

# 『過労死』と労働災害・職業病統計

藤 岡 光 夫

## 1. はじめに

最近、中高年層を中心とする「過労死」問題がきわめて深刻な社会問題となりつつある。金余り経済大国といわれる一方で、働き盛りの中高年労働者が脳卒中や急性心臓病等で突然死していく事態の続発は、通常の労働災害の範囲を超えた異常な事態であるといわねばならない。

労働経済分野の研究によって、1970年代以降の経済構造の変化、経済のサービス化、情報化、国際化の進展の一方で、労働の質的内容の変化や、長時間労働、過密労働等の労働条件の悪化が進んできていることが明らかにされている。とくに、欧米諸国に比べ著しい長時間労働の中での日本の労働者の「働き過ぎ」は、国際的にも問題とされ、労働省自身も、この問題点を認め年間総労働時間を現在よりも300時間以上短縮する「労働時間短縮推進計画」(1988年)を発表するにいたっている。<sup>(1)</sup>「過労死」問題の背景には、このような状況があることを忘れてはならない。これまでの医学分野や法律分野等での事例研究を中心とした研究蓄積の中で、「過労死」は、日本の労働者のおかれた長時間労働や人間の生理的リズムを無視した過重労働、不規則勤務、深夜勤務等劣悪な労働条件に起因する疲労の蓄積と、少ない休日・休暇の中での肉体的・精神的疲労回復機能の低下等とがあいまって発症にいたっていることが明らかにされている。このような業務に起因すると考えられる死亡は、製造業や運輸業等の肉体労働者だけでなく、事務分野や管理職、専門技術職等さまざまな分野に蔓延し、しかも年齢も中高年層にとどまらず20歳代、30歳代にまで広がり、ますます深刻化しつつある。これらの実態は労働組合による調査や「過労死110番」<sup>(2)</sup>での取組み報告、新聞報道、雑誌、裁判例等で次々と明らかにされている。ま

た、海外においても日本の異常な事態が報告され、「過労死」という言葉は国際的にも通用する言葉になっている。<sup>(3)</sup>

このような深刻な事態にもかかわらず、わが国の労働災害・職業病統計においてはその状況を統計的に確認することができない。厚生省の『人口動態職業・産業別統計』によれば1985年度の就業者全体の死亡者の数は、約17万7千人に達している。その中で、心疾患、高血圧性疾患、脳血管疾患による死亡者数は、約5万5千人である。<sup>(4)</sup>しかし、労災職業病統計をみる限り、災害性疾患や職業病を含めた業務上疾病による死亡はわずか157件しか示されていない。<sup>(5)</sup>「過労死」等による死亡はその中の一部40件として示されるにすぎない。これらの労災・職業病統計の数値は社会問題化している過労死の実態を示すにはあまりにも程遠いと考えざるをえない。

そこで、本稿ではまず労災・職業病統計に関する吟味、検討を通じて、業務上の災害、疾病、死亡がどのような仕組みを通じて統計にあらわれてくるかをみていきたい。一方、「過労死」を中心とする多くの疾病・死亡が私的な病気として扱われ、業務上災害の認定を受けられず、労災・職業病統計上にあらわれてこない理由を明らかにしていきたい。その上で、過労死発生メカニズムをふまえて、関連統計により「過労死」予備軍の統計的観察を行なってみたいと思う。本稿の構成は、1)労働者の健康破壊と労働災害、職業病、2)労災・職業病統計の対象と調査方法、3)業務上認定過程と労災・職業病統計、4)「過労死」問題への統計的接近、5)今後の課題とする。

なお、本稿での考察に際し、この問題に関する研究蓄積が相対的に豊富な法律分野の研究成果に主として依拠しながら考察をすすめていきたいと思う。

## 2. 労働者の健康破壊と労働災害、職業病

近年のわが国の「過労死」問題の深刻化は、国内外において社会的に注目される場所である。表1は、朝日新聞に掲載された過労死関係の過去1年間の記事の中から過労死問題への社会的関心を示すものを選び出した一覧表であ

表1 「過労死」問題に関する新聞記事一覧（1990年度分、朝日新聞）

記 事 名	日 付	朝 夕
○過労死防止に交流会集、遺族ら千葉できょうとあす	1月22日	朝刊
○過労死（暮らしは豊かか、90年総選挙を前に：4）千葉	2月2日	同
○厳しい過労死の労災認定、弁護士、基準緩和を申し入れへ東京	4月14日	同
○憲法劇根つき4年目 過労死などテーマ5月1日から横浜で	4月30日	同
○労災認定の拡大や予防啓発へ 過労死家族の会発足 東京	5月13日	同
○過労死に厳格“指導要綱”判定の目安図解 労働省が内部文書	5月19日	同
○過労死予防へまず時間短縮 中小企業対象に県雇用問題協が提言 埼玉	6月2日	同
○女性にも過労死 京大生涯大学の講座で提起	6月5日	同
○過労死の相談1,500件超す	6月12日	同
○過労死110番、県内でも16日に実施 弁護士有志らが相談 埼玉	6月13日	同
○過労死110番、16日に開設 県連絡会 千葉	6月14日	同
○過労死110番、あす1日相談 水戸の弁護士有志	6月15日	同
○内部文書廃棄を労働省に申し入れ 過労死の労災認定問題	6月16日	同
○過労死110番、きょう開設 救済へ弁護士 神奈川	6月16日	同
○過労死を防ぐ努力、限界です（声）	6月29日	同
○「娘は過労で死んだ」両親が富士銀行訴える	7月3日	同
○増える労災死亡（窓・論説委員室から）	7月3日	同
○仕事一筋、繰り返す悲劇 過労死	7月28日	同
○企業責任の追及を決める 過労死弁護士連絡会	10月7日	同
○過労死なくそう 労組や医師スクラム、13日に横浜・桜木町で集い	10月10日	同
○「過労死」をなくすために（社説）	11月17日	同
○反響大きい商社マンの過労死 労災認定は狭き門	11月17日	夕刊
○働き過ぎの意識改革を 遺族も参加、高い関心 神戸で過労死シンポ	11月18日	朝刊
○過労死は人災、憤りを感じる（声）	11月21日	同
○「過労死」であす緊急110番 反響受け弁護士が設置	11月21日	同
○「会社のために働いて犠牲に」悲痛な叫び 過労死110番	11月23日	同
○過密労働進む、金融業の職場（声）	11月25日	同
○「過労死」を考えよう 12月8、9両日に千葉で交流会集	12月2日	同
○働き盛りの7割が「勤務疲労」を実感 生保会社アンケート	12月2日	同

(資料) 日経テレコム。

る。この表により、遺族救済を目的として弁護士が中心となってはじまった「過労死110番」の活動が各地で展開されている一方で、遺族以外の一般労働者やその家族、団体等の広い範囲でこの問題への社会的関心が高まっていることが把握しうる。

「過労死」という言葉は、はやくからこの問題への取組みをすすめてきた上畑鉄之丞氏らによって命名されたものである。上畑氏によれば、「生活環境全体のなかで、とくに労働環境のなかにある身体的・精神的な有害要因の影響の総和である“過労”自身が有力な病気の発生の原因」となり、このような「過労性健康障害の中で最も重篤なもの」として「過労死」があるとされる。そして、「高血圧疾患や心臓疾患などの急性増悪による死亡」は、「直接的に肉体的・精神的な過重労働が引き金となって基礎疾病を増悪させるものとしてこのなかまに入れることができる」としている。<sup>(6)</sup>その後、「過労死」という言葉は、長時間労働、変則労働、深夜勤務等の過重労働に起因して発症する脳血管疾患や心臓疾患等による死亡をさす一般的名称として使われている。この言葉は、今や国際語にもなっており、日本の労働者の異常な事態として「日本の英字新聞や通信、さらには外国特派員の通信にはかなりひんばんにとりあげられている」といわれる。<sup>(7)</sup>

さて、このような労働の過重負担が原因となって健康破壊から死亡にいたる状況は、戦前の紡績業における長時間労働や不衛生な労働環境の中で肺結核の蔓延となって社会問題化した女工の結核死亡問題<sup>(8)</sup>にすでにみられる。また、炭鉱労働者の危険かつ苛酷な労働による健康・生命破壊の問題についても衆知のことである。<sup>(9)</sup>さらに、古くはエンゲルスの「イギリスにおける労働者階級の状況」<sup>(10)</sup>にも示されているし、三浦豊彦氏の『労働と健康の歴史』に詳述されているところである。<sup>(11)</sup>しかし、現在の過労死問題はこれらとは時代的背景が異なり、高度な経済発展の中で、情報化や国際化がすすみ、「金余り」現象の中で「国民生活の豊かさ」が誇られるときに生じている問題なのである。この問題は、けっして労働災害一般に解消して軽視できるような問題ではなく、きわめて異常な事態であるといわねばならないであろう。

過労死問題への実践的取組みは、朝日新聞記者の死亡の問題を契機として、朝日新聞労組、新聞労連、民法労連等へ広がり、職場の実態調査、労災認定活動、シンポジウム開催等の形ですでに1970年半ばにはじまっている。これらの問題にはやくから支援をすすめてきた細川、田尻、上畑氏らは、1982年に『過労死——脳・心臓系疾患の業務上認定と予防——』<sup>(43)</sup>と題する書を世に出し、過労死を巡るそれまでの取組みを整理した。その上で、それをふまえた分析・検討を行ない、過重労働に起因する業務上疾病として「過労死」を位置付けた。この前後から、大阪や東京などで労働者の遺族の労災認定を支援するために、労働組合、医師、弁護士らが協力して過労死問題連絡会が結成されはじめた。1988年には、『過労死110番』全国ネットの「相談窓口」が開設され、その後全国各地でこの問題への取組みが進んできている。また、この間、過労死をめぐる多数の書が出版され、多くの事例研究やルポルタージュにより労働者の健康破壊、死亡の実態が明らかにされ、それぞれの分野における具体的発症メカニズムについても次第に研究がすすめられてきた。さらにこの方面では、遺族救済を目的とした労災保険を獲得するための業務上認定をめぐる法的問題との関連において岡村親宜氏らを中心に研究がすすめられている。

一方、労働問題の専門分野においては、労働災害についての藤本武氏の研究が1960年代半ばからすすめられている。氏の研究は、労働時間や賃金等労働条件や労働組合運動その他多方面にわたる労働問題全体の中で、労働安全対策、労働災害の問題を位置付け、国際比較の視点から統計的接近により研究をすすめてきた。<sup>(44)</sup>最近では、労働問題の専門誌にも過労死問題が取り上げられるようになり、『労働運動』1989年9月号は、「過労死KAROSH I」特集号を組み、<sup>(45)</sup>さらに1990年11月号も「過労死大国日本」のタイトルで特集号を組んでいる。<sup>(47)</sup>

さて、本稿のテーマは、過労死問題そのものの研究ではなく、労災・職業病統計の検討である。本稿との関連で上述の取組みや研究から明らかになったことは、第一に、脳血管疾患や心臓疾患による過労死の背景には、長時間労働や過密労働、不規則労働、深夜勤務等の労働要因があるという事実が示されてきた点である。第二点は、それにもかかわらず、これらの疾病や死亡のほとんどの

部分が労働災害補償保険の適用が受けられる業務上の認定を得られず、私病扱いされているという点である。したがって、これらのことから業務上認定を得られない多くの死亡が労災・職業病統計にはあらわれず、実態を著しく過少に示すことになっているであろうという問題が提起されるのである。

そこで、まずわが国の労災・職業病統計を検討する前提として、既存の官庁統計から示される労働者の健康破壊、死亡の実態について概観し、統計的な側面での問題の所在を明らかにしておきたいと思う。

厚生省の「産業・職業別人口動態統計」によると、1985年度の15歳以上就業者の死亡者数は、全体で177,235人であり、その内男子は133,726人である。死因別にみると、心疾患27,827人、高血圧性疾患1,563人、脳血管疾患25,637人で、過労死との関係で問題となるこれら三死因による死亡の合計は、55,027人で、全死因の31%を占めている。これの死因について、男子35歳～54歳の中高齢就業者層に限ってみると、心疾患5,536人、高血圧性疾患132人、脳血管疾患4,939人、合計10,607人となる。<sup>(9)</sup>他方、労働省の「労働者災害補償保険労働災害統計年報」（1985年度）によると労働災害、職業病による全体の死亡件数は、1985年度で2,099人で、そのうち、業務上負傷に起因する疾病による死亡52人、職業性疾病による死亡数は65人、<sup>(10)</sup>脳血管疾患および心臓疾患その他の業務上疾病による死亡数は40人である。<sup>(10)</sup>人口動態統計による就業者の死亡には、労働者とは性格の異なる役員、自営業者なども含まれるが、労災保険の対象には任意加入で自営業者やその家族従事者も認められており、また労働者のうち休業者も含まれるがほぼ在職死亡として理解することができよう。しかしながら、これと比べて労働災害、職業病に関する業務上の死亡者数は、在職死亡の1.5%程度しか統計上には示されておらず、著しく少ないことがはっきりとわかる。しかも、脳血管疾患や心臓病などによる死亡は、同死因の在職死亡者の0.4%以下の割合しか示されておらず、ほとんどの在職死亡が業務上死亡とされず、私病として扱われていることがわかる。もちろん、就業者の死亡であっても、私的な行為によって死亡する場合もあり、在職死亡統計をすべて労働に起因する業務上の死亡として取り扱うことはできないことはいうまでもない。しか

し、死亡の背景にあって発症の重要な要因となっている長時間労働や休日・休暇の不足等の労働・生活要因は、現在のわが国の労働者のおかれた状況から考えると特殊な条件ではなく、程度の差はあれ多くの労働者に共通した問題であると考えられる。したがって、この2つの統計の間の余りにも大きな格差は、統計の精度一般の問題に解消して軽視できるものではないといえよう。人口動態統計が届け出に基づく精度の高い全数調査である以上、問題の所在は、労災・職業病統計の側にあるといわねばならない。そこで、以下において、過労死問題を念頭におきながら、労働災害、職業病に関する統計の吟味、検討をおこなっていきたいと思う。

### 3. 労災・職業病統計の対象と調査方法

#### (1) わが国の労災職業病統計

わが国の労働災害、職業病に関する主要な統計として第1に、「労働者災害補償保険労働災害統計年報」（労働省 労働基準局 労災保険業務室）があげられる。この統計は、労災保険加入事業所の事業主から提出される「労働者死傷病報告」<sup>(注1)</sup>に基づいて労働基準局を通じて作成されるものである。

