

レーヨン工場の 二硫化炭素中毒

韓国：源進レーヨン—日本からの中古機械で
認定患者だけで300人以上の被災者が発生

93年10月23・24日にソウルで開催された「第1回労働と健康に関する日韓共同セミナー」の統報。二硫化炭素中毒に関するセッションでは、3名の報告が行われ、また、「源進レーヨン職業病解決を促す韓日共同声明」（13頁に掲載）を採択した。

認定患者だけで282名もの二硫化炭素中毒患者を出した韓国の源進レーヨンのプラントが、日本から輸入したものであることから、日韓の労災職業病問題に取り組む者の共通の関心事でなければならないが、韓国側の2名の報告を読んでいただけでは問題の概要を理解できると思う。

それだけでなく、実は、二硫化炭素中毒は日本においても決して過去の問題ではなく、昨年3月19日付けで基安発第8号の2労働省労働基準局安全衛生部長通達「レーヨン製造工程における労働衛生管理の徹底について」が出され、次のようにいっている（京都・兵庫・島根・岡山・山口・徳島・愛媛・熊本・宮崎の各労働基準局長に宛てたもの）。

「レーヨン製造工程における二硫化炭素中毒の予防については、有機溶剤中毒予防規則によるほか、

昭和61年1月6日付け基安発第1号『二硫化炭素中毒の予防対策の徹底について』等により対策の徹底を図ってきたところである。

しかしながら、最近、一部事業場において新たに労働者に二硫化炭素中毒が発生する事例があったことから、さらに重点的な予防対策を講ずることとし、本省においては、日本化学繊維協会会長あて別添(略)のとおり要請したところである。」

これは、92年の、暴露期間30年と33年の2名の新たな認定患者発生を踏まえたものであり、88～92年度の5年間で合計6名の認定患者が発生しているという。現在、日本で操業中のレーヨン製造事業場は、10社11工場で、原田報告で紹介されている83年当時の16工場(9頁・表1参照)よりもさらに減っている。操業を中止したプラントの行方や日本企業の海外での操業実態等も気にかかる。

今回のセミナーを、あらためて二硫化炭素中毒等の問題に取り組む契機としていきたい。

一方、既報のとおり、源進レーヨンの問題については、セミナー直後の11月10日付けで、会社と



源進レーヨン労組の集会場

労働組合の間で合意書が締結された(合意書全文を21・22頁に掲載)。その後の状況について、次のような知らせが届けられている(93年12月7日)。

①1月9日以降の源進労組の闘争方針

以降、源進闘争は、再就業闘争と職業病の早期発見、早期治療のための闘争を進める。そのために、闘争期間の間に訓練された労働者、再就業希望者、職業病自覚症状者または職業病検診希望者を中心として組織改編を断行する。(組織構造は、既存の非常対策委体形を維持、職業病と再就業の2つの軸で運営する。源進労組は現行法上労組ではなくなっている。)組織再編の中で、黄東煥委員長から朴インド氏が委員長に選出された。

②源進労組幹部弾圧について

源進レーヨン闘争を通じて20名が立件され、3名が拘束されている(学生)。3名については現在裁判が進行しており、このうち1名は5年の求刑がされた。立件された20名の人たちは、学生が6名、労組は黄東煥、朴インド氏など12名であり、すぐに調査が着手される予定、支援対策委は朴賢緒、朴武

永氏の2名(セミナーで司会をされている)が立件された状態で、調査後に正式裁判がすぐに始まるものと予想される(実刑が下される可能性が高い)

③その他の事項

- ・源進闘争を白書として発刊する。
- ・93年12月6日に源進労働者の中から新しい職業病患者32名が発見され、総職業病患者は315(314?)名になった。
- ・94年地下鉄2期就業と、95年九里市農水産物再就業闘争を準備している。
- ・職業病予想者の組織事業を準備。
- ・二硫化炭素中毒者の検診機関は、高麗大病院、慶熙大病院に拡大された。

この源進レーヨン職業病問題については、実情を日本でも広く知らせ、カンパや共同研究・検診等を通じて協力していきたい。ぜひ御協力をお願いしたい(*カンパは、郵便振替口座「東京5-545940 全国安全センター」を利用し、必ず、払込用紙の裏面備考欄に「源進レーヨン職業病支援カンパ」とお書きください)。



源進レーヨン職業病の 実態と問題点

チェ・スギョン

韓国：源進レーヨン労働組合産業安全部長

韓国の労働災害(産業災害)発生率は世界1位で、「労災王国」、「職業病博物館」と呼ばれるほど深刻であり、その深刻さは源進レーヨン職業病の惨状に代表的に現われている。レーヨン(人絹糸)製造工場で使用している二硫化炭素による中毒患者は、1993年9月末現在、労働部(労働省)が認定した患者だけで282名にものぼり、その後も継続的に発生することが予想されている。経済発展という美名のもとに30年間あまり、凄惨な職業環境の中で労働を強要されながら死んだり、障害を負った労働者は、政府統計によっても260万人にのぼる現実をみると、源進(ウォンジョン)レーヨンの職業病の惨状は、韓国の産業社会の凄惨で残酷な労働の現実を端的にみせてくれる事例であるといえよう。

源進レーヨンの惨状は、労働災害に対する対策が何もしなされずきた高度成長がどのような結果を生むかについてのいい教訓だと思う。労働災害の根本的な予防と対策のためには、労働者の生命を軽視する風潮をなくさなければならないし、労働者自身も自らの健康と生命を守るためには、労働災害予防と作業環境の改善に先頭をきって進まなければ、どれほどよい労働災害予防法をもち取

っても役にたたない。

1 職業病大量発生の原因

源進レーヨン職業病発生の原因は、日本で問題を起こした機械を何の対策もなしに輸入してきたことである。しかし、何よりも利益だけを考え労働者を機械の部品のように考えて軽視する風土の中で、最小限の安全設備も全くない状態で、無理に1日12時間から18時間の長時間労働を強行した事業主と、これを知りつつ目をつぶり、致命的な有毒ガスの許容基準値を無理に20ppmに定めた関係当局の責任をあげなければならない。また、問題が出てくるたびにすかさずだめようとする机上空論式の行政も責任が大きい。労働部の一線担当者も二硫化炭素が人体にどのような影響を与えるのかもよく知らず、ましてや有害物質についての教育を受けることができない労働者は、職業病になったとしてもそれが職業病であるのかどうかさえ知りえない現実であった。また、会社は毎年実施するはずの健康検診も正しく実施せず、その費用を惜しんで健康な労働者と新入労働者だけを選んで健康検診を実施するなど、問題を悪化させ



源進レーヨン労働組合産業安全部長・チェ・スギョン(?)氏

て今日の結果を招いた。

(1)過去の作業環境と健康管理実施

作業環境管理において重要なことは、作業環境の水準がどの程度なのかを測定し把握することである。しかし、過去、作業環境測定は、作業環境測定日を事前に測定会社に知らせてやり、平常問題になる部分は掃除してガスを除去させるなど、平常時の作業環境とかけはなれた違う環境で測定されることにより、形式的になされた。したがって、このような作業環境測定は、労働者の健康よりも法の網を逃れようとする目的のものであり、作業環境改善には何ら意味がなかった。

(2)殺人的なガス許容基準値

法定ガス許容基準値が、1987年4月に20ppmから10ppmに下向調整されたが、形式的な作業環境測定の前では、労働者の健康保護に何ら役割をなすことができなかった。5m前も見えないほどにガスがたちこめた状態であったし、紡糸機の戸を開けると70~80ppmが発生するほどであった。また、労働者をガスから保護する何らかの個人装置はもちろん、基本的に備え付けられた換気扇もその都度稼

働しなかった。

(3)形式的な安全管理

毎年定期的実施する精密検診は形式的に実施され、二硫化炭素が人体にどのような影響を及ぼすかについての教育もなされず、安全管理教育者もいなかった。また、緊急状況発生時の被災者救出などの基本的な方法も対策も何もしなかった。1987年4月、二硫化炭素許容基準値が10ppmに下向調整されて、購入することにした防毒マスク等個人装備を1年4か月がすぎたから、絶対に必要な数の3分の1のみ購入するなど、それも仕方なく購入し、ガスを取り除くフィルターも1日1個が必要なのに1か月に1個だけを支給した。

2 二硫化炭素中毒の状況

(1)韓国の二硫化炭素中毒患者の発生は、1981年7月に最初に発生した後、1993年9月末現在、政府から認定された患者は282名であり、ひとつの疾病だけが発見され職業病に認定されない患者が54名にのぼっている。また、職業病か否かに関する精密検診の結果中毒ではないとされた104名は、現在も自覚症状を引き続き訴えている。職業病患者と確認された282名のうち、退職後発見された患者が全患者の60%に達している。分類別にみれば、現職時定期検診者、疫学調査者、特殊検診者に区別される。また、282名中には、精密検診の結果中毒ではないとされた者のうち、一定期間の後に再検診した結果、中毒患者と判明した18名も含まれる。この18名は、再検診者の68%にあたり、一層衝撃を与えている。一言でいって、源進レーヨンは人絹糸の製造工場ではなく、職業病の製造工場であった。

(2)源進レーヨン現職者は818名になるが、前・現職労働者を合わせてみれば13,500余名に達してい



源進レーヨンの工場

る。これらのうち、疫学調査を合わせても、健診を受けた労働者は前・現職労働者全体の10%を少し上回る程度であり、これから労働者全員が健診すれば中毒者の数はますます増えるだろうと予想される。

3 源進レーヨン職業病認定闘争

(1) 源進レーヨン職業病認定闘争は、1988年に個別に行われたが、組織的に取り組まれるようになったのは1988年7月からである。会社と政府は、数10年間、作業環境測定記録数値を捏造して職業病の発生をごまかすことができたが、腐食する機械と病に陥っていく労働者の健康は隠すことができなかった。職業病を隠蔽するために、職業病の症状がみられる労働者を事前に解雇し捨て去ることで、職業病を隠蔽し続けてきたが、職業病の症状をみせる患者の集団的な発生と患者に対する一方的な治療の終結は、患者たちを団結させ、組織的な闘争を組む動機となった。

(2) 源進レーヨン職業病闘争は、労働者の現実に対する苦痛の表現であった。1988年7月、初めての職業病認定闘争を皮きりに、1990年源進労働闘争、

1991年故金ボンファム氏の職業病認定闘争、1992年職業病認定基準改定闘争など、今日まで6年間あまりの期間、労働者は会社と政府を相手に6次の職業病認定闘争を繰り広げてきた。

結局、源進闘争は、韓国産業社会の政府と使用主が、労働災害政策にどれだけどんぶり勘定式であり、無関心であったかを赤裸々に暴露する契機となったが、労働災害の深刻性に対する国民共感帯を形成するのに決定的な役割を果たした。また、どれほどよい制度と合意書があっても、労働者自身が自らを守る力がなければ、労働法の中にある法規にすぎず、ただの紙きれに過ぎないことを教えてくれた教訓の時期でもあった。

(3) 源進闘争は、心のやさしい政府と会社がつくってくれた成果物ではなかった。6年あまりの間、政府と会社に対する14次の告訴、告発や拘束、解雇などにより、42名が直接的な弾圧を受け、その弾圧は現在も続いている。この弾圧の強度は、労働者の団結が弱まれば高くなるもので、弾圧の強度の差はあっても労働災害問題が解決するまでは持続されることをわれわれはよく知っている。

4 現在の状況とわれわれの要求

労働者が食べて生きていくために、たとえ労働力は提供したとしても自らの健康や生命、未来に対する就業権までは売りはしなかった。しかし現実には、より多くの生産のために、事業主は労働者の健康と生命を要求している。そして1993年5月16日、会社の休業措置に続き、7月8日には産業政策審議会で、労働者の意見は一言も聞かず、一方的な廃業決定を下してしまった。結局、800余名の現職労働者は突然にして失業者となり、何の対策もないまま路頭に迷っている。源進問題について、どこの誰ひとりとして責任を持とうとせず、仕方なく形式的な協議を行うだけである。

(1) 廃業に伴うわれわれの要求事項

労働者の要求事項は、廃業以降発生する職業病患者の問題、源進職業病患者を専門的に治療する専門病院の建設問題、職業病患者を初期に発見し治療することができるよう、毎年の定期検診の問題、廃業に伴う現職者の再就業など4つに分けられる。これらの問題について、40次にわたり交渉を進行中であるが、まだ決着がつかないでいる。

(2) 廃業以降の職業病発生者問題と現職者の雇用問題

① 医学的な患者と法律的な患者

現在、政府から認定された職業病患者は総数282名であり、このうち退職後に発見された職業病患者が66%の186人、現職で発見された患者34%。また、精密検診で無中毒者とされた者のうち一定期間が過ぎた後に再検診の結果で職業病患者と確認された者が68%。職業病がひとつだけ発見され、日に日に悪化しているのに治療さえ受けられずにいる54名の患者を考えると、源進レーヨン前・現職労働者13,500余名全員を今後精密検診すれば、職業病患者はこれからも継続的に発生するだろう。源進職業病対策協議会では、これから発生する職業病患者の数を暫定的に、少なくとも750名と予想している。

② 廃業以降の毎年定期検診

二硫化炭素中毒が現代の医学では治療が不可能である点を考えると、早期発見、早期治療の他に方法がない。また、勤務に1年2か月就いてただけで中毒になった患者のいること、退職労働者の平均勤務年数が4年6か月である点、精密検診結果で無中毒者とされた者のうち再健診で68%が中毒患者と確認される事実。そして、退職後発見された患者のうち、10年ぐら以後に発見されたり、はなはだしくは23年後に職業病が見つかった者もいる点から見ても、現在なすことができる方法は、毎年定期検診を実施して患者の身体がもっと悪く

なる前に保護して治療する方法しかない。

③ 職業病専門病院の設立

緊急入院治療をしなければならぬ二硫化炭素中毒患者が40余名に達しているが、二硫化炭素中毒患者に与えられたベッドは2つしかなく、他の患者は通院治療している実情である。結局、権ギョンリョン氏、高チョンジャ氏などのように、職業病の苦痛に耐えきれず自殺する患者が発生している実情だ。そして、中毒患者の77%と自覚症状を訴える者の大部分が、源進レーヨン工場周辺の地域に暮らしている。治療がなされず死んでゆく患者を専門的に治療し研究する病院の建設は、源進職業病患者だけではなく、労働災害の予防に大きな貢献をすることができる。

④ 現職労働者の再就業

現職労働者800余名について、国内のどの事業場も源進出身労働者の雇用を忌避している。その理由は、前・現職労働者全員が職業病患者予備軍と見られているからだ。源進出身労働者を雇用した後、職業病が発生した場合労使問題を引き起こすと頭が痛いので、それなら人手が少し足りなくても雇用しない方がいいというのが使用者の一般的な考え方だ。現職労働者たちが現在就業が可能なのは、地下鉄、鉄道庁など政府の投資機関の他はない。

* 源進レーヨンの職業病の惨状は落ち着いてきたどころか、死の序曲が始まっている。韓国の産業社会の凄惨で残酷な労働の現実を端的に表わしている源進レーヨン職業病問題が、どのような結果になるかによって、これからの労働災害政策が違って来るだろう。労働災害に対する根本的な予防のためには、政府と使用主の労働者生命軽視をやめさせ、また、労働者自身が自らの健康と生命を守るために動かない限り、労働災害問題はこれからも続いていくであろう。

* 編集部注：韓国側が用意したテキストを翻訳。

発表者の名前は聞き間違ってるかもしれない。



二硫化炭素中毒の実態と これからの課題

原田正純

日本：全国労働安全衛生センター連絡会議議長
熊本大学医学部体質医学研究所助教授

日本における二硫化炭素中毒

私の専門は神経精神医学です。日本では、工業化や技術が進む中で、たくさんの中毒を経験しました。ひとつはメチル水銀中毒。それから二硫化炭素中毒、一酸化炭素中毒、PCB中毒とかいろいろな中毒を経験しました。最近、枯葉剤の胎児に及ぼす影響だとか、ブラジルの水銀中毒というようなことの調査をしています。

1991年11月に、ちょうどベトナムの調査へ行く途中にここへ寄り、源進レーヨンのことを聞きました。その時大変ショックを受けたわけです。ひとつは、二硫化炭素中毒が過去のものと思っていたからです。もうひとつは、その原因に日本が関係していたということです。

しかし、考えてみると、私が過去のものと思っていたものが、実は源進で大変な問題を起こしており、そのことがきっかけで、もう一度日韓の問題を考えてみると、日本でも問題が終わっていたわけではなかったわけです。

表1を見てください。1983年当時のデータですが、日本には16の工場がありました。一番古いの

が1927年。一番最近では1977年に操業を開始しています。（*現在は10社11工場）

正確な二硫化炭素の使用量はわかりません。会社によっては企業秘密ということで公表しないところがあるところがあります。はたしてここに掲載されている二硫化炭素の使用量が正しいものかどうかはわかりません。回収量も実はわかっていません。回収装置を付けていないと答えるところもあります。

現在、二硫化炭素中毒に認定された患者は一番上の日東紡績富久山工場、ここが12名です。これはこのとおりです。2番目のユニチカは、この後5名認定されています。私たちの大学から一番近いところ、興人八代工場—熊本県です—ここが現在認定患者が38名です。（*88～92年度に全国で6名）

10工場は第2次世界大戦以前から操業しているわけです。それからみると、全体で50人しか認定されていないというのはどうも理解がむずかしいです。

個人的には、私は、非公式にこれ以外の2つの工場では患者を知っています。しかし、彼らはわざわざ熊本まで診察に来ていながら、職業病として申請することを断っています。だから実態は、日本



原田正純氏

でも必ずしも十分に明らかにされているわけではありません。

時代とともに変化した二硫化炭素中毒

次に私がいいたいことは、二硫化炭素中毒が時代とともにその症状が変わったということです。表2を見ていただきたい。だいたい1925年代には、二硫化炭素中毒というのは意識障害と精神病の状態が症状の主なものでした。これでは労働者がたばた倒れるので、会社はいろいろ対策を立てました。これが中毒でいえば急性中毒といえるものだと思います。

まあ、努力して少しこのCS₂ガスの濃度を下げていきます。そうすると症状は、神経衰弱障害だとか抑鬱状態というような精神症状に加えて、多発神経症が主な症状として変わってきます。これを仮に亜急性中毒と考えます。これでも労働者

表1 二硫化炭素(CS₂)を使用している企業の概要(朝日新聞熊本支局の質問に各企業が回答した内容—1983年10月)

工場名	項目	所在地	操業開始年	主力製品及び生産量	CS ₂ 使用量	従業員総数	関連従業員数	労災認定状況	CS ₂ 回収装置設置年	その他の安全対策	CS ₂ の回収量
日東紡績富久山工場		福岡県	昭和12	レーヨンステール 月産2,300t	約30t/日	505名	32名	12名(内5名死亡)	昭和36年	32名が4班に分かれ3交替制	65% 約20T
ユニチカレーヨン宇治工場		京都府	昭和2	レーヨンを 日産23.5t	8,084t/日	453名	377名	なし	昭和49年	なし	80%を浄化、大気中に放出。回収率はゼロ。
ユニチカ岡崎工場		愛知県	昭和10	自動車タイヤの人絹糸 年産3,665t	1,162t/年	71名	60名	なし	なし	特になし	不明
近江絹糸加古川工場		兵庫県	昭和30	スフ綿 日産50t	16t/日	160名	20名	なし	昭和48年	なし	100%近い
東洋化成		兵庫県	昭和4	肥料 月産160t	120t/月	300名	40名	なし	なし	特になし	不明
クラレ倉敷工場		岡山県	昭和3	レーヨンスティール 日産25t	日産量の20~30%	1,000名	250名	なし	なし	大気中に拡散させる高い煙突。24時間3交替制。CS ₂ 工程の作業時間3.4h.	不明
クラレ玉島工場		岡山県	昭和31	レーヨンスティール 日産25t	日産量の20~30%	900名	200名	なし	なし	同上	不明
大和紡績益田工場		島根県	昭和27	企業秘密	企業秘密	188名	40名	なし	昭和36年	発生場所の密閉、工程の自動化、保護具の使用	大半
東洋紡岩田工場		山口県	昭和12	ポリノック編織 日産55t	生産量の1/3	491名	52名	なし	あり	H ₂ S除去設備あり。紡糸機にカバー。	大部分
カネボウレーヨン防府工場		山口県	昭和25	ツツコース短編織 日産75t	8.5t/日	210名	66名	なし	昭和33年	ガス環境と換気に気を配る	95%
クラレ四条工場		愛媛県	昭和11	レーヨンフィラメント 糸 21.2t	生産量の1/3	1,275名	242名	なし	なし	工程は密閉式	1日平均2t余りを大気中に放出。
フジボウ愛媛千生川工場		愛媛県	昭和52	レーヨンスティール ファイバー 日産90t	生産量の約30%	375名	56名	なし	昭和35年	紡糸機を完全密閉式にし、CS ₂ を含む空気を直接回収装置へ。10年前から紡糸室を無人化、ガスマスク使用	60%強
東邦レーヨン徳島工場		徳島県	昭和10	スフ綿 月産3,000t	企業秘密	子会社を含め約1,000名	約90名	なし	なし	作業マスク、ローテーションは数年間隔。	ノーコメント
日清紡績徳島工場		徳島県	昭和33	スフ綿 月産1,950t	約250t/月	約400名	約40名	なし	なし	作業マスク、ローテーションは12年以内。	使用量の半分以上
旭化成レーヨン工		宮崎県	昭和9	レーヨンを 日産70t	20t/日	920名	70名	なし	なし	特になし	不明
興人八代工場		熊本県	昭和12	レーヨンステール 月産3,000t	28t/日	837名	44名	28名(内11名死亡)	昭和43年	なし	1日に18t

