

産業災害被災者のための 医療機関の建設

アジア：韓国・源進とインド・ボパールから

古谷杉郎

全国安全センター事務局長

最近、相次いでアジアにおける、産業災害被災者のための医療機関の取り組みに接する機会に恵まれた(韓国では「労災(労働災害)」のことを「産業(産業災害)」と言うが、ここでは労働者と住民の被害の双方を含めて「産業災害」という言葉を使ってみた)。その話を中心に、最近の全国安全センターのアジア交流について紹介してみたい。

800名の二硫化炭素中毒被災者

まず6月5日、韓国のウォンジン(源進)みどり病院(Green hospital)—職業病総合センターのオープン・セレモニーに参加してきた。韓国では職業病の代名詞ともいえる源進レーヨンの二硫化炭素中毒の問題については、安全センター情報でこれまでも取り上げてきた(次頁囲み参照)。

日韓国交正常化にあたっての戦後賠償の一環として東レの老朽プラントを導入(1966年操業開始)した源進レーヨンでは、1981年に最初の認定患者が出ていたが、具合の悪くなった労働者たちは自主的あるいは半ば強制的に退職していて、表面化し

たのは退職した被災者とその家族たちによる団体や市民団体等による対策会議ができた1987年以降のことだった。1991年には、ガス発生職場で直接働いていなかったとして職業病認定を拒否された金奉喚(キム・ボンファム)さんの遺体(棺)を工場正門前に置き、政府による行政認定と会社の謝罪・補償をかちとるまで、遺族と支援者たちが137日間(1月5日～5月22日)テントに籠城した「葬礼闘争」が闘われた。

続いて職業病認定基準改正を求める取り組みが展開され、1993年5月に全面的な改正を実現する一方で、韓国政府は同年7月、(レーヨンは輸入に全面的に依存することにして)会社を廃業させることを一方的に決定してしまった。突如職を失うことになった労働者・労働組合は、まずは廃業の撤回、次いで再就業の確保と同時に、退職被災者と一体となって、廃業以降も増加することが必至の職業病発生に対して(廃業以前にすでに認定患者が260名)、職業病専門病院の設立、全員に対する毎年の精密健診の実施と発生患者に対する十分な慰労補償のための基金確保を求めて闘った。

政労使3者協議の結果、非営利法人として「源



源進みどり病院開院のテープカット(6月5日 右から5人目が朴賢緒財団理事長、その左が金祿皓病院長、写真の左外に筆者)

進職業病管理財団」を設立すること等に合意し、財団が設立されたのが1993年11月。私たち(全国安全センター)が、ソウルで第1回労働と健康に関する日韓共同セミナーを開催したのはその直前の10月23-24日だった。会社の破産管財人であった産業銀行は、翌年、プラントを売却したが、落札した会社は古鉄としてではなく、れっきとしたレーヨン製造機械として中国に輸出してしまった。中国で被害を繰り返すことは確実と憤慨した源進の労働者たちは抗議行動を展開し、報せを受けた私たちも在日中国大使館に申し入れを行った。

敷地の方は1996年に売却され、高層アパート

団地が建設されている。1997年2月に破産管財人の債務と債権の総決算の結果は、約1,600余億ウォンの剰余金を生じた。

二硫化炭素中毒の被災者の発生は、会社廃業後も減っていない。昨年11月の時点で、認定を受けた被災者数が、源進レーヨンという1企業だけですでに792名にものぼっているという状況である。源進職業病管理財団は、設立時に産業銀行から50億ウォンの出資、1994年8月に施設売却後に2億ウォン、1995年7月と1996年9月に敷地売却分として各々48億ウォン、50億ウォンの増資を受け、基金総額は150億ウォンとなったが、この増加

《韓国・ウォンジン関係等記事一覧》

- ・原田正純「アジアの職業病・公害病を考える」(1992年2月号2頁)
- ・『第1回労働と健康に関する日韓共同セミナー』(1994年1月号総特集)
- ・『レーヨン工場の二硫化炭素中毒』(1994年2月号特集)
- ・『職業病製造機械の中国輸出に反対』(1994年10月号42頁)
- ・『労災保険財政の民営化論議』(1994年12月号43頁)

- ・『韓国の過労死』(1995年8月増刊号)
- ・『第2回労働と健康に関する日韓共同セミナー』(1995年8・9月号総特集)
- ・『一般健診事業を厚生省に移管』(1995年10月号41頁)
- ・韓国・民主労総「安全保健に関する労働者の権利／韓国の産業安全保健法」(1996年11月号15頁)
- ・『韓国における産業安全保健の歴史』(同前22頁)
- ・『フロン代替物質に生殖毒性』(1996年12月号10頁)
- ・『日韓じん肺懇談会を開催』(1997年5月号22頁)
- ・『韓国のじん肺関係法令』(1997年5月号外)

し続ける認定被災者への慰労補償金の支払いによって残余はわずかとなってしまっていた。

源進の労働者たちは、破産手続終了後に生じた剰余金を国庫に没収されることを座視せずに、十分な基金の確保と同時に、かねてからの念願であった職業病専門病院の設立をこの機会に実現するために、再び立ち上がった。1997年3月末にようやく産業銀行との間で合意に達し、第3次追加基金として96億ウォン、病院設立基金として110億ウォンの計206億ウォンが拠出されることになった。問題表面化から10年あまりのことであった。

悲願の源進総合センター開院

資金を確保した源進職業病管理財団は、直ちに敷地探しに入ったが地価の高騰に加え病院建設に適切な土地がなかなか見つからず、一方で被災者たちの高齢化と一日も早く自らの病院での治療を求める声の高まりのなかで、1998年に入ってから既存の建築物を長期賃借して改築して利用する方針に転換した。ソウルの東部にあたる九里市仁窓洞の繁華街にある6階建ての成林スポーツセンター(14頁参照)の1、2、6階および地階を借りることに決定して、改築工事に着手したのは今年2月に入ってからのことだった。

病院設立の基本構想に関しては、源進職業病管理財団の理事会、源進労働者職業病委員会、医療団体の3者で構成される病院建立推進委員会の、その規模、施設、機器、要員、運営等については、人道主義実践医師協議会、健康社会のための歯科医師会、健康社会のための薬師会、浄い医療実践のための青年韓医師会の幹部で構成される専門・諮問委員会の諮問を受けたという。

また、職業病専門病院(みどり病院(Green Hospital))だけでなく、労働環境健康研究所、源進福祉館の3施設で、源進総合センターを構成するという計画が実現したのである。

6月5日午後3時からスポーツセンターの駐車場で行われた開院式典には、炎天下、源進の被災者と家族、この間の取り組みを支援してきた労働

組合、市民団体の代表、地域住民、医療関係者、スタッフ、来賓ら約700名が出席した。

司会の財団常任理事の朴錫運(パク・ソグン、労働政策研究所所長)さんはじめ、財団理事長の朴賢緒(パク・ヒョンソ、元漢陽大学教授、源進職業病対策協議会議長)先生、梁吉承(ヤン・ギルソン、聖水医院院長、参与連帯執行委員長)医師といったこの間の交流ですっかり顔なじみになった皆さん。米ハーバード大学に留学していたためお会いするのは今回が初めてだが、みどり病院院長と労働環境健康研究所所長を兼務することになった金祿皓(キム・ロッホ、ソウル大学保健大学院教授)医師。この日を熱望していた源進の労働者と家族たち、各界を代表する来賓たちがそれぞれに喜びと期待を述べた(なお、財団の理事会は、名前を挙げた4名と福祉館館長になる金恩恵(キム・ウンヘ)さん、源進労働者職業病委員会の代表3名で構成されている)。

開院式典は5時頃いったん終了。病院入り口でテーブルカット(前頁写真)と韓国の伝統に従って豚の頭をお供えしてその口にご祝儀をくわえさせて三拝する儀式。私も開院式典では壇上に座られ、テーブルカットにも加えていただいた(この日は忙しいだろうということで、前日建物内をゆっくり見学させていただいた)。出席者たちは建物内を見学したり食事をすませて、午後7時半からは、同じ会場で地域の住民も加わり約2千名が参加してのコンサート。9時すぎまで大音響が轟いたが、周囲にアパート団地が林立する場所のでよくこんなことができるのだと変なところで関心(1回だけ騒音の苦情を受けたパトカーが来たがすぐ退散した)。

最先端の設備・内容を追求

「源進総合センター出発の意味」について、財団では次のように述べている。

「総合センターは、韓国で最初の労働者と専門家集団が連帯して設立する、専門的な機関と言える。総合センターは、対内的、対外的意味を持っている。

対内的意味は2つある。

- ① 源進職業病について専門的な治療と研究を行うこと。
- ② 長いこと期待し、準備してきた総合センターの運営経験を本格的に蓄積すること、である。対外的意味は5つある。
- ① 総合センターは労働者が前に立って、すべての市民が連帯し、勝ち取った果実である。
- ② 労働者の側に立って職業病の予防、治療、リハビリを行う。
- ③ 産災追放運動の専門性が飛躍的に発展する契機となったこと。
- ④ 労働者とその家族の健康を同時に追求すること。
- ⑤ 医療機関の新たなモデルである。すなわち、総合センターは、患者の便宜を優先し、すべての収益を社会に還元する非営利の医療機関である。」(「源進財団便り」第1号 1999.1)

みどり病院は、準総合・専門病院として、9科、40床(さらに近所に長期療養兼用の50床を確保する予定)、スタッフ48名で、産災被災者だけでなく、地域住民にも良質な医療サービスを提供する。施設の概要は、次のとおりである。

- (1階) 受付、会計、診断書請求コーナー、診療室(内科、外科、整形外科、産業医学科、家庭医学科、小児科、放射線科、歯科)、健康健診センター—HRCT(高解像コンピュータ断層撮影)室(15頁写真参照)、X-ray室、特殊撮影室、乳房癌検査室、心電図室、骨密度測定室、眼圧測定室、肺活量測定室、超音波室、内視鏡室、聴力検査室、薬調剤室、注射室
- (2階) 韓方科=薬剤室、鍼灸室、韓方物理治療室、薬湯室、脈診器、赤外線治療室、メリヂアン、経絡診断器
- ベッド=40床(病室=2人用、3人用、6人用)、手術室=大手術室、小手術室、リハビリ室
- (地下1階) リハビリテーション(再活医学)科=物理治療室、作業治療室、運動治療室、筋電図室、臨床検査室=自動化学分析機、自動血液分析機、遠心分離器、電解質分析機、自動消毒器、院長室、院務室、食堂、霊安室

車両=救急車

研究所は、職業性疾患のみならず環境性疾患に関する研究も行うため、労働環境健康研究所とした。6階が研究所のスペースにあてられ、産業医学室、環境毒性室、産業衛生室、産業保健政策室、分析室、清浄室のほか、様々な分析・測定機器、健康診断車、環境測定車を持つ。7名の研究員(博士3名、修士4名)と外部の研究諮問団で構成され、産業医学、環境毒性、産業衛生および人間工学、産業保健政策、分析と測定を対象領域とする。

源進福祉館は、近所の別の建物に入ることになっている。館長の金恩恵さんは、いろいろなプログラム、アイデアを考えているところと言っていた。

さらに詳しい内容は別掲を参照していただきたい(13頁)。「労働者、被災者の立場に立った」という姿勢はもちろんのことだが、病院では「MRIを除きすべての機器を備える」、研究所も重金属類も含めて何でも分析・測定できるようにと、最先端の設備・機器を備えようという意気込みを持っていることも大きな特徴のひとつだろう。

産災追放運動連合を設立

ところで韓国では、これに先立つ3月19日に、労働と健康研究会を発展的に改組するかたちで「産災追放運動連合」という初めての全国的な常設機構が設立された(これまでは持ち回り(連席)会議のかたちのものがいくつかあった)。

共同代表に、梁吉承(ヤン・ギルソン)医師、源進労働者職業病委員会委員長の丘翼一(ク・ギイル、全国産災労働者団体連席会議議長でもある)、金属産業連盟前産業安全保健局長の金正坤(キム・ジョンゴン、1996年11月3日の日韓じん肺懇談会で造船産業労働組合の取り組みを報告していただき、その後労使調査団として来日したおりにお会いしている)の3名。事務局長には、労働と健康研究会共同代表だった金恩姫(キム・ウンヒ)さんが就任している。

傘下機構—過労死相談センター、産災労働者不



産災追放運動連合の事務所：左から梁吉承代表、筆者、金恩姫事務局長

利益申告センター、政策企画委員会（以上執行委、運営委所属）、組織事業チーム、教育センター、情報化事業チーム、調査研究事業チーム、相談事業チーム、産災労働者再活事業企画チーム（以上、事務局所属）

参加団体—労働と健康研究会、労働保健職業病研究所、馬昌巨済労働と健康のための連帯会議、仁川産業社会保健研究会、京畿南部産業安全保健研究会、光州労働健康相談所、釜山健康社会研究会、大邱産業保健研究会、産業災害労働者協議会、源進労働者職業病委員会、全国塵肺災害者協会、蔚山産業災害労働者協議会、蔚山産災者人権協議会

今回の訪韓の機会に、ソウル市内の梁吉承医師が院長をしている聖水医院の建物内に事務所を移転した産災追放運動連合＝旧労働と健康研究会のスタッフたちとも旧交を温めた。昨年末から今年にかけて、同研究会が韓国労働部から委託されて「産業安全保健評価管理指標開発のための基礎研究（諸外国の比較分析）」の調査研究を行っていたこともあって、労働安全衛生マネジメントシステムに関して収集していた資料を交換しあったり

したことも含めて、様々な問題について意見を交換した（写真）。

（韓国滞在中および資料の翻訳等にあたって、以前東京東部労災職業病センターのスタッフで現在ソウル在住の鈴木明さんに全面的にお世話になった。紙面を借りて感謝。）

史上最悪の産業災害：ボパール

もうひとつの話題は、インド・ボパールから。既報のとおり、今年の第8回田尻賞の受賞者のひとつにボパールのサムバプナ・トラストが選ばれた。

7月4日に東京で開催された表彰式には、現地からトラスト理事長のドウィベディ医師が参加され、スピーチを行った。同氏は、1986年から1992年までインド医学研究協議会（ICMR）のもとでのボパール・ガス災害研究センターのディレクターを務めた。1996年8月に名古屋で開催された第14回国際疫学会ののりに来日され、ボパール災害による有毒ガス曝露の人体影響に関する10年間の疫学調査結果について発表された。インド政府が、ボパー

ル災害の調査研究結果について国外で発表することを禁じていたため、これは世界で初めて真実が明かされた機会であったが、学会もマスコミもあまり関心を払わなかった。ドウィベディさんはその時、名古屋、水俣、京都、長野、横浜などで草の根の市民団体や医師たちに報告する機会をもっている。

今年は、人類史上最悪の産業災害のひとつボパール事件の15周年に当たる。1984年12月2日の深夜、アメリカの多国籍企業ユニオン・カーバイド社のボパール農薬工場から猛毒ガス（主にMIC（イソシアン酸メチル））が漏洩し、工場周辺のスラムやボパールの町を襲った。インド中部のマディヤプラディッシュ州の州都で当時人口80万人と言われたボパールで、当時（最初の1週間に少なくとも）6千余人の命を奪い、50万人もの被災者を生み出した。

事故後数か月は官民を問わずインド各地から様々な支援や調査が取り組まれたが、1985年3月に、インド政府は「ボパール漏出災害条例」を制定、自らを被災者の唯一の代表者に指名して（被災者による訴訟を禁じた）、ユニオン・カーバイド社に訴訟を提起した。33億ドルの補償請求に対して、1989年1月に4億7千万ドルで和解。これが関係者の刑事責任の免責を条件とするものであったために、被災者らの激しい抗議にさらされ、1991年10月にインド最高裁が、不十分な和解金額は是認したものの、訴追免除は取り消した。しかし、ユニオン・カーバイド社最高幹部の身柄引き渡しも、責任追及も実現していない。

この和解金をもとに1993年から被災者への補償支払いが開始され、死亡者1万余人に約9万ルピー（約30万円）、生存者約38万人に平均2万5千ルピー（約8万円）の補償が支払われることになっ

た。しかし、医療記録のない人など10万人以上が請求を棄却されているという。インド医学研究協議会（ICMR）による調査結果によれば、曝露した人の4分の1近くが、呼吸器、胃腸、生殖、筋骨格、神経または他の器官の慢性的な疾患を患っており、多くの者に隔膜混濁や若年白内障もみられるなどとしている。そもそもMICガスの曝露の長期人体影響に関する知見は、ボパールの曝露者を長期間調査、監視することによって初めて明らかにされるものと言ってよい。しかし、ICMRによるすべての調査研究プログラムは、1994年に終結されてしまった。インド・州政府による医療や経済的、社会的、環境リハビリテーションのプログラムももとと不十分な上に、縮小すらされてきている。

ボパール災害は終わっていない

一方で、女性たちを中心にした被災者団体等が、ユニオン・カーバイド、インド・州政府等の責任追及と自らの自立のための取り組みを持続しているボパール現地、インド国内はもとより、世界的にも、被災者を支援し、ボパール事件を風化させない取り組みが積み重ねられてきている。

1990年から1994年の「産業災害と人権に関する国際（恒久）民衆法廷」（Permanent Peoples' Tribunal on Industrial Hazards and Human Rights, PPTはバートランド・ラッセルの提唱に始まるもの）は、ボパール事故10周年を記念したもので、「労働者とコミュニティの健康、安全、環境に関する権利憲章」を採択している。1991年アメリカ・エール、1991年タイ・バンコク、1992年インド・ボパール、1994年イギリス・ロンドンと4つのセッションが開催

《インド・ボパール関係等記事一覧》

- ・ 谷洋一『「産業被害と人権」国際民衆法廷』（1993年2月号特集）
- ・ 山岸素子「10年後のボパールを訪ねて」（1996年1・2月号19頁）
- ・ 本田徹「医療・福祉問題としてのボパール事件」（同前26頁）

- ・ ドウィベディ『初めて明らかにされるボパール事故10年の真実』（1996年10月号特集）
- ・ 「ボパールに関する国際医学委員会（IMCB）の報告」（1997年5月号51頁）
- ・ 「ボパール事件13周年：FACT SHEET」（1998年3月号31頁）
- ・ 「ボパール災害15周年：実態把握調査計画」（1999年5月号43頁）



サムバプナ・クリニックの前でスタッフたち(一番左がサチューさん、1997年12月 谷洋一さん撮影)

されたが、日本からはボパール・セッションに水俣病の患者さんと原田正純医師、アジアと水俣を結ぶ会の谷洋一さんが参加している。

この取り組みと連動して、事故10周年に向けて1994年、ボパールの被災者と支援者が2チームに分かれてアジア各国を訪問、これを契機に、アジアの労災職業病、公害の被災者団体のネットワークとして「災害のない環境をめざすアジアの被災者たち(AVHFE: Asian Victims for a Hazard Free Environment)」が結成された(しかしこの団体は、「Survivors」という機関誌を2回発行しただけで自然消滅してしまった)。

日本では、1994年11月に現地からの代表を迎えたのを契機に、前出の原田さん、谷さん、市民エネルギー研究所の真下俊樹さん、日本消費者連盟の水原博子さん、神奈川労災職業病センター(当時)の山岸素子さんと私で「ボパール事件を考える会」をつくって、ボパールや世界からの情報を伝えるとともに、その後毎年日本から現地を訪問する代表団を送るなどの活動を開始した。

同じ1994年には、11か国14人の疫学や臨床等の医学、法律専門家からなる「ボパールに関する

国際医学委員会(IMCB)」が現地で、疫学、臨床、健康管理、医薬品の使用、法律的側面等にわたる調査を実施した。この最終報告書は1996年12月にまとめられ、多方面にわたる勧告を行っている。そこには、コミュニティに基盤を置き、地域住民が運営に参加する地域の健康管理センターを整備して、適切な治療と医療リハビリテーションを継続し、生殖器疾患やがん、その他潜伏期間が長いと思われる影響についてのモニタリングも継続すること、が含まれている。

さらに、1994年12月3日付けのイギリスのガーディアン紙は、両面見開きを使って、IMCBの調査結果を含むボパールの現状を紹介し、目標100万ポンドの、ボパールの被災者のための無料診療所設立のための募金を訴えた(これは、1995年の「広告賞」を受賞したという)。この呼びかけに応じたり世界中から集まった募金、約5万ポンドを基礎として、インドで1995年6月に、サムバプナ・トラストが設立された。サムバプナ(Sambhavna)という言葉は、ヒンドゥー語で「可能性」を意味する(SamaとBhavnaという2つの言葉からなるが、どちらも同じような感覚を意味している)。

サムバプナ・トラストの目的は、医療、研究、健康教育および情報宣伝を通じてボパール・ガス災害の生存者の福祉の向上を図ることであり、他に、アーユルベダ、ホメオパシー、ヨーガおよび他のオルタナティブ・セラピーの活用、カーバイド・ガス曝露の健康影響に関する情報の作成・出版、健康に対する一層の注意およびより健康的な環境のための生存者たちのイニシアティブを支援すること、が含まれる。トラストは、理事長に前出のドウィベディ医師、事務局長に1994年に来日したサチュー(情報と行動のためのボパール・グループ)、4名の科学者の理事のほか、5名のインターナショナル・アドバイザー・グループを置いている。

事故15周年を迎えるボパール

トラストは、1996年9月に、被災地域にサムバプナ・クリニックを開設した(前頁写真)。2階建ての民家を購入し、1階には、待合室、登録室、診察室(3部屋)、事務室、調剤室、コンピュータ室、病理検査室を配し、2階は、図書室とアーユルベダ・マッサージ室。テラスには、ヨーガの指導のためのゆったりした床が設けられた。

活動の中心のひとつはもちろん、無料で必要な医療を提供することであるが、最も深刻な被害を受けた地域から、毎日40～100人が受診しているとのこと。西洋医学だけでなく、逆症療法(アロパシー)、アーユルベダ医学(伝統あるいは草本医学)、各種検査、ヨーガ・インストラクターを提供しているが、基本的に受診者が自らが希望する医療システムを選択するという。

1997年5月には、生存者における産婦人科的諸問題に関するセミナー、1997年9月には、ボパール災害によって引き起こされる疾病の治療に対するアーユルベダの可能性に関する2日間の全国セミナーも開催している。

クリニックの活動は医療の提供に限定されるものではなく、被害地域に出向いて診察や相談を行ったり、ヨーガ・インストラクターや健康教育を行う、ヘルス・キャンプの実施。政府によるボパール事

故に関連した死亡を登録するシステムが解除されてしまい、現実に死亡している人々が死亡診断書等の医師の証明を受けることが事実上不可能なかで、家族に対するインタビュー等の調査に基づく「口述解剖(Verbal Autopsy)」も特徴的な取り組みのひとつである。

率直に語られたこの間の成果と失敗の総括も含めた詳しい内容は、別掲(16頁)を参照していただきたい。最新の設備・機器からはほど遠いかもしれないが、環境を破壊する製品を使わないようにし、廃棄物の再利用・安全な処理に腐心し、将来的にはクリニックを太陽エネルギーで稼働させたいという夢に意気込みを感じる。被災者の立場に立つという姿勢と、その運営に当たって被災者、地域住民およびスタッフの参加をというの、韓国の源進みどり病院とも共通している。

ボパール災害15周年を迎え、様々な企画が計画されている。ドウィベディ医師が第8回田尻賞表彰式に来日された時には、トラスト事務局長のサチューさんは、アメリカ、ヨーロッパをめぐる1か月間のキャンペーン・ツアーに出かけていた。その中からいろいろなアイデアが生まれているようだ。ちなみに、有害な企業に対する闘いに奮闘した個人または団体に、表彰状とボパールの被災者が製作した手工芸品等を贈るという「ボパール賞」の創設も含まれる。また、8月には、ベトナム戦争時の枯れ葉剤(オレンジ剤)の生産で悪名の高いダウ・ケミカル社がユニオン・カーバイド(吸収)合併して、2000年第1四半期を目途にデュポンに次ぐ世界第2位の化学メーカーが生まれるというプレス発表がなされるという新たな事態も生じている。

12月2-3日の記念日には、ボパールにおいて2日間の国際会議を開催することが準備されている。これは、ベトナムの枯れ葉剤、日本の水俣病、湾岸戦争やインド等の被災者グループ、被災者のコミュニティに、モニタリング、調査研究、医療といった分野でエンパワーさせるために活動している専門家等(セベソ(イタリア、農薬工場からのTCDD(ダイオキシン)放出事故)におけるlay epidemiology、口述解剖、モニタリング、サムバプナにおける草本医学やヨーガによる治療)、および地球

的な有害物質に関する状況(内分泌攪乱物質の問題等)を話せる人々を招こうという計画である。参加者たちには、12月3日のボパールにおけるラリー(デモ)にも参加してもらう予定である。

(ボパール事件を考える会では日本からも代表団を派遣する予定。また、サムバプナ・トラストへの募金を呼びかけています。郵便振替口座「00230-2-9871 ボパール事件を考える会」をご利用下さい。また、トラストの年報(英文、約120頁、18頁写真)をご希望の方もご連絡下さい。)

香港：労災補償制度比較と腰痛問題

最後にもうひとつ、天明佳臣副議長に同行していただいた3月の香港出張についても報告しておきたい。

1997年5月10-13日にタイ・バンコクで開催された「産業災害被災者の権利のためのアジア地域ワークショップ」において、「労災被災者の権利のためのアジア・ネットワーク(ANROAV: Asia Network for the Rights of Occupational Accident Victims)」が発足した。前出のAVHFEが、ボパール災害10周年と国際民衆法廷を契機に生まれたものとすれば、ANROAVは、タイのケーダーおよび中国で相次いだ玩具工場の火災事故から始まったトイ・キャンペーンや香港と台湾のじん肺他の労災被災者の交流の積み重ね等のうえに生まれたものと言ってよいだろう。

ANROAVは、「Occupational Safety and Health Rights」を発行しているほか、2国間交流(1998年 香港→韓国、タイ、1999年 韓国、タイ、インドネシア、フィリピン→台湾、香港→バングラディッシュ(衣料労働者の安全衛生セミナー))を促進してきている。昨年暮れから今年にかけて、「アジア各国の労災補償制度の比較」と「腰痛問題に関するリサーチ」の提案と協力要請が来ていた。何度か手紙やファクシミリで意見のやりとりをしたが、こちらの考えがなかなか伝わらないもどかしさを感じていると、彼らにも同じ想いがあったようで直接会って話そうということになったもの。(まるで自分でやり

