

安全センター情報

全国労働安全衛生センター連絡会議 通巻第151号

1979年12月28日第三種郵便物認可(毎月1回15日発行)

1991年1月15日発行 '91 2月号



東京・築地市場でのターレットによる運搬作業

■新春対談／ 将来を見据えた労災保険・ 労働行政のあり方を提起しよう

井上浩氏(元労働基準監督官)・五島正規氏(衆議院議員) 2

振動病に「経過観察期間」を導入

谷沼嘉瑞(全国安全センター議長代行) 11

防毒マスク使用上のチェックポイント 16

第1回労働安全衛生学校を開催 19

「アジア・レポート」香港／元鉄鉱山鉱夫のケイ肺掘り起こし 22

過労死／調査した鑑定意見を参与にも見せず 24

【データ】労災保険給付種類別受給者数の推移

新春対談／将来を見据えた労災保険・ 労働行政のあり方を提起しよう



井上 浩氏



五島正規氏

元労働基準監督官・自治体労安研副会長 **井上 浩氏**

衆議院議員・医師 **五島正規氏**

◆労災保険財政に関心をもつ必要◆

司会 まずは90年の国会での論戦をふりかえってみますと、前年から労働基準法研究会の中間報告に基づく労災保険法改悪をめぐる攻防が続き、春の第118回特別国会に労災保険法の一部改正案が上程されたわけですが、幸い中間報告のほとんどの内容は盛り込まれませんでした。そして、改正法案の審議が始まる前には、衆議院予算委員会の総括質問の中で村山富市先生によって、財団法人労災年金福祉協会の労働省OB幹部によるトンネル会社を使った裏金作りの問題が追及されました。

井上 あれでよくわかったことは、結局、労災保険料が労災患者や遺族の保護以外のことにたくさん使われているということです。いま業務上外の認定が—とくに過労死などの職業

病では—たいへんきびしい。療養の関係でも、針灸の治療費を打ち切ったり、移送費を払わなかったりと、そういうことはきびしくて、他の面ではいい加減に使っている。権限を握っている労働省中央の官僚が、何か蜜にたかる蟻のように、保険料にたかっているというのが、正直な感想なんです。

あの問題が出てから、労働省の外郭団体の幹部を集めて労働大臣が訓示したそうです。今回一番問題になった人が、大臣にたいへん申し訳ないことをしたと謝ったのだそうですが、大臣は、あああれは内部告発だから気にしなくてもよいと言ったんだそうですが、全く反省している色はないということですね。

労災保険の財政についても、もっと労働者が関心をもって、その運用に当たるようにしなければいけませんね。

五島 労災保険だけでなく雇用保険なども、厚生省の管轄の年金・保険と比べて、見通しが明るいかどうか黒字ですね。それをよいことに労働省・労働官僚が自分たちの財産化している、そこに今回のような問題が起こった。だからまだ何回でも繰り返されると思う。そういう意味では、言われたように、労働組合や労働団体が、情報をきちんと公開させていく、あるいは運用について介入していくことが絶対必要でしょう。

◆労働官僚が私物化している◆

司会 はじめて国会で、その労働省官僚を相手にして初めての感想はいかがでしょう。手ごわかったとか、たいしたことはないとか…

五島 手ごわいとか現場のことを知らんとかいうことではなくて、感じたのは、権益を守ることに必死になっていて、労働行政全般をどう展開するかということについての役人としての見識が見られない。そういう意味では二流官庁と言われても仕方がない。特に労災補償行政としては、非常に夢のない、21世紀に向けての展望が伝わってこないという印象を持ちましたね。

司会 労基研の中間報告の内容は、そういう見識があったかどうかは別としても、これまでにない大がかりな制度の改編を提案していたわけですが。

五島 非常に矮小化された労働法学者の作文だと思いますね。例えば、今日直面している労働者の心身の健康破壊の問題をどう予防していくかという視点は全くない。国会でも言ったのですが、障害等級表そのものが現在の腰痛や頸肩腕障害、振動病には適合しなくなっている。もう随分前から指摘されてきたことにも頬被りしているわけですからね。展望とか将来構想として評価するわけにはいかない。

井上 中間報告には、労働省の合理化案や日経連の要望がたくさん入っていますね。労働省が作文して、御用学者に整理して書かせたということなのでしょうかね。

国会で労働基準局長が、中間報告の延長線上には再度蒸し返すことはないと言っていますが、また出てくるのではないのでしょうか。日経連は、満足がいくようになるまで出してくるでしょうから。民事損害賠償や厚生年金の老齢年金と労災年金の調整問題や審査医員の拡張の問題などは、日経連の従来からの強い要望ですからね。

◆労働行政の長期展望が見えてこない◆

五島 でしょうね。日経連なども、これから起こってくる労働市場の問題に対して総資本としての立場からの政策をまとめるのではなくて、給付を減らすことによって負担を減らすという個別企業の利害にどっぷり浸かってあぐらをかいているようでは、必ず様々なかたちで矛盾が露呈してくると思います。

労災保険を離れてもう少し話を続けさせていただくと、国会で高齢化社会と女性労働の問題も取り上げたんです。御存知のような労働力不足の中で高齢化社会を迎え、60～65歳の人々の就労問題をどうしていくのか。また、27、8～40歳の女性の労働力率というのが極端に低い。2010年頃になっても、ようやく現在のアメリカ並くらいにしか追い付かない。M字型と言われるその落ち込んだところの労働力率をどう上げていけるのかという質問をしても、労働省は、まあ努力はしているんですけど、どういう努力をしているかは言わずに、なさけない解答です。当面する問題に自分たちはどうするという視点を持っていないわけで、これでは労働行政を行っているとは言えませんよ。

井上 本来労働市場の問題などは、雇用対策基本法に基づいて労働省が5年に一度基本方針を立てることになっていますよね。これは閣議決定になるわけです。閣議で決めたのだから、厚生省や通産省にも守らせるという立場になるはずなのですが、労働省にはその努力が全くない。文部省が学校給食を民間委託にするといったら、それはダメだと言わなければならぬと思うんです。どうも労働省は、自信がないからですね。

司会 そういう意味では、私たちの側も、労働省がいろいろと出してくる問題だけに、一喜一憂したり反発しているだけでは、日本の労働行政の未来は暗いと言うことですね。

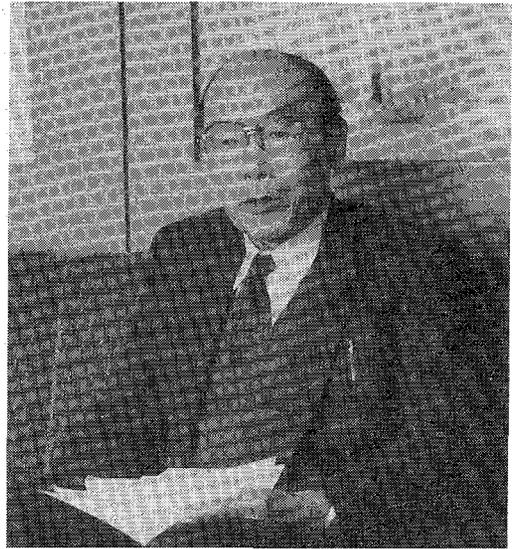
五島 先ほど言った障害等級表の見直しについても、労働省にまかせたままではあと10年出さないうでしょう。むしろ現場から様々な民間試案なりが出されてきて、政府を追い立てていくということをしないと実現しないと思うんです。

全国安全センターあたりが、むしろ我々も医者立場から協力するけれども、手をつけてほしいね。そうすれば、労働官僚が保険財政を私物化するようなことは許されなくなってくると思うんですよね。

◆経過観察期間導入から抜本対策へ◆

司会 少し話題を変えて、振動病やじん肺、過労死の問題など個別の問題にもふれていただきたいと思います。振動病の打ち切り問題にとって、90年は一つの転換点になったと思うのですが、具体的な動きでは、春の国会での五島先生や池端先生の追及で、90年は打ち切りが中断され、年末には経過観察機関を導入する新通達が出されたわけですが。

五島 振動病の経過観察期間を導入したことは評価しなければいけませんが、これは、国有



林ではすでにやられていることです。国有林では、本人の症状が消えた、他覚的にも消えたという段階になって、2年間経過観察して、変わらないということになって初めて治ゆと判断をする。今の労災保険の仕組みは、経過観察を要するような疾病を想定していないわけですよ。

井上 そうですよ。

五島 振動病ではじめて経過観察というようなものを入れざるを得なかったことは、その証明ですが、やはり僕はこれは中間的な妥協の産物であって、次の段階としては、振動病に限らず、障害等級の見直しとか労災保険の仕組みを全般的にどう変えていくのかということの問題にしないではいけないと思うんです。

例えば振動病のように、将来にわたって、振動工具は使用してはいけない、寒冷暴露はいけないとか、労働に一定の制限が加わることが明らかかな人に対しては、年金化した補償を考えなければならない。

打ち切り問題の個別対応をこれからも続けていくのか。我々としても、システムとして抜本改定を迫っていくのか。労任医連（労働者住民医療機関連絡会議、五島氏は副議長）

の会議でも、来(91)年度、そういう抜本見直し試案を作ってみるかという話が出ています。

井上 労災保険の場合は、まずスタートの請求書の様式からして問題があるんですね。負傷を前提にしたものだから、振動病のような場合にぴったりこない。

五島 主治医が診断名を付けたときをもって発症日として、そこから過去にさかのぼってああったこうだったと調査しているというのが実態。振動工具の使用や有害作業従事についての把握が十分でないから、同じ疾病の再発を食い止めるということについては、ものすごく時間がかかりますね。

◆医療現場の矛盾は放っておけない◆

井上 いろいろな場合に問題になるのは、労働省は主治医を信頼していないですね。認定の場合でも、治ゆの場合でも。

五島 医者の方でも、労基局に対しては、権力を感じるだけで全然信用していないでしょう。厚生省と労働省とどっちが悪いと言われて、簡単には答えられないけれど、医者の信頼度からいうと、労働省は全然ないでしょうねえ。

井上 健康保険だったら、これはもう相当長いから打ち切ったらどうですかなどとは言っていないでしょうね。

五島 厚生省の場合、運用や支払について、医師や自治体、労働側等も入って、チェックする第三者機関のような仕組みを持っています。ところが労災保険の方は、民間の保険会社と同じでして、保険給付を行う者が勝手に査定もするというシステムでしょう。こういうシステムを信用せいと言っても無理ですよ。

井上 労災の調査をする場合は、必ず会社と本人とお医者さんのところに行けと言われて一なかなかきちんと行きませんでしたが一おりましたが、お医者さんの所へ行って、先生、

もう長いからこの辺でどうでしょうと言うと、だいたいいいやとは言いませんですものね。それじゃしょうがないですね、私の方から患者に言いましようということで、打ち切ってしまう。別に科学的にどうこうということではないですね。

五島 もう労災は打ち切って国保か健保で治療しなさいというような言い方なんですよね。だから、打ち切られた労働者が、それまでと同じように、同じ医者で治療を続けているというおかしな結果になる。患者も理解できないし、医者も同じこと。労基局がそう言っているから、うるさいからという以外何も根拠ないですね。

労災保険が治療と休業補償の二本立てなのはわかりますが、医療機関に対して二本立てでなければならない理由は何かあるのでしょうか。治療については保険の種別に関係なく、例えば、国保や健保から支払ったら、その分労災保険から国保や健保に支払うというような仕組みで一本化できるはずだと思うのですが。最初の話に戻りますが、労働省が労災保険財政について他省庁に手を突っ込まれたいということだけだと思いますよ。

井上 そういう意見は、基準局内にもずいぶんあるのですが、一本化した場合、定員が減るということを心配しているんですね。

五島 結構なことじゃないですか。その減った人員を、今でも人が足りない監督行政にまわせばいい。

◆予防の観点から認定基準も見直す◆

司会 過労死の問題についても、「裏認定マニュアル」と言われるものの存在が明らかになって引き続き注目されました。

五島 過労死というかたちで死亡した人の問題だけがクローズアップされがちですが、死亡

に至らないケースも数倍あるわけで、そのへんもこれから問題にしていかなければなりませんね。それから何より、過労死に至るような状況の中で、その予防の問題。「過労」を防ぐための指導が何もできないということでは問題です。

公務員の労災認定事例を見ていると、健康診断で心臓が悪い、血圧が高いということがわかっているにもかかわらず、無理な仕事をさせて死亡したという事例も認定されている。これは言わば、当局としてその人の状態をわかっていたのに安全配慮義務違反であるということで認定されたということです。今の認定基準は、基礎疾患を著しく悪化させる要因がないと認めないことになっていますが、企業としてその人の労働限界を考慮しなければならないということを問題にしていけない。

