

エイズを知る

職場で「エイズ」を考えよう

車谷典男

奈良県立医科大学公衆衛生学教室

アメリカでの留学経験から

91年2月から92年1月までの約1年、アメリカにいました。日本に帰ってきて早々、エイズにからなかったか？と、冗談めかしてずいぶん言われましたが、アメリカでは、その手の話を冗談で話せるような雰囲気ではありませんでした。私が住んでいたのはテキサス州ヒューストンですが、ローカル紙の報道をたまたま見てびっくりした記憶があります。テキサス大学の学生のエイズ感染率を調べた報道だったのですが、900人のうちのなんと9人が陽性というものでした。

アメリカではエイズの話は日常茶飯事で、なかなかニュースにもならないのですが、それでも、マジック・ジョンソンが、実は自分はエイズに感染しているとテレビ発表したときの騒ぎは、それはものすごいものでした。例えば非常に悪く恐縮なのですが、日本で言えば、貴花田がエイズにかかっていることを発表したような仰天ぶりで、改めてエイズの深刻さが浮き彫りにされたという状況でした。

アメリカにいる間、たまたま一般市民を対象にしたエイズフォーラムというのでしょうか、

ティーチインがあり、参加してみました。労働組合関係者もいたかも知れませんが、ボランティアグループ、弁護士、ケースワーカー、ゲイグループ等が集まって、エイズ患者の人権を守るためにはどうしたらいいかといった集会で、患者も参加していました。印象に残る話が二つほどありました。

その一つは弟をエイズで亡くしたというお姉さんの話です。その弟さんは大学に入学後、エイズを発病して亡くなっています。彼は高校のときから不良グループに入り、家庭内暴力は振るうなど、家族はほとんど困り果てていたそうです。しかし、幸い何かのきっかけで立ち直り、大学にも行きはじめます。ところが、両親もほっとしたのも束の間、エイズにかかっていることがわかったというのです。

もとをたどれば、荒れた高校生活のさなか、ドラッグ注射で回し打ちしていたことが原因でした。ところが、立ち直って大学生活も終わりに近づいた5年目頃にまわってきたというものです。

もう一つは、エイズ患者ご本人の話で、これまたなかなかショッキングでした。脱サラして事業を始めたそうです。苦勞して軌道に乗せ、やっと生活も豊かになり始めた。しかし、体の

調子がすぐれないと思っていたある日、倒れて救急車で運ばれ、病院で検査を受けてみると、エイズに感染していたという話でした。蓄えはあっという間に治療費に消えてしまったそうです。その人が言ったのは、誰も5年前の話は覚えていないだろうということでした。

この発言をどう受け止めるかは、人それぞれとは思いますが、先ほどの弟さんの話もちょうど5年くらい前ですね。感染してから発病するまでの期間はわりとゆるやかなもので5年くらいはかかる。その5年間、人生いろいろあるわけで、立派に立ち直ることもあるし、事業が軌道に乗り、人生意気揚々ということもある。その頃、突然、昔の悪業で体がむしばまれ、生活も破壊されていくという話は、なかなかショッキングでした。ただし、あとでも触れますが、血友病などの治療に用いた血液製剤で感染した話は全く別次元の、葉害とも呼ぶべき話です。

5年前のことは覚えていないだろうというのは、確かにその通りで、感染する機会があつてそのときにバツと発病すれば、それはそれなりに自分で納得できる部分もあるのでしょうか。でも、5年も経過してからようやく出てくるというのは、なかなか怖い話ではないでしょうか。しかし、これはエイズの重要な性質です。

エイズとはどんな病気か？

エイズの医学的な話を少ししてみたいと思います。

エイズの正式名称は、Acquired Immune Deficiency Syndromeです。日本語では、後天性免疫不全症候群といいます。英語の頭文字をつなげると、ちょうどエイズ(AIDS)という語呂のいい略語になるわけですね。

エイズに感染したとしても、しばらくは症状

も出ず、血液検査をしても何もわかりません。2~3か月くらいたつと、検査をすればエイズウイルスがいるかどうかわかるようになるといわれています。だから、例えば、看護婦さんなどが、エイズ患者の治療中に点滴していた針を誤って自分の手に刺した場合、その直後にいくら検査してもわからない。エイズがある程度増殖して、一定量に達しないと検出できない。その期間が2か月ないし3か月だと考えればいいわけです。

さらに、エイズウイルスが体内に入ったことが確認されても、通常、数年間は症状もなく経過しますから、エイズにかかったという病識もありません。例えば、最近どことなく調子が悪いということで病院へ行って、エイズにかかっていたとはじめてわかるといった具合です。エイズウイルスはもっているけれども、症状は全然出ていないという状態をAC(無症候キャリア)といいます。が、当然、人にうつす能力はあります。ACの状態が数年間続いて、その後、いろいろな症状が出はじめます。熱とか盗汗、全身のリンパ節の腫張、下痢、体重減少などです。この状態をARC(エイズ関連症候群)といいます。しかし、こういう症状はエイズだけに特徴的なものではなく、ありふれた症状です。例えば、食中毒で熱は出るし、下痢や体重減少もする。単なる下痢だけではエイズかどうか不明です。エイズウイルスを検出するための特別な血液検査をしてはじめてわかるわけです。医者がエイズかも知れないと疑って検査をしない限り、この状態では診断がつかない。そうこうしているうちに、本格的にエイズを発症します。後で説明しますが、エイズの特徴は免疫機構がやられることで、そのため抵抗力が落ちますから、通常であれば、かからないような病気にもかかり、しかも、薬もなかなか効

表1 エイズの経過

- ・ AC (無症候キャリア)
- ↓ エイズウイルスに感染。数か月から数年間は無症状。
- ・ ARC (エイズ関連症候群)
- ↓ 発熱、盗汗、リンパ節腫脹、下痢、体重減少など
- ・ 発症
- ↓ カリニ肺炎、重症カンジダ、難治性ヘルペス、カポジ肉腫
- ・ 死亡
- 高い致死率

かない。そもそも自分の体内に備わっているはずの免疫機構がやられているから、薬をのんでもなかなか治らないわけです。エイズ患者に比較的特徴的な病気として、表1のようなものが知られています。まずカリニ肺炎。カリニ

は原虫です。普通であれば、こんなので肺炎になつたりしない。次いでカンジダ。カンジダで重症の肺炎を起こしたりしますし、他の部位にも炎症を起こす。ヘルペス。健康な人でも、ときに唇の横にできるぶちぶちした、ちよつと痛がゆいような水ぶくれです。通常では簡単に治るんですけども、これがなかなか治らない。そして、皮膚にできるガンです。このガンを発見した人の名前をとってカポジ肉腫といっています。エイズ患者というのは、エイズウイルスを持っていて、かつ、こういう症状を大なり小なり持った人のことです。

いろんな統計があり、少しずつ違うんですが、ACから5年以内に20~50%の人がARCに移る。そして、ARCからエイズに進むのが5年以内に10~30%くらいの確率だといわれています。5年以内という条件がついていますが、1981年にエイズが発見されてまだそんなに日がたっていないですから、5年以内というのは、今わかっている時点では、というだけのことで、仮に10年となればどれくらいの確率でエイズに進行していくかは、現時点ではきちんとしたデータがない。5年以内にエイズにならなかった人たちは治るのではなくて、おそらくゆっくりとはあるがエイズは確実に進展していく。一旦エイズになれば、治ることは今のところ考えられない。薬で進行を遅くすることはようやく可能になったけれども、基本的には死に至る病であるというのが、エイズの怖いところです。具

体的には、エイズウイルスをもって難治性のヘルペスもできカリニ肺炎になるし、皮膚にガンはできるという状態になって、「あなたは間違いなくエイズです」と言われてから死亡に至る確率は、5年生存率が10%と言われているわけですから、90%の人が5年のうちに亡くなってしまうような病気です。繰り返しますが、現時点では完治させる治療方法がなく、最終的には死に至るというのが現時点のエイズです。だから、何よりもエイズウイルスに感染しないことが非常に重要になります。

変わり身の早いエイズウイルス

なぜこういう一連の症状が起こってくるか。原因はウイルスであることははっきりしています。電子顕微鏡で姿もとらえられています。しかし、他のウイルスと違って、このエイズウイルスは、どういうわけか、免疫監視機構の司令塔に当たる細胞だけを選んで破壊する作用を持っています。免疫機構というのは非常に複雑ですが、その中で中心的な役割を果たしているのが司令塔たるヘルパーT細胞という細胞です。例えば肺炎にかかると、ヘルパーT細胞をはじめとする一連の免疫機構が働いて、肺炎の原因となる細菌をやっつけるわけです。ところがエイズウイルスは、このヘルパーT細胞に好んで巣くうため、免疫機構が働かなくなります。その結果抵抗力が弱まり、先ほど言ったいろいろ

んな症状が出てくるというわけです。

今、何百億ドルという金をつぎ込み、エイズの治療方法について、アメリカをはじめ全世界で研究していますが、有効な治療方法はなかなか見つからない。エイズウイルスに対するワクチンができればいいですね。はしかとか小児まひに対するワクチンがありますね。ワクチンを投与することで予防ができる。あるいは、病院でB型肝炎患者の血液に汚染されてしまったら、ワクチンを直ちに投与すれば、高い確率で発症を抑えることができます。しかし、エイズの最もやっかいな点は、その変わり身の早さです。エイズウイルスがヘルパーT細胞の中に入るのをうまくブロックできるようなワクチンができればいいんですが、エイズウイルスはかなりのスピードで、その「形」を変えるんです。従って、例えば「四角の形」のウイルスに対するワクチンができたとしても、そのウイルスが変化して「丸い形」になればそのワクチンは効かなくなるわけです。このような理由で、ワクチンが開発できないというのが現状です。

今のところ、二つほど有力な薬が開発され、実際に使われています。ところが、エイズウイルスを退治することまではできず、ウイルスの増殖をある程度抑制できるだけです。ウイルスの増殖力が落ちますから、薬は飲む方がいいに決まっています。しかし、副作用も強く、現状では決定的な治療薬ではありません。

広がるエイズ

世界で最初にエイズ患者が確認されたのは

表2 世界のエイズ患者数とエイズウイルス (HIV)感染者数(1991年10月現在)

地域	主な諸国	確認済みのエイズ患者数	HIV感染者数の推定
アフリカ	ウガンダ	21,719	500万人
	タンザニア	21,208	
	ザイール	14,762	
	マラウイ	12,074	
		120,457	
北米・南米	アメリカ	191,601	北米 100万人 南米 100万人
	ブラジル	19,361	
	メキシコ	7,170	
	カナダ	5,228	
		237,476	
ヨーロッパ	フランス	15,534	50万人
	イタリア	9,792	
	スペイン	9,112	
	ドイツ	6,708	
	イギリス	4,758	
		56,178	
アジア		1,196	50万人
オセアニア		3,047	
全世界		418,404	800万人

(出所)WHO資料より作成

1981年です。当初は、売春をしている人やホモの人たちにたくさん報告されたのですが、その後、次第に異性交渉による感染が主たる感染経路になり、患者数もうなぎのぼりに増え、例えばアメリカでは20歳台、30歳台の成年男子の死因の第1位はエイズというくらいです。エイズウイルスの発見自体は第1号患者が報告された2年後の1983年です。表2を見て下さい。右端の人数はウイルスを持っているが、まだ典型的な症状はない人たち、すなわち感染者数です。かなりの人数です。一方、エイズ患者数を見てみましょう。今日の死因の第一位はガンです。ガンによる1年間の死亡人数が全国で約20万人

です。米国のエイズ患者数が、この数に匹敵します。米国の人口は日本の2倍なので、単純に言えば、日本では、ガンの半分くらい的人数がエイズ患者ということになります。すごい数です。アフリカのある国では、エイズ患者のために人口が減少するだろうと予測している学者もいるくらいです。

日本ではエイズ感染者やエイズ患者を診断したら、血液製剤による感染者による感染者は除いて、エイズ予防法により届け出義務が医師に課せられています。表3、4はこのような報告をもとに、公表されているものです。累積患者数が91年の10月で415人。アメリカは約20万人だから、三桁数が違うわけです。一方、同じく法律に則って届けられている感染者数が累積で約2,000人です。よく言われていることですが、いわゆる性病は、性病予防法により届け出義務が医者に課せられていますが、そういう疾患では、届け出漏れが非常に多い。ですから、

表3、4の数字についても、これらは控え目な数字であって、実際はもっと多いと考えるべきだと言われています。ある学者によると、感染者は1万ないし7万人はいても不思議はないとのこと

です。でも、まだまだ患者の増え方は徐々です。しかし、いずれ爆発的に増える時期というのがきます。それが、現時点の予

表3 日本のエイズ患者累積報告数 (単位:人)

区分	男性	女性	合計
異性間性的接触	39(8)	8(2)	47(10)
男性同性愛	68(21)	-(-)	68(21)
凝固因子製剤	337(-)	1(-)	338(-)
その他・不明	50(19)	5(1)	55(20)
合計	494(48)	14(3)	508(51)

注) かつこ内は外国人。1992年10月末現在。

表4 日本のエイズウイルス感染者累積報告数(単位:人)

区分	男性	女性	合計
異性間性的接触	141	268	409
男性同性愛	153	-	153
凝固因子製剤	1,636	13	1,649
その他・不明	76	169	245
合計	2,006	450	2,456

注) 凝固因子製剤によるものは患者を含む。92年10月末現在。

測では1995年くらいだろうと言われています。『蓮が1日ごとに倍に増え、28日目に池の半分まで占めたとき、あと何日で池一杯に広がるでしょう?』という頭の体操がありました。倍々で増えていきますから、わずかあと1日で池一杯

表5 エイズの感染経路別感染確率と感染者構成

感染経路	その感染経路1回でHIVに感染する確率	全世界のHIV感染者に占める割合の推定
輸血	90%以上	3~5%
母子感染	30%前後	5~10%
セックス 異性間 男性同性愛	0.1~1.0%	70~80% 60~70% 5~10%
麻薬 (注射針の共有)	0.5~1.0%	5~10%
医療現場 (注射針やメスによる刺傷事故)	0.5%以下	0.01%以下

(出所) WHO資料より聴取。

に蓮が広がります。ちょうど今のエイズは、いわば倍々で増えている状況で、1995年には蓮の例のごとく、一挙に広まるだろうということです。このことから1995年はエイズ元年になるだろうと言われています。

エイズの感染経路

表の5を見ると、エイズの感染経路は限られていて、とにかくエイズ患者の血液、体液への接触が原因です。具体的にはまず輸血です。エイズウイルスに汚染された血液の輸血による感染です。二つ目は母子感染です。母親がエイズであると、生まれた子供が30%前後の確率でエイズに感染してしまいます。三つ目は性行為。もう一つ、血液感染という意味では、ドラッグの注射の回し打ちでエイズにかかるという経路も知られています。表には、それぞれどれ位の確率で感染するかが書かれています。性行為による感染が0.1~1%で、「案外低いやないか。千回に一回や。安心や」と思う人がいますが、自分は初めてでも、相手にとって千人目だったら感染しますよね。そういう意味では、確率自体はそう高くありませんが、エイズ感染者との無防備な性交渉というのは、常にエイズウイルスをもらう可能性を秘めていることになります。実は、異性間の性交渉による感染が感染症の70~80%と大部分を占め、当初言われていたゲイ、つまり男性の同性愛による感染は人数的には少なくなっています。ですから、いかに性交渉について十分な知識をもって予防するかということが大切なわけです。

日本では血友病患者が被害に

ところで、WHOによるこの表5と、先ほどの日本の表3を比べてほしいのですが、日本の

患者数508名の内、圧倒的な部分が凝固因子製剤によるエイズです。また、表4に見るように、約2,500人の感染者の内、凝固因子製剤による感染者が1,600人くらいというのが、他国に例をみない日本の特徴です。健康人の血液中には出血時に血を止める物質があります。これを凝固因子と言いますが、血友病患者はその物質の一部が先天的にないか、非常に少ないため、出血を起こすと、なかなか止まりません。従って、出血を止めるためには、輸血とか点滴で凝固因子を外から与えなければなりません。この目的のために用いられるのが、凝固因子製剤であって、具体的には、献血などでもらった血液を化学的に精製して、凝固因子だけを取り出し、点滴のかたちで血友病患者に与えます。表3のように、日本のエイズ患者のほとんどは血液を介して起こっている、しかも、そのほとんど全てが血友病患者です。なぜでしょうか?

