

労災補償制度に関する一考察

——イギリス労災補償制度改革に関連して——

上 田 達 子

目次

- 一 はじめに
- 二 日本の労災補償制度の現状と課題
- 三 イギリス労災補償制度改革について
- 四 おわりに

一 はじめに

日本において労働災害（業務上災害）の被災者もしくははその遺族に対して使用者の故意・過失の有無を問わずに一定の補償をなす労災補償制度は、一八九〇年鉱業条例、一九一一年工場法等にもとづき恩恵的あるいは救済的な施策として行われた扶助制度にはじまり、第二次世界大戦後は一九四七年労働基準法（労基法）及び同年労働者災害補償保険法（労災保険法）に規定され発展している。⁽¹⁾ 労災保険法は、制定当初労基法の使用者の災害補償責任を保険化し

たものと考えられていたが、一九六〇年以降の数次にわたる改正により労基法の補償内容を上回るようになり、現在では労災補償の大部分の機能を担っていると指摘されるようになって⁽²⁾いる。すなわち、労災保険法は、適用範囲の拡大⁽³⁾（全面適用、特別加入制度の導入⁽⁴⁾）、保険事故の拡大⁽⁵⁾（通勤災害保護制度の創設）、給付内容の改善⁽⁶⁾（年金化等）、労働福祉事業の拡大⁽⁷⁾により、いわゆる「労災保険の一人歩き」と呼ばれることになる。こうした現象を背景に、労災保険は労働保険（被用者保険）ではなく社会保障化している、あるいは社会保障化すべきといった見解が登場し、労災補償（保険）の本質（性格）をめぐって学説が展開された⁽⁸⁾（社会保障化論争）。学説を大別すると、補償範囲・形態・内容、国庫負担の導入など国の積極的関与がみられることから労災保険法は生活保障原理を採り入れ社会保障化しているとする見解⁽⁹⁾（社会保障化説、生活保障説）、労災保険法は使用者責任を集団化することによって被災労働者の被った人身損害のより完全な填補を実現し被災者の生活確保を図るものとする見解⁽¹⁰⁾（集団的責任説、損害填補説）、労災保険法は災害補償の責任保険としての性格と国による社会保障としての性格と重疊的に有しているか、あるいは労働法（損害填補）と社会保障法（生活保障）の両方の性質を有しているとする見解⁽¹¹⁾（重疊領域説、折衷説⁽¹²⁾）の三説が主張された。こうした議論につき、労災補償が社会保障化したか否かが問題とされたにもかかわらず、社会保障とは何かという根本的な議論が十分なされなかつたため議論の進展がみられなかつたと指摘する見解⁽¹³⁾や、労災保険が「社会保障化」より適切には社会保障化⁽¹⁴⁾（ただし、労災保険は給付の優位性と使用者の財政負担を特徴とする）していること自体はいずれの学説もほぼ一致して認めているといつてよいと指摘する見解もみられる。

一方、日本では就業形態の多様化に伴い労災保険の対象となる「労働者性」の問題が生じるとともに、過労死・過

労自殺、ストレス性の疾患に対する補償が問題となっている。こうした傾向に対して、労災保険法制度を廃止してはどうか、といった制度改革案も労働法学者のほか経済学者からも出されている。たとえば、労災保険について社会保障化説を主張される労働法学者は、一般的社会保障法上の各社会保険の水準が現在の労災保険の水準に到達することを条件として、①労災保険法は廃止する、②労基法上の使用者の災害補償は、使用者に故意または重大な過失がある場合に限定する（この場合の補償は、国民年金、厚生年金その他の一般的社会保障法の給付とは調整しない）、③民法上の不法行為による損害賠償請求は労働災害には認めない、④健康保険法は業務上・外の傷病を対象とする、⑤労働災害補償についての社会保障給付（健康保険、国民年金、厚生年金など）の費用は、一部国庫負担としつつ残りの金額は使用者負担とする、といった内容の改革を提唱される⁽¹⁵⁾。これに対してある経済学者は、①労災保険法は廃止する、②労基法上の使用者の災害補償は、使用者に故意または重大な過失がある場合に限定する（この場合の補償は、国民年金、厚生年金その他の一般的社会保障法の給付とは調整しない）、③健康保険法は業務上・外の傷病を対象とすること、④労災給付のための費用は労使双方が折半する、⑤普遍性の原則を保つため、国家公務員、地方公務員についても同一の制度のなかに取り込むこと、を提案される⁽¹⁶⁾。

もっとも、こうした労災保険法を社会保障体系に発展解消する見解については、労働法学の立場からは少数説であると思われる⁽¹⁷⁾。その理由として、たとえば、労災保険では災害の発生に最も大きな支配力のある使用者（最適損害回避者）に費用負担を求め、事故抑制のインセンティブを図ってきたのに対し、社会保障によって災害補償が国の責任となればこの抑制メカニズムが働かず制度として適当でないからである⁽¹⁸⁾。なお、①新たな災害の登場によって、現在

の災害補償の基本的枠組である業務上外の区別が技術上不可能となったとき、②災害の社会化現象が進み、使用者責任の基準である業務上外の区別が意味を有しなくなったとき、③産業危険以外の種々の社会的危険が一般化し、人々の意識が変化して労働災害だけの特別扱いが国民の正義感に反し、公正さを損なうようになったときは、使用者に最
適損害回避者の原則が成り立たず社会保障化論も合理性を有しようが、日本の現状はこのような状態になっていない
ことを指摘される⁽¹⁹⁾。

このように労災保険制度が社会保障体系に発展解消するか否かを含め、制度のあり方が議論されている日本とは逆に、イギリスでは労災保険給付が次々と廃止され制度自体が社会保障体系に次第に包摂されてきたが、現在では主として社会保障費用を抑制するために使用者の費用負担にもとづき労災補償より予防及びリハビリテーションの実施に重点をおく制度改革が進められようとしている。すなわち、イギリスでは労災予防及びリハビリテーションを促進するため使用者の無過失責任にもとづく労災保険制度の導入も選択肢の一つとして検討されている。そこで、本稿では日本の労災補償（保険）制度のあり方を検討する際に参考になると思われるイギリスの改革案を取り上げ、若干の考察を行いたいと思う。その前に、日本における労災補償制度の現状と課題について簡単に整理しておこう。

- (1) 労災補償制度の沿革については、労働省労働基準局労災管理課編「四訂新版 労働者災害補償保険法」二七頁以下（労働行政研究所、一九九七年）、労働省労働基準局編『労災保険 業務災害及び通勤災害認定の理論と実際 上巻』三三頁以下（労働行政研究所、一九九七年）、厚生労働省労働基準局『平成二二年度 労働災害補償保険事業年報』一頁以下（二〇〇二年）参照。

- (2) 菅野和夫『労働法 第五版補正二版』三五二頁以下(弘文堂、二〇〇一年)、安枝英紳・西村健一郎『労働法 第七版』一七三頁以下(有斐閣、二〇〇二年)等。
- (3) 労働者を使用する全事業に労災保険を強制適用する。ただし、労働者四人以下の個人経営の農業・水産業などについては暫定任意適用事業とされる。
- (4) 中小事業主及び家族従業者、一人親方及び家族従業者、家内労働者や介護作業従事者(ホームヘルパー)など特定事業従事者、海外派遣者に対して特別加入を認めている(労災保険法三三条)。
- (5) 通勤災害保護制度は一九七三年二月一日より施行された。
- (6) 一級〜七級の障害補償給付・遺族補償給付の年金化、傷病補償年金の新設、給付基礎日額の最低保障の設定、労働福祉事業における介護料に代替する介護補償給付の支給、二次健康診断等給付の創設(二〇〇一年から過労死予防のため二次健康診断費用(全額)が支給されることになった)などがある。
- (7) 労災保険法は業務上災害及び通勤災害に対する保険給付を行うとともに、「(被災)労働者の社会復帰の促進、当該労働者及びその遺族の援護、適正な労働条件の確保等を図り、もって労働者の福祉の増進に寄与すること(労働福祉事業)」を目的としており(労災保険法二条の二)、労働福祉事業として、リハビリテーション事業や特別支給金制度が実施されている。
- (8) 保原喜志夫「労災補償責任の法的性格」日本労働法学会編『現代労働法講座第一二巻 労働災害・安全衛生』二七七―二八六頁(総合労働研究所、一九八三年)、山口浩一郎「労災保険と労働基準法」佐口卓編『社会保険の構造と課題』二四四―二四八頁(財団法人社会保険福祉協会、一九八四年)(なお、同論文は山口浩一郎『労災補償の諸問題』(有斐閣、二〇〇二年)二頁以下に収録されている)、水野勝「労災補償制度の理論的課題―補償と予防の統一の把握の視点から」日本労働法学会誌七六号九―二〇頁(一九九〇年)、岩村正彦「労災保険政策の課題」日本労働法学会編『講座二二世紀の労働法 健康・安全と家庭生活』二二―二五頁(有斐閣、二〇〇〇年)等参照。なお、学説を分類整理した文献として、小畑史子「文献研究(15)労災補償」季刊労働法一七七号一九頁以下(一九九五年)参照。

