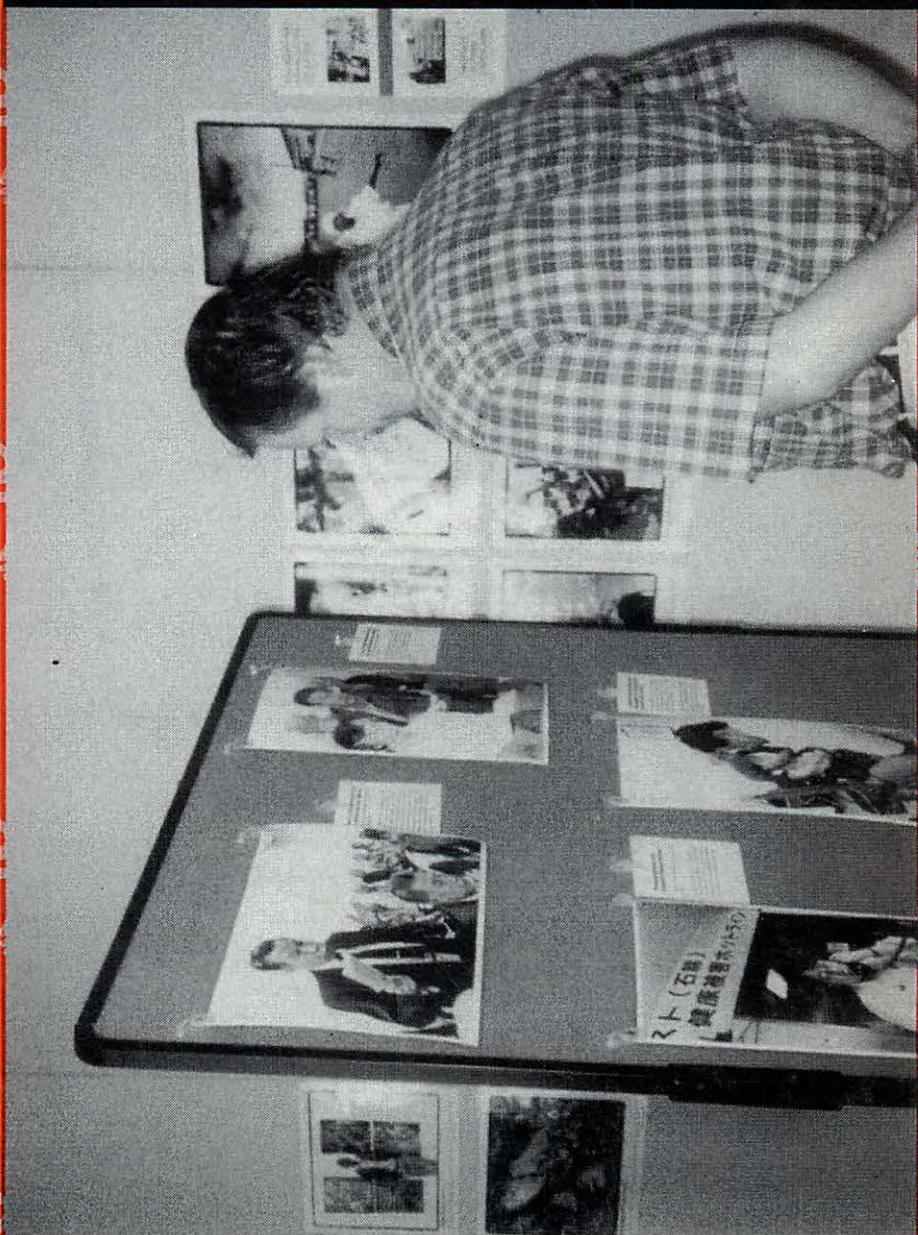


安全センター情報2002年1・2月号 通巻第283号
2002年1月15日発行 毎月1回15日発行
1979年12月28日第三種郵便物認可

特集●
職業病の労災補償

2002
1.2
JAN

安全センター情報



ウィーンで開催された日本・イギリス・南アフリカ合同アスベスト写真展 (2001.9)



井上 浩・著
 四六版280頁 本体価格2,000円
経営書院
 千代田区平河町2-4-7
 TEL (03)3237-1601

わかりやすい

労災保険法

私の経験したことも織りまぜて、一般とは少し違ったところに重点を置いてみました。一般の本に書いてあることや、役所に行けばすぐわかることは努めて省略しました。詳しいことは「労災補償法入門」(経営書院)をお読みください。

読んでいただく対象として考えたのは、主として被災労働者とその周辺の方、労災担当者、社会保険労務士の皆さんです。

注意していただきたいのは文中の数字(金額も含めて)です。よく改訂されますので、必要な時点で確認してください。

関係法令の改正や、新しい労災関係の法令は、要約したものが「労務事情」(月2回発行・産労総合研究所)に掲載されていますのでご覧ください。

2001年5月

[著者]

集会のご案内

三池CO研究会・東京集会

※下記の予定について、くわしいことは、全国安全センター事務局までお問い合わせください。

<集会式次第(未定)>

- ・資料集刊行の現代的な意義について
- ・これまでの経過
- ・パネルディスカッション

星野芳郎氏(三池CO研究会会長)

大原秀俊氏(大牟田市役所職員/研究会事務局)

司会:星野芳郎氏

パネリスト: 原田正純氏(熊本学園大学教授/研究会副会長)、
 美奈川成章氏(弁護士/研究会副会長)、鎌田慧氏(ルポライター)

- ・現地からの報告

松尾恵虹氏(元三池CO家族訴訟原告/研究会員)

- ・閉会に寄せて

坂岡庸子氏(久留米大学教授/研究会員)

<日時>

2002年2月16日(土)

午後1時30分開始、4時30分終了

終了後、簡単な懇親会も用意しています

<参加費> 資料代として700円(予定)

<場所>

東京都高齢者事業振興財団B2F講堂
 (シニアワーク東京)

〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3-10-3



特集／職業病の労災補償

**ヨーロッパにおける職業病
届出、認定、補償の手続と条件**

13か国比較調査の結果+日本 2

**日本における職業病
よりくわしい労災補償データ**

..... 34

脳・心臓疾患の改訂認定基準

労働時間評価の日安等示す 47

基発第1063号：厚生労働省の新認定基準 50

基労補発第31号：「運用上の留意点」事務連絡 55

地基補第239号：地公災基金の新認定指針 60

地基補第240号：「実施・調査事項」通知 63

連載9—塩沢美代子

語りつがねばならぬこと

67

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

EUが職場規制強化の指令改正案を提案 71

韓国が石綿曝露基準を $0.1\text{f}/\text{cm}^3$ に引き下げ 81

アスベスト被災者の願いを背負って

ウィーンで日・英・南ア合同写真展開催

神奈川労災職業病センター 池田理恵 84

各地の便り／世界から

神奈川●「通達が不服なら裁判すればよい？」 91

名古屋・東京●腰痛・ケイワン相次ぎ勝訴判決 93

千葉●左官のじん肺・合併症を認定 99

関西●ハツリ労働者の職業病認定から 99

東京●「介護労働者の安全と健康」で定例会 100

資料●はり・きゅう時効裁判・東京高裁判決 102

ヨーロッパにおける職業病 届出、認定、補償の手続と条件 —13か国比較調査—

はじめに

本報告書は、労働災害・職業病保険欧州フォーラムによって設置された特別作業委員会の作業の成果である。[2000年9月。発行はフランスのEurogip一両団体については次頁囲み参照]

委員会に対する委嘱事項にしたがって、報告書の第1部は、調査に参加した13か国における、そのもとで疾病が報告され、また、職業性のものであると認定される、手続および条件を扱っている。

認定請求をする気にさせ、あるいは思いとどまらせるに当たっては、被災者に対する補償の条件も一定の役割を果たしていることがすぐにうかがわれたことから、委員会は、2つのケーススタディに基づいて、それらの被災者や他の請求権者の事例が、補償される条件および程度を比較したいと考えた。この作業が報告書の第2部となっている。

最後に、第3部は、認定請求、認定事例に関する最新の統計データおよび関連情報を扱っている。

本調査によって、検討した諸システム相互間には

多くの差異が存在していることが明らかになった。

- ・報告手続に関しては、まず、回答された各国の仕組みには、2つの異なる原理が根底にある。一定の諸国では、可能な限り迅速に実行されるべき予防という名のもとで、医師が、患者がかかっている病理とその患者の職業との間の関連を疑った場合には、届出書を作成することを法律で義務づけられている。他の諸国は、被災者に請求を起こす権利を与えて、被災者の権利の保護を前面に押し出している。

報告システムの基盤をなす原理の如何にかかわらず、しばしば異議申立や苦情を引き起こすことから、調査したほとんどの国において、現実にはこのシステムが最高のかたちでは機能していないようである。

- ・次に、認定の条件に関しては、職業病のリストは同じ内容ではない(そのため、同じ病理が、ある国では職業病とみなされ、別の国ではそうならないこともありうる)。さらに、職業病の公式のリストに掲載された疾病に対して認められる起因性の推定(一般的ではあるが、調査したすべての国に当てはまるわけではない)が、国によって程度の大小はあるものの適用される。

最後に、被災者が受け取る給付に関しては、永久的障害の根拠となる要素は、国によって異なるが、機能の喪失、職業能力の喪失あるいは所得能力の減少かもしれない。また、ある諸国においては、一定の重篤さを示す疾病のみが、特別の補償給付を受ける。さらに、認められる給付の総額は、被災者の給与のレベルに応じて、国によって実に多様である。

このような状況のもとでは、様々な諸国の統計データ相互間に様々な相違がみられることは驚くべきことではないだろう。

これらの所見に加えて、作業委員会は、欧州フォーラムの加盟組織に向けたいくつかの提案をまとめようと考えた。

職業病の過小報告は、ほとんどの国に存在していると思われる。作業委員会は、報告手続および/または被災者の補償のレベルにおいて、この現象を助長する可能性のある多くの要因を確認した。すなわち、ただ被災者が請求を起こすまで放置し

ておくこと、健康保険システムに関連した特別の補償を提供しないこと、一定のレベル以上の永久的障害にしか補償を与えないこと、である。それゆえ、こうした要因だけで過小報告の説明をすることはできないとはいえ、この課題に関わる様々な機関に警告することにした。

作業委員会は、フォーラムの加盟組織間において、職業病の問題、とりわけ各国における科学のおよび法的状況の変化に関する、定期的な相互情報交換システムを確立する必要性を強調する。とりわけ、職業病として認定することに多くの議論を生じさせるような疾病に関する、欧州データバンクを創設することを提案する。

最後に、ヨーロッパ各国で実施されているシステムの収斂に助力するという欧州フォーラムの使命にかんがみて、委員会は、各国において実施されている職業病リストにおける差異の問題を指摘しておきたい。国境を越える労働者の数の増大にともない、この領域における一定の整合化を検討する必要があるだろう。

労災職業病保険欧州フォーラムは、1992年6月にローマで設立された。労働災害・職業病に対する法令による保険に責任をもつ、各国の組織相互の情報と経験の交流の場を提供するものである。フォーラムの目的は、労災職業病に対する保険に特有の原理を促進・保護することであり、さらに、労災職業病に対するヨーロッパで実施されている諸システムの収斂のプロセスを積極的に監視している。フォーラムは、ヨーロッパにおける労災職業病に被災した労働者の状況の改善に自ら積極的に関与し、それによって社会的正義の実現する未来のヨーロッパの創造に重要な役割を果たしている。

現在、フォーラムは、オーストリア、ベルギー、デンマーク、フィンランド、フランス、ドイツ、ギリシャ、イタリア、ルクセンブルグ、ノルウェー、ポーランド、ポルトガル、ロシア、スウェーデン、スイス、スペイン、の18か国の組織が加盟している。フォーラムの議長国は毎年持ち回りで変わっている。

※ <http://www.europeanforum.org/index2.html>

Eurogipの使命は、一般的なフランスの社会保障制度のもとで労働災害・職業病予防の役割を有する諸組織の、ヨーロッパレベルにおける活動を調整、監督、発展させることである。1991年11月28日に、フランス全国被用者健康保険基金(CNAMTS)とフランス国立研究安全研究所(INRS)との間のGroupement d'interet public(公益分類化)のかたちで設立された。Eurogipは、労働組合組織と使用者組織が平等に代表する協議会によって、管理運営されている。

※ <http://www.eurogip.fr/gb/eurogip.htm>

用語集

Berufsgenossenschaften (BG)

ドイツの、労働災害・職業病のリスクを管理する(業種または地域別に組織された)同業組合

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)

オーストリアの、労働災害・職業病のリスクの管理に責任を有する組織

全国労働災害評議会 (National Board of Industrial Injuries)

オランダの、労働災害・職業病の業務関連性の認定に責任を有する政府機関

全国作業環境庁 (National Working Environment Authority)

デンマークの、安全衛生規則の策定とその適用の確保に責任を有する政府機関

Mutuas

スペインの、労働災害・職業病のリスクの管理に責任を有する相互保険タイプの組織

Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)

フランスの、労働災害・職業病の被災者の補償を所管する(「部門」レベルの)組織

Caisses regionales d'assurance maladie (CRAM)

フランスの、労働災害・職業病の予防とリスク評価を所管する(「地域」レベルの)組織

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

フランスの、全国レベルの労働災害・職業病のリスクの管理に責任を有する組織

Fonds des maladies professionnelles (FMP)

ベルギーの、職業病のリスクの管理に責任を有する組織

デンマークの、職業病の被災者に対する給付の支払いに責任を有する組織

第1部 職業病認定の条件

以下の4つのテーマが質疑応答で扱われた。

- ・ 職業病認定の請求
- ・ 請求の審査
- ・ 認定の根拠
- ・ 異議申立の可能性とその結果

調査に参加した13か国から受け取った回答を、各項目ごとに整理した。

1. 職業病認定の請求

1.a) 誰が職業病認定の請求を行うか?

(認定請求とは、当該疾病の職業性の認定を受け、当該ケースに与えられる給付を保険機関から入手する目的でなされる申請を意味する。)

すべての国において、ある疾病を職業由来の可能性があると診断した医師は、当該疾病を特定の指定された機関に届出することを義務づけられている。ただし、ベルギーでは、この義務は、産業医のみに適用される。ドイツ、オーストリア、デンマーク、フィンランド、スイスでは、医師は、この届出をすることに対して(象徴的意味合いの)報酬を受け取り、ルクセンブルグでは、当該疾病が実際に職業病として認定された場合にのみ、報酬が支払われる。

いくつかの諸国(とりわけドイツ)では、届出がBGsに送られることから、この届出は認定請求に等しい。他の諸国では、2つの別々の手続(ひとつは届出のため、もうひとつは認定請求のためのもの)が存在する。フランスでは、2つの手続の間には、まったく関連がない。ベルギーでは、Fonds des maladies professionnelles(補償所管機関)が、企業医から、ある疾病がベルギーの職業病一覧表に含まれるという請求を受け取った場合には、被災者に対して、法定様式によって請求を出すよう勧奨する。しかし、請求は任意のものであって、被災者がそうしなければならないと義務づけら

れているわけではない。デンマークとポルトガルでは、届出が認定請求につながる場合もある。

※日本では、安衛則第97条で使用者に「労働者死傷病報告書」の届出を義務づけているが、被災労働者または遺族の行う認定請求との関連は全くない。医師にはいかなる法令によっても届出の義務づけはなされていない。

こうした予備的な所見に基づいて、各国を3つのグループに分類することができる。

- ・認定請求を起こすのが、疾病の職業由来を疑った医師である諸国。これには、ドイツ、オーストリア、ルクセンブルグ、デンマーク、フィンランド、スペインの場合が該当する。

ドイツでは、医師は、届出を、権限を有するBGおよび/または労働監督官に送る。これら2つの機関は、その受け取った届出を相互に通知し合う。理論的には、被災者の使用者もまた、当該疾病を届出をすることを要求されている。さらに、被災者とその法的受益者、および社会保険機関(主として健康保険基金であるが雇用機関や老齢年金基金も該当)も、届出をすることができる。実際問題として、医師がほとんどの届出を起こしており、社会保険機関が約20%、被災者が約10%、使用者が約3%である。

オーストリアのシステムは、わずかな相違があるが、ドイツのシステムによく似ている。

一届出は組織的にAUVAに送られる。

一ドイツの場合と同様、2つの届出が求められ、ひとつは医師によるもので、もうひとつは使用者によるものである。AUVAが医師からのみの届出を受け取った場合には、使用者に照会を行う。

一最初の4週間については、いかなる事例でも健康保険基金から支払われるので、届出手続においては、健康基金はドイツの該当機関よりも関与の度合いが低い。ドイツでは、最初の日から労災職業病保険給付が支払われる場合には、すでに支払った給付を後から回収するのが、非常に困難であることから、健康基金は財政的理由から、届出手続の速度を上げる

場合が多い。それでも、AUVAは、オーストリア中央社会保障機関経由で毎年4億シリングを健康基金に対して支払っている。

オーストリアでは、ドイツと同様に、届出は第一に医師によってなされ、次いで健康基金、被災者、最後に使用者によってなされている。

ルクセンブルグでは、届出システムは、ドイツやオーストリアで実施されているものとよく似ている。理論上は、2つの届出が必要で、ひとつは医師(主として患者を治療している医師であるが、産業医も被災者にその疾病が職業性ものであることを警告することができる)によるものであり、もうひとつは使用者によるものである。健康基金も、被災者に届出をするよう奨励することができるが、自らが届出をすることはできない。健康基金が前払いした給付は、当該疾病が職業病として認定された場合には、労災職業病保険機関によって返済される。

デンマークでは、ある疾病の職業性を疑った医師が、全国労働災害評議会および全国作業環境庁に対して届出をする。被災者が手続を進めることに同意した場合には、全国労働災害評議会は、認定手続を開始する。被災者が届出様式に同意する旨を記載していない場合には、全国労働災害評議会は、被災者に、手続を進めることを望むかどうか尋ねる。被災者が手続を進めることを望まない場合には、全国労働災害評議会は、当該事例を認定せずに棚上げにする。何らかの理由により、患者を治療している医師が届出をしなかった場合には、被災者とその法的受益者が直接、全国労働災害評議会に届け出ることができる。全国労働災害評議会は、届出を受け取った場合には、使用者に照会を行い、また、被災者を専門医に送ることができる。

フィンランドでは、ある疾病が職業由来の可能性があると診断した医師が、保険会社および労働安全機関に、当該疾病の届出をすることを義務づけられている。その後、保険会社は、使用者と当該労働者双方に作業歴のデータを要求する。上記の情報に基づいて、保険会社の医師が、当該疾病が作業関連のものであり、補償される

かどうかを決定することができる。問題の解決のために、専門家による診断が必要な場合には、保険会社は、当該労働者に対し、追加の診察を指示する。すべての事例において、当該疾病が認定されるかされないかにかかわらず、保険会社は、診断の費用を支払う。専門家は、保険会社に診断書を提出する。保険会社は、この専門家の報告および入手済みの労働条件に関する資料に基づいて、当該疾病を職業病として認定するかどうかを決定する。

スペインでは、相互保険の医師が、認定手続を開始する。被災者のケースは、被災者の家庭医から、または、直接使用者から提出される。使用者は、請求をしなければならないというわけではなく、被災者から相互保険の医師に提出される、疑職業病様式に必要な事項を記入しなければならないというのみである。当該疾病が職業性のものであるかどうかを決定するのは、相互保険の医師である。使用者が当該疾病は職業性のものであると考えた場合には、使用者が、自らの相互保険に対して認定請求を行う。その後は、少なくとも一時的障害については、自動的に認定される(相互保険により補償される)。

- ・認定請求を行うのが被災者である諸国。これには、ベルギー、フランス、ポルトガル、スウェーデン、ギリシャの場合が該当する。

ベルギーでは、認定の手続を開始するのは被災者次第である。被災者が請求に署名した場合にのみ、手続がはじめられるが、このルールには、請求が相互保険組織によってなされる場合という、唯一の例外がある。労働者が所属することを選んだ健康基金(相互基金と呼ばれる)は、被災者に代わって請求を行うことができ、相互基金は正当に代位して、補償を認める決定を待つ間に被災者に支払った暫定補償を、(補償)機関から全額または部分的に回収しようとする。認定請求は、産業医が職業関連のものであると考えた疾病事例について、すべての産業医から労働基準監督官およびFonds des maladies professionnellesに対してなされなければならない

届出とは、明確に分離されている。また、「オープンシステム」の存在によって改善されてきているとはいえ、この届出システムは、まあまあといった程度にしか機能していないことを指摘しておく。

フランスでも、請求を行うことは、被災者次第である。請求はCPAMに送らなければならない。CPAMは、使用者、産業医および労働監督部局に通知する。認定される前は、被災者は、日掛け給付[休業補償給付のことと思われる](医療費に関しては、費用の前払いの免除があるが、被災者は、非認定の場合には、患者負担分を支払わなければならない)だけは健康保険システムのもとで補償を受け、後で、(疾病と職業との関連性が確定された診断書の日付以降について)支払い済み合計額が調整される。ベルギーのシステムとは違って、フランスのシステムは、健康保険基金が被災者に代わって請求を行うための規定は、設けていない。

ギリシャでは、医師が、疾病を保険機関に届出することを義務づけられているが、認定請求をしなければならないのは、被災者である。

ポルトガルでは、被災者が、認定請求をしなければならない。しかし、Centro nacional de Protecção contra os riscos profissionaisが、医師から職業病の届出を受け取った場合には、被災者に対して、規定の様式によって請求を提出するよう勧奨する。すべての医師が、職業に由来をもつと疑われた個々の疾病の届出をすることを義務づけられているからである。

スウェーデンでは、被災者から知らされた使用者が、地方保険事務所および労働基準監督官に疾病の届出をすることを義務づけられている。報告された疾病が地方保険事務所により検査されなければならない場合には、被災者から認定請求がなされなければならない。

- ※日本も、認定請求を行うのは被災労働者またはその遺族である。使用者や健康保険が請求することはできない。認定請求に対する決定がなされるまでの間の医療費の支払いや、労災保険と健康保険との間での医療費の調整の仕組みがないことによるトラブルは少なくない。

- ・認定請求を行わなければならないのが使用者である諸国。これには、スイスとイタリアの場合が該当する。

スイスでは、使用者は、被災者から職業病を通知される。

イタリアでは、具体的明確に、手続を開始するのは被災者である。また、一覧表に掲載されていない疾病について、被災者が労働組合の援助を受ける場合も多い。しかし、正式な請求を行うのは、当該被災者の使用者次第である。同時に、当該疾病を診断した医師は、保険機関に診断書を届け出なければならない。

1.b) 誰に対して請求がなされるか？

一般的に、請求をしなければならないのは、保険に責任を有する組織または会社に対してである。

ただし、以下の点に留意されたい。

- ・ドイツでは、労働基準監督官に請求をすることが可能であり、労働基準監督官は、それを保険機関に回送する。
- ・デンマークでは、全国労働災害評議会および全国作業環境庁の双方が請求を受け付けている。
- ・スペインでは、相互保険の医師が当該疾病の職業性を指示する決定を行った場合には、相互保険は一時的障害に対して支払う。後になって、傷害が永久的なものになった場合には、相互保険は、永久的傷害に対して支払うために、国立社会保障研究所 (INSS) に依頼する。

※日本では、労災保険を管轄するのは政府であり、請求は労働基準監督署長に対して行う。

1.c) 請求をするための期限があるか？

(その後は被災者が補償を受ける権利を失うことになる時間)

- ・スイス、ベルギー、ポルトガル、スペインでは、回答は否である。

ドイツ、オーストリアでも、期限はない。ドイツでは、請求は、医師および使用者によって速やかになされなければならないが、その期限は、職業病と疑われる疾病の存在を知らされた時から3日以内である。オーストリアでは、請求は速やかにな

されなければならない。ドイツでは4暦年、オーストリアでは2暦年という期限が存在するが、これは給付に対してのみ適用され、職業病としての認定に対しては適用されない。したがって、1993年にはじまり、1999年によく届出がなされた疾病の場合には、被保険者は、ドイツでは1993年と1994年分、オーストリアでは1993-1996年の間の分の給付に対する権利は主張できないことになる。

- ・他のすべての諸国は、期限を設定している。

—ギリシャでは、届出は、医師および使用者によって速やかになされなければならない。あるいは、被保険者が、職業病と疑われる疾病の存在を知らされた時から5日以内、彼らに届出をさせる。死亡災害の場合または受益者がずっと外国に住んでいる場合には、この期限は延長することができる。

—デンマークでは、届出の責任のある者(医師)が当該疾病が作業関連のものかもしれないということを知った時から9日である。届出が期限内になされない場合には、被保険者または遺族は、当該疾病が作業関連のものかもしれないということを知った時から1年以内に、全国労働災害評議会に請求をする権利を与えられる。特別の事情によって正当化される場合には、この1年の期限は無視される場合もある。現実問題としては、この期限はまったく問題にはならず、たとえ期限内に届出が送られなくとも、全国労働災害評議会はその届出を処理する。それよりも、因果関係を証明する書類をさがすことの方がより困難である。

—フランスでは、仕事をやめてから15日である(しかし、これは、消滅時効ではない)。実際には、被災者は、疾病と仕事との関連がありそうだとすることを知らせる診断書の日付から2年の期限内に、当該疾病の届出をしなければならない。

—フィンランドでは、疾病が診断された日またはその者の障害がわかった日から1年である。

—ルクセンブルグでは、3年で、それを過ぎると被災者が請求をするのは不可能になる。

—イタリアでは、一覧表に掲載された職業病につ

いては、3-20日である(がんについては、期限はない)。一覧表に掲載されていない職業病については、病理が診断された後のいつでもよい。

—スウェーデンでは、6年である。

※日本では、消滅時効として期限が定められており、療養・休業補償給付等の短期給付については2年、障害・遺族補償等の長期給付については5年である。

1.d) 請求の様式および手続は?

すべての諸国において、標準様式が用意されている。

- ・ルクセンブルグ、ドイツ、オーストリア、スペインでは、医師用の様式および使用者用の様式がある。しかし、被災者が請求をする場合には、特定の様式は求められない(単なる書面で十分である)。
- ・フィンランドでは、医師用の様式と使用者用の様式、また、職業性皮膚疾患用の特別の様式がある。
- ・デンマークでは、全国労働災害評議会と全国作業環境庁によって、特別の届出様式が作成されており、この様式は、両機関から医師に配布される。
- ・イタリア、ベルギー、ポルトガルでは、様式には、行政的な欄と医学的な欄が含まれている(ポルトガルは、当該様式に記入する者は企業医であると明記している)。
- ・フランスとスウェーデンでは、請求には診断書を添付しなければならない。スウェーデンでは、当該疾病の発症状況の説明書も添付しなければならない。
- ・スイスでは、医師用と使用者用、さらに必要な場合には被保険者用の、質問票がある。
- ・ギリシャでは、届出については特定の様式は求められていない(単なる書面で十分である)。疾病の診断書に、この書面を添付しなければならない。請求を行う者は、特別の申請書に記入し、使用者の署名を受けなければならない。

※日本でも、労災則により所定の様式等が定め

られている。

2. 請求の審査

2.a) 誰が審査に責任をもつのか?

全国労働災害評議会であるというデンマークと、請求の審査に責任をもつのは保険会社の医師であるというフィンランドを除いて、他のすべての諸国において、審査に責任をもつのは保険機関である。

ドイツでは、保険機関は、労働者の医学面における保護に責任をもつ労働監督官と協議しなければならないが、最終決定は保険機関の責任である。
※日本でも保険機関一国であるが、具体的には労働基準監督署長である。

2.b.1) どのような要素が審査の対象となるか?

ほとんどの国において、認定請求は複数の観点から審査される。

- ・行政的・法律的観点：リスクへの曝露はあったか? どれくらいの期間?...

この目的は、要するに、当該申し立てがたしかに職業病であること(適用可能な場合には、職業病の一覧表または目録に合致すること)を確かめることである。

- ・医学的観点：(通常、診察や検査をして)疾病の特性を確かめる。

フィンランドでは、診断は、当該疾病が労働条件に由来するものであることを確かめるための、リスクへの曝露のみを対象としたものである。

※日本でも基本的には同様である。

2.b.2) とくにリスクへの曝露を確かめるための調査はあるか?

ほとんどの国において、リスクへの曝露を評価するための調査は、保険機関自身によって行われる。それは、ほとんど被災者が働いていた会社内でなされる。しかし、デンマーク(全国作業環境庁)、スイス(必要な場合に外国の保険機関)、フランス(地方の健康保険基金の予防部署)では、外部の専門家に援助を求めることもある。

フランスでの特色として、完全永久障害または死亡の場合には、社会保障機関外の宣誓のうえ認証された担当者によって、調査(法的調査と言われる)が行われる。行政部局や社会パートナーは、この調査を、その矛盾した性格から、公平さの保証とみなしている。実際、かかる調査は、適正に実施されないことが多く、非常に多くのめごとにつながっている。

※日本でも調査は労働基準監督署によって行われる。

2.b.3) 疾病を見極め、特性を確かめるための医学的検査または手技があるか?

ほとんどの国において、疾病の特性を確かめるために、診察(一般的または専門的)、生物学的検定および諸検査が行われている。

デンマークでは、診断および作業との関連性を確定するために、全国労働災害評議会が、当該疾病に関する多数の質問を医学専門家に尋ねる。ドイツでも状況は同じであるが、専門家の助言を求めるのは保険機関である。

※日本では、じん肺診査ハンドブックや認定基準等により一定の検査等が示されている場合があるほか、労働基準監督署長が労災医員等に意見を求める場合がある。

2.c) 請求の審査に責任をもつ組織は一定期限内に回答をすることを求められるか?

回答にははなはだしい差異があることがわかる。

- ・ルクセンブルグ、スイス、ドイツ、ポルトガル、スウェーデン、の5か国には、設定された期限は存在しない。

しかし、一般的に、該当機関は、迅速に請求を審査することを求められている。これは、スイス、スウェーデン、ドイツの場合である。

- ・他の諸国では、期限が存在しているが、ここでも回答には、はなはだしい差異がみられる。

ギリシャでは、保険機関は、請求を迅速に審査しなければならない。最終判定までに求められる期限は、審査に必要とされる時間によって左右される。

フランスでは、1999年4月から、健康保険基金が疾病の職業性を決定するための期限が3か月、追加の調査や診断が必要な場合にはさらに3か月となっている。この期限内に決定がなされない場合には、当該疾病の職業性が立証されたものとみなされる。

フィンランドでは、請求は、保険会社が必要なすべての文書を手入してから、3か月以内に処理されなければならない。

スペインでは、一時的障害については、相互保険の医師が職業由来と判定し次第、職業病としての取り扱いを開始する。永久的障害については、INSSが請求を審査し、3か月以内に回答を与える(通常は1か月後に回答する)。

ベルギーでは、全国保険計画(National Insurance Scheme)の委員の憲章を導入した法律(1995年)にしたがって、社会保障機関は、請求を受け付けてから4か月以内に決定を与えなければならない。一定の場合には、国王が、期限を4か月から8か月にすることができる。FMPは、したがって、8か月以内に決定することを認められたことになるが、医療費の返済請求については、このような延長は認められない。4-8か月という期限は、決定に必要な情報が入手できない期間に応じ延長される。現実問題としては、1997年には、請求の審査に約11か月かかっている。

オーストリアでは、期限は、請求を受け付けてから6か月である。

デンマークでは、期限は、一覧表に掲載された疾病については9か月、一覧表に含まれていない疾病については2年である。

※日本では、行政手続法による標準処理期間があり、業務上疾病の労災認定については6か月とされている(ただし、包括救済規定に係るものについては期間の設定なし)。

3. 認定の根拠

3.a.1) 職業病の目録集または一覧表があるか?

- ・ほとんどの国においては、職業病の(単一の)一覧表が存在する。これに該当するのは、スイス、

イタリア、ベルギー、オーストリア、ドイツ、デンマーク、スペイン、ルクセンブルグ、ギリシャ(一覧表は限定的な性格のもので、一覧表に含まれていない疾病は認定されない)、ポルトガル、フィンランド(ただし、例示的な一覧表があるだけで、いかなる疾病をも除外しない参考用の一覧表である)、である。

- ・ひとつの国は承認された目録集(複数の一覧表)をもっている。フランスである。
- ・ひとつの国(スウェーデン)は、単一のまたは複数のシステムももっていない。あらかじめ、いかなる疾病も、証明さえされれば、職業病として認定できることになっている。ひとつだけ例外があり、病院における作業、感染症のキャリアである者の治療、移送、世話をする作業、または動物や感染症を媒介する物を取り扱う場合の感染性疾患についての職業病一覧表は存在している。

※日本では、労基則別表第1の2が職業病の一覧表にあたる。

3.a.2) 誰がそれを策定・改訂するのか?

- ・ほとんどの国においては、一覧表または目録集は、政府機関(しばしば労働および/または社会問題省)によって改訂される。

オーストリアでは、保健労働社会問題省がAUVAと協力して、一覧表を策定・改訂する。一覧表を修正するには、立法府の関与が必要である。

フィンランドでは、参考用一覧表は、新たな医学的データに基づいて社会問題保健省によって策定・改訂される。

一定の委員会(ベルギーではFMPの管理評議会(Board of Management))に意見を諮問してから、このような決定を行うとしている国もある。フランスでは、職業性リスク予防高等評議会(High Council for the Prevention of Occupational Risks、行政と社会パートナーの代表からなる)の職業病専門の委員会が、目録の新設または修正を提案する。命令の草案は、CNAMTSの労働災害職業病委員会に諮問される。目録集はその後、最高行政裁判所

(Council of State)の命令集を通じて公布される。

ドイツでは、労働社会問題省が、専門家(主に産業医)の助言を受ける。

デンマークでは、職業病一覧表に含める条件を満たす疾病の一般の見直しのために、全国労働災害評議会が、少なくとも2年ごとに、職業病委員会と協議を行う。

- ・2か国では、一覧表は、専門委員会によって策定・改訂される。これに該当するのは、ルクセンブルグ(医師、社会パートナーおよび政府が参加する職業病高等委員会(High Committee)とポルトガル(職業病一覧表改訂全国委員会)である。
- ※日本では、労基則別表第1の2を改訂するのは厚生労働大臣だが、労働基準法施行規則第35条定期検討のための専門委員会が設置されている(活動実態は公表されていない)。

どのような要素に基づき一覧表または目録集を策定・改訂するのか: 調査または疫学研究? 専門家の評価? 社会的コンセンサス?... 頻繁に改訂されるか?

改訂の根拠は多様である。

- ・疫学研究: スイス
- ・調査+医学研究: ドイツ、スペイン
- ・調査/研究+社会的コンセンサス: イタリア、オーストリア、フランス、ポルトガル、デンマーク、ベルギー
- ・専門家の助言: ギリシャ

※日本では、明らかにされたことはない?

改訂の頻度も多様である。

- ・必要性および新たな知見に応じて: スイス、ドイツ、フランス、オーストリア、ポルトガル、スペイン、ベルギー(職業病一覧表は1969年の王令により策定され、1973年、1979年、1982年、1989年、1991年、1999年に改訂された)
- ・相対的に定期的に: デンマーク(2年ごと)、ルクセンブルグ(原則として5年ごと)
- ・稀である: イタリア、ギリシャ

※日本では、1957年に制定され、1978年に改訂された後は、告示による数次の補強はされた

ものの、一覧表自体の改訂はなされていない。

3.a.3) 限定的性格の目録集または一覧表が、たんに指針としての役割を果たすものか？

- ・ひとつの国は「指針として」と回答(フィンランド)。
- ・オーストリア、スイス、イタリア、ベルギー、フランス、ギリシャ、ポルトガル、ルクセンブルグ、デンマーク、ドイツ(ただし、いくつかの病理については、職業由来の可能性がありそうなことを示している)、スペイン(原則的には、ただし、いくつかの項目については、きわめて限られた情報しかないため、解釈の余地がある)、スウェーデン(一覧表は感染性疾患のみを含む)では、一覧表は限定的性格をもっている。

※日本では、具体的列挙規定と包括的救済規定を含んだ一覧表である。

3.a.4) 目録集または一覧表は疾病の職業由来の推定を意味するものか？

- ・ほとんどの国においては、目録集または一覧表は、起因性の推定(職業由来)を与えるものである。これに該当するのは、ポルトガル、イタリア、デンマーク、オーストリア(一般のおよび特別の条件を満たす場合)、ベルギー、フィンランド、ギリシャ、フランス(最初に医師により疾病が診断された日から現時点までの期限、リスクへの曝露期間および職業のリストについての、目録集が求める条件に合致する場合には起因性の推定がある)である。ルクセンブルグでも推定が働くが、職業が決定的要素であることの立証が必要である。スペインでも、原則的には、推定が働くが、解釈の余地があるため、実際には、疾病の職業由来を立証することが必要な場合もある。
- ・スイスは、独自の立場をもっており、物質の一覧は推定を与えるが、疾病の一覧はそうではない。
- ・ドイツでは、個々の事例において、職業が疾病の原因となる要素であることの立証が必要である。1997年以降、被災者がその職業の結果として職業病のリスクに相当程度曝露したことは、だれかが被災者の職業以外の原因を示すことができないかぎり、この因果関係の反証となりうる推

定とするということになっている。

※日本では、具体的列挙規定の疾病については、

- ①有害因子を有する業務に従事、②発症原因とするに足るだけ有害因子に曝露、③曝露した有害因子により発症する疾病の症状・兆候を示し、かつ、曝露時期と発症時期の間および症状の経過について医学上矛盾がない、④業務以外の原因等の反証がない、場合には、業務上疾病とみなされる。なお、包括的救済規定の疾病も含め、認定基準が設定されている疾病の場合には、認定基準の要件を満たしている場合には、業務上疾病とみなされる。

3.b) 一覧表または目録集に基づかずに認定するシステムがあるか？

スペインとギリシャを除く、すべての国において、そのようなシステムが存在する。オーストリアは、一般条項を明記している。

しかし、スペインでは、一覧表が解釈の余地を与えていること、および、一覧表に合致しない疾病は法律によって災害として認定されることから、現実には、そのことが問題になってはいない。

※日本では、包括的救済規定がこれにあたる。

3.c) 全認定疾病のうち、目録集または一覧表に基づいて認定されたものがどれくらいで、立証システムに基づいて認定されたものはどれくらいか？

ポルトガル

一覧表に基づくもの：98.6%

立証システムに基づくもの：1.4%

フランス

目録集に基づくもの：1998年96.3%

目録の求める条件を満たしていない場合で、

立証システムに基づくもの：1998年3.6%

目録に含まれていない疾病の場合で、立証

システムに基づくもの：1998年0.1%

スイス

入手できるデータなし

ギリシャ

現在までのところ、すべての認定疾病は一覧

表に含まれている

フィンランド

入手できるデータなし

ベルギー

一覧表に基づくもの：1996年99.1%、1997年98.4%

立証システムに基づくもの：1996年0.9%、1997年1.6%

ドイツ

一覧表に基づく認定が、圧倒的多数。立証システムに基づく認定数は、ほとんどの年について、1%よりもはるかに低い。立証システムは、新たな科学的知見にしたがい一覧表に含めるための法的条件には合致しているものの、これまで一覧表に含められてこなかったというような疾病に関連している。

デンマーク

90%以上が、職業病一覧表の項目に基づいて認定され、職業病委員会に提出された後に認定されるものは、10%未満である。

オーストリア

立証システムに基づく認定数は1%よりもっと低い。

イタリア

一覧表に基づくもの：1998年91%、1999年91.8%

立証システムに基づくもの：1998年9%、1999年8.2%

※日本

具体的列挙規定に基づくもの：1999年97.8%、2000年97.2%[37頁参照]

4. 異議申立の可能性とその結果

4.a) 誰が職業病認定請求に異議申立ができるか：被災者の使用者？ 保険機関？

- ・7か国（ベルギー、ルクセンブルグ、スウェーデン、ドイツ、オーストリア、ギリシャ、デンマーク）は、誰も認定請求に異議申立できないと明定している。保険に責任を有する機関は、疾病の職業性を認定することはできない。

ドイツとルクセンブルグは、職業病認定の枠組みのなかで、被災者の使用者はたいてい、被保険者が職場で有害な影響に曝露していたかどうかかわからないと異議をとなえる。使用者は、かかる陳述を行うことも、被災者が職場外で曝露していた有害な影響を指摘することもできる。保険機関は、もちろんこれらのデータの信憑性の程度を立証しなければならないが、実際に職業病認定に関する決定をするのは保険機関だけである。

- ・3か国（スイス、イタリア、フィンランド）では、保険機関が、認定請求に異議申立をする可能性をもつ。
 - ・フランスは、被災者の使用者が、手続のどの時点でも留保を表明でき、また、疾病の職業性に異議申立をできる唯一の国である。実際、疾病の職業性の認定手続は矛盾したものであり、各関係者が主張を申し立て、CPAMは、収集した多様な要素にしたがって決定をしている。
 - ・スペインでは、一般医の報告に述べられた疾病の職業由来に相互保険の医師が同意しない場合には、保険機関または相互保険が、請求に異議を申し立てるかもしれない。異議申立は2人の医師によって処理される。一方で、職業病による永久的障害について相互保険から出された提案に、INSSが異議申立をするかもしれない。INSSは、当該状態は職業病ではなく災害であると言うかもしれない。相互保険および被災者は、最初のINSSの決定に異議申立をすることができる。
- ※日本でも、誰も認定請求に異議申立できないが、使用者が意見を申し出ることができる。

4.b) そのような異議申立の結果は？

- ・スイスでは、被災者の一件書類は、健康保険基金に移される。
- ・フィンランドでは、被災者は裁判所（災害上訴審査会（Accident Appeal Board））に提訴できる。
- ・スペインでは、一時的障害については、一般医と相互保険の医師の意見が一致しない場合、両医師が疾病の職業由来に関して同意するまで、患者には一定の障害が存在することになるかもしれない。しかし、同じ職業の者同士の間の問題

であり、通常は同意に至るまでに長くはかからない。永久的障害が適用される段階では、相互保険とINSSとの間の紛争は、審査委員会(Jury)で解決されなければならない。これは、最終決定までに一定遅れる(1-2か月)ことを意味する。審査委員会の判定が、被災者または相互保険の利益に反するものであった場合には、両者は、上級の審査機関(Jury Institution)に持ち込むかもしれない。

- ・イタリアでは、異議申立の後に疾病の職業性が認定されなかった(とくに疾病が一覧表以外のものである)場合には、被災者の一件書類は国民健康保険(National Health Service)の管轄となる。

この設問は、スウェーデン、ドイツ、ベルギーには、当てはまらない。

4.c) そのような異議申立は頻繁にあるか?

異議申立が可能な諸国、とりわけイタリアとフィンランドでは、異議申立は頻繁に起こっている。

スペインでも、最初の段階における医師間の意見の不一致は頻繁であるが、大きな困難なしに同じ職業の者同士の間で解決する。審査委員会段階での紛争は、職業病による永久的障害を適用する場合には、相互保険は十分な根拠をもっていることから、きわめて稀である。災害についての請求の場合には、紛争はより頻繁に起こっている。

4.d) 疾病の職業性の判定に責任をもつ組織が決定を通知した場合、誰がこれに異議申立をできるか: 被災者? 被災者の使用者?

- ・すべての国において、被災者(またはその法的受益者)は、不利な決定に対して異議申立をすることができる。
- ・フランス、フィンランド、デンマークでは、被災者の使用者も、決定に異議申立をすることができる。
- ・デンマークでは、(給付を支払う)労働市場職業病基金(Labour Market Occupational Diseases Fund)が、全国労働災害評議会の行った決定に異議申立をすることができる。
- ・スペインでは、永久的障害の申し立てを拒否した

場合(稀である)には、Mutuaまたは被災者は、INSSが行った決定に異議申立をすることができる。

- ・スウェーデンでは、全国評議会が、地方の社会保障機関が行った決定に異議申立をすることができる。
 - ・ギリシャでは、被災者および保険機関が、決定の基礎となった事実に関して、専門医学委員会の決定に異議申立をすることができる。
- ※日本では、労働保険審査官に異議申立をできるのは、被災労働者またはその遺族である。使用者や健康保険はできない。

4.e) 異議申立の法定期限はあるか?

- ・6か国(スイス、オーストリア、ドイツ、フィンランド、スペイン、デンマーク)では、異議申立の期限は30日(または4週間または1か月)である。
- ・ルクセンブルグとギリシャでは、40日、フランス(被災者が法定内外で訴訟[法的行動]を起こす場合)とスウェーデンでは、2か月、イタリアでは、60日である。
- ・2か国(ベルギーとポルトガル)は、1年の期限を与えている。

フランスについては特殊性を指摘しておくべきである。使用者は、決定を知らされた時、または、地方の基金が使用者の負担率を通知した時に、基金の決定に異議申立をすることができる。負担率に関する異議申立については、期限は2か月であるが、支払いに関する異議申立については、その決定が使用者に通知されない(知らされるだけである)ことから、期限は存在しない。負担率に関する異議申立は、通知された負担率に関する異議申立に加えて、疾病の職業性の認定に関しても異議申立をする場合にのみ、可能である。この相補的認定システムの枠組みのなかで、使用者に不利な決定の場合には、その決定は、使用者に通知される(この場合には、異議申立の期限が適用される)。

※日本では60日以内である。

4.f) 法廷外の訴訟は起こされるか? 法廷内では? 双方の可能性はあるか?

