

介護補償給付を創設

労働福祉事業の介護料から 権利としての保険給付化

労災保険による7番目の保険給付として、介護(補償)給付が本年4月1日に創設された。

- ①療養補償給付(療養給付)
- ②休業補償給付(休業給付)
- ③障害補償給付(障害給付)
- ④遺族補償給付(遺族給付)
- ⑤葬祭料(葬祭給付)
- ⑥傷病補償年金(傷病年金)
- ⑦介護補償給付(介護給付)

上記で、番号の次は業務災害に関する保険給付の名称、括弧内は通勤災害に関する保険給付の名称で、介護(補償)給付は昨年3月に成立・公布された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)によって新たに追加されたもの。

介護(補償)給付の「支給要件」及び「支給額」等は、本年3月1日付けの労働省令第6号によって改正された労災保険法施行規則で具体的に定められ、施行通達「労災保険法等の一部を改正する法律の施行(第2次分)について」(平成8年3月1日付け基発第95号一後掲)が出された。

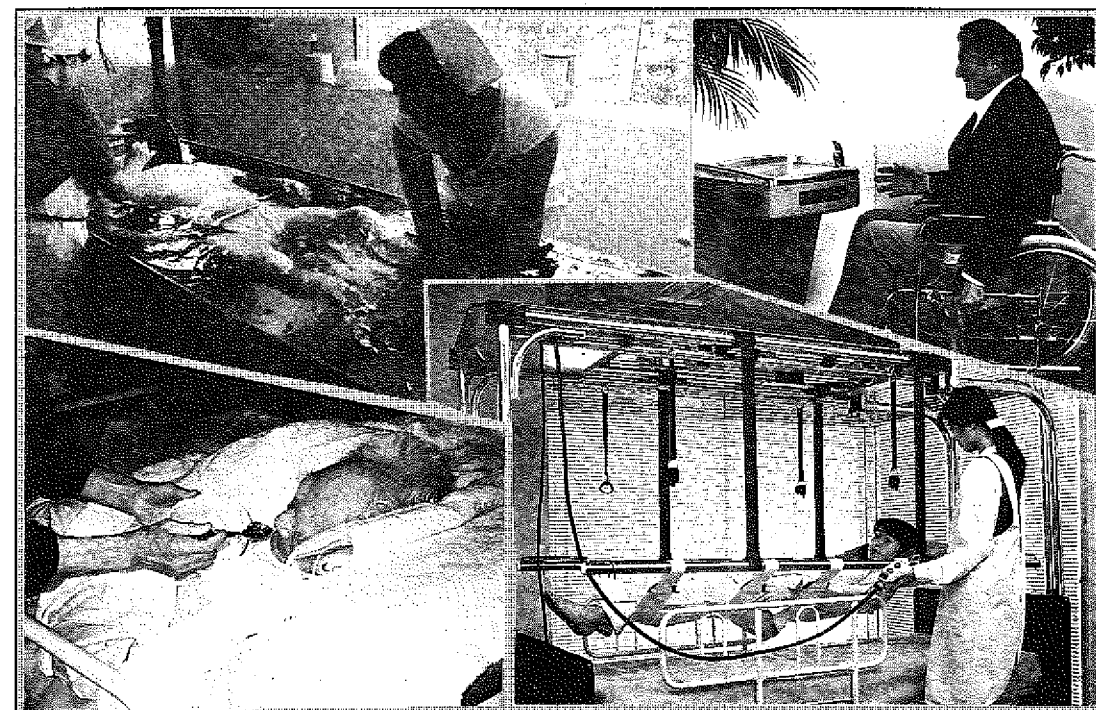
労災保険においては、従来、労働福祉事業として

「介護料」を支給していたが、今回の改正はこれを、保険給付化するとともに、支給対象者の範囲の拡大及び支給額の引き上げを図ったものとされる。これに伴い、労働福祉事業としての介護料は、本年3月31日をもって廃止された。

権利としての保険給付

労働福祉事業は、「政府の裁量でできる恩恵的な事業であって、被災労働者自らが権利として主張できるものではない」、「したがって、不服審査を請求する権利はない」。また、「行政庁に応答の義務が生じるものではない」として、行政手続法で審査基準や標準処理期間の設定・公表等が必要とされる「申請に対する処分」としても取り扱われていない(行政手続法については95年10月号参照)。

今回の施行通達によれば、「単なる附带的事業としてではなく、労災保険で当然に填補すべき損害として位置付けて給付を行うことが適当であるとの考えにより、保険給付としての介護補償給付及び介護給付を創設することとされた」としている。保険給付化



されたことにより、被災労働者が権利として主張でき、請求に対する決定に不服があれば審査請求を行うこともできることになる。

「介護(補償)給付の請求に対する決定」は、当然、行政手続法でいう「申請に対する処分」に該当する。「処分権者」は労働基準監督署長、「審査基準」は施行通達等、「標準処理期間」は「3か月」(労働省に確認一遺族(補償)給付の場合と同じとのことで、ちなみに、療養(補償)給付及び休業(補償)給付は原則1か月、遺族(補償)給付は原則4か月)ということになる。なお、時効に関しては、介護(補償)給付の場合は、療養(補償)給付及び休業(補償)給付と同じく、2年とされている。

労働福祉事業としての介護料の支給対象者及び支給額は、次のとおりであった。

支給対象者:①障害(補償)年金または傷病(補償)年金1級の者のうち、②精神神経障害(主にせき損)または胸腹部臓器障害(主にじん肺)により常に介護を必要とし、③現に自宅において介護を受けている者。

支給額:上限額:月額104,180円、一律定額:月額56,550円(平成7年度)

(1か月につき一律定額で56,550円、その月において、介護に要する費用として支出された費用の額が56,550円を超える場合は、104,180円を上限額とし、その支出された費用の額)

新しい介護(補償)給付は、「常時介護」を要する場合だけでなく、「随時介護」を要する場合にも支給されることになり、各々の場合の支給対象者と支給額等は、次のとおりとされた。

支給対象者

①障害(補償)年金または傷病(補償)年金受給者のうち下記のいずれかに該当するものであって、②現に常時または随時介護を受けており、③後掲の施設等に入所・入院していない者。

○常時介護

ア 精神神経障害または胸腹部臓器障害による、障害または傷病等級1級の者で、常時介護を要する者

イ その他の障害による、障害または傷病等級1級の者のうち、障害の状態が下記のいずれかに該当

介護(補償)給付の支給要件となる障害の程度の区分

[障害等級]			(7年11月現在)		
障害の程度(級・号別)			人数	障害の程度の区分	
				常時介護	随時介護
1級	精神神経障害	3号(精神神経障害・常時介護)	3,805	○	
	胸腹部臓器障害	4号(胸腹部臓器障害・常時介護)	14	○	
	精神神経障害 胸腹部臓器障害 以外の者	1号(両眼失明)	362	ADL基準により、 常時介護、随時介護 及び不支給に振り分 けられる	
		2号(咀嚼言語機能用廃)	2		
		5号(半身付随 現行法では削除)	6		
		6号(両上肢ひじ関節以上亡失)	32		
		7号(両上肢用廃)	4		
		8号(両下肢ひざ関節以上亡失)	115		
		9号(両下肢用廃)	1,292		
		併合	502		
	準用	1,018			
2級	精神神経障害	2-2(精神神経障害・随時介護)	1,238		○
	胸腹部臓器障害	2-3(胸腹部臓器障害・随時介護)	3		○
	精神神経障害 胸腹部臓器障害 以外の者	1号(一眼失明・他眼0.02以下)	148		
		2号(両眼0.02以下)	216		
		3号(両上肢腕関節以上亡失)	60		
		4号(両下肢足関節以上亡失)	122		
		併合	566		
		準用	103		

するもので、常時介護を要する者

- a 両眼が失明する(障害・傷病等級1級)とともに、障害または傷病等級1級・2級の障害を有する者
- b 両上肢の用を全廃またはひじ関節以上で失う(障害・傷病等級1級)とともに、次の障害を有する者
 - ・両下肢の用を全廃している者(障害・傷病等級1級)
 - ・両下肢をひざ関節以上で失った者(障害・傷病等級1級)
 - ・両下肢を足関節以上で失った者(障害・傷病等級2級)
- c 両上肢を腕関節以上で失う(障害・傷病等級2級)とともに、両下肢の用を全廃またはひざ関節以上で失った者(障害・傷病等級1級)
- d その他これらと同程度以上の介護を要する障害を有する者(この場合には、労働省に照会するとともに、労働省に設置する、医師等により構成

する検討会において必要に応じて検討するものとされる)

○随時介護

ア 精神神経障害または胸腹部臓器障害による、障害または傷病等級2級の者で、随時介護を要する者

イ その他の障害による、障害または傷病等級1級の者のうち、前出の常時介護の区分に該当しないもので、随時介護を要する者

整理すると、まず、精神神経障害(せき損など)または胸腹部臓器障害(じん肺など)による、障害(補償)年金または傷病(補償)年金受給者の場合には、障害・傷病等級1級の者は「常時介護」に、障害・傷病等級2級の者は「随時介護」に区分され、障害・傷病等級3級以下の者は支給対象とされない。

また、その他の障害による、障害(補償)年金または傷病(補償)年金受給者については、障害・傷病等級1級の者は、「常時介護」または「随時介護」に区分され、障害・傷病等級2級以下の者は支給対象とされない

[傷病等級]

(7年11月現在)

障害の程度(級・号別)			人数	障害の程度の区分	
				常時介護	随時介護
1級	精神神経障害	1号(精神神経障害・常時介護)	1,936	○	
	胸腹部臓器障害	2号(胸腹部臓器障害・常時介護)	56	○	
	精神神経障害 胸腹部臓器障害 以外の者	3号(両眼失明)	27	ADL基準により、 常時介護、随時介護 及び不支給に振り分 けられる	
		4号(咀嚼言語機能用廃)	1		
		5号(両上肢ひじ関節以上亡失)	1		
		6号(両上肢用廃)	8		
		7号(両下肢ひざ関節以上亡失)	6		
		8号(両下肢用廃)	1,019		
		9号(前各号に定めるものと同程度以上の障害の状態にあるもの)	121		
	2級	精神神経障害	1号(精神神経障害・随時介護)	658	
胸腹部臓器障害		2号(胸腹部臓器障害・随時介護)	585		○
精神神経障害 胸腹部臓器障害 以外の者		3号(両眼0.02以下)	16		
		4号(両上肢腕関節以上亡失)	0		
		5号(両下肢足関節以上亡失)	3		
		6号(前各号に定めるものと同程度以上の障害の状態にあるもの)	59		

いということになる。

○現に介護を受けていること

有料の民間の介護サービス等を受けている場合だけでなく、費用を支出していなくても、現に親族等による介護を受けている場合も含まれる。

○入所・入院中は支給対象とならない施設

身体障害者療養施設、特別養護老人ホーム、原子爆弾被爆者特別養護ホーム、労災特別介護施設、病院または診療所(老人保健施設を含む)、その他労働大臣が定める施設(現在のところ指定なし)。

支給額

○常時介護

上限額:月額105,080円、一律定額:月額57,050円

○随時介護

上限額:月額52,540円、一律定額:月額28,530円

介護(補償)給付は、月を単位として支給されることがとされており、その月に費用を支出して介護を受けた日がない場合または介護に要する費用として支出された額が一律定額に満たない場合であって、親族等による介護を受けた日がある場合には一律定額が支給され、その月において、介護に要する費用として支

出された費用の額が一律定額を超える場合はその支出された費用の額とされるが、上限額を超えるときは、上限額が支給される。

なお介護に要する費用とは、介護人(被介護者の配偶者、直系血族及び同居の親族を除く)に対して支払った賃金、日当、謝金、交通費などをいう。また介護を開始した月についてはその月に費用を支

出して介護を受けた日がある場合は、その月の分から介護(補償)給付が支給開始され、その月に介護費用を支出しないで親族等による介護を受けた日がある場合には、その月においては支給されず、翌月から給付を行うこととされる。ただし、本年4月1日前から障害(補償)年金または傷病(補償)年金の支給のもととなる傷病について療養を開始した者には、4月分から一律定額が支給され、従前から労働福祉事業の介護料を受給している者にも、4月分から支給される。

請求手続

介護(補償)給付の請求は、被災労働者が、「介護(補償)給付支給請求書」に、次に掲げる書類を添付して、所轄労働基準監督署長に提出することにより行う。

- ① 障害の部位・状態、当該障害を有することに伴う日常生活の状態に関する医師または歯科医師の「診断書」(後掲ただし書きの場合は必要なし)
- ② 費用を支出して介護を受けた日がある場合には、「介護に要した費用の額の証明書」
- ③ 親族または友人・知人による介護を受けた場合には、その者の「介護の事実に関する申立書」(こ

れは、請求書に署名・捺印する欄が設けられているのでこれによる)

ただし、ア 傷病(補償)年金の受給者、イ 精神神経障害または胸腹部臓器障害による障害等級1・2級の者、ウ 労働福祉事業の介護料を受給していた者、及び、エ 継続して2回目以降の介護(補償)給付を請求する場合には、「診断書」の添付は必要ない。

介護(補償)給付の請求は、1か月を単位として行うが、数か月分をまとめて請求しても差し支えない(ただし、「介護に要した費用の額の証明書」については、各介護者ごとに1月について1枚記入するように指導している)。前述のとおり時効は2年とされている。

今後の課題

その他については、後掲の施行通達を参照していただきたい。

被災労働者の権利としての介護(補償)給付が確立したことを評価しつつ、その内容についての今後の検証と充実が要請されよう。93年2月号で、(財)労災年金福祉協会の「労災重度被災労働者の介護実態調査結果報告書」(平成4年3月)及び全国脊髄損傷者連合会、全国じん肺患者同盟の意見・要望も紹介しているので参考にいただきたい。

支給対象者については、せき損等の精神神経障害とじん肺等の胸腹部臓器障害については、障害等級表(労災保険法施行規則別表第1)及び傷病等級表(同別表第2)において、1級の場合は「常時介護」、2級の場合は「随時介護」が、当該等級表上の要件とされていることから、そのまま、1級は「常時介護」、2級は「随時介護」に区分された(なお、今回、労災保険法施行規則別表第3として要介護障害程度区分表が設けられた)。要介護障害程度区分表では、その他の障害による障害・傷病等級1級の者のうち前者と「同程度の介護を要する状態にあるもの」を各々「常時介護」、「随時介護」に区分する、とだけ規定し、施行通達では、「ADL(日常生活動作能力)基準」に基づき区分する、としながらも、具体的な取り扱いについては、前述のように、一定の重複障害のケースとケース・バイ・ケースで「常時介護」と認定されるケース以外は「随時介護」に区分することとされた。

精神神経障害または胸腹部臓器障害による障害・傷病等級3級以下の者、その他の障害による障害・傷病等級2級以下の者も含めて、「ADL(日常生活動作能力)基準」の考え方を整理していく必要がある。(財)労災年金福祉協会の、前掲の調査や毎年実施している年金受給者生活実態調査によっても、今回の改正で支給対象とされていない者でも、多くの被災労働者が介護を受けている実態を明らかにしている。

支給額については、原爆被爆者特別措置法の介護手当、特別児童扶養手当法の特別障害者手当、公害健康被害補償法の障害補償費の介護加算、予防接種法の障害年金の介護加算、生活保護法の生活扶助の障害者加算の介護人をつけるための費用等の制度が参考にされたようであるが、上限額については、これらの中で最も高い原爆被爆者に対する介護手当の上限額と同水準とされた。

施行通達では、「人身傷害に係る民事損害賠償における介護損害額算定の高額化」を背景事情のひとつとして指摘している。ちなみに日弁連交通事故相談センターの「交通事故損害額算定基準」では、将来の付添看護費の算定は、原則として、平均余命までの間、職業付添人の場合は実費全額、近親者付添の場合は1日につき5,000円～6,500円とされており、障害等級1級で、逸失利益4,500万円、介護費用8,122万円、慰謝料2,300万円を認めた判決(1990年9月17日付大阪地裁判決)なども出されている。

また、労災保険法上の保険給付としては確立しても、労働基準法の災害補償規定(第8章)は改正されていないため、支給制限、費用徴収等について例外的な取り扱いがなされることになっている。

拡充される介護被災者対策

さらに、労災保険の労働福祉事業において重度被災労働者に対する介護に関する援護を行うことが明記され(改正労災保険法の第1次施行分として昨年8月1日施行)、①労災ホームヘルプサービス事業、②介護機器レンタル事業、③在宅介護住宅資金貸付制度、④労災ケアサポート事業等がすでにスタートしている。①②については95年11月号で概説した。

③は、在宅で介護を受けている70歳未満の障害・

傷病1～3級の重度被災労働者が、介護に配慮した住宅の新築、購入または増改築を行う場合に、年3%の固定金利、10～15年以内の償還期間という条件で、最高限度額500万円の貸付を行うというものである。具体的には、段差の解消、手すりの設置、車いすに配慮した廊下、洋式で広いトイレ、入浴しやすい浴槽などの工事のほか、移動用リフト、障害者用浴槽、ホームエレベーターなどの障害者用機器の設置工事などが対象となる。

④は、労災ケアサポーターを、労災特性及び介護制度などについての研修を受講させたうえで、各都道府県の労災年金相談所(室)に介護に関する各種相談援助業務に携わる職員として配置するというもので、現在、約70名の相談員が配置されているという。

このように拡充されたさまざまな介護対策についても、その有用性・実効性の検証と見直しも考えていく必要がある。

その他の事項

なお、4月1日施行の改正労災保険法第2次施行分

基発第95号
平成8年3月1日
都道府県労働基準局長殿
労働省労働基準局長

労働者災害補償保険法等の一部を改正する法律の施行(第2次分)について

労働者災害補償保険法等の一部を改正する法律(平成7年法律第35号)による労災保険制度の改正の大綱については、既に平成7年3月23日付け労働省発基第25号をもって労働事務次官より通達されたところであるが、今般同法の一部が平成8年4月1日から施行されるとともに、労働者災害補償保険法施行規則等の一部を改正する省令(平成8年労働省令第

としては、①介護(補償)給付の創設のほか、②遺族(補償)年金の受給資格者の子等の年齢要件の緩和、③海外派遣者の特別加入制度の改善も施行されているが、くわしい内容は後掲の施行通達を参照されたい。

また、労災保険法施行規則に介護(補償)給付に関する規定を盛り込んだ3月1日付け労働省令第6号によって、労働保険の保険料の徴収等に関する法律施行規則の改正も行われている。これは、改正法の「メ리트制の特例の創設」及び「労働保険料の申告・納付期限の延長」に関する事項の細部内容を規定したものである。具体的には、①メ리트制の特例の対象となる事業主は常時300人以下の労働者を使用する事業主とすること、②労働保険料の申告・納付期限を50日(現行は45日)とすること、③延納できる概算保険料を40万円(現行18万円)(労災保険または雇用保険のみに係る保険関係が成立している事業については20万円(現行9万円)以上とすることなどであり、①は1997年3月31日、②③は1997年4月1日から施行されることになっている(改正労災保険法全体についての解説は95年11月号参照)。



6号)が制定され、同日から施行されることとなった。については、下記事項に留意の上、事務処理に遺憾なきを期されたい。

なお、労働者災害補償保険法等の一部を改正する法律中平成7年8月1日施行及び平成8年4月1日施行に係る部分以外の部分の施行については、施行の都度おって通達する。

(注) 法令の略称は次のとおりである。

改正法＝労働者災害補償保険法等の一部を改正する法律(平成7年法律第35号)
法＝労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)
旧法＝改正法第1条による改正前の労働者災害補償保険法
新法＝改正法第1条による改正後の労働者災害補償保険法
改正省令＝労働者災害補償保険法施行規則等

の一部を改正する省令(平成8年労働省令第6号)

労災則＝労働者災害補償保険法施行規則

旧労災則＝改正省令第1条による改正前の労災則

新労災則＝改正省令第1条による改正後の労災則

一酸化炭素中毒則＝炭鉱災害による一酸化炭素中毒症に関する特別措置法施行規則(昭和42年労働省令第28号)

旧一酸化炭素中毒則＝改正省令第3条による改正前の一酸化炭素中毒則

新一酸化炭素中毒則＝改正省令第3条による改正後の一酸化炭素中毒則

整備則＝失業保険法及び労働者災害補償保険法の一部を改正する法律及び労働保険の保険料の徴収等に関する法律の施行に伴う労働省令の整備等に関する省令(昭和47年労働省令第9号)

旧整備則＝改正省令第4条による改正前の整備則

新整備則＝改正省令第4条による改正後の整備則

第1 介護補償給付及び介護給付の創設

1 改正の趣旨

高齢化、核家族化等により、重度被災労働者は家庭で十分な介護を受けることが困難になってきていることから、民間事業者等から介護サービスを受ける必要性が一層高まり、その費用負担が増大するおそれがある。

他方、近年の人身傷害に係る民事損害賠償の状況をみると、重度の障害を負った者の介護に当たっている親族等による介護労働に対する金銭的な評価は高額化しており、慰謝料を上回り、逸失利益に匹敵する例も少なくないなど、損害額算定の重要な要素とされてきている。

また、ILO第121号勧告においては、常時他人の介護を要する場合においては、その援助又は付添いのための合理的な費用を支払うための措置がとられるべきであるとされている。

以上の状況を踏まえ、労働災害によって被った損害の填補を行うという労災保険制度の本来の趣旨にかんがみると、労働災害の結果として、労働者が介護を要する状態となり、それによって生じた介護を受け

るに伴う費用の支出等の損害については、単なる附随的事業としてではなく、労災保険で当然に填補すべき損害として位置付けて給付を行うことが適当であるとの考えにより、保険給付として介護補償給付及び介護給付を創設することとされたものである。

