

健康確保支援給付(仮)の創設 労働省の情報公開に問題

使用者側は民賠問題に固執

労災保険審議会(会長 保原喜志夫・天使女子短期大学教授)は、1月25日、労働大臣に対して、「労働者災害補償保険制度の改善について」建議した(8頁に全文)。

公開されない小委員会での論議

同審議会は、これまでは全委員がメンバーとなった労災保険基本問題懇談会を設置して議論を一定煮詰めてから本審議会の場に移すというやり方が行われてきたが、今回は、公労使委員各3名ずつからなる「労災保険制度検討小委員会」が設置され、昨年8月4日から今年1月18日まで検討が行われた。1月18日に小委員会の報告がまとめられ、1月25日に本審議会の建議にいたった。

労働省では閣議決定に則って、審議会の議事録・提出資料等は「1か月程度を目安」に文書閲覧窓口において公開する方針だというが、労災保険制度検討小委員会の議事録等は、「公開する予定だが、作業が遅れている」(労災管理課、前号47-48頁参照)ということで、結局、審議会の建議が出されるまで(出されてもなお)、公開されなかった。

労災保険制度検討小委員会は、以下の事項を主要検討事項として設置された。

- ① 今後の労働福祉事業のあり方
- ② 労災保険における労働者の健康確保支援のあり方
- ③ 建議において検討課題とされた事項等
 - ・ 労災保険給付と民事損害賠償との併給調整
 - ・ 給付基礎日額の年齢階層別最低・最高限度額の調整
 - ・ その他

③の建議とは、前回一平成6年12月16日付けの労災保険審議会の建議(1995年1・2月号20頁参照)のことであるが、この中には、「同一の事由に基づく労災保険給付等と民事損害賠償(第三者行為災害を含む)との調整のあり方について、法律の専門家による検討を行う」という一文が含まれていた。

この「法律の専門家による検討」なるものはまったく動きが見えなかったのであるが、昨年10月、法律の専門家4名からなる「労災保険制度のあり方に関する研究会報告書」がまとめられた(平成8年秋から約2年にわたって検討されたという)。

法律家の検討結果の公表も拒む

この報告書について、労働省は、「概要」(1999

労働者災害補償保険制度の改善について(概要)

1 健康確保支援給付(仮称)の創設

新たな法定給付として、「健康確保支援給付(仮称)」を創設する。

(1) 対象者

生活上の要因のほか、業務による過重な負荷があった場合に、脳・心臓疾患を発症しあるいは悪化させ得る危険因子を相当程度有することを疑い得る健康診断結果が出た者

(2) 給付内容

- ① 循環器系の異常に関する二次的な健康診断
- ② 医師等による指導(栄養指導、運動指導、生活指導)

2 労働福祉事業の在り方の見直し

(1) 事業内容の見直し

労働条件確保事業をはじめとする各事業の内容についてその効果等を十分検討するとともに、必要に応じた見直しを行うこと等により、総事業費の縮減に努める。

(2) 事業の透明性の確保

労働福祉事業の透明性を確保する観点から、各事業の実施状況について、定期的に審議会に報告を行う。

(3) 限度額設定方式の見直し

限度額の法的根拠の在り方等について検討を行う。

3 特別加入制度の対象範囲の拡大

雇用と異なる多様な就業分野の拡大に対応するため、家庭介護等労働者を新たに特別加入の対象に加える。

4 その他

過去債務分の積立の計画期間については見直すこととし、次期料率改定の時期に向けて早期に結論を得る。

年12月号27頁参照)は公表しているものの、報告書の本体については、かたくなに公表を拒んでい。昨年11月の時点では、われわれの問い合わせに対して「報告書の本体はまだまとめられていない」と言っていたが、今年1月7日には、報告書本体も10月にまとまっていることはしつこく認めたものの、「審議会に提出しているのも『概要』だけ(個々の委員には報告書本体も渡しているという)」、「公表ということになると、検討していただいた先生のご了解とか…。公表はしておりません。」(前号53頁参照)

しかし、小委員会報告前文3(1)に「労災保険給付と民事損害賠償との間の調整の在り方については、法律の専門家による検討結果を踏まえ、引き続き検討を進める」とある、「法律の専門家による検討」とはこの報告書をさすものと思われ、労働省のこの情報統制、秘密主義は到底認められるものではない。

「概要」は1999年12月号27-29頁に紹介してい

るが、これをみてもおわかりのとおり、この研究会報告は、民事損害賠償との調整問題だけを扱ったものではない。実際は、以下の4つの大きな問題が取り上げられており、その結論は、実質的に今回の見直し作業の労働省サイドのベースラインとなるものであったと考えられる。

① 予防対策、社会復帰・援護対策の充実

「労災保険制度の枠組みとの整合性、労働者の私生活領域への事業主や国の介入等の問題点を踏まえ、(予防対策の)助成措置の導入の適否を検討することが必要」。

② 新たな労働災害に対応する業務上外の認定のあり方

「今後の裁判例の動向を正確に分析していくことが重要」。今後さらに、法律的、医学的、「様々な検討の中で改善を図るべき点があれば、逐次改善を図るべき」。

「なお、より一層迅速かつ公正な認定を行うため、職員の研修の充実やマニュアル化の推進

が重要」。

③ 年金における年齢による稼働能力への対応

A～E案の5つ案の示したうえで、「それぞれの案の有する問題点の困難性等にかんがみ、E案(現行の年齢別最低・最高限度額について、中堅年齢階層の最低限度額を引き上げ、高齢時の最高限度額を引き下げる方法)を軸として、労働市場の流動化傾向等を踏まえ、更なる検討をしていくことが適当」。

④ 労災保険給付と民事損害賠償との調整

A～C案の3つの案を示したうえで、「それぞれに問題がある中で将来の保険給付分も含め民事損害賠償から控除する案(C案①)が有力であるが、なお問題点について引き続き検討する必要がある」(事業主責任災害の場合)。

民事損害賠償との調整問題

④の民事損害賠償との調整問題、③の年齢による稼働能力問題(老齢年金との調整、高齢時給付額のさらなる抑制)、とりわけ前者は、二重填補、二重負担であるから完全に「調整」せよという使用

者側の年来の要求であり(囲み参照)、これらが今回の見直し作業の全面に出てくれば紛糾することは必至である。しかし、この研究会報告の結論にあるように、いずれも「さらに検討が必要」ということになれば、紛糾は避けられるものと予想され、審議会の建議は、従来どおり昨年中にもまとめられるものと思われていた。

しかし、実際には、使用者側が、民事損害賠償との調整問題にこだわり、また、予防対策の保険給付化に難色を示したこと等により、年明けまでもつれ込んだようだ。建議では、前文の3において、「さらに検討を深め、あるいは、運用上の対応を図るべきである」として、労使各側から出された優先的に検討すべき事項を、(1)～(7)まで列挙するかたちをとっている(10頁参照)。民事損害賠償との調整のあり方についても、前述のとおり、「法律の専門家による検討結果を踏まえ、引き続き検討を進める」、とされている。

労災保険給付はまさに最低限の労災補償であって、損害賠償のすべてを填補するものにはなっていないということはもちろんであるが、労災保険給付以外に企業が直接民事損害賠償責任を負わさ

● 1984年12月13日・日本経営者連盟「労災保険法改正に対する要望」

2. 労災保険給付と民事損害賠償との関係

労災保険給付と民事損害賠償との支給調整については、昭和55年12月の労災保険法の改正において一応の措置が講じられたところであるが、右改正による調整は完全調整ではなく、一定の調整期間経過後は再び同一損害についての二重てん補、二重負担という不合理が依然として生ずることになっている。ついては、労災保険給付と民事損害賠償との完全調整を可及的速やかに実施すべく再度の法改正に着手すべきである。

なお、欧米諸国にみられる如く労災保険給付がなされたときは、労働災害に対する民事損害賠償を原則として否定する制度をとることを検討すべきである。

● 1989年6月16日・使用者側委員要望

1. 労災保険給付と民事損害賠償との調整

業務災害に対する保険料の負担者としての使用者が受ける利益は、その給付によってその業務災害に係わる責任を免れることができることにあるので、労災保険給付と民事損害賠償との調整にあたっては、逸失利益について完全な調整を行うことはもとより、企業による法定外(上積み)補償を含めて、慰謝料についても調整を行うこと。

● 1994年4月8日・使用者側委員要望

1. 労災保険と民事損害賠償との調整

労災保険の給付と民事損害賠償との関係については、労災保険法第64条により暫定措置として一部調整措置が講じられているものの、依然として、同一損害について二重てん補、二重負担という不合理が生じているので、完全調整を確実に行うための法律上の調整ルールを検討すべきである。

その際、逸失利益のみならず、企業による法定外(上積み)補償、慰謝料についても完全に調整の対象とすること。



れる可能性があるということは、労働災害を抑止する効果を果たしているものと考えられる。

多くの企業において、いわゆる労災上積み補償制度(協定)が作られ、その補償額が引き上げられてきているが、これも、労働災害を発生させてしまった場合にはそれだけの責任を負うという意思を示すことによって、労働災害を発生させないための努力を促進するという機能も果たしてきた。使用者側の主張が通れば、この上積み補償も民事損害賠償として調整される可能性がある。

日本では、労働安全衛生法による事前/事後のペナルティの発動がきわめて不十分であることに加えて、前号(41頁参照)でみたように、「事業主の故意または重過失によって生じた」労働災害であっても、療養補償給付を除いた保険給付に要した費用の、さらにその30%の「費用徴収」しかなされず、ペナルティとしての意義を著しく減じてしまっている。

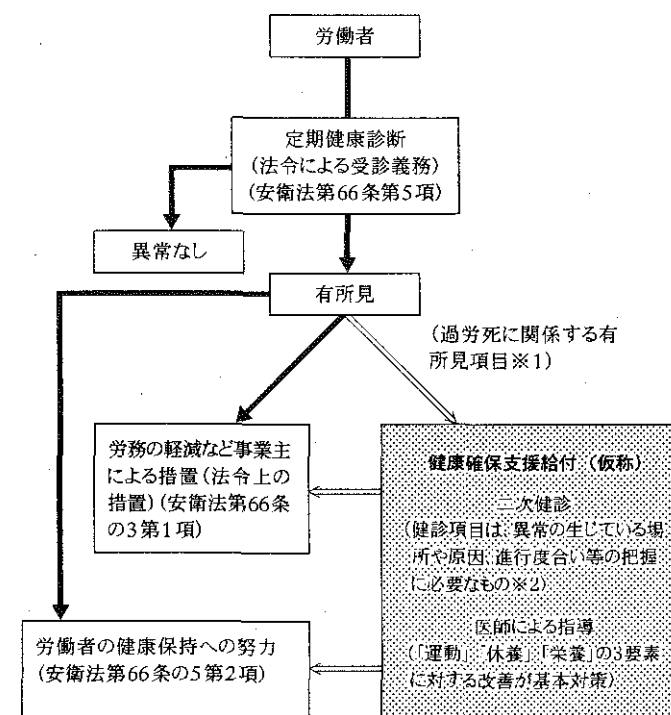
労災保険制度における業種別労

災保険率の決定やメリット制も、労災保険制度のあり方に関する研究会報告も指摘するように、「労災保険率の増減という経済的な誘因によって、事業主に予防を促すにとどまり、罰則といった強制を伴わない点で、労安法の予防施策よりも、穏やかな施策」であり、「業務による基礎疾患の増悪等の予防について、事業主にどの程度誘因効果を与えるかは明確ではない」。

労災保険給付がなされさえすれば、企業はそれ以外の責任を免れるということになれば、労働災害防止努力は一層なおざりにされるおそれが大きい。この面からも、民事損害賠償との完全調整は認められるものではない。

健康確保支援給付(仮称)の創設

健康確保支援給付(仮称)のスキーム案



(※1) 肥満、血圧、血糖、血中脂質すべてに有所見となること(いわゆる「死の4重奏」)を想定、対象労働者は約30万人と試算

(※2) 超音波を用いて動脈や心臓の状況を画像診断するエコー検査等を想定

さて、今回の労災保険制度検討小委員会の報告の具体的内容は、以下の①～③の3点であり、労災保険審議会の建議が、④の点を付け加えた。

- ① 健康確保支援給付(仮称)の創設
- ② 労働福祉事業のあり方の見直し
- ③ 特別加入制度の対象範囲の拡大
- ④ 過去債務分の積立の計画期間の見直し

「健康確保支援給付(仮称)の創設」に関しては、予防対策として新たな保険給付を創設するということである。これについては、労災保険制度のあり方に関する研究会報告では、検討が必要な問題点を示すにとどまり、小委員会報告では、健康確保支援措置の創設については意見の一致をみたものの、新たな保険給付化と労働福祉事業の中で実施すべきとの意見にわかれ、審議会建議として「新たな保険給付として創設することが適当」とされた。

具体的には、①脳・心臓疾患を発症・悪化させ得る危険因子を相当程度有することを疑い得る健康診断結果が出た者に対し、②循環器系の異常に関する二次的な健康診断と、③その結果に基づき、具体的な予防活動を促進するために有効な医師等による指導を実施することとされる。

①については、肥満、血圧、血糖、血中脂質すべてに有所見となること(いわゆる「死の4重奏」)、②については、超音波を用いて動脈や心臓の状況を画像診断するエコー検査等、③については、運動、休養、栄養の3要素に対する改善が基本対策、等と想定されている(前頁図参照)。研究会報告で、「費用対効果の検討なしに助成措置の導入を行うことには疑問がある」と指摘されていることを意識してか、対象労働者の試算も行っており、約30万人となるとしている。

法が要求している定期健康診断はいわゆる一次健診についてだけなのであるが、実際には、精密検査(二次健診)も行われている。労働福祉事業団の調査(平成11年9月)によれば、定期健康診断の受診率96.5%、有所見率34.8%、要精検と判定された者の割合は対健診受診者で11.6%、対有所見者で33.3%、要精検と判定された者の精密検査受診率39.4%。精密検査に係る費用を援助している企業の割合は、全体で26.2%(全額援助は19.9%)、0-99人規模24.9%(19.1%)、100-299人規模25.0%(22.1%)、300-人規模34.9%(20.9%)。精密検査の勧奨実施率は90.6%と高い(確認実質率は54.8%、事業所割合)が、実際の受診率は、援助がある場合に72.5%、援助なしでは29.9%(労働者割合)等となっているという。

したがって、現実にはどのような影響をもたらすかと言えば、これまで行われなかった二次健診が新たに行われるということではなく、二次健診に要する費用の一部を企業または労働者が負担しなくてすむようになり、その結果受診率が向上することが期待される、ということであろう。

労働福祉事業のあり方の見直し

「労働福祉事業のあり方の見直し」に関しては、

以下のことを指摘している。

① 事業内容の見直し

各事業の内容についてその効果等を十分検討するとともに、必要に応じた見直しを行うこと等により、総事業費の縮減に努める。とくに、予算と実績の乖離の大きい事業については、予算規模を見直す。労災病院の統廃合、出資金の縮減、民間への事業委託、休養施設の廃止にもふれているが、これらは、昨年末に発表された総務庁の行政監察結果で指摘された点でもある(1・2月号62頁参照)。

② 事業の透明性の確保

各事業の実施状況について、定期的に審議会に報告を行うこととするほか、労使を含め広く国民に明らかにしていく方策を講ずる。とくに、労働条件確保事業については、事業内容を法令上明確にする。

③ 限度額設定方式の見直し

この点については、労働福祉事業の労働条件確保事業として行われている「未払賃金の立替払事業」の額が急増する一方、不況の影響もあって保険料収入が落ち込んでいることから、今(1999)年度決算から2001(平成13)年度までの間、現行の労働福祉事業の限度額の枠から、未払賃金の立替払事業に要する費用を除外する特例措置が講じられたところである。この特例措置をどうするかも含めて、継続検討扱いとされた。

そもそも労働福祉事業については、「主な事業」の一覧はあっても、すべての事業を一覧にして示されたためしがない。②の報告だけでなく、①の事業内容の見直し自体を、パブリック・コメント手続等を活用して、直接国民の声を聴いて行うべきであると考え。

特別加入制度の対象範囲の拡大

「特別加入制度の対象範囲の拡大」については、「雇用と異なる多様な就業分野の拡大に対応するため、家庭介護等労働者を新たに特別加入の対象に加える方向で検討を行う」こととされた。

たしかに重要な問題であるが、一方で、形式的

に雇用以外の就業形態のようなかたちをとっていても、実態は労働者であるものが、「労災未手続」のまま放置されるという状況もまた、拡大していると考えられる。とりわけ需要が拡大すると考えられる「介護サービス等」を中心に、注意を喚起し、「未手続」状態を生じさせない/解消するための具体的な取り組みを強化すべきである。

過去債務分積立計画期間の見直し

この問題については、小委員会報告前文の3(7)で、次のとおりふられている。

「労災事故が生じた責任は労災事故が発生した時点の事業主集団が負うべきとの観点から、現行の積立方式(充足賦課方式)は引き続き維持する。また、平成元年度からの30年間の計画で積立を行っている過去債務分については、当初予定を相当程度上回る額が積み立てられていることから積立の計画期間を延長すべきだとの意見がある一方、保険料負担のさらなる転嫁を避けるため当初の計画を維持すべきとの意見があるため、引き続き検討を深める必要がある」。

この問題は、1960年以降、労災保険制度に年金給付を導入/拡充するにあたって、その債務を将来に先送りしてきたことから生じている問題とされ、積立の計画期間延長による従業員100人のモデル事業場(毎勤統計・平成10年平均給与月額)における年間保険料負担軽減は、5年延長の場合に87,955円、10年延長だと153,922円と推計されている。審議会の建議では、「次期料率改定の時期に向けて早期に結論を得ること」とされた。

認定・社会復帰対策等の問題

以上の4点の他、小委員会報告前文3の(1)～(7)に掲げられた検討事項や、それ以外の労災保険制度のあり方に関する研究会報告で引き続き検討が必要等とされている問題のフォローをしていることも必要だろう。後者としては、以下のような重要な問題も含まれている。

● 業務上外認定のあり方

「新たな労働災害に対応する業務上外認定のあり方」について、以下の3つの案について各々「メリット」と「検討を要する点」をあげた上で、「労使を含めた関係者の間で幅広く検討が行われるべきである。その中で、認定基準や認定のあり方について、改善を図るべき点が明らかになれば、逐次改善を図っていくべきである」としている。

- ① 業務が他の要因に比べて当該疾病に対して最も有力な原因でなくても、相当程度の有力性を持てば、業務上と判断することとした場合
- ② 業務の過重性について、被災労働者本人を基準として判断することとした場合
- ③ 業務遂行中に発症したものであれば、原則として、業務上と判断することとした場合

● 社会復帰・援護対策

社会復帰・援護対策に関して、概略、以下のような問題点を指摘し、「ニーズについて調査を行いつつ、具体的な検討を行っていくことが適当であろう」としている。

- ① わが国では、社会復帰・援護対策は、附帯事業である労働福祉事業で行っているが、諸外国の労災保険制度のなかには、給付等として積極的に位置づけているものもある(ドイツ、フランス、カナダ等)

介護保険法においても、福祉用具購入費の支給やリハビリテーションについても保険給付として構成されているように、要介護状態の悪化防止・軽減ということを積極的に位置づけている。

このように、諸外国の労災保険制度や社会保険制度との比較においても、労災保険制度として、社会復帰・援護対策を充実させる意義があるものと考えられる。

- ② これまでの社会復帰対策は、身体的に重度の障害を受けた者の機能回復による日常生活への復帰を中心に行われてきており、今後は、これらの重度被災労働者はいうまでもなく、急性脳・心臓疾患や精神障害を含む幅広い疾病に罹患している者に対して、精神的なケアを行った、り、公共職業安定所や職業能力開発施設との連携等職業生活への復帰の視点から充実させていくべきである。



