

OSHA1995

1995 年の OSHA の人間工学的プログラム基準草案によってさらによく考慮された勤務シフトに関する参考資料が打ち出されたが、そこには標準状態について記載されていない。この基準の強制力のある部分において、典型的な負荷の大きい仕事の例として機械のペースによる作業が挙げられており、就業組織の変更可能な項目としてチェックリストに用いられている。さらに就業組織はこの本文では一度だけ「定義」に取り上げられており、ANSI の基準にあるように 6 つの側面から特性を捉えている。

- ・ 不適切な仕事のサイクル
- ・ 仕事のペースや期間が非常に速く、長い
- ・ 不慣れな作業である
- ・ 仕事の可変性の欠如
- ・ 機械のペースによる作業
- ・ 細切れの作業

強制力のない部分では、非常によく就業組織に関する因子の解析がなされており、そこでは身体的な面で「作業場のリスクは就業組織の性質によって強められる可能性がある」としており、最初の ANSI が推奨するメカニズムと構造的に類似している。付表 A、B はいくつかの就業組織のリスクファクターやその枝分かれしたものについて詳しくレビューしている。ANSI の基準と違い、この文書では実行可能な管理戦略を明らかにしている。この戦略は実際に仕事の負荷を減らし、慢性心疾患のリスクを減らしたものである。

- ・ 仕事からの回復のサイクル－仕事のタイプや仕事のサイクルを変える、他の方法を紹介する、スケジュールを変更する
- ・ 仕事のペースが非常に速い－労働者がペースをセットする、特に要求の高い仕事では、仕事をローテートする、予定のない残業をしない、休憩を取る
- ・ 不慣れな仕事－試し作業をいれる、メンテナンスや修理を効果的に行う
- ・ 仕事の可変性の欠如－回復時間をとる、作業を変更する、職務を拡大する、仕事のローテーションを行う
- ・ 作業姿勢を変える
- ・ 機械のペースによる仕事－自分でペースを調整できるのが望ましい、緩衝部分をいれる、1 サイクルの時間を延ばす、ラインのスピードを調整する（ラインのスピードを速くするときはラインの作業者と議論し、安全に配慮しなければならない）
- ・ 出来高払いと報酬制度は可能なら避けなければならない。添付文書 B-5 では以下が推奨されている
 - ・ 作業標準を明らかにすること
 - ・ 単調作業、速いサイクル時間、多様性が低い、退屈な作業を避ける
 - ・ 報告のラインを明らかにする－管理者との衝突を避ける
 - ・ 管理者に、人間関係のマネジメントをトレーニングし、緊張を減らす
 - ・ 締め切りのストレスを減らすよう仕事をスケジューリングする－仕事のピークを考慮する、仕事の少ない時間を予測しておく
 - ・ 緊張を減らすため、業務のモニターについて労働者と打ち合わせを行う
 - ・ 通常組織的問題を解決することは、しばしば関係する人々に参画を要求する。問

題解決チームは創造的な解決を可能にし、実施を容易にする

この基準の草案は施行されなかったが、就業組織のストレッサー（慢性心疾患のリスクとなり得る）や実行可能な管理戦術・戦略のレビューは、就業組織のリスクファクターを今日まで管理する最も広範囲な試みとなっていて残っている。

OSHA 1999

対照的に、1999年のOSHAの人間工学的プログラム基準の草案は、大変に限られた内容のものであり、職場環境のリストの最後に、就業組織について述べられているのみである。このリストは3つの側面から就業組織を捉えている。仕事の回復のサイクル、仕事の比率、作業の多様性の3つである。草案ではこの3つの因子を含むことについて論理的な理由を述べていないが、ばく露の性質を変化させるということについては、ANSIと同じように考えている。それに対応して、この草案でのMSDリスクの実行可能な管理として、「仕事のローテーション、休憩、作業の変更、作業の拡大、作業法の変更、仕事のペースの調整」などをあげている。

おそらく、仕事での心理社会的なストレッサーをコントロールするのにおそらく最も重要と考えられるものは、人間工学的プログラムが要求する二つの基本的な要素である。(1) ハザードの確認と認識、(2) マネージメントリーダーシップと労働者の参加

草案では、ハザードの確認、調整の測定、トレーニング、プログラムの評価において労働者の参加を要請し、事業主に対し責任を持たせている。コミットした管理者や労働者組織の存在のもと、心理社会的要因に関する対策が可能な就業組織のための条件であった。しかし、この草案ではこの労働者の影響のレベルまでは保障していない。

OSHA 安全衛生ルール

人間工学的なスタンダードではないが、OSHAの安全衛生プログラムルールの草案では、事業主に安全衛生プログラムを作成させることによって作業関連の死亡、疾患、傷害を減少させるとしている。このプログラムは、OSHAの基準とOSHAの法的義務に関するコンプライアンスを保障している。プログラムの要素は、人間工学的プログラム基準の草案の考え方とほぼ同じものである。そのため、職場の心理社会的なストレッサーを減らす可能性があるとして、リーダーシップマネージメントと労働者の参加を希望的と悲観的両方の視点から述べている。

結論

人間工学が、就業組織の問題にとりくんだ領域のひとつであるのは驚くべきことではない。筋骨格系の疾患において就業組織の貧弱さがもたらす効果が明らかであるため、人間工学のプログラムは、就業組織の効果を知る上でユニークなものである。異なる基準やプログラムのレビューが、就業組織の因子に関する異なる論理的な理由を述べている。一般的には、ほとんどの文書に限られた定義を使い、就業組織のネガティブな因子を、調整可能な身体的な（生体力学的な）ばく露（強度、期間、反復、回復時間など：ANSIによる）として捉えている。しかし、労働者の仕事の調節が、休憩のスケジュールを改善することに向いてきた場

合、まだ裁量権の不足と、MSD の減少分を超えた仕事の付加を減らすことについて考慮しなくてはならないことを示している。

人間工学的プログラムを設立することはそれ自体が心理社会的な介入として肯定的である。「企業の言葉」は人間工学的プログラムを動かす（たとえば、怪我を減らし、資金を守る）。その人間工学的プログラムを設立する最も効果的な方法は、労使双方で労働工学チームを作ることである。

就業組織や心理社会的なストレスに注目すると、大きな抵抗が生まれる。これは、身体的なばく露のコントロールよりもこれら就業組織や心理社会的なストレスのコントロールは社内の政治的、権力的な関係をかえることが多いからである。疾病率を本当に減少させるような人間工学的プログラムのためには、マネジメント層は力や情報を分配し共有する必要がある。他の力が、この社内の再分配の際には必要である。市場の改革や創造に対する要求、フレキシブルでカスタマイズされた生産、反応のよい効果的な顧客サービス—そのすべてが組織的な変革を必要とする。これらの、新しいタイプの市場の力の合流や調整へのアプローチが、職場の心理社会的ストレスを段階的に減らし、同時に労働者の健康や満足度、幸福を改善するであろう。

