

# 安全情報 センター



安全センター情報 2000年8月号 通巻第268号 2000年8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 / 労働安全衛生の国際潮流

わが国で法典としての労働安全衛生法が施行されたのは1972年10月であり、昨年(1999年)10月には既に施行後27年を経過したことになる。この間、とりわけ近年では、第四次産業とも呼ばれる知識集約型産業の展開に象徴される産業構造の変化、外国人労働者の大量流入や邦人出国者の増加などをもたらした国際化の進展、健康診断において有所見率の高い高齢労働者および生理・妊娠・出産・授乳といった母性を有する女性労働者の増加と若年労働者の減少など様々な要因により、労働者の就業する職場環境は著しく変容し、これに伴って発生する労働災害の質も変化してきた。また、「人間的な労働」を重視する姿勢も手伝って、注目される労働危険自体もこれまでとは変わってきている。わが国を含め、近年先進各国(脱工業国とも称される)で注目されている労働危険には、過密スケジュール、高レベルのノルマによる圧迫感、労働構成のあり方から来る過重負担、端末機器作業などによる光線照射の影響、職場における人間関係を含めた種々の要因によるストレス、不自然な姿勢による運動機能障害など様々なものがあり、これら人間工学、労働心理学を含めた「労働科学(Arbeitswissenschaft)」の最前線のように認識されているにすぎない労働危険に対する法制度の早急な対応が求められている事情は各国にほぼ共通している。

本書は、ここ7年間程度にわたる筆者の労働安全衛生法の分野における研究、広い意味では、労働の人間化を志向する労働科学と法との関連性に関する研究の到達点として得られた知見を基に、主に次の三点の視点から、現在のわが国の労働安全衛生法の問題点を探ると同時に、同法の今後の有り様につき、若干の示唆(の視点)を導くことを目的とするものである。

- ① 特に近來型労働危険への対応のため、労働安全衛生法が果たすべき重要な役割のひとつとして、「広義の」労働科学を個々の職場に迅速かつ効果的に結びつける方策を明らかにすること(第I段階—労働科学研究の推進・助成、第II段階—研究成果として得られた認識の規格化及び法(規)化/又は直接的な法(規)化、第III段階—法(規)化された、もしくは未だされざる科学的認識の各職場単位での実践・運用)。
- ② 主に①の各段階において労働者の(現在)果たし得る役割と(今後)果たすべき役割を明らかにすること。
- ③ (労働安全衛生)法(学(Rechtswissenschaft))が本来独自に(現在)果たし得る役割と(今後)果たすべき役割を明らかにすること。



三柴丈典 著  
470頁 12,000円  
(株)信山社

〒113-0033 東京都文京区本郷6-2-9-102  
TEL (03)3818-1019 FAX (03)3818-0344  
<http://www.shinzansha.co.jp>

# 労働安全衛生法論序説



待望の完訳本完成!!

—英国の産業安全保健制度改革—ローベンス委員会報告 1970-72年

## 労働における安全と保健

SAFETY & HEALTH  
AT WORK

小木和孝・藤野昭宏・加地浩 訳  
(財)労働科学研究所出版部

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

A5版320頁 定価本体3,000円

**特集／労働安全衛生の国際潮流**

## 産業保健活動の新たな潮流

産業保健チームの役割を中心に

(財)労働科学研究所常務理事 小木和孝 2

## 労働科学と法の関連性

日本とドイツの労働安全衛生法

近畿大学法学部 三柴丈典 8

ソウルでの日韓・アジア交流 17

上肢作業障害の半世紀 21

### 新認定基準に関する見解

日本産業衛生学会頸肩腕障害研究会 25

労働者の健康情報に係るプライバシーの  
保護に関する検討会中間取りまとめ 34

連載 75

### 井上浩「監督官労災日記」 44

**ドキュメント**

## アスベスト禁止をめぐる世界の動き

国際自由労連がキャンペーン開始 48

**各地の便り／世界から**

ILO ● OHS-MSガイドラインの草案を公表 51

TCO ● 労働組合が独自のOHSE-MS基準 52

アジア ● 参加型安全衛生セミナーを体験 55

労働省 ● 焼却場解体工事自粛、緊急対策策定へ 57

労働省 ● 最低保障額を4,230円に引き下げ 58

**JOSHRC NEWSLETTER No.21** 59

# 産業保健活動の新たな潮流

## —産業保健チームの役割を中心に—

小木和孝

(財)労働科学研究所常務理事

(6月24日の労働者住民医療機関連絡会議第18回総会における講演内容を小木氏と同連絡会議の了承を得て掲載)

### 安全健康活動の3つの潮流

職場の安全健康活動は、大きな転換期にあると私たち皆が感じています。その転換の意味を今の潮流に照らして、一緒にみてみたいと思います。

今の潮流をまとめると、労働安全衛生マネジメントシステムに向けての動きに象徴されるように、①総合的な自主管理を共通の枠組みとする方向、②作業関連リスクへの職場ごとの対応、③それを具体化するための労使直接参加型の継続的改善活動、の3点が挙げられます。

この第1の流れは、法規準拠型から自主対応へ、法規にこだわり過ぎない大事な視点です。第2の流れは、筋骨格系やストレス、医療事故など多面リスクへの関心の高まりに支えられていて、健康診断中心の産業保健からの脱却に通ずると思います。第3の参加型は、各産業に広がっていますが、要は専門家は少し腰を引こうということであり、腰を引いた中で、現場の労使が中心となって産業保健をすすめる上で、専門家がどうやってうまく助言機能を果たせるかということだと思います。

私たちの関心の的となったJCO事故も、職業病

事故でした。安全と密接な職業病リスク管理を日本の先端企業やその系列企業が行えていなかったことを示した点で大きなショックであったわけですね。その一方で、この3つの潮流が新しく反省点として現われていて、包括的管理と複合リスク対策をめざした参加型の多面予防活動が求められており、それなしに職場健康問題にもマネジメント事故にも対処できないと強く感じます。

今の潮流を職業健康チームへのヒントとしてまとめると、①国際標準にリンクした包括的安全健康管理の助言、②実際的な複合リスク評価の促進、③参加型多面予防活動の支援に目を向けることができると思います。このそれぞれについてふれたいと思います。

### 包括的安全健康管理の助言

職場の安全健康の確保に包括的な自主管理が核になることは、1980年代からの国際的な大きな流れになっています。ILO労働安全衛生基準の性格を20年代ごとにみてみますと、この流れが鮮やかにみてとれます。日本ILO協会が出したILO講座の安全衛生の章に書いた年代表がそれをよく示



小木和孝さん

しています。1919年のILO創設から戦後にかけてのおよそ40年間には、沖仲仕、建築、有害物、夜業についてなど個別有害条件管理基準が作られていたものが、1960年代以降には、産業別や、作業環境全体への管理基準へ幅を広げています。1980年代以降は、完全に国際労働基準の方向を変え、企業内の包括管理責任を中心にして、個別有害条件管理の詳細についてはむしろ定めなくておおよそに変わりました。とりわけ、1981年の第155号労働安全衛生条約、1985年の第161号職業保健条約が根幹の2条約とされており、使用者の包括責任、労働者の知る権利・参加する権利を基にした複合リスク管理を強調するようになりました。第155号条約は、切迫した重大危険時の退避権で有名な条約ですが、それまでの基準のあり方を大きく変えた基本条約として知られています。日本は批准できないでいますが、その新しい国際基準の流れが、今日のマネジメントシステムの潮流と完全にリンクしていることが重要だと思います。

この国際標準の動きの出発点に、英国の労働安全衛生法制を自主対応型に転換させた1972年のローベンス報告があることが注目されます。法規準拠に頼ると安全衛生が停滞することを指摘した有名な報告ですが、それを受けてすぐの1974年に英国の労働安全衛生法ができ、欧州各国の労働

環境法が変わって、1981年のILO第155号条約に集約されました。その後1984年に今も世界最大の工場災害であるボパール災害で2,000人余が南インドで亡くなりましたが、相次いだ重大災害がマネジメント事故であるとの認識がすすみました。その後、1990年にILO化学物質条約ができ、1992年にリオデジャネイロの環境サミットがあって、21世紀へ向けたアジェンダ21が採択されて地球環境の新しい動きが始まり、1993年に自主対応を具体化した重大災害防止条約ができました。この条約は私がジュネーブで最後に仕事をしたときの印象深い条約です。それと平行して、ISO9000が1987年にでき、14000が1996年にできてこの国際動向を決定づけました。その後労働安全衛生マネジメントシステム国際規格が話題になり、先延ばしになり、それに代わってILOが労働安全衛生マネジメントシステムガイドラインを今年中に作ることにしています。この一連の動きが、自主管理が労災職業病予防の方向であるとの潮流をよく示しています。

こうした新しい動きに沿った英国の国内規格BS 8800が注目され、昨年、英国やノルウェー、マレーシア、オーストラリア等がOHSAS18000という国際連帯規格ができました。こうしたISO周辺の動きと、ILO基準・ガイドラインの動きは良く平行して、互いに新潮流としてマッチしています。それを私たちがどう踏まえていくかということだと思います。

日本でも、労働省が、昨年4月から自主的な労働安全衛生マネジメントシステムの推進に乗り出しました。わが国におけるマネジメントシステムは、これから普及の段階にあり、中小企業をはじめ衛生面を含めた自主管理体制をどう組み直すかが課題となっています。

さて、企業の自主責任による安全衛生の取り組みが大きな潮流になっている背景を示す点を2つほどあげたいと思います。ひとつは、安全衛生へのこうした取り組みが重大災害のようなマネジメント事故防止、環境管理の経験と共通している点です。重大災害防止、安全衛生、環境管理は、共に、①責任の明確化、②リスク評価と予防策実施、③その両者のレビューの3つのステップを共通軸としています。ILO第174号重大災害防止条約では、①に重

大災害の可能性ある事業所登録による責任明示、③に自主レビューによる安全報告書作成義務が相当し、そのレビュー義務でリスク評価と予防策が担保されることとなります。他方、ISO14000でも、①に環境ポリシーの明示、③に環境監査が相当し、その監査義務で対策実施を担保します。この点は、安全衛生でも同様であり、①として使用者責任の明示規定があり、③として労使参加しての自主点検義務があることにより、自主的に②のリスク評価と改善実施が確保されることとなります。

従来の法規準拠でいきますと、この②の対策項目を細かく決めてそのとおりの実施を問うていくのですが、それよりもむしろ①の責任明確化と③の自主レビューが確保されれば、②の対策実施に積極的に取り組むことになり、より安全で健康な職場確保に役立つとの考え方がはっきりと示されています。それがISO14000などの環境管理の新しい行き方なのですが、安全衛生面もそれとまったく平行して理解することができるわけです。

もうひとつは、最近のアジア各国の労働安全衛生法制に、この自主管理重視への転換が反映されている点です。労働安全衛生は旧植民地国の工場法、社会主義国の労働法に規定されているのが代表的でしたが、そうしたオールドスタイルの安全衛生法制に対してフィリピン、インドネシア、韓国など特別法を定める動きが1980年代から続きました。韓国の産業安全保健法は、日本の労働安全衛生法に似た法制です。さらに1990年代以降、マレーシア、フィジー、香港、タイなどに新しい形の自主対応重視の労働安全衛生法制が普及してきています。マレーシアの1994年の労働安全衛生法は、典型的にローベンス報告以後の英国法制に沿っていて、自営業者までを対象にした画期的な法律です。香港は、1997年中国復帰の直前に、新しい自主対応型の労働安全衛生法を採択しました。実は先週香港に行って労働者健康センターに協力して参加型ワークショップを開催しましたが、この新しい流れが香港に脈々と生きているということを実感しました。タイでも1998年に安全衛生マネジメント規格であるTIS18000を制定しました。これらに比べると、日本の労働安全衛生法はまだこ

の中間グループの色彩を強く持っているわけです。

そこで、法規準拠型から自主対応への流れをまとめると、以下のようになります。

| 法規準拠   | 自主対応  |
|--|---|
| (ローベンス報告では<br>rules-based)                   | (ローベンス報告では<br>enabling)                             |
| 法令による規制で<br>要因別技術基準を<br>監督により督励する<br>(受動的改善) | 責任明示による自主管理で<br>指導指針と継続的改善を<br>労使合意で実施する<br>(積極的改善) |

ローベンス報告は労働科学研究所から「労働における安全と保健—英国の産業安全保健制度改革—」として翻訳出版されています。多くの国の産業安全保健担当者のあいだで広く読まれていて、ぜひ一読をすすめた報告です。法規準拠では労災職業病を効果的に減らすことができないばかりか、関係者や労使が受動的で無関心になることから、根本的に改める必要があることを指摘して、今日の潮流をつくりました。法規準拠型は、わが国でもまだ根強く残っているように、法令による規制で、要因別基準を監督により督励する、罰則を設けるというシステムですが、言われたからやる受動的な改善になりがちです。これに対して、自主対応型では、責任を明示する法規に重きをおきます。細かくてすぐ時代遅れになる技術基準に頼らずに、指導指針を重視し、継続的改善を旨として労使合意で実施するということになります。そうすると、積極的に改善が進むというのが今の教訓であり、それが新しい流れになっています。健康診断を軸とした産業保健が法規準拠型に流れて一次予防に結びつきにくくなっているのは、この文脈からいうと良く理解できます。

### 実際の複合リスク評価の促進

安全と衛生を共通して取り上げ、しかも一次予防を推進していくには、職場単位で複合リスク評価を日常的に行っていく必要があります。基準合わせや環境測定・健康診断結果の応用だけでは、どうしても一面的となって、職場に多面に存在する複合リスクに有効に対処できません。複合リスク評価

の進め方に、よい参考となるのが、ISO14000などの環境管理のマネジメント手法を取り入れた安全衛生マネジメントシステムと、複合リスクの典型としてよい筋骨格系健康障害予防策です。

環境マネジメント手法と労働安全衛生マネジメントシステムとが類似していることはすでに述べたとおりですが、アジア諸国でそれを生かした職場改善がすすんでいることが注目されます。例えば、マレーシア、タイ、香港などがそうですし、オーストラリア、ニュージーランドでも早くから常識となっています。手法としてISO14000を軸にした英国のBS8800や各国連合のOHSAS18000など普及度の高いシステム構成をとり、安全と保健を一緒に取り上げ、使用者責任による方針と計画で自主監査・自主マネジメントを行うことを基本とします。こうした自主管理体制をとると、職場ごとに作業関連のリスクに目配りしやすくなり、計画・訓練・文書化で下支えしますから、一面的にならずに欠陥・原因を知って改善していくことが促進できます。タイのTSI18000は始まったばかりですが、この各要素を全部入れて最後に総合的レビューをおこなうことを推奨しています。このマネジメント手法の応用が、新しい複合リスク評価の眼目になると思います。

マネジメント手法が環境管理手法の単なる横への流用でないことは、幅広く目配りした複合リスク対策がILO155号、161号条約のなかでも強調されていることからわかります。この両条約でも、またその後の条約・勧告でも、安全で健康への危険がない設備・工程とする使用者責任を下請け企業を含めて規定し、人間工学も含めた総合的な複合リスク対策に力点を置いています。1998年の世界中の労働安全衛生マネジメントシステムILO調査によりますと、こうした労使の積極的参加と訓練による複合予防措置を重んずる点で共通しています。

英国の労働安全衛生マネジメント規則では、適切で十分なリスク評価の条件を出しています。まず、職場における有害な作業側面・リスクを系統的に確認すること、そして使用者がとるべき優先措置を決められるようにすること、さらに、当の労働にとって適切で有効な方法がとられていることの3つを挙げています。職場ごとに系統的な手法でリスクを洗

い出し、どの点に優先して措置するかを、労働者の合意を得て判断する、そういう設定です。職場で労使が理解して応用できる実際的な複合リスク評価手法が大事となります。

日本でも労働安全衛生マネジメントを重視してBS8800認証を取得する中小企業がでてきました。産業衛生学会でもBS8800を取得した鉄工所から感銘深い報告がありました。どういうメリットがあるかをまとめてみますと、労使の直接参加ですばやく対応でき、法律のためでなく安全・健康に取り組める利点があらず、それに加えて、リスク対応の企業責任を明確しておける、事故時に問題を早く解明できる、予防に全社的に積極的になれる、労使で情報を共有できるなどがあげられています。要するに自主的に継続的改善をめざせる、そのための複合リスク評価を現実に行っているというのがこれら企業の感想です。

マネジメントシステム手法が複合リスク評価に有効であることは、きわめて示唆的です。この点は、例えば、環境測定が、取り上げた要因については細かい評価を行っているようにみえながら、筋骨格系要因にもマネジメント要因にも目がとどきにくく、また健康診断が健康影響の有無と個人予防策に視点を限ることが多くて、職場の一次予防に一般に冷たいことが強く反省されるようになったことからいっても、重要な点に思われます。

マネジメント視点の大きな利点は、作業場を区分して危険有害要因をリストアップしていく手法を労使参加でとる点と、リスク評価を追加対策の要否判定に直結させていく点とにあるとみられます。労働科学研究所で昨年まとめた労働安全衛生マネジメント手順でも、また中小企業を対象とした英国安全衛生監督庁(Health and Safety Executive、HSEと呼ばれています)推奨の“ファイブ・ステップス”でも、この作業場区分による危険有害要因リストアップと対策要否判定を基本ステップに組み入れています。5つのステップは、「危害要因確認」、「曝される作業員区分」、「追加必要対策洗い出し」、「記録」、「見直し」です。中央労働災害防止協会が昨年度私も参加して作成した中小企業リスク評価モデルでも、このファイブ・ステップスを下敷きにして

作業場区分と対策要否判定を組み入れました。

この基本ステップのなかで、「危害要因のリスクに曝される作業群を決める」ステップと、その作業群ごとに「リスク低減措置追加の要否を判定する」ことを手順とすれば、当然に、幅広い要因リストアップが行われ、どういう追加措置が優先して必要かの判断が求められます。それによって実践的な複合リスク評価を職場単位で行うこととなります。「記録」と、「見直し」の手順でその実践的な実施をきちんと裏づけるわけです。

さて、このリスク判定結果が重要となりますが、取り上げたリスクがその作業群について許容できるか、追加の低減措置が必要か、緊急停止が必要かの3段階のいずれかに判定するのが普通です。企業としてどう対応するかで決めていくわけです。この判定は労使が主体的に行うものですから、健康診断や環境測定でときとして誤解されているように、安全保健担当者が行うものではありません。安全保健担当者はこの判定に助言を提供する立場です。その助言内容としては、リスク評価を請け負う立場でなしに、中小企業を含むそれぞれの職場労使が幅広く目配りしたり対策追加の要否を判断できたりする助言である必要があります。職場巡視、直接対話、グループ討議を行いながら、問題となる危険有害要因、類似職場事例について情報提供し、作業者の訴えと提案を尊重することが重要です。

よい例として、作業関連筋骨格系リスクの現場対応があります。わが国でも腰痛や頸肩腕障害リスクに対しては、こうした複合リスク評価が浸透していますが、国際的にもそうです。ヨーロッパとカナダが協同して作成した上肢筋骨格障害マニュアルを見ますと、作業・環境要因評価と健康影響評価の平行実施を提案し、とくに作業群別のリスクファクター評価に重きをおいています。健康影響評価は健康診断、健康相談に当たりますが、リスクファクター評価で際立ったリスクがないと判断されれば、2年に1度でいいとしています。リスクファクター点検は毎年行い、チェックリスト、作業観測などで、取られている予防措置の適否を検討します。職場巡視とグループ討議を手順化しています。

昨年7月の労研創立記念シンポジウムでマネージメントシステムを取り上げたさい、英国のコンサルタントにローベンス報告以降の動きを解説してもらいました。例として述べた自動車整備工場脱脂槽のリスク評価は、以下のように具体的で、大いに参考になります。

- ① 情報収集 作業のしやすさ、気流・気温環境、溶剤の吸入・こぼれ・火災・皮膚汚染、訴えの有無、蓋・保護具・曝露・換気の管理状況、緊急時対応チェック
- ② 現場点検 火災源・接触源、こぼれと排出、リスク認識、残業・夜勤時監督
- ③ 必要措置判定 エプロン着用、使用後の蓋、発火源隔離、緊急措置、非正常作業防護

情報収集は、面接と記録照合で、現場点検は職場巡視と合同討議でできるわけです。必要措置を指摘できる点検を行うかたちで溶剤リスク管理を行うべきことがよくわかります。

### 参加型多面予防活動の支援

どの職場にもある複合リスクの評価と対策改善をマネジメント視点で行っていくには、参加型の活動が欠かせないことは、いうまでもありません。安全と解離した専門職請け負いや健康診断中心に陥りやすかった産業保健活動から脱皮していくためにも、参加型活動の推進は重要な課題になっています。最近の国内外における多くの経験に学べます。

ILOが調査した多面職場アクションの例に、7ポイント・ストレス対策がありました。この調査結果でも、専門家主導でない参加型多面策実施で職場ストレス対策が最も効果的であると結論しているのですが、イタリアの航空管制官を対象にした7ポイント対策などが例として報告されています。その7ポイントは、管制機器の信頼性向上、労働時間短縮と休憩制導入、早期交代制導入と仮眠、温熱・騒音・照明環境の改善、ワークステーションの人間工学改善、フィットネスジム利用、健康監視です。健康監視は必要ではあるが、それ以外の多面対策を組み合わせることが効果があったことをあざやかに示しています。現場直結型の参加型研修が産業保健面を含めた

安全保健活動の核であるとの考えも国際的に普及し、国内でも多くの職場に広まりつつあります。国際的に参加型職場改善で有名なのはワイズ方式ですが、私のバンコクILO勤務時代に開発され、アジア・南米で広まりアフリカでも普及しています。ワイズ方式は参加型でWork Improvement in Small Enterprisesを略してWISE方式と呼ばれています。今日報告していただく日本の参加型活動(省略)と内容的にも思想的にもリンクした方法です。現場慣行から出発して、実績に焦点を合わせることに力点をおきます。そして、実行して学ぶグループワークにより低コスト改善を主体として短期間のうちに改善を実施していきます。

改善例は数多く、フィリピン、タイ、南アジア、南米から報告されており、改善実例を多く入れたチェックリスト、マニュアル、トレーナー手引きができています。ワイズと平行して、ベトナム農村地域で参加型現場改善活動が普及し、国際労働財団(JILAF)が提携している労働組合の参加型安全衛生活動研修も南アジア各国で活発です。いずれにも労研国際協力室が協力していて、アジア地域ネットワークができていますが、参加型の現場改善経験の交流が日本の自治労、中小企業、金属産業などの同様の活動とも提携して進められています。改善実例のデータベースを構築しようというところにきています。

こうした改善事例に基づく低コスト改善点は、今の潮流である自主複合改善のよい応用例になっています。共通点が多く、資材運搬の多段棚、カート・リフター利用、ホーム区分や、ワークステーションのリーチ内小容器と固定装置活用、肘高作業、識別支援、また有害源隔離と休養施設を含む快適化、さらに作業編成など、複合視点に役立ちます。参加型複合リスク対策のトレンドを見ますと、次の4点に集約されます。

- ① 日常の改善努力の上に積み上げる  
地元と類似職場の改善実例を知って
- ② 複合要因の同時評価を心がける  
職場巡視・聞き取り記録を活用して
- ③ 要因曝露・健康影響データを広く取る  
諸データと訴えを尊重し定性評価も行って
- ④ 実施可能な低コスト策から実施する  
小改善を段階的に

共通特徴として、良好事例を活用して、自主チェックで段階的に進める手順が軸になっていきます。これからの産業保健で、グループワークなしではもう進まない時勢になったことをはっきり感じさせます。

## これからの産業保健チームの役割

以上で述べた大きな潮流が、国内外で産業保健活動の枠組みを転換させてきたといつてよいように思われます。健康を専門職中心に看取ることが産業保健であるように狭く捉えられていた時期もあったように思いますが、この枠組み転換で新たな共通の視野が開けているように感じます。自主改善をどう助言し支援するかが、実践的なリスク評価法の応用とともに、これからの核になっていくと思います。方向として、法規準拠の脱却、狭い健康看取りからの脱皮、グループワーク重視が課題のようです。

これからの産業保健チームの役割としては、次の3つを大事とみたいと思います。

- ① 自主継続改善の枠組みを支える(自主対応の計画と危険有害要因確認)
- ② 労働関連リスクの評価・対策を助言する(実際の対策指向の複合リスク評価)
- ③ 情報・訓練を軸に参加型活動を支援する(役立つ情報とトレーニング)

第1の自主継続改善の枠組みは、自主対応の、自主計画型の、しかも危害源を自前で確認していく枠組みです。作業場区分けが手法の核になります。その企業内の枠組みを作りやすくなるのが産業保健チームの重大な任務だと思います。第2の労働関連リスクについての助言は、多面的評価についての助言を実際的に、しかも対策指向で行う必要があります。良好事例に依拠するやり方が有効と思います。そして第3の情報・訓練を軸にした参加型活動支援では、トレーニングも参加型でやるべきこととなります。これからの産業保健活動では、自主継続的改善に結びつく助言とリスク評価支援がとくに重要と思われれます。現場ごとの対応を生かすには、多様に産業保健活動をすすめる良好経験の交流が役立つと考えます。そうした「枠組み思考」に軸足を置いていきたいものです。



# 労働科学と法の関連性

## —日本とドイツの労働安全衛生法—

三柴 丈典

近畿大学法学部

(7月23日の全国安全センター第11回総会における  
講演内容を編集部の責任でまとめました。)

### はじめに

今日は主にドイツの労働安全衛生法についてお話ししたいと思います。日本の問題についてもお話ししたいのですが、時間の関係もありますので、別の機会に譲るとことにします。ただ現在起こっている複雑多様な労働危険の問題というのは、行政の手に負えなくなっているような状況にあります。いま盛んに「新たな危険だ」といって騒がれているような問題、それから法制上、制度上問題だと言われているようなことは、現在の労働安全衛生法を制定する審議過程ですでに話されていた、議論されていた問題が多いのです。その意味では、わが国ではそもそも歴史的に本質的な問題をずっと抱えていたということがわかります。

そこで、私がひとつ注目しているテーマというのが労働者であります。わが国では、安全衛生を守るための主体として、労働者だけが欠けています。私は四者の共同とよくいうのですが—行政と事業者、そして安全衛生の専門家あるいは労働科学の専門家とも言えますけれども、それから労働者—

