

二度とこの悲劇を繰り返すな アジアの被害者の連帯求めて

THE PERMANENT PEOPLE'S TRIBUNAL
ON INDUSTRIAL AND ENVIRONMENTAL
HAZARDS AND HUMAN RIGHTS
BHO PAL, 19th-23rd OCTOBER, 1992

谷 洋一

アジアと水俣を結ぶ会

1984年12月2日深夜、アメリカ資本のユニオンカーバイド社ボパール農薬工場から漏れた猛毒MIC(イソチアン酸メチル)ガスは、人口70万余のボパールの町を襲い、2,500人の死者と50万にのぼる人々が被災し、化学工場史上最悪の事故となった。

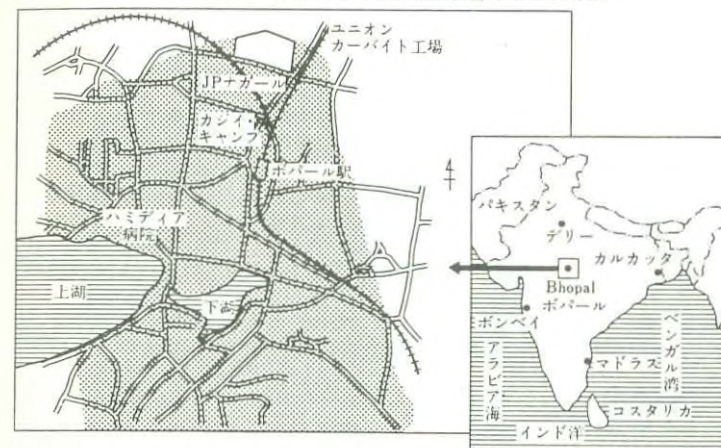
それから8年、92年10月中旬「産業被害と人権に関する国際民衆法廷」(The Permanent People's Tribunal on Industrial and Environmental Hazards and Human Rights)が開催されたのを機に、熊本大学の前田正純医師と水俣病患者の坂本輝喜氏等とともに、ボパールを再訪した。この国際民衆法廷は、ベトナム戦争に反対してきたイギリスの哲学者バートランド・ラッセル氏などの呼びかけで1979年以来、ラテンアメリカやアフガニスタン、フィリピンなど様々な人権侵害問題についての法廷を開催し、それらを国連人権委員会や様々な国際機関に報告、国際的世論喚起を行なっている団体である。今回の産業被害と人権に関する法廷は、主にボパールの事故被害者を支援してきたグループによって企画され、1991年4月—合衆国コネティカット州のエール大学、10月—IMF・世界銀行総会の開かれたタイ・バンコクにつぐ第3回目の法廷であった。

今回は、日本からをはじめ、ベトナム戦争による枯葉剤被害、韓国、台湾、香港、タイ、スリランカなどの労災職業病事件、インドネシア、パキスタンなどの公害被害、フィリピンの鉱山開発による先住民社会の破壊など、その被害者たちによる証言が行なわれた。

とくに、10月19日初日に行なわれたボパールの被害者たちによる証言は、その悲惨な事故の凄まじい体験とともに、世界でも最大級の多国籍企業が引き起こした事件として、公害輸出や廃棄物の処理問題に象徴される有毒物質の管理や国境を超えて活動する産業のあり方を考える意味でも大変重要なものであると思った。そして、第一の被害者が工場周辺のスラム住民であり、地域社会の中にも差別があること、MICガスによる大量被爆という初めての経験にもかかわらず、被害や病状に関する追跡調査は十分に行なわれず、被害者登録システムに様々な矛盾があり、補償問題は未解決で今後大きな社会問題となることなど、水俣と共通の問題を抱えており、考えさせられることが多かった。

事故後ユニオンカーバイドボパール工場は閉鎖され、その補償をめぐるのはインド中央政府とユニオンカーバイド社で訴訟が行なわれ、ようやく91年10月、4億7,000万ドル(約600億円)で

ボパール市におけるガスの影響を受けた地域



和解が成立している。しかし、被害者への支払はいまだ行なわれておらず、この10月末13人について行なわれると報道されていた。

現在登録されている被害者は約64万人、その内医療調査を受けた者は36万3千人いる。現在、死者3,800人に対して、10万~50万ルピー(50万~250万円)、終身の障害者のうち約4,000人に対して、25,000~40万ルピー(75,000~200万円)の範囲内の補償が決められているが、それ以外の被害者についてはまだ何も決まっていないという。しかも、最も被害を受けたスラム住民たちの中には、重症であるのに軽症扱いされたり、登録すらされずにいる人々がいるという。病院で会った何人かの医者は、ガスの影響はもう肺、気管支以外にないというが、多くの被害者たちが頭痛、不眠、イライラ、疲れやすさ、激しい労働の困難さ、目の痛み、視力の衰え、呼吸器の障害などを訴えている。水俣で30数年を費やしている認定、補償という問題が、ここでも大きな社会問題としてこれからも延々と続くことだろう。

ボパールでは公立病院は無料であり、事故後被害地域周辺にはいくつかの新しい病院が新設または拡充され、医療面では充実しているよう

に見えるが、実際は被害者たちの多くがプライベートな病院へ行ったり、薬を買ったりしている。公立病院の「予算内」の医療では病気がよくなるからだ。また、生活困窮の中で病院へ足を向けることもない人々もいる。医師と被害者との相互信頼のないとき、医療救済の道もまた困難をきわめている。

一方、女性たちや子供たちのための被害者自身による生

活改善や自立のためのプログラムとして、地域生活環境の改善、ミシンなどを使った裁縫、果物類の露天販売等が取り組まれているが、改善していこうとしているスラムの外側に新しいスラムが形成されていくという、貧困が大きな社会問題としてあるインドの現実の中で、この仕事もまた大きな困難を抱えている。しかし、人々は嘆いたり、悲しんでばかりいるわけではない。22日夜にはアジア各地から集まった産業被害者とボパールの被害者たちによる連帯デモが行なわれ、共通の経験と困難を分かちあい、アジアの被害者が連帯して、その人権を守っていく組織づくりを、ボパールと香港を軸として始めることに合意した。

巨大な多国籍企業の起こした最も貧しい人々への犯罪「ボパールの悲劇」、犯罪が国家の壁に阻まれ裁かれないとき、人の命が50万円で処理されるとき、被害の全貌解明への努力が続けられないとき、そのことが忘れ去られるとき、「ボパール」はまた起こるだろう。被害者たちから繰り返し語られた言葉は、国連や環境問題の会議でよく言われる「持続的発展」ではなく「二度とこの悲劇を繰り返すな」ということであつた。



以下に紹介するは、「産業被害と人権に関する国際民衆法廷」(1992.10.19-23 ポパール)で配布された「証言抄録集」を編集部で翻訳したものである。

香港

ベンゼンの火災爆発事故

加害企業等：CIPEL-MARCO 毛皮加工処理工場の事業主、香港政庁
損害：労働者13名が死亡、24名が重傷
証言者：MR. NG MAN KANG

MR. NG MAN KANG は、1986年10月8日にCIPEL-MARCO 毛皮加工処理工場で起こった火災爆発事故に関して、同工場の事業主及び香港政庁の工場監督官を告発する。ベンゼンは高度に有毒で引火性の化学物質であるが、この小さな工場で毛皮の加工処理のために使われており、過熱したボールベアリングによって引火したものであると思われる。爆発事故の結果、15歳の少年を含む13名の労働者が死亡し、24名が重傷を負ったことによって、この工場の労働環境の不安定さと香港政庁による規制と監督体制の不備が明らかにされた。被害者たちは、労働組合、より安全な労働条件と厳しい法規制の確立に取り組んでいる労働団体の援助を得ることができた。その取り組みの結果、事業場で使用される化学物質の危険性について労働者に知らせること及び安全対策をとることを事業主に要求する立法措置がとられた。

(この事件に関する連絡先は香港工傷權益会 Association for the Rights of Industrial Victims, ARIAV - 「安全センター情報」90年10月号参照)

韓国

繊維産業労働者の二硫化炭素中毒

加害企業等：源進(WONJIN)レーヨン、韓国政府
損害：1986年以来、276名の労働者が二硫化炭素によって被災し、4名が死亡
証言者：MR. LEE JEONG-JAE

源進レーヨンにおけるレーヨンの紡績工程で使用される二硫化炭素による健康被害は1981年に降明らかにされるようになった。二硫化炭素の長期間暴露は、手足の感覚喪失、インポテンツ、心臓の冠動脈疾患の危険の増大、抑鬱、不安感、筋力低下及びその他の健康障害の原因となるような状態を引き起こす。自主的に実施された労働者の健康状態に関する調査は、二硫化炭素暴露による被害を過小評価した政府による調査結果を明確に否定している。1988年に17名の被災労働者によって設立された源進レーヨン職業病被災者・家族協議会の努力によって、会社社長が告発された。それまでは、二硫化炭素中毒症に対する補償基準の引き上げと健康管理体制の確立を求める同協議会の要求は、源進レーヨンと韓国労働部の双方から無視されていた。

(韓国・源進レーヨンの二硫化炭素中毒事件については「安全センター情報」92年2月号参照)

台湾

零細工場での労働災害の典型的2事例

加害企業等：TAI-BANG ELECTRIC PRIVATE LTD.、TAIWAN GENERAL TOOLS LTD.、台湾政府
損害：台湾の零細工場における1985年1月から1991年8月までの間の死亡労働者9,457名、障害34,416名
証言者：MR. CHEN CHI-LIANG AND MR. CHANG YAU-CHUNG

Mr. Chen Chi-Liang(33歳)は、1990年6月14日、Tai-Bang Electric Pvt Ltd.の仕事で、何の安全対策もないまま電流の通じている場所で作業中、高電圧電流に感電して両腕を失った。事業主は、治療費を支払わず、補償金は法律で定められた額よりも少ない31日分だけであった。彼は、会社に正当な補償を求めるために多額の訴訟費用と弁護士費用を支払わねばならなかった。Mr. Chang Yau-Chung(41歳)は、1983年にTaiwan General Tools Ltd.で働いていて、オイルパイプ内の爆発事故によって、頭部、顔面と胸部に2度と3度の火傷を負った。彼は、過去9年間にわたって治療を受けてきたが、いまだ事業主からの補償は受け取っていない。これらは、毎月少なくとも500名が重度の障害を負い、125名が死亡している台湾の零細工場における典型的な事例である。政府による規制は、登録事業所数100,000に対して安全衛生監督官が200人というようにきわめて手ぬるい。その上、3人以下の労働者しか雇っていない“家内工業”が何千もあり、その労働者は監督の対象になっていない。被災労働者の利益を守るべき法律は、高い弁護士費用や裁判費用、裁判の遅延のために有効なものになっていない。敬人勞工安全衛生服務中心 The Ching Jen Labour Health and Safety Service(上記2名の被災労働者を支援している)は、被災者に対する法的援助と労働安全

衛生問題に関する労働組合に対する援助を行なう労災職業病被災者の団体である。

(連絡先—敬人勞工安全衛生服務中心 The Ching Jen Labour Health and Safety Service の活動については「安全センター情報」91年6月号参照)

インド

ガラス工場労働者のじん肺

加害企業等：ALEMBIC GLASS INDUSTRIES LIMITED、EMPLOYEES STATE INSURANCE
損害：死亡及び回復不能な肺の障害
証言者：MR. BHAILAL MOJIBHAI PATEL

グジャラート州バローダにある Alembic Glass Industries の破碎部門と焼釜(Batch House)の労働者たちは、じん肺が多発していることを事業主及び Employees State Insurance(ESI)に認めさせるために多大な努力を払わねばならなかった。労働現場でシリカの微小粉じんを吸入したことによって、少なくとも15名以上の労働者が死亡し、70名の労働者が進行性の肺疾患に罹患して苦しんでいる。労働者の間でのこの疾患の高い発生率にもかかわらず、産業医は、長い間肺結核と診断していたため、会社は補償の支払を逃れることができた。Bhailal のような労働者の奮闘と彼らの忍耐が、国立労働衛生研究所(NIOSH)やアーマドバード市(州都)の医師らを巻き込み、68名の労働者に対して、じん肺による被災者であることが証明された。それによって補償が支払われるようになったが、傷害の評価はきわめて恣意的で、補償金の支払もしばしば遅れている。

マレーシア

放射線被爆による健康傷害

加害企業等：ASIAN RARE EARTH SDN BHD.

損害：7,000名人の地域住民に血液異常、癌、流産、死産、先天性奇形

証言者：MR. G. S. NIJAR

1992年7月、ブキ・メラ(Bukit Merah)村の住民によって提起された訴訟に対して、イポー(Ipoh)高等裁判所は、Asian Rare Earth(A R E)の危険な操業を停止するよう命じた。これは、過去7年間、この会社による放射性物質の貯蔵、生産、投棄に対して闘い続けてきた7,000名のブキ・メラ村住民の重要な勝利だった。1982年にブキ・メラ村にこの施設が建設されて以来、危険な操業によって異常に高率の流産、不妊、幼児死亡、白血病、先天性奇形が発生した。多くの健康傷害が数年間続くだろう。関係研究者、疫学者、遺伝学者によってはらわれた努力が、ブキ・メラ村住民の闘いと勝利にとって重要な役割を果たした。

(連絡先はペナン消費者協会 Consumer Association of Penang)

フィリピン

金の露天堀採掘による環境破壊と社会的損害

加害企業等：BENGUET CORPORATION、フィリピン政府

損害：20,000名の先住民の追い立てと河

川等の汚染、氾濫

証言者：MR. EDUARD MANGILE

1990年以来、イトゴン村の20,000名の先住民の生計が、世界第7位の金生産者である Benguet Corporation の露天堀採掘によって脅かされている。伝統的な小規模採掘を営んできた住民の祖先伝来の土地は、大規模機械化採掘のためにこの会社によって接収されつつある。これによって山が削られ、巨大なクレーターを掘り出した土砂と河川の沈降によって洪水が引き起こされた。掘削作業は、自然の泉を干上がらせ、河川を酸や有毒な塩で汚染して、漁や生活の用に使用することをできなくさせてしまった。政府の環境資源局(Department of Environment and National Resources)は、明白な法律違反の数々にもかかわらず、操業を取り締まらなかった。地元住民は、Benguet Corporation による採掘権の独占をやめさせ、荒廃した土地を回復させることを要求しているが、それに対して、軍によるいやがらせや逮捕、拘留が行なわれている。(連絡先はGARCON)

スリランカ

自由貿易地域における労働者の職業病

加害企業等：ESKIMO FASHION KNI TWEAR PVT. LTD.、スリランカ政府

損害：皮膚疾患(発疹)、喘息(化学物質による肺疾患)

証言者：MR. S. K. GEORGE JAYARATNAM

コロンボ(スリランカの首都)郊外の自由貿易地域にあるドイツ人所有のこの会社では、手袋を製造している。2,000名の男女労働者が雇われ

ている。その内約200名が、工場の染色部門で、液体状の化学物質や蒸気に常にさらされている。安全装備は労働者に与えられておらず、安全基準も守られていない。労働者が皮膚疾患や肺の問題を訴えても、事業主は無視してきた。労働衛生関係の法律を履行させるための有効な仕組みが存在しないため、労災補償か他の何らかの手当てを受けるべき労働者の権利の侵害が放置されたまま、事業主は逃げ去った。労働者のリーダーの犠牲はままたることであり、それは自由貿易地域の中においてはなおさらのことになっている。労働現場で労働安全の問題を取り上げようとした Mr. George Jayaratnam も解雇された。

(連絡先は労働安全衛生研究所 Institute for Occupational Health & Safety)

インド

1984年12月2-3日の
ユニオンカーバイド殺虫剤工場からの
致死的なイソシアン酸メチルガスの
漏洩事故

加害企業等：UNION CARBIDE CORPORATION、UNION CARBIDE INDIA LIMITED、インド政府、マディヤプラデシュ州政府

損害：12,000名以上の死亡者、500,000万人以上の住民が暴露し現在も苦しんでいる

証言者：BHOPAL GAS PEEDT MAHILA STATIONERY KARMACHARI SANGH、BHOPAL GAS PEEDT MAHILA UDYOG CONGRESS、BHOPAL GAS PEEDT MAHILA UDYOG SANGATHAN、CHILDREN AGAINST CARBIDE、