とりしたかのように書いているが、主に天明医師を介してで、香港でもできるだけ天明さんに通訳を煩わせまいよう努力するのが精一杯というのが実態。)

まる1日をかけて、移転したばかりの香港工業傷亡權益会(ARIAV)の事務所で、旧知の同会総幹事の陳錦康(チャン・カンホン)さん、基督教工業委員会(CIC)でANROAVの担当することになったばかりという李錦萍(リー・カンピン)さん、メキシコからアジア・モニター・リソース・センター(AMRC)にNGOの研修に来ているアナ・エンリケスさんとミーティングを行った(12頁写真)。

●労災補償制度の各国比較

労災補償制度については、例えば職業病リストの方式・内容自体も各国バラバラで、ある国では職業病と認められている疾病も国によってはまだ認められていない例は多い。仮に認められているとしても、認定基準や補償の内容がまた千差万別、法令上の制度を理解したつもりでも運用の実態はまた別問題である。網羅的、一般的に制度全般の比較をしようというのは、事実上不可能に近い困難が予想されるし、苦勞のわりにはそれぞれの国の人たちに役立つ情報は得られないのではないか。

むしろ、各国で共通して問題になっているような疾病に絞ってみたいはどうか。例えば、じん肺、VDT作業関連の健康障害、腰痛などが職業病として認められた過程、認定上の問題、補償をめぐる問題、そして何よりどうすれば予防できるか、ただ被災者の救済だけに終わらない運動展開について検討した方が実際的ではないか。もしまだその疾病が職業病として認められていないのなら、何が障害となっているか、その克服には何が必要かの検討。立法等を働きかける過程でも、同時に常に予防対策にも平行して取り組むようにすべきだと、日本での正反両面の経験を述べながら話した。

●腰痛リサーチ

腰痛問題については、それをアジアの国々で上げることが自体が画期的だと思う、というのが天明さんの感想。10数年ほど前までは、少なくとも慢性腰痛症などは病気としては考えられていない、

そんな印象を持っていたとのこと(だからと言って、ずいぶん前から腰痛問題が取り上げられてはいるが、全国を眺めてみて、予防対策まできちんと立てている事業所がどれほどあるか。日本が進んでいるとは思えない、とも)。

彼らがなぜ腰痛問題を取り上げるかについて(なぜ「今」なのかははっきりしなかったが)、①ほとんどすべての職業でみられる、②(にもかかわらずほとんどの国で)職業病として認められていない、③(したがって)法規もなく、④被災者にとっては、補償は満足いくものではないか、まったくされていない。そこで問題にアプローチする具体的な手順として、①どんな腰痛症が職業性とされるのかの検討。そのために、(a)腰痛患者の発生状況などを報告してもらう体制をつくる、(b)作業中に腰痛を起こしそうな作業条件を調査する。②次に被災者の権利を守り、補償を獲得し、さらに予防対策を立てるため、(a)腰痛被災者グループを結成する、(b)被災者や職場における腰痛発生の危険に対する注意を喚起するためのキャンペーンを組織する。

現在チャンさんの団体では、30人以上の腰痛被災者を把握しており、とくにそのうちの10名を選び災害発生状況、心身の状態から生活費の問題まで、インタビュー調査する(事例はいずれも災害性腰痛で、慢性腰痛症は入っていないようだった)。

《他の主なアジア関係記事一覧》

- ・天明佳臣「香港労災職業病活動者グループとの交流」(1990年8月号31頁、9月号23頁、10月号29頁)
- ・岩田賢司「アジア地域労働安全衛生ワークショップ」(1991年1月号28頁)
- ・「産業被害と人権」国際民衆法廷(1993年2月号特集)
- ・「AVHFE: アジアの被災者団体が連帯」(1994年6月号43頁)
- ・山岸素子「台湾の安全センターと被災者団体」(1994年9月号11頁)
- ・山岸素子「香港の労災職業病」(1994年11月号10頁)
- ・「タイ/北部工業団地で相次ぐ労働者の謎の死」(1995年1・2月号62頁)
- ・「アジアの産業災害」(1996年1・2月号特集)
- ・陳錦康「第4回田尻賞/アジアの労災職業病輸出に監視と連帯のネットワーク」(同前1・2月号39頁)
- ・「世界に広がる玩具キャンペーン」(1996年3月号42頁)

その次には、被災者への医師からの療養上のアドバイスをする取り組み、さらに被災者の政府への要求、という手順となっている。

天明先生からは、作業現場での負担調査は、腰痛ばかりでなく、運動器系の障害全体を視野に入れての方が効率的であり、対策も立てたやすいとアドバイス。実際の着眼点等についてのプレゼンテーションも行った。

アジアの労災被災者のネットワーク

香港では、チャンさんの案内で、香港科学館内の職業安全健康展覧廊(ギャラリー)を見学した。チャンさんら香港の労災職業病にかかわるNGOグループの要求によって、1998年12月にオープンしたもの。この科学館は子供たちのたくさん集まるスペースで、この時は「性(生命の現象)」という特別展示が行われていたが、職業安全健康ギャラリーの方も、ビジュアルに体験的に問題を考えられるように工夫が凝らされていた(パンフレットは「安全すごろく」になっていた)。

足場や安全帯、ヘルメットや防じんマスク、手袋、安全靴等を装着した人形による建築現場の展示、重量物挙上作業の良い姿勢と悪い姿勢も、等身

- ・「タイ女性労働者の安全と健康の問題」(1996年12月号23頁)
- ・「タイ/労働裁判所が女性被災者の訴え棄却」(1997年1・2月号53頁)
- ・池田理恵「フィリピンの安全センター訪問」(1997年10月号26頁)
- ・天明佳臣「香港の労働安全衛生 in 1997」(1998年1・2月号特集)
- ・「アジアの被災者のネットワークづくり」(同前)
- ・「バンコクでのアジア・ワークショップ」(同前)
- ・「中国における労働安全衛生基準」(同前)
- ・「タイにおける労働NGOの役割」(同前)
- ・外山尚紀「パキスタンとバングラディッシュ JILAFセミナー」(1998年6月号特集)
- ・古谷杉郎「フィリピン/船舶解雇作業の安全・健康対策」(1998年8月号特集)
- ・「台湾/RCA汚染事件—地下水飲用でがん」(1998年11月号46頁、12月号55頁)



移転したばかりの香港工業傷亡權益會 (ARIIV) の事務所: 左から陳錦康、筆者、天明、アナ・エンリグス、李錦萍(敬称略)

大の動く人形で示し、有害化学物質の解説と予防対策も、ドクター・セーフと色とりどり形も異なる容器の人形が身振り与会話で解説していた(表紙写真)。ひとつだけ難を言えば、ドクター・セーフも重量物挙上の2体の人形も西洋人の顔をしていることが気になったが、6月に中央労働災害防止協会の国際研修(?)に香港の政労使代表のひとりとしてチャンさんが来日した際に天明さんがその話をすると、「あれは前から要求していて、中国人の顔に変わりましたよ」と言っていたとのこと。

また、工業団地に連れていってくれると言うので香港にそんなものがあるのかなと思っていたら、着いたのは旧空港の東側にあるクントン工業センター。外見は日本の公団住宅のような10数回建てのいくつかの建物の中に、零細工場が実にたくさん入っている「工業中心(センター)」であった。印刷関係の工場が入っている棟に案内された。ひとつのフロアに少なくとも7、8つの工場があり、各工場の専有面積のせいか、廊下はエレベーターを中心に円型になっている。2つの工場を見せてもらったが、小さな紙箱外側の印刷をしている工場は、2人の工員と社長夫妻が忙しそうに働いていた。もうひと

つはシールの印刷を社長と2人の工員でしていた。どちらも広さは15坪程度といったところ。

前述のとおり6月にチャンさんが来日した際にも会っていろいろと話をし、韓国に源進総合センターの開院式に行ってきたことも話した。実はこの時、源進労働者職業委員会委員長の丘翼一(ク・ギイル)さんが、5月に台湾に出かけて倒れ、現地で入院したまま出席できないのということで、息子さんが代理で挨拶をしていた。これは台北に韓国、タイ、インドネシア、フィリピン、香港の被災者団体の代表が集まったANROAVの会議だったのだが、ホテルでク・ギイルさんと同室で異変に気がつき、病院に連れていったのがチャンさんだったと聞いて、また驚いた。ク・ギイルさんは現在のみどり病院に入院中で、一日も早い回復を願う次第である。

香港のグループの労に負うところが多いのであるが、少しずつであっても、アジアのネットワークづくりが進められている。香港でのわれわれの提案も、むしろあまり背伸びして無理をせずに、顔の見える交流を積み重ねていこうということ。前述のような取り組みが進めば、アジア・セミナーの開催のような企画も考えていきたい。



源進総合センター・みどり病院

源進みどり病院の象徴(CI)

過去—源進レーコン二硫化炭素中毒、そして世界1位の労災発生源。病院での冷遇、まさに職業病診断を受ける所がなかった過去

現在—世界の歴史でみることのできない、労働者と専門家たちが一緒に作った病院・研究所・福祉館の力強い出発

未来—職業病・労災のない明日と、地域住民たちの中に信頼の根を下ろした源進みどり病院の未来

源進みどり病院

1. 源進みどり病院の経営理念

源進みどり病院の名前に入っている「みどり」は生命・安全・環境を表す色です。源進みどり病院は、適正な治療、最高のサービスと適正な費用、健康な環境と安全という3つの理念で経営されるものです。

* 適正な治療

源進みどり病院は、「医術は仁術」と信ずる9つの専門科目の専門医と医療陣が働きます。全身コンピュータ撮影、先端の血液分析装置等、総合病院クラスの最先端の医療スタッフ、施設と設備を備えています。

医療サービスは人間に対する神聖な義務と考え、予防、診断、治療、リハビリ等のサービスにおいて、患者たちに充分な対話とやさしい説明を提供します。しかし私たちは、この間他の病院で行われている過剰な診療行為を、断固として拒否します。患者に必要である検査と、診療行為だけを行います。これは最高の医療陣だから可能なのです。

* 最高のサービスと適正な費用

患者は病院で、最上の治療の他に、最高のサービスを受ける権利があります。そこで源進みどり病院では、患者に接する時、わが家を尋ねてこられた尊いお客様と考えます。予約診療とそれによる患者管理システム、専門建築士が設計した静かで雰囲気のある診療および休憩空間は、源進みどり病院の自慢です。

みどり病院は、非営利財団の付属病院であるとともに、ソウル大学姉妹教育病院です。

金儲けのために建てた病院でないで、診療収益は全部社会に還元され、どのような方法であろうと不当な利益を

取りません。

* 健康な環境と安全

私たちは「環境 即ち 生命」と信じ、私たちの環境は、私たちの子孫から暫し借り受けているものだと思っています。

私たちの病院は、環境汚染と職業による疾病の予防と診断、治療、リハビリおよび研究に先駆けます。

2. 源進みどり病院診療科および職員(省略)

3. 最新の設備

コンピュータ断層撮影機(CT)—コンピュータ断層撮影機(CT)の中で、性能が優秀なもので、解析度が優れ、ある機能ではMRIより優秀な機器である。ヘルニアやじん肺、脳卒中などに、多くの活用度があり、頭部、胸部、腹部等あらゆる臓器疾患を診断に使用される。

心超音波検査機—超音波検査機の中で最も性能が優秀なもので、人体に有害な放射線の照射なく、便利に腹部臓器、乳房、甲状腺および四肢の疾患部位を映像化し、診断に利用される。とくに心臓疾患の診断に有効に使われる。

胃・大腸造影撮影機—胃腸および大腸のエックス線撮影を通じ、各種疾患の診断に利用されるのみならず、胆道系疾患、腎臓疾患等、いくつかの臓器疾患の診断に利用される。

乳ガン検査機—乳房組織撮影を通じ、乳がんの初期診断とその他乳房疾患の診断に利用される。

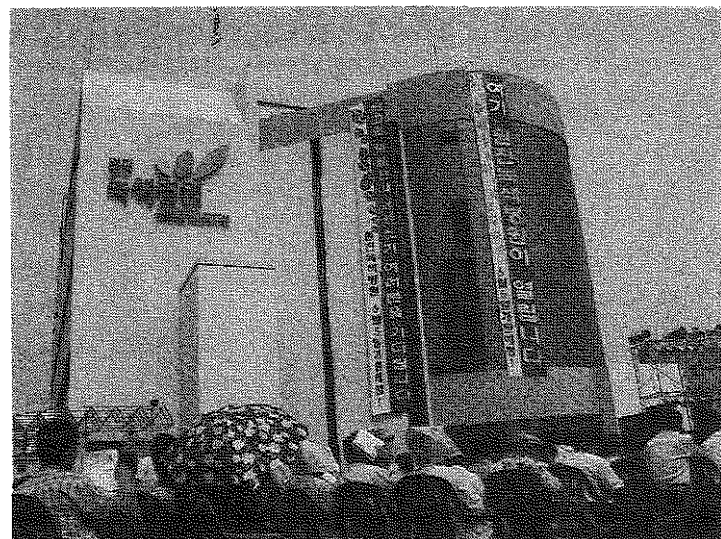
その他X線撮影機—C-Armエックス線撮影機、腹部間接撮影機、移動型エックス線撮影機、一般エックス線撮影機等を揃え、各種放射線診断に利用される。

睡眠胃内視鏡、大腸内視鏡—患者が睡眠中に実施し、内視鏡検査から来る苦痛を最小化する検査として、先端の電子内視鏡が導入された。とくに、大腸疾患の正確な診断のため導入された大腸内視鏡は、みどり病院の自慢である。

トレッドミル—一般の心電図で診断できない心臓疾患を診断する機械で、患者に運動をさせながら、現われる心臓疾患等の診断に利用される

骨密度測定器—現代の女性に多い骨粗鬆症を、骨密度測定器を通じ骨粗鬆症を診断する。

リハビリ医学設備—神経および筋肉機能を診断できる筋電図検査機と、レーザー治療、微細電流波等の最高の装置を具備したペイン・クリニック、各種多様な運動治療装置、パラフィン治療等の水治療装置を揃えている。とく



にみどり病院のリハビリ医学設備は、大学病院と比較しても遜色ない装備であり、リハビリ相談を含め、急・慢性の痛み、スポーツ損傷、手術後の疼痛などのため、リハビリ治療と中風患者、障害者、四肢麻痺患者のための特別プログラムが運営される。

臨床検査設備—自動化学分析機、自動血液分析機、電解質分析機、顕微鏡等、最新の機器を取り揃え、尿検査、血液検査等各種臨床検査に利用される。

労働環境健康研究所

1. 研究所の研究分野および運営原則

労働環境健康研究所は、7名の研究員（博士3名、修士4名）と外部の研究諮問団で構成されている。各研究員は、職業と環境および制度による、各種健康上の障害を予防するため研究活動を展開することになる。

細かい分野は、次のとおり分けられる。

- ・ 職業病の診断・治療・予防・リハビリ研究および労働者特殊健康診断のための産業医学分野。
- ・ 環境中の有害因子の免疫毒性およびその他の毒性を研究する環境毒性分野。
- ・ 各種作業場の有害要因を測定・評価し、職業病予防のための管理対策を研究し、職業性腰痛等、筋骨格系疾患に対する人間工学的評価と管理対策を整える産業衛生および人間工学分野。
- ・ 各種政策および対策についての研究と、労働・環境・健康問題に対する社会学的研究を行う産業保健政策分野。
- ・ 各種作業環境および環境試料の分析と研究。

労働環境健康研究所は、以下のとおりの原則で運営し

ます。

第1 最高の専門性。関連分野最高の専門家たちが体系的で客観的な研究を遂行する。

第2 現場中心の研究。働く場と生活の場から直接問題を探し、分析することで、現場の要求にかなう研究を遂行する。

第3 研究成果および利益の社会還元。研究はすべて、労働者そして住民の健康な生活を目的とする。

3. 研究所設備

研究所は次の最先端分析および測定装置を保有しています。

ガス・クロマトグラフィ(GC/FD/FPD、GC/FD/ECD)——一般の環境や作業場で発生する悪臭物質(炭化水素化合物、硫化物、等)、塩素類等の

有害物質を分析する機器として、大気・水試料すべて分析が可能で、有害物質濃度測定に広く使用される。

ガス・クロマトグラフィ/質量分析機(GC/MSD)——ほとんどの有機汚染物の分離が可能であり、未知の試料を分析し、定性および定量が可能で、低い濃度で存在する存在する汚染物質を高い感度で分析できる。一般環境のみならず、石油化学工場、製薬会社、食品および香料関連試料分析が可能である。

高速液体クロマトグラフィ(HPLC)——イオン性物質と有機物質を同時に分離でき、有機酸、残留農薬の分析に多く利用される。

イオン・クロマトグラフィ(IC)——飲用水、雨水や作業場内の排水、土壌等に存在する無機イオン、有機酸、重金属等を測定し、公害分析に利用される。

誘導結合プラズマ/質量分析機(ICP/MS)——飲用水、排水、廃棄物のような環境試料、新たな合成物質および分導体分野の高速度試薬や、ガス中に低濃度で存在する無機物の分析が可能である。作業場や一般環境、食品、生化学、原子力、地質学、農業分野等に幅広く使用される。

原子吸光分光分析機(AAS)——作業場内の銅、鉛、ニッケル、亜鉛、カドミウム、クロム等の重金属、放射能、毒劇物として磷、硫黄、塩素のような非金属物質を分析する。

分光光度計(UV-VIS)——オゾン、アンモニアのような大気汚染物質の濃度を簡単に測定でき、水中の微生物濃度の測定にも使用される。

各種環境試料前処理装置(Purge & Trap, Headspace Sampler, Thermal Desorber)——作業場や一般環境試料の効率的な分析のため、各種前処理装置を保有している。例えば水中にごく低い濃度で存在す

るトリハロメタン(THM)のような、揮発性有機物質の測定のためのP&Tコンセンレーター。液体だけでなく固体、気体試料中の有機汚染物質の分析のためのヘッドスコープ・サンプラー。そして作業場の空気中に存在する、多様で複雑な有機汚染物の、正確な分析のためのサーマル・デソーバーのような装置である。

源進福祉館

1. 開館の意味

21世紀を目の前にしている時点で、源進福祉館の開館は、源進労働者と家族に、新しい意味をもって感じられると思います。身体的・精神的苦痛と経済的困難で、自信をなくし、生きる意欲を失った源進労働者と家族たちに、人間らしく生きることができるよう具体的な相談と教育を担うことで、そのようにして患者たちに自信を取り戻してあげ、独立した人間として待遇することで、社会の構成員として責任ある役割を遂行できるようにするのです。

2. 位置と役割

* 源進労働者たちの権益向上と生活の質の向上

社会教育および文化活動参加を通じ、速い速度で変化する社会の中で自信を育て、生きる意欲を高め、人間開発、共にできる機会と共同体意識を強化し、自らの成長と能力を開発するようにする。

* 家族関係の強化

長い闘病生活と経済的困難により弱くなった家族関係を、正常化するためのプログラム開発、家族相談および集団訓練を通じて家族共同体の回復を支援する、媒介の役割を行う。

* 地域社会の構成員としての責任ある役割と参加

私たちが生きている地域社会をよく知り、社会に直接参加できる機会を提供し、地域社会との連帯を強化し、健康な市民意識を高める。

* 源進総合センター事業との統合連携機能

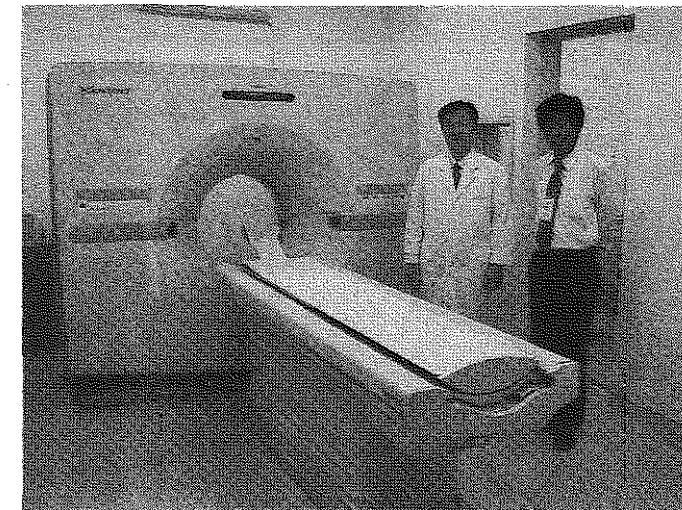
源進みどり病院、労働環境健康研究所と共に連帯し、労働者のリハビリなどのための事業およびプログラムを開発する。

* 地域社会および関連専門家の参加を組織

ボランティアを教育・訓練し、行政機関および地域市民団体と連携して関係を維持し、関連する外部の専門家を通じ、政策の諮問を受けたり協力する。

3. 各種施設

講堂(208)



100名前後の集まりが可能な所で、源進労働者たちのチーム別会議室、社会教育や文化活動のための教育施設に使用する。また、会員たちの冠婚葬祭等に必要な場所としても提供される。

相談室(209)

源進労働者と家族たちの個人相談やグループ相談が行われる所で、小会議のための場所としても活用される。

女性・男性休憩室(207、210)

テレビおよびビデオが設置されていて、楽に休める休憩所の役割をしている場所で、源進労働者たちの憩いの場としての役割をすることになる。

リハビリ運動治療室(206)

源進みどり病院のリハビリ医学科の先生の処方により、簡単な肉體運動およびトレーニングをする所で、男・女シャワー施設を備えている。

他用途室(216)

源進職業病労働者委員会の会員およびボランティアたちが、休憩を取ったり、自由に使用できる所である。

源進広場(201)

家での居間のように開かれた所で、交わりの空間である。簡単な展示空間としても、活用可能である。

源進ギャラリー(202)

源進労働者たちの写真、絵、文などの作品を展示する所である。

給湯室(211)

冷蔵庫、流し台等、簡単な台所設備を揃えており、お茶を飲んだり、簡単な料理ができる所である。

これ以外にも源進職業病労働者委員会事務局、財団事務局兼福祉館事務局に使用される空間が位置している。

*「源進財団便り」第3号(1999.6)の抄訳

Sambhavna Clinic, Bhopal, India

サムバブナ・クリニック

サムバブナ・クリニックは診療所のように見えず、洗濯用に殺菌合成化学洗剤の代わりにただの水を使っているために診療所特有の臭いさえもない。多くの点で多かれ少なかれわれわれは他の医療施設と異なり、それを誇りにしている。治療を受ける人々は患者とは呼ばれず、そのように感じてほしい。

われわれは、1996年9月にクリニックを開始したときには、ごくわずかなことにしか自信を持っていなかったことを告白しなければならない。どのようにわれわれが生存者の地域社会に受け入れられるか、われわれの仕事がどのように役立つのか、適切な本草・ヨーガ療法を見つけ出そうとする意図が成功するか、もしあるとすれば地域社会の健康専門家たちからどんな支援が得られるか、こうしたあるいは他のたくさんの疑問が回答半ばで頭の片隅に残っていた。

最初の数段階は期待と不安のないまぜになった日々であった。

1年半が経過した現在では、クリニックとトラストのわれわれは、自分たち自身により確信を持っている。われわれは、生存者の地域社会と地域の医療専門家たちから非常に積極的な反応を得た。オルタナティブ・セラピーに対する反応は励みになるという以上のものであり、ポパール内外でどんどん友人ができていく。この道程は平坦というにはほど遠かったが、興奮させるものだった。

サムバブナ・クリニックは、現在閉鎖されているユニオン・カーバイド工場の西側に位置する。このような隣人を持つことは必ずしもうれしくはないが、この場所は最も深刻な影響を受けた地域社会の近くでもある。それでも人々が治療を受けに歩いてここまで来るのにはまだ距離があるので、生存者の地域社会のより近くに移動するための努力が続いている。市の北の端にあるため、クリニックは都会の騒音やほこりからいくらか免れている。この地域には緑がごくわずかしか存在しない。100年前にはこの場所は、以前のポパールの支配者の子供の家を取り巻く果樹園の一部として使用されていたが、いまでは廃墟となって顧みられない状態にある。

われわれはクリニック用に2階建ての建物を購入し、多数のボランティアがその改造のために働いた。1階には、待合室、登録室、3つの医師用の小部屋、事務室、調剤室、コンピュータ室、病理検査室、客室。2階には、図書室とアーユルベダ・マッサージのための部屋がある。テラスの上

にはヨーガの指導のためのゆったりした床を作った。この「ヨーガ部屋」の壁は、クリニックを訪れた子供たちが描いた花、鳥、雲、星で覆われている。

屋上のテラスには花を開く植物の鉢で飾られている。1本のマンゴの木と何本かのザクロとグアヴァの木が敷地内にある。これらの木の下には座り心地のよいベンチもあり、治療を受けに来た人々が木陰で待つこともできる。3人のスタッフ・メンバーからなる委員会が建物の維持に当たり、すべてのスタッフ・メンバーがその作業場所を清潔に保つよう心がけている。

病院も含めた他の公共建築物と比較して、われわれのクリニックにはどこにも汚れがない。われわれはこれを地域住民の感謝とクリニックが自らのために存在しているという彼らの感覚のしるしと受けとめている。

クリニックは、休日を除き週6日開業している。毎日、季節的要因や気象条件に応じて、40～100人の人々がクリニックを訪れる[1997年3月1日から1998年3月31日までの受診者総数 17,672人(1日当たり25人)、新規受診者数 2,273人。その後増加しているということ]。ほとんどの人々が、最も深刻に災害の影響を受けた地域から来ている。ほとんどが慢性の病気で、過去数年間の間に病気のための休業期間がある。ある者は災害のあった夜に死ねばよかったと考えている。ほとんどすべての人が、民間診療所や政府の病院において、長期にわたり不十分かつ不適切な医療行為を受けてきた歴史を持つ。医師から適切な検査を受けているものはわずかである。生存者が、これまでの医者も脈をとってくれたことも聴診してくれたこともないと言って、われわれの医師の前で泣き崩れたことも何回かある。ほとんど中断なく彼らが処方を受けていた薬剤は、無益かつ有害なものだった。受診した医者から病状について聞かされていた人に出会うことはまれである。

時おり、自らの健康上状態の改善を祝い、息ができるようになって長く忘れていた楽に動けるようになった喜びを分かち合うために、花や菓子を持ってやってくる人々がいる。クリニックでは、友人や関係者、近所の人々が行き来できるようにミーティングルームを提供している。母親の暴力から逃れてきたと言う少女が、祖父に会うためにクリニックにやってきたこともある。ヨーガの気取った姿勢の中で友人同士が相手に気がつくこともある。隣人同士がアーユルベダ医学を受けに来ながらレシビを教え合うことも。交わされる会話はいつも疲れた身体と神経についてというわ

