



慢性期振動病の実像に迫る

日本でチェーンソーが使用されはじめてからおよそ40年、「白ろう病」として問題に
だか30年。振動病は人類の歴史の中ではきわめて新しい病気であり、30年後にどうな
かったはずである。いままさに慢性期の振動病の実態が明らかになりつつあると言え

にもかかわらず、労働省による認定患者の労災打ち切りがなかば強制的に行われて
労働省が1986年に策定したいわゆる「新治療指針」以降、激しさを増している。16頁
うに、1987年から1991年の5年間で3,639人もの振動病患者が労災保険を打ち切られているのである(1991年度末の療養継続者数は
11,125人)。「認定の時期が古い」という事実のみで有無を言わず打ち切っているというのが現場の実感だが、打ち切られた振
動病患者がどのような実情にあるかも明らかにされてこなかった。

全国安全センターは、全日本森林関連産業労働組合連合会(森林労連)の委託を受けた労働者住民医療機関連絡会議に協力して、
昨年「労災保険を打ち切られた振動障害患者に関する調査研究(慢性期振動病における調査研究)」を行った。これは、①労災保
険を打ち切られた振動病患者に対する全国アンケート調査、及び、②1993年11月26-27日・鹿児島県屋久島と1994年1月15-16日・
宮崎県日向において打ち切り者と療養継続者を対象に行った検診の2つの調査からなる。この調査結果が、全文92頁の報告書にま
とめられた。今号では、この報告書の本文を紹介する(第1部 アンケート調査結果—13頁、第2部 検診結果—32頁、考察—42頁)。

この作業の進行を受けながら、北海道で、6月18日・北見地方森林労連、6月19日・帯広地方森林労連が、地元で振動病患者を
診ている主治医・医療機関に呼びかけて「振動病問題意見交換会」を開催している(9月10日には旭川地方森林労連も開催)。

これには、全国安全センターから原田正純議長と古谷杉郎事務局長が参加し、調査結果の概要も報告しているが、こ
こでの原田議長の講演も紹介する(3頁)。調査結果と合わせて「慢性期振動病の実像に迫る」一助としていただきたい。

なつてからたか
るか誰も知らな
るのである。

いる。とりわけ、
の表でわかるよ



振動病の病像論を 問い直す

原田正純

全国安全センター議長
熊本大学医学部体質医学研究所

はじめに

私の専門は神経精神科で、主として中毒の研究を
してきました。中毒の大部分が職業病と関係がある
ものですから、ひょんなことから全国労働安全衛生
センター連絡会議の議長などというとてもない
ことになってしまって、今度の調査にもかかわりあ
いを持つことになりました。

もともとの振動病の専門家ではないわけですが、
昭和51年頃の屋久島の調査あたりからやりはじめ
たわけです。それも振動病そのものの関心というよ
りも、例えば水俣病でも感覚障害がたくさん出て、
この感覚障害が頸椎症など他の病気でも出るとい
う他の先生たちの意見があり、私は水俣病の感覚障
害は他の病気と比べても特異だと思っていたもの
ですから、感覚障害をもたらすような病気を片っ端
から集めてみていたわけですね。その中で、振動病
とも係りあいをもったわけです。

私の持っている資料はいくつかあります。その時
の115人の屋久島のデータと、非常に慢性で治りに
くくて精神症状がめだつような人(慢性遷延型)46
人を集めて1週間くらい入院して検査をしたデー

タ。それから、裁判が起こってしまったとき、九州
でも鑑定をしなければいけないということになり、
九州の裁判(の原告)は20人だったのですが、その鑑
定書をつくった。そのような資料と今回の調査結果
ということで、非常に不十分なのですが、私たち大
学におけるものの役割というのは、現場の先生方のも
っておられる様々な問題点を集めて、それを整理
し、ひとつの仮説をつくり、それをさらに分析して
実証していく、あるいは、実証しながらもう一度現
場に返しさらにフィードバックしていくというよ
うなことではないかと思っています。そういう意味
では、振動病の専門家ではないのですが、かえって
従来の固定的な概念にとらわれない新しい見方が
できるというメリットもあるのではないかと。しかし
一方では、それゆえに非常に独断と偏見に陥りやす
い危険性もあるのではないかと考えています。先ほ
どの議論をずっと聞いていて非常に参考になりま
したし、そういう問題をさらに拾い上げて汲んでい
きたいと思っています。

振動病をめぐる問題

いまいろいろな問題が起こっているわけですが、

はっきり言って医学の問題をはるかに超えているわけですね。それは水俣病でもそうです。病像論などといってあたかも医学的な論争のようにみえるのですが、そうではないのです。はっきり言ってお金の問題が先行しているわけです。問題は、そういう社会的・政治的問題なのに、あたかも医学の論争のように仕組まれていること。それが非常に大きいと思います。だから、真面目に議論していることが馬鹿ばかしくなることがあります。しかし、そうは言っても、だからこそ逆にこの問題について医学的にきちんとしておかなくてはならないというふうにも考えるわけです。

そう考えていきますと、振動病の問題は、改訂治療指針が出されてから以降の問題が非常に大きい。改訂治療指針をよく読みますと、医学的に色づけされているのですが、その裏には社会的・政治的問題が見え隠れしているわけです。しかし、私たちには医学的な議論をしていくしか方法はないわけです。

問題点はいくつかあって、ひとつは、やはり、行政責任が非常にあいまいだと思うのです。行政責任がはっきりしていれば、償いとしての補償なのか、あるいは生活ができないからそれを補てんするという考えなのかということで内容が変わってくると思うのです。例えば水俣病などの場合では、80(歳)になるのが90(歳)になるのが、死ぬまで補償するわけで、種類は違いますが責任がはっきりしているわけです。責任がはっきりしていないということが問題の根源のような気がします。

それはさておいても、医学的な問題に関していくつかを指摘すれば、2年から4年くらいで治療効果がないとする点。振動病は局所的なものであって全身性のものではないという考え方。それから、刺激一原因を取り除いたら決して増悪しないという点。多少症状は動くがそれはある一定の幅の範囲内で増悪ではないなどと解釈されている点です。そういう問題について、私たちは、一つひとつ医学的にどうなのか検討していかなければならない。そのためにあ

る程度の材料を集めていかななくてはならないと思っています。

振動病研究の進んだ面と弱点

水俣病と比べていつも考えるのですが、振動病と水俣病は全然違うのですが、医学のありようとして考えると、水俣病に比べて振動病の方がはるかに進んでいるところがあります。例えば、生理学的な研究は非常に進んでいます。検査の方法なども非常に多彩でして、データの客観化と言いますか—そういう点は非常に進んでいるのです。おそらく、この面での日本の振動病に関する研究は世界でも最高水準ではないかと思っています。外国の方がむしろ遅れているわけで、外国と比べてどうこうということはいえないのではないかと思いますし、振動病が多発した日本の社会的背景の特殊性が大きく影響していると解釈しています。

そういう進んだ面もある反面、弱点もあるのです。労働生理学とか疫学という部分では非常に進んだのですが、不思議なことは、振動病の論文をずっと探してみられるとわかるのですが、集団としての報告はたくさんあるけれども、ふつう私たちが臨床的に経験する症例報告というのがあまりないのです。あまりというよりも、ほとんどない。最初何が起って、どうなって、最後はどうなったかという個々の症例の報告が非常に少ない。そこからくる様々な臨床的な問題点というのがあるわけです。統計的、集団としての研究が進歩したかわりに、個々の症例が非常に見えにくくなっている。それから、客観化されたために、症状が分断されていて全体像が見えにくくなっているために、どうしても症状が軽くみられているというような特徴があるのではないかと思います。

それから、振動病が問題になった歴史的経過からいって、レイノー現象というのが非常に特徴的でドラマティックであったために、振動病の概念がそれ



北見森林労連「振動病問題に対する意見交換会」で講演する原田正純氏(1994.6.18)

と心中してしまっていて、他の症状が軽視されたというところがあります。これは私たちもたいへんな失敗をしました。水俣病が最初に起こったときに、視野の狭窄とか運動失調とかが非常にドラマティックだったために、そういうものにばかりとらわれてしまっていて、その他の様々な症状を見落としてきたという失敗をやっているわけです。そういう意味で、振動病におけるレイノー症状というのはたしかに著明な症状のひとつではあるけれども、あまりに目立ちすぎたというか、そのことを中心に病像論が組み立てられすぎているのではないかという反省もあると思います。

もうひとつは、神経系の臨床医の関与が少なかったということもあるのですが、振動病に関して立派な業績を残された先生の多くは公衆衛生あるいは衛生学の分野の先生が多い。臨床の先生方は比較的少なかった。実際現場では臨床の先生が一生懸命されているのですが、そのギャップがあるというふうに思います。例えば、中枢神経説—中枢障害説というものが出たのですが、これは神経系の先生方から猛反発をくったという歴史があるのです。

個々の症状経過と初期対策の必要性

ここで今まで30年たつてきてもう一度振り返ってみて、それこそ先生方の経験を生かさなければいけない時期です。私なりにいくつかの仮説をたてますと、「前期」とよばれる時期がある。これは何でもそうでしょうけれど、自覚症状が出はじめる—つまり、客観的な所見がほとんどでないで、いろいろな自覚症状が出てくる時期というのがあります。裁判では、予見がいつできたかということが議論になりました。これは、過失という問題に絡んでいるわけで、予見できたかどうか、そして、その予見に基づいて何らかの対応をしたかどうかという二つの要件によって過失があったかどうかを決めるわけです。振動病の場合も、裁判の中でいつ予見ができたか、その予見に基づいてどういう対策をたてたかということが議論されたわけです。

それは不完全なカタチで終わってしまったわけですが、私は、一人ひとりの経過をみると、もっと早く対策をたてるべきであったと思うのです。振動

工具を使いはじめたごく初期にはわからなかったかと思いますが、だけれど、ある程度振動病の初期の病像が確立した時点で、振動工具を使っていて、客観的な所見が出なくともいろいろな自覚症状が出た時点で何らかの手を打てば、このような悲惨な状態にはならなかったのではないかと思います。一人ひとりの経過をみますと、どの時点で何をすべきだったかということが言えるわけです。例えば、振動病の自覚症状がすでに出ているのにレイノー現象がおこるまでは使用を止めさせなかった例などがあります。自分が好きで酒やタバコををのんだりしたわけではなく、明らかに職種で振動工具を使わされたわけですから、当然何らかの手を打たなければいけないことをしなかったという意味で、行政の責任は非常に大きいと思います。

その「前期」というのがあって、その次が、御存知のように末梢循環障害、自律神経症状が出てくる。この時点でやっと認定ということになってきているわけですね。それから少し振動工具を使う時間を減らしていくという経過があるわけですが、これも、「初期」の症状と仮に呼びます。それにさらに末梢神経の障害が、御承知のように重なってきます。末梢神経の障害は、振動そのものの影響もあるかもしれませんが、末梢循環障害などの結果二次的にみられる、阻血性と言いますか、血流に由来したものではないかと私は考えています。

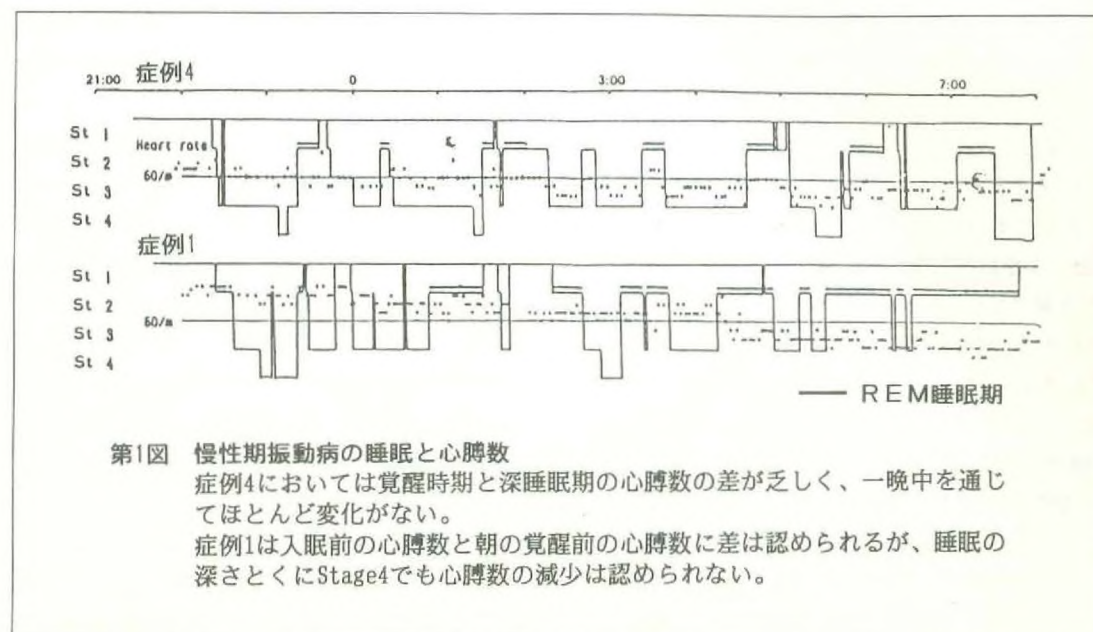
その次は、「中期」と仮に呼んでみます。筋肉とか腱、あるいは骨・関節が障害されていく。末梢神経がやられれば当然筋萎縮が起こってきたり、循環障害があって末梢神経がやられ、また末梢神経がやられるために循環障害が起こってくるという繰り返しの繰り返しをしながら、骨・関節の変化を促進していくのだらうと思います。そういうことになると、症状が非常に固定化、器質化していく。どんどん雪だるま式に転がっていくというふうに私は思っています。その他に、さきほど中枢性のと申し上げたように、めまい、耳鳴り、物忘れだとか失神など、

中枢性のものを疑わせる症状は確かにあるわけです。こういうものをどう考えるかという問題がひとつありますし、それから精神的な症状という問題もあります。そこで、そういうものを分析して、ひとつの仮説というか病像論を組み立ててみたわけです。前期が症度Ⅰ、初期が症度Ⅱ、中期が症度Ⅲ、Ⅳと考えてよろしいかと思います。

慢性期にいたるパターン

様々な自覚症状があるわけですが、これを分類するといま申し上げたように、末梢循環機能に関連するもの、神経・筋障害に関連するもの、関節・骨に関連するもの、あるいは平衡機能や聴力というような中枢性の症状に関連するもの、それから精神機能に関連するもの、と分けられるわけですが、自覚症状そのものをとってみても、一定の流れといえますかひとつのパターンがあるわけです。いま申し上げたように、最初末梢循環性の訴えが出てきて、それから末梢神経や筋肉、あるいは関節・骨、そして平衡機能、そして精神機能というふうに、そもそもの病気の起こりはじめから分析してみると、自覚症状にも一連の流れがあることがわかります。少しくわしく分析すると、だいたい使いはじめて2年くらいでほとんど自律神経、末梢循環障害に関連する自覚症状が出てきて、大雑把な言い方ですが4年くらいたつとレイノー現象が顕著化してきて、そのあと神経、筋、関節・骨の症状というふうに流れていく。

同様に神経機能を分析してみても、様々な神経症状があるのですが、年齢、時間によって変わってくるわけです。それはまさに自覚症状の流れと同じで、最初自律神経や末梢循環性の症状が出てきて、そのあと感覚障害など末梢性の神経症状が出てきて、それから筋、骨というような器質的な症状、そして最後は平衡機能とか精神とかいう症状に移っていく。全部流れがあるわけですが、このことはすでに十分認識されていると思います。また例えば、感覚



障害というものをひとつとってみてもひとつの流れがあります。最初は利き腕の方の感覚障害からはじまって、それも尺骨神経側から橈骨神経側へ、それがだんだん両手の感覚障害になったり、しばらくいくと足まできて、さらに脊髄レベルの障害になっていくというようにこれにも流れがあるわけです。

そういうことを考えると、どの時点でどういう対策をとれば、このような最悪の事態にはならなかったのではないかとこのように読みとれるわけです。そのことから責任は大きいと言っているわけですが、全ての症状が一定の流れでもって進行している。この進行が本当はどこまでいってしまうのか、いまの時点でどこまで見極めることができるかということになるのですが、それは誰も知らないはずで、なぜなら、振動工具を使い始めて40年、問題になって30年です。新しい病気であるということを見ると、30年後にどうなるか誰も知らないのです。今、振動病は慢性期にある。慢性期に症状がどうなるかは現在の患者の自覚症状を忠実にみて、拾っていくしかないのです。

眠れないということ

精神症状を取り上げてみます。だいたい4人に1人くらい精神症状がいろいろ問題があるのです。どう問題かということ、例えば、情意減弱と言っていますが神経衰弱様の状態だとか神経症の状態、あるいはうつ状態というようなものがある。極端な場合は自殺したりすることもあります。この精神症状というのは案外見えない部分ですが、日常生活の支障が非常に大きくなっています。どう解釈するかということですが、これは私はやはり振動そのものの問題というよりもむしろ10年も20年も続く様々な自覚症状による持続的な反応性の症状だというふうに一応解釈しているわけです。なかでも、私がひとつ注目したのは、眠れないということです。これが非常に苦しいと訴えるので、これをちょっと研究してみようと思ったわけです。

ここに示したのはポリグラフですが、脳腫瘍、分裂病、そして植物人間になった状態の方のもので

す。脳波で睡眠の深さを図っており、呼吸だとか筋電図だとかを同時にとっています。深くなれば当然筋電図はなくなってしまいますし、浅いときは心電図の振幅が大きくなる。あるいは眼球運動を記録します。そうするとこういうところに眼球運動が出てきます。これはレム(REM=rapid eye movement)睡眠とか逆説睡眠層と言われるものです。本来ならば、非常にきれいなリズムをとって一晩が終わるのですが、いずれも病気の例ですから、リズムがばらばらになっています。いずれもばらばらになっているのですけれども、ひとつ特徴的なことは、脳腫瘍や植物人間のような非常に重症な器質的な病気でも、睡眠の深さと心拍数とは並行しているわけです。つまり、深い睡眠のときは心臓を打つ数が減ってしまうわけです。ですから一般に、脳波の判定が非常にむずかしいときには心拍数でもって睡眠の深さがある程度推定できるくらいなのです。

振動病の患者さんは眠れないと訴えます。たしかにあまり眠らない人もいます。寝つきが非常に悪いとか早く目が覚めてあとには寝れなかったという人もいるのですが、だいたい平均して本人が言うほど眠っていないわけではないのです。ゆうべは全然眠れなかったなどと言うのですが、よく眠っているという事実があります(第1図)。ところが不思議なことに、心臓の心拍数がほとんど変わらないのです。一定しているわけです。これは非常に特徴的な所見です。どう解釈するか。けっして振動病だけに特異な所見ではないと思います。では他にどのような病気があるかというところちょっと発見できないのです。ただちょっと言葉を換えて表現すると、脳は眠っているけれどもからだの方は眠っていないということですね。脳と身体の解離現象です。これはだからおそらく自律神経症状のひとつだと私は解釈するのです。こういうことが見えないうところで起こってしまっているわけです。こういうことがずっと続けば精神症状とか、また自律神経を介して内臓系のいろいろな症状が起こってくる可

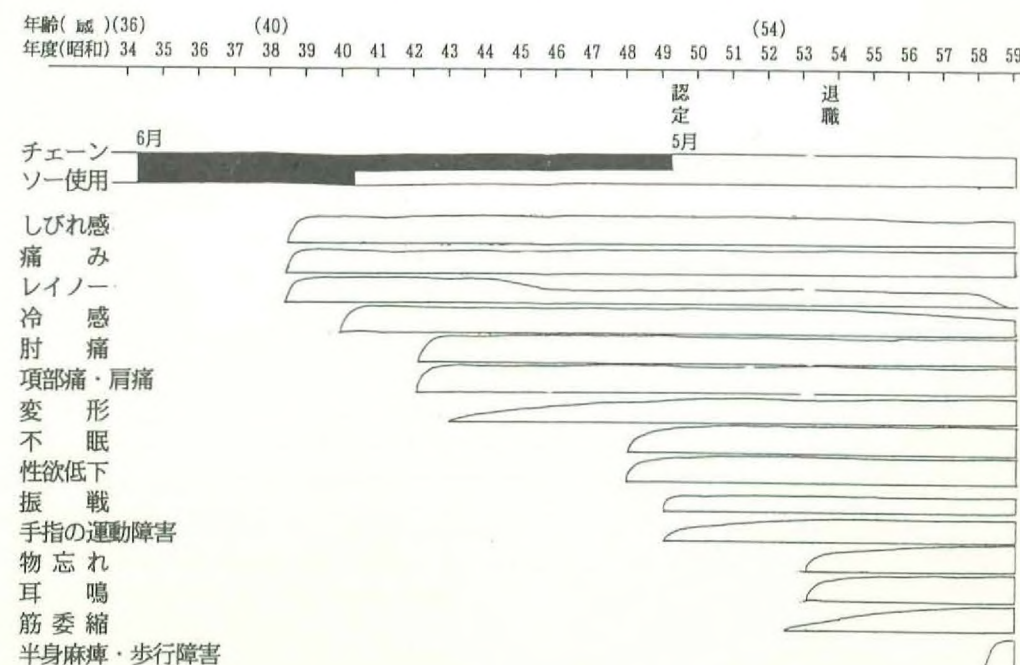
性は非常に大きいと思うのです。例えば、心臓疾患だとか胃腸障害などに対する影響は無視できないと思います。

それから、レム睡眠というのは非常に特異な睡眠でして、このときは眼球が動くので、夢をみているのではないかとされている。たしかに調べてみると、夢をみているときが多いですね。でも、必ずしも夢をみているとは限らない。ただはっきりしているのは、このときには成長ホルモンと性ホルモンなどが非常に豊富に分泌されています。寝る子は育つというのは、実はそういう成長ホルモンと関係があるといわれています。もうひとつは、このときにほとんどの場合ペニス勃起するのです。ところが振動病の人はあまり立たないという報告があるので、インポテンツと関係あるのかどうか、どう解釈するかむずかしいのですが、とにかく何かが起こっているんですね。これはたまたまポリグラフによって引っかかった振動病のひとつの症状。もちろんこれは振動病だけに出てくるものではなくて他の病気にも出てくると思うのですけれども、少なくとも脳の器質的疾患の場合にはみられないわけです。植物人間を例にとりましたが、脳が広範にやられていても生体リズムはある程度保たれている。それなのに振動病の場合には保たれていないということはどういうことなのかといういろいろ想像しているわけですが、そういう事実があります。したがって、精神症状も単なるノイローゼ(反応性)ではなく、身体異常の裏付けがあるわけです。