表2 二硫化炭素中毒の変遷

年	1925	1935	1945	1955	1965	1975～
中毒型	急性	亜急性	慢性	不全・軽症	非特異	長期微量
濃度	原液 1000>	紡糸 100-300>	精練 50>	不定 20<	不定 20<	10<
症状	意識障害 精神病	神経衰弱 抑うつ 多発神経炎	神経症的 自覚症状	自覚症状	高血圧 腎障害	脳血管障害
備考					*1963 源進レーヨン 操業開始	*1966 日本で初めて 患者発見

が働けなくなるものですから、企業としても対策をしなければなりません。そこで、いろいろ対策を立てて濃度を減らします。それでもいろいろな自覚症状、例えば頭痛がするとかの自覚症状で仕事ができません。自覚症状だからノイローゼだなんだといろいろ言っても、実際に労働者が働けなくなれば対策を立てざるを得ません。こういう中毒を仮に慢性の中毒とします。

戦後になると、人権問題も厳しくなって、対策もさらに厳しくなってくるわけです。そういうレベルになってくると、ほとんど外から見た客観的な所見は見つからず、自覚的な症状が主というようにタイプの中毒が多くなってきます。これを仮に不全型中毒というふうに考えます。さらに、1965年になると高血圧や腎障害がCS₂ガスを吸った労働者の中に多発していることがわかります。これは一人ひとり取り出せば、高血圧とか腎障害は別に特徴のある病気ではない。これは非特異的な中毒のレベルと考えます。

この頃、日本から機械が源進に送られているわけです。少なくともこの時点で様々な濃度で様々な中毒障害が出るということはわかっていたと思います。高血圧や腎障害が二硫化炭素中毒と関係があるとみるためには、暴露された集団と暴露されていない集団を比較するという調査が必要なわけ

です。高血圧や腎障害そして日本では眼底の所見が発見されて、これが二硫化炭

素中毒に特異な所見とされた時代です。私たちも一応この時点で二硫化炭素中毒というのは終わったと考えました。結局、最終的には二硫化炭素ガスの濃度を下げるのには限界があったわけですね。技術的にゼロにできなかったために、労働者の暴露時間を短くするというかたちで対応がなされたわけです。そこで、私たちも、一応二硫化炭素の問題は解決したと思ったわけです。

脳血管型の二硫化炭素中毒

ところが、当時の学会ではこういう議論がありました。イタリアやチェコを中心としたヨーロッパで血管が障害される二硫化炭素中毒の例がたくさん発見されていたわけです。しかし、日本では、眼底に変化があるという報告があって、腎臓障害や高血圧が見られるという報告はあったのですが、そういう脳血管型の二硫化炭素中毒というのは報告がなかったわけです。学会では、ヨーロッパの中毒は脳血管型で、日本の中毒は腎臓型であると。どうしてこう違うのかということ平気で研究しようとしたのです。当時の議論を読みると、食事が、栄養が、ヨーロッパと日本と違うからではないかとか、体質的に違うからではないかという議論が真面目になされていました。

これは、いろいろなことを私たちに教えてくれます。実は原因は、日本の労災認定制度にあったわけですね。大部分の患者は、具合が悪くなると職場をやめています。やめて4年か5年とか経って脳血管型の障害を起こしているわけです。職場をやめているため、職業病として認められずに、一般の脳血管障害として登録されてしまう。もちろん、40才代で脳梗塞を起こすことはないわけではあります。ところが、熊本八代では、40才代で同じ職場で働いていた人たちが次々と脳梗塞を起こしたので、おかしいと気がついたわけです。

しかし、そういうとき必ず出てくる、一般の脳卒中とどう違うのかという反論が出てきました。1966年に、1人が亡くなって解剖しました。その解剖所見が特徴的でした。脳の中にたくさんの小さな脳梗塞を起こしていました。非常に新しい病巣から非常に古い病巣まで小さな病巣が無数にあったわけです。一般の動脈硬化は、大きな血管ないしは中くらいの血管から動脈効果が進行するのですが、二硫化炭素中毒の動脈硬化は、先の方の小さな血管から動脈硬化が広範に起こってきているということが挙げられます。だから小さな脳梗塞が起こっても症状が外からよく見えない。それが次々と起こってきて、ある程度大きくなったときに初めて症状が見えます。そういうことがわかったので、八代の興人工場を中心に患者を集めて、1973年にその臨床症状をまとめた論文を発表しました。それが、日本でも脳血管障害が確実にあるということを示した論文になったわけです。

ですから、日本になかったのではなくて、日本にもあったのだけれども、それが労災という制度に引っかかってこなかったということがあります。とすれば、日本の他の工場にも血管型の中毒があってもおかしくないわけですね。しかし、その当時、繊維業界では、興人だけが特別設備が悪かった、特別だと、こういうふうに答えております。しかし、その後少ないけれども他のところで

同じような患者が見つかっていますので、必ずしもそれが正しかったとは言えません。

日本でのふたつの裁判事例

そういった事情の中で、日本では、二硫化炭素をめぐる2つの裁判が起こっています。ひとつは、興国人絹で職業病の労災認定を申請して基準局から職業病ではないと棄却された患者が、それを取り消す訴訟をしています。この裁判は、二硫化炭素中毒の病像をめぐる裁判です。原告は66才で、29年6か月、レーヨン工場に働いています。職場をやめて1978年に退職しています。ところが、1982年に倒れました。そして半身がなくなりました。退職から発病までの間が長すぎるということで、認められなかったのです。

1985年に、私は診断書を書いています。どうも、その臨床症状から見て棄却されたのはおかしい。不当です。ただ、日本では眼底に出てくる可能性があるということを書いてありました。そうしたら、1988年になってまた眼底に変化が出てきました。現時点でまた申請すれば、これは認定されるのではないかと思います。裁判になっています。今度は、被告の方は、今頃出てきた眼底の所見は老化によるものだと言いつつしています。まだ裁判の判決が出ていませんが、多分勝つでしょう。

もうひとつは、京都で起こっている裁判です。これは労災認定は受けています。会社に対して、二硫化炭素中毒が起こることを知っていながら予防をしなかったから職業病になったという、会社の企業責任を追求する裁判になっています。ここで問題になっているのは、会社はいつの時点でそういう病気が起こることを知り、そして、どういう対策をとったかということです。

二硫化炭素中毒症状の日韓比較

次に、非常にラフですが、私が診た日本の症例と、実際に源進で診させていただいた患者さんの症状とを比較してみました(表3)。日本の方は、症状を見ていただくとわかりますが、症状が非常にそろっています。網膜の異常、眼底の異常を非常に重視していることがわかります。それに対して、源進の例では、認定患者は重症が多い。たとえば、歩行障害のある人が76%もいます。下肢の麻痺と書いてあります。源進の場合は症状がかなりバラついていますね。腎障害とか眼底の所見というのがよくわかりませんでした。あくまで臨床症状に限って比較したわけです。だから多分、腎臓障害、特に腎のバイオプシーがやられているので、そういった所見が認定に大きな意味を持っているのではないかと思います。だから症状から見ると、日本のよりバラつきが多い。

認定されてない方をみると、圧倒的に多発神経炎、つまり感覚障害だけという人たちがほとんど引っかかっていないのですね。認定されてない。これでどちらがどうとは言えないけれども、日本の認定患者というのは、症状は軽いけれど、脳の広範な、非常にたくさんの種類の症状がまとまっている。そういうのを日本では二硫化炭素中毒として認めているのです。まさに、多発性脳梗塞というものを認定しているのです。当然、日本でもまだ未認定患者というのがたくさんいるはず。源進の場合は、多発神経とか脳の障害とか、症状が非常に変化に富んでいます。例えば、多発神経だけとか、それから脳のある症状だけとかです。そういう症状の組み合わせが非常に多彩です。それはさっきいったように、例えば腎臓の所見というものを重視すれば、臨床症状がそろわなくてもある程度バラバラでも認定されるという結果になるわけですね。

それもあるのですが、もうひとつ、やはり暴露濃度がかなり高かったのではないかと思います。だから、脳血管型から多発神経型まで、歴史でい

表3 日韓二硫化炭素中毒症状比較

	日本認定 (39例)	韓国：源進	
		認定 (21例)	未認定 (13例)
脳神経 (複視)	70.5%	19.0%	0%
言語障害	82.3%	47.6%	7.6%
共同運動	76.4%	33.3%	7.6%
鋭体外路	70.5% (11.7%)	33.3% (19.0%)	23.0% (7.6%)
仮性球麻痺	23.5%	19.0%	0%
知覚障害	88.2%	57.1%	76.9%
多発神経炎	52.9%	33.3%	38.4%
半身麻痺	52.9%	42.8%	15.3%
不安・焦燥 神経衰弱	82.3%	?	?
性格障害	88.2%	66.6%	7.6%
痴 呆	82.3%	80.9%	15.3%
巣 症 状	5.8%	9.5%	0%
腎 障 害	43.5%	?	?
網 膜 異 常	79.4%	?	?
		下肢麻痺	76.1%

くと1935年代の中毒から1970年代の中毒まで非常に多彩であるということが言えると思うのです。この症状から推定すれば、おそらく労働者はかなりひどいガスを吸った可能性が非常に大きい。

それともうひとつ、3番目の理由は、日本と韓国の診断条件、認定基準の差だと思います。ただ、はっきり申し上げて、認定基準そのものは、よく読み比べるとそんなに大きな差はない。むしろ具体的に書いているのは、韓国の認定基準の方がより具体的に書いてある。日本の方は、適当に、診た人のあるいは判定する人の判断に委せられています。眼底の脳血管障害が非常に重要な位置を占めていることに変わりはない。韓国の方では、腎臓のバイオプシーや腎臓の機能を重視していると指摘できると思います。しかし、よくみると、問題は基準じゃなくて、それをどう活用するかという、

活用する人の側に問題があると思います。

共通した課題の解決のために

駆け足でみてきましたが、二硫化炭素中毒は全身性の疾患であるということは、韓国でも日本でもデータから言えると思います。したがって、まだわかってない症状というものがあるはず。神経と腎臓、主に、血管型の疾患だけがわかっているのだと思います。しかし、もっと他にもいろいろな症状のある可能性があると思います。糖尿病とか高血圧というものととの関係も非常に重要な症状のひとつではないかと思っています。要するに、この慢性二硫化炭素中毒については、まだわからない未知の部分があるということです。だから、出ない症状はない、全身性の病気であるということをはっきりさせておくべきだと思います。

第2は、暴露、古い古典的な中毒学は、毒物がなくなったら症状はなくなると、こう簡単なことを

言います。しかし、暴露から離れてガスが直接体の中に残っていても症状が進行するということがあります。

3番目は、歳をとるにしたがって、もちろん歳をとった症状が出るわけですが、それを急いで変化させていく。加齢症状を増強していくということがあります。

4番目は、有効な治療がない、一度かかったら治らないということがあります。

以上の4つの点が二硫化炭素中毒の特徴と思われます。この特徴を前提にして今後の対策を立てていく必要がある。さきほどの源進労働者の4つの要求は、まさにこういった病気を基本に考えていかなければならない問題だと思います。そういった点では、日本でもまだまだ私たちの取り組みは十分とはいえません。お互いに今後も交流しながら、様々な医学的・社会的問題を解決



していかなければならないと思います。
*編集部注：発表のテープを起こしたものを。

源進レーヨン職業病解決を促す韓日共同声明

私たちは源進レーヨンの二硫化炭素職業病問題の解決を促す源進労働者たちの闘争に対して、全幅の支持と連帯の激励を送りながら、政府当局の速やかな解決策を促すものです。

韓国で二硫化炭素中毒症が発見されてから数十年が経過しているにもかかわらず、源進レーヨンの職業病の惨状は続いています。これに対する抜本的対策を要求する職業病被災者及び源進前・現職の労働者たちの苛烈な闘争が継続しており、しかも未だに何らの解決のきざしを見せていません。

日本で使用した古い機械が韓国に導入された当時、すでに日本で二硫化炭素中毒の深刻性と予防の必要性が理解されていたにもかかわらず、

これを韓国側に十分に知らせておらず、今にいたるまで職業病の大惨事が続発している状態からして、日韓両当局と当事者の歴史的責任は免れないことは明白であります。

私たち、韓国と日本の良心的な保健医療人及び専門家は、二硫化炭素中毒問題の解決のため、源進レーヨンの労働者たち及び同被害者たちの正当かつ緊急な要求事項の貫徹を支持し、あらためて韓・日両当局の根本的対策の樹立を要求します。

1993年10月24日



第1回韓日労働と健康に関する
共同セミナー参加者一同

二硫化炭素中毒の職業病認定 制度上の問題及び変遷過程

梁吉承

韓国：産業保健総合センター設立推進委員長
(ヤン・ギルスン、医師)

1 はじめに

韓国で労働災害と職業病の問題が重要な社会問題のひとつとして受けとられるようになったのは、1988年からである。1960年代から始まった急激な産業化は権力と資本の結託を通じた経済成長一辺倒の政策により進行し、労働者に対する厳しい弾圧の中で労働条件と環境は劣悪を極め、多くの労災被災者と職業病患者が量産されていた。しかし独裁的な権力により労働3権が踏みにじられていたため、労働者が自らを守ることができず、社会もこのような問題に無関心であった。

1987年6月の民主化闘争を経て、労働者の民主的な労働運動が育ってきた1988年、15才の少年の水銀中毒死亡事件と、源進レーヨンの二硫化炭素中毒患者の集団的な報告は社会全体を驚愕させ、労災追放と職業病追放運動を進める契機となった。

二硫化炭素は重金属のように身体に蓄積されず、また、それによる健康障害が職場を辞めた後相当の時間が経った後に生じる場合が多いが、特別な所見を表わすものではない。二硫化炭素に暴露した労働者は多様な診断を受け治療を受けなが

らも、職業病ではないかと気づくこともなく過ぎてきたのだった。さらに労働部(労働省)の認定基準に明示されていなかったため、診断に対する論難は長々と続くだけであった。そこで被災労働者と会社との間の合意により、診断手続と認定基準が決められた。そして、韓国産業保健上類のない労使双方の推薦による判定委員会がつけられ、その業務を担当した。

しかし、精密検診を受けるために待機していた労働者が死亡し、剖検がなされたがはっきりせず、葬式が137日も遅れるなど深刻な事態となり、結局「蓋然性による職業病認定」という遅い一歩を踏み出した解釈となった。このような過程は、労働者をはじめ、医療人、一般社会人の闘争により得られたもので、二硫化炭素中毒を究明するための疫学調査と職業病認定基準の制定と改定に向けて進められた。

いま、源進レーヨンの二硫化炭素中毒症は韓国の職業病の代表的事例として広く認識されており、源進レーヨンの廃業で、長期的な患者管理と治療対策を工面するための努力が進められている。ここで現在まで進められてきた過程を、特に診断に関連した事項を中心に整理してみるこ



産業保健総合センター設立推進委員長・梁吉承氏

は、職業病追放運動を展開していくうえにおいて必要な部分であると考ええる。

2 二硫化炭素中毒発生の経過

韓国で二硫化炭素を使用する職場は、有機溶剤として使用するいくつかの事業所と、ビスコースレーヨンの製造過程で大量に使用する源進レーヨンが知られている。有機溶剤として使用するところでは少量しか使用しないため、それほど問題にならないが、大量に使用する源進レーヨンでは患者が発生する可能性がたいへん高いため、これに対する備えをしなければならなかった。しかし、作業環境測定や特殊健康診断は、故意であるかどうかはとにかく、形式的に進められており、数件の死亡災害も発生していた。健康が悪化し、個人的に診療を受けながら勤めていたが、耐えられず職場を辞めた人が続出する事態になっても適切な措置がとられることがなかった。労働者は二硫化炭素中毒症であるなどは疑うことすらできず、臭いの強い二硫化水素による目の痛みを、むしろ心配しているだけであった。

最初に患者が報告されたのは1981年である。7月

24日、紡糸課で勤務していたホン・ウォンビン氏が作業途中で倒れ、国立病院に運ばれて二硫化炭素中毒症と診断された。当時この診断の基準が何であったのかは知らされなかったが、作業中の労働者であったため、急性中毒と診断されたのだと思う。しかし、これに続いての職場環境調査や精密検診等は全くなされず、何の措置もなく放置されてしまった。

慢性的な中毒の犠牲者が知られるようになったのは、それから6年たった1987年である。当時源進レーヨンで14年から18年勤務していた労働者4名が、半身不随、高血圧、精神異常、糖尿病、足の麻痺や痛み等の症状を訴え、青瓦台(大統領官邸)に陳情書を出した。その後、精密検査によって、二硫化炭素中毒症と診断された(1987年4月20日)。彼らは、この診断を受ける数年前から同じ症状でいくつかの医療機関にかかり、多様な病名で治療を受けてきたのだが、職業病の認定により民事補償600万ウォンで終結した(1987年10月6日)。しかし、4人は持続的な治療と生計の維持すら難しくなり、自身の痛みを社会に訴え始めた。

1988年7月、言論に報道されるや、同様の症状で苦しんできた多くの人々が職業病か否かを確かめるために集まり、会社側に対策を迫るなどの組織的な取り組みが始まった。国会議員らの助けと「人道主義実践医師協議会」と「労働と健康研究会」等、保健医療人の努力により、真相調査を実施し、報告会(1988年8月6日)を開き、「源進レーヨン職業病対策委員会」が結成された(1988年8月8日)。さらに、労働運動家、保健医療人、一般社会人らが参加した活動を展開、源進レーヨンで働いていた職業病を訴える人々が集まって「源進レーヨン職業病被害者家族協議会」(源家協、1988年8月18日)を結成し、活動をはじめた。

患者が集団的に発生し、どれもひどい事例であったため世論が沸騰し、1988年9月14日、会社、被災労働者である源家協の代表、対策委員会の代表、

国会議員が署名した合意書をつくるに至った(「一次合意」)。この合意により、源進レーヨン職業病判定委員会が、会社側推薦の医師3名と被災者側推薦の医師3名で構成され認定を行うことになった。47名が職業病と確定され、障害等級により1級1億ウォンから14級1千万ウォンの補償金を受けることとした規定により、補償を受けた。その後、「一次合意」による受付締切の10月30日以降に現われた職業病症状を訴える前・現職

労働者が集まり、「源進レーヨン職業病被害労働者協議会」(源労協、1989年11月5日)が結成され、長い闘争の末、1990年5月30日「二次合意」に至り、その健診と補償が行われた。

しかし、健診を待っていた労働者の金ボンファム氏が1991年1月5日に死亡。剖検の所見が職業病の所見と符合する事項であったにもかかわらず、特別判定委員会では、資料の不足で確証が不可能であり職業病と認定しないという会社側医師たちの主張により、合意をみる事ができなかった(1991年4月5日)。これに怒った労働者たちと会社との間で、第二次源進闘争が展開され、国会でも労働委員会の実態調査報告書(1991年5月6日)が、

表1 源進レーヨン職業病判定者の状況—1993年7月現在—

区分	受付	中毒	無中毒	検診中	死亡者	備考
退職後申請書	391	146 44.6%	151	64	14名中 受付前死亡 6名 受付後検診前死亡 2名	30名中 検診忌避 2名 連絡途絶 28名
在職中申請者	241	119 75.3%	39	83	死亡前判定者 5名 死亡後判定者 1名	
総計	632	265	190	177		

表2 職業病判定者勤続年数別分類

年数	3年未満	4	5	6	7	8	9	10	11	12
人員	16名	6	5	8	11	12	13	12	17	16
年数	13	14	15	16	17	18	19	20	20年以上	
人員	20	16	22	10	24	20	13	4	20名	

平均勤続年数：12年

表3 職業病判定者年齢及び性別区分

年齢	34以下	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60以上	計
男	12	34	43	58	44	24	12	227
女		3	6	12	12	5		38

平均年齢：48歳

蓋然性を根拠にして職業病と認め、5月19日、実質的な補償に合意した。死亡後137日ぶりに金ボンファム氏の葬儀が営まれた。また、この合意に基づき、ソウル大学保健大学院による源進レーヨン疫学調査が実施された。

しかし、二硫化炭素中毒を診断してきた判定委員会が、労働部の拒否により民事等級判定にのみその役割を制限された。職業病判定は、労働部が1991年11月に告示した認定基準により会社側の検診機関でのみなされるようになり、判定の正確性と公正性の問題が提起された。また、ソウル大学の疫学調査による職業病判定をめぐる、労働部が拒否するなど、職業病の認定範囲についての論

表4 年度別職業病発生状況

年度	81	87	88	89	90	91	92	93	以後
判定者	1	4	25	11	29	45	92	58	16
民事判定者	1	4	25	11	29	42	63	90	
1級		2		6		1		1	
2級					1		1		
3級			1						
4級		2	3	1		1	1		
5級	1			1	2	3		4	
6級			2		3	1	8	8	
7級								1	
8級			4	4	3	2	9	8	
9級						1	2	1	
10級			14	4	13	23	34	51	
11級				1	7	9	7	18	
12級						1	1		
13級								2	
14級									

難がまきおこった。

1993年5月に改定された認定基準は、特異症状がひとつでもあれば認定するといった前進面もあるが、多くの労働者の痛みを受けとめているかという面からいうと、まだ問題を抱えていると言える。

3 二硫化炭素中毒症認定基準および判定過程

認定をするか否か、だれが認定を行うかという2つの問題が、労働者の闘争によって決められてきたということが、これまでの経過の特徴である。認定基準の変遷は激しかった。労働部が認定基準を作るまでは判定委員会が判定していた。1991年11月に最初に認定基準を作り、1993年5月に改定し

たものが現在の認定基準となっている。

A) 判定委員会の認定基準

会社と労働者側の合意によって作られた判定委員会では、6名の医師で独自の認定基準を作った。会社側と労働者側推薦による3名ずつの医師によって構成されたわけなので、6名の医師の間でどのように合意を形成するかが問題であった。

