

＝ポスト冷戦研究会 2009 年 3 月シンポジウム：テーマ「世界経済危機と日本」＝

2009 年 3 月 28 日 於明治大学

### 第 3 報告：戦後日本の労働者状態の一断面～過度労働と過労死・過労自死の視角から～

中根康裕（(財)東京保健会）

## I 本報告の課題

### (1) 問題意識

\*戦後日本の過度労働は、過労死認定基準の到達点をみても、『資本論』で言う「労働力の濫用」の水準〔この点に照らせば“高度に発達した資本主義国日本”像は虚構〕。

\*戦後日本で過度労働状態が基調となる原因構造と画期を見定めるための準備的検討。

### (2) 問題の限定

\*過度労働状態の端的な表象である過労死・過労自死問題からの接近に限定。

\*戦後日本の過労死・過労自死問題の特質：①労働基準法など労働者保護法が存在し、②労働組合の全国組織が活動する中で、③組織労働者も含めて例外なく、恒常的に発生。

↓

【対比：マルクス『資本論』第 1 巻における「過度労働」の古典的規定】

\*過度労働の問題について「12 時間を超える労働は、労働者の健康をむしろむしばむ傾向があり、早い老化と早死をもたらし・・・家族は、家長による世話と扶養とを、もつとも必要としているときに奪われる」と告発した上で、工場法が勝ち取られ「標準労働日」が刻まれた歴史到達を踏まえ、過度労働について「労働者はしばしば、自分の個人的消費を単に生産過程に付随するものにするを余儀なくされる」が「こうしたことは、資本主義的生産過程にとっては本質的ではない濫用として現われる」と総括。

## II ポスト冷戦下における過労死・過労自死を巡る諸問題に関する若干の検討

### (1) 過労死・過労自死の労働災害申請・業務上認定件数の推移と画期

【表①「過労死・過労自死の業務上災害請求・認定件数推移表」】を参照されたい。

\*1982 年を概念的把握上の起点とし、1988 年以降は問題の存在が広く社会に認知されながら、その実態が隠蔽されてきた問題が数量的に顕在化。画期は 1999 年（過労自死）と 2001 年（過労死）の認定基準の改定。しかも、ポスト冷戦下のグローバリゼーションと IT 革命に促迫された新自由主義“構造改革”労働政策〔非正規労働者の大量創出と成果主義賃金の導入等〕・イデオロギー〔個人責任論の席捲と正規非正規労働者間の対立扇動等〕の下での矛盾が累加されて顕在化。現下の世界経済危機が当該問題に与える影響の重み。

〔1982 年－細川汀・上畑鉄之丞・田尻俊一郎『過労死』（労働経済社）発刊〕

〔1988 年－全国「過労死 110 番」実施〕

〔1999 年－「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」策定〕

〔2001 年－「(過労性)脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」改定〕

↓

\*行政の「過労死等事案」にあたる「過労性脳血管疾患及び虚血性心疾患等（含死亡）」の業務上災害請求件数は 2000 年度の 617 件から 2001 年の基準改定をへて 2002 年度の 819

件へ。約 1.3 倍の増加率。

\*行政の「精神障害等」にあたる「過労性うつ病等（含死亡）」の業務上災害請求件数は 1998 年度の 42 件から 1999 年の基準改定をへて 2000 年度の 212 件へ。約 5 倍の増加率。

↓

\*2007 年度「過労性脳血管疾患及び虚血性心疾患等（含死亡）」業務上災害請求件数は 931 件。2000 年度の 1.5 倍。「過労性うつ病等（含死亡）」の業務上災害請求件数は 952 件。1998 年度の 22.6 倍！〔新自由主義“構造改革”による労働者緩慢屠殺の例証。個人責任論席捲の下で労働者の連帯が断ち切れ、心の病での請求件数が特に激増〕

\*尚、上記「精神障害等」（「過労性うつ病等（含死亡）」）の業務上災害認定件数内に占める 39 歳以下労働者の割合は、2006 年度 49%、2007 年度 62%である。

