

安全センター情報

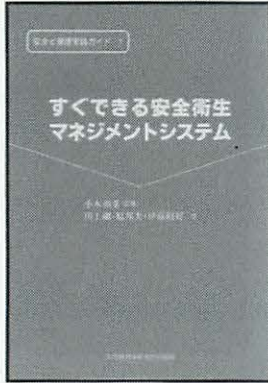
特集● 情報公開/VDT作業ガイドライン



安全センター情報2002年5月号 通巻第286号
2002年4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

写真：三池炭じん爆発40年東京シンポジウム(2.16)

2002
5
MAY



安全と健康実践ガイド 1

すぐできる安全衛生 マネジメントシステム

小木和孝 監修 川上剛・原邦夫・伊藤昭好 著

本書は、第I編・解説編、第II編・実践編、第III編・資料編から構成されている。現場で安全衛生マネジメントシステムを構築する実際の手順は第II編の実践編に示されており、システム構築を急ぐ企業や現場ではここから読み始めていただいても構わない。これに対して、第I編の解説編では、安全衛生マネジメントシステムが発展した世界で実践されてきた背景や動きを紹介している。また、第III編には、すでにマネジメントシステム導入が始動したわが国の労働安全衛生の現場に役立つ資料をまとめた。ILO-OSH2001はとくに重要と考え、関係機関から出されて

いる仮訳を参考にしながら、原文に忠実な完訳文として資料に加えた。どういう意味と方向で、今の国際標準が組まれているかを理解する上で役立つと思われる。この3編を通じて、今後、安全衛生マネジメントシステムを構築し、成果の上がるものとし、さらに国内および国際的な動きを理解する上でのキーとなる実践例や考え方を示すことに意を注いだ。安全衛生マネジメントシステムを試みる企業や生産現場にとって役立つ情報となるよう心がけた次第である。(まえがき)

A4版・284頁 / 2,800円+税

(財)労働科学研究所出版部

〒216-8501 神奈川県川崎市宮前区2-8-14
TEL (044) 977-2125/TEL (044) 976-8190
URL : <http://www.isl.or.jp/>

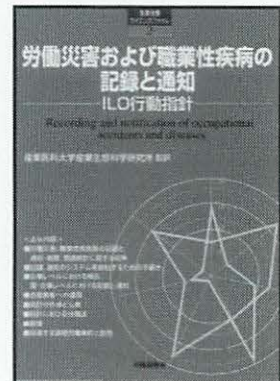
産業保健サイエンスファイル 2

労働災害および職業性疾病 の記録と通知

産業医科大学産業生態科学研究所 監訳

労働災害(労災)に関する統計は一国の産業保健水準を推し測る基本指標と言ってよいが、各国における労災の定義、報告制度、統計出典の差異が大きいため、国際比較は事実上困難となっている。…用語や単位には国ごとの微妙な差異が含まれるのももちろん、労災の定義に通勤災害や職業病を含めるかどうかといった基本的問題さえ各国間で統一されていないのが実状である。…本書が取り上げている行動指針は、ILOが1994年に召集した専門家会議の成果物(出版は1996年)であり、本テーマに関する最新の集大成である。…2000年11月に開催されたILOの第279回理事会は、本テーマを2002年の第90回国際労働総会の議事に採択することを決定している。

A4版・164頁 / 2,800円+税



労働調査会

〒170-0004 東京都豊島区北大塚2-4-5
TEL (03) 3915-6404/TEL (03) 3915-1871
URL : <http://www.chosakai.co.jp/>

特集①／情報公開法の活用(続)

原発・核燃料施設労働者の 電離放射線障害認定は8件

職業病統計の情報公開から 2

局医名簿、委託金額も開示すべし

情報公開審査会があいつぎ答申 5

特集②／VDT作業ガイドライン

VDT作業における労働衛生 管理のためのガイドライン

基発第0405001号通達 本文・解説対照表 9

じん肺合併肺がん認定基準改正

医療実践上の不利益検討会の報告書 31

連載12—塩沢美代子

語りつがねばならぬこと 40

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

イギリス:アスベスト作業規則関連手引も改正 44

EU議会委員会:指令改正案をさらに厳しく 52

各地の便り／世界から

東京●三池炭じん爆発40年でシンポジウム 53

兵庫●第17次港湾病申請、審査会で業務上 55

神奈川●初の船員のアスベスト肺がん認定 58

埼玉●アスベスト製品製造作業で肺がん 59

神奈川●管理区分3じん肺の合併肺がん申請 60

ニュージーランド●使用者にストレス低減義務 61

ILO●4.28にNYの消防士を招待 62

労働省●特別加入中小事業主の認定基準改正 62

JOSHRC NEWSLETTER No.24 63

原発・核燃料施設労働者の 電離放射線障害認定は8件

職業病統計の情報公開から

関西労働者安全センター事務局

昨年11月に厚生労働省が開示した職業性疾病全般の労災補償状況資料から[1・2月号参照]、2000年度に、福島労働局管内で1名の白血病患者が労災認定されていることがわかった。当センターの知るところでは、JCO 東海事業所の急性放射線症被災者3名を含めて、8人目の原子力労災認定になる。氷山の一角がまた垣間見えた。

さらに、阿部知子衆議院議員(社民党)事務所の協力で、1995年度以降の認定事例等の説明を厚労省に求めたところ、開示資料とは別に一定の回答を得た。(説明は阿部事務所、神奈川労災職業病センター・安元宗弘氏が受けた。)

これまでの情報に今回の開示資料、厚労省の説明を総合すると、表1のようになる。

1964年度以降の認定データ

今回開示されたのは、1964年度以降の「電離放射線障害の年度別認定件数」(表2)。ただ、ここからは職種などの情報は不明。表1と見比べると、それぞれ該当するものがあるので、それらは少なくと

も原子力施設関係とわかる。そのほかは非破壊検査、医療関係者などと思われる。

今回の厚労省の説明によると、1992年度の肺がん(東京局)と1995年度以降の原子力関係以外の認定事例の概要は表3のとおり。

不十分な開示内容

職業性疾病の労災補償状況について、年度ごとに厚労省本省が調査をまとめているらしいため、その調査についての情報公開請求をしたところ、2000年と2001年に厚労省から各都道府県局長宛に出された「業務上疾病の労災補償状況調査について」という文書(平成12年6月21日付け事務連絡第14号—1999年度分を対象、平成13年6月18日付け基労補発第17号—2000年度分を対象)が開示され、これを見ると、毎年同様の調査指示が出されているようだ(後述するように、これ以前の同種の文書は、保存年限の関係で保有していないということらしいが、明確ではない)。

平成12年度の文書で対象疾病とされているのは、

表1 原発・核燃料施設労働者の労災申請・認定状況

労災申請日	決定日	認定	疾病名	期間と被ばく線量	局・労基署	施設名	備考
1975.3.19	1975.10.9	不支給	皮膚炎		福井・敦賀	原電敦賀原発	岩佐嘉寿幸さん
1982.5.31		不支給	白血病性悪性リンパ腫		島根・松江		
1988.9.2	1991.12.26	支給	慢性骨髄性白血病	11か月で40mSv	福島・富岡	東電福島第一原発	1988年2月死亡、配管の腐食防止作業
1992.12.1	1994.7.27	不支給	急性骨髄性白血病		兵庫・神戸西		
1992.12.14	1994.7.27	支給	急性骨髄性白血病	87.7-92.12の5年5か月	兵庫・神戸西	九電玄海・関電大飯・高浜原発	定期検査作業
1993.5.6	1994.7.27	支給	慢性骨髄性白血病	81.3-89.12の8年10か月で50.63mSv	静岡・磐田	中部電浜岡原発	嶋橋伸之さん、1991年11月に死亡、計測装置の点検作業
1996.5.27		不支給	再生不良性貧血		福島・富岡		
1997.5.16		不支給	慢性骨髄性白血病		福島・富岡		
1998.12.22	1999.7.30	支給	急性リンパ性白血病	84.12-97.1の12年余り、129.8mSv(フィルムパッチによる測定)	茨城・日立	原電東海・中国電島根・東電福島第一他	日立市の電機メーカー作業員で装置点検等に従事、人間ドッグで発見、生存
1999.10.20	1999.10.26	支給	急性放射線症	1-4.5Sv	茨城・水戸	JCO東海村事業所	以下2名とともに臨界事故で被曝、横川豊さん
1999.10.20	1999.10.26	支給	急性放射線症	6.0-10Sv	茨城・水戸	JCO東海村事業所	篠原理人さん、2000年4月に死亡
1999.10.20	1999.10.26	支給	急性放射線症	16-20Sv以上	茨城・水戸	JCO東海村事業所	大内久さん、1999年12月に死亡
1999.11.20	2000.10.24	支給	急性単球性白血病	88.10-99.10まで74.9mSv(フィルムパッチによる測定)	福島・富岡	東電福島第一、第二、原電東海第二他	配管・架台・構造物等の溶接作業に従事、症状のため自ら受診、死亡

mSv=ミリシーベルト、Sv=シーベルト

①振動障害、②じん肺症、③非災害性腰痛、④上肢障害、⑤職業がん、⑥ウイルス肝炎。電離放射線障害の関係では、職業がんの中の「電離放射線によるがん」が該当する。職業がんについては、「職業がん個人調査票」の提出が求められていて、調査項目は、労働者氏名、性別、生年月日、発生事業場、業種、がん原性物質等の分類、ばく露の状

況(職種、従事時期期間、作業内容)、疾病名・発がん部位(疾病名、発がん部位)、発生状況、請求年月日(補償種別を含む)、支給不支給決定年月日、備考、となっている。

平成13年度の文書では、対象疾病が少し変更になるとともに、「電離放射線障害」という項目が追加され、同様の項目について職業がんとは別に個人

表3 電離放射線障害の労災補償状況(一部)

年度	傷病名	職種	管轄局	線量	備考
1992	肺がん	レントゲン技師	東京	約175rem以上、フィルムパッチによる測定結果および結果のない期間は従事状況から推定	1946年8月から1985年11月まで診療放射線技師として従事。なお両手に発生した皮膚がんについて1983年放射線皮膚がんとして労災認定を受けている。死亡。
1995	放射線白内障	X線非破壊検査	東京		
1995	皮膚がん	医師	兵庫	29.110mSv、手術記録および使用していた投資装置の記録から推定	1958年8月から1985年3月まで整形外科医として徒手整復術等においてX線によるレントゲン透視を行っていたところ、右手第二指に皮膚がんを発症した。生存。
1998	右第1、2指放射線熱傷	X線非破壊検査	長崎		
2000	放射線熱傷	X線非破壊検査	千葉	61.8~123.6Gy、61.8~123.6Gy、55.6~86.6Gy、模擬測定結果による	生存。

単位: グレイ(Gy)=1kg当たりの1ジュールのエネルギー吸収があるときの線量、1rad=0.01Gy、シーベルト(Sv)=吸収線量に線質係数と修正係数をかけたもの、1rem=0.01Sv

調査票書式を定めて報告を求めている。がんを含めて(放射線熱傷などは「がん」ではない)別途報告させるという趣旨とみられる。

さて、表2は「認定」件数だけの数字だが、この「労災補償状況調査」は、請求、その結果としての支給(認定)・不支給を含めて行われているので、厚

労省が保有している情報は「認定件数」だけではない。

表2と同時に開示された資料の中に、電離放射線によるがんの1999、2000年度の都道府県別の請求・支給・不支給決定件数一覧表がある。

それによると、当該年度の処理分として、1999年度は請求2件(福島、神奈川)・支給1件(茨城)・不支給1件(千葉)。2000年度は、請求1件(広島)・支給1件(福島)・不支給1件(広島)、とある。

つまり、表2では、両年度の不支給事案2件についての情報がわからない。神奈川の件は、2000年度末時点では調査中とみられる。1998年度以前についても、おそらくかなりの数の不支給事案があると思われるが、それらは、今のところ闇の中だ。

担当の厚労省職業病認定対策室は、アスベスト関連がんの「個人調査票の保存期間は1年なのでデータがない」と説明してきている。そのために、都道府県・労基署別請求・支給・不支給件数といったより詳細な情報はごく最近のものに限ってしか開示されていない。今回の件も状況としては同様で、これはいささか不自然ではないのか。手間をかけて収集した一次情報が本当に機械的に捨てられているのだろうか？。少なからぬ予算をかけて作成された多数の委託研究報告書が、「保存年限3年なのでそれ以前のものはない」というのとも実によく似ている。

表2 電離放射線障害の年度別認定件数

認定 年度	疾 病 区 分								該当局 (冒頭の○数字は、疾病区分を示す。)
	① 白血病	② 皮膚がん	③ 皮膚障害	④ 白内障	⑤ 急性放射線症	⑥ 再生不良性貧血	⑦ 造血器障害	⑧ その他	
1964	1		1						①兵庫 ③石川
1968		1							②宮城
1971	1		1		1				①広島 ③京都 ⑤長崎
1972	1		4		1	1			①愛知 ③大分(3人) ③福岡 ⑤長崎 ⑥岡山
1973		1	1				1		②大阪 ③大阪 ⑦愛知
1974		1	3						②山口 ③福岡(2人) ③岡山
1975	1		1	1					①三重 ③福岡 ④兵庫
1976			2						③福岡
1977			2						③北海道 ③東京
1979			2						③東京 ③岡山
1980		2							②東京
1982	1		4						①熊本 ③京都(3人) ③愛媛
1983		1	1						②東京 ③神奈川
1984			1	1					③広島 ④埼玉
1985			1						③岩手
1987		1	1						②宮城 ③山口
1989	1								①北海道
1990		1							②東京
1991	1								①福島
1992								1*	⑧東京
1993		1							②東京
1994	3		1						①兵庫 ①静岡 ①京都 ③神奈川
1995		1		1					②兵庫 ④東京
1998			1						③長崎
1999	1				3				①茨城 ⑤茨城
2000	1		3						①福島 ③千葉
合計	12	10	30	3	5	1	1	1	総計 63人

(*注)1992年度(平4)の疾病区分「その他」の具体的疾病名は、「肺がん」。

電離放射線障害の実態は？

本当に情報は破棄されているのか、電子情報が残っていないのか、保存していないとするとそれ自体が問題ではないのか。保存年限を盾に、「ないこ

とにしている」のではないのか…。

「電離放射線障害の実態は本当はどうか」という点とともに、情報公開の中身、情報保存の実態についても相当問題があるとみられる。



局医名簿、委託金額も開示

情報公開審査会があいつぎ答申

全国安全センター事務局

既報のとおり、厚生労働省が不開示と決定した「中央労災医員」の名簿は、情報公開審査会の答申[3月号22頁参照]によって開示すべきものとされ、結果的に、答申どおりのかたちで開示された[4月号66頁参照]。

