

産業医選任基準の30人以下 事業場への引き下げ見送り

中基審建議を受け労働安全衛生法令改正へ 医師会は産業保健センターマニュアル作成

●中基審建議と安衛法改正案要綱

中央労働基準審議会(会長・花見忠上智大学法学部教授)は、昨(1995)年7月より労働災害防止部会において、今後の労働者の健康確保対策のあり方について検討を行ってきたが、その検討結果を受けて、1月19日、同審議会から労働大臣に対して「労働者の健康確保対策の充実強化について」の建議(4頁参照)が行われた。労働省では、この建議を踏まえ、労働安全衛生法令の改正その他所要の措置をとることとしており、すでに、労働安全衛生法の一部を改正する法律案要綱(9頁参照)を作成している。

今回の建議—労働安全衛生法令改正は、昨年4月にまとめられた「これからの産業保健のあり方に関する検討委員会報告」(95年7月号参照)を受けたものである。くわしくは各資料を比較検討していただきたいが(「産業医のあり方に関する検討会報告」—93年4月号—も参照されたい)、最大のポイントになるはずだった、産業医の選任・衛生委員会の設置を義務づける事業場の範囲を現行の「50人以上」から「30人以上」まで拡大する問題については、使用者側の反対を打ち破れず、いずれも見送られた。

建議公表と同じ1月19日、就任後初の記者会見で永井孝信労働大臣は、見送られた選任基準について「30人程度に引き下げるよう義務づける方向で努力

する」等と述べている。

●地域産業保健センターの整備

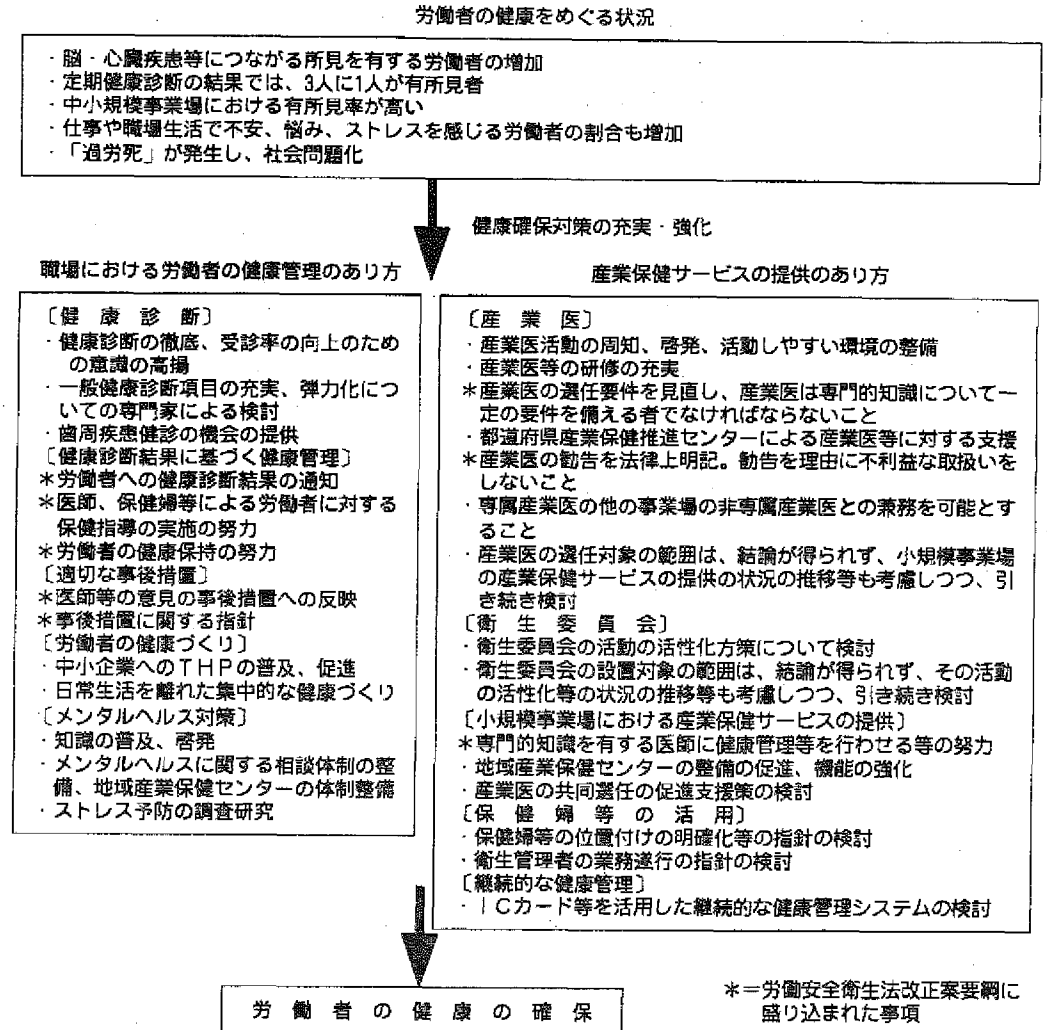
建議の主な内容は、次頁の表のとおりで、*をつけた事項が、労働安全衛生法改正案要綱に盛り込まれた。法改正事項の施行期日は今年10月1日とされているが、「産業医は専門的知識について一定の要件を備えたものでなければならないこと」については、施行後2年間猶予される。

それ以外の事項については、政省令の改正や行政指導によって対応されることになるとと思われる。

注目されるのは、「地域産業保健センター」(以下「地域センター」という)の整備についてである。労働基準監督署の管轄区域ごとに設置される地域センター(郡市区医師会の委託事業—既設141か所)及び同センターを支援する役割を担う「都道府県産業保健推進センター」(以下「推進センター」という。労働福祉事業団の委託事業—既設16か所)は、1993年度からスタートしている(93年11・12月号に關係行政通達を掲載している)。

両センターとも「7年間位—今世紀中に全国展開」が目標とされてきたが、地域センターについては、1996年度予算案に残り206か所の半分の103か所分が盛り込まれ、労働省は1997年度中にも全国整備を完了させたい方針である(推進センターについては

労働者の健康確保対策の充実強化について(労働災害防止部会報告)



+4か所)。建議では、労働者代表委員の要求によって、地域センターの運営について、「労災防止指導員の活用等労使の意見を的確に反映するシステムを設ける必要があること」が盛り込まれている。

なお、1996年度予算案では、ほかに、「産業医研修センター(仮称)の整備に関する検討(検討委員会開催)」「小規模事業場における自主的な健康保持対策の促進(企画評価委員会開催と調査・研究実施—委託先：中央労働災害防止協会)」「職場における個人別健康診断情報システムの検討(委託先：

(財)医学情報システム開発センター)」「健康診断事後措置の指針の作成のための検討(委託先：中央労働災害防止協会)」等が盛り込まれている。

●医師会の事業活動マニュアル

建議に対しては、産業医選任基準引き下げ見送りへの不満と、地域センターや産業医の権限・身分保障関連事項への一定の評価を合わせて「60点」と採点する日本医師会幹部の発言も伝えられているが、1月30日には、日医の産業保健委員会(委員長・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)が、「産業保健センター事業推進のための具体的方策とこれからの産業保健のあり方」について答申をまとめ発表している(9頁参照)。

この答申では、地域センター事業の充実、産業医の選任基準の引き下げ、産業医研修の改善、などを提言しているが、自己点検・内部評価用のチェックリストを含めた「地域産業保健センター事業活動マニュアル」を示したことも大きな特徴である。前出の幹部は、「本来は労働省がやるべきこと」と指摘しながら、同省に検討する委員会がないため今回の作成に至った、「答申の目的はマニュアル作成」と説明したという。

同答申・地域センター事業活動マニュアルは、今後、議論をすすめていくうえでの重要な素材のひとつとなる。と同時に、今後、地域センターの全国展開や関連事業が拡大していく中で、医師会、健診機関・作業環境測定機関、その他関係団体や関係省庁等の間や内部での矛盾や予算の取り合いといった事態が起こってくる可能性も否定できない。

●ニーズと産業医の資質にギャップも

いずれにしろ、95年7月号の解説記事でも述べられているように、労使が主役であることをふまえて、現在議論されている内容だけにとらわれず、今後の産業保健＝労働安全衛生のあり方に関する構想を確立していく必要がある。中基審建議の内容が順次実施され、また、先送りされた事項の取り扱いが検討される、いまの時期はそのための絶好の

機会を提供していると言える。

最後に、日医産業保健委員会の答申とりまとめに当たって行われた「地域産業保健センターの活動状況に関する調査」の報告書の一部を紹介しておく。

実際に事業場が受けた個別指導の3/4が健康相談で、衛生教育が7.5%、作業方法の改善は6.9%、衛生管理組織の改善は4.6%とわずかであった。しかし、事業場が希望している産業保健サービスの内容は、健康相談はトップとはいえ27%に過ぎず、THPなどの健康指導、健康管理、健康診断といった極めて医学的な事項も多いが、衛生教育、講習会の実施のほか、職場巡視、作業環境管理・作業管理の改善などを希望している(健診の事後指導と産業保健情報提供は0%)。報告書は、「サービスを提供する地域センターとサービスを受ける事業場との間に、どうしてこのようなギャップが生じたのか、また、「個別訪問を受けてよかったか」の設問に対して、「いいえ」が17%もあったことが「気になる」、「どのように減少させるのか」と問いかける。

報告書では、これを、指導を担当する医師がいまだ実務研修が十分でないために、まずは、健康相談などから事業場にアプローチしてのであろうと分析。「まずは、事業場の事業者、作業者の関心の高い健康相談から産業保健サービスを初めることを是としつつも、「長期的な視野に立って、ゆっくりとしかも確実に個別指導の内容を深め、拡大してゆく必要がある」と、産業医の実務的な技術の向上と指導者の養成、実務研修機関の設立を緊急の課題と結論づけている。



当審議会は、平成7年7月より、今後の労働者の健康確保対策のあり方について、労働災害防止部会において鋭意検討を行ってきたところ、今般、別紙のとおり同部会の報告が取りまとめられた。

当審議会としては、この報告の趣旨に沿い、労働者の健康確保対策の充実強化を図るため、労働安全衛生法令の改正その他所要の措置をとることが適当であると考えているので、この旨建議する。

第1 労働者の健康をめぐる状況

労働者の健康をめぐる状況をみると、次のような問題がみられる。

1 高齢化の進展

我が国では、高齢化の進展を背景として、一般健康診断(定期)の結果、高血圧性疾患、虚血性心疾患等の脳・心臓疾患等につながる所見(血中脂質、血圧等の検査での異常)を有する労働者が増加している。また、平成6年の一般健康診断(定期)の結果では、受診労働者の34.6%が有所見者となっている。さらに、こうした疾病は、労働の態様や職場における健康管理いかんによっては、著しく悪化する場面がある。特に、労働者数50人未満の事業場における一般健康診断(定期)での有所見率が、労働者数50人以上の事業場におけるそれに比べ8ポイント高い(平成6年)など中小規模事業場における有所見率が高くなっている。

今後、労働力人口の一層の高齢化が見込まれる中で、有所見率がさらに高まり、特に中高年労働者が多い中小企業にあっては、有所見率の一層の上昇が懸念される。

2 産業構造の変化、技術革新の進展

仕事や職場生活で不安、悩み、ストレスを感じる労働者の割合がこの10年間で7ポイント増加し、平成4年には57%となっている(平成4年「労働者健康状況調査報告」)。

今後、国際化の進展等による産業構造の転換や技術革新の進展等により、労働態様への影響、労働環境の変化が見込まれる中で、労働者のメンタルヘルス上の問題がさらに拡大するおそれがある。

3 いわゆる「過労死」問題の発生

動脈硬化や高血圧等の基礎疾患を有する労働者が、著しい長時間労働等による過重負荷を受けたことにより、その基礎疾患が急激に著しく増悪し、脳・心臓疾患を発症することがある。これが「過労死」として、社会的に大きな問題となっており、その予防のための労働者の健康確保対策や長時間労働の排除等の総合的な対策が必要である。

第2 労働者の健康確保対策の充実強化の方向

第1で述べた労働者の健康をめぐる状況の変化に的確に対応し、労働者の適切な健康確保を図るためには、疾病の予防を図ることが重要であり、このため、健康診断の的確な実施及びその結果に基づく適

切な保健指導、事後措置の実施など職場における労働者の健康管理の充実を図るとともに、これを適切に実施するための産業保健サービス提供のあり方など労働者の健康確保対策を充実強化していくことが必要である。

1 労働者の健康管理に関する基本的な考え方

健康管理は個々人の責任で行われることが基本であるが、一方で労働者の健康は働き方も密接に結びついている。このため、事業者は職場において労働者の健康管理のために必要な措置や労働者の自主的な健康づくりに対する支援措置を講ずることとするとともに、労働者には自主的な健康管理の努力が求められる。

また、労働者の健康管理は産業保健の枠組みの中で行われるものであるが、地域保健・健康保険制度との関係や、それら事業との連携にも留意する必要がある。

2 職場における労働者の健康管理のあり方

(1) 脳・心臓疾患等に対応した効果的な健康診断のあり方

中小規模事業場を中心に一般健康診断の完全実施に至っていないことから、その徹底を図っていく必要がある。また、現行の一般健康診断項目においては、高血圧性疾患、虚血性心疾患等の脳・心臓疾患等の早期発見とその後の健康管理に資する健康診断項目が十分含まれていないという問題がある。〔対策の方向〕

- イ 一般健康診断の実施の徹底及び受診率の向上
- (イ) 一般健康診断について中小企業団体等とも連携を図りつつ、一層の周知・啓発を図り、中小事業者や労働者の意識の高揚に努めること。
- (ロ) 小規模事業場における一般健康診断の実施に対し、必要な環境整備を行うこと。

ロ 健康診断項目の充実等

- (イ) 一般健康診断の項目について、他の健康診断の健康診断項目も参考としつつ、例えば血糖検査や眼底検査等の必要性について専門家による科学的な見地からの検討を行う必要があること。

この場合において、一般健康診断については、事業主の負担により行われることを踏まえ、費用負担のあり方を含めその実施の方法について検討する必要があること。また、健康診断実施によ

平成8年1月19日

労働大臣 永井孝信殿

中央労働基準審議会
会長 花見 忠

労働者の健康確保対策の充実強化について(建議)

る労働者の身体への影響等に留意する必要があること。

また一般健康診断の項目の検討に当たっては、医師の判断による健康診断項目の弾力化もあわせて検討する必要があること。なお、個々の事業場において医師の判断による健康診断項目の弾力化を行うに当たっては、産業医の選任される事業所では産業医が関与することが望ましいこと。

- (ロ) 歯周疾患に関する健康診断については、事業場においてその機会が提供されることが望ましいこと。
- (ハ) 健康診断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こと。

(2) 健康診断結果に基づく効果的な健康管理のあり方

労働者の自主的な健康管理を促進するためには、健康診断結果が労働者に十分に周知される必要がある。また、脳・心臓疾患等の予防を図るためには、健康診断結果を活用した労働者自身による健康管理を促進していくことが重要である。

〔対策の方向〕

- イ 労働者への一般健康診断結果の周知の徹底

労働者の自主的な健康管理に資するため、労働者に対して、事業者により一般健康診断の結果が周知されなければならないこと。
- ロ 医師、保健婦等による労働者に対する保健指導

労働者の健康管理が適正に実施されるため、医師、保健婦等による一般健康診断の結果に基づく保健指導が必要な労働者に対して行われるよう事業主は努力する必要があること。
- ハ 労働者の健康保持の努力

労働者は、イの健康診断の結果及びロの保健指導を利用して、その健康の保持に努めることが必要であること。
- ニ 再検査や精密検査の取扱い

再検査や精密検査の受診は、脳・心臓疾患等の早期発見とその後の健康管理に資するとの観点からその促進を図ることが望ましいこと。なお、再検査の実施、結果の活用等に当たっては、当該労働者の意志を尊重するとともに、労働者のプライバシーの保護等の問題に留意する必要があること。

(3) 事業者による事後措置の実施の確保

健康診断結果に基づく就業場所の変更等の事業者による事後措置が、医学的知見に基づき適切に実施される必要があること。

〔対策の方向〕

- イ 医師等の意見の事後措置への反映

労働者の健康を保持するための事後措置を適正に講ずるためには、事業者は、健康診断結果について医師等の意見を聴く必要があること。この場合、産業医の選任される事業場においては、産業医の意見を聴くことが望ましいこと。

ロ 事後措置に関する指針

国は、事後措置に関する指針を定め、それに基づき、事後措置の適切かつ有効な実施が図られるようにすること。

(4) 労働者の健康づくりを促進するための支援

中小規模事業場において、「適当な指導者がいない」「設備、場所がない」「時間がない」等の理由により取り組みを行っていない事業場の割合が高いことから、特に中小規模事業場において労働者の健康づくりの取り組みが積極的に図られる必要がある。

〔対策の方向〕

- イ 日常生活における健康づくりについては、中小規模事業場に対し、健康保持増進措置（以下「THP」という）の一層の普及促進を図るとともに、国の支援の充実について検討する必要があること。
- ロ また、日常生活において健康づくりを行うことが困難な労働者が日常生活を離れて集中的に健康づくりに取り組むことにより、日常生活における健康づくりに資するよう、施設の効果的な活用や、滞在型の健康づくりのTHPとしての位置付け等についてあわせて検討する必要があること。

(5) メンタルヘルス対策の充実

労働者の精神的負担、ストレスが増加しており、メンタルヘルスに関する理解の促進とメンタルヘルスに関する相談体制の整備を図る必要がある。

〔対策の方向〕

- イ メンタルヘルス問題の理解の促進を図るため、事業者、労働者、産業保健スタッフ等に対して講習会の開催、情報提供等により知識の普及・啓発を図る必要があること。

- ロ メンタルヘルスに関し相談が受けられるよう、事業場において産業医や保健婦等による相談体制が整備されることが望ましいこと。また、事業場における相談を補完するための相談体制として、地域産業保健センターにおいてメンタルヘルスの相談が行えるよう体制整備を進める必要があること。また、そのためにも地域産業保健センターを積極的に整備していく必要があること。

ハ メンタルヘルスの相談に当たっては、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こと。

二 国は、ストレス等の予防のための総合的な調査研究を進めるとともに、その成果の普及を図る必要があること。

3 産業保健サービスの提供のあり方

(1) 産業医活動の活性化等

50人以上の事業場において、産業医の選任義務が履行されていない事業場もあることから、その履行の徹底が図られるとともに、産業医活動の活性化を図る必要があること。

〔対策の方向〕

中小企業団体等とも連携を図りつつ、産業医活動に対する事業者や労働者の一層の理解を促進するため、産業医活動の周知・啓発を図るとともに、事業場において産業医が活動しやすい環境を整備する必要があること。

(2) 衛生委員会の活動の促進

事業場内において産業保健サービスが的確に提供されるためには、労使の自主的な取り組みを促進することが不可欠であり、そのためには、事業場内において労働衛生に関する事項について労使が調査審議を行う衛生委員会の活動を促進する必要がある。

〔対策の方向〕

- イ 衛生委員会の設置義務のある事業場の範囲については、30人以上まで拡大すべきとの意見、現状のままが良いとする意見があり、結論を得るに至らなかった。今後、衛生委員会が産業保健の推進に果たす役割の重要性等を踏まえ、その活動の活性化の状況等も考慮しつつ、設置対象事業場の範囲のあり方について引き続き検討することが適当であること。

- ロ 衛生委員会の活動の活性化のための方策について検討する必要があること。

(3) 産業医の専門性の確保等

脳・心臓疾患等につながる所見を有する労働者や、産業構造の転換や職場における技術革新の進展等による労働の態様や労働環境の変化によって、職場生活で不安や悩みを感じる労働者が増加している。こうしたことに対応するため、事業場においては、健康診断の事後措置、THP、健康教育や相談などの取り組みを実施しようとするところが多く、一方、産業医においても、十分な産業医学的知識の習得を求めている産業医が多い。