けではない。

クリニックは、夏期(4～7月)は午前8時から、他の時期は9時から開始している。受診者は、緊急の場合を除いて、最初に初診時の基礎的な手続を行う。ほとんどの場合、現実にはカーバイド・ガスに曝露した人々が療養のためにクリニックに登録されることになるので、クリニックはガスに曝露した人々の特別の諸問題に焦点を合わせることになる。このため、その人が1984年12月に実際にガスの影響を受けた地域に居住していたことを示す書類等を調べる必要がある。そのような書類なしにクリニックを訪れる人の場合には、その地域の他のガスに曝露した人々に確認することになっている。

MadhuとJeevanが、登録の仕事を担当しており、データシートに受診した人に関する関連情報を記録し、登録番号を割り当て、フォルダーを準備して、彼/彼女へのアドバイスを記載し通院の度に持参する健康カードを入れる。これは通常の手続であるが、それらの情報は受信者自身および治療に当たるクリニックのチームが利用することができる。

受診者は、自らが希望する医療システムを自由に選択することができる。逆症療法(アロパシー)や angrezi dawai (西洋医学)を選択した人は、大学で内科を修めた後6年間 ICMR (インド医学研究協議会)で調査研究に従事した経験を持つ Dr. Rachna Pandey のところに行く。われわれは、ほとんどの西洋医薬を、慈善医療機関に高い品質の医薬品を商標登録されていない商品名で安価に提供している非営利組織である Baroda の LOCOST から購入している。著名な薬理学(社)でカルカッタのヘルスアクション・ファウンデーションの創設者である Dr. P. K. Sarkar が、不合理な薬剤の処方を取り除くことに協力してくれている。インド企業が製造していない薬剤に限り多国籍企業の製品を購入している。薬剤は受診者に無料で提供される。Dr. Rachna はしばしば、それに適した症状については、ヨーガやアーユルベダ医学を受けるようアドバイスしている。

人々が jadi-booty あるいは hakeemi dawai (草本あるいは伝統医学)と呼ぶアーユルベダ医学を選んだ人々は、アーユルベダ医学の学位を取得してから12年間の実践経験を持つ Dr. Deshpande のところへ行く。Dr. Deshpande は、病気の診断および治療のために、アーユルベダの検査手技を用いるだけでなく、検査室での検査結果も活用している。現代医学を受けた方がよいと思われる人は Dr. Rachna のところへ送られる。アーユルベダ医療の基本は草本を調製することである。アーユルベダ企業が製造する金属を含んだアーユルベダ薬剤は、しばしば重金属を含んでいるため使用していない。Dr. Deshpande の指示のもとで、Biju が、地元で収集または購入した80を超える草本成分から25種類以上のアーユル

ベダ薬剤を処方している。こうしてわれわれは、これらの薬剤を市場価格の半分以上で、しかも清潔度の高いものを入手できている。アーユルベダ・マッサージ技術のトレーニングを受けた Biju と Alka の両名が、とくに関節痛や身体の痛みを持った人々にこの治療法を提供している。

クリニックでは、基本的な血液、尿、喀痰および塗抹標本を検査するための検査設備を利用できる。われわれは、徐々に設備を拡充してきており、1998年1月には生化学検査設備を追加した。大学で生化学を修め医学検査技術の資格を持つ Amita が、午前中に検査室で働いている。検査結果は通常、その日のうちに受診者にわたされる。1998年1月から、Aziza が、サンフランシスコからクリニックに来ているボランティアの Dr. Jayshri Chander から婦人科検査のトレーニングを受けて、子宮頸塗抹標本の採取を行っている。

Amita と Sushmita が、クリニックを受診する人々の中では一般的な、呼吸器疾患、不眠症、腰痛、関節痛、便秘、不安発作等の特別の問題を抱える人々にヨーガ・インストラクションを提供している。多くの生存者は、これらの問題に対してずっと定期的に薬剤の処方を受けてきているにもかかわらず、長期間の薬剤使用の副作用としてそれらに依存するようになっている。われわれは、ヨーガの姿勢、呼吸エクササイズ、瞑想等がこれらの問題に対する持続的な効果を与えることを発見した。ヨーガの実践はまた薬剤なしで行える。現在実施中の調査の結果では、曝露者の治療においてヨーガは呼吸器の問題を減少させており、これは大いに励みになることである。

クリニックで治療を受けた人々に関する情報は、Pranay と Sushmita によって、Epi Info ソフトウェアを使ってコンピュータに毎日入力されている。この定期的な分析は、個々人の健康状態および治療の効果をモニターするうえで役に立っている。

コミュニティ・ヘルス・ワーカーの Aziza, Diwakar, Ranesh は毎日、近隣地域を訪問して、地域社会とクリニックの活力に充ちた関係を提供している。訪問中に彼らは、健康状態と治療の状況に関する情報を集め、最も医学的な注意が必要な人々を確認し、その地域でサムバブナ・クリニックを受診している人々のフォローアップを行い、治療状況の改善についての地域社会の参加を確実なものにするよう努める。肺結核に罹患している人を発見し、治療を確保することも、コミュニティ・ヘルス・ワーカーの仕事の一部である。積極的な地域の参加のもとに一時医療クリニックを設置することは、われわれの今後の主要なプロジェクトのひとつである。

ポパールにおける曝露に関連した死亡を登録する公共機関は、1992年12月に解散させられてしまった。しかし現在もお人々は曝露に関連した疾患やその合併症によつ

で死亡している。これらの死亡のほとんどが家で起こっているため、家族たちは死亡原因に関する医師の証明書を入手する手だてがない。われわれは、影響を受けた地域の人々の死亡の原因と考えられることを評価するために、口述解剖(Verbal Autopsy)と呼ばれる科学的手法を使っている(1997年3月1日から1998年3月31日までのインタビュー実施件数は69件、うち解剖が施行されていたのは1件のみ。評価を完了した52件のうち、死亡原因と事件との関係が、非常に確実 15%、確実 38%、可能性あり 24%、関係なし 19%と報告されている)。

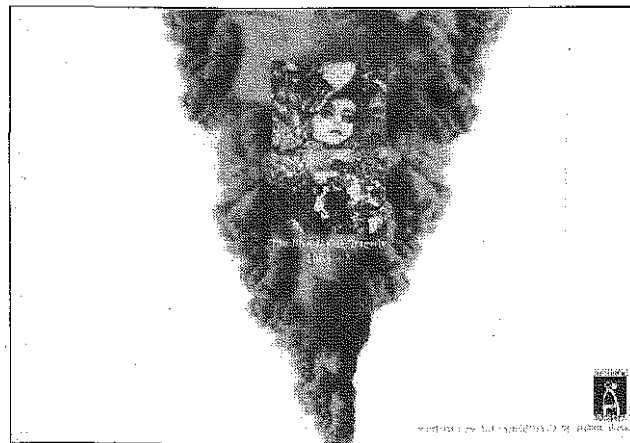
われわれは、ガス曝露地域における薬剤の使用状況に関する調査をまとめた。これによると、ほとんどの売薬の処方是不合理的なもので、医師によって書かれた処方箋3枚につき1枚が不合理なものであり、また、ボパールガスの影響を受けた地域における薬剤市場の大部分のシェアを多国籍企業が握っていることを明らかにしている。

ヨーガ療法が曝露者の呼吸器疾患を減少させるという効果に関する調査結果が近々まとまる予定である。この中でわれわれは、ヨーガを実践する前と後で息切れの程度が変化した人々の肺の状況に関する客観的証拠を示す。ヨーガ・インストラクションを15日～6か月受けた人々に症状の改善とその持続がみられた。

現在、ガスの影響を受けた女性の中での膣分泌物過多の問題、呼吸器問題の治療におけるアーユルベダ処方の効果、Panchakarma 療法の効果に関する臨床的研究を含めた調査研究がクリニックで進行中である。幼少時または母胎内で曝露を受けた子供の身体的および精神的成長に関する地域に基盤をおいた研究を、現在企画中であり、1998年後半に実施される予定である。

サムバプナのドキュメンテーション・ユニット(資料室)では、ボパール事件に関する医学、技術、経済、法律、その他の情報のかけがえのないコレクションを所蔵している。このコレクションは、スタッフ・メンバーだけでなく、ジャーナリストや研究生にも利用されている。調査研究結果その他の情報は、地域の医師たちに提供されるとともに、生存者向けにヒンドゥー語による簡易版もつくられている。

1997年5月にわれわれは、生存者における産婦人科的諸問題に関するセミナーを開催した。われわれは、ガスの影響を受けた人々の治療に当たっている者も含めた、西洋医学およびアーユルベダ医学の両方の婦人科医たちを招待した。サムバプナの医師たちが、彼ら自身の観察結果と、疫学的、臨床的および動物実験に関する情報を発表した。他の参加者たちは、ガスの影響を受けた女性の中での人口妊娠中絶の割合の高さ、膣分泌物過多、月経不



順および不妊症の著しく高い増加について報告した。セミナーでは、曝露によって引き起こされる婦人科的諸問題のスクリーニングおよび治療方法について議論された。

1997年9月にわれわれは、ユニオンカーバイド災害によって引き起こされる疾病の治療に対するアーユルベダの可能性に関する全国セミナーを組織した。2日間のセミナーに全国各地から12名をこすアーユルベダの医師および研究者が参加した。参加者たちは、化学物質起因疾病に対するアーユルベダの症状把握、検査、診断手技の開発の必要性を強調し、また、慢性的職業病の治療に関する知見について報告した。ボパールガスの影響を受けた人々に持続的効果を与えるうえで、Panchakarma 治療が可能性のある効果的なアーユルベダ治療のひとつであることが示唆された。

1997年7月には、ユニオンカーバイド工場の真正面で、深刻な影響を受けた地域である Jaiprakash Nagar において、ヘルス・キャンプが実施された。この中でわれわれは、地域の中に臨時クリニックを設置し、眼科医、小児科医を含む地域の医師たちがボランティアで200名をこす生存者たちの相談・治療を行った。

隣接した Arif Nagar でも、1997年11月に8日間のヘルス・キャンプが実施された。女性と男性に別れてヨーガ・インストラクションが提供され、ヨーガの実践前と1週間の実践後の肺の状態について客観的方法で測定された。地域の2つのヨーガ研究所のインストラクターたちが、このキャンプにボランティアで参加した。

1997年9月21日に、われわれの年次総会を開催した。これは Gandhi Bhavan で開催され、クリニックの受診者とわれわれの友人、支援者、それに好奇心から参加した何人かも含めてホールは満員になった。前年のクリニックの活動、調査結果、収入および支出について、ホールの外でポスター掲示されて一般に報告された。この晩のメイ

ゲストである UNICEF のインド代表である Dr. Manu Kulkarni は、とりわけ子供と女性に対する健康教育および栄養状況のチェックの必要性について話した。Sathya が、ボパール事件の引き続く医学的諸問題について報告し、トラストの目的の概要について説明した。アーユルベダ教授である Dr. U. S. Nigam が、アーユルベダの原理とわれわれの日常生活とのかわりについて話した。Dr. M. P. Dwivedi は、ボパールに関する未解決の医学的研究課題について話した。Dr. Rachna が、クリニックの前年の活動の全体について報告した。

ありがたいことに以上がこの晩のスピーチのすべてではない。若い生存者である Mohammad Idris は、ボパールに対する企業と政府の対応を皮肉った物まねで聴衆を沸かした。彼が失望と希望の歌を歌うのに合わせてミュージックバンドが演奏。クリニックのスタッフたちもまた歌を披露した。夜が更けるにつれ参加者たちは、老いも若きもステージに上がってダンスを楽しんだ。Dr. Deshpande がショーの司会を務め、Amita がサムバプナへの支援に対する感謝を述べた。

○原則と政策

われわれは、持続する災害と闘い続ける生存者の努力に支援を提供することにより、生存者との連帯を堅持する。われわれの資源の制約の範囲内で、われわれの支援を受け入れてくれる生存者だけでなく、より広い生存者の地域社会全体の健康を改善すると信ずる取り組みを追及する。われわれは、生存者の経済的、社会的および環境リハビリテーションが、医療を利用可能にするためにきわめて重要であると信ずる。われわれはまた、個々人および地域社会の積極的な参加がいかなる変化のためにも重要であると信ずる。

クリニックで働くすべての個々人が、クリニックの活動、プログラム、責任、収入および支出を決定するうえで平等の権利を有する。ほとんどの決定は毎週のミーティングに参加するスタッフメンバー全員のコンセンサスによって決定される。労働時間、賃金、休日、休暇、成績の評価等の管理上の諸問題に関しては、トラストが最終的決定権を持つ。

われわれの能力を向上させるためであっても、環境を破壊する製品、とくにプラスチックの使用は避ける。われわれは、使い捨て注射器の使用を中止し、ノンPVCグローブを捜している。ほとんど薬剤のパッケージを再利用した紙を使用する。廃棄物を資源として活用し、PVC、生物医学的な廃棄物は安全な方法で処分する。われわれはまた、クリニックを太陽エネルギーで稼働させるプロジェクトにも取り組んでいる。

○成果と失敗

過去1年半のわれわれの活動を通して、われわれは以下の点で成果を収めた。

- 1) かなりの数の曝露に関連した慢性的な健康問題を抱える人々、その多くは災害当日以来苦しんでいる人々に症状の改善を提供することができた。
- 2) 慢性疾患を抱えるガス曝露者に関する重要な情報を含む医学記録保存および健康モニタリングのシステムを設計することができた。われわれは間もなく、以前からの懸案だった可能なアイデアの実現として、公式の治療管理のための設計を報告できるだろう。
- 3) 曝露関連疾患の治療におけるアーユルベダ、ヨーガ、マッサージ療法の効果を証明することができた。
- 4) 曝露関連死亡のモニタリングにおける口述解剖の応用可能性を証明することができた。
- 5) 影響を受けた地域社会および地域の医師社会からの支援を獲得することができた。
- 6) カーバイド・ガス曝露の長期にわたる健康影響に関する情報を生成することができた。
- 7) クリニックで使用する薬剤の一部を自前で製造することができた。
- 8) 地域において、全国、世界から募金およびボランティアな支援を集めることができた。われわれの限界と失敗は以下のとおりであった。
- 1) われわれが治療を提供することができた人々の少なくとも20倍以上、適切な医学的配慮を必要とする生存者が存在する。
- 2) 1、2回訪れただけで来なくなってしまうかなりの数の人々に、忍耐と信頼を与えることができなかった。
- 3) かなりの数の人々がわれわれのクリニックで治療を受けたにもかかわらず症状の改善がみられず、また、症状のぶり返しがみられている。
- 4) 検査室での検査以外の診断設備を提供することができなかった。
- 5) その分野での経験がないため、眼の問題、神経科疾患、内分泌・免疫系の障害について、求められる注意を払うことができなかった。
- 6) コミュニティヘルス・ユニットを設置することができず、地域社会における健康教育としてなすべきことの多くが残ってしまった。
- 7) 地域社会にヨーガを普及させることができなかった。
- 8) われわれの現在の力量では、ごくわずかな数の曝露に関連した死亡だけが記録できない。
- 9) われわれはなおデータのコンピュータ化において問題を抱えている。



* 1998年11月に発行されたサムバプナ・トラストの最初の年次レポート(前頁写真)からの抄訳

精神障害等の労災認定に係る 専門検討会報告書

前号に引き続き、7月30日に発表された労働省の「精神障害等に係る専門検討会報告書」の内容を紹介する。前号では「検討結果」を紹介したが、今回紹介するのは、その後の「検討概要」の部分である。序文で次のように言っていることに留意されたい。

「報告書は、専門検討会の結論としての『検討結果』と、その結論に至った考えの背景についてまとめた『検討概要』から成っている。『検討結果』は『検討概要』の結論を取りまとめたものである。内容において重複しているが、本報告書に示した考えは、『検討結果』及び『検討概要』の双方によって理解される必要がある。

1 対象とする精神障害の検討

(1) 精神障害及び精神障害等の定義

「精神障害」の定義は様々である。その上、精神疾患、精神病などの用語が厳密な定義を持たないまま使用されている。

「精神障害」とは、社会常識的に「精神の機能に支障が生じ、その人の平常の社会生活に困難をきたした場合」ということができる。具体的には、脳の器質的疾患による精神症状や精神分裂病、躁うつ病などの精神病のみでなく、様々な型の神経症、その他種類の異なる多くの心理的困難などを広く含んでいる。

本検討会では、「精神障害」という用語をICD-10の第V章「精神および行動の障害」を指す用語として使用する。ただし、本検討会で取り上げる精神障害には、いわゆる心身症すなわちストレスに関連して起こる身体疾患は含まれない。

心身症の定義に関しては、日本心身医学会が平成3年に「身体疾患の中で、その発病や経過に心理、社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病など他の精神障害を伴う身体疾患は除外する。」と規定した。⁴⁾

心身症には非常に多岐の身体疾患が数えられているが、それらの病気の全てが心身症ということではなく、ここに定義された条件に当てはまる症例のみが心身症であるとい

う意味に理解される。例えば消化性潰瘍においても、心理的因子には特別の問題がなく、食事の不摂生などの身体的因子が決定的な意味をもつ症例も存在する。心身症としてよく挙げられる本態性高血圧症、消化性胃潰瘍、気管支喘息、虚血性心疾患、湿疹、糖尿病、慢性関節リウマチ、更年期障害、メニエル症候群などを見ても分かるように、非常に多くのありふれた身体疾患が心身症に含まれる。このようなことから、心身症の問題は、本検討会のテーマではないと判断した。

また、本検討会で精神障害「等」とあるのは、前述の精神障害及び当該精神障害の病態として現れる自殺念慮から起こる自殺行動をも含めて検討したからである。

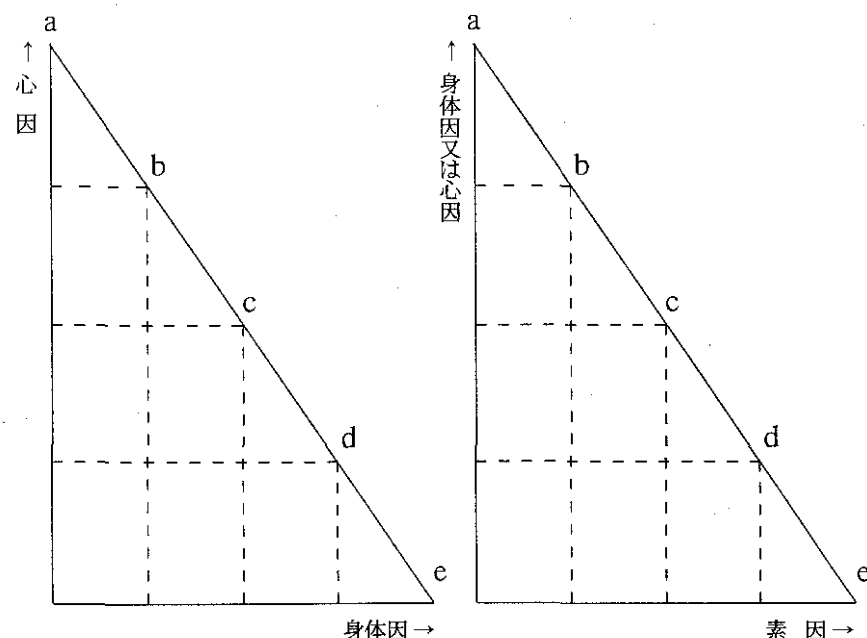
(2) 精神障害の成因と分類

精神障害の成因について、医学上、これまで様々な議論がなされてきた。そして、今日では多くの精神障害の発病には、単一の病因ではなく素因、環境因(身体因、心因)の複数の病因が関与すると考えられている。

素因と環境因の関係を概念図で示すと下図のようになる。すなわち、下図左は心因と身体因の関係を示したものであるが、a、bは主として心因が関与するもの、d、eは器質性精神病や身体因が明らかな精神病である。しかし、bのように心因の強い例でも身体因が多少とも関与する場合、dのように身体因の強い疾患でも心因が多少とも関与する場合もある。実際にはb、c、dに位置する精神障害が圧倒的に多い。

また、下図右は身体因又は心因と素因の関係を示した

精神障害の成因の概念図(大熊)⁵⁾



ものである。精神障害の発病には比重の大小はあっても両方の要因が関与する。従来、素因が大きいと考えられる精神障害の成因についても、最近では、素因だけでなくこれに環境因が種々の程度に絡まり合って発病すると考えられている。逆に環境因によるところが大きい病気でも、その病気を起こしやすい素因がかなり関係することも知られている。

このように、今日の精神医学においては精神障害の成因は疾患により程度の差はあっても、素因と環境因の両方が関係すると理解されている。その上、同一の精神障害でも、その両要因の関係の程度はそれぞれの事例によって異なる。さらに別の観点から、精神障害の成因は、生物学的・心理的・社会的な要因による多層的なものであるという理解の仕方が今日広く受け入れられている。その場合でも、生物学的にも心理的、社会的にも、素因と環境因の両方が関与することは同様である。

このような精神障害の成因に対する理解の変遷から、歴史的には精神障害の分類について以下のように変わってきた。

20世紀前半の精神医学にあつては、精神障害はその成因の区別である外因、心因に沿った形で器質性精神病(外因性精神病)、心因性精神病に分類され、そして、なお原因のよくわからない精神病を(素因、特に遺伝因が強いだろうという推定のもとに)内因性精神病と呼んだ。内因性

精神病としては主として精神分裂病と躁うつ病を指してきた。前図によれば、左図のa、bが心因性精神病であり、d、eなどが器質性精神病に相当する。そして、右図のd、eが内因性精神病に相当することになる。しかし、このような単純な外因、心因、内因という原因論による分類は、次第に古典的なものとなった。

20世紀後半に入り、脳科学の進歩と精神障害の心理社会的研究の発展により、また一面、時代の変遷に

よる精神障害そのものの多様化、変貌もあり、外因、心因、内因の3分類では精神障害を分類できなくなった。そして、精神障害を「ストレス—脆弱性」理論で理解することが、多くの人に受け入れられるようになった。「ストレス—脆弱性」理論とは、環境由来のストレスと個体側の反応性、脆弱性との関係で、精神的破綻が生じるかどうかが決まるという考え方である。ストレスが非常に強ければ、個体側の脆弱性が小さくても精神障害が起こるし、逆に脆弱性が大きければ、ストレスが小さくても破綻が生ずる。精神障害を考える場合、あらゆる場合にストレスと脆弱性との両方を視野に入れて考えなければならない。

なお、この場合のストレス強度は、環境由来のストレスを、多くの人々が一般的にどう受け止めるかという客観的な評価に基づくものによって理解される。

今日では、そのような考えに立って、精神障害の分類は、主として症状、状態像によって行われるようになった。ICD-10もその立場を採っている。

このようなことから、精神障害は多次元的原因で発病するとの今日の精神医学の認識に立ち、また、ほとんどの精神障害がその原因として心理社会的な原因が無視できないことから、器質性精神障害は別として、従前の労災認定の実務の場面においていわゆる心因性精神障害に限るとする取扱いについては、これを修正する必要があるということで本検討会は一致した。

以上のことから、労災保険で対象とする疾病としては、原則としてICD-10第V章に示される「精神および行動の障害」とすることが適切である。

なお、「原則として」としたのは次の考えからである。すなわち、業務との関連性が問題となる可能性のある精神障害は、ICD-10の分類で見れば、F0 症状性を含む器質性精神障害、F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害、F2 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害、F3 気分(感情)障害、F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害に分類される障害であり、F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群、F6 成人の人格および行動の障害、F7 知的障害(精神遅滞)、F8 心理的発達障害、F9 小児(児童)期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害については、およそ業務との関連で発症する可能性は少ないと考えられるからである。ただし、F5、F6、F7、F8、F9に分類される精神障害の中には、前述のF2、F3、F4に掲げる業務との関連性が問題となる可能性のある疾病の成因の形成において関与する場合もある。

なお、ICD-10のF0 症状性を含む器質性精神障害(例えば、脳血管疾患に伴う血管性痴呆、脳損傷に伴う器質性幻覚症、器質性気分障害など)及びF1 精神作用物質使用による精神および行動の障害(例えば、揮発性溶剤使用による精神病性障害など)に分類される障害のうち、器質性脳疾患に伴う精神障害については、既にある認定基準等(例えば、頭部外傷、業務による過重負荷に伴う脳血管障害、化学物質等取扱いに伴う中枢神経変性疾患等)により器質性脳疾患の業務起因性が判断され、その後の併発疾病等として認められるかが問われることとなる。

したがって、純粋に業務に関連したストレスとの関連で業務起因性が問題となる主な精神障害は、F2 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害、F3 気分(感情)障害、F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害に分類される障害である。もちろん、これらについても中間分類項目あるいは小分類ごとにみれば業務との関連が非常に少ないものも多くあるが、ここでは個別に論ずることはしない。

ICD-10第V章「精神および行動の障害」の中間分類項目を参考1(9月号35頁参照)に示した。もちろん、個々の臨床の場面においては、従来型の分類(例えば精神病と神経症と伝統的に区別する方式)による診断名が用いられることも多い。そのため、「慣用的に用いられる臨床診断名とICD-10との対照表」を参考2(同前36頁参照)に示した。

(3) 成因の判断

労災請求事案の処理に当たっては、症状や状態像だけ

で分類された診断名によって機械的に振り分けることは適切でなく、患者本人あるいはその周辺関係者からの聴取、主治医の行った症状把握、状態像診断、経過、治療内容、治療効果等様々な資料を総合して精神障害の成因を判断することに配慮しなければならない。

精神障害は、先に述べたようにある原因が単一に作用して発症するのではなく、いろいろな原因が組み合わさって発症するものと理解されている。しかし、個々の症例においてはその各々の関与の程度の差はある。

精神障害の成因を考えると、ストレスの侵襲性と個体側の脆弱性の両方が偏りなく検討されなければならない。したがって、精神障害に係る労災請求事案の業務起因性の判断に当たっては、当該精神障害の発病において業務によるストレスと業務以外のストレス、個体側要因を総合して行う必要がある。

なお、治療経過や投薬の有効性等の情報は成因を判断する際の有力な情報であることから、診断治療を受けている精神障害事案にあっては、これらは必須資料である。

成因の判断に当たっては、複数の専門家による合議等によって判断される必要がある。これは、精神障害の確定診断と同様その判断は困難で、専門家の意見が分かれることも希ではないからである。