労働者災害補償保険制度の改善について 労働者災害補償保険審議会の建議

平成12年1月25日

当審議会においては、平成11年8月より労災保険制度検討小委員会を設け、労働者災害補償保険制度の改善について検討を行ってきたところであるが、今般、当面改善の必要のある事項について、別添報告書のとおり同小委員会の結論が得られた。

当審議会として同報告書を踏まえ検討を行った結果、下記のとおり意見の一致をみたので、この旨建議する。

記

- 1 健康確保支援給付(仮称)の創設については、新たな法定給付として創設することが適当である。
- 2 その他労災保険制度検討小委員会報告書の趣旨に沿って労働者災害補償保険制度の改善を行うことが適当である。特に、過去債務分の積立の計画期間については見直すこととし、次期料率改定の時期に向けて早期に結論を得ることが適当である。

労働大臣 牧野隆守殿

平成12年1月25日
労働者災害補償保険審議会
会長 保原喜志夫

労災保険制度検討小委員会においては、平成11年8月4日に第1回会合を開いて以来12回にわたって会合を持ち、労働者災害補償保険制度に関し、労災保険制度における労働者の健康確保支援の在り方及び今後の労働福祉事業の在り方を中心に検討を行った結果、このたび当面改善の必要のある事項についてその結論を得たので、別

紙のとおり報告する。

労働者災害補償保険審議会
会長 保原喜志夫殿

平成12年1月18日

労災保険制度検討小委員会
座長 野見山眞之

労働者災害補償保険制度の改善について

- 1 労働者災害補償保険制度(以下「労災保険制度」という。)は、昭和22年に創設されて以来、度重なる制度改善により、保険給付における給付内容、給付水準の向上が図られるとともに、被災労働者の社会復帰の促進、被災労働者及びその遺族の援護、労働安全衛生の確保並びに適正な労働条件の確保を図るために行う労働福祉事業についても充実が図られてきた。
- 2 しかしながら、近年の経済社会情勢の変化に伴い、労災保険制度を取り巻く環境も大きく変化していることに対応し、本小委員会としては、次のような考え方により、下記の制度改善を行う必要があるとの結論に至った。

- (1) 定期健康診断における有所見率が高まっているなど、健康状態に問題のある労働者が増加している中で、業務による過重負荷により基礎疾患が自然経過を越えて急激に著しく増悪し、脳血管疾患及び虚血性心疾患等(以下「脳・心臓疾患」という。)を発症して死亡又は障害状態に至ったものとして認定された件数は、近年増加傾向にある。脳・心臓疾患は生活習慣病といわ

れ、偏った生活習慣に起因することが多いが、一方、労働衛生に関するILO/WHO合同委員会により作業関連疾患の一つと位置付けられており、業務に起因するストレスや過重な負荷によるものもある。働き盛りの者の脳・心臓疾患の発症は、本人やその家族はもちろん、企業にとっても重大な問題であり、社会的にも「過労死」として取り上げられ、企業の責任問題や労災認定を巡っての争いなど様々な社会問題を惹起している。今後、労働者の高齢化がさらに進展し、脳・心臓疾患に係る労災請求事案の増加が懸念される中、労働者や企業等に起こり得る甚大な被害の発生を防ぐことの重要性が増している。

一方、医療の分野においては、予防の重要性が広範に認識されるようになっているが、脳・心臓疾患については、労働安全衛生法で定める定期健康診断により、その発症の原因となる危険因子の存在を事前に把握し、かつ、適切な保健指導により発症を予防することが可能である。

以上のような状況を踏まえ、業務による過重負荷に伴う脳・心臓疾患の発症の予防的確に行うため、労災保険制度の法定給付として、労働者について、プライバシーにも配慮しつつどのような健康状態にあるかを把握した上で、事業主が、その状態に応じて就業上の措置を講ずることを促進するような仕組みを創設すべきとの意見があった一方、脳・心臓疾患は基本的に私病であると考えられることから、労災保険制度の法定給付として新たな給付を創設することは適当でなく、今後、脳・心臓疾患の予防対策について、労働安全衛生対策、健康保険制度、労災保険制度などの幅広い分野において検討すべきであるとの意見があった。いずれにしても、こうした幅広い分野の検討の中で、労災保険制度においてどのような取組みができるかについて引き続き検討を進める必要がある。

なお、仕事や職業生活に強い不安、悩み、ストレスを抱えている労働者が増加していることから、メンタルヘルス対策の重要性が高まっているものと考えられる。しかしながら、メンタルヘルスの問題については、現在、多くの事業場にお

いて行われている集団健康診断では、医師との信頼関係の構築に時間を要すること等の問題から、個別の対応の必要な者の把握は難しい。さらに、プライバシーに配慮する必要性が特に高いという問題もある。このため、脳・心臓疾患と同じ仕組みによる対策を講ずるにはなじまない面があり、別途、行政当局において対応策についての検討を行い、速やかな対応が図られることが期待される。

- (2) 労働福祉事業については、事業主の努力や労働者の協力による労働災害の減少、第3次産業化の進展等に伴い保険料収入が減少していくことが見込まれる一方、事業の主要な対象である労災年金受給者は増加傾向にあり、このような状況に対応していく必要がある。また、これまで事業の実施状況等についての情報開示は必ずしも十分ではなかったと考えられる。

このため、これまで以上に各種施策の必要性等を精査し、適正な規模により効率的な事業運営に努めるとともに、透明性を確保する観点から、労働福祉事業の実施について労使の意見を十分に反映したものとするとともに、情報開示を図る等の措置を講ずる必要がある。特に、労働条件確保事業については、目的・効果等の観点から、その範囲が不明確になるおそれがあることから、事業そのものの見直しを行うとともに、事業内容をより明確化すべきと考えられる。

また、保険料収入等が減少する中で、現行の限度額設定方式については、料率設定の考え方との対応関係が不明確な面もあることから、適正規模による事業の実施、透明性及び安定性の確保の観点から運用面を含めその在り方について検討を行うことが必要である。併せて、未払賃金立替事業に要する費用については、現在、臨時的に限度額の対象から除外しているが、景気の動向によって所要額が大きく変動すること、政府は立替払いの請求に応じることとされていること等の事業の性格も考慮して、当該取扱いを継続すべきかどうかについて検討を行う必要がある。

- (3) 今後、雇用と異なる多様な就業分野の拡大が

見込まれる中で、これらの者が安心して働くことのできる条件の整備を図ることの重要性が増している。

特に、高齢化が進展する中で、介護サービスを担う人材に対する需要が増大するものと考えられるが、家政婦紹介所の紹介等により個人家庭に雇用され介護や家事援助に従事する労働者（以下「家庭介護等労働者」という。）については、労働基準法上の労働者とされており、労災保険制度の適用対象とされていない。このため、これらの者が安心して働くことのできる条件整備を図る必要性が高まっている。

3 本小委員会においては、過去の審議会における建議において指摘を行った事項と併せて、労使各側から労災保険制度に関連する要望事項の提出を求め、そのうち優先的に検討すべきものとして、以下の事項について対応の在り方の検討を行った。これらの事項については、以下のとおり、さらに検討を深め、あるいは、運用上の対応を図るべきであると考えられる。

なお、使用者側からは、優先的に検討すべき事項以外の事項についても要望が提出されているところであるが、これらについては、別途の機会において改めて労使各側から要望事項の提出を求めた上で検討を行うことが適当である。

- (1) 給付基礎日額の年齢階層別最低・最高限度額については、平成12年度の設定時には限度額の設定方法を改善する方向で検討を行う。
- (2) 労災保険給付と民事損害賠償との間の調整の在り方については、法律の専門家による検討結果を踏まえ、引き続き検討を進める。また、社会保険給付との間の調整の在り方については、老齢厚生年金など他の公的年金の制度改革の動向も勘案しつつ、引き続き検討を行う。
- (3) 未手続事業や「労災かくし」対策、あるいは適用業種区分や労働者性の判断については、労災保険制度を運営する上での基本事項であり、必要に応じて地方機関に対する指導、周知を図り、引き続き適正な実施に努める。
- (4) じん肺症患者に発生した肺がんの補償の在り方や障害等級の認定基準については、新た

な医学的知見等を踏まえつつ検討を行う。また、はり・灸等の東洋医学の適用の取扱いについては、健康保険制度における取扱いの今後の動向を見守りつつ、必要に応じ対応を図る。

- (5) 建設の事業におけるメリット増減率については、建設の事業における平均料率の上昇の可能性にも配慮しつつ、他産業並に拡大することについて検討を行う。
- (6) 労災事故が生じた責任は労災事故が発生した時点の事業主集団が負うべきとの観点から、現行の積立方式（充足賦課方式）は引き続き維持する。また、平成元年度からの30年間の計画で積立を行っている過去債務分については、当初予定を相当程度上回る額が積み立てられていることから積立の計画期間を延長すべきとの意見がある一方、保険料負担のさらなる転嫁を避けるため当初の計画を維持すべきとの意見があるため、引き続き検討を深める必要がある。
- (7) 複数の企業と雇用関係を有する、いわゆる「二重就職者」等が増大しているといわれているが、現行の通勤災害保護制度においては、就業の場所と就業の場所との間の移動中の災害については補償の対象となされていない。まずは、行政当局において、その就業実態や災害状況等についての実態を把握することが望まれる。

記

1 健康確保支援給付（仮称）の創設

労災保険制度において労働者の健康確保を支援するための措置を創設することについては意見の一致をみたが、その方法については次の二つの意見があった。

まず、新たに法定給付として「健康確保支援給付」（仮称）を創設すべきであるとの立場からは、具体的には、生活上の要因のほか、業務による過重な負荷があった場合に、脳・心臓疾患を発症しあるいは悪化させ得る危険因子を相当程度有することを疑い得る健康診断結果が出た者に対し、循環器系の異常に関する二次的な健康診断と、その結果に基づき、具体的な予防活動を促進するために有効な医師等による指導（栄養指導、運動指導、生活指導）を実施することが適当であり、

また、二次的な健康診断については、その項目を効果的なものに限定して、医師等による指導と一括して給付することが適当であるとの意見が出された。

次に、労災保険制度の法定給付として新たな給付を創設することは適当でないとの立場からは、当面の措置がやむを得ないものとしてどうしても実施するのであれば労働福祉事業の中で実施すべきであり、その際スクラップアンドビルドにも配慮する必要があるとの意見が出された。

2 労働福祉事業の在り方の見直し

(1) 事業内容の見直し

労働福祉事業については、今後とも、労働条件確保事業をはじめとする各事業の内容についてその効果等を十分検討するとともに、必要に応じた見直しを行うこと等により、総事業費の縮減に努める。特に、予算と実績の乖離の大きい事業については、各々の事業の性格を踏まえ事業実績に見合った予算規模に見直す。

また、労災病院については、勤労者医療の中核的機能を高めるため、労災指定医療機関等との連携システムを含め、その機能再構築を図るとともに、労災病院の設置状況や労災患者の利用実態等を勘案し、病院及び病院関連施設の統廃合を含め検討を行うとともに、引き続き、出資金の縮減、民間への事業委託に努める。

さらに、休養施設については廃止の方向で検討を行う。

(2) 事業の透明性の確保

労働福祉事業の透明性を確保する観点から、各事業の実施状況について、定期的に審議会に報告を行うこととするほか労使を含め広く国民に明らかにしていく方策を講ずる。特に、労働条件確保事業については、専門内容を法令上明確にする。

(3) 限度額設定方式の見直し

保険料収入等を基準とする現在の労働福祉事業の限度額の設定方式については、賃金総額を基準とする限度額設定方式に改めることや、平均料率が低下する中では、保険料収入等に乗ずる係数（現行18/118）について必要に応じて柔軟に改定すること検討すべきであるとの意見があった。また、限度額の法的根拠の在り方について検

討を行う。

なお、平成13年度までの間の臨時的措置として限度額の対象から除外している未払賃金立替払事業については、今後の所要額の状況等を踏まえ、当該取扱いを継続するかどうかについて検討を行う。

3 特別加入制度の対象範囲の拡大

雇用と異なる多様な就業分野の拡大に対応するため、家庭介護等労働者を新たに特別加入の対象に加える方向で検討を行う。



労働者災害補償保険審議会委員名簿 （平成12年1月4日現在）

公益代表

- | | |
|--------|-------------------|
| 保原喜志夫 | 天使女子短期大学教授 |
| ○岩村正彦 | 東京大学大学院法学政治学研究科教授 |
| ○岸玲子 | 北海道大学医学部教授 |
| 金城清子 | 津田塾大学教授 |
| ◎野見山眞之 | 財団法人労働福祉共済会会長 |
| 松本 齊 | 読売新聞社論説委員 |

労働者代表

- | | |
|-------|------------------------|
| 北裏正興 | 全国金属機械労働組合顧問 |
| ○佐藤正明 | 全国建設労働組合総連合書記長 |
| 高松伸幸 | 全日本運輸産業労働組合連合会書記次長 |
| ○田中利夫 | 全国造船重機械労働組合連合会書記長 |
| 真島明美 | 日本労働組合総連合会東京都連合会女性局副部長 |
| ○松浦清春 | 日本労働組合総連合会総合労働局長 |

使用者代表

- | | |
|-------|-----------------|
| ○宇田川靖 | 日本通運株式会社常務取締役 |
| ○久保國興 | 日本鋼管株式会社取締役 |
| 桜井征夫 | 社団法人全国建設業協会常務理事 |
| ○高梨昇三 | 日本経営者団体連盟環境社会部長 |
| 早川祥子 | 株式会社アイディア・バンク顧問 |
| 廣田進 | 日立造船代表取締役常務取締役 |

○：労災保険制度検討小委員会、◎：同座長

使用者代表委員の意見

労災保険審議会における検討項目
についての使用者側委員の意見
平成11年9月30日

労災保険審議会使用者側委員
宇田川靖／久保國興／桜井征夫
高梨昇三／早川祥子／廣田進

使用者側委員としては、関係団体等に対するアンケート調査等を踏まえ、労災保険審議会労災保険制度検討小委員会や本審等の場において、下記の項目について検討してほしいと考えている。

記

I 優先的に検討すべき項目

- 労働福祉事業の事業範囲の見直しと効率化
- 労災病院の機能、統廃合、民営化等の検討
- 労災年金と社会保険給付との調整のあり方の検討
- 労災保険給付(特別支給金、将来給付を含む)と民事損害賠償との完全調整
- 積立金の財政方式の見直し
- メリット増減率の引上げ(建設業を含む)等

II 優先的検討項目に引続き検討すべき項目

(1) 適用のあり方

- 労災保険未手続事業場の解消
- 労災保険率適用事業細目表の括り方の見直し
- 労働保険継続事業一括適用の拡大
- 建設業における一括適用の廃止を含めた見直し
- 中小事業主、一人親方等の特別加入制度の弾力化
- 企業の分社化、吸収合併等への対応

(2) 法定給付のあり方

- 被災者の過失責任又は業務外の事情を反映した給付制度への抜本見直し
- 賃金スライドのあり方の見直し

- 第三者行為災害の場合で、実質的な休業補償が100%を上回るケースの調整

- メリット制の増減率計算における、複数の事業主の下で就労した者(じん肺、振動病等)の取扱いの見直し

- 帰国外国人の障害年金等の給付の見直し

(3) 通勤災害のあり方

- 建設業の工事現場への往復の業務上災害の取扱いの見直し

(4) 業務上外認定のあり方

- 認定基準の厳正かつ迅速な運用等(認定基準の運用が監督署によって差が大きい現状の改善、「駆込み寺」的な医師・病院の診断結果の取扱いの改善、業務上外の認定業務への監督官の参画の検討、症状固定の診断をしないケースへの対応)

- ホームオフィス業務の認定のあり方の検討

- 同一障害で男女の障害等級が異なるケースの改善

(5) 特別加入制度のあり方

- 海外派遣者等の特別加入者の給付基礎日額等の見直し

- 事務組合委託義務付けの廃止

(6) 費用徴収基準のあり方

- 保険未成立及び保険料未納事業所の調査、指導の強化
- 不正受給者、故意又は重過失の事業主等からの費用徴収等の強化

III 事務手続きの簡素化等

- 事務手続きの簡素化
 - ・届出様式及び手続きの省略化・節素化
 - ・事務処理の迅速化
 - ・各種届出書類の電子化の実施
 - ・概算及び確定保険料の申告納付期限の見直し
 - ・単独有期事業の申告書の全国共通化
 - ・労働保険番号の記載なしの有期事業保険料申告書の提供
 - ・同一事故による複数人数の給付申請の際の提出書類の簡素化
- 情報開示

- ・労災保険制度全般の運営状況
- ・特別支給金制度の運用状況
- ・労働福祉事業の結果の情報公開と評価システムの検討
- ・積立金の運用状況
- ・メリット適用事業所に対する3年間の収支率算定の内訳
- ・労務比率の算出根拠
- ・障害認定の事業主への通知
- ・インターネットによる各種データの開示
- その他
 - ・医療機関の過剰治療の監視体制強化
 - ・じん肺管理区分決定のあり方



労働者代表委員の意見

労災保険制度の見直しに関する要望

1999年9月30日

労働者災害補償保険審議会

労働者代表委員

連合総合労働局長 松浦清春

労災保険審議会の今般の審議に関して、下記の事項を重点に、労働者代表委員の提起するものについて、検討事項とするよう要望いたします。

記

1. 労災保険制度において、健康確保対策を強め、予防給付の導入をはじめ、制度の適切な改善を検討すること。
2. 労災未加入事業所の一掃をはかり、「労災かくし」対策の強化を行なうこと。
3. 雇用・就業機会の多様化等に対応し、労働者の定義を適切に拡大し、実質的に労働者と同様の業務に従事しているものは保険の対象とすること(シルバー人材センターの会員の一部など)。
4. じん肺症について、合併症の認定基準や考え方を改善し、「管理3」のものが肺ガンを発症した場合も給付対象とするなどの見直しを行うこと。
5. このほか、障害等級の認定基準の見直し、ハ

リ・灸等の東洋医学の適用の扱いの改善などを行うこと。

労災保険における、『手間請け従事者』の
労働者性の判断をめぐる要請事項

1999年9月

全国建設労働組合総連合

書記長 佐藤正明

建設業における、『手間請け従事者』に関する労災保険の適用の判断について、以下のように要請します。

記

『手間請け従事者』の『労働者性』の判断を行う際には、平成8年3月25日に発表された『労働基準法研究会労働契約等法制部会労働者性検討専門部会報告』に示された判断基準に基づいた判断を行なうこと。また、これについて、各労働基準局・監督署に対しても適確かつ十分な指導を行なうこと。

労災保険における、『適用業種区分』
をめぐる要請事項

1999年9月

全国建設労働組合総連合

書記長 佐藤正明

建設業従事者に対する労災保険の『適用業種区分』について、以下のように要請します。

記

1. 建設業従事者に対する労災保険の適用については、現在行なわれているような『適用業種区分』の細分化をやめ、建設業に従事する者についてはその全てが『建設』の区分で労災保険の補償が受けられるようにすること。
2. 上記1の実現に向けて、建設業に従事する各職種についてその就労実態を調査・把握し、それらが「あくまでも建設の請け負いに基づく作業」であることを認め、建設現場での労働災害はもちろん、作業場での加工時などの労働災害についても『建設』の区分での保険関係で補償を行なうこと。



アスベストがPRTR対象物質に MSDS等は2つの法律で別々 石綿対策全国連の意見を採用

昨年7月に公布された「特定化学物質の環境への排出量の把握及び管理の改善の促進に関する法律」(以下「PRTR法」という)によって、来(2000)年度から、新たな化学物質管理手法として、PRTR(環境汚染物質排出・移動登録)制度が、「特定の化学物質の環境への排出量の把握等に関する措置」として実施される。また、同法に基づくMSDS(化学物質等安全データシート)も、「事業主による特定の化学物質の性状及び取扱いに関する情報の提供に関する措置」として実施される。