日本はもともとエイズ患者がいなかったのだから、国内の献血を精製した凝固因子製剤を血友病の治療に使っていれば、全然問題はなかったはず。ところが、凝固因子製剤の大部分はアメリカから輸入したものだ。先ほども説明しましたように、エイズ患者第1号の発見は1981年で、エイズウイルスが発見されたのは1983年です。だから少なくとも83年までの献血の中にはエイズウイルスが混じっていても、ウイルスを発見したり、殺す手だてとかがなかったことになり。しかし、アメリカでは、83年にエイズウイルスが発見されてまもなく、凝固因子製剤を加熱処理すれば、凝固因子の活性はそのまま、エイズウイルスの活性が落ちることから、加熱した血液製剤も出回りはじめています。この加熱処理した凝固因子製剤を使えば良かったのですが、日本の厚生省は、加熱した凝固因子製剤は薬として安全かどうかまだ確立していないから使用許可しないという

方針を取り、国内では従来通りの加熱しない製剤、すなわち生きたエイズウイルスが混入している可能性の高い製剤を使わざるを得ない状況にあったといえます。

厚生省は1985年になって許可をします。アメリカから約2年遅れて、血友病患者に加熱処理した製剤を使えるようになったわけです。この2年間のズレはかなり大きいと考えられています。日本のエイズ患者に血友病患者が多いというのは、もともと血液製剤を輸入に頼っていた薬事行政にも問題がありますし、加熱処理製剤への対応の出遅れも大きく関係しているのです。皆さんも新聞でご承知かと思えますけれども、エイズにかかった血友病患者が製薬会社、厚生省を相手取って裁判を起こしています。薬害であり、加熱処理をもっと迅速に認可していればエイズにかからなかったはずだという裁判です。世界の他の国々と比べて、エイズ患者に血友病患者が多いのはこのような理由によるのです。

エイズ元年は間近か!?

話を元に戻しましょう。異性間の性交渉でエイズがうつることがわかっていますが、どれくらいのスピードでうつっていくかを試算している人がいます。インドの例です。ボンベイ市は約1,200万人の大都市ですが、10万人から15万人売春婦がおり、しかもこのうち約30%の人がエイズに感染しているそうです。1人の売春婦が一晚に6人の相手をする想定し、売春婦が10万人とすれば、市全体で一晚に60万人に性交渉がある。約30%、すなわち約3分の1の売春婦がエイズを持っているから、これをもらう人の確率は3分の1。だけど、エイズを持った人と性交渉をしても100回に1回、あるいは1,000回に1回しか感染しないから、仮にこれを1,000分の1とすれば、1日当たりエイズに感染する人数は、10万人

$\times 6回 \times (1/3) \times (1/1,000) = 200人$ となります。1か月で6,000人。1年間で何と72,000人。すごい増え方です。しかも女房持ちならば奥さんにもうつしてしまう可能性があるから、単純計算で一挙に14万人という数字になる。当然このうち5年、10年である一定の確率でエイズ患者が発生していきます。日本でも年間約3万人のエイズ感染者が出てもおかしくないという計算をしている人もいます。このような状況から、先ほどの公式報告の2,000人という数字は低過ぎ、だいたい1万から7万の感染者がいても不思議はないという話が出ているわけです。1995年がエイズ元年というのは、かなり可能性のある話ということになります。

今、エイズとの関係でもう一つ論争になっているのは、ピルの解禁論争です。かたや女性解放の立場から、妊娠するしないは女性がきめるべき問題であり、ピルは解禁すべきだという論が一方にあり、もう一方で、避妊という意味もあるが性病予防という意味でもコンドームの使用量が減る、そのためにエイズ感染者が増える可能性があるという論議があり、最終的にはピルの解禁が見送られています。

何が危険で、何が安全か?

ここで、どんな行為が危険か、また安全か、表6に挙げてみました。この中から、いくつか取り上げてみましょう。

エイズが蔓延しており、かつ衛生水準の低い地域での輸血等の医療受診は、かなりリスクが高いと考えられています。海外出張を命じられ、不幸なことに、現地で交通事故を起こして輸血が必要になった。その輸血が安全であればよいが、必ずしもそうでない国、地域もあります。これは非常に現実味のある話です。

プールの水、とありますが、エイズウイルスは塩素に弱い。だから、一緒にプールに入っても全く問題はありません。エイズに感染した血液にたまたま触れてしまい、手元に消毒薬がなければ、とりあえず、ただちに大量の流水で洗いなさいとされている位です。

ビールなどの回し飲みも大丈夫です。唾液の中にもエイズウイルスはいます。ですが、感染が起こり得ないくらいのごく少量です。唾液だけで感染させようとしたら、バケツ3杯の唾液を飲ませる、そうするとエイズに感染します。こ

表6

エイズウイルス感染の危険が大きいもの

- ・ 不特定異性相手のコンドームなしのセックス
- ・ セックスの途中からのコンドームの使用
- ・ コンドームなしの肛門性交
- ・ コンドームなしのオーラルセックス
- ・ マイルーラなどの避妊薬使用のセックス
- ・ 性器具の共用 ・ 注射器の共用
- ・ 麻薬、覚醒剤等の濫用、特に静脈注射濫用の回し打ち
- ・ エイズが多発し、かつ衛生水準の低い地域での輸血等の医療受診

エイズウイルス感染やや危険

- ・ エイズ多発地域で輸血を受ける
- ・ たった一度の売春行為
- ・ 感染者の血液や精液に触れる
- ・ 歯ブラシの共用
- ・ ディープキス

エイズウイルス感染の危険がない

- ・ 日常的な軽いキス、握手や抱擁
- ・ プールの水
- ・ 公衆トイレの便器の腰掛け
- ・ ビールなどの回し飲み
- ・ 感染者が作った料理を食べる
- ・ 患者の汗や涙
- ・ 職場における機器類の共用（電話、ワープロ等）
- ・ ホテルのシーツ、枕、タオルの使用
- ・ マッサージ
- ・ 蚊、蚤にさされた
- ・ 歯科治療
- ・ 輸血
- ・ 公衆浴場やトイレの使用
- ・ 理髪、美容院での散髪、顔剃り
- ・ 電車の吊り革やお金の受け渡し
- ・ 患者と同じ鍋をつつくこと
- ・ 患者の咳やくしゃみを吸い込む
- ・ 同じ職場や学校に感染者がいる
- ・ 鍼灸治療
- ・ 猫のエイズ
- ・ 献血
- ・ 注射や手術などの医療行為

(『企業のエイズ対策の手引き』(東京商工会議所編)より引用)

れは有名な話です。

患者の咳やくしゃみを吸い込む。飛沫感染といいますが、結核等では重要な感染経路です。結核は胸の病気ですから、咳をすると結核菌と一緒に飛び出して感染させる可能性があります。エイズウイルスは基本的には血液の中におり、肺の中にはいない。しかも、体外に出ると基本的に生存できませんから、咳やくしゃみを吸い込んだところで、またエイズ患者と同室であっても空気を介してはうつらない。

献血をすると、その献血中にエイズウイルスがないか日赤でチェックして、エイズウイルスがいることがわかると、廃棄処分か、研究用にされています。現在、輸血にはウイルスのいない血液を使っていますから、輸血は安全です。ただ、非常に厳密な話をすると、感染の機会があっても検査で異常が検出できない期間、つまり感染機会の後、1~2か月の間に献血されたものについては、

異常のチェックのしようがないため、輸血は完璧に安全かについては断言できません。しかし、実際上は、心配無用といわれています。B型肝炎、最近ではC型肝炎についても調べています。異常のないものだけ使うことになっていますから、現時点では心配はいらないということです。

注射も針を使い捨てにしている限り大丈夫です。昔は針を消毒して何度も使ったり、予防接種で針の切れ味が悪くなるまで続けて10人位使い、それが原因でB型肝炎に感染したという話がありました。

医療行為によって感染する危険性は考えにくい。むしろ、医療を提供する医者、看護婦など医療スタッフの側が感染する可能性が高いと言えます。

以上のことから、感染経路は何かというのは一目瞭然だと思います。病院の待合室にいただけで感染することはおよそ考えられないわけです。例えば、こういった最低限のことも頭に入れて、患者さんと付き合う必要があると思います。最近では、週刊誌などもかなりまともな取り上げ方をし、興味本位の報道はなくなってきましたが、依然として誤解があったりします。表7を見て下さい。2年前のものですから、今と状況は違うかも知れません。

同じ質問を日米の男女大学生にしたものです。特に、『エイズウイルス感染者は会社を解雇されてもしかたないと思うか?』という質問に対して、日米間で大きな差が見られます。改善されてきているとは思いますが、まだまだ日本では知識が十分浸透していないというのが現状ではないでしょうか。

職場で『エイズ』を考えよう

最後に職場でのエイズの問題ですが、最近、職場でエイズの問題を取り上げるところが増え

ています。私は奈良県の職員ですが、この間も、地方職員共済組合のパンフレットが全職員に配付されました。内容もかなり具体的です。東京商工会議所が企業のエイズ対策の手引きを出しました。また、連合の機関紙がエイズの特集号を組むなど、組合サイドでも取り組みをはじめようになってきました。日本では、ほとんど経験がないので、基本的には諸外国の経験を参考に組みまざるを得ない面があります。

ここで是非とも注意しなければならないのは、就職の採用条件として、エイズに関する血液検査を義務付けさせてはならないということです。通常の行動ではエイズは感染しないのですから、普通に仕事をしているだけでは何ら問題がないわけです。問題がないにもかかわらず、採用時に血液検査結果を求め、結果によっては採用しないというのは決して許されることではありません。一方、採用後に関しては、アメリカが1990年に障害者保護法でエイズ患者も含め、あらゆる障害者に、健常者と同じような就労条件を事業者側が提供しなければいけないと定めていることが参考になります。例えば、エイズウイルス感染者と一緒に働くことを、同僚の従業員が拒否したとする。その場合、感染する可能性があるという正当な理由がなければ、いくつかの手順は当然ありますが、最終的にその同僚従業員を解雇することもできるようになっています。日本の会社システムに馴染むか検討する必要はあると思いますが、いずれにせよ、職場の中でどのようにエイズ患者と一緒に働くかを考えなければいけない時期にさしかかっていることは間違いのないでしょう。

さらに、職場によっては、マニュアルを作る必要があると考えられます。医療関係者には厚生省がガイドラインを出していますが、他の職種についてはないようです。アメリカは、そのへんがわりと厳密で、例えば、FBIは、連邦

表7 日米大学生のエイズに対する意識比較 (%)

質問内容	回答内容	日本		米国	
		男性	女性	男性	女性
エイズは握手でうつるか	うつる	9.1	0	0	0
	うつらない	90.9	100	96.0	97.8
	わからない	0	0	4.0	2.2
同性愛者のみ感染するか	思う	4.5	1.9	4.0	2.2
	思わない	95.5	98.1	94.0	95.6
	わからない	0	0	2.0	2.2
エイズ患者のかかっている医院や歯科医院には行きたくないか	行きたくない	71.2	58.5	14.0	26.7
	行ってもよい	28.8	41.5	64.0	53.3
	わからない	0	0	22.0	20.0
献血するとエイズにかかるか	思う	48.5	13.2	14.0	15.6
	思わない	51.5	86.8	80.0	73.3
	わからない	0	0	6.0	11.1
エイズウイルス感染者は会社を解雇されてもしかたないと思うか	思う	28.8	30.2	4.0	2.2
	思わない	68.2	69.8	94.0	97.8
	わからない	0	0	2.0	0
親しい友人などがエイズに感染しても、以前と同じようにつき合えるか	つき合える	53.0	60.4	94.0	95.6
	つき合わない	45.5	39.6	6.0	2.2
	わからない	1.5	0	0	2.2

(出所) エイズ予防財団報告書『日米大学生のエイズキャンペーン・ポスターに対する評価とエイズに関する態度の比較研究』1990年)

捜査官が犯人を逮捕するときの状況を想定し、エイズに感染しないためのマニュアルを作っています。例えば、『エイズ感染者であるとわかっている人物、男性同性愛者やドラッグユーザーなど、エイズに感染している可能性が高い集団に属する犯罪者を逮捕するに先立ち、警察官はどんな注意をすればよいのですか?』というような質問があり、出血を伴う暴力行為が予想される場合は、ゴム手袋を着用しなければなりませんとか、『エイズウイルスは乾燥した血液のしみの中で、どれくらいの期間生存できるのですか?乾燥したしみを取り扱うのにも注意が必要ですか?』など、50問ほどのQ&Aがあります。エイズの話ではありませんが、少し前の自治労

の集会で、清掃労働者から「医療廃棄物を回収する作業をしており、針がよく混じっているが、その中に血液が残っているはずだ。誤って刺したらB型肝炎に感染する可能性があるか?」との質問がありました。ウイルスは比較的強く、血液がひからびてなくなるまで、エイズウイルス、B型肝炎ウイルスは生き延びると考えた方がいいというのが、その答えです。医療廃棄物の回収の際、2、3日前に捨てられた針だから安全だと考えてはいけない。研究結果によると、エイズウイルスは乾燥状態でも一週間位は生きています。室温に保たれている血液の中では少

なくとも15日間生存可能だそうです。

このようなマニュアル作りを、日本でも職種によっては、取り組む必要があると考えます。ただ、マニュアル作りとか、職場でエイズ患者と一緒に働くためには、あまりに抽象的な取り決めはよくなく、具体的にいろんなことを取り決めておくことが大事なのではないかと思えます。問題の所在がわからないと、具体的なマニュアルは作れません。ですから、自分たちの職場の実態に即した問題をまず、明らか



にすることが先決といえましょう。(昨年11月5日、関西労働者安全センターの第12期安全衛生・労災職業病講座で行われた車谷氏の講演内容を同センターの御協力により編集)

企業のエイズ対策

東商の手引きと日本能率協会のアンケート

平成4年10月 東京商工会議所

企業のエイズ対策の手引き —職場とエイズ—

- 1 エイズとは(略)
- 2 エイズと企業

(1) 企業におけるエイズ対策の必要性

我々にとって今急がれるのは、企業の経済活動にとって有害なエイズ・パニックを防止すると同時に、わが国においてこれ以上のHIV(以下、エイズウイルスと呼ぶ)拡散をストップすることにある。現在の医療技術では完治する方法がないという意味で、エイズウイルスは恐い存在である。しかし、仮に職場にエイズウイルス感染者が発生しても、周囲の人々がエイズに関する正しい知識を持っていれば、企業経営上大きな問題にはならない。エイズウイルスが日常生活で感染しないことが科学的に証明されているからである。

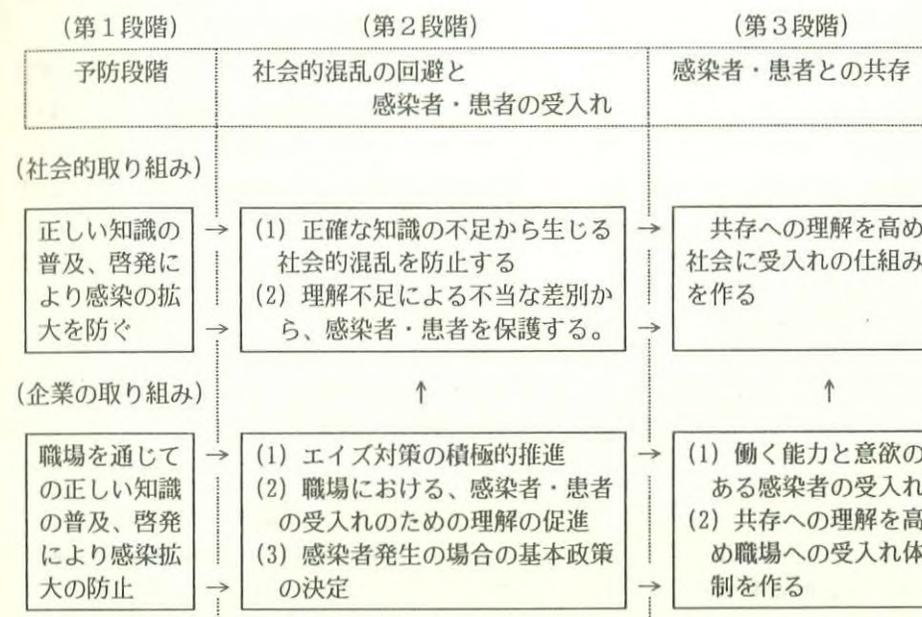
諸外国において、企業防衛の観点からエイズが重要問題になっているのは、エイズの正体の

解明と啓発のための教育が遅れていた時期に、経営者、同僚従業員、顧客が科学的根拠のないパニックを起こしたためである。無知と偏見からくるエイズ・パニックさえ発生しないのであれば、企業経営上のエイズ問題は、他の難病と同様であり、優秀な人材の喪失と医療負担の増加に限定される。

世界のエイズ対策には、共通の2つの目標がある。第1に、根治薬とワクチンの開発である。第2に、新たなエイズウイルス感染者を出さないことであり、いずれも企業として、今後いろいろな形で貢献が期待されるものである。このうち、根治薬とワクチンの開発は、10年後でも実現困難と予測されている。したがって、当面は、エイズに関する教育を唯一のワクチンとしつつ新規感染予防に努めるしかない。新規感染予防の必要条件には、①既に感染した人に対して、他人に感染させないよう協力を求める、②未だ感染していないがハイリスク行為を続けている人々に対して、感染予防のための正しい知識を教えて、彼らの行動を改めさせる、という2つがある。この新規感染防止の必要条件を満足するためには、エイズウイルス感染者を受け入れる社会的なインフラがなければならぬし、企業の中にあってもそのためのコンセンサス作りが急がれる。