井上 過労死がなかなか認定されないのには、労働省の基本的なものの考え方に問題があるわけですね。いろいろな原因が競合している中で、仕事の寄与率が最後の一滴ではだめなんだという考え方なんです。相対的に有力な原因でなければだめなんだと。それをどう打ち破っていくかということになると、仕事が原因の1%だけの場合でも100%使用者の支払っている労災保険で補償するのがよいのかどうかということも出てくるでしょう。

二番目には、腰痛や頸肩腕障害もそうですが、私生活でも起こり得る病気の場合には、仕事が原因で発症した場合でも、普通の仕事ではだめで過重な仕事でなければだめなんです。普通の仕事の場合には、負荷の程度が普通の生活と同じで、それで悪くなくても自然経過の範囲内だと言うんですね。過重かどうかの基準も個人にとってではなく、同種の労働者に比べて過重でなければだめというのですから、これはきびしい。例えば、腰痛の



場合、30kg以上の物を持って腰が痛くなったら労災だという認定基準があるんだけど、年寄りの場合でも女性の場合でも、画一的に30kgで判断しようというところに問題があるわけですね。それから、疲労の蓄積だとかストレスだとかは全然問題にしていけないということもあるわけですが、そういう労働省の考え方を一つ一つ砕いていくことがこれからの課題ではないでしょうか。

◆ どういう社会をめざすのか ◆

五島 井上先生が言われた労働省の考え方は、30年前の医学の話なんです。今、社会全体が一政府も含めてですよーノーマライゼーションの時代だと。高齢者も65歳、70歳まで働いてほしいという時代だと。障害を持っている人も働いてほしいという時代だと。そういう時代に、100%その労働によって健康が破壊される、または死亡するという場合でない使用者は責任を持たなくてよい、あるいは労災保険は支給しなくてよいのだということでは、ノーマライゼーションなんかできないんですよ。それぞれハンディキャップを持つ

ている人たちが、それを認めながら、就労を通してマッチングしていく、そういう社会をめざそうということです。

医学も、全く病気がない元の状態に戻せるかたちに進んでいるのではなくて、特に様々今日ある成人性疾患などでは、それをいかにコントロールするかというかたちで進んでいるわけです。そういう医学の発展を利用しながら、様々な健康上の問題を持っている人たちが、社会全体の中ではノーマルな存在として生活できる、そういう社会を作るということが、社会的コンセンサスとなっている。

当然、人間の生活の中で大きなウエイトを持っている労働も、そういうものによって変わっていかねばならない。それを一番進めなければならぬ労働省が、戦前の疾病が伝染病中心であったような考え方で対応しようとしていることとのギャップは大きい。

井上先生がいわれたような、最後の一滴を、就労の中に作らない努力。逆に就労することによってかえって健康に過ごせるという事例がいくらかもあるんですね。そういう社会をめざすんだということが前面に出てこない、労災問題も、労働行政の将来展望も出てこないと思いますね。

◆運動化することが大事◆

五島 それと近似的な関係にある問題で、職場の中でノイローゼやうつ病が増えている。みんなメンタルヘルスの問題が非常に大きな問題ということはわかっているんだけど、避けて通っているんじゃないか。それが、労災被災者や障害者を労働能力を阻害する要因として排除する原因にもなっている。むしろ、そういう事例を、労働との関連を、真っ向から捉えて、運動化していくということが、突然死に関連する問題と並べて大事だと思う。

井上 仕事が原因での自殺なんかもあるんですよね。某労働基準監督署の幹部クラスの監督官が、会社とやり合って、自殺をした例もあるようで、外部には事実を隠して、心筋梗塞かで亡くなったということになっています。大阪や、九州でも、基準局の課長も含めて何人もあります。これらは、100%仕事が原因でしょう。ところが、労災認定の考え方は先ほども言ったように相当因果関係説ですから、公務災害となっていない。

司会 労働省の中でも、自殺を隠そうとするのですか。

井上 もちろんあるでしょう。家族も恥ずかしいから隠そうとする場合もあるのではないのでしょうか。

五島 職場のストレスが原因でなったノイローゼやうつ病は、外来治療で十分治る程度の場合が多い。そういう病気ですよ。ところが、病気が起こったことに対して、家族や周囲が恥ずかしいということで隠してしまったり、差別をすることは現実にあるんですよ。まさに、仕事との関係の中で療養が権利として獲得されるという意識がないから、そうなるわけで、運動化していかなければならないんじゃないかな。

井上 労災認定もさせていかなければいけませんね。

五島 振動病の場合だって、最初は、高知は暖かい所だから振動病患者はいないと言っていたんですよ。その次に、あれは特定の医者がでっちあげた病気と言われていたんだから。とにかく運動化していくことですよ。

例えばアスベストの問題でも、昭和40年代に作られた鉄骨構造の建物は、消防法との関係もあるから、アスベストが吹き付けられているでしょう。そういう作業をしていた人たちはかなり専門化しているんじゃないですか。ずいぶんアスベスト粉じんを吸っているはず

で、そういうような職種ごとにきちんと追跡して見る必要があるでしょう。

井上 私の実験ですが、アスベストを使用しているある大工場の周辺で肺がんの発生状況を調査したことがあります。ところが、保険所は全く非協力的でした。逆に市役所は実に協力的で、埋葬許可書を見せてもらうことができました。その結果、30名の従業員を使用している大工場の下請工場の付近では、夫婦二人とも肺がんで死亡している例等が見つかりました。その下請工場は、アスベスト紡績が専業で、石綿肺で2名の死亡者が出ました。

司会 89年度の肺がん・中皮腫の労災認定件数が19件だそうで、それまでの10件前後から比べると新たな段階に入ってきたかなとも思います。いずれにしろ、言われたように、追跡の方法に工夫して実態を掘り起こす必要があると思っています。

井上 消費量から見て、もっとたくさん発生していると思うんです。肺がんでも、仕事が原因だと思ってない人が多いのではないのでしょうかね。

五島 じん肺と肺がんの関係でも、労働省は管理区分4のじん肺に合併した肺がんしか労災と認定していませんが、管理区分4にまでいたらないじん肺に合併した肺がんの認定をめぐる裁判が松山地裁で勝訴し、労働省が控訴せずに確定しましたね。裁判で勝ったら運動でせめていくべきだと思いますよ。認定基準を変えろと。運動を起こすことが大事なんだ。

井上 障害補償の問題もあるんです。じん肺の管理区分3以下の場合でも、心肺機能障害があるんですよね。当然、胸腹部臓器に障害を残すもの、ということで12級なり何級なりの障害補償がなされなければならないわけですが、労働省はだめだと言います。障害補償は、前提として治療行為がなされた後に、治療した時点で支払うんだということです。じ



ん肺の管理区分3以下では治療は認められていないので、治療していない人はだめだと言います。合併症で治療行為があれば、最高7級(年金)まで支給することを認めているのにです。治療がなくても障害補償を行うのは、騒音性難聴だけです。現在の医学で治療の方法がないからと言うことですね。この問題も取り上げてもらいたいですね。

◆予防に取り組める体制を◆

司会 まとめと言いますか、91年の課題なり抱負といったことを最後にお願いします。

井上 予防と安全衛生行政のことについて申したいんですが。先に五島先生もおっしゃった職員の人数のことですが、90年の3月31日現在では、都道府県労働基準局に3219名、343の監督署には5078名いるんです。監督署の職員が少なくて困っているというんですから、私はこの際、都道府県の基準局は全廃したらいいと思うんですよ。置くとしたら、他の役所みたいにブロック単位くらいに置けばよい。これは前に労働省も考えたことがあって、基準局で計算してみたら、700名くらい監督署に振

り向けられるというんです。私は、もっと徹底してやれば2000名くらい振り向けられると思うんです。

そして、いま労災保険は、保険料をとるのは基準局で、支払は監督署でやっているんですが、両方とも監督署でやればいい。全国47の都道府県で、とる方の収納率が一番よいのは北海道なんです。あの広い北海道がよくて、悪いのは沖縄と埼玉。不思議に思ってなぜ北海道がよいのか聞きましたら、北海道だけが徴収部門も監督署がやっているのだそうです。迅速に機動的に動けるんですね。

戦後の1948年、事業所が70万くらいあったときの労働基準局全体の人員が10,619人おったんですが、いま350万事業所があつて8500人くらいしかいません。したがって、先ほどのようにして第一線を増やすしかないと思うわけです。戦後70万事業所があつた時分には、1年間にだいたい45万ヶ所に監督にまわっていたのが、今は逆に18万くらいしかまわっていない。大正5年(1916年)に初めて監督官制度ができた頃には、監督官の数は、1つの工場を年3回まわるといふことで決めたんです。それから見るとたいへんな後退ですから、抜本的に変えることが必要ですね。

◆法令の内容も運用も変えていく◆

井上 それからもう一つは、今の労働安全衛生法自体を変えていかなければいけないだろうと思います。罰則がたいへん軽い。法に違反をして人が死んでも罰金が10万円か20万円くらいしかない。これを、増額すること。それから、刑法総則の適用があるので、故意犯しか処罰しない。過失犯は処罰しないですね。ほとんどの場合は過失犯ですよ、知らなかったという場合が多いわけですから。ほとんど捕まえられない。そこで、安全衛生法違反

の場合は、過失犯でも処罰するというところを入れる必要があるのではないのでしょうか。

もう一つ、本来経営者が処罰を受けるはずのものが、労働者が処罰されることになってしまうおそれがあります。例えば、山の中で木を切る場合、労働安全衛生規則第477条第1項により、使用者は、40cm以上の木を切る場合は、受け口を作らなければいけません。しかしそうは言っても、社長と一緒に行って命令はしないでしょ。すると、受け口を作らなかった労働者が、第2項違反で30万円以下の罰金に該当することになります。

自治労のゴミの収集車もそうですね。ボタンとはさまれて死ぬんだけど、あれも、市長とか町長がついてまわるわけではないですよ。使用者は、ふたを開けてその下に労働者を入れてはいけなくて労働安全衛生規則151条の9第1項に書いてあり、第2項には、労働者がふたを開けて入る場合は、つかえ棒をして入らなければならないとなっていて、これは30万円以下の罰金ですよ。だからこの場合にも実際には、労働者だけが処罰を一罰則の適用を受けるおそれがあり、使用者側は処罰されないわけです。これなんかも相当考えて、規則の内容を変えていかなければいけないと思うんです。

法令の運用の関係でもたいへん問題があり、89年度は前年度に比べて、法違反で書類送検した数が10%減っています。初めてですよ。ずっと今までは、年間1300件くらい送検していたんです。それが、89年度は1171件です。なぜかわかりませんが、労働基準法違反が32%くらい減っていますから、これは、たぶん法改正で(主に労働時間規制が改正され、フレックスタイム制などの変形労働時間制が拡充された)つかまえにくくなったのでしょう。安全衛生法違反は3%しか減っていません。

五島 外国人労働者に対してはどうなっている

んでしょうか。例えば、危険有害作業が、外国人労働者に置き換えられてということはないでしょうか。

井上 あるんでしょね。

それから、1937年—昭和12年。日中戦争が始まった年に、工場法違反でいくら処罰されたかと言いますと、1319件ですよ。これは処罰件数で、89年度の1171件は書類送検の件数ですから、単純に比較できません。送検された中で処罰を受けるのは、70%くらいですから、処罰件数はもっと減る。それと、問題は、安全衛生法違反というのは、ほとんど—90%以上が一労働者が死んだ場合に送検しているんです—葬式送検と言いますけれども。イギリスなどでは、葬式件数は50%だと言いますから。本来は人が死ぬ前にやらなければいけないんですよ。そういう問題があると思います。これは、運動で変えていかなければならないと思います。

◆全国安全センターも政策能力を◆

五島 まず人員問題については、井上先生がおっしゃったとおりだと思いますね。しかし、さっきも言ったように、労災保険の支払—とくに医療費の支払は、一本化する方法を考えて、労働基準監督署の業務からははずした方がよいと思うんです。

それから、作業形態が変わってきているんです。安全の面でも、衛生の面でも、監督署が安全性なりをどの程度チェックできるかという、専門家も少ないし器具なんかもない。これは大幅に増やしていかなければならないし、労災病院などを全国に38ですか、作っているよりも、そういう労働安全衛生のためのサービスセンターみたいなものを作るべきではないかと思えますね。

ついでにもう一言いわしてもらえたら、今



ではほとんど必要のなくなっている産業医大ですね。あれも労災保険で作っているわけですが、あれは早いところ廃校にするなり民間に移管するなりすればよい。労災保険料から莫大な金額を出して運営する必要は全くありません。たんに労働省と御用学者のポストを作っているだけです。

最後に全国安全センターへの注文を出しておきたいと思いますが、全国安全センターは、認定を中心とした運動体から、先ほどいった長期的な、総論的な政策問題についても考えていくことのできるように脱皮するという。もう一つは、医学面だけでなく、もっと全体的な日常的研究活動ができればよいと思います。

