

産業保健のあり方

使用者責任・労働者の権利確立に基づく 労使の自主対応と産業保健サービス

古谷杉郎

全国安全センター事務局長

21世紀を展望した産業保健のあり方

労働省は4月26日、1994年2月から検討を進めてきた「これからの産業保健のあり方に関する検討委員会」の報告を発表した。これは、「21世紀を展望した産業保健サービスの内容及び提供体制について検討したもの」とされ、労働省では、できるだけ早い時期に中央労働基準審議会の意見を聞いて、所要の施策を講ずることとしている。

労働安全衛生法は、「労働災害職業病の防止」に加えて、1988年法改正により「健康の保持増進」(第7章)及び1992年法改正により「快適な職場環境の形成」(第7章の2、1992年9月号参照)が目的として明記されるようになっていく。検討委員会報告を踏まえた労働安全衛生法の改正等の法的措置も想定される中で、まさに「21世紀を展望した労働安全衛生のあり方」をどう構想していくのかが問われていると言える。

1993年9月の連合「労働安全衛生環境対策指針」(94年2月号)、1992年11月の自治体労働安全衛生研究会労働安全衛生法ワークショップの「労働安全衛生法改正への提言」(93年5月号)なども発表されているが、今春の日本産業衛生学会、日本労働法学会でも関連する話題が取り上げられている。すなわち、4月26-29日に名古屋国際会議場で開催された第68回産業衛生学会では、シンポジウムで「産業保健活動とプライバシー」「小規模事業所の産業保健活動をめぐって一だれがイニシアティブをとるべきか」等のテーマが取り上げられ、5月21日に広島大学で開催された労働法学会第89回大会では「産業医をめぐる法律問題」をテーマにシンポジウムが行われた。

産業保健をめぐる論点

労働法学会のシンポジウムでは、フランス、ドイツ、アメリカ、イギリスの4か国の「産業保健・産

業医制度」について紹介されたが、産業医制度に絞られたために報告ではふれられなかった点も含めて、国際的な動向を踏まえた「産業保健をめぐる論点」として、座長の保原喜志夫氏(北海道大学法学部教授、検討委員会の委員でもある)が以下の点をあげられたことが興味深かった(分責筆者)。

①産業保健の定義(1950年のILO・WHO合同委員会報告では「仕事の人間への適合と人間の仕事への適合をめざすこと」としめくられている)、②産業医制度の有無・存在意義(あった方がよいのか—プライバシー等の問題もあり、必ずしも100%そういうことにはならないのではないか。あるとすればどのようなあり方がよいのか)、③適用対象労働者の範囲、④健康診断(使用者に労働者の健康状態を把握する権利・義務はあるのか。対象を限定する必要がある。検診項目の妥当性—国際的には項目限定に動いている)、⑤産業医、労働者、使用者3者の権利・義務をどう考えるか(産業医の地位の独立性、中立性)、⑥労働者のプライバシーと使用者の安全衛生配慮義務、安全衛生法上の義務との関係、⑦産業医の守秘義務(使用者への労働者の医療情報の提供を拒否できるか)、⑧従来の労働条件保護との関係で産業保健をどう考えるか。最後の点と関連して、保原氏は「最低基準を設定して刑罰をもって守らせるということから、快適職場の形成促進まで目的とされる中で、そもそも労働法の対象となり得るのか—と言うと物議をかもしもかもしれないが、クラシクな意味での労働法の議論とは異なる検討が必要」と提起された。

なお、②については、産業医の選任を法律で義務づけているフランスやドイツと、企業の自由裁量に任せているイギリスやフランスに分かれ、一般健康診断について義務づけているのはフランスだけだが、そのフランスでは産業医の治療行為を禁止している(シンポジウムの報告は「日本労働法学会誌」に収録される予定。また、産業医科大学教授の大久

保利晃氏(検討委員会の委員でもある)を主任とした研究チームがアメリカ、イギリス、イタリア、オランダ、カナダ、スウェーデン、デンマーク、ドイツ、フィンランド、フランス、ベルギーの11か国の産業医制度について調査した内容が、「産業医学ジャーナル」17-6号~18-3号で紹介されている。

シンポジウムでは、テーマが「産業医をめぐる法律問題」で、「産業医活動と労働者のプライバシー」に焦点が絞られたため、保原氏の指摘を深める議論にならなかったことが残念であるが、きわめて重要な提起だと思う。

法規準拠型から自主対応型安全衛生へ

最低基準の設定とその充実はもとより必要であるし、その点から改正すべき点は多い。しかし、労働安全衛生(法)の中で、使用者、労働者、産業保健サービスの3者(監督機関も含めれば4者になるだろう)のあり方をどう考えるかということもより重要な課題である。

国際的な動向は、これまでにもたびたび指摘してきたように、基準—監督(罰則)という対応から職場での労使の自主的な対応を促進するという方向の転換しつつある。rules-based approach (法規準拠型)から enabling approach という言葉でも紹介されている(後者は、自主対応型、参加型等と紹介してきたが、直訳すれば機能付与型とでもなるだろうか)。

その背景には、労働安全衛生の目的が、最低基準—労働災害職業病の発生防止から、健康の保持増進や快適職場の形成へ、あるいは、従来の法制度の規制対象となっている職業病以外の疾病も含めてその労働関連要因をコントロールすること(労働関連疾患の予防・管理)にまで拡大されてきているということもあるが、一方では、毎年数千種類もの新たな化学物質が職場に導入されたり、技術革新に伴う新た

な労働態様が急速にもちこまれていることなどに対して、従来の手法ではとても対応しきれないという側面もある。

この流れは、規制という点からだけみると、むしろ規制緩和と

いうかたちで現われることもあるかもしれないが、労使の自主的な対応の前提として、使用者の義務の明確化と労働者の権利(知る権利、参加する権利等)の確立とセットで出てきているものと考えられる。

使用者の義務と労働者の権利の明確化

ある意味では、この点が、日本の労働安全衛生法の最大の弱点である。

使用者は、法規で定められた個々の最低基準だけを守っていれば、自らの責任を果たしているということにはならない。安全衛生配慮義務は、労災職業病の損害賠償裁判に関する判例の中で確立されてきたが、労働者を安全で健康な状態で働かせる使用者の責任・義務を労働安全衛生法上に明記すべきである。

労働者及び安全衛生に関する労働者代表の権利については、日本では全く整備されていないというに等しい。本誌の93年5~7月号で、安全衛生に関する労働者代表の権利について、ヨーロッパ17か国の比較調査と日本の場合を並べて紹介している。ヨーロッパ17か国については、1984年という10年以上前の調査であるにもかかわらず、該当するような権利

表 小規模事業所の産業保健活動の概要と労働衛生機関の役割(私案)

		健康管理		作業管理		環境管理		衛生教育	
		検診	事後	診断	事後	測定	事後	管理者	労働者
一般疾病	定期	○	○	?		/		○	
	成人病 健保	○	○	?		/		○	
	THP	○	○	?		/		○	
職業病	有害物 じん肺 有期・鉛 騒音	○	○	○	○	○	○	基○ 準協 会	基○ 準協 会
	作業要因 VDT 腰痛 頸肩腕	○	○	○	○	○	○	基○ 準協 会	基○ 準協 会

労働衛生機関 専門 ○ 可 ○ 地域産業保健センター ■

がまったく日本では規定されていないことがわかる。調査対象となった権利は、①情報提供(知る権利)と協議する権利、②監督する権利、③(緊急時等に)作業を中断させる権利、④就労時間内に活動する権利(教育のための有給休暇等を含む)、⑤便宜供与、⑥守秘義務、⑦特別身分保障、であった。

これらの労働者及び安全衛生に関する労働者代表の権利を早急に確立すべきである。

産業保健サービスの内容と提供体制

健康診断について限定・縮小の方向にあるということも国際的動向の特徴のひとつである。これについても、労働者のプライバシーの問題もあるし、反面、使用者の経費負担の削減要求という面もあるようだが、「個人対策よりも作業・作業環境改善へ」(その方が有効かつ費用対効果もよい)という流れにより注目してみたい。

産業保健=労働衛生と言い替えてよい一は、作業管理、作業環境管理、健康管理の3管理が一体と言われるが、作業・作業環境管理>健康管理というのが国際的な動向であるということである。そして、健康管理の、あるいは個人対策のもっとも象徴的な

ものが健康診断であると言えよう。

そうすると、これからの産業保健=労働衛生のあり方として、使用者責任の明確化と労働者の権利の確立による労使の自主対応を軸にして、どのような産業保健サービスを構想するかということになる。そこでは、産業医について言えば、日本で多くみられるような企業病院での診察等の機能ではなく、健康診断よりも作業・作業環境の改善等をアドバイスする機能などがより求められるし、むしろ産業医以外の産業保健スタッフの役割若しくは産業医を含めた産業保健チームの役割が強く期待されるのではないだろうか。

ILOの労働安全衛生に関する基本的な条約・勧告として、「職業上の安全及び健康に関する155号条約・第164号勧告」(1961年)及び「職業衛生機関に関する第161号条約・第171号勧告」(1985年)がある。ILOでは、「職業衛生機関」= occupational health service で、「労働衛生サービス」ないし「産業保健サービス」機関一は、「職業医学、職業衛生、人間工学、職業上の衛生看護その他の関連部門において専門的な訓練を受け、かつ、経験を有する十分な技術的職員を有すべきである」(第171号勧告36(1))としている。

産業保健のあり方に関する検討委員会報告は、産業保健=労働衛生と言いながら、産業保健の内容としては健康管理に、その提供体制としては産業医制度に重点が偏りすぎてしまっている観が否めない。

小規模事業場労使への産業保健サービス

一方、同報告が、「現在の産業保健推進体制は、事業場の規模によって基準が異なっているが、産業保健サービスは、本来、事業場の規模にかかわらずすべての労働者に対して提供されるべきであり、必要な産業保健サービスがすべての労働者に対して提供される体制をつくる必要がある」と指摘していることはぜひ必要なことである。

前述の産業衛生学会のシンポジウム「小規模事業所の産業保健活動をめぐって一だれがイニシアティブをとるべきか」では、仙台錦町診療所・産業医学検診センターの広瀬俊雄氏が「現場の実際と対策」、福岡県産業保健推進センターの馬場快彦氏が「地域産業保健センターの役割」、愛知県医師会の服部於菟彦氏が「産業医組織の役割」、(財)岐阜県産業保健センターの加藤保夫氏が「企業外検診機関の立場から」、各々現状報告と問題提起をされた。特に、加藤氏が「小規模事業所の産業保健活動の概要と労働衛生機関の役割(私案)」として紹介された別掲の表が興味深い。

これは、小規模事業所の産業保健活動についての労働衛生機関(ILOの用語の意味とは異なる)と地域産業保健センターの役割分担について私案として示されたものであるが、一般疾病の、すなわち職業病防止対策として法規で規制されている分野以外の「作業管理」「環境管理」については、現在の産業保健サービスではほとんど対応できていないというように読むことができるのではないだろうか。

このシンポジウムの目的のひとつは「全国的に地域産業保健センターが配置されるのを待たず、より有効な活用法を検討すべく」設けられ、産業保健のあり方に関する検討委員会報告でも、小規模事業場に対する産業保健サービスの提供体制として、地域産業保健センターの活用が盛り込まれている。

地域産業保健センターについては、1992年5月の「産業医のあり方に関する検討会報告」(93年4月号)に基づいて、1993年度から、全国47都道府県に毎年度各1か所ずつ、各都市医師会と都道府県労働基準局長が委託契約を結ぶかたちで設置されてきている(93年11・12月号)。地域産業保健センターを支援する都道府県産業保健センターについては、宮城、山形、栃木、千葉、富山、愛知、大阪、兵庫、広島、香川、福岡、熊本の12か所に設置され、今年度さらに北海道、埼玉、長野、京都に設置される予定)。

地域産業保健センターが小規模事業場への産業

保健サービス提供に実効性を果たせるように期待したいが、そのためには、小規模事業場の作業・作業環境改善に対するサービスを提供できる体制及び利用者である関係する労使等が運営に参加し、容易に利用できる体制を整備することが重要である。

労働者のプライバシー保護

労働法学会で「産業医活動と労働者のプライバシー」に焦点が当てられ(北海道教育大学岩見沢校の渡辺賢氏が報告)、産業衛生学会でも「産業保健活動とプライバシー」をテーマにしたシンポジウムが行われている(愛知県がんセンター研究所疫学部の浜島信之氏が「プライバシーの保護と法令」、産業医科大学の大林雅之氏が「プライバシーの保護に関する国際動向」、本田技研工業(株)浜松製作所健康管理センターの鎌田隆氏が「産業保健活動におけるプライバシー」、日本IBMの川辺ヒロ子氏が「メンタル・ヘルス・ケアとプライバシー」について報告)。

この点については、産業医の選任義務のない50人未満の事業場も含めた事業者健康診断の実施及びその結果の記録等を義務づけながら、検診結果の管理方法などプライバシーの保護に関する規程を全く置かず、労働者には受診義務を規定しながら(医師選択の自由は認められている)、結果の通知を受ける権利(事業者が結果を労働者に通知する義務)すら規定されず、個人情報に関する権利が全く保障されていない現行の労働安全衛生関係法令の不備が根本的に見直されるべきである。そして、健康診断の必要性の有無、対象者の範囲、検診項目等についても根本的な議論が行われるべきであろう。

前出のILOの「職業衛生機関に関する第171号勧告」は、「労働者の私生活を保護し及び健康の監視が差別の目的又は労働者に不利益な他の方法で利用されないことを確保」すること(11(2))を求め、「健康の評価に関する個人の情報は、その労働者に通知し、その同意を得た上でのみ他の者に知らせる

ことができる」(14(3))としている。

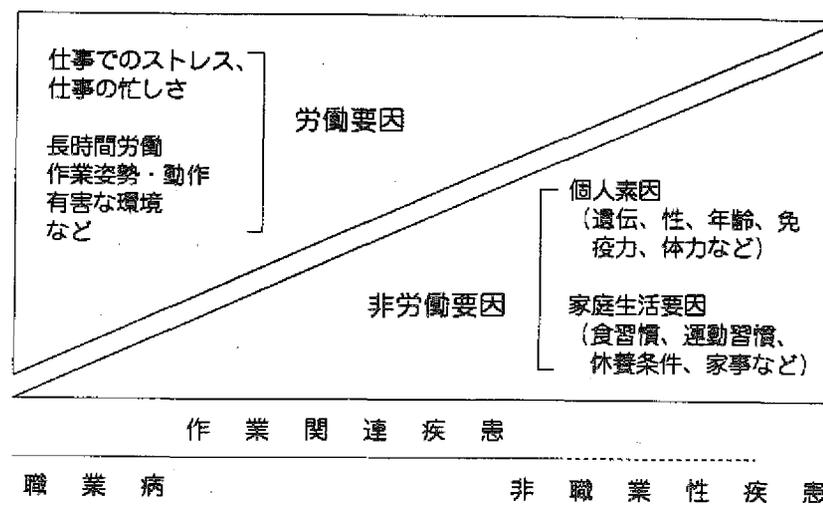
前述の産業衛生学会のシンポジウムで、座長の清水善男氏(三菱電気静岡製作所、同学会労働衛生関連法制度検討委員会委員長)は、次のような提起を行っている。「資料によれば、日本労働法学会は1991年5月の年次総会の統一テーマを『企業と人権』としたことについて『労働の質を高めることへの要請を“労働の人間化”と呼ぶのなら、今日、それとらんで“労働の場の人間化”の必要性もそれに劣らず必要であることを強調したい』と述べているが、これは本シンポジウムの基調を適切に表現していると思う。もちろん、この2者は本質的には切り離せないものであるが、前者が主として労働科学的・技術的対応とすれば、後者は過労死やセクシャル・ハラスメント、発展途上国への安全衛生を軽視しかねない企業進出で指摘されるような、一市民としての労働者の人権(人間の尊厳)を守るという倫理的な社会文化的対応と言えよう。ICOHが倫理規定をまとめたのもまさしくこのような時代背景を受け止めてのことであると思う。そして、個々の労働者の主体性を原点とした安全で健康な職場づくりを建て前論ではなく、具体的にどのような形で現実のものとするかを皆で考え、実り多いシンポジウムになることを期待する」。

労働関連疾患対策について

最後に、労働関連疾患(work-related diseases、作業関連疾患とも訳されている)について。

産業保健のあり方に関する検討委員会報告でも、「原因と発症との関連が明確な職業性疾患とは異なり、直接的な原因ではないがその発症や経過に作業が関連する一連の疾患があり、作業関連疾患と呼ばれている」というかたちで登場している(同報告で「作業関連疾患予防マニュアル」としてふれられているのは、労働省が今年度中に作成を予定している「高血圧症、虚血性心疾患、脳血管疾患等作業関連

図 作業関連疾患と職業病、非職業性疾患の関係



疾患の予防に有効な健康管理のマニュアル」(平成7年度労働基準行政運営方針)のことであると思われる)。

また、自治労による学校給食調理員の「指曲がり症」集団公務災害認定請求に対して、地方公務員災害補償基金は中央労働災害防止協会に調査を委託したが、1992年3月にまとめられたその報告書(93年1月号)では、「学校給食調理員にみられるいわゆる『指曲がり症』は、『職業病』ではなく『作業関連疾患』とするのが正しいと考える」としている。

以上のようなかたちで「労働(作業)関連疾患」が語られ、従来の職業病と区別して、今度は何が労働関連疾患で何が違うのかというような詮索が行われることは無益だと考えられる。前述したように、従来の法制度の規制対象となっている職業病以外の疾病も含めて、その労働関連要因をコントロールすることを労働安全衛生の今日の課題としてとらえていくためにこそ、この概念が威力を発揮すると考えられるのである。

産業衛生学会のメインシンポジウム「21世紀に向けての労働者の健康問題—作業関連疾患の視点から—」でも、座長の井谷徹氏(名古屋市立大学)、島

正吾氏(藤田保健衛生大学、検討委員会の委員でもある)の総括提起で次のように言っている。

「作業関連疾患は、労働要因が発症に関与している全ての疾患であり、単一の労働要因の影響が強い職業病と、労働要因、非労働要因を含めた多因子により発症するその他の作業関連疾患とを含むものと

定義されている(図参照)。この作業関連疾患の概念は、わが国のみならず国際的にも、産業保健活動の効果的な展開のために不可欠な概念であると認識されてきており、その予防策の確立は、産業保健実践上の最重要課題となっていると言っても過言ではない」。

「作業関連疾患対策の基本は、原因が多要因であることからして、労働・生活要因及び個人要因に対する多面的かつ総合的な対策を展開することであろう。また、発症要因の多様さは、個々の労働者が持つ労働・生活要因、個人要因中の危険要因を具体的に特定し、実施可能性も考慮して優先順位を決定し、継続的予防策の必要性を示唆している。産業衛生活動において作業関連疾患対策の視点を導入するということは、個々の労働者、個々の職場の特質を把握し、それを考慮に入れて疾病予防活動を展開するということである。個性性の重視である。しかしそれは、個人の素因や生活習慣の改善のみに終始することを意味しない。個々の職場における作業方法・環境の改善への取り組みを基盤に据えた総合的な対策が求められている」。