- (9) 高藤昭「労災保険における社会保障原理―個別的使用者責任における原理との対比において」社会労働研究一七卷一・二一
号一頁以下（一九七一年）、同「労災保険の社会保障化上の基本的問題」社会労働研究二〇卷一号二一頁以下（一九七四
年）、同「労災補償の社会保障化」恒藤武二編『論争労働法』二九四頁以下（一九七八年）、同「労災補償法制の将来展望」
季刊労働法一五八号三五頁以下（一九九一年）。なお、生活保障説を主張される荒木教授は、高藤教授とは異なり、労災保
険法の社会保障化ないし社会保障への接近は認められるが、災害補償を社会保障体系へ発展的統合することについては否定
される（たとえば、荒木誠之『労災補償法の研究―法理と制度の展開』二五一頁以下（総合労働研究所、一九八一年
等）。
- (10) 西村健一郎「労災保険の『社会保障化』と労災補償・民事責任」日本労働法学会誌四〇号四七頁（一九七二年）、同「労
災補償の社会保障化」恒藤武二編『論争労働法』三二五頁以下（一九七八年）。
- (11) 桑原教授は重畳領域説を主張される（桑原昌宏「災害補償法論」『労働法の基本問題（沼田稻次郎先生還暦記念・下巻）』
五五九―六〇一頁（総合労働研究所、一九七四年）。
- (12) 折衷説については、保原・前掲注（8）論文二八六頁。
- (13) 小畑・前掲注（8）文献研究一二二頁。
- (14) 岩村・前掲注（8）論文二三頁。
- (15) 高藤昭『社会保障法の基本原理と構造』一五六―一五七頁（財団法人法政大学出版局、一九九四年）。
- (16) 太田聰一「労災保険の課題―経済学の視点から―」猪木武徳・大竹文雄『雇用政策の経済分析』三二八―三二九頁（東京
大学出版会、二〇〇一年）。
- (17) 社会保障化説以外の学説は、労災保険制度が制度的に社会保障体系に統合されることについては否定的ないしは時期尚早
との見解を示している（岩村・前掲注（8）論文二四頁参照）。
- (18) 山口・前掲注（8）論文二五二頁（一八頁）。
- (19) 保原・前掲注（8）論文二八〇―二八一頁は人身損害補償法の側面から労災補償法論を検討している。山口・前掲（8）

論文二五二頁(一八頁)。

二 日本¹の労災補償制度の現状と課題

日本においては労災補償制度として労基法上の災害補償と労災保険法にもとづく保険給付がある。前者は使用者の無過失責任、定率補償、行政官庁の指導と罰則による補償の履行確保を特色としており、後者については使用者の災害補償責任の責任保険(労基法八四条一項)であるとともに、前述したように補償給付の年金化、特別加入制度の創設、通勤災害に対する保護制度の導入など労基法上の補償を上回る補償が行われるようになってきている。そこで、以下では労災保険法を念頭に記述することにした。まず、労災保険制度の概要について述べた上で、労災保険制度のあり方を検討すべき契機となっている就業形態の多様化と「労働者性」の問題、過労死・過労自殺事案を取り上げ、さらに労災予防(防止)、リハビリテーションについても紹介することにした。

1 労災保険制度の概要

労災保険は政府管掌の強制適用保険であり、業務上の事由もしくは通勤による労働者の傷病等に対して保険給付を行い、被災労働者の社会復帰の促進など労働福祉事業を行う。労災保険の費用は事業主の保険料と国庫からの一部補助により賄われており、給付内容としては業務災害に関する保険給付(療養補償、休業補償、障害補償、遺族補償、葬祭料、傷病補償年金、介護補償に対する給付)、通勤災害に関する保険給付(療養、休業、障害、遺族、葬祭、傷

病年金、介護に対する給付)がある。労災保険給付については、被災労働者またはその遺族が所管の労働基準監督署長に対して請求し、業務上の傷病等と認定された場合に支給されることになる。ただし、業務上外を判断する基準については法律に規定されていないため法解釈によって「業務上」概念の具体的な意味内容を確定しなければならぬ。なお、行政解釈によれば、「業務上」とは「業務起因性」を意味し、「業務起因性」の「第一次的判断基準」が「業務遂行性(労働者が事業主の支配・管理下にあること)」であると考えられ、「業務または業務行為を含めて」労働者が労働契約にもとづき事業主の支配下にあること」に伴う危険が現実化したものと経験則上認められること」を(20)と解している。

2 労災保険法上の「労働者」概念⁽²¹⁾

労災保険の適用を受けるには、特別加入制度の場合を除き原則として「労働者」でなければならない。労災保険法の「労働者」については定義規定がないため法解釈によるほかないが、行政解釈、学説の通説的見解及び裁判例はいずれも労基法上の「労働者」と同一のものと解している。⁽²²⁾ 労基法上の労働者は、同法の適用を受ける事業に使用され賃金を支払われる者(労基法九条)と定義されることから、「労働者性」の有無の判断基準として指揮監督下の労働であること、労務に対する報酬であることが必要であると考えられている。ところではたとえば、傭者運転手(車持込み運転手)のように車を所有しているが、業務遂行の方法などが発注者の指揮命令に従うといった事実関係がある場合、果たして労基法及び労災保険法にいう労働者性が認められるか否かが問題となる。こうした傭者運転手(車持込

み運転手）、最近では映画カメラマン等のように判断の難しいケースについては、雇用契約、請負契約といった形式的な契約形式にかかわらず、労務提供の形態や報酬の労務対償性及び関連する諸要素を勘案して総合的に判断する必要があるとして、労働基準法研究会が具体的判断基準を示している。⁽²³⁾ すなわち、①指揮監督関係の有無（仕事の依頼・指示に対する諾否の事由の有無、業務遂行上の具体的指揮命令の有無、勤務場所・時間の拘束性の有無、労務提供の代替性の有無など）、②報酬の労務対償性、補強要素として③事業者性の有無、専属性の程度等をも勘案して総合的に判断すべきとしている。このようにケースバイケースにより相対的に「労働者性」を判断する方法に対して、就労形態の多様化などにより在宅勤務者ほかグレーゾーンにある労務供給者が増加しているため労働者性の判断が困難になることが予想されており、「労働者性」の判断方法、ひいては労災保険制度をあり方が議論になっている。すなわち、そのようなグレーゾーンにある労務供給者について特別加入制度の拡張ないしは類似の制度を創設して労災保険の適用を認めればどうかといった見解がみられる一方で、労働者性判断については現実の就業実態から客観的に行われているが、そのことが当事者双方に適切な法的効果を生まない場合に、労働者性の判断において当事者意思を尊重すべき場合がないかどうか検討の必要性が生じているとも指摘される。⁽²⁴⁾ そのほかボランティアに対する労災保険の適用の有無についても問題提起がなされている。⁽²⁵⁾

以上のような労災保険制度の適用範囲の拡張を志向する方向性は、労災保険法と労基法との乖離をますます深め、労災保険の性格が問われることになる。労基法の災害補償をなくせばどうかといった見解⁽²⁶⁾もみられるところであるが、従来の労災補償（保険）の特色と考えられた給付の優位性と使用者の財政負担をどのように考えるのか、さらに

保険の適用範囲、特に特別加入制度に加入していない自営業者との関係についても検討が必要となろう。

3 過労死・過労自殺事案をめぐる問題

過労死とは「過重な業務」によって脳血管疾患及び虚血性心疾患死にいたる場合をいい、過労自殺とは「過重な業務」によって精神障害（うつ病）に陥り自殺にいたる場合をいうが、まず過労死に関する脳血管疾患及び虚血性心疾患についてみてみよう。脳血管疾患及び虚血性心疾患（脳出血・脳梗塞、心筋梗塞）などの労働関連疾病（作業関連疾病⁽²⁷⁾）については、業務上の要因のほかに素因、基礎疾患、既存疾病が存在するため業務起因性の判断が困難となるが、脳血管疾患及び虚血性心疾患は労基法施行規則別表第一の二第九号の「業務に起因することの明らかな疾病」に該当するものとして、労働者が業務起因性を立証した場合に補償の対象となる。裁判例及び学説によれば、当該疾病が加齢や一般生活等における要因により自然的経過の中で基礎疾患が憎悪し発症したのではなく、業務が基礎疾患を自然的経過を超えて増悪させ発症したことが必要と解されている⁽²⁸⁾。一方、行政は業務起因性（業務上⁽²⁹⁾）を認定基準に⁽³⁰⁾もとづき判断するが、二〇〇〇年七月一七日、最高裁が自動車運転手の脳血管疾患の業務上外認定事件において不支給とした原処分を否定する判断を下したことに伴い、従来の業務上の認定基準を拡大する新認定基準⁽³¹⁾が示された。しかしながら裁判所の業務上判断と比較すれば依然として厳格なものとなっている、と指摘される⁽³²⁾。

次に過労自殺に関しては、心理的負荷（ストレス）による精神障害についても認定基準⁽³³⁾が示され、精神障害による自殺の取扱い⁽³⁴⁾が明確にされた。これら判断指針及び自殺の取扱いに関する行政通達は、精神障害の労災認定の手續を客

観化して合理化するとともに、自殺をめぐる事案の業務上の認定基準を大幅に拡大したものと評価されている。⁽³⁵⁾

また、最近の裁判例の傾向として、業務が通常業務に比し特に過重なものではなく発症した疾病に業務起因性が認められない場合であっても、発症後やむをえず業務に従事していたことにより治療機会を喪失したことは業務に内在する危険が現実化したものとして、業務上と判断されるケースが登場している。⁽³⁶⁾ こうした傾向は従来の労災保険法の適用範囲を拡張するものといえよう。⁽³⁷⁾