田尻さんが亡くなったことはまことに残念ですが、その後の体制もしつかりしてもらって、是非ともそういう活動も進めてもらいたい。大いに期待しています。

司会 今日はたいへん貴重なお話をありがとうございました。全国安全センターの活動も91年度からが本番ですので、今後ともよろしくお願いいたします。

(90年12月22日。文責は編集部にあります。)

振動病に「経過観察期間」を導入

医療・医学無視の打ち切り問題解決への第一歩

全国労働安全衛生センター連絡会議議長代行 谷 沿 嘉 瑞

はじめに

労働災害に対する補償は、それがケガであれ病気であれ、業務上として認められたときに限り行われることは周知のとおりである。入口の方は曲がりなりにもはっきりしているのに対して、労災補償の終了、つまり出口はと問われても、関係法令等の明文もにわかには思い当たらず、漠然と「治ったとき」だろうとしかいえないのが現状ではなかろうか。

法令ではなく、行政通達で示されているのがただ一つだけあるが、古い通達で次のようなもの。昭和23年1月13日付け基発第3号「治ゆとは、症状が安定し、疾病が固定した状態にあるものをいうのであって、治療の必要がなくなったものである。即ち、①負傷にありては創面の治癒した場合、②疾病にありては急性症状が消退し慢性症状は持続しても医療効果を期待し得ない状態になった場合、等であって、これらの結果として残された欠損、機能障害、神経症状等は廃失として障害補償の対象となるものである」。

仮にこれを是としても、また一般的に考えてみても、「治った」かどうかの判断は治療を担当した主治医によってなされるべきであるが、医療・医学を無視した行政判断による症状固定・治ゆ認定をめぐり、労災被災者の多くが不満を持ち、困難してきた事実は否定できず、今も争いが絶えない。

とりわけ振動病患者が、「治った」とする認定—いわゆる症状固定・治ゆ認定のために、困難を強いられてきた。多くの振動病患者を組織し



谷沿嘉瑞氏

た森林労連・全山労は、医療・医学の立場では労働者住民医療機関連絡会議に支えられ、加えて従来から社会党林特委(林業特別委員会)の政治的な立場での強力な取り組みにより、症状固定・治ゆ認定の不当性を追及し、適正な行政運営を迫ってきた。

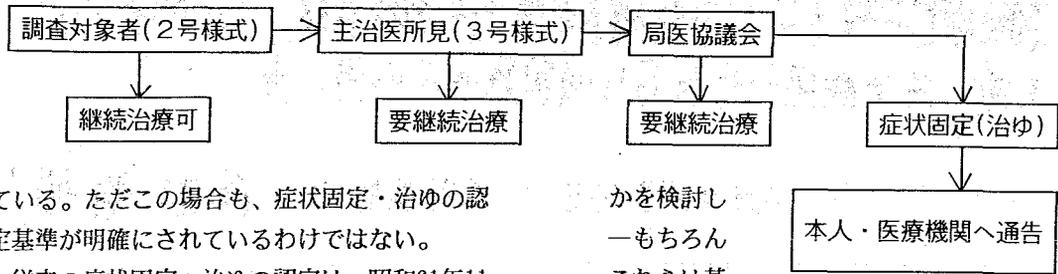
その結果、症状固定・治ゆ認定の前に、主治医による「経過観察」を行うことが決定されたのである。今まで実行されなかったのが不思議とも思えるのであるが、当然のことが当然に行えないほど行政の対応は、主治医の意見を無視し、被災者泣かせであったことを示している。

以下、これから行われる「経過観察」について、その経緯を紹介し、主な内容と今後引き続き改善されるべき事柄について述べる。

従来行われてきた症状固定・治ゆの認定

振動病は、発症のメカニズムが定かでないと言われ、予防を目的とした法的使用規制は施されていない。しかし、労災認定基準及び治療指針は、行政通達のかたちで極めて厳格に示され

図1



ている。ただこの場合も、症状固定・治ゆの認定基準が明確にされているわけではない。

従来の症状固定・治ゆの認定は、昭和61年11月28日付け基発第629号(以下「629通達」いう)「振動障害に係る保険給付の適正化について」により行われてきた。これは、昭和59年8月3日付け基発第412号「適正給付管理の実施について」、昭和61年7月10日付け基発第412号「適正給付管理の実施に係る事務処理方法の一部変更について」を改めて、629通達としたものである。「長期療養者の適正給付管理」という名で、療養の可否についての判断—症状固定・治ゆの認定を行ってきたのである。

629通達の内容は膨大なもので、詳細にわたる紹介は困難であるが、内容はおおむね次のとおりである。

(1) 症状経過の把握として、

- ① 療養開始後6カ月を経過した者の台帳が本省で作成され、療養開始後1年を経過すると「適正給付管理名簿」が作成され、本省に登録される。
- ② 以後年2回程度(寒冷期とそれ以外の時期)定期検診を行い、症度区分の見直しをし、記録する。(振動様式第2号ほか、以下「2号様式」という)

(2) 症状固定・治ゆの認定は、

- ① 2号様式による調査の結果、一定の治療年数を経過した者(数年以上~10年以上)について、継続して療養することの要否(症状固定か否か)を判断するため、主治医から所見書を提出させる。(振動様式第3号、以下「3号様式」という)
- ② 3号様式により監督署は、継続治療を要するか、症状固定についての検討を要する

かを検討し—もちろんこれらは基

準局との協議も行われるであろうが—ともあれ検討の結果一定の判断が下される。その判断とは、継続治療を可とする者と、症状固定か否かの判断を行うため、各基準局ごとに委嘱している地方労災医員協議会(以下「局医協議会」という)の意見を徴する者—toに分類されるのである。

③ ②の結果、3号様式に書かれた主治医の意見を踏まえて、継続治療可となった者、及び局医協議会で継続治療が妥当とされた者については、監督署からは何の知らせもない。事情のわからないまま、被災者は、いつ労災打ち切りという通告があるのかという不安に脅かされながら治療を続けることになるのである。

④ 局医協議会で症状固定・治ゆと判断された者に対しては、監督署から「おしらせ」と称して、ほぼ1カ月前に「症状固定(治ゆ)であるから〇月〇日以降の労災補償は行わない」と文書による通告が行われる。主治医又は関係医療機関に対しても同様の通告が行われる。

以上の要旨を図示したものが図1である。

医療無視が症状固定の問題を多発させる

このようなかたちで行われた「長期療養者の適正給付管理」が、現実には、行政のベースで不当な症状固定・治ゆ認定を多発させ、多くの問題を引き起こしてきた。

1990年4月、社会党の国会調査団が調査を行っ

	3号様式提出	要継続治療	局医協議会	要継続治療	症状固定
平成元年	100	30	70	20	50

日の目を見ること
 となったか、また、
 その意義がいかな
 るものかを知るた

た際明らかになった、ある労働基準局管内の症状固定・治ゆ認定の実態は次のとおりであった。

多くの問題点が指摘されたが、その主な問題点は次のとおりである。

- ① 主治医の意見を徴するというが、事前・事後の意志疎通は皆無に等しいまま、一片の紙切れに所見を書かせればそれでよし、とする行政独断の姿勢は不信感を増長させただけ。
- ② 難病とされてきた振動病を、多くの困難を克服して調査・研究、治療に当たっている主治医の意見は尊重されない。
- ③ 局医協議会のメンバーは公表されず、実際、振動病の検診及び臨床経験のある医師はごく少数という実態。その局医協議会が、主治医との意見交換もなく、患者を直接診断するでもなく、検討結果についての医学的な見解表明も全くないまま、結果だけが行政に利用されて、患者を拘束する。
- ④ 症状固定・治ゆの認定は、比較的治療年数の長い者から行っており（第一段階、10年以上の者）、事実上の画一的打ち切りになっている。

医療・医学を無視した行政の専断が横行していることが最大の問題なのである。

症状固定の概念と対応を正す

全山労・全林野は必至の抵抗をするとともに、社会党・林特委、労住医連をはじめとした協力に支えられ、労働省に対する申し入れと追及、国会における厳しい追及が連年展開されてきた。

これは、国会における議事録となって経過が明らかであり、全山労等との交渉の結果も記録され、それらは労働省が事務連絡として各基準局に通達している。そのうち重要と思われるものを次に紹介し、「経過観察」がいかなる経緯で

めの参考とされたい。

労働省との交渉記録（症状固定にかかわる事項のみ抜粋）にみる限り、全国の監督署においてこれが適正に実施されたならば、症状固定の問題、とりわけ主治医の意見無視、行政ベースの不当打ち切り、と指摘される事態は起きなかったかもしれない。しかし、事態はまるで逆で、国会や交渉の経緯は、局・署の段階ではほとんど活かされず、遺憾ながら行政ベースの前述のごとき症状固定・治ゆの認定が進められ、89～90年春にかけて全国で大量の労災打ち切りが行われたのである。

90年春の国会では、これらの問題が予算及び社会労働委員会で取り上げられ、社会党の厳しい追及を受けることとなり、また、社会党は全国的に重点的に国会調査団を派遣し、不当打ち切りの事実の糾明に当たった。一方、森林労連・全山労・全林野は、90年5月16日中央行動を展開し、その中で労働省に不当打ち切りの撤回と今までの当局見解の確実な実施を追及した。

こうしてあまりにも目に余る不当打ち切りと思われる実態による追及に対し、当局も事態を重くみて、組合側の求めた「98年以降の打ち切り者の再調査」と「経過観察」の実施について検討を行うことを表明した。もちろん、従来表明してきた見解にも変更のないことをあらためて表明している。

爾来11月まで検討と折衝が続けられ、「経過観察」が通達されるに至ったのである。

【昭和63年6月2日付け事務連絡第15号】

情報の速報について

全国山林労働組合協議会、全国山林労働組合（以下「全山労」という。）からの本省に対する陳情の概要及び振動障害に係る国会における審議

状況を、下記により別添のとおりまとめたので、労災補償行政運営の参考とされたい。

なお、昨年12月7日の全山労からの陳情の概要については、昭和62年12月18日付事務連絡第32号により送付したところであるが、当該陳情の席において双方が確認した内容を別添1のとおり取りまとめたので、併せて参考とされたい。

おって、この陳情は、管内の各労働基準監督署まで周知されるよう念のため申し添える。

…略…

別添1 昭和62年12月7日

全山労陳情要旨

…略…

全山労 症状固定の概念については変わっていないのか。

労働省 症状固定の概念は変わっていない。

治療によって症状の改善が図られている者については、症状固定とはしない。

…略…

全山労 少なくとも治療を中断することによって悪化する者については、症状固定とすべきではない。

労働省 主治医の意見を十分聞く必要があるが、治療を中断することによって症状が悪化するということであれば、症状固定ではない。

別添2 …略…

別添3 昭和63年5月26日

全山労陳情メモ(労災補償関係) (途中省略)

議員 これまでの折衝経緯をまとめたい。

まず、従来経緯の尊重についてであるが、振動病の治療・補償対策等については、これまで全山労と労働省の間で確認してきた折衝経緯及び国会における審議経過を、今後とも十分尊重していくこととされたい。

労働省 これまでの全山労との折衝経緯及び国会における審議経過については、今後とも十分尊重していく考え方に変わりはな

い。

議員 「症状固定の概念」は変わっていないと理解してよいか。

労働省 症状固定の概念については、昨年の12月7日にも述べたように、「治療によって症状の改善が認められている者」や「治療を中断することによって症状が悪化する者」、などは、症状固定ではない、との考え方は変わっていない。

議員 「主治医の意見尊重」という考え方についても、変わっていないか。

また、「主治医の意見を尊重する」との観点から、今後どのように対応するつもりか。

労働省 「主治医の意見を尊重する」との考え方についても変わっていない。かかる観点から、今後の症状固定の判断に当たっては、所見書及び診断書のほかに、事前に主治医の意見を十分聞き、その意見(書)を局医協議会に提出することとする。主治医から事前に意見を聞く場合、その方法を示すこと等により主治医の意見を正確に聴取できることとしたい。

「経過観察」の実施とその意義

今回の「経過観察」は、ベストとは言えないながらも事態を打開するため実施することとしたもので、それ自体は新しいアイデアではなく、当然のことが日の目を見るようになったと言った方がよいだろう。しかし、従来ほとんど行政が一方向的に進めてきた症状固定・治癒認定の重要部分について、被災者のことを最もよく知る主治医のペースで行われることになったことの意義は大きいと言える。つまり、本来の姿に一步近づき、人間の命・健康が地球よりも重いことを見直す方向性を示したのである。

