

重要な労働関連要因 影響の定量的評価

「指曲がり症」不服審査請求 の取り組みから

自治労を中心に全国的に取り組まれた学校等の給食調理員の変形性手指関節症＝「指曲がり症」の公務災害認定申請は、1992年末の第1次認定を皮切りに、地方公務員災害補償基金（以下「基金」という）の各支部段階での認定が行われた（93年1月号参照）。これによって、約170人の認定請求者のうちおよそ4割の被災者が公務上災害と認定された。また、1994年には11年ぶりに「学校給食事業における安全衛生管理要綱」が改正された（平成6年4月21日付け基発第257号「学校給食事業における労働災害の防止について」）。

その後、基金支部段階で「公務外」と認定された被災者たちについての不服審査の取り組みが行われ、すでにいくつかの事案について基金支部審査会の裁決が出されているが、残念ながらいずれも棄却となっており、岡山、東京、北海道などの事案が基金本部審査会にまで持ち込まれている（基金本部審査会の裁決はまだ出されていない）。

共通のネックとなっているのは、基金が、中央労働災害防止協会（以下「中災防」という）に研究委託した「学校給食施設における給食調理員の勤務実態等に関する労働衛生学的調査結果報告書」にもとづいて編み出した「認定基準」である。したがって、不服審査請求の取り組みの中でも、基金の「認定基準」と中災防報告に対する批判が様々な角度から展開されている。その中で注目されるのが、「1970年代以降急速な進歩をとげた」と言われる現代疫学理論を踏まえた批判である。

労働（に関連した諸要因）が労働者の健康にどの程度の影響を及ぼしているかを定量的に評価できるし、すべしという議論は、今後の職業病認定のあり方だけでなく、その予防のための労働関連要因に対する取り組みにとっても重要である。今回は、その点に焦点を当てて、神奈川県平塚市及び大阪府高槻市の不服審査請求事案で請求人側から提出された意見を紹介する。



意見書

天明佳臣

神奈川県労働者医療生協港町診療所所長

＊神奈川県平塚市の学校給食調理員Mさんの不服審査請求に関して、1996年3月22日に、地方公務員災害補償基金神奈川県支部審査会に提出された意見書である。

地方公務員災害補償基金神奈川県支部（以下「基金支部」という。）から、平成5年7月30日付けで貴審査会に提出された平塚市所属職員M氏からの審査請求に対する弁明書に対し以下のとおり反論する。

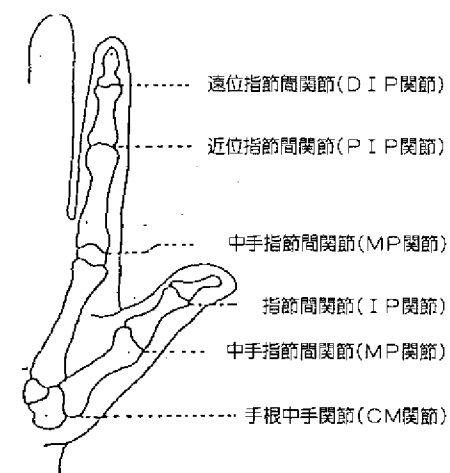
1 病態について

まず、学校給食調理員のいわゆる「指曲がり症」の臨床診断名が変形性手指関節症であることには、争いがない。しかし、M氏のような指曲がり症の進行例では、変形性手指関節症がDIP関節（遠位指節間関節）だけではなく、PIP関節（近位指節間関節）にも発症しているという点を、はっきりさせておきたい（関節の名称については図参照）。弁明書にはヘバーデン結節にかかわる記述のところで、その辺があいまいになっている箇所があるからである。弁明書の中で、基金支部の意見としてM氏の病態について直接言及している箇所は、「Ⅲ 弁明の理由 3 公務上、外の判断」の（3）のみである。次のように述べている。

「（3）医学的意見においても、整形外科的には、X線写真等から請求人の傷病名は変形性手指関節症と認められるものの、労働医学的には給食調理数、作業内容及び給食調理施設の状況等から



図 手指の関節



すると、請求人の従事した給食調理業務が本件疾病の発症又は増悪の相対的に有力な原因であるとは認められないとしている。」

整形外科的意見とは、私の意見を指すのであろう。「労働医学的には」ではじまる後半の意見は「支部相談医の意見」であろう(私の労働医学的意見も弁明書に出てはいるが、まったく取り上げていない)。支部相談医の意見とは、次のようなものである。

「レントゲン写真を見ると右手は、2,3,5指のDIP関節、3,4指のPIP関節、左手は、2,3,4,5指のDIP関節、4,5指のPIP関節に関節裂隙の狭小化、骨硬化像が認められる。

血液検査の結果でも異常は認められないことから、典型的な変形性関節症である。PIP関節にも変形が見られるが、この程度の変形ではヘバーデン結節と考えても良いのではないか。

ヘバーデン結節は古くからある傷病であり、一般的には退行性変形によるものと考えられており、仕事の原因で発症することはないと考えている。」

おかしい意見である。その1は「PIP関節にも変形が見られるが、この程度の変形ではヘバーデン結節と考えて良いのではないか」とは、なんだ。DIP関節の変形性手指関節症をヘバーデン結節というのであって、PIP関節のそれはブジャール結節というのだ。ブジャール結節を無視してしまいたくないのだから。ヘバーデン結節が「仕事の原因で発症することはないと考えている」などと、勝手に決めてはいけぬ。ヘバーデン結節にあっても、他の変形性関節症と同じく、「関節に加わる機械的ストレスの異常が重要な要因であることは否定できない」とするのが、今日の整形外科の常識である。学校給食調理員の手指関節に加わる機械的ストレスについては、後述する。

実は、弁明書がこの支部相談医の意見をそのまま採用するのは、自らが前段で採用して述べた意見と矛盾している。すなわち、「その発症は、閉経期以後の女性に多いとされており、また、過齢に伴って関節の老化現象に器械的影響が加わっても発症するほか、外傷、新陳代謝異常等も関与するといわれている」(弁明書「Ⅲ 弁明の理由 2-(1)」、ア

ンダーラインは引用者)。「器械的影響」とはまさに機械的ストレスを指している。変形性関節症の発生要因をめぐる職業的要因の関与についてのバイオメカニカルな見解も挙げておく。

「変形性関節症の発生率は老化とともに飛躍的に増加するが、また、個人の置かれた力学的環境にも強く依存していることに、疑念のはさむ余地はない。たとえば、流体ドリルの操作員は肘と肩に関節症の発生率は高いが、指あるいは手首の関節にはあまり見られない。また、農夫は股関節に、サッカーの選手は足及び膝関節に、バレエダンサーは足関節に変形性関節症が発生することは多々みられる」(立石哲也、宮永豊『整形外科バイオメカニクス集成』朝日サイエンス社、1973年)。

弁明書の「Ⅲ 弁明の理由 2-(1)」は、上記の引用文に続いて、さらに次のような文章でしめくっている。「しかも、変形性手指関節症は、給食調理員のみならず、給食調理作業に従事していない者にも一般的な疾病としてしばしば見られるものであるといわれている」(統計的な議論の必要な箇所であって、「しばしば」という副詞を安易に使ってはいけぬ)。

病態像からみて変形性手指関節症のひとつと考えられているヘバーデン結節は、たしかに給食調理員のみならず主婦にもみられる。しかし、その有意な差があることは岡山大学医学部衛生学教室・甲田茂樹(当時)の疫学的検討でも明らかになっているし、もうひとつ、本節の冒頭で述べたように、学校給食調理員の場合に問題になっている変形性手指関節症はDIP関節ばかりでなく、PIP関節にも変形がおこっている。ヘバーデン結節とブジャール結節が同時に発症しているような事例が「学校給食調理作業に従事していない者にも一般的な疾病としてしばしば見られる」とする研究報告がどこにあるのか、明らかにしていただきたい。そんな文献など、少なくとも私が調べた範囲ではひとつもなかった。

給食調理員にみられるDIP関節の変形を、1802年にウィリアム・H・ヘバーデンが記載したヘバーデン結節と同じものと見てよいのかについては、川崎医大整形外科の明石謙教授は疑問を投げかけ

ている(明石謙『指曲がり症』の診断と治療)自治体労働安全衛生研究第2号、1990年6月)。その根拠の第1は、DIP関節のみにとどまらずPIP関節にも変形が進んでくる点であり、第2に自覚症状である。ヘバーデン結節では「変形のみで疼痛のない場合が多い」(注)とされているが、給食調理員の公務災害申請事例では、すべてが変形部の疼痛を訴えているからである。M氏の場合も、とくに冬季に多かったのだが、変形関節のいくつかに発赤、腫脹がみられ、疼痛を訴えた。

(注)ヘバーデン結節 Heberden node

1802年、William H. (1701—1801, 英)により記録された、遠位指節間(DIP)関節背側にみられる特有な結節様変形をいう。変形性関節症による2次的な変化とされているが、その病態は明確にされていない。中年以降の女性に多く、一般的に両側性多発症である。変形のみで疼痛のない場合が多い。X線像では関節裂隙狭小化、軟骨下骨硬化像、骨棘形成などがみられる(『医学大辞典』医歯薬出版KK、1987年)。

2 作業関連疾患について

「弁明の理由」は、1. 公務災害認定の基本的な考え方、2. 手指関節に発生した変形性関節症(以下「変形性手指関節症」という)に係る認定の考え方、3. 公務上、外の判断、からなっている。1.にも問題があるが一般論であり、ここでは取り上げない。2-(1)と3-(3)については、すでに前項で十分に反論した。ここでは、上記以外の部分について、反論する。

2-(2)(3)(4)(5)は、地方公務員災害補償基金が中央労働災害防止協会(以下「中災防」という)に委託した調査研究の報告書「学校等給食施設における給食調理員の勤務実態等に関する労働衛生学的調査」に依拠した意見の展開である。しかし、その内容は、依拠している中災防報告書の一部をも否定してしまうほどの、偏見にみちたものである。

弁明書は2-(2)において、中災防報告書によると、「労働医学的な観点からは給食調理業務の中には手指の関節に対して労働負荷となり得る作業があり得たとされ、変形性手指関節症に対して給食調理員としての経験年数等が年齢の影響を越

える関連を示していることにより、給食調理業務と症状との間に有意な関連が認められるとされている」とする。ところが、2-(3)では、上記の中災防報告書の結論のひとつを否定するような論を展開する。

「(3) しかし、変形性手指関節症が給食調理員のほか、他の職種に従事する者にも一般的な疾病としてしばしば見られるものであるとともに、手指の関節に対しての労働負荷については、給食調理業務に限らず、日常生活上はもちろんのこと、職員として業務に従事する場合、職種の如何にかかわらず程度の差こそあれ、およそ手指を全く使わない職種はなく、このため公務遂行上、手指の関節に対して労働負荷を免れるものではない。しかも、給食調理業務に従事するからといってこれらの給食調理員すべてに変形性手指関節症が認められるものではなく、むしろ、これらの給食調理員においても変形性手指関節症が認められない者の方が多いたのが実態である。このことから、給食調理に係る変形性手指関節症の公務上外の認定に当たっては、有害因子のばく露を受ける業務とこれに起因して生ずる疾病との間に、一般に医学的な相当因果関係が確立されている「職業病」として取り扱うことはできないものである。」

第1の paragraph の前半については、すでに反論したところだが、後半部分は次の paragraph につなげる文章なのだが、「およそ手指を全く使わない職種はなく…」とは、われわれがホモサピエンスであることを前提として議論しているものではありませんか、と言いたくなる。その次に来るアンダーラインを付した文章は撤回していただきたい。「給食調理員のすべてに変形性手指関節症が認められるものではなく」とはなんだ。あたかも給食調理員のすべてにそれが認められなければ職業病でないかのような考え方は、あまりにも非人間的であり、かつ非学問的である。それほどにまで状況を悪化させるような劣悪な労働条件を、自治体の教育委員会が給食調理員に強いるはずもないし、変形性手指関節症のように多様な要因が複合的に関与している疾病には、後述するが個人差が大きく(それぞれの要因すなわちストレスに対する反応は、個人によって

要因の数だけあると考えられる)、それをこえて全員が発生するまで放置するほど人間はおろかではない。

「むしろ、これらの給食調理員においても変形性手指関節症が認められない者の方が多いのが実態だろう」というのは、当たり前の話である。だから給食調理員の変形性手指関節症を「職業病」として扱うことはできない、とするのは単なる偏見にみちた感情論であって、科学的な議論ではない。

これは、中災防報告書が、指曲がり症と学校給食調理業務との間の因果関係を認めながら、「『職業病』ではなく『作業関連疾患(work-related disease)』とするのが正しいと考える」(報告書最終章の「考察」113頁)としたのに右へならえしたためであろう。しかし、ここで中災防は、明らかに「作業関連疾患」を誤用しているのである。この用語は1976年WHO事務局が提唱したものであり、次のように定義される用語なのである。労働衛生に関するILO/WHOの合同委員会レポート「作業関連疾患及び作業関連災害の疫学」(1989年、10th Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health: Epidemiology of work-related diseases and accidents)の用語の定義についての部分を少々長いが引用してみる。

「WHO専門委員会は、作業関連疾患という用語が、認知されている職業病ばかりでなく、作業環境や作業の遂行を重要な発症要因のひとつとしているその他の疾患も含めて説明するのに適していると提案してきた。職業上の危険暴露と特定の疾患または傷害との間の因果関係が明らかなら、通常それらの疾患または傷害を医学的にも法的にも職業性のものとみなし、職業性と定義してもよい。しかし、すべての作業関連疾患や傷害がそれほどはっきりと定義できるわけではない。作業関連疾患や傷害には、必ずしも原因とは言えなくとも、職業や作業条件が何らかにかかわっている疾患や傷害も幅広く含むと考えられる。そのような幅広い傷害群の両極の片方を代表するのが古典的な職業病であり、もう一方の極を占めるのはほんのごくわずかな職業病の関連が認められる疾患である(下線、引用者)。」

3-(4)でも、弁明書はさりげなく(?)「一般に給食

調理業務を行なう上で通常の業務量の範囲と認められる業務である場合は加齢等の影響が考えられ、公務災害補償制度の趣旨から当該業務が疾病発症の相対的に有力な原因として認められるものではない」(下線、引用者)という。業務の過重性の評価にあたっては、業務量のみならず、業務内容、作業環境などを総合して判断するのが、常識である。指曲がり症にあっても、給食数ばかりでなく、調理場の広さ、食器洗浄機や回転釜など設備の有無と機能性、それらのレイアウト、作業組織のあり方、騒音などの作業条件、作業場の明るさ、暑さと寒さなどの環境条件の評価が不可欠である(3-(5)ではその辺の総合的な判断の必要を認める記述が出てくる)。しかも、それらの諸条件は当該労働者の身体的条件(身長、視力、握力など)とも深くかかわっている。しかし、弁明書は、次のように一刀両断している。「また、給食調理業務という同一の業務を行なっている給食調理員のうち、特定の給食調理員にとって身体的状況(体力、握力等)から考えて当該業務が過重であったとしても、このことをもって給食調理業務が変形性手指関節症の有力な発症原因であると認めることはできないものである」(下線、引用者)。

あたかも、何か特定の身体的状況にある人だけに指曲がり症(変形性手指関節症)が発症しているかのように述べているのは、不当である。指曲がり症の発症者と手指関節の健全な調理員との間に何らかの差があったとしても、10年以上にわたって、他の職員と同じように給食調理業務に従事してきたのであって、すでに述べたようにストレスに対する反応における個人差である。その個人差も指曲がり症が職業病であることを否定するほどにまねなものではないのは、甲田の疫学調査によって明らかである(甲田茂樹「給食調理員の手指変形に関する疫学研究、第1編 全国調査結果の解析、第2編 健康審査結果の解析」労働の科学第64巻第5号、1985年5月)。

3 認定基準について

次に2-(5)、指曲がり症の公務上外認定に当たっての基準の批判にうつる。

前述の中災防報告書から出てきた目安(事実上、認定基準のように扱われている)は、

「給食調理業務が変形性手指関節症の発症に関連すると示唆されている総経験年数と給食数の目安としては学校給食調理業務の経験年数が11年以上(10年を超えることをいう)と各年度の調理員1人1日当たりの給食調理数を経験年数分合計した給食調理数(以下「給食数」という)が2,001食以上になることが指摘されている。」である。これは疫学的に問題が多い「目安」である。

疫学の指標には、ある有害要因による疾病発生の頻度の指標とそれら有害要因への「暴露による影響」の指標がある。指曲がり症の業務起因性を判定するために使われるべきなのは後者である。すなわち、暴露を受けた人が受けなかった人の何倍疾病になりやすいかの指標である相対危険度(relative ratio、率比、リスク比、オッズ比など)を検討すべきである。ところが、中災防報告書は取り上げたサンプルサイズが小さいうえに、相対危険度を使つての検討が全くなされていない。

