型機の金型交換を担当し、午前、午後の製品出荷作業を応援し、また、必要に応じて裁断作業、成型作業にも従事する等、常態的に現場作業を行うことを余儀なくされ、結果として長時間労働が常態化していた。

被災者の業務従事状況をみると、前記でみたように、発症当日に特に過重負荷となるような業務に従事した事実はなく、また、異常な出来事に遭遇した事実もないが、発症前1週間については、被災者の実労働時間は13時間ないし13時間30分の日が4日間、12時間30分程度の日が2日間、この間の休日労働は7時間程度であり、また、この1週間に先立つ昭和62年1月の勤務をみると、工場の業務は5日から始まったが、被災者は4日の日曜日には翌日の業務に備えて長時間ではないものの出勤して業務に従事し、5日から20日までの間、平日は13時間30分程度、所定休日(11日、15日、18日)は6~7時間程度の業務に従事し、休んだ日は皆無であって、異常ともいえる長時間労働が継続して行われている。

医証をみると、K医師、I医師とも業務と本件疾病との因果関係について明確な判断を示さず、特にI医師は行政的に判断すべきとしている。

本件全資料を精査し被災者の業務内容及び業務従事状況を検討したところを総合すると、被災者の本件疾病の発症とそれによる死亡が動脈瘤の自然経過的な破裂によるものである可能性を完全に否定することはできないが、被災者は業務上の過重負荷が有力な原因となって本件疾病を発症し、これにより死亡したとみるのが相当である」。



④ 墜落事故によって発症したとする大工の慢性硬膜下血腫

平成6年5月9日付け裁決(6年度(上)134)・平成2年第244号

都内S建設工業株式会社に大工として就労していたSさん(当時33歳)は、1987年1月28日、工事

現場で「頭が痛い、調子が悪い」と言って横になっていたため、同僚が家に帰って休むように勧めた。

Sさんがその日から31日まで仕事を休んだため同僚がアパートを訪ねたところ、様子がおかしいので救急車でI病院に搬入。翌2月1日M病院に転医し、「右慢性硬膜下血腫」と診断され、緊急手術が施行されたが、意識障害の改善はみられず、いわゆる植物状態となった。

Sさんは、八王子労基署に休業補償給付を請求したが、1988年3月31日付けで不支給処分、東京労災保険審査官も1991年8月28日付けで審査請求を棄却、労働保険審査会が1994年5月9日付けで、原処分取り消し＝支給決定をした。なお、Sさんは1992年8月8日に死亡(享年38歳)したので、遺族(父)が(再)審査請求を引き継いでいる。

医証は次のとおりであった。

- ① I病院I医師「恐らく、業務中1月28日何らかの原因で頭部打撲等により、外傷性の硬膜下血腫が考えられる」。
- ② M病院T医師「頭部外傷の有無については、はっきりしないが、慢性硬膜下血腫については、一般的には頭部外傷の程度の強弱にかかわらず起こり得る」。Y医師「頭部外傷の機会の多い職業であり、頭部外傷(比較的軽微なもの)をもとに慢性硬膜下血腫の発生した可能性が高い」。
- ③ 東京労基局地方労災医員・佐藤進医師「症状経過についての監督署の詳細な調査によれば、現在までのところ、業務に起因することの明らかな頭部外傷を被ったことが客観的に発見されていない。したがって、本症例においては、業務に起因することの明らかな頭部外傷が原因で、慢性硬膜下血腫が発生したと断定することは困難であろう」。(労基署段階)
- ④ (財)労災年金福祉協会健康相談医・横江康夫医師「この疾病は、頭部外傷のあったことが推定されるとともに、受傷後2～4か月後に発症するものであることを考えると、本件の受傷は昭和61年11月15日～16日の間に起きた、すなわち熱海行きの際に起きた(三原山爆発を見に行き、翌日「右目のあたりと右コメカミが腫れ上がっていた」という同僚の証言に基づく)、とみるのが妥当である。また、この受傷は、

勤務状況調べによれば、11月中旬に休日をとっていないことから、就業時間外の受傷である。その後、12月末頃足場から落ちて顔面と胸部を打撲したというが、現認者はなく、また、受診による証明もない。仮に、これが事実だとしても、本件病名の原因外傷とするには、発症までの間隔日数が少なすぎる。以上、本件の場合、疾病原因たる受傷は業務と関係がなく、受傷後の業務も平常と変わりなく、特に過重であったとは認められない。したがって、本件の疾病は業務に起因した疾病とは認められない」。(審査官段階)

労働保険審査会の裁決書では、次のとおり判断している。

Sさんの姉夫婦の「負傷は昭和61年12月頃だと思ふ。その時の負傷の状況については聞いていないが、62年1月3日に家に来た時には肋骨にひびが入っているみたいで身体の調子が悪いと言っていた」、「11月は2、3度、12月2日にも家に来ているが青痣はなかった。事故は12月3日から1月3日の間に起こったものと思う」との証言。Aさんの友人の「毎年暮から正月にかけて泊りに来ていたが、今年(昭和62年)は来なくて、正月あけの9日か10日頃来た時に、また昨年暮に足場から落ちたんだよと言っていて、手で顔をおさえていたが、しきりに頭が痛いと言っていた。またその時の負傷で肋骨にひびが入っているみたいなんだと言っていた。負傷の現認者はいないみたいである」との証言。取引先建設会社社員の「12月の末頃、大工さん達が雑談しているなかでSさんがKの現場で『落ちこちた』という話をしているのを聞いた記憶がある。ただしKの現場では事故の報告は受けていない。屋根から落ちたというようなことがあり、現認者がいれば報告があると思うが、裏方の方で落ちたような場合は誰も気付かないこともあるし、大工さん達は落ちることを恥としているので、黙っていることも考えられる」との証言。

これについて会社社長は本人からも周囲からも聞いていないとしているが、「Kの現場で墜落事故にあい胸部を強打し、同時に頭部も打撲したことは十分推定される場所であって、軽度な頭

部打撲でも発症の可能性のある慢性硬膜下血腫の原因となった頭部外傷があったとみるのが相当である」とした。なお、横江医師の「三原山爆発見物に行ったときの事故」については、社長の伝聞証言のみに基づくもので、伝聞を言ったとされる当人も否定していることから、「採用し難い」とした。

医学辞典等により、「慢性硬膜下血腫は軽度の頭部外傷を契機に通常3週から3か月の間に発症するとされている」としたうえで、「被災者の右

硬膜下血腫は、昭和62年1月28日頃発症したとみられるものであり、同61年12月3日から同月中旬頃の間、頭部外傷があったとした場合には、慢性硬膜下血腫はその1か月～1か月半後ということになり、これは慢性硬膜下血腫発症の通常の経過として医学的に肯認されるものと考えられる」とした(横江医師の「本件の場合転落事故が12月末頃とする根拠も明らかでないが、仮にこれを事実としても上記判断を否定する理由とするのは「妥当でない」とした)。



⑤ 出勤途上の銀行員の急性心不全による死亡

平成7年6月27日付け裁決・平成4年労第97号

岡山県のH銀行K支店の営業副係長(支店長代理)だったKさん(男性)は、1989年11月7日、自家用車で出勤途中午前7時頃気分が悪くなり、付近の駐車場の利用者に救助を求め、直ちに救急車で病院に搬送されたが、同日午前8時20分「急性心不全」で死亡した(享年52歳)。

遺族(妻)が、玉野労基署に労災申請(遺族補償給付・葬祭料)したが、1991年4月5日付けで不支給処分、岡山労災保険審査官も1992年4月26日付けで審査請求を棄却、労働保険審査会が1995年6月27日付けで、原処分取り消し＝業務上と認定した。

発症前日は3連休明けの初日で、また、預金金利の引き上げ日でもあったことから来店客も通常日より多く、店内全体が多忙を極めていた(当日のK支店の伝票処理件数は2,806件で、10月6日1,578件、9月6日1,299件と比較すると2倍程度)。また、Kさんの部下3人のうちAさんが盲腸で入院中、出納担当のBさんが当日午後から本店に研修出張のため不在となり、Aさんの担当業務をCさんに代理をさせていたものの、Bさんの業務はKさんが行うという事態が加わった。

このような状況の中で、Kさんは、1時間とされ

ている昼の休憩時間も行内の食堂で昼食をとる15分程度で終えて業務に復帰。15時に閉店となり、当日の集計等が行われたが、Kさんの担当する為替関係と出納関係の双方に違算が発見され、19時過ぎから行員全体で各人の担当業務を中心にして点検照合作業が行われた。出納の違算については、22時30分頃に照合の確認が終了し、Kさんを含む支店長代理以上の職制にある者以外は退勤した。出納の違算については翌7日0時頃現金の所在が判明、ここで支店長及び2名の支店長代理が退勤した。その後、Kさんは日締表の手書き訂正を行い、深夜の2時頃終了、次長は日締表の確認をして退勤した。Kさんは、さらに当日の伝票と以前からやり残しの伝票の照合、通牒の整理を行い、明け方の4時30分頃、同じく勤務を続けていた営業係長(支店長代理)とともにタクシーで退勤し、5時頃自宅に着いた。Kさんは、帰宅後入浴し、1時間程度の仮眠をとった後、朝の6時40分頃、再び自宅を出たものであった。

Kさんの発症前日の前7日間(10月30日～11月5日)の勤務状況は、3連休のうち11月4、5日は休み、3日は休日出勤して2時間30分の勤務、2日は4時間50分の時間外勤務、業務多忙のため勤務

時間が45分延長される「特定日」に当たる10月30日～11月1日の3日間はいずれも4時間45分～5時間15分の時間外勤務を行っている。それ以前の10月中の時間外勤務はおおむね日に2～3時間であるが、4時間を超える日も19勤務日のうち5日あった。

Kさんは、高血圧症で1988年10月からO病院に断続的に受診(降圧剤投与)、糖尿病、高血圧性心臓病も指摘されていた。

医証は次のとおりであった。

- ① 死亡の際に立ち会ったH医師—「虚血性心疾患(多分狭心症)、高血圧症、糖尿病等の既往を持っていたことにより心筋梗塞を発症した可能性が高いと思われる。前日午前8時よりのほぼ徹夜の勤務、早朝出勤等から、以前よりあった心臓の冠状動脈の狭窄が身体的な疲労、ストレスにより完全閉塞を来し、心筋梗塞の発生をみたものと考えられる。したがって、前日及び当日朝の勤務が疾患の直接的な誘因となった可能性が強いと思われる」。
- ② 岡山労基局地方労災医員協議会脳・心専門部会(部会長・宇垣公晟)—「身体的に危険因子を持っており、通常でも心筋梗塞の起こる可能性をもっていたが、発症前日の過剰な負荷が引き金になり死亡した可能性は否定できないが、災害に匹敵するような過重負荷とは考えられず、労災認定すべきものとは考えられない」。(労基署段階)
玉野労基署は、「発症前日から当日にかけての

業務は、業務量としては通常の業務量を超えているものと認められるものの、内容は日常業務の延長としての範囲であり、同僚の勤務状況等をもみても発症の原因とは認められない程度であること、発症前1週間以内の状況についても疲労の蓄積はないと思われることから、本件の場合、通常の業務の延長線上において、請求人に既往の基礎疾病があるところにたまたま発生したものであり、業務による明らかな過重負荷によるものとは認められないので不支給とした」というものであった。