「労働者死傷病報告」の報告形式は、死亡および休業4日以上の労働災害と、休業4日未満の労働災害の2種類に分けられている。まず、死亡・休業4日以上の労働災害については、対象事業所の「労働者が労働災害（業務上の傷病）その他就業中又は事業場内若しくはその附属建設物内における負傷、窒息又は急性中毒により死亡し、または4日以上の休業をしたとき」は、災害発生後遅滞なく、「死傷病労働者の所属する事業場の事業者」が、「所轄労働基準監督署長」に図1の報告形式によって報告義務が課せられている<sup>(注2)</sup>。さらに、休業4日未満の場合は、4月、7月、10月、1月末までに各3カ月間の労働災害について、図2のような形式の報告が義務づけられている<sup>(注3)</sup>。本統計は、このうち死亡・休業4日以上のものについて都道府県の労働基準局においてとりまとめ、これを労働省労働基準局（労災保険業務室）において集計したものである。この統

図1 労働者死傷病報告様式 (死亡・休業4日以上の場合)

様式第23号(第97条関係) 労働者死傷病報告

労働保険番号		発生日時		※	
		年 月 日 時 分		死亡	
事業の種類		事業場の所在地		永久全部	
		( )		永久一部	
				その他	
被災労働者の氏名	性別	生年月日	年令	職種	経歴年数
		年 月 日	才		
<small>内下請事業の場合は親事業場の名称建設業の場合は元方事業場の名称</small>					
傷病名	傷病の部位	休業見込日数又は死亡日時	被災の場所		
			都道府県 市区町		
災害発生状況及び原因			略 図(被害状況を図示すること。)		
<small>①どのような場所か ②どのような作業をしていたときに                  ③どのような物又は環境に ④どのような不安全な又は有害な状態があった ⑤どのようにして災害が発生したかを詳細に記入すること。</small>					
報告書作成者職氏名					
年 月 日			事業者 職氏名		
			労働基準監督署長 殿		

備考三 「災害発生状況及び原因」の欄及び「略図」の欄に記入しきれない場合には別紙に記入すること。  
 備考二 「経歴年数」の欄には、当該職種についての経歴年数を記入すること。  
 ※印欄は記入しないこと。

(出所) 労働省安全衛生部編『労働衛生手続便覧』(労働法令協会, 1989年)

図2 労働者死傷病報告様式 (休業4日未満の場合)

様式第24号(第97条関係) 労働者死傷病報告

年 月 から 年 月 まで

事業の種類	事業場の名称(建設業にあっては工事名を併記のこと。)	事業場の所在地	電話	労働者数			
被災労働者の氏名	性別	年令	職種	発生日	傷病名及び傷病の部位	休業日数	災害発生状況
	男・女	才		月 日			
	男・女	才		月 日			
	男・女	才		月 日			
	男・女	才		月 日			
	男・女	才		月 日			
	男・女	才		月 日			
	男・女	才		月 日			
報告書作成者職氏名							
年 月 日		事業者 職氏名					
		労働基準監督署長 殿					

(出所) 図1に同じ。



計には、規模別、性・年数別の災害者数や死亡者数が示され、職業病や過労死などもこの中に含まれることになる。

労災・職業病統計の中で重要な統計として第2に、『労働災害動向調査』（労働省統計情報部）があげられる。この統計は、主要産業における労働災害の発生状況について調査を行なうものである。本調査は、産業、事業所規模ごとの労働災害による死傷者を調査するものであり、報告書には、労働災害率や損失日数が表章される。

「労働災害動向調査」は、100人以上の常用労働者を雇用する民・国・公営事業所を対象として毎四半期及び年間の労働災害の発生状況を調査する「甲調査」と10～99人の常用労働者を雇用する民・国・公営事業所（ただし10～29人規模は民営のみ）を対象とする「乙調査」から構成される。「甲調査」では、100以上の事業所のうち約14,000事業所が抽出され、また「乙調査」では、約6,500事業所が抽出され、調査対象とされている。本調査は、対象事業所における、労働災害、傷病、死亡の発生状況を調査するものであり、都道府県労働基準局および労働基準監督署を通じて調査され、労働大臣官房政策調査部において集計、公表される。なお、時系列比較をする際には、調査対象事業所が年次によって異なっており、1980年以前の調査結果と現在の調査結果とは直接比較できない点に注意する必要がある。<sup>(64)</sup>

また、この他に関連する統計として事業所に義務づけられている定期健康診断にもとづく「定期健康診断結果調」がある。しかし、1年に1回の健診時に発見されるもの以外は対象外である点、小規模事業所では定期健診実施率が低いなどの限界があり、この結果をそのまま業務上疾病の全体とみることはできない。<sup>(65)</sup>さらに、標本調査であるが、労働者の疲労や疾病を調査した『労働者の健康状況調査』（労働省）がある。<sup>(66)</sup>

## (2) 労災・職業病統計の対象となる労働者および傷病の範囲

労働災害や職業病は、一般には業務に起因する傷害や疾病であると考えられるが、統計上は、きわめて厳格にその対象が限定されている。

労災・職業病統計の作成は、労災保険制度と結び付いている。したがって、労災職業病統計の対象は、労災保険の対象とされる労働者であり、その範囲は、労災保険に加入している事業所に従事する労働者である。そして、労災職業病の対象となる「業務上の傷害」および「業務上の疾病」は厳しく限定された条件のもとで業務上の認定を受け、労働災害補償保険の適用を受けたものに限定されているのである。そこで、以下において、労災職業病統計の対象となる(1)労働者の範囲、(2)労働災害の範囲、(3)業務上疾病の範囲について検討する。

まず、第一に、対象労働者についてみてみよう。労災保険は、事業所単位で加入、契約するものであり、加入事業所に属する労働者がその対象となる。

まず、労災保険の加入対象事業所については、以下のように規定されている。労災保険は、原則として、労働基準法上の労働者を使用するすべての事業所に適用されることになっている。労災保険への加入は、事業所単位であり、臨時、パート等雇用形態にかかわらず適用される。したがって、原則としてこれらの事業所に働く労働者は、すべて労災・職業病統計の対象となる。ただし、労働者数5人未満の個人経営の農家、及び畜産、養蚕、水産事業所、さらに労働者を常時使用せず、年間使用延労働者数が300人未満の個人経営の林業事業所は、「暫定任意適用事業」となっており、任意加入である。また、「国の直営事業、非現業(切)の官公署、船員法の適用を受ける船員は「非適用事業」として、対象外である。

つぎに、第二に対象となる労働災害の範囲についてみてみる。「業務災害」の認定基準は、基本的には、災害が「事故と認識される突発的な出来ごと」に起因する場合に、「業務遂行性」と「業務起因性」の2要件が満たされねばならない。まず、「業務遂行性」とは、「労働者が労働契約に基づいて、事業主の支配下にあった」ことを意味するとされ、次の3種類の型に分けられている。すなわち、①「事業主の支配・管理下(施設の中)にあって業務に従事してい

る場合」(通常の業務)。(2)「事業主の支配・管理下(施設の中)」にあるが、業務に従事していない場合」(休憩等)。(3)「事業主の支配下にはあるが、管理下(施設)を離れて業務に従事している場合」(出張中の業務等)である。つぎに、「業務起因性」があるとは、「業務遂行に起因する死傷病と認められる場合」であり、その場合の死傷病は「業務上の死傷病」であるということになるとされている。ここでも、「業務起因性」の判断の仕方が3種類にわかれている。上記業務遂行性の3種類のうち、(1)の通常業務の場合の死傷病は、「業務起因性を認めることができないような他の原因がなければ、業務起因性は認められる」としている。しかし「恣意行為」、「私的行為」、「天災地変」などの場合は認められない。(2)の休憩時の場合は、「事業場施設の欠陥などとあいまって生じた場合」に限られている。(3)の出張業務等の場合は、(1)とほぼ同様に「業務遂行性」があれば「ほかに業務起因性を認められないような事情のない限り」業務起因性は認められる。このような、業務遂行性と業務起因性の2つの要件を満たし、労災保険適用対象と認定された「業務上災害」が「労働災害」統計の対象となる。<sup>(8)</sup>

第三に、業務上災害の中で、統計の対象となる業務上疾病の範囲についてみてみよう。業務災害に関して、労働者の業務上の身体的危険は、災害に起因する場合と、職業病などのように「労働条件、作業態様、作業環境等の中に含まれる有害な原因を徐々に受けて」<sup>(9)</sup>発症にいたる場合がある。後者の場合、上の規定に従えば、業務との起因性を明確にすることが困難であり、このような業務に起因する疾病に関しては、とくに法的な規定によって業務に起因する疾病の範囲を定めている。したがって、業務上疾病には、職業性疾病とその他の業務に起因する疾病が含まれる。その際、「職業病」と「業務上疾病」との違いについて、前者は、「医学的な意味における職業によって引き起こされる疾病」であるのに対して、後者は「法的に規定された事業主に保障義務のある疾病」である。職業病のうち、保障対象となるものは、特別に定められた「職業性疾病」である。この「職業性疾病」と、負傷や災害に起因する「災害性疾病」<sup>(10)</sup>をあわせたものが「業務上疾病」である。

法定保障の対象となる「業務上の疾病」の範囲は、労働基準法施行規則第35条（別表1の2）によって以下のように定められている。

業務上疾病の種類は全体で1号から9号までであり、(1)業務上の負傷に起因する疾病、(2)物理的因子による13種類の指定疾病、(3)身体に過度の負担のかかる作業態様に起因する5種類の指定疾病、(4)化学物質等による8種類の指定疾病、(5)じん肺症およびじん肺合併症、(6)細菌、ウイルス等の病原体による5種類の指定疾病、(7)ガン原性物質もしくはガン原性因子またはガン原性工程における業務による18種類の指定疾病、(8)前各号以外で中央労働基準審議会の議を経て労働大臣の指定する疾病、(9)その他の業務に起因することの明らかな疾病、<sup>(8)</sup>となっている。

このうち、脳血管疾患や心臓疾患などの業務に起因する過労死等は、最後の第9号に該当することになり、実際の認定にあたっては、現在は労働省の新通達（1987年10月26日付基発620号）によっている。1987年以前は、旧通達（1961年2月13日付基発16号）によっていた。現在の認定基準では、以下のように規定されている。

「(1)次に掲げるイ又はロの業務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こと。

イ 発生状態を時間的および場所に明確にし得る異常な出来事（業務に関連する出来事に限る）に遭遇したこと。

ロ 日常業務に比較して、特に過重な業務に就労したこと。」

(2)過重負荷を受けてから症状の出現までの時間的経過が、医学上妥当なものであること。」

そして、ここでの過重な業務とは、「発症直前から前日までの間の業務」および「発症前1週間に過重な業務が継続している場合」<sup>(8)</sup>であるとされている。このように、業務上認定の範囲はきわめて狭く限定されているといわざるをえない。

### (3) 労災・職業病統計の対象限定による問題点

労災・職業病統計に関して、その対象となる労働者の範囲、対象となる業務上災害、業務上疾病について整理してきたが、この対象の限定によって、本来対象となるべきものが対象外とされるという問題が生ずることになる。そこで、つぎにこの点について検討をすすめる。

まず最初に、対象労働者の範囲についてみてみよう。

労災保険制度によって、対象外とされる労働者は以下の通りである。

第一に、上記の労災保険任意加入対象である常用雇用者5人未満の農林漁業事業所の中で、事業主が労災保険に加入していない事業所で働く労働者が除外される。第二に、個人タクシー運転手や個人貨物運送業者、大工、左官などの土木・建築関係等の「一人親方その他の自営業者」および中小企業主やその役員、家族従事者も、任意の特例加入であり、非加入の者は除外される。これらの層をすべて労働者と規定することはできないが、実質的な労働者と考えられる者が含まれている。第三に、国家公務員、地方公務員は、別の制度による災害補償があり、労働災害補償保険の対象外である。したがって、以上の者は労災職業病統計の対象からはずれる。<sup>6)</sup>

なお、労災・職業病統計のうち、「労働災害動向調査」は、標本調査であり、以下のように対象が限定される。

- ① 農業・漁業、卸・小売業、金融保険業、不動産業が含まれておらず、建設業、サービス業においても全分野を対象としていない。建設業では、総合工事業の30～99人規模の事業所が対象外であり、サービス業については、対象となるのは「洗濯業、自動車整備業、機械修理業、建物サービス業及び廃棄物処理業」のみであり、放送業や情報サービス業、教育、人材派遣業などが対象外である。また、建設業の総合請負業は、調査方法が異なることから別個に集計、表章されている。なお、ここで対象外となっている分野の中には、災害や疾病、死亡の発生が多発している分野があり、本統計にはそれらの数値が反映されないことになる。
- ② 10人未満の事業所が対象外である。労働災害の発生は、零細な事業所に多

いといわれるが、ここで働く労働者の労働災害も統計に反映していない。<sup>(64)</sup>

第二に統計の対象外となる災害についてみてみよう。業務上の傷病や死亡のうち、業務上の認定が認められず対象外となるのは以下の通りである。

まず、通勤災害については、次のように基本的に除外され、別の補償制度によって救済される。通勤災害に関しては、1973年以降、労災保険制度とは別に「通勤災害保護制度」が設けられた。その結果、労働者が通勤途上で被った災害は、労災保険の適用を受ける「業務上通勤災害」、通勤災害保護制度の適用を受ける「保護通勤災害」、いずれの制度も適用されない「法適用外通勤災害」の3種類に区分されることになった。このうち、業務上通勤災害以外は、<sup>(65)</sup> 労災職業病統計にあらわれてこないわけであるが、業務上の認定は以下のようにきわめて厳格に限定されている。その要件とは、「①事業場専用の交通機関で出勤を行う場合」②事業主の業務命令により、あるいは「職務上当然行うことが予想される用務」について、「出勤中または退勤中に、途中で用務を行なう場合」③「突発的な事故で事業主から呼び出しを受け、自宅から現場まで行く途中」におきた災害<sup>(66)</sup>。このような限定的な要件に従えば、労働者の通勤上の災害のほとんどの場合が業務上認定されないことになる。したがって、業務上災害として統計にはあらわれてこないことになる。