3月号で報告したように、神奈川労災職業病センターでは、「地方労災医員」の名簿の開示を神奈川労働局に対して請求し、不開示とされた件を情報公開審査会に審査請求していたが、3月29日付けで答申が出された。

結論は、「情報公開法5条1号及び6号の規定により不開示とした『地方労災医員名簿』を開示すべきである」、というもの。

「審査会の判断の理由」は、3月号で紹介した「中央労災医員」についての答申とまったく同じであるが、医員に対する、「その意見をめぐる論争の域を超えた、不法、不当な誹謗、脅迫等が加えられるおそれ」という点については、中央労災医員の場合よりも具体的に以下のような言及がなされている。

「諮問庁は地方労災医員に対する誹謗、脅迫等の具体的事案としてこれまで全国を通じて5件発生しているとしているが、これらはいずれも10年ないし10数年前のものであり、最近数年間においてはそのような事案の発生は把握されていない。地方労災医員が全国で約600名配置されていることにかんがみれば、その発生件数が特に顕著な数字とまでは言えず、またこれら事案は、いずれも関係者が独自の手段により当該地方労災医員の氏名、勤務先

又は自宅住所を把握して行なつたいわば特異な事例に属するものと考えられ、このことから一般的に上記のような不法、不当な行為が行われるおそれがあるとまでは言うことができない(万一そのような行為が行われたときは直ちにこれを排除する措置が講じられるべきことは当然である。))」。

「地方労災医員名簿」は、「配置先、氏名、現職、専門分野」が記載されたものであるとされ、「中央労災医員名簿」の場合に、一部不開示が認められた、「当該個人の生年月日、現住所及び電話・FAX番号」が含まれていないために、不開示部分なしの全面開示答申となった。

なお、同日付けで、三重労働局の「特定個人の氏名及び住所が記載された地方労災医員委嘱関係文書の不開示決定(存否応答拒否)」に対しても、「存否を明らかにしないで開示請求を拒否した不開示決定は、取り消すべきである」とする、情報公開審査会の答申が出されている。

こちらは、対象文書の、「存否の応答を拒否することが許されるか否か」が争われたものであるが、それは、「当該者が地方労災医員であるかこと」を開示すべきか否かによることとなるとされて、結局、神奈川の「地方労災委員名簿」の開示理由とまったく同じ「判断理由」を示している。

ここでの対象文書である「地方労災医員委嘱関係文書」には、「地方労災医員の本籍、現住所、氏名、生年月日、学歴、職歴、資格(医師免許)、署名及び陰影」が記載されているとのことで、答申書では

これらのどの情報を開示すべきで、どの部分の開示が認められるかについては言及していないが、「中央労災医員名簿」開示決定の答申に照らして、不開示とされる部分も出てくるものと思われる。

なお、答申書によると、この件では、審査請求人が、「労災給付決定に際し、面接も診療もせず当該者の提出した意見書に基づきなされたことはおかしい。当該意見書の真偽につき直接本人に確認するため開示請求したものである」と主張したようだ。

ところで、「中央労災医員名簿」に関する審査会答申が出た後、東京労働安全衛生センターでは、①地方労災医員名簿及び履歴書、②職業病相談員名簿及び履歴書、③地方じん肺診査医にかかる人事異動通知書及び内申者名簿、について東京労働局に開示請求を行った。

これに対する決定が3月18日付けで出されたが、①②については、「氏名、現住所、勤務先所在地、勤務先・職名、専門科目、官署名、生年月日、履歴書(①については、「協議会等医員」も)」の部分、③については、「氏名、所属、履歴書」の部分、個人情報であることを理由に不開示とした。

(部分)開示された文書そのものは、4月4日付けで送付されてきたが、①(32名記載)、②(2名記載)の名簿では、開示されている部分は「初回発令」の年月日欄のみ。同欄とすべて空欄の「備考欄」を除き、すべての欄がマジックで黒塗りされている。

開示決定は、前述の神奈川・三重労働局の「地方労災医員」に係る情報公開審査会答申の前であったかもしれないが、文書送付日はそれより後のことである。答申によって「開示すべき」とされた氏名等も黒塗りして、不服があれば審査請求をしと言わんばかりの対応は不誠実きわまりない。

③(3名分)についても、開示されているのは、内申者名簿の「再任・新任の別」欄の記載と「人事異

動通知書」の「現官職」欄に記載のあった1名分の「文部教官」の記載だけである。

他方、情報公開審査会は、同じく3月29日付けで、3月号で報告した、厚生労働省の労災補償・労働安全衛生関係の委託研究の「委託契約書」の一部不開示決定に対しても、答申を行っている。

この全文を、以下に紹介しておくので、参考にさせていただきたい。

結論は、「不開示とした部分のうち、『研究実施に要する経費』の合計額が記載された部分は、開示すべきである」というものである。

答申が、「民間人等が行う事務や研究に対する助成的性格を有する補助金に比し、国の事務又は事業を委託する対価として支払われる委託費の方がより公的な性格は強いと考えられる」としていることは、大いに支持できる。

問題は、「委託費のうち、個人の収入としての謝金及び賃金については、受領者の氏名が公にされている状況において公にする慣行はないと考えられることから、主任委託研究者等に対する謝金及び賃金」については開示の対象外として、「消耗品費、その他の経費及び消費税相当額については、委託費の合計額を開示することとした場合、両者の差額から、主任研究者等に対する謝金及び賃金を算出し得ることとなることから、不開示とすることが妥当である」、としたことである。

これでは、公益目的で国が支出する経費の適切性を判断することが、不可能になってしまう。引き続き、委託研究のあり方の透明性、公正性の確保を追求していく必要がある。

なお、ここで紹介したものも含めて、情報公開審査会の答申は、<http://www8.cao.go.jp/jyouchou/tousin/002-h13/index002.html>で入手できる。



諮問庁：厚生労働大臣

諮問日：平成13年11月12日

答申日：平成14年3月29日

事件名：労働災害に関する各種委託研究報告書及び委託契約書の一部開示決定に関する件(平成13年諮問第179号)

答申書

第1 審査会の結論

「平成10年度委託研究『じん肺医療の変遷』の成果物

及び委託契約書」外47件(以下「本件対象文書」という。)につき、行政機関の保有する情報の公開に関する法律(以下「法」という。)5条1号に該当することを理由に不開示とした部分のうち、「研究実施に要する経費」の合計額が記載された部分は、開示すべきである。

第2 異議申立人の主張の要旨

1 異議申立ての趣旨

本件異議申立ての趣旨は、法3条に基づく本件対象文書の開示請求に対し、平成13年6月29日付け厚生労働省発基労第77号～第124号により厚生労働大臣が行った一部開示決定のうち、「研究実施に要する経費」を不開示とした部分について、その取消しを求めるものである。

2 異議申立ての理由

異議申立人の主張する異議申立ての主たる理由は、異議申立書及び意見書の記載によると、おおむね以下のとおりである。

本来、開示請求の目的を明らかにする必要は全くないのであるが、異議申立人が委託研究の成果物及び委託契約書を開示請求した趣旨は、適切な委託がなされているかどうかを判断したいという目的が含まれており、「研究実施に要する経費」の額は、その判断のための重要な要素である。

公益目的で国が支出する経費が、その支払い先が個人であることをもって、「個人に関する情報(収入額)」であるから不開示とできるということになれば、支出を国民がチェックできないことになり、情報公開法の趣旨・目的に反する。

委託研究の費用は、一般的にいっても、「公にすることが必要であると認められる情報」であり、また、「個人の権利利益を害するおそれがあるもの」にも該当しないと考える。〔審査請求人の意見は3月号12頁参照〕

第3 諮問庁の説明の要旨

法5条は、開示請求に係る行政文書に同条各号に掲げる不開示情報のいずれかが記録されている場合を除き、当該行政文書を開示しなければならない旨規定しているところ、同条1号においては、個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により、特定の個人を識別することができるもの(他の情報と照合することにより、特定の個人を識別することができることとなるものを含む。)又は特定の個人を識別することはできないが、公にすることにより、なお個人の権利利益を害するおそれがあるものを不開示の条件としている。

本件対象文書のうち委託契約書には、「研究実施に要する経費」が記載されており、当該委託契約書に契約当事者である主任研究者個人の氏名が記載され、これを開示しているので、これと照合することで当該主任研究者個

人に支払われる経費(収入額)が明らかになるため、当該「研究実施に要する経費」は、特定の個人を識別することができる当該個人に関する情報(収入額)に当たり、法5条1号に該当する。

なお、当該委託契約書の契約当事者である主任研究者は、当該委託研究を業として営む事業者ではなく、医療機関、学術・教育・研究調査機関等に雇用され、本来の業務を行い給与を支払われる中で、本来業務とは別に、所属施設長の承諾を得た上での私的行為として、当該個人の学識経験に基づき単発的に当該委託研究を受託した「個人」である。

また、当該委託研究は、法人を契約当事者として委託契約を締結する場合もあるが、その場合、「研究実施に要する経費」は、当該法人に対して支払われたものであることから、法5条各号の不開示情報には該当しないものとして開示しているところである。

ちなみに、主任研究者個人に支払われる「研究実施に要する経費」は、国から直接当該主任研究者の指定する、当該主任研究者個人の銀行口座等に振り込まれるものである。

第4 調査審議の経過

当審査会は、本件諮問事件について、以下のとおり、調査審議を行った。

- ① 平成13年11月12日諮問の受理
- ② 同日諮問庁から理由説明書を收受
- ③ 同年12月5日異議申立人から意見書を收受
- ④ 平成14年1月21日本件対象文書の見分及び審議
- ⑤ 同年2月21日諮問庁の職員(厚生労働省労働基準局労災補償部補償課長ほか)からの口頭説明の聴取
- ⑥ 同年3月13日審議
- ⑦ 同月26日審議
- ⑧ 同月27日審議

第5 審査会の判断の理由

1 本件対象文書について

本件対象文書は、「平成10年度委託研究『じん肺医療の変遷』の成果物及び委託契約書」外47件である。

本件委託研究は、被災労働者に対する統一かつ迅速公正な保護の徹底を図ることを目的に、業務上の事由又は通勤による負傷、疾病等の診断、検査及び治療、身体障害等級の認定並びに残存能力の保全に関する労働福祉事業の医学的取扱いその他労災補償行政上必要な研究を行うものに対して委託費を交付するものである。

委託契約書は、いずれも委託契約書本文並びに別紙

として添付された委託研究実施計画及び研究委託費交付内訳(以下単に「委託契約書」という。)から成っている。

- (1) 委託契約書本文には、支出負担行為担当官と主任研究者との間で締結する旨及び委託目的(1条)、期間(3条)、費用負担(4条)、研究報告書の提出(10条)、権利の帰属(11条)などが定型的に記載されている。不開示とした「研究実施に要する経費」は、費用負担(4条)において記載されている。
- (2) 委託研究実施計画は、契約書に別紙1として添付され、主任研究者氏名、委託金(研究実施に要する経費と同額)、研究課題及び研究の開始・完了予定年月日が記載され、委託金の額が不開示とされている。
- (3) 研究委託費交付内訳は、契約書に別紙2として添付され、科目として、謝金・賃金、旅費、消耗品費、その他の経費、消費税相当額及び合計の各欄が設けられ、そのそれぞれについて、委託費の額、第1・四半期、第2・四半期、第3・四半期、第4・四半期及び合計の各欄が設けられ、各欄に金額が記載されている。これらの金額が記載された欄が不開示とされている。

異議申立人は、上記(1)から(3)の不開示部分のうち、「研究実施に要する経費」の額が記載された部分に係る不開示決定の取消しを求める旨主張していることから、当該部分の不開示情報該当性について、以下検討する。

2 不開示情報該当性

法5条1号は、個人に関する情報であって、特定の個人を識別することができる情報のうち、同号ただし書イからハまでに掲げるものを除き、これを不開示情報として規定している。

諮問庁は、委託契約書に契約当事者である主任研究者個人の氏名が記載され、これを開示しているため、これと照合することによって当該主任研究者個人に支払われる経費(収入額)が明らかになるため、当該「研究実施に要する経費」は、「特定の個人を識別することができるもの」に該当し、かつ、法5条1号ただし書イからハまでに該当しないことから、同号の不開示情報に該当する旨主張する。

本件委託契約書に記載されている情報は、主任研究者である個人が国から委託された研究について契約を締結したものであることから、個人に関する情報であり、また、主任研究者の氏名が記載されていることから、特定の個人を識別することができる情報であって、法5条1号の個人識別情報に該当する。

したがって、不開示とした「研究実施に要する経費」の額が不開示情報に該当するか否かは、法5条1号ただし書イからハまでに掲げる情報に該当するか否かによることとなるが、「研究実施に要する経費」のうち合計額を記載した部分については、次の理由から同号ただし書イの「公

にすることが予定されている情報」に該当すると認められる。

- ① 委託費は、国が国の事務又は事業を他の機関や特定の者に委託して行わせる場合に、その反対給付として支出する経費をいい、委託契約に基づく対価的性格を有するものである。

本件委託研究は、本来国の事務又は事業であるものを特定の者に委託したものであり、また、その委託に基づく調査研究の実施によって生じた著作権等の一切の権利は国に帰属するものとされていることから、主任研究者が当該個人の学識経験に基づき委託研究を受託したとしても、公的な意味合いが強いものである。したがって、いくら経費で国の事務又は事業の委託を行ったかという情報は、法5条1号ただし書イの「公にすることが予定されている情報」に該当すると認められる。

他方、個人に対して調査研究を委託するような委託費のうち、個人の収入としての謝金及び賃金については、受領者の氏名が公にされている状況において公にする慣行はないと考えられることから、主任委託研究者等に対する謝金及び賃金は、本件においては、法5条1号ただし書イの「慣行として公にされ、又は公にすることが予定されている情報」には該当しないと認められる。

なお、厚生労働省においては、同省の厚生科学研究費補助金を受けた研究事業について、ホームページ上において個別の研究課題ごとに主任研究者氏名、所属施設名、職名、研究課題名に加えて、交付決定額(総額)について情報提供を行っている。民間人等が行う事務や研究に対する助成的性格を有する補助金に比し、国の事務又は事業を委託する対価として支払われる委託費の方がより公的な性格は強いと考えられることから、委託費についても、少なくともその合計額については、前述のとおり、法5条1号ただし書イの「公にすることが予定されている情報」であると考えられる。