労働保険審査会の裁決書では、次のとおり判断している。

「発症前日から当日早朝にかけての被災者の業務は、被災者の身体及び精神に客観的にみて高度の負荷を及ぼすこととなったことは、否定すべくもない」。「血圧降下剤の投与を受けていたこと等から、高血圧等の基礎疾病を有していたものであると認められるところであるが、本件疾病の発症前に被災者が従事した業務は…被災者にかねてからあった血管病変等をその自然的経過を超えて急激に著しく増悪させ得るほどのもの、すなわち(認定基準の)『日常業務に比較して特に過重な業務』に該当するものとみてよいものと考え(局医協議会専門部会の意見は、「その基礎となる本件発症前の被災者の業務負荷の程度をやや過少にみたことによるものであると考える」)。「以上のとおりであるから、本件疾病は、被災者の業務による過重負荷によって発症したもので、業務上の事由による疾病とするのが相当である」。



⑥ 工事現場監督の事務室内で発症したくも膜下出血による死亡

平成7年10月3日付け裁決・平成4年労第88号

福岡県のN社で電車線、電力関係工事の現場監督をしていたAさん(男性)は、1989年3月18日13時頃、事務室内において急に激しい頭痛を訴え嘔吐したため、救急車でK病院に搬送されたが、

翌日19時40分、「脳内出血を伴うくも膜下出血」のため死亡した(享年56歳)。

遺族(妻)が北九州東労基署に労災申請(遺族補償給付・葬祭料)したが、1989年10月31日付けで

不支給処分、福岡労災保険審査官も1992年3月6日付けで審査請求を棄却、労働保険審査会が1995年10月3日付けで、原処分取り消し＝業務上と認定した。

Kさんは、主事(管理職)で、部下は平均3名程度、そのほかに下請業者があり、通常の業務内容は、現場監督として作業管理、工具等の点検、倉庫・資材置場の管理、作業日報の作成、下請業者の作業内容の整理、作業従事者の確認等であった。また、Kさんは、現場では事故防止責任者に指名されており、適正な列車見張りの配置、電線近接作業の監視員の配置、列車接近に伴う安全確認も行っていった。

所定勤務時間は、日勤として8時30分から17時まで(休憩1時間)で、そのほか夜勤があり、列車の走行が少ない時間帯である夜間に作業が行われている。発症前は年度末で夜間作業が多く、主に海底トンネル内での高圧ケーブル取替え工事等に従事していた。発症直近で休日をとっているのは3月5日で、3月6日から発症日(18日)までほとんど毎日、日勤勤務(08:30～17:00)に続けて、夜間作業(23:00～翌日04:00または05:00)に従事していた。夜間作業のあるときや翌日は、早目に帰り、08:30の点呼にも出なくてよいこととされているというが、Kさんはきわめて真面目で、17:00まで勤務し、08:30の点呼までには出社していた。

発症前日(3月17日)も、前夜23:00から続けて04:00まで海底トンネル内での高圧ケーブル取替え工事に従事(23:10頃下請従業員4名とトンネルの入口に集合し、点呼、作業説明の後、約440段の階段を降り、トンネル内を約1km歩いて現場に24時頃到着している)。いったん帰宅後再び出勤して(08:30)、他の現場の電車線支持ビーム塗装工事に(下請従業員5名)17:00まで従事。この日は夜勤は行わなかったものの、発症当日(18日)も08:30までに出勤している。9時20分～11時前頃まで許可を得て私用で外出しているが、Kさんが事故防止責任者として担当している工事において10時15分頃、墜落事故(他の班の下請労働者)発生したという連絡を受けている。昼休み後の13時過ぎ、Kさんが机にうつぶせになっていたため、同僚がどうしたのかと問いかけ、様子がおかしいとい

うことでソファに寝かせたが、吐き気を訴えトイレで嘔吐した。

Kさんは、高血圧症で近医に通院し降圧剤を服用しており、3月8日には風邪をひいたとって病院に行っている。医証は次のとおりであった。

- ① K病院S医師—「くも膜下出血にて発症。脳動脈瘤破裂が考えられた。脳動脈破裂の好発年齢は40～50歳台に最も多く、この患者も好発年齢にあたる。そのため、業務と関係なく発症したと考えても不思議はない。しかし、この患者が発症前に、非常にストレスのかかる仕事や、高度の緊張を持続しなければならない仕事、または過度肉体的疲労をとまなう仕事に従事していたとすれば、業務との因果関係がある可能性があると思われる」。
- ② 門司労災病院・副島徹医師—「くも膜下出血は、脳動脈瘤を代表とする本人の基礎疾患に起因する疾患であり、本来私病として取り扱うべき疾患である。ただ、本人の業務が非常に過酷な条件下にあり、だれもが高度の血圧の変動を起こすであろうことが容易に推察される場合は、業務がくも膜下出血の一要因となった可能性も否定できないことより、例外的に業務との因果関係を認める場合もある。被災者の場合は上に述べたように、発病当日私用をする時間的余裕もあったことや、夜間業務を行った翌日の昼間業務は必ずしも高度のものではなかったことより、また、本人に関して突発事故が出現した形跡もないことなど、急激な血圧の変動が生じる状態であったとは判断しにくい。よって、被災者のくも膜下出血と業務との間に相当因果関係を認めることは困難である」。(労基署段階)
- ③ 九州社会医学研究所・田村昭彦医師—「①くも膜下出血の発症機序としてなんらかのストレスが関与していることがあることが医学的に明らかとなっている。②基礎疾患として『高血圧症、高脂血症』を有していたが、くも膜下出血発症当時には血圧の管理も良好で、急激な自然増悪によって血管の破綻を来すほどではなかった。死亡前の勤務状態は、…まさに『2人分』の労働を同時平行的に行っている。『日勤→深

夜』の間は5時間、『深夜→日勤』の間もわずか2.5~3.5時間しかない。この結果『日勤深夜勤』の場合夕食後の3時間、『深夜勤→日勤』の場合に1時間の仮眠を取るのみであった。これは睡眠というより『休憩』といったものである。このことは『脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準』に述べられている『通常の業務を超えた過重な業務による精神的、身体的負荷』に相当する。④発症当日発生した被災者が事故防止専任者に登録されていた墜落事故発生したことが、疲弊していた状態であった被災者の発症のトリガーとなったと考えられる。⑤上記③④が誘因となって自然経過を超えてくも膜下出血が発症したものである。⑥したがって、被災者の死亡と業務との間には因果関係がある。(審査官段階)

労働保険審査会の裁決書では、次のとおり判断している。

「本件疾病発症前の被災者の業務従事状況についてみるに、発症当日の18日は通常の日勤に就き、午前中1時間ほど職場を離れ、発症が昼休み後の13時過ぎであるので、当日は過重な業務に従事したとは言えないが、それ以前においては、例えば、6日以後の状況は、同日は日勤に続いて夜勤があり、7日も同様、8日は日勤後の夜勤はないが、9日から11日までは日勤に続いて夜勤の繰り返し、12日は夜勤明けで休日であるが、同日の午前中(11時30分頃まで)は出勤した可能性が高く、13日及び14日はいずれも日勤に続いて夜勤を行い、15日は日勤後の夜勤はないが、16日は再び日勤に続いて夜勤があり、17日も日勤に従事している。これらの業務従事状況の中で、請求人(Kさん

の妻)は、16日から17日にかけての夜間作業におけるSトンネルの現場へ行くため約440段の階段の昇降、17日午後の電車線支持ビーム塗装工事の過重性等を強調しているのであるが、それらを含め、この期間を通じて、同日内に日勤と夜勤が行われる状態がほとんど繰り返されているという状況からすれば、過重な業務が継続したものとみるのが相当である。なお、11日に日勤があったとすれば、その過重性はさらに著しいものとなる(勤務時間早見表(予定)には記載があるが作業日報がない)。

これらの勤務状況に関し、A(直属の課長)等は、会社は夜勤のある日は早めに帰ること、夜勤明けは遅れて出勤することを認めていたとしているが、作業日報上は正規の勤務をしたものとして記録されているうえ、被災者の場合について具体的にどのように早目出勤、遅目出勤をしたかが不明であり、一方、請求人は、被災者が早めに帰宅したことを否定しており、被災者の性格も勘案すれば、遅刻、早退がそれなりにあったとしても、他の同僚と同様であったとも言い切れず、それをもって上記判断を覆すことはできない。

医証において、副島医師は、本件疾病と業務との相当因果関係を否定しているが、その前提としての3月17日以前の業務従事状況についての認識が上記判断における事実認定と差異があり、S医師は、業務の従事状況によっては因果関係があると、田村医師は積極的にこれを肯定している。

以上を総合するに、本件疾病の発症については、明らかに自然経過を超えて症状を増悪させた認めらるる業務上の事由によるものと認められる。」



⑦ 水道工事会社部長の駅ビル内で発症したくも膜下出血による死亡

平成7年11月13日付け裁決・平成5年労第33号

都内の水道工事会社に下水道部長として勤務

していたSさん(男性)は、1987年8月24日午前

6時50分頃自宅を出て、電車で埼玉県内の下水道事務所に向かった後、復路3日前から起こっていた頭痛がひどくなったのを診てもらうため途中下車し、K医院に受診した後駅ビル内で倒れ、救急車でO病院に搬送され、さらにN病院に転送されて緊急治療を受けたが、同月28日「くも膜下出血」のため死亡した(享年51歳)

遺族(妻)が中央労基署に労災申請(遺族補償給付・葬祭料)したが、1990年2月23日付けで不支給処分、東京労災保険審査官も1993年1月29日付けで審査請求を棄却、労働保険審査会が1995年11月13日付けで、原処分取り消し=業務上と認定した。

Sさんの業務は、下水道事業部の長として、受注計画等の計画及び各種案件の決定、日常業務活動の総括指導・監督・顧客への訪問及び受注獲得活動、社内外の関係者との折衝、部員の人事管理等の業務であり、デスクワーク及び客先訪問が主であった。発症当日に埼玉県内の下水道事務所まで出向くことになったのは、4日前の8月20日に県検査官による工事の中間検査が行われ、Sさんらもこれに立ち会ったが、午前中の書面検査で会社側の対応のまずさがあり、午後からは別のところに出張の予定であったSさんは、その場の雰囲気からこれを延ばし、午後の現場検査終了まで立ち会った。検査終了後、下水道事務所課長から3点にわたる対応の悪さを指摘された。

Sさんはそのまま主張先に向かい翌21日午前用務をこなしたが、同日午前、下水道事務所から会社人事課への電話照会で工事の代理人が会社の社員でないことが客先に知られ、午後同事務所課長から電話で工事請負契約約款に違反する旨の強い叱責を受け、24日に社長同行のうえ来所するよう指示された。県から指名停止等の行政処分を受け、さらに全国の自治体に波及して会社が一定期間公共事業から締め出される可能性もあったことから、午後4時から夜11時まで、会社と下請関係者による対策会議及び会社関係者のみの打ち合わせが行われた。しかし、一部の問題については結論が得られず、その措置はSさんに一任された。Sさんは退社の際「頭が痛い」と言い、帰宅

後も妻に「会議中から頭が痛い」と訴えている。

22日・23日は土・日の公休日であったが、22日には仕事の関係でS事務所に向かい、23日にも同僚とともに得意先社長宅を訪問している。21日以降、「頭が痛い」と訴えており、23日には鎮痛剤のバップアリンを飲んで就寝した。

24日は、同下水道事務所に常務、課長補佐とともに向かい、指摘事項に対する説明及び釈明を行った結果、始末書の提出や関係書類の訂正等の実施を条件に、一応トラブルを解決することができた。Sさんは、この日朝から、「頭痛が治らないから仕事の合間に医者に行く」と言って朝食もとらずに出かけ、駅で待ち合わせた常務らにも「自宅での用便時に後頭部がズキズキして用便ができなかったので喫茶店に行く。現在も気分が悪い」と述べていた。K医院では、M医師に自宅で安静にするよう指示されたが、会社に報告するための途上と考えられる駅ビル内で倒れたものである。