その他の災害については、以下のようになる。

(1)「就業中の災害」であっても本来の業務以外の行為や私的行為に際しては業務上とされない。(2)「休憩時間中の災害」については、その時間の労働者の行為は私的行為とされ、「業務外」となる。また、(3)「施設利用中の勤務時間外の災害は」、「原則として業務外」とされる。上記の場合、例外はいずれも施設またはその管理状況に起因することが証明された場合のみである。(4)「出張中の災害」については、「原則として『業務上』」とされるが、出張中の私的行為に基づくものは対象外である。(5)行事参加中の災害についても、「事業と密接に関連」し、「事業主の積極の特命があったと認められる例外的な場合のみ」業務上で、「一般的には『業務外』」である。(6)業務中に起こった「他人の暴行による災害は」暴行の原因が業務に関連しかつ「私怨」に起因しないもの

を例外として、一般的に業務外とされている。(7)「自殺」も、「業務上の負傷、疾病」に起因し、かつ「精神異常、心身喪失の状態」にあったものに限り例外的に業務上で、業務に起因していても原則として業務外とされる。<sup>(69)</sup>

第三に、疾病について業務外とされるものについてみておこう。

まず、職業病については次のような疾病が除外される。

コンピュータの利用等でとくに問題となっている頸肩腕傷害に関する労働省の認定基準は、「キーパンチャー等上肢作業にもとづく疾病の業務上外の認定基準について」<sup>(69)</sup>によって、認定にあたっての厳格な要件を要求している。

すなわち、「労働の質と量の要件」について、「上肢の動的筋労作」または、「上肢の静的筋労作」を「主とする業務に相当期間従事した労働者であること」を要件としている。したがって、上記以外の他の作業に従事している労働者が発症した場合や、従事期間が6カ月に満たない場合業務外となる。また、業務負荷量について、「業務量が同種の他の労働者と比較して過重である場合または業務量に大きな波のある場合」を必要要件としている。したがって、この疾病に関連する業務が個人の「肉体的、生理的条件から考えてその個体にとって過重」<sup>(69)</sup>であっても、上の要件が満たされなければ、業務上とは認定されないことになる。

「職業性腰痛」に関しては、労働省の通達「業務上腰痛の認定基準等について」<sup>(40)</sup>により、以下のような基準が定められている。

腰痛は災害上の腰痛と非災害性の腰痛についてそれぞれ認定基準を示し、とくに問題となっている非災害性の腰痛については、労働の質と量を厳しく限定し、「腰部に過度の負担のかかる業務」に「3カ月から数年以内の」間従事する労働者、「重量物を取り扱う業務」に「10年以上」従事する労働者としている。そのため、指定された従事期間に満たない者や限定された業務内容以外の労働に従事する者の腰痛（例えば「スチュワーデスの非災害性腰痛」）は業務外とされることになる。したがって、各分野で労働に起因して最近多発している頸肩腕傷害や腰痛の多くは、労災職業病統計の対象外となるわけである。<sup>(40)</sup>

さらに、もっとも大きな問題が、過重労働を背景に業務に起因して発症する心臓疾患、脳血管疾患等の疾病の場合である。上述のように、労働基準法には

職業性疾病以外のこれらの疾患はその業務上認定基準について具体的な規定がなく、労働省の通達によって認定の可否が判定されることになる。その際、過重労働の負荷によって発症にいたる場合、検討の直接的対象となる過重労働の時間的範囲が、発症直前から発症1週間前までの間であり、これ以前の時期ないし日常的な業務それ自体が過重であるような場合は、考慮の対象とするにとどまっている。したがって、上記の疾病による死亡が長時間労働や変則・深夜勤務等、生理的リズムを無視し生理的限界を超えた過重な労働に起因したものであっても、通達の規定によれば、発症前1週間に発症の原因が認められない限り、基本的にはその発症は私病扱いされることになる。すなわち、過労死といわれるこれらの発症、死亡は、業務上の認定がなされないまま、労災・職業病統計の調査対象にはならず、統計にあらわれてこない仕組みになっているといえるのである。この点については、章をあらためて詳細に検討したいと思う。

#### 4. 業務上認定過程と労災職業病統計

##### (1) 労災認定申請と業務上認定の問題点

前述のように「労働者災害補償保険労働災害統計年報」や「労働災害動向調査」は、労災保険業務と関わる業務統計であり、そこにおいて、対象となる労働災害や疾病、死亡は、労災保険の適用を受けられる業務上の認定がなされたものに限定される。

労働災害保障制度は、戦後、「労働基準法」が制定される中で、「労働者の権利」として明確化されたものである。この制度は、「労働基準法」の「事業主の災害保障責任を前提」として、「使用者の災害保障責任の実効性を確保し、災害の迅速かつ公正な実施を図るために」制定されたものであり、「労働者災害保障保険法」によって、労災に対する保険給付がなされることになっている。<sup>(49)</sup> 労災保険の対象は、前述のように一部事業所を除いた全事業所に従事する労働者であり、労災保険事業は、事業主が負担する保険料と部分的な政府補助



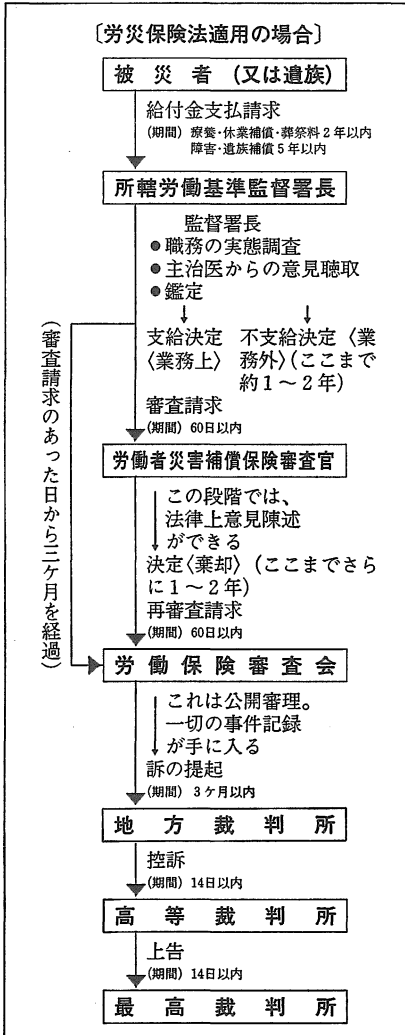
によって運営されている（1987年度予算では、事業主からの徴収額は1兆1,039億円であり、補助は14億3,300万円であり、事業主負担によってまかなわれる保険料の0.1%）<sup>(43)</sup>。業務災害に関する保険給付の種類は、(1)療養保障給付、(2)休業保障給付、(3)障害保障給付、(4)遺族保障給付、(5)葬祭料、(6)傷病保障年金となっており、過労死等で労働者が死亡した場合、死亡当時労働者の収入によって生計を維持していた配偶者等に葬祭料や遺族保障年金、遺族保障一時金が支給されることになる<sup>(44)</sup>。

保険給付のための業務上認定は、図3のような手続きを経て行なわれる。まず、第一段階の手続きは、労働災害や死亡が発生した場合、被災者（または遺族）が一定の様式に基づいて労働基準監督署に申請を行い、申請に対して監督署長が調査の上支給または不支給の決定を行なうことになる。第二段階では、監督署長の決定に不服のある場合、労働基準局におかれた「労働者災害保障保険審査官」に対して「不服申立て」を行なうことができる。ここで却下、原処分の取消し、棄却のいずれかの「決定」が行われることになる。第三段階では、ここで審査請求に対する「棄却の決定」がなされた場合、「労働保険審査会」に対して再審査を請求することができる。さらに、第四段階は、再審査の段階で「棄却の裁決」がだされ、それに不服がある場合、地方裁判所に対して「不支給処分の取消しを請求する行政訴訟」を起すことができる。なお、この行政訴訟は、第二段階の保険審査官に対する審査請求が「3カ月を経過しても結論がだされない」場合にも、行なうことができる。第五段階は、一審で請求棄却判決がだされた場合、高等裁判所に控訴し、第六段階は、控訴棄却の場合に最高裁に上告することになる<sup>(45)</sup>。

このように制度上は、労災申請に際して、不服のある場合は、審査、再審査、行政訴訟ができる仕組みになっており、労働者の労災請求の権利が保証されることになっている。しかし、実際には、この災害発生から申請、認定への過程において、業務上認定が十分に行なわれず、統計上において、業務上の傷病、死亡に関する数値が過少にあらわれてくる仕組みがある。

まず、第一の申請段階で、認定を得るための大きな壁がある。このとき、業

図3 労災保険法補償請求手続



(出所) 岡村親宜『過労死と労災保障』(労働旬報社、1990年) 191頁及び稲木・上畑『過労死とのたたかい』(新日本出版社、1990年) 126頁を組み合わせ作成。

務上の認定を得るためには、現状では申請者自身が労働と傷病との因果関係を証明する必要がある。突発的な災害が発生した場合などの場合には、事実関係でこの証明を行ないやすいが、過労死の場合、労働と死亡との直接的な因果関係を証明することが困難である。そこで、認定を得るためには、日記や業務記録、出退勤表、勤務時間表、給与明細書等々を集め、労働と疲労蓄積、疾病、死亡との関係を証明するための、かなり詳細な事実資料の提出が必要となる。さらに、医学的因果関係を示すための医師の証明も欠かせない<sup>(46)</sup>。第一の問題は、このような複雑な手続きを必要とする申請に際して、一般の労働者やその家族が必要な知識を有するかどうかの問題である。なお、この場合、事業者は「被災者の保障請求に協力する義務」があり、申請手続きは事業者が「代行」することが認められている<sup>(47)</sup>。したがって、事業主の協力が得られれば、手続きは困難なことではない。しかし、もし事業主が労災申請に消極的であり、必要な知識の提供や協力が得られなければ、まず申請以前の段階で、事実上の業務に起因する傷病や死亡が、隠されてしまうこと

になる。第二の問題として、たとえ被災者や遺族が必要な知識を有していた場合であっても、労働と傷病、死亡との関係を証明するためには、災害の原因及び発生状況についての記述や資料提供などの事業主の積極的協力が不可欠であるという点である。この場合にも、上記と同様に、もし申請に対して事業主が消極的であれば、たとえ申請を行なっても認定を得ることがきわめて困難になる。また、医学的証明が求められるが、この点についても、労働の実態に詳しい産業医の積極的協力が得られれば、労働と発症との因果関係を証明することも可能となろう。しかし、それが得られない場合、労働の実態を把握しえない臨床医がこの証明をすることは困難であり、それを説明するための必要な資料収集と医師の積極的協力がなければやはり認定を得ることはむずかしい。

そこで、この2つの問題にかかわる事業主および医師の協力の可能性について検討してみよう。

まず、事業主の問題については、労災保険制度との関係が重要な要因となる。この制度に関して、事業主が支払う労災保険料は、事業主がその事業に使用するすべての労働者に対して支払った「賃金総額」にその事業について定められた「保険料率」を乗じて算出される。その際、支払う保険料を低くするため、上記の数値を意識的に変更しようとする動機が事業主において生じうる。その第一は、賃金総額の算定に際し、労働者数を実際よりも少なく計算し、賃金の支払分を意図的に過小に計算することである。第二点は保険料率との関係である。この保険料率は、「事業内容を同じくする事業集団における過去三年間の業務上災害の発生率」を基礎として、145/1,000から5/1,000の範囲内で決定されることになっている。その際、「メリット制」という方法により、過去3年間の業務災害に関わる保険給付および特別給付金の額と保険料の額との割合に応じて料率が40%の範囲で上下することになる<sup>(49)</sup>。したがって、この問題に関連して、事業主は、労働災害が発生した場合、保険料率が引き上げられることをおそれ、その事実を隠蔽しようとする衝動が働く可能性がある。その場合、事実の隠蔽は、いくつかの方法でなされる。

まず、もっとも多く一般的であると思われるものが、軽傷に対する健康保険

使用の事実上の半強制である。労働者にとっては、軽傷の場合労災認定を受けることのメリットは少ないことから、事業主の指示があれば、それにしたがって健康保険で対処することになる。また、事業主からの直接の指示がない場合でも、手続きの煩雑さに加え、暗黙の圧力により労災請求がしにくい状況であろう。<sup>(60)</sup>さらに、事業所内での災害隠匿も考えられる。建設業などでは、事故や災害が発生しても、外部で発生したことにして、必要な届け出を怠ることがありうる。さらに、重要な問題は、重傷、死亡に対する申請回避が起こりうる点である。すなわち、使用者が災害や疾病の原因を本人の不注意やミスとして、労災扱いたない場合や労災認定の困難性を強調し、申請回避をはかる場合がある。<sup>(61)</sup>過労死で業務上認定が受けられない中にこのようなケースが多く含まれると考えられる。ところで、企業側が非協力的な場合、労働と発症との関係を示す資料をうるためには労働組合の役割が大きいが、実際には労使協調路線をとる労働組合においては組合自体が非協力的な場合が多いことが指摘されている。<sup>(62)</sup>

以上の検討から、上記の労災申請に関する事業主の協力については、本来その義務が課せられているにもかかわらず、実際上は、労災保険制度そのものの中に、それを妨げる要因が含まれていることが明らかとなった。すなわち、本制度が労働災害や業務上の傷病を減少させる方向に直接働かず、発生自体ではなく、発生の報告を少なくする方向に、すなわちその発生を隠す方向に働いていることがわかるのである。したがって、この点において、まず、労災保険制度の運用そのものの中に問題があり、第一の申請以前の段階において、業務上の傷病や死亡が過少に現われる仕組みがあることが判明した。

つぎに、産業医の協力の可能性について検討してみよう。産業医の制度は、1972年に制定された「労働安全衛生法」(13条)および「労働安全衛生規則」(13条)の規定によって、常時50人以上の労働者を使用する事業場に「産業医」の選任が義務づけられている。とくに、労働者1,000人以上の事業場や危険、有害要因のある500人以上の事業場では、専属の産業医を選任しなければならないことになっている。<sup>(63)</sup>専属の産業医をもたない事業場では、一定の契約料を

