

「時効の壁」を突破

はり・きゅう裁判全面解決

古谷杉郎

全国安全センター事務局長

1995年3月14日、参議院労働委員会での千葉景子参議院議員の質問に対して、廣見和夫労働省労働基準局長(当時)が次のように答えている。

「労災保険給付の請求権につきましては、確かにそれぞれの権利を行使できますときから時効が進行していく、このようになってございます。したがって、例えば今先生のお話の療養補償給付あるいは休業補償給付ということになりますと、休業補償給付で申し上げれば、療養のために労働することができないため賃金を受けない日、その日ごとに発生し、その日から時効が進行していくということになるわけでございます。」

したがって、今先生お話ございましたように、もしも不支給の決定があり、その後の分の請求もしていないで、後になってその不支給決定が再審査請求等で取り消されるということになってまいりますと、確かに時効にかかってしまうということになるわけでございまして、今までそのようなケースも中には見受けられたことも

ございます。

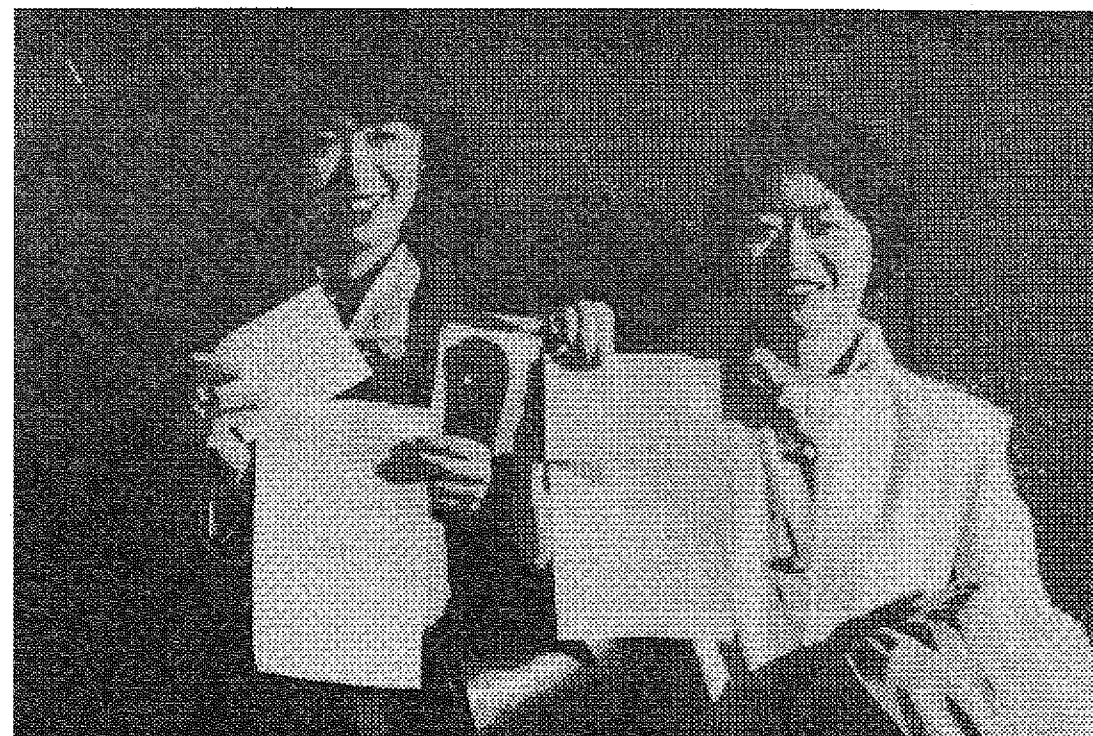
そこで、私どもはそういったような形にならないように、監督署におきまして一層その趣旨なり、今申し上げたような請求の仕方等を含めて、より一層懇切丁寧な指導をやっていくということで努力してまいりたい、このように考えております。」

泣かされてきた「時効の壁」

このとき私が作成したメモでは次のように言っている。

「労働基準監督署が行った労災保険請求の不支給処分を不服として争うと、審査請求、再審査請求、さらに行政訴訟等を経ると、10数年以上もたってから監督署の不支給処分が取り消される場合がある。この場合、現に請求を行い不支給処分を受けている分だけしか回復されない。

例えば、2週間分の療養補償給付と休業補償給



「不支給決定の変更決定通知」を手にする自治労七沢リハビリ労組の近石さん(左)・松橋さん(2.14 東京高裁前)

付を請求したところ不支給処分とされ、その分については不服審査請求を行ったとしても、それ以降の分については請求をしても不支給とされることが明らかなのであるからいちいち請求手続はとらないまま、しかし現実にはその後も長期間療養・休業を続けたというケースは多い。10数年たって不支給処分が取り消されても2週間分の療養・休業補償が支払われるだけで、それ以降の分は請求手続を行わないまま時効(療養・休業補償の場合は2年間)が過ぎてしまったという理由で権利回復されないというケースが相次いでいる。

請求人にとっては審査請求で処分に不服の意思を明確にしてあるのだから、時効は中断されていると考えるのも無理はない。不支給とされることがわかっていながら、わざわざ請求手続を続けなければならないというのは被災労働者にとって酷である。

地方公務員の場合には、最初に「公務災害の認定請求」をした時点で、それ以降の補償給付の請

求権の時効はストップすることになっている。不服審査請求を行いながら、(例えば毎月)個々の補償給付の請求手続を繰り返さなければならないというわずらわしさはない。地方公務員の場合、療養補償・休業補償等の給付請求を行う前に、公務災害認定請求を行うという制度上の違いがある。労災保険制度もそのようにするかどうかは別としても、一度不支給処分に対する不服審査請求を行えば、その後の請求手続をいちいち行わなくても時効が中断される仕組みを早急に検討すべきではないか。」

ここで挙げたようなケースのほか、次のようなケースも同様である。

療養・休業補償給付を請求したところ、労働基準監督署が、すでに「治ゆ」しているという認定をして、これを不支給処分とした。治ゆ認定に基づくこの不支給処分を不服として争ったが、審査請求、不服審査請求または行政訴訟のいずれの段階においても主張が認められず原処分が確定した。

そこで、あらためて残存障害について障害補償給付を請求したところ、労基署が「治ゆ」したと認定した日の翌日からすでに5年以上たってしまっている(すなわち、時効が成立している—障害・遺族補償給付の時効は5年間)との理由で不支給とされてしまうケース。

不服審査等の救済手続に長期間を要していることが背景にあることはもちろんであるが、このような「時効の壁」によって泣かされてきたケースは過去全国でたくさんあり、労災保険制度改正の懸案事項のひとつになっていた。

***参考: 労災保険法第42条【時効】**

療養補償給付、休業補償給付、葬祭料、介護補償給付、療養給付、休業給付、葬祭給付及び介護給付を受ける権利は、2年を経過したとき、障害補償給付、遺族補償給付、障害給付及び遺族給付を受ける権利は、5年を経過したときは、時効によって消滅する。

審査会裁決と労働省の対応

実はこの時点では私たちは知らなかったのですが、労働省内では水面下の動きがあったようである(その点では、質問のタイミングはよかったと言える)。96年4月号34頁で紹介されているように、1995年1月31日付けで、従来の労働省の取り扱いを否定する労働保険審査会の裁決(8頁に全文掲載)が出されていたのである。この裁決では、上記メモの言い分とほぼ同じ理由をあげて、次のような結論をくだした。

「以上を総合して判断すると、審査官が監督署長の処分を違法として取り消した本件事案についての後続請求である療養補償給付及び休業補償給付については、請求人が当該取り消し後遅滞なく後続請求を行っている限りにおいて、それらの請求権の発生した時点から労災保険法第42条に定める期間を経過しているとして時効による権利消滅を認めるのは、著しく不合理であるので、監督署長は、単に上記の期間を経過したという理由のみをもって、時効の主張は行い得ないと

するのが相当である」。

参議院労働委員会での質疑の直後の3月31日付けで、労働保険審査会の裁決を受けて、労働省は基発第178号「『労災保険審査請求事務取扱手引』の一部改正について」という労働基準局長通達を発した(この通達は、後述の王子労働基準監督署長事件で、東京高裁に国側が証拠として提出したことにより判明したもので、「労災保険審査請求事務取扱手引」(平成3年3月)自体は全く公表されていない)。この通達により、労災保険審査官の「執務の基本的態度」という項目の「留意事項」のひとつとして、次のように規定された。

「特定の保険給付請求に対する特定の処分について審査請求を行ったとしても、請求を行っていない関連する保険給付の時効は、これに関わりなく進行するものである(例えば当初の1か月間の休業補償給付の請求に関する不支給決定処分について審査請求を行ったとしても、2か月目以降について休業補償給付の請求を行っていない場合は、2か月目以降の分については時効は中断せず2年で時効が完成する)。審査請求人に対し、これらの制度について説明するとともに、審査様式第6号の2により指導を行うこと。」

審査様式第6号の2は、次のような内容になっている。

「【保険給付請求権の時効に係るお知らせ】
平成〇年〇月〇日

〇〇〇〇 殿
〇〇労働者災害補償保険審査官
〇〇〇〇 (印)

労災保険給付請求権の時効について

貴殿においては、平成〇年〇月〇日に〇〇労働基準監督署長に対して、平成〇年〇月〇日から平成〇年〇月〇日までの間の〇〇(補償)給付の請求を行い、〇〇労働基準監督署長が平成〇年〇月〇日に不支給決定を行ったところでございます。

この不支給決定処分については、現在審査請求がなされておりますが、本件の不支給決定処分以後続する〇〇(補償)給付の請求権(平成〇年〇月〇日以降)が平成〇年〇月〇日までに請求しなけ

れば時効となりますので、ご注意下さい。

なお、詳細については、〇〇労働基準監督署にお問い合わせ下さい。」

この時点では、労働省は、廣見和夫労働基準局長の言う「一層懇切丁寧な指導」をこのようなかたちで行うことにより、審査会裁決の指摘や私たちの批判をすり抜けようと考えていたと言っている間違った考え方である。

しかし、事態はそのままですまなかった。だいたい、1995年3月31日より前のケースについては、労災保険給付請求権の時効に関して、「懇切丁寧な指導」を行っていたとは到底主張できないのである。過去のケースについて争われている訴訟の場が攻防の焦点となった。

鍼灸治療制限撤廃と時効問題

同じく96年4月号で報告したとおり、労働省は、労災保険におけるはり・きゅう施術の取り扱いについて、療養(補償)給付の対象を一律最長1年間に制限するという通達(昭和57年5月31日付け基発第375号—以下「375通達」という)の見直しを行わざるを得なくなっていた。一律治療期間制限を撤廃した新通達(平成8年2月23日付け基発第79号)は、施行日が1996年3月1日とされた。従来、新しい取り扱いは、「施行日以降に支給事由の生じた請求」(この場合で言えば、施行日以降に行ったはり・きゅう施術に係る療養(補償)給付請求)について適用するのが一般的とされているが、この新通達に関しては、「施行日以降に保険給付の請求について判断を行う場合」に適用することとされた(通達に明記されていないのだが)。

これは異例なことで、被災労働者にとって有利な取り扱いではあるが、別の問題も生じさせている。新通達施行日(1996年3月1日)の時点で時効にかからない過去2年に遡って、1994年3月1日以降の分のはり・きゅう施術に係る療養(補償)給付の請求を行うことができるから、この期間の分についてこれまで請求を行わなかった者は、この時点で請求すれば支給される。しかし、すでに請

求を行い、不支給決定も行われてしまっている場合には、不服審査請求等の手続を行っていない限り、権利が回復されないことになる。また、新通達の施行日前に請求がなされていた事案でも、処分が施行日以降に行われるものは権利が回復されるわけで、同じ期間に係るものでも取り扱いに差別が生じる。いずれにしても、375通達に基づき不支給処分とされた過去のケースで、不服請求をせずに、あるいは不服審査請求等の手続もいずれかの段階で終了して、すでに時効が完成してしまっているものについては、権利が回復されないという問題は相変わらずである。

労働省が、375通達によって一律の治療期間制限を導入してしまったこと自体の誤りを素直に認め、「時効の壁」とにらわれずに、375通達が適用された1983年4月1日当時までに遡って、不支給処分を受けた、あるいは請求をあきらめていた、すべてのケースについて、侵害された権利を回復するのであればことは簡単である。

375通達の見直しをせざるを得なくさせた1994年11月30日の大阪高裁判決(95年5月号参照)では、375通達自体を「労災保険法に違反した違法なもの」と断じているのである(国側が上告を断念し確定している)。通達を見直し、治療期間制限は撤廃したものの、過去の誤りを明確に認めていないことが諸悪の根源なのである。

和解の場でスラスアルファを

この大阪高裁判決確定を受けて、自治労七沢りハビリ労組松橋・近石事件(これまでの経過については、93年7月号—横浜地裁判決、95年5月号、96年4月号等を参照)の控訴審では、裁判長が、とくに国側につよく解決(和解)の話し合いに入ることを勧告し、和解協議が続けられてきた。

この事件では、原告は、375通達による治療制限を受けてから1か月間についてだけのはり・きゅう施術に係る療養補償給付の不支給処分の取り消しを求めている(松橋真喜子さんは、1983年4月分の8,000円、近石りえ子さんは1984年2月分の

9,340円)。和解協議は、労働省の375通達見直し作業に引きずられて1年以上具体的な話が進展しなかった。新通達が発せられた1996年3月以降、ようやく実質的な協議がはじまり、労働省は、松橋さんの8,000円、近石さんの9,340円(合計すると17,340円)については、すぐにも不支給処分を取り消し、支給する意向を表明した。

これはこれで完全勝利ということになる。しかし、請求した分以降の期間に係る未請求分の取り扱いの問題があった(松橋さんについては、1983年5月～治癒した1992年11月分、近石さんについては、1984年3月～治癒した1994年5月分)。ここにおいて、「時効の壁」が正面に登場してきたのである。

一方、労働省による375通達見直し作業が開始されるなかで、近石さんは、1995年4月の時点で、(この時点では一応時効を考慮して、時効が成立していない)1993年4月～1994年5月の分のはり・きゅう施術に係る療養補償給付を厚労省労働基準監督署に請求した。厚労省では、通達見直しと和解協議の動きに配慮して処分を先延ばしにした結果、新通達施行日(1996年3月1日)の時点でも処分はなされておらず、この期間の分については新通達の適用を受けて支給される見通しとなった。そうすると、近石さんについては、1984年2月分と1993年4月～1995年5月の分は支給されるのに、その間の1984年3月～1994年3月の分についてだけ権利が回復されないという、だれの目から見てもおかしい「中抜け」状態が生じる可能性も出てきた。

また、原告は訴訟で各100万円の国家損害賠償(慰謝料)および50万円の弁護士費用を求めており、この部分をどうするかという問題もあった(これらは国相手の訴訟ではほとんど認められないということだが)。そのようなこともあってか、裁判長も、労働省に対して、訴訟の対象になっている請求分17,340円だけでそれ以外は「ゼロ回答」、という態度は許さないという姿勢を示した(原告側に対しても一定の譲歩を示唆)。このような状況の中で、原告とそれを支える労働組合、弁護団は、時間が経っても「時効の壁」に穴を開け

る足がかりをつかむ道を選んだのである。

正直に言って、この時点で、この和解協議だけで時効問題を全面解決できるとは考えていなかった。「ゼロ回答」でない何らかのプラス・アルファ回答を引き出し、それを突破口にして、制度的対応による時効問題の解決を図りたいという気持ちであった。

「時効」による不支給を撤回

新通達施行後も、裁判長の強い勧告にもかかわらず、国・労働省側が具体案を提示しないため時間ばかりが経過したが、1996年11月28日の第11回和解協議の場で、ついに、国・労働省側が方針の転換を表明した。すなわち、時効が完成している未請求分も全額支給するというのである。

実は、労働省は、これに先立つ11月19日付けで、「労災保険給付に係る後続請求の取扱いについて」という労災管理課長・補償課長連名の事務連絡を発している。しかし、これは「部内限」の秘密通達で、その趣旨に沿った方針を表明したのは、11月28日の和解協議の場が最初のことなのである。翌11月29日には、「時効の壁」が焦点になっていた別の訴訟事件に対して、同様に不支給処分を取り消して支給するので、訴訟を取り下げてもらいたい旨の申し入れがなされた。

こちらの事件は、最初、原処分庁(王子労働基準監督署)が、1980年3月14日に発生した労働災害(くも膜下出血)に係る同年7月～1982年3月分の休業補償給付請求等を、業務上の疾病とは認められないとの理由で1982年9月に不支給処分としたもの。被災者(男性、被災当時46歳、現在63歳)は処分について争い、審査官(1984年10月)、労働保険審査会(1986年12月)とも請求を棄却、東京地裁(1990年12月)も請求棄却の判決を下したものの、1992年7月30日の東京高裁判決で原処分が取り消された(被災から12年4か月目)。

1992年10月に、あらためて1982年3月～1992年7月までの10年分の休業補償給付をまとめて請求したところ、王子労基署は、1982年3月～

1990年10月分については、すでに時効が完成していることを理由に再び不支給処分とした。そして、またしても、審査官(1994年12月)、労働保険審査会(1995年10月)、東京地裁(1995年10月)と請求を棄却され続けたのである。

東京高裁での控訴審では、1996年2月の第1回口頭弁論の冒頭から、裁判長が国側に対し、自発的に原処分取り消しを行うよう勧告し、さらに救済を遅延させながら金利等の負担がないことに疑問を呈する所感を開陳したという。しかし、国側は、この勧告を拒絶、同年10月5日に結審し、12月20日が判決言渡日として指定されていた。

したがって、1996年10月5日までの時点では、国・労働省は、時効問題の取り扱いに関する方針転換の覚悟を決めていなかったものとも考えられるが、東京高裁段階での攻防は、部は異なるものの、自治労七沢リハビリ労組事件の和解協議とこの事件が相互作用をもたらしたものと思われる。(11月26日には、やはり時効の問題が焦点となった福岡地裁の事件で、方針転換を示唆して、証拠調べの延期を申し出ている)。

王子労基署事件については、12月6日に弁論が再開され、原処分庁側が郵便で原告(被災者)宛てに発送した原処分取消通知書の写しを提出、原告側が訴の全部を取り下げ、東京高裁がその経緯を弁論調書に記載して事件を終了させた。被災から数えると、なんと16年9か月ぶりのことである。被災当時、被災者の3人の子供のうち大学進学と短大進学が決まっていた2人は、いずれも進学を断念して、就職せざるを得なくなったという。侵害された権利が回復されたとは言えるものの、被災者と遺族が払った犠牲はきわめて大きいものがある(本事件に関しては、担当した古川景一弁護士が、日本労働弁護団「労働者の権利」Vol.218で報告している)。

考え方は変えずに適切措置?