日本の労働生活について

WORKING LIFE IN JAPAN

Teruichi Shimomitsu, MD, PhD, and Yuko Odagiri, MD, PhD

日本は産業と心血管疾患研究グループの中で、Karoshi（過労死）を同定し、世界の注目を集めていることで知られている。Karoshi は虚血性心疾患や脳血管疾患による突然死で、これは長時間労働や交替勤務などの主に労働環境によって起こるとされている⁶⁰。Karoshi は職場の問題にフォーカスをおいた職業上の健康のイベントと考えられている。

日本では労働時間を正確に把握することは難しい。労働者、とりわけ中間管理職は報酬なしに長時間労働を強いられていることが多い⁵⁹。このすでに難しい状況に加え、1990 年代に激しく、組織の再編成を伴う景気後退（バブルの崩壊）がさらに問題を複雑にした。日本のユニークな雇用形態として、終身雇用と年功序列があるが、現在ではなくなりつつある。企業はマネジメント層を異動させることで組織の再編を行っている。これらの再編成は、賃金を上げることなく労働者の仕事を多くし、責任を増す結果となり、さらには仕事に対する感情を不安定にした。

旧労働省の調査企画課の統計によると、不安や心配、ストレスを感じる労働者の割合は、1982 年の 50.6%から 1997 年の 62.8%と増加している。ほかの最近のレポート(1998 年の旧厚生省のデータに基づく)では、1997 年の 18.8/100000 労働者から、25.3/100000 労働者へと、自殺者が急激に増加している。特に 50 代男性で 50%の増加を認めている。この高い自殺率は、厳しい経済状態、身体的・精神的な高い負荷が原因と考えられている。

労働者を高い負荷から守るため、政府は作業関連のストレスや健康障害に関する法制化といくつかの戦略を打ち出した。1972 年には労働安全衛生法（安衛法）が施行され、これは職場の安全衛生を請け負うものである。法は事業主に、全労働者に対して年に一回の健康診断を受けさせるよう義務づけている。この健康診断は疾病の早期発見・早期治療を目的とし

ている。

旧労働省は Total Health Promotion Plan (THP) を 1988 年に打ち出し、急速な加齢を食い止め、非伝染性の病気を防ぐ役目を与えた。これは労働者の全身的な健康を改善するためにデザインされた。この計画のゴールは非感染性疾患の早期発見・治療のみならず、健康増進や疾病予防となっている。それぞれの企業は、医学的検査やライフスタイルの評価、運動の検査などを担う産業医を雇用している。運動処方や生活指導が、この結果に基づいて行われる。いくつかのケースにおいては、メンタルヘルスクアや栄養指導も行われる。

1992 年の安衛法の改正では、快適職場づくりが含まれている。快適職場づくりは実際の、身体的な職場環境だけでなく、全体的な職場環境に言及するものである。

1993 年に、政府は都道府県産業保健推進センターと地方産業保健センターを設立し、大企業だけでなく中小企業においても、メンタルヘルスクアを含んだヘルスクアをできるよう支援を行った。

1998 年には、旧労働省が第 9 次労働災害予防計画を作成し、ここで増加しているメンタルヘルス対策を打ち出した。

(1) すべての労働者、特にホワイトカラー労働者のストレス関連疾患を予防すべく、学術的な調査・研究の推進を行う

(2) 管理監督者に対する高い水準のトレーニングの維持

(3) 労働者自身の作業関連疾患に対する気づきに関する情報の提供

(4) ストレスに関する相談の仕組みづくり

(5) 職場のストレスマネジメントの推進

残念なことに、これらの戦略は労働者を病気から守るのに十分に役立っていない。東京宣言では、この劇的な変化の中で、現在の問題点また将来起こりうる問題を解決する方法を見出すことは不可欠であると強調している⁶⁸。さらに、欧州、日本、米国間で、(1) 予防に関する情報提供の実施、(2) サーベイランスとモニター、(3) 産業医学やそれ以外の専門家の教育やトレーニング、(4) 方法論の確立、(5) 最高水準の技術を使って関連する情報を提供する機関の設立などの点で、経験や協力の共有を行う必要があると言及している。

我々は、3 カ国を通した政策担当者と意思決定者が、より健康的な仕事場においてより健康な作業に対するフレームワークとして東京宣言を利用することを望む。

労働者災害補償：職場のストレスと心血管疾患の関連

WORKER'S COMPENSATION: WORKPLACE STRESS AND THE CVD CONNECTION

Mark Kimmel, PhD

労働者災害補償 (Workers' compensation: WC) に関する法や規則は、20 世紀初頭から確立され、作業に関連する傷害について取り組んできた。労働者災害補償のシステムが設立される前は、労働者が事業主を訴えても時折勝訴する程度であった。しかし、作家らのばく露 (アプトン・シンクレアによる *The Jungle*)、鉱山での災害、1911 年のニューヨークの Triangle Shirtwaist Factory の火事の後、職場の安全や傷害を負った労働者に対する補償の要求が沸き起こった。さらに、事業主に対する訴訟で、陪審員の同情により勝訴する例が

増え始めた¹⁶。労働者災害補償法は交換条件で、事業主の責任を制限しているが、被災した労働者に対しては治療と給付金を支給する。しかし、労働者はそれ以上のダメージについて訴えることを禁止されている。これらの法は、「無過失」システムの一部としてデザインされている。労働者は過失を証明する必要がなく、事業主は少ない給付金を支払うことになる。さらに事業主に対する利点として、潜在的に責任がある場合でも法廷で尋問されることがない。

労働者災害補償を支持する理論のひとつは、産業界は生産にコストをかけているが、これには負傷した労働者の医学的治療に必要な金額も含まれている。これらのコストは一般的に社会や被災した本人や家族にはシフトしない（経済学者はこれを外部コストと呼んでいる⁵²）。

20 世紀を通して、政治的な戦いが病気や欠陥、障害の定義を形成した。さらにさまざまなグループの政治的な力が、法の下での傷害の認定を得るのに重要な因子となった。

最近 10 年で、労働者災害補償の訴えに対する補償を少なく、適格性を厳しくするよう、国内の事業主や保険会社が努力した⁶⁷。多くのストレス疾患が不正で、結果的に事業主が受け入れられないほどの高いコストになってきたため、ストレスによる補償の訴えを制限することが正当化された。さらに、ストレス疾患は目に見える整形外科疾患に比べ、目に見えるものでないために捉えにくい傾向が歴史的にある。カリフォルニアでは、議会は 1993 年に労働者保障法を改定、精神的傷害について制限した。これは事業主がより「友好的な事業主」になることを恐れたためである。この新しい法は、「良心に従った行動」については訴えを禁止し、補償のハードルを高くしたものである。今日、心理的なストレスや精神的ストレスを訴える労働者の補償をする州は少ない。