この四者が一致共同しないと、とても複雑ないま起こっているような問題には対処できません。現実には、わが国では行政がトップに立って「おれが責任持たなきゃ誰がやるんだ」、「他の連中が信用できるのか？ 労働者など信用できない」という本音を持ってきているということが制度上ははっきりとわかります。行政がトップにいて、その下に事業者がいて、それを補佐する専門家がいて、その下に労働者がいる。これを私は「指導順位体制」と呼んでおりますが、上からトップダウンのかたちで産業を急いで展開するけれども、けがや事故は最小限に食い止めたいから安全衛生でヒエラルキーを作る—封建指導体制を作る。そして、上(行政)のいうことを黙って聞いていれればいいだとかたちで何とかやってきたのです。しかし、別に労働者だけの話ではありませんが、非常に残念なことに、日本人の識字率は高いが、文化レベルが高いかというところでは疑問を持つところ です。

今後、労働者も学ばなければならない。労働者が科学に近づく、もっと言えば日本人がもっと科学に近づくということが教育制度を含めて求められていると思います。そうした前提のもとに、ドイツの制度についてお話しをしたいと思います。



三柴丈典さん

## なぜドイツか—労働者参加の伝統

まずドイツ法に関する検討から始めます。私がなぜドイツを比較の対象として取り上げたのかといいますと、ドイツというのは長い間、安全衛生劣等国でありました。EC加盟国のなかでも災害発生率がトップであり、また、ストレス対策など最近の問題についてもスウェーデンやフィンランド、オランダの方が進んでいて、ドイツは遅れをとった中等国と言われています。また、ドイツの労働安全衛生法制度というのは非常に複雑になっていて、米国、イギリス、あるいは日本のように労働安全衛生法典があり、それを補完する省令があるというかたちになってはいません。非常に複雑多様な構造になっています。

最近、1996年に新労働保護法という法律ができました。この法律は、ECの枠組み指令が1989年にでているのですが、その基本指令を国内に持ちこむという意味もあって作られました。「この際だからあまりに複雑でバラバラな法律を整理しよう」という意味もあって、この安全衛生に関する基本的法律ができたというわけです。しかし、いままであった法律はもとのまま残っていて、そのなかの原

則だけをひとつにまとめて法律にしたので、多少は新しい面もあるものの、実質的にはこれまでの複雑さが解消されたかというところ全然されていません。また内容が変わっているということもそれほどありません。

ではなぜ、そんな国を取り上げたのかということですが、実はドイツは歴史的に労働者参加、労働者自治ということが非常に進んだ国であります。それに科学と国民が近い、科学と労働者が近いという意味では抜群です。科学に対して法律の制度も労働者自身も信頼が非常に厚い、さらにEC友邦諸国が刻々と安全衛生に対して進展を遂げています。そうした意味で加盟国のひとつであるドイツが法的に議論が充実しているというのは言うまでもありません。1972年にイギリスのローベンス報告というものが出されたことはご存知の方も多いかと思えます。これは労働者参加を主に言った報告ですが、イギリスはこの報告を出す前にドイツの制度について視察・調査しています。この視察に基づいてローベンス報告が出されたのですが、さらにこれをドイツが参照して新労働安全法ができました。この新労働安全法というのは、日本でいう産業医（ドイツでは事業所医）や労働安全の専門家等々を雇いなさい、選任しなさい」ということを含めて義務づける法律です。

いずれにせよ、労働者参加を基本にすえた制度を持ち、傾向としてはわが国と同じように労働災害は一応減ってきています。さらに先ほど述べた労働安全法というものができた後に衛生危険、衛生被害も若干減っているという傾向もあり、参考にすべき点はかなり多いと言えるでしょう。

## 日本と似た労働災害の動向

さて、ドイツの労働災害の傾向についてですが、やはり伝統的な意味でも労働災害というのが全体として減少し、その代わり、職業病等、作業関連疾患が増加してきているということが出来ます。ドイツでは1963年以降、法律に基づき連邦災害予防報告という労災統計の作成が連邦政府に義務づけ

られています。また後に述べる災害保険組合というのがあるがこれも独自の統計を作成しています。これを見てみると大まかな統計というのは、過労死あるいは過労等の特殊事情等を除くと、わが国とあまり大差はないということが出来ます。例えば、建設業を中心に依然として伝統的労働災害も多いが、とくに死亡災害などは減少している。また、職業病に関しては、溶媒などの化学薬品による疾患であるとか、機械装置によるじん帯、腱鞘の損傷であるとか、不自然な姿勢の継続による腰椎板等の疾患等の衛生被害が依然増加傾向にあります。

ドイツでも労災補償制度というのにはメリット制が採用されていて、とくに不況になると労災申告件数が減る傾向があるのもわが国と同様です。また労災職業病の申告義務というのが3日間を超える労働不能を前提に義務づけられているので、それ以下になるような前段階疾患については報告されていません。したがって統計に見えているのは氷山の一角だというのやはりわが国と一緒にです。しかしながら、先ほど述べたとおり、ドイツでは労働者参加が図られ、また、労働科学というのがすごく信頼されて労働安全衛生の法制度ができていくということが、今後どちらがうまく行くだろうかということをお考えすると、おして知るべしということだろうと思います。

## 二本立ての労働安全衛生体系

### ● 技術的労働保護法

次にドイツの労働安全衛生法について、簡単に概要をご説明したいと思います。

ドイツでは労働安全衛生法という名称ではありません。技術的労働保護法という呼び方をしています。なぜこんな呼び方をしているかと言いますと、例えば解雇告知、労働時間の制限などについては社会的労働保護と呼んで区別をしているわけです。とはいえ、統一的な労働安全衛生法典があるわけではありません。労働法とか他の社会保険法、補償法、それから公法とか私法とかいろいろな分

野に分散した複雑な構造になっています。

### ● 国家が監督する法体系

ドイツで特徴的なのは、国家が監督するという法体系がひとつあって、また、それとは別に社会保険・社会保障の体系があります。この両方が安全衛生を司っている、管掌しているのです。

整理を深めると、日本でいう労働基準監督署が司るような営業法という法律体系があります。てっぺんに営業法120条(a)という法律があって、ここで一般的に安全衛生管理義務が使用者にあるのだということをおうたっています(現在は新労働保護法3条に吸収・統合)。ただ、これだけでは曖昧過ぎるので、具体的に場面ごとにどういうことになるのかをはっきり書いている法規命令がその下にあります。これは職場に関する命令であるとか、危険物質に関する命令などで、こうした政令によって一般的な安全衛生管理義務が具体的かつわかりやすくになっているのです。これは日本でいう労働基準監督署、ドイツでは営業監督と言いますが、営業監督を中心とした監督取り締りの法体系です。

それと別に、連邦労働社会省、連邦厚生省—日本でいう労働省と厚生省—をはじめとする連邦政府およびラント政府両者が取り扱っている製造者、危険な機械の製造あるいは輸入業者を対象とする機械器具安全法という法律の体系があります。日本ではこれは労働安全衛生法の中に含まれていますが、ドイツでは別の法律となっています。

それから、事業者、事業所医や労働安全専門職員の選任を義務づけ、とりわけ最近の労働危険への対処を図る労働安全法という法の体系もあります。

それから、わが国との比較で面白いのが、環境法の体系があります。扱っているのは連邦環境自然保護原子力安全省というところで日本でいう環境庁のようなものです。ただし原子力が入っているので通産とか科学技術庁などの管轄も入るということでしょうか。この環境法のなかで、経営内環境委員という制度があります。これは各企業の経営、各企業の事業所内での環境問題を取り扱っている人たちです。各企業で、安全衛生とりわけ衛生で

すが、環境問題一般にとどまらず、企業のなかにも環境問題はあるのだということで、環境上の企業内委員というものを各企業で制度化されているということです。

### ● 労使自治による災害保険組合 同組合が予防規則を制定

述べてきたような法体系がひとつにまとまって、公法という体系になるわけです。わが国でいうと労働基準監督署を中心とする労働省からの体系で守られている法律ですが、それとは別に、社会保障法の体系というのがあります。災害保険組合という団体があり、これが法律でいろいろ細かく定められています。重要なのは災害保険組合というのが災害の補償と災害の予防の両方をやっています。

そしてこれは国ではありません。半公半民と言ってよいと思います。これは、労働者の代表と使用者の代表がそれぞれ集まり総会を形成し、そこから選ばれた理事会があり、また選ばれた事務局がある。ともかく労使の代表が集まって作った組織です。組織についての細かいことは法律で定められている。その意味で半公半民というわけですが、国家からの予算は一銭ももらっていません。

この災害保険組合を中心とする体系が国家が監督し取り締まる体系と競争しあって安全衛生を確保している。これがドイツの特徴です。国家だけでは信用ならん、われわれもやるのだという体系がある。これは歴史をさかのぼるとビスマルクの時代までさかのぼるのですが、ビスマルクの時代の労災保険立法のなかで出てきた団体で、もともとは経営者団体を母体にしていました。

その意味では日本でいう中央労働災害防止協会のような感じです。実は日本の中災防と業種別の労災防止協会はこれを真似て作っているのです。しかし、労使自治というところが完全に換骨奪胎しております。抜け落ちています。わざと抜いたんです。いずれにしてもこの災害防止協会というのが災害の補償および予防を両方やっています。日本は災害予防の中災防、労災防止協会。災害補償の方は労働省が直接やっています。でも要するに

後ろで糸を引いている(あるいは直接管掌している)のはどちらも労働省です。

ドイツで災害防止協会のような団体がなぜ補償と予防の両方をやるのかと言いますと、災害が起きてしまったからでは金がかかってしまう、だから起こさないように予防に力をいれるという、ひとつの団体がやっていることで構造的な圧力がかかるということです。その意味では抛出が制限的になってしまうという批判もありますが、それを防ぐためにさらにいろいろとられている策は後にお話しします。

また、この予防という職務のなかに、法律を作るということがあります。災害予防規則という規定規則を作る権限が法律上与えられています。これは驚くべきことですが、国家ではないのに、立法権限など本来ないはずなのですが、本来保険組合に加盟している事業主にしか適応されないルールだったはずの規則が、数々の判例、歴史のなかでいつの間にか「もつと使えるじゃないか」と、一般の法律と同じように認められてきてしまったという経過があるのです。ともかく民間が非常に信用されているということが驚くところです。その信用されている民間というのはよく勉強しているという前提があるわけです。半公半民組織や、労使の自治的組織が法律を作る権限を持っているということです。

### ● 民法に安全配慮義務を明記

それからもうひとつ、ドイツの民法では安全配慮義務について明記してあります。日本ではありません。この民法における安全配慮義務の明記ですが、先ほど述べてきた災害保険組合、あるいは災害保険組合を作る社会保障法の体系、それから国家が取り締まる法体系、ここで細かく定められた安全衛生の法律を不法行為訴訟とか民事損害賠償請求といったところで使えるように、私法の分野にこうしたところで作られた細かい法律を持ちこむために作られています。

### ● ヨーロッパ・レベルの法

そしてここまではドイツ国内の体系ですが、さらに超国家的な存在としてEC、EUの体系があり、ここから指令であるとか、勧告というかたちで指針

を出します。それを加盟国は当然守る義務があるわけです。

## 労働科学と法の関連性

今日お話しをしている大きなテーマは、科学と人間、労働者と科学です。ドイツの労働安全衛生法—すなわち技術的労働保護法。このなかにある法規には、すばやく専門的な対応が求められる労働危険というのが増えているということで、その時々科学的認識、実務上、学術上の先端認識を直接法律に取り込むことが行われております。

例をみますと、1992年機械器具安全法—先ほどお話しした機械を製造あるいは輸入する業者を取り締まる法律では、「法令に何ら要件の定められていない技術的労働手段は、それが一般に承認された技術規定…に則した状態にある場合のみ、市場に提供することができる」と定めています。要するに「一般に承認された技術規定」とは、科学的に先端で認められた認識であり、これに見合っている場合のみ、売ってもいいということです。機械を作るものは危険がないということを科学的に先端で認められている、一般的科学として誰から見ても明白であるということが市場にだす要件だとする法律です。ものすごく科学を信用していることがわかります。

ちなみに日本はどうかと言いますと、労働安全衛生法のなかにそういう意味で基準として取り入れられているのはJIS規格だけです。JIS規格自体が通産省の管轄—お役所の出先機関でありますから、やはり役所中心です。

しかし、ドイツでは、民間が認めた技術の指針の最先端で安全が保障されていない限りは、売り物として出せないという法律が堂々とあるわけです。ただし、当然すべてが科学的にその先端レベルで安全が確認できないといけないというのでは大変なことになりますので、段階が設けられています。3段階に分かれます。ひとつは一般に承認された技術規定。これは試験で実証済みの規格ということです。これはDIN(ドイツ規格研究機構)という組

織であるとか、VDE(ドイツ電気技師連盟)などが作る規格です。これは実験も済んでいて確証度の高いレベルです。2番目には、たとえ一部であって根拠をきちんと唱えられる有力な専門家集団がそれを確実だと言っている場合は、別に試験で実証を経なくてもよいという技術基準というものがあります。これも科学的にかなり確証が高いという基準です。次に科学的に有力説があるという程度の基準、そして3番目に有力説がある云々ではなく本当に学問の先端で認識している人が例えばひとりでもいるという基準があります。

ドイツの法律ではこの3つの基準を場合によって使い分けています。ここは絶対に危険があってはならない、しかも科学的に解明の難しい分野—例えば原子力など—の場合にはこの第3の基準を使います。少しでも危険があるという科学者がいた場合にはもうそれを認めることにしているわけです。逆に比較的危険の少ないところで仮に災害が起こったとしても何とか防ぎ得る分野という時には第1の基準を使うとかというわけです。

重要なことは、こうした規格や基準というのは、広い意味での労働科学が作っているわけですが、この労働科学というのは労働者が協力しないといけない学問です。日本にも労働科学研究所という文部省管轄の研究機関がありますが、その酒井一博所長も、「労働科学とは歩(ポ)見(ケ)聞(モン)だ」。つまり、現場を歩いて、見て、労働者に聞いて実態調査をして、はじめてできる学問だと強調されています。

そして、その学問で得た成果はどこに返されるのかといえば労働者にフィードバックされるわけです。だから労働科学というのは、手段と目的が労働者だといえるのです。私のテーマとする労働者参加と労働科学というのは別のことを言っているのではなくて、同じこととして、一体なのです。労働者の協力参加がないとできない学問からできた規格、その確立性によっていろいろ分かれているが、ドイツは、その規格をうまく使い分けているのです。これがドイツの法制度の基本です。

例えば喫煙についても、ドイツは日本に先駆けて比較的早くに判例で認めています。実はこの判

例が認められた段階で、国家は喫煙の発がん性をまだ認めてはいませんでした。しかし、裁判所のほうが先に認めた。それはなぜかといいますと、その時点で民間の規格作りが進んでいて、それを取り込んだのです。民間で「危険だ」と言っている、それもかなり科学的に確証度の高いものだ、それだったら取り入れればいいのではないかというわけです。民間が公かという問題ではない。とにかく科学が信用されていて、国全体が尊重しているのです。しかし規格をただ作って適応すればいいのかというと、これにはいろいろ問題もあります。だいたいなぜ民間団体が法律を作るのかという問題がありますし、規格を作ったはいいけれど場面によって違うでしょう、事業所によって事情がちがうのに同じ規格で細かいもの作って適用できるのか等、様々な問題があります。

## 労働科学的認識のルール化

さて、ドイツでは労働科学の研究が進められ、その労働科学によって分かったことが規格というかたちで整理される。ここまではお話ししましたので、次はその使い方についてです。

### ● 労働科学的認識の直接的法(規)化

経営内外の法的災害予防機関における労使自治的規範設定による労働科学的認識の吸収と、ちょっとややこしい言い方をしています。ひとつは法律に直接取りこんでしまう。

### ● 災害保険組合の作る予防規則

それから、災害保険組合が法律を作る権限を事実上与えられていると先ほどお話ししました。その法律を作るのは誰かといいますと、労働者から選ばれてきた代表(DGBが多いのですが)、それから使用者から選ばれてきた代表。予算はどこがまかなっているかといいますと、全額使用者負担です。これは歴史的には労働者にも負担させようという案もあったのですが、結局使用者負担で落ち付いた。いずれにしても労使が話し合って予防規

則を決めます。

この災害保険組合は、現在55の産業ごとに作られています。細かい規則をたくさん作っています。この作った規則を守っていれば国の作った規則も守れます。ここがポイントです。制度がいろいろあって複雑なのですが、しかし、事業主が何を守っていればいいのかというと、災害保険組合の作った規則を守っていれば大体大丈夫ということなのです。規則にはなっていないけれどマニュアルも細かいものを作っていて、これも重要な指針のひとつとなっています。

そして、ここで作られた予防規則には、いち早く労働科学の規格が取りこまれます。日本では科学の研究成果が少ない要員しかない行政の目にとまらなければだめです。日本の労働科学は大きく3つあって、労働省所管の産業安全研究所、産業医学総合研究所、それから民間の労働科学研究所であろうと思います。2年前に聞いたところによりますと産安研は予算10億円、産医研はわずか5億6千万とのことでした。ドイツの10分の1以下です。様々、マックスプランクなど大きな研究所でもやっていますので、それらも含めると100分の1ということにもなりかねない数値です。貧弱です。

### ● 経営協議会による協定

さて、ひとつの手段はこの災害予防規則を作るときに、労働科学の研究成果をすぐ取り入れること、それからもうひとつ重要なことですが、経営協議会というものがあります。従業員代表委員会とも訳されます。各事業所ごとに労働者の代表を集めた機関です。これは労働組合とは違います。労働者の代表が集まって使用者と協議をするわけです。ここが安全衛生の仕事もやっています。これは事業所に密着して事業所の代表者がやっている機関ですから、当然事業所個別の事情がよくわかっているわけです。

実は経営協議会に安全衛生を任せるといって法律一経営組織法というのができたのも、「事業所のことは事業所に任せよう、事業所のことは事業所の者がよくわかっているはずだ。だから国が作る法律だけでは、一般的かつ曖昧でとらえきれないの

で、細かいことは事業所ごとに決めてもらおう」という意図からでした。もちろん最低基準は国家で作ったり、災害保険組合が作ったりしますが、それ以上の「事業所にしか分からないような内容について」は事業所ごとにルールを作ってもらおう。その時に経営協議会—従業員代表委員会がその仕事を担うというわけです。

ここでも労働科学の研究成果というのを取り入れていく。わが国の労働組合でも同じだと思いますが事業所ごとに経営協議会のメンバーのなかで労働安全の担当者というのが決めてあります。安全衛生の勉強を一生懸命やるのですが、実はその研修、資料等費用を含め使用者負担であると法律で定められています。それから、労働時間の中で賃金保証をされたなかでこれらの勉強ができる環境が整っています。だからこの労働科学、労働安全衛生をよく勉強している人たちが規格を取り入れ、職場のルールにするという体制ができています。

このように、労働科学をルールにする、規格にするという手段が、ドイツでは大きくって3つあるということ。ひとつには、法律でそのまま変えてしまう。ふたつには、災害予防規則という災害保険組合が作る規則に取り入れる。みつ目には、事業者ごとの労働者の代表が事業所協定というルールを結ぶわけですけれども、そこに労働科学を取り入れる。その協定はもちろん使用者と話し合って決めます。

### 労働科学の職場での実践・運用

では、こうして規格ができればそれで終わりかというところというわけにはいきません。ルールができればそれを運用しなければいけません。使うレベルでどういうものがあるかという話をします。これは、わが国の労働安全法ができるときに研究会あるいは国会の委員会でも議論がありました。そのなかで「知る権利」と「危険業務から退避する権利」、それから危険な状態をほっとくことにはなりませんから、「積極的な是正を求める権利」—この3つの権利がざんざん総評を中心とした労働者側から主張

されておりまして。この労働者参加については皆さんの中でもいろいろ取り組みがあると思いますが、それを権利として法律的根拠のあるものとして認めるかどうかの問題になりました。結果としてわが国の労働安全衛生法というのは、行政を中心としたトップダウンのシステムになっていますから、労働者から「われわれの権利なんだ」と主張できるような権利は絶対に認めませんでした。

ドイツはどうなのかと言いますと、結論としては、3つとも全部認められています。まず、概念的に原理としては安全配慮義務がまず認められている。そしてこの配慮義務が認められている以上、そういう権利があるのは当然だという考え方が根底にあります。

しかし、それだけでは曖昧なので、法律で具体的にその権利の内容を定めています。たとえば危険有害物質に関する命令であるとか、経営組織法というものに事業所ごとの代表の職務についていろいろ書いているとお話ししましたが、この経営組織法のなかで、こうした権利を定めています。実はこのようにバラバラなので困るのですが、ただちゃんと法律のなかで権利が明記されているということです。

では、どういう場合にこれらの権利を行使することが認められるかですが、その場合、決まってこの労働科学の基準というのが用いられています。具体的には、MAK値とか、TRK値とかBAT値というのが使われています。MAK値というのは、職場にある粉じんであるちり、ほこりといったものの濃度許容基準。TRK値というのは、短時間ならばよいが、摂取すると世代を超えて出てくる発がん性物質などを基準化したもの。BAT値というのが、血中に有害物質が含まれているかどうかを測る基準であります。

こうした基準が民間あるいは公的な研究機関でいろいろ研究されるわけです。随時、国内のいろいろな研究所の雑誌に情報が出てくるので、それに目配りをしておかなければいけません。その基準として認められたものを超えるような危険が職場にあった場合には、当然、そうした危険があるかどうかというのを知らせるということになります。

それから、そうした危険があるのであれば、そんな危険なところで働けるかということで逃げられるという権利が認められます。さらに、危険状態を放置するのではなくて積極的に直せという権利が認められます。

結論から言います。要するにもすごく科学が信頼されている。そして、その科学を支えているのが労働者です。

労働科学とそれを支える労働者、これが基準を作り、その基準を職場で運用する権利を与えられている、これがドイツのシステムの特徴のひとつです。さらにもうひとつという、先ほど述べた1973年にできた労働安全法という法律は、簡単にいうと、わが国でいう産業医をはじめとする労働安全の専門家をうまく使いなさいという法律ですが、驚くべきは、この専門家を採用するとき、仕事につけると、やめさせるとき、仕事を奪うとき—こうした場合の全部、労働者の同意が必要となります。日本では事業者が雇って終わりです。やめさせるときにちょっと規制を加えたというのが最近の労働安全衛生法改正でありました。

しかし、ドイツは全然違います。誰を雇うか、どういう職につけるか、どういう職を与えるか、そしていつやめさせるか、あるいはやめさせないか、こうした問題について仕事の割り振りから解約に至るまですべて労働者の同意が必要です。そのことが労働安全法に書かれていますし、実は、そういう専門家に関わらず、労働者全体の採用や解雇について経営組織法という法律のなかで、前提として定めがあるわけです。

そうすると、ドイツでは労働者というのは、専門家をうまく使う権利も持っているということになります。専門家を使う権利とでも言いましょうか。ですから自分たちが安全衛生のことを知らなければ専門家は使えませんので、知識を得る前提条件がプレッシャーと言いますか、法制度上あるわけです。

### 労働科学の法的吸収サポート体制

以上、いろいろ論じてきましたが、この労働科学

というものに身近でなければならぬという労働者は、当然労働科学を勉強する場を持たなければ絵に書いた餅になってしまいます。そこで、ドイツの法制度では、勉強する機会を与えるような仕組みをきちんと用意しています。労働科学の法的吸収システムのサポート体制です。

まず、1996年に新労働保護法という新しい法律ができました。この法律では労働者はただ単に法律を守ればよいというだけでなく、使用者が労働安全法上の義務を遂行することを効果的かつ総合的に助ける義務を負うと定めています。これは日本にこのまま持ちこんだとしたら、労働者の責任が増えるということでは使用者の免責の理由にされる危険が予測されますけれど、ドイツでこれを定めている意味というのは全く違います。それは、あくまでも労働者も安全衛生の一員であるということをはっきり明言しているということです。

政労使・専門家、この四者がすべてハイレベルで共同しないと複雑な問題は解決できないと、ここにおいていうわけです。例えば経営組織法の89条には労働者の代表による経営協議会という組織について、「災害衛生危険の一掃に際し、提案、勧告、情報提供を（労働者の側が）行うことによって、労働保護を管轄する行政機関、法的災害保険者およびその他関係機関を補佐するとともに、また経営内において労働保護および災害予防に関する規定の実施に努めなければならない」とあります。頑張れよ、自分たちもと、という法律です。

わが国では労働安全衛生法の制定過程から議論にあったこのような安全衛生当事者について、同法3条と4条に定めていますが、あくまでもそれは事業者を中心にしたものです。労働者は4条に定めていますが、労働者は使用者を補佐するとは言われていますが、背景に隠れている趣旨は、極端にいうと「何もなくていい」というものです。ドイツとは全然違います。

それから、同じ経営組織法で、一般的に労働者の組織が経営内の安全衛生を管理する権利と義務というのを81条で定めています。それから、労災隠しが問題になっていますが、これについてはドイツではそもそも労働者が安全衛生の管理権を持つ

ているので、巡視の権利を持っています。そのうえで、もし使用者が労災を隠そうとした場合、労災の申告書というのがあるのですが、これに経営協議会という労働者代表組織が共同で署名することになっています。ですから隠そうと思ってもできない。ただ現実にはそれでも労災隠しは不況になると起こってくるわけで、非常に難しい問題であることがわかります。

### まとめ 一何を学ぶべきか

こうしてきてきましたが、ドイツは労働科学を信用している。労働科学を信用しているということはその背景にいる労働者を信用しているということになります。それはよく科学に親しんでいる存在で、勉強もしているはず、安全衛生のことをよく知っているはずで、自分たちの身のことは当然分かっているはずである。さらに歴史的には市民革命に勝った、労働者革命に勝った—ドイツ革命にまで遡るわけです。もっと言えば革命の前に、労農レーテという協議会があって、そうした協議会での緻密な積み重ねが革命へと結びついていった。こうした経験「われわれは勝ったのだ」という基本的意識の高揚が前提にあるのだと見なければいけないと思います。国民性の違いと言うと歴史を遡らなければなりません、そうした前提がある。

わが国の場合は、行政をトップにして言うことを聞け！ おまえたちは黙っている！ とにかく産業を急いで展開しなければいけない、国際競争で忙しい、安全衛生とかいうのであれば急ぐけれど最小限にしよう、上からの管理体制で縛り付けよう」というやり方です。しかし、それでいいのかというのが鋭く問われていると思います。わが国はヨーロッパに比べると明らかに安全衛生が軽視されています。しかし、ヨーロッパで安全衛生が重視されている理由は何かという、奇麗ごとだけでは済まされません。ECでも、まず計画や指針・指令ができたのは安全衛生の分野からでした。これはなぜか。実は競争条件を整えるということが問題だったので。チープレーバー、あるいは安全衛生が不十分

なところから輸出されてくるような商品を買えるかというわけです。競争条件が違うなかで自由競争が確立できるかということが、まず基本にありました。これは、旧ローマ条約の100条が基本になっています。