2 改正の内容

(1) 介護補償給付の支給要件(新法第12条の8関係)

介護補償給付は、障害補償年金又は傷病補償年金を受ける権利を有する労働者が、その受ける権利を有する障害補償年金又は傷病補償年金の支給事由となる障害であって労働省令で定める程度のもにより、常時又は随時介護を要する状態にあり、かつ、常時又は随時介護を受けているときに、当該介護を受けている間、当該労働者に対し、その請求に基づいて支給される。

ただし、当該労働者が身体障害者療護施設等に入所している間は支給されない。

(2) 介護補償給付に係る障害の程度(新法第18条の3の2及び別表第3関係)

イ 介護補償給付に係る障害の程度の基本的な考え方

介護補償給付に係る障害の程度の区分に当たっては、まず、新労災則別表第1障害等級表に規定される身体障害及び別表第2傷病等級表に規定される障害の状態において、常に介護を要するもの又は随時介護を要するものとされている身体障害又は障害の状態については、介護補償給付の支給に当たっても、それぞれ常時介護を要する状態にあるもの又は随時介護を要する状態にあるものとして位置付け、これに該当しない障害等級第1級に規定される身体障害又は傷病等級第1級に規定される障害の状態については、ADL(日常生活動作能力)基準に基づき、介護を要する状態を区分することが適当である。

このような考え方に基づき、介護補償給付に係る障害の程度は新労災則別表第3のとおり定められたものである。

ロ 常時介護を要する障害の程度

常時介護を要する障害の程度に該当するものは次のとおりである。

① 障害等級第1級第3号に規定する身体障害又は

傷病等級第1級第1号に規定する障害の状態

② 障害等級第1級第4号に規定する身体障害又は傷病等級第1級第2号に規定する障害の状態

③ ①及び②以外の障害等級第1級に規定する身体障害又は傷病等級第1級に規定する障害の状態のうち、重複障害等障害の状態が特に重篤であって、①又は②と同程度の介護を要する状態にあるもの

具体的には次のとおりとする。

a 両眼が失明するとともに、別表第1第1級若しくは第2級又は別表第2第1級若しくは第2級に該当する障害を有するもの

b 両上肢の用を全廃し又はひじ関節以上で失うとともに、次の障害を有するもの

・両下肢の用を全廃しているもの

・両下肢をひざ関節以上で失ったもの

・両下肢を足関節以上で失ったもの

両上肢を腕関節以上で失うとともに両下肢の

用を全廃し又はひざ関節以上で失ったもの

c その他これらと同程度以上の介護を要する障害を有するもの

なお、全国斉一的な運用を図るため、cに該当すると思われる事案については、地方局署は本省に照会するとともに、本省に設置する、医師等により構成する検討会において必要に応じて検討するものとする。

ハ 随時介護を要する障害の程度

随時介護を要する障害の程度に該当するものは次のとおりである。

① 障害等級第2級第2号の2に規定する身体障害又は傷病等級第2級第1号に規定する障害の状態

② 障害等級第2級第2号の3に規定する身体障害又は傷病等級第2級第2号に規定する障害の状態

③ 障害等級第1級に規定する身体障害又は傷病等級第1級に規定する障害の状態であって、ロに掲げる障害の状態に該当しないもの

(3) 介護補償給付の支給額(新労災則第18条の3の4関係)

イ 支給額

介護補償給付は月を単位として支給されることとされており、その額は、一月につき、次に掲げる被災労働者の区分に応じ、それぞれ次のとおりである。

働者の区分に応じ、それぞれ次のとおりである。

① 常時介護を要する被災労働者

a その月に費用を支出して介護を受けた日がある場合(bの場合をのぞく。)

その月において介護に要する費用として支出された額(その額が、105,080円を超えるときは、105,080円とする。)

b その月に費用を支出して介護を受けた日がない場合又は介護に要する費用として支出された額が57,050円に満たない場合であって、親族等による介護を受けた日がある場合

57,050円(支給すべき事由が生じた月において介護に要する費用として支出された額が57,050円に満たないときは、当該介護に要する費用として支出された額とする。)

② 随時介護を要する被災労働者

a その月において費用を支出して介護を受けた日がある場合(bの場合をのぞく。)

その月において介護に要する費用として支出された額(その額が52,540円を超えるときは、52,540円とする。)

b その月に費用を支出して介護を受けた日がない場合又は介護に要する費用として支出された額が28,530円に満たない場合であって、親族等による介護を受けた日がある場合

28,530円(支給すべき事由が生じた月において介護に要する費用として支出された額が28,530円に満たないときは、当該介護に要する費用として支出された額とする。)

ロ 支給開始時及び支給終了時の給付

その月に費用を支出して介護を受けた日がある場合については、支給すべき事由が生じた月から、支給すべき事由が消滅した月まで各月において介護費用として支出された額を算定して給付を行うものとする。

また、その月に費用を支出して介護を受けた日がない場合であって、親族等による介護を受けた日がある場合については、①介護費用を支出しないで親族等による介護を受け始めた月においては給付を行わず、その翌月から給付を行うこととし、②介護費用を支出しないで親族等による介護を受けることがなく

なった月については、1月分の給付を行うものとする。

(4) 介護補償給付の支給対象とならない施設入居者の範囲(新労災則第18条の3の3関係)

イ 規定の考え方

介護補償給付については、新法第12条の8第4項により、身体障害者療護施設等の施設に入所している間は支給しないこととされている。これは、①当該施設において十分な介護サービスが提供されることから被災労働者は親族等から介護を受ける必要がなく、②当該介護サービスに相当する費用が徴収されていないため、当該施設に入居している被災労働者については、そもそも介護補償給付を支給する必要がないからであり、この旨があらかじめ法令上明示されているものである。

ロ 支給対象とならない施設

① 身体障害者療護施設

身体障害者福祉法第30条に規定する、常時介護を必要とする身体障害者に対して治療及び養護を行う入居施設

② 身体障害者療護施設に準ずる施設として労働大臣が定めるもの

a 特別養護老人ホーム

原則として65歳以上の者で、身体上又は精神上著しい障害があるため常時介護を必要とし、居宅でこれを受けることが困難な者の入居施設

b 原子爆弾被爆者特別養護ホーム

被爆者であって、身体上又は精神上著しい障害があるために常時介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な者に対して、必要な介護、健康管理及び医療を提供する施設

c 労災特別介護施設

重度被災労働者に対して必要な介護を提供する入居施設

d その他親族等による介護を必要としない施設であって、当該施設において提供される介護に要した費用に相当する金額を支出する必要のない施設として労働大臣が定めるもの

ただし、これに該当する施設は現在のところ定められていない。

③ 病院又は診療所

老人保健施設は、老人保健法(昭和57年法律第80号)第46条の17の規定により病院又は診療所に含まれる。

(5) 介護補償給付の請求手続(新労災則第18条の3の5関係)

イ 請求方法

介護補償給付の請求は、被災労働者が所轄労働基準監督署長に介護補償給付支給請求書(以下「請求書」という。)に必要な書類を添付して提出することにより行うものである。

また、介護を要する状態に変更が生じた場合に介護補償給付を請求するときは、新規に同給付を請求する手続と同様の手続を行うものとする。

なお、介護補償給付の初回の請求は、障害補償年金を受ける権利を有する者については、障害補償年金の請求と同時に、又はその請求後に行うものとし、また、傷病補償年金を受ける権利を有する者については、当該傷病補償年金の支給決定を受けた後に行うものとする。

ロ 請求書に添付する書類

介護補償給付の請求の際に添付する書類は以下のとおりである。

① 障害の部位及び状態並びに当該障害を有することに伴う日常生活の状態に関する医師又は歯科医師の診断書(以下「診断書」という。)

② 介護に要する費用を支出して介護を受けた日がある場合にあっては、費用を支出して介護を受けた日及び当該支出した費用の額を証する書類

③ 被災労働者がその親族等により介護を受けた日がある場合にあっては、当該介護に従事した者の当該介護の事実についての申立書

ハ 診断書の添付と定期報告書との関係(新労災則第21条関係)

継続して2回目以降の介護補償給付を請求する者については、診断書の添付を要さないものとし、そのうち障害補償年金の受給者にあっては、新労災則第21条に規定する定期報告書に、障害を有することに伴う日常生活の状態を記載した診断書を添付するものとする。

(6) 未支給の保険給付

介護補償給付を受ける権利を有する者が死亡し

た場合において、その死亡した者に支給すべき介護補償給付でまだその者に支給しなかったものがあるときは、死亡した者の遺族は当該すべての月分の介護補償給付を未支給の保険給付として請求できるものである。

請求に当たっては、未支給の保険給付支給請求書(様式第4号)に、次に掲げる書類を添付することとするが、介護補償給付受給者に係る遺族補償給付又は葬祭料について併せて遺族より支給請求があった場合は、当該保険支給請求のため提出する書類その他の資料で重複するものについては重ねて提出する必要はないものとする。

イ 死亡した受給権者の死亡診断書、死体検案書又は検死調書に記載してある事項についての市町村長の証明書等死亡の事実及び年月日が証明できる書類

ロ 死亡した受給権者と未支給給付の請求権者との身分関係を証明し得る戸籍の謄本又は抄本

ハ 死亡した受給権者と未支給給付の請求権者との内縁関係にあった場合は、その事実を証明し得る書類

ニ 死亡した受給権者と生計を同じくしていたことを証明し得る書類

ホ 死亡した者が請求書を提出していなかった場合は、死亡した受給権者が提出すべきであった請求書

(7) 支給制限

イ 故意の場合

労働者が故意に傷病等の原因となった事故を生じさせた場合は介護補償給付の支給は行われぬものである。

ロ 故意の犯罪行為、重過失又は療養に関する指示違反の場合

介護補償給付については、労働基準法第78条(休業補償及び障害補償の例外)の規定に該当しないことから、支給制限の対象としないものとする。

(8) 費用徴収

イ 不正受給者からの費用徴収

介護補償給付における不正受給者からの費用徴収における徴収する徴収金の金額は、保険給付を受けた者が受けた保険給付のうち、偽りその他の手段

により給付を受けた部分に相当する価額とする。

ロ 事業主からの費用徴収

法第25条第1項第1号から第3号までに該当する事故について保険給付を行う場合は、労働基準法の規定による災害補償の価額の限度で、その保険給付に要した費用に相当する金額の全部又は一部を事業主から徴収することとなっているが、労働基準法上の規定のない介護補償給付については費用徴収は行わないものとする。

(9) 時効(新法第42条関係)

介護補償給付の時効は2年である。なお、既に支給決定のあった保険給付の支払請求権は、会計法第30条の規定により5年である。

(10) 損害賠償との調整

介護補償給付と損害賠償との調整については、当分の間、次に定める方法により行うものとし、介護補償給付に係る障害補償年金又は傷病補償年金の支給事由となる障害の原因となる負傷又は疾病が平成8年4月1日以後に発生したものについて適用する。

イ 第三者行為災害における民事損害賠償と介護補償給付の支給調整に関しては、求償(法第12条の4第1項)の場合には、実際に行った保険給付の価額の限度で「第三者行為災害事務取扱手引」第2章第3節「求償」に準じて行い、控除(同条第2項)の場合には、介護損害に対する民事損害賠償額のうち介護補償給付に見合う価額の限度で同手引第2章第2節「控除」に準じて行うものとする。

ロ 事業主による民事損害賠償が行われた際の介護補償給付の支給調整に関しては、介護補償給付は、介護損害に対する民事損害賠償額のうち介護補償給付に見合う額の限度で支給調整を行うものとし、同給付に係る障害補償年金又は傷病補償年金の調整対象給付期間と同一の期間について、「民事損害賠償が行われた際の労災保険給付の支給調整に関する基準(労働者災害補償保険法第64条第2項関係)」に準じて支給停止を行うものとする。

(11) 旧一酸化炭素中毒則による介護料の取扱い(改正省令第3条、新一酸化炭素中毒則第7条及び改正法附則第8条関係)

旧一酸化炭素中毒則の介護料に関する規定は廃

止されるが、施行日前において、改正法による改正前の炭鉱災害による一酸化炭素中毒症に関する特別措置法(昭和42年法律第92号)による介護料を受ける権利を有していた被災労働者については、当該介護料又は介護補償給付のいずれかを受けることができるものである。

(12)労働福祉事業に係る介護料の廃止について
昭和55年4月5日付け基発第165号「介護料の支給について」は、平成8年3月31日をもって廃止する。

なお、平成8年3月31日までに支給すべき事由の生じた介護料については、従前の例による。

(13)特例による保険給付(改正省令第4条及び新整備則第8条関係)

介護補償給付についても暫定任意適用事業における特例による保険給付の対象となるが、この場合における介護補償給付に係る特別保険料の徴収期間は、当該介護補償給付に係る障害補償年金又は傷病補償年金に係る特別保険料の徴収期間とするものである。

3 施行期日及び経過措置

(1)施行期日(改正省令附則第1条関係)

この改正は、平成8年4月1日から施行される。

(2)介護補償給付の支給事由の生じた月における支給額算定方法に関する経過措置(改正省令附則第2条関係)

施行日前に介護補償給付に係る障害補償年金又は傷病補償年金の支給事由となる障害の原因となる負傷又は疾病に関する療養を開始した者については、親族又はこれに準ずる者による介護を受けた日があり、かつ、その月に介護に要する費用として支出された額が常時介護を要する障害の程度の場合にあっては57,050円、随時介護を要する障害の程度の場合にあっては28,530円に満たない場合であっても、平成8年4月分の介護補償給付の給付額は、常時介護を要する障害の程度の場合にあっては57,050円、随時介護を要する障害の程度の場合にあっては28,530円とするものである。

(3)介護補償給付に係るメリット制の算定方法に関する経過措置(改正省令附則第3条関係)

介護補償給付についてもメリット制の算定の対象となるが、施行日前に介護補償給付に係る障害補償

年金又は傷病補償年金の支給事由となる障害の原因となる負傷又は疾病に関する療養を開始した者に支給される介護補償給付の額は、メリット制の算定の対象としないものとするものである。

4 介護給付の取扱い(改正省令第18条の14、第18条の15及び第21条関係)

介護給付に関しては、2(10)及び3(3)をのぞき、介護補償給付に準じて取り扱うものとする。

第2 遺族補償年金及び遺族年金の受給資格者の子等の年齢要件の緩和

1 改正の趣旨及び内容

(1)改正の趣旨

死亡した労働者の子、孫及び兄弟姉妹の遺族(補償)年金の受給資格は、当該遺族の稼働能力の観点から満18歳に達したときに失われるとされているが、最近の中学卒業者の高校等への進学率はほぼ100パーセント(平成5年97.7パーセント)に達しているなど高校への進学は一般化しており、一般に高校卒業時(満18歳に達する日の属する年度の3月31日)までは就学のため事実上稼働能力はないと考えられる。

このため、被災労働者の遺族について、より一層の生活の安定を図っていくとの観点から、遺族(補償)年金の受給資格者となる遺族のうち子等の受給資格に係る年齢要件を緩和することとされたものである。

(2)改正の内容(新法別表第1関係)

遺族(補償)年金の受給資格者となる遺族のうち子、孫及び兄弟姉妹の年齢要件(従前満18歳)を、満18歳に達する日以後の3月31日までとするものである。

2 施行期日(改正法附則第1条関係)

この改正は、平成8年4月1日から施行される。

第3 海外派遣者の特別加入制度の改善

1 改正の趣旨

日本国内から海外に派遣される労働者については、昭和51年改正で導入された海外派遣特別加入制度により保護の対象とされているが、近年、急激に増加している現地法人の代表者等として派遣される者については、対象とならないこととされている。

しかしながら、海外の中小事業の代表者等として派遣される者は、国内の中小企業事業主の場合と同様、事業主が労働者とともに、労働者が従事する作業と同様の作業に従事する場合が多く、労働者に準じて保護する必要性が高いと考えられる。

このため、国内の中小事業主については特別加入が認められていることとの均衡等を考慮して、派遣先の事業の代表者等として派遣される者についても特別加入の対象とすることとされたものである。

2 改正の内容(新法第27条第7号関係)

派遣先の海外の事業が中小企業(使用する労働者数が常時300人(金融業、保険業、不動産業、小売業又はサービス業においては50人、卸売業については100人)以下であるもの。以下同じ。)に該当するときは、当該事業の代表者等であっても、実質的には労働者に準じて保護すべき状況にあることから、国内の中小企業事業主等と同様に特別加入の対象とするものである。

3 海外派遣者の特別加入制度の対象者の拡大に伴う留意点

今回の改正により新たに海外派遣者の特別加入制度の対象となる派遣先の海外の事業の代表者等の取扱いについては、基本的には昭和52年3月30日付け労働省発労働第21号・基発第192号(以下「基本通達」という。)によることとなるが、当該対象者が従来の対象者と異なる性格を有する者であること等にかんがみ、留意すべき点は次のとおりである。

(1)特別加入対象者

基本通達記の10の(1)に加え、派遣先の海外の事業が中小企業に該当する場合に限り、当該事業に従事する者であってその代表者(例えば、現地法人の社長)等一般的に労働者としての性格を有しないと考えられるもの(以下「海外派遣される事業主等」という。)についても、特別加入することができるものであること。

(2)派遣先の事業の規模

特別加入の対象者が海外派遣される事業主等である場合には、派遣先の事業の規模について確認を行うことが必要となるが、この派遣先の事業の規模の判断については、海外の各国ごとに、かつ、企業を単位として判断することとし、その取扱いについては、

国内における中小事業主等の特別加入の場合に準ずること。

また、派遣先の事業の規模の把握に当たっては、派遣元の事業主から派遣先の労働者に係る労働者名簿、派遣先の事業案内書等の資料の提出等を求めること。

(3)特別加入対象者の具体的範囲及び海外で従事する業務の内容

イ 基本通達記の10の(3)により、海外派遣される事業主等についても、派遣元の事業主が申請書に添付して提出する名簿(申請書別紙)に搭載されることにより、特別加入者となること。

ロ この場合、基本通達記の10の(4)にかかわらず、名簿の「海外で従事する業務の内容」欄には、派遣先の事業における地位、当該派遣先の事業の種類及び当該事業に係る労働者数も記載させること。

ハ 基本通達記の10の(4)なお書きにより、特別加入者の業務の内容に変更のあった場合にも変更届が必要とされているが、海外の派遣先の事業に従事する労働者であって特別加入しているものが海外派遣される事業主等となり引き続き特別加入させようとする場合又はその逆の場合についても、これに該当するので、変更届(新告示様式第34号の12)を提出しなければならないこと。なお、この場合の取扱いについてもロに準ずること。

(4)業務上外の認定基準等

海外派遣される事業主等として特別加入している者の災害の業務上外の認定については、基本通達記の10の(6)にかかわらず、国内における中小事業主等の特別加入の場合に準ずること。また、通勤災害の認定についても、国内における中小事業主等の特別加入の場合に準ずること。

(5)保険給付

海外派遣される事業主等に係る保険給付の取扱いについては、基本通達記の10の(7)によることとするが、この場合、派遣先の事業の事業主の証明書を添付させる必要はないこと。

4 施行期日(改正法附則第1条関係)

この改正は、平成8年4月1日から施行される。



「重症者」と「症状悪化」に 目安基準を設定

経過観察期間は1年間に

三宅正之

(社)北海道労働災害・職業病研究対策センター

労働省は、1996年1月25日付けで振動病に関する新しい通達(平成8年1月25日付け基発第35号「振動障害に係る保険給付の適正化について」)及び事務連絡(同日付け事務連絡第1号「振動障害に係る適正給付管理対策の運用について」)を発出し、従来、1986(昭和61)年の基発第629号通達や1990(平成2)年の基発第664号通達等によって行われてきた振動病に関する「適正給付管理」対策を一部見直し、同日付けで施行した。

新通達の骨子は、①重症者に対する目安基準を設けて、これに該当する者は、当分の間、症状調査対象者から「除外」することとしたこと、②経過観察期間を従来の6か月間から最長1年間に延長したこと、③経過観察(＝治療中止)による「症状悪化」に関する目安基準を設けて、治療再開の道を開いたこと、等である。また、この新通達と併せて、平成8年度予算の中で、振動病被災者が「症状固定」となった後の措置として、①生活転換を容易ならしめるために「振動障害者社会復帰援助金」制度を拡充して、症状固定者全員に対して一時金を支給する、②同じく「振動障害者雇用援助金」制度を拡充して、訓練・講習費用、指導員委託費用等の支給を新設する、③症状固定後も従来の治療をほぼ継続できるように現行アフターケア制度を大幅に拡充する、等の新規対策が計上されており、予算成立を待って施行に移される予定である。

近年とみに行政当局による振動病患者の「治ゆ(症状固定)」決定処分をめぐって、行政当局と主治医、患者、労働団体との間でトラブルが頻発しているが、このたびの新通達は、従来「治ゆ」決定の根拠があいまいなままに打ち切り処分だけが斉一に強行されてきたことに対して、誰の目にも明確な物差し(目安基準)を設けることによって恣意的な打ち切り攻撃に一定の歯止めをかけたものであり、症状固定後のアフターケアの充実や社会復帰策の拡充と合わせて、振動病の治療・補償・社会復帰を含めた総合対策の確立に向けて一歩前進したものと評価できるものである。

振動病の打ち切り攻撃

振動病患者に対する打ち切り攻撃は、1986(昭和61)年の基発第629号通達(「振動障害に係る保険給付の適正化について」)によって開始された。この629号通達に先立ち、同年5月に「振動障害の治療等に関する専門家会議」による「改訂治療指針」が公表されたが、この氏名すら不詳の「専門家」による「改訂治療指針」は、振動障害の病像を、抹消循環障害、末梢神経障害、運動器障害の局所3障害に限定した上で、十分な臨床例の検討もないままに治療効果を2年ないし4年までに限るという極めて偏った暴論であり、当時、治療の第一線を担う臨床医をはじめ各界から