カリフォルニアのケース

労働者災害補償では、「精神—精神」、「精神—身体」、「身体—精神」の間で区別がなされる。「精神—精神」のケースは典型的な心理的なケースで、労働者は仕事上の嫌がらせや葛藤、差別を受けた場合に訴えている。「身体—精神」のケースは、身体的な障害、たとえば整形外科疾患で、後に痛みによりうつ病に至った場合などである。「精神—身体」のケースは、精神的疾患が心臓の発作などに結びついた場合である。精神疾患の結果として起こった身体的な傷害は、「精神—精神」ケースのための CA Labor Code (LC) 3208.3.の高い要求を満たす必要はない。

ストレスと精神的傷害のオーバーラップする部分を区別するのは重要である。ストレスは、ある環境で直面する挑戦や要求の認知やマネジメントと定義される。これらの要求は身体的、心理的、もしくは両方でもよい。ストレス関連疾患の範囲は軽症で無症状のものから、急性で PTSD（心的外傷後ストレス障害）を防がなければならないものまで広い。労働者災害補償のシステムでストレス関連疾患は莫大で、事業主に提示するコストも何もしなかった場合のコストも高い。

敵対的な職場環境やセクシャルハラスメント、人の行動、同僚の要求（アンフェアで差別的と認められる場合）による精神的傷害（精神—精神の訴え）は、しばしばうつや不安、痛みなどを起こすことがある。典型的には、労働者は過重労働や配置転換では訴えを起こさないが、職場環境のネガティブな面には注目している。たとえばカリフォルニアでは、実質的

に（少なくとも 35%以上）「合法的で差別的でなく良心に従った行動」であれば訴えることを禁止された。これにより、企業はダウンサイジングや配置転換など「創造的破壊」と呼ばれる対策が行えるようになった。

このような「やせて、平均化された」組織にいる労働者は高い要求や長時間労働に直面し、これらは軽症のうつや不安と関連していた。カリフォルニアでは、心理的障害のすべての原因のなかで雇用関係が「主たる理由」（少なくとも 50%以上）であることを実証的な証拠を証明する必要があった。これは今日でも証明することは難しいが、仕事や職場環境のさらに客観的な分析が「実証的な出来事」の文書化に必要となる。

このアセスメントのさらに客観的なアプローチは、Albertson 社と WCAB の戦いで見ることができる。労働者の心理的ストレスが職場の慣習のずれから生じていたかどうかを争点としたものであった。法廷では、補償可能である心理的な損傷に対して、「雇用自体は疾病の原因に対してよい方向に作用する因子である」とし、心理的ストレスの単なる知覚のみでは補償には不十分であるとしたものである。

心血管疾患と労働者災害補償：法的な側面から

カリフォルニアの法律では、労働者災害補償は「すべての労働者の快適、安全衛生のために、起こってしまった傷害や死亡の結果から救済できる範囲でサポートする」(Article XIV, section 4, 1917) という適切な仕組みとなっている。この文言において意図するものは広くフレキシブルで、仕事の変化や発展の結果、また新しい医学の進歩により生じた障害や死亡についても保障可能と考えられることを示唆している。

労働条例では、その傷害が仕事と関係しているかについて言及している。まず最初にその傷害が「職務起因性」を有しているかどうか。二つ目に「職務遂行性」があるかどうかである。ばく露と結果の間に「合理的なつながり」があるかどうか問われる。「実際の出来事やばく露」と傷害の間につながりがあることが求められる。労働災害は傷害が仕事に関連しているので議論を挟む余地がない。しかし、蓄積する性質を持つ障害では、職場のリスクファクターや行動と、結果としての病気との関係はあいまいで議論の余地があるところである。塩化ビニルと肝血管肉腫は以前より良く知られており、反復作業やそのほかの非人間工学的作業が筋骨格系疾患を引き起こすこともまた同様である。しかし、多くの職業性疾患では、原因となる因子が正確には定義づけされていない。Physician's Guide to Medical Practice in the California Workers' Compensation system でも「多くのばく露や病理、疾病がすべて研究されているわけではなく、原因のメカニズムがわかっていないものもある」としている。

「業務起因性」や「業務遂行性」はオーバーラップする概念である。業務起因性は、ダメージにつながる職場の事故やばく露、リスクファクターに関連し、業務遂行性は活動や職場に関係する。そこで、業務起因性はどのような状態であるか、業務遂行性はどこで、どのようにその出来事が起こったかを指摘するもの、と解釈する。たとえば、会社のために切手を買いにいった場合は業務遂行性があり、その途中でプライベートな用事を行った場合は業務遂行性が崩れる。

もし労働者が無症状の心血管疾患をわずらい、職場環境がその状態を悪化させ、傷害や疾病の原因となってしまった場合は、事業主は治療や補償の義務が生じる。申請した労働者は病気や障害が雇用に関連しているという「証拠の優位性」を示さなければならないが、病気

の原因の証明までは求められていない。Liberty Mutual と Calabresi の裁判では、心血管疾患を患う労働者が重量物を取り扱って障害を負ったのは、会社に責任があるとした。職場が症状の進行を加速させたり促進させたりした場合はその傷害は補償されるべきである。

病気が発症する前の段階で結果的に障害を負った場合、その「割り当て」が問題となる。この制度では、事業主はもともとあった傷害や状態に対しては支払う必要がないとしている。これは特に心血管疾患で関連があり、発症までに長い時間がかかり、いくつかの原因が存在するからである。しばらく症状がなく、ごく最近発症したものに関しては、医師がレベル付けをすることがしばしば難しいときがある。

カリフォルニアやいくつかの州では、労働者災害補償法は疾病、機能障害、障害を区別している。高血圧のような疾患では、機能障害とはいえない。機能障害は文字通り機能が損なわれることである。障害は、機能障害の結果、労働市場で働く能力を失った状態である。それ故、障害を負った労働者は労働市場では競争能力を妨げられる機能障害を負っているが、現在の仕事に関しては妨げられない。

労働者保障と仕事のストレスの現在のトレンド

事業主と保険会社は、最近給付金を減らし、労働者保障の訴えの基準を厳格化する努力をした結果⁶⁷、給付金支払が減り、保険料を最小限にし、労働者保障を抱えている企業の収益性があがってきていた¹⁰。この趣旨で、多くの州が心理的なストレスの訴えの区分をさらに厳しくした法律を通過させた。心理的ストレスのケースの不適切な判決により、カリフォルニアでは 1993 年 7 月 16 日より心理的ストレスの判定基準を厳しくした法律を作った。このために、障害を受けた労働者は、実際の雇用によって受けた障害が、心理的ストレスの 50%以上であることを証明する必要が出てきた。1990 年 1 月から、1993 年の 7 月 16 日までは 10%で補償されていた。暴力によって起こった心理的ストレスでは、実際に起きたイベントの 35%をこえる出来事が雇用の間に起きたことと証明しなければならなくなった。