給食調理員の変形性手指関節症の作業関連性を疫学的に評価する場合には、率比、リスク比、オッズ比などの相対性危険度、寄与危険度割合を用いた定量的評価がなされるべきなのに、中災防報告書ではそれがなされていない。そこで、中災防が収集したデータに基づいて相対危険度を求めてみる。

ある暴露水準の相対危険度(Relative Risk, RR)は、次のような暴露水準の有病オッズ比(OR)として算出される。

	所見あり	所見なし
暴露あり	A	B
暴露なし	C	D
有病オッズ比(OR) = $\frac{AD}{BC}$		

上表を暴露と疾病の間にどのような関係があるかを示す2×2表(two-by-two contingency table)と呼ぶが、学校給食のように、0食から数百食にわたるようなときに、ひとつの2×2表で取り扱うことには限界がある。そこで、給食数をいくつかのレベルに分割して(カテゴリー分けして)分析することになる。

まず、基準となる暴露水準(当然、非暴露が望ましいが、給食のような例ではしばしば最低の暴露量を採用する。報告書のデータであれば給食500食以下もしくは経験年数5年以下)を2×2表の非暴露群として、2×2表を想定し、それぞれのレベルでオッズ比を計算する。オッズ比は、その「暴露水準では、基準暴露量と比べて〇〇倍の罹患率比」と解釈してよい。

次に寄与危険度割合(Etiologic Fraction, EF)であるが、これは群における、暴露が寄与している患者の割合であり、次の式によって計算される。EF=(RR-1)/RR(この場合、RRはオッズ比)。オッズ比が5ならば、EFは0.8、すなわち80%となる。

中災防報告書のデータ(108頁の表F-9、単独校+センター給食数と総合所見分布)から計算すると、

給食数	1-1,000	1,001-1,500	1,501-2,000	2,001-2,500	2,501-3,000	3,001-
OR	1.0	6.0	7.9	3.8	7.9	11.2
90%信頼区間		0.74-48.73	1.22-50.45	0.54-26.71	1.22-50.45	2.00-62.46
EF(%)	—	約100	約100	約100	約100	約100
総合所見あり	0	1	4	2	4	20
総合所見なし	32	10	20	25	20	61

特集／指曲がり症の不服審査

1-1,000食で有所見者が0であることから(Bの値が0)、ORは表の数値をそのまま当てはめて計算すると無限大となるので、計算時には各セル(A、B、C、Dそれぞれ)に1を足して計算している。また、EFは、算出式では理論的にはRRは無限大と考えられ

るので、限りなく100%に近いことになるのである。同様な計算を、暴露の指標を経験年数とおいて行ってみる。中災防報告表F-11、単独校+センター経験年数と総合所見分布から計算すると次のようになる。

経験年数	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-
OR	1.0	4.8	3.1	6.7	15.4	14.0
90%信頼区間		0.76-30.82	0.49-19.69	1.13-39.19	2.59-91.72	2.09-93.71
EF(%)	—	約100	約100	約100	約100	約100
総合所見あり	0	4	4	9	10	4
総合所見なし	2.7	28	44	41	19	9

1-5年の所見ありが0のときのORの算出方法は給食数と同じである。また、EFはこの場合も「限りなく100%に近くなる」。

以上より、中災防報告データによれば、暴露の指標を給食数としたときの1,000食以下に対する相対危険度は3.8~11.2、暴露の指標を経験年数としたときの5年以下に対する相対危険度は3.1~15.4である。EFはほとんど100%と評価できる。

中災防報告は「どの程度の作業負担によりいわゆる『指曲がり症』が発症しやすくなるかについての検討では、給食数が2,001食以上でかつ経験年数が11年以上が目安となるものと考えられる」(同報告書98頁)とし、基金支部の弁明書も発症目安としては、中災防報告の経験年数11年以上、給食調理数2,001食以上を、そのまま採用している。しかし、すでに計算したEFからすれば、「6年以上、1,001食以上の給食調理員に発症した指曲がり症は、特段の反証がない限り職業病と考えられる」と言うべきなのである。まして、M氏の場合にあっては、給食調理数、経験年数のみを取り上げて、公務外とする理由にはならない。

4 負担実態について

M氏の勤務した給食調理職場とくに北部学校給食共同調理場における手指にかかる負担実態に

ついて、中災防報告は、レントゲン並びに面接による手指所見と経験年数と給食数との間には関連のあることが示唆されたが、給食調理の作業要因については、変形性手指関節症との関連を疑う要因は特定できなかったとする。

弁明書は、中災防報告の上記の趣旨を引用し、「しかも」と続けて、「請求人が勤務していた給食調理施設における施設環境等についてみても、特に劣悪であったため手指の関節に対して過度の負担がかかったという状況も認められない」(弁明の理由3-(2))としている。

中災防報告は、変形性手指関節症との関連を疑う作業要因は特定できなかったとしている。レントゲン所見の有無別と他覚所見、自覚所見別のデータと作業要因とを1検定を使って検定し、その結果による結論である。しかし、検定は、「因果関係がない」との帰無仮説を棄却できるか否かについての質的判断をするものであって、「棄却されなかったこと」は、「因果関係がある」と判断するのに十分なデータがないことを示すにすぎない。また、「帰無仮説が棄却される」判断に使うp値(5%以下のとき、5%有意。5%の誤りを前提とした検定ルールで帰無仮説は棄却されるという)は、因果関係の強さを示すわけではないことも付け加えておく。指曲がり症のように多要因が複合的に重なって発

症すると考えられる疾患では、報告書のような手法で検討しても特定要因を明らかにできないと考える。

私は(財)労働科学研究所の研究員とともに、1996年2月21日、22日の両日、M氏がかつて働いていた給食調理場のうち最も在任期間の長かった(19年中の12年)平塚市北部共同給食調理場を再び訪問して、負担調査を行った。ここでは、これまで整理した範囲で調査結果を述べ、M氏の手指関節への負担がどのようなものであったかを推定する。

まず、いわゆるセンター方式による給食調理作業の第1の特徴と考えられる点をあげる。川崎市教育委員会の産業医として、同市内114校の小学校の自校方式の給食調理現場を巡視してすでに3巡目に入っている経験と比較しての私の所見である。

センター方式にあっては重量負担が大きい(給食数が多いために食材などどれもこれもがどうしても重くなる)、短時間に集中して給食を作るために、時間的のピーク負担が大きい、さらにワークステーションのデザインに問題があると、不自然姿勢を強いられる時間も長くなって腰部、頸肩腕部、手指への負担も大となる点が特徴といえる。

表1は、2月21日に行ったさまざまな作業対象物の重量測定結果である。仕事の邪魔にならないように測定したので、

表1

平塚市北部給食調理場 重量測定結果 測定日：1996年2月21日(水)

対象(中身を書く)	容器	重量(kg)	取手	備考
みかん	段ボール	11.2	有	18ケース
はくさい	段ボール	22.5	有	4ケース
"	段ボール	13.7	有	8ケース
にんじん	段ボール	10.6	有	6ケース
"	プラスチック	34.2	無	洗ったニンジン
たまねぎ	プラスチック	18.8	無	
"	プラスチック	19.0	無	
"	プラスチック	17.6	無	
こまつな	段ボール	10.6	有	6ケース
さといも	段ボール	10.6	有	9ケース
ねぎ	ビニール袋	5.1		10束
"	ビニール袋	5.3		
焼豆腐	プラスチック	21.2/22.0/22.2	無	12ケース、水にひたした状態
冷凍コロッケ	段ボール	8.2	有	(60g×20枚)×3袋が12ケース
冷蔵豚肉	プラスチック	19.4	無	8ケース
マヨネーズ	プラスチック	5.4	無	
チーズ	段ボール	12.0	無	
肉	大ざる(金属)	19.1	無	
"	大ざる(金属)	18.8	無	
"	大ざる(金属)	18.9	無	
調味料(油)	ボール	1.0	無	調理直前の状態
"(砂糖)	ボール	3.4	無	"
"(醤油)	食缶	6.6	無	"
ねぎ	青かご	29.6	無	"
パスタ	青プラざる	19.2	無	"
焼豆腐	金ダライ	23~29	無	調理前 8ヶ
鉄板		5.7/5.6	無	焼物用のべ150回はこぶ
ルー	食缶	11.6	有	2ヶ
コロッケ	アルミバット	2.6	有	揚げたコロッケ、学年によつて重量3種 各校のク
"	アルミバット	2.8	有	ラス数分のバットあり、
"	アルミバット	3.0	有	3つ重ねてはこぶ
イヨカン	プラざる	22.0	無	
肉	金ダライ	34.0	無	
"	金ダライ	34.2	無	
食缶	アルミ缶	7.5	有	
(食材入り)	アルミ缶	9.5	有	作業のじゃまにならぬ範
"	アルミ缶	7.6	有	囲で計れるだけだった
"	アルミ缶	7.5	有	

以下、紙幅の都合で省略した(編集者)。

特集／指曲がり症の不服審査

表2 手指への負担となる作業—平塚北部センターの観察—

手指に負担のかかりやすい作業例	手指負担要因(センター方式の特性)	手指負担のかかり方
大量の段ボール開け	数量(回数)増	手指関節を動かす力(能動)
段ボールに入った野菜等の運搬・移動	数量(回数)増、取手形状と手指とのミスマッチ	手指関節にかかる力(受動)
大量の野菜・果実洗浄	長時間の冷水使用	手指関節に対する負担促進
回転釜を使った米研ぎ	長時間の冷水使用	手指関節にかかる負担促進
大プラ容器を使った芋上及び運搬・移動	重量増、回数増	手指関節にかかる力(受動)
大ざるを使った芋上及び運搬・移動作業	重量増、回数増	手指関節にかかる力(受動)
鉄板を反復使用した焼物作業	重量増、回数増	手指関節にかかる力(受動)
大へらを使った攪拌作業	長時間使用、持手形状と手指とのミスマッチ	手指関節にかかる力(受動)
食器洗い過程で起こる食器はがし	数量(回数)増	手指関節を動かす力(能動)
食器の下洗い(アコーデオン洗い)	数量(回数)増	手指関節を動かす力(能動)
残菜を満載したポリ容器の運搬・移動	重量増、回数増及び取手形状と手指とのミスマッチ	手指関節にかかる力(受動)

測定しそこなったものもまだまだある。測定に当たっては、容器の持ち手の有無も観察した。それが手指にかかる負担の重要な軽減策につながるからである。いろいろ工夫もなされていたが、より持ちやすい持ち手など、まだ改良の余地はあるように見えた。その他、重量物対策は「小分け化」や「食材の搬入重量の見直し」「台車の積極的な活用」については、すでに何回もいろいろな工夫が行われてきた。

工夫という点から見ると、1975年に北部共同調理場は手さぐり状態ではじまったというのだが、M氏はその開設からの困難な創設期の12年間を勤務しているのである。そうした点も、公務上外の判断にあたっては考慮されるべきであろう。M氏が勤務していた時代と今日の作業条件の違いについては、同氏の同僚による証言が別にある。しかし、ここでも私が確認したところだけ記しておく。

現在は、給食調理員26人で5,400食だが、開設当初は26人で7,612食、1976年5月には28人で8,406食、1978年5月33人で9,416食とピークをむかえている。藤原小への配転直前の年、1988年5月33人で7,378食となっている。運搬物の計測からも想像がつくように、給食数が増えれば食材の量は当然増えるが、だからといって各分担セクションの職員数が必ずしも増えるわけではない点に注意すべきである。中災防報告にしても、弁明書にしても、その辺についてはあまりにも現場を知らぬ平均値的の考えに支配されていると言わざるを得ない。M氏

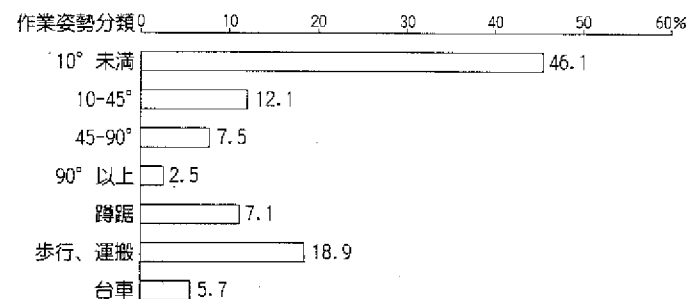
の時代には、洗浄に合成洗剤(ABS)を使っていたが、いまは石けんになっている。例えば、スプーンの場合ではABSで洗浄していたときは、それだけでは足りず一本一本みがきかけの必要があったが、石けんになってその必要がなくなった(石けんよりABSの方が洗浄力が劣るということは、私は知らなかった。ABSでは見た目にはきれいになっていても、油やたんぱくが取りきれず、テストするとわかるという)。また、ABSを使っていると、重ねたトレイがはがれにくく、しばしば指先に大変な力を入れなければならなかった。また、ABS時代には必要だったナイロン・タワシのこすり作業が、石けんに変わってから不要になった、という。

北部共同調理場では、a 下処理班、b 裁断班、c 釜班、d コンテナ班に分かれて作業し、順次担当作業は変化していくシステムになっている。a～cの作業については弁明書20～21頁に一応の記述がある。

その指先への負担については表2にまとめてみた。しかし、コンテナ班については弁明書の解説だけではよくわからないので、2月21日、コンテナ班の女性(46歳、身長161cm、体重58kg)の方を対照に30秒スナップのタイムスタディを実施した(30秒ごとに、どこでどんな姿勢でどんな作業をしていたかを記録していき、その結果を分析する)。

その結果を図1に示す。実はこの作業が4つの班の中で一番つらい作業のために、午後3時の休憩

A 午前 08:20～10:50 280スナップ



B 午後 13:20～14:45 169スナップ

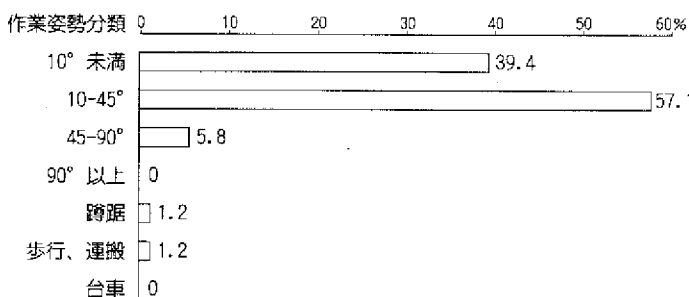


図1 コンテナ班、調理員の午前、午後別作業姿勢分布

—被験者 女性 46歳、身長161cm、体重58kg—

A 午前の作業内容

- ① 食器入りのカゴを消毒保管庫から出して各校別のコンテナに入れる。
- ② 冷蔵庫から1人用のパックジャムの箱をはき出す。
- ③ 小さな紙に各校クラス(計170クラス)別の必要パックジャムの数を記入する。
- ④ この間、冷凍コロッケが揚がる。食缶へ入れる。食缶を床のコロの上におく。曲がり角では手で押す。「そんきょ」の姿勢は、この時に見られる。

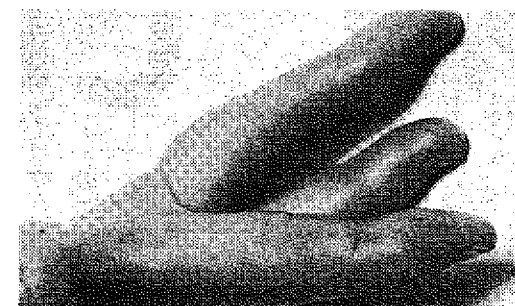
- ⑤ 調理室から搬出室の方をまわって床のコロを流れてくる食缶を持ち上げ、3段重ねにして、コンテナへ。
- ⑥ Bコースのスキヤキ入りの食缶を④⑤する。

午前中1回トイレに行く。

までで現場から離れ休憩室に入ってよいことになっていたのがあった(コンテナ班の独自の仕事は午前中だけで、午後は他の班の人たちと同様に食缶、食器の洗浄をする)。コンテナ班は、指先にもなかなかつらい作業のように見えた。午前と午後の立位作業での姿勢分布の差は、午後の場合はもっぱらシンクの前に立っての洗浄作業であり、この調理員の身長が平均より7～8cm高いために、前屈となってしまうのである。

まとめ

なぜ、M氏に指曲がり症が発症したのか。給食調理作業は手指に負担の大きな作業であることは疑問の余地はない。しかし、同じキャリアの調理員に同じような程度の手指関節変形が起こるわけではない。明らかに個人差がある。これは、指曲がり症を発症させる諸要因に対する耐性(抵抗力)の個人差によるとしか、現時点では言いようがない。もうひとつ、M氏の場合に言えるのは、あの時代の女性と