(4) 精神障害の診断等

労災請求事案は、業務に関連して精神障害に罹患し、あるいはその精神障害により自殺に至ったとするものであるが、ここで問題となるのは、精神障害の確定診断は希ならず困難で、専門家の意見が分かれることも少なくないことである。特に自殺事案にあっては、専門家の診断、治療歴がない場合が圧倒的に多く、得られた情報だけから確定診断及び発病時期を推測することは極めて困難である。自殺事案にあっては、労災保険法第12条の2の2第1項で、故意による死亡に対しては保険給付をしないとしているところ、後に詳しく検討するとおり、故意がないといえる場合の解釈として、従来の心神喪失の論議から離れて「精神障害により正常な認識、行為選択能力が著しく阻害され、あるいは自殺行為を思いとどまる精神的抑制力が著しく阻害されている状態」と解釈することが適切であるとしたことから、精神障害の発病の有無が重要な判断要件の一つとなる。

そして対象となる精神障害は、原則としてICD-10第V章「精神および行動の障害」に示される精神障害であるとしたことから、その診断に当たっては、ICD-10診断ガイドラインに基づき実施されるべきである。

イ 精神障害の診断

精神障害の確定診断は困難を伴うことが多い。初診の段階で確定診断を下すことはむしろ希で、最初の診断では

状態像の記載にとどめ、心理テスト、カウンセリング結果、治療の効果等の療養の経過等を踏まえた後、確定診断に至るといえる症例が多い。労災請求事案についての確定診断に当たっては、主治医の問診、検査及び患者周辺関係者からの聴取その他の資料から複数の専門家の合議等により確認される必要がある。

診断、治療歴がない場合には、精神障害発病の有無自体が問題になることから、患者の家族、友人、会社の上司、同僚、部下等からの聴取によって得られた具体的な情報から、ICD-10診断ガイドラインに則り、発病の有無、具体的診断名について検討、確定される必要がある。

その際、ICD-10診断ガイドラインによって明確に診断できるか、収集資料等からICD-10診断ガイドラインの診断項目に該当することが合理的に推定されて初めて精神障害の診断が可能となる。

なお、患者のこれまでの健康状態、当該業務に係る精神健康上の問題等の情報については、患者の所属する事業場の産業医の意見は大いに参考となるので、是非とも意見を求めるべきである。

ロ 発病時期の確定

業務によるストレスの評価を行うに当たって、当該精神障害の発病時期は極めて重要である。業務による過大なストレスを受けてから症状の出現までの経過が医学的に妥当であるかを判断する基礎をなすものだからである。精神障害の治療歴のある事案にあっては初診医(あるいは主治医)による発病時期に関する判断が重要であり、複数の専門家の合議等により確認される必要がある。治療歴のない事案の発病時期については、家族、友人、職場の上司、同僚、部下等周囲の人たちからの詳細な情報を集めて、複数の専門家の合議等により検討、推定される必要がある。

ハ プライバシーの保護

精神障害の業務上外を判断するに当たって患者周辺の者からの聴取を行う場合、患者のプライバシーに触れざるを得ない場合もある。また、収集された資料の中には、他の傷病に係る労災請求事案以上に患者のプライバシーに関わる内容のものが多く含まれる。調査に当たっては、患者のプライバシーの保護に十分配慮すべきである。

2 個体側要因

精神障害の成因を考えると、ストレスに対する個体側の反応性、脆弱性を抜きに考えることはできない。個体側の反応性、脆弱性を窺い知るものとしては、既往歴、生活史(社会適応状況)、アルコール等依存状況、性格傾向、家族歴等があるが、これらを総合して個体側要因を精神医学的に判断することとなる。

(1) 既往歴

精神障害発病に関わる疾患としては幾つかのものが考えられるが、代表的なものとしては既往の精神障害、脳の疾患、著しい身体疾患等が挙げられる。このうち既往の精神障害に関しては、特別なストレス要因無しに精神障害に罹患した既往歴が有れば、それはその人の精神的脆弱性を推測する一つの根拠になる。また、脳の疾患に関しては、頭部の外傷、脳炎等によって器質的な精神障害を引き起こす場合が考えられるし、著しい身体疾患に関しては、そのための症状精神病の可能性とともに、その治療のために服用している医薬品が精神機能(気分、思考力等)に副作用を及ぼす場合もある。

過去の精神及び身体疾患等への罹患の有無及び服用薬物等についての情報は、本人、家族、友人、会社の上司、同僚、部下等からの聴取等によって確認する必要がある。

(2) 生活史

これまでの生活史の中で、社会適応に明らかな個人的問題を持つ人の場合、それは精神的脆弱性の現れである場合がある。それだけにこれまでにその人がどのような生活をしてきたかは、発病前の精神的問題を検討する上で重要な判断資料となる。その人の過去の学校生活、職業生活、家庭生活の状況は、その人のストレスに対する反応性、脆弱性を具体的に示すものである。生活史については複数の人からの情報を必要とする。

(3) アルコール等依存状況

飲酒歴も個体側要因としては重要な要素である。かなり進行した重度のアルコール依存症は、周囲の人からも容易にそれと分かるが、軽い依存状態は本人も家族もまた職場等でも見逃されやすい。しかし、軽いアルコール依存状態が原因で精神能力や気分の変化(イライラ感、抑うつ気分や集中力や思考力の乱れ、持続力の低下など)が見られることがあり、さらには身体的に不眠、食欲低下、自律神経症状が出ることもある。軽いアルコール依存状態でも職業生活遂行上重大な支障を来す可能性がある。

飲酒による精神への影響は個人差もあるため、一概にこの量を飲めばこのようになるという基準は成り立ちにくい。アルコールの作用が個体側要因を大きく歪めることは事実であることから、飲酒歴は個体側要因の判断に不可欠の情報である。

アルコールへの依存傾向は、それ自体が精神障害(アルコール性うつ病など)の発病原因と成り得ることは別に、逃避的、自棄的衝動から自殺行動に至ることもあるので、特に治療歴のない自殺事案にあっては重要な意味を持つことがある。

アルコール依存傾向の診断は、習慣飲酒(毎日酒を飲むこと)、1日の飲酒量、連続飲酒(休日に朝から飲む、連休などに2、3日間夜昼なく飲み続ける)、生活上の乱れ(二日酔いで欠勤、酩酊でトラブルなど)、記憶喪失、身体症状(手のふるえ、肝障害など)等の情報による。

過度の賭博の嗜好等破滅的行動傾向があるか否かについても知る必要がある。

(4) 性格傾向

もともとその人の性格傾向を明らかにすることは、新たに生じた精神状態がその人にとってどれくらい異常に変化したものであるかを判断する上で必要であるし、また、その人がどのような行動様式をとる人であるか、どのような種類のストレスに強いのか弱いのかを知る上で必要である。

性格傾向を現す特徴としては、明るい・物静か、几帳面かルーズか、責任感が人一倍強い・かそうでもない・さっぱりしている・かたどわるか、相手の気持ちに自分を合わせるか自己主張が強い・か、感情的に安定している・か気分が変りやすい・か、気長か短気か、社交家か否か、積極的か消極的か、多弁か寡黙かなど、要するにその人をよく知る複数の人から日常語でその人柄を彷彿させるような情報を得るのがよい。

精神医学的には、一定の精神障害との結び付きにおいて幾つかの性格傾向(循環気質、メランコリー親和型性格、分裂気質、強迫性格など)が議論される。精神障害の成因の理解に役立つが、類型判定自体難しく、あえて拘泥する必要はない。

(5) 家族歴

家族歴は、プライバシーの問題等があることから、なかなか情報が得にくいものである。家族に精神障害に罹患した者がいるということは遺伝要因の関係から時に重要な資料となるが、その価値は絶対的なものではなく、可能な範囲で情報を取り、参考資料とすればよい。

3 ストレスの客観的評価の検討

そもそも「ストレス」という用語は物理学、工学領域で用いられていたストレス概念をSelyeが生物学領域に広げたものである。その後心理学の分野では、外界の刺激・変化への反応(例えば不安、恐怖、怒り、憎しみ、罪悪感などを引き起こす家庭、職場などにおける人間関係、役割上の問題、過密環境、長時間の単調な作業、極端に孤立した状態での作業、自己裁量の全くない作業など)や精神内界の動きとしての反応(例えば欲求不満、心的葛藤、劣等感など)に着目し、これを心理社会的ストレスと呼び、心理的側面、生理的側面、行動的側面からの反応に着目して研究が進

められている。この心理社会的ストレスを研究者は「個人がその要求に対処できない、または適切に対処できない、または他の目的を危うくするのでなければ対処できないと予測するような場合にのみ、ストレスを引き起こす(Lazarus)」⁶⁾、「ストレスは環境的要求と個人の反応能力との間に、著しい不均衡の存在するときに発生する(McGrath)」⁷⁾、「ストレスは、要求を満たすのに失敗した結果が重要であるか、またはむしろ失敗した結果が重要であると個人によって認識されたときにのみ発生(Sells)」⁸⁾などと説明している。

前記1で「ストレス—脆弱性」理論を使ってストレスと精神障害の発病について説明したが、本検討会では精神障害の発病にとってこの心理社会的ストレスが重要であると位置付け、労災補償における業務起因性を考えるに当たっては、主としてこの心理社会的ストレスの客観的評価を通じて判断することとした。

(1) ストレスの要因の種類

イ 心理社会的ストレス要因と生物学的・物理化学的ストレス要因

人間が生活する中では、周りの環境や自分自身の欲求から様々な要求や期待が生まれ、誰もそれに対処することを余儀なくされる。それにうまく応えられそうにないと自らの対処能力を低く評価したり、また、その対処について支援がないと認知すると様々なストレス症状が生じる。こうしたストレス症状を作り出す要求や期待が心理社会的ストレス要因であるといえるが、これらは生活環境に大きな変化が生じたり、また、そうした変化にうまく適応できないときに増大する。

これに対して、細菌、カビ、ウィルス、花粉などのばく露によるものを生物学的ストレス要因、寒冷、暑熱、温度、湿度、騒音、放射線などのばく露によるものを物理的ストレス要因、刺激性ガス、化学薬品などの暴露によるものを化学的ストレス要因と呼び、これらを総称して生物学的・物理化学的ストレス要因と呼んでいる。これらは脳や身体に直接影響を与えるものであるが、ここでは、生物学的・物理化学的ストレス要因にばく露されることに伴う不快感、不安感、恐怖感等心理的な作用が問題となる。

ロ 職場におけるストレス要因と職場以外のストレス要因

職場におけるストレス要因としては、業務による事故や災害の体験、仕事上のミス等による過重な責任の発生、仕事の量、質の変化、出向等による身分の変化、転勤、昇進等による地位、役割の変化、上司等対人関係のトラブル、職場における対人関係の変化などがある。

一方、職場以外のストレス要因としては、結婚、離婚、けが、病気など自分の出来事、配偶者や子供のけがや病気、親戚付き合いなど自分以外の家族・親族の出来事、借金などの金銭関係、火災、交通事故等への遭遇などの事件、事

故、災害の体験、騒音、近所付き合いなど住環境の変化、友人、知人、男女関係など他人との人間関係などがある。

ハ 急性ストレス要因と慢性ストレス要因

職場における急性ストレス要因としては、例えば突然の事故や災害の体験、転勤、地位の変化、職種の変化、労働量の変化、職場内の人間関係の変化、新機種の導入など急激に起こった事象であり、ある出来事が起きたことが明確に認識される事実に係るストレスが急性ストレスである。

一方、職場における慢性ストレス要因としては、長く続く多忙、単調な孤独な繰り返し作業、単身赴任、交替勤務などのように持続的環境であり、継続される状況から生じるストレスが慢性ストレスである。

(2) 業務によるストレス影響の発現モデル

労働者には様々な形で業務によるストレスが加わる。それに対してストレスを受ける側の労働者にも様々な個体側要因があって、ストレスの受け止め方は個人個人によって異なる。また、ストレスは業務のみでなく(業務以外の要因として家族からの要求、対人関係、経済問題など様々なストレスがある。しかし一分において、それらのストレスを緩和させる要因として上司、同僚や家族、友人などからの社会的支援がある。それらの要求と支援が個体側要因と調和していれば問題は起こらないが、この調和が崩れたときにストレス反応が起こり、それが高じて様々な疾病になる。

業務によるストレスとストレス反応あるいは疾病の発現についてのモデルは様々なものがあるが、ここでは米国国立労働安全衛生研究所(National Institute for Occupational Safety & Health: NIOSH)が作成した職業性ストレスモデル⁹⁾を用いて、業務によるストレスと精神障害発病の関係を説明する。

この職業性ストレスモデルは、個体側要因を基盤に職場におけるストレス要因あるいは職場以外のストレス要因が加わって、さらには緩和要因が十分でない状態からストレス反応が生じると説明する。このストレス反応をさらに詳しく見ると、心理的側面においては、職務不満足、抑うつとい

う状態が起こり、生理的側面においては身体的愁訴を覚え、行動的側面においてはアルコールや薬物依存等といった状態に陥る。そして、これらのストレス反応が高じて心身症や精神障害が発病すると説明する。

NIOSHの職業性ストレスモデルで示した各々の要因を更に具体的に説明すると以下のとおりである。

イ 職場におけるストレス要因

職場におけるストレス要因としては、職場の暑熱、騒音等の生物学的・物理化学的ストレス要因があり、また、職場での役割の分担・境界に関して発生する役割葛藤、役割不明確、上司、同僚、部下との関係における対人葛藤、仕事の裁量性、仕事の能力評価等の認知要求、能力の活用、低さ、上司、同僚、部下に対する対人責任、量的な作業負担、作業負担の変化、交替制勤務、仕事の将来不明瞭、雇用の不安等の心理社会的ストレス要因がある。

なお、Karasek¹⁰⁾は、職業性ストレスの心理社会的要因を、次に述べるように、仕事上の要求、仕事上の裁量性、仕事上の支援の大小により説明しているため、職場におけるストレス要因を理解する上で参考となる。

第1は仕事の要求である。例えば仕事の量が多い、難易度が高いなどという要素である。この仕事の要求が増せば当然にストレスは増加する。

第2は仕事の裁量性である。すなわち、仕事を自分でどれだけ自由にコントロールできるか、自己裁量の大きさの問題である。自己裁量の範囲が狭いほどストレスは大きい。

第3は仕事の支援である。上司、同僚、部下の具体的な精神的、情緒的な援助が得られるかという問題で、支援が少ないほどストレスは大きくなる。

このように仕事の要求が高いほど、また仕事上の裁量性、仕事上の支援が低いほどストレスは強いといえる。

ロ 職場以外のストレス要因

職場以外のストレス要因としては、家族からの要求や異性関係、友人、知人との関係、あるいは経済問題等様々な関係から生じる要求、軋轢、葛藤などがある。

ハ 個体側要因

個体側要因としては、遺伝的素因、ストレス処理能力、A型行動パターン、年齢、性別、婚姻状況、勤務年数、職種などがある。

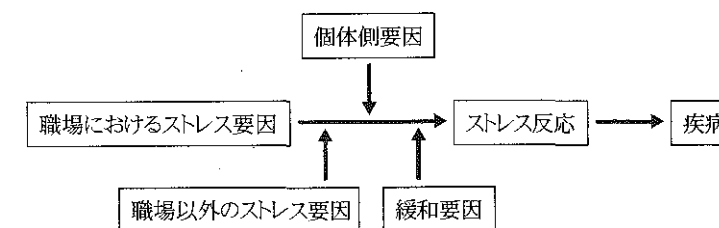
ニ ストレス緩和要因

ストレス緩和要因としては、職場の上司、同僚、部下や家族、友人等からの具体的な精神的、情緒的な支援がある。

(3) 評価対象としての出来事等

生体のストレス反応あるいは進んで

NIOSH職業性ストレスモデル



疾病の発現については個々に異なる。ストレスの問題を理解する上で、

- ・個人によって、ストレスに対する反応は異なる
- ・ストレスは、状況そのものよりもストレス状況の認識により決まる
- ・ストレスの程度は、一部、対応する個人の能力に依存する

ということを十分知っておく必要がある。

ストレスの強度は個人によって異なることから、業務起因性の判断においてどのようなストレスと評価するかということは重要である。日常生活のすべての場面でストレスは存在するといっても過言ではないが、労災請求事案の具体的処理に当たって、このような個人が受けるあらゆるストレスを評価対象とすることは事実上不可能であり、また、些細なストレスに反応したのであれば、その人の脆弱性の証拠ともいえることから、「客観的に一定のストレスを引き起こすと考えられる出来事」について評価することが適切である。ここで「客観的」としたのは、ストレスはもともと個人が外界あるいは内界のあるストレス要因を主役的に受け止め形成されるものであるが、精神障害発病の業務起因性を考える場合、個人がある出来事を主観的にどう受け止めたかによってではなく、同じ事態に遭遇した場合、同種の労働者はどう受け止めるであろうかという基準により評価されたストレス強度によるべきだからである。

なお、「出来事」とはライフイベントの訳語であるが、これは突発的事件という意味ではなく、ある変化（緩徐であってもよい）が生じその変化が解決あるいは自己の内部で納得整理されるまでの一連の状態を意味するものである。

また、職場と関連した出来事であっても、明らかに当事者個人の主観によるもの（個人的な好き嫌いや個人の強い不満、当事者のみの過大評価など）は、業務起因性の判断に当たって、個体側要因に含めて考えるべきである。

したがって、評価対象となるのは、当該精神障害発病との関連で客観的に認識される出来事である。そのために本人、家族、友人、会社の上司、同僚、部下等から、精神障害発病前の出来事として具体的にどのようなことがあったのかを聴き取り、調査する必要がある。

(4) 出来事の評価期間

心理的負荷の原因となった事態の評価を行う場合、精神障害が発病した時期からどれくらい以前までの出来事を評価するかという問題がある。ストレスが強く関係する精神障害の場合においては、Paykel¹¹⁾の自殺未遂者のライフイベントに関する研究などに代表されるように、精神障害発病の6か月前からの出来事が調査されるのが一般的である。その理由は、発病から遡れば遡るほど出来事と発病との関連性を理解するのが困難になるためであり、事実、

各種研究結果においても精神障害が発病する前1か月以内に主要なライフイベントのピークが認められるとする報告が多い。また、このことについてはICD-10分類F43.1 外傷後ストレス障害 (Post-Traumatic Stress Disorder) の診断ガイドラインに、心的外傷後、数週から数か月にわたる潜伏期間（しかし6か月を超えることは希）とされていることも参考に、当該精神障害発病前概ね6か月以内の出来事を評価することが妥当である。

ただし、精神障害の発病時期の推定も一定程度幅があることは否めないことから、その評価期間の設定に当たってはそのことを含めて考慮される必要がある。

なお、退職後発病した事案（退職強要に係る事案を除く）については、一般的に退職前の業務によるストレスは通常解消されると考えられること、また、退職後に発生した出来事については、時間の経過とともに、業務外の出来事の関与の可能性が増えるなど退職前の業務との関連性の有無を客観的に判断することが困難になる場合が多いと考えられることから、退職前の業務による出来事に関連して、原則として退職後概ね1か月以内に発病したとする確定診断があることが業務起因性を検討する上で必要であろう。

(5) 心理社会的ストレス要因の強度評価の客観化

心理社会的ストレス要因を時間軸でみた場合、急性ストレス要因と慢性ストレス要因に区別でき、また、生活軸でみた場合、職場におけるストレス要因と職場以外ストレス要因に区別できることを説明した。また、仕事の要求、仕事の裁量性及び仕事の支援の程度が業務起因性を考える場合の1つの目安となる。このような認識を背景に、業務起因性を考える場合には、精神障害の発病に重要な役割を果たすと考えられている心理社会的ストレス要因の強度をいかにして客観的に評価するかということが問題となる。

そもそも精神医学においては、当該精神疾患の原因を探るとき、患者本人あるいは必要に応じて患者周辺（家族、友人、上司、同僚、部下など）から発病状況、その原因となったと思われる具体的出来事の内容、生じた精神症状や行動の変化などを詳しく知り、それが医学経験則上その出来事によるストレスが、精神障害の発病に重要な役割を果たしたとの確信を得た場合に、そのストレスがその人の精神障害の原因となったと判断するのである。逆にそのストレスが一般的には容易に対処、適応できる程度のものであったり、あるいはストレスに対して、医学的経験的に見て不相応な反応を示した場合、患者本人の側の問題が大きいと判断する。

精神障害発病に関係するストレスとはいかなるものかを解明するため、そしてその予防に資するため、心理社会的ストレスの客観的評価について様々な研究が行われてきた。

本検討会では、夏目ら¹²⁾、山崎ら¹³⁾、土屋ら¹⁴⁾、加藤ら¹⁵⁾、Holmesら¹⁶⁾、Williams¹⁷⁾、Cooper¹⁸⁾、中央労働災害防止協会中高年齢労働者ヘルスケア検討委員会ストレス小委員会中間報告¹⁹⁾等²⁰⁾²¹⁾のストレス強度の客観的評価に係る研究を基に、独自にストレス評価表を作成した。各々の研究で示された出来事及びその強度の評価については、本報告書付録に参考3（省略）として添付した。各研究は、ストレス強度の絶対値が100点満点であったり5点満点であったりその絶対値は異なるものの、幸いなことに各出来事の評価の相対性はどの研究においてもほぼ同様の結果となっていたことから、職場における出来事についての分析がもっとも多い夏目らのストレス評価表を基準にして、各研究において取り上げられた職場における出来事を夏目らの評価表に加えるという作業を行うことができた。もちろん、各々の研究はその対象、目的が異なるものではあるが、前述のとおり各出来事の評価の相対性は一定の傾向があることが確認されたので、本検討会では、労災請求事案におけるストレス要因としての出来事のストレス強度が一般的にはどの程度と評価されるのかについての目安について検討し、職場におけるストレス要因の評価を別表1の(1)「平均的ストレス強度」の欄に整理した（9月号32-33頁参照）。なお、職場以外のストレス要因についても別表2（同前34頁参照）として整理した。

(6) 出来事の評価

イ 別表1の基本的考え方

別表1に示した具体的出来事は急性ストレス要因が多いが、持続する出来事も含まれる。

ストレスの評価に当たっては、出来事自体の評価に加えて、その後続く問題の持続あるいは変化などの状況、さらには支援、協力状況等のストレス緩和要因を評価し、総合的に判断する必要がある。そのことを考慮して別表1は作成された。

したがって、別表1はそれらの一連の状況を正確に評価するため、(1) 出来事自体の平均的ストレス強度を判断し、さらに個別具体的事情を斟酌するため(2) 直面した出来事を評価する視点、(3) (1)の出来事に伴う変化を評価する観点から修正を加えるよう構成されている。すなわち、どのような具体的出来事があったのか、その出来事は平均的評価としてはストレス強度「Ⅰ」～「Ⅲ」のいずれに位置付けられるか、個別具体的な出来事の内容からその具体的評価は変更される必要はないか、出来事後の変化や問題はどうかであったかについて検討し、総合評価として、当該業務によるストレスは、「弱」、「中」、「強」のいずれと評価できるかの過程を追うものとする。

なお、(2) 直面した出来事を評価する視点、(3) (1)の出来事に伴う変化を評価する視点によって具体的に評価す

る際には、同種労働者にとって一般的にどうであるかという観点から客観的に行われなければならない。

別表1に示された(1)「平均的ストレス強度」は、ストレス強度を100点満点のスケールで表現した夏目らのストレス研究をベースに、山崎らの研究成果を総合したものであるが、これらのストレス要因の存在が、即精神障害につながるという評価ではない。例えば、Holmesら²²⁾の研究によれば1年間に200～300点を取った場合は翌年50%を超える人々に健康障害（気管支疾患、内分泌系疾患等）が生じ、300点を超える場合には80%を上回る人々に健康障害（前同）が生じていることを報告している。また、夏目ら²³⁾の研究によれば、同じ100点満点スケールで、ストレスショックを受けた労働者のショック受検前1年間のストレス総量を求めたところ、健康者の平均ストレス総量は192点であったが、半健康状態の人の平均ストレス総量は260点、ストレス関連疾患の認められる人の平均ストレス総量は309点、適応障害を起こした人の平均ストレス総量は349点であったと報告している。したがって、たとえ別表1のストレス強度「Ⅲ」と位置付けられるストレス要因であっても、ストレス強度「Ⅲ」は100点満点スケールでせいぜい60～80点程度であることから、その程度では一般的に精神障害発病の重要な原因となるものではない。その出来事に関連して生じる様々な出来事（例えば慢性的長時間労働、支援・協力状況の欠如等）が総合評価され、それらによるストレスが「強」と認められる程度になって初めて業務起因性が認められるストレス要因となり得るものである。

ただし、ストレス強度「Ⅲ」に位置付けられる事故や災害に係る出来事のうち、生死に関わる事件、事故への遭遇等極度のものは、客観的に見てもそれ自体で急性ストレス障害を引き起こす可能性がある。

このストレスを「強」とする判断については、上記夏目ら、Holmesらの研究を参考に、当該業務によるストレスが客観的に見て、同種労働者にとっても発病を及ぼす危険のある程度のストレスであるかどうか複数の専門家の合議等によって慎重に見極められなければならない。

なお、別表1を使用して業務によるストレスを評価するに当たっては、以下のことに留意する必要がある。すなわち、別表1の「ストレス強度」の見方・使い方としては、ストレスの一般的強度は多くの研究結果から導き出したもので、一般の人々が各出来事をどの程度に脅威的、有害な、あるいは挑戦的なものとして知覚したかについて回答してもらったものの平均値であることである。通常、同じ出来事でも、個々の出来事ごとには、それが別の出来事を伴ったのかどうか、どのくらい持続したのか、出来事の影響を緩和する対処や対応がとれたのかどうかなどによって、さらには、各個人のストレス脆弱性の違いによっても、その出来事がもたらすストレスの過重性の強度は異なる。出来事によるストレスの

一般的強度はその平均値であり、ストレス要因の強度の実際の分布は、この平均値の両側に正規分布型にばらついている。つまり、ストレスの一般的強度は、各出来事が、それを経験した、ストレス脆弱性において平均的な人々に、一般的にはどの程度のストレスを与えるものなのかを示す値と考えることができる。