これからの産業保健のあり方に関する検討委員会報告

平成7年4月

はじめに

我が国の産業保健サービスは、主として職業性疾病の予防に始まり、その後の社会情勢の変化に対応し、労働者の成人病対策、健康の保持増進対策等にその内容が拡充されてきた。また、これらの産業保健サービスの提供体制についても、産業医、衛生管理者等の事業場内外の産業保健スタッフによる体制が順次確立されつつある。

このような産業保健活動は、労働者の生涯を通じた健康管理の一翼を担うものとして、職業性疾病の予防、労働者の健康づくりなどに大きな役割を果たしているものでもある。

産業保健を取り巻く近年の社会情勢を見ると、疾病構造の変化、高齢社会の到来、経済構造の変化、技術革新に伴う業務内容・労働の身体的精神的負担の変化等が見られる。

労働者においては、労働に対する意識の多様化が見られ、個々の労働者に適した人間的な労働を目指す流れが強まり、健康問題への関心が高まっている。また、事業場においては、労働力人口の減少が見込まれる中での健康な労働力確保の必要性の高まり、若年・壮年男子以外の労働者の増加等の変化が著しい。

さらに、業務の内容を問わず、身体の不調及び健康の不安を感じている労働者が少なくないこと、いわゆる「過労死」に対する社会的関心が高まっていることなどに見られるように、職場における健康管理、健康保持増進がますます重要な課題となつてきている。

産業保健サービスの内容は、これらの変化、課題に対応し得るものでなければならない。

もとより、健康は、自ら保持増進することが基本であるが、労働者にとっては、日々の労働の内容、職場環境、職場における健康管理の実施状況等が、健康に大きな影響を与えるものである。また、労働者が健康で働けることは、事業場にとっても有益であり、重要な課題である。

このため、事業者は事業場において適切な産業保健

サービスを提供し、労働者の健康保持増進を図る体制を整備することが必要である。

また、事業場の規模等の事情により、産業保健サービスを事業場内で提供することが困難な場合においても、すべての労働者が十分な産業保健サービスを受けることができるよう、地域における提供体制を確立していく必要がある。

本検討委員会においては、このような背景を踏まえ、21世紀を展望しつつ、主として労働者の健康に関して求められる産業保健サービス内容及び提供体制について検討した。

なお、検討に当たっては、「事業者の責務として必ず提供されなければならない産業保健サービスに限らず、職場の特性に応じて提供されることが望ましい産業保健サービスも含め、労働者の健康を守るための予防活動、更に健康を一層向上するための諸活動」を産業保健活動と考え、以下の前提のもとで議論を進めた。

まず、従来からの産業保健活動の主たる課題である職業性疾病の予防対策については、長期間にわたる経験と蓄積があり、個別具体的な検討及び対策が既になされていることもあり、本検討委員会においては、原則的に新たな議論はしなかった。

また、具体的な産業保健サービスの検討に当たっては、まず、当該サービスそのものの必要性を検討し、これを提供するための実施主体、費用負担等、当該サービス提供の具体的な方法等については、検討部会を設けて検討した。

さらに、検討に当たっては、できるだけ幅広く体系的に行うこととしたため、必ずしも労働衛生行政の枠にこだわらず関連の分野における保健サービスの活用等についても議論的とした。

1 労働者の健康に係る要因の現状と課題

労働者の健康について検討する場合は、種々の要因が関係していることは当然であり、独立した項目として捉えにくいものもあるが、便宜上、以下のとおり整理した。

(1) 国民の健康をめぐる環境の変化

イ 疾病構造の変化

戦後の国民の健康に関する対策は、結核等の感染症対策から始まり、いわゆる成人病対策(脳血管疾患、心疾患、がん等)更に健康づくりへと展開されてきている。特に、現在においては、高齢社会の進展に伴い、成人病の予防及び積極的な心身両面にわたる健康づくりが主要な課題となっている。

ロ 国民の価値観の変化

総理府が毎年実施している国民生活に関する世論調査によると、国民の志向は「物の豊かさ」から「心の豊かさ」に変わってきている。これとともに、国民の健康に対する関心も高まっており、平成4年(1992年)に労働省が行った労働者健康状況調査においても、何らかの健康法を実施している者が約80%に達している。このように、労働者は健康の保持増進に強い関心を持っている。

(2) 労働力構成の変化

イ 高齢社会の到来

人口に占める65歳以上人口の割合は、昭和45年(1970年)に7.1%であったものが、平成5年(1993年)に13.5%に上昇し、平成37年(2025年)には25.8%に達すると推計されている。また、雇用者において50歳以上の者の占める割合も、昭和45年(1970年)に14.4%であったものが、平成4年(1992年)には26.1%に達している。

中高年労働者は、健康診断における有所見率が高く、各種成人病の予備軍として、適切な健康管理を必要としている。

ロ 若年労働力の減少

人口の高齢化を促進するひとつの要因として少産、少子化が進行している。このため、29歳未満の労働力人口は、平成5年(1993年)に1578万人であったものが、平成22年(2010年)には1190万人まで減少すると予測されている。すなわち、今後、豊富な若年労働力を期待することが困難となることから、企業の労働力確保の面で、中高年労働者の資質の向上を図ることが不可欠となり、労働者に対する健康管理面の充実がより一層必要となると考えられる。また、国民の健康への関心の高まりが見られることから健康対策の一層の充実が求められると考えられる。

ハ 女子労働者の増加

女子労働者の労働力率(労働力人口を15歳以上の人口で除した割合)を年齢階層別に見ると、いわゆるM字型カーブを描き、25歳から35歳までの年齢層では、結

婚や出産、育児のため、前後の年齢層に比較して低水準にあるが、近年M字型の底の部分の上昇が見られる。今後も、継続して就業する女子労働者が増加するとともに、結婚、育児等による勤労生活中断後の再就職も増加することが予測されるため、出産、育児をひかえた女子労働者を始めとして、労働者の勤労生活と家庭生活との両立を支援するための対策を、健康管理面からも考える必要がある。

ニ 労働形態の多様化

近年、派遣労働者、パートタイム労働者が増加し、労働力として相対的に重要な役割を果たすようになってきている。

また、勤労観が多様化し、個人生活の重視とともに、やりがいのある仕事を求めるなど、勤労生活と個人生活の両立を志向する傾向が著しくなっている。この結果、労働者の就業形態が多様化し、若年層を中心とした転職希望率の高まりなどが見られる。

このような労働者に対しては、多様な労働形態のそれぞれの特性に配慮した適切な健康管理が必要と考えられる。

(3) 産業構造の変化

イ 産業構成の変化

産業別就労者数は、昭和45年(1970年)に第1次産業17.4%、第2次産業35.2%、第3次産業47.3%であったものが、平成5年(1993年)には第1次産業5.9%、第2次産業33.7%、第3次産業59.9%と変化してきている。第3次産業では特にサービス業の増加が著しく、第2次産業では建設業がやや増加したものの製造業は減少している。また、第4次産業とも言うべき情報社会に対応した知的生産部門が今後一層増加すると考えられることから、このような産業構成の変化に対応した新たな健康対策が必要である。

ロ 作業態様の変化

高度成長期における機械化の進展により、多くの作業が筋作業から運転作業に変わり、その後のコンピュータ利用、メカトロニクス(機械工学と電子工学の統合)化によって自動化が進み、運転作業が監視・調整作業に変わるなど作業態様も大きく変化してきた。事務作業においても、OA機器の導入・普及に伴い、事務処理に関する作業態様が著しく変化している。

今後は、製造業ではメカトロニクスの進展、知能ロボットの利用等による高度自動化等が予想されるので、作業態様はシステムのコントロールや調整・保全等が多くなり、それに伴う知的負荷の増加及び責任範

困が拡大することによる精神的負荷の増加等が考えられる。また、サービス産業や情報産業においても、光技術、デジタル化技術に支えられたマルチメディアネットワーク等の利用により、高度で責任の重い作業態様に違む可能性が高いと考えられる。

このため、精神的負荷等に対応した特別な対策が求められることになる。

ハ 国際化の進展

経済の発展等により、企業の海外活動が活発化してきている。海外で働く邦人及びその家族は、平成4年(1992年)現在42万人程度とされている。海外での勤務や生活は、文化、制度等の違いにより、精神的負荷が増加することなどから、健康管理には特段の配慮と工夫が要求される。

また、経済の国際化は海外から流入する外国人労働者の増加を促している。外国人労働者については、言葉による十分な意思の疎通が得られないことがあり、健康管理面でも十分な対応ができない場合も考えられる。さらに、出身国の生活状況、特に疾病構造の違いから、我が国内においても一般的な対策の他に特別な配慮をする必要がある。

さらに、企業の国際進出に伴って、我が国の国際的責務も増大しており、産業保健の知識、技術等の面で国際協力に対応できる体制づくりについても配慮する必要がある。

(4) 中小事業場における健康管理

一般に、労働者数50人未満の事業場に対しては、労働安全衛生法上、産業医、衛生管理者の選任等が義務付けられていない。また、健康診断の実施状況を見ても事業場規模が小さくなるほど実施率が低下しており、健康管理が必ずしも十分に行われているとは言えない。

また、中小事業場は企業規模も小さいところが多く、資金的な面での脆弱さ、労働者の定着率の低さ、有害業務の存在等から、特に小規模事業場で働く労働者の健康管理面での対策を始め、多面的な支援策が必要である。

このため、国は、地域産業保健センター等の整備、中小事業場等が実施する事業に対する助成制度等の必要な措置を講ずる必要がある。

さらに、大企業であっても事業場が分散し、個々の事業場規模が縮小する傾向が進むことが予測され、事業場を単位として規模別で規定する現制度については、今後、検討していく必要がある。

(5) 健康情報の活用

労働者の健康に関する情報源としては、事業場で行う各種の健康診断が最も一般的であるが、その他、健康保持増進活動、健康保険の保健福祉施設事業等から得られる情報も活用できる。

しかし、これらの情報については、現在必ずしも十分に活用されているとは言えず、健康管理を個人の単位で進めるために、情報を統合して活用する必要がある。その際、個人の秘密である健康診断結果等の健康情報をどのように守るかも重要な問題である。

さらに、これらの情報は、労働者が実際に就業する場合に、労働時間、作業の種類、作業態様等を決定するために活かされるべきであるが、各事業場で行われている健康診断結果等をとってみても必ずしも十分活用されているとは言いがたいので、その有効活用の方法が探求されるべきである。

また、労働者の健康状態を把握した結果は、管理する側でこれを活用するのみならず、労働者自らが行う健康管理に資することができるようにする必要がある。

2 求められる産業保健サービスの内容

産業保健サービスの中には、現在、労働安全衛生法に規定され、事業者が責務として行う健康診断を始めとした労働衛生管理対策が含まれている。これらの対策は、すべての事業場において最低限の事項として実施されなければならないことは言うまでもない。

現在行われている健康管理に係る産業保健サービスとしては、これら労働安全衛生法に基づく健康診断等の他、企業等の自主的な活動として実施されている福利厚生としての諸対策、健康保険組合等による人間ドック等がある。事業者の責務として行われるべきものがすべての事業場で実施されるべきことは当然であるが、その他のものについても、どのような産業保健サービスを展開するかは、各事業場の創意工夫により総合的に決められるべきものであり、結果的にはすべての労働者に必要な産業保健サービスが提供されなければならない。

ここでは、現在自主的に実施されている活動に加え、21世紀には必要となるであろう産業保健サービスも含めて、労働者の健康に関して求められる産業保健サービスについて検討した。

求められる産業保健サービスとしては、次のような

内容が考えられる。また、そのような産業保健サービスを労働者に提供するに当たっては、事業者、労働者、産業保健スタッフ、関係団体等は、相互に協力・連携する必要があり、また、国は、各種の事業がより効果的・効率的に推進されるよう努める必要がある。

また、事業場においては、これらの産業保健サービスが全体として労働者の健康保持増進のために有効に機能することが求められる。そのためには、労働者の意見を反映させながら、事業者、労働者、産業保健スタッフが相互に協力・連携し、有機的・総合的に産業保健サービスを提供する体制を確立することが望まれる。

(1) 成人病に対応した産業保健サービスの提供

健康診断については、労働安全衛生法第66条に規定があり、同条第7項において事後措置についても規定されている。そして、健康診断結果に基づく事後措置として、事業者による就業場所の変更、労働時間の短縮等が例示されているが、必ずしも十分に実施されているとは言いがたい。

健康診断の事後措置についての一般的な方法及び事後措置を円滑に行うための方策について明らかにするとともに、疾病別の対策等についても研究を進め、現場における対応の便宜を図るべきである。

さらに、成人病の予防対策としては、健康診断で特に有所見とならなかつた者も含め、労働者個人の生活習慣指導、運動指導等を含む勤労生活全般を考慮したヘルスマネジメントが必要であり、特に、医療が必要な者への受診指導、経度の異常所見者に対する生活指導等の方策を講ずべきである。

また、がんは我が国の死因の第1位であり、現在のところ、早期発見ががん対策の重要な方法である。

がん検診としては、老人保健法による胃がん、肺がん、大腸がん、子宮がん、乳がんの検診が一般的である。労働安全衛生法では、職業がんについて職場で検診を行うことが規定されているが、その他の一般のがん検診については定められていない。これは、同法の規定が事業者の責務として規定されているため、労働に直接起因しないがんに対しての健康管理について定めていないことによるものと考えられる。

しかし、先に述べたように労働力人口の高齢化に対応し、限られた労働力の活用を図るためにも、今後は労働者に対する一般のがん検診の重要性は増加すると考えられる。

職場における一般のがん検診は、多くの企業で福利厚生事業の一環として、又は健康保険組合の保健福祉施設事業として実施されている。一般のがん検診が実施されていない職場の労働者については、法制度上、老人保健法によって市町村が実施するがん検診を受診することが可能であるが、職場で一般のがん検診を受診できる体制を構築することが望ましい。その際、検診実施の責任及び老人保健法に基づく老人保健サービスとの整合性等、検診を提供する形態等については十分検討する必要がある。

イ 健康診断及び事後措置の徹底

労働者の成人病対策としては、定期的な健康診断の実施及び事後指導等の事後措置が重要である。

このため、事業者は、事業場における定期健康診断の実施の徹底を図るとともに、産業医が労働者に対して行う健康診断の結果説明及び事後指導に基づき、必要な事後措置の実施を徹底する必要がある。特に、事後指導の内容については、必要な者に対しては精密検診を実施し、これに基づき、「心とからだの健康づくり：THP」を実施したり、保健指導、栄養指導等を含む健康づくりのメニューを作成するなど実践的な内容とすることが望ましい。また、産業医の指導に併せて、その指示に基づき保健婦等の産業保健スタッフがより細かな健康指導を行うことも考えられる。

国は、事業者に対してこれらの事後措置のあり方を示すため、事後措置に関する指針を作成するとともに、すべての労働者が適切な事後措置を確実に受けられるよう体制の整備に努めるべきである。

さらに、健康診断を実施することが困難な状況も多く見られる小規模事業場において、その実施を徹底するため、助成制度等についても検討すべきである。

一方、労働者は、健康診断の結果に基づく産業医等による指導に従い、生活習慣を改善するなど、積極的に自らの健康管理に努めることが求められる。

ロ 一定年齢における節目検診の推進

中高年労働者の増加、成人病の増加等に対応し、労働者の健康を保持増進するためには、健康教育、定期健康診断に加えて、中高年期における定期的かつ総合的な健康チェックによる日常生活の管理・改善が必要である。

このため、事業場において、定期健康診断項目の完全な実施に加えて、一定年齢の労働者に対するいわゆる節目検診を実施することが有用である。特に循環器疾患、歯周疾患等に対する検診については、既に事業場において実施されている場合もあるが、必要な検診

を行う体制の整備を図ることが求められている。この際、事業場及び労働者の実情に応じて、労働者の生活状況調査、健康状態・運動能力等に関する検査等を行い、事後のTHPに結びつけるなど、労働者の健康保持増進に資する内容とすることが望ましい。

節目検診には、例えば35歳、40歳、50歳、退職前等の時期に行い、各年齢層に応じた内容とし、併せて必要な教育を行うことが考えられる。

ハ がん検診の推進

がんは生産年齢人口の死因として最も多く、職場における健康管理が効果的なこと、また、健康な勤労生活を実現していくことが事業場としても重要な課題であることから、事業場においてがん検診が実施されることが望ましい。

がん検診については、既に事業場において実施されている場合もあるが、未実施の事業場においても望ましい産業保健サービスとして、積極的に推進するように努めることが望ましい。この際、胃がん、肺がん、大腸がん、子宮がん、乳がんなどの検診が考えられるが、実施される検診の内容、時期等については検討が必要である。

国は、小規模事業場におけるがん検診を推進するため、助成制度等についても検討すべきである。

ニ 効果的な検診の選択

労働者の効果的な成人病対策のため、節目検診、がん検診等は、事業場において実施されることが望ましい。その際、事業者が、産業医等の意見に基づき、事業場や労働者の実情に応じて、適切な内容の検診を選択して実施することができる仕組みが採られるべきである。

ホ 青年期からの健康教育の推進

産業保健の分野において、労働者のいわゆる成人病への対応が大きな課題となっているが、青年期からの発症予防が重要であることから、国、関係団体、事業者等は、事業場等における青年期からの健康教育を推進する必要がある。

(2)メンタルヘルス対策の充実

我が国においては、いまだにメンタルヘルスが精神障害と直結して考えられることがあるが、身体健康管理と同様に、心の健康維持はすべての労働者にとって重要であるという認識を普及させることが必要である。

また、作業の高度化、効率化に伴い、労働者は様々なストレスを受けているが、中でも近年の作業態様の

変化から、精神的作業負荷が増大し、精神的負担が増加していると考えられる。

これまでも職場において、管理監督者の研修課題としてメンタルヘルスの問題を取り上げたり、健康保持増進措置でも心の問題を取り上げているが、必ずしも十分普及しているとは言えない。

労働者の精神的作業負荷に配慮することは、管理監督者の重要な役割であり、これら管理監督者に対するメンタルヘルス研修を充実することが必要である。また、労働者自身が自己のストレスに気づき、これを適切にコントロールすることができるよう、労働者に対してストレスマネジメント手法の知識を普及し、労働者が自らの心の健康を保てるような支援を行うことも必要と考えられる。

さらに、身体の健康がすぐれないときに医療の相談が必要であるように、心の状態がすぐれない労働者においても、気軽に相談できる体制をつくり、早期に健全な状態へ復帰させることが求められる。

このため、気軽に相談できる体制のひとつとして、事業場内又は事業場外に相談窓口を設置することなどを検討する必要がある。相談窓口を設置する場合には、個人の秘密が十分守られる体制を確立する必要がある。

イ メンタルヘルスに関する知識の普及・啓発

国及び関係団体は、事業場における労働者のストレスの増大等、心の健康に関する問題がますます重要となってきたことから、事業者、産業保健スタッフ等に対してメンタルヘルスに関する知識の普及・啓発を図る必要がある。

事業者等は、産業医及び他の産業保健スタッフ等を活用し、労働者に対して心の健康がすべての労働者にとって重要であるということ認識させて、メンタルヘルスに関する知識の普及を図る必要がある。

