

待望の完訳本完成!!

労働における安全と保健

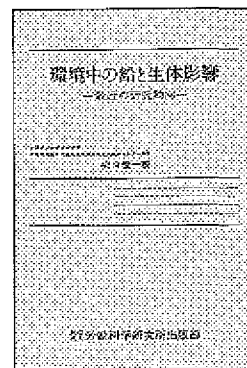
—英国の産業安全保健制度改革—ローベンス委員会報告 1970-72年

小木和孝・藤野昭宏・加地浩訳

A5版上製320頁 定価本体3,000円+税

(財)労働科学研究所出版部

〒216 川崎市宮前区菅生2-8-14
TEL(044)977-2121 FAX(044)976-8190



環境中の鉛と生体影響

—最近の研究動向—

堀口俊一 著

I 鉛中毒の歴史/II 鉛と環境問題 A5版100頁 定価本体1,200円+税
III 鉛および鉛曝露指標の測定方法
IV 一般環境(非鉛職場環境)におけるヒト生体試料中の鉛量
V 一般環境汚染と生体試料中の鉛
VI 小児の鉛曝露および鉛中毒
VII 鉛の生体影響
VIII 鉛中毒の予防
IX 鉛中毒の治療

(財)労働科学研究所出版部

〒216 川崎市宮前区菅生2-8-14
TEL(044)977-2121 FAX(044)976-8190



最新 労働安全衛生法

法は、労働の場での安全と衛生を確保し、労働災害を防止するために頻りに改正が行われ、規制の内容は複雑かつばう大なものになっています。本書は、法の全容を要説するとともに、解釈・適用上の問題についても最新の法令に基づき詳述したものです。

井上 浩 著

A5判 271頁 3,500円

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

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、個人・団体を問わず、年度会費で、1口1万円で1口以上です。「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ました。こちらも年度会費で、1部の場合は賛助会費と同じ年1口1万円です(総会での決議権はありません)。賛助会員には、毎月「安全センター情報」をお届けするほか(購読料は賛助会費に含まれます)、各種出版物・資料等の無料または割引提供や労働安全衛生学校などの諸活動にも参加できます。

●東京労働金庫田町支店(普)7535803

●郵便振替口座00150-9-545940

名義はいずれも「全国安全センター」

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

特集/じん肺をめぐる課題

終わっていない出稼ぎじん肺

重要な送り出し元での対応

神奈川県労働者医療生協港町診療所所長 天明佳臣—2

秋田県の出稼ぎとじん肺

秋田県出稼組合連合会副会長・秋田県議会議員 栗林次美—9

労働省じん肺関係新規施策に注目を

産衛学会研究会でも問題提起 ————— 13

じん肺診査ハンドブック改訂等に関する要望 ————— 14

じん肺に関するアンケート調査結果 ————— 16

じん肺有所見者に対する健康管理

教育のためのガイドライン ————— 20

日韓じん肺懇談会を開催

鉱山から製造業へ広がるじん肺 ————— 24

炭鉱じん肺被災者への支援活動 ————— 25

石炭鉱業から発生するじん肺の実態 ————— 27

労働組合からみた職業病の実態と対策 ————— 29

じん肺関係法令の日韓比較 ————— 33

連載 42

井上浩「監督官労災日記」43

各地の便り/世界から

労働省●介護補償給付額の引き上げなど ————— 47

東京●パソコン使用で腱鞘炎、2人目の申請 ————— 47

兵庫●「指曲がり症」第2次請求で決起集会 ————— 48

近畿●外国人労災—まだまだ悪質な事例 ————— 49

千葉●月例会で「みんなで職場見学」 ————— 50

インド●ボパール国際医学委員会報告 ————— 51

終わっていない出稼じん肺 重要な送り出し元での対応

天明佳臣

神奈川県勤労者医療生協港町診療所所長・全国安全センター副議長

全国安全センターと労働者住民医療機関連絡会議が合同で開催しているじん肺プロジェクトの第8回研究会を、2月15-16日の両日秋田県で開催した。初日は、千畑町の千畑クリニックを会場に、「出稼者のじん肺問題」をメインテーマに行った。研究会での天明佳臣氏(神奈川県勤労者医療生協港町診療所所長)および栗林次美氏(秋田県出稼組合連合会副会長・秋田県議会議員)の報告を紹介する。なお、同プロジェクトは、翌日公立横手病院に会場を移し、前(4月)号38頁で紹介した労働省によるじん肺診査ハンドブック・標準写真フィルム等の見直し問題などについて検討を行った。この問題に関しては、労住医連じん肺プロジェクトとしてアンケート調査を実施し、じん肺審議会に「要望書」を提出している。これについては、13頁以下を参照されたい。

私どものじん肺プロジェクトのいつもの会合は、プロジェクト・メンバーだけが集まってその時々課題について討議したり、情報交換などをする場なのですが、今回は出稼者のじん肺を議題としましたので、千畑クリニックの横井先生の協力を得て、会場も秋田の現地で開くことにいたしました。そして、わたしどもの討議に参加していただくように、こちらで出稼問題にかかわっておられる方々、千畑町議会議員や町役場の保健衛生課、産業課の職員、それに秋田県の出稼組合

の役員などの方々にもおいでいただいています。わたしどものじん肺プロジェクトに加わっているメンバーには、医師、研究者ばかりではなく、じん肺にかかわる職業病申請などの活動をしている人たちもいます。秋田の方々にも積極的に討議に参加していただくようお願いいたします。なお、今日参加しているプロジェクト・メンバーのうち首都圏から来ている人たちは、ここにご出席いただいている栗林次美さん(秋田県議会議員)、高橋隆さん(横手市議会議員)、それに今日はお

出稼者数	年	出稼関係重大災害ほか
戦後第1のピーク 298,000人 東京オリンピック 不況	1963 (昭38) 1964 1965 1967 1969 (昭44)	第1回全国出稼者大会(東京日比谷野外音楽堂) 建設業附属寄居舎規程(1968.4.1施行) 東京・新四つ木橋建設工事で事故(4.1)出稼者8名死亡、元請:間組 大阪・尻無川水門建設工事で事故(11.25)出稼者11名死亡、元請:熊谷組 殉職者遺族会結成、損害賠償提訴(1973.11 和解成立、平均900万円上積み)
米の第1次生産調整	1970 1971 1972	第7回全国出稼者大会=全国出稼組合連合会第1回大会
労働安全衛生法成立 戦後最大のピーク 342,000人 (列島改造論) オイルショック 雇用保険法成立	1973 1974 1976 1977 1978 1979 1980 (昭55)	秋田県湯沢市、最上松治郎氏の休日、宿舎内風呂場での脳出血に労災認定 栃木・大瀬建設工事で事故(2.1)出稼者6人死亡、元請:大林組 大阪・柳井建設宿舎で火災(6.24)出稼者12人焼死、遺族会結成 宮城・国道113号拡張工事土砂崩れ事故(11.25)出稼者7人死亡、元請:遊佐組 新幹線大清水トンネル工事で火災(3.30)出稼者など16人死亡 柳井建設宿舎火災損害賠償請求提訴 神奈川・角山嘉比古氏(酒造出稼)脳卒中労災申請(認定) 大阪・柴田久雄氏(秋田)脳卒中労災訴訟提訴 天明・斎藤・平野:出稼じん肺をめぐる問題点(第56回産衛学会) 平野・斎藤・天明:出稼じん肺に関する研究(第30回農村医学会) 斎藤・天明・平野: 同 第2報(第32回農村医学会)
米の第2次生産調整	1983 1984	150,000人 全国出稼者大会第20回記念大会

見えになっていませんが細谷昭雄さん(前参議院議員)たちの発意で立ち上がった「首都圏出稼者健康ネットワーク」のメンバーです。その他に、大分、愛媛、大阪などからも参加しています。

出稼関係の労働災害

さて、本題に入ります。まず上の表をご覧ください。1963年から1983年まで約20年間に起こった出稼関係の重大災害などが年代順に記載されています。出稼者が3K'sといわれる職場で働いていることを示す間接的な資料でもあると考えられるのですが、私たちが問題にしているじん肺は、この20年間のなかで、1980年代の初めまでの

どこかでトンネルや地下鉄工事などで働いた人に第一に注目しなければならないと考えます。なぜかと言いますと、工法の技術革新が進んで、1980年代になると現場の粉じん量が格段に減少しているからです。1980年頃までにそうした地下作業に従事した人たちが主なターゲットになるのですから、出稼者の年齢を考えても、そんなに時間的な余裕は、私たちにはないとしなければなりません。

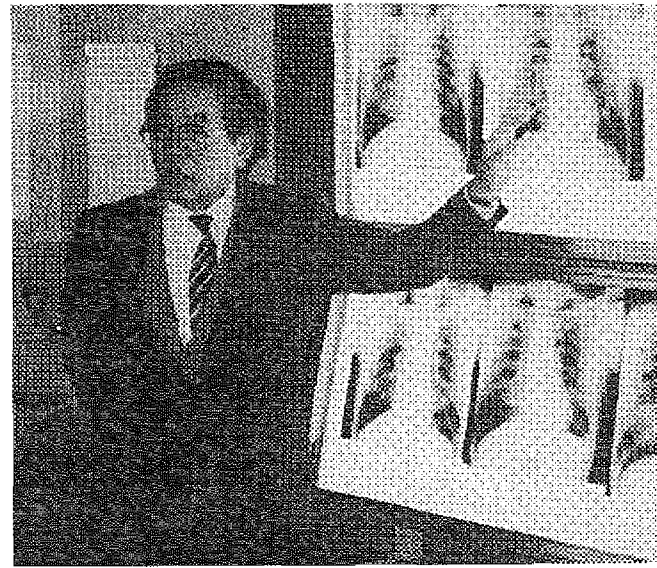
出稼者の過労死認定

いま少し、この表に関連した点を述べておきますと、3K's労働のなかで成人病を発病したり、増

秋田県羽後町と仙南村の出稼ぎ者の
出稼ぎ先産業と職種(134人)

建設業	ずい道建設	土工(42人)
	下水道建設	シールド工
	橋梁工事	鉄筋工
	ビル解体	型枠大工
	道路工事	潜函工(8人)
交通信号工事	交通信号工事	職職
	ビル建設	配管工、推進工
製造業	窯業	工員
	自動車製造	組立工
	紡績	
	ベニヤ製造	
その他	運送業	トラック運転手
	鉄道保線	保線軌道工

1982年調査



天明佳臣氏

悪させたりする出稼ぎ者は少なくありませんでしたが、その最悪の事例は過労死です。

1974年、秋田県湯沢市の最上松次郎さん(38歳)のクモ膜下出血が労災認定されています。これがおそらく、出稼ぎの過労死認定の第1号だと思えます。

1980年には、神奈川で私たちも取り組みました。新潟から出稼ぎに来ていた40歳の酒造り労働者で、私が、クモ膜下出血と労働との因果関係を書きました。いわゆる医証といわれる労働基準監督署に提出する書類です。しかし、その基礎となる被災者の作業条件や発病前の気象条件などを、現地に行って調査してくれたのは、ここにいる全国安全センターの古谷(杉郎)君たちです。このケースも労災認定されました。

しかし、その後の申請事例について労働省の対応は厳しくなるばかりのようにみえます。秋田県由利郡烏海町の柴田久雄さんは、大阪で脳卒中で亡くなるのですが(39歳)、1979年2月に労災申請し、労働基準監督署ではねられ、中央の審査会でも却下され、裁判に持ち込み、大阪高等裁判所で決着がつくのは1990年です。ここではふれませんが、この闘いの中で明らかになった労働条件の過酷さは、その後の作業条件改善の運動に活か

さなければいけません、なかなかそのようには残念ながらなってはいません。

出稼じん肺の取り組み

1981年、私たちは第30回日本農村医学会の総会で、出稼ぎ者のじん肺事例について発表しています。そのとき平野(敏夫)さんが勤めていた東京東部の病院で発見した出稼ぎ者のじん肺の事例です。

そもそも東京の東部は、中小企業工場の多いところで、また建設工事も多く、出稼ぎ者がたくさん来ている。そこでいままでも以上に注意深く職歴を聞いた結果みつけた事例です。次頁右上の表にまとめてあります。

これらの事例で、私たちが驚かされたのは、出稼ぎ者のじん肺の多くが、いわゆる急進性じん肺だったことです。普通じん肺は、ほこりを吸い込んでから10年、20年過ぎてから発生してくる慢性の呼吸器疾患ですが、この事例の多くは、わずか半年から1年の間に、じん肺所見が現われているのです。5年くらいのうちに高度のじん肺に進むおそれのある事例です。

要するに、粉じんの濃度が高く、粉じんの粒が

非常に小さくて、じん肺の進行速度が早いのに違いありません。

「隧道工事だけでなくビル解体も」

これらの事例で私たちが注目したもうひとつの点は、隧道工事ばかりでなく、ビル解体です。5番目の青森県の方などは、わずか3年の間に一3年

といっても冬だけの出稼ぎですから1年半と考えなくてはならぬわけでありまして、その1年半の内にじん肺所見が胸部のレントゲン上、2型にまで進行しています。

私たちが対象としなければならない業種・職種としては、やはりビル解体も重要なターゲットとして加えなくてはなりません。

ビル解体のじん肺は、他のトンネル工事じん肺とは違って、いわゆる珪肺—珪酸が多く含まれる砂を吸ったじん肺ではなしに、断熱材として使われている石綿による石綿肺もあるということに、私たちは注目しました。そのことは学会でも平野さんが強調し点であります。

したがって、大都会で進む建物のスクラップ・アンド・ビルド、解体作業に従事している、あるいは従事したことのある人たちも見落としてはならないことを、この報告は示唆しているのです。

秋田県の出稼じん肺第一号

私どもにとって秋田の出稼じん肺の第1号はどんな例だったかと申しますと、秋田の皆さんはご存知の方が多いと思いますが、羽後町の鈴木勇さんです。1980年のある日の夜に、私の家に、高橋良蔵さんから電話がかかってきました。高橋さんは、羽後町の酪農組合の幹部であると同時に、出稼ぎの問題に長年取り組んでこられた方です。家の光から『お父を返せ』という本を書いておら

東京東部K病院で発見した出稼ぎじん肺

症例	年齢	出身県	出稼ぎ作業歴	胸部X線所見
1	44	福島	下水道、昭47-55の間2年間	1型(1/2 l,p) F(+)
2	52	福岡	ずい道、昭30-56	3型(3/2 q,r)
3	57	茨城	炭鉱(14-47歳)、ずい道(48-57)	3型(3/3 p,q)
4	48	福島	下水道、溶接など19年間	1型(1/1 ll,p) F(+)
5	62	青森	ビル解体、昭52-55	2型(2/1 l,p) F(0)
6	56	鹿児島	土木関係さまざま、期間不詳	1型(1/2 l,p)
7	64	青森	ずい道、昭37-55の間の10年間	1型(1/2 l,p)
8	57	青森	ずい道、昭25-55	1型(1/2 l,p pl)
9	54	岩手	ずい道、期間不詳	3型(3/3 r)
10	57	新潟	ずい道、昭33-51	2型(2/2 p,l) F(+)

(注)表中のFは肺機能、記載のない者は未実施
平野、天明、斎藤、第30回日本農村医学会総会(1981.10)

れますが、「こういう患者がいるのだけれど、先生どうしたらよいだろう」というご相談でした。

山梨の現場で急に呼吸困難になった。大宮の息子さんに応援を求めて、大宮まで自動車まで連れてきてもらったが、とても苦しくてたまらず、とりあえず大宮の病院に入院。しばらく治療を受けて、ようやく羽後町まで帰ってき他というのでした。

仕事とは聞くと、トンネル掘りだということです。それはおそらくじん肺に違いない、と私は申しました。あとでレントゲン写真を見せていただくと、典型的な珪肺でした。これが、私たちのかわった秋田の出稼じん肺の第1号になりました。

その後、機会があって、羽後町に鈴木さんを訪ねたことがあります。いろいろな話が聞けましたが、ひとつ強く印象に残ったのは、飯場で働いていたときに、大分出身の人から、長年ほこりを吸い込んでいるといつかはじん肺という病気になるんだということは聞かされていたという話です。

豊後土工から教えられたじん肺

豊後土工(ぶんごどっこ)とは、大分の南の方の豊後地方の掘削工の方々であります。行ってみるとわかりますが、この地方は、漁業、農業だけでは、海岸線まで山が来ていて暮らしが立たないというところ、戦前から全国のトンネル工事に出ていっていた。

これは労働衛生あるいは職業病にかかわる医者として非常に恥ずかしいことと思わなければならないんですが、私たちの啓蒙活動によってではなく、豊後土工の人によって、鈴木さんはじん肺の知識を知っていたのです。おそらく、全国各地に散らばって働いている豊後土工の人たちは、そのような教育的役割を果たしているに違いないと思います。

だから、防じんマスクという話も出てはいたようなのですが、実際には支給されなかったようです。鈴木さんは、そんな話をしてくれた豊後土工のなかで一番親しかった人に電話をかけ、ついに俺もなったよ話をしたんだと言っておられました。

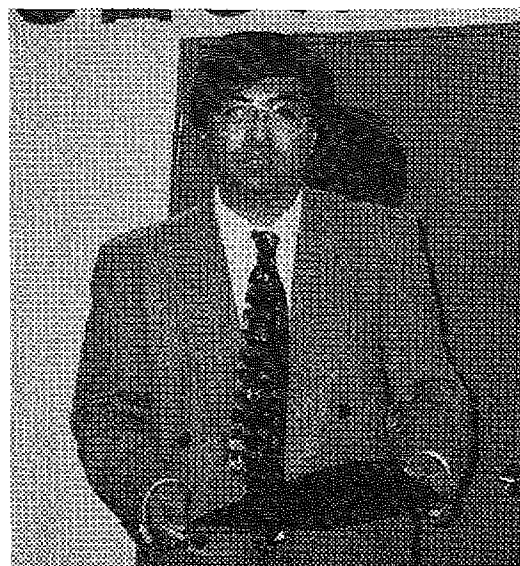
掘り起こしとフォローアップ

ところが、残念なことに、私たちの経験不足のために、2年後、鈴木勇さんは自殺してしまいました。だんだん息が苦しくなるばかりだ。ちっとも良くなないと、家族の方にはこぼしておられたそうです。自殺という結末になってしまいました。

認定後の患者のフォローアップの重要性を示唆しています。全国じん肺患者同盟の話でも、じん肺患者の自殺は大きな問題になっています。しかし、とくに対策もないまま、日常の仕事に追われて今日に至っているというのが、じん肺患者の自殺についての現状です。

出稼先産業と職種

その次に見ていただきたいのは、4頁左上の表です。これは、栗林さんと協力して、1982年に、羽後町と仙南村の出稼ぎ者の出稼ぎ先の産業の種類とその職種を調査したものです。調査対象は134名で、やはり圧倒的に多かったのは隧道工事現場に働きに行っている人たちで、134名の内の42名、大まかに言って3分の1の方は、土工として隧道工事に従事している。職種の中で意外だったのは、潜函工が8人もおられたことです。しかし、



千鶴クリニック所長の横井照彦氏

この方たちにはいろいろ面接調査もしましたが、潜函病が疑われるような症状はありませんでした。その土工・潜函工の外には、シールド工、鉄筋工、型枠大工、鳶職、配管工、推進工。それから、製造業では工員、組み立て。

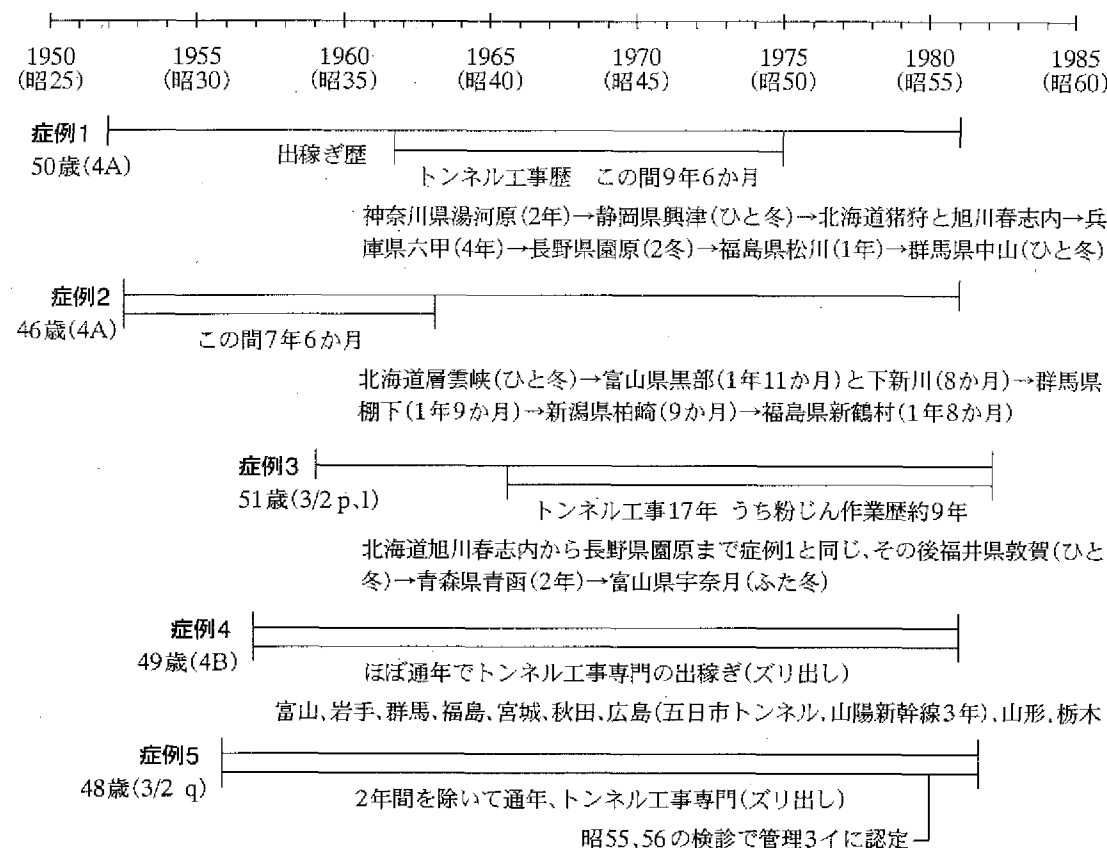
いずれも様々な職業病を考えての対応が必要な職種に従事している人がいることがわかりました。やはり、最大の問題は、じん肺であろうというのがこのときの調査の結論でありました。