〔対策の方向〕

- イ 産業医等の研修の充実

産業医等の資質の向上を図るための研修の充実を図るとともに、専門的研修のあり方について研修の場の確保を含め必要な検討を行うこと。

ロ 産業医の選任要件の見直し

事業者は、産業医を選任するに当たって、医師のうちから選任し、その者に労働者の健康管理等を行わせなければならないこととされているが、産業医の職務を的確に遂行するため、産業医は一定の講習を修了する等産業医学に関する専門的知識について一定の要件を備える者でなければならないこととする。

なお、これについては、産業医学に関する専門知識を有する医師の確保について懸念する意見もあることから、実施まで一定期間の猶予を設けることが適当であること。

ハ 都道府県産業保健推進センターによる産業医等に対する支援

都道府県産業保健推進センターを、産業医等に対する産業医学に関する情報の提供、労使等の関係者に対する産業保健に関する広報啓発等を行う機関として位置付け、その積極的な整備、体制の充実、活用の促進等を行って行く必要があること。

(4) 産業医の権限・身分保障のあり方等

産業医の活動上の問題点として、事業場において産業医の助言を活かすシステムが整備されていないことや、その権限・職務内容・身分保障が不明確であることを指摘する産業医が多い。

このため、産業医の意見が反映されやすく、独

立した立場で十分に活動できる仕組みを設ける必要がある。

〔対策の方向〕

イ 法律上、産業医が勧告できることを明確にするとともに、事業者は、産業医の勧告を尊重する必要があること。なお、産業医が勧告を行うに当たっては、当該事業場の実情等を十分に考慮して行う必要があること。

ロ 産業医の勧告に対して不利益な取扱いをしないようにすること。

ハ 産業医の職務内容を明確化するとともに、専属産業医については、専属産業医としての趣旨を踏まえつつ、その職務の遂行に支障をきたさない範囲内において他の事業場の非専属の産業医を兼ねることができるよう検討すること。

(5) 小規模事業場における産業保健サービス提供のあり方

50人未満の事業場においては、産業医の選任が義務付けられておらず、産業医学的見地から、労働者の健康管理を行う体系が制度上整備されていない。

また、脳・心臓疾患として労災認定された事例の多くは、産業の選任が義務付けられていない50人未満の事業場や選任がなされていないと考えられる事業場においてみられる。

一方、小規模事業場に対し産業保健サービスの提供を行う地域産業保健センターについては、周知が図られていないこと等により、十分な活用が図られていない面がある。したがって、すべての事業場において、その事業場の状況に応じた必要な産業保健サービスが提供されるよう事業者の努力が求められるとともに、国においてもその努力を積極的に支援するよう体制づくりを進める必要がある。

〔対策の方向〕

イ 産業医の選任義務のある事業場の範囲については、30人以上まで拡大すべきとの意見、現状のままが良いとする意見があり、結論を得るに至らなかった。今後、地域産業保健センターの整備、充実や産業医の共同選任の勧奨等による小規模事業場における産業保健サービスの提供の状況の推移等も考慮しつつ、引き続き産業医の選任対象事業場の範囲について検討することが適当であること。

ロ このため、小規模事業場の労働者に対して産業保健サービスが提供されるための体制づくりとして、当面次の措置を講ずる必要があること。

(イ) 産業医の選任が義務付けられていない事業場において、事業者は、一定の講習を修了する等産業医学に関する専門的知識を有する医師に健康管理等を行わせる等の努力をする必要があること。

(ロ) 国においても、こうした事業者の努力に対し、労働者の健康管理等に関する相談等の援助を積極的に進めることとし、その機能を担う地域産業保健センターについて整備を進めその活用の促進を図るとともに、小規模事業場の事業者及び労働者の多様なニーズに応えられるようその機能の強化を図ることにより、小規模事業場対しの確かな産業保健サービスの提供を行う必要があること。

この場合において、地域産業保健センターの運営について、労災防止指導員の活用等労使の意見を的確に反映するシステムを設ける必要があること。

(ハ) 小規模事業場が産業医を共同して選任すること等についてその促進を図ることとし、そのための必要な支援策について検討する必要があること。

(6) 産業保健分野における保健婦、衛生管理者等の活用の促進

産業保健分野において保健婦は重要な役割を果たしているが、その位置付けが必ずしも明確でない。また、衛生管理者については適切に業務を遂行するための環境整備が必要である。

〔対策の方向〕

イ 産業保健分野における保健婦等の位置付けの明確化を図るとともに、その資質の向上、能力が有効に発揮できるような環境の整備、積極的な活用等を図るための指針の策定を検討する必要があること。

ロ 衛生管理者が適切に業務を行うことができるための指針の策定等について検討する必要があること。

(7) 継続的な健康管理システム

〔対策の方向〕

離職・転職の増加も踏まえ、ICカード等を活用した労働者個々人の継続的な健康管理のシステムについて検討する必要があること。この場合において、労働者のプライバシーの保護や、離職・転職に際し影響を受けることがないように配慮する必要があること。



労働安全衛生法の一部を改正する法律案要綱

第1 労働衛生管理体制の充実

1 産業医の専門性の確保等

(1) 産業医は、労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識について一定の要件を備えた者であること。

(2) 産業医は、労働者の健康を確保するため必要があると認めるときは、事業者に対し、労働者の健康管理等について必要な勧告をすることができるものとする。

(3) 事業者は(2)の勧告を受けたときは、これを尊重しなければならないものとする。

2 産業医の選任義務のない事業場の労働者の健康管理等

事業者は、産業医の選任義務のない事業場について、1の(1)の要件を備えた医師に労働者の健康管理等を行わせる等の措置を講ずるように努めなければならないものとする。

3 国の援助

国は、2の事業者に対し、労働者の健康管理等に関する相談その他の必要な援助を行うように努めるものとする。

第2 職場における労働者の健康管理の充実

1 健康診断の結果についての意見聴取

事業者は、健康診断の結果に基づき、事業者が講ずべき2の(1)の措置について、医師又は歯科医師の意見を聴かなければならないものとする。

2 健康診断実施後の措置

(1) 事業者は、1の医師又は歯科医師の意見を聴き必要があると認めるときは、当該労働者の実情を

考慮して、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮等の措置を講ずるほか、作業環境測定の実施、施設又は設備の設置又は整備その他の必要な措置を講じなければならないものとする。

(2) 労働大臣は、事業者が講ずべき(1)の措置の適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を公表するものとする。

(3) 労働大臣は、必要があると認めるときは、事業者又はその団体に対し、(2)の指針に関し、必要な指導を行うことができるものとする。

3 一般健康診断の結果の通知

事業者は、一般健康診断の結果を労働者に通知しなければならないものとする。

4 保健指導等

(1) 事業者は、一般健康診断の結果、特に健康の保持に努める必要があると認める労働者に対し、医師、保健婦又は保健士による保健指導を行うように努めなければならないものとする。

(2) 労働者は、3により通知された健康診断の結果及び(1)による保健指導を利用して、その健康の保持に努めるものとする。

第3 その他

罰則その他所要の規定の整備を行うものとする。

第4 施行期日等

1 この法律は、平成8年10月1日から施行するものとする。

2 この法律の施行の日から起算して2年間は、事業者は第1の1の(1)の要件を備えた者以外の医師を産業医とすることができるものとする。

3 関係法律について所要の整備を行うものとする。



日本医師会
産業保健委員会答申

I 地域産業保健センターを基盤とした将来の地域産業保健のあり方

1 地域における小規模事業場を対象とした産業保健サービスのあり方

小規模事業場においては、大規模事業場と比較して、労働災害の多発や、労働環境改善の遅れのみならず、各種の健康問題が指摘されている。これは労働環境要因のみならず、社会的、経済的な要因も関係した結果であると考えられている。したがって、その根本的対策を講ずることは容易ではない。これまでの実情をみると、小規模事業場においては、むしろ産業保健活動があまり活発でないという指摘が多く、これらの事業場に対しては、より充実した健康管理体制の整備が望まれるところである。

そこで、まず基本的な産業保健活動である健康診断の実施率を上げ、水準の引き上げを図り、その事後指導の徹底に努め、順次健康教育等、体系的な健康管理活動の充実を図っていく必要がある。また、直接現在の課題である健康づくり、健康増進に取り組むことは容易ではないが、健康増進の意義をふまえ積極的に推進するよう努めるべきである。また同時に、労働負荷や労働環境等、労務管理の面からも健康状態に応じて配置転換、労働時間短縮等の就業上の措置も十分かつ適切に行われるようにすることが大切である。

しかし、これまでの経過から考えて、経済的負担が小さくない上、経営に対する効果が不明であるという理由から、小規模事業者の多くは産業保健活動に対しては消極的である。そこで、小規模事業場における健康管理体制の整備を図るためには、少なくとも制度が定着するまでの間、国からの適切な助成が必要である。また、上述のように段階的に施策を実施することが最も現実的であるが、現在問題となっている急速な高齢化の進展を考慮すると、健康づくり対策確立の最終目標まで早急に到達する必要がある。そこで、助成策は、これら健康づくり事業をも視野に入れた、総合的健康保持増進体制をつくり上げることを目標に置かなければならない。

したがって、「これからの産業保健のあり方に関する検討委員会」(労働省)が提案している節目健康診断等を、単なる健康診断事業の増加に終わらせることなく、継続的な健康づくりのための制度とそれを支える人材確保の方策に結びつけて検討することが重要である。

小規模事業場における産業医活動のあり方を検討する上で、全ての労働者に対して産業保健サービスが提供できる産業医の選任体制を整備することを基本的な目標とすべきである。しかし、さしあたって産業医の数と事業場側の受け入れ態勢等を考慮すると、従業員数が30人以上と未満とに分けて方策を考える必要がある。

30人以上の事業場の場合には、それぞれの事業場が産業医を選任すべきで、原則として現行の50人以上の産業医活動に準じた業務が提供される体制を整備すべきである。さらに、産業医が選任されていることを前提に、衛生委員会の設置を従来の50人以上の事業場から30人以上の事業場に改める等、健康管理体制を確立するように法規を改める必要がある。

産業医の選任を義務付ける事業場をより小規模にした場合、高度の、かつ画一的な産業医活動がいずれの事業場でも行われることを期待することは難しいとも考えられるので、事業場の規模に応じた法定の最低業務の内容を再検討する必要がある。たとえば、職場巡視の頻度を画一的に月1回と決めるだけではなく、業種や有害業務の有無等の実態に合わせて、産業医が自ら決められる部分をも含めた、弾力的な制度にすることを検討する必要がある。

また、地域産業保健センター(以下、「地域センター」という)に登録することにより、集団として産業保健サービスが受けられる体制づくりを積極的に推進する必要がある。小規模事業場の多様性を考慮して、事業場側が自主的に選択して産業保健サービスの受け方を決めることが望ましい。この際、地域センターが主要な産業保健サービス提供形態であるので、効果的な活動が行われるように体制の整備を図るべきである。また、30人未満の事業場に対しては、実態に即した産業医選任方式を検討する必要がある。また、30人未満の事業場に対しては、実態に即した産業医選任方式を検討する必要がある。まず、選任の形をとる場合は、地域や業種、資本系列等に応じて、複数の事業場が共同で産業保健サービスを提供する体制を整備することが考えられる。

2 地域産業保健センター事業活性化の進め方
a 地域産業保健センターの実態調査結果

地域センターは、平成5年より労働省が開始した郡市区医師会に対する委託事業である。本委員会は、地域センターが設置され約2年が経過した平成7年7月の時点で、それまでに設置された94の地域センターを対象に、事業を担当する医師会と、地域センターから個別訪問産業保健指導等のサービスを受けたことのある事業場の両者に対する調査を行った。その結果を巻末に資料I(省略)として添付したので、詳細はそれを参照されたい。全国の労働基準監督署内に地域センターの設置が順次進められている現状において、本調査結果から判明した実情から、地域センター事業を当面活性化させるための条件として以下の諸事項が指摘される。

①地域センターの活動はコーディネーターの活躍に負うところが大きい。コーディネーターは地域の関連諸団体への働きかけも活発に行っている。しかし、マスコミを利用した宣伝や関係団体を通じた事業場に対するアプローチは、相談窓口や事業場個別訪問件数の増加には直接結びついていない。むしろコーディネーターが事業場と緊密に連絡をとることが効果的である。コーディネーターには労働基準監督署の署長や監督官、専門官の経験者が着任すると地域センターの活性化に繋がる例がある。また、労働基準監督署の協力体制がよいところでは相談件数が多い。

②地域センターの登録医が事業場を個別訪問すると、その後、地域センターでの相談件数が増えており、個別訪問件数を増やす努力をすることが地域センター事業の活性化に結びついている。

③事業場側としては、地域の診療所や病院に夜間や土・日曜日に相談窓口が設置されることを希望しており、その内容も、健康相談だけでなく、産業保健の広い分野に相談範囲が拡大されることを望んでいる。また、産業保健講習会の開催や職場巡視、作業環境改善の指導等に対する希望も多い。

④地域センターの業務を進めるにあたり、地域センター登録医の実践的技術向上は不可欠であり、地域センターで指導的役割を果たすリーダーの養成が急がれる。

b かかりつけ医と産業医

地域センター事業の充実を図るためには、健康診断から生活習慣改善指導に至るまでの、継続した健

康管理事業の提供体制を整備する必要がある。また、産業保健は生涯を通じた健康管理体制下で行われるべきであり、医師会を中心とした地域保健活動と緊密な連携を図る必要がある。したがって、今後は益々かかりつけ医である産業医が地域センターを基盤として産業保健活動を展開することが望まれる。また、保健婦等と協力して、訪問相談・指導活動を積極的に実施することが必要である。

そのためには地域センターと市町村保健センターとの連携を深める等、可能なものについては地域における保健活動の一元化を図ることも検討すべきである。また、多くの地域ではすでに労災指定医療機関が産業保健活動に積極的に参加しているが、これら地域における医療資源が有機的に地域産業保健体制に参画できるようさらに連携を進めていくことが必要である。

c 地域で実施されている労働者を対象にした各種健康診断

地域においては、老人保健法や政府管掌健康保険の保健福祉施設事業による健康診断等、労働安全衛生法に基づくもの以外にも、労働者の一部または大部分を対象とする各種の健康診断制度が錯綜している。中小企業では、これら他制度の健康診断をもって、事業者を実施義務がある労働安全衛生法の定期健康診断に代えていることが少なくない。このような場合には、法で決められた産業医の職務である健康診断の企画立案や事後措置が十分に果たされていない。

このような実態は、各担当官庁がそれぞれ実施し、成果を上げてきた事業であるので、直ちに変更できるとは限らない。しかし、受診者の立場からみた時、制度によって異なった取り扱いを受けることは好ましくない。今後は受診者の立場に立ち、これらの錯綜する事業を整理統合し、生涯を通じた健康管理体制を確立すべきである。これら健康診断の大部分を実施しているのは地域の医療機関であり、医師会が主導し、別々の制度で実施された健康診断結果を、受診者の立場に立って、統合して活用することが必要であろう。

集団健康診断の一部は、医師会とは直接関係ない健康診断機関で行われているが、健康診断機関が担当するものについても、地域医師会や地域センター

を通じて情報の一元化を図ることが極めて必要である。また、健康診断の質を高めるために、集団健康診断を担当する医療機関の間での精度管理等、連携強化を検討すべきである。

d 健康カードを利用したデータ管理の推進

健康管理に関しては現在でも老人保健法の健康手帳や労働安全衛生法による健康管理手帳の制度がある。しかし、老人保健法による手帳は、各保健事業との関連や継続性に配慮していないことと、紛失しても再発行が容易なので、このために過去の情報が失われるという問題点が指摘されている。また、労働安全衛生法で定める健康管理手帳は、一定の有害業務についていた労働者に対して退職時に交付するものであり、目的が限られている。

上述のように、たとえ健康診断の実施主体が異なっても、健康診断結果に関する情報が、地域センターで一元的に管理されていれば、その後の事後措置は地域センターを中心に医師会の責任で進めることができる。情報統合を進めるためには、コンピュータによる健康カードを利用することが効果的である。受診者が個人毎にカードを持てば、年によって異なった医療機関で受診しても、地域センター登録企業の労働者のデータを、地域センターで一元的に管理することにより、継続性を維持することが可能である。将来、情報管理の対象地域の範囲が十分に大きくなれば、転居等によっても散逸しない。全ての制度による健康診断の生涯を通じたデータ管理が可能になる。このような情報に基づいて、事後指導を充実させることにより、健康増進に関する科学的根拠の確立が進み、一層効果的な健康管理の充実を図ることができよう。

カードを利用したデータ管理の体系を実現するためには、まず、医師会主導で健康カードのフォーマットを統一する必要がある。地域における健康診断を受託する際に、医師会様式のカード使用を条件に普及を図れば、近い将来に統一化は不可能ではない。

労働者の健康情報が、このように本人のもつカードを基盤として、地域センターで維持管理されるようになれば、これまでのように事業者が労働者の健康情報を直接管理することがなくなるので、プライバシー保護の観点からも望ましい。このため、事業

者が安全配慮義務を果たすために最低限必要な情報が何であるかを整理し、産業医がその情報を事業者に提供する方法についてあらかじめ検討しておく必要がある。

この他、地域における産業医選任状況や、関連法規、産業医学情報等の地域産業保健情報を有機的に活用できるようにするため、産業保健推進センターとの連携を含め根本的な検討が望まれる。

e 地域産業保健センターにおけるメンタルヘルスケア・特殊健康診断等の活動

地域センターは、大部分の労働者にとって、健康診断や健康相談等の日常的サービスを受ける場として、必ずしも短時間内に行けるところに立地されているとは限らない。したがって、小規模事業場を対象とした健康診断や事後指導等の日常的業務は、地域センターへ登録した医師会員の診療所・病院等の施設を、地域センターの紹介により利用した方が効果的である場合が多い。診療所・病院等の施設を利用する場合には、地域センターを利用したことによる具体的メリットが相談者に理解されるような手法を採用することを十分考慮すべきである。

メンタルヘルスのようなプライバシーに関わる問題は、ある程度地理的に離れた適正な場所に相談窓口を設けることが望ましい。また、第一線の産業医にとっても特殊健康診断のような特殊技術が必要とするものについては、後方支援拠点としての地域センターが整備されれば、信頼性や効率の面からみて地域センターを活用することが望ましい。地域センターだけで処理できないものは、産業保健推進センター等の支援組織を整備することによって、地域センターを中心とした地域における総合的産業保健サービス提供体制を確立することが可能となる。このような観点から、産業保健推進センターの機能を推進するための方策について巻末資料II(省略)にまとめたので、参照されたい。

f THP事業の見直し

THP事業は昭和54年の「35歳以上の中高年齢者の健康づくり運動を企業内において推進するSHP」を嚆矢とし、昭和63年の労働安全衛生法改正によって、「全ての年齢の労働者を対象とした心とからだの健康づくり」が事業場の努力義務として実施されている事業であり、現在では予算規模の上でも労働

衛生行政の要の一つにもなっている。しかし、最近産業保健推進センター事業に関する調査の一環として行われた事業場に対する調査では、事業者が期待する業務の上位に位置づけられておりながら、普及率の進展は十分とはいえない。特に中小企業における近年の停滞傾向は本事業の根本的見直しの必要性をも示唆している。

THPは、事業の実施方法は示されているものの、その効果判定の方法が明示されていない。事業者にとって理念はわかっても、投資効果が具体的に理解できないことが、本事業足踏みの一因であると考えられる。特に、中小企業に対する財政支援が3年間で打ち切りになることが、短期間で本事業が中断されてしまう原因としてしばしば指摘されている。支援の方法や実施体制(複数の選択肢等)を見直す必要がある。

THPはその目的から考えても、継続的なプログラムとして定着させることが最も大切である。上述の財政支援期間の制約もさることながら、THPが産業保健活動の一環であるとは言われながら、業務の質を担保するための講習受講が、あたかもTHP事業担当者の免許のごとく受け止められている等、結果的に別事業のような扱いになってしまっているところに、真の問題点が存在すると考えられる。THPが提案されるに至った経緯は、従来の予防型産業保健活動の限界を打破することにあつたと考えられるので、本来THP活動は、産業保健活動そのものとならなければならない。