支払い、開業医等を産業医として選任することになる。ところで、この場合、実際には、この契約料はきわめて低額なものであり、医師の側も年に数回訪問する形だけの場合も多いといわれる。このような、企業に所属する産業医や企業に選任された外部の「産業医」が、事業主側の意向に反して、被災者や遺族に積極的に協力し、労働の実態や労働条件について詳しく認識し、詳細な調査に基づき発症との関係を正しく把握しようと期待することは困難である。さらに、産業医に対して、一部で業務との関係を積極的に認めないようにする指導がなされているという指摘もある。例えば、1988年9月19日に開かれた神奈川県医師会・産業医部会研究会では、関東労災病院副院長の講演の中で「脳卒中や心疾患の総てを業務上とすると当該労災保険はパンクしてしまうので」、「決して患者や遺族の情にほだされて診断書は書かぬよう重ねてお願いする次第である。あくまで患者の全体像をとらえて慎重に処し、わからないところは不詳とされた方が良いように思われる」という発言がなされたという報告がある。<sup>(64)</sup>このような方向が全体的なものかどうかを把握するための資料を筆者は入手しておらず即断はできないが、労働と発症との関連を明確にすることへのなんらかの阻害条件が存在し、本来産業医が果たす機能を十分に発揮することが困難な状況にあるのではないかと推察される。ちなみに、1987年度の財政状況をみると、上述のように労災保険料徴収額が1兆1,039億円であるが、労災保険給付支払額は7,259億円と、大幅な黒字であり、徴収額の3割程度が本来の目的に使われずに、他の用途に利用されているようである。<sup>(65)</sup>

以上のように、業務上の傷病や死亡が発生しても、第一に申請自体が行なわれない問題、第二に申請が行なわれても、認定に必要な資料が準備できないという問題があることがわかった。したがって、これらの段階において、多くの労働者の傷病や死亡が私病として扱われ、統計にあらわれてこない可能性が指摘できよう。表2により統計数値の上でこの点についてみると、たとえば、1985年の脳血管疾患、心臓疾患による就業者の死亡53,464人<sup>(66)</sup>のうち、この両死因による労災認定の請求は441件であり、在職死亡の1%にも達していない。この在職死亡の中には、業務に基因しないものや役員、自営業者が含まれる

表2 脳・心臓疾患労災補償実態（件数）

疾患		年度		1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
		請求 上認定	請求 上認定							
脳疾患	請求 上認定	—	—	296	289	349	351	480		
	請求 上認定	21	16	36	26	42	42	61		
心臓疾患	請求 上認定	—	—	142	152	157	148	196		
	請求 上認定	14	3	18	13	21	7	20		
合計	請求 上認定	— (—)	— (—)	438 (572)	441 (654)	506 (—)	499 (—)	676 (—)		
	外認定	35	19	54	39	63	49	81		
	未処理	—	—	345	—	—	—	—		
	未処理	—	134	173	—	—	—	—		
9号の規定による 業務上の死亡者数		34	47	33	40	24	30	27		

(注) 1) 「業務に起因することの明らかな疾病」及び「負傷に起因する疾病」として請求のあった当該年度における件数である。

2) 合計の請求件数( )内は、前年度の未処理件数と当該年度の請求件数を加算した当該年度の処理対象件数である。

3) 本資料は岡村氏が作成したものに、9号規定による業務上死亡者数を追加したものである。

(出所) 岡村親宜『過労死と労災保障』（労働旬報社、1990年）189頁。  
労働省労働基準局「労働者災害補償保険労働災害統計年報」。

が、これを考慮してもいかに認定申請自体が少ないかが把握しうる。

次に、申請後の問題点についてみてみよう。申請は、労働省の認定基準に基づいて、労働基準監督署の決定がなされるわけであるが、表2に示されるように業務上の認定数はきわめてわずかである。これは、業務上認定基準が非常に厳格であることに基因する。この決定に対する不服申立てに基づく保険審査官による審査についても、基本的に労働省の行政上の認定基準にもとづいて行なわれるため、それに拘束され、認定基準自体の厳しさが問題となる。表3、4によれば審査段階での原処分取消割合は2割弱であり、そのうち業務上外はわずかである。さらに、この決定を不服とする再審査を行なう労働保険審査会の場合は、独立した審査機関であり司法機関である裁判所とともにこの両者は基本的には労働省内部の通達からは独立である。ところが再審査段階での

表3 審査請求年度別件数と救済率

	却下	取消	棄却	計	救済率 (%)
S 60	23	244	1,006	1,273	19.2
S 61	19	233	942	1,184	19.7
S 62	14	223	918	1,155	19.3
S 63	30	182	962	1,174	15.5
計	86	882	3,829	4,786	18.4

(出所)『週刊労災』1990年8月22日号  
(労災保険研究所)

表4 事件種類別救済事件数(審査)

区分 年度	業務 上外	障害 等級	治癒 再発	その他	計
S 60	43	161	5	35	244
S 61	37	151	4	31	223
S 62	38	149	4	32	223
S 63	24	123	5	30	182
計	142	584	18	128	872
%	16.3	66.9	2.1	14.5	

(出所)『週刊労災』1990年9月5日号  
(労災保険研究所)

表5 再審査請求年度別件数と救済率

	却下	取消	棄却	計	救済率 (%)
S 60	11	20	208	236	8.4
S 61	5	37	258	300	12.3
S 62	9	20	244	273	7.3
S 63	13	18	314	345	5.2
計	38	95	1,024	1,157	8.2

(出所)表3に同じ。

表6 事件種類別救済事件数(再審査)

区分 年度	業務 上外	障害 等級	治癒 再発	その他	計
S 60	4	6	1	9	20
S 61	15	10	1	11	37
S 62	12	6	0	2	20
S 63	7	3	1	7	18
計	38	25	3	29	95
%	40.0	26.3	3.2	30.5	

(出所)表4に同じ。

請求件数と救済率は表5、6に示されるが、救済率はきわめて低い状況にある。また1990年度の場合、「過労死関係」38件は全て棄却された。形式上は独立した審査機関でありながら、現実には、「労働保険審査会の委員は労働省OBで占められており、その判断基準はほとんど労働省の認定基準に準拠しており“御用機関”そのものになっている」という問題点の指摘がなされている。<sup>6)</sup>

裁判の場合、必要な資料、証言、調査記録等の準備や発症、死亡から判決にいたる期間が長期にわたり、一家の働き手を失い、生活困窮に陥った遺族など

の場合、外部の協力がなければ提訴自体が困難である。ここにおいても、業務上の認定がなされる可能性のあるものであっても、提訴を行わず、それらが統計にあらわれてこない可能性がある。提訴がなされた場合においても、労働基準局や労働省の専門家会議の労災認定基準と無関係ではありえず、認定をえることは容易ではない。

そこで、つぎに、過労死の問題に焦点をしばり、労働省の認定基準の問題について検討してみよう。

## (2) 脳血管疾患、心臓病をめぐる業務上認定

### 1) 災害主義の法理論と業務上疾病の旧認定基準

労働過重に起因する過労死は、業務上疾病の範疇に入る。

労働省の説明によれば、業務上の疾病には、「災害性疾病」と「職業性疾病」がある。前者は、「業務に関連する突発的又はその発生状態を時間的及び場所的に明確にし得る出来事によって生ずる疾病をいう」とされており、疾病と災害の事実との因果関係が明確なものである。これに対して、後者の非災害性の疾病すなわち「職業性疾病」の場合は、「業務に内在する有害因子の長期間にわたるばく露を受けることによって生ずる疾病である」とされている。

現行の認定基準の基本的考え方である「災害主義の法理論」によれば、「災害」とは、「発生状況が時間的に明確な（又は明確にされうる）出来事」とであるとされている。「業務起因性は、一般にこの『災害』によって媒介された因果関係であり、業務と災害との因果関係及び災害と傷病との因果関係という二つの因果関係によって構成されるものである。したがって、『災害』に該当する事実が介在しない限り、業務起因性は一般に成立しないことになる。」しかしながら、疾病の中には、「災害に該当する事実が存在しなくても、なお業務起因性を認める場合がありうる」のである。そこで、「発生状況が時間的に不明確な（又は明確にされない）事由、すなわち、当該業務に従事する労働者の身体に対し、長時間（又は長期間）にわたって徐々に生じし又は作用する有害な事象、つまり『漸進的に傷病等の原因となる事象』による傷病等（災害によ



らない疾病)については、原則として、特定のものを業務上の疾病として法定し又は指定することによって、業務起因性を政策的に確認していくほかない」ことになる。<sup>(60)</sup> その方向にそって、前述のように具体的な疾病を列挙して特定の「職業性疾病」が指定されているわけである。

ところが、ここに指定されない「災害によらない『職業性疾病』」が存在する場合について、施行規則では、指定された職業病以外で「その他業務に起因することの明らかな疾病」(9号)についての条項を設けている。過労死の有力な原因である脳・心臓疾患に関する労働省の認定基準は、このような「災害主義の法理論」を法的根拠にして作成されている。したがって過労死等はこの9号の規定によって業務上外の認定が行なわれることになる。

過労死等の脳・心臓疾患の業務上認定基準に関して、1961年以降1987年までの間は、労働省の「中枢神経及び循環器系疾患(脳卒中、急性心臓病等)の業務上外認定基準について」(1961年2月13日付通達)によっていた。

この労働省の旧基準によれば、「非災害性の脳・心臓疾患を『業務上』疾病と認定するため」には、以下の要件が必要とされた。すなわち、

- 「① 発症の直前あるいは少なくとも発病当日に、
- ② 当該労働者の従来の業務内容に比し、
- ③ 質的にまた量的に過激な業務(業務に関する突発的またはその発生状態を時間的・場所的に明確にしうる出来ごともしくは特定の労働時間内に特に質的または量的に過激な業務)に就労したことによる精神的または肉体的負担〔災害〕が認められ、
- ④ 上記③の『災害』が当該疾病の発症または増悪の原因であると医学的に証明される必要があり、
- ⑤ 当該労働者に基礎疾病または既存疾病があった場合は、とくに当該『災害』が疾病の自然発生または自然的増悪に比しいちじるしく早期に発症、または増悪せしめる原因となったものとするにたりるだけのものであると医学的に証明される必要がある。<sup>(60)</sup>」

このように、「災害主義の法理論」に基づく認定基準においては、「『業務遂

行中の突発的あるいはその発生状態を時間的・場所に明確にしうるできごと等の災害』事実との医学的な明確な証明を要求すること<sup>(61)</sup>により、業務上疾病の範囲はきわめて厳格に、狭く限定されることになる。したがって、実際に発症しているほとんどの業務に起因する疾病や死亡が対象外となるという問題をもつことになっていた。そこで、これを不服とする労災認定請求訴訟が多発するようになり、その中で、労働省の災害主義の法理論を否定する判決が次々とみられるようになった。この点については、「これらの諸判例によって、災害主義の法理論は、完全に破綻したものといわなければならないであろう」という指摘がなされている<sup>(62)</sup>。したがって、災害主義の法理論に基づく認定基準自体の根本的な再検討が迫られているといえよう。

## 2) 現行の脳・心臓疾患の労災認定基準とその問題点

こうした状況の中で、前述のように1987年10月26日付労働省通達において「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準について」と題する新しい認定基準が発表されるにいたったわけである。

労働省の新認定基準の内容と旧認定基準との違いは、表7の比較一覧表に示す通りである。

岡村親宜氏によると、この新基準は、旧基準と比べ、次の点において実態への対応が見られるとされる。

第一に、従来の「災害主義」理論を部分的に修正し、「『業務により明らかな過重負荷を発症前に受けたことが認められること』に改め、『日常業務に比較して、特に過重な業務に就労したこと』を『過重負荷』の一態様にしたこと」である。第二に、その際の『過重負荷』について、従来の「発症直前」から、「原則として発症直前から前日までの24時間、例外的に発症前1週間以内にその時間範囲を拡大した」点があり、第三に、「過重性の評価に当たっては、業務量のみならず、業務内容、作業環境等を総合して判断すること」とした点である<sup>(63)</sup>。

しかしながら、同氏によれば、新基準においても、脳血管、心臓疾患を業務上認定する上で依然として重大な問題が解決されていない。第一に、「日常業

表7 労働省 脳血管疾患・虚血性心疾患等業務上外認定基準比較表

1987(昭62)年10月26日付基発 620 号	1961(昭36)年 2月13日付基発第 116 号
<p>脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準について</p>	<p>中枢神経及び循環器系疾患（脳卒中、急性心臓死等）の業務上外認定基準について</p>
<p>中枢神経及び循環器系疾患（脳卒中、急性心臓死等）の業務上外認定基準については、昭和36年2月13日付け基発第116号通達により示してきたところであるが、その後の医学的知見等については「脳血管疾患及び虚血性心疾患等に関する専門家会議」において検討が行われた。今般、その結論が得られたことに伴い、これに基づき認定基準を下記のとおり改めたので、今後の取扱いに遺漏のないよう万全を期されたい。</p>	<p>脳卒中、急性心臓死等、中枢神経及び循環器系疾患の業務上外の認定については、事案の性質上かねて関係専門家に委嘱し慎重な審議検討を重ねていたところであるが、今般その一般的認定基準を下記のとおり定めたので、その取扱いに遺憾のないようせられたい。</p>
<p>また、具体的な認定に当たっての参考として「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定マニュアル」を別添のとおり作成したので、これを活用し、適正迅速な調査、認定が図られるよう配慮されたい。</p>	<p>なお、これらの疾患については、医学上その発生原因等に関し具体的症例について更に検討を要するものがあるので、個々の事案について判断が困難な場合には、具体的資料を添えて本省に凍同されたい。</p>
<p>なお、本通達の施行に伴い、昭和36年2月13日付け基発第116号通達は、これを廃止する。</p>	<p>記</p>
<p>記</p>	<p>1 一般的認定要件及び医学的診断要件</p>
<p>1 業務上の負傷に起因する脳血管疾患及び虚血性心疾患等（省略）</p>	<p>脳卒中、急性心臓疾患等については、素因又は基礎疾病（高齢による動脈硬化、高血圧等）があるため発病する機会が多いので、その業務上外の認定については、</p>
<p>2 業務に起因することの明らかな脳血管疾患及び虚血性心疾患等</p>	<p>① 当該労働者の年齢、家族歴、嗜好（飲酒、喫煙量等）、既往症、発病前の身体的状況、素因、基礎疾病又は既存疾病</p>
<p>次の(1)及び(2)のいずれの要件をも満たす脳血管疾患及び虚血性心疾患等は、労働基準法施行規則別表第1の2第9号に該当する疾病として取り扱うこと。</p>	<p>② 頭胸部の負傷（打撲等を含む。以下同じ）の有無 ③ 負傷又は発病以前の業務の種類、内容、作業環境又はその条件並びに職歴</p>
<p>(1) 次に掲げるイ又はロの業務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こと。</p>	<p>④ 負傷又は発病当時、特に当日の詳細な状況</p>
<p>イ 発生状態を時間的及び場所的に明確にし得る異常な出来事（業務に関連する出来事に限る。）に遭遇したこと。</p>	<p>初発症状の発現状況（症状の程度及び発現時期、特に発症迄の橋架症状の有無及びその態様） ⑤ 臨床症状及びその経過</p>