NIRASHRIT PENSION BHOGI SANGHARSH MORCHA、ZAREELI GAS KAND SANGHARSH MORCHA

医療援助、リハビリテーション、十分な補償とユニオンカーバイド社の犯罪人の処罰を求めて闘い続けているボパールの6つの被災者団体は、アメリカの多国籍企業とそのインド子会社及びインド政府、マディヤプラデシュ州政府による人権侵害の事実について証言する。世紀の大災害から8年たった今なお、ボパールの被災者たちは、彼らの肺、眼、生殖系、免疫系、胃腸系、神経系及びメンタルヘルスに引き起こされた損傷に対する適切な治療を待ち望んでいる。ユニオンカーバイドがMIC(イソシアン酸メチル)に関する毒物学的情報を否認し続ける間に、政府の医師と研究者たちは本気で努力もしないまま治療法の探究を断念してしまった。インド政府は、ユニオンカーバイドからのわずかな補償金を容認することによって被災者の利益を裏切り、マディヤプラデシュ州政府は、被災者の損害の総額を低く評価することによって、その補償金の総額に合うように辻褄合わせをしてしまった。申請者全体の6%だけが終身的な障害を被ったと分類する政府の数字は、政府自身及び非政府組織によって実施された疫学的な調査結果によって明確に否定されている。住民の場合についての最高裁の最終的な判決から1年たったが、いまだ一人の被災者も何らの補償金も受けていない。政府が立案した補償金支払計画も、理不尽な拒絶、遅延、いやがらせ、変造に陥りそうな気配である。殺人罪で(他の罪名と共に)告訴された11名の内の一人である前社長 Warren Anderson もアメリカから引き渡されるべきその他の者も、訴訟手続きが開始されてから逃亡してしまっている。



アスベスト規制法

通常国会に再度規制法案提出へ 臨時国会では審議抜きで廃案

今年4月に「石綿製品の規制等に関する法律」の日本社会党案が完成し、5月には、社会党厚生部会と日本石綿協会代表の話し合いも行なわれた(「安全センター情報」92年7月号参照)が、PKO法案をめぐる緊張が続く国会情勢の中で、法案を提出しても廃案になる可能性大との判断から第123回通常国会への法案提出は見合わせた。昨年11月に召集された第125回臨時国会も佐川疑惑をめぐる審議が行われない事態が続いたが、予算委員会の審議の目処がついた12月3日、社会党全議員連名により「石綿製品の規制等に関する法律案」(同上92年7月号に全文掲載)が、議員立法として衆議院に上程された。

しかし、議事運営委員会で、自民党委員が「この委員会に付託するか検討したい」とのことで時間が経過。臨時国会最終日の12月10日に開かれた議事運営委員会で、社会党をはじめ野党委員は継続審議を主張したが、自民党委員が廃案を強く主張し、結局、廃案が決定した。

現場での取り組みで作られた法案が委員会に付託もせず廃案とされたことに強い怒りを感ずる。廃案となった翌日の社会党代議士会でも問題にされ、社会党としても本年1月26日から始まる第126回通常国会に改めて法案を提出することが確認された。アスベスト規制法制定をめざす会、石綿対策全国連絡会議では、継続審議になることを予測したわれわれの情勢認識の甘さも反省し、自民党の反対やそのために動き

回ったであろう業界の動きを上回る活動を展開して、通常国会にのぞむ決意を固めている。

これからが本番！とシンポ

これに先立つ9月25日、アスベスト規制法制定をめざす会の主催で「シンポジウム これからが本番！アスベスト対策」が開催され(東京都中央労政会館)、75名が参加した。会場では、アスベストに関するパネルやアスベスト製品、ノンアス製品の展示も行なわれ、参加者の注目を集めた。

開会のあいさつに立った伊藤事務局長は、「アスベスト問題は終わったかのような雰囲気があるが、現実にはあちこちで問題が広がってきている。今日はそのような現場の報告を受け、アスベスト対策はこれからが本番だということを確信し、アスベスト規制法制定の運動を盛り上げていきたい」とシンポジウムの趣旨を述べた。続いて、「アスベスト問題の現状について」と題して、大阪府立公衆衛生研究所の熊谷信二氏から講演を受け、その後、6つの団体から現場報告を受けた。最後に、伊藤事務局長が「石綿製品の規制等に関する法律案」を説明し、富山代表が「今日の報告を聞いて、私たちの社会が時限爆弾をかかえていることを改めて認識した。被害を最小限に止めるために、アスベスト規制法の制定をその一歩としていきたい」と締めくく

った。以下に講演及び現場報告の要旨を紹介する(「めざす会ニュース」No.13から転載)。

〈講演〉

●アスベスト問題の現状 について

水道管に使われている石綿セメント管には、アスベストが15~20%混入されている。その製造工場では、すでに悪性中皮腫による死亡者が発生している。日本で石綿セメント管が水道管に使われたのは1932年から。普及しはじめた

のが1951年からで、65年にピークを迎え、年間330万本生産されて、85年まで生産が続いた。生産が中止された理由は、石綿管は交通量の多い道路では折れやすいからで、アスベストが有害だからではない。

石綿管が破裂した場合の工事では、切断をはじめと掘った穴の中では90~170本、作業者の襟元で48~63本、穴から50cmくらい離れた所で、風下では7~15本の数値が測定された。短時間とはいえかなりの高濃度だ。このような作業を年間どれくらいしているのか。自治労が16都道府県119市町村の水道局の職員1,048人を対象に調査したところ、ほとんどの人がこのような作業をやり、石綿管の作業日数は累積で最高500日以上、平均16日だった。16日でも一般の人が中皮腫になる確率より10倍も高いことになる。

今後の対策としては、ダクトイル鉄管への転換を促進するとともに、アスベストが飛散しない切断工具の開発、取扱要綱の策定が必要だ。

また、建設現場での石綿含有建材の切断については、屋内作業のため127~787本、平均214本、少し離れたところでも平均245本と高い数値が



9.25「シンポジウム これからが本番！アスベスト対策」

測定されている。建設労働者は平均1日3.6時間、1か月5.5日石綿建材を扱っているが、累積すると1,980日になり、アスベスト製品製造工場の労働者に匹敵する。

建設現場では、健康診断がやられていない。労災に加入していない自分だけが注意していてもアスベストの飛散を受ける、防じんマスクを着用しにくい環境がある、などの問題がある。労働省が通達を出したからといって、現場で守られる保証はない。

アスベスト対策大阪ネットワークが府内の建設会社と設計事務所にアンケート調査を行なった結果、アスベスト建材の使用に配慮しない理由として、代替品が高いことがあげられていたし、アスベスト規制で研究しているのは行政の動きであることがわかった。業界は行政の対策に敏感だからこそ、法規制が必要である。

〈現場報告〉

●アスベスト・職業がん110番(略)

●築地市場解体工事によるアスベスト汚染

築地市場は10数年かけて改築することになった。現在、営業を続けながら古くなった建物を順次壊して改築している。私たちは、スレート板の屋根、5～6階建ての民間の冷凍倉庫、吹き付けについてアスベストが使われている可能性がある、その実態を明らかにするよう東京都に申し入れた。都は、アスベストは使用されていない、抜き打ち的に工事はしないと断っていたが、今年1月に突然、屋根のふきかえ作業をやってしまった。5月にも工事の後で、マグロの解体現場のそばにアスベストが飛散しているのを発見した。都は事前の調査もせず、対策も立てないまま工事を進めたのである。私たちの抗議に対しても「知らなかった」と答えるだけで反省もなく、報告書を改ざんさせたふしさもある。今後、公開質問状を出して交渉をしたいと考えている。 永倉(魚市場労組書記)

●学校のズサンなアスベスト調査

文部省や自治体の行ったアスベストの実態調査がズサンだったため、現在でも父母、教師、行政との間で混乱が続いている。浦和市では、父母に事前の説明もなく工事を進めてしまった。蓮田市では、除去工事の終わった学校から再びアスベストが発見されている。文部省の調査では吹き付けアスベストの商品名は3つしかあげられていないが、その後、建設省は8種類あると言っている。私たちの調査では、ひる石の吹き付けにもアスベストが入っていた。アスベストを隠すためにズサンな工事を進めてきたわけだが、もう一度調査をやり直す必要があると思う。 依田(アスベスト根絶ネットワーク)

●富良野市のアスベスト鉱山の汚染

北海道富良野市にはアスベスト鉱山が3つあった。今は採掘していないが、うちひとつでは、現在でもズリ山からアスベストを取り出している。

る。工場やズリ山の紛じんが近くの市街地に飛んでいくと同時に、鉱山跡地から空知川にアスベストが流れ込んでいる。ズリ山に散水装置をつけたが、水をかけたり雨が降ると土が流され、アスベストの繊維だけが残る。そのため、ズリ山や鉱山跡の表面は、アスベスト含有量50～80%になっている。鉱山跡の一部は採石場になっており、アスベストを含んだ石が砂利として売られている。鉱山跡地の植栽は成績が悪く、うまくいっていない。道庁の環境測定は工場から12kmも離れたもので信用できない。

宮本(東大演習林職員)

●アスベスト建材の使用状況

アスベストの9割が建材に使われ、5割がスレートに使われている。石綿スレート板の切断を測定したところ、800本と非常に高い数値が測定された。解体作業では十分な対策がとられていない。建設労働者の肺がんの死亡は一般市民より2.27倍であり、胸膜肥厚斑も多く発見されている。アスベスト建材を使いたくないと思っても、設計や注文者の意向によって使わざるを得ないのが現状。早くアスベスト規制法を制定する必要がある。 志津(全建総連労働対策部長)

●造船労働者の現場

船には断熱材としてアスベストが多量に使われてきた。34年間溶接工として働いてきたが、防じんマスクも支給されなかった。退職後、医師から石綿じん肺だと言われて愕然とした。会社の責任を追及して交渉したが、会社は「退職した人は関係がない」と言った。このような被害が二度と起こらないように裁判を起こす決意をした。会社は「本当に会社に在籍していたかわからない」「アスベストを使っていない」と述べて裁判の引き延ばしをはかっている。「じん肺被災者の会」をつくって、企業や行政にも働き

かけている。 大森(横須賀石綿裁判原告団)

全国連総会から法案提出へ

11月5日には、石綿対策全国連絡会議の第6回総会が衆議院第一議員会館内で開かれた。活動報告・方針、役員などの議案については後掲しているので参照されたい。来賓として、社会党衆議院議員の五島正規、沖田正人の両氏が出席、前日4日の社会党厚生部会において、今臨時国会に法案を提出することが確認されたという報告を受けて、総会終了後、衆参両院の厚生委員全員に対して要請行動が行われた。

資料／石綿対策全国連絡会議第6回総会議案書

1991年度活動報告

1 はじめに

石綿対策全国連絡会議は、昨年11月5日、第5回総会を開き(「安全センター情報」91年12月号参照)、①アスベスト規制法制定の取り組み、②行政との交渉、③アスベスト被災者への支援、④調査活動、⑤教育広報活動、⑥組織強化拡大など、1991年度の活動方針を確認して活動してきました。具体的には、規制法制定、アスベスト・職業がん110番の実施などを行ってきました。

2 アスベスト規制法制定運動

(1)「アスベスト規制法制定をめざす会」を中心に、法制定運動を行ってきました。
(2)「石綿の規制等に関する法律案」は、昨年4月にできあがりしましたが、昨年の第120通常国会は会期延長がなかったため、国会に提出しま

11月24日には、参議院議員面会所で「アスベスト規制法制定を求める緊急国会行動」。全建総連の18県連・組合の仲間を中心に108名が参加。社会党からは沖田正人、岩垂寿喜男、谷村啓介衆議院議員、西岡り子、細谷昭雄、栗原君子参議院議員が駆けつけた。沖田氏が代表して「社会党の法案審査会で法案の審査を行なっている。今国会に提出するよう努力している」と述べた。共産党の西山登紀子参議院議員も「早く成立するように皆さんと頑張りたい」と挨拶。全国安全センターと全建総連・加藤委員長の決意表明の後、再度、衆参両院の厚生委員全員に対して要請行動を行った。



せんでした。その後、規制の対象について、検討を加えてきました。日本社会党の五島正規議員を中心に、衆議院法政局と協議を重ね、今年3月には「石綿製品の規制等に関する法律案要綱」を作り、4月には法案が完成しました(同前92年7月号に全文)。
(3)日本社会党は、党内手続きを経て法案を確認した後、厚生部会を中心に国会提出前の5月19日に日本石綿協会との話し合いをもちました。しかし、日本石綿協会は「自主規制で十分である。法案には反対である」との態度表明をしました(同前92年7月号参照)。
(4)5月27日、社会党厚生部会は、PKO法案をめぐって緊張が続く国会情勢の中で法案を提出しても廃案になると判断し、第123通常国会への提出を断念しました。また、厚生部会を中心にアスベスト問題のプロジェクトチームを設置し、アスベスト対策を強化していくことにしました。

(5)めざす会は、法案を早期に国会に提出するよう要請するとともに、主要単産の連携をはかり、国会対策を強化していくことにしました。

(6)地域からアスベスト規制を求める運動を盛り上げるため、自治体議会から政府に対してアスベスト規制法制定を求める意見書を採択するようお願いしました。現在までに11の自治体議会が意見書を採択されています。90年12月は東京都多摩市、91年12月は千葉県流山市、神奈川県茅ヶ崎市、92年3月は栃木県、徳島県、北海道函館市、埼玉県入間市、同川越市、東京都北区、92年6月は静岡県清水市、徳島県徳島市です(注：他に埼玉県宮代町も)。

3 対政府・業界交渉

(1)北海道富良野市のアスベスト鉱山付近のアスベスト汚染問題について、昨年11月8日、通産省に状況説明を求めました。日本消費者連盟とアスベスト根絶ネットワークは、数度の現地調査、道庁や札幌鉱山保安局との交渉を行なっています。非鉄金属労連とも協力し、有効な対策について検討しています。

(2)昨(91)年10月18日、アメリカの控訴裁判所は、EPA(環境保護局)のアスベスト製品の製造等を禁止する規制を無効とする判決を下しました。EPAが上告しなかったため、この判決は確定しました。

日本石綿協会は、この判決以降、強気の姿勢に転じています。日本石綿協会は、現在の法令による規制、指導と自主規制でアスベスト対策は十分であると考えています。アスベスト規制法制定をめざす会は、4月1日に同協会に対して法案についての意見交換をするために話し合いを申し入れましたが、拒否されました。

(3)今(92)年5月、非石綿車両(ノンアス車)を公開するよう国内の自動車メーカー12社と主な外車総代理店4社に要請したところ、10社から回答がありました。真偽のほどはわかりませんが、

小型車については、かなりノンアス化が進んでいるようでした(同前92年8月号参照)。

4 アスベスト被災者の援助

(1)昨(91)年7月2日、全国安全センターと共催して、はじめて「アスベスト・職業がん110番」を実施し、全国で325件の相談がありました。各地区安全センターの努力で、うち5件がすでに労災認定をかちとっています。

(4)(92年)4月28日、第2回目の全国一斉「アスベスト・職業がん110番」を実施し、193件の相談がありました。前回に比べると6割ぐらゐの相談件数でしたが、健康被害の相談については深刻なものが多くありました(同前92年7月号参照)。

(3)5年目に入った横須賀石綿じん肺裁判は、原告側の立証が終わり、被告側の反証の段階に入りました。

5 教育広報活動

(1)昨年の第5回総会では、日本石綿処理工業会運営委員の宮川隆司さんから「アスベスト処理の現状について」と題して講演を受けました。

(2)(91年)11月16日に大阪で開かれた第3回日本石綿シンポジウムに参加し、第3部の「アスベストの有効利用と規制について」では、日本石綿協会が有効利用の立場から、アスベスト規制法制定をめざす会が規制の立場から、それぞれ意見を述べました。

(3)(92年)4月25日、26日に代々木公園で開かれたアースディ・アジア・フェスティバルに参加しました。「アジア」がテーマでしたので、日本や中国のアスベスト鉱山、アジアに進出した日本資本のアスベスト工場なども展示に加えて訴えました。

(4)9月25日、「これからが本番!アスベスト対策」と題してシンポジウムを開催しました。大阪府立公衆衛生研究所の熊谷信二氏からアスベスト問題の現状について講演をいただき、築地

魚市場、富良野など、アスベストが問題になっている現場より報告を受けました。

(5)「アスベスト対策情報」は総会特集号を1回発行しました。「めざす会ニュース」は、7回発行し、通算12号になりました。

6 組織の強化拡大

アスベスト規制法制定に協力をいただいている諸団体に会員になるように呼びかけたところ、3団体、2個人が新たに会員になりました。

1992年度活動方針

1 はじめに

アメリカでEPAのアスベスト規制が無効になりましたが、裁判所はアスベスト規制の必要性を認めています。ドイツでは1994年末までにアスベストの輸入、生産、使用を全面的に禁止しました。また、オランダは1993年6月までに、イタリアは1993年末までにアスベストを禁止すると伝えられています。現在、ECの統合を迎え、ECとしてアスベスト規制をどのようにするか検討が行なわれています。