Sさんは、健康保険組合診療所での定期健診、成人病検診で同診療所医師から、境界高血圧の診断で一般治療の必要性と日常生活上の諸注意、血圧測定等の経過観察を行うよう指示されていた。

医証は次のとおりである。

① K医院M医師一傷病名は「上気道炎兼高血圧症」。「面識のない患者であり、病歴、日常業務と本疾病との関連については不明である。ただ、安静にするよう話したのに、仕事のため駅まで行き倒れたと後になって聞き驚いた次第である」、「発病原因と本人の業務との因果関係は「不明」。

ただし、請求人(妻)の代理人弁護士からの質問に回答した意見書では、「1回だけの受診ではっきりとは判断できないが、8月21日の脳動脈瘤の小破綻→8月24日の大破綻と思われる。受診時疲労感強く、熱もあるので当然帰宅して休養するものと思っていたが、駅で倒れたと聞いて驚いている。責任感のかなり強い人と思われる」。8月21日の業務及び22日~24日の業務はくも膜下出血発症の引き金となり得る「過重業務」と判断されるか、くも膜下出血は被災者の従事していた業務がその発症の引き金と

なつたと判断されるかという質問のいずれに対しても「判断される」、としている。

- ② O病院K医師「3日前より仕事上のトラブルがあり、頭痛を訴えており、発症当日も近医に受診しており、ストレスにより、この結果が発作の引き金役を果たすことは十分考え得ると思われる(心理的な負荷に対する生体反応には著しい個体差は存在するが)」。請求人の代理人弁護士からの質問に回答した意見書においても、同様の記載をしている。
- ③ N病院K医師「発病原因と業務との関係については、「不明」。
- ④ 東京労基局地方労災医員・佐藤進医師「本件くも膜下出血発症直前から前日にかけて業務に関連する突発的ないし予測困難な異常事態が存在したことは認められていない。本件発症前1週間において平常業務に比較して、特に過重な業務に就労したことも認められていない。したがって、本症例においては、業務に関係なく潜在していた病的素因ないし基礎的疾患が自然的に増悪して、通常業務の過程で脳動脈瘤破裂→くも膜下出血発症の前兆がみられたと考えるのが妥当であろう」。(労基署段階)
- ⑤ (財)労災年金福祉境界健康相談医・横江康夫医師「被災者の定期健診及び成人病健診におけるデータを見ると、体重が昭和58年7月以後増加して軽度の肥満状態にあり、血圧は昭和59年以降境界域高血圧を示している。その他の検査データに異常はないが、日常生活上の注意と指導を受け、血圧の経過観察を指示されていたのである。8月21日頭痛の発現は、診断名から推察するに、脳動脈瘤の囊がさらに拡大したものと考えられる。被災者の勤務状況を通観すると、8月20日以前1週間は平常業務であり、20日の中間検査は約1か月前から予告されていたもので、20日午前の書類検査及び午後の総括講評に際し、精神的緊張は避けられないとしても、強度の精神的負荷となって高度の血圧上昇を来したとは考えられない。また、21日の電話内容及び帰社後の対策会議についても、通常業務の範囲であつて過重な精神的負荷となつた

とは考えられない。さらに24日役所事務所における業務内容も、短時間で決着がついており、過重な業務であったとは認められない。以上を勘案すると、本件の場合、基礎病態として潜在していた脳動脈瘤が、境界高血圧と健康管理軽視に助長されて自然増悪し、遂に破綻してくも膜下出血になったものと考えられる。したがって、本疾患の発病は業務に起因したものと認められない」。(審査官段階)

- ⑥ 東京局地方労災医員・浦田純一医師「被災者の平常業務は被災者に過重な負担を強いるものであったとは認め難く、被災者の高血圧を発症せしめ、もしくはその経過を自然の経過より著しく促進せしめたと医学的に認めることは困難である。また、その原因であるとされている脳動脈瘤の発生と業務との因果関係を証明することも無理である。その増悪についても同様である。また、8月21日を本件くも膜下出血の発症日としても、その直前1週間の業務内容からすると、発症当日を含めて、既往の脳動脈瘤を破綻せしめるに足る過重な負担があつたとはいえず、業務遂行中ではあつたが、明らかに業務に起因して発症したものと認めることは困難である。また、他に特発的事件等の発生もない。なお、8月24日に顕著な症状が発現しているが、それに至る被災者の行動からすると、一般にくも膜下出血のたどる経過として認められるところで、業務がその進展を著しく促進したものと認めることはできない。すなわち、本件において被災者の業務がそのくも膜下出血の発症もしくは増悪に明らかに加功したと認めることは困難である」。(審査官段階)
- 労働保険審査会の裁決書では、次のとおり判断している。

「被災者の業務への従事状況は、昭和62年8月19日まではほぼ通常業務の範囲内で推移していたが、8月20日の中間検査における会社側の対応の不手際が発端となり、下水道事務所から約款の違背を責められたことにより、緊急にこのトラブル解決に従事せざるを得なかつたものであり、対策会議、下水道事務所に対する釈明等の一連の業

務処理においては、下水道営業部の責任者としての立場にあつた被災者の心身両面にわたる負荷は、極めて強度のものであつたものと考えられる。しかも、被災者は、長時間にわたる対応対策会議が行われた前日の20日には、中間検査に立会い、対応に不手際があつたため、午後出張の予定を変更し、午後の検査終了後の夕刻出張先に向かつており、また、8月22日及び23日の所定休日においても、長時間ではないが営業活動等通常の業務にも

従事している。以上みてきたとおり、本件くも膜下出血の症状初発前における被災者の業務は、日常業務に比較して特に過重な業務であつたとみてよく、このような過重な業務に従事したことが、被災者に潜在していた血管病変を急速かつ著しく増悪せしめ、くも膜下出血を発症せしめたものであり、被災者のくも膜下出血は業務に起因するもの、したがって被災者の死亡は業務上の事由によるものと認めることが相当である」。



⑧ ホテル料理長の自宅で発症した脳出血による死亡

平成8年4月5日付け裁決・平成5年労第77号

静岡県のOホテルに板前(料理長)として勤務していたAさん(男性)は、1990年1月6日出勤時刻になつても起床せず、午後1時頃様子がおかしいことに気づいた妻の連絡により救急車でK医院に搬送され、救命措置が行われたが、午後2時15分「脳出血」により死亡した(享年42歳)

遺族(妻)が三島労基署に労災申請(遺族補償給付)したが、1991年8月6日付けで不支給処分、静岡労災保険審査官も1993年3月4日付けで審査請求を棄却、労働保険審査会が1996年4月5日付けで、原処分取り消し=業務上と認定した。

Aさんは、Oホテルの調理部門10名(うち板前はAさんを含めて3名)の長であり、原則的な勤務時間は午前7時から正午までと午後4時から午後9時半までの10時間30分、休日は月4日とされていたが、実際は業務の状況に応じて不規則な勤務状況であつた。Aさんは、「料理は手作り」を基本として既製品は使わず、基本料理や一般料理は、Aさんが見本をつくり部下の子板、調理師、同見習いが見本に習って必要な人数分をつくり、特別料理や活き造りは一切Aさんが料理していた。仕入の伝票整理や調理部門の管理等もAさんが行つていた。

1989年12月27日から29日までは、常連の客

や2泊目、3泊目の客はみられるものの、宿泊客は53~70人(1989年の1日平均宿泊客は54人)、Aさんの労働時間数は7時間33分~9時間11分であつた。12月30日は宿泊客が87人と増加し、2泊目の客も7組19人と大幅に増加している。それ以降発症前日の翌年1月5日まで、宿泊客は84~91人と高水準で推移しており、また2泊目の客は元旦の12組42人を最高として大幅に増加し、3泊以上の客も各日に1~3組2~9人あり、常連の客もこの間に3組10人がみられる。ホテルでは通常の夕食は13品程度とされているが、大晦日には手打ちの年越しそばを加え、正月3が日には朝食におせち料理(1人当たり20品以上)と雑煮を出し、夕食は品数は通常と同じだが正月料理に見合った特別の献立を行うこととされ、調理や盛りつけに普段以上の手数と時間がかかる。また、2泊以上の客には異なつた料理を、常連の客にも特別の配慮を行っている。

Aさんの労働時間は、12月30日には11時間程度となり、以後元旦の16時間10分をピークに1月4日までは13時間40分を超える長時間労働となつており、労働密度も格段に濃いものとなつた。休暇は12月4日以降とつていなかった。

発症前日の1月5日には、Aさんは、15時38分

に出勤し、22時8分に退勤している(労働時間は6時間30分)。Aさんの妻によると、「午前9時半頃仕事着の白衣を着たまま座椅子に寄りかかっていた。昼食近くなってもそのままの状態であり、昼食はうどんだけを食べたようだが、1口食べるたびに座椅子に寄りかかっていたとのことである。私は病院に行くため午後2時過ぎに家を出たが、主人はこたつに入ったままであった」という。部下の子板も、「1月4日頃から顔色がすごく悪く感じた。5日の午前中は休みの予定ではないのに出勤しないので、体の調子が悪いのではないかと思っていた。午後から出勤したときは顔色が青黒くいつもと違って」と述べている。

ホテルで健康診断が実施されておらず、医師にかかることも少なかったため、Aさんの健康状態を判断する資料は乏しい。パートの話では、「12月中旬頃よりしょっちゅう頭が痛いと言っていた」という。妻によると、「12月28日の夜は風邪気味で頭痛を訴えたが、よく風邪をひく方だったのであまり心配せず、市販の風邪薬を飲んで寝た。翌29日は風邪が抜け切らず頭が痛いと言って午前中は休み、午後から出勤した」。

医証は次のとおりであった。

- ① 死亡を診断したK医院K医師「初診のため、脳出血の素因また基礎疾病については不明。被災者の妻は、被災者がかなり過労気味であったというが、しかし、それが脳出血の原因とすることは難しい」。
- ② F病院N医師「Aさんの年齢や関係者の証言等から、「高血圧性脳内出血を発症し死亡したことは否定できないが、可能性は少ないのではないかと思われる。本人の脳出血は、脳動脈瘤の破裂によるくも膜下出血であった可能性が非常に強い」。「恐らく平成元年12月28日(あるいはそれより少し前)に脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血を起こしたものである。…しかし、その出血の程度は、そう強くはなく、意識障害を起こすほどのものではなかったと思われる。しかるに、このくも膜下出血にともなう髄膜刺激症状のため、「首筋の痛み」を訴えたものであり、また、くも膜下出血に伴う髄液循環

障害その他により、体の不調(自覚的な疲労感、他覚的な顔色の悪さとか食欲不振など)を訴えたものであろう。本人のまじめな性格から、体の不調を訴えながらも、年末・年始に勤務していたが、平成2年1月6日床の中で第2回目の脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血を起こし、これは初回に比べ激烈なものであったため、ほぼ急死の状態であったものと思われる。

以上のごとく、諸証拠を病態生理学的に分析し、本人の死因が脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血によるものと思われ、第2回目の出血発作で死に至ったものと考えられるので、第1回目の出血発作時に適切な医療がなされていれば、このような不幸な転帰にはならなかったと思われる。(労基署段階)