したがって、今後はこれまでの実績を踏まえ、総合的見地になつて最善の実施方法が導入できるよう、産業医の主導により、事業場内の健康管理活動の一環として実施できる体制づくりをする必要がある。また、特に小規模事業場の場合には、地域センターを軸とした地域における産業保健サービス提供体制を整備するにあたり、このTHP事業を地域センターにおいて、どのように総合的事業として定着させるかについて、十分に検討する必要がある。

g 保健指導及び事後措置の充実

健康診断の重要性は受診者や事業者には十分浸透しており、健康診断後の事後措置を充実することは事業者にとって最も理解しやすい事業と考えられ

る。地域センター事業を活性化させるためには、現在十分に行われているとは言えない事後措置の一環として、健康指導や就業に伴う措置を徹底することが最初に手掛ける事業として最も重要かつ適当な内容であろう。

健康診断の主要目的は、①潜在疾病の早期発見による早期治療と、②リスクファクターの観察結果に基づく継続的健康教育の実施である。しかし、これまでに実施されてきた事後措置については、①を目的とする有見者の二次検査、精密検査へ偏重しすぎた傾向が否めない。これは、担当する医師のみならず受診者にも、健康診断の目的として前者があまりにも深く根付いてしまっているからであろう。

真の事後措置は継続的なものでなければならず、次の定期健康診断までの健康管理活動に有機的に結びつくものでなければならない。したがって、最近健康診断機関等が事後措置まで受託する傾向があるが、基本的には産業医でなければ真の事後措置を担当できないはずで、中途半端な措置に終わることなく、産業医活動の一環として実施される方向で指導していくことが必要である。したがって、地域センターに登録した産業医が、かかりつけ医の立場から、効果的な地域産業保健サービス提供体制確立の指導的役割を果たすことが望まれる。

今後は、健康増進を視点に入れた事後措置に重点を置き、その方法を研究開発し、あらゆる研修会等を通じて、産業医に周知徹底するとともに、労働者に対しても正しい健康管理の考え方についての教育に力を注ぐ必要がある。

h 地域産業保健連絡協議会の活性化

標記の協議会は、昭和58年3月9日付の労働省労働基準局長通達において各都道府県に設置が勧奨されたもので、地域における産業保健活動活性化のため、医師会、行政、事業者3者の協議を目的とする組織である。標記の協議会に加え、郡市区医師会の単位でも地区協議会が設置も勧奨されている。その結果、現在までに都道府県単位では全て協議会が設置されている。地区協議会に関しては未設置地区が少なくないが、詳細は不明である。これら協議会は、産業保健活動を地域のニーズに合わせて推進する機能が期待されているものである。しかし、その後、都道府県には産業保健推進センターが、また、各労

働基準監督署単位には地域センターの設置が進められるようになったので、これら地域センターが設置されるという条件の下で、両協議会のあり方を再検討し、協議会を活性化していく必要がある。

なお、厚生省は昭和63年に、老人保健法の健康診査を効果的に実施するために、職域保健サービス提供主体と地域の行政や医師会、関係団体との連携を図るために、都道府県に対して、職域保健連絡協議会の設置を要請した。しかし、これまでの設置状況や活動実態は必ずしも活発ではない。上述のように、地域及び地区産業保健連絡協議会のあり方を再検討する際に、この職域保健連絡協議会も考慮に入れておくことが望ましい。

3 地域産業保健センターの将来像

現在の地域センターは、労働省から地域医師会に対する委託事業として、予算の範囲内の事業に限定して活動することになっている。その内容には、全国一律で制約が多すぎる点や、事業内容も限られている等の問題点が指摘されている。しかし、この地域センターを、将来の地域産業保健活動の拠点として早急に全国に設置すべきであり、当面は巻末資料III「地域産業保健センター事業活動マニュアル」(省略)等を参照の上、現行地域センター活動の充実を努力すべきである。さらに、近い将来、次の発展段階に入ることを想定して、地域センターの充実策について今から検討しておく必要がある。

まず基本的な考え方として、地域センターを中心に地域産業保健活動を推進すべきことを確認する必要がある。その上で地域センターの果たす役割について、多角的に検討することが重要である。

地域センターを基盤として実質的な活動を展開するためには、それを支える要員を確保することが先決である。現在のコーディネーターに加え、協力員やリーダー等、産業保健を支える各種の専門家の協力が必要である。また、産業医以外の医師についても、各専門領域からの協力は不可欠であり、これら専門医の登録も進めるべきであろう。

地域センターが持つべき実質的業務としては、産業医選任やその他各種の産業保健に関するデータ管理等の業務が考えられる。これらの業務は地域によって既存機関の活動と競合するものもあり得るので、整備計画を策定するときは、地域ごとにそれ

ぞれの事情に応じて弾力的に整備できる方法を採用することが望ましい。

II 産業医の資質向上とそのための研修のあり方

前節までに述べてきたような、将来の地域産業保健体制の確立には、疾病治療を基盤とした既存の医学体系の知識や技術だけでは不十分で、健康を基本的視点に据えた医学体系の導入が不可欠であり、この面での産業医の経験や能力の資質向上を図る必要がある。しかし、産業医業務に対する適正な評価とそれに見合う待遇が伴わないと、単に研修の機会を増加させることだけで資質向上を図ることは困難である。したがって、産業医の資質向上のためには、産業医に対する社会的評価を高める努力と、研修の機会や内容を改善する努力とが相まって推進される必要がある。

そのためには、まず現行の日本医師会認定産業医資格を産業医受託の要件とし、産業医として最低限必要とされる資質を担保することから始めるべきである。その上で、認定産業医の知識や経験等の能力向上を図る必要がある。その結果として、産業医活動には、それなりの能力が必要であるとの認識を医師会員に定着させることになり、事業者に対しても産業医活動に対する正しい認識を浸透させることが可能になる。

日本医師会の認定産業医制度が発足して以来、各地における産業医研修の格段の充実が図られ、産業医の資質は以前に比し大きく向上した。すでに多くの産業医が基礎研修を受講し、講義形式による基礎研修に関しては一定の成果を上げたといえよう。しかし、産業医としての資質をさらに向上させるためには、知識のみではなく、産業医経験を通じて技術や判断等の能力を高めることが必要であり、現在の研修方法を改善する必要がある。

そこで、基礎的研修が修了したあとは、参加型の自主的な修練等により、産業医の継続的能力向上を図るべきであり、今後は次第に実務を主体にした修練の必要性が高まると考えられる。特に、産業医実務を進める中で行われる、いわゆる on the job training は、このような資質向上には欠かせない。そのためには地域におけるリーダー養成研修を充

実させる必要がある。リーダーが必要数確保されることにより、地域センターが地域の産業医の実践的修練の場として活用されることが期待される。これは、結果的に地域センターにおける実践的業務の充実にもつながるものである。

現状では、このようなリーダー養成のための産業医実務修練を一貫して提供できる機関としては、産業医科大学産業医実務研修センター1カ所であり、全国のリーダー必要数を考慮すると、到底その全てを対象にすることはできない。将来は全国に計画的に実務修練を提供できる機関の配置が必要であるが、当面、東日本を対象として、少なくとも1カ所以上の実務研修センター設置が必要である。この施設における研修内容を考慮すると、施設面では実習設備に加え、宿泊施設の設置が必須である。

III 産業医制度改善の方策

現行の産業医選任制度における実態は、企業規模が小さいほど選任率が低い等、各種の問題が指摘されてきている。しかし、前述のように今後の課題はこれら小規模事業場に対する産業保健サービスをいかに充実させるかにある。

小規模事業場を対象とする産業保健活動を普及させるには、まず現行の産業医選任基準を30人以上の事業場まで引き下げるべきである。この場合の産業医の需給関係については、巻末資料IV(省略)の調査結果でも産業医受託が可能であることが示されている。また、30人未満の事業場についても、複数事業場の共同選任の形態や、地域センター登録を通じた間接選任方式を具体的に検討し、可及的速やかに全労働者に対する産業医サービス提供体制を実現すべきである。

このような新しい選任形態を考慮して、産業医の定義等を再検討することにより、共同選任に対する産業医の法的位置づけを明確にし、権限、責任のあり方を整理する必要がある。

現時点で産業医活動を活性化させるためには、産業医契約の改善が重要である。現状では口頭による契約しか交わされていない等、産業医契約の実態には様々な問題点が指摘されている。新しく研修を修了した産業医の活躍の場を確保するためにも、明確な契約なしに継続してきている産業医契約は、契約

期間を明確にする等の改善が必要である。また契約内容としては、業務の内容、契約期間を必ず盛り込む必要がある。これによって、事業者の産業保健活動の意義・評価に対する認識を高めることになり、産業医に対する正当な期待感が高まり、応分の報酬が支払われることが期待され、産業医活動の活性化に繋がるものと思われる。

産業医契約の内容を具体的に改善するにはなお今後の検討が必要である。改善の参考に、これまで実際に都道府県医師会で用いられてきた契約書を集約した参考例(巻末資料V-省略)を添付してある。新しく契約書を作成する際には、この契約書を参考に、それぞれ地域の実情に応じて上記の改善すべき点のうち実行可能な項目を順次盛り込んでいくことが望まれる。

また、認定産業医としての共通基本業務(健康診断および事後指導・措置、職場巡視、安全衛生委員会への出席、衛生管理者との連携等)を再確認するとともに、これらの業務の進め方については、標準的方法、問題別解決法等のマニュアル作成が望まれる。また、それに基づく研修の機会を確保し、研修に必要な教材等の整備に努め、認定産業医として十分に評価される技術が習得できるように努力する必要がある。

このような改善と平行して、労働安全衛生法における産業医の職務権限を明確化することも必要である。それにより、的確な産業医活動からもたらされる産業医の勧告に対する事業者の実施責任を明らかにして、産業医活動の社会的評価を実質的に高めることが期待される。勧告等の合法的な産業医活動に対する産業医の身分保障に関する規定の整備も平行して行われなければならない。

資料(省略)

- I 地域産業保健センターの活動状況に関する調査報告書
- II 都道府県産業保健推進センターについての提言
- III 地域産業保健センター事業活動マニュアル
- IV 産業医活動の実態に関する調査結果
- V 産業医契約書参考例



脳・心臓認定基準に不整脈による突然死等を追加

改正後の認定件数は倍以上

労働省は、平成8年1月22日付け基発第30号通達(別掲)をもって、「脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く。)の認定基準」の一部を改正した。同認定基準については、労働省内に設置された「脳・心臓疾患等の労災補償の検討プロジェクト委員会」の検討結果報告書(平成6年12月16日—95年4月号参照)を受けて、昨年2月に改正されている(平成7年2月1日付け基発第38号—95年4月号参照。負傷に起因するものについては、従来の昭和62年10月26日付け基発第620号が適用される)。

今回の改正は、昨年の改正に際し、なお検討課題となっていた「業務を原因とする不整脈による突然死等の労災認定について、専門家会議を設置して認定基準の設定等について検討する」としていたのを受けたもの。労働省では、平成7年1月から「不整脈による突然死等に関する専門家会議」を設置して検討してきたが、検討結果が労働省労働基準局長あて報告されたので、それを踏まえ、今回の改正を行ったと説明している。ただし、別掲のような検討結果の「要約」は公表したものの、専門家会議の構成や報告書そのものについては明らかにしていない。

今回の改正の具体的内容は、認定基準で「取り扱う疾病(対象疾病)」に、「不整脈による突然死等」

を加えただけと言ってよい。「認定要件」は変わっておらず、「認定に当たっての留意事項」に係る事項が追加され、「急性心不全」についての説明を一部修正(削除)した。

国家公務員(平成7年3月31日付け職補-102—95年7月号参照)及び地方公務員(平成7年3月31日付け地基補第47、48号)では、すでに昨年の認定指針(基準)改正の際に、対象疾病に「心停止」「心臓性突然死」「肺塞栓症」「大動脈瘤(解離を含む。)」を追加し、「虚血性心疾患等」という区分も「心・血管疾患」に改めているので、労働省は、1年遅れで「不整脈による突然死等」しか追加しなかったことになる(ただし、「不整脈による突然死等」の「等」については何も説明を加えていない)。

労働省は、また、昨年2月1日の認定基準改正から12月31日までの脳・心臓疾患等(業務上の負傷に起因するものを除く。)の認定件数を別掲のとおり明らかにし、63件で過去5年間の平均年間件数29.6件の倍以上になっているとした。

なお、平成8年度予算案によれば、「脳・心臓疾患等に関する改正認定基準の定着」として、窓口相談の充実(月10回→月12回)、フリーダイヤルの設置、毎月1回「全国一斉相談日」を定め相談員を配置(委

託先:(財)労災年金福祉協会)をあげている。



基発第30号
平成8年1月22日
都道府県労働基準局長殿
労働省労働基準局長

脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く。)の認定基準の一部改正について

脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く。)の認定基準(以下「認定基準」という。)については、平成7年2月1日付け基発第38号通達をもって示したところであるが、今般、「不整脈による突然死等に関する専門家会議」(平成7年1月設置)の検討結果が取りまとめられたことから、これに基づき、認定基準に「不整脈による突然死等」の取扱いを加えることとし、同通達の一部を下記のとおり改めたので、今後の取扱いに遺漏のないよう万全を期されたい。

記

- 改正の趣旨
今般、「不整脈による突然死等」を認定基準において取り扱う疾病として規定することとしたものである。
- 改正内容
(1)第1の1の(2)虚血性心疾患等の中に新たに「ホ不整脈による突然死等」を加え、解説を次の文に改める。
「虚血性心疾患等」とは、冠循環不全により、心機能異常又は心筋の変性壊死を生じる虚血性心疾患(イからハに掲げる疾患)並びに解離性大動脈瘤及び不整脈による突然死等をいう。
(2)第2の2の(3)の次に(4)として、次の文を加える。
(4)不整脈について
「不整脈による突然死等」とは、不整脈が一義的な原因となって心停止あるいは心不全症状等

を発症した場合であって、その原因が医学経験則上、業務による過重負荷であると認められる場合をいう。

したがって、業務上外の判断に当たっては、次の区分に従い、被災者が持つ基礎心疾患、既に保有している不整脈等と業務負荷との関係を総合的に判断する必要がある。

- ① 基礎心疾患等が存在する場合(下記②の場合を除く。)の不整脈による突然死等の業務上外の判断に当たっては、これらの不整脈が、基礎にある異常な病態が原因となって発生する可能性が高いことから、基礎心疾患等が業務によって急激に著しく増悪したものであるか否かを判断する必要があること。
- ② 発症前に基礎心疾患等が認められない場合、又は基礎心疾患等の病変がごく軽度であるためにその存在が明確にされていない場合の不整脈による突然死等の業務上外の判断に当たっては、この不整脈が業務による明らかな過重負荷を発症前に受けたことにより発生したものと否かを判断すること。

(3)第2の3の(3)の口の文中「通常、心臓が停止した状態をいい、」を削除する。



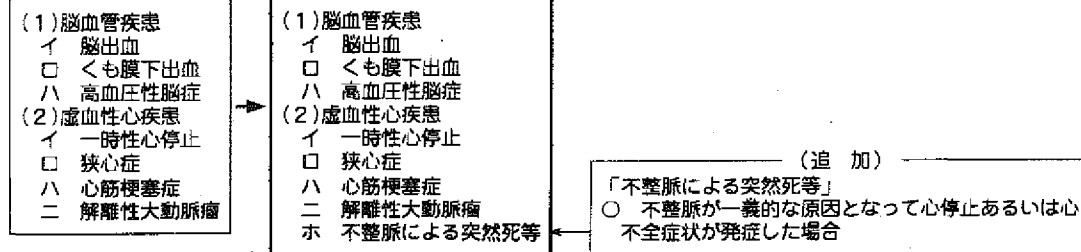
不整脈による突然死等に関する専門家会議の検討結果(要約)

不整脈は、その原因において心臓の器質的、解剖学的異常等が明らかでない場合があるが、通常は心臓に認められる様々な基礎疾患があるときに起こり、日常生活上の、あるいは業務中の精神的、身体的負荷など各種の誘因により急性増悪することが医学的に知られている。

一方、不整脈は、その症状が軽いものから致死

脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く。)の認定基準の改正のポイント

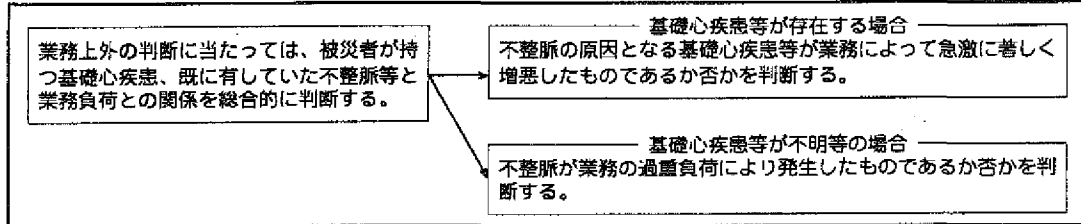
1 対象疾病



2 認定要件(従前と同じ)

次の(1)及び(2)のいずれの要件をも満たす場合
 (1)次に掲げるイ又はロの業務による明らかな過重負荷を発症前に受けたことが認められること。
 イ 発生状態を時間的及び場所的に明確にし得る異常な出来事(業務に起因する出来事に限る。)に遭遇したこと。
 ロ 日常業務に比較して、特に過重な業務に就労したこと。
 (2)過重負荷を受けてから症状の出現までの時間的経過が、医学上妥当なものであること。

3 認定に当たっての留意事項(追加)



脳血管疾患及び虚血性心疾患等の労災補償状況

1 認定基準改正後の認定件数

	平成7年2月1日から12月31日までの間
認定件数	63

*注 業務上の負傷に起因するものを除く。

2 過去5年間の認定件数の推移及び平均

平成年度	2	3	4	5	6	平均
認定件数	33	34	18	31	32	29.6

*注 業務上の負傷に起因するものを除く。

なものなどその程度に差があり、過重負荷がない場合でも発生する可能性があることも留意しなければならぬ。

このようなことから、心停止あるいは心不全症状等が不整脈により発症した場合であって、その原因

が業務の過重負荷によると医学的に認められる場合は、労災補償の対象とすべきである。

したがって、業務上外の判断に当たっては、次の区分に従い、被災者が持つ基礎心疾患、既に保有していた不整脈等と、業務負荷との関係を総合的に判断する必要がある。

(1)不整脈の原因となる基礎心疾患等があるときの不整脈と業務負荷との関係は、基礎にある異常な病態が原因となって発症する可能性が高いことから、基礎心疾患等が業務によって急激に著しく増悪したものであるか否かを慎重に判断する必要がある。

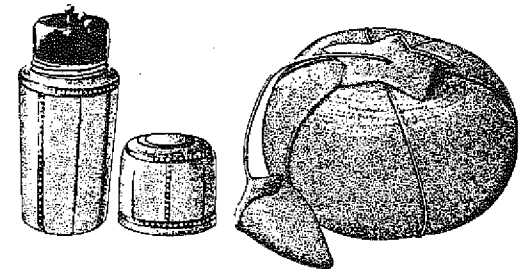
(2)発症前に基礎心疾患等が認められない場合、又は基礎心疾患等の病変がごく軽度であるためにその存在が明確にされていない場合には、不整脈が業務による過重負荷により明らかに発生したものであるかどうかを判断する必要がある。



連載30

監督官労災日記

井上 浩
 全国安全センター副議長



1971年のいろいろ

役所の機密費作りは昔も今も、カラ出張、架空人物雇用、架空会議の開催、物品の水増し購入等である。しかし、書類はきちんと作成されており、印鑑も押してあるので、通常の会計検査で見付かることはない。検査する人も、そうして作られた機密費で接待を受けているので、常識で考えればおかしいことである。もともと、接待費の予算などないことを知っていて接待を受けているのだから何とも言いようもない。以下に、1971年4月1日から1972年3月31日に至る1年間に行われた労災補償課のカラ出張月日、出張先、出張金額を掲げる。私以外のカラ出張者はアルファベットで示す。