改定されたカリフォルニアの労働法では、「合法で、差別でなく、良心に従った行動」による心理的ストレスを原因とした訴えは禁止された(ニューヨークでも同様のことが起こった)。労働者保障に訴えた多くの労働者が悪い評価を受け、「嫌がらせをされている」と批判を受けた。良心に従った行動と悪い行動は、労働者と管理者の立場や視点の違いにより差があるものである。

改定されたカリフォルニアの労働法の心理的な面は、事業主の支出の合計を減らした。しかし、仕事による精神的・心理的疾患が認識されず、治療されないケースでは、労働者や社会の負担が多くなっていた。医療費の増加、離職時間の長期化、有病率、死亡率の増加、生産性を挙げなければならないというプレッシャーの増加が変化しなければ、想定されたほど生産性は増えなかった³⁰。労働者保障の給付金を減らすことで、個人や家族、家族保険プランの負担が増え、コスト低減や効率化という幻想だけが作られたのである。

仕事のストレスと心血管疾患、労働者保障

これらの区別や定義は、仕事上のストレスが加わることによって特に問題となる。まず、仕事のストレスが関連する障害は、長い間明らかにならない。セリエによると、人間は消耗する前に長い間ストレスに抵抗することができる、とした⁵⁶。以前に比べ、労働者が転

職することが多くなったので、慢性的なストレスによる病気を現在の事業主に訴えることが難しくなった。「割り当て」がここでも問題となった。しかし、事業主は「労働者を見たままに採用する」という原則があり、これは「労働者は生涯の素因があっても、過去の状態が労働者を障害から回復するのを難しくしていても」保障は否定されないということを意味する。次に、多くのストレスラーは、個人が必ずしも気づかず、いくつかの身体の負担の原因となるということである。これは高血圧(ほとんど無症状である)のケースでよく見られる。3つ目に、病気になるかリスクから自分を守るかといったコーピングのレパトリーによって病気のプロセスの仲介をすることである。これにより、医師は職場のストレス(もともとの原因)よりも個人の回復力や脆弱さ(仲介)に注目しがちである。このアプローチの極端な例が、心理的な障害から免疫が個人を守るといった例となる³⁶。個人の特性というこの仮説は、ストレスラーへのばく露の後の持続的な心理学的反応がもともとあった病理学的特性を悪化させ、疾病素質を変化させるということを意味している。

心血管疾患は医学上多因子の状態である。医師は肥満や家族歴、喫煙、運動不足といった職業と関係のない原因に注目することが多い。これらの因子は確実に心血管疾患に寄与するが、労働者災害補償法の基本的な原則は、「事業主は障害を受けた労働者を見つけたときに行動をとる」というものである。この原則は、労働者がたとえ不健康な生活を送っていても、職業上関係のない因子がもともとあった障害の原因となった場合や労働が原因になっていない疾病を除き、事業主は責任をもたなければならないことを意味する。すなわち、仕事に関連する心理的な因子が高血圧や心血管疾患のリスクファクターをして認められた場合、事業主はこれらのリスクファクターへのばく露から結果として障害を負った場合の責任をもたなければならない。

ハイリスクな職業

仕事のストレスは、労働者災害補償法で心血管疾患の原因として長い間認識されている。警察官、消防士、その他の法で定められた心疾患を悪化させる職業は、カリフォルニアの労働者災害補償法では保障可能な職業であるとされている。暴力や他の職業ではあうことのない予測不可能な経験という直感的な論理はあるものの、これらの条件は文書化されておらず、経験的な研究でさえあまりなされていない。他の職業では補償されないのに、なぜ消防士などは補償されるのであろうか？心血管イベントに関する労働者災害補償の適切な集団としてこれらのグループがまず挙げられたとき、彼らの職業がハイリスクであるという疫学的なエビデンスはほとんどなかった。可能性のある理由として、彼らの職業は他者からの同情を集め、さらに警察や消防士組合の政治的な力が働いた、ということが考えられる。今日、さまざまな研究により、彼らと同じ程度の心血管リスクを持つ職業が明らかになってきている。この研究成果により、その他の職業が労働者災害補償法に適合していくであろう。

仕事の負荷と高血圧、心血管疾患

この20年で、職場の心理社会的なストレスラーが明らかになってきた。そのひとつが、十分に裁量権のない労働者の身体的、心理的な要求が仕事の負荷となっていることである。さらに、努力-報酬の不均衡や交替勤務、過重労働が挙げられる。仕事の負荷はさまざまな健康上のリスクと関連し^{21,55}、仕事のストレスは筋骨格系疾患とも関連している⁴⁷。

仕事の負荷と高血圧、心血管疾患との関連に関する疫学的調査は、労働者災害補償法ではほとんど議論されない。労働者災害補償を求めた労働者を評価する医師は、一般的に仕事の負荷に関するデータをもたず、職場の解析を行ったり仕事の負荷のレベルを確認したりすることはほとんどない。ほとんどは仕事や活動に関する労働者の申し出や、漠然として不正確な仕事の記録に依存している。もし一日の血圧がストレスを感じた時間と相関していたとしても比較することはほとんどない。仕事のないときや休日に血圧が下がっていることをもって、血圧とストレスを関連付ける結論を述べるであろう。あいにく、高血圧の潜在的な側面のひとつが、この状態にあるものであっても気がつくことが少なく、ストレスも感じにくいということである。仕事の負荷に関する研究で、高い仕事の負荷で低い裁量しか持たないものは、仕事に関する主観的な苦痛を感じにくいことがわかっている。

ほとんどの場合、医師は患者からの仕事のストレスの訴えがなければ、病気と仕事のストレスの関連を見落とすことが多い。しばしば、病気（高血圧）も原因（仕事の負荷）も無症状である場合が多い。リスクのある仕事についている患者を見る場合でも医師は、病気を生活習慣やその他の特有の原因に結びつける傾向がある。

高い仕事の負荷がかかりつづけた結果として、労働者は毎日血管に微小損傷（microtrauma）とされる傷害を負うことになる。この状態は、成果へのプレッシャーや締め切りなどの高いストレスを感じているが苦痛を主観的に経験することのない労働者において気がつかれることはない。さらにこのような仕事は、負荷が高い状態の上に上司のサポートが少ない場合に疾病リスクをさらに悪化させることが明らかになっている。

もし、これらの高い仕事の負荷といった環境が労働者に微小損傷を負わせていると考えられる場合、多くの労働者が潜在的に労働者災害補償を受けることができる状態にあると考える。労働者災害補償法の「実際の出来事」という単語は、職場環境で現実に関起り同定可能な出来事がどうかを表している。典型的には、「実際の出来事」は化学物質へのばく露などを指し、心理的な訴えは他の出来事とされる。仕事の負荷などの職場のストレスが微小損傷の原因となり、将来的に障害や身体障害につながるということを社会が認識すれば、多くの心血管疾患が保障可能となるであろう。（「実際の出来事」、microtrauma の調査法については Chapter 2 に記載されている）