そのほか業務上外認定が問題となった事案ではないが、裁量労働制で長時間労働により過労死したとして損害賠償請求がなされた事案⁽³⁸⁾によれば、使用者に課される安全配慮義務の内容として、適正労働条件措置義務（すべての労働者に対して、労働時間、休憩、休日などについて適切な労働条件を確保する義務）、健康管理義務（労働者に対して、健康診断を実施し、労働者の健康状態を把握・管理する業務）、適正労働配置義務（当該労働者の個別的事情（年齢、健康状態など）に応じて労働量を軽減したり就労場所を変更するなど適正な措置をなす義務）が想定されるようになっており、特に適正労働配置義務については労働者のプライバシーの問題とも関係し使用者の慎重な対応が求められるものとなっている。⁽³⁹⁾

このように、従来には問題とならなかった過労死・過労自殺問題が、日本経済の不況によるリストラの問題、就業形態の変化、認定基準の緩和によりクローズアップされてきているといえる。こうした労災（過労死・過労自殺）を予防するために健康診断とその結果に基づく就業上の措置に関する規定がおかれ、二次健康診断給付が創設されている。⁽⁴⁰⁾ また労働時間対策を中心とした過重労働による健康障害防止のための総合対策⁽⁴¹⁾も講じられている。

4 労災予防とリハビリテーションの取組み

労災予防については、安全衛生に関する事業者の責任を明確にし管理体制を整備した労働安全衛生法にもとづき実施されるが、従来型の労働災害に加えて前述した脳・心臓疾患やメンタルヘルス等労働関連疾病についても対応が求められるようになり、最近では労働安全衛生管理システム（労働安全衛生マネジメントシステム）が注目されている。⁽⁴²⁾ すなわち、労災予防を目的に、労使が協力して自主的な対応をはかることであり、これを法的にバックアップする制度の確立が求められている。

政府は、平成一〇年に第九次労働災害防止計画（平成一〇～一四年）を定め、計画の基本方針の一つとして新しい安全管理手法の導入を指摘し、「最近の安全衛生管理の実態をみると、安全衛生管理のベテラン担当者の退職等に伴い、その安全衛生に係る知識や労働災害防止のノウハウがうまく継承されていないといった問題が指摘されている。（中略）このようなことから、個人的能力に左右されることが少ない連続的、継続的な安全衛生管理手法、事業場外部の専門家、機関を総合的に活用して各種安全衛生対策を進めるための仕組みづくり等新たな視点に立った安全衛生管理手法の開発・導入を進める」とし、安全衛生管理手法の充実・強化が宣言され、「災害発生の潜在的危険性を現象させ、事業場の安全衛生水準を向上させるために、「計画―実施―評価―改善」という一連のプロセスを明確化した連続的、継続的な安全衛生管理が必要であり、これが的確に行われるための新たな安全衛生管理手法については、労使の十分な検討を踏まえ、その導入を図る」こととされた。

その後、審議会での検討を経て、マネジメントシステムを①安全衛生方針の表明、②安全衛生目標の設定、③安全

衛生計画の作成・実施・運用、④計画の実施状況の日常的な点検・改善・見直し等を連続的かつ継続的に行う管理のしくみと定義する「労働安全衛生マネジメントシステムに関する指針」(平成一一年労働省告示五三三号)が策定されている。

こうした動向は国際的にもみられ、紆余曲折を経て二〇〇一年にILOも安全衛生マネジメントシステムガイドラインを策定している⁽⁴³⁾。

次にリハビリテーションについてであるが労災病院において行われている。総務庁行政監察局(労災保険事業の新たな展開を目指して)によれば、労災病院は、昭和三〇年代までは多発する外傷性疾患についての外科的ないし整形外科的医療、リハビリテーション医療、塵肺症等を中心とする労災医療、五〇年代以降は健康診断機能の拡充など、労災予防の面にも取り組んでいるという。最近では職場でのメンタルヘルスや過労死、深夜業・VDT作業等による健康障害等、労働環境の変化に伴う新たな健康問題についても取り組んでおり、労災病院の機能の見直しや地域医療機関との連携のあり方などが検討課題となっている⁽⁴⁴⁾。

5 小括

以上の要点をまとめてみると次のようになる。

- (1) 労災保険法上の「労働者」概念については、就業形態の多様化に伴いどのように解するのが望ましいのか、すなわち従来の「労基法上の労働者」と同一と解するの否か、また傭者運転手(車持込み運転手)、最近では

映画カメラマン等のように「自営業者」と「労働者」の中間的性格を有する者の労働者性判断基準等が問題となっており、労災保険制度のあり方が問われている。

- (2) 過労死・過労自殺事案については、業務内容の変化（ホワイトカラー化）等により労働災害そのものの性質が事故から疾病（脳・心臓疾患、精神疾患など）へ変化していることが窺われる。また業務が通常業務に比し特に過重なものではなく発症した疾病に業務起因性がみられない場合であっても、治療機会を喪失したことは業務に内在する危険が現実化したものとして業務上と判断されるケースが登場し、従来よりも労災認定が緩和される傾向にあると評価できる。また、過労死・過労自殺に関していえば、いかに予防するかが重要であり、使用者だけでなく労働者の健康管理も重要となっている。なお、二次健康診断の実施に際しては労災保険より給付が支給されることになっている。

- (3) 労災予防については、労働安全衛生マネジメントシステムが注目されており、事業主自らが主体性をもって取り組んでいくことは望ましいし、より積極的な取組みが求められる。また、リハビリテーションについては労災病院が労働環境の変化に伴う新たな健康問題についても取り組んでいるが、病院の機能の見直しや地域医療機関との連携のあり方などが検討課題となっている。

(20) 労働省労働基準局編・前掲注(1) 書一〇六一—一〇八頁等参照。

(21) 本節の内容は、拙稿「就業形態の多様化を考える—災害補償」日本労働研究機構『多様化する就業形態と法』（近刊）に

よっている。

- (22) 行政解釈については労働省労働基準局労災管理課・前掲注(1) 書七三頁、学説についてはたとえば菅野・前掲注(2) 書三五頁以下、安枝・西村・前掲注(2) 書二九頁(有斐閣、二〇〇二年)等、裁判例についてはたとえば横浜南労基署長(旭紙業)事件―最一小判平八・一一・二八(労判七一四号一四頁等参照)。
- (23) 労働基準法研究会報告「労働基準法の『労働者』の判断基準について(昭六〇・一一・一九)」(労判四六五号七〇―七五頁。傭者運転手及び在宅勤務者については具体的事案をあげて説明している)。
- (24) 柳屋孝安「個別的労働関係における労働者―横浜南労基署長(旭紙業)事件」『労働判例百選〔第七版〕』四頁等。
- (25) この点については山口浩一郎『労災補償の諸問題』九三―九五頁(有斐閣、二〇〇二年)参照。
- (26) 労働省労働基準局編『今後の災害補償法制のあり方(労働基準法研究会(災害補償関係)の中間的な研究内容について)』一七頁(財労災保険情報センター、一九八八年)によれば、労災保険の全面完全適用が実施されれば、労基法の規定(災害補償)の適用の余地がなくなる、と指摘されている。なお、岩村・前掲注(8) 論文二七頁脚注(11)は、労災保険が全面適用されるに至れば、休業補償給付の待機期間中の補償責任部分を除いて、労基法の災害補償責任の規定は廃止してよい、と述べている。
- (27) 労働者の業務が、素因・基礎疾患などの要因とともに発症過程に何らかの関係をもつと考えられる疾病であり、具体的には心筋梗塞、脳出血・脳梗塞など中枢神経及び循環器疾患などをいう(西村健一郎「法的問題としての過労死について」ジュリスト一一九七号二頁参照)。なお、石田眞「作業関連疾患」日本労働法学会編『講座二一世紀の労働法 健康・安全と家庭生活』八八頁以下(有斐閣、二〇〇〇年)によれば、作業関連疾患はWHO及びILOにおいてその予防(労働衛生)の重要性が説かれている。
- (28) 小畑史子「過労死の業務上外認定―最高裁判決と行政通達」ジュリスト一一九七号九頁参照。
- (29) 認定基準は一九六一(昭和三六)年、一九八七(昭和六二)、一九九五(平成七)年、一九九六(平成八)年に改正されている。葛西嘉隆「見直しされた過労死認定基準」労政時報三五三〇号三二頁以下参照。

(30) 横浜南労基署長「東京海上横浜支店」事件・最一小判平一二・七・一七勞判七八五号六頁、西宮労基署長「大阪淡路交通」事件・最一小判平一二・七・一七勞判七八六号一四頁。

(31) 脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く）の認定基準について「厚生労働省平成一三年一月二日基発一〇六三号。主な改正ポイントは、①業務の過重性判断について、(i) 長期間（発症前約六ヶ月）にわたる疲労の蓄積も考慮されること、(ii) 過重性の評価については労働時間の目安が示されたこと、(iii) 過重負荷の有無については、当該労働者と同程度の年齢、経験等を有する健康な状態にある者のほか、基礎疾患を有するが日常業務を支障なく遂行できる者にとつても、特に過重な身体的、精神的負荷と認められること、②業務については従来通り脳・心臓疾患の発症について相対的に有力な原因である業務が基礎疾患をその自然経過を超えて著しく増悪し、脳・心臓疾患を発症したことが必要であるとしたこと、である。