振動暴露中止後の症状悪化

そういういろいろなことがあって私はこの慢性期の時点で病像論というものを再検討しなくてはいけないと思っています。さまざまある症状をある一時期だけの断面でみてしまえば、どこが老人性のものでどこが振動病のものかわからなくなってしまうのです。ところが図のようなものを書いてみる

第2図 症状の経過とチェーンソー使用の関係



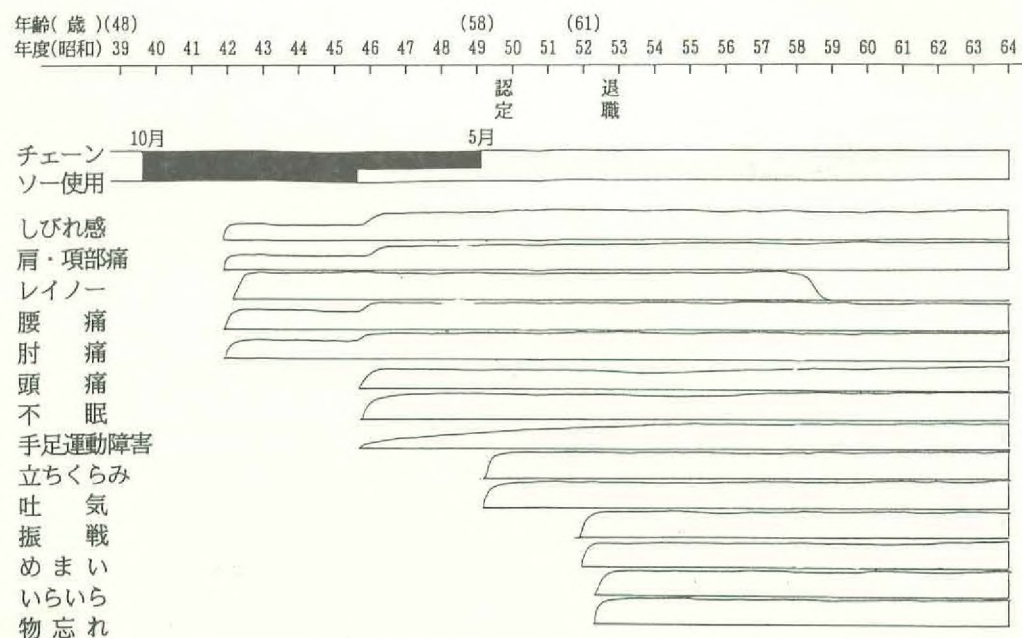
と、初期の諸症状は振動病によるものとだれも疑わない。レイノー現象などは少し軽快して最後は消えてしまう。ところが、自律神経症状などはずっと続いている(第2図)。

振動工具を使用している時期に出てきた症状はともかく、やめてから出てきたものはどう解釈するか。例えばやめてから筋萎縮や変形などが増悪していますが、これは、この時点で末梢神経障害が起こったりあるいは関節障害のために末梢神経が圧迫されて起これば、あとから出てきたとしても振動障害と関係ないとは言えないわけです(第3図)。ただ、例えば、半身麻痺がやめてずいぶんたってから突然起こってますね。これが振動病と全く関係ないとは言えませんがそれは同じ一人の人格の中ですから一、しかし、私たちが使う「続発」とか振動病関連の病気というにはちょっと無理があると思いま

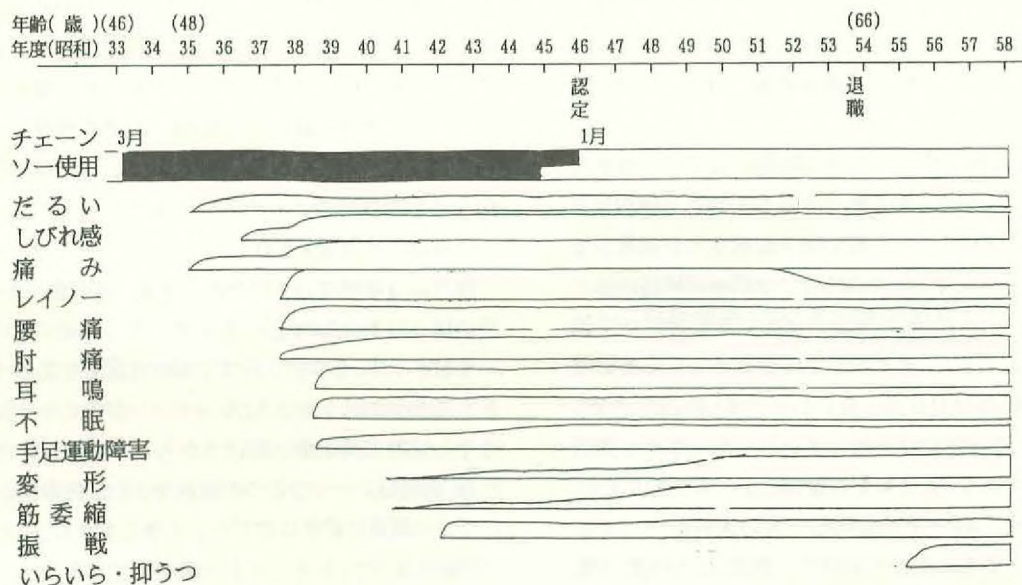
す。けれども、やめてから出てきたいくつかのものはやはり関係がある。ある時点で断面で切ってしまうと老人性かどうかかわからないけれども、最初から、若いときから続いているものは、老化現象によって悪くなるかもしれないが、症状そのものは振動病あるいは続発性のものというふうに考えてよいのではないかと思います。

似たような例はいくつかあります。次の例でも、使いはじめてから2年目くらいでいろいろ出てきているわけです。そういう時点で何か対策をたてるべきであったと思うのですが、レイノーがでてからも延々と振動工具を使い続けてからようやく認定される(第4図)。一つひとつの症状をとれば振動病かどうかの関連は非常にむずかしくなりますね。例えば腰痛などでも、レイノーと一緒に出てきた症状であれば、これは振動—振動とストレートに結びつけ

第3図 症状の経過とチェーンソー使用の関係



第4図 症状の経過とチェーンソー使用の関係



第1表 労災処遇と臨床症状(1993)

	治癒認定	継続療養	新規患者
末梢循環障害	9(25.0)	2(6.4)	0
発汗過多	12(33.3)	12(38.7)	2
運手指・手関節	23(63.8)	15(48.3)	0
動肘関節	14(38.8)	13(41.9)	0
障頸部	11(30.5)	13(41.9)	0
害上肢	15(41.6)	9(29.0)	0
下肢	13(36.1)	2(6.4)	0
筋委縮	7(19.4)	5(16.1)	0
変形	9(25.0)	8(25.8)	1
感覚障害	26(72.2)	27(87.0)	4
頸椎症	20(55.6)	13(41.9)	2
頸肩腕症候群	19(52.7)	12(38.7)	1
脊髄障害	1(2.7)	0	0
半身症状	3(8.3)	1(3.2)	0
計	36	31	6

なくても振動工具を使う労働と関係がないとは言えないわけです。例えば、この抑うつ状態などはまだちょっと微妙だと思うのです。全く関係ないとは言えない。おそらく、様々な症状がずっと続いたために反応を起こしてしまったのだとすれば、振動病との関連がより強いものだと思います。

振動工具を使う労働そのものから直接的に起こってくるものと「続発する」と言った方がよいものと、関連が否定できないものと、それからおそらく合併症だと思われるものなど、いくつかのレベルに分けられるのだと思います。

次のケースで、やめてから出てきている症状で耳鳴り、難聴。難聴が最初から出てくるケースもありますね。これは、振動病そのものよりも振動工具のもつ職業性の聴力障害でしょう。この難聴というのは思ったよりも出現頻度が高かったですね。それはおそらく、あの激しい音が原因だろうと思います。しかし、やめてから出てくるようなのはどうなのだろう。このケースでの物忘れ、立ちくらみこれは関係ないことはないにしても、医学的に言う振動病関連の症状かどうかは非常に疑問です。

同じ聴力障害ひとつをとっても、人によってかなり違うと思います。私たちは一つひとつこまかく分析しながらもう一度病像論を考えてみたいと思ってこういうことをやっているわけです。

慢性期振動病は脊椎の病気

これから先は私の仮説です。先ほどはなぜ症状が進むかという話で、明らかに進む部分があり、ほとんどが治っていない。それをどう解釈するかということで、血管—循環障害の話が出ました。血管が一度ダメージを受けるとそれがひとつの引き金となって雪だるま式にひろがっていくということは他の病気でも知られていることで、たぶんそういうメカニズムが症状の進行に関係しているでしょう。

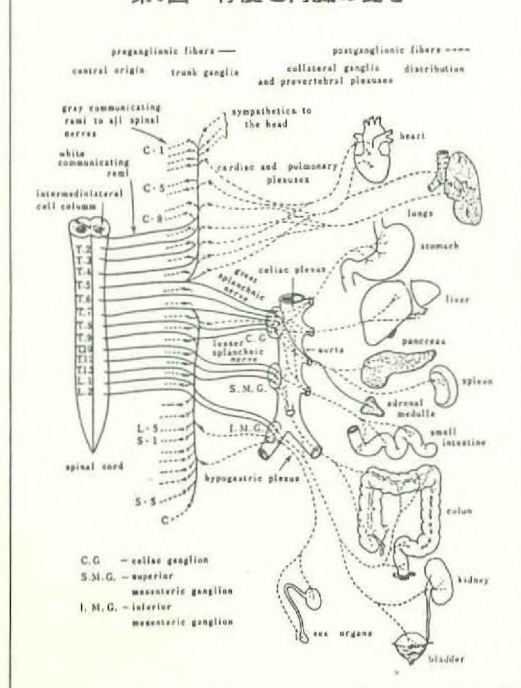
もうひとつは頸椎の変化による症状が慢性期に

は非常に強い。だから少なくとも慢性期には頸椎などの脊柱の問題があると思います。ひとつの仮説ですが、私は振動病というのは慢性期においては脊椎の病気と考えてもいいのではないかとこのくらいに思っています。

あきらかに頸椎症というような症状が多発していますね。それから、腰神経叢でも神経の障害がたくさん出ています。私たちは検診をするときに、もちろん冷水負荷テストやタッピングなど通常行われる検査も全て行うほか、神経学的検診、さらに同時に職業病としての頸肩腕症候群検診、腰痛検診も組み合わせて行っています。そうすると、腰痛症の出現比率は非常に高いわけです。それからいくつかのチェックポイントがあって、その所見を全部とると、変な例えですが、頸肩腕症候群で労災申請しても認定されるような患者がかなりいます。

それから脊椎の病気だというひとつの仮説を考えますと、御承知のようにいろいろな臓器と自律神

第5図 脊髄と内臓の働き



経とは関係があるわけですから、何が起ころともあまりおかしくないですね。合併症として、例えば胃潰瘍が多いのじゃないかとおっしゃった先生もおられましたが、当然それは起こったとしても不思議ではないという気がしています。まあしかし、それはひとつの仮説の段階ですが、脊椎ということを考えていけばいろいろな臓器に出てきて、つまりまさに振動工具を使う労働者の病気というのは脊椎を障害して慢性期になるとまさに全身病気になるという仮説が成り立ちます(第5図)。立ちくらみとかめまいといったものも分析してみると、どうも先ほど言った脳の器質的な傷害というよりも頸椎動脈の循環不全というような症状と考えた方が妥当と思われます。したがってこれも頸椎に関連した症状と考えてよいのではないかと考えているわけです。

結局、最初は振動によって局所的な所見が起こっ

て、それが次々と引き金になって骨・関節、そして脊椎の変化などを引き起こすために症状が全身化し、そして場合によっては進行するというふうに説明できる。その他に、よく言われている寒冷だとか騒音、労働の姿勢、ガス—古い振動工具を使わせてもらったことがあります、自動車の排ガスのところに鼻をつけてるような感じですね。「こんなの使っていて大丈夫だったのか」と聞くと、「時々ふらふらとしよった」と言う—こういうものが全部重なっているわけですから。かりにレイノー現象が改善されたとしても、他のいろいろな職種で頸肩腕症候群や腰痛症が職業病として認定されているという事実を考えてみても、いろいろな症状で職業性のものであると証明できるのではないかと私は考えています。いま申し上げた後ろの方は、これはあくまでも私の仮説でして、様々な現象、様々な問題が起こっていることをどう説明するかというときに、こういう説明の仕方をするとうまく説明がつくのではないかと。例えば、症状が進行することだとか全身性の問題だとかいう問題が、ある程度説明つくのではないかと考えています。

いまから、第一線で振動病と取り組んでおられる先生方のデータや実例、意見を私たちに提供して、応援していただきたいし、またそれらを集めることによっていま問題になっている病像論の再構築を行っていきたいと思います。しかし、それは日々目の前の問題を抱えて悪戦苦闘している先生方からするとちょっとまだろこしい、もっと早く何とかならんかとおっしゃる声が聞こえるような気がして、たしかにそうだと思います。その点では、目の前の現実の問題の解決には労働組合サイドでもがんばっていただきたいし、それは単に労災補償打ち切り反対ということだけでなく、最終的には従来の病像論を再検討し、新しい救済のあり方を模索していきたいと思っています。補償にしても30年も同じというのも、現実には合わなくなっていると思います。



慢性期振動病における調査研究

労働者住民医療機関連絡会議
全国労働安全衛生センター連絡会議

はじめに

労働者住民医療機関連絡会議(労住医連)は、全日本森林関連産業労働組合連合会(森林労連)からの要請を受けて、労災保険を打ち切られた振動障害患者に関する調査研究(慢性期振動障害に関する調査研究)を行った。調査の実施及び調査報告書の作成に当たっては、全国労働安全衛生センター連絡会議(全国安全センター)の全面的な協力を得て、合同の振動病プロジェクトを設置し、1993年5月8-9日(大阪)、1994年1月23日(熊本)、1994年3月5-6日(東京)で検討会議を開催したほか、随時、全国各地の医師・医療機関関係者、地域安全センタースタッフ、研究者と連絡をとりながらすすめてきた。

この調査結果報告書は、①労災保険を打ち切られた振動障害患者に対する全国アンケート調査、②屋久島・宮崎で労災保険を打ち切られた振動障害患

者及び労災保険で現在も療養中の振動障害患者等を対象に実施した検診、のふたつの調査研究の結果をまとめたものである。報告文のとりまとめは、前者を、労住医連・全国安全センター事務局が、後者を、原田正純(熊本大学医学部体質医学研究所)、木村孝文(熊本・秋津レークタウンクリニック)が担当した。

1994年7月

労働者住民医療機関連絡会議
全国労働安全衛生センター連絡会議

第1部

アンケート調査結果

I 調査目的

近年において労働基準監督署より労災保険を打ち切られた(治癒・症状固定とされた)振動障害患

表1 性別(都道府県別)

	人(%)	
	合 計	男 女
全体	275(100.0)	271 4
北海道	27(9.8)	27 -
青 森	2(0.7)	2 -
東 京	1(0.4)	1 -
長 野	3(1.1)	3 -
静 岡	5(1.8)	5 -
奈 良	81(29.5)	79 2
和歌山	26(9.5)	26 -
徳 島	9(3.3)	9 -
愛 媛	5(1.8)	5 -
高 知	55(20.0)	55 -
熊 本	10(3.6)	10 1
宮 崎	28(10.2)	27 1
鹿児島	23(8.4)	23 -
検診受診者	66(100.0)	62 4
症状固定	29(43.9)	29 -
療養継続	31(47.0)	28 3
新 規	6(9.1)	5 1

表2 年齢(都道府県別)

	都道府県区分・合計数は表1参照						人(%)
	60歳未満	60歳以上 65歳未満	65歳以上 70歳未満	70歳以上	無 回 答	平均年齢	
全体	36(13.1)	62(22.5)	94(34.2)	82(29.8)	1(0.4)	66.7±6.9歳(274人)	
北海道	3(11.1)	2(7.4)	7(25.9)	15(55.8)	-(-)	71.3±8.1歳(27人)	
青 森	1(50.0)	1(50.0)	-(-)	-(-)	-(-)	60.5±0.0歳(2人)	
東 京	1(100.0)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	42.0±0.0歳(1人)	
長 野	-(-)	-(-)	1(33.3)	2(66.7)	-(-)	73.3±6.1歳(3人)	
静 岡	-(-)	-(-)	4(80.0)	1(20.0)	-(-)	68.0±3.2歳(5人)	
奈 良	11(13.6)	22(27.2)	35(43.2)	12(14.8)	1(1.2)	64.6±5.5歳(80人)	
和歌山	5(19.2)	6(23.1)	3(11.5)	12(46.2)	-(-)	67.2±7.5歳(26人)	
徳 島	2(22.2)	6(66.7)	-(-)	1(11.1)	-(-)	62.7±7.3歳(9人)	
愛 媛	-(-)	1(20.0)	2(40.0)	2(40.0)	-(-)	68.0±4.2歳(5人)	
高 知	8(14.5)	11(20.0)	17(30.9)	19(34.5)	-(-)	66.9±7.2歳(55人)	
熊 本	-(-)	2(20.0)	7(70.0)	1(10.0)	-(-)	67.0±3.1歳(10人)	
宮 崎	3(10.7)	7(25.0)	9(32.1)	9(32.1)	-(-)	66.7±6.0歳(28人)	
鹿児島	2(8.7)	4(17.4)	9(39.1)	8(34.8)	-(-)	68.5±6.0歳(23人)	
検診受診者	20(30.3)	17(25.8)	20(30.3)	9(13.6)	-(-)		
症状固定	1(3.4)	8(27.6)	12(41.4)	8(27.6)	-(-)	67.1±5.0歳(29人)	
療養継続	14(45.2)	8(25.8)	8(25.8)	1(3.2)	-(-)	61.2±5.2歳(31人)	
新 規	5(83.3)	1(16.7)	-(-)	-(-)	-(-)	53.2±6.6歳(6人)	

者について、①労災打ち切り前後の行政措置等について、及び労災打ち切り後の、②生活の状況、及び、③からだの状況、のそれぞれについて、調査分析を行ったものである。

II 調査方法

近年において(原則として、労働省のいわゆる新治療指針(『振動障害の治療指針』について)昭和61年10月9日付け基発第585号労働省労働基準局長通達)が策定された後の1987年以降)、労災保険を打ち切られた振動障害認定患者について、アンケート調査票(巻末:第1部資料一省略)による調査を行った。

調査は、1993年10月から12月にかけて、労働者住民医療機関連絡会議、全国労働安全衛生センター連絡会議及び全日本森林関連産業労働組合連合会のスタッフが、原則として本人に面会のうえ記入する方法によって行われた。

III 調査結果

1 回答数

回答総数は、275名であり、都道府県別(住所地、以下同じ)は表1(表については紙幅の関係でごく一部のみ掲載)のとおりとなっている。

その他に、屋久島及び宮崎で実施した検診を受診した療養継続(労災保険を打ち切られていない)者31名と未認定者(新規)6名からも同一のアンケート調査票で必要な項目についての回答を得ており、これを合わせると312名となる。

また、前記275名中29名(表1・2の「症状固定」欄)も屋久島及び日向で実施した検診を受診しているが、この症状固定者と療養継続者のアンケート結果の比較については、第2部のⅥ及びⅦで行っているので参照されたい。

第1部では、労災保険を打ち切られた275名のアンケート調査結果について分析する。

2 性別・都道府県別

回答者のうち女性は275名中4名ときわめて少数であり、性別比較の意味がないと思われるので、区分せずに分析した。(表1)

都道府県(住所地)別にみると、奈良 81名(29.5

表3-1 振動工具の延べ使用年数(都道府県別)

	合 計	人(%)					平均振動工具 使用年数
		10年未満	10年以上 15年未満	15年以上 20年未満	20年以上	無 回 答	
全体	275(100.0)	45(16.4)	87(31.6)	62(22.5)	65(23.6)	16(5.8)	15.1±7.9年(259人)
北海道	27(100.0)	5(18.5)	10(37.0)	8(29.6)	4(14.8)	-(-)	13.4±4.6年(27人)
青 森	2(100.0)	1(50.0)	-(-)	-(-)	-(-)	1(50.0)	9.0±0.0年(1人)
東 京	1(100.0)	1(100.0)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	3.0±0.0年(1人)
長 野	3(100.0)	-(-)	2(66.7)	-(-)	-(-)	1(33.3)	10.5±0.0年(2人)
静 岡	5(100.0)	-(-)	2(40.0)	3(60.0)	-(-)	-(-)	14.6±3.2年(5人)
奈 良	81(100.0)	16(19.8)	20(24.7)	6(7.4)	32(39.5)	7(8.6)	17.6±11.4年(74人)
和歌山	26(100.0)	3(11.5)	8(30.8)	6(23.1)	1(3.8)	14.7±5.3年(25人)	
徳 島	9(100.0)	-(-)	-(-)	4(44.4)	5(55.6)	-(-)	18.0±2.4年(9人)
愛 媛	5(100.0)	-(-)	1(20.0)	2(40.0)	2(40.0)	-(-)	22.0±10.0年(5人)
高 知	55(100.0)	14(25.5)	18(32.7)	13(23.6)	7(12.7)	3(5.5)	12.6±5.4年(52人)
熊 本	10(100.0)	-(-)	4(40.0)	3(30.0)	3(30.0)	-(-)	16.9±8.3年(10人)
宮 崎	28(100.0)	4(14.3)	13(46.4)	8(28.6)	-(-)	3(10.7)	12.4±3.4年(25人)
鹿児島	23(100.0)	1(4.3)	9(39.1)	7(30.4)	6(26.1)	-(-)	15.9±5.9年(23人)
検診受診者	66(100.0)	4(6.1)	25(37.9)	17(25.8)	13(19.7)	8(12.1)	
症状固定	29(100.0)	2(6.9)	13(44.8)	9(31.0)	3(10.3)	3(10.3)	14.1±4.7年(27人)
療養継続	31(100.0)	1(3.2)	11(35.5)	8(25.8)	8(25.8)	3(9.7)	15.8±5.8年(29人)
新 規	6(100.0)	1(16.7)	1(16.7)	-(-)	2(33.3)	2(33.3)	16.5±12.2年(4人)

