

感染症の労災認定

医療従事者のウイルス性肝炎を中心に

古谷杉郎

全国安全センター事務局長

労働省は、昨年10月29日付けで基発第619号労働省労働基準局長通達「C型肝炎、エイズ及びMRSA感染症に係る労災保険における取扱いについて」を発出した(後掲：資料1)。新通達発出にいたる過程で、国会でエイズの問題が取り上げられた際に、労働省が「厚生省とも相談して認定基準を新たにつくる」というような答弁をしたとマスコミ等で報道されたのに接して、「何をいまさら」新たに認定基準など作らなくとも業務との因果関係が認められれば現在でも労災認定は可能である」と感じられた方も多いのではないかと(ただし、発症してしまったあとの話だが)。労働省も、今回の通達を「新たな認定基準ではない」と言っている。

しかし、いずれも近年社会問題化している感染症についての取り扱いを示したもので、特に、医療従事者や医療廃棄物等を取り扱う清掃労働者等の関心と呼んでいる。ここであらためて、医療従事者を

中心に感染症の労災認定についてふれて、後掲する今回の通達の理解に役立てたい。

感染症の対象業務と疾病の範囲

労働基準法施行規則別表第1の2第六号では、業務上の疾病として以下のものをあげている。

「六 細菌、ウイルス等の病原体による次に掲げる疾病

1. 患者の診療若しくは看護の業務又は研究その他の目的で病原体を取り扱う業務による伝染性疾患
2. 動物若しくはその死体、獣毛、革その他動物性の物又はばら等の古物を取り扱う業務によるブルセラ症、炭疽病等の伝染性疾患
3. 湿潤地における業務によるワイル病等のレプトスピラ症

日本経済新聞 1993年(平成5年)11月5日(金曜日)

エイズ感染に労災適用

C型肝炎・MRSAも
認定基準が

医師・看護婦ら対象

危険な「針刺し事故」

4. 屋外における業務による恙虫(つつがむし)病
5. 1から4までに掲げるもののほか、これらの疾患に付随する疾患その他細菌、ウイルス等の病原体にさらされる業務に起因することの明らかな疾病

■対象業務

対象業務としては、医療従事者等は第六号の1、医療廃棄物等を取り扱う清掃労働者等の場合は第六号の5に該当する。また、「海外における業務による感染症の取扱いについて」という通達(昭和63年2月1日付け基発第57号)が出されているが、この場合も第六号の5として取り扱われる。

第六号の1の「患者の診療若しくは看護の業務」とは、病院・診療所において医師の行う患者の診断検査・治療、または看護婦等の行う看護の業務をいい、「研究その他の目的で病原体を取り扱う業務」とは、病院・診療所において診療放射線技師、診療エックス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師等の行う前記の業務以外の業務、または、病院・診療所以外の衛生試験所、医学研究所、保健所等において医師、研究者やこれらの助手等の行う研究、検査や

それに付随する業務であって、病原体によって汚染のおそれのある業務をいうとされる(昭和53年3月30日付け基発第186号)。

病院・診療所において患者の分泌物または排泄物等を介して感染したウイルス性肝炎等の伝染性疾患、あるいは伝染性疾患ではなくても病原菌にさらされる業務(炊事婦、介助人等)に従事したことにより起きた細菌性中毒等の疾病に対しては第六号の5が適用される(同前通達)。

■対象疾病

該当する疾病については、とくに範囲を指定せず、同前通達でも

「伝染性疾患としては、コレラ、赤痢、腸チフス、発疹チフス等の法定伝染病のほか、結核、らい、ウイルス性肝炎等がある」とだけされている。したがってこれまでも、C型肝炎、エイズ、MRSAであっても排除されていたわけではなく、次のような一般的な認定要件と医学的診断要件が満たされれば業務上疾病として取り扱われるようになっていた。

一般的な認定要件と医学的診断要件

ここで紹介する一般的な認定要件及び医学的診断要件は、とくに認定基準というかたちで示されていたものではなく、労働省が解説書等で示していた考え方である。

■一般的認定要件

- ① 当該業務の内容から、病原体の汚染を受けることが明らかに認められるものであること。
- ② 当該疾病に特有の症状を呈していること。
- ③ 病原体に感染したと推定される時期から発病までの時間的間隔が、医学上、業務との因果関係の存在を認め得る(それぞれの疾病の潜伏期にお

おむね一致する)ものであること。

- ④ 発生した伝染病の病原体の種類(赤痢、パラチフス等の場合菌型)が、業務で取扱い、または接触した病原体の種類と同一であること。
- ⑤ 業務以外の原因によるものでないこと。

例えば、家族中の感染者、住居地及び勤務地区における伝染性疾患流行の有無等の状況からみて業務以外の他の原因により感染したものでないかどうかについて調査を要するとされる。

■医学的診断要件

- ① 伝染性疾患に罹患するおそれのある業務に従事した期間及びその態様の把握
- ② 業務と感染の因果関係の検討(感染源、感染経路、侵入門戸、感染部位、感染より発病までの潜伏期間等)
- ③ 臨床検査項目
 - イ 血液検査等の臨床的検査
 - ロ 病原体抗原、抗体の検出
 - ハ 免疫反応検査
- ④ 他の疾病との鑑別診断

病原体(菌)に汚染される業務と発病までの期間がそれぞれの疾病の潜伏期におおむね一致するか否かを調査することとされる。

■現場での問題点

概括的に次のような説明もされており、以上のような考え方によって、肺結核やウイルス肝炎等についての労災認定事例が積み重ねられてきた(いくつかの事例が『労災保険 業務災害及び通勤災害認定の理論と実務』等の解説書で紹介されている)。

「伝染性疾患は、特定の地域或は職業または性別を限定して発生するものではなく、単に感染源があれば一般社会人があらゆる機会にひろく感染する危険をもつから、病原体によって汚染の汚染のおそれのある業務に従事していたからといって必ずしも発病した疾病がその業務に従事していたために罹患したとは断定できない。しかし、その労働者が働く特定の職場に当該病原体の存することが明白

であり、かつ、それに直接または間接に接触する機会が当然あると考えられる場合には、同種の病原体によっておきた伝染性疾患については、一般的には業務以外の原因により罹患したことの反証がない限り業務に起因する疾病として取り扱われる。」

具体的な事例では、前述の要件をあまり厳密に解釈されると認定が困難な事例も多く、その運用をめぐる問題点も少なくない。医療労働者の場合(あるいは清掃労働者等の場合でも)、「病原体への感染経路」として、病原体に汚染された血液等を含む注射針・感染性廃棄物等による手指等の受傷や汚染血液等の傷口等への付着などの事故が考えられるのであるが、その血液が病原体に汚染されているかどうか確認されていなかったり、感染の原因となった事故が記録(記憶)されていなかったりすることも多いからである。

■非A非B型ウイルス性肝炎についての通達

また、今回の通達以前に、「非A非B型ウイルス性肝炎等の業務上外について」(昭和57年2月18日付け基収第121号の2)という通達も出されている。これは、一般病院の透析士の非A非B型遅延性肝炎の事例についての地方労働基準局長からの問い合わせに対して、労働省労働基準局長が「労規則別表第1の2第六号1に該当する業務上の疾病と判断するのが相当」と答えたもの。「従来においては、一般にみられるウイルス性肝炎はA型ウイルス性肝炎とB型ウイルス性肝炎とに区分されるとされていたが、最近、これらのいずれにも該当しないウイルス性肝炎が存在することが医学的に解明され、『非A非B型ウイルス性肝炎』と一般に呼称されているところである」としている。

今日では、「非A非B型」「ウイルス『性』肝炎」という呼称も用いられなくなっており、C型・D型・E型のウイルス肝炎が確認されている。今回の通達は、こうした最近の医学的知見を踏まえて、C型肝炎、エイズ、MRSA感染症について、各疾病の特徴に即した取り扱いのポイントを示したもので

あり、感染症が発症した場合の「業務上疾病」としての認定に関して、前述の感染症基本的な考え方を変更したわけではない。

感染原因となる負傷の取り扱い

■針刺し・血液汚染等の事故

これまでの解説は、病原体に感染した後、一定の潜伏期を経て発症してしまった場合の「業務上の疾病」についての取り扱いについてのものである。「業務上の疾病」であるか否かは、発症してしまった段階で問題になるわけである。

しかし、労災保険上は、感染の原因となった針刺し・血液汚染等の事故＝「業務上の負傷」についての取り扱いも問題になる。

従来、この問題については労働省の解説書等でもきちんとふれられていなかった。今回の通達では、C型肝炎、エイズに関し、HCV(C型肝炎ウイルス)、HIV(ヒト免疫不全ウイルス)に汚染された血液等への接触事故について「受傷等の部位に行われた洗浄、消毒等の処置」が「業務上の負傷」に対する療養補償給付の対象となることが明記された。

■受傷後の検査も療養補償の対象に

さらに、これらの感染症について、受傷の後一定の潜伏期を経て感染症が発症した場合に、さかのぼって受傷と疾病との因果関係が問題になるものであることから、受傷直後また受傷後の抗体等の検査が、発症した段階での「業務上の疾病」であるか否かを判断する上での重要な要素のひとつとなる。そこで、抗体検査自体は感染の有無を確認するためのものであって「治療」ではないといえるかもしれないが、今回の通達では、「受傷等の後に行われるHCV、HIV抗体検査等の検査(受傷等の直後に行われる検査を含み、医師がその必要性を認めた場合に限る)」についても、「業務上の負傷」に対する療養補償給付の対象に含めて取り扱うことが明記された。ただし、受傷等の以前から感染していたこと

が判明している場合のほか、受傷等の直後に行われた検査により、当該受傷等以前から感染していたことが明らかとなった場合には、その後の検査は療養の範囲には含まれない。

■受傷後の発症予防のための処置

また、これも厳密にいうと「治療」ではないが、受傷後の感染、発症を防止するための処置の取り扱いも問題となる。B型肝炎については、「労災保険における抗HBs人免疫グロブリン及びB型肝炎ワクチンの取扱いについて」(昭和62年9月1日付け労働省労働基準局補償課長事務連絡：資料2)が示されている。B型肝炎の発症予防剤である抗HBs人免疫グロブリン(HBIG)については、81年以来療養補償給付の対象とされてきたが、その後、HBs抗原陽性血液のみ(HBe抗原陰性)による汚染については、汚染後48時間以内にHBIGを注射すれば感染を防ぐことができるが、その汚染がHBe抗原陽性の場合には完全に感染を防ぐことができず、この場合、HBIG注射時にB型肝炎ワクチン(HBワクチン)を併用して摂取すればほぼ完全な感染防止効果が得られるという医学的知見の集積に基づき新たに取り扱いを定めたもの。一定の場合に、HBIGに加えてHBワクチンを、「業務上の負傷」に対する療養補償給付の対象に含めるものとした。

この事務連絡では、B型肝炎についての「業務上の負傷」に対する療養補償給付の対象として、上記のほかに、「洗浄、消毒、縫合等の処置」をあげているが、「抗体検査等の検査」については明記していない。また、血液汚染事故について「既存の負傷部位」についてだけで「眼球等」への付着が含まれていない。しかし、今回の通達のC型肝炎、エイズに対する取り扱いの趣旨からみて、B型肝炎についても「抗体検査等の検査」も療養補償給付の対象に含まれ、「眼球等」への付着も対象となることは当然であろう。

ただし事務連絡では、①HBs抗原陽性血液、HBe抗原陽性血液が単に皮膚に付着した場合、②汚

染事故前に予防を目的とした場合、等のHBIGの注射、HBワクチンの接種については保険給付の対象とはならないとことわっている。①の趣旨は、今回のC型肝炎、エイズについての通達にも反映していると思われる。労働省は、HCV、HIVに汚染された血液等が、既存の負傷部位、眼球等に付着した場合を除き、単に皮膚に付着した場合には、処置、検査等も療養補償給付の対象にならない(「業務上の負傷」に該当しない)と考えているようである。

■C型肝炎・エイズは予防処置なし

B型肝炎の感染、発症予防剤として、この事務連絡では、インターフェロンをあげておらず、労働省としては療養補償給付の対象に含めない意向のようである。今回の通達では、C型肝炎、エイズについての受傷後の感染、発症予防手段についての取り扱いについてはふれられていない。C型肝炎、エイズについては、B型肝炎の場合のHBIG、HBワクチンに該当するような受傷後の感染、発症予防手段は認められていないという趣旨のようである。最近、労災保険で、HCV汚染血液への接触事故についての発症予防のためのインターフェロンの投与が療養補償給付として認められた事例が過去にあったという話を耳にしたが、今後、争点になる可能性がある。

労働省通達等の問題点

■地方公務員災害補償基金も通達

地方公務員災害補償基金も、今年になってから「HCV又はHIVに汚染された血液等に接触した場合における療養補償の取扱いについて」という企画課長通知(平成6年1月31日付け地基企第5号)を発出した。

これは、前項で解説した「業務上の負傷」に対する労働省の今回の通達の取り扱いと同じ内容である。

また、同じ日付の、「HCV又はHIVに汚染さ

れた血液等に接触した場合における公務災害の取扱いについて」という補償課長の事務連絡で、93年10月1日以降の災害から、①医療従事者等の既存の負傷部位等に公務に起因してHCVまたはHIVに汚染された血液等が付着した場合については、公務上の負傷として取り扱うこと、②認定傷病名は「既存負傷部位への血液付着による汚染」とすること、とされた。

■労働省通達等でふれていない点

一方、この通知が出される以前に、地方公務員災害補償基金のある県支部から入手したものとされる「針刺し・血液汚染事故に関する公務災害の取扱いについて」と題した文書が手元にある。

今回の労働省通達及び地方公務員災害補償基金通知の内容と異なる点も多い。この文書の真意は定かではないのだが、今回の労働省通達及び地方公務員災害補償基金通知がふれていない内容があり、今後の争点となることも予想されるので、以下に主な内容を紹介しておく。この文書では、「針刺し事故」と「血液汚染事故」の場合で取り扱いが異なる部分があるとともに、認定傷病名をそれぞれ「刺傷」、「血液汚染事故」とすることとしている。

①「針刺し事故」については、HB抗原またはHCV抗体が「陰性」または「不明」の血液の場合についても、縫合、消毒、洗浄等の処置とともに一定の検査(HB抗原「不明」の場合のHBウイルス検査は「医師が必要と認めた期間に限る」)。その他の場合は、「初診時の1回分」を療養補償給付の対象として認めている。「血液汚染事故」の場合については、「陰性」「不明」の場合の取扱いは示していない。一労働省通達及び地方公務員災害補償基金通知では、「汚染された血液等」に接触した場合についてのみ定めている。

②「針刺し事故」について、HB抗原「不明」の場合にも、医師が必要と認めた期間に限り抗HBs人免疫グロブリン製剤の注射または抗HBs人免疫グロブリン製剤の注射に加えてB型肝炎ワ

クチンの接種が行われたときは初診時に1回のみ療養補償の対象としている。一地方公務員災害補償基金も「抗HBs人免疫グロブリン製剤及びB型肝炎ワクチンに関する療養補償の取扱いについて」(昭和62年10月12日付け地基企第27号)という企画課長通知を出しているが、これは前述した労働省の事務連絡(後掲：資料2)と同じ内容である。

③ HCV抗体「陽性」の場合には、「針刺し事故」「血液汚染事故」の場合とも、療養補償の対象とする検査を「初診時の1回分」に限定している(縫合、消毒、洗浄等の処置はOK)。一労働省通達及び地方公務員災害補償基金通知とも、「受傷等の後、HCV抗体検査等の検査(受傷等の直後に行われる検査を含む)が行われた場合」を対象に含めるとしている。

④ HB抗原「陽性」の場合には、「針刺し事故」「血液汚染事故」の場合とも、全期間にわたり治療の一貫として、検査、縫合、消毒、洗浄等の処置とともに、抗HBs人免疫グロブリン製剤の注射または抗HBs人免疫グロブリン製剤の注射に加えてB型肝炎ワクチンの接種が行われたとき(血液がHBe抗原陽性のときに限る)は療養補償の対象とする。

⑤「針刺し事故」でHB抗原が「陰性」または「不明」若しくはHCV抗体が「陽性」「陰性」または「不明」の血液の場合について、インターフェロン製剤の投与が行われても療養補償の対象としないことを明記している。「針刺し事故」でHB抗原「陽性」の場合、「血液汚染事故」の場合についてはふれていない。一労働省通達・事務連絡及び地方公務員災害補償基金通知とも、インターフェロンの取扱いについてはふれていない。

■新通達・通知の適用期日

今回の地方公務員災害補償基金通知では、適用期日を、93年10月1日以降の診療に係るものについて適用するとしている(前述の文書では、施行日を93

年8月1日以後として経過措置まで書いている)。

労働省通達では、適用期日など決められていないので、通達発出(93年10月29日)以前に発生した事故等についても当然に適用されるものと考えられる。

地方公務員災害補償基金関係では、通知発出以前に、HCV抗体陽性血液による針刺し事故、血液汚染事故による「C型肝炎感染疑い(が生じた)」の公務上外が争われているケースがある。すなわち、自治労大牟田市職労では、市立病院の看護婦の複数の事例について、基金福岡県支部がいずれも公務外と認定したため、いくつかの件について審査請求を行っている。

