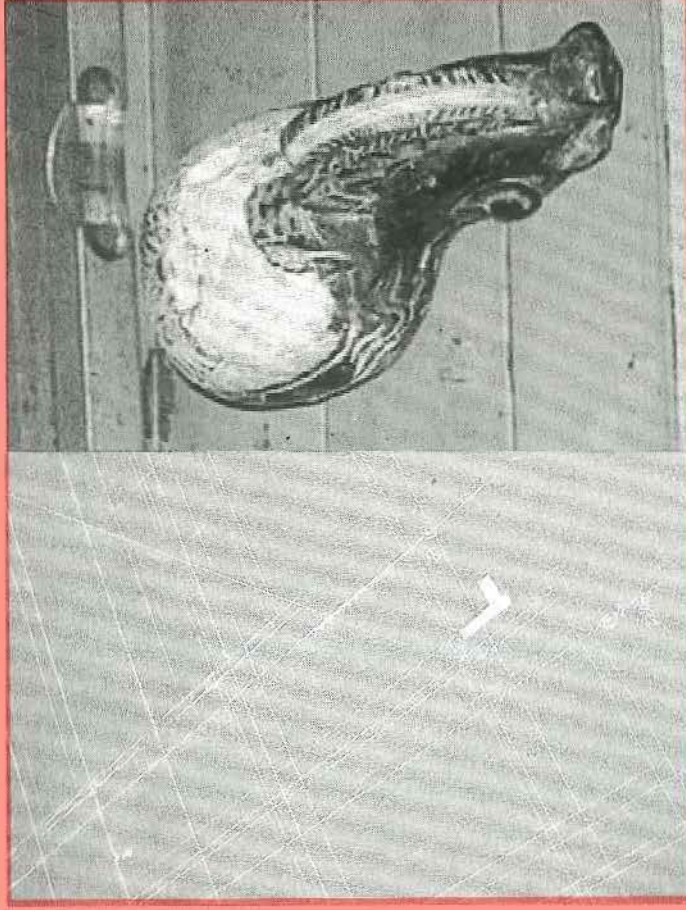


安全情報



セン



安全センター情報 2000年6月号 通巻第264号 2000年5月15日発行
毎月1回15日発行 1979年12月28日第三種郵便物認可

特集／労災補償制度改革への提言

安全センター情報 2000年1・2月号

90頁(特集35頁) 1,600円

〒136-0771 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階

TEL (03) 3636-3882 FAX (03) 3636-3881

HOMEPAGE : <http://jca.apc.org/joshrc/>

特集／筋骨格系疾患と人間工学基準

ケイワン、腰痛予防のための 人間工学基準制定の動向

USA-OSHA	人間工学基準をいよいよ提案	3
AFL-CIO	「痛みを止めろ!」キャンペーン	10
ETUC	ヨーロッパにおける取り組み	20
EU-OSHA	労働関連頸・上肢筋骨格系疾患	31
WORLD	2月29日を国際RSIデーに	34

Every year more
than 600,000
workers
suffer from
repetitive
strain injuries.



The U.S. Chamber of Commerce,
the American Trucking Association,
UPS and their Republican friends in Congress
say OSHA should do nothing about it.

Repetitive strain injuries (RSIs) are a leading cause of workplace injury and disability. They can be prevented by proper ergonomics standards. OSHA should enforce these standards to protect workers from RSI. Repetitive strain injuries (RSIs) are a leading cause of workplace injury and disability. They can be prevented by proper ergonomics standards. OSHA should enforce these standards to protect workers from RSI.

Tell these employer groups and
Congress that we need an
OSHA ergonomics standard.
Tell them to protect American workers.

NO MORE RSI or BACK INJURIES!



全国労働安全衛生センター連絡会議(略称:全国安全センター)は、各地の地域安全(労災職業病)センターを母体とした、働く者の安全と健康のための全国ネットワークとして、1990年5月12日に設立されました。

①最新情報満載の月刊誌「安全センター情報」を発行しているほか、②労災認定・補償問題等々での相談、③「労働安全衛生学校」の開催や講師の派遣など学習会・トレーニングへの協力、④働く者の立場で調査・研究・政策提言、⑤世界の労働安全衛生団体との交流などさまざまな取り組みを行っています。

「安全センター情報」は、運動・行政・研究等各分野の最新情報の提供、動向の解説、問題提起や全国各地・世界各国の状況など、他では得られない情報を掲載しています。

●購読会費:1部年額 10,000円 (複数割引あり)

●見本誌を請求してください。

セン

安全 ター 情報

SHC JOSHRC

全国労働安全衛生センター連絡会議

〒136-0771 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階

TEL (03) 3636-3882 FAX (03) 3636-3881

HOMEPAGE : <http://jca.apc.org/joshrc/>

特集／労災補償制度改革への提言

労災補償制度改革への提言

自治体労働安全衛生研究会ワークショップ-2

労災保険制度のあり方に関する研究会報告書 ①-15

ヴェトナムでの参加型安全衛生活動

東京労働安全衛生センター 飯田勝泰・仲尾豊樹-17

EU加盟諸国におけるRSI

欧州労働安全衛生機関のレポート-28

スウェーデン：筋骨格系障害予防・人間工学規則 ②

付録A：リスク・アセスメントのモデル-28

付録B：負担要因確認チェックリストの例-34

連載 73

井上浩「監督官労災日記」 39

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

アメリカの業者救済法案をめぐる動き-43

東海村ウラン加工施設事故被ばく

労働者の健康管理検討会報告-46

各地の便り／世界から

ISO ● 単独でのOHS-MS規格開発は否決-50

ILO ● OHS-MS 国際文書のための勧告-51

兵庫 ● 鉄工所で思いもよらぬアスベスト被害-54

東京 ● 変電所にもアスベスト、初の労災認定-56

大阪 ● 初のダイオキシン労災に不支給決定-61

東京 ● 商社が「業務委託契約」で労災隠し?-59

東京 ● 校舎改装で揮発性有機化合物被害-60

労災補償制度改革への提言

自治体労働安全衛生研究会 労災補償制度ワークショップ

自治体労働安全衛生研究会は、3月18日に開催された第12回総会において、労災補償制度ワークショップがまとめた『労災補償制度改革への提言』を発表した。提言の趣旨について次のように述べ、積極的な論議がまきおこることを期待している。

「職場環境や労働態様、疾病構造など労働者の健康と安全をとりまく状況は大きく変化しています。その変化に伴って、現行労災補償制度も時代に適合した改革が必要になってきています。自治体労働安全衛生研究会ではワークショップを設け、認定制度の改革や給付内容の改訂、職場復帰・社会復帰システムの充実、財源負担制度の改善など全般的な仕組みの見直しについて検討してきました。関係者、専門家による提起やヒアリングを含めて論議を積み重ね、提言としてまとめました。新しい時代にふさわしい労災補償制度改革のために活用されれば幸いです。」

提言1：迅速・公正を重視した 新しい枠組みと制度

- 1 公平な認定基準決定機関の設置
- 2 認定基準の改定
- 3 公正な認定のための審査制度等の改革
- 4 迅速な給付のための制度
- 5 衡平・公正な制度

労働災害や通勤災害の被災労働者やその遺族に対しては、労災保険法第1条に規定されているように「迅速かつ公正」な保護が行われなければならない。そのためには、まず保険給付が「迅速かつ公正」に行われなければならない。それを保障するためには開かれた行政であることが必要である。すなわち、最も重要な保険給付に関する認定基準の設定や、給付決定について不服がある場合の審査については、保険給付を受ける側や、保

険料を負担する側の参加も必要である。また、迅速支払いを保障する制度として保険金の仮払い制度の導入が必要であるし、公正を確保するためには補償制度全般についての官民格差にみられる労災保険の不備の見直しも必要であろう。さらに、労働者性の認定枠の拡大等被保険者の範囲の拡大についても取り組む必要があろう。

1 公平な認定基準決定機関の設置

保険給付は、具体的には労働基準監督署長の支給決定により行われる。労働基準監督署長が支給決定を行う際には、業務災害や通勤災害に該当するかどうか、障害等級の第何級に該当するか、再発や治癒に該当するかどうか等を認定した上で行う。したがって、そのような認定を行う際の基準は、保険給付にとって最も重要である。現在、認定を必要とする事項のうち重要なものは、一般的な認定基準が労働省労働基準局長通達として出されている。通達なので法律や政令や省令に該当しない。そのため、国会や閣議や省議でチェック

を受けることはない。まして、保険給付を受ける労働者や特別加入者、保険料を直接負担する事業主、保険料を価格を通じて間接負担する国民の意向は直接的には入らない。その結果、過労死や腰痛の認定基準を見れば明らかなように、一般国民の常識とは乖離している。そのことは認定基準の狭い枠を超えて多くの逆転判決が出ていることから明瞭である。このような不都合をなくすためには、公平で公開された認定基準決定機関を設置することが必要である。

では、認定基準決定機関は具体的にはどのような形態であるべきだろうか。それはまず、労働省労働基準局長の私的諮問機関でなく、労働大臣の直轄の独立した機関である必要があろう。そして、委員会制として公労使の三者構成とし、現職の公務員及び労働省OBは委員から排除すべきである。労使の委員については、大企業に偏しないようにするとともに、業種的にも製造業や建設業等に偏しないようにし、サービス業等からも選出するようにする必要がある。公益委員については、法律や医学の専門家に偏しないことも必要である。なお、業務担当部局の充実も必要であり、特に顧問については適材を任用することが重要であろう。なおまた、業務外傷病の担当官庁である厚生省についても配慮すべきであろう。

2 認定基準の改定

現在労働省労働基準局長通達の形式で出されている認定基準は、厳密な相当因果関係説の上に立っており、労働災害の被災者に対する救済が完全に行われていない。特に最近増加してきている労働関連疾患については、業務上外の認定はもとより、再発や治癒認定についても多くの問題がある。もともと労働災害については、その原因が100パーセント業務にあることの方が少なく、多くは業務以外の原因も共存競合して発生することが多い。そのような場合の扱いについては、業務が原因の一部となっている場合にはすべて業務上とする考え方と、反対に少しでも業務以外の原因が存在したらすべて業務外とする考え方がある。労働省は、業務が諸原因の中で相対的に有力な場合に限つ

て業務上として扱っている。しかし、労働関連疾患など業務が相対的に有力であるかどうかの判断は困難である場合が多く、被災労働者の救済ということを一に考えれば、たとえ業務が相対的に有力でなくても、その業務がなければ労働災害は発生しなかったであろうと認められるときには、業務上として扱うべきである。この場合、新しい制度のあり方も視野に入れて労働者の保険料一部負担について議論することや、いくつかの段階に分けた補償給付についても検討する余地があろう。以上の扱いで注意すべきことは、労働者に対して過大な証明責任を負担させないことである。疾病の場合には、原則として就業前に健康であり、就業中止により症状が軽減すれば業務上とすべきであろう。以上については通勤災害についても同様である。

問題は障害等級についても認められる。まず、現行の等級表の改善やその解釈を改正すべきである。現在の14等級の内容は本質的には工場法時代と変わってはいない。これを現在の状況に適合するように労働能力の喪失を再評価し、精神的な面やADL(日常生活動作)への影響の評価も充実して本格的に改正すべきである。また、解釈を変更し、療養を受けないじん肺管理区分3等の該当者も給付対象とするとともに、重度障害者の余病等による死亡も業務上とすべきであろう。

3 公正な認定のための審査制度等の改革

保険給付の支給決定をめぐるのは、認定基準以外にも多くの問題がある。まず第一に、保険給付の請求について主治医の軽視がある。業務上外はもとより、療養の方法と期間、休業の要否、治癒時期の認定等について、主治医の意見が最も重視されるべきであるが、ややもすると行政の意見が優先することが多い。その場合に行政の意見が形成される上で労災医員(顧問医)の役割が大きい。ところが、この労災医員についての選任基準その他制度全体がはなはだ不明瞭である。そこで、これを明瞭にするとともに、選任をはじめとして運営全体を労使に公開し、労使の運営参加を保障するとともに、主治医に対しても意見陳述の機会を保障する等のことが必要である。

保険給付の支給決定をめぐる第2の問題は、不服処理の制度である。現在は都道府県労働基準局に審査官がいて審査請求を受け、それに不服があれば労働省に置かれている労働保険審査会に再審査の請求を行うことができる。それが遅れた場合には直接行政訴訟を提起することも可能である。しかし、望ましいことは訴訟でなく審査段階で迅速に解決されることである。ところが、審査官は現職の公務員であるし、審査会の委員の大半は高級官僚OBである。労使の代表は参与として意見を述べるだけにすぎない。しかし、1956年の法改正までは、審査会は都道府県労働基準局単位に設置され、委員は公労使の三者構成だった。もちろん、中央に審査会はなかった。やはり審査制度はこのように受給者(労)、保険料直接負担者(使)、保険料間接負担者(公)の三者構成にすべきではなかろうか。なお、審査請求人が適切な攻撃防御を行えるためには、不支給決定等の際に、その理由を文書で通知することが必要であるとともに、請求人に対して関係文書の閲覧権を認めることが是非とも必要である。

4 迅速な給付のための制度

労災保険法第1条には「迅速かつ公正な保護をするため、」と書かれている。賃金で生活している労働者にとっては、特に「迅速」な保護が必要である。そこで労災保険法制定当時の施行規則第28条には、「都道府県労働基準局長は、保険給付の請求書を受けたときには7日以内に、支給に関する通知書を、請求者に発送しなければならない。」と規定されていた。ところが現在の規則にはない。もちろん不可能だからだろう。しかし、保険給付の決定が遅れて困るのは労働者である。そこで、労働基準監督署長の支給決定所要期間と、都道府県労働基準局長や労働省労働基準局長の下級機関からの稟議に対する回答期間に限度を設けるべきである。現在、行政手続法により処理基準は設けられているが、その拘束力は弱く、内容もまた過労死等に例外を設ける等不完全である。

さらに、不服審査に要する期間についても改善の傾向にはあるが、審査、再審査ともに長期にわたるものも多い。

もちろん行政訴訟に訴える方法はあるが、それはさらに長い期間と経済的負担をも要するので、被災労働者や遺族にとって必ずしも好ましい方法とは言えない。そこで審査官の増員や、その援助機構の拡大強化等も図るべきであろう。

迅速な救済を行うもう一つの方法としては、保険金仮払い制度の創設も考えられる。すなわち、保険給付請求後3月間程度を経過しても決定されない場合には、休業と療養の給付請求については、健康保険給付相当額を仮払いし、万一不支給決定された場合には労働基準監督署と社会保険事務所の間で清算する制度を導入することである。

現在、労災保険の指定医療機関の労災患者診療費については、請求と同時に請求額と同額を財団法人労災保険情報センターから無利子融資が行われ、事実上の仮払いが行われている。被災労働者に対しても仮払い制度を設け、事実上の迅速払いを行うことが望ましいといえよう。

5 衡平・公正な制度

業務災害や通勤災害の被災者を救済するために、労災保険制度は衡平で公正でなければならない。そのためには、まず適用範囲を拡大すべきである。現在、零細な第一次産業の大部分は任意適用とされているが、これを当然適用とすることはもちろんであり、さらに「労働者」の範囲を拡大し、事実上労働者に等しい人びとは特別加入者としてでなく、労働者として加入させることが望ましい。また、家庭内で介護に従事している家族等は特別加入を認めて保護すべきである。

さらに現在では通勤災害の大部分は業務災害とは別に扱われているが、通勤途上も労働者に完全な自由があるわけではなく、通勤費の支給等を通じて事業主の支配を受ける部分があるので、すべて業務災害として扱うべきであろう。

特殊な問題としては官民格差の問題があり、法律や規則だけでなく解釈にも及んでいる。給付額は労働福祉事業(公務員は福祉事業)も含めて格差がある。解釈においても、根拠と実態は別にして、公務員に対する役所側の支配力が、民間の労働者に対する使用者側の支配力よりも強いとし

ているため、業務災害（公務員では公務災害）の範囲は事実上民間が狭くなっている。こうした、両方の制度の違いからくる差異も含めて、労災保険の不備として是正すべきである。

以上に述べた問題以外で大きな問題には職場復帰がある。業務災害や通勤災害による傷病の治癒後には、適切なリハビリ等の対策とともに早急な職場復帰が実現することが望ましい。しかし、復帰後の職場や賃金等について問題の生ずることも多い。特に中小零細の職場においては復帰すべき職場すらないこともある。したがって、これらの対策については労働基準監督機関だけでなく、職業安定機関においても専任の担当官等を置くことによって問題の解決に努めるべきである。また、相互の連絡体制も強化すべきであろう。

提言2：時代に対応した給付の創設、給付の改善

- 1 労災予防を重視した新しい給付の追加
- 2 職場復帰・社会参加を促進するための新しい給付の追加
- 3 給付種類の変更
- 4 給付格差の是正
- 5 現物給付・サービスの拡充

労災保険法の目的は、業務災害または通勤災害の被災者に対し、迅速かつ公正な保護をするために「必要な保険給付」を行うことである。あわせて被災労働者の「社会復帰の促進、当該労働者及びその遺族の援護、適正な労働条件の確保等を図り」、最終的に「労働者の福祉の増進に寄与すること」であると規定されている。その目的を実現するために、時代のニーズに対応した給付の追加・創設、サービスの充実が求められているが、労働者の安全と健康を確保するためには、安全衛生の本来の意味である労災予防をも重視すべきであり、労災予防給付「健康・災害予防給付」の創設は、安全衛生活動の活性化に大いに寄与するはずである。また、「就労リハビリ給付」の創設は、労災保

険法が労災被災者の機能回復にとどまらず、職場復帰目的のリハビリを受けさせることが事業者の義務であることが定められていない欠点を改善する。その他、重度障害者の長期療養後の死亡に際し支給される「長期家族介護者援護金」の保険給付化と年金化、労働福祉事業である特別支給金の保険給付化と給付水準の改善、年齢によって給付に不公平が生じていることの制度改善、現物給付としての療養給付にリハビリのための医療を加えること、介護給付の充実等、ニーズに対応した給付の改善を図るべきである。

1 労災予防を重視した新しい給付の追加

1) 「健康・災害予防給付」の創設

この給付は、労働者が、産業医などの勧告に基づき休業した場合の賃金保障をする保険給付である。業務災害あるいは通勤災害の療養のための休業ではなく、過労死等を予防するための健康回復・維持を目的とした休業であるから、業務外の事由による休業ということになる。そのため、原因が純粋に個人的な私傷病に基づくものではなく、広い意味で業務と関連性のあることに限定することを要する。労働安全衛生法は、事業者が医師等の意見を勘案し、作業の転換、労働時間の短縮などの措置をとる場合を規定しているので、実定法上関連する根拠はあるといえる（同第66条の3第1項）。

給付額は、労災保険法に定める給付基礎日額を最低額として（労災保険法第8条）、この給付を申請する労働者の平均賃金とする。労働協約がある事業場では、その協約によりそれを上回る給付額を定めることは違法ではない。

2 職場復帰・社会参加を促進するための新しい給付の追加

1) 「就労リハビリ給付」

現行制度上のリハビリは、機能回復に重点が置かれ、職業能力回復のためのリハビリは軽視されている。このことは労働省が委託している労災福祉年金協会の「労災保険障害（補償）年金受給者の生活実態調査報告書」に示されている。調査は3年ごとに実施されるが、1996年（平成8年）の調査

では労災被災障害者で技能訓練を受けていない者は84.9%(1993年調査83.7%)にのぼっている。あまりに多すぎる数値である。被災事業場での就労者は13.2%、それ以外での就労者は15.5%である。この中には、リハビリ終了後の職場復帰者が含まれているが、この数値も低い。職業能力のリハビリをした上での職場復帰を促進するための給付が必要である。

職業訓練を受けている途中の被災労働者は、必ずしも生産あるいは販売活動に健常者と同じように貢献するとはいえない。したがって、その間の被災労働者に対する所得保障を直接、事業者負担させるのではなく、労災保険特別会計から被災労働者に直接に支払うか、それを事業者が支払っている場合は、事業者がその請求権を代位する給付を設けることが考えられる。

そこで、被災労働者が労災により失った職業能力を回復するために、職業訓練を受ける間の所得保障、職業訓練費、交通費等を支給することを目的に「就労リハビリ給付」を創設する。職業訓練を受ける場所は、公共職業訓練所等、公的な施設である場合と労災発生の使用責任を果たす事業場の場合がある。

2) 「長期家族介護者援護金」の年金化

この制度は1995年度改正により労働福祉事業の社会援護事業として新しく創設された。これは、労災被災者の被った労災とは直接的な因果関係はないにもかかわらず、労災重度障害労働者が家族介護を長期にわたって受けた後に、その労働者が死亡したとき、残された遺族に支払われる援護金である。しかし1995年段階では給付金が100万円の一時金であるため、遺族の生活援護の趣旨からみて不十分である。

そこで、これを保険給付とし、年金の形で、遺族の生涯にわたり支給するようにすべきである。なお、この援護金の年度別支給総額は「労働災害補償保険事業年報」に記載されていないので、情報公開し明らかにすべきである。この点、総務庁行政監察局の労災保険事業に関する行政観察結果(平成11年12月21日[3月号62頁に要旨])が、保険財政に係る情報開示の促進を労働省に勧告して

いることに留意すべきである。

3 給付種類の変更

1) 休業補償・遺族給付(補償)額の引き上げと特別支給金の保険給付化

現行労災保険法の下での保険給付としての休業補償は、被災労働者の平均賃金の6割であって、それに労働福祉事業としての休業特別支給金で2割を上積みすることになっている。この支給金を保険給付と区別する合理的理由はないので、保険給付にするよう改正すべきである。これによりこの部分についても不服申し立てができるようになる。休業以外の特別支給金についても同じである。

4 給付格差の是正

1) 「若年被災者特別補償金」の創設

現行法では、若くて賃金の低かった時に労災にあった被災者は、その時に得ていた本人の平均賃金を基準として計算された保険給付額となっている。これは賃金の相対的に高い年齢で労災を受けた労働者と同じく労災保険給付などで生活を立てている点では変わらないにもかかわらず、若年被災者は低い給付しか支給されないために、一部修正はあるが相対的に高い平均賃金で支給される者と不公平が生じている。そこで、若年時被災の労働者については、年齢階層別の給付基礎日額の最低限度額を引き上げるために、それに加えて特別の補充をする給付制度を創設し、不公平を是正すべきである。

2) 「給付基礎日額年齢別最高限度額」の見直し

現行法では、高齢者については給付基礎日額に上限が設けられている。しかし、労災保険給付の基底の考え方は使用者責任原理に基づく事業者の被災労働者への責任の履行なのであるから、年齢により責任に最高限度を定めるのは疑問であり、この制度は見直されるべきである。

5 現物給付・サービスの拡充

1) 療養(補償)給付の充実

現行法では、完全な職場復帰までに必要なリハ

ビリを続けるための医療費は労災保険から支給されていないが、労災保険（労働福祉事業も含む）からの支給項目に加えるようにすべきである。

2) 介護（補償）給付額の改訂と介護体制の拡充

1996年度から開始された労災被災重度障害者に対する介護（補償）給付額は、常時介護につき最低額を月額57,050円、上限を105,080円とする。随時介護なら最低月額28,530円とし、上限を52,540円としていた。この額は1998年3月2日に改正されたが、しかし低い水準に押さえられているので、さらに改訂を要する。その理由の一つは、日弁連の「交通事故損害算定基準」との対比である。この基準によると1996年段階で職業介護人を付ければ、実費、近親者介護でも1日5,000円から6,000円である。この格差のため、通勤災害が第三者行為災害で発生し介護費用の算定をこの基準でする場合、同じ労災であるのに、自賠責保険と労災保険で支給される額に大きな違いが生じることになる。労災保険法の介護保険給付額は早急に自賠責保険を考慮して改訂すべきである。

3) 症状固定による療養給付切り制度の廃止

「症状固定」の判定が保険財政の観点から、あるいは個々の被災者の症状にかかわらず一律に決定されることは、被災者保護の観点からみて合理性を欠くので廃止すべきである。

提言3: 「人間らしさ」への労働福祉事業の見直しと重点化

- 1 リハビリ・職場復帰事業など社会復帰事業の充実と労働者参加
- 2 労災病院の充実と地域勤労者医療・福祉の中核病院化の促進
- 3 労災特別介護施設・サービスの充実
- 4 職場復帰のためのシステムづくり
- 5 労災被災者の家族への援護

現行の労働福祉事業は「労働福祉」の一般的な概念に拡大され、労災とは直接関係がなく、本来は一般会計で支えられるべき事業にも労災予算

を使っている。そうではなく、「労働福祉」概念は、労災保険に関係する概念として限定的に理解することが出発点である。そして、労災被災労働者とその家族を対象に、その人間らしい生活を保障するための労働福祉事業として充実・発展させていかなければならない。また、労働福祉事業は保険給付そのものではないので、その恩恵を受けるのは権利ではなくサービスだという考え方があり、利用者の不服審査が認められていないが、保険給付と同様の手続きで審査請求が認められるべきである。

こうした観点を踏まえて、労災病院・労災リハビリ施設については、労働者等の運営参加、情報の公開を基本に、地域勤労者医療・福祉の中核病院・施設としての発展をはかるべきである。さらに労災被災労働者の職場復帰・社会復帰のためのシステムづくり、家族への援護制度などを創設し、労働福祉事業を労災補償制度改革の重点施策の一つとして見直すべきである。

1 リハビリ・職場復帰事業など社会復帰事業の充実と労働者参加

1) 労災被災者・労働組合・事業者団体の参加を保障する制度

労災被災者の数が激減しているわけでもないのに、いくつかの労災病院や・労災リハビリテーション関連施設の労災被災者による利用が激減しているのは、その配置、運営方法に問題があるからだけであろうか。労災被災者とその家族の意見を代表する者、あるいは労災被災者団体の代表、労働組合の立場を代表する者と事業者団体の意見を代表する者を、それらの運営に参加させるように労働福祉事業団法を改正し、利用者と利害関係団体の参加を保障する制度の実質的な改善を図るべきである。

また、現行では労働福祉事業について利用する被災者が不服を申し出ることができないが、保険給付と同様の手続きで不服請求ができる制度に改善すべきである。

2) 施設運営に関する情報公開

総務庁行政監察局の報告書は一般に入手しにくい、労働福祉事業に関する部分を労働省がそ

の指導により改善した成果の前提として位置づけ、それを改善報告の付属文書として、両方を公表するようにすべきである。また、3年ごとに行われている労働省委託の労災年金福祉協会「労災(保険)年金受給者の生活実態調査報告書」も、各種施設の利用状況、労災被災者の職場復帰状況など有益な情報が収められているので同様に扱うべきである。

2 労災病院の充実と地域勤労者医療・福祉の中核病院化の促進

1) 労災被災者の労災病院利用の確保

総務庁行政監察局の調査結果から直ちにこれら施設を閉鎖・縮小・統合・民営化してよいというのではなく、逆に労災被災者が積極的に利用できるように改善・工夫すべきである。利用者数が少ないとはいえ、労災被災者が地理的・経済的条件からこれら施設を利用する利便性は保護されなければならない。それは、労働福祉事業規定を含む労災保険法が、利潤追求の商業保険ではなく、その経済効率は考慮しながらも、被災労働者とその家族の保護を第一義とする社会保険の一つであり、しかもその財源を労災被災を発生させた使用者の法的責任に求めているからである。

2) 地域勤労者医療・福祉センターへの脱皮と労災指定病院・産業医との連携

一方で労災病院の現状に対応するため、地域勤労者医療のセンター、地域福祉のセンターとして位置づけ、活用をはかるべきである。労災被災者以外の一般利用者の利用費比率を考慮に入れ、これら施設への労災特別会計からの支出比率を再検討するなどして、労災被災者の利便性を尊重しつつ、一般患者も利用する地域医療・地域福祉の拠点として理解した上での再検討である。この際、労災保険法と労働安全衛生法の下で、労働者の健康と災害に関係する労災指定病院と産業医とこのセンターとの連携を制度化も講じるべきである。このセンターの一般利用者の中には、現役または退職後の勤労者も含まれるのであるから、現行制度は勤労者の地域医療・福祉センターへ脱皮することとなる。先述した総務庁行政監察局による行政観察結果(平成11年)は、労災病院について「存

