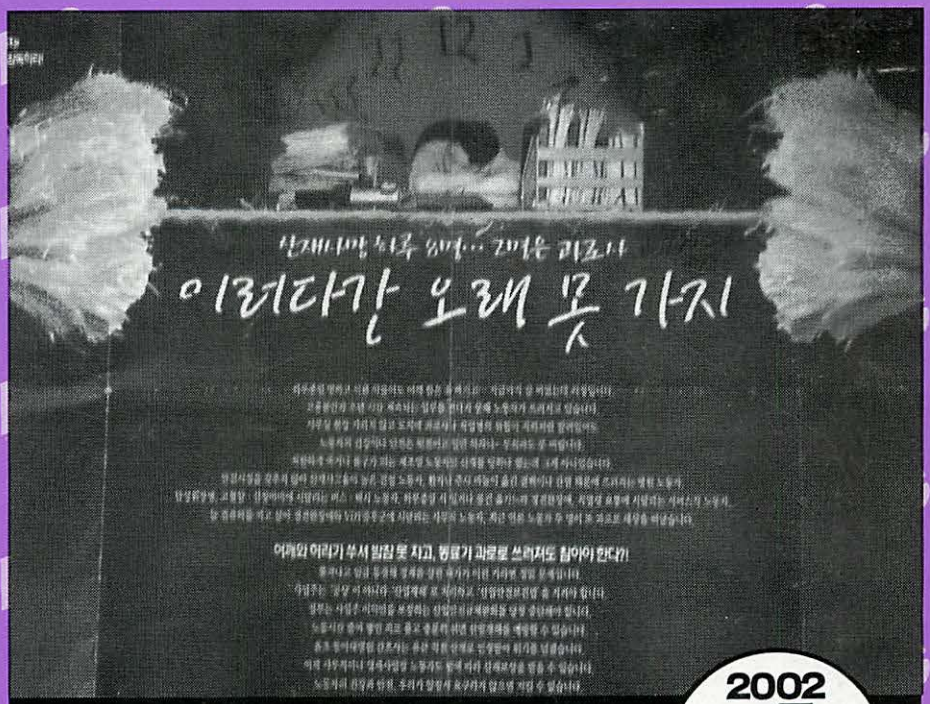
安全センター情報

特集● 脳・心専門検討会資料を読む



安全センター情報2002年4月号 通巻第285号
2002年3月15日発行 毎月1回15日発行
1979年12月28日第三種郵便物認可

写真：韓国の労働団体が作成した過労死撲滅のポスター

2002
4
APR

職業性石綿ばく露と石綿関連疾患

最新刊

—基礎知識と労災補償—

第1部　石綿の基礎知識
　第1章　石綿の種類と物性
　第2章　用途と日本での使用状況
　第3章　職業性ばく露と機会
　第4章　石綿ばく露の医学的所見
第2章　石綿関連疾患の医学的解説
　第1章　石綿の健康障害の歴史
　第2章　石綿肺
　第3章　肺がん
　第4章　中皮腫
　第5章　胸膜疾患
　第6章　肺がん・中皮腫以外のがん
第3部　石綿関連疾患の労災補償
　第1章　労働基準法と労働者災害補償保険法
　　第1節　労働基準法の概要
　　第2節　労働者災害補償法の概要
　第2章　石綿関連疾患の労災補償上の取扱い
　　第1節　業務上疾病の範囲
　　第2節　石綿肺及び合併症の認定
　　第3節　石綿による肺がんの認定
　　第4節　石綿による中皮腫の認定
　第3章　石綿による肺がん・中皮腫の事例
第4部　石綿関連法規等の解説
参考資料

森永謙二 編
大阪府立成人病センター参事

370頁 4,000円(税込・送料途)
10冊以上の注文は2割引していただけるそうです。

2002年2月発行

〒101-0051　東京都千代田区神田神保町2-4
TEL(03)3263-4774　FAX(03)3262-2679　(有)三信図書

1999年：世界のアスベスト産出量・消費量のデータ

資料出所：アスベスト研究所(AI)

世界の産出量—1999年推定産出量(トン)

ロシア	683,000	36.8%
カナダ	345,000	18.6%
中国	250,000	13.5%
ブラジル	200,000	10.7%
ジンバブエ	137,000	7.4%
カザフスタン	105,000	5.7%
ギリシャ	50,000	2.7%
インド	25,000	1.3%
スワジランド	20,000	1.1%
南アフリカ	18,000	1.0%
コロンビア	8,000	0.4%
アメリカ	7,000	0.4%
その他	10,000	0.5%
合計	1,858,000	

世界の消費量—1999年推定消費量(トン)

極東	770,000	41.6%
ロシア・カザフスタン	470,000	25.4%
中東・インド亜大陸	212,000	11.5%
中央・南アメリカ	205,000	11.1%
アフリカ	72,000	3.9%
ヨーロッパ	60,000	3.2%
北アメリカ	60,000	3.2%
合計	1,849,000	

安全センター情報2002年4月号目次［全国労働安全衛生センター連絡会議　通巻第285号　2002年3月15日発行］

特集／脳・心認定基準専門検討会資料を読む

災害中心から慢性ストレス・疲労蓄積型への発想の転換

首尾一貫した補償・予防戦略が必要

全国安全センター事務局長　古谷杉郎 …… 2

過重労働による健康障害防止総合対策
平14.2.12基発第0212001号 …… 36

じん肺・合併肺がんの医療実践上の不利益に
関する専門検討会の検討結果（方針）について …… 39

連載11―塩沢美代子
語りつがねばならぬこと …… 41

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

EU指令改正への経済社会評議会の見解 …… 46
アスベストをロッテルダム条約の対象に …… 49

各地の便り／世界から

ICFTU●労働組合は4月28日の取り組みを …… 51
ILO-EU●労働安全衛生に関する合同ウエブ …… 53
IMF●ストレスは労働組合の団体交渉事項 …… 54
大阪●プログラマーの精神障害を労災認定 …… 58
神奈川●脳・心臓疾患の労災認定取り組み事例 …… 61
東京●MSWの「参加型」労災職業病講座 …… 64
愛知●地方連合センターの連絡会議開催 …… 65
厚労省●「中央労災医員」の名簿を情報開示 …… 66

表紙写真／韓国の労働団体が作成した過労死撲滅のポスターから（2000年）

災害中心から慢性ストレス・疲労蓄積型への発想の転換

首尾一貫した補償・予防戦略が必要

古谷杉郎
全国安全センター事務局長

情報公開法で資料入手

「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会」（座長：和田攻・埼玉医科大学教授）は、2000年11月8日に第1回会合をもった後、以下のとおり、2001年11月15日の第12回会合まで、ほぼ毎月1、2回という精力的なペースで会合を重ねた。最終会合のあった昨年11月15日に、同検討会の「検討結果（方針）について」発表され（2001年12月号21頁参照）、それから一月足らずの12月12日には認定基準・事務連絡の改訂が行われた（2002年1・2月号47頁参照）ことは、既報のとおりである。

[1] 2000年11月8日　[2] 2000年12月26日
[3] 2001年2月5日　[4] 2001年3月5日
[5] 2001年3月19日　[6] 2001年4月16日
[7] 2001年5月14日　[8] 2001年6月18日
[9] 2001年7月26日　[10] 2001年8月7日
[11] 2001年8月28日　[12] 2001年11月15日

検討会は、臨床4名、病理学1名、（公衆）衛生学3名、計8名の医学専門家を参集者として開始されたが、第3回会合の最後に、事務局が、「法律的色彩の濃い事柄に言及せざるを得ない面もあるので、法律学者を参集者として検討に加えることを提言」して了承され、最終的に法律学2名を加えた10名の委員となっている（2001年12月号22頁参照）。

旧労働省の当初の発表（2000年12月号19頁）では、「平成13年夏頃を目途に現行認定基準を見直す」とされていたため、予定がかなり遅れたことに、いろいろな憶測も飛び交っていた。

この検討会の会議自体は公開されなかったが、情報公開法の施行を踏まえて、われわれは、同検討会の全会合に提出された資料すべてについて開示請求し、結果的に合計1,229頁分の資料を入手した。

会合の議事録については、今年2月21日なって厚生労働省のホームページ上に公表された（http://www.mhlw.go.jp/shingi/other.html#roudou、最初の2回分は、http://www2.mhlw.go.jp/info/shingi/roudou/nou/index.htm）。この議事録と入手した資料（会合に提出された資料）とを照らし

最終報告書の目次

Ⅰ　検討の趣旨
Ⅱ　脳・心臓疾患の現状
Ⅲ　認定基準における対象疾病
Ⅳ　脳・心臓疾患の疾患別概要
Ⅴ　業務の過重性の評価
1　過重負荷の考え方
(1) 過重負荷の考え方
(2) 過重負荷と脳・心臓疾患の発症
(3) 過重負荷の評価の基準となる労働者
2　長期間にわたる過重負荷の評価
(1) 長期間にわたる疲労の蓄積の考え方
(2) 就労態様による疲労への影響
3　発症に近接した時期における異常な出来事や短期間の過重負荷の評価
(1) 異常な出来事や短期間の過重負荷の考え方
(2) 異常な出来事や短期間の過重負荷の評価
4　業務の過重性の評価期間
5　業務の過重性の総合評価
(1) 長期間にわたる過重負荷
(2) 異常な出来事や短期間の過重負荷
Ⅵ　脳・心臓疾患のリスクファクター
Ⅶ　まとめ
Ⅷ　参考文献

※以下の頁の囲み記事は、「Ⅴ」の主要な部分の抜き書きおよび記述の変遷の一部を示したものである。各囲み記事をつなぎ合わせると、主要な部分のほとんど全文が記載されていることになっている。なお、記述の変遷に関しては、こまかい箇所の修正の推移について、全てを指摘しているわけではないことをお断りしておく。

合わせることによって、専門検討会の見直し作業をかなりの程度、あとづけることが可能になった。

※[数字]は各会合を示す。[1]は第1回会合のこと。また、[座]は座長の発言、[参]は座長以外の参集者、[事]は事務局の発言を示す。「議事録には参集者の名前は載せない取り扱い」になっているため、座長以外の発言者は特定できない。以下、同じ。

最後の最後まで修正続く

全体的な印象から言うと、非常に速いテンポが想定されていたこと、そして、にもかかわらず作業が遅れ、結果的に当初想定されていたと思われる内容が大幅に軌道修正されている、ということである。

[1](第1回会合)の冒頭で、「月1回のペースで、5月か6月ごろまでに検討会の結果をまとめたいというのが基本である」[座長]とされ、年が明けてからの[3]～[5](2001.1～3)でドラフト検討、[6](2001.4)～報告書案検討、最終検討会(2001.7目途)報告書取りまとめ、と書かれた「検討フローチャート」も配布されている。[2]ですでに「目次(案)」が示されて、執筆分担の割り振りも行われた。最終報告書の目次は、囲みのとおりであるが、結果的に、目次(案)が修正された回数だけでも5回以上。ドラフトや報告書(案)は、最終会合[12]に至るまで毎回修正が加えられ、[12]で配布された報告書(案)と最終報告でも異なっている点が少なからずある。

最終の会合[12]は、2001年11月15日午後6時から、労働基準局会議室で行われている。前回[11]から約2か月半が経過しているわけだが、「報告書案については、本日の会議前に既に2回ほど参集者に見ていただいている(この会合の合間のやりとりに関する資料は今回入手した資料にも含まれていない)。そのうえで、参集者の意見を踏まえ、補正を行った部分等には、下線を引いている。本日は、修正をした部分と重要な部分について重点的に議論したい。報告書のⅠ～Ⅳについては、既に確認をいただいているので、重要な部分である『Ⅴ』について検討したい」(座長)。最終会合は、「重要な部分である『Ⅴ』について」、各項目ごとに朗読したうえで、参集者の意見を求めるというかたちで進められ、「V-1」から「V-4」までは、「参集者全員(発言なし)」、「V-5」については若干の修文を加えることが確認され、最後に座長が、「本日意見をいただいた部分の他、所要の修正を行い、報告書を厚生労働省労働基準局長に提出したい」、とまとめて終了している。

前述の厚生労働省発表文書(「検討結果(方針)について」)は同日付けで、何時頃作成・配布されたかは定かではないが、同文書は、「本日、その検討結果がほぼ取りまとめられたところである」としている。私は、その4日後の19日の月曜日に報告書をもらいに行ったのだが、最終報告書の印刷が上っ

てくるのは同日の午後ということであった。

主要な結論部分に限ってではあるが、最後の土壇場まで加えられた修正の経過を、追ってみたい。

当初の基本方針

[3]で提出された「脳・心臓疾患の認定に向けての方向付けについて」というメモで、言わば「当初の基本方針」が示されている。座長がこれを説明しているが、むろん、旧労働省―厚生労働省の事務局との合意の上で示されたものであろう。

● 労災補償の基本

まず、「労災補償の基本」として、以下の3点を、あらかじめ「宣言」している。

① 業務起因性が明らかであることとする。
② 相当因果関係が必要であり、相対的有力原因説で判断する。
③ 事業主の過失責任については考慮しない。

● 業務起因性の基本的な考え方

続けて、「過重性の評価」をどう考えるかと問うて、「日常生活」も「普通の業務」も、脳・心臓疾患に何らかの影響を与えるものであり、これは、「通常の一般の反応」、「自然経過」と考える。そのうえで、「自然経過を超える状況」には2つの過程があり、「長期(例えば3～6か月)にわたる慢性または急性反復性過重・ストレス=6頁の図1のイ」による「基礎的な病態(基礎疾病)の形成」で、それが積み重なってきたところへ、「急性ストレス(異常な出来事)(短期間-1週間位)=6頁の図1のロ」=「発症の誘因」が加わって発症するという過程が、「基本的な発症の病態の流れではないかと考える」とする。

これは、6頁囲みの図1を見ながら読んでいただとわかりやすい。図1は報告書の「V　業務の過重性の評価」の冒頭に掲げられているものであり、最初に当該部分のドラフトが示された[3]から[11]まで、ドラフトが提出されるたびに毎回、改図が加えられてきたという意味でも、議論の変遷を象徴するものになっている。

「業務起因性の基本的な考え方」として、「イ+ロ→発症」が「基本型」で、イが極めて少なくロが極めて大きい場合、イが大きくロが極めて少ない場合、も「特殊型」としてある、という整理の仕方である。

一方、「非業務起因性の疾病に関しては、長期の過重・ストレスなどが自然経過を著しく超えないように経過してきた場合、あるいは急性ストレスも一般に経験するような急性のストレスであれば、検討しなくてもいいだろうと考えられる」、ということである。

● 対象疾患

「対象疾患」については、いままでは疾病列挙式だったが、「脳・心臓疾患で、業務の過重性によって発症することが証明されている疾患のすべてを対象にするという基本的な考え方を取ったらどうかと考えている」。

● 過重性の評価①

続けて、「長期の過重・ストレスなどの過程においては、疲労の蓄積があるかないかを、やはり基本に考えてはどうかということである。通常であれば睡眠を大体6、7時間取れば、その日の急性疲労は一応取れるだろうと考えられる。それよりもっと短いと疲労の蓄積を生じて、それが積み重なることによって、基礎疾患の形成をなしてくるのではないかという考え方である」、と説明。

「労働時間の目安」を「提示できればと考えている」。また、「ILOの153号条約や自動車運転手の改善基準というものもあるので一応参考にできたらと考える」としたうえで、「労働時間の目安を基本とし、詳しい就労態様や業務環境要因を具体的に考慮し、修飾していくという形を取ってはどうかと考える」、と提案している。

● 過重性の評価②

「対象労働者」については、「日常業務が可能な状態の基礎疾患を有する者を含めた平均的労働者という考え方を導入するが、その際、基礎疾患の重症度のとらえ方というものが、非常に重要になるので、具体的に示すことを考えたい」。

「労働者の自己管理が十分でなかったことを、ど

V-1(1) 過重負荷の考え方

[3]、[4]、[8]、[9]、[10]、[11]、[12] [※ドラフトまたは報告書(案)が出された会合。以下同じ。]

- 脳・心臓疾患は、血管病変等の形成・進行・増悪によって発症する。血管病変等の形成・進行・増悪には、基礎的要因が密接に関連し、脳・心臓疾患は、自然経過をたどり発症するものである。
- 基礎的要因=加齢、食生活、生活環境等の日常生活による諸要因や遺伝等の個人に内在する要因
- 自然経過=基礎的要因による生体が受ける通常の負荷により、長年の生活の営みの中で、徐々に血管病変等が形成・進行・増悪
- 業務は、血管病変等の形成に当たっては直接の要因とはならないものの、<[10]で追加>
- 業務による過重負荷が加わることにより、発症の基礎となる血管病変等がその自然経過を超えて<[9-11]では「特に」を挿入、[12]で削除>著しく増悪し、脳・心臓疾患が発症する場合があることは医学的に広く認知されている。
- 現行認定基準では、業務の過重性の評価に当たって、発症に近接した時期における業務量、業務内容等を中心に行っているが、
- 最近では、脳・心臓疾患の発症に影響を及ぼす負荷として、「長期間にわたる業務による疲労の蓄積」も認識されるようになってきた。したがって、(業務の過重性の評価に当たって)発症前の長期にわたる過重負荷に由来する疲労の蓄積についても考慮すべきである。
  - ★ この部分は、以下のように表現が変遷した(以下では「長期間にわたる業務による」は省略)。[10]からこのかたちに整理されたが、「疲労の蓄積」という言葉に一本化されたのは[11]からで、[10]まではずっと、「疲労の蓄積や過度のストレス」、略して「疲労やストレス」という言葉が使われている。
  - [3] 負荷を受ける側の慢性的な疲労や過度のストレスは、血管病変等の増悪に関連
  - [4] 負荷を受ける側の慢性的な疲労や過度のストレスは、血管病変等の形成を促進し、その増悪に関連
  - [8] 疲労やストレスは、血管病変等の進行・増悪に関連することもある
  - [9] 疲労やストレスも、血管病変等の進行・増悪に関連することがある
  - 形成・進行・増悪の表現をめぐって何度か議論されているが、結局[10]で、「発症に影響を及ぼす負荷」のひとつと整理され、前の方の、「業務は形成の直接の要因にはならない」という文章も加えられた。なお、従来の認定基準では、増悪だけである。
- ただし、業務による疲労の蓄積の評価は、主観的な訴えが中心となること、しかも業務以外の要因が疲労の蓄積に関与することも少なくないこと等から、定量的かつ客観的に判断することが難しいが、より客観的に評価するためには、労働時間の長さや、就労態様を具体的かつ客観的に把握し、総合的に判断する必要がある。
- なお、事務、営業、販売、工場労働、屋外労働(建設作業)等において、日常業務に従事する上で受ける負荷は、通常の範囲内にとどまり、血管病変等の自然経過を超えて著しく増悪させるものではないので、業務の過重性の評価に当たって考慮する必要はないであろう。

う考えるかということが、非常に重要な問題として上がってくるが、基本的には、これを怠ったことによって直接的に業務外にするということではなく、基礎疾患の程度として評価してはどうか、という考え方である」。

なお、「いずれにしても前提としては、業務過重性が明らかに証明されたもので、有力な原因であったものが前提になるので、それだけは外さないということである」、とも言っている。

以上が、座長から説明された「当初の基本方針」であり、以下、主な論点にそって議論の経過を見ていきたい。

基本的な考え方

「V-1 過重負荷の考え方」をめぐる議論、より具体的には、次頁の図1自体とその解説の記述の変

V-1(2) 過重負荷と脳・心臓疾患の発症

[3]、[4]、[8]、[9]、[10]、[11]、[12]

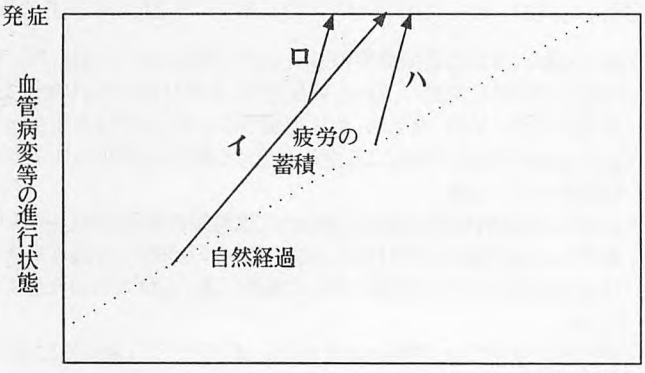
※タイトル自体が以下のように変遷している。以下同じ

[3] [4] [8] 過重負荷の定義

[9] 過重負荷による脳・心臓疾患の発症パターン

[10]～過重負荷と脳・心臓疾患の発症

図1 発症に至るまでの概念図



【過重負荷】

★V-1(1)の考察から過重負荷の定義をするわけだが、その表現は以下のように変遷している。

[3] [4] 過重負荷とは、医学経験則に照らして、脳・心臓疾患等を発症させると評価できる負荷をい[い…] 業務による過重負荷が脳・心臓疾患等の発症の基礎となる血管病変等をその自然経過、すなわち加齢や日常生活などによる負荷を一定限度以上超えて著しく増悪させたかどうかで判断される。

[8] 過重負荷とは、医学経験則に照らして、**客観的に**脳・心臓疾患の発症に関与すると評価できる負荷をい[い…] 業務による過重負荷が脳・心臓疾患等の発症の基礎となる血管病変等を加齢や日常生活などにおける通常の負荷による進行、すなわち自然経過を超えて**特に**著しく進行及び増悪させたかどうかという観点から判断される。

[9]～ 過重負荷とは、医学経験則に照らして、脳・心臓疾患等の発症の基礎となる血管病変等をその自然経過を超えて<**特に**>著しく進行を促進、増悪させ得ることが客観的に認められる負荷と定義できる。

[12]で<**特に**>を削除

【イ：慢性・急性反復性ストレス→疲労の蓄積】

[3] [4] 過去の一定期間の**慢性ないし急性反復性過重、ストレス**による基礎疾患の自然の経過を著しく超えた**増悪**

[8] [9] 就労態様による発症前の一定期間の**慢性ないし急性反復性過重負荷**が血管病変等の自然の経過を特に著しく超えた**進行及び増悪**に関与

[10] 長時間労働等の就労態様による発症前の長期間にわたる**疲労の蓄積**が血管病変等をその自然経過を超えた**特に**著しい**進行、増悪**に関与

[11] 長時間労働等業務による負荷が長期間にわたって生体に加わることによって**疲労の蓄積**が生じ、それが

遷が、検討会の動向を最もよく反映しているように思われる。ドラフトの記述の変遷については、別掲の囲み記事を参照していただきたいが、議事録で確認できるやりとりは、以下のとおりである。

● 災害中心から長期ストレス・慢性疲労型への発想の転換

[3]の前記座長説明の直後から、他の参集者からは以下のような質問・意見が出されている。

「長期間にわたる過重ストレスのみの場合も認める考え方か」。

「(これまでの認定基準改訂が)時間をだんだん延ばしてきた経緯については、どう理解するのか」。

「従来の考え方と違うのは、異常な出来事というものがなくても良いとすることだと思う。そう考えるのか」。

「具体的な出来事がなくても良いとなると歯止めがなくなってしまうのではないかという感じがするが」。

「慢性的なもののみで認められることは、私病である脳・心臓疾患が業務上疾病とすることについての社会的な同

血管病変等をその自然経過を超えて<特に>著しく増悪させる <[12]で「特に」を削除>

【ロ: 急性ストレス→急性の(過重)負荷】

[3] 短期間の**急性のストレス等の誘因**による発症

[4] 発症に近接した時期における**急性のストレス等の誘因**による発症

[8] [9] 発症に近接した短期間の業務に関連する**急性のストレス**を**誘因**とする発症

[10] 発症に近接した期間の業務に関連する**急性の過重負荷**を**誘因**として発症

[11]～ 発症に近接した時期の業務による**急性の負荷**を**引き金**として発症

【発症のパターン: 基本→重視】

[3] [4] [イ+ロ]を**基本成因**とし、ときによってロが明確でなくイのみが認められる場合や、その逆もあり得るとするのが妥当であると考えられる。

[8] [9] 発症の**基本的思考パターン**—[イ+ロ]を基本成因とし、ときによってイが明確でなくロが強く認められる場合もあり得ると思考できる。

[10] 発症の**基本パターン**は、[イ+ロ]。ときによってイが明確でない場合<ハの線を追加>、また、ロが認められない場合もある。

[11] 「発症のパターン」として、①イによる発症、②イに加え、ロによる発症、③ハの現行認定基準における急性の過重負荷を原因とする発症、を列挙し、「このパターンのうち、**最も基本的**なものには②に示すパターンである」とする。<②の場合のロは「急性の負荷」、③の場合のハは「急性の**過重負荷**」と使い分けている。[12]からは、[11]と同じ構造で、「このパターンのうち、当専門検討会で**最も重視**したのは、②に示したパターンである」に変わった。>

【業務起因性の判断】

[3] [4] これら、いずれの場合においても、日常業務に比較し、特に過重な業務に就労したと認められるには、過重負荷により血管病変等が時[明らか]に自然経過を超えて著しく増悪したことが必要である。

[8] [9] このような業務による脳・心臓疾患発症のパターン認識により、業務の過重性を総合的に考察した上で、業務上の明らかな過重負荷により血管病変等が自然経過を超えて<特に—[9]で追加>著しく増悪したかどうかを検証する必要がある。

[10] このような業務による脳・心臓疾患発症のパターンにより、業務の過重性を総合的に考察した上で、業務上の明らかな過重負荷を発症前に受けたことが認められる場合は、業務起因性が認められると判断できる。

[11]～ このような業務による脳・心臓疾患発症のパターンを念頭に置きつつ、業務の過重性を総合的に考察した上で、業務上による明らかな過重負荷を発症前に受けたことが認められる場合は、業務起因性が認められると判断できる。

[10]～ **なお、長期間にわたる疲労の蓄積の解消や適切な治療によって、血管病変等が改善するとする報告があることに留意する必要がある。**

意が得られなくなることがありはしないかとも思うが」。

座長はその都度、「基本方針」を擁護しているのだが、最後の意見に対しては、「作業関連疾患というのは、確実に定着している」と切り出して、以下のように反論している。

「**基本的な考え方としては、災害中心から長期ストレス、慢性疲労型へ、だんだん変わってきているという現状である。おそらくこれから10年経ったら、むしろほとんどそちらに行ってしまうのではないかという考え方もあり、ここでほんのわずか災害中心の考え方を取って一旦延ばしたりしたぐらいでは、また改正する必要があり、時代の流れに沿っていないと思う。**…なお、この場合、私病を業務上とすることに対する危惧は、業務上の判断を正確に行うことと、本人の生活習慣、治療へのコンプライアンスなどの業務外のリスクファクターや基礎疾患の状態も十分に判断に加えることで防げると思う」。

座長はここで、「臨床の先生方の日頃の体験から考えて、判断していただきたいが…どう考えるか」

と振っているが、「基本方針」擁護のために臨床家の意見を求めるという手法は、以後ずっと継続している(「基本的には座長提案の時代の流れに沿った考え方に賛成」、という発言を引き出している)。

● 従来の認定基準踏襲派?

[4]でも「慢性的な疲労も過重負荷のひとつの態様と考えるということか」との質問に対して、「むしろ、その方が重要ではないかという考え方になっている」と、座長の回答はその点ではすっきりしている。

しかし一方で、旧認定基準踏襲派と言うか、旧認定基準との整合性を重視する参集者がいる。以下の発言は、以後も続くひとつの発想のパターンを端的に示している。

「発症前1週間以内の業務に関連した異常な出来事とか、そういうものが関連することが多いし、その方が一般的にも世間の了解を得られやすい。最高裁が示した判断は、従来はそれで切っていたけれども、そうではなくて長期にわたる過重、長時間労働、長い拘束時間というものも発症に関係があると考えていいのではないかという考えが示されたものである。したがって、従来の考え方がそのままひとつあって、新たにそういう考え方も十分に考慮しろという司法の判断が示されたのではないかと理解している」。

このときも座長は、「臨床の参集者」の発言を求め、以下の発言を引き出している。

「臨床的な立場から言うと、脳血管障害というのは以前は『セレブロバスキュラ・アクシデント』(CVA)と言われていたが、そういう言葉は非常に米国では使われなくなってきた。それは発症の誘因を非常に重視するとセレブロバスキュラ・アクシデントということになるが、むしろアクシデントではなくて起こるべくして起きた結末であるということで、ストロークという言葉が臨床的には使われている。…CVAという言葉が使われなくなってきていることからも、医学的な発症としては慢性的な過重の部分がかなり重要で、むしろこちらの部分の方が、発症のメカニズムとしては重要ではないかと思う」。

1週間という従来からの判定基準はそのまま踏襲しておいて、長期にわたる慢性的な過重負荷の場合も新しく別枠として加えるという、いわば2本立てとした方が、理解しやすいという趣旨の発言は、[7]、[8]でも繰り返されている。

[9]は、言わば旧認定基準踏襲派への譲歩の最初の「画期」となった。以下のやりとりを参照していただきたい。

[参] 従来の発症前1週間以内の特に過重な負荷による図と、慢性の負荷による図を分けて出した方が、分かりやすいのではないか。従来のものは従来のものとして理解し、新たにこのようなカテゴリーのものが加わるということで、理解しやすいのではないかと思う。…

[座] 従前のものはイが明確でなくて、ロが強く認められている場合ということになる。

[参] 図を2つ書くと、かえって混乱するのではないか。

[参] イの方を強調すべきである。

[座] **従来の認定基準の発想を全部転換し、イの方をむしろ強調すべきという考え方に立っている。…**

[参] 私は、この「長期間にわたる」、例えば1か月の就業時間が60時間を超えるような就労というのは、今後行政の指導もあろうし、それから経営者のみならず、労働者自身の自覚あるいは過度の長時間労働勤務から脱却するように努力することによって、だんだんなくなっていくのではないかと思う。しかしながら、急性の負荷によるものは今後も起こり得るのではないかと思う。そうすると、従来から発症前1週間に特に過重な負荷があったものというのは、やはり文章の上でも、従来の考え方を踏襲するということを明確にしておいた方がいいのではないかと考える。

[参] それは、例えば一番最後のまとめのところに記述すればいいのではないか。

[座] 発症に関する線は3本とも実線にする。

こうして、図1には、[10]から、ハの実線が付け加えられることになった。ただし、[10]の時点では、3本目の「ハ」としてではなく、「ときによってイが認められない場合」を示すものとされ、「また、ロが認められない場合」(ロなしにイの線が延長するところ]とともに、例外的ケースとして説明されていた。

[10]の議事録上では、この点に関するやりとりはなされていないのだが、[11]では、「ハ」の線は「現行認定基準における急性の過重負荷を原因とする発症」を示すものと説明されて、従来の認定基準が「復活」したわけである。図1は、[11]でようやく最終報告書掲載のものと同じものになった。

● 「発想の転換」は反映されたか?