%)、高知 55名(20.0%)、宮崎 28名(10.2%)、北海道 27名(9.8%)、和歌山 26名(9.5%)、鹿児島 23名(8.4%)、熊本 10名(3.6%)、徳島 9名(3.3%)、静岡 5名(1.8%)、愛媛 5名(1.8%)、長野 3名(1.1%)、青森 2名(0.7%)、東京 1名(0.4%)、の13都道府県となっている。

3 年齢

全体の平均年齢は66.7±6.9歳で、60歳未満36名(13.1%)、60歳以上65歳未満94名(34.2%)、65歳以上70歳未満94名(34.2%)、70歳以上82名(29.8%)、無回答1名となっている。(表3)

4 打ち切られた(症状固定)時期

労災保険を打ち切られた時期(症状固定年)については、①「新治療指針」(昭和61年10月9日付け基発第585号労働省労働基準局長通達『振動障害の治療指針』について)の施行—1987年以降、及び、②いわゆる「経過観察」の導入(平成2年10月29日付け基発第664号労働省労働基準局長通達『振動障害に係る保険給付の適正化について』の一部改正について)及び同日付け補償課長名の事務連絡「振動障

害に係る適正給付管理対策の運用について)―1991年以降、で区分することができる。

調査結果は、1986年以前1名、1987年以降1990年以前115名(41.8%)、1991年以降88名(32.0%)、無回答71名(25.8%)となっている。(表3)

1986年以前の1名は1983年に症状固定とされた者であるが、無回答の者も72名いるので分析から除外しなかった。最新のものでは1993年8月に症状固定とされた者もいた。

5 全調査対象に占める割合

1987年度以降の症状固定者の総数は、労働省資料(次頁表)によると、1987年度229名、1988年度639名、1989年度1,185名、1990年度848名、1991年度738名であるが、1992年度以降のデータが現時点では公表されていないため、全対象者に占める今回の回答者の比率は確定できない。1987～1990年度の合計は2,901名で調査結果の1987年以降1990年以前115名は、年度と暦年の違いはあるが、約4%に該当する。

6 認定期間

特集／慢性期振動病の実像に迫る

■振動障害者の症状固定者年度別推移

基準局	1984年 固定者数	1985年 固定者数	1986年 固定者数	1987年 固定者数	1988年 固定者数	1989年 固定者数	1990年 固定者数	1991年 固定者数	累計者数	1991年度末 療養継続者数
1 北海道	(4)	(1)	(5)	2(1)	36(28)	46(41)	14(11)	10(5)	118(96)	3,043(1,824)
2 青 森	-	-	-	-	2(1)	1(1)	-	2	5(2)	31(9)
3 岩 手	(28)	(12)	(8)	8(4)	33(17)	75(25)	36(21)	32(20)	232(125)	73(30)
4 宮 城	(3)	(2)	(3)	-	2	7(3)	3	2	22(11)	54(9)
5 秋 田	-	-	-	2	11(3)	19(3)	11(2)	4(3)	47(11)	89(22)
6 山 形	-	-	(1)	1	1	6(2)	4(1)	4(2)	17(6)	38(7)
7 福 島	(1)	(3)	(4)	7(4)	10(5)	20(13)	2(1)	2(1)	49(32)	19(7)
8 茨 城	-	(1)	-	-	1	1	-	-	3(1)	7
9 栃 木	-	(1)	-	-	1(1)	-	1	5	8(2)	27(8)
10 群 馬	-	-	-	-	1	7(1)	5	7(1)	20(2)	26
11 埼 玉	(2)	-	(1)	2(1)	7(6)	4	4	2	22(10)	25
12 千 葉	-	-	-	-	2	1	-	5	8	19(1)
13 東 京	-	-	-	1	16(1)	10	2(1)	5(2)	34(4)	20
14 神奈川	-	-	(1)	4(1)	6	6	9(4)	8	34(6)	46(6)
15 新 潟	(2)	(4)	(1)	19(5)	25(9)	12(1)	6(4)	6	75(26)	52(3)
16 富 山	-	(1)	(2)	-	4	3(3)	5(3)	1	16(9)	16(2)
17 石 川	-	-	-	-	3	2	2	3(1)	9(1)	9(3)
18 福 井	(1)	-	(3)	5(2)	24(11)	9(6)	11(5)	3(3)	56(31)	79(38)
19 山 梨	-	(3)	(3)	3(3)	2	3(3)	17(14)	11(8)	42(34)	56(28)
20 長 野	(1)	(2)	(4)	1(1)	-	18(16)	9(7)	18(13)	53(44)	159(92)
21 岐 阜	(5)	(12)	(10)	30(5)	21(6)	20(10)	48(3)	44(12)	190(63)	266(152)
22 静 岡	-	-	(1)	-	2(1)	21(10)	5(3)	3(2)	32(17)	34(12)
23 愛 知	-	-	-	1	14(1)	2	5	1	23(1)	48(7)
24 三 重	-	-	(2)	6(2)	22(10)	132(46)	155(40)	108(29)	425(129)	299(107)
25 滋 賀	-	(5)	-	-	10(8)	24(23)	10(7)	-	49(43)	72(57)
26 京 都	(1)	(18)	(32)	22(19)	44(29)	43(31)	51(41)	44(36)	255(198)	363(261)
27 大 阪	(1)	-	-	2	6(2)	11(5)	11(5)	3(2)	34(12)	87(8)
28 兵 庫	(3)	(2)	(2)	15(4)	22(6)	61(26)	24(10)	16(2)	145(55)	276(23)
29 奈 良	(7)	(11)	(17)	1(1)	76(70)	127(103)	37(32)	53(45)	329(286)	358(296)
30 和歌山	(6)	(11)	(31)	8(7)	61(54)	165(143)	163(142)	151(126)	596(520)	471(333)
31 鳥 取	-	-	(2)	3(1)	7(3)	3	2	7(3)	24(9)	40(11)
32 島 根	(1)	(3)	(1)	5	15(7)	5(1)	6(3)	3(1)	39(17)	43(7)
33 岡 山	-	-	(1)	2(1)	12	6(2)	-	2	23(4)	53(2)
34 広 島	-	-	-	1	7(1)	27(12)	23(6)	39(1)	97(20)	383(7)
35 山 口	(2)	(4)	(2)	18(8)	7(2)	15(7)	15	4	67(25)	105(26)
36 徳 島	(1)	(1)	-	20(9)	26(15)	38(16)	36(24)	22(11)	144(77)	330(119)
37 香 川	-	-	-	3	12	4	5	14(2)	38(2)	108(7)
38 愛 媛	(1)	(1)	(3)	5	15(3)	38(7)	39(12)	19(2)	121(29)	1,139(115)
39 高 知	-	(6)	(3)	4(2)	20(14)	93(63)	44(34)	33(25)	203(147)	1,334(685)
40 福 岡	(1)	(4)	-	3(1)	7(1)	34(13)	9(2)	5(1)	63(23)	114(33)
41 佐 賀	-	-	-	-	4(1)	-	4(1)	-	8(2)	16(2)
42 長 崎	-	-	-	4(3)	-	3	1	-	8(3)	14
43 熊 本	-	-	-	-	-	11(11)	6(6)	2(1)	19(18)	70(22)
44 大 分	(1)	-	(2)	-	-	7(3)	3	2	15(6)	520(135)
45 宮 崎	(4)	(3)	(5)	-	3(2)	14(14)	4(3)	31(28)	64(59)	497(404)
46 鹿 児 島	(3)	(1)	(1)	21(6)	39(26)	31(23)	1	3(2)	100(62)	189(105)
47 沖 縄	(-)	(-)	(-)	-	-	-	-	-	-	6
合 計	(79)	(112)	(151)	229(82)	639(344)	1,185(687)	848(446)	738(380)	3,981(2,281)	11,125(5,025)

注) ()内の数字は林業労働者の人数を内数として計上している。

なお、年度末療養継続者数は、前年度末療養継続者数-(症状固定者数+治療中断者数+死亡者数)+新規認定者数で求められるが、1991年度の症状固定者数、治療中断者数、死亡者数、新規認定者数は、各々、738(380)人、54(23)人、145(47)人、377(96)人となっている。

労災認定されてから打ち切られるまでの認定期間の長さは、5～9年 26名(9.5%)、10～14年 135名(49.1%)、15～19年 80名(29.1%)、20～24年 2名(0.7%)、無回答 32名(11.6%)、全体の平均認定期

間は 13.5±3.2年(「無回答」を除く243名の平均)となっている。(表5)

7 振動工具の延べ使用年数

慢性期振動病における調査研究

表8-2 労災打ち切り前の労基署からの働きかけ(都道府県別/複数回答)

	全 体	何らかの働きかけがあった	本人に対してあった				主治医・医療機関に対してあった	事業主に対してあった	家族に対してあった	な かった	わからない	そ の 他	無 回 答
			本人に対してあった	主治医・医療機関に対してあった	事業主に対してあった	家族に対してあった							
全体	275(100.0)	215(78.2)	191(69.5)	97(35.3)	5(1.8)	5(1.8)				28(10.2)	10(3.6)	5(1.8)	17(6.2)
北海道	27(100.0)	18(66.7)	12(44.4)	16(59.3)	-(-)	1(3.7)	6(22.2)	3(11.1)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)
青 森	2(100.0)	2(100.0)	2(100.0)	1(50.0)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)
東 京	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)
長 野	3(100.0)	2(66.7)	2(66.7)	1(33.3)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	1(33.3)
静 岡	5(100.0)	5(100.0)	4(80.0)	4(80.0)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)
奈 良	81(100.0)	68(84.0)	59(72.8)	22(27.2)	3(3.7)	2(2.5)	1(1.2)	1(1.2)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	11(13.6)
和歌山	26(100.0)	23(88.5)	21(80.8)	14(53.8)	-(-)	2(7.7)	-(-)	2(7.7)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	1(3.8)
徳 島	9(100.0)	8(88.9)	6(66.7)	6(66.7)	-(-)	-(-)	1(11.1)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)
愛 媛	5(100.0)	3(60.0)	3(60.0)	3(60.0)	-(-)	-(-)	2(40.0)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)
高 知	55(100.0)	50(90.9)	50(90.9)	17(30.9)	-(-)	-(-)	2(3.6)	1(1.8)	3(5.5)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)
熊 本	10(100.0)	8(80.0)	6(60.0)	2(20.0)	-(-)	-(-)	2(20.0)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)
宮 崎	28(100.0)	20(71.4)	16(57.1)	9(32.1)	1(3.6)	-(-)	4(14.3)	1(3.6)	1(3.6)	2(7.1)	2(7.1)	2(7.1)	2(7.1)
鹿児島	23(100.0)	9(39.1)	9(39.1)	2(8.7)	-(-)	-(-)	10(43.5)	2(8.7)	1(4.3)	2(8.7)	1(4.3)	2(8.7)	2(8.7)

振動工具の延べ使用年数は、10年未満 45名(16.4%)、10年以上15年未満 87名(31.6%)、15年以上20年未満 62名(22.5%)、20年以上 65名(23.6%)、無回答 16名(5.8%)で、全体の平均使用年数が 15.1±7.9年となっている。(表5-1-5-2)

これを都道府県別でみると、平均使用年数で、愛媛 22.0±10.0年(5名)、徳島 18.0±2.4年(9名)、奈良 17.6±11.4年(74名)が長く、宮崎 12.4±3.4年(25名)、高知 12.6±5.4年(52名)、北海道 13.4±4.6年(27名)等が相対的に短い。(表5-1)

また、年齢別でみると、平均使用年数が、60歳未満 15.3±9.8年(35名)、60歳以上65歳未満 16.4±8.1年(58名)、65歳以上70歳未満 14.7±7.8年(88名)、70歳以上14.3±6.8年(77名)と、65歳未満で長く、65歳以上で相対的に短くなっている。(表5-2)

8 振動工具を一番長く使用していた業種

振動工具を一番長く使用していた業種は、林業が249名で90.5%を占め、以下、土木・建設 15名(5.5%)、石工 2名(0.7%)、炭鉱・鉱山 2名(0.7%)、その他 6名(2.2%)、無回答 1名(0.4%)となっている。(表6)

9 使用していた振動工具の種類

使用していた振動工具の種類(最も多く使った工具をひとつだけ選択)は、チェーンソーが235名で85.5%を占め、以下、削岩機 17名(6.2%)、刈払機 15名(5.4%)、コンクリートブレーカー 1名(3.6%)、ピック 1名(3.6%)、その他 3名(10.9%)、無回答 3名(10.9%)となっている。(表7)

IV 労災打ち切り前後の行政措置等

1 労災打ち切り前に当たっての労働基準監督署からの働きかけ

労災打ち切り前に当たって、労働基準監督署から何らかの働きかけが「あった」と答えた者が、全体で 215名(78.2%)あり、打ち切られた年が1987年以降1990年以前では115名中88名で 76.5%だったものが、1991年以降では88名中75名で 85.2%と、近年増加傾向にあることを伺わせる。働きかけが「なかった」と答えた者でみると、全体で 28名(10.2%)あり、打ち切られた年が1987年以降1990年以前では115名中16名で 13.9%だったものが、1991年以降では88名中2名で 2.3%と少なくなっている。(表8-1)

働きかけの対象としては(複数回答)、本人に対して 191名(全体275名中の69.5%、以下同じ)、主治医・医療機関に対して 97名(35.3%)、事業主に対

して5名(1.8%)、家族に対して5名(1.8%)となっている。これを労災を打ち切られた時期区分でみると、主治医・医療機関に対してあったと答えたものが、1987年以降1990年以前31件(27.0%)から1991年以降36件(40.9%)と、主治医・医療機関に対する働きが強まっているようにみえる。(表8-1)

都道府県別でみると、鹿児島が何らかの働きかけが「あった」と答えた者が39.1%(23名中9名)と極端に少ないことがめだつ(「なかった」と答えた者は43.5%)。また、主治医・医療機関に対する働きかけが、北海道59.3%(27名中16名)、和歌山53.8%(26名中14名)などで高くなっている。(表8-2)

2 働きかけの内容

労災打ち切りに当たった労働基準監督署からの働きかけが「あった」場合の具体的内容を、自由記入欄の記載内容でみると、次のような内容であった。

- ・(主治医から)私のみところでは症状が悪化していると思うが、監督署はそのくらいのことは症状固定であるというのでどうにもならない。
- ・(主治医から本人に対して)監督署から切られるよとの話があった。「監督署がしつこいもんだから…」と医者が言った。
- ・労基署の調査官が、翌年から基準局も加わり、いつまでももらえるものでない。外の者は終わっている。後の人のためにも云々、と本人に対して圧力をかけた。
- ・いつまでもみるわけにはいかない、そのうち打ち切るようになると労基署に言われた。
- ・医療機関へ先にあり、そこから本人へ労基署から切ると通達があったので、主治医としては何も言えない。
- ・本人に通知があり、よびだされた。年が長いから打ち切ります。
- ・打ち切りの2~3か月前に監督署が対象者を社会福祉センターに集めて説明した。

・労基署長がきて「もう治療しても良くならないから、社会復帰してほしい。また悪くなれば再発の手続もできるし、異議申立てもできる。これから10年越えた者は順に打ち切っていく」と話があった。打ち切りの文書は(きたかどうか)覚えがない。

- ・1月前に署長が来て、症状固定である、以後は再発手続、異議申立てもできる、順次10年を越えた者は切る。主治医は何の話もない。
- ・最も古いので打ち切ってくれ。
- ・長期治療のためこれ以上は認められない。
- ・長い間治療した。効果はない。
- ・1か月前に打ち切ると通知(口頭で)。一方的に強行。主治医は治療が必要と言っていた。
- ・何年という決まりはない。もういいかげんに切ってくれ。
- ・治療が古い。法律上仕方がない。打ち切りだ。
- ・10年以上治療しており、本省の指示なので打ち切る。
- ・医療機関に打ち切り対象者を集め、認定後長年経過したので打ち切りと通告あり。
- ・就労しているから打ち切らないかと打診があった。
- ・医療機関に呼びだし、いきなりその月の末日に打ち切ると通告あり。
- ・国の方針により長期間治療した者に対し、古い者から順に打ち切る。
- ・労基署に出頭、印をおさされた。(治ゆ?)法律になったと言われた。
- ・何もなく打ち切りの通知があった。
- ・葉書で「打ち切る」という通知あり。(これだけであとは全く連絡なし)
- ・文書通告のみで打ち切り。

労働基準監督署から何らかの働きかけが「あった」と答えたものが全体の8割にものぼることからみても、主治医の判断による治ゆあるいは症状固定の前に、労基署からの労災打ち切りの圧力を加えら

れている実態があること。とくに、主治医自らの医学的判断に反して半ば強制的に労災保険打ち切りの圧力が加えられている実態が伺われることは問題である。

3 労災打ち切り(症状固定)時の症度区分

労災打ち切り時あるいはその直前の症度区分を記憶しているかどうかを聞いたが、末梢循環障害(V)及び末梢神経障害(N)とも記憶していた者は275名中74名と少なかった。具体的な症度区分は表9-1に示すが、ほとんどの者が中等度異常以上の症状があった(末梢循環障害(V)、末梢神経障害(N)のいずれの自覚症状・身体所見(S)及び検査成績(L)とも軽度異常以下であった者は74名中3名にすぎない)。

運動機能障害の有無については、275名中100名が答えており、「有」と答えた者20名、「無」と答えた者80名であった。(表9-2)

4 労災打ち切り時の休業及び治療の状況

労災打ち切り前の1年間についての休業の状況は、全部休業135名(49.1%)、部分休業(治療日のみ休業)121名(44.0%)、休業せず治療のみ13名(4.7%)、無回答6名(2.2%)で、全部・部分を合わせると休業していた者が256名で93.1%を占めている。(表10-1)

なお、後述のように、労災打ち切りによる家計への影響への対応として「働きに出た」と答えた者が、部分休業と答えた者112名中46名(41.1%)、休業せず治療のみと答えた者13名中2名(18.2%)おり(表12)、部分休業または休業せず治療のみと答えた者であっても必ずしも就労していたわけではないことを示している。労働省は、実際には休業している場合であっても休業補償給付の支給対象を実診療日のみに限定しようという圧力を強めており、部分休業や治療のみとは、労災保険による休業補償給付の請求または支給の状況を答えたものと理解でき

る。

年齢別でみると全部休業が、60歳未満33.3%<60歳以上65歳未満43.5%<65歳以上70歳未満44.7%<70歳以上65.9%、と年齢が高くなるほど全部休業の割合が増えている(部分休業では、逆に、60歳未満66.7%>60歳以上65歳未満48.4%>65歳以上70歳未満46.8%>70歳以上28.0%)。(表10-2)

労災打ち切り前の1年間についての治療の状況をみると、月20回以上128名(46.5%)、週3回以上90名(32.7%)、週1回以上31名(11.3%)、2週1回位6名(2.2%)、月1回位3名(1.1%)、不定期12名(4.4%)、無回答5名(1.8%)となっており、週1回以上の合計では249名で90.5%にものぼる。(表11-1)

全部休業の者では、治療回数が月20回以上59.3%と週3回以上28.1%を合わせて87.4%にのぼり、部分休業の者では、月20回以上37.2%、週3回以上38.0%、週1回以上16.5%(以上の合計で91.7%)等となっている。(表12)

都道府県別でみると、全部休業と部分休業等の割合はかなりばらつきがあり(表10-1)、これは治療の状況とも一定対応する(治療回数の多いところほど全部休業の割合が大きい)が、上述の労働省の姿勢も関係している可能性も大きい。

図式化して言えば、全部休業→部分休業→(当然これまでの過程で治療回数の減少)→治療のみ→症状固定(労災打ち切り)というような段階を踏むのではなく、かなりの頻度の治療及び(全部)休業の必要があるものが労災を打ち切られているわけで、現状の社会(職場)復帰施策のたちおくれ及び症状固定認定実務との間の整合性のなさを裏づける結果になっていると言えよう。

5 労災打ち切り前の「経過観察」

いわゆる「経過観察」(アンケート調査票では「休業補償を受けながら治療を中断又は治療日数を大幅に減らして様子をみること」とことわっている)

表16-2 障害等級(都道府県別)

	合 計	障害6級	障害8級	障害9級	障害10級	障害11級	障害12級	障害13級	障害14級	無 回 答
全体	236(100.0)	2(0.8)	4(1.7)	10(4.2)	17(7.25)	73(30.9)	34(14.4)	3(1.3)	39(16.5)	54(22.9)
北海道	22(100.0)	-(-)	1(4.5)	1(4.5)	-(-)	18(81.8)	-(-)	-(-)	-(-)	2(9.1)
青 森	1(100.0)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	1(100.0)	-(-)	-(-)	-(-)
東 京	1(100.0)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	1(100.0)	-(-)	-(-)	-(-)
長 野	2(100.0)	-(-)	-(-)	1(50.0)	-(-)	1(50.0)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)
静 岡	5(100.0)	-(-)	-(-)	1(20.0)	-(-)	2(40.0)	-(-)	-(-)	-(-)	2(40.0)
奈 良	75(100.0)	-(-)	-(-)	1(1.3)	6(8.0)	8(10.7)	7(9.3)	1(1.3)	32(42.7)	20(26.7)
和歌山	22(100.0)	-(-)	1(4.5)	-(-)	1(4.5)	2(9.1)	2(9.1)	1(4.5)	3(13.6)	12(54.5)
徳 島	9(100.0)	2(22.2)	-(-)	-(-)	-(-)	3(33.3)	-(-)	-(-)	-(-)	4(44.4)
愛 媛	4(100.0)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	1(25.0)	1(25.0)	-(-)	1(25.0)	1(25.0)
高 知	46(100.0)	-(-)	-(-)	4(8.7)	7(15.2)	17(37.0)	6(13.0)	1(2.2)	1(2.2)	10(21.7)
熊 本	8(100.0)	-(-)	-(-)	1(12.5)	2(25.0)	2(25.0)	1(12.5)	-(-)	2(25.0)	-(-)
宮 崎	25(100.0)	-(-)	2(8.0)	1(4.0)	1(4.0)	6(24.0)	15(60.0)	-(-)	-(-)	-(-)
鹿児島	16(100.0)	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	13(81.3)	-(-)	-(-)	-(-)	3(18.8)