(32) 岩出誠「新認定基準を踏まえた過労死等を防ぐための企業の対応策」労政時報三五三〇号四〇頁等参照。

(33) 「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について」平成一一年九月一四日基発五四四号。認定基準のポイントは、「精神障害の発病の有無等を明らかにした上で、業務による心理的負荷、業務以外の心理的負荷及び個体側要因の各事項について具体的に検討し、それらと該当労働者に発病した精神障害との関連性について総合的に判断する」とされた点である。なお、業務による心理的負荷について客観的に評価しようとしている点も特色となっている。

(34) 「精神障害による自殺の取扱について」基発五四五号。自殺については、うつ病等の精神障害は強い自殺念慮をとまうものであることから、業務上疾病である精神障害を発病した労働者が自殺をはかった場合、精神障害によって正常な認識・行為選択能力が著しく阻害され、自殺を思いとどまる抑止力が著しく欠如した状態であったものと推定し、自殺にも業務起因性を肯定するものとし、従来のように心神喪失状況でなされたものでなくとも業務起因性が肯定されるようになった点に特色がある。

(35) 山口浩一郎「精神障害・自殺と労災保険」週間社会保障二〇七五号二二頁以下参照。

(36) 地公災基金東京都支部長（町田高校）事件・最一小判平八・一・二三勞判六八七号一六頁、地公災基金愛知県支部長（瑞

鳳小学校教員) 事件・最三小判平八・三・五労判六八九号一六頁、中央労基署長(永井製本) 事件・東京高判平一二・八・九労判七九七号四一頁、尼崎労基署長(森永製菓塚口工場) 事件・大阪高判平一二・一一・二一労判八〇〇号一五頁、水戸労基署長(茨城新聞社) 事件・東京高判平一三・一・二三労判八〇四号四六頁等。

(37) たとえば、小畑史子「過労死の業務上外認定―最高裁判決と行政通達」ジュリスト一一九七号一二頁等。

(38) システムコンサルタント事件・東京地判平一〇・三・一九労判七三六号五四頁、東京高判平一一・七・二八労判七七〇号五八頁、最二小決平一二・一〇・一三労判七九一号六頁。

(39) たとえば、西村・前掲注(27) 論文七頁、水島郁子「ホワイトカラー労働者と使用者の健康配慮義務」日本労働研究雑誌四九二号二五頁以下等参照。

(40) 大地直美「『過労死』の予防対策―労働者災害補償保険法の改正等について」ジュリスト一一九七号二三頁以下参照。

(41) 「過重労働による健康障害防止のための総合対策について」労政時報三五三〇号四九頁以下参照。

(42) 山口・前掲注(25) 書三〇四頁以下、小畑史子「労働安全衛生法の課題」日本労働法学会編『講座二世紀の労働法 健康・安全と家庭生活』一五―一八頁(有斐閣、二〇〇〇年) 等参照。

(43) 山口・前掲注(25) 書三〇四頁三二三頁以下参照。

(44) 総務庁行政監察局編『労災保険事業の新たな展開を目指して』三二頁(大蔵省印刷局、二〇〇〇年) 参照。

三 イギリス労災補償制度改革について

1 イギリス労災補償制度の見直し

イギリスの労災補償制度は、使用者の無過失責任による補償を導入した一九八七年労働者災害補償法にはじまり、一九四六年国民保険(業務災害)法により社会保険化が図られ、一九七五年社会保障法及び一九八二年社会保障・住

宅給付法等による修正を経て、現在では一九九二年社会保障拠出法、一九九二年社会保障管理運営法とそれらを一部改正する一九九八年社会保障法、一九九九年社会保障拠出（業務移管）法等にもとづき運用されるに至っている。こうした制度発展の背景には、「同一のニードには同一の給付を」といった第二次世界大戦後の社会保障制度の構築に大きな影響を及ぼしたといわれるベヴァリッジ報告の理念の影響、さらには社会保障費用の増大の抑制がある。具体的には、一九八二年以来、労災補償給付としての傷害給付、疾病給付、遺族給付が一般の社会保障給付（国民保険給付）と「同一のニード」であることを理由に次々と廃止されるとともに一般の社会保障給付に統合され、現在では労災補償給付としては業務上障害年金と二つの手当が存在するのみとなっていることを指摘できる。

一方、イギリス政府は利用者である国民のニーズに 대응するよう公共サービスの近代化を図っており、労災補償制度にかかわる制度改革としては、一九九八年社会保障法に基づく労災補償給付申請・不服申立手続の変更があげられる。そして現在、政労使により労災予防の観点から、労災補償制度の改革の検討が進められている。すなわち、労働災害が発生すると結果的に社会保障費用が増大することになるからその費用抑制も制度改革の一因となっている。⁽⁴⁵⁾こうした取組みの契機は、二〇〇〇年六月、イギリス政府の労働安全衛生委員会（Health and Safety Commission, HSE）の委員長（Bill Callaghan）と副首相（John Prescott）が、一九七四年労働安全衛生法が施行後二五年経過したことを踏まえ、さらに労働安全衛生の徹底を図るため、二〇一〇年までに労働関連傷病による労働日の喪失を三〇%、労働関連疾病を二〇%、労働関連傷害を一〇%それぞれ削減すること等を目標として掲げたことである。⁽⁴⁶⁾その背景として、労働安全衛生委員会が労働安全衛生の現状等に関する委託調査研究を実施したところ、業務上傷病にかかる費

用、とりわけ使用者責任保険費用がイギリスの使用者に労働安全衛生を促進するものとなっていないこと、リハビリテーションがほとんど行われていないことが明らかになり、経済社会の発展のために良好な労働環境整備が重要であること、労働災害に対する補償、給付及び保険制度が使用者に労働安全衛生を促進するものとならなければならないこと、複雑な規制の簡素化が必要であることが認識されるに至ったことによる。⁽⁴⁷⁾

そこで本章では、諸外国の労災補償制度を参考に、どのように保険制度を改革すれば使用者がより労働安全衛生及びリハビリテーションに対して積極的に取り組むものとなるかについて、労働安全衛生委員会の委託により民間の調査機関が使用者及び保険業者へのアンケート調査をもとに検討した調査研究報告書⁽⁴⁸⁾を紹介したいと思う。なお、本報告書は、調査研究の概要、序（第一章）、イギリスの制度状況（第二章）、諸外国の制度状況（第三章）、保険業者に対する調査（第四章）、使用者に対する調査（第五章）、調査結果の検討（第六章）、保険業者の制度改革案への反応（第七章）、イギリスの制度改革への選択肢（第八章）、結論（第九章）、提言（第十章）、参考文献（第十一章）について記述しているが、本章では筆者が重要と考えるものについて順番に紹介することをお断りしておきたい。

2 イギリスにおける労働災害（業務上傷病）に対する二つの金銭的補償制度⁽⁴⁹⁾

本報告書では、イギリスの労働災害に対する金銭的補償制度として、使用者の無過失責任に基づき定額の労災補償（保険）給付（業務障害給付（Industrial Injuries Disablement Benefit（IIDB））⁽⁵⁰⁾）を支給する制度（労災補償制度）と使用者責任保険に担保された民事損害賠償制度が存在する⁽⁵¹⁾ことを説明している。

まず、労災補償給付制度⁽⁵²⁾について確認しておく、傷病後九〇日目から障害の程度に応じて支給される業務障害年金と二つの手当があり、損害賠償を得た場合には労災補償給付の支給調整がなされる。

一方、使用者責任保険制度は、一九六九年使用者責任（強制保険）法、一九九八年使用者責任（強制保険）規則にもとづき、業務上の傷病を被った被用者による訴訟に備えるため使用者に対して最低限の保険を保障するものである⁽⁵³⁾。被災者は訴訟により損害賠償を請求し使用者の過失を立証しなければならぬが、多くの場合は訴訟外で解決される。損害賠償額には、所得喪失（loss of earnings）、治療費（health care costs）、精神的損害が含まれる（寄与過失が立証されれば減額される⁽⁵⁴⁾）。保険料は、訴訟件数及び訴訟費用の増加により高騰している。たとえば一九八一年から一九九一年までの訴訟件数は二倍に増加しているという。そのうち業務上傷病に関連する訴訟件数は三倍になっている。特に難聴、アスベスト、業務上喘息、癌に関する訴訟が多く、疾病が訴訟の五〇％を占めている。こうした訴訟件数の増加は、被用者が使用者に対して訴訟提起が可能であると認識したことが大きいと考えられている。保険料は、産業ごとに会社の賃金に対する割合をもとに算出され、現在及び過去の訴訟状況と潜在的な将来における訴訟可能性を考慮して算出される。なお、使用者責任保険料はイギリスの賃金総額の約〇・二三％である⁽⁵⁵⁾。