強い反論と批判を浴びたものであった。

しかし、労働省はこの改訂治療指針を医学的根拠として629号通達を発出し、「適正給付管理」の名の下に患者に対する症状調査、主治医に対する所見書、意見書等の提出強要、診療費の査定・抑制強化等を強引に押し進めたのであった。これ以降、振動病患者、特に長期療養患者に対する治ゆ(＝症状固定)処分は一挙に激化し、1988年から1990年にかけては全国で毎年数百人規模の打ち切り攻撃が行われ、症状固定とされた被災者の中から自殺者が出る等社会問題化するに至った。

こうした打ち切り攻撃の激化に対して、振動病患者を多数かかえる全山労等の労働団体・患者団体は、全国的に大規模な抗議運動を展開するとともに、労働省に対する交渉を粘り強く繰り広げ、また、国会内でも社会党をはじめとする野党の政府追及が強まる中で、最終的に労働省としても従来の一方的かつ大量の打ち切り強行姿勢を事実上軌道修正せざるを得なくなり、1990年10月にいたって基発第664号通達が発出された。この664号通達は、「主治医意見の尊重」の原則を再確認し、その上に立って、従来の書面による症状調査、局医協議会による治ゆ決定方式から、主治医との面談による調査方式への転換、症状安定者に対する経過観察制度(最長6か月間)の新設、治療中断による症状悪化者には治療再開を認める等、これまで他の職業性疾患においては獲得できなかった極めて画期的な内容を含むものであった。

この664号通達の施行によって、一方的な打ち切り攻撃に一定の歯止めがかかり、それまでのような大量の症状固定処分は一時影をひそめた。しかしながら、その後数年間が推移する中で、再び多くの問題が生じてきた。その主なものは、①症状の軽・重に関係なく、実際には治療歴の長い者から打ち切りが強行されている、②経過観察(＝治療中断)によって症状が悪化した場合でも「一定の変動の範囲内である」とされて、主治医意見が無視されている、③症状固定後も治療が必要な患者に対して、現行アフターケア制度では十分な治療が保証されていない、④現在の障害等級では振動病患者の残存障害を正確に評価できる仕組みとなっていない、⑤社会復帰・職場復帰施策が決定的に不十分である、等で、これらの問題が

明らかになるにつれ、全国各地でトラブルが多発するようになり、特に北海道をはじめ振動病患者が多い地方では再び事態は深刻な様相を呈することとなった。

この間、全国安全センターは、労働者住民医療機関連絡会議と合同で「振動病プロジェクト」を設置し、振動病の治療・補償をめぐる諸課題の検討を進めていたが、森林労連からの依頼を受けて、1993年から1994年にかけて症状固定となった患者の追跡調査と再検診を行い、その結果を1994年7月に『慢性期振動病における調査研究』として公表。その中でも症状固定者の大半が現在もお強い症状を有し、検診結果でも治療中の者と比べ同程度かそれ以上の異常所見が認められており、労働省の行政処分が何ら医学的根拠をもたないものであることが裏づけられた。

新通達の発出へ

こうした状況を受けて、振動病をめぐる問題点の再整理と全国的行動の必要性が提起され、森林労連は1994年秋の定期大会において全国的な運動を起こすことを決定した。その後、同年10月の社会党国会調査団の北海道・九州での現地調査を踏まえて、森林労連は労働省に対して、①客観的な治ゆ認定基準の策定、②リハビリ就業制度及び社会復帰対策の確立、③一定年齢(70歳)以上の補償制度の見直し、④障害等級基準の改定、⑤総合対策確立までの間の打ち切り凍結、の5項目の要求を提示し、本格的な交渉に入った。労働省との交渉は1994年末から1995年春にかけて10数回にわたって積み重ねられたが、これと併行して全国安全センター・労住医連も振動病合同プロジェクトを開催し、医療現場の見解を集約して交渉の場へ意見反映するように努めた。また、1995年には労働省による四国・北海道のリハビリ訓練作業現地調査が行われる等、現状解決のための集中的な行動と交渉が展開された。これらの行動と交渉の積み上げの結果、ようやく1996年1月25日付けで振動病に関する新通達(基発第35号通達及び事務連絡第1号)が発出されるに至った。

この35号通達の内容は、以下の諸点である。

① 重症者の「目安」を設け、これに該当する者は当分の間、症状調査対象者から除外することとし

たこと。

ここでいう重症者の「目安」とは、抹消循環障害(V)の症度区分(これはS(自覚症状・身体所見)とL(検査成績)とで表示する)がS2L2、S2L3、S3L2、S3L3のいずれかで、かつ末梢神経障害(N)の症度区分がS2L3、S3L2、S3L3のいずれかに該当する者とされた。わかりやすく言えば、V(S()L())、N(S()L())の4つの数字が2・2・2・3以上か2・2・3・2以上の者が重症者に該当するわけで、これらの者は当分の間は調査対象から外され、療養に専念できるということだ。

また、「目安」として示されているものではないが、事務連絡第1号で、症状調査対象者とは「原則として4年以上療養継続している者のうち、その間の検査成績等から判断し、その症状が安定し又は改善されず、これ以上治療を行っても治療効果が認められないと思われる者」としていることから明らかに、症状が安定していない者、療養効果が認められる者は当然に調査対象から除外されるものと理解される。

② 経過観察中は原則として治療を中止することを明記するとともに、合わせてその期間を従来の「最長6か月」から「最長12か月」に延長することとしたこと。

これにより、経過観察制度は治療を中止することによって症状が悪化するかどうか判断するための制度であることが明確となり(従来は治療するか否かは主治医の判断に委ねられていたため、経過観察の趣旨を理解しない主治医の下では、治療が継続されたまま経過観察期間が終了された例が見受けられた)、合わせて症状が悪化する寒冷期も含めて1年間の経過観察が実施されることとなった。

③ 経過観察による症状悪化の「目安」基準を設け、症状が悪化した場合は治療再開・継続を認めることが明記されたこと。

ここでいう症状悪化の「目安」とは、(1)抹消循環障害(V)及び末梢神経障害(N)の検査成績(L)がいずれも1以上悪化したことが明らかに認められた場合、(2)抹消循環障害(V)及び末梢神経障害(N)の検査成績(L)のいずれかが1以上悪化したことが明らかに認められた場合であって、そのことによって前記の「重症者」の症度区分に該当することとなった場合、の2つとされた。

以上の3点が35号通達の骨子である。この新通達は、当初のわれわれの要求を十分に満たすものではないが、少なくとも従来のような画一的・無差別の打ち切りをやめさせ、空洞化していた経過観察制度に本来の意義を取り戻させた点は、大きな前進面として評価できるものと言えよう。

残された課題

しかしながら、今後、この35号通達に基づいて患者の症状調査が行われていく場合、その運用面ではいろいろと残された課題が多い。

その第1は、重症者の「目安」となる症度区分をどの時点で判断するかという問題である。労働省との交渉経過からみて、本来は過去4年間の症度を参考に「目安」に該当するか否かを判断するのが当然と思われる(換言すれば、過去4年間の間に重症者の「目安」に該当したことがあった場合は、調査対象から除外すべきということになる)。しかし、35号通達と事務連絡第1号ではこの点について記述がなく、げんに労働省も直近の症度で判断するものと解釈し、各県労基局に指示しているようである。しかし、これでは、過去4年間のうち3年間の症度区分が重症者の「目安」に該当していながら直近の検査で初めて「目安」からはずれただけで直ちに調査対象者となってしまうか、その逆に直近の検査で初めて重症者に該当することになった者(こうした症度区分の悪化は実際にしばしば見受けられる)は調査対象から除外されることになるといった不合理が想定される。

第2に、苦痛に対し我慢強い患者等の中には自覚症状(S)と検査成績(L)との乖離が見受けられる場合があるが、例えばV(S(1)L(3))、N(S(1)L(3))という症度区分の患者が経過観察に入ったケースでは、たとえ治療中断によって症状が悪化してもこれは以上悪化しようがないために治療再開が認められないことになる。自覚症状の悪化を含め、本来、主治医の総合的判断が尊重される余地を残すべきである。

第3に、経過観察による症状悪化をどの時点の症度と比較するのか、という問題がある。労働省は、「直近の同時期」と比較するとしているようだが、そのためには常に各季節毎に検査を実施して適正な症度

区分をつけておく必要がある。労働省は、少なくとも夏季と冬季の年2回程度検査を実施して、その結果を所見書で定期的に報告させるとしているが、実際には各院所で定期的に検査を行えるか率直に言って疑問がある。

こうした問題については、中央レベルでは未解決となったが、今後実際の運用に際して、地方ごとに有利な状況を作り出すよう詰めていく必要がある。

また、現行の治療・補償制度のさまざまな矛盾や課題について、今回の交渉では十分解決するに至らなかった。前述したように、平成8年度予算の中で、症状固定後の一時金の拡充、社会復帰支援策の一部改

善、アフターケア制度の充実等については一定の前進が図られたが、大きな課題である実効ある社会復帰支援制度の新設(軽快者及び症状固定者に対する雇用の場の具体的創出)については、平成9年度に一定の成案を得ることを目途に継続交渉することとなったほか、振動病の病像問題(改訂治療指針の見直し)、療養補償と休業補償制度のあり方の再検討、現行障害等級制度の抜本的改革、等は当面先送りとなり、引き続き取り組みの課題として残されることとなった。今後、これらの課題については、労災保険法の改正時期をにらみながら、長期的に取り組んでいくことが必要とされている。



記

1 適正給付管理対象者

振動障害療養者であって、療養を1年以上にわたって継続しているものを適正給付管理対象者(以下「管理対象者」という。)とし、個別管理を行い、症状経過の把握に務めること。

2 症状経過の把握

(1) 管理対象者の症状経過を的確に把握するため、労働者災害補償保険法施行規則(以下「労災則」という。)第19条の2に基づく傷病の状態等に関する報告書のほか、診療担当医師(以下「主治医」という。)から定期的(夏季と冬季の2回程度)に「振動障害診断所見書」(以下「所見書」という。)を、また、必要に応じ「振動障害に関する意見書」(以下「意見書」という。)を徴すること。

(2) 症状経過の把握に当たっては、昭和61年10月9日付け基発第585号別添「振動障害の治療指針」(以下「治療指針」という。)により定められている症度区分を把握することが重要であるので、診断書(労災則第19条の2に基づく傷病の状態等に関する報告書に添付される診断書を含む。)、所見書及び意見書については、症度区分が記入されたものを提出させること。

3 症状調査の実施

(1) 症状調査対象者

管理対象者のうち、症状経過等から判断して保険給付の要否について調査の必要があると認められる者(以下「症状調査対象者」という。)については、計

基発第35号
平成8年1月25日
都道府県労働基準局長殿
労働省労働基準局長

振動障害に係る保険給付の適正化について

振動障害に係る保険給付の適正化については、昭和59年8月3日付け基発第391号「適正給付管理の実施について」及び昭和61年11月28日付け基発第629号「振動障害に係る保険給付の適正化について」(改正昭和63年8月31日付け基発第565号、改正平成2年10月29日付け基発第664号)をもって対策を指示してきたところである。

しかしながら、振動障害療養者の中には、依然として必要以上の期間にわたり療養を継続する等公正を欠くとみられるものも少なくない現状にある。

そこで、今後、対策の運用面についての改正を行い、今後は、下記により振動障害療養者に対する保険給付の適正化を図ることとしたので、その的確かつ円滑な推進に遺憾なきを期されたい。

なお、本通達の施行に伴い、昭和61年11月28日付け基発第629号「振動障害に係る保険給付の適正化について」は廃止する。

画的に調査を実施すること。

(2) 症状の把握

症状調査対象者となった者の症状を的確に把握するため、主治医等に対する調査を実施するとともに、必要に応じ症状調査対象者に対する調査を実施すること。

(3) 調査結果に基づく区分

症状調査対象者については、その調査結果から判断して

- ① 療養の継続が必要と認められる者
- ② 一定期間経過観察をする必要があると認められる者
- ③ 症状固定(治ゆ)と認められる者に区分し、管理すること。

4 療養の要否等の判断

振動障害療養者の療養の要否等の判断に当たっては、主治医の意見等を踏まえること。

なお、療養の要否等の判断に当たって疑義が生じた場合には、地方労災医員協議会に医学的意見を求めた上で、その後の処理方針を決定すること。

5 留意事項

(1) 所見書の提出

所見書は、主治医が治療方針を立て、また、治療実績を経年的に観察するための診断項目を定めた

ものであり、振動障害に係る適正給付管理において管理対象者の経年的な動向を把握するため必要な資料であるので、主治医に対してその趣旨を十分に説明し、提出を求めること。

なお、提出を求めるに当たっては、強制にわたることのないよう留意すること。

イ 聴取書は原処分庁の判断を裏付ける重要な証拠ともなり得ることから、その作成に当たっては、任意性と信憑性が確保される必要があり、何人の干渉も受けることのない状況で作成されなければならないこと。

ロ 聴取りは、立会人の意見・要望を聞く場ではないこと。

(3) 医療機関との協力体制の整備

振動障害療養者が治療指針に基づき適切な診断及び治療を受けられるよう地域ごとに振動障害の治療が可能な医療機関を把握するとともに、症度区分の把握が円滑に行われるよう管内の医療機関との協力体制の整備を積極的に図ること。

なお、検査成績等から判断して症度区分に疑義が多く認められる医療機関に対しては、検査方法、症度区分を判断するに当たっての基準等を確認すること。



以上治療を行っても治療効果が認められないと思われる者を症状調査対象者とする。

なお、正当な理由なく定期的な治療行為を受けていないと認められる者、外部からの通報(投書等)により調査が必要な者等療養継続に問題があると認められる者については、直ちに実地調査を行い療養の要否の判断を行うこと。

(2) 症状調査対象者からの除外者

症状調査対象者からの除外者については次によること。

イ 療養期間(4年)にかかわらず主治医が症状が固定していると判断する者

ロ 当分の間、症状調査対象者から除外する者の目安としては、抹消循環障害(V)が下表の症度区分の一つに該当し、かつ、抹消神経障害(N)が下表の症度区分の一つに該当する者

抹消循環障害(V)

症度区分	S ₂ L ₂	S ₂ L ₃	S ₃ L ₂	S ₃ L ₃
------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

抹消神経障害(N)

症度区分	S ₂ L ₃	S ₃ L ₂	S ₃ L ₃
------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

なお、これらの者についても、定期的(夏季と冬季の年2回程度)に主治医から所見書を徴すること。

〔経過観察〕

(1) 経過観察の趣旨

経過観察とは、監督署長が症状調査対象者のうち、治療を止めても症状が悪化しないと思われる者について、主治医等の意見も踏まえ、治療効果、療養の要否等を判断するために、一定期間その症状について観察するものであること。

(2) 経過観察期間

経過観察期間は、監督署長が主治医又は局医等専門医の意見を踏まえ決定するものとし、その期間は最長12か月とすること。

ただし、経過観察中において、振動工具の使用や身体に悪影響を及ぼす行為を行ったことが明らかの場合等経過観察の趣旨に反するような行為が認められた場合には、経過観察を即時に中止するとともに、主治医及び局医等専門医の意見を求め、療養の要否の判断を行うこと。

(3) 経過観察中の診療行為

経過観察中の診療行為は診察、生活指導、検査、作業療法等を中心に行うこととし、手術、薬物療法、理学療法等の積極的な治療は原則として中止するよう主治医に対して説明を行うこと。

なお、症状調査対象者から疼痛等が激しく出現した等の自訴がある場合に、主治医の判断で消炎・鎮痛のための一時的な投薬、注射等を行うことまでも中止するものではないこと。

(4) 経過観察中の転医の取扱い

イ 経過観察中における転医については、経過観察の趣旨が損なわれることのないよう、事前に当該症状調査対象者から監督署長に連絡させること。

なお、転医に係る取扱いについては、経過観察の通知文(お知らせ)に記載することで症状調査対

象者への説明は省略して差し支えないこと。

ロ 経過観察中に症状調査対象者が転医した場合には、監督署長は、転医後の主治医に経過観察中である旨説明し、引き続き経過観察を実施すること。

この場合の経過観察期間は、転医前の主治医及び症状調査対象者に通知した経過観察期間の残期間とすること。ただし、合理的な理由もなく転医した場合には、経過観察を終了したものとして処理することとし、主治医の意見を徴した後、局医協議会等専門医に意見を求め療養の要否の判断を行うこと。

(5) 経過観察中又は経過観察終了時に症状が悪化した場合の取扱い

イ 主治医は経過観察中又は経過観察終了時に症状調査対象者の症状が悪化したと判断した場合には、監督署長に連絡すること。

ロ 主治医から連絡を受けた監督署長は、主治医の意見を徴した上、所見書等客観的に判断できる医証に基づきその後の取扱いを決定すること。

なお、この場合、監督署長は主治医の意見が適当と認める場合には、経過観察を中止し療養継続として取り扱うこととするが、検査成績等を含む主治医の意見に疑義がある場合には、必要に応じ受診命令(鑑別診断)を行った上で局医協議会等専門医の意見を徴し、その取扱いを決定し、主治医に連絡すること。

ハ 経過観察中又は経過観察終了時に、症状が悪化したか否かを判断する場合の目安は、抹消循環障害(V)及び末梢神経障害(N)に係る検査成績(L)の症度区分がいずれも1以上悪化したことが明らかに認められる場合であること。

なお、抹消循環障害(V)又は末梢神経障害(N)に係る検査成績(L)の症度区分のいずれかが1以上悪化したことが明らかに認められる場合であって、症状調査対象者からの除外者に該当することとなった場合には、療養の継続が認められる者として取り扱うこと。

〔その他〕

本事務連絡を運用するに当たって疑義等が生じた場合には、随時、本省あて協議すること。

振動障害に係る適正給付管理 対策の具体的運用(要旨)

〔症状固定対象者〕

(1) 症状調査対象者の選定

所轄署は、管理対象者であって、原則として4年以上療養継続している者のうち、その間の検査成績等から判断し、その症状が安定し又は改善されずこれ

ポジティブ・メンタルヘルスの確立を

個人レベルの問題だけでなく
総合的な労働条件対策を



日本労働組合総連合(連合)では、「メンタルヘルスプロジェクト報告」をまとめた。労働組合がまとめた初めてのメンタルヘルス問題に関する提言としてだけでなく、そのポイントを「ポジティブメンタルヘルス—積極的なこころの健康」に置いていることが注目される。また、自治体労働安全衛生研究会でも、メンタルヘルス対策ワークショップを設置し、労働側の取り組み指針の提案に向けて、担当者向けの手引書作成の作業が進められている。

以前H.Oの『仕事上のストレスの予防』を紹介したときに、いくつかのキーポイントをあげた(94年1月号参照)。すなわち、『個人のみを対象とした』調整—解決を望む『個人対策』プログラムよりも、作業・作業環境を改善する方が生産的である、組合が参加し、労使協同の委員会を設置できるかが、成功するかどうかを明らかに左右する、作業改善の計画や論議に加わる労働者の数が多ければ多いほど、プログラムが成功する見込みは大きくなる、専門家の意見に

頼って改善を図る場合は、部分的にしか成功しない、等々である。これらは、メンタルヘルス対策にもまったく当てはまる(というよりも、これからの労働安全衛生対策は、個別疾患対策・個別課題対策よりも、総合的な改善をめざすものになることのあらわれ、といった方がよいかもしれない)。

連合の報告では、メンタルヘルス対策の5原則として、①基本方針と体制の確立、②労働・生活ストレスの総合的な改善、③職場・地域のサポート体制、④啓発、教育活動の推進、⑤人権とプライバシーの保護、を掲げているが、国際的な動向とも重ね合わせてとらえられるだろう。

問題は、現場の労働者、労働組合に、このような言わば労働安全衛生に関する基本戦略がいかに関与するかと現場での取り組みの強化である。労働者側からの提言が、労働現場でのメンタルヘルス対策の戦略と実践の豊富化につながっていくことが期待される。(以下「はじめに」は省略)



メンタルヘルス問題の現状

(1) メンタルヘルス問題とは

① 「メンタルヘルス問題」の考え方

メンタルヘルス問題を考えるために、まず、「メンタルヘルス」という言葉の意味を整理しておこう。「はじめに」に記したように、「メンタルヘルス」という言葉は、本来、心の健康状態全般を意味するものであり、基本的には積極的な概念である。従来、とすると、精神的な不健康状態を指すことにつかわれがちであったが、本報告では、その本来の意味で扱っている。

下の二つの図(23頁)は、「メンタルヘルス」の本来の意義を踏まえ、「メンタルヘルス対策」の領域と、「メンタルヘルス問題」のレベルを示したものである。

「メンタルヘルス対策」の領域には、三つの段階がある。最も不健康な状態は、精神障害の状態である。つづいて、精神的な不健康状態あるいはその前段階の状態、これが、これまで主としてメンタルヘルス問題といわれていた狭義の対策範囲である。さらに、不健康の予防と、より健康な精神状態を実現することを中心とするレベルがあり、これが、図において、ポジティブメンタルヘルスと記されている範囲である。

「メンタルヘルス問題」のレベルとして、本報告では、下図(23頁右の図)にある三つの内容を考えている。メンタルヘルス問題を個人とのかかわりで考えた場合には、個人レベルに加えて、労働条件・労働環境レベルと、社会環境レベルを考える必要がある。とくに、職場のメンタルヘルス問題については、個人レベルの問題と同時に、労働をめぐる環境をひろくとらえる必要がある。勤労者のメンタルヘルス問題は、業務内容、労働時間、労働環境、雇用や社会環境などが密接に関係しているからである。本報告では、労働をめぐる環境を広く問題の対象としている。