腎臓組織検査(バイオプシー)により、電子顕微鏡で糸球体基底膜に400nm(ナノメートル)以上の肥厚を認めるか、光学顕微鏡で二硫化炭素による腎硬化症の所見が認められた場合は、異常所見ありとした。その場合、職業歴があつて腎臓組織検査がプラス(所見あり)であれば、それだけで認定した。

その他の検査方法と異常所見を認める場合は、次のとおりであるが、その場合にはいずれか2つの所見がある場合に認定した。腎臓機能検査：慢性腎不全。筋伝導検査・神経伝導検査：多発性末梢神経炎。眼底検査(眼底蛍光撮影)：微細動脈瘤、視神経炎、色素変成。CT・MRI撮影：多発性脳梗

塞。純音聴力検査、Vera検査：他覚神経性難聴。運動負荷心電図検査：虚血性異常所見。

その他の参考事項として、血圧測定、精神科診療の所見—これは、診断の基準とはされなかったが、下記のように、(民事)補償等級決定に当たって考慮された。(注：表4の等級はこれに該当)〈補償等級基準〉

- 腎臓障害 組織検査異常 11級
- 腎不全 7級以上
- 中枢神経障害 CT・MRI異常 13級
- 機能障害 労働力喪失率考慮
- 多発性末梢神経炎 筋伝導異常 12級
- 機能障害 労働力喪失率考慮
- 感覚神経性難聴 12級

対話障害時Vera Test結果等考慮

網膜変化 12級

視力障害甚大 労働力喪失率考慮

虚血性心疾患 7級以上(機能障害考慮)

高血圧 弛緩期血圧100mmHg以上 11級

120mmHg以上 9級

B) 以前の労働部の認定基準

1991年11月1日に施行された労働部例規第205号。

第1項 一般的認定要件

二硫化炭素(以下CS₂という)蒸気に暴露する業務に従事した経歴がある労働者が、次の各号の1つに該当する症状をあらわし、医学的に療養を必要とすると認定された場合には、勤労基準法施行令第54条第23号に規定する疾病と認める。

第1号 10ppm以上のCS₂蒸気に暴露する業務に数年以上勤務した労働者で、次の各目の1つに該当する場合

第1目 網膜病変、多発性末梢神経病変、視神経炎、中枢神経機能障害または精神障害のうち2つ異常がある場合

第2目 第1目の障害のうち1つがあり、かつ、神経障害、肝機能障害、造血系障害、生殖系障害、感覚神経性難聴、血管病変に起因する心臓障害、のうち1つ異常がある場合

第2号 数10ppm以上のCS₂蒸気に数週以上数年間暴露しており、労働者に、意識混濁、せん妄、精神分裂症、躁うつ症のような精神異常症勢が急に現われた場合

第3号 大量または高濃度のCS₂蒸気に暴露し、意識障害等の急性中毒症状を引き起こした場合

第2項 医学的診断要件

第1号 第1項の場合に、被災労働者の病歴、家族歴、職歴、作業内容、CS₂蒸気の許容基準と作業環境測定結果等を参考にして決定する。ただし、作業環境測定結果を確認できない期間

の勤務経歴を持つ者の場合には、第1項各号に規定したCS₂暴露量及び暴露期間に関する基準を適用しないことができる。

第2号 第1項の場合に、糖尿病、網膜炎、糖尿病性腎硬化症等、CS₂中毒以外の他の原因による疾患を排除する。

第3号 第1項第1号第2目の腎臓障害確認のための腎臓組織検査は、第1目の障害のうち1つの障害があり、かつ、第2目に掲げるその他の障害がない者の中でCS₂中毒による腎臓疾患が疑われる場合に限り実施できる。

労働省のこの認定基準は、判定委員会のものよりも柔軟性に欠けている。これを適用することによって認定患者数も少なくなったため、労働者側から論難がなげかけられた。そのような中で、前述のソウル大学の疫学調査も実施された。この調査の対象は、現職労働者1,160名と退職労働者210名及び対象群として182名、総計1,552名を検診し、労働部が認定しなかった者のうち85名に対しても職業病の所見があるという報告を行った。

ソウル大学の判定基準では、大症と小症に分け、大症は、中枢神経機能障害はMRI撮影により、多発性神経病変は神経速度検査、網膜病変は眼底検査等による。小症は、腎臓障害、肝臓障害、造血系障害、感覚神経性難聴、血管疾患に起因する心臓障害。大症2つの場合、及び、大症1つと小症1つの場合も認定するものだった。先の労働部の認定基準の第1目の5所見が3所見に、第2目の6所見は5所見に減った。

職業病と判定した数は労働部と同じだったのだが、ソウル大学の報告では「有所見者」という項目を設け、大症1つと小症0.5の1.5の所見を認めた者を対象として、前述のように85名が有所見者とされたわけである。労働部は、この85名を認めない立場をとり、これらの者が高麗大学で再検査を受けて労働部の基準を満たせば認定するとしたが、ソウル大学の報告自体は受け入れなかった。

C) 労働部の改定認定基準

1993年5月に、労働部は認定基準を改正した。この内容は次のとおりである。

第26条【二硫化炭素による中毒又はその続発症】

第1項 一般的認定要件

二硫化炭素(以下CS₂という)蒸気に暴露する業務に従事した経歴のある労働者が、次の各号の1つに該当する症状や所見を表わし、医学的に療養を必要とすると認定された場合には、勤労基準法施行令第54条第23号による疾病とみなす。

第1号 10ppm内外のCS₂蒸気に暴露する業務に数年以上勤務した労働者で、次の各目の1つに該当する場合

第1目 第1障害群

網膜の微細動脈瘤、多発性脳梗塞症、腎臓組織検査上毛細管間糸球体硬化症のうち1つがある場合

第2目 第2障害群

微細動脈瘤を除いた網膜病変、多発性末梢神経病変、視神経炎、冠状動脈性心臓疾患または精神障害のうち2つ以上の異常がある場合

第3目 第3障害群

第2目の障害のうち1つがあり、かつ、腎臓障害、肝臓障害、造血系障害、生殖系障害、感覚神経性難聴、高血圧のうち1つ以上の異常がある場合

第2号 数10ppm以上のCS₂蒸気に数週以上数年間暴露しており、労働者に、意識混濁、せん妄、精神分裂症、躁うつ症のような精神異常症勢が急に現われた場合

第3号 大量または高濃度のCS₂蒸気に暴露し、意識障害等の急性中毒症状を引き起こした場合

第2項 医学的診断要件

第1号 第1項の場合に、労働者の病歴、家族歴、職業歴、作業内容、CS₂蒸気の許容基準と作業環境測定結果等を参考にして決定する。ただ

し、作業環境測定結果を確認できない期間の勤務経歴を持つ者の場合には、第1項各号に規定したCS₂暴露量及び暴露期間に関する基準を適用しないことができる。

第2号 第1項第1号第1目と第2目の場合、糖尿病、高血圧、及びその他の血管障害等、他の原因になる疾患を排除しなければならず、第1項第1号第3目も肝炎等の他の原因になる疾患を排除しなくてはならない。

第3号 第1項第1号第1目の毛細管間糸球体硬化症を確認するための腎臓組織検査は、他の障害がなく腎臓障害だけがある者のうち腎臓障害に関する他の原因を十分に排除した場合にのみ実施できる。

この特徴は、第1に、以前は大症で2つが必要だったのが、大症が1つだけでも認定することになったことであり、これは前進である。

しかし、労働者の現在の要求は、最も多く現われている多発性末梢神経炎を第1目に含めることである。この議論の背景には、網膜の微細動脈瘤の中では85%の確率で二硫化炭素中毒以外の原因を排除できるという認識があり、多発性脳梗塞の場合も80%くらいは基本的な原因を突き止めることができるということで、第1目に含まれたが、多発性末梢神経炎の場合は、むしろ、原因不明のものが60%くらいを占めるというのが、当時の学会の主な見解であったため第2目にされた。

第1目の腎臓組織検査(バイオプシー)上の所見についても、これを第1目に含めるのは適当でないという意見もあったが、今までずっとこれを使ってきたので含めることにしたという経過がある。

もうひとつの特徴は、第3目の中に高血圧が含まれたことである。ソウル大学の報告で有意に高かったという結果を取り入れたものである。

網膜病変の中で微細動脈瘤の他にも、色素変成も第1目に取り入れるべきというのが眼科学会の意見だったが、採用されなかった。糖尿病を第3目

に含めるといふ意見も入らなかった。

これまでに認定された患者数は282名で、このうちの220余名の集計結果では、腎臓障害が47名、中枢神経障害が18名、多発性末梢神経炎が23名、感覚神経性難聴が31名、眼底所見による微細動脈瘤が16名、その他の網膜所見が2名、虚血性心疾患が13名、高血圧が60名、生殖器系障害は報告例がない、精神障害はMMP Iを検査して28名となっている(一人が複数の所見を持つ場合もある)。

4 今後の課題

今までの話でおわりのとおり、韓国では、認定する過程で、誰がするか、どのように公正性を担保するかということが常に争点となってきた。その結果、客観的な検査所見を重視したが、原田さんの話のように、医師が診察して判断することの比重は低くなった感がある。

ちなみに、客観的な検査についても不信が高まった。ある大学ではプラスなのに、別のところではマイナスというようなことがあったからだ。労働者は、労働部とかかわりのある病院の検査結果に対しては、今でも不信や不満をもっている。それにはある程度の根拠もある。じん肺の場合でいえば、X線フィルムの読影について、人道主義実践医師協議会が労働部の読影結果を再検討したら3分の1が低めに読んでいたと報告したこともある。現時点の労働者の関心事は、どうすれば公正で信頼できる機関で監査を受けることができるかということである。源進患者のための専門病院の建設要求はこのような関心から発している。

2番目の労働者の悩みは、主観的には症状を訴えるが、客観的検査結果に出てこないという問題をどうするかということ。この点では、精神科的な検査や心理的な検査をとり入れようという議論がある。主観的症状をどのように客観的に示すことができるかという持続的な研究が必要であるし、

それを実施する機関も求められている。

3番目の争点は、二硫化炭素の暴露がなくなってからも中毒の症状が進行するののかという点である。この問題に対しては、確証はつかめていないが、進行しているのではないかという印象やそのような事例はある。例えば、最初の判定委員会で基準に満たず認定されなかった者が、最近になって症状が出てきたというケースも3件あった。暴露終了後の進行に関する疫学調査が必要である。

源進レーヨンの問題はまだ終わっていない。3日前に、私のところに6名の患者が相談にきた。6名はこれまで認定の対象になっていないが、1966年から1982年まで勤務し、勤務する間に水銀、塩素ガスや二硫化炭素に暴露したと訴えた。このようにあとになってから訴えてくる患者も想定されるし、もし水銀を使用していたのが事実ならば、その調査も必要になってくるだろう。したがって、持続的に研究しながら対策をとっていくことが今後も重要である。

また、認定基準に羅列された所見についての研究も必要である。例えば、造血系障害と肝臓障害という言葉も使われているが、現実の認定過程ではたいした役割を果たしていない。肝機能障害があっても、韓国ではB型肝炎が多いため、B型肝炎として処理されてしまうことが多い。また、例えば、肝臓がんで死亡した事例もあるが、がんの問題についてもこれから関心をもっていかなければならない。胃腸管の障害についても、韓国ではあまり問題にされていない。

したがって、源進問題を全体的に解決するためには、様々な分野で活動される方々が力を合わせて、まず専門機関と専門病院を建設し、医療人もより奮闘しなければならない。今日のような機会が、このような課題を解決する第一歩となることを確信する。

*編集部注：韓国側が用意したテキストの翻訳と報告の通訳をもとに文章を整理したもの。



1993年7月10日付けの源進レーヨン株式会社の廃業に関連して、源進レーヨン株式会社(以下「会社」とする)の代表理事の全ドクスと源進レーヨン株式会社に勤務していた労働者(事務職、月給職、日給職、労組員、非労組員などの呼称、職級、その他の権限を問わない前・現職員を含んで以下「労働者」とする)を代表する労働組合委員長の黄東煥他2名は、それぞれ合法的に会社と労働者を代表することを確認し、以下のとおり合意する。

I 廃業による精密検診

1 精密検査実施

会社は、廃業による労働者の精密検診のために療養申請書発給に積極的に協力し、労働者は、療養申請書の発給を受けて該当検診機関で精密診断を受けるようにする。

2 精密検診に関連する費用支給

会社は、前I-1の精密検診時に産業災害保険点数に含まれていないMRI撮影に使われる費用として、CTとMRIとの費用差額の金254万ウォンを本合意日の翌日から10営業日以内に支給する。

II 廃業慰労金など

3 会社の廃業による労働者の生計支援のために、会社は、次のような廃業慰労金などを本合意日の翌日から10営業日以内に支給する。

- ① 廃業慰労金：平均賃金の5か月分を一律的に支給する。
- ② 就業対策費：1人当たり金250万ウォンずつ支給する。
- ③ 定期健康検診費：廃業後の毎年の定期健康診断に該当する費用として1人当たり125万4千ウォンを一括支払で支給し、会社は、毎年の定期検診に対する責任を負わない。

III 精密検診に関連した費用、廃業慰労金など

の支給対象

4 支給対象

① 前I-2(精密検診に関連した費用)、前III-3(廃業慰労金など)は、1993年7月10日現在、国内在職労働者に限って支給する。

② 前①項にかかわらず、本合意日現在、職業病患者として確定し、障害等級が確定した者は支給対象から除外され、本合意日現在、精密検診が進行中の者で会社がMRI撮影費用を既に負担した者には前I-2(精密検診に関連した費用)は支給しない。

IV 職業病関連基金(以下「基金」とする)

5 基金出資の目的、既存民事賠償制度との関係

① 1993年7月5日付けの政府の産業政策審議会の議決事項、「源進レーヨン(株)の閉鎖法案」中、補完処置「b」号の定めにしたがって、会社に勤務していたときに二硫化炭素に被曝したことが原因で廃業後に二硫化炭素中毒患者に確定して、自活できない労働者を援助するために会社は一定額の基金を出資する。

② 既存の民事賠償制度は、基金によって設立される非営利財団法人(以下「公益法人」とする)の定款にしたがって運営することにし、公益法人の設立と同時に既存の民事賠償制度は自動的に効力を失効する。

③ 本合意日現在、民事賠償等級が確定した労働者に対しては、会社から民事賠償金残額を支給することにし、本合意日以降に発生する民事賠償金については新しく設立される公益法人が負担することにする。

6 基金の出資方法

① 公益法人の設立、基金の出資

廃業後に発生する職業病確定者の民事賠償のために公益法人設立(労働部許可)を前提

として、同法人に対して次の方法で基金を出資する。

- a 1次：法人設立許可日から7日以内に現金50億ウォン
- b 2次：破産債権50億ウォン
- c 3次：破産終結後剰余財産発生時に50億ウォン以内

② 公益法人は、まず会社が設立推進するが、法人設立(労働部許可)以降、法人人員を交替する必要がある場合は、非常対策委側と協議して法人人員を交替することにする。

V その他

7 告訴、告発などの取り下げ

本合意書で会社と労働者間に本合意以前の事由によって一切の民・刑事訴訟または行政法規などに定められた責任は新しく問わないようにし、本合意以前に発生した陳情・告訴・告発などは本合意後直ちに取り下げることとする。また、関連機関に善処を訴えた手続を取り下げることとする。

8 合意内容の履行のための処置

① 本合意によって支給される廃業慰労金などの支給のために会社が必要と判断し、労働者に要求される書類などは、廃業慰労金受領時に提出することとし、本人の不注意または具備書類の不備で支給に障害が発生したことによる全ての不利益は、本人が負担し、一切会社にこれを提起しないこととする。

② 本合意による手続を円満に処理するために、会社の処置に労働者は条件をつけずに従うこととし、本合意によって支給される金品の受領のため、または会社の要請がある場合、これ以外の労働者は即時会社内から退去しなければならず、これに違反して発生する全ての責任は労働者代表と当事者が負担する。

9 効力

① 本合意書は合意と同時に効力が発生する。

② 関連法規の錯誤、解釈の誤謬、その他の理由を問わず、結果的に労働者に対する賃金などの未支給分がある場合、本合意による廃業慰労金の支給で当然に清算されたものとする。

③ 本合意にしたがって1988年9月14日付けの「会社と会社に勤務して被害を受けた被害者間の合意書」、1989年8月10日付けの「会社と会社に勤務して被害を受けた被害者間の補充合意書」、1990年5月31日付けの「会社と会社で勤務して職業病によって被害を受けた被害者間の合意書」、1990年12月31日付けの「団体協約書」、その他の名称、形式を問わず、会社が責任と義務を負担する全ての合意書などは当然に効力を喪失する。

④ 会社と労働者間の解釈に異見がある場合には、会社の解釈によることとする。

本合意を重んずるために合意書を2部作成し会社と労働者代表がそれぞれ署名捺印する。

1993年11月9日

会社：源進レーヨン(株)代表理事・全ドクスン

労働者：源進レーヨン(株)労働組合

委員長兼非常対策委員長・黄東煥

副委員長兼非常対策委員・申ヒョンテ

代議員兼非常対策委員・ベ・ギス

(立会人)立会人はそれぞれ本人が所属する機関ならびに団体(任意団体を含む)を代表し、本合意事項を確認し、各機関または団体が上記の合意事項の履行に必要な処置をつつがなくとるために、それぞれが署名捺印する。

労働部：禹ソン(企画管理室長)

韓国産業銀行：黄ビョンホ(副総裁)

非常対策委員：鄭ギファン、金ジョンシク

連合： 労働安全衛生環境対策指針



1992年10月 連合・第2回労働安全衛生シンポジウム

第1章 連合がめざす労働安全衛生 対策の基本的な考え方

1 労働の人間化をすすめる

働く者にとっては、「安全なくして労働なし」と言われるように、安全で健康に働くことは何者にも代えがたい基本的権利である。「命と健康」は労働組合にとって重要な課題の一つであり、安全衛生や作業環境に関する取り組みを、賃金や労働時間と同じレベルの課題として位置づけ、労働組合運動全体としての取り組みを行う。

連合は、労働安全衛生の課題を「ゆとり・豊かさ」を実現させるための重要な柱として追求する。

機械・設備、技術や仕事に人間を従属させるのではなく、労働のあり方についても労働環境や労働条件を労働者に合わせる一つまり、「労働の人間化」をすすめるための不断の努力が政・労・使ともに求められている。

スウェーデン、デンマーク、ドイツでは、1960年代の後半以降「労働生活の質の向上」や「労働の人間化」が実践されており、その精神はICFTU(国際自由労連)の基本方針やILO(国際労働機関)の条約・勧告に反映されている。また、欧米では労働安全衛生がポスト時短の取り組みとし

て最重要視されている。

これまで日本の労働安全衛生の取り組みは、職業病、労働災害の大幅な減少が追求され、心と体の健康づくりへと発展してきた。

連合は、直接的な災害や疾病対策を強化することは当然であるが、労働や環境に起因する災害や疾病を広く対象とし、総合的な対策を推進する。そして、活動の重点を事故や疾病を起させないための予防対策に置きつつ、災害や疾病が発生した場合は、治療、補償の取り組みを推進していく。

1992年の労働安全衛生法の改正で快適職場環境の形成促進の具対策が策定された。「快適職場環境の形成」の課題は21世紀につながるものであり、労働者の自主性が尊重される快適職場づくりに努める。特に人間工学の最新の研究・技術水準が活用されなければならない。快適職場づくりに、大幅な労働時間短縮の促進は欠かせない。

2 事業主責任の明確化

事業主が労働者を雇用了場合は、労働者を安全で健康な状態で働かせる責務を負っており、安全と健康についての事業主責任をより明確にする。

また、安全と健康の取り組みに関して、国・産業・企業の各レベルで労働基準法や労働安全衛生法に規定されている労働条件の労使対等決定原則の確立を一層推進する。

労働者には、少なくとも次の権利の確立が重要である。

- ① 働く者が職場環境、機械設備、取り扱っている化学物質等の有害性等について知る権利。
- ② 安全と健康に関する問題について、働く者の参加を保障し、事業者と協議の上、必要な改善策を具体的に進める権利。
- ③ 生命または健康に明白な危険が予想される場合には職場から退避し、就労を拒否する権利。また、災害が発生した場合は、労働組合が参

加して現地調査を行った上で問題点をチェックし、対策を講じる。中止した操業の再開にあたっては、安全性が確認されない限り就業しない。

3 労働組合、労働者の参加の促進

国・地方自治体の安全衛生機関のあらゆる場で、労働組合・労働者の意志決定への参加を促進、強化する。また、これらの機関の運営は、政・労・使の3者協力を基本に、政府の指導、使用者の責任、労働組合の協力というそれぞれの役割を果たしていく。さらに、労働安全衛生活動の成果を上げるために、日常的な労働基準局・労働基準監督署との連携、事業主団体との協議・協力の場の設置、内容の充実を追求する。

企業・職場レベルで、安全衛生管理者の選任、安全衛生委員会の運営、産業医の選任などの安全衛生管理体制について労使で協議・決定し、労働協約の締結、内容の充実を促進する。

4 地域住民への情報公開

職場と地域住民は環境を共有している。第80回ILO総会(1993年)で採択された「大規模労働災害防止条約・勧告」にも、施設周辺の住民と環境も危険の保護対象になることが明記されている。「住民の知る権利」を重視し、企業がその施設近隣の住民に対する安全と健康に関して必要な情報を提供するように、取り組みを強化する。また、有害・危険物質の漏洩、火災、爆発の防止対策と事故発生の場合の地域住民への影響を最小限度にとどめる対策を強化する必要がある。

5 環境保全対策の強化

職場の安全衛生活動と環境保全は結びついており、公害発生と職業病発生は一体のものである。ICFTU「労働安全衛生と環境」の方針に沿って、労働組合の「知る権利」と「意志決定への参加の権利」を軸に環境保全対策を強化する。