## （2）過労死認定基準の変遷と到達点

【表②「行政による過労死認定基準の変遷表」】を参観されたい。

\*過労死認定基準の到達点：過度労働での労働者の緩慢屠殺発生を前提した上での最低限の事後対策（個別裁判での国側連敗に対応する最低範囲での改定）。

↓

\*1999 年「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」策定

→過労性うつ病等による自殺を「自傷行為」から外し、初めて労災対象の範囲内に。

\* 2001 年「（過労性）脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」改定

→長年拒否し続けてきた「長期間にわたる疲労の蓄積」を初めて認定の要素に加えた。

→しかし具体的内容は、発症前 6 ヶ月平均の所定時間外労働が月 45 時間以上になって初めて健康障害の危険性が徐々に高まり始め、発症前 2～6 ヶ月平均の所定時間外労働が月 80 時間以上または 1 ヶ月 100 時間以上にもなって初めて健康障害の危険性が高くなるとする低い内容。その運用は極めて硬直的（一例：“所定時間外労働 80 時間のカベ”問題）。

【例「村上優子過労死裁判」大阪高裁判決 2008 年 11 月確定—25 歳の死以来 7 年ぶり】

→所定時間外労働量は 50～60 時間。看護労働の交代制・精神的緊張等の労働の質的側面を加味して総合的に判断すべきと指摘。認定基準の硬直運用を批判。

↓

\*この改定の意義：過労死・過労自死の労働災害請求件数の激増を招来する形で、問題を数量的にも顕在化させる一定の役割。決して「労働日の制限」に結びつく改定ではない。

## （3）労働衛生論の最近の一潮流（新自由主義イデオロギーの一反映）に関する批判

\*労働衛生は「働く人の生命をまも（衛）る」研究分野。しかし近年、労働者の健康をもつばら個人の問題としてとりあげる傾向が労働衛生論内部で一潮流に。

↓

\*「各個人がこれらの要因＜グローバリゼーション下のストレス要因—筆者＞をどう自覚的に受け止め、積極的に対処できるかが“過労死”予防やストレス管理の中心課題」（山田誠二『労働時間』と健康管理』『産業医学レビュー』60 号、2003 年、15 頁）

\*「虚血性心疾患は、生活習慣病の代表とされるように、非職業性の種々のリスク要因がその発症に大きく関係」しており「日常生活におけるライフスタイルは、業務上のリスク

要因に比べ、かなり大」で「働く人々自身の自覚と自己責任による適切な受療が極めて重要」(和田攻「労働と心臓疾患」『産業医学レビュー』55号, 2002年, 201頁)

\*「わが国では“過労死”を含む疾病に対しては行政の認定基準は業務上とする事例に絞りをかけようとしてきた」が「裁判所は、個別立証により寛容で、“明らかに業務による”という規定にもかかわらず、業務起因性を緩やかに認めるものが少なくないことが、わが国の特徴」(同上, 209頁)

\*「強制されて過度に労働することもあるだろうが、それ以上に日本人は自発的に、率先して、労働のなかにのめり込むことのなかに、一種の人生観上の美意識を感じ、満足」(今村仁司「日本人の労働観」『産業衛生学雑誌』47巻臨時増刊号, 2005年, 145頁)

↓

\*これら議論の特徴：①過度労働の危険より生活習慣の危険という個人責任が大。②過度労働も本人が“自発的”に行う限り個人責任。③資本への労働の従属という関係性を見ない→新自由主義の労働衛生論への一反映に見える。過労死・過労自死の根絶に対して無力。

(この論点に関しては、拙稿「戦後日本の過度労働と批判経済学・社会医学の連携に関する一試論」『経済科学通信』119号, 2009年, の参観を併せ乞いたい)。

(補)「戦後重化学工業段階」のイデオロギー・労働組合現場組織の職場規制 (文献抜粋)

\*戦後重化学工業段階成立以前の職場規制:「日産が<朝鮮戦争-報告者注>特需の受注にあたって実行した対策,それは何よりも労務体制上の措置」であり,中でも「正しく残業こそは・・労務体制上の全問題の集約点」であったが,対峙する「全自日産分会の職場組織は・・『日常の生産と労働』に関し,強力な発言権を行使・・。とりわけ残業,応援,配転,要員等に関しては交渉事項・・。職場組織を通さずには『日常の生産と労働』の何事も決まらない」力量を具備していた。(上井喜彦「全自日産分会の職場闘争」埼玉大学『社会科学論集』通巻第51号,1983年,56~57,81~82頁)<本論稿の意義を教示された原伸氏に謝意を表する>

\*戦後重化学工業段階展開以降の職場規制喪失:「労働組合の多くは企業別組合として・・時短よりも雇用の確保と賃上げを優先」し,「時短は職場の労働編成と無関係に実現することはできないが,時短の前提条件をなす要員の決定や人員の確保に関しては労働組合の多くはほとんど発言力をもっていない」。(森岡孝二他編『脱「サービス残業」社会』1993年,労働旬報社,森岡執筆章61~62頁)