6月7日～11日 京都局 M課長・A調査官 54,400円、6月8日 山形局 M補佐・Y係長 37,360円、6月14日～18日 札幌市 F補佐・H係長

66,660円、6月14日～18日 長崎局 M監察官・Y監察官 64,080円、8月25日～28日 福井局 H審査官・U係長 42,000円、8月30日～9月3日 鳥取局 井上監察官・Y監察官 56,360円、8月30日～9月3日 徳島局 K監察官・H主任 57,800円、8月30日～9月3日 鹿児島局 F補佐・H係長 67,800円、11月8日～12日 大阪・岡山局 Y監察官 28,980円、12月6日～10日 盛岡局 F補佐・Y係長 50,800円、12月20日～24日 福岡局 U係長 31,540円、12月20日～24日 佐賀局 H主任 31,540円、12月23日～25日 京都局 M補佐 32,200円、72年2月14日～18日 香川局 M課長 28,580円、2月24日～26日 大阪市 Y係長 20,520円、3月6日～8日 大阪局 M監察官 20,520円、3月14日～18日 佐世保市 H審査官・N医師 63,760円、3月14日～17日 鳥取市 W相談員 24,380円、3月16日～19日 和歌山局 M課長 23,280円、3月21日～25日 福岡局 M補佐・Y監察官 64,400円、3月21日～25日 岩見沢市 A医師・K医師 65,840円、3月21日～23日 尼崎市

S医師・I医師 40,640円、3月27日～31日 大牟田市 U係長 31,700円、3月27日～31日 高知局 H主任 29,440円、3月27日～31日 大牟田市 H医師 31,840円、3月27日～31日 新居浜市 N医師 29,380円 計1,083,800円

役付が多いのは旅費が高いからであり、出張が遠隔地になっていることともなるべく効率的に行うことを考えたものであり、1人のものは実際の出張者の随行名義としたものである。具体的には補佐が計画し、2人ともカラ出張のときは出張先に電話して名刺と資料を送ってもらい出張復命書を作成する。相手局も同じようなことをやっているのだからツアーである。(最近都道府県同士も行っていることを行っている人から聞いた。これはまた、もっと手が込んでいて、お土産までも、それも腐りにくい物を送ってもらったりしているという。) 私には遠慮があったものか一度しか利用されていない。その時はM補佐が名義借用料として3千円だかをくれた。それを私はもらったので、やはり共犯かもしれない。この100万円余という金額は、当時の私の給料の10か月分位に相当しているの、さしづめ現在の500万円位の感じだろうか。手元に1971年10月分の各署の労災保険関係旅費予算額が残っているの、それを合計すると9署で合計126,800円である。

こうして作られた機密費は、一部は現金で本省へ流れ、残りは接待費や職員の慰労会等へ使用された。この年度には本省から出てきた、いわゆる本省の予算関係に顔のきく人がいたので特に多かったのかもしれない。本省では会計法規上、地方でなくては現金化できない予算を話し合いで流し、その幾分かを持っていくということも行われていた。そして、それを頼みやすいところに予算が多く流れるということもあっ

たようである。

出張の配分

だれをどこに出張させるかということは苦勞の種であった。宿泊出張は金額が大きいので、特に苦勞した。他課では宿泊出張などは無理であったが、労災補償課は労災保険料による特別会計だから自由であった。しかし、県内で宿泊出張が認められているのは秩父だけなので、そこに全員出張させることもできない。秩父出張は西部鉄道の優待バス等を使用すればほとんど旅費負担は少なく済み、実際には日帰り用をすすすことも多かった。万一宿泊しても秩父署に頼めば会社の寮に出張でもらう宿泊料以下で宿泊できるので助かった。そこで全課員が従事する保険料調査と、保険料滞納整理の個人別計画は適用係長や徴収係長は頭が痛かった。ある日適用係長が私に言った。

「井上さん。保険料調査の計画を作成していただけませんか」

「ええ？ 私がですか」

「そうです。苦心して作るのですが、若い人から文句が出るので困っています」

「旅費は収入に影響するから当然でしょうね。しかし、私が作っても文句が出ますよ」

「いや、井上さんなら文句が出ないですよ」

適用係長は川越、春日部も一緒に勤務し、私の最も馬が合う人なので断りにくく、遂に作る破目になった。苦心さんたんして作ったら、やっぱり文句が出た。白鳥事務官が私のところに来て、

「井上さん。私はこの出張計画に反対です」

「やっぱりと思って私は聞いた。」

「どうしてですか」

「私の旅費の額は他の人に比較して余りに多いので納得できません」

私は驚いた。通常は少なくても文句が出るのだが多いと言って文句が出たのだ。

「白鳥さん。旅費の総額はきまっています、それを30人近い人に分配するのですから、どうしても全員同額というわけにはいかないのです」

それでも白鳥さんは強く言った。

「わかっています。ですから私を少ない方に変更してください」

私は困って頭を下げて言った。

「気持ちはよくわかりました。しかし私も、もう一度面倒な計算をし直したりするのはとてもできません。次回の出張計画の際にきつと調整しますので今回は何とかこれをお願いします」

私は拝み倒してようやく計画の変更をしないですますことができた。この真面目な白鳥さんは間もなく労働省へ行かれて、昨年4月(95年)安全衛生部計画課補佐から佐賀局長に栄転された。

ボ・ク協会のこと

佐賀局長であった横内氏がボイラー・クレーン協会に専務で入られ、埼玉事務所を設立されたことは前述した。基準局がボイラー・クレーン協会に性能検査を代行させないように動いたことも前述したが、最近、浦和署時代に一緒だった田中氏に会ったら、その話ではボイラー・クレーン協会は齊藤会長の関係で東北地方とし、関東はボイラー協会とクレーン協会に代行させようということだったので、そのような動きがあったのではないかとということだった。田中氏は埼玉勤務時代に、東大工学部に1年間金属材料学か何かを研究するために派遣され、私た

ちは大へんうらやましがったものである。しかし、そのことで人事上格別有利な扱いもなかったようで、どこかの基準局の安全衛生課長で退職し、長いこと中災防の出先に勤務されていた。横内氏とは高知局勤務時代に知り合っていた。その横内氏が私に言った。

「井上さん。うちのボイラーの代行検査をな、東京基準局の検査官がやってるよ」

「ええ？ 現職の検査官がですか」

「そうよ。グリーン車でやっているよ」

私は全く驚いた。実はまだ驚くべきことを聞いたが、ここには書けない。とにかく、検査官というのはうらやましい存在であった。監督官であっても事業場監督はほとんど行わず、署内で大掃除等の行事があっても関係なく検査に行き、車で送り迎えされることが多かった。一度ある監督官(理工系)が署の2階に住んでいたことがあったが、当直して見て驚いた。毎晩のように接待を受けて酔って11時頃に帰っていた。署員が宿直しているのだから少しは自粛すれば良いと考えるのに、全くそんな様子は見えなかった。罪悪感など全くないようであった。監督課の監督係長のときに、一度全署の検査官の検査復命内容を調査してみたことがある。別に私の仕事ではないのだが、検査のレベルを見てみたかったのであった。ところが驚いたことに、性能検査結果の指示内容は個人ごとに一定していたのである。例えば、ある検査官は、どこの署に異動しようが、ボイラー検査の指示は「水面計に標準水面の標示がない。」ということだけである。私は驚いて安全衛生課長に対して調査結果を説明し、検査担当官会議の際に強く指示してもらうことにした。検査担当官の中には旧制の商業学校出身の人もいたりした。大体、私のような素人も、監督官というだけで時どき性

能検査をしたのだから恐ろしい。そこで監督官は監督業務に専念するように代行検査が多くなり、現在ではほとんど検査を行うことはなく、労働技官でもいまでは指導に専念できるようになった。その課程でボイラー・クレーン協会等の代行検査機関は強化され、それに応じてまた天下りも多くなっていったものだろう。その後、横内氏は急死されるが、後続部隊が順調に送り込まれているようである。

参考までに、1971年の監督官試験は申込2,808名、合格67名、前年はそれぞれ1,851名と80名であり、その採用者は現在はそれぞれ本省課長補佐、地方局課長、署長として活躍中のようである。

役人のすること

最初に書いたカラ出張のことは、会計検査院にも本省にもわからなかったが（もっとも本省の一部で知っているのは周知の事実であるが）、後にはわかってマスコミに報道され関係者が処分されたこともあった。例えば、愛知労働基準局ではアルバイト使用人数を2倍に水増し、53年度2,400万円、54年度1,500万円のカネを浮かし、その中の820万円を接待に使用していたことが発見報道され、局長以下6人が減給、4人が訓告、本省で戒告が4人、嚴重注意が本省1人、愛知局1人ということであった。ところで問題は、減給分は局労災業務課長主唱で各署長や役付が1人3千円づつ出し合って補填してやったというのだから涙ぐましいことである。そして、拠出者にはお礼に靴下をくれたという。なお、実際の不正金額は約1億円だったということである。この事件が発覚したのは、某課長補佐の投書ということであった。そこで労働省のとった対策のひ

とは、従来地元からは任命しなかった局課長のうち1人（監督と労災管理課長を除く。）を地元からも任命して、地元の事情を人事等に反映させ投書や告発を防止することであった。例えば現在の東京局では労働時間課長（春日部にも勤務していた岡野監督官）、神奈川局では労働衛生課長、埼玉局では賃金課長、愛知局や大阪局は労働時間課長がそれである。そして、現在では比較的小さい署の署長から局課長、それから最右翼署の署長へという人事コースが定着したようである。かつて、局内最右翼署の署長ポストさえ、局長をあきらめた本省出身の地方巡業課長に奪われた時代からすれば大進歩である。不正告発のプラス面だろう。もともと、最初の公募時代の監督官は、現在のように原則として同一給与からスタートし、ある段階までは定期進級ということではなく、合格時の前職により給与を定め、その給与順番に進級させていたので非常な不公平があった。一般職より給与が高かった教員、郵政等の現業職、裁判所等からの採用者はスタートから待遇が良く、学歴も、経験も、能力も、人格さえあまり考慮されないで、その給与順番本位の人事が行われていたので不満が底流していた。その不満は投書や、反抗や、組合運動等となって大部分がガス抜きされていたのであるが、それに輪をかけた不公平なことが行われていると考えると不正経理の追及ということにもなったのであろう。別の事件の渦中にいた人から最近聞いたことであるが、会計検査院の担当官が架空アルバイトの名簿を持って、局長室から各家庭へ直接電話し、事前に工作していなかった1人で不正の全部が判明し幹部が処分されたという。内部に通報者がいなければ起きないことであろう。



EU諸国の職業病リスト

異なるアスベスト関連疾患の補償

以下は、Enzo Merler、Stefano Brizzi両氏の論文「ヨーロッパ連合（EU）諸国の職業病—とくにアスベスト関連疾患の補償」の内容の紹介である（杉浦裕氏に翻訳していただいたものを編集部で整理した。参考文献リストは省略）。「New Solutions」1995年秋号に掲載されたものだが、早い版は「Epidemiologia e Prevenzione」に掲載され、研究の部分的な結果は、the Convegno Nazionale di Medicina Legale "La causalita' tra diritto e medicina" in Pavia, Italy, in 1991及びthe 4th European Work Hazard Conference, Sheffield, U.K., in 1992で報告されている。

はじめに

EUは、労働安全衛生の対象のひとつとして、加盟国の、業務上（work-related）として補償される疾病のリストを調和させるよう試みている。数か国の職業病補償のデータを比較して、現在までのEUのアプローチの有効性について明らかにすることがこの論文の目的のひとつである。また、アスベスト疾患の例をとりあげて詳細な検討を行っている。

ヨーロッパの職業病の補償の歴史をみると、今世紀の初頭、いくつかの国が、職業病リストの導入によって、被災労働者に給付金を支給するようになった。労働現場での中毒物質の高濃度暴露が職業病を増大させることがわかってから、この決定はなされ

た。何が職業病なのかという定義、補償のメカニズム、具体的なリストは、国によって異なっており、ヨーロッパ諸国のこれらのシステムを調和させようという試みは、1962年に、行動の最低の立法レベルを定めた「勸告」によって始まった。最初の勸告は、承認された職業病リストに疾病を含めると予防効果があること；各事例がカウントされ、公衆衛生当局がこのデータを用いて予防的な立法の有効性を評価し得ると述べていた。

この論文では、EU諸国の補償研究所（compensation institute）に出したアンケート結果の分析を示した。アンケートでは、補償システムの概要とともに、アスベスト関連疾患の補償についての情報も求めた。アスベストの保健政策は、産業医学や公衆衛生の症例研究にも用いられるので、この点を調査することに決めた。

アスベストは、ヨーロッパで18世紀終りから用いられており、数年たってアスベスト労働者の呼吸器疾患発生の疫学的データが得られるようになった。

この研究の特徴は、種々の検索システムによって調べたアスベスト関連疾患の発生状況と補償事例数を比較したことである。アスベスト関連疾患の罹患率データは得られなかったが、死亡率データはWHOの死亡率データでEU諸国のものが得られた。残念ながら、アスベストosis（アスベスト肺）はWHOに提出されたファイルに含まれていないので、アスベストosisによる死亡率は評価できな

表1 EU諸国の職業病の補償システムの全般的データ

	ベルギー	デンマーク	フランス	ドイツ	ギリシャ	アイルランド	イタリア	ルクセンブルク
最初のリスト作成年	1927	1933	1919	1925	1951	1967	1929*	
補償システムのタイプ	限定	混合	限定	混合	限定	限定	混合	混合
必要とされる最小の障害	1%	5%	不明	20%	33%	1%	11%	なし
暴露後許される最大期間	なし	1年	不明	なし	不明	不明	不明	なし
最初のリスト改訂年	1963	1978	1946	1929	1952	1973	1952	1952
リストの改訂***	6(64)	7(15)**	16(75)	8(66)	3(40)	3(24)	4(57)***	
リストの平均永続性(年)	10	2.1	4.7	8.5	13	8	14	

* 適用されたのは1934年からだけ
 ** アスベストを含む立法が導入された1976年から算定
 *** 産業労働者に関して、農業労働者は1958年から補償された
 **** ()内の年数のうちに改訂された回数(翻訳者) イギリスはイングランドとウェールズ

った。アスベストosisの死亡率については、2~3の国についてしかデータが得られなかった。

結 果

a 補償システムの全般的なデータ

イタリア、ベルギー、デンマーク、フランス、ドイツは、1920~1930年代の間に、補償される職業病リストを発展させたが、他の国は数年後から職業病の補償を始めている(表1)。

2つの基本的なシステムに区分できる。ある場合は、補償される疾病は「限定」リストで、リストに掲げられた疾病しか補償を受けられない。「混合」システムは、補償される疾病のリスト及び暴露との関係が確かめられれば他の疾病も補償されるメカニズムを含んでいる。6か国(ベルギー、フランス、ギリシャ、アイルランド、イギリス、スペイン)は、EUが「混合」システムの勧告を決定してから数年がたつにもかかわらず、「限定」システムから「混合」システムに移行していない。

給付に要する最小の障害は、アイルランド、ルクセンブルグ、ポルトガルの1%から、スペイン、ギリシャの33%まで、各国によってたいへん異なる。最低暴露期間や暴露終了後の期間を、補償のための要件とする国はほとんどない。

b アスベスト疾患の補償

アスベストosisは、調査したすべての国で補償

対象疾患である(表2)。フランス、ドイツ、イタリア、スペイン、イギリスなどでは、1930から1940年代に規定された疾病となったが、他の国々(ルクセンブルグ、ポルトガル)では、1960年代後半によく規定された。中皮腫は、ギリシャとイタリアではまだ補償されておらず、胸膜ブランクと肺がんは、ごくわずかの国でしか補償されていない。

イギリスでは、最初の補償疾病のリストは1946年まで承認されなかったにもかかわらず、アスベスト繊維工場の労働者の健康調査の結果、1933年に、政府がアスベストosisの補償を決定したことを銘記すべきである。

ドイツ政府は、1943年に、同国の刊行された研究結果をふまえて、アスベストosisに罹患した労働者は肺がんの高リスクであり、アスベストが発がん物質であることを決定した。したがって、補償疾病のリストにアスベストosisと関連した肺がんも含むように拡大した。ドイツは、30年以上も前に全く単独でこの決定を行ったが、現在においても、ルクセンブルグ、ポルトガル、スペインだけが、アスベストosisと肺がんとの関連を認めているだけである。

中皮腫については、南アフリカの疫学研究の結果を受け、イギリスで1966年に補償されるようになったのを除き、EUの中では1970年代後半になってからだった。ベルギーとデンマークでは、中皮腫はどの部位に発症したものでも補償されるが、他の多くの国では心外膜の腫瘍は補償から除外されている。胸膜ブランクは、1980年代後半から規定された疾

オランダ	ポルトガル	スペイン	イギリス
	1962	1961	1946
開放	混合	限定	限定
15%	なし	33%	14%
なし	不明	不明	不明
	1973	1961	1948
	3(29)	2(30)	34(53)
	9.6	1.5	1.6

病に含まれ始めたが、EUではわずか2か国だけである。

表2で注意すべきことは、リストに明記されていなくてもアスベスト関連疾患が補償される可能性である。アスベストosisに関していえば、「じん肺」という一般的な用語が用いられていた1946年以前のフランスとスペインでこの状況があった。このアプローチは、アスベスト関連疾患の補償を許容するが、これらが実際に起こったことを示すデータはみつけれなかった。同じ状況は中皮腫や肺がんにも当てはまり、アスベストosisがある場合には補償の対象になっているかもしれない。

いくつかの国では、国の補償研究機関が、アスベスト関連疾患の補償認定給付件数を示すデータを作成している(表3)。この項目への回答がないためにデータが得られないところでは、給付が与えられていないのか、あるいはたんに給付数を数えられないのかわからない。

これによると、デンマーク、フランス、ドイツ、イタリア、イギリスでは、現在でも新たなアスベストosisにかなりの給付を与えている。フランス、ドイツ、イギリス、イタリアでは、年間約200の新しいアスベストosis症例に給付がなされている。

アスベスト暴露による肺がんは、1988年に、フランスで11例、イギリスで59例が補償されている。

ドイツとイギリスでは、中皮腫の補償例は年間のアスベストosisの補償例とほぼ同じである。

フランスでは、1988年に75例の胸膜ブランクが、イギリスでは117例が、補償されている。

考 察

主に使用されているアスベスト繊維のタイプは国によって異なっており、これらの違いは、アスベスト関連疾患の発生の違いを生む。例えば、イギリスでは1966年以降クロシドライト(青石綿)の使用がなくなったが、他のヨーロッパ諸国では1970年代後半からもっと後まで大量に使用された。イギリス、フランス、イタリアでは原料のアスベストの年間使用量は最近20年間を通して同じくらいだが、ドイツでは、第2次世界大戦までは消費量がより多かったが、イギリスよりも早く減少している。他の国々に関していえば、スペイン、ポルトガル、ギリシャなどではデータが不足している。おそらく、原料アスベストの消費は少量になっているだろう。

補償の必要性はアスベスト関連疾患の発生率に関係しており、これは明らかに上述した消費量及び使用量に関連している。

アスベストosisはもっぱらアスベストによって起こり、一般的には職業性暴露によって起こる。1930年代40年代の始まりとともに、イギリス、ドイツ、イタリアのアスベスト使用工場ではアスベストosisの研究が行われた。研究は横断的で、紛じんや繊維の暴露が空気中で測定され、労働者は臨床検査とX線でチェックされた。多数がアスベストosisでおかされていることが認められた。アスベスト繊維工場と造船所の労働者で認められた肺障害のパーセンテージの高さの結果、イギリスとドイツは、各々1931年と1936年に、アスベストosisを職業病リストにとり入れた。上述したように、イギリスでは最初の職業病リストが承認される以前に、アスベストosisは補償対象疾患となっていた。しかし、何らかの理由で、アスベストの職業性暴露のリストから、保温作業(insulators)ははずされていた。

イタリアでは、1908年に医学会で、アスベスト暴露労働者の集団での呼吸器疾患による死亡率の過剰が初めて報告された。1939年にピエモンテ地方の数工場で調査が実施された。イギリス・ドイツに数年遅れて、アスベストosisが、シリコーシス(珪肺)とともに最初のリストに導入された。

イギリスでは、1933年に繊維工場でのアスベスト

EU諸国の職業病リスト

表2 EU諸国で補償が認められているアスベスト関連疾患(判明している場合は認められた年)