ロ 日常業務に比較して、特に過重な業務に就労したこと。

(2) 過重負荷を受けてから症状の出現までの時間的経過が、医学上妥当なものであること。

(解説)

1 脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定について

脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定については、一般的に、業務上の負傷が原因となって発症したこと又は業務上の諸種の要因によって発症したことが、それぞれ医学上認められることが必要である。

この認定基準においては、現在の医学的知見に照らし、業務上の負傷が原因となって発症又は業務上の諸種の要因によって発症したか否かの判断基準として、妥当と認められるものを認定要件とした。

2 取り扱う疾病について (省略)

3 業務上の負傷に起因する脳血管疾患及び虚血性心疾患等について (省略)

4 業務に起因することの明らかな脳血管疾患及び虚血性心疾患等について

解説2で掲げた疾患のうち本文記の2により判断する脳血管疾患及び虚血性心疾患等は、次の疾患である。

イ 脳血管疾患 (イ) 脳出血  
(ロ) くも膜下出血  
(ハ) 脳梗塞  
(ニ) 高血圧性脳症

ロ 虚血性心疾患等  
(イ) 一次心性停止  
(ロ) 狭心症  
(ハ) 心筋梗塞症  
(ニ) 解離性大動脈瘤

(1) 本文記の2の(1)について

イ 「過重負荷」とは、脳血管疾患及び虚血性心疾患等の発症の基礎となる病態 (血管病変等) をその自

⑥ 臨床諸検査 (X線、血液及び髄液検査、心電図、血圧測定、眼底所見、眼底血圧その他)

⑦ 剖検所見

等につき、主治医、専門医及び解剖した場合には解剖医の意見並びに同僚労働者の証言等を充分調査した上総合的に判定すべきである。

2 負傷に起因する疾病 (労働基準法施行規則第35条第38号に規定する疾病) についての設定要件 (省略)

3 「業務に起因することの明らかな疾病」 (労働基準法施行規則第35条第38号に規定する疾病) の認定要件

一般的には業務上の諸種の状態が原因となって発病したことが、医学的に明らかに認められることが必要であるが具体的には

① 業務に関する突発的又はその発生状態を時間的、場所的に明確にしうる出来ごともしくは特定の労働時間内に特に過激 (質的に又は量的に) な業務に就労したことによる精神的又は肉体的負担 (以下単に災害という)が当該労働者の発病前に認められること。

② 当該疾病の原因と考えられる業務上の諸種の事象又は要件の性質上並びに強度等が医学上疾病発生の原因とするにたえるものであること。

例えば、脳卒中等を業務上とするためには、通常発生前において、当該疾病の原因とするにたる業務に関連する強度の身体的努力若しくは精神的緊張 (強度の驚愕、恐怖を含む) があったことが医学的に認められねばならないこと。

③ 災害と疾病発生までの時間的間隔が医学上妥当と認められるものであること。

例えば、脳卒中等については、通

然経過を超えて急激に著しく増悪させ得ることが医学経験則上認められる負荷をいう。ここでの自然経過とは、加齢、一般生活等において生体を受ける通常の要因による血管病変等の経過をいう。

ロ 「異常な出来事」とは、具体的には次に掲げる出来事である。

- (イ) 極度の緊張、興奮、驚がく等の強度の精神的負荷を引き起こす突発的又は予測困難な異常な事態
- (ロ) 緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的又は予測困難な異常な事態

ハ 「日常業務に比較して、特に過重な業務」とは、通常の所定の業務内容等に比較して特に過重な精神的、身体的負荷を生じさせたと客観的に認められる業務をいい、その判断については次によること。

- (イ) 発症に最も密接な関連を有する業務は、発症直前から前日までの間の業務であるので、この間の業務が特に過重であると客観的に認められるか否かを、まず第一に判断すること。
- (ロ) 発症直前から前日までの間の業務が特に過重であると認められない場合であっても、発症前1週間以内に過重な業務が継続している場合には、急激で著しい増悪に関連があると考えられるので、この間の業務が特に過重であると客観的に認められるか否かを判断すること。
- (ハ) 発症前1週間より前の業務については、急激で著しい増悪に関連したとは判断し難く、発症

常発病直前或いは少なくとも発病当日において上記の災害が認められることが必要であること。(なお、発病が遅発生の場合には上記の災害と発病迄の間において前記2の③に掲げる橋架症状が認められることが多いこと。)

- ④ 以上の諸要件のうち、災害の強度が疾病発生の原因とするにたるものであるかどうかを判定するためには、次の事項を参考とすべきであること。

イ 当該労働者の従来の業務内容に比し質的にみて著しく異なる過激な業務遂行中においては、強度の精神的若しくは肉体的負担を生ずることが多いが、そのような事情にあったかどうか。

例えば、通常肉体労働を行わない労働者が突発的な事態により特に過激な肉体労働を必要とする作業を命ぜられ当該作業を行ったような場合等がこれに該当する。

ロ 従来の業務内容に比し、量的にみてその程度を著しくこえる過激な業務遂行中においては、強度の精神的緊張若しくは身体的努力を要することが多いが、そのような事態にあったかどうか。

例えば、異常な事態により平常の業務より時間的又は量的に特に過激な業務を行なうことを余儀なくされたような場合がこれに該当する。

ハ 発病直前において業務に関連する突発的な、かつ、異常な災害でできごとがあった場合には、発病原因とみなしうる強度の驚愕、恐怖等を起こす可能性があるが、そのような事情にあったかどうか。

ニ 発病前日までの過激な業務による心身の興奮、緊張の重積につい

前1週間以内における業務の過重性の評価に当たって、その付加的要因として考慮するにとどめること。

(イ) 過重性の評価に当たっては、業務量のみならず、業務内容、作業環境等を総合して判断すること。

- (2) 本文記の2の(2)について  
通常、過重負荷を受けてから24時間以内に症状が出現するが、脳梗塞及び脳出血は、症状の出現までに数日を経過する場合がある。

5 認定に当たってのその他の留意事項

(1) 脳卒中について

脳卒中については、解説2の(1)に述べたように、脳血管疾患の総称として用いられているので、可能な限り詳細な疾患名を臨床所見、解剖所見等により確認すること。

(2) 急性心不全について

急性心不全（急性心臓死、心臓麻痺等）は、疾患名ではないので、その原因となった疾患名を臨床所見、解剖所見等により確認すること。なお、急性心不全は、脳血管疾患及び虚血性心疾患等に限らず他の疾病による場合もあるので留意すること。

(3) 本省りん伺について

次の事案については、本省りん伺すること。

- イ 原因となった疾患名が明らかにならない急性心不全  
ロ この認定基準により判断し難い事案

ては発病直前又は発病当日における災害の強度（程度）を増大する附加要素として考慮すべきであるが、災害のない単なる疲労の蓄積があったのみでは、その結果を業務上の発病又は増悪とは認められないこと。

- ホ 基礎疾病又は既存疾病があった場合には、特に当該災害が疾病の自然的発生又は自然的増悪に比し著しく早期に発症又は急速に増悪せしめる原因となったものとするにたる丈の強度が必要であること。この場合当該疾病は業務に起因しない原因のみによっても発症又は増悪することが多いので、前記の諸要件に照らしその鑑別に特に留意する必要があること。

なお、高度の高血圧症を有するものは、脳出血を自然発症する可能性が多いので顕著な業務上の出来ごとによる著しい身体的、精神的負担があったことが認められない限り、多くの例については業務上とは認められ難いこと。

(出所) 労働省労働基準局補償課編『脳血管疾患・虚血性心疾患の労災認定一新認定基準と医学的解説一』（労働法令協会、1988年）54頁～60頁。岡村親宜『過労死と労災保障』151～154頁。下線は岡村氏による。

務に比較して、特に過重な業務」という場合、『『通常の所定業務』それ自身が『血管病変等の増悪』をもたらす過重労働であり、この過重労働によって脳・心臓疾患が発症または増悪したことが明確である事案についても、『業務外』ということになる」点である。第二に、「過重負荷労働の対象期間を1週間に限定した」点について、それ以前の業務については、「過重負荷労働」があっても、これは、「急激で著しい増悪に関連したとは判断し難く、発症前1週間における業務の過重性の評価に当たって、その付加的要因として考慮するにとどめること」として、實際上、過重負荷の期間を1週間に限定している点である。この期間については「合理性は何もない」と批判されている。第三に、基礎疾病を有する労働者の発症について、定めがなく、従来の「著しく早期に発症又は急速に増悪」した場合に限定され、業務の過重負荷が原因となって「発症の促進や増悪」が認められる場合は対象とならない問題がある。さらに、第四に、業務と疾病との医学的関係の証明を要件としたままであり、医学的因果関係が明確に証明されえない労働の過重負荷による発症が対象外となる点である。第五に、疾患の対象について、脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧脳症、一時性心停止、狭心症、心筋梗塞症、解離性大動脈リュウの8種類に限定した点であり、それ以外の脳血管、心疾患が対象外となる点である。<sup>(64)</sup>

このように、新基準においても、業務に起因すると考えられる大半の疾病、死亡が対象外となったままであるが、実際の認定業務における運用がさらにこれを狭く限定するものとなっている。

新基準が出された直後に作成されたという国会でも問題となった労働省の職員研修用の内部文書によると、労災と認定されるのは、①「日常の労働時間に比べて発症前1週間に2倍の時間働いていたケース」、②「徹夜明け」の死亡など「発症前日から日常の2倍を超えて働き続けて死亡したケース」、③「発症前1週間は日常労働時間の2倍以下だが、それ以前に2倍を超える労働が続いていたケース」。(ただし、「発症前1週間の残業が少ないと業務外」。)の3ケースである。<sup>(65)</sup>

「一方、発症まで平常時のほぼ2倍の仕事を1週間したとしても、間に1日

でも休日がある場合、その1週間の最初か最後に休日がある場合などは、労災としての認定は難しいケースとされ、「職員研修では、労災に該当しないという説明があったといわれる<sup>(6)</sup>」。

認定対象を著しく狭く限定する結果、ほとんどの過労死が認定の対象外となり、統計上にもあらわれてこないことになると考えられる。例えば、表8にみられるように1989年度の心筋梗塞や脳出血等の労災申請件数は777件であり、うち110件が認定され、過労によるものはわずか30件しか認められていない。

このような労働省の認定基準の問題点は、遺族の労災認定訴訟の中で、明らかになってきている。表9は、労働基準局ないし不服申立てをへて業務上の認定がなされず、行政訴訟に持ち込まれた判例の一部である。後半部分は、裁判によって業務上の認定がなされたものである。いずれも、長時間労働、過密労

表8 脳血管疾患及び虚血性心疾患等の補償状況

(件数)

		昭和62年度	昭和63年度	平成元年度
脳血管疾患	請求件数	351	480	538
	認定件数	42	61	96
	1号	24	47	77
	9号	18	14	19
虚血性心疾患等	請求件数	148	196	239
	認定件数	7	20	14
	1号	4	5	3
	9号	3	15	11
合計	請求件数	499	676	777
	認定件数	49	81	110
	1号	28	52	80
	9号	21	29	30

- (注) 1 1号とは労働基準法施行規則別表第1の2第1号の「業務上の負傷に起因する疾病」であり、9号とは同表第9号の「業務に起因することの明らかな疾病」に係る脳血管疾患及び虚血性心疾患等である。

- 2 未処理の件数があるので、請求件数から認定件数を減じた件数が不支給の件数とならない。

(出所) 『労災職業病研究』第16巻第11号(労災問題研究所, 1990年11月)



表9 行政上の業務上認定否認と裁判による業務上外判定例一覧（藤岡作成）

判例年月日	年齢性別	職業	通常の労働状況	発症直前の労働状況	生活状況	基礎疾病	発症疾病	業務上外	出典
大阪地裁 80. 4. 30	37歳 男性	観光バス運転手	発症前5ヶ月間は観光・スキーシーズンで、平均走行距離が、同業全事業者（バス協会）平均の約1.65倍 同業観光バス会社平均以上の走行距離 バス運転業務による相当の疲労蓄積	発症直前の12月、1月は2.3倍、2.1倍、(同左) 12月21日以後19日間連続勤務、1月12日以後13日間連続勤務、徹夜運行のスキーバス乗務 発症前1か月の公休日5日間	不規則、不十分な睡眠 昼夜逆転の生活 過度の飲酒や喫煙習慣は無し	なし	くも膜下出血	業務上外	判例時報 984号 105頁
札幌地裁 83. 3. 30	35歳 男性	製造工員	発症前5ヶ月間は月50時間前後の時間外労働連日2時間以上の残業 自宅で翌日の作業準備 毎日40～50分 実労働時間11.5時間 通勤2時間計13.5時間 休日は日曜、祝日 休日出勤は無し	発症前1か月の時間外労働は、5回11.5時間 1回2～2時間45分 発症当日も従前の作業内容に比べ変化なし	几帳面な性格 朝6時起床 7時30分頃出発 11時頃就寝	心疾患 有 高血圧症無	脳出血	業務上外	労災保険判例総覧（労働省労働基準局、1987年） 402頁
東京高裁 86. 6. 30	男性	型枠大工	勤務時間は比較的自由とされるが通常午前6時30分～7時に出発、午後7時30分～8時に帰宅、通勤を含め13時間の拘束時間	発症前1ヶ月余の間に13日間、および19日間の連続勤務、休日1日早出、残業多 発症前日は午後11時過ぎの帰宅	睡眠時間・休養時間少 喫煙無 飲酒年数回少量	高血圧症	脳出血	業務上外	労災保険判例総覧 1987年 387頁