1995年1月31日付けの労働保険審査会の裁決は、「個別事案に関するものではあるものの、今

後原処分庁または審査官が後続請求に係る事案について従来の取り扱いどおり不支給処分を行っても、再審査請求が行われることによって審査会が当該裁決と同様に原処分を取り消す旨の裁決を行うことは十分に予想されるところである」というのが、労働省の考え方ようである。

そこで、労災保険給付の請求権については、「民法第166条第1項の規定により、権利を行使し得るときとは保険給付の支給事由が生じた日であり、その直実から時効が起算される」との従来からの時効に関する基本的な考え方は踏襲しつつも、今後、後続請求に係る事案については、請求人に再審査請求を行わせることなく早期に請求人の権利救済を図ることが労災保険法の趣旨および公平・公正の観点から適当であると考えられることから、被災労働者等の権利救済を図る必要があると認められる事案について適切な措置を講ずること」とするものである。

具体的には、関係事案を労働本省に照会させて個別に判断を行うということのようで、全国の労働基準局から計20件の照会があり、時効問題と無関係の2件を除く18件について、労働省は救済を指示しているという(1997年2月15日付け毎日新聞大阪本社版第1面記事)。

労働基準監督署による「治癒」認定を不服として争ったが、審査官、労働保険審査会とも請求を棄却したため、あらためて障害補償給付を請求したものの、時効を理由に不支給決定、再び審査請求を行っていた東京の被災労働者複数に対しては、1997年2月3～7日に原処分庁から次のような通知が届けられている。

「障害補償給付請求不支給処分の取消について

貴殿より請求のあった障害補償給付請求については、『時効により』不支給処分としたところですが、労働者保護の観点から、本不支給を取り消しいたします。

なお、これにより、障害等級の決定を行うこととなりますが、日時・場所等については後日連絡いたしますので、御協力をお願いいたします。」

二重の勝利と残された課題

自治労七沢リハビリ労組の事件については、原告側が未請求のはり・きゅう施術に係る療養補償給付の請求手続を行ったうえ、1997年2月14日の第12回和解協議の場で、国側が直接原告に次のような同日付けの通知書および追加請求分に対する支給決定通知書を手渡し、原告側はこの間の経緯を記載した訴の取下書を提出、国側がこれに同意し、東京高裁は和解の打ち切りを確認して、全面的に解決した。

「 労災保険不支給決定の変更決定通知書

本件ははり・きゅうの施術効果が認められないとして、不支給の旨通知したのですが、その後当時の療養経過について見直しを行ったところ、請求期間に係る施術は効果が期待できるものと判断されるので、不支給処分は、これを取り消します。」

あらためて請求した未請求期間分を含めてすべての期間のはり・きゅう施術に係る療養補償給付

が支給されたわけである。1982年5月31日の375通達発出から数えると14年8か月あまりである。

375通達によるはり・きゅう施術の一律期間制限を撤廃させただけでなく、「時効の壁」をも突き破るに至った成果をあらためて確認しておきたい。しかし、1994年11月30日の大阪高裁判決から、1996年2月23日付けの375見直しまでに約1年3か月、時効問題を含めた全面解決までにさらに1年、獲得した成果は画期的であるが、費やされた時間はいかにも長すぎる。

また、時効問題に関しては、権利回復の基準が明らかでないこと、「すでに時効が完成してしまっていて現に係争中でないケース」については対象とされないものと考えられること、そして、そうした内容が、直接被災者の権利にかかわるものでありながら公表されていないことなどの問題が残る。やはり、法改正による、だれにでもわかるかたちでの対応が不可欠であると考え、そのために引き続き取り組みを進めていきたい。

なお、自治労七沢リハビリ労組の事件に関しては、報告書の作成や報告集会の開催が予定されている。あらためて、原告および関係者の声などを含めて報告したい。



理由

第1 再審査請求の趣旨及び経過

1 趣旨

再審査請求人(以下「請求人」という。)の再審査請求の趣旨は、主文同旨の裁決を求めるというにある。

2 経過

請求人(昭和9年2月20日生、男)は、昭和59年3月24日ダム工事現場において負傷し、「両側脛骨顆部粉碎骨折、第4腰椎圧迫骨折」の傷病名で療養したとして、秩父労働基準監督署長(以下「監督署長」という。)に療養補償給付及び休業補償給付を請求したが、監督署長は、請求人は労働者災害補償保険法(以下「労災保険法」という。)上の労働者とは認められないとして、これを支給しない旨の処分をした。

請求人は、この処分を不服として、埼玉労働者災害補償保険審査官(以下「審査官」という。)に審査請求をしたところ、審査官は、昭和62年8月25日付けで監督署長の処分を取り消す旨の決定をした。

この決定を受け、請求人は上記給付請求に係る期間

の後においてもさらに療養を継続したとして、監督署長に療養補償給付及び休業補償給付を請求したところ、監督署長は、昭和62年9月11日に請求のあった昭和59年9月1日から同月30日までの療養補償給付及び休業補償給付、昭和62年10月19日に請求のあった昭和59年10月1日から昭和61年6月11日までの療養補償給付のうち、昭和59年10月1日から昭和60年10月18日までにかかる分並びに昭和59年10月1日から昭和62年9

月30日までの休業補償給付のうち昭和59年10月1日から昭和60年10月18日までにかかる分については、請求人の保険給付を受ける権利は時効により消滅しているとして、平成元年4月21日付けでこれらを支給しない旨の処分をした。

請求人は、この処分を不服として、審査官に審査請求をしたが、審査官は、平成2年6月20日付けでこれを棄却したので、請求人は、さらにこの決定を不服として、再審査請求に及んだものである。

第2 再審査請求の理由

請求人は、再審査請求の理由として、要旨、次のとおり述べている。

昭和59年12月24日に審査請求をしてから昭和62年8月25日に決定されるまでは、時効は中断されたと解してよいはずである。

第3 原処分庁の意見

監督署長は、本件再審査請求を棄却するとの裁決を求める旨の意見書を提出し、その理由として、要旨、次のとおり述べている。

最初の請求行為がなされ、その処分に対し審査請求事件となり、係争中において、最初の請求が他の全ての補償給付についての時効中断の効力を有するものではなく、それぞれの請求があつてこそ、時効の中断の効力を有するものである。また、請求行為は請求人の権利行使であり、仮に裁決が遅かったとか監督署窓口での指導がなかった等は時効の中断理由とは認め難い。

したがって、昭和59年9月1日から昭和59年9月30日までの休業補償給付請求は昭和62年9月11日なされているものであり時効となる。また、昭和59年10月1日から昭和62年9月30日までの休業補償給付は昭和62年10月19日なされていることから応答日の前日すなわち昭和60年10月18日までの間は時効となり、不支給と決定したものである。

第4 争点

本件の争点は、昭和59年9月1日から昭和60年10月18日までの請求人の療養補償給付及び休業補償給付を

休業補償給付の請求		療養補償給付の請求	
請求年月日	対象期間	請求年月日	対象期間
第1回目 昭和59年 5月16日	昭和59年 3月24日 ～59年 3月31日	第1回目 昭和59年 6月 6日	昭和59年 3月24日 ～59年 5月10日
第2回目 昭和59年 5月29日	昭和59年 4月 1日 ～59年 4月30日	第2回目 昭和59年 8月 4日	昭和59年 5月11日 ～59年 6月30日
第3回目 昭和59年 8月 4日	昭和59年 5月 1日 ～59年 6月30日	第3回目 昭和59年 8月29日	昭和59年 7月 1日 ～59年 7月31日
第4回目 昭和59年 8月29日	昭和59年 7月 1日 ～59年 7月31日	第4回目 昭和59年 9月26日	昭和59年 8月 1日 ～59年 8月31日
第5回目 昭和59年 9月26日	昭和59年 8月 1日 ～59年 8月31日		

受ける権利は時効により消滅しているとして、この間の療養補償給付及び休業補償給付を支給しないとした監督署長の処分が妥当であると認められるか否かにある。

第5 審査資料

本件の審査資料は、次のとおりである。

1 請求人の提出した資料

(1) 再審査請求の理由書(平成2年10月15日当審査会受付再審査請求代理人T作成)(第1号証)

(2) 決定書謄本(第2号証)

2 監督署長の提出した資料

(1) 療養補償給付たる療養の費用請求書写(第3号証)

(2) 休業補償給付支給請求書写(第4号証)

(3) 看護費用の額の証明書写(第5号証)

(4) 補償給付等実地調査復命書(昭和62年12月23日労働事務官M作成)写(第6号証)

(5) 同上(昭和63年7月8日同上人作成)写(第7号証)

(6) 同上(平成元年2月21日同上人作成)写(第8号証)

(7) 請求人からの聴取書(昭和63年10月24日同上人作成)写(第9号証)

(8) 調査書(平成元年3月16日同上人作成)写(第10号証)

(9) 診療経過一覧表(昭和63年6月27日同上人作成)写(第11号証)

(10) 請求人あての治癒認定通知書(平成元年2月23日付秩父基署発第57号の1)写(第12号証)

(11) 決定書(昭和62年8月25日埼玉労働者災害補償保険審査官O作成)写(第13号証)

(12) 労働者災害補償保険不支給決定通知書(昭和59年10月31日)写(第14号証)

3 審査官の提出した資料

(1) 請求人からの聴取書(平成2年2月22日審査官作成)写(第15号証)

(2) 労働者災害補償保険療養・休業補償給付等不支給決定通知書(平成元年4月21日)写(第16号証)

第6 事実の認定及び判断

平成2年労第195号
労働保険審査会
平成7年1月31日

時効による権利消滅を理由に
した不支給処分を取り消した
労働保険審査会の裁決書

主文

秩父労働基準監督署長が平成元年4月21日付けで再審査請求人に対してした労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)による療養補償給付及び休業補償給付を支給しない旨の処分はこれを取り消す。

1 本件再審査請求に至る経緯は、次のとおりである。

(1) 請求人は、昭和59年3月24日、埼玉県秩父市大字浦山地内の浦山ダム付替県道新設工事現場において、型わく外しの作業中、約2.5m下のコンクリート上に転落、「両側脛骨顆部粉碎骨折、第4腰椎圧迫骨折」と診断される負傷をした。

請求人は、この負傷は業務上の事由によるものであるとして、次表(注:前頁)のとおり、昭和59年3月24日から同年8月31日までの間の休業補償給付及び療養補償給付を請求したが、監督署長は、請求人は労働者とは認められないとして、昭和59年10月31日付けをもって、これらを不支給とする処分を行った。

請求人は、監督署長による上記の不支給処分(以下「前回不支給処分」という。)を不服として、昭和59年12月24日に審査官に審査請求をしたところ、審査官は、昭和62年8月25日付けをもって、請求人は労働者と認められ、監督署長の前回不支給処分を取り消す旨の決定をした。

監督署長は、この決定を受け、先に請求人から請求のあった休業補償給付及び療養補償給付について、改めて支給処分を行った。

(2) 請求人は、監督署長の前回不支給処分を取り消す旨の審査官の決定を受けた後、昭和62年9月11日に、昭和59年9月1日から同月30日までの期間について、休業補償給付及び療養補償給付の請求(休業補償給付については、第6回目の、また、療養補償給付については、第5回目の請求となる。)を、また、昭和62年10月19日に、昭和59年10月1日から昭和62年9月30日までの間の休業補償給付及び昭和59年10月1日から昭和61年6月11日までの間の療養補償給付の請求(休業補償給付については、第7回目の、また、療養補償給付については、第6回目の請求となる。)をしたところ、監督署長は、平成元年4月21日付けをもって、昭和60年10月18日までの期間に係る給付請求については、労災保険法第42条の規定による消滅時効期間2年経過後の請求であるため、既に給付請求権は時効完成により消滅しているとして、これを不支給とする処分を、また、昭和60年10月19日以後の期間に係る給付については、これを支給する旨の処分を行った。

請求人は、監督署長が時効が完成しているとしたこの不支給処分(以下「今回不支給処分」という。)を不服とし、再審査請求に及んだものである。

2 請求人は、当初の給付請求について、請求人は労働者とは認められないとしてこれを不支給とした監督署長の処分を不服とし審査請求を行った結果、審査官による原処分失当との取消決定により労働者性が

認められたことに伴い、取消決定後、改めて当初の給付請求に後続する期間について同旨の給付請求(以下「今回給付請求」という。)を行ったところ、審査官が取消決定をした直後の給付請求であっても、請求時に労災保険法第42条に規定される消滅時効期間を経過した期間に係る給付については、時効が完成しているとして、支給が認められなかったことを不服とするものである。監督署長が行ったこのような不支給処分が妥当と認められるか否かについて、検討し、判断すると、次のとおりである。

(1) 確かに、請求人は、休業補償給付についての第5回目までの請求及び療養補償給付についての第4回目までの請求に対して、そもそも請求人は労働者とは認められず、労災保険法による給付の受給資格がないとされ、不支給処分を受けた後においても、なお、後続する期間についての給付請求をすることは可能であったものであるから、時効期間が経過するまでに請求しなかった以上、監督署長が請求人の給付請求権について消滅時効が完成しているとしたことは、一般的には妥当なものであると理解し得るところである。

(2) しかしながら、本件は、請求人が監督署長の処分を不服として審査官に対して審査請求を行い、審査官は監督署長の当該処分は違法であるとしてその処分を取り消した事案についての後続の同種請求に関するものであり、このような場合においても、依然として上記(1)のような取扱いが認められてしかるべきか否かについては、当該後続請求を請求人が行わなかった事情、時効を主張する監督署長の労災保険実務処理上の事情等をも総合的に勘案して検討を行う必要があると考える。

まず、請求人が後続の休業補償給付及び療養補償給付を監督署長に請求しなかった事情についてみると、請求人は、前回不支給処分を受けるまでは、数度にわたりこれらの給付の請求をし続けていたものであるが、前回不支給処分において受給の基本的前提となる請求人の労働者性について否認されたため、これを不服として監督署長の当該処分の取り消しを求めて審査請求をしていたものであり、この審査請求において監督署長の当該処分が取り消されて請求人の労働者性が認められるまでは、後続の休業補償給付及び療養補償給付を監督署長に請求しても、前回不支給処分の場合と同様の理由により監督署長の不支給処分を受けることは火を見るよりも明らかであるので、まず、請求人の労働者性の容認を求めて前回不支給処分の取り消しの請求をすることが先決であると判断したことによるものと考えられ、このよ

うな請求人の判断は理解し得るところである。

上記のような場合においても、(1)の考え方により請求人の後続の休業補償給付及び療養補償給付の請求権が消滅するとすれば、請求人は、これらの請求権の時効による消滅を回避するためには、例えば休業補償給付であれば前回不支給処分までと同じように繰り返し給付請求を行い、これに対し監督署長は前回不支給処分とした請求と同事案であることから、直ちに不支給処分を行うことが予想されるが、不支給処分を受けてもさらに60日以内に審査請求を行うといったことを反復して行わなければならない。本件の場合には審査請求の段階で請求人の主張が容認されたのであるが、これが再審査請求、さらには訴訟の段階で容認されることもあり得るのであって、再審査請求及び訴訟の段階を含めて、上記のような措置をとり続けなければ請求権が時効により消滅するとなるのは、請求人に余りにも過大な負担を強要することになるばかりでなく、国にとってもこのような請求人の請求行為一つ一つに対応して行政処分等を行うことは、いたずらに事務の繁忙を招くに過ぎないものというほかなく、また、労災保険法で認められている不服申立てや訴訟において当該給付を請求する意思を明確にしている請求人について、このような形式的な措置をとるか否かで労災保険給付の請求権が存続したり、消滅したりとするのは合理的であるとはいえず、結果として時効制度本来の目的から著しく逸脱するものになると言わざるを得ない。

(3) 一方、監督署長の労災保険実務処理上の事情をみると、監督署長は、労災保険給付の請求があった場合には、被災者が労働基準法上の労働者であるか否か、当該傷病が業務上のものであるか否か等、当該請求が労災保険給付の支給要件に該当するものであるか否かの判断を行うために、被災者の就労実態、災害発生状況その他保険給付の支給要件に関する事実の調査を行う必要があり、これらの調査結果を踏まえて当該請求に対して支給又は不支給の処分を行うものである。労災保険給付の請求件数は膨大なものであるため、これらの事実関係の調査について監督署長の負担の軽減を図り、監督署長の処分が迅速かつ適正に行われるものとするためには、支給要件の発生後できるだけ早期に請求が行われることが望ましい。労災保険給付の時効制度は、余りに遅きに失した請求については請求権が時効により消滅することとしているもので、労災保険事業の適正な運営のために不可欠の制度であることは言うまでもない。

そのような前提の下で本件についてみると、監督

署長が時効で権利が消滅したとする休業補償給付及び療養補償給付については、請求人の労働者性に関しては審査官の決定で明らかにされているとはいえず、その他の支給要件のなかには時の経過により判断に困難を伴うものがあることは推察し得るところであるが、そもそもの問題として、監督署長が請求人の労働者性を認めないとした誤った判断を示すことなく、当初から労働者性を認めていれば、請求人は当然当該給付の請求を行っているはずのものであり、したがって、これらの請求権が時効で消滅したとの理由による監督署長の処分は行われていないはずのものであると考えられるので、前記(2)の事情と合わせ考えると、監督署長は、消滅時効が完成する期間を経過した当該休業補償給付及び療養補償給付に関して、自らの誤った判断の結果招来されたこの程度の支給要件の判断の困難性については、実務処理上の工夫、努力で適正な対応を行うべきものとする。

(4) 以上を総合して判断すると、審査官が監督署長の処分を違法として取り消した本件事案についての後続請求である療養補償給付及び休業補償給付については、請求人が当該取り消し後遅滞なく後続請求を行っている限りにおいて、それらの請求権の発生した時点から労災保険法第42条に定める期間を経過しているとして時効による権利消滅を認めるのは、著しく不合理であるので、監督署長は、単に上記の期間を経過したという理由のみをもって、時効の主張は行い得ないとするのが相当である。

(5) 以上のとおりであるので、請求人からの今回給付請求に対する監督署長の処分のうち、時効が完成しているとして不支給とした処分は当を失するものであり、取り消しを免れない。

(6) なお、請求人は、昭和59年9月26日には、私病である脳出血を発症し、この治療のため、本件負傷の治療のため入院中であったH医院から転医し、S病院に入院しており、このS病院入院中に必要とされた付添看護は脳出血のためとも考えられるところであるので、請求人から今回請求のあった休業補償給付及び療養補償給付のうち昭和59年9月26日以降の分については、監督署長において、その支給の要否について精査を要するものと考えられることを念のため付言する。

よって本文のとおり裁決する。

平成7年1月31日

労働保険審査会

審査長 小田切 博文
審査員 山口 泰夫
審査員 小川 博



より広範な上肢作業に伴う 障害に対する認定基準

欧米でもRSIが大問題に

全国安全センター事務局



労働省は、1997年2月3日、昭和50年2月5日付け基発第59号「キーパンチャー等上肢作業にもとづく疾病の業務上外の認定基準について」(以下「旧認定基準」という)を全面的に見直し、新たに平成9年2月3日付け基発第65号「上肢作業に基づく疾病の業務上外の認定基準について」(以下「新認定基準」という—20頁参照)を発した。