ロ 業務によるストレスの具体的評価

業務によるストレスの具体的評価に当たっては、まず第一に請求された理由が別表1のどの出来事によるストレスとなるかあるいは類似しているかを判断することから始まる。

ストレス要因の強度についてはストレス強度「Ⅰ」、「Ⅱ」、「Ⅲ」に分けて表記されている。これは相対的評価であるが、ストレス強度「Ⅰ」は日常的に経験する心理社会的ストレスで、一般的に問題とならない程度のストレス、ストレス強度「Ⅱ」は人生の中で希に経験することもある強い心理社会的ストレス、ストレス強度「Ⅲ」はその中間に位置する心理社会的ストレスであることを示す。

業務によるストレスの強度を具体的に評価するに当たっては、原則として別表1の出来事ごとに示されたストレスの平均的強度とするが、個々の事例により、ストレス強度をより強くあるいはより弱く評価することとなる。なお、別表1には職場で起きた出来事であっても業務起因性が必ずしも肯定されないものが含まれていることに注意する必要がある。出来事は職場内で起きていても個人的問題である場合がある。特に、別表1の「職場におけるストレス要因」⑦の対人関係においてはそういう出来事がしばしばある。したがって、別表1の各項目について具体的評価を行う場合、たとえ職場内で起こった出来事であっても、

- ① 業務に直接関連する出来事
- ② 概ね個人の問題とされるべき出来事

に区分して考える必要がある。

業務によるストレスによって精神障害が発病したとして請求される事案にあって、ある個人のストレス状態は業務によるものか、あるいはそれ以外かは単純に分けられないことが非常に多い。まず第一に、職場のルールに基づいて一般的に行われている行為（例えば、昇進、配置転換、昇格・昇級、賃金等）は業務によるストレス要因としては一般には評価対象にはならない。例えば、一定の業績、経験に伴って昇進することや、転勤に伴う引越、新しい人間関係の形成などに伴って、昇進うつ病、引越うつ病という症例は少なからず経験することではあるが、これを直ちに業務起因性があると認めることは適切ではない。

しかしながら、配置転換、転勤等についても、その個人を対象に特別の不合理的、不適切な対応として行われた場合には出来事として検討の対象とすることはいうまでもない。

また、職場を中心とした人間関係が精神障害発病の一つの原因あるいは誘因になることは非常に多いが、この場合、職場の上司、同僚、部下、取引先等との通常の人間関係（好き嫌いも含めて）から生じる通例程度のストレスをもって出来事として評価すべきではない。しかし、差別待遇、いじめ、セクシュアルハラスメントなど特に社会的に見て非難されるような場合は評価すべきである。

別表1に示した「具体的出来事」は、これまでの労働者を対象としたストレス研究等から得られた限られた出来事の例示であり、これ以外にも多種多様なものがあり得ることから、全ての労災請求事案に対応できるものではもとよりない。

したがって、当該精神障害発病に関与したであろう出来事が、別表1に示した具体的出来事のいずれに近いかを検討し、あてはめてストレス強度を判断するものであるが、別表1に示す「具体的出来事」のいずれにも該当しない事案にあっては、個別に判断せざるを得ない。

ハ 出来事の単位

出来事の評価においては、例えば「転勤」に伴い別表1に例示した様々な出来事、例えば仕事の内容の変化、昇進、昇格、上司、同僚との人間関係等も同時に起こりこれらが重なってストレスとなるが、別表1の基礎となった各々の研究における出来事はこのような当然に起こる出来事についても包含して作成されているので、この場合では一番強く評価される「転勤」という出来事を評価することとする。

ただし、例えば転勤後6か月以内の時間の経過とともに上司との関係がうまくいかず強く悩んでいたという場合のように、出来事に通常伴う変化以上の変化や出来事が伴っている場合には、「転勤」に加えて「上司とのトラブル」が別のストレス要因として評価されることとなる。

ニ 複数の出来事の評価

発病前概ね6か月の間に当該精神障害に関与したであろう複数の出来事が重なって認められる場合のストレス強度は総合的に評価される。その場合、別表1の作成の基礎となった各ストレス研究（参考3「ストレス強度の客観的評価に関する研究」）におけるストレス強度の評価が参考となる。なお、この間に複数の出来事が認められる場合であっても、古い出来事が解決していたような場合には本件発病の直接的関連は薄れることから評価されないことは当然である。

また、業務による出来事に対する対応として、問題の解決ができなくて遷延化し、その後起こる別の出来事が加わったり、同時期に家庭内の問題等業務以外の新たな出来事が発生することも多くあるが、そのような場合の判断はより複雑である。その場合は各々の出来事のストレス強度を総合的に評価して業務関連ストレス要因と業務以外ストレス要因のいずれがより重要であったかを決めざるを得

ない。

ホ 長時間労働等の評価

特に、極度の長時間労働、例えば数週間にわたる生理的に必要な最少限度の睡眠時間を確保できないほどの長時間労働は、心身の極度の疲弊、消耗をきたし、うつ病等の原因となる場合があることが知られている。

出来事へ対処するため発生する長時間労働、休日労働等も心身の疲労を増加させ、ストレス対応能力を低下させる意味で重要となる。特に発病前6か月の間に生じた労働の長時間化はストレス要因となる。

労働の長時間化の評価に当たって重要なことは、どの程度の労働時間を基準にするのかによって、そのストレス強度の評価も変わってくる点である。発病の6か月以上前から続く常態的な長時間労働も、それが過重性を増す傾向を示すような場合には、その変化の度合いが小さくても、強いストレスと評価される。

また、長時間労働は一般に精神障害の準備状態を形成する要因となっている可能性があることから、出来事の程度の評価に当たって、特に常態的な長時間労働が背景として認められる場合、出来事自体のストレス強度は、より強く評価される必要がある。

(7) 出来事に伴う変化の評価

業務によるストレスとの関連で精神障害の発病を考える場合、ある出来事に続いて、又はその出来事への対処に伴って生じる変化によるストレスの加重も重要である。

このようなストレス要因としては、前記(6)のホの労働の長時間化とともに、出来事に伴う仕事の質、量の変化、責任の度合い、作業困難度、強制性の増加等が重要であり、次のイ～ニに示す事項に着目して総合的に評価されるべきである。

イ 仕事の量の変化

業務による出来事後、当該出来事に対処するため新たな対応が必要となったり、仕事量が大幅に増加したり、仕事の密度が濃くなったといった具体的事実がないかどうか適正に評価する必要がある。

ロ 仕事の質の変化

職種の変更等極端な仕事内容の変化、本人の意思に反した強制的な作業スケジュール、同種労働者に一般的に要求される適応能力を超えた適応の要求等過度であると認められる変化については、適正に評価する必要がある。

ハ 仕事の責任の変化

仕事の責任の増大は業務関連ストレス要因でも大きな要因となるので、出来事後の責任の変化について適切に評価する必要がある。ただし、社内的に通常に行われている職制の変化に伴う責任の通常の増大は、業務によるスト

ス要因として評価すべきではない。ここで問題にされる責任の変化は前述の変化を大きく超える変化であり、例えば社運をかけるプロジェクトチームのリーダーや新製品の開発責任者になったことなどの重い責任の発生などをいうものであり、これらは十分に考慮される必要がある。

ニ 支援・協力等による出来事のストレス程度の緩和

出来事後に生じる仕事上の問題や個人的問題を解決する上での手助けについては、職場の上司、同僚の支援も重要である。ある出来事が起こった後、仕事のやり方の見直し改善、応援体制の確立、責任の分散等必要な支援、協力が適切に行われる必要がある。この支援、協力等が十分である場合、ストレス脆弱性が特に問題でなければ精神障害の発病という事態は起こりにくいであろうことから、支援、協力の状況が当該精神障害の発病の要因を考える場合に大いに参考となる。

ヘ 物理的ストレス要因等の評価

業務による心理社会的ストレス要因以外のストレス要因も精神障害の発病に関連することがある。すなわち、

- ① 生物学的ストレス要因（細菌、カビ、ウイルス、花粉など）
- ② 物理的ストレス要因（寒冷、暑熱、温度、湿度、騒音、放射線など）
- ③ 化学的ストレス要因（刺激性ガス、化学薬品など）

である。

これらが直接身体（脳を含む。）に作用して精神障害を起こした場合は、これまでの併発疾病等の考え方で処理できる。

しかし、生物学的・物理化学的ストレス要因がもたらし得る心理社会的ストレスの側面にも注意すべきである。すなわち、生物学的・物理化学的ストレス要因の多くが、その身体的作用のみでなく、同時に不快感を起し、心理的な刺激作用などをもち、また、精神疲労を引き起こす。それらが著しい場合は、心理社会的ストレスとして適切に評価されるべきである。

なお、その評価については、心理社会的ストレスのようにストレス強度が客観化された研究がないことから、個々の例ごとに検討、判断されるべきである。

(9) 職場以外のストレス要因の評価

診断、治療を受けている精神障害事案と診断治療歴のない自殺事案とは異なるが、請求事案では一般的に職場以外の出来事が明らかになることは余りない。したがって、労災請求事案の業務起因性を考えるときは、先に述べた職場におけるストレスが当該精神障害にどのように関与したかを客観的に把握して決める以外に方法はないが、職場以外の出来事が明らかになった場合には、本検討会として独自に作成したストレス評価表別表2により、職場以外の出来事によるストレスの強度を評価し、業務起因性の有

無の判断の除に考慮するのが、適切である。

(10) 業務上の傷病により療養中の者に発病した精神障害

業務上の傷病により療養中の者が精神障害を発病し、あるいはその精神障害が原因となって自殺するケースもある。この場合、当該傷病が客観的に当該精神障害を発症させるほどに強いストレスであったか否かを判断することになるが、別表1の①「事故や災害の体験」の項の「業務による大きな病気やけがをした」の項目に従い、客観的なストレスの強度が評価されることとなる。もちろん精神障害発病前概ね6か月以内に当該傷病の原因となる災害や病気の診断があったことは他の場合と同様であるが、精神障害発病6か月前を超えてさらにそれ以前から療養を継続している場合であっても、傷病の程度が将来を絶望するものであったことを後になって知った場合や当該傷病による強い苦痛が後になって発生した場合などは、その時点を新たな出来事が発生したものとして評価して、当該出来事によるストレスの影響度を判断することとなる。

4 自殺の取扱いの検討

自殺に係る労災保険の請求事案の中の多くは治療歴のない事案である。労災保険法第12条の2の2第1項は、労働者の故意による死亡については保険給付を行わないとしている。この解釈として、精神障害により精神異常のためにかつ心神喪失の状態に陥って自殺したような場合に限り、故意はなかったとして当該自殺にも保険給付がされるというのがこれまでの考え方であった。

本検討会は、労災保険法第12条の2の2第1項の立法過程、これまでの行政通達等について検討し、近年増加している精神障害を理由とする自殺事案をどのように理解するかについて検討した。

(1) 労災保険法第12条の2の2第1項の性格

労災保険法第12条の2の2第1項の「労働者の故意」については、かねがね病苦自殺、うつ病自殺、情動行為としての自殺などの業務起因性をめぐって論じられてきた。

通常、「故意」の概念に関しては、刑事責任、民事責任を中心に論じられることが多いが、労災補償制度に関して「労働者の故意」を論ずるに当たっては、当然のことながら労働基準法上の補償事由を前提に考えなければならない。すなわち、労災保険法第12条の8第2項が明確に定めるとおり、労災保険における保険給付は、労働基準法第75条～第77条、第79条、第80条に定める災害補償の事由が生じた場合に行われるのであり、したがって、その事由について労災保険法によって相応する保険給付が行われる

場合には、労働基準法第84条第1項により、事業主は災害補償を免責されるのであるから、労災保険法第12条の2の2第1項の規定の解釈も、労働基準法上の補償事由と労災保険法上の給付事由との対応関係から離れることはできない。

現行労災保険法第12条の2の2第1項の規定が設けられたのは、昭和40年の法改正によってである。すなわち、改正前の旧法第19条の規定は、支給制限についての経緯と趣旨の異なる「事業主の故意」と「労働者の故意」を同一条項にまとめて規定していたため、解釈上疑義が生じやすかったが、これが昭和40年改正により全文改正され、事業主の「不実の告知」、「保険料滞納」、「故意・重過失による事故」の場合に労働者への給付を制限するとした旧規定が一扫されるとともに、労働者自身の故意による事故の場合については、「労働者が故意に負傷、疾病、障害若しくは死亡又はその直接の原因となった事故を生じさせたときは、政府は、保険給付を行わない。」と改められた。

この新たな規定の意義は、次の点にあったと考えられる。

- ① 労働者の受給権を保護する見地から、「事業主の故意又は重大な過失」による事故の場合に労働者に対して給付の支給を制限する規定を廃止したこと
- ② 労働基準法第78条との対応関係を明確にするため、「労働者の故意又は重大な過失」について内容を明確に区分し、「故意」の場合は当然に業務外であるから不支給とし（第1項）、「重大な過失」の場合は従来どおりに支給を制限する（第2項）こととしたこと

この規定の解釈運用については、改正法についての施行通達（昭和40.7.31基発901号）において、「新法第19条第1項（現行第12条の2の2第1項）の規定は、業務上とならない事故について確認的に定めたもの」であって、労働基準法第78条の規定が「重大な過失による事故のみについて定めていることと対応するもの」であるとした上で、「被災労働者が結果の発生を認容していても業務との因果関係が認められる事故については、同項の適用がないのはいうまでもない。」としている。すなわち、従来から救急業務による負傷等が、労働基準法上も業務上とされてきたことを前提に、労災保険法上でいう「労働者の故意」は未必の故意を含まないことが確認されたのである。

さらに、改正法を解説した昭和41年の労働省労災補償部編著『新労災保険法』（353頁）では、「ここで『故意に』とは、自分の一定の行為により、負傷等又はその直接の原因となった事故を発生させることを意図した場合をいい、未必の故意（例えば、身の危険をかえりみず緊急業務に従事した場合）を含まないと解せられる。」と述べている。

このように、結果の発生を意図した故意による傷病等は、当然に業務外であるから保険給付の対象とならないこと、

それはとりもなおさず労働基準法が重過失による場合のみについて補償の制限を定めているのと表裏の関係にあるということが確認されたということが出来る。もちろん、これには、「故意」→「傷病等」についてだけでなく、「業務による傷病」→「故意」→「傷病増悪・死亡」（いわゆる因果関係中断）についても当然に業務外であることの確認が含まれている。ただし、労災請求事案における自殺の問題について、とりわけ精神障害に係る自殺の問題について、結果の発生を意図した故意とはどのような場合を想定するかについて明らかにされていなかった。

(2) 精神障害による自殺に係るこれまでの解釈

労働者自身の故意の絡む自殺に関しては、かつて労災保険法の施行の翌年、業務による傷病を療養中に自殺した事件に関する行政解釈として、自殺が業務による負傷又は疾病に因り発した精神異常のために且心神喪失の状態において行われ、しかもその状態が該負傷又は疾病に原因しているときのみを業務による死亡として取扱われた。（昭和23.5.11基収1391号）と通達された。

また、近年になって業務による「反応性うつ病」による自殺について「業務による災害として取り扱うこと。」との疑義回答（昭和59.2.14基収330の2号）、が出されたが、これに関する事務連絡では、

- ① 「反応性うつ病の発病原因として十分な強度の精神的負担があったと認められること」
- ② 「〔当人は〕誠実、責任感が強い、几帳面等この種の精神障害に罹患しやすい性格特性が認められるが、この性格特性は正常人の通常の範囲を逸脱しているものでなく、業務による精神的負担と比較して有力な要因とは認められないこと」
- ③ 「反応性うつ病の原因となり得る業務以外の精神的負担は認められないこと」
- ④ 「事故発生時の請求人は心神喪失の状態にあり、自殺を認識しない状態にあったこと、すなわち故意が認められないこと」

と説明されていた。

このように、個別事案の判断に係る解釈は、自殺が心神喪失の下に行われたことをもってして故意が無かったと説明してきた。

(3) 「故意」要件の検討

精神障害に係る上記(2)の通達は、いずれも個別事案の判断に係る解釈通達である。他方、労災保険法第12条の2の2の解釈に係る一般通達（昭和40.7.31基発901号）の内容は上記(1)のとおりであり、「ここで『故意に』とは、自分の一定の行為により、負傷等又はその直接の原因となった事故を発生させることを意図した場合をいい、未必

の故意（例えば、身の危険をかえりみず緊急業務に従事した場合）を含まないと解せられる。」としているが、ここで精神障害に陥った場合の「意図」について考える必要がある。

例えば、うつ病の場合、主観的には当然自殺を認識し念慮し企図して実行される。しかし、うつ病患者の場合には、その主観的な自殺の念慮・企図が客観的には本人の選択を超える「症状」として現れることに、相当の蓋然性がある」といえる。すなわち、Pokornyの報告²⁴⁾によれば一般人口の自殺率と比較すると、うつ病36.1倍、精神神経症18.4倍、アルコール障害12.5倍、精神分裂病12.1倍、老人性および他の脳器質性疾患11.4倍と高率である。

このように、認識可能な精神病理的症状又は状態があり、自殺による死亡が精神障害の発病結果であると推認できる場合は、当人に「死亡の認識・認容」があっても、それほど「症状」の蓋然的な結果であり、自らの死を主体的、理性的に「意図する」という意味での故意には当たらない、と解すべきである。

以上のことから、本検討会としては、「精神障害によって正常な認識、行為選択能力が著しく阻害され、あるいは、自殺行為を思いとどまる精神的抑制力が著しく阻害されている状態」で自殺したと認められる場合には労災保険法第12条の2の2第1項の「故意」によるものでないと解するのが適当であり、その状態が「心神喪失」に該当するか否かを問う必要はないと考える。

(4) 正常な認識、行為選択能力あるいは自殺行為を思いとどまる精神的抑制力が著しく阻害されていたことの推定

労災保険法第12条の2の2第1項の「故意」の解釈については、業務に起因する精神障害の発病が認められ、さらに自殺時当該精神障害により正常な認識、行為選択能力および抑制力が著しく阻害されていたか否かを判断し、故意の有無を判断することになる。

その判断としては、ICD-10の診断ガイドラインに基づき、明確に対象疾病に罹患していたと判断され、当該精神障害が一般的に強い自殺念慮を伴うことが知られている場合には、当該患者が自殺を図ったときには当該精神障害により正常な認識、行為選択能力および抑制力が著しく阻害されていたと推定するとの取扱いが妥当である。

上記に該当する自殺の精神状態には次の二つの場合が含まれる。

第一は、主として器質性精神病(F0)、精神作用物質使用による障害(F1)、精神分裂病等(F2)、気分障害(F3)において、その症状としての病的な感情、思考に基づく自殺行為である。

第二は、F4(神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害)、特に、F43 重度ストレス反応(急性ストレ

ス反応(F43.0)と心的外傷後ストレス障害(F43.1))の下で遂行される自殺行為で、これらは精神機能全体の病的変化がなくても、強い絶望感、無力感、厭世観、虚無感、自責感などの激情に駆られて自ら死を選ぶものである。司法精神医学上、責任能力についての論争のある「情動行為」は、重度ストレス反応として取り扱うことが可能であると本検討会は結論した。

換言すれば、本検討会は自殺する人の精神状態として、心神喪失に該当するような精神機能全体が著しく障害された状態のみでなく、不安、苦悩、絶望、虚無、厭世観を強く伴う激情の下で遂行される自殺行為、すなわち情動行為としての自殺をも重度ストレス反応として「故意」を問うべきではないと考えた。

しかし、必ずしも一般的に強い希死念慮を伴うとまではいえない精神障害については、自殺時の正常な認識、行為選択能力および抑制力の障害の程度が問題とされる。また、業務に起因する精神障害発病後治療等が行われ、相当期間経過した後の自殺については、治癒の可能性やその経過の中での様々な出来事の評価が必要であり、その発病に業務起因性があったとしても、自殺が当該疾病の「症状」の蓋然的な結果と認められるかどうか、さらに療養の経過、業務以外のストレス要因の内容等を総合して判断する必要がある。

(5) 精神障害によらない自殺

自殺者に占める精神障害者の比率に関する研究は19世紀後半から近年に至るまで、多くの報告がある。

これらの報告を参考4「自殺者に占める精神障害の比率及び自殺者の診断名分布の研究」に示すが、精神障害と自殺の関連性は高いといえる。

このように自殺に精神障害が関与している場合も多いが、人間の自殺行動の中には必ずしも精神障害が関与しない自殺もある。いわゆる覚悟の自殺の場合には、その動機が業務に関連するとしても、本人の主体的に選択によるものである限り、一般的には「故意」の自殺といわざるを得ない。

(6) 遺書等の取扱い

「故意」に関連して遺書の問題があるが、遺書の存在そのもののみで正常な認識、行為選択能力及び抑制力が著しく阻害されていなかったとすることは必ずしも妥当ではない。その内容が精神障害者特有の自殺念慮に深く彩られたもので、むしろ精神障害発病の積極的証明と成り得るものもある。問題はその表現、内容、作成時の状況等であり、自殺に至る経緯に係る一資料として総合評価すべきものである。

5 療養等

(1) 療養

精神障害の治療の一般的原則としては、①身体療法(薬物療法等)、②精神療法、③リハビリテーション療法などが必要に応じて行われる。

療養期間の目安を一概に示すことは困難であるが、業務によるストレス要因を主因とする精神障害にあっては、一般的には6か月から1年程度の治療で治癒する例が多いと考えられる。すなわち、精神障害の病相の長さは様々であるが、原因となった業務によるストレス要因を取り除き、療養を開始してから、うつ病にあっては多くは3～9か月、神経症にあっては概ね数週間から6か月とされている。ただし、分裂病は長期にわたることも少なくない。

なお、これらの療法により患者は治癒し社会復帰を果たすことになるが、患者が社会復帰しても、少量の向精神薬等の服用が継続される場合も多い。このような服薬継続は、患者が社会復帰を果たしてから長期にわたる継続があることがあり、疾患自体は治癒していると考え、他の業務上の傷病と同様アフターケア制度として療養が行われる必要がある。

(2) 治癒等

イ 治癒

労災保険の実務において「治癒」とは、必ずしも完全に健康時の状態に回復することを意味するものではなく、業務上の負傷又は疾病に対して、医学上一般に認められた医療を行っても、その医療効果が期待し得ない状態に至ったものをいう。

つまり、負傷にあっては創面が癒着し、その症状が安定し医療効果が期待し得なくなったとき、疾病にあっては急性症状が消退し、慢性症状は持続してもその症状が安定し、医療効果がそれ以上期待し得ない状態になった時をいい、症状固定ともいう。

精神障害にあっては、前記のとおり、薬物療法、精神療法等が患者の症状、病態に応じて行われるが、精神症状が一定程度改善あるいは安定した後、それに引き続き社会復帰を果たすためリハビリテーション療法等が行われるのが通例である。そして、そうした後社会復帰が果たされるのであるから、主治医がリハビリテーション療法等を終了した時点で治癒とされる。このリハビリテーション療法等は、通常数週間から数か月行われる。治癒認定に当たっては十分な経過観察を経て行われる。

業務によるストレスを原因とする精神障害にあっては、その原因を取り除き適切な療養を行えば全治する場合が多い。しかしながら、疾患によっては時に一定の症状を残し

たまま症状固定となることもあり、このような場合、その程度によっては後遺障害として取り扱われる場合がある。

ロ 繰り返す精神障害の認定

一旦治癒した精神障害が、一定期間経過後、再び発病した場合、その精神障害の業務起因性をどのように考えたらよいかという問題がある。本検討会では精神障害は、外的環境からの心理的負荷と個体側の反応性、脆弱性の関係で決まるが、認定に当たっては、主として業務によるストレスの強さの客観的評価をすることによって行うことが適切と結論したところであり、初回の認定の考え方と再び発病した場合を分けて考える必要はない。

個体側の脆弱性が精神障害を経過することによって増幅され、発病しやすくなるなどの仮説もあるが、現代の精神医学において精神障害すべてに対して一般化できる理論として受け入れられるわけではない。その仮説を受け入れたとしても、個体側の脆弱性がどの程度増幅されたかの評価は困難であるし、初回の認定においても特に顕著な個体側要因が認められない限り個体側の脆弱性を問題にすることなく、客観的な出来事によるストレスの強さによって判断することとしていることから、発病の都度個別に判断するのが適当である。



[文献]

- 1) 労働省労働基準局編：労災保険業務災害及び通勤災害の理論と実際。下巻、労務行政研究所(1997)
- 2) 厚生省大臣官房統計情報部編：疾病、傷害および死因統計分類提要。ICD-10準拠、第1巻 総論。財団法人厚生統計協会(1995)
- 3) 融道男・中根允文・小宮山実監訳：ICD-10精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—。医学書院(1993)
- 4) 日本心身医学会：心身医学の新しい診療指針「心身医学」。医学書院(1991)
- 5) 大熊輝男(編)：現代臨床精神医学。改訂第7版、p9 金原出版(1997)
- 6) Lazarus, R.S.: The concept of stress and disease. In Society, Stress and Disease, vol. 1, ed. by L. Levi, Oxford University Press, London, pp53-58 (1971)
- 7) McGrath, J.E.: A conceptual formulation for research on stress, In Social and Psychological Factors in stress, ed. by J.E. McGrath, Holt, Rinehart & Winston, New York, 9910-21 (1970)
- 8) Sells, S.B.: On the nature of stress, In Social and psychological Factors in Stress, ed. by J.E. McGrath, Holt, Rinehart & Winston, New York, 9910-21 (1970) (坂部弘之著「ストレス—その研究の歴史的概観—」日本労働総合研究所(1984)に上記6、7、8)の論文が

翻訳紹介されている)