ロ ストレスマネジメントの普及

国及び関係団体は、事業場におけるストレスマネジメントの普及を図る必要がある。

特に、労働者が自主的にリラクゼーションを行うための施設の整備を推進するなど、事業場におけるリラクゼーションへの支援を行うことが望ましい。

ハ 気軽に相談できる体制の充実

事業場においては、広く健康問題に関して、労働者が気軽に相談できる体制が整備されることが重要である。

事業者が相談室等の相談窓口を設置する場合には、医師、相談員等が相談に応じるとともに、日頃から積

極的にメンタルヘルスに関する知識の普及・啓発を図るなどにより、労働者が気軽に相談できる場とすることが望ましい。

小規模事業場等で、事業場内に相談窓口を設置しない場合には、地域産業保健センターを利用したり、医療機関等の事業場外の専門機関と契約してメンタルヘルスカアを行う体制を整備することが望ましい。このような事業場外の相談窓口については、電話、ファクシミリ等による相談窓口を併設することも考えられる。

また、職場巡視、健康診断等においても、メンタルヘルスに配慮し、心の問題について早期に対応できる体制とすることが望まれる。

なお、メンタルヘルスカアの実施に当たっては、労働者のプライバシーの保護に十分配慮する必要がある。

(3)作業関連疾患への対応

原因と発症との関連が明確な職業性疾患とは異なり、直接的な原因ではないがその発症や経過に作業が関連する一連の疾患があり、作業関連疾患(work-related diseases)と呼ばれている。この中には多種多様な疾患が含まれ、疾患そのものの研究としては各々進められているが、作業との関連に着目した研究はいまだ十分とは言えない。

実際に労働者に見られる疾病についてもこの領域の疾患が多く含まれており、作業関連疾患に罹患した労働者に対する適切な健康管理が必要である。このため、当面は作業と各疾患との関連について研究を進めるとともに、予防を含めた健康管理方法の検討を行い、各職場において適切な健康管理と健康教育とが実施できるようにすべきである。

イ 作業関連疾患の予防

国は、作業関連疾患予防マニュアルを作成し、その普及を図り、事業場において作業関連疾患の予防及び悪化の防止が図られるように努めるべきである。

事業場においては、作業関連疾患予防マニュアルを踏まえ、産業保健活動の中で、作業関連疾患の予防に関する適切な措置を講ずべきである。

また、健康診断等の結果により作業関連疾患の危険性が高いと考えられる労働者に対しては、更に精密検診等、適切な事後措置を行うとともに、継続的に経過観察するなど、発症の予防に努めるべきである。

さらに、労働者は、産業医等による事後指導に従い、生活習慣を改善するなど、自らの健康管理に努めるべ

きである。

ロ 作業関連疾患に関する研究の推進

国及び関係団体は、作業関連疾患に関し、作業と疾患の発症・増悪との関連性、予防方法等についての研究を一層推進する必要がある。

(4)その他の疾病に対する対策

労働と直接関連しない疾病についても、職場において適切な対応が必要であったり、職場を通じた保健サービスがより効果的である場合があり、これらに対する配慮も産業保健の大きな課題である。例えば、以下の疾病等が考えられる。

エイズについては、職業性疾患として管理しなければならぬ医療現場等はもちろん、一般職場においても、エイズに対する誤解や偏見等から職場に不安を招くことなどが無いよう必要な対策を講ずべきである。

このため、エイズ及びHIV感染者・エイズ患者に対する差別の防止のための正しい知識を普及する場として職場を活用すると同時に、管理監督者、産業保健スタッフ等に対して労働分野におけるエイズ問題に対する取扱いを教育することが効果的であると考えられる。

また、骨粗しょう症については、労働者として働いている年代では発症する例は少ないが、その予防には若いときからの留意が必要であり、予防知識を職場において普及することが効果的である。

イ エイズ対策の推進

国及び関係団体は、職場におけるエイズ問題に関するガイドラインの普及に努めるなど、職場におけるエイズ対策の一層の推進を図るとともに、エイズに関する正しい知識の普及及び新たな感染者の発生予防のために必要な措置を講ずる必要がある。

ロ その他の疾病に対する知識の普及

国は、腰痛等職場で配慮すべき疾病に対応するための知識の普及・啓発を図る必要がある。また、骨粗しょう症等の予防のための知識の普及・啓発を図ることが望ましい。

(5)労働者の健康保持増進対策の充実

健康で働いている労働者でも、日常生活習慣やその要因によって成人病を発症する者も多い。さらに、加齢による体力の低下や成人病の増悪を来すこともある。したがって、常に自らの健康状態をよく知るとともに、これを維持向上させることが望まれる。

このため、労働安全衛生法に事業者の努力義務として労働者の健康保持増進措置が規定され、事業者に対

する助成制度も設けられている。しかし、この助成制度においては、健康状態のチェック及び健康指導にとどまっておき、健康増進のための実践活動が含まれていない。

したがって、労働者の健康保持増進対策を健康状態のチェックから実践活動の実施まで総合的に支援するための方策を講ずるとともに、健康保持増進対策と健康管理が一体となった新しい体制をつくる必要がある。

イ 労働者の健康保持増進対策の普及・啓発

事業者は、労働者の健康づくりのため、積極的に「心とからだの健康づくり：THP」を実施するとともに、労働者はこれを利用し自発的に健康づくりに努める必要がある。この際、健康診断の事後措置のひとつとしてTHPを位置付け、積極的に取り組むことが望まれる。

THPの推進に当たっては、とりわけその実践・定着の促進が重要である。そのため、国及び関係団体は、事業場、労働者健康保持増進サービス機関及び労働者健康保持増進指導機関において行われる①健康測定、運動指導等に係る機器整備に対する支援の拡充、②労働者の運動実践活動に対する支援、③食生活、飲酒、喫煙、生活習慣、口腔保健等に関する指導の充実等を図るべきである。

さらに、健康保持増進に関する基礎的・医学的研究の推進やこれに携わる産業保健スタッフの研修の充実を図る必要がある、そのための体制を整備する必要がある。

ロ 事業場における健康保持増進体制の整備

健康保持増進措置に関して、専門的技術的立場からの検討及び評価を行い、個々の労働者に対する各種指導の具体的かつ適切な実施を図るため、事業場においては、産業医等を長とする健康保持増進専門委員会等を設置し、労働者の健康状態等に応じ、各種指導を行う体制が確立されることが望ましい。

ハ 小規模事業場における健康づくりの推進

一般に、健康づくりに対する取組みに立遅れがみられる小規模事業場に対し、地域産業保健センターにおいて健康指導を行うなど、小規模事業場における健康づくりを積極的に推進する必要がある。

また、小規模事業場においては、個別に健康づくりに取り組むことが困難なことから、地域及び事業場構内における関連企業等が共同して健康づくりに取り組むことも積極的に推進する必要がある。

(6)労働者の自主的健康活動に対する支援

健康や医療に関する雑誌等が多く出版されている現状からみても、健康や医療についての情報が国民から強く求められていることがうかがえる。職場における情報の提供体制としては、健康相談という形も考えられるが、いずれにしても、利用者の利便性を考慮した体制とすべきである。

労働者の健康志向の高まりとともに、健康のために様々な運動を行う者が増加している。しかし、我が国においては、運動指導者等の要員確保及び運動施設の整備が必ずしも十分ではない。

イ 事業場における労働者の自主的健康活動に対する支援

労働者自らが積極的に健康増進に取り組むことができるよう、事業者は、健康に関する情報提供、健康教育の機会の提供、施設・設備の充実等、労働者の自主的健康活動に対する支援を行うよう努める必要がある。

国及び関係団体は、事業場における取組みのために必要な支援を行うように努める必要がある。

ロ 運動指導者の養成、運動施設の整備

国及び関係団体は、労働者の健康保持増進のために、運動を支援、指導する者の養成、労働者が利用できる施設の整備を充実させ、その利用を促進させることが必要である。

(7)女子労働者への産業保健サービスの充実

女子労働者に対しては、安心して妊娠、出産することができるよう、母性健康管理の充実等が求められる。また、月経困難症、無月経等を訴える女子労働者に対しては、適切な相談、指導及び支援体制が望まれる。

さらに、子宮がん、乳がんの検診についても事業場において実施されることが望ましい。

イ 女子労働者への相談体制の整備

妊産婦等配慮を要する女子労働者に対して、医師等による相談・指導を行うなどの相談体制を整備する必要がある。

ロ がん検診の推進

事業場におけるがん検診の一部として、女子労働者に対する子宮がん、乳がんの検診を推進することが望ましい。

(8)特別な配慮を要する労働者への対応

一般に、加齢に伴って有病率が増加するため、高齢労働者に対しては若年労働者とは異なった対応が求められる。すなわち、年齢にふさわしい健康診断、健

康指導を行うことなどが求められる。このため、高齢労働者に対する適切な健康管理体制を構築する必要がある。

障害を持ちながら就業する者は、今後、更に増加すると考えられる。障害の種類、程度は様々であるが、ノーマライゼーションの観点からも、健康面で特に配慮を要する者に対して適切な職場環境等が整備されるべきである。この際、産業保健サービスを提供する者も、健康管理についての調整を行う役割を担う必要がある。

海外派遣労働者に対しては、派遣前後の健康診断が実施されているが、海外で居住しているときに必要な情報が必ずしも十分提供されているとは言えない。

外国人労働者に対しては、まず、言葉の違いによる意思疎通の障害を取り除く必要がある。また、このような産業保健サービスを提供する者が、労働者本国の疾病発生情報を活用し、適切な健康管理を行うことが望まれる。

イ 高齢労働者への産業保健サービスの充実

事業場における健康診断の徹底、一定年齢の労働者に対する節目検診の推進等により、高齢労働者に対応した健康管理を行うことが望ましい。

また、労働者の適性に応じた作業管理を行う必要がある。

ロ 障害を持つ労働者への配慮

障害を持つ労働者に対し適切な職場環境等を実現するため、環境整備、医師等による健康管理、保健指導等を行うことが望ましい。

また、労働者の適正に応じた作業管理を行う必要がある。

ハ 海外派遣労働者に対する産業保健サービス

海外における保健医療施設及び保健医療状況についての情報を提供する必要がある。

ニ 外国人労働者に対する産業保健サービス

外国人労働者を対象に健康相談、情報提供等を行う体制の整備、外国語による健康診断の間診票等、各種のサービス提供に当たっての工夫が必要である。

(9)継続的な健康管理の推進

健康管理は、学校教育の場から就労の場へ、就労の場から退職して地域へと場が変わるのに伴い、健康管理体制も変わるものであり、生涯を通じた健康管理を行う上で産業保健が一定の役割を果たす必要がある。

労働形態が多様化する中で、離職、転職する労働者が増加すると考えられるが、このような労働者につい

ては、新しい職場において過去の健康状態を把握することにしばしば困難が伴う。

このため、個人の健康情報については、健康手帳、健康情報カード等の媒体を活用し、その労働者自らが継続して健康管理ができるようにすることが考えられる。この際、プライバシーの保護が厳正に図られるよう配慮する必要がある。

イ カードシステムの導入等の検討

健康診断結果、職歴等の健康に係る情報を記録し、労働者自らが自己管理を行うための個人別健康情報カードシステムの導入等、離職・転職等の際にも対応できる健康管理が継続して行える方法について検討する必要がある。

(10)地域保健・地域医療との連携

⑨に述べた継続的な健康管理の推進のためには、生涯を通じた視点からの対応とともに、地域生活の視点から、地域保健・地域医療と連携した労働者の健康管理が必要である。

イ 地域の保健医療関係者・関係機関との連携

労働者が地域の医療機関を受診する場合等に、健康情報カードを用いて医師に健康情報を提供するなど、継続的な健康管理を行うための地域保健・地域医療との連携のあり方等について検討する必要がある。

その際には、地域の保健・医療に携わる関係者、関係機関等を有効に活用する必要がある。

(11)作業改善等への支援及び快適な職場環境の形成の促進

作業管理や作業環境管理は、労働者の健康を確保するために進んでいるものであるが、健康管理面での情報が作業改善等に反映されていないことがある。健康障害の原因が作業や作業環境にある場合には、必要な改善を講ずべきである。

また、職場における疲労やストレスは、労働者の健康に影響を及ぼすものであり、作業環境や作業方法が適切に管理され、疲労の回復を図るための設備を改善するなど、疲労やストレスを感じることの少ない快適な職場づくりを目指すことが必要である。

イ 作業改善への支援

事業場においては、健康診断の結果や日常の産業保健活動により得られた情報を有効に活用し、適切な作業管理、作業環境管理を行うように努めるべきである。

ロ 快適な職場環境の形成

事業者は、労働者が身体的及び精神的に過度なスト

レスを感じる事のない快適な職場環境の形成を促進すべきである。

国及び関係団体は、快適な職場環境の形成のために必要な支援について、今後とも充実を図っていくべきである。

(12)健康状態に配慮した職場配置への支援

労働者の職場配置に当たっては、当該労働者の適性を考慮することが必要であるが、健康面からの適性の判断は、産業医等の産業保健の専門家の責務として行われるべきである。

このため、産業医等は、労働者個人の秘密の事項に留意しつつ、労働者の適性に応じた配置への支援に積極的に取り組むべきである。

イ 健康状態に配慮した職場配置への支援

事業者は、労働者の職場配置に当たっては、労働者の健康状態に応じた業務への配置を行うように努めることが望ましい。

その際、産業医等は、労働者の健康状態に応じ、労働者個人のプライバシーに配慮しつつ、事業者等に対して適切な助言・勧告を行うとともに、労働者に対して適切な健康指導を行う必要がある。

また、労働者の作業転換に伴うストレスに対するメンタルヘルスマネジメントを行うなど、事業場において気軽に相談できる体制を整備することが望ましい。

3 産業保健サービスの提供体制

「2 求められる産業保健サービスの内容」の項に述べた産業保健サービスを提供するためには、今後、産業形態や疾病構造の変化等、労働者を取り巻く環境の変化に対応し、産業保健サービスの提供体制を整備していくことが望まれる。

(1)産業保健サービスの提供体制の検討に当たっての留意点

イ 全労働者に対応できる体制

現在の産業保健推進体制は、事業場の規模によって基準が異なっているが、産業保健サービスは、本来、事業場に規模にかかわらずすべての労働者に対して提供されるべきであり、必要な産業保健サービスがすべての労働者に対して提供される体制をつくる必要がある。その際、単に規制の強化や事業者の負担が増すだけの結果にならないよう配慮し、中小企業等においても経済的な面でも効果が期待できるよう留意しつつ、

実効のある体制を考慮すべきである。

ロ 労働者の利便性に配慮した体制

産業保健サービスの提供体制を考えると、利用者である労働者の需要に応じた形でないといけない。例えば、健康相談の窓口としても、利用者の求めている相談内容、相談方法を踏まえて設けるなどの配慮が必要である。

ハ 実施主体の明確化

産業保健サービスを提供するに当たって誰が提供すべきかは、これまでの議論では必ずしも明確になっていないが、実施主体が、国、事業者等異なる場合には提供できる産業保健サービスが限定されることもある。したがって、各々の産業保健サービスを提供する体制を検討するとき、実施主体を明確にすべきである。

ニ プライバシーの保護

健康情報は個人の秘密に属するものであり、事業場では産業保健サービスを提供する組織でこれを保存し、必要な事項を必要な者に限って知らせるべきである。また、この場合も、本人の同意を得るとともに、必要最小限にとどめるべきである。さらに、事業場外で産業保健サービスを提供する機関についても、事業場との契約のあり方をも考慮して、個人の秘密を安易に提供することのないようにすべきである。

ホ 産業保健サービスを提供する組織の公正性

プライバシーの保護の観点からも、また、事業者、労働者から独立した客観的な判断を確保するためにも、産業保健サービスを提供する組織が、事業場の中にあっても専門的見解の公正性を保てる体制が必要である。

ヘ 産業保健サービス提供者の量の確保

産業保健サービスをすべての労働者に提供する場、産業医、衛生管理者等の事業場内の体制や、健康診断等を行う医療機関、労働衛生機関、検診機関等の事業場外の機関等が、現在の体制のままでは明らかに不足する。このため、従来の体制に加え、広く社会一般の保健サービスにも目を向け、その利用を考慮すべきである。また、産業保健サービスへの参入を促進する誘導策についても検討すべきである。

ト 提供される産業保健サービスの質の確保

良質の産業保健サービスを提供するためには、提供者の資質の向上が必要であることから、研修制度等についても検討すべきである。特に、産業保健サービス提供者の中心的役割を果たす産業医については、現在実施されている研修をさらに充実させた体系も考慮すべきである。

また、産業保健サービスを提供する機関についても、認定制度等提供される産業保健サービスの質を担保する制度を考慮すべきである。

チ 基礎的な研究の充実

作業関連疾患を始めとして、今後とも研究を進めていかなければならない分野は多い。言うまでもなく、医学は疾病の治療から始まったが、今後は疾病の予防、更には健康増進にも積極的に寄与することが求められており、このような観点からも、健康についての基礎的な研究を進めるべきである。

(2)産業医のあり方とその役割

産業医のあり方については、既に、「産業医のあり方に関する検討会報告(平成4年)」において、「産業医の選任」、「産業医の処遇と身分保障」、「産業医の養成施策」等についての提言がなされており、同報告の内容は順次実施されていくことが望まれる。

今回の検討に当たって、特に以下の事項について検討を行った。これらの事項については、可及的速やかに実施することが望ましい。

イ 産業医の選任

(イ)現状と課題

労働者の過半数は、産業医の選任義務のない、常時雇用する労働者が50人未満の事業場に所属している。このため、これらの労働者に対しては、必ずしも十分な産業保健サービスが提供されているとは言えない。

しかし、産業保健サービスは、本来、事業場の規模にかかわらずすべての労働者に提供されるべきであり、そのための体制が整備されなければならない。特に、産業医が選任されていない小規模事業場においても、必要な産業保健サービスが提供できる実効のある方策の確立が必要である。

(ロ)対策

① 産業医の選任基準等

すべての労働者に対して産業保健サービスを提供するためには、すべての事業場において産業医を選任することが望まれる。しかし、極めて小規模の事業場においては、事業場を単位として産業医を選任することは現実的ではない。さらに、必要とされる産業医の数と実際の数とを考慮すると、現実的には、50人未満の事業場にあつては、産業医を選任する方法のほか、地域産業保健センターを活用して、健康診断後の事後指導、事業者に対する助言、職場巡視等を一貫して受けることができる体制とすることも

考慮すべきである。

以上のことから、50人未満の事業場にあつても、労働者に対して産業保健サービスを提供するため、以下のような方法について十分考慮すべきである。

(一)30人以上の事業場にあつては、事業場単位で産業医を選任。

(二)30人未満の事業場にあつては、以下の方法のいずれかを選択。

1 30人以上の事業場と同様に、事業場単位で産業医を選任する。

2 複数の事業場が共同で産業医を選任する。

例えば、工業団地、事業者団体等において事業者が共同で産業医を選任する。構内下請事業場にあつては、元請事業場の産業医を産業医として選任する、企業が複数の小規模事業場を有するときに共同して産業医を選任する、などが考えられる。

3 地域産業保健センターを活用する。

地域産業保健センターの活用には、医療機関、労働衛生機関、検診機関等との連携等、具体的なサービスの内容及び提供方法について、今後検討する必要がある。

また、労働者に対して、求められる産業保健サービスを提供するために事業場において必要な産業医数については、事業の種類、労働者数等に規定されるものと考えられる。この産業医数については、業務の内容、労働者一人あたりに必要な産業保健サービスの投入時間等を考慮して検討することが必要である。