職場環境における心血管疾患のリスクを減らすための団体交渉

COLLECTIVE BARGAINING TO REDUCE CVD RISK FACTORS IN THE WORK ENVIRONMENT

Paul Landsbergis, PhD

ほとんどの包括的労働協約は、化学物質や身体的に有害なもの、交替勤務、長時間勤務、心理社会的なストレスなど心疾患のリスクとなる因子へのばく露の制限を含んでいる。この協約によって、仕事の要求度が適正化され、仕事の裁量権や技能の裁量権を与えられ、サポートのある雰囲気、雇用の保障、作業標準、仕事の割り当て、成果の評価、テクノロジーの変化、様々なハラスメント、差別、人員配置、男女の賃金の統一化、スキルトレーニング、キャリア開発などについて解決を得やすくなった^{2,57,61}。職場環境を改善し、年配者の独断の決定や苦情処理、労務管理委員会から労働者を保護し、労働協約は仕事のストレ

スを減らすことができる²⁹。さらに、所得の増加や昇進の機会の提供によって、このような協定は労働者の社会経済的な地位を上昇させ、それが低いことによる心血管疾患のリスクを減らすことができる。特定の有害作業のばく露を制限した 2 つの業種の協約の例を以下に挙げる。

業種

事務やコンピュータ作業

Yale 大学と事務作業者の組合である Local34 の間の同意は、意思決定の権限や資源、サポートを提供した。他に、労使による安全衛生委員会の設置、スケジュールの変更やフレックスタイムの制度化、労働者参加型の公開討論、デイケア、職場復帰、労働者補助プログラムなどが提供された⁷⁶。他に、コンピュータ作業者は機器の更新、人間工学的トレーニング、休憩などを交渉した⁴²。例えば、米国教職員組合 (American Federation of Teachers: AFT) Local1521 と Los Angeles Community College District との間に、「すべての VDT 作業者は、他の仕事を仕上げるためにも 1 時間ごとに 15 分の休憩をとる」ことについて同意した²⁷。仕事の裁量権 (スケジュールの調節、定期的な休憩、仕事の多様性) が反復作業障害を防ぐというエビデンスも存在する³⁷。

ヘルスケア

看護職の専門性を確保するための要求は、人手不足 (結果として仕事の要求度が増す)、自立性の欠如、権威主義の傾向により妨げられている⁴⁹。労働協約は、専門性を確保する方法として重要な役割を果たしている。組合は、さまざまな職種の看護職の臨床のキャリアの段階や、医師－看護師の委員会の統合、職場教育の充実などを交渉してきた²⁸。カリフォルニアの看護師協会は、最近 Kaiser Permanente 社 (保険会社) と、18 条の新しい「質的な連携」の協約を結び、労働者のストレスと同様に患者のケアの質に影響する人手不足などの環境について改善を促した¹⁸。サービス業国際組合では、労働者数のガイドライン、患者ケアの分類、人員配置と患者ケア委員会、看護職の義務でないものの制限、仕事の負荷の分配などについて交渉を行った。看護職組合と協会は病院の再構築の経過や時期、十分にトレーニングされていない助手に仕事を任せることを拒否すること、デモや法的証書を通じてレイオフへの反対などを交渉した^{1,8,17,50,75}。

ハザード

化学物質、身体的、安全上のハザード

多くの協約が化学物質や物理的、安全上のハザードをコントロールする規定を含んでいる。例えば、Pacific Coast Marine Firemen と PAC Maritime Association の間での協約では、「事業主は四塩化炭素やほかの毒性を持つ物質を使用しないことを認め、有害物質を使用することを拒否することは、義務の拒否とは考えない。」ことが明記された²⁷。

全米自動車労働者組合 (The United Auto Workers: UAW) Local 2244 と New United Motor Manufacturing, Inc. は「会社は騒音対策や会話プログラムを継続し、騒音低減計画

を年次計画に掲げ組合とまとめること。80dBを目標とし努力すること」などを協約した²⁷。

AFT Local1521 と Los Angeles Community College District では、「日没後、離れたところに職場がある労働者に関しては、安全・防犯のため警備員の同行を養成できる」との協約を結んだ²⁷。

Oil, Chemical, and Atomic Workers Union (OCAW) Local 8-149 と Berlex Laboratories は、「会社は、法律や規則に則った、すべての機器の安全対策を含んだ安全で衛生的な職場環境を提供する」という協約を結んだ。International Longshoremen's and Warehouse Union と Pacific Maritime Association は、「港湾労働者は、直ちに安全衛生を脅かすと考ええる作業については行う必要がない」ことを確認した²⁷。

交替勤務

欧州の組合は、労働時間の削減や早期退職制度を含んだ交替勤務のストレスを減らすさまざまな条件を交渉した¹⁵。イタリアの The civil air traffic agency と組合の代表は、1982年から1991年の間に以下のことを了承した¹²。

- ・新しい電波システムと、航空情報の自動化、フライトデータの処理、交通の管理。これらの進化が情報を確かなものにし、意思決定の時間を確保し、危険な交通量のピークをなくし、バランスのとれた仕事の負荷を提供するものである。
- ・職務時間の削減。週の作業時間を28-30時間とする。
- ・交替のスケジュールを変更する。シフトの早いローテーション（それぞれのシフトが一日に相当）、2日の休みに続く一晩の夜勤シフト、負荷による仕事の長さの調整（朝5-6時間、午後7時間、夜11-12時間の勤務）、夜勤中の仮眠に関する規定、個人や家族、社会生活のためのレギュラーな勤務シフト、勤務シフトの中で食事のための45-60分という長い休憩時間。
- ・環境のストレスを減らすこと。騒音を低減したり照度を上げたりすること。
- ・大きな施設ではジムを提供し、フィジカル・フィットネスを改善すること。

仕事と家族の影響

OCAW Local 8-149 は、仕事と家族プログラムは委員会を設置し、組合員やその家族にストレスフルな効果を持つ事業主のポリシー、例えば強制的な過重労働、突然の残業、仕事での電話対応、育児休暇制度の欠落について交渉を行った³⁵。米国通信労働者組合（Communications Workers of America: CWA）は Bell Atlantic 社との協約の中で、出産後や養子縁組の後12ヶ月は、仕事のスケジュールを減らすことができるようにした。この措置により、労働者は同じ地位に戻ることができ、以前と同じ手当をもらうことができる。欧米の多くの国では有給の出産休暇が認められている。

新しいテクノロジーと成果のモニター

新しいテクノロジーの導入の際には、労使間の交渉を必要とする、という協約を結んでいるところがある^{57,61}。仕事の再設計も同様に労使間協議を必要とする。たとえば、CWAのアリゾナでは、AT&Tのマネジメントを受け、「個人の査定をなくし、秘密裏の観察をなくす」との協約を結んだ。平均作業時間はグループ全体のみ算出され、サービスの観察は小グ