1984年2月の第20回全国出稼者大会では、それまで私たちが学会で発表した秋田の出稼ぎじん肺を報告しています。いま受付にある『出稼運動の30年—全国出稼組合連合会の歩み—』(12頁写真)279頁から280頁に出ています。

秋田の武田正治郎さん、嶋田猛悦さんが管理4、大野金工門さんが管理3-イ、高橋銀一さんと藤田平次さんが管理3-ロに認定された事例です。レントゲン写真はあとでお見せいたします。

出稼歴とトンネル工事従事歴

次頁の図をご覧くださいと思います。これには、じん肺の病状の程度—いわゆる管理区分が書いてあります。4のBというのが一番進んだ状態



症例1-5の出稼歴とトンネル工事従事歴

です。

この調査ではどういことをめざしたかという、同じトンネル作業に従事したといっても、職種によって、じん肺の程度には、多少違いがあるのではないかとことを考えて実施したわけです。

しかし、昭和30年代、40年代は最初のトンネル工事といえば、あまり職種に関係なく、全部じん肺罹患の危険性は高いと結論づけざるをえなくてですね、症例4、5の方は「ズリ出し」といって、破碎した岩石の屑(ズリ)を坑外に持ち出すという作業をやっておられて、粉じん曝露という点では比較的好いのかと考えられた症例です。

ともかく、1980年代までに、トンネルの先端—いわゆる切羽で働いていた人たちは、ほとんど、このトンネル工事現場でも、大変な粉じんに曝露

されていたとみるべきです。

それから、症例1の方のように、神奈川県湯河原で2年、静岡の興津でひと冬、それから北海道、兵庫、長野、福島、群馬と移動しているような方がいます。この人たちは、元請もその都度変わっているために、働き先できちんとじん肺に対応することが非常に難しいと言えます。

もうひとつ、この方の場合、神戸の六甲の工事のときに、初めて防じんマスクが支給されたと言っておられます。急性じん肺がおきる背景、その時期の安全衛生の実態をうかがわせる話だと思います。

送り出し元での対応の重要性

私たちは、まだまだじん肺患者は潜在している可能性があると考えています。患者発掘のための努力を続けてやらなければなりません。しかし、この作業は、出稼先での対応ではまったく不十分です。

毎年、私と神奈川労災職業病センターの小野(隆)君と全国出稼者大会に出席して、そのたびごとに、「じん肺は慢性の病気であって、初期にはまったく自覚症状はないものだ。ある日、突然のように呼吸困難や息切れが起こってくる。そのときは、かなり進行した状態だ。だから、粉じん職場で働いた経験のある人は、ぜひうちの診療所に受診してもらいたい」という話をしてきました。しかし、出稼中に、じん肺健診のために私の診療所に来てくれる出稼者の方は、年に1~2人です。

私の年来の研究の結論ですが、出稼者の健康管理は、やはり、送り出し地—出身地できちっとした対応をしなければならないものだと思います。そういう意味では、千畑クリニックの横井(照彦)さんがこの地でクリニックを開いていただき、ひとつの拠点をつくっていただいたことが、どれだけ励ましになっているかわかりません。

秋田でのじん肺患者の掘り起こしに関して、今日と明日にかけて私たちがきちっと議論をして、これからの活動のやり方について決めていきたいと考えているところです。皆様方にも今後、様々な点でお願いをしたり、協力を要請することがあると思いますが、ぜひ御協力いただければと思います。

じん肺問題は過去の問題ではない

そろそろ時間がきたようです。さきほどお話しした秋田の出稼じん肺患者さんたちのレントゲンをお見せします。(胸部レントゲンフィルムを示して説明)

さらに3人の方の胸部レントゲン写真をお見せします。この人たちは、つい最近、私どもの診療所を受診した人たちで、現役の土木労働者です。出稼者ではありませんが、各地のトンネル工事現場で働いており、通年出稼者と同じです。これらの例は、じん肺が決して過去の問題ではないこ



肺の大切片標本を解説する斎藤竜太氏

とを示していると思います。

それから、もう一度繰り返しますが、ビル解体をしたことのある人たちにも注意する必要がある点です。数年前になりますが、東京の都心にあるビルの解体現場を見て驚きました。ビル自体はすっぽりとシートでおおわれていました。石綿を含んだほこりが周囲に飛び散ることを防ぐためです。それは必要な措置です。私が驚いたのは、その中で働いている労働者のほとんどが防じんマスクを着けていなかったことです。

じん肺問題はすでに現役を引退した人の問題でもありますから、関係する人たちの協力が不可欠です。秋田で成果を上げられれば、他の地域への波及効果も期待できるのではないかと思います。

一番最後に、年来私と一緒に仕事をしている仲間である斎藤(竜太)先生の方から、じん肺の病理標本を示して、説明していただきます。これは、大切片標本といわれるもので、実物のじん肺の標本です。私たちの首都圏のグループにとっては、恩師といってもいい労働科学研究所の副所長をしていただいた佐野辰雄先生がつくられたものです。

これで私の話をおわります。



(文責・編集部)

秋田県の出稼ぎとじん肺 出稼組合の掘り起こしの経験

栗林次美

秋田県出稼組合連合会副会長・秋田県議会議員

今日はお医者さんを含めてスタッフの皆さんのじん肺の研究会ということですが、出稼組合の活動家というわれわれみたいな人間と、本日会場に来て天明先生や横井先生に実際に診ていただいた患者の皆さん、それから、かつてそういう粉じん職場に入っていて今少し心配だという方もみえております。仙南村と千畑町、それから大曲市の方が今日の会場に来ております。

私どもは、出稼組合として、出稼ぎをめぐる様々な問題について取り組んでいる民間の団体であります。かつて出稼ぎが猛烈に多かった時期というのは、東京オリンピックのあたりから10年ぐらい、猛烈に多かったわけです。

今日は、高橋隆(横手市議会議員)さんという大先輩も来ているんですけど、そういう人たちが、この問題を何とかしなければならぬだろうと出稼ぎの現場を歩いてまわりました。というのは、いま天明先生のお話にありましたように、医学上の様々な問題やら、賃金不払いやら、非常に悪い宿舎で生活しなければならぬとか、様々な労働問題が凝縮されているようなところが出稼ぎの現場にあったわけです。ずっと現場を歩いてきた先輩の皆さんから問題提起を受けて、活動家としては第2世代に入っている私どもが、今そういう問題に秋田県内で取り組んでいます。

私どもは、もっぱら職場の環境改善、労働条件

の改善といった問題に取り組んできたわけですが、そういう問題ばかりじゃなくて人間の命と健康の問題をもう少しきちっとやらなければならぬだろうということを、むしろ天明先生の方から指摘されて、出稼組合として様々な取り組みを始めたということだろうと思います。ということで、もう7年になりますけれども、出稼者の就労先での健康管理の問題ということで、先生方にずっと職場を歩いていただいて、飯場、建設現場で、健康診断、健康指導をしていただくという取り組みが続いているわけでありました。

じん肺の問題も、私が最初に直接扱ったのは10年少し前になりますけれども、天明先生のお話に出た方たちに始まり、いままだじん肺の問題でわれわれのところに相談に来る出稼者の皆さんあるいは出稼ぎOBの方がおられるわけです。最近、トンネルの現場はだいぶ粉じんその他良くなったと言われていますが、かつて20年あるいは10何年前までは相当ひどかったという話を、実際現場に入った人から聞いています。そういった人たちが、いまは出稼ぎに行かなくなるとじん肺の病気が出てくるという状況にぶつかる機会が非常に多いわけです。そういう人たちの問題をやはり秋田にいる以上何とかしてはならぬだろうということで、力のない出稼組合ですけども取り組んできました。

今日は県内以外の方もたくさん来ておりますので、秋田県の出稼ぎの状況を、簡単にわかりやすくまとめた資料(省略)をお配りしております。かつては10万人と言われた時代もありますけれども、現在では、農業との関係で出稼ぎに行く人も少なくなってきたという状況です。ただ、非常に高齢化しておりまして、主力が50歳代後半という皆さんが、まだ出稼ぎで頑張っているという状況であります。秋田県の場合はだいたいきちっとした統計をとれるようになってきていますが、1994年度で県の推計で1万6千人ぐらいの人が、まだ冬場を中心とした出稼ぎに出ています。

出稼ぎなしで地元で皆就労するということができないといけないと思っというわけですが、現実にはそうではない。やはり何千何万という人が、少なくとも半年以上家を離れて様々な困難を克服して仕事をしている問題については、少なくなったとはいえ、きちっとそういう課題に取り組んでいかなくてはならないと思っております。

県の行政の窓口もひとつありますし、外郭団体として出稼互助会というのがありまして、そこで様々な援護対策を、他の県に比べればやっている県のうちのひとつでありますけれども、まだまだ行政ベースで非常に不十分な部分がありますので、出稼組合としては行政でできない部分、特にこういうじん肺の問題などについては、われわれが中心になって問題提起をして行政を動かしていかなければならないだろうと思っております。

現在は1万3千人から5千人の間であろうと言われております。だんだん減ってはきておりますが、様々な問題を抱えた出稼ぎというのはむしろ顕在化してきているのではないかと私は思います。秋田県の場合は、農家の人が中心の出稼ぎです。兼業かそうでないかを問わず、農家からの出稼ぎというのが今でもだいたい7割から8割を占めており、農家以外の方は2割ぐらいです。

ほとんど一割、8割が、伝統的に建設業を中心としたいわゆる現場で働く人たちということになっております。製造業の場合は、あるいは運輸サービス関係は景気の変動によって云々という



栗林次美氏

ことがあります。秋田県の場合は農家の人が主力で行きますので、ほとんどが建設業中心の出稼ぎです。

後の頁(省略)は秋田県のそれぞれの市町村別の出稼ぎ者の数を取ったものであります。かつて千畑町でも多いときは千人を超えていた時代もあったと思いますが、現在はそれに比べると非常に少なくなっている。とはいながらも、大曲、仙北という郡の中では千畑町は出稼ぎ者の非常に多い市町村ということになっております。

それから、秋田県の市町村で労働省の予算の補助事業がありまして、就労前検診という形で、できるだけ出稼ぎに行く前に検診を受けて、問題点を自分なりに把握していくということで、行政ペースで就労前検診を行っております。なかなか受診率には限界がありまして、平均すると6割ぐらいがいい方じゃないかと思います。7割いくところもあります。なかなか80%、90%までいかないというのが現実です。それぞれの市町村で相当努力するんですが、なかなかきちっとはいかないということだろうと思っております。

天明先生も指摘されるように、就労前の健康診断をやっても、結局、就労後の健康問題をきちっとしていかなければならないということだろう

と思います。やはり、出稼ぎに行った方たちに共通して言えることなのですが、住み慣れた土地を離れて、どこかの仮住まいの状況で、最近は個室みたいな良い宿舎も出てきておりますけど、だいたい集団で一部屋に入るという状況で仕事をしていくわけでありまして、決して家にいるよりも良い部屋に入っているわけじゃないわけ

です。初めての土地、慣れない土地ですので、お医者さんとの関係というのは薄くならざるをえないということだろうと思っております。確かに東京や神奈川には病院は一杯あるわけですが、出稼ぎの方が宿舎をする建設業なんか、最近では少しかわってきておりますけれども、だいたい不便なところにあるので、医療機関との関係は薄いと。仮にあったとしても、言葉の問題とか、それから知らない医者に行くということは嫌なことでありまして、なかなか病院、お医者さんとのつき合いができないというのが出稼ぎ者の実態だろうと思っております。

そんなことで、本当は県が全面的にやっていかなければならない課題だと思っておりますが、市町村と相談して、2市5町で、首都圏のネットワークの仕組みの中に加盟してもらって、先生たちが訪問して健康診断や健康指導を行ってもらっているわけです。こういうことが出稼ぎ者の自分の健康管理の気持ちを高めていく大きな要素であろうと、大変ご無理を言いながら皆さんにお願いしているわけです。

私ども出稼ぎの関係でそういうことをやって、時々じん肺の相談を受けてきています。仙南村でも千畑町でも、どこでもそうですが、一定の人数のグループを組んで粉じんの多い職場に入った人たちがいるわけです。それを一生懸命調べてい

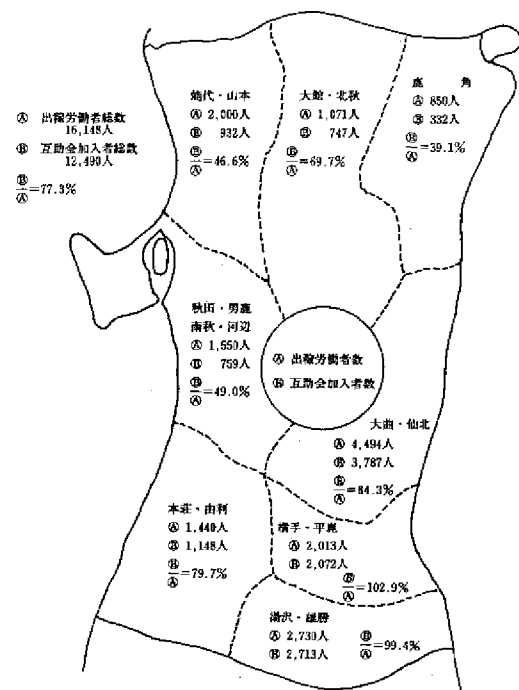


会場をお借りした千畑クリニックの全景

きますと、この人がどこそこのトンネルに行ったということが出てくるわけです。

そういうのを全部はできませんでしたが、千畑町と仙南村について、われわれサイドでピックアップしてみました。千畑の場合は、ここ(千畑クリニック)で出稼検診の業務をやっておりますので、そこに来た人の写真はあります。また、県の外郭団体で総合保険事業団という市町村の検診をやっている団体がありまして、その皆さんと相談して、あるいは町の皆さんと相談しながら、60枚から70枚の胸部エックス線フィルムを集めました。何にもなければいいんですが、やはり何かありそうなものですから、明日ゆっくり先生たちに診ていただきたいと思っております。

いまやっておかないと全然わからなくなると思っまして、今回の機会に1町1村であります用意しました。その後のフォローは私たち出稼組合でやっていこうということになっております。おそらく秋田県はこういう形で出稼ぎの人がいますから、他の町でも同じ状況だと思っます。まずこの2町村をできるだけ掘り起こしをして、そういうものを資料として他の町村の皆さんに、行政としてやっていってもらわなければならない課題ではないかと、そういうことをお手伝いというよりむしろ私たちの方からお願いしていきたいと思っているところです。



都市別出稼労働者数及び互助会加入者数
(平成6年度)

今日は同僚で大館市選出の県会議員の石田さんも来ております。県北は比較の出稼ぎの少ない地域ですが、去年、石田さんと一緒にじん肺の相談にのった方がおります。御存知のとおり、県北は鉾山地帯で、いまでは秋田県は全部閉山になっていて、実際動いている鉾山はありませんが、かつて鉾山に入った人たちが、結局出稼ぎで出ているという状況があるわけです。去年相談を受けて、いま労災の申請をしている人の場合には、じん肺で亡くなったわけですが、いろいろ調べていくと、かつて鉾山に入った人だということでした。ところが鉾山はもうないわけですから、職歴やら何やら調べるのが大変な作業なわけです。何とか労働基準監督署に持ち込んで、あとわからないところは監督署で処理してくれと折衝しているところです。

結局、そういう出稼ぎ者の場合、あるいは会社がなくなった場合のじん肺の手続きをするのは、個人でやっても不可能ではないかと思ひますの

で、そういうことを私ども出稼組合の方で、できるだけことをやっていかなければならないと思ひます。

実際に、私がじん肺の認定申請のお手伝いをしただけでも20人ぐらいの方になっております。このへんでは大曲にこういう問題に積極的に取り組んでいる病院があり、私ども一緒にやっておりますが、そういう病院があれば比較的じん肺の患者さんも来て診てもらってますし、あるいは申請もできますけれど、理解のあるお医者さんがいなければじん肺の申請も不可能だと思ひておりますので、そういう手伝いをわれわれ出稼組合のようところがやりながら、秋田県の医療関係者の皆さんに問題提起していかなければならないだろうという気持ちでやっております。

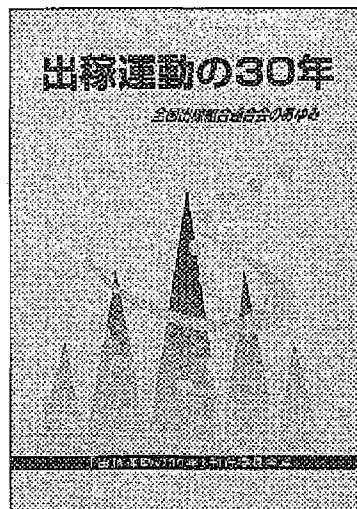
ただ、あまり壮大な組織ではありませんので、なかなか大変でありますけれど、少なくとも先生たちに千畑町に来ていただいたことですし、千畑町と仙南村の問題だけは、これを機会に、私たちの責任できちっとフォローしていきたいと思ひているわけです。それをひとつの材料にして、他の町村にも広げていきたいと考えております。少し長くなりましたが、これで秋田県のじん肺出稼ぎ問題に関する報告を終わらせていただきます。



(文責・編集部)

出稼運動の30年

全国出稼労働者大会の開催



一九九五年発行 三〇八頁 三三〇〇円 戦後型出稼ぎの構造／出稼者の労働生活条件／出稼者の宿舎問題の変遷と課題／建設業と出稼問題／全国出稼者大会30年の歩み／賃金不払いと出稼運動／労働災害と出稼運動／柴田労働認定裁判の記録／出稼運動と労働行政など

じん肺診査ハンドブック等の改訂の動向に注目を

労住医連プロジェクトが審議会に要望 産衛学会研究会でも問題提起

昨年来、労働省は、①じん肺有所見者向け健康管理ガイドライン等の作成、および、②じん肺診査ハンドブック・標準エックス線写真フィルム等の改訂の作業を進めている。

①については、在職者向けの「じん肺有所見者に対する健康管理教育のためのガイドライン」が20頁掲載のように作成された。「離職するじん肺有所見者のためのガイドブック」も作成され、離職じん肺有所見者向けに配布される予定である。

②については、じん肺診査ハンドブック、標準エックス線写真フィルム、合併症に関する3つの専門家の検討会が設置されているというが、その検討内容はほとんど伝えられていない。

2月16日に秋田で開催された全国安全センター・労働者住民医療機関連絡協議(労住医連)合同の第8回じん肺プロジェクトでもこの問題を検討し、その後、労住医連関係医療機関に対して、緊急のアンケート調査を実施した(16頁参照)。

また、別掲(14頁)のような「じん肺診査ハンドブック改訂に関する要望」(労住医連じん肺プロジェクト)をまとめた。この「要望」は、4月9日に

富山で開催された第70回日本産業衛生学会の職業性呼吸器疾患研究会でも提起し、じん肺審議会の公労使全委員・労働省宛てに提出した。

じん肺法の改正等に際して、これまでは産業衛生学会(研究会)として一定の見解を表明することが通例であったが、今回のじん肺診査ハンドブック等の改訂に関しては、改訂自体が周知されずほとんど議論もされていない状況であった。今回の研究会の議題も、じん肺以外の職業性呼吸器疾患アンケートが主だったため、急速、この問題を取り上げるよう申し入れたもの。

職業性呼吸器疾患研究会の参加者は、同時に職業性アレルギー研究会等も開催されていたためか、参加者は40名くらい。職業性呼吸器疾患アンケートの報告と本調査アンケートの原案の報告と了承、本年10月に開かれる第9回国際職業性呼吸器疾患学術会議の報告は、短時間で終了し、じん肺診査ハンドブックの議論となった。

あらかじめ配布した「要望」の案文をもとに、平野敏夫医師が、じん肺審議会および専門家による検討の公表と周知、当研究会からの意見聴取を求

めた。さらに、胸部レントゲン写真、呼吸機能、合併症、じん肺合併肺がんに関して、20頁掲載のアンケートの数字や結果を交えて報告し、参加者は共感を込め熱心に聞き取っていた。

会場からの「じん肺法の改正時には産業衛生学会として意見表明をしており、第67回及び68回のじん肺研究会でのアンケートを踏まえて、職業性呼吸器疾患研究会としての対応をすべきだ」という質問に、代表世話人からは、「具体的な引き継ぎはないのでよくわからない、情報を全て公開するのはどうか」と極めてあやふやな回答に終始。

じん肺研究会当時のアンケートのまとめ役でもあった現世話人からの「アンケートの結果をじん肺審議会に送ることは差し支えない。ただし、

これは産業衛生学会やじん肺研究会の総意と言うわけではない」という発言に、大分協和病院の山本真医師が鋭く反論、「きちんと結果を送付するよう」に求めた。

ILOのじん肺関係の日本代表を長く勤められた医師からは、「0/1と1/0の問題はILOでもどう解消するか悩む課題である、専門家による検討は10月の第9回国際職業性呼吸器疾患学術会議には間に合わない進行だろう」との発言があった。

最後に、横須賀中央診療所の名取雄司医師が「アンケートの送付や当研究会への意見聴取以外に、是非来年の職業性呼吸器疾患研究会には診査ハンドブックの専門家委員会委員を招いて十分説明と討議の時間を作ることを要望」し、研究会は終了した。