以下、経過観察の内容・要旨を説明する。適正に実施するための参考とされたい。

労働省は、平成2年10月29日付け基発第664号「『振動障害に係る保険給付の適正化について』の一部改正について」と、同日付け事務連絡第29号(664号通達の運用について示したもの)を通過した(末端には年末頃到着)。この通達の主要な事項は、新たに経過観察を実施することを明文化したこと、これに係る手続について詳細指示していることであり、従来「不当打ち切り」と指摘されたような事態を再現しないよう、行政の措置及び主治医への依頼事項等を明記している。これらの詳細については、紙面の関係で別の機会に譲らざるを得ないので、経過観察を主体に解説することとした。

(1) 調査の実施

629通達により対象者の調査を行うこと、及び以後定期的検診並びに症度の見直しを行い、管理することについては、664号においても変わりがない。(2号様式)

(2) 症状の把握

従来は、主治医の意見を徴することが肝要である、とのみ示していたが、症状経過、治療効果、治療方針等、具体的に主治医との関係を示している。

(3) 局医協議会への協議

3号様式については変わるところはないが、従来、局医協議会に医学的判断を求め、とっていたものを、主治医の意見を徴したとき明確な意見であれば局医協議会に協議を求めない、として主治医の意見を尊重することを示している。

(4) 鑑別診断の実施

鑑別診断を活用することにより、療養の要否等が的確に判断できる場合には、活用することを補足している。しかし、鑑別診断の実施医療機関を「公的医療機関」とすることは了解できるが、なお意見の調整が残されている。

(5) 経過観察の実施

① 主治医の意見は、次の3項目に区分する。

A 症状固定(治ゆ)と認められるもの

B 療養の継続が必要と認められるもの

C 一定期間経過観察をする必要があると認められるもの(経過観察はおおむね3~6カ月程度)

② 主治医の意見の尊重

①により明らかとなった主治医の意見は、次のように措置される。

Aの場合は、行政として所要の手続を行い、被災者及び主治医に対して症状固定(治ゆ)の通知が文書でなされる。

Bの場合は、主治医に対して療養の継続が文書で通知される。

Cの場合は、Bと同様、症状の経過の観察が文書で通知される。

③ 経過観察の時期、期間、方法について

事務連絡によれば、おおむね3~6カ月となっており、その他については確たる指示はされていないが、本来的には経過観察は、要否、方法等、被災者の症状に基づき主治医の適切な判断が必要であり、そのため主治医の意見を尊重して実施されることとなっている。

当然考慮されるべきこととしては、振動病の病像からして時期は寒期を含むことが必要であり、そうすれば6カ月以下の期間では十分な観察はできないであろう。

また方法では、当然医学的に決定されるべきことは言うまでもないが、被災者の症状により様々な方法で行われるであろう。

④ 経過観察後の意見

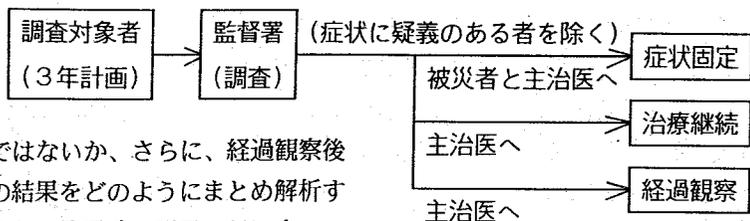
経過観察後の症状については、主治医から意見を徴することとなる。

以上を要約すれば、図2のとおりであり、図1と比較検討すれば理解されやすいと思われる。

引き続き検討・改善を要する事項

実施に当たり具体的事項について、検討を要することがいくつか考えられるが、中でも経過観察の内容については、その方法について何らかの「目安」がないと結果にバラツキが生ずるの

図2



ではないか、さらに、経過観察後の結果をどのようにまとめ解析するか、等通達で明示のない点につき検討が必要と考えられる。

これらの具対策のほかにも、引き続き検討を要すると思われる点を提起し、改善のための検討と関係機関の協力を要請したい。

① 「経過観察」制度の改善について

症状固定・治ゆの判断をするために（確かめるため）経過観察を行うとすれば、664号通達による経過観察では不十分である。国有林で行われている制度は、自・他覚症状が消失した後に2～3年間経過観察を行ったうえで、症状の消失を確認して「治ゆ」の診断がなされることとなっており、664号は比較にならないほど貧弱と言わざるを得ない。

医学的に認知され、制度的にも合理性を持つよう検討を行い、改善について要求していく必要がある。

② 症状固定・治ゆの認定について

現行制度（制度と言えるか疑問であるが）につ

いては、すでに紹介したとおり古い通達が唯一であり、これを国会議事録及び労働省交渉記録等で補足し、症状固定とはいかなるものかを定義ないし運用の方向を示しているのが現状である。しかしながら、この補足した事項は通達ほどの拘束力をもっておらず、形骸化されており、行政事務を拘束する内容に改める等、実効のあるものにする必要がある。

③ 局医(局医協議会)制度の再検討について

現行の制度は「闇の労災行政」的であり、廃止するか、抜本的に(民主的に)改めるよう、再検討すべきである。 ■

防毒マスク使用上のチェックポイント

「防毒マスクの規格」改正に伴い新しい行政通達

労働安全衛生法施行令が90年8月31日付け(政令第253号)で、また、労働安全衛生規則、機械等検定規則等が9月13日付け(労働省令第19号、第23号等)で、それぞれ一部改正された。今回紹介するのは、防毒マスク関係の改正についての関係資料であるが、85年7月の「市場アクセス改善のためのアクション・プログラム」(政府・与党対外経済推進本部策定)の中で防毒マスクの規格に関し、諸外国との整合性を図るための検討が求められたことに応じたものとされる。具体的には、以下の諸点である。

- ① 亜硫酸ガスのみが存在する場所において使用する防毒マスクを規格の対象となる防毒マスクに追加すること。
- ② 材料等に係る試験の規定のうち、耐熱試験、耐寒試験、耐薬品試験及びしめひも伸び率試験の規定を廃止すること。
- ③ 重量及び隔障の規定を廃止し、死積及び視野の規定を定量的な規定から定性的な規定に改めること。

- ④ 防毒マスクの譲渡又は貸与される場合に添付する印刷物に記載すべき事項として (1)死積、(2)取り付けることができる吸収缶の種類等を追加すること。

これらの改正については、90年10月1日から施行されているが、9月26日付けで「防毒マスクの規格」(労働省告示第68号)と「防毒マスクに係る労働安全衛生規則の一部を改正する省令及び機械等検定規則の一部を改正する省令の施行並びに防毒マスクの規格の適用について」(基発第585号)が示されている。

これらの整備と同時に、9月28日付けで「防毒マスクの選択、使用等について」(基発第592号)が出され、防毒マスクの、①選択に当たっての留意点、②使用に当たっての留意点、③保守管理上の留意点、についてそれぞれ指示している。今号では、これを紹介する。

防毒マスクの選択、 使用等について

平成2年9月28日基発第592号

防毒マスクの使用に関する監督及び指導の留意点については、昭和37年7月24日付け基発第781号により適正な運用を図ってきたところであるが、今般、標記について下記のとおり定めたので了知の上、指導に遺憾のないようされたい。

なお、従前の通達のうち防毒マスクの使用に係る部分については別紙のとおりとするので、併せて了知されたい。

記

第1 防毒マスクの選択に当たっての留意点

防毒マスクの選択に当たっては、次の点に留意すること。

- 1 防毒マスクは、機械等検定規則第14条の規定に基づき吸収缶及び面体ごとに付されている検定合格標章により、型式検定合格品であることを確認すること。
- 2 着用者自身の顔に合った形状及び寸法の面体を有するものを選ぶこと。
- 3 作業の内容、強度等を考慮し、防毒マスクの重量、視野、吸排気抵抗等が当該作業に適したものを選ぶこと。このため、選択に当たっては取扱説明書等に記載されているデータ

を参考とすること。

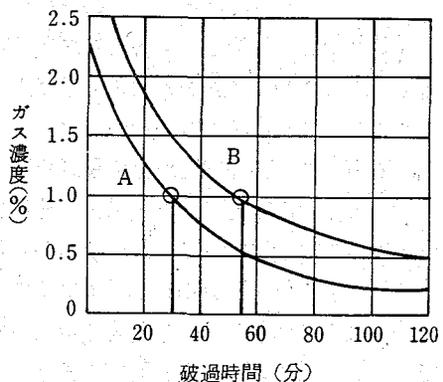
- 4 有害物質(防毒マスクの規格第1条の表した欄に掲げる有害物質をいう。以下同じ。)の種類に応じ、作業に適したものを選ぶこと。

なお、亜硫酸・いおう用防毒マスクは、亜硫酸ガスのみが存在する作業場でも使用できるものであること。

- 5 作業環境中の有害物質の発散状況、作業時の暴露の危険性の程度等から労働者に高濃度暴露をもたらすおそれがあると認められるときは、できる限り除毒能力が高いものを選ぶこと。

なお、除毒能力の高低の判断方法として、一定のガス濃度に対する破過(除毒能力の喪失)時間の長短から判断する方法があること。

例えば、次の図に示すような吸収缶A及びBの破過曲線図において、ガス濃度1%の場合で比べると、破過時間はAが30分、Bが55分となり、Aと比べてBの除毒能力が高いことがわかる。



第2 防毒マスクの使用に当たっての留意点

1 事業者は、衛生管理者、作業主任者等の労働衛生に関する知識、経験等を有する者のうちから、各作業場ごとに防毒マスクを管理する責任者を指名し、防毒マスクの適正な着用、取扱方法等について必要な指導を行わせるとともに、防毒マスクの適正な保守管理に当たらせること。

なお、防毒マスクは、酸素を発生するものでないから酸素濃度が18%未満の場所では使用できない。このような場所では送気マスク等を使用すること。

2 事業者は、防毒マスクの取扱説明書等に基づき、防毒マスクの適正な装着方法、使用方法等について労働者に十分な教育・訓練を行うこと。

3 事業者は、防毒マスクを使用させるときは、その都度、着用者に、次の項目について点検を行わせること。

イ 排気弁の気密性が保たれていること。

ロ 吸収缶が適切に取り付けられていること。

ハ 吸収缶に水が進入したり、破損していないこと。

ニ 吸収缶から悪臭が出ていないこと。

4 次のような防毒マスクの着用方法は、有害物質が面体の接顔部から面体内へ漏れ込む等のおそれがあるため、行わないこと。

(1) タオル等を当てた上から防毒マスクを着用すること。

(2) 面体の接顔部に「接顔メリヤス」を使用すること。ただし、防毒マスクの着用により皮膚に湿しん等を起こすおそれがある場合で、かつ、面体と顔面との密着性が良好であるときは、この限りでないこと。

第3 防毒マスクの保守管理上の留意点

1 予備の吸収缶等を常時備え付け、適時交換使用できるようにすることが望ましいこと。

2 防毒マスクを常に有効かつ清潔に保持するため、使用後は砂じん、湿気等の少ない場所で、次の方法により手入れを行うこと。

(1) 面体、吸気弁、排気弁、しめひも等については、乾燥した布片又は軽く水で湿らせた布片で、付着したほこり、汗等を取り除くこと。

また、吸収缶が取り替えられる構造のものについては、汚れの著しいときは、吸収缶を取り外した上で面体を中性洗剤等により水洗すること。

(2) 活性炭、ソーダライム等の吸収剤や、ホプカライト等の触媒は吸湿により能力が低下するものが多いため、使用後は吸収缶の上栓と下栓を閉めて保管すること。栓がないものにあつては、ビニール袋に入れて密封する等の措置をとること。

3 次のいずれかに該当する場合には防毒マスクの部品を交換し、または防毒マスクを廃棄すること。

イ 吸収缶について、破損した場合、著しい変形を生じた場合、又は有害物質等の臭気を感知する等により吸収剤の除毒能力が低下し有害物質を十分に無毒化できなくなったと認められた場合

ロ 面体、吸気弁、排気弁等について、破損、き裂、著しい変形又は粘着性が認められた場合

ハ しめひもについて、老化等によりその弾性が失われ、伸縮不良の状態が認められた場合

4 防毒マスクは、手入れ後、積み重ねること(吸収缶のみを積み重ねることを含む。)面体及び連結管を折り曲げること等による、き裂、変形等の異常を来たさないように保管すること。なお、保管場所はなるべく冷暗所とすること。

5 使用済みの吸収缶の廃棄に当たっては、吸収剤に吸着された有害物質が遊離し、又は吸収剤が吸収缶外に飛散しないように袋等に詰めた後、廃棄すること。

別紙(略)

参加型の講座に各地で取り組もう

「第1回労働安全衛生学校」を開催

全国安全衛生センター連絡会議事務局長

古谷 杉郎

●参加型の講座運営

昨年11月23日から25日の3日間、全国安全センターとして初めての独自企画といえる「第1回労働安全衛生学校」を、兵庫県芦屋市の生コン技術研修センターで開催しました。

