

最近の過労死認定問題

佐々木昭三

被災者・遺族、弁護士、支援組織、労働組合などによる過労死の労災認定のたたかいと過労死をなくす共同した国民的運動が、あいつぐ裁判での勝利判決をつくりだした。そして、過労死認定のあり方が社会的に批判され、労働省は今年2月に「過労死の新認定基準」を出し、3月には人事院・地方公務員災害基金も「新認定基準」をだした。

また、この動きと関連して、今年にはいり日本労働弁護団から「過労死労災認定基準の見直しに関する意見書」（1月）が労働大臣宛に出され、日本産業衛生学会「循環器疾患の作業関連要因検討委員会」からは、「職場の循環器疾患とその対策の提言」（2月）が出された。それに、労働行政をになう全労働省労働組合（全労働）からは、過労死等問題検討委員会から、『過労死「認定基準」のあり方と過労死の予防対策』の報告（3月）が出された。いま、過労死の認定基準とそのあり方が大きな社会的論議となっている。ここでは、これらの論点を整理して紹介したい。

労働省の新認定基準

労働省は、昨年12月「脳・心臓疾患等に係る労災補償の検討プロジェクト委員会検討結果報告書」を発表し、これに沿った認定基準改定通達（基発38号労働省「脳血管及び虚血性心疾患等の認定基準について」2月1日）を出した。

しかし、それはこれまでの「認定基準は、基本的な考え方においては妥当である」として、「認定基準の抜本的な改善」ではなく、「運用上の改善」ととどまっており、重要な問題点を含んだままである。

労働省は、業務以外の要因と業務という要因を比較して、業務のほうが相対的に重要な比重をしまっている場合、すなわち、事実上、業務が最有力原因である場合のみ、業務上と認定するという考え方に固執して、それを徹底化しようとしている。

全労働も指摘しているように、労災保障制度の趣旨、目的にたづねて、労働との間に合理的関連性が認められる場合は、業務外であることの明らかな事由が認められない限り、すべて業務上とするとの考え方に労働省は立脚すべきである。

また、当面、労働省の相当因果関係説に立つとしても、最近の判例の到達点にしたがつて「共働原因説」をもって相当因果関係を認めることが、労災保障制度の目的に合致するし、労働者側の要因（過失）を問わず労災保障の対象にしている法の趣旨に添うものである。しかし、労働省は、共働原因の中で業務が相対的に有力でないと相当因果関係が認められないとして、最有力原因の立場をとっている。

さらに、過重負荷が認められなければ相当因果関係が認められない立場を維持し、日常業務、

同僚労働者に比べ過重でないとの因果関係を認めない立場をとっている。それに認定基準を医学的知見に基づいて認定要件を定めたとするが、日本産業衛生学会の委員会報告を真摯に受けとめているのだろうか。

人事院・地方公務員災害基金の新認定基準

人事院は、国家公務員対象の脳心臓疾患の認定基準を改定（人事院事務総局職員局長通知・職補102号「心・血管疾患及び脳血管疾患等業務関連疾患の公務上災害の認定について（通知）3月31日」し、同日、地方公務員災害基金もほぼ人事院基準に準じる基準を発表した。これらの公務員の新認定基準は労働省の新認定基準に準じてはいるが、それに比べ前進面、違いがある。

それは、第1に、労働省新基準にはない「心臓性突然死(致死性の不整脈が原因)、肺梗塞栓症」が医学的知見が反映して追加・明記され対象病名を広げた。

第2に、業務過重性の評価要因として、「通常の日常の業務」（残業を必要としない）と被災前1週間～1ヵ月を比べて質的量的な業務の過重性の有無を判断することを明確にし、発症前1ヵ月の勤務状況を取りあげた。労働省の新基準は、発症1週間前の業務の考慮の場合、業務が日常業務を相当程度越えるときに限っているのに対し、蓄積疲労を正に評価する方向がみられる。それに、自宅での報告書作成、単身赴任の場合を総合評価に含め、通勤状況も調査対象としている。

さらに、「過重負荷」は日常していない肉体的労働を過重にせざるを得なかったとき、週数十時間に及ぶ過重な長時間勤務を1ヵ月以上したとき、暴風雨・豪雪・猛暑などの異常気象下で