公務外認定としたことについて、基金支部は次のように説明している。

① 肝炎等の感染症については、発病をもって初めて疾病として認定するのが原則(疑いが発生した時点は認定を行う段階でない)。

② B型肝炎について

昭和56年9月1日以降—上記原則の特例として、B型肝炎発病予防のための抗HBs人免疫グロブリン製剤の注射が療養補償の対象として認められた。

昭和62年9月1日以降—抗HBsグロブリン製剤に加えてB型肝炎ワクチンの接種が療養補償の対象とされた。

(発病予防剤が認められているので、B型肝炎の場合に限り、「B型肝炎感染疑い」段階で認定する。)

③ C型肝炎について

C型肝炎については、労災保険基準で感染予防を療養補償の対象としていないこと及び発病をもって労災と認定されていることから、検査の結果発病していた場合はその診断の日以降の分を療養補償の対象とするが、検査をしても発病していなかったら、検査の費用は療養補償の対象とはならない。

④ 地方公務員災害補償基金の補償基準は、労災保

注射針外傷減少対策の評価結果

対 策	作業環境E 人間対策P の 別	7段階評価 (7=非常に 有効)
1 ゴミ入れを十分に点検する	E	5.7
2 ゴミ入れをもっとひんぱんに 空にする	E	5.6
3 注射針入れをもっと設置する	E	4.8
4 ゴミ入れ付の注射台を使う	E	4.3
5 ナースステーションの安全維持 と災害減少方法についての グループ討論、同僚間の交流	P	4.1
6 病室の壁に注射針入れを設置 する	E	3.9
7 よい安全記録を出したナース ステーションの表彰	P	3.4
8 安全ポスター、ニュース、パ ンフレットの活用	P	3.4
9 よい安全記録を出した看護婦 の表彰	P	3.3
10 注射針災害防止のための職場 内教育をもっと行う	P	3.2

険を基準としているので、労災保険で対象となっていない場合は地方公務員災害補償基金でも補償の対象とならない。

これらのケースについて、同市立病院の医師が「病院職員のC型肝炎ウイルス感染問題について」という文書を提出して次のように述べている。

「現状では、事故後感染が成立したか否かの判定には長期間の検査が必要であり、具体的には、事故後月1回の肝機能検査及びウイルス関連検査が、最低でも6月間でできれば1年間の追跡調査が必要である。また、抗ウイルス剤であるインターフェロンがC型肝炎にも有効であることがわかっており、感染成立後の治療にもめどがついているので、感染の早期発見は非常に重要である」。

基金通知があえて適用期日を限定した理由は、このような先駆的な取り組みにさかのぼって適用させることを嫌ったためと言えるだろう。

感染症の予防対策

感染症の予防対策については別の機会にゆずるが、天明佳臣、酒井一博の両氏が、『ナーシング・トゥデイ』誌に連載した「労働科学の目」の「刺す」というテーマについて次のように述べていることを紹介しておこう。

「この種の“誤って”起こる事故の対策が検討されるときいつも問題になるのは、被災者個人の“そそっかしさ”や“不注意”などです。最初の調査結果(アメリカの研究者の都市大病院についての調査)を紹介している論説でも、病院内外傷一般を例にとって、個人的な発生要因には上記のほかに、“仕事への不満”や“やる気のなさ”をあげていますが、同時に“疲労”も指摘しています。個人的な要因もたしかに無視できません。しかし、それだけを強調しても、事故の減少には必ずしもつながらないことも事実でしょう。むしろ『論説』の筆者もそのあたりは十分に心得ていて、『仮に刺創が個人的な原因で起こったとしても、事故減少のための最良の戦略は個人的なふるまい(behavior)を変えようとするより、むしろ作業条件を変えてゆく点にあるだろう』といっています。作業条件を改善するうえでも、重要なのは看護婦自身がこの問題の原因と対策をどう考えているかを把握することだとして、93人の看護婦を対象(92%が女性、88%が25歳以下)に、注射針刺創対策についての7段階評価法による調査もやっています。その結果は表のごとくです。清掃人のための事故防止にも通ずる対策が上位を占めていて興味深いですね。

看護婦自身に考えを問う手法は、私どもも年来主張している方法です。それぞれの職場には必ず長年にわたって蓄積されたさまざまな事故防止のための『職業生活技術』があるはずであり、対策はまずそれに依拠すべきだという考え方です。注射針処理の問題も例外ではなく、すでにさまざまな工夫がなされていると思います。そうした工夫に依拠しながら、あらためて職場条件にあった対策を再検討してみてください。」



肝炎のはなし

C型肝炎を中心に

杉浦 裕

賛育会病院内科医師

○肝炎の種類

肝炎、特にC型肝炎ということなのですが、わかってきたのは数年前なのです。昔からいろいろな肝炎があることはわかっていたのですが、昔の名前でいうとオーストラリア硬変という、B型肝炎が1960年代にやっとわかって、今度は、C型肝炎というのが、1980年代の末ぐらいからやっとひとつの病気のウイルスとしてきちんと確定できるようになったのです。

肝炎はこれまでいろいろな呼び方があったのですが、昔は流行性肝炎、血清肝炎、輸血後の肝炎にわけていました。だいたい、昔いていた流行性肝炎というのはA型肝炎。C型肝炎が確定されるまでは、A型、B型、非A非B型、あとデルタ、とわけられていたのですが、C型肝炎が5～6年くらい前から抗体によりわかるようになってきて、一応A・B・C・D・Eと名前をつけました。

ウイルスもだいたい同定されています。A型肝炎ウイルス、B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス—これはちょっと粒子としてはまだ見つかっていないのですけれども。それから、D型、E型ということで処理した。ただ、D、Eは数としては非常に日本では少なく、あまり問題にならない。

○肝炎の特徴

A型肝炎で有名なのは、生ガキを食べてしばらくすると黄色くなって熱が出たりするのですが、これはだいたいほとんどが急性肝炎で、1か月くらいで治ってあとくされがないのです。B型も、大人になってから感染する場合、多くはあとくされないわけです。よほどひどい肝炎にかからない限り、慢性肝炎に移行することはない。子供のときに感染すると、慢性肝炎に移行する可能性があります。

C型肝炎というのは、大人になって感染しても、症状としてはあまり表に出てこないのですが、非常

に高い確率で慢性化して、あとでいろいろ悪さをする。これがトピックスというかターゲットになっているんですね。

A型の感染経路は、便です。おつうじに出て、カキとか魚介類の生物を食べたときに感染することが非常に多い。

B型肝炎は血液とか体液、C型も血液とか体液。昔問題になっていた輸血後肝炎というのは、B型も多かったのですが、B型はスクリーニングされてあまり発生しなかった。輸血後の肝炎の大多数はC型だったのです。20万人くらい出たと言われてます。今はチェックされていますから、発症率はかなり減っています。

キャリアーいわゆる健康保因者、病気にはなっていないけれどもウィルスは持っている—そういう人がどのくらいいるかというと、B型で1%くらい。C型でも1%くらい。

慢性肝炎という言葉を知っていると思いますが、慢性的に肝臓の炎症が持続するものがどれくらいあるかというと、日本では120万人くらい。大部分はC型肝炎なわけですね。肝硬変はだいたい25万人。ガンは、B型、C型それぞれ5千人と7千人のオーダーで出ている。昔はB型がほとんど肝ガンになるということで非常に問題になったのですが、最近ではC型が発ガンに非常に濃く関与しているということがわかってきた。だから、ターゲットがB型からC型に移行してきているということです。

同じことですが、B型は、激症で医者が死んだりしてずいぶん騒がれたわけですが、基本的に慢性化しません。この時期を乗り切ればあとくされない。母子感染といって、お産のときに母親から血液をもらって赤ちゃんの時にB型肝炎ウィルスをもらって、大人になってから肝硬変・肝ガンになる可能性が常にあります。

日本では、公費で、B型ウィルスを持っている母親の赤ちゃんが予防注射とかワクチンをうてるようになってから、新しい赤ちゃんの発病というのは

ほとんど見られません。あと30年から40年すると、日本からはB型の慢性肝炎というのはほとんどなくなると言われています。

しかし、C型はまだまだ息が長くて、あと30年ほどくらいは日本で肝硬変・肝ガンの原因になると思われます。

○C型肝炎の自然経過

感染経路のところでもまた話しますが、どのような自然経過をたどるかという、輸血。他の経路でも入りますが、入ったら必ず発病するかという、そうでもない。ウィルスの量が少なければ発病しなくてすむ。要するに感染が成立しないわけです。感染が成立すると、C型の急性肝炎になる。2割くらいが治ってあとくされはない。残りの半分以上は慢性化するだろうと言われてます。そして、半分のうちの半数くらいが20年から30年のうちに肝硬変になる。つまり、全体の30%くらいは肝硬変になる。さらに5年くらい遅れて、そのうち5割から7割が発ガンすると言われてます。集団の数としては、日本は非常に多い。

全体でどれくらいいるかというと、アジアは多く、キャリアが約150万人くらい。全員が慢性肝炎になっているというわけではなくて、保因者も含んでいます。東南アジアで10%くらいと言われています。このうちキャリアもいますから、C型肝炎は1%くらい。大雑把にいうと、100万～130万人くらいはC型肝炎がいるということになります。

これに全部インターフェロンを使うとすごい金額になる。前に一度計算したことがあるのですが、1人180万円くらい実費としてかかりますから、100万人の180万円で、1兆8,000億円になります。ですから、1兆8,000億円あれば100万人の人に全員インターフェロンをうてる。大変なお金ですが。

ちょっと古いデータですが、昔、非A非Bとわけて血液を残して、後で検査をしてその中でどれ

くらいが抗体が陽性か、つまりC型肝炎かを調べたのですが、非A非B型慢性肝炎のうちの8割から9割5分がC型でした。これは第1世代を調べていますから、感度はちょっと鈍いので、今の第2世代を調べれば9割から9割5分くらいがC型になると言われています。肝硬変でどのくらいかという、75～80%がC型、肝臓ガンも8割がC型ということがわかってきました。ですから、大部分がC型によるものだということがはっきりしているということです。

○感染経路

こういうのはどこから感染するかといいます。経路ですが、4割くらいは輸血で移ったのだろと言われてます。ちょっと正確な年代は忘れましたが、1980年代になる前は、小学校の予防注射などで前の子供にうったものを5人くらい続けてうっていたので、おそらくそれで蔓延したんだろうと。ちょっと、他にこれだけ蔓延するルートが見えたらいい。家族内感染というのは、夫婦、親子を通じて、

全体の肝炎の集団の中では1割くらいです。日本では入れ墨とか鍼灸で—今はオート・クレーヴとか、その人専用の針にしたり、ディスクの針も出ているのでそういうことはないのですが、昔は、人に使った同じ針をそのまま使っていたので—これで数パーセントくらい感染している。あとは麻薬中毒とか覚醒剤。

ただ、B型に比較するとC型は感染する力が非常に弱い。したがって、お産のときに母親からうつるのは稀で1%くらい。将来のことを考えると、今の総数の10～20%に推移すると考えられます。だから、将来的には数が減ってくると確実に言えるわけです。

それから、医療従事者の中でどれだけC型キャリアがいるかを調べた虎ノ門のデータによると、一番多いのが検査技士で3.8%。看護婦2.9%、医者が一番低くて2.0%。一番低いといっても国民平均の1.5%と較べるとちょっと高い。これは施設によりいろいろ違います。平均年齢も影響します。平均年齢が高ければキャリアも多いわけです。若い人の多い職

ウイルス性肝炎の疫学

	患者数/年	A 型	B 型	C 型	D 型	E 型
感染ウイルス		HAV	HBV	HCV	HDV	HEV
感染経路		経口	血・体液	血・体液	血・体液	経口
散発発生	35万	10万	10万	14万	日本では稀	日本では稀
流行		(+)	(-)	(-)	(-)	(+)
輸血後肝炎 (HCV抗体チェック前)	20万	極めて稀	5千	19万	(-)	(-)
キャリア		(-)	1% (母子感染)	1%	?	(-)
慢性肝炎	120万	(-)	40万 (母子感染)	72万	稀	(-)
肝硬変	25万	(-)	40万	10万	稀	(-)
肝細胞癌	1万8千	(-)	5千	7千	(-)	(-)
潜伏期		2～6週	60日～6か月	2週～6か月		

場は少ないということになる。

家族の方から、どのようなことでうつるのかということをよく聞かれるのですが、例えば、接吻、髭剃りについては報告はありません。唾液の中にはC型ウイルスがいると思われるので可能性としては否定できないけれども、非常に小さい。

○症状

症状については、あまりはっきりした症状はありません。何となくだるい。お腹が空かない。微熱が出る。肝臓が張った感じがしたり、お腹が張った感じがする。黄色くなる。黄色くなるとわかりますが、肝炎だとは自分ではわからない。血液を採らないとわかりません。

○C型肝炎ウイルス

ウイルスの構造では、C型は構造タンパクのところ突然変異が多い。コロコロ変わる。あとで出てきますが、単一のウイルスではなさそうだと。世界的にみても、C型を抗体から特定しているのですけれども、その中でもいろいろな亜型＝サブタイプがあるようで、それで治療の反応の仕方が違うのではないということが最近わかってきました。C型肝炎ウイルスについては、遺伝子の構造、核酸構造についてはほとんど解析されているのですが、ウイルスの粒子そのものはまだ見つかっていないのです。電子顕微鏡でこれがC型肝炎ウイルスだというのは、まだみつかっていない。A型の粒子はみつかっています。B型もわかっています。C型肝炎ウイルスはこういうかたちではみつかっていない。ただ、遺伝子のコードはわかっている。今、世界中の科学者がウイルスの粒子をみつけようとしていますが、どうもうまくいかない。肝臓の細胞の中にどうもそれらしい粒子構造を見つけたという報告があるのですが、追試験でうまくいなくて、まだ今の段階ではみつかって

ません。

○治療法

治療ですが、これで決まりという治療はなかなかないですね。肝臓療法といって、動物の肝臓のエキスを飲む。それから、カンジュウサンといって、胆石のときに投与する漢方薬とか、いろいろあるのですが、これで根本的に自然経過が変わったという報告はまだないですね。肝機能としてはよくなったということはありますけれど。

あと有名なのが、強力ネオミノファーゲンCです。これは肝細胞膜を強化するものですが、止めると、リバウンド現象といって、ドーンときて肝機能指数が悪くなる。

今流行のインターフェロン。これは開発段階でものすごく騒がれた特効薬ですが、少しシビアで、当初予想されたよりも効く年数が少く、それで死んでしまうとかいう重篤な副作用がある。ウイルスが感染した細胞中でウイルスの分裂を抑制するような物質がインターフェロンで、 α 、 β 、 γ とあります。医療でよく使われるのが、だいたい α と β 。肝炎の治療にはよく α が使われます。いろいろな製剤があります。ただ、さっきも言ったようにウイルスにもいろいろなタイプがあるとされていて、大雑把にいうと2つ、実際には4つから5つにわかれています。日本ではノー・リスボンダーといって、あまり効かないグループが多い。

これも虎ノ門のデータですが、効くグループにはインターフェロンをやるとよくなる。効かないタイプは5割ぐらい。もっとよくなるのは1割です。日本は効かないタイプが多く、有効例でも止めると悪くなる。ただ、サブタイプは、測ったりすることができるので今年の秋頃にはわかるかもしれませんが、これでレスポンスが異なります。量による違いという人もいますが、あと数年経たないと厳密にはわかりません。

○発症予防剤

労災に関連した話では、ウイルスだから加熱すれば死ぬわけですね。21℃で20分。煮沸しても15分以上で死ぬ。A型、B型にしても、悪魔みたいなものではない。次亜塩素酸ナトリウム、キッチンハイター、漂白剤で死にます。1時間。エタノールのような消毒用アルコールはあまり効かない。

針刺しなどをしたらどうするか。まず洗う。B型に関しては、抗体が陽性ならほうっておいてよい。陰性だったらB型肝炎免疫グロブリンを使う。

ところが、C型は、粒子がドンドン変わっていくということもあるのでしょうけれども、ワクチンがどんどん変わっていく。グロブリン製剤のような特異的に高い抗体を持った製剤もないわけです。だいたい抗体価があってもウイルスが残っているわけですから、いわゆる中和抗体といって、抗体ができてウイルスにくっついてウイルスを全部やっつけるような抗体ではないわけです。ウイルスの一部に対する抗体はいろいろできて、結局ウイルスは居着いてしまうというタイプのウイルスですから、これもできない。

ということで、予防投与では、インターフェロンが、比較的短期ですむため副作用も少なくなるので、どうもよさそうだとことが言われています。ただ、投与方法については定まった方法はないのです。予防投与については、2週間投与すると言う人もいるし、3日ぐらいでよいと言う人もいるし、10日ぐらいと言う人もいます。量も、どれくらい投与するかというのは、あまり決まりはないようです。

○まとめ

昔いわれていた非A非B型の慢性肝炎の9割以上がC型肝炎だということです。キャリアを含めると150万人ぐらいいるでしょう。肝硬変・肝ガンとい

うグループの7、8割はC型肝炎によるものです。

輸血で感染し、当然血液を扱うわけですから医療従事者にも感染しやすいと言われています。夫婦の間では長ければ長いほど感染率が高い。ある意味ではエイズと同じように性病的な側面もあるのですが、感染率は非常に小さい。30年くらいいても、夫婦で共に抗体を持っているというのは10組にひとつくらいしかないので、可能性としては非常に小さいということです。