重要なことは、単にエイズウイルス感染者のための医療体制を整えるだけでなく、彼らの自立生活をサポートする企業風土や社会的仕組みを作ることである。なぜなら、10年近い潜伏期

○エイズに対する企業の対応と社会との関係○



間においてエイズウイルス感染者が健常者と同様に働くことは、現在でも可能である。さらに、2000年頃までには延命医療技術の発達により、エイズウイルス感染者が定年まで働くことができるようになることが期待されているからである。

このため、ILO(国際労働機関)とWHO(世界保健機関)は、加盟各国に対してエイズウイルス感染者を雇用差別しないよう勧告している。そこで、欧米諸国の企業経営者たちは、この勧告に準拠した企業のエイズ対策に関するガイドラインを採用している。ガイドラインの内容のうち最も重要なことは、採用前・採用後の健康診断でエイズ検査を行なうことの禁止である。その例外は、エイズウイルス感染者でないことを入国条件にしている国々への転勤者などに限られる。(Q17参照)一方、わが国にはエイズウイルス感染者の雇用問題に関する法律上の明文規定がない。しかし、企業経営者たちは、エイズ予防法や憲法の人権擁護の精神の解釈からわが国においてもエイズウイルス感染者に対

る。その中には医療のインフラが整っていない、エイズハイリスク国も含まれている。そして多くの日本企業が進出しているアジア諸国のエイズ蔓延をWHOが警告している。従って、日本企業にとってはすでに重大な経営問題なのである。

幸いなことに、わが国の場合、今本格的なエイズ対策を実施すれば、エイズウイルスの拡散とパニックをストップできると期待されている。本年8月、日本商工会議所と東京商工会議所は、政府に対してエイズ対策予算の大幅増の要望書を連名で提出した。その結果もあり、平成5年度のエイズ対策予算は今年度の5倍にあたる102億円を確保できる見込である。このように、エイズ対策推進のための世論作りや、更に一歩進めてこの未知の分野の多い病気の解明と医療体制の確立に向けて、企業経営者がリーダーシップを発揮することは、大きな社会貢献に他ならない。現実には、アメリカでは企業経営者がエイズ対策のリーダーシップを取り、政府を動か

する雇用上の差別が許されないことを知っておかねばならない。貿易立国であるわが国の企業は、世界の隅々に従業員とその家族を派遣してい

したのである。

以下、具体的な企業の取組みについては、次節((2)企業がエイズ対策に取り組むにあたって)で述べることにするが、改めて、エイズに対する企業の対応を社会との関係で捉え、概略として次頁(略)のように体系化できる。

(2)企業がエイズ対策に取り組むにあたって

企業がエイズ対策を正しく促進していくにあたって、企業はエイズ問題に対し具体的にどのように取り組むべきかをQ&A形式で、具体的に考えてみよう。

(Q-1)企業のエイズ対策で最も重要なことは何ですか？

エイズが企業防衛上問題なのは、無知と偏見からくる科学的根拠のないパニックが発生するからです。従って、企業のエイズ対策のメインターゲットはエイズウイルスに感染した従業員ではなく、むしろ感染していない人々なのです。

(Q-2)国全体のエイズ対策と企業のエイズ対策の関係は？

次の4つの理由から、いずれの国でも企業のエイズ対策が国全体のエイズ対策の要になっています。

- ① エイズウイルスの感染者の大部分は、働き盛りの勤労者です。
- ② エイズウイルスに感染しても働く能力と勤労意欲のある人を雇用し続けることは彼らが自立生活を営み、“エイズと闘う”ことを支援することになります。逆に無知と偏見からくる差別により、生産能力のある人から仕事を奪うことは、社会経済コストが大きいと言えます。

③ エイズパニックは、職場、学校、医療機関、住居などのあらゆる所で発生しています。このうち、職場のパニック収集が最も簡単です。なぜなら、職場の感染者と非感染者は、お互いに顔見知りであり、同じ職場という共同体の中で利害に共通点も多いからです。一方、職場以外のパニックでは、利害が全く異なる見知らぬ他人同志が争うのですから、解決がより困難です。換言すれば、日本社会が職場のパニックすら防止できないようでは、社会全体のエイズパニックを収拾できるはずがないのです。

④ 職場は、世論形成の要です。政府のエイズキャンペーンが効果を発揮するためには、各家庭で親と子供がエイズについて語り合うことが求められます。その際、子供の質問に的確に回答することができれば、社会全体のエイズパニックを防止し、次の世代へのエイズウイルス感染を予防することにつながります。親にエイズに関する正しい知識を繰返し提供する場として、企業の役割は極めて大きいのです。

(Q-3)仮に従業員の中にエイズウイルス感染者が発生した場合、企業経営上どのような問題が起こるのですか？

エイズに対する科学的根拠のない恐怖心から様々なパニックが発生する結果、悪影響がでる可能性があります。例えば、次のような事例が考えられます。

- ① エイズウイルス感染従業員の同僚たちが一緒に働くことを拒否すれば職場が維持できなくなります。実際アメリカでは、一人の感染者のために建設現場の同僚従業員500人が逃げ出すといった事件がありました。
- ② エイズウイルス感染従業員が住む社宅で同僚従業員がパニックを起こせば、地域社会からその社宅全体が差別を受ける可能性がありま

す。

③ 日本国民にエイズに対する無知と偏見が根強い間は、エイズウイルス感染者のいる企業の商品・サービスに顧客が近づかなくなる可能性があります。とりわけ、ホテル、レストラン、食品メーカーなどの業種では、エイズを理由とした顧客離れの影響は深刻です。

(Q-4)職場以外のエイズパニックや社会的混乱の事例を上げてください。

以下のようなことが考えられます。1980年代の欧米諸国でも様々なパニックが頻発しました。これらの社会経済的コストは目に見えないけれども国民全体で負担しているのです。したがって、「エイズパニックは、一国の経済の国際競争力の間接的マイナス要因である」と言えます。

① エイズウイルス感染者とその家族が地域社会から差別されます。アメリカでは、エイズウイルス感染者の家が焼き討ちにあうという事件も発生しました。これは、「近くに住むだけで感染するのでは」という誤解が原因です。

② エイズウイルス感染者が絶望のあまり自殺する事例が報告されています。中には実際に感染していなくても「感染したのでは」というノイローゼから自殺したケースもあります。しかし、エイズウイルスに感染しても10年近く生きることができるのです。自殺の大きな理由は、感染した事実ではなく「無知と偏見からくる社会的迫害への恐怖」ではないかと思われます。

③ エイズウイルス感染者を診療している医療機関を一般患者が敬遠する結果、その医療機関が経営難に陥っています。エイズウイルス感染者を受け入れる医師や看護婦は責任感が強く、この問題に積極的に取り組んでいる医師や看護婦を社会が迫害するような状態は改めな

ればなりません。

④ PTAや教師が、エイズウイルス感染者である子供の登校を拒否するかも知れません。これは、地域社会の政治問題です。欧米諸国では、地方自治体や教育委員会が、他の生徒の父兄を説得してエイズウイルス感染者である子供を受け入れつつあります。

(Q-5)エイズの社会経済的コストを具体的に説明してください。

例えば、100万人以上エイズウイルス感染者を抱えるアメリカの場合、エイズ関連医療だけで、103億ドル(1兆3000億円。1992年推計)、連邦政府のエイズ対策関連予算42億ドル(5500億円。1992会計年度予算)です。

エイズ患者が働けなくなることにより失われる生産額、州政府・地方自治体のエイズ対策費、ボランティアの人件費見込額も含めると、アメリカ全体のエイズコストは年間500億ドル(6兆5000億円)とされています。

(Q-6)エイズの啓発教育の経済効果を具体的に説明してください。

エイズウイルスに感染した人が感染して発病するまでの約10年間に必要とする医療費は、一人あたり約1500万円です。従って、エイズ啓発教育によって新規感染者を10万人防止できれば、1兆5000億円節約できることになります。

一方、エイズウイルス感染者の延命医療技術の急速な進歩が期待されていますが、その分、医療費が膨張します。従って、エイズ啓発教育の経済効果はさらに大きくなります。

(Q-7)わが国の企業が今すぐに取り組むべき課題は何ですか？

次の3つがあります

a 職場からエイズウイルス感染者を出さないためにエイズ啓発教育を実施する。

b 職場にエイズウイルス感染者が出た場合の感染従業員の処遇、プライバシーの保護、感染従業員の上司の役割などに関する基本政策を事前に決定しておく。

c 政府に本格的なエイズ対策を実施してもらうための世論作りにおいて、企業がリーダーシップを発揮する。

(Q-8)企業のエイズ対策の対象となるのは誰ですか？

次の4つに分類して考えることができます。

- ① エイズウイルスに感染していない従業員。
- ② エイズウイルスに感染している従業員。
- ③ 経営者自身(この場合、経営者=役員)。
- ④ 顧客(企業に直接出入りしている取引先及び、企業と直接接点のないマーケットの顧客)。

(Q-9)従業員のエイズ啓発教育の具体的方法とコストを教えてください？

小冊子、ビデオ、専門家によるセミナーなどによりエイズに関する正しい知識を繰返し提供します。そのためのコストは、アメリカの大企業のケースでも年間5万~6万ドルと大きくありません。エイズウイルスが日常業務では感染しないことを周知徹底しておけば、実際に職場に感染者が発生したときに科学的根拠のないパニックを抑えることができます。なお、エイズウイルス感染従業員の上司となる管理職の教育は、リスクマネジメントの観点から特に熱心に行っておく必要があります。

ちなみに、エイズ問題に関する文献、資料は別表1(略)の通りです。

(Q-10)エイズ対策における経営者の役割は何ですか？

エイズ対策が進んでいるアメリカ企業では、社長が「従業員がエイズウイルスに感染していても雇用差別的にすることなく公平に処遇する」ことを従業員に文書で宣誓しています。そして、感染者が出た場合、同僚のパニックを防止しエイズウイルス感染従業員を職場で受け入れるための話し合いに、経営者自らが参加することが重要です。

経営者自身がエイズウイルス感染者を差別し逃げ出すようでは、職場が崩壊してしまうからです。

(Q-11)エイズウイルス感染者は仕事の能力が低下したり出社できなくなるのですか？

潜伏期間中は通常勤務が可能です。ただし、発病を遅らせるためにストレスの強い仕事への配属は避けるよう本人の同意のもとに会社側が配慮する必要があります。また、個人差はありますが、発病してもしばらくの間は勤務が可能です。

なお、2000年までには発病を遅らせる技術の発達により、エイズウイルス感染者が定年まで勤務することが可能になると期待されています。この点からも、「エイズウイルス感染者を差別せず職場で受け入れなければならない」ことに選択の余地はないのです。

(Q-12)エイズウイルス感染者の雇用上の処遇の原則は何ですか？

ガン、心臓病、糖尿病、腎臓病、肝炎等の他の疾病と同等の処遇をすることです。雇用上エイズウイルス感染者だけ特別に優遇する必要はありません。要するに、本人の健康状態と意志を尊重しながらケースバイケースで対応すればよいのです。

なお、エイズウイルス感染者を予防接種が必要な国に転勤、出勤させることは避けるべきです。予防接種によりエイズの発病が促進される危険があるからです。

(Q-13)エイズ対策が進んでいるアメリカ企業が採用している原則はどのような内容のものですか？

アメリカ財界のエイズ対策本部である全米エイズ対策リーダーシップ協議会は次のような「職場におけるエイズ政策10原則」を作成して、企業経営者の啓発に尽力しています。

① エイズ患者または無症候エイズウイルス感染者は、人権、企業福祉給付、雇用機会に対して他の重要なあるいは致命的な病気を患っている人々と同じ資格を有している。

② 雇用慣行は、少なくとも連邦政府、州政府、自治体が定めた法規制に従わなければならない。

③ 雇用慣行は、「エイズ患者または無症候エイズウイルス感染者が、日常業務において同僚に対してエイズウイルスを感染させるリスクはない」という科学上、伝染病学上の見解に基づかなければならない。

④ 経営者は、差別のない雇用慣行の実施とエイズに関する啓発教育や情報提供の実施を無条件で支持しなければならない。

⑤ 経営者と幹部は、自らの施策と慣行を簡単明瞭な形で従業員に知らせなければならない。

⑥ 経営者と幹部は、従業員に対して日常生活上のエイズウイルス感染リスクを減少させることに関する正確で最新の情報を提供しなければならない。

⑦ 経営者、幹部ならびに同僚は、従業員の医療・保険情報を秘守しなければならない。

⑧ エイズ患者または無症候エイズウイルス感染者である従業員の同僚たちによる就業拒否など職場の崩壊を防止するために、経営者と幹部は、そのような事件が発生する前に啓発教育を全従業員に対して行なわなければならない。

⑨ 経営者と幹部は、採用前検査または職場における健康診断の一部としてエイズ検査をおこなってはならない。

⑩ 医療機関のようにエイズウイルスに暴露する潜在的リスクがある特殊な職業においては、経営者と幹部は、適切な感染防止慣行が実施されるように、必要な設備ならびに継続的な教育訓練を実施しなければならない。

(Q-14)アメリカの「1990年障害者保護法(略称ADA)」が日本に与える影響について教えてください。 <注>ADA = Americans with Disabilities Act

1990年障害者保護法は、アメリカ全体で4300万人いると言われる障害者の自立生活を支援することを目的とした包括的な法律です。同法の対象となる障害者にはエイズウイルス感染者も含まれています。その雇用関連条文が1992年7月26日より施行されました。

例えば、日本企業の経営者が留意しなければならない点として、次の2つがあります。

① エイズウイルス感染者従業員と一緒に働くことを拒否した側を懲戒するのは、差別行為に対する懲罰というより「就業拒否は就業規則違反である」という考えに基づいています。な

せなら、「エイズウイルス感染者と一緒に働く」と感染させられるかも知れないという恐怖心」に科学的根拠がないからです。

従って、エイズウイルス感染者の雇用問題に関する法律上の明文規定がないわが国においても、裁判所が同様の判断を示すものと思われる。

② エイズウイルス感染者従業員が発病して機能障害が生じた場合、雇用主は、その従業員が仕事を継続できるように合理的範囲の便宜を提供しなければなりません。ただし、便宜上のコストが雇用主の負担能力を超えている場合は免責となります。

日本企業が注目すべきことは、ある雇用主に、コスト負担能力がないと判断された場合、その親会社に責任が及ぶと考えられている点です。従って、規模の小さい子会社をアメリカに所有している日本企業は、将来アメリカの子会社の障害者従業員から、訴訟を起こされる可能性があります。

(Q-15)アメリカ以外の国々における企業のエイズ対策の現状を教えてください？

WHO(世界保健機関)とILO(国際労働機関)は、加盟各国に対して「エイズウイルス感染者を雇用上差別しない」ことを求めています。このため、ヨーロッパ諸国の多くが、<Q-13>に述べた、アメリカの「職場におけるエイズ政策10原則」と同様のガイドラインを採用しています。日本でも、これを積極的に採用していく必要があると思われます。

(Q-16)「21世紀にはアジアのエイズ禍がアフリカの状況を超える」と予想されるそうですが、日本企業への影響としてどのようなことが考えられますか？

例えば、次のようなことが予想されます。

① アジア諸国への転勤を命じられた従業員が赴任を拒否するかもしれません。これは、医療現場でのエイズ対策が不十分な諸国で交通事故にあった場合などに病院でエイズウイルスに感染するリスクが小さくないためです。

とりわけ、前任者がエイズウイルス感染して帰国したような場合、その感染経路がなんであれ後任者の不安は大きいと思われます。実際アメリカ企業では、アフリカ勤務を拒否するビジネスマンが増えているとのこと。そのため、エイズハイリスク国の勤務者に対する処遇改善が求められています。

② 現地採用従業員の中にエイズが蔓延すれば、人材の喪失、職場でのパニック発生やそれを管理する日本人幹部のストレスの増大など様々な問題が生じ、子会社経営そのものがあやうくなります。

今すぐに、欧米諸国並のエイズ対策を実施すれば、日本国内の新規感染者を抑制することは可能です。しかし、アジア諸国のエイズ蔓延を阻止できない限り、エイズが日本企業にとって重要な経営課題であり続けることに変わりはありません。

従って、日本自身のためにODA(政府開発援助)などを通じて、アジア諸国のエイズ対策を支援することが求められます。

(Q-17)プライバシー保護の仕組みのポイントは何か？

社内のエイズ関連情報に対して誰が合法的な「知る権利」を持っているのか、どのようにして秘密が厳守されるのかを事前に決定しておく必要があります。この「知る権利の鎖」の中には、従業員がエイズ問題を職場で議論する場合の正確な情報源となる人物が、雇用主から任命され

て含まれていなければなりません。そして、この「知る権利の鎖」に含まれる人々は、ケースバイケースで大きくなります。さらに、エイズウイルス感染従業員のプライバシー保護の仕組みを作る上で、留意すべき点として次のことが考えられます。