第2章 わが国の特徴的な労働安全衛生の現状

1 建設・林・鉱業等、小規模事業所に多発し、大型化する労働災害

わが国の労働災害は、死亡者数で見ると、労働安全衛生法の施行時(1972年)には6,000人近くに上っていたが、1992年には2,300人台へと減少した。しかし、1992年の労働災害統計を業種別にみると、建設業が死亡災害の42%、総数で166件に上る重大災害(一時に3人以上の死傷者を伴う災害)の45%を占めている。

また、1992年の重大災害は前年に比べて30件減少したものの、公共事業や化学工場を中心に災害が大型化している。

さらに、休業4日以上死傷者数は19万人に迫っており、事業所規模別にみると100人未満の中小・零細事業所で全体の80%の災害が発生しており、業種別では製造業と建設業で60%を占めており、型別では物や機械へのはさまれ・巻き込まれ(19.4%)、建物などからの墜落・転落(18.5%)が上位を占めている。業種別の度数率(100万時間あたりに発生する死傷者数の割合)をみると、林業(9.97)、港湾運送業(4.12)、一般貨物自動車運送業(4.08)、鉱業(2.75)が際だって高い数値を示している。また、サービス産業の多様化と労働者数の増加によって、第三次産業における労働災害の割合が年々高まっているのも特徴に挙げられる。

2 疲労が増大している職場

連合の「安全衛生に関する調査」(1992年)によれば、過去3年間の傾向としてほぼ半数(46%)の事業所で疲労度が増していると答えている。疲労度が少なくなっているとの答は8%に過ぎない。また同じく、過労が原因で病気、事故、その他の問題

があった事業所は30%に達しており、前回調査(1989年)の28%上回っている。

同調査で、過労が原因と思われる事故や病気の種類をみると、「腰痛」、「胃潰瘍・十二指腸潰瘍」の2つがそれぞれ42%、39%と高い比率を占めるが、壮年期の急死の主因である「脳・心臓疾患」も35%と、かなり高い。同調査で過労をもたらした原因をみると、「仕事量・密度の拡大」(61%)、「時間外労働が多い」(52%)、「深夜・早朝勤、変則勤務が多い」(30%)が目立っている。また、事業所規模が大きくなるにしたがって、「メンタルヘルス問題」を原因に挙げる事業所が増える傾向にある。

とくに疲労問題が深刻化し、脳・心臓疾患を中心にいわゆる「過労死」が社会問題化している。

3 成人病とストレスの増加

近年、脳・心臓疾患、糖尿病、高血圧性疾患などの成人病の増加が職場の健康問題の中心になってきた。また、VDT・監視作業の増加に伴うテクノストレス、人間関係を含む慢性的なストレスの増加も問題になっている。心と体の健康づくりの対策強化が必要になっている。

第3章 労働安全衛生の課題と対策

前述した問題点の克服のために、日常的に安全衛生活動を強化し、労働災害、職業病の減少をめざし、労働者の心身両面にわたる健康の積極的な保持増進、快適職場環境づくりをすすめる。

1 安全衛生管理体制の充実

安全衛生(衛生)委員会の設置・円滑な開催、産業(健康管理)医等の選任に際して、労使が協議・決定の上すすめる。とくに、産業医の人選に際して、労組の同意権を獲得し、さらに常勤化をめざしていく。また、安全・衛生管理者、安全衛生推進者、作業主任者等の選任・機能強化についても、

労働組合との協議・決定を推進する。さらに、総括安全衛生管理者はその事業所のトップクラスの管理者の選任を要求する。

労働災害が中小規模事業所で多く発生している事実を重視し、国に対し、法令で安全衛生委員会の設置や安全・衛生管理者、産業医等の選任が義務づけられている事業所の労働者数による規模別制限の引き下げを要求する。

とくに産業医の中立性の担保と機能の抜本的な強化が必要であり、国に対して労働安全衛生法の改正で健康診断の結果に基づき適切な事後措置を行使できる条件の整備と権限をもたせたり、産業医の配置義務を50人未満の事業所に拡大し、中小企業向けに地域産業医制度の創設を求める。

2 健康診断の充実

労働安全衛生法に基づく定期健康診断、有害物質を扱う労働者の特別健康診断の充実が必要である。国に対し、労働安全衛生法の改正によって1989年から加えられた成人病検診の項目一心電図、血液、肝機能、尿の検査の完全実施の指導の強化はもちろんのこと、ガン検診項目の充実を求める。

企業・職場レベルでは、健康診断の成人病検診項目の充実を図り、健康診断の充実のために産業医との連携を強化し、安全衛生委員会への意見反映に努める。

3 作業環境対策

快適職場環境形成の施策が出されている中で、作業環境の改善を積極的にすすめていかなければならない。作業環境測定方法は騒音等について改善されてきたが、他の項目については現在の方法は欧米に比べて立ち遅れている。国に対して、作業環境測定について個人を対象にした個人サンブラー方式(ばく露測定)の導入を求める。

4 安全衛生教育の徹底

国・地方自治体には公的な安全衛生教育施設と教育内容の充実に努めることを求め、とくに労働災害の発生率が高い業界に対しては安全衛生教育の個別指導を行うことを求める。

企業・職場レベルの安全衛生教育は、法令に基づくものは当然として、有給の教育・研修制度の充実をはかる。

国・自治体は、ME(OA・FA)機器導入の進展にともない、その及ぼす悪影響に対して、労働科学、人間工学の研究成果を十分反映した施策をすすめるべきである。

企業・職場レベルでは、VDT作業のためのガイドラインを作成し、対策を強化する。また、産業用ロボットの安全対策を強化する。

5 労働災害防止対策

建設業、林業、港湾運送業、一般貨物運送業、鉱業などの業種や小規模事業所での災害、公共事業、化学工場等の大型災害、業務交通事故災害、プレス災害が多発している実態の中で、企業・職場レベルでは安全衛生管理体制の充実、法規遵守を徹底させる。国・地方自治体には公平・公正・公開の原則に基づいて、法改正等を含め安全指導の強化を求める。

国・地方自治体に対しては、機械・器具の製造・加工・譲渡・輸出の各段階において安全装置の装着を含め、労働者が安全に作業できるよう最大限の検査・監視を行うことを求める。また、労働災害発生の実態からみて、安全性が低い機器については必要に応じて各級審議会で対策を検討し、早急に安全な機器への転換を行わせるための指導を求める。

6 有害物質対策

国・地方自治体は、新規化学、有害物質に対する施策を強化するとともに、既存物質を含めて安全・衛生面の対策を強化し、「化学物質等の危険有

害性等の表示に関する指針」(1993年4月)に基づく安全データシートの作成・交付の指導を強化することが必要である。また、国・企業に対し化学・有害物質を扱う労働者に関して、個々の労働者が過去に扱ったり、現在扱っている物質を記入できる職歴手帳の交付を求める。

企業・職場レベルでは、有害物質に関して、労働安全衛生関係諸法令の規定にしたがって取扱い、有害性が不明な新規化学物質を取扱う(輸送を含む)場合にはその安全性と有害な場合の対策が明確にならなければ使用しないという態度で望む。

7 職業性疾病対策

労働者の職業性疾病には、職業病(狭義)、労働関連疾患(労働要因を原因の一部とする疾患・広義の職業病)、労働要因以外を含む環境要因による疾患があり、いずれも大きな課題である。このうち、職業病(狭義)は、従来より労働組合がその根絶のために取り組んできたものであるが、化学物質による被災、紛じん障害、職業がん、腰痛、けい腕・振動障害、騒音、電離放射線障害、その他の職業性疾病があとを絶たない。疾病別対策の強化が必要であり、対策を強化する(具体的対策は後掲資料で記述)。

8 過労問題と労働関連疾患対策

「過労死」が社会問題化する中で、過労問題への対応が求められている。連合は、「過労問題プロジェクト報告」(1992年3月)をまとめた。以下、報告の概要を示す。

国に対し、過労問題に関して、安全配慮義務違反対策の強化、産業医制度の強化と成人病健康診断の完全実施、「労働関連疾患」に関する対策指針の策定、「安全就業ガイドライン」の策定、労災認定の改善、労働関連疾患に関する給付制度の創設、産業・企業の労働者の職場別疲労度に関する疫学

調査の実施などを求める。

また、過労問題、労働関連疾患が多発する企業・職場では、原因を究明し、その結果に基づき、企業などに「ドクターストップ」をかける体制づくりを追求し、労使協議の強化、安全衛生管理体制・成人病健康診断の完全実施、労働関連疾患対策の確立などを求める。

9 心と体の健康づくり

成人病、ストレスの増加の中で、職場環境整備の対策、日常的な心と体の健康維持・増進活動が求められている。

「連合安全衛生に関する調査」によっても、特に企業規模が大きくなるにしたがってメンタルヘルス対策の相対的な比重が大きくなっている。国・自治体は、メンタルヘルス対策を重視し、強化すべきである。

企業・自治体レベルでは、VDT労働、サービス産業等の増加に伴うストレスの増進に対して、安心して気軽に相談できる体制づくりや職場のストレス要因対策を強化していくことが大切である。その場合、健康に関するプライバシーについては、保健・医療スタッフなど健康管理部門が一元管理を行い、労務管理部門との区分けを行うべきである。

近年取り組みがすすめられているTHP(トータル・ヘルス・プロモーション・プラン)を、健康対策にとどめず、快適職場環境づくりから生活習慣の改善までを含む総合的な取り組みとして推進していく。同時に、疾病治療中や持病を持つ労働者にも配慮した職場環境づくりをすすめる。そのために、国に対してスタッフの増員・条件の改善・助成の拡大を含め、制度の改善を要求する。また、中小企業勤労者福祉サービスセンターにおける健康・医療相談窓口の常設化、内容の充実について支援の強化を求める。

健康づくりの推進にあたっては、働く者の自主

的参加を前提にして、労使が直接参加化する安全衛生委員会とつながった「安全・健康サークル(仮称)」などの活動を通じて総合的にすすめる。この活動は個人の自主的活動にも活かされるものにしていく。

10 配慮が必要な労働・勤務対策

- (1) 安全衛生対策上も、障害者にやさしい施設、母性保護対策、高齢者の体力を考慮した施策と企業・職場レベル対策を求める。
- (2) 早朝・深夜勤の回数を減らし、休日増を実現するなど、交替制勤務の改善対策を推進していく。また、労働安全衛生管理、健康管理が困難な屋外作業について、労働組合、労働者の参加で職場環境の改善をすすめる。
- (3) 海外勤務者の赴任前・帰国後の健康診断を完全実施し、赴任地における安全・健康対策を行政の援助、企業の責任で行わせる。
- (4) 企業・職場レベルでは、外国人労働者の安全衛生教育に力を入れ、職場で必要な箇所については、標識、掲示等に母国語、図解などを用い、外国人労働者が理解しやすい方法を追求し、国・自治体にはそのための標識・掲示等の統一についてのガイドラインの作成について指導・援助を求める。

11 快適職場づくり

連合は、快適職場環境の形成がこれまでの安全衛生対策を一層すすめ、労働者個々人の快適性を追求するものとして重視する。

国・地方自治体は、「快適な職場環境の形成のための指針」の周知徹底をはかり、中央及び都道府県快適職場推進センターの充実を進めるべきである。その際、低利融資制度及び中小企業グループへの職場改善機器の助成制度の普及を求める。

企業・職場レベルでは、快適職場環境の形成に関して事業者が講ずべき措置を確実に履行させ

る。その際、労働組合、関係労働者の意見を十分汲み上げるよう求める。また、「快適職場形成推進計画」に労働組合、労働者が積極的に参加し、働く者の自主的参加を前提にした「安全・健康サークル(仮称)」などを通じて、快適職場の形成を推進する。

12 労働災害・公務災害補償制度

連合は、「労災認定の改善に関する連合意見」(1991年8月)を発表し、国に対し被災者の救済対策の改善を要求してきている。

今後とも国に対し、この「連合意見」に基づいて、①業務上外の認定決定にあたって主治医の意見の尊重、迅速な決定、決定理由・諸データの公開、②労災認定基準についての抜本的な見直し—例えば、業務の過重性の評価にあたっては「発症前1週間より前の業務」を「付加的要因」とどめず「本要因」とする—を要求する。

13 エイズ対策

厚生省の発表(1991年12月現在)によっても、日本のエイズ患者数は543名、感染者数2,551名(凝固因子製剤からの感染を含む)となっており、このまま推移すると憂慮すべき事態が予想される。労働組合としても、エイズ対策をすすめる必要がある。

その場合、国・自治体に対して予防のための正しい知識の普及と検査を望む全ての人が無料のエイズ検査を受けられるよう求める。

企業・職場レベルでは、予防のための正しい知識の普及をすすめるとともに、エイズに感染しやすい職場については予防対策を強化する。また、エイズ患者、感染者に差別が行われないよう、労使ともに対策をすすめていく。

14 労働安全衛生法等関連法規

連合「指針」に沿って、労働安全衛生法(以下、労安法と略す)等の改正については、当面以下の内

容を求める。

(労働者の権利)

1. 事業者は、職場環境、機械設備の安全・衛生に関する情報、取り扱っている化学物質等の有害性について、関係する労働者が請求した場合は公表すること。
2. 安全・衛生問題についての労使対等決定原則を明記すること。
3. 労働者の生命または健康に明白な危険が予想される場合には、職場から退避し、就労を拒否する権利の保障。

(安全・衛生委員会)

4. 常時使用する労働者の数が30人以上の事業場は安全・衛生委員会を設置すること。
5. 30人未満の事業場には、安全・衛生委員会に準じた「安全・衛生協議会」を設置し、労使で関係労働者の意見を聞くこと。(労安法17、18、19条)

(産業医関係)

6. 常時使用する労働者の数が30人以上の事業場は産業医の選任を行うこと。
7. 30人未満の事業場には、現行産業医制度に準じた地域産業医制度をつくり、対処すること。
8. 健康診断・カウンセリングの事後措置について、事業者が産業医の勧告に基づき必要な措置を行うことを義務づけるなど、産業医の権限の強化。
9. 産業医の選任及び解任は労働組合の代表者もしくは労働者代表の同意を前提とすること。(労安法13条)
- (罰則の強化)
10. 安全衛生推進者等の選任(労安法12条の2)、特定元方事業者の講ずべき措置等(同29条)、健康診断の事後措置(同66条7項)などを行わない場合に罰則を適用すること。
11. 事業者の安全健康配慮義務を具体的に明示して、必要な罰則を設けること。(労安法65条の3)

12. 労安法違反により罰則を適用する場合には、原則として過失がある場合も処罰すること。

(健康管理手帳の交付の拡大)

13. 発がんが確認できた物質を取り扱う業務に従事した者が離職するときの健康管理手帳の交付の対象業務を拡大することとし、当面、石綿、ベンゼン及び化学用コークス炉などを適用すること。(労安法67条、労安法施行令23条)

(作業環境測定の適切な実施)

14. 作業環境の測定方法として個人サンブラー方式を導入し、実際のばく露に近い濃度を重視して測定し、評価するように改めること。(労安法65条2項)

(公務員への労安法の適用)

15. 国家公務員(非現業)には労安法の適用がなく、地方公務員(非現業)にも一部適用が除外されている。公務員(非現業)にも労安法の適用を行うこと。

(労働災害防止指導員の位置づけと権限の強化)

16. 「訓令」という曖昧な位置づけではなく、労安法に根拠規定を置き、事業場に対する独自の調査権等の権限を与えるなど権限を強めること。

第4章 労働組合の当面の課題

1 連合・構成組織・地方連合会の取り組み

(1) 職場の安全衛生の取り組みの強化

安全衛生活動は職場が原点であり、職場の全員参加の活動を促進するため、創造的な活動を行う。

全国安全週間、全国労働衛生週間に合わせて、安全衛生委員会や労使の安全衛生代表の下で、全国的に職場で使用原料、機械などの安全チェックを含めたチェックリストに基づく「安全と健康チェック活動」を実施する。

「安全・健康サークル(仮称)」などを通じて、安全で健康で快適な職場づくりに取り組む。

(2) 構成組織・地方連合会による労働安全衛生対策会議の設置

すべての構成組織、地方連合会に「労働安全衛生対策会議」を設置し、単組間の情報交換、対策指針を作成し、労働安全衛生活動の活性化をはかる。

(3) 産業別・地方労使安全衛生会議(仮称)等の設置

可能な構成組織は、単産ごとに産業別労使安全衛生会議を設置し、定例会議を開催する。

また、可能な地方連合会は、地方事業主団体等との安全衛生会議を設置し、定例会議を開催する。

(4) 各労働安全衛生団体との連携

中央労働災害防止協会、産業保健センターなど諸団体との連携を深め、運営に関して労働者代表を正式に役員に参加させ、積極的に意見の反映をはかる。

また、民間の労働安全衛生団体との積極的な連携を強化する。

(5) 全国セイフティー・ネットワーク等の取り組み

構成組織、地方連合会の協力で、安全衛生委員会の労働者側委員の全国セイフティー・ネットワークをつくる。

また、構成組織、地方連合会の協力で、労災防止指導員及び労働保険審査会における労働者側委員のネットワークを確立する。

(6) 連合安全衛生センター(仮称)の設置

この指針を踏まえ、「連合安全衛生センター」の設置に向けた取り組みをすすめる。なお、当面の取り組みは、①安全衛生に関する政策・制度づくりの強化、法令改正の実現、②安全衛生に関する情報提供、③安全衛生担当者の養成・教育の実施、④構成組織、地方連合会の安全衛

生活動支援、などとする。

地方連合会レベルにも、①安全衛生担当者の養成・教育の実施、②安全衛生に関する情報収集と広報活動、③安全衛生に関する学習資料・教材などの発行、などの役割を持つ「安全衛生センター」設置をめざし、拡大に努める。

2 国際的な労働安全衛生活動への積極的参加

ICFTUの労働安全衛生活動に積極的に参加し、ILO等の活動の強化をはかる。

とくに、ICFTU—APRO(国際自由労連アジア太平洋地域組織)の労働安全衛生活動に積極的に参加し、アジア・太平洋地域との交流、協力・支援を強化する。

また、日本の海外進出企業、その他多国籍企業の現地における安全衛生面のチェックを強める。

さらに、国際貢献の一環として、安全衛生の分野についても、労働組合参加によるODA(政府開発援助)資金の有効な活用を求める。

むすび

この「労働安全衛生環境対策指針」は、連合の安全衛生対策環境対策の中期的な方向を示したものである。

第2回労働安全衛生対策会議(1990年12月)において「指針」策定作業着手を確認して以降、労働安全衛生対策会議で医師、労働安全衛生・科学専門家のヒアリング、「過労問題プロジェクト報告」(1992年2月)、「労働安全衛生に関する調査」結果(1992年9月)、「第2回労働安全衛生シンポジウム」(1992年10月)を実施し、その成果をできるだけ反映したつもりである。

連合は、策定した本「指針」及び別紙「職業性疾病対策」に基づいて、具体的な取り組みを行っていく。各構成組織、地方連合会、地域連合会、単組の最大限のご協力をお願いする次第である。

また、安全衛生環境対策は状況の変化に伴って日々変化するものであり、今後の情勢の進展に伴って必要な安全衛生環境対策の補強を行っていく。



★「指針」策定までの経過

92.12.15 第11回対策会議 作成に向け意見交換
93. 2.24 第12回対策会議 「指針」骨子(第1次案)討議

4.15 第1回作業委員会 「指針」(第1次案)作成

4.20 第13回対策会議 「指針」(第1次案)討議

5.24 第14回対策会議 「指針」(第2次案)討議

8.25 第2回作業委員会 「指針」(第3次案)作成

9. 1 第15回対策会議 「指針」(第3次案)討議
「指針」として確認

9.20 第27回中央執行委 「指針」報告、了承

★労働安全衛生対策会議

座長 安藤弘靖

副座長 矢澤寿義

「指針」作成作業委員会 中桐伸五(自治労)

富永賢次(鉄鋼労連)

柿崎直和(全化連合)

深瀬清祐(合化労連)

連合事務局 来田 弘(法規対策局長)

吉田和道(同 次長)

熊谷謙一(同 次長)

【別紙】職業性疾病対策について

「指針」本文に示した職業性疾病の個別対策について、主要な疾病に関する予防対策などの概要は次のとおりである(本文中で触れられている疾病は除く)。

1 腰痛症

腰痛症は、わが国の職業性疾病全体の6割強を占めている。業務上の腰痛には、業務上の負傷等による「災害性腰痛症」と、それ以外の「非災害性

腰痛症」とがある。腰痛の防止に向けて、職場では、業種や作業の特徴を考えつつ、腰痛予防のための総合的な対策を立案する必要がある。また、腰痛傾向のある労働者に対しては、作業内容に無理がないような配慮が必要である。行政は、予防に関して2つの通達(「重量物」、「社会福祉施設」)を策定しているが、労働者の日常生活における健康増進の視点も含め、総合的な予防指針の策定を求めている。

2 頸肩腕障害

頸肩腕障害は、キーパンチャー業務などの典型的な作業から、上肢に負担をかける業務全般、例えば、看護、調理、商品の訪問販売者などにも広がりを見せている。予防対策の中心は、上肢に負担をかける業務について、作業内容の軽減と、特別な健康診断を実施することである。また、頸肩腕障害の広がりに対応し、関連する作業内容の軽減と就労回復のための措置をとる必要がある。特別健康診断は、該当する労働者について、年2回実施する必要がある。行政には、頸肩腕障害全体に対する予防のための指針と、それに対応する通達を策定し、指導を強化するよう求める。