- ② 消耗品費、その他の経費及び消費税相当額については、委託費の合計額を開示することとした場合、両者の差額から、主任研究者等に対する謝金及び賃金を算出し得ることとなることから、不開示とすることが妥当である。

3 本件不開示決定の妥当性

以上のことから、本件対象文書の一部不開示決定において不開示とした部分のうち、「研究実施に要する経費」の合計額が記載された部分は、開示すべきであると認めた。

第6 答申に関与した委員

藤井龍子、秋山幹男、藤田宙靖



VDT作業における労働衛生管理のためのガイドライン

専門検討会報告を受けて 厚生労働省が新通達

厚生労働省は、「VDT作業における労働衛生管理のためのガイドライン」を改訂した。「新VDT作業ガイドライン策定のポイント」は、以下のとおりとされている。

① 対象となる作業

対象となる作業は、事務所において行われるVDT (Visual Display Terminals) 作業(ディスプレイ、キーボード等により構成されるVDT機器を使用して、データの入力・検索・照合等、文章・画像等の作成・編集・修正等、プログラミング、監視等を行う作業をいう。)とした。

② VDT作業の種類

VDT作業を6種類に分類し、作業の種類と作業時間に応じた労働衛生管理を行うこととした。

③ 労働衛生管理の対象の拡大

現行の指針においては、連続VDT作業に常時従事する労働者について、労働衛生管理を行うこととし、それ以外の者については、準じて行うこととしていたが、改正により、

1日の作業時間2時間以上の単純入力型・拘束型の作業
業者

1日の作業時間4時間以上の監視型・対話型・技術型・
その他の型の作業
業者

について、労働衛生管理を行い、それ以外の者については、準じて行うこととした。

④ 多様化するVDT機器等に対応した適切な機器等の選定

多様化するVDT機器等に対応し、新たにノート型機器、携帯情報端末、ソフトウェア等に関する基準を定め、作業に最も適した機器等を選定し、用いることとした。

⑤ 作業の種類と作業時間に応じた健康診断の実施

現行の指針においては、連続VDT作業又は断続的なVDT作業に常時従事する労働者に対して、健康診断を実施することとしていたが、改正により、次のように作業の種類と作業時間に応じた健康診断を実施することとした。

○1日の作業時間4時間以上の単純入力型・拘束型の作業
業者

★原則として全健康診断項目を実施

○1日の作業時間2時間以上4時間未満の単純入力
型・拘束型の作業
業者

1日の作業時間4時間以上の監視型・対話型・技術
型・その他の型の作業
業者

★問診等を行い、医師が必要と認めた者に必要な検査
を実施

○1日の作業時間2時間未満の単純入力型・拘束型の
作業
業者

1日の作業時間4時間未満の監視型・対話型・技術
型・その他の型の作業
業者

★自覚症状を訴える者に必要な検査を実施

⑥ 労働衛生教育の実施

VDT作業に従事する作業員に対してVDT作業従事者教育を実施するとともに、VDT作業従事者を直接管理する管理者に対してVDT作業管理者教育を実施することとした。

⑦ 配慮事項

高齢者、障害等を有する作業員、在宅ワーカー等に対して、VDT作業を支障なく行うことができるよう、必要な配慮を行うこととした。



基発第0405001号
平成 14年4月5日
都道府県労働局長殿
厚生労働省労働基準局長

**VDT 作業における
労働衛生管理のための
ガイドラインについて**

VDT (Visual Display Terminals) 作業における労働衛生管理については、昭和60年12月20日付け基発第705号「VDT作業のための労働衛生上の指針について」(以下「705号通達」という。)[1997年1・2月号56頁参照]により、関係事業場に対して指導を行ってきたところであるが、近年、職場における情報技術化が急速に進められており、VDT作業が広く職場で行われ、職場環境、作業形態等につ

いても大きく変化するとともに、心身の疲労を訴える作業者が非常に高い割合を占める状況にある。

このため、VDT作業に関する各方面の専門家により構成された「VDT作業に係る労働衛生管理に関する検討会」を設置し、VDT作業における労働衛生管理のあり方について検討を行ったところである。

今般、この検討結果を踏まえ、上記指針を見直し、作業者がVDT作業を支障なく行うことができるよう支援するために事業者が講ずべき措置等について示した「VDT作業における労働衛生管理のためのガイドライン」を別添のとおり策定したので、今後は、これにより関係事業場を指導されたい。

なお、本ガイドラインは、事務所において行われるVDT作業を対象としたものであるが、ディスプレイを備えた各種機器を使用して、事務所以外の場所で行われるVDT作業等についても、できる限り本ガイドラインに準じて労働衛生管理を行うよう指導されたい。

おって、705号通達は廃止する。

※本文と解説を対照表のかたちで示した。



ガイドライン本文	ガイドライン解説
<p>別添</p> <p style="text-align: center;">VDT 作業における労働衛生 管理のためのガイドライン</p> <p>1 はじめに</p> <p>近年、マイクロエレクトロニクスや情報処理を中心とした技術革新により、IT(情報技術)化が急速に進められており、VDT(Visual Display Terminals)が広く職場に導入されてきたことに伴い、職場環境、労働形態等についても大きく変化する状況にある。</p> <p>昭和60年12月に「VDT作業のための労働衛生上の指針」が策定された後、最近におけるVDT作業の状況として、</p> <ol style="list-style-type: none"> ① VDT作業従事者の増大 ② ノート型パソコンの普及 ③ マウス等入力機器の多様化 	<p>(解説)</p> <p>「1 はじめに」について</p> <p>「1 はじめに」においては、近年、職場におけるVDT作業が大きく変化するとともに、VDT作業における問題点として、精神的疲労、身体的疲労等を感じている作業者が多数に上るなどの問題点が指摘される状況にあり、このような作業者の心身の負担を軽減し、VDT作業を支障なく行うことができるようにするためには、事業者が作業環境管理、作業管理、作業者の健康管理等を適正に行い、作業者を支援していくことが重要であるという本ガイドラインの基本的な考え方について示した。</p> <p>また、このようなVDT作業に関する労働衛生管理が適正に行われるためには、事業者は安全衛生に関する基本方針を明確にするとともに、安全衛生管理体制を確立し、事業者、各級管理者、作業者等の関係者の協力の下、具体的な安全衛生計画を作成し、労働衛生管理活動を計画的かつ組織的に進めていく必要があることを示した。</p> <p>このような労働衛生管理活動は、衛生委員会等の組織を有する事業場においては、衛生委員会等における調査</p>



ガイドライン本文	ガイドライン解説
<p>④ 多様なソフトウェアの普及 ⑤ 大型ディスプレイ等の増加 ⑥ インターネットの普及 ⑦ 携帯情報端末等の普及</p> <p>等があげられ、職場におけるVDT作業は大きく変化するとともに、現状のVDT作業における問題点も指摘されているところである。</p> <p>労働省において平成10年に実施した「技術革新と労働に関する実態調査」によれば、VDT作業を行っている作業者のうち、精神的疲労を感じているものが36.3%、身体的疲労を感じているものが77.6%にも上っている。</p> <p>VDT作業に従事する者(以下「作業者」という。)の心身の負担を軽減するためには、事業者が作業環境をできる限りVDT作業に適した状況に整備するとともに、VDT作業が過度に長時間にわたり行われることのないように適正な作業管理を行うことが重要である。</p> <p>また、作業者が心身の負担を強く感じている場合や身体に異常がある場合には、早期に作業環境、作業方法等の改善を図り、VDT作業を支障なく行うことができるようにする必要があり、そのためには、事業者が作業者の健康状態を正しく把握し、できるだけ早い段階で作業者の健康状態に応じた適正な措置を講ずることができるよう、作業者の健康管理を適正に行うことが重要である。</p> <p>本ガイドラインは、このような考え方により、VDT作業における作業環境管理、作業管理、健康管理等の労働衛生管理について、その後、得られた産業医学、人間工学等の分野における知見に基づいて見直し、作業者の心身の負担を軽減し、作業者がVDT作業を支障なく行うことができるよう支援するために事業者が講ずべき措置等について示したものである。</p> <p>このような労働衛生管理が適正に行われるためには、事業者は、安全衛生に関する基本方針を明確にし、安全衛生管理体制を確立するとともに、各級管理者、作業者等の協力の下、具体的な安</p>	<p>審議の結果に基づき、総括安全衛生管理者、衛生管理者、産業医、各部門の管理者等を中心に、その他の事業場においては、事業者、衛生推進者、職場の責任者等が主体となって進められることとなる。</p> <p>なお、事業場におけるこれらの活動をより効果的に進めるためには、必要に応じ、都道府県産業保健推進センター、地域産業保健センター、労働衛生コンサルタント等の活用を図ることが望まれる。</p> <p>また、作業者には身体、心理、技能、経験等の違いにより、個人差があるので、一定の基準を全てのVDT作業従事者に画一的に適用するのは適当でなく、ある程度の弾力性が必要である。</p> <p>従って、VDT作業に関する労働衛生管理基準を新たに設け、又はこれを変更する場合には、当該基準が個々の作業者に適合しているかどうかについて、衛生委員会等において一定期間ごとに評価を実施し、このような評価結果に基づいて、より適切なものとしていくことが大切である。</p> <p>さらに、VDT作業に関する労働衛生管理がより適正に行われるためには、各事業場において労働安全衛生マネジメントシステムを導入し、安全衛生計画の作成、実施、評価、改善等を順次進めていくことにより、本ガイドラインに基づいて定めたVDT作業に係る労働衛生管理基準に盛り込まれた措置が確実に実施されるよ引こずることが望ましい。</p> <p>➤ 全衛生計画を作成し、作業環境の改善、適正な作業管理の徹底、作業者の健康管理の充実等の労働衛生管理活動を計画的かつ組織的に進めていく必要がある。</p> <p>また、作業者がその趣旨を理解し、積極的に措置の徹底に協力することが極めて重要であるので、適切な労働衛生教育を実施することが不可欠である。</p> <p>なお、本ガイドラインは、標準的なVDT作業を対象としたものであるため、各事業場においては、これをもとに、衛生委員会等で十分に調査審議の上、VDTを使用する作業の実態に応じて、VDT作業に関する労働衛生管理基準を定めるとともに、当該基準を職場の作業実態によりよく適合させるため、衛生委員会等において、一定期間ごとに評価を実施し、必要に応じ、見直しを行うことが重要である。</p>

ガイドライン本文	ガイドライン解説
<p>さらに、この基準をより適正に運用するためには、労働安全衛生マネジメントシステムに関する指針(平成11年労働省告示第53号)に基づき、事業者が労働者の協力の下に一連の過程を定めて継続的に行う自主的な安全衛生活動の一環として取り組むことが効果的である。</p> <p>2 対象となる作業</p> <p>対象となる作業は、事務所(事務所衛生基準規則第1条第1項に規定する事務所をいう。以下同じ。)において行われるVDT作業(ディスプレイ、キーボード等により構成されるVDT機器を使用して、データの入力・検索・照合等、文章・画像等の作成・編集・修正等、プログラミング、監視等を行う作業をいう。以下同じ。)とし、別紙「VDT作業の作業区分」(以下「別紙」[29頁参照]という。)によりVDT作業を区分し、作業の種類及び作業時間に応じた労働衛生管理を行うこととする。</p> <p>ただし、別紙における「作業区分C」に該当する作業に従事する者(以下「作業区分Cの作業員」という。)については、必要に応じ、以下の3、4及び5に準じて労働衛生管理を行うこととする。</p> <p>なお、事務所以外の場所において行われるVDT作業、在宅ワーカーが自宅等において行うVDT作業及びVDT作業に類似する作業についても、できる限り本ガイドラインに準じて労働衛生管理を行うよう指導することが望ましい。</p> <p>3 作業環境管理</p> <p>作業員の心身の負担を軽減し、作業員が支障なく作業を行うことができるよう、次によりVDT作業に適した作業環境管理を行うこと。</p>	<p>「2 対象となる作業」について</p> <p>本ガイドラインは、事務所においてディスプレイ(画面表示装置)を備えたVDT機器を使用して作業を行う場合の労働衛生管理を対象とするものである。</p> <p>事務所とは、建築物又はその一部で事務作業に従事する作業員が主として使用するものをいう。</p> <p>ディスプレイを備えたVDT機器を対象としており、キーボードについては必ずしも備えていなくとも対象としている。</p> <p>なお、VDT作業の作業の種類に応じた労働衛生管理について、整理したものを別紙「VDT作業の作業の種類に応じた労働衛生管理の進め方」として示すので参考とされたい。</p> <p>ディスプレイとしては、液晶ディスプレイ、CRTディスプレイ、有機エレクトロルミネッセンス・ディスプレイ(有機EL)、プラズマ・ディスプレイ、蛍光表示管ディスプレイ、発光ダイオード・ディスプレイなどがある。</p> <p>VDT機器を使用する者については、一般正社員、パートタイマー、派遣労働者、臨時職員等の就業形態の区別なく、作業員がVDT機器を使用する場合はすべて本ガイドラインの対象とする。</p> <p>近年、在宅ワーカーが自宅等において行うVDT作業等が増加しつつあるが、これらの場合についても、できる限り本ガイドラインに準じて労働衛生管理を行うよう指導することが望ましい。</p> <p>なお、在宅ワーカーとは、情報通信機器を活用して請負契約に基づきサービスの提供等を行う在宅形態での就労のうち、主として他の者が代わって行うことが容易なものを行うものをいう。</p> <p>「3 作業環境管理」について</p> <p>作業環境管理においては、本ガイドラインに掲げる事項のほか、「事業者が講ずべき快適な職場環境の形成のための措置に関する指針」(平成4年7月1日付け労働省告示第59号)を参照し、作業員が快適に作業を行うことのできる職場環境の整備を図ることが望ましい。</p>