労働省によると、「頸肩腕症候群を含む上肢の障害は、キーパンチャー以外の広範な職種においても発生している状況にあるため、医学等の専門家で構成される「頸肩腕症候群等に関する専門検討会」(座長 石田肇・日本医科大学名誉教授)を開催して検討を行ってきたところであるが、今般、その検討結果が取りまとめられ、発生職場の変化や発症した疾病の多様化等を踏まえ、より広範な上肢作業に伴う障害に対する認定基準の明確化を図る必要があるとする報告がなされたことを踏まえたものだという(ただし、この報告書の公表を労働省は拒んでいる)。

1995年8月には、中央労働災害防止協会に委託した「職場における頸肩腕症候群予防対策に関する検討結果報告書」がまとめられている(以下「中災防報告書」という。95年12月号に全文)。

この「まえがき」では次のように言っている。
「頸肩腕症候群については、従来からキーパンチャー、金銭登録作業従事者を中心に社会的関心が集まっていたところであり、労働省では「キーパンチャーの作業管理について」(昭39.9.22基発第1106号)、「金銭登録作業の作業管理について」(昭48.3.30基発第188号)に基づき、キーパンチャー等の健康障害の防止に努めてきた。

しかしながら、頸肩腕症候群の発生状況は、最近では業種、職種を問わず広く発生し、その予防対策の充実について各方面から検討を求められていた。このため、中央労働災害防止協会においては、平成3年度より5年間にわたり、頸肩腕症候群の発生状況の集計・解析、中央労働災害防止協会の賛助会員の協力によるアンケート調査、さら



インターネットのホームページでひろった欧米の「上肢障害」事情

には、事業場の実態調査等を行い、得られた結果をもとに、頸肩腕症候群の予防対策の検討を進めてきた。

今回の認定基準改正もこの中災防報告書を参考にしているものと考えられ、また、今後、上記2通達や「引金付工具作業要領」(昭50.2.19)、「VDT作業のための労働衛生上の指針」(昭60.12.20)等も含めた見直しや新たな予防対策指針が策定されることなども考えられる。

「上肢障害」認定基準の変遷

労働基準法施行規則別表第1の2(第35条関係)の「第3号」は、「身体に過度の負担のかかる作業態様に起因する次に掲げる疾病」を「業務上の疾病」として規定し、「4 せん孔、印書、電話交換又は速記の業務、金銭登録機を使用する業務引金付き工具を使用する業務その他上肢に過度の負担のかかる業務による手指の痙攣、手指、前腕等の腱、腱

鞘若しくは腱周囲の炎症又は頸肩腕症候群」、および、「5 1から4までに掲げるもののほか、これらの疾病に付随する疾病その他身体に過度の負担のかかる作業態様の業務に起因することの明らかな疾病」、を挙げている。

「第3号4」については、「第13号 電信手、タイピスト、筆耕手等の手指の痙攣及び書痙」とされていたものが、1988年の労基則改正により、業務・疾病の種類が一定拡大されたものである。

旧認定基準は、この「第3号4」だけを対象にしたものであったが、今回の新認定基準は、「第3号4または5」に該当する疾病かどうかを認定する基準と位置づけられている(ただし、新認定基準に該当しない疾病であっても、「第3号5」に該当する疾病はありうる)。

「作業方法によって労働者に生ずる健康障害としては、電信手痙攣、書痙等が古くから知られていたが、頸肩腕症候群という健康障害が社会的に問題となったのは、昭和30年代に入ってからであ

り、それはちょうどわが国経済の高度成長と軌を一にして多発し始めたものである。

本障害の多発をみるようになってから現在まで、既に30年近くを経過し、その間行政的にも医学的にも種々の対策と研究が進められてきたが、なお相当数の発生をみているのが現状である。

さて、本障害は、昭和30年代前半に事務作業の機械化が進み、電子計算機システムのうち穿孔機を使用してカードを穿孔する作業に従事するいわゆるキーパンチャーが多数排出するに至り、これらの者のなかに上肢、特に手指の障害を訴える者が出てきたのが最初であった。

これらの障害が、最初にキーパンチャー等の職種に主として発生をみたこともあり、『キーパンチャー障害』等の俗称で呼ばれた。また、医学的にみて疾病ではないとされていたこともあり、多種の診断名が付けられたが、漸次、腱鞘炎に次いで頸肩腕症候群という診断名に統一されてきた。

このように、上肢作業の障害として、当初は発病がキーパンチャー等打鍵作業者に限定され、その症状も筋・腱の炎症症状が中心であったが、作業条件の改善、規制によってこのような事例が減少するとともに、頸肩腕症候群の発生が、打鍵作業以外の職種である電話交換手、タイピスト、速記者、ベルトコンベヤー作業従事者、銀行窓口業務従事者等の比較的静的な筋労作を主とする職種に広がりを見るようになり、さらには保育所の保母等にも発生をみるようになった。

以上のような本障害の発生の経緯から、昭和39年9月16日付け『キーパンチャー等の手指を中心とした疾病の業務上外の認定基準について』(基発第1085号)通達によってはじめて認定基準が示された。

当時の本障害に関する医学的な解明がまだ不十分であったこともあり、この認定基準では、書痙とか腱鞘炎のような手指を中心とした症状で、かつ、医学的にみても比較的発症の明らかな疾病のみを対象としていた。

その後、『頸肩腕症候群』の認定基準の設定に関する検討が行われ、新たに頸肩腕症候群に関する内容を盛り込んだ改定認定基準が昭和44年10月

29日付け『キーパンチャー等手指作業に基づく疾病の業務上外の認定基準について』(基発第723号)として通達された。

さらにその後相当の期間が経過し、その間医学的な面での研究が進展し、病像等の解明もかなり進められたことから、再度認定基準の検討が行われた結果、昭和50年2月5日付け基発第59号通達により改正が図られた。これが現在適用されている認定基準である。(『労働省労働基準局編著『労災保険 業務災害及び通勤災害認定の理論と実際 中巻』1985)

以上は、あくまで行政当局サイドからの旧認定基準制定までの経緯である。現実には、きわめて大きな社会問題として、労・使、行政、専門家、法廷までを巻き込んだたいへんな経過がある。

とりわけ、『頸肩腕症候群』の病像・概念をめぐる専門家の間でも様々な論議が噴出したが、日本産業衛生学会頸肩腕症候群委員会(1971～1973)とこれに続く同学会頸肩腕障害研究会(1974～)等での研究成果によって職業性の「頸肩腕障害」という概念が確立されてきた。

この点については、別項の今井重信医師の講演記録をぜひ参考にしていただきたい。労働省は今日にいたるも「頸肩腕障害」という言葉を使わずに「頸肩腕症候群」に固執しているが、実務の現場では、実に様々な職種の労働者に発症した「頸肩腕障害」等の上肢障害を苦勞の末、業務上疾病として認定させる取り組みが全国各地で積み重ねられてきている(「頸肩腕障害」という疾病名のときに労基則別表第1の2の「第3号4」「第3号5」のいずれで処理しているかは、原処分庁の判断によりケースバイケースのように思われる)。

「上肢障害」発生・認定の状況

しかし、旧認定基準にいたる従来のすべての認定基準とそのもとでの行政運用は、補償の門をきわめて狭く閉ざしてきた。また、「長期療養者の適正給付管理」の名のもとに、さらには、「はり・きゅう治療制限」に便乗して、被災者に対する早期補償打ち切りが企られてきた。そのため、請求手続

業種別頸肩腕症候群発生(届出)状況・労災補償状況

業種	年度	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
製造業		49	70	77	54	47	85	62	86	75	98	81	68	55	67	43	25	39
建設業		7	6	10	9	1	10	10	9	4	4	3	7	1	5	2	4	3
運輸交通業		1	5	2	3	2	7	6	8	3	8	2	4	2	4	2	4	4
商業・金融・広告業		22	8	22	13	14	22	21	26	20	19	14	26	2	7	7	14	3
その他の事業		24	22	12	17	18	24	22	26	25	25	11	26	13	14	9	10	7
合計		103	111	123	96	82	148	121	155	127	154	111	131	73	97	63	57	56
*労災補償状況				439	344	250	274	310	332	264	304							

最下欄以外は「労働省業務上疾病調」による一休業4日以上、暦年中に発生(初めて診断)した疾病で翌年3月末日までに把握したもの。事業主から提出された労働者死傷病報告書を分析・再分類したもの。
最下欄は、決定年度別(発生年ではない)の労災保険新規支給決定件数一堀口俊一「頸肩腕障害」1992による。

を行ってから認定されるまでに1年以上もかかり、業務上認定と同時に治癒認定・補償打ち切りが通知されるというような事態まで生じ、事業主の無理解や妨害に加えて、業務上認定されるメリットがほとんどないということで、認定請求自体が抑制される状況になっているというのが実情であろう。

それらを踏まえうえて、別表の発生状況に関する統計をみてみよう。タイトルは「頸肩腕症候群」となっているが、「手指前腕の障害及び頸肩腕症候群」、すなわち労基則別表第1の2「第3号4」に該当する業務上疾病についての統計である。

これは、最下欄の「*労災補償状況」を除いて、事業主が所轄労働基準監督署に届け出た「労働者死傷病報告書」に基づくデータによるもので、その年(暦年)中に発生(はじめて診断された日)した疾病で翌年3月末日までに把握したもので、休業4日以上のものである(労働省「業務上疾病調」による。この数字は、毎年の「労働衛生のしおり」等で示されている)。1975年に旧認定基準が制定されているわけであるが、1978年以前は、労基則が改正される前の分類「第13号 電信手、タイピスト、筆耕手等の手指の痙攣及び書痙」について、1978年53件、1977年54件、1976年37件などとなっている。

最下欄の「*労災補償状況」は、堀口俊一「頸肩腕障害」(『第2版 労災職業病健康管理Ⅲ』1992 総合労働研究所)掲載のデータによるもので、休業3日以下を含む「労働省労働基準局資料より堀口作表」と記されている。これは、被災労働者からの請求に対して、監督署がその年度(暦年ではな

い)中に新規に支給決定(業務上認定)を行ったもの(したがって発生年でカウントされているのではない)についてのデータと思われるが、上の事業主の届出に基づくデータ(休業4日以上)のおおよそ1.9～3.6倍にのぼっていることがわかる。

残念ながら、労働省は「労災補償状況」に関しては、労基則別表第1の2「第3号 身体に過度の負担のかかる作業態様に起因する次に掲げる疾病」というくりでのデータ(96年9月号21頁参照)しか公表しないため、「第3号4」または「第3号5」という小分類についてのこれ以上のデータを入手することができない。

統計上でみると以上のような状況であるが、前述のとおり、請求しても認定されない、または、請求にも至らないケースが多々あることは、われわれの日頃の経験からも明らかである。

であるからこそ、「頸肩腕症候群を含む上肢の障害は、キーパンチャー以外の広範な職種においても発生している」(新認定基準に関する労働省発表文書)、「頸肩腕症候群の発生状況は、最近では業種、職種を問わず広く発生し、その予防対策の充実について各方面から検討を求められていた」(中災防報告書「まえがき」)という認識が生まれてきているのである。

欧米での「上肢障害」問題

実は、欧米でも、この問題は日本以上に深刻になっている(というよりも、日本では潜在化しすぎているものが、より表面に現われていると言った方がよいだろう)。

たとえば、アメリカでは、職業病のおよそ5分の3(30万2千件—1993年)が「手根管症候群(CTS=Carpal Tunnel Syndrome)のような反復性外傷関連疾患(Repeated Trauma)」(古谷杉郎「アメリカにおける労働安全衛生問題」労働法律旬報第1386号)であるとか、1989年の業務上疾病28万4千件のうちの52%が反復性外傷関連疾患である(甲田茂樹「米国における産業保健の現状と作業関連疾患」労働の科学51巻4号)、などと紹介されている。労働統計局のデータによると、年間平均雇用者数は1993年で9,193万人だから日本(1993年4,663万人)のおよそ2倍と考えてよいが、桁違いの状況である。1986年以降激増している手根管症候群は、プロイラー(鶏)や牛肉の加工などの食肉業界の解体作業から問題となり、やがて自動車組立作業で激増、電気製品組立工場などでも多い。例えば、あるプロイラー加工工場では、経営者の交代に伴い1ライン当たり処理鶏数を2倍にスピードアップしてから手根管症候群が多発、デトロイトのある日系自動車工場では、従業員の20%がこの病気で欠勤する事態にまで発展したという(宮尾克「米国で流行する手根管症候群(CTS)」労働安全衛生広報第566号)。

アメリカのデータも主に事業主からの報告に基づいているようだが、「労働安全衛生管理局(OSHA)が、手根管症候群の発症を隠していたり、過少報告した製靴業界に、1985年に400万ドルの巨額の罰金の支払いを通告したこと(アメリカでは労災を報告すると、とがめが少ないが、隠していたとなったら大変な罰を受けるので、わが国とは逆のようである)から、報告漏れの内部告発などを使用者が恐れて、しっかり報告するようになり、それらが全体として手根管症候群の発症の急上昇につながったと考えられている」と言われている(同前)。労働統計局の解説で、「これらの記録は、その年における労働災害(傷病)の経験を示すだけでなく、連邦労働省の現行の記録保存ガイドラインのもとでどのようなケースが労働に関連(work related)しているかということについての事業主の理解(の程度)も反映している」と指摘していることが、日本の状況と比べて興味深い。

また、スウェーデンでは、1989年の作業関連疾患認定件数(療養日数180日以上)総数54,053件のうちの約3分の2にあたる40,144件を腰痛・頸肩腕障害等が占めているという(宮北隆志「スウェーデンにおける産業保健の枠組みと労災認定のシステム」労働の科学51巻4号)。就労者総数が4,000万強のところで、腰痛・頸肩腕障害等で、請求件数65,728件の61%、審査件数46,519件の86%が認定されているという状況である。

ヨーロッパでは、RSI(Repetition(Repetitive) Strain Injuries=反復負担(緊張)傷害)という呼び方の方が一般的であり、アメリカでも労働者側のサイドでは、RSIを使う方が多くなってきているように見える。イギリスのロンドン・ハザーズセンターの1993年発行のブックレットでは、次のように説明している。

「RSIについてのあらゆることが、その名のとおり(repetition=繰り返し)論争の的となってきた。キーボード操作や他の様々な仕事による手、腕、肩や首の激しい痛み等の症状を示す職業性の筋骨格系疾患が、医師たちによってたくさんの名前をつけられ、人間工学者等も彼らの観点から説明しようと試みている。いくつかの例を挙げれば、作業関連上肢障害(Work Related Upper Limb Disorders、イギリスの当局者たちが現在支持している)、職業性過使用症候群(Occupational Overuse Syndrome)、蓄積性外傷障害(Cumulative Trauma Disorder、アメリカでは最も一般的な用語である)、難治性頸腕痛(Refractory Cervicobrachial Pain)等々。これらの用語のほとんどは、被災者が訴える現象を十分に説明することの困難さを示しているにすぎない。ロンドン・ハザーズセンターでは、過度の使用や誤った使用の結果である筋、神経、腱、軟組織に対するダメージをあらわす一般的な用語としてRSIを使っている。」

そして、RSIの症状、原因、診断と治療、予防対策、補償について解説している。イギリスでも、毎年RSIで障害給付を受ける者が約500件あるようだが、1990年の労働力調査で、過去12か月間に仕事による筋骨格系疾患にかかっている人々が75,000人を数えるとされているのと比べて少な

すぎると批判されている。訴訟でも争われているが、ほとんどは和解で解決していること、法定給付を上回る労働組合の協約獲得の取り組みなども紹介されている。

発生状況を示す統計数字は日本と欧米でかなりの違いがあるものの、疾病名のつけ方をめぐる混乱、適切な診断・治療の機会を得ることや「認定」の困難さ(レベルには差がある)などは非常に似通っていると言ってよいだろう。インターネットのホームページを検索すると、各国(オーストラリア、カナダ、フィンランド、オランダ、ニュージーランド、スウェーデン、イギリス、アメリカ)のRSIサポートグループを紹介したもの(<http://www.demon.co.uk/rsi/netrsors.html>)やアメリカ各地でRSIの治療をしてくれる医療機関等を紹介したもの(<http://engr-www.unl.edu/ee/eeshop/provide.html>)などもみられる。欧米では、このような状況も反映して、医療よりも重要と言ってよい労働現場で働く人のための人間工学に対する関心やサービスも圧倒的に高い。

新認定基準の内容と評価

そのような国際的状況をも踏まえて、今回の新認定基準の評価・活用について考えてみたい。

労働省自身は、主な改正内容として、次の3点を挙げている。

- ① 認定基準の対象とする業務、疾病の範囲等を明確化したこと。
- ② 業務過重性の判断に当たっては、発症前の業務量のほか、作業の質的要因も併せて評価することとしたこと。
- ③ 発症までの作業従事期間については、原則として6か月以上とするが、腱鞘炎等については、比較的短期間で発症することがあるとしたこと。

●対象疾病

新認定基準では、「対象とする疾病」を「上肢等に過度の負担のかかる業務によって、後頭部、頸部、肩甲帯、上腕、前腕、手及び指に発生した運動

器の障害(「上肢障害」という)」として、以下の10の疾病を「例示」している。最後に「など」をつけて、限定列挙でないこと—すなわち、10の疾病以外の診断名がつけられていても、「上肢障害」に含まれると判断されれば、新認定基準に基づいて業務上外の判断が行われることを示している。そして、前述のとおり、労基則別表第1の2の「第3号4」だけでなく「第3号5」に該当する疾病も含めるものとしている(新認定基準にいう「上肢障害」に該当しない疾病であっても、「第3号5」に該当する疾病はありうることはもちろんである)。

- ① 上腕骨外(内)上顆炎
- ② 肘部管症候群
- ③ 回外(内)筋症候群
- ④ 手関節炎
- ⑤ 腱炎
- ⑥ 腱鞘炎
- ⑦ 手根管症候群
- ⑧ 書痙
- ⑨ 書痙様症状
- ⑩ 頸肩腕症候群など

旧認定基準ではこまかく指示されていた「鑑別診断」についても簡素化された。旧認定基準では、「外傷及び先天性の奇形による場合のほか」以下の8疾病を挙げて「鑑別診断を慎重に行う」ことを指示し、これらに該当するものであれば「頸肩腕症候群ではない」としていた。

- ① 頸・背部の脊椎、脊髄あるいは周辺軟部の腫瘍
- ② 頸・背部及び上肢の炎症性疾患
- ③ 関節リウマチ及びその類似疾患
- ④ 頸・背部の脊椎、肩甲帯、及び上肢の退行変性による疾患
- ⑤ 胸部出口症候群
- ⑥ 末梢の神経障害
- ⑦ 内臓疾病に起因する諸関連痛
- ⑧ 類似の症状を呈しうる精神医学的疾患

これらの疾病の中には「当該疾病について別途に業務上外の判断を要するものもある」と明記されながらも、「頸肩腕症候群ではない」から業務上疾病ではないとする行政実務がまかり通ってき

たのである。今回の新認定基準では、「専門医からの意見聴取や鑑別診断等」が必要とされる「類似疾病」については、「加齢による骨・関節系の退行性や関節リウマチ等」だけを挙げている。また、上記のうちの①、⑦、⑧および「頭蓋内疾患」を挙げて、「上肢障害と類似の症状を呈する」が「上肢障害」には該当しない。しかしながら、これらに該当する疾病の中には、上肢障害以外の疾病として、別途業務起因性の判断を要するものあることに留意すること、としている（「留意事項」の5）。