労働保険審査会の裁決書では、次のとおり判断している。

「被災者の本件疾病発症前の業務従事状況を総合的に考慮すると、平成元年12月30日から平成2年1月5日までの業務は、被災者の身体及び精神に客観的にみて高度の負荷を及ぼすこととなったことは否定すべくもない。本件疾病は被災者にすでにある脳動脈瘤が破裂して発症したものと認められるが、このような業務による高度の負荷によって当該脳動脈瘤を自然的経過を超えて急激に著しく増悪させ、発症したものと、すなわち上記にいう『過重負荷』が業務によってもたらされて本件疾病が発症したものとみることが相当である。したがって、本件疾病は業務上の事由による疾病とするのが妥当である。

なお、N医師は、本件疾病は関係者の申述等から平成元年12月28日に第1回目のやや軽度の出血発作があり、平成2年1月6日に第2回目の激的な出血発作があったものと推察しているが、第1回目の発作とされる事実については確証があるものでもなく、本件については、平成2年1月6日の本件疾病発症前の被災者の業務従事状況が以上のとおりであり、これが上記にいう『過重負荷』と認められるものであるから、N医師の上記所見との関係で本件の結論が左右されるものとは考えられない」。



連載44

監督官労災日記

井上 浩

全国安全センター副議長

監督課のこと

1974年6月3日(月)晴薄曇

山本監察官へ事務引継ぎ。浦和署鉛中毒問題とパーライトの件。夜、銀座アスターで監督課歓迎会。T氏に頼まれて作成した請願が常任委を通過、衆参両院で採択されること確実と。(通産関係の立法に関する請願であって役所とは無関係。)

6月6日(木)曇

12時15分、浜田精機労組荒川委員長以下16名賃金不払いで申告。原田監察官(熊谷署長退職。陸災防就職。現在は無職)、中沢事務官(現春日部署長)、浦和署長島主任監督官(何方面だったか不明。川口署長退職。建設荷役車輛安全技術協会)で受理。申告概要以下のとおり。

(1)社員500人、組合員460人、(2)事業所は亀戸、浦和、柏、(3)昨日亀戸労基署へ申告、(4)4月分賃金遅払い、5月分未払い、(5)会社幹部は行方不明、(6)現在1時間スト、(7)監督して

ほしい。支払わない場合は処罰を望む。

(労災保険料を使用して不払い賃金の立替え払いを実施することになったのは、2年後の1976年5月27日に「賃金の支払の確保等に関する法律」が制定されてからであり、当時は送検以外には方法がない時代であった。)

6月7日(金)薄晴

午前、浜田精機の件打合わせ。課長、田島監察官(川口署長退職。陸災防勤務。現在無職?)、井上、中沢。午後、自動車推進員会議。2・9通達は形骸化しつつあり。(2・9通達は現在では自動車運転者の労働時間等の改善基準告示となっている。)

6月10日(月)曇

12時10分浜田精機労組19名来局。課長、井上、原田監察官で対応。13時15分まで。①申告処理予定を聞きたい。②送検の準備も進めよ。課長答弁。明日責任者が出頭しなければ東京の本社へ調査に行く。浦和署の長島主任監来局。東京中央署より連絡あり。是正期限14日の勧告書を亀戸署で交付と。大宮署N興業の件、

原田監察官より説明。夕方監督課で軽く飲む。山本監察官の奥さんよりお茶を送ったと。感慨深し。内野氏も礼を言う。(浜田精機は元浜田鉄工と称していた。浦和署時代に署長を含めて料亭に招待されたことがあったが、当日出張で遅くなり参加できなかった経験がある。印刷機械メーカーで、当時、①機械工業振興法の打ち切りで政府の援助が削減され、②大企業である三菱が参入し、③完成期間が1年と長期のため、その間に原価が上昇し苦境に陥っていた。

山本監察官はよく仕事で協力し、また、病気の際に医師を紹介したりしたのでお茶をいただいたりしたのだろう。労災監察官になるまでは公私ともに全く関係なかったのに異例のことであった。この後、労災課の管理調整官だか退職され、自動車保険の査定事務所に勤務し、私より若いのに何年前かに亡くなられた。査定事務所は天下りでなくご自分で探されたようであり、当時も時どきお会いしていた。内野氏は前述したように人事について努力したからであった。やはり調整官だか退職されて大宮労働基準協会専務。現在は大宮署相談員。仲良しの1人である。

6月11日(火)雨曇

午後浦和署栗原1主任、金子労災課長来局。K社労士とYを本日浦和警察署に告発したと写を持ってくる。(事件は労災保険詐欺で前述)。

6月12日(水)小雨曇

午前中仕事分担の打合せ。監察以外は司法処分担当。午後浦和市内N工業労働者6名来局。井上、中沢対応。身障者の差別配転と、6名は同志と。(何年前かにN工業は女性労働者の深夜業等の違反で送検され、海軍兵学校出の

工場長が涙を流して泣いたということを検査監督官に聞いたことがあった。浦和勤務時代に私も監督に行ったことがあり、その工場長にも会った記憶がある。このような申告は局で調査することは少なく、大半は担当署に調査を指示し、結果報告を求めた。)

6月13日(木)薄晴

日本評論社林氏より電話。安衛法出版の件。労働新聞社太田氏より原稿依頼電話。頸腕症について。組合より局分会長を頼まれるも固辞。秩父第一課長へK建設の賃金不払い内容問合わせ。

6月17日(月)曇

行田署長より電話。新幹線工事監督の時期は後日検討してきめる。浦和署長より電話。①M製作所の状況、②S化学労組明日17:30来署。浜田精機労組は15日に浦和署へ告訴。N工業の身障者の件は職安と本日打合わせ。椎名さん(浦和署勤務時代の署長。この時は局労災課の相談員)ビール券半ダースくれる。夕方日評に行き安衛法出版相談。青木宗也教授、林氏、西沢氏。

6月18日(火)雨曇

浦和地検へ。田島監察官、井上、栗原浦和1主任(用件記憶なし。浜田精機労組の申告の件か)。労災課の歓送迎会。

6月23日(日)薄晴曇

昨日より小山社労士の労働保険事務組合の旅に招待され伊豆下田“ホテル伊豆急”泊。往復の車中も、ホテルでも「純粹理性批判」を読み続く。30年前理解したとおりで得るところはないが面白し。最近の自然科学により書き直す必要があろう。午後は埼玉会館でK協会の総会出席。挨拶好調。国会の請願採択で皆明るい顔。(みんな仕事には直接関係のないこ

とであった。)

6月25日(火)曇雨

駐留軍関係離職者対策会議出席。埼玉会館。

6月28日(金)雨曇

八汐市の摂津板紙の局署所合同監督。原田監察官と小峰安全専門官運転の車で直行。分担次のとおり。安全…鎌田署長、小峰。衛生…内山専門官、安野第2課長。帳簿…原田監察官、宇都監。下請…井上、岡野監。

7月1日(月)雨

課内会議。①署監察計画、②週休2日制調査(監察官担当署連絡)、③監督官会議の開催、④技術研修計画(測定技術を含む)、⑤労災保険関係に配置監督官の監督業務の範囲(災害調査と一せい監督のみとする)、⑥局署合同監督の方法。

業務監察の性格についての無知に驚く。一倉係長の意見が光っている。

7月4日(木)曇

浦和署依田次長より電話。解雇予告手当除外認定は行政不服審査の対象になるか。東京局大南監察官より電話。基準審議会で増員答申の例あるか。(労災監察官当時は、署担当者からの法令の解釈についての質問が絶えず来た。ところが、監察監督官に対して署から法令解釈についての質問はほとんどなかった。あるのは違反に対する処分(送検するかどうか等)に関する質問であった。これは労災保険を担当しているのが事務官、監督を担当しているのが監督官ということよりも、労災保険は支払いを行うので慎重であったのかもしれない。)

7月5日(金)雨

休む。福岡市に住む元朝日記者の大塚さんという1級障害者からのカナタイプの手紙が

日評より回送されて来る。(日本評論社の月刊労働問題誌に連載した文章を読んでである。あれから23年後の現在でも時どき来る。安全センターの古谷さんをはじめとして、政治家、学者、労組等あらゆるところへ重度障害者死亡後の遺族救済について働きかけられている。)

7月6日(土)雨

大塚氏へ返事。川口署K主任監来局。今後ご指導をお願いしますと。サラリーマンは悲しい。(K氏は年齢は1歳上の同学年。以前同じ署に勤務した当時は私より上席であり、いろいろと不快な言動をされたことがその後も何度かあった。)

7月8日(月)曇晴

毎朝出勤が気が進まぬ。出れば何ということもないが。労災も監督も監察官という職のひまさ、退屈さ。川越、草加、熊谷、川口、大宮の電話局にけい腕問題発生。浦和署栗原1主任来局。浜田精機賃金妥結。スト解除の件。

7月10日(水)曇雨

午後川越署へ行き自転車を借り山本監察官見舞。精神的に皆老けている。

7月26日(金)晴

午前、イースタンジーゼルの賃金不払いの件で全金16名来局。課長と2人で対応。口論。

7月31日(水)晴夕立

関口氏の全労働副委員長就任送別会。

8月14日(水)晴夕立

夕方日評へ行き青木教授と打合わせ。青木、渡辺2氏と新宿で飲む。(この結果労働安全衛生読本が月刊労働問題の臨時増刊という形式で出たのであるが、200頁中に青木教授はわずか17頁で、松岡先生にこれで共著とはと驚かれたのであった。)

8月16日(金)薄曇

県庁へ行き医療整備課三好主任に面会し、M病院のことについて聞く。①春日部労基署からいま電話あり。②院長は自宅にもH会にも不在。③朝日記事については係長以上が部長室で打合わせ中。④県衛生部としては労働問題には介入しないが、院長に署に出頭するようには伝える。⑤最初は議員が中に入ったが手を引いた。⑥行政の高度の問題となっている。⑦担当は田中係長。⑧今後も情報があれば知らせる。(どんな問題だったか全く記憶がない。)

8月28日(水)晴

中沢氏と地検に行き打合わせ。Aプライウツドの違反条文労基法32条で可。S冶金の有機溶剤の件…①事実錯誤は可。②業務かどうか疑問。③タンクには該当しない。④送検してもしなくても可。⑤ただし、起訴はまず不可能と。

8月31日(土)時々雨

県庁三好氏に会う。M病院の件。①28日に部長が院長に会い、病院廃止を認めないことを伝えた。②保健所へ呼び出したが出頭しなかった。③廃止届は本日不受理通知を発送準備中。通常は届を返送するだけだが大事をとった。④法的には病院は存続することになるので、院長不在なら管理者を置くように別途指令書を本日中に送る。(院長が病院経営を放棄し、従業員が放置されたのだったろうか。)

9月5日(木)晴

AプライウツドのS工場次長の調書を取る。憎めない人たちだ。農村の低収入こそ問題。(青森の出稼農民が農繁期に長時間労働したのを申告があって送検することになったものである。当時、管轄の春日部署は他にも事件を捜査中であったので、例外的な扱いで私が捜査主任者となって捜査を担当した。私は気が進ま

ないことおびただしく、しばらく放っておいたが、課長がうるさいのであるとき黙って突如捜査を開始した。被疑者の身上調書だかを本籍地役場に照会したときは、通常は署長名で来るのに私の名前での請求では送れないとずい分とごたごたした。私は刑訴法を何度も説明してようやく送ってもらった。戦後問もない頃であったが、巡査部長が上司である署長の逮捕状を請求したことさえあったのである。刑訴法に登場するのは署長や局長でなく司法警察員であるが、慣行もあるので問題になったのだろう。)