判例年月日	年齢性別	職業	通常の労働状況	発症直前の労働状況	生活状況	基礎疾患	発症疾病	業務上外	出典
東京地裁 89. 3. 1	34歳 男性	電気工 事士	残業，早朝勤務多 深夜勤務，徹夜業務有 現場付近での宿泊有 休日出勤相当多 死亡前7か月間の一時期 2週間にわたり深夜 12時過ぎまで業務 死亡前数ヶ月間は， 帰宅時間が深夜多 (家族証言では連日)	死亡前2ヶ月，月2回 程度の休日出勤 残業相当多 死亡前1週間，従前と 同様の業務負担 結婚式で帰省後，その 間の処理で負担大 深夜勤務，現地宿泊有	深夜帰宅による睡眠不足 肥満，飲酒 喫煙習慣有	糖尿病 本態性 高血圧	くも膜 下出血	業務外	判例時報 1302号 150頁
東京高裁 79. 7. 9	45歳 男性	パン製 造工場 従業員	死亡前2年間，深夜勤務， 昼夜逆転のオール 深夜勤務，午後8時～ 午前5時，ないし午後 9時～午前6時，拘束 9時間，実働8時間 残業月10～17時間程度 (死亡前4ヶ月) 週休は1日	死亡前2週間に仕分け 作業へ配置，神経疲労 の蓄積により配置変更 を本人が申し出 死亡前1週間は7日連 続作業	浅い昼間睡眠の連続， 週1日の不 十分な休養 死亡1週間 前強い疲労 感を訴え， 食欲減退飲 酒週1回 喫煙1日五 本程度	高血圧 症	急性心 臓死	一審業 務外 控訴審 業務上	訴訟月報 25巻11号 2831頁
大阪地裁 78. 5. 16	39歳 男性	ガス管 敷設工 事季節 従業員	昼間，夜間の不規則勤 務，休憩時間の少ない 連続勤務 休日一定せず，本人の 意志で休むことが不可 能，直前に夜勤指示 全就労日数68日中，昼 間勤務26日，夜勤31日 昼夜間勤務11日，雨天 含まず不定期休日30日 深夜勤務の繰り返しに よる生体リズムの乱れ 不規則勤務による精神 的緊張，精神的・肉体的 疲労蓄積，過労	発症前1ヶ月昼間勤務 15日，夜勤10日，休日 不定7日，内昼間勤務 に連続した夜勤2回 発症直前4日間連続夜 勤従事(寒気強) 発症直前に休日出勤 発症前1週間休日2日  発症日騒音振動の激し い環境下で重筋労働に 長時間従事振動の激し 交通量の多い幹線道路 上の作業で緊張連続 当日の昼休休憩30分	劣悪な生活 環境(プレ ハブ宿舎) 暖房無，同 室者により 睡眠，休養 不十分 重筋労働に よる疲労回 復不十分 家族困らん によるスト レス解消無	本態性 高血圧 症	脳出血	業務上	訴訟月報 35巻1号 64頁

判例年月日	年齢 性別	職 業	通常の労働状況	発症直前の労働状況	生活状況	基礎疾病	発症疾病	業務上外	出 典
和歌山地裁 88.11.30	男性	大型貨物運転手	トレーラーの運転業務の強度の緊張性、長距離運転有、拘束時間1日平均12時間程度深夜、早朝出勤により労働時間帯が不規則月1回程度(1人乗務運転、荷降、積込、帰還、連続作業)拘束22時間5～6日間に1～2日の公休、指定休(例)死亡3ヶ月前から1ヶ月間の勤務状況労働日数22日、休日8日、拘束時間1日平均12時間30分 1人乗務5回(内2回は2日にわたる連続勤務)深夜・早朝出勤14回	死亡前1ヶ月間の労働日数23日、休日8日、拘束時間1日平均12時間4分 1人乗務10回、内2回は2日にわたる連続勤務 2人乗務6回、内2回は2日にわたる連続勤務 深夜・早朝出勤17回 死亡前1週間の労働日数5日、休日2日、1日平均拘束時間12時間18分、1人乗務2回、2日間にわたる連続勤務1回、深夜・早朝出勤回数4回 死亡当日、雪のため道路不通、車内長時間待機、外気温零下2～3度	疲労蓄積、不眠状態、発症前半月深夜出勤・午後帰宅、休日による疲労回復不十分、相当精神的、肉体的疲労蓄積	気管支喘息	急性心不全	業務上	訴訟月報 35巻5号 830頁
津地裁 88.10.31	49歳 男性	長距離貨物輸送運転手	業務内容は運転と荷物積み降ろし作業 深夜および早朝を含む長時間労働、不規則労働が常態、 運行計画に基づく正規業務と臨発業務の複合長距離輸送平均1月4,000～6,000キロ走行 発症前3ヶ月の勤務状況、3月度24日出勤、休日4日、4月度24日出勤、休日7日、5月度21日出勤、休日9日	発症直前2週間の勤務状況：連続14日間勤務完全1日休日無、 夜勤10回、内2日連続の折り返し運行1回、 1日平均拘束時間14時間、連続運転時間4時間以上 発症直前の運行：走行距離2000キロを超える長距離運行、合計11時間45分運転、深夜5時間の連続運転、交替時の休憩不十分、目的地で重労働の荷降ろし作業、休憩なく帰路	生活面において高血圧症を発症させる要因無 飲酒毎夕食時少量喫煙1日30本程度	本態性高血圧症	高血圧性脳内出血	業務上	訴訟月報 35巻4号

働による疲労蓄積や深夜労働，不規則勤務による反生理的労働の結果，健康が破壊され死亡にいたったものと考えられる。しかし，このような事例ですら，現在の労働省の認定基準では，業務上と認定されないのであり，認定基準が実態を反映したものでなく，業務上の傷病，死亡を著しく過少に示すことになっていることがわかる。

これらの判例を検討してみると，行政段階の業務上の認定を否定する根拠として，通常の業務や他の労働者に比べ，当該労働者の労働がとくに過重であるとは認められないという点があげられている。また，労働者が基礎疾病を有していることを根拠に，発症が自然的増悪によるものであり個人的理由に基づくものとされている点も指摘しておかねばならない。

そこで，これらの論点の正当性の有無を判断するために，以下において，日本の労働者一般のおかれた状態，通常の労働の状況，さらに労働者の疲労蓄積，健康破壊，疾病状況について統計的に観察してみたいと思う。

## 5. 『過労死』問題への統計的接近

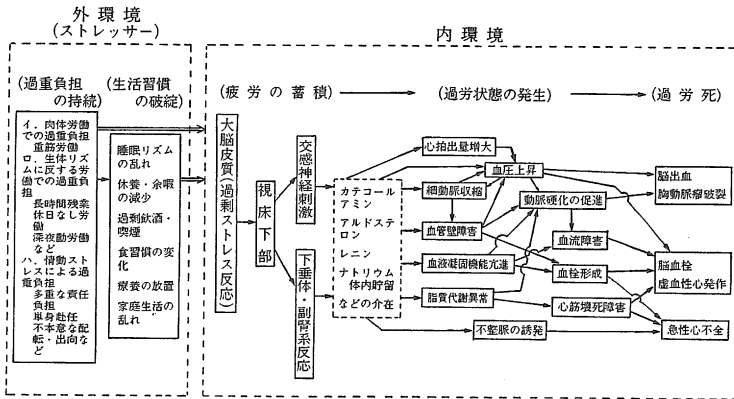
### (1) 過労死の発生メカニズム

過労死の発生メカニズムは，必ずしも医学的に明確にされているわけではないが，上畑氏らの研究によって一定のメカニズムが明らかにされてきている。

過労死発生の背景には，1)労働過程に起因する要因，2)生活要因，3)個人的要因（基礎疾患，年齢，体力・能力差，既往症等）があると考えられる。

図4は，上畑氏の研究による過労死の発症メカニズムを示したものである。これをもとにしながら，発症にいたる過程を簡単に整理すると，労働・生活過程における疲労の蓄積段階とそれが精神的，身体的変化や異常となってあらわれる段階に分けられる。疲労蓄積過程は過労死発症への第一段階であるといえよう。その場合，もっとも重要な要因として，労働過程における過重労働の問題がある。重筋労働等「肉体労働での過重負担」や長時間残業や深夜勤務，休日労働等「生体リズムに反する労働での過重負担」，責任の重圧，配転・出

図4 外的および内的環境における過労死の発症過程（上畑）



(出所) 稲木・上畑『過労死とのたたかい』(新日本出版社, 1990年) 111頁。

向, 単身赴任等「ストレスによる過重負担」などの労働面での過重負担が持続し, 疲労が蓄積されることになる。この場合, とくに昼夜逆転の深夜労働の連続や夜勤交替勤務などは, 人間のもっている生理的リズム(サーカディアンリズム)に反し, 健康に深刻な影響を及ぼすことが日本産業衛生学会によって明らかにされている<sup>(6)</sup>。つぎの問題として, 長時間の過重労働が生活時間を圧迫し, 生活習慣を攪乱し, 健康破壊を促進するという生活要因があげられる。過重労働や休暇・余暇の減少は, 睡眠の不足や睡眠リズムの乱れ, 過剰飲酒や喫煙, 療養の放置, 食習慣の変化, 余暇活動の減少等につながる。その結果, 「生活習慣の破綻」が生じ, 精神的・肉体的疲労回復機能が働かなくなってくる。こうして, 過重労働と生活習慣の乱れ・破綻により, 疲労が蓄積されていくことになる。過労死へ向かう第二段階は, 過労状態が発生し, 精神的, 身体的変化や異常があらわれてくる段階である。この段階では, 外的環境による影響が, 次第に精神的緊張の持続やノイローゼ, 慢性疲労, 血圧上昇や心拍数の増加等々個人の心理的, 身体的状態の変化となってあらわれるようになり, やがて高血圧, 動脈硬化の促進, 血流障害, 血栓形成等につながり, 精神的・肉体的異常が顕在化することになる。そして, 第三段階で, 脳血管疾患や心疾患等の具

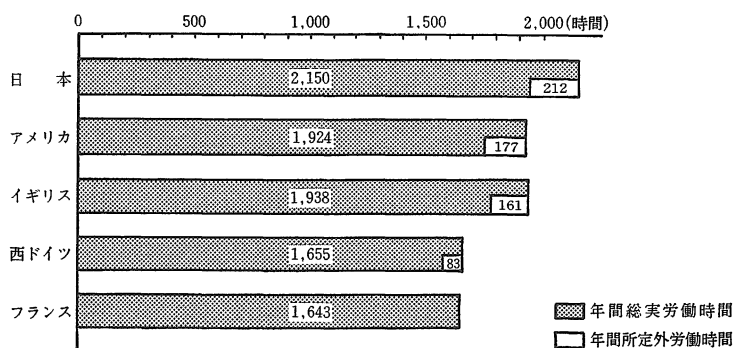
体的な疾病の発症となってあらわれ、やがて最終段階で「過労死」にいたることになるわけである<sup>(8)</sup>。

そこで、このような過労死発症過程に沿いながら、それらの状況を統計的に観察してみたいと思う。

## (2) 過重労働と休日・休暇の一般的状況

まず、労働要因、すなわち長時間労働や深夜勤務等について統計的に観察してみよう。日本の労働者の労働時間は、欧米と比べてきわめて長いことはよく知られている。図5のように労働者1人あたり年平均労働時間は、2,100時間台で、旧西ドイツやフランスの1,600時間台を大きく上回っている<sup>(9)</sup>。また、週あたり労働時間については、「世界の大勢は立法は40時間、協約では週40時間からより短い時間に少しずつ切り下げられ、週35時間が共通の目標になってきている。」ところが、日本では労働基準法の改正(1987年)により、「週40時間の目標を定め、当分の間は、政令で『週40時間をこえ、48時間未満の時間』を定めることになり」、「いまは46時間が原則となっている。」全産業の労働者数30人以上規模でみると、週所定労働時間が40時間をこえる労働者の割合は、46%

図5 労働時間の国際比較



資料出所：E C及び各国資料

労働省労働基準局賃金時間部労働時間課推計

(注) フランスの所定外労働時間は不明である。

を占める。製造業のみでは、65.6%となっている。<sup>(70)</sup>

表10は、電機労働者の月残業時間を比較したものであるが、ヨーロッパでは、残業なしの労働者が6～7割を占めるのに、日本では、わずか3.3%にすぎず、この分野のほとんどの労働者が残業労働を行なっていることがわかる。月平均残業時間は、西欧5か国平均で5.2時間であるのに対し、日本では、35.8時間という異常に多いことが明らかである。男子では、39.1時間と、1日平均2時間近い残業時間となっている。

つぎに、変則勤務、深夜労働の実態をみるために、中央労働委員会が全国の主要大企業を対象として行なった『労働時間、休日・休暇調査』（1988年6月現在）による調査結果をみてみよう。本調査によれば、交替制勤務に関しては調査対象企業のうち、70.2%の企業で採用している。交替勤務労働者の全労働者に占める割合は、全体で19.0%であるが、製造業では、26.7%となり、3割程度、製鉄・鉄鋼ではとくに高く45.0%となっている。さらに、車両自動車で

表10 電機労働者の月残業時間の国際比較（1985年）

	合 計		男 子		女 子	
	残業ナン (%)	平均残業時間	残業ナン (%)	平均残業時間	残業ナン (%)	平均残業時間
西 ド イ ツ	60.5	6.2	51.0	7.9	86.0	1.9
フ ラ ン ス	69.7	5.1	60.4	7.5	83.7	1.5
イ タ リ ア	76.9	3.1	71.6	4.2	86.5	1.2
ス ウ ェーデン	44.4	5.5	34.9	6.6	62.2	3.2
イ ギ リ ス	68.5	6.1	52.0	9.4	84.3	2.9
ハンガリー	72.9	4.6	71.8	5.7	73.7	3.9
ユ ー ゴ	59.6	3.4	55.4	9.7	67.2	6.3
ポーランド	72.1	6.4	66.8	8.3	79.6	3.7
香 港	46.7	11.9	43.1	19.5	51.6	6.6
日 本	3.3	35.8	2.1	39.1	12.1	12.6
西欧5か国	64.0	5.2	54.0	7.1	80.5	2.1
東欧3か国	63.2	6.5	64.7	7.9	73.5	4.5