しかし、[11]でも、「追撃」の手は緩められず、座長はさらに後退を強いられている。

[参]「このパターンのうち、最も基本的なものは、②に示すパターンである」という記述は、必要ないのではないか。
[座] 基本的な発症に至るまでのパターンについては、検討の初期に確認したもので、それを記載した。
[参]「最も基本的なものは、②に示すパターンである」という記載が、これ以降の具体的な認定基準の考え方に反映していなければ入れる意味はない。
[座] この考えに基づいて、長期間の6か月について評価することになるものである。
[参]「業務の過重性の総合評価」の(1)が①に相当し、(2)が③に相当していると理解できるが、そうではないのか。そうすると、最も基本的なパターンに相当する基準が書いていないこととなり、平仄が合わない。
[参] 脳・心臓疾患という病気の特性から考えると、①のようなパターンではなくて、途中で何か誘因的なものがあって、発症に至る②が基本的なパターンだと思う。
[参] その考え方は、この検討会が判断したというものではないのか。
[座] 臨床的にみてどうか。
[参] …②のパターンというのはある意味で、脳の場合は重要ではないかと思う。
[参] 心臓の方も基本的には脳と同じように考えられる。
[座] 業務により血管病変を自然経過をこえて増悪させ、発症するというはっきりしたデータはない。そのため、本検討会でそれを検討することになったわけである。**発想の逆転から医学的には長期間の過重負荷を重視すべきであると考えた方がいいのではないかというのが本検討会のメインの問題である。**
[参] エビデンスが明確でないということは、今後の研究により変わっていく可能性がある。そのため、現時点で②が基本的だと決めてしまうのは、心配である。
[座] 本検討会では、②のパターンを重視するではどうか。
[参] それであればいい。
[座]「最も重視したのは、②に示すパターンである」と修文することにする。

改訂された新認定基準をみていただきたい(2002年1月号50頁参照)。「第3 認定要件」として、①異常な出来事、②短期間の過重業務、③長期間の過重業務の3つが並列、列挙されていることに象徴的なように、まさに、①②という従来の認定基準に、③が新たに別枠として付け加えられたかたちになっている。また、[11]でいみじくもある参集者が発言しているように、「最も基本的な発症パターン」の構成要素であったはずの、図1の「ロ」=「急性の(「過重」はつかない)負荷による発症の誘発」は、認定基準上では何の意味も持たされていないと言わざるをえないようだ。

実際、最終報告書では、「V-1(2) 過重負荷と脳・心臓疾患の発症」の部分に関しては、妥協・後退しながらも、「当専門検討会で最も重視したのは」というかたちは残ったものの、そのことが他の部分に反映しているとは言い難いのである。

結果的に、基本的な考え方—「災害中心から長期ストレス・慢性疲労型への発想の転換」は、「果たされなかった」、と言わざるを得ないのではないか。

● 発症との時間的関係

[3]で次のようなやりとりがされていることも、当初の基本方針の「発想の転換」を示すものであった。

[事] 時間的に見た場合、**医学的に発症に近ければ近いほど影響が強く、発症から遡れば遡るほど、関連は希薄となるという部分**について、これは今回の議論でも基本的な考え方としてよいのか。
[座] 昔はこう考えていたということだけのことで、現在は取らなくていい。医学的に慢性的なものを考える場合、**原則的にこういう考え方は、もう妥当しないと考えてはどうか。**

[11]になると、このときの座長発言を踏まえたある参集者の発言に対して、座長自らが、「発症に近いほど影響が強いというのは、医学的に間違いではない」、として封じてしまっている。

● 「急激に著しく」、「特に」

旧認定基準では、過重負荷の定義は、「自然経過を超えて急激に著しく増悪させ得る」という表現であったが、最高裁が業務上と判断した2つのケース[2000年12月号23頁参照]ではいずれも、「自然経過を超えて増悪させた」という総合評価を行っており、「急激に」も「著しく」も付けていない。今回の報告書では、当初([3])から、「自然経過を超えて著しく増悪」、と記述されている。

この点については、[4]で、ある参集者からの、「『自然経過を超えて急激に』という言葉は入れない

のか。従来は、この急激にという言葉は1週間との関連において強調されていたのだが」という発言に対して、座長が、「慢性的な期間を中心とする負荷の評価からすると、常に『著しく…』でもいいと考える」、と応じている。

記述の変遷をよくみると、過重負荷の定義だけでなく、随所で、「特に」を付ける、外す、と言った変更が繰り返されている。くわしくは各囲み記事を参照していただきたいが、[12]提出のドラフトで、最終的に「特に」を削除した箇所が実に多いことに気づかれるだろう。

しかも、それにもかかわらず、新認定基準では、過重負荷の定義は検討会報告書にしたがいながらも、「3　認定要件」のところで、短期間の過重負荷と長期間の過重負荷いずれの定義についても、「特に過重な業務に就労したこと」と、「特に」を潜り込ませているのである。まったく、懲りない役所である。

● 認定調査

それでは、「発想の転換」によって、認定基準をどのように変えようとしていたのか、また、実際に改訂された認定基準とはどう異なるのかということ、が問題になる。その点を以下にみていくことになるが、「認定調査の進め方」に関しては分かりやすいので、ここで紹介しておこう。

[8]に提出された「業務の過重性の総合評価」の部分のドラフトでは、「まず、長期間にわたる過重負荷の実態を調査した上で評価し、それをもって業務上と判定し得ない場合については、異常な出来事や短期間の過重負荷に着目して判断すべきである」、「長期間にわたる過重性の評価の結果、業務外と判断された場合は、発症の誘因と位置づけられている異常な出来事を含む短期間の過重性を評価する必要がある」等とされていた。

それ以前の会合における座長の発言にも、似たようなニュアンスが読み取れる。

しかし、[8]のドラフトでは、それらの記述の部分に二重線で削除の指示がされ、座長が、「実際に作業をする方からいうと、異常な出来事、短期間の過重負荷を先にして、長期間の過重負荷を後にした方がやりやすいといった意味から、書き直しをすることとしたい。その場合、むしろ長期間の過重負荷をきちんとみるということが今回の前提であるから、それをPRしなければいけないと思う。それをPRできるような方法で表現したいと思う」、と説明している。

この部分は、[7]提出のドラフトや議論にはないので、いきさつは分からないが、その間に判断が下されたわけで、これも「基本方針」からの後退ということになるだろう。

「発想の転換」と認定基準

● ストレス・疲労の考え方

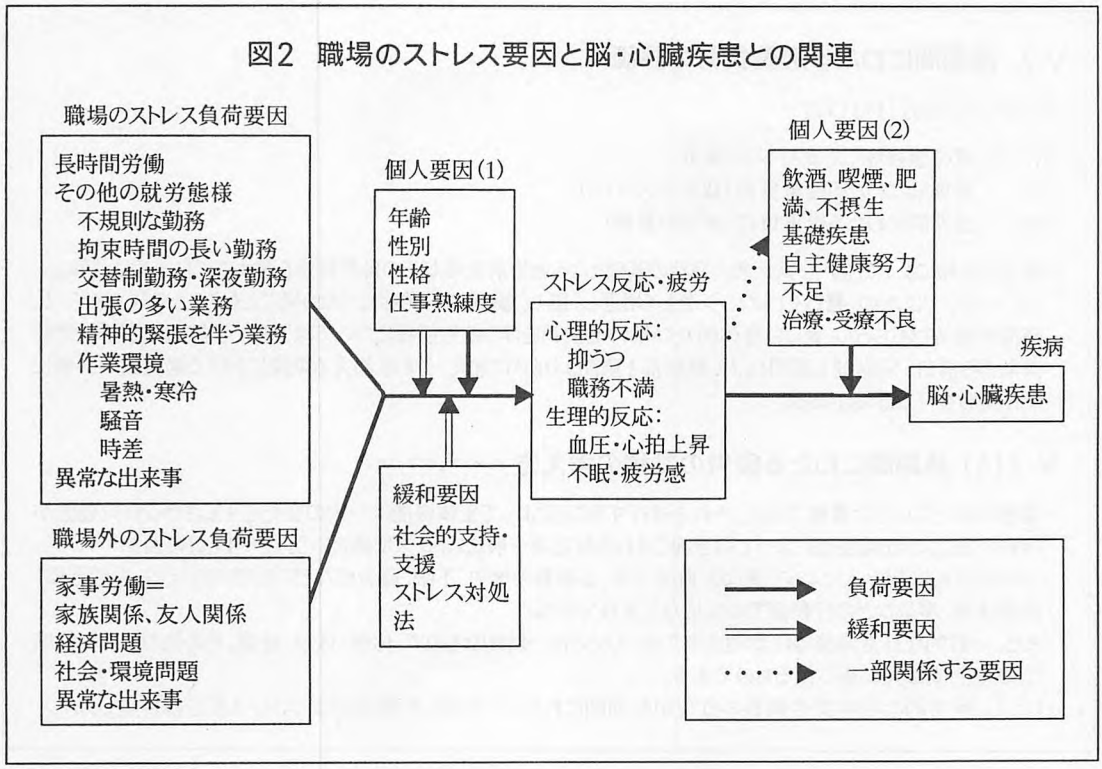
次頁の図2は、「V-2(1)　長期間にわたる疲労の蓄積の考え方」の説明として、当初([6])のドラフトから示されていたものである([6]の時点でのタイトルは「就労態様等によるストレス・疲労の考え方」。図自体は、図1に比べればあまり変更されていない)。

これは、「精神障害等の労災認定に係る専門検討会報告書」でも示されている(1999年10月号25頁参照)、アメリカNIOSH(国立労働安全衛生研究所)の「職業性ストレスモデル」を改変したものである。

座長の説明によれば、「精神障害の場合は、職場のストレス負荷要因と職場外のストレス負荷要因だけであるが、精神障害の場合に比べて、詳しく説明している部分が2点ある。1点目は、精神障害の場合、個人要因、緩和要因という表現だけであったが、具体的にその内容を書いたというところである。ストレス反応、疲労の蓄積もまったく同じである。もう1点は、個人要因(2)のところである。精神障害の場合は問題にならなかったが、脳・心臓疾患の場合には、かなり重要になってくるので、個人要因(2)として新たに加えた」。

後者は、「ストレス反応・疲労」から「個人要因(2)」に向かって矢印がついていることが特徴だが、この矢印線は、当初は点線ではなく実線だった。以下は、「この矢印はこれでいいのか」と問われたときの座長の発言である。

「その辺の考え方はまだ見解が統一されていない。例えば、飲酒、喫煙、肥満にしても、ストレスによって二次的



にそういう行動を起こしてしまったという考え方もあり、半分くらいの調査では、ストレスのかかっている人はアルコール量が多いという結果が出ている。それが原因なのか結果なのかということは分かっていないが、飲酒、喫煙、肥満がストレスによってくるものである可能性も否定できないということで黒で矢印を引いてある。全部が全部という意味ではないので、誤解を受けるようであるのなら点線にしてもいい」。

この図を使った説明の記述の変遷は、12-13頁の囲み記事に示してある。「したがって、発症との関連において、業務の過重性の評価に当たっては、発症時における疲労の蓄積がどの程度であったかという観点から判断することになる」という趣旨が結論なのであるが、この部分の記述は、[10]でこのようなかたちに整理されたものである。

[6]、[7]、[8]のドラフトでは、この旨の記述の後に、以下のような趣旨の記述があった(以下に示すのは[8]の記述)。

「具体的には、疲労の蓄積といった観点から、労働時間の証拠に基づいた客観的な評価とともに、それを修飾する不規則性、拘束性、交替制勤務、作業環境要因などの諸要因のかかわりや業務に由来する精神的緊張等を考慮して評価する必要がある。ただし、個人が日常的に受けるストレスには、業務によるストレス以外に家族をはじめ極めて多くの業務以外のストレスもあり、また、ストレスに対する反応の仕方は、個人の年齢、性別、性格、行動やや対処パターンの傾向、業務の熟練度、基礎疾患の程度、治療の状態、社会的支援の状況などによって大きく異なることから、業務外の種々のリスク因子の関与も合わせて勘案し、脳・心臓疾患の発症との関連を総合的に評価することが重要である」。

図2の包括的な説明—職場のストレス負荷要因と職場外のストレス負荷要因、個人要員等の区別と関係、それらに対する個人の側のストレス反応と脳・心臓疾患の発症との関連、疲労及び疲労の蓄積の位置づけ、等—として、このような記述があった方が、理解しやすいことは明らかであろう。

[10]でこの記述がなくなった理由は、議事録はじめ資料からは確認できない。あるいは、「V-5　過重

V-2 長期間にわたる過重負荷の評価

[6] [7] [8] [10] [11] [12]

[6] [7] 就労態様等によるストレス・疲労
[8] 長期間にわたる過重負荷（疲労やストレス）
[10] 長期間にわたる過重負荷（疲労の蓄積）

・疲労の蓄積によって、脳・心臓疾患の発症の基礎となる血管病変等がその自然経過を超えて＜[10]では「特に」、[6]～[8]では次の「著しく」もなし＞著しく増悪し、脳・心臓疾患の発症につながることもあるとの観点から、長時間労働等はもちろん、著しい身体的及び精神的負荷を伴う就労態様については、従来定めていた期間（発症直前から前日、発症前1週間以内、発症前1週間より前）に加え、それを超える期間における過重性の評価に関し検討を行う必要がある。

V-2（1）長期間にわたる疲労の蓄積の考え方

・業務には、どのような業務であれ、それを遂行することによって生体機能に一定の変化を生じさせる負荷要因が存在する。この負荷要因によって引き起こされる反応を一般にストレス反応という。＜→11頁の図＞
・ストレス反応は個々人によって異なり、血圧上昇、心拍数の増加、不眠、疲労感などの生理的な反応、生活習慣、疾病休業、事故などの行動面での反応など多様である。
・また、一般的な日常業務等により生じるストレス反応は一時的なもので、休憩・休息、睡眠、その他の適切な対処により、生体は元に復し得るものである。
・しかし、恒常的な長時間労働等の負荷が長期間にわたって作用した場合には、ストレス反応は持続し、かつ、

性の総合評価」の記述にゆずるという区分けなのかもしれないが、前述のように「基本的な考え方」に関して、[10]から当初の方針から大幅に後退していることと無縁ではないかもしれない。

● 業務外・個人要因評価も取り込む?

[1]で提出された事務局作成の「論点及び検討の進め方」では、「疲労（慢性の疲労や過度のストレス）の評価」について、現行認定基準では「評価の対象としていない」が、「一定条件のもとで付加的に考慮する方向で見直す」、「就労態様に応じた具体的な評価要因を相当長期間評価することによって事実上、慢性疲労、疲労の蓄積といった概念を取り込む方向で見直す」というものであった（「『一定条件』とは、脳・心臓疾患の有力な原因が、高血圧症などの基礎疾患によるものなのか、『業務の過重性』によるものなのか判断できない場合をいう」、とされていた）。また、そのこととの「関連」で、「1週間より前の業務のとらえ方」も見直す、ということでもあった。

[I]で事務局は、「そもそも認定基準は、こういうものを業務上にしなさいという、業務上の要件を示すのが一般的である。精神障害等の場合は、**その成因から『ストレス―脆弱性理論』という理論を踏まえ、業務以外のものも見ることとしている。**現行の脳・心臓疾患の認定基準では、業務外要因についてはほとんど触れていない」と説明。これを受けて、座長は、「ストレスになれば精神疾患と同じような考え方をしていかなければならないのではないか。特に、『長年にわたるストレスを考慮すべきである』ということが出てくるのであれば、業務だけのストレスを考えればいいのか、個人的なストレスを考えるのかということになってくるものと考える」、という発言をしている。

ここでの眼目は、業務だけのストレスのみでなく、業務以外のストレスや個人要因も認定要件に入ってくる、ということである。少なくとも座長は、「精神障害等の判断指針」と同様に、「業務以外の要因」や「個人要因」のよりくわしい評価の目安や基準を、新たに認定基準に組み込もうとしていたのではないか、と推測している。

「精神障害等の判断指針」の事務連絡では、「認定基準」

多大となり、ついには回復し難いものとなる。これを一般的に疲労の蓄積といい、これによって、生体機能は低下し、血管病変等が増悪することがあると考えられている。

[6] [7]では、「生体機能は低下[疲弊]し、加齢などによる血管病変等の通常の進行を<著しく一[7]で削除>超えた**不可逆的な変化**を生ずることがある[になる]。このように**基礎病変が形成**され、進行する過程で、何らかの**誘因**が加わることにより、脳・心臓疾患を引き起こすことがある」、との記述があった。

・したがって、発症との関連において、業務の過重性の評価に当たっては、<発症時>における疲労の蓄積がどの程度であったのか、すなわち、業務により生じた疲労の蓄積が血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ、脳・心臓疾患を発症にいたらしめる程度のものであったか否かといった観点から判断することになる。<[10]でおおかた整理された部分(ただし、<>の部分が[10]では、「発症直前」>。

・また、疲労は、恒常的な長時間労働等の負荷が長期間にわたって作用することにより蓄積するが、逆にこの負荷要因が消退した場合には、疲労も回復するものであることから、発症時における疲労の蓄積度合の評価に当たっては、発症前の一定期間の就労状態等を考察し、判断することが妥当である。

[6]では関連の記載がなく、[11]で現在のかたちに整理された。以下の記述も[11]で削除された。

[7] 過重負荷がなくなってから、一定期間を超える期間後に発症した場合は、業務が発症に大きく関わり合ったものと解することは困難であるとすることが、医学経験則上妥当と考える。

[8] なお、1の(2)(「過重負荷の定義」の項)の基本的成因としての発症に近接した短期間の急性ストレスがあった場合にも、その後のストレスは日常業務において受けるストレスと同等あるいはそれ以下となってから、おおむね1か月を超える期間後に発症した場合は、業務以外の要因により発症したと解することが妥当であると思われる。

[10] おおむね1か月程度業務から解放され、完全休養が取得できていると認められる状態が認められる場合は、疲労は回復されたと見なすことができよう。

ではなく、「『判断指針』の名称を用いたのは、精神障害の発病は、その特質から、従来の認定基準のように業務に関連する認定要件を列挙し、それに該当すれば原則として業務上と判断できるものではなく、**業務要因のみならず業務以外の要因(業務以外の心理的負荷及び個体側要因)を併せて総合的に判断する必要があること**、判断指針の別表1に代表されるように判断の詳細な手順を示したものであること等によるものである」(1999年11月号16頁参照)とされている(「心理的負荷」は「ストレス」を置き換えた言葉—[5]での事務局の説明)。

そのためにこそ、「精神障害等の労災認定に係る専門検討会」が精神障害の業務上外判断の理論的基礎を「ストレス—脆弱性」理論に置いて報告書をまとめたことにならったかたちで、前にみたように、「脳・心臓疾患の発症」パターンの理解における「災害中心から長期ストレス・慢性疲労型への発想の転換」を図ろうとしたのではないかと、推測するのである。

これは、前述の、「一定条件のもとで付加的に考慮する方向で見直す」という方針を上回るものであったと思われるのだが、事務局がこの「発想の転換」をどのように受け止めていたかは不明である。

改訂された新認定基準の、①異常な出来事、②短期間の過重業務、という従来の基準に、③長期間の過重業務を新たに別枠として付け加えるやり方の方が、むしろ前述の事務局の「一定条件のもとで付加的に考慮する方向で見直す」という方針に忠実、と言ってよいだろう。「業務以外の要因」や「個人要因」の評価についても、改訂認定基準本文では一言もふれられておらず、事務連絡の最後に、「5 リスクファクターの評価」として、「リスクファクター及び基礎疾患の状態、程度を十分検討する必要があるが、認定基準の要件に該当する事案については、明らかに業務以外の原因により発症したと認められる場合等の特段の事情がない限り、業務起因性が認められるものである」、とされているだけである(2002年1・2月号60頁参照)。

● 「業務以外」要件の厳密化は不要

「基本的考え方」の「発想の転換」が果たせなかったこととともに/にともなって、その是非はともかく、私の推測した立場からみても、認定基準の見直しも想

定したようにはならなかった、と言っていいのではないか。「是非はともかく」と言ったのは、「業務以外の要因」や「個人要因」を厳密化して詳しく認定の手順等に示すことに反対だからである。

2002年1・2月号11頁でも書いているように、旧労働省は、「具体的列挙規定の疾病」については、「一定の要件が見たされているものは、その業務以外の原因によって生じたものであること等の立証がなされない限り、業務に起因して生じたものとみなされる」としてきた（「認定基準」はその「一定の要件」を示したものということになる）。一方、「包括的救済規定の疾病」については、「個々の事案ごとに職歴、有害因子へのばく露、疾病の病態等が検討されることとなる」とされているが、基本的に上記原則を確認することで足りるのであって、とりたてて「業務以外の要因」や「個人要因」の評価の手順等を詳しく追加する必然性はないものと考える。

その点では、「…明らかに業務以外の原因により発症したと認められる場合等の特段の事情がない限り…」という改訂認定基準事務連絡の取り扱いで十分であると考える。従来の認定基準の事務連絡（平7.2.1事務連絡第5号）でも、「業務以外で発症に関連しているとみられる事柄」も調査するものとされ、そのもとで、「業務以外の要因」についても一定の調査・評価を行ったうえで業務上外の総合判断をするという取り扱いが現実に行われてきたのであって、あらためて、その調査・評価を追加したり、厳密化する必要はない。

慢性ストレス・蓄積疲労を基軸に

● 業務上負荷要因と補償・予防

私は、「災害中心から長期ストレス・慢性疲労型への発想の転換」を、大いに支持するし、今回それが果たせなかったことを残念に思っている。そのうえで、認定基準の見直しについては、その「発想の転換」をより徹底させることによって、上記のような方向ではない方向が必然的に導き出されるものであると考える。若干、関連する事柄にふれておきたい。

ひとつは、図2の用語にしたがえば「ストレス負荷要因」と「ストレス反応・疲労」とを、適正に区別すること、である。「ストレス」という言葉は、ストレッサーとも呼ばれる「ストレス負荷要因」の意味にも、「ストレス反応・疲労」の意味にも使われることがあり、その区別があいまいな場合も多い。また、生物化学的・物理的ストレスを除外して、心理社会的ストレスのみを指していることもある。今回の検討会においても、使い方が首尾一貫しているとは言い難い。

「ストレス負荷要因」について言えば、「精神障害等の労災認定に係る専門検討会報告書」も指摘しているように、「心理社会的ストレス要因と生物化学的・物理科学的ストレス要因」、「職場におけるストレス要因と職場以外のストレス要因」、「急性ストレス要因と慢性ストレス要因」などに区分することができる。また、同報告書では、「職場における（心理社会的）ストレス要因を理解するうえで参考となる」として、いわゆるKarasekモデルも紹介されている。すなわち、「仕事の要求が高いほど、また仕事上の裁量性、仕事上の支援が低いほどストレスは強いといえる」ということである（1999年10月号24-25頁参照、今回の検討会でも、[1]である参集者は、これを「3大ストレス要因」と表現している）。また、「仕事の要求」については、「例えば仕事の量が多い、難易度が高い、などという要素である」、と説明されている。

ここから、それらの職場における負荷要因を、認定基準に適切に組み込むべきである、という結論が導き出されなければならないはずである。また、そうすることによって、「予防」と「補償」双方の戦略ターゲットが共通のものとして、より明確になってくる。

今回の検討会では、「評価要因の具体化」が検討の柱のひとつとされ、報告書の「V-2（2）　就労態様による疲労への影響」で、「イ　労働時間」から「ト　精神的緊張（心理的緊張）を伴う業務」までの7つの「業務の過重性の評価要因」が取り上げられている。11頁の図2をご覧いただくと、これらはいずれも「職場のストレス負荷要因」としてあげられているものであることがわかる。したがって、「V-2（2）」は図2の「職場のストレス負荷要因」の個々の要因を解説したものであることを明記した方が首尾一貫する。また、「ト」は「精神的緊張（心理的緊張）を伴う業務」というタイ

トルになっているが、「業務ストレス」とも記述されていてわかりにくく、整理が必要である。「仕事の要求」、「仕事上の裁量性」、「仕事上の支援」は、ここで扱われているということなのだろうが、「3大ストレス要因」の取り扱い方は、明らかに不十分である。

また、「VI 脳・心臓疾患のリスクファクター」の部分は、最終報告書の内容と図2を照らし合わせてみると、それが「職場以外のストレス負荷要因」と「個人要因」(「緩和要因」も)を取り上げたものであることがわかる。「VI」では、リスクファクターのひとつとして「ストレス」についても記述されているが、図2で説明していることとのつながりを含めた全体的位置づけが明確でないため、わかりにくい。

議論の経過のなかで、部分的には、当初の基本構想が変更を余儀なくされたことの結果でもあるのだが、図1や図2で説明される「基本的な考え方」と、他の部分との整合性が必ずしもついていない。「災害中心から長期ストレス・慢性疲労型への発想の転換」を、全体に首尾一貫させて、整合性を持たせるべきであった。

● 負荷を受ける側のストレス・疲労

一方で、5頁の囲み記事にあるように、「V-1(1)過重負荷の考え方」の当初([3]、[4])では、「ストレス反応・疲労」を意味することがより明確な、「負荷を受ける側の慢性的な疲労や過度のストレス」、という表現が使われていた。[8]で、「負荷を受ける側の」が削除されてしまった(議事録他資料に理由の記載なし)のだが、逆に、「負荷を受ける側の慢性的な疲労や過度のストレス」こそを「発想の転換」のキーワードとして、全体に貫徹すべきであった。

旧労働省は、「主観的」な「負荷を受ける側の慢性的な疲労や過度のストレス」を認定の要件にするわけにはいかないからということで、「客観的」な「過重負荷」という概念を案出し、「本人基準」を排するために、比較対象としての「平均的労働者」なる架空の存在を編み出してきたわけだが、「負荷を受ける側(にとって)の」ということになれば、これはまさに「本人基準」で過重性を評価するということである。そうすれば、後でみるような「平均労働者」をめぐる議論の混乱も回避することができた。

「精神障害等の労災認定に係る専門検討会報告書」では、「ストレスの強度は個人によって異なる」ことを認めながら、「個人がある出来事を主観的にどう受け止めたかによってではなく、同じ事態に遭遇した場合、同種の労働者はどう受け止めるであろうかという基準により評価されたストレス強度によるべきである」という独特の見方を打ち出し、「客観的に一定のストレスを引き起こすと考えられる出来事」、「平均的ストレス強度」等の概念を編み出している。「負荷を受ける側(にとって)のストレス」から出発しながら、結局、「ストレス負荷要因」が「同種の労働者」にとって(あるいは「平均的ストレス強度」と比較して)過重かどうか、という基準にすり替えられてしまっているわけである。

旧労働省以来の独特な労災認定に関する考え方に引きずられたと言ってよいだろうが、今回の専門検討会も、同じことが足かせになってしまった。

● 急性ストレスと慢性ストレス

ストレスは、急性ストレスと慢性ストレスに区分することもできる。「急性ストレス」は、「ストレスフル・イベント(出来事)」と呼ぶこともある。「精神障害等の労災認定に係る専門検討会報告書」では、これを以下のように、説明している。

「職場における急性ストレス要因としては、例えば突然の事故や災害の体験、転勤、地位の変化、職種の変化、労働量の変化、職場内の人間関係の変化、新機種の導入など急激に起こった事象であり、ある出来事が起きたことが明確に認識される事実に係るストレスが急性ストレスである。一方、職場における慢性ストレス要因としては、長く続く多忙、単調な孤独な繰り返し作業、単身赴任、交替勤務などのように持続的環境であり、継続される状況から生じるストレスが慢性ストレスである」。

この説明を読んだだけでも、脳・心臓疾患の労災認定基準見直しにあたって、「慢性ストレス」を重視すること、あるいは「災害中心から長期ストレス・慢性疲労型への発想の転換」は、一般常識にもかなうものであろう。そして逆に、「慢性ストレス」なりの評価期間を「原則発症前6か月以内に限定」するということは、どうこじつけられようが、一般常識から乖離していると言わざるを得ない。

ちなみに、「急性ストレス要因と慢性ストレス要因」を「評価期間」と関連づけた記述は、「精神障害等の労災認定に係る専門検討会報告書」のどこにも存在していない。私は、同報告書およびそれに基づく精神障害等の判断指針に関しては、「極度の長時間労働」に関する特別の取り扱いを除いて、「慢性ストレス」を評価していないことが最大の問題であると批判してきた。専門検討会自身は、独自に作成した「職場におけるストレス評価表」「に示した具体的出来事は急性ストレス多いが、持続する出来事も含まれる」、また、「『出来事』とはライフイベントの訳語であるが、これは突発的事件という意味ではなく、ある変化（緩徐でもよい）が生じその変化が解決あるいは自己の内部で納得整理されるまでの一連の状態を意味するものである」、などと説明している。しかし、こういう説明を読んでも、慢性ストレスをほとんど評価していないという見方は変わらなかった。

同判断指針で特別の取り扱いをすることとされている「極度の長時間労働」に関して、「生理的に必要な最低限の睡眠時間とは一般的に4、5時間程度」という取り扱いになっているという発言を今回の脳・心臓疾患の専門検討会の議事録で読んで、精神障害等の専門検討会報告書にも判断指針・事務連絡にもそのような記述が見当たらないことから、あらためて、旧労働省労働基準局補償課編の判断指針の解説『精神障害等の労災認定』（労働調査会、2000年）を読んでみて驚いた。178頁にたしかにその旨の記載があるほか、87-88頁に以下のような記述をみつけたからである。これも、報告書にも判断指針・事務連絡にもどこにも書かれていない。

「業務によるストレスはこの急性ストレスと慢性ストレスが混在して存在する。業務によるストレスの大きさを評価するには、この急性ストレスと慢性ストレスを総合して評価しなければならないが、そのためには急性ストレス、慢性ストレスの各々評価しなければならない。…この場合、急性ストレスとは、突発的なあるいはそれまでの状態と明確に区分できる『出来事』として認識できる。そしてその**出来事に伴う変化や問題への対処という持続した状態を慢性ストレスとして認識できる。**…人は一定の状態が一定期間継続すればそのような状態に適応、順応するのが一般的であり、そのような一定の秩序に固着したことによって当該出来事による心理的負荷（＝客観的に意味のあるストレス）は納得、整理されたと理解する。したがって、しこりとして残ることはあっても、納得、整理されるまでに何年もかかるのではなく、**一般的には数日から数週間の単位で、長くても数週間から数か月という単位で納得、整理される**」。

こじつけとしか言いようのない、きわめて珍妙、不可解な文章である。前掲の「急性ストレス要因と慢性ストレス要因」に関する説明とどう整合性を持っているのか。「慢性ストレス」についてのこのような説明を、はたして同専門検討会の委員自身が受け入れられるものであろうかと思う。しかし、精神障害等の専門検討会報告書や判断指針が「評価期間」を発病前6か月以内としていることと、この「慢性ストレス」の解釈が、今回の脳・心臓疾患の専門検討会における、「慢性ストレスの評価期間―発病前原則6か月以内」という主張の伏線になっているのかもしれない（議事録他資料では確認できていないが）と思い、精神障害等の専門検討会の一件資料についても、現在開示請求を行っているところである（開示決定はまだだが、議事録については、「作成していなかったのか、廃棄したのか」、「保有していない」という連絡があったところである!!）。