置する必要性の乏しい施設は、その統合又は民営化を進めること」とあるが、病院の損益で損失を計上している事実のみに依拠するコストの観点からだけの統合や民営化ではなく、地域医療・福祉の観点でこそ再整備計画を立てるべきである。

3 労災特別介護施設・サービスの充実

介護保険制度との整合性を理由にした、労災特別介護制度の水準低下は許されない。労働福祉事業としての介護制度は、あくまで広い意味では労働災害という使用者責任に基づく制度であるからである。

その充実のために、介護施設としてのケアプラザを、常勤の医師を配置して各都道府県ごとに設置すれば、介護を必要とする労災被災者の需要に応じることができるのではないだろうか。また、ケアプラザに入居する労災被災者の個人生活を尊重するために、夫婦同時入居を認め、プライバシーを保護するのが、時代の要請である。このため個室生活を原則とする方針をとり、治療効果を上げることが大切である。総務庁行政監察局による行政観察結果(平成11年)にある「局長通知事項」に「労災ケアプラザ事業及び在宅介護支援事業の効果的な運営」というのがあがるが、この事項もコストのみを考慮するのではなく、労災被災者とその家族への利便性を重視して実施すべきである。

4 職場復帰のためのシステムづくり

現行制度の一つの欠陥は、労災被害者の身体的・精神的な機能回復を目的としたリハビリにとどまらず、収入と労働の喜びを目的とする職場復帰のためのシステムが制度化されていないところにある。もともと被災労働者が就労困難または就労不能に陥ったのは、使用者の指示する下での労働によるのであるから、職場復帰のための職業訓練は使用者責任の下で保障されることが考えられる。したがって、本来、労災被災者の職場復帰のための使用者の義務については、労働基準法に法的義務規定を設けることがあってよいが、ここでは労働福祉事業として次のことを提言する。

1) 「職場・社会復帰指導員」制度の創設

国が資格を認定する「職場・社会復帰指導員」制度を創設し、各企業に従業員数と労災発生率を勘案した人数の「指導員」を選任する義務を法律で使用者に義務づけるようにすべきである。その場合、事業所の労働者の過半数を代表する者、そうした労働組合があればその労働組合の代表との協議の上、「指導員」を選任することが望ましいといえる。

2) 職場復帰時の対策と「職場復帰助成金」の創設

労災被災者の職場復帰を促進するためには、職業訓練ことに技術教育の場が確保されねばならない。労働省委託の労災年金福祉協会の1998年調査では、機能回復訓練を受けた労災被災者は47.6%(1993年44.8%)であるのに対し、技能訓練を受けた者は極端に少なく、8.9%(同8.8%)にすぎない。しかも、労災を受けた事業場で受けた者は6.8%(同7.0%)、それ以外の技術訓練施設で受けた者は2.1%(同1.8%)にとどまっている。この事実は、労災被災者が社会復帰のための訓練に加えて、職場復帰のための訓練を受ける制度がないに等しいことを意味している。労働福祉事業における職場復帰政策ことに技能訓練施設の充実が急務であるが、公的な技術訓練施設は決定的に少ないのが現状であり、その増設を推進するには、国の政策に重要な転換を必要とするであろう。

そこで、労災を発生させた各企業内で、被災労働者を受け入れやすくするため、労災を引き起こした事業者が労災被災者に対し、自らの事業場で技術訓練の施設と機会をつくるための助成金を、労災保険特別会計から「職場復帰助成金」として拠出する制度を設ければどうであろうか。実際のところ、リハビリを要する被災労働者を事業所で受け入れるには事業主にとってはコストのかかることがあり、そうした事態に対して役立つはずである。

現実には職場復帰させるには、どの程度の就労が可能であり、かつそれがリハビリの役割を果たすかの判断が必要になる。その手続きには、その企業の産業医の助言に基づいて事業主が決定するシステムが考えられる。その過程で、事業者がコストの観点と、生産性への悪影響のみの判断基準を用いることを避けるため、事業所の労働者の過

半数代表か、労働組合のある場合にはその意見を聴取することを義務づけるようにすべきである。

3) 「社会復帰援助金」の創設

労災被災重度障害者には、介護サービスの制度が発足しているが、その対象にならない労災被災者もいる。被災者が社会復帰するために必要なものは、補装具の提供、住宅改造等の日常生活に不可欠なものだけではない。さらには社会生活への復帰として趣味活動への援護、集会への参加など対人関係の維持による社会復帰も一定の範囲で保護されて良い。社会復帰を援助するために、こうした個人差に応じた「社会復帰援助金」の支給制度を設けてはどうであろうか。

5 労災被災者の家族への援護

1) 「配偶者就労援護金」の創設

労働者が労災に遭遇したため、配偶者が就労できなかったり、あるいは就労していた仕事を辞めて、被災者の介護などのためにパートや内職に転換した配偶者も出ていると推測される。前記調査では、配偶者の就労が常勤であるのは34.2%(同33.6%)であるのに対し、パートが30.7%(同29.7%)、内職が8.8%(同10.6%)である。こうした就労状況が労災被害の事実と如何なる因果関係にあるかは個別に異なるであろうが、因果関係を推定することとして、援護金制度を設け、配偶者の就労を援助すべきである。

提言4：労災保険財政の適正化と運営の改善

- 1 労災保険率の法定化
- 2 保険給付への支出大幅拡大
- 3 業種間負担格差の改善
- 4 労災保険適用未手続事業の解消
- 5 運営への労使の参加

現在では労災保険料の実態は一種の目的税と化している。そうなれば、税率に等しい保険率は、労働大臣の一存で決定するのでなく国会において

議決すべきである。また、その事業運営は労働大臣が行うのではなく、公労使の三者構成の委員会において民主的に運営すべきであろう。

さらに、現在の運営を見ると、保険給付以外の支出が増加しているが、これを労災保険という名称にふさわしい支出に限定すべきである。そうすることによって、被災労働者に対する保護も手厚いものとすることができよう。また、現在、労災保険の当然適用事業であっても、労災保険料を全く申告納付をしていない事業が多数存在しているが、保険財政上も問題であり、早急な善処を要するが、これについて適切な措置を講ずべきである。

1 労災保険率の法定化

労災保険料は事業の支払賃金総額に、業種ごとに定められた保険率を乗じて算出される。この保険率は労働大臣が決定する。国会は全く関係がない。ところが、事業主が、もし、労災保険料を納期限までに納付しないと歳入徴収官（都道府県労働基準局長）が督促状を発する。この督促状に記入されている指定納期限内に事業主が保険料を納付しないと、政府（実際には都道府県労働基準局長）は、国税滞納処分の例により強制徴収することができる。つまり財産を差し押さえて換価処分してもよいのである。これは手続きにおいて国税と全く同じである。ただ国税の方が労災保険料に比較した場合に、その優先順位が高いだけである。ところで国税の場合には、憲法に規定する租税法定主義により国会の議決を経なければならない。ところが、事実上国税に等しい労災保険料の保険率（税率に等しい）は国会による議決の必要はなく、労働大臣が単独で決定できる。実は労災保険料は、収入の構造が国税に似ているだけでなく、支出の構造も国税に似ている。すなわち、労災保険料から支出される労働福祉事業を見ると、労働時間短縮奨励金であるとか、不払い賃金立替払いとか労働災害とは全く関係のない、税金を財源とした一般会計で負担すべき事業にも支出されている。まさに労災保険料は名称こそ保険料であるが、事実上は税金であるといってもおかしくない。そうならば憲法の精神からいっても、労働大臣の

決定でなく、国会において決定すべきものであろう。現在は、公労使の代表委員により構成されている労働者災害補償保険審議会の意見を聴いて決定してはいるが、それはあくまでも意見であり、決定権は労働大臣にある。したがって、これを国会議決として民主政治を徹底すべきであろう。

2 保険給付への支出大幅拡大

労災保険料は、労災患者やその遺族に対する保険給付だけに支出されているのではない。保険給付以外にも労災病院の運営であるとか、被災者の温泉保養であるとか等の福祉事業にも使用されている。また、労働基準監督署や都道府県労働基準局の庁舎の建設や修理等にも使用されている。1959年からは労災予防（安全衛生）事業についても使用されるようになっていく。1979年になると「賃金の支払の確保等に関する法律」が制定されると同時に、労災保険法第23条が改正されて、それまで福祉施設と称されていたものが「労働福祉事業」と改正されて、保険給付以外についても労災保険料がおおびらに使用されるようになった。すなわち、改正された第23条第1項第4号には「賃金の支払の確保、労働条件に係る事項の管理に関する事業主に対する指導及び援助その他適正な労働条件の確保を図るために必要な事業」と規定され、労働条件に関する事業については何でも労災保険料を使用できることとなった。しかし、一応労働福祉事業等に要する費用に充てるべき額の限度として、労災保険法施行規則第43条に、労災保険料等の115分の15（13.04%）という規定が設けられはした。これはその後改正されて現在は118分の18（15.25%）となっているが、保険給付に要する費用約9千億円に対して、労働福祉事業費は3千億円強にも達している。

以上のような状況であるが、事業主から徴収する労災保険料は、被災労働者やその遺族に対する保険給付に主として使用すべきである。現在の厳しすぎる業務上外の認定基準を緩和し、保険給付の内容を改善し、被災者を直接救済するための費用を増大させるためには、一般労働条件の確保についてまで労災保険料を使用することは首肯す

ることができない。労災保険料はあくまでも、通勤災害を含めた業務災害の被災者とその家族のためにこそ使用すべきである。

3 業種間負担格差の改善

労災保険料の負担を決める労災保険率は、現在のところ事業の種類により定められている。現在の決め方は、業務災害分については業種別に保険給付（特別支給金も含む）の状況により、給付額が多ければ保険率も高くなっている。しかし、通勤災害に対する分と労働福祉事業と事務費に要する分の保険率については、全業種同率である。業種別の労災保険料は以上の両保険率を一緒にしたものである。

ところで、保険率が高い業種は、以上でもわかるように、業務災害の発生件数が多く、傷病の程度も重いものが多い。そのため特別支給金を含めた保険給付額も多い。ということは、労働基準監督署や都道府県労働基準局における事務量も、業務災害の発生率が低い業種よりも高い業種に関する分が多いということである。そうすると、事務量に関する保険率が全業種同一ということはおかしいことになる。また、労働福祉事業についても、一般労働条件の確保事業以外の部分については、被災労働者が多いほどその利用も多くなるはずである。そうなれば、労働福祉事業についての保険率も全業種同一ということはおかしくなる。

以上の結果、一般的には、製造業、建設業、運輸業等に比較して相対的に業務災害の発生率が低いサービス業等において保険料の負担が相対的に重いことになる。また、労働災害の発生が少なくても、メリット制の適用を受けることが少ない小零細企業の保険率は相対的に高くなることが多い。特に零細なサービス業に属する企業においては、二重の意味で不利益を被ることになる。

以上のほかにも不均衡があるが、そのようなことを改善するためには、労働者災害補償保険審議会の労使代表委員に、サービス業、特に小零細企業の労使も入れるようにすべきであろう。

4 労災保険適用未手続事業の解消

労災保険は、零細な第1次産業の暫定任意適用事業を除いて、労働者を一人でも使用していれば業種を問わず当然適用される。そのような当然適用事業は、自発的に役所に対して手続きを行わなければ役所側ではその存在すらも知らず、したがって労災保険料を徴収されることもない。このことは特に零細なサービス業に例が多い。おそらく全国では100万を軽く超える当然適用事業が未手続きのままの状態で存在しているはずである。

では、これらの未手続事業に対してどのような手を打ったらよいだろうか。広報宣伝に努力して自発的な手続きを行うのを待つのも一つの方法である。しかし、このことについては過去に努力が払われている。したがって限界がある。次に、業務災害や通勤災害の発生の都度、その事業について手続きを進めていく方法がある。これは着実ではあるが効率が悪い。では、役所側が積極的に地域に乗り出して、未手続事業を発見してまわったらどうか。実は、これが最も確実に効果のある方法である。ところが、現在の労働基準監督署や公共職業安定所においては、きびしい定員管理の結果、人員にそれをやるだけの十分な余裕がない。したがって、効果はあるのだが実行することが困難である。では、どのようにすれば可能だろうか。

まず第一には、行政機構を改革すべきである。現在のところでは、労災保険給付は労働基準監督署で行い、労災保険適用事務は都道府県労働基準局で行っている。そこで基準局の適用関係の人員と事務を監督署に移すことである。第二には、人員と予算の強化である。なお、場合によっては労災保険未加入の暫定任意適用事業の事業主が、業務災害や通勤災害が発生したときに事後に特別保険料を納付し、被災者がそれによって特例給付を受けることができる現制度を活用することも考えてみてよいのではなかろうか。

5 運営への労使の参加

現在、労災保険の運営は、公労使の代表委員によって構成されている労働者災害補償保険審議会の意見を聴いて労働大臣により行われている。特に財政運営については、労働保険特別会計法

が制定されていて、積立金や余裕金の運用についてまで規定されている。保険料の納付者である事業主、保険給付の受給者である労働者、さらに保険料の間接負担者である国民は、財政運用についてはただ公労使の代表を通じて労働大臣に対して意見を述べるだけである。これは戦前の労働者災害扶助責任保険法とほとんど変わらない運営方法である。戦前の労働者災害扶助責任保険は、労働者災害扶助法に基づく事業主の扶助責任を保険するものであり、そのため保険金は労働者やその遺族でなく原則として事業主に対して支払われた。ところが労災保険はそれと違い保険金は労働者やその遺族に対して直接支払われている。単なる事業主の責任保険ではない。したがって保険の運営は政府が一方的に行う現在の方式を改めるべきである。戦前の労働者災害扶助責任保険が廃止されるとき、当時の厚生省がまず検討したのは労働者災害補償保険金庫法である。同法案によれば、同金庫の最高機関として労働者災害補償保険委員会があり、理事長以下の役員はその推薦に基づいて主務大臣が任命するほか、役員の任期を定め、事務所の設置、事業計画、予備費の活用、積立金や重要財産の処分、決算や事業報告等の重要事項はすべてその承認を必要とした。この案については議論の結果廃案となり、現在の労災保険の形態となった。そこで、最初の案を再検討し、現在の労災保険を、保険給付の対象となる労働者、保険料を直接負担する事業主、さらに保険料を間接負担する国民の三者の代表による委員会を構成し、その監督の下に労災保険を運営するようにしたらどうか。その名称を労災保険金庫とするものも一案であろう。

提言5：透明性の確保を通じた 労災保険行政の改革と発展

- 1 生活保障・職場復帰・生きがいの確保へ国民的合意の形成
- 2 大枠の法定主義、各論の政労使の合意
- 3 労使の参加する開かれたシステムづくり

4 各県に労使の参加する地方労災保険審議会の設置

5 生活保障・職業復帰・生きがいの確保へ社会保障制度としての発展

労災保険法の目的は、労働災害や通勤災害の被災者とその家族の「迅速かつ公正」な保護が主たる目的であり、その基本は「労働者の人たるに値する生活」を実現することである。そのためには、あらゆるレベルで開かれ、民主主義の発展が貫かれているシステムづくりが求められている。現在、労働大臣に一任されている保険料等の決定を国会による議決を必要とするようにし、労働省の行政当局の一存で決定されている重要な事項はできるだけ法律に定めるべきである。行政の運営については、行政の対象である労使も参加して民主的にを行い、地方にも公労使代表で構成される労働者災害補償保険審議会を設置するなど、真の意味で労災保険行政の発展を期待できるシステムづくりを進めるべきである。また、負傷、疾病、障害、死亡のどれをとっても、労働災害とそれ以外の原因によるものとは、被災者とその家族にとっての苦痛は同じで比較できるものではない。傷病者、障害者、遺族に対する生活保障や職業復帰、さらには生きがいの確保については、業務上外を問わず共通した救済制度を整備するという、次世代の国民の福祉を見据えた抜本的な改正に取り組んでいくことも必要であろう。

1 生活保障・職場復帰・生きがいの確保へ国民的合意の形成

労災保険行政の改革と発展について、まず必要なことは日本国憲法の尊重である。日本国憲法第84条には、「あらたに租税を課し、又は現行の租税を変更するには、法律又は法律の定める条件によることを必要とする。」と規定している。租税というのは、国が政策を実行するために強制的に徴収するものであるから、国会で議決される必要があるが、労災保険料は「保険料」という名目の下にそれを免れている。しかし、その使途は単に労働災害や通勤災害の被災者やその遺族に対する保

険給付だけでなく、「適正な労働条件の確保を図るために必要な事業」（労災保険法第23条第1項第4号）に広く使用されている。しかも保険料は国税徴収と全く同じ手続きにより強制徴収される（労働保険の保険料の徴収等に関する法律第29条）。まさに事実上は目的税である。したがって、提言4で提言したとおりまずこの点を改革し、保険料の名称はそのままとしても保険率等も含めて、現行の労働大臣に決定を一任するのではなく国会による議決を必要とするように改正すべきである。

次に、日本国憲法第85条にある、「国費を支出し、又は国が債務を負担するには、国会の議決に基づくことを必要とする。」という規定を尊重すべきである。現在、保険料収入を保険給付と労働福祉事業等に対する支出とに配分する比率は、労働省令である労災保険法施行規則第43条に118対18と規定されており、これまた労働大臣の決定に一任されている。このような大事な事項は憲法の精神を尊重し、省令でなく法律に格上げすることによって国会の審議を経て決定するように改正すべきである。

以上のようにしてまず労災保険行政の運営を国会に通じて国民に公開するとともに、労働者はもとより広く国民に行政実態を直接公開し、労働災害や通勤災害の被災者やその遺族の生活保障や職業復帰が完全に達成されるようにすべきである。

2 大枠の法定主義、各論の政労使の合意

行政の恣意による運営が行われないように、大事な事項はできるだけ法律に定めるべきである。例えば、保険給付について最も基本的で大事なことは、「業務災害とは何か」ということである。しかし、この最も大事なことが、労災保険法にはもとより労働基準法にも何ら規定されていない。そのため、業務災害の定義は全く労働省の行政当局の一存で決定されている。その結果は、法律にも省令にも書いていない厳しい相当因果関係説の採用により、過労死、過労自殺、腰痛症、頸肩腕障害等の労災認定の厳しさに多くの労働者やその遺族たちが泣かされている。そのため提起された多くの行政訴訟においては、労働省側の敗訴が数多く見られる現状である。

したがって、行政当局の恣意にまかせることがないように、業務災害の範囲については法律に定めるべきであろう。

また、労災保険の指定医療機関の指定についても問題がある。もし、ある病院が指定を申請したり、また指定の更新を希望したりした場合に、もし、それが都道府県労働基準局長に拒否された場合、病院側はどうしたらよいのだろうか。行政不服審査法や行政事件訴訟法により国と争うことができるのだろうか。この点についても現在の労災保険法ではよく分からない。したがって、このことについてもはっきりと法律に定めるべきだろう。

以上のほかにも多くの問題点があるが、わが国は法治国であるから、重要な事項は法律に定めるべきであろう。しかも、その場合には、行政当局と労働者側それに使用者側が十分な話し合いを行い、すべて合意の上で作業を進めていくべきであろう。

3 労使の参加する開かれたシステムづくり

労災保険行政は、行政の対象となる労使が参加して民主的に進められることがのぞましい。現在、労災保険行政に対して最も関係があるのは、労災保険法第4条により設置されている労働者災害補償保険審議会である。これは公労使の三者を代表する者により構成され、労働省に置かれている。この審議会は労働者災害補償保険事業の運営に関する重要事項を審議し、また労働保険の保険料の徴収等に関する法律関係の政省令草案について意見を述べることになっている。しかし、いずれについても決定権は有していない。そこで、委員が多数で決議した事項については一定の強制力を認める必要があろう。また現在、特に注意を要するのは、厚生労働省の誕生に伴って審議会自体が中央労働基準審議会に合体消滅することであるが、労災保険行政の特殊性からそのようなことは回避すべきである。

さらに、労働福祉事業の重要部分は中央労働災害防止協会以下の労働災害防止団体でも行われている。これらの協会に対しては労働団体の中には賛助会費等を納入しているものもあるが、これまた役員には労働団体からは1名も選任されて

いない。したがって、協会運営について労働者も参加できるように保障すべきである。できうれば役員の構成は公労使代表とし、労働省OBを主とした現在の構成は改善する必要があるだろう。

4 各県に労使の参加する地方労災保険審議会の設置

現在、労働基準法第98条の規定に基づいて、労働省に中央労働基準審議会が、都道府県労働基準局に地方労働基準審議会がそれぞれ置かれている。一方、労災保険行政については、中央に労働者災害補償保険審議会が置かれているだけであって、地方には審議会は置かれていない。

しかし、都道府県単位にも労災保険行政について独自の重要問題があるので、地方にも公労使の各代表で構成される審議회를置くべきである。審議すべき事項としては次の事項が考えられる。

- (1) 都道府県労働基準局の策定する労災保険行政の運営方針
- (2) 労災保険各事業の実施状況
- (3) 労災保険指定医療機関の指定及びその更新
- (4) 指定医療機関関係団体、接骨師団体、はり・きゅう師団体、付添看護婦団体等との料金協定
- (5) 労災医員、労働衛生指導医、職業病相談員等の任命
- (6) その他重要事項

なお、審議会の委員には、審査官の審査に対して意見を述べる労使の代表である参与を加えることが適当であろう。

審議会の委員は、審議に参加すること以外にも、もし必要がある場合には各委員が独自に都道府県労働基準局及び労働基準監督署の担当官に面接し、労災保険行政について随時質問できることを保障すれば労災補償オンブズパーソン的な制度として活動することが期待できよう。もし、将来都道府県労働局が誕生した場合には、雇用保険行政も活動範囲に含めることにすれば、単に労災保険行政だけでなく雇用保険行政も含め、真の意味の行政の発展を期待できるのではなかろうか。

5 生活保障・職業復帰・生きがいの確保へ

社会保障制度としての発展

労災保険法の目的は、労働災害や通勤災害の被災者とその家族の「迅速かつ公正な保護」が主たる目的であり(第1条)、その基本となっている労働基準法の目的は「労働者の人たるに値する生活」を実現することにある(第1条)。したがって社会保障制度に通ずる面があるが、一般的に言って社会保障は最低生活の保障に傾斜しがちである。しかし、労災補償を行う労災保険は、単なる最低の生活保障ではなく、労働災害や通勤災害により生じた損害を補償することによって(国家公務員法第93条第1項、地方公務員法第45条第1項)生活保障を確保している。したがって、その水準は一般的に労災保険は社会保険よりも高くなっている。これは十分理由があることであり、この水準は今後も確保していかななくてはならない。なお、保険給付面だけでなく、保険料の負担についても、社会保険が労使折半負担であるのに対して、労災保険の方は通勤災害の一部を除いて全額事業主負担であるが、労働災害(事業主の支配下で発生する災害)の特殊性に基づきこれも現状のままとすべきであろう。

しかし、他面では高齢者社会の到来その他社会の変化を考えると、現在のままの労災保険制度に固執し、それに安住していることは許されない。負傷、疾病、障害、死亡のどれをとっても、労働災害とそれ以外の原因によるものと、被災者にとっての苦痛には大きな差はないと考えられる。その意味で、傷病者、障害者、遺族に対する生活保障や職業復帰、さらに生きがいの確保については共通した救済制度を整備することも必要である。したがって、厚生労働省の誕生を契機として、広く国民の意見も求め次世代の国民の福祉も考えて大きな視野に立つて、抜本的な改正に取り組むことが必要であろう。

労災補償制度ワークショップ

- 井上 浩 (自治体労働安全衛生研究会副会長)
桑原昌宏 (愛知学院大学法学部教授)
岩本伸一 (自治労企画総務局長)
上野満雄 (自治労顧問医師)
原 知之 (自治体労働安全衛生研究会)

労災保険制度のあり方に関する 研究会報告書 ①

平成11年10月

労災保険制度のあり方に関する研究会

ここに紹介するのは、1999年12月号で「概要」を示した、「労災保険制度のあり方に関する研究会報告書」の本文である。既報のとおり、労働省はかたくなにこの報告書の公表を拒んでいる。

本年1月25日の労災保険審議会の建議(3月号参照)では、脳・心臓疾患予防のために新たな法定給付として「健康確保支援給付(仮称)」を創設すること等が提案され、現在、これを「二次健康診断等給付」とする労災保険法改正の準備が、来年度施行を目途に進められている。

はじめに

近年、産業構造の変化によるホワイトカラー労働者の増大等社会経済情勢の変化を背景として、在来型の労働災害が減少する一方、健康診断において高血圧症・高脂血症等のいわゆる生活習慣病に係る有所見率が上昇したり、毎日の仕事でストレスを感じている労働者の割合が増加するなど、労働者の健康に関する問題が大きな社会的関心事項となっており、労災補償を取り巻く環境に変化が生じている。

このような状況の変化の中で、業務により基礎疾患が増悪しうるいわゆる生活習慣病等の疾病や精神面での疾病が増加の傾向を示しており、労働者個々人の私的な要因と業務上の要因とが複合していること等から、在来型の労働災害と同様の考え方では、十分な予防対策を講じることはできないのではいか、また、業務上外の認定について複雑・困難な面が生じており、迅速かつ適正な認定や保険給付を行うためにはいかかにしていくべきかといった問題が生じてきており、これらの問題の検討が必要となってきた。

また、高齢化の進展に伴い、年金たる労災保険給付の長期受給者が増加しているが、被災労働者の更なる福祉の向上の観点からは、金銭補償に加え、今後は、これらの人が職業生活に復帰できるよう積極的に支援することも重要となってくるものと考えられる。また、受給期間が長期化していることに伴い被災労働者の被災後の稼得能力の変

化に対応した年金給付水準のあり方についても検討が必要となっている。

さらに、近年の民事損害賠償の動向をみると、慰謝料、介護費用に係る損害等をはじめとして損害賠償額が高騰する傾向にあるが、他方で、労災保険制度においても介護補償給付の創設や年金給付水準の向上に伴い給付額が従来に比べて増加し、加えて、高齢化に伴い年金受給期間も長期化している。一方、現行の民事損害賠償と労災保険給付との調整方法では、両者の調整が十分にできないのではないかという問題点が従来から指摘されている。そこで、民事損害賠償と労災保険給付の調整方法について、改めて検討を行う必要性が高まっている。

このようなことから、法律の専門家により構成される「労災保険制度のあり方に関する研究会」が平成8年秋に設置され、約2年にわたって、予防対策や社会復帰・援護対策のあり方、ホワイトカラー化等を背景として特に課題となっている業務上外の認定のあり方、被災後の稼得能力の変化に対応した年金給付水準のあり方や民事損害賠償との調整といった4つの大きな課題について、主として法的な観点から幅広く検討を行ったところである。

第1章 予防対策、社会復帰・援護対策の充実 について

1 検討課題の所在

産業構造の変化や製造技術の進歩による労働者のホワイトカラー化、高齢化の進展に伴う中高年齢労働者層の増加などの社会経済状況の変化に伴い、労働災害・職業病をめぐる様相にも変化が見られる。

まず、労働災害・職業病の類型の変化が挙げられる。従来の労働災害の典型であった鉱工業分野の生産現場等での死亡・重度障害事故が減少しつつある一方で、業務上の要因によって、労働者の抱える高血圧や動脈硬化等の基礎疾患が増悪し発症し、最悪の場合死に至る急性脳・心臓疾患や、ストレスが蓄積し発症する精神面での症状や疾病など、新しいタイプの疾患が増加している。こうした新しいタイプの疾患は、これまで労働災害・職業病とはそれほど関わりのなかったホワイトカラーへの広がりがみられること、相対的に中高年齢層が罹患しやすいことといった点で、社会的にも大きな注目を集めるようになっていく。