長時間働いたときなどを公務災害の例として明示している。

第3に、高血圧などの基礎疾病があっても「過重負荷」が相対的に発症の有力原因であると医学的に認められればそれで足りると明記している。第4に、過重性評価の際に、同僚労働者との比較をことさら要求していなく、過重性の評価は当該労働者本人を基準とする判例理論の影響が感じられる。第4に、労働省は、継続的心理負担や急性心不全などについて本省りん伺を求めているが、新基準は人事院との協議条項を明示していない。第5に、今までより迅速適正に認定するための「調査票」を使うことにしている。

しかし、高血圧などで医師が治療を指示しているのに放置しているものは総合評価に不利に反映させることがあったり、また、調査票のなかに、趣味、し好、本人の性格などが入って個人責任に結びつける懸念を感じさせる。さらに、指針は予防についてはふれておらず労働者本人の責任に課している面が強い。

人事院新基準も前進面はあるものの労働省の新基準が基準となっており、実際の運用をみると評価が定まらないが、労働省と人事院の認定基準の違いが明るみになり、人事院が世論や判例の求める方向へ一歩踏みだした印象をもちださせる。

日本産業衛生学会の提言

循環器疾患の作業関連要因検討委員会は、「職場の循環器疾患とその対策」を発表し、「循環器疾患の認定基準の見直しと改善」を提言した。

その内容は、第1に、発症直前の「過重負荷」の存在のみを根拠としている現行認定基準に加えて、長時間にわたって継続する長時間労働や仕事のストレスによる疲労蓄積や過労を誘因と

国際・国内動向

した発症も業務上の根拠とするよう認定基準を改善する。

第2に、現行認定基準が、脳血管疾患や虚血性心疾患の発症と「過重負荷」の時間的関連について、『「発症前1週間以内に過重な業務が継続している場合」は「関連が認められる」とする部分は、医学的知見に乏しいため削除する。

第3は、高血圧など基礎疾患を有する患者のストレス耐性が、正常者に比較して低いことなどの医学的知見から、労働過重性の判断では、同性、同世代、同職種の労働者との比較だけでなく、基礎疾患の有無や程度を考慮するよう改善する。

さらには、循環器疾患の業務上外認定業務の改善の提案もされている。

全労働の認定基準（案）の提案

全労働は、「認定基準（案）」を提案して、考え方の基本を次のように示し、職場討議と組合員の合意形成、さらに関係団体との意見交換もすすめようとしている。

第1に、この間の司法判断を真摯に受けとめ、裁判の到達点にしたがって、共働原因でもって相当因果関係を認める立場にたち、業務が被災者の素因や基礎疾病とともに共働原因となって発症した場合は業務上とするという考え方をすすめる。その際、「著しい過重負荷」や「災害的出来事」ということまでは求めない。

第2に、業務が共働原因であるかないかの判断は、被災者の発症前の業務内容が、現在の医学からみて、発症の原因となる蓋然性（たぶんそうなるであろうと思われる可能性）が認められれば、共働原因によって発症したと推認することである。「経験則に照らして、公務と死亡との間に高度の蓋然性があることを証明することが必要であり、かつそれをもって十分である」

（94年5月16日最高裁で確定）。こうした考え方に立って判断すれば、業務処理上も負担軽減され、迅速な業務上認定にもつながる。

第3に、労働負担の評価にあたっては、当該労働者の労働内容が、本人の発症原因となるかどうかの蓋然性が認められるかどうかであり、他の健康な労働者との比較も当然必要がなくなる。

第4に、労働によるストレス等精神的・心理的負荷の判断にあたっては当該労働者の責任の範囲、仕事の要求される範囲、サポート体制等を考慮して判断することとする。

第5に、事業主の被災者に対する、健康診断や保健指導等適切な予防措置、事後措置の欠如、適切な医療機会が奪われなかったか、発症後の救急措置の遅れによる症状の悪化等についても考慮の対象とする。

それに、過労死の予防対策としては「過労死の予防対策をすすめるために」もあわせて提言している。

以上みてきた日本から過労死をなくすための過労死の認定基準についての積極的な論点を、労働省は真摯に受けとめ、認定基準の抜本改正と労働者保護の労働行政を積極的にすすめるべきである。

（会員・愛知働くものの健康センター事務局長）