(出所) 電機労連「10カ国電機労働者の意識調査結果報告」1986年。  
藤本武『国際比較日本の労働者』（新日本出版社、1990年）82頁より引用。

は、40.5%、私鉄・バスで39.7%と運輸部門では半数近い労働者が交替制勤務に従事していることが示されている。そして、交替制勤務を採用している企業の労働者の内で、46.6%が2交替制にあり、40.1%が3交替制勤務の状態にあり、それぞれほぼ半数ずつが2ないし3交替勤務についていることが把握しうる。<sup>(7)</sup>

また、休日・休暇については以下のような状況になっている。週休2日制の採用状況については、完全週休2日制を採用している事業所は、30人以上規模の事業所全体でわずか7.3%、適用労働者では28.2%にすぎず、中小規模事業所では普及が遅れている。<sup>(7)</sup> 年次有給休暇は、ヨーロッパと比較すると、立法上ではヨーロッパのほとんどの国が5週間であるのに、日本ではその6分の1の6日である。協約では、ほとんどの国が4週～6週（スウェーデンは5～8週）であるのに、日本は、6～12日（勤続プラスで平均15日）である。<sup>(7)</sup> 著しい格差がはっきりと示されている。上記「労働時間、休日・休暇調査」によると年次

表11 6カ国の生活時間の比較（週間の時間）

		フィン ランド	ノルウ ェー	スイス	イギリ ス	アメリ カ	日 本	
							NHK	電 機
男	労働時間	41	42	43	42	43	49	53
	通勤時間	3	2	4	4	5	7	7
	合計	44	44	47	46	48	56	60
子	家事労働	14	16	5	9	11	4	3
	睡眠時間	57	54	62	55	55	56	52
	自由時間計	38	40	37	41	39	35	32
女	労働時間	34	25	33	27	32	42	42
	通勤時間	3	2	4	4	3	5	6
	合計	37	27	37	31	35	47	47
子	家事労働	26	33	19	25	25	22	22
	睡眠時間	58	54	62	57	58	53	51
	自由時間計	33	39	33	36	34	27	25

(出所) 日本の電機は電機労連の調査(1985)。残りはすべて、Liris Niemi, *The 1979 Time Use Study Method*, 1983.

藤本武『国際比較 日本の労働者』95頁より引用。



有給休暇の利用状況は、61.9%の利用率となっている。性別では、男子56.5%、女子67.3%となっており、男子では低い。男子について産業別でみると、銀行23.4%、生命保険16.3%、損害保険26.8%、百貨店・スーパー 19.5%、商事31.6%、新聞・放送38.5%と金融・保険関係を中心にきわめて低い利用率となっている。<sup>(4)</sup>

さらに、表11は、週生活時間の国際比較であるが、日本の労働時間だけがとくに長く、また通勤時間も長く、睡眠時間、自由時間が少ないことが数字の上でもはっきりと示されている。

### (3) 疲労蓄積と過労状態の発生

このように、過労死の背景にある労働要因に関しては、日本の労働者の一般的状況が過重労働の状態にあり、疲労を蓄積する構造になっていることが明らかである。さらに、相当多くの労働者において、生理的リズムに反した異常な状態が、日常化していることも把握しえた。前述のように、このような過重労働に起因する疲労の蓄積は、過労状態にいたり、やがて自覚症状として表面にあらわれてくることになる。

この点について、労働省の「労働者の健康状況の実態」（1989年版）によれば、次のような調査結果が示されている。

まず、健康状態の変化について、自覚症状があると答えたものは、全体の82.7%であり、30歳代で79.7%、40歳代で86.3%、50歳代で88.6%とほとんどの労働者が肩、首すじのこり、背中、腰の痛み、目のかすみ、視力低下、はきけ、むかつき、胃痛等の身体的状況の変化を訴えている。<sup>(5)</sup>

そして、「ふだんの仕事」での疲労度では「とても疲れる」（14.9%）「やや疲れる」（52.4%）と両者あわせて67.2%を占め、30歳代で68.4%、40歳代で67.2%、50歳代で64.4%と年齢層を問わず7割程度の労働者が疲労を訴えている。この疲労傾向は実労働時間が長くなるに従い割合が増え、「とても疲れる」労働者の割合は9～10時間で17.8%、10時間以上で23.6%となっている。労働者の多くがおかれた労働時間の実態を考慮すると、2割前後の労働者が「非常に

「疲れた」状態にあることがわかる。また、この傾向は、通勤時間の長さに比例して増大し、多くの通勤時間90分～120分の場合「とても疲れる」の割合は、30.7%に達する。ふだんの仕事での神経疲労では、「とても疲れる」「やや疲れる」をあわせると全体の67.2%を占めている。とくに管理職や販売、サービス、通信業で割合が高い<sup>(7)</sup>。

疲労回復状況では、「翌朝に前日の疲れを持ちこすことがときどきある」38.7%、「翌朝に前日の疲れを持ちこすことがよくある」10.3%、「翌朝に前日の疲れを持ちこすことがいつもある」2.8%と、一晩の睡眠で疲労回復しない労働者が51.8%と過半数を占めていることがわかる。疲労ストレスの解消方法の中で「酒を飲む」割合が、男子30歳代で50.7%、40歳代で51.9%、50歳代で49.4%とほぼ半数の労働者が疲労回復を飲酒に依存している状況がうかがえる<sup>(8)</sup>。

その結果、現在の健康状態が「やや不調である」、「非常に不調である」と訴えているものは、全体で18.6%、30歳代で20.4%、40歳代で18.7%、50歳代で18.2%である<sup>(9)</sup>。

すなわち、労働者の8割が健康状態の異常についてなんらかの自覚症状を持ち、7割の労働者が日常的に疲労を感じており、強い疲労を感じているものが2割あり、ほぼ半数の労働者がしばしば疲労を翌日に持ち越しており、その結果、2割近い労働者が健康の不調を訴えている状況が把握できる。

#### (4) 身体的異常の発現と発症

このような疲労蓄積、過労状態の持続からやがて発症にいたるわけであるが、ここではもっとも危険度の高いと思われる男子の40歳～59歳を対象にみよう。

まず、上と同じ統計により、自覚症状の種類別に労働者に占める割合をみると、「頭痛」の訴えは、40～49歳で9.9%、50～59歳で7.4%となっている。また、「動悸、息切れ」は、40～49歳で9.8%、50～59歳で11.5%となっている。さらに、「心臓部痛、不整脈」は、40歳代で6.0%、50歳代で4.5%となっている<sup>(10)</sup>。つまり、この年代のほぼ5%から10%のものがなんらかの危険な徴候を示すにいたっていると考えられる。その結果、高血圧の持病をもつものが

40歳代で9.5%，50歳代で19.4%，心臓病では40歳代で2.0%，50歳代で1.4%となっている。

つぎに、「患者調査」により、受療者の割合をみると、なんらかの疾患で受療しているものの割合は人口10万人あたり、35～44歳で4,538、45～54歳で6,809である。これを、脳血管疾患、心臓疾患等の循環器系の疾患でみると225,854となる。55～64歳では2,030となる。<sup>(6)</sup>これらの数値は労働者だけのものではなく、年齢別にみた人口全体であるが、40歳代、50歳代との年齢層では労働者の状態を示す近似値と考えても大きな差はなからう。

そしてその結果、表12に示されるように男子40～59歳でこれらの発症による在職死亡が約1万4千人（1985年）となっているわけである。しかしこれらの疾患による死亡で業務上の認定を受けて、業務上の死亡として統計上にあらわ

表12 職業別、死因別死亡数（1985年）

（人）

	総 数			男子 40～59歳		
	全死因	脳血管疾患	心疾患	全死因	脳血管疾患	心疾患
総 数	745,939	134,485	143,262	80,632	9,549	11,204
就業者総数	177,235	25,637	27,827	55,424	6,822	7,578
専門技術職	14,329	1,860	2,316	4,166	461	624
管理的職業	11,638	1,512	1,874	3,996	430	527
事務従事者	15,540	1,828	2,172	6,560	736	889
販売従事者	25,778	3,758	4,167	7,108	904	997
農 林 漁 業	42,232	7,310	6,949	7,847	1,032	1,041
採掘作業	994	120	119	489	55	54
運輸通信	6,072	742	802	3,424	425	424
技生産労務	32,921	4,441	4,792	14,857	1,920	2,025
保 安 職	1,811	213	283	800	103	125
サービス職	10,619	1,621	1,767	2,645	359	395
分類不能	15,301	2,232	2,586	3,532	397	477
無 職	558,704	108,848	115,435	25,208	2,727	3,626

(注)「技生産労務」は、技能工、生産工程作業員及び労務作業員の略。なお、表の数値には、労働者のみでなく、役員や自営業者の死亡も含まれる。

(資料) 厚生省「昭和60年度人口動態職業・産業別統計」(厚生統計協会, 1989年)

れるのは、わずか40件（1985年）にすぎないのである。

このようにみえてくると、わが国の一般的な労働者の通常の労働状態において疲労を蓄積する構造があり、実際にかなり多くの労働者に過労に起因すると考えられる身体的異常の発生や疾病の発生が生じていることを否定することはできない。すなわち、労働者の疾病や死亡の業務上認定に際し、一般の労働者との比較や通常の労働との比較により、労働の相対的な過重性をみる認定基準がこれらの実態にあわない非合理的なものであることが明らかとなった。また、基礎疾病の存在を理由に認定を否定することの非合理性も明らかにされた。

したがって、わが国の労災・職業病統計は、著しく実態を過少に示すことになっており、とくに業務上死亡統計は実態反映性において構造的な欠陥をもった統計であるといわざるをえないことになる。

## 6. むすび——今後の課題——

本稿の考察、検討から我が国の労働災害、職業病統計が、労災保険制度と結びついたものであり、まずその規定上において対象をきわめて狭く限定したものであり、また、実際の統計作成過程においても、さらにその狭い規定よりも一層少なくあらわれる仕組みがあることが明らかになった。

すなわち、まず統計の対象規定に関しては、(1)対象となる労働者が限定されており、実質的な労働者で労災保険非加入者や公務員が対象外となる点、(2)労働災害動向調査では、さらに対象が限定され、労働災害や業務上の疾病、死亡の発生が多いと考えられる建設業やサービス業の一部が対象外となる点、(3)業務遂行性と業務起因性がきわめて厳格に適用され、対象となる傷病の範囲が狭く限定されている点、(4)とくに、業務上疾病に関しては、指定された職業病以外は、著しく狭く限定されている点等が明らかになった。

つぎに、統計が作成される過程においては、(1)労働災害、疾病、死亡が発生しても、労災保険の制度に関連して労災認定以前の段階で労災認定請求自体が行なわれにくい仕組みになっている点、(2)認定申請を行っても、労災保険制

度の仕組みから事業主の協力を得ることが困難で、認定に必要な資料が十分に準備できない場合が多い点、(3)労働基準監督署の業務上外の決定に対する不服審査や再審査の機能が十分に働いていない点、(4)労働省の業務上認定基準そのものが極めて厳格であり、脳・心臓疾患のほとんどが対象外となる点、が把握しえた。

さらに、過労死の発症メカニズムに即しながら、関連統計による観察から過労死の危険を有する労働者が、中高年の男子労働者において2割程度も存在することが示された。

したがって、脳・心臓疾患による在職死亡者が1985年時点で年間約5.5万人も存在するにもかかわらず、労災請求件数はわずか441件で、さらに業務上認定は39件にすぎないという事実は、統計の精度一般に解消されうる問題ではなく、労災保険制度と結びついた労災・職業病統計の調査方法自体のもつ構造的な問題であるといえる。すなわち、業務上の疾病、死亡に関する統計は、事実を著しく過少に示し実態をまったく反映しない統計であるといわざるをえないのである。

過労死問題の深刻性と重大性をふまえ、実態解明のための統計整備について早急な検討がもとめられる。

その際、一方では、業務上疾病の認定基準に関しては実態をふまえた対応が求められる。この業務上疾病の認定基準の問題に関して、表13に示すように岡村氏は次のような私案を提起している。

「脳・心臓疾患」の認定基準として、「以下の(1)、(2)および(3)を満たす脳血管疾患及び心臓疾患は、「その他業務に起因することの明らかな疾病」に該当する疾病として取り扱う」べきであるとしている。すなわち、

(1) 当該被災者が次のいずれかの事態に遭遇したこと。

- ① 当該被災者が、発症、増悪もしくは死亡（以下たんに『発症等』という）前に、当該被災者にとって過重負荷（過重な精神的、肉体的負担）を生じさせ得る、量的・質的に過重な業務に従事していたこと。

表13 心臓疾患，脳卒中等の認定基準（岡村親宜作成）

	労働省の認定要件	正しい認定要件（私案）
① 労働の質と量	業務に関連する突発的又はその発生状態を時間的，場所的に明確にしうる出来ごともしくは特定の労働時間内に特に過激（質的又は量的に）な業務に就労したことによる精神的又は肉体的負担（以下単に災害という）が当該労働者の発病前に認められること。	当該疾病に悪影響を与える業務に従事していた労働者であること（質的にまたは量的に過激な業務に従事している必要性はまったくない。またそれが発病直前にある必要性もまったくない）。
② 疾病	脳卒中，急性心臓疾患等の疾病が発症したこと	脳卒中，急性心臓疾患等の疾病が発症したこと
③ 業務と疾病との関係	当該疾病の原因と考えられる業務上の諸種の事態又は要件の性質上並びに強度等が医学上疾病発生の原因とするにたえるものであること。  災害と疾病発生までの時間的間隔が医学上妥当と認められるものであること（たとえば脳卒中等については，通常発病直前或いは少なくとも発病当日において上記の災害が認められることが必要であること）。	当該業務への従事と当該疾病（基礎疾病を含む）の発症，増悪，軽快，再発などの推移の関連性が推定されること（右関連性が医学的に明確に証明される必要はまったくない。また業務への従事と疾病発生までの時間的間隔につき，医学的証明を必要としない）。

（出所）岡村『過労死と労災保障』89頁。

- ② 事業者が，当該被災者の発症もしくは増悪後，適切な救済措置を講じなかったため，増悪もしくは死亡の結果を招来したこと。
- (2) 当該被災者に脳血管疾患または心臓疾患の発症があったこと。
- (3) 当該被災者の発症等と，発症前に従事した業務との関連性が推認されること。」