慢性化するのが特徴ですが、慢性肝炎になっても、ほとんどが、あまり症状が出ない。ただ、C型肝炎抗体が検出されることがあっても、必ずしもC型肝炎ウイルスを持っているというわけでもない。感受性と特異性という言い方をしますけれども、何かのはずみで最初から陽性で出る場合もあるということです。必ず肝炎ウイルスを持っていると言い切れない面もあるということです。

これは、医者の方でいろいろ問題になったりしますが、抗体の測定計も第1世代、第2世代とコンピューターのように発展して、今は第2世代の測定計を使っているわけですが、発病して2、3か月たないと陽性にならない。ですから、発病初期の段階ではC型肝炎かどうかというのは、ある意味ではわからないわけです。しばらくたないとわからない。

感受性と特異性ということも言えますが、だいたい慢性肝炎は9割以上は確定診断ができる。しかし、残りの数パーセント、10%くらいは今の測定計では引っかからない可能性があるわけです。PCR法といって、1回に5万か10万する方法がありますが、保険の対象ではない。これは最も確実な方法で100%診断可能ですが、非常に手間ひまがかかり、しかもお金がかかる。血清診断には限界があると



(94年2月23日に行われた東京東部労災職業センター例会での講演内容のテープを編集部の責任でまとめたものです)

C型肝炎、エイズ、MRSA感染症の取扱いで新通達

資料 1

基発第619号
平成5年10月29日
各都道府県労働基準局長殿
労働省労働基準局長

**C型肝炎、エイズ及びMRSA
感染症に係る労災保険に
おける取扱いについて**

近年、医療従事者等のC型肝炎や我が国において感染者が増加している後天性免疫不全症候群(以下「エイズ」という。)、さらにはメチシリン耐性黄色ブドウ球菌(以下「MRSA」という。)感染症など、細菌、ウイルス等の病原体による感染症について社会的関心が高まっていることから、これらの感染症に係る労災請求事案を処理するため、今般、標記について下記のとおり取りまとめたので、今後の取扱

いに遺漏のないよう万全を期されたい。

記

1 C型肝炎について

(1)法令上の取扱い

ウイルス性肝炎は、昭和53年3月30日付け基発第186号「労働基準法施行規則の一部を改正する省令等の施行について」(以下「186号通達」という。)の記の第2の2の(6)のイの(ハ)及び(ニ)により、労働基準法施行規則(以下「労基則」という。)別表第1の2第6号1又は5に定める業務上の疾病に該当することとしているところであるが、その原因となるウイルスが確認されている「C型肝炎」についても、A型肝炎及びB型肝炎と同様186号通達に示すウイルス性肝炎として取り扱われるものである。

なお、ウイルス性肝炎は、現在、「ウイルス肝炎」と呼称されていることから、186号通達における「ウイルス性肝炎」を「ウイルス肝炎」と改める。

(2)C型肝炎に係る医学的事項

イ 感染源、感染経路

C型肝炎ウイルス(以下「HCV」という。)は、HCV感染者及びC型肝炎患者(以下「HCV保有者」という。)の血液等の体液(以下「血液等」という。)に含まれているとされているが、感染源とし

て重要なものは血液である。

したがって、HCVの感染経路は、HCVに汚染された血液を媒介した感染(輸血、注射等による)が主であるが、母子感染(母親から子への子宮内あるいは出産時における感染)又はHCV保有者との性的接触等による感染の可能性もあるといわれている。

ロ 潜伏期間

C型肝炎のうち、C型急性肝炎の潜伏期間は、HCV感染後おおむね2週間～16週間である場合が多いが、これは感染ウイルスの量によって左右されるといわれている。

ハ 症状等

(イ)C型急性肝炎の症状は、全身倦怠感、発熱、食欲不振、嘔吐等があるが、A型肝炎やB型急性肝炎に比べ軽症例が多く、また、黄疸の出現する頻度は低いとされている。

なお、臨床症状及び肝機能検査成績からは、A型肝炎及びB型急性肝炎と鑑別することは困難であるといわれている。

(ロ)C型急性肝炎の自然治癒率は約40%で、残りの約60%が慢性化に移行するといわれている。

(ハ)一方、C型慢性肝炎は、一般に自覚症状に乏しいが、自然治癒率は2%に満たないといわれ、無治療のままでは徐々に進展して、10年以上にわたる長期間の経過で肝硬変、さらには肝がんに移行する場合があるとされている。

ニ 診断

C型肝炎の診断は、臨床症状、肝機能検査等に加え、血液中のHCV抗体を検出する検査により行われる。

HCV抗体が陽性となるのは、C型急性肝炎の発症後おおむね1か月から3か月であるとされているが、検査方法や症例によって差がみられるといわれている。

また、最近では、HCVの有無の確認方法として、HCV-RNA(HCV遺伝子)を検出する検査が

開発されている。

(3)労災保険上の取扱い

医療機関、試験研究機関、衛生検査所等の労働者又は医療機関等が排出する感染性廃棄物を取り扱う労働者(以下「医療従事者等」という。)が、HCVの感染源であるHCV保有者の血液等に業務上接触したことに起因してHCVに感染し、C型肝炎を発症した場合には、業務上疾病として取り扱われるとともに、医学上必要な治療は保険給付の対象となる。

なお、感染性廃棄物とは、「感染性病原体(人が感染し、又は感染するおそれのある病原体)が含まれ、若しくは付着している廃棄物又はこれらのおそれのある廃棄物」(廃棄物の処理及び清掃に関する法律施行令別表第1)をいう。

イ 血液等に接触した場合の取扱い

(イ)血液等への接触の機会

医療従事者が、HCVに汚染された血液等に業務上接触する機会としては、次のような場合が考えられ、これらは業務上の負傷として取り扱われる。

- a HCVに汚染された血液等を含む注射針等(感染性廃棄物を含む。)により手指等を受傷したとき。
- b 既存の負傷部位(業務外の事由によるものを含む。)、眼球等にHCVに汚染された血液等が付着したとき。

(ロ)療養の範囲

a 前記(イ)に掲げる血液等への接触(以下、記の1において「受傷等」という。)の後、当該受傷等の部位に洗浄、消毒等の処置が行われた場合には、当該処置は、業務上の負傷に対する治療として取り扱われるものであり、当然、療養の範囲に含まれるものである。

b 受傷等の後、HCV抗体検査等の検査(受傷等の直後に行われる検査を含む。)が行われた場合には、当該検査結果が、業務上外の認定に当たった基礎資料として必要な場合もあることから、

当該検査は、業務上の負傷に対する治療に必要な検査として保険給付の対象に含めるものとして取り扱うものとするが、当該検査は、医師がその必要性を認めた場合に限られるものである。

なお、受傷等の以前から既にHCVに感染していたことが判明している場合のほか、受傷等の直後に行われた検査により、当該受傷等以前からHCVに感染していたことが明らかとなった場合には、その後の検査は療養の範囲には含まれないものである。

ロ C型肝炎の発症が確認された場合の取扱い

(イ)業務起因性の判断

a C型急性肝炎

原則として、次に掲げる要件をすべて満たすものについては、業務に起因するものと判断される。

(a) C型急性肝炎の症状を呈していること(前記(2)のハ参照)。

(b) HCVに汚染された血液等を取り扱う業務に従事し、かつ、当該血液等に接触した事実が認められること(前記イの(イ)参照)。

(c) HCVに感染したと推定される時期からC型急性肝炎の発症までの時間的間隔がC型急性肝炎の潜伏期間と一致すること(前記(2)のニ参照)。

(d) C型急性肝炎の発症以後においてHCV抗体又はHCV-RNAが陽性と診断されていること(前記(2)のニ参照)。

(e) 業務以外の原因によるものでないこと。

b C型慢性肝炎

前記aのすべての要件を満たす業務に起因するC型急性肝炎の既往の事実があると認められる場合のC型慢性肝炎については、業務に起因するものと判断される。

なお、C型急性肝炎の既往の事実が確認できないC型慢性肝炎については、受傷等の事実が認められており、当該受傷等の後においてHCV抗体

が陽性化するなど、当該受傷等以前からのHCV感染が明らかに否定される場合であって、かつ、業務以外の原因によるものでない場合に限り、業務に起因するものとして取り扱う。

(ロ)療養の範囲

前記(イ)の業務起因性が認められる場合であって、C型肝炎の発症が確認された後の検査及び治療については、業務上疾病に対する療養の範囲に含まれるものである。

2 エイズについて

(1)法令上の取扱い

エイズは、その原因となる病原体がウイルスであり、また、後記(2)のロに示すとおり伝染性疾患である。

したがって、業務に起因する医療従事者等のエイズについては、186号通達の記の第2の2の(6)のイの(ハ)及び(ニ)に示す「ウイルス性肝炎等」に含まれ、労基則別表第1の2第6号1又は5に定める業務上の疾病に該当するものである。

(2)エイズに係る医学的事項

イ エイズの病像等

エイズとは、ヒト免疫不全ウイルス(以下「HIV」という。)によって体の免疫機構が破壊され、日和見感染症(健康な状態では通常は患しないが、免疫力が低下したときにしばしば患する感染症)、悪性腫瘍、神経症状等を伴うに至った病態をいうものである。

また、HIVの感染によって引き起こされる初期症状から、これに続く無症状の状態(以下「無症候性キャリア」という。)、その後の発熱、下痢、倦怠感等の持続状態(「エイズ関連症候群」)、さらに病期が進行してエイズと診断される病態までの全経過をまとめてHIV感染症という。

ロ 感染源、感染経路

HIVは、エイズ患者及びHIV感染者(以下「HIV保有者」という。)の血液等に含まれていると

されているが、感染源として重要なものは、血液、精液及び髄分泌液である。

したがって、HIVの感染経路は、HIV保有者との性的接触による感染、HIVに汚染された血液を媒介した感染(輸血、注射針等による)及び母子感染がある。

しかし、唾液感染や昆虫媒介による感染はなく、また、HIVに汚染された血液に健常な皮膚が触れただけでは感染しないとされている。

ハ 潜伏期間

HIV感染後、エイズ発症までの潜伏期間については、3年以内が約10%、5年以内が約30%、8年以内が約50%であるといわれ、15年以内に感染者のほとんどがエイズを発症すると推定されている。

ニ 症状等

(イ)初期症状

HIVに感染しても一般的には無症状であるが、一部の感染者は、感染の2週間から8週間後に発熱、下痢、食欲不振、筋・関節痛等の感冒に似た急性症状を呈することがあるといわれている。

この急性症状は、2週間から3週間続いた後、自然に消退して無症候性キャリアとなるとされている。

(ロ)エイズ関連症候群

無症候性キャリアの時期を数年経て、その後、全身性のリンパ節腫脹、1か月以上続く発熱や下痢、10%以上の体重減少、倦怠感等の症状が現れるとされており、この持続状態を「エイズ関連症候群」と呼んでいる。

なお、このエイズ関連症候群には、軽症の症状からエイズに近い病態までが含まれるものである。

(ハ)エイズ

エイズ関連症候群がさらに進行して、免疫機能が極端に低下すると、カリニ肺炎などの日和見感染症、カポジ肉腫などの悪性腫瘍、あるいはHIV脳症による神経症状などを発症するとされている。この時期が「エイズ」と呼ばれる病態で、複数の日和見感染症を併発することが多いとされている。

なお、エイズの子後は不良であり、日和見感染症に対する治療により一時的に好転しても再発を繰り返しやすい、あるいは他の日和見感染症を合併して次第に増悪し、エイズの発症から3年以内に大部分の患者が死亡するといわれている。

ホ 診断

HIV感染症の診断は、血液中のHIV抗体を検出する検査により行われるが、ゼラチン粒子凝集法(PA法)等のスクリーニング検査によりHIV抗体が陽性と判断された血液については、さらに精度の高いウエスタンブロット法等による確認検査が行われ、これが陽性であれば、HIV感染症と診断される。

なお、HIV抗体が陽性となるのは、一般にHIV感染の6週間から8週間後であるといわれている。

(3)労災保険上の取扱い

エイズについては、現在、HIV感染が判明した段階で専門医の管理下に置かれ、定期的な検査とともに、免疫機能の状態をみてHIVの増殖を遅らせる薬剤の投与が行われることから、HIV感染をもって療養を要する状態とみるものである。

したがって、医療従事者等が、HIVの感染源であるHIV保有者の血液等に業務上接触したことに起因してHIVに感染した場合には、業務上疾病として取り扱われるとともに、医学上必要な治療は保険給付の対象となる。

イ 血液等に接触した場合の取扱い

(イ)血液等への接触の機会

医療従事者等が、HIVに汚染された血液等に業務上接触する機会としては、次のような場合が考えられ、これらは業務上の負傷として取り扱われる。

a HIVに汚染された血液等を含む注射針等(感染性廃棄物を含む。)により手指等を受傷したとき。

b 既存の負傷部位(業務外の事由によるものを含む。)、眼球等にHIVに汚染された血液等が付着したとき。

(ロ)療養の範囲

a 前記(イ)に掲げる血液等への接触(以下、記の2において「受傷等」という。)の後、当該受傷等の部位に洗浄、消毒等の処置が行われた場合には、当該処置は、業務上の負傷に対する治療として取り扱われるものであり、当然、療養の範囲に含まれるものである。

b 受傷等の後に行われたHIV抗体検査等の検査(受傷等の直後に行われる検査を含む。)については、前記1の(3)のイの(ロ)のbと同様に取り扱う。

ロ HIV感染が確認された場合の取扱い

(イ)業務起因性の判断

原則として、次に掲げる要件をすべて満たすものについては、業務に起因するものと判断される。

a HIVに汚染された血液等を取り扱う業務に従事し、かつ、当該血液等に接触した事実が認められること(前記イの(イ)参照)。

b HIVに感染したと推定される時期から6週間ないし8週間を経てHIV抗体が陽性と診断されていること(前記(2)のホ参照)。

c 業務以外の原因によるものでないこと。

(ロ)療養の範囲

前記(イ)の業務起因性が認められる場合であって、HIV抗体検査等の検査によりHIVに感染したことが明らかとなった以後に行われる検査及びHIV感染症に対する治療については、業務上疾病に対する療養の範囲に含まれるものである。

3 MRSA感染症について

(1)法令上の取扱い

MRSA感染症は、その原因となる病原体がメチシリン耐性黄色ブドウ球菌であり、また、後記(2)のロに示すとおり伝染性をもつものである。

したがって、業務に起因する医療従事者等のMRSAについては、186号通達の記の第2の2の(6)のイの(ハ)及び(ニ)に示す「ウイルス性肝炎等」を含む

こととし、労基則別表第1の2第6号1又は5に定める業務上の疾病に該当するものとする。

また、業務上の負傷(皮膚の創傷等)部位からMRSAが侵入し、又は業務上の負傷の治療過程においてMRSAに感染することによるMRSA感染症は、労基則別表第1の2第1号に該当するものである。

さらに、労基則別表第1の2第1号から第9号に定める業務上の疾病の治療過程においてMRSAに感染することによるMRSA感染症は、当該業務上の負傷に付随する疾病としてそれぞれ取り扱われる。

なお、通勤災害による傷病の治療過程においてMRSAに感染することによるMRSA感染症は、労働者災害補償保険法施行規則第18条の4に定める通勤による負傷に起因する疾病その他通勤に起因することの明らかな疾病(以下「通勤による疾病」という。)として取り扱われる。

(2)MRSA感染症に係る医学的事項

イ MRSAの病像等

MRSAは、ペニシリン系はもとより、セフェム系抗生物質やアミノ配糖体系抗生物質にも広く耐性を持つ多剤耐性の黄色ブドウ球菌である。

黄色ブドウ球菌は、ヒトの鼻腔、咽頭、口腔、皮膚及び腸管内の常在する細菌であるが、化膿性疾患の主要な原因ともなる細菌である。

黄色ブドウ球菌による感染症の治療には、1940年代以降、ペニシリンG、テトラサイクリン等が使用されたが、その都度、これらの抗生物質に耐性を持つ黄色ブドウ球菌が出現した。そのため、これらの耐性黄色ブドウ球菌に優れた抗菌力を示すメチシリン、オキサシリン等の抗生物質が開発されたが、さらに、これらの抗生物質にも耐性を持つMRSAの出現をみるに至った。

その後、第一・第二世代セフェム系抗生物質の使用を経て、第三世代セフェム系抗生物質が広く使用されることとなったが、第三世代セフェム系抗生物質は、黄色ブドウ球菌に対しては第一・第二世代セフェム系抗生物質より抗菌力が劣っていたため、M

RSAの出現頻度が増大し、近年、MRSAによる感染症が多発している状況にある。

MRSAは、通常の黄色ブドウ球菌と比べて、とくに毒性が強いわけではなく、健康人には無害であるとされているが、免疫不全患者や高齢患者(特に寝たきりの高齢患者)などの易感染性患者(MRSAによって重篤な感染症を惹起しやすい患者)が感染すると、重篤な症状を呈するといわれている。

ロ 感染源、感染経路

(イ)MRSAは、主に医療機関内で発生することから、感染の機会も主に医療機関内であり、その主な感染源には次のものがあるとされている。

a MRSAに感染した入院患者

(a)不適切な抗生物質の使用により入院患者がもともと持っている黄色ブドウ球菌がMRSAに変異する場合

(b)他の医療機関でMRSAに感染した患者が入院した場合

b 医療従事者等の健康保菌者

MRSAに感染した入院患者等に接触することにより、MRSAの保菌状態(MRSA感染による症状を呈していない状態)にある場合

(ロ)MRSAは、感染者又は健康保菌者の鼻腔、咽頭、感染病巣等からの接触・飛沫感染により、ヒトからヒトへ直接伝播する場合とMRSAに汚染された医療器具、シーツ、寝具等を介して間接伝播する場合があるとされている。