また、企業の人事管理や賃金制度においては、勤務時間よりも、あらかじめ設定した目標の達成度に重点を置く成果主義への傾斜がみられる。労働基準法も、裁量労働制の適用を、一定要件を満たすホワイトカラーへ拡大するに至っている。元来、1日および1週間の労働時間の上限規制や時間外労働規制には労働者の健康維持という機能も期待されていたと考えられるが、上記のような諸条件の変化に伴い、とりわけホワイトカラーについては、今後、新たな視点から、業務と関連して生じる労働者の基礎疾患の増悪やストレスの蓄積の予防の施策を検討することが求められている。

さらに、医療の進歩や高齢化の進展に伴い、障害補償年金・障害年金を長期にわたって受給する者が増加している。こうした障害補償年金・障害年金受給者の社会復帰・職業生活復帰は、その障害の内容や程度にもよるが、必ずしも容易ではない。したがって、長期年金受給者の福祉の向上を図るために、社会復帰・職業生活復帰施策の充実に向けての検討が要請される。

以上のような労働災害・職業病をめぐる様相の変化に鑑みれば、これまでは被災労働者や遺族に対する補償水準の向上を中心に発展してきた労災保険制度において、一方で、業務と関連して起こりうる基礎疾患の増悪やストレスの蓄積に対する予防施策を行うことが適当かどうか、かりに行うとして、いかなる形で行うか、他方では、長期年金受給者のための社会復帰・職業生活復帰支援をより充実した形で行うためにはいかなる施策が考えられるかを検討する必要がある。そこで、第1章では、労働災害・職業病の予防から、社会復帰・職業生活復帰までを包括する方向での労災保険制度の充実の可能性を考察する。

2 労災保険制度における労災予防対策の充実の可能性

(1) 現行の諸施策とその限界

① 1で述べたように、労働者の基礎疾患の増悪や、ストレスの蓄積(以下では、両者をあわせて「基礎疾患の増悪等」という)は、本来、労働者自身の生活習慣(食生活、喫煙、飲酒等)、体質、性格などの、業務とは無関係の諸要因によって生じるが、近年、業務によって増悪し、最悪の場合死に至る(「過労死」)ケースが増加している。こうした基礎疾患の増悪等に対する予防対策としては、現行制度上、次のものが存在する。

第一は、健康保険法、国民健康保険法および老人保健法にもとづき、国民全般の健康の保持増進のために行われる予防対策である。

第二は、労働安全衛生法(以下、労安法という)にもとづき、一般健康診断や特殊健康診断等の予防施策である。

第三は、業種別労災保険率や、いわゆるメリット制を通して、労災保険制度の枠内で行う予防対策である。

② 現行制度上用意されている以上の措置は、業務による基礎疾患の増悪等への予防施策としても、一定の効果をもっている。しかし、いずれの措置も、業務による基礎疾患の増悪等に対する予防対策としては、限界ないし問題点を抱えている。

イ まず、健康保険等による健康診断等は、一般的な健康の保持増進を目的としており、業務による基礎疾患の増悪等に焦点を合わせているわけではない。とくに、これらの健康診断等を受診するかどうか、そして診断結果をどう利用するかは被保険者等の自由意思に委ねられているため、業務による基礎疾患の増悪等の予防としては十分には機能し難い。

ロ この点、労安法の定める予防施策は、健康診断等の実施を義務づけることによって、事業主に、業務による基礎疾患の増悪等の予防措置を講じる契機を与えている。なかでも、一般健康診断は、基礎疾患の把握やその進行を把握する機会となる。そして、労安法上健康診断実施後、必要な場合、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮等の措置を講ずる義務を事業主が負っていることを考えれば、このような労安法の仕組みは、前記の健康保険法等による健康診断等と比べて、業務による基礎疾患の増悪等の予防にとって有効である。

しかし、労安法の定める健康診断の事業主に対する義務づけは、特殊健康診断に限らず、一般健康診断の場合も、罰則という非常に強力な手段によって行われる。このため、単に健康診断を充実・強化することは、国および事業主が、業務とは直接的には関係のない労働者の健康状態一般、ひいては労働者の私生活に介入する契機ともなりかねない。

ハ 労災保険制度において現在行われている業種別労

災保険率の決定やメリット制は、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こととなり、罰則といった強制を伴わないという点で、労安法の予防施策よりも、穏やかな施策である。そして、基礎疾患の増悪等が業務によると判断される事例が減少すれば、個別事業に適用されるメリット労災保険率の引下げや、さらには、場合によっては、業種別労災保険率の引下げもありうるから、この仕組みは、事業主に、基礎疾患の増悪等予防施策を講じる誘因を与えるといえる。

ところで、このメリット制がもっとも有効に機能するのは、危険因子や有害因子と因果関係が1対1で対応していて、いかなる予防措置を講じるべきかが明確である伝統的な業務災害や職業病に関してである。しかし、基礎疾患の増悪等は、既に述べたように、多様な要因によって引き起こされ、業務は、その要因の一つとなるにとどまる。そのため、メリット制や業種別労災保険率という仕組みが、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。

(2) 予防施策充実の基本的視点

① 現行制度に見られる以上のような限界に鑑みると、業務に起因する基礎疾患の増悪等の予防に関する仕組みには、なお充実の余地がある。この充実のための施策については、いくつかの選択肢がありえようが、本報告書では、考察の範囲を、当委員会が検討対象とする労災保険制度の枠内での施策に限定することとする。

ところで、現在の労災保険制度は、保険給付あるいは福祉事業という枠組みの中で、被災労働者またはその遺族に対し、各種の給付や支援措置を行い、他方で、事業主に対して、被災労働者の職場復帰等のための補助を行っている。したがって、業務に起因する基礎疾患の増悪等の予防に関する施策を労災保険制度の枠内で講じるとしても、上記のような保険給付と福祉事業という現行の制度枠組みを維持することを前提として検討を加えるのか、それとも、保険給付・福祉事業とは別の新しい要素を制度枠組みに組み込むことまで視野に入れて考察するのか、によって、考える施策の選択肢の幅は異なりうる。ただ、後者の方向は、その可否自体別途突っ込んだ検討を要する問題であり、当委員会に与えられた役割の範囲を大きく超える。したがって、本報告書は、現行の制度枠組みを維持するという前提に立って、検討を行うにとどめる。

② 以上のように、労災保険制度の現在の枠組みを前提とすると、実際に考えられる選択肢は、保険給付またはその他の形態の助成措置によって、労働者個人と事業主のいずれか一方、または双方に対して、健康管理

による予防を促すといった制度である。もちろん、そうした助成措置として、具体的にどのようなものを仕組むかに関しては、より多くの選択肢が考えうる。しかし、現行制度の枠組みは、前述のように保険給付と福祉事業から成り立っているから、その範囲内で考えるとすれば、大枠での選択肢は、保険給付の形を取るか、あるいは福祉事業の形を取るかのいずれかによる、助成措置の導入である。

(3) 助成による予防施策の有用性と問題点

そこで、以下では、こうした助成措置の創設を裏付ける理由、および同措置がもたらむ問題点について、検討を加えておくことにする。

① 施策の有用性

まず、このような制度の創設を支持する積極的な理由としては、つぎのものを挙げることができる。

イ 労災保険制度は、業務災害・職業病および通勤災害が発生した場合に、被災労働者や遺族の補償を行うことを目的とする制度であるが、同時に、前述したように、労災保険率に関し業種別保険料率やメリット制を設けることで、業務災害・職業病の予防をも目的としている。しかし、現在の業種別保険料やメリット制は、既に指摘したように、少なくとも業務に起因する基礎疾患の増悪等に関しては、業務災害・職業病の予防機能を十分には果たしていないといえる。したがって、基礎疾患の増悪等のうち、業務によると考えられるものに関し、新たな助成措置を導入して、労災保険制度の目的の一つである業務災害・職業病の予防を強化する必要があると考えることができる。

ロ また、基礎疾患の増悪等が、労働者自身の生活習慣等の多様な要因によって生じるとはいえ、その要因の一つには業務も含まれる。そのため、第2章で述べるように、現在の業務上認定実務によっても、諸々の要因のうち、業務が最有力原因であれば、業務上と認定されるという形で、基礎疾患の増悪等は必然的に労災保険制度と関わりを持つ。しかも、今日、労災保険制度に社会的に注目が寄せられる契機としてもっとも多いのは、この基礎疾患の増悪等についての業務上外認定である。したがって、労災保険制度の枠内で、業務による基礎疾患の増悪等の予防措置を講じ、業務上外認定が問題となるような事例の発生を予防することは、労災保険制度の社会的な評価の維持・向上の見地からも、要請される。

ハ さらに、助成措置を講じることにより、予防が促進され、業務による基礎疾患の増悪等が減少すれば、メリット労災保険率の引き下げや、ひいては業種別労災保険率の引き下げに至りうる。したがって、個々の事業主、さらには事業主集団全体にとっても、労災保

険にかかる費用負担の軽減、さらには、労災事故の発生に伴う事業損失の軽減という観点から、助成措置の後押しを受けて予防に取り組むことに意義がある。

- 二 加えて、基礎疾患の増悪等の予防は、その要因の多様性のゆえに、事業主および労働者の両方に働きかける必要がある。この点、労災保険制度の枠内で行う助成措置では、制度設計の工夫によって、事業主と労働者との両者に予防を促すことが可能である。また、労安法の一般健康診断のように罰則をもって事業主に義務づけを行い、かつそれに対応する義務を労働者に課すという直接的な介入とは異なり、助成措置は、経済的な誘因を与えて、事業主および労働者双方に行動を促すという間接的な手法を用いる。多様な要因が関係する基礎疾患の増悪等について多角的な予防の取り組みを促進するためには、助成措置という柔軟性をもちうる方法によって、事業主および労働者双方の努力を促すのが適切である。

② 施策の問題点

以上のように、労災保険制度の枠内で、助成措置によって、基礎疾患の増悪等の予防を行うという考え方には、それを支持するいくつかの理由が挙げられる。しかし、他方で、この考え方には、問題点も存する。この問題点は、基礎疾患の増悪等の要因には多様なものがあり、業務はその要素の一つでありうるにとどまることに由来する。

イ 第一に、助成すべき予防施策の対象を、基礎疾患を増悪させる要因のうち、業務に関係するものに絞らなければならない点である。労災保険制度が業務災害・職業病の補償と予防を目的とする以上、新たに導入しようとする助成措置も、業務による基礎疾患の増悪等にかかる予防施策の促進が対象となるはずだからである。しかし、第2章で検討するように、基礎疾患の増悪等が業務によるかどうかについては微妙な判断を要求されることから、予防施策の対象を、基礎疾患を増悪させる要因のうち業務に関係するものに限定せずに、基礎疾患を増悪させる要因一般に拡大する方法も考えられる。しかし、これは、つぎのような別の問題を引き起こす。

(イ) まず、助成の対象となる予防施策の対象を基礎疾患の増悪等一般に広げるとは、業務災害・職業病の補償および予防という労災保険制度の目的の枠を超える。具体的には、使用者の費用負担のみで、かかる予防施策のための助成を講じるのではなく、労働者の費用負担も導入すべきではないかといった点が問題となる。

(ロ) つぎに、予防施策の範囲を基礎疾患の増悪等一般に広げると、健康保険等で行っている健康保持増進事業との重複が生じる。逆に言えば、健康保

険等で健康保持増進事業を行っているところに加えて、労災保険で同様の施策を講じる必要性が乏しくなる。

(ハ) また、助成対象事業たる予防施策の対象を基礎疾患の増悪等一般に広げるとは、事業主に、個々の労働者について、その健康状態、生活習慣など私生活の領域に属する事項を把握することを求めることを意味する。しかし、国が、労災保険制度の助成措置を通して、事業主に対し、個々の労働者の私生活領域に過度に立ち入ることを促すのは疑問である。

ロ 第二に、助成措置によって、業務による基礎疾患の増悪等に関する予防施策を促すことが、事業主全体および個々の事業主の労災保険に関する財政負担を軽減する効果をどれほどもたらすかを吟味する必要があるという点である。助成措置自体、労災保険のなかで新たな財政面での手当を必要とする。また、個々の事業主も、助成率が100%でなければ、予防施策についての費用負担が生じる。事業主全体の労災保険にかかる財政負担が軽減されるためには、予防施策の持つ経費節減効果を相殺しない限度での助成にとどめなければならない。個々の事業主についてみれば、メリット労災保険率の引き下げを相殺しない範囲での費用負担のみが生じるようにする必要がある。したがって、助成措置を導入するにあたっては、まず、業務による基礎疾患の増悪等がもたらしている労災保険率の上昇の程度と、その結果としての労災保険財政及び事業経費の負担増を測定し、それと、業務による基礎疾患の増悪等の予防に必要な施策に要する費用とを比較する必要がある。そうした検討をせずに、助成措置を導入することには、疑問がある。

これに対しては、業務による基礎疾患の増悪等に対する社会的関心の高さや、勤務形態の変化や労働時間法制的改正といったことに鑑み、労災保険財政の負担増が生じるとしても、予防施策にかかる助成措置の導入をはかるべきであるという考え方もありうる。とくに、問題が、労働者の健康や生命に関わることだけに、そうした考え方にも肯けるものがある。しかし、その場合でも、助成対象となる予防施策が、業務による基礎疾患の増悪等の予防にどの程度の有効性を持つのか(とくに対費用効果)についての予測が必要である。そうした予測をせずに、助成措置の導入を行うことには、やはり疑問がある。

(4) まとめ

以上のように、業務による基礎疾患の増悪等に対する予防施策を助成する措置を現行労災保険制度の枠内で導入することについては、それを支持する理由もあるものの、

なお、労災保険制度の枠組みとの整合性をどうするかや、労働者の私生活領域に事業主、さらには国が介入しかねないという懸念などの問題点が存在する。こうした点も踏まえて、助成措置の導入の可否について検討が必要である。

(5) 保険給付等の形態による予防施策の検討課題

なお、かりに助成措置を導入するとした場合には、前述のように、現行の労災保険制度の枠組みを前提とする限り、保険給付の形式か、労働福祉事業の一環として導入することになる。以下では、かりにこの二つの方式のいずれかの導入を図るとするならば、検討を要する点について、若干の考察を加えておくこととする。

① 保険給付による予防施策

かりに予防施策に対する助成を保険給付の形式で行うときには、対象となる労働者個人に対する給付の形をとることになる。たとえば、当該労働者個人につき、健康診断等を通して、業務による基礎疾患の増悪等が起る可能性が大きいことを判明させ、その増悪を未然に防止するための予防施策を講じさせる給付、あるいは緊急度の高い場合に、基礎疾患の増悪等を防ぐために要する療養や、その療養による休業にかかる給付といった形の給付（以下では、かりに「予防給付」と呼ぶ）を行うということが考えられる。

この予防給付の導入の可否を検討する際には、これまでに検討してきた論点のほか、以下のような論点が問題となる。

イ 予防給付を保険給付として位障づける以上、支給開始事由を「保険事故」として構成しなければならない。この「保険事故」は、偶発性のある出来事である必要がある。予防給付の支給開始事由として、まず想定しうるのは、「深夜労働や過重な勤務を行わせていること」である。しかし、これは使用者の雇用管理の方法如何によって左右される問題であるので、偶発性の要素を欠き、保険事故として捉えることは困難である。今一つの可能性は、急性脳・心臓疾患や精神障害といった症状に焦点をあわせて、たとえば、「過重な業務により基礎疾患が増悪し、脳・心臓疾患を発症するおそれがある状態」や「過重な業務により精神障害を発症するおそれがある状態」を保険事故と構成することである。急性脳・心臓疾患等を「発症するおそれがある状態」の発生を客観的に同定することができるのであれば、偶発性の要素も満たすこととなり、保険事故と捉えることも可能となる。実際、分野は異なるが、介護保険の予防給付の支給開始事由は「要介護状態となるおそれがある状態」（介護保険法7条2項）とされている。労災保険においても、これと同様の考え方を導入する余地はあろう。

しかし、このような方向を模索するとしても、なお検

討すべき重要な論点が存在する。まず、どのような状態をもって過重な業務により急性脳・心臓疾患等を発症するおそれがある状態とするかが問題である。保険事故として構成する以上、客観的に認定できるように、構成要件を定めなければならない。しかも、すでに指摘したように、現行の労災保険制度の枠組みを前提とする限り、対象を、「急性脳・心臓疾患等を発症するおそれがある状態」一般ではなく、「業務によって発症するおそれがある状態」に限定する必要がある。また、誰が認定に携わるのか（たとえば、産業医によるのか）、いかなる手続きで認定をするかも問題である。さらに、急性脳・心臓疾患等を「発症するおそれがある状態」と認定された場合に、それに対応して必要とされる予防施策として、保険給付としていかなるものを提供するかも問題となる。以上の各論点については、医学分野等の専門家を交えた検討が必要であろう。

ロ 保険給付の形式で予防施策を行うとすれば、事業主の災害防止努力を促進するために、この保険給付をメリット制の対象とすることも考えられる。

しかし、従来のメリット制の仕組みによれば、保険給付総額の増加に応じて、保険料率が引き上げられる。これをそのまま予防にかかる保険給付に当てはめると、事業主が予防対策を積極的に実施したため、予防のための療養給付等の支給が増加した場合、保険料率が引き上げられるという妥当性を欠く結果となる。こうした結果を回避するには、業務による基礎疾患の増悪等が発生しやすい職場の保険料率が上昇するというような制度設計も検討する余地がある。

ハ 予防のための療養給付等が創設されると、業務による基礎疾患の増悪等への予防の機会が提供されるという利点が労働者にある。しかし、他方で、予防給付を受けると、健康上問題があり、業務遂行に支障がある労働者として、事業主から解雇等の不利益な取り扱いを受けるおそれもある。したがって、こうした不利益取り扱いに関する対策も検討する必要がある。

また、基礎疾患の増悪等は、既に指摘したように、場合によっては、労働者の私生活とも密接に関わる。したがって、その効果的な予防のためには、労働者の私生活の領域に踏み込む必要も生じる。しかし、すでに指摘したように、事業主が、その領域にまで立ち入ることは、労働者のプライバシーとの抵触を生じるおそれがある。それゆえ、そうした問題のある仕組みを導入することの可否がそもそも問題となるし、もし、業務による基礎疾患の増悪等について、保険給付の形態で予防対策を講じるのであれば、当然、労働者のプライバシーの保護のための措置を導入する必要がある。たとえば、事業主が労働者の健康診断受診結果

を把握して予防措置を講じるというこれまでの労働者の健康確保対策とは異なり、上記のような労働者のプライバシーとの関係を考慮して、希望する労働者にのみ給付を行うという考え方もある。とりわけ、精神面の問題については、一層慎重な配慮が必要である。

② 労働福祉事業による疾病予防対策の充実

業務による基礎疾患の増悪等について、助成的な方法を用いて予防対策を行う制度枠組みとしては、労働福祉事業の一環として行うというものも考えられる。既に、労災保険制度では、労働福祉事業として、安全衛生確保対策が様々な形で行われている。具体的には、事業主の行う安全衛生対策に対する低利融資や災害防止団体に対する補助、労働福祉事業団による健康診断センターの設置・運営、産業医等の活動に対する支援のための産業保健推進センターの設置・運営等が行われてきている。今後も、予防対策充実の観点から、これらの事業は重要であり、一層の充実強化が図ることが検討されるべきであろう。

また、労働災害に対する医療において大きな役割を果たしてきている労災病院についても、メンタルヘルスの問題や急性脳・心臓疾患等、労働者の健康に関わる問題が幅広く生じてきていることを踏まえ、これまでの労災患者等に対する医療や臨床研究等を通じて集積した高度な医療技術や専門的知見を最大限生かしながら、予防から治療及びリハビリテーションに至る一貫した労働者医療をさらに充実・強化することを検討することも考えられる。

もともと、業務による基礎疾患の増悪等につき、労働福祉事業による疾病予防対策を行うにあたって、やはり問題点は存在する。たとえば、既に繰り返し指摘したように、基礎疾患の増悪等は、労働者個人の健康状態に深く関係し、他人からは正確に把握しにくい。そのため、予防対策を有効なものとするには、労働者自身による自発的な健康確保努力を支援する必要がある。しかし、こうした施策は、労働福祉事業が労働者の私生活の領域に介入し、労働者のプライバシー保護と抵触しかねないという問題を引き起こす。したがって、保険給付の形式をとる場合と同様に、労働福祉事業が、そこまで踏み込んだ施策を講じるべきかについて、慎重な検討を要するし、また、もしそうした施策を講じるのであれば、労働者のプライバシー保護のための十分な措置を設ける必要がある。

3 社会復帰・援護対策の充実の方向

高齢化の進展等に伴い、長期にわたり年金等を受給している被災労働者が増加しており、その福祉の向上を図っていくために、社会復帰・援護対策について充実していくことが必要である。

諸外国の労災保険制度と比較すると、我が国の労災保険制度は被災労働者の稼働能力の填補に主たる目的があり、社会復帰・援護対策は附帯事業である労働福祉事業として保険料収入額の一定割合の限度内で行っているのに対し、諸外国の労災保険制度の中には社会復帰対策等も積極的に位置づけているものがある。

とりわけ、ドイツ、フランス及びカナダの労災保険制度においては、被災後の補償のみならず、職場活動への復帰を目的としていることが注目される。ドイツにおいては、稼働能力の喪失・減退又はそのおそれがリハビリテーション等により回復可能であり、稼働能力がなくなることを避けることが可能である場合、稼働能力の維持・向上・回復のため、補装具の支給、職業リハビリテーション等の措置が保険給付としてなされている。また、フランスの労災保険制度においても、補装具の支給や治療後の措置（機能回復訓練、職業再教育、再就職斡旋等）が保険給付の範囲に含まれており、カナダにおいても職場復帰を目的としたリハビリテーションが給付に含まれている州がほとんどである。

また、介護保険法においては、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他の社会保険制度においては社会復帰（場合によっては職場復帰を含む）を積極的に位置づけていること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。

労災保険制度において、社会復帰・援護対策は、被災労働者等の福祉の向上を図るため各種の措置が講じられてきたところであるが、被災労働者の中には、長期的な療養による基礎体力の低下、社会的疎外感により招来された順応力の減少等職業能力の減退が認められ、直ちに被災前の労働に従事することが困難な者が少なくない。

また、これまで社会復帰対策は、身体的に重度の障害を受けた者の機能回復措置による日常生活への復帰を中心に行われてきており、精神的なケアの問題や職業生活への復帰についてまでは十分な対策を講じてきていないことから、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思っている者に対して、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。

このため、社会復帰・援護対策についてもさらに効果的な対策を検討するため、障害補償年金等受給者の職業・援護生活の実態や職業生活復帰に向けてどのようなことを必要としているか等のニーズについて調査を行い、具体的な検討を行っていくことが適当であろう。



メコンのWINDを全身に感じ 参加型安全衛生の新しい風を吹き込もう

飯田勝泰

東京労働安全衛生センター事務局長

はじめに

東京労働安全衛生センターは、今夏、ベトナム南部のメコンデルタ地帯のカント省で、労働生活改善の実際を学ぶ参加型研修旅行「メコンデルタ2000」を企画しています(62頁の案内参照)。

私たちが体験したベトナムでの参加型安全衛生・生活改善トレーニングをそれぞれリポートし、産業保健、国際協力に関心のある方々にメコンデルタ2000への参加を呼びかけたいと思います。

ハノイの第1回WISEセミナー

私たちがこうした海外での研修旅行を企画するきっかけは、昨(1999)年4月、(財)労働科学研究所の教育・国際協力部の川上剛さん(現ILOアジア太平洋事務局勤務)に声をかけられ、私と仲尾豊樹さん((財)日本予防医学協会勤務)が、ベトナムの首都ハノイで開催された第1回WISEセミナーに参加したことにはじまる。

WISEとは、ILO(国際労働機関)が開発したアジア諸国の小規模事業所のための労使参加型安全衛生プログラムである。現場の実績に合わせた低コストの実行可能な改善を労使で進めていくことに特徴があり、フィリピンやタイで成果をあげている。

私も仲尾さんも海外で通用する特別な技量や経験がなく、ベトナム語が全く解らない。英会話さえあやしいものだが、川上さんから「日頃のセンター

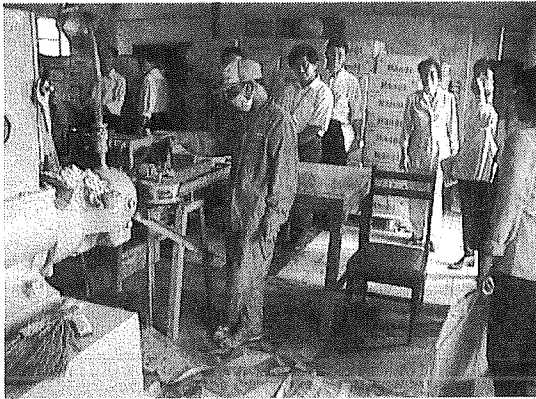
の活動経験があれば大丈夫。とにかく現地で経験を交流することが大切」と後押しされ、思いきって日本を飛び立った。

ハノイ入りした翌日、ハノイ医科大学のトゥ医師らの案内で、郊外のノイアム村を訪れ、農家におじゃましたり田園を歩いて廻った。この村は、一昨年、WISEを農村向けに応用した労働生活改善プログラムWINDのトレーニングが行われていた。

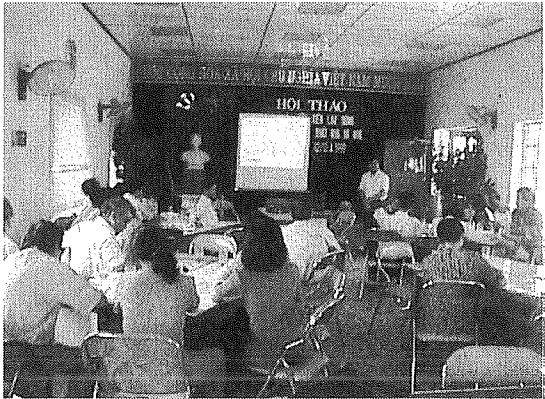
第1回目のWISEセミナーは、ハノイ医科大学とカント省の労働衛生環境センター(COHEC)、それに日本の労働科学研究所の共同プロジェクトとして企画された。

セミナーの会場は地区人民委員会の会館である。そこに、トゥ医師らが仕事の合間に市内の商店や工場を駆け廻ってオルグしてきた中小企業の経営者や管理者ら25名ほどが集まった。半分が女性だ。ハノイ医科大学のスタッフも加えると総勢30名となった。

まず、初日の前半に、全員バスに乗って地元の石鹸工場に移動し、チェックリストを使った職場巡視を行った。その後2日間にわたり、5、6人のグループに分かれて「物の保管と運搬」、「機械の安全」、「ワークステーション」、「作業環境」、「衛生設備と作業編成」の5つの技術セッションを持った。各セッションでは、テーマに即して、巡視工場の優れた事例と改善すべき提案を討論し、発表した。2日目の最後にセッションのまとめとして、参加者がWISEの体験をふまえ、自分の職場に戻り、短期的、長期的な改善提案を発表した。



ハノイ市内の石炭工場を訪問



第1回ハノイWISEセミナー

日本から来た私たちにも仕事が与えられており、仲尾さんが「ワークステーション」のセッションの講義を行い、私が「日本の中小企業の低コスト改善事例」の発表を行った。ふたりとも慣れぬ英語を喋らねばならず、即製の英語版 OHP シートを使いながらの冷や汗もののプレゼンテーションだった。