② 企業において総括する産業医の選任

一定数以上の労働者を有する企業においては、全社的に産業保健活動の推進を図るため、企業全体について健康管理等を総括する産業医を置くことが望ましい。

総括する産業医の職務としては、企業全体に係る衛生管理体制、安全衛生管理計画、事後指導の基準等に関する事項を担当することなどが考えられる。

③ 衛生委員会の関与

産業保健活動を推進する上で産業医が担う役割は重要であることから、産業医の変更には、衛生委員会の設置を要する事業場にあつては、衛生委員会において調査審議し、衛生委員会が事業者に対して意見を述べることにすべきである。

ロ 産業医の職及び権限

(イ)現状と課題

産業医には、労働安全衛生規則に基づき、健康診断の実施及び事後指導、作業環境の維持管理、作業の管理、労働者の健康管理、健康の保持増進、衛生教育、健康障害の原因の調査及び再発防止措置を行う権限、事業者・衛生管理者等に対する助言・勧告、職場巡視、健康障害防止措置を行う職務が与えられているが、実態としては、必ずしも十分な活動が行われていないこともある。

したがって、産業医によって提供されるべき産業保健サービスの内容を明らかにし、産業医の助言・勧告に基づき、事業者が具体的な施策を確実に講ずるようすることが必要である。

(ロ)対策

産業医の職務の中で、基本的な職務としては、「健康診断の事後指導」、「職場巡視」、「衛生委員会への関与」、「衛生管理者等の事業場の衛生担当者との連携・協力」等があげられる。

以上のような職務のほかに、産業医は、事業場における産業保健活動の指導者として、特に次に掲げる職務を行うことが必要であり、そのための権限を有する必要がある。

なお、地域産業保健センターに登録し、産業保健活動を行う医師に対しても、事業者から産業医に準じた職務及び権限が与えられることが必要である。

① 安全衛生に関する情報の把握

産業医は、労働災害、職業性疾患、有害業務等、事業場の安全衛生に関する情報を把握し、これに基づいて健康管理等を行うことが必要である。

このため、産業医がその権限に基づき、事業者、産業保健スタッフ等の関係者に必要な情報の提供を求めることができる仕組みも検討すべきである。

② 事業者等に対する適切な助言・勧告

産業医は、労働者の健康管理に係る事項について医学に関する専門的知識に基づき、事業者等に対して適切な助言・勧告を行うこととなっている。この助言・勧告の仕組みが十分に機能するための有効な方策についても検討すべきである。

③ 健康管理活動の企画・立案への関与

産業医は、健康診断に関する企画・立案に参画するなど、事業場における健康管理活動に積極的に関与することが必要である。健康診断を検診機関等に委託して実施する場合においても、産業医が必要な助言・勧告を行うことが適当である。

④ 安全衛生活動への関与

産業医は、安全衛生管理計画の策定等、事業場に

おける安全衛生活動に、医学的観点から積極的に係る必要がある。

⑤ 活動記録の作成及び保管

事業場において長期にわたって産業保健活動を推進していくためには、過去の指導内容を把握しておくことが必要である。このため、産業医は、職場巡視、健康診断の事後指導等の産業保健活動に関する記録を作成し、一定の期間保管すべきである。

ハ 産業医の資質の確保・向上

(イ)現状と課題

産業医は、職業性疾患の防止に関する知識・技能はもとより、広く労働者の健康の保持増進、作業関連疾患等に関する深い知識・技能が必要であり、これらの知識・技能を有する質の高い産業医の育成、確保が望まれる。

このため、産業医は、一定の資質を有していることが求められる。なお、地域産業保健センターに登録し、産業保健活動を行う医師についても、産業医と同様の資質を有していることが求められる。

(ロ)対策

① 産業医としての資質の確保

新たに産業医として活動しようとする医師は、産業医に求められる産業保健サービスを十分に提供するため、積極的に研修を受け、一定の資質を有していることが必要である。

② 産業医の資質の向上

既に産業医として活動している医師は、医師会等で行われている研修、地域の講習会等を通じ、資質の向上を図ることが望まれる。

これらの研修・実習等を体系的に実施するため、現在行われている研修を充実するとともに、研修センター等の施設面の整備についても検討することが望ましい。

③ 事業者の責務

事業者は、産業医に対し、必要な研修を受ける機会を与えるよう努める必要がある。

(3) 産業医以外の産業保健スタッフとその役割

産業医以外の産業保健スタッフについては、事業場における産業保健サービスの充実のために、積極的な活用を図るとともに、制度、資質及びその業務を明確にすることが必要である。

また、産業保健スタッフは、産業医と同様に、資質の向上が求められており、研修センターの設置等、そ

の資質の向上のための体制整備が必要となっている。個々の産業保健スタッフについての現状、課題及び対策は次のとおりである。

イ 歯科医師、歯科衛生士

現状では、歯科医師は、酸取扱い職場等での健康障害防止に従事しているが、この職務の位置付けを明確化するとともに、労働者の健康管理の目的から、事業場における口腔保健への歯科医師の関与が望まれる。

(イ) 歯科医師の位置付けの明確化

酸取扱い職場等における健康障害防止のための歯科検診の実施及び事後指導に係る歯科医師の職務とその位置付けを明確にする必要がある。

(ロ) 酸取扱い職場等における健康障害防止の徹底

酸取扱い職場等における歯科検診を徹底し、健康障害を防止する。

(ハ) 口腔保健の充実

健康づくりとしての口腔保健を推進する。このため、歯科医師の積極的関与を図るとともに、歯科衛生士の活用を図る。

成人病対策としての歯科(歯周疾患)の節目検診を推進する。

ロ 保健婦、看護婦

事業場等において保健指導等に従事する保健婦、看護婦が存在するが、一人一人の労働者に対して健康指導を行っていくためには、産業医はもとより、事業場の規模等に応じて、これらの保健婦等を活用することが求められる。

(イ) 保健婦等の活用

産業保健分野において、健康診断の事後指導、THPにおける保健指導等で保健婦等を積極的に活用する。

(ロ) 衛生管理者資格の取得

保健婦、看護婦等が衛生管理者の資格を取得することにより、これらの者が、衛生、保健の両面に係る知識・技能を有する衛生管理者として、産業保健活動に関与することが望まれる。

ハ 衛生管理者、安全衛生推進者及び衛生推進者

衛生管理者等は、事業場における日常の労働衛生に係る技術的事項を管理するものであるが、更に産業保健に係る企画調整役(コーディネーター)としての積極的な活動が求められる。

(イ) 衛生管理者等の活動

衛生管理者等は、定期的な職場巡視のほか、衛生委

員会活動の推進、安全衛生管理計画等への関与、産業医等の産業保健スタッフとの連絡調整等の業務を通じ、健康管理、作業環境管理等の産業保健に係る企画調整役として積極的に活動する必要がある。

(ロ) 地域産業保健センター等との連携

安全衛生推進者及び衛生推進者は、地域産業保健センター等と連携して、事業場における産業保健の推進を図ることが必要である。

ニ 労働衛生コンサルタント

(イ) 労働衛生コンサルタントの活用

産業保健活動及び健康管理体制に関する助言を得ることなどにより、企業外における労働衛生の専門家としての労働衛生コンサルタントの積極的な活用を図ることが有用である。

ホ 相談員

(イ) 相談員の活用

事業場に必要に応じ労働者のプライバシーに配慮した相談室を設け、ストレス等のメンタルヘルスに関する健康問題の相談に応じるスタッフとして、医師のほか必要な資質を備えた相談員を配置し、その活用を図ることが望ましい。

ヘ その他の産業保健スタッフ

(イ) その他の産業保健スタッフの活用

事業場により、作業環境測定士、衛生工学衛生管理者、THPスタッフ、人間工学の専門家等のスタッフを配置するなどして、健康管理、職場環境の改善等を図ることが望ましい。

ト 産業保健スタッフの確保と資質の向上

(イ) 産業保健スタッフの確保

国及び関係団体は、産業保健サービスを提供する産業保健スタッフの確保を図るため、研修を行うなど、所要の措置を講ずる必要がある。

(ロ) 産業保健スタッフの資質の向上

国、関係団体、事業者等は、産業保健の現状に応じた研修・講習等を行い、産業保健スタッフの資質の向上を図る必要がある。

産業保健スタッフは、積極的に研修・講習を受け、自らの資質の向上に努めることが望ましい。

(4) 産業保健センター等の活用

イ 現状と課題

事業場における健康診断等の産業保健サービスは、医療機関、労働衛生機関、検診機関等により広く実施されているが、小規模事業場等においては依然として実施に不備が見られるところもある。

また、産業医の選任の項で述べたように、労働者の過半数は、産業医の選任義務のない、常時雇用する労働者が50人未満の事業場に所属している。これらの事業場においては、産業保健活動に産業医が関与していないなどによって、必ずしも必要な産業保健サービスが提供されているとは言えない。

しかし、本来、産業医を選任していない事業場においても必要な産業保健サービスが提供されるべきである。

このため、産業保健センター等の活用を図り、すべての労働者に必要な産業保健サービスを提供できる体制を整備する必要がある。

□ 対策

(イ) 地域産業保健センターの活用

地域産業保健センターは、産業医の選任を要しない規模の事業場を対象として、健康相談、個別訪問指導等の産業保健サービスを提供する機関であるが、さらに健康診断の事後指導、職場巡視等の産業保健サービスを提供することを検討すべきである。すべての労働者に対して産業保健サービスを提供するため、国は、早急に地域産業保健センターの事業内容の充実及び体制の整備を図る必要がある。併せて、各々の事業場が、地域産業保健センターを有効に活用できるような方策を講ずべきである。

地域産業保健センターは、医療機関、労働衛生機関、検診機関等との連携により、産業保健サービスを提供することも考えられる。また、このために必要な資質を備えた機関の育成を図る必要がある。

(ロ) 都道府県産業保健推進センター等の活用

産業医等は、都道府県産業保健推進センター等を利用し、産業保健の最新の知見・技能を習得するなどにより、産業保健の効果的な推進を図る必要がある。

国及び関係団体は、産業医、地域産業保健センター等の活動を支援する都道府県産業保健推進センターの設置を早急に進めるなど、産業保健活動の基盤整備を図るべきである。

(ハ) 地域における産業保健推進体制の整備

先に述べた地域保健・地域医療との連携のあり方を含め、地域における産業保健活動を推進するため、地域の実情に応じて関係者の意見を求め検討する体制を整備することが望ましい。

また、産業保健活動の推進に当たっては、地域の関係機関が連携・協力して事業を行える体制を整備していく必要がある。

なお、労働衛生指導医、労災防止指導員等の関係者の活用についても検討していく必要がある。

(5) 事業場における産業保健活動推進体制の充実

イ 現状と課題

現状においては、事業場における産業保健活動が、組織的に、かつ十分に行われていない場合があることから、総括安全衛生管理者、衛生管理者等を中心として、事業場における産業保健推進体制の充実を図る必要がある。その際、衛生委員会等を通じた労使の自主的な取組みが求められる。

□ 対策

(イ) 産業保健スタッフの連携の強化

産業保健スタッフが相互に連携し、事業場における健康管理、環境管理等に積極的に取り組むことが必要である。

(ロ) 衛生委員会の活性化

衛生委員会を定期的開催し、健康保持増進に係る計画の策定、環境の整備等、産業保健に関する事項を積極的に取り上げるなど、その活性化を図ることが必要である。

事業者及び労働者は、衛生委員会に積極的に関与し、事業場における産業保健の推進に努めることが望ましい。

衛生委員会が産業保健の推進に果たす役割の重要性にかんがみ、現在その設置が義務付けられていない50人未満の事業場においても、30人以上の事業場においてもこれを設置すること、また、その他の事業場においてもできる限りこれを設置し、設置ができない場合においても、これに代わり関係労働者の意見を聞くための機会を活用し、産業保健に関する事項を協議するように努めるべきである。

国は、衛生委員会の活性化のために必要な事項について検討を行う必要がある。

(6) プライバシーの保護に配慮した体制の整備

イ 現状と課題

健康情報は労働者の個人情報であり、事業場においてもその保管・管理を徹底する必要がある。例えば、事業場内の産業保健スタッフ以外の者が労働者個人の健康情報入手し、利用し得るような状態には問題がある。

また、事業場においてHIV感染者、障害者等に対する差別的取扱いを起ささないためにも、健康情報の保管・管理は、今後ますます重要となると考えられる。

□ 対策

(イ) 健康情報の管理

事業場における労働者の健康情報については、その記録の保管・管理の場所を確保する。また、その情報は、産業医等の産業保健スタッフが管理することによりプライバシーの保護を図る必要がある。

また、健康情報の自己管理の方法としてカードシステム等を導入する場合には、プライバシーの保護に十分に配慮する必要がある。

(ロ) 事業場における相談窓口の設置

事業場内にプライバシーに配慮した相談窓口を設置することにより、労働者に対する健康相談を行う体制を整備することが望ましい。

事業場における対応が困難な場合には、地域産業保健センター、医療機関等と連携し、相談できる体制を整備することが望ましい。

おわりに

本検討委員会は、平成6年2月から平成7年3月まで、6回の検討を重ね、更に産業医制度検討部会及び産業保健推進体制検討部会を設置して専門的事項について検討を行い、本報告を取りまとめた。

本報告は、労働者が健康の保持増進を図り、その活力を維持するために、これを支援する産業保健サービス内容及びその提供体制について取りまとめたものである。

本報告に述べられたこれからの産業保健のあるべき姿を実現するため、国は必要な財源を確保し、速やかな体制整備を図る必要がある。また、事業者、労働者、産業保健スタッフ等は各々の役割を果たすことにより、事業場における産業保健活動が更に推進され、労働者の健康の保持増進が図られることを期待するものである。

なお、本報告は、現在の我が国の産業保健の現状を踏まえて、来たるべき21世紀に向けて、早急に取り組むべきと考えられる事項を「求められる産業保健のあり方」としてまとめたものである。

今後の産業構造や疾病構造の変化等の労働者を取り巻く環境の変化に対応して、その時々求められる産

業保健のあり方は変化するものであるが、更に望ましい産業保健のあり方を含め、より良いものとするためには、関係者の不断の努力が必要である。

このため、今後も、必要に応じて産業保健のあり方に関する検討が行われることにより、産業保健の一層の推進が図られることを望むものである。

これからの産業保健のあり方に関する検討委員会

座長 館 正知(労働福祉事業団医監、岐阜大学名誉教授)

委員 石川 高明(日本医師会常任理事)
大久保利晃(産業医科大学教授)
小 熊 正徳(日産自動車(株)安全健康管理部長)
草 間 英 一(㈱三ツ矢代表取締役社長)
島 正 吾(藤田保健衛生大学医学部教授)
庄 司 榮徳(千葉産業保健推進センター所長)
高 田 島(中央労働災害防止協会労働衛生検査センター所長)
保原喜志夫(北海道大学法学部教授)
吉 田 和 道(合化労連総合企画局部長)

産業医制度検討部会

座長 大久保利晃(産業医科大学教授)
委員 朝 枝 哲 也((財)京都工場保健会健康増進部長)
宇 野 義 知(富山県医師会副会長)
圓 藤 吟 史(大阪市立大学医学部教授)
中 桐 伸 五(自治労安全衛生対策室顧問医師)
堀 江 正 知(日本鋼管(株)京浜保健センター主任医師)

産業保健推進体制検討部会

座長 高 田 島(中央労働災害防止協会労働衛生検査センター所長)
委員 菊 池 昭(市光工業(株)安全健康室長)
内 藤 穆(日本医師会産業保健委員会委員)
藤 田 雄 三(日本歯科医師会産業保健委員会副委員長)
前 田 和 子(武蔵工短期大学教授)
和 田 攻(東京大学医学部教授)



職場の循環器疾患対策

日本産業衛生学会循環器疾患の 作業関連要因検討委員会の提言

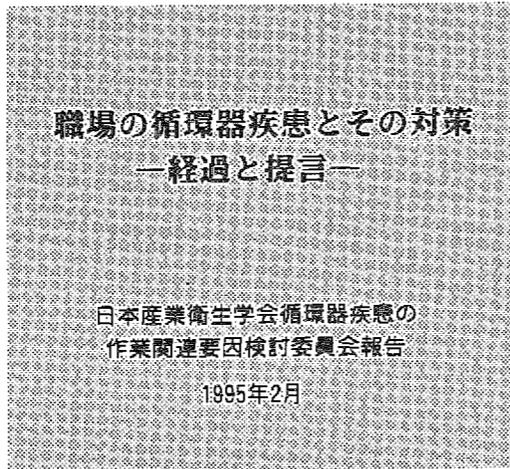
日本産業衛生学会では、1992年に「循環器疾患の作業関連要因検討委員会」(上畑鉄之丞委員長)を設置し、わが国の労働実態を踏まえた高血圧や脳・心臓疾患等の循環器疾患の職場での予防対策について検討を進めてきたが、このたびその報告「職場の循環器疾患とその対策」がまとめられ、4月に名古屋で開催された同学会で公表された。

この報告は、6章からなりA4約100頁ほどの部厚なものだが、第6章で「職場の循環器疾患予防」及び「労働災害(公務災害)補償の改善」についての提言を行っている。今回、この「第6章 提言—労働関連性を考慮した循環器疾患の予防—及び冒頭の「委員会設立の目的と活動経過」を紹介する(報告書全文については近く出版が予定されている)。

予防対策として、労働関連性を考慮した「職場対策」と「健康づくり」を提唱。前者では、長時間労働の制限、夜勤労働の改善・制限、「労働者の参加」「作業の自律性」「作業計画・作業遂行の弾力性」をキーワードとした仕事のストレス緩和対策を。後者では、「早期発見・早期治療型の2次予防から健康増進型の1次予防への転換」が必要と指摘して、そのための労働者支援プログラムを提言している。

労働省でも、5年計画で進めてきた「高血圧症、虚血性心疾患、脳血管疾患等作業関連疾患の予防のための健康管理マニュアル」を1995年度中に作成することとしており、その内容も注目される。

いずれにしても、補償問題だけに傾きがちであったわが国での過労死—脳・心臓疾患問題に、あらためて予防の観点から焦点をあて、職場での取り組みが促進されることが期待される。



本委員会設立の目的と活動経過

本委員会は、高血圧や虚血性心疾患などの循環器疾患の職場での予防対策を、わが国の労働実態をふまえて提言することを目的に、日本産業衛生学会員89名の有志が同学会理事会に委員会設立の要望書を提出、理事会は1992年4月の学会総会に提案し承認された。

本委員会では、わが国は労働力人口の高齢化のなかで成人病予防を含めた積極的な労働者の健康保護をすすめる必要に迫られていること、WHOやILOなどが労働者の健康障害を広く予防する観点から work-related diseases の概念を提唱、高血圧や虚血性心疾患など循環器疾患の予防でも、そう