ガイドライン本文	ガイドライン解説
<p>(1) 照明及び採光</p> <p>イ 室内は、できるだけ明暗の対照が著しくなく、かつ、まぶしさを生じさせないようにすること。</p> <p>ロ ディスプレイを用いる場合のディスプレイ画面上における照度は500ルクス以下、書類上及びキーボード上における照度は300ルクス以上とすること。</p> <p>また、ディスプレイ画面の明るさ、書類及びキーボード面における明るさと周辺の明るさの差はなるべく小さくすること。</p> <p>ハ ディスプレイ画面に直接又は間接的に太陽光等が入射する場合は、必要に応じて窓にブラインド又はカーテン等を設け、適切な明るさとなるようにすること。</p> <p>(2) グレアの防止</p> <p>ディスプレイについては、必要に応じ、次に掲げる措置を講ずること等により、グレアの防止を図ること。</p> <p>イ ディスプレイ画面の位置、前後の傾き、左右の向き等を調整させること。</p> <p>ロ 反射防止型ディスプレイを用いること。</p> <p>ハ 間接照明等のグレア防止用照明器具を用いること。</p> <p>ニ その他グレアを防止するための有効な措置を講ずること。</p>	<p>(1) 照明及び採光</p> <p>イ 室内の照明及び採光については、明暗の対照が著しくなく、かつ、まぶしさを生じさせない方法によらなければならない。(事務所衛生基準規則第10条第2項参照)</p> <p>ロ 「ディスプレイ画面上における照度」とは、ディスプレイ画面から発する光の明るさのことではなく、ディスプレイ画面に入射する光の明るさをいう。</p> <p>反射型液晶ディスプレイについては、画面が暗いと見にくいので、一般に、より高い照度が必要となる。</p> <p>「書類上及びキーボード上における照度」とは、書類やキーボードなどに入射する光の明るさをいう。</p> <p>「ディスプレイ画面の明るさ、書類及びキーボード面における明るさと周辺の明るさとの差はなるべく小さくすること。」とは、瞳孔は明るさに応じてその大きさを調節しており、一般的に、ディスプレイ画面や書類・キーボード面と周辺の明るさの差が大きいと眼の負担が大きくなるので、なるべく明るさの差を小さくすべきであるという趣旨である。</p> <p>(2) グレアの防止</p> <p>イ グレアとは、視野内で過度に輝度が高い点や面が見えることによっておきる不快感や見にくさのことで、光源から直接又は間接に受けるギラギラしたまぶしさなどをいう。</p> <p>VDT作業従事者がディスプレイを注視している時に、視野内に高輝度の照明器具・窓・壁面や点滅する光源があると、まぶしさを感じたり、ディスプレイに表示される文字や図形が見にくくなり、眼疲労の原因となる。</p> <p>また、これらがディスプレイ画面上に映り込む場合も同様である。従って、ディスプレイを置く位置を工夫して、グレアが生じないようにする必要がある。</p> <p>映り込みがある場合には、ディスプレイ画面の傾きを調整することなどにより、映り込みを少なくすることが必要である。</p> <p>ロ 反射防止型ディスプレイは、表面につや消し処理を行って散乱性をもたせたものと、多層薄膜コーティングにより反射そのものを減らすものとに大別されるが、前者は外光が明るすぎると、画面全体が光るようになり、後者は、汚れやすいという欠点があるので、注意を要する。</p> <p>ハ 照明器具のグレア分類としては、(社)照明学会学会技術規格JIBS-008(1999)「屋内照明基準」において、分類が示されている。同基準においては、G分類(視特性からみたグレア規制のための照明器具の輝度の制</p>

ガイドライン本文	ガイドライン解説
<p>(3) 騒音の低減措置</p> <p>VDT 機器及び周辺機器から不快な騒音が発生する場合には、騒音の低減措置を講じること。</p> <p>(4) その他</p> <p>換気、温度及び湿度の調整、空気調和、静電気除去、休憩等のための設備等について事務所衛生基準規則に定める措置等を講じること。</p> <p>4 作業管理</p> <p>作業者が、心身の負担が少なく作業を行うことができるよう、次により作業時間の管理を行うとともに、</p>	<p>限)とV分類(VDT画面の反射グレア防止のための照明器具の輝度の制限)の2種類の分類があり、VDT作業が行われる室の場合には、V分類の使用が優先される。</p> <p>V分類においては、照明器具の輝度の制限がV1、V2、V3に分類して行われている。</p> <p>V1の照明器具は、グレア対策が最も十分施されており、VDT画面の反射防止処理の有無にかかわらず、映りこみはほとんど生じない。</p> <p>VDT専用室においては、VDT画面に反射防止処理がされていない場合はV1、反射防止処理がされている場合はV2を選択するよう、基準が示されている。</p> <p>また、一般の事務室においては、VDT画面に反射防止処理がされていない場合はV2、反射防止処理がされている場合はV3を選択するよう、基準が示されている。</p> <p>ただし、これらは画面が概ね鉛直の場合に有効であり、画面を鉛直よりも大きく傾ける場合には、間接型照明の使用が望ましい。</p> <p>二 その他の映り込みを少なくする方法としては、フィルターを取り付ける等の方法があるが、フィルターの性能によっては、表示文字の鮮明度が低下したり、フィルター自身の表面が反射したりすることがあるため、反射率の低いものを選ぶ等の注意が必要である。</p> <p>(3) 騒音の低減措置</p> <p>イ このような騒音の低減を図るためは、しゃ音及び吸音の機能をもつ立で取り囲む、機器そのものを消音ボックスに収納する、床にカーペットを敷く、低騒音型機器を使用するなどの方法もある。</p> <p>ロ VDT作業を行う場所付近で、騒音を発する事務用機器を使用する場合には、必要に応じ、騒音伝ばの防止措置を講じること。(事務所衛生基準規則第11条及び第12条参照)</p> <p>(4) その他</p> <p>事務所の換気、温度、湿度及び空気調和(空調)については、事務所衛生基準規則第3条から第5条までを参照されたい。</p> <p>また、休憩等のための設備については、事務所衛生基準規則第19条から第21条までを参照されたい。</p> <p>「4 作業管理」について</p> <p>VDT作業には多くの種類があり、それぞれ作業形態や作業内容は大きく異なっている。また、VDT作業が健康に及ぼす影響は非常に個人差が大きいので、画一的な作</p>

ガイドライン本文	ガイドライン解説
<p>作業の特性や個々の作業者の特性に応じたVDT機器、関連什器等を整備し、適切な作業管理を行うこと。</p>	<p>業管理を行うことは好ましくない。 従って、各事業場においては、個々の作業者の特性に応じたVDT機器、関連什器等を整備するほか、VDT作業の実態に基づいて作業負担の少ない業務計画を策定すること等、こまかく配慮することが望ましい。</p>
<p>(1) 作業時間等</p>	<p>(1) 作業時間等</p>
<p>イ 一日の作業時間</p>	<p>イ 一日の作業時間</p>
<p>(イ) 作業区分A</p>	<p>(イ) 作業区分A</p>
<p>別紙における「作業区分A」に該当する作業に従事する者(以下「作業区分Aの作業者」という。)については、視覚負担をはじめとする心身の負担を軽減するため、ディスプレイ画面を注視する時間やキーを操作する時間をできるだけ短くすることが望ましく、他の作業を組み込むこと又は他の作業とのローテーションを実施することなどにより、一日の連続VDT作業時間が短くなるように配慮すること。</p>	<p>一日の作業時間については、これまでの経験から、職場においてVDT作業に関して適切な労働衛生管理を行うとともに、各人が自らの健康の維持管理に努めれば、大多数の労働者の健康を保持できることが明らかになっており、他方、各事業場におけるVDT作業の態様が様々で作業者への負荷が一様でなく、また、VDT作業が健康に及ぼす影響は非常に個人差が大きいこともあり、ガイドラインでは上限を設けていない。 しかしながら、管理者は、適切な作業時間管理を行い、VDT作業が過度に長時間にわたり行われることのないようにする必要がある。</p>
<p>(ロ) 作業区分B</p>	<p>(ロ) 作業区分B</p>
<p>別紙における「作業区分B」に該当する作業に従事する者(以下「作業区分Bの作業者」という。)についても、同様に、VDT作業が過度に長時間にわたり行われることのないように指導すること。</p>	<p>特に、単純入力型及び拘束型の連続VDT作業については、一般に自由裁量度が少なく、疲労も大きいため、それ以外の作業を組み込むなどにより、一日の連続VDT作業時間が短くなるように配慮する必要がある。 また、CAD、プログラミング等の技術型作業をはじめ、対話型作業等においては、作業者の自主的時間管理が重要であるが、極めて長時間の作業となる場合があるので、管理監督者がその点を留意し指導すること。</p>
<p>ロ 一連続作業時間及び作業休止時間</p>	<p>ロ 一連続作業時間及び作業休止時間</p>
<p>(イ) 「単純入力型」及び「拘束型」</p>	<p>(イ) 「単純入力型」及び「拘束型」</p>
<p>別紙における「作業の種類」の「単純入力型」及び「拘束型」に該当する作業に従事する者については、一連続作業時間が1時間を超えないようとし、次の連続作業までの間に10分～15分の作業休止時間を設け、かつ、一連続作業時間内において1回～2回程度の小休止を設けること。</p>	<p>作業休止時間は、ディスプレイ画面の注視、キー操作又は一定の姿勢を長時間持続することによって生じる眼、顔、肩、腰背部、上肢等への負担による疲労を防止することを目的とするものである。連続作業後、いったんVDT作業を中止し、リラックスして遠くの景色を眺めたり、眼を閉じたり、身体各部のストレッチなどの運動を行ったり、他の業務を行ったりするための時間であり、いわゆる休憩時間ではない。</p>
<p>(ロ) (イ) 以外の型</p>	<p>(ロ) (イ) 以外の型</p>
<p>別紙における「作業の種類」の「単純入力型」及び「拘束型」以外の型に該当する作業に従事する者については、同様に作業休止時間及び小休止を設けるよう指導すること。</p>	<p>小休止とは、一連続作業時間の途中でとる1分～2分程度の作業休止のことである。時間を定めなくて、作業者が自由にとれるようにすること。</p>
<p>ハ 業務量への配慮</p>	<p>ハ 業務量への配慮</p>
<p>作業者の疲労の蓄積を防止するため、個々の作業者の特性を十分に配慮した無理のない適度な業</p>	<p>個々の作業者の能力を超えた業務量の作業を指示した場合、作業者は作業を休止したくても休止することができず、無理な連続作業を行わざるを得ないこととなるため、</p>

ガイドライン本文	ガイドライン解説
<p>務量となるよう配慮すること。</p> <p>(2) VDT機器等</p> <p>イ VDT機器の選択</p> <p>VDT機器を事業場に導入する際には、作業員への健康影響を考慮し、作業員が行う作業に最も適した機器を選択し導入すること。</p> <p>ロ デスクトップ型機器</p> <p>(イ) ディスプレイ</p> <p>ディスプレイは、次の要件を満たすものを用いること。</p> <p>a 目的とするVDT作業を負担なく遂行できる画面サイズであること。</p> <p>b フリッカーは、知覚されないものであること。</p> <p>c ディスプレイ画面上の輝度又はコントラストは作業員が容易に調整できるものであることが望ましい。</p>	<p>業務計画を策定するに当たっては、無理のない適度な業務量となるよう配慮する必要がある。</p> <p>(2) VDT機器等</p> <p>イ 機器の選択</p> <p>VDT機器には、用途に応じ、デスクトップ型、ノート型、携帯情報端末等の様々な種類があり、その特性等も異なることから、労働者への健康影響を考慮し、作業員が行う作業に最も適した機器を選択し導入する必要がある。</p> <p>一般に、デスクトップ型は、一定の作業面の広さが必要であるが、キーボードが大きく、自由に移動させることができるため、作業姿勢も拘束されにくく、長時間にわたり作業を行う場合等に適している。</p> <p>また、ノート型は、キーボードが小さく、自由に移動させることができないため、作業姿勢も拘束され易いが、作業面の広さは少なくすむため、作業面の広さが限られている場合等に適している。</p> <p>ただし、作業の内容、作業量等のその他の考慮すべき事項も考えられるため、VDT機器の導入に当たっては、必要に応じ関係作業員等に意見を聞くことが望ましい。</p> <p>ロ デスクトップ型機器</p> <p>(イ) ディスプレイ</p> <p>最近では多くの種類のVDT用ディスプレイが存在する。</p> <p>通常のVDT作業においては、市場における一般的なディスプレイで支障なく作業を遂行することができると思われるが、CADや定型書式への入力等の特定の作業において、画面が小さい、又は表示容量が低い場合に、VDT作業員に過度の負担をもたらす場合があることから、画面サイズは目的とする作業に応じた適切な大きさのものを用いる必要がある。</p> <p>フリッカーはCRTディスプレイにおいて、画面再生周波数(画面のフレーム周波数)が低い場合に発生しやすい。ポジティブ表示(文字や記号よりも背景の方が明るい表示)の場合、75Hz以上の画面再生周波数に設定するのがよく、85Hz以上が推奨される。</p> <p>意図せず画面再生周波数が低く設定され、変更できることを知らずに使用している場合が少なからず見受けられるので、画面再生周波数を高めに設定するよう現場での管理が必要である。</p> <p>なお、CRTディスプレイについては、画面再生周波数をできるだけ高く設定することが望ましいが、液晶ディスプレイについては、一般に、製品の形式ごとにそれぞれ最適な画面再生周波数が存在するため、その最適な画面再生周波数に設定すべきである。</p> <p>ディスプレイ画面上の輝度又はコントラストの調整方法</p>