このように対象範囲を広げたこと自体は積極的に評価できる。鑑別診断に重きを置き、労働省の言う「頸肩腕症候群」に該当するかどうかを「（一見）厳密」に吟味するような、旧認定基準のもとでの運用の実態が改められることを期待したいし、そのように働きかけていく必要があろう。

今後、新認定基準のもとでは、「頸肩腕症候群」に代わって「上肢障害」という用語が一般的となることが予想される。しかし、旧認定基準では、労働省独特の「頸肩腕症候群」の概念によって「頸肩腕障害」を葬ろうとしてきたとも言える。それが、新認定基準のもとでは、「出現する症状が様々で障害部位が特定できず、それに対応した診断名を下すことができない不定愁訴等の特徴とする」「狭義の意味」の「頸肩腕症候群を否定するものではない」としながらも、「頸部から肩、上肢にかけて何らかの症状を示す疾患群の総称としての『頸肩腕症候群』については、診断法の進歩により病像をより正確にとらえることができるようになったことから、できる限り症状と障害部位を特定し、それに対応した診断名となることが望ましい」（いずれも「留意事項」の2「診断名について」）としていることから、「頸肩腕症候群」自体を葬り去ることによって「頸肩腕障害」をも道ずれにしようとしているとも読めるのである。「頸肩腕症候群」、「頸肩腕障害」、いずれの診断名をも排除していく可能性である。

「頸肩腕症候群」か「頸肩腕障害」かということについては、たんに用語の問題というよりも、病気のとりえ方についての考え方の相違があることについては、別項の今井重信医師の講演記録

（23頁）を熟読していただきたい。新認定基準が上のように言ったとしても、事実としての職業性「頸肩腕障害」は絶対なくならないと断言できる。新認定基準の対象範囲の拡大が、かたちを変えた「頸肩腕障害」否定につながらないように監視していく必要性を強調しておきたい。

●認定要件

「認定要件」としては、次のいずれの要件も満たし、医学上療養が必要と認められること、としている。

- ① 上肢等に負担のかかる作業を主とする業務に相当期間従事した後に発症したものであること。
- ② 発症前に過重な業務に就労したこと。
- ③ 過重な業務への就労と発症までの経過が、医学上妥当なものと認められること。

そして、「上肢等に負担のかかる作業」、「相当期間」、「過重な業務」の判断基準を示している。

「上肢等に負担のかかる作業」については、次の①～④の「いずれかに該当する上肢等を過度に使用する必要のある作業」とされ、旧認定基準に比べて整理された。これは、中災防報告書の「解説」の1(2)のなお書きを踏襲したものであるが、中災防報告書では、「参考資料」として、下記に示したような「作業の一例」が示されていることに留意しておきたい（これまでなかなか業務上認定されなかった保育・看護作業なども含まれている。新認定基準ではこのような例示をしていない）。

- ① 上肢の反復動作の多い作業

【作業の一例】

- a 手指・手・前腕を早く動かす反復動作の多い作業
 - ・ コンピューター、ワードプロセッサ等のOA機器、VDT機器等の操作を行う作業
 - ・ その他これに類似する作業
- b 筋力を要する反復動作の多い作業
 - ・ 多量の冷凍魚等の切断・解体等の処理を行う作業
 - ・ その他これに類似する作業
- c 上肢等の挙上保持と反復動作の多い作業

- ・ 製造業における機械等の組立て・仕上げ作業
- ・ 手作りによる製パン、製菓作業
- ・ ミシン縫製、アイロンがけ作業
- ・ 手話通訳作業
- ・ 給食等の調理作業
- ・ その他これに類似する作業

- ② 上肢を上げた状態で行う作業

【作業の一例】

- ・ 流れ作業における塗装、溶接作業
- ・ 天井など上方を作業点とする作業
- ・ その他これに類似する作業

- ③ 頸部、肩の動きが少なく、姿勢が拘束される作業

【作業の一例】（中災防報告書では「頸部、肩の動きが少くない作業」となっていた）

- ・ 検査作業（特に顕微鏡や拡大鏡を使った作業）
- ・ その他これに類似する作業

- ④ 上肢等の特定の部位に負担のかかる状態で行う作業

【作業の一例】

- ・ 運搬、積み卸作業
- ・ 保育、看護、介護作業
- ・ その他これに類似する作業

「相当期間」の判断基準については、「1週間とか10日間という極めて短期的なものではなく、原則として6か月程度以上をいう」として、旧認定基準とほとんど変更はない。「留意事項」の4で、「腱鞘炎等については、作業従事期間が6か月程度に満たない場合でも、短期間のうちに集中的に過度の負担がかかった場合には、発症することがあるので留意すること」とされた点が変更点である。

「過重な業務」の判断基準として例示されている内容は、後述の2点の変更のほかは、旧認定基準を踏襲している。業務量について、「同種労働者と比較して10%以上増加が3か月程度継続」、「1日20%以上増加が1か月のうち10日程度」、「1日のうちの3分の1程度の20%増加が1か月のうち10日程度」といった数字の羅列は全く根拠がないばかりでなく、認定実務にあたって数値化しやすい「労働時間」や「業務量」にだけ重きが置かれる原因となっ

ている。これは、脳・心臓疾患や腰痛等他の過労性疾患の認定基準をめぐる問題と同じである。

今回、変更点の第1として、「業務量の面から過重な業務とは直ちに判断できない場合であっても、通常業務による負荷を超える一定の負荷が認められ、次のに掲げた要因が顕著に認められる場合には、それらの要因も総合して評価すること」（「留意事項」の3(1)）とされたが、「顕著」を削除し、業務量と同じウエイトを置いた適切な運用が必要である。

- ① 長時間作業、連続作業
- ② 他律的かつ過度な作業ペース
- ③ 過大な重量負荷、力の発揮
- ④ 過度の緊張
- ⑤ 不適切な作業環境

変更点の第2は、比較対象について、旧認定基準の「同一企業の中における同性の労働者であった、作業態様、年齢および熟練度が同程度のもの若しくは他の企業の同種の労働者」が、「同様の作業に従事する同性で年齢が同程度の労働者」と変更されたこと（「留意事項」の3(2)）。企業全体が「過重業務」になっている場合等が問題にされてきたが、脳・心臓疾患等で問題になっているように、当該被災労働者個々人の事情を踏まえた判断（本人にとって過重であったかどうか）が必要である（「留意事項」の1「認定に当たっての基本的な考え方」は、両面から読める）。

●療養と予防

最大の問題は、基本的に旧認定基準を踏襲して、「おおむね3か月程度で症状が軽快すると考えられ、手術が施行された場合でも一般的におおむね6か月程度の療養が行われれば治癒する」としていることであろう（「留意事項」の6）。これは、全く現場の実態を知らない暴論である。

頸肩腕障害をはじめとした上肢障害は、医療や事業主・同僚の無理解、不適切な対応、妨害等が助長する面も含めて、きわめて予後が悪く、療養が長期化する傾向が一般的である。また、症状の軽快に合わせた段階的なリハビリ就労などの職場復帰もなかなか思うように進まない場合が多い。

行政の役割は、これらの妨害要因を排除して、適切な療養と職場復帰を援護することであるべきである。上記のような認識で、これまでと同様に、療養が必要な被災労働者に対する補償の早期打ち切りを画策することは、事態を一層悪化させるだけである。

また、何よりも予防対策を充実・強化することが必要である。「職場における腰痛予防対策指針」については、行政通達(平成6年9月6日付け基発第547号)によってその「推進」が図られているが、「頸肩腕症候群予防対策」を示した中災防報告書の方は、言わば報告書のまま棚ざらしにされてい

る状態である。少なくとも、腰痛予防対策指針と同様に、行政通達として明示し、合わせて関係通達等の見直しを行うべきである。

さらに、両予防対策をともに法令化することやそこで示された予防対策(とりわけ人間工学的対策など)を支援するための産業保健サービスのあり方を検討・充実すべきであると考ええる。全国安全センターおよび各地域安全センターでは、これまでも補償面等での被災労働者に対する支援と同時に、職場での参加型の予防・改善対策の推進を図ってきたが、今後一層その面での取り組みに力を入れていきたい。



基発第65号
平成9年2月3日
都道府県労働基準局長殿
労働省労働基準局長

上肢作業に基づく疾病の業務 上外の認定基準について

第1 認定基準

1 対象とする疾病

本認定基準が対象とする疾病は、上肢等に過度の負担のかかる業務によって、後頭部、頸部、肩甲帯、上腕、前腕、手及び指に発生した運動器の障害(以下「上肢障害」という。)である。

上肢障害の診断名は多様なものとなる考えられるが、代表的なものを例示すれば、上腕骨外(内)上顆炎、肘部管症候群、回外(内)筋症候群、手関節炎、腱炎、腱鞘炎、手根管症候群、書痙、書痙様症状、頸肩腕症候群などがある。

2 認定要件

次のいずれの要件も満たし、医学上療養が必要であると認められる上肢障害は、労働基準法施行規則別表第1の2第3号4又は5に該当する疾病として取り扱うこと。

- (1) 上肢等に負担のかかる作業を主とする業務に相当期間従事した後に発症したものであること。
- (2) 発症前に過重な業務に就労したこと。
- (3) 過重な業務への就労と発症までの経過が、医学上妥当なものと認められること。

第2 認定要件の運用基準

- 1 「上肢等に負担のかかる作業」とは、次のいずれかに該当する上肢等を過度に使用することのある作業をいう。
 - (1) 上肢の反復動作の多い作業
 - (2) 上肢を上げた状態で行う作業
 - (3) 頸部、肩の動きが少なく、姿勢が拘束される作業
 - (4) 上肢等の特定の部位に負担のかかる状態で行う作業
- 2 「相当期間」とは、1週間とか10日間という極めて短期的なものではなく、原則として6か月程度以上をいう。
- 3 「過重な業務」とは、上肢等に負担のかかる作業を主とする業務において、医学経験則上、上肢障害の発症の有力な原因と認められる業務量を有するものであって、原則として次の(1)又は(2)に該当するものをいう。
 - (1) 同一事業場における同種の労働者と比較して、おおむね10%以上業務量が増加し、その状態が発症直前3か月程度にわたる場合
 - (2) 業務量が一定せず、例えば次のイ又はロに該

当するような状態が発症直前3か月程度継続している場合

イ 業務量が1か月の平均では通常の範囲内であっても、1日の業務量が通常の業務量のおおむね20%以上増加し、その状態が1か月のうち10日程度認められるもの

ロ 業務量が1日の平均では通常の範囲内であっても、1日の労働時間の3分の1程度にわたって業務量が通常の業務量のおおむね20%以上増加し、その状態が1か月のうち10日程度認められるもの

第3 認定に当たっての留意事項

- 1 認定に当たっての基本的な考え方について
上肢作業に伴う上肢等の運動器の障害は、加齢や日常生活とも密接に関連しており、その発症には、業務以外の個体要因(例えば年齢、素因、体力等)や日常生活要因(例えば家事労働、育児、スポーツ等)が関与している。

また、上肢等に負担のかかる作業と同様な動作は、日常生活の中にも多数存在している。

したがって、これらの要因をも検討した上で、上肢作業者が、業務により上肢を過度に使用した結果発症したと考えられる場合には、業務に起因することが明らかな疾病として取り扱うものである。

2 診断名について

上肢障害の診断名は、多様なものとなる考えられることから、記の第1の1に例示した以外の疾病についても、上肢障害に該当するものがあることに留意すること。

なお、「頸肩腕症候群」は、出現する症状が様々で障害部位が特定できず、それに対応した診断名を下すことができない不定愁訴等の特徴とする疾病として狭義の意味で使用しているものである。

また、頸部から肩、上肢にかけて何らかの症状を示す疾患群の総称としての「頸肩腕症候群」については、診断法の進歩により病像をより正確にとらえることができるようになったことから、できる限り症状と障害部位を特定し、それに対応した診断名となることが望ましいが、障害部位を特

定できない「頸肩腕症候群」を否定するものではないこと。

3 過重な業務の判断について

- (1) 「過重な業務」の判断に当たっては、発症前の業務量に着目して記の第2の3の要件を示したが、業務量の面から過重な業務とは直ちに判断できない場合であっても、通常業務による負荷を超える一定の負荷が認められ、次のイからホに掲げた要因が顕著に認められる場合には、これらの要因も総合して評価すること。

- イ 長時間作業、連続作業
- ロ 他律的かつ過度な作業ペース
- ハ 過大な重量負荷、力の発揮
- ニ 過度の緊張
- ホ 不適切な作業環境

- (2) 記の第2の3の(1)の「同種の労働者」とは、同様の作業に従事する同性で年齢が同程度の労働者をいうものであること。

4 上肢障害の発症までの作業従事期間について

上肢障害の発症までの作業従事期間については、原則として6か月程度以上としたが、腱鞘炎等については、作業従事期間が6か月程度に満たない場合でも、短期間のうちに集中的に過度の負担がかかった場合には、発症することがあるので留意すること。

5 類似疾病との鑑別について

上肢障害には、加齢による骨・関節系の退行性変性や関節リウマチ等の類似疾病が関与することが多いことから、これが疑われる場合には、専門医からの意見聴取や鑑別診断等を実施すること。

なお、上肢障害と類似の症状を呈する疾病としては、次のものを原因とする場合が考えられるが、これらは上肢障害には該当しない。しかしながら、これらに該当する疾病の中には、上肢障害以外の疾病として、別途業務起因性の判断を要するものもあることに留意すること。

- (1) 頸・背部の脊椎、脊髄あるいは周辺軟部の腫瘍
- (2) 内臓疾病に起因する諸関連痛

(3) 類似の症状を呈し得る精神医学的疾病

(4) 頭蓋内疾患

6 その他

一般に上肢障害は、業務から離れ、あるいは業務から離れないまでも適切な作業の指導・改善等を行い就業すれば、症状は軽快する。

また、適切な療養を行うことによっておおむね3か月程度で症状が軽快すると考えられ、手術が施行された場合でも一般的におおむね6か月程度の療養が行われれば治癒するものと考えられるので留意すること。



「上肢障害に基づく疾病の業務上外の認定基準」の主な改正点(労働省作成)

昭和50年2月5日基発第59号	平成9年2月3日基発第65号
1. 対象業務 (1) 指先でキーをたたく業務 (2) 上肢の動的筋労作 (3) 上肢の静的筋労作	1. 対象業務(次の作業を主とする業務) (1) 上肢の反復動作の多い作業 (2) 上肢を上げた状態で行う作業 (3) 頸部、肩の動きが少なく、姿勢が拘束される作業 (4) 上肢等の特定の部位に負担のかかる状態で行う作業
2. 対象疾病 キーパンチャー、金銭登録機を取り扱う作業など多くの発症をみた腱炎、腱鞘炎、書痙、書痙様症状、頸肩腕症候群。	2. 対象疾病 「上肢等に過度の負担のかかる作業者にみられる後頭部、頸部、肩甲帯、上腕、前腕、手及び指における運動器の障害」とし、頸肩腕症候群等にとどまらず、発症事例が多く報告されている上肢作業に伴う障害を対象とした。 (対象となる疾病) (1) 上腕骨外(内)上顆炎 (2) 肘部管症候群 (3) 回外(内)筋症候群 (4) 手関節炎 (5) 腱炎、腱鞘炎 (6) 手根管症候群 (7) 書痙、書痙様症状 (8) 頸肩腕症候群など
3. 業務過重性の判断 業務量が同種の他の労働者と比較して過重である場合又は業務量に大きな波がある場合。(業務の量的評価)	3. 業務過重性の判断 従来と同じ業務の量的評価のほか、次のような質的要因が認められる場合は、それらの要因も含めて総合的に判断する。 (1) 長時間作業、連続作業 (2) 他律的かつ過度な作業ペース (3) 過大な重量負荷、力の発揮 (4) 過度の緊張 (5) 不適切な作業環境
4. 発症までの作業従事期間 作業内容によって異なり、必ずしも一律ではないが、一般的には6か月程度以上。	4. 発症までの作業従事期間 原則として6か月程度以上としたが、腱鞘炎等については、作業従事期間が6か月程度に満たない場合でも、短期間のうちに集中的に過度の負担がかかった場合には、発症することがある。

頸肩腕障害

職業病の医学

今井重信

医療法人若林会副理事長・湘南中央病院名誉院長

ここに紹介するのは、労働者住民医療機関連絡会議が1991年8月10日に東京で開催したMSW(医療ソーシャルワーカー)労災職業病講座の第3回目「頸肩腕障害」で、今井重信医師(現在、医療法人若林会副理事長、湘南中央病院名誉院長)が行った講演を、編集部の責任で編集したものです。

私は、神奈川県藤沢市にある湘南中央病院で、整形外科医をやっています。それと横浜市の港町診療所で、週1回ですが、やはり整形外科医として、この診療所の創立のきっかけとなった「港湾病」等の問題についてフォローをしているという立場にあります(講演当時)。

私が「ケイワン」—これを「頸肩腕症候群」と言うか「頸肩腕障害」と言うかというのは、かなり本質的な問題を含んでおり、きょうはそれをお話するつもりですが—この頸肩腕障害について大量に扱ったのは、もうすでにかなり前のことです。最近の動向等についてお話しするとすれば非常に不適任であろうかと思いますが、言わば頸肩腕障害の初期—歴史的に初期の頃の様々な患者さんについては、一応診療等に携わりましたので、ご指名にあずかったのだと思います。

時間もあまりないようですから、頸肩腕障害についての基本的な理解ということに重点を置いてお話します。

整形外科的な「頸肩腕症候群」

まず、「疾病概念」というところから入ってみま

しょう。頸肩腕障害については、医学界の中でもさまざまな受け取り方があり、これは最初の頃からそうですし、現時点においても多分そうであろうと思います。言わゆる「頸肩腕症候群」という病名のつけ方と、「頸肩腕障害」とつけるつけ方が、根本的な考え方として違っています。

このことによって、最近はどうかわかりませんが、特に5年前、10年前までは非常に混乱を起こして、その障害を受けた方も非常に苦しい思いをしたという歴史的な経過を持っています。それを少しかいつまんで話しておきたいと思います。

実を言うと、頸肩腕症候群という病名は、整形外科医の領域の中では、多分戦後だと思えますが、かなり前からあります。そちらの方からお話しすると、いまの医学にとって病気であるかないかということの判定の基本になっているのは、病理学的なものなわけです。

例えば、がんであるかないかを判定するのに、症状を確認したり、胃透視とか胃カメラとかをやっても、進行したがんは別としても、それだけではがんであるという判定は医学的な根拠を持ちません。主には病理的、すなわち形態学的なものです。その分析によって初めてこれががん



あるということになるわけです。ですから正確に言う、そこで確定するまでは、がんであるというのはいくまでも疑いであって、病名としては確定していないということになります。こういうのを言わば病理学的な疾病概念というふうにしておきましょう。