さらに最近のISO(国際標準化機構)の動きです。いまISOとILOの連携が頓挫しているということもありますが、ISOが安全衛生をマネジメントシステム規格の3番目の項目に選んでいる。品質管理があり、環境があって3番目に安全衛生をもってきた。これも競争条件を整える。これはヨーロッパがEUでうまくいった。だからアメリカに対抗しなければならぬという背景があることは明らかです。ISOの現場というのは、私も当事者からいろいろ聞きますが、権謀術数渦巻くとても奇麗ごとでは済まない世界だそうです。そこから生れてきたものをわが国が取り入れるということをもっと真剣に考えなければいけないと思います。

もっと言いますと、安全衛生マネジメントですが、私はあれはあまりいいものだと思っておりません。現場が混乱するだけだと思います。と言いますのは、ISOを基本にして日本で労働災害を減らすとか、もぞもぞして作ったマネジメントシステム—その基本にあるISOのシステムというのは、私が見る限り4点ポイントがあります。第1に、労働者参加、これは、日本の労働省がマネジメントシステムにして取り入れるときに、徹底的に排除しています。「わざわざ既存の労働安全衛生の体系を変えるものではない」とうたっています。まともに取り入れたら、変わらなければいけないはず。変わらないはずがない。第2にリスク評価のシステムを作る。これは既存の労安法の下でも混乱は生じないので導入すればよいと思います。第3に、安全衛生と経営の融合。つまり、奇麗ごとではない、安全衛生をうまく働かせることによってコスト削減までもっていくのだという理念がISOの背景にあります。

安全衛生をいうとき、「人権」ということは大原則ですが、ただ「人権だ」というばかりでは事業者は絶対に聞き入れません。そこでどういうシステムを取り入れるかということ、ヨーロッパから見習う価値があると思うのです。



# ソウルでの日韓・アジア交流 源進緑色病院開設一周年

古谷杉郎

全国安全センター事務局長

昨年(1999年10月号参照)に続き6月に源進総合センター—緑色病院の開設1周年に合わせて、韓国を訪問した。今回は、6月3日にまず「韓日労働保健学術交流会」、翌4日午前中には「東アジア産業災害団体懇談会」および続けて東アジア・サブリージョンのミーティング、そして同日午後から開設1周年の記念行事と、盛りだくさんの過密スケジュールだった。日本からは、原田正純顧問(熊本学園大学教授)、天明佳臣副議長(港町診療所所長、原田、天明両先生は今回は奥様を同伴)、斎藤竜太・神奈川労災職業病センター理事長(十条通り医院院長)のほか、働くもののいのちと健康を守る全国センターや熊本・興人八代の二硫化炭素(CS<sub>2</sub>)中毒問題に取り組む関係者らが参加した。

## 韓日労働保健学術交流会

韓国に到着した6月2日夜には梁吉承医師(源進総合センター代表、聖水医院院長)のご招待で、全国安全センター関係者と香港、台湾の代表で夕食を囲んだが(私は欠席)、翌3日はまる一日かけて「韓日労働保健学術交流会」を開催。会場は、緑色病院近くの建物の2階に開設された源進福祉館の講堂(緑色病院、労働環境健康研究所と福祉館の3施設で源進総合センターを構成—1999年10月号参照)。福祉館内には、研究所・病院スタッフ

の研究成果と福祉館における源進労働者、被災者の社会教育、文化活動などの紹介が揭示されていた。

交流会は2部構成で、朴賢緒・進職業病管理財団理事長の開会あいさつの後、第1部「韓日両国のCS<sub>2</sub>中毒に関する研究発表」。白道明・ソウル大学校保健大学院副教授(産業保健学)の座長で以下の発表が行われた。余談であるが、9月にブラジル・オサスコで開催されるアスベスト国際会議(2000年3月号37頁参照)に白氏が参加されると聞き、アジアからの参加は私たちだけになるのではと思っていたので、勇気づけられた。

### 第1部：韓日両国のCS<sub>2</sub>中毒に関する研究発表

- ① 「CS<sub>2</sub>中毒の歴史的経過から職業病を考える」  
原田正純(熊本学園大学教授)
- ② 「韓国におけるCS<sub>2</sub>中毒に関する疫学調査の結果」  
金祿皓(源進緑色病院院長、労働環境健康研究所所長、ソウル大学校保健大学院教授)
- ③ 「興人の慢性CS<sub>2</sub>中毒症認定患者の臨床的研究」  
樺島啓吉(熊本・菊陽病院院長)
- ④ 「京都におけるCS<sub>2</sub>中毒症の病像と取り組みの経過」  
吉中丈志(京都・上京病院院長)
- ⑤ 「韓国におけるCS<sub>2</sub>患者の診療と研究の現況」  
任祥熾(源進緑色病院産業医学科長)
- ⑥ 「CS<sub>2</sub>の神経系への亜臨床的影響」  
平田衛

(大阪府立公衆衛生研究所労働衛生部)

第2部は、梁吉承・源進総合センター代表の司会で、以下の発表が行われた。

**第2部：韓日両国の主な産業保健研究事例**

- ① 「指曲がり症—調理員の職業病について」 天明佳臣(全国安全センター副議長、港町診療所所長、写真・発言者)
- ② 「韓国におけるCTDs発生の現況と問題点」 李充根(労働環境健康研究所)
- ③ 「病気になった労働者の働く権利」 田村明彦(北九州社会医学研究所)
- ④ 「ステンレス溶接過程におけるヒュームおよび6価クロム」 尹忠植(労働環境健康研究所)

新しい話題としては、韓国でもCTDs(Cumulative Trauma Disorders: 累積外傷性疾患)が注目されてきているという話。日本のNTTに相当する韓国通信におけるVDT障害が社会問題になったのが約5年ほど前で、研究もVDT作業中心(製造業等対象が少ない)、自覚症状中心(作業姿勢を含む作業分析が少ない)等が指摘された。

他のアジア諸国にも共通するが、韓国でも非災害性の腰痛症を労災認定させた事例はまだないとのことで、少し前にバス労働者がこの問題に取り組もうとしているという話も伝わっていた。そのようなこともあって、筋骨格系障害を新たに職業病として認めさせ、同時に職場における治療、予防対策に取り組んでいる「調理員の指曲がり症」の問題を天明先生に報告していただいたもの。馬山昌原地域からわざわざ参加された造船・金属の労働組合の代表たちも非常に関心を示していた。

梁吉承氏も指摘していたが、私たちにとって日韓共同セミナーはこれで4回目。セミナーのわずかな時間だけではお互いの状況や問題意識を深め合うのは困難。日頃からの情報の交換や交流が重要である。



**東アジア産業災害団体懇談会**

今年1月に開催された「労災被災者の権利のためのアジアネットワーク(ANROAV)」の会議で、東アジア・サブリージョンが設置されることになり、当面の事務局を韓国が引き受けた(4月号19頁参照)。そんなこともあって6月4日に開催された「東アジア産業災害団体懇談会」(8月号表紙写真参照)。会場は前日と同じく源進福祉館の講堂。発表者は以下のとおりだったが、韓国以外の発表者は英語で発表し、韓国語と日本語の通訳が入った。

- ① 台湾：工作傷害受害人協会(AVOAD) 楊國楨・理事長、顧玉玲・秘書長(台湾からは、余倩如・副秘書長を含め3名が参加一次写真：左から楊、顧、余の各氏)
- ② 香港：工業傷亡權益会(ARIAV) 陳錦康・総幹事(香港からは1名の参加)
- ③ 日本：全国安全センター 古谷杉郎
- ④ 韓国：源進労働者職業病委員会 李鐘勳・委員長
- ⑤ 韓国：産災追放運動連合 金恩姫・事務局長

台湾からは、AVOADの活動の紹介(1994年9月号等参照)や、最近の話題として日本のゼネコ



ンの技術を導入して行われた台北市内と空港を結ぶ地下鉄建設で大量の潜函病患者が発生したことなどが報告された。香港からは、私たちにとってはなじみの深いARIAVの活動の紹介(1996年1・2月号等参照)。

韓国からは、源進労働者の取り組みの他、勤労福祉公団による労災打ち切りの圧力の中で自殺した被災労働者・故李相官さんの労災認定を求めた同公団前で100日以上の特闘闘争の報告があった。故李相官さんは、昌原の大字重工業の自動車製造労働者で、昨年2月に重量物運搬中に腰を痛めた(腰部捻挫)。公団は2か月の入院しか認めず、歩けないにもかかわらず通院治療を強要したため、被災から4か月後の6月22日、「前の姿に戻るのには難しいようだ」との遺書を残して自殺。27歳だった。昨年10月には、全国安全センターから日本の関係資料・情報と合わせて、特闘闘争に対する檄文も送っている。

韓国ではIMF体制のもとで、「苦痛分担」と称して、労災保険財政を節約するために、このような治療制限や労災打ち切りが行われているという(5%以上の治療中断で160億ウォン、20%以上の再療養抑制で114億ウォン、入院患者の10%を退院させ通院治療に変え、長期患者を治療終結に導き52億ウォン、治療内容の審査徹底で190億ウォ

ン、在宅療養と就業治療へ導き16億ウォンの節約をするという)。

## ASEM2000 民衆大会

講堂での懇談会終了後、東アジア・サブリージョンの代表によるミーティングが行われた(台湾、韓国の代表に、日本からは私、韓国数名)。

この席で韓国からは、10月にソウルで開催されるアジア欧州首脳会議(ASEM、1996年バンコク、1998年ロンドンに続く第3回目)に合わせた「ASEM2000 民衆大会」への参加・協力要請がなされた。

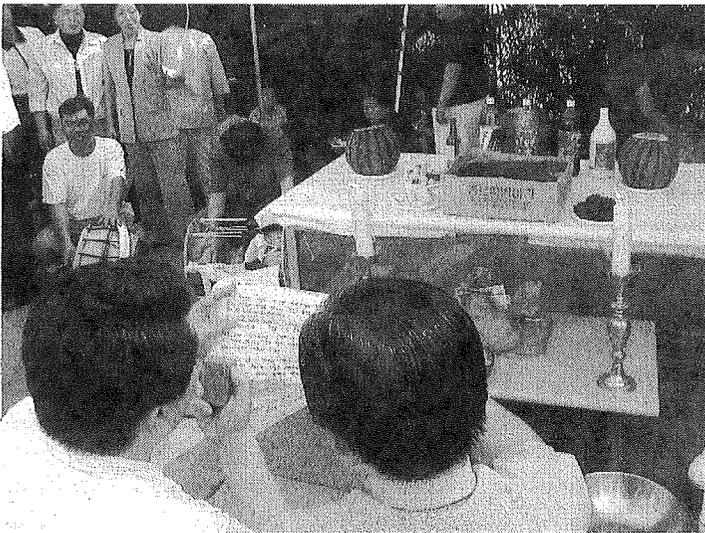
民衆大会のテーマは「グローバリズムに挑戦する民衆の活動と連帯」。

昨年11月のシアトルの世界貿易機関(WTO)閣僚会議以来、今年7月の沖縄サミットを含め、国際的にNGOの取り組みが活発化してきているが、韓国でも昨年、民主労総、参与連帯、環境運動連合や平和、女性、人権団体等々によって準備が進められている。

民衆大会は、10月18日午前中の全体会議(パネル・ディスカッション)からはじまって、20日のASEM開会当日のデモンストレーションなどが計画されているようだが、18日午後から19日午前には様々な課題別の分科会が設定されており、産災追放運動連合が「グローバリズムと労働者の健康」に関する分科会を担当しているとのこと。できたら分科会の中で憲章のようなものを作り上げたい、これへの参加と内容等について提案・協力してほしいという要請である。私たちは昨年末から相談を受けていたが、日本からも参加・協力することを約束した。

合わせて日本からは、私たちが取り組んでいる参加型の労働安全衛生セミナーをぜひ体験してもらおうために日本に招待したいと考えているという提案を行った。

このミーティングは昼食後のごく短時間ですませ、午後3時からは、源進福祉館講堂で開院1周年の記念式典が催された。日本からの参加者でこま



見ていたいで驚かなかったが、豚の頭をお供えしてその口にご祝儀をくわえさせて三拝する儀式も行われた(写真下)。

最後に私事で恐縮だが、今回は失態続きで大変だった。何よりの大失態は、6月4日午前中の発表。1月のマカオ会議で東京労働安全衛生センターの外山尚紀さんがプレゼンテーションした内容(4月号19頁参照)を借用して、二番煎じで何とかなるだろうと英語での発表にチャレンジしたところが目茶苦茶な結果に。英語だけの会議だったらごまかせた(?)かもしれないが、通訳が入ったため、労働環境健康研究所の通訳者が私の「英語」を理解できず大変迷惑をおかけした。あとで日韓の仲間たちに慰められたが、ブラジルのアスベスト国際会議が近づいてまたぞろ慌てている。

そもそも出かけるときにパスポートを間違え(カミさんのパスポートを持ってきたことに事務所を出てから気づき)、予定していた便には乗れず、最終便で何とかソウル入り(このため夕食に間に合わず、手配していただいていた宿舎にもたどり着かず)。これ

で残ったのは私だけ。

式の司会は朴錫運・源進職業病管理財団理事(労働政策研究所所長)で、入院患者や源進労働者職業病委員会の人々、関係者多数が集まった。実は綠色病院には昨年労働組合が結成されているが、朴賢緒、梁吉承、金祿皓、李鐘勲の各氏と労働組合委員長の5人で、お祝いの「鏡開き」ならぬ「餅切り(?)」(写真上)。

講堂内での式の後は、病院の駐車場で飲み物や食べ物も振る舞いながらのお祝い。私は昨年

まで「間違った」パスポートでキンポ空港に着いてしまったため(?)、なかなか入国できなかった原田先生のエピソードをさんざん酒の肴にしてきたのが、原田、天明先生の奥様やアジアの仲間からもあきれられることになってしまった。汚名挽回にはしばらく時間がかかりそうだ。(この辺の話はくわしく説明するためには紙幅が必要なのでまたの機会に)

何はともかく紙面を借りて、10月のASEM2000民衆大会・分科会への参加希望者を募りたい。ご連絡下さい。



# 上肢作業障害の半世紀

## 認定基準、予防、「患者対策」の変遷

労働省は、1997年2月3日、昭和50年2月5日付け基発第59号「キーパンチャー等上肢作業にもとづく疾病の業務上外の認定基準について」（以下「1975年認定基準」という）を全面的に見直し、新たに平成9年2月3日付け基発第65号「上肢作業に基づく疾病の業務上外の認定基準について」（以下「1997年認定基準」という）を発した。これは、1997年3月号で全文紹介しているが、今回、日本産業衛生学会頸肩腕障害研究会の、この認定基準に対する「見解」を紹介するにあたって、あらためて労災認定上の取り扱いを中心とした新通達が出されるまでの経過を概観しておきたい。

ここで「上肢作業障害」とよぶ労働者の健康障害がわが国で社会的に注目されるようになったのは1950年代以降であるから、すでに約半世紀がすぎようとしている。事務作業の機械化が進み、当初、電気計算機システムのうち穿孔機を使用してカードを穿孔する作業に従事する労働者（キーパンチャー）を中心に被害が顕在化してきたことから、「キーパンチャー障害」等と呼ばれた。

1962年にひとりのキーパンチャーの自殺者を出し、翌年には総評、中立労連等が設置した「キーパンチャー対策連絡会議」が政府に統一要求を出すなど社会問題化する中で労働省も対策の確立に迫られ、1963年に昭和38年2月8日付け基発第112号「キーパンチャーの健康管理について」（次の通達で廃止）、翌1964年9月22日には昭和39年9月22日付け基発第1106号「キーパンチャー等の作業管理について」という通達を相次いで発

している。ここでは、穿孔作業時間1日300分、4万タッチ以内、1連続作業時間60分以内等の作業管理基準を示している。しかし、キーパンチャー以外の作業にも健康被害が広がりをみせるに連れて、1973年に、昭和48年3月30日付け基発第188号「金銭登録作業者の作業管理について」（昭和48年12月22日付け基発第717号「金銭登録作業に従事する労働者に係る特殊健康診断について」で一部改正）、1975年に昭和50年2月19日付け基発第94号「引金付き工具による手指障害等予防について」という通達が表示されることになった。

わが国の職業病リスト—1947年に制定された労働基準法施行規則第35条では、第13号として「電信手、タイピスト、筆耕手等の手指の痙攣及び書痙」が規定されていたが、これのみでは事態に対応できなくなったため、1964年になって昭和39年2月8日付け基発第1085号「キーパンチャー等の手指を中心とした疾病の業務上外認定基準について」が通達され、「腱鞘炎」も業務上疾病として認定されるようになった。さらに、1969年に昭和44年10月29日付け基発第723号通達「キーパンチャー等手指作業に基づく疾病の業務上外の認定基準について」が出され、①「振せん又は書痙様症状」、②「腱鞘炎」、③「（狭義の）頸肩腕症候群」を対象とする認定基準にあらためられた。「手指を中心とした疾病」から「手指作業による上肢疾患」と呼んでいるが、職業病リスト上の区分では、①が前述の第13号、②③は第38号「その他業務に起因することの明らかな疾病」として取り扱われた。



快者の「段階的就労」について事業主に一定の援護金を支給する制度もつくられている。)

また、昭和48年12月18日付け基発第704号「頭頸部外傷症候群等に対する職能回復援護について」(直近の改正は昭和61年4月23日付け基発第250号)通達では、頸肩腕症候群で障害等級12級以上の障害(補償)給付受給者を対象として、就業のための技能修得講習等の費用の一部を援護することとした。さらに、同日付け基発第705号「頭頸部外傷症候群等に係るアフターケアについて」(平成元年3月20日付け基発第127号、直近の改正は平成9年3月31日付け基発第215号)では、頸肩腕症候群等の傷病で障害等級原則9級以上の障害(補償)給付受給者を対象として、症状固定(治ゆ)後も一定の診察や保健指導等を労災保険の労働福祉事業として実施することとしている。

健康被害の広がり、病像の多様化、労災認定件数の急増、「療養の長期化」等々といった事態の進展の中で、相反する事態が進行する。一方で、日本産業衛生学会に頸肩腕症候群委員会(1971-1973年)が設置され、その後も頸肩腕障害研究会として継続される中で、「(職業性)頸肩腕障害」という新たな概念が提唱され、発症メカニズム、診断や症度区分、治療、職場・社会復帰、予防等々について多面的な調査研究、実践努力が重ねられた。他方では、労災補償の抑制を図ろうという動きが強まってきた。関西経営者協会が、使用者の民事責任の免除や労災認定に対する不服申し立て、解雇制限の緩和等の労災保険制度の包括的見直しを要望したのも1973年のことだった。「上肢作業障害」についても、1974年には、心因性ないし原因不明を強調する電電公社頸肩腕症候群プロジェクトチームの答申が公表されている。

1975年になって労働省は、昭和50年2月5日付け基発第59号「キーバンチャー等の上肢作業にもとづく疾病の業務上外の認定基準について」を通達し、認定基準の大幅な見直しを行った。この認定基準が結局、その後22年間適用されることになったわけであるが、これが基本的に認定の抑制をねらったものであることは、労災認定件数が1975年度の546件をピークにその後減少傾向を示してい

ることからもうかがえるだろう。対象疾病は①「振せん又は書痙様症状」、②「腱鞘炎」、③「(狭義の)頸肩腕症候群」の3つで変えず、「手指作業による疾病」から「上肢作業にもとづく疾病」にあらためたものの、かえて第723号通達よりも症状を限定して上肢作業以外の作業を否定、鑑別診断の徹底、「発症までの作用従事期間は一般的には6か月以上」、「同一企業の他の労働者より10%以上多い、または、業務量の波(20%以上が1か月のうち10日程度)が3か月程度継続等のが業務量要件」、「おおむね3か月程度で症状消退(3か月経過しても順調に症状が軽快しない場合は他疾病を疑う必要あり)」などの要件をはじめて示した。

当然のごとく各界から大きな批判を受けることとなり、翌1976年4月には、日本産業衛生学会頸肩腕障害研究会が労働省に『「上肢作業にもとづく疾病の業務上外の認定基準」(基発第59号通達)についての要請』を提出、「通達の内容は疾病の実態と研究の進歩にとって疑問の点が多い」として、認定基準の改善を強く求めている。そのような中で、昭和51年11月11日付け労働省補償課長事務連絡第45号によって、①上肢と併せて身体他の部位も同時に使用する業務に従事する労働者の頸肩腕症候群等についても、(上肢のみの過度使用を対象とする)同認定基準によらず個別に労災認定される可能性があることを示させたこと、②「頸肩腕症候群に類似の他の疾病が存在しているか適切な療養及び健康管理が行われなかった等の場合には、3か月を超えて症状が持続する場合がある」ことを認めさせたことは重要であった。

1978年には職業病リスト—労働基準法施行規則第35条の改正が行われ、新しいリスト(別表第1の2)が1978(昭和53)年度から施行されたが、前述の批判や職業病リスト改正にあたっての要望に応える内容のものではなかった。従来第1号～第38号に区分されていたものが、まず第1号から第9号の大分類が設けられ、第3号として「身体に過度の負担のかかる作業態様に起因する次に掲げる疾病」が規定され、この中に5つの小区分が規定された。「上肢作業障害」と最も関連があるのは、第3号の4「せん孔、印書、電話交換又は速記

の業務、金銭登録機を使用する業務その他上肢に過度の負担のかかる業務による手指の痙攣、手指、前腕等の腱、腱鞘若しくは腱周囲の炎症又は頸肩腕症候群」であり、これは、旧リストの第13号「電信手、タイピスト、筆耕手等の手指の痙攣及び書痙」を包摂し、また、第38号「その他業務に起因することの明らかな疾病」として取り扱われていたものの一部を含むと説明された。他に「上肢作業障害」と関連するのは、第3号の5「1から4までに掲げるもののほか、これらの疾病に付随する疾病その他身体に過度の負担のかかる作業態様の業務に起因することの明らかな疾病」、また、大分類の第9号「その他業務に起因することの明らかな疾病」に関連するものもありうる。

労災補償を抑制するために、入口である労災認定を狭めるだけでなく、出口＝治ゆ・症状固定＝労災打ち切りを早めようとする動きも（それ以前からもあったが）強められていった。昭和57年5月31日付け基発第375号「労災保険における『はり・きゅう及びマッサージ』の施術に係る保険給付の取扱いについて」によって、それまで必要な期間認められていたはり・きゅう治療について、症状等にかかわらず一律最長1年間という期間制限が導入されたが、これは、西洋医学だけではなかなかよくならないためはり・きゅう治療を受けていた者も多い「上肢作業障害」や腰痛等を主な狙いとしたものであった。この通達によって当初、全国で約2千人の被災者が労災保険によるはり・きゅう治療を打ち切られ、同時に労災自体も打ち切られた（治ゆ・症状固定とされた）者も数百人にのぼると言われている（「上肢作業障害」者の内数は不明）。なお、同通達は長期にわたる裁判闘争等の末、1996年になって平成8年2月23日付け基発第79号通達によって廃止、不当なはり・きゅう治療制限は撤廃された。

昭和59（1984）年8月3日付け基発第391号「長期療養者に係る適正給付管理の実施について」も、同様に、「上肢作業障害」等の難治性の職業病被災者に対象を絞り、治ゆ・症状固定＝労災打ち切りを早めようとするものであった。具体的には、療養開始後6か月経過した者（「疾病にあっては急性症状の消退がおおむね6か月以内に期待でき

る」との判断にもとづく）を記録（台帳を作成（昭和61年7月10日付け基発第412号通達により電算機処理方式に移行）して労働省本省で直接管理するようにし、3か月ごとにチェック、必要な者は主治医や本人に調査して、「支給要件の判断に疑義のあるものについては、地方労災医員、同協議会等に医学的意見を求めたうえで所轄局との協議を行いその後の処理方針を決する」というものである。

「適正給付管理」の実施は当初、実情に応じて「1年6か月以上療養継続者」からはじめてもよいとされていたが、1988年8月には、労働大臣の私的諮問機関である「労働基準法研究会（災害補償関係）」が中間報告を発表し、傷病や症状の違いを問わず一律1年6か月で休業補償は打ち切りにするなどの労災保険制度の見直しを提案した。これは大きな批判を招き、結果的に法案作成等にいたるまでもなく葬り去ることができた（ちなみにこの時の取り組みの経験が、全国労働安全衛生センター連絡会議設立の契機のひとつとなっている）。労働省資料によると、1987年度末時点で、療養1年6か月以上の労災認定被災者は全国で30,817人、うち頸肩腕症候群等が451人であった（最多は振動障害の12,776人、その他（外傷が中心）11,383人）。

「上肢作業障害」等の職業病の労災認定にあつては、労災申請の手続をしてから数か月を要することも少なくなく、中には決定までに1年以上かかる場合もあり、労災認定と同時に、あるいはそれより前の時点にさかのぼって、治ゆ・症状固定とされるという笑えない事態も現実には生じるようになっており、労災補償の入口と出口の双方について労働行政を監視していく必要が強まっている。おそらくは、このような動きの影響もあって、1997年の新認定基準が出されるまでは、1975年度以降、多少の動揺を繰り返しつつも1994年、1995年の約150件程度まで傾向的に減少し、事業主が届け出た労働者死傷病報告書による統計でも1991年以降は3桁を割ってきている。

しかし、問題が消えてしまったわけではなく、潜航しながらも広範な広がりを見せていることはいくつかの調査研究からもうかがわれる。実際、労働省

も、新たな問題に対応するため、昭和60(1985)年12月20日付け基発第705号「VDT作業のための労働衛生上の指針について」、平成6(1994)年4月21日付け基発第257号「学校給食事業における労働災害の防止について」といった通達を発している。さらに、労働省が中央労働災害防止協会に委託した「職場における頸肩腕症候群予防対策に関する検討結果報告書」が、1995年8月にまとめられている。この「まえがき」では次のように言っている。「頸肩腕症候群の発生状況は、最近では業種、職種を問わず広く発生し、その予防対策の充実について各方面から検討を求められていた。このため、中央労働災害防止協会においては、平成3年度より5年間にわたり、頸肩腕症候群の発生状況の集計・解析、中央労働災害防止協会の賛助会員の協力によるアンケート調査、さらには、事業場の実態調査等を行い、得られた結果をもとに、頸肩腕症候群の予防対策の検討を進めてきた。」

1997年の認定基準改正にあっても労働省では、「頸肩腕症候群等に関する専門検討会」を設置し、1997(平成9)年1月にその検討結果報告書がまとめられている。この「はじめに」でも、現在の認定基準は「発生職場の変化(「現在においては、指先でキーをたたく業務以外の多方面の職場から上肢作業に伴う障害の報告があり、認定基準の策定時とは変化している」としている)、上肢作業者に発症した疾病の多様化、諸外国における疾病概念の変更等に十分対応したものはなっていない。…以上のようなことから、頸肩腕症候群以外の上肢作業に伴う障害に係る認定基準の明確化、上肢作業に伴う障害の発症する可能性のある対象作業の見直し等、現行認定基準の全般的な改定を図る必要があると考える」としている。