ところで、こうした二つの制度、労災補償給付制度と使用者責任保険制度は、いずれも企業の安全管理改善のインセンティブを与えるものではないとの指摘がなされている。

3 諸外国の経験からの示唆⁽⁵⁶⁾

本報告書では、イギリスの制度改革を考えるに際して、業務上の傷病に要する費用（労災補償保険料）と企業の安全衛生管理（災害率）とを関連づけていること（メリット制の採用）、労災補償保険料を使用者が負担していること、労災補償（保険）制度の設計及び運営に関する情報が利用できること、イギリスの経済発展に類似する国であること、制度の使用者の行動に与える影響について情報が利用できることといった条件を満たす、カナダ、アメリカ合衆国、ドイツ、オーストラリアの労災保険制度（occupational insurance systems）ないし労働者補償制度（workers' compensation）⁽⁵⁷⁾を検討対象にしている。そして、主として上記四カ国の労災保険（補償）制度を検討することにより得られた結論は次の二点である。⁽⁵⁸⁾

（1）労災補償保険が安全衛生基準を高めるかどうかについて

本調査では概して、労災保険料率の調整制度（メリット制⁽⁵⁹⁾、experience-rating scheme）が労働安全衛生に積極的な影響を与えうることを示唆している。ただし、メリット制については次の条件を満たす必要があるとしている。すなわち、①保険料については絶対的な意味で高額であると考えられることが必要であること、②保険料率が給与支払額の1%～2%であれば使用者を安全衛生に誘導することが可能であること、③国家レベルで保険料率の平均が給与支払総額の3%以上になれば、使用者がその許容性及び合法性を争うようになること、⁽⁶⁰⁾④保険料の割引は、絶対的な意味でも相対的な意味でも高額であると認識されること（一般的には、通常の保険料の少なくとも二五%の割引が必要）、⑤保険料割引の効果は1～三年の間に会社に対して反映されること、⑥保険料率が一年ごとに大きく変化する

場合にはその事業が注目を浴びることになり、労働災害の抑止効果が得られること、⑦年間保険料が年間請求件数を反映する制度を構築する場合に、長期にわたる給付請求に備えて資金を保有する必要があることである。⁽⁶¹⁾

一方、メリット制の事故抑止効果については、保険業者間の競争により必ずしも給付請求件数に応じた保険料率が設定されないこと、疾病の場合には給付請求及び保険料の調整が被災時より遅れてなされること等のごとの否定的な要因がみられるが、積極的に解する見解が多いという。

なお、保険業者から低価格で安全衛生に関するアドバイスやサポートが提供されることは特に小規模の会社にとって重要であると指摘している。

(2) リハビリテーションと労災補償とはどちらが優先されるのか

リハビリテーションや仕事への復帰プログラムは、保険給付額や欠勤期間との関係上、労災補償保険制度において重要性を有すると考えられており、リハビリテーション及び職場復帰を労災補償とともに保険制度の対象とし、前者を後者よりも優先する制度がある。たとえばドイツではリハビリテーションのプロセスを経て後に補償額が決定されることになっており、使用者に対してリハビリテーション及び職場復帰支援を行うよう義務づけており、使用者が労災補償の一貫としてその費用を負担する。⁽⁶²⁾ 一方、オーストラリアではリハビリテーションと労災補償（労災保険給付）との間に衝突が生じることが指摘されている。⁽⁶³⁾ とくに労災補償給付の査定に際して対審制度を採っている場合においては保険業者、使用者、医療関係者などが相互連携的に業務を遂行していないため、労災補償が優先され職場復

帰については重視されず、リハビリテーションの実施を促すよう労災保険料との関係性を強化することが要請されているという。

4 イギリスと諸外国の制度との比較⁽⁶⁴⁾

次に報告書ではイギリスと検討対象国の制度を比較して次のように述べている。

- ① リハビリテーションについて、イギリスでは業務障害給付（労災給付）制度においては支給要件とはなっていないが、使用者責任保険制度において実施可能な範囲で裁量的に行われている。一方、ドイツでは労災補償よりもリハビリテーションを優先しており、補償についてはリハビリテーション及び職業上の再訓練を行った後の所得喪失分の補償に限定している。オーストラリアにおいてもリハビリテーション及び職業訓練は制度上強制的なものとなっているが、アメリカ合衆国及びカナダにおいては保険給付額を縮小するため主として保険業者がリハビリテーション業務を行っている。

- ② 労災予防サービスについて、イギリスでは安全衛生執行局（HSE）が労働安全衛生法に基づき規制を行う一方、使用者責任保険制度において実行可能な範囲で裁量的に行われている。他方、ドイツにおいては保険業者の不可欠な業務となっており、オーストラリアでは労働者補償の一環として行われている。アメリカ合衆国及びカナダにおいては保険業者が行うが、カナダでは労災予防に関するアドバイスの提供を条件としてメリット制を導入する州もある。

- ③ 使用者の費用負担と安全衛生の効果について、イギリスでは大企業において限定的に使用者責任保険のメリツト制が実施されているだけであり、税金により賄われる業務障害給付及び使用者責任保険費用について使用者は費用負担と安全衛生との関係を特に意識していないが、アメリカ合衆国、カナダ、オーストリア、ドイツにおいてはメリツト制を導入しているため労働者補償費用について使用者は大きな関心を払っている。⁽⁶⁵⁾
- ④ 民事損害賠償請求について、イギリスでは使用者の過失がある場合に認めており使用者責任保険制度により補償がなされるが、⁽⁶⁶⁾ 検討対象国は原則として禁止している。⁽⁶⁷⁾

5 イギリス使用者に対する意識調査の概要⁽⁶⁸⁾

では次に使用者に対して実施された保険制度の改革により労働安全衛生に関する使用者の行動に変化がみられるかどうかを予測するためのアンケート調査結果をみてみよう。

- ① 使用者責任保険料について、使用者は会社の規模、事故発生率、危険度に応じた事業支出であると認識しており、多数の大・中規模会社及びごく少数の小規模会社は使用者責任保険料の削減に努めている。
- ② 安全衛生と使用者責任保険料との関連性について、大・中規模会社は認識していたが、小規模会社ではほとんど認識していない。
- ③ 安全衛生とリハビリテーションサービスの利用について、大半の会社は安全衛生に関する専門的意見を考慮しているが、リハビリテーションサービスに通じている使用者は少数であり小中規模会社ではほとんど知られて

いない。

- ④ 業務障害年金については、特に小中規模会社の使用者には知られていない。
- ⑤ リハビリテーションと補償との関係について、使用者は、被災した被用者が訴訟による解決を図る前にリハビリテーションを受けるべきであると考えている。被用者が適切なりハビリを拒否した場合には補償はなすべきではないとも考えている者もある。半数の会社は、使用者がリハビリの費用を支払うべきであり、その費用について保険をなすべきとしており、リハビリテーションへの対応は会社規模による相違はみられない⁽⁶⁹⁾。
- ⑥ 安全衛生支援に対する費用として保険料が二〇%増加することにつき受入れられるとしたのは少数であった。大企業の方が小企業よりコスト増の受け入れに消極的である。
- ⑦ 保険料のメリット制については、企業規模をとわず三分の一の会社が導入に賛成している。
- ⑧ 無過失責任制度について、企業規模を問わず多数の会社は法的費用を削減し被用者間の公平を図らなければ給付請求及びその費用や不正手段が増加すると考えている。
- ⑨ 保険料について、多くの会社は賃金支払総額の〇・二五%から三%を多いと考えている⁽⁷⁰⁾。
- ⑩ 使用者責任保険料の増加に対する使用者の予想される反応としては、安全衛生の改善、訴訟の提起、リハビリテーションの改善、傷病者の採用回避などであるが、使用者の半数はコスト削減のために保険業者の変更を考えるという。

6 イギリスの保険業者の見解⁽⁷¹⁾

次にイギリスの労災補償に関する使用者責任保険制度及びその改革について、保険業者はどのように考えているのかを見てみよう。

保険業者はすでに商業上及び法律上の制限範囲内で可能なかぎり、検討対象国の事例で明らかになった制度、すなわち保険給付にかかる支給要件に関して「無過失責任」制を採用したり、補償よりもリハビリテーションを優先する仕組みをすでに導入しており、さらに安全衛生管理を向上させるためには使用者責任保険法の改正により法的に義務づけることも必要と考えている。特にリハビリテーションについては補償よりも優先する制度改革を歓迎しており、導入時期、補償とリハビリテーションとの関係を考慮すべきとしている。⁽⁷²⁾

7 制度改革への選択肢⁽⁷³⁾

では次に、労災補償制度改革方法として考えられている三つの選択肢をみてみよう。

- ① H S E (労働安全衛生執行局) の労働安全衛生復活戦略の行動計画五にあるように、法的規制の変更を加えずに、自発的な「最善の取組み (best practice)」を促す方法
- ② 法的規制の変更を要する使用者責任及び業務上障害給付制度の改革
- ③ 外国の経験を参考にして、使用者責任規則及び業務障害給付制度にかえて全く新しい被用者業務上傷病保険制度を創設する方法