- ・7か国(イタリア、フランス、ギリシャ、デンマーク、ドイツ、ルクセンブルグ、ポルトガル)では、法廷外での訴訟と法廷内での訴訟の、2種類の手続が共存している。

デンマークでは、全国労働災害評議会の行った決定が、4週間以内に、全国社会の上訴評議会(National Social Appeals Board)に上訴されるかもしれない。全国社会の上訴評議会が行った決定は、法廷に持ち込まれるかもしれない。

ギリシャでは、専門医学委員会の決定に関する異議申立については、上級の委員会で再度判定されなければならない。この再決定は、補償問題を扱う専門法廷でのみ争うことができる。専門法廷は、上訴委員会の決定の根拠となった事実を注意深く審査しなければならない。また、追加情報を要求する。上級委員会から与えられた説明が満足のいくものであれば、法廷は上級医学委員会の決定を受け入れる。説明が満足のいくものでなかった場合には、法廷は個別事案ごとに判定する。

- ・他の4か国(スウェーデン、フィンランド、オーストリア、ベルギー)では、法廷内でのみ訴訟を起こすことができる。ベルギーでは、訴訟は、労働問題を扱う専門法廷に起こされる。
- ・スペインでは、行政手続は法廷外である。決定が不利なものである場合には、事件は審査委員会(Jury)に行くことになる。
- ・スイスでは、異議申立について、スイス法(LAA)が3段階を規定している。
 1. 行われた決定は、それを通知した機関(保険者)に対する異議申立によって争うことができる。当該機関は異議申立に対する決定を下す。
 2. 異議申立に対する決定は、3か月以内に、保険事件の審理権をもつ裁判所に異議申立をすることができる。
 3. 第一審の裁判所の決定は、30日以内に、保険事件の審理権をもつ連邦裁判所に持ち込むことができる。

※日本では、被災労働者またはその遺族は、労働保険審査会に対する再審査請求と裁判所に行政訴訟を提起することができる。

4.g) かかる異議申立の結果は?

すべての国において、裁判所の決定は、保険機関、被災者および使用者を拘束する。

※日本でも同様である。

- ・フランスについての特殊性。基金と被災者、基金と使用者との間は原理的に独立したものであるという関係は、最高裁判所(Court of Cassation)によって撤回され、異議申立によってなされた被災者に有利な決定は、使用者を拘束せず、その逆の場合も同じということになっている。

4.h) かかる異議申立は頻繁に起こるか? 目録

または一覧表システムの枠内の認定と立証システムによる認定とどちらについてより頻繁か?

オーストリア(1997年に2,389件の申立、却下によるもの18%、給付支払いのレベルによるもの47%、給付支払いの取消または削減によるもの34%)、ルクセンブルグ(年金委員会(Pension Committee)に関するもの40%、社会保険仲裁委員会(Arbitral Board of Social Insurances)30%)を除き、ほとんどの国において、異議申立は、一般にあまり頻繁ではない。オーストリアでは、異議申立は、目録集による認定の枠組み内でのみ可能である。立証システム(一般条項)による認定は、省の承認によってのみ可能であり、法廷内外での異議申立はできない。

ドイツでは、1997年に81,578件の職業病認定が処理されている。21,199件(全件数の25%)について、被保険者がBGの決定に異議申立を行った(法廷外訴訟)。791件のみが、反論手続の結果が被保険者に一部は部分的に一有利なものであった。1997年に、7,112人の被保険者が、反論手続の枠内で行われた却下決定について裁判所に異議申立を行った。621件で、被災者が訴訟に一部は部分的に一勝利した。

ポルトガルとギリシャでは、異議申立は、主に一覧表にあげられている疾病に関連したものである。

デンマークでは、1997年に、約15,000件の職業病が報告された。全国労働災害評議会は、約2,000件を認定し、約13,000件は却下した。約2,800件が全国社会の上訴評議会に提出された。全国社会の上訴

評議会は、33件を変更し、193件について再検討するよう全国労働災害評議会に差し戻した。1998年に、全国社会の上訴評議会の行った18件の決定が、法廷に持ち込まれた。

フランスでは、この問題についての正確な統計を入手することは困難である。全国レベルで作業委員会が設置されているが、使用者の異議申立が増加しているようである(法的不備も含めて)。補足的給付システムについてなされた決定は、被災者によってより頻繁に異議申立をされており、1997年に、60%が、目録の求める条件を満たしていない場合で立証システムに基づくもの、22%が、目録に含まれていない疾病の場合で、立証システムに基づくものに関してである。

イタリアでは、立証システムによる認定(一覧表以外)についての異議申立の方が頻繁に起こっている。

ベルギーでは、10%前後の異議申立がある。

スイスは、疾病別の訴訟を識別することのできる統計はないという。

スウェーデンとスペインでは、この分野の統計がない。

4.i) 訴訟の判決を求められた(諸)機関が下した決定に基づいて、傾向を判断することは可能か: 当初の決定の追認か? 無効化か? また、どの疾病についてか?

- ・スイス、ドイツ、ルクセンブルグ、デンマークでは、傾向は、当初の決定の追認である。
- ・ポルトガルと、一覧表以外の疾病についてのイタリアでは、その反対である(無効化の傾向)。
- ・ベルギーでは、異議申立事例の50%前後について、おおむね当初の決定を廃棄する傾向にあり、主に永久的障害の率の判定に関するものである。最も多い疾病は骨関節の病理である。
- ・スペインでは、傾向は一般的に使用者に有利なものである。
- ・オーストリア、ギリシャ、スウェーデンは、この質問に回答できるデータをもっていないとしている。

※日本では、1998年度の業務上疾病の認定に係る労災保険審査官の決定件数289件、原

処分取消20件(6.9%)、棄却268件(92.7%)、却下1件。疾病以外の業務災害の認定に係る決定件数96件(取消は15件、15.6%)よりも多い。1998年度の業務上外認定に係る労働保険審査会の裁決件数199件(取消7件、棄却191件、却下1件)の疾病とその他の内訳は情報なし(2000年8月号22、28頁参照)。労災保険関係の行政訴訟の1998年の国側勝訴判決68(うち脳・心臓疾患関係20)件、国側敗訴判決10(6)件、国側勝訴率87(77)% (2001年9月号12頁参照)。

第2部 職業病補償の条件

1. ケーススタディ

疾病の職業性認定の条件および被災者に対する金銭補償を比較するために、2つのケーススタディを実施した。

これは、2つの異なる疾病に関して、各国で実施されている補償システムについての、具体的な理解を可能にするものである。

それでも、被災者とその[法的]受益者に支払われる金銭給付について収集したデータは、各国の社会環境と不可分であることから、この分野においても、比較するうえでの限界があることを強調する必要がある。

—いくつかの国では、被災者とその受益者は、他の組織から追加の給付を受ける。

—年金の額は、退職の時点で、とくにベルギーでは、相当程度減額される。

また、受益者に適用される税制は同一ではない。いくつかの国では、年金が所得税の対象になるが、他の諸国ではそうではない。さらに、いくつかの国では、金銭給付が社会保障負担の対象となる。23頁の2.d)は、この点に関するくわしい状況を示している。

事例①

鶏肉加工工場に働く35歳の女性が、手根管症候群と上顎炎に罹患した。賃金総額は月1,000ユーロ。手術のために10日間休業しなければならなかった。手術後、彼女は仕事に復帰したが、一定の指を握る動作を行って障害を確認するテストによって明らかになった、わずかな永久的な機能の喪失が残った。

(注) 手根管症候群と上顎炎は、筋骨格系障害の一部である病理、すなわち、一定の動作や姿勢と関連した関節周囲の疾患である。手根管症候群は、手首、上顎炎、肘に悪影響を及ぼす。

以下のことを明らかにしておく。

- 被災者の賃金総額は月1,000ユーロ、年12,000ユーロである。
- 病気休業前は、被災者は通常に働いていた(フルタイム)。
- 手術後、彼女は同じ作業場所に復帰した。

事例②

50歳の男性が、肺がんの併発によってさらに悪化した石綿肺に罹患した。20年前、彼は、アスベストを混入した自動車のブレーキを製造する工場で、5年間働いた。喫煙家でもあった。現在の賃金総額は月2,500ユーロ(年30,000ユーロ)。彼は、外科手術(肺切除)とその後の治療(化学療法)を受けるために、仕事をやめなければならなかった。仕事を離れてから8か月後、彼は仕事を再びはじめることはできない状態だった。

数か月後に、彼は、妻と、最初の結婚による4人の子供(23歳、20歳、18歳、17歳、全員学生)と再婚による2人の子供(4歳と1歳)を残して、死亡した。

(注) 石綿肺は、アスベスト粉じん曝露に関連した、肺の腺維化である。

2. ケーススタディに関するコメント

2.a) 概況

事例②について(「重症」と考えられる疾病に関して)は、概して回答がかなり収斂しているのに対して、事例①について(「軽症」と考えられる疾病に関して)

は、かなりのばらつきがみられる。

2.b) 事例①関連情報

- 調査に参加した13か国のうち4か国では、被災者が罹患した2つの疾病は、職業病としては認められない。

これには、いくつかの理由がありうる。

- 当該疾病が一覧表に掲載されていない(オーストリア、手根管症候群についてドイツとギリシャ)
- 一覧表で設定された条件(デンマーク)
- 被災者の稼得能力が減少していない(スウェーデン)

- それ以上であれば永久的障害に対する給付の支払いが認められる永久的障害のレベルは、国によって様々である。以下の表は、各国における必要とされる最低レベルを示している。

国名	必要とされる最低永久的障害率
フランス	1%
ベルギー	なし
ルクセンブルグ	1%
スイス	法律では最小率はないが、現実には5%
ポルトガル	1%
フィンランド	10%
スウェーデン	稼得能力減少が最低1/15[6.7%]
オーストリア	20%
イタリア	11%
デンマーク	永久的障害については5%、稼得能力の喪失については15%
スペイン	年金については33%
ドイツ	20%(被保険者が少なくとも10%の障害についてすでに補償を受けている場合には10%)
ギリシャ	50%(職業病のために少なくとも25%から50%)
日本	(障害等級第14級)

- 被災者が永久的補償を受けるかどうか決定するにあたって考慮される賃金以外の情報も、国に

事例①に関する比較表(1)

国名	職業病に該当するか?	医療費の弁済率 (通院および入院治療)	日掛け給付額	永久的障害 率はあるか	永久的障害に対 する補償
フランス	2つの病理とも該当	100%	20ユーロ、ほとんどの場合使用者により賃金が維持される可能性	5%	元金補償=1,448.42ユーロ
ベルギー	2つの病理とも該当(手根管症候群は一覧表掲載/上顎炎は労働者が立証できれば)	実施されている率および算定表[nomenclatures]による	使用者により賃金全額が維持される	3%	年金=276.48ユーロ
ルクセンブルグ	2つの病理とも該当	手根管症候群については100%であるが、被災者が仕事に復帰しているため、上顎炎については、職業病保険の枠組み内では率なし	使用者により賃金全額が維持される	2-3%	年金=30.58ユーロが3年後から回復、元金補償=7,006ユーロ
スイス	手根管症候群は、職業と50%超関係があれば該当、上顎炎は、労働者が立証できれば該当	100%(被災者が単身または子供がない場合には若干減少)	3日目から26.60ユーロ	最高=10%	年金=960ユーロ
ポルトガル	2つの病理とも該当	100%	23.3ユーロ	4-18%	元金=5,227.87-23,523.13ユーロ
フィンランド	該当	100%	33ユーロ	年齢、疾病、最低賃金により異なる	元金補償=5,000-6,000ユーロ
スウェーデン	労働能力の減少がないため、労働災害保険の枠組み内では補償なし				
	労働能力減少がないため質問がなりたたない	被災者は入院治療につき8.90ユーロ/日支払わなければならない	2日目から賃金の80%	なし	なし
オーストリア	該当せず	健康保険の枠組み内での補償 被災者は日掛け一時金5.5ユーロ/日を支払わなければならない		なし	なし
		使用者により賃金全額が維持される			
イタリア	労働者が立証できれば該当	100%	60%がINAILから、40%が使用者から、賃金全額が維持される	2-4%	なし(永久的障害率が11%未満のため)
デンマーク	該当せず	国民健康保険の枠組み内での補償 国民健康保険法令に従い費用が支払われる		なし	なし
		使用者により賃金全額が維持される			

訳注 弁済率 = rate of reimbursement

日掛け給付 = daily allowance amount、休業補償給付のことと思われる。

元金補償 = capital compensation、一時金のこと。

年金 = annuity pension

※円からユーロは、1EUR=117円で換算した。

事例①に関する比較表(2)

国名	職業病に該当するか?	医療費の弁済率 (通院および入院治療)	日掛け給付額	永久的障害 率はあるか	永久的障害に対 する補償
スペイン	該当	100%	29.11ユーロ	33%未満	元金補償=150-300ユーロ(軽微な後遺症に対する補償)、率が33%未満のため、障害の枠組みでは補償なし
ドイツ	上顎炎は該当、手根管症候群は該当せず	上顎炎については、職業病と認められれば100%	賃金は維持される	上顎炎が認められれば10%	なし(永久的障害率が20%未満のため)
ギリシャ	一覧表に基づいては該当せず、専門医学委員会で認められれば該当	100%	12ユーロ	5-10%	なし
日本	認定基準(平9.2.3基発65号)に該当すれば該当(上顎炎は具体的列挙規定、手根管症候群は包括的救済規定)	100%	4日目から27ユーロの休業補償給付(最初の3日は使用者から20ユーロ以上の休業補償)	(障害等級第14級?)	障害等級第14級に該当すれば2,550ユーロ

よって様々である。

国名	情報
ドイツ	機能障害に基づく職業的[労働能力]障害
オーストリア	稼得能力の減少
ベルギー	生理学的障害、年齢、専門資格、適応力、専門的リハビリテーションの可能性、労働市場での競争能力を考慮した経済的能力の喪失
デンマーク	稼得能力の減少
スペイン	被災者の職業に対する機能的障害
フィンランド	稼得能力の減少
フランス	障害の種類、全般的健康状態、年齢、身体的・精神的な能力、適正および専門資格
ギリシャ	永久的な解剖学的・生理学的破壊による能力の減少+雇用形態、年齢
イタリア	機能的障害(全般的労働能力の減少)+その者の精神的・身体的完全さに対する傷害としての生物学的損害

国名	情報
ルクセンブルグ	産業的[労働能力]障害
ポルトガル	全般的稼得能力の減少
スウェーデン	稼得能力の減少
スイス	稼得能力の減少(所得の比較に基づく年金率)
日本	労働(稼得)能力の減少

- 永久的障害に対して被災者に支払われる給付は、年金または元金補償[一時金]のかたちをとることができる。右頁の表は、これら給付の一方または他方が認められる条件および給付の算定手続を示している。

2.c) 事例②関連情報

- 石綿肺の職業病としての認定は、いずれの国でも問題は生じない。しかし、イタリアとデンマークの2か国では、被災者が重喫煙者であるという事実

国名	元金/年金
フランス	[元金] 1-9%の永久的障害に対し1回払いで一時金が支給される(1%の永久的障害=305.05ユーロ、9%の永久的障害=3,050ユーロ)。
	[年金] (10%以上の)永久的障害に対して。年金=賃金×永久的障害の有効率。有効率の判定は、50%以下の部分は2で割り、50%超は1.5倍する。永久的障害率が60%の場合は、有効率は40%(25+15)になる。年金は、14,475ユーロ以下の賃金に基づいては計算できない。賃金総額はこの額の2倍までは考慮に入れられる。この額の2-8倍の間は、賃金の3分の1だけが考慮される。この額の8倍超は、被災者の実際の賃金は考慮に入らない。
ベルギー	[元金] 認められていない。
	[年金] 10%超の永久的障害に対する年金=永久的障害率×賃金、10%未満の永久的障害に対しては、永久的障害率が5-10%の場合は年金額は1/4減らされ、永久的障害率が1-5%の場合は1/2減らされる。
ルクセンブルグ	[元金] 10%未満の永久的障害率に対して終身年金(職業病に関しては、終身年金は除外)。
	[年金] 10%以上の永久的障害に対して。
スイス	[元金] 一定の心理的障害[disorders]に対して。
	[年金] 5%超の永久的障害に対して。
ポルトガル	[元金] 30%未満の永久的障害に対して。
	[年金] 率が30%以上の永久的障害に対して。
フィンランド	[元金] 率が最高20%の永久的障害に対して。
	[年金] 率が最低10%の永久的障害に対して。
スウェーデン	[元金]
	[年金] 少なくとも1/15の稼働能力の減少に対して。年金=前収の1/15-1/1。
オーストリア	[元金]
	[年金] 率が20%以上の永久的障害に対して。

国名	元金/年金
イタリア	[元金] 率が6-15%の身体的・精神的障害[disorders]に対して。
	[年金] 率が16%超の永久的障害に対して。年金は、健康への影響と障害の経済的影響の双方が考慮される。
デンマーク	[元金] 50%までの稼働能力の喪失。
	[年金] 50%以上の稼働能力の喪失。
スペイン	[元金] 33%未満の永久的障害に対して(一覧表または「baremo」にしたがって)。
	[年金] 33%超の永久的障害に対して。給付は、永久的障害の程度に応じ基本賃金に基づき算定される(一部、総体、合計、絶対)。
ドイツ	[元金] 特別の場合には年金の代わりに一時金を支給できる。
	[年金] 20-100%の永久的障害に対して。年金=賃金総額×障害率の2/3
ギリシャ	[元金]
	[年金] 50%超の永久的障害に対して。
日本	第8-14級の永久的障害に対して一時金、障害等級第1-7級の永久的障害に対して年金

が、肺がんの評価にあたって考慮される。デンマークでは、被災者が長年喫煙者であったという事実は、肺がんが、喫煙の結果に対する留保付きで認められるということの意味している。

- ・デンマークのケース(喫煙の留保付き肺がん認定が被災者に支払われる補償に影響を与える)とは別に、調査に参加した諸国の間では、一時的障害に対してか、永久的障害かで、被災者に支払われる給付に関してわずかながら差異を指摘できる。
- ・しかし、状況の多様性は、法的受益者の補償についての方が大きい。

この点でも、デンマークは、他の諸国と比べて独自の立場をとっており、遺族である妻は、年齢の若さゆえに年金を受給できる期間が限られ(3-5年間)、したがって、職業トレーニング/教育の機会があり、自活できるようになるとされている。

事例②に関する比較表(1-1)

国名	職業病に該当するか?	被災者が喫煙者であることを考慮するか?	医療費の弁済率	8か月の病気休業についての一時的障害に対する補償
フランス	該当	考慮せず	100%	最初の28日は49,99ユーロ、その後は66,66ユーロ、合計15,531.64ユーロ
ベルギー	該当	考慮せず	100%	月1993.5ユーロ、合計15,947.92ユーロ
ルクセンブルグ	該当	考慮せず	100%	最初の3か月は賃金全額維持、その後は賃金の85.6%、合計18,200ユーロ
スイス	該当	考慮せず	100%	月2,000ユーロ、合計16,000ユーロ
ポルトガル	該当	考慮せず	100%	合計14,000ユーロ
フィンランド	該当	考慮せず	100%	月2,500ユーロ、合計20,000ユーロ
スウェーデン	立証されれば該当	考慮する	被災者は8.9ユーロ/日+化学療法に200ユーロ支払わねばならない	2日目から賃金の80%、月2,000ユーロ、合計16,000ユーロ
オーストリア	該当	考慮せず	100%	少なくとも最初の8週間は使用者により賃金全額が維持される*
イタリア	石綿肺については診断が確認されれば該当、肺がんについては石綿肺が職業病と認められれば該当 石綿肺が職業病と認められなかった場合は、被災者が喫煙者であることから肺がんは職業病と認められないだろうが、一般的には、異議申立によって裁判所ががんを職業病と認める可能性がある	考慮せず 考慮する	100%	月2,500ユーロ、合計20,000ユーロ (INALから12,000、使用者から8,000)
デンマーク	石綿肺については該当、肺がんについても該当するが、喫煙影響についての留保あり	考慮する	100%	被災者が死亡するまで稼働能力の喪失に対して月1,599ユーロ+社会年金が毎月1,300ユーロ、合計23,192ユーロ
スペイン	石綿肺については該当、石綿肺に併発した肺がんも該当	考慮せず	100%	月1,875ユーロ、合計15,000ユーロ
ドイツ	該当	考慮せず	100%	6か月は賃金全額維持、その後は正味賃金一約12%の社会保障負担(ただし、賃金総額の80%は超えず)

* 労働契約による。26-52週間は、使用者から賃金が支払われる可能性がある。その後は、強制的健康保険から補償が支払われ、AUVAは、27週目の最初の日(通常)または企業による賃金支払いが中止された時点における一時的障害に対して補償を支払う。

事例②に関する比較表(1-2)

国名	職業病に該当するか?	被災者が喫煙者であることを考慮するか?	医療費の弁済率	8か月の病気休業についての一時的障害に対する補償
ギリシャ	石綿肺については該当、肺がんについては、専門医学委員会が支持した場合には該当	考慮せず	100%	合計5,130ユーロ
日本	認定基準(昭53.10.23基発584号)に該当すれば石綿肺、肺がんとも該当	考慮せず	100%	4日目から賃金の80%、月2,000ユーロ、合計16,000ユーロの休業補償給付(元データがないので現在の収入で計算)

* 日本では、肺がんを併発せずに石綿肺のみの場合には、最重症(管理区分4)またはじん肺合併症がなければ補償の対象にはならない。一方、石綿肺の所見がなくても、肺がんは補償され得る。

事例②に関する比較表(2-1)

国名	永久的障害率	永久的障害に対する補償	葬祭費	遺族(妻)に対する補償	子に対する補償(最初の結婚)	子に対する補償(二度目の結婚)
フランス	当初は70%、後に100%	年金月額=1341.56ユーロ、後に2,439.20ユーロ	最高1,102.97ユーロ	年7,463.96ユーロ	若い2人の子に年3,731.98ユーロ	各子に年3,731.98ユーロ
ベルギー	100%	年金月額=1993.49ユーロ	1,966.18ユーロ	年7,176.59ユーロ(年金受給の場合は3,200ユーロ減額)	各子に年2,691.22ユーロ	各子に年3,588.29ユーロ*
ルクセンブルグ	100%(有効率85.6%)	年金月額=2,140ユーロ	2,000ユーロ	年6,420ユーロ	各子に年3,210ユーロ	各子に年3,210ユーロ
スイス	50-100%	年金月額=1,000-2,000ユーロ+完全さの侵害に対する補償	1,170ユーロ	年6,420ユーロ	各子に年3,210ユーロ	各子に年3,210ユーロ
ポルトガル	100%	年金月額=2,500ユーロ	実際に要した費用(最高1,226ユーロ)、遺体を移送した場合は二重給付も可能	年10,500ユーロ	各子に年2,916.62ユーロ	各子に年2,916.62ユーロ
フィンランド	65歳までは85%、その後は70%	年金月額=2,125ユーロ	3,500ユーロ	年6,000ユーロ	各子に年2,500ユーロ	各子に年2,500ユーロ
スウェーデン	100%	年金月額=2,542ユーロ	2,000ユーロ	年6,420ユーロ	若い2人の子に年3,772ユーロ	若い2人の子に年3,772ユーロ

* 子供は各々15%の権利があるが、1結婚ごとに全遺児の合計は45%。子供が被扶養者でなくなれば状況は変更され、遺児間の分配率は変化する。

事例②に関する比較表(2-2)

国名	永久的障害率	永久的障害に対する補償	葬祭費	遺族(妻)に対する補償	子に対する補償(最初の結婚)	子に対する補償(二度目の結婚)
オーストリア	100%	年金月額=2,000ユーロ(×14)	2,053.53ユーロ	妻が60歳未満で労働能力が50%超の場合は年3,520ユーロ 妻が60歳未満で労働能力が50%超の場合は毎年3,520ユーロ	各子に年3,520ユーロ	各子に年3,520ユーロ
イタリア	100%	年金月額=3,375ユーロ	最高1,500ユーロ	年15,000ユーロ	各子に年2,500ユーロ	各子に年2,500ユーロ
デンマーク	石綿肺について50%+肺がんについて25%(被災者が重喫煙者という事実を考慮して率を削減)	年金月額=1,599ユーロ(賃金喪失に対して)+元金39,375ユーロ(永久的障害に対して)		元金=13,467ユーロ+年金=9,000ユーロ(3-5年間)	年2,700ユーロ	年2,700ユーロ
スペイン	100%	年金月額=2,317ユーロ	30ユーロ	2人の元妻に年13,500ユーロの年金が結婚生活の長さに応じて分けられる(離婚してるかどうかは関係なし)	21歳未満の子に年3,210ユーロ	
ドイツ	100%	年金月額=1,666.67ユーロ(19か月目から)	3,865.37ユーロ	理論上は最初の3か月は月1,666.67ユーロ、その後は月1,000ユーロ。以前の配偶者が生存している場合は、結婚生活の長さに応じて総額が2人の有資格者で分けられる	理論上は母親が存命していれば各子に月500ユーロ	
				これらの年金の合計額は、最高合計額を超過する場合は削減される。これは、被災者の年間賃金=24,000ユーロの80%だが、実際には各元妻に月500ユーロ、各子に月250ユーロ		
ギリシャ	67%超	年金月額=710ユーロ	650ユーロ	月260ユーロ	各子に月75ユーロ	

事例②に関する比較表(2-3)

国名	永久的障害率	永久的障害に対する補償	葬祭費	遺族(妻)に対する補償	子に対する補償(最初の結婚)	子に対する補償(二度目の結婚)
日本	(障害でなく休業の継続扱い)	月額=2,000ユーロ(休業補償)	5,000ユーロ	妻に一括して、25,641ユーロの特別支給金と年19,167ユーロの年金(受給資格者4人)		

トレーニング終了までの長さに応じて年金は5年を超えて支払うことができ、場合によっては10年を超すことも可能である。彼女は、夫の年収の30%の生計給付に加えて、13,467ユーロの移行手当を受け取る。

一方、南欧諸国(イタリアとスペイン)は、遺族である妻に対してより思いやりがあるように見える。すべての国において、法的受益者に支払われる給付の合計額は、右の表に示すように、被災者の年収の一定の割合を超えないようである。

2.d) 労働災害・職業病保険から被災者に支払われた給付に関する社会保険料負担および税金

・社会保険料負担

4か国においてのみ、いくつかの給付については、社会保険料負担が支払われなければならない。

一日掛け給付のみ: ドイツ(約13%)、スペイン(6.4%)、フランス(6.2%(うち3.8%は税控除できると0.5%))

一日掛け給付と被災者に支払われる年金: ベルギー(13.07%)

・税金

ほとんどの国において、給付は所得税の対象となる。

— スイスとギリシャでは、すべての種類の給付: 日掛け給付、障害年金、法的受益者に支払われる年金は、所得税の対象となる。

— スウェーデンでも状況は同様: 親のない子に支払われる年金のみが、年1,630ユーロ未満の場合には、税が免除される。

— スペインでは、日掛け給付と被災者またはその法的受益者に支払われる年金は、7,229ユーロ

国名	法的受益者に支払われる補償について考慮される被災者の収入の割合
ドイツ	80%
オーストリア	最高年収43,343ユーロの限度内で(全法的受益者分を合わせて) 66.6%
ベルギー	75% (遺族である妻に30%、子に15%、子全部の限度45%)
デンマーク	70% (遺族である妻に30%、子全部で40%)
スペイン	100%
フィンランド	85%、65歳から70%
フランス	85%
ギリシャ	100%
イタリア	妻に50%、子全部で50%
ルクセンブルグ	85.6%、ただし、完全障害の場合は収入額まで引き上げが可能
ポルトガル	80%
スウェーデン	7.5×基本賃金=31,725ユーロ(国民保険のもとで1999年の基本賃金は約3,230ユーロ)
スイス	70% (妻が離婚している場合には90%)
日本	67% (受給資格者が5人以上の場合)

口を超える場合に、所得税の対象となる。被災者に支払われる元金補償(障害<33%)は、税が免除される。

— デンマークでは、稼働能力の喪失に対する生計補償は税の対象となり(すなわち50%以上の稼働能力の喪失についての補償)、社会年金についても同様である。一時金として支払われた50%未満の稼働能力の喪失に対する補

償からは、税は支払われない。常に一時金として認められる永久的障害に対する補償からも、税は支払われない。

—最後にベルギー：被災者に支払われる日掛け給付と年金は税の対象となる(11.33%)。

第3部 統計データ—数字と傾向

この最後の部は、以下の点についての統計データに関するものである。

- ・権限ある機関が受け付けた職業病の認定請求
- ・当該機関により実際に職業病として認定された疾病

この調査は、より正確に傾向(増加、減少または停滞)を確認するために、かなり長期間—1990-1998年(情報入手可能な場合には1999年)について実施された。

また、各機関に対して、1994、1996、1998年の、以下の点に関する上位5疾病についても尋ねた。

- 認定請求件数が最も増加したもの
- 最も頻繁に職業病として認定されたもの

注意

本調査は、各国のデータ比較の妥当性を左右する多数の問題点を浮き彫りにした。

まず、求めた情報が常に入手できるとは限らなかった。例えば、スペインは、当該データを集計していないために、受け付けた請求件数を示すことができなかった。フランスでは、CPAM(州健康保険事務所)に届いた認定請求は集計されるが、少なくとも現時点まで、そこから疾病の種類別の徹底的な統計データは引き出せていない。

次に、多くの国が、自らのデータ収集システムの信頼性に関して、留保を表明している。これはとりわけ、システムを改善中であるとしているポルトガルに当てはまる。フランスは、この点に関しては、多様なデータをカバーする多くの種類の統計をもっており、より信頼できるシステムの開発を検討している。

ギリシャは、この点に関しては、数字は実際の状

況を反映しておらず、スペインは、その統計の信頼性について、現実的疑問を提起している。

加えて、何種類かの方法論的な差異も存在する。

- ・調査対象となる集団が同一ではない。すなわち、工業(鉱業を含むまたは除く)と商業の被用者、工業・商業・農業の被用者、公共部門の被用者や自営労働者を含む場合もある、などである。

様々な関係者曝露するリスクの性質を示す、統計の用語上の影響も重要である。

- ・職業病の一覧表が国によって異なっている。いくつかの国—スウェーデンとフィンランド—は、一覧表システムをとっていない。したがって、ある疾病がある国では職業病として認められ、別の国では認められないこともある。
- ・第1部、第2部で述べたように、届出の手続、認定の条件、補償の形態は、国によって様々である。

最後に、統計的観点からいって、疾病に罹患した時点と、補償機関に届出がされた時点や認定の決定がなされた時点との間には、必然的に違いがあることから、与えられた期間について、被保険者数、認定請求件数、認定件数を比較することは困難である。

各国について収集されたデータは、別添[31-33頁参照]に示してあるが、示された数字と観察される傾向についてのよりよい理解を可能とするために、各表にはコメントを付けてある[コメントは省略]。

これらのデータに基づき、以下の点について各国の比較を可能にする2つの表を作成した。

- ・被用者100,000人当たりの認定請求件数
- ・被用者100,000人当たりの実際に職業病として認定された件数

これによって、本調査で対象とした9年間についての傾向を確認することが可能となった。

1. 被用者100,000人当たりの認定請求件数(表1)

a) 傾向

- ・最初のグループ、ほとんどの諸国で、減少傾向がみられる。

表1 被用者100,000人当たりの認定請求件数

年	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ドイツ	164	159	190	238	206	187	197	184	178	~175
オーストリア	151	148	159	154	125	133	127	112	101	108
ベルギー	436	423	448	391	368	338	299	274	275	
デンマーク	549	532	559	632	669	669	651	642	575	526
スペイン	入手可能なデータなし									
フィンランド	320	318	335	322	343	331	305	273	232	102
フランス	63	69	80	85	93	103	121	135	138	
ギリシャ				6	7	5.3	4.6	3.7	3.5	
イタリア	354	297	355	289	237	211	201	180	166	160
ルクセンブルグ				82	49	49	59	64	62.5	
ポルトガル			58	78	77	57	64	58	59	
スウェーデン	1,524	1,688	1,738	1,903	1328	642	263	169	176	
スイス	202	192	190	182	182	180	169	161	157	
日本	現時点では入手可能なデータなし									

—とりわけ、スウェーデンとイタリアについて示される(調査期間中に、各々、9分の1、2分の1に減少)

—1994年以降のフィンランドについても著しい(請求件数が、5年間で3分の1に)

—以上よりはゆるやかであるが、少なくとも6-7年間について、とくにベルギー、オーストリア、スイスでも持続している

この減少の理由としてあげられていることは、国によって様々である。

スウェーデンに関しては、(予防活動や経済状態も疑いなくこの減少に貢献しているとはいえ)、最大の理由は、1993年の作業関連疾患の認定・補償システムの改革である。1993年の改革は、立証責任を逆転させ、いまでは、疾病と職業活動の関係の、「高度の蓋然性」を証明するのは、被災者の義務になっている。また現在では、最重症の場合を除き、被災者は、健康保険補償のみを受け取る。現在のシステムは、以前のものより、職業病の届出にインセンティブを与える程度は、はるかに少ない。

イタリアでは、予算的な理由(ユーロ採用第一陣に参加するためのマーストリヒト基準に合致する必要性)から、予防システムは、非常に被災者に有利かつ非常に寛大なものであるにもかかわらず、社会政策は、過去4、5年間、大いに緊縮されてきている。

オーストリアとベルギーは、自国の減少傾向の説明として、いくつかの要素をあげている。

—法令の厳格化および医学的サーベイランスの改善による予防の進歩

—雇用の変化(炭鉱の閉山、アスベスト使用の禁止等)による一定のリスクの低減ないし除去
—認定請求件数を抑制していると思われる雇用不安

スウェーデンでは、1990年代はじめに、アスベスト関連疾患の掘り起こしキャンペーンによって、認定請求件数が著しく増加した。最近の数字は、それ以前のレベルに戻ったともみえる。

・対照的に、他の4か国では、認定請求件数は増加している。これはとりわけ、調査期間中に請求件数が2倍を超えたフランスに当てはまる。それ

ほど明らかではないが、ドイツ、ポルトガル、デンマーク(この国では1996年以降は減少傾向がみられる)は、変動を経験している。

フランスにおける増加傾向には、3つの要素がある。

- 1991年の、一定の作業動作・姿勢による関節周囲の疾患に関する表57の改訂
- 1993年の、相補的システムの導入
- 職業病認定システムが周知されるようになったこと

デンマークは、1976年以来の、作業関連性が疑われる疾病事例の届出の、医師・歯科医師に対する義務づけが、認定請求件数の高い増加の主要な説明になると感じている。議論になっている職業病にマスコミが関心を示したことも、この現象の説明になる。

ポルトガルでは、わずかな増加傾向は、同様に、労働者によく知られるようになったという事実と、マスコミの影響によって説明することができる。ポルトガルでも、他の諸国と同様に、職業病を届け出る医師の義務は存在するが、補償手続とはまったく独立的であるために、この届出手続は、認定請求件数にはわずかな影響しかもたない。

ドイツでは、請求件数の増加に関して、いくつかの説明が示唆された。

- 職業病の公式リストへの腰痛の導入(腰痛は現実に届け出られる主要疾患になっている)
- ドイツの再統一、ただし、この議論は、最も頻繁に届け出られる上位5位疾患には、当てはまらない。

※日本では、現時点では、限られた疾病についてしか、請求件数のデータが入手できていない。

b) 1998年の数字

表1でみられる興味深い事実のひとつは、国による格差の存在である。

ルクセンブルグ(実際の労働者人口やヨーロッパにおける雇用活動を反映していない)、ポルトガル、ギリシャ(データ収集システムの信頼性に関する所見から)を除いて、最もスコアの低い諸国(オーストリアとフィンランド)と認定請求件数が

最高の国(デンマーク)との間には、約6倍の開きがある。

にもかかわらず、このような不均衡を説明するのは困難であり、作業委員会は、この点に関する要因を、確認・判断することはできなかった。

2. 認定請求件数が最も増加を示した疾病(表2)

ある種の疾病の数字で表わした頻度は、非常に明らかな証拠となる。第1位には、筋骨格系の疾患がくる。次に、アレルギー、とりわけ皮膚アレルギーがくるが、呼吸器アレルギー、腰痛(認定が可能な場合には)、聴力障害も多い。

スウェーデンの特色は、組織的・社会的要因による疾患(実際にはストレス関連疾患)の認定請求件数が多いことである。

3. 被用者100,000人当たりの新規認定件数(表3)

a) 傾向

ここでもまた、認定請求件数のレベルについてみた多様な傾向をみることができる。

- ・ほとんどの国において、減少傾向がみられた。
- スウェーデンで著しく、職業病として認定された件数は、1990-1998年の間に14分の1になった。
- 1992年以降のイタリア、1994年以降のフィンランドでも、急激に減少している。
- それよりはゆるやかであるが、オーストリア、ベルギー、スイスでは持続的に減少している。デンマークでは、1991-1997年に持続して減少した後、増加してきている。

この減少傾向の説明として各国があげていることは、認定請求件数の減少に関してすでに示唆されたことと同じである。すなわち、スウェーデンにおける法令の改革、イタリアにおける社会政策の変更、予防分野における進展、ベルギー、スイス、フィンランド、デンマークにおける伝統的産業活動の変化、である。

表2 認定請求件数が最も増加を示した上位5位疾病

国	年	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
ドイツ	1994	皮膚疾患(除癌)	背部疾患	聴力障害	アレルギー性呼吸器疾患	石綿肺・胸膜肥厚
	1996	皮膚疾患(除癌)	背部疾患	聴力障害	アレルギー性呼吸器疾患	石綿肺・胸膜肥厚
	1998	皮膚疾患(除癌)	聴力障害	背部疾患	アレルギー性呼吸器疾患	石綿肺・胸膜肥厚
オーストリア	1998	皮膚疾患	聴力障害	アレルギー性気管支喘息	化学物質による呼吸器疾患	感染性疾患
ベルギー	1994	骨・関節疾患	皮膚疾患	珪肺	聴力障害	化学物質による疾病
	1996	骨・関節疾患	珪肺	聴力障害	皮膚疾患	石綿肺
	1998	骨・関節疾患	皮膚疾患	聴力障害	珪肺	石綿肺
デンマーク	1994	筋骨格系疾患	聴力障害	背部疾患	皮膚疾患	肺疾患
	1996	筋骨格系疾患	聴力障害	背部疾患	皮膚疾患	肺疾患
	1998	筋骨格系疾患	聴力障害	皮膚疾患	背部疾患	肺疾患
スペイン	現時点で入手できるデータなし					
フィンランド	1994	筋骨格系疾患	皮膚疾患	石綿による疾患	聴力障害	アレルギー性呼吸器疾患
	1996	筋骨格系疾患	皮膚疾患	聴力障害	アレルギー性呼吸器疾患	石綿による疾患
	1998	筋骨格系疾患	皮膚疾患	喘息	呼吸器疾患	聴力障害
フランス	現時点で入手できるデータなし(統計の使用は認定基準に基づく)					
ギリシャ	1998	接触性皮膚炎	気管支喘息	珪肺	鉛中毒	慢性閉塞性肺疾患
イタリア	1994	聴力障害	珪肺	皮膚疾患	骨関節系疾患	珪酸塩による気管支・肺疾患
	1996	聴力障害	珪肺	皮膚疾患	石綿肺	珪酸塩による気管支・肺疾患
	1998	聴力障害	皮膚疾患	珪肺	石綿肺	骨関節系疾患
ルクセンブルグ	1994	骨関節系疾患	皮膚疾患	慢性閉塞性肺疾患	認定請求件数が少ないため上位5位疾患を評価することが不可能	
	1996	骨関節系疾患	皮膚疾患	慢性閉塞性肺疾患		
	1998	骨関節系疾患	皮膚疾患	慢性閉塞性肺疾患		
ポルトガル	1994	聴力障害	他の物理的要因による疾患	珪肺	アレルギー性気管支喘息	皮膚疾患
	1996	聴力障害	他の物理的要因による疾患	珪肺	皮膚疾患	アレルギー性気管支喘息
	1998	聴力障害	他の物理的要因による疾患	皮膚疾患	アレルギー性気管支喘息	珪肺
スウェーデン	1994	人間工学的要因による疾患	化学製品による疾患	聴力障害	組織的・社会的要因による疾患	他の物理的要因による疾患
	1996	人間工学的要因による疾患	化学製品による疾患	聴力障害	組織的・社会的要因による疾患	他の物理的要因による疾患
	1998	人間工学的要因による疾患	化学製品による疾患	組織的・社会的要因による疾患	聴力障害	他の物理的要因による疾患
スイス	入手できるデータなし					
日本	現時点では入手できるデータなし					

・3か国(ドイツ、スペイン、フランス)では、新規認定件数は増加しており、とくにスペインとドイツで著

しく、調査対象期間(1990-1998年)の間に2.5倍になっている。

表3 被用者100,000人当たりの新規認定職業病件数

年	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ドイツ	30	27	32	46	48	52	53	50	45	~40,5
オーストリア	78	70	71	68	50	52	52	46	46	48
ベルギー	186	198	277	237	189	204	160	136	143	
デンマーク	90	174	149	147	140	131	109	82	85	87
スペイン	42	48	50	56	56	65	79	95	113	
フィンランド	160	143	129	125	124	110	89	75	61	24
フランス	44	50	59	63	70	76	86.5	101	110	
ギリシャ				5.3	5.7	4.7	4.2	3.5	3.2	
イタリア	93	100	105	80	58	39	28	25	26	29
ルクセンブルグ				13	11	14	12	9	18.5	
ポルトガル			21	36	31	42	26	20	24	
スウェーデン	1,242	1,307	1,204	1,153	627	258	106	73	89	
スイス	162	151	148	142	139	138	130	124	123	
日本	26	23	22	19	19	18	18	18	18	18

ドイツでは、認定件数増加を説明するのは、1993年に設定された職業病の新たな定義であり、それによって、「前病状態」（認定に必要な条件のすべてには合致しないが、いずれそうなることが疑いがないと思われるケース）が、今では考慮される。これは、とりわけ、聴力障害、石綿肺、珪肺の3種類の疾病に関連している。

フランスでは、認定件数の増加は、主に、法令（1993年の複合システムの導入）および規則（職業病目録集、とりわけ筋骨格系疾患に関する表57の変更）の変更によるものである。また、認定システムが周知されるようになってきた。

スペインでは、認定疾病の75%近くが筋骨格系疾患であり、認定件数の増加は、このような疾病の件数の増加および、労働者と医師双方が、職業活動と疾病との関連の可能性に、より注意深くなってきたという事実によるものである。

- ・ルクセンブルグとポルトガルでは、ポルトガルでは1995年に「ピーク」がみられるものの（永久的障害なしのケースの増加によるものに間違いはない）、認定件数は、まったく変化しないままである。

※表3の日本のデータは、分母に労災保険適用労働者数、分子に新規認定件数を用いて計算。

b) 1998年の数字

ここでもまた、比較的多数の職業病を認定している国（ベルギー）と最低の諸国（ポルトガルとイタリア）との間には大きな差（5.5倍）をみることができる。ギリシャとルクセンブルグは、すでに述べた理由から、この比較の対象にならない。

しかし、この差は、格差が41倍（ドイツとスウェーデン間）であった1990年の状況と比較すると、格段に減少したことも指摘しておかなければならない。

4.