PRTRとMSDS双方の対象となる第1種指定化学物質およびMSDSのみの対象となる第2種指定化学物質の「対象化学物質」の選定、どのような製品を取り扱えば法に定める指定化学物質等取扱事業者となりうるかについての「製品の要件」、「PRTR対象事業者」となる業種・要件については、政令で定めることとされ、中央環境審議会環境保健部会(環境庁)と化学品審議会安全対策部会(通商産業省)合同で検討が行われてきた(対象化学物質については生活環境審議会(厚生省)も)。

昨(1999)年11月19日に、関係審議会において「対象化学物質、製品の要件及びPRTR対象事業者」の案が示され、12月18日必着で「意見の募集(パブリック・コメント手続)」が実施された。これには、企業 96通、事業者団体 28通、労働団体 2通、NGO 15通、個人 23通の合計164通の意見が寄せられた。それらを受けて、2月9日、報告がまとめられ、内閣総理大臣等に答申された(対象化学物質は、第1種: 354物質、第2種: 81物質、合

計: 435物質である。物質群を含む)。環境庁では、答申を踏まえ、関係省庁と協力して、年度内に政令を制定する方針である。(関係資料は、環境庁のホームページ <http://eic.or.jp/> で入手可能)

ところが、昨年11月に示された案では、PRTR、MSDSのどちらの対象物質からもアスベストが漏れていた。石綿対策全国連絡会議では、同法の立法化の検討が開始されて以来、3年にわたってアスベストを対象物質に選定するよう要請してきたが、12月15日付けで別添(17頁参照)のような意見を提出した。結論からいうと、2月の答申では、この意見を採用して、「石綿(CAS No.1332-21-4)」が第1種指定候補物質に掲げられることになった(以下の引用は、2月9日に審議会がとりまとめた「寄せられた意見に対する考え方・対応」から)。

● 対象化学物質

①有害性ランクで発がん性クラス1、②年間製造・輸入量が10万トン以上、③環境庁や地方自治体のデータから一般環境中で複数地点から検出されており、「選定基準(案)」を満たしているにもかかわらず漏れてしまったことがかえって不可解との指摘に、「ご指摘を踏まえて第1種指定候補物質に追加します」。

● 製品の要件

たとえ対象化学物質に含められたとしても、「製品の要件(案)」では、「固有の形状を有する製品」のうち「取扱いの過程で製品や指定化学物質を溶

融、蒸発または溶解しない製品」は除外することとされていたため、それでは現在の日本におけるアスベストの主要用途であるアスベスト建材が除外されてしまうという問題を指摘した。

「アスベスト(以下「石綿」という)を対象物質に追加することが適当と考えますので、製品の要件(原案)においても、石綿を含有する製品であって、取扱いの過程で精製や切断等の加工が行われるものも対象にするよう変更します。

(理由) 石綿を含有する製品であって取扱いの過程で精製や切断等の加工が行われるものは、精製や切断等の加工に伴い石綿が環境中に排出される可能性があるからです。」

原料アスベストも「製品」の対象となる旨をはっきりさせるべきとの意見に対しては、「原案どおりとし、特記する必要なし」とされたが、その理由は、「原料石綿(アスベスト)をあえて特記しなくても、輸入される原料石綿は、選鉱・精製という工業プロセスを経て製造されたものであるため、天然物ではなく、製品であると考えられます」ということ。

「廃棄物」は法律上の「製品」として取り扱わないということは、変更されなかった。

● PRTR対象事業者

PRTR対象事業者の業種について「建設業」を含めるよう求めたが、これは受け入れられなかった。

「建材等の製造業は届出対象となっています。また、建設業に係る対象物質の環境への排出量は、法第9条に基づき国が推計することが適当と考えます」。

業種以外の対象事業者の要件は、常用雇用者数が21人以上、アスベストのような発がん性クラス1の物質の場合には、対象化学物質の年間取扱量0.5t以上(一般には1t以上)の事業者とされている。

● その他

「パブリック・コメント対象外の事項」で、今後の省令の策定や法の施行等に当たって留意すべき事項として、「今後政府において参考にするのが適当」として、以下の指摘があげられた。

「アスベストに関する国での推計は、①掘切り、②既存製品の修繕・解体等によるもので、なお把握が困難なもの、③アスベストを含有するブレーキライニング、ブレーキパッド等の摩滅によるもの、④自然界由来のもの、等を行う必要がある」。

● 2つの法律でMSDS制度

アスベストは、同法によるMSDSの対象物質にもなるわけであるが、同法は、「事業者による化学物質の自主的な管理の改善を促進し、環境の保全上の支障を未然に防止する観点からMSDS対象物質を定めるもの」とされる。

一方、労働者の健康確保の観点から、昨年5月に公布された改正労働安全衛生法においても、1993年度から行政指導で実施されてきたMSDS(化学物質等安全データシート)が法律に格上げされて、来年度から実施されることになっている。

こちらの方の「対象化学物質」については、同法第56条第1項の製造許可物質(7物質)または政令(労働安全衛生法施行令)で定めるものとされ、昨年12月7日に、635物質の案が労働省から示され、12月27日必着でパブリック・コメントが実施されており、近く政令の改正も行われる予定である。PRTR法の場合には、審議会段階において、「物質選定の基本的考え方」や「具体的選定方法」、「選定基準」、膨大な参考資料を提示してのパブリック・コメント手続であったのに対して、労働省の方は、政令案要綱として「化学物質等を譲渡し、又は提供する場合には、譲渡し、又は提供する者が名称等を通知すべき有害物として、アクリルアミド、アクリル酸、アクリル酸エチル等の物質を定めるものとする」として、物質の一覧表を添付しただけで、選定に当たっての労働省としての検討経過や考え方が一切示されていない。

しかし、現実には、労働省でも、中央労働災害防止協会に検討を委託して、昨年10月に、「化学物質の有害性等の情報提供対象物質選定に関する検討会報告書」(21頁参照)がまとめられている。また、改正政省令案の要綱を12月1日に中央労働基準審議会に諮問し、同政省令案要綱についてのパブリック・コメント手続を開始した翌日の12

月8日に、同審議会は「おおむね妥当と認める」旨の答申を行っている。

中災防の検討会報告書では、619物質を候補にあげているのだが、ここでは、一定の除外要件をつけて、以下に該当するものを対象とするという「選定に当たった条件」を示している。

- ① 労働安全衛生法第57条に基づく表示物質
 - ② 日本産業衛生学会又は米国労働衛生専門家会議(ACGIH)による許容濃度等の勧告物質
- ②の理由としては、「いずれの団体も労働衛生に係る知見について国内外で権威があること、勧告した物質ごとの詳しい提案理由が示されており、客観的判断が可能なることによる」、とされている。

ちなみに、アスベストについては、「石綿(アモサイト及びクロシドライトを除く)(CAS No.1330-21-4; 12001-29-5)」が、①、②双方に該当することから、対象化学物質に含まれている。①の労働安全衛生法第57条に基づく表示物質(同法施行令第18条で列挙)でも、以前は「石綿」が掲げられていたが、1995年の同法施行令改正(1995年4月号27頁参照)によって、アモサイトとクロシドライトが同法第55条の製造、輸入、譲渡、使用が禁止される物質に追加されたため、「石綿(アモサイト及びクロシドライトを除く)」にあらためられている。

いずれにせよ、2つの法律によって規定されるMSDS制度が来年度から実施されることになる。対象化学物質等が異なることについては、各所管官庁とも、制度の目的が異なるということで相違は是認しつつ、各法ごとに別々のMSDSを交付しなければならぬような過度の負担とならないように配慮するという姿勢のようである。

改正労働安全衛生法および政省令案要綱によれば、(1)対象化学物質を1%を超えて含有する物が対象物となること(PRTR法の方では、「製品の要件」として、発がん性物質については0.1質量%以上とされている)、および、(2)提供する情報—①名称、②成分及びその含有量(重量%表示、10%未満の端数の切り捨て・切り上げ可能)、③物理的及び化学的性質、④人体に及ぼす影響、⑤貯蔵又は取扱い上の注意、⑥流出その他の事故が発生した場合において講ずべき応急の措置、⑦

通知を行う者の氏名(法人の場合は名称)・住所、等が示されている。PRTR法の方では、「性状及び取扱いに関する情報」以外の提供する情報の内容等については、今後、通商産業省令で定めるとされている(2月14日現在でまだ案も示されていない)が、対象化学物質以外の面でも相違が生じないかチェックしていく必要がある。なお、労働安全衛生法の方では、MSDSにより通知された事項を、当該物を取り扱う労働者に周知させる義務も新設されている。

●「化学物質管理指針」も2本立て

また、各法によって、新たに、労働大臣が「化学物質等による労働者の健康障害を防止するための必要な措置に関する指針」を、環境庁長官および通商産業大臣が「化学物質管理指針」を、定めるとされており、各々についての案がパブリック・コメント手続にかけられているところである(前者は、2月10日から3月9日まで、労働省のホームページ <http://www.mol.go.jp/> で入手可能、後者は、2月14日から3月10日まで、通産省のホームページ <http://www.miti.go.jp/> で入手可能。前者については、学識経験者、関係業界代表からなる「事業者が講ずべき労働者の健康障害を防止するための措置に関する管理指針検討会」における検討を踏まえたものと説明されているが、2月14日時点で同研究会の報告書は入手できなかった)。

案をみる限りでは、後者が「指定化学物質の管理の改善を図る」ことを強調し、昨今のマネジメント・システムをめぐる議論を反映して「継続的な改善」の視点がみられるのに対して、前者では、「労働者の健康障害防止措置の適切かつ有効な実施を図る」として、「健康障害防止」という言わば後ろ向きの姿勢にとどまっている印象も受ける。

こうした化学物質管理の動向を、現場での実施の実態を含めて、フォローしていく必要があるだろう。なお、アスベストに関していえば、このような言わば管理の強化を今後もアスベストを使用し続ける言い訳にさせてはならず、日本においても一日も早くアスベストの全面禁止を実現させていく必要があることを強調しておきたい。



中央環境審議会保健部会事務局殿
1999年12月15日

「特定化学物質の環境への排出量の把握等及び管理の改善の促進に関する法律」に係る対象化学物質、製品の要件及びPRTR対象事業者の案に対する意見

石綿対策全国連絡会議

代表委員 加藤 忠由 (全建総連委員長)
佐藤 晴男 (自治労副委員長)
富山 洋子 (日本消費者連盟運営委員長)
広瀬 弘忠 (東京女子大学教授)
〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階
PHONE (03) 3636-3882 FAX (03) 3636-3881

1. はじめに

アスベストは、現代の最大のインダストリアル・キラーと呼ばれています。

それは、アスベストが人々の健康に悪影響を及ぼす可能性があるというだけでなく、アスベストへの職業上、環境上の曝露によって、現実世界で多数の人々が死亡しているからでもあります。

「西ヨーロッパや北アメリカ、日本、オーストラリアでアスベストの使用は1970年代にピークがあり、約8億人の人口に対し、現在約1万人の中皮腫および2万人の石綿関連肺がんの発生が予測されている」(1997 石綿関連疾患診断・認定のためのヘルシンキ・クライテリア)。また最近の研究によると、西ヨーロッパにおける中皮腫による年間死亡件数は、1998年の5,000から2018年には約9,000とほとんど2倍になり、今後35年間の合計は25万にのぼると予測されています(1999 Julian Peto et al—1999年11月号36頁参照)。

アスベスト曝露のメルクマールとも言われる中皮腫の発生件数について、日本でも1995年から人

口動態統計により把握可能になりましたが、それによると1995年に500件、最近では毎年約600件の死亡が報告されています(同前46頁参照)。また、中皮腫1件当たりにつき、アスベストによる肺がんが、少なく見積もる場合でも同数、2～数倍とするものも多いので、アスベストによる中皮腫・肺がんの両方による死亡が、日本においてもすでに千～数千件発生していることとなります(ちなみに、労災補償を受けている件数は、中皮腫・肺がんを合わせて毎年20数件にすぎません)。

このようなことから、世界ではアスベストを禁止する流れが加速しています。欧州連合(EU)では、すでに加盟15か国中9か国がアスベストのうち最後に残されたクリソタイル・アスベストの法令による禁止を導入していましたが、今年8月に、2005年までに加盟各国に禁止を実行することを求める新たな委員会指令を発行したところ(1999年10月号38頁参照)。11月24日には、イギリスが、新指令のもとで初めての国内におけるアスベストの全面禁止に踏み切りました(2000年1・2月号72頁参照)。アメリカでは、環境保護庁(EPA)による禁止の導入が、手続の不備を理由に失敗させられ

てしまったものの、現実の使用量は数年前の時点ですでに年間2万トン程度と、ほとんど使われなくなってきました。

そのような中で、日本は、いわゆる先進工業国の中では唯一、いまだに年間10万トン以上ものアスベスト(クリソタイル)を使用し続ける、孤立無援のアスベスト使用超大国となってしまっているのです。

日本では、現に相当の被害が顕在化し、この数は今後も間違いなく増加していくと言ってよいだけでなく、その被害がいつまで継続するかわからない状況に置かれているのだということを肝に銘じる必要があります。

したがって、今回の意見提出の趣旨からははじかれるかもしれませんが、日本においてもアスベストの全面禁止を早期に実現すべきことを、私たちは強く求めます。そして、PRTR(環境汚染物質排出・移動登録)、MSDS(化学物質安全データシート)を含めて、あらゆる化学物質管理の施策によって、アスベストが最重要ターゲットのひとつとして位置づけられなければならないことを強調したいと思います。

2. 「対象化学物質」に関する意見

上記のような状況、および、私たちが再三、関係省庁に対して、今回の法律に基づくPRTR・MSDS制度の対象物質にアスベストを選定されたいと要望してきた(1998.4.24、1999.5.27環境庁、1998.5.12、1999.5.28 通商産業省、1999.5.25 厚生省—「アスベスト対策情報」No.24、26に交渉の記録)にもかかわらず、今回示された「対象化学物質(案)」からアスベストが漏れていることは、非常に遺憾です。

「PRTR及びMSDS対象化学物質の具体的な選定基準(案)」では、第1種指定化学物質(すなわちPRTRの対象化学物質で、同時にMSDSの対象物質ともされるもの)の選定基準としては、発がん性を含む9種類の「いずれかの有害性に分類された物質で、『1年間の製造・輸入量』が一定量以上または一般環境中で最近10年間で複数地域から検出されたものについては、現時点で製造・輸入等の取扱いがないことが明らかであるものを除き

『相当広範な地域の環境での継続的な存在』があるものとみなし、選定対象とすることを基本とすることが適当である。」「有害性ランクで発がん性クラス1の物質は、特に重篤な障害をもたらす物質であることが明らかであることから、『1年間の製造・輸入量』10トン以上の物質を選定することが適当である」としています。

① 有害性

アスベストが、「有害性ランクで発がん性クラス1」であることは、あらためて言うまでもなく明々白々です。「選定基準(案)」で「世界で最も信頼されている発がん情報であるので、十分信頼できることから優先的に利用すべきである」とされたIARC(国際がん研究機関)の発がん性評価でも「1(ヒトに対して発がん性がある)」、「IARCに次いで信頼度の高い機関」であるNTP(米国毒性プログラム)でも「a(ヒトに対する発がん性の十分な証拠がある)」、日本産業衛生学会でも「1(人間に対して発がん性のある物質)」等とされているところ(「選定基準(案)」では、以上のいずれかに該当する物質を、「発がん性クラス1」とするとされています。)

「参考資料」の「発がん性分類」のデータでは、アスベストのうちのクロシドライト、クリソタイルについて、いずれも「A1(ヒトに対して発がん性が確認された物質)」と評価しているACGIH(米国産業衛生専門家会議)の分類が示されていません(これだけでも「選定基準(案)」によれば、「発がん性クラス1」に分類されます)が、どのような分類を用いても、「発がん性クラス1」であることは否定しようがありません。ちなみに日本で現在いまだに輸入・使用され続けているクリソタイル・アスベストに関しての最も新しい評価として、IPCS(国際化学物質安全評価計画)のEHC(環境保健クライテリア)「203:クリソタイル・アスベスト」が1998年11月に発行され、ここでも、「クリソタイル・アスベストへの曝露は、量-反応関係をもって、石綿肺、肺がん及び中皮腫の過剰リスクをもたらす。発がん性に関する閾値は確認されていない。」「クリソタイルよりも相対的に安全な代替物質が利用可能な場合には、それらの利用が考慮されるべきである」と結論づけ

ています(1999年8月号25頁参照)。

② 1年間の製造・輸入量または一般環境中からの検出

日本におけるアスベスト(現時点ではクリソタイル)の年間使用量は、ほとんど全量輸入に依存していると言われている現状の中で、その年間輸入量は、1997年176,021トン、不況の影響が大きいとされる1998年でも120,813トンです。有害性ランクで発がん性クラス1の物質は、「1年間の製造・輸入量」が10万トン以上ということですから、「選定基準(案)」の要件を明らかに満たしています。

また、「最近10年間で複数地域から検出されたもの」という要件についても、環境庁大気規制課のまとめているデータ、および、いくつかの地方自治体等のデータにより、これまた、要件を満たしていることは明らかです。

以上から、なぜ、アスベストが第1種指定化学物質の対象化学物質から漏れてしまったのか、かえって不可解でなりません。アスベストを対象化学物質に含めるべきです。

③ MSDSの対象物質

アスベストは第2種指定化学物質(MSDSのみの対象物質)からも漏れてしまっています。

第2種指定化学物質の選定基準としては、「選定基準(案)」では、「有害性の範囲については、第1種指定化学物質と同じ範囲とする」されており、第1種との違いは、第1種が「相当広範な地域の環境での継続的な存在している」のに対して、第2種は「製造・輸入・使用量の増加等により、相当広範な地域の環境において継続して存在することとなると見込まれる」ものであるということです。したがって、第2種とされた化学物質も、製造・輸入・使用量が増加等すれば第1種になり得るとされ、具体的には、「一般環境中において最近10年間で1か所報告があるもの」、または、「『1年間の製造・輸入量』1トン以上のもの」とされているところです。

アスベストに関しては、第2種の要件よりもむしろ第1種の要件に、矛盾なく該当していることはすでに述べたとおりです。

しかし、アスベストがPRTRばかりでなく、MSDSの対象物質からも漏れてしまうということの重要性はあらためて指摘しておきたいと思います。

労働安全衛生法においても、先般改正が行われ、MSDSが法制化されたところですが、同法はそれ以前から、第57条において、発がん性等の重篤な健康影響を及ぼす可能性のある特定の化学物質に対して、名称、成分・含有量、人体に及ぼす影響等を表示する義務を課しています。この対象物質はわずか91物質にすぎないわけですが、アスベストはこの対象物質にも含まれています。

これまで述べてきたアスベストが化学物質管理の最重要ターゲットであるという立場からも、アスベストをMSDSの対象物質に含めるべきです。

3. 「製品の要件(案)」に関する意見

① 固有の形状を有する製品等

「製品の要件(案)」では、「固有の形状を有するもの」のうち、「取扱いの過程で指定化学物質を溶解、蒸発又は溶解しない製品(圧延加工、鍛造加工される金属の成型品を含む)」は、除外されるとされています。

そして、「製品の要件について(案)」では、以下のとおり説明されています。

「これらの製品の中には切断等の加工が行われることが想定される製品(管、板、フィルム等)があるが、ほとんどが、廃棄物に含まれての移動量しか想定されない。本法においては、移動量は補完的なものであるため、このような製品を対象にする必要はないものと考えられる。

また、圧延加工や鍛造加工が行われる金属原料については、金属を引き延ばしたり、変形させたりするが、この工程では金属等の指定化学物質を環境中に排出する可能性は極めて少ないものと考えられる。