参加者は43名(宿舎の定員が40名)。内訳は、北海道1、東京6、神奈川3、新潟1、京都1、大阪14、愛媛4、高知2、熊本2、大分1、講師その他7。安全センターのスタッフと労働組合の担当者等を対象としましたが、安全センターのスタッフが20名、その他23名でした。

今回の安全衛生学校のテーマは次の二つ。

- ① 自主対応型の労働安全衛生活動の前進のために
- ② 労災職業病認定、相談活動の前進のために

後者では、「脳・心臓疾患(過労死)」と「アスペストによる健康被害」を取り上げました。

従来、この種の学校や講座は、参加者が受け身のまま、講演を中心とした一方通行の方式のものが多かったと思います。自主対応型の労働安全衛生活動については、本誌90年9月号で紹介したように、自治体労働安全衛生研究会が、自主対応型の労働安全衛生活動を推進するための「参加型の講座」を進めています。各地域・職場で同様の試みを促進する契機にしたいとい



第1回労働安全学校：熱心に聞き入る(見入る)参加者

う狙いがありました。同時に、今回の学校の運営自体にその視点を可能な限り取り入れるよう努力しました。具体的には、

- ① グループ・ワーク(協力・協同作業)
- ② 問題解決型(想像力・適応力の育成)
- ③ 参加型・自主対応型(全員での討論・実行)
- ④ ビジュアルな機材の活用
- ⑤ フィールドワーク(具体的な経験に学ぶ)

などの要素を取り入れたことです(今回は、残念ながらフィールド・ワーク—職場巡視を実行できませんでした)。講義はできるだけ短く、ビジュアルな教材や資料を用意し、一方で、全体を4~5人ずつの小グループに分け(8班、班単位での討論等の機会をできるだけ設けました。

●参加型講座の可能性をさぐる

第2日目全部を「自主対応型の労働安全衛生活

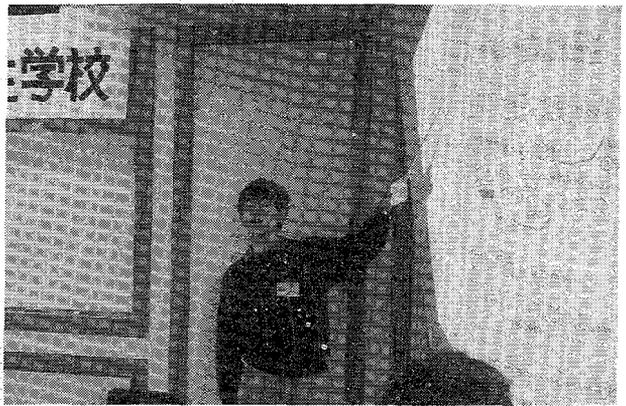
動」のテーマに当てました。テキストとして、ILOの『安全、衛生、作業条件トレーニングマニュアル』（本編・チェックリスト・トレーニングリーダーのための手引きの3分冊）を使いましたが、まさにできた。事前に送付できず、参加者には当日はじめて配布しました。

まず、天明佳臣氏（労働者住民医療機関連絡会議議長）から「これからの安全衛生活動とILOマニュアル」について、中桐伸五氏（自治体労働安全衛生研究会事務局）から「マニュアルの活用方法」について、それぞれふんだんにOHPを使っての講義（各40分）。

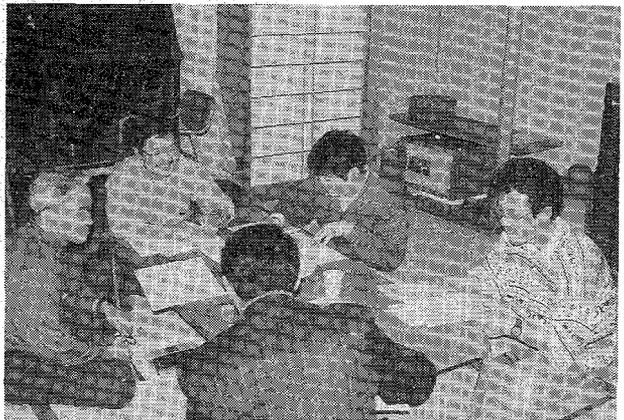
そして、各班ごとに、トレーニングリーダーのための手引きの読み合わせを行い、「ILOマニュアルが勧めるトレーニング講座が従来の方法と比べて優れていると思われる点と問題点等」について討議しました（80分）。このテーマは、参加者が、各地域・職場で安全衛生の学習会等の主催・運営の立場に立つことを想定して設定したものです。

グループごとに討論の結果はOHP用紙にまとめることとし、昼食をはさんで午後から、各グループの代表による発表と全体討論に、各1時間ずつ当てました（討議が白熱し、昼食時間の一部もさいて討議する班もありました）。その後、各論として、「VDT労働一人間工学、照明・騒音等」（天明氏）、「安全問題への対応」（中桐氏）の講義を受け、最後に、再度「職場巡視とチェックリストの活用」についてまとめを行いました。

マニュアルを当日いきなり渡され、短時間の総論的な解説を受けただけで討議になるかという危惧もあったのですが、「やってみなければわからん」という素朴な(?)意見も含め、「これはとにかくやってみよう」という立場から、実践的な指摘や提起が出され、主催者側としては予想以上の成果があったと思います。



上：講義の資料やグループ発表にOHPをフル活用
下：5～6人の班ごとのグループ討論はなかなか活発



一例として、ある班で「すぐれている点」としてあげられたのは以下のような点でした。

- ① 法律の規制では対応できないことも取り組むことができる。
- ② 労働者の自主性と責任が生まれる。
- ③ お互い仲よくなり、協力関係ができる。
- ④ わかりやすく身近に感じられる。
- ⑤ 組織内部のパイプの流れがよくなる。
- ⑥ 経験交流ができる。
- ⑦ 組合の発言力が強められる。

「地区労や職種ごとの開催」「地域ユニオン等の相談ノウハウ養成」といった活用事例の案や「リーダー養成の必要性」「日本の現場にあった職種ごとのチェックリストの開発」等の提起も出されました。また、「現場とのギャップをどう埋めるか」「経営者側の進めるKYTやQC活動との違いをどう考えるか」「最初は興

味をもって行えても長続きするか」「財政的に可能か」等々「問題点」として出されたものも、実践的な立場からの問題でした。

これを機会に、各地域・職場で具体的な実践を行い、その経験を持ちよって改善していくこと、そうしたことを通じて安全衛生活動を活性化していくことをめざしたいと思います。

●事例トレーニングや110番活動に向けて

前後しますが、第1日目は、「脳・心臓疾患(過労死)」「アスベストによる健康被害」の労災認定問題を取り上げました。

「脳・心臓疾患(過労死)」(全体で3時間)では、松浦良和氏(大阪・松浦診療所)から「脳・心臓疾患の医学と新認定基準の問題点」についての講義と、古谷が「新認定基準後の動向と認定事例等」について報告。また、神奈川労災職業病センターの川本浩之氏、三多摩労災職業病センターの小澤公義氏から、神奈川と東京の審査官裁決事例の分析結果の報告が行われました(新認定基準以後の認定事例等をまとめた『資料集』も作成されています)。

続いて「事例トレーニング」として、「トレーラー運転手の急性心不全死」の事例を提示し、労災認定に取り組む場合に、「いかなるデータを収集すべきか。それはどうしたら入手できるか」という課題でグループ討論を行いました。時間不足で、グループ別の発表と十分な全体討論を行えませんでした。実践的なトレーニングは好評。現実問題としても、個人だけの対応では限界があり、討論を通じて調査・立証を強化していくことの必要性が確認されました。

「アスベストによる健康被害」(全体で3時間)では、白川太郎氏(環境科学労働科学研究会)からの講義と西田隆重氏(神奈川労災職業病センター事務局長)の問題提起を受け、全体で討議を行いました。

このテーマについては、今年度、関係団体とも協力して全国的な「アスベスト労災認定110番

(仮称、全国一斉の電話相談)」を実施しようという計画があり、そのためのノウハウ修得という狙いも持ったものでした。参加者のアンケートでは、ここでも「事例トレーニング」を実施してほしいという要望が出されています。

第3日目は、昨年10月に香港で開催された「アジア地域労働安全衛生ワークショップの報告」と「労働行政の動向とこれからの地域センター活動等について」。最後に、谷沿嘉瑞・全国安全センター議長代行が全体のまとめと閉校の挨拶を行い、3日間の日程を終了しました。

さいわい第1回目の取り組みとしては、おおむね好評を得ることができ、テーマの設定や参加対象を広げることなどについて希望が出されています。今後も毎年「労働安全衛生学校」を開催していきたいと考えています。もっと地域センター活動についての交流と議論もしたかったという点については、全国安全センターの総会の持ち方ともあわせ検討していきたいと思えます。

最後に、今回の安全学校の事務局を担当していただいた関西労働者安全センターのスタッフの皆様へ感謝いたします。



本編/チェックリスト/トレーニングリーダーのための手引の三分冊で定価1950円
御希望の方は全国安全センターへどうぞ

調査した鑑定意見を参与にも見せず

大分●過労死事件で異例の緊急参与会

大分県勤労者安全衛生センター

本件は、クレーン運転手が「心筋梗塞」死の労災申請事件で、佐伯労働基準監督署で業務外、審査請求でも棄却され、現在、労働保険審査会に再審査請求中であるが、審査請求決定書の中から意外な事実が判明し、異例の緊急参与会が開催された。同様のことで泣き寝入りを余儀なくされている被災者・遺族の方が多いのではないだろうか。

(1) I被災者は、1969年頃から大分県佐伯市のY港運(株)に勤務し、同社の下請をする目的で1973年に設立したK産業(株)に社員(監査役)として参画したが、実質的に労働者としての勤務態様であり、労働保険の関係から1974年に監査役を辞任し労働者として勤務していた。1982年7月31日勤務終了後、帰宅途中に心臓発作を起こし、帰宅したがさらに悪化したため、救急車でNK病院に搬送。治療を受けたが、同日午後10時35分死亡した(当時45歳)。死亡原因は「心筋梗塞」であった。

遺族は、「被災者の死亡は、継続的な過重労働により、日常的に肉体的・精神的な圧迫を受け、慢性疲労が蓄積していたのに、死亡当日は、年間を通じて

一番暑い時期で、作業はクレーン車の運転業務で鉄板を吊すという神経を使う労働で、作業環境は厳しく急死に至ったものである」労災申請を行った。

1988年10月、監督署長は業務外の決定を行った。どのような調査を行ったのか、この種の判断では大きな要因となる医証はどうか、明らかにされていない。全く密室の中で行われた作業を、厚い壁の外から手をこまねいて見てきたに等しい。遺族は、詳しい説明もなく納得できないので、審査請求を行った。

後に遺族(請求人)に送付された審査決定書によれば、監督署長は、請求人の審査請求を棄却するとの決定を求める旨の意見書を提出し、その理由として要旨次のとおり述べている。

- ① 発症前1週間の業務は、主に鉄板の仕訳作業をしており、残業は1週間で8時間の実績があるが、7月29日(死亡の前々日)には休暇をとり、30・31日は時間外労働もなく、通常の作業を行っているの、特に強度の身体的努力、又は精神的緊張を要する業務が認められないこと。
- ② 発症当日の業務内容も通常の業務と変わりがないこと。

③ 死亡当日の気象は気温30度をを超えておらず、夏としては通常の暑さであり、湿度も低く発症原因となる程度の気象状況ではないこと。

④ 1977年6月頃から、高血圧症、狭心症等の治療を受けていた被災者が、平常の勤務についてその後死亡したものであり、業務上の事由による死亡とは認められない。

(2) さて本件の問題点となった医証については、次のとおりである(審査決定書の記載による)。
イ NK病院N医師(担当医)は監督署長に提出した(1984年6月22日作成)意見書によれば、要旨、次のように述べている。

- ① 昭和57年7月31日初診(死亡)
・傷病名：心筋梗塞
・初診時の症状：胸痛、悪心、嘔吐
- ② 療養内容及び症状の経過
血圧72/56mmhg、脈拍微弱、血圧さらに低下し、ショック状態となる。酸素吸入、輸液、昇圧剤の投与、心肺蘇生術を施すも改善せず死亡。
- ③ 死亡原因：心筋梗塞
- ④ 業務と死亡の因果関係

以前から狭心症があった
ということで、業務が心筋
梗塞発症の誘因となつたと
も考えられる。

ロ O S病院A医師(局医)は監
督署長に提出した意見書(198
8年8月7日作成)によれば、要
旨、次のように述べている。

① 死因は症状経過から心筋
梗塞と認められる。(突然死)

② 発病前の労働について、
とりわけ激務があったとか、
激務が引き続き行われた事
実は見あたらず、当日の日
照関係で輻射熱による照り
返しがあったことは想像さ
れるが、これが直接、身体
の状況に悪化の影響があっ
た事実は見当たらない。