の仕組みが導入されたのは1991年以降のこととされる(『『振動障害に係る保険給付の適正化について』の一部改正について』平成2年10月29日付け基発第664号労働省労働基準局長通達及び「振動障害に係る適正給付管理対策の運用について」同日付け補償課長名の事務連絡に基づく)。

1991年以降に労災保険を打ち切られた88名のうち、経過観察が「あった」と答えた者は26名(29.5%)、以下、「なかった」43名(48.9%)、「わからない」10名(11.4%)、無回答9名(10.2%)となっている。(表13-1) 1990年以前に打ち切られた者の中でも8名が経過観察が「あった」と答えているが、これは質問を誤解したものと考えられる。

また、経過観察が「あった」と答えた者26名について、その期間についてみると、3か月未満1名(3.8%)、宮崎1名、3か月以上6か月未満5名(19.2%)、奈良4名と和歌山1名、6か月以上9か月未満13名(50.0%)、北海道1名、奈良10名、和歌山1名、熊本1名、12か月以上5名(19.2%)、高知2名、宮崎1名、鹿児島2名、無回答2名(7.7%)となっている。(表14-1)

経過観察期間という仕組みが導入されたものの、実施状況は低いことがわかる。また、今回のアンケートだけでは明確にできないが、運用の実態、とくに経過観察で治療を中断した結果症状が悪化した者のフォローなど、実情を踏まえた対策が必要であ

る。

6 障害認定

労災打ち切り後の障害認定の有無をみると、障害等級の決定を「受けた」236名(85.8%)、「受けない」15名(5.5%)、「申請中」9名(3.3%)、「わからない」7名(2.5%)、無回答8名(2.9%)となっている。(表15-1) 「受けた」と答えた者は、奈良では92.6%と高いが、青森50%、長野66.7%、鹿児島69.6%などは低い。(表15-2) 労災打ち切りにあたって残存障害に対する補償を受けていない者がまだ一定いる状況は改善されなければならない。

また、障害等級の決定を「受けた」と答えた236名について障害等級別でみると、6級2名(0.8%)、8級4名(1.7%)、9級10名(4.2%)、10級17名(7.2%)、11級73名(30.9%)、12級34名(14.4%)、13級3名(1.3%)、14級39名(16.5%)、無回答54名(22.9%)となっている。(表16-1) 約5分の1の者が、障害認定は受けたが等級はわからないという状況は問題であろう。

障害補償年金給付の対象となる7級以上の認定者は6級とされた2名のみであり(いずれも徳島)、他の決定等級のわかっている180名は障害補償一時金の対象である8級以下にとどまっている。一般的にいうと、12級及び14級が多くなっているのは、「神経系統の機能または精神の障害」(局部に「がん固な」

神経症状を残すもの—12級、局部に神経症状を残すもの—14級)のみに着目した安易な障害認定の実態をうかがわせる。10級や11級については、「上肢の障害」(1上肢の3大関節中の1関節の機能に「著しい」障害を残すもの—12級、1上肢の3大関節中の1関節の機能に障害を残すもの—14級)及び「上肢の障害」と「神経系統の機能または精神の障害」双方に着目して判断したものが多いと思われる。障害等級表と障害補償の仕組みを抜本的に見直すことが必要であるが、現行制度のもとでの運用の実態も改善する必要がある。

7 アフターケア(健康管理)手帳の交付

振動障害認定者で労災保険打ち切り後障害補償給付を「受けている者または受けると見込まれる者」については、その者の申請等の手続なしに所轄労働基準局長から「健康管理手帳(いわゆる「アフターケア手帳」)」を交付され、症状固定後も委託医療機関において一定の診察、保健指導、検査、保健のための薬剤の支給(「労働福祉事業としてのアフターケア」)が受けられることとされている。

対象者は当然に交付を受けていなければならないわけであるが、障害等級の決定を受けたと答えた者236名についてみると、アフターケア手帳の交付を「受けた」と答えた者が205名(236名中86.9%)となっているが、「受けない」と答えた者も26名(11.0%)おり、「わからない」3名と「無回答」2名を合わせると、31名(13.1%)になる。(表17-1・17-2) これに障害等級の決定を「受けない」15名と「わからない」7名、「無回答」8名を加えると、61名、275名のうちの22.2%の者がアフターケア手帳の交付を受けていない可能性があることになる。

V 労災打ち切り後の生活について

1 労災打ち切り時の家計への影響の有無

労災打ち切り当時の家計への影響の有無につい

てみると、影響がかなりあった198名(72.0%)、影響が少しあった56名(20.4%)、影響は特になかった17名(6.2%)、無回答4名(1.5%)で、何らかの影響があったものは254名で92.4%にのぼっている。(表18-1・18-2・18-3)

これを、労災打ち切り当時の休業の状況の別でみると、明らかに、全部休業→部分休業→休業せず治療のみ、の順で家計への影響が大きくなっている。(表18-1)

2 家計影響への対応

労災打ち切りによって何らかの家計への影響があったと答えた254名について、どのように対応したかについてみると(複数回答)、生活を切り詰めた196名(77.2%)、預金をおろした109名(42.9%)、借金をした23名(9.1%)、財産を処分した15名(5.9%)、働きに出た69名(27.2%)、その他18名(7.1%)、特別の対応はしなかった16名(6.3%)、無回答4名(1.6%)となっている。「特別の対応はしなかった」と「無回答」を除く234名(92.1%)が何らかの対応策をとらなければならなかったと答えている。(表19-1)

労災打ち切り当時の休業の状況別でみると、何らかの対応をした者の割合が、全部休業93.8%>部分休業91.1%>休業せず治療のみ90.0%となっているが、いずれも高い割合である。また、家計影響への対応の仕方の違いをみると、「働きに出た」と答えた者が、全部休業16.3%<部分休業41.1%で、逆に、「生活を切り詰めた」では、全部休業82.2%>部分休業72.3%、「預金をおろした」でも、全部休業49.6%>部分休業37.5%、となっている。(表19-1)

年齢別では、「働きに出た」者が、60歳未満54.3%>60歳以上65歳未満34.5%>65歳以上70歳未満26.7%>70歳以上10.4%と、年齢が高くなるほど割合は少なくなっている。(表19-2) これをさらに全部休業と部分休業の別に区分してみると以下の

ように同じ傾向がみられる。部分休業で60歳未満の者では約3分の2が働きに出たが、同じ60歳未満でも全部休業では3分の1にとどまり、全部休業で70歳以上の者で働きに出たのは1名(全体54名中1.9%)だけであるが、70歳以上でも部分休業の者では3割近くが労災打ち切りによる家計影響への対応として「働きに出た」と答えている。(表19-3-1・19-3-2)

○労災打ち切りによる家計影響への対応として「働きに出た」と答えた者の割合

全部休業 60歳未満33.3%＞60歳以上65歳未満26.9%＞65歳以上70歳未満23.1%＞70歳以上1.9%

部分休業 60歳未満65.2%＞60歳以上65歳未満46.2%＞65歳以上70歳未満31.7%＞70歳以上27.3%

なお、労災打ち切り当時全部休業で、家計影響への対応として「働きに出た」と答えた者は、60歳未満4名、60歳以上65歳未満7名、65歳以上70歳未満9名、70歳以上1名、合計21名となっているが(表19-3-1)、後述のように(表21-3-1)、労災打ち切り当時全部休業で「現在就労している」と答えた者が、60歳未満7名(+3名)、60歳以上65歳未満14名(+5名)、65歳以上70歳未満18名(+9名)、70歳以上4名(+3名)、合計43名(+22名)となっていることから、実際に労災打ち切り後に「働きに出た」者は上に示した数字をかなり上回ることがわかる。

3 家計への影響の残存状況

労災打ち切りによって何らかの家計への影響があったと答えた254名について、現在の影響の残存状況についてみると、影響が残っている187名(73.6%)、影響がやや残っている46名(18.1%)、影響は特に残っていない13名(5.1%)、無回答8名(3.1%)となっている。現在も何らかの影響が残っていると答えた者は233名で91.7%にのぼっている。

る。(表20-1)

ここでも、労災打ち切り当時の休業の状況の別でみると、明らかに、全部休業＞部分休業＞休業せず治療のみの順で家計への影響の残存の程度が大きくなっている。(表20-1) また、労災打ち切り当時「影響がかなりあった」と答えた者では、83.8%が現在も「影響が残っている」と答え、労災打ち切り当時「影響が少しあった」者では、「影響が残っている」37.5%、「影響がやや残っている」46.4%となっている。(表20-3)

4 現在の就労の有無

現在就労している者は135名(49.1%)で、就労していない者131名(47.6%)、無回答9名(3.3%)となっている。(表21-1) 平均年齢は、就労している者63.6±5.5歳、就労していない者69.7±6.8歳で、後者のほうが高い。

労災を打ち切られた当時、全部休業していた者のうちでも31.9%(135名中43名)が、部分休業では66.1%(121名中80名)、休業せず治療のみでは69.2%(13名中9名)が現在就労している(前述のとおり、部分休業の46名と休業せず治療のみの2名は、労災打ち切り後「働きに出た」と答えている)。(表21-1)

年齢別でみると、年齢が低いほど就労している者の割合は高く、60歳未満で80.6%、60歳以上65歳未満66.1%、65歳以上70歳未満でも51.1%と半数以上が就労しており、70歳以上でも19.5%という実態がある。(表21-2)

これを、労災打ち切り当時の休業の状況別(表21-3-1・21-3-2)、現在の治療の有無別(表21-4-1・21-4-2)に区分してみると以下のようになり、労災打ち切り当時部分休業及び現在治療を受けていない集団では、各年齢区分でもみても上述の平均値を上回る割合の者が就労しており、70歳以上の者でも各々、52.2%、29.4%になる(平均では19.5%)。

○「現在就労している」と答えた者の割合

全 体 60歳未満80.6%＞60歳以上65歳未満66.1%＞65歳以上70歳未満51.1%＞70歳以上19.5%

全部休業 60歳未満58.8%＞60歳以上65歳未満51.9%＞65歳以上70歳未満42.9%＞70歳以上7.4%

部分休業 60歳未満91.7%＞60歳以上65歳未満73.3%＞65歳以上70歳未満54.5%＞70歳以上52.2%

治療中 60歳未満76.2%＞60歳以上65歳未満59.0%＞65歳以上70歳未満55.1%＞70歳以上12.8%

治療なし 60歳未満86.7%＞60歳以上65歳未満78.3%＞65歳以上70歳未満47.4%＞70歳以上29.4%

なお、都道府県別にばらつきがあり(表21-5)、年齢(表2-24-3・25-3参照)、現在の症状、収入の状況等とともに、就労機会の有無・難易度も関係があると思われる(表24-3も参照)。

5 現在の収入の種類及び主たる収入の種類

患者及び家族の現在の収入の種類(複数回答)は、国民年金160名(58.2%)、本人の就労による収入107名(38.9%)、同居家族の就労による収入101名(36.7%)、厚生年金29名(10.5%)、別居家族からの仕送り13名(4.7%)、労災年金1名(0.4%)、その他21名(7.6%)、無回答7名(2.5%)、となっている。(表22-1) 65歳以上の者でも厚生年金の比率が低く、国民年金が高くなっていることは、就労構造上の問題である。

障害等級6級に認定された者が2名いる(表16-1参照)ことから、労災年金の受給者も実際は2名と考えられる。また、本人の就労による収入をあげた者が、

現在就労していると答えている者(表21-1等参照)より少なくなっている。

それらの収入のうち一番金額の大きい収入の種類についてみると、国民年金94名(34.2%)、本人の就労による収入74名(26.9%)、同居家族の就労による収入52名(18.9%)、厚生年金15名(5.5%)、別居家族からの仕送り2名(0.7%)、労災年金1名(0.4%)、その他13名(4.7%)、無回答24名(8.7%)、となっている。(表23-1)

国民年金を主たる収入にあげる者は、現在就労していない者では、65歳以上70歳未満61.9%、70歳以上64.1%であるが、現在就労している者では、65歳以上70歳未満27.1%、70歳以上31.3%、となっている。(表23-2-1・23-2-2)

本人の就労による収入を主たる収入にあげる者は、全体(275名中)では26.9%と4分の1強であるが、現在就労している者全体(135名中)では51.9%と半数を超える。また、現在就労している者について年齢別でみると、60歳未満の者の69.0%、60歳以上65歳未満56.1%、65歳以上70歳未満45.8%、70歳以上でも31.3%の者が、就労による収入が主たる収入であるとしており、労災打ち切り後の就労による収入に生計を依存している実態を示している。(表23-2-1)

6 現在就労していない理由

現在就労していないと答えた131名について、就労していない理由(複数回答)についてみると、振動障害の症状のため86名(65.6%)、高齢のため45名(34.4%)、就労の場がないから36名(27.5%)、振動障害以外の傷病のため29名(22.1%)、働かなくても生活できる1名(0.8%)、その他5名(3.8%)、無回答5名(3.8%)、となっている。(表24-1)

年齢別でみると、「高齢のため」と答えた者は、70歳以上で56.3%であるが、65歳以上70歳未満では21.4%、65歳未満ではない。(表24-1) 一方、「振動障害の症状のため」と答えた者は、70歳以上

でも64.1%と高率である。(表24-1)

「振動障害の症状のため」を就労していない理由にあげた者は、現在治療を受けている者で63.0%であるが、これは、治療を受けていない者でも67.5%にのぼっており、「振動障害の症状のため」就労していないにもかかわらず、治療を受けていない(受けられない)者が多数いることを明らかにしている。(表24-2-1・24-2-2)

「就労の場がない」ことを就労していない理由にあげた者は、全体では27.5%であるが、現在治療を受けている者では29.6%になり(表24-2-1)、また、都道府県別でばらつきがあり、北海道47.6%、宮崎46.2%、徳島40.0%、鹿児島33.3%、が高くなっている。

7 就労しているものの状況

現在就労していると答えた135名について、現在の就労の形態についてみると、雇われている(アルバイト・臨時等を除く)57名(42.2%)、アルバイト・臨時等24名(17.8%)、自営20名(14.8%)、雇われと自営14名(10.4%)、その他4名(3.0%)、無回答16名(11.9%)、となっている。(表25-1)

このうち、雇われている(アルバイト・臨時等を除く)と答えた者についてみると、現在も振動障害についての治療を受けている者31.9%<現在は受けていない者54.0%、逆に、アルバイト・臨時等では、現在も振動障害についての治療を受けている者22.2%>現在は受けていない者12.7%、となっている。(表25-2-1・25-2-2・25-4-1・25-4-2) 振動障害の治療の必要が正規雇用の妨げの一因となっているものと考えられる。

現在就労している仕事の内容(複数回答)では、林業76名(56.3%)、農業23名(17.0%)、土木・建設17名(12.6%)、畜産3名(2.2%)、炭鉱・鉱山2名(1.5%)、事務的な仕事2名(1.5%)、石工1名(0.7%)、その他22名(16.3%)、無回答2名(1.5%)、となっている。(表26-1) 就労の形態別では、畜産

(1名)と農業(23名中12名)で自営の割合が高い。(表26-2)

振動工具を最も長く使用していた業種が林業でかつ現在も林業に就労している者が74名いるが、このうち正規雇用は36名(48.6%)で、正規雇用の割合は、治療を受けていない者では42名中26名で61.9%であるが、治療を受けながら就労している32名中では10名で31.3%となっている。(表27)

都道府県別でみると、現在就労している者の割合の低いところでは(表21-5参照)、正規雇用の割合及び林業に就労している者の割合が低くなっているように見受けられる(北海道、高知、鹿児島)。(表25-3・26-3)

労災打ち切り後1か月(1年以上の場合は過去1年間を平均して)におよそ何日就労したかについてみると、5日未満5名(就労しているもの135名中の3.7%)、5日以上10日未満13名(9.6%)、10日以上15日未満56名(41.2%)、15日以上20日未満34名(24.4%)、20日以上17名(12.6%)、無回答11名(8.1%)、となっている。(表28-1)

全体の一か月平均就労日数は12.9±4.7日で、60歳未満14.9±5.1日>60歳以上65歳未満12.7±3.9日>65歳以上70歳未満12.0±4.2日>70歳以上11.9±5.9日、現在治療を受けていない者13.2±5.0日>治療を受けている者12.6±4.3日、となっている。(表28-1・28-2)

8 現在の振動工具の使用状況

現在就労していると答えた135名について、現在の就労の中での振動工具使用の有無についてみると、使用している者35名(25.9%)、使用していない者92名(68.1%)、無回答8名(5.9%)、となっている。(表29-1)

振動工具を使用している35名の年齢別内訳は、60歳未満11名、60歳以上65歳未満7名、65歳以上70歳未満13名、70歳以上3名、無回答1名と、高齢者でも振動工具を使用している者がいる。就労し

ている者のうち現在治療を受けていない63名中振動工具を使用している者では24名(38.1%)であり(表29-2-2)、振動障害についての治療を受けながら就労している72名中にも11名(15.3%)の振動工具使用者がいる。(表29-2-1) これらのことは大いに問題であろう。この11名については後述する。

現在も振動工具を使用している答えた36名について、過去1年間を平均しておよそ何日振動工具を使用したかについてみると、全体の平均が8.8±6.7日で、20日以上もの者も4名(11.1%)おり(表30-1)、現在の治療の有無別でみると、治療を受けていない者(平均使用日数7.9±6.7日)より治療を受けながら就労している者(11.5±6.2日)の方がかえって長くなっている(表30-2)。

一日の平均振動工具使用時間数では、全体の平均で3.9±1.8時間で、4時間以上の者も19名(52.8%)もあり(表31-1)、やはり、治療を受けていない者(平均使用時間数3.7±1.6時間)より治療を受けながら就労している者(4.3±2.3日)の方がかえって長いという実態になっている(表31-2)。

現在振動障害についての治療を受けながら振動工具を使用している11名の年齢別内訳は、60歳未満4名、60歳以上65歳未満1名、65歳以上70歳未満4名、70歳以上2名。(表29-2-1) 就労の形態は、正規雇用4名、アルバイト・臨時等3名、雇われと自営4名。(表32-2) 一か月平均振動工具使用日数では、5日以上10日未満3名、10日以上15日未満2名、15日以上20日未満1名、20日以上25日未満2名。(表32-3) 一日平均振動工具使用時間数では、1時間以下1名、2～3時間3名、4～5時間2名、6～7時間4名(表32-4)といった実態が明らかになっている

VI 労災打ち切り後のからだの状態について

1 労災打ち切り後の治療の有無

労災打ち切り後の振動障害についての治療の有無についてみると、治療を受けている者が156名で

過半数を占め(56.7%)、以前は受けたが現在は受けていない者60名(21.8%)を合わせると、216名(78.5%)にのぼる。受けたことがない者は57名(20.7%)、無回答2名(0.7%)、となっている。(表33-1)

現在就労していない者131名では、受けている者58.8%(77名)、以前は受けたが現在は受けていない者17.6%(23名)、合わせて76.4%(100名)。現在就労している者131名でも、受けている者53.3%(72名)、以前は受けたが現在は受けていない者27.4%(37名)、合わせて80.7%(109名)と大差がない。(表32-2-1・32-2-2)

都道府県別でみると、治療を受けている者の全体平均が56.7%であるのに対して、徳島88.9%、熊本80.0%、鹿児島73.9%などで高く、和歌山38.5%、奈良51.9%などで低くなっている。(表33-3)

2 労災打ち切り後の治療費用の負担方法

労災打ち切り後現在も振動障害についての治療を受けていると答えた157名について、費用の負担を主としてどうしているかについてみると、アフターケア手帳による診療(無料)117名(75.0%)、健保・国保による診療30名(19.2%)、全額自己負担2名(1.3%)、その他1名(0.6%)、無回答6名(3.8%)、となっている。(表34-1)

アフターケア手帳による診療(無料)は、アフターケア手帳の交付を受けた156名についてみると、117名で85.4%になる。(表34-2)

既述のとおり、アフターケア手帳による診療(無料)とは、委託医療機関における一定の診察、保健指導、検査、保健のための薬剤の支給(「労働福祉事業としてのアフターケア」)に限定されているのであるから、これは、労災打ち切り後も治療を継続している場合であっても、その受けている「治療」の内実がきわめて不十分なものとどまっていることを明らかにしている。

3 治療を受けていない理由

労災打ち切り後、振動障害についての治療を以前は受けていたが現在は受けていない及び受けたことがないと答えた者 117名について、現在振動障害についての治療を受けていない理由(複数回答)についてみると、治療費がかかる 51名(43.6%)、特に症状が悪化していない 22名(18.8%)、働いていて治療を受ける暇がない 13名(11.1%)、適当な医療機関がない 11名(9.4%)、以前の主治医・医療機関が診てくれない 5名(4.3%)、その他 20名(17.1%)、無回答 17名(14.5%)、となっている。(表35-1)

現在の就労の有無別で区分してみると、働いていて治療を受ける暇がないと答えた者は就労している者の 39.7%。(表35-2-1) 就労していない者では、治療費がかかると答えた者が 48.1%になっている。(表35-2-2)

以前の主治医・医療機関が診てくれない 5名(4.3%)、適当な医療機関がない 11名(9.4%)、を合わせて 16名(13.7%)になっていることは、すでにみた労災打ち切りに当たって主治医・医療機関に対しての労働基準監督署からの圧力が強まっていることがうかがわれることから問題があらう。

4 現在の自覚症状及び労災打ち切り以後の症状の変化

(1) 調査項目

現在の自覚症状については、次の11症状について聞いた。

①手指の白ろう現象

- | | |
|------------|-----------|
| 1. 年に10回以上 | 2. 年に4~9回 |
| 3. 年に1~3回 | 4. 症状がない |

②上肢の痛み

- | | |
|-----------|----------|
| 1. つらい | 2. 気になる |
| 3. 気にならない | 4. 症状がない |

③上肢のしびれ

- | | |
|--------|---------|
| 1. つらい | 2. 気になる |
|--------|---------|

- | | |
|-----------|----------|
| 3. 気にならない | 4. 症状がない |
|-----------|----------|