しては大柄の方であり、健康には自信を持った人だった。そして、同僚の誰もが認めるような大変な働き者だった点である。いつも他人のやりたがらない負担の重い仕事に率先して従事して、他の人の2倍近くも働いたという。個人差の問題に加えて、M氏にあればひどい指曲がり症が発症して当然と考えられる条件は明らかにあったのである。多くの同僚の「Mさんなら発症して不思議はない」との声も、この場合ひとつの重要な証言と言える。と考える。



申立書

●
片岡明彦

関西労働安全センター事務局次長

*大阪府高槻市の4名の学校給食調理員の不服審査請求で、1996年2月21日に行われた地方公務員災害補償基金大阪府支部の口頭意見陳述に向け、4名の請求人、請求人らが所属する高槻市職労・巴書記長及び筆者の連名で提出された申立書(同年2月15日付け)からの抜粋(全体の4分の1程度)である。

1 「中災防報告」について

省略—6〜8頁天明佳臣「意見書」の「3 認定基準について」の項と同旨。

2 「高槻検診報告」について

高槻検診報告(注:田島隆興医師による高槻市立小・中・養護学校の学校給食調理員183名を対象に行った変形性手指関節症検診の結果報告。平均年齢51.1歳だが、平均の経験年数19.6年、総給食数2,982食という暴露量の非常に高い集団であるため、暴露量のレベルのカテゴリー分けが後述のようになっている)から、暴露の指標を総給食数(中災防報告でいうところの給食数)として、XP所見、両手DIPのXP所見、他覚所見について、相対危険度及びEF(寄与危険度割合)を計算すると次のようになる。

(XP所見)

総給食数	-2,300	2,301-3,000	3,001-
OR	1.0	4.32	5.01
90% C.I		1.44-12.97	1.58-14.94
EF (%)	—	76.7	80.0
所見あり	3	32	38
所見なし	17	42	43

(両手DIPのXP所見)

総給食数	-2,300	2,301-3,000	3,001-
OR	1.0	5.80	7.20
90% C.I		1.60-21.01	2.00-25.90
EF (%)	—	82.8	86.1
所見あり	2	29	35
所見なし	18	45	45

(他覚所見)

総給食数	-2,300	2,301-3,000	3,001-
OR	1.0	3.67	3.84
90% C.I		1.55-8.65	1.65-8.96
EF (%)	—	72.8	74.0
所見あり	9	57	66
所見なし	11	19	21

*90% C.I = 90%信頼区間

また、高槻検診報告から、暴露の指標を経験年数として、XP所見、両手DIPのXP所見、他覚所見について、相対危険度及びEFを計算すると次のようになる。

(XP所見)

経験年数	-15	16-20	21-
OR	1.0	10.29	15.42
90% C.I		1.81-58.47	2.70-88.01
EF (%)	—	90.3	93.5
所見あり	1	35	37
所見なし	15	51	36

(両手DIPのXP所見)

経験年数	-15	16-20	21-
OR	1.0	19.68	30.43
90% C.I		1.80-214.62	2.78-332.81
EF (%)	—	94.9	96.7
所見あり	0	32	35
所見なし	16	54	38

(他覚所見)

経験年数	15	16-20	21-
OR	1.0	4.71	5.65
90% C.I		1.84-12.04	2.17-14.71
EF (%)	—	78.8	82.3
所見あり	6	65	61
所見なし	10	23	18

以上より、高槻検診データによれば、暴露の指標を総給食数としたときの2,300食以下に対する相対危険度は、所見によって異なるが、2,301-3,000食では3.67〜5.8、3,001食以上では3.84〜7.2であり、EFは、2,301-3,000食では72.8〜82.8%、3,001食以上では74.0〜86.1%である。

暴露の指標を経験年数としたときの15年以下に対する相対危険度は、所見によって異なるが、16-20年では4.71-19.68、21年以上で5.65〜30.43であり、EFは16-20年では78.8〜94.9%、21年以上で

82.3〜96.7%である。

よって、高槻市給食調理員では総給食数2,300食を超える場合、あるいは、経験年数16年を超える場合の変形性手指関節症の発症に関しては、そのEFは、おおむね80%を上回っている(XP所見では90%を超える)。

3 その他の研究

上野満雄、中桐伸五「学校給食調理員の『指曲がり症状』(第1報)—検診成績から—」(労働科学 Vol.63, No.6, 1987. 以下「上野報告」という)は、「給食センター、単独校、事務系職員の中から無作為抽出による5歳年齢階層ごとのマッチングを行い、各々71名で総計213名の検診対象者(全員女性)を抽出し、対象者全員に医学的検診を実施した」ものである。したがって、年齢影響を除いたものと考えることができる。

上野報告のTable 3 Frequency of finger deformity findings(手指の変形所見の頻度)によれば、多くの変形所見において、給食調理員が統計学的に有意に多いことが実証されている。

そこでこの表の中の、センター及び単独校とも統計的に有意に差があると判定されている所見について抜粋し、事務員群を対象群としてセンター及び単独校の調理員群の相対危険度及びEFを計算すると次のようになる。

なお、上野報告のTable 1から、調理員の経験年数は、平均値でセンターが約10年、単独校が約13年であり、中災防報告や高槻検診報告と比較して暴露の少ない集団であると考えられる。

Flexion of DIP 10° 以上

	センター	単独校	事務員
OR (90% C.I)	4.1 (1.88-8.95)	3.6 (1.63-7.87)	1
EF (%)	76	72	
所見あり	22	20	7
所見なし	49	51	64

自治体労働安全衛生研究会ワークショップ編
シリーズ◆職場の改善対策事例

発行◆労働基準調査会(03)3915-6401 A 4判64頁 定価◆1,000円

学校給食職場

Flexion of DIP 10° 以上、かつ、それが2指以上

	センター	単独校	事務員
OR (90% C. I.)	22.0(3.95-122.91)	17.2(3.05-96.77)	1
EF (%)	95	94	
所見あり	17	14	1
所見なし	54	57	70

Flexion of DIP 20° 以上

	センター	単独校	事務員
OR (90% C. I.)	18.8(3.34-105.17)	11.5(2.00-65.99)	1
EF (%)	95	91	
所見あり	15	10	1
所見なし	56	61	70

Lateral drift of DIP 10° 以上

	センター	単独校	事務員
OR (90% C. I.)	4.0(1.91-8.45)	3.3(1.56-7.00)	1
EF (%)	75	70	
所見あり	24	21	8
所見なし	47	50	63

Lateral drift of DIP 10° 以上、かつ、それが2指以上

	センター	単独校	事務員
OR (90% C. I.)	9.2(2.59-33.01)	5.7(1.53-20.89)	1
EF (%)	89	82	
所見あり	15	10	2
所見なし	56	61	69

Flexion of DIP 10° 以上、又は、Lateral drift of DIP 10° 以上

	センター	単独校	事務員
OR (90% C. I.)	4.0(2.10-7.74)	4.0(2.10-7.74)	1
EF (%)	75	75	
所見あり	32	32	12
所見なし	39	39	59

XP所見を含まないが、変形性手指関節症の症状と考えられる各所見の相対危険度はセンターでは4.0～22.0、単独校では3.3～17.2、EFは70%を相当上回り、所見によっては90%を超える。

甲田茂樹「給食調理員の手指の変形に関する疫学的研究(第2編)健康診査結果の解析」(労働科学Vol.64, No.5, 1988、以下「甲田報告」という)のTable 2「調理員と事務員の手指の変形所見の比較検討」は、「調理員と事務員とで、年齢を5歳階層別に無作為抽出した結果、両群から74名ずつ選び」健康診査を医師によって行い、両群間の所見数について統計学的検定を行ったものである。対象者はすべて女性である。

この、年齢の影響を除いた分析によってほとんどの変形所見について調理員が有意に多いことが実証されている。

そこで、この表について、統計的に有意に差があるとされている所見の中でいくつかの所見を抜粋して、上野報告と同様な方法によって有病オッズ比による相対危険度とEFを計算すると次のようになる。

findings of finger deformation (変形所見)

	調理員	事務員
OR (90% C. I.)	4.3(2.30-7.97)	1
EF (%)	77	
所見あり	37	14
所見なし	37	60

lateral drift of finger joint (側方偏位)

	調理員	事務員
OR (90% C. I.)	2.3(1.20-4.52)	1
EF (%)	57	
所見あり	23	12
所見なし	51	62

swelling of a finger joint (関節の腫れ)

	調理員	事務員
OR (90% C. I.)	5.6(1.53-20.75)	1
EF (%)	82	
所見あり	10	2
所見なし	64	72

limited motions of a finger joint (運動制限)

	調理員	事務員
OR (90% C. I.)	5.5(1.86-16.35)	1
EF (%)	82	
所見あり	14	3
所見なし	60	71

symptoms of a finger joint (症状)

	調理員	事務員
OR (90% C. I.)	12.7(2.23-72.71)	1
EF (%)	92	
所見あり	11	1
所見なし	63	73

tenderness of a finger (圧痛)

	調理員	事務員
OR (90% C. I.)	11.4(1.99-65.52)	1
EF (%)	91	
所見あり	10	1
所見なし	64	73

pain in finger movement (運動痛)

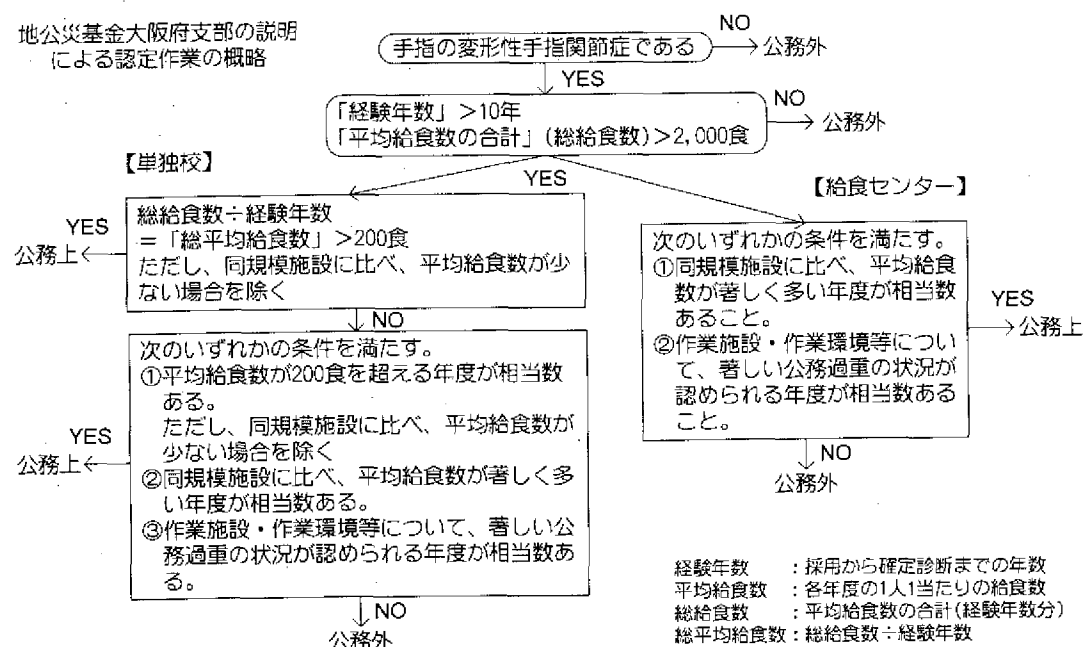
	調理員	事務員
OR (90% C. I.)	12.7(2.23-72.4)	1
EF (%)	約100	
所見あり	10	0
所見なし	64	74

所見としては、XP所見を含まないが、変形性手指関節症の症状と考えられる各所見の相対危険度は2.3～13.0であり、EFは57～約100%であり、側方偏位を除くとEFは70%を相当上回る。

4 定量的評価からみた公務起因性の存在

基金支部が最も重視している中災防報告においては、給食数1,001食以上、または、経験年数6年以上の各暴露群においては、EFは「100%に限りなく近い」(津田陳述書一注：18頁以下に全文)。高槻検診報告においては、EFはおおむね80%を超えており、所見については90%を超えている。ただし、高槻検診報告は基準とする暴露層は完全な非暴露層(非調理員)ではなく(内部比較のため、相当の暴露者が混入している)、相対危険度及びEFは過小評価になっていると考えられることは、津田陳述書が指摘するとおりである。高槻検診報告でもこれについてコメントされている。中災防報告も内部比較という意味では、高槻検診報告ほどではないにしても、一定の過小評価の傾向を持つといえる。甲田報告や上野報告においては、上記2つ

地公災基金大阪府支部の説明
による認定作業の概略



の研究とは暴露の指標が異なるとはいえ、EFは、おおむね70%を超え、所見によっては90%を超えており、中災防報告と高槻検診報告が示している給食調理業務と変形性手指関節症との作業関連性の存在と強度を指示していると判断できる。

以上のように、一連の疫学的調査報告のデータから、給食調理員の変形性手指関節症の作業関連性は極めて強いことが実証されている。なかでも、中災防報告はその記述内容や分析方法に問題は多いとはいえ、暴露の指標も示され、暴露の指標の分布も小さい値から大きい値に比較的好く広がっている(この点高槻検診報告は、大きい方に偏っている)ので、中災防報告から得られた、「高い相対危険度と約100%と評価できるEF」は、医学的に大いに重視されるべきものである。

そうした中災防報告が示している変形性手指関節症の作業関連性は、給食数1,001食以上、または経験年数6年以上では、EFはほぼ100%であり、その他の研究によってもその結論、作業関連性の強さは支持されるのであって、もって、給食調理員の変形性手指関節症＝指曲がり症は「職業性変形性手指関節症」というべき職業病(津田陳述

書)である、と結論できるのである。EFがほぼ100%かそれに近いということは、その疾病が明白な職業病として扱われるべきものであることを客観的に示している。

中災防報告は「どの程度の作業負荷によりいわゆる『指曲がり症』が発症しやすくなるかについての検討では、給食数が2,001食以上でかつ経験年数が11年以上が目安となるものと考えられる」と述べ、それを引用した基金支部はその弁明書において「発症に関連すると示唆されている総経験年数と給食数の目安としては、「経験年数が11年以上(10年を超えることをいう。)」と「給食調理数(給食数)が2,001食以上となることが指摘されている」と述べている。しかし、中災防報告に基づく上記の分析から、この点は「6年以上、1,001食以上の給食調理員に発症した指曲がり症は、特段の反証がない限り職業病と考えられる」と言うべきなのである。

したがって、先に示した基金支部の認定フローチャート(図参照)で言えば、【単独校】及び【給食センター】以下の部分は全く必要のないものである。つまり、その上の、「経験年数」>10年、「総給食数」>2,000食」までで十分であって、公務上外

認定作業にあたって「公務起因性のあるものをないとする誤り」を少なくするためには、「経験年数」>5年、「総給食数」>1,000食」としても何ら問題はなく、むしろそうすることにより、初期のもの、軽症の段階からの早期の対策を促すことで、発症数全体、重症者を減少できると考えられる。

ここで、あらためて、請求人の経験年数、総給食数についてみると、基金支部が弁明書において認定している、確定診断時(1988年12月)における各請求人の経験年数、総給食数は次のとおりである。

- A 経験年数15年 総給食数2,600食
- B 経験年数19年 総給食数3,600食
- C 経験年数19年 総給食数3,300食
- D 経験年数12年 総給食数2,100食

すなわち、4名とも経験年数11年以上、かつ、総給食数2,001食以上の職業暴露を受けた労働者であり、彼女たちに発症した変形性手指関節症＝指曲がり症は職業病と考えられ、その変形性手指関節症を2次的に発症させたと考えられる原疾患はないことから、公務上災害であることは明白である。

5 相対危険度と因果関係の認定

相対危険度によって因果関係を推定し、公務起因性の判断根拠とすることは、津田陳述書でも明らかなように、十分な科学的合理性を有している。

裁判上においても、相対危険度が明らかな場合、これが因果関係の推定のうえで科学的、法的根拠となっている。

瀬川信久「裁判例における因果関係の疫学的証明」(『加藤一郎先生古希記念 現代社会と民法学と動向(上)』有斐閣、1992年)は、

「ところで、相関関係は汚染と疾病の関連の度合いを示し、相対危険度は非汚染集団に比べ汚染集団の罹患率が何倍かを示し、有意差は関連の強さが偶然ではないことを示す。いずれも集団的因果関係の認定には有用であるが、個別的因果関係の判断にとって意味があるのは、相対危険度(およびその有意差)であろう。例えば、有病率(有症率とも言う)が暴露量に正比例して相関係数が最大の1であっても、有病率の増加が小さいときには、個別的因果関係を推定することはできない。裁判例の中では、労災に関するものが相対危険度に依拠する旨を明確にしているが、それは、職業病について疫学調査が速やかになされ、相対危険度がしばしば明らかだからであって、他の事件類型の裁判例も同様の考え方をとっているように思われる。この観点からみると、以上の裁判例では、相対危険度は2~4倍、したがって確率が50~75%の場合に個別的因果関係の推定を認めている」(下線筆者)と述べている。ここでいう「確率」とはEFのことである。