このため、これらの製品については、対象から除くことが適当であると考えられる。」

アスベストの日本における主な使用用途は、その90%以上というほとんどが建材として利用されて

います。そして、多くの場合、まさに「切断等の加工」によって環境中に排出されているわけです。

提案された案では、アスベスト含有建材等を製造する事業者もPRTRの対象事業者とならず、アスベスト含有建材等にMSDSというかたちでのアスベストに関する情報がつけられないことになってしまっ、問題です。

アスベスト含有建材を含めたアスベスト含有製品を、PRTRおよびMSDSの対象製品に含めるべきです。

同様の考え方から、「売却され再生されるアスベスト含有製品」および「アスベスト含有廃棄物」についても、PRTRおよびMSDSの対象製品に含めるべきであると考えます。

② 天然物の取り扱い

「製品の要件について(案)」では、「天然物の取り扱い」に関して、以下のとおり説明されています。

「天然物(鉱石等自然に存在したものを採取してなんらの加工も行われていないもの(自然から採取されたそのままの鉱物等))については、種々雑多なものの集合体であり、その割合も一定しないことが多く、通常、どのような化学物質が含まれているか把握することが困難である。また、工業プロセスを経たものではなく製造物責任法においても製造物にはなっていない。このため法律上の「製品」としては扱わないことが適当であると考えられる。

なお、一般的に鉱石や原油は、選鉱、脱水、脱泡等の工業プロセスを経た後のものが出荷される。このようなものは、対象とすることが適当である。」

輸入される原料アスベストは、「なお書き」の説明によって、「製品」の対象となるものと考えられますが、そのことをはっきりさせるべきです。

③ 含有率

含有率の要件に関しては、「製品の要件(案)」では、「指定化学物質を1%以上(ただし、発がん性の物質であることが知られている化学物質(発がん性クラス1の指定化学物質)については、0.1%以上)含有するもの(気体の場合には、体積%、液体又は固体の場合には、重量%)とする」としてい

ます(注:2月9日の答申ではすべて「質量%」に統一されています)。

「発がん性クラス1の指定化学物質については0.1%以上含む製品を対象とする」という方針には賛成であり、労働安全衛生法によるMSDS等を含め、類似の化学物質管理施策に関して統一した対応がとられるようのぞみます。

4. 「PRTR対象事業者(案)」に関する意見

① 業種

「PRTR対象事業者(案)」に関しては、3.①で述べたのと同じ趣旨から、「建設業」がPRTR対象事業者に含まれていないことが、最大の問題であると考えます。

「建設業」をPRTR対象事業者に含まれるとともに、3.②で述べた趣旨から、「アスベスト含有製品(建材等)製造業」もPRTR対象事業者に含まれることを明確にすべきです。

② 従業員数、取扱量等

「PRTR対象事業(案)」では、「従業員数」について「常用雇用者数21人以上の事業者」、「取扱量」について「人に対して発がん性クラス1の第1種指定化学物質の年間取扱量0.5トン以上(その他の第1種指定化学物質の場合は1トン以上)の事業所を有する事業者」という要件を示しています。

このような「裾切り」は、できるならば廃止し、可能な限り狭めていくという方向で、アスベスト含有製品を製造、使用、その他取り扱いをする事業者をできるだけ広くPRTR対象事業者を含めていくべきであると考えます。当面、少なくとも、「アスベスト含有製品製造」事業者に関しては、「従業員数」および「取扱量」による「裾切り」を廃止すべきです。

5. 国による排出量等の把握

PRTR制度においては、「定点における排出量の把握自体が困難である場合、業の特性として個々の事業者による取扱量が少ない場合等、届出義務

を課すことによって、事業者の負担が排出量等の把握により得られる効果に比して相対的に過大となる場合においては、そのような業種について、個々の事業者に届出義務を課さずに国が推計により排出量を把握することが適当である」とされているところ。

アスベストに関連しては、以下の非点減等からの環境中への排出量を、国において推計、把握すべきであると考えます。

- ・「裾切り」によってPRTR対象事業者から漏れた零細事業者等からのアスベストの排出量等
- ・とりわけ、建築物のアスベスト含有建材等の既存のアスベスト含有製品に係る、修繕・解体等作業によるアスベストの排出量等に関しては、本意見で述べてきたことが全面的に採用されたとしても、把握が困難な部分が残るものと考えられ、それらについて国が推計、把握すべきです。
- ・アスベスト含有ブレーキ・ライニング、ブレーキ・

パッド等が装備された車両の道路走行等によるアスベストの排出量等

- ・自然界に存在する排出源からのアスベストの排出量等



以上

添付資料

- ・「日本における中皮腫も年間約600件に」(1999年11月号54頁参照)
- ・IPCS(国際化学物質安全評価計画)EHC(環境保健クライテリア)203: クリソタイル「主な評価結果と結論の概要」、「抄録」(1999年12月号43頁参照)
- ・EUの新しいアスベスト指令(委員会指令1999/77/EC)(1999年10月号38頁参照)
- ・EUの新しいアスベスト指令の「詳細な解説」(1999年10月号41頁参照)
- ・アスベストに関するEU経済社会評議会の見解(1999年8月号25頁参照)

化学物質の有害性等の情報の提供対象物質選定に関する検討会報告書

平成11年10月
中央労働災害防止協会

はじめに

労働の場で使用されている化学物質は、5万種類を超え、さらに毎年500から600種類の化学物質が新たに導入されている。これらの化学物質の中には労働者がばく露することにより健康障害を生ずるおそれのあるものがあり、化学物質による労働者の健康障害も毎年相当数発生している。その中には化学物質の有害性の情報が伝達されていないことが主な原因となって発生したものも多い。こうした状

況に対応するため、本年5月、化学物質の譲渡・提供者に有害性等の情報の通知を義務づける労働安全衛生法の改正が行われ、化学物質管理の一層の充実が図られた。

この法改正を受け、労働省からの有害性等の情報通知対象物質選定の検討の委託を受け、中央労働災害防止協会では学識経験者から成る検討会を設置し、議論の結果を踏まえ「化学物質の有害性等の情報の提供対象物質選定に関する検討会報告書」を作成したものである。

平成11年10月

化学物質の有害性等の情報の提供対象物質

選定に関する検討会
委員長 高田 昂

委員名簿(五十音順、敬称略)

氏名	所属・職名等
池田 正之	京都工場保健会理事
石井 一弥	住友化学工業株式会社環境安全部主席部長
合間 敬三	社団法人日本化学工業協会技術情報センター部長
櫻井 治彦	労働省産業医学総合研究所所長
清水 英佑	東京慈恵会医科大学環境保健医学教室教授
白須 泰彦	東京農業大学客員教授
高田 昂	中央労働災害防止協会労働衛生検査センター所長
高野 隆雄	社団法人日本化学物質安全・情報センター調査部長
松島 泰次郎	中央労働災害防止協会日本バイオアッセイ研究センター所長
和田 政	埼玉医科大学衛生学教室教授

1 趣旨

労働の場で使用されている化学物質は、5万種類を超え、さらに毎年500から600種類の化学物質が新たに導入されている。これらの化学物質の中には、労働者がばく露することにより健康障害を生ずるおそれのあるものがあり、化学物質による労働者の健康障害も毎年相当数発生している。

さらに、近年、ダイオキシン類による健康影響の懸念、フロン代替物による健康障害が問題となる等、化学物質をめぐる新たな問題も生じている。

これらの健康障害の発生原因としては、事業場における化学物質等の保管、貯蔵、運搬等の過程における漏えい、不適切な取り扱い等が挙げられる。

こうした状況から、化学物質による労働災害を防止するためには、労働現場における化学物質の有害性等の情報を確実に伝達し、この情報を基に労働現場において化学物質を適切に管理することが必要であることから、本年5月に改正労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)が公布され、化学物質の譲渡・提供者は労働者に健康障害を生ずるおそれのある物で政令で定めるもの等(以下「通知対象物」という。)を文書の交付その他の方法により、通知対象物の名称、成分及びその含有量、物理的及び化学的性質、人体に及ぼす作用等の事項を相手方に通知しなければならないこととされた。

本検討会は、上記法改正の趣旨に基づき、専門的科学

的知見により、法第57条の2における政令で定めるものを選定することを目的としたものである。

2 通知対象物について

通知対象物については、新法第57条の2第1項において、労働者に健康障害を生ずるおそれのある物で政令で定めるもの又は法第56条第1項の物となったところであるが、通知対象物のうち、政令で定めるものについては、労働者の健康障害を防止するという観点から、各分野の学識経験者の意見を取りまとめ、以下の内容により選定を行い、その結果得られた619種類の物質のリストを別添「法第57条の2第1項に定める政令指定予定物質一覧表」に示す。

(1) 選定に当たった条件

政令で定める通知対象物は、法律の趣旨に基づき、労働者に健康障害を生ずるおそれのあるものとして、以下のものが適当である。

- ① 労働安全衛生法第57条に基づく表示物質
- ② 日本産業衛生学会又は米国労働衛生専門家会議(ACGIH)による許容濃度等の勧告物質

日本産業衛生学会及び米国労働衛生専門家会議(ACGIH)の勧告物質が適当としたのは、いずれの団体も労働衛生に係る知見について国内外で権威があること、勧告した物質ごとの詳しい提案理由が示されており、客観的判断が可能なことによる。

ただし、次の(2)の物質については除外することとした。

(2) 政令指定予定物質からの除外について

以下の規定に該当する化学物質を(1)で選定したものから除外することとする。

イ 労働安全衛生法で定義する化学物質(元素及び化合物)でないもの

大理石(CAS番号^{注1}: 1317-65-3)、カオリナイト(1332-58-7)、雲母(12001-26-2)、滑石(タルク)(14807-96-6)、グラファイト(黒鉛)(7782-42-5)、珪藻土(未焼成)(61790-53-2)、珪藻土、ポルトランドセメント(65997-15-1)、コーラルピッチ揮発性成分(粒子状多環芳香族化合物)(65996-93-2)、「ヤニ入りハンダの熱分解生成物(8050-09-7)」、パーライト(93763-70-3)、穀粉(カラスムギ、コムギ、大麦)、小麦粉、粉じん、せつけん石、植物油、植物オイル、「ディーゼル排ガス中の粒子状物質」、「ポリテトラフルオロエチレンの分解生成物」、「メチルアセチレン・プロピエン混合物(MAPP)」、木粉、硫化鉍、硫化焼鉍、ろう石、ベークライト、ベントナイト、線香材料粉じん、活性炭、革粉、コルク粉、溶接ヒューム、すす、「オイルミスト(鉱物油)と多環芳香族化合物の15物質の総量」

注1: CAS番号とは、Chemical Abstracts Serviceが付与した化学物質を識別するための番号。

ロ 特有の有害性がない化学物質

TLV^{注2}または許容濃度が勧告されていないもの及びTLVまたは許容濃度が勧告されているが、特有の有害性がないものが該当する。

(イ) TLVが勧告されていないもの

メタン(74-82-8)、エタン(74-84-0)、アセチレン(74-86-2)、水素(1333-74-0)、ネオン(7440-01-9)、アルゴン(7440-37-1)、ヘリウム(7440-59-7)、窒素(7727-37-9)

(ロ) TLVまたは許容濃度が勧告されているが、特有の有害性がないもの

シュクロース(しょ糖)(57-50-1)、でん粉(9005-25-8)、セルロース(9004-34-6)、グリセリン(56-81-5)、プロパン(74-98-6)、ペンタエリスリトール(115-77-5)、二酸化炭素(124-38-9)、炭酸カルシウム(471-34-1)、炭酸マグネシウム(546-93-0)、酸化マグネシウム(1309-48-4)、ケイ酸カルシウム(合成)(1344-95-2)、ケイ素(7440-21-3)、硫酸バリウム(7727-43-7)、硫酸カルシウム(7778-18-9)、硫酸カルシウム(石膏)(13397-24-5)、焼石膏(26499-65-0)、L.P.G.(液化石油ガス)(68476-85-7)、シリカゲル(112926-00-8)、ステアリン酸(57-11-4)

(ハ) ACGIHの発がん性のクライテリアにおいてA4(ヒトに対して発がん性がない物質)に分類され、かつ、TLV値が勧告されていないもの

エチレン(74-85-1)、プロピレン(115-07-1)、N-フェニル-2-ナフチルアミン(135-88-6)

注2: TLVとは、大部分の労働者が、被害を受けることなしにばく露することが可能な濃度。threshold limit valueの略。

ハ 労働安全衛生法第55条において製造等が禁止されており、流通する可能性がないもの

ベンジジン(92-87-5)、4-アミノジフェニル(92-67-1)、アモサイト(12172-73-5)、クロソライト(12001-28-4)、4-ニトロジフェニル(92-93-3)、ビスクロロメチルエーテル(542-88-1)、ペーターナフチルアミン(91-59-8)。

ニ 法律で通知対象物に含まれるとしている労働安全衛生法第56条第1項に定めるもの

ジクロルベンジジン(91-94-1)及びその塩、アルファ-ナフチルアミン及びその塩、塩素化ビフェニル(PCB)(11097-69-1)、オルトトリジン(119-93-7)及びその塩、ジアニジン及びその塩、バリウム(7440-41-7)及びその化合物、ベンゾトリクロリド(98-07-7)

(3) 政令指定予定物質一覧表における化学物質の名称表記法について

政令指定予定物質一覧表における化学物質の名称は、

慣用名やIUPACを用いて一般的に使用されていると思われる名称で表示するとともに、異性体等の表記については、以下に示すとおり行ったものである。

(イ) 名称に状態(ヒューム、粉じん等)が付記されているものについては、状態の付記を削除する。

(ロ) 化学物質の構造異性体について

a 全てが勧告されている場合には、「物質の名称(全異性体)」と表記する。

(例) 1,1-ジクロロエタン、1,2-ジクロロエタン→ジクロロエタン(全異性体)

b 全てが勧告されていると限らない場合には、個別に名称を表記することとする。

(ハ) 金属化合物などの場合は、下記のような表示とする。

(例) 水銀	CAS番号
単体	-----
無機金属化合物	-----
アルキル化合物	-----
アリル化合物	-----

(ニ) 異性体や金属化合物等の名称の一括については、有害性の差異に関係なく行うこととする。

(例) トリジン異性体ではo-, p-体と、m-体で有害性が異なるが、物質の名称をトリジン(全異性体)とし、CAS番号を(95-53-4、108-44-1、106-49-0)と併記して一括表示した。

(ホ) 石油精製物については、その沸点の分布等に従って日本で行われている方法により分類し、リストに記載する。

3 混合物の取扱いについて

規制対象となる混合物は、「化学物質等の危険有害性等の表示に関する指針」(平成4年7月1日付け労働省告示第60号)においては、特定有害性のある化学物質を1%以上含む混合物を対象にしていることから、現行の制度等との整合性等を考慮して、混合物は通知対象物を1%以上含有するものを規制対象とすることが適当である。

4 今後の方針

通知対象物については、日本産業衛生学会及び米国労働衛生専門家会議の許容濃度等の勧告等に応じ、通知対象物の追加、削除等について検討することが必要である。また、将来的にはEU(ヨーロッパ連合)指令物質やDFG(ドイツ研究協会)のMAK(最大作業環境濃度)勧告物質等についても、検討を進めていくことが必要である。



法第57条の2第1項に定める政令指定予定物質一覧表(省略)

参加型疫学調査の勧め

素人、市民、労働者の疫学

英モンフォール大学・ワッターソン教授に聞く

「アンドリュー・ワッターソン氏は、イギリス・レスター市にあるモンフォール大学の労働・環境衛生学の教授で、衛生学部長でもある。彼は、労働安全衛生、環境問題に関して、労働組合を含む多くの団体のために働いてきた。『農薬使用者の健康と安全ハンドブック：国際・ガイド』や『農薬とあなたの食べ物』の著者であり、労働安全衛生マネジメントシステムに関する著書や論文も多数ある。

彼の仕事は、毒物学や疫学が、法的基準の設定やその修正にどのように使われているかを探求することに関係している。最近では、労働組合や市民グループと一緒に、『素人・労働者・市民の疫学』に取り組んでいる。これは、市民や労働者が、職場や広範な環境についての異なるタイプのデータを収集、管理、分析し、また、それらをリスク・マッピングすることによって、自らの健康リスクを自分たちで調査することを可能にする(empowering)アプローチである。このアプローチは、アフリカ、インド、南アメリカで開発された参加型調査手法に負っており、現在ではイギリスにおいても適用されている。」

ワッターソン氏とは、昨年9月17-19日にエジンバラで開催された「第7回ヨーロッパ労働職業病会議」(1999年12月号参照)のうちに、全国安全センター事務局長の古谷らがお目にかかり、続いて、12月4-5日にボパール事件15周年を記念して現地で開催された「ノーモア・ボパール国際会議」で、神奈川労働職業病センターの池田理恵さんとお会いしている。上記は、ボパール国際会議の発言者の紹介である。

そんな縁もあって、今年初め、ワッターソン教授がプライベートに来日されることをお聞きして、1月8日、ご無理をいって全国安全センター事務所にお招きして、お話をうかがう機会を持った。今回は、その内容を紹介する。

● はじめに

効果的な公衆衛生は、予防することのできる疾病を治療するという「下向き(downstream)」な医療的介入に焦点を当てるよりも、避けることのできる

疾病の発生を予防する「上向き(upstream)」の衛生的介入というWHO(世界保健機関)の原則に基づくべきである。したがって、そのようなアプローチの成果は、政策策定がいかに予防原則に支えられたものであるかどうかにかかってくる。

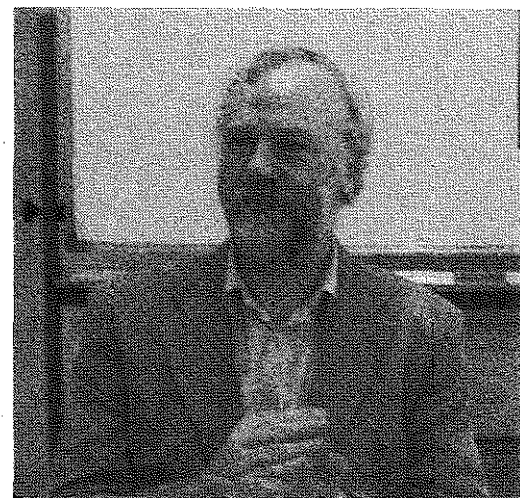
予防原則は、科学および医学に基づくと同時に、

情報がよりよくいきわたったうえでの社会的、経済的、政治的政策策定過程に依存している。著名な医師であるRudolph Virchowは、医学とは「政治の応用」と言っている。このアプローチの核心は、個人的、社会的あるいは物理的な一環境要因によって健康を侵害するかもしれない何らかの事情の意味と影響を評価する必要性にある。そのような観点から、公衆衛生予防における最初のステップは、食糧、水、空気中における、家庭用、レジャー用あるいは職場向けの危険な物質またはプロセスの承認を防ぐことにある。これは、厳密な毒物学または他の科学的、技術的試験によってなされなければならない。

これに関連して、公衆衛生をよくしようとする「素人(lay)/労働者/市民(community)」の取り組みは、物質、プロセス、建物、工場、他のタイプのプラントや装置等を厳密に調べる手順における重要な役割を果たすことになる。われわれは、過去に、世界中で、潜在的な公衆衛生問題を扱うときの科学者、立法者、政治家たちの「うぬぼれ(over-confidence)」一不確実性を扱う場合の彼らの無能力、リスク・アセスメント実施時に深刻なデータの食い違いを処理するときの彼らの過ち、常に市民や労働者よりも資本家たちに味方する、非常に制限されたリスク・アセスメントさえも無視し、費用対効果分析(コスト・ベネフィット・アナリシス)をゆがめる彼らの過ち—を目撃してきた。インド、パキスタン、ナイジェリア、中国、アメリカ、イギリス、イタリア、ペラウ、あるいはウクライナで、人々は、こうした誤ったアプローチの結果と日々同居して暮らしているのである。公衆衛生問題に関する素人/労働者/市民の取り組みは、こうした過ちを浮き彫りにすると同時に、政策策定に効果的に圧力を加える重要な予防的アプローチをもたらすものである。