現在の西洋医学の基本は、細胞病理学と言って、フィルヒョーという人が確立しました。人間の身体、生物の体はすべて細胞から成立していると。その細胞レベルにおいて正常なものとは全く変異した状態が生じたときに、しかもそれが何らかの方法で最初顕微鏡学的なものが多かったわけですが、はっきりと確認されたときに初めて疾病とみなすというように、いまの医学というのできているわけです。

すなわち、器質的な一先ほど言ったように細胞レベルでもいいし、もちろん組織レベルでも、器官のレベルでもよいのですが何らかの形態変化、それからもう少し範囲が広がると機能的な変化が明確に証明されたものが、病気であるということが、いまの医学の基本になっています。

もちろん整形外科も御多分には漏れず、そういう基礎の上にこれが病気である、これは病気でないということを判定しています。その概念の中に

「頸肩腕症候群」という病名もあったわけです。

労働衛生学的な「頸肩腕障害」

それに対して、「頸肩腕障害」と言う場合、違った考え方が背景としてあります。実際に、様々な労働現場で様々な症状や訴えを持って登場してきました。歴史的には、キーパンチャーや流れ作業、それから電話交換手等もありましたが、肩から腕その他にさまざまな訴えが出てきた。それに対して、整形外科の中では、正確に疾病としての位置づけがなかなかできなかったし、実はいまでもまだ確立した疾病としての位置づけは持っていないと言ってもよいと思います。

先ほど言ったような病理学的なもの、器質的な変化というものを、いわゆる「ケイワン」の患者さんの中に見出すことは非常に難しいことだからです。例えば、組織を取ってきて調べるということとはほとんどやりませんし、また必要もありません。調べてもそれ自体は正常細胞と特に変わりはないのです。そのために、従来の整形外科の中では、職業病としての頸肩腕障害は、ずっと位置づけを持たないまま、疾病ではないとか、疾病とはみなさないというような言い方がされていますし、いまでも大体そうだと思います。

しかし、実際に障害を持つ人はあらわれている。そこで、労働衛生学の側の方では、近代医学的な疾病の根拠はみつけれられていなくても、それは、ストレスに対する人間の反応として、やはり症状を持つ、苦痛を持つという状態であれば、それはやっぱり疾病とみなすべきであろうという考え方が徐々に登場したわけですね。

ひとつの概念的な言い方からすれば、病理学的な疾病概念ではなくて、原因論的な疾病概念であるという言い方ができるでしょう。何らかの原因—外的なストレスによって、人間の状態が、細胞レベルの病理的变化までは起こさないまでも、様々な変化を一すなわち障害を起こした、そういうのも疾病として認めるべきであるということが、労働衛生学ないしは公衆衛生学等の方から提起されました。

器質的变化—形態学的変化と言ってもいいですが—を起こしていない状態における機能的変化も、疾病として認めようという立場だと考えていただいて結構だと思います。

「病気」からのアプローチ

いまだにふたつの考え方は、各々の立場を主張するのみで、それほどすっきりとはまとまっています。

実は、正常な状態から、だんだんと、言わゆる西洋医学的な言い方でも言えるような器質的变化を伴った病気というかたちになっていくまでに、様々な段階があるということが理解されれば、この違いにしても統一的にとらえられると思うのです。人間ないし生体にストレスが加わったときに、まず最初に「反応」と称する—例えばダウンと音がすればびっくりする、これ自体は病的状態ではありませんね。これは「反応」です。寒い、鳥肌が立つ、これらは一種の反応です。すぐ戻るわけです。

そういう「反応」という状態があって、さらに、ストレスが続くと、「機能的な変化」をもたらす。「機能的な変化」というのは、またいろいろな場合がありますね。例えば、血圧が一時的に上がるとか、糖の状態などを調べれば、だんだん糖の変化が違ってくるとか、そのくらいの変化は生じる。これは「機能的な変化」と言います。この範囲までは、まだ可逆的に、元の状態に—「反応」の場合よりは遅いですが—も一戻ります。

さらにストレスが加わってくると、例えば、寒冷というひとつのストレスでも、最初は鳥肌が立つ程度、さらに進めば皮膚が真っ白になって、なかなか戻らないという状態になるでしょう。「機能変化」を起こす。さらに寒冷、冷たさなどというものが加わり続けると、ここに初めて凍傷という、皮膚なり皮下なりが顕微鏡で見ても明らかに病的な状態になる。これが「器質的な変化」なのですね。

いままでの病理学的な疾病概念というのは、このストレスに対して「正常」からだんだんと変わっていった最後の段階にならない限り、「病気」とはみなさないという立場です。どちらかと言う

と、非常に古典的な意味での、言わば臨床医学の一番最後の場面ですね。

これは実は、西洋医学—いまの医学のひとつのアキレス腱だと、私は思うのです。そこまでのいかないと病気とみなさなければ、予防などはあまり発達しないということはおわかりになるでしょう。

がんの問題をとってみてもわかります。いまでは大腸がんという状態になる前のポリープという状態あるいはその前に何か変化が起こっていないかということが重視されるようになっていきます。器質変化を起こしてがんになってしまったものまで待たないと病気ではないというとらえ方をしていると、なかなか予防というところにはいかない。そういう状態にしないためにどうすればいいのかという考え方を発達させる必要があるわけです。

「正常」からのアプローチ

「頸肩腕障害」という労働衛生学的なとらえ方、つまり原因論的な疾病概念の方は、もっと早い段階からとらえようとするわけです。「疾病」—「〇〇病」とまでは言わずに「障害」という言い方をしているのは、そのニュアンスがあるわけです。そういう状態から、もう異常だということをとらえようという立場だと思うのです。

ですから、病理学的な疾病概念というのは、「病気」からのアプローチなのですね。その中でもだんだんと予防やいろいろなものの必要性に迫られて、先ほどの大腸がんの話のように、だんだん正常の方へ認識を広げてきている。

「頸肩腕障害」というとらえ方というのは、「正常」の方からのアプローチです。正常状態からちょっとでも変わってきた状態のときには、もう警鐘を鳴らそうではないかという立場ですから。

両者は、本当は相対峙するものとしていてはまずいと思うのですが、いわゆる「ケイワン」について言えば、まだまだその点は両者はあまりきちんとかみ合った議論になっていないのが実情です。

ケイワンのある時期に、臨床医にかかったときに、これは病気じゃないという言い方をされる人が非常に多いのですね。それは、その医師が決し

て嘘を言っているわけではないのです。いまの病気のとらえ方から言えば、客観的なものがほとんど変化がない状態なのだから、まだ病気ではないという言い方をしているので、正直といえば正直なのです。それ自体は必ずしも責められるべき問題ではないと思いますが、やはり、もう少し「正常状態から」に近づけた物ごとの考え方をしないと、「ケイワン」というような疾病はなかなかとらえきれないと思いますので、少しややこしいお話をさせていただきます。

頸肩腕障害の定義

整形外科領域における「頸肩腕症候群」の定義というのは、次のようになっているわけです。すなわち、「頸部、上肢帯部、上肢の器質的変化により、疼痛、シビレ感、冷感、筋力低下、知覚障害等をきたす疾病群」ということです。

そして、明確になる別の病気がひとつでもあった場合には、なかなかこれを「頸肩腕症候群」という診断することは少ない。例えば、下にズラズラ書いてあるような疾病です。変形性頸椎症などという病気は、たいてい首や肩から腕にかけてのいろいろな症状を出す病気なのですね。こういう疾病ではないということが証明されないと、「頸肩腕症候群」という病名をつけてくれません。

ところが、労働衛生領域における「頸肩腕障害」というのは、頸部、上肢帯部、上肢に慢性的な作業負荷がかかることにより、疼痛、シビレ感、冷感とか同じような症状等をきたす障害群をすべて「頸肩腕障害」と呼ぼう。身体の中にどういった変化が起こっているのかという問題はいったん待ってでもいいわけです。待ってもよいと言うと変ですが、原因としてそこへ慢性的なストレスがかかっているという状態があったときに、人間が様々な示す症状や反応をすべていったん頸肩腕障害としてまとめてみようという考え方ですね。こちらの方が、確かにかなり広い状態ないしはかなり軽い状態も含められます。

なお、「鑑別疾患」について簡単に言うておきますと、こういうものがあつた場合には、確かに頸

肩腕症候群として診断されないことが多いのですが、それも程度問題です。

「変形性頸椎症」というのは、脊椎一背骨や首の骨や軟骨の一種の老化現象ですね。

「頸部脊髄症」というのは、その老化現象によって脊髄が何らかの圧迫を受けた状態。

「頸部脊髄根症」というのは、脊髄ではなくて、脊髄から出てきている神経の末梢神経が圧迫された場合によくこういう名前をつけます。

「頸椎椎間板ヘルニア」は、腰のヘルニアが有名ですから多分おわかりだと思いますが、椎間板という軟骨が飛び出してきて、やはり首から出ている神経を圧迫した状態をヘルニアと言います。

「頸椎後縦靱帯骨化症」というのは、これは日本にしかほとんどない病気ですが、頸椎の一部の靱帯が骨に変わってしまつて、それが脊髄を圧迫するわけです。

「胸廓出口症候群」というのは、鎖骨の上のところの奥の方で手の方へいく神経や血管が圧迫される病気の総称です。この中にもいろいろな病気があります。

「頸肋症候群」というのは、生まれつき頸椎には肋骨がないのですが、頸椎に肋骨が残った状態になっている人がいます。これを頸肋症候群と言っています。この場合にも、やはり手にシビレがきたりいろいろします。

「肩関節周囲炎」というのはわかりますね。言わゆる「五十肩」のことです。

「頸椎・頸髄腫瘍」というのは、これはめったにありませんが、頸椎といった場合は骨のことを言っています。頸髄という場合は脊髄ですから、神経のことを言っている。その腫瘍。これは悪性であれ良性であれ、腫瘍の場合ですね。

「パングースト腫瘍」というのは、これも非常に少ないですけれども、胸部にできた腫瘍が腋下のあたりに浸潤してきて、手をしびれさせる状態になった場合。これは悪性腫瘍です。

「上腕骨外上窩炎」、これは上腕骨上外窩炎とも言いますが、よく言われている「テニス肘」という状態です。手先をしょっちゅう使っているときに、肘の外側に圧痛を生じる。「テニス肘」という

のは、ウィンブルドンあたりのプロテニス選手が2時間も3時間も、人によっては5時間も握りしめて試合をするというところへ出てきたから、そう呼ばれて言われているだけで、何もテニスをやるというだけでなく、これはよく言うのですが一真面目な職員はよくかかります。主婦労働でも起こります。

「手部腱鞘炎」。歴史的に初めの頃は腱鞘炎という状態が、言わゆる「ケイワン」として認識された最初だったわけですね。手の周囲にある腱がはれる。この状態を腱鞘炎という。

「手根管症候群」というのは、手首のところで、ある神経が圧迫状態を起こす。これによって手の筋肉の麻痺とシビレを生じる。

他にもたくさんあるのですが、こういうものは、どこかに器質的な変化一形態学的な変化があつて、それによって症状が生まれているわけです。だから近代医学の概念の中ではっきり病気だととらえられる病気です。

ところが、言わゆる職業病としての「ケイワン」一ずっと歴史的にいろいろありますが、そのどれをとってみても、例えばレントゲンを撮ったらわかるというわけではない。血液検査したからわかるわけでもない。他の、例えば最近はやりのMRIをやり、CTをやってみたところで、これが原因なんだというのはいくら分析してみてもわからないわけです。だから、別の概念で病気をとらえるようにしないとなかなか難しいということなのです。

ケイワンの歴史的経過

そこで先ほど言ったように、労働衛生学的ななたちで病気をとらえようとする考え方が出てきました。

歴史的に言いますと、ケイワンの一番最初だと思われるものは、昔のツートン・ツートンという電信士の「書痙」というものです。最近でも書痙という状態はあります。どういう方に起こりやすいかという、美容師さんなどに起こりやすいですね。ハサミを使っているときでなくても急に手が

キューッと固まって動かない。開かない。これを「書痙」と言います。この状態は、筋肉の痙攣なわけですね。もちろん、ある時間が過ぎるとそれは解除されますけれども、そのときは非常に痛いし、機能障害になってしまいます。

社会的にも大きくクローズアップされて問題になったのが、昭和30年代に入ってから「キーバンチャー病」です。キーバンチャーも、現在のようにはボーンと押せるような軽いタッチではありませんから、ガチャンという感じのものだったわけです。主に手先を非常に強く動かすものですから、障害が出てくる場所はやはり手のまわりが多くて、内部の状態からいうと腱がはれるという状態が一番目立ったわけですね。だから、「腱鞘炎」という言い方が、その頃はされていました。この時期には、「頸肩腕障害」という言い方は比較적の少なかったのです。

その後、弱電関係などで流れ作業が導入されたり、電話交換などの職種に、今度は手先一手の部分だけではなくて、肩から腕にかけて症状を出すという人が非常に増えた。そこで初めて、「頸肩腕」一肩・腕・腕という言葉が生じたわけです。それも、整形外科で、いままで全然違った概念で言われていたわけですが、「頸肩腕症候群」という言葉があつたので、それと同じく「頸肩腕症候群」と言い始めたわけです。

ところが、病理的な変化というのはなかなか見つからなかったものですから、最初にふれたように、整形外科学会と産業衛生学会などの病気のとらえ方の対立が一混乱と言った方がいいかもしれませんが一始まったわけです。このときに、現在皆さんが「ケイワン」と言っているような病状と近いものとしての「頸肩腕障害」というのがかなり確立したのだと思います。

その後、コンピューター作業がかなり広がるようになって、手や上肢の問題はあるにしても、目の問題とかも加わったかたちで、「VDT障害」という言い方で病気をとらえつつあると思います。

作業によって異なる症状

ですから、「頸肩腕障害」と言ったときに、どこ
の場所のどういう症状と決まっています、こういう
ふうに出てきたら頸肩腕障害だというのは、実は
ないと言うと大げさだけれども、そういうふう
に考えなくてもよいということです。ストレスのか
かり方や作業形態などによって、出方は違うわけ
です。

例えば、キーパンチャーの頃には手先が主な力
を入れる場所であったから、手の腱鞘炎という病
状が一番目立ったわけです。その次は上肢から肩
にかけて全体に起こっている。VDTになってく
るとやはり目の障害やいろんなものなど…その作
業の内容によって病状というのは違うのだから、
原因のところ共通項を見出さない限りはなか
なか難しいわけです。そういう障害というのは、
いろいろな症状全部を含んで出てくる可能性も
あると考えてよい。

頸肩腕障害の典型的な症状は、と言われれば、
ある程度は言えますけれどもね。こういう症状で
あったら頸肩腕障害ではありませんかという質
問をされると、実は医者としては困ってしまう。
それはそうである可能性も多いにあるわけです。
それぞれの作業形態や作業の仕方や力の入れ方
や、その人の癖も含めて、全部を把握をしてみな
いと、この病状がその作業によって起こってない
とは言えない、ということがよくあります。そう
いうことをまず言うておきます。

頸肩腕障害を起こしやすい要因

そこで、作業の負荷、すなわちストレスの中の
共通項は何かということになります。ケイワンを
起こすストレスの共通項ですね。

いろいろな作業がありますから、必ずしもこれ
だけにこだわらないでいいとは思いますが、比較
的多いものをあげてみました。

まず、「単純反復作業」であるということ。常に
同じことを、大きい力ではなく小さい力でも、同
じことを繰り返しているというような作業。

次に、「上肢保持作業」というのは、要するに肘
が浮いているという意味です。少ししか浮かして

いない場合であっても、肘をついた状態とは全然
違います。

それから、「前傾姿勢の継続」というのは、事務作
業は普通こういう姿勢でやりますね。振り返って
している人はあまりない。だんだん前傾になって
いきます。前傾姿勢というのは、比較的大したこと
ないようにみえて、実は人間の頭というのは意外
と重い。重い頭を前に倒したまま、それを引っ張っ
ている持続的な筋力は意外と大きいのです。

上肢の保持一置いているのと保持しているの
とが全然違うというのも同じことです。置いてい
れば、筋肉は全然動いていない、働いていない。と
ころが浮かせたときに三角筋という筋肉は常
時緊張していないと落ちてしまうわけです。こう
いうことは、意外と大きいエネルギーと筋肉の持
続的な緊張を要するということは、覚えておいて
ください。

以上の3つの要素は、特定の筋肉や腱ばかりを
働かせているわけです。これが頸肩腕障害にな
りやすいひとつの作業形態の特徴です。

あとは、補助的な要因とも言えますが、決定的
になる場合もありますから一様ではありません。

ひとつは、クーラーの効きすぎ。これは寒冷と
いうことです。

それから照明不足。特にVDTなどでは、ディス
プレイの不鮮明などは非常に問題になるし、また
上からの照明などの問題も当然出てきます。

それからもうひとつは、いろいろな意味での精
神的ストレスです。これは単に手足やいろいろな
ものがどのように物理的に働かせられているか
というだけではなく、また、温度や照度はど
うであるというものは別に、職場環境や人間関
係その他さまざまな精神的なストレスというの
は、やはり頸肩腕障害を引き起こす引き金にな
ります。主要な原因とは言わないけれども引き金
になるし、なかなか治りにくい状態にしてしまう大
きな条件のひとつにもなります。

それから、同じことかもしれないけれども「リ
カバリー不足」。要するに、人間の労働は、昼間
いろいろなエネルギーを使って、夜には安静を
とって、つまり睡眠等をとってリカバリーすると

いうことで、一応一生がもつわけでしょう。この
パターンが崩れてしまい、肉体的にあるいは精神
的にも、リカバリーができないという条件が起き
てしまうと、やはり、出やすくなる。

こまめにちよつと休憩を置けば、同じ合計時間
あるいは同じ作業量の労働をしたとしても、比較
的に出にくいということもあります。疲労の蓄積
したいなものをリカバリーさせるシステムとい
うかソフトというかな、そういうものをきちんとは
め込んだかたちでいけば比較的にいい。それが
不足してしまうと確かになりやすくなるとい
うことですね。

以上が負荷要因です。最初の3つくらいが基本
的な負荷要因であり、後にふれたものは、それに付
随したような負荷要因と考えてよいと思います。

頸肩腕障害の症状

やや医学的な問題に入りますが、症状としては
非常に多岐にわたっています。ここにズラッと並
べましたが、実はこれ以外の症状で来た人
もいます。最近ではVDT障害などになると、多分
またこのパターンが若干違うだろうと思います。

例えば、だるさ、痛み、シビレ、冷感、脱力感、筋
力の低下、知覚障害など、まず「感じ」がおかしい。
それから、めまい、耳鳴り、頭痛、頭重、不眠、イ
ライ感、目の疲れ、根気がないなどです。以前に患
者さんたちにアンケートをとったときに出てき
たものを並べるとこれだけある。付随的なかたち
で腰痛というものも当然ありますが、ここでは除
いてあります。

必ずしも、この順序で、初めに挙げたものが多
くて、後の方がめずらしいという意味ではありま
せん。それから、時間的にこの順番で起こって
くるといってもありません。そこは間違えない
でください。みんな千差万別なので、あるひとつ
のパターンに必ずしもまとめられないのですね。