この(1)の①「当該被災者にとっての過重負荷」については，「基礎疾病等」を，（年齢や一般生活要因による）「自然経過を超えて増悪させる負荷」であって，医学的に認められる急激かつ著しい増悪までを要求されるものではないとする。したがって，業務に起因しながら徐々に増悪していった場合も対象となるわけである。また，「量的・質的に過重な業務」とは，①発症直前または前日に時間的，場所的特定ができる「異常な出来事」に遭遇した業務，②「通常

の所定内業務」に比較して「発症前数日もしくは10日前後又は数ヶ月もしくは数年」の過重業務、③「発症前の数ヶ月もしくは数年の通常在所定内業務」自体が過重な業務、④基礎疾病を有するものにとって過重な業務とされる。すなわち、期間を限定せず、実際にその業務が通常の業務と比較して過重であったり、また通常の業務自体が過重であったり、さらに本人にとって当該業務が過重であれば要件に足りるとするものである。そして、これらの認定基準は、医学的に明確な因果関係が証明されなくとも、このような過重な業務に従事しておれば、「特別の事情のない限り当該業務による慢性的過労状態もしくは慢性・反復性の職業性ストレスが発症等の誘因であり、発症等と発症等の前に従事した業務との関連性が推認される」としている。また、事業者が労働者に対する必要な健康保持のための措置を怠った場合、「業務との関連性が推認される」としている。したがって、この基準によれば、過重労働の存在が認められれば、そこで発症した疾病や死亡は、特別の事情のない限り業務上疾病として「推認」されるというものである。<sup>69)</sup>

労働災害の認定基準がこのようなものになっていけば、実質的な業務上の疾病や死亡の多くの部分が、統計上にあらわれ、労災・職業病統計が実態に近い統計となることになるであろう。

しかし、もう一方で、統計調査の対象と方法に関する早急な改善が求められる。この点に関して、本稿ではいまだ十分な検討を行なえていないが、若干の点について指摘しておきたい。まず、第一に、既存の労災・職業病統計に関しては、業務上認定されたものだけでなく、申請されたもの、否認・却下されたものを含め在職者の一定基準以上の傷病および死亡全体に関する届け出を義務づけ、これに基づいた統計を作成することの必要性である。すなわち、「労働者死傷病報告」を充実させ、在職傷病・死亡統計の整備が求められるのである。また、第二に、現在の労働者の健康診断に関連する統計について、健康診断回数の増大、健診内容の充実、健診の徹底化をふまえた在職者健康診断統計の内容の充実が求められる。技術面、資金面での検討や保険医療行政との関係の調整が必要であろうが、労働者の健康状態や健康破壊の過程を明らかにする

ために重要な統計である。

さらに、ここで対象外となる公務員や農業及び商工自営業者、家族従事者等も含めた就業者全体の在職死亡の実態を明らかにすることも必要である。そこで、一方では、死亡者の全数を対象とする人口動態統計において、「世帯の主な仕事」の欄に加え、本人の「仕事の種類(職業)」、「産業」、「従業上の地位」、「事業所規模」等に関する項目を追加し、これとクロスした就業者の死亡統計を整備することが早急に求められる。また、方法上の問題はあるが、「業務の過重性」、「基礎疾患の有無」、「死亡と業務との関連性」等に関する項目の検討も求められる。現在、「人口動態統計調査」において5年に1回「国勢調査」の年に産業別、職業別の死亡調査が実施されている。この統計では、国勢調査結果による職業、産業別人口を母数にして死亡率が計算されているので毎年の実施には問題点もあろうが、事態の緊急性に鑑み、これを充実する方向での検討が望まれる。たとえ死亡率が示されなくとも、労働者の産業や職業、従業上の地位別の死亡の実数や死因に関する統計が毎年明らかにされるだけでも、重要な意義がある。国民的な大問題に拡大しつつある「過労死」の実態把握は、厚生省にとっても重大な責任があるといえよう。国民の基本的権利として健康な生活が保障されている以上、健康破壊の実態を明らかにすることは公的な最低限の義務であると考えられる。関係者の早急な検討を期待するところである。

ここでは、とりあえず、現行労災職業病統計の問題点の指摘と「過労死」の実態把握のための統計整備の提起におわった。今後、国際比較上からみたわが国労災・職業病統計の問題点と改善の方向の検討、関連統計を含めた国際比較の試みなどが課題として残されている。

〔付記〕本稿の考察に際し、岡村親宜氏の研究蓄積に依拠する部分が大きく、ここに敬意と謝意を表する次第です。また、労災問題研究所の稲垣昭雄氏には、資料収集に関し大変御世話になり、紙上を借りて厚く御礼申し上げます。



## (注)

- (1) 労働省編『労働時間短縮推進計画——活力あるゆとり創造社会の実現をめざして——』(1988年, 大蔵省印刷局), 労働省編『労働時間短縮に関する提言——労働時間短縮政策会議報告——』(1989年, 大蔵省印刷局)。
- (2) 大阪過労死問題連絡会『過労死110番』(合同出版, 1989年)。全国ネットワークについては、「過労死弁護士全国連絡会議」編『過労死』(双葉社, 1989年)。
- (3) 小林勇「海外からみたKAROSHI」『労働運動』301号(新日本出版社, 1990年11月)。
- (4) 厚生省『昭和60年度人口動態職業・産業別統計』(厚生統計協会, 1989年) 130, 206, 207, 214, 215, 218, 219, 260, 261, 264, 265, 266, 267頁。
- (5) 労働省労働基準局労災保険業務室「労働者災害補償保険労働災害統計年報」。
- (6) 細川, 上畑, 田尻『過労死——脳・心臓系疾病の業務上認定と予防——』(労働経済社, 1982年) 23~24頁。
- (7) 小林勇, 前掲論文, 96頁。
- (8) 石原修「女工と結核」『国家医学会雑誌』第322号(1913年)。
- (9) 風早八十二『日本の労働災害』(伊藤書店, 1948年)。
- (10) 吉井清文「『資本論』と過労死」『労働運動』301号, エンゲルス『イギリスにおける労働者階級の状態』橋本正己訳『大英帝国における労働人口集団の衛生状態に関する報告書』(日本公衆衛生協会, 1990年)参照。
- (11) 三浦豊彦『労働と健康の歴史』1~4巻(労働科学研究所, 1978年~84年)。
- (12) 細川・上畑・田尻, 前掲書。
- (13) 「過労死弁護士全国連絡会議」編, 前掲書, 8頁。
- (14) 田尻俊一郎『はたらきざかりの働きすぎ』(労働経済社, 1985年)。矢吹紀人『いのちへの証言——大企業ユニチカが隠しつづけた職業病を告発する闘い——』(機関紙共同出版, 1988年)。西館静夫『えすおうえす——破壊される労働者の健康——』(日本機関紙協会, 1987年)等。
- (15) 藤本武『各国の労働安全対策』(労働科学研究所, 1966年), 同「過労死と日本資本主義」, 『労働運動』287号(新日本出版社, 1989年9月)参照。
- (16) 『労働運動』1989年9月号(新日本出版社)には, 藤本武, 上掲論文と田尻俊一郎「事例と考察 過労死と働く者の健康」の2本の論文が掲載されている。
- (17) 『労働運動』1990年11月号には, 「独占のあくなき利潤追及と過労死」, 「過労死大國日本の断面」, 「海外から見た『KAROSHI』」, 「過労死発生のメカニズムを探る」, 「『日本の労務管理』と過労死」, 「過労死に背を向ける労災認定基準」等の論文の他, 手記「過労死で夫を奪われて」が掲載されている。
- (18) 厚生省『昭和60年度人口動態職業・産業別統計』206, 207, 214, 215, 218,

219頁。

- (19) 労働省労働基準局労災保険業務室「労働者災害補償保険労働災害統計年報」(1985年) 123頁。
- (20) このうち、脳・心疾患の業務上認定件数は39件である。
- (21) 「労働安全衛生規制」, 第97条。
- (22) 労働省安全衛生部『労働衛生手続便覧』(労働法令協会, 1989年) 56頁。
- (23) 同上, 58頁。
- (24) 労働省『労働災害動向調査』(労働大臣官房統計情報部) 調査の概要。
- (25) 坂寄俊雄, 細川汀, 窪田隼人『現代の労働災害と職業病』(労働旬報社 1967年) 91頁。
- (26) 本調査は、全国の従業員10人以上の民営事業所 8,000 事業所を対象とした標本調査である。労働大臣官房政策調査部編, 労働法令協会, 1989年。
- (27) 労働省労働基準局補償課『労災保険の実務』(日本法令協会, 1988年)54~56頁。
- (28) 労働省労働基準局補償課『労災保険給付と認定の実務』(労働基準調査会, 1990年) 69~84頁。
- (29) 同上, 85頁。
- (30) 坂寄俊雄, 細川汀, 窪田隼人, 前掲書, 89頁。
- (31) 「労働省労働基準局補償課『労災保険給付と認定の実務』(前掲) 86~89頁
- (32) 労働省労働基準局補償課『脳血管疾患・虚血性心疾患の労災認定一新認定基準と医学的解説一』(労働法令協会, 1988年) 54~60頁。
- (33) 労働省労働基準局補償課『労災保険給付の実務』(前掲), 54~56頁。
- (34) 注(24)と同じ。
- (35) 岡村親宜『労災職業病』(新日本出版社, 1982年) 124頁。
- (36) 労働省労働基準局補償課『労災保険給付と認定の実務』(前掲) 78頁。
- (37) 同上, 72~84頁。岡村親宜『労災職業病』(前掲) 87~90頁。以下、労災・職業病の業務上認定については、松岡三郎監修, 岡村親宜・上畑鉄之丞他編『労災職業病』第二分冊業務外認定編(労働教育センター, 1979年)に詳しい判例, 先例と解説がある。
- (38) 1975年2月5日付基発第59号通達。「労働基準公報」1975年3月21日号に、新旧対照表が示されている。
- (39) 同上, 「労働基準公報」11頁, 及び岡村, 前掲書, 103~106頁。『労災職業病研究』第13巻第11号(労災問題研究所, 1987年11月1日)参照。
- (40) 1976年10月16日付基発第750号通達。「労働基準公報」1976年12月1日号参照。
- (41) 同上, 「労働基準公報」2頁, 及び岡村, 前掲書 107~111頁。『労災職業病研究』第13巻第11号参照。

- (42) 法務省訴訟局行政訟務第二課職員編『労災訴訟の実務解説』（商事法務研究会，1990年）1～5頁。
- (43) 労働省労働基準局「労働基準監督年報」（1987年）26頁。
- (44) 慶谷淑夫『労働・社会保険法の基礎知識』（労働法令協会，1989年）45～74頁。
- (45) 不服申し立て制度については，前掲『労働・社会保険法の基礎知識』，34～35頁，および前掲『労災訴訟の実務解説』42～46頁。また，訴訟については，前掲『労災訴訟の実務解説』69頁以下。
- (46) 稲木，上畑，影山他『過労死とのたたかい』（新日本出版社，1989年）152～153頁。『週刊労災』1990年5月30日号（労災保険研究所）。
- (47) 事業主の義務は，1)事業主の助力，2)保険給付のための証明，3)法令の要旨等の周知，4)書類の保存労働者となっている。前掲『労働・社会保険法の基礎知識』41頁。
- (48) 岡村親宜『過労死と災害補償』（労働旬報社，1990年）196頁。
- (49) 前掲『労災保険の実務』，135頁。
- (50) 各労働・社会保険の制度については，慶谷淑夫，前掲書に詳しい。
- (51) 田尻俊一郎「事例と考察 過労死と働く者の健康」『労働運動』1989年9月号。
- (52) 青山茂樹「『日本的労務管理』と過労死」『労働運動』1990年11月号。
- (53) 井上浩『改訂版・労働安全衛生法入門』（産業労働調査所，1988年）
- (54) 斉藤亜津紫「過労死大国日本の断面」『労働運動』1990年11月号，47～48頁。
- (55) 注(43)に同じ。
- (56) 厚生省「昭和60年度人口動態職業・産業別統計」206，218，260，266頁。
- (57) 『週刊労災』1990年5月23日，9月5日号（労災保険研究所）
- (58) 労働省労働基準局補償課編『脳血管疾患・虚血性心疾患の労災認定——新認定基準と医学的解説』（労働法令協会，1988年）21頁。
- (59) 岡村親宜，前掲『過労死と労災補償』53～54頁。
- (60) 同上，61～62頁。
- (61) 同上，77頁。
- (62) 同上，131頁。
- (63) 同上，156頁。
- (64) 同上，166～175頁。
- (65) 『週刊労災』1990年4月18日。
- (66) 朝日新聞社，1990年5月19日，朝刊，31面。
- (67) 産業衛生学会『夜勤交替勤務に関する意見書』1978年。細川・上畑・田尻，前掲書，29～31頁，266頁。
- (68) 前掲『過労死とのたたかい』109～116頁。

- (69) 労働時間の国際比較については、法政大学日本統計研究所『国際労働統計』（梓出版社、1990年）、および藤本武『[国際比較]日本の労働者——賃金・労働時間と労働組合——』（新日本出版社、1990年）を参照。
- (70) 藤本武『[国際比較]日本の労働者——賃金・労働時間と労働組合——』（前掲）50～59頁。
- (71) 中央労働委員会事務局編『労働時間、休日・休暇調査——平成元年版——』（財団法人労委協会、1989年）2頁。
- (72) 労働省編『労働時間短縮に関する提言——労働時間短縮政策会議報告——』（前掲）32頁。
- (73) 藤本武『[国際比較]日本の労働者——賃金・労働時間と労働組合』（前掲）65頁。
- (74) 前掲、『労働時間、休日・休暇調査』、56頁。年休の消化率については、藤本、同上 71頁参照。
- (75) 労働省労働大臣官房政策調査部編『労働者の健康状況の実態』（労働法令協会、1989年）150～151頁。
- (76) 同上、172～193頁。
- (77) 同上、194～197頁。
- (78) 同上、222頁。
- (79) 同上、146頁。
- (80) 同上、150～151頁。
- (81) 1987年時点。厚生省『患者調査』。
- (82) 岡村、前掲『過労死と労災補償』180～182頁。