ハ 症状等

MRSA感染症は、その特有な多剤耐性という以外は、通常の黄色ブドウ球菌による感染症と同様の臨床像を呈すると考えられている。

MRSA感染としては、表層感染と深部感染の二つに大別でき、それぞれの概要は次のとおりである。

(イ)表層感染

表層感染によるMRSA感染症としては、皮膚の化膿巣、中耳炎等があるが、一般に良好な経過をた

どるものが多いとされている。

しかし、易感染性患者においては、感染症状は遷延化し、時として深部感染に移行する場合がある。

(ロ)深部感染

深部感染によるMRSA感染症としては、髄膜炎、肺炎、腹膜炎、腸炎等があるが、適切な治療が行われないと敗血症に至り、死亡する場合がある。

(3)労災保険上の取扱い

労災保険におけるMRSA感染症の取扱いは、他の細菌による感染症と同様であるが、その感染の機会は医療機関内である場合が多いことから、労災補償の対象となるのは、業務災害及び通勤災害により療養を行っている者(以下「労災患者」という。)及び医療従事者等が考えられる。

したがって、労災患者がその療養中にMRSAに感染した場合あるいは医療従事者等がMRSAに業務上感染した場合であって、前記(2)のハに示す症状を呈するに至ったときは、当該MRSA感染症は、前記(1)の区分に従って業務上疾病又は通勤による疾病として取り扱われるとともに、医学上必要な治療(検査を含む。)は保険給付の対象となる。

イ 業務起因性の判断

(イ)労災患者の場合

労災患者のMRSA感染症で、次に掲げる要件をすべて満たすものについては、原則として、業務に起因するもの(通勤災害により療養を行っている者のMRSA感染症にあつては、通勤に起因するもの。)と判断される。

a 当該労災患者が療養を行っている医療機関において、MRSAに感染していることが確認された入院患者等(当該労災患者を含む。)がみられること(前記(2)のロの(イ)参照)。

b 感染症状が認められる部位(当該労災患者が療養を行う原因となった傷病の部位以外の部位を含む。)からMRSAが検出されていること。

c 当該労災患者が療養を行っている医療機関以外において感染したものでないこと。

(ロ)医療従事者等の場合

医療従事者等のMRSA感染症は、易感染性患者と異なり、一般的には深部感染は考えにくいものである。

したがって、表層感染に限り、原則として、次に掲げる要件をすべて満たすものについては、業務に起因するものと判断される。

a 当該医療従事者等の勤務する医療機関においてMRSAに感染していることが確認された入院患者等がみられること(前記(2)のロの(イ)参照)。

b 感染症状が認められる部位からMRSAが検出されていること。

c 業務以外の原因によるものでないこと。

なお、労災患者については、前記イの業務起因性が認められない場合であっても、当該労災患者が療養を行う原因となった傷病の部位からMRSAが侵入し、感染症状を呈するに至ったものと医学的に認められ、かつ、当該傷病に対する治療の必要上、MRSA感染症に対する治療も併せて行わなければ治療効果が期待できないと認められる場合には、当該MRSA感染症に対する治療は、当該傷病に対する療養の範囲に含めるものとする。

4 報告等

(1)エイズについて労災保険給付の請求が行われた場合には、「補504 労災保険の情報の速報」の1の(1)のロの(チ)に該当する疾病として速やかに本省あて報告すること。

(2)C型肝炎(他のウイルス肝炎を含む)、エイズ及びMRSA感染症に係る事案に関し、その業務起因性について疑義がある場合には、関係資料を添えて本省あて協議すること。



資料2

事務連絡

昭和62年9月1日

各都道府県労働基準局労災主務課長殿

労働省労働基準局長補償課長

労災保険における 抗HBs人
免疫グロブリン及びB型肝炎
ワクチンの取扱いについて

HBs抗原陽性血液による汚染事故後のB型肝炎発症予防のための免疫グロブリン製剤「抗HBs人免疫グロブリン」(以下「HGIG」という。)については、昭和56年9月10日付け事務連絡第44号及び昭和61年11月28日付け事務連絡第53号により取扱っているところであるが、先般、厚生省から出されたB型肝炎に関する最新の医学的知見によれば、HBs抗原が陽性であってもHBe抗原が陰性である血液による汚染については、汚染後速やかにHBIGを注射すれば感染を防ぐことが出来るが、汚染源がHBe抗原陽性の場合にはHBIGの注射のみでは感染、発症する例もあるので、この場合、HBIG注射後さらにB型肝炎ワクチン(以下「HBワクチン」という。)を接種することにより、ほぼ完全に感染を防止することができるとされている。

については、B型肝炎ウイルス(以下「HBウイルス」という。)汚染事故におけるHBIG及びHBワクチンの取扱いについて、労災保険の特殊性に鑑み、昭和62年9月1日以降の診療に係るものから下記のとおり取り扱うこととしたので、了知のうえ、その取扱いに遺漏なきを期すとともに管下医療機関に対して本取扱いの周知徹底を図られたい。

なお、従前の取扱いは、昭和62年8月31日をもって廃止する。

記

1 HBs抗原陽性・HBe抗原陰性血液による汚染の場合

(1)医療機関、試験研究機関、検査所等の労働者(以下「医療従事者等」という。)が業務上負傷した場合において、当該負傷を原因としてHBs抗原陽性血液による汚染を受けたことが明らかな場合は、HBウイルス感染の可能性があるため、当該負傷に対する治療の一環として洗浄、消毒、縫合等の処置とともにHBIGの注射が行われた場合に保険給付の対象に含めるものとする。

(2)また、医療従事者等の既存の負傷(業務上外を問わず、医療従事者等が受けたすべての負傷をいう。以下同じ。)に業務上の事由によりHBs抗原陽性血液が付着した場合においても、上記(1)と同様に取扱うものとする。

2 HBs抗原陽性・HBe抗原陽性血液による汚染の場合

(1)医療従事者等が負傷した場合において、当該負傷を原因としてHBe抗原陽性血液による汚染を受けたことが明らかな場合は、HBウイルス感染の危険が極めて高いと判断されるため、当該負傷に対する治療の一環として洗浄、消毒、縫合等の処置とともにHBIGの注射に加え、HBワクチンの接種が行われた場合についても保険給付の対象に含めるものとする。

(2)また、医療従事者等の既存の負傷に業務上の事由によりHBe抗原陽性血液が付着した場合においても、上記(1)と同様に取扱うものとする。

3 留意事項

(1)HBワクチンの請求額については、医療機関における購入価格とし、請求は、指定医療機関及び労災病院の場合は診療費請求内訳書により、また、その他の医療機関の場合は療養の費用請求書により行わせること。

なお、診療費請求内訳書(又は療養の費用請求書)の記入方法については、「その他」欄にHBワクチンと記入し、その金額を記載させ、「摘要」

欄にHBワクチンの商品名、単価、使用量を記入させること。(注：昭和62年10月26日事務連絡第28号にて削除)

(2)前記1及び2以外の場合、例えば、

① HBs抗原陽性血液、HBe抗原陽性血液が単に皮膚に付着した場合

② 汚染事故前に予防を目的とした場合等のHBIGの注射、HBワクチンの接種については、保険給付の対象とはならないので、念のため申し添える。

(3)医療機関に対する周知にあたっては、汚染源が抗原陽性血液であることが確認できる記録等を医療機関において備えておくよう、特に指導すること。

(参考)

抗HBs人免疫グロブリンの用法・用量

[銘柄名(成分名)・規格]

◎抗HBs人免疫グロブリン

◎乾燥抗HBs人免疫グロブリン

(規格) 1,000単位 5ml 1瓶

[用法・用量]

通常、成人に対して、本剤1～2瓶を筋肉内に注射する。必要に応じて増量するか、又は、同量を繰返す。

投与の時期は、事故発生後7日以内とする。なお、48時間以内が望ましい。

B型肝炎ワクチンの用法・用量

[銘柄名(成分名)・規格]

◎沈降B型肝炎ワクチン

(規格) 20μg 0.5ml 1瓶

[用法・用量]

通常、0.5mlずつを4週間隔で2回、さらに20～24週を経過した後に1回0.5mlを皮下に注射する。

ただし、能動的HBs抗体が獲得されしていない場合には、追加注射する。



「C型肝炎、エイズ及びMRSA感染症に係る労災保険における取扱いについて」（概要）

疾病名	C型肝炎	後天性免疫不全症候群（エイズ）	MRSA感染症
法令上の取扱い	〔医療従事者の場合〕 労基則別表第1の2第6号1 〔その他の者の場合〕 労基則別表第1の2第6号5	同 左	〔労災患者の場合〕 ①業務上の負傷の治療過程で感染 労基則別表第1の2第1号 ②業務上疾病の治療過程で感染 当初の業務上疾病に付随するものとして、労基則別表第1の2の各号に該当 ③通勤災害による傷病の治療過程で感染 労災保険法施行規則第18条の4 〔医療従事者の場合〕 労基則別表第1の2第6号1 〔その他の者の場合〕 労基則別表第1の2第6号5
病原体	C型肝炎ウイルス（HCV）	ヒト免疫不全ウイルス（HIV）	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌
感染源	感染者及び患者の血液等	感染者及び患者の血液等	感染者及び健康保衛者
感染経路	HCVに汚染された血液を媒介した感染（輸血、注射針等による）が主	①感染者・患者との性的接触 ②HIVに汚染された血液を媒介した感染（輸血、注射針等による） ③母子感染	直接伝播——感染者・健康保衛者の鼻、口腔、咽頭、感染病巣から接触・飛沫感染 間接伝播——医療従事者等、医療器具、シーツ、寝具等を介して感染
学	〔C型肝炎発症までの期間〕 感染後2～16週間	〔エイズ発症までの期間〕 3年以内約10%、5年以内約30%、8年以内約50%、15年以内100%と推定	——
的	〔急性肝炎〕 全身倦怠感、発熱、食欲不振、嘔吐、黄疸等があり、自然治癒は約40%で、残りの約60%が慢性に移行する。 〔慢性肝炎〕 自覚症状に乏しいが、自然治癒は約2%で、徐々に進展して10年以上の長期の経過で肝硬変、肝がんに移行する。	〔初期症状（感染者の一部）〕 感染の2～8週間後に発熱、下痢、食欲不振、筋・関節痛等の感冒に似た症状が出現（2～3週間続く）する。 〔エイズ関連症候群〕 無症候性キャリアの時期を数年経て、全身性のリンパ節腫脹、1か月以上続く発熱・下痢、10%以上の体重減少、倦怠感等の症状が出現する。 〔エイズ〕 免疫機能の極端な低下により、カリニ肺炎などの日和見感染症、カポジ肉腫などの悪性腫瘍、HIV脳症による神経症状が出現する。	〔表層感染〕 皮膚の化膿、中耳炎等 〔深部感染〕 髄膜炎、肺炎、腹膜炎、腸炎、敗血症等
事	——	——	——
項	——	——	——
診	臨床症状、肝機能検査及びHCV抗体検査により診断される。 （HCV抗体の陽性化は、急性肝炎の発症後おおむね1～3ヵ月）	HIV抗体検査（スクリーニング検査及び確認検査）により診断される。 （HIV抗体の陽性化は、感染後6～8週間）	——
労災保険上の取扱い	〔1〕血液等に接触した場合の取扱い 〔血液等への接触の機会〕 次の血液等に接触する場合は、「業務上の負傷」として取り扱われる。 ①HCVに汚染された血液等を含む注射針等により手指等を受傷したとき ②既存の負傷部位（業務外の事由によるものを除く）、眼球等にHCVに汚染された血液等が付着したとき 〔療養の範囲〕 上記の受傷等の部位に行われた洗浄、消毒等の処置及びHCV抗体検査等の検査（受傷等の直後の検査を含む。）は、業務上の負傷に対する療養として保険給付の対象とする。 〔2〕C型肝炎を発症した場合の取扱い 〔業務起因性の判断〕 ・C型肝炎発症の場合 ①急性肝炎の症状があること ②HCV汚染血液に業務上接触した こと ③急性肝炎発症までの時間的間隔が潜伏期間と一致すること ④HCV抗体（HCV-RNA）が陽性であること ⑤業務以外の原因でないこと ・C型肝炎発症の場合 業務上のC型肝炎発症の既往の事実が認められること 〔療養の範囲〕 C型肝炎の発症後の検査及び治療については、業務上疾病に対する療養として取り扱う。	〔1〕血液等に接触した場合の取扱い 〔血液等への接触の機会〕 次の血液等に接触する場合は、「業務上の負傷」として取り扱われる。 ①HIVに汚染された血液等を含む注射針等により手指等を受傷したとき ②既存の負傷部位（業務外の事由によるものを除く）、眼球等にHIVに汚染された血液等が付着したとき 〔療養の範囲〕 上記の受傷等の部位に行われた洗浄、消毒等の処置及びHIV抗体検査等の検査（受傷等の直後の検査を含む。）は、業務上の負傷に対する療養として保険給付の対象とする。 〔2〕HIV感染が確認された場合の取扱い 〔業務起因性の判断〕 ①HIV汚染血液に業務上接触したこと ②感染時期から6～8週間後にHIV抗体が陽性であること ③業務以外の原因でないこと 〔療養の範囲〕 HIV感染が明らかとなった以後の検査及びHIV感染症に対する治療については、業務上疾病に対する療養として取り扱う。	〔1〕業務起因性の判断 〔労災患者の場合〕 ①療養先の医療機関において、MRSAに感染した患者がみられること ②感染部位が認められる部位からMRSAが検出されていること ③療養先の医療機関以外での感染でないこと 〔医療従事者等の場合〕 〔表層感染に限る〕 ①勤務先の医療機関において、MRSAに感染した患者がみられること ②感染部位が認められる部位からMRSAが検出されていること ③業務以外の原因でないこと 〔2〕療養の範囲 業務起因性が認められるMRSA感染症に関する治療については、業務上疾病又は通勤による疾病に対する療養として取り扱う。 労災患者については、業務起因性が認められない場合でも、当該労災患者の当初の傷病部位からMRSAが侵入して感染症状を呈するに至ったもので、当初の傷病に対する治療と併せてMRSA感染症に対する治療を行う必要があるものについては、療養の範囲に含まれるものとする。

ドイツの健康サークル・クルップ社：健康サークルの組織化と活動のための通知

翻訳：斎藤竜太

社団法人神奈川労災職業病センター理事長
神奈川県勤労者医療生協十条通り医院院長

訳出にあたって

- 訳出した資料は知人を通じてすでに昨年入手していたものである。資料は、「健康サークル」についての Fried. Krupp AG/Hoesch-Krupp (F.クルップ株式会社/ヘッシェルクルップ社)のもの(*今号で紹介)と1989年8月29日付けの Hoesch AG (ヘッシェル株式会社)のもの(*次号で紹介)である。クルップ社とヘッシェル社は1992年12月9日に合併しているため、前者は合併後の資料であろう。
- クルップ社は、従業員9万人を擁するドイツ最大のコンツェルンのひとつであるが、訳出するにあたって次のことが「気がかり」であった。クルップは、早くからナチスに接近し、ヒトラーの政権奪取を助け、第2次大戦の遂行に積極的に協力した。そればかりか、アウシュヴィッツなどの強制収容所からユダヤ人をはじめとする多くの人びとを同社の兵器工場で強制労働させ、「ヒトラーの兵器係」と

なったことである。戦後、クルップ・コンツェルンの12名の幹部がニュルンベルクの被告席につき、10名は有罪となった。しかし、クルップは、これらのことに対し、いまだ謝罪していない(ベンヤミン・B・フェリンツ『奴隷以下ドイツ企業の戦後責任』参照)。ドイツ鉄工業の雄としてのクルップの労働者対策も、その創業以来独特なものがあつたと言われる。

「気がかり」と言ったのは、「健康サークル」の思想が、この資料の中に公にされている以外に、クルップ・コンツェルンのどのような歴史的文脈の中から出てきたのであろうかということである。

この資料を読んで、しかし、用い方によっては、この資料は日本の労働者の健康問題を解決する上で参考になりうるかもしれない、いや相当に参考になりうるかもしれない。また、「健康サークル」問題がすでに日本の中で取り上げられつつある現実を考え、これが好都合に合わせてあちこち「食いこむ」のでは

F・クルップ株式会社
中央人間・社会政策局/社会経済部

健康サークル

健康サークルの組織化と活動のための通知

- 構成
1. 序
 2. 健康サークルの目的
 3. サークルの配置
 4. サークルの仕事
 5. 結果の呈示
 6. 評価
 7. 組織の必要条件

なく、クルップ(ドイツの「健康サークル」運動はクルップのものだけではないようだが)「健康サークル」の全体像をわれわれの責任において把握し、われわれの責任においてどう用いるかを定めることがせまられている、という点で訳出するふんぎりをつけた。しかし、「善意」と「善意」がもたらす結果が必ずしも一致しないことは残ったままではある。

3 資料が公になれば、これを誰でもどのようにも利用することができるのは自明である。そこで、次の点は、クルップの「健康サークル」に対処する際の訳者の見方である。

- ① どのように優れたものだと考えても、批判的精神をもって対処すべきである。特に日本人の欧米崇拜思想と歴史的無批判精神を忘れることはできない。
- ② ドイツの労働者と日本の労働者の現在の「力量」を考慮すること。資料を読めばわかるように、コンツェルンと労働者の間の緊張関係と「力量」の差がものを言うであろう。
- ③ 職場における健康問題を解決する労働者自