- 9) Hurrell, J.J. Jr. & McLaney, M.A.: Exposure to job stress: a new psychometric instrument. Scand J work Environ Health, 14(Suppl. 1): pp27-28 (1988)
- 10) Karasek, R. & Theorell, T.: Healthy work. Basic Books, Inc., Publishers, New York (1990)
- 11) Paykel, E.S., Prusoff, B.A. & Myers, J.K.: Suicide attempts an recent life events. Arch Gen Psychiatry, 32: pp327-333 (1975)
- 12) 夏目 誠, 村田 弘：ライフイベント法とストレス度測定。Bull Inst Public Health, 42: pp402-412 (1993)
- 13) 山崎喜比古：第5章 ストレス・ライフ・イベント。東京都立労働研究所編 技術革新下における労働者の生活と健康(その2)—オフィス労働者を中心に—労働衛生研究, 9: pp131-147(1988)
- 14) 土屋八千代, 他：日本の産業労働者のLife Eventsに関する研究。日衛誌(Jpn Hyg) 49: pp578-587 (1994)
- 15) 加藤正明, 他：地域社会におけるストレス因子、ストレス準備状態及び精神健康度の評価方法並びにこれに関する研究。科学技術庁研究調整局 昭和47, 48, 49年度特別研究促進調整費 都市生活における精神健康度に関する総合研究。: pp16-41 (1977)
- 16) Holmes, T.H. & Rahe R.H.: The social readjustment rating scale. J Psychosom Res, 11: pp213-218
- 17) Williams, J.B.W.: DSM-IIIの多軸システム：評価への包括的アプローチ。臨床精神医学 11: pp143-147 (1982)
- 18) Cooper, C.L.: Identifying stressors at work: Recent research developments. J Psychosom Res, 27: pp369-376 (1983)
- 19) 中央労働災害防止協会編著：企業におけるストレス対応—指針と解説—。p70 (1986)
- 20) Batley, M.: Unemployment and ill health: understanding the relationship. J Epidemiology and Community Health, 48: pp333-337 (1994)
- 21) Rowlands, P. & Huws, R.: Psychological effects of colliery closures. International J social Psychiatry, 41(1): pp21-25 (1995)
- 22) Rahe, R.H.: Life change and subsequent illness reports. In Life Stress and Illness, ed. by Gunderson, E.K.E. & Rahe, R.H., Charles C Thomas Publisher, Springfield (1974)
- 23) 夏目 誠：勤労者のストレス評価法(第4報)一年間体験ストレス—合計点数と疾病等の関連から—。第72回日本産業衛生学会講演集 p664 (1999)
- 24) Pokorny, A.D.: Suicide rate in various psychiatric disorders. j Nerv Ment Dis, 139: pp499-506 (1964)

連載66

監督官労災日記

井上 浩

全国安全センター議長

77年4月16日(土)曇雨

暑し。昨夜南高近くで内ゲバで4人焼死。

(この頃、例の東京鍛工所事件について2月28日横浜地裁の高額の民事賠償7,600万円の判決が話題になっていた。グラインダーの破片が何かにより両眼失明したものであった。これから10年位後に東京鍛工所で同僚として働いていた人と親しくなり、その話を聞いたが、それによると巷間伝えられるところとは若干異なる感じであった。なお、この頃は職業病(それもけい腕とか鉛中毒が多かった。)の問題が深刻で、そのため前述したとおり生産性本部からも講演依頼があったのだった。講演は5月26・27日の両日で、講師は弁護士の安西さんと私の2人で、医学を除く法律問題であった。そこで労組のきびしい人たちの中には若干の意見があったようだったが、安西さんは非常に頭のよい勉強家でまたクリスチャンのようであり、りっぱな人であった。その後も何度か接

触があった。)

4月17日(日)晴薄曇

安衛法原稿の読み直し。最近文章力が落ちた。(これを読んで驚く。最近もそう感じていたのだが20年以上前にもそう考えていたのだ!) また、頭脳明せきを欠く。酒のせいらし。

4月19日(火)晴

浜田監督官より、労働関係出版社のR社のF氏が私の名刺をちらつかせて、羽生市近辺の会社をまわり3冊3万円で買わされたと不満電話があったと。電話は2日続けてあり、署の依頼で来たといったという。この種のことがあって困ることがあった。そこで、できるだけ名刺は渡さず、また労基署の名の入った封筒もやらないことにしていた。特にR社は常習で全国でこの種の問題があったようだった。) R社のM氏へ電話して注意。F氏不在。羽生市役所鈴木庶務課長来署。議員の通勤災害が発生したので審査委員会を開くので出席してほしいと。

(私も委員であった。委員は他に2名で、1名は医師で他の1名は記憶なし。議員には地方公務員災害補償法の適用がないので、その69条1項により災害補償条例が制定されていた。その適用をめぐる疑義が生じたのであった。) 午後大宮署での署長会に出席。①局長への意見上申は25日15時。②5月14日OB会。酒1本をOB会長椎名さんへ届けること。

4月21日(木)晴

51年度監督結果の総括その他協議。午後羽生市の東武製油定期監督。夕食中社会党A議員から電話。声やさし。やがて来宅し私を一時借りたいと一緒に国道に出る。車のライト頻繁。Aさん私に札束79万円を渡す。やがて浦和へ行こうとツルヤタクシーに乗る。20時10分頃か。車中“なかったことにしてくれ”と。意味が分からず迷う。ヨーカ堂の近くのビルの3階で水割りを飲む。Aさん関係のD組合役員のY氏だかにも会う。21時30分頃タクシーで帰宅。

4月23日(土)晴

出勤日。11時30分K社M氏来署し、A議員からの返金79万円を渡す。(K社の出版物をAさんが某省に買上げさせ、その手数料としてK社の社長がAさんに渡してくれとMさんを通じ私に頼んできたのであった。Mさんは2月18日に同僚Yさんと来宅し私に79万円を渡した。私は翌日午前局に書類を届けた後にAさんに会いそのままAさんに渡し、11:43東京発で伊豆下田に行った。その2月後になってAさんはまずいと返したのだらう。当時の79万円は現在の200万円ぐらいの感じだろうか。Mさんは私にも関係のある出版物だから私に呉れるといったが、当時すでに原稿料等の収入で余裕があったので断った。後にMさんの話

では、79万円は社長が銀座で飲んでしまったろうとのことだった。私もあぶない橋を渡っていたのかもしれない。)

4月26日(火)曇

元気旺盛。午後羽生市の公務災害審査委員会出席。議員出勤途上の交通事故。(他の2名の委員には意見がないので、通勤災害に該当すると思うと私がいうと即決)。安田署長より電話。①OB会にできるだけ出席すること。②出席署長は3,000円包むこと。局長は1万円、局課長は全員で2万円。

5月6日(金)晴

10時から昼まで1人で署の庭の草をむしる。

5月7日(土)曇晴

午前中昨日に続き1人で草むしり。原稿書き。昔の手帳を見ると若い時のレベルの高さに驚く。迫力のある文章も書けなくなった。

5月9日(月)晴

午後羽生市役所に行き関根市民課長に会い、昭和30年以降の肺がん死を調べる。30年以前は発生ゼロ。多発はO地域。今日も午前中は1人草をむしる。

5月10日(火)晴

午後、社会保健中央病院に槇村氏見舞。①長く寝ていたので衰弱甚だし。②若干軽快したが退院は不明。③治療法なし。春日医師に会えず。

5月11日(水)晴

午後羽生市役所で昭和48年以降の埋葬許可書を調べる。藤原氏宅行けど不在。吉村肉店で主人に聞く。戦争中の人3名判明。(アスベストによる肺がん死発見に夢中であつた。)

5月13日(金)晴

4:30起床。南浦和まで自転車。6:28東京発、三島乗り換え。富士下車。タクシーで富士

ハイツへ。静岡安全センター講演。終って吉田までマイクロで出て吉田12:24(4分遅れ)発。三島13:11発、東京14:16着。東洋大での労働法学会へ。15:10到着。会田監督官(現川口署長)の発表は終わった後。浜田監督官も在り。帰りにバス停で尾花氏(現労働省大臣官房会計監査室監査官)ほか1名と会う。この日は休暇をとり行動。

5月14日(土)晴

図書館に行き是正基準の朝日新聞記事を探せど見当たらず。(講和条約締結後の労働基準法見直しによる改悪を避けるため、労働省は送検基準を緩和することにしたが、それをすっぱ抜いた昭和31年5月7日の朝日新聞記事を探していたのである。多分何かの原稿用だったのだろう。)

5月19日(木)晴薄曇

労災保険支払い。羽生市内の医師20名に肺がんに関して通知を出す。午後局へ行く。18:25“あさかぜ”で東京発。国労に頼まれ小倉工場調査へ。小林弁護士、門馬、田中両部長、松田部長。車中大いに飲む。

5月20日(日)晴

午前小倉工場に行き、午後巡視。弥生会館307泊。国労牛島氏、石井、小林両弁護士と2次会に行く。美しい女性多し。(この日は休暇をとっていたが、それは私自身が決済するのであるし、現職の労基署長としてはよくないことであったかもしれない。)

5月21日(土)曇少し雨

牛島氏の案内で関門大橋、火の山、若戸大橋、高塔山、若布山等を見る。13:52小倉発。20:20東京着。帰宅すると行田警察小山氏より朝日食品の労働災害発生について電話あり。直ちに西課長に電話す。

家内労働関係の呼出監督。久保田縫製(加須市)、(株)七洋(羽生市)。安全週間表彰事業場選考。ブリヂストンサイクルにする。

5月27日(金)曇

午後A工業の組合事務所へ。書記長と副支部長に会う。アスベストについて聞かれる。投書のことを話す。終ってK人事課長を呼ぶ。非常に感情的な態度。さもあらん。(榎村さんの入院をめぐってであるが、私の会社不信とも見える態度に納得できなかったのだろう。この2日前の5月25日に局署7名により監督を実施したことも理由のひとつであったかもしれない。)

5月28日(土)曇晴

午後新聞労連宮野氏と埼玉新聞労組の人と会う(中島労災のことか? 宮野さんには最近も会う機会があった。)。浦和駅で待つ間右翼街宣車から2人降りて来て中傷したらしい男性1人に暴行。警官止めに入る。

5月30日(月)曇

A工業K人事課長来署。申告の件。①戦争中のアスベスト使用量は少量。②K子を除き不明なるも慎重に調査する。(何であったか?)職安所長ほか2名来署。昭和観光自動車合同調査。(いずれも内容不明。)

6月1日(水)小雨曇

午後ひさしぶりに役所で草むしり。A工業から榎村夫人に月5万円支払うことになったと。(榎村さんは入院が続き次第に死が近くなって来ているようだった。管理4決定にきびしい扱いをとっていた労働省も、私の退職した1月後の通達で「当該労働者が死亡し、又は重篤な疾病にかかっている等随時申請を行うことが不可能又は著しく困難な事情があると認められるときは、収集可能な範囲でじん肺の進行程度の判断に必要な資料等の収集を図り、地

方じん肺診査医の意見に基づき、じん肺管理区分に相当するじん肺の進行の判断を行って差し支えない。」(昭和53.4.28基発第250号)と態度を緩和し、榎村さんのときのように危険を冒してまでのレントゲン検査を固執しないようになった。榎村さんのお蔭かもしれない。)

6月3日(金)晴

午後安全センター石原さんとともに秋田大の林教授に会う。アスベストのことについて。余り収穫なし。(林教授はアスベストについて著書があった。)

6月9日(木)晴

休暇をとって東京へ。信濃町で産労千葉さん他1名と会い「労災と安全100問100答」の単行本のことを依頼される。日本評論社に行き、渡辺、黒田2氏と会う。監督官日記発行のこと。(在職中の発行に意味があると考えたが、会社の都合で退職後となったので残念だった。)

午後川崎市職へ。労金川崎支所4階で講演。50人。

6月13日(月)晴

休んで8:24ひかり東京発。10:50名古屋発常光寺へ。新緑の波美し。全日本ゴム労連の第1回安全衛生研修会の最初の講師。愛知県労働者教育センター。すばらしい殿堂。山本副委員長、北村部長。150名。21時帰宅。

6月21日(火)曇

昨夜庶務課長より電話。行田警察神沢氏より柳瀬鉄工で死亡事故発生と。今日両課長調査。お清めと慰労を兼ね熊谷で飲む。1,970円。労働新聞で帝紡倒産を知る。南河原中学校特殊学級岩見先生より電話。①1年生5名がスリッパ工場で働いている。②1日2~3時間。③12~13歳。④手続きはどうすればよいか。労災保険の年度更新手伝いの謝礼2万円を

中島社労士会長に渡す。(全く渡さなかったり、半分しか渡さない署もあったようである。1昨年度県にまたがる社労士研究会で講演したときに聞いてみたら、現在でもいろいろのようであった。)

6月23日(木)曇

咳がいつまでも続く。労政事務所長来署。安衛研究会共催したいと。柳瀬鉄工所工場長及び営業部長来署。死亡事故発生で挨拶。A工業K人事課長来署。申告の件解決と。午後基準協会役員会。青柳会長、高橋、橋本、松本の各副会長が青柳合資に集まり市川課長と出席。会議内容は、①安全週間巡視、②小型ボイラー講習、③家内労働指導、④集団健診の実施状況(各地区補助5万円)。

市川課長より通災患者の傷病補償年金移行手続きをY事務官の意地悪で気が付かず忘れていて、夜も心配で眠れないと。心配の要なしと安心させる。(課長は技官で安全衛生の専門家。労災保険事務は未熟のため部下が意地悪したのである。多分1年半を経過していたのだからその部下は卑劣な男であった。こんな役人がいたことを思うと現在でもなお腹が立つ。今なお現役であるが、私を見ると下を向いているようである。)

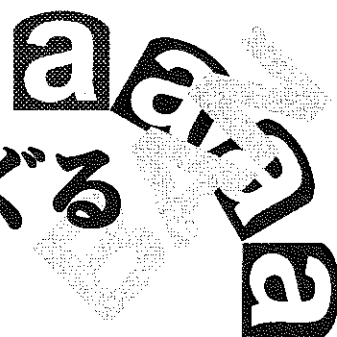
6月24日(金)雨

林教授より返事来る。羽生市肺がん率高しと。(私が退職した年にK署次長が肺がんて現職死した。私より2歳年長のこの人は行田署で第2課長に引き続いて第1課長も勤めた。当時A工業は安特か衛特かの指定工場であったため、頻繁に行ったはずであるが、影響なかったのだろうかと後になって考えたものであった。)



ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



EUの新しいアスベスト指令

Official Journal of the European Communities, L207, p18-20, 1999.8.6

委員会指令 1999/77/EC

1999年7月26日

一定の危険な物質および製品の流通および使用の制限に関する加盟諸国の法律、規則および行政規定の整合化に関する理事会指令 76/769/EECの第6次(改正)別添Iの技術進歩への適合(アスベスト)

欧州共同体の委員会は、

欧州共同体設立に関する条約を考慮し、

欧州議会および理事会の指令 1999/43/ECによって最後に改正された、1976年7月27日の一定の危険な物質および製品の流通および使用の制限に関する加盟諸国の法律、規則および行政規定の整合化に関する理事会指令 76/769/EEC、とりわけ、理事会指令 89/768/EECによって導入された2a条を考慮し、

(1) アスベストおよびそれを含有する製品の使用が、その繊維の放出によって、石綿肺、中皮腫および肺がんを引き起こす可能性があることに鑑み、それゆえ市場における流通および使用をできる限り厳しく制限する対象とすべきであ

ることに鑑み、

(2) 指令 76/769/EECの第5次改正である理事会指令 85/610/EECが、アスベスト繊維のうちのクロシドライト・タイプとその含有製品を、3つの考えられる例外付きで、もはや市場に流通または使用してはならないと明記したことに鑑み、同指令が、アスベスト繊維を含有する製品への義務的なラベル表示規定を制定したことに鑑み、

(3) 指令 76/769/EECの第6次改正である理事会指令 85/610/EECが、玩具、吹き付け塗装された物質または製品、小売用パウダー・フォーム製品、喫煙用品、触媒作用による暖房装置、塗料およびニス向けの、アスベスト繊維をもはや市場に流通または使用してはならないと明記したことに鑑み、

(4) 指令 76/769/EECの別添Iを技術進歩に適合させた委員会指令 91/659/EECが、アスベスト繊維のうちすべてのアンフィポール・タイプとその含有製品を、もはや流通または使用してはならないと明記したことに鑑み、同指令が、アスベスト繊維のうちクリソタイル・タイプとその製品を、14の製品のカテゴリー向けには、もはや市場に流通または使用してはならないと明記したことに

鑑み、

(5) 毒性、環境毒性および環境に関する科学専門委員会が、クリソタイル・アスベストとその代替品の健康影響に関して諮問されたことに鑑み、

(6) 現在ではクリソタイル・アスベストの残された用途向けの代替品または代替物質が利用可能であり、それらは発がん物質には分類されず、より危険性が少ないと考えられていることに鑑み、

(7) それ以下ではクリソタイル・アスベストが発がんリスクを生じさせないという、曝露の閾値レベルはいまだ確認されていないことに鑑み、

(8) 労働者および他のアスベスト含有製品の使用の曝露を管理することはきわめて困難であり、間欠的には現在の〈曝露〉限界値をはるかに超えるかもしれず、曝露のこのカテゴリーは現在、アスベスト関連疾患を発症させる大きなリスクを生じさせていることに鑑み、

(9) 人間の健康を防護する効果的な方法は、クリソタイル・アスベスト繊維とその含有製品の使用を禁止することであることに鑑み、

(10) アスベストとその代替物質に関する科学的知見が進歩し続けていることに鑑み、委員会はそれゆえ毒性、環境毒性および環境に関する科学専門委員会に対して、2003年1月1日以前に、クリソタイル・アスベストとその代替物質の健康影響に関する関連した新しい科学的データのさらなるレビューを実施するよう求めたことに鑑み、このレビューはまた、本指令の別の側面、とりわけ技術進歩に照らして除外(措置)について、検討することになっていることに鑑み、必要であれば、委員会は法律の適切な変更を提案する予定であることに鑑み、

(11) クリソタイル・アスベストとその含有製品の流通および使用を段階的に禁止するための調製期間が必要とされることに鑑み、現に設置されている電解装置に使用されるダイヤフラム〈隔膜〉に対しては、その曝露リスクがきわめて低く、また、この安全上重大な用途への適切な代替品の開発にさらに時間が必要なことから、この期間はより長くしなければならないことに鑑み、委員会は、毒性、環境毒性および環境に

関する科学専門委員会の諮問の後、2008年1月1日以前にこの除外措置についてレビューする予定であることに鑑み、

(12) 本指令は、労働者保護のための最低要件を規定した理事会指令 89/391/EEC、および同指令 16(1)条の規定に基づく各個別指令、とりわけ、指令 97/42/ECによって改正された、職場における発がん物質への曝露に関連したリスクからの労働者の防護に関する理事会指令 90/394/EECを侵害しないことに鑑み、

(13) 職場におけるアスベストの曝露に関連したリスクからの労働者の防護に関する指令 83/477/EECを改正した理事会指令 91/382/EECが、行動が労働者をアスベスト粉じんに曝露させる可能性のある場所を管理するための枠組み(フレームワーク)について規定していることに鑑み、

(14) 本指令は、一定のカテゴリーの自動車およびトレーラーのブレーキ装置に関する加盟諸国の法律、規則および行政規定の整合化に関する理事会指令 71/320/EECを技術の進歩に適合させた委員会指令 98/12/ECを侵害しないことに鑑み、

(15) 本指令によって規定される措置が、危険な物質および製品についての貿易の技術的障壁の除去に関する、指令の技術的進歩への適合のための委員会の見解を侵害しないことに鑑み、

本指令を採択する。

第1条

指令 76/769/EECの別添Iはこれによって、この文書の別添で示したように、技術の進歩に適合される。

第2条

1. 加盟諸国は、遅くとも2005年1月1日までに、この指令に従った法律、規則および行政規定を実施しなければならない。また、それについて直ちに委員会に知らせなければならない。

加盟諸国がこれらの規定を採用するときには、参考文献にこの指令を含めるか、公式に

出版するときにそのような参考文献が添付されていなければならない。そのような参考文献のための手続が、加盟諸国によって採用されなければならない。

2. 加盟諸国は、この指令のカバーする分野において採択した国内法の主要な規定について、委員会に伝達しなければならない。
3. この指令が効力を発してから、2005年1月1日までの間に、加盟諸国は、その領土内へのクリソタイル・アスベストの新たな用途の導入を許してはならない。

別添 指令76/769/EECの別添Iの第6項目は以下の項目に置き換えられる。

- “6.1. クロシドライト (Crocidolite), CAS No. 12001-28-4
アモサイト (Amosite), CAS No. 12172-73-5
アンソフィライト (Anthophyllite)・アスベスト, CAS No. 77536-67-5
アクチノライト (Actinolite)・アスベスト, CAS No. 77536-66-4
トレモライト (Tremolite)・アスベスト, CAS No. 77536-68-6
6.2. クリソタイル (Chrysotile), CAS No. 12001-29-5

第3条

この指令は、オフィシャル・ジャーナルに発表されてから20日後に効力を発する。(注: 発表は1999年8月6日)

第4条

この指令は、加盟諸国に宛てたものである。

ブリュッセルにて、1999年7月26日

委員会のために
Karel VAN Miert
委員会委員

6.1. 意図的に付加された、これらの繊維およびこれらの繊維を含有する製品の市場における流通および使用は、禁止される。

6.2. 意図的に付加された、この繊維およびこの繊維を含有する製品の市場における流通および使用は、禁止される。

しかしながら、加盟諸国は、現存する電解装置用のダイヤフラム(隔膜)については、その使用の寿命が終わるまで、または、適切な無アスベスト代替品が利用可能になるまで、のいずれか早い方までの間、除外することができる。委員会は、この除外措置について、2008年1月1日以前にレビューを行う。

指令1999/77/ECの施行以前に、関係する加盟諸国によってすでに設置され、および/または、使用中の、6.1. 項および6.2. 項で示されるアスベスト繊維含有製品の使用は、それらが廃棄されるか使用の寿命が終わるまでは、許可され続けなければならない。

危険な物質および製品の分類、包装、表示(ラベリング)に関する委員会の諸規定を侵害することのないように、前述の除外(措置)によって認められる、これらの繊維およびこれらの繊維を含有する製品の流通および使用は、その製品が、指令76/769/EECの別添IIの諸規定に従ったラベルをつけている場合にのみ許される。”

EUの新しいアスベスト指令の「詳細な解説」

European Commission DGIII (Industry), 1999.7.30

はじめに

1. この解説は提案された、クリソタイル・アスベストの流通および使用を、いくつかの例外と経過措置つきで禁止する提案の背景事情について述べる。それから、指令の諸規定について説明する。この解説は、委員会のプレスリリース(9月号45頁参照)やQ&A(省略—<http://europa.eu.int/comm/dg03/directs/dg3c/asbestos/quesable.htm>で入手できる)以上の情報を必要とする、専門家、報道関係者、一般公衆向けの、詳細な背景事情のインフォメーション・バックになっている。

パートA: 背景

I 歴史的な背景

2. アスベストは19世紀の初め以来、広範囲にわたって使用されてきている。それは安価で、自然に生成する物質で、6種類の異なったタイプがある。最も一般的なものは、アモサイト(茶アスベスト)、クロシドライト(青アスベスト)およびクリソタイル(白アスベスト)である。
3. すべてのタイプのアスベストは、一定の非常に有用な特性をもっている。高温に対する耐熱性があり(建築物の断熱材向け)、繊維の特性による長所から建材に強度を与える(パイプや屋根材のようなアスベスト・セメント製品向け)。熱および腐食に対する抵抗性は、強度および弾力性を付与する能力と結びついて、ガスケット等のシール材として非常に有用である。
4. しかしながら、1970年代および1980年代初期を通じて、科学的な証拠によって、すべてのタイプのアスベストが石綿肺、肺がんおよび中皮

腫(胸膜すなわち肺の内膜のがん)を引き起こすことが明らかになってきた。こうした健康との関係に反応して、多くの諸国が、アスベストの流通および/または使用を制限し、労働現場におけるアスベストの使用を管理するための規則を確立し、また、アスベストの環境への排出を制限する国内法令を導入しはじめた。

5. 初期のものとしては、1972年に、デンマークが、アスベストの吹き付け使用および断熱材への使用の禁止を導入した。この禁止措置は、この種のものとして世界で初めてのものと信じられている。同じく1972年に、イギリスがクロシドライト(青アスベスト)の輸入を中止した。これは、労働現場におけるアスベスト粉じんの曝露限界の制定と合わせて行われた。スウェーデンは、1975年にクロシドライトの流通および使用を禁止し、続いて1976年に断熱材への(他のアスベストの)使用を禁止した。フランスは、最初のアスベスト粉じんの管理限界を1977年に制定し、1978年に吹き付けへのアスベスト繊維の使用を禁止した。1977年にはまた、オランダが、クロシドライトおよび吹き付けへの(他の)アスベストの使用を禁止した。他の多くの諸国も、ほぼ同じ時期に同様の行動をとった。

II アスベストに関するヨーロッパの法律の進展

6. 1980年代初めまでには、ヨーロッパ・レベルにおいてアスベストに関する立法措置が必要であることは明白になってきていた。1983年に2つの重要な指令が承認された。アスベスト曝露によるリスクからの労働者の防護に関する83/477/EEC、および、アスベストの流通および使用に関する83/478/EECである。
7. 指令83/477/EECは、使用者に、アスベスト曝

露による労働者へのリスクを評価し防護措置をとることを要求していた。それは、吹き付けによるアスベストの使用を禁止し、最大曝露限界を制定し、また、労働者の健康診断、作業場所の適切な清掃等を含む、一定の防護措置の導入を要求していた。また、アスベスト除去作業に関与する労働者に対する特別の措置が予測されていた。

8. 指令83/478/EECは、最初の(欧州)共同体規模でのアスベストの流通に関する措置を導入した。この指令は、クロシドライトの流通および使用を(わずかな例外つきで)禁止し、すべてのアスベスト含有製品への警告ラベルを義務づけた。指令85/610/EECは、このクロシドライトに関する(限定的な)禁止を、一定の特別の用途向けのすべてのタイプのアスベストに拡大した。
9. 同じ期間中に、理事会指令78/319/EECおよび87/217/EECが、アスベスト含有廃棄物の管理を含む、環境汚染を防護および減少させるための措置を導入した。
10. 1990年代の初めまでには、アスベストの危険性に関する科学的証拠は一層明らかになり、多くの用途向けにアスベストに代替する、より安全な物質が開発されてきた。ヨーロッパの法令は、一層その危険性を管理するために急速に発展した。1991年に、指令67/548/EECのもとで、すべてのタイプのアスベストがカテゴリーIの発がん物質に分類された。カテゴリーIはこの指令によると、人間にがんを引き起こすことが知られている物質、と定義されている。
11. 1991年にはまた、理事会指令83/477/EECを改正した指令91/382/EECが、クリソタイル・アスベストの最大曝露限界を0.6f/mlに、他の種類のアスベストを0.3f/mlに引き下げた。その1年前には、すべての発がん物質への曝露によるリスクからの労働者の防護に関する指令90/394/EECが、代替化の原則を導入した。これは使用者に対して、技術的に可能な場合には、作業場所で使用される発がん物質を、危険がないか危険のより少ない物質に代替することを要求している。この要求は、アスベストのより危険の少ない代替物質の開発の速度を早めるうえで、非常