アスベスト関連疾患	ベルギー	デンマーク	フランス	ドイツ	ギリシャ	アイルランド	イタリア	ルクセンブルク	ポルトガル
アスベストosis	+	+	+(1946)A	+(1936)	+	+	+(1943)	+(1965)	+(1973)
肺結核の合併	+				+		+(1965)F		
肺腫瘍の合併	+			+(1943)				+(1986)	+(1980)
胸膜肥厚			+C						
胸膜プラーク		+(1984)	+(1985)D						
心外膜プラーク			+(1985)						
中皮腫									
部位不明	+	+(1982)							
胸膜			+(1976)	+(1976)		+		+(1986)	+(1973)
腹膜			+(1976)	+		+		+(1986)	+(1980)
心外膜			+(1976)			+			+(1980)
肺腫瘍	+(1991)	+(1976)E							

注: A) 1967年にアスベストosisを新しい疾病単位として認定
 B) 1961年にアスベストosisを新しい疾病単位として認定
 C) 1976年胸膜肥厚、1985年良性病変、呼吸機能の障害の有無にかかわらず
 D) もし両側であれば
 E) アスベストosisに加えて肺線維症なしでも: 1985年
 F) 呼吸・循環システムの全体としての障害: 1975年

暴露の予防的立法が導入された。楽観的にも、アスベストosisの発生は(さらに肺がんの発生さえ)劇的に減少するだろうと言われていた。しかしこれは誤りで、その後も多くのアスベストosisの症例が補償対象となった。逆に、労働条件が「劇的に悪化した」ので訴えは増加した。

アスベストosisが臨床的に認識されはじめてから、X線や死亡後の検査によって、当時は職業的に暴露した群にしかみられなかったアスベスト労働者の著しい胸膜の肥厚とプラークが観察されるようになった。医学論文は、労働者が、吸気時胸痛、呼吸の制限など胸膜肥厚のためと解されるような所見を訴えると、しばしば強調していた。しかし、アスベストosisの補償に先駆けた国でも、胸膜の障害をアスベストosisとは独立して補償すべきものとは決めなかった。

1985年にフランスとイギリスは、承認された職業病リストをアスベストによる胸膜障害にまで広げた。これはおおむね孤立したままで、他のヨーロッパ諸国は追随しなかった。状況は様々な制限によって複雑化した: プラークは両側性でないといけないし、伸展したものでないといけない。フランスでは一度リストに入れられたが、後にはずされた。

最近では、一般住民に現在発生している中皮腫の80~85%はアスベスト暴露によると言われている。このパーセンテージは、職業的、準職業的、家庭内の暴露を包含している。アスベストの職業的暴露をした群では、中皮腫は労働者の暴露で説明できるといふ観方を、カナダのオンタリオでのアスベスト補償戦略会議は述べている(「一方で、中皮腫はアスベストの職業的暴露を全く受けなかった人にも起こることが知られているが、それにもかかわらず、職場とは異なる源から中皮腫にかかったと仮定する可能性は極めてわずかである」としている)。

中皮腫は、アスベストに関連した中皮腫の症例報告が医学文献に刊行された1940年代に、原発性腫瘍として認識された。イギリス、ドイツ、イタリアで刊行されたアスベスト労働者における呼吸器疾患の症例報告は、原発性胸膜がんという新しい腫瘍の疾病概念への注目を強調している。

アスベスト暴露とこの稀れながんの発生との間の証拠の画期をつくった症例報告として最も引用されるものは、1960年に刊行された。胸膜中皮腫の最初の症例は、南アフリカで1956年に、死亡(解剖)検査でみられたものとされる。しかし、アスベスト暴露労働者の明らかな中皮腫の第1例はこれよ

スペイン	イギリス
+(1947)B	+(1933)
+	
+(1978)	
	+(1985)D
+(1978)	+(1966)
+(1978)	+
+(1978)	(1985)

り数年前に刊行されており、例えば、ドイツでは1954年、イタリアでは1957年である。つまり、疾病の認識とアスベスト暴露との関係が最初に報告されたのは、1960年代に先立つ年代である。1960年という年代は、多数の、男女、胸膜・腹膜、職業的、準職業的あるいは環境暴露による症例のシリーズを紹介した、ワーグナーの報告の刊行から導き出されたものである。ワーグナーは、

1957年のヨハネスブルグでのじん肺会議で研究発表を行った。彼の発表は、アスベスト暴露と中皮腫との関連が確立されたためというよりも、そのリスクのきびしさと一般住民への拡張ということのために、多くの注目を集めたのである。この会議にはイタリア、ドイツ、その他のヨーロッパの科学者が出席しており、同じ年にイタリアで会議のレビューが刊行されている。

アスベスト暴露と中皮腫の因果関係の立証に用いられた方法は、症例のシリーズを呈示することだった。疫学の観点からいえばこれは妙な方法であるが、次のことに留意すべきである。つまり当時は、胸膜中皮腫の事実上全ての症例について関連したアスベスト暴露が明らかとなったこと、人口の中で産業労働者のアスベスト暴露が増えて中皮腫を数えられるまでにしたことである。

職業病リストに中皮腫を掲げることは、大多数のEU諸国では、1980年代まで受け入れられなかった。中皮腫と職業的アスベスト暴露との関連について、1980年代以前に文字どおり何百もの科学論文が書かれた。1980年の、ILOの、勧告される職業病のリストに中皮腫も含めるといふ決定が、最終的に政府機関を動かしたと思われる。しかし、ILOの決定は

科学的証拠の重さからみてまったく遅かった。

肺がんは数種類のリスク要因に帰せられる。流行が始まって職業的暴露が肺腫瘍の原因に関連した役割を果たすことが明らかになってきた。産業人口の中で、アスベストの職業的暴露が肺腫瘍発生の原因となること、これは一般住民の間でも同じである。ごく最近の、仕事で使用された発がん物質の寄与した肺腫瘍の割合に関するイタリアの論文は、トリエートの造船都市から引き出して、一般の男性の肺腫瘍のうちの20%はアスベスト暴露によって説明できると計算した。

肺腫瘍は1930年代からアスベストと関連づけられている。ヨーロッパ諸国の研究者—とくにイギリス、ドイツ、イタリア—は、当時とくに症例の発表に活動的だった。アスベストosisで死亡した例(とくに補償を受けていた例)はしばしば死後検査を受け、その結果、肺と胸膜のがんの症例数が増えた。アスベスト暴露労働者の中での呼吸器がん比率の増加を示す疫学研究がヨーロッパで行われた。

職業病リストから肺腫瘍を除外することは、アスベストosisに焦点を当てることやたまたまアスベストosis等がない例や関連事象のない例での肺腫瘍を調べることで正当化されてきた。肺腫瘍のリスクが、アスベスト暴露労働者の中でアスベストosisからの肺腫瘍に限って増やすかどうかに答えるには、疫学はおそらく無効である。疫学的研究は、量-反応曲線とアスベストへの低暴露者での発がんリスクの増加の持続を立証しえた。しかし、これらの研究ではめったにアスベストosisの有無で暴露群を細分類していない。肺の線維化をあらわす能力は時を経て変化している。アスベストosisという疾病を検出する能力もまた変化している。定義によれば、アスベストosisにかかっている人は、よりアスベストに多く暴露した人である。がんのリスクもより高いのである。

アスベストosisに罹患していない人での発がんリスクを承認することは2つの混乱を生じさせる。ひとつは、許容できる暴露の強度についての労働現場での予防戦略に関係している。つまり、もし肺がんのケースの発症が肺線維化群に限られているなら、肺線維症は量-反応的な疾病なので暴露限界は容易に定めることができ、肺がんリスクの管理

はより容易になるだろう。

ふたつめは、補償戦略の混乱である：アスベストが原因でない例でも肺がんは補償されるべきか？動物から描き出された実験的研究では、アスベスト暴露は肺腫瘍への独立したリスク因子であることを示唆している。さらに実験は、アスベストによる肺腺癌のない動物にも肺がんを増やしていることを示唆している。

パターンの提示

疫学的証拠とアスベスト疾患の補償の間のギャップの理由を議論するために、規定された疾病リストによってそのメカニズムについてのデータをあつめた。実際、表1は、EU諸国内でのパターンの存在を示唆している。規定された疾病リストの改訂を頻回（およそ2~4年ごと）にする国とめったにしない国とがある。

独立した専門家委員会（疫学者、産業疫学者、研究機関や社会団体の推薦による委員）がリストの権威ある改変を委託されることでは、リストはよりしばしば改訂される；彼らは、文献をレビューすること、職業に関連した新しい疾病の情報を供給すること、疾病の増加の原因に追加すべき職業がないか評価することなどを問われる。これらの義務に添えるため、委員会は職業に起因すると思われる疾病についての寄与あるいは反対する主張を、職業病リストに含まれていないが医師によって観察されたままに引き出したり、科学論文から引き出したデータを受けとめる。小さな国では、しばしば委員会は訴訟の助言者として、つまり、疾病や暴露がすでにある補償ルールに含まれているとみなすべきかどうかの助言者としても任命されている。

他方、委員会が常設でなく時によって組織されることではリストはあまり改訂されない。はなはだしい例はイタリアで、リストはめったに改訂されず、委員会は常設でなく、委員の大部分は労働組合や他の非医学的研究機関の代表で構成されている。

どのくらい補償されているか？

最後に、全アスベスト関連疾患のうちどのくらい

が補償されているかを評価してみよう。この観点からはアスベストと中皮腫しか調べられない。

アスベストについていえば、ヨーロッパ諸国の労働者は、幅広く補償にアクセスしているようである。データが得られる国では、予想されどおりに、アスベストのために補償された数は多くの死亡事例を含んでいる。

中皮腫についていえば、疾病の発生率はおおよそ死亡率に近い。しかし、死亡率のデータは、false positive と false negative があるので信頼できる死亡率の指標とはならない。胸膜腫瘍は、アスベストに基づく物の拡散の間接的な指標である。これは暴露から長期間後に発生し、補償システムの効果の指標となる。

表4は、1980年代後半のEU諸国での異なる年齢の男性の群での原発性中皮腫の死亡率を示している。

EU諸国の間でも、原発性胸膜腫瘍による死亡者数は非常に異なっている；時間の経過とともに死亡率は全般的に増加しており、死亡は高齢群に集中しているが、主に暴露と疾病との間のかかなりの潜伏期間の結果である。

男性の原発性胸膜腫瘍による死亡は、補償機関から得られる両性の中皮腫の補償件数と比較できる。

補償されて数えられるのはわずかの国にすぎない：イギリス、ドイツ連邦共和国、フランスである。イギリスでは、1986年から補償件数が男性の原発性胸膜腫瘍の総死亡数を追いついている（一方女性では、1986、1987、1988年に各々64、67、68の死亡）。この積極的な状況は数年前に実施された補償システムの結果である；アスベストに暴露した者への調査と疫学研究；がん登録の普及；新しい症例を紹介させる医師への義務；死亡診断書の調査と暴露データの集積、これらが工場の調査官によって行われる。ドイツ連邦共和国では、中皮腫の補償件数は、EUの中では補償という面からみれば2番目だが、65歳以上の男性の中皮腫による死亡数よりも少ない。しかし、補償件数は時とともに増加している。フランスでは、2~3ダースの中皮腫が毎年補償を受ける一方、何百人も死亡している。

結 論

この調査は、相違と理解の解説という点及びアスベスト関連疾患の補償状況という点で、EU諸国の職業病補償システムの部分的には信頼できる構図を示した。調和のための真の戦略の欠如が入手可能なデータの欠如を生み出している。これは、調和のプロセスがまだ初期の段階にとどまっていることを示している：入手できる情報に頼れないし、補償研究所は比較可能な統計を作成できていない。

補償システムを新たにするという努力において、ヨーロッパ諸国は各々の伝統に従っており、デンマークだけがEU勧告に沿うべく早くて深い変化を保っている。フランスでは、しばしばリストを新しくしているが、この積極的な面も、アスベスト関連疾患についていえば原発性胸膜腫瘍による死亡と中皮腫への補償の間のギャップによって軽んじられている。

EU諸国では、規定された疾病リストの改訂に用いられるアプローチも、専門家の用い方も、したがって、疫学データの用い方も大きく異なっている。古く確立された伝統と実践の重さが、統合に向う動きに全般的に固さと無能力さを与えている。もっぱら採択された勧告に則って行動するというEUの戦略は再度議論されるべきである。

疾病の発生が重く関連するがんの流行が早く成長するにもかかわらず、EU諸国のアスベストの職業的暴露による疾病の補償に対する態度は非常に異なっている。この違いは、アスベスト以外の疾病について著しく、主にがんに集約されており、職業がんの補償を避けようという全般的傾向によって、各国の違いは軽減されているようである。

表3 アスベスト疾患としての認定給付数

デンマーク 1980-1989 : 540 アスベスト-シス						
フランス	年	肺腺癌	良性胸膜浸潤	中皮腫	他の腫瘍	肺腫瘍
	1984	167	18	21	—	—
	1985	144	22	23	—	—
	1986	169	35	30	—	—
	1987	—	—	—	—	—
1988	194	75	39	6	11	
ドイツ						
ドイツ	年	アスベスト-シス	アスベスト-シス・肺腫瘍	中皮腫		
	1987	173	52	193		
	1988	232	100	221		
	1989	261	124	265		
アイルランド						
アイルランド	最近の7年間で9例：5 アスベスト-シス；1 アスベスト-シスと中皮腫；1 アスベスト-シスとじん肺；2 じん肺					
イタリア						
イタリア	年	アスベスト-シス	ルクセンブルグ			
	1989	212	3 中皮腫			
	1990	209	1 アスベスト-シス			
	1991	264	現在までに			
ポルトガル						
ポルトガル	1989 : 13 アスベスト-シス					
イギリス						
イギリス	年	アスベスト-シス	中皮腫	両側胸膜肥厚	肺腫瘍	
	1984	290	201	—	—	
	1985	301	250	63	8	
	1986	329	306	112	34	
	1987	282	399	117	555	
	1988	224	479	117	59	

しかし、興味深いことに、中皮腫は主要にはアスベストの職業的暴露によって説明され生み出された腫瘍なので、それらは職業がんの補償をテストする特異な機会を提供している。

ここで集めたデータでは、この疾病の補償をしようという政策を追求しているのはイギリスだけである。他の国は発生症例のうち小部分を補償する国から、補償しない国まで、異なっている。

混合システムの導入は、補償件数の増加につながっていない。請求者は疾病の存在と同時に、暴露の存在も証明するよう求められる；そして工場によって、暴露はしばしば否定され、被災者本人の証言によって確認される。

少なくともイタリアについていえば、混合システムの導入以後でも、補償された中皮腫の件数は無視

表4 EU諸国の最近の入手できる年での男性の原発性胸膜腫瘍死亡の発生数

国	年	0-34歳	35-65歳	65歳以上	合計
ベルギー	1984	—	15	34	49
	1985*	—	—	—	—
	1986	1	19	33	53
フランス	1986	2	163	259	424
	1987	6	194	344	544
	1988	8	181	375	564
西ドイツ	1986	1	184	253	438
	1987	6	227	296	529
	1988	5	225	312	542
ギリシャ	1985	—	—	2	2
	1986	—	—	—	—
	1987	—	1	3	4
イタリア	1985	4	59	210	374
	1986	6	187	270	463
	1987	3	215	280	498
オランダ	1985	—	63	94	157
	1986	1	66	98	165
	1987	1	90	113	204
ポルトガル	1986	—	3	2	5
	1987	—	3	5	8
	1988	1	3	6	10
スペイン	1983	—	26	36	62
	1984	—	33	38	71
	1985	1	30	37	68
イギリス	1986	1	171	190	362
	1987	2	161	186	369
	1988	—	217	212	429

出所：OMSデータバンク * データが入手できない
イギリスはイングランドとウェールズ

できるほどである。例えば、地方記録所が中皮腫の検索とアスベスト曝露のデータ収集に積極的で、訴訟もしばしば起こっている、トスカナにおいてさえ、1988年以降1桁の事例しか補償されていない。

訴訟はかりたてられず

最後に2点を強調したい。まず、知る限り、いくつかの国でのアスベスト関連がんへの補償の実質的な不在は、アメリカやオーストラリアにおけるようなアスベスト訴訟やその試みを生み出してはいない。この試みは、職場での紛じんの過剰なレベル、アスベスト紛じんを吸入する危険性への警告の欠

如、所有者のがんの危険性への知識、したがって請求者の補償と所有者の信念を明らかにする。ヨーロッパの数か国の職業病補償の積極的な対応と伝統は、少なくともアスベスト関連疾患や、もっと一般的には職業がんのケースについては、悪い影響を与えているようである。つまり、暴露の起きた工場の所有者や社会全体の補償にかかるコストを減らし、また、訴訟を回避しようという影響を。

犠牲者が補償されていないという事実による「残された社会的不正義の永続化を避ける」ことをしないで、EUのいくつかの国は疾病の罹患頻度が増えているにもかかわらず、仕事による暴露のコストのすべてを犠牲者におしつけるという道をとっている。

第2に、労働者や一般住民のがんリスクのために、アスベストやアスベスト製品の生産や輸出入を断念した国においてさえも、アスベスト関連腫瘍が補償対象と認められていないことは本当に驚くべきことである。最後にわれわれは、ヨーロッパのある国々では、アメリカとは大変異なるシステムで同じような結果を招いていると認めざるを得ない：「補償システムが雇用主の法的責任を絶縁するようにつくられ、労働者にはかわりに何が起ころうとほとんど何も与えない」。

アスベスト関連疾患の補償からいうと、EU諸国は、すでに別のところで保健システムに関して議論されているように、範例を以上のように固めてきた：発がん性の曝露に反対して行動することに、犯罪的にも気が進まないことによる知識と行動の間のギャップ。冒頭紹介したように、労働関連疾患を認めることは行動の先駆けであるというEU勧告の記述は、アスベスト関連疾患についてみれば、EU諸国の補償システムにとって有効でないことを明らかにした。

【注意】本論文が書かれてからイタリアで職業病リストを拡大する法律が通った。中皮腫と肺がんはアスベストに曝露した労働者に発生したときは職業病と認められる。



監督署・審査官で相次ぎ過労死認定

愛媛●えひめ社会文化会館労災・職業病相談室からの報告

●相談室の設置の経緯

1992(平成4)年10月3日、愛媛地評センターと中予地区労センターの協力を得て、えひめ社会文化会館の事業の一環として労災・職業病相談室を開設しました。

えひめ社会文化会館は、1989(平成元)年6月に社会党愛媛県本部全党員の総力を挙げて竣工、県民に開かれた会館の事業として、9月に「シンクタンク」を設置し、県政に対する現実的な政策と課題に向けて取り組んできました。

また、会館の一室に「市民相談所」を設けて、市民のさまざまな悩みと要求の解決に取り組んでいます。

社会党愛媛県本部が「労災・職業病相談所」を設置したのは次の理由からです。

労災・職業病の犠牲者は労働者であり、過労死問題が社会的に、世界的に問題視されているとき、抜本的な改正が行われなければならず、その運動が求められています。

総評解散後、労災・職業病・安全衛生活動の全国的ネットワークは唯一「全国労働安全衛生センター連絡会議」が組織され運動が展開されています。

県内では「愛媛労働災害・職業病対策会議」が、振動病、アスベスト肺・じん肺、腰痛症等につい

て積極的に取り組んで救済に成果を上げております。

当「労災・職業病相談室」は、当面は過労死問題に集中して取り組む計画をもとに設置されたものです。

現在、愛媛労働災害・職業病対策会議に団体加入、全国労働安全衛生センター連絡会議に賛助会員として加入して指導をお願いしているところです。

●相談状況

開設以来の相談件数で記録にとどめているのは24件です。電話による相談で氏名を明らかにされないのが30件近くあります。そのほとんどが中小企業で働いており、労働組合組織がないのが特徴です。

24件の内訳は、過労死関係(急性心不全)3件、労災打ち切り1件、公務員災害1件、難聴1件、一人親方関係2件、外国出張中の負傷1件、審査請求1件、再審査請求1件、その他2件となっています。