④上肢のだるさ

- | | |
|-----------|----------|
| 1. つらい | 2. 気になる |
| 3. 気にならない | 4. 症状がない |

⑤肩の運動制限

- | | |
|------------|----------|
| 1. ひどく気になる | 2. 気になる |
| 3. 気にならない | 4. 症状がない |

⑥肘の運動制限

- | | |
|------------|----------|
| 1. ひどく気になる | 2. 気になる |
| 3. 気にならない | 4. 症状がない |

⑦手の知覚障害

- | | |
|------------|----------|
| 1. ひどく気になる | 2. 気になる |
| 3. 気にならない | 4. 症状がない |

⑧首・肩のこり、痛み

- | | |
|-----------|----------|
| 1. つらい | 2. 気になる |
| 3. 気にならない | 4. 症状がない |

⑨頭痛・頭重感

- | | |
|-----------|----------|
| 1. つらい | 2. 気になる |
| 3. 気にならない | 4. 症状がない |

⑩不眠

- | | |
|-----------|----------|
| 1. つらい | 2. 気になる |
| 3. 気にならない | 4. 症状がない |

⑪耳鳴り・難聴

- | | |
|-----------|----------|
| 1. つらい | 2. 気になる |
| 3. 気にならない | 4. 症状がない |

便宜上、①手指の白ろう現象については、1.年に10回以上、2.年に4~9回、3.年に1~3回の合計を、その他の症状については、1.つらい(ひどく気になる)と2.気になるの合計を、「症状有り」と区分して統計処理した。

なお、②上肢の痛み及び③上肢のしびれについては、痛みまたはしびれの部位について、1.手指、2.手関節(以下)、3.肘関節(以下)、4.肩関節(以下)について聞いた(複数回答可)。

労災打ち切り当時と比較した症状の変化についても、上記の11症状について、1.悪化した(白ろう現象については、増えた)、2.変わらない、3.良くなった、の3段階評価で聞いた。

(2) 全体の状況

275名全体の状況についてみると、すべての症状について 60%以上もの者が「症状有り」と答えており、とくに、上肢のしびれ 92.7%、上肢の痛み

表36 現在の症状の程度及び労災打ち切り当時の症状の変化
調査対象者全員=275名

人(%)											
症 状	合 計	現在の症状の程度						労災打ち切り当時の症状の変化			
		症状有り	年10回以上	年に4～9回	年に1～3回	症 状 が い	無 回 答	増 え た	変わらない	減 っ た	無 回 答
手指の白ろう現象	275(100.0)	197(71.6)	121(44.0)	42(15.3)	34(12.4)	46(16.7)	32(11.6)	103(37.5)	130(47.3)	10(3.6)	32(11.6)
症 状	合 計	症状有り			気になら	症 状 が い	無 回 答	悪化した	変わらない	良 な っ た	無 回 答
上肢の痛み	275(100.0)	251(91.3)	170(61.8)	81(29.5)	10(3.6)	1(0.4)	13(4.7)	132(48.0)	112(40.7)	4(1.5)	27(9.8)
痛みの部位		手 指	手 関 節	肘 関 節	肩 関 節						
	275(100.0)	144(52.4)	139(50.5)	175(63.6)	142(51.6)						
症 状	合 計	症状有り			気になら	症 状 が い	無 回 答	悪化した	変わらない	良 な っ た	無 回 答
上肢のしびれ	275(100.0)	255(92.7)	174(63.3)	81(29.5)	6(2.2)	1(0.4)	13(4.7)	139(50.5)	107(38.9)	4(1.5)	25(9.1)
しびれの部位		手 指	手関節以下	肘関節以下	肩関節以下						
	275(100.0)	171(62.2)	122(44.4)	146(53.1)	94(34.2)						
症 状	合 計	症状有り			気になら	症 状 が い	無 回 答	悪化した	変わらない	良 な っ た	無 回 答
上肢のだるさ	275(100.0)	247(89.8)	152(55.3)	95(34.5)	5(1.8)	5(1.8)	18(6.5)	122(44.4)	127(46.2)	2(0.7)	24(8.7)
症 状	合 計	症状有り			気になら	症 状 が い	無 回 答	悪化した	変わらない	良 な っ た	無 回 答
肩の運動制限	275(100.0)	215(78.2)	127(46.2)	88(32.0)	15(5.5)	12(4.4)	33(12.0)	107(38.9)	129(46.9)	3(1.1)	36(13.1)
肘の運動制限	275(100.0)	224(81.5)	133(48.4)	91(33.1)	16(5.8)	9(3.3)	26(9.5)	116(42.2)	126(45.8)	5(1.8)	28(10.2)
症 状	合 計	症状有り			気になら	症 状 が い	無 回 答	悪化した	変わらない	良 な っ た	無 回 答
手の知覚障害	275(100.0)	238(86.5)	146(53.1)	92(33.5)	13(4.7)	1(0.4)	23(8.4)	120(43.6)	124(45.1)	4(1.5)	27(9.8)
首肩のこり・痛み	275(100.0)	227(82.5)	169(61.5)	58(21.1)	10(3.6)	8(2.9)	30(10.9)	126(45.8)	107(38.9)	7(2.5)	35(12.7)
頭痛・頭重感	275(100.0)	175(63.6)	106(38.5)	69(25.1)	38(13.8)	21(7.6)	41(14.9)	89(32.4)	129(46.9)	12(4.4)	45(16.4)
不眠	275(100.0)	205(74.5)	135(49.1)	70(25.5)	25(9.1)	14(5.1)	31(11.9)	100(36.4)	126(45.8)	12(4.4)	37(13.5)
耳鳴り・難聴	275(100.0)	203(73.8)	114(41.5)	89(32.4)	22(8.0)	16(5.3)	34(12.4)	106(38.5)	124(45.1)	4(1.5)	41(14.9)

91.3%、上肢のだるさ 89.8%、手の知覚障害 86.5%、首・肩のこり、痛み 82.5%、などが高くなっている(最低は頭痛・頭重感の 63.6%)。

症状の程度が「つらい(ひどく気になる)」と答えた者も、頭痛・頭重感の 38.5%以外はいずれも 40%を超えており、上肢のしびれ 63.3%、上肢の痛み 61.8%、首・肩のこり、痛み 61.5%、などが高率である。

手指の白ろう現象は、年に10回以上 44.0%、年に4~9回 15.3%、年に1~3回 12.4%で、合計 71.6%になっている。

また、労災打ち切り当時の症状の変化も「悪化した(増えた)」と答えた者が、上肢のしびれ 50.5%、上肢の痛み 48.0%など、すべての症状で 30%

を超える高率となっている。(以上、表36)

なお、275名全体では、平均年齢 66.7±6.9歳、平均振動工具使用年数 15.1±7.9年、平均認定期間 13.5±3.2年であり、症状有りと答えた症状の数は平均で11症状のうち 9.1±2.2、増悪症状の数は平均で 4.7±4.0である。

(3) 振動工具の使用年数別

これを振動工具の使用年数別でみると、10年未満 45名(平均年齢 67.4±8.0歳)、10年以上15年未満 87名(平均年齢 67.3±7.4歳)、15年以上20年未満 62名(平均年齢 66.1±6.7歳)、20年以上 65名(平均年齢 65.5±5.6歳)、である(全体の平均年齢 66.7±6.9歳)。

症状有りと答えた症状の数が、10年未満 8.5 ± 2.1 、10年以上15年未満 9.0 ± 2.3 、15年以上20年未満 9.4 ± 2.2 、20年以上 9.4 ± 2.0 と、振動工具使用年数が長くなるほど平均年齢が低くなっているにもかかわらず、振動工具使用年数が長くなるほど多くなっていることがわかる(全体の平均 9.1 ± 2.2)。

症状を訴える率が、10年未満<10年以上15年未満<15年以上20年未満<20年以上と振動工具使用年数が長くなるほど増加しているのが、①手指の白ろう現象の「年10回以上」と②肩の運動制限の「症状有り」。また、平均年齢が低い20年以上の区分を除き10年未満<10年以上15年未満<15年以上20年未満と振動工具使用年数が長くなるほど増加傾向が、③上肢の痛み、④上肢のしびれ、⑤上肢のだるさ、⑥肩の運動制限、⑦肘の運動制限、⑧手の知覚障害、⑨首・肩のこり、⑩頭痛・頭重感、⑪不眠、⑫耳鳴り・難聴の「つらい(ひどく気になる)」、⑬首・肩のこり、痛み、⑭頭痛・頭重感、⑮不眠、⑯耳鳴り・難聴の「症状有り」、及び、⑰手指、手関節、肘関節、肩関節の痛み、⑱手指、手関節以下、肘関節以下、肩関節以下のしびれ、でみられる。

悪化症状の数についても、10年未満 4.1 ± 3.7 、10年以上15年未満 4.8 ± 3.9 (15年以上20年未満 4.6 ± 4.1)、20年以上 5.3 ± 4.1 と、15年以上20年未満の区分を除き、振動工具使用年数が長くなるほど増加する傾向がみられる(全体の平均 4.7 ± 4.0)。

症状が「悪化した」と答える率が、10年未満<10年以上15年未満<15年以上20年未満<20年以上と振動工具使用年数が長くなるほど増加しているのが、①上肢の痛み、②肩の運動制限、③手の知覚障害、④不眠。平均年齢が低い20年以上の区分を除き振動工具使用年数が長くなるほど増加傾向がみられるのが、⑤頭痛・頭重感。15年以上20年未満の区分を除き振動工具使用年数が長くなるほど増加傾向がみられるのが、⑥白ろう現象、⑦上肢のだるさ、となっている。(以上、表37)

以上から、振動工具使用年数が長いほど、平均年齢は低くなるにもかかわらず、自覚症状の訴え、及び、症状の悪化とも増加する傾向にあることがわかる。

(4) 年齢別

年齢別でみると、60歳未満 36名(平均振動工具使用年数 15.3 ± 9.8 年)、60歳以上65歳未満 62名(平均振動工具使用年数 16.4 ± 8.1 年)、65歳以上70歳未満 94名(平均振動工具使用年数 14.7 ± 7.8 年)、70歳以上 82名(平均振動工具使用年数 14.3 ± 6.8 年)で、60歳以上65歳未満で平均振動工具使用年数が最も長く、65歳以上70歳未満及び70歳以上では全体の平均振動工具使用年数 15.1 ± 7.9 年よりも短くなっている。

症状有りと答えた症状の数は、60歳未満 8.4 ± 2.6 、60歳以上65歳未満 8.9 ± 2.4 、65歳以上70歳未満 9.0 ± 2.1 、70歳以上 9.6 ± 1.9 と、平均年齢が高くなるほど増加している。また、70歳未満ではいずれも全体の平均 9.1 ± 2.2 を下回っており、とくに、70歳以上で症状の訴えが高率になっていることがわかる。

症状を訴える率では、60歳未満<60歳以上65歳未満<65歳以上70歳未満<70歳以上と年齢が高くなるほど増加しているのが、①上肢の痛み、②上肢のだるさ、③肘の運動制限、④手の知覚障害、⑤不眠、⑥耳鳴り・難聴の「つらい(ひどく気になる)」、⑦肘の運動制限、⑧手の知覚障害、⑨頭痛・頭重感、⑩不眠、⑪耳鳴り・難聴の「症状有り」、⑫手関節の痛み、⑬手指のしびれ、⑭手関節以下のしびれ。また、1区分を除き平均年齢が高くなるほど増加傾向が、⑮白ろう現象の「年10回以上」と「年に4～9回」、⑯頭痛・頭重感の「つらい」、⑰上肢のしびれの「症状有り」、⑱肘関節の痛み、⑲肘関節以下のしびれ、でみられる。

一方、悪化症状の数については、60歳未満 4.5 ± 4.1 、60歳以上65歳未満 5.1 ± 4.0 、65歳以上70歳未

満 4.6 ± 4.0 、70歳以上 4.6 ± 3.9 で、年齢が高くなるほど増加するという傾向はみられず、平均振動工具使用年数が最も長い60歳以上65歳未満で最も高率となっている。

症状が「悪化した」と答える率が、この60歳以上65歳未満で最も高率となっているのが、①上肢の痛み、②上肢のしびれ、③上肢のだるさ、④肩の運動制限、⑤肘の運動制限、⑥首・肩のこり、痛み、と11症状の過半数を超える。60歳未満<60歳以上65歳未満<65歳以上70歳未満<70歳以上と年齢が高くなるほど増加している症状はなく、1区分を除き年齢が高くなるほど増加傾向がみられるのは、①白ろう現象、②手の知覚障害、③頭痛・頭重感、④不眠、⑤耳鳴り・難聴、となっている。(以上、表38)

以上から、年齢が高くなるほど自覚症状の訴えは増加する傾向が明らかにあるが、年齢が高くなるほど症状が悪化するという傾向は自覚症状の訴えの場合ほどは明らかではなく、年齢とともに平均振動工具使用年数の長さがからみあって影響しているものと考えられる。

(5) 現在の治療の有無別

年齢の影響を排除するために60歳未満、及び、60歳以上については、振動工具使用年数が10年未満と10年以上に区分して、現在の治療の有無別の現在の自覚症状及び労災打ち切り以後の症状の変化についてみた。

60歳未満の者では、治療を受けている者の平均年齢 55.5 ± 3.9 歳、平均振動工具使用年数 15.1 ± 10.8 年、治療を受けていない者の平均年齢 55.2 ± 2.8 歳、平均振動工具使用年数 15.7 ± 8.3 年。

症状有りと答えた症状の数は、治療を受けている者(8.0 ± 2.5)の方が、治療を受けていない者(8.9 ± 2.7)よりも少なくなっている。「症状有り」と答えた者は、肩の運動制限と手の知覚障害以外の9つの症状で、治療を受けているの方が治療を受けていない者よりも低くなっている。

悪化症状の数についても、治療を受けている者(3.9 ± 4.2)の方が、治療を受けていない者(5.3 ± 3.9)よりも少なくなっている。症状が「悪化した」と答えた者の割合でも、手の知覚障害と不眠以外の9つの症状で、治療を受けているの方が治療を受けていない者よりも低くなっている。(以上、表39-1・39-1-2)

60歳以上で振動工具使用年数10年未満の者では、治療を受けている者の平均年齢 70.2 ± 6.5 歳、平均振動工具使用年数 6.3 ± 2.1 年、治療を受けていない者の平均年齢 68.2 ± 5.3 歳、平均振動工具使用年数 5.9 ± 2.2 年。

症状有りと答えた症状の数は、治療を受けている者(8.4 ± 2.1)の方が、治療を受けていない者(8.9 ± 2.2)よりも少なくなっている。「症状有り」と答えた者は、上肢のだるさ、肩の運動制限、肘の運動制限、首・肩のこり、痛み、頭痛・頭重感、不眠、耳鳴り・難聴の7つの症状で、治療を受けているの方が治療を受けていない者よりも低くなっている。

一方、悪化症状の数については、治療を受けている者(5.0 ± 3.6)の方が、治療を受けていない者(3.9 ± 4.0)よりも多くなっている。症状が「悪化した」と答えた者の割合で、治療を受けているの方が治療を受けていない者よりも低くなっているのは、頭痛・頭重感と耳鳴り・難聴の2症状となっている。(以上、表39-2・39-2-2)

60歳以上で振動工具使用年数10年以上の者では、治療を受けている者の平均年齢 68.2 ± 5.5 歳、平均振動工具使用年数 15.9 ± 6.8 年、治療を受けていない者の平均年齢 68.2 ± 5.2 歳、平均振動工具使用年数 18.4 ± 6.9 年。

症状有りと答えた症状の数は、治療を受けている者(9.4 ± 2.2)の方が、治療を受けていない者(9.3 ± 1.9)よりも多くなっており、「症状有り」と答えた者の割合で治療を受けているの方が治療を受けていない者よりも低くなっているのは、上肢のしびれ、肩の運動制限、首・肩のこり、痛み、頭痛・頭

重感、耳鳴り・難聴の5つの症状となっている。

悪化症状の数についても、治療を受けている者(5.4±4.0)の方が、治療を受けていない者(4.1±3.9)よりも多くなっている。症状が「悪化した」と答えた者の割合で、治療を受けているの方が治療を受けていない者よりも低くなっているのは、白ろう現象と上肢の痛みの2症状となっている。(以上、表39-3-1・39-3-2)

以上から、60歳未満の者では、治療を受けているの方が治療を受けていない者よりも、症状有り及び症状の悪化とも答えた者の割合が少なくなっているが、60歳以上で振動工具使用年数10年未満の者では、症状有りでは少ないが症状の悪化では多くなり、60歳以上で振動工具使用年数10年以上の者では、ともに多くなっている。

もちろん、治療の費用の主たる負担をほとんどの者がアフターケア手帳による診療(無料)に頼っている現状では(表34-1参照。記述のとおり、委託医療機関における一定の診察、保健指導、検査、保健のための薬剤の支給に限定された不十分なものにならざるをえない)、労災打ち切り後の治療の効果について明言することはできない。

しかし、労災打ち切り後あるいは慢性期の自覚症状及び症状の変化については、とくに高齢になってからは、年齢及び振動工具使用年数等が複雑に錯綜して影響を与えていることがうかがわれる。

(6) 都道府県別

表41-1から表41-14までに、都道府県別の、現在の自覚症状及び労災打ち切り以後の症状の変化に関するデータを示した。表41-1では、都道府県別の平均年齢、平均振動工具使用年数、平均認定期間を示してあるが、今回のデータだけでは、現在の自覚症状及び労災打ち切り以後の症状の変化についての地域差をくわしく分析することは困難と思われる。

第2部の検診結果報告において、症状固定者と療

養継続者、検診受診者の中での屋久島と宮崎の地域差等についてふれられているが、検診受診者を含めた宮崎と鹿児島県のアンケート回答者は、現在の症状の程度で言えば、全体の中でも相対的に症状の程度が重い集団になっている。

これだけの一定の程度の地域別データは稀少であると考え、第2部の検討の参考として、また、今後の検討のための素材として、今回はデータの提供にとどめることとする。

VII まとめ

① 労災保険の打ち切り(治ゆ・症状固定認定)にあたって、患者のおかれた実状や主治医の判断と無関係に、たんに治療期間が長い等の理由のみによって、半ば強制的な労働基準監督署からの圧力が加えられていることが明らかになった。長期間の振動工具使用により発症した振動障害が長期経過後、また、加齢によってどう変化するかは十分な解明がなされていない現状では、これはきわめて非科学的な姿勢と非難されてもしかたがない。患者を含めた関係者、とくに主治医自身の判断をゆがめるような主治医・医療機関に対する圧力は、慢性期振動病の実態解明にもマイナスに作用するものであり、許されるものではない。

② 全部休業→部分休業→(これまでの過程で治療回数の減少)→治療のみ→症状固定(労災打ち切り)といった妥当なプロセスをふむことなく、全部休業で治療回数も多い状態から、また、中等度以上のような重い症状の状態から、いきなり療養・休業補償とも打ち切られるような実情は是正されるべきである。

1991年以降導入された「経過観察」制度は、内容を充実して、患者及び主治医等の理解を前提に、十分活用される必要がある。内容については、とくに、経過観察によって治療を中断した結

果、症状が悪化するような場合には労災保険を打ち切られないことの制度的保障が必要である。

③ 労災保険を打ち切られた後も、65歳未満では過半数の者が、70歳以上でも20%近くの者が就労しており、全体でその半数程度が就労による収入が最も金額の大きい収入となっている実態が明らかになった。振動障害の症状やその治療が、正規雇用の障害となっていることなどもうかがわれた。また、就労していない者のうち、振動障害の症状を理由にあげる者が65%以上おり、就労の場がないことを理由にあげる者も30%近くいる。

これは、一方では、労災打ち切りのプロセスに問題があるところから、全部休業であった者がいきなり働きにでなければならない実態を示していると考えられ、前述のように治ゆ・症状固定認定のあり方が改善されなければならない。

他方で、このような実態をふまえた所得保障対策及び社会復帰対策が講ぜられるべきものと考えられる。

④ 障害補償にあつては、振動障害患者のほとんどが障害年金の対象とはならず、一時金にとどまっている実情も、労災打ち切り後就労しなければならない要因のひとつとなっていると考えられる。

障害等級表の見直し及び障害等級7～14級の場合の障害補償も年金化するなどの抜本的な改革が必要であると同時に、現行制度のもとにおいても、障害補償の確実な実施と運用の改善が求められる。

⑤ 振動障害によって長期療養をしていたにもかかわらず、労災打ち切り後も振動工具を使用して就労している者が全体の10%以上おり、さらに、現に治療を受けながら振動工具を使用して就労している者も一定数いるという実態は問題であ

る。

実情にあったきめこまかな社会復帰対策が必要であるとともに、労災打ち切り後の実態把握と援助が望まれる。

⑥ 労災を打ち切られた後も80%近くの者が治療を受け、過半数が現在も治療を受けている実態、及び、治療が必要であるにもかかわらず治療を受けていない者がいる実態が明らかになった。また、治療を受けている者のほとんどが、限定された医療機関での一定の診察、保健指導、検査及び薬剤の支給に限定されたアフターケア手帳に頼っているというのが実態である。

これも一方では、現状の治ゆ・症状固定認定に問題があることの反映であり、これを改善することが先決である。

他方で、必要な治療は療養補償によるべきことを前提としつつ、治ゆ・症状固定後の労働福祉事業としてのアフターケア制度の必要な改善、及び、アフターケア手帳の交付もれがみられる実態の改善が必要である。

⑦ 労災保険を打ち切られた後も非常に高い率の自覚症状の訴えがあり、各症状とも全体で30%以上も症状の悪化を訴えている。振動工具使用期間が長い者ほど、また、年齢が高い者ほど、自覚症状の訴えの割合が増加し、症状の悪化に対しては、振動工具使用期間の長さ、年齢、その他の要素が複雑に影響していることがうかがわれる。

治療が必要な者に対しては、年齢や治療期間の長さ等にかかわらず、アフターケア制度に頼った不十分なものではない治療が保障されるべきである。

そのうえで、十分には解明されていない慢性期振動障害の実態と要因の解明及び治療対策を確立していく必要がある。



第2部

検診結果

I 調査目的

1986年11月28日の「改訂 振動病治療指針」労働省通達以来、振動病に関する労災保険打ち切りが、積極的に半ば強制的に行われている。振動病は人類の歴史の中ではきわめて新しい病気である。チェーンソーが導入されてから40年、白ろう病として社会問題になってから、たかだか30年でしかない。したがって、振動病が将来どのような経過をとるか、あるいは加齢によってどう変化するかなど十分に知るものはいないはずである。