ここで示されている「2~4倍」という相対危険度と本稿で算定した給食調理員の変形性手指関節症の相対危険度を比較してみると、裁判上の因果関係の認定ラインを十二分に満たしていることがわかる。基金支部の言う、「公務起因性がある」とは「相対的に有力な原因である」ことであるとの趣旨から言えば、理論的には相対危険度2を超える(EFが50%を超える)場合が「公務起因性あり」に当たる。実際に算定された相対危険度は3乃至4あるいはそれをはるかに超えており、中災防報告に至ってはEFは約100%であるので、公務起因性はあると判断して何ら問題はない。



賛助会員・定期購読のお願い



全国安全センターの活動に御賛同いただき、ぜひ賛助会員として入会して下さい。賛助会費は、年度会費で、1口1万円以上です。「安全センター情報」の購読のみしたいという方には購読会員制度を用意しています。

●東京労働金庫田町支店(普)7535803 ●郵便振替口座00150-9-545940

横断研究と多水準の暴露データの分析方法について

中災防報告の問題点

津田敏秀

岡山大学医学部衛生学教室講師

*大阪府高槻市の4名の学校給食調理員の不服審査請求で、1996年2月21日に行われた地方公務員災害補償基金大阪府支部審査会の口頭意見陳述で、津田敏秀氏が補佐人として行った「陳述書」(同年1月31日付け)及び同年2月22日付けの「陳述書(補)」である。

陳述書

I はじめに

筆者が「労働衛生領域における横断研究データの新しい分析法」(文献1)という総説論文をまとめて投稿した契機となったのは、筆者が在籍する教室が、古くから横断研究、特に筋骨格系の職業病(今日では作業関連性疾患という、より広い概念に含まれるが)の調査を手掛けてきたこと、そして筆者の専門のひとつが疫学的研究方法論であることに加えて、論文にも引用している1992年3月に発行された中央労働災害防止協会の「学校等給食施設における給食調理員の勤務実態等に関する労働衛生学的調査結果報告書」(文献2)の分析方法とその結論を読む機会があったからである。

今回この報告書の分析法の欠点が未だに十分知られていないことを知り、それらについて、本陳述書において少し詳しく解説する。この報告書(以下、報告書と表現する)で使用されている方法論は、誤りであるとは言いきれないが、今ではあまり疫学では使用されない古い方法である。そのため今日行われる通常の定量的疫学分析をおこなうことができない。ではどういうふうに分れば良いのかについては、上記の総説論文の中で述べたが、なぜこの方が良いのかについて、ここで少し詳しく述べる。

疫学データでは計数データ(count data)が多い。ところが従来の統計学は、身長・体重に代表される連続データで、かつ平均値や分散に主な注目点がある。計数データも最終的には正規分布への近似で分散等を推定するが、この連続データか計数データかの違いは大きい。加えて平均値に関心のある連続データと違い、疫学の大きな関心は、「暴露による影響の指標」である。「暴露による影響の指標」で最も良く使われるのは、率比、リスク比、オッズ比などの相対危険度である。相対危険度は、原因に暴露している集団が暴露していない集団に比べて「何倍」疾病が多発しているかの指標である。つまり、影響の強さをあらわす。

しかし、報告書は、こうした指標を用いて分析されていないことに端的にみられるように、疫学研究

デザイン及び定量的疫学理論に対する理解が全くない。前者が横断研究の考え方への理解と疫学的指標の設定の欠如であり、後者が多水準の暴露レベルの影響をどのように分析するか方向性の欠如である。加えて、報告書では、作業関連疾患の病因調査の基本的な指標(measure)であるEF(Etiologic Fraction: 病因割合)が計算されていないことわかるように、「作業関連疾患」という用語への理解が全くない。

これらを順次説明する。

II 疫学的分析の概要

疫学は人間集団におこる健康問題の因果関係を解明しようとする学問である。したがって、健康をとりまく背景が変化してくれば、疫学のテーマもその影響を受け、テーマにふさわしい理論、方法論が必要となってくる(文献3)。

悪性腫瘍、循環器疾患といった慢性疾患が中心となってくると、旧来の病原菌を病気の原因とするような特定病因説の枠組みだけでは問題を十分カバーできなくなってきた。因果関係の判断は行政政策や診療にも影響を与えるため、共通の認識を持つことは重要なことである。慢性疾患では原因と結果が1:1に対応することはまずありえない。そのため、経験主義的な疫学における因果論は、科学哲学の因果論と結びついて発達することになった。因果関係を確率論的にとらえていく方法、Popperの反証主義などが、疫学に大きな影響を与えた。

Rothmanは疾病はいろいろな要因が集まり十分原因となり、十分原因のひとつが成立することにより疾病が発生するモデルを提唱した(文献4)。これによれば、全ての十分原因の構成要因を明らかにすることは不可能である上、仮説では限られた要因のみに着目して、その他の要因は同一であると仮定せざるを得ない。因果関係については確定論の立場をとるが、現象は確率論的に起こると仮定するわけである。すなわち、「要因暴露のある集団は、要因暴露のない集団に比べ疾病発生頻度が高い」という仮説を立て、観察を通じて諸要因(原因・診断・治療)が疾病に与える影響を定量し、その結果をいまままで知られている事実と照らして考察する方法論

が定着してきた。この考え方はILO/WHOの手引書にも反映されている(文献5)。

疫学が定量する方向性を持つ以上、指標を定義しておくことは重要である。疫学の指標については長い間混乱がみられたが、近年整理されてきた。疫学の指標は、疾病発生頻度の指標と暴露による影響の指標に区別される。疾病発生頻度の指標は、有病率、罹患率、累積罹患率(リスク)がある。それぞれの指標の意味は、文献4, 6を参照していただきたい。

影響の指標については、要因の暴露群と非暴露群の疾病発生頻度の「差」とるか「比」とるかのどちらかである。どちらをとるかは目的によって違うが、「比」とって影響の程度の指標とすることが多い。このうち特に罹患率比(率比、incidence rate ratio)を推定することを目標に、いろいろな研究デザインが工夫されている。たとえば、暴露量にもよるがアスベスト暴露と肺癌の関係では、1.02倍から8.44倍となっており、アスベスト繊維の種類にもよるが規模の大きい調査での混合繊維では2~4倍程度である(文献7)。また、ヒ素暴露と肺癌の関係では、全体としては2~5倍程度である。(文献8)。

疫学の研究においてバイアスと交絡を検討することは重要である。疫学研究が批判される場合、これらの問題が存在するためである場合が多いが、近年これらの問題は整理されて対応が十分行えるようになっている(文献9)。バイアスは測定する指標を真の値から歪めるものである。集団を対象とした観察研究においては、バイアスは選択バイアス、情報バイアスに分けられる。交絡もバイアスに含める立場もある。観察による方法でデータを集める場合には、バイアスを完全になくすることはできないため、バイアスがあるからといってその研究が誤っているという考え方は正しくない。バイアスをしてできるだけ少なくする努力は必要であるが、その研究から起こってくる可能性のあるバイアスを考え、そのバイアスが結果を過大評価したのか過小評価したのかを考察し、もしそのバイアスがあったとしても研究結果を支持できるかどうかを考察することも重要である。

1970年代から80年代にかけて疫学理論があま

りにも急速に発達したために、日本ではその成果が十分に利用されるに至っていない。この進歩を反映した疫学のテキストもいまだ「新しい疫学」(文献6)のみと言える。このテキストもアメリカのテキストに比べればきわめて不十分と言わざるを得ない。

III 検定と推定

検定は、「因果関係がない」との帰無仮説を、得られたデータから判断して、これが棄却できるのか否かについて質的な判断を行うものである。「帰無仮説は棄却されなかったこと」は、帰無仮説を採択する、つまり「因果関係がないこと」ではない。「因果関係がある」と判断する十分なデータがないことを示すにすぎない。「帰無仮説が棄却される」判断に使うp値(5%以下のとき、5%有意、5%の誤りを前提とした検定ルールで帰無仮説は棄却されるという)は因果関係の強さを示すわけではない。

一方、推定は、母集団でのパラメーター(疫学ではしばしば率比)を抽出された標本から推定する(点推定と区間推定)ので、定量的な影響の程度の評価が得られる。

横断研究における基本的測定指標(basic measurement)はオッズ比である(文献12)。このオッズ比がある条件のもとで、母集団の罹患率比の推定値であることが文献11に示してある。条件が成り立たない場合でも、オッズ比は影響の強さを示す指標として、通常最もよく疫学研究で用いられている指標である。「指まがり症」は、変形性手指関節症であると考えられ、Rothmanのいう非致死性慢性変性疾患(文献4)である。ゆえにオッズ比で影響の程度を推定することに理論的に全く問題はない。この点では、田島医師の「弁論書に対する反証」(文献10)も検定にこだわっている感がある。なお、検定での「有意性」の判断については、区間推定値から判断できる。

IV 横断研究

研究デザインについては、文献11の「疫学の影響の指標としてのオッズ比」、文献1「労働衛生領域における横断研究データ表示の新しい考え方」に詳しく説明されている。すでに述べたように疫学

研究の主な目的は、暴露による影響の指標、特に罹患率比を推定することであるが、それを達成するために研究デザインを設定して調査分析を行い罹患率比の推定を行う。

分析疫学的研究デザインでは、主なものとして、コホート研究、症例対照研究、および横断研究が挙げられるが、横断研究は文献1で述べているように、非致死性慢性変性疾患では症例対照研究と同様に分析する。このような疾患の疫学研究では横断研究でしか、実際上罹患率比は推定できないことは銘記しておくべきである。

交絡要因およびその調整と解釈については文献9に詳述してある。交絡要因(「指まがり症」の場合、例えば年齢)に関するデータが得られている場合には、調整する分析方法が示されており、層別分析や多変量解析などの分析法は、すでに疫学研究では日常的に行われている。報告書には、このような疫学の基本的知識も用いられておらず、この報告書の著者が基本的な疫学理論について全く知らない可能性はきわめて大きいと言わざるを得ない。(報告書では年齢等の交絡要因を分散分析による検定で調整し、検定と併記している。)また、交絡要因たり得るためには条件があり、疾患のリスクファクターというだけでは交絡要因とはならないことに注意するべきである(文献9)

V 多水準の暴露に関するデータの分析法

給食数が10食から数百食にわたるときに、データをこれまで述べてきた2×2表で取り扱うことには限界がある。このようなデータを多水準の暴露レベルにわたり、より詳細に分析する方法について、Rothman(文献4)はそのテキストの最後の16章で「Analysis with multiple levels of exposure」として述べている。その要約をここでは述べる。

まず連続量である給食数をいくつかのレベルに分割し(カテゴリー分けし)なければならない。連続量のまま取り扱うときの欠点についてRothmanは、コホート研究における罹患率は、暴露水準でカテゴリー分けしないと想定できないので、症例対照研究の目的を母集団の罹患率比を推定することとすると、症例対照研究でも暴露水準をカテゴリー分

けする必要があると述べている。これは症例対照研究と同様に取り扱う横断研究でも同様である。暴露量を連続的に取り扱ったところで、統計学的検出力はやや増すというメリットは少しはあるが、疫学的定量的目的のもとでは大したメリットではない。加えて、もし連続的に取り扱ったときは検定を用いるのであるが、それについては、「検定は基本的に平均値における違いを検定することなので、いくつかの外れ値(outliers)によりひどく影響を受けてしまう。」と述べている。このような欠点はカテゴリー分けをすることにより解決できる。ただ、カテゴリーの境界をどこで切るかは問題が残る。しかし、data量が多い場合には、カテゴリーの数を増やすとある程度はこの問題も小さくなる。なによりも、カテゴリー分けした時は分析で得られた数値の解釈がしやすい。

多水準に暴露量をカテゴリー分けした後は、基本的には2×2表の取り扱いと同等である。具体的には、基準量となる暴露水準(しばしば最低の暴露量を採用する。報告書では例えば、給食量500食以下もしくは経験年数5年以下)を2×2表の非暴露群とし、それぞれの暴露水準を暴露群として、2×2表を想定し、オッズ比をそれぞれのレベルで計算するのである。オッズ比は、その「暴露水準では、基準暴露量に比べて〇〇倍の罹患率比」と解釈可能である。

暴露水準のカテゴリー数を多くすれば、より細やかな分析となるが、それぞれの水準の標本数が少なくなると信頼区間が広がり、正確性が下がる。カテゴリー数を少なくすれば逆の事が起こる。

なお、連続量をそのままにして取り扱う場合には、ロジスティック回帰モデルを使って解析することが考えられる(文献6)。しかし、この場合にもカテゴリー分けすることが勧められている(文献12)。

VI Etiologic Fraction

報告書は、給食調理員の手指の変形性関節症を作業関連疾患として位置づけている。作業関連性疾患に関する手引き(文献13)や報告書(文献5)は、作業関連性疾患の調査は、原則的に他の疫学研究で用いられるものと変わらないと述べてい

る。そして、作業関連性疾患の病因論の指標として、EF(Etiologic Fraction; Attributable risk percent(寄与危険度割合)もしくは、Attributable proportionともいう)(文献14)を算出することを解説している。EFとは、基準とした暴露水準(非暴露が望ましい)であったと仮定すれば、現在観察されている暴露水準の患者のうち何%が発病しなかったのかを推定するものである。暴露群における、暴露が寄与している患者の割合である。内部比較を重視する場合には、基準とした暴露水準は、しばしば非暴露ではなく、低濃度暴露集団になってしまう。このとき、EFは過小評価されてしまう。

給食調理員の手指の変形性関節症の例で具体的に解説すると、V. 多水準の暴露に関するデータの分析法で推定した暴露水準別の相対危険度(この場合は、オッズ比)を、

$$EF = (RR - 1) / RR$$

(この場合、RRはオッズ比)

上記の式に代入して計算する。オッズ比が5ならば、EFは0.8、すなわち80%となる。報告書のデータでは、1,000食以下に手指の変形性手指関節症が観察されていないので、1,001食以上のカテゴリーではEFは、限りなく100%に近いことになる。すなわち、もしこの1,001食以上の集団の暴露が、1,000食以下であれば、観察されている手指の変形性関節症の症例は、全例発症しなかったことが推察される。なお、法廷での因果関係論では、このEFが50%以上であれば、症状と暴露の因果関係があったと事実上認めるべきであるとされている(文献15)。

報告書が、もし、「指曲がり症」を作業関連性疾患と称するのなら、このEFは、きちんと推定するべきであっただろう。

VII おわりに

本陳述書でコメントすることを要約すると以下のようになる。

(1) 報告書の最大の問題点は、サンプルサイズが小さいことに加え、定量的疫学分析が行われていないことである。そのために作業関連性疾患

の病因調査における基本的な指標であるEF (Etiologic Fraction)を、暴露水準別に推定できていない。報告書に提示されているデータから推察すれば、EFは1,001-1,500食の水準でさえ、限りなく100%に近いことが示されている。これは当該疾患が「職業性変形性手指関節症」というべき職業病であることを示している。

(2) 報告書のデータは、サンプルサイズが小さく年齢別のデータが示されていないので交絡要因としての年齢は調整できない。しかし、甲田(文献16)の研究から推察する限り、年齢要因だけでは、手指の変形性関節症が生じる可能性は比較的低いことが示されている。伝統的に手指の変形性関節症の原因と言われている遺伝要因も、原因として疫学的に示されているわけではない。また、仮に遺伝要因があるとしても、暴露群と非暴露群に均等に分布していると考えられるので、そもそも交絡要因たりえないことを念頭に置くべきである。遺伝的要因や年齢要因が観察された集団での発症を説明できることは、全くデータとしては示されていないのである。

(3) これまでの、癌等の非特異的疾患と職業暴露の関係で示されてきた相対危険度やEFと比較しても、このように因果性の高い疾患を職業との関連を抜きにして論ずることは、これまでの産業保健のあり方を根本的に揺るがしてしまうことになる。もし、給食調理員に観察される手指の変形性関節症が職業暴露が原因でないとすると、他の多発要因を示す責任が生じるし、他の多発要因を示すためにはデータが必要である。

(4) なお、報告書のデータではサンプルサイズが小さいので、1,000食以下のオッズ比もしくはEFは推定不可能である。

以上。



(参考文献)

1. 津田敏秀、三野善央、来住由樹、小河孝則、青山英康、馬場園明、車谷典男、労働衛生領域における横断研究データ表示の新しい考え方。日災医誌42:256-263, 1994.
2. 中央労働災害防止協会、学校給食施設における給

食調理員の勤務実態等に関する労働衛生学的調査結果報告書。1992年3月。

3. 馬場園明、津田敏秀、B. 最近の疫学、疫学テキスト(仮題)、医学書院、東京。(出版準備中)。
4. Rothman KJ, Modern epidemiology, Little Brown, Boston, 1986.
5. Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, 西山勝夫、毛利一平訳、作業関連疾患及び作業関連災害の疫学、労働衛生に関するILO/WHO合同委員会レポート、WHOテクニカルレポートシリーズNo.777. 東京、労働基準調査会、1991.
6. 重松逸造、柳川洋監修、新しい疫学、日本公衆衛生協会、東京、1991.
7. Occupational Safety and Health Administration, U.S. Department of Labor, Federal Register Vol.51, No.119, 22612-22790, 1986, 車谷典男・熊谷信二・天明佳臣訳、アスベストの人体への影響、中央洋書出版部
8. Irva Hertz Picciotto, Allan H. Smith, David Holtzman, Michael Lipsett, George Alexeeff. Synergism between occupational arsenic exposure and smoking in the induction of lung cancer, epidemiology Jan. 1992, Vol.3, 1, p.24
9. 津田敏秀、馬場園明、三野善央、谷原真一、小河孝則、交絡要因と因果関係—とくに環境問題をめぐって—、環境と公害 24 (3):61-65, 1995.
10. 田島隆興、片木健一、山下五郎、弁論書に対する反証。1994年1月29日。
11. 津田敏秀、馬場園明、山本英二、三野善央、小河孝則、疫学の影響の指標としてのオッズ比。健康科学 17:25-34, 1995.
12. Checkoway H, Pearce NE Crawford-Brown DJ, Research methods in occupational epidemiology, Oxford, 1989.
13. World Health Organization, Identification and control of work-related diseases. 1985. 高田島監訳、作業関連疾患の判定と管理、東京、産業医学振興財団、1993.
14. Miettinen O. Proportion of disease caused or prevented by a given exposure, trial or intervention. Am J Epidemiol 99:325-332; 1974
15. 瀬川信久、裁判例における因果関係の疫学的証明。加藤一郎先生古希記念、現代社会と民法と動向(上)、有斐閣、東京1992, p.151-186
16. 甲田茂樹、給食調理員の手指の変形に関する疫学的研究 第1編 全国調査結果の解析、労働科学 64巻、5号(213)~(221)、1988.