ガイドライン本文	ガイドライン解説
<p>(ロ) 入力機器(キーボード、マウス等)</p> <p>a 入力機器は、次の要件を満たすものを用いること。</p> <p>(a) キーボードは、ディスプレイから分離して、その位置が作業者によって調整できることが望ましい。</p> <p>(b) キーボードのキーは、文字が明瞭で読みやすく、キーの大きさ及びキーの数がキー操作を行うために適切であること。</p> <p>(c) マウスは、使用する者の手に適した形状及び大きさで、持ちやすく操作がしやすいこと。</p> <p>(d) キーボードのキー及びマウスのボタンは、ストローク及び押下力が適当であり、操作したことを作業者が知覚し得ることが望ましい。</p> <p>b 目的とするVDT作業に適した入力機器を使用できるようにすること。</p> <p>c 必要に応じ、パームレスト(リストレスト)を利用できるようにすること。</p> <p>八 ノート型機器</p> <p>(イ) 適した機器の使用</p> <p>目的とするVDT作業に適したノート型機器を適した状態で使用させること。</p> <p>(ロ) ディスプレイ</p> <p>ディスプレイは、上記ロの(イ)の要件に適合したものをを用いること。</p> <p>(ハ) 入力機器(キーボード、マウス等)</p> <p>入力機器は、上記ロの(ロ)の要件に適合したものをを用いること。ただし、ノート型機器は、通常、ディ</p>	<p>は、VDT機器によって異なるので注意を要する。</p> <p>代表的な例として次のような方法がある。</p> <p>a ディスプレイ本体上のボタンやノブ等による方法</p> <p>b キーボード上のボタン又はキー操作による方法</p> <p>c ソフトウェアによる方法</p> <p>ディスプレイの人間工学上の要求事項の詳細については、JIS Z8513(人間工学—視覚表示装置を用いるオフィス作業—視覚表示装置の要求事項)、JIS Z8517(同作業—画面反射に関する表示装置の要求事項)、JIS Z8518(同作業—表示色の要求事項)、ISO13406(Ergonomic requirements for work with visual displays based on flat panels)等を参照されたい。</p> <p>(ロ) 入力機器(キーボード、マウス等)</p> <p>入力機器としては、キーボード、マウスが代表的であるが、マウス以外のポインティングデバイス(トラックボール、パッド、スティック等)、音声入力、イメージスキャナー、バーコードリーダー等がある。</p> <p>これらの入力機器を利用することによって、VDT作業を効率化でき、作業者の負担を大きく軽減できる場合もあるので、目的とするVDT作業に適した入力機器を使用できるようにする必要がある。</p> <p>キーボード及びその他の入力機器についての人間工学上の要求事項の詳細については、JIS Z8514(人間工学—視覚表示装置を用いるオフィス作業—キーボードの要求事項)、ISO9241-9(Ergonomic requirements for office work with VDTs-Requirements for non-keyboard input devices)等を参照されたい。</p> <p>八 ノート型機器</p> <p>ノート型機器には、携帯性を重視した設計(画面が小さい、キーストロークが短い、キーピッチが小さいなど)のものがあり、それらを長時間のVDT作業に使用する場合には、人間工学上の配慮が必要となる。</p> <p>小さいキーボードを、手が大きい作業者が使用する場合には、連続キー入力作業で負担が大きくなる傾向がある。また、小型の画面は文字が小さく視距離が短くなりすぎる傾向がある。また、キーボードとディスプレイが一体となった構成は、作業者に特定の拘束姿勢を強いることや過度の緊張を招くことなどがあるため、使用する作業や目的と</p>

ガイドライン本文	ガイドライン解説
<p>スプレイとキーボードを分離できないので、小型のノート型機器で長時間のVDT作業を行う場合については、外付けキーボードを使用することが望ましい。</p> <p>(二) マウス等の使用 必要に応じて、マウス等を利用できるようにすることが望ましい。</p> <p>(ホ) テンキー入力機器の使用 数字を入力する作業が多い場合は、テンキー入力機器を利用できるようにすることが望ましい。</p> <p>二 携帯情報端末 携帯情報端末については、長時間のVDT作業に使用することはできる限り避けることが望ましい。</p> <p>ホ ソフトウェア ソフトウェアは、次の要件を満たすものを用いることが望ましい。</p> <p>(イ) 目的とするVDT作業の内容、作業者の技能、能力等に適合したものであること。</p> <p>(ロ) 作業者の求めに応じて、作業者に対して、適切な説明が与えられるものであること。</p> <p>(ハ) 作業上の必要性、作業者の技能、好み等に応じて、インターフェイス用のソフトウェアの設定が容易に変更可能なものであること。</p> <p>(ニ) 操作ミス等によりデータ等が消去された場合に容易に復元可能なものであること。</p>	<p>するVDT作業に通した機器を使用させる必要がある。</p> <p>多くのノート型機器は外付けのディスプレイ、キーボード、マウス、テンキー入力機器などを接続し、利用することが可能であり、小型のノート型機器で長時間のVDT作業を行う場合には、これらの外付け機器を利用することが望ましい。</p> <p>ノート型機器の使用時の留意点については、日本人間工学会の「ノートパソコン利用の人間工学ガイドライン」が参考になる。</p> <p>二 携帯情報端末 労働形態の多様化とIT(情報技術)化の進展にともない、移動中でも使用できる携帯情報端末を用いる機会が増している。モバイルコンピューティングやインターネット等に携帯情報端末を活用している場合も多い。</p> <p>携帯情報端末は、小型化と携帯性を重視して設計されているため、キーボード等入力機器の操作性やディスプレイの表示性能などは、職場や在宅ワーク等において長時間に渡り使用するには必ずしも十分とはいえない。</p> <p>これら携帯情報端末の人間工学上の特徴を踏まえ、ガイドラインでは長時間のVDT作業に使用することはできる限り避けることが望ましいこととした。</p> <p>ホ ソフトウェア</p> <p>(イ) ソフトウェアは、作業者の作業性及び作業負担に大きく影響するため、目的とするVDT作業の内容、利用する作業者の技能、能力等に合ったものを使用することが望ましい。</p> <p>(ロ) 作業者が作業中に、ヘルプ機能を用いること等により、操作方法等について随時参照できることが望ましい。</p> <p>(ハ) 作業者が行う作業の内容や作業者の技能の程度、好み等により、作業者が作業を行いやすい文字等の大きさ、色、行間隔等は異なるので、それらの設定は、作業者が容易に変更可能であることが望ましい。</p> <p>(ニ) 作業者の操作の誤りにより、それまでに入力した膨大な量のデータが消失し、復元不可能な場合、作業者に大きな負担を与えることとなるので、一旦入力したデータについては、容易に復元可能であることが望ましい。</p> <p>ただし、作業者の特性やVDT作業の目的に合ったものであるかどうかなどの判断が難しいという面もある。以下に判断の一助となる二つのJISを示すので、参照されたい。</p> <p>a JIS Z8520(人間工学—視覚表示装置を用いるオフィス作業—対話の原則)</p>

ガイドライン本文	ガイドライン解説
<p>へ 椅子</p> <p>椅子は、次の要件を満たすものを用いること。</p> <p>(イ) 安定しており、かつ、容易に移動できること。</p> <p>(ロ) 床からの塵面の高さは、作業者の体形に合わせて、適切な状態に調整できること。</p> <p>(ハ) 複数の作業者が交替で同一の椅子を使用する場合には、高さの調整が容易であり、調整中に座面が落下しない構造であること。</p> <p>(ニ) 適当な背もたれを有していること。また、背もたれは、傾きを調整できることが望ましい。</p> <p>(ホ) 必要に応じて適当な長さのひじ掛けを有していること。</p> <p>ト 机又は作業台</p> <p>机又は作業台は、次の要件を満たすものを用いること。</p> <p>(イ) 作業面は、キーボード、書類、マウスその他VDT作業に必要なものが適切に配置できる広さであること。</p> <p>(ロ) 作業者の脚の周囲の空間は、VDT作業中に脚が窮屈でない大きさのものであること。</p> <p>(ハ) 机又は作業台の高さについては、次によること。</p> <p>a 高さの調整ができない机又は作業台を使用する場合、床からの高さは作業者の体形にあった高さとする。</p>	<p>VDT対話の設計及び評価のための7つの原則が示されており、使用するソフトウェアがそれらに合致しているかの判断に利用できる。</p> <p>b JIS Z8521(人間工学—視覚表示装置を用いるオフィス作業—使用性についての手引き)</p> <p>使用性(ユーザビリティ)の考え方及び測定方法について示されている。使用するソフトウェアは、作業者に受け入れられる水準以上のユーザビリティが確認されていることが望ましい。</p> <p>へ 椅子</p> <p>個人専用の椅子については、作業者の体形、好み等に合わせて適切に調整できるものがよい。</p> <p>複数の作業者が交替で同一の椅子を使用する場合は、作業者一人一人が自分の体形に合った高さで容易に調整できるよう、ワンタッチ式など調整が容易なものがよい。</p> <p>床からの座面の高さの調整範囲は、大部分の作業者の体形に合わせることができるよう、37cm～43cm程度の範囲で調整できることが望ましい。</p> <p>ここでいう床から座面の高さとは、実際に座って、クッション材が2cm～3cm圧縮された状態の座面の高さのことである。市販されている椅子の座面高の表示は、クッション材が圧縮されていない外形表面の高さが一般的であるので注意を要する。</p> <p>床から座面の高さの調整範囲は、広い程、多くの作業者に適応できるが、あまりに広い調整範囲を有する椅子は大型になりがちで適当でないので、ここでは実用的な調整範囲を示した。</p> <p>椅子の調整範囲で調整できない場合については、フットレストの利用等必要に応じて対応することが望ましい。</p> <p>ト 机又は作業台</p> <p>(ハ)のaで、高さ調整ができない机又は作業台を使用する場合は、床からの高さは概ね65cm～70cm程度のものを用いることが望ましい。65cm及び70cmがそれぞれ女性及び男性が使用する場合に必要の高さのほぼ平均値となるためである。</p> <p>(ハ)のbで示した、高さ調整が可能な机又は作業台を使用する場合の調整範囲は、大部分の作業者の体形に合わせることができるよう、床からの高さは60cm～72cm程度の範囲で調整できることが望ましい。</p> <p>床からの高さの調整範囲は、椅子と同様に実用的な調整範囲を示した。調整範囲で調整できない場合については、椅子の場合と同様、必要に応じて対応することが望ましい。</p> <p>高さ調整が可能な机又は作業台を使用する場合には、</p>

ガイドライン本文	ガイドライン解説
<p>b 高さの調整が可能な机又は作業台を使用する場合、床からの高さは作業者の体形にあった高さに調整できること。</p> <p>(3) 調整</p> <p>作業者に自然で無理のない姿勢でVDT作業を行わせるため、次の事項を作業者に留意させ、椅子の座面の高さ、キーボード、マウス、ディスプレイの位置等を総合的に調整させること。</p> <p>イ 作業姿勢</p> <p>(イ) 椅子に深く腰をかけて背もたれに背を十分にあって、履き物の足裏全体が床に接した姿勢を基本とすること。また、十分な広さを持ち、かつ、すべりにくい足台を必要に応じて備えること。</p> <p>(ロ) 椅子と大腿部膝側背面との間には手指が押し入る程度のゆとりがあり、大腿部に無理な圧力が加わらないようにすること。</p> <p>ロ ディスプレイ</p> <p>(イ) おおむね40cm以上の視距離が確保できるようにし、この距離で見やすいように必要に応じて適切な眼鏡による矯正を行うこと。</p> <p>(ロ) ディスプレイは、その画面の上端が眼の高さとほぼ同じか、やや下になる高さにすることが望ましい。</p> <p>(ハ) ディスプレイ画面とキーボード又は書類との視距離の差が極端に大きくなく、かつ、適切な視野範囲になるようにすること。</p> <p>(ニ) ディスプレイは、作業者にとって好ましい位置、角度、明るさ等に調整すること。</p> <p>(ホ) ディスプレイに表示する文字の大きさは、小さすぎないように配慮し、文字高さが概ね3mm以上とするのが望ましい。</p>	<p>椅子の高さを最適に調整した後、机の高さを調整するとよい。</p> <p>大型ディスプレイを使用する場合は、十分な奥行き之机を使用し、作業者の体にねじれを生じさせないよう、またディスプレイを見上げないように、ディスプレイを配置すること。また、脚の周囲の空間に荷物等があり、脚が窮屈な場合は、取り除くこと。</p> <p>椅子、机又は作業台に関する人間工学上の要求事項の詳細は、JIS Z8515を参照されたい。</p> <p>(3) 調整</p> <p>VDT作業は、自然で無理のない姿勢で行うことが重要であるため、極端な前傾姿勢やねじれ姿勢を長時間継続させないよう、機器の位置を調整させる必要がある。</p> <p>イ 作業姿勢</p> <p>(イ)において、必要に応じ、足台を備えることとしたのは、足台は、足を疲れさせないだけでなく、背中や腰の疲れを防ぐ効果ももつためである。</p> <p>ロ ディスプレイ</p> <p>(イ)において、ディスプレイ画面と眼の視距離をおおむね40cm以上としたのは、眼に負担をかけないで画面を明視することができ、かつ、眼とキーボードや書類との距離の間に極端な差が生じないようにするためである。</p> <p>(ロ)については、ディスプレイが大画面の場合は、画面の上端が眼の位置よりも上になる場合があるが、ディスプレイをパソコン本体の上に置かないようにすること等により、できる限り眼の高さよりも高くないようにすることが望ましいことを示したものである。</p> <p>(ハ)において、ディスプレイ画面とキーボード又は書類を眼からほぼ等しい距離にすることとしたのは、VDT作業における眼球運動から生じる眼疲労(視線を移動させるたびにいちいち焦点調節を行っているため眼疲労を招く。)を軽減するためである。</p> <p>(ニ)の調整では、個々の作業者ごとに好ましい位置、角度、明るさ等が異なることから各自が調整する必要があることを徹底すべきである。</p> <p>また、個々の作業者においても、時間帯によって室内の明るさが変化する場合、作業内容の変更やディスプレイ上の表示情報が変化する場合、慣れや疲れ等によって</p>

ガイドライン本文	ガイドライン解説
<p>八 入力機器</p> <p>マウス等のポインティングデバイスにおけるポインタの速度、カーソルの移動速度等は、作業者の技能、好み等に応じて適切な速度に調整すること。</p> <p>ニ ソフトウェア</p> <p>表示容量、表示色数、文字等の大きさ及び形状、背景、文字間隔、行間隔等は、作業の内容、作業者の技能等に応じて、個別に適切なレベルに調整すること。</p> <p>5 VDT機器等及び作業環境の維持管理</p> <p>作業環境を常に良好な状態に維持し、VDT作業に適したVDT機器等の状況を確保するため、次により点検及び清掃を行い、必要に応じ、改善措置を</p>	<p>最適なレベルが変化する場合等においては、条件の変更が必要となることもあるので、1日に何回でも必要に応じて調整することが望ましい。</p> <p>(ホ)の文字の大きさは、視距離によって最適な大きさが変動するため、視角(単位は分:1度の60分の1)でその要求値が決められている。</p> <p>英数文字の場合には、読みやすさを確保するためには一般に16分以上がよく、20分～22分が特に推奨される。また、漢字などを表示する場合には一般に20分以上がよく、25分～35分程度が特に推奨される。視距離50cmで、20分が約2.9mmとなることから、ここでは概ね3mm以上とした。</p> <p>一般に文字の大きさは、作業者が、10ポイント、12ポイントなどと自由に設定できる場合が多いが、そのポイント数はディスプレイのサイズや種々の設定条件によって、必ずしも文字の物理的な大きさと一致しないことに留意すること。</p> <p>なお、高齢者については、8の(1)に示すように、別途配慮が必要である。</p> <p>八 入力機器</p> <p>多くのVDT機器において、マウス等のポインティングデバイスのポインタの速度、ダブルクリックのタイミング等を変更することができるので、これを活用し、作業者の技能、好み等に応じた適切な速度に調整する必要がある。</p> <p>ニ ソフトウェア</p> <p>最近のVDT機器はソフトウェアによって、種々の条件の設定・調整が可能であるが、それらの方法が知られていないために、適切でない条件で使用している例が少なくない。</p> <p>ここに掲げているようなソフトウェアによる設定を徹底することによって、VDT作業の改善を図ることが可能であるため、作業者への教育などで周知する必要がある。</p> <p>画面の見やすさと関連する代表的な例として、表示容量(1024×768画素等)の設定がある。多くのディスプレイは、画面サイズ等で最適な表示容量が存在するため、変更できるからといって、むやみに設定を変更すると(例えば大表示容量1600×1200画素等)文字等が読みにくくなる場合があるので注意を要する。</p> <p>「5 VDT機器等及び作業環境の維持管理」について</p> <p>(1) VDT機器等及び作業環境を良好に維持管理するには、点検項目を定め、定期的に点検、清掃等を実施する必要があるため、本ガイドラインでこの趣旨を明確に</p>