職業病として最も頻繁に認定された疾病（表4）

ここでも、腰痛を唯一の例外として、認定請求件数が最も増加したものとして述べた疾病のほとんどをみることになるが、順位は異なっている場合も多い。腰痛は、ドイツとデンマークで認定請求件数の第2位または第3位にランクされるが、最も頻繁に

表4 職業病として最も頻繁に認定された上位5位疾病

国	年	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
ドイツ	1994	聴力障害	皮膚疾患	珪肺	石綿肺・胸膜肥厚	アレルギー性呼吸器疾患
	1996	聴力障害	珪肺	石綿肺・胸膜肥厚	皮膚疾患	アレルギー性呼吸器疾患
	1998	聴力障害	石綿肺・胸膜肥厚	珪肺	皮膚疾患	アレルギー性呼吸器疾患
オーストリア	1994	聴力障害	皮膚疾患	アレルギー性気管支喘息	珪肺	感染性疾患
	1996	皮膚疾患	聴力障害	アレルギー性気管支喘息	化学物質による呼吸器疾患	珪肺
	1998	聴力障害	皮膚疾患	アレルギー性気管支喘息	化学物質による呼吸器疾患	感染性疾患
ベルギー	1994	骨・関節疾患	聴力障害	石綿肺	珪肺	皮膚疾患
	1996	骨・関節疾患	珪肺	石綿肺	聴力障害	皮膚疾患
	1998	骨・関節疾患	皮膚疾患	石綿肺	聴力障害	珪肺
デンマーク	1994	皮膚疾患	聴力障害	筋骨格軽疾患	呼吸器疾患	有機溶剤中毒
	1996	皮膚疾患	聴力障害	筋骨格軽疾患	呼吸器疾患	有機溶剤中毒
	1998	皮膚疾患	筋骨格系疾患	聴力障害	呼吸器疾患	癌疾患
スペイン	1994	筋骨格軽疾患	皮膚疾患	伝染病・寄生虫による疾患	呼吸器疾患	化学物質による疾患
	1996	筋骨格軽疾患	皮膚疾患	伝染病・寄生虫による疾患	呼吸器疾患	化学物質による疾患
	1998	筋骨格軽疾患	皮膚疾患	聴力障害	伝染病・寄生虫による疾患	呼吸器疾患
フィンランド	1994	筋骨格軽疾患	聴力障害	皮膚疾患	アレルギー性呼吸器疾患	石綿肺・胸膜肥厚
	1996	筋骨格軽疾患	聴力障害	皮膚疾患	アレルギー性呼吸器疾患	石綿肺・胸膜肥厚
	1998	筋骨格軽疾患	皮膚疾患	呼吸器疾患	石綿肺・胸膜肥厚	癌
フランス	1994	骨関節系疾患	石綿による疾患	聴力障害	アレルギーによる湿疹	セメントによる疾患
	1996	骨関節系疾患	石綿による疾患	聴力障害	アレルギーによる湿疹	セメントによる疾患
	1998	骨関節系疾患	石綿による疾患	聴力障害	アレルギーによる湿疹	セメントによる疾患
ギリシャ	1998	接触性皮膚炎	気管支喘息	珪肺	鉛中毒	慢性閉塞性肺疾患
イタリア	1994	聴力障害	皮膚疾患	石綿肺	骨関節系疾患	珪酸塩による気管支・肺疾患
	1996	聴力障害	皮膚疾患	石綿肺	骨関節系疾患	珪酸塩による気管支・肺疾患
	1998	聴力障害	皮膚疾患	珪肺	石綿肺	中皮腫
ルクセンブルグ	1994	骨関節系疾患	皮膚疾患	慢性閉塞性肺疾患	認定請求件数が少ないため上位5位疾患を評価することが不可能	
	1996	骨関節系疾患	皮膚疾患	慢性閉塞性肺疾患		
	1998	骨関節系疾患	皮膚疾患	慢性閉塞性肺疾患		
ポルトガル	1994	聴力障害	他の物理的要因による疾患	珪肺	アレルギー性気管支喘息	皮膚疾患
	1996	聴力障害	他の物理的要因による疾患	珪肺	皮膚疾患	アレルギー性気管支喘息
	1998	聴力障害	他の物理的要因による疾患	皮膚疾患	アレルギー性気管支喘息	珪肺

認定される上位5位疾患には含まれてこない。もう

ひとつ指摘する価値がある事実は、石綿関連疾患

表4 職業病として最も頻繁に認定された上位5位疾病

スウェーデン	1994	筋骨格軽疾患	聴力障害	皮膚疾患	呼吸器疾患	振動による疾患
	1996	筋骨格軽疾患	聴力障害	皮膚疾患	呼吸器疾患	振動による疾患
	1998	筋骨格軽疾患	呼吸器疾患	皮膚疾患	振動による疾患	聴力障害
スイス	1994	皮膚疾患	腱炎	嚢包の慢性疾患	聴力障害	呼吸器疾患
	1996	皮膚疾患	聴力障害	腱炎	嚢包の慢性疾患	呼吸器疾患
	1998					

は、認定請求件数のレベルよりも、最も頻繁に認定される件数の方に現われてくる場合の方が多いためである。

※日本では、大分類(労基則別表第1の2の第1号から第9号の区分)で見ると、①業務上の負傷に起因する疾病、②身体に過度の負担のかかる作業態様に起因する疾病、③じん肺・合併症、④物理的因子による疾病、⑤化学物質等による疾病(職業がんを除く)、⑥細菌、ウイルス等の病原体による疾病、⑦その他業務に起因することの明らかな疾病、⑧職業がん、の順(2001年9月号16-17頁参照)。

最近入手できた、より詳細な分類別のデータによれば、①災害性腰痛、②じん肺・合併症、③振動障害、④難聴、⑤頸肩腕症候群等の順である(35-37頁参照)。

5.

認定された職業病の届け出られた職業病に対する比率(表5)

この比率は、単純に上述の2つのデータから引き出したものである。

請求の70-80%を認めているスイスやフランスのような諸国と、請求の15%しか認められていないイ

表5 認定された職業病の届け出られた職業病に対する比率

年	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ドイツ	18.3%	17.1%	16.6%	19.4%	23.2%	27.9%	26.7%	27.4%	25%	23.2%
オーストリア	51.8%	47.6%	44.8%	44.3%	39.8%	39.3%	40.7%	40.7%	46%	43.9%
ベルギー	43.2%	46.8%	61.4%	60.6%	51.4%	60.9%	53.4%	49.5%	52%	
デンマーク	16.4%	32.7%	26.7%	23.3%	21%	19.6%	16.8%	12.7%	14.7%	16.5%
スペイン	入手可能なデータなし									
フィンランド	50%	45%	38.4%	38.9%	36.2%	33.1%	29.3%	27.5%	26.5%	23.4%
フランス	70%	72.3%	73.6%	74%	75.4%	73.8%	71.6%	75%	79%	
ギリシャ				88.4%	85.7%	90%	90.9%	94.3%	89.7%	
イタリア	26.2%	33.6%	29.7%	27.7%	24.4%	18.5%	14%	13.6%	15.6%	18.1%
ルクセンブルグ				15.5%	22.3%	28.7%	20.5%	14%	29.6%	
ポルトガル			35.7%	46.6%	39.8%	73.1%	40%	34.8%	40.9%	46.8%
スウェーデン	81.5%	77.4%	69.2%	60.6%	47.2%	41.3%	40.3%	43%	51%	
スイス	80%	79%	78%	78%	76%	77%	77%	77%	78%	

タリアやデンマークのような諸国との、明らかなコントラストが存在する。デンマークに関しては、100,000人当たり認定請求で最大の件数をもっているということを考慮に入れなければならない。

また、大多数の諸国（オーストリア、ポルトガル、ドイツ、フィンランド、ルクセンブルグ、イタリア、デンマーク）において、認定された職業病の届け出られた職業病に対する比率は、1998年で50%未満である。

この状況は、少なくとも2か国で問題を引き起こしている。

—ドイツ。認定請求件数と職業病認定件数との格差は政治問題、議論的となっている。保険機関は、補償を支払わなければならないのを避けるために、多くの事例を認定していないのではないかと、多くの嫌疑をかけられている。疾病の種類別に検討してみた場合、問題となる疾病によって状況は様々であり、珪肺については、届け出られた職業病に対する認定された職業病の比率は82.6%であるが、脊柱の疾患（腰痛）については、3.8%である。

—デンマーク。

※日本では、業務上疾病全体の請求件数に関するデータが入手できていないことは記述のとおりで、従来は脳・心臓疾患くらいしか請求件数が公表されてこなかったが、最近、1999、2000年度分について、非災害性腰痛、頸肩腕症候群等、職業がん、じん肺合併肺がんに係る請求件数、不支給件数のデータを入手した（1999年度については、振動障害、じん肺・合併症についても）。

このデータを用いて、同様に「支給決定件数/請求件数」を求めると、1999年度51.0%（支給決定件数全体の8.4%分についてのみ）、2000年度48.0%（9.6%）。1999年度は、振動障害、じん肺・合併症も含めると78.0%（支給決定件数全体に占める割合は34.0%）となる。

なお、本報告もふれているように、「支給決定件数/請求件数」は「認定率」ではないが、「支給決定件数/全決定件数」を判明している分について求めると、1999年度77.7%（6.8%）、2000年度81.6%（7.6%）となる。
（37-38頁参照）

国別データ一覧

ドイツ

工業・商業の賃金労働者

資料：HVBG—確認：2000.3

年	被保険者数	請求件数	A	認定件数	認定件数/届出件数	B
1990	31,150,000	51,105	164	9,363	18.3%	30
1991	38,459,000	61,156	159	10,479	17.1%	27
1992	38,701,000	73,568	190	12,227	16.6%	32
1993	38,712,000	92,058	238	17,833	19.4%	46
1994	40,673,000	83,847	206	19,419	23.2%	48
1995	41,924,000	78,429	187	21,886	27.9%	52
1996	41,832,000	82,349	197	21,985	26.7%	53
1997	42,117,106	77,310	184	21,187	27.4%	50
1998	41,759,198	74,470	178	18,614	25%	45
1999	約42,000,000	73,322	約175	17,006	23.2%	約40.5

A=労働者 100,000人当たりの請求件数

B=労働者 100,000人当たりの認定職業病数

オーストリア

工業・商業の賃金労働者

資料：AUVA—確認：2000.3

年	被保険者数	請求件数	A	認定件数	認定件数/届出件数	B
1990	2,490,360	3,768	151	1,950	51.8%	78
1991	2,548,260	3,776	148	1,796	47.6%	70
1992	2,569,430	4,098	159	1,834	44.8%	71
1993	2,559,990	3,955	154	1,753	44.3%	68
1994	2,573,250	3,216	125	1,279	39.8%	50
1995	2,580,540	3,440	133	1,353	39.3%	52
1996	2,564,530	3,246	127	1,321	40.7%	52
1997	2,578,970	2,893	112	1,175	40.6%	46
1998	2,609,980	2,631	101	1,211	46%	46
1999	2,646,070	2,870	108	1,259	43.9%	48

特集／職業病の労災補償

ベルギー

工業・商業・農業の賃金労働者（民間部門—地方自治体は含まず）
資料：Fonds des maladies professionnelles et ministère des Affaires sociales—確認：2000.3

年	被保険者数	請求件数	A	認定件数	認定件数/ 届出件数	B
1990	2,198,518	9,476	431	4,100	43.3%	186
1991	2,200,813	9,314	423	4,357	46.8%	198
1992	2,196,049	9,896	451	6,076	61.4%	277
1993	2,143,016	8,404	392	5,092	60.6%	238
1994	2,133,306	7,863	369	4,047	51.5%	190
1995	2,172,174	7,305	336	4,449	60.9%	205
1996	2,187,391	6,542	299	3,498	53.5%	160
1997	2,216,040	6,075	274	3,011	49.6%	136
1998	2,267,928	6,231	275	3,250	52%	143

デンマーク

工業・商業・農業の賃金労働者

資料：Arbejdsskadedstyrelsen—確認：2000.3

年	被保険者数	請求件数	A	認定件数	認定件数/ 届出件数	B
1990	2,395,154	13,157	549	2,156	16.4%	90
1991	2,385,023	12,686	532	4,151	32.7%	174
1992	2,351,612	13,134	559	3,503	26.7%	149
1993	2,340,334	14,789	632	3,445	23.3%	147
1994	2,323,712	15,550	669	3,268	21.0%	141
1995	2,369,544	15,857	669	3,115	19.6%	131
1996	2,405,476	15,655	651	2,640	16.9%	110
1997	2,430,709	15,608	642	1,987	12.7%	82
1998	2,470,113	14,201	575	2,094	14.7%	85
1999	2,519,407	13,242	526	2,181	16.5%	87

スペイン

工業・商業・農業の賃金労働者

資料：労働社会問題省・AMAT—確認：2000.3

年	被保険者数	請求件数	A	認定件数	認定件数/ 届出件数	B
1990	10,135,000			4,285		42
1991	10,275,000			4,890		48
1992	10,186,000			5,110		50
1993	9,773,000			5,489		56
1994	9,665,000			5,373		56
1995	9,886,000			6,459		65
1996	10,047,000			7,958		79
1997	10,149,000			9,640		95
1998	10,751,000			12,125		113

フィンランド

工業・商業・サービス業の賃金労働者 資料：FAI—確認：2000.3

年	被保険者数	請求件数	A	認定件数	認定件数/ 届出件数	B
1990	2,324,500	7,434	320	3,716	50.0%	160
1991	2,203,400	7,011	318	3,154	45.0%	143
1992	2,044,600	6,842	335	2,628	38.4%	129
1993	1,921,400	6,181	322	2,404	38.9%	125
1994	1,906,600	6,543	343	2,368	36.2%	124
1995	1,962,400	6,492	331	2,246	34.6%	114
1996	1,988,000	6,054	305	1,776	29.3%	89
1997	2,055,700	5,621	273	1,546	27.5%	75
1998	2,129,194	4,940	232	1,300	26.3%	61
1999	2,205,734	2,243	102	533	23.8%	24

フランス

全賃金労働者（農民とその家族を除く）

資料：CNAMTS—確認：2000.5

年	被保険者数	請求件数	A	認定件数	認定件数/ 届出件数	B
1990	14,920,798	9,423	63	6,592	70.0%	44
1991	15,091,754	10,392	69	7,512	72.3%	50
1992	15,001,936	12,022	80	8,847	73.6%	59
1993	14,709,877	12,433	85	9,198	74.0%	63
1994	14,794,701	13,714	93	10,345	75.4%	70
1995	15,037,929	15,421	103	11,387	73.8%	76
1996	15,345,626	18,546	121	13,278	71.6%	86.5
1997	15,413,389	20,865	135	15,554	75%	101
1998	15,503,568	21,332	138	16,948	79%	110

* 1998年の認定件数は暫定的データ

ギリシャ

資料：IKA—確認：2000.3

年	被保険者数	請求件数	A	認定件数	認定件数/ 届出件数	B
1990	1,812,330					
1991	1,830,647					
1992	1,849,025					
1993	1,861,128	112	6	99	88.4%	5.3
1994	1,873,855	126	7	108	85.7%	5.8
1995	1,883,661	100	5	90	90%	4.8
1996	1,889,167	88	5	80	90.9%	4.2
1997	1,901,953	71	4	67	94.4%	3.5
1998	1,907,667	68	4	61	89.7%	3.2

イタリア

工業・商業・農業・公共部門の賃金労働者・職人・農民

資料：INAIL—確認：2000.5

年	被保険者数	請求 件数	A	認定 件数	認定件数/ 届出件数	B
1990	17,300,000	61,310	354	16,082	26.2%	93
1991	18,100,000	53,683	297	18,015	33.6%	100
1992	18,000,000	63,887	355	18,980	29.7%	105
1993	17,400,000	50,200	289	13,887	27.7%	80
1994	17,300,000	41,055	237	9,997	24.4%	58
1995	17,400,000	36,645	211	6,769	18.5%	39
1996	17,400,000	35,040	201	4,921	14.0%	28
1997	17,400,000	31,259	180	4,263	13.6%	25
1998	17,700,000	29,367	166	4,571	15.6%	26
1999	17,700,000	28,291	160	5,109	18.1%	29

ルクセンブルグ

工業・商業の賃金労働者

資料：Association d'Assurance contre les Accidents—確認：2000.3

年	被保険者数	請求 件数	A	認定 件数	認定件数/ 届出件数	B
1993	190,000	155	82	24	15.5%	13
1994	190,000	94	49	21	22.3%	11
1995	190,000	94	49	27	28.7%	14
1996	190,000	112	59	23	20.5%	12
1997	190,000	121	64	17	14.0%	9
1998	200,000	125	62.5	37	29.6%	18.5

ポルトガル

公務員を除く賃金労働者

資料：Centro nacional de proteccao os riscos profissionais—確認：2000.3

年	被保険者数	請求 件数	A	認定 件数	認定件数/ 届出件数	B
1992	3,970,482	2,300	58	820	35.7%	21
1993	3,872,043	3,030	78	1,413	46.6%	36
1994	4,025,383	3,093	77	1,231	39.8%	31
1995	4,197,313	2,413	57	1,765	73.1%	42
1996	4,153,959	2,657	64	1,063	40.0%	26
1997	4,204,837	2,458	58	856	34.8%	20
1998	4,269,522	2,504	59	1,024	40.9%	24
1999		2,942		1,378	46.8%	

スイス

資料：SUVA—確認：2000.6

年	被保険者数	請求 件数	A	認定 件数	認定件数/ 届出件数	B
1990	3,420,000	6,922	202	5,555	80%	162
1991	3,383,000	6,510	192	5,124	79%	151
1992	3,308,000	6,294	190	4,904	78%	148
1993	3,246,000	5,908	182	4,599	78%	142
1994	3,247,000	5,912	182	4,509	76%	139
1995	3,228,000	5,810	180	4,457	77%	138
1996	3,200,000	5,405	169	4,152	77%	130
1997	3,206,000	5,152	161	3,988	77%	124
1998	3,233,000	5,074	157	3,966	78%	123

スウェーデン

全賃金労働者・自営者

資料：全国社会保険評議会—確認：2000.5

年	被保険者数	請求 件数	A	認定 件数	認定件数/ 届出件数	B
1990	4,473,350	68,186	1,524	55,544	81.5%	1,242
1991	4,304,567	72,682	1,688	56,243	77.4%	1,307
1992	4,052,827	70,453	1,738	48,779	69.2%	1,204
1993	3,748,125	71,312	1,903	43,214	60.6%	1,153
1994	3,800,427	50,479	1,328	23,846	47.2%	627
1995	3,850,862	24,048	624	9,943	41.3%	258
1996	3,827,502	10,078	263	4,066	40.3%	106
1997	3,813,221	6,460	169	2,781	43%	73
1998	3,929,974	6,901	176	3,514	51%	89

日本

民間部門の賃金労働者(含特別加入者)

資料：労働省

年	被保険者数	請求 件数	A	認定 件数	認定件数/ 届出件数	B
1990	43,222,324			11,046		26
1991	44,469,300			10,366		23
1992	45,831,524			10,162		22
1993	46,633,380			8,814		19
1994	47,017,275			8,783		19
1995	47,246,440			8,713		18
1996	47,896,500			8,624		18
1997	48,435,492			8,794		18
1998	48,823,930			8,811		18
1999	48,492,908			8,969		18

日本における職業病 よりくわしい労災補償データ

前号(51-53頁)でお伝えしたように、今年の国際労働機関(ILO)総会では、1964年に採択された業務災害給付条約(第121号)付表I「職業病一覧表」の改訂(更新メカニズムも)を含む、「労働災害・職業病の記録と届出」に関する基準設定に向けた討議が行われる。

本誌では、1996年3月号で、アスベスト関連疾患を例にとりながら、職業病リストを中心にEU12か国の労災補償システムを比較した論文を紹介した。

本号では、最近入手した、ヨーロッパ13か国の、職業病の届出、認定、補償の手続と条件に関する比較調査を紹介している。

これらの資料は理解に役立つものの、理解が進むほどに新たな疑問が生じてくるのも、また事実である。本誌では、ILOの議論をフォローすることも含めて、今後ともこの問題を取り上げていきたい。

一方、日本の労働災害・職業病の補償関係のデータを入手することも、これまで非常に困難であった。

旧労働省は、労働安全衛生規則で使用者に義務づけた労働者死傷病報告(それも休業4日以上のみ)に基づくデータを部分的に公表するだけで、あたかもそれらが日本の労働災害・職業病の実態を示しているかのごとくすませてきた。

労災補償関係のデータが明らかにされることは稀れで、なおさら不十分なものであった。それでも、われわれはあらゆる手だてを講じて、入手したデータを誌面等で提供してきた。

例えば、毎年総会議案と合わせて紹介してきた「業務上疾病の発生状況」のデータ(直近のものは

2001年9月号16-17頁参照)の中の、労働基準法施行規則別表第1の2の大分類(第一号から第九号の区分)別の新規労災保険支給決定件数は、国会議員を通じて問い合わせてもらい独自に入手したデータを、毎年度、まとめてきたものである。

小分類別、都道府県別、性別等のよりくわしいデータについても、何度か手をかえ品をかえ問い合わせてきたが、その都度、「そういうデータは集計していない」という返事だった。

「職業がん」(第七号)については、小区分に忠実ではないが、何とか内訳データを出させ(2001年9月号19頁参照)、「身体に過度の負担のかかる作業態様に起因する疾病」(第四号)については、小区分ごとの内訳(2001年9月号18頁参照)を、しばらく前からようやく入手できるようになった。

これらのデータは、ほとんど本誌でしか公刊されていないものである。

マスコミの反応が大きい脳・心臓疾患に関してだけは、旧労働省も、問い合わせがあった場合に提示できるためのデータを1987年以来作成している。昨年、業種、職種、年齢、性別、疾患別等のデータもまとめている(2001年9月号27頁参照)。支給決定件数だけでなく、請求件数のデータも入手できたのは、これまで、この脳・心臓疾患についてだけであった。

認定請求件数や不支給決定件数のデータは、これまでまず公表されることがなかった。

2001年4月に情報公開法が施行されたことは、このような状況を打ち破る絶好の[→46頁に続く]

表1 業務上疾病の新規支給決定件数

分類			疾病分類項目	年度	
大	小	CODE		1999	2000
一			業務上の負傷に起因する疾病	4,658	4,344
	13		頭部又は顔面部の負傷による慢性硬膜下血腫、外傷性遅発性脳卒中、外傷性てんかん等の頭蓋内疾患 [災害性脳血管疾患—全てCODE13に含まれるかどうかは定かではない] [災害性虚血性心疾患—ここに記載したが、CODE24に含まれるものと思われる]	348 (46)	364 (48)
	14		脳、脊髄及び末梢神経等神経系の負傷による皮膚、筋肉、骨及び胸腹部臓器の疾患	95	86
	17		胸部又は腹部の負傷による胸膜炎、心膜炎、ヘルニア(★)等の胸腹部臓器の疾患	279	268
	18		負傷(急激な力の作用による内部組織の負傷を含む)による腰痛	3,061	2,749
	19		脊柱又は四肢の負傷による破傷風等の細菌感染症(負傷による腰痛を除く)	79	131
	20		皮膚等の負傷による破傷風等の細菌感染症	127	86
	21		業務上の負傷又は異物の侵入、残留による眼疾患その他の臓器の疾患	598	555
	23		爆発その他事故的な事由による風圧、音響等に起因する業務性難聴等の耳の疾患	51	53
	24		CODE13から23までに掲げるもの以外の業務上の負傷に起因する疾病	20	52
二			物理的因子による次に掲げる疾病	684	718
			(有害光線による疾病)		
1	25		紫外線にさらされる業務による前眼部疾患又は皮膚疾患	3	6
2	26		赤外線にさらされる業務による網膜火傷、白内障等の眼疾患又は皮膚疾患		
3	27		レーザー光線にさらされる業務による網膜火傷等の眼疾患又は皮膚疾患	2	3
4	28		マイクロ波にさらされる業務による白内障等の眼疾患		
5	29		電離放射線にさらされる業務による急性放射線症、皮膚潰瘍等の放射線皮膚障害、白内障等の放射線眼疾患、放射線肺炎、再生不良性貧血等の造血器障害、骨壊死その他の放射線障害	3	3
			(皮膚障害)		(3)
			(白内障)		
			(急性放射線症)	(3)	
			(再生不良性貧血)		
			(造血器障害)		
			(異常気圧による疾病)		
6	31		高圧室内作業又は潜水作業に係る業務による潜函病又は潜水病	16	12
7	32		気圧の低い場所における業務による高山病又は航空減圧症	2	2
			(異常温度条件による疾病)		
8	33		暑熱な場所における業務による熱中症	77	89
9	34		高熱物体を取り扱う業務による熱傷	62	65
10	35		寒冷な場所における業務又は低温物体を取り扱う業務による凍傷	18	22
11	36		著しい騒音を発する場所における業務による難聴等の耳の疾患	499	515
12	38		超音波にさらされる業務による手指等の組織壊死	2	
13	39		1から12(CODE25から38)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物理的因子にさらされる業務に起因することの明らかな疾病		1
三			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	1,727	1,595
1	40		重労働による筋肉、腱、骨若しくは関節の疾患又は内臓脱	286	241
2	41		重量物を取り扱う業務、腰部に過度の負担を与える不自然な作業姿勢により行う業務その他腰部に過度の負担のかかる業務による腰痛	27	48
3	42		さく岩機、鋸打ち機、チェーンソー等の機械器具の使用により身体に振動を与える業務による手指、前腕等の抹梢循環障害、抹梢神経障害又は運動器障害	912	784
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、引金付き工具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	496	507
			43 (手指の痙攣又は書痙)		
			44 (手指、前腕、等の腱鞘若しくは腱周囲の炎症)		
			45 (頸肩腕症候群)		

特集／職業病の労災補償

分類		疾病分類項目	年度	
大	小 CODE		1999	2000
5	46	1から4(CODE40から45)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	6	15
四		化学物質等による次に掲げる疾病	200	227
1	47	労働大臣の指定する単体たる化学物質及び化合物(合金を含む。)にさらされる業務による疾病であつて、労働大臣が定めるもの(151項目の内訳は省略)	113	103
		[有機溶剤中毒—CODE47およびCODE55に含まれるものと思われる]	(31)	(17)
2		(合成樹脂の熱分解生成物による疾病)		
		弗素樹脂、塩化ビニル樹脂、アクリル樹脂等の合成樹脂の熱分解生成物にさらされる業務による眼粘膜の炎症又は気道粘膜の炎症等の呼吸器疾患	10	11
	48	(フッ素樹脂の熱分解生成物にさらされる業務による悪寒、発熱等の症状を伴う呼吸器疾患)	(8)	(5)
	49	(塩化ビニル樹脂、アクリル樹脂等の合成樹脂の熱分解生成物にさらされる業務による眼粘膜及び気道粘膜の炎症等の疾患)	(2)	(6)
3	50	すず、鉱物油、うるし、タール、セメント、アミン系の樹脂硬化剤等にさらされる業務による皮膚疾患	13	21
4	51	蛋白分解酵素にさらされる業務による皮膚炎、結膜炎又は鼻炎、気管支喘息等の呼吸器疾患	3	4
5	52	木材の粉じん、獣毛のじんあい等を飛散する場合における業務又は抗生物質等にさらされる業務によるアレルギー性の鼻炎、気管支喘息等の呼吸器疾患	5	4
6	53	落綿等の粉じんを飛散する場所における業務による呼吸器疾患	6	8
7	54	空気中の酸素濃度の低い場所における業務による酸素欠乏症	18	25
8	55	1から7(CODE47から54)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化学物質等にさらされる業務に起因することの明らかな疾病	32	51
五	56	粉じんを飛散する場合における業務によるじん肺症又はじん肺法(昭和35年法律第30号)に規定するじん肺と合併したじん肺法施行規則(昭和35年労働省令第6号)第1条各号に掲げる疾病	1,385	1,322
六		細菌、ウイルス等の病原体による次に掲げる疾病	132	159
1	57	患者の診療若しくは看護の業務又は研究その他の目的で病原体を取り扱う業務による伝染性疾患	74	113
2	60	動物若しくはその死体、獣毛、革その他動物性の物又はぼろ等の古物を取り扱う業務によるブルセラ症、炭疽菌等の伝染性疾患	2	3
3	61	湿潤地における業務によるワイル病等のレプトスピラ症	9	12
4	62	屋外における業務による恙虫病	10	4
5	63	1から4(CODE57から62)までに掲げるもののほか、これらの疾患に付随する疾患その他細菌、ウイルス等の病原体にさらされる業務に起因することの明らかな疾病	37	27
七		がん原性物質若しくはがん原性因子又はがん原性工程における業務による次に掲げる疾病	61	72
1	64	ベンジジンにさらされる業務による尿路系腫瘍	4	4
2	65	ベータナフチルアミンにさらされる業務による尿路系腫瘍	3	4
3	66	4-アミノジフェニルにさらされる業務による尿路系腫瘍	0	0
4	68	4-ニトロジフェニルにさらされる業務による尿路系腫瘍	0	0
5	69	ビス(クロロメチル)エーテルにさらされる業務による肺がん	0	0
6	70	ベンゾトクロライドにさらされる業務による肺がん	0	0
7	71	石綿にさらされる業務による肺がん又は中皮腫	42	52
		(石綿に曝される業務による肺がん)	(17)	(18)
		(石綿に曝される業務による中皮腫)	(25)	(34)
8	72	ベンゼンにさらされる業務による白血病	0	0
9	81	塩化ビニルにさらされる業務による肝血管肉腫	0	0
10	82	電離放射線にさらされる業務による白血病、肺がん、皮膚がん、骨肉腫又は甲状腺がん	1	1
		(電離放射線にさらされる業務による白血病)	(1)	(1)
		(電離放射線にさらされる業務による肺がん)		
		(電離放射線にさらされる業務による皮膚がん)		
		(電離放射線にさらされる業務による骨肉腫)		
		(電離放射線にさらされる業務による甲状腺がん)		
11	83	オーラミンを製造する工程における業務による尿路系腫瘍	0	0
12	84	マゼンタを製造する工程における業務による尿路系腫瘍	0	0

分類 大 小 CODE	疾病分類項目	年度	
		1999	2000
13 85	コークス又は発生炉ガスを製造する工程における業務による肺がん	4	6
14 86	クロム酸塩又は重クロム酸塩を製造する工程における業務による肺がん又は上気道のがん	6	4
	(クロム酸塩又は重クロム酸塩を製造する工程における業務による肺がん)	(5)	(4)
	(クロム酸塩又は重クロム酸塩を製造する工程における業務による上気道のがん)	(1)	
15 87	ニッケルの製錬又は精錬を行う工程における業務による肺がん又は上気道のがん	0	0
	(ニッケルの製錬又は精錬を行う工程における業務による肺がん)		
	(ニッケルの製錬又は精錬を行う工程における業務による上気道のがん)		
16 90	砒素を含有する鉱石を原料として金属の製錬若しくは精錬を行う工程又は無機砒素化合物を製造する工程における業務による肺がん又は皮膚がん	1	0
	(砒素を含有する鉱石を原料として金属の製錬若しくは精錬を行う工程又は無機砒素化合物を製造する工程における業務による肺がん)	(1)	
	(砒素を含有する鉱石を原料として金属の製錬若しくは精錬を行う工程又は無機砒素化合物を製造する工程における業務による皮膚がん)		
17 91	すず、鉱物油、タール、ピッチ、アスファルト又はパラフィンにさらされる業務による皮膚がん	0	1
18 92	1から17(CODE64から91)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がん原性物質若しくはがん原性因子にさらされる業務又はがん原性工程における業務に起因することの明らかな疾病	0	0
八 93	前各号に掲げるもののほか、中央労働基準審議会の議を経て労働大臣の指定する疾病	1	0
九 93	その他業務に起因することの明らかな疾病	121	146
	[じん肺症患者に発生した肺がん]	(25)	(24)
	[非災害性脳血管疾患]	(49)	(48)
	[非災害性虚血性心疾患等]	(32)	(37)
	[精神障害等]	(14)	(36)
	合計	8,969	8,583
	A: 具体的列挙規定に係る業務上疾病の合計	8,773	8,343
	B: 包括的救済規定に係る業務上疾病(その他業務に起因することの明らかな疾病)の合計	196	240
	A/(A+B)	97.8%	97.2%

※「分類」の「CODE」は「傷病性質コード」。(1)同一労働災害で異なる性質の疾病を受けた場合又は同一の業務で異なる有害因子を二以上重ねて複合的な疾病が発生した場合は、比較的重い傷病性質により分類すること。(2)その数種の傷病の重さが同程度である場合は、この表の上位のコード(小さな番号)に分類する。(3)がんについては、すべて64から92までのいずれかに分類する。(4)原疾患に付随して生じた疾病については、原疾患と同一コードに分類する。

※厚生労働省資料により、全国労働安全衛生センター連絡会議が作成。

表2 業務上疾病の新規請求件数、支給・不支給決定件数(判明しているもののみ)

分類	疾病分類項目(労基則別表第1の2)	1999(平成11)年度					2000(平成12)年度				
		請求	支給	支給/請求	不支給	支給/決定	請求	支給	支給/請求	不支給	支給/決定
一	業務上の負傷に起因する疾病		(4,658)					(4,344)			
	脳血管疾患	74	46	62.2%			61	48	78.7%		
	虚血性心疾患等	1	5	500.0%			7	4	57.1%		
三	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		(1,727)					(1,595)			
2	重量物を取り扱う業務、腰部に過度の負担を与える不自然な作業姿勢により行う業務その他腰部に過度の負担のかかる業務による腰痛	58	27	46.6%	34	44.3%	75	48	64.0%	28	63.2%
3	さく岩機、鉸打ち機、チェーンソー等の機械器具の使用により身体に振動を与える業務による手指、前腕等の抹梢循環障害、抹梢神経障害又は運動器障害	979	912	93.2%	38	96.0%		(784)			
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、引金付き工具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	593	496	83.6%	123	80.1%	627	507	80.9%	98	83.8%

特集／職業病の労災補償

分類	疾病分類項目(労基則別表第1の2)	1999(平成11)年度					2000(平成12)年度					
		請求	支給	支給/請求	不支給	支給/決定	請求	支給	支給/請求	不支給	支給/決定	
五	粉じんを飛散する場合における業務によるじん肺症又はじん肺法(昭和35年法律第30号)に規定するじん肺と合併したじん肺法施行規則(昭和35年労働省令第6号)第1条各号に掲げる疾病	1,457	1,385	95.1%	50	96.5%	(1,322)					
七	がん原性物質若しくはがん原性因子又はがん原性工程における業務による次に掲げる疾病	68	61	89.7%	3	95.3%	71	72	101.4%	4	94.7%	
1	ベンジジンにさらされる業務による尿路系腫瘍	4	4	100.0%	0	100.0%	6	4	66.7%	0	100.0%	
2	ペーターナフチルアミンにさらされる業務による尿路系腫瘍	1	3	300.0%	0	100.0%	4	4	100.0%	0	100.0%	
3	4-アミノジフェニルにさらされる業務による尿路系腫瘍	0	0		0		0	0		0		
4	4-ニトロジフェニルにさらされる業務による尿路系腫瘍	0	0		0		0	0		0		
5	ビス(クロロメチル)エーテルにさらされる業務による肺がん	0	0		0		0	0		0		
6	ベンゾトリクロライドにさらされる業務による肺がん	0	0		0		0	0		0		
7	石綿にさらされる業務による肺がん又は中皮腫	44	42	95.5%	2	95.5%	47	52	110.6%	2	96.3%	
8	ベンゼンにさらされる業務による白血病	0	0		0		0			0		
9	塩化ビニルにさらされる業務による肝血管肉腫	0	0		0		0			0		
10	電離放射線にさらされる業務による白血病、肺がん、皮膚がん、骨肉腫又は甲状腺がん	2	1	50.0%	1	50.0%	1	1	100.0%	1	50.0%	
11	オーラミンを製造する工程における業務による尿路系腫瘍	0	0		0		0	0		0		
12	マゼンタを製造する工程における業務による尿路系腫瘍	0	0		0		0	0		0		
13	コークス又は発生炉ガスを製造する工程における業務による肺がん	9	4	44.4%	0	100.0%	8	6	75.0%	0	100.0%	
14	クロム酸塩又は重クロム酸塩を製造する工程における業務による肺がん又は上気道のがん	6	6	100.0%	0	100.0%	4	4	100.0%	0	100.0%	
15	ニッケルの製錬又は精錬を行う工程における業務による肺がん又は上気道のがん	0	0		0		0	0		0		
16	砒素を含有する鉱石を原料として金属の製錬若しくは精錬を行う工程又は無機砒素化合物を製造する工程における業務による肺がん又は皮膚がん	2	1	50.0%	0	100.0%	0	0		0		
17	すす、鉱物油、タール、ピッチ、アスファルト又はパラフィンにさらされる業務による皮膚がん	0	0		0		1	1	100.0%	0		
18	1から17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がん原性物質若しくはがん原性因子にさらされる業務又はがん原性工程における業務に起因することの明らかな疾病	0	0		0		0	0		1	-	
九	その他業務に起因することの明らかな疾病		(121)				(146)					
	じん肺症患者に発生した肺がん	37	25	67.6%	15	62.5%	45	24	53.3%	17	58.5%	
	非災害性脳血管疾患	316	49	15.5%			448	48	10.7%			
	非災害性虚血性心疾患等	177	32	18.1%			169	37	21.9%			
	精神障害等	155	14	9.0%			212	36	17.0%			
	支給決定件数合計(表未掲載の分を含む)		8,969				8,583					
	請求・不支給件数が判明しているものの合計(振動障害、じん肺・合併症を除く)	1,479	755	51.0%			1,715	824	48.0%			
			609		175	77.7%		651		147	81.6%	
	支給決定件数合計(表未掲載の分を含む)		8,969									
	請求・不支給件数が判明しているものの合計(振動障害、じん肺・合併症を含む)	3,915	3,052	78.0%								
			2,906		263	91.7%						

※「請求」は当該年度中の請求件数、「支給」・「不支給」は当該年度中の支給・不支給決定件数。「決定」は「支給」と「不支給」の合計件数である。

※「請求」+「不支給」または「請求」のみの件数が記載されている疾病に関しては、「請求」件数も含めた、都道府県別データも入手している。

※各種厚生労働省資料により、全国労働安全衛生センター連絡会議が作成。

表3 化学物質による業務上疾病(第四号1)の内訳別
新規支給決定件数

CODE	疾病分類項目	1999	2000
枝番	労働大臣の指定する単体たる化学物質及び化合物(合金を含む。)にさらされる業務による疾病であって、労働大臣が定めるもの (無機の酸及びアルカリ)	113	103
1	アンモニア	2	4
2	塩酸(塩化水素を含む。)	2	2
3	硝酸	2	4
4	水酸化カリウム		1
5	水酸化ナトリウム	5	6
6	水酸化リチウム		
7	弗化水素酸(弗化水素を含む。以下同じ)	3	7
8	硫酸 (金属(セレン及び砒素を含む。))及びその化合物)	1	2
9	亜鉛等の金属ヒューム	3	3
10	アルキル水銀化合物(アルキル基がメチル基又はエチル基である物に限る。以下同じ。)		
11	アンチモン及びその化合物		
12	塩化亜鉛	1	1
13	塩化白金酸及びその化合物		
14	カドミウム及びその化合物		
15	クロム及びその化合物	3	
16	コバルト及びその化合物		
17	四アルキル鉛化合物		
18	水銀及びその化合物(アルキル水銀化合物を含む。)		1
19	セレン及びその化合物(セレン化水素を除く。)		
20	セレン化水素		
21	鉛及びその化合物(四アルキル鉛化合物を除く。)	4	
22	ニッケルカルボニル		
23	バナジウム及びその化合物		
24	砒化水素		
25	砒素及びその化合物(砒化水素を除く。)		
26	ブチル錫	2	
27	ベリリウム及びその化合物	1	
28	マンガン及びその化合物 (ハロゲン及びその無機化合物)	1	
29	塩素	2	7
30	臭素		
31	弗素及びその無機化合物(弗化水素酸を除く。)		
32	沃素 (りん、硫黄、酸素、窒素及び炭素並びにこれらの無機化合物)		
33	一酸化炭素	25	28
34	黄りん		
35	カルシウムシアナミド		
36	シアン化水素、シアン化ナトリウム等のシアン化合物	1	1
37	二酸化硫黄	1	2

CODE	疾病分類項目	1999	2000
38	二酸化窒素		1
39	二酸化炭素		
40	ヒドラジン	2	1
41	ホスゲン	2	
42	ホスフィン	1	
43	硫化水素 (脂肪族化合物—脂肪族炭化水素及びそのハロゲン化合物)	6	10
44	塩化ビニル		
45	塩化メチル		
46	クロロプレン		
47	クロロホルム		
48	四塩化炭素		
49	1・2-ジクロロエタン(別名二塩化エチレン)		
50	1・2-ジクロロエチレン(別名二塩化アセチレン)		
51	ジクロロメタン	5	
52	臭化エチル		
53	臭化メチル	1	1
54	1・1・2・2-テトラクロロエタン(別名四塩化アセチレン)		
55	テトラクロロエチレン(別名パークロロエチレン)	2	
56	1・1・1-トリクロロエタン	3	
57	1・1・2-トリクロロエタン		
58	トリクロロエチレン		1
59	ノルマルヘキサン		1
60	沃化メチル (脂肪族化合物—アルコール、エーテル、アルデヒド、ケトン及びエステル)		
61	アクリル酸エチル		
62	アクリル酸ブチル		
63	アクロレイン		
64	アセトン		
65	イソアミルアルコール(別名イソペンチルアルコール)		
66	エチルエーテル		
67	エチレンクロルヒドリン		
68	エチレングリコールモノメチルエーテル(別名メチルセロソルフ)		
69	酢酸アミル		
70	酢酸エチル		
71	酢酸ブチル	1	
72	酢酸プロピル		
73	酢酸メチル		
74	2-シアノアクリル酸メチル		
75	ニトログリコール		
76	ニトログリセリン		
77	2-ヒドロキシエチルメタクリレート		
78	ホルムアルデヒド		
79	メタクリル酸メチル		
80	メチルアルコール		
81	メチルブチルケトン		
82	硫酸ジメチル		

特集／職業病の労災補償

CODE	疾病分類項目	1999	2000
	(その他の脂肪族化合物)		
83	アクリルアミド		
84	アクリルニトリル		1
85	エチレンイミン		
86	エチレンジアミン		
87	エピクロヒドリン	1	1
88	酸化エチレン	1	
89	ジアノメタン		
90	ジメチルアセトアミド		
91	ジメチルホルムアミド	1	
92	ヘキサメチレンジイソシアネート	1	
93	無水マレイン酸 (脂環式化合物)		
94	イソホロンジイソシアネート		
95	シクロヘキサノール		
96	シクロヘキサン	1	
97	ジシクロヘキシルメタン・4・4'-ジイソシアネート	1	
	(芳香族化合物—ベンゼン及びその同族体)		
98	キシレン	7	7
99	スチレン		
100	トルエン	10	6
101	パラ-tert-ブチルフェノール		
102	ベンゼン (芳香族化合物—芳香族炭化水素のハロゲン化合物)		
103	塩素化ナフタリン		
104	塩素化ビフェニル(別名PCB)		
105	ベンゼンの塩化物 (芳香族化合物—芳香族化合物のニトロ又はアミノ誘導体)		
106	アニシジン	1	
107	アニリン		
108	クロルジニトロベンゼン		
109	4・4'-ジアミノジフェニルメタン		
110	ジニトロフェノール		
111	ジニトロベンゼン		
112	ジメチルアニリン		
113	トリニトロトルエン(別名TNT)		
114	2・4・6-トリニトロフェニルメチルニトロアミン(別名テトリル)		
115	トルイジン		
116	パラ-ニトロアニリン		
117	パラ-ニトロクロルベンゼン		
118	ニトロベンゼン		
119	パラ-フェニレンジアミン		
120	フェネチジン (その他の芳香族化合物)		
121	クレゾール		
122	クロルヘキシジン		
123	トリレンジイソシアネート(別名TDI)		3
124	1・5-ナフチレンジイソシアネート		
125	ビスフェノールA型及びF型エポキシ樹脂		

CODE	疾病分類項目	1999	2000
126	フェニルフェノール		
127	フェノール(別名石炭酸)		
128	オルト-フタロジニトリル		
129	ペン/トリクロライド		
130	無水トリメリット酸		
131	無水フタル酸		
132	メチレンビスフェニルイソシアネート(別名MDI)		1
133	4-メトキシフェノール		
134	りん酸トリ-オルト-クレジル		
135	レゾルシン		2
	(複素環式化合物)		
136	1・4-ジオキサソ		
137	テトラヒドロフラン		
138	ピリジン		1
	(農薬その他の薬剤の有効成分)		
139	有機りん化合物(ジチオリン酸O-エチル=S・S-ジフェニル(別名EDDP)、ジチオリン酸O・O-ジエチル=S(2-エチルチオエル)(別名エチルチオメトン)、チオリン酸O・O-ジエチル=O-2-イソプロピル-4-メチル6-ピリミジニル(別名ダイアジノン)、チオリン酸O・O-ジメチル=O-4-ニトロ-メタトリル(別名MEP)、チオリン酸S-ベニル=O・O-ジイソプロピル(別名IBP)、フェニルホスホノチオン酸O-エチル=O-パラ-ニトロフェニル(別名EPN)、りん酸2・2-ジクロルピニル=ジメチル(別名DDVP)及びりん酸パラ-メチルチオフェニル=ジプロピル(別名プロバホス))		3
140	カーバメート系化合物(メチルアルバミド酸オルト-セコンダリーブチルフェニル(別名BPMC)、メチルカルバミド酸メタトリル(別名MTMC)及びN-(メチルカルバモイルオキシ)チオアセトイミド酸S-メチル(別名メソミル))		1
141	2・4-ジクロルフェニル=パラ-ニトロフェニル=エーテル(別名NIP)		
142	ジチオカーバメート系化合物(エチレンビス(ジチオカルバミド酸)亜鉛(別名ジネフ)及びエチレンビス(ジチオカルバミド酸)マンガン(別名マンネフ))		
143	N-(1・1・2・2-テトラクロルエチルチオ)-4-シクロヘキサノール-2-ジアルボキシミド(別名ダイホルタン)		
144	トリクロルニトロメタン(別名クロルピクリン)		
145	二塩化1・1'-ジメチル-4・4'-ビピリジニウム(別名パラコート)		
146	パラ-ニトロフェニル=2・4・6-トリクロルフェニル=エーテル(別名CNP)		
147	プラストサイジンS		
148	6・7・8・9・10・10-ヘキサクロル-5・5a・6・9・9a-ヘキサヒドロ-6・9-メタノ-2・4・3-ベンゾジオキサチエピン3-オキシド(別名ベンゾエピン)		
149	ペンタクロルフェノール(別名PCP)		
150	モノフルオル酢酸ナトリウム		
151	硫酸ニコチン		