じん肺審議会に対する「じん肺診査ハンドブック等改訂に関する要望」

労働者住民医療機関連絡会議じん肺プロジェクト

現在じん肺審議会の専門委員会において、じん肺診査ハンドブック等の改訂作業が、1996年度中の終了の予定を延長し進行しています。現行のじん肺法には様々な問題点があることは、第67回および第68回の日本産業衛生学会じん肺研究会において、「最近のじん肺問題の動向」(アンケート調査)において明らかにされてきました。情報公開が審議会レベルでも行われる時代の趨勢で、じん肺審議会および専門委員会の審議過程は、じん肺の治療に携わる多くの医師や患者に明らかにされない中、進行しています。私たちは、400人を超すじん肺要療養患者の治療を行っている民間医療団体の立場から、現在のじん肺診査ハンドブックの改訂に関して、以下の点を要望します。

1. じん肺審議会および専門委員会の審議の情報公開を求めます。

現在、日本のあらゆる分野で、行政機関の情報の独占および審議決定過程の非公開の弊害が現われています。こうした弊害を避けるためには、情報や審議過程を広く公開すること、関係する当事者の幅広い意志決定過程への参加が重要です。しかし、残念なことに、じん肺審議会や専門家会議の審議過程は、公開されていません。早急に、じん肺審議会や専門家会議の審議の内容の公開を求めます。

2. 改訂作業の情報の周知と関係する当事者

からの十分な意見の聴取を求めます。

じん肺診査ハンドブックの改訂作業が行われている事実すら、じん肺を含めた職業性呼吸器疾患の治療に携わる臨床現場の多くの医師に伝わっていません。臨床現場の医師が改訂作業に関して意見を述べる機会も設定されずに、改訂作業は終了するのでしょうか。様々な症状に悩む多くの療養中の患者や遺族の意見や、認定されないまま国保等で治療を続ける患者の意見を幅広く聴取する公聴会のような場もないまま、改訂作業が終了してよいのでしょうか。

3. じん肺標準フィルムの改訂に関して

病理学的なじん肺の存在から考えると、残念ながら胸部レントゲン写真は簡便ですが、鋭敏とは言えないものです。0/1と1/0の判定は療養において大きな違いを生んでおり、とくに不整形陰影において客観的な診断法の確立が必要です。病理学的な進行程度と関連し、現在の撮影条件や増感紙や現像条件に合い、読影者間差、読影日差が少ない点の保障がされた標準フィルムが必要です。正常像の判断の基本になる0/0写真の選定の根拠を含め、じん肺標準フィルムが選定された過程を公開し、検討する場を設けることを求めます。

4. 呼吸機能検査の改訂に関して

現行の呼吸機能障害の判定規準の、AaDO₂、1秒率、%肺活量に関しては厳しいという指摘がされており、緩和すべきです。V25/Htは、高齢者での低下の点から、参考値とすることが望まれます。また、混合性障害の評価の点で、Index(一秒量/予測肺活量)も参考にすべきです。「著しい肺機能障害」の判定は、精度管理のもとで簡便な一次検査を主にし、日常生活上の運動負荷の反映として、運動時のPo₂やSatO₂等の変化を参考として、主治医の総合判断を重視することを求めます。

5. 合併症に関する改訂に関して

肺炎や咳嗽のみ強い例等、様々な呼吸器疾患の合併例が、労災とならずに治療がされています。

多くの医療機関での調査を早急に取り組むとともに、当面は、合併症の範囲を、現行の5合併症に加え、「その他の呼吸器疾患は個別例で対応する」旨改訂することを求めます。

6. じん肺合併肺がんの改訂に関して

じん肺に肺がんが合併するリスクが上昇することは、すでに多くの調査、研究によって明らかにされてきています。また、じん肺が存在することにより、肺がんの早期発見、治療に支障が生ずることは周知の事実であり、現在でも管理4に合併する肺がんは認定されることに通達により決められています。しかし、肺がんの合併するリスクの上昇は単に管理4のみに存在するわけではなく、また、肺がんの発見、治療に関わる問題も、管理4のみに存在するわけではありません。最近の判例(広島地裁、1996)においても、管理4に合併した肺がんのみ認定を限定する労働省通達は、「決して、行政の裁量によって一部のじん肺患者のじん肺と肺がん発生との間の因果関係を抑制してなされているものではなく、進展したじん肺症に合併した肺がんに存する医療実践上の不利益に着目し、進展したじん肺症に合併した肺がんの病状の持続ないし増悪とじん肺との間には因果関係があることを認めてなされているものと理解することができる」とし、「管理区分に関わる要件を充足しない場合であっても、じん肺に合併した肺がんであって医療実践上の不利益があるものについては、業務上の疾病であることを否定すべき根拠は何ら存在しないというべきである」としています。全てのじん肺に合併する肺がんの業務上認定を求めます。



1997年5月1日

労働者住民医療機関連絡会議

じん肺プロジェクト

幹事: 天明佳臣(港町診療所(神奈川))、平野敏夫(ひまわり診療所(東京))、山本真(大分協和病院)、名取雄司(横須賀中央診療所)
連絡先 〒108 東京都港区三田3-1-3 MKビル3F
TEL (03)5232-0181/FAX (03)5232-0180

じん肺に関するアンケート調査結果

1997年4月 労住医連じん肺プロジェクト

労住医連じん肺プロジェクトでは、じん肺審議会宛て「じん肺診査ハンドブック改訂に関する要望」(別掲)とりまとめにあたって、関係医療機関・個人に対して「じん肺に関するアンケート」を実施した。1997年3月18日時点で回答があった医療機関と個人は、以下のとおりであった。

大分県勤労者医療生活協同組合大分協和病院、同佐伯診療所、神奈川県勤労者医療生活協同組合十条通り医院、同横須賀中央診療所、ひらの亀戸ひまわり診療所(東京)、新居浜医療生活協同組合中萩診療所、兵庫医療生活協同組合神戸診療所、北海道医療生活協同組合札幌緑愛病院、山下五郎医師(アイウエオ順)

I 呼吸機能に関して

- この5年間で貴院の患者さんで、肺機能が(++)で管理4に認定された方は何人ですか。
19名
- F(++)と判定された検査は、
ア) %肺活量または一秒率 5名
イ) V25/Ht 0名
ウ) AaDo₂ 12名
エ) 三次検査 2名
オ) 検査はF(+)だが、総合的判断で 1名
- 一次検査ではF(++)であったが、2次検査(AaDo₂)を要求され、その結果F(++)と判定されなかったケースは? 2名
逆にAaDo₂がF(++)なのに一時検査がF(++)なしで非認定 2名

- 呼吸困難がⅢ度以上で臨床的には管理4に該当すると考えられるが、%肺活量または一秒率やAaDo₂がF(+)に該当し、労災の認定で困ることがありましたか。
(はい 4名/いいえ 3名/未回答 2名) 一合計 8名

ア) 管理4にならないと判断し、申請しなかった 6名

イ) 総合的判断でF(++)と考え申請し、管理4 0名

ウ) 総合的判断でF(++)と申請したが非認定 2名(続発性気管支炎で認定された)

エ) その他 0名

- 現行の呼吸機能障害の判定基準についてお聞きします。

ア) %肺活量 (基準が厳しい 4名/現行でよい 5名/基準が甘い 0名)

イ) 一秒率 (基準が厳しい 6名/現行でよい 3名/基準が甘い 0名)

ウ) V25/Ht (基準が厳しい 1名/現行でよい 2名/基準が甘い 6名)

エ) AaDo₂ (基準が厳しい 7名/現行でよい 2名/基準が甘い 0名)

- 改訂作業中の呼吸機能検査は、今後どうあった方が良いでしょう。(複数回答可)

ア) 現行のままでよい。

(はい 1名/いいえ 7名/未回答 1名)

イ) 現行の検査でよいが、基準を変化させる方がよい。

① %肺活量

(はい 5名/いいえ 2名/未回答 2名)
内訳: INDEX加味 1名/F(++)基準をあげる 3名/F(++)70%位とする。

② 一秒率

(はい 5名/いいえ 2名/未回答 2名)
内訳: INDEX加味 1名/F(++)基準をあげる 4名(内1名は5回法を推奨)

③ V25/Ht

廃止 1名/参考値 3名/AaDo₂とペアに 1名/未回答 4名

④ AaDo₂

(はい 6名/いいえ 0名/未回答 3名)
内訳: F(++)基準下げる 3名/PO₂の絶対値重視に変更 1名/不明 2名

ウ) 他の検査も判定基準に入れる。

① INDEX(一秒/予測肺活量)

(はい 4名/いいえ 2名/未回答 3名)

② 運動負荷後の血液ガスのPO₂

(はい 5名/いいえ 1名/未回答 3名)

③ その他(ご自由にお書き下さい)

・安静時PO₂ 70Torr以下でF(++)

・日常動作をさせPO₂ 60Torr以下でF(++)

・Peak Flow Meterの自己チェック値を申請基準に加える。

・心電図の肺性P波

- その他、呼吸機能に関するご意見がありましたらお書き下さい。

・現行の一時検査を満たせば、F(++)にすべきである。

・主治医の総合判断を重視し、身障のINDEXに類似した組み合わせで。

II 合併症に関して

- 合併症の拡大事例

① じん肺管理2や3で続発性気管支炎が認定

されていない例で、肺炎が合併し治療を要したり死亡した例がありますか?

(はい 2名/いいえ 7名)

一合計 7名(治療 4名/死亡 3名)

② 続発性気管支炎に認定されている例やじん肺管理4で肺炎を合併し死亡したが、ウイルス性もしくは誤嚥性肺炎等で、遺族補償が認定されなかった例はありますか?

(はい 1名/いいえ 8名)一合計 2名

・じん肺管理2+続発性気管支炎+誤嚥性肺炎一現在不服審査中

・じん肺管理2+続発性気管支炎+ウイルス性肺炎

③ じん肺管理2や3の方で続発性気管支炎としては認定されていない例で、気管支喘息が合併していたり、喘息様発作(喀痰のない治療を要する咳嗽)のみで認定に困る例はありますか。

(はい 3名/いいえ 6名)一合計 12名

④ じん肺管理2や3で続発性気管支炎や気管支拡張症や結核の合併に該当しない、もしくはじん肺管理4で非定型抗酸菌症(痰に1回数コロニーがでるだけでなく、培養結果で治療が必要な量と陰影が出現する)のため治療を要する例や認定されずに困る例はありますか?

(はい 0名/いいえ 9名)

⑤ じん肺管理2や3で続発性気管支炎や気管支拡張症や結核の合併に該当せずまたは管理4でアスペルギルス症のため治療を要するが認定に困る例はありますか?

(はい 1名/いいえ 8名)一合計 1名

⑥ 右心不全は強いものの、じん肺の合併症や管理4に該当せず、労災の認定ができずに困る例がありますか?

(はい 1名/いいえ 8名)一合計 1名

⑦ じん肺は一定程度あるものの、膠原病があるために、肺の病変がじん肺とされないで認定されずに困る例はありますか?

(はい 0名/いいえ 9名)一合計 0名

⑧ じん肺は一定程度あるものの、肺気腫があるために、肺の病変がじん肺とされず認定されずに困る例はありますか?

- (はい 2名/いいえ 7名)一合計 4名
その場合は、管理2にならずにお困りですか？
(はい 3名/不明 1名)
- ⑨ プラの進行があるものの、管理4に該当せず、困る例がありますか？
(はい 1名/いいえ 8名)一若干名
- ⑩ 良性石綿胸水で認定できずに困った例がありますか？
(はい 2名/いいえ 7名)
- ⑪ その他、合併症とすべき疾患があれば、記入して下さい。 記入者なし
2. 「続発性気管支炎」関連の病像について、現行では「P1 3ml以上3か月連続が基準」とされています。この点で以下の質問に答えて下さい。
- ① じん肺 0/1で、現行の基準を満たす方を、何人ぐらい治療されていますか？
(はい 4名/追跡不能 1名/なし 3名/未回答 1名)一合計 14-15人
- ② 管理2及び3で治療中(治療すべきで)、痰の性状がM1、M2であったり、量が少なく(咳嗽のみひどい例)認定に困る人が、どのくらいいますか？
(はい 4名/追跡不能 1名/なし 3名/未回答 1名)一合計 6+若干人
- ③ 現行の基準についてうかがいます。
この基準はおおむね妥当であり、この基準が改正されないことを重視すべきであると考えますか。
(はい 3名/いいえ 4名/質問の意味不明 1名/未回答 1名)一「はい」の理由は下記
・続発性気管支炎の基準として妥当
・これ以下の人を治療しなくても経験的に悪化が少ない。ただし、0/1で基準を満たすものは、治療扱いすべき。
- ④ この基準を、改正することを重視すべきであると考えますか。
(はい 4名/いいえ 2名/質問の意味不明 1名/未回答 2名)
・喀痰の性状より量を重視すべきである。
・P1 3ml 1か月で認定すべきである。
・非膿性痰でも一定量なら認める。

- ・3ml以下でも認めるべきである。
・慢性の咳嗽があれば認めるべきである。
3. 貴医療機関で、最近数年間でじん肺の合併症の結核及び結核性胸膜炎で、治癒判定をした例は？ (はい 3名/いいえ 6名)
一合計: 結核 3名、結核性胸膜炎 0名
その際の、治癒の判定は、どのように行いましたか。
・5年経過観察。炎症反応の沈静化。半年(ただし石綿肺に合併)
どのような基準が望ましいと思われますか？
・治療中止後一定の再発監視のため2年程度の経過観察期間をおく。
治癒判定後の、結核再発ケースはありますか？
(はい 0名/いいえ 3名/未回答 6名)
治療に反応せず数年間治療を継続した例は、何名ありますか？ 2名
4. 貴医療機関で最近数年間でじん肺の合併症の続発性気管支炎や続発性気管支拡張症の治癒判定をした例は？
(はい 2名/いいえ 6名/未回答 1名)
一続発性気管支炎 4名、続発性気管支拡張症 0名
その際の、治癒の判定は、どのように行いましたか。
「P1 3ml以上3か月連続の基準を満たさないことが判明した時から、2年間は内服薬の投与を毎月の頓服に切り替える。その間で悪化すれば連日投与に戻し、1年間基準を満たさなければ内服を中止し、さらに1年間経過をみる。約2年間の経過観察期間でP1 3ml以上3か月連続の基準を満たさない例は、続発性気管支炎の治癒として、療養と休業補償を中止する。」
合計3名
「毎月喀痰を検査し連日の内服は続けるが、P1 3ml以上3か月連続が1年間をとおして一度も見られないことが判明した月から、治療をすべて中止する。1年間経過観察期間を置き極力内服は出さない。悪化があれば治療を再開し、その他は頓服のみとし、その後1年間基準を満たさず常時治療不要の例は治癒とし、療養

- と休業補償を中止する。」 合計1名
以上の意見をあわせて、続発性気管支炎の治癒判定は、どうしたものが見えたいと思われませんか？
(未回答 3名/上記でおおむね妥当 3名/その他 3名)
・要療養と要休業が分離した制度が望ましい。
・上記でおおむね妥当であるが、管理4に届かない治療必要群に当たり、治癒判定がなかなか難しい。
・じん肺の不治かつ進行性に鑑み、治癒としても休業補償は続け、療養は主治医の判断で療養補償が再開できる制度が望まれる。
一度、続発性気管支炎の治癒判定後、再度悪化し、続発性気管支炎の認定を受けたケースがありますか？
(ある 1名/ない 7名/未回答 1名) 一合計 1名

III じん肺合併肺がんについて

現在じん肺に合併した肺がんは、管理4のじん肺に合併したもののみ認定されています。これまでに貴医療機関で経験されたじん肺合併肺がん(石綿やクロムや砒素等の特定化学物質を除く)についてお聞きします。

1. じん肺合併肺がんを経験されたことがありますか。 (はい 6名/いいえ 3名)
2. 経験された人数は 26名
3. そのうち管理4に合併した肺がんの方は？ 12名
そのうち管理3に合併した肺がんの方は？ 2名
そのうち管理3に合併した肺がんの方は？ 3名
そのうち管理2に合併した肺がんの方は？ 9名
4. 管理4以外に合併した肺がんについて
① 労災について
ア) 治療中に管理4への管理区分変更。 2例
イ) 請求を遺族があきらめた。

- 申請せず 9例
監督署で却下 2例
ウ) 請求中 監督署 1例
- ② 診断と治療について
ア) じん肺のため診断が遅れましたか。
(はい 1名/いいえ 3名/未回答 5名)
イ) じん肺のため治療に支障がありましたか。
(はい 2名/いいえ 1名/未回答 5名)
ウ) 合併症のために診断や治療に支障がありましたか。
(はい 1名/いいえ 3名/未回答 5名)
エ) 以上で、「はい」と回答された方は、概要を御記入下さい。
・粒状影のため発見が困難、呼吸機能のため治療が困難
・結核の悪化と誤認
- ③ じん肺合併肺がんの認定のあり方について、ご回答下さい。
ア) 現行の管理4に合併 0名
イ) 管理3に範囲拡大 0名
ウ) 管理2以上に範囲拡大 3名
エ) 0/1以上のじん肺有所見者 3名
オ) 一定以上の期間従事した粉じん作業全員とする 1名

IV 自由記入

- ・じん肺合併肺がんの範囲拡大を。
・じん肺レントゲンの改正を患者の救済早期発見の立場から以下のように行う。標準フィルムは0/0、0/1、1/2、2/3、大陰影の5枚とし、0/1-1/1を1型、1/2-2/2は2型、2/3-3/+は3型とする。
・慢性の間質性肺疾患をじん肺管理3と申請し、日本で初めて認定されました。
・慢性の間質性肺疾患とされる中にじん肺例があるのでは。
・管理3以上は要治療としてほしい。
・局医間で管理区分が異なって困る。
・続発性気管支炎や結核性胸膜炎が認定されないで困っています。



じん肺有所見者に対する健康管理教育のためのガイドライン

基発第70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

「じん肺有所見者に対する健康管理教育のためのガイドライン」の周知・普及について

じん肺予防対策については、じん肺法、労働安全衛生法、粉じん障害防止規則等に基づき、じん肺健康診断の実施等粉じん作業に従事する者の健康管理、作業環境測定等の作業環境管理等が行われているところであるが、今般、職場におけるじん肺有所見者の健康管理を推進するため、別添のとおり「じん肺有所見者に対する健康管理教育のためのガイドライン」(以下「ガイドライン」という。)を定めたので、了知の上、あらゆる機会を通じてその周知に努めるとともに、下記の事項に留意の上、当該教育が円滑かつ効果的に推進されるよう配慮されたい。

なお、関係団体には、本職より別紙(略)のとおり要請を行ったので、了知されたい。

記

1 ガイドライン3(3)の講師としては、以下の者から選任することが適当であること。

なお、中小規模事業場において、これらの産業医等の確保が困難な場合にあっては、地域産業保健センター又は産業保健推進センターにおける相談業務を活用し、適切な講師の確保に努めるよう指導すること。

- (1) ガイドライン3(1)②の科目の講師としては、じん肺に関し、知識、経験を豊富に有する産業医等
- (2) ガイドライン3(1)①及び③の科目の講師としては、産業医のほかに、衛生管理者、労働衛生コンサルタントその他労働衛生に関する知識を有する者
- 2 ガイドライン3(1)②の科目については、現に粉じん作業に従事している者を対象とする場合は、範囲の欄に掲げる項目を平均的に行うものとするが、現に粉じん作業に従事していない者を対象として行う場合には、範囲の欄に掲げる項目のうち、「ロ 健康的な生活習慣」及び「ハ 合併症の予防」に重点をおくことが適当であること。
- 3 ガイドライン4(1)の「安全衛生団体等」としては、中央労働災害防止協会、建設業労働災害防止協会その他これに準ずる団体が適当と認められるので、これらの団体においてガイドラインに基づく教育が実施できるよう適切に指導すること。
- 4 ガイドラインに基づく教育内容の斉一化を図るため、講師等を対象とした講習会を中央労働災害防止協会に委託して実施する予定であること。
- 5 ガイドラインに基づく教育のためのテキストについては、別途指示することとしていること。

別添

じん肺有所見者に対する健康管理教育のためのガイドライン

1 趣旨

じん肺は、じん肺法、労働安全衛生法、粉じん障害防止規則等に基づき予防対策が講じられてきた結果、その新規有所見者は年々減少してきているが、いまだに製造業、建設業、鉱業等の幅広い業種で発生している。

じん肺は、粉じんを吸入することにより、肺に線維性の変化が起きる病気で、現在の医学ではこの病変を回復させる有効な治療の方策は一般的にはない状況にあ

る。したがって、じん肺の進行を防止するためには、じん肺の所見を有する労働者の粉じんへのばく露を最小限とすると同時に、その健康管理を適切に行うことが重要であり、このためには、事業者が適切な労働衛生管理対策を講じるとともに、労働者に対してじん肺、じん肺の進行の防止と健康管理等に関する知識を習得させることが重要である。

本ガイドラインは、じん肺有所見者に対して行う健康管理教育(以下「教育」という。)について、その内容、時間、方法及び講師並びに教育の推進体制の整備等その適切かつ有効な実施のために必要な事項を定めたものである。

事業者は、じん肺有所見者に対する教育の重要性を認識し、事業場の実態を踏まえつつ本ガイドラインに基づきじん肺有所見者に対する教育を実施するよう努める必要がある。

2 教育の対象者及び教育の実施時期

教育の対象及び教育の実施時期は次表のとおりとする。

なお、常時粉じん作業に従事する労働者又は常時粉じん作業に従事させたことがある労働者のうち、現にじん肺管理区分が管理2、管理3イ又は管理3ロであって、当該教育を受けていない者についても随時教育を行うものとする。