① プライバシー保護の鉄則は、エイズウイルス感染従業員本人の同意がない限り決して誰にも感染の事実を知らせてはならないということです。

② エイズウイルス感染従業員と雇用主両方の利害を考慮し、かつ社外への情報漏洩の防止を図りながらコンサルタント機能を発揮できる人物として、産業医が重要です。

③ 社会がエイズウイルス感染者を受入れ支援するようになるまで、社内の関連情報にアクセスできる人数を極力少なくしておく必要があります。例えば、人事部長、担当役員、社長の3名に限定することが考えられます。

④ 中東諸国、中国など一部の国では、長期滞在を目的とする外国人に対して、エイズウイルスに感染していないことを入国条件にしています。従って、そのような国に転勤命令を出した後、エイズ検査により当該従業員が感染者であることが判明した場合の処遇が問題になります。

感染の事実を同僚に知られないようにするためには、エイズ検査を入国条件にしている転勤候補者に対して本人にのみ事前に内示し、本人の同意を条件にエイズ検査を受けてもらうことです。重要なことは、かりにエイズ検査並びにその転勤を拒否する人がいても会社側が雇用上不利な取扱いをしないことです。

(Q-18)産業医の先生に一任すれば十分ですか？

カウンセラーの協力が不可欠です。エイズウイルス感染者は、心の支えを求めています。心の支えの必要条件として、次の2つがあります。

① 本人が納得できるだけの治療が受けられること。

② 悩みを打ち明けられる相手がいること。
産業医は、エイズ治療のための医療機関を紹介したり日常の健康管理に関するアドバイスをすることにより、この2つの課題に貢献することができます。しかし、エイズウイルスの潜伏期間は7年~10年と長く、エイズウイルス感染従業員は病気そのもの以外に様々な悩みを抱えることとなります。病気以外の悩みごとについては、産業医では時間的にも対応できません。そこで、専門知識を持ち守秘義務を遵守するカウンセラーの協力が求められます。

ただし、わが国の場合、カウンセラーという職種の社会的地位や報酬制度が確立されていません。一方、アメリカでは、雇用主の費用負担で第三者であるカウンセラーを従業員が利用できる仕組みが定着しています。過労死や老親介護問題などが示唆しているようにわが国の企業社会においてもカウンセラーに対するニーズが高まっています。そこで、エイズ対策を契機に財界がカウンセラー制度の育成を後押しすることが考えられます。

(Q-19)職場における感染を防止するための方法を教えてください？

エイズウイルスの感染力が極めて弱いことは科学的に証明されており、合理的な注意をおこなえば感染リスクをさらに削減することも可能です。従って、エイズのための職場の安全確保に問題があると認定される職種は医療機関以外にほとんど存在しません。しかし、仕事に出血を伴うケガが発生しやすい工場や建設現場で

は何らかの対策が必要です。

ちなみに、アメリカ企業は次のように対応している模様です。

① 職場で従業員が出血した場合に、その血液を安全に処理するための道具(ゴム手袋、消毒液、廃棄用のビニール袋など)を常備する。

② 血液は、本来エイズウイルス以外にも様々な血液感染症病原菌を含んでいる可能性がある。そこで、「問題の血液が病原菌に汚染されているか否か」を知っているかどうかに関係なく、常に「血液は危険なものである」という想定で処理できるよう訓練を繰り返し行う。

さらに、職場における感染事故を防止する最善の方法は、エイズウイルス感染している従業員が同僚にその事実を公開しておくことです。そのためにも、雇用主と同僚がエイズウイルス感染者を差別しないことを行動で示さなければなりません。

エイズ対策が進んでいるアメリカ企業の場合、雇用者側がエイズウイルス感染者を差別しないこと、守秘義務を徹底することを再確認した上で、「エイズの症状が進行し、通常の業務遂行が困難になれば、いずれ同僚に知られることになる。一方同僚に感染の事実を知らせておけば、発病を遅らせるための仕事上のストレス回避に協力を得る

1993年1月 (社)日本能率協会

企業のエイズ教育・啓蒙・対応策に関するアンケート結果

集計報告書

I. 調査概要

1. 調査目的および調査内容

本調査の目的は、企業のエイズ問題に対する認識や対応策がどの程度のものかを把握するために実施したものである。
企業内での認識度や具体的教育・対応の現状を選択方式で回答いただき、企業内での具体的な教育・対策の現状を調査した。

2. 調査対象および調査方法

本調査は証券取引所1部・2部に上場およびそれに準ずる企業から無作為抽出した1,200社の人事部長宛に調査票郵送配付・郵送回収法により実施した。

3. 調査期間

本調査は1992年12月10日より配付し、1993年1月10日までに回収を終了した。

4. 回収状況

本調査では1,200通を配付し、336件の回収であった。
回収率は28%であった。

5. 回答企業の内訳

・製造業	218社	65%
・非製造業	114社	34%
・不明	4社	1%

6. 回答者の所属部門

・人事部(労務/勤労含む)	270社	80%
・総務部	46社	14%
・その他	20社	6%

ことができる。」という話法で、エイズウイルス感染従業員に対して感染事実の公表を進めています。

(Q-20)大企業と中小企業でエイズ対策のあり方に違いはありますか？

基本的には同じですが、次の点が指摘できます。

① 海外進出している大企業の場合、既にエイズが重要な経営問題になっている筈です。欧米の多国籍企業の中には、進出先のエイズ状況や法規制の最新情報を入手するための専門チームを設置したりコンサルタントを雇用しているところもあります。

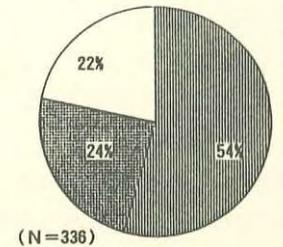
② エイズウイルス感染者が100万人以上と推定されているアメリカでは、中小企業の従業員の中にもエイズ患者が発生することが当たり前になりつつあります。一方わが国の場合、今すぐ国を上げて本格的なエイズ対策を実施すればそのようなことを回避できると期待されます。しかし、仮に従業員の少ない中小企業でエイズパニックが発生すれば、倒産する危険も皆無ではありません。従って、中小企業の経営者が従業員のエイズ啓蒙教育に努めることは、リスクマネジメントの一環として重要です。

II. 調査の集計結果

1. 企業とエイズに関する貴方の個人的なご意見についてお聞きします

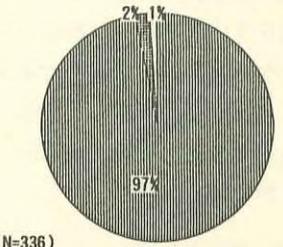
1-1. 貴方自身はエイズに関して正確な知識を身につけているとお考えですか。

はい Ⅲ 183件
いいえ Ⅱ 80件
わからない □ 73件
(無記入含む)



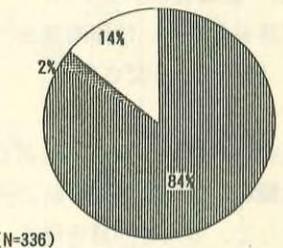
1-2. HIVは日常の社会生活では感染しないウイルスであるとともに一般に感染者はエイズを発症するまでの期間、通常の社会生活ができることをご存じですか。

はい Ⅲ 326件
いいえ Ⅱ 7件
わからない □ 3件
(無記入含む)



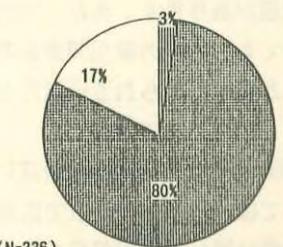
1-3. 万一あなたの職場でHIV感染者の存在がわかった場合周辺の社員にも動揺・影響が出ると思いませんか。

はい Ⅲ 281件
いいえ Ⅱ 8件
わからない □ 47件
(無記入含む)



1-4. 「エイズ」の問題は個人の問題であり会社は関わるべきではないと思いませんか。

はい Ⅲ 9件
いいえ Ⅱ 268件
わからない □ 59件
(無記入含む)



③ 中小企業で外国人従業員を雇っている場合でも。例外ではなく対応は全く同じです。つまり、「外国人は日本よりエイズ感染率が高い→外国人労働者はエイズ感染者かもしれない」という誤った思い込みがひろがっている模様ですが、日本人従業員に対しても、外国人従業員に対してもエイズ啓発教育の機会を提供し、平等に処遇すべきであることは言うまでもありません。

④ 産業医、カウンセラーの問題を含めて、1社では対応できないケースが中小企業では考えられます。国、地方公共団体、各地区の経済団体等の積極的な関与が今後の課題です。

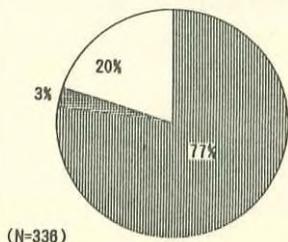
(Q-21)健康診断時のエイズ検査、感染者のプライバシー保護を含めて、法律問題を整理してください？

企業において、採用前、あるいは職場における健康診断の一部として、本人の同意を得ず、エイズ検査を行なうことは極めて問題があります。また、同意を得ても、日本の雇用関係を考えると強制と見られる可能性もあり、同じことです。

感染者のプライバシー保護については、エイズ予防法で医療関係者に厳しい守秘義務を課しています。企業内では、プライ

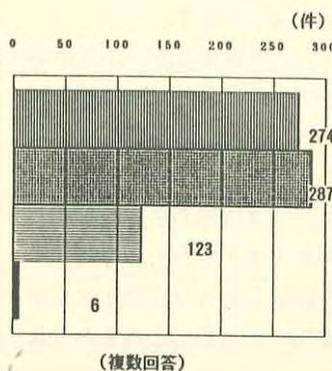
1-5. 今後、「エイズ対応」は企業にとって重要な課題になると思いますか。

はい 259件
いいえ 10件
わからない 67件
(無記入含む)



1-6. 今後、企業で「エイズ対応」を推進する場合どんなことに重点を置いてすすめるべきだと思いますか。(複数回答)

- 社員教育の徹底
- 社内感染者が出た場合の対応施策
- 感染者の救済措置
- その他

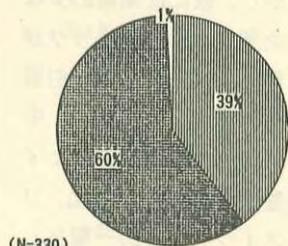


- 【具体的記述の例】
- ・感染者向けの環境整備
 - ・感染者向けの適正職場/職務範囲の選定
 - ・社員健康診断
 - ・(HIV血液検査)の推進

II. 貴社・貴部門としての「エイズ」に関する認識についてお聞きます

II-1. 貴社における正式の会議または社内報・通達等においてエイズの問題が採り上げられたことがありますか。

はい 130件
いいえ 197件
わからない 3件



バシー保護には十分注意する必要があります。

① 健康診断時のエイズ検査について、企業として遵守すべき事項、または許されない事項は次の通りです。

一般に、国は、エイズ検査にあたっては、プライバシー保護の重要性に鑑み、本人の同意を得ずに検査を行なわないように指導しています。

同様に、企業において、採用前、あるいは、職場における健康診断の一部として本人の同意を得ずにエイズ検査を行なうことも、プライバシー保護の観点から極めて問題があります。医療に関することは、個人のプライバシーに属することです。特に、エイズ感染者を雇用差別しないという社会的合意ができていない日本の現状とエイズに対する確実な治療法がないことを勘案すると、企業が無断で検査することはもちろんできませんし、同意を得ても、雇用主と従業員の力関係を考えると、自主的同意とは見られない可能性があります。

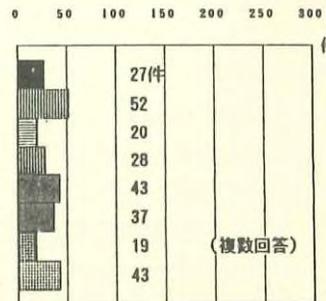
② 感染者の人権保護の観点から企業としてプライバシーに関して、遵守すべき事項、または許されない事項は次の通りです。

エイズ予防法(「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律」)は、エイズの感染状況を把握す

■「はい」の場合

II-1-① 具体的にはどんな会議またはメディアですか。(複数回答)

- 役員会
- 人事部内の会議
- 一般部門の会議
- 組合との会議
- 産業医との会議
- 社内報
- 通達
- その他

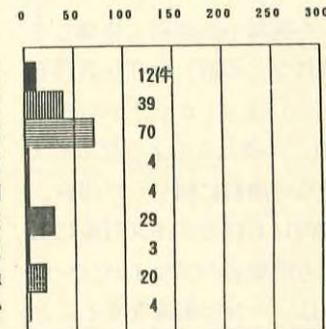


【具体的記述の例】

- ・健康保険組合の会誌
- ・安全衛生委員会
- ・組合/安全衛生委員会の会議
- ・営業部門責任者会議
- ・衛生管理者会議
- ・支店長会議

II-1-② その契機となった発言・提案は誰から発せられたものですか。

- 社長
- 役員
- 人事部
- 経営企画
- 組合側
- 産業医
- 一般社員
- その他
- わからない



【具体的記述の例】

- ・衛生管理者
- ・安全衛生部
- ・保健婦
- ・健康保険組合
- ・総務部長
- ・広報室長

るとともに、医師と患者の信頼関係に基づく保護指導を実施することにより、2次感染を防止することを基本としています。また、感染の心配な人が安心して検査を受けられ、感染者や患者が安心して両様に専念できるよう、プライバシーの保護に配慮したものとなっています。

具体的には、国及び、地方公共団体は、エイズに関する正しい知識の普及等の施策を講ずるにあたって、エイズ患者等の人権の保護に留意しなければならないこととされています(エイズ予防法第2条3項)。また、医師の都道府県知事に対する報告については、原則として感染者の氏名等を含めない等の配慮をするとともに、エイズの治療を行なった医師予防事務に従事した公務員などに厳しい守秘義務を課しています(エイズ予防法第14条、15条)。このようなエイズ予防法の趣旨に照らした場合、企業内におけるエイズ対策においても感染者のプライバシー保護には、十分な配慮をすることが必要であると考えられます。

なお、労働関係法規では、労働安全衛生法において事業者が行なう健康診断の実施の事務に従事した者について、守秘義務を課しています。(労働安全衛生法第104条)

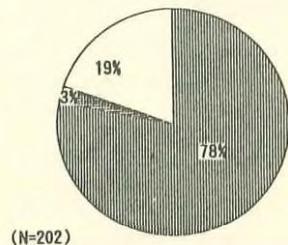
B. 産業医の役割とカウンセリ

■「いいえ」の場合

II-1-③

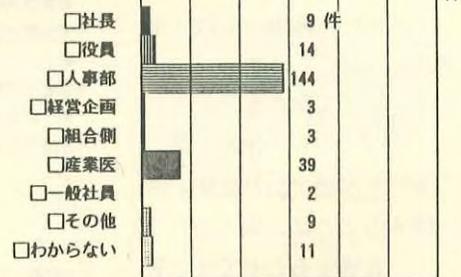
今後、エイズ対応について社内で検討する必要があると思いますか。

はい		158件
いいえ		5件
わからない	□	39件



II-1-④

社内検討が必要とすると提起は誰がすべきだと思いますか。



(具体的記述の例)

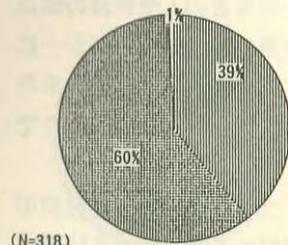
- ・保健婦
- ・健康保険組合
- ・行政指導

III. 貴社におけるエイズ対応の実情についてお聞きます

III-1.