② ポジティブメンタルヘルス

「メンタルヘルス問題」に関して、本報告では、従来型の精神的な不健康対策に加えて、すべての勤労者を対象に、精神的により健康な状態を実現するための課

題の検討を行っている。図1(23頁左の図)の「メンタルヘルス対策の範囲」に示されている広義のメンタルヘルスについて、本報告では、「ポジティブメンタルヘルス」(積極的なこころの健康)と表現している。

(2) メンタルヘルス問題の状況

① 職場におけるメンタルヘルス問題の状況

職場におけるメンタルヘルス問題の状況について、各種の調査によれば、対策の強化を求めるデータが示されている。ポイントはつぎの通りである。①職場の健康問題のなかで高い関心がある、②約1割の勤労者に精神的な不調感がある、③8割以上の職場で「対策が必要」と回答している、④実際に対策活動のある職場は4割強にとどまっている。

なお、「連合調査」は、「連合第3回労働安全衛生に関する調査」(1995年10月)、「JPC調査」は社会経済生産性本部メンタルヘルス研究所による調査である。

ア 高い関心—健康問題全体のなかで第3位

連合調査は、組合員の健康問題全般への関心をたずねているが、「メンタルヘルス」(39%)は、「成人病への不安」(52%)に続き、ベストスリーの一つとなっている。

イ 精神的な不健康の広がり—約1割の勤労者が「不調感」

JPC調査によれば、職場において、精神的な不調感があり、メンタルヘルスに関して問題があると思われる労働者の割合は約1割である。

ウ 対策の必要性—82%の職場で「必要」と回答

メンタルヘルス対策の必要性については、連合調査によれば、「職場や企業で対策が必要」とする回答は82%('必要'37%、'少しは必要'45%)である。「必要」とする回答は大企業に多く、1,000人以上で93.3%、3,000人以上で94.3%である。

エ 対策の実施状況—「実施」は46%にとどまる

連合・メンタルヘルスプロジェクト報告

メンタルヘルス対策の実施状況については、何らかの対策を行っているところが平均で45.8%である。民間では、対策を実施しているとする回答は大企業に多く、3,000人以上で84.5%、1,000人以上で70.5%である。一方、300人未満では38.8%、100人未満では29.3%と少ない。

オ ここ10年間で悪化の傾向

メンタルヘルス問題の推移について、精神衛生相談の動向やJPC調査により、ここ10余年の間での悪化傾向を読み取ることができる。下左図(省略)は、保健所の精神衛生相談の動向であり、増加が続いている。下右図(省略)は、男性の「抑うつ」「不安」の推移であるが、これも、中期的に増加の傾向にある様子がわかる。

② 職場におけるメンタルヘルス問題の内容

職場におけるメンタルヘルス問題の具体的内容については、いくつかの調査が行われているが、その主なものはつぎの通りである。

1) 異常性格・行動傾向、2) 作業低下、3) 頻回欠勤、4) 出勤困難(「5月病」など初期不適応含む)、5) アルコール依存、6) 強度の不協調傾向、7) 不安全行為頻発、8) 生活破綻、9) 自殺未遂などである。

(3) メンタルヘルス問題の要因

メンタルヘルス問題の要因について、連合調査によれば、主なものはつぎの通りである。

トップは「仕事の密度」(49.0%)であり、これに、「上司等との関係」(46.2%)、「仕事不満足」(43.9%)、「変則勤務」(37.7%)、「時間外労働」(34.2%)が続く。

すなわち、職場のメンタルヘルス問題の主要な原因は、労働密度・業務内容・人間関係・労働時間などである。職場のメンタルヘルス問題が、労働条件・職場環境問題との結びつきが深いことが示されている。

なお、一方、「家庭生活・私生活」をあげるものも21.9%であり、少なくない数字である。

(4) 労働環境の要因

ア 労働密度、業務内容と人間関係

連合調査では、メンタルヘルス問題の原因のトップ

は、前述のとおり、仕事と人間関係である。製造業では、人間関係49.8%、仕事密度48.8%、仕事不満足48.5%の順であるが、非製造業では、仕事密度43.1%、人間関係42.2%に続いて、変則勤務42.0%、時間外労働36.0%であり、仕事不満足34.2%は第5位となっている。人間関係(上司などとの関係)は、企業規模が大きくなると増える傾向にある。

また、同調査では、「仕事量と密度が増大し、職場の過労が増している」との回答が58.5%あり、労働密度の増大傾向が示されている。

イ 労働時間

連合調査では、労働時間について、時間外労働と変則勤務についてたずねている。いずれの項目についても、企業規模や産業分野にかかわらず、3~4割がメンタルヘルス問題の原因と答えている。産業別にみると、交通・通信では、変則勤務が65.9%で、メンタルヘルス問題の理由のトップとなっている。

労働省調査では、労働時間とメンタルヘルスの関係が示されている。それによれば、時間外労働が30時間をこえると「ストレスあり」が「ストレスなし」を上回り、さらに、40時間をこえると、3分の2が「ストレスあり」と答えている。

ウ テクノストレス

労働環境に関する要因のなかで、新技術や技術革新によるストレス問題は以前から指摘されているが、近年はコンピュータの大規模な導入の影響によるテクノストレスの増大が懸念される。とくに、電子機器の操作が長時間にわたる業務や、中高年の適応問題などが指摘されている。

(5) 中小企業、地域における問題

ア 中小企業におけるメンタルヘルスの状況

中小企業におけるメンタルヘルス対策は、大企業に比べて遅れている。連合調査では、メンタルヘルス対策が必要とする中小事業所は7割前後であるが、「対策を実施している」との回答は2~3割であり、7割以上が実施している大企業とは大きな距離がある。メンタルヘルス問題の原因についても、「会社のとり組みが不十分」(2~3割)が大企業の約3倍となっている。

なお、連合調査によれば、中小企業では、職場の健

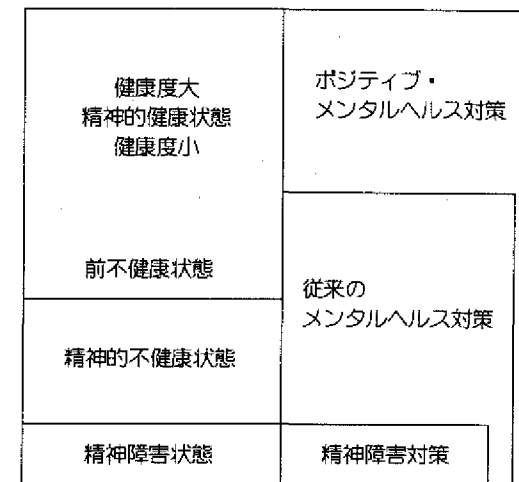


図1 「メンタルヘルス対策」の範囲

康不安に関する項目のなかで、「メンタルヘルス」は、「成人病」「長時間労働によるストレス」「作業環境」「高齢者」につぐ第5位である。これは、大企業の第2位より順位は低いが、中小企業では、メンタルヘルス問題とあわせて解決すべき課題が多いことを示しているものと考えられる。

イ 地域におけるメンタルヘルスケアの現状

地域におけるメンタルヘルスケア体制の基本的な問題は、各種の対策組織の連携のあり方である。政府の精神保健センター(厚生省)に加えて、地域保健センター(労働省)や、労働組合、労使、健保連、専門団体等によるさまざまな組織が設置されているが、それらの間の連携は不十分である。

地域におけるメンタルヘルスケアは、中小企業のみならず、大企業の勤労者とその家族にとっても不可欠なものであるが、実態は不十分な状況である。

(6) 高齢者、女性に関する問題

① 高齢化とメンタルヘルス

ア 中高年のストレス状況

中高年齢者のストレスに関して、労働省の調査によれば、通常業務での神経が疲れるとする勤労者の割合は、40~49歳で72.7%(うち「とても疲れる」14.8%)、50~59歳で62.9%(「とても疲れる」10.7%)であ

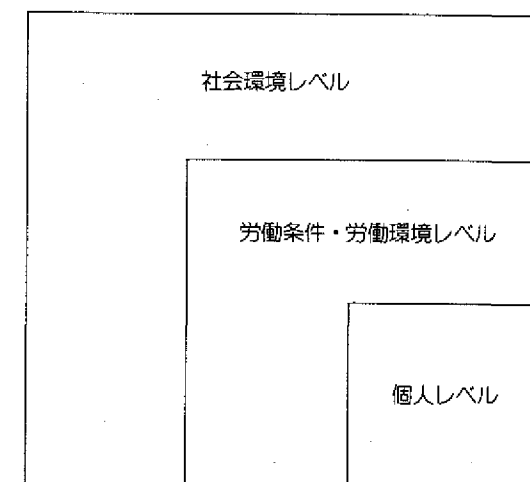


図2 「問題」のレベル

る。この数字は他の世代と大きな違いはない。(「労働者の健康状況調査」)。

一方、ストレスの程度について、ストレス性疾患に関する調査をみると、45~49歳層がトップ、30代以降では、それに、50~54歳、40~44歳が続いている。上記の調査とあわせて考えれば、中高年のストレスは40歳後半を中心を高まっていることがわかる。(中防災・ストレス関連疾病状況調査)。

イ 中高年と職場

中高年齢層のメンタルヘルスに関しては、この年齢層にかかわりの深い問題がある。例えば、1) 配置転換・出向への不満足、2) 業務・昇進昇格への強い不満、3) 仕事責任の重大化の影響、4) 転籍・転職先での自己実現困難、5) 世代交代・引継への対応、6) 定年への対応などが指摘されている。さらに、その背景として、1) 体力の衰えと成人病の出現、2) 組織における責任の増大、3) 家族の大きな変化、4) 老年期に向けての自己再編成の必要性、などがあるとされる。(精神分析学振興財団シンポジウム)。また、とくに近年では、企業リストラの進行により、雇用の不安にかかわるストレスが強まる職場が増加している。

② 女性とメンタルヘルス

ア 働く女性のストレス問題

働く女性の増加に伴い、女性のメンタルヘルス問

題の重みが増している。

連合が、1995年に実施した調査では、80%の女性が職場において、男性との異なる取り扱いに対して疎外感や不満を感じている。また、60%の女性が、職場において何らかの性的嫌がらせを受けた経験があると答えている。このような状況は、女性のメンタルヘルス問題に一定の影響を与えていると考えられる。

イ 母性保護と職場のストレス

働く女性が妊娠期間中に健康を維持し、出産しやすい職場環境をつくることは企業と労働組合の重要な課題であり、メンタルヘルス問題への十分な配慮が必要である。しかしながら、出産しやすい環境づくりのための制度の導入については、通勤緩和措置が11.2%、通院休暇制度が22.2%、妊娠障害休暇(「つわり休暇」)14.4%であり、現状はまだ不十分である。このような現状は、メンタルヘルス問題にも悪影響を与えているものと思われる。

(7) 家庭生活の問題

① 家庭等の問題

連合調査によれば、「家庭や私生活がメンタルヘルス問題の原因」とするものは、企業規模や産業にかかわらずほぼ2割であり、家庭等の問題が労働者のメンタルヘルス問題全体にかかわっていることが示されている。また、高齢化に伴い、介護の負担などによるストレスの増加が考えられる。

② 単身赴任、転勤

家庭に関する問題で、メンタルヘルス、ストレスとのかわり重要課題に、単身赴任、転勤に伴う問題がある。現在、単身赴任者は20万人をこえていると見られるが、ほとんどは男性で、その多くが有配偶者である。労働省の調査では、単身赴任により、生活が不規則になる、寝つきが悪い、疲れが残る、イライラが増すなどの答えが、2割から4割である。同時に、転勤に伴う家族のストレス問題も指摘されている。また、長期間にわたる出張が常態化しているケースがあり、この場合には、単身赴任と同様の問題が生じている。

(8) 海外生活の問題

海外生活とメンタルヘルスの問題については、日本労働研究機構(JIL)の調査がある。それによれば、現地生活でストレスを感じている割合は83.1%(感じる人が多い27.8%、時々感じる55.3%)である。

健康診断体制は、派遣前の実施は91.2%であるが、帰任後は83.5%、現地は83.3%である。現地での定期診断は、地域差が大きく、北米、欧州では現地医療機関によるものが多いが、中近東・アジアでは一時帰国時の検診が、アフリカでは日本大使館での検診が多い。

JIL調査における海外勤務でのストレスの原因は下表(省略)のとおりであるが、言語の問題、現地従業員との問題、本社との関係、生活文化の相違、子女教育問題などが上位にならんでいる。

これまでの対策と問題点

(1) 企業における取り組み

① 企業における対策の状況

企業におけるメンタルヘルス対策の状況について、連合の調査でみると、何らかの対策を行っている企業は、前述のとおり5割弱(46%)である。その内容には、以下に述べるような問題点があるが、労使による検討を経て、一定の成果をあげているところもみられる。

民間企業におけるメンタルヘルス対策実施の主体をみてみよう。調査結果は下図(省略)のとおりであり、「企業」(13.3%)、「企業と労働組合」(11.9%)、「健保組合」(9.1%)、「会社と健保組合」(6.2%)の順となっている。これらの実施主体別に集計すると(重複あり)、企業がかかわっているもの31.4%、健保組合がかかわっているもの15.3%、労働組合がかかわっているもの14.2%となる。

② 企業による対策の内容

職場での対策が行われている場合、その内容についての連合調査の結果はつぎの通りである。健康相談、レクリエーション、社内報・パンフでの啓発、健康診断での問診などが多い。このうち、企業規模間

格差の大きいものは、啓発、研修、調査であり、中小企業では、レクリエーション、健康相談、定期検診での問診が中心である。

③ 企業による対策の問題点

企業におけるこれまでのメンタルヘルス対策の問題点はつぎの通りである。

- 1) メンタルヘルス対策について、労使の取り組みが進められているところもあるが、全体としては、積極的な精神保健の考えを含め、企業としての基本的な方針が確立していない。
- 2) 企業内のメンタルヘルスに関する状況についての実態把握が不十分である。あるいは、実態把握を活かしていない。
- 3) 労働密度、労働時間などの労働条件や、労働環境について、メンタルヘルスの観点からの改善が遅れている。
- 4) 職場や家庭に対して、カウンセリング等の支援体制が未確立のケースが多い。
- 5) 産業医、メンタルヘルスの専門家との連携、活用が不十分である。
- 6) プライバシーへの配慮に問題があるケースがある。

(2) 労働組合の取り組み

① 労働組合における対策の状況

労働組合は、メンタルヘルス問題について、職場の安全衛生対策の一環として取り組みを進めている。連合調査によれば、事業所のメンタルヘルス対策に関して労働組合が実施にかかわっているものは14.2%である。

企業規模でみると、規模が大きいところに多く、1,000人以上の企業で20.0%、3,000人以上の企業では23.9%である。

労働組合は、メンタルヘルス対策に直接かわらない場合も、労働安全衛生委員会や労使協議において、企業の対策について協議することができる。これについての統計はないが、企業が対策を行う場合(連合調査では約3割)、通常、労働組合が関心を持ち、発言を行っているものと思われる。

② 労働組合の取り組みの内容

労働組合が実施主体としてかかわっているメンタルヘルス対策の具体的内容をみてみよう。下表(省略)に、これまでの取り組みの例を示す。啓発、教育のレベルから、実態調査やカウンセリングの段階まで、活動内容は多様である。

③ 労働組合による対策の問題点

労働組合による対策の問題点はつぎの通りである。

- 1) メンタルヘルス対策に関する基本的な方針を確立していないところが多い。また、精神的な健康対策という消極的な理解も少なくない。
- 2) 組合員の状況把握が不足あるいは欠如している。
- 3) メンタルヘルス対策の必要性は認めながら、職場での話し合い、日常の安全衛生対策での扱いや、労働条件対策としての位置づけが弱い。
- 4) 産業医や専門家との連携が不十分である。
- 5) 安全衛生(衛生)委員会での取り組みが不足している。
- 6) 組合としての支援対策、職場復帰対策が弱い。
- 7) メンタルヘルス対策を企業に委ねる傾向がある。
- 8) プライバシー確保の取り組みが徹底していない。

(3) 行政の取り組み

① 職域のメンタルヘルス対策

ア 対策の現状

1) 労働行政による指導、支援

職場のメンタルヘルス対策は、労働省により、労働安全衛生対策の一環として行われている。具体的には、THP(トータルヘルス・プロモーションプラン)による健康対策、快適職場形成施策に基づくストレス削減、他方、地域の産業保健(推進)センターによるメンタルヘルス対策などがある。

○THP(トータルヘルス・プロモーションプラン)

THPは、行政の支援により、職場の「こころと体の健康づくり」を進める施策である。THPの基本的な流れは下図(省略)の通りであり、健康測定を受けて健康

指導を行い、労災防止と健康増進を行うものである。

このうち、健康指導には、運動指導、栄養指導、保健指導、メンタルヘルスケアの4分野がある。メンタルヘルスケアでは、心理相談員が、ストレスに対する気づきの援助、リラクゼーションの指導、良好な職場の雰囲気づくりを中心に取り組むこととなっている。

○「快適職場の形成」によるストレス対策

快適職場の形成施策は、作業環境の快適化、作業方法の改善、施設等の整備を支援することを基本とするものである。支援措置の対象として、労働者の疲労・ストレスを回復するための施設・設備の設置・整備などが含まれている。

○産業保健(推進)センターの取り組み

地方、地域に設置されている産業保健(推進)センターにおいて、メンタルヘルス対策に関する情報提供などが行われている。とくに、地域産業保健センターでは、産業医の設置義務のない小規模企業への支援を行うこととしている。

イ 対策の問題点

行政による職域のメンタルヘルス対策の問題点は、まず、THPによる対策が十分に実効をあげていないことである。具体的には、ア)THP自体の普及・周知徹底の遅れ、イ)心理相談員の不足などである。また、快適職場形成、地域産業保健センターの機能についても改善が必要である。

また、基本的な課題としては、メンタルヘルス対策を労働条件の総合的な改善へ結びつける取り組みが欠如しているという問題がある。これまでに見てきたように、メンタルヘルス問題は、労働内容や労働時間などと密接に結びついており、それらの改善との連携なしには、本質的な改善は難しい。

② 地域のメンタルヘルス対策

ア 対策の現状

1) 精神保健センターと「こころの健康づくり推進事業」

地域のメンタルヘルス対策は、厚生省、地方自治体などにより、地域的な精神保健対策として行われている。厚生省の対策として、1975年より始められた「こころの健康づくり推進事業」がある。これは、各都道府県に設置されている「精神保健センター」を軸

に、啓発事業、相談事業等を行うものである。そのため、専門的立場から保健所等へ技術指導を行うとともに、保健所、教育委員会、医師会などによる「連絡会議」を設置している。

2) 保健所の取り組み

保健所は、地域の医療・保健行政の軸として、メンタルヘルス対策に取り組んでいる。内容は、精神障害者対策が中心であるが、同時に、地域住民の精神的健康の保持向上を図るための諸活動を行うこととされている。具体的には、地域で精神保健活動を行う組織への援助、住民の自主的参加に向けての地区組織の組織化などを行っている。また、保健所に加えて、医療機関、各種施設などにより、主として精神障害者を対象に、医療、社会復帰対策が行われている。

3) 自治体による対策と問題点

自治体では、大都市を抱える都道府県や大都市を中心に、若干のメンタルヘルス対策が行われている。内容は、自治体としての対策方針の立案、相談・支援事業の実施などである。問題点としては、現在のところ実施する自治体が少ないこと、労働組合をはじめ各種団体や省庁との連携が不十分であること、専門スタッフの不足などが指摘されている。

イ 対策の問題点

行政による地域のメンタルヘルス対策の問題点は、まず、地域に存在する各種のメンタルヘルス対策、関係組織の間の連携や対策活動の理念の共有が不十分なことである。住民の参加による積極的な精神保健対策も十分には浸透していない。同時に、職域におけるメンタルヘルス対策との連携が弱く、職場と家庭にまたがる問題への取り組みも不十分である。

(4) 産業医、医療団体、健康保険関係団体等の取り組み

医師・産業医団体、健康保険関係団体により、専門団体としての取り組みが行われている。内容としては、研修、広報、啓発などである。問題点としては、それぞれの団体が個別に取り組んでいるため、対策のネットワークが不十分なことである。また、職場のメンタルヘルス対策に関して、労働条件、労働環境や労働問題への理解が必ずしも十分ではない。

(5) 海外における日本人在住者への対策

海外における日本人在住者の多くがストレスを感じているが、メンタルヘルス対策は主として個々の企業に委ねられている。問題点としては、現地における本人、家族のカウンセリング体制が不十分なこと、赴任時・帰国時の健康診断やカウンセリングの問題があげられる。

今後の対策と課題

(1) 基本的考え方

メンタルヘルス対策に関する連合の基本的な考え方は、「ポジティブメンタルヘルス」である。これは、精神的な不健康への対応だけでなく、すべての勤労者を対象に、精神的な不健康の予防と、精神的により健康な状態を実現することを含む積極的な概念である。

(2) メンタルヘルス対策の5原則

職場におけるメンタルヘルス対策は、事業所の労使、産業医等専門家、行政などにより適切に進められる必要がある。いずれの場合にも、つぎの5つの原則を活かす必要がある。

① 基本方針と体制の確立

メンタルヘルス対策を推進するためには、まず、基本的な方針と実行体制の確立が必要である。そのために、メンタルヘルスに関する状況を的確に把握・分析し、労使、産業医等専門家の連携を深め、方針の策定と実行をすすめるべきである。