議事録でもニュアンスが読みとれるのだが、慢性ストレスなり疲労の蓄積を「原則6か月に限定」するなどというのは、社会通念でもなければ、決して医学的常識でもない。変にゆがめずに、慢性ストレス、疲労の蓄積を「発想の転換」の基軸に据えるべきであった。

● 慢性ストレスによる基礎病変の形成

ストレスという用語を使うことについては、当初から、牽制が入っている。

例えば、[I]である参集者は、「ストレスとか疲労というものを測る物差しとして確たる物差しはない。いろいろ主張する研究者がいるが、行政が一貫性を持って、公正な判断で黒白を付けていくときに、疲労とかストレスというものを判断の基準にするのは適当ではないということで[現行認定基準では]取り上げなかった。それは、現在でも変わりないという検討結果が得られれば、それはそれで大変意味があることになるのではないかと思う」、と発言。これに対しては、「われわれ臨床家の経験として、ストレスが非常に大きな発症の起点に役割を果たしているということは、臨床家は誰しも認めている」、という発言もあった。

「長期のストレスは基礎病変の形成」という記述もやり玉にあげられた。[6]で提出されたドラフトの以下の表現をめぐって、議論が行われている。

「強いストレス負荷要因が長期間にわたって作用した場合には、ストレス反応は増強して過大となり、また、持続的となって回復しがたいものとなる。これを一般的に疲労の蓄積状態といい、その長期間の持続によって、生体機能は疲弊し、加齢などによる血管病変等の通常の進行を著しく超えた**不可逆的な変化**を生ずることになる。このように**基礎病変が形成**され、進行する過程でさらにストレス負荷要因が作用し続けたり、何らかの誘因が加わることにより、脳・心臓疾患を引き起こすことになる。」

[参]「疲労が蓄積し生体機能が疲弊する」ということまではかなりのエビデンスがあると思うが、「加齢などによる血管病変の通常の進行を著しく超えた不可逆的な変化」、例えば、動脈硬化を著しく促進させるという意味合いではないかと思うが、この三段論法のエビデンスは、まだないのではないか。この辺の表現を変えるか、あるいは適切な論文を引用することが大変重要である。

[座] それでは、引用論文を載せるか、「可能性がある」という表現にすることにしたい。

[参] これは、本当にその可能性があることが分かっていなければ、分かっていないと書いた方がいい。

[参]「著しく超えた不可逆的な変化を生じる」のか、その可能性があるということなのか、医学的にはよく分からないが、訴訟になったときにはかなり大きな問題となることから、明確にする必要がある。もうひとつは、…「著しく」が付くのか否かも法律的な観点からすると論点となり得る。不可逆的な変化が生じてもそれが著しくなくては業務との因果関係はないと考えられる。その点から、因果関係の認められやすさというのは異なってくる。そこのところは議論の余地があると思うので、検討いただきたい。

[座] その点は、後日検討することとしたい。

なお、「長期間の持続という場合に、例えば10年それが続けば不可逆的となるということを言っても、それほど違和感なく受け取られると思うが、6か月とか1年というのが、不可逆的な変化を引き起こすのか」という発言に対し、座長は、「少なくとも1週間をいうのではないというような期間である」と応じている。

この問題は後述のとおり、「評価期間」の問題と関連して[7]、[8]でも取り上げられているが、この問題の幕引きを図るかのように、[9]で「血管病変(具体的には動脈硬化)の退縮」について、議論されている。結論としては、座長は、「人の例でも治療することによって血管病変は退縮していくということが言われているわけであるから、患者が治療を受ければある程度治るのだということは言える。この問題をどこかで触れることとしたい」として、言わば自ら納得させたようなかたちになってしまっている。「どこかで触れる」は、7頁の囲み記事の最後の部分の「なお書き」がこれに当たるものと思われる。

ただし、このときも、「退縮するというと元通りになるような印象があるが、そうではない。その辺の理解を得られるような書き方にしなければならない」という指摘や、やはり、「疲労の蓄積は、血管病変を増悪させる。しかも本来修復機転があるはずなのに、修復ができないような状態に追いやられ、発症したのだから業務上疾病であるという主張は、実際の裁判の場では、無視できない重要な問題になっていくと思う」、という常識にかなう発言もなされている。

基礎疾患

[1]で事務局から、「論点及び検討の進め方」として、検討事項の柱のひとつとしての「基礎疾患の捉え方」について、以下のように説明されている。

「最高裁判決においては、基礎疾患の評価の観点として、大きく分けて2つあると理解している。ひとつは、基礎疾患が自然経過により発症するまで増悪している状況があるかどうかという点である。**基礎疾患が自然経過により発症直前の状況にあるような場合**には、業務による過重な負荷ではなくても、日常生活のわずかな負荷でも発症するということであるので、このようなケースは業務上にはできないという理解である。

基礎疾患についてもうひとつの評価の観点があり、業務の過重性を評価する際に誰にとって過重であるのか、そういう評価を誰と比較して評価するのかという評価手法を採っているが、この場合に、比較対象とする労働者の概念として、平均的労働者を設定する議論がある。西宮労基署長事件の大阪高裁判決においては、このような平均労働者として、**通常の業務に耐え得る程度の基礎疾患を有する**者をも含む、平均的労働者を基準とすべきである、としているところである。

そのための基礎疾患の程度について、最新の医学的

な見解を取りまとめていただきたい」。

最高裁判決をこのように読むべきかどうかは原文を読んで判断していただきたいが（2001年12月号参照）、まさにこの問題を論ずるために、当初目次案の「自然経過と重症度の評価」および「平均労働者」という項目が立てられていたわけである。

換言すれば、このようなかたちで、「業務外の要因」や「個人要因」評価の認定基準への組み込みが想定されていた、と推測している。そして、結論からいうと、どちらについても、想定どおりの結果は得られずに終わったと言えよう。

自然経過と重症度の評価

議論としては、「平均労働者」の部分の方が先行したが、以下にみる「自然経過と重症度の評価」をめぐる議論が不首尾に終わったことが、「平均労働者」論議にも影響を及ぼしていることは間違いないであろう。

● 全業務外要因による疾病の変遷・経過

[1]～[4]で、座長は、個体側要因を含めた業務以外の要因―基礎疾患（とリスクファクター）をどう考えるかによって、「平均労働者」の範疇内に入れれば被災労働者に有利に働くし、「自然経過」の範疇に入れれば不利に働く。業務以外の要因をすべて「自然経過」という範疇のなかで整理する、といった趣旨の説明をしている。当初の目次案の「脳・心臓疾患の自然経過と重症度の評価」（最終報告書では「IV　脳・心臓疾患の疾患別概要」に該当）で、この整理する考え方を示し、「業務以外の要因の評価（基礎疾患及びリスクファクター）」（同じく「VI　脳・心臓疾患のリスクファクター」に該当）で、評価の目安や手順を示すことが意図されていた、と推測できる。

後述の「平均労働者」という概念に対する疑義と同様、例えば[4]の時点で、「業務以外のものを全部自然経過に入れるというのは、かえって不自然ではなかろうかと思う」といった発言がなされている。

[5]で、「自然経過の考え方」というメモが提出された。「前回の（会合の）議論を踏まえて、事務局で整理したもの」と紹介されたが、以下のような内容である（同会合の議論に基づく修正を加えたもの）。

「一般に個々の疾病の経過はある程度の変動はあるものの、疾病によってほぼ一定の経過をたどるものである。ある疾病は一定期限内に治ゆし、疾病によっては徐々に進行し死亡に至るものもある。医学では、通常、治療その他の医学的な介入を行わない場合のこのほぼ一定の疾病の経過を自然経過とよんでいる。

しかし、実際に個々の症例でみる場合、同じ疾病でもその経過は異なるものであり、必ずしも厳密に同じ経過をたどるものではないことはしばしば経験される。

その変動、すなわち個体差の要因には、

① 変更のできない要因：人種、遺伝、年齢、性、先天的異常など

② 変更可能な要因

i) 個人の生活習慣要因：アルコール、タバコ、食事、運動など

ii) 個人の労働要因：労働時間、作業環境など

iii) 個人の心理社会経済的要因：業務外のストレス、収入、教育、家庭環境など

iv) 個人の疾病対策要因：治療の受け方、健康や疾病対策の自主努力、地域や医療機関の医療レベルなど

v) その他：　　がある。

労災補償という立場からは、これらの種々の要因を全て検討し、その寄与度を判定する必要があり、この観点からすれば、要因を業務に関連した要因と業務に関連しない要因に分けて考える必要があり、その方が実際的である。したがって、**本報告書でいう自然経過とは、通常の狭義の医学的な自然経過をいうのでなく、②の要因のうち業務に関連しない全ての要因による疾病の変遷や経過をいうことにする。**」

● 当初の構想は放棄

一般的な自然経過と重症度の評価基準を示すことによって、各要因の「寄与度」を認定基準に組み込む（同時に、「平均労働者」の定義にも用いる）というのが、当初の方針であったわけである。

「脳・心臓疾患の自然経過と重症度の評価」の最初のドラフトは[8]で提出されたが、これは「解剖と生理」についての総論的な記述だけで、意見も出されていない。[9]では多少それに加筆した程度、[10]で最終報告のかたちに近いものになった。

脳血管疾患については、各疾患ごとに、「概要」、「病態生理」、「症状」、「(診断、)検査、画像診断」、「治療、予後(、再発予防)」という構成で記述されているが、[10]では、脳出血とくも膜下出血については、**「発症直前に至っていると判断できる目安」**という項目が立てられていたが、[11]以降、「発症前の状況」(脳梗塞についても。高血圧症脳症では、記載なし)というかたちに整理された。

虚血性心疾患等の方は、各疾患ごとに、「概要」、「成因」、**「自然経過」**、「診断及び**重症度の評価**」という構成で記述されているが、[10]の時点から最終報告に至るまで、**「発症前の重症度の評価」**に該当する記述はない。

[10]の時点で、座長から、**「発症前の重症度の評価はできるのか」**と問われて、虚血性心疾患の部分の執筆者と思われる参集者は、「陳旧性心筋梗塞となって退院した場合の重症度評価はできるが、座長が言われる発症前の重症度評価は難しい」、と答えている。議事録上はこれ以上のやりとりの記録はないが、結果的に当初の構想は放棄されて(または大幅に後退して)、最終報告書の「IV 脳・心臓疾患の疾患別概要」、というかたちに落ち着くことになったものと思われる。

最終報告書の「VI 脳・心臓疾患のリスクファクター」の部分の方は、当初の目次(案)[2]では、「V 業務以外の要因の評価」で、「1 基礎疾患とその評価」と「2 脳・心臓疾患のリスクファクターとその評価」に分けられていたが、これも、「自然経過と重症度の評価」と相まって、「業務以外の要因」や「個人要因」の評価を認定基準に組み込む基礎を示すことが予定されていたことの反映である。[9]で最初に提出されたドラフトでは一応この体裁がとられていたものの、[11]から最終報告書のかたちになった。この修正に直接関連するやりとりは議事録上は見当たらないのだが、上記の事情と連動したものと推測できる。

平均的労働者

最終報告書では、「V-1(3) 過重負荷の評価の基準となる労働者」というタイトルになっている部分の記述の主な変遷については、20-21頁の囲み記事にまとめているが、ご覧のとおりタイトル自体も三転している。

● 「平均的労働者」概念への疑問

「平均的労働者」という概念そのものについて、早くも[4]の時点で、以下のような疑問、異論が参集者から出されている。

「一般的に平均的労働者というのはとりあえず作らなければいけないのでしょうが、これはかなり難しいところがあると思う」。

「重症とか重度とか軽症とかいうことを考慮しつつ、平均的労働者というのは、何となく矛盾するような感じがしないわけでもないと思う。…重度の人にとっても、ある労働の態様が非常に重くなるというようなことを片一方でいうのだったら、平均的労働写像というものを設定する意味はあまりないような気がする」。

これらの発言を受けて、事務局自ら以下のような質問をして、ある参集者がこれに答え、[4]は終了している。回答している参集者は、この会合から加わった法律学者のうちのひとりであると思われる。

[事] 平均的労働者という概念が導入されている判決もあるが、そういうケースはとかく重症でないということを言いたいがために、そういうことを持ってきている場合がある。実際に基礎疾患がそれほど重症でない人、だけど基礎疾患はそこそこあるというような人について、平均的労働者という概念を使った判決においては、一定の重症度は除くけれども、そうでなければ、実質本人基準説的な見方をしていて、例えば具体的に同僚労働者と比較するのではなくて、この人にとっては、実は発病しているから重かったんだ、過重だったんだというような議論展開が割に多いような印象を持っているが、判決の方向としてその辺はどうか。

[参] こういう疾病の業務上の認定というのは、要するに業務によって起こったのか、業務外の要因が非常に作用していたのかということで、平均的労働者というか、日常業務をつつがなくこなせるだけの状態であったということは、**業務外の要因はあまりなかったのだというひとつの要因として言われているだけで、平均的労働者でもって判断するというのとは、ちょっと違うのではないかと思う。**

[参] **その人の病状というのは、本当に重篤ではなかったということを言いたいがために、日常生活がつ**

V-1(3) 過重負荷の評価の基準となる労働者

[3]、[4]、[8]、[9]、[10]、[11]、[12]

[3] [4] 過重負荷を評価する際の比較対象労働者としての**平均的労働者**
[8] 過重負荷の評価の際の**比較対象労働者**
[9]～ 過重負荷の**評価の基準となる労働者**

・業務による過重負荷の評価に際して、誰にとって過重であるのかということが問題となる。
・重篤な基礎疾患を有するものを基準とすると、ほとんどの業務が（日常生活を営む上で受ける負荷と同程度の負荷の業務に就労していて発症した場合にも/業務遂行中にたまたま発症した場合にも）過重と評価され、結果としてすべての事案において業務起因性が認められることから、
―業務起因性を必要とする労働基準法、労災保険法の条文に反する解釈となる。＜労基法第75条第1、2項、労基則別表第1の2第9号、労災法第7条、第12条の8第2項を挙げているが、労災法第7条が[9]で登場したほかは、すべて[11]で登場＞
―過重負荷という概念を用いて業務上外を判断する意義は全くなくなる。
・逆に、頑強な労働者を基準とすると、現実に＜何等かの＞基礎疾患を有しながら、＜日常業務に何ら＞支障なく就労していた労働者が…労災補償の対象とはならなくなり、労働者保護にかけることとなる。
＜何等かの＞は[12]での変更、[3]～[8]は＜軽度の＞、[9]～[11]は＜一定の＞
＜日常業務に何ら＞は[12]での変更、[3] [9]～[11]は＜通常の勤務に何ら＞、[4]～[8]は＜―＞
・現実に＜何等かの＞基礎疾患を有しながら支障なく就労している中高年労働者等は、厚生労働省の労働者健康状態調査によると多数存在しており、これらの労働者も日常業務の＜日常業務の遂行が十分可能である＞ことを考えれば、基礎疾患を有するからといって労災補償が受けられないとすることは不合理である。
＜何等かの＞は同前

つがなく、要するに普通の業務をこなせるだけの状態であったと。そういう人が倒れたというのは、やはり業務による要因が非常に大きく作用していたのだと言わんがためのものであって、平均的労働者を基準として判断すると、重たい人については駄目、軽い人についてはいいということではないような感じがする。

[参] やはり、ここまで来ると、労働者本人基準説というわけではないが、**その労働者にとって、重かったかどうかということが考慮されているような感じはする。**医学の立場も、その人にとって重たければ、その仕事はやめなさいというわけで、平均的に大丈夫だからやりなさい、とは絶対に言わないと思う。例えば重篤な症状を持っている人については、2時間の残業でも過重だと考えるのだったら、平均像を設定する意味というのは、あまりないのではなかろうか。そうすると、平均的労働者像というのは、あまり業務上の認定の問題では、意味がないということになるのか。

[座] 過重性の部分は、基本的なことであるから、十分討議して、これからも是非討議していきたいと思う。以上をもって、本日の専門検討会を終了する。

次にこの部分が議論されたのは[8]で、タイトルから「平均的労働者」という言葉は消えた。[8]の時の関連する発言としては、「労働者本人のみならず」という記述では、「本人基準説と理解されないか」、「『基礎疾患を有するものの勤務の軽減を要せず、通常の業務に耐え得る労働者』では、非常に幅がある」、というものがあった。

[9]では、タイトルから「比較対象」という言葉も消え、「評価の喜寿院となる労働者」に変わった。以下は、[9]での参集者の発言である。

「『平均的労働者』というと、高いところから低いところまでの真ん中という感じがした。一定の層を意味しないで、このような記述の方が適切である」。

「リスクファクターの説明を聞いて、一定の年齢層で、どのくらいの血圧ならば普通の許容範囲内であるか、そこからどれだけずれているかという方が分かりやすい。…（横浜南労基署長事件の例を見ると）通常想定される範囲

＜日常業務の遂行が十分可能である＞は[12]での変更、[3]～[8]は＜事業の遂行に十分寄与している＞、[9]～[11]は＜業務の遂行が十分可能である＞

・以上のような考察から、過重負荷、すなわち、特に過重な業務であるか否かの評価は、発症した労働者のみならず、当該労働者と同程度の年齢、経験等を有する健康な状態にあるもののほか、基礎疾患を有するものの、日常業務を支障なく遂行できる労働者にとっても、＜特に＞過重な業務であるか否かで評価を行うことが妥当であると考える。

[12]で整理。＜特に＞は[8]以降一貫して維持されていて、V-1(2)の過重負荷の定義と矛盾している。

[3][4] 「本人基準説」によらず、「平均的労働者」の概念を導入し、「通常の勤務に耐え得る程度の基礎疾患を有する者を含む平均的労働者」にとって過重であるのかどうか

[8] 発症した労働者本人にとって過重であるのか否かで評価するのではなく、労働者本人のみならず同僚または同種で「健康な状態にある者のほか、基礎疾患を有するものの勤務軽減を要せず、通常の業務に耐え得る労働者」を含む、いわば平均的労働者にとっても、特に過重な負荷であるのか否か

[9] 発症した労働者本人にとって過重であるか否かで判断するのではなく、同僚労働者または同種労働者で通常想定される範囲内の健康状態にある者、すなわち、健康な状態にある者のほか、基礎疾患を有するものの、通常の業務に耐え得る労働者にとって、特に過重な負荷であるか否か

[10] 発症した労働者本人にとって過重であるか否かで判断するのではなく、同程度の年齢、経験等を有する同僚労働者または同種労働者で通常想定される範囲内の健康状態にある者、すなわち、同程度の年齢、経験を有する健康な状態にある者のほか、基礎疾患を有するものの、通常の業務に耐え得る労働者にとって、特に過重な負荷であるか否か

[11] 発症した労働者本人を基準とするのではなく、同程度の年齢、経験等を有する同僚労働者または同種労働者で通常想定される範囲内の健康状態にある者を基準とするのが妥当であると考える。すなわち、同程度の年齢、経験等を有する健康な状態にある者のほか、基礎疾患を有するものの、通常の業務に耐え得る労働者にとって、特に過重な負荷であるか否か

内の労働者の枠から外れていくということになるのだろうと思う。最高裁の電通事件の判決があったので、それを用いた方が、分かりやすいのではないか」。

本文章に抜き書きした以外では関連する議論は議事録上には見当たらないのだが、20-21頁の囲み記事にあるように、ドラフトの記述自体は毎回微妙に変化している。しかし、議論の内容と照らし合わせれば、無理を重ねたうえに強引に押し通したものとしか思えないのは、私だけだろうか。

● 発症後社会復帰している者

以上の議論の経過のなかでは、一度脳・心臓疾患を発症した後、現に社会復帰して業務に就いている者をどうとらえるのかということも論点のひとつになった。以下のようなやりとりが行われている。

[4]-[参] 脳血管疾患の場合には、一度軽い脳梗塞を起こして、いま働いているという人というのはいくらでもいるが、その人たちのリスクファクターは、またちょっと違う。やはり、脳梗塞を起こした人の後のリスクは、高血圧症が前よりもずっと関与が強くなる。

[参] 心臓の場合、心筋梗塞や弁膜症で心不全がある。その方たちがみな社会復帰して職場に戻る、あるいはその心筋梗塞を押して職場に帰った。心筋梗塞の場合は重症度がいろいろあるが、それによって、いろんないまのリスクファクターのとらえ方の重み付けが全部変わってくるわけである。そうすると、過重負荷というものも、変わってくる。…職場復帰をしてしまった以上…重篤な人もほとんど平均的労働者の中にかなり幅広く入れていかないと、そこの線切りが非常に難しくなるのではないかと思う。

[8]-[参] 例えば、1回心臓発作があった人が治療をし、1年間の死亡率が1%ぐらいの群がある。高脂血症、高血圧を持っているけれども、病気を発症していない危険因子を持っている人たちの死亡率は、1000分の1か、あるいはもっと低い。10倍ぐらいの差がある。一応その人たちは、普通の勤務に支障なく就いている。そういう群をトータルで「基礎疾患を有するもの」というように判断して基準とするのか。

[座] 危険度の幅はかなりあるが、そういうのを全部平均してというようなニュアンスとして取れば、かなり拾うことができるということになる。

● 裁判判決の特徴

上述の参集者の発言にもあった電通事件の最高裁判決（2000年3月24日、第2小法廷）は、結論的に、以下のように言っている。

「労働者の性格が前記の範囲（**ある業務に従事する特定の労働者の性格が同様の業務に従事する特定の労働者の個性の多様さとして通常想定される範囲）を外れるものでない場合**には、裁判所は、業務の負担が過重であることを原因とする損害賠償請求において使用者の賠償すべき額を決定するに当たり、その性格及びこれに基づく業務遂行の態様等を、心理的要因としてしんしゃくすることはできないというべきである」。

これも過労自殺のケースだが、昨（2001）年6月18日のトヨタ自動車の事件（労災認定をめぐる行政訴訟）に対する名古屋地裁の判決も、同様の論旨を展開して、判断指針をはっきりと批判していることも含めて、大いに注目されるので紹介しておこう。

「確かに、業務上の心身的負荷の強度は、同種の労働者を基準にして客観的に判断する必要があるが、企業に雇用される労働者の性格傾向が多様なものであることはいうまでもないところ、前記『被災労働者の損害を填補するとともに、被災労働者及びその遺族の生活を保障する』との労災補償制度の趣旨に鑑みれば、同種労働者（職種、職場における地位や年齢、経験等が類似する者で、業務の軽減措置を受けることなく日常業務を推考できる健康状態にある者）の中でその性格傾向が最も脆弱である者（ただし、同種労働者の性格傾向の多様さとして通常想定される範囲内の者）を基準とするのが相当である。したがって、被告の主張並びに専門検討会報告書及び判断指針の見解は採用することができない。

ところで、**同種労働者の中でその性格傾向が最も脆弱である者を基準**とするということは、**被災労働者の性格傾向が同種労働者の性格傾向の多様さとして通常想定される範囲を外れるものでない限り、当該被災労働者を基準**として、当該業務に、『社会通念上、当該精神疾患を発症させる一定程度以上の危険性』があったか否かを判断すればよいことになる」。

● 労働者の自己管理

「労働者の自己管理」については、「自然経過」との関わりで議論されているのだが、ここで関連する発言を紹介しておこう。以下は、[3]での座長とそれに続けた事務局の発言である。

[座] 労働者の自主管理に関しては、自主管理が十分でない場合は、かなりマイナスの方に働いてもいいのではないかという考えをもっている。しかし、そこまでドラスティックにやるのは、非常に難しいのではないかと考えている。

[事] 治療をちゃんとやっていない、怠っていたというケースの話が、いま出ていたが、病気の問題とは違う話で、けがをしたというケースを考えると、わかりやすいと思う。例えば建築現場において、労働者自身が非常に危険な行動を取ったために、業務上のけがをしたというケースは、それにより業務外という扱いをしているわけではない。法律上は、労働者の重過失があった場合、支給制限をすることができるというケースがある。基本的に脳・心臓疾患について、業務上外を議論するときには、治療を怠ったことにより基礎疾患を悪くした、つまり業務外の原因の一部というようにマイナス要因として評価はするが、それだけで直ちに業務外というのではなく、それなりの評価をするという考え方である。

以下は、[4]での座長の発言である。

[座] 少なくとも産業医であるとか、事業主の過失は論じないということである。それから労働者が、「ちゃんと病院へ行け」と言われていたのに自己管理しなかった、というのが重大な過失かどうかというのは判定が難しくなってくると思うが、ただ、それをあまり表面に出すと、いろいろ問題が出てくるので、自己の責任で治療しなかったというものを含めて、すべてそれは自然経過の中に考えましょう、というように基本的に考えている。すなわち、自分で治療しなかったので血圧がどんどん高くなっていったというのは、それはもう自然経過である。

評価期間

● 医学的経験則が変わった?

「V-4 業務の過重性の評価期間」の部分の記述の主な変遷は、24頁の囲み記事に示している。すでに述べたとおり、[3]の時点の基本方針の説明で、

すでに評価期間は「例えば3～6か月（必要に応じ～1年を考える）」とされていたように、はじめから結論ありきの検討ではあった。「諸家の報告を総合すると」という文章があるように、一応は研究論文等に基づく一科学的体裁を装っているが、実際には同じくらい裁判の判例を意識しているし、強引に無理を押し通したものと評価せざるを得ないことは、精神障害等の場合と同様である。

そのことは議事録をみても感じられるのだが、議論は、文字どおりの過重負荷の評価期間と、過重負荷がとれてから発症までの期間、の2つの「期間」をめぐって—しかも、どちらかと言えば後者を中心に—行われている。

「科学的装い」のタテマエをあらわにするようなやりとりとしては、例えば、すでに[3]の時点で、「概念的には、慢性的なものをみることは正しいが、それを裏づける臨床データがあるかというと、非常にあいまいで、かえって混乱が出るという懸念もある」、「6か月とか1年ぐらいというマックスをある程度決めるのもひとつの方法だとは思うが、たぶんEBM（エビデンス・ベースド・メディシン）では出ることはない」といった発言もなされている。いずれも、6か月なりという評価期間を限定することに対する疑念と読める。以下は、[7]でのやりとりである。

[参] 従来の行政の説明との整合性という点で非常に気になっているところである。…3か月ないし6か月というところで、医学的経験則が分からないという話になると、今までの説明の壁が崩れる。

[参] 医学経験則も変わってきてもかまわないと思っている。…その後の研究などで、現在の医学経験則は、明らかに変遷している。

[参] 医学経験則が変わるということはいいが、今までは医学経験則だということで説明してきたものが、医学経験則でないとすると、行政上の便宜ではないかということになり、考え方が変わってくる。

この後も似たような発言が続くのだが、このときは、座長が、「3～6か月の間のどのぐらいを実際に調査対象とするか。また、5時間睡眠が6か月の間に何日ぐらい続けば業務上と認めるかということが、一番大きな問題になる」、と強引にまとめて、会合が終わっている。

● 過重負荷がとれてから発症までの期間

「過重負荷がとれてから発症までの期間」という論点は、[3]で心臓専門の臨床家と思われる参集者から提起された。

すなわち、「（心臓の方でいうと、）ものすごいストレスが取れたときも発作の誘因となる。「自律神経の嵐」とも言われるが、その乱れは強い。それがどれぐらいで落ち着くかというのも難しいが、2、3か月ということさえありうる」という発言である。

[7]で、以下の記述が新たに提案され、座長が「医学的に期間を示せるか」と問うて、議論されている。

「なお、日常業務を超える業務による過重負荷がなくなってから、一定期間を超える期間後に脳・心臓疾患を発症した場合は、業務が発症に大きく関わり合ったものと解することは困難であるとすることが、医学経験則上妥当と考える」。

[参] 慢性ストレスの場合は、どのぐらい続いて、それがとれてからどのぐらいの期間を経過して発症した場合、脳・心臓疾患がそのストレスと関係がなくなるのかというのは、医学的には言えないと思う。急性ストレスの場合には、心筋梗塞に移行する不安定狭心症のひとつの目安は3週間ぐらいであるが、慢性ストレスについては、非常に難しい。

[参] 脳についても…心臓と全く同じことで、急性ストレスのことは医学的にいえるが、慢性ストレスについては難しい。

「基礎病変の形成」という問題とも絡められ、「（慢性ストレス、疲労の蓄積によって血管病変の不可逆的な変化を生じ、何か月経っても）元に戻らないと考えて対処した方がいい」という座長に対して、「そうすると、**時間的な限定は矛盾する**」という発言がなされ、続けて

[参] 蓄積疲労が回復しないという考え方は医学的におかしいと思う。…であるから、蓄積疲労はあったにしても、2、3か月間普通の業務になったら回復するのではないかという常識的な線が出せれば、急性ストレスの場合は1か月、慢性ストレスの場合には2、3か月という、一定期間後を超える期間後の発症は考えなくていいと思う。

[参] もしそうだとすれば、その期間と慢性疲労の評価期間とが、同じ方が論理として一貫していると思う。…いずれにしろ、期間として3か月とすると、裁判になれば4か月前の過重負荷について争うことになる。

[参] …慢性ストレスを不可逆性変化ととるかどうかという

V-4 業務の過重性の評価期間

[6] [7] [8] [10] [11] [12]

・現在においては、発症前1週間以内の過重負荷による脳・心臓疾患の発症のほかに、業務による＜[8]～[11]までは「特に」＞著しい過重な負荷が長期間にわたって加わった場合、疲労の蓄積を背景として、血管病変等が自然経過を超えて＜[9] [10]では「特に」＞著しく増悪し、脳・心臓疾患が発症することがあり得ると考えられるようになった。この場合において発症時の疲労の蓄積度合は、長期間における働き方を考察して判断することが必要である。

・評価期間については、発症前に受けた発症と関係する諸要因を検討した諸家の報告を総合すると、少なくとも発症前おおむね1～6か月間、場合によっては過去1年間以上にわたっているものがある。

・以上のような研究報告を吟味し総合的に判断すると、1～6か月＜[10]までは「3～6か月」＞の就労状況を調査すれば発症と関連する疲労の蓄積が判断され得ることから、疲労の蓄積に係る業務の過重性を評価する期間を発症前6か月とすることは、現在の医学的知見に照らし、無理なく、妥当であると考える。

・なお、脳・心臓疾患の発症は、日常生活と密接に関連しているものであり、発症から遡るほど業務以外の諸々の要因が発症に関わり合うことから、疲労の蓄積を評価するに当たって、発症前6か月より前の就労実態を示す明確で評価できる資料がある場合には、付加的な評価の対象となり得るものと考えられる。

[7]でおおかた整理された。

ことによって違ってくる。

[参]…進行するということは確かに考えられても、過大に評価することはないのではないかと思う。

[座]逆の考え方をすれば、3か月前までにストレスがずっとあって、もし発症するとすれば、その時点ないしその直後ぐらいで発症しているだろう。その後、普通の状態が続くのであれば、2、3か月で発症まではいかないだろうと考えてもいいのではないか。