\*戦後重化学工業段階のイデオロギー:「中国では,『忠』とは心の中の声のことであり,自分の良心に忠実であること,すなわち誠実であることを意味する,とされている。これに対し,日本では『忠』とは君主に対する忠誠心であると解釈されている」この「日本的に解釈された『忠』は・・企業社会でも重要な徳目として強調された。会社に対する忠誠,上司に対する忠誠は当然のことである,という風潮は,日本的儒教の『忠』の精神によって醸成されている」(徳永芳郎「働き過ぎと健康障害」『経済分析』第133号,1994年,78頁)

\*「『作為〔創出〕された』伝統」(ANDREW E. BARSHAY『近代日本の社会科学』山田鋭夫訳2007年,NTT出版,302頁)という問題。

### Ⅲ 小括《過労死・過労自死の原因構造（戦後日本資本主義再生産構造との連繫）》

\*過労死・過労自死 ← 過労性疾患 ← 過度労働

↑「“残業（所定時間外労働）”規制」「定員規制」を軸とする職場規制不在

\*労働組合の現場労働組合組織による職場規制力の消失〔ME化・労働“柔構造”化〕

↑企業別前提の賃闘「春闘」基軸へ（“高度成長”終焉と共に連敗へ反転）

\*企業別労働組合への労働者封鎖〔階級形成の阻害〕

↑「総評」尖鋭部分の企業別脱皮志向の闘争を圧伏（1950年代前半, 攻防の頂点）

\*戦後日本資本主義の野蛮性〔国内消費に基盤を置く蓄積を志向できない脆弱性と一体〕

\*過度労働と過労死・過労自死問題は「労資関係の基本単位が産業次元にある欧州の段階の以前にとどまり、企業次元にあり続け」「賃金－労働諸条件を規制する全国的横断基準が存在せず」「個別企業の内部でもっぱら編成される企業内専決－企業別労組」という「戦後過程で形成、固定化された労資関係制度」（鈴木富久「階級・市民社会・日本の労資」『経済科学通信』108号, 2005年, 39頁）に根ざす労働の構造問題。

↓

\*古典的労働組合論の「想定外」としての企業別労働組合：「マルクスは、労働者間の不可避的な競争が『労働者たちの不団結』を生む、そうした競争を排除あるいは制限することをめざして労働組合が生まれてきたと指摘している。企業別組合は・・・各企業・資本の経営秩序の下に包摂された『労働組合』である。こうした組織形態では労働者間の競争を排除することはできない。・・・マルクスとエンゲルスの労働組合論においては、企業別組合は想定外である」（宮前忠夫『新訳・新解説 マルクスとエンゲルスの労働組合論』2007年, 共同企画ヴォーロ, 217～218頁）

\*「名ばかり企業別労組」が訴訟を起こされた事例：「過労死遺族が労組に法的措置を取るのには極めて異例だ。・・・『夫を冒瀆された』と・・・憤りを隠さない。同労組くすかいらーく労働組合－報告者注>の・・・委員長が雑誌やインターネットで公表したものだ。『・・・本当にできる店長、つまり強い店長は・・・休みを取れる』。組合員が過労死で亡くなったことに対し・・・委員長が『もっと強い店長になれ』と組合員に迫っている」（過労死をなくそう！龍基金編『名ばかり店長「名ばかり労組」じゃたまらない』2008年, 同時代社, 31頁）

\*労働協約適用率の低位と企業別労働組合：「賃金や労働条件という働くものにとっては重要なことがらがある種の“私的な”世界に閉じ込められており、社会的なことがらになっていない」（田端博邦『グローバリゼーションと労働世界の変容』2007年, 旬報社, 260頁）

↓

\*日本独占資本が“日本的労資関係”の他の全てを捨てても「企業内労使関係が安定経営に果たしてきた貢献はきわめて大きい」として「企業内労使関係の堅持」（日本経済団体連合会『経営労働政策委員会報告 2008年版』日本経団連出版, 28頁）だけは譲らない意味。

\*過度労働を基調として再生産されている戦後日本資本主義は“規模は巨大”でも“底の浅い”資本主義。高度に発達した資本主義とは言い難い。資本主義の発達度をとらえる際には、当該資本主義が労働者の知的精神的な発達（過度労働からの解放）をどの程度許容し得ているのかという質の観点抜きには考えられない。以上