陳述書(補)

I はじめに

学生相手なら、10時間以上、数回に分けて電卓を持参してもらって演習問題を解きながら話をすることを、1時間あまりで話さざるを得ませんでしたので、初めてこの話を聞く方にはわかりづかった面があるかもしれませんが、できるだけ、医学において因果関係を取り扱う学問である疫学のオーソドックスな話をさせていただいたつもりです。私の陳述書その他の資料をご覧いただければ、ご理解いただけるかとは思いますが、先日の証言で、十分強調しきれなかった点について、補足説明をいたします。

II p-値(確率値)と信頼区間

安易にp値を使わず、影響の程度の指標(effect measure)を決めて、その推定値つまり点推定値および区間推定値(信頼区間)を定めよという話は、私の持論ではなく、Modern epidemiology (Rothman KJ, Little Brown, Boston, 1986.)などの誰もが認める疫学の標準的教科書や、New England Journal of Medicine, Journal of American Medical Association (JAMA), British Medical Journal等の世界の医学一般誌も、その投稿規程で求めているものです(文献1(甲第22号証))。中災防も、少なくともデータの分析・表示だけは、一般的な方法で影響の指標の推定値を定量的に示すべきであったと思われます。

III 藤澤論文(1995年関節外科14巻2号、153-160)(文献2(甲第23号証))

鈴鹿回生病院の藤澤幸三氏が「いわゆる『指まがり症』の疫学について」と題して論文を書いています。この論文は、鶴田登代志・藤澤幸三が、1986年に日本災害医学会誌に発表した「給食調理員

の『指まがり症状』に関する調査研究」と同じデータを使い、分析法もほぼ同様の論文ですが、そのまとめは以下になっています。(1)「指まがり症」という独立疾患は存在せず、Heberden結節が「指まがり症状」の主因である。(2)給食調理員におけるHeberden結節陽性率は、30歳台から60歳台に有意に高値を示し、一般人口中における陽性率より明らかに高率である。また勤続年数による一義的な増加傾向を証明することはできなかった。(3)給食調理員にみられる「指まがり症状」は、狭義の職業病と断定する結論には達せず、作業関連性疾患とするのが妥当である。

この論文の問題点は、中災防の報告書と同様に、検定しかおこなっておらず、影響の程度の指標の推定値を示していないこと他、以下のような問題点が見られます。

(1)「指まがり症」、Heberden結節等の症候論的病名の付け方にこだわりすぎ(他にも変形性手指関節症という病名もありますが)、原因と症候との関係が一番大事であることを見逃しています。病名の付け方は大別して「原因論的病名」と「症候論的病名」の2種類があり、前者の例としては、じん肺、砒素中毒症、ビタミン欠乏症等があり、後者の例としては、精神分裂病、癌、などの病名があげられます。いずれも症候論的病名である「指まがり症」、Heberden結節、変形性手指関節症のどれが正しいかは、不毛な論争です。Heberden結節は「原因不明の変形性手指関節症」のことであるという意見もありますが、これだとしても同じです。症状のある給食調理員たちは、原因を知りたがっているのですから。職業病という言い方は、もちろん原因論的病名でしょう。したがって、100%特異性もあります。病名がついた時点で作業や職業と関連づいているのですから。一方、作業関連性疾患の具体例であげられている病名は、「高血圧、虚血性心疾患、慢性非特異性呼吸器疾患(慢性気管支炎、肺気腫、気管支喘息など)、リウマチ性のものを除く運動器傷害(腰痛、頸肩腕痛、関節症)、悪性腫瘍、胃十二指腸潰瘍、行動反応と心身症など」(甲第8号証)で、心身症を除いては症候論的病名です。ですから、病名の付

け方が全然違うのです。職業病にしようと思うのなら、〇〇性△△症というふうに、前に職業もしくは暴露をつければ良いことになります(例、職業性腰痛)。

このように職業病と作業関連性疾患の区別に執着することはほとんど無意味で、作業・職業の影響の程度を疫学調査に基づいた相対危険度を推定することで定量的に求めることに意味があります。

(2) 影響の指標の推定以外に、疫学的調査・分析の基本的なところが全くできていないという特徴が、この論文にはあります。

まず、交絡要因の調節の概念が全くないことが挙げられます。表1と表4を見比べてください。症状陽性率を年齢階層別に求めているのですが、表1の給食調理人では年齢階層が10代から60代までを10歳刻み、表4のコントロール群では年齢階層が30代から80代までを10歳刻みとなっています。その挙げ句、総数による有病率には有意差はなく、年齢別に行くと有意差があったとしています。これは初歩的な誤りです。

次に、給食調理人群の設定とコントロール群の設定方法の曖昧さがあります。給食調理人は、三重県津市、鈴鹿市、四日市市の学校給食調理員および三重大学医学部付属病院、さらに整形外科関連病院17施設に勤務している給食調理員総計428人からなっていますが、どこからどれだけ集めたかわかりません。ですから暴露量別の分析も、経験年数でしか行い得ていません。コントロール群は年齢層を30歳以上と限定した上で、手指に愁訴を持たない、つまり手指以外の疾患で入院、あるいは来院した患者及び職員について、給食調理員とほぼ同様の調査を整形外科医の直接検診によって実施した、ということで、これまたどこからどれだけ集めたかの詳細はわかりません。職員の具体的な職種は分からず、患者の病名もわかりません。整形外科の患者には骨代謝の異常を持っている患者もあり、決して一般人口を反映しているものとは言えません。この辺が、男女別の有病率に差がなかったことに筆者自身が驚く結果と結びついたのでないのでしょうか。

用語解説

罹患率：ある集団にある病気が多いか少ないかを論じる時に、まず疾病量を数量化しなければならない。これには大きく分けて2つの種類の疾病量が定義できる。つまり、「健康な状態から病気の状態になった人の率」と「全体の中で病気の状態の人の割合」である。前者を罹患率、後者を有病率と言う。現代疫学では罹患率は、観察された疾病新発生数を対象集団内の一人一人の観察期間の総計で割ったものと定義されている。罹患率は瞬間的な疾病の発生しやすさの指標である。

罹患率比、オッズ比：2つの罹患率(例えばアスベストの暴露群と比暴露群の肺癌の罹患率)を比較する時、方法は2つの罹患率を引き算するか割り算するかのどちらかである。割り算の方が一般的であり、割り算をすれば比暴露群に比べて暴露群の方が何倍肺癌が発生しているという表現で分かりやすい。これが罹患率比であり、暴露による疾病の発生への影響の指標とされることが多い。オッズ比は、症例対照研究においてこの罹患率比を推定するための指標である。

出典：津田敏秀、馬場園明、三野善央、谷原真一、小河孝則、交絡要因と因果関係—とくに環境問題をめぐって—、環境と公害 24 (3):61-65, 1995。

もっとも比較している文献も一般人口をどれくらい誠実に反映したものかはわかりませんが、(3) (2)に「一義的な増加傾向を示していない」とありますが、おおむね増加傾向を示しております。また、30年以上の人は、9人中2人と少数であり、この勤続年数だとやめた人も多いのではないかと思います。横断研究は、脱落した人をとら

えられないという欠点がありますが、手の障害等暴露と関係した脱落の時には、影響の程度は過小評価されます。とにかく、著しく数が少ない暴露層があり、経験年数が暴露の指標で、しかも雑多な職場が集められたこのような研究では、暴露の指標の増加に伴った「一義的な増加傾向」を求めるのは、あまりにも無理があります。

IV 多水準の暴露レベルでの影響の程度の指標

多水準の暴露レベル毎の、影響の評価の指標の、それぞれの水準での求め方を詳しく説明する時間がありませんでした。具体的な求め方は、Modern epidemiology (Rothman KJ, Little Brown, Boston, 1986.)の16章や私の総説論文(甲第12号証)に載っていますが、以下のような方法に基づき行います。

暴露レベル 参照暴露 1... i...最高暴露
(非暴露)

症状あり	b	a1...	ai...	an
症状なし	d	c1...	ci...	cn

暴露レベル1の影響の強さは、暴露レベル1の参照暴露に対するオッズ比(OR1)で表され、

$$OR1 = (a1 * d) / (b * c1)$$

となります。

そして、各暴露レベルにおけるオッズ比を同様にして求めればよいわけです。

最高暴露レベルにおいては、

$$ORn = (an * d) / (b * cn)$$

となります。

こうして求められたオッズ比は、各暴露レベルでの影響の強さの点推定値であり、この値の信頼区間については、例えば、暴露レベルiの95%信頼区間は、

$$\exp \left[\ln(OR_i) \pm 1.96 \sqrt{\frac{1}{a_i} + \frac{1}{b} + \frac{1}{c_i} + \frac{1}{d}} \right]$$

で算出されます。

中災防が、教科書どおりに素直に、暴露水準別に相対危険度を推定しEFを算出すれば、変形性手指関節症と給食調理作業の関係性は明らかで、他の何か未知の交絡要因が見つからない限りは、因果性を認めるべきでしょう。なお相対危険度が2を越えるものは、交絡要因では説明しきれないと述べている論文が多いです(文献3(甲第24号証))。

V おわりに

実は、中災防その他の給食調理員の変形性手指関節症のデータを見て私の同僚がこう言いました。「きれいに量反応関係が出ているじゃない。オッズ比も高いし。これで何が論争になるの?なんで君が大阪にまでわざわざ説明に行くの?」と不思議そうに尋ねました。「このデータで示されている以上の暴露を受けている給食調理員の変形性手指関節症の業務起因性が、認められていないようなんだ。」と私は恥ずかしそうに答えるしかありませんでした。

実は私自身も不思議でなりません。いったいどのような論理を使えば、これが因果関係がないというような判断と結びついたのであるか。暴露量もあまりにもはっきりと測定されており、影響の程度の指標(相対危険度:オッズ比)も、1,001食以上の暴露で高い値を示しており、量反応関係も観察され、どの調査においても変形性手指関節症の多発が示されており、年齢影響も考慮された研究があり、少しでも疫学理論をかじったものなら遺伝影響ではまったく説明がつかないのです。これがどうして1,001食以上の人で(実際は、本件請求人では2,100食から3,600食)業務起因性が認められないのか、不思議です。

以上 

(参考文献)

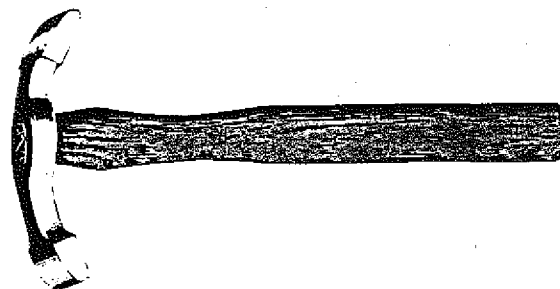
- 1) International Committee of Medical Journal Editors, Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, The New England Journal of Medicine, Vol.324, No.6, 424-428, 1991
- 2) 藤澤幸三、いわゆる「指曲がり症」の疫学について、関節外科, Vol.14, No.2, 153-160, 1995
- 3) Selby J.V.: Control evaluations of treatment and program efficacy, Epidemiol. Rev. 16, 90-101, 1994.

連載34

監督官労災日記

井上 浩

全国安全センター副議長



1973年のこと(1)

1月8日(月)曇

午後休んで労働省に行き内田さんに会い判決コピーをもらう。帰らんとしS氏に呼びとめられて喫茶店に行く。椅子に座ると興奮してS氏が話す。「労働省はえらいことをやっていますよ。」「ええ? どんことをですか。」「例えば、実際にはやっていない会議をやったことにして裏ガネを作っています。」「へえ、驚きましたね。」「そのため架空の議事録を作らされたりして苦勞しています。」「そうして作ったおカネは何に使うのですか。」「代議士の接待等に使っています。」「自民党ですか?」「いいえ、それだけでなく社会党もあります。」「どんな接待ですか?」「赤坂の料亭で一晩50万円も支払っています。」S氏は興奮しながら続ける。「こんなこともあります。地方局の

課長が課長補佐で帰ってきます。すると管理職手当がなくなります。それでその分を超過勤務手当で埋め合わせするので、それだけ皆の超過勤務手当が少なくなります。」一体私たち第一線で苦勞している末端の小役人はどうなるのだろう。やり切れない思いでS氏と別れた。(内田さんというのは後に本省補償課長や神奈川局長を歴任して、現在は労災年金協会専務。むかし私に直属の頃があった真面目で優秀な人である。出身高校は毎年東大に数人が進学していて、そこを2番かで出た人であったから、事情が許せば次官にでもなった人かもしれない。S氏というのは某所で一緒に勤務した人で、これまた真面目一方の人であった。このときは大臣官房会計課勤務となり日浅いときであったから、受けた衝撃も大きかったのだろう。その後も数回会ったが、二度とそのような話を聞くことはなかった。労働省関係の図書をもらった程度であり、現在

は地方局幹部である。やはりこの頃のことであるが、前述したS係長も私にいったことがある。「本省から送られてくる図書の部数が、送り状より少ないことがあるのです。」「それは変ですね。」「それで本省に電話したのです。」「どんな返事でした。」「そんな馬鹿なことを聞くものではないと一喝されました。」いろいろなことが行われていたのであろう。権力からははるかに遠いところにいる私たち地方の末端小吏にとっては、それこそ夢のような話であった。とにかく人事と予算を握られていると何もいなくなるのは会社でも官庁でも同じである。)

1月10日(水)晴

休んでT、Iの2氏と総理府と衆議院議員会館へ行く。終って1人で労働省へ行き内田さんに会う。(内田さんは審査係長で鉛中毒事件についてよく会った。この日の用件は記憶にない。総理府は民間団体の用件だったのだろう。)

1月12日(金)晴

S化学工業の工場次長、総務課長、斉藤医師、風間医師来局。14:30~16:00。課長と2人で応接。

風間…Sについては認定基準を知らなかった。ので鉛中毒と診断せず。しかし、鉛にばく露しているからキレート剤を使用して予防的治療をしたのだと思う。

斉藤…Gはばく露少なく欠勤多し。健診結果鉛なし。主訴多し。池袋診療所でも異常なし。下肢の萎縮まひなし。Sについては症状はあるが鉛中毒かどうか疑問。足が上がらないと訴えたので東大で筋電図を撮った。側索性と進行性の萎縮症が考えられるが、鉛のせいとは考えられない。検査成績も鉛中毒を疑わしめるものはない。伸筋まひもない。側索性の疑いが強い。