日本産業衛生学会 循環器疾患の作業関連要因検討委員会委員

- 上 畑鉄之丞(国立公衆衛生院疫学部、委員長)
- 齊 藤 和 雄(北海道大学医学部衛生学教室)
- 高 倉 昌 之(北海道大学医学部衛生学教室)
- 広 瀬 俊 雄(仙台錦町診療所・産業医学検診センター)
- 岩 根 久 夫(東京医科大学衛生公衆衛生学教室)
- 加 藤 紀 久(NTT関東健康センター)
- 阿 部 真 雄(東海大学体育学部、事務局)
- 中 桐 伸 五(自治労安全衛生対策室)
- 柴 田 茂 男(女子栄養大学)
- 前 原 直 樹(労働科学研究所、事務局)
- 石 崎 昌 夫(金沢医科大学衛生学教室)
- 服 部 真 真(城北病院)
- 小 森 義 隆(大同病院産業医学研究所)
- 井 谷 徹(名古屋市立大学医学部衛生学教室)
- 田 尻俊一郎(淀協社会医学研究所)
- 渡 部 眞 也(滋賀医科大学予防医学教室)
- 吉 中 文 志(上京病院)
- 山 根 洋 石(島根医科大学保健学教室)
- 大 原 啓 志(高知医科大学公衆衛生学教室)
- 田 代 寛 美(九州健康総合センター)

した国際的共通認識をふまえた対応の必要があること、さらに、わが国の労働時間が先進工業国では著しく長く、それに関連した労働者の脳血管疾患や心疾患が「過労死」の労災補償として社会問題になっていること、などを考慮し、討議をおこなった。

そのため、本委員会では、国内外の循環器疾患の労働関連性に関する文献、資料とともに、委員会の独自調査による資料も加えたいうで、これらの諸問題に関する現在の到達点を紹介するとともに、予防及び労災補償に関する提言をおこなった。

本報告での職場の循環器疾患に関する提言は、職場や地域で労働者の健康管理に従事している保健医療関係者はもちろん、企業や労働組合、関連行政など様々な立場で、労働者の権利や健康保護のために活躍する人たちに活用されることを期待している。

委員会の討議経過

第1回委員会:1992年7月24日(於国立公衆衛生院)
委員長及び事務局を選任、今後の検討作業の概括的討議をおこなった。

第2回委員会:1992年10月3日(於国立公衆衛生院)
① 「循環器疾患の作業関連要因をめぐる今日の実況」を上畑委員が報告。

② 検討課題として、「近年の労働者の循環器疾患の動向」、「循環器疾患の発症、増悪と作業関連要因の研究の到達点と課題」、「職場の循環器疾患対策」、「循環器疾患の業務上外認定」が提案された。また、作業のためのワーキンググループとして、文献収集・検討、事例収集、労災判例・裁決事例収集の3小委員会を設置することになった。

第3回委員会:1992年12月5日(於大阪市立労働会館)

- ① 「日本の循環器疾患の最近の動向」を大阪公衛研小町喜男所長が講演。
- ② リンツの「作業関連疾患国際会議」概要を、斉藤、中桐、服部委員らが報告。
- ③ 事例収集小委員会作成の循環器疾患発症者調査票が提案された。
- ④ 各委員から提供された文献・資料の収集状況が報告された。

第4回委員会:1993年2月6日(於国立公衆衛生院)

- ① 「全産研の登録資料からみた循環器疾患の死亡、発症の動向」を柴田委員が報告。
- ② 「職場の循環器疾患管理の現状」を田代、加藤両委員が報告。
- ③ 文献検討小委員会から文献の検討方法と分担の提案。
- ④ 労災判例・裁決収集小委員会から作業のすすめ方の提案。

産業衛生学会(横浜)時自由集會:1993年5月6日

- ① 「深夜勤務者と循環器疾患」を広瀬委員が報告。
- ② 「運転労働と循環器疾患」を前原委員が報告。

第5回委員会:1993年5月22日(於国立公衆衛生院)

- ① 「循環器疾患の労災(公災)認定にかかわる諸問題」を田尻、中桐両委員が報告。
- ② 文献検討小委員会から、有害物質、運転労働、夜勤労働と循環器疾患の関連文献を報告。

③ 労災判例・裁決事例収集小委員会から法曹関係者に依頼した業務(公務)上外決定書、裁決書が約70例収集された報告。

第7回委員会:1993年11月20日(於国立公衆衛生院)

- ① 文献検討小委員会から、突然死、循環器疾患のリスクファクターの疫学、職業ストレス、静的筋

- 労作と循環器疾患などの関連文献を報告。
- ② 労災判例・裁決事例収集小委員会から、裁決書及び決定書を検討した中間報告。
- ③ 最終報告書の骨組みを討議。その結果、委員会活動の1年間延長を理事会に要請。
- 第8回委員会:1994年2月26日(於国立公衆衛生院)
- ① 文献検討小委員会から、身体活動、行動パターン、ストレスと循環器疾患の関連文献、臨床分野の関連学会報告が紹介された。
- ② 労災判例・裁決事例収集小委員会から事例のまとめの最終報告。
- ③ 事例収集小委員会から中間報告がおこなわれた。
- ④ 最終報告書の骨格を討議。執筆の分担を事務局に一任。
- 産業衛生学会(岡山)時自由集會:1994年3月28日
委員会の討議経過を委員長から報告。会員からの意見聴取と、会員外から藤原弁護士(神戸市)から要望発言を受けた。
- 第9回委員会:1994年7月9日(於国立公衆衛生院)
- ① 事例収集小委員会の最終報告がされた。
- ② 報告書の検討、討議が開始された。
- 第10回委員会:1994年12月10日(於国立公衆衛生院)
- ① 事務局で整理された報告案が討議された。
- 第11回委員会:1995年1月30日(於国立公衆衛生院)
- ① 事務局提案の最終報告案を討議し大略承認した。

提言一労働関連性を考慮した循環器疾患の予防

職場の循環器疾患予防

急速な労働者人口の高齢化は、好むと好まざるにかかわらず、種々の成人病をもつ労働者を増加させる。とくに、高血圧や心疾患(虚血性心疾患及び不整脈)、耐糖機能異常、高脂血症などの身体リスクを有する労働者の場合は、放置することによって、脳血管疾患や急性心筋梗塞、心臓突然死など重篤な障害を生じ、長時間労働や深夜労働などの身体的な負担や心理社会ストレスが関与する過労死をも

たらず危険も大きい。

ただ、こうした健康障害は、決して不可避ではなく、多くが職場の適切な保健対策によって予防可能である。事業主は、企業の健全な発展と生産性向上政策のひとつとして、労働者の積極的な提案と参加を前提に、こうした健康障害を予防する健康づくり計画を立て、必要な費用を支出すべきである。また、事業主は、長時間労働や深夜労働で労働者の健康が障害されていることが明らかになった場合は、労働者の健康保護体制を早急におこなうとともに、そうした労働をおこなわせなければならない理由と軽減計画を公表すべきである。

労働者の健康づくりは、個別企業の事業としてだけでなく、わが国のすべての労働者を対象に、それぞれの産業や地域の特徴をふまえた国全体の事業として実施すべきである。また、これらの健康づくりに専門的知識や技術を提供する産業医、産業保健婦、看護婦などはもちろん、労働者が日常利用する地域の医療機関の担当者も、労働者の健康障害の多くがなんらかの労働関連性を有していることを、絶えず念頭において診療することが求められる。

循環器疾患を中心に、職場の健康づくりの具体的な対策を以下に提案する。

1 労働関連性を考慮した職場対策

(1)長時間労働の制限

- 循環器疾患などの健康障害の進展、悪化に関連することを理由に、長時間労働は、以下のように制限すべきである。
- ① 月50時間以上の残業、週60時間以上にわたる長時間労働は原則として禁止する。
- ② 上記の措置は、管理職など労働時間の正確な記録が残っていない場合も適用する。いわゆるサービス残業や持ち帰り残業など記録に残らない残業はおこなわせない。
- ③ 長時間労働が常態で、運転による緊張が大きいバス、ハイ・タク、長距離トラックなど路面交通労働者の長時間労働を原則として禁止する。
- ④ 救急、警察、保安などの業務、寒冷、暑熱、騒音ばく露、高所作業などに従事する労働者の時間外労働を原則として禁止する。やむをえない理由で、これらの業務をおこなう場合は、代替え休日

- や時間を保証する。
- ⑤ 所定休日に労働をおこなう場合は、必ず代休を確保する。休日の買い上げ行為を禁止する。
- ⑥ 上記の長時間労働対策は、労働基準法、労働安全衛生法など関連法規の改正により、事業主の責務として規定する。法改正が実施されるまでは、行政通達などにより事業主の努力をうながし、身体リスクのとくに大きい労働者は、原則禁止するよう指導する。
- ⑦ 長時間労働対策にともなう法改正は、労働者の賃金条件を低下させないことを前提に実施する。また、各事業所や企業での労使交渉では、身体リスクの大きい労働者に不利益をもたらさないようあらかじめ協議し、実施する。

(2)夜勤労働の改善及び制限

- 循環器疾患の進展、悪化に関連することを理由に、夜勤、とくに深夜時間帯(22時以降、翌朝6時までの時間帯)の勤務は、以下のように改善及び制限すべきである。
- ① 夜勤交代制をとる事業所、または深夜時間帯の勤務のある事業場は、疲労回復や休養を目的とした職場内施設を必ず設けるとともに、深夜帯の8時間勤務につきおおむね2時間以上の適切な仮眠時間を保証する。
- ② 徹夜勤務を常態とする就労形態をとる事業場は、勤務明けの日の就労を原則禁止する。また、おおむね徹夜の8時間就労を2勤務と計算するなど、就労日数を軽減する。
- ③ 深夜時間帯の就労は、やむを得ない場合でも、連続3夜を限度とする。
- ④ 夜勤時の1人勤務は避け、複数勤務とする。
- ⑤ 徹夜勤務、連夜の深夜勤務、1人夜勤の制限は、身体リスクの高い労働者では厳しく適用する。
- ⑥ 徹夜勤務、連夜の深夜勤務、1人夜勤は、降圧剤やインスリンなどの薬剤投与を受けているなど服薬管理に注意が必要な労働者、及び脳血管疾患、心筋梗塞や狭心症、その他重篤な疾患の既往を有する労働者では禁止する。
- ⑦ 上記の夜勤労働の改善及び制限は、労働基準法、労働安全衛生法など関連法規の改正により、事業主の責務として規定する。法改正が実施されるまでは、行政通達などにより事業主の実施努力

をうながす。また、これらの改善及び制限は、労働者の賃金条件を低下させないことを前提にし、長時間労働対策と同様、事業所や企業での労使交渉では、身体リスクの大きい労働者に不利益をもたらさないようあらかじめ協議し、実施する。

(3)仕事のストレス緩和対策

- 様々な職場の諸条件に起因する心理社会要因も、循環器疾患の進展や悪化に関連している。そのため、労働者の参加、作業の自律性、及び作業計画・作業遂行の弾力性を重視した仕事のストレス緩和対策が考慮されるべきである。
- ① 生産や販売計画の策定では、当該労働者がその意思決定に参加できるよう配慮する。
- ② 生産や販売計画の実施では、仕事要求の大きさに対応した、職場の支援体制(サポート機能)に配慮する。また、一部の労働者に負担が課題に偏ったり、仕事の役割や境界が不明確にならないよう配慮する。
- ③ 生産や販売の調整だけでなく、健康づくりや仕事の満足感を高める目的での労働時間の弾力化をすすめる。
- ④ 単身赴任や海外出張などの勤務、昇進・昇格などにより仕事責任が拡大する勤務、業務内容の変更などで業務範囲が拡大、急増する勤務、出張割合が高い業務に従事する労働者では、健康保持やストレス対処を支援するための研修機会を設ける。
- ⑤ 本人、家族、同僚、友人を問わず、仕事や生活上の困難、健康上の不安などの相談希望がある場合、迅速に対応できる体制及び場所を設ける。これらの相談体制は、産業医、産業保健婦・看護婦などの企業内スタッフだけでなく、地域産業保健センターや医療機関でも、雇用企業に対して予防的勧告がおこなえるようにする。
- ⑥ 上記の諸対策は、それぞれの企業や事業場の安全衛生委員会が具体的な計画を立案し、事業主の責任で実施する。
- ⑦ 上記の諸対策を、中小・零細企業の労働者や自営業者などを対象に実施する場合は、地域産業保健センターの運営機構に中小零細企業、自営業の諸団体や地域の労働組合の代表を加え、それぞれの地域に応じた自主的計画をたて、実施する。

2 労働関連性を考慮した健康づくり

(1)健康づくりのための労働者支援プログラムの展開

職場の循環器疾患予防では、早期発見・早期治療型の二次予防から、健康増進型の一次予防への転換が必要である。また、種々の作業要因が循環器疾患の発症や進展に関与していることを考慮し、個人へのアプローチによる生活習慣改善だけでなく、労働条件や労働環境の改善を含めた包括的な予防活動として展開されるべきである。こうした活動では、THPでおこなわれている運動指導、快適職場指針にある職場の喫煙対策などを積極的に活用したり、そうした活動を含め、生活習慣の改善などを希望する労働者の健康づくりを支援プログラム(以下プログラムとする)を計画し、実施することが必要である。

なによりも、こうした活動では、労働者自身や労働組合が、それぞれの職場での労働関連性を考慮した健康づくりを計画し、自主的に健康サークルをつくり、実践することが重要である。事業主は、こうした計画に、財政的、時間的援助をおし、産業医や産業保健婦・看護婦は、積極的に技術的支援を与え、発展させることが重要である。

職場の健康づくりをすすめるためのプログラムの原則を以下に示す。

- ① プログラムの計画は、産業医、産業保健婦・看護婦など保健担当者だけで立案せず、安全衛生委員会等で討議し、計画し、決定する。
- ② プログラムの計画には、内容や目標、実施方法や評価方法が、参加者に理解できる表現で明記されるべきである。また、費用便益が検討されることが望ましい。
- ③ プログラムの実施にあたって、労働者の強制参加を避け、自主参加とする。
- ④ 事業主は、プログラムに参加する労働者の時間保証とともに、参加により、賃金上及び仕事上の不利益が生じないことを保証する。
- ⑤ 企業の健康保健組合や業種ごとの健康保健組合は、プログラム実施のための費用を支援する。また、状況に応じて技術的援助をおこなう。
- ⑥ 中小企業、零細企業及び自営業などの労働者を対象にしたプログラムを実施する場合は、地域産

業保健センターとともに、市町村保健センターや政令市・特別区保健所の援助と積極的活用を図る。

(2)労働者支援プログラムの内容

労働者の健康づくり支援プログラムには、職場や職種の特徴をふまえた多様なメニューが想定できる。また、その内容では、疾患の理解やリスクの知識だけでなく、行動変容のための気づきや体験学習を含んだ実践が重要である。

職種や労働態様の特徴をふまえた優先されるべきプログラムの一部を以下に例示する。

- ① 運転労働や監視労働など、座業中心で、神経緊張が大きく、とくに身体活動量が少ない職場では、適度な運動実施を動機づける支援プログラムが優先される。
- ② 電話応対や接客が多い業務や運転労働などでは喫煙者の割合が高い。また、女性労働者など非喫煙者の割合が高い職場では喫煙の要求が高い。こうした職場では、分煙、禁煙のための支援プログラムが優先される。
- ③ 夜勤交代勤務者や深夜勤従事者は、夜勤明けの睡眠のために飲酒するものが多い。このような職場では、休養のとり方や飲酒プログラムが優先される。
- ④ 単身赴任者などが多い職場、出張が多い職場では、食習慣が単調で不規則になりやすい。こうした職場では、飲酒習慣を含めた食・栄養プログラムが優先される。
- ⑤ 中間管理職などの場合は職場のストレスはとくに大きい。そのため、リラクゼーションのためのプログラムやリスナー教育が優先される。
- ⑥ ハイリスク者を対象にしたプログラムでは、過労を招きやすい仕事のスタイルに対する気づきや改善、生活習慣の見直しによりリスク改善が期待できる休養・滞在型プログラムが優先される。

(3)健康診断での問診の充実

定期健康診断では、労働者の労働状態と生活習慣、疲労・過労状態を把握できる質問紙調査をおこない、問診で確認する。また、受診した労働者に、検査結果と同様、職場環境や労働条件の問題点、生活習慣や疲労状態などのリスクなど改善すべき内

容が表示されるよう工夫されていることが望ましい。問診内容は、企業や事業場ごとに工夫するが、以下の項目を参考に示す。

- ① 労働状態：残業を含む週労働時間、通勤時間、深夜勤務、休日勤務、出張の有無、職制上の地位及び具体的作業内容(寒冷、高温、温度較差、高湿、騒音、重量物、高層、地下、運転、営業販売等)
- ② 生活習慣：喫煙、飲酒(頻度及び1回飲酒量)、食事(朝食、夜食、間食、偏食、早食などの有無、味付けの好みなど)、運動習慣(頻度及び内容、身体活動量など)
- ③ 疲労・過労状態：睡眠(睡眠時間及び睡眠障害)、へばりや心身消耗感、仕事満足感の喪失、燃え尽き徴候、仕事の過剰適応など
- ④ なお、身体リスクの大きい労働者では、通院や服薬の状況を必ず把握する。また、疲労・過労状態の問診では、前駆症状としての強い疲労感や強い睡眠障害や不眠を有する者に注意する。また、脳血管障害の重要徴候である強い頭痛、しびれ、視力障害などの訴え、心筋梗塞や狭心症の代表的症状の胸部や心窩部痛、胸部拘りやく感や心悸亢進などがある場合は、たとえ軽い症状でも、休養や医療機関受診を指示する。
- ⑤ なお、これらの問診は、医療機関の日常診療でも当然重視すべきであり、それにかかわる費用は、法定健康診断の場合は事業主が、日常診療の場合は健康保険で、指導料として支払われるべきである。

(4)健康診断の頻度と検査項目の充実

- ① 「労働衛生上有害な業務」である深夜勤務従事者に加えて、運転業務従事者、危険業務従事者、管理的業務従事者、及び残業や出張業務の多い者は、年2回の定期健康診断実施が望ましい。
- ② 35歳及び40歳以上を対象に実施されている検査項目のうち、血清脂質、肝機能検査及び心電図検査は全従業員を対象に、25歳、30歳の節目及び35歳以上に実施する。
- ③ 35歳以上では、血糖(2時間値、また空腹時)及びグリコヘモグロビン(HbA1c)またはフルクトサミンなどの検査、HDL-コレステロール検査を加える。
- ④ 深夜勤務従事者などの健康診断では、異常を疑

われる労働者を対象に、24時間心電計、24時間血圧計などにより、作業時の心血管系の動態を把握し、就労時の安全を確認する。

- ⑤ 循環器疾患の労働関連性が報告されている化学物質に長期暴露した労働者は、それぞれの知見の程度によって特殊健康診断を実施する。このうち、二硫化炭素に長期暴露した労働者は、健康手帳にもとずく退職後健康診断を実施する。
- ⑥ やむをえない理由で定期健康診断を受診できなかった労働者や、指定検診機関外で検診を受けた労働者についても、事業主は、指定機関と同額費用を負担し、確実に健康状態を把握する。