貴社において何らかの形でエイズに関する教育・啓蒙・予防策等を実施されていますか。

はい		124件
いいえ		192件
わからない	□	2件



ングの必要性

a) 産業医の役割

産業医は企業職員の健康管理、健康相談の任にあたっており、その役割をエイズに関して医学的見地から整理すると以下のようなになる。

- ① エイズに関する正しい知識の普及
エイズに関する正しい知識の社員教育を行なう。
- ② エイズに関する医学的相談
・エイズウイルス感染リスクを減少させるための正確かつ最新の情報を把握する。
・企業内、職場内、学校内のエイズ感染不安者、感染者からの相談を受ける。
- ③ 患者や感染者の主治医との連絡
企業内、職場内、学校内のエイズ感染不安者、感染者からの希望があれば、主治医との連絡を行なう。
- ④ 企業首脳部への医学的具申

患者、感染者のプライバシー保護を第一条件とした医学的意見具申を行なう。すなわち、万一社内にエイズウイルス感染者が発生した場合、それを最初に発見した健康管理セクションの医師—産業医は、本人に「あなたは、残念な

■「はい」の場合

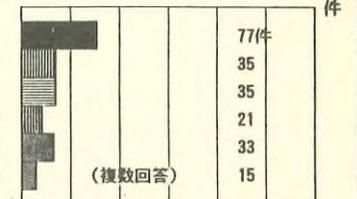
III-1-①

具体的にはどのような形態で行われていますか。(複数回答)

- 書籍/文書等配布
- 集合教育/研修等
- ビデオ教育
- 会議等での通達
- 社内報
- その他

(具体的記述例)

- ・健保機関誌
- ・小冊子の配付/研修の組み合わせ
- ・外部カウンセラーの委託



III-1-②

具体的には誰を対象として実施されていますか。(複数回答)

- 社長
 6件 |
- 役員
 9件 |
- 管理職層
 19件 |
- 人事・労務部門
 16件 |
- 海外出張/赴任者
 28件 |
- 希望者
 16件 |
- 特に限定せず
 72件 |
- その他
 33件 |

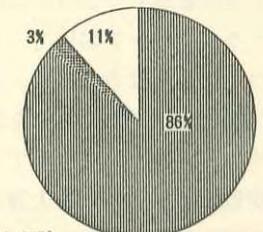
(具体的記述例)

- ・社員全員
- ・グループ社員/家族
- ・海外支社
- ・新入社員
- ・保健婦
- ・医療関係従事者

■「いいえ」の場合

III-1-③今後、何らかの形でエイズに関する教育・啓蒙が必要になるとお考えですか

はい		159件
いいえ		5件
わからない	□	21件



から血液検査でエイズウイルスに感染していることがわかりました。このことは、あなたの身体の中にエイズウイルスがいて、キャリアになっているということです。もし、あなたがコンドームを使用しないで性交渉をすればあなたのセックスパートナーにエイズウイルスを感染させることになるのです。そのことを十分に自覚して行動してください。」という意味の告知しなければならぬ。そして、エイズの診療を実施している医療機関を紹介してエイズ専門スタッフによる健康管理下に入るようすすめてはならないのである。

b) カウンセリングの必要性

さて、「告知」を受けた本人は大きなショックを受けることになるのは当然である。「死の宣告」を受けたと思い、絶望のあまり自殺行為に走ることも考えられる。欧米のエイズ先進諸国では、そのため早くからカウンセリングシステムをつくり、医療陣や健康管理セクションには必ずカウンセラーをおいて、エイズウイルス感染者やエイズ患者にはかれらの悩みごとを聞き、その対応を一緒になって考え、排他的になっている人達には、時間をかけてカウンセリングを実施して、彼らの心を開か

III-1-④

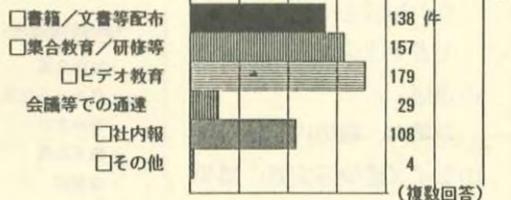
必要になる理由または必要でない理由をお書きください。

【具体的記述例】

- ・社員の海外出張が多いため
- ・海外支店、取引先の増加
- ・感染者の増加により一般常識としての必要性を感じる
- ・予防措置で防止できるものである
- ・偏見や誤った知識により社員が軽率な行動をとらないため
- ・社内で感染者がでる可能性もあり、アメリカ等でのパニックが心配
- ・社員の健康管理のフォローも会社の役割である
- ・企業/社会にとっては人材の喪失を防止する事が責任である
- ・人事/労務部門、管理者、保健衛生担当者等は職場、役割に応じた教育が必要
- ・個人レベルで知識/認識の違いがあると企業としての対応に支障が生ずる
- ・知識としては持っていますが、いざ感染者がでた場合は不安なため
- ・この機会に社内の健康情報/医療体制を再整備したい

III-2,

もし、今後エイズに関する教育・啓蒙が必要な場合、どのような形式が有効と見えますか。最も有効と思われる上位2つにチェックをお願いします。(複数回答)



【具体的記述の例】

- ・関係部門担当者の外部講演会派遣
- ・関係書籍の紹介
- ・相談窓口の紹介
- ・産業医/保健婦による相談受付

せることをやってきたのである。わが国においては、カウンセリングを実施している人達は存在しているが「医師」、「歯科医師」、「薬剤師」等のように身分が法制化されていない。したがって国家試験制度にもなっていないのである。病院には、「臨床心理士」と称して、精神障害者、ガンなどのターミナルケアに対するカウンセリングを実施している人達がいる。エイズ予防財団では、こういう人達にエイズの勉強をしてもらい、「エイズカウンセラー」として、患者や感染者のカウンセリングをってもらうよう努力しており、早急な「カウンセリング」の制度化が望まれる。

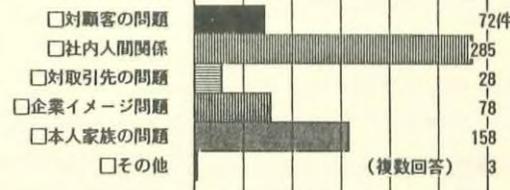
以下に、「カウンセリング」に関して重要と思われる事項を整理する。

① 医療従業者には「カウンセリングマインド」が必要である。

産業医がエイズウイルス感染者に「告知」をする場合、その場にエイズカウンセラーが介添してくれることが、最も望ましいことではあるが、健康管理セクションに勤務している看護婦、保健婦がその役を代行することも可能である。ただし、その看護婦、保健婦は、短期間でもよいかからエイズカウンセリングの研修を受ける必要がある。カウンセリングとはどのように

III-3.

貴社において万一感染者が出た場合、本人の健康に加えて重要な問題となるのはどういった場合を想定されますか。最も懸念すべき上位2項目にチェックをお願いします。(複数回答)



【具体的記述の例】

- ・医療職への感染防止
- ・本人の健康状態に応じた適正職場配置

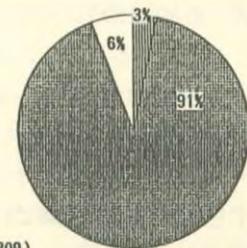
III-4.

貴社において万一感染者が出た場合、その対応の基本的考え方を決めていますか。

- はい 10件
- いいえ 281件
- わからない 18件

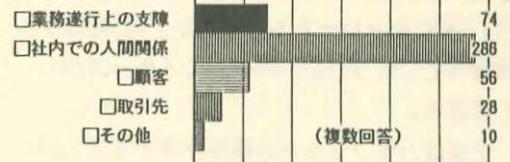
【具体的記述例】

- ・通常どおりの業務を運行してもらう
- ・あらゆる差別が行われないようにする
- ・東京商工会議所発行の「企業とエイズ対策の手引き」に準じる
- ・現在詳細を検討中



III-5

企業として感染者に差別・偏見なく対応するにあたり、その障害となる要因には、どういった事があると思いますか。



やるものか—その精神をくみとり、そして「ロールプレイ」の実施によりカウンセラーの役割を実演する研修を受け、カウンセリングマインドを持つことは何よりも大切なのである。

② エイズウイルス感染従業員を外部医療機関にスムーズにバトンタッチすること

産業医がエイズウイルス感染従業員に「告知」を行ない、カウンセリングマインドのある看護婦や保健婦が介添えて、エイズ診療を実施している医療機関に本人ともども出向いて先方にバトンタッチすることは、是非やってもらわなければならないことである。紹介状を持たせ、本人に行くようすすめただけでは、必ずしもその医療機関に行くとは限らない。「行くのが怖い」或いは、「行っても治らない病気なのだ」と考え込んでしまうケースがある。

エイズ予防財団のフリーダイヤルにかかってくる電話相談には、「自分はどうしたらよいのだろう」「妻に何といたらよいのか」「会社はクビになってしまうのか」等を訴えるケースがしばしばある。

③ 企業はカウンセラーの確保をすることが必要

エイズ問題に限らず、健康に関すること以外にも各従業員は悩みごとを持っているものである。ストレスをうまく解消できる人もおれば、その反対にストレスが蓄積して日常の業務に支障をきたす人もいるはずである。企業は、健康に関する問題で医学的指導だけでは解決できない問題については、それらの悩みを持つ人達に

対して、定期的にカウンセラーを招いてカウンセリングをしてもらうことは大変意義のあることと考える。その際、「相談室」を設置する配慮が必要である。時には、悩みを持つ人の家庭にも訪問して、家族ともども、カウンセリングをしてもらう場合もあるかもしれない。HIV感染ともなれば、家族間の家庭内のこと、また親戚、友人との係わりあい、会社内における言動等、頭の中は常時、不安・恐れが一杯になっているからである。

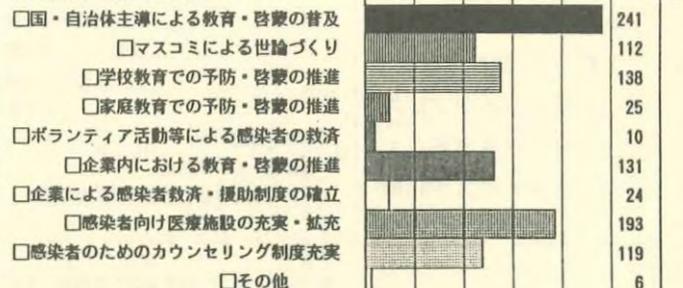
企業は単独でもよいからカウンセラーを嘱託にして、定期的に来社してもらうか、本人宅を訪問してもらうか等については、企業首脳部において協議した上、対応を考えることは、今後の必要な課題だと思われる。



IV. わが国におけるエイズ問題対応のあるべき方向性についてお聞きします

IV-1.

今後、治療の進歩やワクチンの開発が期待されるわけですが、並行してわが国におけるエイズ問題への対応について、貴方が重要と思われる上位3項目にチェックをお願いします。(複数回答)



本件に関する問い合わせ先

社団法人 日本能率協会
 公開教育事業本部 第一企画部
 船橋 正美/谷井 政博
 〒105 東京都港区芝公園3-1-22
 ☎03-3434-1567 (直通) fax03-3434-0900

労災保険審議会認定問題小委員会報告を踏まえた労災保険制度の適切な運用について

昨年末の労災保険審議会認定問題小委員会報告を受けて通達が出されたので関係通達とともに紹介する。平成4年3月31日付け基発第188号=行政情報公開基準(各省庁共通)は省略した。

については、小委員会における検討経緯や報告の趣旨等については、下記のとおりであるので、これに十分留意の上、労災保険制度のより一層適切な運用に努められたい。

記

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

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り、医学的知見の動向を継続的に見守っていくことが不可欠であるとの観点から、小委員会報告(以下、「報告」という。)においては、今後とも医学的知見の収集等に努めるとともに、その結果を踏まえて必要に応じ見直しを行なうこととされたものである。

業務上疾病のうち、脳血管疾患及び虚血性心疾患等(「脳・心臓疾患」という。)の業務上外認定基準については、昭和62年に当時の最新の医学的知見を踏まえて策定されたものであり、これに基づいて労災認定を行なっているところであるが、これについては、小委員会での検討において、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。しかしながら、労働省としては、現行認定基準は最新の医学的知見に照らしても妥当なものであって見直す必要はないと考えており、報告においても、この認識を前提としつつ、行政において新たな医学的知見の収集等をより積極

基発第38号
 平成5年1月20日
 各都道府県労働基準局長殿
 労働省労働基準局長

労災保険審議会認定問題小委員会報告を踏まえた労災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(以下、「審議会」という。)においては、平成元年12月25日の建議を踏まえ、審議会に認定問題小委員会(以下、「小委員会」という。)を設け、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(以下、「労災保険制度」という。)の運用面について検討を行なってきたところである。こうした検討を踏まえ、今般、小委員会において、労災保険制度のより一層適切な運用を図るべき事項について別紙のとおり報告が取りまとめられ(略—93年2月号参照)、審議会において報告・了承されるとともに、審議会より行政に対して報告を踏まえた運用について要請が行なわれたところである。

的に推進することとし、その上で脳・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見直しの検討を行なうこととされたものである。

なお、本省において従来から行なっている脳・心臓疾患に関する医学文献等の収集をより一層効果的に行なうために、(財)労災保険情報センターを活用することにより脳・心臓疾患に関する医学文献等を収集するとともに、これらを的確に評価して整理する体制を平成5年度に整備することとしている。

また、報告における「作業関連疾患に関する調査研究」とは、現在、安全衛生部において、予防対策を推進する観点から、平成2年度から5カ年計画で実施されているものを示すものである。

(2) 現行の認定基準の適切な運用

現行の業務上疾病の認定基準は妥当なものであるとの認識を前提としつつ、報告においては、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、その一層適切な運用に努めることとされたものである。

特に、脳・心臓疾患に係る認定基準に基づく調査に関し、現行の調査票の記載欄においては、労働時間に関する項目のみしか掲げられていないことから、業務の過重性の判断が労働時間に偏りすぎているのではないかと誤解を招いている面があるとの認識に基づき、報告においては、現行の調査票の記載欄に、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こととされたものである。

なお、この点に関しては、現在、本省において調査票の内容について検討を行なっているところであるので、検討結果がまとまり次第、別

途通達することとしている。

2 業務上外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

業務上外の認定に当たっては、必要に応じ被災労働者、事業主、上司、同僚、家族、医療機関等の関係者からの事情聴取などの調査を行なっているところであるが、これらについては必要な事実関係の正確な把握を行なうために重要であるとの認識に基づき、報告においては、今後ともそれらを十分に行なうこととされたものである。

特に、医学的判断を要する事案については、医証の整備が重要であるとの認識に基づき、従来どおり、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こととされたものである。

(2) 事業主証明の履行の推進

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」という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努めているところであるが、業務上外の認定等を円滑に進めるためには、事業主の理解と協力が不可欠であるとの認識に基づき、報告においては、今後ともそれらを十分に行なうこととされたものである。

また、事業主が証明しないことについて、やむを得ない事情が認められる場合には、証明がなくても請求書を受領した上で、実地調査等により必要な事実を確認することとしているところであるが、これらの取扱いについては労働者保護の見地から必要であるとの認識に基づき、今後とも十分に行うこととされたものである。

(3) 処分理由の説明等

① 認定の一層の迅速化のためには、労働基準

監督署における調査の円滑な実施などが重要であるとの認識に基づき、報告においては、そのための体制の整備に努めることとされたものである。なお、この点に関しては、労災医員の定員の見直しを含め、認定の迅速処理を図るための体制の整備について別途通達することとしている。

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、その処理状況等の説明を行なうこととしているところであるが、これらについては行政に対する信頼の確保等のために必要な措置であるとの認識に基づき、報告においては、この取扱いを徹底することとされたものである。

② 請求人に対して不支給決定通知を行なうに当たっては、昭和60年11月11日付け基発637号、昭和63年10月19日付け基発679号、平成3年3月19日付け基発157号、平成3年4月11日付け基発237号により、通知書にその理由を簡潔に記載するとともに、請求人から処分理由の説明を求められた場合には、法律上の根拠及びその解釈並びに医学的判断理由等必要な範囲の説明をできる限りわかりやすく行なうこととしているところであるが、これらについては請求人が当該処分理由を理解するために必要な措置であるとの認識に基づき、報告においては、この取扱いを徹底することとされたものである。

また、支給・不支給の決定の受領に関しては、審査請求期間との関係で問題となる場合があることから、報告においては、疾病に係る不支給決定通知について、請求人がより一層確実に受領することができる送付方針を検討することとされたものである。

なお、この点に関しては、本省において検

討を行ない、検討結果がまとまり次第、別途通知することとしている。

③ 労働基準監督行政機関が所持する文書については、行政目的のみに使用されることを前提として任意に提出されたものや行政内部の手続のために関係者の協力を得ながら作成された文書などがあり、請求人に対してこれらを開示することは、行政の適切な執行を確保する上で問題があり、ひいては労働基準行政に対する国民の信頼を損なうことにもなりかねないことから、適当でないものが少なくないと考えられる。このため、第三者からの文書の開示等の要請については、昭和57年2月2日付け基発第128号により、労働基準行政機関として調査検討が十分に尽くされ、かつ、何らの意見、判断等を含まない客観的事実であって、企業の秘密あるいは個人の名誉、プライバシー等に属しない事項に限って開示することとし、また、平成4年3月31日付け基発第188号による行政情報公開基準の取扱いにおいても、同様の考え方に基づいて文書の公開を行なうこととしているところである。報告においては、請求人からの文書閲覧など諸データの開示請求についても、これらと同様の考え方に基づき適切な対応に努めることとされているものである。

なお、報告における「その他第三者の権利を侵害するおそれがあること等」の「等」には、行政の適切な執行の確保が含まれているものである。

(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、労災保険審査専門調査員等の補助者の設置及びこれらの者の適正配置等を行なうとともに、労働保険審査会についても事務局の増員を図るなどの努力をしているところであるが、報告においては、今後とも

事務処理体制の強化に努めることとされたものである。

なお、この点にかんしては、本省において、今後とも職員の増員に努めていくこととしている。

② 参与制度は、複雑な労働関係の場における事案を解明する労災保険の特殊性にかんがみて、審査官が労使代表の専門的知識を活用し、あるいは労使の実情、慣行等についてそれぞれ意見を聞くことにより、審理の公平、的確を期することを目的とするものであり、このような趣旨を踏まえて運営されているところであるが、その重要性にかんがみ、報告においては、参与制度がより一層効果的に運営されるように配慮することとされたものである。