※厚生労働省資料により、全国労働安全衛生センター連絡会議が作成。

表4 包括救済規定に係る業務上疾病(その他業務に起因することの明らかな疾病)の内訳別新規支給決定件数

分類		疾病分類項目	1978~	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	合計
大	小		1992								
二	13	1から12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物理的因子にさらされる業務に起因することの明らかな疾病	26	0	1	0	1	3	0	0	31
		1 寒冷による四肢の疾患	11								11
		2 異常高温下で作業したことによる脱水症	7								7
		3 潜水作業による耳の疾患	7				1	1			9
		4 日光による皮膚炎(水疱形成)	1								1
		5 潜水作業による硝子体出血			1						1
		6 低温、密室であるコンテナ内での脱水症						1			1
		7 航空機圧外傷による内耳障害						1			1
三	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	279	31	19	24	28	23	9	6	419
		1 (作業態様による骨、関節の疾患)	106	11	5	8	7	9	1	1	148
	(1)	1 上肢の外顆炎又は上顆炎	(56)	(6)	(1)	(6)	(4)				(73)
	(2)	2 上肢の関節炎	(27)	(1)	(2)	(1)		(7)	(1)		(39)
	(3)	3 キーンバック病	(23)	(4)	(2)	(1)	(3)	(2)		(1)	(36)
	2	2 作業態様による腱、筋、神経の疾患	118	10	10	6	12	6	0	0	162
	(1)	1 腱炎、腱鞘炎等	(27)	(5)	(6)	(1)	(6)	(1)			(46)
	(2)	2 筋肉痛等	(10)	(1)	(1)			(2)			(14)
	(3)	3 神経麻痺等	(81)	(4)	(3)	(5)	(6)	(3)			(102)
	3	3 その他の疾患	55	10	4	10	9	8	8	5	109
	(1)	1 手根管症候群	(27)	(2)	(1)	(2)	(3)	(5)	(2)		(42)
	(2)	2 脊椎症	(11)	(3)	(1)				(2)	(1)	(18)
	(3)	3 血行障害	(4)								(4)
	(4)	4 その他	(13)	(5)	(2)	(8)	(6)	(3)	(4)	(4)	(45)
四	8	1から7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化学物質等にさらされる業務に起因することの明らかな疾病	353	40	46	76	34	68	52	32	701
	1	1 単体又は化合物	110	12	17	42	8	23	22	8	242
	(1)	1 オキシ塩化リンによる急性薬物中毒	(1)			(1)			(1)		(3)
	(2)	2 オキシ塩化リンによる鼻炎等				(1)					(1)
	(3)	3 石灰による薬傷	(4)								(4)
	(4)	4 ソーダ灰による薬傷								(1)	(1)
	(5)	5 オゾンによる気管支喘息	(1)								(1)
	(6)	6 過酸化水素による薬傷	(3)							(1)	(4)
	(7)	7 硫化バリウムによる両角膜腐蝕	(1)								(1)
	(8)	8 次亜塩素酸ナトリウムによる皮膚炎	(5)	(1)				(2)	(1)	(1)	(10)
	(9)	9 次亜塩素酸ナトリウムによる急性中毒	(1)			(1)	(1)	(2)	(2)		(7)
	(10)	10 次亜塩素酸ナトリウムによる肺水腫又は肺炎				(1)	(1)				(2)
	(11)	11 次亜塩素酸ナトリウムによる角膜びらん	(1)						(1)		(2)
	(12)	12 亜塩素酸ナトリウムによる気管支炎	(1)								(1)
	(13)	13 亜塩素酸ナトリウムによる気管支炎	(1)								(1)
	(14)	14 塩素酸ナトリウムによる両角膜腐蝕	(1)				(1)				(2)
	(15)	15 塩化アルミニウムによる両角膜腐蝕				(1)					(1)
	(16)	16 アセチレン及び酸素ガスによる肺炎	(2)		(1)						(3)
	(17)	17 アセチレン及び酸素ガスによる肺水腫	(5)								(5)
	(18)	18 アセチレン及び酸素ガスによる中毒(呼吸困難等)	(1)								(1)
	(19)	19 硫化ナトリウムによる角膜腐蝕	(1)								(1)
	(20)	20 スズによる接触性皮膚炎	(1)								(1)

特集／職業病の労災補償

分類		疾病分類項目	1978～ 1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	合計
大	小										
	(21)	金属ナトリウムによる化学熱傷		(1)						(1)	(2)
	(22)	亜鉛溶液による化学熱傷	(1)								(1)
	(23)	二酸化塩素による気管支炎、気管支喘息		(1)			(1)			(1)	(3)
	(24)	窒素酸化物吸入によるサイロフィラー病		(1)	(3)						(4)
	(25)	窒素酸化物吸入による中毒		(2)							(2)
	(26)	重リン酸アルミニウムの反応途中のリン酸塩による薬品熱傷	(1)								(1)
	(27)	ブタンガス中毒	(1)						(1)		(2)
	(28)	ケテンガスによる中毒		(1)							(1)
	(29)	メタノールによる接触性皮膚炎	(1)								(1)
	(30)	メタノールによる爪甲剥離	(1)								(1)
	(31)	エタノールによる湿疹、紅皮症、接触性皮膚炎	(1)								(1)
	(32)	エタノールによる急性鼻咽喉炎								(1)	(1)
	(33)	アリアルアルコールによる薬傷		(1)							(1)
	(34)	イソプロピルアルコールによる薬物アレルギー	(1)					(1)			(2)
	(35)	蟻酸による接触性皮膚炎	(1)								(1)
	(36)	酢酸による化学熱傷	(8)						(1)		(9)
	(37)	酢酸による角膜炎			(1)						(1)
	(38)	珪酸メチルによる角膜腐蝕	(1)								(1)
	(39)	亜硝酸メチル中毒							(1)		(1)
	(40)	亜硝酸がすによる中毒	(1)								(1)
	(41)	塩化メチレン中毒	(1)								(1)
	(42)	塩化メチレンによる薬傷				(1)					(1)
	(43)	塩化シアンによる気道薬傷			(1)						(1)
	(44)	メチルエチルケトンによる中毒	(1)	(1)							(2)
	(45)	メチルエチルケトンによる皮膚炎	(1)								(1)
	(46)	フロンガスによる肝障害	(1)				(1)	(2)	(2)	(1)	(7)
	(47)	六弗化セレンによる肺炎	(1)								(1)
	(48)	アセトニトリルによる中毒								(1)	(1)
	(49)	ジシクロヘキサカルボジアミドによる角膜浸潤	(1)								(1)
	(50)	パラアニジジンによるメヘモグロビン血症	(2)								(2)
	(51)	トリクロロメチルクロロホーメドによる中毒(急性肺水腫)	(1)								(1)
	(52)	N-フェニルマレイミドによる薬傷(熱傷)	(1)								(1)
	(53)	パラクローラアニリンによるメヘモグロビン血症	(1)		(1)			(3)			(5)
	(54)	5-ニトロ-2-メチルアニリンによる肝障害							(5)		(5)
	(55)	アクリル酸エチルエステルによる接触性皮膚炎	(1)								(1)
	(56)	トリフェニルスズフタートによる化学熱傷	(1)								(1)
	(57)	オルトクロロニトロベンゼンによる急性メヘモグロビン血症	(1)						(1)		(2)
	(58)	P-ニトロベンゾニトリルによる中毒	(1)								(1)
	(59)	トプチルジメチルクロロシランによる中耳炎		(1)							(1)
	(60)	2,2-ジプロモ-2-ニトロエタノールによる化学熱傷、皮膚壊死		(1)							(1)
	(61)	4-クロロ-2-アミノフェノールによる接触性皮膚炎		(1)							(1)
	(62)	トリメトキシアムによる角膜びらん			(2)			(1)			(3)
	(63)	フェニルヒドラジン中毒	(1)								(1)
	(64)	パラニトロトルエンによるメヘモグロビン血症	(1)								(1)
	(65)	トルヒドロキノンによる中毒性表皮壊死傷	(1)								(1)
	(66)	ヘキサメチレンジアミンによるアルカリ腐蝕			(1)						(1)
	(67)	N・N-ジシクロヘキサカルボジイミドによる皮膚炎	(1)								(1)
	(68)	モノクロルアセトアルデヒド(MCAD)による化学熱傷				(1)					(1)

分類		疾病分類項目	1978～ 1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	合計
大	小										
	(69)	フォッグソルベント(炭化水素)の誤嚥性肺炎			(1)						(1)
	(70)	メチレンビスチオシアネートによる薬傷			(1)						(1)
	(71)	2-クロロ-4,6-ジメチキシ-1,3,5-トリアジン(CDMT)による接触性皮膚炎、中毒疹等			(3)						(3)
	(72)	プロピオン酸ジョサマイシンによる接触性皮膚炎			(1)						(1)
	(73)	ニッケル液(メッキ溶液)による接触性皮膚炎				(1)					(1)
	(74)	Sマイト水溶液(アルカリ)による両眼化学傷				(1)					(1)
	(75)	ケイフッ素酸溶液(電解液)による皮膚粘膜炎				(1)					(1)
	(76)	サリンによる中毒				(32)					(32)
	(77)	PXCL2(a,a'ジクロロパラキシレン)による炎症						(1)			(1)
	(78)	IIN1T2による接触性皮膚炎						(1)			(1)
	(79)	3,4-オルトトリレンジアミンによる中毒疹						(1)			(1)
	(80)	その他	(43)		(1)		(3)	(9)	(6)		(62)
2		混合物及びその他	244	28	29	34	26	44	30	24	459
(1)		理美容師のシャンプー、洗剤等の使用による接触性皮膚炎	(28)	(2)		(5)	(3)	(5)	(2)		(45)
(2)		理美容師のコールドパーマ液使用による接触性皮膚炎	(22)	(4)	(6)		(1)	(4)	(3)	(3)	(43)
(3)		洗剤、洗淨剤、洗淨液による湿疹、接触性皮膚炎、薬物中毒	(61)	(2)	(5)	(9)	(5)	(6)	(4)	(1)	(93)
(4)		トイレ洗淨用品による気管支炎、咽喉炎、結膜炎	(1)		(1)						(2)
(5)		洗淨液による皮膚壊死			(1)						(1)
(6)		洗淨液による両眼アルカリ腐蝕			(1)						(1)
(7)		洗剤による角膜化学傷、角膜潰瘍		(1)					(2)		(3)
(8)		洗剤による掌角化症		(1)							(1)
(9)		ゴム金型洗淨剤(アルカノールアミン、特殊カルボン酸塩)による両手潰瘍	(1)								(1)
(10)		漂白剤による接触性皮膚炎	(5)					(1)			(6)
(11)		シミぬき溶剤による気管支炎	(1)								(1)
(12)		シミ取り液による化学熱傷				(1)					(1)
(13)		防かび剤による皮膚障害	(1)			(2)		(1)			(4)
(14)		防錆剤(クレオソート油)による中毒	(1)								(1)
(15)		害虫駆除剤による中毒、皮膚炎	(6)							(1)	(7)
(16)		防虫剤による接触性皮膚炎	(5)								(5)
(17)		白アリ駆除剤(クロルピリホス)による(有機リン)中毒	(1)	(2)							(3)
(18)		白アリ駆除剤(クロルピリホス)による肝障害	(1)								(1)
(19)		白アリ駆除剤による皮膚炎、神経障害	(3)		(1)					(1)	(5)
(20)		接着剤(変性アクリル、アクリル系ポンド、ロックタイト系等)及び硬化促進剤による湿疹・接触皮膚炎	(6)			(1)		(1)		(5)	(13)
(21)		接着剤(アセトン、メチルエチルケトン)による熱傷			(1)						(1)
(22)		錆止め剤(アンチラスト)によるアレルギー性皮膚炎	(1)								(1)
(23)		中和防錆剤(ジャスコM-195)による接触性皮膚炎	(1)								(1)
(24)		防錆剤(ベンゾチアノール系、チオシアネート系薬剤混合剤)による中毒疹、湿疹	(1)								(1)
(25)		錆止め塗料による中毒(呼吸困難、頭痛等)		(1)							(1)
(26)		排ガス(トリクロロSTリアジン)による細気管支炎	(1)								(1)
(27)		都市ガスによるガス中毒	(4)			(1)	(1)	(1)			(7)
(28)		アルゴン炭酸ガス、ヒューム吸入による肺水腫	(1)								(1)
(29)		除草剤(5%プロマシル剤含有)によるびまん性間質性肺炎	(1)								(1)
(30)		農薬(EDM、デナボン、グリエムダイファー)による中毒	(1)			(1)					(2)
(31)		農薬による気道炎、胃炎	(1)								(1)

特集／職業病の労災補償

分類		疾病分類項目	1978～ 1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	合計
大	小										
	(32)	農薬(キャブタン)による気管支炎	(1)								(1)
	(33)	農薬(トリアジン)による皮膚炎	(5)								(5)
	(34)	農薬(エメロン水和剤)アドマイア・ランネードによる中毒	(1)					(1)			(2)
	(35)	農薬(チューラム剤)による皮膚炎	(1)								(1)
	(36)	農薬(トルピラン液)による両眼角膜葉傷	(1)								(1)
	(37)	農薬(石灰硫黄合剤)による接触性皮膚炎	(1)								(1)
	(38)	農薬(TPN)による皮膚炎							(1)		(1)
	(39)	農薬(カーバマナトリウム塩液剤)による化学熱傷							(1)		(1)
	(40)	農薬(DD)による化学熱傷							(1)		(1)
	(41)	農薬による化学熱傷	(1)					(1)			(2)
	(42)	肥料による化学熱傷	(2)						(1)		(3)
	(43)	医薬品・化粧品による接触性皮膚炎	(2)		(1)				(1)	(2)	(6)
	(44)	コンクリート静的破砕剤による両角膜腐蝕	(1)								(1)
	(45)	コンクリート粉じんの吸引による皮膚炎	(1)								(1)
	(46)	清缶剤(キレートB15L)による葉傷	(1)								(1)
	(47)	機械加工用水溶性切削剤(EC60)による皮膚炎	(1)								(1)
	(48)	切削油(コシローケンシンセティック#830)による化膿創				(1)					(1)
	(49)	研削切削液による皮膚炎							(1)		(1)
	(50)	助燃剤による火傷及び角膜腐蝕	(1)								(1)
	(51)	デベト液による接触性皮膚炎	(1)								(1)
	(52)	カシュウ液による皮膚炎	(1)								(1)
	(53)	剥離剤による葉傷	(4)		(1)						(5)
	(54)	エポキシ樹脂による気管支炎	(1)								(1)
	(55)	ポリエステル配合剤による接触性皮膚炎	(1)								(1)
	(56)	ノニルフェノール、ジノニルフェノール、フェノールの混合液による化学傷	(1)								(1)
	(57)	クエン酸、リンゴ酸、酒石酸ナトリウム混合液による接触性皮膚炎	(1)								(1)
	(58)	ジアクリレート系物質による接触性皮膚炎	(1)								(1)
	(59)	フウイムコントロール剤(ハルブ原料に含有)による葉傷	(1)								(1)
	(60)	酢酸ビニル樹脂による湿疹様皮膚炎	(1)								(1)
	(61)	トリポリン酸、無水メタケイ酸ナトリウム、炭酸ナトリウムによる皮膚炎	(1)								(1)
	(62)	溶剤(レジスト、銀ペースト、酢酸エチル他)による接触性皮膚炎	(1)								(1)
	(63)	薬液(珪酸ソーダー、LCグラフト)他による葉傷(熱傷)	(2)								(2)
	(64)	地盤注入(凝固剤)水ガラス系(珪酸ナトリウム)による接触性皮膚炎、皮膚炎後感染症	(1)								(1)
	(65)	消化器充填剤(粉末)による肺炎・咽喉頭炎・気管支炎	(1)					(1)			(2)
	(66)	消化器剤の吸入による咽頭浮腫		(1)							(1)
	(67)	ガソリンによる咽頭喉炎、気管支炎、細気管支炎、肺炎	(1)	(1)							(2)
	(68)	軽油の誤飲による腎機能障害	(1)								(1)
	(69)	亜鉛メッキ板等溶接時有害蒸気による気管支肺炎(気管支粘膜の障害)	(1)		(1)			(4)			(6)
	(70)	金属ヒューム(酸化鉄、鉄等)による気管支喘息				(1)					(1)
	(71)	タンク内容接作業による間質性肺炎						(1)			(1)
	(72)	ゴム手袋による接触性皮膚炎		(1)		(1)	(1)		(1)	(1)	(5)
	(73)	原酒による両角膜腐蝕				(1)					(1)
	(74)	アルコール(酒粕)による急性中毒		(1)							(1)
	(75)	消毒液(ヒビデン、オスノブ、アルコール等)による皮膚炎	(3)		(1)	(1)					(5)
	(76)	電解ニッケル室に発生した煙による化学性肺臓炎(両肺)		(1)							(1)

分類		疾病分類項目	1978~ 1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	合計
大	小										
	(77)	はんだ付け作業による薬疹、気管支炎		(1)							(1)
	(78)	顔料、インクによる接触性皮膚炎		(1)					(1)	(1)	(3)
	(79)	白木の漂白剤(亜塩素酸ナトリウム含有)による中毒、咽頭炎等		(2)							(2)
	(80)	塗料による有機溶剤中毒		(1)		(1)	(1)		(1)		(4)
	(81)	塗料による接触性皮膚炎			(1)				(2)		(3)
	(82)	塗装剤(キシラジュール)による角膜腐蝕	(1)								(1)
	(83)	ラッカーシンナーによる有機溶剤中毒、接触性皮膚炎等		(1)	(1)		(1)	(3)	(1)		(7)
	(84)	溶剤(メチルエチルケトン、イソプロピルアルコール等)による中毒、接触性皮膚炎等		(1)	(1)		(2)	(1)		(2)	(7)
	(85)	シャキットスプレー(アクリル樹脂アルカールアミン液)の誤吸入による気管支炎		(1)							(1)
	(86)	水酸化ソーダ、硫化ソーダ、石灰により発生したガスによる中毒		(1)							(1)
	(87)	銅管接着用フラックスによる接触性皮膚炎			(1)						(1)
	(88)	マッサージオイルによる接触性皮膚炎			(1)		(1)			(1)	(3)
	(89)	ドロマイトプラスターによる接触性皮膚炎			(1)						(1)
	(90)	アルカリ系製品(アミン)による接触性皮膚炎			(1)						(1)
	(91)	わら、飼料等による枯草熱好酸球増多症				(1)					(1)
	(92)	原皮処理用薬品による成人呼吸促進症候群				(1)					(1)
	(93)	粉薬(ピクシンドライシップ、ホスミンドライシロップ等)による接触性皮膚炎				(1)					(1)
	(94)	カビ・牧草の粉じんによる間質性肺炎						(1)			(1)
	(95)	解体時の粉じんによる気管支炎						(1)			(1)
	(96)	防凍剤(亜硝酸ナトリウム)による薬物中毒						(2)			(2)
	(97)	発煙筒(六塩化エタン、亜鉛華、亜鉛粉)による薬剤性肝障害						(1)			(1)
	(98)	ポリ合板焼却時に発生したガス煙による急性甲状腺炎、喉頭腫瘍						(1)			(1)
	(99)	潤滑油による気管支炎						(1)			(1)
	(100)	防水スプレーによる気管支炎								(1)	(1)
	(101)	乾燥剤による皮膚炎								(2)	(2)
	(102)	その他	(43)	(1)	(2)	(5)	(10)	(5)	(8)	(3)	(77)
六	5	1から4までに掲げるもののほか、これらの疾患に付随する疾患その他細菌、ウイルス等の病原体にさらされる業務に起因することの明らかな疾病	801	23	35	27	37	59	61	37	1,080
	1	海外出張等	285	9	14	21	11	16	8	13	377
	(1)	ウイルス肝炎	(164)	(7)	(4)	(8)	(4)	(4)	(4)	(3)	(198)
	(2)	パラチフス、腸チフス、マラリア	(51)	(1)	(6)	(6)	(3)	(4)	(1)	(5)	(77)
	(3)	赤痢	(45)	(1)	(3)	(4)	(3)	(5)	(1)	(2)	(64)
	(4)	コレラ	(5)		(1)	(1)		(1)			(8)
	(5)	その他	(20)			(2)	(1)	(2)	(2)	(3)	(30)
	2	給食等	468	11	15	2	17	35	40	17	605
	(1)	食中毒	(468)	(11)	(15)	(2)	(17)	(35)	(40)	(17)	(605)
	(2)	赤痢									0
	3	その他	48	3	6	4	9	8	13	7	98
	(1)	風疹、麻疹	(47)					(1)			(48)
	(2)	水痘症						(1)			(3)
	(3)	ウイルス肝炎			(2)	(1)	(1)	(1)	(1)		(6)
	(4)	疥癬			(4)	(2)	(3)	(2)	(5)	(1)	(17)
	(5)	その他	(1)	(3)		(1)	(5)	(3)	(7)	(4)	(24)

分類		疾病分類項目	1978～1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	合計
大	小										
九		その他業務に起因することの明らかな疾病	885	54	52	97	104	110	118	121	1,541
	1	化学物質によらない皮膚炎	3								3
	2	大声を出したことによる声帯ポリープ、急性声帯炎等	6	1			1			1	9
	3	著しい疲労による網膜剥離	1								1
	4	恐怖による流産	1								1
	5	死亡災害発生のショックによる不安神経症	1								1
	6	精神的、肉体的疲労による十二指腸潰瘍	1								1
	7	父親が砂に埋まり、救助作業中の過換気症候群、熱疲労	1								1
	8	給食配達中の過換気症候群	1								1
	9	抗マラリア剤服用による薬剤性肝障害	1								1
	10	下肢静脈瘤							1		1
	11	精神障害	5				1	2	3	14	25
	12	じん肺症に合併した肺がん	279	22	20	21	20	35	24	25	446
	13	過重負荷による脳血管疾患	345	19	23	43	49	46	47	49	621
	14	過重負荷による虚血性心疾患	182	12	9	33	29	27	43	32	367
	15	その他	58				4				62

※第四号8(化学物質等)については内訳の累計と合計数に食い違いがある部分がある。
 ※()は上位区分の内数である。第三号5については、職種別、性別のデータも入手している。
 ※厚生労働省資料により、全国労働安全衛生センター連絡会議が作成。

[→34頁から続く] の機会となった。われわれは、同法の積極的活用と同時に、「情報公開法施行を契機に、同法の開示請求手続によらずに公開させる情報の範囲をできるだけ広げる」という方針で取り組みを進めてきた。この間の経験と成果については、次号で紹介する予定でいる。

とりわけ職業病の労災補償関係データについては、関西労働者安全センターの片岡明彦氏の積極的な働きかけによって、開示請求と情報提供双方のかたちで、飛躍的にくわしい情報を入手できてきている。本号では、その中間報告をしておきたい。

表1(35-37頁)は、労基則別表第1の2の小分類よりもさらにくわしい、「傷病性質コード」別の認定(支給決定)件数の、1999、2000年度分のデータである。これによってわかった認定件数の多い上位5医疾病は、30頁記載のとおり。認定件数全体に占める具体的列挙規定疾病と包括的救済規定疾病の内訳も、計算できるようになった(12頁)。

(なお、大分類別では、1978年度以降の各年度分のデータも、(職業がんの内訳は、1977年度以前の数字も含めて)、あらためて入手している。)

表2(37-38頁)は、同じ2年度分について、新たに、請求件数と不支給決定件数が明らかになった疾病に関するデータである。現在までのところ、非災害

性腰痛、頸肩腕症候群等、小分類別も含めた職業がん、じん肺合併肺がん、および、1999年度は、振動障害、じん肺・合併症についても、データが入手できた。すでに請求件数が明らかにされている脳・心臓疾患、精神障害についても加えておいた(不支給決定件数のデータはなし)。なお、これらについては、都道府県別のデータも入手できている。

31頁に記載したように、これを使うと、「支給(認定)件数/請求件数」が計算でき、支給決定全体の10%未満分についてだけではあるが、1999年度51.0%、2000年度48.0%。1999年度については、振動障害とじん肺・合併症のデータを含めると、支給決定全体の34%を占め、78.0%、という数字になる。

「認定率」という意味では、「支給(認定)件数/(支給+不支給)件数」の方がふさわしいが、データが判明している疾病(上記から脳・心、精神障害を除いたもの)についてその率を求めると、1999年度77.7%(振動障害、じん肺・合併症を含めると91.7%)、2000年度81.6%、となる(38頁最下欄)。

表3(39-40頁)は、同じく1999年度分についての、化学物質による業務上疾病(第四号1)の内訳。

表4(41-45頁)は、包括的救済規定に係る業務上疾病の内訳で、こちらは1978～1999年度のデータが入手できている。



脳・心臓疾患の労災(公災) 認定基準改訂

発症前6か月前の業務を評価 労働時間評価の目安等示す

前号(21-23頁)で「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書」の概要を紹介した。厚生労働省は、2001年内にもこの報告書を踏まえて労災認定基準を改正するとしていたが、12月12日付けで、基発第1063号「脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く。)の認定基準について」を発した。同時に、「運用上の留意点等」について示した事務連絡(基労補発第31号)も出されている(事務連絡のコピーは、発表用には用意されていなかったが、存在を確認したうえで、要請したところ、今回は、寸時部内の確認に要しただけで、素直に提供された)。

また、同じ日付で、地方公務員災害補償基金も、地基補第239号「心・血管疾患及び脳血管疾患等の職務関連疾患の公務上災害の認定について(通知)」および同通知の「実施及び公務起因性判断のための調査事項について(通知)」(地基補第240号)を発出した。

本号では、これらの到達・通知を紹介する。なお、人事院も同じ日付で、勤補-323「心・血管疾患及び脳血管疾患等業務関連疾患の公務上災害の認定について(通知)」を出している。

全国安全センターでは、厚生労働省検討委員会報告書の発表後、ただちに同検討会議の会議提出資料全てについて、情報公開法に基づく開示請求手続を行った。認定基準改訂作業もあつたためだろうが、一旦開示決定期限が延長された後、12月28日付けで開示決定がなされた。現時点では未入手だが、12回の会議分1,229頁の文書が開示決定されていることを報告しておく。

厚生労働省発表

- 1 「過労死」の労災認定については、平成7年2月に改正した「脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く。)の認定基準」([1995年4月号参照]以下「脳・心臓疾患の認定基準」という。)に基づき行ってきたところである。

このような中、平成12年7月、最高裁判所は、自動車運転者に係る行政事件訴訟の判決において、業務の過重性の評価に当たり、脳・心臓疾患の認定基準では具体的に明示していなかつ

た慢性の疲労や就労態様に応じた諸要因を考慮する考えを示した[2000年12月号参照]。

- 2 このため、医学専門家等を参集者とする「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会」において、疲労の蓄積等について医学面からの検討が行われ、平成13年11月16日に検討結果が取りまとめられた[2001年12月号参照]。
- 3 厚生労働省では、この検討結果を踏まえて、脳・心臓疾患の認定基準を改正し、平成13年12月12日付けで厚生労働省労働基準局長から都道府県労働局長あて到達したところである。

厚生労働省では、新認定基準に基づき、迅速・適正な労災認定を行うよう、努めていくこととしている。

- 4 新認定基準の主な改正点は、次のとおりである。
- (1) 脳・心臓疾患の発症に影響を及ぼす業務による明らかな過重負荷として、長期間にわたる疲労の蓄積を考慮することとしたこと(長期間の過重業務)。
- (2) (1)の評価期間を発症前おおむね6か月間としたこと。
- (3) 長期間にわたる業務の過重性を評価するに当たって、労働時間の評価の目安を示したこと。
- (4) 業務の過重性を評価するための具体的負荷要因(労働時間、不規則な勤務、交替制勤務・深夜勤務、作業環境、精神的緊張を伴う業務等)やその負荷の程度を評価する視点を示したこと。
- 5 新認定基準の概要は、別添のとおりである。

(別添)脳・心臓疾患の認定基準の概要

1 基本的な考え方

- (1) 脳・心臓疾患は、血管病変等が長い年月の生活の営みの中で、形成、進行及び増悪するといった自然経過をたどり発症する。
- (2) しかしながら、業務による明らかな過重負荷が加わることによって、血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪し、脳・心臓疾患が発症する場合がある。
- (3) 脳・心臓疾患の発症に影響を及ぼす業務による明らかな過重負荷として、発症に近接した時期における負荷のほか、長期間にわたる疲労の蓄積も考慮することとした。
- (4) また、業務の過重性の評価に当たっては、労働時間、勤務形態、作業環境、精神的緊張の状態等を具体的かつ客観的に把握、検討し、総合的に判断する必要がある。

2 対象疾病

- (1) 脳血管疾患

- | | |
|-------------|----------|
| ア 脳内出血(脳出血) | イ くも膜下出血 |
| ウ 脳梗塞 | エ 高血圧性脳症 |
- (2) 虚血性心疾患等
- | | |
|-------------------|-------|
| ア 心筋梗塞 | イ 狭心症 |
| ウ 心停止(心臓性突然死を含む。) | |
| エ 解離性大動脈瘤 | |

3 認定要件

次の(1)、(2)又は(3)の業務による明らかな過重負荷を受けたことにより発症した脳・心臓疾患は、労基則別表第1の2第9号に該当する疾病として取り扱う。

- (1) 発症直前から前日までの間において、発生状態を時間的及び場所的に明確にし得る異常な出来事に遭遇したこと(異常な出来事)。
- (2) 発症に近接した時期において、特に過重な業務に就労したこと(短期間の過重業務)。
- (3) 発症前の長期間にわたって、著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務に就労したこと(長期間の過重業務)。

4 認定要件の運用

- (1) 脳・心臓疾患の疾患名及び発症時期の特定について
- | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| ア 疾患名の特定について |
| 脳・心臓疾患の発症と業務との関連性を判断する上で、発症した疾患名は重要であるので、臨床所見、解剖所見、発症前後の身体状況等から疾患名を特定し、対象疾病に該当することを確認すること。 |
| イ 発症時期の特定について |
| 脳・心臓疾患の発症時期については、業務と発症との関連性を検討する際の起点となるものであるため、臨床所見、症状の経過等から症状が出現した日を特定し、その日をもって発症日とすること。 |
- (2) 過重負荷について
- 過重負荷とは、医学経験則に照らして、脳・心臓疾患の発症の基礎となる血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ得ることが客観的に認められる負荷をいう。

ア 異常な出来事について

(ア) 異常な出来事

- a 極度の緊張、興奮、恐怖、驚がく等の強度の精神的負荷を引き起こす突発的又は予測困難な異常な事態
- b 緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的又は予測困難な異常な事態
- c 急激で著しい作業環境の変化

(イ) 評価期間

発症直前から前日までの間

(ウ) 過重負荷の有無の判断

遭遇した出来事が前記(ア)に掲げる異常な出来事に該当するか否かによって判断すること。

イ 短期間の過重業務について

(ア) 特に過重な業務

特に過重な業務とは、日常業務(通常の所定労働時間内の所定業務内容をいう。)に比較して特に過重な身体的、精神的負荷を生じさせたと客観的に認められる業務をいう。

(イ) 評価期間

発症前おおむね1週間

(ウ) 過重負荷の有無の判断

特に過重な業務に就労したと認められるか否かについては、①発症直前から前日までの間について、②発症直前から前日までの間の業務が特に過重であると認められない場合には、発症前おおむね1週間について、業務量、業務内容、作業環境等を考慮し、同僚等にとっても、特に過重な身体的、精神的負荷と認められるか否かという観点から、客観的かつ総合的に判断すること。

具体的な負荷要因は、次のとおりである。

- a 労働時間
- b 不規則な勤務
- c 拘束時間の長い勤務
- d 出張の多い業務
- e 交替制勤務・深夜勤務
- f 作業環境(温度環境・騒音・時差)
- g 精神的緊張を伴う業務

(別添)

労働時間以外の要因

就労態様		負荷の程度を評価する視点
不規則な勤務		予定された業務スケジュールの変更の頻度・程度、事前の通知状況、予測の度合、業務内容の変更の程度
拘束時間の長い勤務		拘束時間数、実労働時間数、労働密度(実作業時間と手待時間との割合等)、業務内容、休憩・仮眠時間数、休憩・仮眠施設の状況(広さ、空調、騒音等)
出張の多い業務		出張中の業務内容、出張(特に時差のある海外出張)の頻度、交通手段、移動時間及び移動時間中の状況、宿泊の有無、宿泊施設の状況、出張中における睡眠を含む休憩・休息の状況、出張による疲労の回復状況等
交替制勤務・深夜勤務		勤務シフトの変更の度合、勤務と次の勤務までの時間、交替制勤務における深夜時間帯の頻度等
作業環境	温度環境	寒冷の程度、防寒衣類の着用の状況、一連続作業時間中の採暖の状況、暑熱と寒冷との交互のばく露の状況、激しい温度差がある場所への出入りの頻度等
	騒音	おおむね80dBを超える騒音の程度、そのばく露時間・期間、防音保護具の着用の状況等
	時差	5時間を超える時差の程度、時差を伴う移動の頻度等
精神的緊張を伴う業務		【日常的に精神的緊張を伴う業務】 業務量、就労期間、経験、適応能力、会社の支援等 【発症に近接した時期における精神的緊張を伴う業務に関連する出来事】 出来事(事故、事件等)の大きさ、損害の程度等

(b～g)の項目の負荷の程度を評価する視点は別添[前頁]のとおり)

ウ 長期間の過重業務について

(ア) 疲労の蓄積の考え方

恒常的な長時間労働等の負荷が長期間にわたって作用した場合には、「疲労の蓄積」が生じ、これが血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ、その結果、脳・心臓疾患を発症させることがある。

このことから、発症との関連性において、業務の過重性を評価するに当たっては、発症時における疲労の蓄積がどの程度であったかという観点から判断することとする。

(イ) 評価期間

発症前おおむね6か月間

(ウ) 過重負荷の有無の判断

著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務に就労したと認められるか否かについては、業務量、業務内容、作業環境等を考慮し、同僚等にとっても、特に過重な身体的、精神的負荷と認められるか否かという観点から、客観的かつ総合的に判断すること。

具体的には、労働時間のほか前記イの(ウ)のb～gまでに示した負荷要因について十分

検討すること。

その際、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられる労働時間に着目すると、その時間が長いほど、業務の過重性が増すところであり、具体的には、発症日を起点とした1か月単位の連続した期間をみて、

① 発症前1か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね45時間を超える時間外労働が認められない場合は、業務と発症との関連性が弱いが、おおむね45時間を超えて時間外労働時間が長くなるほど、業務と発症との関連性が徐々に強まると評価できること

② 発症前1か月間におおむね100時間又は発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強まると評価できることを踏まえて判断すること。

5 その他

- (1) 脳卒中について
- (2) 急性心不全について
- (3) 不整脈について



基発第1063号
平成13年12月12日
都道府県労働局長 殿
厚生労働省労働基準局長

**脳血管疾患及び虚血性
心疾患等(負傷に起因するものを除く。)の認定基準について**

年4月号] (以下「30号通達」という。)により示してきたところであるが、今般、「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会」の検討結果を踏まえ、別添の認定基準を新たに定めたので、今後の取扱いに遺漏のないように万全を期されたい。

なお、本通達の施行に伴い、38号通達及び30号通達は廃止する。

(別添)

脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く。)の認定基準

第1 基本的な考え方

脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く。以下「脳・心臓疾患」という。)は、

標記については、平成7年2月1日付け基発第38号[1995年4月号] (以下「38号通達」という。)及び平成8年1月22日付け基発第30号通達[1995

その発症の基礎となる動脈硬化等による血管病変又は動脈瘤、心筋変性等の基礎的病態（以下「血管病変等」という。）が長い年月の生活の営みの中で形成され、それが徐々に進行し、増悪するといった自然経過をたどり発症に至るものとされている。

しかしながら、業務による明らかな過重負荷が加わることによって、血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪し、脳・心臓疾患が発症する場合があります。そのような経過をたどり発症した脳・心臓疾患は、その発症に当たって、業務が相対的に有力な原因であると判断し、業務に起因することの明らかな疾病として取り扱うものである。

このような脳・心臓疾患の発症に影響を及ぼす業務による明らかな過重負荷として、発症に近接した時期における負荷のほか、長期間にわたる疲労の蓄積も考慮することとした。

また、業務の過重性の評価に当たっては、労働時間、勤務形態、作業環境、精神的緊張の状態等を具体的かつ客観的に把握、検対し、総合的に判断する必要がある。

第2 対象疾病

本認定基準は、次に掲げる脳・心臓疾患を対象疾病として取り扱う。

1 脳血管疾患

- (1) 脳内出血（脳出血）
- (2) くも膜下出血
- (3) 脳梗塞
- (4) 高血圧性脳症

2 虚血性心疾患等

- (1) 心筋梗塞
- (2) 狭心症
- (3) 心停止（心臓性突然死を含む。）
- (4) 解離性大動脈瘤

第3 認定要件

次の(1)、(2)又は(3)の業務による明らかな過

重負荷を受けたことにより発症した脳・心臓疾患は、労働基準法施行規則別表第1の2第9号に該当する疾病として取り扱う。

- (1) 発症直前から前日までの間において、発生状態を時間的及び場所的に明確にし得る異常な出来事（以下「異常な出来事」という。）に遭遇したこと。
- (2) 発症に近接した時期において、特に過重な業務（以下「短期間の過重業務」という。）に就労したこと。
- (3) 発症前の長期間にわたって、著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務（以下「長期間の過重業務」という。）に就労したこと。

第4 認定要件の運用

1 脳・心臓疾患の疾患名及び発症時期の特定について

(1) 疾患名の特定について

脳・心臓疾患の発症と業務との関連性を判断する上で、発症した疾患名は重要であるので、臨床所見、解剖所見、発症前後の身体の状態等から疾患名を特定し、対象疾病に該当することを確認すること。

なお、前記第2の対象疾病に掲げられていない脳卒中等については、後記第5によること。

(2) 発症時期の特定について

脳・心臓疾患の発症時期については、業務と発症との関連性を検討する際の起点となるものである。

通常、脳・心臓疾患は、発症（血管病変の破綻（出血）又は閉塞した状態をいう。）の直後に症状が出現（自覚症状又は他生所見が明らかに認められることをいう。）するとされているので、臨床所見、症状の経過等から症状が出現した日を特定し、その日をもって発症日とすること。

なお、前駆症状（脳・心臓疾患発症の警告の症状をいう。）が認められる場合であって、当該前駆症状と発症した脳・心臓疾患との関連性が医学的に明らかとされたときは、当該前駆症状が確認され

た日をもって発症日とすること。

2 過重負荷について

過重負荷とは、医学経験則に照らして、脳・心臓疾患の発症の基礎となる血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ得ることが客観的に認められる負荷をいい、業務による明らかな過重負荷と認められるものとして、「異常な出来事」、「短期間の過重業務」及び「長期間の過重業務」に区分し、認定要件としたものである。

ここでいう自然経過とは、加齢、一般生活等において生体が受ける通常の要因による血管病変等の形成、進行及び増悪の経過をいう。

(1) 異常な出来事について

ア 異常な出来事

異常な出来事とは、具体的には次に掲げる出来事である。

(ア) 極度の緊張、興奮、恐怖、驚がく等の強度の精神的負荷を引き起こす突発的又は予測困難な異常な事態

(イ) 緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的又は予測困難な異常な事態

(ウ) 急激で著しい作業環境の変化

イ 評価期間

異常な出来事と発症との関連性については、通常、負荷を受けてから24時間以内に症状が出現するとされているので、発症直前から前日までの間を評価期間とする。

ウ 過重負荷の有無の判断

異常な出来事と認められるか否かについては、①通常の業務遂行過程においては遭遇することがまれな事故又は災害等で、その程度が甚大であったか、②気温の上昇又は低下等の作業環境の変化が急激で著しいものであったか等について検討し、これらの出来事による身体的、精神的負荷が著しいと認められるか否かという観点から、客観的かつ総合的に判断すること。

(2) 短期間の過重業務について

ア 特に過量な業務

特に過重な業務とは、日常業務に比較して特に過重な身体的、精神的負荷を生じさせたと客観的に

認められる業務をいうものであり、日常業務に就労する上で受ける負荷の影響は、血管病変等の自然経過の範囲にとどまるものである。

ここでいう日常業務とは、通常の所定労働時間内の所定業務内容をいう。

イ 評価期間

発症に近接した時期とは、発症前おおむね1週間をいう。

ウ 過重負荷の有無の判断

(ア) 特に過重な業務に就労したと認められるか否かについては、業務量、業務内容、作業環境等を考慮し、同僚労働者又は同種労働者(以下「同僚等」という。)にとっても、特に過重な身体的、精神的負荷と認められるか否かという観点から、客観的かつ総合的に判断すること。

ここでいう同僚等とは、当該労働者と同程度の年齢、経験等を有する健康な状態にある者のほか、基礎疾患を有していたとしても日常業務を支障なく遂行できる者をいう。

(イ) 短期間の過重業務と発症との関連性を時間的にみた場合、医学的には、発症に近いほど影響が強く、発症から遡るほど関連性は希薄となるとされているので、次に示す業務と発症との時間的関連を考慮して、特に過重な業務と認められるか否かを判断すること。

① 発症に最も密接な関連性を有する業務は、発症直前から前日までの間の業務であるので、まず、この間の業務が特に過重であるか否かを判断すること。

② 発症直前から前日までの間の業務が特に過重であると認められない場合であっても、発症前おおむね1週間以内に過重な業務が継続している場合には、業務と発症との関連性があると考えられるので、この間の業務が特に過重であるか否かを判断すること。

なお、発症前おおむね1週間以内に過重な業務が継続している場合の継続とは、この期間中に過重な業務に就労した日が連続しているという趣旨であり、必ずしもこの期間を通じて過重な業務に就労した日が間断なく続いている場合のみをいうものではない。した

がって、発症前おおむね1週間以内に就労しなかった日があったとしても、このことをもって、直ちに業務起因性を否定するものではない。

(ウ)業務の過重性の具体的な評価に当たっては、以下に掲げる負荷要因について十分検討すること。

a 労働時間

労働時間の長さは、業務量の大きさを示す指標であり、また、過重性性の評価の最も重要な要因であるので、評価期間における労働時間については、十分に考慮すること。

例えば、発症直前から前日までの間に特に過度の長時間労働が認められるか、発症前おおむね1週間以内に継続した長時間労働が認められるか、休日が確保されていたか等の観点から検討し、評価すること。

b 不規則な勤務

不規則な勤務については、予定された業務スケジュールの変更の頻度・程度、事前の通知状況、予測の度合、業務内容の変更の程度等の観点から検討し、評価すること。

c 拘束時間の長い勤務

拘束時間の長い勤務については、拘束時間数、実労働時間数、労働密度(実作業時間と手待時間との割合等)、業務内容、休憩・仮眠時間数、休憩・仮眠施設の状況(広さ、空調、騒音等)等の観点から検討し、評価すること。

d 出張の多い業務

出張については、出張中の業務内容、出張(特に時差のある海外出張)の頻度、交通手段、移動時間及び移動時間中の状況、宿泊の有無、宿泊施設の状況、出張中における睡眠を含む休憩・休息の状況、出張による疲労の回復状況等の観点から検討し、評価すること。

e 交替制勤務・深夜勤務

交替制勤務・深夜勤務については、勤務シフトの変更の度合、勤務と次の勤務までの時間、交替制勤務における深夜時間帯の頻

度等の観点から検討し、評価すること。

f 作業環境

作業環境については、脳・心臓疾患の発症との関連性が必ずしも強くないとされていることから、過重性の評価に当たっては付加的に考慮すること。

(a) 温度環境

温度環境については、寒冷の程度、防寒衣類の着用の状況、一連続作業時間中の採暖の状況、暑熱と寒冷との交互のばく露の状況、激しい温度差がある場所への出入りの頻度等の観点から検討し、評価すること。

なお、温度環境のうち高温環境については、脳・心臓疾患の発症との関連性が明らかでないこととされていることから、一般的に発症への影響は考え難いが、著しい高温環境下で業務に就労している状況が認められる場合には、過重性の評価に当たって配慮すること。

(b) 騒音

騒音については、おおむね80dBを超える騒音の程度、そのばく露時間・期間、防音保護具の着用の状況等の観点から検討し、評価すること。

(c) 時差

飛行による時差については、5時間を超える時差の程度、時差を伴う移動の頻度等の観点から検討し、評価すること。

g 精神的緊張を伴う業務

精神的緊張を伴う業務については、別紙[59頁]の「精神的緊張を伴う業務」に掲げられている具体的業務又は出来事に該当するものがある場合には、負荷の程度を評価する視点により検討し、評価すること。

また、精神的緊張と脳・心臓疾患の発症との関連性については、医学的に十分な解明がなされていないこと、精神的緊張は業務以外にも多く存在すること等から、精神的緊張の程度が特に著しいと認められるものについて評価すること。

(3) 長期間の過重業務について

ア 疲労の蓄積の考え方

恒常的な長時間労働等の負荷が長期間にわたって作用した場合には、「疲労の蓄積」が生じ、これが血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ、その結果、脳・心臓疾患を発症させることがある。

このことから、発症との関連性において、業務の過重性を評価するに当たっては、発症前の一定期間の就労実態等を考察し、発症時における疲労の蓄積がどの程度であったかという観点から判断することとする。

イ 特に過重な業務

特に過重な業務の考え方は、前記(2)のアの「特に過重な業務」の場合と同様である。

ウ 評価期間

発症前の長期間とは、発症前おおむね6か月間をいう。

なお、発症前おおむね6か月より前の業務については、疲労の蓄積に係る業務の過重性を評価するに当たり、付加的要因として考慮すること。

ニ 過重負荷の有無の判断

(ア) 著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務に就労したと認められるか否かについては、業務量、業務内容、作業環境等を考慮し、同僚等にとっても、特に過重な身体的、精神的負荷と認められるか否かという観点から、客観的かつ総合的に判断すること。

(イ) 業務の過重性の具体的な評価に当たっては、疲労の蓄積の観点から、労働時間のほか前記(2)のウの(ウ)のbからgまでに示した負荷要因について十分検討すること。