したがって、第1に、長期経過後の慢性期の振動病の実態を知ること、第2に、打ち切られた患者がそれによってどう変わったのか、打ち切れなかった患者はどうなのかを明らかにすること、第3に、今後、治療や対策のうえでどのような問題点があるのかを明らかにすることなどを目的とした。

II 調査方法とその時期

1 鹿児島県屋久島調査(グループ1)

1993(平成5)年11月26日、27日。

屋久町安房公民館にて実施。

検診対象者：治め認定者 16名、

継続療養者(対象) 16名、合計 32名。

検診スタッフ：医師 5名、検査及び補助者 11名。

2 宮崎県日向市調査(グループ2)

1994(平成6)年1月15日、16日。

日向市労働会館にて実施。

検診対象者：治め認定者 13名、

継続療養者 15名、合計 28名。

検診スタッフ：医師 7名、検査及び補助者 12名。

3 上記屋久島調査では3名の治め認定者の往診を行い臨床症状を診ている。また、秋津レークタウンクリニック(熊本市)において8名の治め認定者を検診し(1993年8月)、うち4名は宮崎出身であった。検診結果のうち臨床症状、症度等の分析においては、上記各3名と4名がグループ1、グループ2に含まれている。また、屋久島検診においては、新規(未認定)の患者6名も検診している。

4 検診方法

A 予診

第1部「全国アンケート調査」と同一のアンケート調査票(巻末：第1部資料一省略)を用いたアンケートを実施した(継続療養者については必要な項目のみ)。

B 医師の診察

診察は一般的神経学的診察を熊本大学神経精神科調査表にそって行い、さらに、頸椎症、頸肩腕症候群及び腰痛検診の項目を加えた(巻末：第2部資料3「検診カルテ」参照一省略)。

(1)一般的身体状態、血圧を調べ、脳神経症状として眼球運動、眼球振戦、聴力検査(会話での不自由さの有無とストップウォッチと音叉で調べた。耳から10センチメートル以上で聞き取れない場合を聴力障害とした)。顔面神経、舌、軟口蓋、言語などを調べる。これらは脳内障害の有無をみるためのものである。

(2)全体の運動状態をみる。歩行、体位変換、座位、起立など。さらに、握力や上・下肢、各関節などの筋力をみた。評価は、マイナス1からマイナス4に分けた。軽度、中等度、重症、最重症(麻痺)と考えてよい。手指振戦の有無、場合によっては



日向検診で診察する木村孝文医師(左、94年1月16日)

書字や描画を指示した。手掌発汗、チアノーゼ、冷感、爪の変化、白ろうなどの自律神経症状をみた。

(3)全身、とくに手指関節など手から肩にかけての筋委縮をチェックする。固有反射、病的反射(中枢性の神経障害の有無をみる)、歩行時動揺、つぎ足歩行、一直線に足を並べて直立時の動揺(マン現象)、足をそろえて直立し閉眼によって動揺する(ロンベルグ現象)、片足立試験、指鼻試験(目を閉じて人指し指で交互に鼻を指示させる)、ジアドコキネーゼ(手首での転回運動)、膝踵試験(臥位で踵で反対側の膝を叩かせる)などの検査は、運動失調、平衡機能など中枢神経系の障害を検査した。ロンベルグ現象や膝踵試験は脊髄の障害でもみられ、起立・歩行の障害は下肢の筋力低下、あるいは関節痛などによってもみせかけ上の障害がみられることがあるので比較検討した。感覚障害は、程度と拡がり針と筆で検査した。振動覚は音叉で行った。

(4)精神的には、感情、知的機能、精神障害(性格)をチェックした。これは、症状に精神症状の関与があるかどうかのチェックと脳障害の症状の確

認のために行った。

(5)また、症状の重要性から、とくに頸椎症、頸肩腕症候群、腰痛症のチェックを行った。すなわち、関節運動制限、痛みのチェック、とくに、肩、肘、手首、頸部。モーレイテスト(鎖骨内縁上端の圧痛)、正中神経進展テスト、エデンテスト、アドソンテスト、ライトテスト(以上は、橈骨動脈拍動の消失、減弱をみるもので血管圧迫症状をみるもの)、上肢保持テスト、スパーリング徴候テスト、ジャクソン徴候テスト、イートンテスト

などを行った。後頭神経、三叉神経、前腕神経、座骨神経肋間神経などの圧痛、肥厚を調べた。筋肉の圧痛、硬結としては、前斜角筋(1)、側頸部(2)、頂筋群(3)、胸椎旁脊筋群(4)、脊椎棘突起(5)、僧帽筋(6)、肩甲挙筋(7)、菱形筋(8)、大胸筋(9)、棘下筋(10)、小円筋(11)、上腕筋群(13)、手指筋群(14)などを調べた。

頸椎、胸椎の叩打痛の有無、第一指と第二指のつまみ動作、第一指と第五指のつまみ動作、手首、肘、肩などの関節変形の有無。腰部所見では生理的前弯の増強または消失、側弯の有無、運動時の圧痛の有無、棘突起の叩打痛(5)、圧痛の有無、腰椎旁脊筋群(15)、腰方形筋(16)、腎筋(17)、下腿三頭筋(18)、腓腹筋(19)の圧痛、硬結の有無、ラセーグ徴候テスト(臥位で足を伸展したまま挙上すると臀部から下肢背面に疼痛が走る症状で座骨神経刺激症状)などを行った。

C 振動障害に関する検査

検査は、昭和52年5月28日付け基発第307号による「振動障害の認定基準について」の「振動障害に関する検査項目及び検査手技について」に基づ

いて行われたものである。

イ 運動機能

(1) 握力

(a) 連続5回法(試技間5秒毎)

最大値が1~2回目にくるようにして連続5回
行い、最大値(1・2回目)と最小値(4・5回目)の差
を出す。

(b) 60%維持力

最大値の60%で維持できる時間を計測する。
筋の易疲労状態の観察。

(2) 指タッピング

30秒間連続で指を動かし、10秒毎のタッピング
の回数を数える。指の巧緻性とその低下の状態
(伸筋と屈筋の強弱)をみる。

(3) つまみ力

拇指と他指間でつまみ力をみている。つまみ力
を総和しても握力より小さい。

ロ 末梢知覚

(1) 振動覚

ここでいう振動覚は指先背側の触圧覚。

冷水負荷後、表在知覚の鈍麻が著しい場合は指
骨や手関節より中枢側の皮膚で感じる事が多い。

(2) 痛覚

指先腹側(末節または中節)の痛みの閾値を計
測する。

21Gの静脈針を利用し、5~10mmの高さから落
とした時に痛みを感じるおりの重さで表現。

なお、6gを超えると局所からの出血の可能性
が高いため、被験者の人権及び衛生上を考慮し
て、5gまで1gおきに行い、5gでも痛みのない
ものを5g超とした。

ハ 末梢循環障害

(1) 常在性の末梢循環障害の検査

(a) 皮膚温度

手指の皮膚温度をサーミスタ式または熱電対
式を用いて計測する。

〔表1〕 対象

受診者	60名
性別	男性 57名 女性 3名
年齢	64.0±5.8歳
職業	林業 51名 土木・建設 6名 その他 3名
振動工具	チェーンソー 47名 さく岩機 7名 刈払機 4名 その他 2名
振動工具使用年	15.0±5.3年
労災保険	療養継続 31名 治癒認定 29名
認定からの年数	14.4±4.9年
居住地	屋久島 32名 日向 28名

室温下での皮膚温度は表面温度用の熱電対を
利用することが多く、制度が高く時定数が短
い。室温は22~23℃をとっている。

(b) 爪圧迫テスト

4~5kgの圧で被験者の爪を検者の爪(1指と2
指)で10秒間圧迫して指先の血液を排出して爪
色を褪色させ圧迫後、爪の色が回復する時間を
ストップウォッチで計時する。

(2) 反応性末梢循環障害の検査

冷水負荷(10℃10分)テスト。

冷水に半側の手を手首まで10分間浸漬し、その
反応をみる。

浸漬中の皮膚温度、浸漬終了後の皮膚温度、爪圧迫
テスト、振動覚などで観測する。

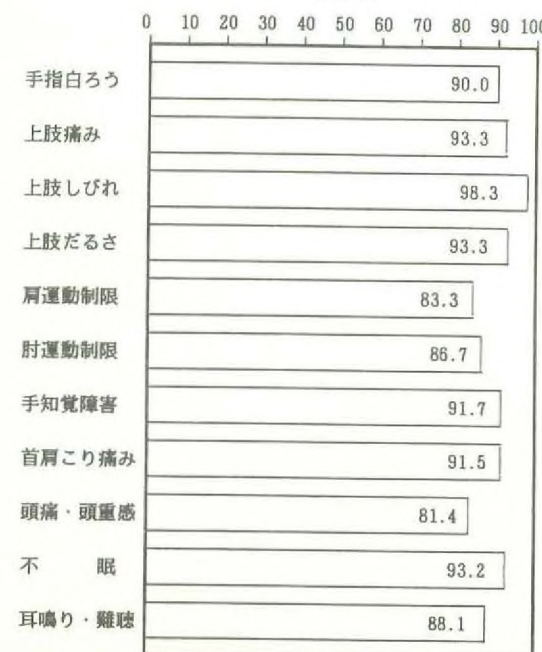
振動障害の本態としてレイノー現象とすると
本検査の障害は循環障害の本態を表すものとし
て重要である。

なお、高血圧等、被験者の状態により2名に対
しては行わなかった。

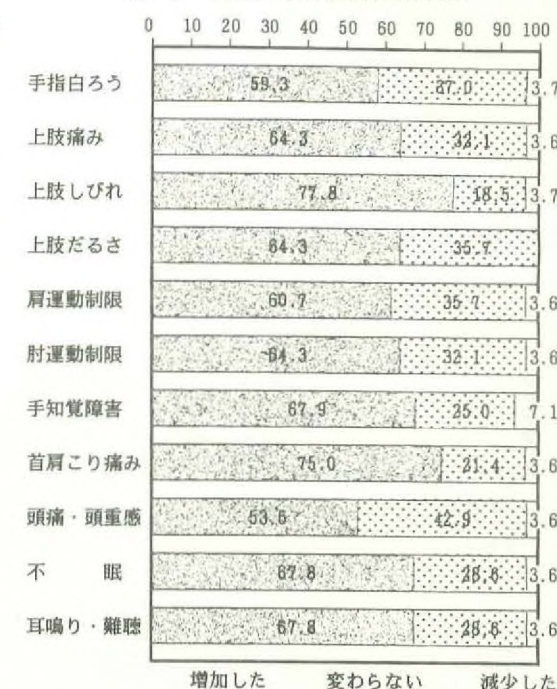
ニ 発汗テスト

自律神経機能のひとつでは交感神経の断裂。
1~3が普通の状態、緊張すると3~5になる。振
動障害患者では初期から亢進を示す。4~6の者が
多い。

〔図1〕 自覚症状



〔図2〕 治癒認定後の自覚症状の変化



〔表2〕 検査結果

① 皮膚温度	23.1±4.2(℃)
② 爪圧迫テスト	3.3±1.7(秒)
③ 痛覚	5.8±0.7(g)
④ 振動覚	25.7±11.9(dB)
⑤ 最大握力	19.7±9.0(kg)
⑥ 60%維持握力	27.9±20.0(秒)
⑦ つまみ力	2.4±1.1(kg)
⑧ タッピング	15.3±6.1(回/10秒)
⑨ 手掌発汗度	2.0±1.7

〔表3〕 冷水負荷テスト

	浸漬前	冷却10分	引き上げ	
			5分	10分
皮膚温度(℃)	23.1±4.2	11.3±2.3	15.0±4.0	17.4±5.4
爪圧迫テスト(秒)	3.3±1.7	4.0±1.9	3.6±1.5	3.4±2.0
痛覚(g)	5.8±0.7	5.8±1.1	5.7±1.1	5.5±1.3
振動覚(dB)	25.7±11.9	33.7±8.5	30.3±8.9	28.2±9.3

Ⅲ 検診結果

1 対象

受診者は〔表1〕のように60名であった。性別は、
男性57名、女性3名であり、平均年齢は64.0歳。
職業は、林業が51名と大半を占め、土木・建設6
名、その他3名であった。主な使用振動工具は、チ

ェーンソー47名、さく岩機7名、刈払機4名、そ
の他2名であった。振動工具使用年数は平均15.0
年。労災保険上の区分は、療養継続中が31名、治
癒認定された者29名であった。認定から受診まで
は平均14.4年であった。居住地区では、鹿児島県
屋久島32名、宮崎県日向地区が28名であった。

2 自覚症状

〔表4〕臨床症状の一覧

		末梢循環障害	発汗過多	運 動 障 害						筋萎縮	変形・拘縮	感覚障害	尺骨神経麻痺不全	橈骨神経麻痺	骨髄障害	半身障害	
				手指・手関節	肘関節	頸部	起立・平衡	歩行	筋力低下								
									手・上肢								下 肢
治め認定	グループ1	3	5	12	7	3	7	2	8	9	3	3	14	4	3	0	3
	グループ2	6	7	11	7	8	2	0	7	4	4	6	12	7	1	1	0
	計 (%)	9 25.0	12 33.3	23 63.8	14 38.8	11 30.5	9 25.0	2 5.5	15 41.6	13 36.1	7 19.4	9 25.0	26 72.2	11 30.5	4 11.1	1 2.7	3 8.3
継続療養	グループ1	1	5	6	5	7	0	0	4	2	1	5	14	6	1	0	1
	グループ2	1	7	9	7	6	2	0	5	0	4	3	13	6	2	0	0
	計 (%)	2 6.4	12 38.7	15 48.3	13 41.9	13 41.9	2 6.4	0 0.0	9 29.0	2 6.4	5 16.1	8 25.8	27 87.0	12 38.7	3 9.6	0 0.0	1 3.2
合 計 (%)		11 16.4	24 35.8	38 56.7	27 40.2	24 35.8	11 16.4	2 2.3	24 35.8	15 22.3	12 17.9	17 25.3	53 79.1	23 34.3	7 10.4	1 1.4	4 5.9
新規使用者 (%)		0 0.0	2 33.3									1 16.6	4 66.6				0 0.0

自覚症状を〔図1〕に示す。手指白ろうが現在も出現すると訴えるものは90%に及んだ。その他、図のように、上肢の痛み、しびれ、だるさ、肩関節、肘関節の運動制限、手の知覚障害、首、肩のこり・痛み、頭痛・頭重感とも90%前後に認めた。また、不眠、耳鳴り・難聴もそれぞれ93.2%、88.1%に認めた。

3 検査結果

検査結果を〔表2〕に示す。常温下での皮膚温は $23.1 \pm 4.2^{\circ}\text{C}$ と著明に低下していた。また、爪圧迫テストも 3.3 ± 1.7 秒と明らかに遅延していた。痛覚は、大半の症例で5g超となり、5g超を6gとした平均値でも5.8gと著明な知覚低下を認めた。振動覚も平均 $25.7 \pm 11.9 \text{ dB}$ と著明に低下していた。その他、握力、つまみ力、タッピングの運動機能も表のように障害されていた。

以上のように、振動病認定後14.4年経た現在もなお、末梢循環障害、末梢神経障害、運動機能障害とも高度に持続していた。

58名に対して行った 10°C 10分間の冷水負荷テストを〔表3〕に示す。

皮膚温は浸漬前 23.1°C が、冷却10分間 11.3°C 、引き上げ5分後 15.0°C 、10分後 17.4°C と著明な皮膚温低下、回復遅延を認めた。爪圧迫テスト、振動覚も同様に冷水負荷によるさらなる悪化、回復遅延を認め、末梢循環・神経障害が高度に持続していることを示した。なお、痛覚は、前にも述べたように大半が5g超であったため冷水負荷の影響は判定困難であった。

4 臨床症状

(1)臨床症状の中で最も高頻度に認められたものは感覚障害79.1%であった。次いで、手指・手首の運動障害(56.7%)、頸椎症(49.2%)、頸肩腕症候群(46.2%)、聴力障害(43.2%)、肘関節運動障害(40.2%)、等が主な症状であった。手掌発汗過多(35.8%)、頸部運動障害(35.8%)、手・上肢の筋力低下(35.8%)、下肢の筋力低下(22.3%)、関節の変形拘縮(25.3%)、ラセーグ現象(座

振戦	聴力障害	頸椎症	頸肩腕症候群	ラセーグ現象	神経症	うつ状態	知的機能障害	症例数
3	9	6	11	3	2	1	3	19
3	8	14	8	4	2	1	3	17
6 16.6	17 47.2	20 55.5	19 52.7	7 19.4	4 11.1	2 5.5	6 16.6	36 100.0
3	6	8	6	1	1	0	0	16
3	6	5	6	7	0	0	1	15
6 19.3	12 38.7	13 41.9	12 38.7	8 25.8	1 3.2	0 0.0	1 3.2	31 100.0
7 10.4	29 43.2	33 49.2	31 46.2	15 22.3	5 7.4	2 2.9	7 10.4	67 100.0
1 16.6	2 33.3	1 16.6						6 100.0

骨神経刺激症状)(22.3%)等が主な症状である。

〔表4〕

(2)注目されることは、振動病の主症状とされてき

〔表5〕感覚障害の型

	症例数	感覚障害の例数	尺骨神経感覚障害の害	橈骨神経感覚障害の害	手先全体	下肢のみ	四肢末端	半身側感覚障害
治め認定	グループ1	19	14	2	3	4	4	1
	グループ2	17	12	7	1	3	1	0
	計 (%)	36	26 72.2	9 25.0	4 11.1	7 19.4	5 38.9	2 5.5
継続療養	グループ1	16	14	5	3	4	1	1
	グループ2	15	13	6	1	3	1	2
	計 (%)	31	27 87.1	11 35.5	4 12.9	7 22.6	2 6.5	3 9.7
合 計 (%)		67	53 79.1	20 29.9	8 11.9	11 16.4	7 10.4	5 7.5
新規使用者 (%)		6	4 66.6	2 33.3		2 33.3		1 16.7

*重複しているものがあるので合計は合わない

た末梢循環障害、すなわち手指蒼白、チアノーゼ、冷感等が診察の場で検出されることがきわめて少ないことである(16.4%)。白ろう現象は多くの患者が訴えているにもかかわらず、診察の場でそれが確認できることはもともと稀であったが、慢性期にはいつてからはますます検出、確認が困難であることを示しているといえよう。これは、振動病の診断や症度の判定に末梢循環障害が大きな意味をもっているだけに検討すべき問題であろう。

(3)最も頻度の高い感覚障害について、その持訴を検討してみると〔表5〕のようになる。一般的に多発神経炎等末梢神経障害を伴う疾病に比較して程度は軽いし、多彩(変化に富む)である。しかし、そのことがひとつの特徴で診断に有意義であろう。

その中でも尺骨神経領域の感覚鈍麻が最も多い。右側に多いが、両側性にもみられる。次いで手袋様の感覚障害が多い。この型は自律神経系や末梢循環障害の強い例に多く、二次的な神経障害の可能性もあるのかもしれない。橈骨側の感覚鈍麻がこれにつき、次に下肢の感覚障害であった。下肢の感覚障害は、多くが不規則な外側の感覚鈍麻であった。手袋足袋様の感覚障害も5例にみられたが、その発生メカニズムについて不明なところが多い。

治め認定群と継続療養群と比較すると、ほとんど差が認められない。わずかに下肢の感覚障害だけ治め認定群に多かった。これは、経過とともに、感覚障害が右手から両手、さらに下肢と進行する傾向がみられることから、経過年数の差によるものと考えられる。

(4)精神症状で特徴的なことは、不眠とか

抑うつ気分などの訴えは多かったが、心気的、神経症的な状態を示したものは予想に反して比較的少なかった。すなわち5例、さらに、うつ状態もわずかに2例であった。知的機能障害は10.4%にみられているが、知的機能障害には治癒認定群と継続療養群に差がないのに、神経症、うつ状態には差がみられている。治癒認定が患者に与えた心理的な影響の大きさを示しているといえよう。不眠については71.6%が訴えているが、これは睡眠ポリグラフによって、振動病患者の睡眠は浅く、覚醒しやすく、身体症状と睡眠との解離現象などが知られており、そのことを反映しているものと思われる。

(5)慢性期であることから、関節変形、拘縮、尺骨神経麻痺(不全麻痺を含む)、橈骨神経麻痺(不全麻痺を含む)、筋萎縮など、器質性障害が高頻度にみられている。しかも、治癒認定群、継続療養群の間にほとんど差がみられない。筋力低下、起立・平衡障害、歩行障害、頸椎症候群、頸肩腕症候群などは明らかに治癒認定群に高率にみられている。

(注)頸椎症候群および頸肩腕症候群としたものは、一般のこれらの疾患の診断条件を満たすものである。本来なら、合併症とするか、別の疾患を考えるべきであるが、われわれはこれらの症候群も振動工具使用労働と関係があると考えているために、症候群として症状のひとつとして検討している(そこに特徴があるのだが)。

(6)全体的にみて、治癒認定群の方が継続療養群より症状の出現頻度が高い傾向がみられている。

[表6] 症度による分類

症度	日常生活支障の程度	慢性期振動病		合計	新規患者
		治癒認定	継続療養		
1	移動、食事、用便、更衣等に他人の助力が110%必要。	0	0	0	0
2	50%前後の他人の助力が必要。常時、監視・指導が必要	3 (8.3)	1 (3.2)	4 (5.9)	0
3	身のまわりのことはできるが、職業につくことは不可能。	16 (44.4)	5 (16.1)	21 (31.3)	0
4	能率に目立った低下がみられるが、簡単な職につける。	14 (38.8)	12 (38.7)	26 (38.8)	0
5	軽作業なら可能。	3 (8.3)	13 (41.9)	16 (23.8)	3 (50.0)
6	症状はあるが、ほとんど支障がないと考えられる。	0	0	0	3 (50.0)
		36 (100)	31 (100)	67 (100)	6 (100)

単位：上段(人数)/下段(%)