ガイドライン本文	ガイドライン解説
<p>講じること。</p> <p>(1) 日常の点検 作業者には、日常の業務の一環として、作業開始前又は一日の適当な時間帯に、採光、グレアの防止、換気、静電気除去等について点検させるほか、ディスプレイ、キーボード、マウス、椅子、机又は作業台等の点検を行わせること。</p> <p>(2) 定期点検 照明及び採光、グレアの防止、騒音の低減、換気、温度及び湿度の調整、空気調和、静電気除去等の措置状況及びディスプレイ、キーボード、マウス、椅子、机又は作業台等の調整状況について定期的に点検すること。</p> <p>(3) 清掃 日常及び定期的に作業場所、VDT 機器等の清掃を行わせ、常に適正な状態に保持すること。</p>	<p>したものである。</p> <p>(2) 点検及び清掃を実施する上での留意事項を次に掲げるので、参考にされたい。</p> <p>イ 照明、採光、グレア防止措置などが適切に設定されていたとしても、作業場所の変更などにより、当初の条件が満たされなくなることがあるので、基準に適合しているか否かの点検を行う際、留意すること。</p> <p>ロ ディスプレイ画面やフィルタには、ほこりや手あかが付着して、画面が見えにくくなったり、室内の湿度が低下すると静電気発生の原因となることもあるので、VDT 作業従事者の日常業務の一環として、湿った布等で画面をきれいにすること。</p> <p>また、マウスはゴミ等の付着によるカーソル移動の困難をなくすように適切に清掃を行うこと。</p> <p>ハ 日常の清掃を行う際に、常にVDT機器や机又は作業台、さらには作業場所の整理整頓に努めるとともに、これらを適正な状態に保持すること。</p>
<p>6 健康管理</p> <p>作業者の健康状態を正しく把握し、健康障害の防止を図るため、作業者に対して、次により健康管理を行うこと。</p> <p>(1) 健康診断 イ 配置前健康診断 (イ) 作業区分A 新たに作業区分Aに該当することとなった作業者(再配置の者を含む。以下同じ。)の配置前の健康状態を把握し、その後の健康管理を適正に進めるため、次の項目について健康診断を行うこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> a 業務歴の調査 b 既往歴の調査 c 自覚症状の有無の調査 <ul style="list-style-type: none"> (a) 眼疲労を主とする視器に関する症状 (b) 上肢、頸肩腕部及び腰背部を主とする筋骨格系の症状 (c) ストレスに関する症状 d 眼科学的検査 <ul style="list-style-type: none"> (a) 視力検査 <ul style="list-style-type: none"> i 5m 視力の検査 	<p>「6 健康管理」について</p> <p>従来の指針においては、健康管理の対象をVDT作業に常時従事する労働者としていたが、本ガイドラインでは、VDT作業に従事する作業者を対象とし、健康管理の対象となる作業者の範囲をより広げた。</p> <p>(1) 健康診断 イ 配置前健康診断 健康診断の対象者として、VDT作業に常時従事する作業者のみでなく、一般のVDT作業に従事する作業者も含めることとした。</p> <p>ただし、新たに作業区分Bに該当することとなった作業者については、筋骨格系に関する検査は、作業の内容、問診の結果等を踏まえ、医師の判断により、必要と認められた場合に行うこととした。</p> <p>なお、a、b及びcの調査並びにd及びeの検査の各検査項目については、それぞれの実施日が異なっても差し支えない。</p> <ul style="list-style-type: none"> a 業務歴の調査 問診票等を用い、過去のVDT作業業務歴等について把握する。 b 既往歴の調査 問診票等を用い、既往歴について把握する。 c 自覚症状の有無の調査 業務歴及び既往歴の調査の結果を参考にしながら、

ガイドライン本文	ガイドライン解説
<p>ii 近見視力の検査</p> <p>(b) 屈折検査</p> <p>(c) 眼位検査</p> <p>(d) 調節機能検査</p> <p>近点距離の測定により調節機能を測定する。</p> <p>e 筋骨格系に関する検査</p> <p>(a) 上肢の運動機能、圧痛点等の検査</p> <p>(b) その他医師が必要と認める検査</p> <p>(ロ) 作業区分B</p> <p>新たに作業区分Bに該当することとなった作業者については、a、b及びcの調査並びにdの検査を実施し、医師の判断により必要と認められた場合にeの検査を行うこと。</p> <p>(ハ) 作業区分C</p> <p>新たに作業区分Cに該当することとなった作業者については、自覚症状を訴える者に対して、必要な(イ)の調査又は検査を実施すること。</p> <p>なお、配置前健康診断を行う前後に一般健康診断(労働安全衛生法第66条第1項に定めるものをいう。)が実施される場合は、一般健康診断と併せて実施して差し支えない。</p>	<p>問診票等を用いて問診により行う。</p> <p>自覚症状の有無の調査は、VDT作業による視覚負担、上肢の動的又は静的筋労作等、心身に与える影響に着目して行う必要がある。</p> <p>問診項目としては、眼の疲れ・痛み・乾き、首・肩のこり、頭痛、背中の痛み、腰痛、腕の痛み、手指の痛み、手指のしびれ、手の脱力感、ストレス症状等の自覚症状の有無等があげられる。</p> <p>軽快のきざしが見えず自覚症状が継続している場合は、当該症状に応じて、眼科学的検査又は筋骨格系に関する検査を行い、その結果に基づき、医師の判断により、保健指導、作業指導等を実施し、又は専門医の精密検査等を受けるように指導することとする。</p> <p>筋骨格系疾患については、自覚症状が検査所見よりも先行することが多いことに留意すること。</p> <p>ストレス等の症状がみられた場合については、必要に応じて、カウンセリングの実施、精神科医や心療内科医への受診勧奨等の事後措置を行うこと。</p> <p>なお、健康診断の実施場所における受診者のプライバシー保護についての配慮を十分に行う必要がある。</p> <p>d 眼科学的検査</p> <p>(a) 視力検査</p> <p>i 5m視力の検査</p> <p>左右の眼について、通常のVDT作業時の状態(裸眼又は矯正)で、視力を検査する。(コンタクトレンズを装着している者については、コンタクトレンズを装着した状態での検査でも差し支えない。)</p> <p>なお、両眼視力も検査することが望ましい。</p> <p>5m視力は、基本となる検査であり、裸眼又は矯正視力が健常なレベルであるかどうかを検査するが、この値そのものは50cm前後にあるディスプレイへの視距離における視力とは異なる。</p> <p>なお、近視眼を矯正する場合は、近視眼の5m視力を向上させる矯正は、VDT作業に必要な調節負荷を増大させ、眼疲労の原因になることがあるので留意すること。</p> <p>ii 近見視力の検査</p> <p>一般に、近見視力は、遠視、老視等により低下する。特に遠視は、乱視とともに近業時に眼疲労を生じやすいことに留意して、通常のVDT作業時の状態(裸眼又は矯正)で、50cm視力又は30cm視力を測定する。</p> <p>ディスプレイの視距離に相当する視力が適正なレベルとなるよう指導することが目的であり、近見視力は、片眼視力(裸眼又は矯正)で両眼とも概ね0.5以上</p>

ガイドライン本文

ガイドライン解説

ノとなることが望ましい。

(b) 屈折検査

屈折検査は、視力の低下の原因としての屈折異常があるかどうかを確認するものであるが、50cm程度の視距離で望ましい矯正視力が得られるように指導するための資料となる。

コンタクトレンズを装着している者については、コンタクトレンズを装着した状態での屈折検査でも差し支えない。

検査の結果、遠視、強度近視、強度乱視などの作業者に対しては、配置前に眼科医で、望ましい矯正が行われるよう受診を指導すること。

なお、問診において特に異常が認められず、5m視力、近見視力がいずれも、片眼視力(裸眼又は矯正)で両眼とも概ね0.5以上が保持されている者については、屈折検査を省略して差し支えない。

(c) 眼位検査

眼位に異常がある場合は、近業時に眼疲労を生じやすいので、異常の有無を調べる。

両眼交互のカバーテスト(Alternate Cover Test)等により、斜位の有無と程度を判定する。

検査の結果、外斜位が著しいとき又は内斜位、上下斜位があるときには、矯正運動による眼の疲労が蓄積しやすいため、眼科医に受診させることが望ましい。なお、視線の方向が常に偏位している斜視については、一般に矯正運動による眼の疲労が少ないため、VDT作業を行う上で特段の措置を要しない。

(d) 調節機能検査

調節機能は加齢により低下するが、著しい低下は、眼疲労の原因となるので、配置前に調節機能を測定する。5m視力の良好な状態(裸眼又は遠用眼鏡の装

ノ着用)で、近点距離を測定する。

検査の結果、両眼での近点距離が概ね40cm以上の場合は、近用眼鏡を装着する、ディスプレイ画面の大きいものを使用して十分な視距離を確保する等の指導を行う。

問診において特に異常が認められず、5m視力、近見視力がいずれも、片眼視力(裸眼又は矯正)で両眼とも0.5以上が保持されている者については、省略して差し支えない。

前記(a)～(d)以外の高度な眼科学的検査等については、専門医に依頼すること。

また、眼乾燥症(ドライアイ)は、VDT作業により症状が発現する可能性があるため、問診において眼乾燥感を訴える場合は、必要に応じて、専門医の受診を指導する。

この症状の発現には、コンタクトレンズの装着、湿度の低下、眼に直接あたる通風、ディスプレイ画面が高すぎて上方視し、過度に閃光する場合、読みとりにくい画面の凝視等によるまばたきの減少等が影響するので、これらに留意して、職場環境の改善、保健指導等を行うこと。

e 筋骨格系に関する検査

この検査項目は、上肢に過度の負担がかかる作業態様に起因する上肢障害、その類似疾病の症状の有無等について検査するためのものである。

(a) 上肢の運動機能、圧痛点等の検査

- i 指、手、腕等の運動機能の異常、運動痛等の有無
- ii 筋、腱、関節(肩、肘、手首、指等)、頸部、腕部、背部、腰部等の圧痛、腫脹等の有無

問診において、当該症状に異常が認められない場合には、省略することができる。

検査の結果、上肢障害やその他の整形外科的疾患、神経・筋疾患などが疑われる場合は、専門医への受診等について指導すること。

□ 定期健康診断

(イ) 作業区分A

作業者の配置後の健康状態を定期的に把握し、継続的な健康管理を適正に進めるため、作業区分Aの作業者に対して1年以内ごとに1回、定期に、次の項目について健康診断を行うこと。

- a 業務歴の調査
- b 既往歴の調査
- c 自覚症状の有無の調査

(a) 眼疲労を主とする視器に関する症状

□ 定期健康診断

作業区分Bの作業者についての眼科学的検査及び筋骨格系に関する検査は、作業の内容、問診の結果等を踏まえ、医師の判断により、必要と認められた場合に行うこととした。

なお、a、b及びcの調査並びにd及びeの検査の各検査項目については、それぞれの実施日が異なっても差し支えない。



a 業務歴の調査

従事したVDT作業の概要のほか、必要に応じ、作業環境及び業務への適応性についても調べる。

ガイドライン本文	ガイドライン解説
<p>(b) 上肢、頸肩腕部及び腰背部を主とする筋骨格系の症状</p> <p>(c) ストレスに関する症状</p> <p>d 眼科学的検査</p> <p>(a) 視力検査</p> <p>i 5m 視力の検査</p> <p>ii 近見視力の検査</p> <p>(b) その他医師が必要と認める検査</p> <p>e 筋骨格系に関する検査</p> <p>(a) 上肢の運動機能、圧痛点等の検査</p> <p>(b) その他医師が必要と認める検査</p> <p>(ロ) 作業区分B 作業区分Bの作業者については、a、b及びcの調査を実施し、医師の判断により必要と認められた場合に、d及びeの検査を行うこととする。</p> <p>(ハ) 作業区分C 作業区分Cの作業者については、自覚症状を訴える者に対して、必要な(イ)の調査又は検査を実施すること。</p> <p>なお、一般定期健康診断(労働安全衛生規則第44条に定めるものをいう。)を実施する際に、併せて実施して差し支えない。</p> <p>八 健康診断結果に基づく事後措置 配置前又は定期的健康診断によって早期に発見した健康阻害要因を詳細に分析し、有所見者に対して次に掲げる保健指導等の適切な措置を講じるとともに、予防対策の確立を図ること。</p> <p>(イ) 業務歴の調査、自覚症状、各種検査結果等から愁訴の主因を明らかにし、必要に応じ、保健指導、専門医への受診指導等により健康管理を進めるとともに、作業方法、作業環境等の改善を図ること。また、職場内のみならず職場外に要因が認められる場合についても必要な保健指導を行うこと。</p> <p>(ロ) VDT作業の視距離に対して視力矯正が不適切な者には、支障なくVDT作業ができるように、必要な保健指導を行うこと。</p> <p>(ハ) 作業者の健康のため、VDT作業を続けること</p>	<p>なお、前記配置前健康診断に関する解説を参照のこと。</p> <p>b 既往歴の調査 前記配置前健康診断に関する解説を参照のこと。</p> <p>c 自覚症状の有無の調査 具体的検査の方法、判断基準及び措置については、前記配置前健康診断に関する解説を参照のこと。 なお、問診票は前記配置前健康診断で用いるものと同一のもので差し支えない。</p> <p>d 眼科学的検査 (a)については、実際のVDT作業における矯正状態のみの検査で差し支えない。 近見視力は、老視の進行に伴って低下し、作業を行う上で大きな支障となるので、中高年の作業者については、50cm視力の測定を実施することが望ましい。 問診において、眼のかすみ、まぶしさ、視力低下、眼・頭痛等の症状を訴え、近見視力が低下している者については、近点距離の測定など、医師の判断で必要と認める検査を行う。 なお、具体的検査の方法、判断基準及び措置については、前記配置前健康診断に関する解説を参照のこと。</p> <p>e 筋骨格系に関する検査 前記配置前健康診断に関する解説を参照のこと。 問診において、当該症状に異常が認められない場合には、省略することができる。 前記配置前健康診断に関する解説を参照のこと。</p> <p>八 健康診断結果に基づく事後措置 (イ) 各検査項目の解説で示した保健指導、専門医への受診指導等を行うとともに、自覚症状、各種検査結果等に応じ、リラクゼーション、ストレッチ等の実施、作業方法の改善、作業環境改善等について指導を行う。 健康障害や疲労症状の職場外要因としては、家庭における長時間にわたるインターネットの利用、テレビゲームを長時間行う等の直接的な眼疲労の原因となるもののほかに、生活習慣、悩みごと等の間接的な疲労要因が考えられる。</p> <p>(ロ) 眼科学的検査の解説で示したように、近見視力が、片眼視力で概ね0.5以上となるよう指導を行うことが望ましい。 なお、作業に適した矯正眼鏡等の処方については、眼科医が行うことが望ましい。</p> <p>(ハ) 産業医が作業者の健康を確保するため必要と認める場合は、作業の変更、作業時間の短縮、作業上の配慮等の健康保持のための適切な措置を講じること。</p>