③ N K病院N医師の「業務
が心筋梗塞発症の誘因と思
われる」は、事実の追及に
よつたものではなく「以前
から狭心症があった」こと
から直ちに死因と業務との
関係に及んでいて、発病と
業務との有機的関連の追及
は行われていない。

④ かねがね狭心症、心臓発
作に悩んでいたが、当日、
平常勤務を終り胸部不快感、
発汗、嘔吐などの症状が起
こり、急遽治療したが、心
筋梗塞で死亡したもので、
当日及びその前10日間に特
に目立つ過重負荷労働は発
見できず、また発病当日の
気候もそれほど高温多湿と
は思われず、この面からの
影響も考えにくい。

結局、本件死因は業務上
発症したものは認め難い。

ハ O M病院K医師(局医)は監
督署長に提出した意見書(198
8年8月10日作成)によれば、要
旨、次のとおり述べている。

① 既往症をみると、昭和52
年から狭心症発作を繰り返
し昭和55年11月には後壁梗
塞への拡がりを認めている。

一旦、心筋梗塞を起こし
た後さらに狭心症発作が出
没し病巣が拡がるものは最
悪の状態で、何時急死にな
るかも知れない。

② 昭和44年以後の作業継続
昭和52年病状確認以後もこ
の労働を続けていたことは、
病態を進展させたことは明
らかである。

③ 当日午後10時頃運転席で
伏せて休んでいる時、すで
に切迫梗塞(すぐにでも心
筋梗塞になりそうな激しい
狭心症)があったと思われ
るが、引き続きの作業が冠
動脈血栓形成→心筋梗塞へ
の引き金をひいたことも考
えられる。

④ 結論：心筋梗塞の発症は
業務との因果関係があると
考えられる。

ニ S医科大学K教授は当審査
官に提出した鑑定意見書(199
0年4月12日作成)によれば、
次のとおり述べている。

① 死亡原因となつた疾患名
について

急性心筋梗塞(再発作)
昭和52年6月、狭心症を指

摘されている(N循環器ク
リニック)昭和55年11月26
日に心筋梗塞の初発作があ
る。N病院の書面により、
下壁梗塞と判定した(血清
CPK4961Vと上昇、心電図に
II, III aVfに異常Q波の出現)。
その後、高血圧、狭心症の治
療を受けていたが、必ずし
も厳密に行われていたかど
うかは不明である。昭和57
年7月31日は心筋梗塞の再
発で、梗塞部位は前回と異
なり前壁梗塞と考える(心
電図V₁-V₃のST上昇、右脚ブ
ロックの出現)。

臨床症状はショック状態
である(嘔吐、冷汗血圧低下
(O医院、N K病院の書面)、
緊急に入院治療を受けたが、
この症状から脱しきれずに
致命的になったと考える。

② 業務との関連について
I 身体的条件について

心筋梗塞発症の促進因子、
危険因子(リスクファクタ
ー)としては色々なわかれて
いる。当該者については、
①高血圧、②喫煙、③肥満
は少なくとも存在していた。
高血圧については昭和50年
1月の検診時に136/102と拡
張期高血圧を認め、その後
も全て(昭和51、52、55、
56)100以上の拡張期高血圧
が記載されている。喫煙に
ついては、昭和56年11月の
検診時に喫煙を指導され、
控え目にしていたというこ
とであるが、妻、同僚の発

言などにより1日10~15本は喫煙していたようである。

また、体重は肥満であり(身長165.5cm、体重73.5kg、標準体重30.2kg 昭和56年11月)これも同時期の検診時に要体重調節と注意されている。血清脂質(コレステロールなど)については記載がないので不明、家族歴はないようである。

当該者は昭和52年6月(40歳)より高血圧、狭心症として治療を受けていた(N循環器クリニック、N病院、I病院)。I病院では昭和56年4月10日以降、月2、3回来院していたが、昭和57年9月以降は受診していない。心筋梗塞発症の昭和57年7月31日まで50日余ある。ニトログリセリンは常時携帯していたが薬剤は定期的に服用していたのであろうか。特に狭心症は薬剤を中断すると、かえって増悪することがあるので、気になるところである。ただ、強い狭心症発作が出現してはいなかったようである。

ロ 作業条件について

当該者の作業状況については、Y港運(株)より独立したK産業に10余年勤務し、一部経営の立場からの責任負担もあり、また船内での原木積み出し作業(玉掛け)や、レッカー車(クレーン車)運転、その他、土木雑用などをしてきた。

作業場の条件は危険性が高いので、神経をかなり使うものであった。勤務時間は不規則な点もあった。発症前1週間の勤務状況を見ると、7月25日の日曜出勤はあるが、7月29日(木)は休暇をとっているので、休養はとれたものと考えられる。7月30日(金)、31日(土)の勤務状況は、特に通常とそれほど著しく変化していたとは言えないようである。

ただし、当時の気象条件はかなり高温であったこと、特にレッカー車の運転台は高温になることから、脱水状態になったり、血圧の変動などがあつたりしたことは否定できない。

以上のような条件は、心筋梗塞の発症に誘因的に作用すると考えられないことはない。

ハ 総合判断

この様な身体的条件と作業条件との複合により、心筋梗塞の発作に至ったものと考えられる。

(3) これら医証は、イ、ロ、ハについては原処分庁の監督署が収集したものである。業務との因果関係については、N医師○、A局医×、K局医○で、2対1で因果関係ありである。しかし結果は前述のごとく業務外となった。ニについては審査官が求めた鑑定意見であり、総合判断で「この様な身体的条件と作業条

件との複合により心筋梗塞の発作に至ったものと考えられる」とあり、医証は3対1で因果関係ありとなるのである。しかし、審査請求も、結果は棄却。

では、審査官はどのように考えたのか。決定書によると、1987年10月の新認定基準に照らして判断すると、

- ① 発症前日及び当日は特段の残業も認められず、業務の内容も通常の業務であった。
- ② 気象状況もこの時期における平均気温で、高温多湿等の異常気象は認められない。
- ③ さらに発症前1週間をみても、7月25日に休日出勤をし、早出残業を計8時間行っているが、29日には休日をとっており、休養はとれたものと認められ、かつ、通常の勤務であつて「特に過重な業務」に就労した事実は認められない。
- ④ また、その前の1週間を付加的にみても、休日出勤と残業が2日間で計6時間あるが、業務に関連する負荷があつて、発症に何らかの影響を及ぼした可能性は到底考えられない。以上のことから、被災者が業務による明らかな過重負荷を発症前に受けたものと認められない。
- ⑤ 被災者の健康状態は、1977年以降死亡まで、狭心症発作等の状態があつたのに、1982年6月9日以後診療機関で受診した事実が認められない。従つて自然経過につれて病変がさらに進行し、ついには転帰

に至ったものと判断する。とあり、自ら求めた鑑定意見についても、その考察について明らかにしていない。

(4) ところで、本件審査について1990年5月21日、参与会が開催され、6月1日付けて請求は棄却された。決定書によると、参与の意見の要旨として次のように記載されている。

「平成2年5月21日参与会を開催し、参与の意見を求めたところ、業務による過重負荷が認められないので、棄却すべきという参与全員一致の意見であった」。

この参与会の経緯について、労働側の参与に質したところ、参与会の場には原処分庁が収集し判断基準とした35号に及ぶ書証も開示されず、審査官が作成した請求人の聴取書と併せ、これまで受けた医療機関の診療記録の抜粋と、前記医師の意見書及び鑑定意見書を、審査官がB4版2枚に要旨をまとめたものを示し、審議された。その結果、参与全員一致で棄却という意見となったということであった。

そこで、審査官が要約して提示した資料と決定書の中に記載されている医証について検討したところ、恣意的と思われる欠落部分が明らかになった。それは、審査官が自ら求めた鑑定意見のうち、結論部分の総合判断を全く抜いて報告していたのである。また、K局医の意見も結論部分として因果関係ありと明示されていない。

(5) そこで本件について、審査官の決定後であるが、異例の緊急参与会が労働側の要求により、7月5日開催された。その中で労働側委員より「参与会で事前に渡された資料の中で欠落している部分があり、参与としての判断を左右するような問題もあることが判明した。とりわけK教授の総合判断のところは故意に資料提供していなかったものと考えられる。少なくともこの点はおかしい」との指摘により、使用者側委員からも「医証については、結論部分をきっちり資料提供すべきである。私は、資料をみたとき、K局医は○、K教授は○、A局医は×、主治医は○と理解していたが、当日の審査官の見解で、K局医は△、K教授は△、A局医は×ということで考えていいですね、と念を押して審査官に聞いたところ、そうだと言った。これによって参与会としての意見が述べられることになった。K教授の最終結論部分について説明されたと思うが、鑑定書の結論としての説明ではなかった。総合判断が資料として示されなくて、参与会としての意見となったのは問題である」等の意見が出され、審査官は「本日の審議の結果、参与一同が前回の参与会意見を修正するという意見であれば、再審査請求の資料を審査会から求められた際、審査会会長宛て、顛末を添えて文書で報告する」と表明せざるを得なくなった。

会議中断、参与協議の結果、

意見は「資料関係が結論として不十分であった。K局医の結論部分、さらにK教授の鑑定意見の総合判断部分が示されていれば、当該事案について参与会の意見は、参与全員一致で棄却ということはあり得なかったと考えられる。従ってこの事案については、さらに慎重な検討が必要である」となった。

審査官は、御意見について、審査会会長宛て文書を送付することとすると表明した。

(6) 以上が本件I被災者の過労死申請からの大まかな経過であるが、「まさに初めに業務外ありき！」である。

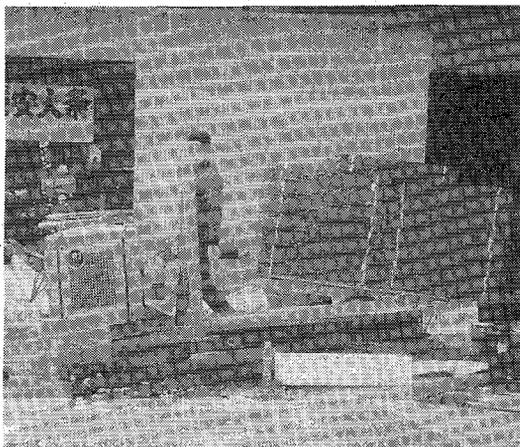
全国で今、多くの過労死が労災申請されている。しかし、認定数はほんの一握りである。調査から決定まで本件と同様のことが繰り返されているのではないだろうか。裁判であれば、少なくとも相手の言い分はわかる、書証も開示される。しかし、今の認定手続から裁判所には直ちに持ち込めない。

少なくとも、調査過程から結論までオープンにできる運用をもっと追及し、審査の大幅なスピードアップも図らせなければならぬ。労働者救済の認定基準に改めさせると同時に、外郭団体ばかり作り、天下りを増やすのではなく、労働省の民主的改革も必要である。

■

東京の台所の労災職業病

東京●築地市場で「鼠径部ヘルニア」認定



東京の台所と呼ばれる築地市場の正式名称は東京都中央卸売市場築地市場という。築地市場は、今や東京のみならず全国から青果や海産物等が運び込まれ、出荷されている。

まだ日が上がらない早朝から、市場内は卸業者でごった返し、トラックや積み荷を運ぶ人々でずさまじい喧噪が支配している。

築地市場で働く労働者は約2万人。その内水産仲卸で働く人々は半分の約1万人にのぼる。最近では、中国をはじめとするアジア系の外国人労働者も増加しており、その数は500人以上とも言われている。

昨年2月、市場内の大手冷凍品を扱う水産仲卸会社で働くSさんは、仕事にターレットと呼ばれる運搬車で積み荷を配達中に、ターレットの前輪が路面の窪みにはまってその拍子で下腹

部をハンドルに強打してしまった。それ以来、腹部の痛みが続いていたが、3月に病院で診察してもらったところ「左鼠径部ヘルニア」と診断され、その後休業加療を続けながら9月に手術を受けた。

築地市場では、SさんばかりでなくSさんが加入する魚市場労働組合の中でも、毎日ターレットを運転する労働者の多くは、いろいろな障害を訴えており、ターレットの振動による健康障害が問題になっていた。

築地市場は敷地内の路面が悪く、特に配達の荷物を山積みにし、荷崩れに気を使いながら混雑する場内の通路を走り回るため、非常に神経を使い、またターレットの構造上路面の振動もろ運転者の体に伝わるため膝や内臓を悪くする人を多く見かけるとのことである。

現在、築地市場で使用されるターレットトラックは鮮魚仲卸部だけでおよそ635台が登録されている。その他にも、鮮魚元卸、青果仲卸、小揚げ会社、関連付属業者、加工業者等を加え