ここにかかげた健康サークルの組織化と活動のための実行方式は最後の頁(企画4)にまとめて示した。

1. 序

専門文献においてもメディアにおいても、人間中心の労働組織の特に成功したプロジェクト例がますます頻繁に報告されており、また、国際的競争の中で企業が成功する見込みを持つためには、人間が決定的要素であると認識されている。クルップ・ヘッス・コンツェルンにおいても、労働者参加モデル応用の積極的な経験がある。

この中心思想は、旧ヘッス株式会社によって詳細

身の思想(哲学的、技術的、習慣的、あるいは運動上、制度改革上の諸能力・諸力量の向上にもつばら焦点があてられるべきこと。

④ 労働者の健康問題に関わる多くの人に同様の要求が出されるのではないかと思う。

4 訳出にあたっては、Betrieb にあてた「事業体」、「工場」なる訳語はほぼ同じ語義と考えていただきたい。場所によって適当と思う訳語にした。「事業体」についていえば、本来「工場」と全く同義ではない。コンツェルン(Konzern)、企業・会社(Unternehmen)の中のある程度独立したひとつまたは複数の「工場」や「事務所」を合わせて「事業体」というのであるが「事務所」を訳語にあてたところはない。

また、「職長 Meister」、「調整役 Moderator」、「経営評議会」は、「健康サークルの構成」(企画2)の項で説明した。なお、「安全専門委員」は日本の「安全担当」に相当すると思われるが、かなり専門性が強いようである。

訳者：斎藤竜太



に提起された(*この提起は次号で紹介の予定)「技術・組織・人的条件の全体構成による労働保護と健康増進」という概念で把握され、また、全体的かつ予防を目的とした組織構成によって、工場での健康増進が達成されるような体系が展開される。この概念における重点は、この構成の中に労働者が積極的に関与することと、労働者が自分たちの労働環境を改善すること及び工場のあらゆる専門分野が協力することである。

ここに健康サークルが投入されるのである。もし、われわれが職業病や労働関連疾患の発生ばかりでなく、疾病による損失時間の水準が高いことにも注目するならば、この分野で早急な措置を講ずる必要があることは明らかであろう。場合によっては、健康サークルにもたらされる企業体健康保険の健康報告によって、また、アンケート(企画1)の導入を義務づけることによって、企業体疫学の視点がさらに論議の対象となる。こうした視点は「労働保護と健康増進」という概念の同じく重要な構成部分なのである。

2. 健康サークルの目的

第一の目的は次のとおりである。それは、労働者参加の一端としての健康サークルを組織化することを通じて、工場内の健康増進に資することである。この過程の中で、労働条件が改善され、労働者管理が仕事と人間の両方に向くようになり、工場環境が改善され、また、動機づけが高まって、その結果、時間の損失を改める上で積極的な影響がもたらされる。労働者は、自分たちの労働現場のエキスパートとしてまとめ、かつ、サークル活動によってもたらされた変化をより早く受け入れる、ということがサークル活動の形式をとることによって合わせて保証されるのである。

先行プロジェクトの中で、これまで試行されてきたサークル活動から、企業や労働への認識と共に労働者自身が自己の主体性を認識するうえでの積極

的効果が明らかになった。中間総括的にみれば、こうした変化は、さらに、企業の経済性に積極的な影響をもたらしている。労働構成の改善のほかに労働負担の軽減は、また、従業員全体の健康状態の改善にも影響するであろう。

3. サークルの配置

健康サークル実施の出発点は、経営陣と経営協議会(訳注:経営協議会 Betriebsrat 企画2「健康サークルの構成」参照)の間の合意である。

労働負担の重点と事業体としての対策を講ずる必要性の指摘を得るための健康記録とアンケート(あるいはアンケートの導入だけでも)が、健康サークルを組織する基礎資料となる。健康記録は、就労不能時間及び就労不能事案に関する事業体健康保険の匿名のデータを統計学的に評価したものに基づく。アンケートは次のように作成される。つまり、労働現場の負担、作業構成、指導状況及び労働の満足度からみた指摘が得られるようにである。

健康サークルの実施は、事業体のあらゆるレベルで綿密に準備しなければならない。この場合、事業体のあらゆる上役と当該する従業員全体のことを考慮すべきである。そのために工場集会がもたれるが、そこでは、計画した健康サークルにかかわる情報の提供のほかに、アンケートの記入、及び必要であれば健康サークルに加わる従業員代表の選挙が行われる。この場合、サークルへの労働者の参加は、自由意思に基づくものであることを強調しておかなければならない。

健康サークルは、常任として4人の従業員と、この人びとに支障が出た場合の代理2人で構成される。さらに、職長1人、安全専門委員1人、産業医1人が参加しなければならない。工場長と経営協議会代表はサークルの常任構成員ではないが、サークル

ドイツの健康サークル(上)

の会議にはいつでも出席することができる。サークルの構成は企画2の図に示してある。サークルは、6～8回にわたり、2時間以内の会議を、その都度13時から15時まで、2週間に1度開かれるようになっていく。

最初のサークルの調整役(訳注:調整役Moderator 企画2「健康サークルの構成」参照)は、F.クルップAG・ヘッシークルップ社の人間・社会政策局/社会経済部の中央部門の同僚が担当する。この場合、調整役であるこの担当者は、作業範囲と作業現場をあらかじめ知っていることと、その労働者と知り合いにもなっていることが重要である。というのは、前もって信頼関係の基礎を作っておくことと、専門的情報が得られることのためである。これ以後のサークルでは、工場内の調整役ができるだけ早く役目をはたすべきであろう。工場内の調整役の準備や最初の案内役には社会経済部が自由に利用できる。

4. サークルの仕事

サークルの構成メンバー全員による最初の会議で、共同作業の規定が取り決められる(企画3)。

意見の取りまとめ方法としては、出席者の発言のキーワードを印してボードに貼り付けるような紙カードを利用した共同計画法(Metaplantchnik)を採用する。

要するに、何回かの会議を経てあらゆる負担のかかる労働条件、そこから結果する精神障害、さらに、負担軽減を目的とする改善策が集約される。

また、次のサークル会議に入りやすいように、各会議ごとの報告書が作成される。グループの参加者は、工場の提案事案の範囲内でどの案を扱ったらいかが決定する。動機づけの条件をつくる意図からすれば、工場の提案事案から選んだグループの提案が時間的に優先的に扱われるのが望ましい。

5. 結果の呈示

会議で得られた結果は報告書にまとめられ、企業の決定機関と協議される。工場内のあらゆるレベルの責任者を健康サークルの活動経過とこの活動から引き出される方策に結びつけておくために、経営陣だけでなく、あらゆる当該の工場責任者が参加するようにしむけられる。この場合、これまで実現した変化を紹介することは、決定機関のイニシアティブによってのみ実現可能な解決策を示すことと同じように重要である。サークル活動と達成した改善事項及び次に進む計画の記録は最終報告の中に示される。

6. 評価

サークル活動の成果を評価することができるように、約半年後に再調査が予定される。この調査では、あらためてアンケート調査を行うことによってサークル活動の結果と労働条件の改善状態が吟味されなければならない。実現した改善事項については、後日、従業員全体に別途報告しなければならない。

7. 組織に必要な諸条件

F.クルップ株式会社ヘッシークルップ社の中央人間・社会政策局/社会経済部は、調整役のほか、調整に直接必要なすべての補助手段、すなわち、調整役のスーツケース、スクリーン、OHPなどをそろえる。企業は、気楽で話し合いがすすみやすいような雰囲気を作り、従業員が企業の重要な構成員であることがわかるようにするために、会議室やコーヒーや冷たい飲物を調達する。



企画1 健康サークル準備のアンケート調査

来週、われわれはわが社に健康サークルを作ります。健康サークルは一作業領域の数人の同僚からなる自由意思に基づく有給のサークルです。

健康サークルの目的は以下のとおりです。

- ・仕事で皆さんの重荷になっている事柄を指摘することと、
- ・改善提案を作り上げること、です。

それは、労働条件の改善の基礎資料を作るためです。

すべての同僚に仕事上の負担と感ずるものを名指して挙げてもらいたいので、お手元のアンケート用紙にもれなく記入してください。それにはほんの数分もあれば十分です。皆さんの回答はサークル活動に有意義な示唆を与えてくれるでしょう。

質問事項には皆さんの意見が大切なのです。回答が正しいとか誤っているなどということではありませんし、ましてや「降格」などということもありません。

アンケートをうめる際、あまり長く考えすぎないで、あなたがた自身が見たままのとおりをありのままに再現するようにしてください。設問の意味がわからない場合に、質問することを恐れないで下さい。問い合わせは、F.クルップAGヘッシークルップ社の中央人間・社会政策局の同僚をご利用下さい。(TEL:0231/841 2862 または 0231/841 2573)

お帰りの際に記入したアンケート用紙を出口に用意してある入れ物に入れていってください。この用紙は皆さんへの情報として使われるものですから、外部に持ち出さないで下さい。

重要:設問は匿名ですから、名前を記入しないで下さい。

御協力ありがとうございます!

年齢: 性別: 職場:

 ~25歳○ 男性○ _____○

 26~35歳○ 女性○ _____○

 36~45歳○ _____○

 46~55歳○ _____○

 55歳以上○ _____○



次のことが私の仕事で負担になる

- | | な | 少 | か | 非 |
|--------------------|---|---|---|---|
| | し | し | り | 常 |
| 01.働く場所が狭いこと(作業空間) | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 02.肉体的に重労働であること | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 03.重量物の取扱い | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 04.騒音 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 05.照明の悪さ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 06.温度/暑いこと | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 07.寒いこと | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 08.換気 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 09.湿度/空気が湿っていること | ○ | ○ | ○ | ○ |
| /蒸気が多いこと | | | | |
| 10.搬入された原材料 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11.ほこり/不潔 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12.臭気/煙 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13.振動/機械的揺れ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 14.悪い/偏った姿勢(立ちどろし、 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 座りどろしなど) | | | | |
| 15.絶え間ない集中/気配り | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 16.反省すること/熟考すること/ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 総合的判断をすること | | | | |
| 17.期限に迫られた仕事(ストレス) | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 18.機械に対する責任 | ○ | ○ | ○ | ○ |

ドイツの健康サークル(上)

19. 他人の安全と健康に対する責任 ○○○○
 20. 変化のない仕事/単調 ○○○○
 21. 同じ場所で仕事をしていること ○○○○
 22. 事故の不安 ○○○○
 23. 重大かつ/又は即座の決定義務 ○○○○
 24. 自分の仕事を自分だけでうまくやりくりできないこと ○○○○
 25. 自分の仕事を準備することもコントロールすることもできないこと ○○○○
 26. 自分に昇進の可能性がないこと ○○○○
 27. 自分の仕事は何のためなのかわからないこと ○○○○
 28. 自分の能力のほんの一部しか利用できないこと ○○○○
 29. 仕事がしばしば中断すること ○○○○
 30. 交替勤務 ○○○○
 31. 超過勤務 ○○○○
 32. 週末労働 ○○○○
 33. 同僚の仕事の速度に左右されること ○○○○
 34. 機械の速度に左右されること ○○○○
 35. 必要とする情報の全てがあると限らないこと ○○○○
 36. 自分の仕事をしばしば変えなければならないこと ○○○○
 37. 指導を十分に受けなかったこと ○○○○
 38. 管理されていること ○○○○
 39. 仕事で上司からあまり認められないこと ○○○○
 40. 上役が口をきくようなやり方や態度 ○○○○
 41. 上司の指示がわかりにくいこと ○○○○
 42. 同僚と触れ合う機会がないこと ○○○○
 43. 共同するより対立して働くことが多いこと ○○○○

44. 自分の意見を率直には述べられないこと ○○○○
 45. 工場では個人的なことがあまり配慮されないこと ○○○○

あなたの仕事場には上に述べられてない負担がまだありますか?

- はい、すなわち;
 46. _____ ○○○○
 47. _____ ○○○○

上にあげた負担(1~47)のうちどの負担があなたにとって第1位にランクされますか?

負担ナンバー _____

全般的質問

今度はあなたの職場状況を全体的に評価してください。各テーマの良し悪しを全く自由な気持ちで評価(非常に良い、良い、あまり良くない、悪い)して下さい。

- | | | | | |
|---------------------------------|-------|----|---------|----|
| | 非常に良い | 良い | あまり良くない | 悪い |
| 48. 肉体的労働条件は総じて | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 49. 精神・神経的労働条件は総じて | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 50. 労働条件改善のためにわが企業で行われている努力は総じて | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 51. 組織体系は総じて | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 52. 上司の指導は総じて | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 53. 同僚間の人間関係は総じて | ○ | ○ | ○ | ○ |

54. 自分たちの仕事がつきあたって いる問題をめぐる話し合いが可能なかどうかは総じて ○○○○

下記のテーマがあなたにとってどれだけ大切か述べてください(非常に大切、大切、あまり大切でない、大切でない)

- | | | | | |
|---|-------|----|----------|-------|
| | 非常に大切 | 大切 | あまり大切でない | 大切でない |
| 55. 肉体的労働条件が総じて非常に良いことは次のように思う | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 56. 精神・神経的労働条件が総じて良いことは次のように思う | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 57. 労働条件改善のためのわが企業の努力が総じて非常に良いことは次のように思う | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 58. 組織態勢が総じて非常に良いことは次のように思う | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 59. 上司の指導が総じて非常に良いことは次のように思う | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 60. 同僚間の人間関係が総じて非常に良いことは次のように思う | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 61. 自分たちの仕事がつきあっている問題をめぐる話し合いが総じて非常に良くできることは次のように思う | ○ | ○ | ○ | ○ |

アンケートへのご記入ありがとうございました!

企画2 健康サークルの構成

29頁参照。

企画3 共同作業規定

- 誰でも自分の考えを自由に表現でき、最後まで話すことができる。
- グループ(健康サークル)の中で話されることは、グループの中にとどめておかなければならない。
- 各個人の意見は非難してはならない。
- 討論はテーマにとどめるべきで他の問題に及ばないこと。
- 表明された意見や提案はすべて実現し得るとは限らない。
- 意見は根拠がなければならない。
- 共同提案を作り上げることが大切なのである。
- 共同作業にあたっている人は毎回参加しなければならない。参加できない場合は代理が参加しなければならない。
- サークルの常任でない構成メンバーはあらかじめ出欠を通知しなければならない。
- 調整役は討論の内容に立ち入るような立場をとらない。討論の進行に心がける。
- 発言は1分を超えない。
- 外来語はできるだけ避ける。理解できないときは誰でも質問すべきである。

企画4 健康サークル実施の構造

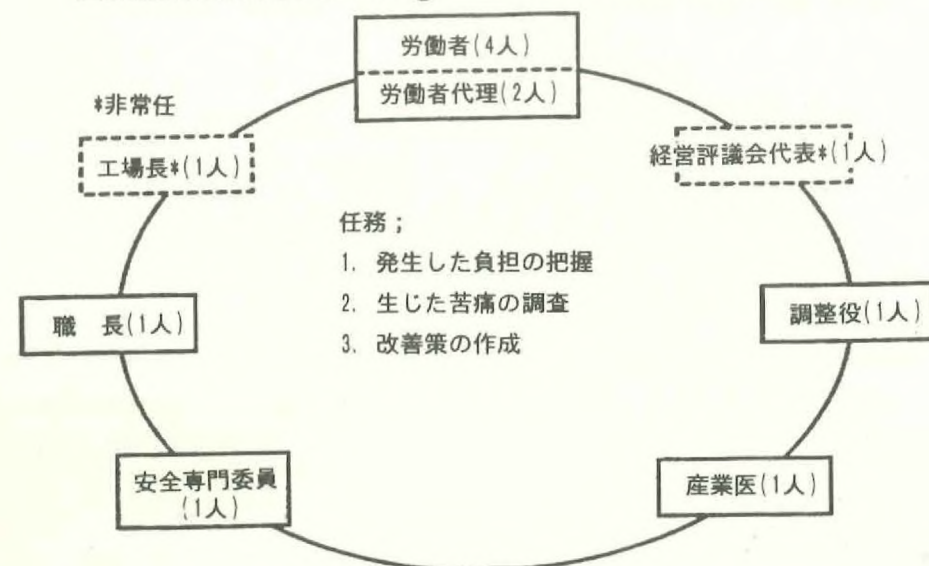
30頁参照。



健康サークルの構成

Zusammensetzung der Gesundheitszirkel

FRIED. KRUPP AG
HOESCH - KRUPP



任務;