② 労働・生活ストレスの総合的な改善

メンタルヘルス問題は、労働時間などの労働環境、家庭、地域などの生活環境と密接に結びついている。問題を個人や人間関係に限定することなく、労働・生活ストレスの総合的な改善を推進すべきである。

③ 職場・地域のサポート体制

メンタルヘルス対策を強化するためには、職場、地

域におけるカウンセリングや労働相談などサポート体制の確立が必要である。労使・産業医・専門家・行政の連携をはかり、適切なシステムの確立と、その有効な活用をすすめるべきである。

④ 啓発、教育活動の推進

メンタルヘルス対策は、強いニーズがありながら、問題点や対策活動についての理解が不十分であることが多い。職場、地域や、各分野の人々に対して、情報による啓発、研修や講習による教育活動などを積極的に推進する必要がある。

⑤ 人権とプライバシーの保護

メンタルヘルス対策において、基本的な原則は、勤労者の人権とプライバシーを確保することである。そのため、人事・労務管理部門と、健康管理部門は、相対的に独立しつつ、連携をはかる必要がある。

(3) 企業・事業所における課題

- 1) 基本方針と体制の確立:事業所における基本的な課題は、メンタルヘルス対策が、すべての勤労者とかかわる重要な課題であるとの認識を持ち、基本的な方針と体制を確立することにある。そのため、衛生(安全衛生)委員会などを軸に安全衛生管理体制を強化する必要がある。
- 2) 職場対策の強化:職場での日常的な労働安全衛生対策の一環として、職場点検、苦情処理や世話活動などをすすめる。勤労者の自主的なこころの健康づくりの取り組みをサポートすることが望まれる。
- 3) 労働条件の改善:労働時間、業務密度などメンタルヘルスにかかわる労働条件や労働環境について総合的な改善を行うべきである。雇用の安定もメンタルヘルスの基本である。
- 4) 労使・産業医・専門家との連携によるサポート体制の強化:企業内外におけるカウンセリング、サポート体制を確立する必要がある。
- 5) 教育、啓発活動の推進:メンタルヘルス対策の基本方針や取り組みについて、企業内や家族対象の啓発活動を行うとともに、メンタルヘルス全般の課題についての啓発、教育をすすめるべきである。
- 6) プライバシーの確保:健康管理における情報

管理を強め、メンタルヘルス対策において、労働者個人の権利とプライバシーの確保をはかる必要がある。

(4) 行政における課題

- 1) 総合的な方針と体制の確立: 行政によるメンタルヘルス対策については、行政の各分野が、ポジティブメンタルヘルスの理念を共有し、全体としての総合的な方針を確立する必要がある。職域の対策(労働省)では、労働災害防止計画などでメンタルヘルス対策推進のための施策をさらに明確にし、そのなかで、労働条件、労働環境を含む総合的な対策をすすめる必要がある。労働関連疾患対策の視点による取り組みの強化も重要である。地域の対策(厚生省、自治体)では、地域を横断するメンタルヘルス対策の方針と体制を確立するとともに、職域や地域産業保健との連携を強めるべきである。いずれの場合も、現在の施策を強化するとともに、法制度について適切な見直しを行う必要がある。
- 2) 労働条件の総合的な改善: 職域の対策において、労働時間など関連する労働条件や労働環境問題とのかかわりを明らかにし、メンタルヘルス対策の推進のために労働条件の総合的な改善をすすめる方策を明らかにすべきである。職域、地域ともに、適切な現状把握のための支援を行うべきである。
- 3) サポート体制の強化: 職域では、当面、THP(トータルヘルスプロモーションプラン)において、指導、援助の拡充、心理相談員の増員などを行う必要がある。また、都道府県・地域の産業保健センターの機能強化、中小企業対策に対するサポートの充実などを行うべきである。地域では、精神保健センターや各種対策組織の拡充強化が必要である。職域、地域ともに、各種関連情報の提供をすすめるべきである。
- 4) 教育・啓発活動: 職域では、職場のメンタルヘルス対策の教育・啓発に関する支援を強めるべきである。地域においては、住民の自主的参加による地域精神保健対策を推進するよう教育・啓発活動をすすめるべきである。また、職域、地域ともに、プライバシー問題の重要性と、メンタルヘルス情報の

適切な管理について啓発、指導を行うべきである。また、教育行政においても、職場のメンタルヘルス問題の基礎を啓発すべきである。

- 5) 家庭対策: 職域、地域の対策では、いずれも、メンタルヘルス対策における家庭の重要性への理解を深め、適切な対策を強化する必要がある。

(5) 産業医・専門家・医療団体等の課題

- 1) 対策課題の検討推進: 医師・産業医、専門家は、労働者のメンタルヘルス問題の重要性が増大していることに対応し、専門的検討を通じて対策の新たな方向と課題を示し、国民、関係者にアピールすべきである。その際には、労使との連携を進めつつ、メンタルストレスと労働条件や労働環境とのかかわりをさらに解明し、メンタルヘルス問題の総合的な改善に向けての課題を整理すべきである。それらの検討を踏まえ、現状把握のための新たな方式を検討するべきである。
- 2) 職場・地域のサポート体制への協力と啓発・教育の強化: 職場・地域におけるカウンセリングや相談活動など各種のサポート体制への協力を強めるとともに、それらの有機的な連携をはかるよう提言すべきである。労使との連携をすすめる、産業医・産業保健スタッフの研修・教育や、労働者・国民の啓発などをすすめるべきである。メンタルヘルス専門団体との意見交換や適切な連携が必要である。また、健保組合など、健康保険関連団体においても、メンタルヘルス対策の一層の強化が必要である。

(6) 地域、家庭での課題

- 1) 基本的な対策の確立: 地域における労働者のメンタルヘルス対策を進める基本的な対策を確立する必要がある。地方、地域の労働組合などが軸となり、使用者団体、行政、医師・産業医、専門家との連携をはかり、地域のメンタルヘルス対策に関する協議を進め、地域的な対策の方針と体制を確立すべきである。その場合、対策の遅れている中小企業の状況に十分に配慮しつつ、労働条件や労働環境の状況を検討し、メンタルヘルス対策の総合的な改善をすすめるべきである。
- 2) サポート体制の活用と整備: メンタルヘルス対

策をすすめるためには、地域的なサポート体制が広がり、中小企業を含め、すべての勤労者によるアクセスが可能なものとする必要がある。そのため、労使、健保組合の対策の連携を強めるとともに、行政による「地域産業保健センター」(労働省)、「精神保健センター」(厚生省)、保健所、自治体の対策組織などをネットワーク化する必要がある。そのため、広報活動の強化などを通じて活用を促進するとともに、プライバシーの確保に向けての取り組みの強化が合わせて必要である。

- 3) 職域と地域の対策を進めるなかで、家庭に関するメンタルヘルスケア問題について、適切な取り組みが必要である。

(7) 海外勤務者対策

- 1) 状況の把握と方針の確立: 急増する海外派遣者やその家族について、メンタルヘルスに関する状況を定期的に把握し、対策を確立する必要がある。その際、地域別、職種別、家族の状況などに対応したきめ細かい対策が必要である。海外の労働条件・労働環境や、生活・教育環境などへの配慮が求められる。
- 2) サポート、啓発体制の強化: サポート体制を強めるために、まず、日本国内をベースとする対策の強化が必要である。そのため、海外赴任前や一時帰国時の家族を含むメンタルヘルスに関する研修、赴任後の状況把握の強化、日本の専門家によるカウンセリング(電話を含む)などを進める。また、海外在住者の健康管理は、制度的には現地の労使、行政や医療が当事者であることから、現地の医療機関やメンタルヘルス対策組織との連携を進める。企業の労使、産業医・専門家は、海外勤務とメンタルヘルスに関する最新の状況を把握し、適切な広報、情報提供などを行うべきである。その際には、プライバシーの問題に十分な配慮を行う。

労働組合による対策の強化

(1) 労働組合の取り組みの基本

メンタルヘルス問題に対する労働組合の取り組み

の基本は、「ポジティブメンタルヘルス」の考え方を基礎に、労働組合の立場から、前章の「対策の原則」(連合の5原則)に基づく方針を確立し、具体的な取り組みを強力にすすめることにある。

(2) 職場(単位組合)での取り組み

単位組合での取り組みのポイントはつぎのとおりである。

① 基本方針と体制の確立

構成組織の方針などを受け、職場(単位組合)におけるメンタルヘルス対策の方針を確立する。また、衛生委員会を通じて、労使による企業の方針づくりに取り組む。事業所の衛生(安全衛生)委員会での検討を強化し、専門家を交えたメンタルヘルス対策の審議などを行い、具体的な対策活動を推進する。現状把握をすすめるため、組合役員、安全衛生担当者による直接的な状況把握に加えて、連合の原則を踏まえた適切な方法による現状把握が必要である。

② 職場での取り組み強化

職場での取り組みを強化するため、前項による現状把握を踏まえ、職場での話し合いをおこなう。日常的な労働安全衛生対策の一環として、職場点検、苦情処理や世話活動などをすすめる。勤労者の自主的な安全衛生活動である健康・安全サークルによる対策を推進する。

③ 労働条件の総合的改善

事業所における労働・生活ストレスの把握と分析につとめ、労働時間短縮をはじめ、労働条件の総合的な改善を指導する。そのため、労使交渉・労働協約対策を適切に推進する。

④ カウンセリング・サポート体制の強化

産業医や、内外の専門家と連携しカウンセリング体制の確立など組合員のサポート体制を強化する。診療所におけるシステムづくりや電話相談などをおこなう。また、職場復帰対策を適切に推進する。メンタルヘルス対策がとくに必要な業務への対応をはかる。また、家庭対策を含め、専門家や関係機関の活用など、

地域との連携を適切に推進する。

⑤ 啓発・キャンペーン・教育活動

組合のニュース、職場集会や研修、安全衛生に関する委員会や行事などにおいて、積極的な啓発、研修をすすめる。また、組合役員、スタッフの教育を推進する。

⑥ プライバシーの確保対策

プライバシー・人権の確保と保証のための対策を推進する。人事・労務部門と健康管理部門の相対的独立と連携の強化を求める。

(3) 産業における取り組み

産業における取り組みのポイントはつぎのとおりである。

① 方針立案と体制の整備

メンタルヘルス対策に関する原則を踏まえつつ、産業の特性を踏まえた方針を確立し、対策を推進する。

② 産業別労使会議などでの検討

産業別労使会議などで、健康問題の主要課題の一つとしてメンタルヘルス対策を扱う。産業別団体の安全衛生委員会などとの協議、意見交換をすすめる。

③ 労働条件の総合的改善

産業における労働・生活ストレスの把握と分析につとめ、労働時間短縮をはじめ、労働条件の総合的な改善を指導する。

④ 専門家との連携・サポート体制の強化

産業におけるメンタルヘルス対策の推進に向け、産業医・産業保健スタッフとの連携を強める。必要に応じて、産業別組織として、相談活動の実施など、サポートシステムづくりを検討する。メンタルヘルス対策がとくに必要な業務を明らかにし、対策をすすめる。

⑤ 啓発活動の強化

ポジティブメンタルヘルスの考え方にたつ積極的

な啓発活動や機材の開発、研修などを通じた指導を行う。また、組合役員、安全衛生担当者、スタッフの教育を推進する。

⑥ プライバシー・人権対策

メンタルヘルス対策に関するプライバシー・人権対策を進める。

(4) 全国的な取り組み

連合(中央)台では、つぎのような活動を進めるべきである。

① 総合的な対策方針の確立

プロジェクト報告を踏まえて、メンタルヘルス対策の総合的な方針をまとめる。方針立案にあたっては、長時間過密労働など労働に関するストレス問題を広く検討し、時短や職場改善を含む総合的な対策をまとめる。

② セーフティネットワークの充実・機能強化

連合セーフティネットワークの機能を強化し、メンタルヘルスに関する全国ネットの対策を推進する。

③ 実態把握の推進

連合安全衛生に関する調査や専門調査を行い実態を的確に把握する。そのため、「5原則」に基づく実態把握システムの開発を検討する。その際には、職場、職種等に関する問題を解明しうる内容とする。

④ 労働条件の総合的改善への取り組み

労働時間をはじめ、メンタルヘルスにかかわる労働条件について、その影響を明らかにし、それぞれの分野の運動と密接に連携をとりつつ、改善の取り組みを強める。

⑤ 家庭に関するメンタルヘルスへの支援

地域での相談体制の確立、活用などを通して、家庭に関するメンタルヘルスへの支援を適切に推進する。

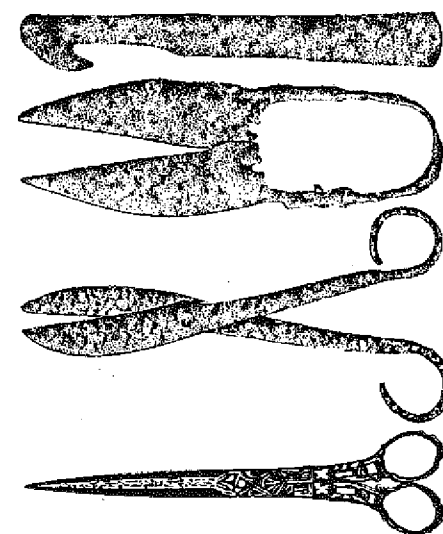


連載32

監督官労災日記

井上 浩

全国安全センター副議長



1972年7月5日(木) 薄曇 強風

自民党総裁選田中角栄当選。3日には県知事に社党畑和夫当選。自治会館で埼玉安全大会。労働省中西安全課長(後に安全衛生部長、中防災専務。愛知時代の監察監督官で茨城竜崎署長からスタート? 東北帝大出身の元海軍技術士官で頭のいい人であった。富士毛織送検のときはいろいろと指導を受けたことがある。)が新安衛法講演。

7月7日(金) 薄曇

大宮署益田課長(現春日部署労災相談員)と

池田事務官(現埼玉局労災適用指導官)来局。認知された子に年金支払ってよいかと。午後、新任監督官4名の労災研修に立会う。

7月8日(土) 晴

川口署金子課長、夜間部通学の頸腕患者に休業補償を支給してもよいかと質問。

7月10日(月) 雨

川口署金子課長、武銀行員が刺され300万奪われた件で加害者へ求償必要かと。監察方針打合わせを行う。

7月11日(火) 雨

大宮署よりりん伺。I氏からの歯科診療費164,900円支払いの可否について。作成を頼まれていたK氏(国会議員)の後援会規約をI氏へ渡す。

7月13日(木)曇晴

早朝職場大会。ストは中止。県保険課に行き煙草専門官(歯科医)に大宮の歯科診療費請求書を見せて、いろいろと教示を受ける。

7月17日(月)曇

支局Y氏を伴い大蔵省静岡財務部へ。T次長に会うと県庁に同行してくれる。商工部長と中小企業課長に会う。Y氏のとんちんかんな話し方に少し困る。(I氏は陸軍士官学校出身で熊本財務局採用。優秀な人であった。役所とは何の関係もない某団体の仕事である。前夜は御前崎の“漁火”に泊った。)

7月22日(土)時々雨

熊谷署、N工業所のN氏の障害等級意見書が5級を4級と誤っていることについて質問。東京労災病院へ電話確認すること。

7月24日(月)時々雨

Y・K2名の社労士来局。浦和署相談員発令をめぐって社労士会とのごたごたについて。課長と2人で対応(発令した社労士の人選をめぐって、署とのトラブルでもあったのだったろうか。)

8月1日(火)曇夕立

監察担当変更。浦和、所沢、秩父の3署担当になる。(3人で3署づつ担当。監察官の発令者はもう1人いた。これは私が浦和署時代の課長で、署の労災課長から昇任してきたのであるが、問題のある人だから給付調査官の仕事をし、監察は担当させられなかった。)

8月5日(土)晴

浦和管内の埼玉新聞社の脳出血死のりん伺受理。(これは後に労働保険審査会で業務上となる。)

8月10日(木)晴

川口署中島係長(現大宮署労災課長)来局。F工業の腰痛について相談。大宮署長島課長来局。未加入土木事業の業務上不明の災害について相談。(労災の監察官をしていると、各署からの質問や相談が実に多く、おかげで勉強になるとともに、労災保険や庶務関係の事務官と知合になることができて実によかった。これに対して監督監察官の方は、第一線の監督官からは法令の解釈等についての質問はほとんどなく、大半は違反事件についてどう処理するかということであった。労災保険は金銭収支がからむので、それだけ法令の解釈に慎重だったのかもしれない。)

8月16日(水)晴

斉藤監察官出勤。(監察官数は5署に1人が原則だから、埼玉では2人のはずだった。ところが労働省は人事権を濫用して1人を押し付け4人になっていた。そこに更に1人押し付けたのである。1人は前述したように名義だけだから、これで実質4人となる。どうしてそんなことになるかというと、監察官は職務の等級が高いので本省はそれを利用して、従って天下りしてくる人はいずれも埼玉にいる人たちより行政歴の短い人たちであった。このとき来ていた2人の前職は、1人は労政局、1人は研修所の係長であった。そして暫くいて地方局の労災課長とか庶務課長とかに出ていくのが通常であった。埼玉局の場合には監察官から課長に出ることができた。前に書いた組合で前局長の不正を追及したとき、後任の武内敏介局長が書記長であった私と委員長を呼び、本省の意向に従うように勧告し、そのときに他局に出ていきたいときに邪魔されると忠告したことがあった。そのときの委員長は京都帝大法科卒で監察監督官もやったが、私と同じく早くに行田署長で退職し、自分で見つけた民間団体に入った。とにかく、人事と予算

についての本省の行動はひどかった。)

8月21日(月)雨曇

秩父大阪署長より電話。全建総連より電話あり。岡山で腰痛の業務上認定があったので、28日に交渉に来署したいとのこと。岡山の状況知りたし。全建総連へ電話して聞く。全建岡山で5件請求して認定あり。県内でも調査したら60%該当。よって全署に交渉に行く。

8月24日(水)薄日

浦和金子課長。建設業寄宿舍で朝食へ行く途中階段で転び死亡。業務上か。所沢署管内のむち打ち症患者の“はりきゅう”の関係で患者来局。14:00~17:00会議室で会う。請求者側14名。ひまわり会渡辺会長、上野副会長、神野副会長、むち打ち連辻川会長、笹岡氏その他患者会員等。局側は労災課長、補佐、監察官。計7名。

(患)本省はストップをかけていないというが、局の見解を聞きたい。

(課長)払うべきだという見解でいるが、本省医療班が不賛成である。ただし、検討するといっていたが担当者が異動したので新班長に具申した。その結果、支払う方向で検討中との回答を得た。

(患)他では支払っているのに、埼玉で支払わないのは課長の責任である。神奈川(横浜北、藤沢)、千葉その他で支払っている。神奈川は4月に芳忠労災管理課長が、旧通達が生きているから支払うと確言した。千葉は即日支給決定した。埼玉は支払っていないが法・通達ともに根拠なし。国会の附帯決議もある。京都も局長と市内3署が支払うことを確認している。それなのに埼玉の浦和、所沢の2署は1年以上未決定である。

(課長)1日待つて欲しい。本省へ行って態度を決める。

(患)不支給の法的根拠を示せ。浦和署次長は、6

月に1週間以内に文書回答するといいながら未だに回答がない。局で注意せよ。

(課長)明日本省課長に会って話す。回答は明日昼頃まで待つて欲しい。前向きに努力する。

会談終了後に局で飲み課長、補佐、監察官で“満寿屋”で夕食。(結局、会談終了後に局限りで支給することに決定し、この件は落ち着いた。)

8月25日(木)薄日

川口署長より電話。業務上認定申請に対して受診命令が出せるかと。否。労災法でなく労基法85条で処理し、経費は一般会計の庁費で支払うこと。(この後、労災加入の労働者からは認定申請があっても返戻し、労災請求書を提出させるように本省通達があった。時効のこともあり当然だろう。)

8月28日(月)薄曇

行田署水沼課長より電話。①全建総連本日来署。②署長も会った。③本部栗原書記長、北埼玉支部副支部長以下6名。④おとなしく要望書提出。⑤差し当って労災請求なし。

熊谷島田署長より電話。行田に同じ。

9月4日(月)曇

県内訟務担当者協議会(法務局主催で各官庁が定期的に会合)。有朋クラブ。課長と監察官出席。終了後4人で“串でん”で飲み“花園”(料亭)へ。(これらの費用はカラ出張で浮かした公金から支払われる。)帰宅すると菊田君(小学同窓。高校英語教師)より便り。西村君(小学同窓。建設業。敗戦後の混乱時に社会党に入っていた。第1回の総選挙に私も一緒に山の中にまで応援演説に行ったことがあった。菊田君も一緒だった。この頃知り合った代議士には、後に私が社労士法案に反対したときに議員会館に会いに行ったりした。私は経過規定により一部の人がだけ有利にならないようにということに懸念であった。)がん死と。

驚く。労災法(有信堂発行)の原稿了。

9月8日(金)薄日

課長より。①秩父署労災患者M(女子、頸腕)について、長期給付に移行させること。②浦和署鉄骨労災患者Oの件…女医会を通じて話合った結果、金子課長がOを連れて女医に謝りに行かせることにした。以上を金子課長に伝達。秩父山口事務官(現埼玉局労災課長補佐)より退職者の休業証明はどうするかと。幹部会議13:00~16:40。女子バレーソビエトに負ける。

9月9日(土)雨曇

浦和署金子課長より電話。①昨日指示のあった鉄筋Oの件は、明日の日曜に木内社労士と2人で11:00~12:00Oの自宅へ行く。②埼玉新聞脳出血死の調査資料は月曜持参する。