5 症度

われわれは、総合して日常生活の支障の程度を、症度1から症度6に分類した。

(1)症度1は、日常生活のすべてに100%の他人の介助が必要なもので、わかりやすくいえば寝たきりである。これに該当する患者は今回はられなかった。

(2)症度2は、日常生活の半分以上(一部分)他人の介助が必要で、かつ、常時、監視したり、指導したり(目が離せない状態)。これに該当する患者は4名いた。しかし、1例は骨折、1例は脳梗塞、1例は脊椎ヘルニアが合併していた。

(3)症度3は、身のまわりは何とかできるが、手指や上肢の運動障害や疼痛のために仕事をする事ができない者である。これに該当する者は多く21例(31.3%)みられた。

(4)症度4は、さまざまな症状のために仕事に対す

る能力が著しく低下しているが、仕事によっては就労することが可能な者である。これに該当した者は26例(38.8%)であった。

(5)症度5は、さまざまな症状があるが、少しレベルを下げると就労することも可能、または、能力低下だが何とか職に帰れそうな者である。これに該当した者は16名(23.8%)であった。

(6)症度6としたものは、症状はあるが何らかの影響はあるが、ほぼ一般の人と同様に仕事ができている者で、慢性期の振動病の対象者の中にはみられなかった。

治癒認定群と継続療養群とを比較すると、臨床症状[表4]で指摘したように、総合的にみても治癒認定群が(症度)やや重い傾向がみられる。すなわち、治癒認定群が、症度2で8.3%であるのに対して継続療養群は3.2%、症度3で44.4%であるのに対して継続療養群は16.1%であった。それに対して、症度5では、治癒認定群が8.3%であるのに対して、継続療養群は41.9%と大きな差があった。この差は何であるか別に考察・検討する。

IV 経過と特徴

慢性期の振動病の臨床的特徴は複雑で多彩であるが、経過からみて次のように指摘できる。最初、手のこわばり・痛み・しびれ・冷感など局所所見から始まり、ついにはレイノー現象がみられる。も

[表7] 治癒認定群と継続療養群の比較(1)

人数 性別 年齢 認定年数 振動工具	治癒認定 29名		継続療養 31名 男28 女3	p<0.001 p<0.001
	男29 女0	67.1±5.0歳	61.2±5.2歳	
	17.4±1.8年	14.1±4.7年	11.6±5.3年	
			15.8±5.8年	
●自覚症状				
1. 手指の白ろう	治癒認定>継続療養			
2. 上肢の痛み	治癒認定=継続療養			
3. 上肢のしびれ	治癒認定>継続療養			p<0.05
4. 上肢のだるさ	治癒認定>継続療養			p<0.1
5. 肩の運動制限	治癒認定>継続療養			p<0.05
6. 肘の運動制限	治癒認定>継続療養			p<0.01
7. 手の知覚障害	治癒認定≤継続療養			
8. 首・肩のこり、痛み	治癒認定>継続療養			p<0.1
9. 頭痛・頭重感	治癒認定=継続療養			
10. 不眠	治癒認定>継続療養			p<0.05
11. 耳鳴り・難聴	治癒認定>継続療養			p<0.05

[表8] 治癒認定群と継続療養群の比較(2)

No.	検査項目	治癒認定 n=29	継続療養 n=31	
①	皮膚温 ($\geq 27.1^{\circ}\text{C}$)	23.6±5.4 22/29(75.9%)	25.9±4.9 19/30(63.3%)	p<0.1
②	爪圧迫 ($\geq 3.1\text{S}$ (秒))	3.6±1.8 14/29(48.3%)	3.0±1.6 10/30(33.3%)	
③	痛覚 ($> 5\text{g}$)	5.7±1.0 24/29(82.8%)	5.9±0.3 28/30(93.3%)	
④	振動覚 125Hz($\geq 14.0\text{dB}$)	25.3±13.0 20/29(69.0%)	26.0±11.1 28/30(93.3%)	p<0.05
⑤	最大握力 (kg)	17.9±7.3	21.7±10.4	p<0.01
⑥	60%維持握力 (kg)	36.5±21.2	18.1±13.3	
⑦	タッピング (回)	16.3±6.8	14.1±5.2	
⑧	冷水負荷テスト	全て有意差なし		

とも振動病は振動だけの問題ではなく、振動工具を使う労働トータルからくるものであるから、頸肩腕症候群や腰痛を起こすメカニズムが付加されていることはいうまでもない。そのために、末梢自律神経症状、末梢循環障害、末梢神経障害、さらには軟骨、骨組織の変化をもたらす。症状は、次第に手首から肘、肩、背中、全体と拡大していき、関節の変形、関節の運動障害などがみられるようになる。

とにかく、慢性期には末梢性の循環障害、自律神経、神経症状より、より中枢に近い(近位部)の障害が目立ってきている。とくに、慢性期の振動病の中核は、いまや頸椎から腰椎まで脊椎を中心とした症状に移ってきたことがわかる。

現在のところ、中枢神経性、とくに器質性障害を示す所見はない。しかし、脊髄を介したさまざまな自律神経、中枢神経に対する影響は慢性期になれば明らかであり、その意味では全身性の疾患であるといえる。したがって、初期に限られた病像だけの判定基準や治療指針は見直されなければならない。

V 治療

多くの患者が温熱療法やホットパックや2～3の療法の効果を認めている。しかし、それは多くは末梢循環障害、自律神経症状に対してであった。すなわち、レイノー現象、冷感やこわばり、じんじん感、しびれ感などであった。そして、その治療効果は当然のこととして、ある時期に達するとなくなってしまう。しかし、治療を中止すると悪化することを示している。

また、振動病のように長期にわたる原因によって発生する疾病は、急激な原因によって起こる疾病とはその症状の特徴も治療に対する反応も異なってくるのは当然である。それはちょうど、急性中毒と慢性中毒の差に例えることができる。すなわち、同じ中毒であっても慢性発生か急性発生かによって症状が異なる。さらに、慢性発生であるうえに、さらに慢性期になっていることを考えるなら、治療の概念が狭義の概念では当てはまらないところにきている。思い切った治療の概念の変革と対策の変更が必要である。

【表9】

	屋久島 n=32	宮崎 n=28	
年齢	64.5 ± 6.7歳	63.5 ± 4.6歳	
性別	有意差なし		
症状固定／全症例	有意差なし		
認定からの年月	有意差なし		
振動工具使用年数	有意差なし		
治療回数(日)／月	19.0 ± 2.7	11.2 ± 4.5	p < 0.001
●自覚症状の有意差のあるもの(下記以外は有意差なし)			
上肢の痛み			p < 0.001
肘の運動制限			p < 0.01
頭痛・頭重感	← 宮崎がひどい		p < 0.05
首・肩のこり、痛み(傾向のみ)			p < 0.1
●検査所見の有意差			
皮膚温			p < 0.001
痛冷水負			p < 0.01
冷(10分後回復率)	← 宮崎がひどい		p < 0.1
維持握力			p < 0.001
つまみ握力			p < 0.001
振動覚	← 屋久島がひどい		p < 0.05

VI 治め認定群と継続療養群の比較

労災保険上治め認定とされた群と継続療養群の比較を行った。[表7]に示すように、受診者は治め認定群29名、継続療養群31名であった。性別、振動工具使用年数、居住地域には、両群間に統計学的な有意差はなかったが、年齢は治め認定群67.1歳、継続療養群61.2歳と治め認定群の方が約6歳高齢であった。また、労災認定から受診までの年数が治め認定群平均17.4年、継続療養群が平均11.6年と年齢と同様に約6年、治め認定群の方が長かった。

次に、自覚症状を両群間で比較した。[表7]のように、手の知覚障害を除く全ての症状で同程度かもしくは治め認定群の方がひどかった。とくに、上肢のしびれ、肩の運動制限、肘の運動制限、不眠、耳鳴り・難聴は、治め認定群は継続療養群に比べ、統計学的に有意に高率であった。

自覚症状について、治め認定群について、治め認

定後の自覚症状の変化について検討した。[図2]のように、手指の白ろうが悪化したと答えた者59.3%、不変37.0%、減少したと答えた者3.7%であった。他の症状についても同様に全ての自覚症状で過半数の症例が悪化しており、逆に改善した者は10%に満たなかった。この治め認定後の悪化のため、治め認定群の方が継続療養群より自覚症状がひどかったのだと考えられる。また、この悪化は、治め認定後治療が14回／月から2回／月に減少したのが影響したものと思われた。

治め認定群と継続療養群の検査値の比較を[表8]に示す。表に示すように、両群とも同じように障害がみられたが、皮膚温、爪圧迫テストの末梢循環障害は治め認定群の方が、痛覚、振動覚の末梢神経障害は継続療養群の方が、より強い傾向が見られた。冷水負荷テストは全て両群間に有意差はなかった。

以上、治め認定群と継続療養群の比較をまとめると、年齢、認定からの年数が治め認定群が約6年長かった。自覚症状は治め認定群の方がひどく、過半数の症例で治め認定群が悪化していた。検査所見は、両群とも著明に障害されており、両群間に特記すべき差はなかった。

VII 屋久島と日向の地域差の検討

屋久島地区の32名と日向(宮崎)地区の28名で地域差の検討を行った。[表9]のように対象の年齢、治め認定率、認定からの年数、振動工具使用年数とも両群間に差はなかった。

自覚症状では、上肢の痛み、肘の運動制限、頭痛・頭重感は宮崎(日向)の方が有意にひどかった。

また、検査所見では、皮膚温、痛覚、維持握力、つまみ力では宮崎(日向)の方が有意にひどく、振動覚のみ屋久島の方がひどかった。

このように全体として宮崎(日向)地区の方がひどい傾向が見られたが、これは、検診日が屋久島は

11月で宮崎(日向)が1月で気温が5℃宮崎の方が低かったこと、屋久島の方が比較的早期に振動病の労災認定を受け、対策が比較的早期にとられたこと、表9のように1日あたりの治療回数が屋久島の方が有意に多いことなどの影響が考えられた。

VIII その他

その他、対象の職業による比較検討、振動工具による比較検討も行ったが、大半の症例が林業かつチェーンソー使用によるもので、土木・建設業群あるいはさく岩機使用群との間に有意な差は見られなかった。

IX まとめ

長期経過した60例の臨床所見を検討した。

- (1)自覚症状では、レイノー(白ろう)現象も大半が今なお出現し、手足のしびれ、骨・関節系の痛み、頭痛、不眠、耳鳴りも非常に高率に見られた。
- (2)検査所見では、皮膚温・爪圧迫テストの末梢循環機能、痛覚・振動覚の末梢神経機能、握力・つまみ力・タッピングの運動機能とも全例で中等度から高度障害が認められた。
- (3)診察所見では、感覚障害が高率に見られ、種々の運動障害、発汗過多、神経症も認められた。
また、日常生活の支障度では約40%が就労不能であった。
- (4)労災保険で治め認定された群は、継続療養群に比し検査所見で同程度の異常が認められた。自覚症状、及び診察での運動障害、神経症はむしろ継続療養群より高率で、今後注意深い経過観察が必要であると考えられた。



考 察

I 病像(振動病とは何か)

1 新しい職業病である

振動病は、人類が経験した新しい職業病である。したがって、長期経過後にどのような病像になるのか。また、加齢によってどうなるのか。予後はどうなのか。誰も知らなかったはずである。振動工具が導入されて40年、病気が発見されて30年、振動工具を使用した労働者も振動病に認定された患者も年をとった。今もう一度、謙虚に振動病とは何であったかを再検討し、従来の対策でよかったかどうかについても再検討しなければならない時期にきている。

2 経過からみた特徴

30年の経過をみると、次のような段階に分類することができる(従来の分野については省略)。

① 前期：自覚症状が目立ち、客観的な症状や検査成績が正常な時期

手足のしびれ感にはじまり、手指、手関節、肘の痛み、こわばり感、冷感、発汗など局所的な自覚症状にはじまり、肩こり、頭痛、疲れやすい、などの自覚症状がみられる。これらの一つひとつの症状は非特異的なものであるが、一定のパターンをとること、その組合せには特徴がある。したがって、振動工具をもつ労働者が、このような自覚症状を訴えたときは、何らかの対策を立てなければならなかったといえる。振動病がわかっているときなら一部やむを得ないかもしれないが、振動病の存在が社会問題化した昭和40年代以後もこれらの自覚症状があっても振動工具の使用

を継続させた。この時期に何らかの対策を立てておれば今日のようなことにはならなかったであろう。

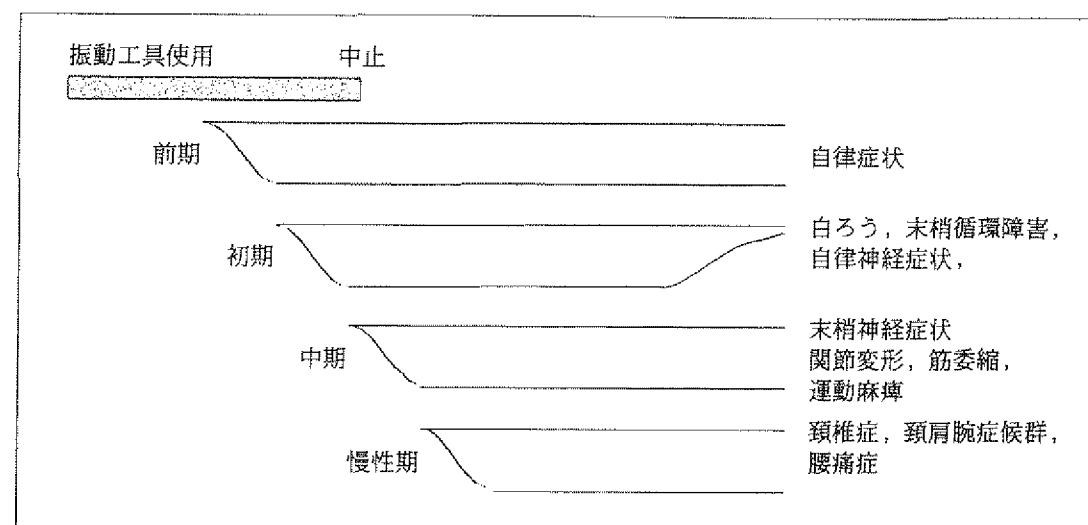
② 初期：特徴的な白ろう現象がみられる。使用後2～4年経過をして出現する。同時に、末梢循環障害、末梢神経症状、自律神経症状が中核の症状で、最も典型的な振動病の症状を示す。また、この時期には、不眠、いらい、物忘れなど精神症状、めまい、耳鳴り、頭痛、失神、筋力低下などもみられる。この時期の生理的な検査方法は確立されており、それらの所見による症度分類や認定が行われてきた。

③ 中期：主として、器質性病変がみられる時期で固定期と考えられていた。すなわち、手指の運動障害がみられ、筋肉・骨・関節の障害が目立つ。この時期には初期の典型症状に加えて、関節変形、筋萎縮、末梢神経麻痺、聴力低下など器質性の症状が目立ってくる。症状も右手から両手、手から下肢へと拡がっていき、腰痛、インポテンツ、さらにさまざまな内臓障害(自律神経障害を中心とした)も認められる。

④ 慢性期：現在がこの時期に該当すると考えられる。末梢循環障害、自律神経症状、とくに白ろう症状などは改善される場合があるが、一般に症状は遷延している。この時期は、中期にみられた器質性変化を中心に、頸椎症、頸肩腕症候群、腰痛症といわれる脊椎の症状が主症状となるのが特徴である。この時期の診察には職業性頸肩腕症候群、腰痛症および頸椎症の検査項目が必要である。

すなわち、次の図のようになる。

慢性期における多彩な症状および症状の進行は、加齢現象との関係もあるが、その発生メカニズムは脊椎の変化によって説明が可能である。すなわち、職業性の脊椎症が主症状となる。もちろん、末梢循環障害、自律神経症状、末梢神経症状も持続している。これによって次のことがいえる。



第1に、慢性期において振動病は振動の局所性の影響だけでなく、振動工具を使う林業労働者の労働のトータルな影響による疾病であることがますます明らかになっている。振動、寒冷、姿勢、重力、騒音、排ガスなど林業労働トータルの影響といえることができる。以前からそのことはすでに指摘されていたのであるが、慢性期にそのことがますます明らかになった。

第2に、末梢循環障害、末梢神経症状、関節変形をおこすとその病変が引き金となり、それに加齢が加わり、振動負荷がとれても症状は進行することが明らかである。とくに、血管の病変は症状を悪化させる。また、関節・骨の変形もまた循環障害を起こし、それを通じて症状を悪化させている。

第3に、振動そのものの直接影響は全身に及ばないとしても、脊椎を介しての症状、椎骨動脈循環不全、頸神経叢や腰神経叢を介した種々の神経症状や自律神経を介した内臓障害が考えられる。

振動病の慢性期の症状群を分析すると、症状は徐々に進行し、全身化することが明らかである。

これらの病像の特徴は予想できなかったことではないが、新しい疾患として最構築する時期にきて

いる。すなわち、脊椎由来の症状を合併症として切り離すのではなく、振動工具労働の結果、脊椎由来の症状こそ慢性期の振動病の本質であると考えられる。

II 対策

1 実態の解明が急がれる

上記の病像や経過の特徴は、実際に慢性期の患者の診療にあたっている医師たちにはよく知られた事実であるが、さらに、振動病を慢性期の時点で再検討しなくてはならない。診断基準も対策もすべて、初期から中期の限定された症状を中心に立てられてきたといえる。今後、新しい対策を立てるためには、主治医の意見を尊重し、早急に資料を収集してさらに慢性期の実態を明らかにしなければならない。

2 行政・企業責任

労働者の立場に立った対策を立てさせようとし、真の救済をかちとるためにはその責任が明らかにされねばならない。責任を明らかにすることは何も

対立関係を激化させることではない。振動病対策は公的な性質のものであるから、責任を明らかにすることが、振動病対策に対して世論の支持を得ることになる。すなわち、責任が明確でないのに国費を使うことに世論は賛成しないだろう。

3 治ゆ認定

今回の治ゆ認定(症状固定)者の調査で明らかなく、治ゆ認定と経過観察の患者との間に先述のように何ら医学的・症状的な差異は認められていない(自覚症状、アンケート調査、臨床検査および臨床診察結果の比較で)。むしろ、一部の症状は治ゆ認定を受けたものが悪化している。この患者たちの大部分は仮に再申請すれば振動病の認定条件に合致するものである。すなわち、症状固定の判断は医学的というよりも政治的判断としかいいようがない。

治ゆ認定の基準を明らかにすべきである(おそろく、恣意的で基準はないとしか思えない)。もし、できないのであったら、新しい症状の遷移に基づく、慢性期振動病の新しい病像と実態をもとに早急に治ゆ認定基準の作定に入るべきである。不公平がよくないのであって、行政・医療不信を大きくしている。

労使合意のもとで不公平のないみんなが納得いく基準を作るべきである。

4 救済のあり方

30年以上経過して病像も新しく再構成しなくてはならなくなったということは、基準の再検討が必要であると同時に救済のあり方も現行のままでよいということではなくなったことは当然である。この点についても、早急に検討の必要がある。

地域ぐるみの医療のあり方、福祉や老人医療、再就職の問題などとの関係も含めて議論される必要がある。ただ治ゆ認定、打ち切り反対では問題の根本解決にはならない。現実的な解決策を検討すべき

である。

5 新しい技術導入のモデルケース

振動病の問題はたんに振動病の問題だけにとどまらない。新しい技術を導入するとき、それがいかに便利であっても、その導入にあたってどのような注意をしなければならないかということを考えさせるものである。高松高裁判決の「便利のためには多少の犠牲はやむを得ない」という考え方が間違っていることを証明しないと、今後新しい職業病の発生や労働災害の防止にならない。いや、環境問題についても同様のことがいえる。

6 急がれる対策

今回の調査で、それぞれ個々人について事情は多少異なるが、中には治ゆ認定(打ち切り)によって悲惨な状況にある人たちが少なからずいるという事実が明らかになった。少なくともこの人たちに対して、何らかの具体的な対策が早急に必要である。仮に症状固定を認めたとしても、治療は継続しなければならない。とくに、加齢がらみの脊椎を中心とした症状群は治療をしている間は固定であっても、治療中止によって悪化ないし進行するものである。

以上、われわれの調査は全国の振動病患者のごく一部にしかすぎないが、これら全国の患者と共通の問題の一部を明らかにしたと自負している。これらの調査結果が運動や施策の上に少しでも生かされることを願う。

そして、私たちも今後、さらに研究をすすめるつもりである。一層の御協力をお願いする。

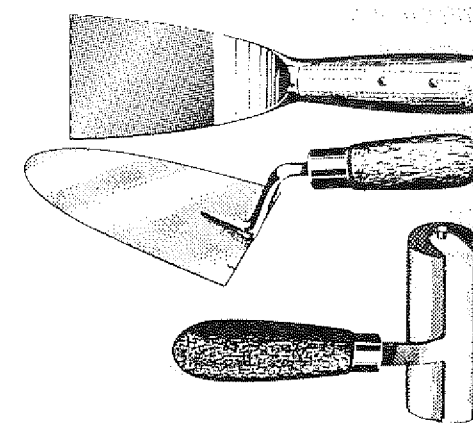


連載①⑥

監督官労災日記

井上 浩

全国安全センター副議長



重大災害調査復命書(労災様式)

名古屋南労働基準監督署時代の調査復命書が見付かったので掲載することにしよう。

1 事業場名、所在、業種、労働者数

T化学工業株式会社名古屋工業所
名古屋市港区S町
化学工業

2,638名

2 発生年月日

昭和26年12月14日9時40分(当日14時5分死亡)

3 労働者氏名、生年月日、満年齢、性別

H・K
大正13年2月11日生
満27年10月
男

4 所属作業場、職種

L部製造5課第1係
機械運転工

5 作業概要

機械運転状態の監視ならびに保守

6 発生状況

シクロヘキサノールろ過室北側でパイプ(A)内のシクロヘキサノールが凍結していたため、これを蒸気で溶解しようとした際に事故が発生した。通常の場合はパイプ使用後圧縮空気で清掃してパイプが詰まらないようにしてあるが、当日は詰まっていたので凍結しているものと思い、室外の蒸気パイプ(B)に内径1インチのゴムホースを接続して窓口(C)よりそう入し、地上1メートル40センチの窓数居(D)のうえに立ち、該ホースを股の下から引っ張ろうとしたときホースの口が顔面に向き、高熱の蒸気が顔面にか