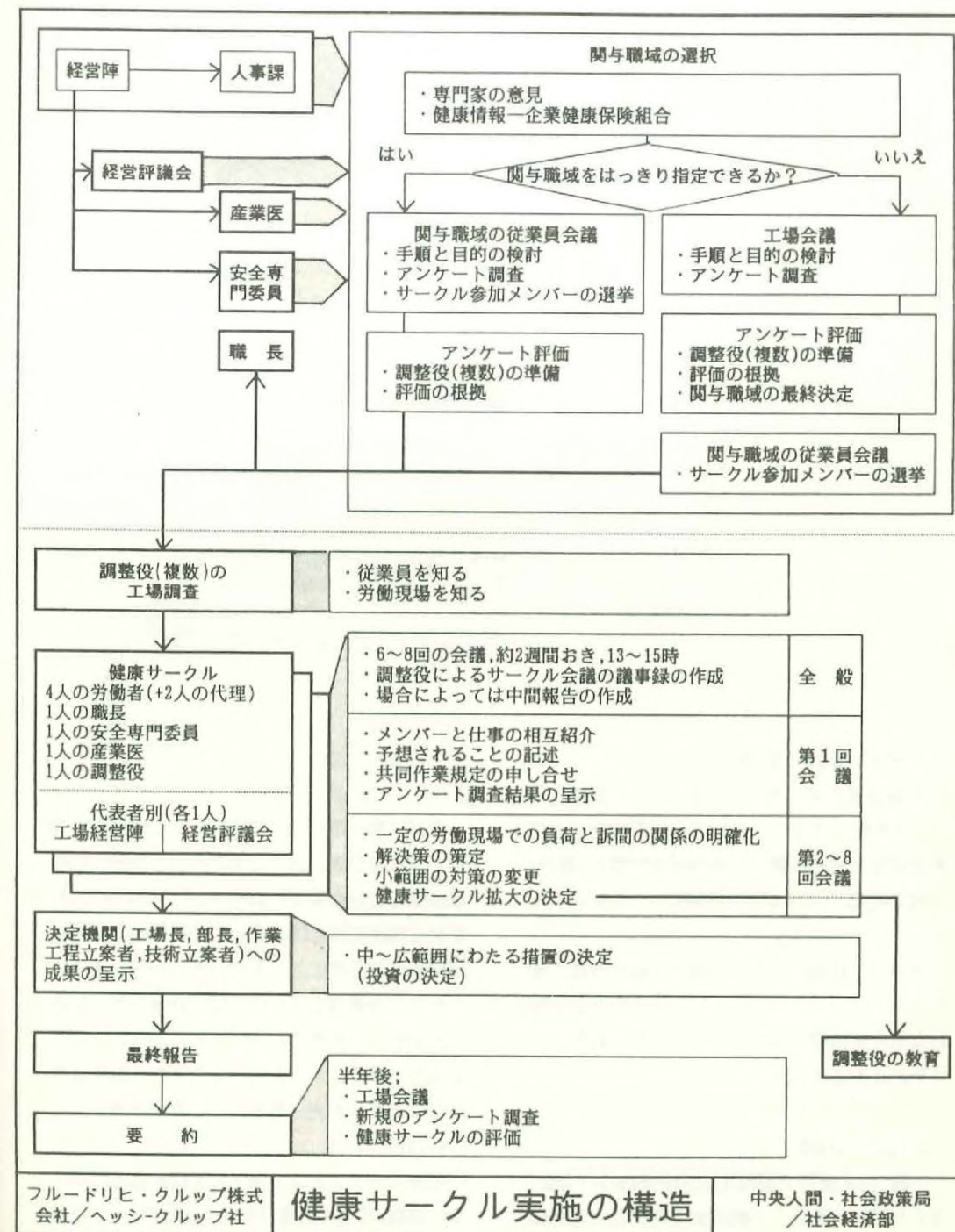
1. 発生した負担の把握
2. 生じた苦痛の調査
3. 改善策の作成

《訳者注》

- (1) 職長: Meister (マイスター)。職長は以前はヒラの労働者であったものが、職場の長一末端職制になったもの。この場合、Meisterはドイツ手工業法51条による親方試験(Meisterprüfung)に合格して“Meister”という称号を得た「親方」とは異なる。この場合は、法律上の概念ではない。(『ドイツ法律用語辞典』参照)。
- (2) 調整役: Moderator (モデラート)。普通はModeratorは「司会者」であるが、この場合のModeratorは、健康サークルの司会役を務めるものの、資料にあるとおり、職場を知り、現

場労働者との関係をよく保つことを含め、会議以前の要請があって、単純に会議の司会役にはおさまらないそれ以上の役割をもっている。各工場の調整役として働く。

- (3) 経営評議会: 企業体(Betrieb=企業あるいは会社)の中の各工場や事務所の中から選ばれた労働者の代表機関であり、労働者の利益を代表するとともに、使用者に協力し、事項によっては使用者と共同して決定することをその任務とする。なお、労働組合との関係では、組合は経営評議会の上部にある団体として優越的地位をもっている。(『ドイツ法律用語辞典』参照)

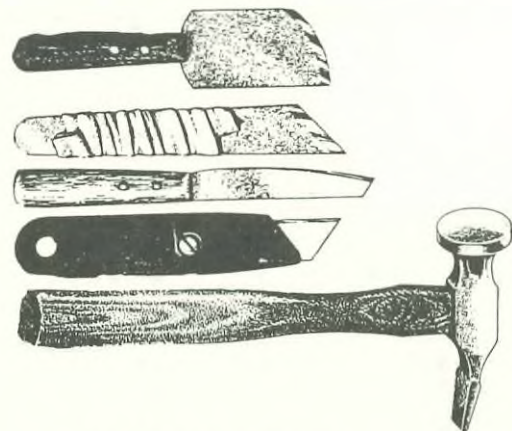


連載⑪

監督官労災日記

井上 浩

全国安全センター副議長



1957年4月19日(金)曇

池袋通運の死亡事故を所長と2人で調査に行く。大和町のキャンプ内倉庫、堂森病院、厚生年金病院と本社。終って池袋駅前で飲む。署長、東武東上線のキップ代を平然として支払わせる。

署長は12級職の大官。旧高文合格で外地の警部からスタートした元エリート。わたしより高給なのに交通費を平然としてわたしに負担させてそのままであった。

4月26日(金)晴

午後、日本信号で浦和北地区安全競争打合会。署長がいつもわたしが前日話したことを話すの

で話の種がなくなって困る。

前日は埼玉銀行で同じく打ち合わせ会。その前日は佐藤金属、さらにその前日の23日には後藤風雲堂で打合会が行われた。その日わたしは、初めて業務災害には単なる条件関係でなく相当因果関係が必要なことを話した。当時、そのようなことを書物で見たのではなかったが、民法や刑法のことを考えていてふと口から出たのであった。署長はすぐに翌日からそれを話すようになり、大へん困ったということである。

5月9日(木)晴

与野のライファン工業と大宮日赤病院のボイラー検査。Yさんに裏経理のことを7時半まで問

いたです。

Yさんというのは戦前の警察部工場課時代から勤務している大先輩。年齢もわたしよりひとまわり以上うえで、過去に監督署課長の経歴もある。健康の都合で一応わたしの部下のような形であるが、温厚な人格者であった。そのような人をなぜわたしが問い詰めたかという、これには大きな問題が伏在していた。実は、わたしが赴任するまでは、第1課の監督係は、36協定の用紙や賃金台帳の用紙等を販売して、そのマージンを係で分配していた。第2課の労災係も同様に、こちらは労働本省から無料で送られてくる請求書用紙を有料で販売し、それを係だけで分配していた。第1課の庶務係だけはそのようなことには無縁であった。ところで最も莫大なマージンが入っていたのはわたしが赴任した第2課の安全衛生係であった。一体どこからそんな大金が入ったかという、集団健康診断の実施機関(民間の病院であった)からである。受診者1人に付きいくらかという手数料が入るのである。そのため健康診断の実施時期になると、Yさんは実施機関に同行し各工場等に督促電話をしたりで、わたしは数週間もYさんの顔を見ないという状況であった。当時、その実施機関で最も受診者が多いのは茨城の日立労基署管内だということであったが、浦和署は第2位で春秋2回で合計では1万数千人に達していた。そして、そのマージンは第2課長にも全く関係させず、わたしの前任者がにぎり、署長と2人でその大半を遊興費に使用していた。したがって、前任者の転勤後にも料亭や芸者から暑中見舞が来ていたほどである。

そこで他の係と、特に阻害されていた第2課長には大きな不満がたまっていた。その矢先にわ

たしが転入してきて、それと同時に全基準埼玉支部浦和分会の分会長に選出されたので、組合員の要望もあって真相解明に乗り出したということである。

6月8日(土)雨

M氏(監督官。監督係長)がYさんと呼び2階で追及。でもYさんは何も話さない。

6月10日(月)晴

署長がわたしを署長室に呼び、健康診断のマージンを飲食に使用して申し訳なかったと謝る。平気な顔で謝るのを見て驚く。

6月19日(水)晴

夕刻、局長が庶務課長を連れて職員の一々している麻雀の調査に来署。珍しい人だ。行政について直言する。

第2課長が中心になって麻雀で騒ぐので近所から苦情があったらしい。そのときわたしは局長に対して、麻雀して何が悪い(わたしはやらなかったが)といって猛烈に食ってかかったと、当時の庶務課長から最近聞いたが全く記憶にない。ただ、行政についての直言は日記にあるが、内容はやはり記憶にない。

6月27日(木)雨

安全週間の映画割引券を監督課にやって安全衛生課に持っていかなかったと、安全衛生課長がわたしを怒る。M氏とS氏の2氏がやかましく催促して困る。

映画割引券とは、安全週間に労働者が安い料金で映画が見られるように、全映画館に交渉して作成したものである。秋の衛生週間の割引券のときにも、頭に「労働」の字が抜けているという、またわたしを呼んで怒った。しかし、歯牙にもかけなかった。

M氏とS氏の件は、職員の関心も高いので早く健康診断マージンの件を警察に告発せよという督促である。そこでわたしは、国家公務員法上の問題はあるかも知れないが、処罰の対象になるのは困難ではないかと諄々として説明した。Sさんはそれで納得したようであった。Sさんというのは、後日全労働の副委員長になった関口謙一氏である。部内にありながら部内試験を受験せず、難しい一般の監督官試験をパスした優秀な監督官で、当時はM氏の部下であった。(監督官試験は当初は一般公開試験1本で、その後部内外部の2本建て、さらに部内1本の時代が続き、現在は一般公開試験だけである。)

実はこの頃、森田寿人監督課長がわたしを監督課へ呼んだ。そして笑顔で話しかけた。

「井上君。署長が謝ったというではないか。もう追及はやめたらどうだね」

「いや、わたしだけでなくMさんやなかなか強硬派がいますからね」

「君は知らんだろうが、M君は近く本省へ転勤するぞ。将来、君らが責任を追及されるときが来ても、M君は本省だから絶対安泰だからね」

わたしは驚いた。当時、本省に入れば出世できるということで運動して入る人が多かった。本省に行けばしばらくして係長になり、やがて必ず地方基準局の課長になれたからである。M氏もその1人であった。しかし、わたしにはもとより関口氏にもM氏は本省転勤のことを黙っていた。そして関口氏を扇動していたようであった。やがて安全圏に脱出して行ったM氏と違い、わたしは長期にわたる不利益を受けることになるのである。わたしはしかし、M氏転勤のことは関口氏には黙っていた。なお、りっぱだったのはYさんである。Yさん自身には全く不正にはなかったのに上司をかばい通して、遂に裏経

理の詳細を明かさなかった。心配していた前任者は、Yさんとときどきこっそり会っているらしかった。こっけいなのは第2課長で、裏経理から借金していたが返済していなかったことをこれははっきりと確認した。

7月3日(水)

署長退職。まだ若いのだが市役所へ。新署長へは分会として、次のことを要求。

1. 正規の予算以外の裏収入は、今後は全て第1課庶務係で管理すること。
2. 裏収入の支出は、庶務係長→両課長→署長で決定するか組合分会長の承認を要すること。(分会が署を管理しているといわれた。後任の星野分会長から高額の会計検査院接待費の承認相談を受けたりした。)
3. 裏収入の帳簿はいつでも公開すること。
4. 検診マージンは職員福祉に使用すること。

- 7月4日(木)
- M氏本省転出発令。

この夏のお中元。2級酒1本、ビール15本、タバコ39箱、キャラメル2個、バター3本、ニッカウイスキー1本、ステテコ1着、シャツ1枚、テンプルクロス1枚、バスタオル1枚、扇子5本、靴下6足、タオル12本、石けん4個、紅茶1個、フロシキ1枚、レモン水2本、旅行用洗面道具1個。署で各人に分配したものである。

7月23日(火)曇

東京電力より北浦和の 荘に招待。新署長、旧署長、労災係長増田事務官との4人。帰途、新署長ハイヤーの窓から“わたしは潔癖だ”と言って、もらった折詰を投げ捨てる。つまらぬ芝居。スケールが小さいな。スケールの大きなわたしは持って帰って食べた。

健康診断のマージンで夏期の分9万円は、庶務係に3万円(うち1万円は署長交際費)、職員親睦

会へ3万円、第2課へ1万円、職員分配が2万円ということだけでけりがつく。(参考 わたしの当時の給料は月約17,000円であった。)

8月21日(水)雨曇

市内の昭和庄延の定期監督。宿直。関内監督官が結婚その他個人的なことをしみじみ話す。並の埼玉人とは違うようだ。(M氏の本省転勤によりわたしがその後任となり、関口氏と机を並べるようになっていた。わたしの後任には旧制高等工業の電気を出た岡田監督官が四国から赴任してきた。前任地では第2課長であったが、首都圏では地方の署課長が平(ひら)で転入してくる例はよくあった。)

10月22日(火)晴

東京鋼鉄工業に県評の総評オルグであるT氏が入り争議となり調査に行く。(このT氏には痛めつけられた監督官も多く、全基準埼玉支部が県評に加盟した理由のひとつにはその鋭鋒を避けるということもなかった。)

M氏とわたしの前任のS氏が来署。日本衡器事件(賃金不払い。最終的には昭34.3.26最高裁第1小法廷判決)の証人で来署。M氏が建前として戦後はなくなったはずのキャリア制度が、労働省でも事実上復活していることを話す。この頃の6級職試験はやがて上級試験へ、さらに上級甲試験となり現在の1種試験へとつながっていく。M氏もいやになったのかやがて退職して民間へ入った。

この頃わたしは、ボイラーやクレーン検査の合間に労災係を手伝って障害等級の調査もよく行った。

この年のお歳暮。1級酒3本、2級酒1本、鉢1個、キャラメル10箱、りんご、みかん各若干、バター2本、バスタオル1本、タオル8本、ハンカチ5枚、靴下11足、たばこ6箱、毛糸2ポンド、盆1個、

手帳5冊、卓上カレンダー1個、カレンダー1個(やがて高度成長とともに夏のビールだけでも1人10ダースにも達することになる。東京の某署ではまとめて酒店に売ったという話まで聞く時代が来る。)

1958年1月13日(月)曇

北炭研究所の東久邇盛厚事務課長来署。

この頃、工場新設が多く監督署だけでは十分把握できない状況になってきていた。当時の局長は都内から車で通って来ていたが、17号国道を走っていて東側に大きな新設工場を発見したのである。その結果さっそく調査するようにというご下命である。そこでしらべたところ北海道炭鉄汽船の研究所であった。すぐに担当者を呼び出したところ、現われたのが昭和天皇の長女照子さんのご主人であった。

2月20日(木)晴

午後、署長と埼玉亭での油商の総会に出席した後、5時頃から第1課長も加え3名で北炭の招待。場所は都内浜町。盛厚殿下のお酌をいただく。恐れ多いことだ?

席上、1939年のノモンハン事件でソ連軍に旧日本陸軍が大敗したときのことをお聞きした。東久邇さんは野戦重砲中隊長としてソ連軍の重砲下から、運よく転勤により小型飛行機で脱出されたとのことであった。お附きの事務官(文官)は戦死。迎えに来た大型機は撃墜され、乗らないで助かったとのこと。陸大時代にはフィリッピンのコレヒドール要塞の砲撃戦見学に行ったこと、終戦当時は参謀で北浦和付近にいたことを話された。わたしが会ったのはこのとき1回だけだが、署長や課長はその後何回かお会いしていたことが言葉の端ばしからうかがわれた。



労災を認めない労災病院

神奈川●関東労災病院と医師の責任追求

●カルテ見て「労災は認めないよ」

五日市アヤ子さんは、米軍座間基地内の診療所で働く看護婦。91年11月、勤務中に腰を痛め、それが悪化して手術を希望していた。主治医の紹介で関東労災病院の整形外科部長熊野医師にかかったのは、92年の5月のこと。労災は調査中で、まだ認定されていなかった。

初診時、熊野医師は診察することなく、カルテの保険種類を見ていきなり、「椎間板ヘルニアはうちでは労災と認めていない」と言う。次回からは社会保険で受診するようにとまで。この日はMRI検査の予約だけして帰った。

6月1日、検査も済み、5日に熊野医師と話した。このときも、「手術をするならば社会保険だからお金もかかる」、「少しパートでもいいから働いてみたらどうか」と言う。とにかく1か月様子を見ると言われ、7月24日に病院に行った。

熊野医師は、いきなり具合も聞かずに、「どうだ、労災を諦めて保険で手術する気になったかね」と切り出した。さらに、「もし労災認定されても、この病院では労災は使わせない」と言う。後は、「君のは労災認定されたら治る」、「労災

認定されるまで家で様子を見て、治療は特にしなくてもよい」とか、「労災は裁判になったりしていろいろたいへんだ」などとも言った。付き添って行ったご主人にも英語で説明したのだった。

92年10月、労災認定されたため、請求に必要な証明をもらいに病院に行った。このときも熊野医師は、カルテを見るなり「おおい、おれは労災は使うなど言っただろう」と看護婦に大声で言った。

●治っている／健保でかかれ

巴(ともえ)さんは、93年3月、川崎市内の会社で運搬作業中に腰を痛めた。さらに7月にも腰を痛め、休業したり、接骨院にかかったが、あまりよくなりず、休職して治療に専念しようとした。川崎労働センターの勧めで関東労災病院を受診したのは93年9月のこと。主治医は瀧医師で、「8月5日から約3か月の安静加療が必要。ヘルニアの疑いもあるが、さらに検査する。通院加療するように」との診断。「ヘルニア気味であるが、腰痛との関連性、労災との因果関係は、もうひとつのMRI検査の結果から判断したい」と

のことであった。

10月19日、労災申請の書類をもって関東労災病院に行った。たまたまその日は瀧医師が学会のため出張で不在。熊野医師が代診していた。そのとき熊野医師は、「君はブラブラしてたんだろ」、「腰痛は2か月もすれば治る」、「10月以降は健康保険で処理する」などと発言。巴さんは、熊野医師の態度が非常に横柄で、瀧医師の診断と全然違うので、病院に対する信頼を失い、転院することにした。

●関東労災病院は責任をとれ

五日市さん、巴さん以外にも、実は熊野医師にひどい目にあったという相談がきている。これらに共通して言えることは、労災にしない、労災を打ち切るという熊野医師の強い姿勢だ。2人のケースのように、スムーズに申請、認定に至らなかったようなものこそ、慎重な診断、労働基準監督署の調査が必要であり、1人の医師が労災保険を使うかどうかなど、不用意に口にすべきことではない。

巴さんのように行政の相談窓口から紹介されることも多い労災病院、その整形外科部長がこのような越権行為、いわば労災隠しをしているのだから、病院の責任は重大だ。労災病院は、「労働者の福祉の増進に寄与することを目的とする」労働福祉事業団が運営しており、「被災労働者に対して診療を行う」と法律で定められている。だ

から労災保険の特別会計からも少くない金額がその設立に費やされてきた。

事態を重視した神奈川労災職業病センターでは、93年11月15日に、神田にある労働福祉事業団に申し入れをした(右囲み)。

●「謝り」には来たが...