9月11日(月)曇雨

M外科調査打合わせ。課長が署の業務監査の際に課長補佐が監察官に同行することを提案。強く拒否。強行すれば今後監査を拒否すると主張。

(課長)署に對し埃摺の意味で補佐を同行させたし。

(井)必要なし。署長会議や署労災主務課長会議の際に埃摺すれば足りる。

(課長)署長が課長に対して直接話したいことを聞いてくる必要がある。

(井)それこそ監察官の任務に入る。

課長、案を引っ込める。他の監察官無言。

浦和署金子課長来局。鉄筋O訪問結果について。①非常に温厚な人物であった。②妻ががん死。③役所に迷惑をかけては悪いので月曜に1人で謝りに行く。④ただし、女医に対して失礼な言動はとっていない。⑤労災証明の書類を持って行き、土下座せんばかりに頼んだが女医は相手にしなかった。⑥事務員は同情的で労災書類を書く

としたが、女医は勝手に倉庫を探せと放言。⑦女医は市内Tから通っており、父も医師であった。⑧診療費2万円は本人負担、入院費4万円は事業主が負担している。

報告聴取後、課長と金子課長と3人で問題のN眼科へOの療養証明依頼に行く。①月曜ごろまでにカルテを探して書く。②労災指定医の申請をする。これでようやく1件落着。女医さんがヘソを曲げて療養費用の証明をせず、それでごたごたしたらしい。終って課長と2人で飲む。(金子課長は帰したのだったろうか。)

9月13日(水)時々晴、夕方雨

K市のM外科調査。課長と監察官3人。帰途川越署により岡田署長、増田庶務係長と小宴。(M外科を調査したのは過剰診療の疑いがあったからであった。傷病ごとに投薬、注射、理学療法等を調査すると明らかに過剰であり、実際に注射などしたかどうかにも疑問があった。院長に会って疑問をぶつつけると素直に査定減に応じ、あっけない思いであった。)

9月22日(金)曇

所沢署監査。午後課長と浅倉氏(補佐、前所沢署長)来る。署で小宴後に二次会。芸者も来る。奈良署長、金井一課長、神山二課長、宇都監督官、木村庶務係長出席。

9月23日(土)晴曇

読売ランドでの第6回全国職業病交流集会出席。しばらく聞いて帰る。参加費700円。

9月25日(月)曇

新任の斉藤監察官と浦和署監査。田中首相日中国交へ出発。

9月29日(金)雨曇

秩父署監査。泊らず帰る。熊谷で三枝一課長、市川二課長と食事。(命令は1泊2日だったろう。)



インターナショナル・クリソタイル アスベスト・スキャンダル

アメリカ・アスベスト反対同盟

アメリカだけで1980年から2030年の間に350,000人のアスベストによる死亡が推定される。これらの死亡は、アスベスト企業がアスベストによる健康障害を隠してこなければ避けえたであろう。先進諸国の大部分は労働者や市民を守るようになっている。しかし、アジア、アフリカ、南アメリカでは旧来のままである。

情報やガイドラインは、IPCS(International Programme on Chemical Safety=国際化学物質安全評価計画)を通じて入手できる。IPCSはWHOの機関で、アスベストを含む化学物質コントロールのためのガイドラインを出している。1986年に、IPCSは、Environmental Health Criteria 53(EHC53=環境保健基準53)を発行。アスベストや他の自然鉱物繊維は、クリソタイル(白石綿)を含めて、アスベスト-シス;肺の線維化;肺がん;中皮腫を起こし得るとし、適切な作業環境や環境のコントロールが必要であるとした。EHC53ガイドラインから9年たつが、第3世界の多くは達成できておらず、アスベスト企業はアスベスト(特にクリソタイル)の売り込みをはかっている。アスベスト企業は、アスベストによって財政が潤う国を動かして、IPCSに圧力をかけEHC53を、クリソタイルは安全というように変えようとしている。

アスベスト反対同盟(The Alliance Against Asbestos)

はEHC53を変えようというIPCSの試みに反対する。EHC改変にはアスベスト企業の影響が大きすぎる。

●IPCSの役割とアスベストの国際的な使用と規制

1972年のストックホルムの人間環境に関するカンファランス

1980年、UNEP(the United Nations Environment Programme)とILOがWHOとともにIPCSを設立した。

WHOの2年ごとのレポートによれば、IPCSの任務は、
・化学物質による健康と環境へのリスクを評価し、各国独自の化学物質限界(chemical safety measures)の基になる国際的基準を与える。

・32の国と70機関が参加。

・1992年、リオデジャネイロでの環境と発展に関するカンファランスでは中毒代替物質の管理の国際戦略とIPCSの役割を強める以下の点が確認された。

- ① 化学物質による健康と環境のリスクへの評価、研究室での試験法についての国際的同意を広げる。
- ② 化学物質の分類は世界的な同意が基本的。
- ③ 化学物質とリスクの情報交換を容易にし、主要事故と中毒への対処をする機構が必要。
- ④ 化学物質のリスクを減らし、安全な代替品を開

発する行動の促進。

- ⑤ IPCSには、特に発展途上国について、保健と環境の危険要因を評価し、立法化を助ける働きが求められている。
- ⑥ 最後に、危険な化学物質の不法な国際的交通を止めるためのさらなる情報と規制が必要。

IPCSの化学物質のリスクへの評価は、EHC documentとして発表されている。75が発表され、39が準備中。IPCSは、労働者向けに、簡単なHealth and Safety Guide (健康安全ガイド)とInternational Chemical Safety Cards (国際化学物質安全カード)を出している。

1980年代初めに、IPCSは、アスベストに関するEHCドキュメントの準備を始め、作業グループが1985年7月に集められた。EHC53の内容は、

- ① 疫学研究では、アスベストの全てのタイプは、アスベストosis、肺がん、中皮腫と関連することが確立。
- ② 労働者にとってはアスベスト暴露は危険要因であり、十分な管理規制がリスクを著しく減じること。
- ③ 職場でみられるアスベスト関連疾患は、アスベスト繊維のタイプの働きによること。角閃石 (amphibole)はアスベストosis、肺がん、中皮腫に関連し、クリソタイルは前二者との関連は確立しているが、中皮腫との関わりは明らかでないこと。

このドキュメントをつくる過程は、科学的、客観的にみて文句のつけようのないものだった。

IPCSは、WHO、ILO、UNEP、メンバー国家、参加機関からの財政援助によっている。アメリカのthe Department of Health and Human Service、Environmental Protection Agency、the Department of CommerceなどがIPCSの予算の30%を数える。

IPCSは、間接的には、企業に援助されている。IPCSのディレクターのDr. Michel Mercierによれば、EHCドキュメントの準備中に、企業からのものを含め、事実上無制限のソースを利用できたという。Dr. Mercierによれば、刊行された文献からばかりでなく、企業の未発表データによらなければ化学物質の情報は完全にならなかった。しかし、1991年のEHCドキュメント (冷蔵庫に使うハロゲン化クロロフルオロカーボン)は、部分的に2つの企業によって準備された。アスベスト企業も、EHC53の改訂の過程で同様の役割を果たして

いる。IPCSは、クリソタイルに関する1993年のワークショップの情報をうけているが、このワークショップに招待された科学者の大多数は、アスベスト企業と結びつき、クリソタイルはほとんどリスクがないというあけすけな態度をとっていた。この中から数名が、EHC53の改訂に携わっている。

●クリソタイル・スキャンダル

クリソタイルを含む全てのタイプのアスベストが有害とのコンセンサスにも関わらず、アスベスト企業は、カナダをはじめ、アスベストの復活をもくろむキャンペーンを始めている。彼らは、アフリカ、アジア、南米のタイやバングラディッシュやブラジルを狙っている。これらの国は、企業によって、アスベストのセメントパイプや屋根やシートが、家や水道や下水道の慢性的不足を解決するとだまされている。しかも、これらの途上国は、予防に必要なインフラすなわち、資金、規制、教育された労働者群、医療従事者—を欠いている。

アスベスト企業のキャンペーンには、カナダ政府の財政的、政治的裏づけがある。アスベスト協会 (the Asbestos Institute)のような企業の利益グループに幾千ドルもの税金が流れている。このグループは、他国でのビジネス上の利益に加え、他国政府へのコピー活動も行っている。彼らは次のように言っている。「クリソタイルだけ扱っている労働者は、現在世界中で指示されている最大暴露限界値を条件とすれば、過度のリスクなしに扱える」。しかし、アスベスト企業が売り歩いている国で、規制や強制能力のあるものはほとんどない。

アスベスト企業は、多量の刊行物を出し、カナダや途上国でマーケティング・セミナーを開いている。セミナーは、典型的には、企業に支持された医師によって導かれ、かけひきのうまい政府や企業の団によって調整されている。

これらの試みは成功している。カナダの途上国への輸出は、1979年に16%、1984年に31%に比べ、1987年には50%を占めた。1982年から1986年にかけて、台湾へは100%、韓国には300%近く、アルジェリアには何と1,166%輸出が伸びた。残りの輸出の多くは日本で、ここで途上国輸出用に、建材に加工されている。

Drs. Brooke T. MossmanとJ. Bernard L. Geeの研究

は、アスベスト企業によって、クリソタイルが「Cheese Doodleと同じくらいに危険」という「証拠」としてよくあげられる。北米のクリソタイルに含まれる1%の角閃石が (クリソタイル繊維でなく)がんを発生させるというもので、剖検例で、肺にほとんどクリソタイル繊維がなく角閃石繊維のレベルが上がっていたことによる。しかし、Mt. Sinai SchoolのDr. William Nicholsonによれば、Mossmanの発見は、単に肺が修復できない障害を受けて、数十年たつて体が角閃石繊維よりもクリソタイル繊維をよりよく分解できたことを示すにすぎない。

企業から研究援助を受けた科学者のうちのいくらかは、企業を守るための専門家として奉仕している。明らかな結びつきは、彼らの研究の客観性を疑わせる。これらの偏向した研究に企業がよっていることは、クリソタイルの安全性をとどめる議論の信頼性に重大な疑いを起こさせる。

クリソタイルはほとんど危険がないという主張によるアスベストの販売に加えて、企業は、全てのタイプのアスベストは安全に使用しようと請け負う。適切にコントロールされて用いられれば、クリソタイルとその製品は、公衆にも労働者にもリスクを及ぼさないというのである。しかし、この「コントロールされた使用」は、途上国では不可能である。労働者や地域住民にアスベストを吸うことの危険性は、ほとんど知らされないし、しばしば企業だけが健康被害情報の情報源なのである。

最近のタイでのアスベスト使用状況は、「コントロールされた使用」がいかに非現実的なものかを示している。1988年のカナダのラジオ放送局のタイ第2位のアスベスト工場への訪問は、悲惨な実態を明らかにした。工場には、換気システムはなく、「見えないアスベストが労働者を覆い、床に集まり、コントロールパネルのすぐわきにクラストを形成しているが、予防するものは何もない」。アスベストのセメントパイプとシートをパワー・ソーで切っており、繊維がもうもうとしていた。職場には、アスベストのバッグが置いてあり、予防衣を着ている者はほとんどいなかった。

タイの担当者によれば、タイは、アスベストを十分にコントロールする設備やトレーニングされたスタッフなどの資源に欠けている。さらに、タイの労働者はアスベスト暴露の危険性を知らないし、雇用主は線維発散をコントロールする装備を欲していないという。

アスベスト企業は、単にアスベストの復活ばかりでなく、各国で採られているアスベストの標準や規制 (regulation)にも影響を及ぼそうとしている。例えば、アメリカのEPAが1989年に、1997年までに3段階でほぼ全部のアスベスト使用を止めるように提案したとき、アスベスト企業とカナダ政府は提訴した。結果は、1991年の第5巡回控訴院での第2段階での逆転だった。悲しいことに、これは、アメリカの労働者が自動車ブレーキパッド、ガスケット、床や屋根や壁材、町の水道管などのために、カナダから年間30,000トン以上輸入されるアスベストに暴露され続けることを意味する。

使用をやめようとする国だけではなく、途上国に対して、アスベスト企業はもう一段階上をいっている。無関税での輸出であり、1984年と1985年に、カナダのアスベスト企業はバングラディッシュに790トン (60万ドル以上)のアスベストを与えた。途上国は、有用性と安全性だけで、健康障害についてはほとんど言及されないままにアスベスト市場に引きずり込まれている。

アスベスト企業はEHC53をも変えようとしている。クリソタイルを他から区別し、労働者による「コントロールされた使用」を世界中に吹聴し、一般住民へのリスクを低く見積もろうとしている。

●クリソタイルの真実

Dr. Nicholsonの最近の研究によれば、アスベスト暴露の量とタイプがわかっている労働者の死亡率を比較している。クリソタイルを含めて、全ての線維タイプで肺がんのリスクは同じように増えている。彼は、Mossmanの角閃石繊維の増加とクリソタイルの減少という研究を評価し、人体は数十年間に角閃石よりクリソタイルをよりよく分解できることを示しているだけだった。さらに、クリソタイルがより容易に肺組織から中皮腫の発生する肺の近縁に移動することを示した。

この見解は、全てのアメリカの保健団体から支持された (the Department of Health and Human Services、Environmental Protection Agency、OSHA)。アスベスト企業の度重なる挑戦にも関わらず、これらの団体は、全てのアスベストの危険性を主張してきた。例えば、1994年8月、OSHAの最終規則 (final rule)である。

アメリカ、1982年にスウェーデン、1991年にドイツ、1993年にオランダは、アスベストの規制を行った。

過去には、企業は、アスベスト(製品)への警告に反対し、販売に影響しない最も弱いラベルを支持してきた。今日、企業は、途上国の管理テクノロジーの水準の助けになり、地方企業によって技術水準が採用されることを促すと主張している。そのテクノロジーが何ら利益にならないにもかかわらず。

企業はまた、代替物質も健康影響をもたらすかもしれないとして、反対している。ある途上国では、アスベストの代わりに、セメントに木パルプ、シサル麻やバナナ繊維、ココナッツが使われている。これらは、肺に到達しない大きな安全な代替物であるし、地域経済にも真に貢献する。

アスベストに関する真実は、全てのタイプが病気を起こすということ。アスベスト企業に関する真実は、人類の健康にどれだけのコストがかかるか、自身の利益を守ることに関心があるということである。

●なぜEHCドキュメントを改訂するのか

1992年に、フランス、アイルランド、ポルトガル、スペインの政府が、WHOの事務総長に対して、特にクリソタイルについて、EHC53を変えるようIPCSに要請するよう依頼。総長は、1986年以降のデータからは、IPCSはEHC53の変更の必要なしと返答。4か国は、主張を繰り返し、理由は不明だが、IPCSは、EHC53の改訂作業を開始した。フランスがIPCSの財政支援を申し入れたためかもしれない。これら4か国は、アスベスト企業との結びつきが深い。フランスのSaint-Grobainは、ブラジルにアスベスト鉱山を持ち、フランス労働省の有力なポストを占めている。フランス、アイルランド、スペイン、ポルトガルは、各国の市民と環境の利益より企業の利益を優先させたばかりではない。フランスからの財政援助の増加によって(アスベスト企業のえじきに陥った)IPCSは、本来のEHCドキュメントの発展過程をおえなくなっている。

●公式のEHCドキュメント準備のガイドライン

IPCSは参加機関に、専門家審査会の科学者を委託している。EHC53の場合、各章の草稿は、F. Valic教授の下でのZagreb大学のグループがレビューする。レビューが終わると、EHCの草稿は、140以上のIPCSの接点(Contact Points)参加機関、関心を持った専

門家に送られる。第1稿へのコメントに基づいて、IPCSとValic教授のグループが第2稿をつくり、これが機動部隊によってレビューされる。一正常なWHOのルールにのっとって、「専門的意見とその分野での評判に基づき、また、科学的高潔さと客観性に基づいて」集められたグループである。

●IPCSの科学的動向(Scientific Bias)

Dr. Mercierによれば、IPCSは「(EHC改訂のため)参加機関に援助を求めた。反応は期待に反するもので、未発表の報告を送ってきた国立機関はひとつだけで、ごく最近になって、最終の機動部隊(task force)用の専門家リストを送ってきたのもひとつ。他の反応は、全て否定的で、科学的援助よりは、主に進行過程に関与した」という。ゆえに、「IPCSは数名の科学者にアプローチし、アスベストの「科学論文への重要な寄与によってのみ」選ばれた。

しかし、保健、医学、科学分野は、専門家審査会(expert panel)に選ばれた数名については、アスベスト企業との結びつきがよく知られているので批判的である。例えば、Robert Piggは、最大のアスベスト同業者協会である北米アスベスト情報協会(the Asbestos Information of North America)の委員長であるが、EHC53改訂に寄稿している。

Valic教授によれば、Piggは、IPCSによって「最近のアスベスト製品の生産・使用情報に最も精通しており、彼の担当する章は、クリソタイルの人体影響やリスクアセスメントに無関係なので、企業との友好関係は影響しない」としている。Piggの参加は一例にすぎない。以下に、他の専門家審査会のリストを示す。

1. Dr. J. Bignon

- ①最近の地位: Henri Monder病院(フランス)
- ②関係: the Comitq Permanent Amianteの会員(アスベスト常任委員会あるいはCPA)。CPAとは、国内的・国際的規制や医学情報を評価するために、1982年につくられたフランスのアスベスト企業の組織である。

2. Dr. J. M. G. Davis

- ①最近の地位: 半引退。以前、産業医学研究所(イギリス)
- ②関係: 1960年にARCの最初のフルタイムの学者と

して任命。ARC(the Asbestosis Research Council)は、British Belting & Asbestos, Cape Industry社、Turner & Newall(アスベスト企業)によって資金を得る。後にケンブリッジ大学から産業医学研究所へ移る(ともにARCから資金が出ている)。National Gypsum, Keene, Eagle Picher, Turner & Newallを含むアスベスト企業のコンサルタントと専門家としての証言。

3. Graham W. Gibbs 医博

- ①最近の地位: Cargary大学客員教授、Alberta大学客員教授(adjunct professor)。Safety Health Environment International Consultants会長。
- ②関係: アスベスト協会へのコンサルタント—台湾とタイでのアスベスト協会のセミナーを指導。Alleied SignalとRaymark(アスベスト企業)への助言と証言。

4. Dr. Philip Landrigan

- ①最近の地位: Mount Sinai医科大学
- ②関係: アスベスト企業との関係はない。アスベストによる発がんその他の病気を結びつけている有名な研究者。

5. M. Lippmann教授

- ①最近の地位: ニューヨーク大学医療センター
- ②関係: アスベスト企業との関係は知られていない。

6. Dr. John Corbett McDonald

- ①最近の地位: ロンドン胸部病院、疫学者
- ②関係: 専ら被告のために証言。被告企業は、W. R. Grace, Carey Canada, John Crance Houdaille, 被告企業やケベックアスベスト鉱山協会やW. R. Granceなどの同業者協会から研究資金を得ている。

7. Dr. A. Morgan

- ①最近の地位: 原子力エネルギー省(イギリス)。
- ②関係: アスベスト企業との関係は知られていない。

8. Brooke T. Mossman 医博

- ①最近の地位: Vermont大学。
- ②関係: Owens-Coming Fiberglassのコンサルタント。Defense Research Instituteのセミナー講師と教授団。

9. Dr. William Nicholson

- ①最近の地位: Mount Sinai医科大学
- ②関係: アスベスト企業との関係はない。

10. Robert J. Pigg

- ①最近の地位: 北米アスベスト情報協会会長。
- ②関係: 北米アスベスト情報協会は、アスベスト企業

の利益を促し、アスベスト使用を制限する規制に有効に反対してきた。

専門家による改訂に加えて、IPCSは、1993年のアスベスト・ワークショップの情報を使おうとしている。イタリアのカプリでのクリソタイルに関するCollrgium RamazziniワークショップとJersey Channel諸島でのクリソタイルの健康リスクのワークショップである。

前者は、30か国の科学者からなる国際組織で、ワークショップの要約を出したが、それ以上のEHC53改訂への参画は、アスベスト企業よりのために拒否した。

後者は、ICOH(the International Congress on Occupational Health)が組織したが、参加者のほとんどは、アスベスト企業と関係していた。クリソタイルは比較的無害というデータで、これをIPCSが用いれば、その改訂作業の客観性にはますます疑いが増す。

今日まで、改訂の機動部隊(task force)は公表されていないが、アスベスト企業の影響を制限しようとする努力はないことが明らかである。

1993年、アメリカのNIOSH(the National Institute for Occupational Safety and Health)は、「科学的客観性への明らかな無視を考慮して」、IPCSから人員と財政援助を引き上げた。IPCSの改訂作業の人選が初めの原因だが、他にもいろいろある。メチレンクロライドの項は、ICI ChemicalsとPolymers Limitedと他の企業の代表者によって書かれた。部分的にはハロゲン化クロロフルオロカーボンとベノミールの項も、それぞれの企業の代表者によって書かれた。NIOSHは、IPCSは、参加機関と会って環境保健基準(environmental health criteria)をつくる過程への影響を見直し、ドキュメントの高潔さと科学的評価を確かにするために、倫理コードを確立して守るべきと勧告した。

アメリカ政府によって集められた20以上のアメリカの団体が、このような事態を憂慮して、IPCSがとるべき一連の変更を勧告した。「EHCドキュメントの準備過程の透明度を増す」、「専門家は職業的・財政的な利害関係を明らかにする」、「将来のEHCの発展のために、新しい化学物質のリストの候補のためにIPCSは会議を召集すること」、「そのリストにない化学物質のEHCドキュメントを新しく必要とするときには、全ての参加機関と相談すること」。