このような経過から出されてきたのが、平成9年2月3日付け基発第65号「上肢作業に基づく疾病の業務上外の認定基準について」である。



## 「上肢作業に基づく疾病の認定基準」 に関する見解

1999年10月15日

日本産業衛生学会頸肩腕障害研究会

### はじめに

わが国における頸肩腕障害に関する労働者災害補償保険法の認定基準は、これまで昭和50年2月の通達「キーパンチャー等上肢作業にもとづく疾病の業務上外の認定基準について」<sup>1)</sup>(基発第59号、以下「前通達」と略称)が用いられてきたが、平成9年2月、新たな通達「上肢作業に基づく疾病の認定基準について」<sup>2)</sup>(基発第65号、以下「新通達」と略称)[1997年3月号20頁参照]により認定

基準が変更された。地方公務員の災害補償についても、この経過と関連して基金における認定基準が変更された。<sup>3)4)</sup>

今回の主な変更点として、対象とする業務・疾病の範囲等の拡大及び明確化、作業の質的要因評価の追加、作業従事後6か月未満の場合でも腱鞘炎等が発症し得るとの判断を追補したことが挙げられている。新通達施行後現在までの労災認定に関わる運用状況を見ると、保育所保育の認定例など従来に比べて認定の対象作業について拡大された事例も認められる。しかし、業務量の判断基

準として採用されている数値の根拠が前通達同様、不明確であることや、「上肢障害」の名称によって対象となる障害が限定される可能性があること、療養期間の目安が患者の実情と乖離していることなど、新通達に対する学会員からの批判的指摘や懸念が少なくない。前通達が施行されたとき、認定基準とその運用に関する要請文を本研究会は公表した。<sup>5)</sup> 今回の新通達についても、本頸肩腕障害研究会は、1997年2月以降、日本産業衛生学会本会時の自由集会を含む6回の研究会において討議し、また研究会としての見解案を近年の会への参加者に郵送して意見を広く聴取するなどの経過を経て検討を重ねてきた。その結果、新通達に対しても本研究会としての一定の結論に達したので、以下に「上肢作業に基づく疾病の認定基準に対する見解」を表明する。なお、本見解については、通達を行った労働省はもとより認定の実務に関わる関連諸機関の理解を求めたい。

### 1 対象とする疾病の呼称、範囲、概念

今日、国際的にWork-related musculoskeletal disorders (WMSDs)という呼称が国際学会や出版物において定着しつつある。<sup>6)7)</sup> 新通達、ならびにその基礎資料とされた「頸肩腕症候群等に関する検討結果報告書」<sup>8)</sup> (頸肩腕症候群等に関する専門検討会、1997年1月、以下「検討会報告書」と略称)における上肢作業に基づく疾病ないし上肢障害は、上肢に負担のかかる作業と関連する障害を広く取り上げた点でWork-related musculoskeletal disordersに近い概念を意図していると判断される。しかし、新通達で用いられている「上肢障害」という短縮形のみが一般に流布すると、「上肢に限定された障害」であるかのような誤解を招きやすいことが危惧される。また、国際的には上記のようにWork-relatednessが明示されて用いられており、「上肢障害」との名称についても作業関連性を示した用語の採用によりWHO/ILOのWork-related disordersの考え方<sup>9)</sup>との整合性をもたせるべきであったと考えられる。

今回、新通達において認定の対象とすべき多

くの該当疾病が明示された点は評価される。しかし、今後の研究により作業関連性を考慮すべき筋骨格系疾患の範囲がさらに拡大される可能性もある。それゆえ、局所障害や一般症状の発現経過から上肢作業に関連して発症もしくは増悪したと判断される場合には、通達に例示されていない疾患についても運用上の対象に含めることを望みたい。

次に、対応する診断名の下せない不定愁訴を特徴とする症候群として、「その他」の項目において頸肩腕症候群を扱い、いわば鑑別診断上の残遺物としていることには異議がある。これまで、本学会において頸肩腕障害は、頸肩腕部の運動器障害に限定されない神経・感覚・循環系等の障害を伴う全身的な健康障害として、その概念が提唱されてきた。<sup>10)</sup> また、少なからぬ労働衛生研究者・実務者が上記のWork-related musculoskeletal disordersとしての総称的な意味において、広く「頸肩腕障害」を用いてきた経緯がある。患者の実態を見ると、上肢・手指・頸肩部の使いすぎに関連する健康障害像としては、部位が限定された局所障害型よりも広範囲な部位にわたる病像型がむしろ一般的であり、職場対策においても特定の局所障害以上に頸肩腕障害または頸肩腕症候群が対策の主対象とされてきた。<sup>11)・13)</sup> 従って、新通達においては、このような、一般病型を最初に明示すべきであったと判断される。また、局所的障害に関する病名のみでは、患者の全体的病状を把握し難い場合が少なからず生じ得ることへの運用上の十分な配慮を望みたい。

これまで労災理論を集大成した労働省労働基準局編の「業務災害及び通勤災害認定の理論と実際」<sup>14)</sup>において、前通達以降の頸肩腕障害に関する労働省の考え方が示されてきた。そこでは整形外科の分野において病名として使われる頸肩腕症候群が頸椎を中心とした病変に由来するものであり、認定の対象となる頸肩腕症候群とは、かなり異なるものと考えられていると述べられていた。さらに、日本産業衛生学会頸肩腕症候群委員会による頸肩腕障害の定義と病像分類についても軽視されることなく紹介されていた。今回の新通達を契機に、このような頸肩腕障害に関する労働省の理

表1 頸肩腕障害の発生または発生リスクに関する報告のある作業

|       | 新基準で例示された作業   | 新基準で例示されていない作業 <sup>a)</sup>  |
|-------|---|---|
| 事務系作業 | OA機器作業(コンピューター、ワードプロセッサ)、VDT機器作業、端末機作業、手話通訳作業   | チェッカー、電卓作業、和文タイプ、テレックス作業、競艇発券作業、算盤参入作業、札勘作業、伝票作業、トレース作業、ボールペン複写、筆耕作業、両替作業、書籍の整理、司書、電話交換作業、郵便区分作業、ビデオテープ検査、ファイル整理作業  |
| 現場系作業 | 介護作業(養護ホーム、養護学校等)、保育作業、看護作業、給食等の調理作業、多量の冷凍魚等の切断・解体等の処理を行う作業、手作りによる製パン・製菓作業、流れ作業による塗装・溶接作業、機器等の組立・仕上げ作業、天井など上方を作業点とする作業、ミシン縫製・アイロンがけ作業、検査作業(顕微鏡・拡大鏡)、運搬・積み込み・積卸し作業 | ボンベ取扱い作業、ハム製造作業、包装作業、パテ塗り作業、インパクトレンチ作業、ローラー塗装作業、うどん・蕎麦調理作業、肉さばき作業、精肉作業、ピッキング作業、メッキ作業、印刷活字組作業、ネジ切り作業、塗料剥ぎ作業、店舗品出し作業、<br><br>* <sup>b)</sup> ウエイター・ウエイトレス、* 清掃作業、* 羊毛刈り作業、* 絨毯敷き作業、* 小売店員、* 楽器演奏者、* 止金銃作業、* 建設作業、歯科医師 |

a) 宇土ら<sup>16)17)</sup>、広瀬<sup>18)</sup>、前田ら<sup>19)</sup>等の認定・申請事例、論文を中心に示した。

b) \* 主として海外の手根管症候群の報告事例を示した<sup>20)21)</sup>。

解が稀薄なものとなり、頸肩腕障害(頸肩腕症候群)の認定に関する運用において軽視や制約が生じることのないように関係機関に求めたい。

なお、新通達と同時に通知された事務連絡第1号<sup>15)</sup>(以下「事務連絡」と略称)における第2. 運用上の留意点の3. 業務起因性の判断については、産業医の意見を積極的に聴取すべき旨が明記されている。業務起因性の判断においては、発症原因となる作業を熟知した産業医の意見が当然聴取されるべきである。この点に関連して本研究会は産業医諸氏に役立つ情報の提供を積極的に行いたい。

## 2 対象業務の範囲

新通達における対象作業については「上肢等に負担のかかる作業」として、(1)上肢の反復動作の多い作業、(2)上肢を上げた状態で行う作業、(3)頸部の動きが少なく、姿勢が拘束される作業、(4)上肢の特定の部位に負担がかかる状態で行う作業の4種類に類型化され、事務連絡<sup>15)</sup>において作業が具体的に例示されている。しかし、例示されていない作業の中にも、頸肩腕障害の発生やリスクの増大を報告されたものが多数存在する。すなわち、例えば事務系の作業ではチェッカー、電卓作業、和文タイプ、テレックス作業、競艇発券作

業、算盤算入作業、札勘作業、伝票整理、トレース作業、ボールペン複写、筆耕作業、両替作業、書籍の整理、司書、電話交換作業、郵便区分作業、ビデオテープ検査、ファイル整理作業が例示されていない。また、発券作業、両替作業、ビデオテープ検査、ファイル整理作業を除く表1の作業の多くは1980年に前田<sup>22)</sup>によって頸肩腕障害の発生職種として既に報告されている。今回、通達において現場系作業を主体に新たに対象作業が追加され範囲が拡大された点は評価できるが、特に事務系職種の例示範囲が狭く、認定される職種に関して制約を生じる可能性がある。すなわち、事務系作業については、手指・手・前腕を早く動かす反復動作の多い作業としてOA機器・VDT機器等の操作など打鍵に関わる作業の一部が例示されているにすぎない。

以上のように、対象作業に例示されていない作業がきわめて多数存在するため、少なくとも表1の右欄に示した諸作業は認定対象に含められるべきである。また、表1に掲載されていない作業を行っていた患者事例であっても、個々の作業と健康障害との関連が検討される必要がある。昭和51年11月に出された事務連絡第45号<sup>23)</sup>においても、頸肩腕症候群に関して「認定基準に示されていない業務でも業務上の頸肩腕症候群又は類似の疾病が発症しないとは断定しがたいので、上肢と併せ

て身体の他の部位も同時に使用する業務に従事する労働者からこれらの疾病に係る労災請求があった場合は、認定基準によることなく、個別に作業態様、業務量等を把握のうえ業務上外の判断を行うこととの弾力的な考え方が示されていた。今回、事務連絡第1号において、この事務連絡第45号の記が削除されることとなったため、認定基準に示されていない業務に関する業務上外の判断における運用上の後退が懸念される。今回の通達の変更に関連して事務連絡第45号の考え方を削除すべき明確な根拠は見出し難い。それゆえ、本研究会は対象業務の範囲に関して、問題の実情に即した弾力的な運用を関係機関に求めたい。

### 3 業務過重性の判断、業務との関連性の考え方

新通達は業務起因性の認定要件として「発症前に過重な業務に就労したこと」を上げ、それに該当する業務量として、次の(1)または(2)を提示している。すなわち、(1)同一事業場における同種の労働者と比較して、おおむね10%以上業務量が増加し、その状態が発症直前3か月程度にわたる場合、または(2)業務量が一定せず、発症直前の3か月程度継続して、(イ)業務量が1か月の平均では通常の範囲内であっても、1日の業務量が通常の業務のおおむね20%以上増加し、その状態が1か月のうち10日程度認められる場合、あるいは(ロ)業務量が1日の平均では通常の範囲内であっても、1日の労働時間の3分の1程度にわたって業務量が通常の業務量のおおむね20%以上増加し、その状態が1か月のうち10日程度認められる場合の、2つが示されている。

このように「同種の労働者」あるいは「1か月、または1日の通常」に比して業務量の多い状態が「3か月」以上持続していること。いわば業務における量的負荷の過重性を条件として判断する考え方は前通達から基本的に変化していない。本研究会は、前通達に対する要請<sup>9)</sup>を1976年に行った際に、(1)労働負担の過重性は当該作業者にとって過大であったかどうかを基準に判断すべきであり、作業

量を他人と比較して判断することは妥当でないこと、(2)当該作業者の頸肩腕障害の発生に関与した業務について、症状の発現により作業能力の低下した段階における業務量を比較検討の対象とすることが多いため、業務量の評価が不適当となること、(3)「10%、20%」「3か月」などの基準数値には科学的根拠が示されていないこと等を指摘している。しかし、業務過重性に関わる量的基準を今回変更しなかった理由としては、「昭和50年に認定基準が策定されてから以降、これまでの認定基準の運用で概ね機能しているといえることから、見直しに当たっての業務過重性の判断についても、この基準を踏襲してよいと判断される<sup>8)</sup>と述べられているのみであり、前通達に対する前述の本研究会の指摘に対し、新通達は応えていない。

なお、新通達で「同一事業場における同種の労働者と比較して、おおむね10%以上業務量が増加」と記載された部分は、前通達において「同一企業の中における同性の労働者であって、作業態様、年齢および熟練度が同程度のもの若しくは他の企業の同種の労働者と比較して、おおむね10%以上業務量が増加」となっていた。すなわち、前通達では、作業態様や性・年齢、熟練度の諸条件が同様である者との比較を前提とし、さらに他の企業における同種の労働者との比較も基本的に考慮されていた。一方、今回「『同種の労働者』については同一事業所内を基本とするが、同一事業所における同種の労働者が存在しない場合には、他の事業場における同種の労働者との比較を参考とすること」と事務連絡で補足されているが、新通達において「同一事業場における同種の労働者との比較」が原則であり、また「『同種の労働者』とは同種の作業に従事する同性で年齢が同程度の労働者をいうものである」と述べられている。すなわち、新通達は前通達に比べ同一事業場の労働者との比較を相対的に強調していると考えられる。また「同種の労働者」の概念に関して、「熟練度が同程度」との規定が今回なくなっている。そのため、新通達の機械的な運用が行われた場合に懸念されることとして、①作業者の多くが高負担の作業下にある事業場に関して同一事業場内の作業

者間比較のみが実施され、より負担の低い他の事業場からの労災申請者と比べ、申請労働者の作業負担が相対的に低く評価される危険性がある、②熟練度が労災申請労働者とは異なる労働者が比較の対象に選ばれ、結果的に労災申請労働者の負担が軽く見積られる危険性がある等が指摘される。それゆえ、新通達の運用に当って申請労働者の負担の大きさが軽視されることのないように慎重な評価検討が行われることを求めたい。

一方、新通達で、「業務量の面から過重な業務とは直ちに判断できない場合」であっても、「通常業務による負荷を超える一定の負荷が認められ」との条件つきではあるが、「イ. 長時間作業・連続作業、ロ. 他律的かつ過度な作業ペース、ハ. 過大な重量負荷・力の発揮、ニ. 過度の緊張、ホ. 不適切な作業環境」の「要因が顕著に認められる場合には、それらの要因も総合して評価すること」と、作業の質的要因に関わる内容も総合して過重性を判断する必要性を示した点は、頸肩腕障害発生の実態に即した視点として評価し得る。但し、このような視点が現実の運用に十分に反映されているか否かに関して本研究会としては認定行政の動向を注視し、必要に応じて追加的見解を述べることとしたい。

これまで、業務の過重性の判断において同種の労働者の業務量や当該労働者の通常の業務量との比較結果が重視されすぎていた。業務と障害との関連を判断する場合には、当該労働者にとって業務が過重であったかどうか問われるべきであると本研究会は考える。例えば個体レベルにおける業務負荷と身体症状。所見との関連が存在することにより当該労働者にとっての業務過重性が判断できよう。これには、上肢の負担を伴う業務に新規にもしくは一定期間継続して就労することにより自覚症状や他覚所見上過大な負担の影響が認められる場合や、当該作業への反復的な従事や休養不足などの経緯により症状・所見の進行増悪が認められる場合などが含まれ得る。このような当該労働者における業務と症状・所見との関連が、医学的に合理的な範囲内で観察される場合には、同種の労働者の業務量や通常の業務量

との比較結果にかかわらず積極的に業務の過重性の存在を認めるべきである。

## 4 | 個体要因や日常生活上の要因

今日、職場における筋骨格系障害は多要因性をその特性とする Work-related disease のひとつとして理解されている。<sup>9)</sup> すなわち、職場要因以外の年齢や性、その他の身体状況等の個体要因や日常生活上の要因も頸肩腕障害の発症に関与し得る。従って、頸肩腕障害予防に関連する労働衛生管理に際しては、就労者の個体要因や家庭での介護・育児などの日常生活上の負担に配慮した対策の実施が必要とされている。しかし、多要因性である筋骨格系障害の業務上外を判断する場合に、業務との関連を十分に検討することなく個体要因や日常生活上の要因を主要因であると断定することがあつてはならない。近年の業務上認定に関する司法判断においても、業務の遂行が基礎疾病を増悪させるなど、それが基礎疾病と共働の原因となって疾病が発生したと認められるような場合は、特段の事情がない限り、業務起因性を肯定する判断が増えている。<sup>24)</sup> 近年のこうした司法判断に見られる社会的認識の動向や、業務上外を二者択一的に決定する労災・公災判断の特質を考慮し、本研究会は業務上か否かの判断において作業者の個体要因や日常生活上の要因が過大視されることのないよう慎重な配慮を関係機関に求めたい。

## 5 | 発症までの作業従事期間

新通達では発症までの作業従事期間に関して、腱鞘炎等については作業従事期間が6か月未満で発症する場合もあったものの、原則的には6か月程度以上としている。しかし、発症までの作業従事期間について、根拠となる文献は専門検討会の検討結果報告書<sup>9)</sup>においても明示されず、平成6年度の上肢作業認定例154症例に関する作業従事期間のみが示されている。しかし、この症例に関する資料(検討結果報告書の表2)におい

て、18.5%の者は6か月未満で発症している。また、検討結果報告書中、文献12として掲載されているVeierstedt KBら(1993)の論文<sup>25)</sup>(検討結果報告書の本文中では引用箇所が明示されていない)では、頸肩部筋痛を有した患者の発症状態に至るまでの作業従事期間の中央値は23週と半年未満である(最短6週～最長51週)。文献として記載されながら、この論文の内容が無視されていると考えられる。さらに、検討結果報告書で文献21として記載されている大原等<sup>26)</sup>の論文においても、レジ作業における頸腕障害が比較的短期間の作業経験者に多いことや、そこに6か月未満の作業経験者も含まれていたことを根拠に、一般的には作業期間を6か月程度以上とする基準が一律には適用され得ないとの考察が述べられている。以上のように、検討結果報告書における資料や文献は、新通達における「原則として6か月程度以上」との目安を十分に根拠づけるものとはなっていない。それゆえ、「原則」との表現にとらわれて基準を機械的に運用することは慎むべきである。当該業務への従事期間が6か月程度未満であっても発症までの経緯から業務に関連して発症したと認められる場合は個々の事例に則して判断すべきであり、新通達の作業従事期間の規定は改訂される必要がある。

## 6 鑑別診断の考え方

新通達と、その事務連絡において、上肢障害には加齢による骨・関節系の退行性変性や関節リウマチ等の類似疾病の関与が多いとの理由から、これらが疑われる場合には専門医からの意見聴取と鑑別診断等の実施が求められている。そして、退行性変性や素因が主たる原因となって発症する疾病として、変形性脊椎症、肩関節周囲炎、胸郭出口症候群等が上げられている。次に、上肢障害に該当しない疾病で、別途業務起因性の判断を要することもある疾病として、1) 頸・背部の脊椎、脊髄あるいは周辺軟部の腫瘍、2) 内臓疾病に起因する諸関連痛、3) 類似の症状を呈し得る精神医学的疾患、4) 頭蓋内疾患(大脳基底部の異常から生

じるジストニア等)が示されている。そして、鑑別診断上、主治医から収集すべき検査資料として、アドソン試験、ライト試験等の検査や画像所見、エックス線所見、神経伝導速度などが病状に応じて指示されている。すなわち、これらの検査資料に何らかの異常所見が存在した場合、補償の対象とすべき上肢障害には該当しないとして判断される可能性がある。しかし、無症状者においてもエックス線やMRIに関して頸椎の顕著な退行性変化が高率に見出されることを示した研究が少なくないため、頸椎異常所見と症状との対応関係を解釈する場合は十分な慎重さが求められる。<sup>27)29)</sup> また、胸郭出口症候群と労働との関連も示唆されており<sup>7)</sup>、アドソン試験等における陽性所見の解釈には十分な注意が必要である。すなわち、鑑別に関わる通達の内容を機械的に運用した場合には、認定対象とすべき患者の範囲が著しく制限されたり、鑑別の困難な患者が認定の対象から排除される等の危険性がある。認定に関わる判断に当たっては、他疾病の症状や所見がないとを障害認定の必要条件とすべきではなく、疾病や作業負担の経過や全体的な病像を総合的に把握することが求められる。一方、鑑別の対象とされている上述の諸疾患に検討事例が該当する場合であっても、業務と関連して病状が悪化するなど、作業関連性が強く疑われるときは、補償の対象とされるべきである。

## 7 適切な療養期間

新通達では「適切な療養を行うことによっておおむね3か月程度で症状が軽快すると考えられ、手術が施行された場合でも一般的におおむね6か月程度の療養が行われれば治癒するものと考えられるので留意すること」と述べられている(以下、3～6か月軽快説と呼ぶ)。そして、検討結果報告書において、小山内<sup>30)</sup>と大原ら<sup>26)31)</sup>の論文内容をその根拠に引用している。

小山内の論文は「電気メーカーのベルトコンベアシステムの組立作業者の症例についてトレーナーを配しての運動療法の併用等によって3か月で6人全員症状が著しく改善した」と引用されている。こ

の論文は啓蒙誌に掲載されたものであり、学問的厳密さを審査された原著論文ではなく、療養効果を評価する場合に必要な各症例の詳しい症状や発症経過、業務負担等に関して記載していない。また各症例は症度区分Cとされているがその判断基準も明記されていない。しかも、対象者のうち患者は1名のみで、他の5名は患者と同様な職場から選んだ者で身体症状の悪い者としてのみ記載されていることから、就労中で治療歴のない軽症者であった可能性が高い。もし、これらの者が軽症者であれば、3か月以内に軽快することもあり得る。一方、この論文の患者は、運動療法開始前に入院を含めて3か月の病休をとり、また病休開始から軽快までに6か月以上を要しているため、むしろ3～6か月軽快説に反した例と言える。このように、小山内の論文では患者以外の者を主対象としており、内容も不明確な部分が多い。それゆえ、認定患者の3～6か月軽快説の根拠として本論文を用いることは不相当と考えられる。

一方、大原等<sup>31)</sup>は健康相談を受診したレジ作業員120人を対象にして解析している。対象者についての日本産業衛生学会の症度区分は、Ⅱ度34人、Ⅲ度71人、Ⅳ度15人であった。症度が進むと軽快までの期間が長くなり、軽快までに3か月以上を要した者の割合はⅡ度5.9%、Ⅲ度40.8%、Ⅳ度80%であり、6か月以上を要した者はⅡ度5.9%、Ⅲ度21.1%、Ⅳ度60%であった。すなわち、症度別にみると3～6か月軽快説はⅡにはある程度当てはまるが、より症度の進んだⅢ度の群では3か月以内と6か月以内の軽快率が各々59.2%と78.9%に止まり、Ⅳ度の群ではさらに20%と40%と大幅に低下するため、3～6か月軽快説が適合しなくなる。従って、大原等の論文は3～6か月以内に一律に軽快することを否定するものであり、検討結果報告書はこの論文を正しく引用していない。

このように、検討結果報告書が根拠とする2つの引用論文は「3～6か月軽快説」を根拠づけるよりはむしろ否定的な結果を提示しているため、新通達における療養期間に関する内容は、改訂される必要がある。なお、検討結果報告書は大原等の論文を引用して「症状を訴えるスーパーマーケット

のレジ作業員120人の軽快までに要した期間は、64.4%が3か月未満である」と記載しているが、この引用箇所の120人は87人(初回受診者)の誤りであり訂正を要する<sup>26)</sup>。

次に、6か月以上長期化する者については、精神医学的疾患や個人の素因等の個体要因に基づくものを疑い、労災保険による治療は適用されないものであることを患者本人に理解させるべき旨が検討結果報告書に述べられている。この考え方には、患者の症度や職場での作業規制の遅れ・不適切さ等の重要な難治要因に関する観点に欠落している。例えば、作業規制や配置換えを行った後も軽快までに長い期間を要する難治の要因として、疼痛→末梢血管の反射的収縮→筋肉内の相対的乏血→乏血性疼痛の病理的な悪循環<sup>22)32)</sup>とともに、作業規制や配置換えに関する職場での対処の不備がこれまでに指摘されている。<sup>31)</sup> 職場での対処のひとつである配置換えを行った場合、新しい作業や人間関係に慣れるまでの間、回復力の低下した患者にとっては心身の負担が過重となり、回復が遅延することがある。

また、精神的疾患や個人の素因等の個体要因に療養の長期化の主原因を求める見解についても以下のように批判されている。まず、個人の体質、体型については、木村<sup>33)</sup>が詳細に検討し、「Joint hypermobilityとなで肩が発症に関与している思われたが、これらも絶対的なものではなく、適性検査の上で判断の資料にし得る程度のものである」と結論づけたように、体質や体型が難治の主たる要因であるとの明確な証拠は得られていない。一方、作業規制や配置換えを行っても治療に長期を要する場合のあることに対する説明として、精神的な要因が取り上げられてきた<sup>34)</sup>。しかし、小沼等<sup>35)</sup>は精神科を受診した電話交換手の斜角筋症候群例を検討し、「心因性疾患としての本格的神経症としての現れであるとの見方は取り難い」として、精神的疾患説を診断上否定している。木村等<sup>34)</sup>は、Manifest Anxiety Scaleにより、「頸肩腕障害の患者と神経症の患者の間には不安度において全く違った面をもっており、難治症例即神経症との判断をすべきでない」との見解を述べている。日本産

業衛生学会の頸肩腕症候群委員会<sup>8)</sup>は、頸肩腕障害が重度になると「情緒不安定、集中困難、睡眠障害、思考力低下、鬱状態、ヒステリー症状」等の精神症状が加わることを指摘しており、精神神経症状はこの障害の原因ではなく結果として生じることを述べている。以上のように、精神的疾患や個人の素因等の個体要因に療養の長期化の原因を求めることには、十分な慎重さが求められる。

なお、昭和51年11月に労働省労働基準局より提示された事務連絡第45号<sup>23)</sup>においても、「頸肩腕症候群に類似の他の(業務上)疾病が存在しているか適切な療養及び健康管理が行われなかった等の場合においては、3か月を超えて症状が持続する場合があるので、上記解説8(認定基準)は3か月程度経過後に症状が消退しないものを一律に業務によらない疾病として取り扱うという趣旨ではない(引用の括弧内は本研究会が追記)」とされていた。今回、事務連絡第1号により、この事務連絡第45号の記が削除されることとなったため、療養期間に関わる業務上外の判断における運用上の後退が懸念される。検討結果報告書および新通達には、事務連絡第45号に指示された内容を否定する根拠はなんら示されておらず、今日においてもその内容の妥当性は変化していない。本研究会は、療養期間に関しても機械的運用がなされることのないよう関係機関に求めたい。