昨年のわが国のアスベスト輸入量は、27万2千トンでわずかに減少していますが、相変わらず高い水準を維持しています。代替品の売れ行きが伸び悩むなど、日本におけるアスベスト対策は、現在の法令や業界の自主規制では不十分です。私たちは、アスベスト製品の規制と具体的対策の実現を求めて活動を進めます。

2 アスベスト規制法制定の取り組み

「アスベスト規制法制定をめざす会」に参加をし、アスベスト規制法の成立をめざして全力で取り組みます。国会要請行動の組織化、山場での集会を計画して行動を積み上げるとともに、議会対策を強化します。

可能な自治体議会において、アスベスト規制法制定を政府に要請する意見書を採択するよう

働きかけます。

3 行政との交渉

北海道富良野市のアスベスト鉱山のアスベスト紛じん問題について、飛散防止対策の指導を徹底するように通産省に求めています。また、東京都築地市場の解体工事について、安全な工事を行なうよう求めています。これらの問題は全国に数多く存在しているはずです。情報の収集に努力するとともに、行政との交渉を強化していきます。

4 アスベスト被災者への支援

アスベスト被災者の掘り起こしを行ない、労災申請等の支援を行ないます。そのため、アスベストばく露労働者の組織化などに協力します。

横須賀石綿じん肺裁判闘争、ジョンズマンビル社に対する賠償請求などに引き続き協力していきます。

5 調査活動

アスベスト鉱山やアスベスト製品製造工場の所在地、さらには日本資本の海外でのアスベスト製品の製造など、アスベストの採掘、製造に関する情報の収集に努力します。また、情報公開条例などを利用しながら、公共施設におけるアスベストの使用実態を明らかにしていきます。さらに、アスベストによる健康被害調査に協力していきます。

6 教育広報活動

アスベスト規制法制定の運動やアスベスト被災者の掘り起こしを進めるために、学習会やシンポジウムを企画します。また、そのような企画に積極的に参加します。アスベスト製品などの展示会が地方でも開催できるように、貸出の体制をつくるようにします。

「めざす会ニュース」の発行に協力するとともに、「アスベスト対策情報」も適宜発行します。(以下略)



労災認定制度の見直し行わず 労基研中間報告挫折の仕切り直しに「幕引き」

古谷 杉郎

全国労働安全衛生センター連絡会議事務局長

労働者災害補償保険審議会(会長・萩澤清彦
成蹊大学法学部教授)は、92年12月17日、同審議
会に設置した認定問題小委員会(座長・保原喜
志夫北海道大学法学部教授)の報告「労働者災害
補償保険制度の適切な運用について」を了承、
労働省に対し報告を踏まえた行政運用を要請し
た。

この経緯について労働省は次のように説明し
ている。「平成元年12月に労災保険審議会から労
働大臣あてになされた建議において、労災保険
審議会に専門小委員会を設け、認定基準の策定
や業務上外等の認定のあり方など労災保険制度
の運用面について検討を進めるよう指摘がなさ
れたところである。この建議を踏まえ、平成2年
9月の審議会において、公・労・使の代表委員各
3名からなる認定問題小委員会を設置すること
が了承された。同小委員会は、平成3年2月以来、
7回にわたって会合を開催し、業務上外等の認定等
の運用面について検討を行ってきた」。

労災法改正作業の仕切り直し

平成元(89)年12月の労災保険審議会の建議と
はどのようなものだったか思い起こしてみよう。

その前年—88年8月、労働大臣の私的諮問機関

である「労働基準法研究会(災害補償関係)」「(座
長・花見忠上智大学法学部教授)は「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」という報告をまとめた(中間報告)。労働
省は、労災保険審議会に労災保険基本問題懇談
会(審議会の全委員がメンバー)を設置し、88年
8月1日に第1回基本懇を開催して、中間報告の
内容を説明。同年中にも基本懇—審議会の了承を
得て、労基法研究会の中間報告の内容に沿った
労災保険法の改正を行う方針を立てた。

しかし、この中間報告の提案する内容は、①
労基法の災害補償規定の削除(不要論)、②休業
補償の一律1年6か月で打ち切り、③重度障害(障
害等級1、2級)の場合の給付水準の(3級と同じ水
準への)引き下げ、④高齢者の給付水準を引き下
げる「年齢スライド制」の導入、⑤労災保険給
付と老齢年金等の社会保険給付や民事損害賠償
との(完全)調整、⑥労災専門医委員会制度等
による労災認定・治療内容等への統制強化な
ど、労災補償制度の抜本的改悪を迫るものだっ
た。労働戦線再編のただ中という困難な状況に
もかかわらず、中間報告に基づく労災補償制度
の改悪に反対し働く者の立場に立った制度改革
を求める取り組みが、全国各地、様々なかたち
で取り組まれた。中間報告をまとめた労基法研
究会のメンバー自身が、被災者、労働組合、弁

護士、医療関係者、地域安全センター等とのヒ
アリングなどを経て、中間報告を「棚上げ」す
る「見解」を基本懇に提出するといった状況も
生じる中で、労働省は、中間報告のほとんどの
内容の実施を見送らざるをえなかった。この間
の取り組みが全国安全センター設立のひとつの
契機ともなっている。

基本懇における議論は、88年8月1日から89年
12月25日まで、22回にわたって続けられること
になり、89(平成元)年12月25日に労災保険審議
会の建議「労働者災害補償保険制度の改善につ
いて」が出されたわけである。このような経緯
を反映して、建議では次のように述べている。

「① なお、重度障害者等に対する介護に係る
補償のあり方、各種給付における被災時年齢等
による不均衡の問題、支給停止の運用基準の見
直しを含む民事損害賠償との調整のあり方、費
用徴収基準の見直しの諸点については、時間の
制約もあり、今回結論を得るに至らなかったが、
これらについては引き続き検討を進め、早期に
結論を得るよう務めるべきものとする。

② また、各種認定基準のあり方や医学的判
断を必要とする事項についての認定体制のあり
方、社会保険との調整のあり方、特別支給金の
あり方、労働福祉事業や余裕金のあり方等の問
題についても、引き続き検討を深め、その結果
に基づき所要の措置を講じていく必要があると
考える。」

労働省としては、挫折した労災補償制度の抜
本的見直し作業のルールを敷き直す必要があっ
た。そのために、かねて労働者側からの要望が
強かった労災認定問題について譲歩の姿勢を示
したというのが、労災保険審議会の中に認定問
題小委員会が設置された背景であった。

建議でふれられたその他の課題については、
別稿で紹介する「労災重度障害者介護問題研究
会」の作業以外、動きらしい動きはない。

制度面の検討はなし

このような事情を考慮に入れて、今回の認定
問題小委員会報告の内容を検討する必要がある
だろう。

認定問題小委員会では、設置に当たって、委
員以外の専門家等をメンバーとすることは認め
られなかったため、「医学的・専門的な検討を除
く」としながらも、「次の事項に関し、調査・検
討し、その結果を、必要に応じ本審議会に報告
するもの」とされた。

①業務上外等の認定基準について

②業務上外等の認定において被災労働者やそ
の雇用主等関係者の意見がより反映される
方途について

③その他上記に関連する事項

審議会の労働者委員は連名で、91年9月に「労
災認定の改善に関する意見」を提出した。これ
は、「労災認定の要件、基準、手続き等について、
われわれはかねてから、制度上・運用上の改善
を行うよう求めてきたところですが、近年の労
働災害発生件数の増加、『過労疾病』に関わる労
災申請件数と労災認定をめぐる民事訴訟の増加
等に鑑み、認定問題小委員会並びに本審議会に
おいて、労災認定のあり方についての十分な検
討を行い、下記事項の速やかな実現を図られる
よう要請します」として、「認定要件・基準等の
改善について」12項目及び「認定体制・手続き
等の改善について」12項目の提案を行った(「安
全センター情報」92年4月号17頁「労災認定の改
善に関する連合意見について」と同一の内容)。

具体的には、①業務上認定に当たっての立証
責任の転換—ILO第121号勧告の考え方に沿
い、事業主あるいは保険者が業務外と立証でき
ない場合は業務上とする、②業務遂行性と業務
起因性の双方の成立を求める「2要件主義」の廃

止、③事業主の健康管理義務を明確化し、それを欠いていた場合の認定のあり方を検討、④認定基準に関する各種「専門家会議」に労働組合の推薦する医師・学者を参加させるとともに、公開の原則の確立、⑤労災保険給付請求から認定決定までの間の「立替え払い」制度の新設等、抜本的な制度改正を求めている。また、とくに社会問題化している脳・心臓疾患の労災認定基準の見直しと見直しが行われるまでの現行基準の弾力的運用や、職業がん、じん肺の合併症の範囲の拡大、通勤災害も業務災害とすること、なども含まれていた。

結果的には、今回の認定問題小委員会報告にこれらの問題は全く含まれていない。含まれていないというよりも、制度的な問題については検討がなされなかったため、報告前文でわざわざ「検討課題のうち、…運用面について検討を行ってきたが」と断らざるを得なかった。労働省が、運用面での検討だけで認定問題小委員会の作業の「幕引き」を図ったものとみるべきだろう。88年8月の労基法研究会中間報告に基づく労災補償制度改悪の挫折に対する「仕切り直し」を終わらせ、再度その復活に着手しようとしているのだとしたら警戒しなければならない。

認定、予防とも不十分な過労死対策

認定問題小委員会報告は、①業務上疾病の認定基準、②業務上外の認定等の手続及び体制、③広報・相談体制、の3点についてふれているが、目新しい内容は全く含まれていない。国会

脳血管疾患及び虚血性心疾患等の労災補償状況

\ 年 度		87	88	89	90	91
脳 血 管 疾 患	請求件数	351	480	538	436	404
	認定件数	42	61	96	77	78
	1号	24	47	77	56	54
	9号	18	14	19	21	24
虚血性心疾患等	請求件数	148	196	239	161	151
	認定件数	7	20	14	15	15
	1号	4	5	3	3	5
	9号	3	15	11	12	10
合 計	請求件数	499	676	777	597	555
	認定件数	49	81	110	92	93
	1号	28	52	80	59	59
	9号	21	29	30	33	34

(注)1 1号とは労働基準法施行規則別表第1の2第1号の「業務上の負傷に起因する疾病」であり、9号とは同表第9号の「業務に起因することの明らかな疾病」に係る脳血管疾患及び虚血性心疾患等である。

2 未処理の件数があるので、請求件数から認定件数を減じた件数が不支給の件数とはならない。

答弁や労働省交渉で確認されてきた内容をあらためて整理したともいえるが、いくつかの点について解説しておこう。

①業務上疾病の認定基準について

報告は、「業務上疾病の認定基準は、医学的・専門的判断と密接に関連するものであるため、今後ともこれに関する医学的知見の収集等に努めその結果を踏まえて、必要に応じ見直しを行なう」。「特に、脳・心臓疾患については、新たな医学的文献の収集、分析、整理のための体制整備に努めるなど、今後とも医学的知見の収集等を積極的に推進する」と述べる。一部新聞などでは、これをもって、労働省が脳・心臓疾患の労災認定基準の見直し作業を開始するかのよ

うな書き方をしているが、労働省の具体的な作業としては、この認定問題小委員会の作業が唯一のものであったわけで、それが「幕引き」された後の具体的な作業はない。「脳・心臓疾患と業務に関する新たな医学的知見が得られた場合には、速やかに専門家会議において見直しの検討を行なう」とも言うが、そのときは新たに専門家会議を設置し、さらに時間をかけて検討をしてからということなのだろう。

このような「一般的な」説明は、これまで何度も繰り返されてきたが、常にその言葉の裏にあるのは「現在のところ見直しを必要とするような医学的知見は存在しない」という労働省のホンネ。一般論ではなく、脳・心臓疾患をはじめ業務上疾病の認定基準の見直しのための具体的な作業が求められているのである。本紙92年8、9月号に掲載した「脳・心臓疾患労災認定基準／部内会議で労働省が解説したホンネ」には多くの反響が寄せられた。寄せていただいた批判—今号では斉藤竜太医師と過労死家族の八木光恵さん—を別掲しているので参照してほしい。

「現在実施されている作業関連疾患に関する調査研究から得られる医学的知見にも十分留意する」というが、これは報告でも言っているように「予防対策の確立を図るために実施されているもの」。労働省の「作業関連疾患総合対策研究」は、90(平成2)年度から5年計画で進められており、「高血圧、心疾患、脳卒中、糖尿病等」をテーマに取り上げ、研究の結果をもとに「事業者、労働者、産業医等安全衛生関係者のための予防マニュアルの作成」等を目的にしている。

予防対策は大いに推進されなければならないが、「作業関連疾患」とは何かという議論も行われないまま言葉が一人歩きしていくことについては危惧がある。労働省は、93年度、この「作業関連疾患総合対策研究」の第4年度に加えて、「循環器系(脳・心臓疾患)特別健康診断のあり

方検討会」の設置等を掲げている。予防対策として、健康診断項目を追加しようというのだろうか。リスクの高い者を早期に選別・排除し、あるいは、健診を行っているかどうか企業が責任を果たしているかどうかのメルクマールとされるような手法は、今日の労働安全衛生の流れに逆行すると言わなければならないだろう。予防対策は、何よりも、リスクの高い者も安心して働ける職場作り(「快適職場の形成」と言ってもよい)と関連づけて考えられなければならない。そのような観点から、労働省が進める予防対策に対しても、注目し、見直していかなければならないだろう。

いずれにしろ、これらの作業は、労災認定基準の見直しとは連動させられておらず、労働省は、見直し作業の引き延ばしのための言い訳に使っている。

また、報告では、「現行の認定基準の適切な運用」として、「脳・心臓疾患に係る認定基準の運用に当たっては、当該認定基準に基づく調査をより一層的確に行なえるようにするため、現行の調査表の記載欄に、労働時間に関する項目以外の調査項目(作業内容、作業方法、作業環境、身体状況等)を具体的に掲げるなどの様式の見直しを行なう」としている(この調査表は「安全センター情報」91年2月増刊号「脳・心臓疾患の労災認定問題資料集」17～22頁参照)。

これは、90年5月25日の国会答弁での約束を実現しようとするもの。第118回国会衆議院社会労働委員会での五島正規氏の質問に対して、当時の野崎和昭労働省労働基準局長は次のように答えている。「確かに今様式等見てみますと、やや労働時間に偏り過ぎているのかなという印象も受けます。…そういった誤解が生じないように様式その他についてももう一度見直してみたいと思います」。

②業務上外の認定等の手続及び体制について

この点について報告は、①関係者からの十分な意見等の聴取、②事業主証明の履行の促進、③処分理由の説明等、④審査請求の処理体制の整備について取り上げている。いずれもこれまでも言明されながら、必ずしも実行されてこなかった問題であり、この報告も手がかりにして実行させていきたい。

③広報・相談体制について

報告は、「特に、脳・心臓疾患に係る業務上外の認定に関する理解の促進等を図るため、労働基準監督署、都道府県労働基準局及び(財)労災年金福祉協会の相談体制の整備を図るとともに、当該窓口の効果的活用について周知・広報に努める」という。労働省は、労災年金受給者の相談等を主な業務とする(財)労災年金福祉協

会の労災年金相談所(室)で、脳・心臓疾患の労災認定問題の相談を受け付けることとし、そのための人員も配置してきている。労働基準監督署等で「まず、ご相談ください 脳出血・くも膜下出血・脳梗塞・狭心症・心筋梗塞症などの脳・心臓疾患と労災保険との関係についてのご相談をお受けしております」と書かれたポスターが目につくようになった。

天下りの問題等もあるが、労基署に相談に訪れた遺族等が労災年金相談所に回され、認定の困難さをとくとくと説明されて断念するよう説得されているという噂も伝わっており、そのような実態があれば問題である。

なお、認定問題小委員会報告を受けた行政通達が本年1月中に出される予定であり、 おって紙面で紹介したい。

労働者災害補償保険審議会認定問題小委員会の報告(平成4年12月17日) 労働者災害補償保険制度の適切な運用について

労働者災害補償保険審議会認定問題小委員会においては、平成3年3月12日に第1回の会合を開催して以来、今日まで7回にわたって会合を持ち、労働者災害補償保険審議会に労働者代表委員より提出された「労災認定の改善に関する意見」等も踏まえ、労働者災害補償保険制度にかかる検討課題のうち、業務上疾病の認定基準の策定や業務上外等の認定のあり方など、労働者災害補償保険制度の運用面について検討を行ってきたが、この度、より一層適切な運用を図るべき事項についてその結論を得たので、別紙のとおり報告する。

別紙

労働者災害補償保険制度の適切な運用について

労働者災害補償保険制度(以下「労災保険制度」という。)における業務上外の認定等の運用をより一層適切に行なうことにより必要な保険給付を的確かつ迅速に行ない、もって労災保険行政に対する一層の信頼を確保するため、業務上疾病の認定基準、業務上外等の認定等の手続及び体制並びに広報・相談体制について以下の措置を講ずる必要があると考える。