● ケース・スタディ —大規模なリスク・マッピング

女性環境ネットワーク(WEN)が地域の市民グループと共同して行った胸部がん調査は、いかに市民自身が潜在的な健康問題を探求することが



ワッターソン教授

でき、NGOの支援によって健康を促進する方法を探求することができるかの例証となる(WEN 1999)。付録A(省略)に、女性たちが作成した地図(マップ)のいくつかを示している。イギリスは、ここ数年間、女性の胸膜がんによる死亡率で、ワールド・リーグの首位を占めてきた。イングランド東部で、地域の市民グループが、とりわけ若い女性で、胸部がんの死亡率が国内で最も高いことに気がついた。当局の公式回答は、そうした事実を否定するものであった。女性たち自身はこれを信じず、この問題を調査し、この疾病—およびせいぜい全体の40%しかその原因が確認されていないという事実—についての注意を喚起するための、多彩な手段を編み出した。彼らは、この疾病について様々な環境要因がどのような役割を果たしているのか、なぜ、胸部がんに関連した環境曝露や環境リスクに関して入手できるデータがそんなに少ないのか、質問調査を行った(Watterson 1995)。WENの胸部がんプロジェクトは、疫学者が用いる伝統的な手法を補強し、あるいはそれらのいくつかに疑問を呈するような、そのような要因を調査するための地域に基盤をおいた手法を提供した。

こうした参加型調査(participatory studies)は、今日地理情報システム(GIS)のアプローチに利用されているが、そのルーツは、何年も前のイタリア

参加型疫学の勧め

のフィアットの工場の労働者によるリスク・マッピングの取り組みにある。このように作られたマップは、当然、実際のプロセスや化学物質の使用法よりもしばしば理論(セオリー)に基づいているかもしれない経営側や「専門家」によるアセスメントよりも、プロセスや手順に関する労働者/市民の知識に信を置いている。付録B(次頁)には、カナダの工場労働者が作成したリスク・マップを示している。

図1 市民による環境疫学・毒物学:
環境政策・実践のモデル

科学楽天主義者

1. 「専門家」 — 白衣症候群(White coat syndrome)
(天然痘 — 大きな見間違い
(喘息 — 情報の非公開
(アスベスト — 「父性主義(Paternalist)」
(内分泌攪乱物質
(硫酸アルミニウムによる水質汚染
(ガソリン中の鉛
(冷蔵庫のCFC(クロロフルオロカーボン)
2. 法律 — 科学と法律主導と政治家による操作
「邪悪な同盟?」
— 問題解決の専門家として法律遵守の必要性なし
— 逆接的なことにしばしば実行されないモデル
3. 参加型モデル — 非専門家
(コミュニティ — 専門用語は使わない
環境毒物学 — (疫学調査、基準設定/厳密な調査)におけるパートナーとしてのコミュニティ
の利用 — 最小の法的基準
— 知る権利
— 「母性主義(Maternalist)」

慎重な意思決定者

[出典: Constanza 1992; Watterson 1994a]

これらの異なった哲学は、リスクおよび疫学に対するアプローチの違いに基づいている。参加型疫学(lay epidemiology)アプローチを使う慎重な意思決定者(prudent decision-makers)は、ハザードに付随する重大なリスクがないことを示す公衆衛生データを求めている。プロセスが「安全」であることの立証責任は、製造業者/政府にある。このアプローチは、公開されるが、科学や科学的手法に指図されず、科学の限界を認識するものである。これは、「安全性を証明する」立場である。

科学楽観主義者(technological optimists)は、「科学的手法」と無意味な仮説に頼っている。彼らは、あるプロセスや製品が明確かつ算定されたリスクつきで危険であることを期待しており、データが欠如あるいは限られている場合にはしばしばハザードもリスクもないと推定する。これは、「危険性を証明する」立場である。

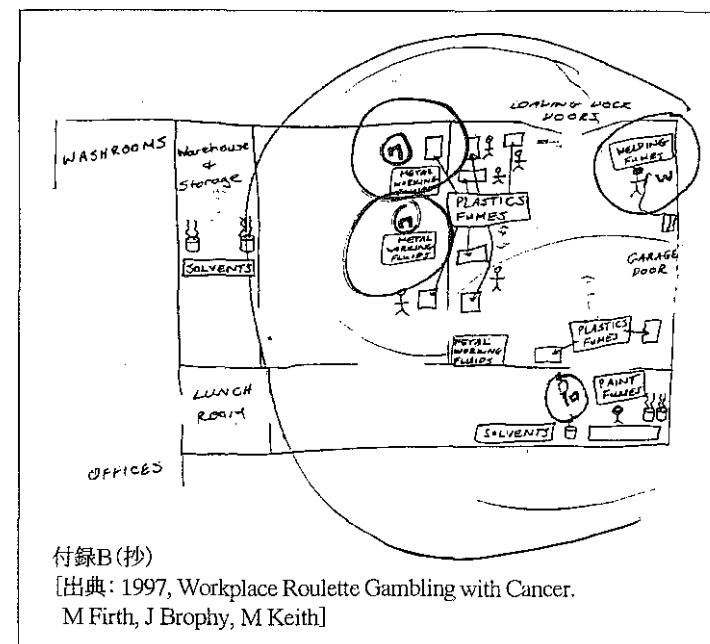
次に、どのようにして参加型疫学が生まれてきたか、科学楽観主義者たちといかに関わり合っているかをみる。

参加型疫学の起源

「参加型疫学」の本質を見極めるために、まず、伝統的な疫学について少しみておく必要がある。疫学とは、以下のように定義される。

「集団における状況と関連した健康および疾病の分布と原因の特定に関する学問。流行(epidemic)(通常の期待に対する過剰)および固有(endemic)(常に存在)の状態の双方に関係がある……疫学の基本的な前提は、疾病は集団においてふぞろいには分布していないということである。」[M Shenker in LaDou 1997]

包括的な疫学研究は、十分に大きなスケールで、長期間にわたって、バイアスを除外するように設計されたものが、集団における疾病の原因を評価するのに非常に効果的な方法であると信じられている。しかしながら、これは非常に費用のかかるやり方である。また、たとえこのような研究が一個々の疾病の原因を同定しないまでも、曝露と疾病との相互関係を探ることによって一他の潜在的な公衆



付録B(抄)

[出典: 1997, Workplace Roulette Gambling with Cancer.
M Firth, J Brophy, M Keith]

衛生リスクに関する決定を導き出すことがありうるにせよ、研究を実施すること自体はまったく疾病や災害を防止することにはならないという理由から、根本的に限界をもっている。事実上、馬がつながれた後に堅固な扉を閉めるか、虎が逃げ出した後でおりを閉じるようなものである。毒物学や技術は、「安全な扉やおり」であるべきなのに、現実にはそうっていないことをわれわれは知っている。

おおかたの専門家グループと同じように、疫学者たちは、自らの過ちを公に議論することが好きではない。ある疫学者は、肯定的な研究を物質やプロセスを妨げるために使っていると言ってマスコミの解説者を批判し、そのような研究によって、何かがリスクでないということを証明することはできないと指摘する。しかし、そのような疫学者は、存在するハザードからリスクが生じないことを示すうえでの疫学研究の限界については沈黙している。これは、「否定的疫学(negative epidemiology)」と呼ばれる。

否定的疫学

Hernbergによれば、「科学における『優勢な見解』はたいてい主観的なものである」。そのため、疫学においては「否定的」結果を生み出すために以下に掲げるような根本的な問題がしばしば生ずるが、そのような結果は、事実上いつまでたっても結論に達せず、プロセスや物質が安全であることを立証しない。

表1 「否定的」疫学の限界

1. 研究が実施されない
2. 統計的に意味のある結果を得るには研究が小さすぎる
3. 設計が貧弱で敏感でない研究
4. 対照群の妥当性に関する

問題

5. 影響が具体化または完全に具体化するには短すぎる追跡期間あるいは不完全な追跡
6. 必要とされる曝露データの精度
7. 間違った曝露のカテゴリー
8. 曝露が低すぎるおよび/または短すぎる
9. 罹病率の測定が未加工のままである
10. ランダムなエラーが存在する
11. 間違ったあるいは不適切な罹病率の指標が用いられている

[出典: Sven Hernberg 1992に基づく]

「学問」の進歩にとって重要であり、厳密かつ地位の高い公衆衛生医学とみられた疫学という科学は、疾病群を整理するためにより効果的かつ信頼できる科学として、臨床的なケース・スタディに取って代わった。臨床事例に対する見方は、一般に、統計的には限られた情報でしかないというものである。しかし、臨床事例や観察と関連づけられた非疫学的データが、時には、非常に効果的な行動に結びつく。例えば、煤煙曝露とがんとの関係は、18世紀のPercival Pottの臨床的観察と事例報告が

らもたらされた。塩化ビニル・モノマー曝露と稀な肝臓のがんである血管肉腫との関係は、アメリカの化学工場近くの一次診療医師たちが臨床事例を関連づけたことから判明した。「幼児突然死亡」率を下げようというイギリスの「Back to Sleep」キャンペーンは、決定的な生理学的研究ではなく、死亡率のメカニズムを説明することができる観察研究から生まれたものである(DOH 1998: 61)

1920年代、30年代に、健康ハザード研究の引き金となった「歩哨(sentinel)」的出来事活用の初期の実践者であるSir Thomas Leggeは、それまであまり知られていなかったリスクを確認するのに、観察によって得られたデータを使った(Legge, 1934: 25-29)。例えば、彼は、自分たちの間では疾病事例を硬木(hard wood)と関連づけて考えていた医師たちのところに出かけていったのである。

● 労働組合による職場のハザードの確認

労働者は、常に、観察結果や「歩哨」的出来事についての認識—それはしばしばたったひとつの兆候であったり、たったひとりの労働者の普通ではない、あるいは、これまで知られていなかった疾病

であったりする—を活用してきたし、データを変えて、自分たちの職場のリスク・アセスメントができるようにし、時には医学的、科学的調査よりも早く職業病を認識してきた。表2は、このことを明瞭に示している。

● 迅速な評価

参加型疫学として要約されるアプローチのひとつの特質は、「迅速な評価」にある。「迅速な評価」とは、何よりも、直面しているプロジェクトやプログラムの急を要する問題について、意思決定者に、タイムリーに、適切な情報を提供するための方法論である(Kumar 1994 cited by Ong 1996: 3)。したがって、それは、診断の手段あるいは変化の原動力、またはその両方である。しかし、参加型疫学では、コミュニティに迅速な評価を促進することは常に必要とは限らない。コミュニティは、それが地域を基礎にしたものであるか、職場を基礎にしたものであるかにかかわらず、公衆衛生の意思決定者であり、同時に、政治家であり、科学者でなければならぬ。迅速な評価を展開させる手法は、参加型疫学にかかわる者にとってはおなじみのことであり、そこには様々な要素が含まれている。

表2 労働組合による職業病の認識のうまくいった例

調査者	ハザード	行動
Alfred Greenwood, ガラス瓶製造工場の事務員 1891, 社会保険の記録を利用	ガラス労働者の白内障	1990年代: 補償は行われたが、工程に対する取り組みなし
地域の木材労働組合, 1900年代, 労働者集団の観察	アフリカ産ツゲ材による心拍数低下による麻酔作用	より安全な木材への代替と労働者が粉じんを吸入しないための局所排気・換気
サウス・ウェールズ港湾労働組合, 練炭労働者のピッチ粉じん曝露の観察	タール労働者については何世紀も前から知られていた皮膚がん	1927年に最終的に練炭労働者の職業病と認定
シェフィールド労働衛生プロジェクト 1990	クロム潰瘍	プロジェクトのチームがシェフィールドのある小さな工場に公式の全国統計を上回る発症事例を確認
サンダーランドの地域失業者センター 1994	エンジニアリング労働者の粘膜疾患	センターがこの疾患の過少報告の実態を示した

表3 迅速な評価の要素

1. フィールドワークの重要性
 2. 地域の人々から直接学ぶことに対する信頼
 3. ゆるやかに組織され、学際的、柔軟性に富む、革新的なアプローチ
 4. 「最終的審理や決定的な勧告よりも、洞察力のある、仮説的な最良の見方」に焦点をおく
- [出典: Ong 1996: 2]

手順の鍵となるステップには、以下のようなものが含まれる。ステップ1—目的の定義、ターゲットとなるグループや要因の特定。ステップ2—迅速な評価を実施するリーダー/チームの決定。ステップ3—ワークショップの組織。ステップ4—必要なフィールドワーク、観察、二次データの収集、インタビューの実施。ステップ5—データの収集と分析。ステップ6—必要な優先順位の設定。ステップ7—コミュニティへのフィードバックおよび可能な行動の討議。ステップ8—変更のためのプログラムの策定。ステップ9—作業の評価、および必要であれば、優先順位の再定義。ステップ10—第二次の迅速な評価あるいは最初の評価に基づいた将来展望の調査。[Ong 1996: 9]

● 参加型調査

ここでは、コミュニティを、評価に関して受動的な立場においておくよりも、評価に積極的に組み入れていくための、参加型疫学と迅速な評価のテクニックについて述べる。このことは、実施された調査の結果としての変更のための何らかの提案に対して、市民や労働者が影響力を及ぼせるようにするために、調査の過程を公開していくことを必然的に伴っている。

表4 参加型調査の利点

- 疾病の知られていないレベルの把握
- ME、慢性疲労症候群(CFS)、MCS症候群、上肢障害(ULDs)、喘息、職業性ストレスの場合に効果的なような、主観的な症状の調査
- 可能性のある疾病の原因への広範囲にわた

- る曝露を確認するための費用の少ない方法、および、状況の迅速な変更を可能にする対話型アプローチによる成果
- 市民や労働者が自らを公衆衛生に関与させる能力の増大
- 特定の健康リスクを確認するうえでのコミュニティの知識や経験の認識および活用
- 認識を概念化するための新しいアプローチ
- 調査結果の成果として具体的な行動が生まれる可能性の増大、および、コミュニティの関心に対して政策策定者の関心を高める

[出典: adapted from Loewenson 1996]

表5 参加型調査の弱点

- 発生している特定の問題に対して、精密でなく、定量化されないかもしれない、コミュニティの見通しを確認することを目的とすること
- マラリアの事例とCHDの作業のように、素人の見通しと参加型疫学との間には大きな相違があるにもかかわらず、不正確な見通しを提供することになるかもしれないこと

● 参加型疫学

参加型調査は、実行することが困難で、立法者や科学者たちから攻撃される可能性があるものとして、しばしば無視されることがあるにもかかわらず、これは、参加型調査の重要な要素なのである。このテクニックの用い方は、多種多様であり、たんに健康ハザード、相互関係に関する科学的証明や疾病の原因の調査だけに関連するだけのものではない。それはまた、重要なコミュニティ、個人、政治的および社会的要素を包含するものである(Watterson 1994b, Popay and Williams 1994 and 1996)。

表6 参加型疫学の利点

- コミュニティに公衆衛生問題とその解決策についての情報を知らせる
- コミュニティを公衆衛生政策とその解決手段の監視に巻き込む

- コミュニティや個人が解決を必要とする共通の問題に取り組むことを持続させる
- コミュニティや個人に組織的あるいは社会機構に影響力を及ぼす能力を付与する
- 公衆衛生問題に対する姿勢、アプローチ、情報源、可能な解決策を変えさせる
- 新しいあるいは異なった公衆衛生の展望に関して素人のグループが専門家を教育する、またその逆
- 積極的な変更へのキャンペーン

参加型疫学の定義

「専門家でない人々が、疾病の疫学を理解するために、統計その他の情報を収集し、専門家の知識や情報を指揮、整理する手順」(Brown 1989)。

表7 参加型疫学の原理—ツール、メカニズム、テクニック

- 「簡単」に見えるが、データ収集に関するものではない
- しばしば観察に基づく—異なったタイプのデータを異なるやり方で利用
- 疫学者や毒物学者が利用するのと同種のデータを、おそらくより包括的に、より最新に、より適切に、より人々に伝わるかたちで、収集する
- 質が高い—伝統的疫学で利用される記録や病歴が、ここでは異なったウエイトづけがされる。伝統的疫学においてもすでに、記憶の呼び起こし、職種の分類、所在、曝露期間や曝露レベルについて、多くの問題が存在している。事件の記録、曝露の計算、予測と反対の結果の詳細は、参加型疫学の方が、他の種類の疫学調査よりも、より豊富に記録することができるかもしれない。

参加型疫学で用いられる調査用紙の形式を、PVC製造に用いられるガスである塩化ビニル・モノマー(VCM)への職場での曝露に関連した可能性のある健康影響の広がりを追跡するために、元労働者たちが、PVC曝露労働者に関する調査を組織、計画し、実施にも関与したVinatex社の研究

の例で示した(付録C参照—省略)。労働者たち自身が、あるNGOとともに、質問項目を作り、インタビューを実施し、データを収集した。この質問項目は、政府当局や国際機関が、「主観的」なデータ収集方法であるとの非難を避けるために用いているものをモデルにしている。結果については、元労働者のグループとともに、ある大学によって分析された。調査結果は、VCM曝露の疾病影響の過小評価についての大きな疑問を提起した。

素人、市民、労働者の調査におけるデータ収集もまた、様々なかたちで行われ、そのうちのいくつかは、たやすく理解され、伝統的疫学者にも受け入れられるものである。こうしたアプローチは、ある程度まで、最近、FAOを代表してHelen Murphyと彼女の同僚たちによって実施されたインドネシアでの農業調査によって示すことができる(付録D—省略)。これらの方法には、自宅における観察やインタビュー、地域またはボディ・マップ、包括的質問用紙、調査が実施されている地域の住民の素早い理解といったことを通じて、データを収集するために、地域のヘルス・ワーカーや主要な市民活動家をリクルートすることも含まれる。

表8 参加型疫学の効果

- データの内容を豊富にするために質が高く数多くの調査手法を活用する
- 相対的に少ない費用で実施でき、地元のデータを活用し、多くの人々の知識にふれることができる
- 社会参加/参加型モデルを活用する
- 調査の設計、実行、分析における透明性
- 公開性
- 包括的
- 能力を与える
- 不確実性の認識
- 前向き(positive)
- 間違っていたとしても、「害を与えない」
- 相対的に実施がたやすい
- 補完機能および他の手法のテストになる
- 環境問題に関するWHO憲章に関連した最近の国際的、国内的計画との連携、および、地域

のコミュニティを自らのヘルスケアに巻き込む。健康の不平等、災害が発生するのを待たずに問題を警告する。

—労働者や市民との連携

このアプローチは、いくつかの事例では、前に進むためのよりよい方法を提供する。なぜなら、

- 透明性や能力付与をレトリックではなく現実のものにする
- 「健康連合(health alliances)」というコンセプトと関連づけられるかもしれない
- データがより正確かもしれず、経験や主観的症状をより容易に分析しているかもしれない

表9 参加型疫学を前進させる方法

- 方法論的困難
- 専門科学者の抵抗または無視
- 訓練と情報提供の問題
- 信用性の不足
- 厳密性の不足
- データ分析の試験、検査ツールの不足
- サンプルの規模、数、曝露回数
- 可視性
- 他のグループからの応答
- 原因が示されない関係(伝統的疫学も同じ)
- ランダム/原因を示す集団であることの証明の問題(伝統的疫学も同じ)
- 曝露、影響等に関するよいデータの不足(伝統的疫学も同じ)