## 8 認定基準の性格と情報の公開

これまで、労働省労働基準局は「業務災害及び通勤災害認定の理論と実際」<sup>14)</sup>において、認定基準の性格についての考え方を明示し、「認定基準は各疾病についての現在の医学的知見を集約し、当該疾病と業務との関係について有害因子とその曝露期間等、及びそれによって引き起こされる疾病の病像、経過等を示したものである」としてきた。また、「行政機関に対して業務上疾病についての認定要件、認定に必要な医学的知見等を示すことにより行政事務の促進と各行政機関の間の認定に係る斉一性の確保を図ることができる」との考え方も示されてきた。さらに、「認定基準が示されてい

る疾病に係る災害補償を受けようとする者にとつては、当該疾病について認定基準の要件を満たしていることの疎明を行えば足りることとなり、請求人が負っている立証責任の軽減の効果がある」とも述べられてきた。

このような認定基準の性格についてのこれまでの労働省労働基準局の考え方からすれば、当然、認定の対象となる疾病と業務について、わが国内外の研究成果や発症事例の情報が定期的に最新の知見として集約され、判断基準の内容に適宜反映されるべきである。

また、これまで認定例に関する情報が一般に公開されなかったため、発生事例の教訓が広く予防対策に生かされてこなかった。しかし、職場の予防対策促進のためには、認定例を含む業務上外認定の検討対象者に関する作業態様や作業環境などについての情報公開が不可欠である。今後、予防対策を促進する観点から、労災および公災認定に関する諸機関が情報公開に向けた積極的な措置をとるよう本研究会は強く求めたい。



### 参考文献

- 1) 労働省労働基準局長、キーバンチャー等上肢作業にもとづく疾病の業務上外の認定基準について、基発第59号、1975。
- 2) 労働省労働基準局長、上肢作業に基づく疾病の業務上外の認定基準について、基発第65号、1997。
- 3) 地方公務員災害補償基金理事長、上肢業務に基づく疾病の取扱いについて(通知)、地基補第103号、1997。
- 4) 地方公務員災害補償基金補償課長、「上肢業務に基づく疾病の取扱いについて」の実施について(通知)、地基補第104号、1997。
- 5) 頸肩腕障害研究会、「上肢作業にもとづく疾病の業務上外の認定基準(基発59号通達)についての要請、産業医学1976;18:433-435。
- 6) The Organizing Committee of second International Scientific Conference on Prevention of Work-related Musculoskeletal Disorders (PREMUS95, Montreal). Book of Abstract. 1995。
- 7) Kuorinka I, Forcier L. Work Related Musculoskeletal Disorders (MSDs). London: Taylor & Francis, 1995。
- 8) 頸肩腕症候群等に関する専門検討会、頸肩腕症候群等に関する検討結果報告書、1997。
- 9) WHO Expert Committee. Identification and control

- of work-related diseases. WHO Technical Report series. 1985:No.714.
- 10) 頸肩腕症候群委員会. 昭和47年度日本産業衛生学会頸肩腕症候群委員会報告書. 産業医学 1973;15:84-91.
  - 11) 青山英康. 頸肩腕障害, 職場におけるその対策. 東京: 労働基準調査会. 1979.
  - 12) 労働省安全衛生部労働衛生課. 職場における頸肩腕症候群予防対策に関する報告書. 1995.
  - 13) 日本産業衛生学会・資料委員会. 新版産業保健 II. 産業保健の作業別マニュアル. 東京: 篠原出版. 1985.
  - 14) 労働省労働基準局. 業務災害及び通勤災害認定の理論と実際. 東京: 労働法令協会. 1985.
  - 15) 労働省労働基準局補償課長. 上肢作業に基づく疾病の業務上外の認定基準の運用上の留意点について. 事務連絡第1号. 1997.
  - 16) 宇土博. 職業起因性頸肩腕障害の予後に影響する諸因子の検討. 鉄鋼労働衛生 1982;31:7-12.
  - 17) 宇土博, 大原啓志. 競艇場舟券発券器取扱い作業者の健康障害に関する研究. 労働科学 1981;57:397-406.
  - 18) 広瀬俊雄. 診療経験からみた今回の認定基準—みやぎ生協企業内認定補償と認定基準. 第42回日本産業衛生学会頸肩腕障害研究会資料. 1997.
  - 19) 前田勝義, 林田博, 高松誠. 歯科診療時の姿勢による疲労とその対策. 日本歯科医師会雑誌 1980;33:1009-1016.
  - 20) Udo H. Carpal tunnel syndrome, Industrial and Occupational Ergonomics: User's Encyclopedia (CD-ROM). Mital A, Ayoub MM, Kumar S, Wang MJ, Landau K, eds. Cincinnati: International Journal of Industrial Engineering, 1999.
  - 21) 榎本康博, 車谷典男. 作業関連疾患としての手根管症候群. 労働の科学 1993;48:38-41.
  - 22) 前田勝義. 発症メカニズムへのアプローチ. 青山英康編. 頸肩腕障害 職場におけるその対策. 東京: 労働基準調査会, 1980:108-124.
  - 23) 労働省労働基準局補償課長. 振動障害の認定基準等の運用上の留意点について. 事務連絡第45号. 1976.
  - 24) 最高裁判所事務総局. 労働関係民事裁判例概観 上巻 個別的労働関係編. 労働関係民事行政裁判資料. 1986;36号:485-490.
  - 25) Veiersted KB, Westgaard RH. Development of trapezius myalgia among female workers performing light manual work. Scand J Work Environ Health 1993;19:277-283
  - 26) 大原啓志, 三村啓爾, 尾瀬裕, 井谷徹, 太田武夫, 青山英康. 金銭登録作業者の頸肩腕障害に関する研究第1報 作業条件の改善に要する要措置者の特性の変化. 産業医学 1982;24:55-64.
  - 27) Friendenberg ZS, Miller WT. Degenerative disc disease of the cervical spine. J bone Joint Surg 1963; 45-A:1171-1184
  - 28) Boden SD, McCowin PR, Davis DO, Dina TS, Mark AS, Wiesel S. Abnormal magnetic-resonance scans of the cervical spine in asymptomatic subjects. J Bone Joint Surg 1990;72-A:1178-1184
  - 29) Hearly JF, Hearly BB, Wong WHM, Olson EM. Cervical and lumbar MRI in asymptomatic older male lifelong athletes: frequency of degenerative findings. J Comput Assist Tomo 1996;20:107-112
  - 30) 小山内博. 頸肩腕症候群について. 労働の科学 1977; 32(7):5-9.
  - 31) 大原啓志, 三村啓爾, 尾瀬裕, 井谷徹, 太田武夫, 青山英康. 金銭登録作業者の頸肩腕障害に関する研究第2報 要措置者の病像と作業管理に関する知見. 産業医学 1982;24:65-74.
  - 32) 金田正樹. 頸肩腕症候群. 整形・災害外科. 1979;20: 1245-1249.
  - 33) 木村正巳. 適性としての体質, 体型について. 青山英康編. 頸肩腕障害 職場におけるその対策. 東京: 労働基準調査会, 1980:337-348.
  - 34) 木村正巳. 狭義の頸肩腕症候群の治療. 堀口俊一等編. 臨床産業医学全書 産業災害外科・整形外科. 東京: 医歯薬出版, 1985:590-596
  - 35) 小沼十寸穂, 野村昭太郎. 電話交換手にみた頸肩腕症候群 殊に斜角筋症候群の族発に関する精神神経学的知見. 広島大学医学誌 1965;14:733-753



頸肩腕障害研究会世話人会の了承を得て掲載。同委員会では、本見解と豊富な資料をまとめてパンフレットを作成しています(A4版、40頁、頒価500円)。

お問い合わせは、〒470-11 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98 藤田保健衛生大学医学部公衆衛生学講座(小野雄一郎教授) TEL(0562)93-2452/FAX(0562)93-3079

# 労働者の健康情報に係るプライバシーの保護に関する検討会中間取りまとめ

2000年7月14日

## はじめに

労働安全衛生法では、労働者の健康を確保することが事業者の責務の一つとして規定され、事業者には労働者に対して所定の健康診断を実施することが義務付けられている。そして、事業者はこれら労働安全衛生法に基づく健康診断の結果や、労働者から提出された診断書等を通じて健康情報を得ているが、これらの情報の保護の在り方については必ずしも明確になっていない。

さらに、労働力の流動化に伴う健康情報の移転の機会の増大、健康情報の電子情報化の進行、労働者の高齢化等による有所見率の増加等を背景として、近年、労働者の健康情報に係るプライバシー保護の重要性も指摘されるようになっており、職場における健康情報の保護方策等についても十分な検討が求められているところである。

このような状況等を踏まえ、本検討会は、労働者の健康情報に係るプライバシーの保護に関する問題点を整理するとともに、その保護をどのように図って行くべきか、どのような対応が必要になるのか等について検討することを目的として平成11年3月より、これまで9回開催され、労働者の健康情報に係るプライバシーの保護に関する論点が明確となったため、今般、現時点における検討結果を中間的に取りまとめることとしたものである。

この中間取りまとめにおいては、労働者の健康情報の保護を図る方策として、事業者、労働者、産業保健スタッフ等が当面自主的に取り組むことが望ましい事項については「当面の対応」とし、法制度の検討を行う際に十分に吟味整理することが望ましい事項については「将来的課題」として提言した。

この中間取りまとめが、労働者の健康情報に係わる議論の活性化に寄与し、労働者個人の健康情報をどの

ように取り扱うべきであるかについて参考にされることを希望するとともに、将来の検討の場においても役立つことがあれば幸いである。

平成12年7月  
労働者の健康情報に係るプライバシー  
保護に関する検討会  
座長 保原喜志夫

## 1 労働者の健康情報に係る プライバシー保護に関する動向

### (1) 個人情報の保護

我が国における個人情報の保護に関する法令としては、昭和63年に「行政機関の保有する電子計算機処理に係る個人情報の保護に関する法律」が制定され、また地方公共団体において個人情報保護条例が制定されているところもある。

民間部門が保有する個人情報の保護に関しては、自主規制としていくつかの分野におけるガイドライン等が策定されているが、全体を包括的に対象としたものはないのが現状である。

平成11年7月、個人情報の保護・利用の在り方を総合的に検討するため、政府の高度情報通信社会推進本部に「個人情報保護検討部会」が設置され、同年11月中間報告が取りまとめられた。それを受け、平成12年2月に個人情報保護の基本法制定に向け「個人情報保護法制化専門委員会」が設置され、さらに検討が行われている。

これに対して、近年諸外国においても、欧米諸国を中心として個人情報保護法制等の整備が進んでおり、1980年代以降、経済協力開発機構(Organization for Economic Cooperation and Development: OECD)、欧州連合(European Union: EU)等において国際的な基準等が相次いで策定されている。

## (2) 労働者の個人情報の保護

我が国の労働者の個人情報保護システムの在り方については、平成9年度から労働大臣官房政策調査部における「労働者の個人情報保護に関する研究会」において検討されており、平成10年6月にまとめられた同研究会報告書では、各企業を含めた関係者が労働者の個人情報保護について認識を高め、幅広く議論・検討がなされることや個人情報保護のための基本的な視点について報告している。

その中で、労働者の健康・医療情報については、センシティブデータ(特別に機微な情報)の一つとして、その収集・利用について特に制限的に扱うことが必要とされている。

また、平成11年6月に職業安定法及び労働者派遣法の一部が改正され、有料職業紹介事業者、派遣元事業主等に対する求職者、派遣労働者等の個人情報の適正管理、秘密の厳守の義務について明文の規定が設けられた。国際的には、1996年に国際労働機関(International Labour Organization: ILO)から各国の法令、規則、労働協約等を策定する際に参考とすることができる「労働者の個人情報の保護に関する行動準則(Code of practice on the protection of worker's personal data)」(ILO行動準則)が公表されている。

## (3) 労働者の健康情報の保護

我が国においては、諸外国と異なり、労働安全衛生法及びじん肺法(以下「安衛法等」という。)に基づき、事業者には健康診断の実施、その結果の記録の作成・保管、その結果に基づく就業上の措置の実施等が義務付けられている。

さらに事業者には、民事責任を十分に果たす上で、労働者本人から提出された診断書等による健康情報も含め、幅広く労働者の健康情報を把握することが求められている場合もある。

そして、公法上の規制として、安衛法等における健康情報についての守秘義務が、健康診断の実施の事務に従事した者に課せられ、また、保健婦(士)、看護婦(士)を除き、医療関係の法的な資格を有する者には、刑法やそれぞれの資格要件を定める法律の中に守秘義務が規定されている。

さらに、コンピュータシステムのネットワーク化による情報の目に見えない形でのやり取りが可能となり、労働者の健康情報がより頻繁かつ容易に使用されるようになったことも、事業場における労働者の健康情報に係るプライバシーの保護の必要性が指摘される背景の一つとして挙げられる。

このような状況の中で、平成8年1月の中央労働基準審議会建議「労働者の健康確保対策の充実強化について」において、健康診断の実施、再検査の実施、結果の活用、メンタルヘルスの相談に当たって、プライバシーの保護等の問題に十分配慮すること等が指摘されている。さらに、平成8年10月に労働安全衛生法第66条の5に基づき労働大臣が公表した「健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」において、事業者は、個々の労働者の健康に関する情報が、個人のプライバシーに属するものであることから、その保護に特に留意する必要があることや就業上の措置の実施に当たって、関係者へ提供する情報の範囲は必要最小限とする必要があるとされている。

また、日本産業衛生学会、ILO、職業保健国際委員会(International Commission on Occupational Health: ICOH)の倫理規程や指針の検討等、国内外の専門家団体においても労働者の健康情報のプライバシー保護の在り方が検討されている。これらの検討ではいずれも、労働者の健康情報は、正当な目的に従って収集されなければならず、医師その他の専門職が保管し、これらの者のみが使用するべきものとしている。

## 2 労働者の健康情報の範囲について

### (1) 健康情報の種類・区分

一般的に、個人情報とは、個人に関する全ての情報であって、かつ、その個人が特定され得る情報であると考えられる。このような考え方によると、労働者の健康情報の範囲としては、安衛法等に基づく健康診断の結果、保健指導や健康相談の記録、こころと体の健康づくり(トータル・ヘルスプロモーション・プラン: THP)に関する情報(健康測定結果、健康指導内容等)、健康保険組合が実施する保健事業(人間ドック等)に関する情報、療養の給付に関する情報(受診記録、診断名等)、医療機関(健康診断を実施する医療機関も含む。)からの診療に関する情報(診断書等)、有害因子への個人のばく露歴等が挙げられる。

本中間とりまとめにおいては、労働者の健康情報を、その実施等についての法令上の義務付けの程度に応じて、次の4つに分類する。

#### a 法定健診結果

安衛法等に基づいて、その実施が事業者に義務付けられている健康診断(以下「法定健診」という。)に関する情報

#### b 努力義務に係る健康情報

安衛法等及び関連する指針等に基づいて、その

実施について事業者が努力義務がある健康診断、健康測定、保健指導等に関する情報

c 任意の健康情報

事業者が実施したa及びb以外の健康診断、保健指導等に関する情報(健康診断、健康測定及び保健指導時に実施された、安衛法等及び関連する指針等に基づいて定められている項目以外の項目を含む。)

a～cは、事業場内の健康情報である。

d 事業場の外からの健康情報

事業者が実施主体ではない健康情報(診断書等の療養内容や健康保険組合の入通院状況等の医療情報を含む。)

## (2) 作業環境測定結果について

作業環境測定結果そのものは健康情報ではないが、特定の労働者がその作業環境下で従事していることが明らかなる場合には、個人のばく露歴に類する情報となり、当該労働者に係る健康情報として取り扱われるべきものである。

しかしながら、直近の作業環境測定結果を作業場内に掲示する等、当該作業環境の状況を当該職場の労働者及び作業環境管理に関係する者に周知することは、労働者の健康障害を防止するために必要不可欠であるため、これらのデータは保護すべき健康情報とは区別して取り扱われるべきと考えられる。

## (3) 上司と部下の間の個人の信頼関係に基づく健康情報

部下から上司に対して個人的に相談された内容については、保護すべき健康情報と一律に位置付けるのは適当でない。しかし、相談を受けた上司が、業務上の必要性からその情報を書面等で保管した場合には、個人情報として位置付けられるべきであり、その処理は他の健康情報と同様に行う必要がある。

## 3 用語の定義

本中間取りまとめにおいては、労働者の健康情報に関する用語を以下のように定義する。

### (1) 健康情報の処理

健康情報の「処理」とは、当該事業場における事業に関連して行われる健康情報の収集、保管(開示を含む。)、使用をいう。

### (2) 健康情報の収集

健康情報の「収集」とは、事業者及び担当者が、健

康情報を当該事業場における事業に関連して集めることをいう。

### (3) 健康情報の保管

健康情報の「保管」とは、事業者及び担当者が、収集した健康情報を保存・管理し、その健康情報を廃棄することをいう。

### (4) 健康情報の開示

健康情報の「開示」とは、当該事業場における事業に関連して収集、保管された健康情報を、本人の請求に応じて、労働者本人にその内容等を示すことをいう。

なお、開示については、新しい概念であり固有の問題もあることから、本中間取りまとめでは、健康情報の処理とは別項に分け記載することとする。

### (5) 健康情報の使用、利用及び提供

健康情報の「使用」とは、収集された健康情報が利用及び提供されることをいう。健康情報の「利用」とは、当該事業場における事業に関連して使われることをいい、健康情報の「提供」とは当該事業場における事業に関連しない活動等に供することをいう。

## 4 労働者の健康情報保護の基本的な考え方

### (1) 個人情報保護の捉え方

個人情報の処理には、少なくとも明確な使用目的が必要であり、原則的に目的外に処理されるべきものではない。

個人情報保護の捉え方について、高度情報通信社会推進本部の「個人情報保護検討部会」による中間報告書においては、「個人情報の保護については、私生活をみだりに公開されないという従来の伝統的なプライバシー概念と、近年の情報化の進展した社会においてその侵害を未然に防止する観点から、自己に関する情報の流れを(自らが)管理(コントロール)するという積極的・能動的な要素を含むプライバシー概念の2つがあるといわれている。」としている。

### (2) 労働者の健康情報の保護の捉え方

健康情報は個人情報の中でも特に機微な情報として慎重に取り扱われるべきものであり、収集から、保管、使用の各段階において、その保護の在り方について検討しておく必要がある。

安衛法等では一定の健康診断の実施、結果の記録

及びその結果に基づく就業上の措置の実施等が事業者に義務付けられており、また、事業者は民事責任を十分に果たす上で、幅広く健康情報を収集することを求められる場合もある。そのため、プライバシーの保護に対するより一層慎重な対応が求められ、また、事業者は労働者の健康を守る義務と労働者のプライバシーの保護のバランスについて配慮する必要がある。

## 5 労働者の健康情報の処理について

### (1) 全般的事項

#### イ 現状と課題

##### ① 健康情報に対する関心と認識

法定健診については、事業者が実施する就業上の措置に必要なものと位置付けられていることから、健康診断の実施及びその結果の記録・保存については事業者の義務となっている。しかしながら、同時に個人の健康診断結果は労働者の個人情報であることに留意する必要がある。

ところが、労働者は、法定健診による場合は別として、事業者が何をどのように収集、保管しているのか必ずしも知らないことが多い。また自己の健康情報がどのように使用されているかについても関心が低い傾向にあり、自身で健康情報を保護する必要性の認識が必ずしも高くないのが現状である。

一方、事業者は、法定健診については法令等に基づきプライバシーの保護に一定の対応を行っているが、それ以外の健康情報については、労働者のプライバシーの保護や健康情報の処理についての認識が必ずしも高いものとはいえない。事業者が任意の健康情報や事業場の外からの健康情報を収集し使用する際には、その収集目的が本人に説明されていなかったり、同意を得ていないケースもある。

##### ② 各事業場における処理のルールの不統一

各事業場における健康情報等の処理に関する内部規定等のルール化が、現在のところ不十分である。そのため、担当者が事例ごとに判断する際に混乱を生じたり、労働者が自らの情報の処理について、不安や疑問を抱く事例が生じている。

#### ロ 当面の対応

##### ① 関係者の認識の向上

労働者は、事業場内で自己の健康情報がどのように処理されているのかに関心を持ち、健康情報の保護の必要性について認識を持つべきであると考えられる。また、事業者も、事業場で処理している健康情報すべてが、労働者の個人情報であることに留意し、その保護

の必要性を認識する必要がある。

行政は、関係者の認識向上のために健康情報保護の必要性について啓発を行うことが重要である。第一に、事業者及び労働者双方への啓発を行う必要がある。第二に、産業医、その他労働者の健康管理等を行う医師(以下「産業医等」という。)に対して、プライバシーの保護の観点から、健康情報の処理の在り方等を、産業医研修等を通じて周知させる必要がある。第三に、健康診断を実施する医療機関に対し、各種の健康情報についての保護の重要性を周知させる必要がある。

##### ② 処理のルール化

各事業場においては、前述のa～dの情報区分ごとに、健康情報の処理の各段階における管理体制等について衛生委員会等で審議し、産業医等や衛生管理者等の参画のもと、ルール化することが必要である。その中では、健康情報を使用する際の使用目的の明確化や、健康情報の事務的な管理等の責任者を明記する等が盛り込まれるとともに、産業医等や衛生管理者等の役割を明確化する必要がある。なお、衛生管理者等に事務的な管理の責任者としての任を行わせる場合には、併せて当該者の守秘義務をルールの中に盛り込むべきである。また、保健婦(士)等は、衛生管理者等の任になくとも、職務の性質上、家庭問題や対人関係といったもまで含めた労働者個人の健康に関わる情報を収集する機会が多いため、事業場の保健婦(士)等の健康情報に対する役割や義務について、事業場におけるルールの中に盛り込むべきである。

事業者は、事業場で処理している健康情報の保護の必要性や、事業者が必要とする健康情報は必ずしも検査値や病名そのものではなく、就業上の措置や適正配置の観点から必要最小限の情報であることを認識し、これらを踏まえ、健康情報の処理に関するルール化を行う必要がある。

#### ハ 将来的課題

##### ① 安衛法等の健康情報に係る守秘義務の拡大についての検討

現行の安衛法等では、健康診断の実施の事務に従事した者に対し守秘義務が課せられている。しかしながら、事業場で処理される労働者の健康情報は法定健診結果のみではなく、様々な健康情報が処理されている。

そこで、安衛法等における守秘義務は、法定健診結果のみではなく、努力義務に係る健康情報、また任意の健康情報、事業場の外からの健康情報についても、その処理に関わった者に守秘義務を拡大することについての検討が必要である。なお、その際には、健康情報の範囲を、当該事業場において安衛法等に基づき労働者の健康確保のために知り得た情報とする等、より

明確に示す必要がある。

### ② 労働者の健康情報の管理を産業医等が一元的に担うことの検討

前述したように、日本産業衛生学会、ILO、ICOHの倫理規程等では、労働者の健康情報は、医師その他の専門職が保管、使用すべきものとしている。これらの考え方から、法定健診結果も含め、労働者の健康情報の処理については、産業医等が責任を持つ体制を検討すべきではないかとの意見もある。例えば、フランスにおいては、産業医の独立性・中立性が保たれつつ、厳しく情報管理が行われており、事業者は、法定健康診断を実施しても労働者の生の健康情報を入手することはできず、適正配置に必要な情報のみを産業医から得ている。

しかし、このような考え方については、事業者健康診断の実施及びその結果に基づく就業上の措置等を課す現行の安衛法等の規定や、判例における民事責任の基本的考え方と相容れない面がある。このため、事業者と産業医等について、それぞれの労働者の健康確保等に関する責任の範囲についての検討が併せて必要であり、これら関係者等の十分な理解と合意が得られるよう慎重な検討がなされなければならない。

## (2) 健康情報の収集

### イ 現状と課題

#### ① 法定健診以外の検査による健康情報の収集

事業者が健康診断として法定健診以外の検査(以下「法定外健診」という。)を実施した場合(法定健診時に同時に実施される場合も含む。)、これらの健康診断の実施や結果の収集等について、労働者本人の同意の取り方が曖昧になっている現状がある。

また、労働者の生活習慣の改善は産業保健活動の一つとして重要であるが、健康診断の問診の中で、法定項目(既往歴及び業務歴の調査や自覚症状の有無の検査)以外の、就業上の措置等に直接関係のない家族歴(労働者の血縁関係者が罹患している病名・既往歴等)や生活習慣に関する情報までも、労働者の同意の確認もなく機械的に収集している例がみられる。一方、労働者のほとんどが、このような健康情報の収集について問題意識を感じていないようである。

このように、事業者、労働者双方ともに法定外健診等による健康情報の収集を、慎重に実施すべきこと等の意識が稀薄なのではないかと思われる。

#### ② 事業場における診断書や医療機関からの健康情報の収集

労働者が病気休業や健康状態を証明する診断書等を上司等に提出する場合がある。このような情報に関しては、例外はあるものの医療関係の法的な資格を有

する者には、刑法やそれぞれの資格要件を定める法律の中に守秘義務が規定されているが、それ以外の者についての法的な守秘義務はない。

また、労働者が病気休業した場合、職場の上司が部下の健康状態について、本人の同意を得ずに医療機関に問い合わせる場合がある。また、産業医等と医療機関の間で、労働者の病状等について本人の同意を得ずに情報の提供が行われている場合がある。

#### ③ 健康診断実施の場におけるプライバシーの保護

巡回集団健康診断の会場や事業場内診療所等における健康診断に際し、問診等において医師と受診者との会話が第三者に聞こえる等、受診者のプライバシーが十分に保護されていない場合がある。

#### ロ 当面の対応

##### ① 事業者が法定外健診結果を収集する場合の労働者の同意

安衛法等において、事業者は、労働者の健康の保持増進を図るため必要な措置を継続的かつ計画的に講ずるように努めることとされており、労働者も事業者が講ずる措置を利用して、その健康の保持増進に努めるものとされている。これらの努力義務に係る健康情報については、労働者と事業者が事前に協議し、その情報の収集についてのルールを策定しておくことが必要である。

また、任意の健康情報についても、事業者がその結果を収集する場合には、本人の事前の同意を得る必要がある。

なお、事業者を実施及び結果保存の義務がある法定健診と異なり、事業場の外からの健康情報を収集する場合、事業者は何らかの方法により労働者の同意を得ておく必要がある。さらに、健康診断を行う医師は、法定項目ではない家族歴や生活習慣に関する情報等の収集にあたっては、医学的な必要性を充分吟味、判断した上で収集すべきであるとともに、受診者の意思で情報の提供を拒否することもできるよう配慮が求められる。