[参]病理解剖をしてみると、それぞれの臓器は、急性の侵襲に対しては非常に強いものだという印象を持っている。…慢性の疲労があったときに、血管病変等が全然進まないということを言っているわけではないが、過大に評価することはないと思う。

[参]「過大なストレスは回復し難いもの」とはしないで、慢性の疲労の蓄積は3か月で回復するということにすれば、非常にすっきりする。急性ストレスの場合は1か月、慢性ストレスの場合は3か月のようにする。…

[座]ただ、逆に言うと3か月か6か月でみるということは、その前のことは考えなくてもよいということを暗に言っているわけであるから、結局6か月をみればよいということである。必ずしも期間を設定しなくても、慢性ストレスに関しては6か月の間をみるということでいいと考える。

座長のまとめ方は、6か月としておけば、過重負荷の評価期間と過重負荷がとれてから発症までの期間が各々3か月としても収まるからまあいいじゃないかということではなかろうか。結局、根拠としては、この程度しかないのではないかと考えている。

● 不可逆性変化と蓄積疲労の回復

前述の「医学経験則が変わったか」というやりとりが行われた[7]では、続けて以下のようなやりとりが行われている。

[参]非常に簡単にいうと、セッティングとトリガー。セッティングというのは非常に長いストレスで、不可逆性に進行する。トリガーというのは発作であるから、何でもない時、ある日突然ポッと起こる。そのトリガーを短時間にするか何か月にするかは別として、それを急性ストレスとして捉えたとして、それが3か月間まで遡れば十分だと思うが、その前のセッティングまで考えようとすると、ずっと遡らないと、**もう1年でも切れなくなってしまう。そういうことは難しい**のではないかと思う。

[参]そうすると、先ほどの不可逆性の変化という問題で、蓄積疲労の回復という問題でいったら、それを1年前まで求めるのは難しい。慢性の蓄積疲労というのを、回復するとみたら、どんなにみても6か月ぐらいだと思う。それ以上をみようということになると、蓄積疲労というよりも、長期の慢性ストレスでの、血管の不可逆性変化が起こったということまで起因としてとるのかどうか。そうすると、「1～6か月、場合によっては過去1年以上にわたり」のところも最終的にはあいまいになってしまう。血管病変が不可逆的というのは、いわ

ば常識的なこととして教科書にも載っているし、成書にも書いてあるが、本当に不可逆的なのかどうかは厳密に言うと分かっていない。要するに医学的に詰めていくと、必ずしも分かっていないことを概念的に、多くの人の了解事項としている。

[参] 血圧が正常に戻るということと、血管病変が不可逆的ということは、矛盾しないのか。

[参] 高血圧はあくまで動脈硬化のリスクファクターで、動脈硬化は減少することはあるが、通常は変わらないか増悪するという不可逆的な器質的な変化として考えられている。高血圧は極端にいえば、どんどん変わる。…

この日の議論は、すでに紹介した座長の発言で終ったが、かなり強引なまとめ方であろう。

● 議論の決着はついていない

[8]で座長は、「業務の過重性の総合評価」の部分のドラフトとして、「長時間労働が評価期間(3～6か月)のうちの相当期間(おおむね○～○か月)継続していると認められると判断される場合は、それのみによって業務上とすることが可能である」という記述を提案して、○のところの数字を「出せるのか、これは非常に重要なところである」、と迫った。

これに対しては結局、医学面からの発言はなく、法学面から、「ひとつの考え方として、従来裁判で争いになった長時間労働のケースを拾い、例えば6か月なら6か月の中でどの程度の期間を見ているかを調べ、それを参考として医学的な知見に基づき判断したという説明はあり得る」という発言があった。

これを受けて座長は、「裁判例も調べて、大体その辺の線ということで一応考えてみて、その結果をみてまた判断することとしたい」、と締めくくった。

[8]では、「なお、1の(2)(「過重負荷の定義」の項)の基本的成因としての発症に近接した短期間の急性ストレスがあった場合にも、その後のストレスは日常業務において受けるストレスと同等あるいはそれ以下となってから、おおむね1か月を超える期間後に発症した場合は、業務以外の要因により発症したと解することが妥当であると思われる」、という記述が提案された。

きわめて姑息な表現で、慢性ストレスのことは除外したのかと思うと、座長は、「長期にわたる疲労・ストレスや急性ストレスがあった後1か月くらい特に何もなければ、業務外というふうに考えていいのではないかという記述である」、と説明している。

[9]ではそれ以上のやりとりはなされていないのだが、[10]では、「おおむね1か月程度業務から解放され、完全休養が取得できていると認められる状態が認められる場合は、疲労は回復されたと見なすことができよう」と、また変わった記述が提案された。

これに対し、「仕事をしているという状況は、完全休養には当てはまらないということでいいか」、「1か月ということは、退職したとか、入院したとかいう場合が考えられるが、これは評価期間の中断がどういう場合に起きるかということになる。すなわち、そのような特殊な場合を除き、評価期間は3ないし6か月をみるということになるのか」という確認的な発言があり、座長はいずれも「そうである」と答えている。

この記述は、[11]で座長が、「医学的にみて根拠が乏しいので削るべきと思うが、どうか」とふり、「削除することでいいと思う」、との発言を引き出して削除。ただし、退職した場合には、どうなるのか」との質問に、「負荷要因が消退した場合には、疲労も回復するということでいいと思う」という応答があり、座長も、「そうである」と応じている。

[12]で座長は、「(評価)期間は調査期間を示すことにもなる。文献によると、今までの調査が大体発症前2、3か月が中心であることを踏まえ、検討の結果、評価期間として6か月間で十分であるとした。ただ、文献の中には、調査期間が1年ぐらいのものもあることから、発症前6か月より前の就労実態を示す明確な資料がある場合には、それも付加的に評価すべきであるとした」、と説明。「よろしいか」との問いかけに、「参集者全員(発言なし)」で終っている。

労働時間の目安

改訂された新認定基準では、「長期間の業務の過重性の総合評価」について、「まず、労働時間(時間外労働時間)について検討した上で労働時間以外の負荷要因の評価と併せて判断する」。労働時間については、過重性評価の目安時間を示して、一定の条件をクリアしている場合には、それのみをもっ

V-2(2) 就労態様による疲労への影響

イ 労働時間の疲労への影響

[6] [7] [8] [10] [11] [12]

・現状の記述中に、[10]までは、「また、いわゆるサービス残業が少なからず見受けられる事情もあり、長時間労働は依然としてわが国の労働者の働き方を特徴づけるものとなっている」という記述があったが、[11]で、「所定内労働時間は欧米諸国より長いといった状況にある」に置き換えられている。

・長時間労働が脳・心臓疾患に影響を及ぼす理由は、①睡眠時間が不足し疲労の蓄積が生ずること、②生活時間の中での休憩・休息や余暇活動の時間が制限されること、③長時間に及ぶ労働では、疲労し低下した心理・生理機能を鼓舞して職務上求められる一定のパフォーマンスを維持する必要性が生じ、これが直接的なストレス負荷要因となること、④就労態様による負荷要因(物理・化学的因子を含む)に対するばく露時間が長くなることなどが考えられる。＜[8]までは②が最後の順番＞

・このうちでも、疲労の蓄積をもたらす＜要因＞として睡眠不足が深く関わっていると考えられる。
＜要因＞は[12]での変更。[6]～[8]では＜増悪・助長因子＞、[10] [11]では＜増悪因子＞。

・長期間にわたる長時間労働やそれによる睡眠不足に由来する疲労の蓄積が血圧の上昇などを生じさせ、その結果、血管病変等を＜その自然経過を超えて著しく＞増悪させる可能性があることがわかる。
＜＞は、[6]～[8]では＜自然経過を超えて長期にわたって徐々に＞、[10] [11]では＜著しく＞の前に＜特に＞が挿入されていた。

・もちろん、疲労の蓄積には、長時間労働以外の種々の就労態様による負荷要因が関与することから、これら諸要因を総合的に評価することによって行われるべきではあるガ、長時間労働に着目してみた場合、現在までの研究によって示されている1日＜4～6時間程度＞の睡眠が確保できない状態が、＜継続＞していたかどうかという＜視点＞で検討することが妥当と考えられる。
＜4～6時間程度＞は、[10]までは＜最低5時間程度＞
＜視点＞は、[10]までは＜目安＞
＜継続＞は[10]からの変更、[6]では＜しかも長期にわたって持続するか急激に増加し一定期間持続＞、[7] [8]では＜しかも長期にわたって持続＞

て「判断して差し支えない」ともしている。評価期間の拡張とこの労働時間の目安を示したこそ、今回の認定基準改訂の実質的な部分であろう。

専門検討会報告書の「V-2(2)」は「就労態様等による疲労への影響」というタイトルになっているが、要は諸々の具体的な「業務上の負荷要因」に関する説明にあてられており、「イ 労働時間」から、「ト 精神的緊張(心理的緊張)を伴う業務」まで、7つが取り上げられている。このうち、「イ 労働時間」の部分の記述の主な変遷について別掲の囲みに、また、28-29頁の囲み記事では、「V-5 業務の過重性の総合評価」の「(1) 長期間にわたる過重負荷」の部分の記述を紹介している(「(2)異常な出来事や短期間の過重負荷」の部分は省略)。以降は、新認定基準の内容との関わりで、重要と思われる議論についてのみ紹介しておく。

● 睡眠時間と労働時間

[5]で座長は、「慢性の長期にわたる場合に、やはり疲労の蓄積というのを基本に据えたいということなのである。疲労が回復せずに蓄積していく睡眠時間…(を)押さえ…それから出発して、1日の労働時間を考えていきましょうというのが今回の考え方である」。「基本的には睡眠時間は大体5時間ぐらいが生理的で、それ以下が続くと疲労の蓄積が起こるのではないか。それを基にして、労働者の1日の過ごし方の調査で、大体1日の労働時間は何時間ぐらいになるとか、週何時間になるのかをみて、きち

・1日6時間程度の睡眠が確保できない状態は、日本人の1日の平均的な生活時間を調査した総務庁の社会生活基本調査と(財)日本放送協会の国民生活時間調査によると、労働者の場合、1日の労働時間8時間を超え、4時間程度の時間外労働を行った場合に相当し、これが1か月継続した状態は、**おおむね80時間を超える時間外労働**が想定される。

・また、1日5時間以下の睡眠は、脳・心臓疾患の発症との関連において、すべての報告において有意性があるとしている。そこで、1日5時間程度の睡眠が確保できない状態は、同調査によると、労働者の場合、1日の労働時間8時間を超え、5時間程度の時間外労働を行った場合に相当し、これが1か月継続した状態は、**おおむね100時間を超える時間外労働**が想定される。このことは、労働時間、残業時間と脳・心臓疾患の発症に関する諸家の報告とは矛盾しない。

[6] 睡眠時間1日5時間程度は、週労働時間65時間、1日平均13時間(残業5時間)、月平均260時間(**残業100時間(1日5時間×20日)**)に相当

[7] 睡眠時間1日5時間程度は、週労働時間65時間、1日平均13時間(残業5時間)、月平均286時間(**残業110時間(1日5時間×22日)**)に相当

[8] 睡眠時間1日5時間程度は、週労働時間70時間、1日平均14時間(残業6時間)、4週280時間(**残業120時間**)に相当

[10] 睡眠時間1日5時間程度は、**月110時間を超える残業**(1日約5時間)が想定され(る)

・その日の疲労がその日の睡眠等で回復できる状態であったかどうかは、現在までの研究によって示されている1日<7～8時間程度>の睡眠ないしそれに相当する休息が確保できていたかどうかという<視点>で検討することが妥当と考えられる。

[10]で追加された記述だが、[10]では<1日8時間程度>、<目安>

・1日<7.5時間程度>の睡眠が確保できる状態を検討すると、この状態は、前記調査によると、労働者の場合、1日の労働時間8時間を超え、2時間程度の時間外労働を行った場合に相当し、これは、1か月**おおむね45時間の時間外労働**が想定される。

[10]では<7.5時間程度>が<8時間程度>とされていたが、「1か月おおむね45時間の時間外労働が想定」されていることは同じ。

・1か月おおむね45時間を超える時間外労働に従事していない場合には、疲労の蓄積は生じないものと考えられ、また、それ以前の長時間労働によって生じた疲労の蓄積は、徐々に解消していくものと考えられる。

関連の記述は、[11]で登場したが、[11]では、「1日2時間程度以下の時間外労働に継続して従事している期間においては、それ以前の長時間労働によって生じた疲労の蓄積は、徐々に解消していくものと考えられる」であった。

図3 労働者の1日の生活時間

睡眠 7.4	食事等 5.3	仕事(拘束時間) 9	余暇 2.3

(注) 1 食事等は、食事、身の回りの用事、通勤等の時間である。
2 拘束時間は、法定労働時間(8時間)に休憩時間(1時間)を加えた時間である。
3 余暇は、24時間から睡眠、食事等、仕事の各時間を差引いた趣味、娯楽等の時間である。

(総務庁「平成8年社会生活基本調査報告」)
((財)日本放送協会「2000年国民生活時間調査報告書」)

V-5 業務の過重性の総合評価

(1) 長期間にわたる過重負荷

[6] [7]) [8] [11] [12]

・[6]では冒頭に以下の記述があった。
「過重性の評価は、まず、長期間にわたる過重負荷の実態を調査した上で評価し、それをもって業務上と判定し得ない場合については、異常な出来事や短期間の過重負荷に着目して判断すべきである。」
・就労態様による業務の過重性の評価は、業務上外の認定の基本となるものであり、可能な限り、就労態様に関する客観的な資料・情報を収集し、その上でこれらの証拠に基づいて評価すべきである。
・この場合、業務の過重性の評価は、発症前6か月間における就労状態を考察して、疲労の蓄積が、血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ、脳・心臓疾患の発症に至らしめる程度であたかどうか、すなわち、発症時における疲労の蓄積度合をもって判断することが妥当である。
・言うまでもなく、業務の過重性は、労働時間のみによって評価されるものではなく…総合的に評価するべき
・以上の点を踏まえ、業務の過重性の評価に当たっては、第一に疲労の蓄積の最も重要な要因である労働時間にまず着目し、発症時において長時間労働による疲労の蓄積がどのような状態にあったかどうかについて検討することが合理的である。この点に関する判断の基準を明確示すことは、現在の医学的成果からは困難を伴うものであるが、当専門検討会ではV-2の(2)のイの検討結果を踏まえ、労働時間による過重性の評価のおおまかな目安について、次のとおり整理した。

イ 業務と脳・心臓疾患の発症との関連性が強いと判断される場合

(イ) 発症前1か月間に特に著しいと認められる長時間労働に従事した場合は、業務と発症との関連性は強いと判断される。具体的には、1日5時間程度の時間外労働が継続し、発症前1か月間におおむね100時間を超える時間外労働が認められる状態が想定される。

(ロ) 発症前2か月間ないし6か月にわたって、著しいと認められる長時間労働に継続的に従事した場合は、業務と発症との関連性は強いと判断される。具体的には、1日4時間程度の時間外労働が継続し、発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる状態が想定される。この場合の発症前2か月ないし6か月とは、発症前2か月間、発症前3か月間、発症前4か月間、発症前5か月間、発症前6か月間の**いずれかの期間**をいう。

なお、例えば、(イ)、(ロ)の長時間労働が認められるものの監視・断続労働のような原則として一定の部署にあって監視するのを本来の業務とし、常態として身体又は精神的緊張の少ない場合や作業自体が本来間歇的に行われるもので、休憩時間が少ないが手待時間が多い場合等労働密度が特に低いと認められる場合は、他

んと整合性がとれれば、その数値を出していけばいいと思う」、という方針を示している。

以下は、[6]でのやりとり。

[参] 内容的に、睡眠時間で判断するとなっているが、就労時間は記録があり、客観的な判断ができるが、睡眠時間となると、その証言は家族によるしかなく、睡眠時間にあまり力点を置くと、客観的でないデータに判断の力点を置くことになると思う。

[座] 判断は就労時間などで判断するが、医学的には何時間労働を行うとどうだとはいえない。睡眠時間については、精神障害の検討においても生理的に必要な睡眠は5時間となっており、大体現在の医学における定説になっていることから、それを根拠にしたものである。したがって、実際には睡眠時間から就労時間を換算して判断するというものである。

(精神障害等の判断指針では「業務による心理的負荷の強度の総合評価」を「強」とすることのできる「特別な出来事等」のひとつとして、「極度の長時間労働、例えば数週間にわたり生理的に必要な最小限度の睡眠時間を確保できないほどの長時間労働により、心身の極度の疲弊、消耗を来し、それ自体がうつ病等の発病原因となるおそれのあるもの」があげられているが、事務連絡も含めて、睡眠の目安時間のような数字は記載されていない。報告書にも見当たらないのだが、前述

の諸要因も十分考察し、総合的に判断する必要があることに留意すべきである。

ロ　業務と脳・心臓疾患発症との関連性が弱いと判断される場合

その日の疲労がその日の睡眠当で回復し、疲労の蓄積が生じないような労働に従事した場合は、業務と発症との関連性が弱いと判断される。具体的には、1日の時間外労働が2時間程度であって、発症前1か月ないし6か月にわたって、1か月当たりおおむね45時間を超える時間外労働が認められない状態が想定される。

ハ　イとロの間の場合

発症前1か月ないし6か月にわたって、1か月当たりおおむね45時間を超えて時間外労働が長くなるほど、業務と発症との関連性が徐々に強まるものと判断される。

ロ及びハの場合の発症前2か月ないし6か月とは、発症前2か月間、発症前3か月間、発症前4か月間、発症前5か月間、発症前6か月間の**いずれかの期間**をいう。

上記の時間外労働時間数は、1日8時間（1週40時間）を超える労働時間であり、休日労働時間は、時間外労働時間として評価することが妥当である。また、休日労働は、その頻度が高ければ高いほど業務と発症との関連をより強めるものであり、逆に、休日が十分確保されている場合は、疲労は回復ないし回復傾向を示すものである。

一方、業務の起因性の判断に当たっては、脳・心臓疾患は、主に加齢、食生活、生活環境等の日常生活による諸要因等の負荷により、長い年月の生活の営みの中で潜行的に（自、他覚的に気付くことなく）極めて徐々に血管病変等が形成、進行及び増悪するといった自然経過をたどり発症するもので、発症には、後述するとおり、高血圧、飲酒、喫煙等のリスクファクターの関与が指摘されており、特に多重のリスクファクターを有する者は、発症のリスクが極めて高いとされていることから、労働者の健康状態を定期健康診断結果や受診歴等の調査によって把握し、基礎疾患等の内容、程度や（1）、（2）の業務の過重性を十分評価する必要がある。

（2）　異常な出来事や短期間の過重負荷（省略）

一方、業務の起因性の判断に当たっては、脳・心臓疾患は、主に加齢、食生活、生活環境等の日常生活による諸要因等の負荷により、長い年月の生活の営みの中で潜行的に（自、他覚的に気付くことなく）極めて徐々に血管病変等が形成、進行及び増悪するといった自然経過をたどり発症するもので、発症には、後述<→「VI　脳・心臓疾患のリスクファクター」のこと>するとおり、高血圧、飲酒、喫煙等のリスクファクターの関与が指摘されており、特に多重のリスクファクターを有する者は、発症のリスクが極めて高いとされていることから、労働者の健康状態を定期健康診断結果や受診歴等の調査によって把握し、基礎疾患等の内容、程度や（1）、（2）の業務の過重性を十分検討する必要がある。

のとおり労働省補償課編の解説書に、「4、5時間程度」という記載がある。）

最終報告書の「V-5　業務の過重性の総合評価」に該当する部分の[6]の時点のドラフト（「就労態様等による過重性の評価の基本」）では、「1日睡眠時間5時間未満ないしそれに相当する休息不足がかなりの期間続いたかどうかを目安にする」、などとされていた。

これに対しても、以下のやりとりが行われている。

[参] 裁判を考えると、遺族の側は睡眠時間5時間というところを証明すればいいということになる。ところが、行政の側からすると、被災労働者の睡眠時間は調べようがないわけで、労働時間から見ていかざるを得ない。睡眠時間を目安に取るよりは、勤務時間を目安に取った方がいいのではないかと思う。

[座] 医学的には睡眠時間ということでいかないと、はっきりしたことは言えないことから、この記述の後にそれに相当する労働時間を付け加え、それを基準にすることでいいか。

● 具体的な目安数字

27頁の図3の解説はわかりにくい。要するに、まず、①生活時間調査から平均「睡眠」時間7.4時間

をもってくる。同様に、②生活時間調査から食事、身の回りの用事、通勤等の時間をもってきて、「食事等」5.3時間になった。③「仕事（拘束時間）」は、法定労働時間（8時間）に休憩時間（1時間）を加えた9時間とする。④最後に、1日24時間から①②③の各時間を差し引いた時間を、「余暇」2.3時間とした、ということである。

そして、「1日6時間程度の睡眠が確保できない状態」を想定すると、勤務日1日当たり、睡眠7.4－6＝1.4時間＋余暇2.3時間＝3.7時間（≒約4時間程度）を時間外労働に当てることができ、これに1か月の平均勤務日数21.7日を乗じると、80.29≒「おおむね80時間を超える時間外労働が想定される」、というわけである。

同様に、睡眠を5時間とすると、

（7.4－5＋2.3）×21.7＝104.16≒100時間

睡眠を7.5時間とすると、

（7.4－7.5＋2.3）×21.7＝47.74≒45時間

ここには休日労働は含まれていないから、休日労働をした場合には、平日の時間外労働時間はここでの想定よりも少なくても、目安時間に達することになる。すなわち、「『総合評価』のところで休日労働時間数は時間外労働時間数と取り扱うということ（にしている）…この計算は、週休2日制を想定していることから、かなり余裕をもって、計算していることになる」（［11］での座長発言）。

図3のもとになったパターンは、すでに［6］提出のドラフトに含まれていた。この段階では、総務庁統計局「平成8年社会生活基本調査報告」のみを出典としており、ここから「睡眠7.［7.28］4時間」、「食事等（身の回りの用事を含む）4.05［4］時間」、「通勤時間0.86［1］時間」をとり、その合計と「拘束時間9時間」を24時間から引いたものを「その他2.69［2.72］時間」とされていた。また、この「全国」の数字のほかに、「平成7年国勢調査」の人口100万以上の市・政令指定都市からとったという「都市部」の図も加えられていた（［ ］内の数字）。ちなみに、「平成13年社会生活基本調査報告」の結果は、今年9月までに公表される予定であるという。

［6］では、座長から、「1日の睡眠時間5時間から換算して、労働時間が65時間以上であれば、それだけで認めてもいいのではないかというニュアンスで書いてある」という説明だけで、この部分は直接議論になっていない。

［7］でも、「週65時間以上という目安であるが、65時間以上でないと過労死と認められないようにとられる可能性がある。この65時間というところは、要するに長時間労働のみに着目した場合のひとつの目安なんだということを強調しておいた方がいい」という発言があり、座長が、「そのように修正したい」と応えているくらいで、特段の議論はなされていない。

議事録上では具体的なやりとりがみられないものの、ドラフトの具体的数字は変遷して、［11］で最終報告と同じかたちになっている。

● 「すべての月」か「いずれか」か

「発症前1（2）か月ないし6か月」という評価期間と時間外労働時間数の目安との関係については、最終報告書と改訂された新認定基準・事務連絡との間に食い違いがみられる。事務連絡では、業務と発症との関連性が「弱い」と判断される（1か月当たりおおむね45時間を超えない）場合には、発症前1か月間、発症前2か月間、発症前3か月間、…、発症前6か月間の「**すべての期間**をいう」とされ、「強い」と判断される（1か月当たりおおむね80時間を超える）場合には、「**いずれかの期間**をいう」とされているのだが（2002年1・2月号58頁参照）、最終報告書の方は、どちらの場合も、「いずれかの期間をいう」、になっているのである。

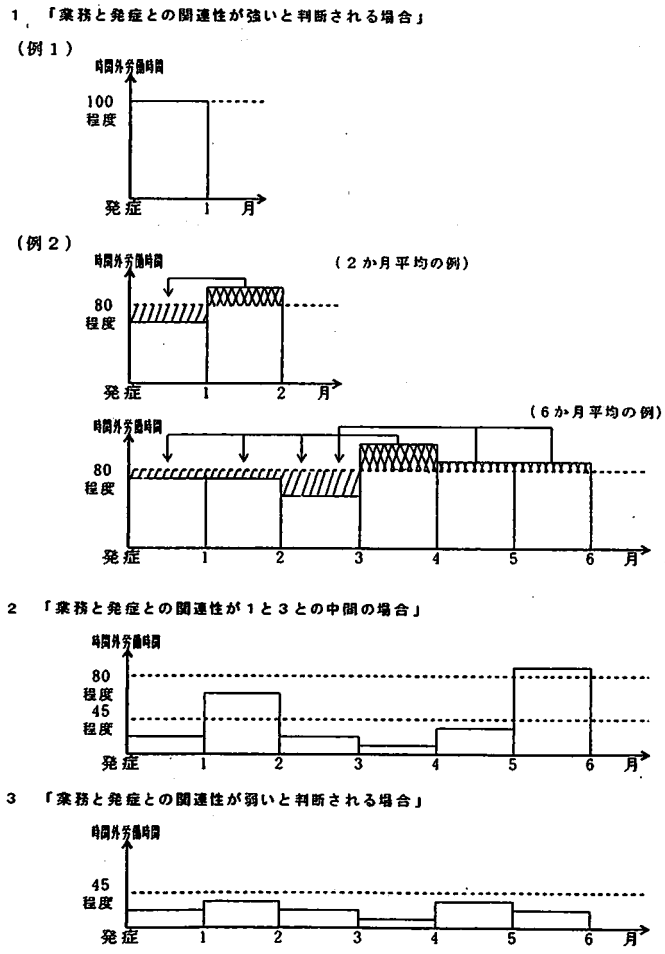
この部分は、［11］では、事務連絡と同じで、「弱い」場合の方は「いずれの月においても」とされていたが、［12］で、どちらも「いずれかの期間をいう」に変更されたものであった（数字に変わりはない）。

［11］では、「業務と脳・心臓疾患の発症との関係」というメモ（図4）が示されて、議論が行われている。

［参］1と3の中間の場合を、どのようにみるかということが大きな課題になる。これは発症前6か月前にかなりの残業を行っているが、あとはそれほど残業を行っていない場合、6か月前の疲労の蓄積は、だんだん減衰していくものだろう。

［参］例2で2か月平均で80時間とすると、2か月持ちこたえた人は業務上にされる可能性が高く、1か月しか持

図4 業務と脳・心臓疾患の発症との関係



たなかった人は業務上にされる可能性が低くなってしまうこととならないか。

…100までいかなかったがために、しかも1か月しか持たなかったために、業務との関連性が弱いとされてしまう。バランスを失しないか。

[座] 評価は、総合評価である。

[参] 80時間に統一し、残業時間が80時間を超えていれば関連性が強いとした方がいいのではないか、そうすれば、微妙な問題が起きなくていいのではないか。

[座] 時間外労働80時間の状態が1か月継続しても「特に」というレベルまでいかないが、2か月平均してあれば、「特に」になるという考え方である。

[参] 図で示そうとしていることは、長期間にわたる過重負荷と脳・心臓疾患の発症との関係であり、長期間の過重負荷に限っている。

[参] 現行認定基準は、発症に近ければ近いほど影響が強いという考え方であるが、今回の見直しは疲労の蓄積を考慮することから、なるべく発症に近いところから考えるものではなく、例2の下の方を中心に書く方がいいのではないか。

[座] 発症に近いほど影響が強いというのは、医学的に間違いではない。1か月で100時間というのは、週2日休んで、1日5時間の時間外労働を行った場合である。かなり余裕を持って認めていると思う。

[参] この報告書で最も重視したのは②のパターンだと書いており、6か月を最初に持ってきた方がいい。

[12]でなぜ変更されたのか分からないのだが、[12]でこの部分の文章構成について発言があり、座長がそれを受け入れて、最終報告書が修文されているので、誤植ではないと思われる。

結果的に、事務連絡の方が、被災労働者にとって有利な取り扱いになっているが、これらの取り扱いの科学性に疑念を抱かせる経過ではある。

労働時間以外の評価要因

● 業務上の要因

「V-2(2) 就労態様等による疲労への影響」の「イ 労働時間」以外の部分は、「ロ 不規則な勤務」から「ト 精神的緊張(心理的緊張)を伴う業務」まで、

6つの業務上の負荷要因について述べられている。具体的には、報告書本文（未掲載）を当たっていただきたいが、最初にドラフトが示されたのは［6］で、その時点の項目建てと最終報告書との特徴的な相違点は、以下のとおりであった。

ロ　不規則な勤務形態

前文で、「過労死事例の背景としての不規則深夜勤務」を指摘する論文があることも記載されていた。

次の①～③の区分がなされていたが、②と③が削除されて①の標題もなくなった。

① 業務そのものが時間的不規則性を要求されるもの

② 雇用形態の多様性に伴う変則的な交替制勤務

雇用形態の多様化に伴い正社員だけでなく、パートタイム労働者、アルバイト、派遣社員などにより業務が代替されることが多くなった。また一方、金融商社、テレビ局、コンビニエンスストアなどをはじめ24時間操業が要求される業務が増えている。こうした業務において、正社員以外のものが、交替勤務に組み込まれることにより、交替勤務が時間的に不規則になる（変則的）とともに、夜勤一人体制や連続夜勤など、個人にかかる負担や責任が増大すると考えられる。

③ 職場環境の変化に伴う不規則性

構造変化（リストラ・合理化）や昇進・昇給・配置転換・転勤などによる職場環境の変化は、一時的であるにせよ、不慣れな業務を担当せねばならないことなどから仕事量や責任の増加を伴うことが多く、定常的な仕事に比べて、不規則な勤務形態となりがちである。

①の具体例としては、以下があげられていたが、(ニ)、(ホ)は削除された。

(イ) バス、タクシー、トラックの運転者、航空機のパイロットなどの交通運輸従事者の業務→「航空機のパイロット」

(ロ) 警備員や医療スタッフなど安全確保を要求される業務や緊急の出動を要請される業務

(ハ) 記者、カメラマン、編集者などのように事件発生に伴い緊急の出動を要請される業務

(ニ) トラブルの発生に対し、日常的に時間外の対応などにより過度の仕事量の増加が要求されるサービス業務、日常的に顧客への時間外の対応が要求される販売業務

(ホ) マネージャーとして部下の管理を行っており、部下の仕事の進展度に応じて柔軟に相談・支援・助力すべきことが求められる業務

［6］では、「脳血管障害などのリスクファクターが多い場合に、脱水があって、血液粘度が上昇することが、発症のトリガーとなりやすい。交通従事者が、飲水を制限されるということで、脱水でヘマクリットが上昇しているというようなことがあれば、化学的な根拠はないが、そういう職業の人に発症が多いひとつの誘因ではないかと思う」、という発言があった。