これらの症状をまとめてみると4つくらいに
まとめられるだろうと思います。

一番基本的なのが、「筋肉疲労症状」です。先ほ
ど言ったように、負荷が筋、腱に最初にかかって

いくことによって起こってきます。だるさ、痛み
あたりまでは筋肉の疲労症状というように考え
てよい。これは比較的初期の段階から起こってき
ます。凝りというのもありますね。

その次に、「局所炎症症状」です。筋肉が疲労し
た状態だけでは炎症というところまではいって
いません。もう少し疲労が積み重なってくると、
例えば先ほど上腕骨外上窩炎と言ったでしょう。
「炎」というのは炎症という意味です。例えばは
れてくるわけですね。あるいは押して非常に痛い
という状態になっていけば、これはたいてい炎症を
起こしています。

それから、筋肉そのものの筋膜炎という炎症を
起こします。筋肉というのはソーセージみたいな
ものですから、中に筋肉があって、外に膜がある
わけです。ソーセージのようにひとつの筋肉は
ちゃんとひとつの膜の中に包み込まれている。中
の筋肉はしょっちゅう動いていると、俗に言え
ば、膜との間にこすれが生じてきてそこに摩擦に
よる炎症が起きる。

腱鞘炎というの、これは炎症の状態ですね。だ
からこのときには痛みが一番大きい症状になる。

それから、脱力感などというのは、どちらかと
いうと筋疲労症状の段階だと思うのですが、筋力
が低下するということになると、痛みによって筋
肉に力を入れることを、頭が抑制してしまいます
から、その段階で握力計をギュッとやってもあ
まり力が入らない。本人が意外と痛いとは言っ
ていなくても、握力はかなり低下しているという状態
というのはありますね。そういう状態も、そろ
そろ炎症状態になってきていると思います。

もうひとつ、症状を非常に多彩にしているもの
としての「自律神経症状」があります。主には血管
を縮めたり開いたりする、あるいは汗をかかせ
たり乾かせたりする—これらはすべて自律神経で
す。冷感、めまい、耳鳴り、それからある種の頭痛・
頭重、不眠、イライラ感から目の疲れ、根気がない、
全部これは自律神経症状という範囲の中に入れ
てもいいと思うのです。次の「精神的な症状」とい
う問題の中にも一部オーバーラップします。

この段階に入りますと、筋疲労症状や局所炎症

症状の、こういう作業をしたのだからここがやられて、ここが痛いのは当然だろうというような、1対1の関連性はなかなかわからなくなってしまう。めまいがする、頭重がする、これは手の負荷とどう関係あるんだという感じになってきますね。症状が医学的に関連性をつけにくくなる。たいてい、この段階で、みんな担当医師からノイローゼだとか言われることになってしまうのです。

しかし、こういう症状、ある種の自律神経症状というのははっきりあり得るのです。特に、寒冷が加わったり、精神的ストレスが加わったりすると、そういう症状に発展しやすくなってきます。筋肉だけの負荷だったらそんなにはならないはずです。

あと、「精神症状」。イライラや根気がないとか、そういうものは、一種の精神的なストレス症状というふうにも考えてもいいです。だから自律神経症状と精神的な症状というのは非常に区別がしにくいですね。両者一種あいて、その頃になるとどうしても、みなやや鬱的な状態になってしまいます。これはなるのが当たり前です。

以前は、特に労働組合などの人から、これはちょっと精神的なストレス症状を起こして、若干鬱的だなどということ言うと、結構私なんかも非難されたりしました。そんなことはない。そういうことになる、作業で起こったということにならないじゃないかと言うわけですが、そんなことはない。人間は高等動物なのだから、ここが痛いとか、ストレスがずっと重なって精神的な症状を持たない方がおかしい。精神的症状はない、ないと否定ばかりしていて、逆に医学的には簡単に反論されて覆されてしまう。

あるということを認識しておかないといけない。それは、元々持っているのではなくて、そういう状態が続けばやはりそういう状態になるということもあり得る。だから早目に手を打たなければならないというふうに発想しなければならない。あるということを前提にして、では、なぜそういうふうになるのか。どうそういうふうにするかというふうにもっていかなければならないのかとい

うふうに、考えていくべきだということを、強く申し上げておきたいのです。

頸肩腕障害の診断方法

それから、医学的な意味で頸肩腕障害を診断する場合に、どういう手段があるのかということ。先ほど言ったように、血液をとってもわからない、レントゲンやCT、MRIを撮ってもわからない。血管が縮まっているだろうと思って血管をとってこようと考えたとしても、出したときにはちゃんと開いているから普通の大きさです。機能的に、そういうときに縮まっていたりするわけですから。サーモグラフィなどだと少しはわかるかもしれない。皮膚の温度などを示すわけで、確かに白ろう病などだと当然わかるわけですが、頸肩腕障害の場合には、そう簡単にパツとは出ないですね。

がんならば、細胞レベルでがん細胞を見つけたら、だれが何と言おうとがんとはっきりしているわけですが、頸肩腕障害ではなかなか少ない。ところがやはり、ある程度の判断基準というものはあります。具体的には、圧痛点、筋硬結、運動痛、上肢保持テスト、握力(瞬発、持久)です。

簡単すぎて、こんなものでわかるのかと思うかもしれませんが、まず、「圧痛点」です。圧痛がどの辺に出ているのか。それとどういうところに作業で負荷がかかっているのか。それがほぼ一致するようだったら、やはり疑えばよい。手の先ばかりを使ったキーパンチャーの方は、やはりここに圧痛が出てきました。上肢を保持していろいろやっていたら、当然この辺から先に出てくるとか、圧痛点をみれば、ないしは圧痛点の分布をみれば、ある程度の判断はできる。圧痛点があるから頸肩腕障害だと言っているのではないですよ。圧痛点と負荷ないしストレス、作業形態との関連性がある程度認められるということはかなり重要だと思えます。

次に「筋硬結」。圧痛というのはまだ炎症症状ですが、それがしばらくすると、筋肉が凝り固まってしまうという状態になるくらいです。これは人

によってずいぶん違います。凝りやすい人、凝りにくい人がいますからね。だから一概に言えませんが、圧痛点とよく似たものとは言えます。

「運動痛」というのは、運動をある関節に加えたときに痛みが出るかどうかということで、これもひとつの症状です。それによって圧痛だけではわからないものが出てきます。

「上肢保持テスト」というのは、腕を持ち上げて、30秒ぐらい目をつぶってじっとしていると、だんだん下がってくる。これは意外とこの辺の疲労の初期を検出しやすい方法です。器質的変化がないということがわかっていて、そういう症状が出ているようだったら、これは大分疲労症状が出ているなど。そういう疲労症状をみつけるために、比較的職場でも簡単にできることです。ただし、自分で見ながらやったら絶対駄目ですよ。自分で見ながらやると、何という人間というのは真面目なんだね一落ちようとするのを挙げようとする。挙げようとしたら絶対わからない。だから、目をつぶって他の人に見てもらおう。

それから握力ですね。本当は持久握力の方がいいのですが、持久握力をやると、次の日にあの医者は頸肩腕障害を悪くしたと言われるものだから、私はやりません。恨まれたくない。だから瞬発握力で一瞬発というのは、一気にギュッとやるやつ。瞬発力というのは、必ずしも筋力じゃないんですね。筋力は同じ程度にあっても、ある人は細い人に見えてもギュッとやったら50kg出る人もいます。この人は力がありそうだと思うても20kgくらいしか出ない人もいます。この瞬発力を、絶対値ではなく、左右差で判断します。20kg以下になってくるとやはりちょっと低過ぎますが、20kgだから低いということではなく、両方比べてみて大きく差があるということではないと意味がありません。例えば、利き腕の方が利かない腕よりも5、6kg落ちているということが意味があります。

鑑別診断

その次に、頸肩腕障害があるかないかは別とし

て、何か身体内部に他に病気がないかということ。を診断することを「鑑別診断」と言っています。そのための方法というのが、またいろいろあるわけですね。

具体的には、スパーリング・テスト、ライト・テスト、エデン・テスト、ROMテスト、神経学的検査、X-P検査などです。

前にあげた様々の病気の中で、レントゲンを撮ればほぼ一目瞭然わかるのが、変形性頸椎症、頸椎後縦靱帯骨化症、頸肋症候群、頸椎の腫瘍。それらはレントゲン検査をやれば、明らかにそういう状態があるかないかはわかります。

ところが、神経の働きを詳しくみないとわからないような病気もあるわけですね。例えば、頸髄腫瘍とか、頸部脊髄症、頸部脊髄根症、それから手根管症候群とかは、神経学的検査をやらないとわかりません。

スパーリング・テストというのは、首を後ろ、横に寝かせて、頭を上からギュッと押すんです。頸部脊髄根症を鑑別するためのものです。首のところから出てきている神経根というのがあって、そこから神経が分かれて手先の方にいきます。それが圧迫されて症状を誘発しているわけです。このテストがプラスに出るのであれば、頸肩腕障害があるかないかは別として、そういう病状がひとつ中にあるというのは明らかです。

ライト・テストとかエデン・テストというのは、胸廓出口症候群を鑑別するためのテストです。ライト・テストというのは、要するにホールドアップですね。エデン・テストというのは、後ろにペンギン様の姿勢をして、胸を張らせて、脈を診る。そういうポジションをとったときに血が通わなくなる、つまり脈が途絶えるかどうか。伝わらない状態であれば、これがプラスということになるわけです。そのときには胸廓出口症候群で、血管や神経が圧迫されている可能性がある。

ただし、そういう病状があったから頸肩腕障害でないとは言えないのですよ。ではなぜ鑑別診断を一所懸命やるのかというと、頸肩腕障害とそういう体の中の変化とが合併している場合があります。そうするといくら休養をとっても、それだ

けでは治らない。ヘルニアがあるのに休養だけとっていても治りません。だからその治療もやらなければならないわけです。そういう意味で「鑑別」ということは必要です。

その治療をやってスパッと治って、症状も全くなくなるようだったら、病気は頸肩腕障害ではなくてこれです。そのあたりは経過を全部みないとわかりません。レントゲンやテストの段階だけで判断しても、例えば、これがその病気だと思ってその治療をしているのに、なかなかよくなりません、とすれば今度は、負担による頸肩腕障害の要素もかなりあるんだと思わなければならないわけです。そういうふうに、1回みただけでスパッと何でもわかるわけではなくて、作業のやり方との関連性や経過一負荷をなくしたときにどの程度治ってくるのかとか、いろいろな経過で判断するしかないわけです。

頸肩腕障害以外の疾病がない、あるいは、他の疾病の治療することで決着がつけばいいけれども決着がつかないような場合には、やはりこれは作業対応やいろいろなものから出ている可能性があるから、そちらに目を向けなければならないと、こういう考え方をしていくわけですね。

頸肩腕障害の治療

治療については、だいたい皆さんおわかりになっていると思います。

「負荷要因の軽減または除去」。これは当然のことですね。

この中で、意外と「職場人間関係の改善」というのはかなり大きい重要なファクターだということを感じておいてください。

「リハビリ手段」の採用もいいですね。

それから、保温だとか運動療法だとか「各種の対症療法」。鍼灸も対症療法のひとつです。「対症療法」という言葉を使いましたが、最初にあげたような労働の中の原因をなくするというのが、基本的には「根本治療」です。

あと、やはり「精神心理的なコンサルテーション」。私も、初めの頃、その要素をどちらかという

とやや軽視していましたが、やはり重要だと思います。これは仲間がやる場合もあるし、ケースワーカーや医者もやらなければならないだろうと思います。

もうひとつは「職場復帰訓練」です。以前は休めば休むほど何か権利が主張できたような錯覚を起こした時期がありましたが、休めば休むほど駄目になるといまは思っています。いろいろな意味で、やはり職場の作業条件とか人間関係とかすべて含んだかたちで疾病が起こったり、また治りにくくなったりしていますから、その関係をどううまくつくるか。そのためには、やはり職場に存在しないとどうにもならないですね。離れていると、ボツンといたのではどうしようもない。だから、できるだけ早目に会社の人、それから労働組合の人なども呼んで、何とか半時間でもいいから、軽作業から、とにかく出られる状況がつかれないかということをしている模索した方がいいだろうと思います。

そうでないと、「だんだん職場が遠くなる」という言葉ではないけれども、そうになってしまう。必ずなる。いざ出ようとしたときには、今度は一種の精神的アレルギー反応が起こる。だからよく言うのですが、会社をいずれにしても辞める気ならいい、そうでないのならやはりできるだけ近づいた方がいいというふうに考えています。

会社の労務の人よりも医者の方がよっぽどスパルタ教育をしていると非難されたこともありますけれども、会社の方はスッキリしない方がいいと思っている場合があり、特に労災になっていけば負担もしなくていいし、休んでくれた方がよっぽどましだというふうに思っているところもありますので、必ずしも、大事にしろやとか、来ない方がいいよというのが、よいことであるかどうか分からない場合がある。ですからできるだけ、会社の担当の人と、それから労働組合の担当の人も、御本人も、やはりよくディスカッションして、できるだけ早く戻る方向にいった方がいいというふうに思います。

しゃべりまくりで終わってしまいましたが、以上です。



連載40

監督官労災日記

井上 浩

全国安全センター副議長

鉛中毒その他

1973年10月21日(水)晴

浦和次長来局。①昨日S化学の工場長と課長を呼び鉛中毒の決定結果を伝達、②帰社後Sの業務上決定理由を電話で聞いて来た。本省内田係長より電話。①一昨日日本省に来たのは総評立花常幹、それに信太氏と合化労連の深町氏。②主張は(イ)認定基準の数値は問題である、(ロ)業務外という積極的な証拠がなければ上ではないか、(ハ)審査請求するしかないので請求者の数値が欲しい(本省は「後で差し上げる」と回答)。③感じは温和であった、④上部の意見を聴きH病院の意見書のみ出すかもしれない。

11月22日(木)晴

11時に局を出てT氏と総理府に行く。1時間待たされる。(公務と無関係な陳情)1人で労働省へまわり内田係長に会う。

11月23日(金)晴

12:30~14:00 県評浜田事務局長来局。課長と2人で会う。浜田氏 ①先日はS化学の件で協議中であつたためあのような態度をとった、②S労組側は局長に会うまで決定はないと考えていた、③外であれば何の病気か知りたいと言っている、④交渉による進展はないと思う、⑤S労組に検討させ県評もそれにより態度決定。

浦和署労災課長より ①22日 S労組11名来署。上部団体等なし。②署長不在につき次長と課長で応対 15:55~18:00、③決定通知が早かったが検討したかと激昂、④署長に会いたい。局と本省へも行くこと。

11月26日(月)晴

愛知蔵相急死のため昨日内閣改造。また、運動に支障か? 熊谷署長来局 ①第2課長手術入院、K事務官高血圧、十二指腸潰瘍、②労災台帳書換え約300あり、③アルバイト2週間至急雇用したしと。

東京労災病院へ電話。I 難聴上外の件で副院長へ面会したいと。12月中旬大宮、秩父の2署中央監査の連絡入る。

11月27日(火)晴

通勤災害調査員配置をめくり、組合との対立続く。東京労災病院より電話。11月30日10時庶務課に来られたしと。最低賃金審議会労働者側委員として来局した県評浜田事務局長と個人的に話す。①S労組より交渉窓口を開いて欲しいという意向らしいものがある、②大島県議は政党議員として署に圧力をかけるといふことで、労働運動とは少し異なる。

(社会党と共産党ということが底流にあったかも？ここで県会議員による圧力という言葉が出てきたが、労基署にとっては全く圧力効果はなかった。もし、これが県知事の指揮下であればそうはいかなかったかもしれない。労災年金福祉協会発行の「年金ジャーナル」1995年54号誌上の座談会記事によると、松本岩吉氏(前出・元参事官)の話として、労働省設置直前の厚生省の吉武恵市労政局長が地方局署を知事の監督下に置くことを主張したと語られている。そして、「だから、私はそのとき吉武さんに申し上げたんです。昔、労働法は都道府県警察部にあって、これら出先機関の管理者の餞別集めの機関として利用されるおそれがあった。それはもう公然たる事実。そういうことにもなっていたのに、従来の官選知事が今度は選挙になる。そうなったら、一体この監督署というものは、票も集め、金集めもするということになるじゃないですかという話までしたんですが、」と反対したが駄目で、結局GHQの強い意向で局署は国直轄とされたという。それで県議の圧力にも屈しませんでしたのであった。川口署時代に増清鉄工所に島田

さんという人がいた。戦前は警部補で川口警察署の工場主任であったという。この人の話では評判の良い署長で1万数千円、悪い人で6千円位の餞別だったとのことである。島田さん自身は家1軒をもらったという。当時1万円あれば庶民は利子だけで食べていけると言われていたから大金である。当時は総理大臣の年俸が9,600円、大臣6,800円、局長4,650円のようなのである。なお、監督署と選挙であるが、大臣も務めたY元議員の選挙については、官房長より署長へ基準協会に働きかけるように直接電話があったことについては前述したと思う。しかし、実効については官房長も期待していなかったのではなかろうか。もちろん署長も声位はかけたかもしれないが、公務員であるから問題になるような迫力のあることはやっていないはずである。どちらにしても局署が国直轄であったことは良かったのではなかろうか。圧力については、戦前の具体例として、広島労基局長等を歴任された福島勇氏が1938年兵庫の工場監督官補時代の思い出として、「この頃県下の事業場で悪質な違反があっても、農政関係または商工行政面が重視され労働法規の違反が不問に付されることが間々ありました。ことにそれが有力事業場である場合、課長、警察部長まで決済がすんだところでは何らの理屈が示されず、知事の許で否決されることがありました。また警察部長の指示で監督計画が樹てられ工場臨検した結果は、警察署長その他警察の古手幹部の人事のハケ口を作る手段に使われ、悪質な違反があっても放置されるということもありました。」(労働基準行政25年の歩み93頁)と述べられている。

11月29日(水)晴

新しい通勤災害保護制度について係長以上

で打ち合わせ。斎藤監察官欠。課長より春日部署内野課長へT化学中毒の件調査指示。(T化学工業株。100人。組合なし。工業薬品、農業及び染料中間体製造。6月末から7月にかけて同一職場全員が罹病。ウイルス病に似る。4ニトロロイジンの使用を止めたなら平癒。健保扱いしている。T製薬系列。11月13日内山、会田調査。)午後1時大宮安全衛生課長と林業労働問題協議会に出席。埼玉会館。

11月30日(金)晴

午前東京労災病院牛尾副院長に難聴の件で面会。①溶剤ばく露の場合には徐々に来るはず、②突然来たのは血管が詰まったのではない、③聴力図がないので伝音系の故障か感音系の故障か不明、④溶剤が原因とは考えられない。ついでに鉛中毒についても意見を聴く。①鉛で筋委縮性側索硬化症となった例は40年前発表1例あり、②塩ビ工場従業員で血中鉛250、尿中鉛1,000~3,000でも自覚症も、まひも貧血もない患者がある。