対 象 者	実施時期
(1) 常時粉じん作業に従事する労働者又は常時粉じん作業に従事させたことがある労働者のうち、じん肺健康診断で新規に有所見となった者	新規に有所見となったとき
(2) 常時粉じん作業に従事する労働者又は常時粉じん作業に従事させたことがある労働者のうち、じん肺健康診断でじん肺管理区分が管理2から管理3イ又は管理3ロになった者及び管理3イから管理3ロになった者	当該時期

3 教育の内容、時間、方法及び講師

(1) 内容及び時間

次表の料目の欄に掲げる①から③の科目について、それぞれの範囲の欄に掲げる範囲について、時間の欄に掲げる時間により行うものとする。

なお、既に当該教育を受けたことのある者については、①及び③の科目について省略することができる。

科 目	範 囲	時間
① じん肺について	イ 肺と呼吸の仕組み ロ じん肺の概要 ハ 粉じんの種類とその影響 ニ じん肺の症状	0.5
② じん肺の進行の防止と健康管理	イ 粉じんばく露の低減化措置 ロ 健康的な生活習慣 ハ 合併症の予防	1.5
③ じん肺法等関係法令	イ 関係法令 (じん肺法、労働安全衛生法、粉じん障害防止規則、労働者災害補償保険法等) ロ 関係手続き	1.0

(2) 方法

教育の方法としては、講義方式に加え、視聴覚教育、必要に応じて個別相談を行う等科目の内容に応じて効果の上がる方法で行うこととする。

(3) 講師

教育内容について、知識、経験を豊富に有する者とする。

4 推進体制の整備等

(1) 教育の実施者

教育の実施者は事業者であるが、事業者が自ら行うほか、安全衛生団体等に委託して実施できるものとする。

事業者又は事業者の委託を受けた安全衛生団体等は、あらかじめ教育の実施に当たって実施責任者を定めるとともに、実施計画を作成するものとする。

なお、事業者が教育を実施する場合は、衛生委員会の設置義務のある事業場においては、衛生委員会又は安全衛生委員会が教育の対象者、実施時期、内容、講師の選定等の実施計画について調査審議させることが適当である。

また、事業者が安全衛生団体等に委託して教育を行う場合についても、衛生委員会の設置義務のある事業場においては、衛生委員会又は安全衛生委員会が教育の対象者、委託団体、委託時期等について調査審議させることが適当である。

(2) 記録の保存

事業者は、事業者自ら教育を行った場合に加えて、安全衛生団体等に委託して教育を実施した場合についても、教育の受講者、実施時期等の記録を保存するものとする。



日韓じん肺懇談会

症例・法制度等を検討

医師・研究者、労働組合、被災者
団体等が一堂に会して研究会

昨(1996)年11月3日、韓国・ソウルの西江大学産業問題研究所において「韓日じん肺懇談会」が開催された(〔韓国側主催〕韓国労働保健職業病研究所、〔日本側主催〕全国労働安全衛生センター連絡会議、労働者住民医療機関連絡会議)。

別掲の張任源氏(チャン・イモン、韓国労働保健職業病研究所所長・中央大学校医科大学学長)の開会挨拶(24頁)にあるように、これは「3度目の出会い」。前回、1995年7月に東京で開催した「第2回労働と健康に関する日韓共同セミナー」(1995年8・9月号参照)において、共通の課題のひとつとして造船所を中心とした「じん肺」の問題を取り上げたことから、「じん肺」にしばった研究懇談会の開催となったもの。「じん肺」問題は、日韓のみならずアジアをつなぐ共通のテーマのひとつであるという思いもある。

大きな柱として、①具体的な症例の検討、②両国のじん肺関係法制度に対する理解の深化および問題点と共通の課題の検討、③労働者の取り組みの経験の交流を掲げた。

まず日本側から、次のような症例を紹介した。「退職後に悪化のみられた珪肺」—近藤真一氏

(高知・四国勤労病院院長)

「じん肺合併肺がん」—山本真氏(大分県勤労者医療生協大分協和病院)

「中小零細企業におけるじん肺(ガラス工・溶接工・鋳物工)」「炭鉱夫じん肺の症例から」—平野敏夫氏(東京・亀戸ひまわり診療所所長)

「造船労働に伴うアスベスト曝露作業者の歴史的コホート研究」—安本宗弘氏(神奈川県勤労者医療生協横須賀中央診療所事務長・神奈川労災職業病センター)

韓国側からは、任廷基氏(イム・ジョンギ、ソウル大学校医科大学診断放射線科教授—26頁写真)が、「じん肺に合併した肺がん(炭鉱夫ケイ肺)2例、ボイラー工の「石綿肺」、溶接工じん肺」を紹介した。最後の例は、胸部エックス線写真上では特別な所見がみられなかったが、高解像度(HR)CTによってじん肺がはっきりと確認できる。

また、崔秉舜氏(チェ・ビョンスン、東國大学校医科大学予防医学科教授)が、「韓国の石炭鉱業から発生するじん肺症の実態—発生に關与する要因および発生率—」という研究成果を報告した(27頁参照)。

報告者以外にも以下の医師らが参加しており、レントゲン写真を読影しながら、意見を交換した(表紙写真)。

〔日本側〕斎藤竜太(神奈川県勤労者医療生協十条通り医院院長)、畠博(福岡大学衛生学教室教授)、中里武(東京・渋谷医療生協六号通り診療所所長)、石川雄一(東京・癌研究所附属病院)の各氏。

〔韓国側〕梁吉承(ヤン・ギルスン、聖水医院院長、産業保健総合センター実行委員長)、鄭浩根(チョン・ホクォン、亜州大学校医科大学産業医学科科長、じん肺審査医)、李京南(イ・キョンナム、韓国産業安全公団保健指導局長)、金琅昊(キム・ヤンホ、産業保健研究院職業病診断センター)、林鐘翰(イム・ジョンハン、平和医院院長)、趙定振(チョ・ジョンジン、韓一病院家庭医学科科長)、キム・チョン(東國大学校予防医学科教授)の各氏。

じん肺をめぐる法制度に関しては、日本側からは次のような報告を行った。

「日本のじん肺健康管理・補償制度について」—安本宗弘氏(前出)

「じん肺をめぐる健康管理の体系と労災補償」—鈴木明氏(東京東部労災職業病センター)

韓国側からは、崔秉舜氏が「韓国の法的管理の概要と問題点」について報告し、梁吉承氏が、「製造業じん肺をめぐる問題点」について補足した。

韓国のじん肺関係法令の翻訳と崔秉舜氏の報告、この日の議論などをもとに33頁以下に「じん肺関係法令の日韓比較」を解説しているので、くわしくはそちらを参照されたい。制度問題としては、①「日本ではじん肺所見なし」とされるケースでも「疑症」として補償の対象になる、②肺気腫、肺性心も合併症としている、③粉じん作業1年以上経験者等に健康管理手帳を交付している点などで韓国の方が進んでいる。一方、①じん肺保護法が鉱業にしか適用されない、②じん肺合併肺がんを認定対象としていない(34頁も参照)、③検診機関・療養機関を自由に選択できない点などでは日本の方が進んでいることなどがわかった。

また、崔秉舜氏は、別掲の金正坤(キム・ジョンゴン)報告(21頁参照)でも指摘されているように、外部的要因によって健診結果がゆがめられる

などの非倫理的問題、あるいは、数年前までは溶接工じん肺はよくなると言われてきた(鉄分が吸収されるので)などの問題点も指摘された。また、梁吉承氏や他の韓国側参加者からは、韓国では、現在でも報告されるじん肺症のほとんどが鉱業関係のものであり、今後、製造業等での問題が重要になってくることが強調された。

懇談会には、韓国の全国じん肺災害者協会(江原道太白(テベク)市)の会長、同協会太白直轄支会支会長および太白地域のじん肺被災者の支援活動にたずさわっている太白鉱山職業病管理センターの元應浩(ウォン・ウンホ)事務局長らも参加された(元應浩氏の挨拶を25頁に紹介)。

また、ほかにも労働組合関係者らが多数、前出以外では次のような方々が参加されている。

〔日本側(前出以外の参加者)〕谷治嘉瑞(高知・四国勤労病院事務長)、白石昭夫(愛媛労働災害職業病対策会議事務局長)、石川節(東京東部労災職業病センター)、川本浩之(神奈川労災職業病センター)、長渡陽一(全造船機械労働組合関東地方協議会)、古谷杉郎(全国労働安全衛生センター連絡会議事務局長)の各氏。

〔韓国側(主な団体)〕労働と健康研究会、馬山・昌原・巨済労働者健康連帯会議、大宇造船労働組合、現代重工業労働組合、漢拿重工業労働組合、三美綜合特殊鋼労働組合、病院労働組合連盟、民主金属労働組合連盟、韓国民主労総、労働政策研究所、韓日民衆連帯ネットワーク等々。

大宇造船労働組合産業安全部長の金正坤氏が「労働組合からみたじん肺などの職業病の実態と対策」について報告(29頁参照)、日本からも川本浩之氏が「日本の造船労働者のじん肺・石綿肺に対する取り組み」について報告した。

なお、韓国の教育テレビがこの懇談会を取材、平野敏夫氏が日本のじん肺問題についてインタビューを受けた。後日、1時間弱の現代韓国の職業病の歴史と現状(炭鉱夫じん肺から源進レーヨン二硫化炭素中毒、過労死、LG電子2-プロモプロパン問題、韓国通信のVDT障害まで)を特集した番組として放映され、それを収録したビデオテープが届けられている。



鉦山から製造業へ広がるじん肺

張 任 源

チャン・イモン、韓国労働保健職業病研究所所長・中央大学校医科大学学長

本日、韓国「労働保健職業病研究所」と日本「全国労働安全衛生センター連絡会議」、「労働者住民医療機関連絡会議」が共催し、韓日間の研究懇談会を持つにいたったことをたいへんよろこばしく思います。隣国であり、文化、社会的に多くの類似性を持つ両国が、労働保健の実態と労働者の健康増進を实践する過程で得た経験と知恵を交流するこの出会いは、両国の労働者の生活の質を向上させるのに大きく寄与することでしょう。

本日の出会いは3度目です。韓国語に「三時三判」という言葉があります。この言葉には、3度行うことによって勝負をつけるという意味が込められています。本日のこの3度目の出会いも、韓日間の研究懇談会を恒久的に定着させるために、確固たる基盤を準備するものであると確信します。

最初の出会いは、1993年に韓国の本研究所と労働と健康研究会、そして日本の全国安全センターの主催により、その出会いにおいて私たちは、はなはだしい労働強度による過労死にどのように対処しなければならないかを課題に真摯に議論しました。韓国では、この議論を出発点に始まった過労死に対する熱い国民的関心が、ついにひとつの実を結び収穫をみようとしています。

業務上過労死の疾患に、心臓発症、解離性大動脈瘤および不整脈等心血管疾患を追加し、とりわけ過労の認定基準において「発症前1週間以内の業務の量または責任が、適応するのに困難なほど変わった場合」を、1週間よりそれ以前に拡大し、産業災害補償の受給を拡げようとする措置



張任源(チャン・イモン)氏

が、勤労福祉公団で積極的に検討されています。

2度目の出会いは、日本の全国安全センターと韓国労働保健職業病研究所、労働と健康研究会の共同主催による東京での出会いでした。この集まりでは、とくに産業災害を追放するための社会的な実践力が議論され、また主張され、産災追放運動に活力を与えました。この場を借りて、私たちが厚くもてなしてくれたことに対し、再び全国安全センターの皆様に感謝いたします。

本日、私たちは三たび出会いました。この集まりで私たちは、鉦山はもちろん製造業で発生しているじん肺症の現況および診断と、合併症として

の肺がん、そして制度的な措置による管理からの問題等、じん肺症についての両国での経験と知恵を幅広く集めたいと思います。韓国でのじん肺症発生数は、政府の統計によれば、1988年に6,004件であったのが1994年には1,380件に著しく減少しましたが、騒音性難聴の次に多く発生する職業病として、依然、私たちの主要な関心事です。

じん肺症は、周知のように、主に鉦山の労働者に発生します。したがって、著しいじん肺症減少の最も大きな理由は、鉦山の斜陽化による鉦山労働者の著しい減少によるのは明らかで、製造業での石綿肺症および溶接工肺症は次第に増えていく傾向をみせています。韓国でじん肺が初めて報告されたのは1954年で、それ以後次第に増加し、1979年にはじん肺症有病率16.1%を経験しました。本日、この場に集まった私たちの努力が、労働者に少しでも助けになればと思います。本日の研究懇談会を準備した、そしてこの集まりに参加したすべての方に感謝いたします。



炭鉦じん肺被災者への支援活動

元 應 浩

ウォン・ウンホ、太白(テベク)鉦山職業病管理センター事務局長

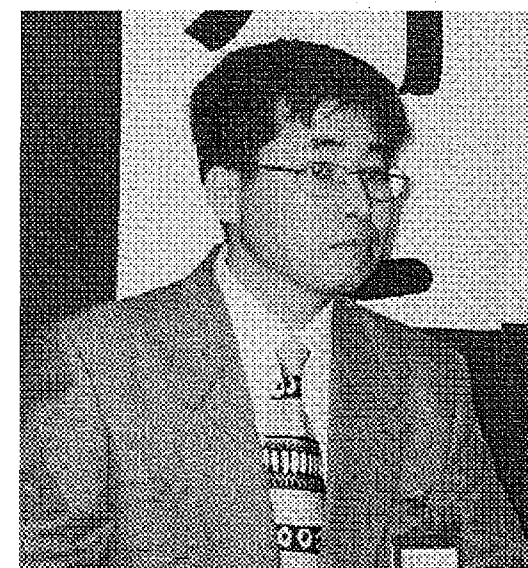
太白(テベク)という地域のことについて簡単にお話したいと思います。

1992年に今の団体を作ってプログラムを始めました。そこでアンケート調査などをしてわかった炭鉦夫たちの生活について少しお話をします。

その調査の結果で、じん肺患者の数は1,459人います。個別訪問や電話などで私たちが調査した結果、800人以上が産災保険などの補償を受けていない状態です。そのうちの272名を詳しく調査した結果が次のようになっています。

33.8%が60歳以上の高齢者で、41.9%が26年以上の職歴があります。そのうちの15.8%が何の補償も受けていない状態です。扶養家族が5名以上いる方が62.2%います。

この方たちが抱えている大きな問題が、経済的な問題です。この方たちは自分がじん肺患者だというふうに認識しております。だいたい奥さんの働きで生計を成り立てています。このようなじん肺患者の方たちが医療保険を持つことができ



元應浩(ウォン・ウンホ)氏

いません。それでこの方たちは花札とか酒を飲んで暮らしている状態です。これらのうちの72.5%

が1日に1箱のタバコを吸い、16%以上の方が1日に1瓶以上の酒を飲んでます。そのため、アルコール中毒の症状も出ています。この方たちの願いは、合併症がなくても病院に入院して治療が受けられることです。もうひとつは、剖検をしなくても補償を受けられるようになりたいということです。この他に病気はいろいろあります。

私たちがやっているプログラムは、このようなじん肺患者を対象としたプログラムです。じん肺患者の生活管理という面について、主に活動しています。炭鉱が閉められてかなり経済的な負担がかかっています。私たちが管理している700名以上の者たちは、私たちの社会が責任をとらなければならないのではないかと考えています。

機会があればまた、詳しい報告ができればと考えています。ありがとうございました。



* 日韓じん肺懇談会後、昨年末に発行されたばかりの報告書(下右)が届けられた。韓国で最初の現場報告書であり、下記のような内容である。ぜひ紹介する機会をつくりたいと思っている。

忘れられた産業戦士たち 彼らの今日

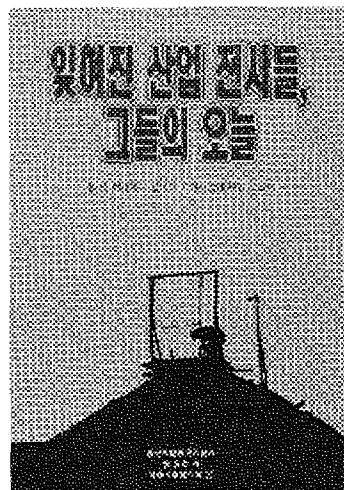
—在家じん肺被災者の実態と
後援事業に関する報告書—
鉱山職業病管理センター/元應浩著



右側立っているのが任廷基氏(イム・ジョンギ)氏

(太白社会福祉会刊)

1. 太白炭田地域の昨日と今日(歴史)
2. 1990年代初めの太白炭田地域社会の一般的特性
[都市機能と経済力の水準/住民の一般的特性と就業構造/炭鉱労働の特性]
3. 炭鉱じん肺被災者の処遇改善のための現行政策および制度的問題点と改善案
[問題提起/じん肺症とは/じん肺被災者の実態/じん肺症の診断と管理体系の問題点/じん肺症の健康診断と管理体系/問題点と改善案]
4. 太白地域の在家じん肺被災者の状況(1992年に調査した資料をもとに)
5. 太白市在家じん肺被災者たちはどのように暮らしているのか
(単純じん肺被災者の健康管理プログラムのための基礎調査結果をもとに)
6. 在家じん肺被災者のプログラムの内容と運営の成果
7. 在家じん肺被災者についての社会福祉的アプローチ
8. 判例を通して見た在家じん肺被災者たちの「業務上災害」認定事例
付録(関係法令等)



『忘れられた産業戦士たち』の表紙

韓国の石炭鉱業から発生する じん肺症の実態

—発生に關与する要因および発生率—

崔秉舜

チェ・ビョンスン、東國大学医学部予防医学科教授

I 序論

炭鉱夫に発生するじん肺症(炭鉱夫じん肺症)は、1954年に韓国で最も早く報告された職業病で、毎年、韓国の職業病有所見者の40%以上がじん肺症患者であり、大多数が鉱業、とりわけ石炭鉱業労働者である。

1934年に大韓石炭公社長省鉱業所で始めて採炭して以来、石炭鉱業は拡大されてきたが、1988年を境に、現在は石炭産業合理化政策が進められ、石炭鉱業事業体および従事勤労者数が急激に減少する等、斜陽化が進んでいる。しかし、石油が生産されていない韓国の現実では、石炭産業が、基本的エネルギー源として一定水準に維持発展されなければならない。

韓国の炭鉱夫じん肺の実態については、多くの研究者が報告している。しかし、一定時点での一部炭鉱夫のじん肺症有病率は把握できても、じん肺症の発生に關与する粉じん曝露を含め、様々な危険要因との関連性は体系的に深く究明されていない。

じん肺症は基本的に治ゆせず、さらに粉じんにそれ以上曝露されなくても進行する場合もあり、肺結核などの合併症が頻発する疾患である。さらに、最近では、鉱業で発生するじん肺症以外にも、鋳

物、造船、溶接等製造部門でもじん肺症発生が増加しているため、最もよく知られ、多くの患者が苦痛を受けている炭鉱夫じん肺症の発生実態に關する研究は、韓国の炭鉱夫じん肺症の予防および患者管理のみならず、製造業で発生するじん肺症の実態に關する研究にも基礎資料を提供するものと思われる。

このような目的のため、炭鉱夫じん肺症の発生に關与するものと知られている危険要因と炭鉱夫じん肺症発生に関連性を、韓国の炭鉱夫じん肺症事例で確認検証し、炭鉱夫じん肺症の発生率を通じて、韓国の炭鉱夫じん肺症の発生の変遷を探ってみた。

II 研究方法

1. 研究対象

「産業災害補償保険法」と「じん肺症の予防とじん肺勤労者の保護等に関する法律」により管理されているじん肺勤労者の中で、炭鉱で働いたことのある者のうち、1973年から1992年までの20年間に、最初のじん肺症の診断を受けた男性6,452名を対象にした。すなわち、炭鉱で働き、1973年以前に退職していても、1973年から1992年の間に初めてじん肺症と診断された場合、本研究の対

象に含まれるが、炭鉱で働いていても、1973年以前にすでに炭鉱夫じん肺症の診断を受けた者は、本研究の対象からは除外されている。

2. 研究資料

全国45か所の労働部地方労働庁(事務所)を訪問し、炭鉱夫じん肺勤労者に対するじん肺患者管理カードとじん肺勤労者健康管理カードを複写収集した。研究対象の炭鉱夫じん肺勤労者の最初の診断時の年齢、炭鉱で働き始めた年齢、炭鉱での勤務期間、勤務部署、最初の診断時の放射線学的病型と心肺機能障害程度を調べた。

炭鉱夫じん肺症の発生率を求めるための危険集団である石炭炭鉱に従事する生産職男性勤労者の数は、経済企画院(1972~1988)および統計庁(1989~1992)の鉱工業統計調査報告書(1972、1974~1977、1979~1982、1984~1987、1989~1992)、鉱工業センサス報告書(1973、1978)、産業センサス報告書(1983、1988)および労働部の毎月労働統計調査報告書(1975~1992)により把握した。

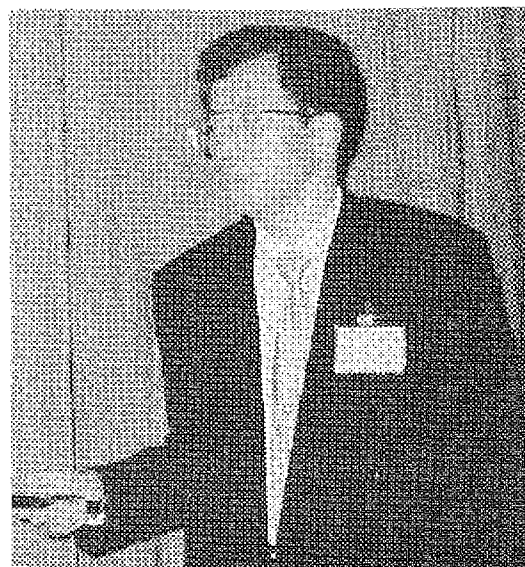
炭鉱夫じん肺症の放射線学的病型は、国際労働機構が1971年と1980年に改定した国際分類に従った。完全分類では病型が小陰影の密度により連続線上の12段階に分けられるが、これを概略分類する場合、同一の小分類であっても異なる大分類になることもあるし、異なる小分類が同一の大分類になることもある。