3 広報・相談体制について

労災補償行政に対する国民各層の関心が高まりつつある中で、その円滑な推進を図っていくためには、労災保険制度の仕組みや基本的考え方を始め各種施策の内容について周知し、国民の正しい理解を得ることが極めて重要であり、広報担当者と連携を図りつつ、労災主務課において労災保険制度、認定基準等のより一層の理解の促進のため、効果的な広報活動に努めてきたところである。しかしながら、労災保険制度等についての理解の欠如に基づくと思われる批判や指摘も依然として見られることから、報告においては、今後とも広報活動の推進に努めることとされたものである。

特に、脳・心臓疾患の労災補償については、(財)労災年金福祉協会において脳・心臓疾患に係る相談窓口を設けるとともに、労働基準監督署及び都道府県労働基準局の窓口においても、丁寧でわかりやすい説明を行なうことにより、可能な限り請求人の理解が得られるように努めてきたところである。しかしながら、依然とし

て、脳・心臓疾患に関し、保険給付に対する強い期待感から十分な理解がないまま請求してくる者も見られることから、報告においては、今後とも相談体制の整備を進めることとされたものである。

また、窓口サービスの向上については、平成3年4月11日付け基発第237号等により積極的に取り組んでいるところであるが、引続き親切でわかりやすい窓口対応を行なうよう努めることとされたものである。

基発第128号
昭和57年2月22日
各都道府県労働基準局長殿
労働省労働基準局長

第三者からの文書の開示等の要請に対する取扱いについて

近時、業務上災害の損害賠償請求訴訟等に関連して、裁判所、弁護士会等から災害調査復命書その他労働基準行政機関の所持する文書の開示等を要請される事例が多くみられる。

これが取扱いについては、昭和45年6月17日付け基発第452号「業務上災害の損害賠償請求等に伴う第三者の関係書類閲覧等要請について」をもって指示したところであるが、今般、これが取扱いを下記のとおり改めることとしたので了知の上、遺憾なきを期されたい。

なお、上記通達は、本通達をもって廃止する。

記

1 開示に当たっての基本的考え方

労働基準行政機関の所持する文書について、裁判所から文書送付の嘱託(民事訴訟法第319条)又は調査の嘱託(同法第262条)がなされ、ま

た、弁護士会から照会(弁護士法第23条の2)がなされること等があるが、労働基準行政機関としては、裁判等がもつ公益性にかんがみ、これらの要請に対して可能な限り協力すべきものであることはいうまでもないところである。

しかしながら、労働基準行政機関の所持する文書のなかには、行政目的のみに使用されることを前提として任意に提出されたもの、行政内部の手続のために作成されたもの等、行政の適正な執行を確保する観点から当該文書を第三者に開示するのが適当でないものが少なくない。

特に、労働基準監督官等の職員が、事業場等に立ち入り、関係者に質問し、帳簿、書類等の提出を求め、あるいは各種の報告を求める等、その職権の行使によって得た情報のなかには、企業の秘密に属する事項、個人の名誉、プライバシー等に属する事項等が含まれていることにも留意する必要がある。

このため、これら行政目的のために提出され、又は作成された文書あるいはそのために収集、把握した情報等を第三者に開示することは、行政の適正な執行を確保する上で問題であるばかりでなく、労働基準行政機関に対する労使その他の国民の信頼を損ない、常に公正中立を要請されている労働基準行政機関の存立基盤そのものを揺るがすことにもなる。これは、今後の行政運営に重大な支障を来すおそれがあり、さらには職務上知り得た事項についての守秘義務に触れる場合もあって、許されないものである。

したがって、これらの要請に対する文書の取扱いについては、上記の点に十分留意して対応する必要がある。

2 回答して差し支えない事項

上記1の基本的考え方から、回答して差し支えない事項は、①労働基準行政機関として調査検討が十分に尽くされ、かつ、何らの意見、判断等を含まない客観的事実であって、②企業の

秘密あるいは個人の名誉、プライバシー等に属しない事項であること。

したがって、例えば、法違反の有無、内容、程度、原因、措置、再監督の要否、災害発生の原因等については、調査官又は行政官庁の何らかの意見、判断等が含まれるものであることから、除外すべきものであること。

3 回答するに当たって留意すべき事項

回答するに当たっては、各種復命書等は、職員の意見、判断等を付して上司に報告・具申する文書であり、あるいは行政官庁としての意思決定の経緯を明らかにした文書であることから、原本、謄本等生の姿でこれを行うことは適当ではなく、必要な事項に限って別途回答する等これが回答方法について十分に配慮する必要があること。

基発第237号
平成3年4月11日
各都道府県労働基準局長殿
労働省労働基準局長

労災補償行政におけるサービスの向上について

労災補償行政におけるサービスの向上については、これまでも積極的に取り組んできたところであるが、今般、労災補償行政における窓口対応の一層の向上を図る観点から、当面、早急に実施すべきと考えられる事項について次のとおり取りまとめたので、本通達の趣旨を十分に踏まえ、労災補償行政の一層のサービスの向上に努められたい。

記

1 趣旨

(1) 労災補償行政は被災労働者やその遺族(以下「被災労働者等」という。)を対象とする行政であり、被災労働者等の側には一般的に保険給付に対する強い期待があり、他方、国の所管する保険を運営する立場にある行政としては、法令と事実に基づき、厳正、公平に判断することが求められ、そのような意図がないにもかかわらず、ややもすると「冷たい」、「厳しい」という受け止め方がされやすい側面を有していると考えられる。

また、社会一般にも、できる限り広く、かつ、手厚い救済をすべきであるという意識が強く、行政に厳しい目が向けられやすい傾向にあるとも考えられる。

(2) 労災補償行政のサービス向上については、これまでもこのような困難な状況の中で常々積極的に取り組んでおり、一定の成果を上げてきたところであるが、一時、マスコミ報道や国会審議等において、脳・心臓疾患等の労災認定等に関連して、被災労働者等への対応の在り方について問題提起がなされたところである。

(3) この背景には、(1)に述べたような保険給付に対する強い期待感等のため、十分な説明を行っても理解を得られないといった事情もあるとはいえ、こうした印象、誤解又は批判を招くことは、行政に対する信頼を揺るがせ、ひいては行政を円滑に進めていく上での障害ともなるものであり、労災補償行政の特質を認識しつつ、できる限りそのような受け止め方がされることのないような対応に心掛けていく必要がある。

このためには、特に心の通った行政に心掛けることを基本としつつ、

- ① 被災労働者等の気持ちを理解した上で親切な対応を行うこと
- ② 制度についての趣旨が十分理解されるようわかりやすい説明を行うこと
- ③ 必要に応じ、行政側の処分、判断につい

て、可能な限り納得が得られるよう、その根拠をわかりやすく説明すること等を常々心掛け、そのために必要な体制をとっていくことが重要であると考えられる。

(4) こうした対応についてはこれまでも常に心掛け、積極的に取り組んできたところであるが、以上のような状況等を踏まえ、単なる「さわやか行政サービス運動」にとどまることなく、労災補償行政の一層のサービス向上を図ろうとするものである。

2 具体的実施事項

(1) 対応について

被災労働者等は、労働災害を被ったことによって心理的にショックを受け、あるいは将来の生活について不安を抱えている場合が多いと考えられる。

また、事業主や労務関係担当者と異なり、労災保険制度やその仕組み、あるいは都道府県労働基準局(以下「局」という。)及び労働基準監督署(以下「署」という。)の組織についての知識が十分でなかったり、署にもなじみが少ない場合が多いと考えられる。

このため、一般的には問題にならない対応であっても被災労働者等には不親切である等の印象を持たれやすいということも考えられる。

このような被災労働者等の気持ちを踏まえ、主として次のような対応に努めることとする。

イ 丁寧な言葉使いに心掛けることはもちろん、労災保険制度の内容や個別事案に係る処理、判断の内容等について、できる限り親切に説明を行うよう心掛けること。

ロ 事務室の配置等についても、来庁者の不安感を和らげ、落ち着いて労災関係職員と応接ができるようなものとなるよう、次のような措置を講ずるよう努めること。

(イ) 来庁者に不愉快な感じを与えることなく適切な対応ができるよう、来庁者の立場を

考えた職員の机の配置や、応対用の椅子、待合椅子などの配置の見直し等に努めること。

(ロ) 来庁者が入室しやすいよう事務室内を明るくするため、採光、照明、花を飾る等により事務室内の雰囲気配意するよう努めること。

(2) 労災保険に関する相談体制等について

1で述べたように、労災補償行政は、一般的に行政に対して強い期待感等を持っている被災労働者等を相手とすること等もあって、説明、相談、説得等の行政手法を用いなければ円滑な業務運営が期し難い行政と考えられる。

このため、次のように相談体制等を図ることとする。

イ 以下に留意しつつ、各署内に、労災保険に関する各種相談について特に事項を制限することなく一次的な回答が速やかにできるような窓口として「労災保険相談コーナー」(以下「相談コーナー」という。)を可能な限り設置する。

なお、新庁舎等で労働保険相談室が設置されている署にあつては、その活用を図ることとする。

(イ) 相談コーナーは、事務室の広さに制約がある場合は、必ずしも専用のスペースを設ける必要はないが、来庁者が気軽に相談できるよう、また、来庁者がどこで相談すればよいかわかるよう、事務所の入口近くに設置する、あるいは庁舎案内図又は相談担当者の机に表示を行う等の配慮をすること。

(ロ) 相談コーナーにおける相談は、基本的に現在委嘱している労働保険相談員等が当たることとする。

(ハ) a) 専門的事項、個別事案等、労働保険相談員等で対処することが適切でない事案に

関する相談については、時期を逸せず速やかに担当者を引き継ぐ、b) 相談員等が他の業務を行っている場合、不在の場合等の代替者を決めておくこと等、相談体制、相談に当たる者と担当者の分担、連携体制等をあらかじめ明確にしておくこと。

また、被災労働者等と穏やかな対応を行うことが困難と認められる等の場合にあつては、複数の者が相談に当たる等の連携体制の確保にも留意する必要があること。

(二) 相談に当たっては、相談対象者の職業、経歴等に応じ、できる限り平易にわかりやすく説明すること。

ロ 局労災主務課内にも同様の相談コーナーを設けることが望ましいこと。

なお、その場合においても上記イに準じて行うこと。

ハ 個別事案に関しても請求時点、処分前、処分後、それぞれの時点において照会があった場合は、守秘義務に留意しつつ、差し支えない範囲で労災保険制度の仕組みや考え方、処分の理由等について説明すること。

また、照会がない場合であっても、それが請求への理解を促進し、事案の早期解決に資すると考えられる場合には、積極的に説明の機会を設けるよう配慮すること。

3 その他

(1) 上記2のほか1の趣旨を踏まえ、局・署の実情に応じ、それぞれ自主的に労災補償行政サービスの向上について検討を行い、実施可能なものから実施していくこととする。

(2) また、同行政サービスの向上を図るに当たっては、その趣旨について職員が十分理解した上で行っていくことが是非とも必要であり、各種会議、研修等の場を利用して趣旨の徹底を図るほか、種々の機会を通じて機運の醸成、理解の促進が図られるよう特に配慮すること。

半数で「職場の疲労度」が増大

89年以来二度目の調査

連合は、昨年10月8日、「第2回労働安全衛生シンポジウム—国際労働基準と快適な職場をめざして—」を東京で開催した。小木和孝氏（ILO労働条件環境局長）、山本和義氏（労働省安全衛生部環境改善室長）、中桐伸五氏（自治労顧問医）、深瀬清祐氏（連合安衛対策会議委員、合化労連労働局長）の各氏をパネラーに「安全・健康で、快適な職場をめざして」というテーマでパネルディスカッション。

この席上で「安全衛生に関する調査」の中間集計報告が行われた。この調査は、89年の民間連合時代に1回実施しているが、今回は、88、92年改正が行われた労働安全衛生法をめぐる問題、これからの安全衛生活動に向けて連合への要望等をテーマに行われたもの。調査は、92年8月から9月にかけて行われ、11月に、中央執行委員会での報告及び労働安全衛生対策会議で検討を加えたのち、最終集計結果がまとめられた。

I 調査の概要

- 1 本調査は、労働安全衛生、快適職場形成に関する連合加盟組織の職場の状況を把握するため、1992年8月から9月にかけて実施されたものである。
- 2 調査対象は加盟構成組織に加盟する単位労働組合が組織する事業所である。加盟組織に、合計約3,000の対象事業所の選定、ならびに対象事業所の労働組合への調査表の記入・送付を依頼し、49構成組織から1,609事業所についての回答を得た。（回収率53.6%）

- 3 対象事業所の部門としては、民間が82.1%、公務等が17.7%、民間のうち製造業が64.5%、非製造業が35.5%である。民間のうち製造業、非製造業の構成比は、前回（1989年）民間連合調査とほぼ同じ結果となった。
- 4 事業所従業員規模別で、最も多いのは、300人以上1,000人未満（32.6%）である。
- 5 勤務形態別では、日勤のみが5割を超えている（52.1%）が、交替制勤務をとる事業所も事業所も4割以上（45.1%）ある。
- 6 直接部門の比率別では、直接部門の比率75%以上の事業所が59.3%で最も多い。
- 7 業種別では、金属が34.8%で最も多く、公務等が17.7%でこれにつぐ。
- 8 なお、集計結果の表作成にあたっては、N.A.を省略しており、複数回答も多いため、必ずしも合計が100%になっていない。

II 集計結果の特徴点

- 1 職場の安全衛生管理体制
 - 1-1 安全衛生委員会
 - (1) 安全衛生委員会の設置状況
 - 小規模事業所で安全衛生委員会が設置されている事業所は約半数にとどまる。従業員規模50人以上の事業所では、ほぼ9割以上の事業所で設置されており、開催されていない事業所はごく少数にとどまるが、設置が義務づけられていない50人未満の事業所で設置・開

催されているのは51.2%である。ただ、3,000人以上の事業所でも4.4%が設置されていないなど問題がある。

業種別では、製造業では、ほとんどの業種で100%あるいはそれに近い事業所で設置されているが、「ホテル・レジャー・一般」「商業・保険・金融」などの非製造業部門及び「公務等」等で設置されていない事業所が多い。

なお、国家公務員（非現業）は、安全衛生委員会ではなく人事院規則で「職員の健康管理及び安全管理に関して職員の意見を聞くための措置」として健康安全協議会の設置が義務づけられており、安全衛生委員会とは性格が異なるので、回答に影響があるかも知れない。

(2) 安全衛生委員会が機能しているか否か

■小規模事業所で、機能していない事業所が多い。

全体では、34.6%の事業所が「十分機能している」、48.8%の事業所が「機能している」と答え、両者を合わせた比率は83.4%に達する。「あまり機能していない」「全く機能していない」を合わせ「機能していない」と答えた比率は、従業員規模が小さくなるほど高くなる傾向にある。

(3) 安全衛生委員会への労働組合の参加体制

■事業所規模が小さくなるほど、組合役員が参加している事業所が小さくなる。

全体としては、組合役員が参加していない事業所は、ごく僅か（4.8%）にとどまっている。従業員規模が小さくなるほど、組合役員の参加している比率が低くなる傾向がある。

(4) 労働組合の安全衛生活動への取り組み

■非製造業部門で、労組の取組みが不十分。

労組が、安全衛生委員会以外の安全衛生活動に取り組んでいない事業所は全体としては25.9%にとどまる。しかし、組合員が職場点検を行ったり、安全衛生の責任者になっている事業所

は、従業員規模が小さくなるほど減少しており、50人未満の事業所では、「特に取り組んでいない」と答えた事業所が29.1%に達するなど、小規模事業所での労組の活動が低調であることを物語っている。業種別では、「情報・出版」で「安全衛生委員会以外に取り組んでいない」事業所の比率が高い（55.8%）。また、「交通・運輸」「ホテル・レジャー・一般」「商業・保険・金融」といった非製造業部門の業種で「特に取り組んでいない」と答えた事業所の割合が高い。

3,000人以上の従業員規模の事業所では、77.2%の事業所で組合役員が職場点検を行っているのに対し、50人未満で、組合役員が職場点検を行っている事業所は37.0%にとどまる。

1-2 安全・衛生推進者（従業員規模50人未満の事業所）

(1) 安全・衛生推進者の選任の有無

■約2割の事業所で安全・衛生推進者が選任されていない。

1988年の法改正で、従業員規模10～49人の事業所に安全・衛生推進者の選任が義務づけられたが、回答結果を見ると、22.0%の事業所で安全・衛生推進者が選任されていない。特に際立っているのは、交替制勤務をとっている事業所では77.3～91.7%の事業所で選任されているのに対し、日勤制のみの事業所で選任されている事業所が56.5%にとどまっている。

(2) 安全・衛生推進者選任による職場の安全衛生の改善

■日勤や深夜勤を含む交替制勤務をとる事業所で、改善効果が不十分。

安全・衛生推進者の選任が職場の安全衛生の改善に役立った、と回答している事業所は、半数に達していない（42.5%）。特に、日勤や深夜勤を伴う交替制をとる事業所で、「かなり役立った」と答えた事業所はごく少数（約9%）にとどま