である。

(1) 労働安全衛生及びリハビリテーションに対する自発的な取組みを促進する方法について(選択肢1)⁽⁷⁴⁾

HSE及び政府機関は、保険業者や他の利害関係者と協力して、現行法制のなかで業務関連傷病に対する「最善の取組み (best practice)」を促進している。⁽⁷⁵⁾ 使用者責任保険制度の場合には次のように「PRIL」基準と呼ばれる⁽⁷⁶⁾。すなわち、最善の取組みモデル (PRIL 基準) では、リハビリテーション (rehabilitation)、請求手続 (claims processes)、保険料の割増・割引制度 (メリット制) 及び透明性 (surcharge/rebate arrangements, and charging transparency)、安全衛生サポートへのアクセス (access to health and safety support) の有無が問われることになる。保険業者は、HSEのような政府組織が中心となって、次のような利害関係者、すなわち、保険業者及び仲介人 (insurers and brokers)、リハビリテーション組織、ケースマネジメントンサイエティ (UK) (Case Management Society)、保健省 (Department of Health)、安全衛生サービスの提供者 (providers of health and safety services)、労働組合及びその他の被用者代表組織 (other employee representation organizations)、法律協会、大法官部 (Law Society, Lord Chancellor's Department)、使用者団体 (CBI, IOD) などと議論を重ね、このモデルの周知を図ることが望ましいと考えている。では次に具体的に、①リハビリテーション、②保険料のメリット制、③無過失責任制度、④労働安全衛生サポートへのアクセス、⑤小企業への援助、⑥自発的な取組みのメリット・デイメリットについてみてみよう。

- ① リハビリテーション⁽⁷⁷⁾を実施する場合の留意点として、時期を得たものであること、金銭的補償をすることにより抑制しないこと⁽⁷⁹⁾、使用者はリハビリテーションの費用を負担すること⁽⁸⁰⁾、需要の増加に対応可能であること、使用者責任保険料にもとづき「良好な」リハビリテーション政策が使用者により実施されるようにすること⁽⁸¹⁾、を挙げている。なお、リハビリテーション期間中で最終的な解決にいたるまでは所得保障（所得及び健康管理に要する費用）が得られることが必要である。また、再就職支援を含めた制度設計にすることも可能である⁽⁸²⁾。
- ② 保険料の割増・割引制度（メリット制）については多くの保険業者が導入しているが、その内容は保険業者間で異なり裁量的な判断を必要とするものとなっている。なお、前述の使用者に対する調査結果によれば、保険料が最大五〇％変動する制度が適当と考えられ、メリット制は使用者が保険料への反映を認識することができ短期間（二〜三年間）ごとに実施する必要がある。また、使用者責任保険とリハビリテーションの効果とを関連づける場合に、保険業者がリハビリテーション政策やリハビリテーションサービスへのアクセスのない企業については保険料を負担させ、給付請求を審査する際には傷病数よりも傷病の程度・期間を重視することができ点にメリットがある。
- ③ 使用者責任保険制度において、上肢疾患（upper limb disorder）などの一般的な労働関連疾患については、特定の仕事と因果関係のある場合にのみ無過失責任による補償が行われている⁽⁸³⁾。
- ④ 労働安全衛生のサポートは保険業者間で異なる。サービスのレベルに関するガイドラインが設けられている⁽⁸⁴⁾。保険業者は、使用者に対していかなる水準のサービスをなすことができるかを明らかにすることが重要で

ある。⁽⁸⁵⁾

⑤ 小企業については、保険料額の設定、使用者責任が隠蔽されてしまうこと、企業規模や使用者責任保険（年間一〇〇〇ポンド未満）に見合った費用での安全衛生支援が困難であることなどの問題があるため、業種・地域ごとに小企業団体を設立し、過去の請求歴にもとづき保険料を調整し安全支援を行うなどの方法が考えられている。⁽⁸⁶⁾ 使用者へのアンケート調査によれば、約三分の一の企業が団体の設立に関心をもっているが、保険業者は市場競争を考慮し、個々の契約に対する監視が及ばなくなるとの理由で否定的である。⁽⁸⁷⁾

⑥ 現行法制度のもとでの安全衛生及びリハビリテーションにつき自発的な取組みを促す方法のメリット・デメリットについては、メリットとしては、法制度の変更が不要、新たな考えが柔軟な方法で試行かつ反覆できること、コンセンサスによる方法は成果が大きいと考えられることである。一方、デメリットとしては、組織的に関与できないこと、リハビリテーションのようなサービスについては普及することができないこと、現行の使用者責任保険費用では使用者が参加する誘因とならないこと、利害関係者が促進レベルと水準についていかに納得しているかによることになることが指摘されている。

(2) 使用者責任法（EL）及び業務障害給付制度（IIDB）の改革（選択肢2）⁽⁸⁸⁾

続いて選択肢2についてみてみよう。この案は、選択肢1の「最善の取組み」モデルをもとに、職業リハビリテーション等を法的に根拠づけるほかは使用者責任保険制度及び業務障害給付制度をそのまま残す点に特徴がある。すな

わち、①現行の使用者責任法を改正し、「職業リハビリテーション及び使用者責任法」と改称するが過失責任主義を残すこと、②民事手続においてもリハビリテーションの促進を図るような判断機会を設けること、精神的損害に対する賠償を増額すること、使用者責任に関する立証責任の軽減を図ること、争点の少ない訴訟については簡易手続をとること、③労働安全衛生法等にリハビリテーションの実施を促すより強力な規定を定めること、④訴訟費用についても使用者責任保険の対象とし充実した制度にすべきこと⁽⁸⁹⁾、を提案している。①については、改正使用者責任法にもとづきいくつかの権利・義務を設定すべきとする。すなわち、使用者に対してリハビリテーション制度の設置を義務づけること、被用者に適切かつ時期を得たりリハビリテーションの権利を付与すること、損害賠償請求訴訟を解決する前に（合理的かつ実行可能な範囲で）リハビリテーションを要求しその間中間的な給付を受給すること、寄与過失ないしは使用者の過失の有無に関する判断の際にリハビリテーションを考慮すること（たとえば、負傷者は医療上のアドバイスを求めることにより負傷を少なくあるいは防止しうるすべてのことを行う必要がある）、が考えられている。

なお、この改革のメリット・デメリットについて、まずメリットとしては新制度の導入により請求者が増加すること、新制度が広く知られることになり慣行の変更が容易であること、使用者のコスト負担が増え安全衛生に対する潜在的な意識のレベルがアップすること、保険料の割引・割増が高額化すること等であり、デメリットとして、規制の変更を要すること、使用者責任保険が負担するコスト割合では使用者に安全衛生に関する財政的な動機を与えるには十分でないこと、業務障害給付制度は従来通りであること、被災者の多数が使用者責任を立証できずに訴訟提起ができないこと、が指摘される。

(3) 使用者責任法 (EL) および業務障害給付制度 (IIDB) に代替する制度 (選択肢⁹¹⁾3)

第三の選択肢は、使用者責任保険を担保とした過失責任を根拠する訴訟手続にかえて、無過失責任にもとづき使用者が費用負担をする「業務上健康保険(労災保険)」を導入する方法である。使用者は被用者の労働関連傷病に対して所得喪失額および健康管理費用を負担する。この方法は、無過失責任、所得喪失の一定割合の補償、一定額の補償あるいは精神的苦痛の要素を含めた補償、制度内に含まれたりハビリテーション費用、保険料の設定規制を特徴としており、諸外国(検討対象国)の労働者補償制度設計をモデルにすることができると考えられる。この選択肢のメリットは、使用者が保険料を負担することにより安全衛生管理が促進されること、無過失責任にもとづく保険制度の導入に伴い労働関連傷病に対する対審構造を減らすことによりリハビリテーションの導入が促されること、業務障害給付制度を廃止すること⁹²⁾、過失責任訴訟に関連する不安と不安定さを少なくすることと⁹³⁾考えられている。一方、デメリットとして、使用者が請求にかかる費用増加および保険制度の不正利用を恐れること、使用者が給付請求にかかる費用を抑制できない場合には安全衛生基準の改善へとつながらないことなどである。

ところで、無過失責任制度が導入された場合に使用者に対して労働安全衛生の改善を促すためには、使用者が給付請求にかかるすべての費用を自覚し続けることが必要であるという。つまり、仮に給付請求にかかる費用が社会的要因(新規請求件数の動向など)、判例法理、請求者側ルールの変更(医療科学の進展の労働条件に対する影響)により決定されると考えられる場合には、使用者は給付請求に要する費用にもとづき安全衛生の改善を動機づけられないからである。したがって、無過失責任制度は(小企業も含めて)あらゆる組織に適用される保険料の割増・割引制

度、費用対効果を考えたりハビリテーションの過程（請求額を減ずる目的）など、無過失責任にもとづく請求の費用に関するルールが必要とされている。

(4) 小括⁽⁹⁴⁾

本調査研究によれば、労働安全衛生と保険料額に相関関係があると考えられる使用者は、保険料が増加すれば安全衛生及びリハビリテーションの改善を促されることが知られたという。安全衛生の成果がみられたときには保険料が減額されることが必要であり、諸外国（検討対象国）の事例によれば、安全衛生の成果に関連した保険料を設定する制度（メリット制）の導入は重大な傷病を減少させるという。傷病の実質的な費用を単一の保険制度により賄う場合には、安全衛生向上の誘因となる保険料額（賃金支払総額の1%）を設定すればよいが、精神的苦痛についても保険事故とする場合には、大半の会社が多額と考える保険料額（賃金支払総額の約3%）になると指摘する。