##### ② 医療機関からの健康情報収集のルール化

労働者が事業場に提出する診断書等の健康情報については、プライバシーの保護の観点から、誰がどのように収集するかに関して、事業場におけるルールを策定し、そのルールを遵守する必要がある。

その際に対象となる医療機関からの医療情報については、例えば、「カゼをひいた」といった日常的で直接上司が取り扱っても問題がない場合と「がん」や「HIV (Human Immunodeficiency Virus: ヒト免疫不全ウイルス) 感染症」、「精神分裂病」といった専門家の介入が望ましいものまで範囲が広いため、本人の意向を尊重し、その提出先(上司、人事担当者、衛生管理者

等、産業医等)を選択できる等、その収集方法を考慮すべきである。

また、職場の上司が、原則的に本人(労働者)の同意なしに医療機関から労働者の健康情報を収集すべきではない。

労働者から提出された診断書よりも詳細な内容(診療経過等の医療情報等)について情報を収集する必要がある場合は、産業医等が、労働者の同意を得た上で、医療機関の医師に対して情報提供を求めるよう事業場内でルール化しておく必要がある。

### ③ 健康診断を実施する医療機関に係るプライバシーの保護

健康診断を実施する医療機関は、巡回集団健康診断の会場等における受診者のプライバシーの保護について、マニュアルの整備等により適切な対策を講ずるべきである。また、事業者は健康診断を実施する医療機関との契約に際して、受診者のプライバシーの保護方を盛り込んでおくことが望ましい。

## (3) 健康情報の保管

### イ 現状と課題

#### ① 保管の責任と管理体制

現状では、各事業場で健康診断結果や労働者から提出された診断書等の健康情報がどのように保管されているのか明確ではなく、その保管状況もまちまちである。また保管の担当責任者が誰であるのか明確ではないとの指摘がある。

#### ② 一般診療上の健康情報と産業医等として収集した健康情報の保管

産業医等が当該事業場の労働者に対する一般診療活動を産業医等自身の診療所等で行っている場合に、産業医等として収集した健康情報と一般診療上の情報が明確に区別して保管されていない場合がある。このため、診療情報が、本人(患者)の同意なしに事業場で使用されているケースがある。

### ロ 当面の対応

#### ① 保管体制のルール化

事業場では、法定健診結果、努力義務に基づく健康情報、任意の健康情報、事業場の外からの健康情報に分けて保管体制を定めておくことが望ましい。

保管方法についても、事業場においてルール化し、これを遵守するとともに、健康情報を保管する担当部門は、健康情報の処理の状況(誰がどのような目的で使用したか、等)を記録し、併せて保管しておく必要がある。なお、ルールに基づく健康情報の保管は、産業医等又は衛生管理者等が責任を持って行うことが望ましく、さらに可能な限り事業場組織内で一部門として独立

していることが望ましい。

#### ② 外部機関における保管責任の明確化

事業者は、健康診断を実施する医療機関との契約に際して、その機関で収集された労働者の健康情報の保管に関して、プライバシーの保護の観点からの規定を盛り込んでおくことが必要である。

#### ③ 一般診療記録と健康管理記録の保管

産業医等が、一般診療活動(事業場内外の診療所における診療)も併せて行っている場合は、産業医等の活動としての健康管理記録と臨床医としての一般診療記録を区別して保管し、事業場への情報提供等に当たっては、いずれの情報も明確に区別した上で必要な対応をする必要がある。

## (4) 健康情報の利用

### イ 現状と課題

#### ① 健康情報の目的外利用

事業場における労働者の健康情報は、労働者の健康を保持することを目的に、事業者が行う労働者の就業上の措置の実施に利用されるべきものである。

しかし、実際には事業場において健康情報の利用に関するルールが不十分なために、例えば健康情報が安易に解雇等の理由に利用されるといった労働者の不利益となる利用をされる等の懸念がある。事業場における労働者の健康情報が医学的に正しく理解されないと、その解釈や評価を誤るおそれがあり、過度に就業上の措置を加えてしまう等の場合もある。

#### ② コンピュータシステムの課題

コンピュータの利用が普及したこと等によって、健康情報がコンピュータシステムで取り扱われることが多くなっている。

外部からのアクセスが可能なシステムで健康情報を取り扱うことは、外部から第三者が不正に健康情報にアクセスできる危険性もある。また、コンピュータシステムの管理に従事する者は、すべての電子情報にアクセスすることが可能であるにもかかわらず、守秘義務に関するルールが明確となっていない。

### ロ 当面の対応

#### ① 健康情報の利用のルール化等

事業場で保管している健康情報の利用目的は、事業者が行う就業上の措置に活用することであり、目的に合致しているかどうかの判断基準や、その判断をする者を事業場のルールで明確にする必要がある。

このルールに基づき個別の事例について判断する者としては、産業医等や衛生管理者等が適当であると考えられる。

#### ② 健康情報の目的外利用の取扱い

労働者個人の健康情報の目的外利用は、原則的に認められない。しかし、労働者の同意が得られた場合には、例外的に利用されうる場合もある。

### ③ コンピュータシステムの管理に従事する者の守秘義務と管理体制

健康情報を取り扱うシステムは、外部からの接続ができないようなシステムとすることが原則と考えられる。

また、コンピュータシステムの管理に従事する者に対しては、社内規程等で健康情報に関する利用制限とコンピュータ管理上の必要性から情報に接した場合の守秘義務を定めることが必要である。

なお、コンピュータシステム管理を外部に委託する場合は、委託契約等に守秘義務を盛り込む必要がある。

## (5) 健康情報の提供

### イ 現状と課題

#### ① 労働契約が承継された場合の健康情報の提供

現状においては事業場内での健康情報の保管の実態も様々であるため、会社の営業譲渡、合併等により労働者の労働契約が別な事業者へ承継される場合、元の事業場から承継先への健康情報の提供のされ方も様々である。

#### ② 労働力の流動化による健康情報の提供

雇用慣行の変化と相まって、労働者の職業意識も変化し、今後は自発的に転職するという形で労働者の職場間の移動がより一層活発化すると考えられる。そのような中で、労働者の健康情報がどのように提供されるべきか明確になっていない。

また、労働者は転職等に伴い、自己の健康情報が提供される可能性があることについて、あまり関心がないのが現状である。

#### ③ 退職者の健康情報の提供

現在、在職中に収集・保管された健康情報を労働者の退職後にどのように処理するかについては、ルールがないのが現状である。

「生涯保健」の観点から、地域保健機関等は、退職者等の「職域」における健康情報の提供を望んでいるようであるが、事業者責任で収集した健康情報をどのように提供することが適当か明確になっていない。

#### ④ 医療機関に保存されている健康情報の提供

医療機関等の事業場外に保存されている健康情報については、医療法等の保存義務に基づき、それぞれの機関が保管しているが、誰に、どのような条件の下にその情報を提供すべきかが明確でない。

例えば、事業者から健康診断を実施する医療機関に対して、健康診断を受診した労働者本人への当該健康診断結果等といった健康情報の開示を禁止する要求

が行われていること等が指摘されている。

#### ⑤ 個人の健康情報の目的外提供

本人の同意なしに、生命保険加入時の審査の代用に健康診断結果が提供されている場合がある。

また、学術的な研究への健康情報の提供に際して、適切な手続きを経ずに個人の健康情報が提供されている場合がある。

### ロ 当面の対応

#### ① 労働契約が承継された場合

会社の営業譲渡、合併等により労働契約が承継された場合、事業者が保存している労働者の健康情報のうち、一般定期健康診断に関する情報については、本人を経由して新しい事業者へ提供することが望ましい。

また、有害因子のばく露等に関する情報や特殊健康診断結果等については、旧事業場で有害作業を行っていた場合、新しい事業場で同様の作業がなければ、当該作業に関するばく露歴や特殊健康診断結果等は新しい事業場で有効に活用される情報とは考え難い。したがって、特殊健康診断に関する情報の提供については、本人の同意を得ることを前提とし、移動前後の作業や作業環境の関連性を考慮し、移動先での健康の保持に重要な情報か否かを産業医等が判断して提供すべきであり、事業者が一律に情報を提供すべきではないと考えられる。

#### ② 離職時に健康情報を提供する場合

本人の意思により、離職等で労働者が事業場から離れる場合は、事業者は労働者本人に健康情報の写しを交付し、新しい事業者や地域保健機関等へ健康情報を提供するかどうかの判断は本人が行うことが望ましい。

#### ③ 退職後の健康情報管理

事業者は、定年等による退職者の健康管理を考え、労働者に対し健康情報を自己管理すること等の教育を早期から行うべきであると考えられる。

また、定年等による退職者の健康情報は、その写しを本人へ交付し、本人を経由して地域保健機関等へ提供することが原則である。本人の同意なく、元の事業者や健康情報を保存している健康診断を実施する医療機関等が地域保健機関等へ直接健康情報を提供することは適当ではない。

#### ④ 健康情報の目的外提供

事業者が保存している健康診断結果を生命保険加入時の審査の代用等に提供する場合については、個別に労働者の同意が必要である。

公共の利益に資する学術的な研究に個人情報を提供する場合には、何らかの方法で関係労働者の同意を得る必要がある。その際、事業者は、少なくとも研究結果等が公表されるときには、個人が特定できない形となる

ように、研究者と協議等を行っておかなければならない。

## 6 健康情報の開示

### (1) 現状と課題

現行の安衛法等では、事業者一般健康診断結果を労働者に通知する義務を課している。これは、労働者自身による自主的な健康管理を促すことが目的である。

また、OECDのガイドラインでは、個人は自己の情報の存在を知らされるべきであるとなっており、事業者は収集した健康情報について、労働者に通知すべきであると考えられる。

一方、安衛法等に基づく特殊健康診断については、職業性疾病を予防するために事業者が職場環境の整備や予防措置を徹底することにつなぐことが目的である。そのため、労働者への結果の通知を義務付けることまでは必要ないとの考え方から、事業者に対して受診者である労働者本人への通知義務は課しておらず、受診した特殊健康診断の結果を労働者本人が把握していない場合もある。

### (2) 当面の対応

事業者が保管している法定健診結果、努力義務に係る健康情報、任意の健康情報、事業場の外からの健康情報は、本人の求めに応じて原則的には開示されるものと考えられる。しかし、産業医等が行った保健指導における記録や、診断名や治療記録等の中には、必ずしも開示することが適切でない場合もあることに十分留意する必要がある。また開示される前提として、事業者は、それらの健康情報の収集・保管状況について、労働者本人が知り得るように配慮しなければならない。

また、特殊健康診断の結果については、労働者の作業管理への意識の高揚や、作業環境改善への協力を得やすくするため、法令上の通知義務がなくとも、事業者が、労働者本人への通知に取り組むことが望ましい。

### (3) 将来的課題

個人情報の開示については、労働者の健康情報の場合だけでなく、重要な課題として、現在様々な分野で検討されているところである。このため労働者の健康情報の開示についても、これらの検討の動向等を踏まえて今後さらなる検討が必要である。

また、現行の安衛法等では、事業者特殊健康診断結果の通知義務を課していないため、労働者が自身の受けた健康診断の結果を知らない場合がある。特殊健康診断結果を通じて、労働者の作業環境管理への意識

の高揚や、作業環境改善への協力を得やすくするため、さらにOECDのガイドラインに示されているような国際的な動向にも対応したものとるように、事業者特殊健康診断結果の労働者本人への通知義務を課すことを検討する必要がある。

## 7 小規模事業場における固有の問題

### (1) 現状と課題

小規模事業場においては、健康診断の実施率が低いことや有所見率が高いこと等、必ずしも労働衛生活動が活発とはいえない状況にある。

職場における労働者の健康管理には、産業保健スタッフによる衛生管理体制の確立が必要であるが、小規模事業場では、人的資源や経営基盤が十分でないことが多く、事業場内において健康情報の処理体制を整備することが難しいと考えられる。

### (2) 当面の対応

小規模事業場において、健康管理を行う医師や衛生管理者等がいない場合には、健康情報の処理は衛生推進者等がその職務を果たすべきであると考えられる。

その他に、産業医等や衛生管理者等が選任されている等、健康情報の管理体制が整備されている事業場（本社、支社等）が近くにある傘下の小規模事業場の場合には、これらの事業場で小規模事業場を含めた健康情報の保管を行うことが望ましい。

### (3) 将来的課題

健康情報の管理体制の整備が困難な小規模事業場の場合は、事業場外の機関（例えば健康診断を実施する医療機関や、地域産業保健センター等）に保管を委託する等適切な健康情報の管理方法について検討する必要がある。

## 8 その他

### (1) 現状と課題

#### イ メンタルヘルスに関する健康情報の処理

メンタルヘルスに関する健康情報は、他の健康情報と異なり、本人の自覚と病状との乖離、あるいは誤解や偏見を招きやすいといった側面もあり、周囲に理解されにくく、職場の協力が得られにくいといった問題がある。

また、メンタルヘルスに関する情報も、軽いストレス

負荷がかかっているような場合から入院加療を要した労働者が職場復帰するような場合まで、範囲が広く、情報の内容に応じた処理をする必要がある。

### ロ 感染症や遺伝に関する健康情報の処理

HIV感染症やB型肝炎等の感染症情報や、色覚検査等の遺伝情報のような誤解や偏見を招きやすい健康情報は、社会的差別につながる可能性が大きい。

労働安全衛生法に基づく感染症の検査としては、海外派遣労働者の健康診断の中に、医師が必要と認めるときに実施される検査項目として、B型肝炎ウイルス抗体検査がある。この海外派遣労働者の健康診断は、海外に派遣する労働者の健康状態の適切な判断及び派遣中の労働者の健康管理に資するため、海外勤務中に発生するおそれのある疾患、特に肝炎に関する検査項目としてB型肝炎ウイルス抗体検査を実施することとされている。しかし、B型肝炎については、職場において誤解や偏見に基づく問題も現実的に発生している。

また海外において就労する場合にHIV感染症に関する情報の提供を要求している国があるため、事業場でHIV感染症に関する情報を処理しなければならない可能性がある。

感染症に関する情報については、軽微な感染症（一般のカゼ等）から、職場において他の労働者に伝染させるおそれが著しい感染症（結核等）まで、それぞれの感染症としての軽重を考慮し、その処理を考えるべきである。

また遺伝に関する研究の進歩により、個人の遺伝子解析がすすみ、その解析方法も平易となってきた。今後、職域においても様々な遺伝子スクリーニングの利用が拡大するおそれがある。

## (2) 当面の対応

### イ メンタルヘルスに関する健康情報の処理

メンタルヘルスに関する健康情報の収集、保管については、産業医等や衛生管理者等がその健康情報の内容を判断し、その処理を協議することが重要である。

軽いストレス等の精神的負荷の程度が軽く、本人に現状の判断能力がある場合、産業医等やその他の産業保健スタッフ（保健婦（士）、衛生管理者等）は、情報を共有する範囲（内容や人）を最小限にするよう努めなければならない。

一方、メンタルヘルスに関し病状が重篤な場合、本人が適正な判断を行うことが困難であることも考えられる。このような際には、産業医等や衛生管理者等は、本人の同意とは関係なく、本人の主治医から適切な情報の提供を受ける必要がある場合もある。しかしながら、

本人の利益を考慮することが出来る家族等の同意を得るよう最大限努める必要がある。また、職場では上司や同僚の理解と協力が必要であるため、産業医等や衛生管理者等は、上司やその職場に適切な範囲で情報を提供し、その職場の協力を要請することも重要であると考えられる。

なお、上司が交替した後は、メンタルヘルスに関する情報は、産業医等や衛生管理者等から新しい上司に伝達するようルールを策定することが必要である。

### ロ 感染症や遺伝に関する健康情報の処理

HIV感染症やB型肝炎等の感染情報や、色覚検査等の遺伝情報の処理は、特に慎重に検討を要する課題である。これらは、本人の努力（治療等）で改善できる健康情報ではなく、また、事業者が就業上の配慮を行うことは、しばしば困難である。そのため、事業者は、それらの情報を積極的に収集すべきではないと考えられる。

特定の国における就労に際して、渡航先からHIV感染症等の特定の感染症情報を要求される場合は、労働者本人が任意で処理するべきである。

その他の感染症情報については、それぞれの感染症としての内容を考慮し、その情報の取扱いについて産業医等や衛生管理者等が協議した上で判断することが必要である。この場合、軽微な感染症に関する情報まで対象とする必要性はないと考えられる。

ただし、他の労働者に伝染させるおそれが著しい結核等の場合、事業者は事業場内で伝染防止対策を講ずる必要がある。そのため、公益性の観点から、産業医等や衛生管理者等、外部の専門家と協議した上で、本人の同意なしに必要な情報を職場内外で使用せざるを得ない場合もある。このように、感染症情報の収集、利用に公益性を優先せざるを得ない場合もあるが、その際にも慎重な取扱いが行われるべきである。

遺伝情報については、職域においては処理しないことを原則とすべきである。

## (3) 将来的課題

海外派遣労働者の健康診断において、医師が必要と認めるときに実施される検査項目のうち、B型肝炎ウイルス抗体検査については、海外派遣労働者の健康診断に関する規定の制定当時は、広く日本にB型肝炎ウイルス保有者がいる可能性や、B型肝炎を発症すれば劇症化しやすいと考えられていた。

しかし最近では、B型肝炎については、母子垂直感染によるキャリア化を防ぐ事業が実施される等、当時と比べ、B型肝炎ウイルス抗体検査の必要性は低くなっている。むしろ、B型肝炎だけでなくC型肝炎等も含め、

日常生活で感染しないことが明らかである感染症については、日頃の注意事項(事故の際の血液取扱い等)に関する健康教育等を実施すべきであり、個人情報の保護の観点からは健康診断項目からの削除を含め、その取扱いを検討すべきである。

## おわりに

労働者の健康情報は、事業者が適正に就業上の措置を行い、労働者が心身共に健康で働くために収集される大変重要な情報の一つであり、かつ個人情報の中でも特別に機微にふれる情報である。そのため、今回の中間取りまとめにおいては、資格要件等を定める法律の中に守秘義務が課せられる者も含め、関係者の認識の向上を図ること、各事業場内のそれぞれの事情を踏まえた上で健康情報の処理に係るルールを策定すること等の提言を行ったところである。これらの内容が参考とされ、それぞれの事業場等における対策が行われることが望まれる。

しかし現状では、健康情報が、事業者や健康情報を処理する者の個人情報保護に対する認識が不十分なために、その目的を超えた情報の収集や使用が安易に行われたり、情報の内容が不用意に漏洩する等といった状況がある。そのため、当該労働者の気づかないうちに、プライバシーが侵害されているという事例も見受けられる。このような場合、当事者にはプライバシーを侵害しようとする積極的な意図はなく、むしろ何気ない日常的な行動や発言に起因するものが多いことから、事業者や個々の労働者等が、健康情報が保護されるべきものであるとの認識を持った上で、常に行動することが最も効果的な対策といえることができる。

労働者の健康情報の保護については、事業者の民事上の責任とのバランスや、他の分野を含めた個人情報保護に係る政府全体の取り組みの情勢を踏まえ、慎重かつ適切な対応が望まれるものである。そのため、

本検討会における中間取りまとめを踏まえて、今後、行政としての対応も含め、さらなる検討が継続される必要があるものと考えられる。



## 労働者の健康情報に係るプライバシーの保護に関する検討会メンバー名簿

|        |                           |
|--------|---------------------------|
| 井上 温   | 日本ビクター株式会社人事部安全健康管理室長     |
| 宇都木 伸  | 東海大学法学部 法学部長              |
| 加藤 隆康  | トヨタ自動車株式会社安全衛生推進部健康サービス室長 |
| 高瀬 佳久  | 日本医師会常任理事                 |
| 鳥井 弘之  | 日本経済新聞社論説委員               |
| 中桐 孝郎  | 日本労働組合総連合会総合労働局雇用・労働対策局次長 |
| 中嶋士元也  | 上智大学法学部教授                 |
| ○保原喜志夫 | 天使大学教授                    |
| 堀江 正知  | 日本鋼管株式会社京浜保健センター長         |
| 松本 恒雄  | 一橋大学法学部教授                 |
| 柚木 孝士  | 医療法人崇孝会北摂クリニック理事長         |

(敬称略) ○:座長

## 検討経緯

|             |        |
|-------------|--------|
| 平成11年 3月 3日 | 第1回検討会 |
| 平成11年 6月 4日 | 第2回検討会 |
| 平成11年 8月25日 | 第3回検討会 |
| 平成11年11月12日 | 第4回検討会 |
| 平成12年 1月13日 | 第5回検討会 |
| 平成12年 3月 1日 | 第6回検討会 |
| 平成12年 3月17日 | 第7回検討会 |
| 平成12年 4月14日 | 第8回検討会 |
| 平成12年 5月19日 | 第9回検討会 |

### 【参考資料】(省略)

- 参考資料1 健康情報の秘密保護に件する法令等
- 参考資料2 「労働者の健康確保対策の充実強化について」(建議)<抜粋> [1996.1.19 中基審]
- 参考資料3 産業保健専門職の倫理指針 [2000.4 日本産業衛生学会]
- 参考資料4 産業医の倫理綱領 [1998.11 健康開発科学研究会]
- 参考資料5 職業保健専門家のための国際倫理規定 [1992 職業健康保健国際委員会(ICOH)]
- 参考資料6 「プライバシー保護と個人データの国際流通についてのガイドラインに関する理事会勧告(いわゆるOECD保護勧告)」(概要) [1982.9.23 採択]
- 参考資料7 ILO: 労働者の個人情報保護に関する行動準則(抜粋)



連載75

# 監督官労災日記

井上 浩

全国安全センター議長

## 第11回総会に出席して

7月22日と23日の両日、大阪府下の淡輪で全国安全センターの第11回総会が開催され私も出席した。それについてふと思い出したことがあるので書くことにした。私は往復の車中、中公新書の原彬久著「戦後史のなかの日本社会党」(2000年3月25日発行)を読み続けたが非常に面白かった。私の日記に社会党に関する記事が登場するのは、1946年5月23日のことである。

「5月23日 晴暖 (無職のため曜日記入なし)

午前、N君とへハレ(川の名称)にピクニック。Hさん(共産党員)と論争。論理に圧倒される。夜I氏(社会党、戦時中軍需産業幹部)を訪問し意見拝聴。結局、社会党と共産党は材料の違う党としか思われぬ。どちらが良いか今後の

勉強にまつ。Sより返信。」

I氏というのは、ある程度の有名人で、部屋は訪問客であふれていた。私は合間を見て、天皇制をどう思うかとたずねたところ、大変な見幕で私をおこりつけ、私は興ざめして夜道をひとり帰って行った。多分、社会党右派だったのでだろうが、その頃の私はそんなことは全く知らなかった。

そんなことを思い出しながら会場へ行くと、吉川さんの姿が見えたのでその横に座った。吉川さんは自己紹介で私と知己であることを話したので、私の日記に最初にその名前が登場したのを紹介しよう。

「1952年8月20日(水)曇

午前中毛織物組合に行き専務の長谷川さんに業界事情を聴く。午後、吉川係員と瀧照毛織工場へ労災保険料調査に行く。食事40円、95円、理容120円。」

当時私は愛知労働基準局管下の一宮労働

基準監督署第1課(当時方面制なし。署の課制も前年創設された。当時の給与制度が職階級制で、管理職にならないと職級が上がらないため課制ができたのである。これは現在も続いており、石を投げれば役付きにあたる状況になっている。)の監督担当監督官で、吉川さんは監督業務を担当していたが、まだ20歳位で非常に優秀であった。一度一緒に出張したときに“監督官としての貫禄が最もある”といわれて、単純な私は気を良くしていた。日記によると第3課担当の保険料調査をやったようであるが、署の責任量でもあったのであろう。吉川さんの毎月の主な仕事は次の報告だった。

監督計画報告 27日まで

監督実施状況報告 11日まで

賃金遅払状況報告 8日まで

女子年少者月報 5日まで

管内状況は次のとおりであった。

1市9町10村、人口 25万人、労基法適用事業 2,894、労働者数 42,781人、労災保険適用事業 1,719、保険金支払 月200件 120万円。

署定員 19人(監督官 6、事務官 5、雇 7、傭人 1)、この当時は相談員等なし。

ボイラー 193、特殊汽缶 32、クレーン 7、アセチレン溶接 46、26年災害 744(死 6、重傷 497、軽傷 241)。

管内の最大の問題は、事業場の大部分を占める毛織物工場の女性労働者(特に18歳未満)の深夜業を含む長時間労働であった。先に紹介した日記の2日前にも次のような記事がある。

「8月18日(月)晴

中小企業の労働条件の劣悪さには驚くべきものがある。そのよって来る原因は産業構造

自体にある。これを矯正せんとすれば、まず農村問題から解決していく必要がある。究極的には生産手段の国有化しかないかもしれない。そこまでに至る第1段階は無産階級の教育と現行法の強行である。教育としては学校と社会とがある。わが任務としては、可能な限り実態と原因の紹介に努めることである。毛織物工場の実態。最長労働 6時～24時、休憩 30分、休日 月2回、日給 130円～150円(1938年 6時～19時、日給 15銭)、時間外手当なし。」

これで見ると、当時相当な危険思想?を抱いていたことがわかる。そのせいか、次のような記事もある。

「10月11日(土)雨

署長が思想的なことで注意する。またかとうんざりする。」

署長は藤井眞清さんといって、退職後は市会議員をしたりした人で、私にとっては良い人であった。そのためか次のような記事もある。

「4月9日(水)晴

署長が非常にかわいがるので、自分の道を純粹に進めなくて困る。」

したがって、次のような貪官汚吏の醜態もさらすことになる。

「7月1日(火)時々雨

署長と2人で東邦ガスと林産業に行く。林産業の工場長、課長、それに署長、遅れてきた第2課長の加藤監督官(局庶務課長、北署長退職、ボイラ・クレーン協会、その後死亡)と飲む。脇息にもたれて鯨飲す。鮎がおいしい。立って踊ったり歌ったり。遂に泊る。」

一宮市近辺から岐阜にかけては織物業者が多く、役人や銀行員、それに当時は電力会社もだったと思うが、誘惑が多く、最も危険な

勤務地であるといわれていた。私もおっかなびっくりで赴任したのであったが、この日はめずらしく署長が気を許して朱の大盃を一気に干し、歌や踊りを見せたのでそのおこぼれ?にあずかった次第であった。たしかお土産に洋服生地か何かをもらったと思う。

実は、以上のことでわかるとおり、当時労働省では、全国の繊維産業で働く女性労働者の長時間労働の是正に苦慮していたのであった。その結果考え出されたのが「是正基準」で、段階的に労働時間を短縮していき、計画的に労基法の線に持って行こうということであった。そして、その途中における違反は大目に見るということであった。