に重要であったと信じられている。

12. 流通の面では、指令91/659/EECが、クリソタイルを除くすべてのタイプのアスベストの流通および使用の全面禁止を導入した。クリソタイルは、14の特定されたカテゴリーの製品向けには禁止された。他のクリソタイル含有製品(アスベスト・セメント製品を含む)は、この指令の対象からは抜け落ちてしまった。

III 最近のクリソタイルに関する各国内法令の進展

13. 上述のとおり1991年までには、(欧州)共同体は、アスベストおよびアスベスト含有製品の管理された使用(controlled use)の方針は確立していた。以来、共同体レベルでは大きな法律的变化は起こらなかった。指令91/659/EECは(起草された時点では)、アスベスト流通および使用に関する現行の指令には手をつけなかった。しかし1990年代において、この共同体の方針は一般公衆の健康を防護するのに不十分であると考える加盟諸国がどんどん増えてきた。これらの諸国は続々と、整合化の範囲に含まれていない製品に関するさらなる国内的な制限を課すようになり、(欧州共同体の)域内市場に不統一を生じさせた。これらの各国における進展の概略年表は別添I(48頁参照)に示してある。この表の背後には、導入された制限措置の複雑さがあることを理解すべきである。各国において、(関連)産業がノン・アスベスト製品に転換できるように(各国独自の)経過措置や例外措置が設定され、制限措置はしばしばいくつかの法令の関連する断片(の寄せ集め)の形をとった。
14. 現在の状況は、各国における制限措置は非常に多様性があるということである。また、この間に、同等の性能のクリソタイル・アスベストの代替物質がたくさん開発された。これらの代替物質の開発は、法令の発展を助け、また、それによって発展してきた。
15. 1991年の時点でさえも、委員会は、クリソタイル・アスベストの流通および使用をもっと制限することが必要であることをはっきり理解していた。

指令91/359/EECの採択にあたって、委員会は、例外つきで共同体規模での禁止を提案する意向を発表していた。1993年に、委員会の担当部門は、そのような禁止提案の草案を起草した。しかしながら、加盟諸国との7回にわたる会議の後、広範な見解の相違が存在し、さらなる背景情報なしには必要な有効過半数に達することはできないということがはっきりした。

16. そのため、1993年の時点においては、広範囲にわたる作業プログラムが完了するまでの間、提案の草案は棚上げされることになった。これは、アスベスト産業およびアスベストとその代替繊維の健康影響に関する別々の多数の調査研究からなるものであった。
17. その間に、フランス(1996年)およびベルギー(1998年)が、クリソタイルの国内における禁止を導入し、1994年には、すでに国内における禁止を実施している3つの新加盟国(オーストリア、スウェーデン、フィンランド)がEUに加わった。
18. (この文書の)起草時点(1999年4月)において、禁止しているのは9つの加盟諸国で、禁止の原則を支持しているのがさらに3か国(イギリス、アイルランド、ルクセンブルグ)存在する。他方、スペイン、ポルトガルおよびギリシャは、科学的および技術的な前提のいかなる変更にも反対し、経済的影響からアスベスト・セメント産業を擁護し続けている。過去数年間以上にわたり、委員会は、加盟諸国、産業界および他の関係者との会合を定期的に開催してきており、直近(の会議)は1998年12月15日であった。欧州議会および経済社会評議会もまた、この問題に重大な関心を示してきた。最近の経済社会評議会の「自発的」見解(8月号25頁参照)は、EU規模における禁止を要求した。

IV 新指令の科学的正当性

19. 委員会は、十分な科学的正当性が存在する場合に、化学物質の流通および使用を制限する法律を提案するだけである。それゆえ、委員会にとって、その主要な代替物質と比較したクリソタイル・アスベストのリスク・アセスメントのスポ

ンサーとなることは非常に重要なことであった。まず、委員会はERM(環境資源管理)に、クリソタイル・アスベストによって引き起こされる人間の健康へのリスクに関する最新の世界中の科学的見解について要約する調査研究を実施するよう求めた。この調査研究が終了し、加盟諸国によって議論された後に、新たな独立した毒性、環境毒性および環境に関する科学専門委員会(SCTEE)にピア・レビューのために付託された。

20. 「アスベストおよび代替繊維により生ずるハザードおよびリスクに関する最近の評価および世界規模における最近の繊維に対する立法状況」に関するERMの研究は、「それ以下でならクリソタイルは発がんリスクを生じさせないという曝露の閾値レベルは確認されていない」、また、(入手可能な情報に基づいて)現在のクリソタイルの主要な用途について代替物質が入手可能であり、それらはクリソタイルよりも健康に対するリスクが低いようである、と結論づけた。この研究は、1998年2月にSCTEEにまわされた。彼らは、「クリソタイルの安全量はないと考える決定的な情報はないので、それは適切であると思われる」ということで同意した。この結論は、1998年9月15日のSCTEEの後の見解で確認された。
21. 代替物質に関して、CSTEEは2月の時点で、「特定の代替物質は、クリソタイルの現在の使用状況よりも、人間の、とりわけ一般公衆の健康に対するリスクは実質的に低いという結論は、…結局のところ妥当であると考えられる」と結論づけた。しかしながら、主要な代替物質のリスクに関して、クリソタイルとのリスクの比較をよりよくできるように、さらなるデータを収集すべきであると勧告した。代替物質による相対的リスクを理解することはきわめて重要であることから、加盟諸国は1998年3月3日に開催されたワーキング・グループの会合において、CSTEEに対して、可能な限り速やかに代替物質に関する補足的な見解をまとめるよう求めることに同意した。
22. 1998年9月15日、CSTEEは、クリソタイルとクリソタイルの残された用途向けの3つの主要な繊維状代替物質(セルロース繊維、ポリビニル

アルコール(PVA)繊維およびパラ-アラミッド繊維)の相対的リスクに関する見解を提出した。その結論は、「肺と胸膜のがん、肺の繊維化の誘発、…および他の影響の双方について、セルロース、PVA、パラ-アラミッド繊維が、クリソタイル・アスベストと同等またはそれ以上のリスクを生じさせることはなさそうである。発がん性および肺の繊維化の誘発に関しては、CSTEEは、リスクは相対的に低いというコンセンサスに達した」。加えて、「CSTEEは、新たなより太い(より吸入されにくい)繊維の開発技術についてはもちろん、代替繊維の毒物学および疫学の分野についての一層の調査研究を強く勧告する」としている(1998年12月号38頁参照)。

23. したがって、科学の最新の知見に基づいて、一定の例外および経過措置つきで、クリソタイル・アスベストを禁止する指令の草案の提案へと進むことが決定された。これが現在採択された指令になった。この指令は別添Ⅱに添付してある(オフィシャル・ジャーナルに掲載された確定版(指令番号を確定)―38頁参照)。

24. 委員会は、今後5年以上の新たな調査研究の結果、この指令をレビューしたり、あるいは、代替物質に関する新たな立法の提案が必要になるかもしれないことを理解している。委員会はそれゆえ、経過期間の終了以前に、科学的状況を再検討するという政治的公約をこの指令に付随させることを計画している。これは、別添Ⅲに示した、付随した委員会と加盟諸国により作成された宣言(47頁参照)のなかで述べられている。

V 委員会の提案にいたった他の要素

25. この政策決定にいたった他の要素は、禁止の、とりわけスペイン、ポルトガルおよびギリシャに対する経済的影響に関するERMの別の調査研究である。この研究の最終レポートは、加盟諸国および産業界とともに討議され、提案された指令をまとめるのに利用された。とりわけ、この研究は、5年間の経過期間はスペイン、ポルトガルおよびギリシャに対する社会経済的インパクトを減少するが、それ以上の期間は影響

の軽減効果をもたないと結論づけている。これが、提案に5年間の経過期間が含まれた理由のひとつである。

26. クリソタイル・アスベストの流通に関するこれらの進展と並行して、1998年4月7日の社会問題理事会において、加盟諸国は、労働者のアスベスト曝露に関する現行の管理を強化することを求めた。クリソタイル・アスベストの禁止それ自体は、既存の、とりわけ建築物内のアスベストの存在によって引き起こされる諸問題を解決しないことは明らかである。加盟諸国はそれゆえ、現行の曝露限界を引き下げ、アスベストを除去する労働者により厳しい防護を提供し、また、アスベストに曝露する可能性のある労働者に以上の情報およびトレーニングを提供することを勧告した。昨年11月、委員会(第5総局(DGV))は、関連する指令の改正の必要性を検討するため、理事会の要請に答えて加盟諸国との協議を開始した。理事会指令83/477/EECの改正の提案は、2000年初め(になると)と予想されている。

パートB: 指令草案の説明

I 「鑑み(whence)」条項および主要条文

27. 「鑑み」条項は、本指令の委員会の(提案)理由を述べている。きわめて簡潔に、委員会の担当部局は、現在では禁止を正当化する十分な科学的証拠があると考えた。本指令は実際に、法律用語としてはきわめてシンプルである。それは、5年間の経過期間を伴う禁止である(第2.1条)。

28. 「鑑み」のうちの第10および11項は、委員会を代表して将来の科学の進展に照らして本指令をレビューするという公約を述べたものとして、注目すべきである。この公約は、本指令に付随した宣言のなかでさらに詳しく述べられている(以下を参照)。

29. 第2.1条の文言は、各国において異なった国内法令が実施されていることに留意して、加盟諸国に一定の柔軟性を認めたものである。禁止は、加盟諸国によって遅くとも2005年1月1日ま

で実行されなければならない。しかし、加盟諸国は、この期日までの間に自国の領土についてボジションを整合化させる速度を選択することが可能である。ある加盟国は、きわめて速やかに禁止を導入するかもしれない。他の国は、5年間の必要としたり、5年かけて段階的に禁止を決定するかもしれない。各国内における産業の状況に応じて、また、必要とされる国内の立法手続を考慮して、必要な決定が行われることになる。

30. 5年間以上の(経過)期間というのは、産業が調整するのに約5年かかったデンマークおよびドイツにおける禁止の導入の経験、および、産業のために5年間の転換期間を勧告した代替化の技術的経済的影響に関するERMのレポートに基づいたものである。

31. 第2.2条の趣旨は、本指令が発効する以前に市場にあらわれる新たな製品(すなわち、新たな分野または新たなタイプの製品)を防止するためのものである。また、本条は、5年後の禁止を延期することは本指令の趣旨ではないが、各国当局および産業界に調整のための期間としての経過期間(の設定)を認めたものである。

II 本指令の別添(第6.1および6.2項)

32. 第6.1項は、現行の指令(91/659/EEC)から変更されていない。これは、(クリソタイル以外の)他のすべてのタイプのアスベスト繊維およびそれらを含む製品についての全面禁止を維持している。

33. 第6.2項は、塩素プラントの電解装置用のダイヤフラム(隔膜)用、および、本指令が発効する以前にすでに設置または使用されているアスベスト含有製品の2つの例外を除き、(遅くとも)2005年1月1日から、クリソタイル・アスベストの禁止を導入するものである。これらの例外を設けた理由は、下記のとおり。

例外の基準

34. 委員会/加盟諸国のワーキング・グループの数回に会合において、クリソタイル・アスベストの(欧州)共同体の制限からの考えられる例外

について議論がなされた。ワーキング・グループでは、共同体レベルで考慮されるべき、また、制限をすでに導入している加盟諸国における現行の例外について検討した。

35. 1997年12月に、加盟諸国の大多数は、例外を決定する基準は以下のとおりとすべきということに同意した。

- 技術的に代替化が可能であるか?
- その代替物質は人間の健康、安全および環境への危険性がより少ないか?
- その代替品は同じ水準で機能するか?(副次的な重要性)

35b. 経済的基準は重要な考慮事項ではあるが、決定的なものではないとみなされた。世界貿易機関(WTO)のルールによれば、健康の防護のために導入された措置による経済的減損を許容するのは単純に許されることではない。

36. いくつかの加盟国は、将来の新たな代替技術の開発に配慮が払われるべきであると示唆した。イタリア、ドイツおよび現在ではフランスの経験は、十分な時間を与えれば、クリソタイル・アスベストの現在のほとんどすべての用途について代替物質に取り換えることが可能であることを示している。

本指令の範囲

37. 本指令によって導入される制限の厳密な範囲は、少し説明が必要である。第6.1項および第6.2項の最初の文章は、まったく同じである。それは実際には、4つの異なる禁止を導入することになる。

- a) アスベスト繊維の市場における流通の禁止
- b) アスベスト繊維含有製品の市場における流通の禁止
- c) アスベスト繊維の使用の禁止
- d) アスベスト繊維含有製品の使用の禁止

38. 指令76/769/EEC(本指令の親指令)の文脈においては、上記の(a)および(b)の禁止は、最初に市場に流通するアスベスト繊維およびアスベスト繊維含有製品のみにも適用される。製品がすでに一度市場に流通してしまえば、この禁

止それ自体は、それらの製品の再売却 (re-sale) または中古品 (secondhand) 販売を妨げるものではない。

39. 原料のままの (raw) アスベスト繊維に対する除外 (措置) はない— 上記の (c) — 本指令が発効した後はアスベスト繊維は使用できないという意味。これは、(他の事柄のなかで) 遅くとも2005年以降は、それら (アスベスト繊維) は製品の製造に使用することはできない。本指令はそれゆえ、アスベスト含有製品の製造の事実上の禁止を導入することになる。

40. 第6.2項の第3段落は、本指令が加盟各国において実行される時点以前に、すでに設置および/または使用されている製品について、上記の (d) から除外するというものである。言い換えれば、この除外は、市場にある既存のアスベスト含有製品の在庫の使用には適用されない。この趣旨は、既存のアスベスト含有製品 (例えば、アセチレンガス用シリンダー、すでに流通しているアスベスト・セメント製品、古いまたは中古の自動車) の「受動的 (passive)」な使用の継続を許すということである。委員会はまた、アスベストの管理されない除去をやめさせたいと望んでいる (宣言を参照)。この除外 (措置) は、しかしながら、それらの製品が廃棄されるか、または、その使用の寿命が終了するまで許されるだけである。

41. しかしながら究極的には、委員会は、この既存のアスベストの在庫は減少してほしいし、アスベスト含有製品の中古品販売または再販売はやめさせたいと望んでいる。それゆえ、第6.2項は、既存のアスベスト製品に対する除外 (措置) の範囲に関して、加盟諸国が国内レベルで決定することを認めている。各国は、もし望めば、すでに設置または使用されている一定のアスベスト製品の使用を禁止することを選択するかもしれない。

42. 本指令によって導入される禁止の範囲は、76/769/EECの他の部分と一致している。とりわけ、91/659/EECと一致している。本指令は、(欧州) 共同体におけるクリソタイル・アスベストの在庫のいかなる増加をも事実上止めるであろうが、(本指令) それ自身は、現在の在庫を減少させる

ものではない (少なくとも、この在庫がその使用の寿命の終了に達するまでは)。

43. 最後に、労働現場における既存のアスベストの在庫をマネジメントおよび管理 (control) することに配慮することは価値のあることであるが、これはもちろん第5総局 (DG V) が所管する指令のもとで扱われるものであり、ここでの議論とは区別される問題である。アスベスト廃棄物の管理については、第11総局 (DG XI) が所管する指令が管轄している。

電解装置に使用されるダイヤフラム

44. 第6.2項の第2段落は、塩素プラントにおいて電解装置用に使われるダイヤフラム (隔膜) に対する除外を導入している。この除外は、加盟諸国が、既存のプラントが使用の寿命の終了に達するまで、あるいは、適切な無アスベスト代替品が開発されるまでのいずれかまで、これらの特別の製品の製造および使用の継続を認めることを許している。この除外は、EUにおいてはまったく少数にすぎない、既存の電解装置に対してのみ適用される。したがって、クリソタイルを含有したダイヤフラムを使用する新たな装置は許されない。

45. ダイヤフラムは、技術的に代替化が不可能なクリソタイル・アスベストの現在の唯一の用途であるという理由による、特別なケースである。適切な代替品が現在のところ、入手できない。塩素産業は、過去数十年間にわたり調査研究を実施してきたが、アスベストよりも高い安全リスクをもたない代替品を開発することができなかった。すべての既存のプラントに現在入手可能な代替品を使用したとしても、許容できない爆発のリスクが存在することになってしまう。一方、ダイヤフラムを製造または使用中にクリソタイルに曝露するリスクは、現場では密閉システムのもとで行われていることから、きわめて低い。ダイヤフラムは、「市場に流通」してはいない。

46. したがって、塩素産業に代替品を開発するためにさらに時間を与える相当な理由があるわけだが、本指令の精神では、この例外を無制限に放置するわけではない。委員会は、まずは2003

年の本指令が予定する概括的なレビューの一部として、それから再度特別に、2008年以前に、この除外についてレビューする予定である。各々のケースについて、委員会は、この除外を維持すべきかどうか決定する前に、SCTEEにピア・レビュー/科学的リスク・アセスメントの実施を求めることにしている。

他の例外 (措置)

47. 岩石または土壌のなかに自然に生成したクリソタイル・アスベストは、第6.2項によって、「意図的に付加された」ものではないとして、除外される。また、研究および分析に用いられる物質も、指令76/769/EECによって一般的に除外される。さらに、加盟諸国は、EC条約第223号をアスベストの軍事使用に適用する自由を有している。

表示 (ラベリング)

48. 第6.2項のサイゴン段落は、現行の指令によって、アスベスト繊維およびそれらを含有する製品に対して表示の要求を提起している。しかしながら、これは、第6.1および6.2項の (禁止に対する除外として) 残されたアスベスト繊維および製品についてのみ適用されるものである。

III 宣言

49. 1999年5月4日に開催された会合で、委員会と加盟諸国は3点の共同宣言を作成した。これらは、本指令の法的文書の一部をなすものではない。最初の2点は、委員会を代表しての、特定の期間内において一定の作業を実行するという政治的公約である。このような公約は (76/769/EECの文脈においては)、常に委員会によって履行されてきた。3点目の公約は、本指令のひとつの側面を明確にするための声明である。

50. 第1の宣言は、2003年以前に科学の進歩に照らしてECの法律をレビューするための委員会の委託事項を示すことによって、(指令本文の) 前文第10条項を拡張するものである。委員会は、この分野における調査研究を促進する。アスベストについてと代替品についての科学的知

見にギャップが存在し、新たな調査研究による知見が適切なさらなる立法的行動を必要とするかもしれないということ明らかである。しかしながら、このレビューは、本指令の実行を引き伸ばすための口実に利用されてはならない。例えば、レビューの結果、代替物質に関連した深刻な健康影響が発見されたとしたら、代替物質に関する適切な立法を検討する必要があるだろう。それは必ずしも、アスベストの禁止を外すことを意味しない。そのレビュー (の結果) に基づいて、SCTEEにさらなるピア・レビュー/リスク・アセスメントを求めることになるだろう。

51. このレビューはまた、ダイヤフラムに対する除外を検討し、また、加盟諸国が追加すべき除外ケースを提出する (機会を) 与えるものである。この理由は、まだ加盟諸国が確認していない、適切な相対的に安全な代替品がなく、いかなる技術的代替策もないマイナーなアスベストの用途が存在するかもしれない可能性があるからである。そのような場合には、加盟諸国は、SCTEEによるリスク・アセスメントの後に、委員会と加盟諸国によって検討されるべき追加の除外のための要求を提出することができる。これは、使われる必要がないことが望まれる、安全弁である。

52. 第2の宣言は、2008年以前にダイヤフラムについての除外をレビューするという声明を示すことによって、(指令本文の) 前文第11条項および指令別添第6.2項を拡張するものである。ここでも、その結果に基づいて決定を下すための、SCTEEによるピア・レビュー/リスク・アセスメントの実施が予定されている。

53. 最後に、第3の宣言の趣旨は、本指令によって影響を受けるすべての者に対する一般的なメッセージである。アスベストの禁止が、既存の建築物および機器のアスベストが除去されなければならないということを意味するものではないということを明確にすることは重要である。実際に、アスベストの管理されない除去は、除去作業が粉じんおよびより高い曝露レベルを生み出すことにより、それをそこに放置しておくよりも、より危険を大きくする可能性がある。アスベスト

廃棄物の廃棄時に考慮されなければならない環境上の側面も存在する。アスベストの除去は、理事会指令83/477/EECが対象とすべき問題であり、第5総局(DGV—雇用・社会問題)によって指令のレビューが検討されているところである。

54. アスベスト廃棄物は、有害廃棄物に関する指令91/689/EECによって示された要求事項にしたがって取り扱われなければならない。しかし、現行の法律は、建築物を取り壊す以前に、すべてのタイプのアスベストを除去することは要求していない。さらに、提案された禁止はアスベストが意図的に付加された製品を対象としているだけで、アスベスト廃棄物およびアスベスト含有廃棄物のリサイクルに対する禁止は存在していない。第11総局(DGXI—環境・原子力安全管理)はすでに、この状況をレビューする作業を開始している。
55. 既存の建築物内のアスベストに関心をもつ者は、まず第一に適切な国内および地域の行政機関にコンタクトすべきである。

別添 I

ヨーロッパの各国におけるクリソタイル・アスベストの制限の導入に関する概略年表

- 1983 アイスランドがすべてのタイプのアスベストの禁止(例外つき)を導入(最新版は1996年)
- 1984 ノルウェーがすべてのタイプのアスベストの禁止(例外つき)を導入(1991年に改定)
- 1986 デンマークがすべてのタイプのアスベストの禁止(例外つき)を導入(1993年に施行)
- 1986 スウェーデンが様々な用途へのクリソタイルに関する一連の禁止の最初(例外つき)を導入(1996年まで)
- 1990 オーストリアが広い範囲にわたるクリソタイルの禁止(いくつかの例外)を導入
- 1991 オランダが様々な用途へのクリソタイルに関する一連の禁止の最初(例外つき)を導入(1997年まで)
- 1992 フィンランドがクリソタイルの禁止(例外つき)を導入(1993年発効)
- 1992 イタリアがクリソタイルの禁止(1994年まで

いくつかの例外)を導入

- 1993 ドイツがクリソタイルの禁止(例外つき)を導入
- 1996 フランスがクリソタイルの禁止(例外つき)を導入
- 1998 イギリスがクリソタイル禁止(例外つき)導入の計画を発表

注意: このリストは包括的なものではない。

別添 III

委員会および加盟諸国による宣言

1. 毒性、環境毒性および環境に関する科学専門委員会は、クリソタイル・アスベストおよびすべてのクリソタイル・アスベストの代替物質についてさらに調査研究が行われるべきであると勧告した。委員会と加盟諸国は、そのような調査研究を強く奨励し、もし将来の代替物質に関する調査研究によって人間の健康への深刻な影響が明らかにされれば、この指令を含めた繊維に関するECの法律をレビューすることが必要になるであろうことを理解している。また、この指令の別の側面、とりわけ技術の進歩に照らして除外(措置)を、レビューすることも必要である。

委員会はそれゆえ、2003年1月1日以前にレビューに取りかかることとし、とりわけ以下の点について検討する:

- クリソタイル・アスベストとその代替品の健康リスクに関する適切な新しい科学的データ
- ダイヤフラムへのアスベストの使用の除外、および
- この指令では予測されていない、技術的理由による除外の追加に関して、加盟諸国からなされた要求

このレビューは、確立された共同体の原則に従って、毒性、環境毒性および環境に関する科学専門委員会によって実施あるいはピア・レビューされる独立した科学的リスク・アセスメントに基づくこととする。もし必要であれば、委員会はそのとき、法律の適切な変更を提案する。

2. 委員会と加盟諸国はまた、電解装置に使用

されるダイヤフラムへのクリソタイル・アスベストの使用の除外をレビューすることが必要であり、以下の状況においては速やかにこの除外を終わらせるべきであることを理解している。

— クロロ・アルカリ・プラントにおける適切な安全のレベルを保証する適切な繊維が利用可能になった場合、または

— 既存の装置が使用の寿命が終わった場合。委員会は、この除外(措置)について、2008年1月1日以前の一定の時期にレビューする。このレビューは、確立された共同体の原則に従って、毒性、環境毒性および環境に関する科学専門委員会によって実施あるいはピア・レビューされる独立した科学的リスク・アセスメントに基づくこととする。

この除外の継続を正当化するために、委員

会と加盟諸国は産業界に対して、ハイ・レベルの人間の健康および環境の防護を確保するために、代替品開発のためのできる限りの努力がなされており、ダイヤフラムの製造、使用および廃棄におけるクリソタイル・アスベストへの曝露のリスクが技術的に可能な限りの低さを維持し続けていることを立証するよう求めている。

3. 委員会と加盟諸国は、いかなるタイプのアスベストの除去を要求することも、委員会指令76/769/EECの別添Iの6.1項および6.2項の意図するところではないことを確認する。アスベストの管理されない除去は、強く反対されている。委員会は、アスベストの廃棄に関する新たな措置が必要かどうかについて調査検討する。

* 原文は、<http://europa.eu.int/comm/dg03/directs/dg3c/asbestos/asbdetainote.htm>で入手できる。



イギリスは11月24日にアスベストを禁止

Department of the Environment, U.K., 1999.8.25

白アスベストのイギリスへの輸入ならびにイギリスにおけるその供給および使用は3か月の期間のうちに禁止される、とJohn Prescott副首相は本日(8月25日)発表した。

この動きは、最近の欧州連合(EU)の法律の採択およびイギリスにおいて禁止を実行するための副首相による規則への署名を受けたものである。アスベストを含有する製品の輸入、供給および使用もまた、この新しい規則によって禁止される。

Prescott氏は次のように語った。

「われわれは、白アスベストの輸入、供給および使用を禁止するために、強く働きかけてきた。国内規模の禁止によってこのプロセスを完結することができるようになったことをうれしく思う。

この潜在的に致死的な物質を禁止するというわれわれの公約を、ついに果たすことができた。われわれは、当初から白アスベストのヨーロッパにおける禁止を支持し、ようやくそれを成し遂げた。われわれは、それなしには禁止がありえなかったであ

ろう、代替物質の安全性に関する信頼できる科学的知見を確実なものにするうえで、指導的な役割を果たした。さらに、欧州指令が設定したデッドラインよりも5年早く、3か月の期間のうちに、イギリスにおいては、白アスベストの禁止が効力を発することになる。まだそうしていない加盟諸国が、迅速に指令を実行し、可及的速やかにヨーロッパにおいてすべての種類のアスベストが禁止されることを希望する。