ると相当数の車両が運搬業務に使用されている。

写真のように、このターレットは運転席がなく立ったままで運転するもので、運転者の立つ位置が前後35cmと非常に狭い。アクセルの位置が直径75cmのハンドルの内側に沿った内円形にあるため、運転者はハンドル操作を両手で同時に行わなければならない。その上、ターレットには構造上ショックアブソーバーがなく、走行中上の振動や路面から受ける衝撃の大部分が直接運転者に伝わる。とりわけ、三輪車という構造のため衝撃力の分散が弱く、前輪が一輪の駆動輪でエンジンから直接チェーンで動力が伝わるためその振動と路面からの衝撃はより運転者を直撃してしまう。

さらに、サイドミラーがなく、商品を積載して走行する場合には、前述の運転状態で積み荷の脱落による紛失や破損に絶えず注意をせねばならず、後方荷台には積み荷落下防止のための覆いもない。

両手でのハンドル操作とアクセル操作に加え、恒常的にブレーキペダルの上に右足を維持しなければならないことは、運転姿勢を前屈みとし、左足に体重のほとんどが加重され左足のみで体重を支えることを強制した不自然な運転姿勢を作り出す。

場内仲卸店舗内の通路はどうだろうか。元来畳状になっていたものの上からアスファルト舗装してあるが、魚介類を扱う関

係から多量の塩水や真水を使用し、頻繁に往来する積載車両により亀裂や剥離による窪み、段差等を生じているのが現状である。また、排水溝の蓋が多数点在し、その段差や発泡スチロールのゴミの上を迅速な配達が要求されることによりターレットの速度もあげざるを得ないのが実情である。場内の悪路の修理保全の責任は市場の施行管理者である東京都にあるわけだが、市場全体の建物が築50年は経過して老朽化しており、必然的にこれらの建物や付属設備の修理が先行され、路面の補修は後回しにされているのが実情だ。

Sさんの所属する労働組合では、以上のような築地市場での労働実態、職場環境から、Sさんの左鼠径部ヘルニアは、路面の窪みにターレットの前輪がはまり込み、その衝撃で腹部を強打したために発症した労災であると主張し、当センターも協力して中央労働基準監督署への認定闘争に取り組んだ。

その結果、主に災害に起因するものとはいえ、中央労基署にSさんの左鼠径部ヘルニアを業務上と認めさせることができた。

グルメブームの昨今、テレビ等で築地の場内が映し出される機会も増え、魚河岸特有の活気と威勢のよさが紹介されたりするが、それを支える築地市場の労働者の過酷な労働実態と劣悪な労働環境の問題はあまり知られていない。

今回のSさんの労災は氷山の一角に過ぎない。築地市場で働く労働者は、絶えずケガの危険性と隣り合わせにあるといっても過言ではない。マグロ等の解体で扱うカケヤ(大きな木槌)やナタ、帯ノコによる事故、狭い場内で一分一秒を争う積み荷運搬に伴う事故の危険性、一日中立ちっぱなしで重量物を扱ったりするため腰痛などの職業病…。その実態の解明は今後の課題と言えよう。 ■

(東京東部労災職業病センター)

るまでの、関係者(労働者・市・労基署・警察・医師・県・関係中央省庁及び工場製作会社)からの情報収集により、自治労本部段階で把握できている災害をめぐる状況について述べてみたい。

災害の原因については、爆発物・火源・爆発場所の全てについて、行政側は、いまだ専門家による調査中であり特定に至っておらず、可能性としてならば言えることはあるが迂闊なことは言えない、としている。一応もつともとも思われるが、この間の情報収集によって、それらに関連するであろうこととして、筆者などの素人としても取り急ぎ言えることがあると思えるので、まずそれを告げておきたい。

ごみから出る汚水の処理方法として、近年増えているのが「炉内噴霧処理方式」である。この工場においては、ごみ汚水は、まず、ごみピットからスクリーンを経て「ごみピット排水貯水槽」(「一次槽」)に入り、続いて、汚水の量の調整機能を持つ「ごみ汚水調整槽」(「二次槽」)、さらに「ろ液貯留槽」(「三次槽」)へと運ばれた後、炉内に噴霧されて焼却処理される、という形がとられていた(図参照)。その中で、二次槽及びその上部の「ごみ汚水処理室」付近で爆発が起きたのである。

御存知の方も多いと思うが、ごみ及びごみ汚水には、酸欠や爆発の危険を伴う、あるいは、それ自体有害であつたりする、メタンガス・硫化水素ガス・いわ

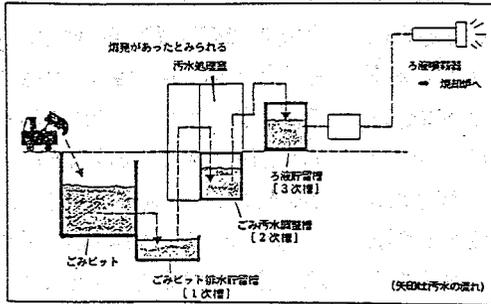
死亡災害発生後も運転継続

仙台●清掃工場の爆発事故再発防止に向けて

1990年10月19日17時40分頃、仙台市環境事業局今泉清掃工場のごみ汚水調整槽およびごみ汚水処理室付近において、爆発による労働災害が発生し、死者1名・重傷者4名を出す重大なものとなった。自治労本部では、翌20

日に増保現業局長を現地に派遣し、また、11月18・19日には国会議員5名を含む現地調査団を派遣した。その現地調査時における関係者からの事情聴取及び災害現場視察も含めて、災害発生以後、現在(90年12月28日)に至

今業工場平面配置図及びごみ汚水処理の流れ



ゆる有機溶剤系ガス（本来、生ごみ等に混じって焼却されるということは許されないスプレー缶等による）等を発生させる脅威がある。当然にも、労働現場において、それらのガスが滞留する可能性が得られる場所については、労働安全衛生規則第261条に基づき、換気の設備が整えられていなければならないし、それでもなお滞留の可能性を否定できないとすれば、同規則第280条に基づき、そこで使用する電気機器は防爆構造になっていなければならない。これは現行法における最低基準である。

しかるに、今回の場合はどうであったか。強制換気が行われていたのは一次槽だけであり、三次槽には、一次槽とつながる気管と、汚水のオーバーフロー管があるだけ、二次槽に至っては、オーバーフロー管があるだけであった。そうした中で電気機器が防爆構造になっていたのか否かであるが、これが判明していないのである。当時どんな作業を行っていたかについては、誰かが命令したというような形

しようとするならば、以下のような仮定をするのは無理ではなかろう。すなわち、この工場の構造において、可燃性ガスの危険への対策としては、ごみピットに隣り合った一次槽における強制換気をもって十分とされていた中で、密閉構造となっていた二次槽において、何らかの要因によりガスが滞留し、それが何かの火により爆発した、という仮定である。

次に、災害発生後の市当局及び関係当局の対応の仕方について述べておかなければならない。

跡はなく、被災者もいまだ闘病中のため、詳しくわかっていないが、引火性のものはなかったらしい。

以上のことから、筆者が、現段階において今回の災害を理解

災害が発生したら、まず被災者救援と二次災害防止、続いて原因究明と再発防止策実施が最優先されるべきなのを言うまでもないことであろう。しかし今回において、発生後8時間以上にわたり工場の運転を続行し、また、原因不明のまま運転再開を押し切った市当局、そうした市の姿勢を許している労基署、集中治療室に入ってまで重傷者からの事情聴取を行った警察等の姿があるわけで、それらを見るならば、彼らは、先に述べたことを最優先させるという観点に必ずしも立っていないかと思わざるを得ないのである。

どうか今一度、各清掃工場においては構造の点検の実施を、また、清掃工場に限らず各職場においては万一災害が発生した場合の対所の仕方・され方についての点検の実施をお願いするものである。 ■ (自治労現業局書記 佐藤一夫)

松山市で無料職業病相談会

愛媛●じん肺の相談などその後も相談続く

さる12月2日、愛媛県松山市の松山市民会館にて愛媛労職対主催による無料職業病相談会が行われ、松山市内や近隣の市町村からも相談者があった。

松山では既にアスベストによる肺がんなど職業病問題が発生している。これまで、愛媛県で

は新居浜など東予地区の工場地帯で職業病に対する取り組みが一定行われて来ているが、松山では未だ相談会も開かれておらず、今回初めての試みとして行われた。準備については松山にある愛媛県建設労働組合や弁護士事務所などの協力を得て行い、



相談会に臨んだ。

これまで、東予地区での相談会についての宣伝では新聞折込チラシなどで省力化と広範な宣伝を行う事ができたが、松山では50万人の地方都市であり、宣伝もこれまでのように容易ではなかった。そのため、地方紙など約8万人を対象にピラ入れを

行うとともに、地区労や単組などへの個別宣伝も行った。また、今回は新聞、テレビによる報道が事前に行われ職業病相談の窓口を開いている。事が一定宣伝できた。当日の相談者には松山以外に遠く今治市や喜多郡など遠方からの相談者もあり、新聞、テレビで知って来たとの事であった。当日来られた相談件数は7件で、決して多いとは言えないが、初めての試みとしてはまず成功と考えている。相談については全国労働安全衛生センター連絡会議の古谷事

務局長や紀和病院の横井医師、新田診療所の大野医師ほか愛媛労職対スタッフで医療相談や労災手続などの説明などにあった。今回の相談では7件の相談の内、じん肺が5件あったが、中でも管理3口の管理区分を受けているにもかかわらず、肺炎胸で4回も入退院を繰返しながら手続が分からないため医療費の自己負担に苦しんでいる患者の家族からの相談もあり、あいかわらずじん肺問題が大きい事が感じられた。

今後相談者については必要に応じて精密検査や労災手続を行う事にしているが、相談会の後も「報道を聞いたのだが」との電話相談が寄せられ始めている。(愛媛労働災害職業病対策会議)

机上フィールドスタディなど多彩に

岡山●自治労安全衛生・職業病対策集会

1990年度の自治労安全衛生・職業病対策集会が、岡山県岡山市の三木記念ホールにおいて開催された。毎年一度全国から、各県本部の労働安全衛生の担当者や単組の活動家を集めて行われるもので、今年は90年12月17日から3日間、45県本部から500人が参加した。ここ数年自治労は、給食調理員の「指曲がり症」の公務災害認定闘争や給食職場改善の取り組みを重点的に行っていることもあり、多数の女性

組合員の参加が見られた。

集会は、中西副委員長(自治労労働安全対策委員会委員長)の「自治労として総力をあげて労働安全対策、職業病対策を行っていく。軌道に乗り出した自治体労働安全衛生研究会と連携し、さらに労安対策を充実させていきたい」というあいさつで始まり、地元の新谷岡山県本部委員長の歓迎のあいさつを受けた。新谷委員長は「『指曲がり症』が初めて取り上げられたこ

の県で、この集会が開催されたことは感無量だ。一日も早く公務災害認定を勝ち取っていききたい」と決意を述べた。

「自治体職場の安全衛生」と題する基調講演は、自治体労働安全衛生研究会の会長でもある青山英康岡山大学教授が行った。青山教授は、自治体職場の安全衛生の実態と問題点を指摘したあと、自治体労働安全衛生研究会のこれまでの活動を紹介し、「労働安全のたたかいは、働く仲間の中から一人の被災者も出さないところから出発したはずだ。自治体労安研の活動もそこから始まった。職場の中からの批判を大事にし、自治体労安研の活動をさらに充実さ



せていきたい」と結んだ。

「労働安全衛生・職業病対策委員会」の顧問制度の確立について（東京都本部）

「指曲がり症」認定闘争の取り組みについて（岡山県本部）

「過労死」に対する取り組みについて（自治労公務災害対策連絡会議）

の三つの職場報告を受けたあと、去年度の集会から行われている机上フィールド・スタディに移った。この試みは、事例報告をもとに、スライドやオーバーヘッド・プロジェクターを使って、職場の担当者等がディスカッションを行い、改善案を検討していくというもので、今年度の事例として、仙台市環境事業局今泉清掃工場で90年10月19日に発生した爆発事故（死者1名、重傷者4名）を取り上げた。

仙台市職員労働組合の陣内副委員長の事件の概要と職場の労働安全対策についての説明のあと、井土浩氏（自治体労働安全衛生研究会副会長）の労働安全衛生法や労働基準法などからみた問題点、増保自治労現業局長

の11月18・19日両日に行われた自治労・社会党の合同現地調査（五島正規団長ほか4名の国会議員、自治労本部、自治労宮城県本部、仙台市職等で構成）に基づく原因究明

と再発防止対策の提起が出された。特に、原因の特定に至らないまま工場の操業再開を押し切った当局、宮城労働基準局等について厳しい批判がなされた。

中桐自治労顧問医師（自治体労働安全衛生研究会事務局長）が、総括的に職場の労働安全衛生活動の進め方を提案し、机上フィールドスタディを終了した。

第2日目は、6つの分科会に分かれて討論が行われた。第1分科会—安全衛生Ⅰ（健康問題）、第2分科会—安全衛生Ⅱ（認定問題）、第3分科会—安全衛生委員会の活動、第4分科会—V D U労働、第5分科会—メンタルヘルス、第6分科会—「指曲がり症」対策