ループでなされる。被観察者の近くに座っていくつかのコールを聞きその結果につき議論するといった”Jack-in”法で行われた。結果として、顧客のクレームが減り、従業員の不満や欠勤率が低くなった⁴³。1989年のCWAとU.S. Westとの協約で、個人の成果モニターの禁止がなされた。

ストレスとスピードアップ

Southern CA Service Employees International Unionの標準的なオフィスビル協約で、仕事のスピードアップや負荷の増大は、過度の負荷をかけることになるため無くすよう要求した。このようなスピードアップや仕事の負荷の増加は労働力を小さくし、総労働時間を減らすことになる⁵⁷。

急性のストレスフルな出来事

AFSCME Local3999とサンタフェ市は、「重大事故の適切な報告」を要求した²⁷。

無駄のない生産（リーン生産）を含む新しい勤務体制のシステム

組合は、また勤務体制の新しいシステムについて交渉しており、これは事業主により紹介された生産性や製品の質、収益性を重視したものである。これらの新しいシステムは、リーン生産やtotal quality management、チームコンセプト、セル生産、モジュール生産、リエンジニアリング、患者中心のケアなどを含めていろいろな形や名前がある。ストレスを生みやすいリーン生産の反応としてストライキなどがあり、OSHAの文書の調査による。これらの努力が、仕事の要求を適正化（人員の増加、ラインのスピードや作業標準の見直しなど）し、裁量権を増し（チームリーダーを投票で決めるのを許可したり、異動したり、委員会を設置したりすることなど）、人間工学的なプログラムを実施し、トレーニングへの参加の門戸を開くなどによりリーン生産を改善した³⁰。

たとえば、1994年のGeneral Motors(GM)ミシガンFlintのUAWのストライキは、リーン生産による仕事の負荷の増大や過重労働、休憩時間や休暇の短縮（労働者の平均年齢は47歳と高く、この条件では非常にづらい）によって起こった。彼らは結果としてストレスが増え、病気休暇が増え、反復作業傷害が増えたと主張した。合意は以下のとおりである。779人の新規雇用、作業負荷の軽減、新しい作業法については組合の承認をとること、傷害を受けた労働者のためのリハビリテーション施設、人間工学的な同意など^{26,69}。

労働者参加プログラム

いくつかの事例において、労使交渉やチームプログラム²⁰の実行は作業環境を改善する結果となっている。これらのプログラムはハイパフォーマンス就業組織と呼ばれており、ビジネス上の競争力を増大させたり、組合の協約のなかで「よい仕事を保持」したりすることを目的に作られたものである⁷⁰。国際機械技術者・鉄鋳業協会(International Association of Machinists and Main Iron Works)は、労働者に経営に関して意見を述べる協約を約束した。この協約は新しいスキルの習得による給与の増加やレイオフをしない条項などを元になっているが、多くの仕事の規定がなくなった⁶。

GMとUAWは、強い労働者の参加と労働者の意思決定の増加をコンセプトとして、

Saturn Auto Company を創設した。労働者は、どのように仕事を分割して仕事をチーム内でローテートするか、またチームのメンバーを雇用し、休暇や休憩のスケジュールなどを決めることができる⁵。しかし、最近仕事の自由度の範囲や交替勤務に関して衝突が起こり²⁵、1999年に新しい組合のリーダーが選ばれてからはシフトのローテーションをなくすことを誓約した⁶⁴。

United Food and Commercial Workers や Iowa Beef Processors といったところで、訓練された「人間工学モニター」制度が導入され、職場の調査や検査を行うことになった²⁷。これらのモニターにおいて心理社会的なストレスを含めるよう拡大することで、心血管疾患を発見したり減らしたりする有用な調査プログラムとなるであろう。

労働協約によるアプローチは職場環境を改善するために労働者が使用する戦略の一つである。法的な文書を通じて強制的な作業を改善する上で有利であり、マネージャーの思いつきや単なる管理方法の変更だけでは解決しづらいものである。米国の労働省や商務省からのレポートによると、労働者の参加は組合がマネジメントのジョイントパートナーとして確立されているところで特によいとしている⁷¹。80%以上の米国人が、彼ら自身の仕事に影響を与える決定事項やどのように作業がなされるかに意見を持っているが、組合の外では、労働者はこれらの解決方法をほとんど持たない⁷¹。この戦略に名乗り出るには、組合に所属しているかどうか（米国の15%のみが所属している）や特定の地域におけるこういった活動の活発さ、所属団体の労使交渉への積極性によって決まることになる。団体交渉が心血管疾患に対して持つインパクトの評価をさらに進める必要があるといえよう。

REFERENCES

1. American Nurses Association: The Report of Survey Results: The 1994 ANA Layoffs Survey. Washington DC, ANA, 1995.
2. Arndt R: Coping with job stress: The role of the union safety and health committee. Labor Studies J 6:53-61, 1981.
3. Bernard B: Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors. Pub. No. 97-141. Washington DC, U.S. Department of health and Human Services, National Institute for Occupational Safety and Health, 1997.
4. Bernard B, Sauter S, Fine L, et al: Job task and psychosocial risk factors for work-related musculoskeletal disorders among newspaper employees. Scand J Work Environ Health 20: 417-426, 1994.
5. Bluestone B, Bluestone I: Workers (and managers) of the world unite. Technology Review 30-40, 1992.
6. BNA Current Developments. August 23, 1994, p A3
7. Bongers PM, de winter CR, Kompier MAJ, Hildebrandt VH: Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. Scand J Environ Health 19: 297-312, 1993.
8. Brannon RL: Restructuring hospital nursing: Reversing the trend toward a professional workplace. Int J Health Serv 26: 643-654, 1996.
9. Brulin G, Nilsson T: Arvetsutveckling och förbättrad produktivitet (Work development and improved productivity). Stockholm, School of Business Research, 1995.
10. Burton J: Workers' Compensation Monitor 10 (July-August), 1997.