白アスベストの禁止を実行することが証明するように、政府は安全と健康の問題に真剣に取り組んでいる。また、このヨーロッパ規模の禁止を確保するにあたっての、安全衛生委員会(HSC)のハードワークに対して感謝する。」



編集者への注

イギリスにおける禁止は、1999年11月24日に効力を発する。

* このプレス・リリースの原文は、<http://www.nds.coi.gov.uk/>で入手することができる。

戦争中のアスベスト曝露で悪性中皮腫

神奈川●戦傷病者等援護法を適用

神奈川県逗子市のSさんは、1997年3月、「悪性胸膜中皮腫」で亡くなった。同年7月、娘さんが「じん肺・アスベスト被害ホットライン」に相談。それから2年、厚生省は、Sさんの病気について、「戦争中の海軍での仕事が原因」と認定した。

●労災保険が適用されない

一昨年行われた第1回目の「じん肺・アスベスト被害ホットライン」に、Sさんの娘であるCさんが電話をかけた。

「父の病気はアスベストが原因だとお医者さんに言われたのですが」

「どこかアスベストを使うところで働いていたのですか」

「戦争中に横須賀の海軍で働いていたのです」

「海軍工廠で働いて、じん肺やアスベスト関連の病気になった人はたくさんいますよ。中皮腫ならアスベスト間違いありません」

旧海軍工廠で働いた後、米軍基地や浦賀ドックなどで働いて、労災認定された人はめずらしくない。医師が中皮腫だと確定診断してくれているのであれば、まず大丈夫。職歴を聞いて労災申請できると、そのときは考えた。

ところが、Cさんにお会いして

よく話を聞くと、Sさんは、海軍は海軍でも、海軍航空技術廠で航空機を開発、製造、修理しているところ、軍属として働いていたらしい。しかも戦後は、家具の会社で、椅子や机など木製の家具の製作に従事して、定年まで勤め上げた。アスベスト曝露はその家具製作においては、まず考えられない。

戦前、戦中に有害物質に曝露して、戦後発症した場合でも、数年前から労災保険が適用されるようになった(1994年8月号19頁参照)。和歌山のベンジジ禍に苦しむ被災者や遺族が、最高裁まで闘った結果獲得した権利だ。しかし、海軍航空技術廠は民間会社ではないので、当時の工場法、労働基準法、労災保険法の適用がない。Sさんも労災保険が適用されないの、申請できない。

「戦傷病者戦没者遺族等援護法」という法律がある。「軍人軍属等が、公務上の負傷若しくは疾病又は死亡に関し、国家補償の精神に基づき」、「援護することを目的とする」(第1条)。

簡単に言えば、軍隊および関係機関の公務災害補償である。Sさんの場合、妻が遺族年金・給与金を地方自治体が窓口で厚生

省に請求することになる。厚生省が、戦争中の仕事が原因で病気になったと認めればいいわけだ。高齢のお母さんの代わりにCさんが必要書類をそろえて、1998年9月に逗子市の窓口で提出、神奈川県を通じて厚生省に送られた。

●「そんなことありうるんですか」

敗戦からすでに50年あまり。そんな昔に曝露した有害物質が原因で、突然病気になって亡くなってしまったなんて、「そんなことありうるのだろうか」。

Cさんをはじめとする遺族の方々の思いは、実は厚生省担当者の印象でもある。県の担当者はとても熱心に申請手続き以降も、いろいろと厚生省担当者に働きかけてくださった。

その結果、「そもそも医学的に50年前のアスベスト曝露が原因で今ごろ発症するのか。戦傷病者といっても、南方の伝染病ならともかく、その他はほとんど負傷やそれを原因とする病気、審査する専門医も整形外科の医師らしい。まずその医学的なところから、おさえてほしい。さらに、もちろんアスベストに本当にどの程度曝露したのか、証明しなければならぬ。」

医学的なことは、ちょうど完成した「アスベスト読本」(造船の街からの警鐘)や労災保険の認定基準を提出した。これで充分だと思ったが、安心はできなかった。実は、30年ほど前に、シベリア抑留中に鉱山労働に従事させられたがためにじん肺になった人たちが補償を求めて運動をしたことがある。当時国会などでも問題になったにもかかわらず、厚生省の医師がじん肺について必ずしも明るくないがために、きわめて低い補償しか得られなかったとのこと。県の方を通じて、とにかく労働省によく聞くようにと念を押した。

●資料などあるはずがない

問題はアスベスト曝露事実の証明である。Cさんは、海軍航空技術廠で働いた人たちのOB会役員の方に連絡をとった。電話のお話では、確かにアスベストを使ったとおっしゃっていたのであるが、高齢と体調がすぐれないことなどから、それ以上の協力を得ることができなかった。仮にお話をいただけたとしても、それはかなりおぼろげな記憶に基づく証言でしかない。やはり文字資料が欲しい。

まず、当時の戦闘機のどのところにアスベストがどのくらい使用されていたのか。軍艦や戦闘機を紹介する雑誌などを発行している出版社に問い合わせたり、航空工科大学院を出た先輩に電話をしたりした。しかし、ゼロ戦などの戦闘機が、いかに優秀であったかといった開発・技術

的な話や、いかに活躍したかといったいわゆる戦記ものの情報はたくさんあるが、アスベストを使ったとか、ましてやそれを修理した労働者がどんな働き方をしたかなど、やはり文字資料はみつからなかった。

また、横須賀海軍航空技術廠で、どういことが行われていたか。これも資料がない。敗戦時におそらく全て廃棄されたのであろう。ずいぶん後にOBの方がまとめたものが、横須賀市立図書館などにあった。しかし、それらにも、職場の一部のことか、逆に全般的なことしか書かれていない。ただ、当時は自分がどうい工程の何をしているのか、知らされていないし、戦争中はもちろん戦後も家族も含めて、職場のことを話すことはあまりなかったなどということは、はっきり記されている。したがって、資料や発言を得ること自体が不可能だということ厚生省にわかってもらうことにした。

それでも間接的な資料はみつかった。日本アスベスト(現社名「ニチアス」)の社史を見ると、戦争中に戦闘機の増産のために、アスベスト消費が急増、工場新設などをしたことが記されていた。もちろんそれがどの程度、横須賀海軍航空技術廠に納入されたかなどはわからない。

●日記と一枚の写真

何をしていたかは決して語らなかったSさんだが、几帳面に日記を記していた。もちろん、それにも具体的作業内容はない。しか

し、毎日のように3、4時間残業をしていたこと、疲れやイライラなど身体の不調が訴えられている。そして、1冊の雑誌が見つかった。「海鷗の手術」と題されたページで、「弾痕の切開手術」をする人こそ、実はSさんであった。実は前述の図書館資料だけ読むと、航空技術廠は、研究、開発を主に行っていたかのような記述すら見られる。しかし、実際は修理工場でもあり、Sさんは各地の工場に監督指導などの出張に行ったこともわかった。

●のりくらりの厚生省

県の担当者の方は、ことあるごとに厚生省の担当者に決定を催促してくださった。しかし厚生省は、「順番にやってくるから」と言った調子で、早く調査して決定しないと遺族の方に申し訳ないなどとは決して思っていない様子。「資料が足りない、これでは審査にかけられない」と言うので、じゃあ何が必要なのかと尋ねても、はっきりしない。そもそも労災みたいに、いろいろ職員が調べて決定するということはないようだ。

請求から1年あまり経った頃、たまりかねたCさんは私の勧めで、総務庁の行政監察局(役所に関する苦情を市民からきいて、調査、指導する)に訴えたりもした。ところが当の厚生省は、「まだ1年ちょっとしか経ってないから、大して遅くないでしょう」と言う。まったくあきれたものだ。

●ついに公務上の決定

1999年6月、ついに裁定通

知書が届いた。公務上として認められ、遺族給与金が支払われることが決定したのだ。Cさんとお母さん連名のお手紙を以下に紹介する。

「今回の件で、初めてセンターの存在を知ることになったきっかけからお話致します。父が亡くなった年の平成9年7月20日頃に、読売新聞を整理していて偶然センターの記事を見つけました。『じん肺・アスベスト等による病気の人への相談会が7月13日から15日に開かれた』というものでした。終わってしまったので諦めたのですが、なんとなく気になって切り取っておきました。次の日にセンターへ電話をすると、23日に来るようにとのことでした。

その後、各種書類を郵送していただき、資料をできるだけ集めるようにとのことでしたので、家中を探し回りました。倉庫に木の箱がしまっており、航空機時代のものがいろいろありました。特に何かのためにと取っておいたのではないでしょうが、今回のことに父の先見の明でもあったのかしらとも思ったりもしましたし、何か遺志すら感じました。

平成8年6月、病院に入院中、担当医より、以前アスベストを使用したことはないかと、何度も聞かれたのに、父は知らない覚えてないと答えていたと聞きました。戦後アスベストの被害を新聞等で見聞きして、もしやと考えていたからではないでしょうか。母にも戦争中の仕事のことは、

当時は元より、亡くなるときまで一切何も話してませんでした。律儀過ぎる父でした。

9月に退院しましたが、痛みで眠れず強い座薬を入れ、飲み薬ももらっていましたが、でも最後はモルヒネも効かないぐらいの痛みになるとのこと。医師に聞かされた時は、ゾッとしました。その苦しむ姿を見たくない、見られないです、娘としては。

2度目の入院は平成9年の2月10日。食べ物、水がうまく下らないで、痛みも増し、風邪も引いてしまったので、肺炎の恐れありと、近所の医師から言われ、入院することになりました。2月9日、入院の前日は、これで見納めかと思ったのでしょうか。部屋の中をグルッと見回しておりました。見ている皆も涙を必死にこらえていました。親のそんな姿を見る時が来るとは、思ってもいませんでした。覚悟を決めるそんな目でした。

息ができない、苦しい、苦しい、痛いと言いつづけていました。3月2日、家族に見守られ静かに旅立って行きました。2日前、まだ意識が残っている時、一人ひとりに『お世話になりました。ありがとうございます、さようなら』と別れを言ってくれました。

裁定が下りたと医師に電話をすると、『良かった、良かった』と、とても喜んでくださいました。今回センターのおかげで裁定を頂き、父もきっと喜んでくれていると存じます。これで病気の原因がはっきりとした訳ですが、ホッとすると同時に、アスベストがいかに恐

ろしいものであるか、つくづく思い知らされた次第です。

最後にセンターをはじめ、資料の件でお世話になった方々に心からお礼を申し上げます。本当にありがとうございました。」

●改めて思うアスベスト禁止、労災発生源の根絶、戦争

50年以上経ってから病気を引き起こしたアスベスト、まさに「静かな時限爆弾」としての恐ろしさを改めて思う。しかし、そのアスベストはいまだに日本だけで、年間10数万吨使用されている。現在曝露した人は、20年、30年、そして50年後にその被害を受けることになる。ILO（国際労働機関）によると、年間10万人がアスベストの犠牲になっている。いますぐ禁止を、早過ぎることは決してない。

また、あらためて戦争について考えさせられる。戦争犠牲者は決して兵士だけではない。私事で恐縮であるが、私の母の兄は、学校を出て無線士の資格を取った後、わずか15歳で輸送船と共にフィリピン沖に沈んで死んだ。その船には叔父同様の少年が多数乗っていたらしい。皆やはり軍属であった。

労災も戦争も同じである。補償されればいいというものではない。その原因を絶つことこそが最も重要な課題であると、やはりあらためて思う。



(神奈川労災職業病センター
川本浩之)

事前評価制度の導入を準備

大阪●豊中市労連が市当局と具体化へ

豊中市労連は、市の労働安全衛生対策として、昨年より事前評価制度を取り入れる方針を固め、取り組みを進めてきたが、このほど市の中央労働安全衛生会でその要綱案を作成、具体化の段階に入っている。

事前評価制度とは、新たな機械を購入したり、施設を改修、新設するなどの際に、購入前や設計段階で、作業者の安全衛生の観点からの点検を制度化するもの。同市の実施要綱案では、新たな機械、設備などを所管する部局の長または安全衛生委員会が評価検討の必要があると認めるときは、「事前評価検討会」を設置することができるとしており、市職員が職務に携わる作業環境のほぼすべてが対象となる。

同市労連は、6月8日に、検

討・学習会を開催し、具体化にあたっての問題点を検討した。例えば、建設物では、設計、建設段階のどの時期に事前評価を行うのかという問題や、各職場ごとの評価基準をどう設定するのかなどについて、議論が交わされた。

また、この学習会では、講師として同市労連顧問医の片木健一氏も参加、最近の労働安全衛生マネジメントシステムやISOの動きと関連づけ、事前評価制度取り入れを積極的に位置づけた。こうした制度を自治体で設ける事例は、全国的にみても例が少なく、この日の議論内容は、具体化の過程で解決されるべきものと考えられる。同市労連の今後の取り組みが大いに期待されるところだ。



(関西労災職業病6月号)

弁当屋パートのケイワン

広島●脳梗塞で死亡後に労災認定

Tさんは、1997年から弁当屋でパート労働者として、午後10時から午前4時まで、肉や魚を焼いたり野菜の裁断や皮むき作業

に従事した。入社後4か月くらいのとき、左右の指関節の痛みを自覚し、湿布を貼って寝たりしていたが、その後症状は軽快して

いた。

ところが、1998年10月1日に、右手が麻痺してまったく作業ができなくなってしまった。その日は、肉を焼く作業を約40分、魚を焼く作業を1時間30分行い、それぞれの焼き網もたわしで強くこすって洗浄した。魚焼き器を片づけ終わって、右手が麻痺して鉛筆が握れないことに気づいた。続いて冷凍食品の開封作業を行ったが、右手が使えないため、右肘と左手で箱を持って行った。その後、野菜の皮むき仕事があったが、右手での作業ができないため、左手で可能な作業に代わってもらった。

Tさんは、「頸肩腕障害(手根管症候群型)、右第4指腱鞘炎」と診断された。Tさんの作業は、いずれも繰り返し手指および手関節に負担のかかる作業であった。長期間に手首に対する負担が蓄積し、魚焼き器などの洗浄作業による強い負担が引き金となって発症したものと考えられた。

Tさんは、作業につくこともできず治療に専念しながら、今年2月に労災申請を行った。6月になって、労働基準監督署は業務上の災害であると認定した。

不幸なことにこの間の4月に、Tさんは、脳梗塞のため亡くなられてしまった。

Tさんの娘さんは、「母は生前、一刻も早く認定されることを待ちわびていましたから、草葉の陰で安心しているでしょう」と、認定されたことを喜んでい



(広島労働安全衛生センター)

ハツリ作業労働者のじん肺 大阪●元請、下請業者の無理解や妨害

建設現場でコンクリートなどのハツリ作業に37年間従事してきたNさんは、今年4月末に「じん肺管理区分3口、続発性気管支炎合併、要療養」の決定を受け、最終粉じん職場を管轄する北大阪労働基準監督署に療養補償、休業補償の請求を行っていたところ、7月2日に支給決定となった。2月にじん肺管理区分申請をしてから、5か月を要した。

Nさんは、最近の健康診断でもじん肺を指摘されていて、咳、痰、息切れも強くなってきていた。しかし、これまで一度もじん肺管理区分申請をしたことはなく、今回が初めての申請となった。昨年、関西労働者安全センターが実施したじん肺ホットラインに相談してきたMさんの知り合いとして来所されたことが始まりだった(6月号43頁参照)。

ハツリ労働者は、零細な親方に所属し、非常に多くの建設、解体工事現場に従事しており、身分もきわめて不安定である。そのため、粉じん対策も不十分で、相当数の労働者がじん肺に罹患しているとみられる。Nさんのような比較的古い時代からの方たちにこうした傾向は強い。

しかし、解雇の現実的不安から、現役で働けるうちにじん肺管

理区分申請をすることのメリットをほとんど感じないこと、じん肺の知識もほとんど与えられていないため、これを知らないことが原因で、Nさんのように働けなくなっはじめて何とかしようとなるのが実態である。また、知らないまま何らの救済も受けていない労働者もかなりいるようである。

比較的早期に労災支給決定がなされると思われたが、意外に時間がかかった。これは、当初最終粉じん職場と考えられた大東市内のゼネコンH組が「じん肺職場と違う」と強行に主張し、

監督署もこれに弱腰となり、最終粉じん職場を変更したためであった。安全センターとしては、あくまでH組であると主張したが、最終的には守口市内のK工業の現場が最終粉じん職場と認定された。ただし、これによってNさんの経済的不利益はなかった。

Nさんが事業主証明を求めただけで、H組は、Nさんが雇われていたハツリの親方、その上のトピ工事業者に「出入り差し止めだ」などと圧力をかけ、それらがNさんに文句を言うてくるなど、Nさんはいわれのない迷惑を被ることとなった。

こうしたじん肺をめぐる元請、下請業者の無理解と問題行動が、被災者救済、安全衛生対策の障害になっていることが痛感された。



(関西労働者安全センター)

78%の労働者が自覚症状 労働省●VDT作業の実態調査結果

労働省が7月26日に発表した「平成10年技術革新と労働に関する実態調査結果速報」によると、コンピュータ機器の使用に伴い、77.6%の労働者が身体疲労・自覚症状を感じており、36.3%の労働者が精神的な疲労やストレスを感じていることがわかった。

この調査は、昨年11月に、常

用労働者を30人以上雇用する民営事業所約1万2千(有効回答率84.7%)とこれらの事業所に雇用されている事務管理等部門の労働者約1万2千人(同70.1%)を対象として行われたものである。

調査結果の概要(骨子)

【事業所調査】

1 コンピュータ機器の導入状況等

(1) 事務管理等部門においてコンピュータ機器を導入している事業所は97.6%となっており、そのうち95.1%の事業所がパソコンを導入している。

(2) パソコンをネットワーク化して使用している事業所は、38.7%であった。

(3) 過去5年間にコンピュータ機器の導入に伴い労働条件面を「変更した」とする事業所は約16.5%であり、そのうち「労働時間を短縮した」ものが81.1%であった。

(4) コンピュータ機器の使用に伴って「目の疲れ、肩のこり等の身体的な疲労を訴える者が増えた」と認識している事業所は28.5%、また、「精神的ストレスを訴える者が増えた」と認識している事業所は5.4%であった。

2 VDT関連

(1) 「専用の作業室、作業区画」を有する事業所で「照明、採光対策」を実施しているとする事業所は、91.7%であった。

(2) VDT(Visual or Video Display Terminals)作業の時間管理を行っている事業所は15.3%、また、専任VDT作業者がいる事業所についても35.1%となっている。

(3) VDT健康診断を実施していない事業所は90.1%となり、実施していない理由の59.8%は「通常の定期健康診断で十

分と考えているから」であった。

3 ME機器等

(1) 生産現場がある事業所においてME(micro-electronics)機器等を導入している割合は、51.8%となっている。

(2) ME機器等の導入に伴って安全衛生面での特別な対策を実施している事業所は80.6%となっており、そのうち70.2%の事業所が「事前に安全性を評価している」としている。

(3) 過去3年間にME機器等によって、「労働災害があった」事業所は8.0%であり、その災害の52.2%は「通常の稼働中」に発生している。また、発生原因をみると「人為的ミス」が93.6%、「機器・システム等の欠陥」は4.5%となっている。

【労働者調査】

(1) 事務管理部門等において仕事でコンピュータ機器を使用している労働者は、90.2%であった。

また、使用している割合が最も高い年齢層は30～39歳で94.5%となっている。

(2) 1日当たりVDT作業を行う時間は「2時間以上4時間未満」とする割合が最も高く29.6%、次いで「1時間以上2時間未満」23.4%となっている。

(3) 職場のコンピュータ機器及びソフトウェアの導入状況に「変化があった」とする労働者は92.1%であったが、そのうち65.4%が「実労働時間は変わらない」としている。

(4) コンピュータ機器を使用す

る仕事に「適応できていない」とする労働者は、10.8%である。

この割合は、年齢が高くなるほど高くなる傾向にあり、50～59歳で18.5%になっている。

(5) 仕事でコンピュータ機器を使用することに精神的な疲労やストレスを「感じている」とする労働者は36.3%となっている。また、女性の方がストレスを感じている割合が高く、男性の33.5%に対し39.6%となっている。

(6) 仕事でコンピュータ機器を使用することに身体的疲労・自覚症状を感じている労働者は、77.6%となっている。特に派遣労働者については92.8%が「身体的疲労・自覚症状がある」としている。疲れの部位別にみると、「目の疲れ・痛み」(90.4%)、「首、肩のこり・痛み」(69.3%)が高い。

(7) VDT作業に関する労働衛生教育を受けた労働者の割合は17.9%となっている。

(8) VDT作業を行う場所の作業環境については、「採光・照明」、「温度」に関して「適当」あるいは「気にならない」とする割合が80%以上である。一方、労働者がマイナスの評価をしたもので割合が高かったものは、机・作業台・イスが「(少し)使いにくい」(43.8%)、レイアウトが「(少し)使いにくい」(43.7%)、作業空間が「狭すぎる若しくは広すぎる」(42.6%)となっている。



女性労働者の乳がん問題

海外短信 ● *Workers' Health International Newsletter*

■イギリスで乳がんの増加とその地域的偏りを地図に表わすとともに、その原因は環境汚染によるものではないかとして、「女性環境ネットワーク」がさらなる調査を計画している。

■Karen Messing氏が、多くの研究者や活動家が、女性労働者の安全衛生問題に無関心であることを批判して、「単視眼的科学」と題する本を著した。

■近年乳がんが増加しており、その原因はなかなか特定できない一方で、職場その他の環境汚染が原因となっている、看護婦、教師、繊維労働者など特定の職業に多いといった、報告もある。

■カナダの「乳がん予防同盟」は、すべての発がん物質は代替できるはずだとして、情報を収集提供している。

■アメリカのハワイで農業が使用されるようになってから、乳がんが増加しているとする報告書が出された。アメリカの他の地域と比較してもハワイは乳がんの発生率が高い。パイナップル農場で使われたDBCPという有害物質が、飲用水からEPA(環境

保護庁)の規制基準をはるかに上回る数値で検出されたりもしている。

■カナダのWindsor大学の疫学者が、環境や職場の要因と乳がんとの因果関係についての調査を計画している。カナダでも乳がんが増加しており、カナダ自動車労働組合(CAW)が職業がんについての全国キャンペーンを企画している。

■「化学物質過敏症」(Multiple Chemical Sensitivity)に関するアメリカ政府の報告書はひどい代物だという批判の声が専門家から出ている。

■国際化学安全計画(IPCS)が「化学物質過敏症」について、「特定環境過敏症」(Idiopathic Environmental Intolerances)として再定義した。これは化学産業界にとっては歓迎すべきことである。

■化学物質の低濃度曝露とその人体への影響などについて解説した、Chemical exposure: Low levels, high stakesという本が出版された。医学、技術的なことのみならず、健康管理、オルタナ

ティブな雇用、補償などにも触れており、安くてよい本である。

■マサチューセッツ大学のJennifer Pennyらが、産業界やいくつかの政府が最近進めている、リスク・アセスメントやコスト・ベネフィット分析では、安全を守ることはできないと批判した。

■カナダ労働組合会議の安全衛生環境部長のDave Bennett氏は、化学物質について労働者が知る権利を勝ち取るための国際キャンペーンを呼びかけている。

■アメリカの国立環境衛生科学研究所(NIEHS)が、高圧線の電磁界とがんの間に因果関係がある可能性があるとする報告書をまとめた。

■スウェーデンの保険会社Skandia社が、グループ内のSkandia International社を身売りすることを発表した。同社がとってきた電磁波対策などは継続すること。

■スウェーデン国立労働生活研究所とノルウェー理工科大学が共同で行った、17,000人規模の調査の結果、携帯電話使用者に頭痛などが多く見られることが明らかになった。

■アメリカ国立労働安全衛生研究所(NIOSH)が、金属加工の際に使用する切削油、冷却剤、潤滑油などの曝露を劇的に削減するように提言した。



全国労働安全衛生センター連絡会議

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 TEL(03)3636-3882/FAX(03)3636-3881
E-mail joshrc@jca.ax.apc.org HOMEPAGE http://www.jca.pc.org/joshrc/

- | | |
|--|------------------------------|
| 東京 ● 東京労働安全衛生センター | E-mail etoshc@jca.apc.org |
| 〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 TEL(03)3683-9765/FAX(03)3683-9766 | |
| 東京 ● 三多摩労災職業病センター | |
| 〒185-0021 国分寺市南町2-6-7 丸山会館2-5 TEL(042)324-1024/FAX(042)324-1024 | |
| 東京 ● 三多摩労災職業病研究会 | |
| 〒185-0012 国分寺市本町4-12-14 三多摩医療生協会館内 TEL(042)324-1922/FAX(042)325-2663 | |
| 神奈川 ● 社団法人 神奈川労災職業病センター | E-mail VZW01150@nifty.ne.jp |
| 〒230-0062 横浜市長見区豊岡町20-9 サコポ豊岡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 | E-mail KFR00474@nifty.ne.jp |
| 〒951-8065 新潟市東堀通2-481 TEL(025)228-2127/FAX(025)222-0914 | |
| 静岡 ● 清水地域勤労者協議会 | |
| 〒424-0812 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 | |
| 〒601-8432 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 | E-mail koshc@osk2.3web.ne.jp |
| 〒540-0026 大阪市中央区本町1-2-13 ばんらいビル602 TEL(06)6943-1527/FAX(06)6943-1528 | |
| 兵庫 ● 尼崎労働者安全衛生センター | |
| 〒660-0803 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協気付 TEL(06)6488-9952/FAX(06)6488-2762 | |
| 兵庫 ● 関西労災職業病研究会 | |
| 〒660-0803 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協長洲支部 TEL(06)6488-9952/FAX(06)6488-2762 | |
| 広島 ● 広島県労働安全衛生センター | |
| 〒732-0827 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 | |
| 〒680-0814 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 | |
| 〒792-0003 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 | |
| 〒780-0010 高知市薊野イワ井田1275-1 TEL(0888)45-3953/FAX(0888)45-3953 | |
| 熊本 ● 熊本県労働安全衛生センター | |
| 〒861-2105 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レ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 | |
| 〒870-0036 大分市中央町4-2-5 労働福祉会館「レイコ」6階 TEL(0975)37-7991/FAX(0975)34-8671 | |
| 宮崎 ● 旧松尾鉦山被害者の会 | |
| 〒883-0021 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 | E-mail sh-net@ubcnet.or.jp |
| 〒102-0085 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 | |
| 〒960-8103 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 | |
| 〒754-0000 山口県小郡郵便局私書箱44号 | |