かり火傷した。蒸気のパイプ内の圧力は50気圧である。本人は驚いて窓敷居より跳び降りて、約12メートル離れた水道にまで歩いて行き洗面及びうがいをした。しかし、激痛は去らないので近くで作業中のSが自転車に乗せて工場内の診療所に運んだ。

診療所ではM所長が直に診断したところ、顔面はわずかに発赤していたが、口腔内の火傷が著しく、特に後口蓋、咽頭の粘膜は灰白色を呈し凸凹が認められた。本人は甚しい激痛を訴えるので塩モヒを皮下注射したところ、病室まで歩いて行って眠った。そこでSが付き添っていたが14時少し前に呼吸困難とけいれんが来たので驚いてM所長を呼んだ。M所長は上気道の浮腫のための呼吸困難と診断して、直ちに気管切開を始めたが間に合わず窒息死した。

7 原因

最も根本的な原因はパイプの凍結防止措置が講じられていなかったことである。

次には、本人の動作の不注意である。

最後には、医師の診断が不十分であったため被害が大きくなったものと思われる。

8 家庭状況

父 M 咽頭気管支炎で死亡(65歳)

母 K 64歳 健康 無職

長兄 M 病死(18歳) 病名不明

次兄 K 爆死(30歳)

9 日常生活

一家は普通的生活状況で、本人も健康な生活を送っていた。

10 健康・病歴

著患を知らず。昭和24年12月21日入社以来の4度の健康診断にも異常を認めず。

11 医師の意見

最初負傷直後のM所長の診断は、顔面、口腔、

咽頭火傷となっており、療養必要期間は6日間とされている。名大医学教室田内医師の死体検案書によれば、直接死因は窒息、間接原因は声門水腫となっている。

12 災害現場見取図

別紙添付のとおり。

13 労基法違反の有無

違反なし。

14 同種災害の有無

現在までになし。

15 監督官の措置

服部監督官の復命書のとおり。

16 労災保険法第17・18・19・52・53条違反の

該当の有無

該当なし。

17 調査官の意見

本災害を発生せしめた高熱の水蒸気は生産行程には使用しないもので、排気利用の意味で暖房に使用している。したがって、パイプの中が凍結した際に各自が自由にゴムホースで使用しているもので、本人が特に規則や慣習を無視して使用したものではない。よって本人に重大過失はなかったものと認められる。

次は医師であるが、医師は普通の外傷を見る程度で軽く考え診療簿にもごく簡単な記載しかない。この場合、一応良心的に診断すれば、火傷の原因が高熱の「気体」であることから、また、顔面が発赤している以上、表面が粘膜である気道の浮腫は当然想定して、たとえその場で気管切開をしなくとも、患者の容態の推移には注意すべきであった。然るに初診後死亡までに2回病室をおとずれているが、脈はくや呼吸にさえ注意せず、急激な変化が来たらようやく処置している。まさに怠慢というべきである。火傷自身は医師でさえ療養所用期間6日間とし

たくらいの軽症であったから、直接の死因は医師の不注意による窒息である。よって、医師に対して嚴重戒告の要がある。なお、遺族補償は本人の母Kに支払うこと。平均賃金は383円94銭であり、その算定基礎は別紙添付のとおりである。

当時27歳。張り切っていたのだろうか。調査は労災保険用のものであるから、被災者の過失の有無(労災法19条支給制限)と医師の責任(労災法20条 第三者行為求償)に重点をおいて書かれている。間もなく東大出の診療所長は労働組合の反ばつを受け退職転居して行った。

監督課のころ

通常の役所では庶務課とか総務課というのが最右翼であるのが普通だが、基準局の場合には監督課長が課長の筆頭になる。次長がいない局では局長の次は監督課長である。では、監督課は何をするかという管内の事業場監督を総括する。具体的には基準局における監督計画樹立の中心であり、また、その実行状況の監察もする。したがって、労働基準監督官であればどの部署にいても、事業場監督については監督課の統制に服する。もちろん署長でもある。労働安全衛生法に関する監督でも、最低賃金法に関する監督でも、それを指揮するのは安全衛生課や賃金課でなく監督課である。したがって、監督官にとって監督課はこわい存在である。監督官の人事についても監督課長の影響は大きい。しかし、こんな監督課であるが、課長の下に他の課のような課長補佐はなく、監察官2人と係長1人、それに係員3人の小世帯である。具体的な仕事としては監督計画の樹立、各署の業務監察

(労災保険を除く。)、公益法人の監督、職業訓練の特例許可等があった。捜査についての検察庁との連絡も担当していた。特殊な仕事としては、外郭団体である労働基準協会連合会の機関誌の編集も行っていた。たまには大企業等の監督を局署合同で行うこともあった。こう書くといかにいそがしそうであるが、事実はその反対で朝から1日中何もしない日がよくあった。もちろん、いろいろと新企画を起案することは自由であるが、それをすると実行部隊である署が大へんであるから、なるべくしないことにしていた。監督課の仕事の中には、労働省組織規程15条によると「都道府県労働基準局の所掌に係る事務の総合調整に関すること」というのもあったが、監督課長が余程の人物でもない限りなかなか実行できなかったのではなかろうか。愛知時代にはすごい人がいて、津島署のK署長に命じて、当時統制品であった洋服地1本(50メートル)を用意させて労働本省にかつぎ込み、北陸に行くとき水見鮪1本を送り付けたということであったが、この豪傑は文字どおり総合調整機能を発揮して、安全衛生課も賃金課も監督課の1統計係の感じであった。

なお、監督課の仕事のなかには「労働能率の増進に関すること」というものもあった。もっとも実際には何もしてなかったが、国家公務員法73条1項にある「職員の勤務能率の発揮及び増進のために、」という規定とともに、労働基準法や労働安全衛生法の性格を考える場合には忘れてはならないことだろう。以下監督課初期の日記若干。

1962(昭和37)年4月28日(土)曇雨

松岡教授より労働法学会へ入会できたと通知来る。(季刊労働法等へ書いたりするようになったので、松岡教授の言に従って労働法学会と社

会政策学会へ入会。紹介者は松岡教授と総合労働研究所の大塚編集長。大塚氏は現エイデル研究所代表者。当時監督官の労働法学会入会者ゼロ。社会政策学会は現在でもゼロのようである。監督官には経済よりも法律に関心のある人が多いのだろう。)

5月13日(日)晴

社党県議M氏より溶接士試験のことで電話あり。(後日M氏はお菓子の大きな箱を持って局に来たが、わたしはだれからともいわないで、そっくり安全衛生課に渡した。何も知らないでそれを食べている課員を見てわたしはおかしくてたまらなかった。試験の結果については書かない方がよいだろう。)

6月8日(金)曇

労働会館で全基準埼玉支部大会。I氏追放問題をめぐって紛糾。O事務官と出席。(I氏は東日本の某基準局課長であったが、問題があって埼玉局審査官に降格転入していた。それを行政外に追放しようとしてもめたのである。詳細記憶なし。)

6月13日(水)雨曇

午前中東京駅八重洲口の近くの「あけぼの」で散髪(まだ毛があった!)。続いて主計局に中村さんをたずね、頼んでいた中小企業関係の融資申請用紙をもらう。さらに慶応大に行き伊東岱吉教授に会う。(伊東教授は中小企業問題の権威。わたしは中小企業問題に没頭し、松岡教授の紹介状をもらってたずねたのである。わたしの質問は、①求人難で二重構造は変化するか、②中小企業法の性格は前向きか、③欧米の中小企業法の内容等についてであった。そして、日本資本主義に対する農村の役割は変質したのではないかという質問に対しては、教授は明確に否定された。)

7月2日(月)時々雨

午後高橋氏(川口署で賃金不払い送検のときの労組代表者。前出。)来局談話。留守中労働省U氏に頼んでおいたイギリスの工場監督年報1958年版届く。(労働省図書館から借りたのである。)

7月11日(水)曇

福永労相秘書が中小企業労務管理近代化推進員の推せんを急ぐようにと来局。特に1区の関係。(7月7日には労相自ら来局している。労働省が中小企業の業者団体を労務管理近代化集団として指定して指導する制度が4月に発足したが、その団体の推せんにより団体員2~3人を近代化推進員として労働大臣が任命した。どの団体でも大体誰もが認める役員を推せんしてきた。ところが、大臣の意中の人を入れろという天の声である。そこで苦しい役をわたしが引き受けることになった。)

7月12日(木)曇

秘書来局。A伸管の千葉さんが浦和署に来ていたので局に来てもらい、やっと天の声の指定した人の推せんを頼む。Y化学のYさんには夕方ようやく電話が通じたが、微妙な話でちあかず。

7月13日(金)曇時々雨

Y化学(春日部管内)のY専務に局に来てもらい天の声が指定した人の推せんを頼む。了解。(この頃わたしを局へ引き上げた局長が5月16日突然退官。7月17日には監督課長も突然退官。後任課長には愛知での元上司が来る。まさに状況は変わりつつあった。)

7月17日(火)曇

午後近代化推進員任命式。終って乾杯。課長突如詰め腹。(推進員任命とは無関係。)



「のぞみ」殺人 労災認めず 山梨・埼玉●甲府信金誘拐殺人事件は業務上

ちょうど1年前の8月、ご記憶の方も多いと思うが、直接の担当業務とは「無縁」と思われるところで起きた労働者の殺害事件がふたつ。最近、双方の事件の労災申請に対する所轄労働基準監督署の決定が出された。

甲府信用金庫大里支店の預金担当窓口で働いていた内田友紀さん(当時19歳)は、昨年8月10日、雑誌記者と名乗る男の「輝いて」というコーナーの金融機関の女性特集」の取材申し込みで、支店に差し回されたタクシーで公園に呼び出されて消息を絶った。翌日、同支店に身代金要求の脅迫電話が入り、17日に富士川で遺体が釣り人によって発見された。この事件では、信用金庫の理事長が「私的な行動だった」と責任を回避する発言をしたことに対し、連合山梨が申し入れを行うなど世論の批判を浴び、あらためて記者会見をして「会社の指示で記者を装った男が指定した場所に向かったもので、事件は業務中の出来事だった」と謝罪する一幕もあった。

山梨県甲府労基署は、今年7月15日、この事件を業務上の災害と認定。新聞報道によると、犯人が事前に信金本店などの許可をとっていることや、金融機関の職員は現金を奪おうとする犯罪の対象になりやすい危険があり、このケースはそれが現実化したものだと、勤務時間外・施設外であっても内田さんが「取材」に応じたことは業務の一環だったと判断したという。

もうひとつは、昨年8月23日、食品卸会社埼玉支店長だった松野定哲さん(当時40歳)が、同僚3人と出張帰りで乗っていた東海道新幹線「のぞみ号」の車内で覚醒剤使用の男に刺殺された事件。埼玉県大宮労基署は、今年8月21日までに、これを業務外と決定した。これも新聞報道によると、通常の出張に使われる交通手段で帰宅していることから業務遂行中とは認められるものの、事件に巻き込まれた原因が同社の事業内容や松野さんの業務内容とは因果関係がないとしたというもの。

当時、東京新聞(93年8月25日付一左)が、全国安全センターの古谷事務局長と日本労働弁護団の古川景一弁護士

業務上、分かれる見解
上司指示絡み、適用へ

新幹線殺人
誘拐殺人

労災補償
どうなる

新幹線「のぞみ」の車内で覚醒剤使用した男に刺殺された松野定哲さん(当時40歳)の事件。山梨県大宮労基署は、今年8月21日までに、これを業務外と決定した。これも新聞報道によると、通常の出張に使われる交通手段で帰宅していることから業務遂行中とは認められるものの、事件に巻き込まれた原因が同社の事業内容や松野さんの業務内容とは因果関係がないとしたというもの。

甲府信用金庫大里支店の預金担当窓口で働いていた内田友紀さん(当時19歳)は、昨年8月10日、雑誌記者と名乗る男の「輝いて」というコーナーの金融機関の女性特集」の取材申し込みで、支店に差し回されたタクシーで公園に呼び出されて消息を絶った。翌日、同支店に身代金要求の脅迫電話が入り、17日に富士川で遺体が釣り人によって発見された。この事件では、信用金庫の理事長が「私的な行動だった」と責任を回避する発言をしたことに対し、連合山梨が申し入れを行うなど世論の批判を浴び、あらためて記者会見をして「会社の指示で記者を装った男が指定した場所に向かったもので、事件は業務中の出来事だった」と謝罪する一幕もあった。

山梨県甲府労基署は、今年7月15日、この事件を業務上の災害と認定。新聞報道によると、犯人が事前に信金本店などの許可をとっていることや、金融機関の職員は現金を奪おうとする犯罪の対象になりやすい危険があり、このケースはそれが現実化したものだと、勤務時間外・施設外であっても内田さんが「取材」に応じたことは業務の一環だったと判断したという。

もうひとつは、昨年8月23日、食品卸会社埼玉支店長だった松野定哲さん(当時40歳)が、同僚3人と出張帰りで乗っていた東海道新幹線「のぞみ号」の車内で覚醒剤使用の男に刺殺された事件。埼玉県大宮労基署は、今年8月21日までに、これを業務外と決定した。これも新聞報道によると、通常の出張に使われる交通手段で帰宅していることから業務遂行中とは認められるものの、事件に巻き込まれた原因が同社の事業内容や松野さんの業務内容とは因果関係がないとしたというもの。

当時、東京新聞(93年8月25日付一左)が、全国安全センターの古谷事務局長と日本労働弁護団の古川景一弁護士

に取材して「どうなる労災補償」という記事を組んだが、「のぞみ号事件の方は労働省は認めないかもしれない」という古川弁護士への危惧が当たった。しかし、古川弁護士は、94年7月29日付の朝日新聞の論壇で次のように述べている。

「市民の常識と法の目的に照らせば、法律にある『業務上』という言葉は業務と合理的な関連性の

ある災害を救済対象とすることを意味するが、労働省はこの見解をとらない。労働省は『のぞみ』号の事件を労災と認めると、労災認定の基本的考え方を修正しなければならなくなることを危惧したと思われる。

(中略)『業務上』という言葉の意味を、市民の常識と法の目的に照らして考え直すべきときである。」



原発被曝による白血病を認定

静岡・兵庫●中部電力は謝罪を拒否

中部電力浜岡原子力発電所の下請労働者だった嶋橋伸之さんが91年11月20日に29歳の若さで慢性骨髄性白血病のため死亡したのは作業中の被曝が原因として両親が昨年5月に行っていた労災申請に対して、静岡県磐田労働基準監督署は業務上と認定した(事件の詳細は93年9月号参照)。

これは7月27日に磐田労基署が異例の記者会見を行って明らかにした。また、嶋橋さんの件以外に原発内作業の放射線被曝による慢性骨髄性白血病の労災申請が兵庫県神戸西労基署に2件行われていることが伝えられていたが、労働省は同日、このうち1件を業務上と認め、1件は業務外と認定したことも明らかにし

ている。

神戸西労基署で認められたのは兵庫県在住の38歳の男性で、玄海(佐賀県)、大飯、高浜(いずれも福井県)の各原発で定期検査の作業に従事して被曝、92年12月に神戸西労基署に労災申請した。労働省は、この男性が健在のため被曝線量や健康状態などは公表できないとしている。

東京電力福島第1原発で原子炉配管の腐蝕防止作業に従事していた労働者が、11か月間で4レムの被曝をし慢性骨髄性白血病で死亡したケースが91年末に労災認定されたのに続く第2、第3のケースとなった。嶋橋さんのケースについて言えば、放射線管理手帳によっても8年10か月の間に

50.63ミリシーベルト被曝しており、現行の労働省の労災認定基準である0.5レム(5ミリシーベルト)×放射線被曝業務従事年数等を上回っており、今回の決定自体は当然のことである。

しかし、中部電力は広報室で「労災保険制度による労災認定は、直接的な因果関係が明らかでなくても、労働者救済という観点に基づいて認定されることがあると理解しており、今回認定されたことが、浜岡原子力発電所での放射線被曝と御本人の病気に直接的な因果関係があったことを意味するものではないと考えている」とコメント。決定を受けて、謝罪を求めに赴いた両親や弁護士らに対して、謝罪を拒否した。

嶋橋労災認定を支援してきた弁護士等では、昨年から早期認定を求める署名を呼びかけ、短期間のうちに38万以上集まり、今年3月16日には磐田労基署、4月22日には労働省と科学技術庁に署名を提出して話し合いを行い、5月14日には東京で「被曝労働を問う市民集会」を開催するなどして、早期認定を求めてきた。

同弁護士団は、今回の決定に際して次のような声明を発表している。

① 今回の決定は年間約5ミリシーベルトの被曝労働者の白血病死をその被曝労働に起因するものと認定したものである。



7月27日、磐田労基署で記者会見する嶋橋さんのご両親

労災認定における業務起因性が認定されたということは被曝労働と白血病死の間に因果関係があることを認めたことにほかならない。

② 電力会社と政府は、年間約5ミリシーベルトの被曝によって白血病死が生じたという事実を直視して、これ以上の犠牲者を出さないよう、早急に安全対策を徹底させる必要がある。

許容被曝限度内の被曝に留めれば安全対策として十分であるというような見解のもとでは、これ以上の犠牲が生ず

ることを防ぐことはできない。

③ 資源エネルギー庁発表によれば、1993年度中に5ミリシーベルト以上の放射線を被曝した原発労働者は5,000人を超えている。これらの労働者は嶋橋さんと同じ危険にさらされている。

④ 原子力発電所がこのような犠牲のもとに運転されていることを深く認識し、原子力発電所に頼るエネルギー政策の是非について根本的に考え直す必要があるのではないか。



バイオテクノロジーによる被害の輸出 世界●規制の小さな南半球に移転

遺伝子工学は、理論的にはどんな遺伝子もある生体から他の

生体へ移し換えることができるという、巨大な影響力をもつ技術である。DNA組み替え技術は、遺伝子を新たな生活形態を形作る地球規模の資源に変換する潜在力をもっている。この技術力は、遺伝子工学を過去のいかなる技術よりも影響力あるものとしている。

この新たな技術の危険性について最初に懸念を表明したのは、遺伝子工学に関わる科学者たちだった。

こうした批判の中心部分は、遺伝子工学により操作された自己増殖力のある生体が生物圏に流出することによって、生態的・疫学的つながりが損なわれるのではないかとこの恐れである。北半球では、試験や販売の後に禁止や規制が続いたので、バイオテクノロジー製品の試験は、規制や市民の監視をかわすため、南半球で行われるようになるだろう。

遺伝子工学の会社は、規制が緩やかだったり一般の関心が低い等、より障害の小さい国で、生態の組み替えを含む認可された実験を行い始めている。

1986年、フィラデルフィアのWISTAR研究所は、アルゼンチンで政府や人々の同意を得ずに家畜を使った狂犬病ワクチン試験をしていたことで知れわたった。アルゼンチン政府が事実気づくと、即刻実験は中止

された。アルゼンチン厚生省は、ワクチンを射たれた家畜を取り扱った農場労働者が生きたワクチンに感染したと断定した。

WISTARは、アルゼンチン政府に追い出されたが、インド政府に受け入れられ、論争を呼んでいるワクチン応用プログラムに参加することになった。このプログラムの目的は、生態工学を施されたワクチンの動物及び人体実験の範囲を広げることである。このアメリカが出資しているプログラムは、明らかに、アメリカで施行されている安全法規をかいぐるためのものである。プログラムのメモランダムには「あらゆる遺伝子工学は、調査が行われる国の法規にしたがって実行される」と書かれている。インドには遺伝子工学を取り締まる法律がないので、インドにおけるワクチンの実験は、完全に規制から自由な、目論まれたものである。

バイオテクノロジーによる被害が輸出されているのは、アルゼンチンやインドだけではなく。1990年2月、1週間にわたって行われた「動植物バイオテクノロジー全国会議」では、アメリカ国際開発局は、アフリカ諸国が、北半球の法体系では不可能な、遺伝子的に改造された生体のフィールド実験を許可していることを強調した。

それゆえ、この新たな技術が

ら利益を引き出し、ネガティブな衝撃を減らすためには、第三世界は、生態的、社会的、経済的波及力に基づいてバイオテクノロジーを査定する枠組みをすぐにでも考え出さなければならぬ。南半球では重要事である技術移転は、そうした査定の枠組みをもって交渉することが必要である。そうすれば、社会的

に望ましい技術移転が行われ、危険で望ましくない移転を防ぐことができる。



*Utasan Konsumer,
Malaysia, Third World
Network Features,
Mid-January 1994
from WHIN(Wokers' Health
International Newsletter),
No.40, Summer 1994*

「知る権利」の光と影 アメリカ●最近のケースから

1994年1月26日、フロリダ裁判所は、150,000に及ぶ機密協定資料を提出することを裁決した。提出された資料は、デュポン社の農薬ベンラテDF(ペノミル殺菌剤)が農作物に甚だしいダメージを与える疑いがあることを述べており、収穫や苗床の損害が1980年代で何億ドルにもなるとしたデュポン内部メモとベンラテに関する科学調査報告も含まれていた。

フロリダ農業局は、1年以上前から、「サンシャイン条例」に基づいて、この資料の公開するよう告訴していた。裁判所は、ベンラテはこの条例に規定される「公共被害」であるとして、この資料の公開を命令したものである。

一方、市民健康調査グループは、今年始めに、クリントン大統領に対して、発ガン性化学物質に暴露している労働者が170,000人以上いること、その他の健康を傷害する危険のある職場の被害について申し入れた。

10年前、このグループは、レーガン大統領に対して、NIOSHによる69の疫学調査を実施した258の労働現場について、こうした有害物質に暴露していることを労働者に知らせよう書面で要求した。

グループは、NIOSHは、こうした労働者240,450人のうち、多くとも71,180人の労働者にしか通告していない、としている。

WHIN, No.40



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3-6-6 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 高知市薊野イワ井田1275-1 TEL (0888) 45-3953/FAX (0888) 45-3928
- 熊本●熊本県労働安全衛生センター
861-21 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レクタウンクリニック内 TEL (096) 360-1991/FAX (096) 368-6177
- 大分●社団法人 大分県勤労者安全衛生センター
870 大分市寿町1-3 労働福祉会館内 TEL (0975) 37-7991/FAX (0975) 34-8671
- 宮崎●旧松尾鉱山被害者の会
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
753 山口中央郵便局私書箱18号