したがって、病型では、完全分類と概略分類(疑症(0/1)、1型(1/0、1/1、1/2)、2型(2/1、2/2、2/3)、3型(3/2、3/3、3/4)、大陰影(A、B、C))すべてを使用して比較し、概略分類のみならず、完全分類を知り得る勤労者だけを分析に含めた。

障害度は、心肺機能により、韓国労働部で適用しているじん肺症の判定基準に依拠して、無障害、軽微障害、軽度障害、中等度障害、高度障害に分類して使用した(労働部、1990、1991)。

III 要約および結論

研究対象者総6,452名の49.7%が40~49歳、80.1%が35~54歳で、炭鉱夫じん肺症が発生し



金東元(チェ・ビョンソン)氏

ている45.5%の勤労者が、25~39歳で初めて炭鉱で働いた。

44.9%の勤労者が、5-19年間炭鉱で働いた後炭鉱夫じん肺症を発生しており、全体炭鉱夫じん肺症勤労者の8.7%は、5年以内に発生している。

最初の発生時の放射線学的病型は、1型2,273名(35.2%)、2型1,490名(23.1%)、疑症863名(13.4%)、3型365名(5.7%)、大陰影229名(3.5%)の順になっている。

最初の発生時に心肺機能障害がなかった勤労者は1,755名(27.2%)、軽微障害917名(14.2%)、軽度障害263名(4.1%)、中等度障害122名(1.9%)、高度障害35名(0.5%)であった。

これは、障害がなかった者と判断された場合を含めると、全体の79.3%は、炭鉱夫じん肺症の最初の発生時には心肺機能の障害はなかったことになる。炭鉱夫じん肺症の放射線学的病型と心肺機能の障害は、互いに一定の関連があった。

最初発生時の病型および障害度により、炭鉱で勤め始めた年齢の平均値は、統計的にこれといった差を示しておらず、勤務部署とも関連がなかったが、勤務開始時の年齢を補正した後の勤務期間、病型および障害度がひどいほど長かった。

大陰影炭鉱夫じん肺症の発生には、呼吸性粉じ

ん曝露量よりも、ケイ酸の曝露量がさらに重要な役割を果たすと思われる。

年度別炭鉱夫じん肺症発生率は、1982年には10,000人当たり73.2名、1986年には75.8名であったが、それ以後減少し、1990~1992年の3年間の平均発生率は22.9名であった。最近、全体炭鉱夫じん肺症中、疑症の炭鉱夫じん肺症の比重が、過去より相対的に大きくなった。

以上、1973年から1992年までの20年間に発生した炭鉱夫じん肺症についてみてきたが、じん肺症を含む職業性疾患の発生および進行において、喫煙が相当の影響を及ぼしているが、本研究では、過去の記録を基礎に調査したため、喫煙歴の影響は調査できなかった。

1980年末より進められた石炭産業合理化政策により、現在、炭鉱および炭鉱勤労者数は急激に

減少した。また、炭鉱の作業環境がかつてよりかなり改善され、今後発生する炭鉱夫じん肺症は、かつてとは違った様相をみせる可能性がある。したがって、今後も炭鉱勤労者を対象にコホートを構築し、喫煙歴、定期的な呼吸性粉じんおよびケイ酸またはその他の鉱物性粉じんやガスの濃度、実際の勤務時間と作業強度等に基づく正確な曝露量を把握した炭鉱夫じん肺症の発生と進行についての研究が必要である。

とくに最近、製造業でその発生が増加しているじん肺症についても、早急なコホート研究を開始し、把握される危険要因、発生実態、進行(予後および合併症)等についての情報を、予防に活用しなければならない。

*注: 病型、心肺機能障害等については34頁以下を参照されたい。



労働組合からみたじん肺症などの職業病の実態と対策

金正坤

キム・ジョンゴン、大宇造船労働組合産業安全部長

1. 造船所の職業病実態

1) 統計からみた職業病の実態

労働部と産業安全公団によると、最近の5年間、造船所で発生した職業病の患者のうち、じん肺症と騒音性難聴のものが、1991年度に33名、1993年度に28名、1994年度に498名、1995年に658名である。(表1)

2) 職業病が“縮小隠蔽”されている

表1 造船所じん肺、騒音性難聴職業病発生状況

区分	1991年	1992年	1993年	1994年	1995年
難聴	20	14	25	319	583
じん肺	13	2	3	79	75
計	33	16	28	498	658

1年に1、2回ずつ実施している会社の健康健診が、いいかげんに実施されている事実は、健診を受けている労働者であればだれでも知っている事実である。さらに、じん肺と難聴はほとんど不治の病に近いため、一度かかると、まず完治し

表2 造船6社 職業病再健診結果表

区 分	じん肺		難 聴	
	健診者	職業病	健診者	職業病
漢拏重工業	2	2	14	3
韓進重工業	6	5	2	0
尾浦造船	12	7	8	1
タコマ	0	0	4	1
現代重工業	20	5	22	9
大宇造船	19	9	77	69
合 計	59	28	127	83
186名中111名職業病判定				

□大宇造船労組1994年自主再健診、他5労組—1995年造船労協共同再健診
 □再健診機関：韓国労働保健職業病研究所
 □じん肺：聖水医院1次健診、設問調査→ソウル大病院診断放射線科 胸部X線、HRCT→ソウル大保健大学院 肺機能検査→大韓放射医学会胸部放射線研究会 判読
 □難聴：聖水医院1次健診、設問調査後、ソウル大病院耳鼻咽喉科診察、オーディオグラム検査後にチャン・ソノ教授(ソウル医大)が結果分析

にくい病気として知られているが、会社の健康健診の結果では、本人は苦痛を訴えているにもかかわらず、じん肺、難聴者のかかなりの数が完治したものと判定が出されている現実、労働者には理解しがたい。現代重工業を現代海星病院が、大宇造船を大宇病院が健診を実施するなど、財閥系列病院の健診結果に企業の息がかかっている可能性もかなり大きいのが事実である。

さらに、1994年初め、起亚自動車健康健診機関が会社から圧力をかけられ、難聴と判定された65名のうちの33名の検査票を修正液で消し、「健康管理注意要望者(注：要観察者の意)」というふうに操作した事実が、労働組合の追跡の末に明らかになり、関係者が拘束された事件は、会社の健康健診結果は信じられないという判断を広めるのに充分であった。

このような状況で、1994年に、大宇造船労働組合が、じん肺患者19名、難聴患者77名など合計96名を対象に、韓国労働保健職業病研究所で自主再健診を実施し、1995年には、造船労協が大宇造船労働組合以外の5つの所属労働組合の組合員のうち、じん肺40名、難聴50名など合計90名を対象に、同機関で再健診を実施した。その結果、全



金正坤(キム・ジョンゴン氏)

ての健診対象者186名の60%に達する111名が会社の健康健診とは異なり、職業病と判定されることがわかった。

会社の健康健診とは違い、先端精密施設と、客観的な健診過程を経た、この再健診の結果をみると、会社の健康健診では10名の職業病患者のうち6名を正常として判定しているという論理がなりたつ。結局、財閥総帥が所有する系列病院が系列会社の労働者を対象に実施する健康健診は、職業病を発見し、予防、治療せず、職業病を縮小、隠蔽してきた可能性を強く示唆している。

また、会社の健康健診では、以前に特殊健康健診の結果、難聴やじん肺など職業病の判定を受け、事務職や関連部署に異動した労働者については、まったく特殊健診を実施していない。結局、不治の病であるじん肺や難聴が、部署を異動して数か月で完治するはずはないにもかかわらず、特殊健診の対象からはずされてしまうことによって、その分の職業病発生者数が減るという現象がおきる。

このほかにも、造船所で職業病にかかっても、職業病の認定を受けることがどれほどたいへんで、勇気のいることかということ、言葉では説

明できない。しかし現実には、そうになっている。また、現行の健診は、有機溶剤による職業病、職業性がん、成人病など、実施しなければならない項目を健診項目からはずしているため、職業病を発見するには根本的に限界がある。したがって、先にみた職業病の統計も、造船労働者の職業病のごく一部を反映しているにすぎず、実際には職業病は想像もできない規模で労働者の健康をむしばんでいる。

以上みてきた造船所の職業病の実態を総合すると、外に出された統計だけでも1週間に1人ずつ死亡者が発生しているなど、重大災害が大幅に増えているだけでなく、これ以上は放置できない危険すぎるレベルに達している。

職業病は、たんに労働者の健康を破壊するからという人道主義の次元からのみならず、労働者の勤労意欲をなくし、経済の国際競争力をかすめ取っていく主犯であり、社会がともに追放すべき共同の賊として浮上している。しかし、職業病を発生させる原因とこれを隠蔽する悪循環を取り除く根本的な対策がなければ、造船所が好景気

なるほど、そして、労働者の勤続年数が増加するにしたがって、これからさらに増えていくだろう。

2. 造船所の職業病の特徴と原因

主要な作業工程と職種別に、潜在する災害と職業病をみると表3のようになる。造船工業は、製鉄、電子、化学など、関連するいろいろな産業から機資材を取り寄せて、加工、組み立てて船舶を建設する総合組立産業である。したがって、造船所にはさまざまな職種の人々が集まって複合的に働くことになり、運搬作業、機械加工作業、高所での溶接作業、塗装作業などが同時に行われており、天候の影響を多く受け、作業による有害要因も複雑であり、また、さまざまである。

密閉された空間で行われるブロック組み立て、溶接、切断および塗装などの作業は、火災および爆発事故と有機溶剤による窒息事故などの危険性をはらんでおり、出口の狭い密閉空間の奥で作業する労働者は、照明設備が破損して暗いところ

表3 造船所の主要工程別職業病形態

職 種	曝 露	疾 病
溶接工	溶接ヒューム、有害ガス、有害光線	金属熱、重金属中毒、溶接工肺、電光性眼炎、白内障
鋳造工	石綿、高熱、騒音、振動	肺疾患、騒音性難聴
切断工	粉じん、騒音、軽金属粉じん	じん肺症、騒音性難聴、肺疾患
附着工	有害ガス、有害光線、粉じん、騒音、高熱	騒音性難聴、眼障害、肺疾患
ガス工	粉じん、高熱、騒音、振動、有害ガス	じん肺症、騒音性難聴、肺疾患
機械工	多環炭化水素	肺がん
ハンマー使用者	金属の粉じん、切削液	肺疾患、がん、皮膚炎
塗装工	振動、粉じん	レイノー現象、騒音性難聴
保温工(断熱材取扱)	ペイント、有害溶剤、顔料	神経系疾患、皮膚炎、血液疾患、重金属中毒
木工	石綿、繊維性流璃、**	石綿肺症、肺がん、中皮腫、皮膚炎
セメント工	おがくず、****、接着剤	**がん、皮膚がん、神経系疾患
潜函労働者	セメント粉じん、金属	皮膚がん、気管支がん
配管工	高圧下の労働環境	潜函病、航空病
光澤工	鉛、溶剤、石綿、溶接*	鉛中毒、石綿肺、肺がん、神経系疾患
電気工	溶剤、ワックス	皮膚炎
運搬工	有機溶剤、金属ヒューム、***、PCB ****、石綿、電流、塩素化ナフタレン	肺がん、白血病
	重量物、振動	腰痛

では、逃げ場がない。とくに出口が1か所しかないところで火災が発生すれば、煙、一酸化炭素および熱が放散されて、2次災害を起こす憂慮が大きい。ひとことで言えば、造船所は安全第一作業がなされなければ、多種多様な労災と職業病の博物館になってしまう条件を備えている。

造船所で発生する職業病の特性を整理すると次のようになる。

まず第1に、職業病の場合、騒音性難聴、じん肺症と同じく、一度かかると治療の難しい不治の病が多い。密閉された空間で行われるグライNDER、ガウジング、製罐、取部作業と関連する騒音性難聴と溶接ヒューム・ガスおよびガウジング作業によるじん肺症など、不治の病に近い職業病が最も多い。

2つ目には、腰痛、有機溶剤中毒、皮膚炎などの職業病が多様になってきている。重量物の取り扱いによる腰痛患者の急増する中、塗装作業による有機溶剤中毒や皮膚炎、反復作業および固定作業による頸肩腕障害など、その種類が一層多様になり、職業病の百貨店現象を呈している。

3. 造船所職業病追放対策

(1) 造船所の経営陣は、職業病を必ず引き起こさざるを得ない生産第一主義と新経営戦略を全面的に修正し、生産と安全が調和をなす世界第一位の造船王国にふさわしい新しい経営方針を樹立しなければならない。人の生命を破壊しつつ、さらに速く、さらに多く生産し、統制と労働強化ばかりの生産第一主義と新経営戦略は全面修正されねばならない。

(2) 労働者を労働安全保健の主体として認め、危険な作業の中止権、健康健診機関・作業環境測定機関の選択権などを保障し、労働者が自分の



労働組合からの参加者代表が労働歌を披露

安全や保健に対する権利を行使できるようにしなければならない。

- (3) 政府は、労働安全保健関連の規制緩和方策を撤回し、職業病を追放できるよう、関連法規と制度を改善しなければならない。
- (4) 作業環境測定を強化しなければならない。
 - 測定機関を労働組合が選定する。
 - 測定に関連した諸事項を労使合議の後に実施する。
 - 測定の結果による改善措置への移行を義務化し、違反時には事業主に対する処罰を強化する。
- (5) 現行の労働者健康健診制度を全面改善しなければならない。
 - 健診機関を労働組合で選定しなければならない。
 - 健診結果に対する労働者と労働組合の情報の請求権を強化しなければならない。
 - 健診結果によって、事後管理が正しく実施されなければならない。



注:1996年11月号で紹介した韓国・全国民主労働組合総連盟「産業安全保健に関する労働者の権利」からの抜粋翻訳参照。同パンフレットは、金正坤氏らが中心になってまとめたもの。なお、同氏とは今年2月、労使合同の日本の造船の安全衛生対策視察で来日された機会に再会できた。

じん肺関係法令の日韓比較

補償は産災保険法で一元的、予防・健康管理は鉱業とその他で二元化

●韓国のじん肺関係法令

韓国におけるじん肺関係法令の制定経過をみると、1963年に、日本の労働基準法に当たる「勤労基準法」および「産業災害補償保険法」(以下「産災保険法」という。日本でいう労働者災害補償保険法=以下「労災保険法」という)が制定され、1995年の法改正によって、産業災害補償保険が政府の管掌から「勤労福祉公団」に移管されている。

また、1981年に「産業安全保健法」(日本でいう労働安全衛生法)が制定され、その後1984年に「じん肺の予防及びじん肺労働者の保護に関する法律」(以下「じん肺保護法」という。日本でいうじん肺法というところであるが、後述のように適用範囲は鉱業労働者に限定されている)が制定されている。

各々の法律に基づき施行令(大統領令=日本では政令)、施行規則(労働部令=日本では労働省令)なども制定されていることは日本と同様である。

産災保険法施行規則の「第3章 保険給付」のなかの第5編が、「じん肺症」に当てられている。

産業安全保健法関係の労働部令として、「産業安全保健法施行規則」のほかに、「産業保健基準に関する規則」(以下「産業保健規則」という)が制定されており、後者は、日本での労働安全衛生規則の一部および粉じん障害防止規則、鉛中毒予防規則、四アルキル鉛中毒予防規則、有機溶剤中毒予防規則、特定化学物質等障害予防規則(以下「特化則」という)、酸素欠乏症等防止規則、高気

圧作業安全衛生規則を網羅したような内容になっている(日本では上記のほかに電離放射線障害防止規則、事務所衛生基準規則が独立して制定されている)。産業保健規則の「第2編 粉じんによる健康障害予防」が、日本の粉じん障害防止規則に当たると言ってもよい(作業環境測定に関しては、「第1編 通則」で規定)。

韓国におけるじん肺に関する法の適用関係を整理すると、大雑把に言って、「補償」に関しては、産災保険法で一元的に対応しているが、「健康管理と予防」に関しては、鉱業労働者はじん肺保護法、製造業等の労働者は産業安全保健法と、二元化されていることがまず大きな特徴である。

じん肺・合併症の補償

●韓国では肺気腫・肺性心も合併症

日本では、労働基準法施行規則で「粉じんを飛散する場所における業務によるじん肺症又はじん肺法に規定する合併症」を業務上の疾病として規定し、じん肺法施行規則で、合併症として、①肺結核、②結核性胸膜炎、③続発性気管支炎、④続発性気管支拡張症、⑤続発性気胸、の5つの疾病を規定している。

韓国では、勤労基準法施行令で「粉じんを飛散する場所における業務によるじん肺症及びこれによる肺結核」が業務上の疾病として規定されているが、後述の「療

養基準」により、じん肺保護法施行規則で規定されている次の7つの合併症も補償の対象とされている。

すなわち、①肺結核、②結核性胸膜炎、③続発性気管支炎、④続発性気管支拡張症、⑤続発性気胸、⑥肺気腫、⑦肺性心が「合併症」として定められている。日本では認められていない肺気腫と肺性心については、じん肺勤労者等の強い要求により、1989年に新設されたものである。

「じん肺」の定義は、日本のじん肺法、韓国のじん肺保護法で各々定義されているが、全く同じ内容で、「粉じんを吸入することによって肺に生じた線維増殖性変化を主症状とする疾病」と規定されている。

●じん肺症に合併した肺がん

じん肺症患者に合併した肺がんについては、日韓両国とも、業務上の疾病としては規定されていない。

日本では、1978年の行政通達(昭53.11.2基発第608号)により、「じん肺管理区分が管理4(相当)で現に療養中の者に発生した原発性肺がん」についてだけは、業務上の疾病として補償の対象になっている。しかし、「職業病リスト」には掲載せず、「その他業務に起因することの明らかな疾病」という区分で取り扱われている。

韓国でも、じん肺勤労者や労働組合が、じん肺勤労者に合併した肺がんを補償の対象とするよう要求している。懇談会に出席された韓国のじん肺審査医からは、実態として、肺がんを合併していても死亡診断書の死亡原因欄に「じん肺症」と記載されていれば補償されていること、また、不服審査で判断を求められ、じん肺症が原因で死亡した可能性の方が大きいと「主観的に」判断すれば補償の対象としていることが紹介された。

●労災認定のプロセス

補償の対象となるかどうかの「認定(判定)」のプロセスは、韓国では次のようになっている。

じん肺症により療養を受けようとする勤労者は、事業主の証明による粉じん作業歴確認書、医療機関の所見(診断)書、エックス線写真を添付して、療養申請書を勤労福祉公団(以下「公団」という)に提出する。公団では、「遅滞なく、所見(診断)書とエックス線写真を添付して、指定の「じん肺精密診断医療機関」に診断を依頼する。

じん肺精密診断医療機関は、「特別な理由のない限り7日以内」に、精密診断の対象となるかどうかを公団に知らせる。その際、精密診断が必要な場合には診断予定日を、不必要な場合はその理由を明示する。報告を受けた公団は、その結果を申請人に決定・通知する。

精密診断が必要な場合には、「診断終了日から5日以内」に、精密診断医療機関は、じん肺診断所見書、災害補

償に関する意見書、エックス線写真を添付してその結果を公団に報告する。公団は、「遅滞なく」、公団に設置された「じん肺審査協議会」の審査を経て、じん肺症罹患の有無(可否)とこれに伴う療養の必要性の有無、障害の程度を「判定」する。

なお、後述のじん肺保護法により、健康診断結果に基づくじん肺管理区分の判定または再審査請求に対する決定を通知された者は、上記の「判定」を受けたものとみなされ、保険給付を請求できる(この場合は、同法に基づく「じん肺審査医」の諮問を受けることになる)。

日本と比べれば、条文上かなり「行政手続」が明確化されているようである。日本では、1994年10月に、「行政運営における公正の確保と透明性の向上」を目的とした行政手続法が施行されるまでは、ほとんど考慮されてこなかったと言ってよい。行政手続法のもとで、労働省は、じん肺管理区分決定—2か月、疾病に係る労災保険給付—6か月という「標準処理期間」を定めたが、あまり周知徹底されていない(1995年10月号参照)。

●病型・心肺機能障害判定基準

休業給付、療養給付、障害給付、遺族給付、傷病年金といった補償の基本的枠組みに関しては、日韓双方ともほとんど同じ内容である(日本では「給付」、韓国では「給与」という)。休業給与は、韓国では平均賃金の70%、日本では休業補償給付として60%と休業特別支給金20%を合わせて80%、どちらも休業4日目から支給される。なお、後述のように、じん肺肺保護法の対象となる炭鉱勤労者に対しては、別途、「慰労金」が支給される制度がある。

韓国の産災保険法施行規則では、じん肺および合併症に関する「療養基準」、「廃疾等級基準」(日本での傷病等級)、「障害等級基準」が各々定められている(同法施行規則別表5、以下の1~4で全文紹介)。

まず、療養、廃疾等級、障害等級判定基準の要素となる「病型・換気機能及び心肺機能障害の判定基準」が次のように定められている。

「1. 病型・換気機能及び心肺機能障害の判定基準 [韓国]

ア) 病型判定基準

① じん肺症罹患の有無と進行度はエックス線写真を判読して決定され、第52条第1項の規定によるじん肺審査協議会の審議、または、じん肺勤労者保護法第6条の規定によるじん肺審査医の諮問を経て判定する。

② エックス線写真判読は国際労働機構(ILO, u/c)のじん肺症エックス線写真精密分類法により、じん肺

症の病型を次のように分類する。

病型	エックス線写真の像
疑症 0/1	小円形または小さく不規則な陰影の密度が1型の下限より低い場合、特にじん肺症の罹患が疑われる場合
第1型 1/0, 1/1, 1/2	小円形または小さく不規則な陰影が少数あるもの
第2型 2/1, 2/2, 2/3	小円形または小さく不規則な陰影が多数あるもの
第3型 3/2, 3/3, 3/+	小円形または小さく不規則な陰影が極めて多数あるもの
第4型 A, B, C	大陰影があると認められるもの