3 じん肺、合併症

じん肺は、最も古い職業病の一つであるが、現在も、職業性疾病全体の1割、長期療養者の半数以上を占めている。また、肺結核、気管支炎、肺がんなどの合併症を伴うことが多い。1960年に「じん肺法」が制定され、予防、健康管理、政府の措置などが定められ、1985年からは「じん肺障害防止総合対策推進要綱」が策定されている。予防対策は、じん肺法、同施行規則、「推進要綱」などによる措置、ならびに、それを上回る措置を実現することである。じん肺は、近年、製造業全体などに広がる傾向があり、予防対策の強化が必要である。行政には、じん肺法などに基づく措置の強化、

法制度の改善などを求めていく。「じん肺問題対策について」1992年12月第11回安全衛生対策会議で確認)

4 アスベスト障害

アスベスト(石綿)障害は、主として、建設業、製造業などで発生し、主な症状は、石綿肺、肺がん、胸膜・腹膜の中皮腫などである。関係法令としては、じん肺法、「紛じん則」(紛じん障害防止規則)などがある。予防対策としては、アスベスト作業からの転換をはかるとともに、関係法令に基づく予防対策、ならびにそれを上回る対策を推進し、関連労働者の健康管理の徹底を行うべきである。行政には、アスベスト作業からの転換促進の支援・助成を求めるとともに、発がん防止対策、個別管理を含む健康管理対策の強化、法制度の改正を含む施策の強化を要請する。

5 白ろう病・振動障害

振動障害には、チェーンソー、削岩機などの手腕系振動による障害と、トラクターなどによる全身振動障害とがある。予防対策として、①健康診断の徹底、②振動機械の変更、改良、③振動機具等の特性に対応した作業時間の規制、④作業内容、姿勢、寒冷時の保温対策などを徹底する必要がある。とくに、新たな工具・機械や作業の変化による振動障害の多様化への対策を強化し、作業時間の編成についても、振動周波数、強度(振動加速度)の特性に十分対応したものとすべきである。行政には、工具・機械の安全確保対策の強化、総合的な予防指針の策定、振動特性に対応したきめ細かい安全対策の確保などを求める。また、「振動障害の治療指針」(1986年)の見直し、施策の強化を求める。

6 騒音・難聴

騒音による難聴には、爆発事故などに伴う災害

性難聴と、騒音への長時間の暴露などによる非災害性難聴とがある。予防対策として、法的に規制されている有害業務としての騒音ばく露の一扫をはかることは当然であるが、騒音を有害かつ不快なレベル以下に軽減するため、つぎのような取り組みを強化する。①騒音源の改善、遮音装置の強化、②騒音源や作業に対応した適切な騒音レベルの設定、③健康診断の強化など。行政には、騒音障害防止についての総合的な施策の強化を求め、とくに、周波数とばく露時間を配慮したガイドラインを策定するよう求める。

7 放射線障害・電磁波障害

電離放射線障害ともいい、エックス線、ガンマ線などへの被ばくにより発生する。予防対策としては、電離放射線障害防止規則(1990年改正)に基づき、放射線からの防護、環境整備、健康管理などを徹底し、国際放射線防護委員会(ICRP)の勧告水準での予防対策を行うべきである。被ばく線量に関する個人管理を徹底する必要がある。放射線源の状況等により、管理区域内の放射線量の分布や体の部位による被ばく量などについて、きめ細かい対策が必要である。行政には、電離放射線障害防止規則を、ICRP勧告、あるいは、それを上回る水準とすることなどを求める。

8 異常気圧

異常な高圧または減圧による障害は、潜水、港湾工事、海洋開発関連工事などに発生している。高圧での症状としては、気圧傷害、酸素中毒、「窒素酔い」などが、減圧関係では、減圧による負傷、「潜水病」などがある。予防対策としては、急激な加圧、減圧を避けること、高圧下での酸素、窒素の圧力(分圧)に注意すること(一定以上で意識障害などが起きる)などである。高圧作業は、日常的な作業とは異なる環境で行われるため、十分な安全対策が必要である。行政には、新しい高圧作業

にも対応しうる、総合的な予防対策のガイドラインづくりを求める。

9 化学物質障害

化学物質は、主なものでも5万種類を超すといわれ、新規届出物質も毎年500を超す状況であるが、有害性を示すものが少なくない。ベンジジン、塩化ビニル、コールタールなど54種類の物質については「特化則」(特定化学物質等障害予防規則)が定められている。予防対策は、物質の特性により異なる。「特化則」の対象物質については、まず、規則に基づく、製造管理、作業管理、健康診断などの措置を徹底する必要がある、さらに、「特化則」を上回る予防対策を講ずるべきである。他の多数の化学物質についても、毒性等に関する的確な情報提供を行い、「特化則」などに準ずる措置を強化すべきである。行政には、対象物質の拡大を含む新規有害物質対策の強化、混合物質対策、長期間低濃度ばく露対策の強化などを求める。

10 有機溶剤障害

有機溶剤は、一般に使われているものでも、ベンゼン、トルエンなど500種類近くがある。用途も広く、塗料、油脂、化学繊維、合成樹脂、写真、農薬、医薬品、甘味料などに及ぶ。多用される54種類について、「有機則」(有機溶剤中毒予防規則)が策定されている。予防対策は、「有機則」の対象物質については、規則に基づく特殊健康診断、有毒ガス対策、その他の措置を徹底することが基本である。また、「有機則」対象外の物質も多いことから、事業所で使用する有機溶剤すべてについて、毒性と中毒予防の方策を確立する必要がある。行政には、対象物質の拡大を含む「有機則」の強化、複数の有機溶剤の混合、低濃度・長期間ばく露などへの対策の推進などを求めていく。

11 金属物質障害

金属物質障害は、鉛、水銀、クロム、マンガンなどの金属物質の製造工程、加工工程などにおいて発生する。予防対策は、物質の特性により異なる。鉛については、「鉛中毒予防規則」(以下「鉛則」)等による、作業管理、測定、健康診断などの措置、予防促進に関する通達(昭和47年)の内容を徹底する必要がある、さらに「鉛則」を上回る予防対策を講ずるべきである。他の多数の金属物質についても、有害性等に関する的確な情報提供と表示を行い、関係法令を上回る措置をおこなうべきである。行政には、関係規則、通達内容の強化、金属物質の有害性に関する情報提供、製造禁止を含む新規有害物質対策の強化、混合物質対策、長期間低濃度ばく露対策の強化などを求める。

12 一酸化炭素・二硫化炭素中毒、酸欠症

一酸化炭素(CO)、二硫化炭素(CS₂)による中毒、酸素欠乏は、意識障害から生命の危険をもたらす恐れがあるもので、救出者の二次災害も少なくない。いずれも特化則の対象物質であり、CS₂は有機則の対象物質でもある。予防対策としては、ばく露を避けるような環境管理・作業管理につとめるとともに、特化則、有機則に基づく健康診断を徹底する必要がある。酸素欠乏症については、「酸欠則」(酸素欠乏症等予防規則)による十分な措置が必要である。急性症状がとくに危険であることから、救助体制の整備も必要である。行政には、法や規則の整備、救助体制への支援などを求める。

13 職業性皮膚障害

職業性皮膚障害には、火傷、刺傷などの災害性皮膚障害と、皮膚がん、化学性皮膚炎などの職業性皮膚疾患がある。被災はほぼすべての産業に見られる。予防のためには、工程の安全性に関するチェックを強め、工程や機械等の改善、変更などを行う必要がある。職業性皮膚疾患については、

工程の改善に加えて、作業環境全体の整備、保護衣服、保護具の使用、健康診断などを進めるべきである。行政には、最近の障害の実態に対応した予防対策の強化を求める。

14 職業性眼障害

職業性眼障害は、外傷性の眼障害、内因・間接要因の眼障害とがある。外傷性の要因は、器物・物体、化学物質、高熱・電気、放射線などがある。内因・間接要因のものとしては、職業性中毒、体の他の部位の負傷などがある。予防は、①安全・危険性に関する情報の徹底、②作業訓練と習熟、視力検査を含む健康診断、④作業環境・機械の整備、⑤保護メガネの着用などが必要である。行政には、失明などの重大な眼障害をなくすための取り組みの強化を求める。

とくに、眼精疲労などの眼障害については、VDT作業が近年激増し、眼障害ならびに全身の障害の防止が課題となっている。予防対策の基本は、①1日4時間以内、②1連続作業1時間以内(15分間の休止と1~2回の小休止)、③ディスプレイの輝度、装置の位置などの調整。常時作業者には指針内容を徹底し、「常時」以外もこれに準ずるものとするべきである。行政には、関連通達の改善、指導の強化などを求める。

15 職業がん

職業がんは、発がん性のある物質、工程によるがんであり、WHOでは約30種類の物質を判定している。わが国では、予防対策、物質対策、工程対策、調査活動などが不十分である。予防対策としては、それぞれの物質・工程対策(化学物質、金属物質・放射線など)を強化するほか、職業がん防止のための対策と情報提供、退職労働者の対策を強化する必要がある。行政には、職業がん予防に対する総合的な対策の確立、情報提供の強化、健康管理手帳交付の拡大など在职、退職労働者の健

康管理対策の強化、大規模かつ恒常的な疫学調査の実施、などを求める。

16 ストレス・精神障害

精神的なストレスによる、神経症、精神症状、自殺などが増えつつある。欧米でも、メンタルヘルスや精神的なストレスの問題は、「ポスト時短」の最大テーマの一つになりつつある。予防対策としては、業務の改善、カウンセリングの充実、情報提供、治療体制と職場の受け入れ対策などが必要である。行政には、総合的なメンタルヘルス対策の立案と指導、精神障害のタイプに対応したきめ細かい指針の確立を求める。

17 職業性アレルギー

職業性アレルギーは、職業に関する特定の物質により起きるアレルギー(抗原抗体反応)であり、薬剤、無機・有機化合物、植物、動物などを扱う業務に発生する。予防対策としては、原因物質の除去が望ましいが、ばく露の軽減のために、保護具の着用、作業の改善、換気、清掃などを行う必要がある。通常健康診断に加えて、必要に応じて専門医による診断を行うべきである。行政には、職業性アレルギーについての全国的な状況の把握を強化し、総合的な対策を推進するよう求める。

18 細菌・ウイルス障害

細菌・ウイルス障害は、病院等病原体を扱う業務、動物等を扱う業務、湿潤地や屋外における感染(ワイル病、つつが虫病)、海外業務における感染がある。最近では、海外業務における感染が増加している。予防対策は、細菌などの特性に応じて異なるが、感染を避けるための細心の対策が求められる。新たな細菌・病原体について、正確な情報に基づいた確かな対応が必要である。行政には、海外の状況を含む迅速かつ適切な情報提供、指導の強化などを求める。



非災害性腰痛と障害等級

港湾腰痛の障害認定6年の取り組み

逢坂 裕

兵庫医療生協神戸診療所

兵庫医療生協神戸診療所では、1974年に全港湾の職業病認定闘争によって非災害性の腰痛症などの認定を勝ちとって以来、神戸港の港湾労働者を中心とした労災職業病の被災者の治療にあたってきた。初期の認定者の療養期間がすでに10年以上を経過してきた1980年代後半にはいと療養期間の長い被災者から順次労災保険の打ち切りが行われるようになった。この打ち切りによって、労災保険の障害補償の諸問題に直面することとなり、とくに外傷を評価の対象としている現行の障害等級表の中で、腰痛症などの非災害性疾病が外傷に比して等級決定上不利にならないように、また医学的にみても正当な評価が受けられるように行政との交渉を繰り返す中で努力を重ねてきた。

現行の障害補償制度は根本的に改革が必要であるが、とりあえず現行の制度のワクの内での一定の成果を上げることができたと考え、全国の被災者や関係団体の方々の今後の活動の一助となるよう報告をすることにした。

障害補償制度とその運用の主な問題点

労災保険の給付のうち障害補償給付は、それが一時金であれ年金であれ、労災保険の「出口」にあたるといえる。不幸にして労働による疾病、災害を被った被災者が、生涯背負って行かなければならない苦痛、それは痛みであったり、身体と機能の欠損や低下、あるいは心の障害であったりするが、これに対する現行の障害補償はあまりにも不十分かつ不適切な制度といわざるをえない。報告の前に主な問題点をあげておくことにする。

① まず、全体として補償額が低すぎることで、社会復帰へ向けた制度になっていないことである。労災保険としての給付は年金給付が1級の平均賃金(標準報酬日額)の313日分から7級の131日分であり、一時金の最高が8級503日分、最低が14級56日分であるから、労働福祉事業からの給付があるとはいえ、人ひとりの重みを考えたときあまり

に低すぎる水準であるといわざるをえない。また、障害はほとんど生涯にわたって続くものであるから、全級とも本来年金給付とすべきで、8級以下の一時金は不相当である。

また、神経・精神系統の障害では、労働能力の損失1/2で7級、1/4で9級となっているが、実際上1/4労働能力を損失した人が労働現場で雇用されることは不可能に近く、金銭による給付だけでなく、事業主に対して元の職場での雇用を義務付け、これに従わない場合は罰則を適用するなど障害をもつ人の社会復帰へ向けた実効ある制度とすべきである。

② 障害等級表の仕組みが災害による外傷についての等級表となっていて、慢性の腰痛症などの徐々に障害をきたしてくる疾病について適格な判断基準がなく、やむをえず無理やりにせぎ柱の障害、上・下肢の障害、精神・神経の障害に当てはめなければならず、しかも精神・神経系統の障害の程度についての項がはなはだズサンであり、一貫した基準の認められないものとなっており、頸肩腕障害や慢性腰痛症、精神神経障害などの非災害性疾病の障害の評価に不相当なもので、非災害性疾病に対して認定される等級はいつも低い等級におさえつけられている。

日本における障害補償は歴史的に外傷を対象とし、あまりにも「外傷、解剖学主義」に陥っており、目に見えにくい障害については障害として認めないという歴史が続いている。

例えば、上肢、下肢の障害については、①欠損、②機能障害(ここでいう機能とは言葉通りの意味でなく、関節がどの程度動かないかということを行っているのであって、痛みがあるから動かさないとか、筋力の低下のために工具がもてないということは意味しない)、③奇形障害(これは骨が曲がってくっついたとか短くなったことをいう)、④醜状障害(癩根を残すもの)があるが、これらは全て物差しと角度計で計ることのできるものであ

る。

したがって、感覚麻痺やしびれ、痛み、筋力の低下、筋緊張の増大などによる運動障害など物差しと角度計で計ることのできないものは後遺障害として認めないということである。たとえば、上肢であれば握力の低下とか、針の穴に糸を通す、タバコの先に火をつけることなどの動作ができないという機能障害があるとすると労災打ち切り後の職場復帰の際は大きな問題となるであろうにもかかわらず、労働能力の損失としては評価されないのである。

また、労働能力の損失については、「一般的な平均的労働能力」なる言葉をつくりだして、被災者の利き腕や職種、その熟練度など一切考慮しない考え方となっており、障害の程度が同じでも、今までの仕事ができる人とできない人がいることが無視されている。

また、労働能力の喪失を評価するといつて、総合的な障害評価を行っているかのごとくみせかけているが、実際には障害の程度をあらわす表現が非常にあいまいで、喪失した労働能力を正当評価できないものになっている。(たとえば、精神・神経系統の各級の表現はあいまいかつ抽象的な表現となっており、労働能力の喪失が1/2であれば7級と決定されなければならないのに、実際にはよくて12級、たいがい14級になってしまう。)

したがって、実際の運用に当たっては労働基準監督署の担当官の個々の経験や地域性による格差に影響されるところが多く、また情実によるのではないかと思われる認定も耳にするところであり、正当かつ平等な等級決定となっていないのが実情である。

③ 障害の決定はあくまで主治医の診断が尊重されるべきであるのに、実際は全く主治医の意見がないがしろにされている。

障害等級の決定にあたっては、あくまで療養を担当してきて一番患者のことを知っている主治医

の意見が尊重されるべきにもかかわらず、たった1回の診察をした行政側の医師の意見を採用して低い等級決定をする。主治医と局医の意見に差異がある場合など、差異について主治医の見解を求めるなどの労をとらずに、等級決定をしている。また、決定した等級について本人に通知するのみで、現診断を下した主治医に評価した内容を明らかにすることを全然してこなかった。これでは全くの密室の等級決定である。

④ また、障害認定において最も重要な主治医が記入する障害診断書の様式がずさんなことも大きな問題である。この障害診断書の様式もやはり外傷偏重主義、解剖学的主義に強く影響され、身体の欠損や関節可動域の制限の記入に対応したものとなっており、たとえば眼科や耳鼻科的障害には全く関係ない様式となっている。医学的にきちんとした評価をしようという視点がそもそも欠落していることを示すものである。

このように問題だらけの障害補償制度は、第一に、被災者を補償金欲しさに症状をおおげさにいうものという偏見にたつて、今日にいたるまで被災者の身になった認定業務をしてこなかった労働行政の産物である。また、補償を受ける側の姿勢として、被災者自身にとっては労災保険給付が打ち切りになるかどうか最大の関心事であり、打ち切りが決ってしまったあとは、ともすれば「もらうもの(障害補償金)をもらえば」ということに気をとられて障害が正当に評価されたかどうかを見逃しがちであったとも言える。今後、被災者の側も後遺障害の評価についてもっと関心を払うべきだと考える。

以下、障害等級の決定をめぐる経過をふりかえることにする。

【第1次】災害性疾病の打ち切り

1986年に、神戸東労働基準監督管内9名、神戸

別表1 第1次—1987年2月28日打ち切り

出身	傷病名・年月日	障害等級
A 弁天浜退職	左膝挫傷・左脛骨骨頭骨折 (67.10.25)	継続(のち89年3月末打ち切り)
B //	腰部挫傷 (73.1.30)	12級
C //	腰部捻挫 (77.4.11)	死亡のため請求できず
D //	腰部捻挫 (77.1.8)	未請求
E //	左膝内障 (73.12.6)	12級
F //	腰部捻挫 (75.10.1)	12級
G //	腰部挫傷 (75.3.28)	12級
H //	背部挫傷 (75.7.18)	12級
I その他の港湾退職	腰椎捻挫 (77.10.17)	12級
J //	腰椎捻挫 (78.5.26)	9級
K 港湾以外就労中	腰椎捻挫 (78.11.10)	12級
L 港湾以外退職	第10,11,12胸椎圧迫骨折 (77.6.1)	11級
M //	骨盤骨折・第5腰椎横突起骨折・両大腿部挫傷・右下肢血栓性静脈炎(80.12.18)	継続(のち89年7月末打ち切り) 12級
N //	第12胸椎圧迫骨折・左下肢血栓性静脈炎 (74.12.3)	継続(のち89年10月末打ち切り) 10級

西労働基準管内3名、西宮労働基準管内2名の災害性疾病の療養者計14名について、症状照会があった(別

表1参照)。

この患者さんについては、神戸診療所の以前の所長が長期療養意見書を提出しており、監督署は当時の意見書に基づき、治ゆ認定をすすめたいとしていたが、診療所側としては、現在の主治医である田島隆興医師の意見を尊重すべきであることを主張して、交渉の結果、監督署もこれを了承して、以後数回にわたって交渉の場を設定し、兵庫労働基準局、各監督署と田島医師、兵庫被災者交流会、兵庫県労働者安全センター、全港湾神戸弁天浜支部とで、該当者の受傷時から現在までの治療・症状経過、今後の治療の可能性について、話し合った。

できるだけ、多くの人の治療を継続するよう交渉をかさねたが、結果、14名中の3名(A：左膝挫傷・左脛骨骨頭骨折、M：骨盤骨折・第5腰椎横突起骨折・両大腿部挫傷・右下肢血栓性静脈炎、N：第12胸椎圧迫骨折・左下肢血栓性静脈炎)については治療を継続、11名については1987年2月末で治ゆ扱いとなった。

全員を障害等級12級以上に

打ち切られた11名については、障害等級をできるだけ上位となることをめざした。従来監督署は腰部捻挫・頸部捻挫をむち打ち症なみの14級として決定してきたが、診療所側は14級は低すぎると考えて最低でも12級以上となるよう交渉し、田島医師の追加意見を提出することなどで結局全員12級以上となり、14級は1人もなかった。

その他、腰部捻挫の1名が9級となり、第10、11、12胸椎圧迫骨折の1名が「せき柱の奇形を残すもの」として11級になった。

〔第2次〕非災害性疾病の打ち切り

1988年、神戸東労基署管内13件12名、神戸西労

別表2 第2次—1989年2月28日打ち切り

出身	傷病名・年月日	障害等級
a 弁天浜退職	慢性腰痛症・頸椎症・慢性膝関節症 (75.10.1)	11級(併合) 審査請求
b //	慢性腰痛症・頸椎症・慢性膝関節症 (75.8.27)	8級(併合)
c 弁天浜現役	慢性腰痛症 (75.10.3)	11級
d //	慢性腰痛症・頸椎症・慢性肘関節症 (75.10.14)	11級(併合) 審査請求
e //	慢性腰痛症・頸椎症 (75.10.3)	11級(併合)
f 弁天浜退職	慢性腰痛症 (76.2.27)	12級 審査請求
g //	慢性腰痛症 (75.10.3)	12級 審査請求
h //	慢性腰痛症 (75.8.1)	12級 審査請求
h' //	左足打撲傷 (75.10.9)	12級
i //	慢性腰痛症 (75.10.13)	11級
j //	慢性腰痛症 (74.7.4)	12級
k //	慢性腰痛症・頸椎症 (75.6.3)	11級(併合)
l //	慢性腰痛症 (75.10.3)	継続後92年打ち切り 11級
m //	慢性腰痛症・頸椎症 (75.8.12)	継続後92年打ち切り10級(併合)
n //	慢性腰痛症・慢性肘関節症 (75.10.1)	継続後92年打ち切り 8級(併合)
o //	頸部捻挫 (70.10.30)	継続後92年打ち切り 12級
p 港湾以外退職	慢性腰痛症・頸肩腕障害 (74.12.30)	10級(併合)