1月16日(火)晴

午後課長とS化学工業の現場の追加調査。

1月22日(月)曇

労働省の宮本監察官と池崎事務官による中央監査を受ける。夜“満寿屋”で接待。局側は吉居局長、岩田庶務、藤坂安全衛生、松浦労災の各課長と紺野庶務課長補佐に私。松浦氏神妙にして一言も発せず。ために代わりに監察官の相手をして話す。8時半頃、監察官が局長とともに帰ってから松浦課長俄然元気となり、芸者と歌ったり踊ったり。11時まで付き合わされたが、そつと庶務課長に合図して帰る。サラリーマンの悲哀身に沁みる。(課長は非常な内弁慶であった。)

1月24日(水)曇雨

早晩三叉神経痛発症。激痛。出勤後浦和署の中央監査に立会い。労災、庶務の両課長と小沢係長も一緒。(三叉神経痛は驚くべき数年後にたった1回のはり施術により完治。)

2月1日(木)晴

本日より局も宿日直廃止。埼玉会館で関東甲信越ブロック医員会議。(組合の努力により署においてはこれより先に宿日直は廃止されていた。)

2月8日(木)晴

終業後幹部だけで課内でウイスキーを飲む。いつもの課長の自慢話と追従の連続。いやな気分。

2月14日(水)曇晴曇

午後休暇をとり大蔵省主計局の中村さんに会い、法務省大盛検事を紹介してもらい最高裁判決コピーをもらう。産業労働調査所に寄る。

2月15日(木)薄曇晴

午後地検5階で司法実務研修。(監督官に対して年1回行われる。労災監察官にはあまり関係ないが、監督官の身分があるため出席。)

2月19日(月)雨

署労災主務課長会議。東京の烏山倶楽部において。各署2名出席。局は課長、審査官と補佐各1名、監察官と係長各2名出席。1泊。

2月20日(火)小雨曇

全員で高尾の“みころも霊堂”見学。前年5月に労災死亡者の納骨堂として労働福祉事業団により設立されたもの。驚いたことに尾花元局長が堂守りとしてゆるぎ出て来て挨拶した。一部の権力者が適当にやっている感じ。(尾花局長は20年前私が愛知を出たときの局長。退官後労働福祉事業団を経て、20年後もなお納骨堂の所長とは驚いた。労災死亡者以外でも納骨できるので皆さんもどうぞという話であった。私は即座に、遺骨も役人のときの階級順に置くのだからいいやだといったらみんな大笑いして賛意を表した。)

2月27日(火)薄曇晴

毎朝テレビの“吉井川”を見る。昼前突然Sより電話。職員録を見て夢中で電話したと。所沢署管内歯科診療の件神山課長へ電話連絡。

3月2日(金)晴

秩父署監査。早く終らせて午後山口事務官運転の車で介護料支給者2名の自宅に行ってみる。

Tさん 1924年11月1日生

8年間臥床。外を歩いてきれいな空気が吸いたい。奥さんは座布団カバー縫いの内職。2時間おきに全身マッサージをしないと呼吸が苦しくなり手が白くなるので、内職の合間にマッサージ。奥さんがミシンを踏んでいるときに、その音を聞きながら安心して眠る。天候が悪いと症状悪化。「あん火」をいくつも入れている。一時は感觸がないのでよくやけどをした。現在も熱くてもどけることができない。身体をふかないとすぐ痔

瘡ができる。医師は週1回来る。虫歯の治療に行けないのでクレオソードを塗っておく。食事は起きると目がまわるので寝てする。箸は握れないのでスプーン使用。大便是かん腸しないと出ない。入浴は退院時したきり。入院は3年と100日。休業補償12,000円。10,000円は家へ。2,000円は病院で妻との生活費。現在は年金299,180円。介護料月10,000円。厚生年金なし。会社からの見舞金は月1万円最初の3回と退院時1万円1回のみ。入院中には母が心の落ち着きを得るため創価学会入信。借金は返す当てがないからしない。最初の頃はよく怒って何でも投げたが、最近はおとなしくなった。

事故はトラックにロープを積んで社長が運転していく途中起きた。山崎工務店の車が来たので左へ切れと注意したが、社長がきかず衝突。乗車3人のうち自分1人受傷。頸椎骨折。知らない間に社長が相手と示談。会社は現在廃業。秩父市内の商店で番頭。続いて出征。沖縄戦で生き残り1947年12月31日帰国。以後自動車運転手15年。話していて人柄の良さを感じず。署から25km。日の落ちるのが早い山間の一軒家であった。

Iさん 1925年3月1日生

食事は1日2食。排便がこわくて腹一杯食べられない。小便は常時たれ流しでおむつをしている。ぼうこう炎で尿道やぼうこうが痛い。大便是固いので手でほじくり出している。天候が悪くと身体中痛い。注射が度重なり皮膚が固くなって看護婦にもできない。ぼうこう炎予防のためクロマイを続けたので視力が落ちた。去年は抗生剤の飲みすぎで胃を悪くしたが、私病ということで費用は自己負担した。往診は週3回。奥さんは朝いろいろやってから食堂に働きに行く。昼は様子を見に一度帰る。一度不在中に苦しく

なり、入口まではい出して失神して倒れていたことがある。入院中は看護婦はいても奥さんが付き添い、手にひもをつけて引っ張っていた。当時妊娠中で病院では食事もとれないのに下半身マッサージを続けた。

労災年金581,836円。厚生年金なし。介護料月10,000円。木造2階建てアパートの1階の6帖1間で妻と子供2人。家賃月4,000円。共同便所。浴場なし。16世帯。入浴は往復700円支払って影森の実家へ行く。

事故は1965年8月5日発生。チェーンソーで風倒木を倒すときに倒れてきて腰椎骨折。気が付いたら病院にいて妻も来ていた。当時5歳の子供と1人は妊娠中(10月6日出生)。仕事の経験15年。日給700円。当時、山の飯場に家族と住んでいた。翌年子供の進学のため転業して平地に住む予定だった。事故でせつかくの貯金も全部使った。会社は社長は見舞に来ず事務員が来た。見舞金なし。仕事には会社との間に庄屋が入っていた。庄屋は見舞に来た。付添看護料も払ってくれた。貸金未払いが5,000円あったが、払ってあるとってくれなかった。しかし、庄屋は叔父であるため申告したり訴えたりする気はない。

(私は命令もない調査をしたが、まことに胸痛む思いであった。もちろん、このことは誰にも話さず上司にも復讐しなかった。)

3月12日(月)小雨

労働省へS化学工業の鉛中毒の伺持参。谷本職業病認定調査官、須藤指導係長、伸筋まひのみで認定例なし。その関係の解釈を流す。

3月13日(火)雨曇

浦和署の署長と労災課長来局。鉛中毒についての本省見解を伝える。秩父署山口事務官

より電話。朝鮮総連16日来局したと。諾。

3月16日(金)曇

労働新聞より原稿依頼電話。Sより電話。娘さんに話した。会って話したいと。

3月17日(土)曇晴

動労の順法闘争で列車大混乱。朝鮮総連の人2人が労災遺児2人を連れ来局。帰国費用のため年金の前払いを希望。帰国費用100万。年金80万。本省と交渉することになる。浦和署大沢事務官来局。F組労働者Kの遺族関係について質問。①F組においてKの内妻Tを発見すること。②実母Yには、H再婚の場合及び1年以上行方不明の場合に遺族補償を請求するように教示すること。③請求がない以上積極的に調査の必要なし。(何か遺族の受給資格の問題があったらしい。)

3月22日(木)晴

浦和土建の4階で化学関係の技術研修。終わって軽宴。その後、課長と浅倉補佐の3人で“満寿屋”へ。遅れて森山、斉藤の2監察官来る。課長は20日に本省監察官への異動の内示があったのでと私に話す。私の異動しない理由は、局長と庶務課長が私を反自民で、かつ、全労働顧問と考えているためだと。執念深い人事管理に驚く。(反自民というのは私の執筆活動や、法案反対活動をつかまえての判断だろう。しかし、全労働顧問とは根も葉もないことであった。これらのことは浦和時代の課長であり、いまは名目だけの監察官という不遇な地位にあるK氏の中傷であった。K氏は不遇な地位からはい上がろうとして私を中傷し、局長や課長に取り入ろうとしていた。しかし、監督課時代も労災補償課時代も、離任する課長がこうして教えてくれたのであった。)



審査請求から3か月で再審査へ

審査会は3部9人体制に

改正労災保険法の施行通達

労働省発基第61号
平成8年5月22日
都道府県労働基準局長殿
都道府県知事殿
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8年法律第42号)は、第136回通常国会において、平成8年5月15日に成立し、本日公布された。本法律は、一部の内容を除き平成8年7月1日から施行されることとなった。

記

第1 改正の経緯及び趣旨

労災保険給付に関する決定に対して不服がある被災労働者等については、その迅速かつ公正な保護を図るという観点から、裁判所の判断を仰ぐ前に、労働者災害補償保険審査官への審査請求及び労働保険審査会への再審査請求という2

段階の審査請求手続を設けている。

しかしながら、近年、「過労死」事案にみられるように審査請求事案が複雑・困難化していることなどから、審査請求事案の処理期間が長期化する傾向にあり、その迅速処理が求められている。

このような中で、昨年7月6日の最高裁第1小法廷判決において、労働者災害補償保険法による2段階の審査請求手続の意義を認めつつも、国税通則法や健康保険法等にみられるような救済規定(第1段階の審査請求申立て後一定期間が経過しても決定がない場合に、再審査に段階を移して手続を進めることができる旨の規定)が置かれていないという問題が指摘されたところである(注:95年10月号参照)。

このため、今回の改正においては、労災保険制度における再審査請求事案の処理の迅速化を図るとともに、2段階の審査請求手続の趣旨をいかすために必要な法的整備を図ることとしたものである。

なお、同様に2段階の審査請求手続を採っている雇用保険制度についても、同様の趣旨の改正を行うとともに、併せてこうした制度改正の実効性を確保するために必要な審査体制の整備充実を図ることとした。

第2 改正の内容

1 労働者災害補償保険法の一部改正

審査官における処理状況等

年 度	4	5	6
新規請求件数	874 (109)	938 (96)	952 (95)
前年度残件数	1,086 (205)	997 (194)	912 (170)
要 処 理 件 数	1,960 (314)	1,935 (290)	1,864 (265)
処 理 件 数	963 (129)	1,023 (120)	1,043 (96)
平均処理期間	1年3月 (1年8月)	1年2月 (1年11月)	1年1月 (2年)

審査会における裁決状況等

年 度	4	5	6
新規請求件数	254 (55)	246 (42)	297 (52)
前年度残件数	746 (107)	693 (124)	644 (121)
要 処 理 件 数	1,000 (162)	939 (166)	941 (173)
処 理 件 数	307 (38)	295 (45)	233 (44)
平均処理期間	2年9月 (3年2月)	2年9月 (3年2月)	2年9月 (3年2月)

イ 労働保険審査会は委員9人(従前6人)をもって組織するものとし、委員のうち3人は非常勤とすることができることとした(第26条関係)。
ロ 労働保険審査会の会長及

(1) 審査請求をしている者は、審査請求をした日から3か月を経過しても労働者災害補償保険審査官による決定がないときは、決定を経ないで、労働保険審査会に対して再審査請求をすることができることとした(第35条第2項関係)。

(2) 不服申立て中の処分取消しの訴えは、再審査請求後3か月を経過しても労働保険審査会による裁決がない場合に限り提起することができることとした(第37条関係)。

2 雇用保険法の一部改正

(1) 審査請求をしている者は、審査請求をした日から3か月を経過しても雇用保険審査官による決定がないときは、決定を経ないで、労働保険審査会に対して再審査請求をすることができることとした(第69条第2項関係)。

(2) 不服申立て中の処分取消しの訴えは、再審査請求後3か月を経過しても労働保険審査会による裁決がない場合に限り提起することができることとした(第71条関係)。

3 労働保険審査官及び労働保険審査会法の一部改正

(1) 1の(1)又は2の(1)により労働保険審査会に対して再審査請求がされたときは、その決定を経ないで当該再審査請求がされた労働者災害補償保険審査官又は雇用保険審査官に対する審査請求は取り下げられたものとみなす等の措置を講ずることとした(第17条の2第3項及び第49条関係)。

(2) 労働保険審査会における審査体制の整備

び会長に故障があるときにその職務を代理する委員は、常勤の委員のうちから定めることとした(第33条の2関係)。

ハ 委員の増員等に伴い、労働保険審査会における議事に関する規定及び非常勤の委員の服務に関する規定の整備を行うこととした(第33条の3及び第35条関係)。

二 労働者災害補償保険制度に関し関係労働者及び関係事業主を代表する者を、各6人(従前4人)指名することとした(第36条関係)。

(3) 労働保険審査会による労働保険審査官に対する差しもどしの制度を廃止することとした。

(4) 罰金額について所要の引上げを行うこととした(第52条及び第53条関係)。

第3 施行期日等

1 施行期日

この法律は、平成8年7月1日から施行することとしている。ただし、この法律の施行に伴い新たに任命されることとなる労働保険審査会委員の任命に係る改正規定については公布の日から、罰金額の引上げに係る改正規定については公布の日から起算して20日を経過した日から、施行することとしている(附則第1条関係)。

2 経過措置

所要の経過措置を定めるとともに、特別職の職員の給与に関する法律について所要の規定の整備を行った(附則第2条から第6条まで関係)。



社会復帰援護制度改革と アフターケアの運用改善

振動障害者の症状固定後対策

5月号で紹介したように、1月26日に「振動障害に係る保険給付の適正化について」の新通達(平成8年1月25日付け基発第35号)が出されたが、労働省では並行して症状固定後のアフターケア制度の改善及び社会復帰援護制度の改善が検討されてきた。ただし、これらの制度については予算措置を伴うことから、国会での予算成立を待って、このほど各都道府県労働基準局に実施が通達された。

●社会復帰援護金制度の改正●

従来の社会復帰の各種援護制度は、ほとんどが「林業」の振動障害者に限られていたが、振動業務の業種に関係なく、すべての振動障害者が対象とされるようになったほか、制度の拡充がなされた。いずれも、今年4月1日から適用される。

これらは、平成8年5月11日付け基発第311号「振動障害者に係る社会復帰援護制度の拡充等について」によって指示されたもの。この通達によって、平成5年8月24日付け基発第521号「社会復帰援護制度の整理統合等について」は廃止され、平成3年10月9日付け基発第601号「林業振動障害者職業復帰促進事業奨励金の支給について」及び昭和58年7月25日付け基発第358号「長期療養者職業復帰援護金の支給について」が一部改正された。また、同通達には、今回改正された「振動

障害者社会復帰援護金支給要綱」、「振動障害者雇用援護金支給要綱」、「林業振動障害者職業復帰促進事業特別奨励金支給要綱」、「長期療養者職業復帰援護金支給要綱」が示されているので留意されたい。

① 振動障害者社会復帰援護金

従来は、症状軽快または治癒した林業振動障害者が、常用労働者として就職または事業を開始した場合に、65歳未満の者には給付基礎日額の100日分、65歳以上の者には60日分が支給されていた。

今回の改正では、就職や事業を開始したかどうかにかかわらず、療養期間が1年以上で治癒したすべての振動障害者全員が対象になり、支給額が2倍に増額された。支給額は、治癒となった日に、65歳未満の者には給付基礎日額の200日分、65歳以上の者には120分となり、いずれも300万円を限度とする。支給申請は、治癒となった日から1年以内に行わなければならないこととされた(従来は、雇用・事業開始から1か月以内)。今年4月1日以降に治癒した者から適用される。

今回の改正にあたって、「振動障害者社会復帰援護金」は、「振動障害者が置かれている職業復帰の困難さのみならず、日常生活への復帰も含めた社会復帰をより一層促進させる観点から、支給対象者及び支給額を拡充することとし、振動障害

を治癒したすべての者を対象として就職準備金その他移転等に要する費用として、一定の経費を支給する」と説明されている。なお、従来の制度の中で、振動障害者が就職または事業を行うため、居住地から遠隔の地域に移転した場合に、移転に要する費用を支給する「社会復帰移転費」があったが、その利用率が少なく、今回、社会復帰援護金に就職準備金その他移転費等に要する費用も含まれるとされたことから、廃止された。

② 振動障害者雇用援護金

従来は、常用労働者として雇い入れた場合または季節雇用(再雇用が確実である場合)で雇い入れた場合の賃金助成に限られていた。

今回の改正では、従前の「職業転換援護金」と「季節雇用援護金」を統合して「振動障害者職業転換援護金」とし、対象を林業に限らずすべての振動障害者としたことに加えて、就労のための訓練、講習等を受講させまたは実施した場合の「振動障害者訓練、講習等経費」、及び、職業生活に関する相談及び指導の業務を行なうために指導員を依頼等した場合の「振動障害者指導員経費」に関する助成が新設された。