大宮署長より情報…①大宮市内M交通で全部を積算歩合制へ移行する。②同盟系組合から相談があったので組合を指導した。(ハイヤー・タクシー業の賃金問題である。)9月までの送検数30。春日部10、所沢6、川口5、大宮4、熊谷、川越各2、浦和1、行田、秩父0。(災害発生23が最も多く、葬式送検という言葉のとおりであった。)

(この頃の監督課は課長の下に監察官3人であり、現在のような主任監察官制はなかった。課長補佐はなく署長経験の監察官がその仕事をしていて、当時埼玉局には次長がなかった。この頃には課長は次長格で各課の調整という業務もあった。また、埼玉の課長は労基法99条4項により労働本省におかれている労働基準監督官分限審議会の監督官側の委員の1人であった。とにかく監督課というのは人数は少ないが署にとっては煙たい存在であった。それは監督行政の方針をまとめると同時に、その



【訂正】前号33頁冒頭の日付の「1949年4月17日」は「1974年4月17日」の誤りです。お詫びして訂正します(編集部)。

アフターケア対象疾病を拡大 脳・心臓疾患、サリン中毒など7疾病

労働省は、1997年度から、労災保険の労働福祉事業による「アフターケア」の対象を、従来の10傷病から新たに7傷病を加えて以下の17傷病とした。また、従来からの傷病についても措置内容を一部拡充している。その内容を示した平成9年3月31日付け基発第215号通達の本文および新たに追加された7傷病(以下の⑩～⑰)に係る傷病別アフターケア実施要綱の内容を紹介する。①炭鉱災害による一酸化炭素中毒、②せき髄損傷、③頭頸部外傷症候群等、④尿道狭さく、⑤慢性肝炎、⑥白内障等の眼疾患、⑦振動障害、⑧大腿骨頸部及び股関節脱臼・脱臼骨折、⑨人工関節・人工骨頭置換、⑩慢性化膿性骨髄炎、⑪虚血性心疾患等、⑫尿路系腫瘍、⑬脳血管疾患、⑭有機溶剤中毒等、⑮外傷による末梢神経損傷、⑯熱傷、⑰サリン中毒。

アフターケア制度は、「治ゆ・症状固定(=労災打ち切り)後の後遺症状の動揺や後遺障害に付随する疾病予防のための保健上の措置」とされているが、本来は保険給付として療養・休業等が補償されるべきであるにもかかわらず、労働省が一般常識から乖離した「治ゆ・症状固定」の解釈で不当な労災打ち切りを行っていることを糊塗する役割も果たしている。労働省の解釈とは、「負傷にあっては創面の治ゆした場合、疾病にあっては急性症状が消退し、慢性症状は持続しても医療効果を期待し得ない状態となった場合」(昭和23年1月13日付け基発第3号)というもので、さらに、「長期療養者に係る適正給付管理」(昭和61年7月10日付け基発第412号等)と称して療養6か月以上の被災労働者に対する締め付けを強化し出してから、一層トラブルのもととなっている。

今回も、対象傷病の拡大は改正であると手放しで歓迎するわけにはいかなさうである。

「サリン中毒」に関しては、大学・都立病院等では、治療費については労災保険の療養(補償)給付を受給しているものの、休業(補償)給付の手続については被災者に知らされてもいない、あるいは近所のかかりつけ医に転医してからは一切労災保険の手続がとられていないなどの話も耳にする。だいたい、サリン中毒の人体への影響が今後どうなるのかを知っている「専門家」など存在しないはずである。にもかかわらず、縮瞳・視覚障害等の眼に関連する障害、筋委縮、筋力低下、感覚障害等の末梢神経障害及び筋障害、記憶力の低下・脳波の異常等の中枢神経障害、心的外傷後ストレス障害をはじめとした症状を、あらかじめ「治ゆ・症状固定後の後遺障害」と決めつけてしまっているものだろうか。とくに、「心的外傷後ストレス障害」などは、今後様々な災害と関連して、後遺障害ではなく業務上疾病として、療養・休業補償給付の支給を求める取り組みが出てくるはずである。

また、「外傷による末梢神経損傷に係るアフターケア実施要綱」で後遺症状とされた「RSD(反射性交感神経委縮症。カウザルギーを含むとされた)」についても、比較的最近注目されてきたもので、従来は単なる難治性の疼痛ですまされてしまった場合が多いと思われる。すでに、96年6月号42頁で紹介したように、申請から認定までに1年6か月も要したものの業務上疾病として療養・休業補償給付の支給を認めさせた事例も出てきているのである(97年1・2月号52頁では、その後、障害等級第7級に認定されたことも報告。左腕

アフターケア対象疾病を拡大

が動かせない状態にもかかわらず、神経精神系障害の評価が低すぎる問題点を指摘している。

アフターケアの拡充を不当な労災打ち切りの口実とさせてはならない。



基発第215号
平成9年3月31日
都道府県労働基準局長
労働省労働基準局長

労働福祉事業としてのアフターケア実施要領及び炭鉱災害による一酸化炭素中毒症に係るアフターケア実施要領の一部改正について

標記については、平成元年3月20日付け基発第127号「労働福祉事業としてのアフターケア実施要領の制定について」(以下「127号通達」という。)、昭和43年3月16日付け基発第145号「炭鉱災害による一酸化炭素中毒症に係るアフターケア実施要領について」(以下「145号通達」という。))及び昭和43年6月5日付け基発第354号「炭鉱災害による一酸化炭素中毒症に係るアフターケアに要する費用の算定及び投薬方針について」(以下「354号通達」という。))をもって取り扱ってきたところであるが、今般、アフターケアの措置内容の充実及び対象傷病の拡大を行い、127号通達を別添1、145号通達を別添2及び354号通達を別添3のとおり改め、平成9年4月1日から実施することとしたので、下記の事項に留意の上、事務処理に遺漏なきを期するとともに、併せて関係医療機関等への周知に努められたい。

記

第1 改正の趣旨

労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号。以下「労災保険法」という。))第23条第1項の労働福祉事業として実施しているアフターケアは、被災労働者の症状固定後における後遺症状の動揺、後遺障害に付随する疾病の発症に対して保健上の措置を講じているところである。

従来、9疾病を対象としてアフターケアを行っていたが、最近の進歩した医療措置を取り入れるべきである等の意見要望、また、9疾病以外にも後遺症状に動揺を来したり、後遺障害に付随する疾病の発症のおそれがある傷病を対象とすべき必要性があるとの意見要望にかんがみ、労災医療専門家会議に措置内容の充実及び対象傷病の拡大について検討を依頼したところ、今

般、その結論が得られたので、これに基づいて、現行のアフターケアの制度の拡充を図ったものである。

また、これに併せて、炭鉱災害による一酸化炭素中毒症に係るアフターケアについても、上記と同様の趣旨、経過等により措置内容の充実を図ったものである。

第2 改正の要点

1 労働福祉事業としてのアフターケアの措置内容の充実について

(1) せき髄損傷に係るアフターケア実施要領について 検査の範囲に、CT、MRIを追加したこと。

(2) 頭頸部外傷症候群等に係るアフターケア実施要領について

外傷による脳の器質的損傷により四肢麻痺等が出現した傷病者が必要な場合には、「せき髄損傷に係るアフターケア実施要領」に基づく保健のための処置、検査、保健のための薬剤を支給できるものとしたこと。

(3) 尿道狭小に係るアフターケア実施要領について

イ 保健のための処置の範囲に、診察の都度、必要に応じカテーテル処置を行うこととし、医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用するためのカテーテル、カテーテル用消毒液等及び滅菌ガーゼを支給できるものとしたこと。

ロ 保健のための薬剤の範囲に、カテーテル交換の都度、必要に応じ尿路処置用外用剤を支給できるものとしたこと。

2 新規対象傷病の拡大について

以下の7傷病について、新たにアフターケア実施要領を定めたこと。

- (1) 「虚血性心疾患等」
- (2) 「尿路系腫瘍」
- (3) 「脳血管疾患」
- (4) 「有機溶剤中毒等」
- (5) 「外傷による末梢神経損傷」
- (6) 「熱傷」
- (7) 「サリン中毒」

3 炭鉱災害による一酸化炭素中毒症に係るアフターケア実施要領について

健康診断の範囲に、CT、MRIを追加したこと。

第3 運営上の留意事項

本通達で示した様式については、別途管理換えを行う予定であるので、当分の間は、本通達の様式を適宜複写し、使用すること。

別添1~3(省略)

X 虚血性心疾患等に係るアフターケア実施要領

(1) 趣旨

虚血性心疾患は冠動脈硬化を基礎病態として発病し、症状固定後もこれに由来する狭心症、不整脈あるいは心機能障害が残存することが多いため、これらの症状に対してアフターケアを行うものとする。

(2) 対象者

イ アフターケアは、業務に起因する虚血性心疾患に罹患した者で、労働者災害補償保険法による障害等級第9級以上の障害補償給付を受けている者又は受ける見込まれる者(傷病が治癒した者に限る。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる者に対して行うものとする。

ロ 事業場の所在地を管轄する都道府県労働基準局長は、医学的に特に必要があると認めるときは障害等級第10級以下の障害補償給付を受けている者についてもアフターケアを行うことができるものとする。

(3) アフターケアの範囲

アフターケアの範囲は、次のとおりとする。

イ 診察

原則として、治癒後3年を限度として1か月に1回程度必要に応じて行うものとするが、医学的に更に継続する必要がある者については、その必要な期間継続して行うことができるものとする。

ロ 保健指導

診察の都度、必要に応じて行うものとする。

ハ 検査

診察の結果、医師が必要と認められた者については、次の(イ)から(ニ)までの検査を1か月に1回程度行うことができるものとし、(ホ)から(ト)までの検査は特に必要と認められる場合に限り行うことができるものとする。

- (イ) 血液一般・生化学検査
- (ロ) 胸部エックス線検査
- (ハ) 心電図検査

安静時及び負荷検査を行うものとする。

- (ニ) 尿検査
- (ホ) ホルター心電図検査
- (ヘ) 心臓超音波検査
- (ト) 心臓核医学検査

ニ 保健のための薬剤の支給

診察の都度、必要に応じて次の薬剤を支給することができるものとする。

- (イ) 抗狭心症剤
- (ロ) 抗不整脈剤
- (ハ) 心機能改善剤
- (ニ) 循環改善剤
- (ホ) 向精神薬(内服)

XI 尿路系腫瘍に係るアフターケア実施要領

(1) 趣旨

尿路系腫瘍は、その症状が固定した後も再発の可能性が非常に高い疾病であるので、定期的な検査が必要となることから、アフターケアを行うものとする。

(2) 対象者

アフターケアは、業務に起因する尿路系腫瘍に罹患し、労働者災害補償保険法による療養補償給付を受けている者で、この尿路系腫瘍の症状が固定したと認められる者に対して行うものとする。

(3) アフターケアの範囲

アフターケアの範囲は、次のとおりとする。

イ 診察

原則として、治癒後3年を限度として1か月に1回程度必要に応じて行うものとするが、医学的に更に継続する必要がある者については、その必要な期間継続して行うことができるものとする。

ロ 保健指導

診察の都度、必要に応じて行うものとする。

ハ 検査

診察の結果、医師が必要と認められた者については、次の(イ)、(ロ)の検査は1か月に1回程度行うことができるものとし、(ハ)から(ヘ)までの検査は3か月から6か月に1回程度行うことができるものとする。