ガイドライン本文	ガイドライン解説
<p>が適当でないとは判断される者又はVDT作業に従事する時間の短縮を要すると認められる者等については、産業医等の意見を踏まえ、健康保持のための適切な措置を講じること。</p> <p>(2) 健康相談 作業者が気軽に健康について相談し、適切なアドバイスを受けられるように、プライバシー保護への配慮を行いつつ、メンタルヘルス、健康上の不安、慢性疲労、ストレス等による症状、自己管理の方法等についての健康相談の機会を設けるよう努めること。</p> <p>また、パートタイマー等を含むすべての作業者が相談しやすい環境を整備するなど特別の配慮を行うことが望ましい。</p> <p>(3) 職場体操等 就業の前後又は就業中、体操、ストレッチ、リラクゼーション、軽い運動等を行うことが望ましい。</p> <p>7 労働衛生教育</p> <p>労働衛生管理のための諸対策の目的と方法を作業者に周知することにより、職場における作業環境・作業方法の改善、適正な健康管理を円滑に行うため及びVDT作業による心身への負担の軽減を図ることができるよう、次の労働衛生教育を実施すること。</p> <p>また、新たにVDT作業に従事する作業者に対しては、VDT作業の習得に必要な訓練を行うこと。</p> <p>なお、教育及び訓練を実施する場合は、計画的に実施するとともに、実施結果について記録することが望ましい。</p> <p>(1) 作業者に対して、次の事項について教育を行うこと。また、当該作業者が自主的に健康を維持管理し、かつ、増進していくために必要な知識についても教育を行うことが望ましい。</p> <p>イ VDT作業の健康への影響 ロ 照明、採光及びグレアの防止</p>	<p>(2) 健康相談 VDT作業における健康上の問題は、健康診断時以外の日常で発生することも多いので、作業者が気軽に健康等について相談し、適切なアドバイスを受けられるよう、健康相談の機会を設けることが望ましい。</p> <p>(3) 職場体操等 静的筋緊張や長時間の拘束姿勢、上肢の反復作業などに伴う疲労やストレスの解消には、アクティブ・レストとしての体操やストレッチを適切に行うことが重要である。また、就業中にも背伸び、姿勢の変化、軽い運動等を行うよう引に指導すること。</p> <p>「7 労働衛生教育」について</p> <p>VDT作業に係る労働衛生教育の実効性をもたせるためには、各事業場において定めたVDT作業に関する労働衛生管理基準が職場に適用できるような条件整備に努めるとともに、次に掲げる事項を参考にして、作業者の教育訓練を実施することが重要である。また、手法及び実施時期を考慮のうえ、効果的な実施方法を考える必要がある。</p> <p>(1) 教育及び訓練の時期 VDT機器及び情報処理技術が日進月歩であることに鑑み、VDT機器の導入時、機器又は作業環境の変更時のほか、定期的に教育を実施することが望ましい。また、新たにVDT作業に従事する作業者に対しては、配置前に、作業の不慣れによる心身への負担の軽減を図るため、その難易度に応じ、作業の習得及び習熟に必要な訓練を行う。</p> <p>(2) 留意事項 教育及び訓練を効率よく実施するため、衛生管理者及び作業者を直接管理する者をはじめ、VDT作業に係る労働衛生教育を行う講師等には、安全衛生団体等が行うインストラクター講習を修了した者による講習を受けさせる</p>

ガイドライン本文	ガイドライン解説
<p>ハ 作業時間等 ニ 作業姿勢 ホ VDT機器等の調整・使用法 ヘ 作業環境の維持管理 ト 健康診断とその結果に基づく事後措置 チ 健康相談の体制 リ 職場体操等の実施 ヌ その他VDT作業に係る労働衛生上留意すべき事項</p> <p>(2) VDT作業に従事する者を直接管理する者に対して、次の事項について教育を行うこと。</p> <p>イ 管理者の役割と心構え ロ 労働衛生管理の概論 ハ VDT作業の健康への影響 ニ 照明、採光及びグレアの防止 ホ 作業時間等 ヘ 作業姿勢 ト VDT機器等の調整・使用法 チ 作業環境の維持管理 リ 健康診断とその結果に基づく事後措置 ヌ 健康相談の方法 ル 職場体操等の必要性和方法 ヲ VDT作業従事者に対する教育の方法 ワ 配慮事項等 カ その他VDT作業に係る労働衛生上留意すべき事項</p>	<p>ことが望ましい。</p>
<p>8 配慮事項等</p> <p>(1) 高齢者に対する配慮事項等</p> <p>高年齢の作業者については、照明条件やディスプレイに表示する文字の大きさ等を作業者ごとに見やすいように設定するとともに、過度の負担にならないように作業時間や作業密度に対する配慮を行うことが望ましい。</p> <p>また、作業の習熟の速度が遅い作業者については、それに合わせて追加の教育、訓練を実施する等により、配慮を行うことが望ましい。</p>	<p>「8 配慮事項等について」</p> <p>(1) 高齢者に対する配慮事項等</p> <p>見やすい文字の大きさや作業に必要な照度等は、作業者の年齢により大きく異なる。</p> <p>多くのVDT作業の場合、文字サイズ、輝度コントラスト等の表示条件は使用する機器の設定により調整することが可能であり、作業者にとって見やすいように適合させることが望ましい。</p> <p>照明機器等も、天井に配置した全体照明とは別に必要となる場合は、局所に作業用照明機器を配置することにより個人の特性に配慮した照度条件を実現することが可能となる。</p> <p>作業時間、作業密度、教育、訓練等についても、高齢</p>

ガイドライン本文	ガイドライン解説
<p>(2) 障害等を有する作業員に対する配慮事項 VDT作業の入力装置であるキーボードとマウスなどが使用しにくい障害等を有する者には、必要な音声入力装置等を使用できるようにするなどの必要な対策を講じること。</p> <p>また、適切な視力矯正によってもディスプレイを読み取ることが困難な者には、拡大ディスプレイ、弱視者用ディスプレイ等を使用できるようにするなどの必要な対策を講じること。</p> <p>(3) 在宅ワーカーに対する配慮事項 注文者は、VDT作業を行う在宅ワーカーの健康確保のため、在宅ワーカーに対して本ガイドラインの内容を提供することが望ましい。</p> 	<p>者の特性に適合させる配慮が望まれる。</p> <p>(2) 障害等を有する作業員に対する配慮事項 VDT作業は、筋力や視力等に障害があっても、作業できるように、種々の支援対策が準備されている。このような支援機器や適切な作業環境、作業管理によって、障害を有する場合でも、VDT作業を快適に行うような措置を講じることが望ましい。</p> <p>(3) 在宅ワーカーに対する配慮事項 VDT機器等の情報通信機器を活用している在宅ワーカーの場合、作業机、照明環境、作業時間等について、労働衛生管理面からは必ずしも適切でないことがある。眼疲労、肩こり、腰痛など在宅ワーカーの身体的自覚症状の訴えが多いことも調査で示されている。</p> <p>仕事を在宅ワーカーに注文する注文者は、VDT作業を行う在宅ワーカーの健康を確保するため、在宅ワーカーに対して本ガイドラインの内容を提供することが望ましい。このことにより、在宅ワーカーは、VDT作業に係る作業環境管理、作業管理、健康管理、労働衛生教育等に関する情報を得ることができる。</p> <p>なお、注文者には、自らの仕事を注文する者だけでなく、他者から仕事を請け負い、これを個々の在宅ワーカーに注文する者も含まれる。</p> 

→30頁から続く(ガイドライン解説の別紙の続き)

C	単純入力型	1日2時間未満	単純入力型の業務	単純入力型の業務を行う。	必要に応じ、「本文」の3及び5に準じて環境整備を行うこと。	必要に応じ、「本文」の4に準じて作業管理を行うこと。	「本文」の6により健康管理を行うこと。なお、配置前健康診断については(1)のイの(ハ)によること。また、定期健康診断については(1)のロの(ハ)によること。事後措置、健康相談、職場健康相談、職場体操等については、必要に応じ行うこと。	「本文」の7により労働衛生教育を行うこと。
	拘束型		拘束型の業務	拘束型の業務を行う。				
	対話型	1日4時間未満	対話型の業務	対話型の業務を行う。				
	技術型		技術型の業務	技術型の業務を行う。				
	監視型		監視型の業務	監視型の業務を行う。				
	その他の型		その他の型の業務	その他の型の業務を行う。				

注1～10(省略—29頁のガイドライン本文の別紙の注1～10と同じ)

VDT作業の作業区分

作業区分	作業の種類	作業時間	作業の例	作業の概要
A	単純入力型	1日4時間以上	データ、文章等の入力	資料、伝票、原稿等からデータ、文章等を入力する。(CADへの単純入力を含む。)
	拘束型		受注、予約、照会等の業務	コールセンター等において受注、予約、照会等の業務を行う。
B	単純入力型	1日2時間以上	単純入力型の業務	単純入力型の業務を行う。
	拘束型	4時間未満	拘束型の業務	拘束型の業務を行う。
	対話型	1日4時間以上	文章、表等の作成、編集、修正等	作業者自身の考えにより、文章の作成、編集、修正等を行う。
			データの検索、照合、追加、修正	データの検索、照合、追加、修正をする。
			電子メールの受信、送信	電子メールの受信、送信等を行う。
			金銭出納業務	窓口等で金銭の出納を行う。
	技術型	1日4時間以上	プログラミング業務	コンピューターのプログラムの作成、修正等を行う。
			CAD業務	コンピューターの支援により設計、製図を行う。(CADへの単純入力を除く。)
監視型		監視業務	交通等の監視を行う。	
その他の型		携帯情報端末の操作、画像診断検査等	携帯情報端末の操作、画像診断検査等を行う。	
C	単純入力型	1日2時間未満	単純入力型の業務	単純入力型の業務を行う。
	拘束型		拘束型の業務	拘束型の業務を行う。
	対話型	1日4時間未満	対話型の業務	対話型の業務を行う。
	技術型		技術型の業務	技術型の業務を行う。
	監視型		監視型の業務	監視型の業務を行う。
	その他の型		その他の型の業務	その他の型の業務を行う。

- 注:1 各「作業の例」及び「作業の概要」は、作業を分類する場合の目安となるよう、現在、行われている典型的な作業について示したものであり、これ以外の作業の場合は、職場の作業実態に応じ、最も類似の作業の種類に分類し、労働衛生管理を進めること。
- 2 単純入力型とは、すでに作成されている資料、伝票、原稿等を機械的に入力していく作業をいう。
- 3 拘束型とは、コールセンター等における受注、予約、照会等の業務のように、一定時間、作業場所に在席するよう拘束され、自由に席を立つことが難しい作業をいう。
- 4 対話型とは、作業者自身の考えにより、文章、表等を作り上げていく作業等をいい、単に入力作業のみを行う者は含まない。
- 5 技術型とは、作業者の技術等により、コンピューターを用い、プログラムの作成、設計、製図等を行う作業をいい、CAD業務等において、主に機械的に入力する作業を行う場合は、単純入力作業型に分類すること。
- 6 監視型とは、交通等の監視の業務のように、常にディスプレイに表示された事項、画像等を監視する必要がある作業をいう。
- 7 その他の型とは、携帯情報端末の操作、画像診断検査等の業務のように、ディスプレイを備えた機器を操作する必要がある各種の作業をいう。
- 8 監視業務、携帯情報端末の操作、画像診断検査及びディスプレイを備えた機器を使用するその他の業務については、事務所以外の場所で行われる場合が多いが、その場合であっても、できる限りガイドラインに準じて労働衛生管理を行うことが望ましいこと。
- 9 作業区分に際して、一人の作業者が複数の種類の作業を行う場合は、それぞれの作業時間を合計した時間がどの作業区分に該当するかにより判断すること。
なお、一人の作業者が、「単純入力型」と「対話型」のように、作業区分の分類を決定する作業時間が異なる複数の作業を行う場合は、行う作業時間が多い方の作業の種類で判断すること。
- 10 1日のVDT作業時間が時期により変動する場合は、平均値をとり平均時間がどの作業区分に該当するかにより判断すること。

特集② / VDT作業における労働衛生管理のためのガイドライン

別紙(ガイドライン解説)