イ) 換気機能の判定基準

%肺活量を80%以上と未満を基準とし、各々正常と軽微異常の**で区分する。

ウ) 心肺機能の障害判定基準

①高度障害

換気機能が55%以上制限され、安静時に対話や服を着る程度でも呼吸困難があり、心肺機能の障害程度が70%以上の者

②中等度障害

換気機能が45%以上制限され、50m以上歩くと呼吸困難があり、心肺機能の障害程度が50%以上の者

③軽度障害

換気機能が30%以上制限され、平地で1km以上を健康な人のように歩けない状態の呼吸困難があり、心肺機能の障害程度が40%以上の者

④軽微障害

換気機能が20%以上制限され、健康な人と同じ程度は歩けるが、丘や階段の場合には、年齢が同じ健康な人のように登れない程度の呼吸困難があり、心肺機能の障害程度が20%以上の者

●日本にはない「じん肺疑症」

「エックス線写真の像」については、韓国では読影にILO U/C分類を用い、日本では独自の「じん肺標準エックス線フィルム」を用いている違いはあるが、いずれも12段階尺度をベースにして「(病)型」を第1型~第4型の4段階に区分すること、および、第1型~第4型各々の定義は全く同じと考えてよい(「小円形または小さく不規則な陰影」と翻訳したのは、日本の「粒状影または不整形陰影」と同じものと考えられる)。

一番の違いは、日本では「じん肺所見なし」とされる0/1の者でも、韓国では「疑症」という区分に該当する場合があるということである。後述の「療養基準」で、「じ

ん肺疑症(0/1)で肺結核を合併した場合も療養の対象となるのであるから、この違いは大きい。

「心肺機能」の障害判定基準については、韓国では「換気機能」(%肺活量)および「心肺機能」(1秒率を用いているとのこと)の障害程度と「呼吸困難度」を組み合わせて判定しているようだが、日本では、「中等度障害(F2)」—換気指数40以上60未満、「軽度障害(F1)」—60以上80未満、「軽微障害(F0)」—80以上、の3段階に区分している(障害等級認定基準。じん肺管理区分の認定に係る「(著しい)肺機能障害」は、また別の判定基準による—後述)。%肺活量が80%以上だと「正常」とされてしまうことを含めて、韓国の方が厳しくなっている(ただし、障害認定基準自体は後述のように韓国の方が全般的に緩い)。

日本では、「呼吸困難度」については、ヒュー・ジョンズの分類に準じているが、これが問題となるのは、じん肺による障害に係る等級認定の時期(および、じん肺管理区分決定の際の「肺機能障害」の判定)に関してである。

すなわち、じん肺に活動性結核を伴わない者については、1年を通じて、各季節ごとの心肺機能検査で「中等度障害」以下かつ「呼吸困難度が常にⅡ度以下」である状態が続き、かつ、引き続き6か月を通じて経過観察を行っても、なお、その症状に変化が認められないときに、障害等級の認定を行う者とされる(障害等級認定基準)。「呼吸困難度 Ⅱ度」とは、「同年齢の健康者と同様に歩くことには支障がないが、坂や階段は同様に昇れない程度のもの」、「経過観察」とは、「機能を高めるような薬剤の投与を中止して医師の観察下にある状態をいう」とされる。

なお、活動性結核を伴う場合には、十分な療養の結果、さらに療養を続ける必要がなくなったと判断され、引き続き1年以上経過観察しても結核再発の徴候が認められないとき、とされる。

韓国には、法文上、このようなじん肺による障害に係る等級認定の時期に関する規定は定められていないようである。

●療養基準・療養担当医療機関

「2. 療養基準 [韓国]

ア) じん肺症の合併症または続発症(肺結核・結核性胸膜炎・続発性気胸・続発性気管支炎・続発性気管支拡張症・肺気腫(心肺機能軽度障害異常)・肺性心)があり、医学的に療養が必要と認められる者

イ) じん肺症と診断された者で、高度の心肺機能障害があり、医学的に療養が必要と認められる者

ウ) じん肺症の病型が第4型で、大陰影の大きさが一

側の肺野の2分の1を超え、併発症感染の予防、その他の措置が必要と認められる者
エ) じん肺疑症(0/1)の者で、肺結核が発病し、療養が必要と認められる者」

日本では、①じん肺管理区分の管理4に該当するじん肺症、②じん肺管理区分2または3と決定された者に係る合併症(肺結核、結核性胸膜炎、続発性気管支炎、続発性気管支拡張症、続発性気胸)、また、③じん肺管理4と決定または管理4相当と認められ、現に療養中の者に発生した原発性肺がんにより「療養を必要とする場合」に療養補償給付の対象となる。①②については、じん肺法の条文で「療養を要するものとする」と明記されているが、③は前述のとおり、行政通達に基づく取り扱いである(昭53.11.2基発第608号)。

日本のじん肺管理区分はじん肺法に基づくもので、韓国でもじん肺保護法で同様のじん肺管理区分が定められているが(後述)、これは鉱業労働者だけを対象としたものであり、韓国では、産災保険法上の「療養基準」を「じん肺管理区分」とリンクさせていない。前述のとおり、「病型(エックス線写真の像)」と「合併症」、「心肺機能障害」を判定の基準としていることが特徴である。

日本でのじん肺管理区分の管理4は、①エックス線写真の像が第4型(大陰影の大きさが1個の肺野の3分の1を超えるものに限る)、または、②エックス線写真の像が第1型、第2型、第3型または第4型(大陰影の大きさが1個の肺野の3分の1以下のものに限る)でじん肺による著しい肺機能の障害があると認められるもの、とされている(これは韓国のじん肺管理区分の第4種と同じ内容)。「著しい肺機能障害(F++)」の判定は、日本では、%肺活量(%VC)、1秒率(FEV1.0%)、最大呼出速度(V25)、呼吸困難度、動脈血ガス測定検査(2次検査)結果等によって行われるが(じん肺診査ハンドブック)、%肺活量が60%未満の場合は「著しい肺機能障害あり」と判定される。したがって、韓国の「療養基準」のイ(「高度の心肺機能障害」は%肺活量45%以下...)およびウの場合は、いずれも管理区分4と判定されることになると思われる。

日韓の相違点を整理すると、①肺気腫、肺性心も合併症として認めていること、②疑症(0/1)であっても肺結核が合併した場合には療養が認められること、では韓国の方が日本よりも進んでいる。逆に、管理区分4のじん肺症に関しては、限定つきであるが肺がんを補償対象としていること、また、上記療養基準のイ、ウに該当しない場合でも療養が認められる点では日本の方がよい。

また、韓国で、じん肺労働者や労働組合がその改正を要求している大きな問題点は、じん肺労働者の療養を

担当する医療機関が、公団の指定する病院または総合病院に限定されていることである。日本では、労災指定医療機関であれば診療所等も含めて広く、じん肺労働者が自らの療養担当医療機関を選択でき、韓国ではこれがじん肺症の掘り起こしを阻害している最大のネックになっているとも考えられる。

●傷病(廃疾)等級基準

「3. 廃疾等級基準[韓国]

廃疾の状態 等級
自力で食事・用便など日常生活の処理動作が不可能な者 第1級
日常生活の範囲が主に病床に限定され、食事・用便および病棟内での100m以内の歩行など短時間病床を離れることが可能な者 第2級
食事・用便など日常生活の処理動作は可能だが、常時労務に従事できない者 第3級

日本の「傷病等級認定基準」では、じん肺特有の基準は示していないが、「胸腹部臓器障害」について、次のような基準を示している(昭52.3.30基発第192号)。「第1級 重度の胸腹部臓器の障害のために、生命維持に必要な身のまわり処理の動作について、常に介護を要するもの。」

胸腹部臓器の障害により、日常生活の範囲が病床に限定されている状態のものがこれに該当する。
第2級 高度の胸腹部臓器の障害のために、生命維持に必要な身のまわり処理の動作について、随時介護を要するもの。

胸腹部臓器の障害により、日常生活の範囲が主として病床にあるが、食事、用便、自宅又は病棟内の歩行など短時間の離床が可能であるか又は差し支えない程度の状態のものがこれに該当する。

第3級 著しい胸腹部臓器の障害のために、生命維持に必要な身のまわり処理の動作は可能であるが、常に労務に服することができないもの。

胸腹部臓器の障害により、通院、自宅周囲若しくは病院構内の歩行が可能か又は差し支えないが、常に労務に服することができない状態のものが、これに該当する。」

●障害等級基準

「4. 障害等級基準[韓国]

身体障害等級 区分
心肺機能障害度およびエックス線所見

[韓国]心肺機能 (%肺活量) (1秒率)	高度(F3) ≤45% ≤30%	中等度(F2) ≤55% ≤50%		軽度(F1) ≤70% ≤60%	軽微(F1/2) ≤80% ≤80%	
[日本]心肺機能 (換気指数)			中等度(F2) ＜60%		軽度(F1) ＜80%	軽微(F0) ≥80
エックス線の像型						
第4型	第1級	第3級		第5級	第9級	
第3型	第1級	第3級	第7級	第7級	第9級	第11級
第2型	第1級	第3級	第9級	第7級	第11級	—
第1型	第1級	第3級	第11級	第7級	第11級	—
			—		—	—

第1級 高度障害 (F3)

換気機能が55%以上制限され、心肺機能の障害程度が70%以上の者

第3級 中等度障害 (F2)

換気機能が45%以上制限され、心肺機能の障害程度が50%以上の者

第5級 軽度障害 (F1)

換気機能が30%以上制限され、心肺機能の障害程度が40%以上の者のうち、じん肺症の病型が第4型と判定される者

第7級 軽度障害 (F1)

換気機能が30%以上制限され、心肺機能の障害程度が40%以上の者のうち、じん肺症の病型が第1・2・3型と判定される者

第9級 軽微障害 (F1/2)

換気機能が20%以上制限され、心肺機能の障害程度が20%以上の者のうち、じん肺症の病型が第3・4型と判定される者

第11級 軽微障害 (F1/2)

換気機能が20%以上制限され、心肺機能の障害程度が20%以上の者のうち、じん肺症の病型が第1・2型と判定される者、または心肺機能障害がない者(F0)でじん肺症の病型が第2型以上と判定される者」

日本でのじん肺による障害等級の認定基準は以下のとおりである(障害等級認定の時期は前述のとおり)。
「a 『心肺機能に中等度の障害があり、エックス線写真の像型が第4型(大陰影の大きさが、1側の肺野の2分の1以下のものに限る。以下同じ)』は、第7級の5に該当する。

b 『心肺機能に軽度の障害があり、エックス線写真の像型が第3型のもの』は、第9級の7の3に該当する。

c 『心肺機能に中等度の障害があり、エックス線写真の像型が第3型のもの』は、第9級の7の3に該当する。

d 『心肺機能に軽微な障害があり、エックス線写真の像型が第4型のもの』は、第11級の9に該当する。

e 『心肺機能に軽度の障害があり、エックス線写真の像型が第3型のもの』は、第11級の9に該当する。

f 『心肺機能に中等度又は軽度の障害があり、エックス線写真の像型が第2型のもの』は、第11級の9に該当する。」

前述のとおり、障害の程度の判定にあたって、韓国では「換気機能」と「心肺機能」の障害を組み合わせているのに対して、日本では「換気指数」だけで区分していること、および、区分と数値が異なっている。

これを図示すると、上掲のようになる(上段が韓国—ゴシック体で表記、下段が日本)。換気指数が80以上(日本では「軽微障害」、韓国では「正常」)であってもエックス線写真の像が第4型の場合は障害等級の対象になる(第11級)点だけは日本の方がよいが、他は、第1型の場合は日本では対象にならないが、韓国では「軽微障害」(日本でいうと「軽度障害」)以上の障害があれば対象となることを含め、韓国の方がじん肺労働者に有利な内容になっている。

以上は、条文上の比較であるが、実際に、じん肺労働者が療養、傷病(廃疾)、障害のいずれの補償を受けているかについてはデータが入手できないため比較できない。感触としては、日本の方が、傷病補償年金受給者あるいは合併症等で長期療養を続けている者の割合が多いのではないと思われる。

●障害慰労金・遺族慰労金

韓国のじん肺保護法では、同法が適用される鉱業のじん肺労働者に対しては、産災保険法による補償以外に、後述の「じん肺基金」から、障害慰労金および遺族慰労金を支給する制度を設けている。

「障害慰労金」は、じん肺により産災保険法による障害給与の対象となった労働者が退職したり、退職した労働者がじん肺により産災保険法による障害給与の対象となる場合に支給する。障害慰労金は、産災保険法によるじん肺による障害補償一時金の100分の60に相当する金額とされる。

「遺族慰労金」は、労働者がじん肺により死亡し、その遺族が産災保険法による遺族給与の対象となった場合に支給する。遺族慰労金は、産災保険法による遺族補償一時金の100分の60に相当する金額とする。

ただし、いずれの場合も、労働者または遺族が、民法その他法令による損害賠償請求に代え慰労金の支給を請求する場合に限り支給するものとされている。

健康管理・予防等

●じん肺保護法は鉱業だけに適用

じん肺症などの粉じんによる健康障害の予防および健康管理等に関しては、日本では主にじん肺法と粉じん障害防止規則で規定している。一方、韓国では、じん肺保護法が鉱業労働者だけを対象としているため、一部二元化されていることは前述のとおりで、主にじん肺保護法、産業保健規則、産業安全保健法施行規則で規定されている。

「粉じん作業」については、韓国の産業保健規則別表1で22作業、日本のじん肺法施行規則別表で25作業が規定されているが、ほぼ同様の内容(韓国の方にはない3作業は、染土の付着した藺(い)草、長大ずい道、石綿関係である。石綿は日韓とも「特定化学物質」として取り扱われており、日本の粉じん障害防止規則は石綿関係を除く24作業を「粉じん作業」として規定)している。また、「粉じん作業」のうちの一定の作業を「特定粉じん作業」として規定していることも同じである(日韓ともほとんど同じ内容の15作業)。

韓国のじん肺保護法の適用範囲は、石炭鉱業、鉄鉱業、タングステン鉱業、金銀鉱業、鉛・亜鉛鉱業、ケイ石を採掘する鉱業、黒鉛鉱業、滑石鉱業の8種類の鉱業およびじん肺により産災保険法による遺族給与または障害給与を受給して退職した者のいる鉱業で、常時5人

以上の労働者を使用する事業とされている。

これらの事業で、土石・岩石または鉱物を、①採掘する作業、②切断・加工する作業、③砕いたり、選り分ける作業、④車に積み降ろす作業、⑤坑内から運び出す作業、⑥その他鉱物性の粉じんが飛散する場所で、土石・岩石または鉱物の採掘・搬出・加工・その他これを取り扱う作業、を同法上の「粉じん作業」として規定している。

●健康診断の種類

[じん肺保護法による健康診断]

韓国のじん肺保護法により、同法上の粉じん作業に従事する鉱業労働者に対して、実施が義務づけられている健康診断は次の4種類である。

①採用時健康診断

粉じん作業に従事する労働者を採用するときに、就労する前に実施。

②定期健康診断

粉じん作業に従事する労働者に対して、毎年1回以上実施。

③臨時健康診断

合併症で1年以上療養のため退職した労働者が、復職可能との医師の所見書を提出して復職を申請したときなどに実施。

④離職者健康診断

粉じん作業に1年以上従事した労働者が、離職後に申請したときに実施。ただし、定期健康診断または臨時健康診断の結果、じん肺管理区分の判定を受けた後1年以内に離職した者に対しては、実施しなくてもよい。

いずれの健康診断も、労働部長官の指定を受けた「(じん肺)健康診断機関」が行わなければならないものとされており、被災者等は健康診断機関の選定の権利などを要求している。

なお、①～③は事業主が実施しなければならないのに対して、④は、当該労働者が労働部に申請し、労働部が決定した健康診断機関において実施する。

[産業安全保健法による健康診断]

一方、韓国の産業安全保健法・施行規則により、実施が義務づけられている健康診断は次の4種類である。前述のじん肺保護法に基づく健康診断を実施したときには、その範囲内でこれらの健康診断を実施しなくてもよいこととされている。

①採用時健康診断

粉じん作業に従事するかどうかにかかわらず、労働者を新規に採用するときに、作業に配置する前に実施。

②一般健康診断

粉じん作業に従事するかどうかにかかわらず、常時

使用する労働者に対して、1年に1回以上(事務職は2年に1回以上)実施。

③特殊健康診断

一定の有害業務に従事する労働者を対象にしたもので、産業安全保健法上の「粉じん作業または特定粉じん作業」に従事する労働者に対しては、採用時、当該業務配置時および1年に1回以上定期的に実施。

④臨時健康診断

粉じん等の有害因子による疾病症状がある労働者または当該因子に曝露したり、取り扱いと関連する疾病にかかった労働者が多数発生した場合に、その労働者及び当該因子に曝露したり取り扱う別の労働者に対して、中毒の有無、疾病の罹患の有無または疾病の原因等を発見するために、管轄地方労働官署長の指示等により実施。

これらの健康診断も、労働部長官の指定を受けた「一般健康診断機関」または「特殊健康診断機関」が行わなければならないとされている。

日本でも、労働安全衛生法・施行規則で、粉じん作業に従事するかどうかにかかわらず、「雇入れ時の健康診断」、「定期健康診断」(1年以内ごとに1回)等の実施が義務づけられていることは韓国と同様である。

一方、日本のじん肺法では、「就業時健康診断」、「定期健康診断」、「定期外健康診断」、「離職時健康診断」の4種類のじん肺健康診断が定められており、これらを実施したときには、その限度において労働安全衛生法に基づく健康診断を行わなくてもよいこととされている。

しかし、日本のじん肺法に基づくじん肺健康診断は、いずれも対象を「常時粉じん作業に従事する者」に限定していることが韓国と大きく異なっている。

「定期外健康診断」は、①労働安全衛生法に基づく定期健康診断等においてじん肺の所見(または疑い)ありと診断されたとき、②合併症により1年を超えて療養した労働者が、医師により療養を要しなくなったと診断されたときに実施する。

「離職時健康診断」は、1年6か月(じん肺有所見者の場合は6月)を超えて「常時」粉じん作業に従事した(このある)労働者が、離職の際に求めたときに事業主が実施しなければならない。韓国のじん肺保護法の「離職者健康診断」の、「1年以上」、「粉じん作業に従事(「常時」はなし)」、「離職後」、「労働部が実施」、という要件とは微妙に異なる。後述の健康管理手帳のことも含めて、離職後の対策は韓国の方が進んでいる。

ただし、日本では、各種健康診断は「医師の行うもの」であればよく、使用者が指定した医師の健康診断を受けることを希望しない場合は、自分で医師を選んで行うことも可能である。また、日本のじん肺法は、「常時」

粉じん作業に従事する労働者(であった者)は、いつでもじん肺健康診断を受けてじん肺管理区分を決定すべきことを申請できる「随時申請」を認めているが、韓国のじん肺保護法にはこのような規定は見当たらない。

●健康診断の検査項目

韓国の産業安全保健法施行規則に基づく「採用時健康診断」の内容は、①過去病歴、作業経歴および自覚・他覚症状(視診・触診・聴診及び問診)、②血圧・血糖・尿蛋白および貧血検査、③体重・視力および聴力、④胸部エックス線間接撮影、等とされている。

じん肺保護法に基づく「採用時健康診断」の内容は、上記の内容に加えて、上記検査の結果「じん肺所見なし」と認められた者以外の者(じん肺所見が疑われる者)については、胸部の自覚症状および他覚所見の有無等に関する胸部臨床検査を実施することとされている。

じん肺保護法に基づく「定期」、「臨時」、「離職者」健康診断の内容は、前記じん肺保護法の「採用時健康診断」に、次の内容が加わる。

- ① 合併症(既述の7つの疾病)に罹患している者は必ず、他はじん肺健康診断担当医が必要と認めた場合に、スパイロメトリーおよびフローボリューム曲線による検査と動脈血ガスを分析する方法による心肺機能検査
- ② 「じん肺所見あり」と認められる者のうち、肺結核にかかっている(疑いがある)場合には、結核精密検査
- ③ 「じん肺所見あり」と認められる者のうち、肺結核以外の疾病が合併している(疑いがある)場合には、それらの診断に必要な検査
- ④ 上記の検査の結果、じん肺管理区分判定のため必要と認める場合には、肺気量測定検査、換気力学検査、ガス交換機能検査、負荷による肺機能検査及び心電図検査

一方、産業安全保健法施行規則に基づく、同法上の粉じん作業に係る「特殊健康診断」の内容は、以下のとおりとされている。

[1次健康診断検査項目]

1. 作業経歴調査
2. 呼吸困難・せき・痰・胸の痛みまたは血痰などの自覚症状および息の音・循環器障害などの他覚的所見に対する過去病歴および現在症状調査
3. 胸部エックス線直接撮影

[2次健康診断検査項目]

1. 作業条件調査
2. 胸部エックス線検査(特殊撮影検査を含む)
3. 呼吸困難・心悸亢進・せき・痰・喀痰または胸の痛み

- などの自覚症状、呼吸異常の有無
4. 循環器障害(血圧など)の他覚的所見に関する現在症状調査
 5. 結核・慢性気管支炎・肺炎・喘息または心臓疾患などの過去病歴および経過調査
 6. 喀痰検査(結核菌検査など)
 7. 肺機能検査(排気量測定・換気力学検査・ガス交換機能検査または負荷検査など)
 8. 心電図検査
 9. 動脈血酸素飽和度測定検査
 10. その他医師が必要と認める検査

日本のじん肺法に基づくじん肺健康診断の内容に関しては、法文上韓国と同様の規定があるほか、「じん肺診査ハンドブック」で判定方法も含めてくわしく解説しているが、ここでは細かい対比は省略する。