私たちは、初めて海外での WINSE セミナーを体験するなかで、ハノイ医科大学のスタッフやカント省労働衛生環境センター (COHEC) のカイ所長らと知り合うことができた。短期間だが彼ら彼女らとの付き合いのなかで、ベトナムでの参加型安全衛生の可能性を実感した。日本の活動を紹介しながら、相互の経験を交流する必要性を痛感した。

WIND ワークショップに参加して

昨年10月、私は、カント省カント市で開かれた第2回 WIND シンポジウムと WIND ワークショップに参加した。

WIND とは、ベトナム・メコンデルタ地帯の農村で実践され、実績をあげている参加型の労働生活改善プログラムである。

シンポジウムはカント省衛生局とカント省労働衛生環境センターが主催したもので、WIND がもたらした優れた成果を共有化しようと、衛生局の職員や大学関係者ら200名近い人々が集まった。

冒頭にカント省人民委員会の副委員長が挨拶し、WIND が国家行政組織からも高い評価を得て

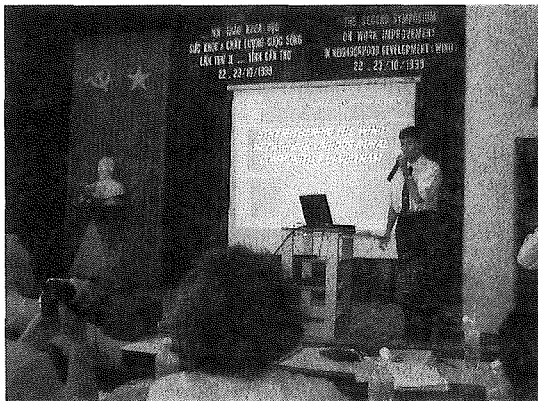
いることを示した。

WIND の命名者でもある小木和孝さん (現労働科学研究所常務理事) が、「アジアで広がる参加型労働改善アプローチの影響力」と題する記念講演を行い、カイ所長が「ベトナムの多様な地方に WIND ネットワークを広げる」と題する基調報告を行った。続いて、フィリピンの労働雇用省と労働安全衛生センター、タイのマヒドン大学、ILO アジア太平洋事務局とマニラ事務局、ベトナムのハノイ医科大学、カント省の NGO、ラオカイ地方農民協会から、農村地帯での WIND の取り組みと成果を発表した。

そして最後に、私も、日本の NGO の立場から、労働者のための参加型安全衛生トレーニングの経験を報告する機会を得た。

シンポジウム全体をつうじて、ベトナムで始まった WIND が今やアジア諸国でそれぞれの特徴を生かした形態で広がり、着実な成果を生みだしていることがわかった。これからのアジアにおける WIND のダイナミックな展開を予感することができた。

その翌日、私たちは車に分乗し、カント市郊外の農村に出かけた。メコン川には数え切れない支流が流れ込み複雑な地形をなしている。その川沿いに点在する農家の集落に入った。ある農家では、近所の女性たちが集まり、イラスト入りチェックリスト使って、炊事場やトイレ、寝室、部屋の照明などの改善をいろいろ話し合っていた。聞けば WIND に参加した女性たちがヘルスボランティアとしてほかの農家の女性たちを集め、チェックリストを使っ



第2回WINDシンポでカイ先生が発表



チェックリストを見ながら相談

て手軽な生活上の改善を実行しているとのことであった。台所の鍋釜を壁につり下げ、食器類を棚に置く、コンロの位置を高くする、調味料の瓶にフタをしてラベルを貼る、生水を沸かして飲むなど、そのイラストを見ればどのように改善すべきかひと目でわかるようになっている。

カント省では、COHECのスタッフが至るところでWINDトレーニングを行い、ヘルスポランティアを育成しているという。省内にはすでに千人をこすヘルスポランティアがおり、彼女たちが農村地帯の労働生活改善の第一線を担っている。WINDの成功のカギは、こうした農民の参加とイニシアチブに依拠した取り組みにあることを示している。

私たちは市内に戻り、実際に見てきた農家の参加型の改善活動で良い点や疑問点を話した。私の印象としてイラスト入りの簡単なチェックリストは効果的であると思われた。ただし、女性たちが活発なのにくらべ、農家の男性の印象が薄かった。一家の働き手であるせいか、男性の参加は必ずしも積極的とは言えないらしい。

また、カイさんは、ヴェトナムの山岳地帯の少数民族の集落にも入り、WINDの発展形態として写真を活用した改善プログラムを実行している。いまや彼らの活動はメコンデルタにとどまらず、ヴェトナム中部にも拡がろうとしているようだ。

ヴェトナムは1980年代後半から改革経済路線を歩みはじめ、ドイモイ政策による市場経済の導入が拡がりつつある。しかし、いまだヴェトナム経済社会は厳しい状況にある。

しかし、農村地帯ではカントのように、現場の知恵と熱意を生かしたWINDの取り組みが着実な成果を上げている。こうしたアジアのWIND、WISEの参加型安全衛生改善活動に私たちが学ぶべき点は大きいと思う。

私たちが実践している労働者参加型の安全衛生トレーニング「東京労働安全衛生学校」では、アジア各地の職場改善事例を紹介し、現場の実情に応じた小改善の実績を積み上げ、大きな変化につなげていくことを提案している。アジアのWIND、WISEの経験は、日本の中小零細職場にも十分応用可能だ。

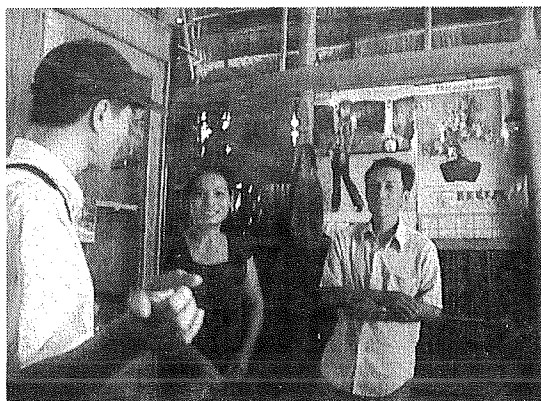
そして、私たちは、参加型の取り組みを通じて、アジアの仲間と相互の経験交流を進め、双方向の国際協力関係を築いていくことができればと考えている。

その第一歩として、今年8月、ヴェトナム研修旅行“メコンデルタ2000”を企画した。参加型安全衛生・生活改善トレーニングや国際協力に関心のある方々に、ぜひ一緒に参加してもらえればと願っている。

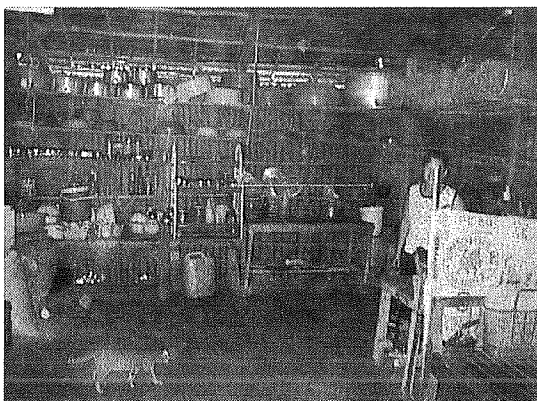
この夏、メコンのWIND(風)を全身に感じ、日本に参加型の新風を吹かせていきたい。



双方向の国際協力を



貧農家庭の改善成果を聞くカイ先生



農家の台所、棚などを改善して整理した

ベトナムで「参加型安全衛生活動」の明日を語る

仲尾豊樹

東京労働安全衛生センター

ベトナムへの思い

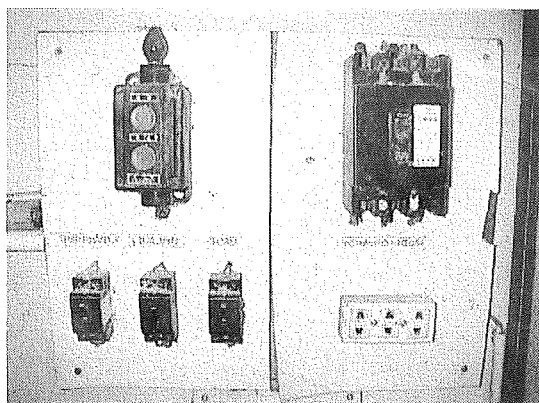
1999年4月30日は南ベトナム解放25周年だった。大統領府に突入する北ベトナム軍戦車、手を振って迎える市民、われ先にとヘリコプターにすがりついて逃亡するアメリカ人たち。超大国アメリカが敗退する姿を食い入るようにテレビで見つめていたのを思い出していた。その後ベトナムでは様々な出来事が起こった。一時はベトナムの行っている政策に疑問を持ち、尊敬が薄れるようなこともあった。しかし、昨年からはまったベトナムカント省労働衛生環境センターとの交流を通じて、私の中に再び尊敬と親近感が沸いてくるのを感じている。

それは、かつて感じたようなものとはまた異なっている。21世紀を切り開く草の根交流の思いや、日本のわれわれと共通した考えや行動が感じられ

る。かつて私の国際連帯意識がベトナム侵略戦争反対をベースにした「個人的主観が強い観念的な共感」だったとすれば、いまの私の国際協力関係は「相互の運動を基盤とした実際の学び合い」といえる。

カント省労働衛生環境センターの活動

ベトナムカント省は、ホーチミン市の西南西150kmに位置するメコンデルタ地域の中核都市である。農村部は車よりも船が生活の手段であり、1月の気温も25℃、米は3期作が可能である。カント市にベトナム共産党の省委員会が置かれ、農村部はいくつかの郡に分かれる。カント省衛生局の下には労働衛生環境センターが置かれ、3名の医師と約10名のスタッフが走りまわっている。このようなセンターが置かれていることはベトナムでも珍しいそうだ。参加型安全衛生活動をメコンデル



ベトナム語で書かれた配電盤



手作りの部品入れ、冷水機、蓋付きゴミ箱

タで推進する拠点がここにある。

所長はトンタットカイ先生といい、40代後半の元気いっぱい医師。ILOアジア太平洋事務局に赴任された川上先生の親友で、細身でおだやかな外見からは信じられないほどの意志の強さとしぶとさを持つ。カイ先生なしにはベトナムの参加型運動の発展はなかったといってよい。カイ先生中心に、ゴン副所長、テュインさん、レイさんら女性陣、チン先生、チュウさん、カムさんらの男性陣が支える。日本のわれわれとの決定的違いは、省衛生局の機関であるということ。ラップ衛生局長は労働衛生環境センターと日本の(財)労働科学研究所の協同活動の評価されており、力強いサポートを行っている。

労働衛生環境センター(The Center for Occupational Health and Environment Cantho-Vietnam)は、様々な活動を行っているが、代表的なのはWISEとWINDだ。両方ともに(財)労働科学研究所との協力のもとで開発された参加型労働衛生活動である。WISEは「Work Improvement in Small Enterprises」のことで、中小企業の参加型改善活動をいう。民間、国営を問わずさまざまなカント省の工場で、セミナーを受けた人たちが改善を行ってきた。

WINDは、この経験を農村の労働と生活改善に結びつけようと開発された活動で、「Work Improvement in Neighbourhood Development」という。いわば、WINDはWISEの兄弟分である。

WISEで行われているテクニカルセッションは、チェックリストによる工場訪問を最初に置きながら、「物の運搬と保管」、「機械の安全」、「ワークステーション」、「福利厚生施設」、「作業編成」などいくつにも分かれている。東京労働安全衛生学校のプログラムとかなり似ている。どんなに詰め込んでもセミナーに2日はかかるのに対して、WINDは1日でやってしまう。また、そのテクニカルセッションも「労働環境」、「生活環境」のふたつだけである。そして、夫婦同士の参加が原則だ。

会議はなじまないという農民に対して、1日ですませるカリキュラムを作り、さらに遠出することもなく村の公民館や寺院を借りて行っている。改善につなげるには夫婦で参加が原則というのも納得させられる。むしろ、WISE型参加運動を、より地域密着型に改善していったものがWIND方式になったと考えるべきだと思う。これは、日本の参加型トレーニングを根づかせるためにも非常に参考になる点である。

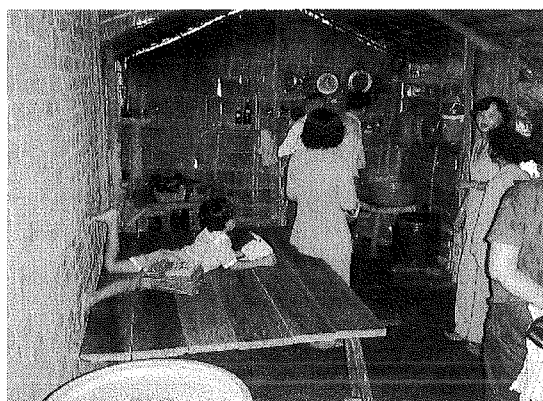
建設労働のWISEを経験

本年1月の訪問では、建設労働のWISEトレーニングに立ち会うことができた。建設業といえば日本の労働災害の第1位をしめているものであるから、大変興味を持っていた。

ベトナムの朝は早い。外は5時すぎからバイクの音で騒々しいし、会議も8時には始まる。参加



製糖工場の休憩棟(左)と通路の舗装



農家の台所の改善を見学

者は建設関係の利用者を中心に約25名、労働組合の代表も何名が参加していたようだ。開会挨拶とチェックリストの説明後、放送局の建設現場へ向かう。大きなクレーンが1台、コンクリートの外壁が作られた建物の周囲には、鉄パイプで足場が組まれている。労働者たちは、前の広場でダンプカーから下ろされた砂を、スコップですくってはセメントの空袋にいれ、それを肩に担ぎ上げて、中の現場に運び込む。中ではセメントをこね、不自然な姿勢で天井に塗りつける人たちがいる。靴ははいていない。サンダルばきはいい方で、裸足の人もいる。ヘルメットはわれわれには新品のものが支給されたが、労働者でかぶっているのはまばら。くわえただこで仕事をしている。日本の建設現場とあまりにも違う光景だ。しかし、動作はゆったりとしている。

チェックリストに記載した後会場に戻り、討議に入る。会場へ行くのも戻るのも、労働者はオートバイを使う。集団で移動していく光景に力強さを感じた。

セミナーは1日半で終わった。行われたテクニカルセッションは5部門であり、それに加えてオープニングセレモニーと、現場訪問、クロージングセレモニーが入るので、かなりすし詰めである。各セッションはそれぞれ20分の助言者の説明と20分のグループ討議、20分の発表に分けられる。発表は、かならず今回の訪問した職場の優れている点3点と、改善したらもっとよくなる点3点をあげる。あらをさがすのではない。改善のため前向きな提案を行うことが参加型活動の基本だからだ。

日本からは4名の医科系大学生が参加したが、彼らもひとつのグループを作って討議の中に入った。職場見学も初めて、参加型実習も初めての彼らも、様々な提案を出して面白い。グループ討議で作られたOHPシートを示しておく(紙面の都合で省略)。このようなトレーニングは、様々のカント省の工場で進められた。概して国営企業より民営企業の方が改善に積極的なようだ。「改善をする予算をなかなかつけてくれない」とぼやく工場責任者の話も聞いたが、どうも改善への熱意があるかないかが大きいように感じられた。訪問した企業の改善写真をいくつか示したい。

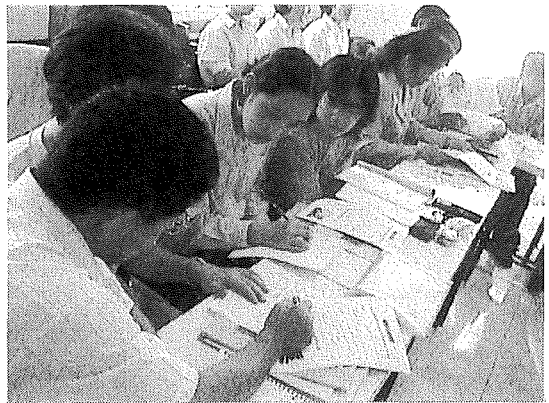
WINDとヘルスボランティアの活動

WINDは、カント省を構成するいくつかの郡の中で行われている。私たちは、Hung Hiep郡Mangca村をたずねたが、この村には車が入れる道はない。町の中心部から舟に乗っていった。Mangca村は200件ほどの集落で、WINDを修了した3名のボランティアが保健衛生活動にあたっている。彼女らは、村の詳細な地図を作成していて、どの家に風呂があるとか(川で水浴する家庭も多い)、井戸のある場所とか、避妊具を配った家などに印をつけていた。

今回は、ウエットさんという40代の女性が、近所の4名の主婦相手に、トレーニングを行う現場を見学させていただいた。会場は自分の家。チェックリ



改善された農家の棚とカイ先生



WISEに参加する日本人学生

ストの説明を行った後、それを持って隣の家の改善状況を見学する。帰ってきて、改善写真集を見せて、見学した家の評価を行う。この改善写真集は昨年暮に発行した最新版で、視覚を通じて簡単に改善方法が理解できるように工夫されている。参加者は「私の家ではこれをやってみよう」などと写真集を見て議論に花が咲き、それぞれの目標ができたところでお開きとなった。トレーニング時間は45分間であった。

WINDのトレーニングは農民に配慮して1日で終わるようにしたと前述したが、その修了者が村に帰って行うトレーニングは1時間足らずなのだ。より具体的に地域の中に改善運動を根づかせるには、トレーニングの集約化、ビジュアル化、短縮化が不可欠である。WINDトレーニング自体も改善運動の渦中で進化していることに、大きな感動を覚えた次第であった。農村改善事例をいくつか示しておく。

思わぬアクシデントも体験

このような体験を日本に伝えたい、ベトナムで学んだことを日本で生かそうという趣旨のもと、私たちは「メコンデルタ2000」という運営委員会を作り、本年8月12日から20日にベトナムカント省で参加型トレーニングを行う。現在参加者募集中である。ぜひ興味のある人は参加してほしい。外国での共同生活とセミナーの経験は、参加者の思

いを本当にひとつにするものだ。

1月のセミナーでは、交通事情に起因するアクシデントがあいついだ。メコンデルタ地帯奥深く、2時間以上舟で下って訪問したトウイ元病院長(カイ先生の上司)の家からの帰路は日がとつぷりとぐれてしまい、定員オーバーのボートは驚くほど速度が遅く浸水してくる。真っ暗闇の広大な川を不安げに遡るわれわれの頭上は、満天の星空、冬の星座たちが20度以上の気温の中で輝いていた。

飛行場に戻る国道の橋は、船がぶつかり、片側通行で大渋滞。到底出国時刻に間に合わない判断したわれわれは、荷物を送迎の車に残し、ホンダスーパーカブのシロタクバイクに3人乗りして、大渋滞の国道を1時間あまり葛進するなど、日本では体験できない冒険旅行を味わった。

これらの共同体験は、帰国後「参加型安全衛生活動」への思いを深める結果となった。参加した4人の医学系学生たちは、大学のゼミや学生同士の研究会で参加型運動のすばらしさやベトナムでの体験を発表し、仲間の獲得に一生懸命である。ある医学生は、「この経験を通じて産業保健に関心がわいた」と話してくれた。就職の決まった保健婦さんは、参加型運動を自分の職場にも広げたいと夢を語っている。

ベトナムの経験と学び合い、自分の職場や地域に生かす21世紀の草の根国際協力、参加型運動の相互交流として着実に発展しようとしているのだ。



EU加盟諸国におけるRSI

欧州労働安全衛生機関の最新レポート

欧米で筋骨格系障害(MSDs)―日本流に言えば「腰痛・ケイワン」が労働安全衛生上の重大問題として議論されていることは、1・2月号特集でも紹介したとおりである。そこでは、欧州労働安全衛生機関の「労働関連性筋骨格系障害」に関するレポートの結論部分を紹介した(31頁)が、同機関は最近、「Repetitive Strain Injuries in the Member States of European Union: the results of an information request」というレポートをまとめている。今回はその抄録部分を紹介する。

「RSI: Repetitive Strain Injuries」は、日本における「ケイワン(頸肩腕障害)」、「上肢作業障害」と同様の意味で使われていると考えてよいだろう。「Strain」は「緊張」、「過労」と訳せるが、ヨーロッパ労連(ETUC)が国際労働衛生機関(ILO)の後援を受けて開始したキャンペーン(後掲記事参照)のスローガンは、「Europa Under Strain」である。

反復過労傷害(RSI: Repetitive Strain Injuries)問題に関する関心が増大している。本[欧州労働安全衛生]機関のオランダにおけるフォーカル・ポイント[focal point]であるオランダ社会問題・雇用省が最近情報提供を求めてきたこともその例証であり、本機関は、加盟諸国におけるフォーカル・ポイントを通じてRSIに関する情報を収集するよう求められた。オランダのフォーカル・ポイントは、情報収集の結果は他の加盟諸国がこの分野で採用している政策を明らかにし、この分野における自国の政策を強化することができることを強調している。これに関連して、オランダ政府は2000年にこの問題に関するセミナーの開催を計画している。

政府によるRSIの定義に関しては、現在の状況は、ギリシャやオランダなどのわずかな加盟諸国のみがRSIの明確な定義を確立しようという考えをもっている。イギリスでは、当局はRSIという表現をいやがっているが、逆説的にメディアや一般の人々が使うことはきわめて一般的である。イギリスはむしろ、医学的事実をよりよく反映すると回答し

た、上肢障害(ULD: Upper Limb Disorder)や労働関連性上肢障害(WRULD: WorkRelated Upper Limb Disorder)の方を好んでいる。他の加盟諸国は一般にはRSIを使用していないが、上肢筋骨格系障害(Upper Limb MusculoSkeletal Disorders)のことを表す別の用語を使用しており、しかも、それは頸から指までの範囲に及ぶ症状の訴え[complaints]に言及している。ULDやWRULDという表現は、アイルランド、スウェーデン、オランダ、イギリス、オーストリアにおいて一般的に用いられている。ドイツは、公式の職業性疾病リストに載っている疾病を参照することによるという「法的」アプローチに限定しているようである。しかし、国際疾病分類(ICD: International Classification of Diseases)のカテゴリーに掲げられているいくつかの病理[pathologies]も使用されている。

RSIの流行についての労働監督官から入手できる情報に関しては、加盟諸国における労働監督官は、通常そうした情報を収集する責任を有しておらず、この問題自体を取り扱わない場合も多いと

ということが強調されるべきである。収集されたデータの性質は非常に多様性がある。その回答を主に広く普及したVDU作業に限定した4か国のうち、フランスは、RSIの流行という点ではVDU作業に関連した重大な問題は存在しないと明記した唯一の国である。数年間VDUを使用してきた労働者について実施されたドイツのある調査では、筋骨格系症状の訴えとVDU作業従事期間との間の直接的な関連を明らかにすることはできなかった。これに反して、別のドイツの調査は、作業の種類、作業編成および心理社会的要因の間の強い関連を示している。

オランダでは、VDU作業者のRSI関連症状の訴えについて関心が寄せられている。いくつかの指摘によれば、一定の部門では50%以上の労働者が影響を受けている。VDU作業によるRSI関連症状の訴えだけでなくより幅広い立場から回答してきた加盟国もある。イギリスでは、自己申告された労働関連性疾患に関するある調査では、上肢または頸に影響を及ぼす労働関連性筋骨格系条件の影響を受けている者が約50万人と推計されている。スペイン社会問題省が出版した情報によると、筋骨格系の過労[strain]による職業性疾病を報告した者の数は1988年の30.1%から1997年の75.8%に増加している。INAIL(イタリア[全国労働災害保険協会])の別の情報によれば、病理[pathologies]に関連する症状の訴えの約40%が公式の統計に含まれず、その大部分が反復動作による病理である。AAA(ルクセンブルグ)によれば、申告された[declared]職業性疾病全体の約30%がRSI関係である。今回の情報収集調査で提供されたデータのすべてが、加盟諸国の多くにおいて、RSI関連症状の訴えが増加していることを指摘しているようである。

報告された情報の入手可能性は、加盟諸国によって異なっている。様々なモニタリング・システムを通じて収集される実体のあるデータを入手することができるのは、半数ほどの諸国のようである。RSI関連症状の訴えの流行に関するその他の情報に関する質問には、多くの加盟諸国から興味深い情報が得られた。RSIの発生と作業の種類、性

別の間には違いが実在することは明らかである。性別は、RSI関連症状の訴えの流行に関連する重要なファクターのようにみえる。スウェーデンで実施された調査によると、女性の3人に1人、男性の5人に1人が、毎週作業後に、上背部や頸または肩、腕に痛みを感じると報告している。フィンランドにおける疾患の流行に関する分析的レポートは、女性事務労働者の40%が頸肩の問題をかかえている可能性を指摘している。しかし、男性と女性が行う作業が異なっていることが、これらの結果のかなりの部分を説明することができるだろう。

RSI関連症状による欠勤[absenteeism]に関しては、概して、職業性RSIによる欠勤はきっちりとモニターされている課題ではなく、相対的にわずかな情報しか入手できないということができる。RSIに関する訴訟手続[legal proceedings]は、デンマーク、アイルランド、イタリア、オランダ、スペイン、イギリスにおいては慣れているようにみえる。しかし、使用者に対して訴訟手続を発する可能性がある場合であっても、イギリスを除いては、実行されるのはまれのようであることを指摘しておかなければならない。[加盟諸国における]違いの理由のひとつは、社会保障/保険システムの相違と関係していると考えられるが、これは今回の質問事項には含まれていない。

フォーカル・ポイントに対して、各国政府がRSIに関する特別の政策を追求しているかどうかも尋ねた。この質問に対する回答は、加盟諸国の多くにおいて、RSIの流行は職業性リスク一般の予防の一部をなしていることを示している。しかし、かなりの加盟諸国が、それに加えて、RSI関連症状から労働者を防護するための特別の政策を公式に述べている。これは多様なやり方によって実行されている。例えば、特別の職業部門において行動をとったり(とくにデンマークとスウェーデン)、調査研究を資金援助したり(ドイツ、デンマーク)、パンフレットや健康モニタリング・プロトコルを作成したり(スペイン)することができる。

デンマーク、ドイツ、オランダ、スウェーデンの4つの加盟諸国が、この分野における量的な達成目標を設定していると述べている。デンマークでは、

反復作業の数量にねらいを定めたソーシャル・パートナー[政労使]のアクション・プラン[行動計画]を作成している。スウェーデンでは、日常的に15kg以上の挙上作業を行う女性労働者の割合を25%にまで減らすという、課題を非常に特定した取り組みを行っている。オランダでは別のかたちの目標を掲げており、VDU作業に関連したRSI症状の訴えの数を4年間で10%減少を達成しようとしている。

国家の政策に関する別の質問は、RSI関連症状の予防に関する宣伝キャンペーンを行っている

かどうかというものであった。加盟諸国の多くが、数多くの宣伝活動を実施していることを示してこの質問に積極的に回答した。最後に、加盟諸国は、この分野における自主的な協約[voluntary agreements]の確立をめざす幅広いイニシアティブ[の必要性]を指摘した。この種の協同作業は通常は部門レベルで実施されるものであること、ソーシャル・パートナーたちは全国レベルまたは部門レベルにおけるプロジェクトに積極的に協同すること、をとくに言及していることが興味深い。



ヨーロッパ労連とILOがMSDsキャンペーン Europa Under Strain

【2000年2月26日、ブリュッセル】

ヨーロッパ労連(ETUC)、ヨーロッパ労働組合安全衛生専門事務局(TUTB)は、国際労働機関(ILO)の後援を受けて、職場の筋骨格系障害(MSDs)に関する労働組合の注意喚起キャンペーンに新たなはずみをつけようとしている。

ヨーロッパ中の産業のあらゆる部門で、何百万人もの労働者が筋骨格系障害に苦しんでいる。彼らの30%が腰[背]痛を、17%が筋肉痛経験している。MSDは、ヨーロッパにおける職業病のトップ10に入っている。それが被災者—大部分は女性に与える苦痛は、今なお大いに過小評価されている。