基署管内4名、非災害性疾病の療養者計17件16名について(別表2参照)、長期療養意見書の提出依頼があり、田島医師の作成により、提出をした。

第1次の打ち切りについては災害性疾病(外傷)ばかりであったが、第2次以降は非災害性の腰痛症、頸椎症等がほとんどであった。神戸診療所に通院をする職業病認定者の傷病名のほとんどが「慢性腰痛症」である。この腰痛はいわゆるギックリ腰にイメージされるような1度の事故による捻挫とか骨折ではなく、20~30年という長期にわたって港湾荷役労働という極めて重激な業務に従事してきて毎日じわりじわりと身体に損傷が加えられた結果引き起こされたものであって、非常に頑固で難治な腰痛である。この港湾腰痛症などを現行の障害等級表でどう評価をするのか、わたしたちは非災害性であっても、せき柱の変形があれば11級が認められるべきとして今後の交渉にのぞむこととした。

提出後、4回にわたって、兵庫労働基準局、各監督署と田島医師、神戸診療所、兵庫被災者交流会、全港湾神戸弁天浜支部とで、今回の該当者の認定時から現在までの治療・症状経過、今後の治療の可能性について、論議した。

今回の打ち切りにあたっての局・署の考え方は、

- ① 70歳以上の療養者については、社会通念上、一般的に就労年齢といいたいから、労災保険の支給を打ち切る。
 - ② X-P上、骨変化等、増悪傾向がみられるが加齢の範囲内である。
 - ③ 就労している人については、就労可能であることからして、症状は良い、(休業補償給付を受けていないので)アフターケアの適用だけでよいのではないかと、ということであった。
- ①については、たしかに社会通念上、一般的な就労年齢の常識的範囲という側面があるとしても、それを理由に一律に70歳で区別をすることは

許しがたい。あくまで一人ひとりの症状、就労の可能性に基づいて、考えるべきである。

②については、長年の過重な重筋労働の結果として、年齢と共に増悪しているのであって、通常の労働をしてきた人の加齢現象とは比較にならないものであるから、あくまで増悪は業務起因性のものである。

③については、治療をしながらの就労であって、治療を打ち切れれば、急激に悪化する可能性がある。月1回2年期限の制約のあるアフターケアは不十分であることを主張した。

アフターケアは月3回まで

この論議の中で、70歳一律打ち切りとしない、長年の重筋労働による骨変化というもの存在が考えられる、アフターケアの治療回数は月3回まで、2年の期限がきた時点で医師の意見によりさらに2年の延長を認めること、を引き出した。

結果、17件16名中13件12名について1989年2月末打ち切り、4名が継続療養となった。

以後、非災害性の腰痛症、頸椎症等について、現行の障害等級表でどう評価をするのかという点についての論議を継続して行った。

非災害性の圧迫変形と圧迫骨折は同等

一連の議論の中で、長年の重筋労働による骨変化が存在するという考え方を引き出したが、障害等級に認定にあたって、災害性疾病的障害を対象としている現行の障害等級表で、腰痛症、頸椎症等の非災害性の職業病的障害をどう評価していくかが、最大の論点となった。

とくに、港湾荷役のような重筋労働を長年続けた結果、せき柱の椎体が徐々につぶれて変形したもの(以後圧迫変形と呼ぶ)をどうみるか。現行の障害補償制度の中には、災害性である圧迫骨折に



港湾労働(本文とは直接関係はありません)

に対する評価があるが、このような非災害性の変形については該当するものがない。しかし、せき柱に加わる圧力が一時的であるか(圧迫骨折)、累積性であるか(圧迫変形)にかかわらず、業務に起因するものである以上、同等に評価(準用)すべきであると主張した。

交渉の結果、圧迫変形を障害として評価をする、障害診断書に「圧迫変形」の記述があれば、11級(せき柱の変形)とすることで、双方合意をした。

等級決定の説明会の場を確保

圧迫変形を障害として評価するという合意を前提に、障害診断書を提出したにもかかわらず、実際の等級の決定ができた時点では「圧迫変形」のある腰痛症に対して12級(頑固な神経症状)の評価になったものがほとんどで、11級の決定はわずか2名であった。しかも、11級になったものより明ら

かに骨変形の強いのに12級とされたものがあり、認定例を比較してみても、障害の評価の基準がいまいであった。

そこで、12級で不当なものについては審査請求をし(a, d, f, g, hの5件)、さらに、障害等級決定についての基準を明らかにさせるため、兵庫労働基準局に対して、第1次、第2次打ち切り事例について障害の決定内容の説明会をするよう要求した。

従来、基準局・監督署は、被災者のプライバシーを盾に、障害等級の決定をどのような判断のもとに下したのかということを説明することを拒否し続けてきた。

わたしたちは、業務遂行の指針を診療所や被災者の代表に明らかにし、指導していくのが行政としての当然の義務であるとして、説明会をするよう要求してきたが、ようやく実現することとなった。こうして、この時点からは等級決定の内容

について恒常的に説明がされるようになった。これは今までになかったことであり、今後、兵庫以外でも同様に要求をしていただきたい。

等級決定の基準がいまいだ

第1回説明会は、1989年10月3日に行った。個々の事案の検討の前に、この間、不審の点が多々あったので、以下の点についての基準局・監督署の見解をたじた。

- ① 障害等級決定について運用している関係法規、通達等について説明すること。
- ② 神経障害の評価にあたって、頸椎、腰椎の根障害をその支配する器官の運動障害としてだけ算定するのはおかしい。そうすると、感覚麻痺が脱落する。感覚麻痺はどこで算定するのか。
- ③ 腰椎の可動域を計測する際に股関節の可動域も入れているのではないか。「労災補償障害認定必携」の測定要領の参考写真はだれが見ても誤りではないか。
- ④ 頸の神経症状のうち脊髄障害(ミエロパチー)はどう判断するのか。
- ⑤ 「頑固な神経症状を残すもの」12級と「神経症状を残すもの」14級との差はなにか。
- ⑥ 神経症状を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの」9級と「神経症状を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの」7級との差はなにか。

①については、基準局は「労災補償障害認定必携」「現行労災補償実務要覧」「労災保険法解釈総覧」のみをもとにしていて、その他には、参考にする通達などはないと回答した。

②については、基準局は、神経根障害のとりえ方については感覚麻痺の算定が脱落しているが、そう記述されていればその通りにしかできないと発言した。神戸東監督署の労災課長は、医学的に起こりうる障害があれば、それはそれで判断する

と回答した。

③については、「労災補償障害認定必携」の説明写真によって計測されている腰の可動域の現状の測定方法が誤っていることについて、局・署とも「今まで知らなかった」「たしかに本文中には股関節可動が入りやすいので注意が必要とある」と発言した。

④については、頸椎症からくるせき髄障害については、東署の監督課長は、障害があればそれはそれなりに判定すると述べた。

どの問題についても行政側は明確な回答ができず、発言者によってまちまちでいかに今までいい加減な障害認定業務を行ってきたかが、あらためて浮き彫りになった。④～⑥も含めて再度明確な回答を第2回説明会でできるよう要請した。

第2回説明会を1989年10月17日に行い、基準局より前回の質問について、以下のような回答があり、質疑応答した。

②の根障害による障害は、まず機能障害をとるが、機能障害がない場合、感覚麻痺については、疼痛による障害を準用して等級を決定する。両方ある場合については、「あくまで機能障害を優先してとる。感覚麻痺は機能障害がない場合だけとる」と回答。

「他覚的」の意味について問うたが、「一般的に医学常識範囲のもの」とか「医師の判断があるもの」など、きわめて抽象的かついい加減なことしか言わず、ようするに本人の訴える症状(痛みやしびれなど)は14級どまりという意味しかないようであった。

③腰の可動域の問題については、現場では対応できないので、労働省に上げることになるという。「局医に意見を聞いたか」と問うと「局医に意見を聞くよりも、おかしければ本省に上げるのがスジなので」といい、基準局としておかしいと判断したのかと問うと、返答できず、結局、12月17日を期限に兵庫県下の局医(整形)の意見を聞いて、問

題ありとなれば本省に上申すると約束した。

④せき髄の障害の場合、医学的に説明がつかぬものはその神経症状で評価すると回答したが、どんな神経症状があるかと問うと、「知覚障害、感覚麻痺、シビレ」との認識しかなく、腱反射の亢進、歩行障害などは全く考慮していないことがわかった。

⑤、⑥については、東署の労災課長は、署の現場においても明確な線引きができずにいること、「個々の治療期間」などか、担当官の経験的な見方によって判断されているのが実情であることを明らかにした。

以下、個々の事例の検討に入ったが、前述のとおり、圧迫変形は圧迫骨折に準換するとの見解が示されたにもかかわらず、圧迫変形がありながら11級に認定されなかったケースがあり、これについて局・署とも圧迫変形を圧迫骨折と同等に扱うという見解はしていないと、これまでの話し合いの合意をくつがえす発言をした。この発言によって、説明会はいったん中断した。

第3回の説明会は1989年10月31日に行われ、その際、基準局と1988年の話し合い当時の東署担当者により、1988年の「X-P上明らかにせき柱の変形があるものは障害として評価をする」という見解に誤りはない、前回、局・署ともそういう見解はないとしたことについては、引き継ぎができていなかったことを謝罪する。しかし、たしかに圧迫変形と圧迫骨折を同等に評価の対象とするとしたが、圧迫変形の程度によって障害に該当するかしないかの判断があって、11級に該当しなかったものもあったと回答した。

これについては、診療所側としては、主治医の「圧迫変形」の診断があれば11級に認定されると理解してきたので大いに不満であり議論したが、最終的に、①今後の障害認定にあたっては、よく労働の実態や障害の実態を把握して、さらに上位の決定をするよう努力すること、②審査請求事案

についてはすでに局の手を離れているが、引き継ぎの不十分をただし、上位決定を得られるよう局は努力すること、③腰椎の可動域の測定方法の誤りについては、正式に文書で申し入れをする、④障害等級の決定にあたっては、主治医の意見を尊重するといいつながら、実際には局医の意見を一方的に採用し、主治医の意見をないがしろにする傾向が強いが、今後はこのような傾向はたやすこと、そのために、主治医と局医の位置付けをどう考えているのか局は明らかにすること(12月17日まで回答することになった)をあげて説明会を終了した。

腰椎可動域測定の写真がおかしい

1989年10月24日と31日に、腰椎可動域の問題と主治医と局医の問題について、兵庫労働基準局の見解が出され、質疑応答を行った。

腰椎可動域の問題について、基準局は「障害認定必携」に掲載されている写真に対する意見を整形外科医員5人に個別的に求めたが、これという意見はなく、労働省にこの写真についての見解を求めている。専門家会議に出した後、兵庫労働基準局に通知されることになっていると答えた。回答の期日を設けていなかったため、1990年3月までには回答することを確認した。基準局の担当官として、写真はおかしいと思うかと問うと、「労働省にあげる必要のある疑問点が生じていると承知しているが、個人の見解はさしつかえる」と返答した。

主治医の意見を尊重せよ

主治医と局医の問題について基準局は、「主治医と局医にはなんら甲乙をつけていない。同等である」「協議を要する事項があった場合、局の協議会(複数の医員で構成)にかけられる。協議会の専門外であったり、より専門医の判断を要するとなっ

た場合、署長が専門医に依頼する。最終的には、署長・課長・係長・担当者が協議して判断する」と説明した。しかし、実際には同等となっていない。腰椎可動域の制限についても、主治医は「ある」と主張しているのに、局医は「よく曲がる(制限がない)」と判定し、それが採用されているように、主治医の意見がないがしろにされている点を指摘した。

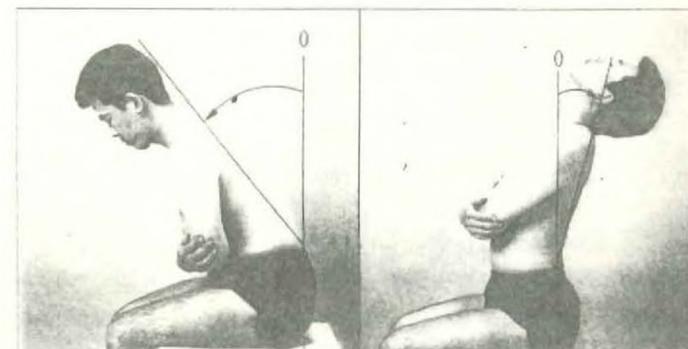
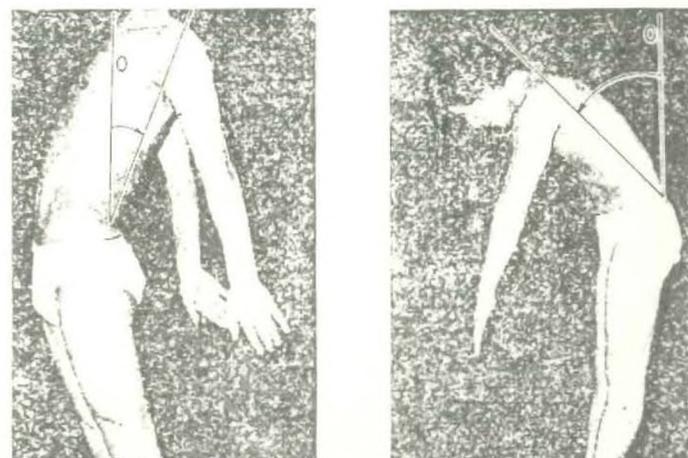
また、主治医の意見を尊重するというのなら、主治医と局医の意見の相違点があった場合、まずその点について主治医の意見を聞くべきであり、他の医員に次々と意見を求めるのはおかしいのではないかとただした。これに対しては、「そのような場合は、主治医に再度意見を聞くように署に指導する。コンセンサスにもとづく決定となるよう努力するよう指導をする」と回答した。

しかし、最近の事例でも現実にそうなっていないのが実情であり、今後の交渉事案をはじめ、労働行政の遂行にあたっては慎重かつ誠実な業務を実現するよう求めた。

可動域測定に関する労働省の見解

1990年7月24日に、労働省(補償課)の可動域測定に関する見解について基準局より回答がされた。

胸腰椎の測定については、股関節の運動がどうしても入ってしまうのはしかたがなく、障害認定上多少考慮している。この方法については、整形



「障害認定必携」の測定方法の写真
上が改定前・下が改定後のもの

外科学会、日本リハビリテーション学会の了承も得ている。認定必携の写真はあくまで参考なので改めることは考えていない、単におじぎをさせただけの測定方法は「乱暴な測定方法である」と考える、との見解である。また、写真の取り替えについては労働省は考えていない。しかし、兵庫労働基準局としては写真を改めるように労働省に申し入れている。測定方法については、局医に確認した結果、「背中を丸くして、頭を下げて」と言ったので測定方法としてはまちがっておらず、測定のやり直しはしないと基準局が報告した。

回答の内容について到底納得できないのはもち

非災害性腰痛と障害等級

別表3 第3次—1992年2月28日打ち切り

出身	傷病名・年月日	障害等級
1 弁天浜退職	慢性腰痛症・慢性肘・膝・手指関節症 (76.9.10)	10級(併合)
2 //	慢性腰痛症 (76.9.29)	12級
3 弁天浜現役	慢性腰痛症 (77.1.28)	11級
4 //	慢性腰痛症 (77.1.28)	11級
5 //	慢性腰痛症 (76.10.20)	12級(併合)
6	慢性腰痛症 (77.3.9)	11級
7 弁天浜退職	慢性腰痛症 (77.5.16)	12級
8 //	慢性腰痛症 (78.3.15)	12級
8' //	左肘部挫傷・右背部挫傷・右肩挫傷・左膝関節挫傷 (78.5.27)	14級
9 //	慢性腰痛症 (77.4.1)	12級
10 //	慢性腰痛症 (77.3.9)	11級
11 //	慢性腰痛症 (77.2.18)	12級
12 //	慢性腰痛症 (77.7.1)	12級
13 //	慢性腰痛症・慢性肘関節症 (77.5.16)	12級
14 //	慢性腰痛症 (78.3.20)	9級

ろんであるが、労働省に意見具申した基準局の責任者、また回答した労働省側の責任の所在がはっ

出身	傷病名・年月日	障害等級
15 //	慢性腰痛症 (80.1.8)	11級
16 //	慢性腰痛症 (78.6.5)	12級
17 弁天浜退職	慢性腰痛症 (77.3.11)	
18 //	慢性腰痛症・頸椎症・慢性肘関節症 (76.12.22)	11級(併合)
19 港湾弁天以外退職	慢性腰痛症 (76.11.12)	12級
20 //	慢性腰痛症・頸椎症・慢性肘関節症 (77.1.11)	11級(併合)
21 //	慢性腰痛症 (77.5.17)	12級
22 //	慢性腰痛症 (78.3.11)	12級
23	慢性腰痛症 (77.5.21)	12級
24 //	慢性腰痛症 (78.3.29)	12級
25 //	慢性腰痛症・慢性肘関節症 (76.10.8)	11級(併合)
26 //	慢性腰痛症 (77.10.17)	9級
27 //	慢性腰痛症 (77.5.10)	12級
28 港湾以外	慢性腰痛症 (77.7.15)	11級
29 //	職業性頸腕症 (74.12.13)	9級
30 //	頸肩腕障害 (76.9.18)	12級

きりしない。局と省のやりとりが電話や口頭であって文書の存在がないなど、きわめてあいまいで

あり、承知しがたいので明確な責任のもとでの納得のいく回答を提示することを求め、確認した。

写真が変わった

その後、1992年に入って第3次の打ち切りによる障害等級についての監督署との話し合いの際、東監督署の労災課長より新版の認定必携で腰椎の可動域測定の実施要領の例示写真が誤ったものから正しいものへと改定されたことの報告があり、今後の認定にあたっては、各監督署の担当官に周知をはかり、十分慎重な測定を実施するよう申し入れ、この問題についての一応の決着とした。

【第3次打ち切り】新しい診断書で出す

前述したように、労災10号様式(障害補償給付等支給請求書)診断書があまりにずさんなので、診断書の様式そのものを新しく作成した。この診断書は、田島医師が身体障害者のための等級決定のための診断書用紙を参考にして作ったもので、非常に具体的に記入できるようになっている。

第3次の打ち切り(別表3)が行われた1992年2月末以降より、この新しい診断書に記入して提出をすることにした。

また、主治医の意見を尊重するとの合意に基づき、主治医診断書提出のあとの局医診察で主治医意見との相違があった場合は、監督署は再度主治医に意見を求めることとした。

したがって、この第3次打ち切り以後は、等級決定前に監督署と主治医とで意見交換を行ってきた。等級決定後に説明を受けていた前回までに比べて改善したといえるので、今後、他の地域でもすすめていただきたい点である。

再度圧迫変形について

まず、監督署の示唆した各人の等級内容で圧迫変形で11級となるべきなのに12級となるものが5人あったので、これについては前回第2次の際も圧迫変形が存在して11級となるべきなのに採用されなかったものが多かったことをあげていただいた。これに対して、東監督署労災課長は「圧迫変形の変形の度合いの大きいものを圧迫骨折と見なして認定してきた」との見解を示したので、これに対して、非災害性の圧迫変形そのものを災害性の圧迫骨折と同等に障害認定上取り扱うのが前回までの合意であり、圧迫変形の軽重によってせき柱の変形障害を採用するか否かとしたという前労災課長の回答を得ていることを指摘した。また、圧迫変形という言葉自体も最近の文献にでており、医学的に認識されているものであって、変形の度合いをレントゲン写真上数値的に測定されるものとなっていることを述べた。これに対し、労災課長は「前回までの合意については認識不足であった。内容についてはよくわかったが、局医間の意見調整がされていないので、早急に局をあげて調整するよう対処したい。圧迫変形の数値的な測定方法についても今後の認定業務にあたって参考になる」とし、その後「局医間の意見の一致は見なかったが、圧迫変形を有意に認めるという意見があったので5人のうち3人は変形障害を採用する」との回答をした。

非災害性疾病の運動障害について

「Oさんについて、胸腰椎の運動制限は左右屈は30度(正常可動範囲100度)で1/2以上制限されているが、前後屈が50度(正常可動範囲80度)で1/2以下なので運動障害は採用できない」との監督署の見解に対して、「障害認定必携」のせき柱の運動障害の8級の記述では、6級のせき柱の「著しい」運動障害の記述のような「1/2以上制限されたもの」と違い、「運動可動領域が正常可動範囲のほぼ1/2程

度にまで制限されたもの」と記載されており、一方が1/2以上で、一方が1/2に近い状態の場合、「ほぼ」の範囲内として8級は採用されていないのではいかと主張した。

労災課長は、「障害認定必携」の文章では、その前段に「エックス線明らかなせき椎圧迫骨折又は脱臼が認められ、もしくはせき椎固定術等にもとづくせき柱の強直があるか又は背部軟部組織の明らかな器質変化のため」と書かれているので、そのまま当てはまるかどうかという見方を示したが、固定術をしていなくても同じ状態に動かなくなっているものはたくさんあり、非災害性の圧迫変形を圧迫骨折と同等にみなしたのであるから、制限の要因が業務上疾病に基づくものであれば、非災害性のものにも運動障害が認められるべきであると主張した。

この点については、後日「運動制限の原因が業務上疾病に基づくものと認められる場合、運動制限が複数あって、いずれもが1/2以上の場合には6級に、片方が1/2以上で片方が1/2以下あるいは同等という場合には8級が相当と考える。労災保険の運用上『ほぼ』という表現は他に見あたらない表現であるが、1/2以下あるいは同等ということが認定必携の中の『ほぼ1/2』という表現と理解する」との回答があった。

結局、Oさんの場合、圧迫変形の存在が採用されず運動障害は認定されなかったが、今後、非災害性腰痛でも圧迫変形などがあって、運動制限がある場合は積極的に6級、8級の等級決定を求めていくべきと考える。