その際、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられる労働時間に着目すると、その時間が長いほど、業務の過重性が増すところであり、具体的には、発症日を起点とした1か月単位の連続した期間をみて、

- ① 発症前1か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね45時間を超える時間外労働が認められない場合は、業務と発症との関連性が弱いですが、おおむね45時間を超えて時間外労働時間が長くなるほど、業務と発症

との関連性が徐々に強まると評価できること

- ② 発症前1か月間におおむね100時間又は発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できること

を踏まえて判断すること。

ここでいう時間外労働時間数は、1週間当たり40時間を超えて労働した時間数である。

また、休日のない連続勤務が長く続くほど業務と発症との関連性をより強めるものであり、逆に、休日が十分確保されている場合は、疲労は回復ないし回復傾向を示すものである。

第5 その他

1 脳卒中について

脳卒中は、脳血管発作により何らかの脳障害を起こしたものをいい、従来、脳血管疾患の総称として用いられているが、現在では、一般的に前記第2の1に掲げた疾患に分一されている。

脳卒中として請求された事案については、前記第4の1の(1)の考え方にに基づき、可能な限り疾患名を確認すること。

その結果、対象疾病以外の疾病であることが確認された場合を除き、本認定基準によって判断して差し支えない。

2 急性心不全について

急性心不全(急性心臓死、心臓麻痺という場合もある。)は、疾患名ではないことから、前記第4の1の(1)の考え方にに基づき、可能な限り疾患名を確認すること。

その結果、急性心不全の原因となった疾病が、対象疾病以外の疾病であることが確認された場合を除き、本認定基準によって判断して差し支えない。

3 不整脈について

平成8年1月22日付け基発第30号で対象疾病としていた「不整脈による突然死等」は、不整脈が

一義的な原因となって心停止又は心不全症状等を発症したものであることから、「不整脈による突然死等」は、前記第2の2の(3)の「心停止(心臓性突然死を含む。)」に含めて取り扱うこと。



基勞補発第31号
平成13年12月12日
都道府県労働局長労働基準部長 殿
厚生労働省労働基準局
労災補償部補償課長

**脳血管疾患及び虚血性
心疾患等(負傷に起因するもの
を除く。)の認定基準の運用
上の留意点等について**

脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く。)の認定基準については、平成13年12月12日付け基発第1063号(以下「1063号通達」という。)をもって改正されたところであるが、その具体的な運用に当たっては、下記事項に留意されたい。

なお、本事務連絡の施行に伴い、平成7年2月1日付け事務連絡第5号「脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く。)の認定基準の運用上の留意点等について」及び平成8年1月22日付け事務連絡第3号「脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く。)の認定基準の一部改正の留意点について」は廃止する。

おって、1063号通達により正確な理解のため、脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書を活用するものとする。

記

第1 認定基準改正の経緯

脳・心臓疾患に係る労災認定については、平成

7年2月1日付け基発第38号(以下「38号通達」という。)及び平成8年1月22日付け基発第30号により示された認定基準に基づき、適正な運用を図ってきたところである。

このような中、平成12年7月17日、最高裁判所は、自動車運転者に係る行政事件訴訟の判決において、業務の過重性の評価に当たり、相当長期間にわたる業務による負荷や具体的な就労態様による影響を考慮する考えを示した。

この判決を契機として、「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会」を設け、長期間にわたる疲労の蓄積の評価や業務の過重性の評価要因の具体化等を検討課題とし、主に医学面からの検討が行われてきたところである。

今般、その検討結果を踏まえ、業務による明らかな過重負荷として、長期間にわたる疲労の蓄積を評価の対象とするほか、具体的な負荷要因を明示することとし、1063号通達により、認定基準の改正が行われたものである。

第2 主な改正点

1 対象疾病

現在、死亡診断書等には、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回修正」(ICD-10)に準拠した疾患名が一般的に使用されていることから、認定基準に掲げる対象疾病について、これに基づく疾患名で整理したこと。

これにより、従来対象としていた「一次性心停止」及び「不整脈による突然死等」は、「心停止(心臓性突然死を含む。)」に含めて取り扱うこととされたものである。

なお、今回の改正においては、認定基準の対象疾病の範囲に変更はない。

2 長期間にわたる疲労の蓄積

(1) 脳・心臓疾患の発症に影響を及ぼす業務による明らかな過重負荷として、これまで、発症前1週間以内を中心とする発症に近接した時期における負荷を重視してきたが、近年の医学研究

等により、長期間にわたる疲労の蓄積も発症に影響するものと考えられるようになってきたことから、今回の改正において、「異常な出来事」及び「短期間の過重業務」のほか、長期間にわたる疲労の蓄積についても、業務による明らかな過重負荷として考慮することとしたこと。

- (2) 長期間にわたる疲労の蓄積については、発症前6か月間における就労実態を検討することで評価できるとされたことから、その評価期間を発症前おおむね6か月間としたこと。
- (3) 業務の過重性の評価に当たって、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられる労働時間に着目して、業務と発症との関連性を検討する際の労働時間の評価の目安を示したこと。

3 負荷要因の明確化

業務の過重性の評価については、38号通達において、「業務量(労働時間、労働密度)、業務内容(作業形態、業務の難易度、責任の軽重など)、作業環境(暑熱、寒冷など)、発症前の身体状況等を十分調査の上総合的に判断する必要がある。」とされていたが、具体的な負荷要因までは示されていなかった。

今回の改正において、客観的かつ合理的に業務の過重性を評価するために、その負荷要因と要因ごとの負荷の程度を評価する視点を明示したこと。

第3 運用上の留意点

1 対象疾病について

1063号通達では、医学的に過重負荷に関連して発症すると考えられる脳・心臓疾患を対象疾病に掲げ、取り扱う疾病の範囲を明確にしている。

このことから、対象疾病以外の脳・心臓疾患については、一般的に過重負荷に関連して発症するとは考え難いが、過重負荷に関連して発症したとして請求された事案については、本省補償課に相談すること。

2 異常な出来事について

1063号通達の第3の(1)の「異常な出来事」については、従来の取扱いに変更はない。

すなわち、生体が「極度の緊張、興奮、恐怖、驚がく等の強度の精神的負荷を引き起こす突発的又は予測困難な異常な事態」、「緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的又は予測困難な異常な事態」又は「急激で著しい作業環境の変化」に遭遇すると、急激な血圧変動や血管収縮を引き起こし、血管病変等をその自然経過を超えて急激に著しく増悪させ得ることがあるとの医学的知見に基づき、これらを「異常な出来事」として認定要件に掲げたものである。

したがって、遭遇した出来事が「異常な出来事」と認められるか否かは、当該出来事によって急激な血圧変動や血管収縮を引き起こし、その結果、脳・心臓疾患を発症したことが医学的にみて妥当か否かによることとなる。

具体的には、業務に関連した重大な人身事故や重大事故に直接関与した場合、事故の発生に伴って著しい身体的、精神的負荷のかかる救助活動や事故処理に携わった場合等のほか、極めて暑熱な作業環境下で水分補給が著しく阻害される状態や特に温度差のある場所への頻回な出入り等が考えられるが、これらの出来事の過重性の評価に当たっては、事故の大きさ、被害・加害の程度、恐怖感・異常性の程度、作業環境の変化の程度等について検討し、客観的かつ総合的に判断すること。

3 短期間の過重業務について

(1) 評価期間

短期間の過重業務の評価期間は、発症前おおむね1週間とされたが、これは、発症に近接した時期の業務の過重性を評価する期間として、医学的に妥当であるとされたことによるものである。

(2) 発症前1週間より前の業務の取扱い

38号通達では、業務の過重性の評価に当たって、発症前1週間より前の業務については、この業務だけで血管病変等の急激で著しい増悪に関

連したとは判断し難いとして、発症前1週間以内の業務が日常業務を相当程度超える場合には、発症前1週間より前の業務を含めて総合的に判断することとされていたが、今回の改正において、長期間にわたる疲労の蓄積が評価の対象に加えられたことに伴い、発症前1週間より前の業務については、長期間の負荷として評価することとする。

しかしながら、長期間の過重業務の評価期間が、発症前1か月間以上の期間を対象とすることから、例えば、発症前2週間以内といった発症前1か月間より相当短い期間のみに過重な業務が集中し、それより前の業務の過重性が低いために、長期間の過重業務とは認められない場合がある。このような場合には、発症前1週間を含めた当該期間に就労した業務の過重性を評価し、それが特に過重な業務と認められるときは、1063号通達の第3の(2)の認定要件を満たすものとして取り扱って差し支えない。

(3) 質的に著しく異なる業務の取扱い

業務の過重性の評価に当たって、日常業務と質的に著しく異なる業務に就労した場合については、医学的な評価を特に重視し判断することとする。

なお、日常業務と質的に著しく異なる業務とは、当該労働者が本来行うべき業務であっても、通常行うことがまれな異質の業務をいうものであり、例えば、事務職の労働者が激しい肉体労働を行うことにより、日々の業務を超える身体的、精神的負荷を受けたと認められる場合がこれに該当する。

(4) 業務の過重性の総合評価

ア 業務の過重性の評価は、発症した当該労働者と同程度の年齢、経験等を有する健康な状態にある者のほか、基礎疾患を有していたとしても日常業務を支障なく遂行できる同僚労働者又は同種労働者(以下「同僚等」という。)にとっても、特に過重であるか否かにより判断することとされた。

これは、日常業務の遂行に支障のある者は別として、発症した労働者と同じような業務に就労する労働者のうち、年齢、経験等が当該労働者により近い者にとっても、業務が特に過重であったか否かによって業務の過重性を評価することにより、当該労働者に及ぼした業務による影響を客

観的かつ合理的に評価しようとするものである。
イ 業務の過重性の評価は、1063号通達で示された労働時間、不規則な勤務等の負荷要因により判断することとなるが、就労実態は多種多様であることから、これらの負荷要因以外の要因であって、医学的にみてそれによる身体的、精神的負荷が特に過重と認められるものがある場合は、これを含め、客観的かつ総合的に判断することとする。

また、複数の負荷要因が認められる場合は、それぞれの要因について調査し、業務の過重性を総合的に判断することが必要である。

なお、負荷要因のうち、交替制勤務・深夜勤務は、直接的に脳・心臓疾患の発症の大きな要因になるものではないとされていることから、交替制勤務が日常業務としてスケジュールどおり実施されている場合や日常業務が深夜時間帯である場合に受ける負荷は、日常生活で受ける負荷の範囲内と評価されるものである。

また、精神的緊張を伴う業務として1063号通達の別紙に掲げられていない業務又は出来事による負荷は、発症との関連性において、日常生活で受ける負荷の範囲内と評価されるものである。

4 長期間の過重業務について

(1) 評価期間

長期間の過重業務の評価期間は、発症前おおむね6か月間とされたが、これは、疲労の蓄積を評価する期間として発症前6か月間とすることが医学的に妥当であるとされていることによるものである。

なお、発症前おおむね6か月間を評価するに当たっては、1か月間を30日として計算することとする。

(2) 発症前おおむね6か月より前の業務の取扱い

発症前おおむね6か月より前の業務については、発症から遡るほど業務以外の諸々の要因が発症に関わり合うとされていることから、業務の過重性を評価するに当たって付加的要因として考慮することとされたものである。このことから、タイムカード、作業日報、業務報告書等の客観的資料に

より、発症前6か月より前から継続している特に身体的、希神的負荷が認められる場合に、これを付加的に考慮することとする。

(3) 業務の過重性の総合評価

ア 労働時間の長さは、業務量の大きさを示す指標であり、また、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられること及び1063号通達で労働時間の評価の目安が示されたことから、業務の過重性の評価に当たっては、まず、労働時間(時間外労働時間)について検討した上で、労働時間以外の負荷要因の評価と併せて判断することとする。

なお、業務の過重性の客観的な評価及び労働時間以外の負荷要因の評価については、前記3の(4)の考え方と同様である。

イ 1063号通達で示された労働時間の評価の目安は、長時間労働及びそれによる睡眠不足から生ずる疲労の蓄積と脳・心臓疾患の発症との関連性に係る医学的知見に基づき、1週40時間(1日8時間)を一定時間を超える時間外労働が1か月間継続した場合を想定して算出されたものである。

ウ 発症前1か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね45時間を超える時間外労働が認められない場合は、疲労の蓄積が生じないとされていることから、業務と発症との関連性が弱いと評価できるとされたものであり、一般的にこの時間外労働のみから、特に過重な業務に就労したとみることは困難である。

したがって、このような労働時間の実態にあつて、業務起因性が認められるためには、労働時間以外の負荷要因による身体的、精神的負荷が特に過重と認められるか否かが重要となるものである。

なお、発症前1か月間ないし6か月間とは、発症前1か月間、発症前2か月間、発症前3か月間、発症前4か月間、発症前5か月間、発症前6か月間のすべての期間をいう。

エ 発症前1か月間におおむね100時間又は発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評

価できるとされたが、就労実態は多種多様であることから、このことをもって、直ちに、特に過重な業務に就労したと判断することが適切ではない場合もあり、このような場合には、時間外労働に加えて、それ以外の負荷要因が認められる場合に、特に過重な業務に就労したとするものである。

また、このような時間外労働に就労したと認められる場合であっても、例えば、労働基準法第41条第3号の監視又は断続的労働に相当する業務、すなわち、原則として一定部署にあつて監視するのを本来の業務とし、常態として身体又は精神的緊張の少ない場合や作業自体が本来間歇的に行われるもので、休憩時間は少ないが手待時間が多い場合等、労働密度が特に低いと認められるものについては、直ちに業務と発症との関連性が強いと評価することは適切ではないことに留意する必要がある。

なお、発症前2か月間ないし6か月間とは、発症前2か月間、発症前3か月間、発症前4か月間、発症前5か月間、発症前6か月間のいずれかの期間をいう。

オ 労働時間の実態がウとエの間の場合には、1か月当たりおおむね45時間を超えて時間外労働時間が長くなるほど、業務と発症との関連性が徐々に強まると評価できるとされていることから、時間外労働時間が長くなるほど、それと併せて評価することとなる労働時間以外の負荷要因の寄与する度合いは相対的に低くなるものである。

カ 過重性の評価に当たっては、次の手順によることとする。

① 発症前6か月間のうち、まず、発症前1か月間の時間外労働時間数を算出し、次に発症前2か月間、さらに発症前3か月間と順次期間を拡張し、発症前6か月間までの6通りの時間外労働時間数を算出する。

② ①で算出した時間外労働時間数の1か月当たりの時間数が最大となる期間を総合評価の対象とし、当該期間の1か月当たりの時間数を1063号通達の第4の2の(3)のエの(イ)に当てはめて検討した上で、当該期間における労働時間以外の負荷要因の評価と併せて

業務の過重性を判断する。

なお、発症前1か月間におおむね100時間又は発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる最少の期間をもって業務の過重性が評価できる場合は、その期間だけで判断して差し支えない。

キ 時間外労働時間の算出に当たっては、タイムカードをはじめ、業務日報、事業場の施錠記録等の客観的資料のほか、脳・心臓疾患を発症した労働者、同僚等の関係者からの聴取り等により、その実態を可能な限り詳細に把握すること。

なお、日々の労働時間の記録がない場合又は時間外労働時間の算出の仕方について疑義が

(別紙)

精神的緊張を伴う業務

	具体的業務	負荷の程度を評価する視点	
日常的に精神的緊張を伴う業務	常に自分あるいは他人の生命、財産が脅かされる危険性を有する業務	危険性の度合、業務量(労働時間、労働密度)、就労期間、経験、適応能力、会社の支援、予想される被害の程度等	
	危険回避責任がある業務		
	人命や人の一生を左右しかねない重大な判断や処置が求められる業務		
	極めて危険な物質を取り扱う業務		
	会社に多大な損失をもたらし得るような重大な責任のある業務		
	過大なノルマのある業務	ノルマの内容、困難性・強制性、ペナルティの有無等	業務量(労働時間、労働密度)、就労期間、経験、適応能力、会社の支援等
	決められた時間(納期)どおりに遂行しなければならないような困難な業務	障害要因の大きさ、達成の困難性、ペナルティの有無、納期等の変更の可能性等	
	顧客とのトラブルや複雑な労使紛争の処理等を担当する業務	顧客の位置付け、損害の程度、労使紛争の解決の困難性	
	周囲の理解や支援のない状況下での困難な業務	業務の困難度、社内での立場等	
	複雑困難な新規事業、会社の建て直しを担当する業務	プロジェクト内での立場、実行の困難性等	

	具体的業務	負荷の程度を評価する視点
業務における精神的緊張を伴う発症に近接した時期に関連する出来事	労働災害で大きな怪我や病気をした。	被災の程度、後遺症の有無、社会復帰の困難性等
	重大な事故や災害の発生に直接関与した。	事故の大きさ、加害の程度等
	悲惨な事故や災害の体験(目撃)をした。	事故や被害の程度、恐怖感、異常性の程度等
	重大な事故(事件)について責任を問われた。	事故(事件)の内容、責任の度合、社会的反響の程度、ペナルティの有無等
	仕事上の大きなミスをした。	失敗の程度・重大性、損害等の程度、ペナルティの有無等
	異動(転勤、配置転換、出向等)があった。	業務内容・身分等の変化、異動内容、不利益の程度等
	上司、顧客等との大きなトラブルがあった。	トラブル発生時の状況、程度等

ある場合は、当分の間、関係資料を添えて本省補償課に相談すること。

5 リスクファクターの評価

脳・心臓疾患は、主に加齢、食生活等の日常生活による諸要因等の負荷により、長い年月の生活の営みの中で極めて徐々に血管病変が形成、進行及び増悪するといった自然経過をたどり発症するもので、その発症には、高血症、飲酒、喫煙、高脂血症、肥満、糖尿病等のリスクファクターの関与が指摘されており、特に多数のリスクファクターを

有する者は、発症のリスクが極めて高いとされている。

このため、業務起因性の判断に当たっては、脳・心臓疾患を発症した労働者の健康状態を定期健康診断結果や既往歴等によって把握し、リスクファクター及び基礎疾患の状態、程度を十分検討する必要があるが、認定基準の要件に該当する事案については、明らかに業務以外の原因により発症したと認められる場合等の特段の事情がない限り、業務起因性が認められるものである。



地基補第239号

平成13年12月12日
地方公務員災害補償基金各支部長 殿
地方公務員災害補償基金
理事長 山崎宏一郎

心・血管疾患及び脳血管疾患等の職務関連疾患の公務上災害の認定について(通知)

心・血管疾患及び脳血管疾患に関し、「公務上の災害の認定基準について」(昭和48年11月25日地基補第539号)の記の2の(3)のシの「公務と相当因果関係をもつて発生したことが明らかな疾病」と認定することについては、下記の基準により行うこととしたので、その処理に遺漏のないようにしてください。

なお、「心・血管疾患及び脳血管疾患等業務関連疾患の公務上災害の認定について」(平成7年3月31日地基補第47号)は、廃止するのでご了承ください。

記

第1 心・血管疾患及び脳血管疾患が公務上の災害と認められる場合の要件

1 次のいずれかに該当したことにより、医学経験則上、心・血管疾患及び脳血管疾患の発症の基礎となる高血圧症、血管病変(動脈硬化症等をいう。以下同じ。)等の病態を加齢、一般生活によるいわゆる自然的経過を早めて著しく増悪させ、当該疾患の発症原因とするに足る強度の精神的又は肉体的負荷(以下「過重負荷」という。)を受けていたことが明らかに認められることが必要である。

(1) 発症前に、職務に関連してその発生状態を時間的、場所的に明確にし得る異常な出来事・突発的事態に遭遇したこと。

(2) 発症前に、通常の日常の職務(被災職員が占めていた職に割り当てられた職務であって、正規の勤務時間「1日当たり平均概ね8時間勤務」内)を行う日常の職務をいう。以下同じ。)に比較して特に過重な職務に従事したこと。

2 「過重負荷」を受けてから、心、血管疾患及び脳血管疾患の症状が顕在化するまでの時間的間隔が医学上妥当と認められることが必要である。通常は、「過重負荷」を受けてから24時間以内に症状が顕在化するが、症状が顕在化するまでに2日程度以上を経過する症例もあるので、個別事案に係る疾病の発症機序等に応じ、鑑別を行う必要がある。

第2 認定対象疾患

本通知が認定対象とする心・血管疾患及び脳

血管疾患(負傷に起因する疾患を除く。)は、次に例示するものをいう。

1 心・血管疾患

- (1) 狭心症
- (2) 心筋梗塞
- (3) 重症不整脈(心停止、心室細動等)
- (4) 心臓性突然死
- (5) 肺塞栓症
- (6) 大動脈瘤破裂(解離を含む。)

2 脳血管疾患

- (1) くも膜下出血
- (2) 脳出血
- (3) 脳梗塞(脳血栓症、脳塞栓症)
- (4) 高血圧性脳症

第3 心・血管疾患及び脳血管疾患の公務起因性の判断に関する取扱い

1 心・血管疾患及び脳血管疾患の公務起因性を判断するに当たっては、第1に掲げる認定の要件及び第2に掲げる認定対象疾患について、迅速、かつ、適正に調査し、医学経験則に照らし、総合的に評価して判断する。

この場合において「過重負荷」を評価するための期間は、個別事案ごとに異なるものであるが、第1の1の(2)の場合にあつては、比較的長期間「(発症前概ね半年間程度とするが、特別の事情が特に長期間に及ぶことを余儀なくされていた場合は概ね1年間程度)を要するものがあることに留意する必要がある。

2 心・血管疾患及び脳血管疾患の公務起因性の判断については、理事長に協議することとする。

この場合において、理事長は、公務起因性の判断が複雑、かつ、困難と思料する事案については、複数の医学専門家から心・血管疾患及び脳血管疾患の発症機序、鑑別診断等に関する医学的知見を徴するものとする。

第4 認定要件の具体的事項等の運用

1 第1の1の(1)の「異常な出来事・突発的事態

に遭遇したこと」とは、次に掲げる場合である。

(1) 医学経験則上、心・血管疾患及び脳血管疾患を発症させる可能性のある爆発物、薬物等による犯罪又は大地震、暴風、豪雨、洪水、高潮、津波その他の異常な自然現象若しくは火災、爆発その他これらに類する異常な状態に職務に関連して遭遇したことが明らかな場合

(2) 心・血管疾患及び脳血管疾患の発症前に日常は肉体的労働を行わない職員が、勤務場所又はその施設等の火災等特別な事態が発生したことにより、特に過重な肉体的労働を必要とする職務を命じられ、当該職務を行っていた場合

(3) 心・血管疾患及び脳血管疾患の発症前に暴風、豪雪、猛暑等異常な気象条件下で長時間にわたって職務を行っていた場合

(4) その他、心・血管疾患及び脳血管疾患の発症前に緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的又は予測困難な異常な事態並びに急激で著しい作業環境の変化の下で職務を行っていた場合

2 第1の1の、(2)の「通常の日常の職務に比較して特に過重な職務に従事したこと」とは、医学経験則上、心・血管疾患及び脳血管疾患を発症させる可能性のある特に過重な職務に従事したことをいい、勤務形態・時間、業務内容・量、勤務環境、精神的緊張の状況及び疲労の蓄積等の面で特に過重な職務の遂行を余儀なくされた、次に掲げる場合等である。

(1) 発症前1週間程度から数週間(「2～3週間」をいう。)程度にわたる、いわゆる不眠・不休又はこれに準ずる特に過重で長時間に及ぶ時間外勤務を行っていた場合

(2) 発症前1か月程度にわたる、過重で長時間に及ぶ時間外勤務(発症日から起算して、週当たり平均25時間程度以上の連続)を行っていた場合

(3) 発症前1か月を超える、過重で長時間に及ぶ時間外勤務(発症日から起算して、週当たり平均20時間程度以上の連続)を行っていた場合

3 第4の2の(1)から(3)に掲げる時間外勤務の評価の他、次に掲げる職務従事状況等を評価

要因とし、医学経験則に照らして、強度の精神的、肉体過重性が認められる場合は、それらを時間外勤務の評価に加えて総合的に評価する。

- (1) 交替制勤務職員の深夜勤務(22時から翌朝5時までの勤務)の頻回出勤及び深夜勤務時間数の著しい増加・仮眠時間の著しい減少等の職務従事状況
 - (2) 著しい騒音、寒暖差、頻回出張等不快、不健康な勤務環境下における職務従事状況
 - (3) 緊急呼出等公務の性質を有する出勤の状況
 - (4) 精神的緊張を伴う職務への従事状況(特に精神的緊張の程度が著しいと認められるものについて。その実態を検討し、医学経験則に照らして評価すること。)
- 4 第4の2及び3の場合において、特に過重な職務等への従事状況の評価については、被災職員と職種、職、職務経験及び年齢等が同程度の職員(以下「同種職員等」という。)にとっても、特に過重な精神的、肉体的負荷と認められるか否かについて客観的に行う必要がある。この場合同種職員等には、健康な状態にある者のみならず、心・血管疾患及び脳血管疾患の発症の基礎となる高血圧症、血管病変等を有しているものの、通常の日常の職務の遂行に特に支障がない程度の職員も含まれていることに留意すること。

第5 心・血管疾患及び脳血管疾患の発症機序等について

心・血管疾患及び脳血管疾患は、医学経験則に照らせば、被災職員に係る加齢等の属性と発症の基礎となる高血圧症、血管病変等の個体的要因に生活的要因、職務上の要因が相加・相乗に作用して発症するものである。

したがって、被災職員が有する発症の基礎となる高血圧症、血管病変等の素因・基礎疾患の病態が高度であると認められる場合には、公務が相対的に有力な原因となって発症したか否かについては、医学経験則に照らし、慎重に判断することが必要である。

第6 留意事項

- 1 本通知に掲げられていない詳細不明等の心・血管疾患及び脳血管疾患並びに「過重負荷」を受けたことにより発症したとして被災職員等から請求のあった循環器系の疾患の認定については、過重な職務に従事したことにより、医学経験則上、当該疾患発症の相対的の有力原因と認められる強度の精神的又は肉体的負担を受けていた場合には、「公務と相当因果関係をもつて発生したことが明らかな疾病」と認められることに留意することが必要である。
- 2 心・血管疾患及び脳血管疾患の診断病名については、一般的には、世界保健機関(WHO)の「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回修正」(ICD-10)の「循環器系の疾患(100-199)」に準拠する我が国で使用される疾病、傷害及び死因の統計分類による診断名が用いられる場合が多いが、我が国の従来診断病名(例えば心不全死、脳卒中等)によるものがあることに留意することが必要である。
- 3 本通知の適正な運用のためには詳細な調査が必要であるが、関係者等に対して調査を実施する際には、特にプライバシーの保護に配慮するとともに、収集した諸資料の保全に注意することが必要である。

心・血管疾患及び脳血管疾患等の職務関連疾患の公務起因性判断のための調査事項

- (1) 一般的事項
- (2) 災害発生の状況
- (3) 災害発生前の職務従事状況及び生活状況等
- (4) 被災職員の身体状況に関する事項
- (5) 発症前の被災職員の前駆症状又は警告症状の有無及びその詳細
- (6) 発症後の医師の所見等
- (7) 支部専門医の所見
- (8) その他の事項
- (9) 添付を要する資料の一覧(例示)



地基補第240号
平成13年12月12日
地方公務員災害補償基金各支部事務長 殿
地方公務員災害補償基金
補償課長 福島一夫

**「心・血管疾患及び脳血管疾患
等の職務関連疾患の公務上災
害の認定について」の実施及び
公務起因性判断のための調査
事項について(通知)**

標記の件については、下記の事項に留意のうえ、その実施に遺漏のないよう取り扱ってください。

なお、「心・血管疾患及び脳血管疾患等業務関連疾患の公務起因性判断のための調査事項について」、(平成7年3月31日地基補第48号)は、廃止するのでご了承ください。

記

理事長通達記の第1の2について

「症状が顕在化する」とは、自覚症状・他覚症状(前駆症状又は警告症状を含む。)が明らかに認められることをいいます。

理事長通知記の第2について

負傷に起因する心・血管疾患及び脳血管疾患については、「公害上の災害の認定基準について」(昭和48年11月26日地基補第539号)の記の2の(1)により認定します。

理事長通知記の第4の2について

時間外勤務については、発症日から起算して概ね半年間(特別の事情があると認められる場合にはおおむね1年間)における時間外勤務の状況(時間数、内容及び根拠等)を日ごとに調査し、週当たりの平均時間数を出します。

また、疲労の蓄積の最も重要な要因である勤務

時間に着目すると、その時間が長いほど、精神的、肉体的過重性が増加します。

具体的には、発症日から起算して1週間単位の連続した期間ごとに、発症前概ね半年間(特別の事情があると認められる場合には概ね1年間)にわたって、1週間当たり平均概ね10時間程度以上の時間外勤務が認められない場合には、職務と発症との関連性が弱い、平均概ね10時間程度を超えて時間外勤務が長くなるほど、職務と発症との関連性が徐々に強まると評価できます。

なお、ここでいう時間外勤務時間数は、1日当たり平均概ね8時間(1週当たり平均概ね40時間)を超える勤務時間数です。

また、勤務を要しない日等(以下「休日等」という。)の勤務が連続して長く続くほど職務と発症との関連をより強めるものであり、逆に、休日等が十分確保されている場合は、疲労は回復するものであることに留意してください。

理事長通知記の第4の3の(1)について

交替制勤務が日常業務としてスケジュールどおり実施されている場合や日常業務が深夜時間帯である場合に受ける負荷は、日常生活で受ける負荷の範囲内のものです。

理事長通知記の第4の3の(4)について

「精神的緊張を伴う職務への従事状況」とは、例えば次に掲げる職務従事状況等です。

- (ア) 責任者として連続して行う困難な対外折衝又は重大な決断を強いられる職務従事状況
- (イ) 機構・組織等の改革、人事異動等による急激、かつ、著しい職務内容の変化等の状況
- (ウ) 極度のおつれきを生じさせるような職場の人間関係の著しい悪化の状況
- (エ) 重大な不祥事又は事故等の発生への対処等の職務従事状況
- (オ) 重大犯罪の捜査又は大規模火災の鎮圧等危険環境下における職務従事状況

理事長通知記の第5について

高血圧症、血管病変等発症の基礎となる素因、

基礎疾患等を有しているが、通常の日常の職務の遂行に特に支障がない職員のうち、医師による直接の検査、治療が必要と診断されたにもかかわらず、適切な検査、治療を受けることを放置している者は、適切な検査、治療を受けている者と比較すると、心・血管疾患及び脳血管疾患を自然的経過を早めて発症する可能性が極めて高いので、その病態等について詳細な調査結果に基づいた医学的見地からの鑑別を行う必要があります。

なお、「生活的要因」とは、運動習慣、食生活習慣、趣味・嗜好、睡眠・休養不足、生活環境及び家族内における役割等です。

理事長通知記の第7

「心・血管疾患及び脳血管疾患等の職務関連疾患」の公務上外の認定に当たっては、別添1の「心・血管疾患及び脳血管疾患等の職務関連疾患の公務起因性判断のための調査事項」に基づき、適正、かつ、迅速な調査が図られるよう配慮してください。

その際、認定請求後速やかに必要な資料収集、調査を行うことが極めて重要ですので、別添2の調査票〔省略〕を活用し、被災職員の任命権者と十分に連絡を取り、事務に遺漏のないように取り扱ってください。

なお、認定請求があった場合には、速やかに請求があった旨当職に別添3の報告書〔省略〕により報告してください。

また、調査の実施に当たっては、特にプライバシーの保護について十分配慮するとともに、収集した諸資料の保全に留意してください。

別添1

心・血管疾患及び脳血管疾患等の職務関連疾患の公務起因性判断のための調査事項

1 一般的事項

- (1) 被災職員の氏名、性別、生年月日及び年齢
- (2) 所属名、職名、給料表(級、号給)、職種
- (3) 所属の組織図又は機構図(別添No. のとおり)
- (4) 被災時の所属の人員配置及び上司、同僚、部下等の病休、欠員等の状況(別添No. のとおり)

(5) 人事記録(別添No. のとおり)

(6) 勤務形態

ア 平日、土曜日別の勤務時間、休憩時間及び休息时间

イ 週所定勤務時間数

ウ 交替勤務の内容

交替勤務の場合は、シフトごとの勤務時間、休憩時間及び仮眠時間帯等(勤務割及び仮眠時間割表等は、別添No. のとおり)

(7) 被災職員の所属する組織全体の業務及び分担状況(別添No. のとおり)

2 災害発生の状況

(1) 災害発生の概況(発生日時、疾病名、場所及び療養状況等)

(2) 災害発生現場の見取図及び写真(別添No. のとおり)

(3) 異常な出来事・突発的事態

ア 重大な犯罪、異常な自然現象、火災等異常な状態に遭遇したことの有無及びその詳細(消防署、気象官署等の証明、目撃者の証言等は、別添No. のとおり)

イ 日常は肉体的労働を行わない職員が特別な事態の発生により過重な肉体的労働に従事したことの有無及びその詳細(別添No. のとおり)

ウ 防風、豪雪、猛暑等異常な気象条件下で職務に従事したことの有無及びその詳細(気象官署等の証明は、別添No. のとおり)

エ その他、緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的又は予測困難な異常な事態並びに急激で著しい作業環境の変化の下で職務に従事したことの有無及びその詳細(別添No. のとおり)

3 災害発生前の職務従事状況及び生活状況等

(1) 通常の日常の職務内容

これは、公務過重性の評価に当たり基準となるものなので、職務内容・遂行状況等(業務・作業内容等を含む。)についても、具体的、かつ、詳細に調査してください。(別添No. のとおり)

(2) 発症前の職務内容(通常の日常の職務内容との相違の有無及び比較を含む。)

ア 発症前日から発症当日までの職務内容

イ 発症前1週間の職務内容

ウ 発症前1か月間の職務内容

エ 発症前傾ね半年間程度の職務内容

(3) 発病前日から直前までの勤務状況及び発症状況の詳細

発症に最も密接な関連を有する業務は、発症直前から前日までの間の業務であるので、職務内容、業務量、作業環境、身体の状態、就業中以外の状況及び異常な出来事・突発的事態に遭遇している場合にあっては、その状況を発症するまで時間を追って詳細に調査してください。(別添No. のとおり)

(4) 発症当日から遡り過重な職務が続いていると認められる時点までの職務従事状況及び生活状況の詳細

以下の事項に留意して、別添2の別紙1「発症前1か月間の職務従事状況・生活状況調査票」及び別紙2「発症前1か月を超える期間の職務従事状況・生活状況調査票」に記入してください。

その際、過重な職務が連続していると認められる時点まで1日ごとに遡り、時系列的に正規の勤務時間内の職務従事状況、時間外勤務の状況及びその後の生活状況を記入してください。また、必ずそれぞれの事項を証明できる資料を添付してください。

ア 出勤時刻

イ 職務従事状況

(ア) 交替制勤務職員の深夜勤務中の出勤状況、仮眠時間帯及び仮眠時間の減少等の状況(業務日誌等の各種管理簿等は、別添No. のとおり)

(イ) 著しい騒音、寒暖差、頻回出張等の勤務環境の状況(出張命令簿等の各種管理簿等は、別添No. のとおり)

(ウ) 緊急呼出等公務の性質を有する出勤の状況(各種管理簿等は、別添No. のとおり)

(エ) 日常的に精神的緊張を伴う職務・発症に近接した時期における精神的緊張を伴う職務に関連する出来事(関係者の証言、警察署・消防署・気象官署等の証明、業務日誌等の各種管理簿等は、別添No. のとおり)

① 責任者として連続して行う困難な対外折衝又は重大な決断を強いられる職務従事状況

② 機構・組織等の改革、人事異動等による急激、かつ、著しい職務内容の変化等の状況

③ 極度のあつれきを生じさせるような職場の人間関係の著しい悪化の状況

④ 重大な不祥事又は事故等の発生への対処等の職務従事状況

⑤ 重大犯罪の捜査又は大規模火災の鎮圧等危険環境下における職務従事状況

(オ) 不規則な職務従事状況(予定された業務日程・内容の変更の頻度・程度、事前の通知状況、予測の都合等を証明する各種管理簿等は、別添No. のとおり)

ウ 休憩・休息時間

エ 退勤時刻(時間外勤務命令簿等の各種管理簿、関係者の証言、日記又はメモ等は、別添No. のとおり)

オ 帰宅時刻

カ 就寝までの生活状況

キ 就寝時刻

ク 休日等の生活状況

ケ 時間外勤務等の状況

時間外勤務等の状況については、時間外勤務命令簿、時間外勤務報告書等により確認しますが、時間外勤務等を記録しない職員等については、退庁記録、上司、同僚、部下等の証言・現認書等の資料により、時間外勤務等の実績を明確に確認してください。(時間外勤務命令簿等の各種管理簿、関係者の証言・日記又はメモ等は、別添No. のとおり)

(ア) 時間外勤務の職務内容及び時間数

(イ) 勤務を要しない日の勤務の職務内容及び時間数

コ 自宅等で行ったとする場合の作業の状況

自宅等での作業については、当該作業の内容、時間数及び根拠を調査してください。その際、自宅等で作業せざるを得ない事情(緊急性、必要性等)及び具体的な成果物について確認してください。(自宅等での作業の内容・時間数及び根拠、自宅等で作業せざるを得なかった理由書、論文リスト・報告書等は、別添No. のとおり)

サ 宿日直勤務の状況

シ 休暇等の取得状況(出勤簿、休暇簿等は、別添No. のとおり)

(ア) 年次有給休暇

(イ) 特別休暇等

(ウ) 病気休暇

(エ) 欠勤

(オ) その他、休職、職務専念義務の免除

(5) 通勤の経路、方法、時間等(通勤届は、別添No. のとおり)

4 被災職員の身体状況に関する事項

(1) 健康診断結果

ア 定期健康診断(過去5年間)の記録の写し、指導区分及び事後指導の内容(別添No. のとおり)

イ 人間ドック(過去5年間)の診断結果の写し(別添No. のとおり)

(2) 心・血管疾患及び脳血管疾患に係る既往歴

ア 疾病名

イ 医療機関名

ウ 治療状況

(3) 上記(2)に係る素因・基礎疾患の状況

ア 主治医の所見(別添No. のとおり)

- イ 医学的資料(別添No. のとおり)
 - (ア) 診断書
 - (イ) 診療録又は診療要約
 - (ウ) CT、MRA、MRI、冠動脈増影、超音波除査、X線写真等画像及び心電図
 - (エ) 血圧検査・血液生化学検査等諸臨床検査の結果等
- (4) 祖父母、両親、兄弟等の家族の健康状況等(別添No. のとおり)
- (5) 発症前の趣味、発症前の運転の状況
 - ア 趣味、スポーツ等
 - イ し好品(タバコ、酒等)及びその程度
 - ウ 薬の服用の状況(高血圧症、動脈硬化症、高脂血症等に係る薬剤名等)
 - エ 自動車の保有、発症前の運転の状況等
- 5 発症前の被災職員の前駆症状又は警告症状の有無及びその詳細
- 6 発症後の医師の所見等
 - (1) 本件疾病に係る主治医の所見(別添No. のとおり)
 - (2) 本件疾病に係る医学的資料(別添No. のとおり)
 - ア 診断書・意見
 - イ 死亡診断書(死体検案書)・解剖所見
 - ウ 診療録又は診療要約
 - エ CT、MRA、MRI、冠動脈増影、超音波除査、X線写真等画像及び心電図
 - オ 血圧検査・血液生化学検査等諸臨床検査の結果等
 - (3) 発症後の療養経過
 - 療養内容・期間(入院、通院別)、医療機関名、現況
- 7 支部専門医の所見(別添No. のとおり)
- 8 その他の事項
 - (1) 発症時の事務室、勤務場所の見取図、写真等及び騒音、照度等の職場環境(別添No. のとおり)
 - (2) 発症日の気象(勤務場所における天候、気温、湿度、風速等)
 - (3) その他公務上災害の認定に際し、必要と思われる事項(別添No. のとおり)
- 9 添付を要する資料の一覧(例示)
 - (1) 所属の組織図又は機構図
 - (2) 被災時の所属の人員配置及び上司、同僚、部下等の病休、欠員等の状況
 - (3) 人事記録
 - (4) 勤務割表及び仮眠時間割当表等(交替制勤務の場合)
 - (5) 被災職員の所属する組織全体の業務状況及び分担状況
 - (6) 災害発生現場の見取図及び写真
 - (7) 重大な犯罪、異常な自然現象、火災等異常な状態に遭遇したことに関する資料(消防署、気象官署等の証明、目撃者の証言等)
 - (8) 日常は肉体的労働を行わない職員が特別な事態の発生により過重な肉体的労働に従事したことに関する資料
 - (9) 暴風、豪雪、猛暑等異常な気象条件下で職務に従事したことに関する資料(気象官署等の証明)
 - (10) その他、緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的又は予測困難な異常な事態並びに急激で著しい作業環境の変化の下で職務に従事したことに関する資料
 - (11) 通常の日常の職務内容の詳細
 - (12) 発症前日から直前までの勤務状況及び発症状況の詳細
 - (13) 交替制勤務職員の深夜勤務中の出勤状況、仮眠時間帯及び仮眠時間の減少等の状況に関する資料
 - (14) 著しい騒音、寒暖差、頻回出張等の勤務環境の状況に関する資料
 - (15) 緊急呼出等公務の性質を有する出勤の状況に関する資料
 - (16) 精神的緊張を伴う職務従事状況及び精神的緊張を伴う職務に関連する出来事に関する状況に関する資料
 - (17) 不規則な職務従事状況に関する資料
 - (18) 退勤時刻に関する資料(時間外勤務命令簿等の各種管理簿、関係者の証言、日記又はメモ等)
 - (19) 時間外勤務等の状況に関する資料(時間外勤務命令簿等の各種管理簿、関係者の証言、日記又はメモ等)
 - (20) 自宅等で行ったとする場合の作業の状況に関する資料(自宅等での作業の内容・時間数及び根拠、自宅等で作業せざるを得なかった理由書論文リスト・報告書等)
 - (21) 出勤簿、休暇簿等
 - (22) 通勤届
 - (23) 定期健康診断記録
 - (24) 人間ドック結果
 - (25) 既往歴、素因・基礎疾患に関する主治医の所見
 - (26) 既往歴、素因・基礎疾患に関する医学的資料
 - (27) 祖父母、両親、兄弟等の家族の健康状況等に関する資料
 - (28) 本件疾病に係る主治医の所見
 - (29) 本件疾病に係る医学的資料
 - (30) 支部専門医の所見
 - (31) 発症時の事務室等の状況に関する資料
 - (32) その他必要と思われる事項に関する資料



連載第9回

語りつがねばならぬこと —日本・アジアの片隅から—

婦人懇談会づくりはじまる

塩沢美代子

製糸工場労働の特徴

糸をつくる工場を、木綿糸の場合は紡績業といい、絹糸(生糸)は蚕糸業ともいうが、一般的には製糸業といい、原料がちがうから、作業も全く違う。

製糸は煮た繭から、一本では目に見えないほどほそい糸を、数個の繭から同時に引き出して、一本の絹糸にしていく作業である。

単純作業のようだが、一瞬の間もなく、同時に20の糸枠を凝視しながら、指先を器用に動かす労働に、上質の糸をつくれるかどうか、かかっている。

当時の製糸は立ち作業で、極度に神経を集中して、つねに眼と手先をつかっていないと、すぐ糸質が落ちてしまう。そして毎日、個人別に糸質が検査され、その成績が公表され、それが賃金に響くという厳しい労働であった。

紡績も作業内容は違うものの、労働密度の

高さは同じで、寄宿舍制度による労務管理などは、全く共通であった。だから紡績工場に半年くらい通っていた私にとって、製糸工場をめぐる歩いて、実態を把握するのに、あまり時間はかからなかった。どの職場の労組も組合長と執行委員のほとんどが男子で、生産現場の管理職の男子が、組合長というケースは珍しくなかった。

労働基準法には、企業が寄宿舍制度をとっている場合は、その管理を企業がしてはならず、寄宿舍自治会を設け、住んでいる労働者の、自治にまかせなければならないと決められていた。この点も製糸・紡績ともに共通で、私がオルグにはいれる工場には自治会ができていた。これはメンバーが女性ばかりだから、女性の手で運営されてはいるものの、多かれ少なかれ、労務課に干渉されているようだった。

片倉労組につくられていた婦人懇談会は、女性の声を出し合う場としても、女性の手で組織を運営していくことを訓練し、ゆくゆくは8割

以上の女性組合員のなかから、組合活動のイニシアをとっていく女性を育てる予備校としても、適切な機関だと私も実感した。

懇談会設置の大会議案を担当

それで全蚕労連の定期大会に、どの組合にも婦人懇談会を設置し、各県支部には横断的な婦人懇談会を設置し育成していくことを、提案することになり、議案書に、その部分を私が書くことになった。

すでに片倉労組の大会で、どんな反対意見が出たのかを、小口さんから聞いていたので、その反論を先取りして懇切に記述した。

第7回(2001年11月号)に記した賃上げ闘争中に、東京で臨時大会は開かれていたが、運動方針全般にわたって討議する定期大会は、私の就職後、半年たった昭和24年の夏に、長野県諏訪湖のほとりにある片倉会館で行われた。このとき出席した代議員は、2回にわたるストライキに脱落しなかった労組の代表だが、組合員数に比例して代議員数がきまるので、片倉と郡是所属のメンバーが圧倒的に多かった。

全蚕労連の専従書記の人数が少ないから、大規模の大会の裏方をやるのは、眼の廻るような忙しさで、ごく断片的にしか傍聴できなかった。しかし、婦人懇談会設置の提案のときだけは、私は会場にいるようにいわれ、小口さんが趣旨説明した後の質問には、私に答弁させた。