以上6つの分科会のうち、メン

タルヘルスと「指曲がり症」対策については、特別分科会として行われていたものを去年から恒常的な分科会に再編したものであるが、参加者も年々増えて、職場の組合員の関心の高さが窺われた。特に女性組合員の多くは、これらの分科会に集中した。第3日目は、全体集会を再開し、分科会のまとめと助言者の講評が出された。

「職場で安全衛生の取り組みを行うことに、遠慮はいらない。2000年に向かってゼロ災害を」（井上浩自治体労安研副会長）。「メンタルヘルス対策に当たって組合が相談者を持ち、専門的対応を身近におくことに配慮してほしい」（角田鉄太郎大阪府立中宮病院）。「安全衛生は、金と時間がかかる。これまでの流した汗と涙をとりかえすときだ」（庄司悠一自治体労安研運営委員）。「『指曲がり症』一つとっても、予防・治療・職場復帰・認定・職場改善と、実に総合的な対応が必要だ。これからは、こうした総合対策を心がけなければならない」（中桐自治労顧問医師）などの助言者からのコメントを受けて集会を終えた。 ■

職場総点検で安全担当者学習会

東武労組●全線6ヶ所で411名参加

東武労組では、90秋闘の中で、91春闘へつなげる闘いとして「組織・職場総点検運動」を実施

しています。この運動は私鉄総連の産業別統一闘争としての取り組みでもあります。

今日、社会、経済、労働環境など多くの面で変動の時代であり、労働者の生活にさまざまな影響を与えています。東武労組でも、たたかう伝統をつちかっしてきた多くの先輩組合員がつぎつぎ定年を迎え、現在青年部員が2千人(37歳まで)を超えるなど、職場の労働者構成が大きく変化しています。そのため組合は特に組織的な問題意識をもち、組織問題検討委員会を設置して、さまざまな問題について議論を重ね、たたかう伝統を継承・発展させるため、組織をどう強化するか、討論・学習を行い、運動の前進をはかることが重要だとの結論としました。

また、労働者の健康破壊とりわけ「過労死」がここ数年大き



な社会問題となっています。これは長時間、夜間労働、不規則労働など日常的に余儀なくされている厳しい労働環境の歪みのあらわれであります。組合は、この問題でも学習会を開催するなど重大な関心を持ち取り組んでいます。過労死は「認定基準」に大きな問題があり、この改善

運動を強めていくとともに、安全かつ健康で働く職場づくりをめざし、労働諸条件の点検、改善運動の強化を決めました。

東武労組は、安全衛生活動の重要性について「闘いなくして安全なし、安全なくして労働なし」を基調に、毎年の運動方針で提起し、特に組織・職場総点検運動期間中は、集中的に安全衛生に関する点検活動を行っています。今日、合理化攻撃が厳しくなっている中で、職場安全衛生委員会の役割と任務はますます重要性を高めています。

企業は、安全衛生委員会の調査・審議の結果、決定されたことは、職場における労働者の安全を確保し、いのちと健康を守る責務として実行しなければなら

ないことになっています。このことは、法で決められた基本的事項であり、日常的に監視や点検を怠ってはなりません。職場における労働者の安全と衛生は、労働条件の

重要な一部であり、職場の実態をよくつかみ、問題があれば安全衛生委員会に提起し、その真相の追及と問題解決のため、最大限の努力をする必要があります。

したがってわれわれは、安全衛生委員会を単に「形式化」したり、「上意下達」の機関にし

てはならない、安全衛生委員会で解決のつかない問題については、職場交渉の議題として取り上げ、要求し解決を図ることを基本とします。

以上のことを実施要綱としながら、東武労組は、ここ数年来、各分会で安全衛生担当者を選出しながら活動を強めていますが、今日担当者の教育啓蒙が求められています。そのために学習会を実施しています。

今回は、90年12月3日から11日まで全線6ヶ所で開催、のべ411人が参加しました。学習会の講師は全て全国労働安全衛生センター連絡会議の古谷杉郎事務局長でした。テーマは「職場における安全衛生担当者の役割と役割」と題しての講演を受けました。この中で、古谷さんの、職場の点検項目、災害発生時の対応、労災認定の仕組み、等具体例をまじえた講演は好評を博しました。最後の会場となった組合本部会議室では、96人の参加を得、古谷さんから「労働者が職場の安全衛生の改善要求をするのは、決して法律に基準や規制があるからではありません。法律準拠型の取り組みでなく、権利を確立する自主的運動として考えることが重要です」と組合の運動としていくことの必要性が強調されました。古谷さんには今回ののべ6日間の行程ではたいへん御苦労をおかけしました。ありがとうございました。(東武交通労組調査部長

鬼頭郁雄)

スタッフの安全衛生講座

熊本●全国センター学校の体験も活かし

12月8～9日、熊本安全センター主催で「労働安全衛生講座」を実施しました。当初、センター加盟の労働組合にも積極的に参加を促す予定でしたが、まずは、安全センター及び秋津レークタウンクリニックにかかわる各スタッフが安全衛生についての専門的知識を持つべきだと、各人が講座科目を担当し、リハ－サル的な講座を実施することになりました。といっても、開催の案内が若干流れていたため、様々な労組より問い合わせもあり、身内間での開催…といくぶん、楽観気味でいた事務局を背に、当日は、企画不十分なままに約35名の参加者のもとで講座開始となりました。

講座の内容としては、衛生管理者資格取得のテキストを基本的に利用し、実際、労働基準協会が衛生管理者資格取得試験のために、毎年定期的実施している講座方法をそのまま取り入れたものでした。講師陣が、講義ベテランの方から今回初デビューの方まで様々であり、スタッフの専門知識の修得という当初の目的も、担当科目で精一杯といった感もなきにしもあらずでしたが、従来よくある話す人－聞く人の関係のみで終わっただけでもなく、かえっていい機会

であったかもしれません。

11月末に全国安全センター主催の労働安全衛生学校に参加し、これから本格的に講座を開催すし、次回の企画にはぜひ活かしたいものです。 ■

(熊本県労働安全衛生センター)

自動車工場での労災もみ消し

神奈川●地域センターの根をもっと深く

パジャマの上に作業着をはおった労働者が、朝の職場でみんなの前に立っている。昨日、頭を負傷する労災に遭い、救急車で病院にかつぎ込まれたAさんだ。職制が、休業するほどのものではなかったことを証明したつもりになっている。が、事実はやはり伝わってゆくものだ。「Aさんを診た医者は、『1週間は入院して安静にしておいた方がいいだろう。』と言ったそうだ。それを病院から無理に連れてきたんだ」。案の上次の日から彼は会社を休んだ。大手自動車会社のある工場での出来事。

この会社の別の工場で、4年前に瀕死の重傷を負ったBさんセンターや、全造船関東地協神奈川地域分会などの支援で、昨年の初夏、ある程度の補償を勝ち取ることが出来た。Bさんの事故は、クレーンストッパーの不良により、25kgもあるホイストフックが頭上7メートルから落下、頭を直撃するという、あまりにもお粗末な設備不良によ

るものだった。ところがこれに類似する事故が、別の工場でまた起きたのだ。幸い、直撃ではなかったため、「軽微」（少なくとも記録上は）なケガで済んだようだが、文字通り一步間違えれば、Bさん同様の重大災害になっていたはずだ。

この会社に限らないが、生産第一＝安全無視の体制が変わっていない。たとえ人が死ぬような事故が起り、ようやく補償交渉までやっても、そのズサンな安全管理体制を改めようとしていない。

まだまだわれわれは非力である。上述したような実態の職場に対して、一体センターに何ができるのか？センターの「根」の深さでも言おうか。センターの「根」をもっと広い地域、職場に広げなくてはと思う。こういう時代だからこそ、より一層、われわれは考えてゆかなければならないだろう。 ■

(神奈川労災職業病センター

川本浩之)

【データ】 労災保険給付種類別受給者数の推移

(単位：人)

年度	新規療養者数	障害(補償)一時金受給者数	遺族(補償)一時金受給者数	葬祭料・葬祭給付受給者数	年金受給者数							
					合計	傷病(補償)年金			障害(補償)年金	遺族(補償)年金		
						計	じん肺	せき損			その他	
47	85,759	2,276	1,245	1,248	-							
50	628,693	49,074	4,585	4,412	19							
55	554,255	63,839	5,116	5,010	601							
60	873,547	75,416	6,161	6,039	3,496	3,375	2,372	965	38	121	-	
65	1,340,702	73,028	6,548	5,880	8,185	6,970	4,469	2,128	373	1,215	-	
70	1,650,164	74,270	1,507	5,898	54,865	9,331	5,275	3,064	992	20,390	25,144	
75	1,099,056	53,387	1,310	4,563	102,451	12,383	6,786	6,533	2,064	41,150	48,918	
80	1,098,527	52,465	753	4,238	146,754	21,607	12,487	4,696	4,424	57,276	67,871	
81	1,027,477	50,567	691	4,124	154,142	22,370	13,383	4,651	4,273	60,383	71,452	
82	963,496	49,003	746	4,146	160,910	22,990	14,317	4,594	4,079	63,380	74,540	
83	929,841	47,405	638	3,893	167,009	23,589	15,147	4,510	3,932	66,134	77,286	
84	921,400	48,011	698	3,839	172,986	23,909	15,782	4,436	3,691	68,981	80,096	
85	901,855	46,648	735	3,903	177,933	23,927	16,006	4,380	3,541	71,609	82,397	
86	859,220	46,170	699	3,609	182,545	23,494	15,927	4,255	3,312	74,344	84,707	
87	846,508	44,256	704	3,570	186,558	22,910	15,734	4,110	3,066	76,785	86,863	
88	832,335	43,181	773	3,789	190,528	22,343	15,499	3,988	2,856	79,284	88,901	

資料出所：労働省労働基準局「労災保険事業月報」

全国労働安全衛生センター連絡会議

108 東京都港区三田3-1-3 M・Kビル3階 労任医連気付
TEL(03)5232-0182/FAX(03)5232-0183

- 北海道●北海道医療生活協同組合札幌緑愛病院職業病相談室
004 札幌市豊平区北野1条1丁目6-30 TEL(011)883-0121/FAX(011)883-7261
- 東京●東京東部労災職業病センター
136 江東区亀戸1-33-7 TEL(03) 683-9765/FAX(03) 683-9766
- 東京●三多摩労災職業病センター
185 国分寺市南町2-6-7丸山会館2-5 TEL(0423)24-1024/FAX(0423)24-1024
- 神奈川●社団法人神奈川労災職業病センター
230 横浜市鶴見区豊岡町20-9サッポロ 豊岡505 TEL(045)573-4289/FAX(045)575-1948
- 新潟●財団法人新潟県安全衛生センター
951 新潟市古町通4番町643古町ツインタワー112F TEL(025)228-2127/FAX(025)222-3738
- 京都●労災福祉センター
601 京都市南区西九条島町3 TEL(075)691-9981/FAX(075)672-6467
- 大阪●関西労働者安全センター
550 大阪市西区新町2-19-20西長堀ビル4階 TEL(06) 538-0148/FAX(06) 541-2712
- 兵庫●尼崎労働者安全衛生センター
660 尼崎市長洲本通1-16-7阪神医療生協気付 TEL(06) 488-3855/FAX(06) 488-8247
- 兵庫●関西労災職業病研究会
660 尼崎市長洲本通1-16-7医療生協長洲支部 TEL(06) 488-3855/FAX(06) 488-8247
- 広島●広島県労働安全衛生センター
732 広島市南区稲荷町5-4前田ビル TEL(082)264-4110
- 愛媛●愛媛労災職業病対策会議
792 新居浜市新田町1-9-9医療生協気付 TEL(0897)34-0207/FAX(0897)37-1467
- 高知●財団法人高知県労働安全衛生センター
780 高知市薮野イワ井田1275-1 TEL(0888)45-3953/FAX(0888)45-3928
- 熊本●熊本県労働安全衛生センター
862 熊本市九品寺1-17-9労働会館内 TEL(096)364-6128/FAX(096)364-7243
- 大分●社団法人大分県勤労者安全衛生センター
870 大分市寿町1-3労働福祉会館内 TEL(0975)37-7991/FAX(0975)38-1669
- 宮崎●旧松尾鉦山被害者の会
883 日向市財光寺283-211長江団地1-14 TEL(0982)53-9400/FAX(0982)53-3404
- 自治体●自治体労働安全衛生研究会
102 千代田区六番町1自治労会館3階 TEL(03) 239-9470/FAX(03) 230-1386
(オブザーバー)
- 山口●山口県安全センター
754 吉敷郡小郡町明治東小郡労働会館内 TEL(08397)2-3373