● 伝統的・参加型疫学の形式

参加型疫学は、多様な、時には混成の形式からなり、しばしば伝統的疫学からまったく外れている。例えば、

1. 疫学者が調査を設計し、実施し、分析し、発表する
2. 疫学者が調査を設計し、素人のスタッフを訓練して、調査を実施する。疫学者がデータを分析し、発表する。
3. 疫学者が、調査のプロトコル設計に寄与して

もらうために素人の人々を招聘する。素人のスタッフが、質問調査とインタビューを実施する。疫学者がデータを分析し、発表する。

4. 疫学者が、調査の設計に寄与してもらうために素人の人々を招聘する。素人のスタッフが、質問調査とインタビューを実施する。疫学者が、素人の人々とともに、結果を分析し、発表する。
5. 素人の人々が、問題を確認し、問題を調査するために疫学者を招聘する。1.に戻る。
6. 素人の人々が、問題を確認し、疫学者を巻き込む。共同のプロトコルが作成される。3.および4.に戻る。
7. 素人の人々が、問題を確認し、疫学者を巻き込む。共同のプロトコル。素人の人々と疫学者が共同で、問題を調査し、結果を分析する。結果の共同発表。

● 今後に向けて

素人、労働者、市民主導の健康調査の利点は莫大である。これをより広範囲に導入し、よりわかりやすい支援を受けることができるようにするためには、どうしたらよいのか? 以下の指摘は、その一助となるだろう。

- 社会的、経済的、地理的コミュニティが、疑われるハザードと産業その他のプロセスの両方に関する素人/市民疫学・毒物学プロジェクトを開始、参加するために、入手可能な手段を強化する
- 疾病と予防手段に関する「費用のかからない」情報公開を、コミュニティ・レベルで利用可能にする
- コミュニティは、利用可能などのような情報があるか知らず、与えられた情報だけしか知らないものであるから、情報を制限するのではなく、情報を広くいきわたらせるような情報システムを作り上げる
- コミュニティのヘルス・ワーカーに、疫学の原理とテクニックを再教育する
- 汚染物質の監視、レビュー、監査に、また、公共・民間部門の健康・技術スタッフの新たなトレーニングに、コミュニティを巻き込む必要性を具体化

- 地域の健康当局、トラスト、地方当局、営利団体のすべてが、環境と健康に関するWHO憲章(付録E—省略)を採用し、その原理と慣行を実行する。全国の健康当局の公衆衛生医学部門は、コミュニティの健康委員会とともに、この過程で中心的役割を果たすべきである
- 中央政府、地方当局、基金を扱う機関が、素人/市民疫学に対して、研究助成金や助成プログラムが適用されるよう促進する
- 環境ハザードに関する市民/労働者の情報と監査および予防原理に基づいた、浄化製品や毒性削減手法を採用する



● 参考文献(省略)

Costanza R and Cornwell L (1992). The 4P Approach to dealing with Scientific Uncertainty. Environment 34: Department of Health (1998) 'Quantification of the Effects of Air Pollution on Health in the United Kingdom'. Committee on the Medical effects of Air Pollutants. HMSO, London.
LaDou J (ed) (1997) Occupational and Environmental

Medicine. 2nd rev ed Appleton Lange, California
Legge T (1934) Industrial Maladies. Oxford University Press, Oxford
Ong BN (1996) Rapid Appraisal and Health Policy. Chapman and Hall, London
Popay J and Williams G (eds) (1994) Researching the People's Health Routledge, London
Popay J and Williams G (1996) Public Health Research and Lay Knowledge. Soc Sc Med 42: 759-768
Watterson AE (1994a) International attitudes to organophosphates. Farmers' Ill-Health and OP Sheep dips. Proceedings of the conference held on 26 March 1994 at Plymouth Postgraduate Medical School, Plymouth, UK
Watterson AE (1994b) Whither lay epidemiology in occupational and environmental health? Journal of Public Health Medicine. 16:270-274
Watterson AE (1995) Breast Cancer and the Links with Environmental and Occupational Carcinogens: Public health dilemmas and policies. Centre for Occupational and Environmental Health, De Montfort University, Leicester
Watterson AE (1999) "Why we still have 'old' epidemics and 'endemics' in occupational health" in Daykin N and Doyal L. Health and Work: critical perspective. Macmillan, Basingstoke. 107-126
Women's Environmental Network (1998) Putting Breast Cancer on the Map. 87 Worship, UK

BODY MAPPING

もし、突然あなたの髪の毛や舌の色が黄緑色になってしまったら、きれいになったと喜ぶだろうか、それとも呪うだろうか。これは、あなたが銅精錬工だったとしたら、実際に起こり得ることなのである。

私たちのほとんどにとって、作業環境が健康に与える影響を本当に知ることは簡単なことではない。しかし、特定の作業に従事している労働者たちが、解明されていなくても作業と関連しているかもしれない健康問題についての情報をプールしておけば、そのパターンを素早く浮かび上がらせることができる。これが、ボディ・マッピングの目的である。

これは簡単な手法であり、安全代表が職場の仲間たちのために説明会をすぐに手配することができるし、労働組合の教宣部が講習会を手配するこ

とも簡単にできる。

ボディ・マッピングは、身体の正面と背面の輪郭を描いた2枚の絵を用意することから開始する。労働者には小さなステッカー・ラベルがわたされ、仕事によって具合が悪くされたり、痛められたりしていると思う場所にそれを貼っていく。ステッカーが手に入らなければ、太いフェルト・ペンを使うこともできる。異なる健康影響を示すのに、違う色を使うようにする。

赤=痛み (pain/soreness)

緑=痛み (aches)

茶=生殖器系の問題

黒=ストレス

作業のすべての側面に関連した可能性のある

健康影響について考えるように、注意すること—脱脂溶剤を使用するのならめまい、洗浄剤による皮膚のかゆみ、ストレスによる頭痛、息切れ、月経障害、吐き気、脱力、疲労、その他の問題など、作業が原因となる可能性のあるもの。あなたにとっては確かではなかったとしても、ボディ・マップは、あなただけなのか、その作業をしているみんなの共通の問題なのかを示す助けになる。

ステッカーを貼り終えたら、各労働者が、なぜその場所にステッカーを貼ったか簡単に説明しあう。ボディ・マップの周囲に、注意書きにしておく。

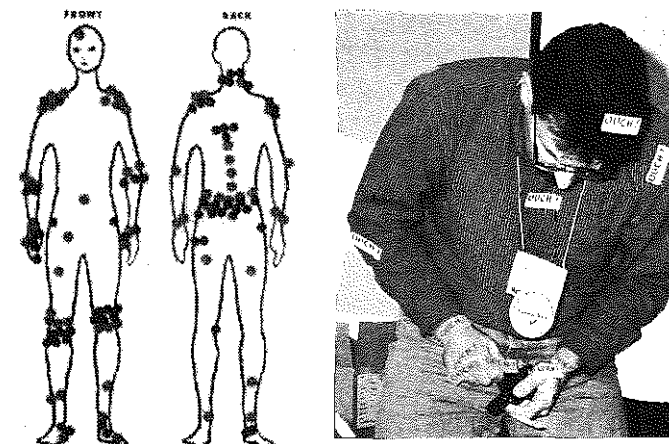
ボディ・マッピングに取り組んだ労働者たちは、同一またはよく似た作業について続けて行うべきである。

同じ職場の他の労働者たちと、作業によってどのように問題が異なるのか、また、どの問題が作業が原因になっていそうか比較することができる。

作業が異なると、状況は異なる傾向があり、ドット(点)のバラツキのパターンは非常に特徴的である。プロのドライバーがつくったボディ・マップではドットが、腰(座姿勢と全身振動による)、膝と手首(ギアチェンジ等による)、胃(不規則な食事と食事休憩による消化の問題)に集中している。

煉瓦職人は、手首、肘、肩の痛み(反復動作)、皮膚(セメントによる炎症やアレルギー)、肺(粉じんによる呼吸器症状)に集中したマップをつくる。

これはまた、問題を引き起こしている作業または作業環境に関する情報をさらに入手することによ



右: このボディ・マップは、建設労働者たちが感じた痛みを示している。
左: この労働者と彼の同僚たちは、ハザードを追い詰めるために、もっとも簡単な形のボディ・マッピングである「痛い」ステッカーを使っている。彼は、鋳物の余分な金属を研磨する作業を実演している。同僚によって貼られたステッカーは、粉じんによる胸部の問題、研磨機の操作による肩、腕、手首の問題、精密作業による目の疲れ、前屈姿勢による腰痛、立ち作業による足、膝の問題を明らかにしている。
Hazards, No.61, Jan/Mar 1998

て、職場のリスク・マップ(別稿参照)作成にも役立つだろう。

労働者は、これらの結果について話し合うべきである。新たな問題が発見されたか? 以前からある問題は前に考えていたよりも広がっていないか?

法律によれば、使用者は、労働者の健康、安全、福祉を防護するために、合理的に実行可能なあらゆることをしなければならない。ボディ・マッピングは、それが十分になされていないことを示し、改善に向けた交渉を手助けする、非常に重要な証拠になり得る。だれも、作業をした結果健康を害することがあってはならない…問題をマッピングしたら、それらに取り組もう。

Hazards, No.61, Jan/Mar 1998



RISK MAPPING

リスク・マッピングは、アメリカ、メキシコ、カナダ、ブラジル、イタリアにおいて、労働組合、環境グルー

プ、その他の団体によって、職場、地域、国家レベルにおける労働、環境汚染リスクを評価するため

に用いられてきた。

リスク・マップは、他の「専門的」アセスメントとは異なる。労働者は、どのような場所で作業し、作業によって生じるかもしれない、どのような物理的、化学的、生物学的、「心理社会的」問題をかかえて作業をしているか、観察している。

アメリカ・カリフォルニア大学の労働者職業保健プログラム(LOHP)が作成したリスク・マッピングのガイドでは、「労働者の知識を引き上げ、彼らのな

したきわめて重要な貢献を認めることによって」、技術は、労働衛生の専門家の管理を離れてしまっている、と言っている。リスク・マップは、毎日、実地の経験によって発達している。

それはまた、その結果が労働者の正真正銘の関心と症状に基づいているのであり、他の誰かが「受容できる」リスクであるとか「意味のある」問題であると考えているかによったものではないということを示している。

労働者の手を離れるとリスクー

ブラジルの経験

ブラジルにおけるリスク・マッピングの経験は、それが労働者側の手にあるときは非常にうまく機能するが、使用者や「専門家」の手に入ってしまうととたんに問題のあるものになってしまうということである。

1990年代はじめに、安全衛生問題が労働組合の合法的な要求であることを認めさせようとする長期にわたる闘争の後、ブラジルの労働組合活動家たちは、リスク・マッピング手法をリスク・アセスメントを実施するために利用しはじめた。1992年、サンパウロの化学・製薬・プラスチック産業労働組合(CPPIWU)は、職場防災防止委員会(CIPAs)のメンバーたちのためのトレーニング・コースを開始した。

法律で定められたこの委員会は、半数は企業が選んだ委員、半数は労働者によって選出された委員からなっている。CPPIWUは、実際には多くの委員会が、すべての委員を企業が選び、全く非民主的なやり方で運営されていると言っている。委員会はまた、職場の改善について交渉する権限もなく、労働者からは無力なものとなされている。

こうした問題があるにもかかわらず、リスク・マッピングを利用することは、政治的、組織的

に強力な存在(労働組合)があり、安全衛生問題が優先順位の高い問題と位置づけられている企業においては、非常に建設的な役割を果たしてきた。そうした企業では、実際に作業条件の改善が行われてきている。

労働組合運動の圧力を受けて、ブラジル政府は、リスク・マッピングを義務づける法律を成立させた。しかし、この労働組合の闘争の手段を制度化することは、その利用をゆがめる結果にもなった。リスク・マッピングの諸原則と安全衛生における労働者の参加という基本的前提は、わきに追いやられてしまった。

法律が通過して以来、リスク・マッピング手法を使ったリスク・アセスメントのほとんどが、その目的のために特別に契約された健康問題の専門家や工学者によって実施された。労働者の経験が考慮に入れられることは、非常にまれである。

CPPIWUの結論は、これらすべての問題にもかかわらず、労働者の参加という基本前提が遵守されさえすれば、ブラジルの大多数の企業において、リスク・マッピングは作業条件を改善するための重要な道具であるということである。

WHIN, Issue 53, Jan/Jun 1998

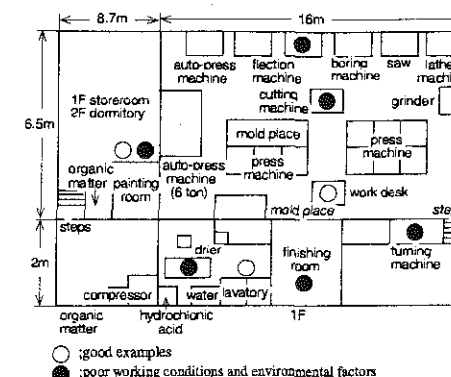
全国安全センターでは、参加型トレーニングを初めて開始した1992年2月の第1回労働安全衛生学校から、「安全衛生職場マップ作り」を採用した(1992年11・12月号10頁参照)。

これは、アメリカの労働組合活動家向けの『トラブル・メーカーズ・ハンドブック』に、メキシコの団体が、人間の五感(視覚、聴覚、触覚、臭覚、味覚)によって職場地図作りを安全衛生問題に取り組む第一歩として活用していると紹介されているのをみたスタッフのアイデアによって、取り入れたものである(労働法律旬報No.1386, 1996年6月下旬号24頁参照)。

しかし、単に問題点のみをチェックするのではなく、「よい事例」に青マークをつけ、赤マークをつけた問題点に対しては必ず改善策を検討するというやり方をとってきた。

これは、よりアクション・オリエンテッド(行動志向型)のスタイルであると自負している。

ボディ・マッピングやリスク・マッピングは、とっつきにくいリスク・アセスメントの問題を身近に議論するためにもよい手法である。



公式の化学物質規則の場合には、とLOHPは言う、「労働者の症状は曝露限界値の設定にあたって無視され、他の化学物質や物理的要因との相互作用は適切に扱われないかもしれない」。

● 開始方法

基本的なアプローチとしては、マップ(地図)を作成すること—ラフな職場のスケッチから設計図(青写真)まで—、その職場の労働者グループとともに、どこにハザードが存在するか、どこで有害物質が使われているか、どこで作業がストレスや疲労を起こしているか、どこがなすべきことが多すぎまたは少なすぎるか—に焦点を当てること、を含む。たいてい書き込む情報がたくさんになるので、地図は小さすぎではいけない。

リスク・マップは、形式ばらずに行うことができる。これは、労働者が自信や読み書きの能力をもっていない場合や、言語上の困難がある場合にも、有用であろう。しかし、より多くの努力を注ぎ込むほど、マップはより多くのことを示すようである。LOHPによれば、より周到なアプローチには、次の7つのステップが含まれる。

ステップ①: リスク・マッピング企画委員会をつくる。ここには、労働組合の安全代表、ショップスチュワード(職場委員)を含まなければならないが、同時に、幅広い職種からの現場の労働者の参加を追求しなければならない。

ステップ②: 職場向けの安全衛生の質問用紙(項目)を選ぶ、または、つくる。多くの労働組合が提供できるサンプルをもっているだろう。調査対象職場に雇用されている労働者が少数であれば、質問用紙は必要ではなく—直接自らの関心を伝えることができる。

ステップ③: 適当な場合には、対象となる作業場または作業区画の労働者に、同様のハザードに直面する可能性のあるすべての者に、質問用紙を配布する。異なる交替勤務パターン、労働者、補修や出荷のようなルーチンでない作業、納期に合わせるための作業ベースの変更等—すべての労働者に影響を与えるすべての問題がカバーされるようにすること。

ステップ④: 質問用紙から判明したことをリスク・マップに写し取る。質問用紙を使わない場合には、労働者が集まって、直接リスク・マップに彼

らの問題を記入していく。

ステップ⑤: 対象区画の労働者に集ってもらい、リスク・マップをレビューし、追加してもらう。

ステップ⑥: すべての労働者と一緒に、完成したリスク・マップをレビューする。

ステップ⑦: 状況を改善するための行動をとり、改善が実施された箇所を示すようにリスク・マップを修正する。

● ハザードの種類

ハザードを種類によって色分けしたり、一定のシンボルを用いれば、より明確な姿を浮き彫りにすることができる。たとえば、

◆ 赤: 物理的ハザード—騒音、暑熱/寒冷、漏洩、すべりやすい床、安全装置のない機器、放射線、事故

● 青: 化学的ハザード—粉じん、蒸気、ヒューム、ガス、ミスト

■ 茶: 人間工学的ハザード—早いペース、反復動作、身体に物理的ストレスやプレッシャーを与える作業、不自然な姿勢を必要とする作業、身体の一部の部位の静止、長時間、局所または全身振動、設計のまずい作業手順

▼ 黄: 感染性ハザード—ウイルス、血液運搬疾患、分泌液、カビ、バクテリア

★ 紫: ストレス—不十分な教育訓練、残業の強制、スピード・アップ、単調、機械のペースに従属した作業、出来高率、ハラスメント、差別、暴力の恐れ

● 不足を補う

リスク・マップに、そのリスクに関する他のことやとられている対策などを追加する。

- ・統計: ある作業または工程において、多数の苦情が提起されているか、労災補償請求がなされているか、傷病休暇者が出ているか?
- ・報告: 経営者が行ったリスク・アセスメント、健康診断、技術報告で、現に存在するまたは可能性のある問題点が指摘されていないか?
- ・調査: 労働組合は、問題領域を確認するような調査を実施していないか?

・協議: 経営者が労働者に協議を求めている問題はないか?

・情報: 製品表示やデータシート、警告表示から、何か手がかりが得られないか?