1. 業務上疾病の認定基準について

(1) 認定基準に関する医学的知見の収集等の推進

① 業務上疾病の認定基準は、医学的・専門的判断と密接に関連するものであるため、今後ともこれに関する医学的知見の収集等に努めその結果を踏まえて、必要に応じ見直しを行なう。

② 特に、脳血管疾患及び虚血性心疾患等(以下「脳・心臓疾患」という。)については、新たな医学的文献の収集、分析、整理のための体制整備に努めるなど、今後とも医学的知見の収集等を積極的に推進する。その場合、現在、予防対策の確立を図るために実施されている作業関連疾患に関する調査研究から得られる医学的知見にも十分留意する。これらの結果、脳・心臓疾患と業務に関する新たな医学的知見が得られた場合には、速やかに専門家会議において見直しの検討を行なう。

なお、労働者代表委員より、現行の認定基準を速やかに見直すべきであるとの意見があった。

(2) 現行の認定基準の適切な運用

① 現行の業務上疾病の認定基準の考え方について、医療機関等を始めとする関係者の理解を促進すること等により、これら認定基準の一層適切な運用に努める。

② 特に、脳・心臓疾患に係る認定基準の運用に当たっては、当該認定基準に基づく調査をより一層的確に行なえるようにするため、現行の調査表の記載欄に、労働時間に関する項目以外の調査項目(作業内容、作業方法、作業環境、身体の状態等)を具体的に掲げるなどの様式の見直しを行なう。また、脳・心臓疾患の労災認定に係る事案の複雑・多様性に鑑み、事例の収集・分析に努める。

2. 業務上外等の認定等の手続及び体制について

(1) 関係者からの十分な意見等の聴取

業務上外等の認定等に当たっては、必要な事実関係の正確な把握に資するとの観点から、被災労働者、事業主、上司、同僚、家族、医療機関等の関係者から事情聴取を行なうことが必要不可欠であるため、これを十分行なうように徹底を図る。

特に、医証に関しては、主治医の意見を尊重

するとともに、必要に応じ専門医の意見を徴するように努める。

(2) 事業主証明の履行の促進

請求人から事業主証明が得られない旨の相談があった場合には、事業主に対し、事業主証明の趣旨が災害発生状況などの事実について証明するものであって、業務上の災害であること等を証明するものではないことについて理解を求め、事業主証明の履行を促すように今後とも努める。

なお、従来どおり、たとえ事業主証明がなくても請求書を受領し、職権により調査を行なうことにより、請求人の保護を図る。

(3) 処分理由の説明等

① 認定の迅速処理を図るとの観点から、労働基準監督署の段階における調査の円滑な実施などの体制の整備に努める。また、一定期間を経過しても処理が終了しない事案については、請求人にその理由及び処理状況等を適宜、通知するとともに、請求人等から問合せがあった場合には、適宜その処理状況等の説明を行なうように徹底を図る。

② 請求人に対して不支給決定通知を行うに当たっては、当該決定についての理解の促進を図る観点から、通知書にその理由を簡潔に記載するとともに、更に詳細について照会があった場合にはできる限りわかりやすく説明するように徹底を図る。

なお、疾病に係る不支給決定通知については、請求人がより一層確実に受領することができる方法とすることについて検討する。

③ 文書閲覧など諸データの公表の要請に対しては、個人のプライバシー、企業の秘密その他第三者の権利を侵害するおそれがあること等を考慮して、支障のない限り、請求人に対して閲覧させる。

(4) 審査請求の処理体制の整備

① 審査請求処理の迅速化を図るため、労災保険審査官の増員、労働保険審査専門調査員等の補助者の設置及び、これらの適正配置等を行うとともに、労働保険審査会についても事務所の増員を図る等により、今後とも事務処理体制の強化に努める。

② 審査事案に係る労使の実情・慣行等を把握するとの参与制度の趣旨を踏まえ、参与制度がより一層効果的に運営されるよう配慮する。

3. 広報・相談体制について

労災保険制度の円滑な運営に資するため、被災労働者等に対し、労災保険制度の仕組みや認定基準の考え方、保険給付の請求手続等について一層の周知に努める。

特に、脳・心臓疾患に係る業務上外の認定に関する理解の促進等を図るため、労働基準監督署、都道府県労働基準局及び(財)労災年金福祉協会の相談体制の整備を図るとともに、当該窓口の効果的活用について周知・広報に努める。

また、これらの窓口における対応については、親切でわかりやすいものとなるように努める。

(参考)労働者災害補償保険審議会 認定問題小委員会の設置について

1 目的

平成元年12月25日における労働者災害補償保険審議会(以下「審議会」という。)の建議を踏まえ、業務上疾病の認定基準の策定等に際し労使の意見の反映に努めるとともに、業務上外等の認定における関係者の意見の反映方途について検討するため、審議会に「認定問題小委員会」(以下「小委員会」という。)を設ける。

2 構成

(1)小委員会は、審議会の公益・労働者・使用者委員各3名ずつ計9名によって構成するものとし、小委員会の委員の選出は、審議会の議によ

り行う。

(2)小委員会は、必要に応じ、委員以外の者の出席を求めることができる。

(3)小委員会の議事進行は、公益委員である者の中から、小委員会委員の互選により選出された座長が行う。

3 所掌

小委員会は次の事項に関し、調査・検討し(医学的専門的な検討を除く。)、その結果を、必要に応じ本審議会に報告するものとする。

(1)業務上疾病の認定基準について

(2)業務上外等の認定において被災労働者やその雇用主等関係者の意見がより反映される方途について

(3)その他上記に関連する事項



認定問題小委員会委員名簿

○公益委員

保原喜志夫(北海道大学法学部教授=座長)

塩田 憲三(大阪労災病院名誉院長・顧問)

嘉治 佐代(世界経済調査会研究員)

○労働者委員

佐川 英美(日本労働組合総連合会生活福祉局局長)

橋村 良夫(全国金属機械労働組合中央執行委員長)

矢田 忠昭(全国建設労働組合総連合書記長)

○使用者委員

宇田川 靖(日本通運株式会社勤労部長)

高梨 昇三(日本経営者団体連盟環境安全部長)

前原 秀木(日本鋼管株式会社常務取締役)

日常業務と自然経過の考え方 新認定基準の労働省解説を検討する

斎藤 竜太

神奈川労災職業病センター理事長、医師

1 はじめに

労働省は、1987年10月26日付で基発第620号通達「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準について」(以下「新認定基準」)を出した。そして、翌88年春頃と思われる時期に労働省は部内の会議でこの新認定基準を解説している(「安全センター情報」92年8月号)。この解説のテープを起こしたものが、同誌92年8月号と9月号の2回にわたって紹介された。同誌が言うように、労働省のホンネがストレートに出ていて興味深い。結論を先に言えば、そのホンネが事実にもとづかない虚構の上に強弁され、かつ、労災認定を極力抑えようという意図がありありとみえる解説となっている。検討を加えてみる。

なお、労働省の解説の対象も、筆者の検討の対象も、業務上疾病の中の第9号該当疾病(「その他業務に起因することの明らかなもの」)についてであって、比較的問題の少ない第1号該当疾病(「業務上の負傷に起因するもの」)についてはない。

2 部内会議をなぜ開くようになったか

「脳血管疾患及び虚血性心疾患等」は、これま

で労働省が説明してきたところによれば、労働との因果関係では、日常業務の中では発症しない、あるいは、日常業務とは区別される突発的にもちあがった災害的事態が存在したとき、にのみ発症する。ところが、解説者が述べているように、このような見解、およびこうした見解によって業務外にされた症例が、民事裁判によってくつがえされ、国側が敗訴になることが多くなってきた。労働省は、いわゆる災害性以外でも業務上疾病が存在することをすでにかなりよく知っていたようであることをこの解説はにわかしているが、それにもかかわらず、行政権力の強制を押し通して、災害性のもの以外は業務上疾病の存在を認めてこなかった。これは、災害主義とかアクシデント主義とか呼ばれてきた。

いずれにしても、民事訴訟によるアクシデント主義の敗訴例が増え、「災害によってのみ相当因果関係が判断されるのか」という点については、私どももそうとは言い切れないわけです(同前8月号)と労働省中枢も動揺を隠せない状態に立ち至っていた。被災労働者や家族、支援団体と直接交渉し、被災の状況をより実際に近いかたちで知り得る、末端の労働基準監督署の係官などは、特にそうだったであろう。こうした事態に直面して、労働省中枢は、当然のことながら、

認定基準の「整備」と部内の意志一致を図る必要にせまられたであろうことは想像に難くない。

3 労働省は「過労死」という語を使わない

ここには、労働省の立場＝企業の立場がよくあらわれている。

労働省側が敗訴した例の核心が、死因の臨床医学上の疾患名の如何にかかわらず、過労やストレスが死因の有力な部分を構成している一すなわち過労死一ことが裁判所によって指摘されているところが大事なのである。にもかかわらず、労働省の解説者は「災害でなく個々のケースとして、業務によって有力な原因」(同前8月号)などともってまわって、決して、過労、ストレスという語を死因としては口にせず、新認定基準も旧来の臨床医学で用いられてきた疾患名を労災認定用疾患名として拘束的に列挙し、通達名も「過労死の認定基準について」ではなく「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準について」としている。

過労が原因で死んだ例は昔からなかったわけではないが、「過労死」という、いわば労働衛生学的、あるいは社会医学的用語と概念が社会的に定着、普遍化したのは1970年代のオイルショック以後である。

「過労死」という用語法は、人間の死に方の中で、主として「働き過ぎ」、「働かされ過ぎ」が、言い換えれば、企業の本質的要請＝生産性＝資本蓄積性が、さらに言えば企業責任性が問われる死に方を直截に表現した用語法でもある。しかもそれは、資本主義ではあっても、ヨーロッパなどの先発資本主義(社会)とは異なる特殊日本型資本主義(社会)のあり方をも示した用語法であって、それは、オイルショックを契機とした、70年代以後の特殊日本型企業社会の成立過

程を、人間の死に方を尺度として見た用語法である。

一般に、脳出血とか心筋梗塞などという臨床医学的疾患名は、細胞・組織・器官など身体の局部(時には全身)の病理的变化を基本にして名付けるところがあって、病名(疾患名)自体には身体と環境(労働・社会・自然環境)の関係を含意する表現は用いられてこなかった、という近代医学史上の特徴がある。そして、特に社会的利害がからむ環境を問題にするような疾病の場合、悪環境や環境悪化の責任を引き受けなければならない側は、病名ひとつからも環境を排除したいという強い要請が働き、それにもとづいた発言や行動、措置をとりがちになるが、この点旧来の臨床医学的疾患名に固執することは、「学問的」体裁からも都合がよいわけである。過労死という用語・概念は、先にもふれたように労働衛生学的、社会医学的用語・概念であるが、それはまた水俣病、農夫(婦)症、港湾病などと同じ線上にあって、働く者、地域住民、総じて民衆の立場から提起された学問的用語・概念であると言ってよい。「学問をお偉方から解き放て！」なのである。

4 「日常業務は自然経過の中(うち)である」

これは、労働省のホンネであり、かつ最も根本的な主張であるとともに、最も根本的に誤っているところである。

この考え方は、労働省解説の全体をささえている基礎であって、文面として明確なのは、同誌92年9月号の35頁にある。曰く、「ある労働者の自然経過をどういう範囲で見るといって、通常業務に従事して受ける負荷というのは、自然経過の中でとらえない限り、その労働者の自然経過というものは明らかにならない。」「日常業務、あらゆる日常業務、あらゆる職種の

あらゆる労働者の業務というのは、特定のこの立ち上がりを示すものは、医学的に明らかになっていない。これはもう自然経過の中である。」これはまた思い切ったことを言ったものである。

なお、解説者は「日常業務」と「通常業務」の両者を同義に用いているが、筆者が用いる場合は「日常業務」という用語に統一する。

I まず、労働省の解説によると、新認定基準に導入した新概念、業務による「過重負荷」とは、①発生状態を時間的及び場所的に明確にし得る異常な出来事(業務に関連する出来事に限る)に遭遇したこと、②日常業務に比較して特に過重な業務に就労したこと、の2つだという。この考え方は、それでは、「災害」と「過重負荷」の違いはどこにあるかといえ、旧認定基準の「災害」が発症の直前ないしは前日にあった場合に限られたものが、「過重負荷」では発症前1週間以内に限られるようになった。これに、場合によっては、「1週間以前を付加的要因として」「少々の評価をするぐらいの程度」(同誌92年9月号40頁)を考慮する、というものである。

つまり、時間について言えば、「過重負荷」とは「災害」の時間を原則1週間に延ばしただけのことである。しかも1週間でなければならない医学的あるいは他の合理的根拠は示されていない。そして、「過重負荷」の過重性を認めるには、今度は、驚くなかれ30代40代なら日常業務の3倍、50歳を過ぎれば2倍業務をこなしていなければならないとまで言う。この場合も、2倍3倍の医学的あるいは他の合理的理由は示さない。こうしてみると、新認定基準は、旧認定基準よりも前進したわけでは決してなく、訴訟に敗れる事態、過労死が広がるとともに人々の中に過労死の正しい認識が定着してきた事態に直面して、認定基準に手を加えてその欺瞞性を深めたにすぎない、というべきではなからうか。ただ、

いずれにしても当面のところ新認定基準を不本意ながらわれわれは使われているわけであり、さしあたり、この欺瞞の中にもある弱点を最大限活用することになろう。しかし、小手先の対応にとどまることなく、働く者の生命と健康を守る立場からの労基法の抜本的改正とあわせて、訴訟勝利や自主対応型職場改善運動を含む、実質的闘いの拡大をすすめる必要がある。

ところで、「災害」の延長線上にある「過重負荷」を日常業務との関係でどう労働省は考えているかということ、日常業務から外れた業務についてのみ考慮しているのである。ここは勘所である。ここには労働省の言う日常業務の中には過重負荷は存在しない、という断定がアブリアリに前提されている。この断定の裏表の関係として「日常業務は自然経過」である、というテーゼがあるわけだ。妙な表現をこの解説者はしているが、それは日常業務の中にはもともと過重負荷はないのだから、日常業務の中で発症した場合は、業務とは関係のないいわば「私病」が自然の成りゆきで到達した結果である、という意味である。

この断定とテーゼの真実性と正当性(虚偽性と不当性)はどうか。あらためて次の疑問にふれて整理してみたい。

- ① 労働省の言う日常業務とは何か？
- ② 日常業務以外の業務とは何か、そして過重負荷との関係はどうか？
- ③ 日常業務には過労死をもたらす過重負荷が実際に存在しないのか？ここで筆者が言う過重負荷とは、労働省が言うようにあらかじめ日常業務以外の場合に限定するものではない。限定すれば、日常業務はいかなる悪条件であろうと免罪されることになるであろう。

そして最後に、過労死ないし過労障害をもたらさない日常業務、つまり自然経過とは何かを

図1 労働省が説明に用いている図

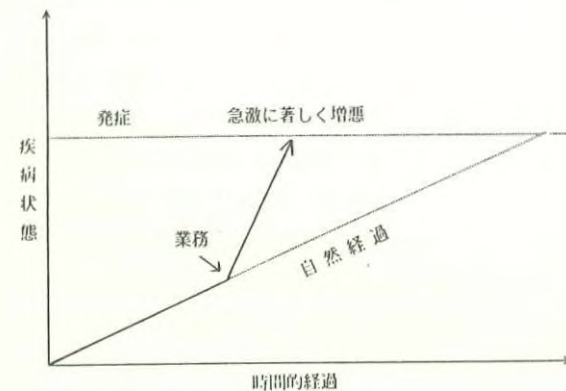


図2 過労死の発症と過重負荷 (斎藤)



大づかみのまま提起して討論に供したい。

①について

「日常業務」は「通常業務」あるいは「所定の業務」とも表現されている。解説者は「労働基

準法上の所定時間が日常業務」(同誌9月号)と言っている。したがって、資本側の要求によって改定された労働基準法の変形労働時間制の場合も、「週48時間の中で運用されていれば」(同誌9月号36頁。解説が行われた当時は原則48時間だったが、その後、88年4月以後は原則46時間、適用猶予対象は48時間、91年4月以後は原則44時間、適用猶予対象46時間、93年4月からは適用猶予46時間も廃止され、40時間の実現についてはいま議論が行われている。)、これも日常業務ということになる。ところが最近さらにこの変形労働時間制が「週・月・最大3か月労働時間しほり」から「最大1年労働時間しほり」まで拡大しようという動きがある。