「振動障害者職業転換援護金」は、症状が軽快または治癒した(治癒後1年以内に限り)振動障害者を、振動業務以外の業務に再就労させまたは新たに雇い入れた(季節雇用も含む)事業主に、転換労働者の賃金の額の3分の1(月8万円を限度。中小企業では2分の1で、月10万円を限度)の額を、通算12か月を限度に(最初に雇い入れられた日から2年間に限り)支給する。

「振動障害者訓練、講習等経費」は、12か月を限度に、訓練、講習等に要した費用の額の3分の2(中小企業では4分の3、いずれの場合も10万円を限度)の額を支給。「振動障害者指導員経費」は、12か月を限度に、指導員の委嘱に要した費用の額の4分の3(15万円を限度)の額を支給する(ただし、(元)振動障害者を5人以上、そのうち対象労働者が3人以上、を雇用する事業主に限り)。

③ 振動障害者職業復帰促進事業特別奨励金

振動障害者が共同で事業を行う場合に、その事業の開始に要した費用の3分の1の額(限度額は、構成する振動障害(治癒)者の人数により250~550万円)を、事業を行う団体(グループ)に支給する制度である。

従来は林業振動障害者のみを対象としていたが、今回の改正により、林業だけでなくすべての振動障害者を対象とすることとされた。

また、支給状況報告が廃止された。

④ 長期療養者職業復帰援護金

頭頸部外傷症候群、頸肩腕症候群、腰痛、林業振動障害者を除く振動病の4疾病の、長期療養被災者を対象として、これらの者を雇用する事業主に対する賃金助成等を内容とする制度であるが、②の振動障害者雇用援護金が改正されて林業以外のすべての振動障害者が対象とされ、内容が一部競合することから、振動障害者は「長期療養者職業復帰援護金」の対象から除かれることになった(対象は3疾病になる)。

⑤ 林業振動障害者職業復帰推進員及び社会復帰推進員の活用

「林業振動障害者職業復帰推進員について」(平成元年6月30日付け基発第367号及び職発第360号)及び「社会復帰推進員について」(平成2年6月8日付け基発第345号)により、振動障害者のうち、その症状が軽快した者等の職業復帰の推進を図ることとされているが、今回の改正によって、社会復帰援護金措置における各種援護金の拡充及び整理統合を行ったことから、その周知等に対し、林業振動障害者職業復帰推進員及び社会復帰推進員を有効に活用することが指示された。

●アフターケアの運用改善●

労働福祉事業として実施されているアフターケアは、せき髄損傷、頭頸部外傷症候群等、尿道狭小、慢性肝炎、白内障等の眼疾患、振動障害、慢性化膿性骨髄炎を対象傷病として、それらの傷病の労災被災者で労災保険の障害補償給付を受けま

たは受けると見込まれる者のうちアフターケアの実施が必要と認められる者に、「健康管理手帳」を交付して、症状固定後の保健上の措置をアフターケアとして実施する、というものである。

「症状固定後においても後遺症状に動揺をきたす場合が見られること、後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれがあることにかんがみ」、「予防その他の保健上の措置を講じ、当該労働者の労働能力の維持回復せしめ円滑な社会生活を営ませる」ためのもの、と説明される。

アフターケアの範囲は、各傷病別の「アフターケア実施要領」で定められているが、振動障害に関しては以下のとおりである。

① 診察

原則として、症状固定後2年を限度とするが、必要に応じ継続可能。1か月に1回ないし2回程度。

② 保健指導

診察の都度、特に身体局所に対する振動刺激を避けること、防寒・保温・適度の運動の実施、喫煙の禁止等の日常生活上の配慮について指導。

③ 検査

血液一般・生化学検査、尿検査、末梢循環機能検査、末梢神経機能検査、末梢運動機能検査、を年1回程度。手関節及び肘関節のX線検査は2年に1回程度。

④ 保健のための薬剤の支給

以下の薬剤を診察の都度。

- ・ニコチン酸剤
- ・循環ホルモン剤

- ・ビタミンB₁、B₂、B₆、B₁₂、E剤
- ・Ca拮抗剤
- ・交感神経α-受容体抑制剤
- ・鎮痛・消炎剤(外皮用剤を含む)

今回、診察の回数について、原則として1か月に2回ないし4回程度まで認め、寒冷期においては医師の意見を踏まえ、必要とする回数を認める。また、薬剤の投与について、原則として内用剤、外皮用剤を中心に行うものであるが、医師の意見を踏まえ、必要と認められる場合には一時的な消炎・鎮痛のための注射薬を投与してもよい。理学療法についても、医師の意見を踏まえ、必要と認められる場合には実施してもよい、こととされた。

「振動障害に係るアフターケア実施要領」の文章自体は変更されておらず、運用上の改善とされている(もとの通達は、平成元年3月20日付け基発第127号「労働福祉事業としてのアフターケア実施要領の制定について」—平成7年3月25日付け基発第168号により一部改正)。

なお、1995年4月1日からは、従来、都道府県労働基準局長が委託契約を締結した特定の医療機関に限定されていたアフターケアの実施医療機関が、すべての労災指定医療機関及び労災指定薬局に拡大され、格段に利用しやすくなっていることに留意されたい。

ただし、症状固定後のアフターケアの拡充が、不当な症状固定認定＝労災打ち切りの拡大に利用されてはならないことは言うまでもない。



最新 労災保険法

7月1日新刊！労働基準監督署で第一線の実務に携わってきた著者がその体験に基づいてまとめた「現場」の労災保険法。実務指針とされている行政通達をベースに、業務上外の判定、給付基礎日額の算定、治療認定等の正に実務そのものといえるテーマについての行政解釈に重点を置き、一部戦前の解釈にも触れながら解説。

井上 浩 著

A5判 268頁 4,800円

*送料込4,100円で郵送します。
全国安全センターまで御連絡を！

中央経済社 〒101 東京都千代田区神田神保町1-31-2
TEL(03)3293-3381 FAX(03)3291-4437

死亡災害が2年連続増加

労働省●地震・サリンほとんど認定

労働省はこのほど、1995年における労働災害による死亡者数、死傷者数及び重大事故(一時に3人以上の労働者が業務上死傷または罹病した労働災害)の発生状況を確定した。

それによると、全産業における労働災害による死亡者数は、2,348人で前年より47人増加した。労働災害による死亡者数は、1991年から1993年まで減少を続けていたが、1994年に4年ぶりに増加に転じ、1995年は2年連続の増加となった。業種別では、建

設業の対前年比78人増、鉱業の同18人増が目立つ。一方、これまで増加傾向にあったその他の事業は対前年比36人減少した。都道府県別では、北海道が前年に続き最多で148人、次いで兵庫の133人、大阪の132人、東京の125人。

また、1995年の重大災害は全産業で228件発生、それにより、1,299人が死傷し、117人が死亡

表2 地下鉄サリン事件の保険給付の請求及び認定状況(平成8年2月29日現在)

業務災害・通勤災害別 請求者数及び認定者数		被災状況別請求者数 及び認定者数	
業務災害	341 (341)	負傷等	3,655 (3,654)
通勤災害	3,323 (3,322)	死亡	9 (9)
合計	3,664 (3,663)	合計	3,664 (3,663)

注1 ()内は認定者数である。

注2 負傷等とは、療養(補償)給付または休業(補償)給付の請求があった者をいう。

なお、同一被災者から療養(補償)給付及び休業(補償)給付の双方について請求があった場合は、1人として計上している。

注3 不支給決定事案は、東京局における1件(通勤・療養)のみである。

表1 阪神・淡路大震災に伴う労災保険給付の請求及び支給決定状況(平成8年3月31日現在)

		療養	休業	遺族・葬祭	合計
兵庫局	請求件数	216(34)	99(30)	54(3)	369(67)
	不支給決定件数	216(34)	99(30)	52(2)	367(66)
大阪局	請求件数	46(8)	21(5)	8(4)	75(17)
	不支給決定件数	46(8)	21(5)	8(4)	75(17)
その他	請求件数	18(1)	5	7(1)	30(2)
	不支給決定件数	18(1)	5	7(1)	30(2)
合計	請求件数	280(43)	125(35)	69(8)	474(86)
	不支給決定件数	280(43)	125(35)	67(7)	472(85)

注1 件数については、地震に直接伴う災害に係るものであり、復旧・復興工事に伴う災害に係るものは含まれない。

注2 ()内は通勤災害に係るものの件数であり、内数である。

注3 「その他」は、東京局、福井局、岐阜局、愛知局、三重局、京都局、奈良局、和歌山局、岡山局、広島局、徳島局、香川局、福岡局の13局である。

注4 不支給となった事案は、兵庫局の遺族補償給付(業務災害)の1件及び遺族給付(通勤災害)の1件の合計2件である。

した。重大災害は3年連続の増加になった。業種別では、建設業の対前年比17件増、死傷者110人増が目立つ。

1995年の労働災害による死傷者(死亡及び休業4日以上)数は、全産業で167,316人で、前年より8,731人、5.0%減少した。これは死傷者数としては過去最少。業種別にみると、その他の事業が最多の53,603人、次いで建設業の46,504人、製造業の45,645人と続く。

また、昨年1月17日の阪神・淡路大震災、3月20日の地下鉄サリン事件関係の労災保険給付の請求・支給決定(認定)状況も明らかになっている。

阪神・淡路大震災関係では、地震に直接伴う労働災害として、474件(業務災害388件・通勤災害86件)の労災保険給付請求があった。死亡・遺族(補償)給付・葬祭料の給付請求は69件(業務災害61件・通勤災害8件)。そのう

ち、2件を除く472件が支給された。不支給となったのは、兵庫労働基準局の遺族補償給付(業務災害)の1件及び遺族給付(通勤災害)の1件の2件だけであったという(表1、労働省の1996年3月31日現在のまとめ)。

なお、新聞報道によると、復旧・復興工事関係の労働災害として、大阪及び兵庫労働基準局の今年1月10日現在のまとめで、死亡40人、負傷が452人にのぼっている

と報じられている。

地下鉄サリン事件関係では、労働省のまとめによると、死亡9人、負傷等3,655人で、通勤災害の1件を除き支給されている(業務災害341人・通勤災害3,323人、表2)。労災保険給付額は、まとめの時点で確認されている額が285,601,238円で、給付が継続している事案もあり、順次増加しているとのこと。



「違法派遣」が法違反の温床 関西●ラテン系外国人からの相談が増加

*東京、神奈川、大阪などの地域センターでは、毎年数多くの外国人労働者からの労災相談を受け付けているが、関西労働者安全センターの第16回総会(6月8日開催)議案書から、同センターで昨年受けた事例の概要を紹介する。

× × ×

外国人労働者の労災相談が多数寄せられている。スペイン語対応が可能であるためセンターに直接相談電話がかかるようになり、スペイン語圏の労働者からの相談が大半を占めている。また、震災をきっかけに外国人の相談を活動の一環とする多文化共生センターが1995年9月30日に発足し、同センターに寄せられた労災相談の他、アジア・フレンド、RINK(すべての外国人労働

者とその家族の人権を守る関西ネットワーク)などの外国人支援団体を含め、ともに被災労働者の支援、協力を行っている。また、大阪玉造カトリック教会で実施されている医療相談活動にも引き続き協力してきた。

●違法派遣と外国人労働災害

ラテン系の労働者の事例では、多くの場合が「派遣業者」に「派遣」されて働いている。実状は、職業安定法による労働者供給事業の禁止、労働基準法による中間搾取の排除、労働者派遣法による適用対象業務以外への派遣の禁止など、労働関係各法の罰則付き条文に明らかに違反する状態に置かれている。ところが、構内下請業という名目をかぶせることで、それがまかり通っている。

そのことから、「派遣先」の契約解除による一方的な解雇や、労働災害が起こったときの責任のなすり合いなどの問題が頻繁に起こっている。当該の労働者は日本の法律を知らず、日本語も話せず、また、資格外就労の場合には、もともと絶対的に弱い立場に置かれていることから、違法行為を直接に訴える術をもたない。そのことから、いわゆる「違法派遣」は、労働関係各法違反の温床となっているのである。

このような状況に対して、当該外国人労働者が法廷に訴える事例も出始めている。手広く日系外国人を扱っている違法「派遣業者」が、雇用する外国人労働者のパスポートを取り上げて返還せず、賃金から様々な名目で天引きしていた問題について、ブラジル人労働者が、業者を相手取り損害賠償の請求を起こした事例がある。裁判は神戸地裁姫路支部で始まっている。

●外国人労働者の労災隠し

センターに寄せられた外国人労働者からの相談のほとんどは、労災隠しがからんでいる。悪質な例では、尼崎の油加工工場で起こったケースで、最初に油の床で滑ったため手指を安全カバーなしの歯車に巻き込まれるという事故が起こり、続いてやはり滑ったため釜の中に落下し大火傷を負うという事故が起こったが、被災者がいづれも資格外就労であったため、事業主は治療費とわずかな休業補償を被災者に払って済ませようとした。センター等の協

力で申告を受けた尼崎労働基準監督署が、捜査を行い、送検処分とするにいたった。

徳島では、事業主から一切補償を受けられず困った被災者が、よりよい治療を求めて国立大学付属病院に転院したところ、病院は事情をろくに聞かないまま警察に通報し、明らかな労働災害であるにもかかわらず労働基準監督署には何も連絡をしないということがあった。被災者は超過滞在者で、約2か月半の入院治療がすんで退院と同時に、警察に身柄を拘束された。公立医療機関が、本人に無断で患者のプライバシーを暴き、しかも結果として労災被災者としての当然の権利も奪いかねない状況にまでいたさせたことは、現在の日本の外国人労働者対策を象徴しているとも言えよう。

その他、以下の事例がある。

- ・ペルー 機械製造、労災保険未加入、淀川労基署
- ・ブラジル 製造業、右中指負傷、滋賀
- ・韓国 民家解体工事、頭部裂傷、労災隠し、神戸東労基署
- ・スリランカ 機械製造、左手指切断、東大阪労基署
- ・コロンビア 製造工場、左中指切断、事業主側に助言
- ・ペルー 通勤災害、自賠責保険適用
- ・ボリビア 植皮の傷跡の形成手術相談、事業主負担で合意
- ・ペルー 製造工場、示指切断、事業主手続の遅延、大津労基署

- ・ペルー 高架建設工事、指2本骨折、25日分給料の80%で示談
- ・ペルー 製造工場、母指骨折、四日市労基署
- ・ブラジル 建設業、クレーンの荷で頭部負傷、障害補償請求相談
- ・ブラジル 交通事故示談後の通勤災害請求、北大阪労基署
- ・ペルー 木材加工、手指切断、羽曳野労基署、労災適用・直接雇用化
- ・ペルー 製造工場、3指切断、労災請求、京都

●外国人労働者の労災民事損害賠償

労災保険による補償だけでなく、事業主に対して損害賠償請求を行うケースも徐々に増えている。神戸の港補修工事で被災したタイ人Rさんの場合、事業主はきつい建築現場での人手不足を外国人労働者で補うため、数名のタイ人労働者を雇っていた。しかし、Rさんの事故が発生すると、公共事業であったその工事に外国人を資格外就労させていたことを隠すために、被災者を元請会社の目から隠して病院に連れていき、何の補償も支払っていないかった。

元請会社に連絡し、労災保険は適用されたものの、事業主の誠意のなさ、安全配慮の不十分さを考え、Rさんは思い切って損害賠償請求を行う決心をした。事業主側は落ち度を否定しており、法廷での争いになる可能性が大き

い。Rさんは超過滞在者で、適当な時期に帰国するため、原告不在で裁判を続けることになる。

フィリピン女性労働者Mさんも、不在の状態での裁判提訴にいたっている。Mさんは、1993年7月に、大阪市平野区のプレス工場で示指から小指までの4指を切断した労災事故について、今年になって、使用者に損害賠償を求める裁判を大阪地裁に起こした。作業に従事したプレス機械は、中古品で二度落ち等の故障がたびたびあった。安全装置も不十分な調整のまま作業をしたため事故にあったものだ。

Mさんは観光ビザによる入国のため、労災障害等級の決定を受けた後、陳述書を作成し、訴訟代理人を選任した後に、強制送還により帰国した。被告のプレス工場経営者は、すべてMさんに責任があるとして争う姿勢をみせている。

また、ペルー人のHさんは、「派遣業者」と「派遣先」に対して民事損害賠償請求を行った。Hさんは、障害等級第11級に認定されたが、1992年に起こった事故で、「派遣会社」は治療費と最小限の休業補償しか支払っていなかった。この「派遣会社」は、手広く日系外国人を扱っており、損害賠償を請求することで、外国人労働者にかかわる安全衛生法違反状態を追及することは意義があると言える。