- (イ) 尿検査
- (ロ) 尿細胞診
- (ハ) 内視鏡検査
- (ニ) 超音波検査
- (ホ) 腎盂造影検査
- (ヘ) CT

ニ 保健のための薬剤の支給

診察の都度、必要に応じて次の薬剤を支給することができるものとする。

- (イ) 再発予防のための抗がん剤
医学的に特に必要と認められた場合に限り(投与期間は治癒後1年以内とする。)
- (ロ) 抗菌剤

XII 脳血管疾患に係る

アフターケア実施要綱

(1) 趣旨

脳血管疾患は脳動脈硬化症、高血圧症等を基礎疾患として発病し、脳の血管性病変に由来する器質的損傷が出現した場合には症状固定後もこの器質的損傷による後遺症状が残存するため、アフターケアを行うものとする。

(2) 対象者

イ アフターケアは、業務に起因する脳血管疾患に罹患し、脳の血管性病変に由来する器質的損傷により後遺症状が残存した者で、労働者災害補償保険法による障害等級第9級以上の障害補償給付を受けている者又は受けると見込まれる者(傷病が治癒した者に限る。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる者に対して行うものとする。

ロ 事業場の所在地を管轄する都道府県労働基準局長は、医学的に特に必要があると認めるときは、業務災害により脳血管疾患に罹患した者であって障害等級第10級以下の障害補償給付を受けている者についてもアフターケアを行うことができるものとする。

(3) アフターケアの範囲

アフターケアの範囲は、次のとおりとする。

イ 診察

原則として、治癒後3年を限度として、1か月に1回程度必要に応じて行うものとするが、医学的に更に継続する必要がある者については、その必要な期間継続して行うことができるものとする。

ロ 保健指導

診察の都度、必要に応じて行うものとする。

ハ 検査

診察の結果、医師が必要と認められた者については、次の検査を1年に1回程度行うことができるものとする。

- (イ) 血液一般・生化学検査
- (ロ) 尿検査
- (ハ) 視機能検査(眼底検査も含む。)

眼に関する病訴は、対象傷病による調節障害もあるが、既往症としての近視、老眼等との鑑別上必要な場合に行うものとする。

(二) 前庭平衡機能検査

めまい感又は身体平衡障害の病訴のある者に対して必要な場合に行うものとする。

(ホ) 頭部のエックス線写真検査

必要と認められる者に対してのみ行うものとする。

(ヘ) CT、MRI

医学的に特に必要と認められる者に対してのみ行

うものとする。

(ト) 脳波検査

(チ) 心理検査

以上のほか、脳の器質的損傷による四肢麻痺等のために必要な場合には、「I せき髄損傷に係るアフターケア実施要綱」の(3)のニ 検査に基づいて検査できるものとする。

ニ 保健のための薬剤の支給

診察の都度、必要に応じて次の薬剤を支給することができるものとする。

- (イ) 神経系機能賦活剤
- (ロ) 向精神薬(内服)
- (ハ) 筋弛緩剤
- (ニ) 自律神経剤
- (ホ) 鎮痛・消炎剤(外皮用剤を含む。)
- (ヘ) 抗パーキンソン剤
- (ト) 抗てんかん剤
- (チ) 脳循環改善剤(内服)

血液の循環の改善を必要とするものに対して必要に応じて支給する。

以上のほか、脳の器質的損傷による四肢麻痺等のために必要な場合には、「I せき髄損傷に係るアフターケア実施要綱」の(3)ホ 保健のための薬剤の支給に基づいて投薬できるものとする。

XIII 有機溶剤中毒等に係るアフターケア実施要綱

(1) 趣旨

有機溶剤中毒等(一酸化炭素中毒症(炭鉱災害によるものを除く。))により脳に障害を起し、脳に器質的損傷が出現した場合には症状固定後も後遺症状が残存するため、アフターケアを行うものとする。

(2) 対象者

イ アフターケアは、業務災害又は通勤災害による有機溶剤中毒等(一酸化炭素中毒症(炭鉱災害によるものを除く。))により脳に障害を起し、脳に器質的損傷が出現した者で、労働者災害補償保険法による障害等級第9級以上の障害補償給付又は障害給付を受けている者又は受けると見込まれる者(傷病が治癒した者に限る。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる者に対して行うものとする。

ロ 事業場の所在地を管轄する都道府県労働基準局長は、医学的に特に必要があると認めるときは、業務災害又は通勤災害による有機溶剤中毒等(一酸化炭素中毒症(炭鉱災害によるものを除く。))に

罹患した者であって、障害等級第10級以下の障害補償給付又は障害給付を受けている者についてもアフターケアを行うことができるものとする。

(3) アフターケアの範囲

アフターケアの範囲は、次のとおりとする。

イ 診察

原則として、治癒後3年を限度として1か月に1回程度必要に応じて行うものとするが、医学的に更に継続する必要がある者については、その必要な期間継続して行うことができるものとする。

ロ 保健指導

診察の都度、必要に応じて行うものとする。

ハ 保健のための処置

脳の器質的損傷による四肢麻痺等に対する処置が必要な場合には、「I せき髄損傷に係るアフターケア実施要綱」の(3)のハ 保健のための処置に基づいて処置できるものとする。

ニ 検査

診察の結果、医師が必要と認められた者については、次の検査を1年に1回程度行うことができるものとする。

- (イ) 血液一般・生化学検査
- (ロ) 尿検査
- (ハ) 視機能検査(眼底検査も含む。)

眼に関する病訴は、対象傷病による調節障害もあるが、既往症としての近視、老眼等との鑑別上必要な場合に行うものとする。

(二) 前庭平衡機能検査

めまい感又は身体平衡障害の病訴のある者に対して必要な場合に行うものとする。

(ホ) 頭部のエックス線写真検査

医学的に特に必要と認められる者に対してのみ行うものとする。

(ト) 脳波検査

(チ) 心理検査

以上のほか、脳の器質的損傷による四肢麻痺等のために必要な場合には、「I せき髄損傷に係るアフターケア実施要綱」の(3)のニ 検査に基づいて検査できるものとする。

ニ 保健のための薬剤の支給

診察の都度、必要に応じて次の薬剤を支給することができるものとする。

- (イ) 神経系機能賦活剤
- (ロ) 向精神薬(内服)
- (ハ) 筋弛緩剤
- (ニ) 自律神経剤
- (ホ) 鎮痛・消炎剤(外皮用剤を含む。)

(ヘ) 抗パーキンソン剤

(ト) 抗てんかん剤

(チ) 脳循環改善剤(内服)

血液の循環の改善を必要とするものに対して必要に応じて支給する。

以上のほか、脳の器質的損傷による四肢麻痺等のために必要な場合には、「I せき髄損傷に係るアフターケア実施要綱」の(3)ホ 保健のための薬剤の支給に基づいて投薬できるものとする。

XIV 外傷による末梢神経損傷に係るアフターケア実施要綱

(1) 趣旨

外傷により末梢神経を損傷した者でその症状が固定した後も、末梢神経の損傷に起因するRSD(カウザルギーを含む。)を生ずる場合があり、この痛み等を緩和する必要があることからアフターケアを行うものとする。

(2) 対象者

アフターケアは、業務災害又は通勤災害による外傷により末梢神経損傷に起因し、症状固定後も激しい疼痛が残存する者で、労働者災害補償保険法による障害等級第12級以上の障害補償給付又は障害給付を受けている者又は受けると見込まれる者(傷病が治癒した者に限る。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる者に対して行うものとする。

(3) アフターケアの範囲

アフターケアの範囲は、次のとおりとする。

イ 診察

原則として、治癒後3年を限度として1か月に1~2回程度必要に応じて行うものとするが、医学的に更に継続する必要がある者については、その必要な期間継続して行うことができるものとする。

ロ 保健指導

診察の都度、必要に応じて行うものとする。

ハ 注射

診察の結果、特に疼痛が激しく神経ブロックもやむを得ないと医師が判断した場合に限り、1か月に2回を限度として神経ブロックを行うことができるものとする。

ニ 検査

診察の結果、医師が必要と認められた者については、次の(イ)、(ロ)の検査を1か月に1回程度行うことができるものとし、(ハ)、(ニ)の検査は特に必要と認められる場合に年2回を限度として行うことができるものとする。

(イ) 血液一般・生化学検査

- (ロ) 尿検査
- (ハ) エックス線検査
- (二) 骨シンチグラフィ
- ホ 保健のための薬剤の支給
診察の都度、必要に応じて鎮痛・消炎剤(外皮用剤を含む。)を支給することができるものとする。

XV 熱傷に係るアフターケア実施要綱

- (1) 趣旨
熱傷の傷病者に対して、その症状が固定した後も、傷痕による皮膚のそう痒等の後遺症を残すことがあるのでアフターケアを行うものとする。
- (2) 対象者
アフターケアは、業務災害又は通勤災害による熱傷の傷病者で、労働者災害補償保険法による障害等級第12級以上の障害補償給付又は障害給付を受けている者又は受けると見込まれる者(傷病が治癒した者に限る。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる者に対して行うものとする。

- (3) アフターケアの範囲
アフターケアの範囲は、次のとおりとする。
イ 診察
原則として、治癒後3年を限度として1か月に1回程度必要に応じて行うものとするが、医学的に更に継続する必要がある者については、その必要な期間継続して行うことができるものとする。

- ロ 保健指導
診察の都度、必要に応じて行うものとする。
- ハ 検査
診察の結果、医師が必要と認めた者に限り、次の検査を1年に1回程度行うことができるものとする。
(イ) 血液一般・生化学検査
(ロ) 尿検査
二 保健のための薬剤の支給
診察の都度、必要に応じて外皮用剤等(抗菌剤を含む。)を支給することができる。

XVI サリン中毒に係るアフターケア実施要綱

- (1) 趣旨
特に異常な状況下において、強力な殺傷作用を有するサリンに中毒した者においては、その症状が固定した後においても、縮瞳、視覚障害、末梢神経障害、筋障害、中枢神経障害、心的外傷後ストレス障害等の後遺症状について、増悪の予防その他の医学的措置を必要とする。

- るので、アフターケアを行うものとする。
- (2) 対象者
アフターケアは、業務災害又は通勤災害によりサリンに中毒した者を対象とし、労働者災害補償保険法による療養補償給付又は療養給付を受けていた者であって、サリン中毒が治った者のうち、次のイ～ニに掲げる後遺症状によって、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる者に対して行うものとする。

- イ 縮瞳、視覚障害等の眼に関連する障害
- ロ 筋萎縮、筋力低下、感覚障害等の末梢神経障害及び筋障害
- ハ 記憶力の低下、脳波の異常等の中枢神経障害
- ニ 心的外傷後ストレス障害

- (3) アフターケアの範囲
アフターケアの範囲は、次のとおりとする。
イ 診察
原則として、症状固定後3年を限度として1か月に1回程度必要に応じて行うものとするが、医学的に更に継続する必要がある者については、その必要な期間継続して行うことができるものとする。

- ロ 保健指導
診察の都度、必要に応じて行うものとする。
- ハ 検査
診察の結果、医師が必要と認めた者については、次の検査のうち必要なものを1年に2回程度行うことができるものとする。

- (イ) 血液一般・生化学検査
- (ロ) 尿検査
- (ハ) 視機能検査(眼底検査を含む。)
- (ニ) 末梢神経機能検査(神経伝達速度検査)
- (ホ) 心電図検査
- (ヘ) 筋電図検査
- (ト) 脳波検査
- (チ) 心理検査
- 二 カウンセリング等の実施

- 後遺症状として心的外傷後ストレス障害があると認められる者については、診察の都度、必要に応じて専門の医師によるカウンセリング等を行うことができる。
- ホ 保健のための薬剤の支給
診察の都度、必要に応じて次の薬剤を支給することができるものとする。