これは、労働時間に限っても、「日常業務」は可変であり、したがって業務起因性の法的、行政的条件も可変ということになって、労働運動の弱体と資本側(企業側)の攻勢の下では、労働者の命と健康に一層不利に変化でき、同時に認定条件の一層の悪化にスライドさせる論理性をもっている。当然のことながら、「自然経過」も恣意的に変動しうることになる。

そして、日常業務は労働省によればこのように時間的にのみ定義

されていて、日常業務の含む業務密度、ストレス性、過労性(疲労性)は先に述べたごとく完全に不問に付されている。それが、訴訟での国側の敗北や、地方公務員災害補償基金の公災却下が審査会によって否定された(公災の確定)際に

指摘されているにもかかわらずである。

②について

日常業務以外の業務というのは、解説に従えば、「労働基準法上の所定時間」を越した業務、つまり時間外労働ということになる。時間外労働には三六協定に基づく合法的時間外労働もあるが、また、サービス残業、ふろしき残業、「お付き合い」残業があり、さらに早朝時間差出勤と称して、無報酬の早出作業をする場合もある。

労働省解説者は、このような、所定時間から「オーバーした分が負荷の範囲とみます」(同誌9月号)と述べ、この場合にのみ「過重負荷」を適用して、しかもそれは先にふれたように30歳代、40歳代では日常業務の3倍、50歳を過ぎれば2倍の負荷ではじめて過重負荷になるのだという。これは「専門家の先生に聞いた話です」(9月号41頁)と述べているので、この「専門家の先生」の名を公表してもらいたいものであるが、「2～3倍というのは、時間だけではない…業務内容、精神的な負荷等も考慮するわけです」(9月号)と付け加えている。考えてみていただきたい。これでは、時間だけで計算しても、30代、40代の労働者は1日24時間(8時間労働を所定労働時間として計算して)眠らないで1週間働き続けると「過重負荷」とならず、いや、解説の読みようによっては、1日8時間所定労働をしたあとの残業部分(過重負荷はここにのみ適用される)が所定労働時間の3倍ということになって1日32時間(!)1週間続けて働かないと「過重負荷」とは認められないという計算になる。

労働省は、そういう言葉は使わないが、事実上、労働者が奴隷労働でさえ実現できない労働をして倒れないかぎり、業務による過重負荷によって倒れたとはみなさない、と主張しているのである。また、2倍、3倍と数値をあげているが、過労死の重要要因となっている非合法の各

種の残業時間をどう正確に計算して、この数値を引き出すことができると考えているというのだろうか。

「誰が見ても精神的負荷である恐怖とか驚愕」を引き起こすような災害的事態に発症の直前に遭遇したような場合が、認定の要件となることは旧認定基準と同じである。

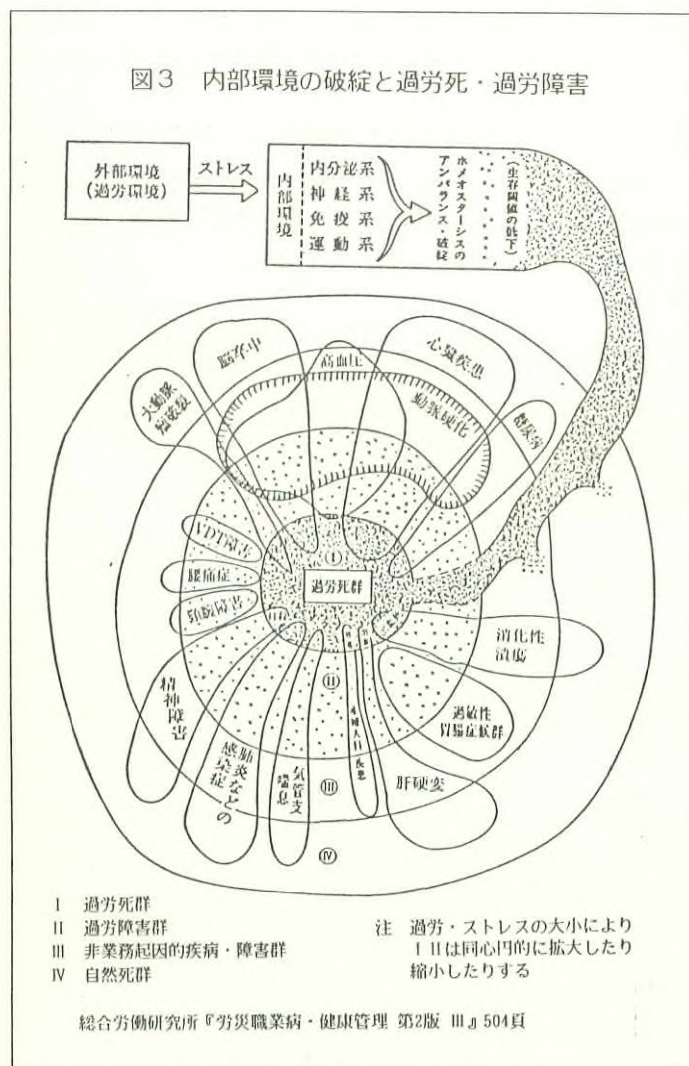
③について

日常業務に過労死をもたらす過重負荷があるかないかは、紙の上や理屈の上の問題ではなく事実の問題である。

労働省自身と(財)労働問題リサーチセンターが91年11月に発表した「快適職場の形成に関する調査」結果によると、従業員数30人以上の製造業(工場部門)と一般産業(オフィス部門)に働く従業員の70～80%が普段の仕事に疲れを感じている。また、普段の仕事で「とても疲れる」者は製造業で12%、一般作業で8%であり、強い不安・悩み・ストレスを「非常に感じる」者はいずれも13%を占めている。また工場部門での肉体的な厳しさの程度について「非常に厳しい」と答えた者が10%、「やや厳しい」が35%となっている。普段の仕事が日常業務に相当することを考えれば、日常業務の中で過労やストレスに曝されている労働者の数は相当な数に上り、いわば働く者の「総疲労状態」とも言うべき状態が日本の産業界には形成されている、ということが出来る。

これに、おびただしい時間と密度の各種残業が加わっているのである。ここでは、主に日常業務を検討の対象としているので残業については省略するが、筆者が関知した過労死や過労障害、あるいは過労死予備軍とみられる例は、残業のひどさとともに、日常業務の中でへとへとになっている例ばかりである。これは日常業務自体の中にも過労等の過重負荷が存在している

図3 内部環境の破綻と過労死・過労障害



ことを示すものである。

これら労働省自身の調査結果も、筆者自身の経験や他の人々の多くの経験も、いずれも労働者の日常業務の実体なのであって、労働省解説者の新認定基準の解説、したがってまた新認定基準自体の日常業務と自然経過についてのテーゼや断定を真つ向から否定している。

また、詳しくは立ち入らないが医学的問題にふれると長期の過労やストレスは、例えば、動脈硬化をすすめ、高血圧を形成し、また精神的

には過労→抑うつ状態という道すじは明らかとされている。これらは脳出血、脳血栓、狭心症、心筋梗塞、抑うつ状態による自殺などを準備するとともに、何らかのきっかけ(さもないきっかけもある)で発症をもたらさう。基礎疾患として、これらを持っている労働者にとっては、共働原因になって増悪発症しやすいことは明かだ。無論、過労死あるいは過労障害は、ここにあげた臨床医学的疾患名にとどまるわけではない。労働省は、次第に明らかにされてきたこのような医学的知見をことさらに無視しているとしか言いようがない。

日常業務の中には過重負荷が実に存在し、過労死状態を形成準備し発症に至らしめているのが事実である。

Ⅱ 以上のことをふまえた上で、働く者にとっての日常業務と自然経過についての筆者の考えを述べよう。

労働省は、すでにみたように日常業務を時間(所定労働時間)で定義した。だから、もし労働基準法が改定されその所定労働時間を変えれば、それに従って日常業務も変化することになる。しかも日常業務の密度や過労因子、ストレス因子を不問に付した。これは、日常業務が、労働基準法が決める時間に従いさえすれば、労働者の健康にとっていかに劣悪な労働環境を形成しても、日常業務に「過重負荷」を認めず、業務起因性も認めない、ということであった。

このように日常業務が定義されたままではたまらない。

そこで、われわれは、労働者にとっての日常業務とはなにか、また労働者の健康における自然経過とはなにか、さらに自然経過に悪い影響を与えない業務とはなにかを、働く者の側から共同して提起する必要があると思う。

これには、①労働時間からの検討、②労働（業務）の過密性などの過労因子、ストレス因子を除去することの検討、の2つが少なくとも必要と思う。例えば、労働者にとっての日常業務とは、さしあたって、少なくとも、次の3点は充たしておく必要があるのではないか。

1 所定内労働時間が1日8時間以内とし、変形労働時間制などは認めない。年間労働時間にして、ヨーロッパの先発資本主義国(例えばドイツなどは国の面積、人口、資本主義経済の発達水準など、日本に近く比較しやすい)並み(1,500~1,600時間)であること。

２ 労働者が継続する過労感を持たず、かつ十分に安全教育を受けた労働者が労働の中で危険を感じないこと。

これは労働密度に関係し、生産性に関する問題である。したがって、過労感を持たないためには、生産性を落とす覚悟が企業側になければならないか、そのような規制措置が不可欠であろう。激烈な競争の中で勝ち抜くために、そして拡大再生産の生産性向上を必須の条件とする資本主義国が、しかも特殊な日本型企業社会に転化した社会が、いかにしてそれを可能とするだろうか。

筆者は「過労感」を重要な柱として考えているが、一般にひとの「～感」は低く評価される傾向がある。何か、「疲労物質」のような物質的(生理的、生化学的、物理的)基準を欲するのである。これ自体やみくもに否定的なことがらではないが、そのことによって人間の感覚を過小

評価するならば、それは逆に行き過ぎた見方である。過労感は、物質的・精神的根拠から切断された単純に個人的感覚なのではなく、労働と直接関係しない身体的変調によって生ずる場合を除けば、労働時間、労働密度、企業によって組織された働く者同志の競争など、一言でいえば労働過程の肉体と精神への病理的影響の総括、が感覚としてあらわれたものだ、と考えるべきものである。とすれば、過労感を持たないという条件は、労働者にとって健康な日常業務を考える場合、抜くことのできない柱でなければならない。

3 災害的負荷がないこと。

以上のような日常業務下での健康状態が自然経過なのである。

そしてまた、日常業務以外の業務、つまり残業は特別に必要な例外を除いて規制されるべきであろう。三六協定自体にも問題がある。そのためには、残業しなくても十分生活できる賃金の保証が必要であり、中小零細企業、下請企業が、こうした労働条件を満たしながら経営可能な条件を国と大企業が保証することも不可欠であろう。残業の禁止は、残業の割増率をどうするかなどということよりはるかに人間にとって本質的問題をはらんでいる。残業の存在は、労働過程から離れた個人生活、あるいは地域の共同生活の時間と質をきりちぢめることであり、人間は何のために労働するのか、という根本問題に対する否定的な解答だからである。

新認定基準に関する労働省部内解説を逐条的に検討する必要もあるが、今回は筆者がさわりだと思ふところに限って意見を述べるにとどめた。(1993年1月9日)

編集部：最近発刊の『労災職業病・健康管理 第2版』（総合労働研究所）の第3巻「職業病・健康管理と労災認定」に過労死について斎藤氏が解説しているので参照されたい。

血の通わない労働行政 国民の権利として情報公開の実現を

八木光恵

東京過労死を考える家族の会

遺族の立場で部内会議での労働省の説明内容を読んで感じられたことを書いていただきたいと、東京過労死家族の会の八木光恵さんに、ぜひにとお願いしたものの。総合広告代理店(株)創芸で不動産広告を製作するクリエイターだった夫の死(87年2月 急性心筋梗塞症)から労災認定に取り組んだ過程を綴った『さよならも言わないで』(双葉社)が出版されている。
—編集部

夕食の支度をしているわたくしの耳にテレビのニュースが飛び込んできた。野菜を切る手を思わず止めて、画面に見入る。「過労死の労災認定基準はすぐに見直す必要はない、とする労災保険審議会(認定問題小委員会)の報告がまとまり労働省に提出された」

という内容であった。

過労死の認定基準や労災認定の手続きなどについて検討していた同審議会が、12月17日、業務上の疾病に関する医学的文献や情報を積極的に集め、必要に応じて認定基準を見直す必要があることなどを骨子とした報告をまとめ、労働省に実施を要請したものである。

その報告を受けて労働省は、労災制度の適切

な運用などを指示する通達を、来年早々にも全国の労働基準局長あてに出す方針であるという。

認定基準の緩和は見送られ、また玉虫色の表現に包まれた。認定の壁は厚く、冷たくわたくしたち遺族の前に立ちはだかっている。なぜこんなにも、過重な仕事が原因で死んでいった夫たちの、残された家族を救済しないのか。

87年10月に出された「新認定基準」運用にあたって、労働省が部内会議で解説した内容を精読したが、ここには「国民の利益」のために存在する労働省の血の通った行政は微塵も感じられない。

まず各人がもつ基礎的な病変が過齢とともに出現し、ある年齢に達すれば発症してくるもの、とする労働省の考え方に異議を唱える。

夫には基礎的病変はなかった。

というより、基礎的疾患を発見されるチャンスすらなかった、というほうが正しい。

広告代理店(株)創芸で不動産広告を製作していた夫は、急性心筋梗塞で亡くなった。43歳だった。

「やってもやっても(仕事が)終わらないんだよ」

とわたくしにこぼし、

「疲れた、疲れた」

を連発していた夫の日常の業務は月に120時

間の超過勤務で、亡くなる前2年間、会社の健康診断にいく時間すらとれなかった。

「具合が悪くても、とても休める状態ではなかった」

「スケジュールがともかくびっしり詰まっていた健康診断どころではなかった」

夫の死後かつての同僚たちが異口同音に語ってくれた証言は、年1回の集団健診が名ばかりで実効を伴っていなかったことを明らかにする。雇用主は労働者の健康や安全の保持には配慮する義務があるのに、現在の規定は努力義務に終わり、罰則を伴わないから、夫のように急死に至る疾患すら発見されなかったのだ。

労働省は、それでも各人がもつ基礎的病変が増悪した私病であった、というのか。

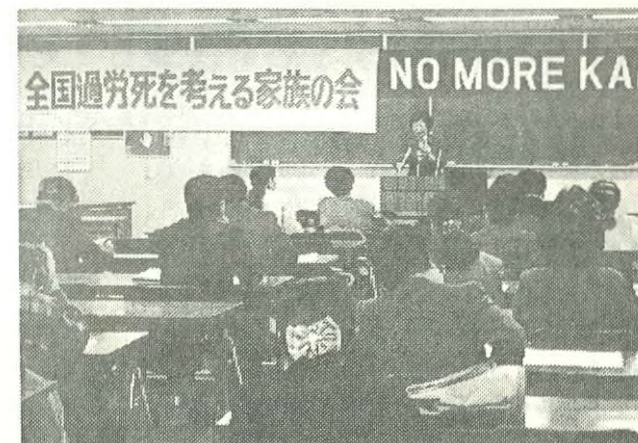
次に夫のように虚血性心疾患で倒れた場合の認定基準について、蓄積疲労は無視してよろしい、との発言に強く抗議したい。

旧認定基準が直前1日の過重負荷しかみないという点から、1週間に期間が伸び、労災認定の幅を広げた可能性はある。

しかし、1週間以前の1か月、3か月、さらには1年という期間の過重労働を評価しないのは、多く蓄積された過労によって引き起こされる、脳や心臓疾患で倒れた人を“無視”することになる。労働省が1週間とした根拠は、医学的にも文献的にもなにもない、と明言している以上、新認定基準の速やかな改正が望まれる。

夫が倒れたのは87年の2月だったが、当時は前年の春から引き続いたマンションブームで、不動産広告のクリエイターだった夫の業務量は、長期にわたって過重なものであった。

が、倒れる前の1週間は、超過勤務時間数が1日平均4時間ほどで、その以前に比較するとやや



全国過労死を考える家族の会結成1周年の集い(92.11.20 東京)

少なくなっていた。馬車馬のように働き詰めの日常から、やっとすこしだけ解放され、受験を控えた長女のいる家族とのだんらん、家路を急いだであろう夫の熱い心情を切って捨てたのが、マニュアルである。

すなわち労災認定マニュアルに図示された例のうち“外”に該当したのが、夫の直前1週間の労働の状態であった。

マニュアルの存在は腹立たしいものの以外なものでもない。

すなわち休日をどの日にとるかに関係なく休みをとれば過重な労働とはいえないという考えである。発症前の休日を除く6日間の労働が所定の2倍であってもダメなので、土日も休まず、所定の2倍以上働き続けた人のみクリアできる。