リスク・マップを完成したら、以下のことを検討すべきである。

- ・職場において取り組むべき主要な課題
- ・主要なハザードとその調査
- ・曝露および/または影響を受ける労働者の数
- ・業務上のハザードに関する情報源
- ・労働者の経験その他の情報に基づくハザードが引き起こす可能性のある健康影響
- ・曝露を減少させるための可能な対策

● 結論を示す

職場のすべての問題領域を浮き彫りにする絵が描けたら、ただちに、リスクを最小にするために「合理的に実行可能な」、リスク・マネジメントのための一目で見てわかるようなガイドを作成するべきである。リスク・マップは、マップで確認されたハザードを改善するために行った経営者の行動を、労働者が追跡できるようにする。

アメリカでは、土地利用計画や有害物の使用削減目標設定などの公衆政策に影響力を及ぼし、「有害物監視 (toxics watch)」調査プログラムを開始するために、リスク・マッピングが用いられてきている。

リスク・マッピングは別の価値ももっておりしばしば予測できなかった結果を回避させている。ある労働者が、腰の具合の悪さや手首の痛み、あるいは皮膚の水ぶくれを、自分の個人的な不幸だと思っていたとする。それが、同じ工程や化学物質を扱う他の労働者すべてが同様の問題をかかえていることがわかれば、その問題は運が悪いのではなく、労働条件が悪いということを知るだろう。

Hazards, No.60, Oct/Dec 1997

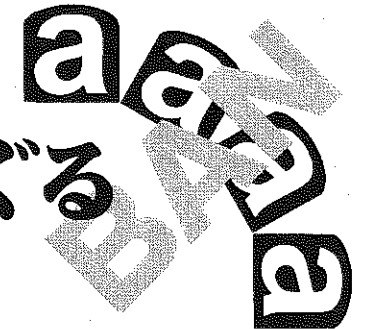


参考資料

Hazards body mapping charts, Hazards
A group method for improving risk mapping, University of California (LA) Labor Occupational Safety and Health Program (LOSH), Institute of Industrial Relations, 1996
Mobilising for survival, Canadian Union of Public Employees (CUPE)

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



アスベスト国際会議のお知らせ

2000.9.15-20, Osasco, Brasil

1. 目的

新しい千年紀がはじまったが、アスベストは世界中で引き続き何百万もの死と疾病を引き起こし続けている。この国際会議の目的は、各国の経験を吟味、問題を確認して、対応について議論し、効果的な解決策を絞り出すことである。その生命がアスベストによる脅威にさらされている人々を集集することによって、アスベスト被災者とその介護人、政治家、社会活動家、医学専門家、政府当局者、環境・市民団体の活動家、安全衛生活動家、専門家、ソーシャル・ワーカー、職人、建設労働者、その他の関係者のための公開のフォーラムを開催したい。

産業化諸国および開発途上諸国からの参加者たちには、その個人的または専門的な経験を議論する機会を楽しんでいただけたら。ワークショップやパネルが、少人数の集まりの中での情報の交換を促進し、ポスター・プレゼンテーションは、違った角度からの情報入手の機会を提供するだろう。世界の各地からの参加者の間の、様々な専門分野を超えた自由な情報交換は、決意と連帯を強化することになるだろう。きわめて重要な情

報交換のチャンネルが作り出され、それによって新たなイニシアティブや調査研究が生み出されることになるだろう。

2. 開催地/日時/通訳

会議は、2000年9月15-20日、サンパウロから20キロのところにある町オサスコ (Osasco) で開催される。オサスコは、ここがこの国 (ブラジル) のアスベスト・セメント産業の中心地であるということから選ばれた。54年間にわたって、アスベスト・セメント商品がエタニット (Eternit) のオサスコ工場で製造され、50年間、アスベスト含有ブレーキ・システムがここで作られた。ブラジルのアスベスト被災者の団体であるABREAは、この町に本部を置いている。進行中のこの問題に対する国内の注意を喚起するための、記者会見が行われる。ブラジルにおける何千名もの死者を記念するマーチ (行進) に、会議の参加者とともに、ブラジルのアスベスト被災者と家族たちが参加する。3日間のメイン行事の終了後、社会活動家たちは、さらに2日間の会議に参加することができる。

ポルトガル語、英語、++語の通訳の施設が利用可能になる予定である。IABSのウェブサイト

閲覧可能とするために、参加者には、発言や提案を電子媒体で提供していただきたい。代わりにまたは追加的に、それらの文書は収集されて、オサスコ・アスベスト会議議事録として発行される予定である。

3. 組織/基金

会議は、ABREA、アスベスト禁止ネットワークおよびInternational Ban Asbestos事務局によって組織される。基金は、労働組合や国際機関から募る予定である。商業的な資金援助の可能性もあるが、弁護士、医師等の専門家参加者からは参加費を徴収する可能性についても検討しなければならない。支払いが不可能な参加者の会議登録は無料にしなければならない。また、営利企業から、展示用ブースとテーブルを会場に設置する費用を徴収する可能性もある。個人用保護具を販売したり、アスベスト・トレーニングを提供する企業等が関心を示すかもしれない。おそらく、アスベスト関連書籍や安全衛生紙誌の発行者は、商業ベースでの参加に関心をもつだろう。会場では、写真展も行われ、アスベストに関するビデオ、ポスター、その他の視覚資料が収集されるだろう。それらの販売も可能である。

4. 参加

口述発表は、おそらく招待発表者に限られることになるため、ポスター発表の方に、多くの方々に参加していただきたい。文書、ポスター発表、討議グループの呼びかけがあらためて行われることになるだろう。労働組合、国際組織、安全衛生情報紙誌(WHIN、Hazards等々)には、その出版物においてこの会議について紹介していただきたい。Meley's Asbestos Litigator, UK Health and Safety Journal等の雑誌にもこの会議に関する記事が掲載される予定である。パネルやワークショップとして設定される可能性のあるいくつかの分野を以下に示す。

- 5.3 その他
6. アスベスト被災者
 - 6.1 一般的/共通の諸問題—ブラジル、オーストラリア、フランス、日本、他
 - 6.2 各国特有の諸問題
 - 6.3 支援グループの役割—ABREA(ブラジル)、AND EVA(フランス)、White Lung Association(アメリカ)、他
 - 6.4 その他: イギリスのMacMillan Nurses、その他の諸国におけるイニシアティブ
7. 補償
 - 7.1 個人損害賠償/使用者責任の事例
 - 7.2 製造物責任の事例
 - 7.3 占有者(occupier)責任の事例
 - 7.4 政府のスキーム(scheme)—Industrial Injuries Disablement Body(イギリス)、Asbestos Institute(オランダ)、Dust Diseases Board(オーストラリア)、ニュージーランド
 - 7.5 多国籍の事例—南アフリカの被災者対Cape plc
 - 7.6 その他
8. 疫学調査および実験研究
 - 8.1 イギリスの疫学データ
 - 8.2 イタリアのマルチ・センター・リサーチ
 - 8.3 その他
9. 社会学的調査
 - 9.1 ブラジル: 潜在的被災者/家族の費用
 - 9.2 東ヨーロッパ
 - 9.3 その他
10. 医学的治療
 - 10.1 調査—Dr. Rudd(イギリス)/Professors Robinson & Musk(オーストラリア)
 - 10.2 病理学
 - 10.3 現在のプロトコル
 - 10.4 苦痛の緩和処置(palliative care)
 - 10.5 オルタナティブ・セラピー
 - 10.6 ビタミンAの試み
 - 10.7 ホスピス・ケア
 - 10.8 その他
11. 予防: アスベスト管理
 - 11.1 同定/ラベリング
 - 11.2 マネジメント(管理)
 - 11.3 トレーニング(教育訓練)
 - 11.4 その他
12. 予防: アスベスト除去
 - 12.1 手順
 - 12.2 機器
 - 12.3 その他
13. 汚染土壌
 - 13.1 問題の範囲: ケース・スタディ
 - 13.2 再生(reclamation): 誰が費用を持つのか?
 - 13.3 その他
14. アスベスト・ニュース
 - 14.1 最近のアスベスト禁止
 - 14.2 WTO問題
 - 14.3 その他

5. 背景: 使用および認識の歴史
 - 5.1 国際的な側面
 - 5.2 個々の諸国

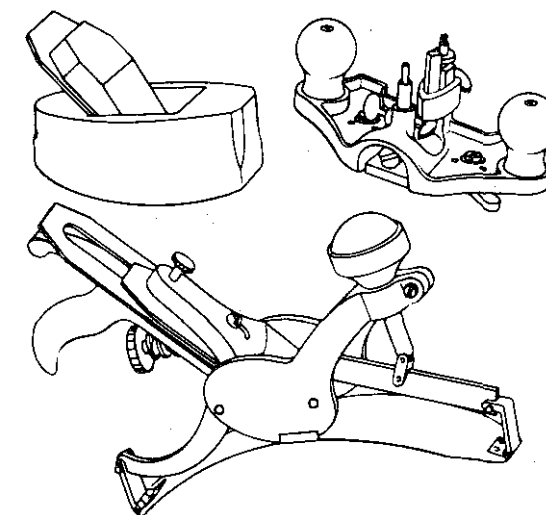


連載70

監督官労災日記

井上 浩

全国安全センター議長



署長の日々

1977年10月28日(金)晴

休んで朝から沖電気八王子工場労組での講演。60人。全労働よりの表彰を受けることになっていたが欠席。沖電労組は9:30高尾駅で待合わせ。全労働支部大会は16:00から川口で行われたので時間的に無理。(表彰は9月22日付けで、組合の支部役員として献身したということで組合結成20年を記念して園田委員長(福岡職安出身。岩槻市居住)名

で行われた。)

10月29日(土)晴

羽生市議会事務局より電話。公明党議員質問の件で労働衛生の参考書を教えてほしいとのこと。

10月31日(月)晴

午後K工業の車で横村さん宅へ焼香に行く。

11月1日(火)晴

午後日本共産党羽生地区委員長小林氏他1名来署。じん肺のことを説明。A工業の局排装置の粉じんは売却し、E、Tの両運搬

業者が取扱っているが粉じんが多く注意してもきかないと。特化則とじん肺法の概要、法規制の内容について説明。午後市内の日本ミニ・コンピュータ(株)の定期監督。

11月2日(水)曇

田島監察監督官の監査。監督件数少ないと。公務員はとにかく働かない。

11月3日(木)晴

午後北浦和で労働安全衛生管理協会(会長は例の山口敏夫元議員であった。)の特化物作業主任者講習の法規講義。

11月4日(金)曇雨

午後休んで東京へ。産業安全研究所で町田氏(前労災課長)に会う。続いて東京駅で登坂氏(北樹出版)に会い出版原稿依頼される。K社にまわり航空券を買う。夜山本氏に電話。N氏が局会議で署内事情を話したと。困った人間だ。

11月5日(土)晴

8:20 羽田発。秋田へ。途中雲少なく展望良好。猪苗代湖、新幹線工事、紅葉の山々、あずまスカイラインよく見える。全通会館“つげ”に泊る。午後佐竹氏の城跡の公園散歩。紅葉美し。落葉しきり。駅で酒まんじゅう180円を食す。信太、蒲池、石原、山本の各氏と一緒に。

11月6日(日)曇雨

総評の東北安衛学校。11:00~14:30まで講義。90名。21:05 寝台車発。航空券取れず。

11月7日(月)曇

6:20 大宮着。赤羽鉄橋へ爆弾をしかけたという二セ電話で電車遅れて出勤。坂巻木工へ行き、戸田中央病院による署員の健診を受診。血圧 90~124。午後局へ行き庶務課

長に会い、小会議室に2人で行き来年4月依頼退職する旨を伝える。アルバイトが本業を圧迫し、時間的にも健康的にも重荷を感じてきた旨を話す。

11月10日(木)晴夕方曇

K工業社長と横村夫人が労災年金請求書持参。夕方、産労石橋氏と会う。労災100問100答の原稿料持参。“ふか川”で飲む。(100問100答は安西弁護士との共著であったが、最近になって知ったのであるが、片岡昇教授の「現代労働法の展開」1983年 岩波書店発行の中に2か所引用されていた。)

11月11日(金)快晴

午後局長来署。退職の意思確認のため。張り切った気持ちで自分から辞めていけることは幸福だ。(それでも東京局の一部には私がクビになったとのうわさが流れたと後に聞いて驚いた。)日本ミニ・コンピュータ桐生副社長来署。組合年末要求書受理。

(退職については家族も含めてだれにも相談しなかった。衝撃を受けた家族もいたようであった。これから退職の日まで約5か月であったが、その時間の流れの遅いことといたら全く予想していなかった。すでに職場に魅力はなかったのだろうか。局長は退職するときまでも仕事の手を抜かないでくれと言ったきりであった。もちろん天下りの話は出なかった。しかし、退職後に一度自宅に電話をかけて来て、建設業関係の団体の埼玉県の実務者にならないかということであった。私がそれを断ったことはもちろんである。以後そのような話は来なかった。)

11月14日(月)曇

埼玉県保健センターによる胃と肝機能検査が県庁で行われた。終って出勤途中に車内

でO氏に会う。(OBで戦前からの人。問題があり一度署課長から降格され署長や次長にもならなかった。前述したように民間団体所長にも私が反対、代わってH氏を推せん任命されたことがあった。ある意味では仕事熱心な人であったが。)午後浜田監の運転で加須工業団地の安田工業(株)定監。

11月15日(火)晴

午後羽生市役所に鈴木課長をたずね、市内の地図上に肺がん死亡者の位置を書き込んでもらうことを頼む。公共工事の情報も依頼。夕方ホテル・ニュージャパンに産労平社長を訪問。期待が過大で困惑する。(平社長は学校設立を計画していて、私が講師陣に入ることを希望していたのである。私はそのような権威も実力もなく困惑していたのであるが、結局学校は実現しなかった。)

11月17(木)雨一時曇

羽生市議関口氏からの電話回答。①A工業との交渉は小林議員担当。②死んだ本人の勤務不良のため交渉難航。③1,500万円のうち労災保険給付700万円を引いて800万円を負担する。④1年80万円として10年間で支払う。⑤奥さんおおむね了承。⑥ただし、長野裁判所判決決着までの暫定とする。⑦他に患者があるか調査中。⑧20年勤続の営繕係(研磨ごみの処理)3~4人長欠中。⑨最近40歳代の20年勤続者3名が死亡(脳溢血、心筋梗塞)。⑩情報があれば知らせる。(横村さんの損害賠償等の問題らしい。)

11月18日(金)曇

日本共産党浦野衆議院議員秘書草島氏来署。①A工業のじん肺健診の状況知りたい。②災害はあるか。③監督結果の改善状況はどうか。④横村氏入院先の主治医は。⑤局は

状況をよく知っているか。

愛知局刈谷署吉川第1課長より電話。署の業務概況を送ってほしいと。

浜田監と市内のタケダ理研工業監督。22:10 産労石橋氏より電話。社長関係某氏のことをきいてくる。複雑な人間関係に巻き込まれたくない。

11月19日(土)晴

佐野安衛課長より電話。①草島秘書来局。②A工業とK工業のじん肺健診状況をしらべておくこと。③公明党の動きと昨日の状況を報告すること。④横村氏の経歴は?

署の旅行で塩原へ。ホテル“ニュー塩原”。社労士5名、建災防役員2名も同行。途中一時雨なるも、紅葉まだ残り晩秋の北関東美し。台湾の女性たちのショー。新井社労士大酔して気分悪し。

11月20日(日)晴

五十里湖をまわり、宇都宮の“性神の館”へ寄る。車中新井社労士また大酔し不快。歌を強制す。帰宅すると昨日佐野課長より電話があったと。電話すると、①A工業とK工業の過去の監督実施状況、②健診状況、③じん肺管理区分決定状況について明日午後1時までに報告するようにとのこと。

11月21日(月)晴

快晴続く。A工業についての局からの情報督促続く。A工業へ電話。村田係長応答。古屋主任じん肺診査医より電話。①草島秘書はどのような資料を持参しているか。②終業後も18時まで署に待機せよ。よって18時30分まで待機。国労松田氏より千葉のことで電話あり。

11月22日(火)晴

共産党浦野衆議院議員今日質問と。午後A

工業加藤課長、村田係長来署。草島氏の行動について。(1)横村宅…不在。(2)K工業…社長応待。①横村氏のこと確認。②肺がんではなかったか。③他に患者はないか。(3)A工業…①横村氏のこと確認。②他に患者はないか。③アスベストの気中濃度は。④署の指導状況。

10月のじん肺健診結果については、1型に至らないじん肺…A工業61名、K工業8名。1型…8名と2名。2型に近い1型…0と1名。国労千葉地本小沢氏より電話。

11月23日(水)晴

心は退職後のことに飛び、役所の人事など遠い世界のこととなってしまった。そして、役所の無能さが身にしみて感じられる。(とにかく早く退職の日が来たらよいと思いつけた。実は退職を考えたのは一つには三叉神経痛があった。数年前からこの激痛に苦しみ、特に冬の関東平野の寒風をまともに受けての新幹線工事の監督には参った。この激痛はすい臓の壊死による激痛とともに、人類が経験する最大の激痛ということで、自殺した医者もあったという。それで分かるように永続するような効果的な療法はなく、私の場合は抗てんかん薬が効果があり、私は常にその錠剤をポケットに持っていた。一度はとうとう我慢できず、役所を途中で早退したこともあった。そこで、その点からも退職の日が待遠しかったのであった。しかし、それ程私を苦しめた三叉神経痛も、退職後数年して、遠い親戚のしんきゅう師が、三叉神経痛によくきくツボを発見したので無料で施術してあげるといわれて一転した。私は当時西洋医学を過信していたので余り関心がなかったが、せっかくのことだからやってもらった。ところが驚いたことにたっ

た1回の施術だけで、数年来悩んでいた三叉神経痛が全治したのである。それから20年近い年月が経過したが、いまもって再発することはない。ときにはために寒風を切って歩いてみたりしたが、やはり再発する様子はない。もっとも、三叉神経痛がなくても私は退職しただろうが。退職に際して心配したことは、共済組合という大きな傘の下から出ることと、自分のやったことを評価してくれる人のないことであつた。しかし、どちらも退職してみれば何とということではなかった。やっぱり、あのとき退職を決意したことはよかったと思う。)

11月24日(木)晴

午後羽生市役所で、肺がん死亡者の住所にのしを付けた地図をもらい、そのまま三協精密工業(株)に行き定監。私の関係していた民間団体の会員だったという増田氏が常務をしていた。

11月25日(金)晴

午後労働基準協会の優良労働者表彰式のため産業文化会館へ行く。

11月29日(火)時々晴

午後大宮建設会館で署長会。栗原川口署次長が肺がんで入院と。(在職中に死亡)。早く退職したい。

11月30日(水)晴

持田製菓の五位潤氏より電話。(私が雑誌に安全衛生委員会は規則で月1回開催義務があると書いたら、罰則がないので義務なしとの異議であった。)午後休んで国労本部へ。田中、松田両氏と会い千葉地本小沢氏と講演打合わせ。終って飲む。猪鍋。みんな良い人たちだ。田中中執が私の退職のことを聞いて辞めるなど。しかし、もう賽は投げられたので返らない。



エステシヤンの皮膚障害

埼玉●うずもれた職業病

●化粧品で指が水腫れに

Tさん(女性・26歳)は、1997年8月にエステティックサロンの大手N社に入社した。エステシヤンの研修を3週間受けた後、埼玉県の店に配属された。

Tさんは毎日、接客しながら化粧品や美顔器具を使ったエステティックの仕事をしていた。その年の12月から、使っている化粧品のせいか指の皮がよくむけるようになった。気にはなったが、我慢して仕事を続けていた。

しかし、入社して1年した1998年の8月頃から、左の指に水泡れができはじめた。そのうち、指が火傷で水腫れしたような状態になった。エステシヤンの仕事どころか、日常生活さえままならなくなってしまった。(表紙写真参照)

驚いたTさんだが、その原因は脱毛時に使う手袋の内側に付着する粉末、あるいは、痩身時に使用する薬品やオイル、美顔に使用する化粧品(洗顔料、マッサージクリーム、パック等)ではないかと思い、近くの病院で診てもらった。医者はやはり、化粧品のせいではないかと言って、2週間ほど安静にするように彼女に指示した。

●テレピン油による皮膚炎

化粧品の化学成分が原因と確信したTさんは、会社に労災保険請求の手続きをとってほしいと要求した。しかし、会社は、今までそうしたエステシヤンの皮膚障害の例はないと、Tさんの申し出を拒否した。困ったTさんは、ある労働組合を通じて東京労働安全衛生センターに相談。センターでは、Tさんの労災請求をサポートすることになった。

1998年9月、Tさんは、化粧品アレルギーに詳しい中山皮膚科クリニック(東京)を受診した。

中山秀夫医師は、「多数の小水泡を伴う激しい皮膚炎で、パッチテストで原因を検査したところ、テレピン油(テルペン系化合物)と水銀による陽性反応ができた。エステの仕事をやめて顕著に改善したため、エステで用いた化学物質の接触性アレルギーが最も考えられる。大腸菌やアトピー(エステ側で原因としていたもの)は全く関係がない」ことを明らかにした。

センターでは、専門医の意見をもとに、労災請求した川越労働基準監督署(埼玉)との交渉に取り組んだ。その結果、1999年11月末、両手接触性皮膚炎として業務上認定された。

●あいつくエステの皮膚障害

私たちはエステティックサロンの

TVコマーシャルや町中の看板をよく目にする。Tさんが接触性皮膚炎になった当時、国民生活センターには、脱毛エステに関する消費者被害のトラブル相談が急増していた。女性が96%、20歳代が8割をしめているのが特徴。脱毛処理で、色素沈着、かぶれなどの皮膚障害の苦情が607件で、相談の8割以上を占めている。大腿部、胸部、背部に症状がでて、治療期間が1か月を超えたケースも68件あり、痛みや腫れを訴えるケースも少なくなかったと報告している。