この第11回総会の会場に近いJR線に熊取という駅があるが、その地区の繊維工場が日本で最後まで女性労働者に対して深夜を含む長時間労働を行わせていたのである。1963年2月15日発行の月刊誌「労働基準」に大阪労働基準局の次のような文章がある。

「貝塚市と泉佐野市に囲まれた熊取地区と貝塚市東部地区の約200軒の織布工場は、一般に特に遵法の程度の悪いものが多い。(略)取締りの目をかすめて長時間操業、深夜業を繰返す事業主が絶えないのである。昭和32、33年頃はほとんどの事業場が24時間2交替制のフル操業であったことを思えば、0時から4時までの間の違反が絶無といえる現状は、まことに著しい成果といってよかろう。」(織姫たちにほほえみを)

長時間労働や深夜業をめぐる、監督官と業者のかけひきは極度に達し、遂に監督官の夜間臨検を見張りに出かけた労働者がいて、帰途電柱に激突して死亡した。その事件を業務外とした基準局側の判断に対して訴訟にな

り、次のような判決が下された。

訴外Aの死亡の原因となった事故の発生した時、右訴外人の従事していた業務が前記のとおり労働基準監督官の臨検に対する見張りであり、被告の労働基準法第62条違反を助長するもので違法の業務であるということができない。一般に自ら不法行為をした者は法の保護を受けることができないのは当然であって、不法行為の内容とする業務に従事中死亡しても、その遺族は補償を請求できないものといわなければならない。然し右不法とは公序良俗に反する場合または社会の倫理観念によって非難される強行法規違反の場合に限り、強行法規に反する総ての場合を含むものではないと解すべきである。そうすると、前記認定の如き事情の下において訴外Aが従事した労働基準監督官の臨検に対する見張りの業務は、尚労働基準法第79条にいわゆる業務に該当するものと解するのが相当である。」(田中精麦遺族補償請求事件・大阪地裁・昭38.9.17判決)

精麦とあるが繊維工場の労働者が死亡したものであり、基準局の負けであった。

繊維産業の工場がどうしてこんなに問題があったかという、貧しい農村から出て来た年少の女性が、劣悪な寄宿舎に居住して弱い立場で長時間労働に従事させられていたからである。しかし、その背後には繊維産業のきびしい経営環境があったことは当然である。そして、やがて低賃金の後進国に追い抜かれて衰退していくのである。これは他の産業でも似た状況のものが多い。私は当時、事業場監督に出かけるときにはカバンの中に青木文庫の風早八十二「日本社会政策史」を入れて、電車の中やバスを待っている時間に読んだものである。その中には次のような部分があり、当時の私

たち監督官の実感そのままであった。

「工場監督官吏自体の不足が監督機能発揮に対する言わば内在的要因だとすれば、わが国における広範な零細工場の存在は工場監督の効果を減殺するいわば外在的な実質的要因であり、工場監督制度発達に対する真実の困難は正にこの問題の背後に横たわるものとさえいえる。」(上巻 第248頁)

労働災害については、次のように述べられていた。

「労働に附随する著しい災害の存在が、じつは、資本制生産関係と資本制生産方法とに結びついた歴史的**事実**に外ならないこと、それは、根本的に『**不変資本充用上の節約**』の、わけでも『**労働者を犠牲としてなされる労働条件の節約**』の直接の産物であることは、すでにわが産業革命期に考察したところである。」(下巻 第430頁)

これは監督官の日常活動からは少しついていけない感じがしないでもなかったが、必ずしも教条的でないことは次の文章からもわかる。

「わが国労働災害の軌近における異常な激増を単純に『**合理化**』にのみ隠しやることは誤りである。」(前同)

古い本からの引用をしたので、ついでもっと古い、私が生まれた年に死んだ偉人?の本からも引用してみよう。それは一時もてはやされたレーニンの「**帝国主義**」であるが、それには次のような文章がある。

「自由競争が完全に支配していた古い資本主義にとっては、商品の輸出が典型的であった。だが、独占が支配している最新の資本主義にとっては、資本の輸出が典型的となった。」(岩波版 第102頁)

「資本主義が資本主義としてとどまるかぎり、

資本の過剰は、その国の大衆の生活水準をひきあげることに用いられないで—というのは、そうすれば資本家の利潤をひきさげることになるのであろうから—国外へ、後進諸国へ資本を輸出することによって利潤をひきあげることに用いられるであろう。」(同 第103頁)

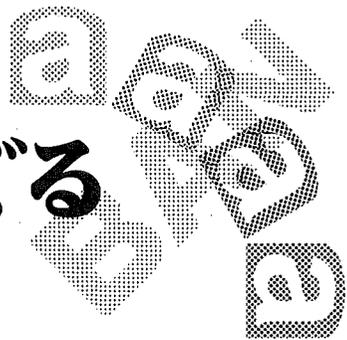
レーニンの予言は間違っていたことも多く、資本は後進諸国だけでなく先進諸国へも輸出されるようになったが、またうなずける部分も少なくはない。とにかく、経済のグローバル化に伴い大競争時代に入り、これからの労働環境は、労働時間も、賃金制度も、人事制度も非常にきびしい状況になるものと考えられ、それはますます**全国安全センター**と**地域安全センター**の出番をふやすことになるのではなからうか。

以上のようなことを考えながら第11回総会に出席したのであるが、考えてみると私も97年10月に議長をお引受けしてから3年を経過している。そして今回の総会において4年目に入ることになる。しかし、4年以上の継続はセンターにとっては好ましいことではない。したがって、次の第12回総会において(それまで生きていればのことであるが)退任し、労働を排除したいと考えている。先日も聴力を測定したら、左45デシベル、右37デシベルであった。これは軽い難聴であり、労災保険なら障害等級10級程度のようなものである。そのため講演なども意味の分からないことも多く、したがって23日の吉川さんと三柴さんのせっかくの良い話も欠席した次第である?そこで皆さんに来年は聴力はもとよりすべてについてすばらしい能力のある議長を是非探してほしいと考えている。そのためわざわざいつもと違う駄文を弄した次第である。



ドキュメント

# アスベスト禁止をめぐる世界の動き



## アスベスト禁止に向けた圧力

ICFTU Online, 2000.6.28

ブリュッセル、2000年6月28日 (ICFTU Online No.146)：世界の労働組合は、WTO(世界貿易機関)がフランスのアスベスト使用禁止を支持し、禁止は自由貿易のルールを侵害するものだとするカナダ政府の訴えを却下するだろうという先週のニュースを受けて、アスベスト使用の世界的禁止のためのキャンペーンを開始している。

国際自由労連 (ICFTU) の最初の行動として、ILO (国際労働機関) および WHO (世界保健機関) との合同のテクニカル・ミーティングを今夏の早い時期に開催する予定である。これは、秋に労働組合がILO、WHOの事務総長とアスベストの世界的使用のもたらす諸問題と代替化の促進について話し合うハイレベルの会合を準備するものとなるだろう。労働組合はこの秋の会合を、毎年10万名もの労働者を殺している致死性の物質であるアスベストの使用と市場取引を世界的に禁止するための完全なキャンペーンに向けた跳躍台として活用するだろう。

ICFTUとOECD [経済開発協力機構] 労働組合助言委員会 (TUAC) は、WTOの決定は多くの諸国がこの製品の禁止をサポートする道を切り開いた、としている。労働安全衛生局 (OHSE) 作業委員会の要求に応じてICFTU執行委員会は昨年

12月、シアトルにおける会合において、アスベスト禁止をサポートしていくことで一致した。

アスベスト問題は11月のICFTU/TUAC OHSE 作業委員会の会合でレビューされる予定であり、そこでは、アスベストを禁止した諸国において職業転換される労働者のための「公正移行 [Just Transition]」雇用プログラムについて議論されることになるだろう。欧州連合 [EU]、フランス、ノルウェー、スウェーデン、イギリスではすでに一定のアスベスト使用を公式に禁止しており、ブラジルも同様の意向である。

世界の労働組合の作業委員会はILOと合成ガラス繊維絶縁綿に関する実践コード [Code of Practice] に関する作業を進めてきており、また、アスベスト禁止条項を含んでいるILO第162号条約の各国による批准を促進している。労働組合作業委員会は現在、化学物質に関する取り組みを調整する労働組合の電子フォーラムを運営しているが、これはアスベスト・キャンペーンについての行動を調整するうえで重要な媒体になるだろう。

先週ICFTUはアスベストに関する一連のニュース・ストーリー [7月号53頁と後掲記事] を発表した。これは現在ICFTUのウェブサイトで見ることができる (<http://www2.icftu.org>)。 

## 国際自由労連キャンペーン アスベスト：死のビジネス（Ⅱ）

ICFTU Online, 2000.6.16

アスベストの使用と流通を世界的規模で禁止しようという労働組合のキャンペーンが進行中である。このイニシアティブは、何年間にもわたりこの繊維状鉱物が健康と環境に引き起こす深刻な危険性について警鐘を鳴らしてきた世界中の労働組合運動の政策と関心によって自然に湧き出てきたものである。1986年、労働組合からの圧力を受けて世界労働機関は、禁止を勧告しているが義務づけてはいない条約を採択した。アスベスト産業とこの部門を支配する多国籍企業は、批判を黙らせるために何百万ドルも投資してきた。

× × ×

ブリュッセル、2000年6月16日 (ICFTU Online No. 133)：アスベストは繊維状鉱物であり、様々な種類の土壌から抽出することができる。その英語の名称は、「消すことができない[unquenchable]」を意味するギリシャ語の「asbestos」からきている。他のヨーロッパ言語で用いられる用語（例えば、フランス語の「amiante」やスペイン語の「amianto」）も、「高い防火性」を意味するギリシャ語に由来している。実際、アスベストはとりわけ、高性能の絶縁体、多くの腐食性物質に対する付浸透性物質として、その防火性能のゆえに知られている。相対的に安価であることに加えて、アスベストは大した技術的問題なしに加工でき、また、抵抗性を高めるためにセメントのような様々な物質と混合することができる。アスベストは現在様々な用途向けに用いられる数千種類の製品に使用されている。毎年200万トンを超すアスベストが産出されている。主要な産出国は、ロシア(68万トン)、カナダ(42万トン)、中国(24万5千トン)、ブラジル(17万トン)、ジンバブエ(15万トン)である。

繊維の形状および成分によって3種類の主なアスベストがある。

・白アスベストまたはクリソタイル

- ・茶アスベストまたはアモサイト
- ・青アスベストまたはクロシドライト

すでに1990年代には、イギリスの医師がおそらくアスベストによって引き起こされたと思われる多数の症状について記述していた。1995年までに、アスベストといくつかの種類のがんと関連性は確立されていた。

アスベストによって引き起こされる症状はこの物質の独特の繊維構造と直接関連している。実際、アスベストはどんどんより小さな繊維に分解していき、0.02ミクロン程度のサイズにまでなってしまう。このことは、1mm<sup>3</sup>を端から端まで埋め尽くすのに50,000繊維が必要だということになる。こうした繊維が人体に突き刺されれば(肺内に貯留する傾向がある)、とりわけ事実上不滅であることから、破壊的な影響を与えることになる。

アスベストによって引き起こされることが知られている140の障害のうち、最も一般的なのは、

石綿肺：これはじん肺の一種で、肺内へのアスベスト粒子の堆積によって引き起こされ、肺胞壁の腺維肥厚化を生じさせる。最初の症状が明らかになるまでの期間はきわめて長く、15年から20年にもなる。症状はゆっくりと進行し、不可逆的である。それはアスベスト曝露をやめた後でも進行する。

肺がん：少なくとも肺がんの10例のうち1例はアスベスト曝露によって引き起こされたものである。紙巻きタバコの喫煙はリスクを複合せせるだけである。

中皮腫：この種のがんの少なくとも75%がアスベスト曝露と関連している。きわめて苦痛を伴い、胸膜(肺を覆っている薄い膜)および腹膜(腹腔の裏を覆っている)のこの状態は治療することができず、短期間に終末を迎える。

アスベスト産業はよく、ある種のアスベストは他のものより有害性が少ないと断言するが、このよ

うな主張は厳密な科学的証拠に基づくものではない。すべての種類のアスベストが有害であり、発がん性がある。この物質への短時間の曝露あるいは限られた接触であっても有害な可能性がある。

1986年に世界労働機関(ILO)は、青アスベストの使用を禁止し、アスベスト—およびあらゆるア

スベスト含有製品—のより有害性の少ない物質への代替化を勧告した第162号条約を採択した。これは完全な禁止に向けた最初のステップであり、EU加盟諸国を含むいくつかの国々においてすでに効力を発効している。



## アスベスト国際会議—責任ある使用の強化

2000.11.22-24 ニューデリー、インド

3月号37頁で、今年9月にブラジル・オサスコで開催されるアスベスト国際会議について紹介した。これは、アスベストの地球的規模での禁止のために取り組んできた市民、労働団体や専門家によって企画されているもので([http://www.ibas.btinternet.co.uk/Conf\\_Update.htm](http://www.ibas.btinternet.co.uk/Conf_Update.htm)参照)、日本からも石綿対策全国連絡会議や全国安全センターから代表が参加する予定である。

ところが、まるでこれに対抗するかのように、アスベスト産業界が今年11月にインド・ニューデリーで「クリソタイル・アスベストに関する国際会議」を開催するという情報が伝わってきた。インドのアスベスト情報センターのウェブサイト(<http://www.asbestos-info-centre.org/>)で案内をしている。

欧米に次いで、アスベスト輸出国であるブラジルの市場をも失おうとしている世界のアスベスト産業界が、「管理して使用すれば安全」キャンペーンによってアジアに市場を拡大しよう狙っていることは間違いなさそうである。

× × ×

### ● インドへようこそ

組織委員会を代表して、2000年11月22日-24日にニューデリーで開催される「クリソタイル・アスベストに関する国際会議」に参加するよう招待状をお渡しすることができ光栄である。この会議のテーマは「責任ある使用の強化」である。主催者は、世界中からの国際的専門家の参加によるstate-of-art technicalプログラムを計画している。この会議

は、アスベスト情報センター(AIC: インド)、アスベスト・セメント製品製造業協会(ACPM: インド)、国際アスベスト協会(AIA: アメリカ)およびアスベスト研究所(AI: カナダ)によって組織される。[以下インド紹介—省略]

### ● 会議の目的および範囲

自然に生成する鉱物であるクリソタイルは、アスベスト含有製品の製造において安全に使用することができる。そうした製品は今日実際に使用されており、最も重要なものはクリソタイル・セメント製品、ガasketおよび摩擦材[フリクション]である。緊迫した経済情勢にある開発途上諸国にとつてこれらの製品の関連性は必須のものであり、無視することはできない。健康面と結果としての疾病について無知であった過去のアスベストの管理されない使用は、今日においても忘れられていないだけでなく、最近の科学的知見を覆い隠している。これゆえに本会議は、過去と現在のアスベストの取り扱い方の違いを区別することによってこの問題をはっきりさせる情報およびこの問題に関する最近のコンセプトを自由に交換する機会を提供することを目的とするものである。

### ● 会議のプログラム案[テーマのみ掲載]

- ・クリソタイル・アスベスト—過去および現在
- ・クリソタイル・アスベスト—責任ある使用
- ・products Valedictory functionにおけるクリソタイル・アスベスト使用の利点



# 労働安全衛生マネジメントシステムの草案を公表

## ILO●非認証用のガイドラインとして来年6月に出版の予定

国際標準化機構(ISO)の投票の結果を受けて(6月号50頁参照)、労働安全衛生マネジメントシステム(OHS-MS)の国際基準策定の舞台は世界労働機関(ILO)に移行した。

6月30日に東京で中央労働災害防止協会がILO本部のタカラ安全衛生部長を招いて講演会を開催したが、ここで「ILO労働安全衛生に関するマネジメントシステム・ガイドライン草案(途中経過版)」が公表された。

今後の予定としては、9月までに次の草案をILOのウェブサイト(<http://www.ilo.org/>)で公示し、広く意見を受け付けた後、12月末までに最終草案を英・仏・西語で発表する。2001年4月19-27日にジュネーブで専門家会議を開催して検討した後、同年6月にILO理事会がガイドラインの出版を承認する予定である。

今回示された草案では、このガイドラインは、「("should" [することが望ましい])という表現を用いた) code of practice [中災防仮訳では実施規定、ISO14000の日本語訳では行動規範]のかたちで、non-mandatory [非強制的な]ものとされている。6月号で紹介した国際労働衛生工学会( IOHA)レポートの「"shall" [しなければなら

ない]という表現を用いた、auditable [監査に利用できる] 文書とすべきである」という勧告がなぜ受け入れられなかったのかについては説明がなされなかった。

なお、環境マネジメントシステム等に関するISO14000シリーズは、日本語訳にあたっての考え方や苦勞がかなりくわしく紹介されているが、今回示された中災防の仮訳はこの日本語訳とかなり異なる訳が多い。ISO14000の日本語訳が普及しているので、うまく調和が図られないと今後現場で混乱するかもしれない。

今回示された草案の項目建てのみ以下に示しておく(6月号52-53頁も参照)。

はじめに—①一般条項(目的/範囲/定義)、②OHS-MSの方針と原則

総論—③初期レビュー

方針—④労働安全衛生方針、⑤労働者の参加、⑥継続的改善、⑦統合

事業場 [organisation]—⑧義務および約束 [関与 commitment]、⑨コミュニケーション・システム、⑩トレーニング・システム

計画—システムの設計および拡充、⑫目標および目的、⑬ハザード・コントロール・システム、

⑭予防および是正処置システム、⑮調達および契約パフォーマンスの測定—⑯パフォーマンスの測定評価—⑰評価システム、⑱マネジメント・レビュー

また、草案の大きな特徴のひとつは、以下のような付属書 [annex] が添付されていることで(今回はIV、VIIは示されていない)、これらは日本の労働省のOHS-MS指針がまったくふれていない核心的な問題である。

I ハザードおよびリスクのアセスメント

II 使用者の責任

III 労働者の義務および権利

IV パフォーマンスの測定

V 作業環境調査

VI トレーニングおよびインフォメーション・システム

VII リスクアセスメント

VIII 労働者健康調査

使用者の責任として示されている内容は、法令等を遵守することはもとより、労働者・同代表との協議および機器、物質等の供給者から必要な情報を入手して、その職場のハザードおよびリスクのアセスメントを行うこと。①ハザードまたはリスクをなくす、②発生源においてハザードまたはリスクを管理する、③安全作業システム

の設計等によってハザードまたはリスクを最小化する、④以上によってもなおハザードまたはリスクが残る場合には、作業衣等の個人保護具を提供する、というこの順序の優先順位にしたがって予防対策をとること。多国籍企業の場合には、すべての労働者に平等に安全衛生対策を提供する

こと、が含まれている。

労働者の権利として示されている内容は、①安全衛生に対するすべてのハザードまたはリスクに関して協議する権利、②必要な情報を容易に理解されるかたち・言語で入手する権利、③適切な予防措置をとる権利、④リスクアセスメントを要求し参加する権利、

等である。

付属書Iでは、労働者から、有害な健康影響および健康障害があったという申し立てがなされた場合には、アセスメントがもはや有効でないことを示す理由のひとつであり、その場合にはアセスメントを見直すべきことも示されている。



## 労働組合が独自のOHS+E-MS基準

### TCO●労働安全衛生と環境マネジメントシステムを統合

スウェーデンのTCOを、コンピュータ、とりわけディスプレイの電磁場対策の国際規格としてご存知の方もいるかもしれない(1997年1・2月号8頁参照)。

TCOはスウェーデン専門職労働者連合と言ひ、公共・民間部門双方の130万人の教師、エンジニア、エコノミスト、秘書、看護婦等々を組織する労働組合である。その組合員の多くが仕事でコンピュータを使用するようになり、この新しいツールと関連する可能性のある過労傷害や他の身体症状も問題になってくるにつれ、組合員の利益を効果的に擁護するための手段として、TCOはまずスクリーン・チェッカーというツールを開発した。これは、組合員に自らのコンピュータ・ディスプレイをチェックし使用者に対して買い換えの要求をあげる機会を提供しただけでなく、コンピュータ機器の製造メーカーが専門職のユー

ザーと直接コンタクトできる機会を作ることになったともいう。

TCOでは、その後コンピュータ機器に関連した独自の規格を開発し、自らその認証も手がけるようになった。専門家とも協力しながら、専門職の組合員の知識と関心、必要性を労働条件の改善に活用する画期的な仕組みを作り上げてきたわけである。そうした規格はディスプレイの電磁場対策に限られたものだけでなく、現在までに以下のような規格が開発され、自社の製品にTCO規格の認証を受けようとする企業が増加して、これらは事実上の世界標準とみなされるようになってきているのである。

#### ●TCO'92

TCO'92に従ったコンピュータ・ディスプレイの環境表示は、とりわけ電磁場の放出の大幅な減少、エネルギー効率、防火および電気的安全性を要求するもの

である。現在、900を超すディスプレイ・モデルがTCO'92の認証を受けている。

#### ●TCO'95

TCO'95は、ディスプレイ、キーボードおよびシステム・ユニットの環境表示をカバーしている。TCO'92が示す要求事項に加えて、TCO'95は、製造およびリサイクルに関するエコロジカルな要求事項、また、機器が一定の人間工学的および機能的条件を満たしていることの要求を含んでいる。現在TCO'95ラベルを付けたモデルは1,000を超えている。

#### ●TCO'99

TCO'99は、ユーザーの求める品質および環境への負担の削減を確保するために、今日のマーケットにおける最も厳しい要求事項の仕様のセットからなっている。TCO'99はまた選択できるキーボードのデザインおよびポータブル・コンピュータをカバーする仕

様を含んでいる。ポータブル・コンピュータ用のTCO'99の要求事項は現在提案中で、人間工学、エネルギー、排出、エコロジーの4つの領域における改善を図ったものとされ、9月には要求事項を確定、認証を受けた最初のポータブル・コンピュータに関する発表は10月になる予定という。

以上に関連した情報は、TCOのウェブサイト(<http://www.tco.se/>)で入手できる。

このTCOが、新たに労働環境と外部環境のマネジメントシステムを統合した、「6E基準」と呼ばれる独自の労働安全衛生・環境(OSHE)規格を開発している。6E規格は、ISO14001、EMAS、BS8800や内部管理規則(AFS 1996:6、スウェーデン労働安全衛生法)等の内外の基準と互換性があるとされ、今年5月に世界で初めて2つの家具会社がこの規格の認証を受けた。6E規格のオンラインでの利用は今年秋から可能になるという。

OHS-MSをめぐる議論にも一石を投げそうな動きであるが、以下にTCOによる若干の解説を紹介しておこう。

### ●6Eの基礎的要素

このモデルは、人間工学(Ergonomics)、経済(Economy)、エコロジー(Ecology)、排出(Emissions)、効率(Efficiency)、エネルギー(Energy)の6つの分野の協調の上につくられているところから、「6E」という名称を付けられている。すなわち

#### ①人間工学(Ergonomics)

製造する製品に加えて労働環

境は一般的に、人間の健康にリスクがないようにうまく設計されなければならないことを意味する。

#### ②経済(Economy)

計画、生産、流通のすべての側面は、労働者、企業および環境の利益になるような最適な資源の利用を考慮したやり方で行われなければならないことを意味する。

#### ③エコロジー(Ecology)

6Eにおいては、すべての生産および流通は、可能な限り自然の再生可能な資源を利用しなければならないということを前提とすることを意味する。

#### ④排出(Emissions)

人間または自然に対してリスクを有するすべての放射および流出はなくすか、それが不可能な場合には容認できるレベルにまで最小化しなければならないことを意味する。

#### ⑤効率(Efficiency)

6Eの全体を通じて、容認できる生産プロセスによってよい製品を開発するために採用した環境に適合した技術の如何にかかわらず、人間の能力、想像力、知識を活用することことを意味する

#### ⑥エネルギー(Energy)

6Eコンセプトにおいては、すべての生産および製品利用にあたってエネルギー効率のよい技術を用いなければならないことを意味する。加えて、リサイクルおよびリクラメーション(再生利用)の原則を実行しなければならない。

#### ●6Eの目的

以下にあげる6Eの諸原則は、企業、行政機関、組織が、それ自身が天然資源やエネルギーの維

持を目的としたものであるかどうかにかかわらず、人々と環境の双方に合った環境に適合した生産—生産方法に向けた内部の金字塔を意識的に構築するのを容易にするだろう。これは、法令による最低要求事項は天井としてだけ考え、それをよりよくするという野心をもたなければならないということの意味する。これらの最低基準に受動的に従うのではなく、6E企業は、絶えずその環境適合、資源維持およびリサイクル・アプローチのための最適な解決策を追求するという「最適戦略」に基づいて事業を行うのである。

第一に、TCOは、環境意識のため、また、すでに事業遂行の中に環境や品質の統合の増進を実行し、または計画を立てている進歩的な組織のために、この6Eというコンセプトを開発している。これには、例えば、アジェンダ21を実行しはじめている地方行政機関やより高い環境上のプロフィールに適合したいと望み、品質や環境管理に投資しているような企業が含まれる。これらは、TCOが、このモデルの開発と試験をともに拡充したいと考えている組織である。TCOはまた、6E企業同士が経験と知識を交換するネットワークをつなげてもらいたいと考えている。

事業運営において6Eの諸原則に適合させ、それを事業方針に統合しようと決心した企業は、外部に対するシンボルとして6Eラベルを使用することができることになっている。このラベルは社会に対する標識となるだろう。

#### ●なぜ6Eが必要か？

市場の力が企業に対して広い範囲にわたる戦略の開発を要求していると言われている。そのとおりであるとしたら、品質保証や環境適合といったコンセプトは、国際的に大きな基盤を獲得している要求事項の実例である。疑いなく、これは、近い将来自らの分野をリードしようとする企業の指針とならなければならない。このような要求事項は、ISO9000やEMASのような様々な環境および品質の基準への道を開いてきた。

### ●6Eモデルに従う労働慣行

6Eモデルに従う環境プログラムのための基本的要求事項は、意識と知識を提供することであり、また実用モデルが実践的で直接行動に結びつくものでなければならないということである。

実用モデルは、伝統的な労働の原理を踏まえたものであるが、その方法は環境によい労働に適合しなければならない。それはいくつかの段階からなる。

### ●知識の拡充

- ・6E、その目標、ビジョン、実用モデルに関する情報の入手
- ・労働環境と外部環境の双方に関する知識の入手および教育、6Eチームの設置
- ・エコロジー、人間工学、経済、排出、効率およびエネルギーを包含した総合的見地に基づいた内部トレーニングを伴う6Eの取り組みの開始