この内、過労死の労災認定(1995年8月18日)と、過労死の逆転労災認定(1995年12月27日)について報告します。

過労死の業務上認定

労災保険の請求手続は、労働者

本人またはその遺族が請求することになっています。会社には申請に当たって証明と助力義務があるにもかかわらず、協力的でないために諦めざるを得ないのが実情です。

過労死問題3件の内2件は労災保険申請を諦めざるを得ない状況にあり、内1件について取り組みました。

その経過と内容は次のとおりです。

○相談所受付年月日：1993(平成5)年1月16日

○氏名：S・T男 1935(昭和10)年2月17日生 56歳

○死亡状況：

1991(平成3)年9月1日、早出のため自宅を午前6時半前に出て、7時前から仕事で、8時過ぎに突然座り込み倒れました。直ちに救急車を手配して病院へ行きましたが、午前9時4分頃死亡しました。死亡診断書には直接死因として急性心不全とあり、発病から死亡までの期間は約55分となっています。

○会社における作業内容：

産業廃棄物の取り出しと選別・整理の他、廃棄物の焼却炉への投入、灰の掻き出し、焼却炉の安全の確認等。(屋外作業)

○就業規則による勤務内容：

所定労働時間 8時～16時30分

入社以後の労働実態(入社:1988年5月1日)別紙資料(省略)のまとめ

	稼働日数	労働日数	早出	所定時間	残業	総労働時間
1988(昭63)年	245	228		1,824	463	2,287
1989(平元)年	365	341	2	2,716	678	3,396
1990(平2)年	365	352	128	2,791	769	3,688
1991(平3)年	243	229	225	1,798	407	2,430

労働基準監督署から求められた調査(発病日~10日前の勤務状況) 発病前の就労状況 1991年8月21日~9月1日

勤務状況	発病当日	前日	2日前	3日前	4日前	5日前
出勤時刻	6時47分	6時56分	6時48分	6時45分	6時41分	6時42分
退勤時刻	8時頃	12時03分	22時00分	18時00分	0時00分	18時00分
実労働時間	倒れる	4時00分	8時00分	8時00分	8時00分	8時00分
所定外労働時間		1時00分	6時00分	2時00分	8時00分	1時00分

勤務状況	6日前	7日前	8日前	9日前	10日前
出勤時刻	6時41分	6時48分	6時33分	6時44分	6時51分
退勤時刻	0時00分	17時01分	19時01分	18時05分	18時00分
実労働時間	8時00分	8時00分	8時00分	8時00分	8時00分
所定外労働時間	8時00分	1時00分	3時00分	2時00分	2時00分

注:出勤・退勤時刻はタイムカードの記録による。

所定休憩時間 正午~0時45分
 所定休日 公休日、国民の休日、
 その他会社が指定する日
 通年的に長時間労働が行われて
 いました(表参照)。

「問題点」

- ① 就業規則では、「新たに採用した者については、採用の日から3か月間を試用期間とする」とありますが、就職した5月の労働日数が29日間、残業時間が76時間、6月が労働日数が28日間、残業時間が69時間と働いています。このような働きぶりを認めて、会社は2か月で社員にしました。
- ② 当然、会社は就業規則による勤務を行うべきですが、1989年以降は月1回程度の公休しか取れず、年間総労働時間は3,000時間を超える長時間労働となっており、慢性的疲労が蓄積されている状況でした。
- ③ 仕事の内容は、選別係として廃棄物を搬入してくるトラッ

ク等から、ショベルローダーを操作して廃棄物の押し落とし、落とした廃棄物を横に寄せて積上げる作業を繰り返すのが通常ですが、実際は焼却・灰の掻き出し等全般的な作業をしており、そのため残業が行われていました。

④ 廃棄物の種類は、輸入外材の樹皮、化粧品の売れ残り品、汚物等が混じっています。職場環境は特に悪く、鼻を突く臭い、吐き気をもよおす、塵埃が降りかかるため汚れ放しになる状態でした。食事中に焼却炉からの燃え粕が弁当の上に落ちてくることも再三あったといわれています。食事中にも廃棄物を搬入してくるために、落ち着いて昼食が取れないこともあります。廃棄物の搬入はいつも来るわけではないので、この間、焼却炉の方へ行き焼却や灰の掻き出しにいったりします。焼却炉から灰を掻出すのは大

変熱い仕事です。職名上から安全靴の支給がありません。しかし、必要なものですから奥さんが自費でいつも購入していました。真夏の炎天下に軍足の上に登山用の毛糸の靴下を履いて安全靴で仕事をしなければならず、夏でもマスクを持参し一日で真っ黒になる状況でした。1990(平成2)年9月から、早出が日常化され、残業もほとんど毎日のようになっています。入社以来、年末は晦日まで仕事、新年は元旦だけ

が休みで、2日目からは仕事に出る状態でした。湿度の高い夏場の疲労は想像以上のものがあつたと思います。亡くなる前日、午後1時頃に突然帰ってきました。あまりにも顔色が悪いので、心配して聞くと「どうも、しんどうていかん。このままでは倒れそうなので休みをもらって帰ってきた。体が火照っているようなので、家は暑いからK地へ行って帰って涼んでくる」と、K町の実家へ行きました。夜7時過ぎに帰ってきましたが、まだ顔色が悪いので「明日は日曜だから休んだら」と強く言ったが、「大分気分も良くなった。わしが続けて休んだら仕事がたまってしまふ。明日も早出だから起こしてくれ」と、なかなか寝つかれなかったのか、午後11時過ぎに寝たようです。9月1日、いつものように6時頃に起こし、身支度をして出かけていきましたが、8時過ぎに会社か

らの連絡で、夫が仕事に倒れ、救急車で病院に運ばれたと聞き、病院に駆けつけたときは臨終に間に合いませんでした。3年4か月の間、夫の生きざまは一体何だったのだろうか、これでは浮かばれないと思いつけてきたこの3年間です。会社を紹介して下さった方も、「これは過労死ですよ。私がいつでも証言してあげます」と言ってくれています。(注:後に会社を辞め行方不明です)夫の死を無にしないためにも、労災の認定をお願いすることにしました。(以上「遺族の意見書」抜粋)

『取り組み』

- ① 会社側は、当初は当相談所からの要請による関係書類の提出等には協力的でしたが、労災申請をする段階で1991年秋の台風による水害で書類が流出したことも理由にして、必要な書類が入手できないために話し合いが進みませんでした。このため、遺族から労災申請を取り止めたい旨の話が出されましたが、友人、当相談所の励ましにより労災申請の決意を固めました。労災保険の請求手続に当たり、事業主と請求書の証明をめぐって押し問答の末に、災害の原因については「原因不明」として証明印をさせ、事実関係については申請後に労基署の調査の時点で明らかにすることにしました。したがって、申請の際、会社側の証明不備の対応については、労働基準監督署に調査を要請する

ことにしました。② 申請後、労働基準監督署から「業務上外に係る資料の提出について=事業概要・労働条件・本人・発病前の就労状況(発病当日、発病の日の前日~10日前)」の証明を会社に求めましたが、会社側が記入したのは、「タイムカード参照」という記録のみで、不誠意な対応でした。したがって、こちらで詳しく書き込んで提出した状況でした。③ 本人の作業は、屋外労働であること、休憩も自分で扱うショベルローダーの運転席で取っている状況ですから、暑さと湿度が体調に影響してきたことが考えられると判断して、松山中央側候所で当時(6月1日~8月31日間)の天候・湿度を午前6時から午後8時までを2時間ごとに調査して資料を提出しました。これによると、日中の気温が30度で平均湿度が70~80%台ですから、蒸し暑くて疲労しやすい環境にあったことが判明しました。タイムカードで見ると、6月は1日~24日までおっ続けの勤務、7月は8日~8月13日までの38日間を炎天下で仕事をしています。この実態について資料の提出をしました。④ 労働基準監督署における遺族(妻)の事情聴取については、立ち会うなど不安感に陥らないように協力をしてきました。⑤ 1995(平成7)年8月18日付けで、松山労働基準監督署から「業務災害」と認定した旨の通知がありました。これにより、過労死の日にさかのぼって遺族に対し「遺族補償年金・遺族特別支給

金・遺族特別年金」の支給が行われることになりました。なお、葬祭料は請求時効2年となっているために支給はされませんでした。⑥ 労災認定の基準緩和の経緯と今後の課題について 過労死に多い脳・心疾患、自殺等の死亡原因が「複合的」で、業務の因果関係を直接医学的に実証することは、極めて困難な状況にあります。この実証を申請者側に求める現行の労災補償制度は、過労死(疾病)認定の大きな壁となっております。特に、労災保険の請求手続は、労働者本人またはその遺族が請求することになっているため、会社(事業主)側の証明義務、助力義務が消極的であることが問題となっています。脳・心臓疾患による死亡者数は年間約30万人に上りますが、過労死弁護団全国連絡会議はこのうち過労死の人数は1万人を超えると推定しています。しかし、労災申請件数は全国的に500~700人台(1987年~1990年)に過ぎず、認定件数はわずか4%~5%の20人~30人台である事実が証明しているところです。したがって、労働基準監督署の労災不認定を不服として裁判所での争いが全体の傾向として現われ、労基署の不支給決定を覆して認定判決により国側が敗訴するケースが相次ぎ、過労死問題が大きく社会問題化した運動の反映が、認定基準の緩和・改正につながってきています。1994(平成6)年1月、全国紙のトップに研究論文「過労死の認定基準緩和と労災補償制度の改善」

が紹介され、世間の議論を引き起こしました。執筆者が、労災問題を所管する労働省内部からではなく、経済企画庁経済研究所の主任研究官の個人的見解でありましたが、労働省内部にちょっとした波紋を投じたようです。

同年12月16日、労働省内に設置した「脳・心臓疾患等に係る労災補償の検討プロジェクト委員会」が検討結果報告書を提出、同19日、労働省はこの過労死(脳・心臓疾患の労災)認定基準の改正内容を発表しました。

1995(平成7)年2月1日、労働省は基発第38号により認定基準を改正。①発症前1週間以内の業務が日常業務を相当程度超える場合は、発症前1週間より以前の業務も判断材料とする。②継続的な精神的ストレスを検討対象とする。③年齢、経験などを考慮する等が主な改正点でした。さらに、過労死の対象として「不整脈による突然死等」を新たに追加することも検討していることを明らかにしていました。

今回の、S・Tさんに対する過労死認定に至った理由について、労働基準監督署に調査官報告書の明示を求めたところ、「プライバシーに関わる」として出ませんでした。これは現行の労災保険法に資料を見せる規定がないことが問題であり、資料の請求をすれば明示させることに法改正する必要があります。

このため、質問で「蓄積疲労」を認めたのかとの問いには、「そうではない」と明言を避け、続いて「基発第38号による認定基準緩和」が関係したのかとの問いには

「そうではない」とこれも明言を避け、それでは「認定理由」を求めたところ「長時間労働が継続していた」ことを是認しています。

これは、行政の全国的に共通している「明言を避ける」姿勢と言えるでしょう。結局、基発第38号による新基準が影響していることは明らかだと思います。

また、これまでの過労死問題に対する認定基準の緩和を求める運動の成果によるところが大きいものと受け止めています。

労働省が本年1月に公表した、昨年2月1日基発第38号により認定基準改正後の脳・心臓疾患等の認定件数がそのことを証明しています。1995(平成7)年2月1日から12月31日までの間、認定件数は63件となっています。これに対し、過去5年間の平均は29.6件ですから、2倍強になっていることから明らかです。

また、事例として、「時間外労働を含め26日間連続勤務した営業員に発症したくも膜下出血」に対し、「被災者の発症前の業務量、業務内容等を総合的に判断した結果、発症前1週間の業務だけでは特に過重な業務に就労したと判断することはできないが、この間、時間外労働に加え、休日出勤を含め、1週間連続勤務しており、日常業務を相当程度超えていると認められることから、発症1週間より前からの時間外労働、休日出勤により26日間休養することなく連続して勤務している状況があり、これらの業務を総合的に判断すると、被災者は業務による明らかな過重負荷を受けたことによりくも膜下出血を発症した

ものと判断されるので、業務上の疾病として取り扱うのが妥当である」としています。

今後、「安全センター情報」(1992年4月号)に掲載された特集「労災補償制度の改革」を全国的な運動として発展させるためにも、「全国労働安全衛生センター連絡会議」が名実ともに全国組織化されることを切望します。

過労疾患の逆転認定

日常業務が多忙である労働団体専従役員(事務局長)が業務遂行中に脳内出血で倒れ、現在も治療を継続しているのは、本来労災保険の適用を受けるべきではなかったかという出身労組、団体役員らの要請から当相談所で取り組んだものです。

問題となったのは、過労疾病の発生から5年4か月を経過しており、労災保険法第42条による請求権の時効(療養補償給付・休業補償給付は2年)との関係で、早急に詳細な資料整備と労災保険の手続が求められていました。

その経過と内容は次のとおりです。

○相談受付年月日：1992(平成4)年12月14日

○氏名：K・H男 1931(昭和6)年1月14日生 61歳

○発症当日の状況：

1987(平成3)年8月26日、自宅で午前4時30分頃から大会議案書の校正作業を8時前まで行い、朝食、オートバイで8時過ぎに団体事務局に出勤、前夜と早朝に校正した議案書をワープロで修正、仕上りを印刷所に回すよう指示、引

き続き翌日の2つの小委員会、3日後の学習会の資料を作成中、来客、労組、地区対策の対応に追われしばしば作業を中断、短時間、短時間で業務を遂行、昼食後Z労組四国地本の大会にあいさつ、会場近くの自宅に帰りオートバイを置き、直ちにタクシーで事務局に帰り、残っていた資料作成に集中してワープロで作成、午後6時より日朝県民会議の歓送迎会に出席し司会を担当、あいさつ、自己紹介、乾杯の直後、経験したことのない気分の悪さにおそわれたために退座、駅前のタクシーを探しに行くところ気分の悪さに耐えかねて座り込んだまま意識不明となり倒れ、救急車でM病院に運ばれ応急手当の上、診断の結果「破裂脳動脈瘤」により手術を行った。手術が3度にわたり、このため5年を経過した今日も治療のために通院している状態です。

○労働団体の組織：

1987(昭和62)年当時の加盟組合は97組合、加盟人員は23,300名、県下26地区労働組合の運動の指導と支援を行っていた。この目的達成のために行う活動は11項目の多岐にわたる(省略)。

○一般業務の遂行：

本部役員で構成される常任幹事会がその責任を負い当たっていた。議長1名、副議長3名、事務局長1名、事務局次長1名、常任幹事若干名、会計監査3名

○専従役員：

議長、事務局長(K・H)、オルグ5名。この中心的な立場にあったのがK・Hでありました。

○K・Hの任務：

県下26地区労の運動の指導と支援、上部団体、他団体、公職等に及び、計り知れない精神的・肉体的負荷の中で激務を遂行していました。その任務は次のとおりです。

①労働団体内部の任務

県民春闘共闘会議事務局長、時短対策委員、技術革新対策委員、文化活動対策委員、組織拡大対策委員、労線統一対策委員、県民行革推進会議委員、地評機能検討委員会委員。

②共闘関係の任務

売上税反対県民共闘会議事務局長、県林政共闘会議委員、県食糧を守る会委員、地場産業造船振興プロジェクト主査、国鉄分割民営化反対共闘会議ブロック事務局長、同県共闘会議事務局長、地域労働運動全国集會準備委員会事務局長、県教育と子供を守る会事務局長。

③他団体の任務

憲法を守る会事務局長、原水爆禁止県協議会事務局長、県日朝友好協会事務局長、福祉タクシー運営委員会副会長、社会党・地評協力会議委員、風雪の碑建設小委員会委員、I・U伝編集委員、H・O伝編集委員。

④上部団体関係の任務

総評拡大評議員、総評本四架橋対策委員、本四架橋ブロック対策委員。

⑤福祉団体関係の任務

県勤労会館理事、県労任協理事、全労済県本部理事、県労働者福祉協議会委員、労働者信用保証協会理事。

⑥県関係の任務

本四架橋Eルート協議会座長、

本四架橋県対策協議会同小委員会委員(兼運営委員)。

⑦公職関係の任務

県地方労働基準審議会委員、県地方最低賃金審議会委員(地域最低賃金専門部会審議委員、紙、パルプ、繊維、卸・小売、出版・印刷各専門部会審議委員)。

○事務局規定による就業内容

所定勤務時間 午前9時～午後5時10分

休憩時間 正午～午後1時

所定労働時間 7時間25分

所定休日 隔週週休2日制。祝祭日、年末・年始(12月29日～1月3日)の6日間、地方祭1日、お盆1日。

○K・Hの勤務実態：
加盟組合の闘争応援・指導、各種委員会等の会議出席、選挙応援等のために、定時に退勤して業務が終了することは少なく、休憩時間(昼食時等)は不規則、会議、オルグ、出張の場合は勤務時間に関係なく業務を遂行しているのが実態でした。

特に、労働戦線統一が目前の課題であり、大会で決定された「30年史」の発行を9月の定期大会までに完成させるという重圧がかかっていました。

○労働基準監督署から求められた調査(発病日～10日前の勤務状況) 1987年8月16日～26日

・当日 8月26日(水曜日)

【出勤時】一前述の「発症当日の状況」のとおり。

【自宅】午前4時30分頃から大会議案書の最終的校正作業を8時頃まで行っていました。

・前日 8月25日(火曜日)

【出勤時】前日に続いて9時から11時過ぎまで会議を開催、K・Hが大会議案の部分的修正を行うことで収拾し終わる。直ちに出発、12時30分頃に事務局に帰る。校閲が終了した30年史の原稿を印刷所へ完全発注することを指示。14時30分にオルグ、Z労組支部書記長と県庁小会議室で開催された本四架橋小委員会に出席、17時頃終了。事務局に帰り常任幹事会の資料を持って帰宅。

【自宅】帰宅後、夕食をはさんで前日の常任幹事会で部分修正の議論を大会議案書原案加筆、修正作業を24時頃まで行っていました。

・2日前 8月24日(月曜日)

【出勤時】9時事務局に出勤、常任幹事会に提案する議案原案の資料整備を行い、11時に地評宣伝車でK郡K町の国民宿舎「F荘」に12時30分頃に到着、年1回の宿泊して討議する常任幹事会を開催、13時から18時の間、大会提出議案を審議した。特に労働戦線統一問題について議論が集中、中央の統一方針が産業別組織による統一となっているため、当時加盟組織92組合中約40組合が加入できなくなり、共闘の枠を外れるためにマイナス面が多く、これをどう結集するかが最大の課題でした。対立している労組間の問題、県内未加入の大組織の問題、労働戦線統一に消極的な組合、早期統一と全国的情勢を見て統一するとの意見に分かれ、役職員の待遇、退職金の大幅な不足、受入先等について議論が尽きず、夕食後、19時に再開、23時頃まで議論が続きました。

【自宅】出張先で宿泊。会議終了後、K・Hの部屋に数組合の幹事が集まり、午前1時過ぎまで同じような議論が交わされました。

・3日前 8月23日(日曜日)

【出勤時】9時、「T荘」に到着、第2日目の授業に立会い、午前の講義のあと卒業レポート作成について問題提起を行い、昼食後、レポートの提出、卒業式の司会を担当。午後3時30分頃帰宅。

【自宅】帰宅後、夕食をはさんで30年史の最後の校閲を行い、あとはゲラ刷り段階となり、午後10時30分頃入浴して就寝。

・4日前 8月22日(土曜日)

【出勤時】この日は、10時から保養所「T荘」で第2期労働学校の最終授業。9時、事務局に到着、前夜校閲済の30年史の原稿を印刷所に回す手配をし、事務処理、正午頃に「T荘」に到着、昼食後、中央講師を見送り、労働学校担当オルグと午後の「ウォークラリー」準備の打ち合せを行い、午後1時からの「フリー討論」に参加、午後2時30分からの「ウォークラリー」約7キロのコースのチェックポイントを先行して付き添う。この日は労働学校最終日で全員泊り込みの交流に参加、18時半頃に乾杯の音頭をとった後に帰宅。

【自宅】帰宅して夕食後、疲れていたが遅れている30年史の原稿の校閲を0時過ぎまで行っていました。

・5日前 8月21日(金曜日)