MSDは、作業の組織的要因—物理的(反復動作、まずい作業姿勢、振動…)あるいはメンタル・ストレス、時間的圧力、仕事の不安定さのような心理社会的、または、しばしばその両方[の要因]によって起こる。

こうした健康問題は、主に被災者自身によって、それだけではなく企業、経済およびヘルスケア・システムにかかるコストなど、多くの面から警鐘を鳴らしている。

労働組合は、ここ数年、筋骨格系障害の予防、注意喚起、教育を促進するために、幅広い面で取

り組みを進めてきた。欧州労働安全衛生機関がMSDの予防に関する欧州週間を開始し、2000年2月29日に最初の国際RSIデーが実施されたのを契機に、ETUCとTUTBは、ILOの後援を受けて、労働者が職場における自らの健康に対処できるようにすることを目的とする。

ETUCとTUTBは、欧州共同体がイニシアティブを発揮することを求めている。

- ・荷物の手による取り扱い、画面表示機器に関する指令および枠組み指令が、様々なタイプのMSDリスクを適切にカバーするために完全に適用され、また改正されるようにすること。
- ・リスク・アセスメントおよびこれらの指令の適用を整合化するためのガイドラインを作成すること。
- ・様々なタイプの筋および関節の傷害を含めるように欧州職業病リスト[European Schedule of Occupational Diseases]を改正すること。
- ・機械および作業機器のデザインを改善するための首尾一貫した人間工学技術基準を作成すること。



* キャンペーン・ポスターを<http://www.etuc.org/tutb/uk/msd.html>で入手することができる。

筋骨格系障害予防のための人間工学に関する スウェーデン労働安全衛生全国評議会規則

標記のスウェーデンの規則については、2000年4月号に、解説と規則本文、一般的勧告[General Recommendations]の一部を紹介した。一般的勧告は、その後に各条文ごとの手引き[ガイダンス]が続き、その後に今回紹介する「付録A：第2-4条に関する手引きで指示された、作業姿勢、手作業および身体的単調・反復作業のアセスメントのモデル」[第2-4条は35頁に再掲]、「付録B：健康に有害な可能性のある負担要因を確認するためのチェックリストの例」が掲載されている。

付録A：第2-4条に関する手引きで指示された、作業姿勢、手作業 および身体的単調・反復作業のアセスメントのためのモデル*

背景

人間工学的に有害な作業[jobs]および状況[situations]を確認[identification]、評価[assessment]するための、実践的、系統的かつ簡単な手法が以前から求められていた。とりわけ使用者は、作業環境の内部管理に関する規則および現行の諸規則で規定された、事業に伴うリスクの継続的調査のために、この種の手引きを必要としている。本モデルを使用することによって、ある作業[jobs or operation]に健康に有害な身体的負担を伴うかどうかに関する初歩的な指標、およびその点について改善の取り組みのための文書化された基礎資料を入手することが可能になるだろう。

おそらく、日常作業のなかで関連活動の作業方法や作業場に影響を与える部門の者、すなわち生産計画立案者・組織者、工程技術者、立案者、技術設計者、構造技術者、その他の者が、人間工学的分析[analyses]を行ううえでも、本モデルを利用

することができるだろう。

本アセスメント・モデルの理念

作業と筋骨格系障害のリスクとの関連は、相対的にかなり複雑である。本規則は、より実践的に役立つものにするために、簡易化してある。一度にひとつの種類の負担についてのいくつかの側面だけを取り上げており、これを厳密な負担の限界値として用いることはできない。しかし、既存の作業場および新しい作業場や作業の計画立案において、実践的な改善処置の基礎として役立つのに十分な手引きは提供している。

簡易化されているために、もし本モデルを無批判に使用すると、実際のリスクを過大評価または過小評価してしまう可能性もある。包括的なアセスメントにするためには、より多くのファクターを考慮に入れ、より精密なモデルを使う必要があり、そのためには人間工学に対する詳細な知識が要求される。

本モデルでは、明らかに有害な作業条件である、または、リスクを無視してよい作業条件であるというわかりやすい指標を提供するために、3区分システム(赤、黄、緑)を採用している。

* これは、Vagar till farre arbetsskador - utveckling av nordisk ergonomitillsyn, modeller for ergonomisk riskvardering. TemaNord 1994: 514で示されたモデルを詳述したものである。

赤区分＝不適当

すべてのまたはほとんどの労働者のリスクが、短期間または長期間に筋骨格系障害を発症させるような大きさと特徴をもつ作業負担。

対処を後回しにする特段の理由がないかぎり、一般的には、リスクを除去または減少させるために、直ちに作業を改善すべきである。特段の事由としては、例えば、リスクを伴う問題点を直ちに改善するうえで非常に大きな実行上の困難がある場合、または、リスクに関する専門知識およびそれを回避するためのスキルを身につけた特別に専任された労働者がいる場合、である。

黄区分＝より綿密な評価

少なからぬ労働者のリスクが、短期間または長期間に筋骨格系障害を発症させるような大きさと特徴をもつ作業負担。関連するリスクの程度を最終的に決定するためのより精密な調査およびアセスメントが必要。これは、とりわけ時間的ファクター（テンポ、頻度、持続時間、等々）であり、綿密な調査が必要である。

緑区分＝容認可能

リスクがあったとしても、1人または2人の労働者だけが、短期間または長期間に筋骨格系障害を発症させるような大きさと特徴をもつ作業負担。

労働者の大多数が関係していて、負担が傷害のリスクを示していない。しかし、特定のリスク・グループ（例えば、妊娠中の女性、未成年者または最近病気にかかった労働者）が関係している場合には、一定の注意が払われるべきである。一般的には対処は必要ではないが、必要な場合には一定の処置をとるべきである。

本モデルにおいて、各色は以下の意味をもつ。

[上表参照]

**座位、立位および歩行作業姿勢の
アセスメント・モデル**

好ましくない作業姿勢を確認するためのアセスメント・モデルを以下に示す。異なる姿勢を区別することが困難な場合も多いため、各々の作業姿勢の有害性の程度を決定することは不可能である。しかしながら、たいいていの場合、例えば、1日の作業時間中に最も多く生ずる作業姿勢や、時間は短くても極端な姿勢をとることになるものなど、より人間工学的負担に悪影響を与えているひとつか少数の最も有力な作業姿勢が存在しているものである。本モデルがアセスしようとしているのは、そういう作業姿勢である。まず、そうした作業姿勢を確認する必要がある。次に、下表[次頁及び次々頁参照]を参照して、その作業姿勢が、身体のひとつまたは複数の部位に対して、赤、黄、緑のいずれに分類されるか判定する。

原則として、ひとつの欄[横列]についてひとつの一書きが当てはまれば、そのケースが赤または黄とみなすべきかどうかを判定できる。アセスメントの

結果、赤区分の数が多いほど、より改善の取り組みが必要なことになる。

本モデルであげられた身体の部位は、観察の対象となる場所であって、必ずしも傷害を受ける部位ということではない。例えば、本モデルでいう「不安定な下敷き」は、下肢の病気のリスクよりも、[腰]背部の障害のリスクを意味している。本モデルは1作業勤務時間帯[shift]の全体に適用するものである。これは通常1日につき4-8時間の時間帯である。「勤務時間帯のかなりの部分」という表現はここでは、その作業姿勢が、中断なしに非常に短い中断しかなしに、その勤務時間帯の半分を超えて生ずることを意味している。「断続的」とは、その作業姿勢と他の作業姿勢が交互に生じ、その作業姿勢の占める合計時間がその勤務時間帯の半分を超えないことを意味している。

本モデルでは、当該作業が多大なまたはわずかな力の発揮を必要とするかどうかは、考慮に入れていないことに注意されたい。高度の力の発揮を必要とする場合には、黄または緑に区分された作業でも赤区分になる可能性がある。

時間的側面はつねに重要である：自然に生じるとは、本来は健康に有害ではなくとも、

	赤	黄	緑
座位	以下のひとつが勤務時間帯のかなりの部分に生ずる	以下のひとつが勤務時間帯に断続的に生ずる	以下のことが勤務時間帯のかなりの部分に当てはまる
頸	一自由に動かせない状態で曲げる 一自由に動かせない状態でひねる 一同時に曲げて、ひねる 一自由な動きを著しく制限される	一自由に動かせない状態で曲げる 一自由に動かせない状態でひねる 一同時に曲げて、ひねる 一自由な動きを著しく制限される	一中心の位置で、自由に動かせる
背	一自由に動かせない状態で曲げる 一自由に動かせない状態でひねる 一同時に曲げて、ひねる 一自由な動きを著しく制限される 一背もたれがない	一自由に動かせない状態で曲げる 一自由に動かせない状態でひねる 一同時に曲げて、ひねる 一自由な動きを著しく制限される	一自由に動かすことが可能 一デザインのよい背もたれがある 一立位への変更を選択することができる
肩/腕	一肩の高さの位置がそれより上に手をやる 一前腕の長さよりも向こうに手をやる	一肩の高さの位置がそれより上に手をやる 一前腕の長さよりも向こうに手をやる	一作業や個人に合った作業位置の高さとリーチ 一よい腕支え
足	一足を投げ出す空間が不十分 一足の支えがない 一自由な動きを著しく制限される 一足[Leg]で操作するペダル作業*	一足を投げ出す空間が不十分 一足の支えがない 一自由な動きを著しく制限される 一足[Leg]で操作するペダル作業*	一足を自由に動かせる空間がある 一よい足置き 一足[Leg-or-foot]で操作するペダル作業はまれにしかない* 一立位への変更を選択することができる

その姿勢があまりに頻回に、長時間にわたって生じるようであれば、リスクが生まれる。

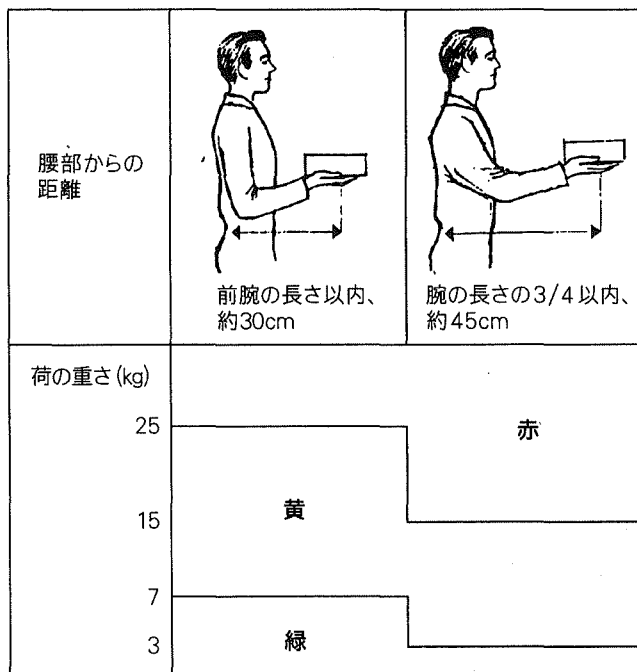
[上表および次頁表参照]

挙上作業のアセスメント・モデル

以下の挙上作業のアセスメント・モデルは、荷の重さおよび荷の重心と身体との距離の2つの主要なファクターに焦点を当てている。したがって、挙上作業の頻度、挙上作業時間、挙上する高さ、荷のつかみやすさ[荷姿]などの重要なファクターは、現時点のモデルには含まれていない。これらのまたその他のファクターの影響を分析に含めるためには、追加的なアセスメントを実施する必要がある。本モデルは男女双方に対して有効である。

[右図参照]

このモデルから引き出せる結論



理想的な条件のもとで、両腕を使った、立位姿勢での左右対称的な挙上作業のアセスメント・モデル。水平距離=挙上した状態における腰部と荷の重心の間。

スウェーデン：筋骨格系障害予防のための人間工学規則 ②

	赤	黄	緑
立位/ 歩行	以下のひとつが勤務時間帯のかなりの部分に生ずる	以下のひとつが勤務時間帯に断続的に生ずる	以下のことが勤務時間帯のかなりの部分に当てはまる
頸	- 一自由に動かせない状態で曲げる - 一自由に動かせない状態でひねる - 一同時に曲げて、ひねる - 一自由な動きを著しく制限される	- 一自由に動かせない状態で曲げる - 一自由に動かせない状態でひねる - 一同時に曲げて、ひねる - 一自由な動きを著しく制限される	一直立の位置で、自由に動かせる
背	- 一自由に動かせない状態で曲げる - 一自由に動かせない状態でひねる - 一同時に曲げて、ひねる - 一自由な動きを著しく制限される - 一不安定または傾斜した下敷き	- 一自由に動かせない状態で曲げる - 一自由に動かせない状態でひねる - 一同時に曲げて、ひねる - 一自由な動きを著しく制限される - 一不安定または傾斜した下敷き	- 一直立の位置で、自由に動かせる - 一立位への変更を選択することができる
肩/腕	- 一肩の高さの位置かそれより上に手をやる - 一膝の高さの位置かそれより下に手をやる - 一身体から腕の長さの3/4以上離れた位置に手をやる	- 一肩の高さの位置かそれより上に手をやる - 一膝の高さの位置かそれより下に手をやる - 一身体から腕の長さの3/4以上離れた位置に手をやる	一作業や個人に合った作業位置の高さとリーチ
足	- 一足を投げ出す空間が不十分 - 一不安定な下敷き - 一傾斜した下敷き - 一足[Leg-or-foot]で操作するペダル作業*	- 一足を投げ出す空間が不十分 - 一不安定な下敷き - 一傾斜した下敷き - 一足[Leg-or-foot]で操作するペダル作業*	- 一滑らず、たいらで水平な下敷きで、自由に動かせる - 一足[leg]で操作するペダル作業はなく、足[foot]で操作するペダル作業もまれにしかない* - 一立位への変更を選択することができる

* Leg-operated pedalwork=自動車のブレーキやクラッチ

* Foot-operated pedal work=自動車のアクセル・ペダル

のひとつは、25kgより重い荷の取扱いは、大多数の場合において不適当であるということである。

● 影響を及ぼす重要なファクター

以下は、リスク・アセスメントにおいて、とりわけ最初のアセスメントで黄区分に該当した場合に、考慮に入れられるべき重要なファクターである。「増悪」ファクターの数が多いほど、理想的な挙上条件と比較して、最大重量をより少なくすべきである。

作業：

- 一作業が長時間にわたる、頻回に行われる、時間にせかされる場合。作業が機械で管理される場合など。労働者が自発的に休息をとることができない場合。
- 一身体を曲げあるいはひねって、または一層悪いことに身体を曲げるのとひねるの同時に行った状態で、作業を行わなければならない場合。
- 一作業対象を長距離運搬する場合。

一精密な取り扱いが必要な場合

作業対象[荷]：

- 一作業対象がつかみにくい場合、または、身体に近づけて取り扱うことができない場合。作業対象が、大きい、巨大、熱い、冷たい、とがっている、湿っている、自然のまたは特別に取りつけた把っ手がない、などの場合。
- 一作業対象が壊れやすかったり、不安定だったり、または、例えば液体の入った容器やじゃがいもの麻袋のように、内容物が動く可能性があったり、移動しやすい場合。

作業場：

- 一作業スペースが不十分で労働者が適切な作業姿勢をとれない—あまりに狭すぎたり、頭上スペースが十分でない場合など。
- 一階段や敷居があったり、散らかっていたりなど、様々なかたちの障害物がある場合。
- 一床/下敷きがすべりやすい、たいらでない、傾斜

している、または不安定な場合。

— 気候条件が不十分な場合。

挙上作業者との関係:

— 筋力、肺活力や身体を制御する力など、労働者の身体能力が不十分な場合。

— 労働者が障害を避ける作業テクニックについて十分な指示を受けていない場合、不適切な衣服や履き物を着けている場合。

生活用品を挙上、移動する場合には、特別な慎重さと手加減が必要とされる。第3条の手引きを参照のこと。

押す/引く作業のアセスメント・モデル

力[N]	赤	黄	緑
開始時	>300	300-150	<150
継続時	>200	200-100	<100

力は、動力計を使ってニュートン[N]で測定される

本モデルは、人間工学的条件のよい場合、すなわち、周囲の条件もよく、適切な高さにつけられた適切なデザインの把っ手を、両腕を使って左右対称のかたちでつかむという場合に適用されるものである。例えば、作業対象を長距離移動しなければならない場合には、動作を頻回にまたは長時

間繰り返すことになり、つかむ高さは肘の高さからかなりずれてくる。したがって、本モデルの有用性はその分減少する。片方の腕だけで作業をする場合も同様である。挙上作業のアセスメント・モデルで示した条件づけのファクターは、押す/引く作業についても適用することができる。

身体的単調・反復作業を確認、アセスするためのモデル

以下のアセスメント・モデルは、身体的単調・反復作業を確認し、評価するために用いることができる。最終的なリスクのアセスメントにおいては、その作業に当てられる時間の合計および1日の勤務時間に占める割合を考慮に入れることがつねに重要である。 [下表参照]

● 増悪ファクター

- 相当の物理的力の発揮、精密さまたは素早い動作を必要とする場合
- 製品が重く、つかみにくい場合
- [作業]量を重んじる報償システムが用いられる場合
- 生産が労働者がコントロールすることができない予想外の作業中断の影響を受けやすい場合
- 職場における人間関係[social relations]や社会的サポートが不足している場合

	赤	黄	緑
作業周期	作業周期が1分間に数回繰り返されることが、勤務時間帯の少なくとも半分ある	作業周期が1分間に数回繰り返されることが勤務時間帯に少なくとも1時間あるか、または、1時間に頻回に繰り返されることが勤務時間帯内の少なくとも半分ある	作業周期は、全時間について1時間にわずかしかない
作業姿勢および作業動作	不自然または心地の悪い作業姿勢や作業動作	作業姿勢や作業動作を変える余地が制限されている	デザインのよい作業場所、作業姿勢や作業動作を変える余地が大きい
作業決定の自由	何かまたは誰かによって作業が完全に管理されている	何かまたは誰かによって作業の一部が管理されている、職務[task]を遂行する方法に自らが影響を及ぼす余地が制限されている	作業を自らの能力に合わせる余地が大きい、作業の計画、手はずに影響を及ぼすことができる
作業内容に関する教育訓練/必要とされる能力	労働者が生産工程の中で孤立したひとつの職務だけを遂行する、教育訓練期間が短い	労働者が生産工程の中の複数の職務を遂行する、作業ローテーション[交替制]をとらなければならない、複数の職務に関する教育訓練が必要	労働者が生産計画、教育訓練も含めて、生産工程の中で複数の職務または全体に加わっている、継続的な能力の開発

● アセスメント

作業周期が最優先すべき要因である。これが赤区分に該当するようであれば、その作業は身体的単調・反復〔作業〕であると判定される。この種の作業は有害であり、早期に改善策をとることがきわめて重要である。ひとつまたは複数の他の要因も赤区分に該当するのならば、否定的な影響のリスクは一層大きくなっていく。作業周期が黄区分に該当すると判定されれば、状況をより綿密に評価しなければならない。ひとつまたは複数の他の要因も赤区分または黄区分に該当するならば、その作業は不適切であり、対策がとられるべきであると評価される。作業周期が緑区分に該当すると判定されれば、その作業は身体的単調・反復〔作業〕ではない。他の要因に問題があれば、それが緑区分になるように作業条件を改善する。必ず増悪要因も含めて、全体的なアセスメントを実施すること。

● 本モデルに関する説明

図表は、通常1日4-8時間の全作業時間帯〔作業する場合〕を基礎としている。

作業周期〔work cycle〕：〔作業〕対象を機械にかけ〔machining〕/加工し〔processing〕はじめた瞬間から、次の対象について繰り返すまでの時間が作業周期の期間であり、産業界で一般に用いられる用語である。この種の作業周期内に同じ作業動作が数回繰り返されることはよくある。すなわち、いくつかの「運動周期〔kinetic cycles〕」からなる「技術的作業周期」であり、ここで言っているのもこの種の「運動周期」である。このような周期がはっきり区別できない場合には、出発点として「技術的」作業周期を使っても差し支えない。肘や肩の関節よりも指や手首の方が、傷害を生じることなく、高い頻度の動作に対処することができる。身体の広い部位が関連してくる場合には、より厳しくみなければならない。

作業姿勢と作業動作：作業姿勢のアセスメントを助けるために、困難な〔strenuous〕用アセスメント・モデルおよび第2条のガイダンスの参考文献集が作成されている。作業動作のアセスメントにおいては、身体のどの部位が用いられるかに注意が払われなければならない。

作業決定の自由：作業決定の自由〔Job decision latitude〕というコンセプトは、第5条および同条のガイダンスで扱われている。何か他のものによってコントロールされているということは、例えば、個々人が機械の速度に影響を及ぼすことができない状態で、コンベヤ・ベルトに座っている状態を意味する。買い物のための長い行列は、作業決定の自由を制限するようなメンタル・ストレスを必然的に伴う。出来高払いの仕事は、自己決定の要素を含んでおり、労働者はどれくらい生産するかを自ら決定する。しかし、つねに生産量に関する最低要求が存在することから、実際問題としては、しばしば逆の方向に左右するものである。

作業内容、教育訓練/能力適正要求事項：作業内容〔job content〕は、生産や工程全体のなかでの自らの作業の位置を確認することを可能にするような他の問題との関わりの中でふれられる。よい作業内容とは、役割は異なるものの、例えば、それらが計画、実施、点検の要素を含んでいることから、互いに結合していることのはっきりしている各部分からなる作業のことである。労働者が、自らの能力適正のすべてを発揮し、作業の中でそれを開発するようなポジションにいる。作業内容の乏しい〔little〕作業とは、たったひとつの仕事〔task〕しか含まれていないようなものをいう。

作業内容が著しく限定されていて、唯一の刺激は個々人の生産量および/または生産量に基づく報奨金だけと言うような作業も存在している。そうであると、「仕事がよい」と自ら感じるための精神的刺激は、生産性の増大に伴って身体への負担が増加し、同時に休息や回復のための時間は減ることになるから、身体的健康に対する危険を必然的に伴う。

教育訓練/能力適正要求事項〔training/competence requirements〕は、労働者がその作業を行うために必要な、採用時、導入時およびその後の教育訓練のことである。より複雑な性質の作業ほど、労働者の身体的、精神的および創造的能力の発揮を必要とする。よい作業内容の作業ほど、長期の教育訓練および継続的な能力適正の開発を必要とするものである。



付録B：健康に有害な可能性のある負担要因を確認するための チェックリストの例*

以下は、特定の仕事における健康に有害な可能性のある負担を簡単に確認するためのチェックリストの一例である。付録Aのモデルは、一定の状況におけるリスクのレベルをアセス[評価]するための手引きを提供しようとするものである。

▶ チェックリストの使用法

○ 労働者の作業のアセスメントをする前に、その作業に含まれる職務[task]および作業全体の中で各職務がどれくらいを占めるかを明らかにする。また、労働者が、骨が折れる[strenuous]または障害を引き起こしたと感じている、ひとつまたは複数の職務があるかどうかを調べる。次に、その労働者の作業全体あるいはひとつまたはいくつかの職務をアセスすべきであるかどうかを決定する。アセスメントのために選び出した職務の各々について、チェックリストの項目をチェックする。

○ 質問項目1-17に回答し、リスト末尾のa-gの要因に含める。

○ そのリスク・ファクターの大きさを評価するための簡単なアセスメントを準備する。チェックリストの文章を使い、単位時間あたりの反復回数、挙上物のキロ数、一定の作業姿勢に伴う前屈の程度、その他を補足する。肯定的な回答の合計数をもって量的なアセスメントのひとつの評価単位とすることを意図したものではないことに注意すること。

▶ 負担要因に関する質問

1. 作業面[working surface]は
(a) 平らでない、傾斜している、滑りやすい、また

* これは、Kemmlert K.の労作「作業関連筋骨格系障害予防のための新たな分析的手法」(『スウェーデンにおける労働災害研究の15年』pp.187-196, Radet for arbetslivsforskning (1996))である。

は弾力性がない?

- (b) 敷居、段差または他の障害物がある?
2. 作業道具や他の機器が、労働者や職務の観点からみて、デザインが不適切または調節がまずい?
3. 作業動作や作業資材にとってスペースが不十分?
4. 作業椅子が不適切または調節がまずい?
5. 立ち作業において休息のために座れる可能性がない?
6. 長時間の座り作業が含まれる?
7. 作業点の高さが、職務や労働者の身長に対して調節がまずい?
8. 視覚条件が作業の視覚的要求に対して調節がまずく、困難な姿勢を強いている?
9. 腰を以下のようにした状態の作業が長時間または頻回に行われる
(a) 前屈、後屈または横に曲げる?
(b) ひねる?
(c) 曲げとひねりが同時に起こる?
10. 首を繰り返し、または、長時間
(a) 前屈、後屈または横に曲げる?
(b) ひねる?
(c) 曲げとひねりが同時に起こる?
11. 腕を支えなしで前方または後方にあるいは肩より上の高さに伸ばす作業が長時間または頻回に行われる?
12. 前腕や手を以下のようにした作業を繰り返し行う
(a) ひねる動き?
(b) 力をこめた動き?
(c) 手の位置/握りが具合が悪い?
(d) キーまたはボタンをセットする?
(e) 精密さが要求される?
13. 疲れる脚の作業が含まれる?
(a) ツールや脚立のようなものに繰り返し上がる?