11. California Code of Regulation: Title 8, Section 5110. Repetitive Motion Injuries. 1997.
12. Costa G: A seven –point programme to reduce stress in air traffic controllers in Italy. *Conditions of Work Digest: Preventing Stress at Work*, Vol. 11. Geneva, International Labor Office, 1992, pp 172-183.
13. EHN: Social Factors, Work, Stress, and Cardiovascular Disease Prevention in the European Union. Brussels, European Heart Network, 1998.
14. EU: Report on Work-Related Stress. The Advisory Committee for Safety, Hygiene, and Health Protection at Work. Luxembourg, European Commission, 1997.
15. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Compensation for shift work. *Bulletin of European Shift work Topics*. No.4. 1991.
16. Gersuny C: Work hazards and industrial conflict. Hanover, New Hampshire, University of New England, 1981.
17. Grenier A: Cost and quality matters: Workplace innovations in the health care industry. Washington DC, Economic Policy Institute, 1995.
18. Gruelle M: California nurses win battle at Kaiser over health care. *Labor Notes*, May 1998.
19. Johnson JV, Hall EM: Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: Across-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 78: 1336-1342, 1998.
20. Kaminski M: Wayne integrated stamping and assembly plant, Ford Motor Co./UAW local 900. In Kaminski M, Bertell D, Moye M, Yudken J (eds): *Making Change Happen: Six Cases of Unions and Companies Transforming Their Workplace*. Washington DC, Work and Technology Institute, 1996, pp 25-44
21. Karasek R, Theorell T: *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York, Basic Books, 1990.
22. Kogi K: International regulations in the organization of shift Work. *Scand J Work Environ Health* 24 Supple 3:7-12, 1998.
23. Kourinka I, Forcier L: *Work-Related Musculoskeletal Disorders: A Reference Book for Prevention*. London, Taylor & Francis, 1995.
24. *Labor News for Working Families*. Vol. 6, issue 4, Fall 1998.
25. *Labor Notes*. January 3, 1995.
26. *Labor Notes*. November 1994.
27. *Labor Occupational Health Program: Collective Bargaining for Health and Safety: A Guidebook for Unions*. Berkeley, LOHP, University of California, 1999.
28. Landsbergis PA: Occupational stress among nurses: New developments in theory and prevention. In Humphrey (ed): *Human Stress: Current Selected Research*, Vol. 3. New York, AMC Press, 1989, pp 173-195.
29. Landsbergis PA, Cahill J: Labor union programs to reduce or prevent occupational stress in the United States. *Int J Health Serv* 24: 105-129, 1994.
30. Landsbergis PA, Cahill J, Schnall P: The impact of lean production and related new systems of work organization on worker health. *J Occup Health Psychol* 4:108-130, 1999.

31. Leino PI, Hanninen V: Psychosocial factors at work in relation to back and limb disorders. *Scand J Work Environ Health* 21: 34-142, 1995.
32. Levi L: Stress management and prevention on a European Community level: Potions and Obstacles. In Kenny D (ed): *Stress and Health - Research and Clinical Applications*. North Ryde, Australia, Fine Arts press, 1999, pp 279-294.
33. Loghman-Adham M: Renal effects of environmental and occupational lead exposure. *Environ Health Perspect* 105: 928-939, 1997.
34. Lowry LK: The biological index: Its use in assessing chemical exposures in the workplace. *Toxicology* 47: 55-69, 1987.
35. May L: Work and family committees . *Conditions of Work Digest: Preventing Stress at Work*, Vol. 11. Geneva, International Labor Office, 1992, pp 164-171.
36. Millon T: *Disorders of Personality*. New York City, Wiley Press, 1981.
37. Moon SD, Sauter SL: *Beyond Biomechanics: Psychosocial Aspects of Musculoskeletal Disorders in Office Work*. London, Taylor & Francis, 1996.
38. National Safety Council: ASC Z-365 Draft Ergonomic Standard, Section6, 1998.
39. National Safety Council: ASC Z-365 Draft Ergonomic Standard, Sections 1-4, 1997.
40. NIOSH: NIOSH Pocket Guide to Clinical Hazards. Pub. No. 94-116. Cincinnati, OH, U.S. Department of Health and Human Services, National Institute for Occupational Safety and Health, 1994.
41. North Carolina Department of Labor: Draft Section. 0600. Ergonomic Standard, <http://www.dol.state.nc.us/news/ergostd.htm>, 1999.
42. NYC unions win safety pact. *VDT News* 7: 5, 1990.
43. Office of Technology Assessment: *The Electronic Supervisor: New Technology, New Tensions*. OTA-CIT-333. Washington DC, U.S. Government Printing Office, 1987.
44. Omae K, Takebayashi T, Nomiya T, et al: Cross-sectional observation of the effects of carbon disulphide on arteriosclerosis in rayon manufacturing workers. *Occup Environ Med* 55, 1998.
45. OSHA: Draft Ergonomics Program Standard. *Occupational Safety and Health Reporter*, Vol. 28. Washington CD, Bureau of National Affairs, 1999.
46. OSHA: Draft Proposed Ergonomic Protection Standard. Special Supplement of the *Occupational Safety and Health Reporter*, Vol. 24. Washington DC, Bureau of National Affairs, 1995.
47. Paoli P: Second European Survey on Working Conditions 1996. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1997.
48. Paoli P: First European Survey on the Working Environment 1991-1992. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1992.
49. Ponack AM: Unionized professionals and the scope of bargaining: A study of nurses. *Ind Labor Rel Rev* 34: 396-407, 1981.
50. Richardson T: Reengineering the hospital: Patient-focused care. In Parker M, Slaughter J (eds): *Working Smart*. Detroit, Labor Education and Research Project, 1994. , pp 113-120.
51. Rosa R, Colligan M: Plain Language about Shift Work. Cincinnati, DHSS/NIOSH Pub. No. 97-145, 1997.

52. Russo R, Attorney at law, Former president of the California Applicant attorney's Association. Personal Communication, 1999.
53. Saksvik PO, Nytro K: Implementation of internal control of health, environment, and safety in Norwegian enterprises. *Safety Science* 23:53-61, 1996.
54. Sauler SL, Hurrell JJ Jr, Nurphy LR, Levi L: Psychosocial and Organizational Factors. Introduction, Chapter 34.2. *Encyclopaedia of Occupational Health and safety*. Geneva, International Labour Office, 1998.
55. Schnall PL, Landsbergis PA, Baker D: Job strain and cardiovascular disease. *Annu Rev Public Health* 15: 381-411, 1994.
56. Selye H: The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *J Clin Endocrinol* 6: 117, 1946.
57. Service Employees International Union: Stress: Contract Provisions. Washington DC, SEIU, 1983.
58. Service Employees International Union: Nurse Staffing Kit. Washington DC, SEIU, 1983.
59. Shimomitsu T: Occupational health and stress in Japan. *Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety* 6: 16-19, 1999.
60. Shimomitsu T, Levi L: Recent working life changes in Japan. *Eur J Public Health* 2: 76-86, 1992.
61. Shostak AB: Union efforts to relieve blue-collar stress. In Cooper CL, Smith MJ (eds): *Job Stress and Blue-Collar Work*. New York, Wiley, 1985, pp 195-205.
62. Siegrist J: Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol.* 2: 27-41, 1996.
63. Sinclair U: *The Jungle*. Bantam Classics, 1981.
64. Slaughter J: 'Partnership' takes a hit at Saturn. *Labor Notes*, April 1999.
65. State of California Department of Industrial Relations: *Physician's Guide to Medical Practice in the California Workers' Compensation System*, 2nd ed. Sacramento, California DIR, 1997.
66. State of Washington Department of Labor: *Fitting the Job to the Worker: An ergonomics program guideline*. <http://www.ergoweb.com/Pub/Info/Std/fjw.html>, 1995.
67. Tarpinian G, Tuminaro D, Shufro J: The politics of Workers' compensation in New York State. *New Solutions*, Summer: 35-45, 1997.
68. The Tokyo Declaration. *J Tokyo Med Univ* 56: 760-767, 1998.
69. *Time*: October 24, 1994.
70. Turner BJ: Getting to thigh performance workplaces. In aKaminski M, Bertell D, Moye M, Yudken J (eds): *Making Change Happen: Six Cases of Unions and Companies Transforming Their Workplaces*. Washington DC, Work and Technology Institute, 1996, pp 1-2.
71. U.S. Departments of Labor and Commerce: *Fact Finding Report. Commission on the Future of Worker-Management Relations*. Washington DC, U.S. Departments of Labor and Commerce, 1994.
72. Warren N: *The Organizational and Psychosocial Bases of Cumulative Trauma and*