休日を取った場合に認定されるケースとしては、発症前の6日間の労働時間が所定の2倍を超えるような場合である。

この認定マニュアルが発覚したとき、過労死弁護団全国連絡会議事務局長の川人博弁護士は、怒りのもって行き場がないといった面持ちでこう語った。

「週休2日制の時代に土日も含めて1週間の2倍以上働く人などいるものではない。これを最低クリアしない者はまず切り捨てられる」

これが経済大国を自認し、生活大国を標榜する国の労働行政のありようか、働く者を大切にしない、血の通わない労働行政の姿なのか。

さらに「一番問題になる」とこの部内会議でも重視している、「過重な業務」の中身である。夫はいわゆるホワイトカラーのサラリーマンであった。夫のような職種の労働者には、単に時間的な負荷よりも業務内容や精神的な面が最大限考慮されなければならない。

夫のケースで言えば、主に日刊新聞の不動産広告を製作していたのだが、不動産広告というのは法律的に厳しい規制がある。また扱う数字も、たとえば一つの住宅を売り出す場合、その物件が1億5,000万円とする。この数字の“0”が一つ抜けたり単位を間違えたりしたら、どんな結果が出てくるのか。夫はたえずストレスにさらされ気を抜くことができなかったはずだ。

しかも数字が大きいということは、広告主のクライアント側にも、ギリギリまで細部にわたって決定できない戦略がある。明日の夕刊に掲載することが決定しているにもかかわらず直しが入る。図面を書き替え、コピーを練り直し、数字に赤字が入る。それはおもうだに、神経が張り詰めたシビアな、文字通り戦場であつたらう。

ストレスが最高に高まっていたと予測されるにもかかわらず、労働省は「ストレスは認定基準の範囲外」と断言する。

すなわちストレスによる脳血管・心疾患の発症を確認できるわけではないのだから、調査をする必要もない、と言う。

労働省は「時間だけでスイスイと泳いでいってしまうこと」を「避けたい」と言いながら、「専門家の先生だって判断できない」から「当面はちょっと様子をみたい」とこう説明している。

過労がもとで命を亡くしたと判断されるサラリーマンは年に3万人とも4万人とも言われてい

るのに、このように甘い判断しかできない。この点にもわたくしは憤懣を隠せない。

最後に「医証」に言及したい。わたくしは現物のコピーを2通手にしたことがあるが、それを見て非常に驚き、つぎに深い落胆に襲われた。

400字にも満たず、書き流したとか判断できない文字がただ並んでいるだけ。その文面には、倒れた人間に対するこれっぽちの配慮もしない、冷酷無比な態度が貫かれていた。

しかしこれも労働省が、医師意見書の書き方を、「因果関係は否定できない」

と書かせるな！と指南していることが明らか以上、なにをかわんや、である。

わたくしは夫が亡くなるまで一介の主婦であった。義務教育期間にある3人のこどもの子育てにおわれ、たまにアルバイトをしてささやかな収入を得る母親であった。

今、大黒柱の夫が逝き、40代半ばにして仕事をさがし一家を支えている。中年の女に正社員の道などなく、不安定な雇用と労働条件の中で悪戦苦闘している。

夫が健在であったときは、
「八木さんがいないと営業に滞りがでる」

と言っていた(株)創芸は、死後わたしたち遺族になんの救済もしない。それどころか夫の働いていたときの様子を聞きたいと、礼をもって申し入れても一度として応えてくれたことはない。もうすぐ7回忌がやってくるというのに。

こうした企業の横暴を許しているのも労働省だ。

部内会議では直接触れられてはいないが、労働省労基署が収集した企業からの調査資料などの情報公開の問題については、世論を喚起し、国民の権利の一つとして実現させたい、と考えている。そうでなければわたくしを含む多くの遺族が、遺族自身の生存すら危ぶまれ
ていくからだ。



重度障害者の介護補償を検討 被災者団体のヒアリングや実態調査を実施

88年8月に出された労働基準法研究会(災害補償関係)の中間報告では、①障害1級、2級の給付水準を3級と同じに引き下げること(「介護割増加算分」の廃止)と②「介護割増加算分」と労働福祉事業で行っている介護料を統合して、介護の必要度を基準とする介護等級表に応じた定額の介護補償給付の新設、が言わばアメとムチのかたちで提案されていた。②の「介護補償給付の新設」は、従来から被災者団体等から要求され、研究者も提言してきた問題。しかし、①の「介護割増分の廃止」及び、同時に提案された③高齢者の給付水準を引き下げる「年齢スライド制の導入」は、介護を必要とする重度障害者の給付水準を大幅に引き下げるものとして猛烈な反発を買った。

「重度障害者等に対する介護に係る補償のあり方」については、1989年12月25日の労災保険審議会建議で、「今回結論を得るには至らなかったが、引き続き検討を進め、早期に結論を得るよう務めるべきもの」と考える」課題のひとつにあげられている。

労働省は、「労災重度障害者介護問題研究会」を設置し、「重度障害者等に対する介護に係る補償のあり方を含め被災労働者に対する介護施策のあり方について専門家による基礎的かつ総合的な研究」を進めることとした。主たる研究内容として次の3点をあげている。

① 労災保険制度における介護に係る保険給

付・介護サービスの現状、問題点

② 他制度における介護に係る給付・介護サービスの現状、問題点

③ 重度障害者等に対する介護に係る補償のあり方等介護施策の充実のための方策

同研究会は、91年12月20日には、全国脊髄損傷者連合会と全国じん肺患者同盟に対してヒアリングを行っている。当時の研究会の委員は次のとおりである。

江見 康一(帝京大学経済研究所長)
小西 國友(立教大学教授)
千代谷慶三(珪肺労災病院院長)
中島紀恵子(日本社会事業大学教授)
橋本 司郎(社会保障評論家)
本多 純男(関東労災病院院長=当時)
三澤 義一(筑波大学教授)

また、労働省は92年1月に、(財)労災年金福祉協会に「労災重度被災労働者の介護実態等調査」を行わせている。本号では、前記研究会ヒアリングに対する全国脊髄損傷者連合会及び全国じん肺患者同盟の意見・要望とこの調査結果の概要(紙数の関係上図表を省略した)を紹介する。

労働省は、研究会の報告を待たずに、91年4月から、現行の労働福祉事業による介護料を月額40,500円から51,400円に引き上げるとともに、実際に介護に要する費用として支出された費用

(被介護者の配偶者、直系血族及び同居の親族を除く介護人に対して介護の対価として支払った費用)が51,400円を超えときは94,500円を限度として支出された費用の額を支給することとした(平成3年4月12日付け基発第261号通達→

「安全センター情報」91年9月号参照)。さらに、92年4月からは、51,400円、94,500円をそれぞれ53,400円、98,100円に引き上げている(平成4年4月10日付け基発第222号→同前92年8月号)。今後の動きが注目される。



全国脊髄損傷者連合会の意見並びに要望

先般ご連絡いただきました「労災重度障害者介護問題研究会における3課題」についての当連合会の意見並びに要望を下記のとおり提出いたします。

記

1 「労災保険制度における介護に係る保険給付・介護サービスの現状、問題点」について

A 現行の「労災・介護料支給制度」は、その基本である介護人の派遣制度として各自治体が行っている「介護人派遣事業等」を利用していますが、この自治体の「介護人派遣事業」等は、一般住民を対象とする社会保障制度上の事業であり、労働災害被災者や職業病罹患者が被った損失(政府が承認した国連決議で決められた一次的障害である「身体的・精神的不全(Impairment)」、二次的障害である「能力障害(Disability)」、そして三次的障害である「社会的不利(Handicap)」の発生に伴う損失)の補填を支給理由とする労災保険法によるべき「介護」制度とは本質的に異なる内容となっている。「介護給付」は、保険施設で実施できるような労災保険法によるサービスの対象となるようなものではありません。

(参考・日本政府が承認した国際障害者年に関する国連決議)

62 国際障害者年は、個人の特質である

「身体的・精神的不全(Impairment)」と、それによって引き起こされる機能的な障害である「障害(能力障害・Disability)」、そして能力不全の社会的な結果である「不利(Handicap)」の間には区別があるという事実について認識を促進すべきである。

B 介護料支給制度が労働省による通達によるものであるため、監督署や基準局の判断によって判定基準が曖昧となり、介護料支給・不支給が公正に行われていないこと。不支給となった場合、被災者から不服審査請求ができないこと。

C 現行の介護料支給制度は、その介護の目的が「家庭での生命の維持のため」とされているに等しく、被災前の生活能力補填のための介護とかけ離れていること。

D 現在実施されている、介護料の該当者に送付されている「(介護料)振込通知書」(基準外看護病院入院者への「看護料金振込通知書」も含め)は、外部の者にもその金額がわかるため、受給者のプライバシーを守ることができません。次回から金額欄に必ずシールを被せて発送すること。

2 「他制度における介護に係る給付・介護サービスの現状、問題点」について

現在の労災保険法による介護料支給制度は、全国で実施されている各自治体による介護人派遣制度を利用していますが、この自治体が行っている「介護人派遣制度」は、つぎのような種々の大きな問題点を抱えており、現状では被災者の介護はほとんど補償されていません。

A 現行の自治体による介護人派遣事業の内容は全くバラバラで統一性がないこと。

B 自治体による介護人派遣は、介護人がいたとしても1週間に2回、1回3時間程度が限度と、その内容は極めて不十分であり、介護人派遣を受けている被災者家族でも、被災者の介護は実質的にその家族が負担していること。

C 介護人が受け取る賃金が非常に低く、(その結果として)介護人が非常に少ないこと。

D 頸髄損傷者や下肢に拘縮等のある被災者の介護は、移動、入浴、用便等、女性介護者の力では限界があり、重度の障害者ほど介護が受けられないこと。

E 自治体による介護人派遣制度は、利用料金が利用者負担となっており、派遣時間および所得に比例して被災者家族は、その費用を負担しなければならないこと。

また、少ない派遣時間を越えて介護を受ける場合、その費用はもちろん全額個人の負担となり、被災者家庭では負担できないこと。特に自治体の財政事情に大きく影響を受けること。

F 派遣される介護人が介護のための教育を受けていないため、被災者家族のプライバシーが守れず、トラブルの発生があること、等々です。

3 「重度障害者等に対する介護に係る補償のあり方等介護施策の充実のための方策」について

A 現行の「介護料支給制度」は、労災保険法第23条で示された労働福祉事業によって運用されていますが、この被災者への介護は「1の

A」で示したとおり、本来は同法第12条の8で定める「介護(補償)給付」として、これを被災者へ補償すべきものです。

したがって、「介護(補償)給付」を下記のとおり、現行の各種保険給付に加え、これを労災保険給付として被災者へ支給すること。

- 1 療養補償給付
- 2 休業補償給付
- 3 障害補償給付
- 4 遺族補償給付
- 5 葬祭料
- 6 傷病補償年金
- 7 心身不全補償給付(新規要求)
- 8 介護補償給付(新規要求)

(補足)「7 心身不全補償給付」は、政府が承認した前述の国連決議にあるように、被災による最も基本的損害である「一次的損害である身体的・精神的障害(Impairment)」に対する補償を定めたもので、この補償についても「不全等級認定基準」(仮称)を定めるものとする。

B 被災者の在宅生活を大原則とし、その時の介護を要する被災者と介護給付の内容を定めた「介護等級認定基準」を設けること。

前項Aで示したとおり、今後、被災者家族の介護の実態を十分公正な機関によって調査・研究し、被災者家族が安心して生活できるように「介護等級認定基準」を策定すること。

C 被災者へ支給する「介護補償給付」の中味は、「労働災害被災者や職業病罹患者」が受けた日常生活基本動作能力喪失、日常生活能力喪失、社会的不利のすべてを填補するものであり、現行のような社会保障としての「労働災害や職業病罹患者が生きていくためのケア」を内容とするものではないこと。

D 「介護等級認定基準」ができるまでの間、「労働災害被災者や職業病罹患者」の内、脊髄損傷者には次の時間の介護を補償すること。また、

その他の「労働災害被災者や職業病罹患者」についても、これに準ずる介護を補償すること。

頸髄損傷者及び3肢麻痺者	… 1日24時間
上記以外の1級障害者	… 1日16時間
2級障害者	… 1日12時間
3級障害者	… 1日10時間
4級障害者	… 1日 8時間
5級障害者	… 1日 6時間
6級障害者	… 1日 4時間
7級障害者	… 1日 2時間

E 上記の動作能力喪失(「稼働能力喪失填補」分を除く)を補うための介護に関係なく、労働災害によって新たに生じた傷病等の療養のために必要な医療的介護(例えば褥瘡予防や治療のために必要な介護等)への填補は、そのための教育を受けた介護人を必要時間派遣すること。

F 被災者が車イスを使用する障害を持つときは、被災者が車イスで生活できるよう、被災前生活していた場所をすべて車イス生活が可能となるよう家屋等改造費を全額労災補償給付すること。(このことにより介護人の負担が大幅に軽減され、介護者の腰痛症等の二次的被害の発生が相当程度防止できる)

また、被災者が賃貸している家であれば、被災者がそこを立ち退くとき元に戻す改造費用を全額労災保険法で支給すること。(スウェーデンでは、労災被災者以外の障害者を含め、すべての障害者に対してこのことが保障されている)

G 介護人の負担を軽減するため、介護用器具(頸髄損傷者へのホイストや環境制御装置ECS等)の使用が不可欠であるので、これらを最大限支給すること。



全国じん肺患者同盟の意見、要望

この度、労災重度障害者等に対する介護施策のあり方について総合的な研究を進められるにあたり、全国じん肺患者同盟は以下のとおり意見、要望をいたしますので、何とぞ格別のご配慮をいただこう、お願いします。

1 介護料について

① 平成3年4月より、1か月の介護料は51,400円と約27%引き上げられましたが、しかし周知のとおり近年労働者の賃金などもかなり上昇し、例えば家族による介護の場合でも介護人の負担は極めて大きいのが実状です。

したがって、家族の場合を想定しても、介護料は法定最低賃金の額以上の額に引き上げられるべきだと考えます。

② また現行では、家族以外の介護人の場合の介護料は「その支払額を介護料の額として支

払う」としながらも、その限度額を94,500円としています。周知のことと思いますが、病院等を通じて介護人を依頼した場合の実際の支払額は日額1万円を超えており、このような限度額は「建前と実際があまりにもかけ離れており」、改正されるべきだと考えます。

したがって、限度額を大幅に引き上げるか、できれば撤廃するよう要望します。

2 介護料の支給要件について

① 介護料は、主治医が介護の必要を認めた場合は本人の傷病等級その他にかかわらず、ただちに支給されるよう、取り扱い方の確定を要望します。

② 上記①に関連して、「基準看護の病院」においても主治医が必要と認めた場合は、介護料を支給されるよう要望します。

3 「労災特別介護施設」について

労働省が現在全国4か所に設置を進められている「労災特別介護施設」については、当初私たちが要望してきたものとはかなり異なり、問題があると思われますので、下記の点について配慮していただくよう要望します。

① 入院者との関連が考えられますが、これを別としても現在の計画では入居費が高く、入居者には大変な負担となります。入居費を大幅に引き下げることを基本に、再検討されるよう要望します。

② 現在の計画では、「入居の要件」として「原則として一人、居宅での介護に困っている者」等があげられていますが、これではじん肺患者のような療養中の者にとってはせっかくの施設もきわめて意味が薄いと思われます。じん肺患者がかねて要望してきたのは、「必ずしも入院を要しない程度の病状の者が、医師の管理下にあ

って、夫婦二人で老後生活を送ることのできる施設」であり、こうした観点から、入居の要件についても再検討されるよう要望します。

4 その他

介護問題は、じん肺患者にとっても近年重要な課題となっており、労働省当局が本問題を取り上げられたことに敬意を表するとともに、研究会が関係被災者団体に対するヒアリングを開催していただけることに感謝いたします。

現段階においては、私たちも十分な資料がなく、細部に関する当局の運営の考え方等についても十分承知していないのが実状です。

したがって、今後研究会での審議が進む中で、特に被災者に重要な影響をもつものについては、その都度ヒアリング等によって被災者の意見を聴取され、被災者の理解が得られる法令の改定にご尽力くださるよう、特にお願いいたします。



(財)労災年金福祉協会(平成4年3月)

労災重度被災労働者の介護実態等調査結果の概要

1 調査の目的 重度被災労働者の介護の実態と意識を把握し、今後の福祉の増進に資することを目的とする。

2 調査の対象

(1)地域 全国

(2)対象 平成3年11月現在における労災保険の傷病(補償)年金受給者20,011人及び障害(補償)年金受給者(障害等級3級以上)12,335人計32,346人のうち、年金種別毎に20%の対象受給者を一定の方法で抽出し、傷病(補償)年金受給者4,002人及