ところで、選択肢3（使用者責任保険制度にかえて無過失責任制度を導入）については、使用者に対する費用負担が最も大きいから大きなインパクトを与えるであろうとされる。選択肢2であっても、使用者責任保険制度において職業的リハビリテーションが法的に義務づけられることになり、使用者の費用負担という意味でも大きな影響がある。選択肢1の任意的な誘導については、使用者責任保険の費用が変化しないから、選択肢3及び2と同様の効果が見られるのか不確定であると指摘する。

本調査報告書は最後に提言として次のように述べる。イギリスの労災補償に関する保険制度改革は、使用者に対し

て労働安全衛生及びリハビリテーションの改善に有用な刺激を提供することが知られたので、さらに政府機関（HSE、HSC）における検討を求める。また、選択肢1にみられるように、現行の使用者責任保険制度のもとで政府機関を中心に保険業者その他関係者が協力して、職業リハビリテーションの実施などを自発的に行うなど安全衛生及びリハビリテーションに対する自発的な取組み（「最善の取組み」）が促進されている。今後は産業レベルにおいてもそのような取組みがなされることが望ましい。また、選択肢2及び3については現行の規則をどのように改正もしくは廃止すればよいのかを検討し、さらにイギリスの業務上傷病保険制度への改革にむけて調査協議すべきである。

(45) 労災補償にかかる社会的費用は、毎年一八〇億ポンドを下回らないという (Department of the Environment, Transport and the Regions, *Revitalising Health and Safety Strategy Statement June 2000* at 1, 3 (<http://www.hse.gov.uk/revitalising/strategy.pdf>))。 *Revitalising Health and Safety Strategy Statement June 2000* (以下「RHS Strategy Statement」で引用する) は、十の戦略と四十四の行動計画を掲げている。

(46) HSE Press Release E120: 02-19 June 2002 (<http://www.hse.gov.uk/press/2002/e02120.htm>)。

(47) イギリス政府は使用者責任保険制度の改革も念頭においている (RHS Strategy Statement at 18)。

(48) Michael Wright and Sara Marsden (Greenstreet Berman Ltd), *Changing business behavior — would bearing the true cost of poor health and safety performance make a difference?* (Health & Safety Executive (HSE) Contract Research Report CRR 436/2002 (http://www.hse.gov.uk/research/crr_pdf/2002/crr_02436.pdf))。以下「HSE CRR 436/2002」で引用する。なお、当該調査研究を行った Greenstreet Berman Ltd は定評のある民間のコンサルティング会社であり、この分野での調査研究を数多く行っているという (TUC Senior Policy Officer, HSC Commissioner 及び Owen Tudor 氏に確認)。

当該調査研究報告書について Director of HSE's Strategy and Analytical Support Directorate 及び Dr Peter Graham が「労

災保険制度は使用者を安全衛生の改善に誘導する重要な手段である。イギリスは諸外国の制度から学ぶことが多く、本調査によれば使用者及び保険会社は新たな労災保険制度を模索するのに積極的であることが窺える」と述べている (HSE Press Release E 120 : 02-19 June 2002)。

- (49) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 4-21 (報告書の第二章「イギリスの制度状況」に該当する部分)。
- (50) 業務障害給付は社会保険給付ではあるが、一九九〇年以降財源は税金によるものになっている。
- (51) 一九九八―一九九年度の業務障害給付の支給総額は七億二八〇〇万ポンドであり、二〇〇〇年度における使用者責任保険の支給総額は八億七二〇〇万ポンドとなっている (HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 4)。
- (52) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 4-5. なお、業務上のアスベスト関連疾病に罹患し損害賠償を得られない場合には、一九七九年塵肺等 (労働者補償) 法 (The Pneumoconiosis etc (Worker's compensation) Act 1979) に基づき使用者の過失の有無を問わず一時金が支払われる。
- (53) 当該規則では保険額は各被用者に対して五百万ポンドを下回らないようにすべきとしている (HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 6-7)。
- (54) *Mary Watkin vs Birmingham City Council* 事件においては精神的障害に対する損害賠償額は二十万ポンドのうち二万ポンドであったという (HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 6)。
- (55) イギリスの賃金総額は三八〇〇億ポンド (一九九七―九八年) であり、二〇〇〇年における使用者責任保険の総費用は八億七二〇〇万ポンドとなっている (*ibid.*)。
- (56) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 22-62 (報告書の第三章「諸外国の制度状況」に該当する部分)。
- (57) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 22-23. なお、検討対象国の制度 (公務員については除く) の特徴を簡単にまとめることのようになる。①制度類型―カナダ (各州の労働者補償制度、民事損害賠償請求を原則として禁止する)、アメリカ合衆国 (各州の労災保険制度、民事損害賠償請求を原則として禁止する)、ドイツ (業種別・地域別に組織された労災保険組合を保険者とし自治的に運営される強制保険制度、民事損害賠償請求を原則として禁止する)、オーストラリア (各州の労

働者補償制度、原則として民事損害賠償請求を禁止する)、②費用負担―いずれの国も使用者が負担する(メリット制採用)、③給付内容―いずれの国も被用者(死亡の場合には遺族)に対して治療費、所得喪失分(Lost earnings)の補償をなすが、カナダでは精神的損害(pain and suffering)についても補償する州がある。

(58) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 63-65. 報告書では結論が四点指摘されていたが、筆者がその内容を二点にまとめた。

(59) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 64. 労災保険料額は、一般に当該事業で使用されるすべての労働者に支払われる賃金総額に保険料率を乗じて算定された額をいい、保険料率については過去の災害率を考慮し業種ごとに設定されているため、同一業者間において事業主の負担の公平を図るために個別の当該事業における災害率に応じて労災保険率を調整するメリット制が採用されている。日本においてメリット制は、中規模以上の事業に対して、個々の事業ごとに過去三年間の業務災害にかかる保険料負担額と給付額の収支率に応じて、労災保険率を一定範囲内で引き上げないしは引き下げる仕組みをいう(労働保険の保険料の徴収等に関する法律(徴収法)一二条三項)。このようなメリット制は事業主に対して事故防止の経済的なインセンティブが働くものと期待されている。

(60) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 63. 検討対象国の使用者は、労災保険料率が一定水準を超える場合、特に平均して給与支払総額の三%を超える場合には労災保険に対して否定的な反応を示している。その場合、使用者は保険料の見直し、給付請求増加への不服申立、規則変更のためのロビー活動、給付レベルの減額化、補償条件の制限、法的手続へのアクセス制限、業務上災害の要件に関する立証ルールの厳格化を求めることになると指摘している(HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 64)。

(61) *Ibid.* 一般的に小企業及びリスクの低い産業は、これらの制度により影響を受けることが少ないと考えられている(*ibid.*)。

(62) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 51.

(63) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 54-58. 労災補償とリハビリテーションの関係について、オーストラリアでは労災補償は、完全に回復するまで労働復帰はしないようにとの医学上のアドバイスに裏付けされるように、労働復帰の否定的な要

因となると指摘されている。一九九五年労働者補償職場リハビリテーションプログラム規則 (1995 Worker's Compensation Workplace Rehabilitation for workers) はリハビリテーションの提供を使用者に義務づけるものであるが、最近の調査によると、多くの使用者は労災補償費用を削減する手段としてではなくこの規則を遵守しているという。ただし、小企業においては、特に代替雇用がなく適切なりハビリテーション要員を欠いている場合にはリハビリテーション実施は困難を伴うことが指摘されている。なお、別の調査によればリハビリテーションの成功は被災者個人の労働への接触と労働復帰意欲と密接に関連しているという (ibid.)。

- (64) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 62-68 (報告書の第三章「諸外国の制度状況」に該当する部分)。
- (65) *Ibid.* 検討対象国の労働者補償制度における使用者の保険料負担は賃金支払総額の1・5〜3%であるのに対して、イギリスの使用者責任保険の費用負担は賃金支払総額の約0・二三%になっているという。
- (66) *Ibid.* 多くの保険業者は使用者が無過失の場合であっても保険給付を支給しているという。
- (67) *Ibid.* ただしアメリカ合衆国においてはアスベスト訴訟において製造元に対する損害賠償請求などを認めている。
- (68) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 84-106 (報告書の第五章「使用者に対する調査」に該当する部分)。
- (69) ただしリハビリテーションの費用負担について小規模会社は乗り気ではない (HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 92)。
- (70) なお、使用者は保険料につき五〇%の割増もしくは割引を行えば安全衛生の改善に役立つと回答している (HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 93)。
- (71) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 111-124 (報告書の第七章「保険業者の制度改革案への反応」に該当する部分)。
- (72) なお、制度改革による使用者責任保険料の増額は、労働安全衛生の改善へのインセンティブになる反面、保険業者にとっては利益が見込めないため商業的リスクの増加になると指摘する (HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 82-83)。
- (73) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 125-138 (報告書の第八章「イギリスの制度改革への選択肢」に該当する部分)。
- (74) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 125-132。
- (75) このモデルは政府の個人年金制度に対して適用される「安価・アクセス・透明性 (Cheap Accessible Transparent)」の基準

に匹敵するものとして評価されている。TUC、裁判所、保健省などで採用されている (HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 125-126)。