- (b) ジャンプを繰り返す、長時間にわたりかがむまたはしゃがむ？
- (c) 支えのために片方の脚を他方よりも頻繁に使う？
- (d) ペダルがついている？
- 14. 手作業による挙上作業が含まれる？ 以下の要因を検討
 - (a) 挙上動作の頻度
 - (b) 荷の重量
 - (c) 前腕の長さより先での取り扱い
 - (d) 膝の高さ以下での取り扱い
 - (e) 肩の高さ以上での取り扱い
 - (f) 荷をつかむことの容易さまたはむずかしさ
 - (g) 挙上するときの精密さの要求
 - (h) 人の移動
- 15. 繰り返し、長時間にわたり、具合の悪い荷の運搬、押す/引く作業がある？
- 16. 長時間にわたるまたは頻回の以下のような作業
 - (a) 同様の作業動作を繰り返す？
 - (b) 適切なリーチの位置を超えた同様の作業動作を繰り返す？製品や道具の重量、それらをつかむことの容易さまたはむずかしさといった要因を検討
- 17. 作業を用意にする技術的援助が欠如している？



以下の要因を含めること：

- (a) 1-17のリスク・ファクターのいずれかの影響を増悪させるような、一連続作業時間の長さ、休憩間隔や作業中断の配分、作業周期回数等々の時間要因がある？
- (b) 自らの作業の手配や実行に裁量を及ぼすことができる？
- (c) 時間の圧力におされながら作業を行うまたは否定的なストレスを伴う？
- (d) 通常ではないまたは予測できない状況に巻き込まれる？
- (e) 1-17のリスク・ファクターのいずれかの影響が寒冷、暑熱、隙間風、騒音などのようなものによって増悪させられる？
- (f) 衝撃、運動、振動によって否定的影響が生ずる？
- (g) このような関係において、使用者に十分な知識に欠ける？

筋骨格系障害予防のための人間工学に関するスウェーデン労働安全衛生全国評議会規則の第2-4条

[4月号12頁参照、再掲載]

使用者の義務

第2条(作業姿勢および動作)

使用者は、実際に可能であるかぎり、労働者が身体に都合のよい作業姿勢や作業動作がとれるように、作業および作業場を設計、手配しなければならぬ。体を折り曲げまたはひねり、手を肩よりも高く挙上または膝の位置よりも下げたことを、持続または頻繁に繰り返す作業は避けなければならない。不都合な作業姿勢で労力を要する作業も同様である。都合のよい作業姿勢や作業動作を可能にするために、特別な視覚的な補助が必要な場合には、使用者はそれを提供しなければならない。

第3条(手作業およびその他の労力を要する作業)

使用者は、労力を要する作業については、実際に可能であるかぎり、作業対象物、作業機器、管理、資材、作業者の動作などを、健康に有害または過度の疲労をもたらす身体的負担にさらされることなく労働者が作業できるように、作業を設計、手配しなければならない。

第4条(身体的に単調、反復、厳密に管理または制約される作業)

使用者は、反復作業、厳密に管理または制約された作業が、常態としては生じないようにしなければならない。特別の事情のもとで労働者がそのような作業を行う必要がある場合には、作業ローテーション、作業の多様化、休憩その他の手段によって作業の多様性を増大させることによって、健康に有害または過度の疲労をもたらす身体的負担によってもたらされる不健康や災害のリスクを防止しなければならない。



連載73

監督官労災日記

井上 浩

全国安全センター議長

最後の日々

1973年2月25日(土)曇

浦和税務署へ確定申告書提出し局へ。利根産業のじん肺患者入院発見と横村氏じん肺死の示談の件連絡。

2月26日(日)晴

母の言葉のことで祖父の日記を読む。ふと亡父の側からのみ考えていたことに気付く。日本の父系制度のせいかな。優秀であった父のせいかもしれない。それにしても幼い日に死んだ方が良かった。(私は、父が祖父によってきめられた母と結婚したことについて残念で仕方がなかった。もし父が優秀な女性と結婚していたら、私もきっとすばらしい男性であつたろうに

と考えていたのである。しかし、その考え方は父の子としての考え方であつて、母の子どもであることを考えていなかったのにやっと気が付いたのであつた。これを母の立場で考えてみれば、優秀な男性と結婚できたのに、31歳の若さで早死にされ、その残された半生は不幸であり、どんなに考えても悲しみは消えなかったはずである。私は父の側だけに立って私の不運を悲しんでいたのであつた。私はこのことを、この年の9月23日に日本母親大会に招かれたときに話した。しかし、人生体験の違いもあつてか余り反響はなかったようだった。したがって、その日の私の日記には何も書かれていないし、ただ金銭出納簿の収入欄に母親大会1,800円と記入されているだけである。なお、私の考え方は翌年6月10日全国婦人新聞“私の主張、

私の提言”にまとめて書いた。)

2月27日(月)晴

ようやく春めいて暖い日。小原療養所入院の根本氏へ電話。会社は何も言わないと。督促を約す。利根産業の大塚氏より電話。松宮先生へ10日前に書類を頼んだと。督促すること。(2月6日発見した労災扱いされていないじん肺患者についてだった。)午後羽生市役所に行き52年中の肺がんによる死亡者をしらべ、続いて東亜酒造の定期監督。帰途ウィスキーを渡されたが貰わず帰る。(監督先の事業場でその製品を出されることはよくあった。ウィスキーは年末等にも持参され、宿直室に置いてあることを告げられていたが、それを独り占めすることはできず、署用として消費していた。)

2月28日(火)曇雨

午前から市内の日本コルコート化学株式会社の第1工場と第2工場の定監。浜田監同行。夕方浦和市別所沼の東電の寮で安田、馬場両元署長の署長会としての送別会。旧中同窓名簿来る。すでに肩書きは著述業となっていて驚く。

3月1日(水)晴曇午後強風

職員会議と監督官会議を行う。午後休んで安全センター訪問。春山氏(当時総評常幹だったと思う。)に退職のことを告げる。

3月3日(金)晴

利根産業の大塚人事部長来署。じん肺管理区分決定申請書持参。(ようやく解決のきざしが見えて来たのである。私の退職はもう目前にせまっていた。)労働基準広報桑野氏来署。横村さんのじん肺死亡の件。午後埼玉局の53年度行政運営方針(案)に対する意見検討。

3月6日(月)晴

午後A工業の労働者M氏の夫人より電話

あり。よって順天堂病院に行き本人と医師に会うも業務上疾病とは考えられず。(内容記憶なし。)今日は朝寝坊して署には10時着。気がもめる。

3月7日(火)晴

午後A工業へ行きM氏の健康診断個人票をしらべる。工場より局益田衛生専門官へ電話報告。安全衛生課長よりM氏の件で電話ありたるため。高橋工業へ行き江森さんの手当増について下地づくり。(高橋工業の社長が基準協会の副会長で実力者でもあったから、基準協会事務局長である江森さんの手当増の根まわしをしたらしい。江森さんは元中学校長で、署の労災保険の事務も少し手伝ってもらっていた。この頃通勤災害調査員ではなかったかと思う。)基準協会連合会の鎌田氏(元監督課長、川口署長退職。連合会の専務兼事務局長だったか?)へ電話。プレス作業主任者講習修了者発表は3月13日と。不合格者は通常5~6名。電話すると。

3月8日(水)晴

中災防より速達。依頼した原稿は労働省の指導でニュアンスが違うので掲載しないことになったため、原稿は買いたいと。別に気にもならず。(労働省は中災防に天下りした元地方局長が気に入らないとして退職に追い込んだことがあったと、某出版社の人から聞いたことがあった。労働省の外郭団体だから圧力に負けても仕方がないと割り切っていた。)署で原稿少し書く。夕方基準協会正副会長会。市内“和可稲”青柳会長、橋本副会長、高橋副会長、氏名不詳1名、江森事務局長。署第1課長も後で来る。戸田中央病院も3人来り夕食。(戸田中央病院は基準協会の会員である事業場の集団健康診断を実施していた。院長は美空

ひばりの家庭教師をしていた3人兄弟の1人であった。)

江森局長の賃上げを提案。

3月9日(木)曇一時雨

午後市内の石井産業株式会社定期監督。1人自転車で行く。局庶務課島崎課長より電話。消費組合の分も退職金計算に通算しようかと。断る。(これは私の失敗であった。戦後の混乱により役所に就職しようとしたが欠員がなく、待つように言われたという証明が得られたら、その間に他に就職していた期間も退職金計算の基礎になる在職期間として通算し、その分退職金が多くなるということであった。他の退職者にも何人かそうした例があるという。私は証明書などは一緒に勤務していた前述の中村さんに頼めばすぐとれるのであったが、せっかく慣行退職年齢の前に依頼退職し、天下りの世話も受けないようにしているのに、そんなことで恩を着せられてはたまらないと考えて断ったのであった。というのは、このような扱いは法令には規定がないと考えていて、当局側の恩恵であるとばかり思っていたのである。しかし、そのような扱いは恩恵ではなく国家公務員退職手当法関係の法令の中に規定されていたのであるが、そんなことは夢にも知らなかった。金額でいくら損したか不明であるが、とんだ見栄を張ったものである。なお、消費組合というのは役人になる前の青年団当時設立し中心になって運営したもので、現在の生協の前身。おかげで旧中時代の簿記試験で100点満点で23点しか取れなかった会計オンチも、財務諸表の作成までやり後に助かることになる。)

3月10日(金)雨

東京発11:12ひかり。総評労働学校姫路分校へ。姫路城に登る。晴れ渡った空の下白鷺

城美し。学校18時から。40名。サンルートNo.802泊。役員3人と夕食。

3月14日(火)晴

戸丸、雫両監督官足利署より来る。休んで会いに来たと。いろいろ話す。(雫監督官とは初対面であり、その後再会することになるが私は会ったことを全く忘れていた。1992年4月29日の日記に次のように書かれている。

「突然自宅に電話あり。午前10時30分新宿労基署5方面主任監督官雫氏来宅。城氏等と安全衛生研究所という名義で安全衛生委員会用のブックを作るので参加して欲しいと。なかなか活動家らしい。KSDと関係あるらし。13時までいる。東浦和居住とのことで自転車で来る。」

城氏というのは全労働以前の元全基準の委員長で退職後は安全コンサルタントを主業務として大成功し10人前後の事務員を使用されているようである。KSDは古関さんという元監督官が創立した財団法人で経営者の災害補償事業で大成功され、多くの労働基準行政OBが入っている。雫氏はいずれ早期退職し独立することを考えていられるようであった。結局この出版はいろいろのことがあって実現せず、この後雫氏は山形の新庄労基署長に生まれ、やがて東京局の衛生専門官だかにもどられ、昨年から念願どおり退職されてコンサルタント事務所を開設されたようである。最近流行のISOについては数少ない権威者のひとりではなかろうか。実は、全国安全センターと全労働との接点ができただけのも、この出版さわぎの副産物のひとつであるといえる面がないこともない。なお、戸丸さんは今年4月群馬局を退職され高崎基準協会に入られた。)

3月15日(水)晴

岩手の自治労から講演依頼。松岡先生の紹介。(岩手の自治労は松岡先生に講演を依頼したのだった。しかし先生は、なかなか大へんだから“あなた行きなさい”と私に行くようにいわれたのであった。いまになって考えてみると、退官して無職になる私への思いやりであったかもしれない。以後私は退官直後から自治労分裂まで岩手県のほとんど全部といってもよいくらいの各市町村をまわり、講演とともに学校給食の現場等も見まわることになるのである。なお、岩手自治労分裂さわぎの1980年9月1日に私は大清水トンネル工事の被災者の一人の出身地である山形村の調査のため県本部を訪問し、協力を依頼した。同年12月、自治労公務災害・職業病対策会議が熱海で開催されたときに、その時対応した人が来ていて、私に、あのときは私が自治労本部のスパイではないかと疑い、幹部から監視するよう命じられたとのことだった。)

3月17日(金)晴

浦和署で署長会議。終って小宴。人事異動内示渡さる。終って原田氏と2軒行く。(私の最後の署長会議だった。)

3月18日(土)時々晴

Yげっそり。A課長と同じ部署に転勤のため。(A課長をきらい事ごとにいじわるしたのが、4月1日付で同じ部署に転勤の内示があったのである。まさにサラリーマンの悲哀というほかはない。私はせいせいしたのであったが。)

3月22日(水)雨

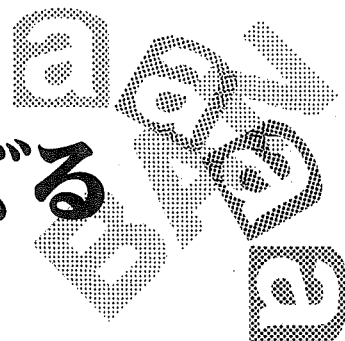
突然串間さんから電話あり。R町の工場の顧問を頼まれる。週1回出勤で気が進まないが、頼まれるのは気持ちがい。午後市内の日本ミニコンピューターの再監督。(串間さんというのは東京局三田署長を退職された同郷

の先輩。前述した横内監督課長の仲間で、岡山署長を退職された横田さんと一緒に戦争中は警視庁に勤務された仲間。警察官ではなく労務官補だったのだろう。同郷の内務官僚持永義夫厚生省勤労課長との関係を横内さんから聞いたことがある。串間さんは退職後は天下一はされず、複数の会社の顧問をされていた。その会社のひとつが埼玉県内のR町に工場を有していたのである。串間さんはその工場の顧問に私を推せんされたのであった。私は週1回の出勤を月1回にさせていただいて引受けることにした。なかなか危険な機械や作業のある工場であったが、私の在任中には休業以上の災害はなかったようである。したがって監督官も一度も調査に来ることはなく、申告は一度あったが私が出るまでもなく解決した。とにかく私は顧問業をやるつもりは全くなく、退官直後安西弁護士から新設の病院の顧問を頼まれたが知っている社労士さんにまわしてしまった。また、原稿仲間の元都庁課長から頼まれやむなく1社顧問になったが、これもとうにやめた。そのほかプロミスからも話があり断ったが、全国に支店があるのでその後よく相談電話があった。なお、串間さんからの会社はよい会社で台湾旅行までさせてもらい、権力の袂を脱いだ後のつきあいで楽しく、また勉強にもなった。その後会社の状況を見て串間さんの判断で1994年8月30日一緒に退任し、16年間の顧問業に終止符を打った。都庁課長の関係会社は社長がなかなか厳しく、そのため社員の方とは逆に親しくなり現在でも連絡のある人もいる。ここはシンガポール旅行などもあったが私は参加しなかった。とにかく、内部から企業を見ることができて顧問の仕事は大へん勉強になった。)



ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



産業救済法案反対の取り組みが急所をついた

NYCOSH Update, U.S.A, Vol.V, No.7, 2000.4.14

アスベスト産業を訴訟から免罪させるよう議会を説得する2千万ドルをつぎ込んだアスベスト業界のキャンペーンは、ここ2週間の間に障害にぶちあたっている。

誰がアスベスト傷害を補償すべきかをアスベスト産業が定義することを認めるアッシュクロフト-ハイドアスベスト産業救済法案は、主要スポンサーのひとりであるアッシュクロフトによって後回しにされてしまった。

今年再選をめざしているアッシュクロフトは、苦境を共にしている議会の少数の仲間たちと話し合った後で、同法案を上院の議題からはずすことに同意した。彼らにとって、有権者の不評を買うことの明らかな一片の法律に自分たちの名前が載ることが、選挙キャンペーンに不利になってきたのである。

11月「選挙投票日」が近づくに連れ、ニューヨーク、ニュージャージー、ミネソタ、ミズーリ、ペンシルバニア選出の議員たちは、自分たちが攻撃にさらされていることに気がついた。ある議会スタッフがNYCOH[ニューヨークの安全センター]に語ったところでは、現職候補をアッシュクロフト-ハイド法案の支持者だとして攻めたてている候補者もいるという。アスベスト企業が多数の被災者に何億

ドルも支払わずに逃げ出せるようにするような法案に名前を載せる者は代議士として全くふさわしくないということを有権者に納得させることはさしてむずかしいことではない。

アスベスト法案に関して選挙攻撃のターゲットのひとりであるアッシュクロフトは、ミズーリの民主党支持の有権者の中で接戦を強いられている。彼は、同州AFL-CIOを含めたミズーリの労働組合から、法案から名前をはずすように働きかけられてきた。同法案を上院の議題からはずすという彼の決定は、またひっくり返る可能性のあるものであり、議会筋では、この問題を11月が終わるまで避けておこうとする努力だとみなされている。

この法案を支持した政治的代償をすでに支払っているひとりがコンラッド・バーンズである。彼も今年の選挙に立候補しているが、対立候補がこの問題をキャンペーンに利用しはじめ、モンタナ州の世論調査ではっきりとバーンズの支持が落ちてから、公式に同法案への支持を引っ込めた。

彼が立場を変えてからも世論調査における地位が変わらなかったことから、他の議員たちは、この法案を支持し続けることは政治的に危険かもしれないと恐れはじめている。にもかかわらず、この法

案は、下院多数派の院内幹事であるリチャード・アーミーのような何人かの議員の熱心な支持を受け続けている。彼は、上院がその立場を考え直すような選挙結果であっても下院を通すつもりであり、11月前に再度この法案を取り上げると、記者に語った。

「アッシュクロフトとロッチがこの法案を上院で廃案にすることに同意したことによって重要な闘いに

勝利した」と、NYCOSH事務局長のジョエル・シャフロは語る。「しかし、また来年蒸し返されることになるだろう。なぜなら、アスベスト企業はすでにこの法案に2千ドルもつぎ込んであり、彼らの怠慢によって傷つけられた人々に対する補償を避けるためなら喜んでさらに何百万ドルも費やす考えだからである」。



* 1・2月号75頁、4月号33頁に関連記事。

アスベスト法案をめぐる激しいロビー活動

The Bergen Record, 2000.4.2

* 前掲記事にもあるように、アメリカではいま、アスベスト企業の補償責任を免除する法案をめぐる攻防が続いている。関連した報道記事等はいくつもあるが、ノルウェーの「ベルゲン・レコード」紙に4月2日に掲載されたトップ記事が興味深いので、要約して紹介する。

1999年のはじめの寒い冬のある日、有力な法廷弁護士のグループが、アスベスト産業の代表たちを対決するためにワシントンに呼び出した。

タバコ企業に対する勝利を味わったばかりの弁護士たちは、これまでにアスベスト製品を作っていたことがあって、致死的な物質に曝露した人々の和解[訴訟]を制限するような立法に圧力をかけるのをやめない企業は訴訟事件で葬り去ってやるつもりだというメッセージを携えていた。アメリカ法廷弁護士協会[Association of Trial Lawyers of America]のリーダーのひとりジョー・ライスは、これは「核戦争」である、と警告した。

この後に何が起こったかというと、出席したある弁護士によれば、「補償支払額の多い7つの企業の役員はしっぽを巻いて部屋から逃げ出した」。数週間のうちに、いくつかの企業が、思い切って法案に反対すると言いだした。

ひとつの企業は、後退することを拒否した。

ウェイン市[ニュージャージー州北部]に本拠を

置く屋根材その他建材の製造業者であるGAF Corp.は、何十万ものアスベスト訴訟を法廷から締め出し、産業界が資金を出し政府が管理する基金が解決を処理するようにする法案を促進するために、すでに800万ドルも費やしてきた。

これは、かつて造船用断熱材からアスベスト・ライニング・ブレーキまであらゆるものを製造した主要アスベスト企業の多くが本拠を置いていたニュージャージー州の何十万もの住民に影響を与えるものである。

GAFは昨年、ロビイストの大群—35人、その後も増加—を伴ってワシントンに攻め入り、立法関係者を説得し、強力な法廷弁護士や労働組合を攻撃してきた。ロビイストの名簿には、元上院議員、引退した州最高裁判事らが含まれている。

同社とその政治活動委員会、GAFの所有者である裕福なハイマンズ家から多額の金、立法スポンサーや上下両院司法委員会のメンバーたちのキャンペーンに注ぎ込まれた。

これは驚くほど首尾よい結果をもたらした。2週間後に、下院司法委員会は、わずか数か月前には不可能と思われていた立法を承認した。法案は上院司法委員会でも審議中である。

現在、今[4]月中にもこの法案は下院総会に提出されそうであるが、首都の隅々で宣伝カーや大量のテレビ、新聞広告による戦いが繰り広げられ

ている。立法に激怒すると同時に、被災者たちがまもなく法廷から閉め出されるのではないかと恐れた法廷弁護士たちは、労働組合事務所にレントゲン写真撮影装置を持ち込み、周囲の人々の健診を行っている。

ニュージャージーでは、法案に反対する人々は、トレントン[州都]で法案とその支持者を非難する記者会見を行って圧力をかけている。

法案の支持者たちは、この法案は、不適格な請求を取り除き、真に病気にかかった人々により迅速に補償を提供するものであると言っている。被災者は政府によって監督される基金に請求を行うことになり、陪審が、ある被災者には何百万ドルも与え、同じ疾病の別の者はわずかしかならえないといった法廷のルーレット・システムはなくなり、誰もが多額の弁護士費用を支払わないですむようになる。

反対者たちは、この立法の厳しい医学的適格条項は被災者の80%以上を補償が受けられないようにしてしまうだろうと訴えている。彼らは、GAFは、ゴリアテに立ち向かう高潔な小さな企業などではなく、毎年何十億ドルもの売り上げを記録している企業であると言う。

労働監視[labor watchdog]グループのニュージャージー労働環境評議会のスポークスマン、ジム・ヤングは、「この立法は、見え透いた詐欺、被災者の権利養護にみせかけた企業救済法案である。彼らはもっと稼ぎたいだけだ」と語る。

戦いがエスカレートするにつれて、議員たちは、毎日両方の側から何百本もの電話の集中砲火を浴びるようになっていっていると言っている。ニュージャージーでは、AFL-CIOとニュージャージー市民行動が、この法案を支持している議員に対する集中攻撃を計画している。

法廷弁護士と労働組合は、次回の選挙で目標に定める議員のリストを示すことによって攻撃を食い止めつつある。モンタナ州では、病んだ被災者がこの法案のもとでは補償を受けられないと語る様子を紹介した感動的なテレビ番組のシリーズに資金を援助した。同州のある上院議員は、支持率が急落して、法案から名前を外した。

GAFのオーナーがかつて働いていたことがあ

る司法省は、提案は現実問題として事態を悪化させるおそれがあるとして、基金に対する支持を取り消した。司法省は請求の解決を監督することを予定されていたことから、この司法省の支持撤回は大きな転換点である。また、法案を支持していた医学界のリーダーたちも、彼らが指示を与える過程で偽りがあったと言い出した。

一方、主にGAFが資金を提供するロビイング団体であるアスベスト解決同盟は、彼らが法廷を妨害していると主張するたくさんのアスベスト訴訟の一覧を携えて首都中を車で走り回った。

GAFの司法担当役員のリチャード・ワインバーグは疲れきった様子で、「希望は捨てていない。この法案がだめになるかクリントン大統領に拒否されたとしても、来年また復活するだろう」と語った。

そうこうしている間に、GAFの潜在的な補償責任はうなぎ登りに上昇している。同社に対する民事訴訟は12万件に上っている。GAFはすでに解決金として15億ドルを支払っている。

昨年7月、法案を支持する議会の証言の中で、GAFのオーナー、サムエル・ハイマンズは、「世界中の弁護士を追い払うのにはこれでも足りない」と述べている。

これまでに2,500万のアメリカの人々がアスベストに曝露し、10万人がアスベスト関連疾患で死亡していると推定されている。それらの疾患による民事訴訟事件は毎年5万件にまで増加している。GAFがアスベスト事業に関与した期間は比較的短かったにもかかわらず、被告として同社があげられることは多い。

1967年に、アスベスト断熱製品や屋根材を製造し、またいくつかの鉱山や工場を所有していたルーベロイド社を買収したことによって、GAFはアスベスト断熱材事業を開始した。5年後に、GAFはアスベスト断熱材の製造をやめている。

サム・ハイマンズは1983年にGAFを獲得し、1989年に同社を非公開とした。

同社の歴史全体の中で、合計3,500万ドルの利益をもたらしている。今日まで、GAFは、アスベスト関連の請求に15億ドル以上を支払った。



東海村ウラン燃料加工施設事故に係る 被ばく労働者の健康管理の在り方 に関する検討会報告書

平成 12 年 4 月 20 日

はじめに

平成11年9月30日、茨城県東海村のウラン燃料加工施設においてわが国初の臨界事故が発生し、3名の急性放射線症を発症した労働者を含め、多数の労働者が放射線に被ばくした。

今回の事故を踏まえ、同年11月、労働安全衛生規則及び電離放射線障害防止規則が改正され、原子力施設において核燃料物質等を取り扱う労働者に対して特別教育の実施と作業規程の作成が義務付けられた。

一方、今回の事故により被ばくした労働者のうち急性放射線症の3名以外の者については、急性放射線障害は生じなかったものの、未曾有の事故であったこと、被ばく線量の確定までに3か月以上を要したこと等から、離職後も視野においた長期的な健康管理の必要性の有無及びその手法について検討が必要とされ、同年12月から本検討会が開催された。

本検討会では、これまで6回にわたり、被ばく線量と将来の健康影響の発生の可能性との関係及び被ばく労働者に対する長期的な健康管理について検討した。検討に当たっては、東海村ウラン燃料加工施設周辺住民の長期的な健康管理を中心に検討した原子力安全委員会健康管理検討委員会との連携を図り、今般、その結果を取りまとめた。本報告書が東海村ウラン燃料加工施設事故に係る被ばく労働者の今後の健康管理に資するものとなることを期待する。

1 事故の概要等

(1) 事故の概要

茨城労働基準局の調査によると、事故の概要は下記のとおりであった。

① 発生日時

平成11年9月30日(木)午前10時35分頃

② 発生場所

株式会社ジェー・シー・オー東海事業所 転換試験棟
(茨城県那珂郡東海村石神外宿2600)

③ 発生状況

本災害は、株式会社ジェー・シー・オー東海事業所の転換試験棟内で濃縮ウラン溶液の濃度を均一にするため、ウラン溶液を沈殿槽に入れる作業を行っていたところ、臨界事故が発生し、核分裂により発生した高線量の被ばくをした3名には急性放射線症を発症し、さらに多数の労働者が放射線に被ばくしたものである。

当該事業場の作業手順書では、ウラン溶液の濃度を均一にするために、「貯塔」と呼ばれる装置にウラン溶液を入れて内部で循環させることにより混合することとなっていた。貯塔は、臨界が起きないような形状に設計されたものである。

さらに、使用するウラン溶液は、臨界が起きないように1回のウラン量を2.4キログラムに制限することとなっていた。しかし、今回の作業では、この貯塔を使わずに攪拌器のついた沈殿槽にウラン溶液を投入することとし、災害発生前日に4回分のウラン溶液(ウラン量2.3キログラム×4)を沈殿槽に注入したと推定される。

災害発生当日は、残りの3回分のウラン溶液を追加するためステンレスバケツの中のウラン溶液をピーカーに移し替え、漏斗を使って保守点検・サンプリング用の穴から沈殿槽に注入する作業が繰り返し行われていた模様である。

午前10時35分頃、3回目のウラン溶液を沈殿槽に注入していたところ(合計7回分のウラン量は16.1キログラム)で臨界が始まったものと推定される。

作業は、高線量の被ばくをした2名で行っており、このうち1名が注入し、もう1名が漏斗を支えていた。一方、高

線量の被ばくをした他の1名は、沈殿槽のある室の隣の室で事務作業をしていた。

臨界は約20時間続いた。株式会社ジェー・シー・オー東海事業所敷地内(以下「敷地内」という。)で業務中に被ばくした労働者は、高線量の被ばくをした3名以外に227名であった。

(2) 労働省の対応

労働省の事故発生後の対応は次のとおりであった。

9月30日、茨城労働基準局に災害対策本部(本部長:茨城労働基準局長)を設置した。10月1日、茨城労働基準局長は、労働安全衛生法第66条第4項に基づき、事故発生時、敷地内にいたすべての労働者に緊急の健康診断を行うよう、敷地内の各事業者に指示した。翌2日には、各事業者に対して健康診断結果に異常所見のあった者への再検査等を行うよう指導した。

10月15日、茨城労働基準局は、敷地内の各事業場に対し、労働安全衛生法に基づく一般定期健康診断又は電離放射線健康診断を緊急の健康診断の対象労働者(高線量の被ばくにより入院中の3名を除く。)に前倒しで実施するよう指導した。また、11月18日、引き続き労働者の健康状態を把握するよう、関係事業者に対して指導した。

以上の緊急の健康診断、一般定期健康診断及び電離放射線健康診断において、今回の事故被ばくによるものと思われる異常は認められなかった。

一方、高線量の被ばくにより急性放射線症を発症した3名は、10月26日、労災認定基準に照らし業務上疾病であると認定された。

同種災害の防止を図るため、緊急に全国の核燃料物質を取り扱っている13事業場(16施設)に対して、労働安全衛生法上の観点からの総点検を実施し、10月22日までに終了した。その結果、9事業場において25件の安全衛生管理体制等に係る労働安全衛生法違反が認められ、また、14事業場に対して55件の安全衛生等についての指導を実施した。

また、11月8日、原子力施設を管轄する都道府県労働基準局及び労働基準監督署の関係職員を召集し、原子力施設に対する監督指導等を強化するよう指示した。

さらに、労働安全衛生規則及び電離放射線障害防止規則の改正により、原子力施設で核燃料物質等を取り扱う労働者に対して法令でカリキュラム等が定められた特別教育を実施すること及び作業に当たって作業規程を策定し、それにより作業を行わなければならないことを義務付けた(平成12年1月30日施行)。

2 被ばく線量

平成12年1月31日、科学技術庁事故調査対策本部は、

今回の事故による被ばく線量を確定した。敷地内で業務中に被ばくした労働者の被ばく線量は、次のとおりであった。

(1) 高線量の被ばくにより急性放射線症を発症した労働者

労働者	被ばく線量* (グレイクイバレント)
A	16~20
B	6.0~10
C	1~4.5

* 吸収線量が同じでも放射線の種類(今回の事故では中性子線とガンマ線)によって人体影響は異なる。グレイクイバレントはガンマ線に被ばくしたと換算して求めた放射線量である。

(2) 敷地内で業務中に被ばくしたその他の労働者(線量区分別人数) [次頁表参照]