ハ　拘束時間の長い業務

［8］までは、「長距離トラック・バス、社用乗用車などの運転業務」の例示があった。

ニ　出張の多い業務

［6］では、「評価の目安」として、「宿泊を必要とするような出張が業務全体の3分の1を超える」という記載もあった。また、「出張する際に、飛行機に乗っていれば、何もしなくていいわけであり、ただ出張が多ければ、それで過労になるかというと、必ずしもそうでもないという面があると思う」。これに対する座長の応答は、「裁判でも出張頻回ということが取り挙げていることから、十分に休養がとれるような出張であったか否かを考慮してほしいということで挙げたものである」ということで、ここにも裁判の影響が強く影を落としていることをみることができる。

ホ　交替制勤務、深夜・早朝勤務

［6］では、以下の記述があった。

「交替制勤務が循環器疾患の循環器疾患の危険因子となる理由としては、①生体リズムの障害、②生活の不規則性や休養・余暇の減少による活動量の低下、生活習慣の悪化、③仕事ストレスの増大、血清脂質の上昇、血圧の上昇、高血圧、糖尿病などの危険因子の増大などが挙げられる。これまでの報告から判断すると、交替制勤務の循環器疾患に

対するリスクは、概ね1.2倍から1.5倍になるといえる。また、交替制勤務では深夜勤務による生体リズムと生活リズムの位相のずれ及びその修正のしにくさがとくに問題と考えられ、勤務スケジュールと疲労度の関連も指摘されていることから、深夜勤務の頻度及びその連続性に注目する必要があり、日本産業衛生学会交代勤務委員会の意見書やILO、NIOSH等の健康影響の予防としての勧告を参照したおおよその予防的な労働態様である、①深夜業を含む勤務回数が1か月に10回以下であること、②深夜勤務が連続して5夜以上続かないこと、③深夜勤務前あるいは深夜勤務後のシフトとの間隔が8時間未満であるような勤務が週2回以下であることなどを参考にして、業務がこれらの勧告よりも著しく過重であり、業務による疲労の発生とその蓄積をもたらさない休息や睡眠をとる時間的余裕がなかったかが過重性の評価の目安となる」。

ヘ 作業環境要因

(イ) 温度環境

[6]では、「寒冷環境下での作業」の具体例として、「冬季における屋外作業、多量の液体空気やドライアイスなどを取り扱う業務、冷蔵庫・製氷庫・貯氷庫・冷凍庫などの内部で行う作業、あるいは生鮮食料品の加工・包装・流通職場などが、脳・心臓疾患を引き起こす可能性がある業務に該当するものと考えられる」、との叙述があった。

また、過重性評価のポイントとして、「③一連続作業時間中の採暖」に関しては、「作業後に少なくとも30分程度の採暖を行える施設の活用」という具体的記述があり、また、「⑤寒さで睡眠が妨げられるような宿泊施設」、も挙げられていた。

(ロ) 騒音

[6]では、「騒音レベルやその曝露期間を産業衛生学会の騒音性難聴予防のための許容基準の勧告などを参考にして、それを著しく超えていたか、その期間はどの位であったかなどで評価することが妥当である」、とされていた。

最終報告書では、「騒音の高血圧に対する相対リスクは、1.2～1.4と低い」とされているが、[6]では、末尾は「とされている」とあるだけで、「低い」という評価は、[11]で書き加えられたものである。

(ハ) 時差

[6]では、「気圧」、「飛行による時差および拘束」に分けられていたが、[8]で「気圧」が削られた。「気圧」を取り除いたことについては、[8]で座長が、「気象による気圧変化による出来事を記述しており、高気圧環境、低気圧環境の労働のデータを示しているものではなかった。潜函病みたいなものは職業病として認められているため、気圧を特に取り上げる必要はないのではないか」、と説明している。

最終報告書では、「飛行による時差の過重性については、5時間以上の時差がある地域で航空機で移動する業務であったか」という、過重性の評価に関する記述があるが、この数字は、[7]で突然、書き加えられた。

ト 精神的緊張(心理的緊張)を伴う業務

「V-2(2) 就労態様による疲労への影響」の最後は、「ト 精神的緊張(心理的緊張)を伴う業務」である。

[6]では、「脳・心臓疾患を生じやすい職業として、弁護士、文筆家、管理人、メインテナンス業務、も挙げられていた。また、「脳・心臓疾患を生じやすい職務内容のうち、精神的緊張を高める具体的な負荷要因として、転職・配置転換、過大ノルマ・納期切迫、過大責任、トラブル・人間関係、昇進・昇格、頻回の接待などが挙げられている」という記述もあった。

当初[6]は、「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」の「職場における心理的負荷評価表」を、「過重性評価に用いられるよう十分検討して援用すること」、「精神的緊張が脳・心臓疾患の発症に関与すると考えられる職務内容から、慢性的な心理的ストレス負荷要因の評価項目として妥当と考えられる事柄を抽出し、仕事上の出来事と日常的な精神的緊張を伴う業務の評価法として、『仕事上の出来事と日常的精神負荷業務評価表』を作成し、評価すること」、が想定されていた。

[7]ではたんに、「ストレス負荷要因の評価を目的とした評価表を過重性評価に用いられるよう十分検討して援用することも有用である」とされているだけだが、議論では、「ここのところは、他の要因と比べ

て評価が難しい」からこそ、「良い評価表を作って、それで評価するということ」（座長）という議論がなされている。

［6］では、「精神的緊張を伴う業務について、就労時間だけでは測れない。特に心筋梗塞等は管理職と非管理職とを比べると、管理職が多いということは明らかであり、管理職、医師などは心理的緊張を伴う業務として過重性の評価ラインを引けるのか。この（ドラフトの記述）中からは読み取れない」、という発言もなされている。

［10］になって、「日常的に精神的緊張を伴う業務」および「発症に近接した時期における精神的緊張を伴う業務上の出来事」の2つの表が提案された。

座長が、「分かりやすいように、…（2つ）に分けて検討を行い、表を作成した」と報告するとともに、「ここで、本専門検討会として。精神的緊張を伴う業務をどのように考えるか、すなわち、論文を整理してみると、リスクが高いとするもの、低いとするもの等意見が分かれている。そこで、精神的緊張について発症との関連において、『ある程度積極的に評価した方がいい』と記述するのか、『消極的に評価する』と記述するのかについてである。これらの問題は、今後、重み付けが強くなると思われることから、『十分に配慮する』という方向がいいと思う。特に意見もないようなので、そのようにさせていただく」、と仕切っている。

● 業務以外のリスクファクター

「脳血管疾患のリスクファクター」の部分の当初の位置づけとなりゆきについては、18-19頁に述べたとおりである。この部分における「ストレス」の取り扱いについては、最初のドラフト（［8］）では、「脳血管疾患のリスクファクターのところでは、ストレスを積極的に取り上げるという文面であるが、虚血性心疾患のリスクファクターのところやV-2（「長期間にわたる過重負荷の評価」の項）のところでは、慎重な姿勢となっている。同じトーンにすべきである」、と指摘されたが、これは、前者のトーンを薄めて調和させたかたちになった。

● 疫学研究の評価

ひとつ指摘しておきたいのが、疫学研究の評価について、である。

今回の専門検討会では、労働時間・睡眠時間と脳・心臓疾患の発症に関してだけでなく、その他の業務上要因、リスクファクターの各々について、相対リスク、オッズ比が示された疫学研究をできるだけ収集し、吟味しようとしたことがわかる。

労働時間・睡眠時間に関してだけでも「800余の論文から出てきた客観的なデータ」（［6］座長）と言っているが、最終報告書では、「十分に計画され評価に耐え得る疫学調査」として、労働時間又は残業時間に関する報告として10（表5-1）、睡眠時間に関する報告として12（表5-2）を表示している。前者については、さらに「評価し得る疫学調査は、我が国で行われた3つの調査で、このうち2つは労働時間と血圧との関係（Hayashiら、1996）（Iwasakiら、1998）を、他の1つは労働時間と心筋梗塞のり患（Sokejimaら、1998）を調べたものである」として、その内容を紹介している。

これに関して、［6］で以下のようなやりとりが行われている。

［参］Hayashiら、Iwasakiらの引用文献について、サンプル数がこの程度でこのように結論づけるのに十分なのか。

［座］この程度のサンプル数ではあるが、十分に計画されたものであり、その結果、はっきりした有意差が出たということであれば、証拠として採用していいのではないかと思う。

［参］一般論として述べるときには、こういう論文があるが、まだ今後検討する必要がある領域であるというような指摘が必要なのではないか。

［座］基本的には疫学論文はすべてそうした考え方である。

［参］その疫学論文の総論的な了解事項を書き加えてはどうか。

［座］国際的には、この3つの論文はかなり高く評価され、よく引用されている。きちんと対象を置いて、有意差検定を行い、有意差が出ていれば、サンプル数が少なくてもはっきりしていると考えていいと思う。

［参］国際的にも高く評価され、その理由はきちんとした業績であるというようなことも、記述した方がいい。また、査読制度のないような雑誌に載っている論文ときちんと区別しなければならないと思う。

［参］表の3（最終報告書の表5-1）の中に出ている論文も、

そのレベルは非常に差がある。その中の結論の正当性も相当なばらつきがある。ただ、この3つは、SkejimaらはBritish Medical Journalであり、IwasakiらはIndustrial Health、HayashiらはJ Occup Env Mediineであり、それなりの雑誌である。
…

[参] Sokejimaらの論文で、一番高いオッズ比は高コレステロール血症であるが、労働時間に着目したら、こういうオッズ比になるということか。

[座] そうである。…高コレステロール血症があり、糖尿病があって、煙草を吸い、太っているなど多くのファクターが揃うとリスクは17倍くらいになる。それに対して、ストレインとかストレスの相対リスクは1.5倍である。それをどう考えるかということは、またリスクファクターのところで論議したいと思う。

[参] この場合、ケース・コントロール・スタディであるとすると、「労働時間でオッズ比を出す」に当たって、今のコレステロール等は除外してあるのか。

[座] コントロールはしてないと思われる。

[参] そうであると問題である。一般的にケース・コントロール・スタディを行う場合、主要なファクター以外は除外するわけである。この論文で、除外されているか否かで、全然違ってくる。

[参] このことは、法律的な面からすると、因果関係の判断において裁判などで非常に微妙な問題になる。もう一度リスクファクターのところで議論するということであれば、是非やっていただきたい。そうでないと、ここだけが一人歩きする可能性が非常に高い。

議事録上でみるかぎり、やりとりが行われた形跡はないが、[10]で座長は、「就労態様にウエイト付けができるか否かについてであるが、「不規則勤務」が3で、「拘束時間が長い」が1だとか断定できない。環境因子は付帯的な因子と考えていいが、ウエイト付けは困難であり、実情に応じて判断するしかない」、としている。。

以上から、労働時間と脳・心臓疾患の発症に関しては、①わずかな疫学研究しかないこと、②相対リスクは「必ずしも高くはない」うえにレベルに差があり、③他の要因のコントロールもされておらず、④リスク要因として優先順位が高いわけでもない、等と整理することも可能であろう。

しかし、私が指摘したいのは、そうではなくて、「限られた利用可能な疫学研究を、前向きに労災認定の基準に活かそうとした前例」として、記録にとどめたいということなのである。

このことは、シリカの発がん性、じん肺合併肺がんの補償をめぐって、私たちが厚生労働省とやりとりをしてきた経過からも強調しておきたい。2000年11月の「職業がん対策専門家会議」の検討結果や同年12月の「じん肺症患者に発生した肺がんの補償に関する専門検討会」報告書(いずれも2001年1・2月号参照)では、「否定するときだけ」オッズ比等の数値を持ち出したり、「予防と補償では目的が異なるから評価も違って当然」といった議論がまかり通っているからである(2001年6月号34頁参照)。

今回の報告書でも、「Winklebyらによれば、バス運転者の心血管疾患り患率ないし死亡率に関する疫学調査は14あり、…多くの調査では、いずれも1.4～2倍の増加があるとしている」とか、「交替制勤務の心血管疾患に対するリスクは、おおむね1.2から1.5倍になるといえる」という客観的な記述がある一方で、「騒音の高血圧に対する相対リスクは、1.2～1.4倍と低い」というように、突然主観的評価が入った記述が出てくるなどの首尾一貫性のなさがみられるのである。「後者」の「低い」という評価は、[11]提出のドラフトで突然、追加されたものである。

● 医学的思考＋社会通念?

報告書は冒頭で、「なお、検討は、業務起因性を客観的かつ迅速に判断できるように、できるだけ医学的証拠に基づいた医学的思考過程に沿って行った。しかし、疲労やストレスと発症との関係についての医学的か依命は現段階においても十分なものではなく、今後の更なる研究を待たなくてはならない部分も多い」としている。事実、検討のはじめから[1]、座長は、「医学的に言えることはこういうことが言える、というところまで医学的にはサイエンティフィック(科学的)にまとめて、あとは、そこで割切するかというのは、もう社会通念で割切りをせざるを得ないかもしれない」と言い、しばしば繰り返してきた。さて、皆さんはいかが判断されるだろうか。

ふれられなかった論点も多いし、私の読み方が間違っていることもあるかもしれない。読者の皆さんが、議事録等で議論をあとづけていただければ幸いである。

過重労働による健康障害防止のための総合対策について

平成14年2月12日 基発第0212001号
都道府県労働局長宛て厚生労働省労働基準局長通達

平成13年12月12日付け基発第1063号「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の認定基準について」により、脳・心臓疾患の労災認定基準を改正し、疲労の蓄積をもたらす長期間の過重業務も、業務による明らかな過重負荷として新たに考慮することとしたところである。業務による脳・心臓疾患の発症の防止のためには、疲労回復のための十分な睡眠時間又は休息時間が確保できないような長時間にわたる過重労働を排除するとともに、疲労が蓄積するおそれのある場合の健康管理対策の強化及び過重労働による業務上の疾病が発生した場合の再発防止措置の徹底が必要である。

このため、従来からの労働者の健康確保のための措置に加えて、過重労働による健康障害防止のための総合対策を別紙1のとおり定めたので、各局においては、同総合対策に基づく措置の周知徹底を図り、過重労働による健康障害防止対策の一層の推進に努められたい。

なお、関係団体に対し、別紙2のとおり要請を行ったので、了知されたい。

別紙1

1　目的

平成13年12月12日付け基発第1063号「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の認定基準について」（以下「新認定基準」という。）により、脳・心臓疾患の労災認定基準を改正し、業務災害の認定に当たって、疲労の蓄積をもたらす長期間の過重業務も、業務による明らかな過重負荷として新たに考慮することとしたところである。

この新認定基準においては、長期間の過重性の有無の判断に当たって疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられる労働時間と脳・心臓疾患の発症との関連性について示したところである。

本総合対策は、新認定基準の考え方の基礎となった医学的知見を踏まえ、過重労働による脳・心臓疾患の発症の防止に関して、別添のとおり「過重労働による健康障害を防止するため事業者が講ずべき措置等」を定め、その周知徹底を図ることにより、過重労働による健康障害を防止することを目的とする。

2　過重労働による健康障害防止のための周知啓発

都道府県労働局及び労働基準監督署は、集団指導等のあらゆる機会を通じて、リーフレット等を活用しつつ別添の内容を広く周知を図ることとする。

この周知に当たっては、関係事業者団体等並びに産業保健推進センター及び地域産業保健センター等も活用することとし、事業者に対して広く周知する。

また、平成14年度中に作成し、インターネット上で公開することとしている労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリストを広く周知することとする。

3　過重労働による健康障害防止のための窓口指導等

(1)　36協定における時間外労働の限度時間に係る指導の徹底

ア　労働基準法第36条に基づく協定（以下「36協定」という。）の届出に際しては、労働基準監督署の窓口において、「労働基準法第36条第1項の協定で定める労働時間の延長の限度等に関する基準」（平成10年労働省告示第154号）（以下「限度基準」という。）を超える36協定を事業者が届け出た場合については、限度基準を遵守するよう指導する。

また、36協定において、限度基準第3条ただし書に定める「特別の事情」が生じた場合に限度時間を超える一定の時間まで労働時間を延長することができる旨を定めたものについては、過重労働による健康障害を防止する観点から、当該時間をできる限り最小限のも

のとするよう指導する。

イ　36協定において、月45時間を超える時間外労働（1週間当たり40時間を超えて行わせる労働をいう。以下同じ。）を行わせることが可能である場合であっても、実際の時間外労働については月45時間以下とするよう指導する。

(2) 労働者の健康管理に係る周知指導

(1)の月45時間を超える時間外労働を行わせることが可能である36協定を受け付ける場合及び裁量労働制に係る届出を受け付ける場合については、リーフレット等を活用して別添の内容を周知指導する。

4　過重労働による健康障害防止のための監督指導等

(1) 月45時間を超える時間外労働が行われているおそれがあると考えられる事業場に対しては監督指導、集団指導等を実施する。

(2) 監督指導においては、次のとおり指導する。

ア　月45時間を超える時間外労働が認められた場合については、別添の4の(2)のアの措置を講ずるよう指導する。併せて、過重労働による健康障害防止の観点から、時間外労働の削減等について指導を行う。

イ　月100時間を超える時間外労働が認められた場合又は2か月間ないし6か月間の1か月平均の時間外労働が80時間を超えると認められた場合については、上記アの指導に加え、別添の4の(2)のイの措置を速やかに講ずるよう指導する。

ウ　限度基準に適合していない36協定がある場合であって、労働者代表からも事情を聴取した結果、限度基準等に適合していないことに関する労使当事者間の検討が十分尽くされていないと認められたとき等については、協定締結当事者に対しても必要な指導を行う。

(3) 事業者が上記(2)のイによる別添の4の(2)のイの措置に係る指導に従わない場合については、当該措置の対象となる労働者に関する作業環境、労働時間、深夜業の回数及び時間数、過去の健康診断の結果等を提出させ、これらに基づき労働衛生指導医の意見を聴くこととし、その意見に基づき、労働安全衛生法第66条第4項に基づく臨時の健康診断の実施を指示することを含め、厳正な指導を行う。

5　過重労働による業務上の疾病が発生した場合の再発防止対策等

(1) 過重労働による業務上の疾病を発生させた事業場に対する再発防止の徹底の指導

過重労働による業務上の疾病を発生させた事業場については、別添の4の(2)のウの措置を行うよう指導する。

(2) 司法処分を含めた厳正な対処

過重労働による業務上の疾病を発生させた事業場であって労働基準関係法令違反が認められるものについては、司法処分を含めて厳正に対処する。

別添

過重労働による健康障害を防止するため事業者が講ずべき措置等

1　趣　旨

近年の医学研究等を踏まえ、平成13年12月12日付け基発第1063号「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の認定基準について」（以下「新認定基準」という。）により、脳・心臓疾患の労災認定基準を改正し、脳・心臓疾患の発症に影響を及ぼす業務による明らかな過重負荷として、これまで発症前1週間以内を中心とする発症に近接した時期における負荷を重視してきたところを、長期間にわたる疲労の蓄積についても業務による明らかな過重負荷として考慮することとした。この新認定基準の考え方の基礎となった医学的検討結果によると、長期間にわたる長時間労働やそれによる睡眠不足に由来する疲労の蓄積が血圧の上昇などを生じさせ、その結果、血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させるとの観点から、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられる労働時間の評価の目安が次のとおり示された。

(1) 発症前1か月間ないし6か月間にわたって1か月当たりおおむね45時間を超える時間外労働が認められない場合は、業務と発症との関連性が弱いと判断されるが、おおむね45時間を超えて時間外労働時間が長くなるほど、業務と発症との関連性が徐々に強まるものと判断されること

(2) 発症前1か月間におおむね100時間を超える時間外労働が認められる場合又は発症前2か月間ないし6か月間にわたって1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと判断されること

この考え方に基づき、過重労働による労働者の健康障害を防止することを目的として、以下のとおり事業者が講ずべき措置等を定めたものである。

2　時間外労働の削減

(1) 時間外労働は本来臨時的な場合に行われるものであること、また、時間外労働（1週間当たり40時間を超えて行わせる労働をいう。以下同じ。）が月45時間を超えて長くなるほど、業務と脳・心臓疾患の発症との関連

性が強まると判断されることを踏まえ、事業者は、労働基準法第36条に基づく協定（以下「36協定」という。）の締結に当たっては、労働者の過半数で組織する労働組合又は労働者の過半数を代表する者とともにその内容が「労働基準法第36条第1項の協定で定める労働時間の延長の限度等に関する基準」（平成10年労働省告示第154号）（以下「限度基準」という。）に適合したものとなるようにする。

また、36協定において、限度基準第3条ただし書に定める「特別な事情」が生じた場合に限度時間を超える一定の時間まで労働時間を延長することができる旨を定めているなど月45時間を超えて時間外労働を行わせることが可能である場合についても、事業者は、実際の時間外労働を月45時間以下とするよう努めるものとする。

(2) 事業者は、上記1の(1)の趣旨を踏まえ、時間外労働を月45時間以下とするよう適切な労働時間管理に努めるものとする。

その際、時間外労働が月45時間以下の場合においても、健康に悪影響を及ぼすことのないように時間外労働のさらなる短縮について配意するものとする。

また、事業者は、裁量労働制対象労働者及び管理・監督者についても、健康確保のための責務があることなどにも十分留意し、過重労働とならないよう努めるものとする。

(3) 事業者は、平成13年4月6日付け基発第339号「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関する基準について」に基づき、労働時間の適正な把握を行うものとする。

3 年次有給休暇の取得促進

事業者は、各種助成制度の活用などにより、年次有給休暇の取得しやすい職場環境づくり及び具体的な年次有給休暇の取得促進を図るものとする。

4 労働者の健康管理に係る措置の徹底

(1) 健康診断の実施等の徹底

事業者は、労働安全衛生法第66条第1項の健康診断、同法第66条の4の健康診断結果についての医師からの意見聴取、同法第66条の5の健康診断実施後の措置、同法第66条の7の保健指導等を確実に実施する。

特に、深夜業を含む業務に常時従事する労働者に対しては、労働安全衛生規則第45条に基づき、6月以内ごとに1回、定期に、特定業務従事者の健康診断を実施しなければならないことに留意するものとする。

また、深夜業に従事する労働者の健康管理に資するための自発的健康診断受診支援助成金制度や一定の健康診断項目について異常の所見がある労働者に対する二次健康診断等給付制度の活用につき、事業者は労働者に周知するとともに、労働者からこれらの健康診断の結果の提出があったときには、事業者は、これらの健康診断についてもその結果に基づく事後措置を講ずる必要があることについて留意するものとする。

さらに、事業者は、労働安全衛生法第69条による労働者の健康保持増進を図るための措置の継続的かつ計画的な実施に努めるものとする。

(2) 産業医等による助言指導等

ア 月45時間を超える時間外労働をさせた場合については、事業者は、当該労働をした労働者に関する作業環境、労働時間、深夜業の回数及び時間数、過去の健康診断の結果等に関する情報を、産業医（産業医を選任する義務のない事業場にあっては、地域産業保健センター事業により登録されている医師等の産業医として選任される要件を備えた医師。）（以下「産業医等」という。）に提供し、事業場における健康管理について産業医等による助言指導を受けるものとする。

イ 月100時間を超える時間外労働を行わせた場合又は2か月間ないし6月間の1か月平均の時間外労働を80時間を超えて行わせた場合については、業務と脳・心臓疾患の発症との関連性が強いと判断されることから、事業者は、上記アの措置に加えて、作業環境、労働時間、深夜業の回数及び時間数、過去の健康診断の結果等の当該労働をした労働者に関する情報を産業医等に提供し、当該労働を行った労働者に産業医等の面接による保健指導を受けさせるものとする。また、産業医等が必要と認める場合にあっては産業医等が必要と認める項目について健康診断を受診させ、その結果に基づき、当該産業医等の意見を聴き、必要な事後措置を行うものとする。

ウ 過重労働による業務上の疾病を発生させた場合には、事業者は、産業医等の助言を受け、又は必要に応じて労働衛生コンサルタントの活用を図りながら、次のとおり原因の究明及び再発防止の徹底を図るものとする。

(ア) 原因の究明

労働時間及び勤務の不規則性、拘束時間の状況、出張業務の状況、交替制勤務・深夜勤務の状況、作業環境の状況、精神的緊張を伴う勤務の状況等について、多角的に原因の究明を行うこと。

(イ) 再発防止

上記(ア)の結果に基づき、再発防止対策を樹立すること。

「じん肺有所見者の肺がんに係る医療実践上の不利益に関する専門検討会」の検討結果(方針)について

【速報】平成14年3月11日 厚生労働省発表

厚生労働省発表、平成14年3月11日(月)
担当:労働基準局労災補償部補償課職業病認定対策室

1 「じん肺有所見者に発生した肺がんに係る医療実践上の不利益に関する専門検討会」(以下「検討会」という。)は、平成12年12月25日から、じん肺の存在により肺がんの発見・治療が困難になるといった「医療実践上の不利益」について、臨床症例を収集し、画像診断及び治療面から検討を行ってきたところであるが、本日(3月11日)開催された検討会において、検討結果の方針が取りまとめられたところである。

2 厚生労働省としては、検討会からの検討結果報告書の提出を受けた後、その検討結果を踏まえ、早急にじん肺有所見者に発生した肺がんの労災補償上の取扱いを改正することとしている。

3 検討結果の主な点は次のとおりである。

> じん肺有所見者に発生した原発性の肺がんについて、医療実践上の不利益の観点からじん肺管理区分に応じて、
> 1 管理4では明らかな医療実践上の不利益が認められた。
> 2 管理3イ、3ロでも明らかな医療実践上の不利益が存在すると判断する。
> 3 管理2では、じん肺のない場合との比較において明らかな医療実践上の不利益が存在するとは認められなかった。
> (注) 現行の取扱いでは、じん肺管理区分管理4又は管理4相当の者に発生した原発性肺がんのみを労災補償の対象としている。

4 検討結果の概要は別添1のとおりである。

5 検討会の検言討経過等は別添2のとおりである。

(別添1)

「じん肺有所見者の肺がんに係る医療実践上の不利益に関する専門検討会」検討結果の概要

I はじめに

じん肺有所見者に発生した肺がんについては、じん肺管理区分(別紙参照—省略)が管理4と決定された者であって、現に療養中の者に発生した原発性肺がんを労災補償の対象として扱ってきたところである。

平成12年12月、「じん肺症患者に発生した肺がんの補償に関する専門検討会」は、現時点においても進展したじん肺有所見者に発生した肺がんには医療実践上の不利益の存在が認められるため、さらに的確な労災補償を行うという観点から、①画像診断面での不利益、②治療面における不利益について、事例の集積を行った上で検討を加え、医学的に評価する必要があるとの提言を行った[2001年1・2月号66頁参照]。

これを受けて、「じん肺有所見者の肺がんに係る医療実践上の不利益に関する専門検討会」において、医療実践上の不利益について検討を行ってきたところである。

II じん肺に合併した肺がんの画像診断面での不利益に係る検討

全国8病院から、①じん肺も肺がんもある症例、②じん肺はあるが、肺がんのない症例、③じん肺はないが、肺がんのある症例、④じん肺も肺がんもない症例の胸部エックス線写真350枚を収集し、呼吸器専門医、一般内科医のそれぞれ12名、6名(合計18名)がそれを読影して、肺がんの有無を判定し、その結果から肺がんの診断精度を統計的に解析した。

その結果、じん肺肺がんの症例を含むエックス線写真

の肺がんの有無の読影時における偽陰性割合及び偽陽性割合の両者から求められる精度指標は、じん肺のない場合に比べ、PR1では統計学的に有意な差を認めなかったが、PR2、PR3並びにPR4では、診断に際しての精度が悪く、じん肺のない場合と比べその差は統計学的に有意であった。

Ⅲ　じん肺に合併した肺がんの治療面における不利益に係る検討

全国6病院から170例のじん肺肺がん症例を収集し、管理区分、肺がんの手術の有無、その後の生存期間等を調査・検討した。

その結果、①じん肺に合併した肺がんの治療には手術が行われた場合、明らかに予後が良いことが判明した（参照図1—省略）。②収集した全症例について手術割合をみると、じん肺管理区分が進むにつれ、肺がんの手術割合が下がる傾向が見られ、特に管理区分が管理4では肺がんの手術割合の低下が明らかであった（参照図2—省略）。③外科手術が考慮されるStage IIまでの非小細胞がんで75歳未満の手術割合を見ると、管理2では収集した症例の全てにおいて手術が実施されていたものの、管理区分が管理3イ、3ロ、4と進むにつれ手術割合が下がる傾向が見られた。

Ⅳ　まとめ

以上の検討結果から、じん肺有所見者に発生した原発性の肺がんについて、管理4では明らかな医療実践上の不利益が認められた。また、本検討会は、管理3イ、3ロでも明らかな医療実践上の不利益が存在すると判断する。なお、管理2では、じん肺のない場合との比較において明らかな医療実践上の不利益が存在するとは認められなかった。

（別添2）

「じん肺有所見者の肺がんに係る医療実践上の不利益に関する専門検討会」の検討経過等について

1　現行の労災補償上の取扱いについて（昭和53年11月2日付け基発第608号通達）

じん肺有所見者に発生した肺がんについては、昭和53年に出された「じん肺と肺がんとの関連に関する専門家会議」の、①進展したじん肺症の病態のもとでは肺がんの早期発見が困難となること、②治療の適用範囲が狭められること、③予後に悪影響を及ぼすこと等の医学的見解に基づき、労災補償上の取扱いを定めている。

労災補償の対象は、

(1) じん肺法によるじん肺管理区分（以下「じん肺管理区分」という。）が管理4と決定された者であって、現に療養中のものに発生した原発性の肺がん

(2) じん肺管理区分が管理4相当と認められる者に発生した原発性の肺がんである。

2　現行取扱いの見直しについて

(1) 平成12年12月に「じん肺症患者に発生した肺がんの補償に関する専門検討会」は、現時点においても臨床医学的知見から、進展したじん肺の有所見者に発生した肺がんに対する医療実践上の不利益の存在は認められるため、更に的確な労災補償を行うという観点からじん肺の進展度と具体的な医療実践上の不利益について、①画像診断面での不利益、②治療面における不利益の2点を中心に事例の集積を行った上で検討を加え、これによる予後への影響について医学的に評価する必要があると指摘したところである。

(2) この報告を受けて、「じん肺有所見者の肺がんに係る医療実践上の不利益に関する専門検討会」において、平成12年12月以来14回にわたって、検討を行ってきた。

3　じん肺有所見者の肺がんに係る医療実践上の不利益に関する専門検討会の検討課題

(1) 検討会の検討課題は、次のとおりである。

イ　画像診断に関する検討

じん肺の進展度と肺がん発見困難度との関連に係る検討

ロ　治療手法に関する検討

じん肺の進展度と肺がん治療法の選択並びに肺がん手術適応の可否に係る検討

(2) 検討会の参集者は、次のとおりである。

池添潤平　愛媛大学医学部放射線医学講座教授
宇佐美郁治　旭労災病院呼吸器内科部長
岸本卓巳　岡山労災病院内科部長
木村清延　岩見沢労災病院内科部長
斉藤芳晃　珪肺労災病院内科部長
坂谷光則　国立療養所近畿中央病院副院長
〔座長〕　佐々木孝夫　珪腕労災病院院長
清水弘之　岐阜大学医学部公衆衛生学教室教授
森下宗彦　愛知医科大学医学部呼吸器・アレルギー内科助教授
森永謙二　大阪府立成人病センター参事