(76) P (Performance related Ⅱ安全衛生の結果に連動した保険料 (メリット制))、R (Responsible premium policy Ⅱ責任保険制度 (すべての費用を含んだ保険料))、I (Information Ⅱ情報 (労働安全衛生に関する情報及びサービスの提供))、L (Low cost Ⅱ低価格 (事務弁護士 (ソリシタ) に依頼する必要のない請求の処理を行う)) を意味する (*ibid.*)。

(77) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 126-128. 最近の業務関連傷病の救済は、リハビリテーションではなく所得喪失、機能喪失及び健康管理費 (the cost of health care) に対する金銭的補償に焦点が当てられているという。

(78) *Ibid.* 時期を得た治療をなすためにできるだけ早く傷害を報告するよう労使に義務づけている。

(79) *Ibid.* 被災者が「最終的な」金銭的解決を求める前に医学的評価及びリハビリテーションを受ける場合には、労使、医療専門家及びソリシタの承諾を得ていることが必要となっている。

(80) *Ibid.* リハビリテーションの費用については、使用者責任保険の保険料の一部としてもしくは独立した保険制度にもとづき使用者により負担されることが必要である。

(81) *Ibid.* 良好なりハビリテーションが実施される場合には使用者責任保険料が減額されることが必要である。

(82) *Ibid.* 再就職支援サービスは使用者責任保険料にもとづき実施されるが、最終的な金銭的解決の際に再就職により得られる所得が控除されることになる。

(83) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 127. この場合には弁護士に相談することなく保険会社に直接連絡して保険給付請求をすればよい。

(84) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 129-130. ガイドラインの内容は、保険料から労働安全衛生に関する助言及びサポートの費用が賄われること、労働安全衛生に関する助言及びサポートに関するコンサルタント料についてはその都度支払われること、保険業者が使用者との交渉の詳細を (使用者の許可を得て) 第三者に知らせることにより、労働安全衛生に関する

助言及びサポートの提供者に対して積極的な関与をすること、労働安全衛生に関するアドバイス及びサポートを得られる場所及び方法に関して保険業者が使用者に対して助言及び情報を提供することである。

(85) *Ibid.* 保険会社と他の組織 (HSE、労働組合、他の安全組織、ROSPA等) とのパートナーシップにより利用できるサービスが豊富になるという。

(86) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 129-130. その他の方法として、保険業者が個々の小企業の保険料を調整する際に必要な安全管理指標を設定 (自己申告による) し、保険産業による安全衛生促進の取組みの普及を図ること (保険業界とHSE及びTUCといった他の利害関係者とのより体系的なパートナーシップを含む) 等が考えられている。

(87) *Ibid.* カナダにおいては保険業者の中小企業へのサポートに関してパイロット事業が進められている。

(88) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 132-134.

(89) *Ibid.* リハビリテーションの指針を行為準則に盛り込むことが考えられている。

(90) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 133. 使用者責任保険制度は一般的に、訴訟費用については補償の対象とはしておらず内容的に充実したものとなっていないと指摘される。

(91) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 134-138.

(92) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 136. 無過失責任にもとづく保険制度が導入されれば被災者が使用者の過失を立証する必要がなくなり、国家給付である業務障害給付に依存する者はほとんどいなくなるため当該制度は廃止されるという。

(93) *Ibid.* 無過失責任制度を導入したからといって、諸外国の経験からも明らかのように傷病等の労働関連性 (業務上) の判断等に際し必ずしも法的あるいは裁定上の費用がかからなくなるとはいえないと指摘する。

(94) HSE CRR 436/2002, *supra* note 48, at 111-124 (報告書の第九章「結論」、第十章「提言」に該当する部分)。

四 おわりに

日本においては就業形態の多様化に伴い労災保険の対象となる「労働者性」の問題が生じるとともに過労死・過労自殺、ストレス性の疾患に対する補償が問題となっており、こうした傾向に対して、労災保険制度を廃止してどうか（社会保障化してはどうか）といった見解もみられる。すなわち、労災保険制度が社会保障体系に発展解消するか否かをふくめ制度のあり方が議論されている。

一方、イギリスにおいてはこれとは逆に、労災保険給付が次々と廃止され制度自体が社会保障体系に次第に包摂されてきたが、現在では主として社会保障費用を抑制するために、使用者の費用負担に基づき労災補償より予防及びリハビリテーションの実施に重点がおかれるようになってきている。すなわち、現行の労災補償給付制度及び使用者責任保険制度が事故抑制（安全衛生管理）のインセンティブをなんら与えないことから、なんらかの制度改革の必要性が認識され始めたのである。イギリスでは労災補償制度を廃止するのではなく、存続させる方向での改革が考えられているといえよう。

そこで、本稿ではどのようにすれば使用者が安全衛生管理（労災予防）及びリハビリテーションに対して積極的に取り組むものとなるかについて、使用者及び保険業者へのアンケート調査にもとづき検討した労働安全衛生委員会の委託研究報告書の内容を紹介した。報告書では四カ国（カナダ、アメリカ合衆国、ドイツ、オーストラリア）の労災保険制度を検討した結果、次の二点の結論に達している。すなわち、①労災保険制度が安全衛生基準を高めるかどうか

かについては、保険料率に関するメリット制の導入が効果的であることが知られ、また②リハビリテーションについては、労災補償とどちらが優先されるかという問題があり、議論のあるところであるが、ドイツではリハビリテーションのプロセスを経て後に補償額が決定されることになっており、使用者に対してリハビリテーション及び職場復帰支援を行うよう義務付けており使用者が労災補償の一貫としてその費用を負担することになっている。オーストラリアにおいては、労災補償給付の査定に際して対審制度をとっている場合には保険業者、使用者、医療関係者などが相互連携的に業務を遂行していないため、労災補償が優先され職場復帰については重視されず、リハビリテーションの実施を促すよう労災保険料との関係性を強化することが要請されているという。今後、労災保険制度の設計を考える際には重要なポイントとなる。

では次に、イギリスにおいて労災予防及びリハビリテーションの実施に重点をおいて制度改革をする場合にとりうる三つの選択肢をみてみよう。一つ目は、安全衛生執行局の安全衛生復活戦略の行動計画五にあるように、法的規制の変更を加えずに自発的な「最善の取組み」を促す方法、二つ目は選択肢1の「最善の取組み」モデルをもとに使用者責任保険制度を改正し職業リハビリテーションなどを法的に根拠づけるほかは業務上障害給付制度をそのまま残す方法、三つ目の選択肢は、使用者責任保険を担保とした過失責任を根拠とする訴訟手続きにかえて、無過失責任に基づき使用者が費用負担をする「業務上健康保険（労災保険）」を導入する方法である。本報告書では選択肢3については使用者に対する費用負担がもつとも大きいから大きなインパクトを与えるが、選択肢2であつても使用者責任保険制度において職業的リハビリテーションが法的に義務付けられるから、労災予防に対する一定の効果があると指摘

している。なお、選択肢1については、政府機関を中心として使用者、保険業者のコンセンサスを得て労災予防及びリハビリテーションが法的根拠に基づかず実施されることから、その効果については選択肢2及び3とは異なり不確定としている。

ところで、日本においては、①労災保険制度を廃止するか否かの制度設計にかかわる問題、②就業形態の多様化に伴う「労働者性」の問題、③過労死・過労自殺に関する問題があることを指摘した。まず、①について日本では、労災保険制度を廃止（社会保障化）すればよいという見解と事故抑制（労災予防）のインセンティブから制度を存続させるべき（使用者に対して最適損害回避者として費用負担を求めるとする見解がある。一方、イギリスにおいては、労災補償よりも予防及びリハビリテーションのインセンティブを重視するため、使用者に対してリハビリテーション等の義務や費用負担を課す方向で制度改革が進められようとしている。すなわち、前記報告書の選択肢2では、労災の予防やリハビリテーションに関して使用者責任を強化することが提案されている。のみならず、選択肢3では、労災補償に関しても、使用者の無過失責任に基づく費用負担を強化する方向性が示されており、必ずしも労災予防一辺倒ではなくなっている。こうして、イギリスにおいては、労災補償制度に関して、社会保障法体系を基調としつつも、予防のインセンティブ強化の観点から、使用者の負担・責任を強化する改革の方向性が示されるに至っているのである。このことは、日本における労災保険制度の課題と方向性を考える上で、きわめて有意義であると考えられる。日本と対照的に、労災補償の社会保障化を進めたイギリスで、逆に使用者責任強化の構想が提示されていることは、日本における労災保険制度の政策と制度設計を考える上で重要な示唆を与えるのではなからうか。この示唆を踏

まえて、日本における法政策をどのように考えていくかをこれからの基本的な課題としたい。また、労働災害をめぐる法政策全般を考える上では、労災の予防およびリハビリテーションを基本的に重視するイギリスの方向性が参考となることはいうまでもない。その際、イギリスの本報告書に見られるように、労災予防およびリハビリテーションと労災補償は二者択一的な関係にあるものではなく、後者が前者を充実させるための条件となることにも留意する必要があるだろう。次に②についてはイギリスでは特に考えられておらず、日本の制度改革に際しては他の諸国の制度を参考とすべきであろう。③については労災補償よりも予防が重視されることになるのでイギリスの制度改革の方法が参考になると思われる。なお、日本における労働安全衛生マネジメントシステムについては、イギリスの選択肢1にみられるように今後とも有意義な仕組みであり、積極的に行っていくのが望ましいと思われる。