全員が男性である代議員たちは、今朝は煙草を買いに行かせたり、さっきは下足番をしていた“女の子”が、壇上で答弁するのを見て、びっくりした様子だったが、答弁の内容には、すんなり納得してくれた。ここでも実年齢より低く見られたせいもあるだろうが、女が人前で堂々としゃべるということに、とても違和感があつたのだろうと思う。そういう時代だったのである。

“機関誌論争”

かくして私の主要業務として、各労組に婦人懇談会をつくり、県支部に婦人懇談会を設置することになった。そのために小卒・中卒の女子組合員にわかるような言葉で、さまざまな資料をつくることと、オルグの旅が本格的にはじまった。

その頃から、タブロイド版2面だけながら、月2回の機関誌を発行することになった。その編集会議もかねた書記局会議で、私は片倉出身の専従書記だった男性と、大論争をした思い出がある。彼は私よりひとつ年下で、反骨精神が旺盛で、会社で働いていたとき、ある飲み会のさい、課長を投げとばしてしまったという武勇伝をもつ豪傑だった。しかし、農村出身の彼には、女性に対して身体に染みこんだ封建性があり、何かにつけて私のけんか相手だった。その頃は、どの職場でも見られる光景だったが、私を含む3人の女性書記が定刻に出勤して、事務所の掃除をし、ややおくれて役員が出勤してきていた。ところが、彼は早く来た日でも、女性たちが雑巾がけをしているのに、ひとり悠然として新聞を読んでいる。身分は同じ書記なのに、掃除は女のやるものという態度である。頭にきた私は、雑巾をしぼって彼の前におき、「これで封建性を拭きとりなさい」といった。冗談ばくいったけど、彼が私をなぐるのではないかと、本能的に身をひいた。よく覚えてはいないのだが、彼は舌打ちした程度で終わったが、掃除を手伝いはしなかった。

その彼との論争は、組合員に呼びかける言葉のはじまりを、“我々は”とするか“私たちは”とするかではじまった。

それまで全蚕労連が各組合宛に、発送してきた闘争情報などは、紋切り型の勇ましいアジ

テーション用語や、組合用語ばかり使われ、80%以上を占める女子組合員には、とうてい理解できるとは思えない。もっと易しい日常語でも、十分に内容のつたえられる部分まで、あえてむつかしい言葉を使うのはやめようと、私は強硬に主張した。その象徴的な部分が、“我々は”か“私たちは”だったのである。彼にいわせると、“我々は”でなくては気合いがはいらないというのである。

この種の議論を重ねた結果、各職場の組合幹部は男子で、一般組合員は女子なのだから、教育宣伝活動も、二本立てで考えなくてはならないという点で合意に達した。そして機関誌も、一面は男子役員向け、二面は女子組合員向けにすることになった。かくして私のオルグの旅行の車中は、ひたすら機関誌の原稿書きとなった。

寄宿舎もオルグには好都合

その当時は、製糸工場では2交替制はやっていないかった。それで私は夕方までに工場を訪ねると、作業場を見学してから、仕事を終わって入浴中の労働者と一緒に、お風呂にはいらせてもらった。きびしい労働から解放されて、くつろぐお風呂場での彼女らのおしゃべりは、もっとも本音をきけるチャンスだったのである。私は身体を洗うことは上の空で、彼女らの仲間どおしのおしゃべりを聴くことに集中した。意味のわからない部分もあったので、後から私の相手をしてくれる、自治会長や婦人懇談会のリーダーにきいてみた。そして給食を一緒に食べてから、まず全員に集ってもらって話をし、それからリーダー層と消灯時間まで懇談し、最後は中心的なリーダーと寝床を並べて、彼女の本音のなやみを、彼女が眠るまで聴くことが常だった。彼女が話している途中で、私が眠っ

てしまっってはがっかりするだろうと、彼女の寝息をきくまでは眠ってはならないとがんばっていた。もともと不眠症タイプで寝付きの悪い私には、あまり苦にならなかったが、午前1時～2時になることも多かった。同じ県内の工場は、つづけて廻っていたから、相手変れど主変わらずの毎晩の夜ふかしは、さすがに疲れがたままった。栄養状態もあまりよくない時代だったのに、こんな働きかたのできた、20代の体力とはすごいものだと思う。

女工哀史時代以来の寄宿舎制度は、さまざまな問題をもっており、後に改革の活動をするのだが、組合のオルグ活動をするには、きわめて好都合だった。

長野県支部結成大会

やがて県支部の婦人懇談会づくりがはじまった。もっとも製糸工場の多い長野県支部婦人懇談会の結成大会のとき、役員をきめる際に、ほんとうに困り抜いたことを、今も鮮明に覚えている。

集会は順調に進み、参加者のひとりである片倉の松本工場の婦人懇談会長は、発言も積極的だし、その内容も参加者が共感することが多かった。それで長野県支部婦人懇談会長として、最適の人物というのが、衆目の一致するところだった。そして選挙では、会長に選ばれたのである。

ところが彼女は頑として、会長はできないと固辞した。私にはこれだけ積極的に発言する人が、どうして会長はできないといいはるのか、どうしても理解できなかった。

長野県は広く、日帰りの会議だから、定刻に終わらないと、帰りの汽車の時間に間に合わない参加者が続出する。焦った私は、5分ほど休憩するといつて、彼女と別室にいき、どうし

て会長にふさわしい能力をもっているのに、会長を受けないのかときいてみた。

すると、彼女は今日の集会に出席するに当たって、片倉労組松本支部の支部長から、「会長に選ばれても、絶対に引き受けてくるな」といわれてきたのだという。支部長も彼女の資質なら、会長に推される可能性が高いと読んでいたのだろう。しっかり者の彼女が、半ば泣き顔で、「会長を受けたら私は帰れない。諏訪湖に飛びこむしかない。」とまでいい出したのである。

その会場は諏訪湖のほとりで、私の困惑をよそに、湖面に美しい夕陽が映えていた。その光景が今も目に焼きついている。

私は「わかった。今日のところは保留にしよう。」と本人にいて、集会を再開した。

そこで、会長については、「ご本人にいろいろ事情もありなので、今日は保留にしましょう」といって、運営委員数名だけをきめて、辛うじて誰も汽車に乗り遅れない時間に散会した。

昭和20年代、30年代は、まだ日本の農村は貧しく、高校進学率はきわめて低かった。したがって中学卒業のとき、教師が、こんな優秀な生徒が、経済的な理由で進学できないのかと、残念がった女生徒たちも、製糸工場に就職してきた。

したがって、ひとたび婦人懇談会を通じて、組合活動に関り、労働者の権利とか、民主主義とかについて学ぶチャンスを与えると、意識の目覚め、学習意欲はめざましく、打てば響くという感じだった。

こうして、長野、群馬、埼玉、山梨、熊本、福島の各県支部に婦人懇談会が設置された。生産労働者であり、寄宿舎で暮す女子組合員の身近かな問題が、彼女ら自身の手で次々と掘り起こされて、ポツダム組合として誕生した組合でも、だんだんと本来の組合に近づきつつあ

た。それ故に組合対会社、あるいは女子組合員のリーダー層対男子役員層のトラブルも起るようになってきたが、後者のほうが多かったのである。女子の身近かな要求とは何か、どうやって要求を実現させていったかについては、いずれ記すことになろう。

結婚退職が悩みの種

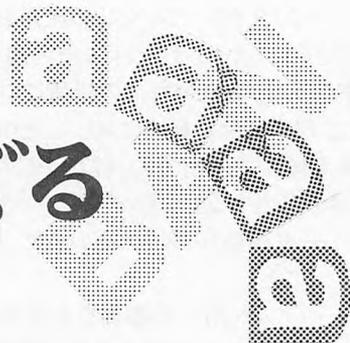
女子組合員が、だんだん組合活動に、関心を持ちはじめたことを喜びながらも、私にはつきない悩みがあった。それは、この工場には頼りになる女性がいないとか、この人は今に県支部の婦人懇談会でリーダーシップをとれそうだななどと期待している女性が、1年後に行ってみると、たいてい退職しているのである。

中卒で工場に来て、1～2年は仕事でせいっぱい、婦人懇談会の活動などに関心を持ち始めるのが18～9才、そしてリーダーシップをとるようになるのは、20才を越したころ、私が注目するような活動家は22～3才である。しかし寄宿舎住まいが条件の仕事だから、結婚するには退職しかない。当時は農村にいる親が、村で顔を見せていないと、お嫁にいく縁が生まれにくいからと、20才を過ぎると、故郷に呼び返すのが習しだった。だから婦人懇談会長や、組合の執行委員に選ばれる女性は、例外的に勤続の長いひとだったから、私が知りあってから、1～2年のうちにやめてしまうのは当然の成り行きだった。

私は賽の河原に石を積むとはこのことかと、がっかりしたが、労働組合や婦人懇談会は、彼女らにとって、民主主義を学ぶ学校だと思えばいいのだ、彼女らが封建的な農村に、組合で得た感覚を持ち帰ってくれば、日本の民主化に、少しは役立つのだと考えることにした。

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



EUが職場規制強化の指令改正案を提案

EU, COM(2001)417 final, 20.07.2001

職場におけるアスベスト曝露に関連したリスクからの労働者の防護に関する理事会指令83/477/EECを修正する欧州議会及び理事会指令の提案
Brussels, 20.07.2001, COM(2001)417 final

説明的な覚え書き

1. はじめに

アスベストは、曝露した者に重篤な病気(肺・胸膜の腺維化、肺・胸膜・腹膜のがん)を引き起こす可能性のある、とりわけ危険な物質である。それは、様々な労働環境中に今もなお、様々なかたちで存在している。アスベストがより一般的に使用されていた1983年に、理事会は、労働におけるアスベスト曝露に関連したリスクからの労働者の防護に関する理事会指令83/477/EECを採択することによって、委員会の提案に応え、その後、指令91/382/EECおよび98/24/ECによって改訂した。

a) 一般的背景

—1996年9月、委員会は、欧州連合加盟諸国における指令83/477/EECの実施状況を分析し、また

加盟諸国と協議したうえで、この問題に関する通知を採択した。

委員会は、現行の共同体の法令のもとで提供される防護手段は、今なお、アスベストに曝露する労働者の健康を防護するという全般的文脈において、果たす有益な役割を有していること、また、一定の場合には、より厳格な防護手段を提供する、職場における発がん物質曝露に関連したリスクからの労働者の防護に関する理事会指令90/394/EECも、ある面では、アスベスト指令を有益に補完するものであることを確認した。委員会はそれゆえ、指令83/477/EECは、アスベスト含有製品の流通に関する政策に、根本的な変化があった場合にのみ—換言すれば、共同体レベルにおいて、その使用禁止の拡張を決定した場合のみ、徹底的に改訂されるべきであると考えた。そうなった場合には、指令は、なおアスベストに曝露する可能性のありそうな、特定の限定された状況について、焦点をあてることができる。

—1997年、理事会は、上述の委員会の通知に公式に注目し、1998年に、この問題に関する結論を提示した。

クリソタイル・アスベストの流通および使用に関してとられるかもしれない、また考慮に入れる必要があるかもしれない将来の措置についての偏見なしに、理事会は委員会に対して、とりわけ以下の利点を考慮しつつ、指令83/477/EECの修正のための提案を提出するよう求めた。

- 現在最もリスクの高い者に、焦点を当て直すこと
 - アスベストへの曝露を本質的にともなっている作業と、付随的な性質の作業によって生ずるリスクの違いを反映した、リスクアセスメント条項を確保すること
 - 曝露の防止ないし最小化は一定の範囲の諸手段によって確保できることを強調すること
 - 曝露限界を改訂し、また、大気中のアスベスト繊維の評価方法を見直すこと
- 1997年、社会経済評議会は、アスベストに関する見解を作成することを決定した。

雇用・社会問題・市民権部門による準備作業を受けて、評議会は1999年に、欧州連合による行動のための包括的な提案を提示した、見解を採択した[1999年8月号参照]。

この見解の主な目的が、すべての種類のアスベストの一次使用の全面禁止の導入を指示することにあつたにせよ、評議会は、理事会の結論に沿ったかたちで、現在最も曝露のリスクのある職業集団に対する関心を示している。

評議会によれば、修理、補修管理、改装、解体および除去作業に従事する者は、決して完全とは言えない状態で、アスベスト含有物質に曝露する機会が多い。

評議会はそれゆえ、委員会に対して、労働者防護に関する法令を見直し、また、曝露労働者のリスクを低減するための、新たな措置をとるよう要求した。この提案には、なかでも、より厳しい曝露限界値、および、より徹底的なトレーニング手段が含まれるべきであるとしている。

- 1999年4月、経済社会評議会の報告者と委員会の関係部門との意見交換において、欧州議会の雇用・社会問題委員会は、今後のこの問題に関するより綿密な討論を示唆しながらも、経済社会

評議会のアプローチを支持した。

- 1999年7月、何年間にもおよぶ議論の後、委員会は、一定の危険物質およびその調整品の流通および使用の制限に関する加盟諸国の法律、規則および行政規定の整合化に関する理事会指令76/769/EECの別添Iに対する第6次技術進歩(アスベスト)を適合させる、委員会指令199/77/ECを採択した[1999年11月号参照]。

上記委員会指令199/77/ECにより修正された理事会指令は、2005年1月1日より、クリソタイル(禁止されていなかったアスベストの種類)およびクリソタイルを意図的に加えた製品の市場での流通を、2008年1月1日以前に委員会によって見直されることになっている唯一の例外(電気分解に利用される隔膜)つきで、禁止するものである。1999年8月27日(委員会指令199/77/ECの発効登録日)から2004年12月31日までの間は、加盟諸国はその域内において、もはやクリソタイル・アスベストの新たな用途を認めてはならないということも、指摘しておかなければならない。

b) 共同体の行動の理由

理事会指令87/477/EECは、アスベストに曝露する労働者の防護のための基準の整合化のプロセスにおいて、非常に重要な出発点であった。それでも、環境および単一市場の分野でその後採択された指令その他にもかかわらず、アスベストは、なお職場において現実の問題を生じさせている。

より厳格な防護手段が、1945-1980年の間の高いレベルの曝露の結果としての、今後数年間における多数のアスベスト関連疾患の出現を防止することはできないとしても、現行規則の強化は、確実に将来に向けての建設的な一歩となるだろう。

共同体規模のアスベストの一次使用の禁止が、禁止の対象となっていなかった唯一の種類であるクリソタイルに対しても、いまや新たに適用されていることにより、禁止は2005年の初めまでは完全に適用されないにしても、防護手段は、曝露が現実的に生じるおそれのある諸状況に、焦点を当てる必要があることは明らかである。

解体、補修管理、補修管理、建築物内における電気および配管作業は、労働者の思いがけないア

スベスト曝露につながるおそれがあり、それが、加盟諸国全体において同様の防護措置が不可欠であることの理由である。

こうした必要性に応じるために指令83/477/EECを改訂することは、共同体の様々な機関も望んでいるところであるが、また、労働者を防護するための手段や行動を、科学的知見および技術進歩に合致させることを可能にするだろう。

このステップは、とりわけ、より安全な代替品とその使用に内在するリスクに関する情報の提供を目的とした、他の手段によってバックアップされる必要がある。

この課題はまた、新たな加盟諸国の増加が見込まれるなか、多くの候補国においては、アスベストの労働者の健康に対する影響が、いまだかなりの程度あるという状況において、きわめて重要なことである。指令の改訂は、この分野における新たな措置の策定を容易にし、また、方針をより効果的なものにするだろう。

c) 補完性 [Subsidiarity]

共同体の行動のみが、すべての加盟国における、アスベスト曝露にともなうリスクからの労働者防護の最低レベルを保証できるのであって、本提案は、補完性の原則に関する問題は、何ら生じさせない。このような行動はまた、加盟各国における労働者防護の最低基準の不ぞろいな適用を防止することにより、競争のひずみを避けることも可能にするだろう。

本提案はまた、全加盟国において労働者が少なくとも安全衛生防護の最低レベルを享受することを確保することにより、境界をまたがる雇用における一層の柔軟性を導入するものである。使用者もまた、職場における安全衛生防護のレベルの違いによって、生産コストが不当にゆがめられることはないという確実さを手に入れることができる。

d) 均等性 [Proportionality]

本提案はまた、均等性の原則にも合致しており、修正された安全衛生条項は、使用者に不必要な負担を負わせない許容可能な最低基準という要求に合うものである。また、中小企業の育成と発展を抑制するような制約も生じさせない。

2. 指令83/477/EEC修正提案の主な側面

a) 対象

民間と公共双方のすべての部門の活動を対象とした、職場における安全衛生の改善を促進する手段の導入に関する理事会指令89/391/EECの採択にともない、労働分野の安全衛生におけるすべての法令文書を、同じ原則で調和させる、明らかな必要性がある。この理由から、すべての労働者が同じレベルの防護をもつことを確保するために、もはや海上および航空輸送は、指令の対象から除外されるべきではない。

b) 繊維状珪酸塩の様々な種類の定義

繊維の定義の明解さを確保するため、鉱物学的用語またはCAS番号の双方について、定義を見直した。

c) 限定的曝露の場合における規定の簡素化

原指令では、既存の官僚的条項(4, 16条)、または、労働者のアスベスト曝露が曝露限界値よりも著しく低い場合における経済的影響の大きい条項(7, 13, 14(2), 15条)を最小化するため、著しく低いレベルにおけるアクションレベルの設定(すなわち、クロシドライト以外の繊維について4分の1の限界値)というオプションがあり、指令に対する第1次改訂、91/382/EECに関しても、同様のアプローチがとられた。

本文で提案された低い限界値を使用すると、仮定的なアクションレベルは、提案されたサンプリングおよび解析手法を使って測定することを困難にする。

それゆえ、原指令のアクションレベルを、労働者の曝露が提案された曝露限界値に対して些細であることを示唆する特定の作業条件、に置き換えることを提案している。

d) 大気中のアスベスト含有量の測定

職場の大気中の繊維濃度のモニタリングにおける進歩、および、測定の同等性の改善の余地を考慮して、本文では、世界保健機関が勧告する大気中繊維濃度判定方法が選択されるべきであると提案している。

この方法は、なかでも、位相差光学顕微鏡を利

用すること、および、分析する繊維の特性を考慮に入れること、の優位性を説明している。

また、使用者に不必要な負担を負わせることを避けるため、大気中の繊維濃度モニタリングを必要としない客観的条件についても提案している。

関連した条文は、簡素化したやり方で、原指令の別添Iの関連条項に含まれているが、もはや提案されない。

e) 労働者の曝露限界値

科学的データは、アスベストの繊維形成誘導性および発がん性は、繊維の種類によって様々であることを示しているが、本提案は、原指令の2つの曝露限界値に代えて、単一の曝露限界値を定めている。この決定の背後には、2つの理由があり、第一に、アンフィボール系は何年も前にヨーロッパの市場から撤退しており、それゆえ、労働者はほとんどクリソタイルのみに曝露すると思われる（大直径繊維のセメント管の存在と関連した稀な例外はある）という事実。第二に、本文で提案された大気中の繊維濃度測定方法では、人間の健康により大きなリスクを生じさせるものと認められている、アンフィボール系について要求される0.1 繊維/cm³よりも低い濃度を測定するのを困難にすることである。提案された限界は、以前のもの（クリソタイルについて0.6 繊維/cm³、クリソタイル以外の繊維については0.3 繊維/cm³）よりも、著しく低いものである。

f) 建築物におけるアスベストの存在の判定

今日では、解体・補修管理作業が、労働者のアスベスト曝露の最大の原因としてあらわれていること、とりわけ、アスベストおよびアスベスト含有物の存在は、しばしば気づかれてもいないことから、本提案は、使用者に、いかなる解体または解体修理作業をも開始する前に、アスベスト含有物の存在を判定する義務を課している。このため、使用者は、当該不動産の所有者および居住者の協力を得なければならない。

g) 企業の責任

アスベストの除去は、労働者の健康への最大のリスクを生じさせる作業のひとつであることは認められており、除去作業をすることが、アスベストを適切

に残しておくよりもより危険である可能性があることから、破損していないアスベストは除去すべきではない。除去作業は、建物/作業現場の外にアスベストを拡散しないという必要性をも考慮に入れなければならない。この側面は、産業衛生のよい実践の対象となるものであり、したがって条約137(2)条の対象となる。

それでも、アスベストが除去される場合には、当該作業が可能な限り安全なやり方で実行されること、また、この分野の作業を求められる企業は、適切な能力および設備を有していることが不可欠である。本提案では、企業に、それについての証明を提供する義務を課しており、これには、国レベルにおける認証が含まれる。

h) 労働者のトレーニング

労働者のトレーニングは、つねに、関連するすべての共同体指令で強調されているように、労働安全衛生政策のひとつの柱と考えられている。

その特殊性およびアスベスト曝露に関連したリスクのレベルに留意して、本提案では、(必ずしも徹底的ではないが)アスベスト粉じん吸入のリスクにさらず前の労働者のトレーニングに含まなければならない一連の事項を設定している。

i) 曝露の記録および医学的記録の保存

枠組み指令は、使用者または、その事業が中絶した場合には権限ある機関に、30年間、曝露の記録および個々人の医学的記録を保存することを要求している。

アスベストによって引き起こされるがんの潜伏期間の長さ、および、職業がんの予防に関連した共同体の他の法令との一貫性、とりわけ理事会指令90/394/EECに留意して、本提案では、上述の文書が保存されるべき期間を、40年に拡張している。

j) 労働者の健康診断のための実践的勧告

アスベストに曝露した労働者の健康モニタリングは、過去十年間にわたり、各国および国際機関において、多くの論争的となってきた。議論の主な要素は、疾病、とりわけアスベスト曝露によって引き起こされる、がんの予防および早期発見における有効性であった。

それでも、その限界性にもかかわらず、アスベ

トにより引き起こされる疾病の予防に健康モニタリングが果たしてきた貢献は、過小評価されるべきではない。この理由から、モニタリングに対する実践的勧告を含んだ指令83/477/EECの別添は、より現在の診断のガイドラインに沿ったかたちにするために、本提案において修正されている。

3. 協議

欧州連合に関する条約137(2)条にしたがって、経済社会評議会および地域の委員会は、協議されなければならない。

改訂条文案

[前文省略]

[本指令]第1条 指令83/477/EECは、以下のとおり修正される。

[以下、本指令自体の文章は省略し、置き換えられる新条文案のみ紹介する。他に削除される条文もあるので注意が必要。なお、現行の理事会指令83/477/EECの条文は、http://europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/1983/en_383L0477.htmlで入手できる。]

第2条 本指令において、「アスベスト」とは、以下の繊維状珪酸塩を意味する。

- Asbestos actinolite, CAS No 77536-66-4*
- Asbestos grunerite (amosite), CAS No 12172-73-5*
- Asbestos anthophyllite, CAS No 77536-67-5*
- Chrysotile, CAS No 12001-29-5*
- Crocidolite, CAS No 12001-28-4*
- Asbestos tremolite, CAS No 77536-68-6*.

* ケミカル・アブストラクト・サービス(CAS)の登録番号

第3条

3 いかなる7日間においても、労働者の合計曝露時間が2時間を超えず、かつ、アスベストについての曝露限界を超えないことが、第2段落により要求されるリスクアセスメントから明らかであるという条件のもとで、第4、15および16条は、以

下の作業をとまなう場合には適用されない。

- (a) アスベスト塗装、アスベスト断熱またはアスベストパネル張り、または
- (b) 大気モニタリング、清掃検査、または物質がアスベストであるかどうかを確認するためのバルクサンプルの採取

第4条

2 国内の法律、規則および行政規定にしたがい、加盟国の責任ある機関に対して、使用者からの届出が提出されなければならない。届出には、少なくとも以下に関する簡潔な説明を含めなければならない。

- (a) 作業場所の位置
- (b) 使用されているかまたは取り扱うアスベストの種類および量
- (c) 関連する作業および手順
- (d) 製造された製品

アスベストが除去される場合には、届出には、アスベスト除去作業が実際に実行される期間に関する情報、および、関係する労働者のアスベスト曝露を制限するためにとられる措置に関する情報も含めなければならない。届出は、アスベスト除去作業を開始する前に、提出しなければならない。

4. アスベストまたはアスベスト含有物からの粉じんへの曝露の変化につながる可能性のある、労働条件の変化が生じるときに、新たな届出が提出されなければならない。

第6条 第3(1)条でふれたすべての作業に関して、作業場所におけるアスベストまたはアスベスト含有物から生ずる粉じんへの労働者の曝露は、とりわけ以下の手段によって、最小化されなければならない。かつ、いかなる場合にも、第8条で定める限界値を下回らなければならない。

- 1. アスベストまたはアスベスト含有物から生ずる粉じんに曝露するか、または、曝露する可能性のある労働者の数は、考えられる最低の数に制限しなければならない。
- 2. 作業手順は、原則として、アスベストの大気中への飛散を避けるように、計画されなければならない。

3. アスベストの取り扱いに関わるすべての設備および機器は、定期的かつ効果的に、清掃および整備が可能なものでなければならない。
4. アスベストまたは粉じん飛散性アスベスト含有物は、適切に封印された梱包のなかに、貯蔵および運搬されなければならない。
5. 廃棄物は、可能な限り迅速に適切に封印された梱包のなかに、収集および除去され、アスベストを含有していることを示す、ラベルをしなければならない。

最初の段落でふれた廃棄物は、その後、理事会指令91/689/EECにしたがって、処理されなければならない。

第7条

1. 初回のリスクアセスメントの結果に応じ、また、第8条で定める限界値の遵守を確保するために、定期的に、職場における大気中のアスベスト繊維モニタリングが実施されなければならない。
2. サンプルングは、アスベストおよびアスベスト含有物から生じる粉じんへの、労働者の個人曝露を代表するものでなければならない。
3. サンプルングは企業内の労働者および/またはその代表と協議した後に実施しなければならない。
4. サンプルングは、適切な資格ある者によって実施されなければならない。採取されたサンプルは、その後、分析機器を備え、かつ、必要な同定技術を応用する資格のある、研究室で分析されなければならない。
5. サンプルングの時間は、測定値または時間加重計算により、8時間標準期間(1シフト)についての代表的曝露を確定できるようなものでなければならない。
6. 繊維数の計測は、1997年のWHO(世界保健機関)の勧告する方法にしたがって、可能な場合は必ず、PCM(位相差顕微鏡)によって行われなければならない。

第8条 使用者は、いかなる労働者も、8時間加重平均(TWA)で0.1繊維/cm³を超える大気中のアスベスト濃度に曝露することがないようにしなければならない。

第10条

1. 第8条で定める限界値を超える場合には、限界を超えた理由を確認し、かつ、可能な限り迅速に、状況を改善する適切な措置がとられなければならない。

関係する労働者の防護のための適切な措置がとられるまでは、影響を受けた区域における作業を続けてはならない。

3. 他の手段では曝露を低減できず、かつ、個人呼吸用保護具の限定的価値が必要と証明される場合には、これ[個人保護具の使用]を永続させてはならず、厳格に個別労働者にとっての必要最小限の範囲にとどめなければならない。

第10a条 解体または補修管理作業を開始する前に、使用者は、職場の設備を管理するにあたって、所有者から情報を得ることが適切な場合には、アスベストを含有していることが疑われる物[材料]を確認するために必要なすべての手順をとらなければならない。

物[材料]または建築のなかのアスベストの存在に何らかの疑いがある場合には、アスベスト除去作業の規制および手順にしたがわなければならない。

第11条

1. 大気中のアスベスト濃度を制限する工学的防止措置にもかかわらず、第8条で設定される限界値を超えることが予測される限り、解体または除去などの一定の作業の場合には、使用者は、労働者がそのような作業に従事する間に、労働者の防護を確保するための、とりわけ以下の手段を決定しなければならない。

- (a) 労働者は、着用すべき、呼吸器および他の個人保護機器を与えられなければならない、かつ
- (b) 第8条で定められる限界値を超えることが予測されることを示す、警告表示が掲げられなければならない、かつ
- (c) 当該設備/作業場所の外部へのアスベストおよびアスベスト含有物から生じる粉じんの飛散が防止されなければならない。

第12条

2. 第1段落でふれた計画には、作業場所で労働者の安全と健康を確保するために必要な手段

を記載しなければならない。

計画には、とりわけ以下のことを明記しなければならない。

- アスベストおよび/またはアスベスト含有製品は、解体作業が行われる前に除去される、
- 必要な場合には、第11(1)a条でふれた個人保護機器が与えられる。

第12a条

1. 使用者は、アスベスト含有粉じんに曝露するか、または、曝露することに責任がある、すべての労働者に対して、適切なトレーニングを与えなければならない。そのようなトレーニングは、定期的、かつ、労働者の費用負担なしに、与えられなければならない。
2. トレーニングは、労働者が理解しやすく、かつ、なかでも以下のことを知らせるものでなければならない。
 - (a) アスベストの特性および喫煙の相乗効果を含めた、その健康に対する影響
 - (b) アスベストを含有している可能性のある製品または物[材料]の種類
 - (c) アスベスト曝露につながる可能性のある作業および曝露を最小化するための予防的管理の重要性
 - (d) 安全な作業慣行、管理および防護機器
 - (e) 呼吸機器の適切な役割、選択、限界および適切な使用
 - (f) 緊急時の手順
 - (g) 汚染除去手順
 - (h) 廃棄物処理
 - (i) 健康診断の要求事項
3. アスベスト除去作業向けトレーニングの実践的ガイドラインが、共同体レベルで開発されなければならない。

第12b条 アスベスト解体または除去作業を実施するために、企業は、この分野における能力[を有していること]の証拠を提供しなければならない。

第14条2.

- (b) 結果が第8条で定める限界値を超える場合は、当該企業の労働者は、可能な限り迅速に、その事実およびその理由を知らされなければならない、

また、当該企業の労働者および/またはその代表は、とられるべき措置について協議されなければならない、または緊急の場合には、すでにとられた措置について知らされなければならない。

第16条

2. 第1点でふれた記録、および、第15条第1点でふれた医学的記録は、国内の法律および/または慣行にしたがって、曝露終了後、少なくとも40年間保存されなければならない。
3. 第2点でふれた諸文書は、当該企業が事業を中絶する場合には、国内の法律および/または慣行にしたがって、責任ある機関により、入手可能にされなければならない。

別添II

3. 労働者の健康診断は、労働医学の原則および慣行にしたがって実施されなければならない。それには、以下の措置を含めなければならない。
 - 労働者の医学的および職業的経歴の記録の保存
 - 個人問診
 - 胸部の臨床検査
 - 肺機能検査(呼吸流量および率)医師および/または健康サーヴェイランスに責任ある機関は、利用できる最新の労働医学的知見に照らして、喀痰細胞診または胸部エックス線写真、濃度断層撮影(tomodensitometry)などの、追加検査を決定しなければならない。

[本指令]第2条

1. 加盟国は、遅くとも2004年12月31日までに、本指令に適合するために必要な法律、規則および行政規定を施行しなければならない。それについて、ただちに委員会に通知しなければならない。加盟国がこれらの措置を採用する場合には、本指令への参照を含むか、または、公式発行にあたってそのような参照をともなわなければならない。そのような参照をする手段が、加盟国により定められなければならない。
2. 加盟国は、本指令の対象分野において採用した国内法の条文を、委員会に伝達しなければならない。

[本指令]第3条

本指令は、加盟各国にあてたものである。

中小企業にとくに言及した本提案の 事業活動に対する影響の評価

1. 提案[省略]

2. 事業活動に対する影響

a) 誰が提案の影響を受けるか?

一どの事業部門か?

市場におけるアスベスト繊維の着実な減少を受けて、アスベスト禁止のプロセスの一部として実施された既存の文献や論文は、現在関係している以下の2つの産業部門を確認している

—アスベスト・セメント製品の製造、現在、スペイン、ポルトガルおよびギリシャの15企業で行われており、スペインが総生産の68%を占めている。

—特殊なプレーキライニング・システム、高温オープン用パネル、特定の配管および付属品、電気分解用フィルター製造を含む加工産業。

その事業活動が徐々に減退し、残るすべての用途向けに、アスベストの代替品が開発されるにつれてなくなるであろう、これら2つの部門以外に、建設産業(造船、鉄道等を含む)は、すでにアスベストを含有している構造物の整備または解体によって、不断に影響を受けている。

一どの規模の事業か?

アスベスト・セメント製品の製造および加工に関わる企業は、大企業である傾向がある。

入手可能なデータは、アスベスト・セメント製品製造では、直接影響を受ける労働者のほぼ正確な数は、約2,500人であることを示している。

対照的に、建築および土木企業は、中小企業である傾向がある。作業現場は、一時的かつ可変であり、概して少数(10人未満)の労働者しか有していない。アスベスト曝露に関連したリスクに対する関心が高まったことによって、建築物や船舶のような、様々の構造物からのアスベスト除去作業が、加盟諸国において現在増加していることに留意すると、最も

直接影響を受ける労働者の数は、確認不能である(おそらく8万人から10万人程度)。

一地理的分布は?

すでに述べたように、アスベスト・セメント製品の製造に関しては、関連する地理的分布を確認することができる(スペイン、ポルトガルおよびギリシャ)。

加工産業および建築・土木部門に関しては、特定の地理的分布はない。

b) どの事業が提案にしたがわなければならないか?

提案された指令83/477/EEC修正の主な目的は、最もリスクのある労働者および採用されるべき優先的防護手段に対する、使用者の注意に焦点を当てることである。そのため、修正案は、以下の頁で詳述するように、すでに特徴づけられている労働者の安全衛生防護のための、人的および財政的な資源の活用における優先順位の変更のために発行されるものである。第8条および曝露限界値の引き下げを除いて、修正案は、その諸条項が、既存の(使用者にとって義務的な)諸指令にすでにみられるものの繰り返しにすぎないことから、追加的な支出は生じさせそうもない。それよりも、今回の修正は、単一の立法行動という文脈において、これらすべての諸条項を、より明らかなものにするものと考えられる。事業活動に大いに関係しそうな点は、曝露限界値の引き下げ(第8条)、である。

提案された曝露限界値の引き下げは、工学的管理および作業場の装備の追加、および適当な場合には、個人保護機器の追加購入に関して、限定的な追加費用を生じさせそうである。

しかし、指令83/477/EECが採択されて以来、事業活動には、職場におけるアスベスト繊維濃度の限界に対処する技術的基盤を築くための多くの時間があつた。

指令83/477/EECに述べられた光学顕微鏡を用いた測定方法が、その実行は今回の提案にもちこされたように、1997年のWHO(世界保健機関)の勧告する方法への言及はあつたとしても、事業活動に対して何ら特定の追加的強制は課してはいない。

提案の別の重要な側面は、解体または補修管理作業を開始する前に、アスベストまたはアスベスト含

有物を確認することである(第10a条)。ここでもまた、特定の側面について、職場における安全衛生に関する共同体のすべての法令に基づいて、使用者に課せられているリスクアセスメントに焦点を当てるのが問題になるだけである。

同じ原則は、労働者のトレーニング(第12a条)に関しても当てはまる。指令の修正案は、職場における安全衛生に関するすべての指令のなかで、防護の必須の中身としてあらわれるこの条項の、手順および内容を説明したにすぎない。

曝露の記録および医学的記録の保存期間(第16条)は、今回の提案で30年から40年に拡張されるが、この提案は、指令90/394/EECの対象となる他の発がん物質に対する条項をアスベストに適用したものである。これは、アスベスト曝露とこの鉱物繊維によって引き起こされる、最も重篤な腫瘍である中皮腫の発現との間の潜伏期間に裏づけられたものである。

c) 提案はどのような経済的影響を与えそうか? 一雇用に関して

提案は、当該部門における雇用に対して、何ら影響を与えないであろう。

一投資に対して

提案は、当該部門における投資に対して、何ら影響を与えないであろう。

一事業活動の競争条件に関して

提案は、ヨーロッパの産業の短期的もしくは長期的双方の競争力に対して、何ら影響を与えないであろう。

d) 提案は中小企業の特定の条件を考慮した措置(緩和したまたは異なる要求事項)を含んでいるか?

今回の提案は、中小企業に適用できる、いかなる例外もないし特定の措置も含んでいないが、現実には、広範囲にわたり、中小企業に向けたもので

ある。

3. 協議

本提案について協議を行った組織およびその主要な見解の一覧

- (1) 加盟諸国の代表との非公式協議(1998年11月から1999年7月の間に3回の会議)、1998年4月7日の理事会の結論に対する最高の応答を与えるための一般的アプローチに関して合意した。
- (2) 条約138(2)および(3)条にしたがった社会パートナーとの2段階協議(各々2000年8月と2001年4月に終了)。協議した組織は委員会からの通知の別添に掲載された43団体にのぼった。
- (3) 2000年12月19日の全体会議で終了した、職場における安全、衛生および健康防護に関する諮問委員会との協議。

協議したすべての関係者は、多かれ少なかれ異口同音に、現在最もリスクのある労働者に対する措置を見直すための指令の修正という文脈において考慮された主要な側面、とりわけ、アスベストの確認、関係する労働者の注意、情報およびトレーニングの改善、ガイドラインの策定、および、最終的には、職業曝露についての限界値の引き下げ、および、大気中のアスベスト繊維量の測定への単一の方法の使用の必要性、に関して同意した。

委員会の交渉手続を開始したいという意向に関する質問に対する回答のなかで、協議用文書に述べられた提案に基づき、条約138(4)および139条にしたがって、社会パートナーは、欧州委員会による立法のイニシアティブは、正当なものであり、かつ、うまくいくに違いないという意見を表明した。



※原文は、http://europa.eu.int/eur-lex/en/com/pdf/2001/en_501PC0417.pdfで入手できる。

EUの新たなアスベスト管理

ヨーロッパの労働者をアスベスト曝露から守る現

行の規制が[欧州]指令に組み入れられてから、20年近くかたつ(1983年9月19日の理事会指令83/477/EEC)。その後の改正も含めたこれらの規制は、「管理使用」の一すなわち、アスベスト製品は一定の手順を守れば、安全に使用することができるという一

レジュームの枠内で採用されたものであった。

1999年7月のヨーロッパのクリソタイル禁止の採択は、きつぱりと規制の土台を変更するものであった。禁止の連鎖反応として、なおリスクにさらされる集団—補修管理(メンテナンス)、解体、改装、修繕、電気、配管、アスベスト除去作業に関わる労働者を保護するため、より厳格な管理が必要であることが明らかにされたのである。

指令83/477/EECに関する、欧州委員会の修正提案が公表された(本号前段で紹介)。これは、以下のような内容である。

- ・海上・航空輸送部門の労働者を対象とする制限を拡大する。
- ・1997年の世界保健機関(WHO)の勧告(ISBN 92 4 154496 1)に沿って、位相差光学顕微鏡を用いた大気中の繊維濃度の測定方法を最新化する。
- ・現行のクリソタイル $0.6f/cm^3$ 、その他のアスベスト $0.3f/cm^3$ という曝露限界値を、 $0.1f/cm^3$ という一本の限界値に厳しくする。
- ・解体またはメンテナンス作業を開始する前にアスベスト検査を実施する、使用者の責任を強化する。
- ・労働者に対する、より徹底的な安全衛生トレーニング措置を導入する。
- ・曝露および個人医学記録の保存期間を、30年から40年に拡張する。

ヨーロッパ労連のLaurent Vogelは、この委員会の提案に失望している。「きわめて重要な限界値に関して、委員会が労働組合の要求を考慮し、より緩い限界値を求めた使用者の圧力を拒否したことは歓迎する。しかし、提案は、以下のように矛盾が多い」と、彼は言う。

- ・この指令は、自営業者を対象にしておらず、下請事業者をリスクにさらすことになる。
- ・職場および建築物のアスベスト登録に関する明確な条項がない。
- ・メンテナンス、解体、アスベスト作業に関わる企業は、委員会が策定する要求事項に基づいて、公共の機関による認証を得ることが、義務づけられなければならない。



欧州議会が欧州セミナーを支持

2001年10月15日、ヨーロッパ・アスベスト・セミナー(EAS—2001年10月号35頁参照)の成果と結論の価値を認める成文宣言*が、欧州議会に提出された。EASの一環として2001年6月7-8日にブリュッセルで開催された会議は、アスベスト禁止国際書記局(IBAS)、ベルギー・アスベスト被災者グループ(ABEVA)、イギリス出身の欧州議員(MEP) Dr. Charles TannockとPeter Skinnerが組織したものであったが、これは、各国政府に対して以下のことを勧告する宣言を発行した[宣言は8月号38頁、ブリュッセルの会議の報告は12月号参照]。

- ・アスベスト含有廃棄物の処理技術の開発および実行
- ・[EU指令で禁止の例外とされている]塩素製造設備用のアスベスト使用の中止
- ・アスベスト関連疾患の診断基準および補償手続の整合化
- ・アスベスト関連疾患のすべての側面に対する医学的知見の共有、および、最も効果的な治療への平等なアクセスの確保

欧州議員たちは、「アスベスト被災者の苦境を改善するために、ヨーロッパ中のアスベスト被災者グループ、NGO、社会運動が行っている実績」を認めた。この言明が、ヨーロッパのアスベスト被災者を支援するために苦闘している諸団体に、注目が寄せられる助けになることを望みたい。欧州議会の関心は、疫学者たちが今後30年間に発生すると予測している50万のアスベスト死に、西欧が対処するとすれば、十分な資金援助も受けず、ほとんど知られていないこれらの団体の活動が不可欠である、ということである。

EASの価値は、その他のヨーロッパの有力な関係者からも認められている。社会経済評議会の委員Mrs. Anna Diamantopoulouの事務所からの手紙は、「2001年6月にブリュッセルで開催されたセミナーは、近年における最も重要な会議のひとつとみなされるべきであり、様々な政策課題をカバーし

たその結論は、様々な機関・組織において検討されるべきである」と述べている。民事訴訟扶助協会A/3部門の長Mario Tereiroは、「非常に関心をもって」読んだ。彼は、「犯罪被害者の補償の問題に関して、今秋に緑書[グリーンペーパー]を発行する準備を進めている」としている。欧州委員会内閣のメンバーであるJohn BellとPhilippe Busquin両委員も、EASの結論の価値を認めている。

先(2001年6月26日)に、欧州議会内労働安全衛生関係全党グループ議長Michael Claphamにより、早期動議(EDM34)が上程され、69名の欧州議員がこれを支持した。これは、「ヨーロッパ・アスベスト・セミナーにおいて、地域的、全国的、国際的ネットワークの確立、アスベスト所在情報の迅速な記録、アスベスト含有廃棄物処理技術の開発と実行、塩

素製造用へのアスベスト使用の中止、アスベスト関連疾患の診断基準と補償手続の整合化、すべての被災者に最も効果的な治療への平等なアクセスを提供するための医学的知見の共有を要求する決議で一致したこと」、を歓迎したものである。

* 欧州議会議員(MEP)とEU各国議会の議員(MP)は、成文宣言[Written Declaration]および早期動議[EDM: Early Day Motion]として知られる手段を用いて、問題の特別な重要性を知らせることができる。こうした文書の内容と評判は、特定の問題における政治的関心を判断する手順のひとつである。議員たちは、これらの請願の署名に名を連ねることによって、その意見を表明することが望まれている。



※以上2本の短信はIBASのウェブサイトから。

韓国が石綿曝露基準を $0.1f/cm^3$ に引き下げ

2003年1月1日から実施

韓国労働部(日本の省に当たる)は、2001年10月10日、労働者に対する石綿曝露基準を、1986年に設定された $2f/cm^3$ (現行の日本の作業環境測定基準=管理濃度と同じ数値)から、 $0.1f/cm^3$ (前掲のEUの提案と同水準)に、20倍強化するよう、「化学物質および物理的因子の曝露基準」を改定し、2003年1月1日から施行するとした。

韓国労働部は、労使団体、学識経験者を参集して「石綿管理方案」について検討した結果、今回の決定にいたったものだが、編集部が入手した情報に基づき、若干の背景の解説を行ってみたい。

韓国では、1993年に、石綿曝露による悪性中皮腫、肺がん各々の第1号労災認定患者が出たが、以降現在までに17名にのぼっており、うち4名は2001年になってから労災認定を受けた溶接工、旋盤工、配管工、地下鉄公社で設備・営繕に携わっていた労働者[2001年4月号41頁参照]の事例であった[次頁表参照]。

一方、これまでの韓国における、産業安全保健

法令上の石綿関連規制の内容は、以下のとおりであった(基本的に現在の日本とよく似た規制内容であるが、「許可制」、「請負禁止」等は日本では実施されていない)。

- 1981年12月 石綿取り扱い作業場作業環境測定、および、勤労者特殊健康診断実施
- 1986年12月 石綿の許容濃度設定(白石綿(クリソタイル): $2f/cm^3$ 、茶石綿(アモサイト): $0.5f/cm^3$ 、青石綿(クロシドライト): $0.2f/cm^3$)
- 1990年7月 石綿作業の請負禁止
- 1991年4月 石綿を製造または使用する場合、適正施設・設備を備え、労働部長官の許可が必要
- 1992年3月 石綿取り扱い作業時の密閉・湿式作業、個人保護具の支給等
- 1992年3月 石綿取り扱い業務に勤務した離職勤労者に対して、健康管理手帳