12月14日、五日市さんが症状がよくなり入院している北里東病院に、関東労災病院の熊野医師、浦添事務局長、伊沢事務局次長がやって来た。

浦添事務局長は、「1年以上前のことであるため、細かな点については記憶にないが、全体的にはそのようなことがあったようなので、申し訳ないと思う」と語った。しかし、細かな事実について、熊野に問い詰めると、やはり「労災は使えないなどと言ったとは思えない」と言い訳に終始。1時間あまり話をしたが、結局のところ、「どう言ったかはわからないが、五日市さんがそう受け止めたとしたら申し訳なかったと思う。言葉が足りなかった」という無責任な態度であった。

●顔も記憶にない

今年3月8日、巴さんの件で関東労災病院との話し合いが行われた。

裏添事務局長は、またしてもというべきか、「事実確認の会議を2回持ったが、細かな事実経過はわからなかった。とにかくご迷惑を

1993年11月15日

労働福祉事業団理事長・谷口隆志殿／関東労災病院院長・森岡恭彦殿／関東労災病院医師・熊野潔殿

サーマン・アヤ子
神奈川労災職業病センター

要求書

サーマン・アヤ子は、1992年5月に関東労災病院に、国立相模原病院西野医師の紹介で受診しました。ところが「経過書(略)」にあるとおり熊野医師から、労災保険での診察を拒否されるなどの対応(以後「本件労災診療拒否問題」という)を受け非常にショックを受けました。サーマン・アヤ子は、1992年10月に労災認定され、職場復帰をめざし現在も治療中です。

本来労災病院は、「労働者の福祉の増進に寄与することを目的とする」(労働福祉事業団法第1条)労働福祉事業団が運営するものであり、「被災労働者に対して診療を行う」(労働福祉事業団業務方法書第13条)はず。病院やそれに所属する医師が、労災患者を切り捨てる方針を持っているなど言語道断です。折りしも、1993年5月に発表された総務庁行政監察局

の報告でも、労災病院の労災患者の占める割合の減少など運営のあり方等改善点が指摘されています。

サーマン・アヤ子と(社)神奈川労災職業病センターは、本件労災診療拒否問題は、ひとりサーマン・アヤ子だけの問題ではなく、被災労働者全体の問題と考え、以下のとおり要求します。

記

- ① 労働福祉事業団、関東労災病院と熊野医師は、「経過書」のような事実があったことを認めること。
- ② 労働福祉事業団、関東労災病院と熊野医師は、本件労災診療拒否問題について、サーマン・アヤ子に対して文書及び口頭で謝罪すること。
- ③ 労働福祉事業団、関東労災病院は、本件労災診療拒否問題のような事件の再発を防ぐための研修・教育を実施すること。
- ④ 労働福祉事業団、関東労災病院と熊野医師は、本件労災診療拒否問題について、事実確認等の話合の場を1993年12月15日までに設けること。
- ⑤ 上記要求に対して、1993年12月15日までに文書で回答すること。

*五日市さんは婚氏がサーマンでサーマンを名乗っていた。



おかけしたのは間違いないことで申し訳ない、お詫び申し上げたい。熊野医師は、「実は巴さんのことは記憶にないのです。今日初めて会ったようです」との言。

巴さんは、「記憶にないと言われて残念です。私は非常に強烈な印象を受けました。でも労災というのはこういうものなのかなとも思いました。しかし、センターでいろいろ話を聞くとやっぱりおかしい」。

●労基局、労働省の責任追求

これは重大な事態である。熊野医師は、いつも自覚なしに、「労災保険は使えない」と患者に感じられる対応を続けていたことになる。関東労災病院の医師(整形外科部長!!)が、このような有様では、労働基準監督署の診断命令も、認定も、行政の紹介も一切やめてもらいたい。

さらに事実確認の上、熊野医師、関東労災病院を徹底追及し、労働福祉事業団、労働省、労働基準局、労働基準監督署に対しても要請を行いたい。春の神奈川労基局との交渉では、局独自の調査と関東労災病院を使わないように要請する。皆さんの注目と、もし、関東労災病院あるいは他の労災病院で似たようなケースがあれば、情報を提供していただきたい。



(神奈川労災職業病センター

川 本 浩 之)

キーンベック病の労災認定 東京●印刷原版作成工程で腕関節に負担

Sさんは都内にある大学の夜間部学生で、90年5月から渋谷区にあるN社の派遣アルバイトとして働きはじめた。91年7月頃から右手首が痛くなり、その時は会社の診療所で腱鞘炎と診断された。しかし痛みはおさまらず、翌92年3月、G病院で「キーンベック病」と診断され手術を受けた。

Sさんは、自分の病気は仕事からきたもの以外に考えられないと、労災申請の相談に東京東部労災職業病センターを訪れた。

Sさんは、術後手首を動かすことができず、右手をかばって仕事をしていたため左手首も痛みだし、就労することができない状態だった。N社の対応は、6か月の「援助金」を出す、その後は辞めてもらうというものだった。この会社の対応に、生活の不安と怒りを覚えて、Sさんは労災申請を決意した。

Sさんは労働組合東京ユニオンに加入し、N社との交渉を通じて労災申請への協力と解雇の撤回、別の職場への就労斡旋を確認してきた。

Sさんの働いていたT製版は、印刷原版を作っている会社で、

「シリンドラー」という筒状の鉄管にメッキ工程を通して版を刻印する仕事。Sさんはシリンドラーの研磨と溶剤塗布の工程に従事していた。シリンドラーを扱う時は、表面にキズがつかないように、筒の先をもって手首で回転させながら移動していた。5kgから120kgくらいの重量物を手首を使って工場内を動かしていたわけである。

キーンベック病は、腕関節の過度使用による持続反復的な慢性的外力により発生する、とされている。

労災申請にあたり、作業内容を、工場見取図とともに意見書としてまとめるために、聞き取りと校正が数回繰り返された。意見書を渋谷労基署に提出したのは92年11月のこと。そして昨年4月、新任の労災課長をせっつきながら、現地調査も実施、本人聴取も行ってようやく認定にこぎつけた。主治医が業務との因果関係を肯定していたことも要因のひとつだが、手の痛いときにがんばって意見書も作成し、粘り強く交渉を行ってきたSさんの努力の成果である。



(東京東部労災職業病センター)

単純な記載ミスでも取消認めず 東京●審査請求で当然の業務上決定

鋳物工場で24年間働き、81歳のとき「じん肺」管理区分4とそれに合併した肺がんで亡くなられたTさんの遺族が請求した葬祭料及び遺族補償に対し、亀戸労働基準監督署は、Tさんの肺がんは原発性とは認められないからとして不支給決定を行った。

東京東部労災職業病センターでは、この決定に対して3回にわたって遺族を含めて、その不当性を追求し決定変更を求めた。センターが追及したのは、要約すれば次の点であった。

① Tさんの肺がんは、他に原発巣がみつからないので明らかに原発性のものである。

② 労基署の誤りは、葛西中央病院からのレセプトの単純な記載ミス(病名が「肝臓がん」とされていた)を見逃したこと。主治医は労基署から求められた意見書に、病名として「肺がん」とは書いたものの、「肝臓がん」とは書いていない。病院からのレセプトと主治医の病名が異なっている以上、当然、主治医に事実関係を確かめるべきであった。それをしないばかりか、主治医の意見書よりも医療費の請求書

にすぎないレセプトに記入された病名を重要視し、局医に資料として送付して、局医の判断を誤らせた。

③ このことから、局医は肝臓がんが原発で、肺がんはそれが転移したものと解釈した。その解釈を局医意見として提出し、これをベースに業務外決定を行った。

総じて、この問題は単純なミスが原因である以上、十分取消は可能なはずであるとして追及したが、そうしたミスも含めて審査請求してほしいというのが亀戸労基署の見解であった。われわれも審査請求60日間の期限ぎりぎりまで交渉を続けたがラチがなか

ず、審査請求をせざるを得なかった。

審査請求の結果は、4か月の審査によって昨年9月30日、業務上であるとの決定が出された。審査請求件数が多くて、センターの関係でも審査請求中で3年以上も待たされている事例が5件ほどあるが、それらと比べれば異例の速さということになる。

審査官は、われわれの指摘した肝臓がんの誤りを認めただけで、墨東病院と葛西中央病院の両医師がTさんの肺がんを原発性と認めていることを根拠としたことを決定書で述べている。

当然の決定とはいえ、一体このミスを犯した亀戸労基署の責任は問われないのであろうか。労災の担当者でもじん肺という病気に対する認識が低く、勉強していないことがTさん以外の問題でも明らかなのである。



(東京東部労災職業病センター)

「障害等級を考える」学習会 東京●労災職業病被災者全国連絡会議

被災者全国連はもっか、被災者の立場からする労災補償制度の問題点の洗い出しと改革案のとりまとめに取り組んでいる。被災者の運動の理念を「被災者宣言」

として打ち出し、同時に具体的な制度提案を行おうというもの。

現行補償制度の種々の問題点は、日常の監督署とのやりとりで身に染みている。しかし制度全体

をまな板に乗せようというのだから、部分だけでなく全体を貫く考え方も突っ込んで学習しなければならない。そこで問題に応じて、専門の先生方の意見も伺っている。初回は92年に弁護士を囲み「使用者責任」の法理論と実務を学んだが、2回目は93年11月、立正大学の佐藤進教授を招いて「障害等級」について学習会を行った。

「障害等級」は、労災の場合であれ厚生年金であれ、対象となる被災者の絶対数が少ないことによるのか、関係者以外にはそれほど大きな問題として受けとられていない。しかし、労災保険の審査請求事件の約6割が障害等級に関わる意義申立てだそうで、この目立たぬ制度の中に日本の労災補償制度の非人間性が発揮されているとも言えるのではないかな。

補償制度のあり方を考える上で本質的かつ明確な定義が、わが国政府も承認した「国連障害者年」の決議文の中に示されている。障害者といっても、

- ① 個人的特質である「精神的、身体的不全」(Impairment)
 - ② それによって引き起こされる機能的な支障である「障害(能力不全)」(Disability)
 - ③ 能力不全の社会的結果である「社会的不利」(Handicap)
- の3つがあって、それらの間には区別があることを認識すべきだ、というのがそれだ。
- わが国の障害等級には3つの中

身などさらさらなく、①の不全の程度を、②の能力不全の一部でしかない稼働能力と直結し、単純に等級化しているに過ぎない。

学習会での佐藤先生の話の要旨は次のとおり。

- ① わが国の障害等級の決め方は、肉体の欠損程度でのみ評価する、いわゆる「肉体切り売り方式」である。
- ② その考え方の源は、昭和16年に制定された「労働者災害扶助法」にたどることができる。
- ③ 当時のわが国の思想、国民の権利意識の程度を反映して、職業訓練、社会復帰についてはもちろん、障害自体について深い考慮もなされておらず、その基本的な骨格が今も残っている。
- ④ この考え方それ自体がいかに非人間的でかつ等級の区分け自体も多くの矛盾をはらみ、補償も不十分であるが、その証拠は枚挙にいとまがない。
- ⑤ わが国の「肉体切り売り方式」に対し、障害の内容まで考えて等級を決めている好例が、アメリカ・カリフォルニア州の労災補償制度である。
- ⑥ 北欧などでも、しっかりとした人権意識に基づく障害等級制度が存在するが、カリフォルニアの方が、わが国にとって手が届きやすい内容だと思う。
- ⑦ わが国の場合法律によって、等級区分やまた例えば業務上であるか否かに明らかなよう

に、給付内容にも差があるのも問題だと思う。とくに被災家族にとって、業務上外の区別は全く意味をなさない。そんな制度の垣根は取り払った方が被災者や家族の心情に合致する。

- ⑧ したがって、労災法の原則である使用者責任はそのままにして、人権意識に根ざした総合的な社会保障制度の確立をめざす必要があるのではないかな。例えばイギリスのように、使用者に費用を部分負担させることでそれは可能だと思う。
 - ⑨ とはいえ、現在は社会保障法や労働法学者の間ですら、まして政府に問題意識はさらさらなく、改革の必要性を痛感するわれわれが運動する以外にない。
 - ⑩ 今まで政府のいろいろな諮問委員会などで意見を述べても、元来が表向きの中立性を示すために委嘱されているだけだから、全く無視されてばかりだったが、細川政権が誕生して今後は少しは変わってくるのではないかなと思う。よいチャンスだと思うので、改革をめざして一緒に勉強を続けたい。
- 討論の後、全国連事務局の仁木さんが、世界的な流れである「ノーマライゼーション」の観点から障害等級を含めた補償制度のあり方を考える必要性があることを指摘して終了した。
- (「被災者全国連ニュース」第23号より)



雇入れ時健康診断の趣旨徹底 労働省●採用選考時検診との混同是正を

最近、雇入れ時の健康診断と採用選考時の健康診断を、事業主等が混同している例がみられることから、労働省は、雇入れ時の健康診断についての趣旨の徹底を図るため、労働基準局安全衛生部労働衛生課長名で都道府県労働基準局労働衛生主務課あて通達した。

事務連絡
平成5年4月26日
都道府県労働基準局
労働衛生主務課長殿
労働省労働基準局
安全衛生部労働衛生課長

雇入れ時の健康診断の 趣旨の徹底について

労働安全衛生規則第43条に基づく標記の健康診断については、昭和47年9月18日付け基発第601号の「労働安全衛生規則の施行について」、平成元年8月22日付け基発第462号「労働安全衛生規則の一部を改正する省令等の施行について」等により通達されたところであるが、最近、事業者により、標記の健康診断と採用選考時の健康診断を混同している例も見受けられる

ので、各局においては下記に留意のうえ、標記について遺憾のないようにされたい。

記

- 1 労働安全衛生規則第43条(雇入れ時の健康診断)は、採用選考時の健康診断について規定したものではないこと。
- 2 雇入れ時の健康診断は、常時使用する労働者を雇入れた際における適正配置、入職後の健康管理に資するための健康診断であること。

[参考1] 昭和47年9月18日付け
基発第601号の1(抜粋)

- 26 第43条関係
- (1) 本条は、常時使用する労働者を雇入れた際における適正配置、入職後の健康管理の基礎資料に資するための健康診断の実施を規定したもので、旧規則では、一定の規模または業務を対象としていたが、今回の改正によりその規模及び業務のいかなを問わず雇入れた労働者を健康診断の対象とするものであること。

- (2) 第1号の「既往歴」については、雇入れの際までにかかった疾病を経時的に調査すること。

(3) 第1号「業務歴」については、雇入れの際までにおいて従事したことのある主要な業務についての経歴を調査するものとする。

(4) 第2号の検査には、当該労働者が就業を予定される業務に応じて必要とする身体特性を把握するための感覚器、循環器、呼吸器、消化器、神経系、皮膚及び運動機能の検査が含まれ、その検査項目の選定は当該労働者の性、年齢、既往歴、問視診等を通じての所見なども合わせて医師の判断にゆだねられるものであること。

[参考2] 平成元年8月22日付け
基発第462号(抜粋)

- 1 第43条(雇入れ時健康診断)関係
- (1) 本条は、貧血症、肝機能障害、高脂血症、心疾患等の疾病に対応した健康診断項目とするため貧血検査、肝機能検査、血中脂質検査及び心電図検査を追加したものであること。