- (イ) 点眼剤
- (ロ) 神経系機能賦活剤
- (ロ) 向精神薬
- (ハ) 自律神経剤
- (ホ) 鎮痛・消炎剤(外皮用剤を含む。)



**広がるアスベスト問題
広島●昨年度の主な取り組みから**

広島労働安全衛生センターでは、1991年にアスベスト被害者からの相談を受けて以降、この問題を重点課題として取り組んできた結果、昨年度も次のような成果をあげることができた。

第1に、個別事案Fさんのような、鑄造工の「悪性中皮腫」の労災認定。鑄造作業では全国最初認定となり、鑄造に従事する労働者に注意を喚起するとともに、今後、被災者の申請にとって有利な環境を作ることができた(96年12月号参照)。

同時に、アスベスト被害が、造船産業、自動車産業だけでなく多くの業種に広がっていることをあらためて知らされた。現在、電気工として27年間にわたり工場やビルの配線工事に従事していて、「悪性中皮腫」のため昨年11月に亡くなられた労働者(享年43歳)の労災認定にも取り組んでいる。

第2に、この間、造船産業におけるアスベスト作業に従事してきた被災労働者の掘り起こしを目的に、一昨年呉地区のアスベスト自主健診を行った。今年度は、じん肺と合併症認定の取り組みや、石綿健康管理手帳申請などの取り組みを行い、今後の運動が大いに期待できる。

昨年6月、広島労働基準局は、造船退職者の集団申請に対して、じん肺管理区分決定を行ったが、管理4が1人、管理2が5人、管理1が1人、審議中が1人という結果であった。審議中とされた1人は、その後管理1の決定を受けたが、10年前から慢性気管支炎、気管支拡張症の治療を受けている方。昨年12月と今年3月に再度健診を受けて、5月にじん肺管理区分2の決定を受けている。

健康管理手帳の交付を受けるメリットは、定められた項目の健康診断を年に2回無料で受けられることだが、受診医療機関が限定されている。指定された医療機関では、健診結果について詳しい説明もされていないという実態もある。受診医療機関の限定を撤廃しなければ、せつ

かくの健診が形だけのものになりかねない。

第3に、昨年10月に、広島市基町の市営アパート火災で、大量のアスベストが剥出、飛散した事件に対して、センターは市当局にアスベストの撤去、飛散・廃棄対策、住民の健康調査等を申し入れた。同時に、センター独自に室内での大気中のアスベスト濃度を測定し、地域住民の協力を得ながら、取り組みを進めてきた。この件に関しては、マスコミも高い関心を示し、テレビ・新聞を通じて、センターの存在を広くアピールできたと評価している。

なお、昨年8月13・14日の両日、4回目になる「アスベスト110番」を開設した。これまでで最も多い23件の相談が寄せられ、職業曝露による健康被害9件、同健康不安4件、建築物・家電製品等に関するもの7件、職場での対策2件、神戸から震災後の大気汚染の不安に関するものが1件だった。健康被害9件のうち5件が造船関連職種で、従事していた造船所も広



**最高裁が過労死逆転認定
秋田●高裁に差し戻さず自判**

最高裁(第3小法廷)が、脳・心臓疾患労災訴訟で、1996年1月23日と3月5日に相次いで3件

の判決を下し(2件勝訴・1件敗訴)、「業務に内在する危険が現実化したとみられる場合には業

務上と認定する」という考え方を示したことは既報のとおり(96年5月号参照)。1997年4月25日、同じ最高裁第3小法廷が、建設労働者の脳出血による死亡を業務上とする判決を下した(平成6年(行ツ)第200号)。高裁段階での被災者側敗訴を覆した前回の判決では、原判決を破棄し、高裁に差し戻したのに対して、今回は最高裁自ら判断を示し(自判)業務上を確定させたことが特徴である。以下に事案および判決の概要を紹介する。

Sさん(当時39歳)は、秋田県の電気工事会社で電気工として配電作業に従事していた労働者だったが、1978年12月30日、非外傷性の脳血管疾患(脳内出血またはくも膜下出血)によってもたらされた気道閉塞により死亡した。

遺族(妻)が大館労基署に労災申請(遺族補償給付)したが1979年4月16日付けで不支給処分、秋田労災保険審査官も1980年5月1日付けで審査請求を棄却、労働保険審査会も1981年11月20日付けで再審査請求を棄却した。裁判では、秋田地方裁判所の1991年2月1日の判決では被災者側勝訴、仙台高等裁判所は、1994年6月27日付けに被災者側敗訴の逆転判決を下していた。

12月27日午後1時30分頃、同僚が建柱車を積載していた木製古電柱2、3本をクレーンでつり上げ、地上に降ろす作業をしていた際に、巻き過ぎによりワイヤーが切断され、その全部または一部、金車及びこれと一体

をなすフック(金車とフックの合計重量は約30.8kg)がかり荷である電柱とともに、地上約3mの高さから落下した。落下地点付近で作業をしていたSさんは、後ずさるような逃避行動をとったが、着用していた保安帽が脱げ落ち、鼻の左下端と口唇部左側上下2箇所と比較的小さな擦過傷または軽度の圧挫傷を負った。

事故後、Sさんは、頭痛、食欲不振等の自覚症状を訴えていたが、翌日、翌々日も通常どおり勤務を続け、木製電柱のコンクリート電柱への建て替え等の作業に従事した。12月29日午後4時20分頃、地上約10mの電柱上で電気供給工事に従事中に、Sさんは、左手、左足をだらりとさせるなど、脳血管疾患の症状を示して具合が悪くなり、同6時5分頃、救急車で病院に搬入された。なお、同日の気象条件は、最低気温が零下4.1度、最高気温が零下0.2度だった。入院後、意識状態等に一時改善がみられたが、翌30日午前0時45分頃容体が急変し、死亡するに至ったものである。

原審(高裁判決)は、事故による負傷及び同人が従事していた業務の一方または双方が相対的に有力な因子となって死亡原因となった非外傷性の脳血管疾患が発症したとは認め難いと判示した。最高裁判決では、これを是認できないとし、その理由を以下のとおりとした。

「Sは、非外傷性の脳血管疾患を発症しているのだから、

その発症の基礎となり得る素因または疾患を有していたことは否定し難いが、その程度や進行状況を明らかにする客観的資料がないだけでなく、同人は、死亡当時39歳と比較的若年であり、死亡前約3年間は医療機関で受診した形跡はなく、周囲の者からは健康状態に格別異常はないとみられていたというのであるから、同人の家族歴(注:長兄が35歳で脳溢血、母親も脳溢血を起こしている)を考慮しても、右基礎疾患等が確たる発症因子がなくてもその自然の経過により血管が破綻する寸前にまで進行していたとみることは困難である。そして、Sが脳血管疾患の症状を示す2日前に遭遇した本件事故は、金車及びこれと一体をなすフック等がかり荷である電柱と共に地上約3mの高さから同人の近くに落下し、その結果、同人が軽度とはいえ顔面を負傷したというものであり、右の事故態様に照らし、相当に強い恐怖、驚がくをもたらし突発的で異常な事態というべきであって、これによる精神的負荷及び本件事故後に生じた頭痛や食欲不振といった身体的不調は、同人の基礎疾患等をその自然の経過を超えて急激に悪化させる要因となり得るものというべきである。しかも、Sは、本件事故後も、右のような精神的、肉体的ストレスを受けながら、厳冬期に、地上約10mの電柱上での電気供給工事等の相当の緊張と体力を要する作業に従事していたというのである。以上によれば、S

の死亡原因となった非外傷性の脳血管疾患は、他に確たる発症因子のあったことがうかがわれない以上、同人の有していた基礎疾患が業務上遭遇した本件事故及びその後の業務の遂行によってその自然の経過を超えて急激に悪化したことによって発症したものとみるのが相当であり、その間に相当因果関係の存在を肯定することができる。S

の死亡は、労働者災害補償保険法にいう業務上の死亡に当たるといべきである」。

そのうえで、原判決破棄、上告人(被災者の妻)の請求を容認した第1審(秋田地裁)判決は正当として是認されるべきものであるから、被上告人(大館労基署長)の控訴を棄却する、とした(なお、裁判官全員一致の判決である)。



アジアに広がる参加型活動 東京●定例会で中小企業の改善学ぶ

4月18日、東京東部労災職業病センターの第6回定例会のテーマは、「アジアの中小企業の職場改善活動に学ぶ」。(財)労働科学研究所の川上剛氏を講師に招き、アジア諸国の労災職業病事情や中小企業での参加型安全衛生セミナーの実践経験など貴重な話をうかがった。

川上氏は、アジア各国で中小企業の職場改善プロジェクトにたずさわって、今年4月に富山で開催された日本産業衛生学会でも、(財)国際労働財団の国際協力事業としてパキスタンの労働組合と共同で参加型安全衛生トレーニングを実施した成果を発表している。当日は、実際のトレーニングの様子がフィリピン、パキスタン、タイ、ベトナムの農村での職場・生活改善事例をカラフルなスライド写真で紹介し

ていただいた。こうしたアジア諸国の改善事例は、日本の中小企業の現場でも十分応用可能であり、参考になる。ILO(国際労働機関)が提唱する中小企業の職場改善活動のためのWISEアプローチも効果的である。

アジア諸国では、急速な工業化のため労働災害、職業病の報告件数が増え、政労使の間でも労災職業病問題の重要性に対する認識が高まっている。しかし、労災職業病発生の実数を正確に把握することは困難である。そのため、アジア諸国を3つのグループに分けて考えてみるとわかりやすい。

第1のグループは、基本的な労働災害統計が整備されている国として、日本、韓国、香港、シンガポール。

第2のグループは、タイ、マ

レーシアのように、労働災害統計の整備が進んだ結果、労働災害急増の実態が明らかとなり、対策が急務となった国々。

第3のグループは、中国、インドのように、全土を把握する労働災害統計が未整備で、今後の実践的な対策作りが強く望まれている国々である。

最近調査に行ったマレーシアでは、日系企業がたくさん進出している。また、200万人の外国人労働者(パキスタン人が多い)がおり、そのうち100万人が資格外就労と言われている。労働力が不足しており、完全雇用状態が続いている。したがって、賃金以外の労働条件を改善しないと労働者もなかなか定着しない状況が生まれているという。

職業病の発生に関しては、職業病そのものの診断に医師が慣れていなかったり、報告のシステムが整備されていない等の理由で、統計資料に掲載されている件数は実状よりもきわめて少ないと考えられる。

最近では、政府統計とは別に、医師や労働衛生専門家による職業病発生の症例報告がみられるようになったが、その中には、騒音性難聴、化学物質や農薬による中毒、じん肺、綿じん肺、筋骨格系の疾病などが含まれている。

こうした事情を背景に、アジア諸国では安全衛生に対する取り組みが強化され、1980年代後半から1990年代に入り、具体的な動きが出ている。

とくに、中小企業の職場改善プロジェクトでは、低コスト改

善からはじめる、職場の改善事例に焦点を合わせる、グループワークを進めるなどの、参加型で進めて成果を上げている。(財)国際労働財団の国際協力事業として進めている労働組合主導の労働安全衛生活動(POSITIVE = Participation Oriented Safety Improvement by Trade Union Initiative)セミナーをパキスタンで実施し、安全衛生改善に成果をあげている。

アジアの労使の動きに共通しているのは、現地の実状に根ざした具体的な改善事例作りを、参加型で行おうという



取り組み姿勢である。

× × ×

被災者対策全国連が解散

岡山●16年間の歩み出版を予定

5月24・25日、岡山県倉敷市内の山陽ハイツにおいて労災職業病被災者対策全国連絡会議の第16回交流集会と総会が開催された。出席者は各地の労災職業病被災者(団体)、労働組合、安全センターの代表ら23名。