これに対し、Dr. Mercierは、「集中的な方法で他の

IPCS参加団体とも相談しないといけない。集めた専門家とアスベスト企業との関係を明らかにしようがしいが、加盟国と会議を持つコストを35,000ドルと推定し、この提案はアメリカのものなので、アメリカが財政負担すべきとしている。研究者はふつう履歴書と研究費の出処を提供するので、加盟国の会議を召集する必要はない。科学者の(企業との)関係の情報によって、EHC作成過程が企業と共同のものでないことははっきりさせるのに役立つ。

EHCの過程と選ばれた専門家の変更なしには、IPCSが当面している(アメリカの団体が勧告したような)基本的問題を解決することは不可能である。一化学物質のリスク評価を生み出して、加盟国が各々の規制値を生み出すようには一企業によってこれほど影響を受けたEHCドキュメントから予測できるのは、アスベスト企業の利益をもたらす、世界中の健康と安全を無視するということである。

●EHCドキュメントの真意

改訂EHCドキュメントの最終版が、クリソタイルへのアスベスト企業の意見を支持するなら、一建物・水道・下水での使用を称揚し、管理された使用の可能性を認め、クリソタイルを労働者や一般住民に無害なものとして与える一特に途上国にとっては、その真意は荒唐にほかならない。

EHC53の改訂は、GATTへの影響によって、環境保全の国際的努力を脅かすものである。GATTの下では、IPCSとWHOは、化学物質の健康へのリスクを評価すべき機関とされている。Mount Sinai大学のDr. Philip Landriganが述べたように、このような評価は、正直で偏向なく、特定の利益に引きずられたものではない。ゆがめられた信頼できない評価は、IPCSやWHOの信頼性をえぐりとり、国際的な環境保全の過程全体を掘り崩しかねない。

ウルグアイ・ラウンド以降、GATTは、WTO(a World Trade Organization)もつづいたが、自由貿易化の努力の中で、貿易摩擦を折り合やす権威をもっている。

WTOの行為は、アスベストを規制するアメリカの環境立法にも波及する効果をもたらす。アメリカより規制の緩い国が、関税外の貿易障壁として、WTOに提訴しうる。訴えをWTOが認めれば、アメリカは、法を変え

てアスベスト製品を入れるか、課せられた制裁金を払うしかない。どのような国も、WTOの決定に違反することはできないのである。アスベスト製造業者は、明らかに、彼らの政府を使って、WTO創設を援助しているし、アメリカやドイツやスウェーデンのように、アスベスト規制国への苦情申し立てをしようとしている。WTOの成立によって、先進国の法が危機にさらされるだけでなく、途上国のアスベスト規制をも阻害している。

●結論と勧告

アメリカは、クリソタイル復活をもくろむアスベスト企業のパートナーとなるべきではない。EHC53改訂のために集められた専門家が明らかに偏向しており、この改訂が、国際貿易に影響を及ぼすのがはっきりしている。AAA(the Alliance Against Asbestos)は、アスベストのEHCドキュメントの改訂作業はすぐ中止することを支持する。EHCドキュメントとその成立過程が深刻な欠陥であることを、IPCSとWHOに明らかにさせるためには、われわれは、DHHS、EPA、DC(商務省)らの政府機関が、1993年にNIOSHがしたように、IPCSへのアメリカの財政支援を引き上げる(か、引き上げるとつきつける)ように勧告する。他の機関は、NIOSHの指導を守るべきである。そのようにして、科学的に無茶な行動にアメリカは参画しないという明確なメッセージを示すことができる。

EHC53の改訂準備を全く中止するのは遅すぎることを認めても、アメリカの(政府)機関は、政治的・財政的な圧力を最大限、IPCSに対して働かせるべきである。

すなわち、

- ① 企業と結びついていない科学者を加えて、専門家審査会(expert panel)の構成を改善する。
- ② 企業と無関係な科学者で、peer-review panelをつくって、EHCのアスベスト・ドキュメントの全ての最終版を完成させる。

われわれの国家資源は、世界の市民と引き換えにして、企業の利益のために浪費してはならない。われわれは、全て、アメリカのみならず、全世界の職場の健康や安全と環境の保護に、財政的にも政治的にも喜んでコミットすべきである。

(抄訳:杉浦 裕)



審査官で5件の過労死逆転認定

大阪●発症前1週間以前の業務を評価

脳・心臓疾患の業務上認定が急増している。相次ぐ行政訴訟における労働者側勝訴や社会的な関心の高まりの中での、昨年2月の労働省認定基準改正の影響が現われたものといえよう。

1月の労働省の公表資料によると(3月号18頁の表参照)、改正前の5年間の年平均認定件数29.6件に対して、改正後の平成7年2月1日から12月31日の間に63件が業務上認定されている。この数字は労働基準監督署段階での認定件数だが、不支給処分を受けて審査請求をした事案についても逆転(原処分取消)決定が相次いでいる。大阪の労災保険審査官の決定についても、昨年の12月だけで5件の原処分取消決定が行われた。この5件のうち、住宅設備製造販売会社の大阪営業所長に発症した心不全の事例を中心にみてみよう。

●毎日が激務だから認めない

審査請求をしたのは、ユニットバス製造販売会社の営業所長で、昼夜にわたる激務の果てに1990年5月2日、出張先のホテルで就寝中、心不全で死亡した田村宏一さんの妻、壽子さん。田村宏一さんは死亡時46歳。

田村さんは、1967年に入社、北海道の営業所長で長く勤務した後、

大阪営業所に転勤、その後営業部門の別会社に出向して1987年に大阪南営業所長になり、1989年には会社の組織変更に伴い新設された大阪住設営業所長に就任した。新しい組織体制の営業所長になってからは、労働時間だけでなく、所定労働時間の2.5～3倍に達し、得意先を招いての出張なども重なったという。

しかし、労災請求を受けた大阪西労基署は、「特段に異常な事態に遭遇した事実はなく、また、発症直前の業務内容も「被災者にとって慣熟した通常の業務である」として、発症原因になる過重な業務内容とはいえない」とし、一方、医学的な検討では、被災者が狭心症などの基礎疾患を有しており、「いつ心疾患を発症しても不自然でない身体状況にあったもの」と判断、業務外と決定した。

処分に何とも納得がいかなかった壽子さんは、過労死弁護団に相談し同弁護団の応援を受けて処分の約1か月後の1992年4月に審査請求を行った。

●過重負荷で取り消し決定

決定書で審査官が認定した業務内容の過重さは、次のようなものである。

「発症前日及び発症前1週間は

2度にわたる得意先を招待しての視察業務に招待側として随行しており、特に直前の出張業務は、当事業場の有力取引先の社長、専務クラスを招待したものであるから、身体的、精神的に相当過重負荷があったものと認められる。また、この間被災者は、1日平均約7時間の時間外労働を行っている。

さらに、発症前1週間以前の業務も1か月の時間外労働は、2月は154時間、3月は199時間、4月は195時間である。

また、大阪労働基準局の地方労災医員による鑑定では、死因について労作性狭心症の既往があることなどから、「急性心筋梗塞」とするのがより妥当とし、その発症要因を次のように考察する。

まず、冠動脈系の循環障害があったことを前提として、業務の負担がどのように影響するかについて、営業所長としての業務に加え、新工場開設、部下の人事異動などでかなり業務量が増え、精神的緊張も強くなっていたところ、発症1週間前には水戸への出張が2回あり、疲労が蓄積していたと評価する。

そして、その上に直前の状況について、「発症前日には早朝に起床し、得意先の接客と案内をしながら大阪から水戸へ移動したのち、工場見学案内、懇親会、二次会と続き、その後午後12時まで業務の打合せ会を行ったことは身体的にもかなりの負担であり、とくに脆弱部のある冠動脈系に対する負荷が大きくなり、その結果心筋梗塞を起こしたとして医学的矛盾はない。他に急激な心筋に対する負荷行為がなかったことを考慮すると本件被災者に

心筋梗塞が生じたとすれば、その業務起因性を否定する根拠はないとすべきだろう」と判断、「本件被災者の傷病の業務起因性は否定できない」と結論する。

この決定書のこれまでの処分に比べて明らかに異なる特徴は、やはり昨年2月の認定基準の改正により、発症直前1週間より以前の過重労働の影響を判断の要素に加えていることであろう。以前であれば、大阪西労基署の原処分のように、直前に特段のことがなく、長時間労働であってもそれが本人にとって慣れた仕事で、もともと本人の病気になる既往症をもっているのであれば、単純に業務外の判断が導き出される。

●5件全て過重負荷による判断

過重負荷の判断は、田村さんと同じ12月に他4件の決定も同様である。

○歯科技工士の解離性大動脈瘤破裂による心タンポナーゼ

発症前10日間について、週休2日の休日とはとっているが、勤務日は約14時間の勤務であり、日常業務を相当程度超えており、その後も長期間にわたり長時間勤務が続いている。また、同じ姿勢での細かい手作業という作業姿勢による負担で、作業量の増大もあった。

○レストラン調理師の脳動脈瘤破裂を素因とする脳内出血

発症前少なくとも4週間にわたる長時間労働と、発症前1週間の客数及び売上高の増加。発症約半月前からの被災者の補佐役の者の欠員。毎日の度々の寒冷暴露。

○大工の脳内出血

発症前1週間以内の業務は、特に過重ではないが、日常業務を相当程度超えており、1週間より前の業務を含め判断。48日間連続して時間外にまで及ぶ勤務、さらに納期が迫った発症20日前から突貫工事に備えての泊まり込み以降、残業時間数が明らかに増加。加えて、納期に関連しての施主とのトラブル、元請からの再三の催促、さらに近隣住民に気をつかいながら夜間工事。全体として業務による過重負荷。

○電気工事技術者の脳動脈瘤破裂によるクモ膜下出血

発症の前日の午前6時30分から当日午前7時30分まで、徹夜作業を含む長時間労働(拘束25時間、実働20時間40分)。発症前8日間の業務は、3回、延べ6日間にわたる徹夜作業を含む長時間の屋外作業。それ以前、1か月について時間外労働が延べ約45時間で、しかもこの間、5回にわたる、拘束24時間ないし25時間、実働19時間ないし21時間の徹夜作業を含む長時間の屋外作業。

以上、田村さんを含め5件の決定すべてが、新認定基準に基づき、発症1週間前以前の業務の負荷を評価して、過重負荷があったと判断している。被災直前の突発的な負荷がなければ「自然的経過で偶発的に発症したにすぎない」と結論してきた過去とかなり変化したと言える。

もうひとつの特徴は、鑑定を行った労災医員(局医)が、個々の業務の負荷の評価について、これまでに比べ相当踏み込んだ判断を行っていることである。もちろん結

論部分の表現のニュアンスは様々だが、具体的な業務の負荷の影響を医学的に評価する記述がみられる。漠然と根拠なしに「相当因果関係があるとまではいえない」と延べていたのとは違いがみられる。

以上、5件の決定が新しい認定基準に基づいた内容となっていることを述べたが、これで問題は解決したわけではない。認定基準は詳細なマニュアルを決め、過重負荷を、発症直前の異常な出来事等、発症前1週間、それ以前、に分けて判断することを求めている。総合的判断と言いつつも枠組み自体を変えていない。ただ、社会通念とか離れて、いくら忙しくても、それがその人の普通の仕事と過重労働を過小評価する論理はとりにくくなったと言える。

●被災者や遺族はあきらめずに

田村さんの事例で遺族の壽子さんは、激務をこなして出張先で亡くなった夫の死が労災でないなどとは到底考えられなかったという。労災申請にあたっては、同僚は部下はもちろんのこと、会社も労災補償は当然のことと、遺族への協力を惜しまなかったという。相談を受けた過労死弁護団は、精力的に調査し、審査官に面会を求め、意見を述べた。その結果「原処分取消」決定を得た。

過労死問題は、単純に専門的、医学的な評価の問題と考えるのではなく、私たちの「社会通念」こそ大事にすべきものである。安全センター

(関西労働者安全センター) 事務局長 西野方庸

内在する危険の現実化は業務上 最高裁●過労死事件で3件の判決

最高裁(第3小法廷)は、今年に入ってから相次いで3件、過労死事件に対する判決を出し、そのうち2件について労働者側を勝訴させた。

①国・山内郵便局副課長脳出血死事件

・名古屋地裁判決 1989.10.6 (労判550号65頁)→労働者側勝訴
・名古屋高裁判決 1992.3.17 (判例総覧Ⅱ 654頁)→労働者側敗訴
・最高裁第3小法廷判決 1996.1.23→労働者側敗訴

②地方公務員災害補償基金(地公災)東京都支部・加藤高校教諭心筋梗塞死事件

・東京地裁判決 1989.10.6 (判時1381号1頁)→労働者側勝訴
・東京高裁判決 1993.9.30 (判時1478号155頁)→労働者側勝訴
・最高裁第3小法廷判決 1996.1.23→労働者側勝訴

③地公災愛知県支部・岡林小学校教諭特発性脳内出血死事件

・名古屋地裁判決 1989.12.22 (労判557号47頁)→労働者側勝訴
・名古屋高裁判決 1991.10.30 (労判602号29頁)→労働者

側敗訴

・最高裁第3小法廷判決→原判決破棄・名古屋高裁に差し戻し

これまでの過労死事件の最高裁判決は、小樽労基署・大友バス運転手脳出血死事件(第1小法廷 1973.9.6)、国・千々波裁判所延更脳出血死事件(第2小法廷 1976.11.12)、飯田橋労基署・久保田塗装会社工事部長会議中発言直後クモ膜下出血死事件(第1小法廷 1982.10.14)、広島労基署・高崎警備員クモ膜下出血死事件(第1小法廷 1982.10.14)、といずれも労働者側を敗訴させてきた。それも1件を除いては上告を棄却しただけで、千々波事件では、厳格な相当因果関係説を採用している(判時837号34頁)。

最高裁判決で労働者側を勝訴させたのは、地公災岡山県支部・水川ソフト競技中急性心筋梗塞死事件に対しての1994年5月16日の第2小法廷判決(労判651号13頁)が初めてのもの。35歳の生活保護ケースワーカー(市職員)が、通常勤務終了後に、市職員文化体育祭でのソフトボール競技に参加して急性心筋梗塞を発症したケースについて、「[被災者]に冠動脈の動脈硬化などの病変があったことは確定されていないところ、…最初の発

症の時刻と本件試合において[被災者]が短時間内に走行して塁間を一周するという心臓に多量の酸素を必要とする行為をした時刻との時間的間隔からすると、本件試合における右の行為が[被災者]の急性心筋こうそくの原因となったことは、否定できない。そして、他に急性心筋こうそくを発症させる有力な原因があったという事実は認定されていないことからすれば、[被災者]の死亡の原因となった急性心筋こうそくを発症と本件試合への参加行為との間に相当因果関係の存在を肯定できる」とした。

今年に入ってから最高裁判決は、いずれも同じ第3小法廷によるものであり、2件の判決は同じ日付で言い渡され、残る1件も同時期に判決の見直しを予見させる弁論開催を通知してきたものであることから、最高裁の過労死事件に対する法律解釈の統一を図ったうえで出された判決とみることができるとも、いずれも裁判官全員一致の意見によるものである。

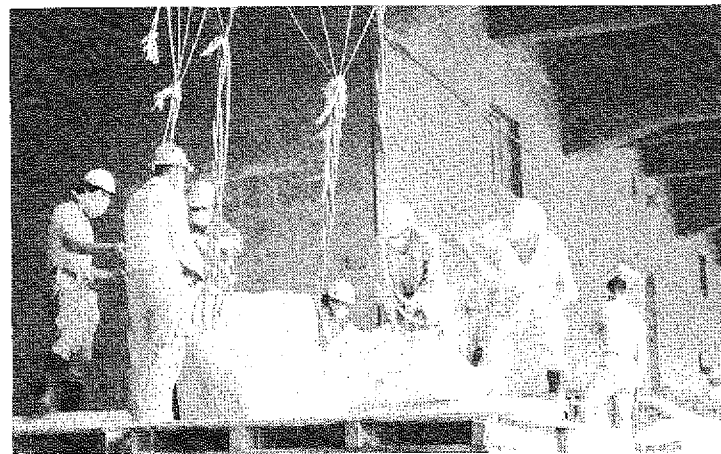
前掲のとおり、最高裁は、加藤事件では労働者側勝訴の原判決を維持し、岡林事件では労働者側敗訴の原判決を破棄・名古屋高裁に差し戻し、一方、山内事件では労働者側敗訴の原判決を維持した。これらの判決の内容は以下のとおりである。

●地公災東京都支部・加藤高校教諭心筋梗塞死事件最高裁判決(1996.1.23)

「[被災者]は、昭和55年4月16日午前9時頃、勤務先において、労作型の不安定狭心症を発症し、救急車で病院に運ばれたものであると

港湾労働者の石綿肺がん

神奈川●アメリカでの病理診断が決め手



牛木正勝さんは、川崎や横浜の港で1950年から40年間にわたり働いていた港湾労働者。袋に入った80kgから100kgの大豆・コーリヤン・米・牧草などを、カギで引っ掛け引っ張る「引っ張り屋」を15～16年、1961年に青手帳（登録日雇労働者）をとってからは「一般」として、引っ張り・出し・コンベアのせ・パラドリ・ネコひき・玉掛けなどを行うようになった。ちょうどこの青手帳をとった時期は、横浜港に石綿が入ってきた時

期でもあり、小麦や大豆・コーリヤンなどとともに、石綿も扱うようになった。石綿の倉庫では、石綿のほこりが舞いちらちら太陽光線で光っていたという。

1987～8年ごろからせきが出るようになり、1990年になってから朝晩のせきと息切れが始まり、港町診療所を受診、「じん肺」の申請を行う。1991年3月、「じん肺管理区分2及び続発性気管支炎」で労災認定。

ころ、〔被災者〕はその際、入院のうえ適切な治療と安静を必要とし、不用意な運動負荷をかけると心筋こうそく（心筋梗塞）に進行する危険性の高い状況にあったにもかかわらず、その日は病院から勤務先に戻り公務に従事せざるを得ず、更に翌17日も、

午前中に病院で検査を受けた後に公務に従事せざるを得なかったというのである。右事実関係の下においては、〔被災者〕が4月17日の午後4時35分に心筋こうそくにより死亡するに至ったのは、労作型の不安定狭心症の発作を起こし

その牛木さんに肺がんの診断がついたのは1993年6月。1年あまりの闘病生活を経て1994年8月23日死去（享年70歳）。職歴からして、当然、石綿による肺がんと思われた。しかし、肺の病理解剖から石綿は検出されない。そこで、アメリカのマウン・サイナイ医大の鈴木康之亮先生に病理診断を依頼、海を渡った牛木さんの肺の標本から石綿が検出されたのは1995年のはじめ。ニューヨークの鈴木先生からのFAXでアスベスト小体が確認された、とあり、私たちの確信が正しかったことが証明された。

それ以来1年かかったが、横浜北労働基準監督署は、今年の1月に労災認定を決定した。今回の認定は、①すでに神戸では実践例がある港湾労働者の石綿被害を関東でも明らかにしたこと、②港湾の退職者に対するフォローの中から発見されたこと、③鈴木康之亮先生のご尽力をはじめとするネットワークが功を奏したことなどの特徴があげられる。

神奈川では、造船や基地、石綿製品製造工場の退職者の検診などに取り組み成果をあげているが、港湾でも、日雇、常雇と問わず退職者の健康に引き続き強い関心をもっていきたい。



（港町診療所 早川 寛）

たにもかかわらず、直ちに安静を保つことが困難で、引き続き公務に従事せざるを得なかったという、公務に内在する危険が現実化したことによるものとみるのが相当である。そうすると、〔被災者〕の死亡原因となった右心筋こうそくの発症と

公務との間には相当因果関係があり、〔被災者〕は公務上死亡したものであるとした原審の判断は、正当として是認することができる。

●地公災愛知県支部・岡林小学校教諭特発性脳内出血死事件 最高裁判決（1996.3.5）

市立小学校教諭が児童のボートボールの練習試合の審判として競技指導中に倒れ入院後死亡したケースであるが、名古屋高裁判決では、①ボートボールの試合は午後からだったが当日朝出勤後間もない頃から頭痛等の身体不調を訴えており、〔被災者〕の脳内出血は、その意識障害発生の直前まで行っていたボートボールの試合の審判中ではなく、それ以前の遅くとも当日の午前中に起こったと推認するのが相当である。

②「当日午前中までの〔被災者〕の公務遂行の状況及びこれによりもたらされたと考えられる精神的肉体的負荷の程度をもってしては、右負荷が相対的に有力な原因となって同人の有していた脳内微小血管の先天的奇形が自然的経過を超えて破裂したと認めるのは、いまだ困難である」。

③「当日午前中に始まった出血がいったん止まって、それからボートボールの試合の審判によって再開したものと認めることはできないから、〔被災者〕の死亡につき公務上外の認定をするに当たって判断の対象となる公務は、当日の午前中までのものであって、その後におけるボートボールの試合の審判を行ったことによる負荷は同人の死亡と無関係というべきである。したがって、

〔被災者〕の死亡につき公務起因性を認めることはできない」とした。

最高裁判決は、上記①及び②の認定判断は「原判決挙示の証拠関係に照らして是認するに足り、その過程に所論の違法があるとはいえないが、③の判断は「直ちに是認することができない」。その理由は、「出血開始時期がボートボールの試合の審判をする以前であったとしても、右審判による負担やこれによる血圧の一過性の上昇等が出血の態様、程度に影響を及ぼす可能性も本件証拠関係上は十分に考えられるところである。また、午前中の段階で、〔被災者〕は身体的不調を訴えていたのであるから、出血開始から血腫が拡大し意識障害に至るまでの時間がかなり掛かるという特発性脳内出血の性質からして、直ちに診察、手術を受ければ死亡するに至らなかった可能性も多少より否定し難い。結局、出血開始後の公務の遂行がその後の症状の自然的経過を超える増悪の原因となったことにより、又はその間の治療の機会が奪われたことにより死亡の原因となった重篤な血腫が形成されたという可能性を、前記二の3（注：前記③の内容）のような説示のみをもって、否定し去ることは許されず、したがって、原審が、これらの可能性の有無について審理判断を尽くさないまま、死亡と公務との間の因果関係の判断にあたっておよそ出血開始後の公務は無関係であるとしたのは、早計に失するものといわなければならない」。