連載第11回

語りつがねばならぬこと
―日本・アジアの片隅から―

予期せぬ5か月の滞米生活

塩沢美代子

人生は誰でも、予期せぬことのつみ重ねで展開していくのだろうが、私にはとくにそういうことが多かったような気がする。しかも予期せぬ幸運に恵まれており、そのはじまりが、訪米中に起ったのである。

占領軍の命令による渡米で、3か月も職場を休むことに気がひけていたのに、実際はさらに2か月近く延長となった。ひきつづきアメリカのYWCAが、私の要望に基づいてつくってくれた、すばらしい研修プランで、アメリカの底辺部分を歩き廻ったのである。

そうなったいきさつは後に記すが、私がアメリカ滞在でえたものを10とすれば、2対8か、1対9かと感じるくらい、後半のほうが大きかったのである。

もちろん前半だけで終っても、行ってよかったと思う収穫はあったのだが、後半を経験してみると、その意義は比較にならないほど大きかった。そして前号に記した、"賽の河原に石をつむ"ようなオルグ活動に疲れきっていた私が、一生を労働問題に関って送るようになった第2の原点は、後半の滞米生活にあったのである。

その当時、NGOという呼び方は、少なくとも日本ではしていなかったが、政府レベルの企画による研修と、NGOであるYWCAのアレンジによる研修との大きな差であった。

国連研修プログラム

まず国連についての研修期間の概要を記しておこう。

国連は日本の降伏で、第2次世界大戦が終った、1945年の10月につくられたが、1951年は、ニューヨークに国連のビルが新築されたばかりだった。私たちは、このビルに通って、さまざまな部門が、どういう働きをしているのかについて、事務局のそれぞれの担当者から話を聞くことからはじまった。

次にワシントンに行って、アメリカ政府の関係者から、アメリカの政治事情や、国連との関りについて話をきいた。

さらに主としてニューヨークで、さまざまな分野の民間団体を訪問して、その団体の活動内容と、国連とどう関っていこうとしているかについての話をきいた。部分的には、各参加者の専門に応じて、違うプログラムもあって、私は国際自由労連の女性役員を訪ねて、話をきいた。これは共産圏主導の世界労連に対抗して、1949年にアメリカのAFL、イギリスのTUCが中心になってつくられた、西側の国際労働組織である。

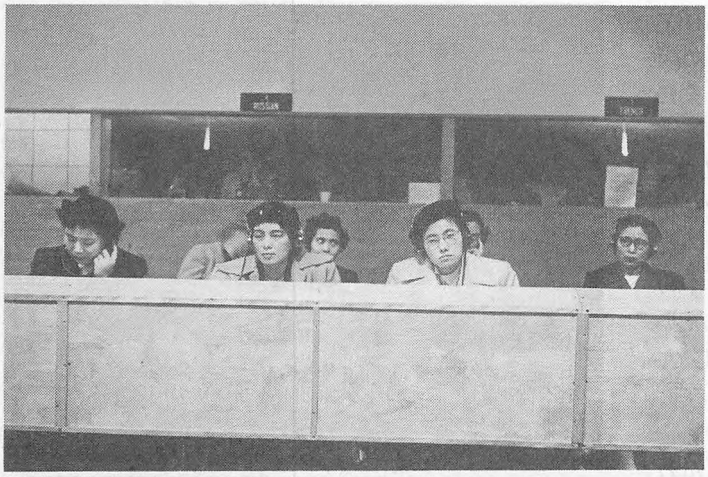
また、国際婦人服縫製工労働組合本部(国際といってもカナダを含むだけだったが)を訪ねたり、高層マンションである労働者住宅を見せてもらったりした。私がはじめてテレビを見てびっくりしたのは、このときだった。

最後は全員がシカゴに行き、フォードの自動車工場を見学し、そのオートメーションぶりに、仰天したものである。

上：ICFTU国連代表のジョニ・センダーさんと
下：通訳のジェンセンさん

同行した人たちは、みんな英語がわかるので、私は、たまたま女性だった通訳さんを独占できることになった。太平洋戦争中に、アメリカでは、1年半くらいの期間に、合宿してたいへんインテンシブな、日本語教育のコースを設けていて、彼女はそこで勉強したという。敵国の言葉だからといって、英語を禁止した日本の軍事政権とは、正反対のことをしていたわけである。

他のメンバーは英語がわかるのなら、通訳の時間をとるのはもったいない。さりとて彼女は私の耳元で、同時通訳ができるわけではない。そこで私は彼女と話しあった結果、彼女が話の要旨を、英語でメモをとってくれることになった。日本語が話せるといっても、日本語が書けるわけではないから、それ以上は望めない。そこで私は、昼間はチンプンカンプンながら、英語の話をきき、夜はそのメモを見て、辞書をひきながら内容を知るという毎日だった。だんだんものぐさになって、自分にあまり関心のない内容の日は、せっかくのメモをろくに読まなかったりした。ジェンセンさんというこの女性は、もの静かなおだやかな性格で、とても親切だった。だんだん友達感覚になって、休日にどこそ



上下とも：国連・婦人の地位委員会の傍聴風景。ともに右側に著者、その左側へ田中、宇尾、野田（下のみ）、田中の各氏。

こへ遊びにいかないかと誘ってくれたりした。だからプライベートタイムも、同行の男性たちより、ジェンセンさんと過すことが多かった。

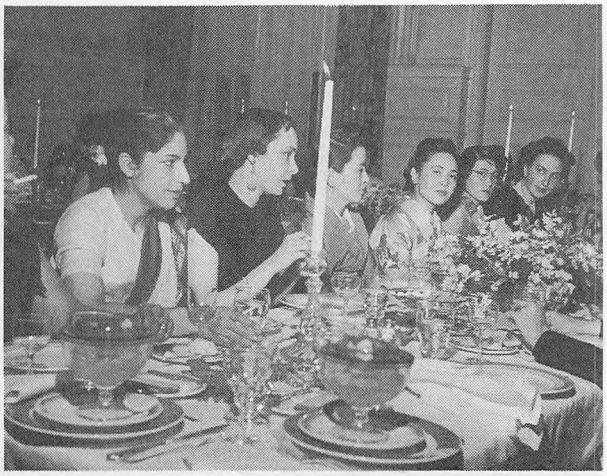
婦人の地位委員会を傍聴

私たちがニューヨークに滞在中に、国連の婦人の地位委員会が、2週間にわたって開かれ、日本から3名の女性が傍聴にきた。当時は労働省婦人少年局の役人で、後に社会党から出馬して国会議員となり、党の副委員長にもなった田中寿美子さん、当時かけ出しの裁判官補で、後に日本初の女性裁判所長（札幌高裁長官）になった野田愛子さん、労働省の富山の婦人少年室長だった宇尾さんという方たちだった。それで私は他のメンバーのプログラムから外れ、この傍聴団に参加するようにといわれた。こちらのグループでは英語が完全にわかるのは、田中さんだけだった。野田さんも読めばわかるのだろうが、聴きとるのは馴れていなかったと思う。さまざまな国の言葉での発言が、5カ国語に同時通訳されイヤホンで聞けたが、もちろん日本語はない。したがって私たちは英語できくのだが、これも一向にわからない。田中さんが終始ノートをとって、後から詳しく話して下さった。2週間だから、田中さんにとってはさぞ重労働だったろう。

わからないながらも、傍聴を許され参加しているのだから、疲れても席を外すわけにはいかない。私はいくら集中してきいても、断片的に単語がわかったり、1センテンスだけわかったりするだけで、要するに何が語られているのか皆目わからない。はじめのうちは、人種展覧会をみているようで面白かったが、話の中味がわからないのに、会期中は、イヤホンをつけ

て着席しているのが苦痛だった。イヤホンのダイヤルを廻すと、他の4か国語がきかれるので、いろんな言葉にしてみたりして遊んでいた。

田中さんがたいへんな苦労をして、伝えて下さった内容なのだが、なぜかほとんど覚えていない。エリートの女性ばかりが集っているので、日本の底辺部分の労働問題にとりくんでいる私には、次元の違う話という感じで、あまり印象に残らなかったのだろう。



この会期中にパーティが開かれた。欧米人は、イブニングドレスを着るような場面なので、日本人は着物を着た。私も出発のさい、きっとパーティがあるから、必らず着物は持っていきなさいといわれたが持っていない。知人がお嬢さんの着物一式を、すべて貸して下さった。ところが生れてはじめて着るのだといったら、田中さんがおどろいて、じゅばんからはじまって、夢中になって着せて下さった。私は動作が活発なので、着崩れしてはたいへんと、いくつもの紐や帯をしっかり結んだのか、出来上ったときは、全身にギブスをはめられたような感じだった。その席では、滞米中で一番のごちそうが並んだのに、苦しくてあまり食べられない。同じく傍聴者として参加していた西ドイツの女性が隣にいて、私にもわかるような英語を話すので、けっこうおしゃべりを楽しんだが、早くお開きになって、このギブスから解放されたいとひたすら願っていた。私の生涯で着物を着たのは、この4時間だけである。

上下とも：初めて着物を着たパーティで。下の左から2人目が著者、その右側へ宇尾、野田、田中の各氏。上の一番右が、話をした西ドイツの女性。その右側へ、著者、野田、田中の各氏。

物質文明の“光と影”

ところでアメリカに着いての第一印象は、その物質文明の発達ぶりについての驚きだったが、それを具体的に書こうとしたら、はたとペンがとまってしまう。なぜなら50年後の今日、日本では当時のアメリカをはるかにしのぐほど、物質文明は発達しているからである。

私が到着早々、朝食をとりにキャフェテリアに行くと、コーヒーが自動販売機なので、びっくりしたり、操作にまごついたりした。アメリカ人は使い馴れているらしく、使い方の説明など、いくら見ても書いてない。まごまごしていると、

誰かが親切に、私のコインを入れて取り出してくれた。こんな話は今の日本人にとって、“なんでそんなことが珍しいの”となってしまう。工場見学のさい、台車の通路などで自動ドアを見ておどろき、どういうメカニズムでこんなことが可能なのかと、ふしぎだったが、いまや日本では、至る所に自動ドアがある。

次に私が“なんだこの国は！ ふざけている”と腹が立ったのは、アメリカのダイエットブームだった。戦後5年の日本は、やっと飢餓状態から抜け出したものの、栄養は充分とはいえない状況だった。それなのに飽食して、やせるのに苦労するなんて、ひどすぎると思ったのである。

これも今の日本と同じである。日本は当時のアメリカより、ずっとはげしく異常な事態だと思う。かく申す私も実はダイエットに苦労している。大好きな山歩きを阻む、老化現象の変形性膝関節症を改善するためにも、この連載の途中で脳卒中にならないためにも、減量しなければならないのだが、飽食の生活環境のなかでは、なかなかむつかしい。

私は1970年代から、アジアの女子労働問題にとりくむことになり、アジア第三世界の国々から、女子労働者を招いて、日本で交流会をしたことが何度かある。来日した人たちは、日本のぜいたくな暮しには、反発を覚えていた。私には彼女らの気持ちが、とてもよくわかるのは、私がはじめて渡米したときに感じたのと同じだからである。

アメリカで見た朝鮮戦争

さらに私が感じたのは、やっと平和な5年間を送ってきたのに、かつての悪夢であった、日本の戦争時代を思い出すということだった。

広い太平洋を越えた、はるか彼方の朝鮮半島で戦争しているのに、今にも本土に空襲があるかのように、シェルターという防空壕のサインがあちこちにある。その他にも“自由を守るために、戦わねばならない”というような意味のおおげさなポスターなど、国民に戦意高揚を訴える雰囲気は、どの国も同じなのだなと思った。

そのうちに、アメリカ人にとって大事件が起った。

太平洋戦争を苦戦の結果、やっと勝ちぬいて日本を降伏させ、日本を占領した連合国軍総司令官だったマッカーサー元帥が、トルーマン大統領によって罷免され、アメリカに凱旋してきたのである。

罷免の理由は、朝鮮戦争のすすめ方に対する政策の違いだった。

トルーマンは休戦交渉を呼びかける方針を決めたのに対し、マッカーサーはこれに不満で、アメリカ軍が38度線を越え、鴨緑江以北にも攻撃を加えるべきだと主張した。

トルーマンは、すでに1950年12月、大統領命令として、軍司令官が、政府の承認なしに、見解を発表することを禁止していた。

ところがマッカーサーは、これを無視し、自己の主張を通信社に語り、共和党指導者の質問に答えたそうである。

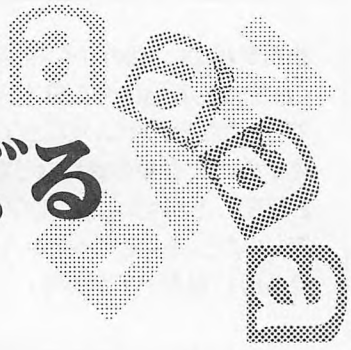
それでトルーマン大統領は、記者会見をして、マッカーサー元帥の解任を発表したのである。

後からきくと、日本国内でも大騒ぎで、吉田首相もショックを受けたという。国会は急遽、マッカーサー元帥への感謝決議を行い、昭和天皇は、離日直前のマッカーサー元帥を訪問したそうである。

このニュースが流れてからのニューヨークは、たいへんな興奮ぶりだった。やがて私たちは、マッカーサー元帥の凱旋パレードという、歴史的な場面に立ち会うことになったのである。この件をめぐっては、面白いエピソードが多いので、詳しくは次号にゆずろう。

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



EU指令改正案に対する経済社会評議会の見解

EU Economic and Social Committee, 2002.2.21

職場におけるアスベスト曝露に関連したリスクからの労働者の防護に関する理事会指令83/477/EECを修正する欧州議会及び理事会指令の提案に関する経済社会評議会の見解
(COM(2001)417 final-2001/0165(COD))

2001年9月13日に、理事会は、欧州共同体創設条約第262条に基づき、職場におけるアスベスト曝露に関連したリスクからの労働者の防護に関する理事会指令83/477/EECを修正する欧州議会及び理事会指令の提案(COM(2001)417 final-2001/0165(COD))[2002年1・2月号71頁参照]に関する経済社会評議会の意見を求めることを決定した。

本課題を担当する雇用・社会問題・市民権部門は、2002年1月30日に、その見解を採択した。報告者は、Mr. Ettyである。

2002年2月20-21日の第388回全体会議(2002年2月21日の会議)において、経済社会評議会は、以下の見解を賛成62、反対14、棄権3で、採択した。

0. はじめに

0.1 1999年3月、経済社会評議会は、とりわけまず第一にすべてのアスベストの禁止を、また、修理、補修管理、改装、解体および除去においてアスベストを扱わなければならない労働者および自営業者のよりよい防護を要求した、自発的な見解を採択した[1999年8月号25頁参照]。

0.2 今回の理事会指令83/477/EECを修正するための[欧州]委員会の提案は、評議会が説明的な覚え書きにおいて指摘した、職場でアスベストに曝露する者のリスクを低減するための新たな措置ばかりでなく、現行の法令の見直しを評議会が要求したことに対する返答である。

0.3 1999年、評議会は、委員会の関連部門は、同見解のなかで明らかにした課題を実行するのに十分な能力を備えるだろうという希望と期待を表明した。今日、必要とされる資金と人材に関して、若干の懸念があるように見受けられる。この関連において、来るべきEUの拡大についても、あらためて言及しておかなければならない。

0.4 委員会の提案は、とりわけアスベストとの関連において、職場におけるよりよい安全衛生状況に委員会が引き続き関心を払っていることを証明するものである。しかしながら評議会は、EU域内

で採掘されるアスベストのような有害な製品の輸出や、地元の政府のこうした問題に対する関心がより少ない他の地域への、アスベストを含有した船舶の解体の輸出などの、EU域内における労働者のよりよい防護の意図せぬ結果に対しては、関心が相対的に薄いようにみえることを遺憾に思っていることを指摘しておきたい。後者の場合については、委員会は、国際海事機関(IMO)、国際労働機関(ILO)などの国際機関やバーゼル条約のもとにおける、加盟諸国の責任に関心を払う必要がある。

1. 全般的意見

1.1 委員会指令1999/77/EC[1999年10月号38頁参照]によるアスベストの流通および使用の禁止は、職場におけるアスベスト曝露に関連したリスクから労働者および自営業者[1]の防護に、次元の異なる改善をもたらす可能性をもっている。アスベスト含有製品はもはやEU域内では製造されておらず、その結果、全面禁止の唯一の例外(電解用隔膜)を除いて、製造前段階および製造プロセスにおける労働者の防護はもはや必要ないということを出発点として、新たな法律文書は、職場において既存のアスベスト製品を取り扱わざるをえないがゆえに、なお曝露のリスクがある人々をよりよく防護するためにとられるべき措置に集中することができる。不幸なことに、現在の指令草案は、そのような明確な画期を示せていない。アスベストを製造する環境に対しての方がよりふさわしい内容を、いまだに含んでいる。

1.2 そのことはまた、健康サーヴェイランス、登録、情報およびトレーニング、自営業者の直面するリスク[2]、含有製品の二次利用による労働者(および一般住民)のリスク、アスベスト関連疾患の職業病としての認定、に関する特別の規定を扱わなければならないということでもある。これらは、本指令が適当でないとしたら、別の法律文書で委員会が対処しなければならない問題である。

1.3 提案には、新たな状況のもとにおいて最も曝露の可能性の高い労働者に集中している、一定の手順の簡素化を図っている、曝露限界値を引き下げる、解体または補修管理開始前のアスベスト含有物の確認や、この種の作業に従事する会社の能力証明の提供を義務づけることや、労働者のトレーニングなどの、積極的な内容を含んでいる。指令草案は、EU域内における採掘に関して、より明快に改善される余地がある。また、アスベストを含有する建築物や施設の国家的登録[ナショナル・レジスター]の問題に関する経済社会評議会の提案については、委員会は応えていないことも指摘される。

1.4 何回かの改正を経て、1983年の理事会指令は、かなり複雑な法律文書になっている。それゆえ、評議会は、近い将来に編集整理することを勧告する。将来の編集整理としては、発がん物質指令の一定の条項が、アスベスト指令にも適用されるということがある。

2. 具体的意見

2.1 委員会は、とりわけ、アスベスト塗装、アスベスト断熱材またはアスベストパネル張りの除去をともなう作業状況に関して、修正3.3条の提案を再検討すべきである。個々の作業を列挙せずに、3.3条に規定する例外を、その基準を列挙するかたちで定義すべきである。評議会は、4、15、16条は、(非常に危険な吹き付けまたは劣化したアスベストの除去作業が明らかに行われる)ハイリスク[危険性の高い]作業のカテゴリーに含まれない、リスクアセスメントがすでに確立されている小規模作業については、適用されるべきではないと考えている。

2.2 4(4)条により義務づけられる新たな届出は、変化が生じた作業を開始する前に、提出されなければならない。なお、4(2)条に規定するすべての情報を含め、さらに、関係労働者の曝露を制限するためにとられるべき手段だけでなく、解体、修理、補修管理または除去作業の期間に関する情報も含めなければならない。

2.3 5条は、解体、修理、補修管理および除去のみを例外として、アスベスト含有製品の取り扱いの全般的禁止を規定すべきである。

2.4 提案された新条文6.5条は、1983年と1991年

の指令が言及していた採掘作業について、相変わらず言及している。どうも、委員会は、採掘がアスベストの流通や一次使用に含まれると考えていないように見受けられる。評議会は、含まれるべきであると考えている。委員会は、この点を明確にすべきである。

2.5 特別の大気測定法を明示した7(6)条の文章は、特定しすぎている。評議会は、この条文に規定されたWHOのシステムは満足のいくものではなく、SEM-EDX[3]法などの他の方法を認めるべきであると考える加盟国があることを心配している。特定しすぎないように、評議会は、本条文を、WHOの方法と同等以上の感度をもつ他の方法が用いられることを認めるよう、修正することを勧告する。

2.6 指令草案の8条は、使用者が、いかなる労働者も、8時間加重平均(TWA)で0.1繊維/cm³を超える大気中のアスベスト濃度に曝露することがないようにしなければならないことを提案している。評議会は、労働者をアスベストに曝露させる作業は、[今後は]1日8時間を超えて行われることはまずないのであるから、これは、今後想定される作業のあり様に合ったものでないと考える。曝露レベルを下げることになるであろう、4時間TWAで0.1繊維/cm³という限界値の方が望ましい。

2.7 トレーニングの内容(12a条)は、定期的に、見直され、更新されなけっればならない。

2.8 12(b)条で提案されている、解体・除去作業に従事する企業に対する能力[証明]に関する要求事項は、より具体的に特定されなければならない。それによって関係企業の能力を判定することのできる明確かつ具体的な基準が存在しているようにするために、委員会は、国が策定する基準を活用することに言及すべきである。加盟国の政府は、関係する使用者団体および労働組合と緊密に協議するなかで、そのような基準を策定すべきである。

1. この部門の意見を採用して、2002年1月31日の委員会の作業プログラムが、「自営業者の労働安全衛生に関する理事会勧告の提案」の2002年2月採択(Art. 308)の採択を見込んでいることを指摘しておく。
2. 同前
3. SEM-DEX(走査型電子顕微鏡-エネルギー分散X線分析)測定システムは、繊維や粒子を視覚化するのに電子ビームのスキャンさせることを利用した、顕微鏡を使用した方法である。使用する手法/機器によって、約0.05ミクロンまで表示できる繊維の幅が決まる。SEMがEDXシステムにフィットしていれば、0.2ミクロン超幅の繊維の元素構成を決定するのに使用できる。これによって分析者は、アスベストと非アスベストを識別し、また、どの種類のアスベストが存在するかも判定することができる。

ブリュッセル、2002年2月21日

経済社会評議会　議長　Goke Frerichs

経済社会評議会　事務局長　Patrick Venturini

付録

却下された修正案

討議のなかで、以下の修正案は、総投票数の25%を超える支持を得たが、却下された。

2.6項

2.6項を削除する。

理　由

職場において遭遇する化学物質についての閾値は、通常、8時間単位で言及される。より短い言及期間にした場合の影響が明らかでない。そのことが、0.1繊維/cm³という閾値を増大または低減させることになる可能性がある。それゆえ、見解では、閾値に言及するのを控えるべきである。

投　票

賛成 39／反対 40／棄権 7

※原文は、http://www.esc.eu.int/pages/avis/02_02/op_February_en.htmで入手できる。

経済社会評議会は、経営者、労働者、農業・自由業・消費者の代表で構成され、欧州委員会と理事会に助言をする諮問機関という位置づけであるが、欧州議会に対する影響力は大きい。

経済社会評議会は3月には作業の結論を出し、欧州議会の勧告に関する最終投票は4月に行われる予定で、最終的に指令は夏頃に採択される見込みと伝えられている。

アスベストと3種類の農薬を貿易管理の対象に

UNEP Press Release、2002.2.21

政府指名の専門家からなる委員会が、3種類の広く使用されている農薬とすべての種類のアスベストを、貿易管理の対象化学物質のリストに追加すべきであるという結論をまとめた。

× × ×

ジュネーブ/ナイロビ、2002年2月21日―最初に俎上に上がったのは、monocrotophosである。この殺虫剤は、多くの開発途上国、とりわけアジアにおいて、綿花、柑橘類、米、トウモロコシ、その他の作物にたかる昆虫やハダニを管理するために用いられている。活発に商いされ、ほとんどすべてがアジアの1ダース以上の工場で生産されている。

他の有機リン殺虫剤同様、monocrotophosは、何十万もの農場労働者に急性ハザードを与えており、とりわけ保護衣や機械装置が不足している開発途上国では、人々が直接吸入する可能性がより大きい。医学的影響としては、吐き気、下痢、眼のかすみ、重篤な場合には、呼吸低下、痙攣や死亡するケースもある。

monocrotophosは、鳥類や動物に対しても高度の中毒性を持っている。例えば、ハンガリーでmonocrotophosを25年以上使用して、野性の鳥類に対して、他のいかなる農薬が与えたよりも大きな損害をもたらしたという報告がある。

現在標的となっている害虫と作物のいずれの組み合わせに対しても、この農薬の代替品は存在している。科学専門家による今日の勧告によって、9月の外交会議で、monocrotophosを、輸入を合法化および一方的に禁止できる化学物質・農薬のリストに追加するかどうかの最終決定をするという段階にうつる。

この農薬を管理すること自体が大きな成果であるが、安価な有機リンに係るより広い問題に対する関心を浮き彫りにするものでもある。一般に、巨大多国籍企業によってつくり出されたこれらの農薬は、特許を持つ企業に続いて広く製造され、病気や死亡の証拠が増大するにもかかわらず、使用され続けるといったことがしばしばある。今回の専門家の決定はまた、製造業者の使用説明書に基づくのではなく、ある農薬が現場で実際に使用されている状況に基づいて、貿易に関する判断を下す権利を再確認するものでもある。

暫定化学物質評価委員会(ICRC: Interim Chemical Review Committee)の勧告は、9月30日から10月4日にボンで開催される、国際貿易における一定の有害化学物質および農薬の事前の情報に基づく同意(PIC: Prior Informed Consent)に関するロッテルダム条約の政府間交渉委員会にまわされる。そこで採用されれば、monocrotophosは、事前の情報に基づく同意手続に入る。

残された5種類のアスベストをPICリスト(1種類はすでに掲載ずみ)に追加するという勧告は、(新たな)プロセスを開始させ、2003年中に結論が出される予定である。委員会によるアスベストのレビューは、オーストラリア、チリ、EUによる禁止が引き金になったものである([ロッテルダム]条約のもとで、異なる2地域の2か国が、ある化学物質を禁止または厳しく規制する場合に、レビューが開始される。monocrotophosのレビューは、オーストラリアとハンガリーにおける禁止が引き金となった)。

アスベストの魅力には、その高い拡張性、繊維性、熱抵抗性、不活性が含まれる。かつては家屋や特殊な設備の断熱材として広範に使用されたが、その微小な繊維が労働者や居住者の肺の中に吸入されて、がん、その他の病気や死亡を引き起こすことが理解されるようになってから、アスベストは、多くの諸国で根絶された。費用効果のある代替品がほとんどの用途向けにどんどん利用可能になっている

にもかかわらず、アスベストは今もなお、シール材、ガスケット、ジョイント、ブレーキ、兵器、その他の用途に使用されている。

「委員会の今回の決定は、アスベストとその製品に関連したリスクの根絶に向けた、もうひとつの大きな一歩である。私の国のように、これらの製品をすでに長期にわたって禁止している国でさえも、建築物の汚染除去をする場合に大きな問題を残しており、アスベストによる重篤な疾病に罹患した人々の治療に莫大な費用を支払い続けている」と、ドイツ出身のICRC委員長Reiner Arndtは言っている。

委員会はまた、殺菌剤の混合物と高度に有毒な殺虫剤Carbofuranである、Granox TBCおよびSpinox Tに関係した農薬のリスト化のためのプロセスも開始した。…略…

4番目の化学物質、DNOCは、殺虫剤、除草剤および殺菌剤である。…略…

約7万種類の異なる化学物質が、今日市場で入手可能であり、毎年新たに1,500種類が導入されている。このことは、これらの潜在的に危険な物質の監視および管理を試みなければならない多くの政府を悩ましている。工業化諸国において、すでに禁止されるかまたは厳しく制限されている多くの農薬が、開発途上国では今もなお流通、使用されている。

高齢化、備蓄品の漏洩および化学物質の投棄場所が引き起こす明らかな危険性と結合した、いくつかの物質の長期低濃度曝露の健康・環境リスクに関する科学的知見の増大に呼応して、国際社会は、国連環境計画（UNEP）および国連食糧農業機関（FAO）の援助のもとに、1998年にロッテルダム条約を採択した。

ロッテルダム条約は、輸入国に、潜在的に危険な化学物質を確認するのに必要な手段と情報を提供し、安全に管理できないものを締め出すものである。貿易が許される場合には、輸出品の潜在的な健康・環境影響に関するラベル表示と情報提供が、化学物質の安全使用を促進する。

同条約は、すでに72か国（プラスEU）が署名し、これまでに18か国が批准している。50か国が批准してから90日後に発効することになる。その間は、各国政府は、同条約の事前の情報に基づく同意条項をボランタリーベースで適用することに同意している。当初の条約のリストには、22種類の農薬と5種類の産業用化学物質が含まれていた（*）。その後、4種類の農薬が追加されている。上述した4種類の化学物質は、法律的に定められたPIC手続に新たに入ったことを意味している。

（*）同条約は、以下の22種類の有害な農薬を対象としている。

2,4,5-T、aldrin、captafol、chlordane、chlordimeform、chlorobenzilate、DDT、1,2-dibromoethane（EDB）、dieldrin、dinoseb、fluoroacetamide、HCH、heptachlor、hexachlorobenzene、lindane、mercury compounds、and pentachlorophenol、plus certain formulations of methamidophos、methyl-parathion、monocrotophos、parathion、phosphamidon。

また、以下の5種類の化学物質も対象としている。

crocidolite、polybrominated biphenyls（PBB）、polychlorinated biphenyls（PCB）、polychlorinated terphenyls（PCT）、tris（2,3 dibromopropyl）phosphate.