【出勤時】9時、事務局に出勤。ゲラ刷り全てを印刷所に返すよう指示。10時から正午まで会館駐車場委員会を開催。昼食後、来客の対応、地区労からの連絡、労組

への連絡など多忙な中でも30年史の原稿を校閲しています。17時過ぎ、事務局をオートバイで郡M町の町議候補の事務所開きに出席、激励あいさつ後20時過ぎまで、次の会場に移動中に交通取り締まりに会う。21時から22時まで出身労組の執行委員会に出席、帰宅途中で再度の交通検閲に会い帰宅。

【自宅】早朝4時30分頃から7時30分頃まで、大会議案書全てを推敲。

帰宅後、約2時間にわたり30年史の校閲を行い0時過ぎに就寝。

・6日前 8月20日(木曜日)

【出勤時】7時30分頃自宅をオートバイで出発、O郡S町のZ労組E支部の8時からの時間内職場大会に激励あいさつし、10時まで執行部と話し合う。M市へ引き返しZ労組M支部の座り込み行動に参加し激励あいさつ、正午過ぎ事務局に到着。午後、大会議案書等の原稿をワープロで作業し、17時30分事務局を出て帰宅。

【自宅】帰宅後、30年史のできあがっているゲラ刷りの校正を全て完了、0時過ぎ就寝。

・7日前 8月19日(水曜日)

【出勤時】9時に事務局に出勤、来客、各団体・地域からの対応の合間に、主として30年史原稿の校閲と印刷準備の完了したゲラ刷りの校正をして、19時頃に帰宅。

【自宅】早朝4時半頃から7時半頃まで30年史の校閲を行っています。

帰宅後、夕食をはさんで0時過ぎまで30年史のゲラ刷りを校正しています。

・8日前 8月18日(火曜日)

【出勤時】9時に事務局に出勤、9時30分から10時30分まで事務局会議、大会準備作業の分担を決定。引き続き大会議案書の最終校閲、休暇中の文書(到着文書)の処理、30年史原稿の校閲、終了したゲラ刷りの校正を18時頃まで集中。18時過ぎ帰宅。

【自宅】帰宅後、夕食をはさんで23時頃まで30年史の校閲を行っています。

・9日前 8月17日(月曜日)

【出勤時】休暇日

【自宅】自宅。K医院で健診。

・10日前 8月16日(日曜日)

【出勤時】休暇日

【自宅】実家(T市)で墓参。

帰宅する。

注：労働基準監督署に報告した内容を、団体の意見書を元に区分整理したものです。

○労働運動の経歴について

1952(昭和27)年Z労組の分会役員に就任以来、1日も労組役員を離れることなく、1961(昭和36)年以来2度4年間職場に復帰した以外26年間にわたって専従役員として活動。1983(昭和58)年10月に事務局長に就任して、発症まで県下の労働運動の指導にあたっていました。

○本人の健康状態について

1980(昭和55)年5月12日に高血圧と診断され、以降降圧剤を継続服用していました。1976(昭和61)年4月17日～5月26日の間、過労で入院しました。7月28日の検査で血圧80～146で異常なく、以後通院はしていません。1987(昭和62)年8月17日に過労で夏バテのため診察を受けたが、血圧は安

月	週休	特休	祝日	年休	会議	県内出張	県外出張	集会・講演 オルグ・街宣	通常勤務
1月	0	2	1	2	11	4	4	6	4
2月	1	0	0	0	23	2	2	5	4
3月	1	0	0	2	17	3	3	7	0
4月	2	0	0	0	10	0	0	11	3
5月	1	0	2	0	17	4	4	7	1
6月	2	0	0	0	12	12	6	2	2
7月	0	0	0	1	12	9	9	4	5
8月	3	0	0	3	8	10	0	5	4
計	10	2	2	8	110	44	28	47	23

注：来客は関係諸官庁、団体、報道機関等、在局時には1日平均数名です。通常勤務とは、特に会議、一定時間の出張がない時で、この日はほぼ午前9時出勤、午後6～7時頃に退勤していました。

定していました。

また、少なくとも2～3年に1度は人間ドックの健診を受けており、一度も基礎的疾患的な症状の指摘を受けておらず、通院加療等の指示を受けたこともありませんでした。

したがって、本人には基礎的疾患はなかったことを主張した理由です。

○K・Hの勤務状況について

労働団体(労働組合)の専従役員の勤務状況は、一般的に勤務の始・終業時刻、休憩時間、休日等は極めて不規則なのが特徴です。K・Hの場合、1987年の勤務状況は表のとおりでした。

この時期に集中した特別の業務について(説明は省略)

- ①30年史の発刊
- ②労働戦線統一問題
- ③総評全国集会
- ④本四架橋関係
- ⑤最低賃金制度の改訂
- ⑥原水禁運動
- ⑦国鉄分割民営化処理

○提出資料の作成と提出

- ①診断書

- ②団体の意見書
- ③団体の行動綱領と規約
- ④団体加盟組合一覧表
- ⑤「30年史」及び校閲原稿の一部
- ⑥1987年度運動方針及び附属資料
- ⑦本人の行動手帳
- ⑧妻の意見具申書
- ⑨関係者(役員・オルグ)5名の意見書

労災保険請求の提出を1993(平成5)年3月25日に決め、この日から2年間にさかのぼって療養補償給付、休業補償給付を請求しました。

○労働基準監督署の事情聴取は、本人が治療中である事情を考慮して、監督署と本人の自宅で数回にわたり行われましたが、必ず付き添いをしてきました。

○労働基準監督署「労災療養補償給付・休業補償給付の不支給」を決定

1994(平成6)年3月23日付けで、労働基準監督署長から「不支給決定」通知のハガキが送られてきま

した。
現状の労災保険法では資料を明示しないという問題があり、「不支給決定」の理由は本人には一切不明ですが、従来の例から多分に「早朝及び帰宅後の業務は特別な業務であることは認めながらも、突発的な血圧上昇による発症は業務に起因するものとは認められない」ということだと判断しました。

○審査請求申立の趣旨と理由

同年5月18日、労災保険審査官に対し、次の趣旨による審査請求を行いました。

- ①くも膜下出血の認識
- ②労働組合運動への認識
- ③勤務の内容への認識
- ④現治療中の医院との関係
- ⑤総括的結論

について、本人の具体的な意見を提起しました（内容は省略）。

○審査請求の審理

審査請求して1年後の1995（平成7）年6月21日に第1回の事情聴取が労働基準局で行われました。

これ以降、数回にわたる本人と妻の事情聴取にも立ち会ってきました。

○労災保険審査官「原処分を取り消す」決定を行う

同年12月27日、労働保険審査官は労働基準監督署長が平成6年3月23日付けをもって行った「不支給決定処分を取り消す」決定書を本人に送付してきました。

決定書によると、11月30日に参与会を開催し、参与（労・使各2名）の意見を求めたところ、出席した全参与の意見は「過重負荷を認め取消が妥当である」と述べられたとあります。

県下全体にわたる労働団体の実務的責任者である事務局長の労働実態が労使双方から理解されていたことを証明しています。
○過労疾患の逆転労災認定の評価について

① 事務局長の職責から、早朝・深夜にいたる業務を認めるとともに、それまでの事務局長の業務にない特別の業務が集中したことを認定したことです。

したがって、労働時間の認定を勤務先の事務局長の労働時間管理に加えて、自主申告による労働時間を含め、過重な業務に就労していたと判断したことは大きく評価されます。

② 日常的な労働団体（含む労働組合）の勤務の実態が、特別な業務が付加されて精神的・肉体的に特に過重な業務に就労していたことを認定に加えています。これは、本人の克明な記録と団体役員・オルグの意見具申書と役員からの面接調査と、労災病院の医師の意見書で日常業務の範囲を超えて過重であったと具体的に証明されたことが大きい背景となっています。

③ 新基準（基発第38号）の影

響について、原決定は一応引用しながらも否定的見解を示しましたが、審査官は資料に基づき「業務による精神的・肉体的負荷が極めて過重な状態が継続していたために自然経過を超えて疾病が発生したと推定」しています。

これは、発症直前の1週間以前まで含めて考えており、労働省が1月22日に公表した新認定基準による認定件数の増加と事例の説明で納得がいくと思います。

○これからの行動について

労働省は、「不整脈による突然死等」を新たに対象疾病に加えることを決め、1月22日付けて基発第30号「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の認定基準の一部改正について」を出し、今後の取り扱いについて遺漏のないよう万全を期されたいとしています。

新基準に続いて、過労死（疾病）について、本人や家族の救済に一步前進したといえますが、さらに運動の継続が必要です。

これからの運動で、過労・過労死を根絶する根本的な対策に目を向けた対策と取り組みが必要とされています。



震災後の過酷な環境で過労死

兵庫●申請から6か月で業務上認定

被災者・江國明さん（当時46歳）は、菱倉運輸分会に所属し海上コンテナのドライバーとして運転をしていました。

1995年4月14日、1日の仕事を終えて帰社し、18時から予定されていた職場集会までの待機時間を、同僚と囲碁を打っていたところ、

突然胸を押さえ、「苦しいのか」という同僚の問いにも無言のままその場で倒れました。

同僚があわてて救急車を呼び、職場の近くにある神戸市立中央病院へ搬送されましたが、すでに瞳孔が開いており、約50分蘇生術を施しましたが、同日19時10分死亡が確認されました。

神戸医大附属病院での行政解剖の結果、死亡原因は心筋梗塞と断定されました。

これは震災による異常な労働環境が生んだ労働災害です。その要因と認定の関いについて報告したいと思います。

●通勤環境の悪化

被災者の自宅は明石市にあり、神戸市中央区にあるポートアイランドの会社までの通常の出退勤時間は、ともに約1時間でした。それが震災の直後には2時間の徒歩を含めて、片道6時間かかって通勤したこともありました。発症前でも1.5倍から3倍の通勤時間がかかり、彼の職場であるポートアイランドを出るための神戸大橋を渡るだけでも2〜3時間かかった時期もありました。

特に1日の業務の後、このような交通事情の中で帰路につくことは、業務による疲労を著しく増悪させたことは、容易に判断できると思います。

本来、業務と通勤労災の観点は別々のものと考えられますが、この通勤環境は当然本人の周知に及ぶところではなく、突発的なものであくまで労働の一環として考えるのがべきだと考えます。

●労働環境の悪化

業務中の異常なまでの交通麻痺による疲労とストレス、それに、震災後の交通事情で異常に増えた「にわかライダー」のバイクへの危険回避などの、一時も気を抜くことのできない緊張感などがありました。

震災前には20分で行けたポートアイランドから六甲アイランド間が6〜7時間もかかったり、神戸港の主要アクセス網が寸断され、海上コンテナの大型トレーラーが普段なら絶対通らない狭い道路を通ったりしました。熟知していない経路や家屋の倒壊のための交通規制、その他の様々なアクシデントにより、まさに1日中気を抜くことのできない状況で、彼の心労は想像にあまりあるものであったろうと思われます。

震災前には20分で行けたポートアイランドから六甲アイランド間が6〜7時間もかかったり、神戸港の主要アクセス網が寸断され、海上コンテナの大型トレーラーが普段なら絶対通らない狭い道路を通ったりしました。熟知していない経路や家屋の倒壊のための交通規制、その他の様々なアクシデントにより、まさに1日中気を抜くことのできない状況で、彼の心労は想像にあまりあるものであったろうと思われます。

●労使協調の認定運動

過去の運動の経験を基礎に、いろいろな方法を模索し、デスクワーク中心の労働行政に、交通渋滞による疲労を理解してもらうために、運輸業界やドライバーの意見書を数多く集め提出することにしました。

同時に組合員には、労働実態調査を行い、その中から参考になるような人をピックアップし意見書をお願いしました。

当初は準備を完全にしてから申請を行う予定でしたが、震災に関連する労働災害という位置づけがなければ認定は無理との見解から、大震災の記憶が消えない6月26日、神戸東労働基準監督署に労災申請をしました。

●運動の経過と成果

6月26日の労災申請の後、各企業団体や組織内の企業に直接監督署に意見書を提出し意見陳述してもらい、当該分会を中心として支援団体から集まった意見書を随時提出を行い、監督署担当官への早期認定の要請を行うとともに、海コンドライバの窮状を訴えるなど、菱倉運輸分会は一丸となって積極的な運動を展開しました。

これに対し、同じ（震災）被災者でもある神戸東労働基準監督署の担当官は、全港湾との友好関係を尊重するとともに、われわれの意見に誠意を持って対応し、被災地の職業ドライバーの労働負荷を理解し、労災申請から6か月目の12月26日業務上認定



となったものです。
全港湾阪神支部安全衛生委員会
事務局長 永藤 守
（「港湾労働」第1055号から転載）

「付添看護」廃止とせき損者

厚生省●瀬戸際に立つ日本の公的医療保障

厚生省は、この3年前から「個人付添看護の廃止」の具体的な検討を始め、次の3項目の改悪を柱

とする「健康保険法等改正案」を一昨年（1994年）3月22日に国会に提出しました。その3項目は、

「①患者負担となる入院時給食の有料化、②付添看護の廃止と新看護体系の新設、③差額ベッド料を取る病床の拡大」です。

この改悪案は、細川内閣から羽田内閣へ移行し、与党自民党の分裂と政党の離反統一の政治劇の中で、マスコミに報道されることもなく、6月になって政府から改悪案の主旨説明があり、スピード審議の中で、1995年6月23日に成立しました。

そしてこの時点で、国民健康保険法等の医療保険法で非基準看護病院だけに残され認められていた「付添看護制度の廃止」が法律の上で決定したのです。

入院患者の付添看護の歴史は戦後に遡り、昭和20年に太平洋戦争が終わってGHQ（連合軍司令部）が中心となって行った昭和25（1950）年の「入院医療への指導」がその始まりです。

それは、①病院の看護婦の3交替勤務の実施、②入院患者の看護記録を付けること、③入院患者の付添看護人を廃止すること、の3項目の条件を実施することであり、この3条件を満たす病院が「完全看護病院」と呼ばれました。

ところが、付添看護人を廃止してもこの仕事は患者とその家族の負担となったため、患者から批判が出され、8年後の昭和33（1958）年に「患者数：看護要員数の比を4：1以上にする」という条件を満たす「基準看護病院」制度が生まれました。

しかし、この改善が実施されても、看護婦の待遇改善は進まず、昭和35～36年に「看護婦の人権闘争」と言われた「全国病院ストラ

イキ」が起こされました。このストライキは7年後の昭和43年の「につばち（2・8）闘争」まで運動が継続されましたが、その要求の中心は、夜間看護業務の「2人勤務、月に8回まで」を意味する2・8闘争要求でした。

昭和47年に診療報酬の上で、「看護料」がやっと「入院料」から独立し、看護業務がどうか評価される時代に入っていったが、看護婦の賃金は依然として低く、全国的にも看護婦不足であり、民間病院の半数以上は、看護婦不足のため「基準看護病院」の認定が受けられませんでした。そして昭和63（1988）年から、看護婦の少ないこれらの病院が、①基本看護病院と②「その他看護病院（正看護婦が一人もいない病院）」とに分けられ、厚生省による「病院つぶし」と「病床削減」が推し進められてきたのです。

さて、「個人付添看護制度の廃止」は、毎年上昇する国の総医療費（平成4年度で約24兆円）を抑制するため1992年の第1次医療法改訂による「ベッド数の削減」の実施から毎年実施されてきた種々の医療法改悪のひとつですが、この「個人付添看護の廃止」は、昨年10月から実施（今年3月末日までの猶予期間）され、その内容は、基準看護病院において「患者個人とその家族は、入院時に希望する付添看護を雇い入れることができない」というものです。その代わり10月からの医療保険法改定では、新たに看護職員を配置しこれらの介護職員に医療保険制度で給与を支払います。しかしその人数は、最も多い病院でも患

者3人の24時間の介護に対し、これを1人の介護職員が8時間だけ担当するというものです。このようなわずかな介護では、排泄、清拭、食事等の介護を必要とする脊損者や頸髄損傷者の入院治療などできるわけがありません。

とくに3月30日以降、経過措置期間が過ぎ、この「個人付添看護の廃止」が完全実施されますが、この「個人付添看護の廃止」が中止される見通しはありませんし、内容の一部変更も次の診療報酬改定の4月まではありません。

「個人付添看護の廃止」の具体的効果として厚生省が計算した削減額は、年額1,000億円と言われる「付添費償還制度」の支出削減です。

すでに廃止されたこの制度は、新看護体系へ移行する前の基準外看護病院や19ベッド以下の有床診療所に入院中の患者が、付添人を雇った場合、とりあえず患者が付添費用を支払いますが、後から医師を通して手続きすると、医療保険制度からその費用の60%が患者に戻ってくる制度でした。

この付添費償還制度も付添費が高騰するにつれ、昭和61年以降は、厚生省が償還率をどんどん引き下げ、その分、患者負担も増大していきました。そして、とうとうこれら基準外看護病院等における個人付添看護の廃止へと切り捨てが強行されたのです。

厚生省は、看護を要する重篤な患者の治療を保障する考えはありません。そして今後、国の医療費支出を大幅に削減し、その削減分を利益追求を本旨とする民間の（大）資本に移行させようとし

ています。経団連等の経営者団体を中心的な構成委員とする「行革審」の答申とその部分で結論が一

致しているのです。
全国青職損傷者連合会
副会長 新田輝一



新たに22の化学物質を追加 労働省●職業病リストの大臣指定物質

このほど、労働基準法施行規則第35条に定める業務上疾病の範囲について検討するための専門家会議において、アクリル酸エチルなど24の化学物質を取り扱う業務によって生じた症状・障害については、業務上疾病であることを明示すべきであるとする報告書が取りまとめられた。

また、この報告では労働基準法施行規則別表第1の2第4号の1に基づく労働省告示で用いられている「症状・障害」の表記方法に

ついて、「歩行失調」「共同運動失調」を「協調運動障害」に改めるなど、現在の医学的表現の大勢に

建設労働者の肺がん認定 東京●日本の病理検査で石綿検出できず

この間、全建総連・首都圏建設産業ユニオンと東京東部労災職

従い一部改めるべきであるとの内容の提言がなされた。

この報告書を受け、労働省では、新たに22の単体たる化学物質及びその化合物について告示（現在129物質を指定）に追加するとともに、「症状・障害」の表記方法についても改めることにしている（報告のあった24の物質のうちコロフォニー及びラテックスの2物質については化学物質の混合物であるから、告示追加物質とはせず、通達により周知するという）。



業務上疾病の範囲

労働基準法第35条：「業務上疾病の範囲は別表第1の2に掲げる疾病とする。」

別表第1の2

- 1 業務上の負傷に起因する疾病
- 2 物理的因子による次に掲げる疾病
- 3 身体に過度の負担のかかる作業態様に起因する次に掲げる疾病
- 4 化学物質等による次に掲げる疾病
 - ① 大臣の指定する化学物質による大臣の定める疾病
 - ② 合成樹脂の熱分解生成物による呼吸器疾患等
 - ③ すず、タール、樹脂硬化剤等による皮膚疾患
 - ④ 蛋白分解酵素による皮膚炎、結膜炎、呼吸器疾患
 - ⑤ 木材の粉じん、抗生物質等によるアレルギー性の鼻炎等
 - ⑥ 落綿等の粉じんによる呼吸器疾患
 - ⑦ 酸素濃度の低い場所における酸素欠乏症
 - ⑧ その他化学物質等に起因することが明らかな疾病
- 5 じん肺症及びじん肺合併症
- 6 病原体による疾病
- 7 化学物質によるがん
- 8 大臣の指定する疾病
- 9 その他業務に起因することが明らかな疾病

労働大臣が指定する単体たる化学物質及び化合物並びに労働大臣が定める疾病を定める告示（昭和53年告示第36号）

（現行）

（追加）

129物質
アンモニア等

22物質
アクリル酸エチル等

コロフォニー及びラテックスについて混合物であることから、第4号の8に定める疾病として取り扱うよう通達する。

られた。

相談を受けた後、がんセンターの病理解剖の結果が出たが、石綿肺はないし、石綿も検出されないということであった。そこで、ニューヨークのマウント・サイナイ医科大学の鈴木康之亮先生に病理標本を送り、再度診ていただいたところ、多くのクリソタイト（白石綿）が検出され、石綿肺も確認された。