び障害(補償)年金受給者2,468人計6,470人を調査対象とした。

有効回答数は3,247人で、50.2%の有効回答率である。

3 調査の時期 平成4年1月

4 調査方法 通信による自計調査

5 調査の項目 労災重度被災労働者の介護実態等に関する調査(調査票参照一略)

1 傷病・障害等級、障害の状態、年齢階層別受給者数

(1)傷病・障害等級別の状況

この調査の集計対象となった労災年金受給者を傷病等級及び障害等級別についてみると、傷病(補償)年金受給者の傷病等級別では、「第3級」が最も多く70.3%を占め、以下「第1級」が20.8%、「第2級」が8.9%となっている。また、障害(補償)年金受給者の障害等級別では、「第1級」が49.3%を占め最も多く、次いで「第3級」が33.0%、「第2級」が17.7%となっている。

(2) 障害の状態別の状況

受給者について労災年金の支給対象となったのは、どのような障害であるかについてみると、「胸腹部臓器の機能障害」が最も多く37.8%を占め、次いで「せき損による神経障害」が32.5%、「脳神経系統の障害」が16.8%などとなっている。

また、これを年金の種類別に見ると、傷病(補償)年金では、「胸腹部臓器の機能障害」が最も多く65.4%、以下「せき損による神経障害」が21.2%、「脳神経系統の障害」が9.1%などとなっているが、等級別にみると、「第1級」では「せき損による神経障害」が73.0%を占め、「第3級」では「胸腹部臓器の機能障害」が87.3%を占めている。一方障害(補償)年金では「せき損による神経障害」が47.7%を占めて最も多く、次いで「脳神経系統の障害」が26.9%、「視力障害」が8.1%などとなっており、等級別にみると、「第1級」では「せき損による神経障害」が67.6%を占めている。

(3) 年齢階層別の状況

年金受給者の年齢構成をみると、「60～69歳」の階層が最も多く36.5%を占め、次いで「50～59歳」が24.6%、「70歳以上」が24.4%と続き、平均年齢は60.7歳となっている。

2 傷病(補償)年金受給者の療養の状況

(1) 療養の状況

傷病(補償)年金受給者について、現在の療養の状況をみると、「入院している」が20.2%、「入

院していない」が62.3%となっている。

(2) 入院期間

入院療養者について、その入院期間を見ると、「10年以上」が18.2%、「3年～5年未満」が17.6%、「5年～10年未満」が15.5%となっており、長期にわたる入院療養者が半数を占めている。

(3) 入院療養者退院後の介護の状況

入院療養者が退院後、家族の介護が充分受けられるかどうかについてみると、「受けられる者」が40.9%、「受けられない者」が41.2%となっており、長期入院の者に介護の受けられない者が多く見られる。

3 世帯の構成

(1) 世帯員数

受給者の世帯員の構成についてみると、「2人世帯」が最も多く43.2%を占め、次いで「5人以上の世帯」が17.1%、「3人世帯」が15.3%、「単身者」が9.8%となっており、平均世帯員数は3.0人となっている。

また、配偶者のある者は全体の75.3%で、夫婦のみの世帯は39.4%となっている。

(2) 世帯員の就労

受給者の世帯について就労者がいるかどうかについてみると、就労者のいる世帯は36.2%、就労者のいない世帯は34.5%である。

また、就労世帯を就労人員別にみると、「5人以上世帯」が最も多く40.2%を占め、次いで「3人世帯」24.4%となっている。

次に、障害(補償)年金受給者自身の就労についてみると、19.6%の者が就労している。

4 収入の状況

(1) 収入の種類

世帯における「労災年金」以外の収入についてみると、「他の公的年金」の支給を受ける者が62.6%と最も多く、次いで「家族の就労による収入」が31.6%となっている。

(2) 受給者の年金収入

受給者の収入内容についてみると、「労災年金等」については、「240万円～360万円未満」の階層が最も多く全体の40.8%を占め、次いで「120万円～240万円未満」の階層が37.9%、「360万円～480万円」の階層が12.4%などとなっており、平均額が276万円となっている。

また、「他の公的年金」についてみると、「120万円～240万円未満」の階層が31.8%を占め、次いで「120万円未満」の階層が25.2%、「240万円～360万円未満」の階層が5.1%などとなっており、平均額は146万円となっている。

(3) 世帯の総収入

受給者世帯について総収入をみると、「360万円～480万円」の階層の割合が最も多く22.5%を占め、次いで「240万円～360万円未満」の階層が22.0%、「360万円～480万円未満」の階層が17.9%となっており、平均収入額は500万円となっている。

また、世帯員数別に平均収入額をみると、世帯員数が多くなるにしたがい多額となっている。

5 介護料支給の有無

受給者で労災保険から介護料の支給されている者の割合は「支給されている」が21.7%、「支給されていない」が69.8%である。

6 日常生活と介護の状況

(1) 日常生活と介護の有無

日常生活をどのような状態で過ごしているか、特に介護の必要度の面からみると、「ほとんど寝たきりの状態である」者が11.1%、「寝たきりではないが、軽易な行動はできない状態である」者が25.0%、「軽易な行動はできる」者が49.7%を占めている。

また、「ほとんど寝たきりの状態である」、「寝たきりではないが、軽易な行動はできない状態である」、「軽易な行動はできる」とする者のうち、「介護を受けている」者は67.9%、「介護を

受けていない」者31.3%となっている。

(2) 日常生活における介護の内容

日常生活において、全てに介護を必要とする者及び一部に介護を要する者の行動毎についてみると、「入浴」が37.6%、次いで「通院」が63.8%、「着替え」が59.1%などとなっている。

(3) 介護時間

1日に受ける介護時間についてみると、「12時間以上」が最も多く14.7%を占め、次いで「1時間～2時間未満」が9.8%、「4時間～6時間未満」が9.4%などとなっており、平均時間数では8.5時間となっている。

また、これら介護のうち、家族以外の者から受ける介護時間についてみると、「12時間以上」が3.3%、次いで「1時間未満」が2.8%、「1時間～2時間未満」が2.0%などとなっており、平均時間数では8.4時間となっている。

(4) 介護の費用

1時間当りの介護費用の支払をみると、「1,000円～2,000円未満」が2.4%、次いで「600円未満」が1.6%、「5,000円以上」が0.9%などとなっている。平均額は3,037円である。

(5) 介護日数

家族以外の者から介護を受ける日数を1か月間でみると、「26日以上」が5.3%、次いで「3日～4日」が2.8%、「1日～2日」が2.7%などとなっており、平均日数は14.6日となっている。

(6) 介護者と介護の内容

介護について、どのような介護を誰れから受けるかについてみると、家族から受ける介護では、「入浴」が57.2%と最も多く、次いで「通院」が49.4%、「着替え」が46.3%などとなっている。

また、家族以外の者から受ける介護についてみると、「入浴」が8.4%、次いで「買物・散策」が6.2%、「排泄」及び「移動(屋内)」がそれぞれ6.0%などとなっている。

7 ディ・サービスの利用状況

(1) デイ・サービス利用の有無

デイ・サービスを利用したことがあるかどうかについてみると、「利用したことがある」者は4.0%と若干に過ぎず、「利用したことがない」とする者は84.4%である。

また、デイ・サービスを利用した理由について、その理由をみると、「介護者の病気」及び「介護者の休養」がそれぞれ15.3%となっている。

(2) 利用回数と費用

デイ・サービスの1か月当りの利用回数をみると、「3回～4回」が30.5%、「1回～2回」が22.9%などであり、平均利用回数は4.8回となっている。

また、デイ・サービスの1回当りの費用について利用額をみると、「1,000円未満」が31.3%、「1,000円～2,000円未満」が11.5%、「2,000円～3,000円未満」が4.6%などであり、平均利用額は1,890円となっている。

(3) 利用施設とサービスの内容

デイ・サービスを利用した施設についてみると、「老人デイ・サービスセンター」が21.4%、次いで「身体障害者福祉センター」が19.1%である。またこれらの施設において受けた介護サービスの内容をみると、「入浴」が64.1%、次いで「食事」が48.1%、「日常動作訓練」が27.5%となっている。

(4) デイ・サービスを利用しない理由

デイ・サービスを利用しない理由についてみると、「知らない」が37.3%、「必要がない」が29.0%となっている。

(5) デイ・サービス利用意向の有無

デイ・サービスを利用したことがない者について、今後デイ・サービスを利用したいと思うかどうかについてみると、「利用したいと思う」が25.5%、「利用したいと思わない」が39.6%となっている。

(6) 利用回数と費用等の希望

デイ・サービスを利用したい意向者について、1か月当り利用希望回数についてみると、「3回～4回」を希望する者16.2%、次いで「1回～2回」が14.2%、「5回～6回」が9.3%などとなり、平均利用希望回数は5.7回となっている。

また1回当りどの程度の費用なら利用するかについてみると、「4,000円～6,000円未満」が8.7%、次いで「1,000円～2,000円未満」が8.0%、「1,000円未満」4.3%などで、平均希望額4,920円である。

次に、どのような介護を希望するかについてみると、「入浴」が最も多く35.5%、次いで「レクリエーション」が27.5%、「日常動作訓練」が23.5%などとなっている。

8 ショートステイの利用状況

(1) ショートステイ利用の有無

ショートステイを利用したことがあるかどうかについてみると、「利用したことがある」者は1.1%と極めて少なく、「利用したことがない」が80.3%である。

また、ショートステイを利用した者について、その理由をみると、「介護者の冠婚葬祭への出席」が27.8%、次いで「介護者の病気」が22.2%となっている。

(2) 利用日数と費用

ショートステイの年間利用日数をみると、「30日未満」が最も多く44.4%を占め、平均利用日数は56.0日となっている。

また、ショートステイの1日当りの費用について利用額をみると、「1,000円～2,000円未満」が30.6%、「2,000円～3,000円未満」が16.7%などで、平均利用額は4,760円となっている。

(3) 利用施設とサービスの内容

ショートステイを利用した施設についてみると、最も多いのが「特別養護老人ホーム」の47.2%、次いで「身体障害者厚生援護施設」の13.9%などとなっている。

また、これらの施設において受けた介護サービスの内容をみると、「入浴」が55.6%、次いで「食事」が52.8%となっている。

(4) ショートステイを利用しない理由

ショートステイを利用しない理由をみると、「知らない」が43.4%、「必要がない」が26.3%、「施設が遠い」が5.0%などとなっている。

(5) ショートステイ利用意向の有無

ショートステイを利用したことがない者について、今後ショートステイを利用したいと思うかどうかについてみると、「利用したいと思う」が22.7%、「利用したいと思わない」が38.0%となっている。

(6) 利用回数と費用等の希望

ショートステイを利用したい意向者について、年間の利用希望回数についてみると、「30回未満」を希望する者が34.4%、次いで「30回～59回」が4.6%、「60～89回」が2.4%などとなり、平均利用希望回数は33.4回となっている。

また、1日当りどの程度の費用なら利用するかについてみると、「5,000円～6,000円未満」が10.8%で、平均希望額は5,140円である。

次に、どういう介護を希望するかについてみ

ると、「入浴」が40.0%、「食事」が32.7%、「日常動作訓練」が30.2%などとなっている。

9 外出の状況

(1) 外出の回数

通院以外の外出が1か月間にどのくらいあるかについてみると、「1回～2回」が12.9%、次いで「9回～10回」が9.7%、「3回～4回」が9.5%などで、平均では9.2回となっている。

また、外出の目的についてみると、「買物散策」が51.8%、次いで「趣味活動」が15.1%、「旅行」が8.2%などとなっている。

(2) 自宅以外における活動の希望

自宅以外において行われる活動についてどのような活動を希望するかについてみると、「旅行」が23.5%、次いで「つり」が13.5%、「囲碁・将棋」が10.6%となっている。

(3) 外出時の困りごと

外出時にどのようなことが困るかについてみると、「身体状況から外出ができない」者が28.6%、「見近に活動の目的にあった施設がない」者が17.7%、「共通の活動をする友人がいない」者が12.1%などとなっている。



社会新書⑱

いのちの差別

外国人労働者の労災・医療

五島正規・古谷杉郎 著

日本社会党機関紙局 定価750円

全国安全センターで扱ってます

- 第1部 外国人労働者の労働災害
- 第1章 外国人労働者の労災相談から
- 第2章 外国人労働者の労働災害の実態
- 第3章 労災保険の適用を当たり前に
- 第4章 労働災害発生責任の追及
- 第5章 外国人労働者の労働条件確保のために
- 第6章 市民団体と労働者との話し合いから
- 第2部 外国人労働者の医療
- 第1章 外国人を締め出した生活保護
- 第2章 働いていても健康保険は無縁
- 第3章 要件の厳しすぎる国民健康保険
- 第4章 待ったなしの緊急医療対策
- 第5章 民間団体の努力
- 第6章 市民団体と厚生省との話し合いから

新生安全センターへ移行

静岡●連合地協単位で地域センターも

92年12月11日、「静岡県勤労者労働安全センター」の発足総会が行われた。静岡県では、県春闘共闘会議によって1969年に「静岡県労働安全センター」が設立され、75年の沼津地区安全センターを最初に、富士、清水、静岡、志太榛原、浜松、三島にも地区安全センターも設立されて、23年間にわたる活動が行われてきた。連合静岡の発足後、「静岡県労働安全センター」の活動を継承しつつ、連合静岡構成組織を中心に会員を拡大し、県下の運動を進める」ために、昨年2月に連合静岡役員と安全センター3役による「安全活動あり方委員会」を設置。9月には「安全センター準備会」が設置され、準備を進めてきた結果、新組織への移行を迎えたもの。

新生「静岡県勤労者労働安全センター」では、安全衛生学校、安全衛生担当者研修会、工場見学会等の活動を展開するほか、とくに当面、連合静岡の12地域協議会を単位とした「地域センター」の設置を推進することとしている。連合加盟の産別組織に未加盟の単組も地域センターを通じて加入できる。

前日に開かれた旧安全センターの第23回定期(解散)総会には、全国安全センターから古谷事務局長も来賓として出席しあいさつした。静岡での取り組みは、地区安全センターの設置にみられるように、県単位だけでなく各地区単位での取り組みも行われていること。昨年の第15期労働安全衛生学校も、以下のように県下3か所で開催されている。このような特色は新生センターにも引き継がれている。

第15期労働安全衛生学校

●東部教室「三島会場」

10.21 「過労死問題を考える」高田涼聖氏(神奈川総合法律事務所)

菜の花診療所オープン

大阪●労災職業病・地域医療の拠点に

多くの方々の賛同・御協力をいただいた菜の花診療所がようやく12月1日、開所をはたした。開設場所の選定や資金の確保など、難題山積の中を蛇行と試行錯誤を重ねながら、ようやくこ

10.26 「労働災害と通勤途上災害」井上浩氏(元労働基準監督官、全国安全センター副議長)

10.29 「快適職場形成促進事業のポイント」古谷杉郎氏(全国安全センター事務局長)

●中部教室「清水会場」

10.20 「快適職場形成促進事業のポイント」古谷杉郎氏(全国安全センター事務局長)

10.23 「外国人労働者と労災問題」古田典子氏(東京共同法律事務所)

10.27 「成人病予防とその対策」石原直毅氏(清水市立病院)

●西部教室「浜松会場」

10.15 「快適職場形成促進事業のポイント」古谷杉郎氏(全国安全センター事務局長)

10.22 「外国人労働者の労働災害」上本忠勇氏(東京総合法律会計事務所)

10.29 「最近の労働災害の特徴と問題点」横井誠治氏(浜松労基署安全課長)



当に多くの方々からご協力をいただきありがとうございました。

開院に先だって11月28日、近くの高校の食堂を借りて開院パーティーが行われた。当日は150名をこす方がかけつけてくださり、わりと広い食堂も立錫の余地のない盛況ぶりだった(編集部注・全国安全センターからも古谷事務局長が出席。一番遠いところから来た人ということで、テレビの取材を受けた)。診療所の多難な、しかし喜ばしい門出を祝福してくださる皆さんの暖かい心と期待に励まされるとともに、身の引き締まる思い。

12月1日からはいよいよ診療開始。はたして患者さんが来てくれるかと不安だったが、午前10時前には第1号の患者さんが早々に来院。職員一同ホッと胸をなでおろした次第。地元の設立準備会スタッフも仕事を抜けて顔を出してくれ、まずは賑やかな滑り出しだった。慣れない