神経系統の障害について

神経系統の各等級の記述についてはあいまいな表現に終始しており、これまで具体的な例が提示されず、つねに14級、12級どまりという決定であったので、あらためて各級について決定にあつた

での考え方をただした。

その結果、7級にいう「中等度の神経系統の機能又は精神の障害のために、精神身体的な労働能力が一般平均人以下に明らかに低下しているもの」とは、その判定に脳専門医の判断を要すものであり、また、9級にいう「一般労働能力は残存しているが、神経系統の機能又は精神の障害のため、社会通念上、その就労可能な職種の種類が相当な程度に制限されるもの」とは、具体的にいうと「タクシーの運転手が自分の車は運転できるが、タクシーの乗員業務はできない」と考えているとのことであった。

神経系統の障害では、これまでの認定事例の中ではじめて腰痛症で9級が認定された。前回まで12級どまりであったことを考えると一歩前進したともいえるが、9級の労働能力喪失の程度は1/4であり、打ち切られた人の実際の残存能力と比べるとまだ低すぎて正当な等級決定とはいえない。

おわりに

6年にわたる障害等級の決定をめぐる経過をふりかえってみたが、港湾腰痛症(非災害性腰痛)の障害の評価という点で若干の成果があったと考える。全体の等級決定をみたとき、最近の事例でも神経系統の12級決定の占める割合がまだ多く、量的にみたとき等級決定の進展はいまひとつの感もある。

がしかし、診療所と被災者側、また監督署の側も、6年前と比べてみれば、現行制度の範囲内において双方一定の努力を重ねてきたといえる。

この報告を不当な等級決定をくずしていく一穴として、労災職業病の運動にかかわる皆さんの活動の中で生かしていただき、さらに少しでも成果をあげていただければ幸いである。

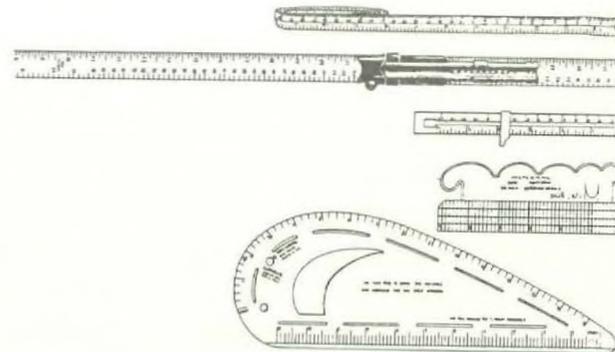


(あいさかひろし)

連載⑨

監督官労災日記

井上 浩
全国安全センター副議長



1954年6月5日(土)

T機械製作所(東証2部)の定期監督。産業機械製造。従業員130人。タイムカードを見ると極端な長時間労働。労務担当のHさんに

「大へんな長時間労働ですね。ひどい例では午前8時から翌日の午後7時まで連続36時間も働いていますね」

Hさんは困った顔で答える。

「ええ。でも36協定はちゃんと締結して届けています」

この連続36時間労働というのは、実は時どき他の工場でも見かけることがある。これについては労基法の労働時間に関する労働省の行政解釈も少しは影響しているかもしれない。というのは、残業が連続して翌日の始業時に及んだ場合、労働省はその後は時間外労働として扱わ

ないでよいというような考え方のようだからである(昭26.2.26基収3406号)。つまり、翌日の通常の始業時刻以後の労働は、いくら前日からの連続であっても割増賃金を支払う必要も36協定を締結する必要もないということである。これを労働者側からいうと、翌日の始業時刻以降は36協定がなくても定時間だけは勤務しなければならぬということである。そこで、1勤務12時間の場合には3倍の36時間労働が出現することになる。わたしはHさんを見つめていった。

「法に違反していないかどうかはともかく、その結果あなたの工場では労災が多発しているではありませんか」

「ええ? 労災が多発していますと」

わたしは、このT機械製作所の労災保険を担

当していたので、資料を調べてきたのである。

「そうです。53年度の労災は55件も発生しており、しかもその中の5人は障害を残しています。それに対して支払った労災保険金は合計で1,590,977円にも達しています」

「そんなにも沢山ですか」

Hさんは驚いたようだ。わたしは続ける。

「それで、あなたの会社では53年度の労災保険料をいくら納付したと思いますか」

「さあ、それは」

「確定保険料としては242,471円です。保険給付額の6分の1にも達していないではありませんか。役所は、もちろん商売ではありませんから損をしてもかまいませんが、しかし、こんなにひどいと真面目に安全管理をやっている会社に対して申し訳ないではありませんか」

わたしの語調が少し強くなりすぎたのか、Hさんは下を向いてだまっている。わたしは続けた。

「1日1人平均の残業時間は4時間30分にもなっています。先程拝見した健康診断の個人票を見ますと、昨年に比較して体重が減少している人が多いようですが、これもそのせいではありませんか」

「いや、全く気が付きませんでした」

「これでは欠勤者も増加し、作業能率も低下してくるはずですよ。そこで作業方法その他を見直して、低能率長時間労働から高能率短時間労働へ移行するようにしてください。このことにつきましては、後日社長さんあてに文書によってお伝えします」

わたしは、そう伝えると帰署し、埼玉労働基準局長に対して特別安全指導事業場(現在の安全管理特別指導事業場)に指定するように申請するとともに、社長にあてて長文の勧告書を書

いた。

後日Hさんに聞いたところによると、社長はその勧告書をうなずきながら読んでいたという。そして、「高能率、短時間労働の理想のもとに、6月13日以降深夜業を全廃し、時間外労働も低限に抑制する」旨の社長名の回答文が提出された。

その後、社長の努力の成果が上がり、54年度の労災発生件数は35%減の36件、障害者は5人から1人へと激減した。また、労災保険の収支は保険料収入が197,738円、保険金支出が294,048円と好転した。さらに影響は他にも及んで、月間出勤日数が1人平均22日から24日へと向上し、そのためもあって所定内の労働時間が増加し、逆に時間外労働は減少した。その結果、所定労働時間に対する1人1月間の賃金10,878円は12,027円と約10パーセント増加した。(後に2課長を通じてHさんから、2人を旅行に招待したいという話があったが、ついに行かずじまいであった。)

この頃から安全競争などが行われるようになり、企業などでも真剣に労災防止に取り組むところが出てくるようになってきていた。前年8月3日監督した日本〇〇工業(連載⑧に前出)も長期間にわたる休業災害ゼロを達成して、何度か労働省労働基準局長の無災害記録証を受けたりしている。

ちなみに、行政が安全に重点を指向したことについては、1950年10月24日(火)の日記に次のような記事がある。

「愛知労働基準局管内の全監督官会議。冒頭に局長が災害3割減について強く指示」

この頃、法文系の監督官は労災保険業務等へ配置され、工場監督の主力は理工系で固められ

るという傾向が生じている。その日の日記には、また次のような記事もある。

「朝鮮動乱のぼつ発によって労働基準法の運用に変化がないことを強調」

これは、朝鮮動乱による特需により、活況をきわめている産業界に対して、監督官が萎縮することがないようにという含みである。当時、特需工場には監督官が臨検できないといううわさがどこからか流れてきていたりしたからであろう。参考までに1949年の愛知県内における労災死亡は113人である。43年後の1992年のそれは127人である。

1955年10月21日(金)晴

署長と基準局永田監察官の3人でN軽工業の送致書類を浦和地検に持参。F検事に渡す。ようやく一丁上がり。(翌々日の朝日新聞その他に記事掲載)

これは苦勞した事件だった。4月7日N軽工業の労働者23名が解雇予告手当の支払いを求めて来署して以来、苦勞の連続だった。日記をたどると次のような記載が残っている。

4月28日(木)曇

N軽工業の社長来署。署長逃避し1人で相手をする。社長は会社へ貸金をして公正証書を作成している。M氏(社長の指導者である伯父)の策謀か?

4月30日(土)曇

N軽工業の問題がまだある。

5月6日(金)晴

署長と虎ノ門の本社へ行く。

6月7日(火)晴

署し。署の労災調査で基準局長来る。N軽工業の申告労働者来て代表高橋氏(連載⑧で前出)、局長の面前で署長をつるし上げ。この日わたし1人でN軽工業本社へ調査に行く。

6月8日(火)小雨

高橋氏の調書を取る。(昨日のつるし上げで捜査に踏み切ったらしい。)

6月15日(水)曇雨

昨日からN軽工業申告労働者の調書取り。今日は社長の調書を取る。ボーナスわずか9,000円なり。

6月24日(金)曇

署長、永田監察官の3人でN軽工業本社に行く。M氏暴言を吐く。受けること柳に風の如し。帰り際に2人の男性来り、1人は勝田市長、1人は元某県警察部長と名乗り、明日労働省へ行き君等をクビにするから官姓名を名乗れと。永田監察官制止すれど1人後戻り官姓名を告げる。(後に考えると、この2人は総会屋ではなかったかという気がする。多分M氏もその仲間ではなかったろうか。)

7月3日(日)薄曇

中村さん(大蔵事務官時代の同僚。後に主計局を経て宮崎大学事務局長。現在帝京大勤務)来宅。夜高橋氏来る。

9月16日(金)晴

署し。署長と2人でN軽工業社長宅に病氣見舞に行く。

9月17日(土)晴曇

夜高橋氏来宅し、缶詰で焼酎を飲む。

10月14日(金)曇雨

署長と永田監察官、それに高橋氏も加えてN軽工業社長を待てど来署せず。

こうして送検となったわけである。しかし、労基法20条の解雇予告違反として送検したが法的には若干無理があった。というのは、長い間賃金不払いを続けた末に、社長が工場に現金を持参して、退職願を書いた労働者にだけ未払い賃金を支払うという拳に出たのである。当

然、生活に困っていた労働者たちは、お金が欲しいために退職したくないのに退職願を書いた。それを逆手にとって社長側は依頼退職であるから解雇ではないと主張したのである。したがって解雇上難しい問題があるが、それを承知で送検に踏み切ったのであった。結果はM氏が予言したとおり、本社のある東京地検に移送されて最後は不起訴となった。実質的な労働者の救済ということが、いかに難しいものであるかということを知らされた事件の一つである。これで一件着落し、また転勤ということになる。この頃の全国の概況を示すものとして、日記の余白に53年の数字がある。

監督事業場数 303,970(現在は18万程度)。

定員の52年現在は(括弧内は48年度定員)は、監督官2,474人(2,481人)、事務官1,823人(1,512人)、雇3,146人(6,348人)、計7,443人(10,341人)。労働基準監督機関の定員は急速に減少していることが分かる。なお、53年の労災死亡者数は、全国で4,998人であり、現在の2倍以上である。

ついでに、54年4月20日の朝日新聞に出た山形県最上地方の主婦の農業労働の実態を書く。1日の農作業時間13時間、睡眠5時間、出産の場合当日まで働くのが大半で、前日の休養者10パーセント、産後休養7日程度とある。また、翌年の10月19日の読売朝刊によると、埼玉県衛生研究所の調査として、農村婦人のエネルギー代謝率から見た労働強度は、荒おこし作業は製鉄工に、水田代かきはボイラー技師に、田植は圧延工に、稲刈りは製管工に、種まきは鋳物工にそれぞれ匹敵するという。休息時間は男子1日4時間、婦人2時間、嫁1.5時間、摂取カロリーは男子が必要量の93パーセント、女子が77パーセントという。このような農村がその頃の都

市に所在する産業の低賃金労働を支えていたのである。

ここで一転して労災保険関係で記憶に残ることを若干書いておこう。人名が判明しないように抽象的に簡単に書くことにする。

工場街にあったある医院は院長が革新市議(後に県議。最近死亡。)であり、労災患者が多かったが、診療費請求が時効すれすれの3年前後のものが多くて困った。2課長と2人で調査に行ったところ、帰り際に現金を差し出されて驚いたことがある。長い労災保険業務従事期間中でも、お医者さんから現金を差し出されたのはこれが最初で最後であった。

やはり工場街によくはやっている、感じの良い接骨医がいた。あるときの調査の際に、証明書を偽造して資格を取得したことを打ち明けたことがあった。もちろんわたしはだれにも口外しなかった。また、戦争中に特例で日赤看護婦から医師になったという外地引揚げの女医さんに会ったこともある。軍医不足に困った海軍では、もう少しで衛生科の準士官から軍医に登用されるはずだったと、元準士官から聞いたことがある。戦中戦後の混乱をめぐっては、いろいろのことがあったのだろう。

12月6日(火)晴

2課長と技能者養成のT事務局長の2人が来宅し、春日部転勤を伝える。(11月24日勤務中に39.8度の高熱を発生、養成工の講義を無理して終り帰って以来、高熱が続き病欠中であった。病名は不明で翌7日にも午前2時悪寒38.5度とある。病気はあまりかかったことがなく、歯からきたのではないかという感じがして、山下医の往診を受けたが不明であった。)



労働安全衛生の未来を語る

大阪●関西センター設立20周年でシンポ

1993年10月2日、関西労働者安全センター設立20周年を記念して「労働安全衛生運動の未来を語る」をテーマにシンポジウムが開催された。参加者は約150名。パネリストには、29年間労働基準監督官、現在は全国安全センター副議長を務める井上浩氏と、神奈川県労働者医療生協港町診療所所長で労住医連議長でもある天明佳臣氏。

井上氏は、最近の自主対応型の運動を基本的に評価しながらも、現行の法令・規則を守ること、多くの労災・死傷者の発生を防ぐことができるはずだと発言した。また、安全衛生運動とはいうが、衛生に偏っているのではないかと指摘された。

天明氏は、これまで健康診断重視型で専門家依存型の衛生対策ではなかったかと疑問を呈し、作業管理・環境管理・健康管理を一体のものとして進めるべきだと発言した。現在では複合的な要因で労働者の健康がむしばまれていることを指摘、また、多くの現場労働者の参加を促進するような安全衛生活動を呼びかけた。

安全センターでもこの間、自主対応型の労働安全衛生運動を呼びかけてきたが、具体的イメージをつかみにくいとの声もあった。このシンポが、イメージ作りの助けになったのではないかなと思う。ただし、これからの議論と実践は、現場で働く労働者に課せられた今後の宿題ということになるだろう。

シンポジウムの後には、ささやかながら懇親会が催された。設立当初の運動の熱気を語る豊田正義さんのあいさつに始まり、懐かしい面々も集まり、歓談に花が咲いた。最後は、松浦診療所などで労災職業病被災者の治療に携わる田島隆興医師が、「運動の主人公は現場の労働者である」と、期待もこめて(?)乾杯の音頭をとり、一同、今後の発展に向けて決意も新たに、賑やかなうちに懇親会を終えた。



●井上浩氏

法規を重視し「安全」面にもっと力を

大阪労働基準局には約3年前、ゴミ焼却工場のピットに車ごと

落ちた死亡事故で、大拳して押しかけたことがあります。私たちの追及に、こんな事故は他では起きたことがなく、想像もできず墜落防止対策の責任を追及できないと局は言う。だが、実際は、全国で多くの人が死んでおり、その規則を守れば事故は起きなかった。規則を守れば完全に防げる労働災害もある。

とにかく、安全衛生運動には規則が大事です。たくさんの労働者が手足を失い、中には生命を失い、それも何十人も生命をなくして規則ができるわけです。労働者の血が流れているんです。六法全書の活字は黒いけれど、あれは労働者の血で書いてあると一緒です。たくさんの犠牲の上にできた規則というのはないがしろにはできない。違法闘争は、労働災害、職業病を防止するためには大事なんだと、まず強調したいと思います。

労働組合の安全衛生運動は衛生の方に傾きすぎて、安全にはほとんど関心がないようです。衛生の講師は医者で、医師の職業の目的は人間の健康だから、労働衛生にも関心の深い方もいえず、講師には不自由がない。しかし、安全関係では講師がいない。まず範囲が広く難しい。監督官もそれで困っている。仮にそういう技術者がいても、仕事の完成度が直接の目的だから、安全の講師にはなる人がいな

い。とくに労働組合関係の安全の講師はなおさらいない。食べていけない(笑い)。労災はいつ起きるかわからず、しかも皆が被害者ではない。しかし、絶対数では非常に多くの人が安全問題で死んだり、怪我をしています。だから、労働組合の運動では、安全面もやらなければならないのではないか。

安全衛生運動は自主対応型で、と私も思います。規則など外部からの押し付けでなく、労使が内部から盛り上がりなければ本当の安全衛生運動はできないと、元ILO局長の小木先生も言っています。ただ、労使が一致しない部分は、法律の利用も必要だと思います。

以上ですが、特に安全衛生の問題には、一般の労働条件も大きな影響がある。現在、労働者の約75%は労働組合のない職場です。労働者全体を考えると、規則をきちんと守らせる運動が必要だと労働時間の問題でも感じます。

●天明佳臣氏

安全衛生運動は作業・環境・健康管理一体で

70~80年代の労働安全衛生運動で、安全は手薄で講師も少ないという井上先生のお話には異論があります。現場の労働者が一番よく知っており、変な専門家みたいなのが発言すると逆に



面倒で、安全の講師などむしろすくない方がいい。

この間、労働組合の安全衛生対策の中で衛生は、健康診断重視型で専門家依存型だったのでないか。作業管理、環境管理、健康管理の三位一体で進まなければならない。ヨーロッパの労働衛生の議論では健康診断への評価が全否定に近くなってきている。今は血液検査でエイズへの感染等もわかり、いわゆるインフォームド・コンセントが必要だと思う。健康診断より作業管理、環境管理という方向に、将来的になるのではないか。

例えば、化学物質の複合的な影響をみても、技術革新ただならない中の安全衛生は、法規準換だけでは追いつかない。実は、法規準換型から自主対応型へとという言葉は、イギリスで1970年発足のローベンス委員会の報告の基本的な哲学なんです。これ

までと違う新しい技術にどう対応するかをめざした新しい改革です。労働関連疾患も翌年に提起され一職業病との区別から補償をどうするのかなど早まった議論もあるようですが、これは、労働が多様化、変化する中で従来にはない病気をどう予防するかという問題提起です。

とすると、個別的なアプローチの限界は明らかでしょう。私は、指曲がり症の問題でも、労働条件全体の中でその問題をみる姿勢で取り組んでいる。例えば、じん肺など、伝統的な職業病はその紛じんがなければ起こらないが、腰痛や高血圧等では、複合的な条件にどう対応するかという問題になる。法律を守ることの重要性を決して否定しないが、それでは足りない点は、現場の実践、自主的な取り組みが必要だろうと考えます。

今後の産業保健専門家の役割

の変化は、健康管理の請負人からアドバイザー程度に、と私は考えます。現場を知らずに専門家がどれだけ言えるか。何か特定の処方箋で自分の職場の安全衛生対策も出るのではなく、地域や職場ごとに工夫が必要だと思います。

私は川崎の教育委員会の産業医ですが、今の問題は、議論を

いかに職場で訴えられるかです。安全衛生委員会の組合担当者だけでなく、皆が討論に参加するよう「健康サークル」を5つほどの学校単位で作るのが私の構想で、安全衛生委員会での議論を全体化する努力が必要だと考えています。



文責:関西労働者安全センター

地域の労働安全衛生活動活性化を 東京●八王子労働安全衛生ネットワークの活動

92年4月に、八王子勤労者・市民センター(旧地区労)と三多摩労災職業病センターは「八王子労働安全衛生ネットワーク」を発足させ、1~2月に1度程度の対策会議と随時「ネットワーク通信」も発行しながら、地域での取り組みを展開している。

発足直後の92年4月と93年4月には、八王子労働基準監督署との交渉を実施。具体的事例をめぐり問題だけでなく2回目には快適職場環境形成のための措置等の問題も取り上げている。また、92年4月には、八王子文化センター建設工事現場(旧市庁舎跡地)で発生した転落死亡事故に対して、八王子地域の労働安全衛生をより高いレベルへと確立すべく、そして、一人の生命をも大切にす立場から、工事

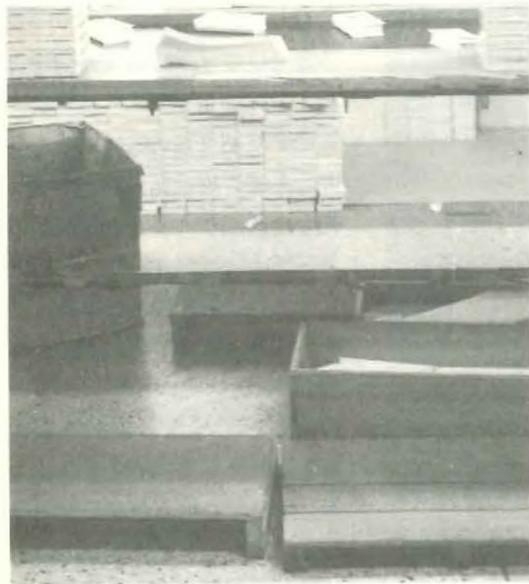
の発注者である八王子市当局に対し、災害発生原因の調査、対策を求める要請書を提出した。八王子市職労も、93春闘で公共事業委託先の安全衛生問題について、発注者である八王子市当局の考え方を明確にするよう求めてきた経過もある。

また、93年3月には「労働安全セミナー」を開催。第1回は、「腰痛の予防対策(治療)」について、神奈川労災職業病センターの西田隆重事務局長が講師。慢性の腰痛を中心に、発症の原因から予防対策の話に引き続いて、腰痛予防体操の実技指導を実施。第2回は、自治労顧問医師の中桐伸五氏を講師に「職場でできる健康保持」について。健康づくりのモデルとして、アメリカのフィットネス・プログラム、ス

ウェーデンのスタディ・サークルから、ドイツで就業時間中に行われているヘルス・サークルについて紹介され、日本型モデルとして、安全衛生委員会を利用した健康サークルを展開したらどうかと提案された。