そのため、新宿労働基準監督署に労災申請を行い、鈴木先生の意見書も提出。12月末に業務上認定された。何といても鈴木先生の意見書が決め手となった。

肺がんのほかにも、練馬支部、杉並建設支部で、それぞれ1名、昨年労災認定されている。いずれ

も大工さんで、じん肺管理区分2の合併症（続発性気管支炎、肺結核）である。現在、亀戸ひまわり診療所に通院しながら、治療を続けている。

全建総連での取り組みがはじまって約2年が経過した。この間、センターやひまわり診療所が関わった労災認定の事例だけでも、じん肺4名（管理4が1名、管理2の合併症2名、管理3の合併症1名）、肺がん1名という状況。

今後とも、建設労働者のじん肺・アスベスト被害の掘り起こしを進めながら、建設現場からのアスベストの根絶、建設労働者の健康確保の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）

キャンペーンの中心を担っているキリスト教工業委員会、アジアモニター資料センター、香港労働組合連合のほか、多数のNGOが参加した。

国際会議の最終日には玩具フェアに対するデモンストレーションが行われ、私たちも香港のメンバーとともに参加した。要請行動の最中に警備員との衝突が生じ、警察が介入、6人の逮捕者が出るという事件もあった。しかし、こうした国際的な連帯行動は、参加者の連帯感を一層強めるものとなった。

●「玩具キャンペーン」とは

1993年5月にタイの玩具工場ケーダー社で大規模な火災事故が発生し、189人の労働者が死亡、400人が負傷した惨事については当時日本でも報道された。工場には非常口の確保といった最低限の消防・安全対策すらない状態で火災が発生し、労働者たちは逃げられずに閉じ込められて犠牲になったという。ケーダー社の工場の実態はそれほどひどかった。同社は香港・台湾・タイの合併会社であったため、被災者の補償問題などの企業責任の追及に、タイと香港双方の労働団体や市民団体が協力して取り組んだ。翌年には中国本土で、やはり香港・台湾資本の玩具工場火災事故などが相次いだ。

こうした事故を検証する中で見えてきた玩具工場の実態は、「スリー・イン・ワン・ビル」といわれる作業場・宿舍・倉庫がひとつの建物の中にある工場立地、最低限の安全基準すら無視した安全対策の不備、長時間労働・

児童労働といった非人間的な労働環境そして企業の無責任な姿勢であった。

こうした状況を受けて香港では、市民団体などが1994年から、ケーダー社など個別企業への抗議行動にあわせて、自ら「玩具の安全生産に関する憲章」を策定し、香港の玩具業界などにこの「憲章」を採択させる運動を開始した。昨年5月からは、香港玩具評議会との話し合いを継続しており、貿易振興評議会にも業界への指導を働きかけている。

香港の市民団体などが作成した「憲章」は、防火・安全対策の国際基準・国内法の遵守、長時間労働の規制、児童労働の禁止、労働組合の組織化の自由など、国際的に認知された最低限の基準や基本的事項をまとめたもの。しかし、多国籍企業にその下請企業にまでこの基準を及ぼせること、また実施について監視を行う独立した機関の設置などを求める内容となっている。

●世界各地での取り組み

玩具キャンペーンは世界各地で取り組まれている。

最初の取り組みは、1991年にアメリカで始められた「トイコット・キャンペーン」。これは、アメリカの労働団体・消費者団体・女性団体などが共同で取り組んだキャンペーンで、メイド・イン・中国の玩具のボイコットを呼びかけた。現在でもアメリカ最大の労働組合AFL-CIOが玩具の多国籍企業に対する働きかけを続けている。先月、私たちが日本のある玩具メーカーと話し合いを持った際、この企業のタイ工場の

労働安全衛生の実態についてアメリカの労働団体から問い合わせがあったとの話が出た。

カナダでは、労働組合と女性団体が連携したキャンペーンが取り組まれている。会議に参加した女性団体NACの代表から、昨年のクリスマスの際に取り組んだボイコット運動の経験が紹介された。

ヨーロッパ各国でも、労働組合とNGOの連携による取り組みが行われている。最も精力的なキャンペーンが展開されているのがイギリスで、ここでは、労働組合（TUC）とキリスト教団体（CIIR）、第3世界援助活動のNGO（WDM）が連携して、イギリス国内の消費者への宣伝活動に始まり、イギリス国内の玩具メーカーや業界、ヨーロッパ玩具業界への働きかけを続けている。

労働組合の国際組織ICFTU（国際自由労連）も、ケーダー社の火災事故調査チームを発足させ、1994年末にはその報告書を発行。その後、香港の玩具キャンペーンとも連携して企業に安全基準を採択させる活動を展開している。ICFTUがターゲットにしている玩具企業の中に、日本の玩具業界の大手「バンダイ」があげられており、ICFTUから同社に交渉の申出がなされている。

ところで、こうした各国のキャンペーンでは、どこでも同様の問題に直面している。そのひとつは、安全基準などの実効性・監視システムの問題だ。香港の例でいえば、香港玩具評議会は市民団体との交渉で「憲章はそのままでは受け入れられない」とし、その代

わりに業界独自のガイドラインを示してきた。しかし、その実効性を監視するシステムがない限り、ガイドラインは絵に書いた餅にしかならないと香港のグループは主張している。香港の市民グループは中国本土の玩具工場9社の実態調査をまとめたが、中でも実効性・監視システムの重要性を強調している。欧米企業も同様で、各企業は独自の基準の姿勢にとどまっている。

2つ目の問題は、玩具業界では製品の多くがOEM生産で下請業者が生産している実態にあり、発注業者の生産現場に対する労働安全衛生に関する責任があいまいにされている点だ。こうした玩具産業の構造にどのように切り込んでいけるのか。

もうひとつ重要なことは、実際に現場で働いている労働者の安全衛生に関する意識を高め、彼女たちの健康と安全を守るための闘いをどうサポートしていくかという課題だ。今回の国際会議に参加したケーダー社の被害者の女性は、生き残った彼女たちのその後も続く苦境を訴えた。国際会議では、彼女たち被災者の闘いを引き続きフォローしていくことを確認した。

●日本でもキャンペーン開始

日本国内でも、香港からの要請を受けて、進出企業問題を考える会、日本消費者連盟、全国安全センターなど6団体で「玩具の安全生産に関する市民連絡会」を昨年末に発足させ、これまでに業界団体やバンダイ・タカラ・トミーの大手3社に対する申し入れなどを開始した。ようやく日本の玩具

世界に広がる“玩具キャンペーン”

香港●玩具フェアに合わせ国際会議

さる1月8日から10日、「玩具労働者の健康と安全に関する国際会議」が香港で開かれ、日本からは私とアジア太平洋労働者連帯会議（APWSL）日本委員会の鳥井一平さんの2人が参加した。

この国際会議は、主に中国本土、タイ等に進出した玩具の多国籍企業の、劣悪な労働条件や安全衛生基準の改善を求める「玩具の安全生産のためのキャンペーン」に取り組んでいる香港の労働団体・市民団体が呼びかけたもの。

今回の国際会議は、この玩具キャンペーンをアジア各国で広め

るために、香港で毎年開かれる「玩具国際フェア」（香港貿易振興評議会主催）に合わせて開催され、韓国、台湾、タイ、バングラディシュ、日本の他に、イタリア、フランス、カナダからの参加と報告があった。

今回初めて参加して、この玩具キャンペーンが玩具取り引きのアジアの拠点である香港の中だけでなく、アジア各国や世界の各地に広がっていることに驚かされ、日本国内でも市民団体や労働組合が連携して取り組んでいく必要性を強く感じた。香港からは

産業の実態がわかりはじめてきた段階だが、今回の国際会議で得た情報や各国の取り組みを参考に、日本国内での取り組みを進めていきたいと考えている。

子供たちにとって“宝物”となるような安全な玩具は、安全な生産環境で初めて作られるものと思う。山岸素子
神奈川労災職業病センター



健康サークルの経験と指針 ドイツ●IGメタルがパンフレット

以下に訳出するのは「ベルリン健康店」(法人)¹⁾の1作業グループである「ピラーク」²⁾が、その機関誌「ブリーフ」の1995年第31号臨時増刊号の中で、IGメタル(金属産業労働組合)³⁾発行のパンフレット「健康サークルと職場の健康グループ」(著者：ロルフ・ザッツナー、アニタ・シュトルムフェルス)を紹介、短評したものである。原文が手に入っていないので詳細はわからないが、手に入り次第何らかのかたちで紹介したいと思っている。この紹介記事だけでもなかなか示唆に豊んでいて興味をそそられるものになっている。(訳者)

労働の中で人間を少しずつ再発見すること—とくに労働者の動機づけと参加の観点からだが—が、生産にとって不可欠となっているようだ。というのは、機械・技術による生産性の向上は、以前と比べて明らかに限界に達しているからだ。労働者の創造性に問題の所在があると思われる。職場での会話のなさは驚くべきほどだ。互いに話し合うかわりに、

一方的に命令することがいまだに通用しているように見える。グループ討論など大事(おおごと)だと思われる。よく話し、かつ、よく聞くことなどは何か全く新しいことがらだと吹聴される。これはドルトムントのフォルカー・フォルクホルツが序文で言っていることである。

職場の健康増進対策は、コスト削減と、疾病率を下げること及び負担の激しい作業行程を遅滞なく除去すること、との緊張状態の中にある。

にもかかわらず、この緊張のカーブにはまだ余地があるようだ。企業側は、摩擦なく職場が稼働していくためには、労働者の参加がいかに大切であるかに気づいた。作業行程の最大限の効率化のために、小グループがますます頻繁に投入されている。これは当然のことながら、事業所委員会⁴⁾と職場委員⁵⁾の仕事に対する新しい要請ともなっている。古い事業所委員会の代行政治から労働者全体が参加していく労働へ、の方向転換が多く、事業所委員会の重い課題となっている。事業所委員

会の仕事に携わる場合は、労働者の真の参加は、これまでどおり大きな例外として除外される。労働者を活動家センターに専従として入れることは、健康増進にたずさわる者にとっても労働組合にとっても軽い問題ではない。労働者の独自のイニシアティブを促すために、著者たちは次の4点を提案している。

- ① 労働者は、自分の労働現場での負担を自分で認識しかつ評価できる状態に置けるようにしなければならない。その前提条件のひとつは、労働負担とその健康への影響について情報を得ているということである。
- ② 労働者が職場再編過程に積極的に参加できるようにするためには、労働者の影響力を企業規模に拡大しなければならない。
- ③ 労働者が自分たちの作業状況について相互に意見交換ができるような条件を作らなければならない。例えば、独自の自主的な健康グループを作ることなどによって。
- ④ 労働負担軽減の方策を開発発展させるためには、労働者と専門家との意見交換が継続されるべきである。これらすべてが成功するにはどうしても長い時間を必要とする。

このパンフレットは、健康サークルの始まりと背景及びアクチュアルな実践例について概説している。また、旧西ドイツ各州での7つの事例を記録しており、この事例にたずさわった事業所委員会とのグループ討論を集録し、さらに、これらの経験の評価をこころみている。

健康増進のためのIGメタルの立場を示す文書、オベル・ボッフム社の事業所委員会の報告、及び選りぬかれた文献目録を載せていることは、この情報提供文書を完璧なものにしている。しかし残念なことには、またしてもIGメタルは、金と労力をおしんでこのパンフレットに国際標準図書番号(INBN)を付して一般の人々が入手できるように便宜をはからなかったことだ。さらに、2枚の緑色の紙表紙にドイツ工業規格(DIN) A4の頁をはさんでクリップで仮綴しただけという具

合いで、内容に比して装丁がまたしてもひどくそぐわないものになっている。残念だ！これを除けば、この報告書は健康増進の活動に参加している者がいますぐ知りたいすべてを提供しているといつてよい。

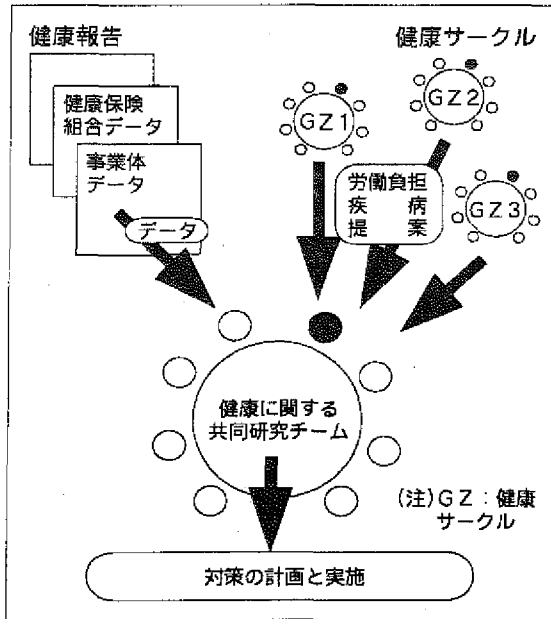
翻訳：高藤竜太

(訳者注)

1)2) 「ピラーク」「ブリーフ」
・「ブリーフ」誌(「ブリーフ」はBrief=手紙の意)の説明によると、「ピラーク」は1980年から「ベルリン健康店」(法人)の1作業グループである。この団体は公益法人で無給で運営されている。ターゲットは全くプラグマチックに想定されていて、労働現場で自分の健康を守るために何かやってみたいと思う人はだれでもよい。「ピラーク」はこの人たちに提案し、勇気づけ、企業のプロジェクトを外からフォローしている。また、教会職の人々と長い間友好的な共同作業を行っている。「ピラーク」は助言組織として活動しているが、教会職の人々は理想的な形で教育担当者として「ピラーク」を補充している。
・「ベルリン健康店」は「Berliner Infoladen für Arbeit und Gesundheit」=「労働と健康のためのベルリン情報店」の略称。「…店」というのは耳慣れないが、「Laden」の直訳である。面白い。日本では「○○安全センター」と地方でも中央でも「センター」という言い方に慣れているが、それと同じと考えて差し支えない。
・「ブリーフ」誌は他に「ピラーク」と類似の組織をベルリンだけで10組織紹介している。また、ドイツ国内の、ブレーメン(Betriebsbezogene Gesundheitsberatung Angestellten-kammer Bremen)、ハンブルグ(Informationsstelle Arbeit und Gesundheit)、ミュンヘン(Zentrum Arbeit und Gesundheit)、及びオーストリアのリンツ(Beratungsteam Chemie & Arbeit)等の団体と情報ネットワークを構成しているようだ。

3) IGメタル
金属産業労働組合(略称IGM)。ドイツ労働組合連盟(DGB)傘下で最大最有力の産業別労働組合。組合員数259万8,300人(1986年現在)。(ドイツ政治経済法制辞典) DGBは、上記のように「ドイツ労働組合連盟」としているところと、「ドイツ労働組合総同盟」または「ドイツ労働組合同盟」*と訳しているところとある。DGB = Deutscher Gewerkschaftsbund—直訳では*となる。

4) 事業所委員会(Betriebsrat)
Betriebsratの日本語訳は統一されていないかにみえる。1994年4・5月号の「安全センター情報」



健康報告
健康サークル
健康に関する共同研究チーム
対策の計画と実施
(注) GZ: 健康サークル

では、「ドイツ法律用語辞典」(山田晟著、大学書林、平成5年3月30日第1版)によって「経営評議会」(「経営協議会」の誤記)としたが、「ドイツ政治経済法制辞典」(田沢五郎著、郁文堂、1992年9月1日第4版)によると、以下のとおり「事業所委員会」を正訳としている。また「西ドイツの労使関係と共同決定」(二神恭一著、日本労働協会、昭和57年5月20日第1刷発行)によると、山田氏と同じく「経営協議会」の訳語を当てているが、以下のような説明をしている。さらに、大ドゥーデン、ヴァーリヒ(いずれもドイツの代表的な大型の辞典)でも、Betriebsratの項は「事業所の被用者たちによって選ばれた代表機関であって、被用者の経済的、社会的利益を確保するための組織」としていることから、経営者との協議の場ではなく、労働者のみによって構成され、その利害を代表する組織であることではすべて一致している。

Betriebsratは、直訳すれば田沢氏のとおり「事業所委員会」となる。また、日本でわれわれが用いる日本語の語威からすれば、「経営協議会」なる訳は、当のBetriebsratの実態とも、日本の実情にもそぐわない訳と思われる。そこで、「事業所委員会」に訳語を改め統一した。なお、なぜ、またいつから「経営協議会」なる訳語が登場したのかはよくわからない。

*「ドイツ政治経済法制辞典」より

Betriebsrat m. 1 [経・社]
(西独の)事業所委員会(employees' council)。→「困み解説」。

2《東独》事業所評議会。◇東独の旧社会主義体制下で、各事業所(職場)ごとに事業所所属員(Betriebsangehöriger)によって選挙された。→Betriebsgewerkschaftsleitung。

【困み解説】“Betriebsrat”は労使協議の場ではない

“Betriebsrat”は、正確に事業所委員会と訳されるほか、職場委員会、従業員協議会なども訳される(ただし経営協議会、労使協議会などの通俗訳は、実態と食い違う誤訳)。西独の事業所委員会の実態は、企業(↑Unternehmen)内の事業所(↑Betrieb)ごとに設けられる被用者(↑Arbeitnehmer)代表のみからなる機関であって、使用者(↑Arbeitgeber)代表はもとより、管理職員(leiter ↑ Angestellter)さえも含まない(わが国で普通、経営協議会などと呼ばれるものは、使用者と被用者の代表が経営全般について協議する場であるから、西独の事業所委員会とは構成からして異なる)。事業所委員会は、被用者の利益を代表するとともに、操業短縮や解雇などの重要事項について、使用者と共同して決定する任務をもつ。1972年の事業所組織法(BetrVG)によると、成年(18歳以上)の常勤被用者(勤続6か月以上)が5名以上存在する事業所では、被用者から選ばれた事業所委員会を置かなければならない。上述のように、西独の事業所委員会は、わが国の企業内労組委員会に似たところもあるが、労働組合(↑Gewerkschaft)の機関ではないから、委員が労働組合員である必要はない。一個の企業

内に複数の事業所がある場合には、それぞれの事業所委員会の代表からなる全体事業所委員会(Gesamtbetriebsrat)が設置される。また複数の企業がKonzern(↑Konzern)を形成している場合には、傘下各企業の事業所委員会とは無関係に、Konzern事業所委員会(Konzernbetriebsrat)を設けることができる。→Mitbestimmung。

*「西ドイツの労使関係と共同決定」より

「西ドイツの今日の労使関係は、2重利害代表(duale Interessenvertretung)システムを通じて発現している。……まず、個別企業—正確には、個別の経営体ないし事業所(Betrieb)—をこえて展開される。一般に団体交渉(Tarifverhandlungen)と呼ばれるもののなかで、利害の調整がおこなわれる。それは、労働者の代表としての労働組合と個別企業ないし経営者団体の間において行われる。賃金その他の労働条件を規制する労働協約を締結するための交渉というかたちをとる。つぎに……一定人数をこえる経営体には、労働組合とは別個に組織される経営協議会(Betriebsrat)が設けられる。それは経営体において働く労働者、つまり従業員の利害を代表し、その経営者と交渉をおこなって経営協定(Betriebsvereinbarung)を締結する。1972年の経営組織法の手直しにかかわらず、この大筋に変化はない。」

4) 職場委員(Vertrauensleute)
職場を代表する労働組合代議員。



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 大分県労働者安全衛生センター
870 大分市寿町1-3 労働福祉会館内 TEL(0975)37-7991/FAX(0975)34-8671
- 宮崎●旧松尾鉱山被害者の会
883 日向市財光寺283-211 長江団地1-14 TEL(0982)53-9400/FAX(0982)53-3404
- 自治体●自治体労働安全衛生研究会
102 千代田区六番町1 自治労会館3階 TEL(03)3239-9470/FAX(03)3264-1432
(オブザーバー)
- 福島●福島県労働安全衛生センター
960 福島市船場町1-5 TEL(0245)23-3586/FAX(0245)23-3587
- 山口●山口県安全センター
754 山口県小郡郵便局私書箱44号