(この頃の手帳の余白を見るといろんなことが書いてある。例えば松岡教授に会った週には「D局長(本省)反政府的と就任に反対あり。I押切る。W基準局長が順当)。何か次官発令の人事の機微に関するところのようである。また、中曽根通産相に会った横の余白には、「中小企業融資も種類が多いから適切に指導する人が必要だろう。」と言ったとある。4月14日の欄には、「17:35東武デパートの配送係服部氏へS化学工業から来たウィスキー2本返す。4月11日家族が誤って受取ったもの。」とある。これは鉛中毒関係である。変わったところでは、入間ロータリークラブニコニコボックスの会員からの徴収額基準表が次のように記入されている。

会員及び夫人の誕生日2,000円、結婚記念日3,000円、子供の大学入学と卒業3,000円、会社の新築、増築、増資5,000円、自宅の増築、新築3,000円、子女の結婚5,000円、会への無断欠勤500円、会の遅刻、早退300円、3月間出席80%未満3,000円、ユーモラスな失策300円

会員は1業種1代表とか言って入ることが難しく、この罰金とか祝金を払うことが名誉心をくすぐっているようであった。工場長で転勤後にもなお出席している人までいた。そして、実行は4つのテストに照らしてからとして、①真実かどうか、②みんなに公平か、③好意と友情を深めるか、④みんなのためになるかと4項目が書かれていた。もちろん私たちは会員ではない。私がロータリークラブという世界的な組織があることを知ったのは皮肉にも戦争中のことで、新聞の片隅にスパイか何かの疑いで当局が搜索したということを読んだからである。早死にした中元監督官(前出)によると、ロータリークラブに入れない人間がライオンズクラブを作ったと言って、おれも入ったよとはずかしそうに帽子をかぶって見せたことがあった。後にはずい分地方の小都市にまでもできて、罰金や祝金はロータリークラブより1けた少ないようであった。勲章と同じようでおかしくなるときもあった。)

12月7日(金)晴

午前と午後川口産業会館で新設された通災保護制度について説明。出席者 午前50人、午後130人。よく話せた。終って安田署長、平野労災課長と飲む。(通災制度について局長、課長から担当してくれと話があり、自由にさせて全く干渉しないならということで山本監察官と2人で引き受け、以後部内外部への説明会を皮切りに全体にわたってとり仕切ることに

なった。)この日浦和署でS労組の鉛交渉があったが、そちらへは斎藤監察官出張。組合の要求。①署長は局に鉛中毒の件について聞きに行ったというが、本当かどうか出勤簿を見せろ、②本省の回答の写をくれ、③業務外の理由を文書でくれ。

12月11日(火)晴

浦和市内労働会館で通災説明。午前50名、午後220名。快調。灯油2缶しか売らないと。(石油危機である。しかし、I産業柳川係長が工場長の命により運んで来る。工場長は中元監督官の仕事の関係者で紹介されたもの。現在も付き合いあり。)

12月14日(金)晴

発熱を推して熊谷署の監察に行くと、日を間違えて通知が行っていて驚く。夜、冷蔵庫の下にネズミがいて猫がつかまえる。

12月15日(土)晴

38.8度の発熱で休む。一日寝ている。夜、監督課の一倉監督係長が来て、I、Yの2氏も一緒に西池袋に飲みに行く。(苦しかったが仕方なかった。おかげで翌日も一日臥床。翌々日も同じ。)

12月18日(火)晴

草加文化会館で通災説明。430名。鼻つまり苦し。午後は帰って寝る。

12月19日(水)晴

春日部署監察。夕方、武蔵野会館で課の忘年会。(署ではあれほど来たお歳暮は、局ではほとんど来ず、ただ監察担当署から簡単な物が来るだけだった。これは監督課でも同じ。)

12月26日(水)晴

S化学工業H総務課長、O安全環境課長、N氏来局。①組合内で闘争派は孤立化の傾向、②鉛中毒後続4名請求手続きを開始。

課長…本日S労組が浦和署へ交渉に来るが行かなくてよい。しかし、21:20頃課長より自宅へ電話。浦和署の陳情団退去しないので行ってくれと。国道に出て車をひろい署へ。22:55着。労組側10名(2名帰った。)。署長は席にうつむいていて無言。退席するよう督促しても立てず。次長と課長いら立つ。強引に引き分けて23:30解散。人通りのない寒い街を4人で帰る。交渉に当たっては誠意と、知識と、勇気とが必要なり。

12月27日(木)晴

山本、斎藤両監察官と市川食堂で飲む。

12月31日(月)晴

小暮課長死亡のことを思うと、元気で今年も終ることができて、幸福というものだろうか。昨日に続いてカントを読む。ケインズ解説を読む。(私は幸福だろうかなどと書きながら、ソクラテスの言のとおり哲学者になりかかっていたのである。この頃、日本労働者安全センターに行ったとき、田辺製薬労組出身の岡本明保さんが私に言ったことがあった。総評に來ている労組幹部も、自分の出身会社の定年前に会社に復帰したがっている。でないと子会社へ行けなくなるからと。私たちから見れば、思うままに活動できて、うらやましい身分だと思っていたが、やはり苦勞があることに驚いたものである。その頃やはり聞いたところでは、地方の労組役員が最もなりたがっているのは、一に地労委の労働者側委員、二に労金の理事で、地方労働基準審議会の労働者側委員や、労災保険の参与、それに労災防止指導員ははるかに下位だということがすっかり来たものであった。それでも地方最賃委員はいく分か良いということで、胸をなでおろしたものであった。)



労働省が職員倫理規定を制定 携帯電話の安全使用通達も

労働省発表

平成8年12月26日

労働省職員倫理規程の制定について

「行政及び公務員に対する国民の信頼を回復するための新たな取組について」(平成8年12月19日事務次官等会議申合せ)では、各省庁において関係企業等との接触に関し不祥事の発生を防止し、服務の適正な執行を確保するため、公務員倫理規程を速やかに制定することとされたところである。

労働省は本日、労働省職員倫理規程を別添のとおり制定したところである。

労働省としては、関係団体等や職員に対して本規程の周知徹底を図り、より一層の綱紀の保持に努めてまいり所存である。

労働省訓第20号

部内一般
中央労働委員会
都道府県知事

平成8年12月26日

労働省大臣 岡野 裕

労働省職員倫理規定

労働省職員倫理規程を次のように定める。

(目的)

第1条 この規程は、関係企業等との接触等に関し

職員が遵守すべき事項等を定めることにより、職務執行の公正さに対する国民の疑惑や不信を招くような行為の防止を図り、もって公務に対する国民の信頼を確保することを目的とする。
(職員の基本的心構え)

第2条 職員は、すべて公務員は全体の奉仕者であって一部の奉仕者ではないことを自覚し、公正な職務の執行に当たるとともに、公共の利益の増進を目指して職務を遂行しなければならない。

2 職員は自らの行動が公務に対する国民の信頼に影響を与えることを自覚するとともに、職務の内外を問わず、その行動について常に公私の別を明らかにし、職務やその地位を私的な利益のために用いてはならない。

3 職員は、国家公務員法及び人事院規則14-8に定める手続により許可等を得て兼業を行う場合にあっても、公務に対する国民の信頼を損なうことのないよう留意しなければならない。

4 本省内部部局及び外局において課長及びこれに相当する職以上の職にある者並びに第6条第1項に規定する服務管理官(以下この条において「本省課長等」という。)は、この規程の遵守について、他の職員の範となるよう努めるとともに、他の本省課長等に対して、この規程の趣旨が徹底されるよう注意を喚起しなければならない。

(関係企業等の定義)

第3条 この規程において関係企業等とは、次の各号に掲げる者をいう。

(1) 次のいずれかに該当する企業又は事業主団

体(法人格を有しないものを含む。)の役員若しくは職員又は個人

イ 当該職員の職務に利害関係があること。
ロ 職員の地位等客観的な事情から当該職員が影響力を及ぼしうると考えられる他の職員の利害に関係があること。

(2) 労働大臣の所管に属する公益法人の役員又は職員

(綱紀の保持)

第4条 職員は、関係企業等との間で、次の各号に掲げる行為を行ってはならない。

- (1) 接待を受けること。
- (2) 会食又はパーティーに参加すること。
- (3) 遊技(スポーツを含む。)を行い、又は旅行をすること。
- (4) 転居を伴う異動及び海外出張等に伴う餞別等を受理すること。
- (5) 金銭(祝儀等を含む。)、小切手、商品券、中元、歳暮その他の贈答品(広く国民に配布される宣伝広告用物品を除く。)等を受理すること。
- (6) 自らが負担すべき債務の負担を行わせること。
- (7) 未公開株式の譲与を受けること。
- (8) 講演、出版物への寄稿等に伴う報酬を受けること。
- (9) 対価を支払わずに役務の提供を受けること。
- (10) 対価を支払わずに不動産、物品等の貸与を受けること。
- (11) 前各号に掲げるもののほか、利益や便宜の供与(社会一般の接遇として容認される湯茶の提供等を除く。)を受けること。

2 前項の規定は、職員が、対価を支払って会食をした場合又は職務上必要な会議等において会食をした場合等であって、次の各号に該当するときは適用しない。

- (1) あらかじめ第6条第1項に規定する服務管理官に届出をし、了承されたとき
- (2) 当該会議をした場合等の後に第6条第1項に規定する服務管理官に届出をし、了承されたとき(やむを得ない事情により、あらかじめ前号の届出をすることができない場合に限る。)

第5条 前条の規定は、職員の次の各号に掲げる者との間で同条第1項各号に掲げる行為について、国民の疑惑や不信を招くことの防止に留意しつつ、準用する。

- (1) 当該職員が影響力を及ぼしうる国又は地方公共団体の職員
- (2) 当該職員が影響力を及ぼしうる特殊法人等政府関係機関の役員又は職員

(服務管理官の設置)

第6条 この規程に基づく綱紀の保持の徹底を図るため、服務管理官を置く。

2 服務管理官は、別表の左欄に掲げる部局において、同表の右欄に掲げる者とする。

3 服務管理官の任務は、次の各号に掲げるものとする。

- (1) 綱紀の保持について、必要に応じ、職員に対し指導及び助言を行い、又は相談に応ずること。
- (2) 第4条第2項各号(前条の規定により準用する場合を含む。)(5)において同じ。)の規定に基づきなされた届出を受理すること。
- (3) 課長又は室長に対して定期的に職員における第4条の規定(前条の規定により準用する場合を含む。)の遵守に係る状況その他の職員の綱紀の保持に係る状況の報告を求めること。
- (4) 職員の綱紀の保持に係る状況について、必要に応じ、次条第1項に規定する総括服務管理官に報告すること。
- (5) 第4条第2項各号の規定に基づきなされた届出の内容等について、必要に応じ、第8条第1項に規定する綱紀の保持に関する委員会に報告すること。

4 服務管理官は、その事務を分掌させるため、服務管理官を補佐する者として他の職員を指定することができる。

(総括服務管理官の設置)

第7条 服務管理官の行う事務を調整するため、総括服務管理官を置く。

- 2 総括服務管理官は、大臣官房長をもって充てる。
- 3 総括服務管理官は、次の各号に掲げる事務を行う。

(1) 服務管理官からの報告に基づき、綱紀の保持に関して講ずべき措置についての企画及び立案を行い、必要に応じ、次条第1項に規定する綱紀の保持に関する委員会に報告すること。

(2) 労働大臣、政務次官及び事務次官に、綱紀の保持に係る状況について、必要に応じ、改善意見を付して報告すること。

(3) 服務管理官に対し、必要に応じ、助言及び指導を行うこと。

(綱紀の保持に関する委員会の設置)

第8条 職員に対し、綱紀の保持の徹底を図るため、綱紀の保持に関する委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

- 2 委員会に、委員長及び委員を置く。
- 3 委員長は、大臣官房長をもって充てる。
- 4 委員は、次の各号に掲げる者をもって充てる。

- (1) 大臣官房審議官
- (2) 大臣官房秘書課長
- (3) 大臣官房総務課長
- (4) 大臣官房会計課長
- (5) 中央労働委員会事務局総務課長
- (6) 第6条第1項に規定する服務管理官(内部部局に置かれる者に限る。)(その他大臣官房長の指名する者

5 委員長は、必要と認める者を委員会の審議に参画させることができる。

6 委員会は、職員の綱紀の保持のための方策の企画及び立案その他必要な事務を行う。

7 委員会の庶務は、大臣官房秘書課において処理する。

8 この規程に定める者のほか、委員会に関し必要な事項は、委員長が定める。

(違反に対する処分等)

第9条 服務管理官は、職員について第4条第1項(第5条の規定により準用する場合を含む。第4項において同じ。)の規定に違反すると認めるに足る相当の理由があるときは、当該職員の上司と連携して、直ちに調査を行わなければならない。この場合において、服務管理官は、必要に応じ、総括服務管理官に状況を報告しなければならない。

2 前項の場合において任命権者又はその命を受けた者(次項において「任命権者等」という。)は、必要に応じ、総括服務管理官又は服務管理官と連携して、直ちに当該職員から事情聴取を行うことその他必要な調査を行うことができる。

3 第4条第1項の規定に違反する行為があったと認められる職員から辞表の申出があった場合において、当該職員を懲戒手続に付すことにつき相当の理由があると認められるときは、任命権者等は、辞職の承認を留保し、総括服務管理官又は服務管理官と連携して、必要な実情調査を行う。

4 職員について、第4条第1項の規定に違反する事実が明らかになった場合においては、任命権者等は、当該職員について国家公務員法第82条に定める処分その他の必要な措置を講ずることとする。

附則

- 1 この訓令は、平成9年1月1日から施行する。
- 2 綱紀の保持に関する委員会の設置に関する訓令(昭和63年12月27日労働省訓第24号)は、廃止する。

別表

内部部局 施設等機関	大臣官房長が指名する者
産業安全研究所	産業安全研究所長
産業医学総合研究所	産業医学総合研究所長
労働研修所	労働研修所長
地方支分部局	
都道府県労働基準局	都道府県労働基準局長
労働基準監督署	労働基準監督署長
都道府県婦人少年室	都道府県婦人少年室長
公共職業安定所	公共職業安定所長
都道府県	都道府県職業安定主管課長(東京都にあっては労働経済局長、大阪府にあっては職業管理課長)
中央労働委員会事務局	中央労働委員会事務局長が指名する者

基安発第1号
平成9年1月8日
都道府県労働基準局長殿
労働省労働基準局安全衛生部長

自動車運転業務中の携帯電話 の安全な使用について

標記については、平成8年9月30日付け基安発第21号により、事業場における使用実態、安全上の問題点、安全対策等について、調査を実施し、その結果を別紙のとおり取りまとめたところである。

この結果によると、自動車運転業務中の連絡方法として、約8割の事業場で携帯電話が使用され、そのうち、9割近くの事業場において注意力が散漫になること、脇見運転、片手運転が行われること等の安全上の問題点が認識され、同じく8割近くの事業場で安全対策が講じられている一方、交通労働災害やいわゆるヒヤリ・ハットも散見されることが明らかとなったところである。

このように携帯電話は、事業者、各級管理者等が道路上を走行中の労働者に対し業務上の連絡をとる手段として広く普及しているが、その使用は、指揮命令のための手段そのものが危険性を伴うという新たな問題を有していることから、事業者として、安全対策を講じていくことが必要である。

については、交通労働災害防止対策の一環として、自動車運転業務中の携帯電話の安全な使用に関し、下記の事項を徹底するよう関係事業者等に対して指導されたい。

なお、労働災害防止団体に対して別添1(省略)のとおり要請を行ったので申し添える。

おって、自動車運転中の携帯電話の使用について、関係行政機関の指導内容等を別添2のとおり取りまとめたので、指導に当たった参考とされたい。

記

- 1 自動車運転中の労働者には、携帯電話の発信を行わず、安全な場所に停車してから発信を行わせること。
- 2 自動車運転業務中の労働者と事業場との連絡に携帯電話を用いる場合には、自動車運転者からの連絡を原則とすること。
- 3 自動車運転中の労働者には、携帯電話の電源を切るなどして、受信させないこととすることが望ましいこと。
なお、やむを得ず、運転中に受信させる必要がある場合、留守番電話サービス、応答保留機能等を利用させることが望ましいこと。
- 4 1から3の自動車運転業務中の携帯電話の安全な使用方法について、自動車運転者に対し教育すること。
- 5 自動車運転業務中の携帯電話の安全な使用について、必要に応じ、取引先等の理解を求めること。

別紙

自動車運転業務における携帯電話の 使用状況等に関する実態調査結果

- 1 平成8年10月に全国の都道府県労働基準局を通じて通信調査を実施した。調査対象事業場は、業務用自動車を10台以上所有する事業場275事業場で、その内訳は、表1のとおりである(省略、表3・4の「調査数」欄参照)。
- 2 業務用自動車の主な用途は、表2(省略)のとおりであり、営業(50.2%)、運搬・配達(49.8%)、出張作業(39.3%)の順となっている。
- 3 自動車運転業務中の連絡方法は、表3のとおりであり、事業場単位で見ると、携帯電話を使用する割合は77.5%で、公衆電話、無線通信を上回っている。
また、携帯電話を使用する割合を業種別で見ると、建設業(94.9%)、ビルメンテナンス業・警備業(87.5%)をはじめとして、ほとんどの業種で7割を超えている。
なお、陸上貨物運送事業と電気・ガス・水道業では、携帯電話を使用する割合は比較的低い

(それぞれ70.2%と、75.0%)が、無線通信の使用(それぞれ57.9%、87.5%)と合わせると、自動車運転中に連絡がとれる連絡方法が採られている割合は高い。

- 4 携帯電話を使用する事業場において、携帯電話を使用している業務用自動車の割合は、表4のとおりであり、2割以上の使用が59%と、自動車単位で見ると使用割合は必ずしも高くない。しかしながら、建設業では、4割以上の使用が28.6%であり、全体としても、4割以上の使用が20.3%となっている。

- 5 自動車運転業務中の携帯電話の使用に関わる問題点として、平成8年1月～6月の携帯電話の使用中の交通労働災害の発生件数は、建設業における2件のみであるが、携帯電話使用者から危険を感じた等の報告を受けたことがある割合(事業場で把握している割合)は、携帯電話を使用する事業場の5.6%となっている(表5)。

- 報告された危険は、
- ① ブレーキ操作の遅れにより前車に追突しそうなった、アクセルの緩み(速度の減少)により後続車に追突されそうなった等、アクセル・ブレーキ操作に関するもの
 - ② ハンドル操作の不適・ふれ、急カーブでのハンドル操作の遅れ等により対向車等と衝突しそうなったというハンドル操作に関するものに大別される。

- 6 携帯電話の使用について安全上の問題点を感じている割合は、携帯電話を使用する事業場の85.4%であり、大部分の事業場で問題意識を持っている(表5)。

その内容は、

- ① 注意散漫、脇見運転等の運転への集中力の欠

表3 自動車運転業務中の連絡の方法(複数回答)