- Stress Disorders. UMI Number 9726279. Lowell, University of Massachusetts, 1997.
73. Warren ND, Dillon CD, Morse T, et al: Biomechanical, psychosocial, and organizational risk Factors for WRMSD: Population-based estimates from the Connecticut Upper-Extremity Surveillance Project. (Revised and resubmitted to J Occup Health Psych, 2/99), 1999.
 74. WHO: Health Promotion in the Workplace. Strategy Options. European Occupational Health Series No. 10. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1995.
 75. Wunderlich GS, Sloan FA, Davis CK: Nursing staff in hospitals and nursing homes: Is it adequate? Washington DC, National Academy Press, 1996.
 76. Yale University & Local 34-Federation of University Employees: Agreement. New Haven, CT, 1998.

2 過重労働による健康障害に関する判例及び 再審査請求例データベースの作成

2 過重労働による健康障害に関する判例及び再審査請求例データベースの作成

川瀬洋平¹、高畑真司²、中尾智¹、堀江正知¹

¹産業医科大学産業生態科学研究所

²産業医科大学医学部学生

【要旨】

本研究は、過重労働による健康障害に関する過去の裁判判例および労災認定または公務災害認定を行政に求めた再審査請求例から事業場における労働者の健康管理に有用な情報を抽出・整理したデータベースを作成し、産業保健従事者が使用しやすい情報源とすることを目的とした。データベースの元となる判例等は、雑誌「労働判例」の創刊号（1967年3月号）から2005年12月号までを収録した「労働判例DVD」（発行：株式会社産労総合研究所、開発・提供：株式会社EOC）に収録されている判例等とした。「過重労働」「安全配慮義務」「健康障害」「産業医」あるいは「健康管理医」を検索語に用い、得られた判例等を、争点の種別によって損害賠償請求訴訟、労災認定訴訟または公務災害認定訴訟、再審査請求の3つに分類した。争点の種別によって、それぞれの判例等を事件名、判例のキーワード、裁判所と判決日、労働者の性・年齢、原告、被告、訴状、判決、争点、争点に対する判断、業務と疾病間の因果関係の有無、参考判例等について整理し、データベースを作成した。平成18年度は、データベースに必要な情報を収集し、イメージを作成し、平成19年度には、判例等の登録を随時追加し、集計、整理を行う予定である。

【背景】

近年、労働安全衛生法の改正や労災認定基準の改定などが行われ、労働者の過重労働による健康障害に対して、事業者の持つ責任の範囲が拡大している。たとえば、健康障害の原因が過重労働によるものであるとして行政に対して労災の認定を求める請求例が増加していることや、労働者やその遺族が疾病に罹患したのは事業者が必要な安全配慮義務を怠ったからであるとして事業者に対して損害賠償訴訟を起こして民事上の責任を追及することが珍しくなくなっていることなどは、事業者責任の拡大を示唆している。

このような情勢の中、事業場における産業保健活動の現場では、健康障害を回避しつつ事業者の安全配慮義務を遂行するための実際的で有用な手法が求められている。

【目的】

過重労働による健康障害に関する過去の裁判判例および労災認定または公務災害認定を行政に求めた再審査請求例（以下、判例等）から事業場における労働者の健康管理に有用な情報を抽出・整理したデータベースを作成する。これにより職場における過重労働対策に資することを研究目的とする。

【方法】

過重労働による健康障害に関する過去の判例等は、雑誌「労働判例」の創刊号（1967年3月号）から2005年12月号までを収録した「労働判例DVD」（発行：株式会社産労総合

研究所、開発・提供：株式会社 EOC）に収載されているすべての判例等から抽出した。

まず、DVD の検索機能を利用して検索を行った。検索語には、「過重労働」「安全配慮義務」「健康障害」「産業医」あるいは「健康管理医」を用いた。

次に、得られた判例等を、争点の種別によって損害賠償請求訴訟、労災認定訴訟または公務災害認定訴訟、再審査請求の 3 つに分類した。「損害賠償請求訴訟」は、業務と発症疾患の関連の有無のほか、原告の自己保健義務の遵守、被告の安全配慮義務の遵守が争点となった判例であり、「労災認定訴訟または公務災害認定訴訟」あるいは「再審査請求」は、業務と発症疾患の関連の有無のみに争点が絞られた判例あるいは請求例である。分類した判例等の内容は、産業保健従事者にとって実際の産業保健現場で活用しやすいデータベースとするため、図 1、2 のようなフローチャートに基づいて判例情報を整理した。データベースのイメージは、産業保健従事者が WEB 上で利用する場合を想定し、FileMaker Pro 7.0 を用いて作成した。その一例を、図 3～図 8 に示す。

損害賠償請求訴訟では、判例の基礎データとして、事件名、判例のキーワード、裁判所と判決日、労働者の性・年齢、過失相殺の割合（被告：労働者）、原告、被告、訴状、判決、争点、争点に対する判断、業務と疾病間の因果関係の有無、参考判例について整理した（図 5）。また、判例の詳細解説データとして、業務に関する情報（会社名・業種・主な業務内容）、疾患に関する情報（基礎疾患、発症疾患、疾患の転帰）、過重性の分類について整理した。さらに、相当因果関係の有無について記した上で、本判例で争点となっている事項の予見可能性と回避方法を原告、被告の双方の立場から整理し、業務と疾病の因果関係を判断する根拠として示した（図 6）。

労災認定訴訟または公務災害認定訴訟では、判例の基礎データとして、事件名、判例のキーワード、裁判所と判決日、労働者の性・年齢、原告、被告、訴状、判決、争点、争点に対する判断、業務と疾病間の因果関係の有無、参考判例について整理した（図 7）。また、判例の詳細解説データとして、業務に関する情報（会社名・業種・主な業務内容）、疾患に関する情報（基礎疾患、発症疾患、疾患の転帰）、過重性の分類について整理した。さらに、相当因果関係の有無について記した上で、基礎疾患の実態、基礎疾患と発症疾患との関連の判断、業務の実態、業務の過重性の判断、業務外の実態、業務外の発症疾患との関連の判断に分けて整理し、業務と疾病の因果関係を判断した根拠として示した（図 8）。

再審査請求でも、労災認定訴訟または公務災害認定訴訟と同様に整理した。