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

姓名	事業場名	職種	勤務年数	年齢性別	疾病名	受付日時	療養承認日時	福祉公団	死亡日時
全○	○○化学㈱	繊維燃糸合糸	19	46/女	悪性中皮種	1993.5.24	1993.9.18	梁山	1993.8.4
梁○	㈱○○開発	地下街警備	11	50/男	肺がん	1993.11.24	1996.3.29	ソウル南部	1993.11.24
金○	○○製鉄㈱	設備、ケーブル保護	13	43/男	肺がん	1995.9.4	1996.5.9	浦項	1995.12.8
文○	㈱○○テコ	配管設置保守	10	53/男	肺がん	1996.8.4.	1996.10.10	益山	1996.8.4
金○	○○重工業㈱	船舶修理	15	55/男	悪性中皮種癌	1996.12.31	1997.4.29	統営	1997.5.12
朱○	○○加工㈱	配管保温断熱	15	57/男	じん肺石綿肺	1996.10.13	1997.5.10	全州	1996.11.30
金○	○○カミュ㈱	車両整備	26	57/男	肺がん	1995.8.27	1997.7.26	城南	1995.8.27
李○	○○セメント	採取、粉碎	17	57/男	悪性中皮種	1996.8.12	1997.12.8	保寧	1996.11.21
李○	○○合繊	放射器整備工	25	51/男	肺がん	1998.11.14	1999.1.23	昌原	生存
柳○	○○企業㈱	製せん、整備工	18	46/男	悪性中皮種	1989.2.3	1999.5.12	浦項	1999.5.27
権○	○○アスベスト工業㈱	生産職	9	63/女	肺がん	1999.7.5	1999.8.7	釜山北部	2000.6.29
辺○	○○公社	設備班	17	55/男	肺がん	2000.6.7	2000.8.17	ソウル江南	生存
金○	㈱○○	石綿配合工	12	50/男	肺がん	2000.8.24	2000.11.27	水原	生存
許○	㈱○○重工業	溶接工	24	57/男	肺がん	2000.1.3	2001.2.23	釜山	2001.5.29
羅○	○○重工業	旋盤	23	48/男	肺がん	2000.9.16	2001.6.25	昌原	生存
金○	○○公社	運営部	9	43/男	悪性中皮種	2000.10.4	2001.6.8.	城南	2000.10.4
李○	○○アルミニウム	ボイラー配管	21	56/男	肺がん	2000.10.30	2001.7.10	清州	生存

発給

—1997年5月 青石綿、茶石綿は製造、輸入、使用などを禁止

しかし、石綿の製造・使用許可事業所に関して、1998年には5社[1999年3月号51頁参照]、2000年5月にも2社が、作業環境不良、産業安全保健法令違反により、営業停止という厳しい処分を受けた。2001年には、許可を受けずに石綿を使用していた1社が摘発され、使用中止処分を受けている。

韓国におけるアスベスト使用の歴史と現状については、2001年4月号39-41頁を参照していただきたいが、近年の輸入量・用途は別表(次頁参照)のとおりで、日本の約3分の1の使用量である。にもかかわらず、わが国以上に、石綿問題に関心が寄せられ、対策の強化が具体的に検討されてきたわけである。

今回実施された石綿の曝露基準の改正だけでなく、以下のような産業安全保健関係法令の改正および石綿含有建築物の実態調査を実施するこ

とも検討されており、その動向も注目される。

- ・石綿含有建築物の解体・除去作業は、労働部長官の許可を受けたものが実施するものとする(適正施設・設備、安全保健作業基準、勤労者教育等を含む作業計画書を作成、作業計画に関する協議に勤労者代表の参与)。
- ・石綿作業終了後の作業服、保護具等の管理および洗浄は、統制された状態のもとで行うものとする。
- ・石綿が含有された製品または建築物の破壊・解体作業の、同一事業場内での工程の一部請負を禁止する。

実態調査については、石綿が規制された1990年代以前に建築物に使用された石綿の実態把握が不十分であるということから、2002年に、全国の主要な建築物を地域別、建物規模・種類別、建築年度別等で区分して、石綿含有の有無に関する実態調査を実施して、石綿含有建築資材を使用した建築物を解体・除去する場合の石綿管理方を追及していくこと、とされた。

石綿の年度別輸入状況

(単位:トン/年)

1995	1996	1997	1998	1999	2000
87,874	77,145	44,987	29,619	32,519	28,900

(貿易統計年報参照)

石綿の使用用途

業種	生産品	使用量構成比
建築資材業	石綿スレート、石綿板	82.0%
自動車製品	ブレーキライニング、パッド	10.5%
繊維製品	石綿布、石綿パッキング	5.1%
その他	ガスケット、精留資など	2.4%

(韓国石綿協会提供)

こうした労働部の方針に対する各界の意見は、次のようなものであった。

① 石綿の曝露基準の強化

<経営界の意見>

- 今回は石綿の曝露基準を1f/ccにして、毎年改正していくことが望ましい。(石綿協会は、0.1f/cm³に引き下げると、施設改善に100億ウォン程度必要になり、事業を放棄するかしなくなつて、900人程度の失業者が発生するとも主張した。)

<労働界の意見>

- 石綿は非常に有害で、曝露基準を設けないのが妥当である。(2大ナショナルセンターである韓国労総、民主労総とも禁止を求める立場である。)

<学界の意見>

- 石綿の曝露基準を0.1f/ccに規制しても許可作業場の管理に問題がないので基準強化に同意する。

② 石綿関係法令の改正

<経営界の意見>

- 石綿含有建築物解体・除去作業に対する法令改正以前に、まず、技術的妥当性を検討した後、代案を用意することを望む。

- アメリカは石綿が吹き付けられた建物など飛散性石綿に限って有資格者を活用して石綿を除去するようにしており、非飛散性(固形化された)石綿に対しては一般廃棄物に分類、処理していることを法令改正時に参考にしてほしい。

<労働界の意見>

- 地下鉄駅舎および建設現場労働者の石綿曝露に対する管理および指導・監督が緊急である実情。

<学会の意見>

- 石綿に対する保健基準に関する規則を別途、章を設ける必要があり、石綿に対しては環境測定ばかりでなく、石綿管理に対する評価方法も必要。

- 飛散性、非飛散性石綿はその形態によって維持・管理方法を区分して設定する必要がある。

③ 石綿含有建築物の実態調査

<経営界の意見>

- わが国には石綿が含有された建築物はほとんどないものと考えられ、これは実態調査によって明らかになる。

<労働界の意見>

- 新築建物に対しても石綿が使用されており、これを実態調査に含めなくてはならない。また、建設業体に対しても、石綿使用実態に関して調査する必要がある。

<学会の意見>

- 建物に対する石綿使用実態調査は、その種類と使用実態に対する精密調査の必要性があり、とくに公共建物、大型建物、老朽建物を優先的に調査するよう、年次別に計画を立て、段階的に進行する必要がある。

こうした意見を踏まえて、労働部では、曝露基準の引き下げについてまず、1年の猶予期間をつけて実施し、石綿含有建築物の実態調査は、公共建築物、大型建物、老朽化した建物を優先的に実施することとして、他の石綿関係法令の改正についても引き続き検討していくこととしたものである。

なお、2000年下期、2001年上期の石綿使用許可事業場39社における作業環境測定の結果が、平均0.075f/cm³、0.087f/cm³で、最高値が0.267f/cm³基準を0.1f/cm³に引き上げたとしても超過する事業場は2000年9か所、2001年5か所であるという結果も、今回の基準引き下げの根拠のひとつとなった模様である。

このような背景をみると、韓国が日本に先んじて石綿全面禁止に踏み切る可能性もありえそうだ。

アスベスト被災者の願いを背負って ウィーンで日・英・南ア合同写真展

池田理恵

(社) 神奈川労災職業病センター

横須賀の被災者の願いから

今回のヨーロッパ労災職業病ネットワークのウィーン会議(第8回ヨーロッパ・ワークハザード会議)における日本・イギリス・南アフリカ合同アスベスト写真展とイギリス・スコットランド訪問に至る経過は、横須賀じん肺被災者の会の会長であった故大森智さんなくしては語れない。続発性気管支炎で療養中だった大森さんは、1999年11月頃、悪性胸膜中皮腫を発症された。ふたつのじん肺・アスベスト関連疾患の闘病中、大森さんは、同じ病気の人、とくに悪性胸膜中皮腫と診断された方に会いたがっていた。それと並行して、筆者は、中皮腫の相談件数が増えてきたこともあって、ケアの問題に興味があったことから、イギリスに中皮腫のケアをし、またケアをしている看護師たちのネットワークである中皮腫情報プロジェクト(Mesothelioma Information Project)があることを聞いていたので、その団体や中心に動いている方に会いに行きたくなっていた。

2001年の春先、大森さんの通院先でもある横須賀中央診療所患者の会主催の花見があった時に、なにげなく筆者がイギリスに行ってみたく、同じく花見に参加していた大森さんに話したところ、大森さんは「ぜひ行って(会って)きてくれ」と応援してくれた。また、横須賀じん肺被災者の会の世話人会にも話してみたところ、「じん肺、とくにアスベスト疾患の被災者がどのように療養しているのかを見て、ぜひ

交流してきてほしい」と言われた。そういう経過から、非公式ではあったが、自分の休暇を利用して(また、被災者の会、じん肺基金、大森さんや被災者個人等からの支援を受けて)、2001年5月末日から1週間あまり訪英した。

リバプール

ちょうど、筆者が訪問した同時期に、ブラジルから労働/安全衛生監督官のフェルナンダ・ギアナージ氏とインド安全衛生センター所長ジョシ博士(医師)の訪英と重なり(ヨーロッパ・アスベスト・セミナーの一環—10月号36頁参照)、当初スコットランド地方グラスゴー市にあるアスベスト被災者団体を訪問をする予定が、急遽行く前日になってキャンセルになった。代わりに、リバプール市にあるMerseyside Asbestos Victims Support Group(マーシーサイド・アスベスト被災者救援会)を訪問し、ゆっくり滞在することができた。

受け入れてくださったのは、そのMAVSの事務局長でもあるジョン・フラナガン氏。仕事内容は筆者と同様、アスベスト被災者に対する補償の問題をはじめとした支援であったので、お互いの仕事の話で盛り上がり、また、被災者、とくに中皮腫の患者宅へ訪問することができた。これは、事前に電子メールで、大森会長のことを話していたこともあったためであったが、限られた日程の中での暖かい配慮に感動した。

また、中皮腫情報プロジェクトを立ちあげたメイビス・ロビンソン看護婦、それに参加している肺がん専門看護婦(がんのケアをする看護師たちのことで、部位による専門的な知識を持ち、免許を必要とする専門家)、さらに、アスベスト補償関係で頑張っている弁護士たちとの交流も設定してもらい、日英のアスベスト被災者救済の情報交換など、貴重な時を過ごすことができた。その間の交流を通し、ジョン氏は今回行くことができなかったグラスゴーに、次回は絶対行くべきだと勧めてくれた。理由は、造船労働者のアスベスト被災者が大勢いるからとのことであった。

ロンドン

その後、ロンドンに南下し、3年前来日したロンドン・ハザード・センターのミック・ホルダー氏(1998年12月号参照)と再会。旧交を温めながら、前述したブラジル・インドからのゲストを迎えたアスベスト・ミーティングに参加した。非公式参加であったので、発言をほとんどしなかったのだが、会議後の懇親会で、あるジャーナリストとミック氏と、2001年3月に横須賀で開催したじん肺・アスベスト写真展(2001年7月号参照)の話(実は小さい写真を持参していたので見せながら)した。そこで、じん肺被災者や家族の写真を通して横須賀の事情を理解してくれたこと、写真など視聴覚を通して訴えていくことのインパクトの強さなどが話題になった。

その中から、南アフリカ・アスベスト鉱山労働者の裁判(被告がイギリス資本の企業なので、現在イギリスで係争中)のキャンペーン用の写真があることも含めて、合同アスベスト写真展を「どこかで」行えたら、という話に発展した。しかし、場所を押さえるにしても「費用」を考えなくてはならない。そういえば、近日中に行われるEWHN(ヨーロッパ労災職業病ネットワーク)の会議なら、会議場のどこかで掲示してもらえないかという話も出たが、正直いって、そのときは、「まあ、そんなところでできたらいいね」ぐらいの話ですんでいたつろもりでいた。

大森会長の死

6月10日、帰国してすぐに、大森会長の家に電話を入れると、本人が電話口に出て、「体調が良くないと医師に言われた」とのことであった。正直もう危ないと思った私は、急いで写真を現像し、6月13日に大森宅を訪問した。ちょうど介護ベッドを入れたばかりではあったが、大森さんは報告を楽しみに待っていた。リバプールのMAVSの皆さんが大森さんのことを思っていること、中皮腫情報プロジェクトでは、医療従事者(とくに看護師たち)に向けて、中皮腫のパンフレットを送り、アスベスト被災の情報を提供していることなどを報告し、また、何よりも大森さんが会いたがっていた、元造船労働者で中皮腫と診断された被災者の写真を見てもらった。

大森さんは、イギリスでは50代で発症した中皮腫の手術はしない(日本では行っている)という話に驚き、中皮腫情報プロジェクトの取り組みのパンフレットを見ながら、「まだまだ終わらないアスベスト被害(とくに中皮腫)にはやるべき人がたくさんあるな」と言い、元造船労働者で中皮腫の方には、とくに親しみを覚えたようで、彼の家族関係などを聞いてきた。

しかし、数日後の6月17日、病院に運ばれ、あけて19日には、大森さんは帰らぬ人となってしまった。筆者の帰国を待ちかまえるかのようだった。

合同写真展実現へ

大森さんを見送って間もなく、EWHNウィーン会議の知らせが飛び込んできた。プログラムを見て、どうもアスベスト関係のワークショップがないことに気づいたので、ロンドンのミック氏に電子メールで問い合わせをした。すると、アスベスト全面使用禁止はできても、被害はまだ残っていることを何らかの方法で伝えたいと(イギリスでは反アスベスト・キャンペーンはよく行われているが、ヨーロッパ全体として)常日頃考えていたミック氏も、ここで合同アスベスト写真展を行えたらと思ったらしく、彼は即、ホストであるオーストリアの会議担当者に交渉をした。そして、すぐに快諾を得てしまったのである。

そこからが、日本側は大変であった。まず、じん肺・アスベスト写真展の所有者である被災者救済基金、そして、カメラマンの今井明さんにウィーンで行



うことを承諾してもらい、どのように運ぶかなどの打ち合わせ。横須賀で行った写真は木のフレームで、かなり嵩張るため、写真を全部ラミネート加工し直すことにし、また、写真展の案内ハガキとキャンペーンハガキが少し残っていたため、それを「さばききる」ために、会議参加者へのプレゼントとして、英訳シールを貼って持っていくことにした。

肝心の翻訳は、じん肺・アスベスト健康被害ホットラインの相談者の中にプロの翻訳者がいたことから、すぐに依頼をし、英文のチェック作業を、ミック氏にも、筆者が仲介して電子メールを通して手伝ってもらい、最終締め切りに近い日に何とか、英訳の印刷を間に合わせる事ができた。

翻訳作業に「たいへんな」手間をかけている間、渡航日程に不都合がでてくる事がわかった。EWHN会議は9月23日で終了するのだが、あいにくこの期間(9月15日と23日が日本の休日になることから)はヨーロッパ便は日本人観光客で一杯になるらしく、また、日本-ウィーン直行便が週3日しかないとのこと。旅行代理店からすぐには帰国できないのでウィーンにもう数日滞在するか、もしくは毎日日本便がでているパリもしくはロンドンに移動することを勧められたため、知り合いの多いロンドンを選ぼうとしていた。しかし、イギリスに戻るのであれば、もっ

たいないので、せっかくだからと、前回行き損なったグラスゴー公式訪問ができないかと、前述したジョン・フラナガン氏を通して調整していただいた。

すると、向こうの議員も会いたいとのことで、彼らが国会から戻ったあとの9月28日～10月1日という日程を押さえることができた。その前後で、道中でもあるリバプール(MAVS)やマンチェスターの安全センターの訪問も加わり、長期出張ということになった。

EWHNウィーン会議

米国テロ事件の直後でもある、9月19日に渡欧。成田空港は厳戒態勢を取っていたかといえば、全部の荷物を検査機に通しただけで、なんということではなかった。(今から思えば開港直後の方が厳しかった。)私の乗る全日空機は、観光客でほぼ満席だった。ウィーンに到着すると、数時間早めに到着したミック氏が出迎えてくれていた。実はこの時、現地スタッフが出迎えているはずだったのだが、誰も来ず、しかも宿泊先のホテルの予約が入っていなかったというハプニングがあったが、難は逃れた。

翌20日、本来なら東欧からの参加者を迎えたワークショップが入るはずだったが、米国テロ事件の影響かどうかはわからないが、参加者が少なかったため急遽キャンセル。そのために一日フリーとなり、同時期に到着していたマンチェスター安全センターのスタッフやアメリカの安全センターの全国コーディネーターでもあるトム・オコーナー氏(写真左、右はイギリスのミック・ホルダー氏)、また同時期にウィーンの親戚を訪ねていて、合同写真展におけるイギリスの写真デザインした、イヴ・パーカー女史(イギリスの「ハザーズ」マガジンのデザイナーでもある。本職はグラフィックデザイナーだというので納得。)らと合流して、ウィーン観光へと繰り出した。

観光客で一杯、歩けば必ず日本人に当たる。しかし、古い町並の中、至るところ改修工事を行っているのが興味深かった。物価は日本と同じくらいで、レストランの食事は少し高め。美術館も少し見学したが、あまりの量の多さに疲れてしまった。夕刻ホテルに戻ると、すでに会議の受付が始まっており、翌日の工場見学の申し込みもすでに始まっていた。残

念ながら、ビール工場やソーセージ工場はとっくに満席となってしまう(考えていることは皆一緒?)、仕方なく、「モルト工場」に登録した。この日、リバプールから来たジョン・フラナガン氏と再会し、また、筆者と同様、日本から参加した全統一労組の皆さんとも合流した。日本からは筆者を含め7名で、全体で220名ほどの参加者と聞いた。

モルト工場見学

翌日、ホテル前は各工場に見学する参加者でごった返していた。私の参加するモルト工場は一番参加者が少なく6名ほどで、連絡がうまくいかなかったらしく、待ちぼうけを食わされる。結局、バスが来ないので、タクシー分乗となった。ウィーン23区という、郊外に近いところにあるモルト(酵母)工場は、ビールの酵母や、パンの酵母として用いられる。モルトだけで、操業100年以上と言うので驚いた。工場の案内は、化学博士で工場の安全衛生も担当している方(名前がつかみきれなかった)の案内で見学。とにかく労働者がいないことに気付く。元となる麦は、東欧諸国(チェコなど)の輸入が多いと聞いた。

原料タンクから全てにおいてオートメーション化されていた。原料はすべてベルトでタンクへ運ばれ、タンク貯蔵(酵母と麦をあわせた)もすべてコンピューターで制御されていた。労働者に会ったのは、コンピューターを管理している人ぐらいなもので、あとは、発酵がうまくいくかの検査で人が入るぐらいのようであった。モルトができ上がると、ビール工場やパン工場へと運ばれるのだが、日本にも輸出しているとのこと(ビールで有名なK社)。小一時間で見学は終わり、焼き立てのケーキを配られて(おやつ?)、あっという間に、工場見学は終了した。

全体会議

ホテルに戻り、昼食休憩を取ってから、午後の職場見学もあったが、写真展準備のために、会議の会場へと向かった。ちょうど、ドイツ・ハンブルグの安全センターから参加していたヘニング・ウリート氏に助けられ、地下鉄を乗り継ぎ、会場へ。労働組合の

会議場らしかったのだが、ゆったりとした作りであった(なにしろ廊下が広い)。

早速、今回のホスト役であるオーストリア・リンツにある安全センター・PPMのスタッフ、ゲルハルト・エルシガン氏と、写真展をどこで掲示するかを相談をした。結局、ワークショップなどが行われる1階(ヨーロッパでは2階のことを1階(ファーストフロア)と呼ぶ。この場合、日本でいう「2階」に相当する。なお、日本での1階はグラウンドフロア(地上階)というらしい)の踊り場で行うこととなった。

写真は、南アフリカ、イギリスそして日本の、計3か国になり、横須賀の写真が一番多かった(挨拶文などを含めて約40枚あった)、ボードを使用しながら、前面に横須賀の写真、壁に南アフリカとイギリスの写真を掲示した。テロ事件の関係で、こちらから「画鋏」を持参しなかったのが、スタッフに買いに行ってもらったりもしたが、何とか全体会議前には準備も終了した。また、全体会議の会場の参加者の椅子に、「おみやげ」のハガキを置き、あまりのハガキを資料等がおけるテーブルに置かせてもらった。

夕食を会議場の食堂で取った後(アルコール類や飲料は実費で売られていた。アルコール類を水がわりに飲んでいる参加者も見かけた。ヨーロッパにきているのだなと感じた。)全体会議。開会式は東欧の音楽グループ(クラリネット、アルトサクソ、アコーディオン)の演奏で幕が開き、また、会議の間にも彼らの演奏(会議終了後バスが私たちを迎えに車で演奏会であった)がある。日本ではどうも思いつかない演出。私たちの写真展の案内がアナウンスされないように見えたので、あわててミック氏からゲルハルト氏に、紹介するようメモを壇上にも送ってもらい、参加者に急いで伝えてもらった。全体会議後、あたりを見回したら、「おみやげ」のハガキが落ちていなかったのも、少しは興味を持ってくれているかと期待した。

ワークショップ

2日目の9月22日はワークショップから始まった。アスベスト問題の分科会がなかったため、移住労働者の分会へ参加。同じく日本から参加していた全統



アスベストのインフォメーション・ミーティング

一労組書記長の鳥井さん(EWHN 会議にはイギリス・シェフィールド、イタリアと参加)もこの分会に参加していた。一番参加人数が少なかったこの分会はワークショップの会場も決まっていないことが判明し、スタッフとの交渉の結果、結局、「広い廊下」のソファを使いながらということになった。

オランダから座長役を含め2人、ノルウェー、デンマーク、イギリスからはミック氏、そして日本から鳥井さんと筆者の7名。その中で、移住労働者分会を旗揚げして日夜奮闘されている鳥井さん以外は、皆この問題に間接的にしか関わっていなかったため、詳細にわたる討論はできなかったが、そのかわり、日本の移住労働者事情を聞いていただく絶好のチャンスとなった(筆者は鳥井さんの通訳に必死だった)。

移住労働者等には就労ビザが与えられていなかったりすることは、各国共通の話題だったが、医療関係に関しては、移住労働者が医療サービスを受けられることについては、あまり問題がないように聞こえた。神奈川県勤労者医療生協で行っている外国人互助会の話をすると、興味深いようにもとれていたが、補償が各国によってシステムが違うため、議論とはならなかった。また、どうしても労働問題ばかりが先立ち、安全衛生面までには到達しない難しさも共通の課題となった。このワークショップは最終日まで続いたが、結論というのは出なかったけれども、今後の移住労働者問題において、彼らが、権

利を求めて自ら立ち上がり、実現していけるようなサポートをするためにはどうしたらいいかなど、意見交換がされた。

アスベスト

ワークショップの合間を縫うように、インフォメーションミーティングというのが2回ほどあった。そのうちの1回はアスベストで、写真展会場をバックにしての気楽な集まり。20名ほどが集まった。ジョン・フラナガン氏が、この間のアスベスト問題の動きを説明、とくに昨年ブラジルの

世界アスベスト会議の話を中心に、また、3か国合同アスベスト写真展の説明もしてくれた。

その後、参加者からの声を聞くと、デンマークの参加者から、タルク工場労働者に中皮腫発症が出たこと(またアスベストが使用されていたと)、また、デンマークでは、20年前にアスベスト使用全面禁止をし、被害は終わったかと思っていたら、今ごろになって中皮腫の発症が増えているとのショッキングな話をうかがった。アスベスト使用禁止になっても、被害はまだ終わっていないことを痛感した。このミーティングを終えるにあたり、展示を見てもらったのだが、皆、真剣な表情で熱心に説明を読んでいた。

筆者は、参加していたノルウェーの労働組合の安全衛生担当の方が、非常に横須賀の写真に興味を持ってくださったので、横須賀の活動をつきつきりで説明した。参加者の多くは、とりわけ、1986年に米海軍横須賀基地において、空母ミッドウェーの大きかりな補修工事が行われ、この時、大量に発生したアスベスト廃棄物が不法投棄されていた実態についての展示に驚いていた。

人造鉱物繊維

2回目のインフォメーションミーティングには、「代替製品としての鉱物繊維(Mineral Fiber)」に、ジョン氏とミック氏と共に参加。デンマークから、鉱物繊

維、とくに、グラスウール等の発がん性についてレポート。デンマークでは、アスベスト代替製品として使用しているグラスウール工場労働者に、肺がんが多発しているとのこと。実は筆者も、グラスウール工場労働者が悪性胸膜中皮腫で死亡したという相談ケースを持っていたので(現在労災申請準備中)、その案件の話を紹介させてもらい、未だにはっきりしない発がん性の問題、また、IARC(国際がん研究機関)の見解や現在の動きなどを覗みながら、鉱物繊維よりはもっと安全な紙製品(亜麻布やセルロース繊維など)の必要性などを意見交換した。デンマークでは、鉱物繊維の危険性だけではなく、省エネ(鉱物繊維を製品化するためには、他の断熱材を作る170倍ものエネルギーを必要とする)の面からも、鉱物繊維の使用(製造)禁止を進めているとのことだった。

市長主催の晩餐会

この日、2日目の夜は、ウィーン市長主催の晩餐会であった。会場は、参加者が宿泊していたホテル(国会議事堂の裏)から歩いて数分のラートハウス(市庁舎)に併設するワインレストラン。残念ながらウィーン市長にはお目にかかれなかったが、何かのときにと考えて持参した着物に着替えて参加した。ミック氏が筆者をエスコートして下さり、また、着物を着ていたおかげで、市長代理で見えていた市議夫妻が座るトップテーブル(主賓席)の席につくよう、ぜひにと勧められ、また、食事が一段落したときに、市議の案内による(もちろんボディガードつき)市庁舎めぐりツアーに運良く参加することができた。このツアーはトップテーブルとその他各国代表(といってもごくごく少数に人数制限されたので、他の参加者はどこに行ったか知らされていなかった)だけだったので、思わず得した気分になってしまった。

会議最終日の23日は、ワークショップのまとめをし、全体会議となったのだが、ここでは各国の参加者で集まり、次回に向けての意見などをだす「まとめ」となっていた。ディスカッションの時間の間、全統一の皆さんと一緒に、きっと日本は正式の参加者ではないから順番も回らないだろうと思っていた。しかし、



人数制限のなかで市庁舎見学着物の霊験あらたか
中央は今回の会議のホストであるオーストリア・リンツの安全センター・PPMスタッフのゲルハルト・エルシガン氏、両脇は議員ご夫妻

話し合いの途中に、ぜひ日本からの意見を寄せてほしいと言われ、一瞬蒼白に。順番も最期だろうと思ったら、3番目くらいに来てしまった。筆者が結局代表して話すことになり、まずは、全体としてこのような機会を与えてくれ、日本から参加をすることができたことに感謝をし、また合同アスベスト写真展を通して、アスベスト被害はまだまだ終わらないことを痛感してくれたと思うと告げると、参加者のほとんどの方がうなずいてくれた。そして、できれば、アスベスト被害、とくに中皮腫の発症が多いので、次回のワークショップに取り上げてくれないだろうかと提案した。またぜひ、写真展の感想を次回のためにも活かしたいので、聞かせてほしいと発言した。その他各国代表が話していたが、感謝の前置きが長かった方が多かった。

写真展の反響

写真展の感想は、会議終了後参加者が話しかけることはなかった(後に聞いた話だが、全統一労組のスタッフで、通訳として参加していた矢野まなみさんと筆者を勘違いして、話しかけていた方がだいぶいたそう)。というのも、すぐさま昼食になり、その後帰国(全体会議のときからだんだんと人が減っていた)しはじめていたので、会場はあわただしくなっていたからである。しかし、3日間、空き時間を見計らって聞き取った(といっても数人だが)感想はというと、横須賀の、とくに夫婦で映っているポートレートが非常によかったとの感想であった。

横須賀の写真は、じん肺・アスベスト被害の悲惨さだけの写真だけではなく、被災者とその家族の笑顔の写真の裏に潜む咳・タンの苦しさを描き出したものが半分ほどであったので、欧米の方々が、このような直接的表現ではない写真に対して理解をしてくださるのかどうか実は不安だった。しかし、説明文に個人名、年齢を加え(日本語では匿名にしてあるのだが、英語にすると個人名を出さないのはおかしいと指摘されたため)たのが幸いしたのか、その被災者自身の歴史を知ることができたということで、横須賀の街に住んでいる人々を具体的に知ることができたようである(南アフリカ・アスベスト鉱山労働者のキャンペーンの写真にも、個人の写真があるのだが、説明は全体的なことしか書いていなかったのも、余計に目立っていたかもしれない)。

また、「おみやげ」に渡したハガキも約300枚ほど持参したのが2~30枚しか残っていなかった。日本の、横須賀におけるアスベスト被害を少しでも多くの

方々に見ていただいて、知っていただけたことはうれしかった。3か国合同というのは、非常にインパクトが強かったらしい。ヨーロッパでは、アスベストの全面使用禁止が進んでいる。しかし、まだ被害は終わらない。それを、写真という媒体を通して強く訴えることができたのである。ある方は、この写真展がウィーン会議のハイライトだった、と言ってくださった。

これから

今後どのように連帯して運動していこうかと考えていたときに、アメリカから来たトム・オコーナー氏とあいさつをした。トム氏もこの写真展に感銘を受けてくれたひとりである。彼との話で、アメリカでも各地の安全センターが年に一度集まって会議をするのだということを知った。アメリカでもアスベスト被災者団体は活動的だそうなので、もし、機会があるのなら、そちらの会場でも合同写真展をという話も出た。次回はアメリカでできそう…かな。

いろいろな思いを(重い荷物も)持って、筆者は次の訪問地イギリス、スコットランドへと向かうため、その後イタリアに行く全統一労組の皆さんとも空港で別れ、イギリスからの参加者と共にウィーンをあとにした。



(次号につづく…予定)

※EWHNとその会議については、1999年12月号参照。アメリカの安全センター(COSHグループ)の年次会議(11月?)には、ツアーを組んで出かけたものと、編集子も考えている。

石綿対策全国連絡会議

2001.11.15発行74頁

アスベスト対策情報 No.30



(社)日本石綿協会との話し合いの記録(2001.2)

同協会加盟各社への緊急質問と回答(2001.3)/政党に対する質問と回答(2001.7)

関係4(環境・厚生労働・国土交通・経済産業)省交渉の記録

資料: 非飛散性アスベスト含有建材取扱いに係る旧建設省通達、経済産業省の調査
日本のアスベスト含有製品等の輸出入量、中皮腫の発生状況、労災認定状況

「通達が間違いと思うなら裁判をすればよい」

東京高裁●受け入れ難い裁判所の感覚—はり・きゅう時効裁判判決

大変勉強されている本誌の読者の皆さんも、おそらく、「はり・きゅう時効裁判」と聞いて、ピンとこない人がほとんどであろう。この発端は20年前にさかのぼる。

● 問題の発端と経過

1983年3月、多くの労働者の反対を押し切って、労働省(当時)は、労災はり・きゅう治療を一律1年に制限する375通達を施行した。はり・きゅうの費用の扱いについて、期間や料金が全国各地でばらつきがあるため、統一した基準を作るといふのがタテマエ。鍼灸師団体には、明確な保険適用によって、さらに患者が増えるかのような幻想を抱かせる説明をしたと言う。実際には、多くのケイワン、腰痛の職業病患者が打ち切りを受けたため、さらに1年以上の治療は全額自己負担を強いられるため、療養患者の数は減った。

375通達に反対する運動は、東京、神奈川、大阪などで裁判となった。1994年に大阪高裁が、375通達は労災保険法の趣旨に反する違法なものとする画期的な判決を下し、確定。ついに労働省(当時)は、通達の見直し作業に入る。

通常は、これでめでたしめでたし、なのかもしれない。しかし、われわれはどうしても労働省を許せな

かった。375通達のおかげでどれだけの被災労働者が苦しめられてきたのか。はり・きゅう治療を懐具合と相談しなから受けなければならなかった人、まだ治っていないのに、はり・きゅう治療を続けたいがために、1年後の打ち切り覚悟で「はり・きゅう単独」を選択した人、やはり障害等級をもらって「はり・きゅう特別援護措置」を受けた人、たくさんの労働者の苦渋の選択が思い出される。中には、障害補償請求して等級をもらうと、雇用関係が危ぶまれるからと、結果として「特別援護措置」も受けなかった人もいる。これらの実態を直視せず、新しい医学的知見に基づいて、通達に改正するという立場を崩さない労働省に対して、よりよい通達改正をさせよう、過去の責任も取らせようと、新たな闘いを挑むことになった。

● 過去分請求運動

375通達の下では、1年以上はり・きゅう治療した労働者は、2年目以降は、代金を自分で負担してきた。それらの労働者に、労働省に対して費用請求をしようと呼びかけた。もちろん、以前の記録などを保管している労働者はまずいない。医療機関の協力なしには何も進まなかった。カルテを調べて、請

求可能な労働者をピックアップする。本人の了承を得て、治療回数、年月日、当時の代金を集計する。これらの作業は、神奈川県勤労者医療生活協同組合港町診療所、同十条通り医院のスタッフの絶大なる協力が不可欠であった。結果として、22名の労働者が、過去分請求を行うことができた。1995年3月のことである。

労働省は、まさかこんな請求をされるとは考えていなかったであろう。労災保険法42条には、療養補償の請求権は、時効によって2年で消滅するとされている。

1996年2月、ついに、はり・きゅう治療の期間制限を撤廃する、新しい79号通達が出された。13年にわたる闘いは、労働者の勝利に「終わった」のである。

しかし、過去の責任をどう取るのか。何度も交渉を繰り返したが、結局1996年7月、労働省は時効を適用して、請求時点から2年以上前の療養費用については、不支給の決定を下した。

審査請求したが審査官も棄却。おそらく、審査会も期待できない。裁判しかないと考えたわれわれは、375通達撤廃の裁判を闘ってきた弁護士らに相談を始めた。なるべく争点をわかりやすいものにしようと原告も絞り込んだ。つまり、375

通達下で当初の1年支給を受け、その後自費で治療を継続、さらに新通達下で労災の支給を受けてきた人がいる。つまり「中抜け」であり、はり・きゅうの治療の有効性や個別の症状などを争う余地がないであろう。中には、「中抜け」期間はわずか数日、1回分のはり・きゅう代金のみ支払われなかった人も。1999年9月、港湾日雇い労働者6人、自動車労働者1人、計7人が横浜地方裁判所に、不支給処分取り消し行政訴訟を提起した。

● 横浜地裁の勝利判決

法廷では予想どおり、法律論のみの争いとなった。にもかかわらず、毎回傍聴席には、港湾被災者の会の皆さん、375通達撤廃裁判を闘ってきた自治労七沢リハ労組の仲間らが駆けつけた。2000年12月、横浜地裁は不支給処分取り消し、原告勝訴の判決を下す。争点は以下の2点である(判決文は、2001年1・2月号参照)。

- ① 療養費用請求権の消滅時効の起算点はいつか。
- ② 被告が原告に対し、療養費用請求権の時効消滅を主張することは、信義則違反あるいは禁反言法理にあたるか。

①について、労災保険法には起算点の規定がないため、民法166条1項の適用があるとされる。同項の「権利ヲ行使スルコトヲ得ル時」とは、単にその権利行使につき法律上の障害がないというだけでなく、さらに権利の性質上、その権利行使が現実に期待できるものであることを要する、との最高裁判決がある。原告側は、375

通達の下では、権利行使が現実に期待できるものではなかったと強く主張したが、裁判所は認めなかった。したがって、時効は、はり・きゅう代金を支払った日毎に進行するとした。

②について、禁反言という耳慣れない法律用語がわかりにくい。簡単に言えば、以前は1年以上は支給しない、請求権がないと言っていたくせに、後になって、あの時請求していないから、もう時効だと主張するのは、「ずるい」から許されないということだ。裁判所は原告の主張を認めた。結論部分を引用しよう。「労働行政機関たる被告が1年間を超えてはり・きゅう治療による施術を要した被災労働者の一人である原告の権利行使に予め否定的な公式見解を披瀝し、原告に対し、審査請求前置主義との関係から権利行使を萎縮させ、かつ、同見解が正しいものあるいはやむを得ないと信頼させた以上、原告が労災保険法上の権利を以前に行使していなかった点を落ち度と指摘して原告の被告に対する本件療養費用請求権の時効消滅を主張することは、過去の言動に矛盾する言動であるというべきであるから、原告の信頼保護に反し、信義則上許されないと解するのが相当である」。

● 不当判決を許さない

東京高裁では、新たな主張は双方ともほとんど行わなかった。ところが、2001年11月29日の判決は地裁判決と全く正反対のものであった。上記①の争点については、地裁と同様の判断をした。そし

て、上記②の争点について、高裁判決は言う。そもそも通達を周知徹底するのは当然のことであり、もしも、それが違法、不当だと考えるのであれば、行政訴訟を提起すればよかつたのだ、と。新たな事実関係や法理論が採用されたわけではない。地裁の裁判官との違いは、一労働者・市民にとって、労災の請求手続きをすることや、ましてや裁判を起こすことがどれほど大変なことかについての、認識の違いにある。

例えば、地裁判決では、原告が請求したとしても、監督署は不支給決定をして、審査官も審査会も「375通達等の内容を理由として」棄却したであろう(実際にそうだった)。そうすると、訴訟を起こすには、「著しく無駄な手続きを数多く踏まなければならないことは明らかである」としている。実は地裁判決の裁判長は、あの電通過労自殺裁判の地裁判決を書いた人である。おそらく、数多くの労災事件を通じて、一労働者にとって、労災請求すること自体が、ましてや訴訟に至ること自体がいかに困難なことであることを十分認識しているのであろう。一方、高裁の判決では、原告の請求断念という事実について、「行政訴訟を提起して(中略)処分の取り消しを求めるべきものである」、「現行の法制度の下において、被災労働者がとるべくして予定されている措置である」、「時効中断のためには、審査請求、再審査請求、不支給処分取消請求などの措置を取ることが求められていたものと解され、被控訴人がそのような措置をとることに格別

の支障があったものと認めることはできない」などと、何度も何度も当然のことをしなかったのだと決め付けている。

根本的には、裁判所が労災保険制度やその手続について、実態を知らないことが問題である。例えば、実は、両判決共に、通達と審査官、審査会との関係について、間違っている。地裁判決は、審査官と審査会は通達に拘束されるとし、高裁判決は拘束されないとしている。審査官は通達に拘

束され、審査会は拘束されないというのが正しい。おそらく、高裁の裁判官は、多くの労働者が労働基準監督署の窓口に行くこと自体に躊躇し、手続の複雑さに泣き寝入り強いられていること、労災職業病事件を受任する弁護士はきわめて限られており、経済的事情も重なり訴訟をあきらめる人も少なくないことを知らない(今だから言うが、複雑な経過を持つ本件も例外ではなく、代理人の説得、受任に半年余りを要した。代理人個人

を批判する趣旨ではないことは言うまでもない。)

国が間違っていると思うのなら、すぐに裁判で争え、という高裁判決の感覚は、到底受け入れがたい。労働者の置かれている実態を全く無視した奢り、暴論である。

次の舞台は最高裁。逆転勝訴をめざした団体署名活動などを展開する。多くのみなさんの注目、支援を訴えたい。
(神奈川労災職業病センター
川本浩之)

腰痛・ケイワン 労災認定基準の見直しが必要

名古屋・東京高裁 ● 業務起因性判断で注目すべき判決相次ぐ

● 否定される認定基準

2001年9月、頸肩腕障害・腰痛症の業務上外認定をめぐる行政訴訟の判決が2件相次いであった。

これらの判決で最も注目される共通点は、頸肩腕障害・(非災害性)腰痛症の業務起因性判断において、常に問題とされる、被災労働者に過重な(労働)負担があったかどうかの比較対象基準を、「平均的な同僚(同種)労働者」とはしないこと、つまり、「平均的労働量であるからといって、それは業務外とする理由とはならない」点を明確にしたことだ。

旅客機客室乗務員、保育所業務士(調理、清掃作業担当労働者)という異なる職種についての判決

であったが、どちらも、頸肩腕障害・腰痛症にとっては「負担職種」であるとの一般的認識を前提に、その同一職種における労働者間の比較過重性を認定の要件にはしなかった。

さらに、保育所業務士に関する判決では、労働の過重性は、平均的労働者にとって過重かどうかではなく、「個別のその労働者にとって過重であったかどうか」で判断されるとする判断が示された。

業務起因性や過重性基準についてのこれらの判決内容は、両疾患の現行認定基準の枠組みを否定しており、労働負荷によって発生する運動器系疾患をはじめとする、作業関連疾患の労災認定基準や実務に大きな影響を与えるものである。

● 温存される認定基準

とはいえ問題はある。

ひとつは、負担職種であることだけでは、認定に足りるとは決してしていない点だ。

個別ケースの因果関係の立証をかなりの程度要求する構成となっており、被災労働者は、発症に至った個別事情や具体的な過重性を、相当程度詳細に立証しなければならない。実際上は、負担職種であっても、発症に際しては、よく調べると、それ相応の理由や事情が存在するものだが、労働者にとっては、この作業はなかなか負担が大きい。

こうなるのは、疫学的因果関係の考え方、それと、個別因果関係の関係が、裁判でいまだきちんと

認識できていないことに、主な原因があると考えられる。(とはいえ、疫学的因果関係が量的にわかりやすい場合には、個別的因果関係の立証が事実上軽減される場合がある。過日の指曲がり症裁判大阪地裁判決の場合などがそうで、いくらかは前進しているのかもしれない。)

もうひとつは、判決が、現行認定基準について、「訴訟においては拘束されないが、十分参考になる」としている点だ。

今回の判決では、業務上とした裁判所の判断基準と業務外とした行政の認定基準の違いについて、裁判所の側から、認定基準に対して、行政裁量権の逸脱等の観点から違法性認定まではしていないので、判決が直接に、認定実務現場へ影響を及ぼすことがない。つまり、労災認定当局に業務外と判定されて、その上で裁判所に行かないと救済されない状態に、変化はないということである。判決は、間接的に実際の労災認定の運用・あり方を批判したにとどまる。

被告の厚生労働省や地公災基金(地方公務員災害補償基金)が(姑息にも)上告しなかったので、判決は確定したものの、被告に、今回の判決は「最高裁判決ではない」と認定基準を温存する口実を許してしまうことになった。

行政サイドは、「不合理ではないとお墨付きを与えられた」認定基準で今後も認定作業を行い、司法サイドは、「行政の認定基準などに裁判所は拘束されない。裁判所は裁判所で判断しますよ。文句がある人は訴えればよいんです。」

というわけだ。

しかし、裁判の結果、実際に救済されるべき被災者が救済されなかったことが証明され、それが認定基準の解釈の誤りではなく、認定基準を正しく適用した結果である、というのが判決の核心であり、また事実なのだから、このような行政と司法の「メンツの立てあい」をしてもらっては困るのだ。

「助けてやってやる」といわんばかりの姿勢は、ある意味、司法の傲りではないだろうか。行政にしる、司法にしる、市民の税金で仕事をしているのだという自覚が乏しく、情けないことだ。

● 認定基準の改正必要

指曲がり症(変形性手指関節症)は、頸肩腕障害と同じ上肢作業障害の範疇に入るため、これら判決内容と直接に関係してくるが、すでに本誌でも報告してきたように、2001年4月の豊中市給食調理員指曲がり症訴訟大阪地裁判決(確定)や堺市給食調理員大阪地裁判決(控訴審係争中)でも、今回の判決と同様の判断の枠組みが採用されていた。こうした判例の流れは定着してきており、より多くの方が、この重要性を認識して、いちいち裁判に及ばないでも労災認定されるよう、認定基準の改訂を実現していかなければならないことが、今回あらためて示されたといえるだろう。

判決の意義への理解を広め、認定基準の改訂を求める運動が一層重要だ。こうした観点から、両判決のポイントを、以下に紹介する。

名古屋市業務士頸肩腕障害・腰痛症公務外認定処分取消訴訟

名古屋地裁判決(平成12年(行ワ)第4号 2000年3月30日)
名古屋高裁判決(平成12年(行コ)第23号 2001年9月19日)

名古屋市立保育園に勤務する2名の女性業務士(玉置朋子氏:認定申請時(1982年3月1日)37歳・勤続5年、厚味當子氏:同(1981年7月1日)42歳・勤続5年)が、保育所における調理作業、清掃作業に従事する中で発症した頸肩腕障害、腰痛症について、地公災基金名古屋市支部に公災認定申請したが、公務外とされ、審査、再審査においても棄却されたため、名古屋地裁に提訴、2000年3月30日、全面勝訴判決(林道春裁判長)を勝ち取った。

被告・地公災基金側は控訴したが、2001年9月19日、名古屋高裁(福田皓裁判長)は、控訴を棄却し、判決は確定した。

● 例示疾病ではなくて包括疾病

名古屋地裁判決は、公務上疾病であることの認定要件を、一般的に、「…したがって、当該業務の性質・内容、当該疾病の発症及び推移と業務との対応関係等に照らし、当該業務と当該疾病との間に因果関係を是認し得る高度の蓋然性を認めるに足りる事情があり、他に明らかに当該疾病の原因となった要因が認められないのであれば、経験則上、因果関係を肯