その他、以下の事例がある。

- ・ペルー クレーンのフックで負傷、治療中断、13級、和歌山市、交渉中

- ・ペルー プレス災害、左示指環指切断10級、名古屋、交渉中
- ・ペルー 製造業、示指火傷、13級、交渉準備中

●その他

ブラジルからブローカーを通して日本の建設会社へ斡旋を受け、昨年7月に働きに来た日系ブラジル人Oさんは、来日後宝塚市の建設現場で仕事を始めて2日目、気分が悪くなり病院に担ぎ込まれた。当日は炎天下の作業で、診断は熱中症による多臓器不全。以後、寝たきりの闘病生活を続けている。連絡を受けた子息が急速ブラジルから駆けつけ、付き添ったが、会社からは今後について何の説明もなかった。会社側は、本人や家族の承諾なしに預金通帳を作り、労災保険給付を請求、幸い今年1月に業務上として支給された。

しかし、病状は好転することなく、主治医は寝たきりの状態が今後も続くであろうと診断している。そうすると、療養生活を日本で送る必然性は全くなく、妻、両親、子供の一族が待っているブラジルで入院の方が療養効果があることは常識的に明らかと言える。そのため、寝たきり状態のまま帰国を準備することになった。

そこで生じる問題は、この航空機による帰国は、はたして労災保険法に規定される療養補償給付の対象となるかどうかということである。療養補償給付には「移送」が含まれることが規定され、労働省の行政通達では、医師の指示

による転医のための移送を含むとしている。Oさんについては、6月4日の帰国後、直ちに療養補償給付について、所轄の西宮労基署に請求することになっている。

また、ブラジルの病院での療養が続くため、外国からの補償

請求が今後続くことになる。さらに、Oさんの病状の大きな変化が望めないこともあり、いずれ傷病補償年金への移行も考えられ、その手続関係のサポートも重要になってくる。



(関西労働者安全センター)

労災給付海外送金は276件 東京●外国人労働者問題で労働省交渉

4月24日、生活と権利のための外国人労働者行動実行委員会に参加する全統一労組、全国一般東部、神奈川シテユニオンと東京東部労災職業病センターにより、労働省交渉が行われた。労災補償を含めた労働問題について、1時間弱、意見交換を行った。

① 企業の労災隠しへの対策、指導を明らかにされたい。

労働省：労災隠しを見抜くノウハウの蓄積があるので、内部研修などで提供している。労災隠しの事実があれば、連絡してもらいたい。1993年度、労災隠しでの送検件数は、87件。

② 後遺症による障害年金受給者の実態を明らかにされたい。

労働省：外国人労働者の統計はとっていない。外国送金については遺族、傷病補償年金を含めて1995年で276件。

③ 年金受給者への「手引き」等資料配付の実態を明らかに

されたい。

労働省：定期報告書の記入要領について、韓国語、中国語、英語、ポルトガル語を用意した。

④ 被災労働者との関係を密接にされたい(後遺症傷害認定日の通知等の送付先を申請者住所地にする)。

労働省：外国人であるかどうかを問わず被災者の保護を行う。申請所在地へ送付している。

⑤ 違法派遣(ブローカー)の実態を明らかにされたい。

労働省：1994年総件数、派遣法違反38件、職安法違反44件。

⑥ 語学学校の労働保険加入の実態を明らかにされたい。

労働省：語学学校ということでは、把握していない。(短期滞在労働者は加入しなくてよいと指導しているのかとの問いに対して)ケース・バイ・ケースで、単純な線引きはしていない。

①については、労災申請を行わない、虚偽の申請を行う等の労災隠しが後をたたない中、有

効な防止策を求めたが、労働省からの具体策は示されなかった。経験による摘発で対応するとの回答に、組合側から、われわれの方が的確に労災隠しを指摘できるから協力するという申し出がなされるほど。

④については、外国人の場合、労災即解雇等事業主とのトラブルが多いので、あえて確認した事項。労働省の回答も当たり前であるが、問題は労基署の対応の実態が間違っている点にある。

センターや労働組合に寄せられる労災相談は、事業主が適切な補償を行っていないことが原因となっている。被災した外国人労働者を、文字どおり放り出している事業主がいるのだ。この場合、被災した労働者は友人を頼って転居、それに伴い、医療機関も転々とすることになる。

これら一連の過程を、われわれは相談を受けて労災申請の準備をし、労基署に書類の提出を行っている。事業主はせいぜい、書類に印鑑を押す程度の関わりである。それを労基署は、申請人の連絡先の記載があるにもかかわらず、被災労働者と連絡をとることもできない会社宛てに、本人出頭の通知を送っている始末なのだ。

労災隠しを行っている事業主に厳しい対応を行うよう申し入れても、いまだに「オーバーステイなので入管への通報が…」などと言う労基署の担当者もいると聞く。

権利を侵害されている外国人労働者の実態をさらに訴え、不当な対応を行っている労働行政をただすためにも、労働省交渉は継続して取り組む課題である。

(東京東部労災職業病センター)

局医の意見待ちで1年放置 広島●ケイワン不支給事案で公開質問状

広島労働安全衛生センターは、頸肩腕障害・左手腱鞘炎を発症したIさんの労災申請に対する不支給決定について、広島中央労働基準監督署と交渉を行った。その結果、職場調査に多数の不備、事実誤認が判明した。

広島中央労基署の調査は、作業量を大きく誤認しており、スピードの差による負荷の違い、精神的ストレス、肉体的条件、温度差等

を全く考慮していない。さらに、現在の改善された作業場だけをみて、負担はないと断定したものであった。

担当官は、頸肩腕障害を発症させる要因、予防対策については勉強不足で、熟練者なら自分に適した楽な方法を身につけているはずだという思い込みで調査報告をまとめており、その報告を受けての局医(＝地方労災医

員、労基署の相談医)の意見書は作業負担を無視したものとなるのは当然と言える。局医は、被災者本人から事情聴取もしていないし、職場の現場調査も行っていないし、その氏名も明らかにされていない。

しかも、労基署が局医に意見を求めてから局医の意見が出されるまで1年近く放置されたことに対する局医、労基署の責任は重い。

Iさんの問題だけにとどまらないことなので、広島労働安全衛生センターでは、次のような公開質問状を地方労災医員宛てに提出し、不支給決定に至る経緯の解明と不支給処分を取り消し、局医制度の問題点追及を行っている。

公開質問状

貴職の日頃のご活躍に敬意を表します。

私たちは広島において、労働者の権利を守り、労働者が健康に働くために日々活動するものです。そうした活動においても、労働行政の果たす役割は大きいものと感じています。

今回、私たちが委任を受けていたI氏の労災申請に不支給の決定が下りました。申請から決定までに約2年間かかっております。総務庁は1993年6月、被災労働者の保護を図る観点から保険給付の事務処理の迅速化を勧告しております。私どもの問い合わせに対し、広島中央労働基準監督署の労働事務官は「局医の先生から意見書が返ってこない。僕た

ちも困っている」と、毎回答えていました。広島中央労働基準監督署は1995年1月20日に依頼し、1995年12月10日すぎに意見書をいただいたと言います。この期間、Iさんは、社会保険事務所から労働災害だということで傷病手当金の支給を拒否され、困難な生活を強いられました。結果は到底納得できないものであり、審査請求にも関係してきますので、下記の質問に対し誠意ある回答をいただきたいと思います。

記

1. Iさんの職場の現場調査をし

て意見書を書かれたのでしょうか。

2. Iさんに事情聴取をしておられませんが、それで判断できたのでしょうか。

3. 広島中央労働基準監督署から依頼されて1年近く意見書を提出しなかった理由は何でしょうか。また、被災者に対する道義的責任をどう考えられますか。

4. 学会誌等に職業性の「頸肩腕障害」についての研究論文を発表されていますか。

以上



VDT作業でのケイワン認定 神奈川●リストラ合理化で作業量増加

神奈川・川崎南労働基準監督署は、3月26日、Uさんの頸肩腕障害を業務上疾病として認定した。コンピューター入力作業に従事、リストラで業務量が急増する中で、ケイワンに。会社側の嫌がらせに耐え、認定を勝ち取ったご本人に寄稿していただいた(神奈川労災職業病ニュース6月号より)。なお、神奈川労災職業病センターでは、9月から来年3月にかけて、VDT作業を中心とした全6回の労働衛生講座の開催、改訂VDT労働チェックマニュアルの発行、及び、秋にも他の地域センターにも呼びかけてVDT労働ホットラインの実施などを企画している。

私は職業病である頸肩腕障害に罹患し、このたび、港町診療所の天明先生以下スタッフの方々及び神奈川労災職業病センターの方々のバックアップにより認定を受けることができました。心より感謝しています。

私は、3年ほど入力を専門とする仕事に従事していました。去年の1月からオンライン入力の方法が新システムに変わり、1件当たりにより要する処理時間が長くなったこと、また、人員削減のために物流センターが閉鎖され、そのために3月頃から仕事量が急増しました。増加した仕事をこなすため、残業にて対応もしていましたが、家の都合により毎日残業すること

もできず、定時間内で仕事を終わらせるためには、昼休みにまで食い込んで入力を続けていることが多々ありました。そういう状態の中で去年の3月末頃から目の疲れがひどく、目がかすんだり、肩、腕、指などに痛みを感じるようになり、しばらく様子をみていました。が、痛みが強くなったため、会社近くの整形外科に行き診察を受けたところ、腱鞘炎と診断されました(1995年6月)。

その状態でしばらく勤務を続けていたのですが、会社側より何らの指示あるいは対応もないため、労災申請を提出しました。その際、労災認定は難しい旨通知されました。

はじめは、会社側も入力以外の仕事に勤務を変更するなど対応してくれましたが、手が思うように治らないと働けない人は報酬を受けることはできない、従来の仕事に復帰しないと解雇の可能性があると示唆されました。また、休まないで治す方法を考えてくださいとも言われていました。会社側のプレッシャーもあるせいか、肉体的、精神的にもかなり負担が大きくなり、痛みで夜も眠れないことがたびたびありました。どうしたらいいものかと監督署にも相談しましたが、取り上げてくれず、労災(申請)がこんなに大変なことならやめておけばよかった等、後悔したこともありました。

その後、神奈川労災職業病センターで港町診療所を紹介されて、薬をもつかむ思いで診察を受けたところ、頸肩腕障害と診断されました(1995年9月)。いま考

えると、このことが私にとって大きく変化し良い方向へと導いてくれたと思います。

職業病で悩んでいる方々へ、自分が正しいと思うのなら妥協せず、諦めないでがんばれば、必

ず、道が開けると思います。認定を待っている間はとてもつらいものですが、皆様に助けられてここまでやってこれたと思っています。いろいろありがとうございました。



炭坑夫振動障害の損害賠償

海外短信 ● Workers' Health
International Newsletter

■アメリカの労働安全衛生団体COSHの総会で、英国London Hazards CentreのMick Holderが講演。アメリカとイギリスは同様に規制緩和による労働安全衛生基準の改悪が進められようとしている。パレンジャー法案と言われる労働安全衛生法の改悪や、労働組合の参加・交渉権の剥奪、経営者の圧力で労働安全衛生局(OSHA)のRSI防止指針が出されなかったりしている。

■イギリス炭鉱労働者が振動障害について、高等裁判所で国の責任が認められたため、続々と会社に賠償を求める請求が殺到している。1950年代にはその人体への影響が分かっていたにもかかわらず、1970年代半ばまで何ら対策を講じなかったことが認められた。炭鉱は現在民営化されているが、国家予算で補償していく。

■アメリカの労働省が、元看護婦の職場の間接喫煙によって肺

がんで死亡した例について、労災認定した。

■イギリスの労働組合が、メチルエチルケトン(Methyl ethyl ketone)の全面禁止を求めている。技術者の労働組合であるAEEUのメンバーがミサイル弾頭の塗装作業で暴露、職業病になったとして補償を求め、国防省と和解した例がある。他に建設労働者や港湾労働者の事例があるが、多くは隠されている。

■イギリスの労働組合が皮膚疾患で労災補償を獲得。「ロッキーホラーショー」というミュージカルでどきついメイクアップをしたために、5年経っても皮膚の痛みがとれず、雨の日は外出できないほどの症状となっている俳優が、裁判で損害賠償を獲得した。また、病院の清掃作業で洗浄液を繰り返し使用してきたために、やはり皮膚疾患になった労働者が損害賠償を獲得した。

■イギリスのTUCが、化学産業会社に対して、職業がんの補償基金を作るように求めている。特にMbOCA(methylene bisortho-chloroaniline)による膀胱がんが問題になっている。

■イギリスのTUCが「働く人々のための司法」なる報告書をまとめた。労働組合がかかわることで、労働者がより有効に制度を活用できたとのこと。

■アメリカのNYCOSH(New York Coalition for Occupational Safety and Health)の議長、弁護士などが共和党の労災補償制度改悪を批判。現状でも、労災職業病申請者の約20分の1しか認定されていない。

■カナダのトロントの建設工事が行われている地域で、110名の労働者が咽や鼻、目などの異常を訴え職場を離脱。工事現場で鉄骨に吹き付けている繊維が原因だと労働者は語る。

■ペルーでアスベスト問題に取り組むグループがある。そこからの手紙によると、1990年まではアスベストに関する情報が全くなく、現在も極めて限られている。1993年からは「アスベスト同盟」を結成して「生命を守るキャンペーン」を始めたが、まだまだ改善されていない。そうした活動に関わった労働者が解雇されたりしている。

■ILO、イギリスTUCの支援で、南部アフリカ地域5か国(ボツワ

ナ、ナミビア、南アフリカ共和国、タンザニア、ジンバブエ)から労働組合活動家が集まって、化学物質の安全性に関する会議を開いた。南アフリカ、ドイツ、アメリカ、中国、インド、ベルギーなど世界各地から化学物質がこの地域に流入している。政府がきちんと記録管理しないこと、欧米では禁止されている物質も使用されていること、容器が変えられて輸送されること、知識が不足していることなど、問題は多い。

■1992年9月21日から10月8日まで、ケニアで「小企業における職場改善」(WISE)方式による、初めての労働安全衛生講座が開かれた。ケニアでも50人未満の小さな職場が多く、この手法は適している。労働団体は今後ともこのやり方で進めようとしている。行政も評価しているし、経営団体も関心を寄せた。

■カナダのブリテッシュコロンビアで、職場での暴力から労働者を守るための法律が施行された。雇用主は暴力防止のための、リスクアセスメント、指針作り、報告、発生責任、対処方法などが義務づけられている。

■イギリスで、職場での暴力が原因でP.T.S.D.にかかった看護婦が、政府の犯罪被害補償基金(Criminal Injuries Compensation Scheme)から、88,000ポンドの支給を裁判で勝ち取った。彼女の所属するイギリス最大の労働組合UNISON法務担当者によると、彼女は病気のために事件から15

か月後に解雇され、現在も働ける状態ではない。

■カナダの公共団体におけるTelework(通信機器を使った勤務)について、2年間の研究がまとめられた。利点としては、家族が病気のときでも家で仕事ができることなど融通がきくことであるが、逆に、家に仕事を持ち込まれることから労働時間が長くなるなどの問題も明らかになった。

■アメリカではTeleworkする労働者は900万人で、労働人口の1割を占めていて、ヨーロッパでも800万人にのぼる。同じTeleworkでも翻訳業やコンピューターソフト開発者のように、顧客が決まれば場所や時間にあまり拘束されずに家でも働ける人と、保険外交員やセールス業のように、コンピューターを持って常に移動しながら働いている人など、おかれている状況はかなり違う。

■エレクトロニクス機器を利用し

て、労働者の勤務状況を常に監視することができるようになった。それにより労働者が精神的肉体的な苦痛を訴えることも出てきている。ILOやアメリカNIOSH(国立労働安全衛生研究所)でも、その悪影響を指摘している。英国の労働組合GMBでは、「KGB流のやり方」であり、人権問題であると批判。英国の通信労組CWUは、この問題をめぐって会議を開き、違法な盗聴などには協力しないと声明。事は市民的自由権の問題であり、実は作業能率から言っても、労働者のやる気をそぐなどいい影響を与えない。

■アメリカの通信労組が、ウィスコンシン大学の協力で、700あまりの会社のアンケート調査を行ったところ、エレクトロニクスによる監視が行われている企業で、行われていない企業と比較して、疲労感、頸肩の痛みなどを訴える労働者の比率が高いことがわかった。



全国労働安全衛生センター連絡会議 第7回総会の御案内

全国安全センターの第7回総会は、1996年9月28日(土)～9月29日(日)に、高知で開催いたします。くわしい御案内及び議案書等についてはおって送付することになります。

日時：1996年9月28日(土)午後～9月29日(日)正午
会場：高知市国民宿舎「桂浜荘」(高知市裏戸城山830-25)

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 横浜市長見区豊岡町20-9 サンコーボス豊岡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 TEL(096)360-1991/FAX(096)368-6177
- 大分●社団法人 大分県労働安全衛生センター
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