労働災害(公務災害)補償の改善に関する提言

脳血管疾患や虚血性心疾患等の業務上外の現行の認定基準は、発症直前もしくは発症1週間内の「過重負荷」を原則とした「災害主義」にもとづいており、慢性疲労蓄積や過労、様々な精神ストレスが要因のひとつとして関与する循環器疾患のような認定基準として妥当性を欠く場合が多いことが本委員会の検討で明らかになった。また、実際の認定審査の過程では、申請者側が、業務上であることの立証責任を実質的に課せられている場合も多く、使用者の協力が無い場合は、労災申請すら断念することも多い。また、申請しても、審査決定までの期間が長く、不服審査や再審査の請求では、更に、長期間の待機を要求される。

このように現在の循環器疾患の労災認定は、認定基準の内容及び運用の両面で、「公平」と「迅速」の原則での改善を要する点が多い。以下の具体的改善が必要である。

1 循環器疾患の認定基準の見直しと改善

- ① 発症直前の「過重負荷」の存在のみを根拠としている現行認定基準に加えて、長期間にわたって継続する長時間労働や仕事のストレスによる疲労蓄積や過労を誘因とした発症も業務上の根拠とするよう認定基準を改善する。
- ② 現行認定基準が、脳血管疾患や虚血性心疾患等の発症と「過重負荷」の時間的関連について、「発

症前1週間以内に過重な業務が継続している場合」は「関連性が認められる」とする部分は、医学的知見に乏しいため削除する。

- ③ 高血圧など基礎疾患を有する患者のストレス耐性が、正常者に比較して低いことなどの医学的知見から、労働過重性の判断では、同性、同年代、同職種の労働者との比較だけでなく、基礎疾患の有無や程度を考慮するよう改善する。

2 循環器疾患の業務上外認定基準の改善

脳血管疾患や虚血性心疾患等の循環器疾患の発症では、多要因が、複雑に関連しているため、認定基準の機械的運用のみでは判断が困難な場合が多く、処分機関間の判断のバラツキを大きくするとともに、審査決定までの期間を長引かせる原因にもなる。可能なかぎり、迅速で公正な審査をおこなうため、以下の改善が必要である。

- ① 処分機関による業務上外判断のバラツキを少なくするため、認定事例に関する具体的情報を一元的に収集するとともに、どの処分機関でも、過去の認定状況の情報が得られるように改善する必要がある。このため、労災処分をおこなった事案は、閲覧可能な状態で登録する体制を行政内に確立する。登録内容には、氏名その他、個人が特定できる情報を除き、性、年齢、病名、基礎疾患などのほか、職種や労働時間、労働状態、業務上外の理由の記録を含む。
- ② これらの情報は、新たな申請者や、労使、法曹、その他の関係者が、業務上外の認定業務の「公正」及び「迅速性」を知るための重要な情報源である。そのため、閲覧を希望した場合は、プライバシー

に配慮しつつ公開を原則にする。

- ③ 現在の労働基準監督署での労災審査では、業務上外の理由を示さずに決定だけを申請者に通知している。労働基準監督署長は、業務上外にかかわらず、審査段階で収集した資料の概要とともに、決定理由を文書に記して、申請者に通知するよう改善する。
- ④ 労働基準監督署、労働保険審査官、及び労働保険審査会などの段階の決定でも、遅くとも6か月以内に審査を終了するよう改善する。
- ⑤ 脳血管疾患や虚血性心疾患等の認定で、医学上の判断を求める局医や相談医を選任する場合は、労働衛生学や産業医学の学識、経験を必須とするよう改善する。
- ⑥ 局医または相談医の選任では、労働者団体及び使用者団体の合意を前提とし、選任氏名は公表する。
- ⑦ 脳血管疾患や虚血性心疾患等の業務上外の判断では、かかりつけの主治医がある場合は、その意見を尊重する。
- ⑧ 職場の健康管理や発症後の救護措置などで適切な配慮を欠いたことが明らかな場合は、労災保険の「無過失責任」論にとらわれず、業務上決定の重要な判断資料とする。
労災補償制度では、作業関連疾患にかかわる問題だけでも、労災保険の予防適用の制度化や健康保険制度との調整などの課題がある。また、労災制度の運用でも、申請期間中の医療費や休業費の仮払い制度、不服審査などでの審査官の拒否制度などがある。これらの課題は、日本産業衛生学会としても将来検討されねばならない。



職場の循環器疾患とその対策目次

委員会設立の目的と活動経過

第1章 労働者の健康、とくに循環器疾患について

- 1-1 労働態様と労働負担、疲労の変化
- 1-2 わが国の循環器疾患と危険要因の動向
 - 1-2-1 循環器疾患の動向
 - 1-2-1-1 脳血管疾患の動向
 - 1-2-1-2 心疾患の動向
 - 1-2-1-3 就業者での循環器死亡の動向
 - 1-2-2 心不全、突然死の実態と問題点
 - 1-2-3 循環器疾患死亡の職種及び地域での集積性

- 1-2-4 わが国の循環器疾患の危険要因の動向
 - 1-2-4-1 久山町研究の成績
 - 1-2-4-2 地域・職種を異にする各地集団の研究成績
 - 1-2-4-3 広島・長崎住民集団の成績
 - 1-2-4-4 7か国共同研究の日本地区の成績
- 第2章 循環器疾患と労働関連性
- 2-1 職場での循環器疾患をめぐる問題
 - 2-2 労働関連性の概念と定義
 - 2-2-1 労働関連性と作業関連疾患
 - 2-2-2 作業関連疾患の構造パターン
 - 2-2-3 労働関連性の判断方法

第3章 労働関連性の文獻的検討

- 3-1 物理的環境要因と循環反応
 - 3-1-1 寒冷・暑熱ばく露の循環器系への影響
 - 3-1-1-1 寒冷ばく露の循環器系への影響
 - 3-1-1-2 暑熱ばく露の循環器系への影響
 - 3-1-2 騒音ばく露の循環器影響
 - 3-1-2-1 騒音ばく露が自律神経系・内分泌系機能に与える影響
 - 3-1-2-2 騒音ばく露と血圧
 - 3-1-3 振動ばく露の循環器影響
 - 3-2 有害化学物質の循環器への影響
 - 3-2-1 一酸化炭素(CO)
 - 3-2-2 二硫化炭素
 - 3-2-3 ニトログリコールなどの脂肪族ニトロ化合物
 - 3-2-4 鉛、カドミウム、銅、アンチモンなどの重金属
 - 3-2-5 その他の化学物質
 - 3-3 筋労作と循環反応
 - 3-3-1 筋労作の現状の概略と特徴
 - 3-3-2 動的筋労作による循環反応
 - 3-3-3 静的筋労作による循環反応
 - 3-4 運転労働と循環器疾患
 - 3-4-1 自動車運転労働の特徴
 - 3-4-2 自動車運転労働と循環反応
 - 3-4-3 自動車運転労働者と循環器疾患
 - 3-4-3-1 バス運転手
 - 3-4-3-2 タクシー運転手
 - 3-4-3-3 トラック運転手
 - 3-5 夜勤・交代勤務と循環器疾患
 - 3-5-1 今日の夜勤労働と健康影響
 - 3-5-2 夜勤・交替制勤務の循環器影響
 - 3-6 心理社会ストレスと循環器疾患
 - 3-6-1 精神的ストレス(情動ストレス)と循環反応
 - 3-6-2 精神的ストレスと血圧変化
 - 3-6-3 精神的ストレスと不整脈
 - 3-6-4 精神的ストレスと虚血性心疾患、突然死
 - 3-6-5 心理社会ストレスと循環器疾患
 - 3-6-6 行動パターンと循環器疾患
 - 3-7 身体活動と循環器疾患
 - 3-7-1 職業上の身体活動と循環器疾患
 - 3-7-2 余暇での身体活動と循環器疾患
 - 3-7-3 現代の労働者の身体活動の指標
- 第4章 職場の循環器疾患予防
- 4-1 労働関連性を考慮した職場の循環器疾患管理の現状
 - 4-1-1 循環器疾患の労働関連性
 - 4-1-2 職場の健康管理、とくに循環器疾患予防の現

状

- 4-1-3 職場の健康増進、ストレス対処の新しい動向
 - 4-1-4 過労や休養を重視した予防対策
 - 4-2 発症事例からみた循環器疾患の作業関連要因
 - 4-2-1 本委員会が収集した発症事例の概要
 - 4-2-2 関与すると考えられた作業関連要因
 - 4-2-2-1 労働時間要因
 - 4-2-2-2 心理社会要因
 - 4-2-2-3 身体要因
 - 4-2-2-4 作業関連要因の組み合わせ
 - 4-2-3 職種ごとの作業関連要因の特徴
 - 4-2-4 職場の健康診断結果と基礎疾患や危険因子の保有状況
 - 4-2-5 重篤な循環器疾患既往者の医学管理と作業関連要因
- 第5章 循環器疾患と労災補償
- 5-1 労災(公災)認定の現状と問題点
 - 5-1-1 循環器疾患の業務上外認定の仕組みと認定状況
 - 5-1-2 循環器疾患の労災認定基準の問題点
 - 5-1-3 法律論としての循環器疾患の業務上外認定
 - 5-2 裁決審等からみた循環器疾患の業務上外認定
 - 5-2-1 裁決書の収集方法と概要
 - 5-2-2 労災(公災)認定申請から決定までの期間
 - 5-2-3 労災(公災)認定での医師の意見
 - 5-2-3-1 労災認定の場合
 - 5-2-3-2 公災認定の場合
 - 5-2-4 裁決での業務の過重性の判断について
 - 5-2-4-1 発症前の負担の判断
 - 5-2-4-2 日常業務の過重負荷の判断
 - 5-2-4-3 精神的ストレスの評価
- 第6章 提言—労働関連性を考慮した循環器疾患の予防
- 6-1 職場の循環器疾患予防
 - 6-1-1 労働関連性を考慮した職場対策
 - 6-1-1-1 長時間労働の制限
 - 6-1-1-2 夜勤労働の改善及び制限
 - 6-1-1-3 仕事のストレス緩和対策
 - 6-1-2 労働関連性を考慮した健康づくり
 - 6-1-2-1 健康づくりのための労働者支援プログラムの展開
 - 6-1-2-2 労働者支援プログラムの内容
 - 6-1-2-3 健康診断での問診の充実
 - 6-1-2-4 健康診断の頻度と検査項目の充実
 - 6-2 労働災害(公務災害)補償の改善に関する提言
 - 6-2-1 循環器疾患の認定基準の見直しと改善
 - 6-2-2 循環器疾患の業務上外認定基準の改善

発症前1か月の業務も評価

ストレスや単身赴任、長時間通勤も 人事院が脳・心臓疾患認定指針改正

4月号で労働省の脳・心臓疾患労災認定基準の改正について解説したが、別掲のとおり、人事院も国家公務員に係る脳・心臓疾患の公務災害認定指針を改正した(平成7年3月31日付け職補-102人事院事務総局職員局長通知)。

人事院では、1987年10月の認定指針(昭和62年10月22日付け職補-587人事院事務総局職員局長通知)制定後の「脳・心臓疾患に関する医学的知見の進展、最近のいわゆる過労死の労災事案等に関する司法の判断及び社会情勢の変化に対応するため」、1993年4月に、職員局長の私的諮問機関として内科学の専門家5名による「業務関連疾患・過重負荷検討専門家会議」を設置して、現行認定指針の問題点と見直し・充実化について検討してきたが、今回の改正はその結果を受けたものである。

労働省の見直し作業よりも早く独自の検討を開始していたわけで、改正の内容も労働省の改正内容を上回る独自の点が含まれている。以下、主な改正内容をみてみよう。

●認定対象疾病の拡大

1995年1月に厚生省が死亡診断書の記載要領を改正し、従来、「心不全」と記載される傾向が強かった死因不明の心臓停止等についても、今後は具体的な疾病を記載することとされた。この中には、近年医学研究が進み、業務との関連が示唆されている致死性不整脈による心臓性突然死等が含まれている。

労働省では、現在、専門家会議を設置してこれら

の疾病についての認定基準の設定等について検討しているが、人事院はそれを待たずに認定対象疾病を拡大した。

従来、「脳血管疾患、虚血性心疾患と血管病変」に限られていたものを「心・血管疾患及び脳血管疾患」まで拡大したものとされ、具体的に追加されたのは、心停止、心臓性突然死、肺塞栓症、大動脈瘤破裂(従来は解離性大動脈瘤のみ)である。これによって、認定指針のタイトルも変更された。

●基礎・既存疾患の取扱い

「発症前に、当該疾患の発症原因とするに足る強度の精神的又は肉体的負荷(過重負荷)を受けていたことが必要」とする認定要件は旧認定指針と同じである。

旧指針では、続けて、「基礎疾患又は既存疾患があった(特に高血圧症等を有する場合)は、公務外の原因のみによる発症か公務による過重負荷による発症かの「鑑別に特に留意する必要がある」としていた。改正指針では、過重負荷について「当該疾患の発症の基礎となる病態(血管病変等)を加齢、一般生活等によるいわゆる自然経過を超えて急激に著しく増悪」させるものという解説を加えて、「基礎疾患又は既存疾患があった場合」の取扱いに言及していた項目を全面削除している。

これは、脳・心臓疾患等を発症した者はもともと何らかの血管病変等を有しているものであり、基礎・既存疾患があった場合ととそうでない場合という

区分を設けるのではなく、血管病変等をその自然経過を超えて急激に著しく増悪させ得ることが医学経験則上認められるような業務による負荷(これを過重負荷という)を受けたことが認められるかどうかを判断するという、労働省の認定基準の考え方にそろえたものと思われる。

●発症前1か月の業務の評価

そのような業務による過重負荷が認められるものとして、「異常な出来事に遭遇したこと」及び「日常の業務に比較して特に質的に若しくは量的に過重な業務に従事したこと」をあげているのは、旧指針及び労働省の認定基準と同じである。

問題は後者についての判断の基準。

①発症前日から直前までの業務が「発症に最も密接な関連を有」し、②発症前1週間に過重な業務が継続している場合には「急激で著しい増悪に特に関連がある」とするもの、旧指針及び労働省の認定基準と同様である。

ただし、③発症前1か月の業務について、旧指針では「発症前1週間より前に過重な職務が継続していても、急激で著しい増悪に直接関連したとは判断できないが、…付加的要因として考慮される」としていた(これは労働省の認定基準と同じ考え方)ものを、今回、「②に準ずる過重な業務が継続している場合には、急激で著しい増悪に特に関連があると認められる」と変更した。

発症前1週間の業務に限定する場合と同様、1か月という期間を設定することの医学的根拠は何も示されていないが、労働省の認定基準よりも明らかに緩和した改正である。

●質的な過重性等の評価

上記の他にも、人事院の改正指針では、従来、ややもすると業務量や超過勤務時間数等の量的側面のみが重視されていることに対して、質的な過重性等についても積極的に評価していく方針のようだ。

文章上は明示していないものの、調査項目等からみても、深夜勤務や交替制勤務、国際紛争や災害などの切迫した事態への対応などの質的な側面からくる精神・神経的ストレス、転々異動による長期単

身赴任、官署の移転に伴う長時間通勤等についても、評価に反映させるということである。

●比較の対象となる同僚等

なお、労働省の認定基準では、「同僚等にとっても特に過重であること」という評価基準を設定しており、先の改正で、それを「発症した当該労働者と同程度の年齢、経験等を有し、日常業務を支障なく遂行できる健康状態にある労働者にとっても、過重であること」に「緩和」することとされた。

今回の改正では、このような指摘はないが、そもそも、人事院指針ではこのような評価の対象を特に指示していないことによるものと思われる。

実際の認定事例をみても、国家公務員、地方公務員の場合は民間労働者の場合と比べて、「当該労働者にとっての過重性」を積極的に評価した事例がみられている。

●発症直後の初動調査

その他に改正指針で注目されるのは、適正・迅速な認定のためには、発症直後の初動調査が重要であるとの観点から、発症直後の「簡易認定調査票」による点検を指示していることである。「簡易認定調査票」は、改正指針で指示した調査項目をA4・3枚の用紙に記入できるようにしたものであり、医師の意見や診療データ等については「入手すること」「借用すること」もチェックできるようになっている。

これは、現場での取り組み方によっては、職場で発生した疾病や死亡事例について、公務災害認定請求を行うか否かにかかわらず(請求を行うかどうかの検討だけでなく)、それらについての労働関連要因を労使で洗い出し、再発防止・改善につなげていく契機となり得るものとして評価できる。

●広がる官民格差

改正された人事院指針についても、今後どのような運用が行われるかによって評価が定まってくる。いずれにしても、労働省の認定基準と比べたときに「官民格差」が広がったことも事実であり、今後の労働省の認定基準の見直しにも一石を投じるものとなった。



職補-102

平成7年3月31日

人事院事務局職員局長

心・血管疾患及び脳血管疾患等
業務関連疾患の公務上災害の
認定について(通知)

標記については、別紙「心・血管疾患及び脳血管疾患等業務関連疾患の公務上災害の認定指針」とおり定められたので、今後はこれによってください。

なお、「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の公務上の災害の認定について(昭和62年10月22日職補-587)」は、平成7年3月30日をもって廃止します。

以上

別紙

心・血管疾患及び脳血管疾患等業務
関連疾患の公務上災害の認定指針

次に掲げる心・血管疾患及び脳血管疾患に関し、人事院規則16-0(職員の災害補償)別表第1第8号の「公務に起因することの明らかな疾病」と確認することについては、以下の事項に留意して行うこととする。

(心・血管疾患)	(脳血管疾患)
狭心症	くも膜下出血
心筋梗塞	脳出血
心停止	脳梗塞
心臓性突然死	脳血栓症
肺塞栓症	脳塞栓症
大動脈瘤破裂(解離を含む。)	高血圧性脳症

1 発症前に、業務に関連してその発生状態を時間的、場所的に明確にし得る異常な出来事に遭遇し

たことにより又は通常の日常の業務(被災職員が占めていた官職に割り当てられた職務のうち、正規の勤務時間内に行う日常の業務をいう。以下同じ。)に比較して特に質的に若しくは量的に過重な業務に従事したことにより、医学経験則上、心・血管疾患及び脳血管疾患等の発症の基礎となる病態(血管病変等)を加齢、一般生活等によるいわゆる自然的経過を超えて急激に著しく増悪させ、当該疾患の発症原因とするに足る強度の精神的又は肉体的負荷(以下「過重負荷」という。)を受けていたことが必要である。

2 過重負荷を判断するためには、次の事項を参考とすること。

(1)上記1の「異常な出来事」とは、強度の精神的、肉体的負荷を起す可能性のある突発的で異常な出来事をいい、例えば、発症前に突発事故、暴風雨、洪水、土砂崩れ、地震等特異な事象に業務に関連して遭遇し、強度の驚愕、恐怖等を起こしたことが経験則上明らかな場合がこれに該当する。

(2)上記1の「通常の日常の業務に比較して特に質的に若しくは量的に過重な業務」とは、通常に割り当てられた業務内容等に比較して特に過重な業務をいい、例えば、(ア)日常は肉体労働を行わない職員が、勤務場所又はその施設等の火災等特別な事態が発生したことにより、特に過重な肉体労働を必要とする業務を命ぜられ、当該業務を遂行した場合、(イ)業務上の必要により発症前に正規の勤務時間を超えて週数十時間にまで及ぶ過重な長時間勤務(超過勤務を含む。以下「過長勤務」という。)を1か月以上にもわたって行っていた場合又は暴風雨、豪雪、猛暑等異常な気象条件下での業務を長時間にわたって行っていた場合等通常の日常の業務に比較して勤務時間及び業務量の面で特に過重な業務の遂行を余儀なくされた場合がこれに該当する。