定するのが相当であると解される。また、当該疾病の発症について複数の原因(共働原因)が存在する場合は、当該業務が他の原因に比較して相対的に有力な原因と認められる場合に、当該業務と当該疾病との間に相当因果関係があると認めるのが相当である。」とした。

本件で問題になっている「業務士の頸肩腕症候群及び腰痛症」については、「例示疾病と同程度の因果関係の推定を認めることはできず、相当因果関係の有無については、具体的な調理業務等の内容、程度などが過重であったか否かを総合的に考慮し、業務に従事していたことと当該疾病の発症との間に高度の蓋然性が認められるか否かを判断すべきである。」とした。

労基則別表第1の2の「例示疾病」ではなく、いわゆる「包括疾病」(その他業務に起因する疾病)として、個別に相当因果関係を判断する必要があるというわけだ。

そして、認定基準については、「統一的、迅速、公平な業務(公務)上外の判断に当たったの基準を定めた行政通達であるから、業務(公務)外認定処分取消訴訟の場においては、これに拘束される必要はなく、第三の一の1にみた観点から、業務(公務)と疾病との間に相当因果関係が認められるかどうかを判断すべきものであるが、右各認定基準は、産業・労働の実態の変化、医学的知見等に基づいて解明された範囲を集約して作成された基準であるから、その内容は、業務(公務)外認定処分取

消訴訟の場においても十分参考となるものである。」として肯定的な評価を与えていた。

● 当該個人にとっての過重性が問題

注目すべきは、次の一節だ。

「なお、新認定基準においては、業務の過重性の判断につき、他の同種の労働者との比較を掲げているが、同種の業務に就いていても、個々人の体力、体格等の耐久力の差異によって当該疾病を発症する場合も発症しない場合もあるから、当該個人にとって適切な業務量を基準として過重な業務であったか否かを判断すべきであり、業務量と当該個人の耐久力とのアンバランス、すなわち業務量が当該個人にとって過重であることから頸肩腕症候群及び腰痛症が発症したと認められれば、それをもって相当因果関係があると判断すべきである。」

たとえば、現行の四肢作業障害労災認定基準では、

「3「過重な業務」とは、上肢等に負担のかかる作業を主とする業務において、医学経験則上、四肢障害の発症の有力な原因と認められる業務量を有するものであって、原則として次の(1)又は(2)に該当するものをいう。

(1) 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

(2) 業務量が一定せず、例えば次のイ又はロに該当するような状態が発症直前3か月程度継

続している場合

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日程度認められるもの

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日程度認められるもの」

としていて、「一事業場における同種の労働者との比較」、「時系列における業務量の波」を前提としている。

内容的に判決は、こうした過重性についての基準の取り方では不十分で狭すぎるとして否定した。

● 業務士業務は発症原因になり得る

こうした公務起因性の認定要件について述べた上で、原告が従事した業務士の業務が頸肩腕症候群や腰痛の発生原因になり得る労働負担性をもっているのかどうかについて、業務内容、作業環境、各種の検診・アンケート結果などを評価して、結論的には、発生原因になり得るとの判断を示した。中央労働災害防止協会が1995年8月に作成した「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」や1994年に発行した「腰痛を防ごう!」も証拠として重視されている。

そして、認定の基本的考え方と当該業務が両疾病の発生原因と

なりうるとの判断をまとめて、次のように判示した。

「以上のとおり、保育園での調理業務は、衛生面に特に気を遣い、時間的制約の中で大量の給食等を作らなければならないこと、前屈、前傾立位などの姿勢が多く、上肢を反復して使用する動作、腰背部に負担のかかる動作が全体の約8割を占めていること、冬場は足元が冷える環境であること、清掃業務も、立位、中腰、前屈みなどの姿勢が連続する作業であり、上肢に力を入れる作業も存在すること、調理業務、清掃業務とも、個々の作業動作は多岐にわたるとしても、基本となる姿勢、動作は、立位、前屈、上肢の反復動作であるから、首、肩、上肢、腰等に負担のかかる動作が連続するものであること、業務士に首、肩、上肢、腰に障害を有するものの割合が高いことなどを総合すると、業務士の業務は、頸肩腕部や腰部に相当な負担を与えるものと認められる。そうすると、通常業務よりも過重な負担あるいは調理設備の不備、大量調理に関する知識修得の機会のなさ等の当該個人にとっての負荷事情が加わり、これらが相当期間継続するような場合には、首、肩、上肢、腰等に疲労が蓄積し、それが当該個人の耐久力を超えた場合に、頸肩腕症候群や腰痛症に罹患することがあることは否定できないというべきである。

しかし、頸肩腕症候群及び腰痛症の発生機序が未解明であること、これらの疾病の発症が個々人の身体的因子、精神的・心理的因

子によっても左右されるものであることからすると、業務士の業務に従事していたことのみで頸肩腕症候群及び腰痛症の発症について、直ちに公務起因性が推定されるとまでは認められない。

したがって、頸肩腕症候群及び腰痛症が業務士の業務(公務)を原因として発症したものであるというためには、原告らの担当した具体的業務内容、右業務が原告らに与えた負担の内容、程度、原告らの症状の経過等を仔細に検討し、業務(公務)と原告らの疾病との間に相当因果関係があるかどうかを個別に判断する必要があるというべきである。」

つまり、業務士業務の労働負担性を一般的には認めるが、それだけでは業務起因性を認めることはできず、個別の因果関係の証明が必要との考え方を示した。

● 多面的に過重性認定

判決は、2名の原告について、業務内容、設備、人員配置とその内容などについて、それらが過重性を形成していたかどうかの観点から検討した。

その結果、就労した保育園での状況をふまえ、本人や同僚の経験不足や人的配置の不足からくる負担増、設備面の問題点などに基づいて、それぞれの原告について業務過重性を認定した。医学的意見については、被告側からは、体質であるとか、心因性のものであるとか(原告は療養経過のなかで自律神経失調症的な症状を呈していて、被告側は、それをもって、労災ではなく、心因性の病気だと

いった主張をしていた)の主張が出されていたが、判決は、たとえば、精神症状は頸肩腕症候群に付随して出現したものだ、などとして、これらの主張をすべて退けて、玉置氏、厚味氏それぞれについて、次のように判示した。

「以上を総合判断すると、原告玉置の疾病は、労働因子、身体的因子、精神的・心理的因子が共働して発症した頸肩腕症候群及び腰痛症であるところ、右疾病発症前の原告玉置の業務は、本来調理業務の補助をすべき嘱託職員が全く調理業務に従事していなかったこと、調理設備が不適切であったこと、相手方業務士が休業し、養護者で復職したことにより原告玉置の負担が増大したことなどによって著しく過重であったこと、原告玉置の自律神経失調症的症状は、右疾病発症直後は軽度であったことからすると、右疾病の発症については、業務の過重性が相対的に有力な原因であったと認められるから、原告玉置の疾病と業務との間に相当因果関係を肯定するのが相当である。」

「以上を総合すると、原告厚味の業務は、業務士の通常の業務負担に加え、相手方業務士が養護者であったことから、首、肩、上肢、腰に負担のかかる業務を自ら積極的に引き受けたこと、毎日30分間と土曜日の約1時間の超過勤務時間は一人で業務に従事しなければならなかったこと、職場の人間関係に精神的負担を感じていたこと、調理設備の一部が不適切であったことなどにより原告厚味にとって過重なものであった

ところ、原告厚味は、右過重な業務による精神的、肉体的疲労が蓄積して頸肩腕症候群及び腰痛症を発症したものであり、仮に原告厚味に頸椎症が存在したとしても、右頸椎症は副次的なものであって頸肩腕症候群が主位的なものとして認められるから、原告厚味の疾病と業務との間に相当因果関係を肯定するのが相当である。」

ここで「養護者」とは、体調不良者の健康管理体制上の呼称のこと。厚味氏の場合に、職場の人間関係などによる精神的負担を、発症要因のひとつとして認定したことも注目されよう。

● 補強された高裁判決

高裁判決は地裁判決をほぼ全面的に支持するとともに、前述した「当該個人にとって業務が過重であったかどうか」で判断すべきとした地裁判決の記述に対して、

「なお、新認定基準においては、業務の過重性の判断につき、他の同種の労働者との比較を掲げているが、同種の業務に就いていても、個々人の体力、体格等の耐久力などの差異によって当該疾病を発症する場合も発症しない場合もあり、また、今日何らかの家庭事情を有し、基礎疾病を抱えながら業務に従事する者も多いことをも考慮すると、当該個人が一般的に当該業務への従事を許容されている以上、当該個人にとっての適切な業務量を基準として過重な業務であったか否かを判断するのが相当であり、業務量と当該個人の耐久力とのアンバランス、すなわち業務量が当該個人にとって過

重であることから疾病を発症したと認められれば、それをもって相当因果関係があると判断すべきである。」と、さらに内容的に追加修正した

日本航空客室乗務員頸肩腕障害・腰痛労災不支給処分取消訴訟

東京高裁判決(平成12年(行コ)第279号療養補償給付等不支給処分取消請求控訴事件 2001年9月25日)

日本航空の元客室乗務員の塚本洋子氏は1974年に採用され、アシスタントパーサーへの昇格、乗客の急増、座席数の増加、大量の新人スチュワーデスの指導、繁忙期業務集中という状況の中で頸肩腕障害、腰痛症を発症し、1980年に療養休業を余儀なくされたが、その後、制限勤務を経て1983年、通常勤務に復帰した。

1982年に大田労基署に労災請求したところ業務外とされ、審査、再審査とも請求を棄却されたため1997年に東京地裁に提訴した。

2000年9月27日東京地裁は、「認定基準に該当しないからといって直ちに原告の疾病と業務との因果関係を否定することはできない」としたものの、他の同僚との比較で過重性を重視する見解に引きづられて原告敗訴を言い渡した。

しかし、今回控訴審においては原告逆転勝訴となった。

● 認定基準に該当しないが認定

業務上外判断の基本的考え方は、名古屋市業務士判決と同様

で、

「…上記相当因果関係があるといえるためには、当該業務が疾病等の発症に何らかの寄与をしているというだけでは足りず、当該業務が当該疾病の発症に対して唯一ないし最大の原因である必要はないが、他の原因と比較しても相対的に有力な原因となっていると認められることが必要であり、かつ、それで足りるものと考えられる。」とし、具体的には、

「当該労働者の業務の内容・性質、作業環境、業務に従事した期間等の労働状況、当該労働者の疾病発症前の健康状況、発症の経緯、発症した症状の推移と業務との対応関係、業務以外の当該疾病を発症させる原因の有無及びその程度、同種の業務に従事している他の労働者の類似症状の発症の有無、当該疾病とその発症についての医学的知見等の諸般の事情を総合して判断する必要がある」として、個別具体的な総合的な検討を重視し、その結果業務上と判断した。

ところで、判決は、本件が認定基準をクリアしていないことを、次のように明確に述べている。

「…(注：いくつかの医証)は、腰痛通達及び上肢通達に定める認定基準を勘案してその意見を述べたものと考えられるところ、控訴人の疾病は必ずしも腰痛通達及び上肢通達の定める認定基準には該当しない。しかし、上記の各認定基準は現在の医学的知見を集約し、全国斉一的に迅速・公平な認定業務の処理を図る観点から定められたもので、業務起因性の

判断基準として十分な合理性を有するものであるが、上記各認定基準も、認定基準に合致しない作業態様からの頸肩腕症候群や腰痛の発症を否定しているものとは解されず、そのような事例が発生した場合、個々の事案ごとに業務起因性を判断していくべきものとしていくものと解される(この点は、控訴人の審査請求について長期間をかけて、同様の検討が行われたものと認められることから裏付けられる。)…」

このような姿勢で認定基準そのものを批判しないことの問題点はすでに述べたが、上記の「各認定基準も」以下のくだりは、実態からかけ離れている。実際、認定基準は、当局の認定現場ではほとんど絶対であり、画一的であり、実に不合理な業務外認定も行われている。本件はその好例なのだから、認定基準の不合理性を認定すべきなのだ。しかし、判決ではその逆の認定が行われているわけで、これは大きな矛盾だといえる。

● 同僚に比べ過重ではないが認定

判決は次のとおり、原告の業務が、他の同僚に比べて過重とはいえないとしても、それが業務外判断の根拠にはならないとした。

「…なお、被控訴人は、控訴人の業務は他の同僚と比べて過重なものではないこと、また、控訴人は休暇等も十分に取得しており、勤務時間も決して多いものではないことを強調する。控訴人の業務内容が、その乗務時間において他の同僚よりも過重とはいえず、

ほぼ平均的なものであることは前記認定のとおりである。しかし、平均的な乗務に従事した程度では頸肩腕症候群や腰痛が発症しないとの根拠はないし、頸肩腕症候群や腰痛については同様の負荷があっても発症に至る者とそうでない者がいるという個体差、感受性の差があることは否定できないのであり、他の同僚には同様の症状が生じていないというのであれば、控訴人の生じた症状をもって、その身体的ないし心的素因その他の個人的な要因によるところが大きいと判断するのが相当である場合もあろうが、既に認定したとおり、客室乗務員に対する過去1年間に罹患した疾病を質問したところ頸肩腕症候群を挙げたものが相当数おり、また、その前段階の症状と認められる肩のこり、痛み、腕のだるさ、手指のしびれ等を訴える者は相当割合に及んでいるのであって、この点は腰痛についても同様の事情が認められるところである。これらの調査はアンケート調査によるものであり、症状の把握も正確でないといった問題点があり、その評価については慎重である必要があるとはいえ、このような背景事情の存することは一概に否定できないところと認められる。したがって、控訴人に発現した頸肩腕症候群や腰痛については、単にその乗務時間その他の勤務状況が同僚と同程度であるとのことだけで、それが業務に起因すると前記認定を左右し得るものとは認められない。」

今回紹介した2判決は、本誌で

紹介した船橋市清掃労働者腰痛公災最高裁判決(2000年9月号)や指曲がり症訴訟大阪地裁判決(2001年5月号)などと同じ流れにある。しかし、認定当局である地公災基金、厚生労働省は、腰痛や頸肩腕障害の不合理な認定基準の見直しに未だ着手していない。今回の判決をみると、やはり、裁判所は通達行政の大きな弊害を正す気はないようなので、繰り返しになるが、こうした判決を契機とした認定基準改訂を求める取り組みをどのように進めていくかが、今われわれに問われていると言えるだろう。その一方で、裁判所の姿勢もまた、批判しなければ



(関西労働者安全センター

片岡明彦)

【現行認定基準文書一覧】

(労災保険)

「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 平成9年2月3日

「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 平成9年2月3日

「業務上腰痛の認定基準等について」基発第750号 昭和51年10月16日 (地公災基金)

「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 平成9年4月1日

「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 平成9年4月1日

「腰痛の公務上外の認定について」地基補第67号 昭和52年2月14日

「腰痛の公務上外の認定について」の実施について」地基補第68号 昭和52年2月14日

左官のじん肺・合併症認定

千葉●密閉場所での粉じん作業

● 左官の仕事でじん肺に

東京建設従業員組合の組合員Fさんは、1999年のじん肺レントゲン読影でエックス線写真の像が2型のじん肺が判明した。Fさんは、1949年から左官として働き始め、58年に独立して事業主となり、94年に会社を解散し、1999年までは息子さんの事業所で働いていた。通算50年間で建設現場での左官の仕事に従事してきたことになる。

左官の仕事は、小さな鏝(こて)ひとつで壁の平面を作り出すという、技術と専門性の高いもの。近年では、ボードなどの乾燥壁と鉄筋建築物が普及し、仕事の様子が少なからず変わった。塗り壁が減る一方で、ベランダ、浴室などの防水加工が増えて、サンダー研磨が行われるようになった。また、テーリングという石綿粉を材料に混ぜることも一時行われ、吹き付け石綿に接する部分へのモルタル塗り作業も、パイプ室などの閉所で行ったことがある。

とりわけ最近の住宅では、表の部分に「見栄えの良い」サイディングなどの乾燥壁を使い、裏にモルタルを塗ることが流行り、左官の技術を発揮する場所が減った、とFさんは嘆く。その言葉どおりに、Fさんがその職歴の終わり頃に腕をふるったのは、住宅ではなく、東

京ディズニーランドのスペースマウンテンの内部やテーマパークの疑似体験トンネルであり、完全密閉された閉所での作業であった。

● 認定、だが課題も残る

Fさんは、2000年5月、千葉労働局へじん肺管理区分決定を求め、6月に管理3(イ)決定(この決定時に、千葉局は、主治医の「要療養」の検査結果を無視して、「否療養」決定をしてしまっている)。2000年7月、船橋労働基準監督署へ、じん肺合併続発性気管支炎で労災申請し、2001年11月に支給が決定した。

実に1年3か月を要した。時間がかかった理由のひとつは、船橋労基署が、Fさんに認定上全く必要のない肺機能2次検査を求めたことである。これは、東京安全センターとして抗議と申し入れを行い、撤回させたが、じん肺合併症では、このように、認定基準を無視して、勝手に検査を要求するケースが

他署でも見られる。改善を強く求めたい。

さらに船橋労基署は、本人による息子さんの会社で労働者としての請求したが、事務連絡73号(2001年10月号参照)を根拠に、事業主特別加入での保険関係に基づく支給決定とした。これにより、給付基礎日額は、9,000円から5,100円に切り下げられてしまった。「労働者の期間と特別加入の期間を比べて長い方の保険を使う」という扱いで、一見妥当なようだが、特別加入していたことにより基礎日額が減ることがありえるわけで、公平とは言えない。

じん肺合併症の労災の場合、どこの保険関係を基にするかで徒に時間を費やしていることが多い。建設現場で働くことは、管理されていない粉じん曝露環境で働くことを意味する。条件によって曝露の実態も大きく異なる。単純な期間の長さだけで比較するのは不合理だし、後から粉じん曝露の程度を推定することも困難である。対策が遅れてきたことは、事業主だけではなく行政の責任も重い。使用する保険は被災者が選択するか、被災者に最も有利な選択



(東京労働安全衛生センター)

ハツリ労働者の職業病認定

関西●目立つ建設会社の不誠実対応

Aさんは、30年近くハツリ作業

に従事し、初めての管理区分決定

を今年受け、管理3口と判断され、続発性気管支炎を合併していたため、労災請求手続を行うために、最終粉じん作業に従事したときの親方のところに話に赴いた。しかし、請求には全く非協力的な態度をとられたため、やむを得ず、現場ゼネコンである村本建設(本社奈良市)に連絡して証明を要請した。ところが、ゼネコンは、当日の現場の記録には、別人の名前が書かれていることを盾に、証明を拒否してきた。

これは、村本建設の下請である高内建設が作成したもので、本人の署名もない代物であった。就労時日は明確だったので、事業主証明なしで、さっさと労災請求を行い、管轄の葛城労働基準監督署も受理した。Aさんがその現場に就労したことは、同僚や関係者の証言からも明らかであるにもかかわらず、拒否の態度をとりつづけたため、労基署がゼネコンを説得するという展開になったが、これに手間取り、支給決定が大幅に遅れてしまった。

Bさんの場合は、最終粉じん職場は、鹿島道路のマンション建設現場であった。この日一日だけの就労であったが、事業主証明はすんなりおこなってきた。支給決定も比較的スムーズに行われた。ところが、Bさんは難聴を発症していたので、後日、この件で障害補償請求用紙に証明を依頼したところ、鹿島道路担当者から、開口一番、「一日しかきていないのに、えらい迷惑やった」と言われたのには驚いた。その後、別の方の件でBさんの親方に会ったとき、「鹿島か

ら、なんでじん肺とわかっている人間を入れたんだと、えらい言われた」と愚痴られたので、鹿島道路がつまらぬ圧力をかけていたことを知ることになった。

Cさんは、じん肺は比較的軽症だったが、振動病が治療が必要な状態にまで悪化していた。指が白くなる「レイノー現象」が頻発、コンプレッサーの排気熱で手を暖めながら作業することもあるというので、診療所に受診、主治医初診時からレイノーを確認し、治療に入った。精密検査は検査施設の都合で1か月程度遅れたが、この検査結果を含む診断所見書を添えて労災請求することになった。初診時が症状確認日になることから、直近の振動作業職場における労災保険を適用することになるので、当該の親方を訪ねたところ、証明

を拒否してきた。診断所見書の検査日だと言いつ張るのだ。結果は、初診からの休業、療養補償請求が認められたのだが、いまだに、親方とゼネコンは事業主証明を拒否しているという。

そのほかにも、最終職場のゼネコンはどこかを聞くために、本人と一緒に訪ねたら、「その会社の現場では2回も労災事故を起こして、前科2犯だからゼネコンもよく覚えているだろう」と、ひどい言葉をぶつけてくる親方もいた。

ゼネコンの労災被災者に対する態度は酷いものがある。親方衆もその影響を受けている。労災被災者への偏見、自分たちが被害の責任を負っていることへの無自覚、これをなんとか変えていきたいし、そうしなければならぬと思う。

(関西労働者安全センター)

介護労働者の安全と健康

東京●経験交流から職場改善へ

東京労働安全衛生センターでは、2001年10月29日に開いた定例会で、「介護労働者の安全健康を考える」をテーマに取り上げた。

今回は、高齢者福祉施設や地域福祉NPOで働く職員、ホームヘルパー、ケアマネジャーをはじめ、介護保険の認定調査を行っている自治体職員、地域ユニオンの介護部会関係者ら20数名が集まり、それぞれ現場の実態や経験を話し合った。

● 介護保険で負担は増えた?

玉川福祉労組は、一昨年、世田谷区の社会福祉法人が運営するデイホーム・特養ホームの職員が結成した組合。デイホームの女性職員が疥癬に感染し、労災認定された[2001年4月号54頁]。

その後も男性職員が利用者の送迎時の作業で腰を痛め労災請求中だ。そのため職場で安全衛生委員会を立ち上げた。まだ、どう活動を進めるか労使とも手探り状態

のなか腰痛アンケートを試みた。

介護保険の認定調査員の自治体職員からは、介護保険制度が始まって、実際、在宅等で働くヘルパーに腰痛や頸肩腕障害、感染症が増えているのでは、という感想が出された。

同じ自治体職員として身障者介護に携わる参加者は、民間の事業所の労働条件とは雲泥の差があることを実感しながらも、身障者介護もいずれは民間委託される流れにあると話した。

● ヘルパーの安全二の次？

ホームヘルパーの女性は、交通事故の体験を語った。利用者宅に向かう途中で、自動車にぶつかり転倒した。現場で救急車を待つあいだ、事故報告のため事業所に電話したところ、「すぐに利用者に謝りに行きなさい」と叱られたという。ヘルパーの安全より、利用者サービスを優先させる事業者の

姿勢に、驚きの声があがった。

地域の福祉NPOの参加者は、主婦を中心に家事援助の活動をしており、近々感染症の予防について勉強会を開く予定だ。

地域ユニオンの参加者は、ホームヘルパーの労働相談を受けるなかで、ヘルパー自身の労働者意識が薄く、労働基準監督署もヘルパーの労働実態を知らないと話した。

● 感染症・メンタルストレス…

討議では、感染症に関する質問が出された。

センターの平野代表は、結核やMRSA等の感染症について必要以上に恐がらないで、正しい情報が提供される必要があると述べた。

その一方で、玉川福祉労組の参加者は、ケアマネジャーでさえ、利用者の健康情報を知らない現状があっても、東京都からはむやみに診断書を利用者からとるな

との指示が出ている。こうした問題は、行政が責任をもつ医療情報の提供システムが不可欠ではないかと意見が出された。

また、介護労働者のメンタルストレスについても話題が広がった。ストレス対策として、「お互い話し合うことで何らかの改善につながるのか」という質問も出た。

● 参加型改善を進めよう

知的障害児施設の産業医でもある三橋徹さん(ひまわり診療所・整形外科)は、自らの腰痛災害や針刺し事故の被災体験を紹介しながら、現場で働く者同士が一緒になって考え、問題解決に取り組む参加型改善活動を提唱した。

最後に、今後も施設・在宅を問わず、現場の経験や改善事例を持ち寄り、交流を深めることの意義を確認し、定例会を終了した。



(東京労働安全衛生センター)

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

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

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

- 購読会費:1部年額10,000円(複数割引あり)
- 見本誌を請求してください。

安全センター情報

はり・きゅう時効裁判・東京高裁判決全文
平成13年(行コ)第24号(原審・横浜地方裁判所
平成11年(行ウ)第56号)判決2001年11月29日

主 文

原判決を取り消す。

被控訴人らの請求をいずれも棄却する。

訴訟費用は、第1、2審を通じて被控訴人らの負担とする。

事実及び理由

第1 当事者の求めた裁判

- 1 控訴人
主文同旨
- 2 被控訴人ら
控訴棄却

第2 事案の概要

- 1 被控訴人らは、日雇労働者としての港湾荷役作業に従事していたところ、その業務に起因して変形性腰痛症等に罹患し、その治療のため一般診療及びはり・きゅう治療の併行施術を受け、労働者災害補償保険法上の療養補償給付を受けていた。
- 2 本件は、被控訴人らが、控訴人に対し、「はり・きゅう治療費の労災給付を請求したところ、請求権の時効消滅を理由として一部不支給処分とされた。しかし、時効消滅を理由として不支給処分としたのは違法である。」として、その取消しを求めた事案である。
原判決は、被控訴人らの請求をいずれも認容したので、控訴人がこれに対し不服を申し立てたものである。
- 3 上記のほかの事案の概要は、次のとおり付加するほか、原判決の事実及び理由欄第二記載(6頁以下)のとおりであるから、これを引用する。

(控訴人の当審における主張)

原判決は、被控訴人らの労働者災害補償保険法上の療養費用請求権(本件療養費用請求権)につき、「控訴人は、375通達等の周知徹底を図り、被控訴人らの権利行使を萎縮させるなどしていたのであるから、控訴人が被控訴人らの労働者災害補償保険法上の権利の不行使を落ち度と指摘して本件療養費用請求権の時効消滅を主張するのは被控訴人らの信頼保護に反し、信義則上許されない。」として、控訴人が本件療養費用請求権の時効消滅を主張することを許容しなかったが、不当な判断である。

すなわち、会計法上、消滅時効の援用は不要とされており(会計法31条1項)、裁判所は、当事者の主張がなくとも、期間の経過により請求権が絶対的に消滅したと判断しなくてはならないのであって、控訴人が時効の利益を受けることについて、信義則や禁反言の法理に反する行為を観念する余地はない。控訴人が375通達の趣旨を広報し、周知徹底に努めていたのは、被災労働者の困惑を避けるための行政サービスの一環によるものである。訴訟法上の信義則違反をいうのであれば、訴訟行為として先行行為との矛盾があるなどの問題が生じることが必要である。しかし、控訴人が375通達を周知徹底させていたことは、訴訟上の行為ではないから、これをもって訴訟法上の信義則違反の基礎とすることはできない。通達を发出して、それを周知徹底させた行為をもって、請求を断念させる行為だとするのであれば、行政庁と国民との間で給付請求権の存否についての認識が異なる場合常に時効制度が機能しないことになってしまって、不当である。

また、公法関係においては、私法上の一般原理である信義則又は禁反言の法理を適用することについては慎重でなければならない。このことは最高裁判所昭和62年10月30日第三小法廷判決も説くところである。しかるに、原判決は、本件における特別の事情として、被災労働者のための不服申立手続である審査請求等においても375通達と同様の見解に従うべきものと通達されてきたなどと判示しているが、控訴人が、労働保険審査官や労働保険審査会に対して375通達に従って審査

を行うよう通達を发出した事実はなく、事実の誤認である。労働保険審査会は、通達に拘束されるわけではないのである。

原判決は、375通達の周知徹底をもって、被控訴人らに裁判上の権利行使を思いとどませたものと評価し、時効の主張が制限されるとしているわけであるが、これは労働者災害補償保険をめぐる時効について、その早期確定を要請している労働者災害補償保険法42条のみならず、会計法が公法関係一般について、早期確定を要請していることと真向から反することになる。行政機関の示した判断が誤りと考える者は、裁判所に判断を求めるべく所要の手續をとるとするのが、現行法の要求するところであり、そのことを不合理とする理由はない。現に、375通達に従って不支給処分を受け、審査請求及び再審査請求をした者は多数存在するのである（例えば、全国で労働保険審査会へ再審査請求を求めた件数は昭和59年度から昭和63年度までの間で89件に上っており、訴訟提起に至った者も合計10人に上る。）。被控訴人らは、そもそも支給申請すら行っていないのであって、審査請求や再審査請求の手續を履踐することが必要であるから支給申請を断念したという関係にあると認めることもできない。

被控訴人らは、本件請求に係る費用につき、その申請すら行っていないのである。申請をしたものの不支給処分を受けたという者と対比して、権利行使に向けた行為を行っておらず、要保護性が低いのは明らかである。ところが、原判決の判示するところから従えば、支給申請を行ったものの不支給処分がされ、当該処分が確定した者は、その公定力が存在する以上、保護を受けられないにもかかわらず、支給申請をしなかった被控訴人の方が保護される結果となって、不合理な結果を招来することになる。

要するに、現行の法制度を前提とする限り、時効中断のためには審査請求再審査請求、不支給処分取消請求訴訟などの措置をとることが求められているものと解され、控訴人が375通達を周知徹底させたことを理由に、信義則ないし禁反言の法理によって控訴人が時効の主張をすることが許されなくなる

などというのは時効制度の趣旨に反するというべきである。被控訴人らは、上記のような措置を取ることなく、はり・きゅう施術を受けていたのであるから、療養補償給付の対象外であっても自費ではり・きゅう施術を受けることを選択したのである。したがって、支給申請審査請求、再審査請求及び訴訟提起を行わない限り、支給が認められなくともやむを得ないというほかなく、時効期間経過後に権利が消滅するのは法の予定するところである。

（被控訴人らの当審における主張）

控訴人ら労働行政機関によって、375通達を基礎として、1年を超えるはり・きゅう治療については労災請求できないという制度が一般的に通用せしめられていた。このような状況の下で、375通達の対象外とされた本件療養費用請求権について、その性質上、通常人である被控訴人らにその請求権の行使を期待することは困難であったというべきである。

このような中、大阪高等裁判所平成6年11月30日判決は、「375通達等がはり・きゅう治療について労働者災害補償保険給付の対象となる施術期間を一律に終了させる取扱いとする旨定めているのは、医学的知見に照らして合理的根拠を欠く。」として、所定期間を超えた療養費用請求権についての不支給処分を取り消した。この判決は確定したが、このことが報道されるまでの間は375通達に反する権利行使をすることは現実的に困難であったのである。控訴人の時効消滅の主張は、自らの示した法解釈は誤っていたのだから、そんな法解釈を信用して療養費用請求権の行使をしなかったのがいけないのだ。」というに等しく、非常識かつ無責任なものである。

控訴人は、労働者災害補償保険法13条2項に「政府が必要と認めるものに限る」との文言があることを根拠に、労働者災害補償保険法の給付の対象範囲は自ら裁量で決定し得るとの前提に立って、1年を超えるはり・きゅう治療は「必要とは認めない。」「給付の対象にしない。」と個別の文書で積極的に通告し、「権限ある政府がこう決めたというんだからしょうがないでしょう。」との態度を示してきたのである。

被控訴人らが、行政訴訟を提起して時効中断の措置をとるまでには、労働基準監督署長に対する請求と不支給処分、労働保険審査官に対する審査請求と棄却決定労働保険審査会に対する再審査請求と棄却決定(又は3か月の経過)といった一連の手續を踏まなければならず、これが無駄な手續であったことは明らかである。

したがって、控訴人が、自ら上記のような状況を作出しておきながら、被控訴人らにおいて本件対象期間当時に労災給付請求をしておくべきであったなどとして、本件療養費用請求権の時効消滅を主張するのは信義則ないし禁反言の法理によって許されないというべきである。

第3 当裁判所の判断

当裁判所は、被控訴人らの請求はいずれも理由がないものと判断する。その理由は、次のとおりである。

1 事実の経過

本件の事実の経過は、原判決の第二、二争いのない事実等に記載されているとおりである。そして、これを要約すると、次のとおりである。

ア 昭和57年5月31日、労働省労働基準局長が発した375通達により、はり・きゅう治療については、労働者災害補償保険の支給対象の施術期間は、最大限12か月とされていた。この通達の内容は、種々の方法で、被控訴人ら被災労働者はもちろん、医療機関に対しても周知徹底されていた。

イ 被控訴人らは、この周知徹底されていた通達の内容が正しいものと考え、自己の受けたはり・きゅう治療について、療養補償給付としての費用の請求を、治療後2年以内に行うことがなかった。

ウ ところが、平成5年及び同6年の東京及び大阪の各高等裁判所判決で、上記通達の考え方が採用されず、その結果労働省労働基準局長は、平成8年2月23日79通達により上記取扱いを一部改訂した。

エ そこで、被控訴人らは、原判決別紙1ないし5目録記載のはり・きゅう治療について、療養補償給

付としての費用の請求をしたが、時効消滅を理由に支給されなかった。

オ なお、労働者災害補償保険法13条2項は、療養補償給付としてする給付の範囲は、「政府が必要と認めるものに限る。」と規定しており、375通達は、この条項の解釈としてされたものであった。

2 本件療養費用請求権の時効期間の起算点について

労働者災害補償保険法42条によれば、被災労働者が労働基準監督署長に対して、労働者災害補償保険法上の療養補償給付として療養の費用の支給を求める権利(療養費用請求権)については、2年を経過したときは、時効によって消滅するとされている。労働者災害補償保険法にはこの短期消滅時効の起算点に関する規定はないから、民法の規定により、「権利ヲ行使スルコトヲ得ル時」がその起算点となる(民法166条1項)。ここに「権利ヲ行使スルコトヲ得ル時」とは、原則として権利を行使することに対する法律上の障害がなくなった時を意味する(大審院昭和12年9月17日民集16巻21号1435頁参照)。被控訴人らは、最高裁判所昭和45年7月15日大法廷判決民集24巻7号771頁を引用して、「権利ヲ行使スルコトヲ得ル時」とは、権利の性質上、その権利行使が現実に期待できるものであることをも必要とする旨主張し、本件においても、被控訴人らが主観的に権利行使可能と認識できた時から時効の進行が始まると主張する。しかし、上記大法廷判決の事案では、供託の必要性が消滅していないのに、供託金の取戻し請求を強いるのは、供託制度の趣旨に反するという客観的な権利行使の障害事由があったものであって、権利者の主観的な認識による権利行使の可能性を問題にしているものではない。本件は、上記大法廷判決とは事案を異にし、その判決の考え方を適用することができない。

本件療養費用請求権は、被災労働者が療養を受け、療養費用を自ら支払い、又は支払うべき金額が確定することによって法律上発生するものである。被控訴人らのように、はり・きゅう施術を受け、その診療日に療養費用を支払った者が、その施術に

係る療養費用請求権を行使するにつき、期限の未到来や条件の不成就等の法律上の障害があったことを窺わせる事情は認められず、本件療養費用請求権の性格からして、これを行使することが法律上可能であったものと認められる。

これに対し、被控訴人らは、「控訴人の発した375通達を基礎として、1年を超えるはり・きゅう治療については労災請求できないとされていた状況の下においては、本件療養費用請求権は、その性質上、被控訴人らにその権利の行使を期待することは困難であったというべきであるから、上記の大阪高等裁判所平成6年11月30日判決が確定し、このことが報道されるまでの間は時効は進行を開始しない。」旨主張する。しかし、被控訴人らのいう権利行使の期待可能性とは、被控訴人らの主観的なものにとどまるのである。権利行使が法的に可能になっているのに、権利者が主観的に行使できないと考えると時効期間が開始せずその進行が阻止されるとすると、時効制度は、その存在理由である法的生活の安定の目的を達成できないおそれが生じる。そのような法の解釈を採用することには躊躇(ちゅうちよ)を感じざるをえず、被控訴人らの主張を採用することができない。

そうすると、被控訴人らの原判決別紙1ないし5目録記載の各対象期間(本件対象期間)の療養費用に係る本件療養費用請求権は、その対象期間中、被控訴人らが当該医療機関において療養を受け、その費用を支払った各診療日ごとに消滅時効期間が進行を始めるものと解すべきである。そして、被控訴人らは、時効を中断するための措置を取らなかったのであるから、右各起算点(各診療日)から2年を経過したときに労働者災害補償保険法42条による消滅時効が完成し、控訴人による消滅時効の援用を待たずに、本件療養費用請求権は消滅したものと いわざるを得ない(会計法31条1項)。

3 控訴人が時効消滅を主張することが禁反言あるいは信義則に反するか。

ところで、被控訴人らは、控訴人が、375通達の周知徹底を図っておきながら、本件療養費用請求権の時効消滅を主張するのは信義則ないし禁反言

の法理によって許されない旨主張する。

そもそも、通達は、監督行政庁が、所管の下級行政機関に対し、法律の解釈や裁量判断の具体的指針を示して、行政上の取扱いの統一を図り、下級行政機関の実施する行政が国民に対して均質のものとなるよう保障しようとするものである。

したがって、控訴人が、375通達の趣旨を広報するなどして周知徹底に努めたのは、被災労働者が375通達を知らずに所定期間を超えるはり・きゅう施術を受けた後療養補償給付請求をしても不支給となり、いわゆる不意打ちを受けることになるため、これを避けることを目的としていたものと認められる。行政機関において通達の周知徹底を図るのはむしろ当然のことであって、そのこと自体はなんら不当とすべきものではない。

そして、控訴人は、被災労働者のための不服申立て手続である審査請求等についても、労働保険審査官及び労働保険審査会に対して375通達に従った判断をするよう通達されていたなどと主張する。しかし、このような事実を認めるに足る証拠はない。そもそも、労働保険審査会の委員は独立してその職権を行使する旨規定されているのであって(労働保険審査官及び労働保険審査会法29条参照)、控訴人が労働保険審査官及び労働保険審査会に対して375通達に従った判断をするよう通達していたなどということは制度的にあり得ないことである。労働保険審査官及び労働保険審査会が通達に拘束されることはないのである。通達は、上級行政機関が指揮命令権に基づいて、その下級行政機関に対して発する訓令であって、それは行政組織の外にいる国民を拘束するものではなく、当然のことながら、裁判所を拘束するものでもない。労働保険審査官及び労働保険審査会において、375通達の内容を是認する判断がされていたという事情があったとしても、それは下級行政機関が375通達に従ってした個別の支給・不支給の処分につき、違法不当な点はないとされたにすぎない。

被控訴人らが本件療養費用請求をしても、不支給処分がされ、これに対して、審査請求及び再審査請求をしても、375通達と同様の判断がされた可能性は高かったといえるかもしれない。しかし、

制度上は、被控訴人らとしては、支給申請をし、375通達による不支給処分を受けた場合、上記の事前審査を経たうえで、その棄却決定に対し行政訴訟を提起して、375通達を執行した当該不支給処分の取消を求めるべきものである(被控訴人らは、上記のような措置をとることは現実的には不可能であった旨主張するが、現に、行政訴訟を提起した被災労働者もいるのである。)。これが、現行の法制度の下において、被災労働者がとるべく予定されている措置である。すなわち、375通達が周知徹底されていたとしても、労働者災害補償保険法上は、被災労働者は、支給申請をし、不支給処分を受けた場合は、審査請求、再審査請求及び不支給処分取消訴訟などの措置をとることが求められているものといわざるを得ない。労働行政機関が、被控訴人らを含む被災労働者に対し、裁判上の権利行使ができないなどといった具体的な言動をしたことは窺われない。

要するに、現行の法制度を前提とする限り、労働者災害補償保険法上時効中断のためには審査請求、再審査請求、不支給処分取消請求などの措置をとることが求められていたものと解され、被控訴人らがそのような措置をとることに格別の支障があったものと認めることはできない。

そして、労働者災害補償保険法42条は、同法上の療養費用請求権をめぐる時効について、その早期確定を図っており、また、会計法31条1項は、公法上の債権債務をなるべく速やかに解決して、会計上の決済を早期に完了させようとしているのである。

そうすると、被控訴人らが上記のような措置をとらなかった以上、会計法31条1項によって絶対的消滅事由とされている時効消滅の効果を免れることはできないというべきである。

したがって、控訴人が375通達に関してその周知徹底を図り、そのことによって、被控訴人らが本件療養費用の請求を断念していたとしても、被控訴人らが労働者災害補償保険法42条及び会計法31条1項に基づいて時効消滅の主張をすることが、信義則や禁反言の法理によって許されないなどということとはできない。

4 禁反言ないし信義則に関する被控訴人らの

主張について

被控訴人らは、375通達とその周知徹底は、労働者災害補償保険法13条2項に「政府が必要と認めるものに限る。」とあることを根拠として、一種の裁量権に基づく決定としてされたものであり、政府の意思が変わらない限り、変更されることのない不変のものという印象を与えていたと主張し、被控訴人らがそのように受けとめて、権利行使の可能性がないと認識したのは根拠のあるものであるという。

確かに、法律の条文は行政庁に裁量権があるような表現になっている。しかし、そのような表現によって立法したのは、国民全体の代表者である国会であり、行政庁ではない。この条文の表現の不当をいうのであれば、行政庁に対していうべきではなく、国会の立法裁量に対していうべきではないものである。そして、国会は、このような表現を持つ法律自体の中で、時効中断のためには、支給申請をし、また不支給の場合にはその後の手続をとるよう求めたのである。

そして、条文の表現に上記のような問題があるとしても、それがために、権利の救済の門がとざされていたのでないことは明らかで、現に被災労働者のうちの相当数の者は、権利を行使している。

わが国の憲法は、国民に主権があることを前提として、行政庁と国民の間を律しているのであり、法律の条文に上記のような表現があっても、なお、行政庁の解釈を不服とする者は、最終的には裁判所に救済を求めるべきものとしている。

そうであるとする、被控訴人らの主張の一部は理解できないものではないが、それでもなお、控訴人が時効消滅の主張をすることが、信義則に反するとか、禁反言の原則に違反しているものと評価することはできない。

5 したがって、被控訴人らの請求をいずれも認容した原判決は失当というべきあるから、原判決を取り消して、主文のとおり判決する。



東京高等裁判所第19民事部
裁判長裁判官 浅生重機
裁判官 西島幸夫、原敏雄

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 E-mail etoshc@jca.apc.org
〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 TEL(03)3683-9765 /FAX(03)3683-9766
- 東京 ● 三多摩労災職業病センター
〒185-0021 国分寺市南町2-6-7 丸山会館2-5 TEL(042)324-1024 /FAX(042)324-1024
- 東京 ● 三多摩労災職業病研究会
〒185-0012 国分寺市本町4-12-14 三多摩医療生協会館内 TEL(042)324-1922 /FAX(042)325-2663
- 神奈川 ● 社団法人 神奈川労災職業病センター E-mail k-oshc@jca.apc.org
〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコーポ豊岡505 TEL(045)573-4289 /FAX(045)575-1948
- 新潟 ● 財団法人 新潟県安全衛生センター E-mail KFR00474@nifty.ne.jp
〒951-8065 新潟市東堀通2-481 TEL(025)228-2127 /FAX(025)222-0914
- 静岡 ● 清水地域勤労者協議会
〒424-0812 清水市小柴町2-8 TEL(0543)66-6888 /FAX(0543)66-6889
- 愛知 ● 名古屋労災職業病研究会
〒460-0024 名古屋市中区正木4-8-8 マゾン金山711 TEL(052)679-3079 /FAX(052)679-3080
- 京都 ● 京都労働安全衛生連絡会議
〒601-8432 京都市南区西九条東島町50-9 山本ビル3階 TEL(075)691-6191 /FAX(075)691-6145
- 大阪 ● 関西労働者安全センター E-mail koshc@osk2.3web.ne.jp
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-13 ばんらいビル602 TEL(06)6943-1527 /FAX(06)6943-1528
- 兵庫 ● 尼崎労働者安全衛生センター
〒660-0803 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協気付 TEL(06)6488-9952 /FAX(06)6488-2762
- 兵庫 ● 関西労災職業病研究会
〒660-0803 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協長洲支部 TEL(06)6488-9952 /FAX(06)6488-2762
- 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 ● 愛媛労働安全衛生センター E-mail nii-coop@shikoku.ne.jp
〒792-0003 新居浜市新田町1-9-9 TEL(0897)34-0900 /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 高知市薮野イワ井田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「ソレイユ」6階 TEL(097)537-7991 /FAX(097)534-8671
- 宮崎 ● 旧松尾鉱山被害者の会
〒883-0021 日向市財光寺283-211 長江団地1-14 TEL(0982)53-9400 /FAX(0982)53-3404
- 鹿児島 ● 鹿児島労働安全衛生センター準備会 E-mail aunion@po.synapse.ne.jp
〒899-5216 始良郡加治木町本町403有明ビル2F TEL(0995)63-1700 /FAX(0995)63-1701
- 自治体 ● 自治体労働安全衛生研究会 E-mail sh-net@ubcnet.or.jp
〒102-0085 千代田区六番町1 自治労会館3階 TEL(03)3239-9470 /FAX(03)3264-1432
(オブザーバー)
- 福島 ● 福島県労働安全衛生センター
〒960-8103 福島市船場町1-5 TEL(0245)23-3586 /FAX(0245)23-3587
- 山口 ● 山口県安全センター
〒754-0000 山口県小郡郵便局私書箱44号

安全センター情報2002年12月号(通巻第283号)2002年1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2,000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 HOMEPAGE: <http://www.jca.apc.org/joshrc/>

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC

 JOSHRC