平均来院数は6~7人。一応、当初の予想通りである。

まだまだ少ない患者数だが、診療所の中は、遅れに遅れた準備作業に泥縄式に取り組んでいて大忙し。医師の新谷さんは、患者に渡す薬や病気の説明書作り、看護婦の岡崎さんは、薬の整理や手順書の作成、私はいと、事務の整理となかなか合わない金勘定と三者三様。とにかく今のところは、何とか日常業務の流れを作り上げることが第一目標。そこから徐々に、きめ細かな医療・情報の供給、ケースワーク的支援の充実、労災職業病への取り組みや在宅医療

に活動の領域を拡げていきたいと思っている。何とか速めに外に出ていきたいと思ひます。

設立準備会とはいうと、準備会の債権債務を引き継ぎ(形式的には準備会が開設者たる新谷に開業資金を貸与するかたちをとっている)、地域での活動母体となる継承組織を発足させてはどうかという議論を準備会事務局で行っている(1月30日に「菜の花会」として設立)。

最後に名称について。個人開業の場合は、医師の名前以外の名称は受けないという大阪府の「行政指導」のために「菜の花」は使えず、当初は「しんたに診療所」の名前でスタートすることとなった。でも通称は「菜の花診療所」ですので、



そう呼んでください。(関西労働者安全センター 岩田賢司=菜の花診療所の事務を担当することになりました。)

●しんたに菜の花診療所

544大阪市生野区勝山北2-11-26
TEL(06)716-7087/FAX716-7088

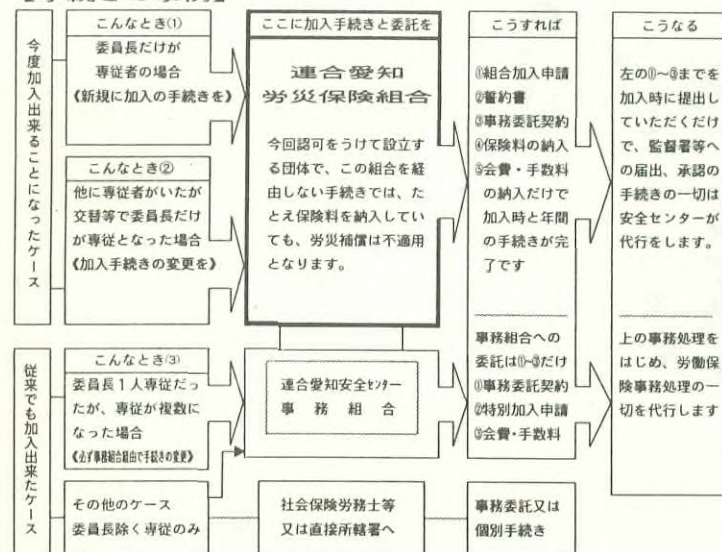
労組一人専従にも労災保険適用

愛知●全国初の特別加入団体設立

かねてから懸案だった労働組合の「一人専従役員」の労災保険への特別加入が91年4月から

可能となった(「安全センター情報」91年6月号参照)。愛知県勤労者安全衛生研究センター(連

【手続きの事例】



合愛知安全衛生センター)では、92年9月、手続上の必要条件である特別加入団体として「連合愛知労災保険組合」を設立した。

同センターは、これまでも「労働保険事務組合」を設置し、労働組合等(現在30余団体)から委託を受けて労組で雇っている労働者や「中小事業主等」としてその役員の労働保険事務サービスを進めてきているが、「一人専

従役員」のための特別加入団体の設立は全国でも初めてのケース。労働省にとってもはじめての認可。当初11労組が参加しているが、「一人専従役員」体制の労組には変動があることが予想され、設立・運営とも様々な困難が伴う。同センターでは、単独では設立が困難な近県へのサービスの拡大も行うことにしている。



県下3か所で地域健康相談 大分●地元地区労等と協力して

84年から毎年実施している地域健康相談(仕事上のケガ、病気を対象を、92年も夏から秋にかけて九重、宇佐、中津地域と3か

所で行った。自治体の後援をとりつけ、地元地区労等とともに取り組み、3か所合わせて87名の方が相談に来られた。

安全センターと勤労者医療生協は、働く人々の財産でありたいと願っているが、佐伯市と大分市にしか医療機関はなく、日頃のつきあいもご無沙汰になりがち。そうした会員・組合員の皆さんに健康相談を通じて、安全センター、医療生協をよりよく知ってもらいたい、というねらいもある。また、その地域での安全衛生活動の活性化の一つの「きっかけ」になってほしいと考えて取り組んできた。実施したどの地域でも課題が出てくるが、それらを解決する力を身につけながら、今年も地域健康相談を進めたい。

●九重町珪藻土じん肺健康相談

9月6日、九重町野上公民館で「珪藻土じん肺健康相談」を行った。相談に来られたのは30名。

これは前年(相談数44名)に引き続き取り組まれたもので、①健康相談があることを知らず来なかった人がいる、②過去珪藻土作業に従事した4～500名くらいの人が九重町に集中している、などの理由から第2回目の健康相談となったもの。

前年同様、現地相談を地元の玖珠地区労の皆さん、医療生協スタッフとともに取り組んだ。相談に来られた人は「セキや息切れが増えている気がする。安心のために年1回は精密検査を受けたい」と、こうした機会が



続くよう訴えていた。

後日、大分協和病院でレントゲン検査を受けたのは21名。要治療となった方はいないが、引き続き経過を観察することの必要な方がおり、連絡をとることになっている。

●宇佐市、安心院町、院内町

10月17日宇佐市文化会館、18日安心院町保健センターで、合わせて35名の方が相談に来られた。「地域健康相談」というタイトルは84年の宇佐地域からスタートしており、現在の宇佐被災者会はその時をきっかけに結成している。

約10年になった地域健康相談も県下をほぼ一巡。宇佐地域は前回から時間も経っていることもあって今回の2回目となったもの。宇佐地区労が中心となり、宇佐被災者の会も参加して実行委員会を作って取り組んだ。宇

スもあった。

●中津市、下毛郡

10月25日、中津勤労者福祉会館で行われた健康相談には22名の方が来られた。中津市、三光村、本耶馬溪町、耶馬溪町、山国町などの中津地域での健康相談は初めて。ここは台風の林業被害の関連も予想したが、明確に結びついた事例はなかった。

地区労常任委員と市議員が10月17日の事前学習会を踏まえた上で健康相談にのぞんだ。

対策としては、宇佐地域と同じくじん肺や振動障害の精密検査の紹介、労働者性の確認、身障者手帳の取得などがあった。

●ふれあいユニオンの参加

同じ課題も多いということで「ふれあいユニオン」のスタッフが地域健康相談に参加してくれている。「ふれあいユニオン」は一人でも加入できる労働組合。一人では会社との交渉でどうしても不利になる。そんな時「ふれあいユニオン」は力強い味方になってくれる。今後もいろいろな場面で協力し合うことになっている。

さっそく宇佐健康相談での相談者の方が、12月にふれあいユニオンに加入した。



(大分県勤労者安全センター「安全センターニュース」第57号)

外国への労災年金送付手続

福島●障害6級年金のイランへの送付

92年5月、福島県の養鶏場で粉砕機に右腕を巻き込まれ被災したイラン人のAさんは、6級の障害等級が確定し、年金支給となった。

当センターでは、療養継続で帰国したイラン人の請求に2件かかわっているが、年金の海外送金は初めてのケース。

年金受給者は、年1回現況報告を行うことが義務付けられている。受給者が生存していることを示すため、「住民票の写しまたは戸籍抄本」を添付することになっている。

さて、イランに戸籍抄本があるか？そんなものはない。イラン大使館に問い合わせたところ、イラン外務省で証明を出してもらえ、という話になった。

Aさんは、毎年5月に、イラン外務省へ出向き、証明をとって、所轄の富岡労働基準監督署に送

ることになる。

この時、様式第18号という用紙に記入することになっているが、この用紙が日本語のスタイルのものしかないということ。労働省ではすでに5件、イランへ年金を送金する事例をもっているそうだが、全く不親切なものだ。年金に関する説明書も、翻訳したものを用意してほしい。

また、監督署からの注文として、ペルシャ語でなくローマ字で記入してほしいと言われた。銀行口座についてもローマ字で明記せよとのこと。

Aさんは間もなく帰国する。Aさんの心配は、帰国しても年金が入らなかったらどうしよう、ということ。そのようなことのないよう、これからしばらくやりとりが続くことになる。

(東京東部労災職業病センター)

疲労・ストレスも積極的に評価

神奈川●市課長の心筋梗塞に公務上裁決

92年9月18日、北出労災認定闘争総括集会が行われた。会場の

ホテルサンパレスには、相模原市職労の仲間はもちろんのこ

と、全国で公務災害認定闘争に取り組む組合の仲間、弁護士、そして遺族の北出和枝さん、武史さん、佳子さんら100名が参加した。

相模原市で企画調整課長として働いていた故北出益勇さんが、心筋梗塞で亡くなったのは、1987年10月23日のこと。本来の企画調整課としての業務の上に、50万人都市記念事業を1か月後に控える、多忙の中での死であった。それから約4年。地方公務員災害補償基金神奈川県支部審査会は、7月14日付けで、北出さんの死を仕事が原因の「過労死」として認定した。90年1月の、県基金支部の業務外認定を覆しての裁決である。

集会で和枝さんは語った。「ほんとうに、こんなに多くの皆さまの支援を受けられるなんて、想像することができませんでした。一時期は明日を迎えるのもいやな毎日だったのです。それがこの間少しずつ日々生懸命生きていけばいいのだと考えるようになりました。娘も『毎日平凡な生活で幸せね。』と言うようになりました。夫が生きていた頃と同じ様な生活になったのはほんとうに最近のことなのです。そんな時に、公務上の裁決書をいただきました。ありがとうございました。

こんな思いは誰にもしてほしくありません。働いている方々、



家族も安心して働ける職場作りをしてほしいです。これからもよろしくお願いします。」

●遺族そして市職労の闘い

故北出さんの妻の和枝さんは、88年12月に基金支部に公務災害認定申請をするが、90年1月に公務外との決定を受けた。過労死110番に相談して3月に審査請求を行う。ここまでは、多くの過労死認定闘争がそうであるように、家族の孤立した闘いであった。

やがて相模原市職労が支援を決定。全国各地で公務災害の問題に取り組む自治労関係者で作られている公務災害認定問題研究連絡会(公災連)の指導の下、着実に運動に取り組み始める。90年8月24日には、自治労を中心に「北出さんの労災認定を求める会」を発足させた。91年2月7、8日には「北出労災集中行動」を展開、対県、市、そして基金支部審査会への要請を行う。

大衆行動だけではなく、基金支部は5月に北出さんの死は公務外だとして、2万5千字にのぼる弁明書を提出している。これに反撃するべく、克明に意見書などを作っていた。神奈川労災職業病センター理事長の斎藤竜太医師の医学的側面からの意見書、神奈川総合法律事務所の弁護士などが中心に作成して

いく意見書、北出さんの下で働いていた方の陳述書、和枝さんの陳述書などなど。合わせると15万字にものぼる。労災認定を求める請願署名も4万を越えた。92年3月18日、審査会での口頭意見陳述。2月には模擬審査会も行い、13日には、決起集会も開催するという万全を期してのもの。10名の陳述は時間を1時間近くもオーバーした。和枝さんの陳述に、書記が涙する姿が参加者に強い印象を与えた。これ以降も資料を追加していく。実は裁決の出た当日にも追加資料を提出していた。裁決書が和枝さんのもとに届いたのは、7月30日だった。

92年3月18日、審査会での口頭意見陳述。2月には模擬審査会も行い、13日には、決起集会も開催するという万全を期してのもの。10名の陳述は時間を1時間近くもオーバーした。和枝さんの陳述に、書記が涙する姿が参加者に強い印象を与えた。これ以降も資料を追加していく。実は裁決の出た当日にも追加資料を提出していた。裁決書が和枝さんのもとに届いたのは、7月30日だった。

●審査会の判断について

この判断は2つの点で非常に画期的で、大いに評価できる。一点は「検討する業務の期間」であり、もう一点は「ストレスの評価」である。

「検討する業務の期間」について、認定基準は以下のような考え方をとっている。まず発症直前から前日あるいは1週間以内の業務を検討した上で、「発症前1週間前より前の業務については、急激で著しい増悪に関連したとは判断し難く、発症前1週間以内における業務の過重性の評価に当たって、その付加的要因として考慮するにとどめること」とされている。今回の裁決では、請求人側がとくに「業務量が増大したとする昭和62年10月以降とそれ以前に分けて業務の状況を検討」している。

どのくらいの期間の業務を発症との関連で考えるべきか？これを一律1週間を区切りとする認定基準は、医学的根拠によるというよりも、いみじくも裁決書にあるとおり、「業務上外認定の経験則からきているもの」に過ぎない。「行政処理のしやすさ」から考え出されたと言いたくなるものである。「われわれの常識」から言っても、疲れはだんだんたままるもの。仮に期間を区切るとすれば、いつから仕事が多くて大変になってきたか、疲れてきたかに応じて検討すべきではなかろうか。そういう意

味で今回の裁定は「われわれの常識」に近いものである。

「ストレスの評価」についても踏み込んで述べられている。「難問を数々抱え」、「21日に夜中の0時まで議論沸騰の会議をし、その疲労、ストレスを持続しながら」、発症当日に「気の重い警察との会議に臨まなければならなかったことは」、「発症に至らしめる負荷となったことが想像に難くない」とされている。

認定基準では精神的負荷が客観的に認められなければならないとされており、ストレスについては個人差も大きく、なかなか負荷として認められてこなか

った。

ところで、センター理事長斎藤医師の意見が、審査請求代理人としては唯一名前入りで、堂々と否定されている。斎藤医師は、北出さんが、亡くなる10月以前から病勢が悪化しており、通常の業務さえままならない状態であったと主張しているようにまとめられている。これは真っ赤なウソである。斎藤意見書をどう読んでも、このような解釈はできない。

家系的にも高血圧の要因があり、10数年間にわたり高血圧症の状態が継続することから「高度の動脈硬化」があったと考え

られ、「心筋梗塞をいつ発症してもおかしくない状態にあった」と主張しているのは、実は業務外だと断定した基金支部の相談医その人なのである。この相談医の意見を徹底的に医学的に反論、批判したのが斎藤意見書である。裁決書ではこの相談医のことは一切触れることを避け、斎藤意見書のみを取り上げ、その主張と正反対のデッチあげまでして批判している。真意は定かではないが、気持ち悪いものである。



(神奈川労災職業病センター
川 本 浩 之)

◎楽しくわかりやすいイラストを満載!

◎身近な騒音の原理と対策を見開き構成で解説!

◎作業者と雇用者のための騒音対策ガイドブック!



現場の 騒音対策 NOISE CONTROL

A guide for employees and employers

スウェーデン労働環境基金 原編
アメリカ合衆国労働省労働安全衛生局 編

山本剛夫 監訳 平松幸三 中桐伸五 片岡明彦 共訳
車谷典男 熊谷信二 伊藤昭好

目次◆I	騒音：その健康への影響
II	騒音対策：基礎
III	騒音対策の原理と応用
IV	騒音対策のまとめ
付録I	騒音性難聴に関する解説
付録II	騒音保護具の種類と取扱い
付録III	職場における騒音測定とその評価
資料	騒音に関する労働法規

体裁◆B5判・160頁

定価◆2,300円

発行◆オーム社

東京都千代田区神田錦町3-1
電話03(3233)0641(代表)

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

TEL (03) 5232-0182 / FAX (03) 5232-0183

北海道●社団法人 北海道労働災害・職業病研究対策センター

004 札幌市豊平区北野1条1丁目6-30 医療生協内 TEL(011)883-0330/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)3683-9765/FAX(03)3683-9766

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

東京●三多摩労災職業病研究会

185 国分寺市本町3-13-15 三多摩医療生協会館内 TEL(0423)24-1922/FAX(0423)25-2663

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 サンコーポ豊岡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 古町ツインタワーハイツ2F TEL(025)228-2127/FAX(025)222-0914

静岡●清水地区労働安全センター

424 清水市小芝町2-8 清水地区労気付 TEL(0543)66-6888/FAX(0543)66-6889

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

京都●京都労働安全衛生連絡会議

601 京都市南区西九条東島町50-9 山本ビル 3階 TEL(075)691-6191/FAX(075)691-6145

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/FAX(082)264-4110

愛媛●愛媛労働災害職業病対策会議

792 新居浜市新田町1-9-9 TEL(0897)34-0209/FAX(0897)37-1467

高知●財団法人 高知県労働安全衛生センター

780 高知市薊野イワ井田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

861-21 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レクタウンクリニック内 TEL(096)360-1991/FAX(096)368-6177

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)34-8671

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)3239-9470/FAX(03)5210-7423

(オブザーバー)

福島●福島県労働安全衛生センター

960 福島市船場町1-5 TEL(0245)23-3586/FAX(0245)23-3587

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