3 業務の過重性を評価するに当たっては、次に掲げる諸事項の内容がその評価要素であるので迅速、かつ、適正に調査し、その結果を業務従事状況、業務環境等を基礎とし、医学経験則に照らして、総合的に評価して判断すること。

なお、高血圧症等について医師による直接の治療が必要と診断されたにもかかわらず、適切な治

療を受けることを放置している者は、適切な治療を受けている者と比較すると心・血管疾患及び脳血管疾患を自然経過的に発症する可能性が極めて高いので、その病態等について詳細な調査結果に基づいた医学的見地からの鑑別を行い、それを総合評価に反映させる場合があることに留意すること。

(1)基礎的事項

- ア 被災職員の氏名、性別及び生年月日
- イ 所属官署名、官職名、役職名及び俸給表(級、号俸)
- ウ 所属官署の組織図又は機構図
- エ 上司、部下等の病休、欠員等の状況
- オ 被災職員の人事記録

(2)災害発生の状況等

- ア 災害発生の概況(発生日時、傷病名、場所及び入院状況等)
- イ 異常な出来事の内容及び原因(急激で著しい業務環境の変化等を含め消防署、気象官署等の証明及び目撃者等の証言等)
- ウ 災害発生現場の見取図及び写真
- エ 被災職員又は家族の申立書

(3)災害発生前の業務従事状況等

- ア 被災職員の属する組織全体の業務状況及び分担状況
- イ 被災職員の通常の日常の業務内容と同職員の被災前の日常の業務内容の詳細及び比較
- ウ 発症前日から直前までの業務従事状況及び発症状況の詳細(この間の業務が発症に最も密接な関連を有するので、特に過重であると客観的に認められるか否か、詳細に調査すること。)
- エ 発症前1週間の勤務状況の詳細(発症前1週間以内に過重な業務が継続している場合には急激で著しい増悪に特に関連があると認められるので、詳細に調査すること。)

オ 発症前1か月間の勤務状況(上記エに準ずる過重な業務が発症前1か月間以上継続している場合には、急激で著しい増悪に関連があると認められるので、詳細に調査すること。)

カ 上記エ及びカにおいて、特に週数十時間を超える過長勤務を行っていた場合は、その業務内容、業務状況等についての確認を行い、別添1の調査票(省略)にその詳細を記載すること。

キ 発症前数か月間における深夜勤務、交替制勤務、宿日直勤務、出張、公務外出等の状況の詳細

ク 自宅等で論文、報告書等を作成していたとする場合は、その理由及び成果物の確認(論文リスト、報告書等)

ケ 単身赴任の状況

コ 通勤の実態

サ 年次休暇等の取得状況

(4)発症時の医師の所見等

- ア 主治医の診断書・意見、診療録又は診療要約及び超音波検査・X線写真等画像診断・心電図等並びに血圧・血液生化学検査等諸臨床検査の結果等

イ 解剖所見

(5)健康状況等

- ア 発症前の本人の愁訴及び前駆症状等
- イ 定期健康診断等の記録、指導区分及び事後措置の内容
- ウ 本人の素因、基礎疾患及び既存疾患並びにその治療状況・療養経過
- エ 上記ウに係る主治医の診断書・意見、診療録又は診療要約及び超音波検査・X線写真等画像診断・心電図等並びに血圧・血液生化学検査等諸臨床検査の結果等

(6)日常生活

- ア 発症前1週間の生活の状況の詳細(特に日常と異なった出来事等の有無等)
- イ 発症前1か月間の生活状況

(7)趣味、嗜好、家族状況等

- ア し好品(酒、タバコ等)及びその程度
- イ 趣味、スポーツ等
- ウ 薬の服用の状況及び内容
- エ 自動車の保有、運転状況等
- オ 家族状況、家族歴
- カ 本人の性格

(8)その他業務環境等に関する事項

- ア 発症時の事務室、勤務場所等の見取図、写真等及び騒音、照度等の業務環境
- イ 発症当日の温度、湿度等の気象条件

4 過重負荷を受けてから心・血管疾患及び脳血管疾患の症状が顕在化するまでの時間的間隔が医学上妥当と認められることが必要である。通常

は、過重負荷を受けてから24時間以内に症状が顕在化するが、症状が顕在化するまでに数日を経過する症例があることに留意すること。

ここでいう症状の顕在化とは、自覚症状が明らかに認められることを、数日とは2日から3日程度をいう。

5 次に掲げる事案の認定に当たっては、人事院事務総局職員局に協議すること。

なお、(2)及び(3)に掲げる疾患に係る認定については、過重な業務に従事したことにより、当該疾患発症の相対的有効原因と医学的に認められる強度の精神的又は肉体的負担を受けていた場合には、「公務に起因することの明らかな疾病」と認められることに留意し、本認定指針の調査事項を基礎として詳細に調査すること。

(1) 疾病の発症機序に関する危険因子等諸事象の相加・相乗作用に関する医学的所見が得られないため、総合的に評価して判断することが困難

な又は症状の顕在化が数日を超える場合等を含め、医学的資料等が不十分な心・血管疾患及び脳血管疾患

(2) この指針に掲げられていない詳細不明等の心・血管及び脳血管疾患

(3) 過重負荷を受けたことにより発症したと被災職員等から申出のあった循環器系の疾患

6 心・血管疾患及び脳血管疾患事案の迅速、かつ、適正な認定に当たっては、上記3に掲げた諸事実を発症直後に収集することが極めて重要であるので、過重負荷を受けて発症した可能性があると思料したものについては、発症直後に別添2の当該疾患にかかる簡易認定調査票(省略)によって点検し、調査方法、発症の危険因子たる諸事象の過重性等の評価等について判断し難い場合は、人事院事務総局職員局に協議すること。

以上

(注: 下線は調査項目以外の今回の主な改正部分)

【予告】近日発行 予価1,000円

韓国の過労死 (仮題)

韓国・過労死相談センター1周年記念セミナー
(1994年12月7日)テキストの日本語訳

第1章 過労死と因果関係(大法院の判例分析を中心として)
業務上の過労と認定された判決例(要旨)
業務上災害として認定されなかった判決例(要旨)

第2章 過労死と企業責任

第3章 過労死と医学

相談事例の分析

突然死 - The Framingham study -

第4章 労働の様々な要因と疲労度に関する調査

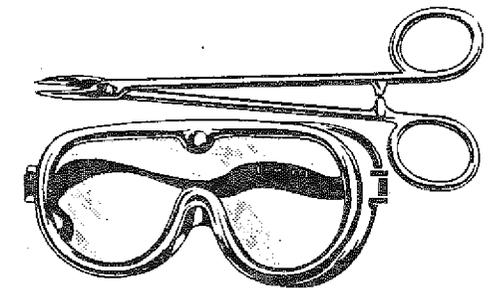
第5章 災害補償の理論と各国の立法例

連載24

監督官労災日記

井上 浩

全国安全センター副議長



機密費のこと

機密費というと暗い感じがするが、そうではない。国の官庁の収入支出は予算がきめられており、きめられた科目があってそれによって収支が行われている。ところが現実にはそれに当てはまらないが実際には必要な収支がある。たとえば職員が残業して終電車がなくなった場合に、家まで送るハイヤー代が必要だが、そんな予算は監督署にはない。そこで、いろいろと工面することになる。それを特別会計のさらに特別ということで、特々会計と称したりしていた。この特々会計は普通は第1課長(方面制ができてからは次長か業務課長と考えられる。)がにぎっていた。ところが

前任の川越署では前回書いたようなことで遂に私は一度も見る事がなく、庶務係長が署長と直結してにぎり続けていた。

しかし、春日部署では原則どおり私がにぎることになったが、私は現金は一切さわらないことにした。現金出し入れの都度、庶務係長が伝票を記入して私に渡し、それを私が帳簿に転記して月末に現金や預金の残高と照合することにした。署長には見せたかどうか記憶にない。よく照合の際には帳簿の残高より現金や預金の方が多いことがあった。どうも入金伝票を私が紛失したりしたのかもしれない。そんなときには余った?お金はおつまみを買って職員が飲んでしまっていた。お酒やビールは後述するように現物が倉庫の中に山積みされていたのである。その頃の帳簿の一部

を次に抜粋することしよう。

1960年9月分

(収入) 2日 草加注染10,000円、雑収入 10,450円、18日 賃金8,000円、計28,450円

(支出) 2日 会田研修帰署2,560円、10日 お茶、醤油1,195円、14日 職員会議1,142円、食事代1,140円、16日 職員会議夕食代2,000円、18日 三春(8~9)860円、講習会昼食代180円、20日 パトロール食事代2,655円、28日 ソフト交通420円、計12,152円

収入の部の注染というのは、草加と八汐地区に散在するゆかた染色業者の団体である。以前からの慣例であったようである。一度社労士が頼まれて持参したが、慣例を知らなかった署長が断ったことがあったように記憶している。雑収入というのは記憶にない。賃金というのは、賃金調査の予算か何かを、支払ったことになって現金化したものだろう。支出の部の会田研修帰署というのは、会田監督官が新任研修を終ったので、署内でささやか宴を行ったのである。パトロール食事代というのは、越谷地区に無届けの新設工場が多いので局署合同で調査した際の食事代である。

1968年12月分

(収入) 1日 工業団地15,000円、5日 菖蒲3,000円、10日 基準協会10,000円、H医院1,000円、計29,000円

(支出) 4日 岩槻花火工場爆発3,840円、写真2,465円、15日 署長会議2,500円、16日 カツ丼150円、自転車かぎ250円、18日 食事代160円、20日 写真代660円、22日 退職署長記念品代4,500円、24日 捜査ハイヤー代220円、25日 テーブルセンター410円、26日 お茶4,000円、計19,155円

収入の部の菖蒲というのは、菖蒲町の業者団体だろう。H医院は市内の外科医院で盆暮の慣例だ

ったと思う。支出の部の花火工場の爆発調査の際の3,840円は食事代等ではなかろうか。署長会議の費用は宴会の会費である。

支出を見ても不当なものはない。私が担当してから変更したのは、職員の名刺代は自弁だったのでそれを支払うことにしたこと、それに通勤手当には上限があったので差額を支払うようにしたことだった。出張旅費の配分方法も変更した。これは監督官や技官が計算上は旅費の大部分を占め、留守番で苦勞する特に庶務係はほとんどゼロであった。そこで、従来は旅費総額をプールして30パーセントは全員に保障していたが、私は逆転して70パーセントはパー配分し、残りの30パーセントを出張日数により比例配分することにした。このことでは反対は全くなかったが、通勤手当の差額補助については優待バスの通勤使用のこともあって大激論を数回もやり、遂に私も譲歩して、100パーセント補助は実現できなかったような気がする。

以上の帳簿には、もうひとつ別の会計を設けていた。そこに前述したように拒否した宿直の手当を積み立てていた。それを見ると1968年7月から拒否をはじめたようだ。その額は7月分4,010円、8月分8,430円、9月分8,695円、10月分10,460円という具合で、翌年10月の残高は148,140円であった。そのときのもうひとつの帳簿の現在高は158,616円であった。宿直手当の方は、職員の作業ズボンの購入であるとか、名刺印刷代とか、職員旅行等に使用した。職員旅行は会社の施設を利用し、バスは東武に頼むことによって安価に抑えて、3月に1回1泊旅行に行った。職員は旅費、食費、パチンコ等の遊戯代、土産代もすべて無料であった。旅行の場合には黒板に書かれた予定表を見たりして若干の寄付

があったりした。たとえば、1969年9月20日には

上総湊の日立保養所矢の浦荘へ行ったが、そのときには9月16日にO伸鉄から10,000円、19日にOゴム10,000円、社労士3,000円、K工業20,000円、P工業10,000円、Nヒューム2,000円、T氏2,000円(退職した庶務係長のT氏を旅行に招待したためか)、基準協会50,000円とある。このとき保養所に支払ったのが44,717円、基準協会への土産970円、写真代2,480円とあるが、交通費の記載がない。まさか旅行肥りでもあるまいが。この頃の私の手取りは月収60,000円。

ついでに1969年末から年始にかけての歳暮による倉庫内の酒は210本。うち特級6本、2級2本で残りは1級。ビールは90ダース。署長や第1課長によっては職員になるだけ配分せず温存する方針の人もあった。私の浦和署時代がそうで、夏になると酒は濁っていた。私は反対の方針で外部はできるだけ減らした。しかし、署長会議の話し合いで、春日部は上位にランクされ、基準局へ5本供出した。このほかに庶務課へ2本、基準協会職員へ2本、記者クラブにビール2ダース等最低限のものは出した。そして職員には男女全員公平に(他の物も)配分した。それぞれにはまた分に応じて自宅に直接来るものも相当あるので、署の分は公平に分配しても問題ないのである。では、いくらづつ配分したかは書かないことにする。おそらく県内9署中では最も多かったはずである。東京の事情も聞いたが、想像していたほどではないようであった。

会議のことども

少し真面目なことを書こう。

1969年1月20日(月)晴

局で9時半から第1課長会議。局長訓示の後に監督課長が社会保険労務士法施行事務について説

明。前歴により無試験で資格授与する者に対する署の証明事務について。

(1) 署では出入り業者についてはやかましくいわず証明すること。今回は業者は救う。あまり怪しい場合には労務管理士協会に相談してもよいが、調査するまでの必要なし。

(2) 会社で勤務している者も目をつむって証明してよい。

(3) 窓口は、社会保険士は県保険課、労務管理士は局監督課。税理士、行政書士は未定。労働組合や一般社員は労働基準協会。

6月26日(木)曇雨後晴

局で管内全監督官会議。安全衛生課長が災害減少目標7%とあるが、何ら根拠ある数字ではないと。正直でよろしい。

8月28日(木)晴後雨

埼玉浦和東支店で技術研修。明日は三井信託。紛じん、電気、建築、電磁波、採石作業等。労働旬報社の原稿料来る。税引き2,700円。少なさに驚く。(労働法律旬報の原稿料か?)

12月13日(木)晴

休んで労働法学会誌の原稿「労働災害と労働基準法」を仕上げる。(翌日松岡教授宅に持参。これは書直しを命じられ、翌年1月24日、25日とかかって書直し、26日に再度持参。1970年秋の学会誌に掲載された。)

1970年1月20日(火)晴

午前岩槻市の新井製作所定監。午後組合の局長交渉へ参加。昨年11月13日賃上げストによる組合3役の訓告処分取消し交渉。(翌日取消し。)

1月27日(火)快晴

今日明日と1日中基準局で会計事務研修。(第1課長は会計事務の責任者だからである。)

2月4日(水)晴

庶務課長来署し、1人づつ別室に呼び宿直拒否

について調査。浦和で職員が行政監察局へ投書したため。(前述したように、宿直を拒否しても手当はもらっていたからである。しかし、わたしは職員の手当は前述したように別途に積み立ててあったので、詐欺罪だという庶務課長に強い姿勢で対応することができた。すぐにも全額返すとやったのだが、会計処理に問題があったことは否めない。)

2月5日(木)晴

監督課長が来署し、私に宿直をやるわけにいかないかという。(私はすごく腹が立った。庶務課長がいうのは職務上当然であるが、監督課長の職務には関係がない。監督課長というのは署長以下の全監督官にとって、最も恐ろしい存在である。それを利用して余分なことをいうと思ったので即座に拒否した。いまになって考えてみれば、投書もあったし、本省の手前、局でも困っていたのだろう。)

2月12日(木)晴

署全員で書類整備。(私はよく全業務をストップして1日中書類整備をやった。就業規則もこれで整備され、会計の保存年限切れの書類も何時間もかかって庭で焼いた。終ればもちろん倉庫から酒を出して慰労の宴を催した。)

3月16日(月)雨後晴

御殿場のYMCMの東山荘で東京都の福祉施設の会へ講演。快調。富士美し。泊る。ベット固くして安眠できず。(福祉関係は労働時間や寮に問題があったのでよく招かれた。)

3月28日(土)曇小雨

職員旅行で日立の矢の浦荘(前出)へ行く。1人先発して茂原署へ寄り資料をもらう。矢の浦荘へ着くと、先着していた職員が、署長は行かないとごねたが引っ張ってきた由。酔う。(茂原署へ出張したことにしたのである。前出の特々会計帳簿

の3月26日の収入欄で「茂原署7,080円」とある。こうして特々会計用の資金を調達したりしていた。署長がごねたのは、3月に1回の1泊旅行に良心がとがめたのではなかったろうか。

なお、このときの旅行にはバス代として15,000円支払っている。このほかには合計で49,435円を支払い、入金は3月14日 基準協会10,000円と3月7日 千葉6,360円とある。千葉というのは千葉労基署に行ったことでもした旅費に繰り入れたのかもしれない。)

5月12日(火)晴

朝戸畑着。駅前で労働者が酒を飲んでいる。八幡労組の労働会館で鉄鋼労連活動家集會出席。第3分科会「下請の労働災害防止」の助言者。午後若戸大橋を散歩。同志社大の辻村助教授と豊山閣同室。(翌日は午前中1時間講演して阿蘇泊。出発前日講演に行くという、署長は発言に注意してねといっただけで他には何もいわなかった。)

8月1日(土)晴

午後、社労士の慰労会。署員も含め鰻重や折詰。山口、木原両氏と帰る。夕景色美し。円仁法師の入唐記録を読み続く。(慰労は賃金調査のため。特々会計で24,300円支出している。)

6月29日(月)曇晴

夕方総評会館で総評弁護団の若手弁護士30名と安全センター職員とで、災害調査について語る。こちらは全労働春山氏と、東京と千葉の若手監督官各1名。(こんな会談のあったことも記憶なし。)この年の手帳に哺乳動物の遺伝子はイオン 10^{10} 個が並ぶ。この配列は $2^{10^{10}} \approx 10^{30}$ 通り可能。熱振動のサイクルで配列可能数は45億年(10^{17} 秒)で 10^{10} 通り。地球の全原子 10^{27} でも 10^{10} 通りだから、生物進化は偶然だと。岩波の月刊誌「科学」を読んで写した数字。いろんなことを考えていた。



間質性肺疾患がじん肺認定

京都●紛じんと関連の一層の解明を

ためらいながら、しかし、このケースは、申請の手助けをすれば、じん肺は認定されるかもしれない。京都労働基準局長は、平成7年4月28日、特発性間質性肺疾患の70歳の男性に対して、じん肺法に基づき管理3イのじん肺として管理区分決定を通知した。他局のじん肺診査医をしている知人に聞くと、この疾患でじん肺管理区分決定がされたのは初めてではないかとのことであった。

私自身、過去に1例、じん肺と間質性肺疾患の混合型のケースについて申請の手伝いをし、認定されたケースを経験している。また、数例、急性間質性肺疾患を治療したことがあるが、全例救命はできたが、いずれも急性型で急性呼吸不全で入院し、レントゲンを撮るのもままならず、ようやく撮れた写真を診、治療に大決断がいる。なんとか安定し、ほっとして、紛じん職歴を詳細に聞くことができたのは1例のみであった。