さらに、最近、女性に人気のある「ピーリング」と呼ばれる美顔エステで、やけどやはれなどの被害も相次いでいる。

いまや女性・男性を問わず、「美顔」願望は熱くなるばかりだ。エステ業界は1万社ほどあると言われているが、営業許可がないため、実態は不明と言われる。そうしたなかで、エステの利用者から皮膚障害が相次いで報告される一方、エステシヤンの被害情報はなかなか表面化していない。しかし、実際、化粧品の溶液を手に取り利用者に塗ったり、落としたりするのはエステシヤンの仕事である。

おそらく、Tさんと同じように手指の皮膚炎に悩むエステシヤンが相当数いるのではないかと。利用者ばかりでなく、エステシヤンの安全と健康にも目を向けながら、エステ被害の実態を明らかにしていく必要がある。



(東京労働安全衛生センター事務局長 飯田勝泰)

職業病の発病日はいつ？

神奈川●じん肺合併症審査請求の決定

Aさん(73歳、男性)は、1950年から35年余にわたって、米海軍横須賀基地内で左官工として就労した。作業内容は、冷凍庫、ボイラー等の取り付け、メンテナンス等であり、防熱材として使われたアスベストに曝露した。

Aさんは、1983年8月23日にじん肺管理区分の決定申請を行い、管理2と決定されたが、この時点では合併症は認められず、療養を必要としなかった。1998年7月13日に合併症として続発性気管支炎の発症が診断されたので、同年5月23日～7月31日までの期間の70日間について、横須賀労働基準監督署に休業補償給付の請求を行ったところ、5月23日～7月12日までの51日分については、疾病の発症前であるとして不支給処分とされた。

Aさんは、不服審査請求を行い、1999年12月13日付けで、神奈川労働保険審査官は原処分を取り消す決定を行った。

経過は、以下のとおりである。

Aさんは、1998年5月23日に、医療機関を受診した。この時点で、1年のうち3か月以上毎日のようにせきとたんがあるとの自訴を確認、続発性気管支炎の罹患が疑われたため、精密検査を実施することになった。

5月25日に、たんの精密検査

(量および性状の検査)を実施し、6ml、P2との結果が得られ、続発性気管支炎に罹患していると判定して、内服等の治療を開始した。

その後、6月1日、7月13日と、都合3回たんの検査が行われた。これは、『じん肺診査ハンドブック』に、続発性気管支炎の自覚症状として「1年のうち3か月以上せきとたんがある」とされていることから、主治医が、経過に十分な注意を払って行ったものである。

監督署は、主治医に対してあえて「診断確定日」を確認したうえで、7月13日を合併症の「診断確定日」と判断して、7月13日以降を労災保険給付の対象として認め、7月12日以前の方は発病前のものであるとして不支給としたものである。

昭和53年4月28日付け基発第250号「改正じん肺法の施行について」において、「じん肺及び合併症の認定の手続き」について、以下のように取り扱うこととしている。

① すでにじん肺管理区分が管理2または管理3と決定された者から合併症に係る労災保険給付の請求があった場合は、当該じん肺管理区分の決定に係るじん肺管理区分決定通知書またはその写し、粉じん職歴、その最終の管理区分決定の根拠となったじん肺健康診

断結果等を確認のうえ、合併症に係る審査を行い、合併症にかかっていると認められる場合は、当該合併症の症状確認(医師による診断確認)の日に発病したものとして所定の事務処理を行う。

② じん肺管理区分決定の申請の結果、じん肺管理区分が4と決定された者またはじん肺管理区分が管理2もしくは管理3と決定された者で合併症にかかっていると認められたものから労災保険給付の請求があった場合は、じん肺管理区分決定通知書またはその写し、粉じん職歴、管理区分決定の根拠となったじん肺健康診断結果等を確認のうえ、その健康診断を行った日(当該決定の根拠となった資料がエックス線写真であるときはその撮影の日、肺機能検査の結果であるときはその検査実施の日もしくは両方で確認できるものについてはそのうちいずれか前の日または結核精密検査もしくは肺結核以外の合併症に関する検査の結果であるときはその検査実施日)に発病したものとみなして所定の事務処理を行うこと。

また、合併症の検査の方法および結果の判定は、『じん肺診査ハンドブック』によることとされ、続発性気管支炎については、「自覚症状の調査で『1年のうち3か月以上毎日のようにせきとたんがある』と認められた者で、自覚症状、他覚所見等から罹患が疑われる者」を「精密検査を必要とす

る者」として、「主に、たんについてその量および性状等について検査」し、「たんの量の区分が2[3ml以上10ml未満]以上で、たんの性状の区分がP1～P3[粘膿性たん]の場合には、続発性気管支炎に罹患していると判定し、治療の対象とする」とされている。

審査官の決定書では、次のように判断した。

「(主治医が)自覚症状調査で『1年のうち3か月以上毎日のようにせきとたんがある』と確認したのは5月23日であり、精密検査の結果『続発性気管支炎に罹患している』と判定した日は5月25日であると所見し、7月13日に実施した第3回精密検査まで『経過に十分な注意』を払ったと述べている。前述のごとく5月25日に実施された第1回目合併症検査結果において続発性気管支炎罹患の判定要件を満たしていることは明らかであり、合併症罹患の判定診断に当たり、合併症検査の実施回数および期間に関する規定はなく、『5月25日の第1回合併症検査によって、症状の確認および診断が可能であったと認められる』。『本件じん肺合併症たる続発性気管支炎は、5月25日に発病したものと取り扱うのが相当である』。

250号通達どおりの解釈を示したというもので、監督署のおかしたフライングが是正されたという結果である。

しかし、社会常識に照らして考えてみれば、実際の発病は自覚症状を感じたときかそれ以前であることは明らかであり、初診日＝

5月23日に「1年のうち3か月以上毎日のようにせきとたんがある」ことが確認され、後日そのことが検査でも裏づけられたのであれば、少なくとも、初診日に発病したものとして取り扱ってよいはずである。現実には、じん肺の合併症に関しても、初診日に発病したものとして補償を受けられている場合は多い。本当は、症状経過等から発病日が合理的に推定できる場合には、初診日以前にさかのぼって発病したものとして取り扱う方が、より真実に近づく。

その点では、250号通達が検査実施日等に発病したものと

取り扱うことと指示していること自体が問題と言わざるを得ない。労働基準法施行規則第48条では、「災害補償を行う場合には、死傷の原因たる事故発生の日または診断によって疾病の発生が確認した日を、平均賃金を算定すべき事由の発生した日とする」としているが、労災補償の始期としての「発病日」あるいは「症状の確認および診断が可能であった日」の取り扱いを指示する行政解釈等が(250号通達以外)存在しないため、問題が生ずる余地がある(1・2月号56頁も参照)。



診断から約10年 補償なし

福島●アスベスト保温工のじん肺

1998年10月に関西労働者安全センターが実施した「じん肺・アスベスト被害ホットライン」に相談に来られた大阪市在住のMさんのアスベストによるじん肺(石綿肺)と合併症である続発性気管支炎が、昨年12月ようやく業務上疾病として認められた。

1923(大正12)年生まれのMさんは、1969(昭和44)年から断熱・保温工事に従事したという。1990年頃から、気管支炎、喘息で市内の病院に入退院を繰り返すようになり、現在に至っていた。病院では、「アスベストが肺にたまっているからすっきり治ることはないが、きっちりと治療をすればある程度は良くなる。ただ、じん肺

だから公害で扱うことはできない」との説明で、じん肺の管理区分申請や労災請求については何の説明も受けなかったということである。以来、10年近く労災の適用を受けることがなかった。

Mさんから事情を聞いた安全センターでは、Mさんからアスベスト作業の従事歴をお聞きし、最後に所属していた会社(今は閉鎖)の関係者に面談するなどして職歴を把握するとともに、医療機関を紹介して管理区分申請を大阪労働基準局におこなった。

1999年8月末に、ようやく「管理3イ 続発性気管支炎により要療養」との決定があり、最終事業場の所在地である福島県のいわ

き労基署に労災請求を行った。

Mさんは、化学、製鉄などの各種プラントをはじめ発電所の工事にも多数従事してきており、いわき労基署管内の東京電力の原子力発電所の工事にも従事していたのだった。Mさんは腕の良いベテランであり、特に難しい部分の工事を任されていたという。

すでに会社はなく、資料もない

ため平均賃金の決定は、いわき労基署の調査に基づいて福島労働基準局長が行うことになったので、少し手間取ったが、なんとか新年には間に合う業務上認定となった。

ただし、相当長期の期間の労災補償請求権が、時効によって消滅していたのは歯ざりをする思いだった。



難しい神経症状の障害認定

大阪●ブラジル人労働者が不服審査

ブラジル人労働者のCさんは、枚方市の木材加工所で働いていたが、1998年4月、仕事中に滑って転倒、台車に腰を打ち付け、腰椎圧迫骨折、腰椎すべり症、椎間板ヘルニアの診断を受けた。1年半の療養の後、障害等級11級の5に認定された。1級の5とは、「せき柱に変形を残すもの」で、Cさんは、腰部の背骨を金具で固定する手術を受けており、そのことから判断されたようだ。後遺症としてひどい腰痛と左足の痺れもあったが、神経症状としては、11級以下と判断された。

後遺症の腰痛は依然として継続しており、現在も常にずきずきとした痛みを伴い、前傾姿勢を継続できないので、掃除機をかけるといった日常の動作にも支障がある状態である。また、男性の外国人労働者を雇用する職場のほとんどは力のいる単純労働なので、そういった仕事につくのは不

可能である。それほどの疼痛が残っているにもかかわらず、治療を受けた医師の後遺症診断では、ペインクリニックなどの治療をしても痛みが軽減しなかったことから、

原因不明で精神的要因も考えられるとされてしまっていた。障害等級の認定の判断上、神経症状があまり重視されなかったのはそのためかもしれない。

そこで、この結果を不服として大阪労災保険審査官に審査請求を行った。神経症状の障害認定では、本人にしかわからない疼痛は軽視されがちである。しかしながら、実質そのために就労を制限されるという事実をもっと考慮してほしいものだ。ましてや、事務職につくのが不可能な日本語に精通しない外国人労働者の場合、今後どうやって生活の糧を日本で得るのか深刻な問題である。障害等級が少し上がったからといって解決する問題ではないが、「認定基準の見直し」で考慮すべき点である。



(関西労働者安全センター)

ルポ: 古参坑夫の黄昏

台湾●余生をじん肺とともに

これまでたびたび紹介してきた、中華民国台北にある安全センター雑誌、「敬仁勞工安全衛生雑誌」(1999年10月号)に掲載された、じん肺患者のルポである。もともと一般新聞の記者がまとめたもの。国は違えども、同じように制度の不備が障害となつて一層苦しむじん肺患者と、その闘いが記されている。

× × ×
夜明け前の4時、瑞芳村の金

瓜石山地の星も月もぼんやりと かすんでいる中、77歳の古参坑夫の林阿城さんは目を覚ました。彼の肺には穴が開き、真夜中に激しく咳き込むと、咳する声はその穴から漏れだし共鳴する。それは、若かりし頃の林阿城さんが坑道で仕事をしてた時、同僚との話し声が坑内にエコーしていたのとよく似ている。林阿城さんは思ひ出にふける。咳の苦しみで、彼は、ただ布団に寄りかかり喘ぐし

かない。夜が明ければ、台北にある敬仁労働者安全衛生センターに出かけ、障害給付申請の通知がいつ頃来るのか尋ねるつもりでいる。台湾全土にいる2万名以上の古参坑夫と同じように、林阿城さんはじん肺患者である。昔、彼らは、暗くてお天道様を目にすることもできない坑道で、命懸けで働いてきた。年を取ってこのかた、当然の権利を獲得するために、ぼろぼろになった体を引きずり街頭に出て、5年も、6年も闘ってきた。

民国81年(1992年)、台湾大学の劉益宏医師は、平溪へ巡回医療に出かけ、百名以上の坑夫にじん肺症状があるのを見つけ出した。劉益宏医師は、名簿を持ち帰り、敬仁センターの創立者である田明恵さんと話し合い、同時に田明恵さんと一緒に平溪へ行き、一軒一軒尋ねて歩いた、2人はまた、坑夫同士の連絡網を通して、台湾北部で4千名以上のじん肺症に罹患している退職坑夫を探し出した。林阿城さんと葉秀男、黄清長、程輝さん等の古参坑夫は、元々自分たちは「老人病」のために咳や息切れが起きやすいのだと考え、咳に土のようなものが混じっていても、じん肺症だとは思ってもみなかった。しかし、実際は、じん肺症が彼らの体を何年も蝕んでいたのである。58歳の葉秀男さんは、外面的にはとても元気だ。しかし、彼は、自分の肺を「セメントで塗り固めたようだ」と形容しているが、いったん風邪をひき咳をすると、肺が破れんばかりになり、日夜安眠できず、

昼は少しでも体を動かすと、息絶え絶えになってしまう。

敬仁センターの幹部である劉瓊雅さんが語るところでは、苦勞の末、各県市の役所がやっと古参坑夫に医療費免除をすることに同意したにもかかわらず、国民皆保険が実施されると、坑夫に元々与えられていた医療優待が取り消されてしまった。敬仁センターが、国民皆保険を調べたところ、国民皆保険には重大傷害・疾病補助があるが、これにはなんとじん肺症が含まれていなかった。そこで、敬仁センターは、国民皆保険実施の年に、坑夫のデモを行ない闘った。坑夫の闘争は、実のところ全く老人・弱者・障害者の隊列だった。黄清長さんの話では、皆が突撃!と叫んでみても誰も突撃できるものはいない。「普通に道を歩いていても牛のように、はあはあしてしまうのに、どうして突撃なんかできるのでしょうか?」。実際、古参坑夫の体力は落ちていて、デモが始まり、スローガンを叫び、少し歩いてだけでダウンしてしまう。傍らには救護車・酸素ボンベが控えている。

ここ5、6年来、デモ行進の時は、竹東、桃園、三峡、土城、瑞芳の各地から、古参坑夫が、ある者はビル清掃の仕事を休んで、ある者は杖をついて、労働委員会の玄関先に集合し、晴れた日は太陽にさらされ、雨の日は風邪を心配し、古参坑夫の悲憤は自動車が激しく行き交う街中では、かえって滑稽に感じられ、押し黙っていて声も出せない。

永年、古参坑夫らを支持してく

れているのは、敬仁センターというこの小さな団体しかなく、重く長期にわたる闘争は、敬仁センターの数少ない職員に絶えず要求をつきつけ、一方、闘争の相手である労働委員会の主席の交替は頻繁で、度々新しい主席がポストにつくため、あらゆる行動はもう一度仕切り直しとなり、闘いはさらに難しいものになる。じん肺症の潜伏期間は長く、敬仁センターが古参坑夫が障害給付を受けられるように手助けしようとしても、古参坑夫が勤務していた鉱山の多くは、すでに閉鎖されている。敬仁センターの職員である程彩倫さんの話では、いろいろ研究した結果、離職後、保険から抜けた後の職業病障害給付が取得できるように調整を行なう方向でしか、古参坑夫の当然の権利は勝ち取れないことが分かったということである。このため、たった3名の職員しかいない敬仁センターは、各郷村へ出向き説明会を開き、古参坑夫があきらめないように、引き続き励ましている。しかし、長い年月の中では、待つことができずに、病魔に犯されこの世を去ってしまう古参坑夫もいる。

昨(1998)年、労働保険局は、ついにこの給付認定を緩和した。しかし、程彩倫さんの話では、補償制度全体が整合性に欠けた措置になっており、給付制限は非常にきつくなっており、文字を知らない坑夫にとっては、用紙に記入し、診断書一通を申請するにも疲れ果ててしまう。労災給付申請の手続が煩雑なため、労災保険ブローカーが跳梁跋扈する結果に

なっている。多くの古参坑夫が大なる不満をもって、5、6年来、風に吹かれ、太陽にさらされ、雨に当たりながらの街頭での奮闘努力の結果は、かえって労災保険ブローカーに甘い汁を吸わせることになってしまった。行政手続に疎く、用紙記入法がわからない彼らは、ブローカーのなすがまになっっている。黄清長さんは、「ブローカーはトコト人を押取る輩だ、おいら達かためて棺桶代まで少しよこせと言っている。」

朝8時、林阿城さんは、友人と一緒に敬仁センターの事務室の入り口にやって来ていた。2人は階段のところに腰をおろし、パンをかじりながら、互いに障害給付申請の経験談を語り合い、林阿城さんは、腹の底からこみあげ

てくる怒りで友人に訴えた。「自分の病気は金瓜石山地の他の坑夫よりも重い、彼らはブローカーを通して600日から1,000日以上給付を申請できたが、一方、自分が申請したのはたった150日分の給付でしかなかった。お金に換算すれば7、8万円、これではクスリ代にもなりやしない」。2人はあれこれ話し合ううち、目のふちが真っ赤になっていた。

じん肺症に罹患した古参坑夫は、自分たちの体に台湾の経済発展史を刻み、記録してきた。彼らの苦しみと無念さは、台湾の政界財界勢力による労働人民に対する搾取を物語っている。古参坑夫たちのおかれた境遇は依然社会の思いやりを必要としているのである。

(楊索／中浦光彦・訳)

や記憶障害を被ったとして、会社を相手取った損害賠償裁判に勝利。ロサンゼルス最高裁は慰謝料、医療費、休業損害など、165万ドルの支払いと、さらに、500万ドルの懲罰損害賠償を命じた。

■生殖障害をもたらす有害物質に関するデータベースを、アメリカ国立有害物質センターが作成。

■オランダで職場の有機溶剤を完全追放することを決定。現存する写真、塗装などの現場ではより安全なものに代替することや、それにとまなう職業訓練を行なう。

■全米自動車労組(UAW)が、Methylene Chlorideの規制強化を求めてきたが、業界が自主規制案を作成、合意に達した。規制をめぐってはUAWと業界両者が、労働安全衛生庁(OSHA)を訴えていた。ちなみにイギリスの基準は100ppmで米国の4倍。

■全米製紙化学エネルギー関連労働組合が、クラウン・セントラル石油が、環境破壊などで7,000万ドルの損害を地域に与えているとして告発する報告をまとめた。

■スペイン・バルセロナの研究者らの調査によって、成人の喘息の5～10%が、仕事の原因であるという結果が発表された。12の先進工業国の20歳から44歳まで、15,000人あまりの労働者を対象にしたもの。とくに、農業、塗装業、プラスチックなどで高率で見られた。



化学物質による健康被害

海外短信●Workers' Health
International Newsletter

■ガソリンの鉛代替物のMethyl Tertiary Butyl Ethylが、肺機能に悪影響を及ぼすと、スウェーデン国立労働生活研究所が発表。

■1999年3月にILOが開催した会議で、化学産業の労組の国際組織(ICEM)と、業界団体の国際組織(ICC)とが、世界規模で労働衛生、環境の問題に取り組むことで合意した。しかし、ILOはこれまでの業界の動きがひどく、労働組合も必ずしもそれに有効

に対応してこなかったとして、もっと努力するように望んでいる。

■アメリカの医学協会誌に、有機溶剤に職業曝露した女性には、不妊や妊娠障害等になりやすいとの研究が発表された。125人の曝露者を同数のコントロールと比較。

■アメリカのタイムワナー社の下請会社で、スタジオフィルムを洗浄する作業をしていた労働者が、有機溶剤中毒になって頭痛

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 HOMEPAGEhttp://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 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サコ・求豊岡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 ばらばらビル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 高知市藪野イワ井田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 秋津レクテラウングリニック 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「ルイコ」6階 TEL(0975)37-7991/FAX(0975)34-8671
- 宮崎 ● 旧松尾鉱山被害者の会
〒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