「そして、前記事実関係によれば、〔被災者〕は、当日朝、体調の異変

に気づきながら、ボートボールの練習指導や授業等を行っており、しかも、前記のように審判の交代を二度にわたって申し出ながら、それが聞き入れられず、やむなくボートボールの試合の審判を担当したというのである。右事実関係からすれば、〔被災者〕は、ボートボールの練習指導の中心的存在であり、他に適当な交代要員がいなかったため、交代が困難であったことから、やむを得ずボートボールの試合の審判に当たったことがうかがわれる。そうすると、仮に前記の可能性が肯定されるならば、〔被災者〕の特発性脳内出血が後の死亡の原因となる重篤な症状に至ったのは、午前中に脳内出血が開始し、体調不調を自覚したにもかかわらず、直ちに安静を保ち診療治療を受けることが困難であって、引き続き公務に従事せざるを得なかったという、公務に内在する危険が現実化したことによるものとみることができる」。

「以上によれば、出血開始後の公務の遂行が特発性脳内出血の態様、程度に影響を与えた可能性、死亡に至るほどの血腫の形成を避けられた可能性等の点について審理判断を尽くすことなく、前記のような説示をただけで出血開始後の公務は無関係であるとして公務起因性を否定した原審の判断には審理不尽又は理由不備の違法があり、右違法は原判決の結論に影響を及ぼすことが明らかである。論旨はこの趣旨をいうものとして理由があり、原判決は破棄を免れない。そこで、原判決を破棄し、右の点について更に審理を尽くさ

せるため、本件を原審に差し戻すこととする。

●国・山内郵便局副課長脳出血

死事件最高裁判決(1996.1.23)「〔被災者〕(死亡当時50歳)は、約9年前から本態性高血圧症が続き、健康管理医によって、月1回は診察を受けて治療及び日常生活上の指導を受けるように指示されていたにもかかわらず、これを遵守せず、食事・運動療法もしないなど必要な血圧コントロールを怠ったため、死亡10日前の検査では、最高血圧191及び最低血圧121と記録されるに至ったというのであり、他方、同人は、郵便局郵便課副課長の地位にある管理職で、平常日は2時間の超過勤務が常態となっており、死亡の5日前には休日出勤しているなどの事情があるものの、その業務内容には、肉体的、精神的に過重労働と認め得るようなものはなかったというのである。そうであれば、〔被災者〕の死因である脳出血は、血圧のコントロール不良による高血圧症の増悪に起因するものであり、公務に起因することの明らかな疾病に該当するとは認められないとした原審の判断は、正当として是認することができ、その過程に所論の違法はない」。

これらから読み取れることは、「業務(公務)に内在する危険が現実化した」とみられる場合には業務上(公務上)とするという考え方である。加藤事件では、「そうすると、死亡原因となった心筋梗塞と公務との間には相当因果関係がある」と判示している。しかし、相当因果関係説、相対的有効原因説、共働原因説、合理的関連性説等のこれま

での議論とどう関連してくるのかは、これらの内容からだけでは必ずしも明確ではない。

岡林事件では特発性脳内出血発症が公務によるものと認めない原審の判断を是認し(相対的有効原因説の立場で)、加藤事件では心筋梗塞の発症自体に対する判断は明示していないが、ともに、発症後の治療、安静、手術等ができずに公務に従事せざるを得なかったことから、死亡に至ったのは「公務に内在する危険が現実化したもの」と判示している。これは、現在の労働省の考え方を否定するものである。

一方、山内事件では、「血圧のコントロール不良による高血圧症の増悪による」脳出血の発症→死亡

の場合、「公務に内在する危険が現実化したものとはいえないと判断したものと思われる。

「業務に内在する(潜在する・伴う)危険の具体化」という考え方は、天災地変に際して生じた災害等の業務起因性あるいは通勤災害の通勤起因性を判断する場合の考え方として、これまでの労働省の解釈例規等で用いられているが、過労死など職業病の業務上外判断に際して用いられたことはほとんどなかったと思われる。労働者側の主張を採用したというものはなく、最高裁独自の判断と言つてよく、これが今後、労災職業病の認定実務にどう影響を


親族による付添看護の取扱い

東京●妻の看護に療養補償給付

別稿のとおり本年4月から介護補償給付が創設され、これは、介護担当者が親族等であっても認められるが、「看護」については、一定の要件を満たせば療養補償給付の範囲に含められるものの、原則として親族等による看護は認められていない。4年前のものであるが、妻による付添看護を療養補償給付の対象として認めた労働保険審査会の裁決を紹介する。

「看護の給付の取扱いに関する通達(昭和62年3月12日基発第131号。労働省労働基準局長通達)」(以下取扱通達)というでは、「保

険給付の対象となる看護は、健康保険における基準看護の承認を受けている医療機関以外の医療機関に入院中の傷病労働者の症状が次の(1)の支給要件の一に該当し、かつ、(2)の要件を満たす看護担当者によりなされたものに限られる」旨規定されている。

そして、(1)の支給要件として、「① 傷病労働者の病状が重篤であつて、絶対安静を必要とし、医師又は看護婦が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要がある場合、② 傷病労働者の病状は必ずしも重篤ではないが、手術等

により長期間にわたり医師又は看護婦が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要がある場合、③ 傷病労働者の病状から判断し、常態として体位変換又は床上起座が禁止されているか、又は不可能な場合、④ 傷病労働者の病状から判断し、食事・用便ともに介助が必要である場合」があげられている。

また、(2)の看護担当者が満たすべき要件として、「① 看護担当者は、保健婦助産婦看護婦法(昭和23年法律第203号)に基づく保健婦、助産婦、看護婦又は准看護婦のいずれかの免許を有する者(以下「看護資格者」という)とする。ただし、看護資格者を求めることができないと認められる場合において、看護資格者以外の者(以下「看護補助者」という)が当該医療機関の主治医又は看護婦の指揮を受けて看護の補助を行うときには、当該看護補助者を看護資格者に準じて取り扱うものとする。② 傷病労働者と親族又は友人関係にある者によって当該傷病労働者が受けた看護は、保険給付の対象として認められないが、緊急その他やむを得ない事由により①の一般の看護担当者を求めることができない場合に限り、これらの者による看護についての保険給付の対象とする」とされている。

Oさん(被災当時22歳)は、1982年に荷物の積み卸し作業中、トレーの荷台から転落して頭部に負傷し、直ちに千葉県救急医療センターに受診し、さらに1987年からトリハビリテーションセンターに転医した。同リハセンターに入院中、同病

院が基準看護の指定病院でないため、妻が付添看護を行い、その費用について療養補償給付を請求したところ、東京・大田労働基準監督署は、1988年4月28日付けでこれを支給しない旨の処分をした。これを不服として審査請求を行ったが、審査官も1989年8月1日付けでこれを棄却。再審査請求を行い、労働保険審査会が1992年9月29日付けで原処分取消の裁決を行ったものである。

千葉県救急医療センターに運ばれたOさんは、呼吸中枢をやられて瞳孔開放、ほとんど死亡したような状態だったという(後頭蓋窩硬膜外血腫、硬膜下血腫、小脳挫傷、小脳血腫、水頭症)。5か月後に意識のないままS病院に転医。医師から「なるべく声を聴かせて刺激を与えるように」という指示もあり、同病院を退院するまでの4年半の間、子供を実母に預けて、妻が毎日1日も欠かさず付添看護を行った(同病院は基準看護適用)。Oさんは、左手の5指がかるうで少し動いたため、その範囲内でできる手話に似た方法を考え、妻がOさんに根気よく教えて、日常的な会話に代えて伝えるようにしていた。医師の回診の際にも、妻が中継してコミュニケーションを図っていた。1987年にトリハセンターに転医したが(脳挫傷、両側片麻痺、失調症)、転医に当たってリハセンターとの話し合いで、「一般の看護担当者では、ここに来てせっかく改善しつつある状態がもたまた悪くならもったいない」とのこと、引き続き妻が付添看護に当たることになった。1日4回の間欠尿導の施行にも当たり、また、医師・看護

婦・トレーナー等との間の意志疎通を図っていた。

トリハセンターの主治医は、特に親族による看護でなければならぬ理由とその看護期間について、「麻痺、失調症等のためADL上介助が必要なだけでなく、構音障害のため、患者は比較的麻痺の軽い左手指にて意思表示(一種の手話)しており、妻以外は理解困難である。今後リハビリテーションにより能力障害の改善、言語療法による訓練で改善はあるとしても、看護がなしでも良い程度までは望めないと考えられる。よって家庭復帰まで親族(特に妻)による看護は必要と考えられる」としていた。

このような状況について、審査会の裁決書では次のように判断している。「①請求人のトリハセンター入院中の症状は、重度の構音障害、四肢・体幹の失調、排尿障害、嚥下障害等であつて、回復期の患者を中心にリハビリ医療を行う医療機関としては極めて重度であり、それ故入院当初から医師の判断により一人看護が指示されていたこと、②また、その症状からみて請求人に対する看護を家政婦等の看護補助者が行うことは、却つて症状の悪化を来す懸念があったこと、③請求人の看護にふさわしい看護資格者を近辺から求めることが至難であったこと、④入院の最大の目的であるリハビリ医療に不可欠な請求人と医師等との意志疎通は妻を介してのみ可能であったこと、⑤間欠尿導は、病院の方針で看護婦が家族に限られていたこと、⑥間欠尿導や機能回復訓練の際における介助は、トリハセ

ンターを退院した後の自宅における療養においても必要なものであり、家庭において生活をともにする者がこれらの介助に慣れておく必要があったこと、⑦さらに請求人の妻は、これらの事情のもとで、医師の指導勧奨もあって、幼い子供を妻の母に預けて看護に従事したものであることが認められる。

したがって、このケースは、前記取扱通達の(1)支給要件の③及び④に該当し、かつ、「請求人の症状、看護の内容、病院の置かれている環境・条件等を総合勘案するに…傷病労働者の親族(妻)による看護ではあるが」、前記取扱通達の(2)の②にいう「緊急その他やむを得ない事由により一般の看護担当者を求めることができない場合に該当し、かつ、主治医の指揮を受けて看護を行っていたものと認められるので、労災保険法第13条2項に定める『療養の給付の範囲』に該当するものと当審査会

は判断する」とした。

1994年の健康保険法改正によって、健康保険においては付添看護は段階的に認められなくなっている。労災保険では、前述の要件を満たす場合については認め(注)、1994年9月30日時点(改正健康保険法の施行日の前日)において一般看護を受けていた被災者であって引き続き一般看護が必要な者については、収用されている医療機関が特別看護の対象医療機関となった場合であっても一般看護を認めている。



(注) 前述の取扱通達の「健康保険における基準看護の承認を受けている医療機関以外の医療機関」は、改正健康保険法のもとでは、次の①～③以外の医療機関である。①基準看護の承認を受けている病院、②新看護料の算定の届出をした病院、③診療所1種看護、診療所2種看護及び診療所第3種看護(Ⅰ)の届出をした診療所。

海外出張先での強盗殺人 フィリピン●内在危険の現実化と認定

Aさん(死亡当時43歳)は、硝子会社の国際業務部の主席部員として勤務していたが、1991年9月30日、出張用務のためフィリピンのマニラ市マカティ地区にあるRホテルに宿泊し、翌10月1日朝、同ホテルの自室で殺害されているのを発見された。

Aさんは、広く海外との事業契約

の業務に従事しており、海外出張を繰り返していたものであるが、同年9月21日から10月2日までの日程で、マレーシア、シンガポール、タイ、フィリピンに出張した。9月30日夕方タイ・バンコクを立ち、午後7時40分頃マニラに到着、同8時45分頃マニラ市マカティ地区にあるRホテルに入った。同ホテルは

Aさんのマニラでの定宿で、今回も自分で直接予約をした。マニラでは、翌10月1日の午前10時に、同社の事業進出調査を委託していたC社を訪問し、調査報告書を受け取る予定になっていた。

10月1日朝10時頃、ボーイがAさんの部屋のドアをノックしたところ、テレビの音は聞こえるのに応答がないことから不審に思い、マスターキーでドアを開けて室内に入り、死亡しているAさんを見、直ちに警察に通報した。Aさんの身体は、床に手足を伸ばしたまま死後硬直の状態にあった。布切れでさるづつわをかまされてあり、身体には26か所の刺し傷があったという。部屋はひどく散らかっており、所持品も部屋中に散乱し、所持していたはずのシャツ、ズボン、セカンドバッグ、サングラス、ベルト、パスポート、現金、カード類、航空券等は紛失し、時計もバンドを残し、紛失していた。なお、台所用のステンレス性ナイフが化粧室から発見された。

Aさんの妻が夫が殺害されたのは業務上の事由によるものとして東京・中央労働基準監督署に遺族補償給付及び葬祭料の請求をしたところ、同労基署は1992年7月30日付けで不支給処分を行った。これを不服として行った審査請求についても、審査官は1993年1月12日付けで棄却。原処分庁の意見は次のとおりであった。

「被災者の行動については、翌日の予定からRホテルに投宿するのは妥当と思慮され、災害発生までの期間に関し業務逸脱行為及び私的行為を除き、業務遂行性は認められる。

被災者の業務内容及び業務性質から他人の反発を買うような事実はなく、攻撃目標となることも考えられず、当該事業場の出張社員であったために災害を受けたとする事実もないことから、業務遂行に伴う危険に起因して災害を受けたものとは認められない。

また、当該ホテル内での災害は今回が初めてとの報告もあり、当該地域においても同様な事件の情報もないとのことであって、当該ホテルが特別な位置的危険にさらされていたという事実も認められない。

たとえ、フィリピンのマニラ地区が治安の悪いところであったとしても、当該事業場の労働者が、当時、第三者から襲撃される危険にさらされていたとは断定できない。

以上により、本件は、業務に起因して発生した災害とは認められず、不支給としたものである。」

これに対して再審査請求を行っていたが、労働保険審査会は、1996年1月17日付けで、原処分取消・業務上災害とする裁決を行った。裁決の理由は次のとおりである。

① 被災者がRホテルに宿泊したのは出張用務のためであることは明らかであり、本件災害発生時はホテルの自室にいたもので、業務を逸脱するような私的行為、恣意行為等は認められない。

② 被災者が当該ホテルを利用したのは業務遂行に便利のためであり、治安上の問題なしとしなが、その利用について、著しく妥当性を欠くとするほどの事情は見当たらない。

③ 宿泊場所の現地事情等か

らみて、被災者の宿泊行為には、本件災害発生の危険が内在していたものというべく、本件災害は被災者の業務に内在する危険が現実化したものと解するのが相当である。

④ 以上を総合すると、被災者の死亡は業務上の事由によるものと認められる。」

なお、請求人側は次のように主張していた。「本件災害は、被災者が業務の必要性によりフィリピン渡航中発生したものであるが、当該地域は犯罪発生率が高く、日本人が襲撃されて身体に危害を加えられる事件も多発しており、当該地域に渡航すること自体が犯罪に巻き込まれる危険性を有していたところ、被災者は、観光旅行とは異なっており、高額の業務経費の支払を毎日

必要とし、その支払手段として現金等を所持せざるを得ず、また、そのために会社の前渡し金だけでなく個人の資金で立替払いもできるように準備しており、その所持金等は現地の所得水準等からみて破格の価値をもっていたことからして、所持金品等の強奪を狙う強盗の被害に遭う高度の危険があったのであるから、生命身体安全確保のためには、複数で行動する必要があるから、治安要員が警備しているホテルに宿泊する必要があるところ、業務の都合により単独行動をせざるを得ず、また、治安上の不安があっても交通の利便な本件ホテルに宿泊せざるを得なかったことから、その危険性が具体化して、発生したものである。」



労働者教育の経験交流を インド●PRIA代表が来日

1月のおわりの数日、インドの「アジアの参加型研究のための協会(PRIA:Society for Participatory Research in Asia)」の労働・環境の安全と健康部門で働くハーシュ・ジャイティさんとビジャイ・カンヒアさんのおふたりが来日した。このグループとはここ数年、全国安全センターとニュースを交換している関係。昨年、ジャイティさんから日本で安全衛生のコーディネーターの専門要請コースがないかとの問い合わせがあったのが直接の

やりとりの始まりで、昨年8月に私がインドを来訪した際、事務所を訪れ、ジャイティさんにお会いしている。デリーのかなり郊外にあるこじんまりした建物の中にさまざまな部門が共働しているその研究・情報センターを訪れ、その機能の高さに圧倒された。この協会は1982年に設立され、当初からさまざまな運動団体・個人と連携をとりながら、参加型の手法にこだわり、研究・教育の分野で、出版や研修などに力を入れて取り組んできている。現

在は4つの部門があり、その中のひとつにジャイティさんらの働く、地域(環境)と職場の健康・安全問題の部門がある。

約3日間の短い滞在の中で、全国安全センター、港町診療所、アジア太平洋資料センター、反核パシフィックセンター、全統一労働組合等と交流したほか、中央労働災害防止協会、労働科学研究所の訪問や、新宿のホームレスの人たちが集まる場などを訪れた。もともと幅広い関心をもつ彼らだが、特に、労働者の健康・安全と地域住民の健康・環境問題を、根のつながっている問題として取り組んでいるという姿勢に共感させられた。

●PRIAの活動

運動のための研究とならぶもうひとつの柱として、彼らが力を入れてきたのが健康・安全や組織化をテーマとした労働者・住民教育で、労働組合リーダーのためのワークショップの主催や教材づくりに長年取り組んできている。例えば、「正義のための闘い(Struggle for Justice)」シリーズは、電子工場、化学肥料工場や鉱山の実際に起こった健康被害や労災事故などに現場の労働者や労働組合がどのように闘い、補償獲得や職場改善をしていったかという事例を紹介したパンフレットで、他の現場に経験を伝えるための教材として、非常にいい。労働者向けに英語の他、ヒンディーなど数言語に訳されている。また、活動家向けの事例集「職場の健康」にしても、職業病を診断できる医師が少ないことから医師や活動家向けにつづった「職業病とその補償」という指導書

にしても、実践的で、参考になる。ニュースレターに掲載されている情報は、インド国内の現場情報の他、国際的にも草の根のグループの情報からCIS(ILO内に設置された国際安全衛生情報センター)のデータベースにまでアクセスしていて非常に幅広い。

CISのインド国内の民間協力センターにもなっていること、行政機関とも研究プロジェクトの依頼を通してつながりがあり、日本の事情もすばやく理解してしまう彼らを正直いって、やり手だなと感じる一方、さまざまな話の中で、グラスルーツの中で働く彼らの心を感じる機会が多かった。

●労働者教育の経験交流を

PRIAでは、すでに南アジア地域で関連グループとの顔の見える連携をもっている。今回の来日は、東

南アジアや東アジアの運動の状況を知り、今後の連携の準備を目的とした6か国訪問プログラムの一環。とても短い滞在ではあったが、名簿の交換を含めて、お互いのネットワークについて情報を交換した。今回の訪問で膨大な資料と団体との交流をした彼らは、各国の基本的な法制度や運動の現状についてまとめ、その次のステップとしては、インドで共通テーマでのワークショップを持ちたいと考えている。特に念頭にあるのは、労働者教育に関する経験を共有する場をもちたいということ。

今後には計画されている労働者教育の国際ワークショップには、センターとしても積極的に



取り組みたい。
(神奈川労災職業病センター
山岸素子)

ADAを労災被災者に適用

アメリカ●Workers' Health International Newsletter

■アメリカの「ノースウェスト殺虫剤追放連合」は、環境保護局(EPA)を相手取って、殺虫剤に含まれる有毒であることが多い不活性成分の発表を求める裁判を起こした。

■アメリカ障害者差別禁止法(Americans with Disabilities Act)がRSIの患者に適用されることは極めてまれである。そんな中で、雇用機会均等委員会(Equal Employment Opportunity Commission)が家具

メーカーのKnoll Group社が労働者を解雇したのはADAに違反するとして提訴した。EEOCによると、RSI関連の事例は1992年に法律ができて以来345例しかなく、全体の1%にも満たないとのこと。

■デンマークで職場が要因の精神疾患が激増している。労働環境局によると、1984年に91件だったのが、1993年には825件



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 MKビル3階

TEL(03)5232-0182/FAX(03)5232-0183/E-mail KGI01311@niftyserve.or.jp

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 サンコーボタニ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 新潟市東堀通2-481 TEL(025)228-2127/FAX(025)222-0914

静岡●静岡地区労センター

424 清水市小柴町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 大阪市中央区内本町1-2-13 ばんらいビル602 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)488-9552/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)488-9552/FAX(06)488-2762

広島●広島県労働安全衛生センター

732 広島市南区稲荷町5-4 前田ビル TEL(082)264-4110/FAX(082)264-4110

鳥取●鳥取県労働安全衛生センター

680 鳥取市南町505 自治労会館内 TEL(0857)22-6110/FAX(0857)37-0090

愛媛●愛媛労働災害職業病対策会議

792 新居浜市新田町1-9-9 TEL(0897)34-0209/FAX(0897)37-1467

高知●財団法人 高知県労働安全衛生センター

780 高知市薊野イワ井田1275-1 TEL(0888)45-3953/FAX(0888)45-3928

熊本●熊本県労働安全衛生センター

861-21 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レークタウンクリニック 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(0892)53-9400/FAX(0892)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