●じん肺管理区分判定基準

韓国のじん肺保護法に基づく「定期健康診断」または「臨時健康診断」で「じん肺所見あり」とされたもの、および、「離職者健康診断」受診者の胸部エックス線写真と個人別健康診断結果表は労働部に送られ、労働部に設置された「じん肺審査医」(7名)の諮問を受けて、「じん肺管理区分」が判定されることになる。労働部長官によるじん肺管理区分判定に異議のある者は、同じく労働部長官に対して再審査を請求することができ、その場合には、じん肺審査医3人以上の諮問を受けて決定されることになる。じん肺管理区分の判定基準は以下のとおりである。

韓国では、産業安全保健法施行規則に基づく「粉じん作業特殊健康診断」等の場合には、このような手続は設けられていない。

「じん肺管理区分判定基準」[韓国]

- 第1種 胸部エックス線写真の像が第1型で、じん肺による顕著な肺機能の障害がないと認められる者
- 第2種 胸部エックス線写真の像が第2型で、じん肺による顕著な肺機能の障害がないと認められる者
- 第3種 次の各号の一つに該当する者のうち、じん肺による顕著な肺機能の障害がないと認められる者
1. 胸部エックス線写真の像が第3型である者
 2. 胸部エックス線写真の像が第4型で、大陰影の大きさが一側の肺野の3分の1未満である者
- 第4種
1. 胸部エックス線写真の像が第4型で、大陰影の大きさが一側の肺野の3分の1以上である者
 2. 胸部エックス線写真の像が第1型・第2型・第3型または第4型(大陰影の大きさが一側の肺野の

3分の1未満である場合に限り)、じん肺による顕著な肺機能の障害があると認められる者

ここで用いられている「胸部エックス線写真の像」の第1型～第4型の区分は、既述の産災保険法による「病型判定基準」(34頁参照)と同じで、日本のじん肺法に基づく「エックス線写真の像」の区分とまったく同じ内容である。

また、日本のじん肺法によるじん肺管理区分とは、判定基準の内容は同様であるが、日本では「じん肺の所見がないと認められる者」が管理1とされており、各々の区分は次のように対応していると考えればよい。

韓国	→	日本
		管理1
第1種	→	管理2
第2種	→	管理3イ
第3種	→	管理3ロ
第4種	→	管理4

ただし、韓国のじん肺保護法および施行令・施行規則では、「じん肺による顕著な肺機能障害」の判定基準が示されていない。既述の産災保険法による「心肺機能障害判定基準」に基づく「軽微障害」以上の障害がある場合に「顕著な肺機能障害」とあると認めているという情報もあるが(未確認)、そうだとすると、日本よりも基準がゆるい場合もありそうだ。

なお、日本では、じん肺所見がある場合のじん肺管理区分は、「地方じん肺診査医」の診断または審査により、都道府県労働基準局長が決定(審査請求の場合は、「中央じん肺診査医」の診断または審査に基づき労働大臣が決定)する。一方、労災補償に関しては、日本では、既述の韓国の「じん肺審査協議会」のようなものではなく、法令に根拠を持たない地方・中央「労災医員」を置いているが、現実的には「じん肺診査医」(こちらはじん肺法に根拠規定がある)に意見を聞くことが多い。

●じん肺管理区分に基づく健康管理措置

韓国では、じん肺管理区分に基づく、じん肺勤労者に対する措置は、次の4種類が規定されている。

①採用禁止措置

以下に該当する者を、粉じん作業に従事させるために採用することは禁止されている。

1. じん肺管理区分が第3種に該当し、胸部エックス線写真の像が第4型である者で、大陰影の大きさが一側の肺野の3分の1未満である者
2. じん肺管理区分が第4種に該当する者(ただし、胸部エックス線写真の像が第1型及び第2型に該当し、

心肺機能の障害が20%以内である者を除外する)

3. じん肺の程度が法20条第2項の規定による作業転換指示対象に該当する者

4. 第1号ないし第3号以外の者で、じん肺により産災保険法による9級以上の障害補償を受けたか、受けると決定された者

②作業転換措置

労働部長官は、一定の基準に該当する者を、粉じん作業ではない作業に従事させるような措置(作業転換措置)をとることを事業主に「勧告」または「指示」することができる。

事業主は、作業転換措置の「勧告」を受けたときは、当該勤労者の意見を考慮し、作業転換措置をしなければならない。作業転換措置の「指示」を受けたときには、7日以内に当該勤労者の作業転換措置をしなければならない。また、「勧告」または「指示」にしたがって、作業転換措置をしたときには、10日以内にその事実を労働部長官に報告しなければならない。

【勧告の対象】

「勧告」による作業転換措置の対象となるのは、以下の者である。

1. じん肺管理区分が第3種に該当する者で、胸部エックス線写真の像が第3型である者
2. その他じん肺により、産災保険法による11級以上の障害等級判定を受けた者で、第1項に該当しない者

【指示の対象】

「指示」による作業転換措置の対象となるのは、前述の「採用禁止措置」対象に該当する者である。

じん肺勤労者が作業転換となる場合には、「じん肺基金」から「作業転換手当」が支給される。「勧告」による作業転換の場合には「平均賃金の35日分」、「指示」による場合は「平均賃金の70日分」に相当する金額とされている。

- また、韓国の勤労基準法では、勤続年数1年に対し30日分以上の平均賃金を退職金として支給する「退職金制度」を設定しなければならないこととされており、じん肺勤労者が作業転換となった場合には、解雇されずに、それまでに勤務した期間に対する退職金の支給を受けることができる旨を規定している。

- ③ 事業主は、じん肺勤労者のじん肺管理区分が第1種または第2種に該当する者に対しては、粉じんの発生程度が一定基準未満である作業場所または作業の強度が比較的低い作業場所に変更するか、粉じん作業に従事する労働時間を短縮させる等、当該勤労者の健康を保護するための措置をしなければならない。

- ④ 政府は、じん肺で退職した勤労者に対する職業訓

練の実施等、職業安定に必要な施策を講じなければならない。

日本のじん肺法では、韓国の②③に相当する措置が規定されている。

就業場所の変更、粉じん作業時間の短縮等の粉じんさらされる程度を低減させるための措置の対象となるのは、じん肺管理区分が管理2(韓国の第1種に相当)または管理3イ(第2種)の労働者である。

「作業転換措置」は、韓国と同様、「勧告」によるものと「指示」によるものがあるが、前者は管理3イ(第2種)、後者は管理3ロ(第3種)に該当し、ともに「現に常時粉じん作業に従事している」場合に限定されている。「転換手当」は、「勧告」による場合が「平均賃金の30日分」、「指示」による場合は「平均賃金の60日分」とされる。また、じん肺管理区分が管理3である労働者を粉じん作業以外の作業に常時従事させるために必要があるときは、作業の転換のための教育訓練を行うように努めなければならないものとされている。

●健康管理手帳

韓国のじん肺保護法では、「離職者健康診断」を受けた者がじん肺管理区分の判定を受けた場合には、「健康管理手帳」を発給することとされている(定期健康診断または臨時健康診断の結果、じん肺管理区分の判定を受けた後1年以内に離職した者も同様)。前述のとおり、「離職者健康診断」を受けることができるのは、粉じん作業に1年以上従事した勤労者である。

韓国では「じん肺所見なし」に該当するじん肺管理区分はないから(日本では管理1に区分)、字義上は「じん肺有所見者」に限られるとも読めるのだが、韓国の関係者は、粉じん作業に1年以上従事した者は「健康管理手帳」交付の対象になると説明している。

いずれにしても、日本では、「粉じん作業」(じん肺法施行規則別表で規定する25作業)従事者に対する交付要件は、「じん肺管理区分が管理3である者」に限定されているから、韓国の方が交付対象範囲がずっと広い。「健康管理手帳」は、日韓とも、健康診断の機会の提供など離職後の健康管理に資するための制度である。

再三述べているように、韓国のじん肺保護法の対象は鉱業労働者に限定されているので、上に述べてきたような、じん肺管理区分の判定および管理区分に基づく健康管理措置は他の労働者には適用されない。しかし、「健康管理手帳」に関しては、産業安全保健法施行規則に規定があり、同規則に規定する「特定粉じん作業」(15作業を規定(日本と同様の規定)に「3年以上従事した者のうち、胸部エックス線写真上じん肺があると

認められる者」(じん肺保護法の規定により健康管理手帳を交付された者を除く)は交付の対象とされている。こちらでは、対象業務を日本より限定しているが、支給要件はやはり日本よりも広くなるとされる。

ちなみに、「石棉を製造し、または取り扱う業務」に関しては、韓国では1994年の規則改正で「3年以上従事した者」が健康管理手帳の交付対象となったが、日本では、昨(1996)年ようやく「両肺野に石棉による不整形陰影があり、または石棉による胸膜肥厚の陰影がある者」が対象とされることになった(どちらの方が支給要件が広い、議論があるかもしれない)。

●その他

なお、韓国のじん肺保護法は、適用事業主からその生産物の量に応じた負担金を徴収して「じん肺基金」を設置し、同法で規定するじん肺審査医に対する報酬、健康診断費用、慰労金やじん肺勤労者の生活および職業安定に必要な費用等に充てているという特徴がある。

また、作業環境測定、設備等の基準、管理、保護具等に関しては、韓国の産業保健規則と産業安全保健法施行規則、日本の粉じん障害防止規則が各々ほぼ同様の規定を設けているが、以下に、韓国の産業保健規則第2編の目次および日本の粉じん障害防止規則との対応関係だけ紹介して、くわしい内容は省略させていただくこととする。

[韓国]産業保健基準に関する規則目次抜粋

第2編 粉じんによる健康障害予防

第1章 通則

第33条 【定義】(注:日本の粉じん障害防止規則(以下「粉じん則」という)第2条に相当、以下同じ)

別表1【粉じん作業の種類】(粉じん則別表1)

別表2【特定粉じん作業】(粉じん則別表2)

第34条 【粉じん作業の適用除外】(粉じん則第3条、7条2項)

第35条 【特定粉じん作業の適用除外】(粉じん則第7条1項、9条)

第2章 設備等の基準

第36条 【換気装置の設備等】(粉じん則第5条、6条)



1996.11.3 日韓じん肺懇談会(ソウル西江大学産業問題研究所)

第37条 【特定粉じん作業場所に対する設備】(粉じん則第4条)

第38条 【除じん装置の設置】(粉じん則第10条)

第3章 設備の構造と性能等

第39条 【局所排気装置の設置】(粉じん則第11条)

第40条 【除じん装置の要件】(粉じん則第13条)

第4章 作業方法

第41条 【湿式型衝撃式削岩機給水】(粉じん則第15条)

第42条 【設備による湿潤化】(粉じん則第16条)

第43条 【局所排気装置の稼働】(粉じん則第12条)

第44条 【除じん装置の稼働】(粉じん則第14条)

第45条 【自主検査】(粉じん則第17条、21条)

第46条 【自主検査の記録・保存】(粉じん則第18条)

第47条 【使用前点検等】(粉じん則第19条、21条)

第48条 【清掃の実施】(粉じん則第24条)

第6章 保護具

第49条 【呼吸用保護具の着用】(粉じん則第27条)

別表3【呼吸用保護具を支給しなければならない粉じん作業】(粉じん則別表3)

第7章 作業環境測定

第50条 【作業環境測定等】(粉じん則第25条)

*韓国のじん肺保護法、同法施行令、同法施行規則、産業保険法施行規則第3章第5編「じん肺症」、産業保健規則第2編「粉じんによる健康障害予防」、産業安全保健法施行規則第5編「勤労者の保健管理」のほぼ全文を、長渡陽一、石川節両氏の協力を得て翻訳しました(B5版・50数頁)。ご希望の方には、2,000円でコピーを頒布いたします。



連載42

監督官労災日記

井上 浩

全国安全センター副議長

この頃の若干のこと

本省へ転勤した職員で労働省職員録(労働新聞社発行。市販)に登載されていない人がいた。聞いたところによると行政管理庁(現総務庁)の承認のない組織だからということだった。同じような例は大規模署の1人次長が2人次長になった最初の頃にもあったようである。最近では外郭団体の名簿は同職員録から大幅に削除されているが、例の加藤事務次官の問題以後に退職者の行先を考慮してのことだという。

この頃の社団法人社会保険労務士会連合会のことも手帳のスミに走り書きしてある。会員4,034名。事務局長月俸20万円。事務員11万円6人。予算6,000万円。国補助1,000万円(うち400万円は中災防経由)。総会に出席したY社労士が憤激して話したところによると、中災防経由の400万円は天下りした西日本の基準局長退職者の人件費であったという。事実であればけしからんことである。

この頃から社労士も「先生」と呼ぶのがおかしくなった。先日、県内某社労士に

会ったら、当時得意先43、粗収入400万円だったのが、現在は億をはるかに超える収入があるという。

ボイラ・クレーン協会神奈川支部。月の収入が代行検査70万円(赤字)、講習料230万円(利益率60%)。専務(前出)の話である。労働安全衛生法の制定で、この種の仕事の経済的な基礎が確立してきたのである。同僚の京都帝大法科出の監督官もまだ若いのに退職して新しく発足した民間団体に入ってしまった。

1979年1月29日(火)晴

浦和署宮崎監督官(浦和署長で退職。現社労士兼21世紀職業財団勤務。元全労働支部執行委員長等)へ電話。①朝霞焼却場の鉛中毒のことで組合が相談にきた。②常勤作業員要治療2名。要精検6名(赤血球不足2名)。③地公災法適用。④環境について法違反があれば申告されたしと。(どうも要領を得ないが日誌のとおり。記憶なし。)午後大宮健保会館で県経営者協会に通災制度説明。(たしかこのとき安西弁護士が後でしばらく聞いていた。)

1月30日(水)晴

午後浦和署会議室で組合の行政研究会出席。(支部行研では例の「国独資」は出なかった。

意識が低い？ということだろうか。レーニンの「帝国主義論」には「自由競争が完全に支配していた古い資本主義にとっては、商品の輸出が典型的であった。だが、独占が支配している最新の資本主義にとっては、資本の輸出が典型的となった。」(岩波版102頁)とあったりして、難しい微分方程式をラプラス変換で解くように社会の仕組みがわかるような気がするときもあったが、私たちの日常の行政活動とは縁遠い学者の世界の話であった。この日、谷本課長が付いて来てコーヒー店により、組合の通勤災害調査員制度に対する情勢等を聞いた。

2月2日(土)晴

行田署水沼課長より電話。①行田市役所衛生課長来署。②焼却場員1人鉛中毒。③どこで診断受けたらよいか。地公災法適用につき、①労災保険無関係。②労働衛生関係違反があれば監督の問題と答える。(全国的に鉛中毒問題発生あり。)

図書館で「人間に自由があるか」借覧。オーバーリンも古くなったことを知り衝撃。

2月4日(月)晴

浦和署金子課長へ。Aの長期給付決定の考え方について連絡。春日部署内野課長へ。S製材1の長期給付決定の件。I本人は弁護士を通じ、1,600万円の賠償を会社に対して請求中。民商関与と。

2月7日(木)曇

浦和署金子課長より。本日署長病欠、次長不在につきS化学労組との交渉を延期したし。

勝ちゃん今朝死亡と。(腸がん。従兄。高校数学科教師。51歳。その兄は比島で戦死23歳。獣医)

2月12日(火)晴夕方雲あり。

午前中組合通災処理をめぐり討議。執行部終結をはかる。所沢署宇都監(現池袋署長)等反対意見あり。局長等から組合の意向を聞かれる。夜に入り局長と組合で確認書を仮調印すると。(何か労働強化の問題でもあったのかと思う。)

2月13日(水)晴

昼、名古屋西署労災課長ケンちゃん(鈴木健一君。一宮署時代の同僚。岐阜と一緒に遊びに行ったりした。)より久しぶりの電話あり。懐かしい。午後、千葉局監察官高橋、柴山の2氏来局。齊藤監察官と東晶大飯店で接待。(官官接待である。)

2月14日(木)晴

熊谷の福祉センターで埼玉労組に通災説明会。400名。安野課長と夕食。保母腰痛について笹本事務官(現埼玉局審査官)へ、①労働時間の詳細調査、②X線調査、③局医員の意見を聴取すること。

2月19日(火)曇一時雨

久留米市の久留米運送機より労災について個人的に質問来る。税金確定申告。(庶務課のK女史が、井上さんの地方税は局長より高いが変だなと言っているのを聞いて、あわてて普通徴収に切り替えた。印税等の分も給与から控除していたためである。)

2月21日(木)晴

通勤災害調査員発令。(遂に発令された。この種の非常勤職員は相談員制度発足後増加し続けている。画一的な行政整理の網をくぐる役人の知恵であろう。おかげでOBは健康でありさえすれば一応基準は65歳とはいったが70歳をすぎても働く場を確保できることになる。)

2月26日(火)曇

昭和50年度埼玉局行政運営方針の中の労災

保険の部起案。(私の仕事ではないのだが、何となく私のところへ来ていた。本来は課長補佐が各係が分担して作成するはずであった。)

2月28日(木)晴

浦和金子課長より電話。①S化学鉛中毒患者面接 3月7日16:30~18:00予定。②議題は不支給決定理由について。③Aの長期給付の件も？④新規の請求5件？⑤Jレミコンの腰痛患者3年経過するも調査拒否につきどうするか？(この件では私の退職後にも出版社を通じて会社側から相談を受けて困った。)

3月1日(金)曇・薄曇

国鉄スト。浦和金子課長来局。①Jレミコン患者については代々木病院に意見書要求中。6か月待っても来なければ受診命令。3年経過の鉛中毒のH病院も同じ。②1969.11.28 頸部外傷患者症状安定であるが、首以下マヒして引取り手なし。そのため未治ゆとして引続き入院中。どうしたらよいか。①県庁へ施設照会のこと。②S化学工業の保険率誤りにつき訂正すること。

大宮署服部課長より電話。①調査員の通災研修へ相談員も出席させてほしい。②15日の自賠責保険の話を署にも聞かせてほしい。

K味噌醤油株式会社他2名来局。O社勤務の息子(社長同行者の)が勤務中投身自殺した。会社から入院費等の請求があったがどうしたらよいかと。本日で5日間酒一滴も飲まず。(どうしたことだったのだろうか？)

3月6日(水)雨曇

浦和署会議室で通災調査員7名と相談員1名に研修を行う。終了後帰ろうとすると金子課長荷物と傘を取り上げ帰さず。止むなく鎌田監督課長等5名の監督業務監察の一行と合流し飲酒。

3月10日(日)雨晴

田中さん(前出。兵庫局安全専門官)から電話が来て浦和駅で会う。全国課長会議のお供で上京したと。小野田少尉救出成功。庭にふきのとう出る。ミー(猫)が洗たく機のねずみを取り逃がす。おそろしい鍋島藩の化け猫、我輩などと威張っている猫、人生観を語ろうとする生意気な牝猫、南泉和尚に斬られた可哀想な猫、生きているか死んでいるかわからないシュレディンガーの猫。猫はおそろしいので怒らぬことにする。(この猫は野良猫であったが、72年12月26日には入院させている。入院費1日2,000円。局顧問医であった社会保険中央病院の中村院長に話したら、静かな顔でうちの患者の入院費より高いと笑われた。参考までに安楽死は4,000円であったが幸運にも生還したので、化けて出なかった。)

3月13日(火)晴薄曇

退庁間際になって局長室で来年度の行政運営方針案の検討。吉居局長、鎌田監督課長、大路安全衛生課長、谷本労災課長、浅倉労災補佐、紺野労災補佐、井上。字句の末節に拘泥しいやになる。

3月20日(水)晴

春日部署監察。雑談の際に鎌田監督課長が全国まわりを止めて、4月の人事異動で春日部署長に天下りすることについて皆激昂して語る。(前述したように全国を課長でまわり、局長に全くなる見込みのない課長は、人事権を濫用して本省へ「地元に適任者がいない」という無茶な理由で上申し、大規模署の署長に天下りする例が多かった。お蔭で地元組は玉突き効果により多数の人の昇進が遅れた。特に天下り組と同年齢以上の地元組は退職年齢が同じであるところから、良いポストとそれに

つながる退職後の就職先まで含めて奪われることになり、その人生にとって取返しのつかない影響を受けた。特に首都圏等では通学等の家庭生活も考えて天下りの希望者が多く、また大署の署長であると給与も小局の局長と同じで、おまけに退職勧奨される年齢が署長は課長より3年遅く、それだけ昇給し勤続年数も長くなるので、その分退職金や年金も多くなった。そこで地元組の感情を逆なですても人事権が濫用されたのである。しかし、ご当人たちにはそれほど深刻に理解できなかったようで、退職後に退職者の会に入らなかった私に対し鎌田氏が、「役所に恨みでもあるのですか」と聞かれたことがあった。実は私を含めて多数の人が入っていないのであるが、全国異動の局長や課長に対する親近感余りなく、その人たちが入っているのに入らないという人が何人もいた。ついでに書くと、会員は少ないが組合側でも会がある。私はその必要性を言っていたのに知らない間にでき、関口さんから教わる始末であった。中心になっている〇さんが黙っていたのは、路線？)

3月26日(火)曇

昨日今日と秩父地区の滞納整理であるが、全般的にストのため休養。モノの“偶然と必然”読了。強い衝撃を受く。最近これほど感銘を受けた本なし。

3月30日(土)薄曇

午後、大丸の古本市で「職事情」を5,000円で求む。

4月4日(木)曇

熊谷署会計監査。松島(現栃木局職業病認定調査官)、永田(現本省安全衛生部労働衛生課長補佐)の2氏同行。夜、日評渡辺氏より電話。労働安全衛生ブックの件、青木宗也教授大乗