【戦後日本の労働者状態の一断面～過度労働と過労死・過労自死の視角から～】

第2表 行政による過労死認定基準の変遷表

認定基準の変遷	認定基準の特徴	認定基準の柱
1961年	「災害」主義	A「発症直前の異常な出来事」の有無 ①評価期間「発症直前から前日まで」 ②評価の柱「発生状態を時間的および場所的に明確にし得る異常な出来事に遭遇したこと」
↓		
1987年	「過重負荷」主義	上記Aに加え下記を付加 B「発症に近接した短期間」の「過重業務」の有無 ①評価期間「発症前おおむね1週間」 ②評価の柱「発症に近接した時期において、特に過重な業務に就労したこと」
↓		
1995-96年	「過重負荷」主義の限定修正	上記B①の解釈を限定修正 ①評価期間「発症前おおむね1週間」の解釈に「幅」をもたせる
↓		
2001年	「蓄積疲労」と「過重負荷」の並存主義	上記A、Bに加え下記を付加 C「発症前の長期間」の「過重業務」の有無 ①評価期間「発症前おおむね6ヶ月間」 ②評価の柱「発症前の長期間にわたって、著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務に就労したこと」

(注)

上畑鉄之丞「過労死問題のこれから」(第15回「勤労感謝の日を前に過労死を考えるつどい」記念講演資料2002年11月22日)の図示等に依拠し報告者作成。

[備考]

[1] A②において、「異常な出来事」の具体的水準は「重大な人身事故や重大事故に直接関与し」著しい身体的、精神的負荷のかかる救助活動や事故処理に携わった」り、「暑熱な作業環境下で水分補給が著しく阻害される状態」に置かれたり、「特に温度差のある場所への頻回な出入り」を行ったこと等を目安として運用されている。

[2] B②において、「発症に近接した時期」の「特に過重な業務」の具体的水準は「直前1週間、毎日16時間以上勤務」を目安として運用されている(巻間から「認定しないための基準」なる批判を招来している所以)。

[3] C②において、「発症前の長期間」の「著しい疲労の蓄積」の具体的水準は「発症前6ヶ月平均の所定時間外労働が月45時間以上」になると「健康障害の危険性が徐々に高まり」、「発症前2～6ヶ月平均の所定時間外労働が月80時間以上または1ヶ月100時間以上」になると「健康障害の危険性は高くなる」として運用されている。

【戦後日本の労働者状態の一断面～過度労働と過労死・過労自死の視角から～】

第1表 過労死・過労自死の業務上災害請求・認定件数推移表

過労性疾患名 年度	脳血管疾患・虚血性心疾患等(非負傷性)①		(内死亡)		精神障害等②		(内自殺(含未遂))		合計	
	請求件数④	認定件数③	請求件数	認定件数	請求件数	認定件数	請求件数	認定件数	請求件数	認定件数
1986⑤	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1987	-	21	-	-	-	-	-	-	-	21
1988	-	29	-	-	8	0	4	0	-	29
1989	-	30	-	-	2	1	2	1	-	31
1990	-	33	-	-	3	1	1	1	-	34
1991	-	34	-	-	2	0	0	0	-	34
1992	-	18	-	-	2	2	1	1	-	20
1993	-	31	-	-	7	0	3	0	-	31
1994	-	32	-	-	13	0	5	0	-	32
1995	-	76	-	-	13	1	10	0	-	77
1996	-	78	-	-	18	2	11	1	-	80
1997	539	73	-	47	41	2	30	2	580	75
1998	466	90	-	49	42	4	29	3	508	94
1999 [1]	493	81	-	48	155	14	93	11	648	95
2000	617	85	-	45	212	36	100	19	829	121
2001 [2]	690	143	-	58	265	70	92	31	955	213
2002	819	317	-	355	341	100	112	43	1,160	417
2003	742	314	-	319	447	108	122	40	1,189	422
2004	816	294	-	335	524	130	121	45	1,340	424
2005	869	330	-	336	656	127	147	42	1,525	457
2006	938	355	-	315	819	355	176	66	1,757	560
2007	931	392	-	318	952	268	164	81	1,883	660