医学書の成書には、特発性(特発性とは、原因不明ということ)間質性肺疾患と記せられ、診断、治療法も書いてあるが、突然の急性型には、診断のためのレントゲ

ンすら撮る余裕のないほど(特にCT…コンピュータトモグラフィによる診断)激烈な呼吸状態になる。

この報告ケースは、友人の医師から診断と治療について相談されてかわることになり、その医師と電話でやり取りをし、本人も私の病院の外来に2度来られた。私は、第1に本人の苦痛を軽減するための治療を最優先し、第2に過去の職歴を詳細に聞くという方針でのぞんだ。

●間質性肺炎について

じん肺症のように原因が明らかかなものと並び、肺胞周辺でびまん性に腺維化を引き起こす(急性、亜急性、慢性タイプ)ものを特発性間質性肺炎と言うが、多くは死亡後の解剖病理所見によっても原因不詳とされていた。肺胞周辺の腺維化のため、酸素-炭酸ガス交換が不調で、急性型の場合には激烈な呼吸不全となるのである。

今回のケースでは、詳細な問診と特別な検査をした。最近では、ある検査で肺組織中にケイ素、アルミニウム、農業、各種金属、木ク

ス、家畜飼料、まきのススなどの各種の吸入紛じん(職業性)が確認されている。「原因不明」の4文字がなかなかとれない疾病であるが、これらの吸入紛じんが原因のひとつとして注目される。原因解明こそ、その対策の一助となると思われる。

●じん肺申請に至る経過

昨年末、友人の京都のN医師より、難治性の咳、痰、息切れがひどく、レントゲンでは細気管支炎のように思われるのだが、診断と治療方法について相談に乗ってほしいと電話があった。

送られてきたカルテのコピーとレントゲンフィルムをみて、間質性肺疾患を疑い、CTを撮ること、職業歴とりわけ紛じん歴の有無を詳細に聞いてほしいと伝えた。

CTのフィルムが届き、紛じん歴も明らかになった。

CT像から間質性肺疾患であることは明白であり、最近紛じん吸入が原因のひとつにという文献を読んでいたので、N医師にはじん肺申請を試みることを勧めた。

その後、本人が私の病院の外来に2度来られ、問診と必要な検査をして、じん肺健康診断結果証明書に必要な事項を記載した。

70歳の男性で、すでに退職してから長く、最近まで病気がらしいものの経験はなかった。会社で働い

ていた頃も、胸のレントゲンで異常など言われたことはないとのこと。

これほどの疾患の成立までに、入院歴、治療歴がないところからみると、慢性型の間質性肺疾患であると考えられ、私が呼吸器疾患に関心を持ち始めてからの20年間の経験に照らしても非常にめづらしい。

そのため、局医が認めるだろうかともどいもあった。じん肺についての所見(粒状影1.2、タイプA、不整形陰影3.8—管理3口が相当)も記入したが、下記のとおり意見書を付けて、特発性間質性肺疾患であることを明記した。本人にも、多分管理4にはならないので直接的な補償上のメリットがないことなども説明し、本人自身もとまどいつつも申請してみるということになった。

意見書

- ① 本人の紛じん吸入歴は、本人の申請通り相違ないと聴取しました。商品名で内容が確定できないものもありますが、エポナイト、タルク、硫黄末、黒鉛、アスベスト、スズ、鉛の粉末を、ほぼ防じんマスクなしに(ガーゼマスクのみ)吸入されていたようです。
- ② この単純XP(レントゲン)及び胸部CTより判断すると、IIP(特発性間質性肺疾患の略語)が相当で、IIP内にじん肺所見も有しています。本人が入院

歴、治療歴が現在の主治医までないとすると、急性発症より慢性変化を伴ったと判断します。

- ③ 別紙資料のごとく間質性肺疾患で急性発症のないケースは、非定型例のじん肺の1型型と判断し、意見書としました。

医師 山下五郎

●本人の職歴

本人の職歴は、以下の如くである。

16歳から(昭和15・6年頃)から3年ほど呉服店に勤めたが、19歳で軍に徴用され、国内、中支等で勤務。魚雷接合管の製造、旋盤作業等に従事した。終戦で帰国後昭和21年京都市内のN電池に就職。

- ① A工場ゴム型蒸係「バッテリー—外函製造作業」(昭和21~29年まで8年)

いわゆる「ゴム生」を原料に、型枠を使ってバッテリーの外枠を作り、これを高温の蒸気で蒸してエポナイト製外函を完成させる作業である。排出する蒸気に硫黄が混ざり、これを吸入することで相当咽を痛めている。

- ② A工場チューブ係「チューブ粉通し作業」(昭和29~32年まで3年間)

電極用のチューブ管の内外にタルク粉を付着させる作業で、マスクをして行うが、タルク粉の吸い込みが避けられな

い作業であった。

- ③ A工場準備係「『ゴム生』造り作業」(昭和32~35年まで3年)

材料は生ゴム、エポナイト粉末、硫黄粉末、油脂等で、これらを混ぜて練り上げ、いわゆる「ゴム生」を造る作業で、エポナイト粉末や硫黄粉末を吸い込む仕事である。

- ④ B工場部品係「乾電池製造及び電池金具の製造」(昭和35~38年まで3年)

乾電池製造に約1年、部品金具(パープレス)製造に約2年従事。製造には「ビスケット粉」とよばれる、取り扱いにマスクを要する材料を使っていた。

- ⑤ C工場準備係「『ゴム生』造り作業」(昭和38~42年まで4年)

昭和32年B工場で行ったのと同じ作業である。

- ⑥ C工場ピコ係「ピコ製セパレーター切断作業」(昭和42~45年まで4年)

セパレーターは「ガラスマット」を主材料とするバッテリー部品で、ガラスマットは、水ガラス、硫酸で作られている。このセパレーター切断時には、激しい紛じんが飛散、空中浮遊するため、この作業でもマスクが必要であった。

- ⑦ C工場倉庫係「鉛未化極鉄板等入出庫作業」(昭和45~58年退職まで13年)

未化極板等バッテリー部品の多くは、スズ、鉛の粉末にまみれたものであり、触れたり動かしただけで紛じんが飛散するものようである。紛じんの吸い込みが最もひどかったのはこの仕事だったように感じると述べている。

昭和58年9月20日N電池退職。在職37年6か月。

現在では、製造工程が自動化されたり防じん処置が手厚くなったりしている。当時は、まったくむきだしのスズや鉛やガラスの紛じんに囲まれて作業していた状態と言えるようである。なお、N電池退職後他の仕事に従事したことはない。

●医師としての感想

この中で、エポナイト粉末は中味が不詳で、本人も「よく分からない。アスベスト、アルミ他いろいろと入っていたようですが、皆、エポナイトと言っていました」とのこと。

本疾患の発生機序解明には、さらなる調査も必要ですが、本人の気持ちも察し(会社にも、いろいろ手伝ってくれた昔の同僚にも迷惑をかけたくないとのこと)で、これ以上深入りしなかった。

●まとめ

多くの医師が、何が起きているのか分からないまま、急性の呼吸不全で対応困難のまま急死す

る中で、胸部レントゲンをどう判断すべきか不明のまま、職業歴を聞くこともなく、労災の手続もされていないと思う。

現在、特定できるのは、リウマチに使用されるある薬剤(私も整形外科とのコンビで1例ほどいケースを経験している)や、特定の無機、有機紛じんです。少しずつ発生が明らかになっている状況。シリカ、ケイ酸塩、アスベスト、タルク、カオリン、コバルト、アルミ

等々の紛じんが、この疾患にかかった肺組織の中から確認されはじめています。

環境因子、職業性因子からの再検討と、今回の認定例(世界で初めてかどうかは不詳、どういう思惑で認定したのかも不詳ですが)を参考にしていただければ幸いです。



山下五郎(尼崎労働者安全衛生センター顧問、博愛会茨木病院医師、産業衛生学会指導医)

通勤途上の転倒事故で死亡

神奈川●始業3時間前の出勤でも認定

故田中明夫さんの氷結路面上での転倒事故に通勤災害の支給決定が下りたことを報告すると、遺族である田中さんの奥さんは「もうすぐ1周年なんでどうなったかと思ってたんですが、本当に間に合ってよかった」と涙をにじませながら感慨深げだった。

今年の2月14日は雪が降らなかった。ちょうど1年前のその日は折りからの大雪で路上も水結していた。清美ケミカル(株)に勤務する田中さんは、いつものように朝早く出勤した。家を出たのが5時20分頃、会社に着いたのが5時50分頃という。この途中で転倒事故があったらしいが、田中さんはこの時守衛さんに「途中でずっけ

ちゃって、頭と肘を打った」と軽く言っているにすぎない。しかし、就労してからの田中さんの足取りを追ってみると、転倒事故による外傷の致命的影響が徐々に表面化していったことがわかる。

8時45分、田中さんが変電所日誌に記入した数字に相当の乱れ。10時、ボイラー運転記録の数字に乱れ、判読不明の箇所あり。10時10分、田中さんが転んで立ち上がるのを除雪作業をしていたTさんが目撃。10時30分、田中さんが側溝に左足を落とし、膝をつくのを見ながら、工場内にいた数人が田中さんを控室に運び休ませる。

その後、田中さんはT病院に移送されたが、容体が急変し、救急治療の甲斐もなく、午後10時10分、外傷性硬膜下血腫及び脳挫傷で亡くなられた。

田中さんの遺族の要請で会社はすぐ通勤災害遺族補償の申請手続を行ったが、支給決定までに1年近くもかかったのは、①始業3時間前出勤が会社の指示であったかどうか、②出勤後仕事以外のことをしていなかったかどうか、など通勤災害の認定基準にある

中断や逸脱がなかったかどうかを調査するために手間どったためであった。

所轄である藤沢労基署へは、田中さんが所属していた化学一般清美ケミカル労組とともに何度も出向き、①会社は3時間前出勤を指示しなかったとしても黙認はしていた、②田中さんの早出勤が仕事の準備のためのものであったことなど主張。今回

の支給決定に至った。

(神奈川労災職業病センター)

建設労働者の石綿被害掘り起し

東京●首都圏建設ユニオンと協力

大工を中心として、建設現場の労働者は、建材に含まれているアスベストその他の紛じんを吸入する機会が多い。この間、全建総連では、アスベスト疾患対策として、神奈川、三重、岡山などで患者掘り起こしの取り組みを行ってきた。東京では、東京土建、首都圏建設産業ユニオンで取り組みが進められている。

●国保組合のレセプト抽出

国保組合で、職員がレセプト(診療報酬明細書)を点検し、呼吸器の病気が記載されているレセプトを抽出し、その組合員へ国保組合から履歴などのアンケートを送る。アンケートを国保組合の

顧問医師が点検し、アスベストや紛じんによる職業病の可能性がある組合員については、職業病に関する再検査をすすめ、首都圏建設ユニオンでは約20名の方が受診した。その中で、目黒支部の2名の石工が、じん肺管理区分4、管理区分3のじん肺+続発性気管支炎で労災認定を受けた。

レセプトをみると、気管支炎、気管支喘息、肺気腫、肺がんなど、アスベストや紛じんと関係がありそうな病気が多いのに驚かされる。

●定期検診のX線写真チェック

組合で年1回行っている定期検診の胸部レントゲン写真を再度

チェックし、じん肺、石綿肺、アスベストによる胸膜肥厚斑の有無を見る。そして、所見のある組合員には、再度の受診をすすめている。約10%の方に、じん肺(軽度)や胸膜肥厚斑が認められる。職歴は大工が多い。タイル業の方に胸膜肥厚斑が認められ、「タイルにもアスベストが?」と疑問があったが、御本人に聞くと、建築現場に入ると周囲でアスベスト建材を扱っており、間接的に吸入するとのことである。ともかく防じんマスクの着用は大切である。

●死因調査

全建総連の組合員の死因調査、とりわけ肺がんや悪性中皮腫の発生率を調査することによって、建設労働者のアスベスト吸入の実態を明らかにする必要がある。すでに三重県連では、国保組合の協力を得て調査が進んでおり、年を経るにつれて肺がんの発生率が上がっていることが明らかになっている。東京でも、同様の調査を進める予定である。

●肺がんの労災申請も

肺がんの労災申請の相談も来ている。昨年7月、国立がんセンターで肺がんで亡くなった杉並支部の組合員(57歳、大工)である。がんセンターの病理解剖でははっきりしなかったが、肺の組織をマウントサイナイ医科大学の鈴木先生に見ていただいたところ、多くのクリソタイルが検出され、石綿肺も確認された。早速、

労基署に労災申請をしたところである。

先日、鈴木先生から全国安全センターにファックスが入った。アメリカの医学雑誌の記事で、建設労働者に今後、多くの肺がん、中皮腫が出ることを警告したもの

である。日本でも同様の事態が予想される。

労働組合、センター、亀戸ひまわり診療所、6号通り診療所で協力しながら、さらに取り組みを進めていきたい。



(東京東部労災職業病センター)

労災審議会建議の実施状況

労働省●アフターケア改正や介護家族援護金

昨年12月16日の労災保険審議会の建議「労働者災害補償保険制度の改善について」(95年1・2月号)を踏まえて、法改正を要する事項については、労災保険法等の一部を改正する法律(平成7年法律第35号)が、通常国会で3月15日に成立し、3月23日に公布された(平成7年3月23日付け労働省発基第25号労働事務次官通達)。

法改正事項及び施行期日は次のとおりである。

- ①年金たる保険給付の支払期日の改善(年6回支払へ。労災保険法第9条3項関係—以下同じ。1996年10月1日施行—以下同じ)
- ②介護補償給付の創設(第12条の8第1、2、4項、第19条の2、第42条関係。1996年4月1日施行)
- ③遺族補償年金の給付内容等の改善(子等の受給資格を満18歳に達する日以後の最初の3月31

日まで)—第16条の2第1項及び第16条の4第1項関係。1996年4月1日施行/年金額の引き上げ—別表第1関係。1995年8月1日施行)

- ④労働福祉事業の改善(介護の援護を行うことができるように—第23条第1項関係。1995年8月1日施行)
- ⑤特別加入制度の改善(中小事業主として海外に派遣される者を対象に—第27条関係。1996年4月1日施行)
- ⑥罰金額の引き上げ(第51、53条関係。1995年8月1日施行)
- ⑦メリット制の特例の創設(労働保険の保険料の徴収等に関する法律(徴収法)第12条の2関係。1997年3月31日施行)
- ⑧保険料の申告及び納期限の延長(徴収法第15条第1項、第19条第1～3項関係。1997年4月1日施行)

また、これに先立って2月1日には、労災保険法施行規則(労災則)及び徴収法施行規則(徴収則)の一部を改正する省令(平成7年労働省令第5号)が公布され、これによる改正事項は1995年4月1日から施行されている(平成7年2月20日付け労働省発勞徴第5号・基発第74号労働大臣官房・労働基準局長通達)。改正内容は以下のとおりである。

- ⑨特別加入者の給付基礎日額の一部改正(18,000円及び20,000円の区分を新設—労災則第46条の20第1項、徴収則別表第4関係)
- ⑩特別加入保険料の算定基礎額の特例(年度途中の加入・脱退の取り扱い—徴収則第21、22条、第23条の2関係)
- ⑪労働保険事務処理委託届の改正(徴収則第60条、様式第17号関係)
- ⑫労働福祉事業に要する費用の限度額の引き上げ(15/15から18/18へ—労災則第43条関係)また、法令の改正を要しない事項についても、以下のとおり実施されている。
- ⑬アフターケア制度の充実
従来、都道府県労働基準局長が適当と認めた医療機関に限定されていた労働福祉事業としてのアフターケアを、すべての労災指定医療機関及び労災指定薬局においても受けられ

各地の便り

ることとしたこと、及び、新たに「慢性化膿性骨髄炎に係るアフターケア実施要領」を定め、「傷病別アフターケア実施要領」に加えたこと(平成7年3月31日付け基発第168号労働基準局長通達「『労働福祉事業としてのアフターケア実施要領の制定について』の一部改正について」)。後者については、「業務災害または通勤災害による骨折等により化膿性骨髄炎を併発し、引き続き慢性化膿性骨髄炎に移行した者」を対象とし、「原則として症状固定後3年を限度として1~3か月に1回程度の診察や抗菌剤、鎮痛・消炎剤等の薬剤の支給」などを認めるもの。これらも、1995年4月1日から実施されている。

④長期家族介護者援護金制度の新設

受給期間が10年以上の1級の障害(補償)年金または傷病(補償)年金の受給者であって、神経系統の機能又は精神、胸腹部臓器又はせき髄の著しい障害により、常に介護を要する被災労働者が死亡した場合であって、遺族(補償)給付が受給できないときに、遺族に100万円の長期家族介護者援護金を支給することとした(ただし、遺族が生活困窮者(所得税法の規定により所得税を納付しないこととなる者)であって、その者を

扶養する者がいないか、又はその者を扶養する者が所得税法の規定により所得税を納付しないこととなる者)である場合に限る(平成7年4月3日付け基発第199号労働基準局長通達「長期家族介護者援護金の支給について」)。この制度は、1995年4月3日から実施され、同年4月1日以後死亡した被災労働者の遺族について適用される。

⑤中小企業安全衛生活動促進事業助成制度の創設

地域別、業種別等に組織された事業者の集団が、その構成員である中小企業者のために集

団として安全衛生活動を行う場合、構成員である中小企業者が安全衛生に係る機器の整備を行う場合にこれらに要する費用の一部を補助し、または集団としての安全衛生活動を支援することにより、中小企業集団が行う安全衛生活動を促進するとともに、特殊健康診断機関・作業環境測定機関が特種健康診断用機器・作業環境測定用機器の整備を行う場合にこれに要する費用の一部を補助する「中小企業安全衛生活動促進事業助成制度」も1995年4月1日から実施されている。



政府の規制緩和推進計画

労働省●労働安全衛生関係が35件

政府は3月31日、規制緩和の積極的かつ計画的な推進を図るためとして、今後5年間の「規制緩和推進計画」を閣議決定した。労働行政に係る規制については、労働者の適正な労働条件や安全及び健康の確保を目的とするもの、安定した雇用機会の確保や高齢者、障害者の雇用の促進を目的とするものなど労働者の福祉の増進を図り、そのことによって経済社会の発展に寄与するものであることを基本としたもの

であり、この基本を踏まえつつ、経済の活性化や国際的調和などの観点から、内外からの要望事項について検討が行われたという。規制緩和推進計画における労働行政関係のものは65件。そのうち、労働安全衛生法関係は、①ボイラー・圧力容器関係が5件、②クレーン関係が5件、③その他労働安全衛生法関係が11件、④資格関係が6件、⑤基準・認証・輸入等関係が8件の計35件となっている。



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 新潟県新潟市東堀通 2-481 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) 488-9952/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) 488-9952/FAX (06) 488-2762
- 広島●広島県労働安全衛生センター
732 広島市南区稲荷町5-4 前田ビル TEL (082) 264-4110/FAX (082) 264-4110
- 鳥取●鳥取県労働安全衛生センター
680 鳥取市南町505 自治労会館内 TEL (0857) 22-6110/FAX (0857) 37-0090
- 愛媛●愛媛労働災害職業病対策会議
792 新居浜市新田町1-9-9 TEL (0897) 34-0209/FAX (0897) 37-1467
- 高知●財団法人 高知県労働安全衛生センター
780 高知市薮野イワ井田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 秋津レー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) 3261-1432
(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