り36～42%以上の事業所が「役立っていない」と回答しているのが目立つ。

1-3 産業医(非現業の国家公務員は「健康管理医」)

■産業医の選任状況は規模によって異なる。

50人以上の事業所で、産業医が選任されていない事業所は8.0%にすぎないが、50人未満の事業所では産業医が選任されていない事業所は4割を超え(41.7%)、法適用の有無による差が歴然としている。

業種別では「ホテル・レジャー・一般」「交通・運輸」「情報・出版」などの非製造業で選任されていない事業所が多い。

50人未満の事業所であっても、業種別にみると、回答事業所数は少ないものの、「情報・出版」で75%の事業所で選任されており、「商業・保険・金融」で地域的にまとめて選任されている、などの特徴がある。

(2) 労働組合の合意を前提に選任されているか否か(従業員規模50人以上の事業所)

■労組の合意なしに産業医が選任されている事業所が半数近くある。

全体として、労組の合意を得ることを前提としないで選任される事業所のほうが、労組の合意を前提として選任される事業所を上回っている(46.1%：39.8%)。従業員規模が小さくなるほど、労組の合意を前提としないで選任される事業所が増える傾向が見られる。また、職場の疲労度が増している事業所のほうが、そうでない事業所より労組の合意を前提としないで選任される割合が多い、という傾向が見られる(50.1%：43.4%)。

業種別では、「情報・出版」で、労組の合意を前提としないで選任される事業所が多い。

(3) 産業医が選任されていない理由(従業員規模50人以上の事業所)

■「会社側の取り組み不十分」を理由にあげる

事業所が圧倒的に多い(61.2%)。

(4) 産業医制度が機能しているか否か(従業員規模50人以上の事業所)

■全体としては、71.5%の事業所が「機能している」と答えているが従業員規模が小さくなるほど「機能していない」と答える事業所の割合が増えている。

業種別では「ホテル・レジャー・一般」(45.5%)「情報・出版」(45.2%)「建設・資材・林産」(44.4%)等非製造業及び「公務等」(38.2%)で機能していない事業所が多い。

(5) 産業医制度の機能(従業員規模50人以上の事業所)

■産業医の機能としては、「健康診断や結果の事後処置」及び「健康相談やカウンセリング」を挙げる事業所が、従業員規模の大小を問わず圧倒的に多い。

しかし、「安全衛生委員会への出席」及び「職場巡視」を行っている事業所の割合は、従業員規模が小さくなるにしたがって減っている。製造業に比べ、非製造業では産業医が職場巡視を行っている事業所が少ない。(特に「ホテル・レジャー・一般」「商業・保険・金融」でこの傾向が強い。)産業医が常勤で選任されている事業所では、非常勤で選任されている事業所に比べ、産業医の機能に対する評価が高い。

1-4 海外赴任者の健康管理

(1) 赴任前の健康診断

■赴任前の健康診断を実施していない事業所がかなり多い。

該当者がいない、あるいは不明、と回答した事業所を除いて集計した結果、1989年の法改正によって半年以上の海外赴任前後に一定の健康診断が義務づけられているにもかかわらず、赴任前に健康診断を実施していない事業所がかなりある。すなわち実施していない事業所の割合は海外勤務半年以上の者について18.7%、半年

未満の者では43.5%にもものぼる。

3,000人以上の従業員規模の事業所で実施している率がやや高まるものの概して事業所規模の大小で差は少ない。

(2) 帰国後の健康診断

■帰国後の健康診断の実施も不十分

帰国後の健康診断の実施状況は、赴任前の健康診断の実施状況よりさらに悪く、実施していない事業所の割合は、全体で半年以上の者について29.6%、半年未満の者についてはほぼ5割(48.6%)にのぼる。

業種別にも、赴任前の健康診断実施とほぼ同じ傾向で「資源・エネルギー」「公務等」で実施していない事業所が多い。

1-5 労働安全衛生法関連

(1) 快適な職場環境形成に必要なもの

■大規模事業所では、作業環境整備。小規模事業所では、労働密度の緩和。

トップは「時間短縮・残業規制の強化」で、「安全衛生対策の強化」「職場におけるストレスなどの対策」「温熱条件・照明など作業環境の改善」などが上位を占めた。各項目を、安全衛生対策整備関連、作業環境整備関連、労働時間関連の3つに分類すると、次のような特徴がある。

まず合計で見ると、快適職場形成のために必要なものは、労働時間の短縮・残業規制強化等労働密度の緩和と温熱条件・照明やストレス対策等作業環境の改善が必要であるの2つがトップになっており、この2つに比べれば安全衛生体制整備に対してのニーズは小さい。

つぎに、従業員規模で見ると100人未満の小規模事業所で最もニーズが高いのは労働密度の緩和で、作業環境の改善がこれにつぎ、安全衛生対策の整備はニーズが低い。これに対し、1,000人以上の大規模事業所で最もニーズの高いのは作業環境の改善であり、労働密度の緩和のニーズは小規模事業所よりは低く安全衛生体

制の整備のニーズも小規模事業所と同様に低い。事業所の規模が大きくなればなるほど、職場におけるストレス、メンタルヘルス対策の充実をもとめるニーズが高い。

勤務形態別に見ると、日勤制のみの事業所でニーズが最も高いのは、作業環境の改善、ついで労働密度の緩和である。しかし深夜勤を伴う交替制をとる事業所では、労働密度の緩和に対するニーズが作業環境の改善のニーズより高い。

(2) 今後の労働安全法の改正すべき項目

■健康診断の項目・アフターケアの充実、健康管理の充実がトップ。

健康診断項目・アフターケアの充実がトップで、健康状態を配慮した健康管理の充実、健康保持増強のための施設充実、メンタルヘルス対策などが上位を占める。

2 過労問題

2-1 過去3年間の職場の疲労度

■ほぼ半数(45.6%)の事業所で、過去3年間の傾向として職場の疲労度が増している。

しかもこの傾向が業種、規模のいかんにかかわらず共通しているところに職場のおかれた現在の厳しい状況が反映されている。疲労度が少なくなっている事業所は1割にも満たない(8.1%)。

業種別では、「公務等」で71.8%と最も高い比率となっているほか、「交通・運輸」で54.1%と特に高い。

2-2 過労が原因と思われる問題

(1) 過去3年間に過労が原因と思われる問題の有無

■職場の疲労度が増している事業場では過労問題があった事業所が5割を超える。

過労が原因で病気、事故、その他の問題があ

った事業所は全体で30.2%に達している。この数字は前回調査の28.1%を上回っている。これを、職場の疲労度が増した事業所とそうでない事業所と比較すると、歴然たる差が出てくる。

すなわち、職場の疲労度が増している事業所では過労問題があった事業所が51.2%であるのに対し、職場の疲労度が増していない事業所で過労問題があった事業所は12.1%にすぎない。業種別では、「公務等」(55.6%)「交通・運輸」(45.8%)「建設・資材・林産」(33.3%)「ホテル・レジャー・一般」(32.0%)等で過労が原因と思われる問題があった事業所が多い。

(2) 過去3年間の過労が原因と思われる事故の発生件数

■職場の疲労度が増している事業所で事故や病気の発生件数が多い。

全体としては、1~5件未満が67.1%を占めており、10件以上発生した事業所は11.1%にすぎない。しかし、この10件以上発生した事業所は、全て過去3年間の傾向として職場の疲労度が増している事業所であり、職場の疲労度が増していない事業所で10件以上事故が発生した事業所はない。業種別では、「交通・運輸」で28.5%の事業所が10件以上発生した、と回答している。

(3) 過去3年間の過労が原因と思われる病気の発生件数

全体としては、1~5件未満で64.4%を占めており、10件以上発生した事業所は9.5%にすぎない。しかし、職場の疲労度が増している事業所で10件以上発生した事業所は12.3%で、疲労度が増していない事業所の比率7.1%を大きく上回っている。また、30件以上発生した事業所が3事業所あるが、これは全て職場の疲労度が増している事業所である。「繊維・食品」「交通・運輸」「ホテル・レジャー・一般」で10件以上の病気が発生した事業所がある。

(4) 過労が原因の休業者や死亡者の有無

■過労に関連している休業者があった事業所が半数以上ある。

過労が原因と思われる問題が生じた事業所のうち、過労に関連している休業者があった事業所が半数以上あり、休業者や死亡者がなかった事業所は21%にすぎない。この傾向は、業種、規模別に見ても顕著な差はない。ただし、勤務形態別に見ると、深夜勤を伴う交替制をとる事業所の場合は、死亡者や休業者がなかった事業所の割合(18.1%)が、日勤のみ(21.9%)、深夜勤を伴わない交替制をとる事業所(30.3%)より少ない。また、職場の疲労度が増している事業所では、ほとんどの項目で休業者や死亡者があった事業所の割合が、職場の疲労度が増していない事業所を大幅に上回っている。

業種別では、過労が原因と思われる問題が生じた事業所のうち、「休業者や死亡者がいなかった」事業所は、「交通・運輸」(11.3%)「情報・出版」(12.5%)「商業・保険・金融」(7.7%)等非製造業及び「公務等」(16.5%)でごく少数の事業所にとどまっている。

(5) 過労が原因と思われる事故や病気の種類

■「脳疾患」と「心臓疾患」の2つを加えた比率がかなり高い。

「腰痛」「胃かいよう・十二指腸かいよう」の2つが、それぞれ41.5%、39.4%と高い比率を占めるが、壮年期の急死の主因である「脳疾患」と「心臓疾患」の2つを加えた比率も35.4%とかなり高い。特に、この「脳疾患」と「心臓疾患」の2つを加えた比率は、職場の疲労度が増している事業所では40.7%と、職場の疲労度が増していない職場の17.1%を大きく上回っている。また、通勤途上と事業所内の両方を加えた事故の比率も、職場の疲労度が増している事業所では31.1%で、そうでない事業所の比率11.0%と大きな差がある。「高血圧症」でも22.1%と疲労度が増していない事業所の9.8%よりかなり高い。

(6) 過労をもたらした原因

■「仕事量・密度の拡大」「時間外労働が多い」「深夜・早朝勤務が多い」と作業密度関係の原因が圧倒的に上位を占めている。

このうち当然のことながら「深夜・早朝勤務が多い」は、深夜勤を伴う交替制をとる事業所での比重が高いが、あとの2つは勤務形態、事業所規模に関係なく高い比率となっている。

「仕事量・密度の拡大」は「公務等」で78%と合わせて高い比率となっている。

4位の「メンタルヘルス問題」は事業所規模が大きくなるにしたがい比率が上がる傾向にある。その他「出張が多い」「単身赴任による不規則な生活」もほぼ同じ傾向を示している。職場の疲労度が増している事業所と、そうでない事業所を比較すると「仕事量・密度の拡大」「深夜・早朝勤務や変則勤務」でかなりの差が見られる。「時間外労働が多い」は共通して高い比率を示している。

2-3 労災認定請求

(1) 労災認定請求の有無

(2) 労災認定請求の結果

これらの設問については、過労が原因と思われる休業者や死亡者があった場合の労災認定請求の状況と結果について聞いたものであるが、必ずしも質問の意図が伝わらなかったと思われるため、現在数字について検討中であり、現段階では発表しない。

3 今後の安全衛生対策

3-1 安全衛生対策についての連合本部への要望

■「政策・制度づくりの強化」「安全衛生対策ガイドライン作り」「安全衛生担当者の養成・教育の実施」が上位を占める。

3-2 安全衛生対策についての地方連合会への要望

■本部への要望においても上位を占めた「安全衛生担当者の養成・教育の実施」が1位となり、「情報収集と公報活動」「学習資料・教材などの発行」がこれに続き、地方連合会に対しては、政策・制度づくりより情報提供に対する要望が強い。

III 今後の課題

今回の調査から明らかになった課題は、少なくとも以下の点である。

93春季生活闘争あるいは労働協約改定闘争においては、

① 安全衛生(衛生)委員会の設置、産業医の選任等労働安全衛生管理体制にかかわる課題は、少なくとも法的義務をクリアーし、法的義務を負っていない事業所においてもその実現をめざしていく、

② 産業医の選任に際しては労組の合意権を獲得し、常勤化をめざしていく、

③ 快適職場の実現あるいは疲労度が増している職場の実態から見て、時間短縮・作業環境の改善を積極的に推進していく、などが求められている。

政策・制度要求としては、

① 安全衛生委員会の設置や産業医の選任義務のある事業場について、法令上の労働者数の制限を下げるよう、改正を要求していく、

② 脳・心臓疾患等の労働関連疾患対策については、来年度発足が予定されている各都道府県産業保センター・地域産業保健センターの積極的な役割を求める、

③ 特に過労問題について、労災認定基準の緩和、拡大を要求していく、などが上げられる。これらの課題の実現のために、連合、構成組織、加盟組織が各々の役割を果たしていきましょう。



保温工のアスベスト肺がん 広島●相次ぐ被災者・遺族の相談

“静かな時限爆弾”とも呼ばれている「アスベスト」が原因で、退職後、アスベスト塵肺によるガンと闘って死亡した広島県江田島町のHさんを、呉労働基準監督署は、昨年12月24日、業務上の労災と認定した。

呉市内の病院は、これまでにアスベストによる「中皮腫」を39例も確認しており、アスベストによる肺がんの労災認定は、中国地方では初めてで、呉市とその周辺の被災は深刻となってきた。

1昨年11月のアスベスト110番で、江田島町在住の遺族から「亡くなった主人の病気が仕事の原因ではないのか」と相談が寄せられました。

広島県労働安全衛生センターはその後、当時の同僚の方や遺族の協力を得ながら、Hさんの職歴やその作業実態等克明な調査を行ないましたが、①当事者がすでに死亡していること②遺族は仕事の内容がよくわからない事等から、申請までに半年も要しました。

●やっぱり造船従事者

亡くなったHさんは、日本の

高度経済成長期の1961年～75年までの14年間、呉IHI内の明星工業(本社大坂・断熱保温専門会社)で働いてきました。

Hさんは修繕船を主としてがけ、保温工としてボイラー、タービンの検査、解体、そしてそれらの被覆作業を行なっていました。断熱材として使用されていたのが、アスベスト(石綿)で、その石綿を手で「さばく・きる・さく」等を行なっている。この時に出るアスベスト粉じんは周囲がかすむ位の相当な劣悪な作業環境となっていた事が同僚の方からも証言されました。

●無策の安全対策

当時のアスベストに対する安全対策は無策といってもいいほどで、簡単な布製のマスクを着用して作業を行っていたそうです。更に、Hさんが働いていた作業環境を遺族の方は「主人の作業服を一度も洗ったことはありません。本人が工場ですべて、風呂にも入って帰っていました。いかに汚い仕事をしてきたかがわかります」と証言しています。このような大量のアスベスト暴露と劣悪な作業環境

が原因でHさんは退職後、肺繊維症(肺が繊維状になる)を発病さらに肺がんを併発し死亡されています。

●あいつく相談が

当センターには、今も尚、アスベスト被災者の相談があいついでいます。92年、おしせまつてからも被災者の家族から支援を求めて相談が飛び込んできました。

被災者は呉IHIで25年間造船業務に従事してきて、「悪性中皮腫(アスベストが原因とされている)」の診断を受け、胸膜全体にアスベストが固着しており、呉共済病院に入院中です。

アスベストは潜伏期間が20～30年ともいわれており、被災者は殆ど、退職後、老後に忽然と発病してきます。

高度経済成長のツケを真面目に働いてきた人達や家族がこうむるこのような結果は、悲劇という他はありません。わたしたちは企業に対して「過労死もアスベストによる死亡も企業の殺人的行為と同等」であることを認識させることが必要です、こういった考え方を社会に定着させなければなりません。

●Mさんの遺族補償給付請求近日中に申請

自動車産業に18年間従事したMさんは、「悪性中皮腫」に罹り

死亡されています。センターはアスベスト110番で相談を受けていた遺族と共に1月19日、Mさんが働いていたT自動車会社の労務課に対し、申請手続きに必

要な事業所証明等を求めています(2月3日に広島中央労基署に申請)に。
(「広島労働安全衛生センターニュース」25・26合併号から転載)



☆苦しんで死んだ夫に何よりの供養が出来ました

わたしの主人は、呉造船の下請で働いていました。入社して退職するまで石綿の作業をしていました。

仕事をやめて以来、エヘンエヘンという咳を1分間置き位にしており、夜も昼も咳はよくしておりました。

町の検診で「肺繊維症」という病名の通知が届き、2年位、呉共済病院にかかりました。治療の痛みもなく亡くなりました。呉造船で働いていた人で、主人の仕事をよく知っている人が「職業病で死んだのだ」と言われましたが、

どうすることもできませんでした。

思い起こせば、平成3年7月にアスベスト110番の記事を新聞で見て、センターに相談に伺いました。

いろいろと調査をしていたら、労災申請を行ないました。

その後はセンターの事務局長さんや皆様のおかげで認定になりました。皆様の並々ならぬご苦勞があった事と思います。亡き夫の供養が出来たことを心より感謝しております。わたしにとって一生ご恩は忘れることはできません。ありがとうございました。