3 今回の被ばく線量における健康影響

今回、高線量の被ばくをした3名を除く他の労働者227名(うち女性17名)の被ばく線量は、最大48ミリシーベルト(mSv)、最小0.1mSvであり、平均は4.9mSv(女性のみの平均0.22mSv)であった。

これは、過去の多くの放射線被ばく事例をもとに求められている確定的影響のしきい線量を大きく下回っており、これらの労働者に白内障や不妊症等の確定的影響が見られる可能性はない。

一方、確率的影響に関しては、原爆被爆者を対象とした疫学調査結果をもとに放射線被ばくによるがんで過剰に死亡する確率(生涯リスク)を推定したデータによると、1シーベルト(Sv)(=1000mSv)の被ばくにより固形がんで死亡する確率は10%増加すると予測される。しきい線量の存在しない直線関係を仮定すると、50mSvでは0.5%、5mSvでは0.05%、0.1mSvでは0.001%の固形がんによる過剰の死亡が推定される。

また、同様に原爆被爆者のデータによると、1Sv(=1000mSv)の被ばくにより白血病で死亡する確率は1%増加すると予測される。しきい線量の存在しない直線二次曲線関係を仮定すると、白血病で過剰に死亡する確率は、50mSvでは0.004%、5mSvでは0.0004%、0.1mSvでは0.00001%と推定される。

一般に日本人のがんで死亡する確率は約25%(男性30%、女性20%)とされているので、50mSvを被ばくした場合にはがんで死亡する確率は25.504(=25+0.5+0.004)%になると推定され、5mSvでは25.0504(=25+0.05+0.0004)%、0.1mSvでは25.001(=25+0.001+0.00001)%

JCO事故被ばく労働者の健康管理検討会報告

%になると推定される。

がんの発生については、特に、食生活及び喫煙歴など、日常生活の諸要因の与える影響が大きく、日常生活の違いによりがんで死亡する確率の個人差は10%以上にも及ぶと推定される。例えば、喫煙者の全がんによる死亡の相対危険度は非喫煙者の1.65倍と推定されており、この推定値をもとに、我が国のがんで死亡する確率25%と、男女平均の喫煙率35%を用いて、喫煙者と非喫煙者ががんて死亡する確率を推定してみると、非喫煙者では20%、喫煙者では33%と、13%もの違いがある。

以上のことから、今回の被ばく線量のレベルでは、がんて死亡する確率の増加は0.001～0.48%程度であり、日本人ががんて死亡する確率が食生活等日常生活の違いにより個人差(10%以上)があることに比べ、はるかに小さい。

4 健康管理の必要性

前述のとおり、被ばく線量からみて、今回の事故によって被ばくした労働者については、高線量の被ばくをした3名を除き、放射線によるがんの過剰死亡を検出することはできないため、特別の健康診断は必要なく、健康管理、特にがん予防は、一般に行われている健康管理で十分対応できると考えられる。

放射線業務従事者は、放射線業務に就く際に、放射線障害防止対策、放射線の生体影響等に関する労働衛生教育を受けている。しかしながら、今回の事故は放射線被ばくによる死者を出し、また原子力施設の周辺にまで避難等の措置がとられた我が国の原子力史上かつてない重大な事故であったこと、事故自体が事業者にとっても労働者に

とつても想定外であったこと、さらに事故直後被ばく線量の評価が困難であったこと等から不安感が増幅された。また、水抜き・ホウ酸水注入作業に従事した労働者については、線量推定が十分できない状況下で相当の緊張と不安の下で作業に当たったと考えられる。

上述のような特殊性に加え、今回の事故では、放射線業務従事者以外の労働者も敷地内で業務中に被ばくした。これらの者は、放射線業務従事者に行われている教育を受けていない上に、事故によって被ばくすることは全くの予想外の事態であり、放射線業務従事者以上に大きな不安を抱いているものと考えられる。

以上のように、今回の事故については、放射線業務従事者であったか否かを問わず、被ばくした労働者の不安は大きかったものと考えられる。したがって、不安解消のために、情報提供、健康相談、カウンセリング等何らかの健康管理対策が必要である。

5 健康管理対象者の区分

放射線の健康影響に対する不安の内容や程度は、被ばくすることを予想して業務に当たった場合とそうでない場合とでは異なるものと考えられる。臨終息後の復旧作業等の防災業務については、前述のとおり、日常の管理下での被ばくでなかったという特殊性はあるが、線量の評価・予測が行われ、計画的に実施されたものであり、これらの作業では不測の事態は生じ得ないものといえる。これに対し、事故時及び水抜き・ホウ酸水注入作業における被ばく線量は予測できないものであり、両者を区分して健康管理対策を講じることが妥当である。

線量区分* (ミリシーベルト)	事故時に被ばくした労働者	水抜き・ホウ酸水注入 作業に従事した労働者	消防署員	小 計	防災業務 関係者**	合 計
0.1以上～5未満	114	7	1	122	53	175
5～10	14	1	2	17	4	21
10～15	3	3	0	6	0	6
15～25	6	4	0	10	0	10
20～25	3	5	0	8	0	8
25～30	0	1	0	1	0	1
30～35	2	0	0	2	0	2
35～40	0	0	0	0	0	0
40～45	0	1	0	1	0	1
45～50	1	2	0	3	0	3
50～	0	0	0	0	0	0
合 計	143	24	3	170	57	227

* 実効線量当量 ** 消防署員を除く。

この考え方から、健康管理の対象となる労働者を次のように区分する。

- (a) 事故時に被ばくした労働者(消防署員を含む。)及び
水抜き・ホウ酸水注入作業に従事した労働者
- (b) 臨界終息後の復旧作業等防災業務関係者

6 在職中の労働者への対応

(1) 健康相談、カウンセリング

まず、事業場内に健康相談・カウンセリング体制が必要である。

専門家等による、放射線の人体への影響に関する情報の提供、個別健康相談等を含めた健康相談、カウンセリングを適宜実施することが望ましい。

その際、事故当時放射線業務従事者であった労働者に対しては、ある程度の基礎知識があることを前提とした相談が必要であり、一方、放射線業務従事者以外の者に対しては、基礎的な情報についても分かりやすい説明を加えるなどのきめ細かい対応が必要である。

このため、事業者は、事業場内で専門家や産業医等が健康相談、カウンセリングを実施するために必要な情報を提供する必要がある。

(2) 健康診断について

一般定期健康診断は、健康状態が把握できるのみならず、健診結果を踏まえた健康に関する相談の機会ともなるため、不安解消の手法として有用であると考えられる。したがって、一般定期健康診断の確実な実施は重要である。なお、当然のことながら、今後、放射線業務に従事する者に対しては電離放射線健康診断も実施される。

また、区分(a)の労働者のうち、希望者には、不安解消の観点から、健診項目を追加することも考えられる。

7 離職した労働者(注)への対応

(注)「離職した」とは、事故発生当時に所属していた事業場を離職したことをいう。したがって、「離職した労働者」とは、現に職業に就いていない者だけでなく、他の事業場に所属している者を含む。

(1) 健康相談、カウンセリング

離職した労働者も、在職している労働者と同様に健康相談やカウンセリングの対象とすべきである。

なお、離職した労働者が遠隔地に転居することも予想されるので、産業保健推進センター、労災病院等の外部機関においても健康相談やカウンセリングを受けることができるようにすることが望ましい。

(2) 健康診断について

離職後に他の事業場に所属している労働者は、当該事業場で実施される一般定期健康診断を確実に受診することが重要である。

一方、区分(a)の労働者で離職後に事業場に所属しない者については、一般定期健康診断と同等の健診が受けられるようにすべきである。この場合、地域保健機関によって行われる既存の健診を活用することも考えられる。

さらに、区分(a)の労働者のうち、希望者には、不安解消の観点から、健診項目を追加することも考えられる。

8 記録の保存

特に、区分(a)の労働者については、在職中及び離職後の健康管理について一元的・長期的に記録を保存する体制が必要である。

その際、プライバシーへの配慮は不可欠であり、記録の保存に当たっては、本人の意思を尊重しなければならない。

9 その他

急性放射線症を発症し加療中の労働者の健康管理の在り方については、別途検討する必要がある。

東海村ウラン燃料加工施設事故に係る被ばく労働者の健康管理の在り方に関する検討会

座長:	和田 攻	埼玉医科大学教授
	岩崎 民子	(財)放射線影響協会放射線疫学調査センター長
	草間 朋子	大分県立看護科学大学学長
	古賀 佑彦	藤田保健衛生大学医学部教授
	櫻井 治彦	中央労働災害防止協会労働衛生検査センター所長
	山口 直人	国立がんセンター研究所がん情報研究部長

検 討 経 過

第1回	平成11年12月28日
第2回	平成12年2月17日
第3回	平成12年3月2日
第4回	平成12年3月13日
第5回	平成12年3月27日
第6回	平成12年4月20日



* この報告書は、2000年4月21日、労働省(担当:労働基準局安全衛生部労働衛生課)から発表されたもの。

ISO単独のOHS-MS規格開発提案は否決

ISO●世界の労働組合は三者構成機関での開発を支持

4月号49頁でお伝えした、労働安全衛生マネジメント・システムの国際規格をISO(国際標準化機構)単独で開発するかどうかを決める各国投票は、以下のとおりの結果となった。

この記事にもある「ILO(国際労働機関)のガイドラインの草案」とは、ILOのためにIOHA(国際労働衛生工学会)がまとめた「労働安全衛生マネジメント・システム: 国際機関、各国および地域レベルのシステムのレビューと分析および新たな国際文書のための提案」(1998年10月31日)のことであると思われるが、この文書は現在ではILOのウェブサイト(<http://www.ilo.org/english/protection/safework/cis/management/ioha/>)で入手できるようになっている。中央労働災害防止協会の安全衛生マネジメントシステム・ガイドライン(1997年3月)を含めた各国・国際機関等のシステムの比較分析等をまとめた興味深いレポートである。この機会に、同レポートの勧告の部分を次頁に紹介しておこう。

× × ×

職場の安全と健康に対する労働者のグローバルな発言権を掘り崩そうという提案は、ISOの開発組織によって却下された。

投票に参加したのは、ISOに加盟している各国の標準化組織である。投票を求められていた提案は、労働安全衛生マネジメントの分野においてグローバルな規格を設定する能力がISOにあると説明していた。

この分野に関するISOの努力はいかなるものであっても、すでに順調に進行中の国連のILOにおける作業を妨害するものであった。また、ISOはILOと違って労働者組織を締め出している。

ILOは、各国によって批准される、労働に関連した幅広い諸問題に関する国際的基準を設定している。この「三者構成」の国連機関においては、世界中の労働者、使用者および政府の代表が対等の立場で会合する。三者のグループすべてによって、ILOの基準が作成され、また、施行された基準への各国政府の適合状況が監視される。

労働安全衛生はこのようなILOの規範において主要な焦点のひとつであり、労働者組織はこれまでその諸基準の採択および適用に当たった主要な推進力のひとつであった。

ISOには、強力な共同の影響力を行使できるような労働者の代表が存在していない。

この理由から—また、ISO設立の明白なねらいが安全衛生マネジメントにおける「市場の必要性に対する迅速な対応」であったことから、世界中の労働組合はこの提案に反対するキャンペーンを展開してきた。そのような立場を主張した国際的な労働者組織には、組合員数200万名の強力な国際化学エネルギー鉱山一般労働組合連盟(ICEM)が含まれる。

ISOの投票の結果、労働安全衛生マネジメント・システムのグローバルな基準に関する責任はILOにかかってくる。

ILOではすでに、世界中の規格や実践コード[*codes of practice*]を詳細にレビューした、非認証用の労働安全衛生マネジメント・システムのガイドラインの草案を作成している。このガイドラインは、今年、検討されることになっている。

「われわれは、ISOの投票の結果を大いに歓迎する」と、ICEM事務局長フレッド・ヒグスは語る。「同時に、労働者とその労働組合の完全な参加によって、拘束力があり、効果的な労働安全衛生マネジメント・システムに関するILO基準を策定することを追及する」。



ICEM UPDATE, No.35/
2000, 28 April 2000

OHSマネジメントシステムのための勧告

ILO/IOHA ● 新たな国際文書のための提案 (1998.10)

III ILOの労働安全衛生マネジメントシステムのための勧告

国際的な労働安全衛生マネジメントシステム [OHSMS] 基準 [standard] に関するILOの検討を促進する取り組みのうえで、処理しなければならない重要な問題がいくつかある。それは以下のとおりである。

1. どのようなタイプの文書を開発するか？ 基本的に、選択肢には以下のものが含まれる。
 - ・「しなければならない」["shall"]という表現を用いた、監査に利用できる [auditable] 基準
 - ・「することが望ましい」["should"]という表現を用いた、監査用ではない基準または行動規範 [code-of-practice]
 - ・利用手引文書 [guidance document]
2. ISO14001 や他の基準と互換性のとれた、または、連携のとれた基準とするか？
3. 添付文書として、監査者用の手引きを提供するか？
4. 適合状況の評価 [assessment] および達成状況の承認 [recognition] はどのように扱われるか？

勧 告

今回行った分析とIOHAの検討結果を踏まえて、ILOに対して、国際的なOHSMSを開発するうえで検討すべき事項を以下のとおり勧告する。

1. 「しなければならない」という表現を用いた、監査に利用できる文書とすることを勧告する。

現在までの経験によれば、国家レベルの監査用でない基準またはガイダンスが発行されている場合であっても、使用者からの要求のために、「非公式」な監査および認証 [certification] の仕組みが増加していることを示している。加えて、監査と認証を促進しないような国際文書であれば、二の次の扱いを受けることになってしまうだろう。

2. 2段階のアプローチを含んだOHSMS文書を開発すること。

マネジメントシステム・アプローチに不慣れた組織は、とりわけ中小企業 (SME) である場合には、システムの実行は近寄りがたいことと考える。事業によるリスクの低い組織にとっては、いくつかの要求事項は事業によるリスクの高い組織には必要であっても、自分たちには必要ないと感じる。第1段階はより一般的で、細かすぎないものとする。こうした構造は、OHSMSの段階的な導入を容易にするだろう。

3. 本レポートで示した27の変数 [variable] を、一般的小および包括的OHSMS双方の開発の基礎として使うこと。
4. 労働者の参加および健康検査 [health surveillance] がOHSMSの重要な構成要素となるようにすること。
5. ISO14001の基準を基礎とし、また、実施用の指針 [guidelines] を含めること。

発行されているISO [国際標準化機構] のマネジメントシステム規格 [standards] は、世界中で受け入れられている。OHSMSをす

でに実行している組織は、他の者によって開発された体系[scheme]によった場合でさえも、ISOが設定した原則に従っている。ILOのOHSMS文書を最大限受容されるものにするためには、ISO14000シリーズおよびISO9000シリーズの規格と連携がとれていることが重要である。ISO14004およびISO9004は、実行用ガイドラインのためのよい実例になる。

6. ISOとの協議

例えば、ISO14000および9000の各々を担当する技術委員会[TC]207および176。これらの国際規格は、現在、様々な段階の改訂作業中にある。これらの技術委員会における、より緊密に連携のとれたまたは互換性のある規格を発行しようという勢いがついており、ひとつに統合された品質および環境マネジメントシステムの可能性すらある。OHSに関する経営者[management]の関与[commitment]や資源[resources]が認証用の環境および品質規格の存在によって影響を受けることがより広範に受け入れられるようになっていることから、こうした規格に労働安全衛生も統合する必要性についても議論されている。

7. 適合状況の評価の扱い

ILOのOHSMS文書が発行するまでに、潜在的な利用者の必要性に応じるための適合状況評価[conformity assessment]の仕組みについて十分検討して、ガイダンスを提供するようにすること。

8. OHSMSの構造

以下のような一般的な構図に加えて、OHSMSをISO14000およびISO9000と同様のものにする場合には、単一の文書の中か複数の部分からなるシリーズとしてかのどちらであっても、次の6つの節を含むべきである。

1. 労働安全衛生マネジメントシステム—仕様[specification]

2. 労働安全衛生マネジメントシステム—指針および原則
3. OHSMS監査のためのガイドライン—一般原則
4. OHSMS監査のためのガイドライン—監査手順
5. OHSMS監査のためのガイドライン—監査資格
6. 労働安全衛生マネジメントシステム—定義

IOHAは、ILOのOHSMS文書には以下の鍵となる要素が含まれるべきことを勧告する。これは、表1および付録Bで述べられた27の項目をもとにしている。以下の3から18の各項目には、提案された(2段階)アプローチに含まれるべきことを勧告する。

1. 一般条項
 - 1.1 目的
 - 1.2 適用範囲
 - 1.3 定義
2. OHSMS方針[policy]および原則
 - 2.1 国際的レベル
 - 2.2 国内的レベル
 - 2.3 企業/組織レベル
3. 経営者[management]の関与[commitment]および資源[resources]
 - 3.1 OHSMSのパフォーマンスが組織の事業パフォーマンスにとって不可欠であることの承認[recognition]
 - 3.2 ハイレベルのパフォーマンスの約束[commitment]
 - 3.3 資源の配分
 - 3.4 支援体制の確立
 - 3.5 上級経営陣[senior management]の責務[accountability]、責任[responsibility]および権限[authority]
 - 3.6 法令の遵守およびシステムの適合
4. 労働者[employee]の参加
 - 4.1 労働者の責務、責任および権限
 - 4.2 労働者との協議
 - 4.3 経営者[management]/労働者のコミュニケー

シオン

5. 労働安全衛生方針 [policy]
 - 5.1 企業 [enterprise]/部門 [division]/施設 [facility] レベル
 - 5.2 公式化 [formulation] および定期的レビュー
 - 5.3 権限
 - 5.4 文書化の仕組み [mechanisms]
 - 5.5 すべてのレベルにおける周知 [understanding]
6. 目標 [goals] および目的 [objectives]
 - 6.1 企業/部門/施設/地域 [local] レベル
 - 6.2 目的/目標設定手順 [process]
7. パフォーマンスの測定 [performance measures]
 - 7.1 主要な指標 [leading indicators]
 - 7.2 従属的な指標 [trailing indicators]
8. システムの設計 [planning] および発達 [development]
 - 8.1 初期設計
 - 8.2 全体的構造/OHSMSの形式 [form]
 - 8.3 実施プロセス
 - 8.4 見直し [review] および変更手順
 - 8.5 ベースラインの評価およびハザード/リスクのレビュー
 - 8.6 定期的な適合状況のレビュー
 - 8.7 OHSマネジメントの慣行 [practice]/手順 [procedure] のレビュー
 - 8.8 活動のハザード/リスク・アセスメント
9. OHSMSマニュアル/手順
 - 9.1 マニュアルの性質および形式
 - 9.2 更新手順
 - 9.3 労働者その他の者の入手しやすさ
10. トレーニング・システム/スキル [技能]
 - 10.1 上級経営陣トレーニング
 - 10.2 管理/監督者 [management/supervisor] トレーニング
 - 10.3 労働者トレーニング
 - 10.4 導入およびリフレッシュ・トレーニング
 - 10.5 危険作業向けトレーニング
 - 10.6 能力適性 [competence]、専門的知識技能 [expertise] および資格 [qualifications]
 - 10.7 適切な [competent] OHSアドバイス
11. ハザード・コントロール・システム
 - 11.1 管理 [control] の階層 [hierarchy]
 - 11.2 管理の有効性
 - 11.3 管理の変更 [modification] および適応 [adaptation]
- 11.4 プロセスの設計 [design]
- 11.5 安全作業手順/許可等
- 11.6 リスク/ハザードのアセスメント
- 11.7 リスクの一致/最小化 [accordance/minimization]
- 11.8 緊急事態への準備/対応
- 11.9 危険有害物質管理
- 11.10 部門間の調整
- 11.11 健康診査 [health screening]
12. 予防および是正処置システム
 - 12.1 出来事の予測
 - 12.2 予防維持管理
 - 12.3 日常的点検/検査
13. 調達 [procurement] および契約 [contracting]
 - 13.1 調達品の安全アセスメント
 - 13.2 請負契約者のアセスメント
 - 13.3 請負契約者の管理/監督者
 - 13.4 請負契約者用規則
14. コミュニケーション・システム
 - 14.1 企業と労働者の間
 - 14.2 外部とのコミュニケーション
 - 14.3 文書/記録マネジメントシステム
 - 14.4 専門家によるアドバイス/情報
15. 評価システム
 - 15.1 監査 [auditing] および自主点検 [self inspection]
 - 15.2 状況の変化に対するOHSMSの対応
 - 15.3 事件 [incident] 調査およびリスク原因分析
 - 15.4 健康検査 [health surveillance]
16. 継続的改善 [continual improvement]
 - 16.1 上級経営陣による約束 [commitment]
 - 16.2 達成のための仕組み [mechanisms]
17. 統合 [integration]
 - 17.1 組織プロセスへのOHSプロセスの統合
 - 17.2 OHSMSおよび組織にとっての共通の目標 [goals]
18. マネジメント・レビュー
 - 18.1 パフォーマンス評価
 - 18.2 OHSMSへのフィードバック
 - 18.3 関係者への情報提供
19. 外部認証 [certification] および信任 [accreditation]
20. 参考文献

付属書: OHSMS監査の一般原則/手順/資格



タルク吸引で悪性中皮腫

兵庫●思いもよらぬアスベスト被害

仕事で使用したタルクの吸引が原因で悪性胸膜中皮腫を発症したと考えられる男性の労災請求に対し、尼崎労働基準監督署は3月末、業務上疾病として療養・休業補償を支給する決定を下した。

●モルヒネ

「悪性胸膜中皮腫でもう長いと医者に言われているんですが、鎮痛剤のモルヒネの代金が高くて。なんとかならないだろうか」

『ということは、アスベストを使う仕事をされていたんですか?』

「医者にもそう聞かれたことがあるんですが、どうしても思いつかないんです」

西宮市在住のAさんとはじめて電話でこんなやりとりをしたのが、昨年10月5日のじん肺アスベスト被害ホットラインのときだった。

救済の道を見つけるには、職歴中のアスベスト曝露を確認することが前提になる。発病から2年以上たっているのに、労災保険法上の時効が効いて、一日一日、請求権が消滅していつの間にか。事は急を要すると思って、翌々日に自宅を訪ねた。

●時効

電話のとおり病状は相当重そうだったが、ざっと経歴、病歴を確認し、Aさんと2人でとりあえず最寄りの西宮労基署に労災請求手

続に出向いた。この時点では、どここの職場が最終粉じん職場かわからないし、どこでアスベストに曝露したかもはっきりしていなかった。しかし、こういうときは被災労働者の権利保護を最優先に考え、時効の進行を止めることが先決である。

西宮労基署もはじめは戸惑っていたが趣旨をすぐ理解して、その場で本人が署名した労災請求用紙を受け付け、その上で、記入内容の不備として本人に請求書を返した。これで時効の進行は停止し、少なくとも1999年10月7日以降の療養補償と休業補償の請求権は確保できた。

●現寸工

Aさんは1948年生まれの51歳。1965年頃から鉄工所で「現寸」と呼ばれる仕事をしてきた方で、1986年からは有限会社A工業所とし、もっぱら「社長」として営業の業務につき現寸の現場作業からは離れた。

鉄工所では鉄の部材を切断、加工していく。そのとき、たとえば、建設物の図面から部材を切り出す際、鉄の原材料に直接寸法取りするのではなく、薄い樹脂でできた型紙を作成し、その型紙を当てて原材料から部材を切り出していくという方法をとる。主としてこ

の型紙を作成する仕事が「現寸」である。

普通、作業場は鉄工所の2階など位置的には屋根裏の広いフロアが与えられる。この床面は緑または黒に塗装されており、元の図面を見て、ここに原寸大の部材の図を主に白い線で描いていく。この白い線を書くのには、古い時期は墨壺に白い塗料を溶いて使用していたが[表紙写真]、やがてポスターカラーを使用するようになった。この「現寸図」の上から、樹脂フィルムを当ててカッターで型紙を切り出す。したがって、鉄工所としていかに精度のよい製品を送り出すかは、現寸作業の精度にまず依存しているという重要な仕事なのである。

鉄工所はほこりっぽいし、騒音もひどい。現寸場の上はほとんどがすぐ屋根で、空調のない頃は、ものすごい暑さの中で働かなければならなかった。

この職人仕事をめくめくとこなしてきたAさんは、まさにたたき上げの人である。1965年尼崎市の鉄工所を皮切りに、主に阪神間の鉄工所を渡り歩き、職人から親方となり、有限会社を設立して今日に至った。

バブル後の不況、震災と会社の経営状況が苦しくなる中で、Aさんは悪性中皮腫という病魔に襲われた。

●アスベストをどこで?