さらに、92年11月には、八王子市内の三省堂印刷八王子工場(労働組合がネットワークに参加している)の見学を、12名の参加者で実施している。単なる工場見学やあら捜しをするための安全パトロールではなく、改善、改良、工夫がどのような点で行われているか、また、自分が働いている職場にも取り入れられるようなよい点がないか等を見つけていくことを目的としたもの。最初に「聖書ができるまで」という30分ほどのビデオを見てから、CTS(コンピュータ組版システム)情報処理室、活版室、製版室、製本室(断裁、帳合、綴)の順で見学したうえで、常務・総務部長を交えて意見交換を行うための懇談会を行った。

懇談会の席上では、常務から、印刷工場として建てられたものではない所に移転してきてから現在のかたちにするまでの苦労や製版室の屋根が波形で低く、改良したいと思っているがなかなか良い方法が見つからないことなどや、月1回担当者を代えて安全パトロールを実施していること、VDT職場(CTS・情報



剤等の管理場所
周辺で喫煙者が
見られたこと、
オフセット印刷
機の印刷ユニッ
ト部分の洗浄時
の作業方法や消
化器(栓)前にも
のが置いている
等の危険箇所の
指摘と、改善策
として、喫煙場
所の設置、寸動
作業スイッチ
ボタンを作業域

処理)では1時間に10分程度の休
憩か別の仕事をするようにして
いることなどが紹介された。参
加者からは、高さが調節できる
椅子の設置、局所照明の使用(V
DT職場)、踏み台の使用、作業
机の高さ調節(製本職場)等の工
夫や改善がなされている点など
を報告。問題点として、有機溶

まで持ってこられるようにした
らどうか等を提起するなど、建
設的な懇談が行われた。

八王子労働安全衛生ネットワ
ークは、今後も、このような活
動を展開して、地域での労働安
全衛生活動の活性化を図ってい
くことにしている。



九州中心80名の参加で第4回学校

熊本●大牟田市職労の経験に学ぶ

熊本での第4回労働安全衛生
学校は、93年11月6-7日、小国町
の北里研修施設「木魂館」で行
われた。小国町では木造の体育
館「小国ドーム」も有名だが、
木魂館も杉の木造り、町起こし
の一貫として若者たちが運営の

中心を担い、様々なイベントも
行っている。実は、熊本労働安
全衛生センターの初代専従事務
局員の河津郁子さんがここに勤
務していることに甘えて、かな
り迷惑をかけてしまったよう
だ。参加者のアンケートで「木

魂館のめざすもの、地域(小国
町)の活動との交流もしたかつ
た」という声も寄せられた。

参加者は、45名の定員を大幅
に上回る80名。このため、近く
の杖立温泉にも旅館をおさえ、
一部の方には分宿していただ
いた。参加者の内訳は、熊本-28
名、大分-20名、宮崎-7名、福
岡-13名、その他-12名。93年
1月に宮崎県日向市で開催した
第3回に続き、熊本、大分の労働
安全衛生センターと宮崎の旧松
尾鉱山被害者の会の3団体と全
国安全センターの共催による、
俗に「九州場所」の2場所目。来
年、大分で開催を予定し、その
後は九州各県で独自の開催へと
歩を進めたいという目論見。な
お、古谷事務局長は終了の後、
学校にも参加していただいた三
池労組の「三池大災害30周年
11.9講義集会」に参加して「労
災職業病の現状と課題につい
て」記念講演、今年度は「三池
CO裁判記念連帯基金」から熊
本労働安全衛生センターに支援
が行われた。

第4回労働安全衛生学校の内
容は以下のとおり。

●第1日目-11月6日(土)

13:30 開会挨拶:原田正純・全国
安全センター議長
オリエンテーション:

14:00 「これからの労働安全衛
生活動」講師:天明佳臣氏
(労住医連議長)



16:00 「職場を測る-職場環境
測定・健康診断から職場
改善へ」講師:永野恵氏
(熊本大公衆衛生学教室)
グループ討論:

19:00 「こんなときどうする?
-労災保険実務トレーニ
ング」講師:古谷杉郎氏
(全国安全センター)
グループ討論:

●第2日目-11月7日(日)

09:00 「安全で健康に働ける職
場づくり-大牟田市職労
の経験に学ぶ」

パネラー:森田義孝氏(大
牟田市職労/武藤美代子
氏(同前)/宮北隆志氏
(熊本大学衛生学)/山口
秀樹氏(医師)

司会:穀本道也氏(熊本安
全センター)
グループ討論:

11:30 まとめ:

次回開催地:大分安全セ
ンターから挨拶

12:00 閉校

13:00 特別講座「私たちの生活
と環境」講師:宮北隆志氏

2日目の「安全で健康に働ける
職場づくり-大牟田市職労の経
験に学ぶ」をパネルディスカ
ッション形式して、大牟田市職
労の森田義孝さんと武藤美代子
さんに出席していただき、清掃
・学校給食現場での取り組みの

バイク宅急便ライダーに労災適用

東京●形式は委託でも実態は労働者

1993年3月、(株)ソクハイ(本社
品川)でバイク宅急便のライダ
ーをしていた加賀美隆三郎さん
(29才)が、配送中に突然風で飛
ばされてきたビニール袋を避け
ようとして転倒し左足首を骨折
した。

本人が入院中に叔父が医療費
のことで会社を訪れたところ、

実際にビデオやスライドで紹介、これに専門家として協力し
てきた熊本大学の宮北隆志さん
と秋津レークタウンクリニック
の山口秀樹医師にも加わって
もらって、お互いの苦労話も含め
てディスカッション。そこから、
小グループ討論で、参加者が、
自分たちの職場で活かせる改善
策やアプローチ、体制づくりな
どを引き出そうとしたことも、
新たな試みのひとつ。

小グループは8つ設定した。グ
ループ討論では、永野恵さん
には、ファイバー船製造現場での
作業環境対策の課題を用意して
いただき、労災実務トレーニ
ングでは通勤災害の事例を取り上
げた。1泊2日はやはりきついス
ケジュールだったが、参加者の
感想はたいへん好評だ



を説明していない。また、事故の際の補償についてもほとんど説明していなかった。

納得できなかった加賀美さんは、あちこち調べたあげく全国一般労働組合南部支部に相談を持ち込んだ。東京東部労災職業病センターと全国安全センター事務局も協力してどうするかを検討した。加賀美さんの場合は請負とはいいつつも名ばかりで、給与は時給計算、配送中もポケットベルで逐一連絡を取るなど、実質的に労働者と変わらないものだった。退院後、加賀美さんは南部支部に加入し会社との補償交渉を開始し、品川労基署へ労災申請をおこなった。

組合として交渉に入ると会社は態度を変え、加賀美さんの補償について積極的な姿勢を見せ始めた。最初は否定的だった会社の保険も適用する姿勢をみせ、あまつさえ「加賀美さん労災認められるといいですね」と口に始めた。労基署の調査が始まったこともあってか、難航するかに思われた会社交渉は意外に順調に進み、とりあえず入院費援助が出るようになった。

品川労基署(本社の所轄)は、調査の結果、「明らかに労働者性があります」と特に根拠も示さずあっさり労働者性を認め、三田労基署に移管した(加賀美さんの所属していた営業所が港区にあったため)。残るは三田労

基署での事務的な手続だけとなり、11月22日、支給が決定した。

加賀美さんは今春、左足に入れてあるプレートの摘出手術を受ける予定であり、現在でも足に負担のかかる仕事はできない。会社との交渉は、賃金の保障や就業場所の確保等含めて継続中である。

バイク宅急便業界は若いライ

ダーが多い。事故に遭う危険が高い仕事であるにもかかわらず、その保障制度がほとんどないことはあまり知られていない。通常は対人事故で相手の保険でお金が出てそれで済ますことも多い。今回のように自損事故で、この業界の不安定さが表に出てくることになった。



リーン・プロダクション WHIN●「ムダのない生産」—日本の経営

職場の社会心理学的な要素が労働者の健康に強く影響を及ぼすことが、今日では明らかとなっている。働きすぎが予防されていないか、仕事の中で創造性を発展できなかったり、過重な労働に就いていたり、社会とのつながりが希薄な仕事に就いていたり、雇用が不安定だったり、社会生活を営みにくい勤務時間帯に働いていたり、仕事の内容が単調で意味を見いだせないようなものだったりすると、脳血管疾患、精神疾患、消化器疾患に罹患する危険が高まるのだ。

○調査

この調査に基づいているのは、主にスカンジナビアと北アメリカの事例と、2人の優れた

著者による最近の概観—彼らの調査の大部分と、労働をより人間にあわせたものに再編成することを教えようとする試みについてまとめている—に基づいている。しかし、2人の著者はそれらの試みが限定的にしか成功していないことを認めている。実際、世界中で労働の再編成が行われているが、それは極めて異なった流れ、それも労働とその調査研究機関に対して挑戦するようなかたちで行われているのである。

○ジャパニゼーション—日本化

新たな経営手法の導入はしばしばジャパニゼーションと呼ばれているが、これは現在多くの国で、国際的な、あるいは国内の労働組合の会議で主要な議論

の対象となっている。しかし、労働安全衛生運動はこれまでジャパニゼーションについてほとんど言及してこなかった。日本方式は「テイラー主義」方式よりも労働者の健康に悪影響を持つのだろうか持たないのだろうか？日本方式は自動車産業で最も発展を遂げたが、われわれはいくつかの回答をそこから発見するかもしれない。

西ヨーロッパの職業のうち10%は、直接的又は間接的に自動車産業と関連している。そして、日本の経営技術の威力に対して一番最初に動きを起こしたのが、西欧先進国の自動車産業である。1980年代に登場したボルボのウッデヴァラ工場のグループ生産方式のようなオルタナティブな生産工程編成方式は、「リーン・プロダクション=最小限生産」技術の採用へと道を譲った。ボルボのゲーン工場が最小限方式で操業される一方でウッデヴァラ工場は閉鎖された。

○技術移転

ヨーロッパの労働組合の幹部たちは、ヨーロッパ労働者の民主主義と総合品質管理方式が結合し共同作業が高められるだろうと信じているが、現実とは異なった事態が起こっていることを示唆している。イタリアのパジリカータにあるフィアットの工場は、ニッサンやトヨ

タがイギリスへ技術移転したときと同様、食いつ扶持を保障することで地方自治体と一緒に労働組合をもてなすという特徴的なやり方で発展したのだ。労働組合は、最小限生産方式が認める範囲でのわずかな役割に甘んじなければならない。

最小限生産方式を成り立たせている特徴は、末尾の用語解説で大まかに説明してある(略)。このようにして編成された労働は、これまでの作業方式に伴っていた健康への危険性をどの程度まで予防又は除去するのだろうか？

○決定の幅

表面的には、日本の経営では、労働者がこれまでよりも運営にかかわることができるようにみえる。QCサークルで労働者は作業方法について議論する機会を持てるし、経営者はその議論を無視して命令を出すことがやりにくくなる。しかし、労働者は、ごく限られた範囲の事項の決定に参加できる代わりに、会社の目標である「総合品質管理」と、顧客の利益に対する会社の考え方を受け入れなければならない。

これまでの職能の区分けを横断するような多能工化が要求されるので、労働者は専門技術を修練し身に付けることにより労働市場を移動するといった個人

の自由を失ってしまう。ニッサンの労働者は、職場のチームの外でも役立ち、また外部の労働市場で一人でやっていけるような、いかなる技術も身に付けたい。

勤務時間中に仕事の切れ目や空いた時間を自由にするといい、これまで労働組合が勝ち取ってきたような権利は失われた。

○不安定な生活

家族的雰囲気の中で生活も安定すると謳われているが、多くの労働者にとって現実とは異なる。適応した者にとっては雇用は安定したものとなる。しかし、日本方式と協調できない労働者や要求される作業速度についていけない労働者には、すぐに配置転換が行われる。労働力の中心一周辺構造が当たり前であり、中心にいる労働者は長期に安定した労働にこそしめるが、周辺にいる労働者は労働力の必要に応じて、現場を行ったり来たりさせられるのだ。ドイツのボーハムに古くからあるオベルの自動車工場では、最小限生産方式が導入されたことで、労働者は失業するのではないかと、雇用されないのではないかといった恐れを抱くようになった。

○労働負荷

最小限生産方式の特徴は、長

時間労働、高労働密度、集団作業で責任が重いことである。日本の労働者はそれを承認できないだろうし、したくもないだろうが、日本の平均生涯労働「時間」は他の国と比べて長いが、平均生涯労働「年数」は実際には短いだらうという証言もある。

ニッサン労働者の妻：「私はニッサンが夫に対してしたことを恨みます」

質問者：「それはどういうことですか」

ニッサン労働者の妻：「夫はここに来てからとても疲れています。体重も10キロ減りました。働き始めの頃、夫が夕食の最中に眠ってしまったのを私は忘れません。」

—「ニッサン・エニグマ」より

○社会的サポート

チームワークの逆説は、同じチームの同僚から、チームの規律に従っているかどうか確認される「同僚チェック」があるということである。長時間の労働でヘトヘトになり「働くために生きている」ような気になってくるので、お互いを助け合うこともあまりしなくなるのだ。

病気には社会心理学的ファクターが影響するということから判断すれば、日本の生産方式は健康管理についてテーラー主義よりも多く投資しているという

わけではない。この証拠は、日本の労働者と例えばアメリカやイギリスに日本が移転したプラントで働く労働者の経験に見出される。イギリスでは、しばしば経営方式がよいかどうかの厳しいバロメーターとしてあげられる病欠欠勤日数は、地元の企業よりも日本経営の企業の方が少ない。しかし、前述したように、これは病気にかかるものが少ないからではなく、休暇を取ること自体をとても恐れているからである。アメリカの日本企業では、協同達成目標を強調するために、労働者が自分の利害を配慮することができなくなり、安全衛生上の危険性も増大するという研究報告もある。

ニッサン労働者：「毎晩、シンナーが目に入る。機械は頭上にあって、布切れ一枚で処理するんだ。シンナーは布から染み落ちてくるのさ」

質問者：「そういうことはチーム・ミーティングで問題にできないんですか」

ニッサン労働者：「できないね」日本では、ニッサンやトヨタがベルト式生産ラインではない設備を導入したことで、最小限生産工場に就職する労働者の負担は増大している。

○労働者に何ができるのか

アメリカの労働運動は、QCサークルとチーム・ワーキング

で組合が主導権を取るにはどうすればよいかについて2つの優れた指針を生み出した。とりわけ難しいのは、最初から最小限生産として作られた工場内の労働者の地位である。最近TIEにより開かれた会議では、ジャスト・イン・タイム制度のもろい性質を強調した。他の分析では、どのようにしてトヨタ主義と「ニッサン方式」が異なる政治・文化的土壌に見事にプラント移転を成功させているのかということと、それが、中産・上流の経営者の根強い階級的敵意によって貶められているかについて指摘されている。安全衛生は労働者を組織するのに適した課題ではあるが、それだけで十分とはいえないのだ。

組合が理解し闘わなければならぬのが日本式経営方式であることに、ほとんど疑いない。フランスでは、説得力ある労働の精神病理学的评价がある。すなわち、労働者の精神と身体を搾取するような労働環境を私たち作る、あらゆる社会的・心理的傾向は、単なる病気の「リスクファクター」を超えて、生産システム全体を脅かすものとなるのだ。

(翻訳：矢尾伸哉)



WHIN (Workers' Health International Newsletter), No.36, Summer 1993

労働省●社会復帰対策要綱の運用について通達

事務連絡第5号
平成5年3月22日

各都道府県労働基準局
労災主務課長殿
労働省労働基準局補償課長

社会復帰対策要綱の運用について

被災労働者の社会復帰対策については、平成5年3月22日付け基発第172号により指示されたところであるが(注：「安全センター情報」93年7月号に全文)、今般、これに係る事務処理の円滑化を図るために、別添「社会復帰対策要綱の運用について」を取りまとめたので、当該対策の運用の事務処理に遺漏のないよう配慮されたい。

(別添)社会復帰対策要綱の運用について

被災労働者の社会復帰対策要綱(以下「対策要綱」という。)の運用については、次によることとする。

1 計画対象者

原則として1年以上にわたって療養を継続している者(以下「長期療養者」という。)から社会復帰計画対象者(以下「計画対

象者」という。)を選定する場合の基準については、次の理由によるものである。

(1)対象年齢

対象年齢は、高齢者等の雇用の安定等に関する法律(昭和46年法律第68号)において、措置対策の年齢上限が64歳までとされていることから、原則として、65歳未満としたものである。

(2)対象傷病

対象傷病は、被災労働者が社会復帰に当たって、特に、社会復帰のための指導を必要とするものとして掲げたものである。

また、都道府県労働基準局(以下「地方局」という。)において特に対象とする必要があると認められる傷病については、地方局において、管内の長期療養者の状況から判断して定めるものとする。

(3)症状軽快者

療養を継続しながら就労することが可能と医師が認める者(以下「症状軽快者」という。)とは、適正給付管理カード等関係資料により、既に主治医から症状軽快者である旨の意見をj得ている者であって、例えば、通院のための休業が月に10日程度以下(直近の1か月)の者等という。

2 社会復帰対策推進体制の整

備

(1)推進委員会の構成

イ 地方社会復帰計画推進委員会(以下「推進委員会」という。)は、次に掲げる者をもって構成するものとする。

地方局の労災主務課長、社会復帰指導官等及び各労働基準監督署(以下「署」という。)の労災主務課長等とする。

ロ 地方局の労災主務課長が、推進委員会を統括するものとする。

(2)社会復帰指導に係る事務処理体制の確立

地方局又は署において、社会復帰指導及び事務処理を担当する職員として社会復帰指導官又は社会復帰推進員若しくは林業振動障害者職業復帰推進員がない場合のこれらに代わる主たる担当者とは、例えば地方局においては医療監察官、署においては労働保険相談員等とし、このため、これらの者の事務の範囲、相談、連絡等の方法その他必要な事項をあらかじめ定め、その周知を図るものとする。

ただし、署において担当する事案のうち、特に困難な事情があるものについては、署の幹部職員が直接これに当たるものとする。

3 推進委員会の実施事項

(1)アンケートの実施

アンケートは、原則として通信によることとしているが、事

案により、社会復帰に関するアンケート(以下「アンケート」という。)の趣旨の徹底を図るためには、必要に応じ、訪問により行うものとする。

なお、通信又は訪問のいずれの場合も、症状軽快者に対し補償打ち切りの印象を与える等、無用の誤解を生ぜしめないよう配慮するのは当然である。

(2) 計画対象者の選定

アンケートの結果、社会復帰を希望すると回答した者の人数が、地方局又は署の主体的能力を超える場合には、地方局において重点とする対象傷病(又は対象傷病の優先順位)、療養期間等を勘案して選定するものとする。

この場合、計画対象者に選定されなかった者については、その事情を説明するものとする。

(3) 事務引き継ぎ

推進委員会は、計画対象者の希望内容に応じ、当該計画対象者について署が担当すべき場合には、当該計画対象者に係るアンケートの結果及び「社会復帰計画個人記録票」を当該計画対象者が被災時に所属していた事業場の所在地を管轄する署に引き継ぐものとする。

4 社会復帰指導等の実施事項

(1) 主治医からの意見の聴取

署においては、アンケートの結果、「被災時の職場に復帰を希望する」と回答した指導対象者

に関し、主治医から、就労の場所、職種、労働時間等の制約の状況について意見を聴取するものとする。

(2) 社会復帰指導等の実施期間

社会復帰指導等の実施期間中は、少なくとも3か月に1回程度、指導対象者に対する電話等により指導結果の状況を把握し、その状況に応じて再度、適切な社会復帰指導を行うものとする。

5 事業主等に対する集団指導

集団指導の開催は、地方局における労災保険収支改善対策(労災指定団体)の会議の開催時、労働保険年度更新説明会時、その他地方局又は署で実施する諸会議を活用する等、機会あるごとに実施するものとする。

6 その他

(1) 症状固定者の希望内容の把握

症状固定者の社会復帰に当たっての希望については、症状固定者から社会復帰についての相談があった都度、アンケートの様式を用いて、その内容を把握するものとする。

(2) 選定基準外の被災労働者に対する措置

計画対象者の選定基準に該当しない者から直接、社会復帰についての相談があった場合には、その者を症状固定者に準じて扱うものとする。

(3) 関係機関との連携

地方被災労働者社会復帰促進

連絡会議等においては、地方要綱に定める社会復帰対策の内容を示し、効果的に社会復帰対策が促進されるよう情報交換及び協力の依頼を行うものとする。

(4) 地方局間の連携

指導対象者に対する指導については、当該対象者が居住する住居地を管轄する地方局において行うものとする。

したがって、被災労働者が所属していた事業場の所在地を管轄する地方局(以下「所轄局」という。)において、所轄局以外の局(以下「関係局」という。)管内に居住する被災労働者が、アンケートを実施する対象者に該当する場合には、関係局に対し当該対象者に係る休業(補償)給付請求書の写、適正給付管理カードの写等の関係資料を送付(別紙一注:略)し、引き継ぐものとする。

なお、関係局においてアンケートを実施した結果、当該対象者が被災時の職場に復帰を希望する場合には、再度、当該対象者に係る関係資料を所轄局へ転送するものとする。

(5) 報告等

イ 地方局は、地方要綱の策定後、すみやかにこれを本省に送付するものとする。

ロ 地方局は、毎年4月末日までに、前年度の実績及び当該年度の計画を報告するものとする。



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 新潟県古町通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●清水地区労センター
424 清水市小芝町2-8 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
540 大阪市中央区森ノ宮中央1-10-16, 601 TEL(06)943-1527/FAX(06)943-1528
- 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)488-2762
- 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)488-2762
- 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
- 鳥取●鳥取県労働安全衛生センター
680 鳥取市南町505 自治労会館内 TEL(0857)22-6110/FAX(0857)37-0090
- 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 高知市薮野イ井田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)3264-1432
(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