原資料出所  
参考文献

厚生労働省労働基準局労働部補償課の公表資料

- (1)徳永芳郎「働き過ぎと健康障害」(経済企画庁経済研究所「経済分析」133号, 1994年)
- (2)上畑敏之丞「過労死の労災認定基準改定と予防策」(『公衆衛生』66巻11号, 2002年)
- (3)『労働と医学』編集部編「安全衛生活動で活用できる労働統計の健康実態調査と労災関連資料」(東京社会医学研究センター『労働と医学』80号, 2004年)
- (4)東京社会医学研究センター「働くものの健康」322号(2007年7月)・同左335号(2008年8月)

- (注)
- ① 労働基準法施行規則35条「別表」第1の2第9号「その他業務」に起因することの明らかない疾病」に係る脳血管疾患・虚血性心疾患等(「過労死」等事案)について集計したもの。
  - ② 労働基準法施行規則35条「別表」第1の2第9号「その他業務」に起因することの明らかない疾病」に係る精神障害等について集計したもの。
  - ③ 各年度の認定件数は、当該年度に請求された事案に限るものではない。
  - ④ 脳血管疾患・虚血性心疾患等の1996年度以前の請求件数は、同上「別表」中の第1号「負傷」に起因する疾病」に係る脳血管疾患・虚血性心疾患等を含むため、実数は不明である。
  - ⑤ 脳血管疾患・虚血性心疾患等の労災補償状況に関する1986年度以前の公表数値は無い。

(備考)

- (1) 厚生労働省は「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」を1999年9月14日付で初策定し、「自殺の取扱い」において、初めてうつ病や重度ストレス反応等の精神障害では、病態として自殺念慮が出現する蓋然性が高いとして「業務による心理的負荷によるこれらの精神障害が発病」と認められる者が自殺を図った場合」は「業務起因性を認める」とする判断指針を示した。
- (2) 厚生労働省は「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」を2001年12月12日付で改定、「長期にわたる疲労の蓄積も考慮する」とした。具体的には、発症前6ヶ月平均の所定時間外労働が月45時間以上となる健康障害の危険性は徐々に高まり、発症前2～6ヶ月平均の所定時間外労働が月80時間以上または1ヶ月100時間以上になると健康障害の危険性は高くなる、とする認定基準を示した。

第1表への参考表 過労死問題と企業別労働組合  
下記、原資料出所による労災補償相談142件の内訳

当該職場の労働組合の有無	有る	無い	不明	労災補償の認定に係る当該職場労働組合の考え方		労災認知	労災否認	不明
				比率(%)	比率(%)			
	31	38	73	51%	27%	16%	10%	74%

原資料出所  
参考文献  
【備考】

過労死弁護団全国連絡会議「労災補償相談」(1992年6月20日実施分) 上1表の参考文献(1)は「過労死問題について労働組合は頼りて無力」であり「企業別組合の限界が露呈されている」と記述している。

第1表への附表 過労死・過労自死の業務上災害請求件数増加率・認定率推移表

過労性疾患名 年度	脳血管疾患・虚血性心疾患等(非負傷性)		精神障害等		合計	
	請求増率	認定率	請求増率	認定率	請求増率	認定率
1997	87.4%	13.5%	97.6%	4.9%	100.0%	12.9%
1998	75.5%	19.3%	100.0%	9.5%	87.6%	18.5%
1999	79.9%	16.4%	369.0%	9.0%	111.7%	14.7%
2000	100.0%	13.8%	504.8%	17.0%	142.9%	14.6%
2001	111.8%	20.7%	631.0%	26.4%	164.7%	22.3%
2002	132.7%	38.7%	811.9%	29.3%	200.0%	35.9%
2003	120.3%	42.3%	1064.3%	24.2%	205.0%	35.5%
2004	132.3%	36.0%	1247.6%	24.8%	231.0%	31.6%
2005	140.8%	38.0%	1561.9%	19.4%	262.9%	30.0%
2006	152.0%	37.8%	1950.0%	25.0%	302.9%	31.9%
2007	150.9%	42.1%	2266.7%	28.2%	324.7%	35.1%

原資料出所

第1表と同じ。

- (注)
- ① 請求件数増加率は、「脳血管疾患・虚血性心疾患等(非負傷性)」は2000年度、「精神障害等」は1998年度を各々基準年とし、各年度請求件数を基準年度請求件数で除した。
  - ② 認定率は各年度認定件数を同年度請求件数で除した。

(備考)

- (1) 基準年度は、「精神障害等」判断指針策定(1999年)、「脳血管疾患・虚血性心疾患等」認定基準改定(2001年)の各前年度。認定率の推移からは、請求総件数の三分の一程度を認定件数の「上限」とする行政意思の存在が疑われざるを得ない。