初日の総会では、仁木由紀子さんから、1981年の全国連絡会から今総会に至る16年間の活動を振り返りながら、全国連絡会議の解散が提案された。

労災職業病被災者対策全国連絡会議は、1981年12月に、総評の音頭により、労災被災者の全

1996年度の東京東部労災職業病センターの定例会は次のとおりだった。

第1回(9月13日)

電磁波と健康障害

第2回(10月11日)

コンピュータ労働を見直す

第3回(11月15日)

オフィスワークの職場改善

第4回(2月14日)

みんなで職場訪問

第5回(3月14日)

有害物質対策にどう取り組むか

第6回(4月11日)

アジアの中小企業の職場改善

第7回(5月9日)

腰痛予防対策と職場改善提案

国集会開催を契機に、労働組合と被災者団体の共同の取り組みを強化するために結成された。1982年5月の基発第375号通達というかたちで強行された「鍼灸治療の一律最長1年の期間制限」およびこれによる「長期療養者の労災打ち切り」に反対する取り組みのなかでは、全国の労働組合、医療関係者、安全センターとともに中心的な役割を果たした(この「鍼灸治療制限」が昨年撤廃されたことは既報のとおり)。また、1988年秋には労働基準法研究会(災害補償関係)の

「中間報告」による労災補償制度改悪反対運動に取り組み、労働省の改悪のもくろみを許さなかった。

1990年の総評解散によって言わば後ろだてがなくなるなかで、自立した組織として運営していくことになった。以後、被災者運動、労災職業病運動の連携強化を目的に毎年全国交流集会を開催してきたが、各地の被災者(団体)の状況およびそれをとりまく状況の変化によって、全国連運動をどうしていくのか、ここ数年来議論が続けられてきた。

全体会議では、参加者からいろいろな意見表明が行われた。討議のまとめとして、全国連の運動の歴史的な意義を確認しつつも、被災者(団体)をとりまく状況の変化に対応した運動構築が困難になり、昨年の全国集会後全国連として何も運動できなかった実状を踏まえると、解散もやむを得ないとの結論が了承された。

交流会では、全国脊髄損傷者連合会から医療制度の改正に関する問題提起、自治労七沢リハビリ労組の鍼灸打ち切り訴訟、横須賀石綿じん肺訴訟の和解、福岡労災連の肺がん認定の取り組み、兵庫被災者交流会からの活動報告等が行われた。

2日目の全体討論の最後に、残った活動費によって、全国連の16年間の歩みをまとめ出版すること、また、被災者団体にカンパすることもあわせ



化学物質過敏症を労災認定

海外短信●Workers' Health

International Newsletter

■カナダ東部のノヴァ・スコシアの看護婦が、仕事中有害物質に曝露したために、「化学物質過敏症候群(chemical irritant syndrome)」になったとして、労災認定を求めていた件で、最高裁判所は、労災補償局に対して、治療費を支払うことを命じる判決を下した。

■ICEMとITWF(International Transport Workers' Federation)が、有害物質に反対する国際的な労働者の連帯を進めていくことで合意した。危険物質の運搬や移動について警鐘を鳴らすべく、世界規模でのキャンペーンを予定している。

■ナッツやドライフルーツがアフラトキシンという肝臓がんを起こすと言われているカビに汚染されているため、港湾労働者が健康被害を受けるおそれがあるとして、イギリスの労働組合T&Gが、検査や保護具の支給を求めている。

■カナダのオンタリオ労災補償局が、自動車労働者が職場での油のミストが原因で喉頭がんになったとして労災認定した。この労働者は、クライスラーやG

Mで20年間働いてきた。

■1996年3月IBMのEast Fishkill半導体工場で働き、発がん性の化学物質に曝露したためにがんになった労働者とその家族が損害賠償裁判をおこした。ニューヨーク州法では従業員が雇用主を労災で提訴することはできないが、化学物質を供給したユニオン・カーバイド社などの4社に1億8,800万ドルを求めている。会社側はきちんと管理してきたと主張している。

■カナダのオンタリオにあるウィンザー労災職業病センターとオンタリオ労働者職業病クリニックが、共同で職業がんに関する80頁の本を発行した(『職場のルーレットーがん賭博ー』)。アスベストをはじめとする発がん物質を解説している。

■南アフリカ共和国で操業しているイギリスのThor Chemical社を相手取って、水銀を曝露して健康被害を受けた現地労働者20名が、損害賠償を求め裁判を起こした。因果関係を否定する会社は、南アフリカでの係争を望んだが、イギリスの裁判所が退けた。

■ストックホルムにあるカロリンスカ研究所の労働環境衛生部門が、この間急増している看護婦などの保健スタッフに対する暴力事件を防止するためのプロジェクトを始めた。VIFと呼ばれるチェックリストなどで職場で対策を進めていく。

■アメリカで航空乗務員らが、間接喫煙による健康被害について、タバコ会社を相手取って裁判を起こす準備を進めている。

■カナダのオンタリオ労災職業病診療所とウィンドソール労働安全衛生情報サービスが、Canadian Auto Workers労働組合の要請を受けて、プラスチック工場健康被害調査を行なった。プラスチック産業において、呼吸困難、皮膚疾患、生殖障害、一酸化炭素中毒などの訴えが起きている。アンケート調査などの結果、化学物質データシート(MSDS)が充分活かされていないことや、RSI(頸肩腕障害)、その他の職業病の発生が判明しており、さらなる調査、対策が必要である。要求としては、換気、RSI対策、難聴、がん、生殖障害、安全教育などを求めている。

■ダブリンにあるトリニティ大学の研究者の調査によると、ランプ(立体交差路)で働く労働者は、危険な環境で作業をしているにも関わらず、可能な対策が進んでいないと指摘。

■北米のトラック労働者が、NA

FTAによる国境の規制緩和が、安全と労働条件をおびやかすとして、反対している。

■フィンランドの放射性物質安全センターの研究者によると、原因ははっきりしないが、スチュワードスの肺がん発生率が他の職種の女性の2倍にのぼることがわかった。

■デンマークの大学研究所で、女子学生が実験中に爆発事故で大けがをした。これを機に学生にも労災保険を適用すること、実験の環境を改善することなどを求める動きが強まっている。ちなみにスウェーデンでは職員にも学生にも労災保険が適用される。

■イギリスでは、「画面表示装置規則(Display Screen Equipment Regulations)」が1993年から導入されているが、ノースアンブリア大学の270事業所を対象にした調査によると、規則が定める適切な施策をとっている事業主は約30%に過ぎないことがわかった。

■アメリカで、RSIをはじめとする反復単純作業による職業病を防止するための基準やガイドラインを作らせない、OSHAの活動を制限するなど、共和党が議会工作を続けている。逆に言うところらは労働者の力強い武器となる。

■RSIについては、日本で多くの発生が起きてから、オースト

リア、北米、北欧などでも問題が広がっている。統計上は、アメリカとニュージーランド以外は落ち着いているが、疾病の範囲が定まらないので、実際は埋もれているものも多い。人間工学的視点からいろいろな対策もとられてきたが、要はゆっくり働くしかないという意見もある。

■フィンランドで、傾きをつけるなどして工夫した作業台が作られ実験もしてみたが、結局それでうまくいく場合とそうでない場合があった。道具だけではだめで、やはり総合的な人間工学的対策が必要である。

■アメリカのCommunication Workers of Americaの1995年の調査によると、電話交換手の81%が手や手首の痛み等を訴えている。この数値は1989年63%、1992年73%に比べて増えてきている。設備の改善などは進んでおり、その点の不満は減っているにもかかわらずである。

■アメリカの労働統計局によると、1994年の労災職業病発生件数は680万件で、減少の傾向は変わらない。しかし、労働組合AFL-CIOの安全衛生対策者は、手根管症候群などのCTDs(cumulative trauma disorders)が激増していることを警告し、さらに共和党がOSHAの規制を予算そのものを削ってきていることを指摘して、抵抗なくしては労働者の安全は守られないと主張している。

■インドネシアで、Reebok(靴の銘柄)の靴を作っている工場で、体調の不調を訴えて帰りがった女性労働者に残業を強い、その労働者が死亡するという事件が起きた。

■アイルランドのダブリン高等裁判所は、船舶のアスベスト除去作業に遭遇してショックとストレスを受けたとして、乗組員7人が雇用主を相手どって損害賠償を求めている裁判で、原告等の主張を認めて各人に35,000ポンドの支払いを命じる判決を下した。

■ジョンズ・マンビル社のアスベスト製品を使いアスベストに曝露したアメリカ・ミシシッピの人たち18,000人が、ジョンズ・マンビル社にアスベストを供給していたオーストラリアの石綿鉱山経営会社CSRを相手どって損害賠償を求めている裁判で、CSRが2,800万ドル払うことなどで和解が成立した。

■イギリスの運輸一般労働組合は、アスベストを禁止して、違反したものには懲役刑を科するような法律制定を求めている。

■「国際農業キャンペーン」によると、1992年にインドネシアの240人の農民を調査したところ殺虫剤を散布する作業に従事することから中毒症状が見られるほか、作業服のまま家に戻るために、家族も汚染されるおそれがある。



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 MKビル3階 PHONE(03)5232-0182/FAX(03)5232-0183
E-mail joshrc@jca.ax.apc.org HOMEPAGE http://www.jca.ax.apc.org/joshrc/

- 東 京●東京東部労災職業病センター
〒136 江東区亀戸1-33-7 TEL (03)3683-9765 /FAX (03)3683-9766
- 東 京●三多摩労災職業病センター
〒185 国分寺市南町2-6-7 丸山会館2-5 TEL (0423)24-1024 /FAX (0423)24-1024
- 東 京●三多摩労災職業病研究会
〒185 国分寺市本町3-13-15 三多摩医療生協会館内 TEL (0423)24-1922 /FAX (0423)25-2663
- 神奈川●社団法人 神奈川労災職業病センター
〒230 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコーポ豊岡505 TEL (045)573-4289 /FAX (045)575-1948
- 新 潟●財団法人 新潟県安全衛生センター
〒951 新潟市東堀通2-481 TEL (025)228-2127 /FAX (025)222-0914
- 静 岡●清水地区労センター
〒424 清水市小柴町2-8 TEL (0543)66-6888 /FAX (0543)66-6889
- 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 大阪市中央区南本町1-2-13 ばんらいビル602 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 阪神医療生協長洲支部 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 高知市薊野イワ井田1275-1 TEL (0888)45-3953 /FAX (0888)45-3928
- 熊 本●熊本県労働安全衛生センター
〒861-21 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レクタウンクリニック TEL (096)360-1991 /FAX (096)368-6177
- 大 分●社団法人 大分県勤労者安全衛生センター
〒870 大分市寿町1-3 労働福祉会館内 TEL (0975)37-7991 /FAX (0975)34-8671
- 宮 崎●旧松尾鉱山被害者の会
〒883 日向市財光寺283-211 長江団地1-14 TEL (0982)53-9400 /FAX (0982)53-3404
- 自治体●自治体労働安全衛生研究会
〒102 千代田区六番町1 自治労会館3階 TEL (03)3239-9470 /FAX (03)3264-1432
(オプザーバー)
- 福 島●福島県労働安全衛生センター
〒960 福島市船場町1-5 TEL (0245)23-3586 /FAX (0245)23-3587
- 山 口●山口県安全センター
〒754 山口県小郡郵便局私書箱44号