### ●現実の取り組み

- ・環境、天然資源およびエネルギーの保全に対する事業の影響のレビュー
- ・レビュー結果の分析および結

論の記述

- ・公約の作成、事業のための環境目標の設定、環境ポリシーの作成、行動計画の作成
- ・行動計画の実行および購入、廃棄物処理等のような領域への影響力の波及
- ・環境レビュー、外部環境に関する要求事項を用いたフォローアップおよび評価、労働環境の内部チェック
- ・新たな公約、すでに達成したレベルとしての開始地点および最適戦略に従って達成しようとするレベルの作成

### ●6Eチームは組織的な核心

6Eの取り組みにおける組織的な力の源は、社員と経営者が共働する6Eチームである。6Eチームは6Eトレーニングを受けた社員で構成される。したがって、6Eチームのメンバーが、その組織における環境問題の部内プロジェクトのリーダーになることは自然なことである。各チームは3~8名で構成されるが、小企業の場合には2、3人で十分である。チームのメンバーは真剣に環境問題に取り組まなければならない。また、他の同僚たちに熱意を波及させる能力をもたなければならない。チームを召集する場合には、異なった部門からの「混成」チームになることをおそれてはならず、縄張り意識によって限定してはならない。

スタッフは、チェックリストその他のツールの助けを借りて状況を確認し、企業または組織が手順を計画、展開する早い段階において6Eの諸原則を考慮するようにする。

6Eチームは以下のサポートを入手できる。

- ・トレーニング
- ・TCO本部の6E事務局
- ・背景情報やチェックリストを含む「ツールボックス」

### ●最適戦略

6E企業は、6つの分野すべてにおける最適な状態を作り出すための事業全体の戦略をつくることから出発する。

### 最適な野心=ISOのような国際

基準に適合するような標準的な状態(特徴、測定方法)の上につくられるが、適格とされる水準は、消費者の要求の進展やリサーチの結果を考慮して漸進的に引き上げられる。

### 最小の野心=ISOガイドライン

のような国際基準に基づいた標準的な状態の上につくられるポリシー/品質であるが、バーは多数がすぐに適格とされてしまうくらい低い。

### ●6E企業で働きたいか?

6Eは現在集中的に開発している段階にある。6Eの実用モデルについて、TCOのメンバー、労働組合の代表、企業や環境問題の専門家たちと議論を行っている。アドバイス、いくつかのチェックリスト、6Eコンセプトの学習教材等を含んだマニュアルを作成する予定である。6Eモデルは、スウェーデンの企業が使えるようになる1996年秋にはより具体的なかたちで提供することができるだろう。

6Eコンセプトに関心のある方は、より詳しい情報をTCO開発部に連絡していただきたい。



# アジア各国労組代表が参加型セミナー体験

## 東京●ILOトリノセンター研修生が職場巡視とグループワーク

2000年4月上旬、国際労働財団(JILAF)をホストとして、ILOアジア安全衛生研修チーム(通称:トリノチーム)が日本を訪問した。訪問期間中の4月4日、研修の一環として東京労働安全衛生センター主催による労働安全衛生セミナーが行われた。私は今回、東京安全センターとJILAFのご厚意によりこれに参加させていただいたので簡単に報告する。

(財)労働科学研究所  
教育・国際協力室 吉川 徹

### ●トリノチームとは

ILOはトリノ(イタリア)に大規模な宿泊施設を備えた国際研修センターを持ち、ILO、国連システム全体の優先的な関心領域に関する多様な研修プログラムを提供している。ILO加盟国政府および労使団体の社会開発・経済発展を支援することを目的に、公私の企業の管理職、職業訓練・研修機関の責任者、労使団体の代表者、最近では社会政策の策定・実施、開発における女性、人材管理を担当する政府職員、その他民間カウンターパートを対象とした研修プログラムを実施している。

今回のILOトリノチームは、アジアの労働組合の代表者で構成された研修チームで、バングラディ

シュ、中国、フィジー、インド、日本、韓国、マレーシア、モンゴル、ネパール、パキスタン、シンガポール、ベトナムの計12か国から様々な労働組合の事務局長・委員長クラスを中心とした13名と、事務局随員としてILOトリノセンターから上級プログラム担当官1名の総勢14名であった。

### ●メッキ工場でチェックリスト演習

4月4日の朝、参加者は宿泊先である九段下ホテルのロビーに集合。アジア各国からの国際色豊かなメンバーだけあって、ムスリムのベールで顔を覆った女性、インドのサリーを着ている女性、南国感あふれるアフロヘアのフィジーの大柄な女性と立派なひげを蓄えた男性と、華やかさにあふれていた。はるばるトリノからの長旅の疲れも見せず、ロビーでは昨日食べた日本食の話やホテルのきれいさなどについての談笑でにぎやかである。

通訳が到着してバスに乗り込み、江東区の日本カニゼン東京工場へと向かった。バスの中では、東京安全センターの外山氏から今日の研修概要と研修で使用するチェックリストの説明などがあり、参加者の自己紹介も行われた。事務局随員のマルク氏は随所に冗談を交えつつ、バスの

中を盛り上げてくれた。

日本カニゼン東京工場に到着し、まず工場長からの工場の簡単な紹介があった。その後、3班にわかれてチェックリスト演習を行った(表紙写真参照)。参加者は、メッキ工程に使われる硫酸や塩酸の臭いとまどいながらも、作業者に、臭いはきつくはないか、保護具のゴーグルはしているのか、マスクをしていないが大丈夫かなど、積極的に通訳を通して思いの質問をしつつ、計54項目におよぶチェック項目に取り組んだ。はじめてのチェックリスト項目をまだ読むのに精一杯の参加者もいたが、非常に興味深そうに、また真剣に取り組んでいた。

チェックリスト演習のあとの工場長への質問では、次から次へと質問が飛び交い、会議室はまるで労使の団交のときのように盛り上がった。マスクはなぜしないのか、現在までの労働災害の発生状況はどのくらいか、会議室の壁に貼ってある日本語は何と書かれているのか、等々。通常中小企業は外部から、とくに海外からの訪問者を受け入れにくいと思われるが、このような機会を提供することを了承した同工場の労使の心意気に感服した。

### ●グループ演習

江東区亀戸にある東京安全センターの会議室に移動し、昼食の後、午前中に訪問した工場に関するグループワークが行われた。まずセッション①では、訪問した工場の良い点3つ、改善すべきこと3つについて、3班にわかれてグループで討論を行った。

良い点では、物の運搬に関して効果的なホイストやベルトコンベアを使用していること、緊急ボタンがはっきりしていること、原材料・製品の保管がよくなされていること、自然光を採り入れている屋根、などがあげられた。改善すべき点としては、マスクなどの保護具の徹底、通路の物品をもう少し片づけた方がよい、騒音を減少させること、消化器を入口付近に置くべきで、数を増やした方がよい、などで、ポイントをおさえた内容に驚いた。工場長との対話の中で話題に上った刺激臭に関する換気装置については、換気装置が良い点であるとしたグループと、改善が必要と考えたグループ



とにわかれた。

その後、外山氏から、アジア各国で広がっているPOSITIVEセミナー(1998年6月号参照)についての紹介があった。パキスタンやバングラディシュ、モンゴルなどからの参加者は、自国で広がっているPOSITIVEのスライドが出ると自慢げな様子であった。

セッション②では、今後自分の国でどのような安全衛生の取り組

みが行えるだろうかと、グループごとの提案が行われた。POSITIVEセミナーを行っていく、安全衛生に関する宣伝パンフを作成する、教育トレーニングを立案・実行する、被災者を救済していく、など、さすが労働組合の活動家たちと思われる内容であった。

最後に、時間をオーバーして参加者からの質問と討論が行われ、1日セミナーが終了した。

[参加者から寄せられたコメント]

- OSHセミナーが一番印象深い。プロジェクター等を使って生き生きとした講義だった。参加型の講義も良かった。(中国)
- ジュネーブやトリノで講義を受けたが日本ではそれ以上の訪問ができた。カニゼンを訪問したことが印象的。(フィジー)
- 工場訪問が一番印象に残っている。ILOの積極参加型学習の実践ができた。とくにチェックリスト演習が良かった。(韓国)
- 工場訪問とグループワークが最も印象的。安全衛生についてとても効果的な監視活動だと思った。マレーシアに戻ってこの方法を実践してみようと思う。(マレーシア)

- 工場訪問とチェックリスト演習が一番印象に残った。(モンゴル)
- チェックリスト演習も印象的だった。大きな工場に行った方がよいと思う。(インド)
- 工場はすばらしくきちんとしていて清潔だった。(パキスタン)
- チェックリスト演習も焦点があっていた。工場訪問はもっとハイテクで知識集約的などところに行きたかった。座学よりも参加型のものであれば良かった。(シンガポール)
- 工場訪問とチェックリスト演習によって日本の企業の安全衛生の状況がよりよくわかった。安全衛生情報センターも感銘を受けた。工場訪問をもっと増やしてほしい。(ベトナム)

## ●セミナーを通して良い点3つ

トリノチームの研修先として、日本の大企業のピカピカ工場でなく、改善の余地はあるが、一生懸命安全衛生活動に取り組んでいる東京下町の工場で演習を行えたことは、非常に意義が大きい。きれいな日本の大企業を見学したかった参加者もいたかもしれない。経済大国といわれる日本の最新の安全衛生を知りたいと考えていたかもしれない。しかし、途上国では先進国の最新技術を見るより、労働災害が増加し、依然として古典的職業病が問題となっている現状で、その改善に効果的な研修をすることが重要であると思われる。

今回のセミナーは3つの点で評価したい。1つ目は、参加型安全衛生活動の経験をしたということである。成功している安全衛生プログラムの共通の特徴として、すぐの改善をめざす、自分自身の経験をもとにする、低コスト改善を中心とする、グループワークによって改善する、といった理念がある。今回、この考え方を基本とした労働組合向けのプログラムを利用したことに大きな価値がある。

2つ目は、下町の中小企業がチェックの場であったということである。決して完璧とは言えない参加型安全衛生活動の取り組みをしている中小企業を訪問したことは、これからアジア諸国の労働者の安全衛生活動を進めるにあたって、大企業を見るより参考になったのではないと思われる。きっと参加者の印象も強く残っていることだろう。

3つ目は、研修者が主体的に参加したことである。一般的に、研修はとかく専門家や代表者から話を聞く姿勢になりがちである。今回、グループワークを通して、安全衛生の専門家ではない労働

組合の代表が、自分の頭を使って、訪問した工場の安全衛生にかかわる良い事例、改善すべきことを考えたことは、すぐに応用できる実践的な研修になったと思われる。



## 焼却施設解体工事マニュアル作成へ

### 労働省●当面の解体工事自粛を要請

労働省は7月12日、日立造船(株)から大阪労働基準局に報告された、豊能郡美化センター解体工事関係労働者35名の解体作業後の血液中ダイオキシン類濃度の分析結果を発表した。

結果は、平均値680.5pg-TEQ/g脂肪(最小値52.4、最大値5380.6)と、今年1月に大阪府が報告した一般住民の平均値36.0pg-TEQ/g脂肪と比較してもきわめて高濃度であった。

このため、翌13日には大阪労働基準局長が日立造船あて、労働安全衛生法第66条4項に基づき、関係労働者の健康診断の実施を指示(関係35社、277名)。14日から日立造船への立ち入り調査を実施した。

同時に7月14日付けで基発第439号によって関係10業界団体に対して、「廃棄物焼却施設の焼却炉並びにこれに附帯した排気施設及び排水設備の解体作業については、緊急対策が策定されるまでの間、その実施を自粛」するよう要請した。厚生省に

対しても、発注者においても同様の対応を要請している。

「原因究明及び廃棄物焼却施設を安全に解体するための作業マニュアルの策定」を目的として、7月27日には「廃棄物焼却施設解体工事におけるダイオキシン類対策検討委員会」(委員長 高田昂・北里大学名誉教授)が設置された。同委員会は月1回程度のペースで開催して年度内にまとめる予定である。

解体作業前に対象設備のダイオキシン汚染調査を実施し、汚染状況の評価に基づいて作業場所の管理区分を定める(汚染調査が困難ときは管理区分3として扱う)。管理区分3の場合には、作業場所をシート等により隔離して、作業者は全面型のアラインマスクまたは空気呼吸器を使用するなどの緊急対策の原案についても検討されたが、これは原因の究明に一定の目的がたつた後に発出すること。次回検討会は8月22日開催の予定。



表1 労災年金・一時金のスライド率

| 事故発生日または診断確定日           | スライド率   |
|-------------------------|---------|
| 昭和22年9月1日から昭和23年3月31日まで | 20,687% |
| 昭和23年4月1日から昭和24年3月31日まで | 7,523%  |
| 昭和24年4月1日から昭和25年3月31日まで | 4,171%  |
| 昭和25年4月1日から昭和26年3月31日まで | 3,600%  |
| 昭和26年4月1日から昭和27年3月31日まで | 2,944%  |
| 昭和27年4月1日から昭和28年3月31日まで | 2,539%  |
| 昭和28年4月1日から昭和29年3月31日まで | 2,236%  |
| 昭和29年4月1日から昭和30年3月31日まで | 2,111%  |
| 昭和30年4月1日から昭和31年3月31日まで | 2,019%  |
| 昭和31年4月1日から昭和32年3月31日まで | 1,904%  |
| 昭和32年4月1日から昭和33年3月31日まで | 1,838%  |
| 昭和33年4月1日から昭和34年3月31日まで | 1,811%  |
| 昭和34年4月1日から昭和35年3月31日まで | 1,701%  |
| 昭和35年4月1日から昭和36年3月31日まで | 1,601%  |
| 昭和36年4月1日から昭和37年3月31日まで | 1,432%  |
| 昭和37年4月1日から昭和38年3月31日まで | 1,288%  |
| 昭和38年4月1日から昭和39年3月31日まで | 1,161%  |
| 昭和39年4月1日から昭和40年3月31日まで | 1,048%  |
| 昭和40年4月1日から昭和41年3月31日まで | 959%    |
| 昭和41年4月1日から昭和42年3月31日まで | 871%    |
| 昭和42年4月1日から昭和43年3月31日まで | 784%    |
| 昭和43年4月1日から昭和44年3月31日まで | 694%    |
| 昭和44年4月1日から昭和45年3月31日まで | 607%    |
| 昭和45年4月1日から昭和46年3月31日まで | 522%    |
| 昭和46年4月1日から昭和47年3月31日まで | 457%    |

|                         |      |
|-------------------------|------|
| 昭和47年4月1日から昭和48年3月31日まで | 396% |
| 昭和48年4月1日から昭和49年3月31日まで | 333% |
| 昭和49年4月1日から昭和50年3月31日まで | 268% |
| 昭和50年4月1日から昭和51年3月31日まで | 228% |
| 昭和51年4月1日から昭和52年3月31日まで | 205% |
| 昭和52年4月1日から昭和53年3月31日まで | 187% |
| 昭和53年4月1日から昭和54年3月31日まで | 178% |
| 昭和54年4月1日から昭和55年3月31日まで | 167% |
| 昭和55年4月1日から昭和56年3月31日まで | 158% |
| 昭和56年4月1日から昭和57年3月31日まで | 151% |
| 昭和57年4月1日から昭和58年3月31日まで | 144% |
| 昭和58年4月1日から昭和59年3月31日まで | 140% |
| 昭和59年4月1日から昭和60年3月31日まで | 136% |
| 昭和60年4月1日から昭和61年3月31日まで | 131% |
| 昭和61年4月1日から昭和62年3月31日まで | 128% |
| 昭和62年4月1日から昭和63年3月31日まで | 125% |
| 昭和63年4月1日から平成元年3月31日まで  | 121% |
| 平成元年4月1日から平成2年3月31日まで   | 118% |
| 平成2年4月1日から平成3年3月31日まで   | 114% |
| 平成3年4月1日から平成4年3月31日まで   | 110% |
| 平成4年4月1日から平成5年3月31日まで   | 108% |
| 平成5年4月1日から平成6年3月31日まで   | 106% |
| 平成6年4月1日から平成7年3月31日まで   | 104% |
| 平成7年4月1日から平成8年3月31日まで   | 102% |
| 平成8年4月1日から平成9年3月31日まで   | 101% |
| 平成9年4月1日から平成10年3月31日まで  | 100% |
| 平成10年4月1日から平成11年3月31日まで | 100% |

## 最低保障4,230円に 労働省●最高限度額等も改定

労働省は、7月28日付けで、①労災保険の給付基礎日額の最低保障額を8月1日から4,230円へ(従来は4,290円)引き下げるとともに、②労災保険の年金給付基礎日額および療養開始から1年6か月経過後の休業(補償)給付基礎日額の年齢階層別最低・最高限度額を表1のとおり、また、③労災保険の年金および一時金給付のスライド率を表2のとおり、各々改正した。

表1、2とも、2000年8月1日から2001年7月31日までの間に支給事由が生じたものに適用される。

表2 年齢階層別最低・最高限度額

| 年齢階層の区分    | 最低限度額  | 最高限度額   |
|------------|--------|---------|
| 20歳未満      | 4,292円 | 13,224円 |
| 20歳以上25歳未満 | 5,292円 | 13,224円 |
| 25歳以上30歳未満 | 6,152円 | 13,267円 |
| 30歳以上35歳未満 | 6,984円 | 16,672円 |
| 35歳以上40歳未満 | 7,398円 | 19,251円 |
| 40歳以上45歳未満 | 7,440円 | 21,464円 |
| 45歳以上50歳未満 | 7,347円 | 22,602円 |
| 50歳以上55歳未満 | 7,131円 | 24,292円 |
| 55歳以上60歳未満 | 6,564円 | 23,920円 |
| 60歳以上65歳未満 | 4,490円 | 20,612円 |
| 65歳以上70歳未満 | 4,230円 | 15,126円 |
| 70歳以上      | 4,230円 | 13,224円 |

同時に、同期間に支給すべき事由の生じた労災保険の遺族(補償)一時金または障害(補償)年金差額一時金の算定に関し、支給された遺族(補償)一時金または遺族(補償)年金前払一時金、障害(補償)年金前払一時金の額に乘ずべき額も改正されている(省略)。



## Tokaimura nuclear accident reconsidered from an occupational safety and health viewpoint

Kansai Occupational Safety and Health Center

The JCO Tokai plant employed 120 people. In this facility, uranium is re-converted as part of the nuclear fuel processing, and supplied to fuel fabricators. Apart from its uniqueness in that nuclear materials are handled, the facility is one of many medium or small-sized chemical plants. Similarly, the workers with JCO are ordinary workers, who are engaged in their daily tasks with a focus on safety and productivity. We will re-examine the criticality accident focusing on the work practices and behavior from an occupational safety and health (OSH) viewpoint.

On the day of the accident, the work being undertaken at the conversion building was to produce uranyl nitrate solution with an enrichment of 18.8 percent, and a concentration below 380 gU/l, which was supposed to be used in "JOYO".

### Lack of effective OSH programs in JCO

The Accident Investigation Committee of the Nuclear Safety Committee published an interim report with urgent recommendations, which described the course of the accident.

When the accident occurred, three workers, designated as a special crew, had been putting sequentially about 2.4 kg of uranium powder with an 18.8 percent enrichment into a 10-liter stainless steel bucket with nitric acid and pure water (to produce

uranyl nitrate.) The procedure of homogenization to a uniform uranyl nitrate was supposed to be controlled using the specially shaped narrow storage column tank on a one-batch basis. Actually, however, a thick and large precipitation tank with a stirrer was used. The uranyl nitrate in the bucket was moved to the five-liter beaker through the filter and fed into the precipitation tank with a funnel. As a result, about 16.6 kg of uranium (equivalent to 6-7 batches) was poured into the precipitation tank (which was originally designed to limit 2.4 kg of uranium to one batch), which presumably caused criticality. This combination possibly reaches criticality.

These procedures were completely different from what had been initially specified for the equipment and methods used, and they were not approved by the regulatory authorities.

The worker involved described the reasons for his operations which were directly responsible for the accident:

- 1) The accumulation tower was only 10cm above the floor, and it was inconvenient to take the liquid into the container. Therefore, the remaining liquid left in the tower was removed using a dipper. The worker thought it was improper to handle the solution, but the equipment had not been improved.
- 2) It was a common practice to put 16kg of uranium into the tower, and he thought that it would be acceptable to put an equivalent quantity of uranium into the precipitation tank, because the tower and the tank had a similar capacity.
- 3) He felt like going through the operation because he felt obliged to work in an inauspicious, remote and strange workplace.
- 4) Although his supervisor gave him no instructions to accelerate their operations including

sampling after homogenization, he wanted to complete these operations earlier to allow the new comers, who were scheduled to join the crew in October 1999, to handle the liquid waste process from the outset.

- 5) The workers were involved not only in the highly enriched uranium handling operations, but in the low level radioactive wastes (including liquid waste) handling operations, which was a confusing situation for them.

These reasons listed by the worker suggest that there had been no effective or substantial occupational safety and health activities in JCO.

### Facility improvement neglected

It is evident that a lack of adequate knowledge about criticality on the side of the workers was responsible for the accident, but equal importance should be given to the lack of effective OSH activities, including facility improvement. In fact, the workers were aware of the necessity to implement any equipment improvements recommended, but no initiatives were taken to do this. Therefore, the workers decided to homogenize the uranium in the precipitation tank, which seemed to them the next best measure to eliminate time-consuming operations.

The fact that the worker thought that it was acceptable to put 16kg of uranium into the precipitation tank because an identical quantity of uranium was put into the accumulation tower suggests that as a part of routine OSH measures, specific operational procedures were not checked.

The operation responsible for the accident was not during the manufacturing process of uranium fuels for light water reactors—accounting for almost all the NPPs in Japan, which represent most ordinary operations for JCO,

but was during the manufacturing process of uranium fuels for Joyo. This means that the accident occurred during a process in which special products are manufactured in small quantities. This operation, which is assigned to five workers—including the three workers exposed to heavy doses of radiation—is not a routine job. Special attention was therefore required to implement effective safety measures.

Reportedly, the operational processes were examined at an internal meeting of JCO, and that bucket operation was approved, although the approval was not documented in any minutes. Even if this story was true, effective OSH programs would have responsibly integrated improvement proposals from the front-line workers, leading to a different outcome.

#### **Ineffective large company-style OSH activities**

What OHS programs had JCO Co. Ltd. been following in its Tokai Plant? In fact, the company had sufficient programs to claim that it was creating a safer and healthier working environment. For example, it had given a series of educational courses to all the employees on an annual basis in addition to the stipulated training for radiation-related workers. Also, it had set up education programs for different departments under a given theme on an annual basis. It had been encouraging the employees to participate in education programs organized by independent agencies.

To check the workplace practices and environment, an internal occupational safety and health committee carried out a safety patrol and quality assurance (QA) patrol on a regular basis. To satisfy the requirements for plants where nuclear materials were handled, the company had set its technical specifications, which required patrol and inspection at least once per day, followed by documentation. Actually, the chiefs of the manufacturing department and the workplace had been patrolling around the plant at least once every several days, and once per day,

respectively. The sub chief had been checking the equipment and nuclear protection for any abnormalities and documented the inspection results in the record sheets. The record sheets were then submitted to the plant chief and the chief of the manufacturing department for review and approved by the safety manager.

The patrol/inspection record sheet has a very simple format (shown in the Figure). Since the form is to be filled every day after the routine patrol, it is certainly desirable to fill the form without a lengthy description, but the actual sheets had been stamped with a comment "No Abnormality" using a rubber stamp. The rubber stamp reflects the extremely ritualized patrol activities, and the form design promoted its use.

#### **Effective OSH activities would have prevented the accident**

The greatest question remains why had the workers engaged in uranium processing without knowledge of criticality levels. The fact that the workers involved had lacked information about the materials being handled underlay the accident. If the OHS committee had discussed their concerns about the materials involved and the processes used, or if there had been any organizational framework for incorporating complaints or recommendations from the workers in the relevant workplace into the OHS programs, OHS activities would have yielded an effective outcome.

Another problem lies in the equipment which had not been designed to effectively prevent any criticality accident despite any departure from the standard procedures. If interlocking mechanisms or fail-proof configurations had been incorporated into the equipment, the criticality accident would have not occurred. A third assumption is that strict and effective inspection by the Science and Technology Agency or Nuclear Safety Committee which would have checked the unauthorized procedures. The accident, however, would have been prevented if effective OSH measures had been taken in the

first-line workplaces. If informed workers had taken any enabling or participatory steps to make a safer workplace, the accident would have been avoided.

#### **JCO accident shows need for more effective OSH programs**

The JCO plant, which is handling highly hazardous materials, including uranium, is subject to safety regulations under the nuclear energy-associated laws, safety agreements with the local governments, and regulations under the OSH laws. Although JCO had apparently reported that they had been committed to the Nuclear Safety Committee's regulations or occupational safety, its specific OSH programs had been highly ritualized and lacked any positive impact. The accident revealed the hollow nature of its OSH programs.

Apart from the hazardous materials handled and associated regulations, the JCO plant is numbered among conventional manufacturing or chemical plants. In this sense, the accident casts a new light on the quality of the OSH programs implemented in specific workplaces, which are seldom reviewed for their effectiveness. When asked about OSH activities, plant safety representatives often enumerate their programs by presenting relevant records or documents. The documentation is one thing, but veritable improvement is another.

The three special team members who put 16.6kg of uranium into the precipitation tank, were exposed to a large amount of radiation. Mr. Hisashi Ouchi died in December 1999 after he was exposed to 17Sv, which is several times greater than the lethal amount. The team members did not intend to omit the standard procedures to accelerate their work in defiance of the supplied risk information. On the contrary, they had been trying to devise reasonable measures for reducing the workload despite the limited risk information. In this sense, the three workers were the primary victims of the accident.

# 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 ● NPO法人 東京労働安全衛生センター  
〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 E-mail etoshc@jca.apc.org  
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  
〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコーポ豊岡505 E-mail k-oshc@jca.apc.org  
TEL(045)573-4289 /FAX(045)575-1948
- 新 潟 ● 財団法人 新潟県安全衛生センター  
〒951-8065 新潟市東堀通2-481 E-mail KFR00474@nifty.ne.jp  
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  
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-13 ばんみビル602 E-mail koshc@osk2.3web.ne.jp  
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「ルイユ」6階 TEL(0975)37-7991 /FAX(0975)34-8671
- 宮 崎 ● 旧松尾鉦山被害者の会  
〒883-0021 日向市財光寺283-211 長江団地1-14 TEL(0982)53-9400 /FAX(0982)53-3404
- 自治体 ● 自治体労働安全衛生研究会  
〒102-0085 千代田区六番町1 自治労会館3階 E-mail sh-net@ubcnet.or.jp  
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9月号(通巻第268号) 2000年8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7-10-1Z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](mailto:joshrc@jca.apc.org) HOMEPAGE: <http://www.jca.apc.org/joshrc/>