江田島町在住 被災者の妻

教師の声帯結節労災認定 大阪●小学校音楽の非常勤講師

歌手の職業病として「声帯結節・ポリープ」があることはよく知られています。NHKの紅白歌合戦に数多く出場しているハスキーな女性歌手Yさんも、

かつてポリープを手術し、現役にカムバックした一人です。

プロの世界では常識であるのに、たえず声帯を酷使する音楽教師では、そのような話を聞か

ないのは不思議とは思いません。1983年に堺市の小学校の音楽教師が体育大会の練習で声を使い過ぎ、声帯結節を発病、認定されたといわれていますが、音楽教師としては(大坂労働基準局管内では)前例がありません。

非常勤の音楽教師である角田夜都子さん(女性、八尾市の市立中学校で89年12月から1年間産休代理の臨時講師として勤務)が、かねてより苦しんできた声帯結節を公務災害として、所属する大坂教育合同労組と共に認定闘争をすすめてきましたが、この10月20日、ついに認定をかちとるに至りました。

今回の角田さんの勝利は、音楽に携わる教育労働者にとって、「声帯結節・ポリープ」を職業病として認定させ、補償させる途を切り開いたものとして大きな意義があります。

●かくされてきた音楽教師の職業病

角田さんが89年12月に八尾市の中学校に勤めだして2週間ほどしてから、声がかすれて出にくくなり、2月の終り頃には日曜日をはさんでも全く声が回復しない状態になりました。当時かかっていた病院では、「音声障害、声帯結節(悪化するとポリープに)」の診断を受けています。何故このようなことになった

のでしょうか？角田さんは、教育合同の仲間とともに原因を追求し、はっきりさせました。

- ① 週22時間と、平均より授業時間が多く(平均授業時間は18~20時間)、水・木・金曜日は1日5時間に及んだこと。また、毎日放課後フォークソング部を指導、PTAのコーラスもみていた。
- ② 多くの学校でもそうですが、音楽の授業中生徒に注意するため大声を出さねばならないことが度々あったこと。途中からの赴任ということがストレスとして加わったこと。
- ③ 音楽教師の先輩・知人にも声帯結節・音声障害で苦しんだ人々が多いこと。そして非常勤講師以外の教職員の場合は、発病してもあまり声を使わない教課に組み入れられ、私病として治療し正常に復するというケースがすべてであって、そのため公務災害として認定をとるための行動も全くなかったこと。

●非常勤という名の教員の差別制度

角田さんの場合は、非常勤講師という立場上、声帯結節がさらに悪化して1オクターブの声しか出なくなった場合、職場変更はおいそれとはいかず、音楽講師としての身分保証も難し

く、さらに健康保険がきれては治療もままならず、深刻な生活不安に直結しかねません。

労組は、非常勤という名の差別構造におかれた教育労働者の権利問題として、また、「おかしいことはおかしい」と認知させる運動として、91年1月、角田さんの公務認定災害闘争への取り組みを開始しました。

八尾市、大阪府教育委員会に対して、使用者責任としてあるべき姿勢を問い、公務災害認定のため、「音声障害・声帯結節」が教育業務に起因するものであることを立証することを要望しました。また、地方公務員災害補償基金大阪府本部に対し、公務災害の認定に努力すること、角田さんの雇用期間終了後、直ちに次の講師の仕事を保証すること、定期診断の中で音楽教師に対して、ポリープ発見のための咽頭検査を実施することなどを要求しました。さらに早期認定のための署名運動を大々的に展開、同僚や元声帯障害に苦し

んだ仲間の証言を集め地方公務員災害補償基金との粘り強い交渉を繰り返しました。

●関西労災職業病研究会も支援
また、労組は関西職業病研究会にも支援協力を要請しました。研究会では、京大安全センターグループと共に各種資料をまとめ、「声帯結節と音声障害と教育(音楽)作業との因果関係」を明らかにしました。

こうして闘いぬかれた大坂教育合同労組の職業病闘争は勝利しました。そして、繰り返しますが、この勝利は、声帯結節・ポリープを音楽教師の職業病として認定させる大きな一歩となるでしょう。同時に、埋もれた権利を掘り起こし、労働者の尊厳を守り抜く民権闘争と労働闘争の在り方をもし示した闘いでした。



豊田正義(北摂労職対)一北摂トータルユニオン「We」No26より転載させて頂きました。

多発する手根管症候群
アメリカ●推定有病者数が約70万人

92年7月号で大阪のそば屋勤務の女性労働者に発症した手根管症候群が労災認定された事例を紹介した。昨年12月25日に愛

知県勤労会館で行われた日本産業衛生学会頸肩腕障害(第32回)・腰痛(第37回)合同研究会において、名古屋大学医学部公衆衛

生学教室の宮尾克先生が「アメリカで流行する手根管症候群の調査結果」について報告されていたので紹介する。

× × ×

アメリカで手根管症候群という手と手首の障害が1986年以降増大している。このほどアメリカの国民健康面接調査の結果から、その流行ぶりが明らかになった。

手根管は手首にあり、ここがむくんだりすると、正中神経が圧迫されて親指から薬指までがしびれ、手根管症候群と呼ばれる。夜眠っている時に、突然手指の痛みで目覚めて、これが発症することが多い。しびれを伴った痛みで指に力が入りにくく、はれぼったい感じがある。進行すると手掌の筋肉や母指球の委縮、筋力低下がみられるようになる。

手を酷使する仕事や、閉経期以後の女性に多い。日本では今のところ職業性に大きな問題になったことはない。

アメリカでは、食肉業界の解体作業から問題となった。ブロイラー(鶏)の加工や牛肉などである。やがて、自動車組立作業にも激増するようになった。デトロイトの日系自動車会社では従業員の20%がこの病気で欠勤するという事態まで発展した。また電気組立工場でも多いという。アメリカもまったく

手をこまねているわけではなく、ある日系自動車会社は、手根管症候群の疑いがある作業者がいたら、工程の人間工学的改善や職種変更などただちに手を打つようにして、今年になってほぼ予防しきれるようになったという。日本の経済的な追い上げの影響もあり、アメリカでは生産性向上運動が80年代半ばに強くなった。たとえばある大規模なブロイラー加工工場では、経営者の交替に伴い、1ライン当たり処理鶏数を2倍にスピードアップし、それ以後、手根管症候群が多発したという。

また、マスコミで手根管症候群が報道され、「眠っていた」患者が起き出したとも言われている。さらに、米国労働安全衛生管理局(OSHA)が手根管症候群の発生を隠していたり、過少報告した製靴業界に85年に400万ドルの巨額罰金の支払を通告したこと(アメリカでは労災を報告すると、おとがめが少ないが、隠していたとなったら大変な罰を食らうので、わが国とは逆のようである)から、報告漏れの内部告発などを使用者が恐れて、しっかり報告するようになり、それらが全体として手根管症候群の発症の急上昇につながったと考えられている。

米国国立労働安全衛生研究所(NIOSH)では、手根管症候群の予防を検討している。提案

された予防対策はかなり具体的なものである。いくつか列挙すると、

- ① 部品を入れる箱は肘より低くするか、作業の方へ傾けて取り出しやすいように、手首を曲げずにすむようにする。
- ② 部品の箱は深いと手首に負担がかかるので、浅くして縁がとがっていないようにする。
- ③ 作業台の縁は鋭利ではよくない。手首を圧迫しないように、柔らかいパッドを当てる。
- ④ 作業台は作業の方へ傾斜させて、手首の曲げを減らす。
- ⑤ 工具の握りを大きくして、握るときの圧力が手のひら全体にかかるようにする。

同研究所では、予防対策を樹立するために、1988年の大規模な国民健康面接調査(NHIS)のときに手根管症候群の追加調査を行った。92年4月に日系研究所のシロー・タナカ氏(田中史郎医師・京都大学医学部卒)が、公衆衛生サービス専門家協会の年次総会で「アメリカ合衆国において自己申告された手根管症候群(CTS)の推定有病率」という報告を行っている。発表された抄録によると次のとおり。

合衆国の成人で「これまでに就労したことのある」1億7,000万人のうち、1.55%(265万人)が、本調査までの最近12か月間に手根管症候群を経験した、と

自己申告した。「最近就労者」(最近12か月間に1日でも労働に就いていた者)は1億2,700万人であったが、そのうち1.47%(187万人)が手根管症候群を自己申告し、他方で、最近1年間全く就労していなかった4,300万人のうち1.78%(77万人)が手根管症候群を自己申告した。

最近12か月間に何らかの手の不快感を経験した「最近就労者」は2,700万人であったが、そのうち5.9%が手根管症候群を自己申告した。他方で、手に不快感を感じなかった「最近就労者」は1億人で、そのうち0.26%が手根管症候群を自己申告した。

「最近12か月間に合計20日以上かもししくは継続する7日以上、手に不快感を感じたことがあり、しかもその原因が全く負傷によらないもの」という、手の不快感のより明確な定義を行って、その有無を問うと、「最近就労者」では1,164万人が、その定義の不快感を有していたとしており、そのうちの9.5%(111万人)が手根管症候群を自己申告した。他方で、その定義の日数には達しないが、手の不快感を有していた者のうちの3%が手根管症候群を自己申告した。定義された手の不快感を有し、かつ手根管症候群を自己申告した群のうち、60.9%(68万人)が、医療従事者からその症状は手根管症候群であると診断を告げら

れたと回答した。この最後の数字あたりが全米に近いのではないかと考えている。この最後の数字あたりが全米の手根管症候群の有病数の実態



年間残業目安を360時間に 労働省●三六協定適正化指針の改正

「労働基準法第36条の協定において定められる1日を超える一定の期間についての延長することができる時間に関する指針」(昭和47年労働省告示第69号)一いわゆる時間外労働適正化指針が、昨年8月12日付け労働省告示第70号により一部改正され、本年1月1日から適用されている(労働基準局長通達一平成4年9月22日付け基発第524号)。

改正指針の内容は、次のとおり。
① 延長できることができる時間を示す「一定期間」のうち週を単位とする期間を1週間、2週間及び4週間とした。これは、あまり利用されていない期間があったことから簡略化したとされる。なお、労使は、

時間外労働協定において、週又は月を単位とする期間についての延長時間及び1年間についての延長することができる時間の双方を協定するよう努めなければならないこととされる。
② 延長時間の目安は、別表の左欄に掲げる一定期間の区分に応じ、それぞれ別表の右欄に掲げる時間とされた(一定期間についての延長時間は目安時間以内の時間とすることとされる)。1週間以上の一定

一定期間	改正後	現行(旧)	
週又は月を単位とする期間	1週間	15時間	15時間
	2週間	27時間	28時間
	3週間	—	39時間
	4週間	43時間	48時間
	5週間～12週間	—	48時間に4週を1週超えるごとに11時間を加算した時間
1箇月	1箇月	45時間	50時間
	2箇月	81時間	95時間
	3箇月	120時間	140時間
1年間	360時間	450時間	

期間のそれぞれについて現行の目安時間よりも一定削減されたわけである(それでも年間360時間)。短期的には業務が集中し業務の繁閑の調整が困難な場合でも、一定期間が長くなれば業務の繁閑を調整しうる可能性が高まるとの観点から、一定期間が長くなるにつれて1週間当たりの時間

を削減させる現行の方式をさらに進めたもの、と説明されている。
なお、改正指針の適用期日は93(平成5年)1月1日とされ、同日以後に協定を締結する場合及び同日以前に締結された協定を同日以後に更新する場合に適用される。



労働環境改善されず 労働環境調査結果●有害環境増える

快適職場づくりには、事業所は工場イメージの向上等を重視しているが、労働者は労働の質・内容を重視(平成4年10月労働省発表 平成3年度労働環境調査結果報告)

1 調査の概要

1 この調査は、新技術の導入、危険有害業務の拡大及び労働態様の著しく変化する労働環境の実態とその労働者への影響を把握することを目的として、今後の労働災害、職業性疾病の発生防止、快適な職場環境の形成を促進するための施策を推進するため、事業者及び労働者を対象に実施したものである。

2 調査対象は、日本標準産業分類による建設業のうち、ず

い道建設工事、地下鉄建設工事及び製造業(生産事業所に限る。)に該当する産業で、ずい道工事及び地下鉄建設工事については、労働災害補償保険の概算保険料が100万円以上又は請負金額が1億2,000万円以上の工事現場約850事業所とし、製造業については常用労働者を10人以上雇用する民営事業所約10,000事業所及びそこで雇用されている生産労働者約10,000人とした。
3 調査は平成3年11月に実施し、調査内容は、原則として平成3年10月31日現在(一部については過去1年間等)の状況である。前回は昭和61年に実施している。

(参考)

(1) 調査対象事業所のうち、

構内下請労働者のいる事業所の割合は、規模計で15.3%で、構内下請労働者の割合は9.6%の割合となっている。
(2) 調査対象の労働者の構成は性別では男性72.5%、女性27.5%である。年階階級別では30歳未満26.6%、30歳以上40歳未満23.5%、40歳以上50歳未満29.4%、50歳以上20.5%の割合であった。
(3) 有効回答率は製造業の事業所86.2%、労働者90.2%、ずい道・地下鉄工事89.4%。

II 調査結果の概要〔骨子〕

〔製造業〕

1. 職場環境

(1) 職場環境に対する評価では、「快適」とする労働者は27.7%、「快適ではない」が26.9%、「どちらでもない」47.9%。
(2) 個別の作業環境についての労働者の評価は、「湿度」、「換気」、「振動」、「気温」で適当とするものが多く、「騒音」、「ほこり」、「におい」、で適当とするものはやや少ない。
(3) 快適な職場環境づくりについて
① 事業所は「工場イメージの向上」等の必要を感じている。遂行上の主な問題は

「資金面」である。

他方、「作業強度、難度等労働の質・内容改善」、「作業の安全衛生面での向上対策」についても重要性を認識しているが資金面のほか技術的問題等が残されている。

② 労働者は、「作業強度、難度等労働の質・内容的改善」、「作業の安全衛生面での向上対策」に関する事項の改善を望む。

2. 有害業務

(1) 有害業務*のある事業所割合は41.8%、有害業務に従事する労働者割合は27.7%。61年より事業所割合が低下したが、労働者割合は上昇。

(2) 有害業務の労働者割合は種類別では「有機溶剤業務(8.0%)」、「粉じん作業(7.3%)」で高く、61年との比較では「粉じん作業」が低下し、「有機溶剤業務」は上昇した。

(3) 主要有害業務での作業環境は改善しているが、有機溶剤を使用している労働者の危険性の認識の割合については61年より低下。

3. 労働者の健康状態

(1) 労働者の健康状態は、「健康である」36.4%、「まあ健康である」44.7%。

主として有害業務に従事している労働者については、「健康である」33.3%と、従事し

ていないの37.9%より低い。
(2) 慢性的な持病のある労働者は28.4%で61年(24.1%)より高まる。病名別では、腰痛、糖尿病、ぜんそく等で上昇。
有害業務に従事有無別では、腰痛、胃腸病、肝臓病等で有害業務従事者の割合が高い。

[ずい道・地下鉄建設工事]

1. 工事現場の実態

(1) ずい道・地下鉄工事現場の施工方法はナトム工法**割合が上昇し、「山岳工法」のうち、「ナトム工法」によるものが8割。

(2) 粉じん発生のある工事現場の割合は45.5%。可燃性ガス発生の恐れのある工事現場の割合は4.9%で、61年より大幅に低下。

2. 可燃性ガス発生の恐れのある工事現場の状況

(1) 作業開始前に可燃性ガス濃度の測定を実施している工事現場の割合は100.0%。

(2) 警報設備を設置している工事現場の8割のうち、可燃性ガス濃度の異常な上昇を早期に把握するための「ガス自動警報装置」を設置している工事現場の割合は、74.2%と62年より上昇。

3. 粉じん抑制対策の状況

(1) 衝撃式さく岩機を用いて掘

削する箇所の93.6%で粉じん抑制装置がある。61年より4.7ポイントの低下。

(2) 粉じん作業時に防じんマスクを労働者に使用させている工事現場は97.2%。

4. 機械、装置等の状況

(1) 自動化・ロボット化された建設機械の導入工事現場の割合は25.1%で61年に比べて大幅に上昇、吹付機械、掘削用機械の導入が進んでいる。

(2) 自動化・ロボット化導入工事現場の94.8%で安全対策を実施。

*有害業務とは、労働安全衛生法施行令第21条で測定を行うべき事業場並びに、同令22条で健康診断を行うべき作業場における業務をいう。

**ナトム工法とは、ロックボルト(岩盤の掘削の際、ゆるんだ岩塊や岩片を地山に定着したり、ゆるんだ岩塊相互を緊結し補強するため、掘削表面から地山に向かって掘孔し、その穴へボルトを通してその先端を固定し、他端を締め上げる工法。)、吹き付けコンクリート等の支保工によるトンネルの周辺地山が本来有する支持力を積極的に活用してトンネルを掘っていく工法をいう。



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●社団法人大分県労働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●旧松尾鉱山被害者の会
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