気で本省安全衛生部倉橋計画課長(後労働基準局長)も一緒にどうかと。(これは1975年4月10日発行の労働安全衛生読本で実現する。監督官の司法実務研修にきた検事も持って来た。結局このとき倉橋課長執筆は当然のことながら実現せず、青木教授が17頁を私が7頁を書いた。松岡先生がそれを見ておかしそうな顔をされたが、とにかく1万部程度売れたのではなかったろうか。後に渡辺さんに連れられて青木教授と新宿のスナックに行ったことがあった。教授の私に対する評価は、監督官日記を見て「いろんなことをする人だな」ということだったそうである。青木教授とのその後の出会いは、ある労働団体の研究会であった。大半が法律、経済、経営学関係の大学の先生で、私は途中から小豆沢病院の芹沢院長の要請があって参加した。労働実態の調査で現場聴取り等もあり、明治の経営学の平沼先生とか九大の下山先生とかいう方がたがご熱心に取り組まれたが、はずかしいことに私は何の貢献もできなかった。そのときに青木先生と何度かお会いしたが、私のことは全くご記憶にないようであった。)

4月11日(木)晴

午前中初の公務員半日スト。玉蔵院に集合。関口、益田、金子の諸氏。基準14、安定9。自宅から自転車で参加。図書館に寄る。

4月12日(金)晴

交通ストで課内出勤8名。K氏(前出)マイカー出勤なのに欠勤。笑止の至り。昼休みに調宮神社に行ってみる。桜満開。

4月15日(月)時々晴

通災調査員連絡会議。通災解釈例規を説明。浦和時代の署長椎名さんも任命されている。



介護補償給付を引き上げ 労働省●メリット制の特例等も施行

労災保険法施行規則が一部改正され(1997年2月28日労働省令第7号)、介護補償給付の額が、1997年4月1日から引き上げられた。

① 常時介護を要する者について、その月において介護に要する費用として支出された費用の額の上限を105,980円(従前は105,080円)に引き上げる。

② 随時介護を要する者について支給される額(2分の1)を52,990円(従前52,540円)に引き上げる。

介護補償給付は、障害補償年金または傷病補償年金の支給事由となる障害であって、常時または随時介護を要する状態にあり、かつ、常時または随時介護を受けている労働者に対して、その介護を受けている間、保険給付として支給されるもので、1995年の労災保険法等の改正によって創設され、1996年4月1日から施行されている。

くわしい内容や支給要件等については、1996年5月号の特集記事を参照されたい。

また、「炭鉱災害による一酸化炭素中毒症に関する特別措置法施行規則」も一部改正され、なお効力を有するとされた同法第7

条に基づく介護料も引き上げられた。

1995年の労災保険法等の改正の内容全体に関しては1995年11月号でも解説しているが、最後に残っていた2項目についても施行された。

① メリット制の特例の創設(1997年3月31日施行)

常時300人以下の労働者を使用する事業主(金融・保険業、不動産業、小売業またはサービス業を主たる事業とする事業主は50人以下、卸売業を主たる事業とする事業主は100人以下)が、

労働者の安全または衛生を確保するための特別の措置を講じた場合であって、メリット制の特例の適用を受けようとする旨申告しているときは、メリット制による保険料の増減幅を最大100分の45(従前は100分の40)に拡大する特例を適用するというものである。ただし、1996年度以降に講じられた特別の措置について適用する。

② 労働保険料の申告・納付期限の延長(1997年4月1日施行)

労働保険料の申告・徴収期限は、保険年度の初日(保険関係が新たに成立または消滅した場合は当該日)から45日とされてきたが、これを50日に延長する。一般的には、期限が、ゴールデン・ウィーク直後の5月15日から5月20日に延長されることになった。



パソコン作業で腱鞘炎 東京●同じ職場で2人目の労災申請

前月号37頁で、東京都千代田区の印刷会社でパソコン業務で腱鞘炎になり、労災認定を受けたSさんの事例を紹介したが、同じ職場のIさんも、昨年7月頃から右手首の痛みを感じ、10月に腱鞘炎と診断されて休業を余儀なくされた。Sさんの紹介で東京東部労災職業病センターに相談し、現在中央労働基準監督署に労災申

請中である。

Iさんたちの仕事は、コンピュータソフトの英文マニュアルを日本語に翻訳する作業で、MTとよばれる機械翻訳を行ったあと、ポスト(第1次翻訳)、リライト(第2次翻訳)、原つき(原文と訳文の突き合わせ)、チェック(訳語の統一などの見直し)、素読み(最終校正)という作業工

程がある。Iさんが右手首の痛みを感じはじめたのは昨年の7月頃。それ以前の3月にはすでにSさんが腱鞘炎で休業しており、6月になって1名が退職したなかで、従来以上の業務をこなさなければならなかった。6月から9月にかけて複数の仕事が入ってきて、それぞれのプロジェクトリーダーをIさんがつとめながら、通常のチェックや素読み等の作業も、残業や休日出勤でこなすことになった。

日中は、プロジェクトリーダーとして、各クライアントとの打ち合わせ、問い合わせが多く、電子メールのやりとりや電話応対で時間がとられる。また、データの前・後処理、ファイル作成、辞書の作成など煩雑な作業が加わる。そのうえで、午後3時過ぎ頃からは、自分が担当するチェックや素読みの作業を一気にかたづけなければならない。

パソコンの画面を2つに分割し、半分はタグ付きの英文、もう半分はその日本語訳文を表示し、キーボードのHOME、CTRキーや矢印キーを右手指で打鍵して、画面をスクロールさせながら修正を加える。

作業環境も悪く、机が狭いために、キーボードが机の端ぎりの所にあり、やむなく引き出しを出して本を重ね、その上に手首を置いて入力作業を行っていた。

この印刷会社では、10年ほど前から、コンピュータソフトのマニュアルを翻訳、編集、版下作成、日本語のマニュアル本の印刷までを一括受注し、スピーディな納品を売り物にしていた。そのしわ寄せが彼女たちに及んでいたのである。

Iさんも、とくに印刷、出版業界は、コンピュータの技術なくしてはもはや成り立たないという。新しい技術の習得やソフトに対応するだけでも大変である。作業環境の良し悪しや作業の仕方、させ方などはほとんどかえりみられないのが現状だ。

3月末に、Iさんは、中央労基署に自己意見書と資料を提出した。さいわい、署の担当者がSさんと同じなので、いちから仕事の説明をする必要はなかった。早急に労災認定を勝ち取りたいと思っている。



(東京東部労災職業病センター)

「指曲がり症」第2次請求 兵庫●自治労県本部が決起集会

自治労兵庫県本部は3月21日に、地方公務員災害補償基金

兵庫県支部および神戸市支部に対し、県下53名の給食調理員の

「指曲がり症」を公務災害として認定することを求める要請行動を行いました。また、同日53名の組合員、各単組執行部、本部役職員、田島診療所、神戸診療所が参加して決起集会を行いました。

給食調理員の「指曲がり症」については、自治労が1988年に全国一斉に第1次公務災害認定請求闘争に取り組みました。兵庫県本部においても20名が申請し、10名が公務災害の認定を勝ち取りました。

この闘いの中で、各単組、職場で職業病の再発防止に対する組合員の問題意識のひろがりや、パラフィン浴装置設置に代表される職場改善など、多くの成果がみられました。

その後、学校給食現場のみならず、病院、福祉施設の調理現場など多くの職場から、さらに「指曲がり症」の公務災害認定を希望する多数の声があり、自治労兵庫県本部として第2次の公務災害認定闘争に取り組むことを決定しました。

兵庫県下の自治労傘下の全調理職場の職員に対して「指曲がり症」に関するアンケート調査を実施し、途中、阪神大震災によって中断を余儀なくされましたが、1996年3月末に1,636人の回答を集約して、252人の有所見者の抽出を行いました。6月、7月に、田島、片木、片岡医師による第1次健診、その後の田島、神戸の両診療所での精密検査、県本部、関係各単組などの協議を経て、最終的に神戸市従25名、尼崎市職労13名、三田市職2

名、宝塚市職労2名、加古川市職労5名、明石市職労4名、丹南町職2名の、7単組、53名の申請者を決定し、3月21日に認定請求を行うことになりました。

当日は、午前中に、地公災基金兵庫県支部(神戸市は神戸市支部)に対して、取り組みの経過、被災組合員の現状を訴え、早期に公務上認定するよう要請行動を行いました。

さらに午後より、兵庫県共済会館において、申請者全員と各単組の執行部、県本部役職員、医療機関関係者が出席して決起集会をもちました。

この闘争に協力する医師を代表して田島隆興医師があいさつし、「指曲がり症はリウマチや痛風とは全く違う病気、遺伝でもない、明らかな非災害性の職業病である。前回に引き続き、自治

労が組織的に認定闘争に取り組むことは、労災職業病の運動全体に対する大きな勇気づけであり、たいへんよろこばしいこと」と述べました。

被災組合員を代表しての各単組からの決意表明では、「子供たちの健康を願い、身を粉にして働く毎日、気がつくとは指は曲がっていた。医者にも『しかたがない』でかたづけられた。そのときの悔しい気持ちを今回の闘争の中で晴らしていきたい」という切実な声に、申請者は大きくうなずいていました。

また、この集会では、「手根管症候群」についても、新たな職業病として、あらためて自治労兵庫県本部として公務災害として認定を求めていく決意も表明されました。



(神戸診療所・逢坂 裕)

まだまだ悪質・不当な対応 近畿●外国人労働者の相談事例

昨年度、関西労働者安全センターに寄せられた外国人からの相談は約50件で、そのうち約80%は労災被災者からの相談で、残りは病院での通訳依頼やその他の労働相談などである。また、労災相談の70%は、「労災隠し」のケースである。

悪質なケースでは、三重県亀山市で超過滞在者を数名雇っていた職場で起こった労災事故

で、被災者はペルー国籍の女性で労災に遭い、左手の甲を骨折したが、働かされ続け、雇い主は治療費のみを支払っていた。しかし、ある日突然、被災者を含む女性4名を解雇し、その日のうちに出ていかなければ入管に通報すると脅した。

被災者は、まだリハビリテーションに通っていたが、その日以来治療費を払ってもらえなく

なった。センターに相談があったので、四日市労働基準監督署に救済を求めたが、工場主は、実際の事業主はペルー人を工場に紹介した仲介業者だと主張して逃げ、解雇についても、本人たちが勝手に出ていったと主張した。また、解雇したうちの1名をもう一度雇って懐柔することまで行った。

結局、解決に時間がかかりすぎ、被災者は仕事を求めて他の地方に移ったため、交渉の継続を断念せざるを得なかった。他にも、資格外就労の外国人で労災に被災したことがあり、後に解雇されたとの相談があったが、やはり解決を断念せざるを得なかったケースがある。

労働災害のみのケースであれば、労災保険を適用させることが可能であるが、その他に解雇や賃金未払があり、本人が資格外就労である場合などは様々な困難にはばまれ解決が難しい。監督署の対応としても、労働省はパスポートの提出は求めないことにしているにもかかわらず、いまだに監督署に相談に行った被災者に、パスポートのコピーの提出を求めることがある。そのため、超過滞在の外国人が相談に行きにくくなっているし、また、事業主や社会保険労務士が、被災者がパスポートを出さないなら手続をしないということが起こる原因にもなっている。

また、安全衛生という点においても、外国人に対して適切な教育、指導を行っている職場は、ほとんど皆無である。わずかに、

大企業の下請などでまとめて多数の外国人を雇用している場合、通訳者を置いているが、すべて通訳を通して説明しているわけではない。

近畿地方では、外国人を雇用している企業のほとんどは中小零細企業で、安全教育どころか手袋やヘルメットなどの防具も満足に与えられないような職場がほとんどであり、労働災害が頻発している。

前年度より始まった労災民事損害賠償裁判では、フィリピン人女性のプレス災害、ペルー人男性のクレーンのフックでの労

災事件などが継続中である。どちらも、事業主側は、完全に使用者責任を否定している。

港補修工事で被災したタイ人男性の損害賠償交渉は示談で解決し、本人は4年ぶりにタイに帰国した。

また、ブラジル人男性が大阪の派遣業者F管財に雇用され、派遣先の京都の織物工場で右腕骨折の重傷を負ったケースでは、全港湾建設支部西成分会に加入し、派遣先・元に対して、損害賠償と職場確保を求

めて交渉を始めている。



(関西労働者安全センター)

月例会で「みんなで職場見学」 千葉●化粧品製造工場を見学

昨年から開始した東京東部労災職業病センターの月例会での「みんなで職場訪問」。今年は、2月14日、千葉県松戸市にあるハイム化学工場を見学させていただいた。常磐線北松戸駅から徒歩7～8分。敷地300坪は想像していたより広くは感じなかった。全体的に創業から30年を経っており、随時建て増したと思われる幾棟かのプレハブの倉庫が年月を象徴していた。と思ってい

ハイム化学は、消費者運動の化粧品「ちふれ」でも知られるように、化粧品を作る会社で、本社は上野にある。最初に見学したのは、瓶詰めの作業工程。この日は乳液を詰める作業をしていた。1人が瓶をコンベアーに流すと、瓶に傷がないかどうかの検瓶作業をもう1人が行い、合格瓶に自動的に乳液が注入される。

瓶が50本入ったケースが何ケースか台車に積んであり、それを固定した木製の台に移して瓶を流す。女性の作業員だったがケースが少し重そうであった。台車にストッパーを付け、ケースを積み上げてもらえ

定の高さになる台を使えば、木製の台の位置に台車ごと置き、ケースを移動させる必要はないのではないかと思われた。

次に、注入する乳液やトニック等を実際につくっている2階の作業場を見学。大きなタンクが2基あり、調合されるとパイプで運ばれ、ばい菌の繁殖具合をチェックしてから、最初に見学した1階の瓶への注入に自動的に連動するようになっている。

しかも、いろいろな種類の化粧品をつくるため、ひとつの液をつくとタンクは洗浄するが、パイプをいちいち洗浄している時間も手間もかかるため、5本ほど細いパイプが太いパイプの中に通っており、種類によって専用のパイプを使うシステムになっていた。これには関心。

次に倉庫を3か所見学。一番広い倉庫は1階、2階とも半製品等が置いてあるが、2階の倉庫は片隅に1コーナーだけしか棚がなかった。

2階から荷物を運び出すには2階の通りに面した位置が開口してあり、そこまでリフトでパレットごと荷物を上げる。そこでも女性が仕事をしていて、荷物の中にはかなり重いものもあり、こうしたものは最初から棚に置いておく方が運びやすいのではないか。そのためには、四方に棚をつくる方がよいのではないかと思えた。

改築後、ぜひまた見学させていただきたいと思って



(「東京東部労災職業病」第176号)

ボパールに関する国際医学委員会の報告 インド●工業によって引き起こされた流行病の悲劇的なモデル

ボパールに関する国際医学委員会の報告—工業によって引き起こされた流行病の悲劇的なモデルとしてのボパール—最終報告書(1996年12月)の抜粋

(戸田 清訳)

× × ×

11か国の独立的な専門家から成る国際的なグループ、「ボパールに関する国際医学委員会(IMCB)」の3人のメンバーが、1994年1月に実施された疫学、臨床およびその他の調査研究についての最終報告書を、1996年12月半ばに、政府、被害者、支援団体、マスコミに提示した。次にIMCBの最終報告書の抜粋をか

ける。
・ユニオン・カーバイド社の[工場から漏洩した]有毒ガスが肺および眼に及ぼす周知の障害に加えて、IMCBは神経毒性学的な障害と明らかな外傷後症候群を確認した。IMCBはインド政府に対して、これらすべての問題をガス被曝による恒久的な障害として認めるように求めている。

・数千の被害者が依然として局所的あるいは全身的な障害に苦しんでいる。政府はボパール[での対策]をコミュニティに基盤をおく公共医療実施の

優先案件として採用しなければならない。これは慢性疾患を有する被害者にとっては緊急に必要なことであり、現在の病院を中心とした医療よりも、医師と患者のコミュニケーション、治療の継続性、そして適切で効果的な治療に貢献するであろう。地域の保健所の運営への地域住民の参加は、[自主的・民主的な]管理の感覚を回復させ、被害者に効果的な意見反映の機会を提供するであろう。

・これら地域の健康管理センターは、有毒ガス関連疾患の治療とリハビリの合理的な実施要綱を確定できるように、患者についての完全な記録を保管すべきである。地域の健康管理センターによる治療の継続によって被害者の病気と経済的負担の両者を軽減するとともに、生殖器系の疾患、癌、その他の潜伏期間が長いと思われる影響についてはモニタリングを継続することが肝要である。

・ボパールの被害者に対する現在の医療的ケアと治療は、一般に急性疾患の対症療法を念頭において行われている。相

当な毒性[副作用]を有しているが[ガスの後遺症には]ほとんどあるいはまったく益のない、いくつかの一般的によく処方される医薬品が使用されていることがわかった。この有毒ガス被害の新しい症候群に対する特別な治療法を、医学界はまだ編み出していない。IMCBはこの工業によって引き起こされた独特な流行病の被害者に対して、不合理で不必要で高価な医薬品がボパールで使われていることを見出して、遺憾に思っている。これらのガス被害者たちが利用できる最良の、最も効果的な治療法が探究されるべきであったのに、いまのようなやり方は受け入れがたい医療行為であり、ガス被害者を一層苦しめることになりかねない。
・インド政府は、医学研究の結果についての情報を被害者に開示しなかった。この問題は治療法についての研究の欠如と関係があるのかもしれない。被害者にとって最も必要なものは慢性疾患のケアと経済的支援であるのに、特に急性疾患用の病床で不適切な医療費支出が行われてきたことは、政府の責任である。IMCBは、災害が発生した時点で母



昨年9月に開設された Bhopal Peoples Health and Documentation Center

の胎内にいたか、あるいは18歳未満であった人びと(現在30歳未満の人びと)および被害者の子どもたちに対する登録、補償、モニタリングの実施を、正義にかかわる問題として強く要求する。IMCBは、また、インド政府に対して、ユニオン・カーバイド社の有毒ガス被曝の後遺症と効果的な治療法に関するすべての研究情報の、可能な限りすみやかな再検討、開示、広報を促したい。

・ボパール・ガス災害は、家族のメンバーおよび稼ぎ手の死の悲しみ、職や労働能力の喪失、社会的なスティグマ(汚名)、司法プロセスの遅延と不公平に対する欲求不満などを含むいくつかの社会的経済的混乱をもたらした。さらに、ほとんどの職業訓練プログラムの打ち切りは、さらなる混乱、不公平、生活苦を被害者にもたらした。

・被害者の経済的な苦境は、不

十分で過密な住宅、きれいな水と衛生施設の欠如、有害物質への暴露の継続や、回復を遅らせたり妨げたりするその他の問題をもたらした。経済的な心配と自分や子どもたちの将来への不安は、問題を一層悪化させている。

・IMCBは被害者が自信を回復し、経済的な安定と希望を得るために、被害者の生活条件を改善し、彼らのニーズに見合った職業訓練の機会を提供することを要求する。

・IMCBは被害者のニーズを満たす責任を化学・石油化学省ではなく厚生省に負わせることによって、被害者の生活条件を安定したものとするように勧告する。IMCBはまたインド政府に対し、「産業災害と人権に関する憲章」を制定した恒久的民衆法廷のロンドン会議の勧告を真剣に考慮し、現代の産業技術災害の長期的な諸問題への対処において世

界の模範となることを希望する。

・ユニオン・カーバイド社は〔1984年の災害の前兆となった〕初期のいくつかの事故や従業員の警告に留意したり対応することを怠った。さらに同社は、イソシアン酸メチル(MIC)および工業生産に伴うその他の有害物質や副産物についての毒性学的情報を、地方政府や緊急事故対策に携わる労働者に提供しなかった。

・ユニオン・カーバイド社は、ボパールの治安判事裁判所に出頭して、災害時の過失致死の容疑について弁明するようにとの度重なる召還命令に答えなかった。IMCBはユニオン・カーバイドの米国本社がボパールの法廷の召還命令にこたえ、工業によって引き起こされた流行病に対する損害賠償の道義的責任を果たすことを求めるものである。

結論として、被害者の慢性疾患に対する治療のニーズや社会的経済的ニーズは十分に満たされているとはいえない。IMCBは被害者のニーズとケアに配慮し、被害者およびその子孫のための適切な介入を勧告する「ボパールに関する国家医療委員会」の設立をインド政府に促すものである。



原題: Report of the International Medical Committee on Bhopal-Bhopal, a tragic model of an industrially induced epidemic-Extracts from the final report December 1996, Sambhavna from Bhopal, Jan-Feb 1997, pp.5-6.

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 PHONE(03)5232-0182/FAX(03)5232-0183
E-mail joshrc@jca.ax.apc.org HOMEPAGE http://www.jca.ax.apc.org/joshrc/

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 横浜市中区鶴見区豊岡町20-9 サンコーボタニ505 TEL (045)573-4289/FAX(045)575-1948

新潟●財団法人 新潟県安全衛生センター

〒951 新潟市東区通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●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●関西労働安全衛生センター

〒540 大阪市中央区本町1-2-13 ぱんらいビル602 TEL (06)943-1527/FAX(06)943-1528

兵庫●尼崎労働安全衛生センター

〒660 尼崎市長洲本通1-16-7 阪神医療生協気付 TEL (06)488-9952/FAX(06)488-2762

兵庫●関西労災職業病研究会

〒660 尼崎市長洲本通1-16-7 阪神医療生協長洲支部 TEL (06)488-9952/FAX(06)488-2762

広島●広島県労働安全衛生センター

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

鳥取●鳥取県労働安全衛生センター

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

愛媛●愛媛労働災害職業病対策会議

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

高知●財団法人 高知県労働安全衛生センター

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

熊本●熊本県労働安全衛生センター

〒861-21 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レークタウンクリニック TEL (096)360-1991/FAX(096)368-6177

大分●社団法人 大分県勤労者安全衛生センター

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

宮崎●旧松尾鉦山被害者の会

〒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