	調査数	携帯電話 (自動車電話を含む)	無線通信	公衆電話	その他	うちポケ ットベル
①製造業	85 (100.0)	62 (72.9)	12 (14.1)	54 (63.5)	20 (23.5)	14 (16.5)
②建設業	59 (100.0)	56 (94.9)	9 (15.3)	31 (52.5)	21 (35.6)	20 (33.9)
③陸上貨物運送事業	57 (100.0)	40 (70.2)	33 (57.9)	32 (56.1)	7 (12.3)	5 (8.8)
④電気・ガス・水道業	24 (100.0)	18 (75.0)	21 (87.5)	10 (41.7)	9 (37.5)	9 (37.5)
⑤商業・金融業	28 (100.0)	18 (64.3)	3 (10.7)	13 (46.4)	12 (42.9)	11 (39.3)
⑥ビルメンテナンス業・警備業	16 (100.0)	14 (87.5)	9 (56.3)	9 (56.3)	5 (31.3)	5 (31.3)
⑦①～⑥以外の業種	6 (100.0)	5 (83.3)	3 (50.0)	3 (50.0)	2 (33.3)	3 (33.3)
合計	275 (100.0)	213 (77.5)	90 (32.7)	152 (55.3)	76 (27.7)	66 (24.0)

如

- ② 片手運転という操作方法の不適等が挙げられている。

- 7 携帯電話を安全に使用するための対策を講じている割合は、携帯電話を使用する事業場の77.0%で、8割近くの事業場で対策を講じている(表5)。

その内容は、

- ① 走行中の使用禁止(発受信は停車中に行う、走行中はスイッチを切る・留守番電話とする等)
- ② 走行中の使用制限(走行中である旨伝え、停車後再度連絡をとる、緊急時のみ使用、運転者以外の使用等)
- ③ イヤホンマイクの使用等が挙げられている。

別添2

関係行政機関等の自動車運転中の携帯電話の安全な使用についての指導内容

1 警察庁

- (1) 平成8年6月及び7月～9月の携帯電話の使用による交通事故の件数等を調査し、発表した。

(2) 平成8年10月11

日に道路交通法第108条(交通の方法に関する規則の作成)の規定に基づく「交通の方法に関する教則(告示)」を改正し、

「運転中に携帯電話を使用することにより、周囲の交通の状況に対する注意が不十分になると大変危険です。運転中は使用しないようにしましょう。また、運転する前に電源を切るなどして呼出音が鳴らないようにしましょう。」

との条項を加えた。

2 運輸省

平成8年8月に、バス、ハイタク、トラックの事業者に対し、携帯電話の使用実態アンケートを行い、9月に関係事業者団体に対し、当該アンケート結果を通知するとともに、

① 走行中の携帯電話の発信の禁止

② 携帯電話の置き

場所の確保、着信時の安全な場所に停車しての使用、留守番電話サービス機能等の使用について、指導を行った。

3 (社)電気通信事業者協会

IDO、NTTドコモグループ等が構成員である団体で、秋の全国交通安全運動時に自動車運転時の

表4 自動車運転業務中の連絡手段としての携帯電話の使用状況

	調査数	業務用自動車のうち携帯電話を使用している自動車の割合					
		携帯電話を使用	2割以下	2割超4割以下	4割超6割以下	6割超8割以下	8割超10割以下
①製造業	85	62 (100.0)	37 (59.7)	15 (24.2)	7 (11.3)	1 (1.6)	2 (3.2)
②建設業	59	56 (100.0)	30 (53.6)	10 (17.9)	8 (14.3)	5 (8.9)	3 (5.4)
③陸上貨物運送事業	57	40 (100.0)	25 (62.5)	7 (17.5)	1 (2.5)	4 (10.0)	3 (7.5)
④電気・ガス・水道業	24	18 (100.0)	11 (61.1)	4 (22.2)	2 (11.1)	1 (5.6)	0 (0.0)
⑤商業・金融業	28	18 (100.0)	11 (61.5)	2 (11.1)	3 (16.7)	2 (11.1)	0 (0.0)
⑥ビルメンテナンス業・警備業	16	14 (100.0)	11 (78.6)	2 (14.3)	0 (0.0)	1 (7.1)	0 (0.0)
⑦①～⑥以外の業種	6	5 (100.0)	1 (20.0)	4 (80.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
合計	275	213 (100.0)	126 (59.2)	44 (20.7)	21 (9.9)	14 (6.6)	8 (3.8)

表5 自動車運転中の携帯電話使用に関わる問題点等の有無

	携帯電話を使用	携帯電話使用者から危険を感じた等の報告を受けたことがある (5参照)	携帯電話使用について安全上の問題を感じている (6参照)	携帯電話を安全に使用するための対策を講じている (7参照)	携帯電話の使用時の交通労働災害の発生あり (平成8年1月～6月)
①製造業	62 (100.0)	3 (4.8)	52 (83.9)	52 (83.9)	0 (0.0)
②建設業	56 (100.0)	2 (3.6)	50 (89.3)	46 (82.1)	2 (3.6)
③陸上貨物運送事業	40 (100.0)	3 (7.5)	36 (90.0)	26 (65.0)	0 (0.0)
④電気・ガス・水道業	18 (100.0)	1 (5.6)	15 (83.3)	16 (83.9)	0 (0.0)
⑤商業・金融業	18 (100.0)	2 (11.0)	14 (77.8)	12 (66.7)	0 (0.0)
⑥ビルメンテナンス業・警備業	14 (100.0)	0 (0.0)	11 (78.6)	8 (57.1)	0 (0.0)
⑦①～⑥以外の業種	5 (100.0)	1 (20.0)	4 (80.0)	4 (80.0)	0 (0.0)
合計	213 (100.0)	12 (5.6)	182 (85.4)	164 (77.0)	2 (0.9)

携帯電話の使用について、全国紙に注意広告を掲載している。

また、小冊子「携帯電話マナー入門」において、自動車運転中の注意力の低下及び片手運転の危険並びに安全な場所に停車しての利用を訴えている。



VDT作業による腱鞘炎

東京●転医後不支給を審査官が撤回

Kさん(女性)は外資系の航空会社で、1990年8月から、コンピュータによるキーボード操作を中心とする航空機の団体予約業務に従事していた。同僚社員が一人退職したため、1993年8月からは、同僚が行っていたパソコンを使用する予約統計業務も担当するようになって、一挙に業務量が増大した。1993年11月頃から左手首が痛くなり、次第に左肘の方まで痛くなったため、近くの整形外科医院を受診した。診断は「左手関節部腱鞘炎」だった。

以後、就労しながら1994年6月まで通院したが、あまりよくならないので友人の紹介で亀戸ひまわり診療所に受診。この頃は左手をかばって作業するために右の手首も痛くなっていた。7月31日までは自宅から近い整形外科に通院していた。この整形外科の療養費は、すでに労災請求して初診の分から認定されていた。

当然ながら、亀戸ひまわり診療所での診療費も労災保険に請求した。病名は「左腕関節腱鞘炎」(「手関節」と「腕関節」は同じ意味)。ところが、中央労働基準監督署はこの請求を支給とした。整形外科の方は、7月31日まで療養費を支給している。Kさんは、8月になって症状がやや悪

化したため、1か月間会社を休業したが、この間の休業補償給付も不支給となった。

6月に亀戸ひまわり診療所を受診し、「手関節」から「腕関節」と診断名が若干変わったものの、同一の疾病が継続していたことは明白であるが、労基署からの説明は何らなかった。東京東部労災職業病センターも労基署交渉を2、3回行い、ひまわり診療所転医後の労災が不支給となる根拠を示すよう求めた。しかし、署側は具体的な理由説明ができないにもかかわらず、不支給処分を撤回しなかった。

Kさんは、決定を不服として審査請求を行った。そして1996年11月5日付けで、東京労災保険審査官は、中央労基署の不支給処分の取り消しを決定した。

理由は、整形外科医院とひまわり診療所の診断名は若干異なるが、「症状が同じであるにもか

かわらず、整形外科の部分のみ業務上と認めるのは整合性を欠く」というものである。当然のことながら、鑑定医も、「手関節」と「腕関節」は同一の部位のことと認めたとうえで、「傷病名並びに症状出現部位は一貫して」おり、「請求人の業務態様よりみて、別の原因によってこの一連の疾患が生じたものとするのは、妥当性に欠けるものと判断せざるを得ない」と明言している。

審査官に対する労基署の弁明内容から判断すると、①医師に対する不信、複数の上司や業務内容に対する不満、人事評価が低い、いじめ、いやがらせを受けている等と主張するKさんに対して予断と偏見をもち、それに基づいて、②発症後作業量が軽減しているのに症状を訴え続けている、③初診時の病変「左長、短母指伸筋腱の圧痛と腫脹」からひまわり診療所での「両側の長母指伸筋腱と長掌筋腱」に「病変部」が拡大していることをもって、「初診時の病態とは完全には一致せず、別の原因によるものと思われる」とする「専門医」なるものの意見を引っ張り出したようだ。まさに、予断と偏見に基づく行政処分と言ってよい。



OHS MS規格化は先延ばし

ISO●各国・地域の規格開発待ち

96年12月号で紹介したように、ISO(国際標準化機構)は、労

働安全衛生マネジメントシステム(OHS-MS)の国際規格化について、昨年9月にジュネーブにおいて国際ワークショップを開催するなど、検討を重ねてきた。ISO事務局は、同ワークショップの報告書を取りまとめ、それをもとに1月27-28日、ジュネーブでTMB(技術管理評議会)において今後の方針を、下記のとおり決定した。なお、TMBとは、ISOの規格作成の方針を決定する機関として、ISO副会長を議長とし、12か国の理事からなるものという。

× × ×
技術管理評議会(TMB)
決定D/1997
労働安全衛生(OHS)
技術管理評議会は、
1996年9月5～6日にジュネーブで開催された労働安全衛生マネジメントシステムの規格化に関する国際ワークショップ

の結果、ISOが労働安全衛生マネジメントシステムの国際規格を開発することについて、主要な利害関係者の支持がほとんど得られないことが示されたことに注目し、

そのような規格の開発の必要性が将来生じるかもしれないが、現時点では存在しないことを考慮し、

ISOプレティン(注:ISOの月刊誌)に今後情報として載せていくため、各国・地域レベルにおけるこの分野の規格の開発についてISO中央事務局に報告するようISO加盟団体に求め、

現時点においては、ISO内部では労働安全衛生マネジメントシステム規格の分野における作業に着手するためのこれ以上のアクションを取るべき

ではない、と決定する。
(中央労働災害防止協会新事業推進室の仮訳による)

指曲がり症追加申請へ 兵庫●調理員の手根管症候群にも注目

自治労が取り組んできた給食調理職員の指曲がり症公務災害認定闘争は、1988年12月の一斉申請を皮切りに全国で164名が請求を行い、1992年10月までに71名が公務上認定された(1993年1月号参照)。その後、公務外認定者の不服審査、公務上認定者のうち退職して症状固定した方

の障害補償請求が行われてきている。また、この闘争をきっかけとして職場改善の取り組みも大きく前進してきた。

一方、164名の一斉申請以降新たな申請はほとんどなかったが、ここにきてあらためて追加申請に踏み切る動きが出てきた。自治労兵庫県本部の運動に

医師として協力されている田島隆興医師にお話をうかがった。

× × ×
—今回はどのような取り組みになっているのでしょうか。

田島 過去の申請運動で自治労兵庫県本部傘下では20名が申請し、そのうち10名が公務上認定されました。公務外とされた方のうち何名かが不服審査を闘っています。退職された方は、要治療者を除き、順次障害補償請求を行っています。

今回は、県本部の決定に基づいて昨年の7月、8月に自主健診を行いました。この健診には、兵庫医療生活協同組合神戸診療所と私のところの田島診療所が協力してあたりました。受診者は150名程度で、まだ検診中というところですが、最終的に公務災害認定請求は60名程度になるのではないかと思います。ただ、申請に至らない方が指曲がり症ではないというのではなく、症状や本人の意思なども勘案してであることはいうまでもありません。

—かなり大規模のようですが、あらためて追加申請に取り組むことになったのは?

田島 これまで認定された方を含め多くの方を、神戸診療所と田島診療所で治療してきましたが、前回申請しなかった人でも症状の悪い人たちも多いこと、また、指曲がり症という職業病に対する認識が現場では当時いまいとつだった状況が、今日では改善されたことがあると思います。こうしたことはおそら

く兵庫県に限ったことではないでしょう。

—調理員における職業病として、手根管症候群に注目されているとお聞きしましたが、これはどういう病気なのでしょうか。

田島 手根管症候群というのはいろいろな原因で起こるとされているのですが、手をよく使う仕事、とくに握る動作の多い仕事の方に起こりやすい病気です。給食調理作業はその種の典型的な仕事です。手をよく使う仕事をしていると、手関節のところの神経が通っている手根管という「管(くだ)」が、じん帯などのまわりの組織が厚くなって圧迫されるようになり、その結果、手根管内の神経が圧迫されて小指以外の指の感覚が麻痺してくるようになるものです。親指の付け根の筋肉(母指球筋)がやせてくるのが特徴です。重い場合には手術が必要です。

この手根管症候群が、今回の受診者中の要精検者の10%にみられており、あらためて重要な問題だと考えています。

—労災として認定された例はあるのでしょうか。

田島 私の患者では、4名申請して、十三駅の阪急そばの労働者が1名認められただけです。他の3名も仕事との関係は明らかなのですが、認定当局が勝手に認定基準を作って認定を拒否しているのです。

こうした外傷でない非災害性の疾患の場合、常に「過重性」があったかなかったかが問題にさ

れますが、頸肩腕障害にしろ腰痛にしろ、過重性の認定基準には何の根拠もありません。しかも災害性の外傷の場合は、過重性があったかなかったか、その人が機敏であったかなかったか、体力があったかなかったかなどは全く問題にされないのですから、取り扱い方にあまりにも差がありすぎます。非災害性

の疾患の場合、労働との関連が一般的に認められるのならば、他の原因が明らかでない限り認定すべきです。

指曲がり症についてもこの点は全く同じです。指曲がり症や手根管症候群の認定問題はけっしてその病気だけの問題ではないのです。

(関西労災職業病1月号より)



会社が従業員の生命に保険 日本●団体生命保険Aグループ問題

従業員に不幸があると会社が多額の保険金が入るのが、団体生命保険(Aグループ保険)の問題である。この問題は、最初過労死相談から明るみに出て、過労死弁護団の水野幹男、大森秀昭両弁護士らが問題提起を続け、1996年6月以降多くのマスメディアもとおりあげ、昨年の労災補償をめぐるトピックのひとつになった。

商法第674条では、「他人の死亡によりて保険金額の支払を為すべきことを定むる保険契約には其者の同意あることを要す」と規定している。つまり、明治44年につくられた条文は、他人の生命に保険をかける場合は、当人の承諾が必要と明記しているのである。この理由には、①賭博目的に利用される可能性がある、②保険金目的の殺人事件を誘発する可能性がある、③他人

の生命を勝手に評価して取り引きの対象にする人格権の侵害になる可能性がある、などが言われている。

ところが、日本の多くの大企業は、従業員の生命にその従業員の同意なしに保険をかけ、死亡した場合の保険金が会社に入るようにしている。仮に、本人の形式的同意があったとしても、雇い主の企業から同意を求められたときに反対するのは困難で、真意に基づく同意とはどうい考えられない。

たとえば文化シャッターという会社は、生命保険会社8社に、従業員1人につき約5,000万円、住友電設は4社に約1億円の保険をかけていたが、従業員が死亡しても、遺族に保険金があることを隠したまま、会社が勝手に保険金を受け取っていた。昨年11月15日、名古屋地裁に提訴

各地の便り

された住友軽金属事件の場合、会社は保険会社9社に6,680万円が支払われる団体生命保険に加入していたが、遺族に支払った「退職金」は1,036万円、葬祭料は67万円にすぎず、会社と保険会社を相手に、保険金請求権が遺族にあることの確認を求める裁判を起こしたのである。

こうした団体生命保険の無節操ぶりは、朝日新聞などがキャンペーンを続け、多くの週刊誌やテレビ局(サンデープロジェクトなど)も取り上げた。これに対して、昨年8月29日、日本生命は「総合福祉団体生命保険」という新商品を発表した。しかし、こ

れは改善どころか、「ヒューマンバリュー契約」という名のもとに、「企業の経済的損失を保証する」として、企業の保険金取得を制度的に公然と認めさせようとするものである。

従業員が死ぬと企業が儲かるというしくみが横行するのは、考えるだけでもおぞましい。こんな保険が許されるなら、企業は安全衛生や過労死対策に真面目に取り組まない方が得だということにもなりかねない。

上柳敏郎(東京駿河台法律事務所)「健康と安全」Vol.5, No.1より転載させていただきました。



埼玉の鋳物工場で職場巡視 東京●初心者対象に3日間の通いコース



昨年12月7日から9日まで、飯田橋の中央労政会館を会場に、第4回東京労働安全衛生学

校を開催した。受講者は全体で15名。中小企業の労働者や労働組合役員などで、安全衛生学校

に参加するのは初めての方々だった。

前回から宿泊方式をやめ、3日間の通学方式に切り替えている。会場もわかりやすく交通の便のよいところを選んだ。

東京東部労災職業病センターが主催する安全衛生学校の基調は、実践的な職場改善のためのトレーニング。安全衛生活動への関わり方からはじまり、作業環境の管理と有害物質対策、作業姿勢と人間工学のセッションを通じ、職場点検のチェックポイントや具体的な職場改善方法などを学ぶ。そして、各セッションで学んだことをチェックリスト作りに反映させる。最終日には、実際の職場を訪問し、チェックリストを片手に職場巡視を行い、各グループで職場の改善事例報告と具体的な改善提案を発表する。

今回は、埼玉県川口市にある鋳物工場、榎友工社を職場訪問し、自作のチェックリストをもとに、職場の優れた改善事例をみつけ、対策の必要な点を短期と長期にわけて具体的な改善提案を検討し、各グループごとに発表した。

参加者から、「とてもよい企画だった。今後も組合員を参加させたい」、「具体的な改善事例がよかった」など好評な好評な意見もいただいている一方、「もっと休憩を」、「具体的な事例が足りない」等の反省すべき点も多くあった。今後もさらに充実させた安全衛生学校を実施していくつもりである。



全国労働安全衛生センター連絡会議

〒108 東京都港区三田3-1-3 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 新潟市東区通2-481 TEL(025)228-2127/FAX(025)222-0914

静岡●清水地区労センター

〒424 清水市小柴町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 阪神医療生協長洲支部 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 大分県労働者安全衛生センター

〒870 大分市寿町1-3 労働福祉会館内 TEL(0975)37-7991/FAX(0975)34-8671

宮崎●旧松尾鉱山被害者の会

〒883 日向市財光寺283-211 長江団地1-14 TEL(0982)53-9400/FAX(0982)53-3404

自治体●自治体労働安全衛生研究会

〒102 千代田区六番町1 自治労会館3階 TEL(03)3239-9470/FAX(03)3264-1432

(オブザーバー)

福島●福島県労働安全衛生センター

〒960 福島市船場町1-5 TEL(0245)23-3586/FAX(0245)23-3587

山口●山口県安全センター

〒754 山口県小郡郵便局私書箱44号