また、加齢等による聴力低下を早期に把握するため、聴力検査についてその検査方法を規定したものであること。

(2) 第3号の「色覚の検査」は、学術用語の変更に合わせて改めたものであること。

(3) 第3号の「聴力の検査」とは、1,000ヘルツ及び4,000ヘルツの周波数で、一定の音が聞こえるかどうかの検査を行うこと。

なお、1,000ヘルツの音は日常

会話の音域の代表とされる音であり、4,000ヘルツの音は高齢化に伴い、早期に聴力低下が起こる音域の代表とされる音であること。

また、雇入時の聴力検査は、オーディオメーターを使用して通常30デシベルの音圧の純音を用いて実施されるものであるが検査を実施する場所の騒音の程度を考慮し行うものであること。

(4)第6号の検査は、高齢期に増加する貧血や食行動の偏り等による貧血を把握するために行うものであること。

(5)第7号の検査は、肝機能障害を早期に把握するために行うものであること。

(6)第8号の検査は、動脈硬化の原因となる高脂血症を把握するために行うものであること。
また、「血清トリグリセライドの量の検査」は、原則として空腹時に行われるべきものであるが、食事摂取後に行われた場合にはその内容により検査結果に変動が生ずることがあるので、医師がその影響を考慮して判断するものであること。

(7)第10号の「心電図検査」は、不整脈、虚血性心疾患、高血圧に伴う心臓の異常等を把握するために行うものであること。
なお、この場合の標準的な検査法は、安静時の標準12誘導心電図を記録するものであること。



リスク・アセスメントめぐる議論 米・英・独●東西で異なるアプローチ

大西洋両岸では、リスク・アセスメントが白熱した議論を呼んでいる。WHI N(Workers' Health International Newsletter)がイギリス、USA、ドイツについて行った調査が示すように、東西でリスク・アセスメントへのアプローチは若干異なる。

■アメリカのリスク・アセスメント

北アメリカでは、最も注意が払われているのは、国と産業による環境被害である。リスク・アセスメントはわれわれ皆が行う日々の活動であるが、合衆国では、政府に量的リスク・アセスメント(QRA=quantitative risk assessment)を唱道させた1962年のレイチェル・カーソン著「サイレント・スプリング(沈黙の春)」に始まり、環境汚染に関する国民の関心が高まってきている。

1980年代のレーガン・ブッシュ政権で着目すべきは、
・国民の関心事を専門的な問題にすり替え、国民の参加を拒んだこと

・毒物の使用を抑えることにつ

いて議論することを全く避けながら、査定すべき代替案を決めるリスク・マネージャーの手にこの問題を委ねたことである。

1980年代後半を通じて、QRAに対する不満が広範に広がった。産業界はそれがあまりに保守的であり健康保護に重きを置きすぎると感じ、環境団体はそれとは正反対のことを感じている。また、QRAの実施についての理論的な批判もあった。それらは、毒学・疫学的研究の発見を実際に生活する住民や環境に適用するときにおなじみの限界である。

産業のQRAをめぐる議論や、財務局(the Office of Management and Budget)のような政府の他の部門がリスク・分析やコスト・ベネフィット分析を奨励したことにより、1991年には環境保護局は、「それは、請負業者や実施担当者の責任というよりは、むしろ浄化対策を選択するための(環境復旧)特別基金(Superfund)用地リスク・アセスメントの準備の責任であろう、と静かに告げた」。

これでこの問題が終わりになるようには思えない。国民や環境圧

力団体、関心を持つ科学者の間では、感情は深刻なものとなっている。技術的な問題については一致しているが、何が危険であるかを決定し、地域の生命全体の意志決定に誰が力を持つのかについては意見が分かれている。この議論の要点は以下になる；

・暴露の不均等性(Inequality of exposure)

誰が危険に曝されるのか。はたして社会の全ての区域が等しく危険に曝されるのか。

・選択の機会(Opportunities to made choice)

全ての区域が等しく危険を考慮して生活を改善する機会を持つわけではない。

・不均等な利益(Unequal benefit)

どのように均等に手当てを分けられるのか。明らかに企業への手当ては不公平に分配される。

・誰が決定するか(Who decides?)

QRAとそれに基づき行われる決定は、権力を持つ者により、彼らが地域全体に持つ力により行われる。

これらの批判は、西ヨーロッパにおける政府の職業暴露限界を決定する手続にも同様に当てはまり、また、リスク・アセスメントに対する労働者の関心に共通の下地をかたちづけている。ヨーロッパ連合(公式にはECまたはE

EC)では、労働者や雇用者は労働現場のリスクアセスメントをめぐる闘いにはまりこんでいる。この原因は、ルクセンブルグでのヨーロッパ委員会(行政事務及び政策立案)が、リスク・アセスメントを全ての安全衛生規則の中心に据えたことにある。手作業、化学物質、騒音、その他について全ての指針が、これを中心に含んでいる。

リスク・アセスメントは衛生調査へ至る過程の第1段階であり、管理のヒエラルキーは、個人防護が最初の選択から最後へと変わった。

この手のリスク・アセスメントは環境QRAを含む一連の段階からなる。

・被害があるかどうか；例えば、物理的又は化学的因子への暴露による有害要因はないかどうか

・暴露しているかどうか

・その暴露は危険なものかどうか

・その危険は許容できるものかどうか

ごく最近まで、この分析の明瞭な論理は、これまで一般的にはそれほど明言されてこなかった雇用者の義務を導入しているにもかかわらず、うまく成功してきた。騒音のデシベル・カウントのような単純な数値評価が実施されるような場合は、それについて労使間で意見の対立はほとんど

ない。新しいことは、同様のアプローチを、数値が一般的には認めうる意味を持たないような手作業や化学物質への暴露にも拡張したことである。10kgを腕を伸ばして支えた場合、どれだけの人々に取ってリスクとなるのだろうか？どれだけの時間・回数そうしているとリスクとなるのだろうか？しかし、不況の広がりとは深化は、雇用者が新たな「重荷」に抵抗するのではない、といった危惧となっている。

ヨーロッパ連合のメンバーの2つであるドイツとイギリスは、全く異なったやり方でこれに対処した。イギリス政府は、その権力により全ての規則について、ブリュッセルでの起草段階で規制を弱め、国内法に置き換える間に薄めてしまったが、指針のぎりぎりの線は守られている。

これまで雇用者は、化学物質の危険性を採集評価し、化学物質製造者が供給者から入手できるズサンな安全データシートに記入し、「作業が規定の手続に従って行われるならば」危険はないという趣旨の報告を行うことができた。だから、健康調査は必要とされず、またそれに反する証拠も集められなかった。肯定的な点は、データの収集という単純な戦略は、企業に、例えば洗剤のような現在使用している化学物質の数を減らすよう仕向けることになり、時折、安全な化学物質や工程への代替が

行われている。

しかし、イギリスの雇用者はまだ安心してはいない。イギリスの法規とその関連資料が彼らの思いのままにはならないため、彼らはそれを書き替えたがっている。イギリス政府は、この「重荷」を産業から取り除くことになるだろう。さまざまな姉妹法規のリスク・アセスメントの実施に関する細かな義務はなくなり、より一般的な管理法規のみが残されるだろうと考えられている。ここで目を引くのは、管理法規を履行しなかった場合の罰金が軽くなるだろうということである。

景気後退局面になり、イギリス・ドイツの雇用者は、新しい法律が含むところを実行に移している。彼らはリスク・アセスメント—その余計な機能を欲してはいない。イギリスにおけるQRAのように、交渉や議論から過程の話を取り除いてしまうとリスク・アセスメントは達成されないのである。

もちろん、ほとんどふれられないが別のリスク・アセスメントもある。労働者と住民による、彼らが生活を続けていくために曝されても構わないと思っている危険についてのアセスメントである。アメリカの雑誌「ニュー・ソリューション」は、ワシントン州タコナの製鉄所付近地域で、工場閉鎖のメリットと製鉄所の廃棄ガスの管理についてのアセスメントを行う

ようになった1事例について記載した。驚くべきことではないが、危険の情報伝達についての調査による発見のひとつは、危険に曝される人々がリスク・アセスメントとリスク・マネジメントの過程で影響力を持つことで、それが情報の入手に重要な力となるということである。

イギリスの労働調査局によるリスク・アセスメントのブックレットが素描する労働者・住民の要求は、

- ・リスク・アセスメントへの参加
 - ・報告書に関する全ての資料を入手できること
 - ・住環境と労働環境の相互に影響を持つ特徴が考慮されること
 - ・最も影響されやすいものの保護
 - ・「許容される」と判断された危険については手当てを平等に分配すること
 - ・新たな調査方法がある場合か環境の変化があった場合に再調査する権利
- となるはずである。

■ドイツでの議論

新しいECの労働安全衛生に関する指針は、全てのヨーロッパ連合諸国が国内法に置き換えなければならないものだが、雇用者に、会社で行われる全ての活動について、従業員に被害をもたらす

可能性はないかどうか分析・評価することを義務づけている。これらリスク分析は、技術的原因や事故による被害だけでなく、組織的要因や社会的要因をも含まなければならない。ドイツでは、労働現場のリスク・アセスメントが論議をかもしている。多くの労働安全衛生評論家は、最近の制度はリスク・アセスメントを欠いてきたので、これを非常に好意的に見ている。彼らは、新たな法規により労働側幹事(works stewards)が労働現場のデザインについて多大な影響力を行使することになるだろうと考えている。そして、管理者側は、リスク・アセスメントを調査の第1段階とできるので、かれらの仕事をもっと容易になったことがわかるだろう。

ところが、ドイツでは労働現場のリスク・アセスメントは新しいものではなく、これまでも何度か行われてきたという声をしばしば耳にする。これは、雇用者が労働現場の危険性をはっきりさせることを義務付けている労災保険法規(事故防止規則)について言っているのだ。しかし、この法規は特定の災害と事故の危険に限定されている。ドイツの古典的な労働安全衛生は、主に事故の防止に関心が持たれていたし、いまだにそういう面もあるということが、このような「間違い」の元となっている。事故原因がリスク・アセスメントの主要な対象となる危険があるの

だ。たとえば、ホワイト・カラー職場の心理学的被害が、リスク・アセスメントにおいてこれまで通り副次的な価値しか持たないこともあり得る。

1993年5月に開かれたドイツ連邦の労働安全衛生春季定期会議では、どうやってECの指針を実行に移すかが中心課題であった。

雇用者の健闘が期待される課題が明確となった。書類提出と評価を行うべきであるという要求と、個々の労働現場にリスク・アセスメントを適用すべきであるという要求は拒否された。書類提出義務に対する主要な反対意見は、それが労働安全衛生に官僚主義をもたらすということである。労働現場の安全官は、机に縛りつけられそれ以外の仕事を行えなくなる、というのである。実際、安全衛生担当者にこれ以上の任務を割り振ることは、彼らが職場の問題に費やす時間を同時に限定しなければ無理である。

要求の次の中心である従業員のリスク・アセスメントへの参加は、この問題を直接主張する論者がほとんどいなかったにもかかわらず、専門家の大多数により受け入れられた。しかし、どのようにして従業員の参加が履行されるのか。例えば、職場で起こった災害についての従業員からの報告をどのように評価するのかといった問題ははっきりしないままである。

会議で明らかとなったことは、

職場で簡単に実行できるけれども、全ての関連領域を包括するには区分されている参加型分析手法は、まだ着手されはじめたばかりであるということである。調査手法と、実際にそれを具体的に適用することとの間にはギャップがあるのだ。

会議では、もうひとつの重要な領域での争点も露わとなった。ガイドラインの準備に従事する作業グループにより定義される用語の最初の体系には、「危険」という用語の定義も含まれる。

この定義によると、危険の評価は「社会的に認めうる」危険かどうかから始められる。これを有毒化学物質にあてはめると、職場での限界値を超える値からリスク・アセスメントがはじめられることになってしまうのだ。

■イギリスの労働組合の議論

いくつかの職場では、リスク・アセスメントは間違った思い込みにより、また紙の上の事柄としてすますことにより、骨抜きにされている。MSF労働組合の安全衛生官であるジュディス・チャーチがイギリス安全衛生局(HSE)主催の労働組合会議で次のように発言した。

「雇用者は、彼らの事業を包括する安全衛生を積極的に掘り起こすことができなかった」。チャーチ女史は指針190号について、「何よりも、彼らは、従業員との

協議、情報提供、訓練を怠ってきた」。彼女は、雇用者がこの新しい法規に不承不承応じたとして、「当局の監視があるときは目覚ましい改善を行うが、執行当局がいなくなると再びこれまでの安全基準に戻ってしまうように思われる」と指摘した。

HSEは、アセスメントにおいて何がリスクとなるかについて意見を出そうとしなかった。X線測定協会の会議代表であるバム・タルトは、HSEが圏外に身を置いていると考え、『人材の問題』が強調されるべきであり、公共部門における本当の問題は人材不足と思われる」と会議の場で主張した。「危険に曝されるのは従事スタッフであり、ストレスを受け、病気になる、怪我をするのは彼らなのだ」。

HSE副局長のデヴィッド・イヴは、スタッフの人数と労働時間という「難しい領域」について議論することを拒否したが、リスク・アセスメントにもっと従業員を巻き込むべきであると主張した。「安全衛生活動は、従業員とその代表をどんどん巻き込む方が積極的である」と彼は言った。「彼らは職場のリスク・アセスメントの進行に不可欠な役割を持っている。従業員は危険と隣合わせで働いており、それゆえ、彼らはそれをどう管理すべきかよくわかっている」。リスク・アセスメントを完遂するためのタイムテーブルについての質問

には、イヴは、「雇用者が誠実にこの法規を守っている場合は、われわれは支援体制をとり、雇用者が明らかに違反している場合は、我々は強行姿勢で望むだろう。最初の訴訟が現在進行中である」。

HSEの施行方針について、会場からいくつかの批判が出された。「もし経営者がその場しのぎの対応をしたらどうするのか？HSEの施行方針では、雇用者は何の危惧も感じないのではないか」と地方自治体労働組合の代表デヴィ

・デューリーは発言した。

「私たちにリスク・アセスメントは紙の上で行われる官僚主義的な実践ではない」とMSFのジュディス・チャーチは言う。「私たちにリスク・アセスメントとは、労働時間を生き抜き、怪我や病氣もなく元気に家に帰れるかどうかという問題なのだ」。

WHIN (Workers' Health International Newsletter), No.38, Winter 1993/4



労働安全衛生と環境保護は相互補完 イタリア●スキャンダルと不況の中で議論

ヨーロッパの他の国同様、イタリアの社会状況の特徴は経済不況である。多くの工場が、特に南部地域で、一時的又は完全に閉鎖されているが、それだけではない。ある特別な危機—「タンジェント—ポリ」として知られている大スキャンダルという「副次的影響」—が建設業界を見舞っている。巻き込まれた大半の労働者は建設業者であり、その労働者のほとんどが一般(public)労働者であった。殆ど全ての事業が中止となり、多くの事業主(それに政治家)が捜査され、収監される者まで出た。さらに、多くの企業が倒産した。

例えば、自動車建設業のような

非常に重要な企業の苦境は、そのために操業する何百という中小企業に影響を及ぼし、何千という労働者が解雇または一時解雇され、所得補填金庫(CIG=cassa integrazione guadagni)として知られている特別臨時基金で生活している。

政治的な観点から大きな問題となるのは、93年4月の国民投票後の6月に議会で可決された新しい選挙法に基づく総選挙を、いつ要求するかということである。

経済不況にもかかわらず、全般的に労働者の安全衛生に対する関心は、はっきりと低下しているわけではない。

ここ何年来というものの、(例えば70年代初頭のような)本当の意味での「安全衛生運動」はなかった。その間、労働組合や自主組織は、妥当と見なされるレベルにしか注意を払ってこなかった。

4月の国民投票により保健衛生局から環境保護の責任が除かれたことにより、包括的予防部門をどのように再組織するかについて、一大議論が進行している。

地域別労働組合やエコロジスト、専門家団体などは、(労働安全衛生を含む)保健衛生は、環境問題と切り離すべきであると考えており、一方で、全国的な労働組合、緑の党、地方自治体、SNOP(全国労働者災害防止協会)等は、労働安全衛生と環境保護は相補的であり、全国的にも地域的にも統一した部局が運営すべきであると考えている。この秋には、これらの問題について、SNOP、「労働と環境」(イタリア労働同盟よりの環境機関)、エミリア・ロマーニャ及びトスカナ州政府による3つの重要な会議が、保健衛生大臣の参加のもと開かれる。

EC基本指針(89/391)に対応した法規が最近採択され、労働者は、情報入手と協議についての詳細にわたる権利を持つ代表者を選出する権利が与えられることになる。また、姉妹指針に応じた新しい法規その他は、1994年の2月から3月にかけて施行されることになる。



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 サンコーボ豊岡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 高知市菊野イワ井田1275-1 TEL (0888) 45-3953/FAX (0888) 45-3928
- 熊本●熊本県労働安全衛生センター
861-21 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レクタウンクリニック内 TEL (096) 360-1991/FAX (096) 368-6177
- 大分●社団法人 大分県勤労者安全衛生センター
870 大分市寿町1-3 労働福祉会館内 TEL (0975) 37-7991/FAX (0975) 34-8671
- 宮崎●旧松尾鉦山被害者の会
883 日向市財光寺283-211 長江団地1-14 TEL (0982) 53-9400/FAX (0982) 53-3404
- 自治体●自治体労働安全衛生研究会
102 千代田区六番町1 自治労会館3階 TEL (03) 3239-9470/FAX (03) 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
753 山口中央郵便局私書箱 18号