1995年の初夏、胸に異常を感じ、近くのB病院に入院したが、貯まった胸水の原因がわからないため、近くの公立C病院に転院、病理組織検査で「悪性胸膜

中皮腫」と診断されたのは晩秋11月だった。その後、背中と胸に内部からの浸潤によってできた腫瘤の切除、放射線治療を2度経験したあと、昨年の夏前、C病院に戻り、主にモルヒネによる鎮痛治療を続けていたのだった。

Aさんからののはじめの聞き取りからは、直接的なアスベスト曝露歴がつかめなかった。確かに、作業場は石綿の入った波形スレートに囲まれ、本人は記憶になくとも、石綿吹き付け材や石綿フェルトが天井裏や作業所の鉄骨に使用されていた可能性はある。また、鉄工所であるから、ボイラー関係など断熱用の石綿工事が行われていたことも考えられ、これに間接的に曝露したのかもしれない。また、建設廃鉄骨材を使用するため、これを工場敷地内に搬入し、付いていたコンクリートや付着物のハツリ、清掃作業が行われており、このとき間接的にアスベストに曝露したことも考えられる。

ただ、直接にアスベストを取り扱った記憶がないことやこうした聞き取り以上にはっきりとした間接的曝露も思い当たらないということが、業務上認定にとって障害になりかねない状況だった。

●白い粉

「その白い粉はタルクとちがうか？」

よくわからないアスベスト曝露歴に困惑していた安全センターからの電話にこう答えてくれたのは、府立公衆衛生研究所労働衛生部に勤める熊谷信二さんだった。

ゴム製造で使われるタルクを約20年間吸引してアスベスト肺にな

り、現場作業を離れて28年目に悪性胸膜中皮腫を発症、死亡した堺在住のOさんの労災認定に取り組んだときに協力していただいたことがあり、そのときの経験から話だった(1992年6月号参照)。

タルクは、日本語では「滑石」といい、白色の工業原料で産業用に広く使われている。滑石そのものもじん肺の原因となる(滑石肺)。ところが、タルクに不純物としてアスベストが含まれる場合が多く、Oさんはそれが原因となったケースだった。専門家の間ではよく知られた事実だが、一般にはほとんど知られていないと言っていいだろう。

Aさんが作業で日常的に使用していた白い塗料は、袋に入った白い粉剤を水とアラビアゴムを混ぜて作っていたもので、この白い粉剤がタルクではないか、というのである。

さっそくAさんに聞き直すと、「おしろいのようなものだとか、タルクが入っているということも聞いたことがある」ということであつた。ほとんど毎日のように取り扱い、墨壺で線を引いたときにも飛び散ったのが顔にかかり、乾くにまかせていた、作業場も乾いた線からのものではほりっぽかった、ということだった。

タルクと思われる粉を使用していたのは、1965年から1975頃までの約10年間ということもわかった。幸い、この時期から現寸工をしている労働者がAさんの会社に在籍しており、タルク使用に関してAさんの話を裏づける証言を得ることができた。また、鉄に直接

線を引く場合には「石筆」を使用していること、石筆は、太さが3から5ミリで、尖らすためにグラインダーを使っており、その粉じんを吸引する機会があったこともわかった。石筆には、タルク原石が使われている。

このように、Aさんの曝露原因は、アスベストを含んでいたタルクへの直接曝露の可能性が濃厚と考えられたのだった。

●アスベスト含有タルクの危険

タルク(TALC)とは、化学的には含水マグネシウム珪酸塩とよばれる層状粘土鉱物の一種で、非常に柔らかく(モース硬度1の標準鉱物)、「滑石」の名の通りするような肌触りの白色の鉱物である。子供が地面などに絵を書いて遊ぶ「ローセキ」はタルクであることが多く、石筆もタルクである。ローセキにアスベストが混在していることがあることが確認されている。タルクの身近な用途としてはベビーパウダーなどがある。

タルクは単一の鉱物だが、工業的に「タルク」という名で利用されているものの中には、純粋なタルクはむしろまれで、多種多様な鉱物が含まれていることが多い。

この中に、クリソタイル(白石綿)、トレモライト、アクチノライト、アンソフィライトといったアスベスト(石綿)が含まれているのである。ひどい場合は、日本薬局方のラベルがついているのにタルクがほとんど入っておらず、緑泥石や角閃石(トレモライトなど)が大部分だったりすることもあるというのである。

国際がん研究機関(IARC)で

は、アスベスト含有タルクをタルクとは分けて特にグループ1(ヒトに対して発がん性がある)に分類しているほどだ。

●幅広い用途と輸入量

用途は幅広く、1990年ごろまでの輸入量は1970年以降急増している。また、1999年のタルク輸入量は約40万トンで、そのうち4分の3以上を中国から輸入している。また、クロライトとして中国から約16万トンが輸入されていることがわかっていて、クロライトは緑泥石のことだが、タルクとして扱われているようである。

また、輸入統計の数字を知らせてくれたタルク業者の話では、「国内でも群馬、埼玉、栃木方面でタルク分5から20%のものがタルクとして販売されており、四国、九州、兵庫でも蛇紋岩系のものが販売されているでしょう。このように、タルクと称しているものは中身がいろいろのことがあり、はっきりした統計はないのですよ」ということだった。

●悪性中皮腫の増加の中で

厚生省統計によって、1995から1998年の4年間に悪性中皮腫による死亡が2,243人にのぼることが判明し、この数字から類推されるアスベスト関連肺がん死を含めると年間1,200人から1,800人のアスベスト関連死があるとも言われている。この中にはアスベスト含有タルクによる死亡も含まれているだろう。

Aさんを担当した尼崎労基署は、職権調査の中で塗料に使用されているタルク製剤やタルク原石の現物を確認したと説明してい

る。労基署は、本人や同僚、関係者の聴取内容、さらに、局医の意見を取った上で、総合的に、タルク吸引によるアスベスト曝露が主因として業務上疾病と認定したと思われる。

タルクに含まれるアスベストによる健康障害については、タイヤの仕上げ工程で打ち粉としてタルクを使用していた労働者の肺がんやタルクの粉碎工程従事労働者のアスベスト肺が労災認定事例として報告されている(熊谷ら、労働の科学48巻5号)。悪性中皮腫の例は、前述のOさんのケースがあった。当然、原因が究明できていないものや労災認定されていない事例もあると考えられる。

闘病中のAさんは、労災認定の知らせを複雑な思いで聞いた

に違いない。悪性中皮腫は長期の潜伏期間を経て発症する、非常に苦しい病気である。Aさんのようにつらい思いをする人をなくしていくためにも、市販のタルクは大丈夫なのかどうか?、タルク使用に関する実態調査をはじめとした対策が必要ではないか。

アスベストの禁止を求める声が国際的にも高まっており、日本においても同様、一日も早い全面禁止措置が求められている。その一方で、工業原料として広く利用されているタルクへのアスベスト含有問題についても、使用量が多いだけに、健康障害(じん肺や肺がん・中皮腫など)の予防と補償の両面で注目してい



く必要があるだろう。

(関西労働者安全センター)

変電所で始めての労災認定

東京●掃除等の作業でアスベスト曝露

東京労働安全衛生センターは、1998年3月、アスベスト粉じんの曝露による悪性胸膜中皮腫で死亡した大森国男さん遺族の労災認定の取り組みを支援してきた。

3月30日、足立労働基準監督署は、2年にわたる調査期間の末、大森さんの死を業務上と認定し、労災補償保険給付の支給を決定した。

大森さんの労災は、変電所内でのアスベスト曝露による職業がんの認定事例としては日本で初

めてである。今後、同種の施設で働く労働者のアスベスト疾患が懸念される。

荒川区にある(株)長谷川電気グループに勤務する大森国男(男性・死亡当時54歳)さんは、1997年9月頃から胸部の圧迫感を訴え、近所の病院を受診した。検査の結果、左肺の胸水よりがん細胞が検出されたため、埼玉県のがんセンターに入院した。会社は、東京電力等で送電工事を請け負っていた。大森さんは、18年間

勤務し、都内の東京電力の変電所内のトランス(変圧器)の点検試験、配電盤の点検等、施設内部の備品交換や掃除を行っていた。

東京電力の変電所内部の壁面には、大量の吹き付け石綿がある。場所によっては、「この建物の内部にはアスベスト(石綿)が吹き付けてあります」という表示がしてある。とくに旧い変電所の内部には、その壁面に大量の石綿が吹き付けられており、中で作業する際には大量の粉じんが飛散する可能性がある。会社からは数年前から簡易マスクが支給されただけで、それ以前は保護

具の着用はなかったという。

変電所施設は都内至るところにあり、商店街や住宅街の一面にひっそりと建っている。高圧電力の施設のため鉄柵に囲まれ、電力会社の関係者以外は入れない。屋外への排気や放熱のため換気扇が回っている。剥離したアスベスト粉じんが一般大気中に飛散している可能性もある。しかし、このことは変電所の近隣住民には全く知らされていない。

その後、大森さんは埼玉県大宮市内の自治医科大学附属大宮医療センターに転院した。そこで「左びまん性悪性胸膜中皮腫」

と診断され、左肺、胸膜等の摘出手術を受けた。しかし、術後の容態が思わしくなく、気胸を発症し、1998年3月26日に亡くなった。

中皮腫とは、胸膜や腹膜にできるまれながんで、肺がん、石綿肺とともにアスベスト疾患の代表のひとつである。アスベスト曝露以外にほとんど原因がないことから、アスベスト被害のメルクマール疾患ともいわれる。

大森さんは、18年間の(株)長谷川電気グループでの仕事以外、アスベスト曝露の可能性のある職歴は皆無である。また、喫煙歴もない。

《故大森国男さんの長女・美華子さんからのメッセージ》

今年3月30日、父の労災認定が認められました。父が死去してから2年という月日が経過しての出来事でした。父は東京電力の下請け会社に18年勤務し、変電所内で作業中、壁面に吹き付けてあったアスベストによって悪性胸膜中皮腫という恐ろしい病気になってしまいました。

父の発病後の会社側の対応は、あまりにも非情で信じられないことばかりでした。入院している病院まで来て、病床の父に、「労災請求を出されると会社として困るので請求を出さないでほしい」などと労災請求をあきらめるよう説得したり、手術後、まだまともに歩くこともできない父に向かって、「会社では面倒見きれない」と言い捨てて立ち去っていきました。このような会社の裏切り行為にどれほど父が苦しみ、また口惜しい思いを残して死んでいったのか、そのことを思うと今でもやり切れない気持ちでいっぱいになります。この2年間、労災認定を克ち取るために様々な努力をしてきましたが、つらいことも

多くありました。しかし、あきらめずに立ち向かっていくことができたのは、残された私たち家族が父の無念を晴らさなければいけないという強い思いがあったからです。

その思いが実を結び、「労災認定」という目標を達成することができました。本当はもっと喜ぶたいのですが、まだ、手放しで喜ぶことはできません。なぜなら、変電所内のアスベストはいまだに放置され続け、多くの従業員がアスベストについて何の説明もなされず、働かされているという現実があるからです。父と同じような被害者をこれ以上増やさないためにも、一刻も早く作業環境の改善をして欲しいと思い、そのように働きかけていきたいと思います。

最後になりますが、父の労災認定に力を貸してくださったセンターの皆さん、病理鑑定をしてくださった鈴木先生、応援してくださった方々、本当にありがとうございました。



遺族はアスベストが原因だと考え、会社に労災請求を依頼した。しかし、会社からは「現場にはアスベストはない」と拒絶されたため、やむなく1998年4月、足立労働基準監督署に労災遺族補償年金等の請求手続をとった。

東京労働安全衛生センターは、1998年10月、米国マウントサイナイ医科大学の鈴木康之亮先生に大森さんの肺組織の標本を送付し、鑑定を依頼した。鈴木先生は、中皮腫の病理研究では国際的権威である。鈴木先生は、鑑定の結果、「軽度の職業的曝露であり、クリソタイルが通常の13倍」という意見を述べた。

足立労基署は、3か所の変電所内部に調査に入り、吹き付けアスベストの状態を確認した。その結果、本年3月30日、大森さんの悪性胸膜中皮腫を職業がんとして認め、遺族に対する労災補償保険給付の支給を決定した。

電力関係では、中国地方の火力発電所で炉の保温・補修に従事していた肺がんが労災認定された事例のほか、四国電力の火力発電所で電気修理工として働き中皮腫で死亡した事例で、時効のため労災補償を受けられず、遺族が損害賠償裁判を提訴し、昨年10月に松山地裁で和解した事例の報告がある。

変電所における中皮腫の認定では、大森国男さんがわが国で初めて。電力関係でもアスベスト被害が潜在していることはまだ知られていない。

大森さん遺族は今回の労災認定をきっかけに、変電所内でアス

ベストによる健康被害の実態を明らかにし、今後、被害者が出ないように東京電力等の関係機関に

働きかけをしていくことを望んでいる。

(東京労働安全衛生センター)



ダイオキシン労災に不支給 大阪●専門検討会報告を根拠に

3月14日付けで淀川労働基準監督署は、豊能郡美化センターで働いていた2名の労働者の労災申請(1999年5月号参照)に対し、不支給決定を行った。

労働省(労働基準局長)は、メンバーは明らかにしていないが、「ダイオキシン類による健康障害に係る専門検討会」なるものを設置して、お二方の請求について、文献調査、および、畑中さんについては皮膚科診察、竹岡さんについては遺伝子診断・病理学的診断等を実施、各々16頁、32頁におよぶ報告書(3月1日付け)をまとめさせ、請求人にも渡している。きわめて異例のことと言ってよい。そのうえで不支給決定の理由について、次のように言っている。

●畑中さん

(1) 請求人は、ゴミ焼却施設において焼却灰の固化作業等に従事していたこと、従事した業務にはダイオキシン類に汚染された焼却灰等に接触する作業があったこと、請求人の血中TCDD濃度は9.2pg/g脂肪と、施設周辺住民の平均値4.1pg/g脂肪と比べ高濃度で

あったこと等から、ゴミ焼却施設における業務により、ダイオキシン類などに曝露したことが認められる。

(2) ダイオキシン類による皮膚への影響としては塩素挫瘡が挙げられるが、ダイオキシン類と塩素挫瘡に関する医学文献についてMedline等により収集し、そのうち血中ダイオキシン類濃度が測定されている9つの疫学調査結果を検討したところ、これまで塩素挫瘡を発症したとされる患者の血中TCDD濃度は、210～56,000pg/g脂肪であり、請求人の推定最高血中TCDD濃度(9.7pg/g脂肪)の22～5,773倍となる。

したがって、請求人の血中TCDD濃度からみて、ダイオキシン類により塩素挫瘡が発症したとは考えにくく、業務上の事由により発病を起こすに足る有害因子に曝露されたとはいえられない。

(3) 塩素挫瘡について造詣の深い専門医による診察の結果、請求人の皮膚所見は、「皮膚の老化がはっきりと観察されること、炎症所見が皆無である

ことから、塩素挫瘡ではなく、請求人が顕著な症状のひとつとして指摘する両下腿の色素沈着斑は、温熱器具からの温熱刺激による温熱性紅斑後の色素沈着と考えられる」と判断された。

●竹岡さん

(1) 請求人は、ゴミ焼却施設においてクレーン操作作業等に従事していたこと、従事した業務にはダイオキシン類に汚染された焼却灰等に接触する作業があったこと、請求人の血中TCDD濃度は8.1pg/g脂肪と、施設周辺住民の平均値4.1pg/g脂肪と比べ高濃度であったこと等から、焼却施設における業務によりダイオキシン類などに曝露したことが認められる。

(2) ① ダイオキシン類とヒトのがんについて記載のある医学文献についてMedline等により収集した。その結果、得られた28の調査を検討したところ、18調査では「全がん」の有意の標準化死亡比(SMR)の増加を認めていない。有意の増加を認めた残りの10の調査でも、ダイオキシン類の曝露により「全がん」のSMRが増加したのは、調査対象のうち、極めて高濃度の曝露群(一般住民の100ないし1,000倍以上の曝露)で、しかも曝露開始後長期間(10年以上、特に20年以上)経過後であった。

② 同様に、28調査中大腸がんについて記載のある17調査では、ダイオキシン類の曝露により大腸がんの有意な増加を示したとする報告は存在せ

ず、ダイオキシン類の曝露により大腸がんが発症するとはいえない。

③ さらに、28調査中直腸がんについて記載のある14調査においては、直腸がんが有意に増加したとするものはわずか2調査である。

しかも、その2調査においても、ひとつの調査(Bertazziら、1997)は、中等度曝露群に直腸がんの有意な増加があるものの、高度曝露群では直腸がんは発症していない等、量-反応関係に問題があり、また、この調査では、「全がん」についても有意な増加は認められていない。直腸がんが有意に増加したと報告した他のひとつの調査(Flesch-Janyrsら、1998)も、曝露労働者の離職時の平均血中TCDD濃度は340pg/g脂肪と請求人の推定最高血中TCDD濃度11.4pg/g脂

肪と比べ著しく高い。

④ TCDD以外のダイオキシン類については、IARC(国際がん研究機関)においても「発がん性は分類不能」(グループ3)としている。

したがって、現在の医学的知見によれば、ダイオキシン類と大腸がん、直腸がんとの因果関係は認められていない。

(3) 大腸がん、直腸がんについて造詣の深い専門医がカルテ、手術標本等により判断したところ、請求人の直腸がん(第2がん)は大腸がん(第1がん)からの転移の可能性が強いとの結論が得られた。直腸がんが大腸がんの転移であった場合、前記(2)②により、請求人の業務と直腸がんの発症との関連性はより希薄となる。おふたりはこれを不服として、審査請求を行っている。



大手商社の「業務委託契約」

東京●労働者性認め通勤災害認定

東京・青山に本社を構える大手商社・I商事の輸入ワインの販路拡大業務をしていたOさんは、昨年3月、夫の運転する2輪バイクに同乗して通勤途中、タイヤスリップによるバイクの転倒で負傷(腰椎骨折)した。

今年4月、三田労働基準監督署は、Oさんの事故を通勤途上

災害と認定した。

Oさんは、1998年3月同社に出勤し始めて間もないある日、会社側から「販売促進業務に関する契約書」という書類を見せられ、「会社契約のような形式(業務委託)をとるから、今すぐにあなたの“会社”の名前を決めるように」と契約捺印を求められた。

その後、本社からほど近いビルの事務所に移るように指示されたOさんは、彼女と同様の委託契約をI商事と結んだ2名の同僚とともに、ワイン販路拡大の仕事についた。

そこでの実際の業務は、就労時間が午前9時半から午後5時半と決められており、業務内容も月に2回は本社で開かれる会議に出席し、2週間分の業務報告および今後の予定を提出して、担当課長の裁可を受けていた。業務経費も一切I商事が出していた。まぎれもなく彼女は、I商事の指揮監督下で働いていたのである。

入社前の雇用形態に関する充分な説明を受けられないまま、なし崩し的に“業務委託”の契約に捺印させられてしまったものの、Oさんは自分はI商事に雇用されているという実態に則した認識を持たずにいらなかった。その年の暮れ、申告のために「源泉徴収票を出してほしい」と頼んだが、会社は「源泉徴収票は出せない」として代わりに業務委託料との表書きの領収書を渡しただけだった。

1999年、Oさんは個人的な理由で3月末日付で退職を決めた。しかし、事故は退職を1週間後に控えたある朝起こってしまった。Oさんは、通勤災害の手続を上司に頼んだが、「あなたは業務委託契約なのだから、そんな手続はできない」と協力を拒否された。

「契約書」があるとはいえ、自分はあくまでI商事の指揮命令下で働いていたのだと自らの労働者性を主張するOさんは、入院先のケースワーカーAさんを通じて

センターに連絡。5月初旬、三田労基署へ通勤災害の請求を行った。

労基署は当初、「契約したのだからしかたない」など、Oさんの労働者性を真摯に検討しようとしなかった。だが、Oさんは自己意見書を提出し、「自分の働き方の実態を確認すれば、その労働者性は明らかである」と繰り返し訴えた。センターも再三にわたる署交渉を行った結果、10か月あまりの調査期間を経て、通災が認められた。東京センターでは以前、「請

負い契約」をめぐる、バイク宅急便、クリーニング店員の労働者性が争点となった事例に関わった(いずれも認定)が、今回も雇用形態の多様化の中で、事業主が雇用の義務を免れるために、形式的な「業務契約」を労働者に押しつけようとした事例であった。

こうしたケースは今後ますます増加すると思われるが、センターでは、労働実態を踏まえた労働者性の認定を求めている。

(東京労働安全衛生センター)

校舎改装でVOC被害 東京●高濃度の揮発性有機化合物

都立のN定時制高校の音楽担当教諭をしているHさん。昨年夏の校舎改修で、Hさんもきれいになった教室で生徒たちと一緒に顔をほころばせるはずだった。

しかし、改修直後から急激に体調不良を訴え始めたHさんは、調査の結果、自分の使用する特別室(音楽室)の改修に使用された建材が含有する揮発性有機化合物(VOC)に曝露していたことを知った。

突然の発症に不安を募らせた日々と問題解決に向けた職場・N高校での取組みの様子をHさんに寄稿していただいた。

(東京労働安全衛生センター)

× × ×

昨年夏、学校が一部改装になり、私の使用する特別教室も床

と壁を塗り直しました。また窓も2重になり、防音効果が高まりました。9月末に工事が終わり、10月1日に引き渡しとなりました。その日、教室に入った途端、シンナーの強烈な臭いが鼻をついたので、すぐに窓を全開しました。しばらくして顔がかゆくなり、変だなあと感じました。その日は2時間ほど片付けをしました。1日おいて10月4日、4時間授業をしたら頭痛がしてきました。普段は頭痛など感じたことがないので、やはり変だなあと感じていました。次の日、朝起きると気分が悪く、倦怠感とひどい脱力感があり、休暇をとろうと思いましたが、我慢して登校しました。教室に入った時、急に頭痛がして気分が悪くなり、昨日から気分が悪かったのはこれだと思

いました。授業中、頭重・脱力感がひどくなったので、放課後、教頭に事情を説明し、帰宅しましたが、途中で悪寒や嘔吐感があり、本当に辛かったです。

次の朝起きると、前日と同じような気分の悪さ、頭痛、倦怠感、脱力感、悪寒がひどく、それに加えて、顔の皮膚が乾燥して、カサカサになっていました。登校して教頭に顔を見せ、教室に入ると前記の症状がひどくなっただけでなく、顔が痒くなりました。次の日は教室には入りませんでした。微熱のあるような感じがしました。その日に、管理職に、「業者に対して使用した建材、塗料、薬品等すべての品名を明らかにするように請求してほしい」と申しました。次の週はテストのため授業はありませんでしたが、10月18日より教室に入ると以前の症状がひどくなり、さらに眼が充血し肩こりも出てきました。

10月20日に産業医に教室を見てもらい、対策を考えてもらうことになりました。その後、私は腰痛も起き、生徒のなかにも「気分が悪い」と早退する人も出てきました。ここまでの間に、事務担当者は業者への品名請求を何度も

行ったのに、返事はありませんでした。また、管理職も教育庁に報告し、教室の測定を申し立てたのに、返事はありませんでした。ところが10月29日、突然、教育庁の職員が学校を訪れ、校長に「教育庁のやっていることに問題はない。したがって測定をする必要もない。学校長はこの件にこれ以上関わるべきではない」という趣旨の話をしたのです。

校長は、責任者として職員や生徒の健康や安全を確保するという立場と、行政のポストとして教育庁に逆らえないという立場で悩んだと思いますが、産業医の紹介する労働科学研究所のスタッフが測定にくることを了解しました。

11月11日に測定が行われ、その結果、揮発性有機化合物(VOCs)濃度が、教室はWHO基準の4倍強、 $1317\mu\text{g}/\text{m}^3$ 、準備室は9倍強、 $2,895\mu\text{g}/\text{m}^3$ とでました。これを職員会議に報告し、管理職には、「教育庁に報告してほしい」と要請しました。また、校長の勧めによって、教室を換え、曝露された部屋には入らなくてすむようになりました。

体調は、その後、薄紙をはぐよ

うな感じで回復し、冬休みをはさむと症状が消えていました。後から話を聞くと、業者は区内の中小企業で、その下請けのまた下請けの事業所が塗装を行ったそうです。VOCで曝露された教室を使用した私が化学物質過敏症(12月に北里大学で診察を受けました)になったのに、仕事で日常的に曝露されている労働者はどうなっているだろうと思いました。また、東海村JCO臨界事故のように事故や被害が出たとき、それを隠蔽しようとする行政の姿勢に強い不信感を持ちました。

幸い、職場の管理職や産業医は、私の体調を一貫して気遣い、職場環境の改善に努力してくれました。

目に見えない症状や体調を気のせいや不摂生と言わないで、同僚や労働組合、管理職から支えてもらえたことは本当にありがたかったと思います。また、産業医の原則的な姿勢にも助けられました。このことを通して、改めて職場環境の大切さ、そして、産業医や外部の環境問題や労働問題に取り組んでいる人たちとのネットワークが必要だと感じました。



賛助会員・定期購読のお願い SHC

全国安全センターの活動に御賛同いただき、ぜひ賛助会員として入会して下さい。

賛助会費は、個人・団体を問わず、年会費で、1口1万円で1口以上です。「安全セン

ター情報」の購読のみしたいという方には購読会員制度を用意しました。こちらも年会費で、1部の場合は賛助会費と同じ年1口1万円です(総会での決議権はありません)。賛助会員には、毎月「安全センター情報」をお届けするほか(購読料は賛助会費に含まれます)、各種出版物・資料等の無料または割引提供や労働安全衛生学校などの諸活動にも参加できます。

参加型安全衛生・生活改善トレーニングメコンデルタ 2000

"Participatory Action in Health and Social Development in the Mekong Delta 2000" の呼びかけ

「メコンデルタ2000」運営委員会

代 表	平野敏夫	(東京労働安全衛生センター代表)
アドバイザー	小木和孝	(労働科学研究所常務理事)
	川上 剛	(ILOアジア太平洋事務局)
	TonThat Khai	(ベトナムカント省労働衛生環境センター)
後 援	(財)労働科学研究所	
連絡先	(NPO法人)東京労働安全衛生センター	詳細はお問い合わせを

産業保健・地域保健・国際協力に関心を持つ皆さん

ベトナムメコンデルタ地域で行われている「参加型安全衛生・生活改善運動」(通称WISE[Work Improvement in Small Enterprise], WIND[Work Improvement in Neighbourhood Development])をご存知ですか?

「参加型」運動は法規制中心であった職業病予防の弱点を補うものとして全世界で取り入れられています。日本では国際労働機関(ILO)によって紹介され、労働環境・作業環境の改善や労使双方の意識向上に大きな役割を果たしています。しかし、残念なことにその取り組みは、ヨーロッパや他のアジアの国々ほど積極的ではありません。

一方、日本の労働衛生のバイオニアである労働科学研究所は国際協力事業としてこのプロジェクトに取り組み、現地機関と協力してタイ、フィリピン、バングラデッシュ、モンゴルなどで発展させてきました。なかでもベトナム民主共和国南部のメコンデルタ地域で取り組まれている参加型運動(WISE, WIND)は、職場での安全衛生や地域の生活改善に大きな貢献をしています。

私たちは昨年来このトレーニングに参加してきました。そして、限られた条件の中で数々の改善が行われているのを見て深い感銘を受けました。また東奔西走するメコンデルタ地域衛生局の皆さんや、トレーニングを受けた後工場や農村でがんばっている人たちの熱意に感動すると共に、日本の経験報告を熱心に聞いてくださったことに深い感謝の念をいただきました。

「この体験をぜひ心有る日本の人々に伝えたい。」という思いをベトナムメコンデルタ地域にあるCantho省衛生局に伝えたと、日本人のために「参加型改善の実地研修」を行うことを快く承諾してくださったのです。

私たちは、参加型運動を根付かせ発展させる国際交流として本研修を位置付け、多くの皆さんの参加を訴えたいと思います。日本の「参加型安全衛生運動」の飛躍になることを願って、積極的な参加を切に願うものです。

【研修の目的】 研修の目的は以下三点にまとめられます。

1. ベトナムメコンデルタ地域の安全衛生、生活環境改善トレーニングから学ぶ
2. 参加者の考えや経験を、ベトナムの経験と交流する
3. 日本での参加型運動を深化・発展させる

【研修期間】 2000年8月12日(土)-8月21日(月)9泊10日(ただし、20日夜は機中泊、21日早朝帰国予定)

8月12日は羽田空港～関西国際空港経由でHochimin市に向かいます。

12日夜と19日夜はHochimin市に宿泊予定です。期間中はCantho市のホテルに宿泊します。

【受入先・場所】

受入先: The Center for Occupational Health and Environment

場 所: Vietnam Cantho省、Cantho市とその周辺郡の農村地帯

【対象者】 安全衛生、国際協力に興味があり、ベトナムメコンデルタ地域の職場改善、生活改善トレーニングを積極的に学習したいと考えている人

【募集人員】 15名(定員になり次第締め切らせていただきます。募集期限は6月20日までとします)

【参加費用】 1,200USドル前後(往復航空券分を除く、夏は飛行機代が高騰するため多少の変化が予測されます)

(参加費用に含まれるものは、宿泊費、一日三食の食事、現地での交通手段、会議研修費です。ビ

ザ、パスポート申請料、災害保険料は含まれません)

【参加条件】 研修は英語またはベトナム語で行います。ベトナム語はKhai先生など同時通訳の能力をもつ現地スタッフが、英語に直訳します。参加者は中学卒業程度の英会話を話せることが条件です。

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.apc.org HOMEPAGE http://www.jca.apc.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 サンコーボ豊岡505 | TEL(045)573-4289 /FAX(045)575-1948 |
| 新潟 ● 財団法人 新潟県安全衛生センター | 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 大阪市中央区内本町1-2-13 ばんらみビル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 |
| 兵庫 ● ひょうご労働安全衛生センター | |
| 〒651-0096 神戸市中央区雲井通1-1-1 212号 | TEL(078)251-1172 /FAX(078)251-1172 |
| 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 山田ビル | 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 |
| 愛媛 ● えひめ社会文化会館労災職業病相談室 | |
| 〒790-0066 松山市宮田町8-6 | TEL(089)941-6065 /FAX(089)941-6079 |
| 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 秋津レークタウンクリニック | TEL(096)360-1991 /FAX(096)368-6177 |
| 大分 ● 社団法人 大分県勤労者安全衛生センター | |
| 〒870-0036 大分市中央町4-2-5 労働福祉会館「ル・ユ」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 | |

安全センター情報2000年6月号(通巻第265号)2000年5月15日発行(毎月1回15日発行)1979年12月28日第三種郵便物認可 800円
〒136-0071 東京都江東区亀戸 7-10-1 Zビル5階 全国労働安全衛生センター連絡会議 TEL(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881
JOSHRC: Japan Occupational Safety and Health Resource Center, Z Bldg., 5F, 7-10-1 Kameido, Koto-ku, Tokyo, Japan
E-mail: joshrc@jca.apc.org HOMEPAGE: <http://www.jca.apc.org/joshrc/>