※原文は、http://www.unep.org/Documents/Default.asp?DocumentID=235&ArticleID=3017

ロッテルダム条約は、「複数の締約国において使用を禁止され又は厳しく規制された化学物質及び極めて有害な駆除用製剤を一定の手続に従って条約の附属書に掲載し、締約国は、自国の輸出者が他の締約国の当該化学物質の輸入に係る決定に従うことを確保すること、締約国間で有害な化学物質等に関する情報交換を促進すること等を規定しており、有害な化学物質の潜在的な害から人の健康及び環境を保護し、並びに当該化学物質等の環境上適正な使用に寄与するものである。具体的には、事務局が、附属書に掲載する化学物質について締約国に予め輸入意思を確認し、それを各締約国に送付することにより、締約国がその化学物質を他の締約国に輸出するにあたり当該輸入国の意思に従うように規定している。また、自国内で禁止又は厳しく規制された化学物質を輸出する場合に、輸入国に対しその危険性等の情報を通報することを規定している」（外務省ホームページから、http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kankyo/jyoyaku/rotterda.html）。

労働組合は4.28の取り組みを

ICFTU●OSH改善を通じたHIV/AIDS対策

● テーマ

この文章は、皆さんが、今年の4月28日の死傷労働者国際記念日の取り組みの企画をするよう呼びかけるものである。今年のメインテーマである「より強力な安全衛生を通じた公衆衛生の改善」は、最優先の課題だろう。(国際自由労連の)各国の加盟組織と産業別書記局(ITS)、その他の組織はまた、各々のやり方で、このメインテーマに沿って、「職場の公衆衛生活動を通じたHIV/AIDSへの取り組み」というサブテーマに焦点を当て、また、「職場のモニタリング・監督システム」を強調するよう、求められている。

● 地球サミットで希望の式典

今年は、われわれの4月28日の記念日と、南アフリカ・ヨハネスバーグで8月26日から9月6日にかけて開催される、持続可能な開発に関する地球サミット(WSSD)との間に結合ができた。公衆衛生はこのサミットの主要テーマのひとつであり、今年の4月28日のテーマとともに4月28日という日にち自体を、各国政府および関係者に継続的な年中行事として強調するために、サミットに参加するすべての代表のための労働組合の「希望の式典」が検討されている。WSSDに向けた労働組合の準備に関するお知らせは、間もなくお届けする予定である。しかし、WSSDの取り組みにつながるものとして、世界中で4月28日自体の取り組みが行われることを期待している。

● 公衆衛生促進のための労働安全衛生の強化

いかなる社会においても職場の安全衛生の状態は、大多数の人々の生活と公衆衛生の質についての有効なバロメーターである、ということが、わがOHSE(労働安全衛生・環境)作業委員会の長年の信条である。この関係を公式化しようとする最初の試みは、既存の労働安全衛生政策をより広い環境政策に組み入れることを勧告した、1999年のWHO(世界保険機関)の閣僚宣言においてなされた。より最近では、アジェンダ21関係者によるニューヨーク会議が、WSSDにおいて公衆衛生問題を促進させるために、「労働衛生を改善するための労使協定を促進」することに合意している。

しかし、これを現実のものにするためには、安全衛生システムが強化され、それを薄めようとする世界的な傾向を転換させなければならない。昨年、国際労働機関(ILO)において政労使代表は、職場における持続可能な安全文化の強化を追求した、「労働安全衛生マネジメントシステムに関するガイドライン」を取りまとめた[2001年12月号参照]。これは、ICFTU加盟組織にはすでに郵送されているが、連絡いただければ提供できる。労働組合は、このガイドラインを政府および使用者団体に採用させるのを促す手段として、4月28日の取り組みを活用することを求められている。

● AIDS/HIVに関する緊急の取り組み

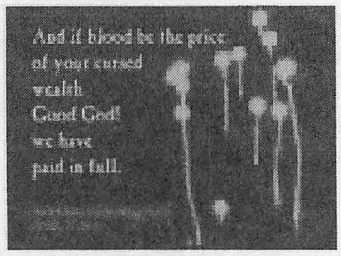
AIDS/HIVは、1992年のリオ・サミットに続く、この時代における最も緊急かつ重要な職場の課題のひとつとして浮かび上がっている。最新の推計によると、2,300万の勤労者がこの病気にかかっており、そのうち、アフリカの43か国だけで1,750万人を占め、無視することのできない緊急事態をつくりだしている。労働組合は、それが労働生活の真っただ中にいる人々に主に影響を及ぼしているという理由だけからではなく、職場がHIVの予防とケアのプラグラムを行うのに適切な場所であるという理由からも、AIDS/HIVを職場の課題であると考えている。この病気に対抗するプログラムには、労働者、労働組合と使用者を、同意と協同の取り組みを通じて問題に対処するために、協同して努力するよう組み込まなければならない。情報、教育、習慣改造への支援を通じた、HIV感染拡大の防止に、主要な焦点をあてるべきである。AIDS/HIVにかかった労働者が差別待遇や権利侵害を受ける対象とされることがしばしばあることから、基本的な労働者の権利お

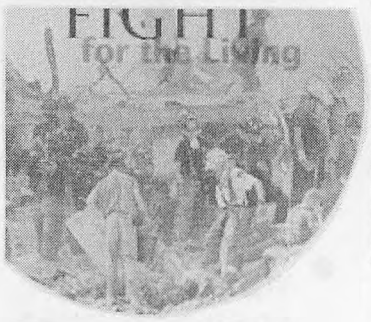
よび人権に配慮した、職場でのケアや支援がなされなければならない。

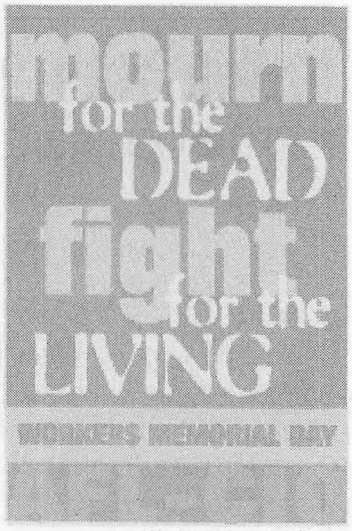
2001年7月に、ILOは国連の特別会議において、AIDS/HIVとその職場における影響に対処するための、国際労働基準に基づいた地球的ガイドラインを労働者、使用者および政府に提供する、AIDS/HIVに関する実施規準を送り出した。この規準は、予防および適切な待遇を促進するよう考えられた多くの基本原則を提供し、試験、スクリーニングなどの不必要性や秘匿性を示し、また、流行に対する緊急対応の費用を賄うためのAIDS/HIV・健康地球基金を設立するものである。現在、労働組合の強力な支援と関与を受けながら、ILOその他の機関において、調査研究や行動プログラムが活発に開始されている。

● 各国・産業部門の取り組み

歴史的に労働組合は、4月28日のために、大規模なデモ行進やストライキから、教育的・ロビイング行事や簡単な情報配布活動に至るまで、広範囲にわたる取り組みを組織してきた。しかし、少なくとも、短い記念スピーチ、黙祷、詩や音楽を組み合わせた簡単なキャンドルライトや追悼式典を組み入れることを、多くの者が考えている。テーマとしては、通常、死傷者の追悼で始まり、生活と生きることへの希望のメッセージで終わる、4月28日の全体的方向づけを反映した行事が行われている。今年は、すべての国で少なくともひとつの行事が行われることをめざしたい。







Workers Memorial Day
左上は、Hazards magazine
他のふたつは、AFL-CIO

● 持続可能な開発のための世界調和ネットワーク

昨年は、各加盟組織は自国の国際音楽家連盟（FIM）のメンバーと連絡をとって、4月28日の取り組みを協力して企画するよう呼びかけられたことを思い出していただきたい。これは、持続可能な職場促進のための教育ツールとして芸術や音楽の活用を促進するために、1998年に創設された「世界調和ネットワーク（World Harmony Network）」を広げようという努力の一環であった。自国におけるFIMの連絡先に関する情報が知りたい場合は、Eメールを送っていただきたい。

● モニュメントサイト・プロジェクト

昨年、労働者のモニュメントに関する新しい4月28日関係の本が出版され、$20UN（船舶便送料込）で入手できる。この本『Dead But Not Forgotten』をご希望の方はICFTUにご連絡されたい。この収益は、4月28日の国際的なモニュメントの来るべき建造のための基金建設にあてられる。この本は、4月28日関係ライブラリーの貴重な情報源である。

付録

死亡し、障害を負い、病気になった労働者を追悼し、思いやる

1992年のリオ以来、労働組合は、不安全、不健康な職場のために死亡し、傷害を負い、病気になる何十万もの労働者に関心を促す努力を積み上げてきた。持続できないかたちでの生産のパターンの結果として、毎年130万（毎日3,300）を超す労働者が死亡しており、これは戦争による死亡者の2倍近く、HIV/AIDSによる死亡者よりも多い。12,000が子供で、335,000が業務上の事故による

もの。325,000は職業病によるもので、大部分が有害物質によるものである。毎年、新たに1億6千万の新規傷害および労働関連疾患が報告されている。

労働に関連した死傷の高いレベルは、労働者と労働組合の権利の侵害の最も明確なサインであり、容認できない労働条件のパターンとも一致している。結社の自由のもとにおける労働者の権利を行使することによって、組織化、教育、労働者の権利の前進ための努力をしたことのゆえに、殺害され、傷つけられ、たたかれ、苦しめられ、嫌がらせをされている数百の労働組合活動家を、この統計数字に追加できるかもしれない。2001年の労働組合の権利侵害に関する年次調査レポートのなかで、ICFTUは、209人の労働組合活動家が殺されるか「行方不明」になり(前年比50%増)、8,500人が逮捕され、3,000人以上が傷害を受け、およそ20,000人が解雇された、と報告している—労働組合の権利を行使したことに対する重い対価である。集団的利害の合法的な表明に対して機動隊を投入するといったように、労使関係においては、ますます力が対話に取って代わってきている。反ストライキ法その他の立法、組合つぶし、自由貿易地帯、組合を職場から締め出すように慎重に計画された人的資源戦略などの、労働組合の権利を侵食する使用者や政府による微妙な手口もまた、増えてきている。

WSSDその他の場所で、政府は、この種の迫害や抑圧はまったく容認できないことを理解し、かかる苦しみや生命の喪失をもたらすような生産パターンを持続可能とはみなせないことを明らかにしなければならない。とりわけ、別の場所では政府が民主主義と人権の原則への支持を宣言している諸国において、このような侵害の容認ないし創起をやめるよう政府に対して要求する動きを大いに支援しなければならない。

これまでに4月28日の取り組みに関与した組織はご存知のように、労働者の死傷率に関するわれわれの統計はILOに依存している。不幸なことに、ILOは、最近はこの情報を更新(最新化)することができないでいる。しかし、この問題の解決に向けて、われわれがILOのSafe Work部門に働きかけていることを知っておいていただきたい。

また、ILO理事会は、「業務災害給付」に関する1964年の条約に記載された職業病を見直し、リストの定期的最新化のためのメカニズムを審議することを決定している。

※http://www.icftu.org/

ILO-EUの合同OSHウエブ

ILO-EU●EUは米・加・豪との協同に続き

欧州連合と国際労働機関は、労働安全衛生(OSH)情報に関する協同に向けた、重要なステップを踏み出した。国際労働事務局(ILO)とビルバオ(スペイン)の欧州労働安全衛生機関は、今日[2月6日]、新たな合同OSHウエブサイトを立ちあげた。

このサイトは、これまでの欧州機関のウエブサイト・ネットワークの構造と体裁を受け継いでおり、また、職場の安全衛生情報のための全地球的なポータル(表玄関)の創設への重要な貢献である。このサイトは、EUの情報に直接リンクしているだけでなく、ILOのOSH資源の豊富な情報源にもなっている。最も重要なSafe Workプログラムに加えて、国際労働安全衛生情報センター(CIS)およびILO全体のプログラムのOSHに関連した取り組みも含まれている。欧州委員会の雇用・社会問題担当委員Mrs. Anna Diamantopouloは、次のように語っている。「安全衛生は、質の高い仕事と生活の基準を創造する、欧州委員会の『職場の質』に関する戦略の鍵となる要素のひとつである。同様に、ILOの『ディーセント・ワーク(人間らしい仕事)』イニシアティブは、鍵となるインフォーカス(重点)・プログラムのひとつ—自由、公正、安全、人間の尊厳が確保された条件のもとでの生産的労働の創造をめ

ざした『SafeWork』プログラムとして安全衛生を含んでいる。ILOとEUの協同の安全衛生資源をまとめあげることにより、このILO-欧州機関合同ウエブサイトは、これら双方の目標に向けた重要な一歩を印すものである」。

「このウエブサイトは、安全衛生のスタンダード、グッド・プラクティス(良い実践)、調査研究に関する共同情報活動を促進するなかで、ILO・EU間の協同のすばらしい手段となり、したがって、われわれの共通の目標実現を促進するものと確信している」。

ILO事務総長Juan Somaviaは、次のように言っている。「国際労働機関は、自由、尊厳、安全に生計を維持できる権利—要するにディーセント・ワークの権利をすべての者に確保するために創設された。災害や疾病は『仕事につきものである』という考え方は、決して受け入れることはできない。今世紀中に、産業化諸国では、とりわけ職場をより健康で安全なものにするという点で実際に前進したことによって、重大災害の明らかな減少をみた。この経験の恩恵を労働世界全体に広げる挑戦をしなければならない。SafeWorkは、この要請に応えるために計画されたものである」。

SafeWorkディレクターJukka Takalaは、「世界中で毎年120万の労働関連死、2億5千万の傷害、1億6千万の労働関連疾病というILOの推計は、あくまで総計であって、その下には各国レベルの発生率や原因の大きな差が隠されている、と指摘する。

「ヨーロッパのなかでも実に多様であり、現実はわれわれが考えているよりもはるかに複雑である。しかし、どのような状況であったとしても、情報技術は、問題に関する事実関係を学び、問題解決の方法を調査研究し、習得した経験を将来のために蓄積することにより、犠牲者を減らすのに役立てることができる。インターネット・ポータルは、世界のOSH関係者の多様なニーズに、ILOとその構成要素の同様に多様な経験をマッチさせるのに理想的である」。

欧州機関ディレクターHans-Horst Konkolewskyは、次のように言っている。「ILOとの協同ウエブサイトの立ち上げは、欧州機関のネットワークに大きな広がりを持たせるものである。それは、使用者、労働者、専門家たちが、労働者のためのより安全な労働環境の創造に向けてILOが国際的に行ってきた膨大な情報を、より活用できるようにするだろう」。

EU/ILOウエブサイト:
http://www.ilo.org/public/english/protection/euportal/

ストレスは団体交渉事項

IMF●労働組合の取り組みを呼びかけ

IMF(国際金属労連)
METAL WORLD, No.4-2001, 2001.12.10

誰もがストレスについて知っている。それは、現代の生活の共通の特徴のひとつである。多くの人々が、職場と職場以外の両方において日常的なプレッシャーにさらされており、また、結果として病気にかかることなしに、無理のないように要求に対処することに慣れてもいる。ストレスにさらされて働くことが生産的だったり、エネルギッシュだったりする者さえいる。実際、健康を促進し、創造性を刺激する、よいストレッサーも存在する。

しかし、ストレスが激しく持続的であったら、プレッシャーが積み重なったとしたら、そのときは身体的な病気や精神的な障害を引き起こす可能性がある。多数の調査が、この問題が至るところで—産業化諸国でも開発途上国でも、次第にエスカレートしていることを確認している。ストレスは、すべての職業、すべての規模の会社で、また、公共・民間部門を問わず、主要な健康・安全問題のひとつになっている。もはや、無視することも、対症療法のみで対処すること

もできない。

● 過労死

ダブリンに本部を置く欧州生活・労働条件改善財団が実施した第3次欧州労働条件調査によれば、ヨーロッパの3分の1以上の労働者にとって、労働がストレスの主要な原因になっている。日本では、労働生活において重大な不安またはストレスを受けている労働者の割合は、1992年の53%から1997年には63%に増加しており、過労死は深刻な問題であり続けている。

不況のため、あるいは競争力強化のために、新たな人事管理政策を採用した企業ほど、この傾向は加速している。イギリスでは、鉄鋼労連の安全代表の54%がストレスを安全衛生に関する関心事のベスト5のひとつだとし、支部書記の55%がストレスを最優先事項として選んでいる。

● 何がストレスを起こすか?

一般に、ストレスは、切り離すことが困難な諸要因の組み合わせによって起こる。しかし、調査が示しているように、現代の職場のプレッシャーの高い環境が、ストレスやバーンアウトに関連した問題の大部分を占めている。経済のグローバリゼーションは、労働の性質と編成に著しい変化をもたらし、労働者をますます増大するプレッシャーのもとに追いやっている。労働と生活のバランスは、雇用不安とそれに伴う雇用 - 解雇文化(hire-and-fire culture)、失業の増加、より過重な仕事量、より激しい要求、フレキシブルな作業編成、一層のテクノロジーによって、崩壊させられている。多くの諸国で労働組合は労働時間短縮の闘争で成果を収めてきたが、これが、非公式、未払いの—残業の増加を伴うこともしばしばあった。

リストラ、リーン・プロダクション(無駄のない生産=カンバン方式)、下請化、アウトソーシングは、雇用を減らし、生産の質量両面から個々の労働者により大きな要求を課している。労働者はたえず、新しい作業方法やマネジメント・テクニックに合わせなければならず、より素早く仕事をこなし、かつ、より安い価格でよりよい製品やサービスを提供しなければならない。彼らは、速い速度で、きつい—しばしば非現実的な—デッドラインで働かなければならない。労働の性質も変化しており、消費者の要求に一層左右されるようになっている。顧客は王様であり、労働のリズムを決定している。それらの競争的な要求により、企業は今日、まさにストレス生産工場となっている。壊れるのはもはや機械ではなく、労働者自身である。

● IT革命は薪をくべる

情報技術革命の襲来は、この事態と無関係ではない。IT革命習得のプレッシャーは、職場のストレスに薪をくべるものである。そのうえ、新たなテクノロジーやコンピュータ・サイエンスは、そのリズムを日常生活に押しつけ、労働とプライベートの間の境界をますますかすんだものにさせている。労働スケジュールは、以前のものとはまったく変わってしまっている。

多くの企業において、従業員の一定の区分に、労働時間はほとんど関連がなくなりつつある。問題は、プロジェクトを実行することと、あらかじめ決められた目標を達成することである。労働時間の概念は、消滅しつつあり、労働者のふるまいはますます、そうした目標達成のニーズに支配されつつある。多くの労働者が仕事を家に持ち帰っており、また、テレワーカー(在宅勤務者)のように(家で)コンピュータにログインしている。目標を達成するために労働者が残業をしなければならないかどうかは、経営者の関心事ではない。

「したいことをしてよいが、儲けだけは確実にあげろ」というのが、多くの企業のモットーである。株主からの高配当の要求が、労働者の利益よりも優先され、労働者に過大なプレッシャーを加えている。このプレッシャーは、必ずしも経営者のみからもたらされるのではなく、他の同僚たちからも加えられている。ドイツのIBMの工場協議会の議長が述べているように、「残酷なメカニズム」が、「同僚労働者たちの間で働いているのかもしれない。それは、ついてこれない者やその事業部門の生き残りに貢献しない者に対する、同僚のプレッシャーである」。このような事態は、労働者のなかの連帯と協力を損ない、したがって職場の緊張感を高めることになっている。

裁量と自律は、人々がストレスを受けるかどうかを理解するうえでの、別の重要な要素である。調査が示しているように、高い要求が、労働プロセスに対する労働者の裁量の低さと結びついた状況は、ストレスにつながり、病気と関

連してくる可能性がある。

ストレスは、メディアによってますます多く議論されているテーマである。例えば、スウェーデンでは、ストレスは新聞や雑誌で高い優先運位を与えられており、多くの論争の的になっている。

● ストレスのコスト

ストレスは、高いコスト—人的コストだけでなく、金銭的コストも—がかかり、病気休業の主要な原因のひとつを示している。多数の研究が、社会にとってのストレスのコストは、増大し続けていることを強調している。

高いレベルのストレスは、労働者の健康に有害な影響を与え、また、高血圧や免疫システムを損なうなどの、様々な障害や病気につながるかもしれない。さらに、労働条件や社会条件への対処能力の喪失は、職場でうまくやれなくなり、失業の可能性につながる場合もある。家族関係に大きな緊張をもたらし、うつ病や自殺につながる可能性さえある。

企業にとっては、ストレスのコストは多面的である。欠勤、高額医療費や、新しい労働者の採用・トレーニングのコストを伴う従業員の転職率、にはねかえってくるかもしれない。また、生産性や能率の低下というかたちをとる可能性もある。

こうしたコスト要因は、政府や使用者が、状況を改善するために行動ないし有効な措置とをとるのに、しかるべき理由であると言うべきである。

● 労働関連ストレスのコスト

・イギリスでは、ストレス関連障害のために、毎年4千万労働日以上を失っているものと示唆されている。ある推計によると、ストレスは、毎年イギリスの産業に、国内総生産の2または3%の負担をかけている。

・オーストラリアでは、連邦労使関係省の副大臣が、1994年の職業性ストレスのコストを約3千万豪ドルと推計している。1998/99年に、ストレスに関する請求に対して5,500万豪ドルが支払われた。

・アメリカでは、毎年の欠勤による5億5千万労働喪失日の半分以上が、ストレスに関連したものである。

・スイスでは、2000年のストレスの直接費用が、総計約42億スイスフラン(26億ドル)に達している。

出典: ILO SafeWork、IMF、スイスについては経済問題省

● 何ができるか?

この問題が持ち上がると、使用者はしばしば、労働者の個人的問題を指摘する。ストレスは、まず個人差の問題であって、労働関連ストレスのレベルは正確に測定することができないと主張する。結果として、労働の編制の仕方や職務内容の見直しで、頭を悩まさない。そのうえ、心理学者や産業医は、人々から治療を求められはするものの、職場や作業組織について尋ねられることはめったにない。彼らは、トランキライザーや他の薬を処方して、ストレスに対処するよう勧める。これは、根本原因に対処しないばかりでなく、長期にわたる薬依存や一層の健康問題の発生につながると信ずる、あらゆる理由がある。

ストレスは、発生源で管理する必要がある。ストレス・マネジメント・テクニックや補完的療法は、短期的には、いくらかは効果があり、ストレスにより引き起こされるストレインを和らげるのに役立つことがあるかもしれないが、ストレスの原因自体は取り除かない。うまくいくためには、戦略は、個々別々に立てられるべきではなく、労働者、彼/彼女の職務内容、労働条件、および職場の上流に遡った変化をも含めた、相互の関連をみなければならない。

仕事のストレスは、労働者と彼/彼女の仕事の間の「ミスマッチ」の結果である。ストレスと、例えば、企業のリストラや雇用、労働時間、フレキシビリティ、能力開発、賃金システム、裁量や参加といった、他の職場の諸問題との間には、明らかに関連性がある。ストレスは、労働組合の方針のテーマのひとつであり、またそれゆえ、団体交渉のテーマに含められるべきものである。

ストレスはまた、国際最低基準の課題でもある。多くの国が、職場の安全衛生に関する法令をもっているが、これらの基準は、物理的側面に焦点を当てたものであり、労働条件の心理的ないし精神的な健康側面ははっきりとは含まれていない。この分野における義務的な法的基準の策定および効果的な執行メカニズムの考案のための取り組みが、ILOにおいてなされるべきである。

● 労働組合の対応

上述のとおり、ストレスは、労働の編制の仕方からはじまって、大きな広がりのなかから発している。したがって、労働者が、集団的に自らの労働組合を通じて、労働の再編成を追求することによってのみ、予防することができる。このこととの関連で、IMFのいくつかの傘下組織は、新たな地平を切り開き、漸進的、革新的なアプローチを開始している。

例えば、オランダでは、FNVは、質問用紙とその結果を分析するための付属のコンピュータ・プログラムからなる「Quick Scan Stress」と呼ぶツールを開発した。これは労働組合が、ストレスの原因を確認し、問題を労使交渉の議題にあげることができるようにしてきている。

ドイツでは、IG Metalが、「終わりのない仕事—人生は自分のものだ」という標語のもとに、1999年に取り組みを開始し、各企業と労働組合組織全体で議論をはじめた。このイニシアティブには、職場と一般の人々の双方からよい応答があり、国中で大きな論議を巻き起こした。IG Metalは、このキャンペーンをフォローし、労働医学の医師や研究者との協力関係を高め、既存のネットワークを拡張していくことにしている。

スウェーデンでは、SIFが、労働/余暇/休息に割り振られるべきバランス、および適切なバランスを欠いた場合の影響について述べた、「何ごとにも適切な時間がある」と名づけたCD-ROMを作成した。

カナダでは、自動車労働組合CAWが、医療スタッフや大学の研究者と協力して、自動車労働者における労働編制と血圧レベルの関係に関する調査を実施している。

日本では、電気連合が、メンタルヘルスケアの提供に向けた具体的活動方針として、1999年に「ハートフル」センターを設立した。このセンターは、組合員とその家族に、メンタルヘルス問題に関する(無料)電話相談を提供している。センターのサービスは、厳格に秘密性と匿名性を保って提供される。

イギリスでは、労働関連ストレスの問題は、ここ数年間注目を集めており、ストレスに法令上の足がかりができる可能性が高まっている。政府は問題を認識しているようにみえ、労働組合も立法への圧力をかけている。目下、鉄鋼労連(ISTC)が、いじめ、ハラスメント、ストレスを扱った労働安全衛生トレーニングを開発するために、Corus Groupとともに取り組んでいる。

● 新たな姿勢が必要

労働の性質における変化の否定的な影響に対処することは、常に労使関係の主要な機能のひとつであった。労働編制のたえまない変化とそれによってもたらされるストレスやバーンアウトは、組織労働者と労働組合に対する挑戦である。労働者保護のこの新しい分野に対処するためには、新たな姿勢と戦略が必要である。

組合員の間で注意を喚起することは、ストレス予防手段を提案するうえでの、重要な要素である。労働組合は、ストレス症候群、その原因とそれがもたらす諸問題に対する理解を促進し、早期の介入の必要性を説明しなければならない。これには、組合員が使用者に対して、上流(原因)に向けた必要な措置をとるよう要求するのを可能にするための、取り組みの中における注意喚起実習、および予防は治療に優るということ、を含めなければならない。

(→65頁から)してまとめるのか、あるいはひとつの県連合でセンターづくりと言っても、人材等の面で手に余るというような意見も出された。また、NGOとしてすでに地域安全センターが活動をしている地域で、連合センターが果たす役割をどう考えるのかという指摘もされた。行政施策として進められている、都道府県ごとの産業保健推進センターや地域産業保健センターの運営にあたって、安全衛生対策についての労働組合地方組織の関与は、重要な意味を持つようになってきており、客観的には地域ごとの連合のきめ細かい取り組みが大切になってきていると言えよう。しかし、実際問題として人的資源を含め連合の労働安全衛生センター設立には、地方ごとの工夫がいると言えよう。たとえば連合本部からも案として出された、1県ごとでなくとも1ブロックごとに1センターを設立するような方法も十分考慮に値すると言えよう。

第2回の連絡会議を5月に開催することを決め、第1回連絡会議は閉会した。

(「関西労災職業病」2月号)

精神障害の労災認定事例

大阪●「極度の長時間労働」等で評価

旧労働省が、1999年9月14日に「心理的負担による精神障害等に係る業務上外の判断指針」(1999年11月号参照)を出してから、精神障害の労災認定件数は増加している。十年来の認定件数は、毎年0件か1件であったが、1999年より急増し、請求件数155件に対して認定件数14件、2000年は請求件数212件、認定件数が36件となっている。この指針により、認定の基準が、少なくとも整理され、認定のポイントがはっきりしたことによって、今まであいまいな部分で該当せずとされていたものが、ポイントに引っかかるようになったのではないか、と考えられる。しかしながら、この認定基準は、わたしたちが精神疾患の労災請求を支援するときに、認定される可能性をいくらかでも検討できるほど明確なものではなく、指針発表後も手探り状態でサポートを行っている。「今後の精神疾患の認定獲得のために役立てば」、という被災者本人の強い希望もあり、ここで、認定された1ケースを紹介する。

● 新プロジェクトが負担に

A子さんは、B社に1999年に中途採用され、主に出向先で初歩的なコンピュータープログラムに7か月携わった。次に2000年の春、会社から参画を命じられたのは、スポーツクラブの会員管理システム開発であったが、A子さんはまだプログラマーとしての経験も2年程度であるにもかかわらず、基本設計を担当させられた。設計というのは、そもそもプログラマーの仕事ではなく、システムエンジニアの仕事で、A子さんの職能レベル以上のものであった。B社で規定されている職能レベル表では、A子さんはプログラマーの中程度であったが、システムエンジニア・レベルに昇格するには単純に年数で言っても、さらに3年程度の経験が必要であった。また、設計者は他のプログラマーの仕事も管理する立場にあり、自分よりも職能レベルが上で、勤続年数も長いプログラマーの管理を担当させられ、彼らに仕事を指示することになった。

7月に本格的にプロジェクトがスタートしてからは、プログラムの元となる仕様書がなかなか作成できず、また、管理する先輩プログラマーから、仕様書の不備を度々指摘された。同時に、自分が担当する分のメイン画面プログラムも行わなければいけなかったが、初めてのコンピューター言語によるものなので、時間がかかるにもかかわらず、仕様書作成やプログラマーの管理などに時間を取られ、ほとんど携わる時間が取れなかった。

A子さんは、毎日残業を重ね、自宅でも仕事をして、平均睡眠時間は4時間という状態になったが、仕事は遅れていき、毎日会議で厳しい追及を受けた。8月ごろから体調が悪くなり始め、短い就寝時間にもかかわらず、寝たら仕事が遅れるという恐怖感からほとんど眠ることができなくなっていった。10月になって、やっと病院に行くことができ、「抑うつ状態、自律神経失調症など」、で休業の診断書が出た。

A子さんから関西労働者安全センターに相談があったのは10月末のこと、「今から労災申請しに監督署に行くので、アドバイスがほしい」と電話がかかってきた。そのままセンターに来てもらって面談した。

● 長時間労働が決め手に

A子さん本人も確信していたように、どう考えても業務上としか考えられないケースだった。新プロジェクトでレベル以上の仕事をしなければいけない負担、そのための長時間労働、先輩を使うことによる精神的負担、自分のためにプロジェクト全体が遅れていくあせりから眠ることもできないという状態が、精神疾患の発症の原因になったに違いない。何しろ仕事以外のことをする時間などなく、それ以外の私的な精神的負担も見当たらない。

しかし、新判断指針でどう判断されるのか、その点はまったく不明であった。ともかくできる限りの資

料を収集、作成した。

業務上の負担については、本人が当該プロジェクト参画メンバーについて、説明書を作成した。メンバー全員の職能レベルも明記し、役割について解説。給料規定上、職能レベルは明確に規定されていた。また、A子さん以外の設計者は、システムエンジニアレベルで経験も長く、A子さんが管理しなければならないプログラマー4人の内3人までが先輩であった。

勤務表に現われない自宅での労働時間については、証明するものは何もなかった。そこで、本人が記憶に基づいて、プロジェクトが本格化した7月半ばから9月までの期間について、自宅で仕事した時間をメモに起こした。勤務表によると、4-5月の時間外労働時間数は、35時間程度であったが、6-7月は65時間、8月91時間、9月87時間と増加していた。それに自宅での労働時間を加えると、8月125時間、9月119時間であった。ほか

「長かった労災認定までの道のり」

私が体の不調を訴えるようになったのは、平成12年夏の終わりでした。その年の春から続いた長時間労働と大きな精神的負担が原因でした。そして、しばらく我慢して仕事を続けていましたが、限界を感じ10月初めに病院の診察を受けました。精神疾患で2か月の加療を要すという診断書が発行されました。その診断を受け、会社に休職とともに労災申請を願い出ました。

しかし、会社の対応はひどいものでした。休職には応じたものの、まるで病気になるのは個人の責任とでもいわんばかりに、労災申請を拒否しました。結局、そのときは診断書のとおりに、2か月間の休職と健康保険の傷病手当という会社側の要求をしぶしぶ承諾しました。しかし、信頼性を失ったその会社に戻る気もなく、そのまま平成12年12月末で退職しました。

どうしても納得のいかなかった私は、退職を届けるとともに、会社を通さずに平成12年12月に関西労働者安全センターのアドバイスを受けながら、労災申請に踏み切りました。もちろん、病気のほうも最悪の環境から離れたおかげで少しずつは良くなってきてはいたけど、まだまだ正常に戻るにはいつのことやらという状態でした。そんな中、どうしても会社の仕打ちが許せなかった私は、認定されるかどうか分からないけれど、今後のために少しでもこのケースがきっかけになればという思いで、労働基準監督署への資料を作成しました。やはり会社の協力がまったく得られない状況であったため、調査は困難を極めましたが、いろいろな人の協力を得てひととおりの調査が終了しました。それだけでも申請から数か月たっていたと思います。その後、私は病気をおして生活のため別の会社で仕事に復帰し、徐々に生活のリズムを取り戻しました。

早く嫌なことを忘れたいという思いと、元の身体に戻りたいという思いに必死で、労災認定のことが頭から離れていた時期もありました。病気も快方に向い、薬を飲まずに生活できるようになった平成13年10月、突然ポストに1通の葉書が入っていました。労災認定の決定の通知でした。病気発病から約1年、申請から半年以上たった頃でした。

認定されて今思うことは、決してあきらめないこと。労災隠しの会社が多く存在している今、会社の圧力に絶対負けないこと。その会社に在籍しながら訴えるというのは、やはり難しいと思います。社員を大切にできないような会社は辞めるべきでしょう。とくに精神疾患での労災認定は非常に難しく、年々認定されるケースも増えてはきているけれど、泣き寝入りが多いのではないでしょうか? もうひとつ思うことは、日記をつけておくということ。これは非常に有効です。その必要性を強く感じた私は、昨年秋頃から書くようになりました。

最後に、いろいろアドバイスをしていただいた関西労働者安全センターのみなさま、ありがとうございました。

に労働時間の実態を裏づけとして、深夜の仕事中に友人と電子メールをやり取りしていた記録なども提出、あとは友人や同僚の証言が頼りだった。

新判断指針では、業務による心理的負荷の強度の評価に、別表1「職場における心理的負荷評価表」を指標として用い、3段階で検討し、最終的に「弱」、「中」、「強」の評価を決定するようになっている。別表1の最初の段階は「(1)平均的な心理的負荷の強度」を評価する。その強度の「I」は、日常に経験する心理的負荷で一般的に問題とならない程度の心理的負荷、「Ⅲ」は、人生の中でまれに経験することもある強い心理的負荷、「Ⅱ」は、その中間に位置する心理的負荷としている。次に「(2)心理的負荷の強度を修正する視点」で、具体的な出来事の内容によって評価を修正するが、例えば仕事の量や質、責任などの変化を考慮するとしている。そして最終的に、「(3)出来事に伴う変化などを検討する視点」で多方面から検討する。

指針での「客観的に精神障害を発病させるおそれのある程度の心理的負荷」とは、別表1の総合評価が「強」と認められることだが、「強」の場合とは、

① 別表1の(2)の欄に基づき修正された心理的負荷の強度が「Ⅲ」と評価され、かつ、別表1の(3)の欄による評価が相当程度過重であると認められるとき(「相当程度過重」とは、多方面から検討して、同種の労働者と比較して業務内容が困難で、業務量も過大である等が認められる状態)

② 別表1の(2)の欄により修正された心理的負荷の強度が「Ⅱ」と評価され、かつ、別表1の(3)の欄による評価が特に過重であると認められるとき(「特に過重」とは、多方面から検討して、同種の労働者と比較して業務内容が困難であり、恒常的な長時間労働が認められ、かつ、過大な責任の発生、支援・協力の欠如等特に困難な状況が認められる状態)

としている。

つまり、認定されるにはこのように、総合評価が「強」とならなければならない。

A子さんの場合を検討してみる。

新プロジェクトがスタートしてからの状況は、「(1)平均的な心理的負荷の強度」では、「仕事内容・仕事量の大きな変化」で「Ⅱ」。次に(2)の修正で、職能レベルが3ランク上の仕事を担当させられたこと、先輩プログラマーの管理を任されたこと、などで修正する。また、(3)で月に100時間以上の時間外労働、仕事が遅れていったことの心理的負荷、プロジェクトリーダーへ訴えても取り上げられなかったことなどを加えて総合評価すると「強」の評価になったと考えられる。また指針では、(3)で決められた視点に加えて、「(4)特別な出来事などの総合評価」で、「イ、心理的負荷が極度のもの」、「ロ 業務上の傷病により6か月を越えて療養中の者に発症した精神障害」、「ハ 極度の長時間労働」があげられている。「ハ 極度の長時間労働」は、「例えば数週間にわたり生理的に必要な最小限度の睡眠時間を確保できないほどの長時間労働により、心身の極度の疲弊、消耗を来たし、それ自体がうつ病等の発病原因となるおそれのあるもの」とされており、A子さんの8月9月の勤務状態は、これにも該当したのではないかと考えられるので、いずれにしろ総合評価が「強」となったのではないだろうか。

職場以外の心理的負荷についても検討しなければならないが、A子さんのケースでは該当する負荷が見られなかった。「固体側要因」については、精神疾患を発症する労働者の傾向として、まじめで責任感が強いなどの正確がみうけられることがあり、A子さんもその傾向はあったが、指針で「それまでの生活史を通じて社会適応状況に特別の問題がなければ、固体側要因として考慮する必要はない。」とあり、このケースでは、問題はなかった。

後日確認したが、監督署段階で、長時間労働を考慮し、総合評価「強」の判断をし、それが通ったということであった。労働実態については、A子さんが書いた自宅での仕事時間のメモに加えて、電子メールをやり取りしていた記録などから、信憑性ありと判断された。その点監督署の判断を評価したい。

● より早い認定を

2000年の12月、年末も差し迫った頃、管轄の大阪中央労働基準監督署に労災請求を行った。2001年1月から本格的に調査がスタートし、主治医への照

会、友人や元同僚などの聴き取り調査などがひととおり終了し、労働局へ送られたのは5月ごろであったようだ。その後、実際に労働局での合議にかかったのがいつかは不明だが、10月初め、支給決定通知が送られてきた。

労災請求するとき、監督署側へは、早期の認定による救済と職場復帰支援を要請した。A子さんの事業主B社は、無理な納期のシステム開発を利益のために強行し、A子さんに無理な仕事や長時間労働を強いて病気を発症させた責任をまったく認識しておらず、退職を促すような態度であった。結局、A子さんはB社を退職して新天地で再出発し、認定も請求から10か月後と救済には遅かったが、比較的早期に認定された。

新判断指針では、業務の困難度や長時間労働とはどの程度を言うのか、まだまだわからない。しかし、事例を積み重ね、認定の幅を広げさせるように働きかけていきたい。

(関西労働者安全センター)

脳・心臓疾患の労災申請事例

神奈川●認定基準改訂でどうなる?

認定基準改訂で、認定の実際がどう変わるか、注目されているが、神奈川労災職業病センターが現在、取り組んでいる事例を紹介する。

労働基準監督署

Tさんの場合

2001年8月、東京都大田区にある会社に勤めていたTさん(当時51歳)は、通勤途上に倒れているのを発見された。「虚血性心不全」でまもなく亡くなられた。

Tさんは、近所の十条通り医院(神奈川県大和市)に糖尿病で定期的に通院していたが、とくに健康状態が悪いわけではなかった。ただ、2年前に長年勤めてきた会社をリストラで退職を余儀なくされ、実家の近くにある友人が経営する会社で働くようになった。同じ「営業」職ではあったが、大企業と小企業ではやり方などにも大きな違いがあったようだ。通勤が1時間半ぐらいかかるとはいえ、帰宅は夜の9時半～10時半頃になっていた。さらに遅い日は、実家に泊まるようにしており、週の半分ぐらい、少なくとも月に10日は自宅に帰らなかった。

会社は、そんなに仕事は大変ではなかったとして、労災の事業主証明も断られた。1月23日、大田労働基準監督署に遺族補償の請求を行なった。

Aさんの場合

Aさんは、テント工事の会社に勤めていた。現場もまちまちであったが、2000年9月6日、愛媛県の出張先現場で、朝の段取り後、各自作業に入った直後に倒れ、救急車で運ばれたが死亡した。心筋梗塞による、39歳の若すぎる死である。

ふだんは早朝から家を出て、夕方6時ごろには戻る仕事であった。会社に資料を要求して、あらためてよくわかったのであるが、とにかく休みが少なく不定期である。たまたま出張先が大手企業の工場内であったため、発症3日前の日曜日は休みだった。しかし、通常は日曜日でも休めるとは限らない。8月の休みは、お盆休み4日間と27日(出勤簿に現場名と休みの欄の両方に名前があり、事実確認中。休んでいなかった可能性もある)だけ。他の月もほぼ同様で、会社は、とりあえず月に4回程度休みがあればいいと考えているようだ。ゴールデンウィークのある5月も、月初めの3連休以外は2日しか休みをとっていない。しかも、連休前には、2週間以上休みなく勤務が続く。

必然的に、月の時間外労働は、1日の実労働時間を少なく見積もっても(10時間)、80時間を超える。実際は現場への運転業務もしていたので、100時間を超えるであろう。

現在、松山労働基準監督署で調査中であるが、上記のことを記した意見書を提出し、新しい認定基準に基づく判断を待っているところである。

Kさんの場合

Kさんは、外資系の会社で貿易商品の検査業務に従事していた。本来は政府の税関でやるはずのことを、発展途上国などでそこまで実務的にやりきれないような場合に、第三者機関の会社に委託して検査する。しかし、近年の不況や業務編成の変更などがあり、1997年以来度重なるリストラで、正社員が139人から20人を切るまでに激減。当然慣れない業務への配置転換、経験者の退職なども相次いだ。

Kさんも、長年現場の検査業務に従事してきたが、内勤のコーディネーターという、いわば調整係にならざるをえなくなった。前任者からの引き継ぎもままならないまま、新しい仕事を始めて、想像を絶する仕事量、心労の中、3か月弱経過した2000年7月24日、会社で勤務時間中に、クモ膜下出血で倒れた。意識不明のまま、8月20日に亡くなられた。

職場には労働組合があり、Kさんも役員を務めるなどしたが、状況が状況であっただけに、サービス残業をせざるを得なかったようである。ただし、「サービス」ゆえに明確な記録はない。Kさんの前任者は、残っている仕事の記録を見て、これは定時間内でとてもできる量ではないと断言している。労働組合などからも意見書を提出し、現在、横浜北労働基準監督署の決定を待っている段階である。

労働局審査官

Nさんの場合

Nさんは、プリント基板を製造する工場で、「主任」として働いてきた。2000年3月28日にクモ膜下出血で倒れ、現在も治療中である。恒常的に毎日3時間程度の残業をしてきたが、発症当日も機械が故障したため、午後9時ごろまでそれを修理しようとしていた。

2001年3月、労働基準監督署は業務外の不当な決定をした。日常的な残業も「自己裁量的なもの」とし、発症当日の機械修理も「異常な出来事」に当らないと決め付けている。

Nさんの同僚らにお話をうかがうことができた。部下にあたる方は、Nさんは非常にまじめな性格で、納期を守ること、仕事を正確にすることについては本当に厳しく指導された、私はそれは今も続けていますと語る。もうひとりの方も、同様に話され、当日の修理にしても、最終的には業者を頼むことになったが、そうすれば時間もお金もかかるので、なんとか自分で直せないかと努力していた、Nさんはそういう人だと語る。

同僚からの話も含めて、審査官には意見書を提出し、聴き取りも終了した。逆転業務上認定をぜひ勝ち取りたい。

労働保険審査会

橋本さんの場合

1998年5月3日、金港交通でタクシー運転手として働いていた橋本孝治さんは、勤務中に脳梗塞で倒れ、現在も治療中である。横浜北労働基準監督署、神奈川労災保険審査官は不当にも業務外の決定をしたため、再審査請求中である。

2002年1月23日、横浜北労働基準監督署に対して、業務上外決定をやり直すよう申し入れをした。つまり、新しい認定基準に従えば、橋本さんが業務上であることは明らかなので、審査会の決定を待つまでもなく、決定をやり直せというもの。無理難題を言っているのではない。すでに新聞で報道されているように、裁判で係争中のものは判決を待つまでもなく、自ら労働基準監督署が新認定基準に基づいて業務上決定している例が相次いでいるのだ。

審査会の公開審理の前に送られてきた資料によって、労働基準監督署の調査内容をようやく知ることができた。そこでは、橋本さんは所定拘束時間の5割増で働いていたこと、同僚の平均と比べて、拘束時間も走行距離も売上げも2割増であると認定している。時間外労働時間数は月100時間を超え、それだけでも大変な労働実態である。さらに、よく資料を検討すると、実はお客さんを乗せている時間を、仮眠時間と推定している部分が何か所も見つかり、労働基準監督署が認定した実労働時間はあまりにも過少であることも判明した。

現在、訴訟準備も着々と進行しているが、裁判をするまでもなく、業務上認定を勝ち取りたい。何よりも心強いのは少数とは言え、全国一般金港交通労働組合が存在することである。厚生労働省にタクシー労働の実態をつきつけ、健康に働ける労働条件

を勝ち取る闘いを前進させよう。その思いは、さる1月30日に行なわれた、審査会の公開審理の場に結集した。

当日は、橋本さん本人とお連れ合い、組合の仲間、訴訟の準備を進めている弁護団の影山さん、大塚さん、小宮さんも出席。代理人席6席はもちろんのこと、20しかない傍聴席も満席に。橋本さんは、勤務内容に関する会社の資料を貼ったり、自分で克明に記録していたノートを提出し解説。実は、すでに労働基準監督署段階でも提出していたのであるが、既述のとおり、担当者はおそらく全く活用していない。代理人は、新認定基準に従えば、当然業務上認定されること、労働基準監督署の調査がずさんであることなどを発言した。審査長からもいくつか質問があり、審理は延々3時間近く行なわれた。

認定基準改正の契機となった最高裁判決の代理人でもあった影山さんは、終了後次のように語った。「もともと審査会ではまず勝てなかった。それで訴訟で勝利してきた。けれども今回の認定基準改正によって、審査会でも勝てる情勢がある。そのためには『運動』の力も必要だと思う」。なんとしても業務上認定を早期に勝ち取るために奮闘しよう。

Oさんの場合

1998年7月21日、Oさんは体調がすぐれないため早退して、近所の医院にかかった。その日の夕食後、倒れて救急車で運ばれる。「くも膜下出血」の診断で、一時は寝たきり状態になりかけたが、家族の懸命の努力の甲斐もあり、現在も闘病中である。

Oさんは、神奈川県厚木市にある、小さなプラスチック成型工場で「工場長」であった。しかし、完全な親族経営で、「残業代が出ない」、「社長に直接批判される」だけと言っても過言ではない。毎日9時過ぎまでの残業を強いられていた。ところが労働基準監督署の調査に対して、会社の専務は、夜勤者への引き継ぎなどで立場上残る回数は多かったと聴き取りで述べ、労働基準監督署や審査官もそれらに基づいて、労働密度は低かったと決め付けている。あらためて、他の同僚などの聴き取り書を丁寧に読むと、ほとんど定時間の延長であることは明らかである。

労働時間のカウントの仕方も新認定基準に照らすと間違っている。つまり、単純に1日8時間を越えるものだけを時間外としているが、新しい認定基準では1週間に40時間を越えるものは時間外とする。つまり、Oさんの場合は、土曜日は全て時間外労働としてカウントすることになる。すると、月あたり100時間をゆうに越えるのだ。

2002年1月16日に行われた公開審理では、上記の主張を行ない、併せて労働基準監督署が審査会の決定を待たずに、自ら処分を見直すように要望した。

裁判で勝利した事例

坂本さんの場合

昨年の暮れも押し詰まった頃、「今度こそ判決が確定し、息子の労災が下りるかもしれない!」と、坂本隆さんの母親である坂本かね子さんから電話があった。控訴審でも、原処分取り消しの判決が出されたからである。

かね子さんの息子は、1989年4月28日、会社からの帰宅後、突然意識不明の状態となった。奇跡的に命をとりとめたものの、このときのWPW症候群に伴う一時的な心停止による無酸素脳症が原因で意識の回復を見ないまま、寝たきりの状態が11年後の今も続いている。発症前の坂本隆さんの業務が、早朝に80キロにもなる新聞、雑誌を配送する朝刊業務など6日間連続の夜勤業務が続いていたこともあり、当時は会社も協力して、労災申請。

ところが、平塚労働基準監督署は、3年間も決定を遅らせた末、1992年6月に業務外の決定。これを不服として審査請求したが、1994年3月に棄却。そこでさらに労災保険審査会に再審査請求したが、これも棄却され、1997年6月に原処分の取り消しを求める裁判を提訴した。そして、昨年7月、ついに待ちに待った原処分取り消しの第1審判決が出たのである。この判決は、かね子さんにとって、植物状態同然とされた息子の介護をしながら、「労災でないはずがない」と訴え続けて、11年目にして初めて手にした勝利だった。

ここで、被告である平塚労基署、労働省側が控訴さえしなければ、判決が確定し、11年間に

わたる、K子さんの労災認定の闘いに終止符が打たれるはずであった。母親といっても、かね子さんは、すでに76歳、これからいつまで息子の介護が続けられるかどうかもわからない。判決が1日も早く確定するよう、平塚労基署に手紙を書いた。

だが、非情にも労基署は本省と検討した上で控訴した。いったい何のための控訴なのか。負けた判決を確定させたくないという、労働省側の面子を保つだけの控訴としか思えない。実に腹立たしい思いもしたのである。そして、半年が経って、ついに東京高裁でも、①本件控訴を棄却する、②控訴費用は控訴人の負担とする、との判決が下りた。影山弁護士によると、控訴審は、坂本さんのWPW症候群は、「もともとハイリスク群であって、業務との因果関係はない」との厚生労働省側専門医の意見書が出されたが、高裁は、これを「具体的根拠が明らかにされてない」と退けたということだ。

控訴審でも勝利したものの、かね子さんにとっては「上告されるのでは?」という不安もあったのか、冒頭に紹介した昨年暮れの電話も幾分か慎重なものであった。しかし、年明けてから間もなく、もう一度坂本かね子さんから電話が入る。厚生労働省側が上告せず、控訴審の判決が確定したという知らせだった。労災制度は、本来労働者保護の見地で被災者の救済がはかられるべき制度だ。ところが、現実には誰が考えても労災と思えるようなケースでも、認定基準という振るいにかけられて労災と認められない事例が多い。坂本さんの場合のように、判決さえ無視されて、補償が延々と引き延ばされている事例が少なくないのだ。人の命にかかわる補償の問題が、認定基準という行政上の運営基準にすぎない一片の通達によって振るい分けられているのだ。過労自殺という深刻な事例を含めて、過労で倒れた人たちやその家族の労災申請が依然として増え続けているのに、それに見合った補償がされてないのは大きな問題だと思う。

MSW労災職業病講座

東京●「参加型」でロールプレーも

労災職業病の認定において、まず、心得ておかなければならないことは、第1が労働者性(つまり労働者であるか否か)、第2が業務遂行性(業務としての作業をしている途中で被災したのであったかどうか)、第3が業務起因性(業務が原因で起こったことであるかどうか)、あるいは別な表現をすれば、相当因果関係(その病気が労働と相当な因果関係があったのかどうか)ということです。この3つのことを最初に知っているかどうかだけでも、患者さんと接する時に、かなりの不安はなくなるはずです。

＊　　＊　　＊

最近のMSWという仕事をしている人たちは、4年間勉強した人たちだけでなく、2年間の人、3年間の人と様々います。そこには、安く労働力を使おうとする医療機関側の意図が見え見えです。だが、考えてみると、そのように誘導している政治的動きがあるのではないか、とつくづく思ってしまいます。もちろん2年でも、3年でも、4年でも福祉の学校で労災の講義をすることはありません。ところが、最近いくつかの病院のMSWから、東京労働安全衛生センターに相談事例が持ち込まれるようになってきました。

しかし、その持ち込み方は、「指差し運動」のように、センターを紹介するだけであり、これでは、MSW自身が学ぶチャンスを放棄していると言った状態が続いていました。こういう現状をみて、これではまずい。どうしても、どこかで誰かが労災認定についての実践的な講義をしなければならない、という認識を、当センターでは持つようになったのでした。

では、実践的な講義とはどうすれば良いか。これは、何よりこれまでの安全学校で培ってきた講義のノウハウの援用。つまり、課題設定をし、グループ討論をするという方法を、センターは持っています。ただ、講座開催の目標をどこに置くかと考えたとき、医療相談で

は最初から、「労災だと思うが、どうしたら良いか」等とはっきりとした意図で相談に見える方はめずらしい。むしろ、一般的には、「医療費が支払えない」とか「転院」とか「在宅療養を進める為に地域支援」という相談です。とすれば、こうした相談の中から、「どのように労災被災者を発見するか」が大きな課題という事になります。

そこで、講座開催では、とっつきやすいテーマにするため、第1弾を、MSW経験30年の「労災失敗事例から学ぶ」ということにしました（話し手は筆者）。次が、「病名から職業病を類推する」という経験豊かな平野先生（亀戸ひまわり診療所長）の話。3回目が、飯田事務局長の「労災申請の手続」一般としました。最後は、参加者からのQ&Aという、4回の講義内容でMSWに募集したところ、20名の定員に多数の参加希望者がありました。その中から26名を参加者と決めたものの，それでも13～4名は参加者名簿から漏れざるを得ませんでした。

さて、講義を受けられたMSWの皆さんはどうであったのか。講座プロジェクトでは、毎回講座が終わるとき、「一日を振り返って」という感想を求めました。そこには，率直な感想が語られ、新しい発見の感動がつづられています。中で面白かったのは、「グループ討論が良かった」という点でした。グループワークはMSWの技法のひとつであることを考えれば、グループワークを日常業務の中に取り入れていない実態を類推させました。

最後の回は先日2月16日に行なわれ、幕を閉じました。最終回は当初Q&Aを考え、あらかじめ参加者から質問を寄せていただき、その質疑応答を考えていました。しかし、この講座が実践的であるためには、一歩進んである事例を準備し、ワーカー役の人には教えず、「ロールプレイ」をやってみようということになったのです。当初は2～3ケースのロールプレイを考えましたが、時間の関係で1例となりました。が、これも他の相談の様子を見ることができたと、ワーカーの皆さんには評判でした。

終わった後、交流会を行ないました。参加者の大部分が参加され、一人ひとり感想がありましたが、印象に残ったのは、「一日の振り返り」に対する講師の返事や最終回の案内のハガキに「懐深く受け止めてくれ、愛を感じた」といった言葉でした。

プロジェクトは、今回参加できなかったMSWに来年度、再度講座を設けたいと考えています。なお、オプショナルツアーとして、3月17日に、北茨城のじん肺検診に講座参加者から9名が参加されることを大変うれしく思っています。

高山俊雄
（東京労働安全衛生センター事務局・講座プロジェクト）

地方連合センターの連絡会議

愛知●活動交流とセンターづくりを論議

連合は1月29、30日、第1回連合労働安全衛生センター全国連絡会議を、名古屋市で開催した。「各地方ごとに地域労働安全衛生センターを設立する」という目標が、現在進行中の「連合中小職場の労働安全衛生対策5か年計画」における今年度のテーマであり、これまでの地方ごとの安全衛生対策の取り組みを交流して、センター設立の契機にしようというもの。

会議には、19の地方連合担当者が参加した。開催地の愛知は、地方連合発足の翌年に労働安全衛生センターを設立し、労災防止指導員活動の促進やセミナー等の開催をはじめ、活発な活動を進めてきているが、会議はまずこうした活動の状況の報告を受けた。これまで労働組合のナショナルセンター地方組織として、安全衛生対策を組織的に取り扱った経験のない地方も多く、愛知の例は安全衛生活動についてのイメージをつかむ恰好の材料と言えよう。

その後、センターづくりについての議論が行われたが、労働基準監督署ごとに選任される労働側推薦の労災防止指導員の活動を、どう連合と（→57頁へ続く）

中央労災医員の名簿

厚労省●審査会の答申受け情報開示

前号22頁で、「中央労災医員の名簿は開示すべき」とした情報公開審査会の答申を紹介した。

以下は答申を受けて開示された「中央労災医員の名簿」である。

答申では、「当該個人の生年月日、現住所及び電話・FAX番号並びに勤務先住所及びその電話・FAX番号を除き、開示すべきである」とされていたが、結果的に、この答申どおり、「除き」とされた部分を以下のように黒塗りしたかたちでの開示となった。

（平成13年8月1日～平成15年7月31日）

氏名 （生年月日） 当初委嘱年月日（西暦）	現職	出身大学 医師免許取得年月日	専門	現住所 勤務先所在地	（電話番号） （FAX） （電話番号） （FAX）	備考
（整形外科） 青木 治人 [redacted] 2001年8月1日初委嘱	聖マリアンナ医科大学病院 整形外科教室主任教授	東京慈恵会医科大学 昭和43年12月	整形外科	[redacted]		
（消化器内科） 兼高 達甫 [redacted] 1995年8月1日初委嘱	社会福祉法人爲宝会理事 介護老人保健施設ろうけん隅田秋光園施設長	東京大学 昭和30年2月	消化器内科学	[redacted]		
（公衆衛生） 櫻井 治彦 [redacted] 1986年4月1日初委嘱	中央労働災害防止協会 労働衛生調査分析センター所長	慶應義塾大学 昭和35年8月	公衆衛生学	[redacted]		
（脳神経外科） 馬杉 則彦 [redacted] 1987年8月1日初委嘱	労働福祉事業団 横浜労災病院副院長	東京大学 昭和41年7月	脳神経科	[redacted]		
（循環器内科） 西村 重敏 [redacted] 2001年8月1日初委嘱	埼玉医科大学 第2内科学主任教授	大阪医科大学 昭和50年6月	循環器内科	[redacted]		

（平成12年4月1日～平成14年3月31日）

（病理学） 奥平 雅彦 [redacted] 1997年7月1日初委嘱	北里大学名誉教授	東京大学 昭和26年9月	病理学	[redacted]		
（精神衛生学） 佐々木 時雄 [redacted] 1994年4月1日初委嘱	労働福祉事業団 労災リハビリテーション長野作業所長（関東労災病院神経科兼務）	弘前大学 昭和38年6月	精神衛生学	[redacted]		
（耳鼻咽喉科） 調所 廣之 [redacted] 1986年4月1日初委嘱	労働福祉事業団 関東労災病院副院長	昭和大学 昭和44年4月	耳鼻咽喉科	[redacted]		
（精神医学） 原田 憲一 [redacted] 2000年4月1日初委嘱	（元東京大学医学部教授）	東京大学 昭和30年7月	精神医学	[redacted]		
（呼吸循環器） 横山 哲朗 [redacted] 1979年6月1日初委嘱	慶應義塾大学医学部名誉教授	慶應義塾大学 昭和27年8月	呼吸循環器内科学	[redacted]		

全国労働安全衛生センター連絡会議

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階　TEL(03)3636-3882/FAX(03)3636-3881
E-mail joshrc@jca.apc.org　HOMEPAGE http://www.jca.apc.org/joshrc/

東　京 ● NPO法人 東京労働安全衛生センター　E-mail etoshc@jca.apc.org
〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階　TEL(03)3683-9765 /FAX(03)3683-9766

東　京 ● 三多摩労災職業病センター
〒185-0021 国分寺市南町2-6-7 丸山会館2-5　TEL(042)324-1024 /FAX(042)324-1024

東　京 ● 三多摩労災職業病研究会
〒185-0012国分寺市本町4-12-14三多摩医療生協会館内　TEL(042)324-1922 /FAX(042)325-2663

神奈川 ● 社団法人 神奈川労災職業病センター　E-mail k-oshc@jca.apc.org
〒230-0062 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　E-mail KFR00474@nifty.ne.jp
〒951-8065 新潟市東堀通2-481　TEL(025)228-2127 /FAX(025)222-0914

静　岡 ● 清水地域勤労者協議会
〒424-0812 清水市小柴町2-8　TEL(0543)66-6888 /FAX(0543)66-6889

愛　知 ● 名古屋労災職業病研究会　E-mail fureai@ma2.justnet.ne.jp
〒460-0024 名古屋市中区正木4-8-8メゾン金山711　TEL(052)679-3079 /FAX(052)679-3080

京　都 ● 京都労働安全衛生連絡会議
〒601-8432 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　E-mail koshc2000@yahoo.co.jp
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-13 ばんらいビル602　TEL(06)6943-1527 /FAX(06)6943-1528

兵　庫 ● 尼崎労働者安全衛生センター
〒660-0803 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協気付　TEL(06)6488-9952 /FAX(06)6488-2762

兵　庫 ● 関西労災職業病研究会
〒660-0803尼崎市長洲本通1-16-17阪神医療生協長洲支部　TEL(06)6488-9952 /FAX(06)6488-2762

兵　庫 ● ひょうご労働安全衛生センター
〒651-0096 神戸市中央区雲井通1-1-1 212号　TEL(078)251-1172 /FAX(078)251-1172

広　島 ● 広島県労働安全衛生センター
〒732-0827 広島市南区稲荷町5-4 山田ビル　TEL(082)264-4110 /FAX(082)264-4110

鳥　取 ● 鳥取県労働安全衛生センター
〒680-0814 鳥取市南町505 自治労会館内　TEL(0857)22-6110 /FAX(0857)37-0090

愛　媛 ● 愛媛労働安全衛生センター　E-mail eoshc@mx81.tiki.ne.jp
〒792-0003 新居浜市新田町1-9-9　TEL(0897)34-0900 /FAX(0897)37-1467

愛　媛 ● えひめ社会文化会館労災職業病相談室
〒790-0066 松山市宮田町8-6　TEL(089)941-6065 /FAX(089)941-6079

高　知 ● 財団法人 高知県労働安全衛生センター
〒780-0010 高知市薊野イワ井田1275-1　TEL(0888)45-3953 /FAX(0888)45-3953

熊　本 ● 熊本県労働安全衛生センター
〒861-2105 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レー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
〒870-0036 大分市中央町4-2-5 労働福祉会館「ソレイユ」6階　TEL(097)537-7991 /FAX(097)534-8671

宮　崎 ● 旧松尾鉱山被害者の会　E-mail aanhebez@bronze.ocn.ne.jp
〒883-0021 日向市財光寺283-211 長江団地1-14　TEL(0982)53-9400 /FAX(0982)53-3404

鹿児島 ● 鹿児島労働安全衛生センター準備会　E-mail aunion@po.synapse.ne.jp
〒899-5216 姶良郡加治木町本町403有明ビル2F　TEL(0995)63-1700 /FAX(0995)63-1701

自治体 ● 自治体労働安全衛生研究会　E-mail sh-net@ubcnet.or.jp
〒102-0085 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
〒960-8103 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
〒754-0000 山口県小郡郵便局私書箱44号

安全センター情報2002年4月号(通巻第285号)2002年3月15日発行(毎月1回15日発行)1979年12月28日第三種郵便物認可800円
〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生センター連絡会議 TEL(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881
JOSHRC : Japan Occupational Safety and Health Resource Center, Z Bldg., 5F, 7-10-1 Kameido, Koto-ku, Tokyo, Japan
E-mail : joshrc@jca.apc.org HOMEPAGE : http://www.jca.apc.org/joshrc/

JOSHR JOSHRC