VDT作業の作業種類に応じた労働衛生管理の進め方

作業区分	作業の種類	作業時間	作業の例	作業の概要	労働衛生管理の進め方			
					作業環境管理	作業管理	健康管理	労働衛生教育
A	単純入力型	1日4時間以上	データ、文章等の入力	資料、伝票、原稿等からデータ、文章等を入力する。(CADへの単純入力を含む。)	「VDT作業における労働衛生管理のためのガイドライン」の本文(以下「本文」という。) ³ 及び5により環境整備を行うこと。	「本文」の4により作業管理を行うこと。なお、1日の作業時間については、(1)のイの(イ)によること。また、一連族作業時間及び作業休止時間については、(1)のロの(イ)によること。	「本文」の6により健康管理を行うこと。なお、配置前健康診断については、(1)のイの(イ)によること。また、定期健康診断については(1)のロの(イ)によること。	「本文」の7により労働衛生教育を行うこと。
	拘束型		受注、予約、照会等の業務	コールセンター等において受注、予約、照会等の業務を行う。				
B	単純入力型	1日2時間以上4時間未満	単純入力型の業務	単純入力型の業務を行う。	「本文」の3及び5により環境整備を行うこと。	「本文」の4により作業管理を行うこと。なお、1日の作業時間については、(1)のイの(ロ)によること。また、一連族作業時間及び作業休止時間については、(1)のロの(イ)によること。	「本文」の6により健康管理を行うこと。なお、配置前健康診断については、(1)のイの(ロ)によること。また、定期健康診断については(1)のロの(ロ)によること。	「本文」の7により労働衛生教育を行うこと。
	拘束型		拘束型の業務	拘束型の業務を行う。				
	対話型	1日4時間以上	文章、表等の作成、編集、修正等	作業者自身の考えにより、文章の作成、編集、修正等を行う。				
			データの検索、照合、追加、修正	データの検索、照合、追加、修正をする。				
			電子メールの受信、送信	電子メールの受信、送信等を行う。				
			金銭出納業務	窓口等で金銭の出納を行う。				
	技術型	プログラミング業務	コンピューターのプログラムの作成、修正等を行う。					
		CAD業務	コンピューターの支援により設計、製図を行う。(CADへの単純入力を除く。)					
	監視型	監視業務	交通等の監視を行う。					
	その他型	携帯情報端末の操作、画像診断検査等	携帯情報端末の操作、画像診断検査等を行う。					

→28頁に続く

じん肺合併肺がんの労災 認定基準を改正

基発第0327005号
平成14年3月27日

都道府県労働局長殿

厚生労働省労働基準局長

じん肺有所見者に発生した 肺がんの労災補償上の 取扱いについて

じん肺有所見者（石綿肺にかかっている者を除く。以下同じ。）に発生した肺がんの労災補償上の取扱いについては、昭和53年11月2日付け基発第608号により示していたところであるが、今般、「じん肺有所見者の肺がんに係る医療実践上の不利益に関する専門検討会」の検討結果を踏まえ、労災補償上の取扱いを下記のとおり改正することとしたので、今後の事務処理に遺漏のないよう万全を期されたい。

なお、本通達の施行に伴い、昭和53年11月2日付け基発第608号は廃止する。

記

じん肺法第4条第2項に掲げるじん肺管理区分（以下「じん肺管理区分」という。）が管理3又は管理4と決定された者に発生した原発性の肺がんについては、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こと。

なお、現に決定を受けているじん肺管理区分が管理3若しくは管理4でない場合又はじん肺管理区分の決定が行われていない場合において、当該労働者が死亡し、又は重篤な疾病にかかっている等

のため、じん肺法第15条第1項の規定に基づく随時申請を行うことが不可能又は困難であると認められるときは、地方じん肺診査医による当該労働者のじん肺の進展度及び病態に関する総合的な判断により、じん肺管理区分が管理3又は管理4に相当すると認められる者に発生した原発性の肺がんについても同様に取扱いして差し支えない。



基労補発第0327001号
平成14年3月27日

都道府県労働局労働基準部長殿

厚生労働省労働基準局
労災補償部補償課長

じん肺有所見者に発生した 肺がんの労災補償上の取扱い に関する留意事項について

じん肺有所見者に発生した肺がんの労災補償上の取扱いについては、平成14年3月27日付け基発第0327005号（以下「局長通達」という。）をもって改正されたところであるが、この取扱いに当たっては、下記の事項に留意のうえ、その円滑な運用を図るよう配意願いたい。

なお、昭和53年11月2日付け事務連絡第42号及び平成13年5月29日付け基労補発第14号〔2001年10月号7頁参照〕は廃止する。

記

1 改正の趣旨

じん肺有所見者に発生した原発性の肺がんについては、わが国ではじん肺症に肺がんの合併する頻度が一般人口における場合よりも高いこと並びに進展したじん肺症の病態のもとでは肺がんの早期発見が困難となること及び治療の適用範囲が狭められること等の医療実践上の不利益の観点から、昭和53年11月2日付け基発第608号に基づく取扱いを行ってきたところである。

今般、じん肺の進展度と医療実践上の不利益の程度との関係について臨床症例を収集し、画像診断面及び治療面から検討を行ってきた「じん肺有所見者の肺がんに係る医療実践上の不利益に関する専門検討会」から、じん肺有所見者に発生した原発性の肺がんについて、じん肺法第4条第2項に掲げるじん肺管理区分(以下「じん肺管理区分」という。)が管理4では明らかな医療実践上の不利益が

あると認められたことに加え、管理3でも明らかな医療実践上の不利益が存在すると判断すると検討結果報告書が提出されたところである。

これを踏まえ、じん肺有所見者に発生した肺がんの労災補償上の取扱いが改正されたものである。

2 「じん肺管理区分が管理3又は管理4に相当すると認められる者」について

局長通達に示された「じん肺管理区分が管理3又は管理4に相当すると認められる者」とは、エックス線写真、肺機能検査結果、胸部臨床所見等から、じん肺の進展度及び病態を地方じん肺診査医が総合的に判断した結果、じん肺管理区分の管理3又は管理4に相当すると認められる者をいう。

なお、地方じん肺診査医による判断が困難な事案については、関係資料を添えて本省補償課に相談すること。



じん肺有所見者の肺がんに係る医療実践上の不利益に関する専門検討会報告書

平成14年3月18日

I はじめに

じん肺有所見者に発生した肺がんについては、労働省(現厚生労働省)は昭和53年11月2日付け基発第608号「じん肺症患者に発生した肺がんの補償上の取扱いについて」を发出し、じん肺管理区分(以下「管理区分」という。)が管理4と決定された者及び管理4相当と認められた者(以下「管理4等」という。)であって、現に療養中の者に発生した原発性の肺がんについては業務上の疾病として取り扱うこととし、労災補償の対象としてきた。

その後、化学物質の発がん性を予防的観点から評価している世界保健機関(WHO)の付属機関である国際がん研究機関(IARC)のワーキンググループは1997年、じん肺を発症させる原因物質の一つである結晶質シリカについて「おそらくヒトに対して発がん性がある」(グルー

プ2A)を「ヒトに対して発がん性がある」(グループ1)に評価を変更する旨を発表した。

こうした国際的な動きを背景として、平成10年1月から「じん肺症患者に発生した肺がんの補償に関する専門検討会」において現時点においてもじん肺有所見者に発生した肺がんを現行の「管理4等」に限って補償することが妥当か否かについて、医学的観点から検討が行われた。その結果、平成12年12月、同専門検討会は「職業性の結晶質シリカばく露者に発生した肺がんを石綿、コークス製造工程等と同様の労働基準法施行規則別表第1の2第7号「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疾病」に該当する業務上疾病として取り扱うには、根拠が不十分であると判断せざるを得ない。」とした。さらに、現時点においても臨床医学的知見から、進展したじん肺の有所見者に発生した肺がんに対する医療実践上の不利益の存在は認められるため、

更に的確な労災補償を行うという観点からじん肺の進展度と具体的な医療実践上の不利益の程度との関係について、①画像診断面での不利益、②治療面における不利益の2点を中心に症例の集積を行った上で検討を加え、これによる予後への影響について医学的に評価する必要があるとの提言を行った[2001年1・2月号66頁参照]。

この提言を受け、平成12年12月から「じん肺有所見者の肺がんに係る医療実践上の不利益に関する専門検討会」を開催し、画像診断及び治療面における医療実践上の不利益について検討を行ってきたところであるが、今般、以下のとおり検討結果を取りまとめた。[図表省略]

II じん肺に合併した肺がんの画像診断に係る検討

1 検討目的

じん肺の画像(胸部エックス線写真)上の特徴は、びまん性の粒状影、不整形陰影が見られることである。しかも、じん肺が進展すると大陰影と呼ばれる結節影が出現することもある。

したがって、進展したじん肺の有所見者に発生した肺がんについては、その胸部エックス線写真上の特徴から、じん肺のない場合と比べて肺がん発見の時期が遅れる可能性がある。また、鑑別診断にも多くの困難が生ずることが考えられ、ひいては治療にも影響を及ぼすことにもなる。

このため、じん肺に合併した肺がん(以下「じん肺肺がん」という。)とじん肺のない肺がんでの読影上の差異について、いくつかの指標を中心に検討した。

2 対象と方法

(1) 対象

対象とした胸部正面エックス線単純写真(以下「エックス線写真」という。)は、じん肺肺がん症例は肺がんを疑った時点、じん肺のない肺がん症例は原則として、初診時のものである。表2-1に示した病院等における1症例につき1枚のオリジナル写真について、熟練の医師2名がその画質を判定し、じん肺所見がある場合には、じん肺エックス線写真像の区分(以下「PR分類」という。)の判定を行った。

収集したエックス線写真の総枚数は752枚であった。一部コピー写真やCR写真が混在していたのでそれらを除外し、また、画質不良と上記2名の医師に判定された写真を除外した残り599枚を対象とした。599枚の内訳は、表2-2のとおりである。その中から、各分類ごとに無作為に任意枚数を選び、合計350枚を読影対象のエックス線写真とした。

なお、じん肺、肺がんともにない症例としては、エックス線写真を収集するに当たって、写真上にその他の異常陰影が認められないことを確認した。

(2) 読影方法

読影場所と読影日は、①名古屋市立大学医学部(平成13年5月20日)、②珪肺労災病院研究研修部(平成13年6月24日)、③国立療養所近畿中央病院(平成13年7月8日)である。

読影は、①～③の場所で、呼吸器専門医(地方じん肺診査医・呼吸器科医・放射線科医)4名、一般内科医2名、合計18名(6名×3か所)が担当した。読影に当たっては、エックス線写真のID部分を不透明テープで隠し、患者氏名と施設名を伏せた。また、どの分類に何枚の写真が割り付けられているかも伏せた。

読影者には読影の目的を説明し、読影者の名前は一切公表しないという条件の下、了解を得た上で読影を開始した。また、本検討の実施に当たっては、岐阜大学医学部倫理審査委員会の承認を得た。

読影の具体的手順は次のとおりである。

- (イ) まず、肺がんとしての判定確実度を0%(絶対に肺がんではない)から100%(間違いなく肺がん)まで、10%ごとの11段階で、各読影者に尋ねた。すなわち、どの程度の確実度があれば肺がん判定するかのカットオフ値に関する情報を得た。
- (ロ) 次に、無作為に並べられたエックス線写真上に肺がん(あるいは肺がん疑い)の陰影が認められるかどうかを判定した。
- (ハ) その陰影が腫瘤影である場合は長径(a)と短径(b)を計測し、腫瘤影でない場合は最長部分(a)と最短部分(b)の長さを計測した。
- (ニ) 陰影が楕円であると仮定しての面積S及び円と仮定したときの直径(平均径)dは、それぞれ次の計算式を適用した。
$$S = \pi ab / 4 \quad d = \sqrt{ab}$$
- (ホ) 実際には肺がんがあるにもかかわらず肺がんなしと判定した場合を偽陰性(1-感度(sensitivity))とし、肺がんがないにもかかわらず肺がんありと判定した場合を偽陽性(1-特異度(specificity))とした。
- (ヘ) 読影者の診断精度を示す指標として、PR分類別に(1-特異度)=0でかつ(感度)=1の点を基準に座標軸上の各読影者の位置までの距離(精度指標 L: $0 \leq L \leq 1$)を求めた。
- (ト) 偽陰性割合及び偽陽性割合の差の検定に当たっては、読影者18名の判定結果(割合)を測定値として扱い、分散分析を適用した。また、じん肺のない場合の偽陰性(あるいは偽陽性)を基準としての各PR分類での偽陰性(あるいは偽陽性)の差の検定には対応のあるt検

定を用いた。

3 結果

表2-3に読影者別肺がんの判定基準を示した。以後の解析には、特に断らない限り、基準2と3の間、すなわち「肺がんかどうか判定困難で経過観察が必要」と「肺がんが疑われるので精密検査が必要」の間をカットオフ値として、肺がんの有無の判定がなされたものとみなした。

表2-4は、PR分類別偽陰性割合と偽陽性割合を、読影者ごとに示したものである。各読影者の読影成績を伏せる意味で、表2-3の読影者番号と表2-4の読影者記号(アルファベット)はあえて対応させていない。最下段に読影者18名の読影結果の算術平均値を示した。じん肺がない場合の肺がん偽陰性割合が33.9%であったのに対し、PR分類がPR1、PR2、PR3、PR4それぞれの場合の偽陰性割合は32.6%、38.5%、53.6%、53.3%であった(分散分析の結果 $p=0.0001$)。また、じん肺なしの場合の偽陰性割合とPR1の場合の偽陰性割合の差には統計学的に有意な差を認めなかった($p=0.5494$)が、PR2、PR3、PR4それぞれの偽陰性割合との差は何れも統計学的に有意であった。

一方、じん肺がない場合の偽陽性割合が6.7%であったのに対し、PR1、PR2、PR3、PR4それぞれの場合の偽陽性割合は16.9%、21.5%、18.5%、39.8%であった(分散分析結果 $p=0.0001$)。また、じん肺なしの場合の偽陽性割合とじん肺ありの場合の偽割合の差は、PR1からPR4の何れにおいても統計学的に有意であった。

表2-5は、読影者が肺がん様陰影ありとし、かつ、長径と短径を測定し得た例のみとして、長径、短径、面積、直径の幾何平均値を示したものである。平均値を幾何平均で表したので、標準偏差は示さず、最小値と最大値を併記した。ここでは偽陰性並びに偽陽性については考慮していない。以上のような理由からあえて検定を行わなかったが、じん肺なしの場合の発見腫瘤影の各測定値に比べ、じん肺ありの場合の腫瘤影の各測定値は大きい傾向にあった。

図2-1に精度指標の算定方法を示した。ある読影者の場合のLとは $(1 - \text{特異度}) = 0$ がかつ(感度) = 1の点からその読影者の $(1 - \text{特異度})$ と(感度)の交点までの距離を意味し、0と1の間の値をとる。L = 0とは、肺がんがある場合に必ずであると判定し、肺がんがない場合には必ずないと判定したこと、すなわち、判定がすべて正しかったことを意味する。

図2-2と表2-6は精度指標を読影者ごとに示したものである。表2-6の最下段には読影者18名の算術平均値を示した。じん肺なしの場合のLが0.26であったのに対し、PR1では0.31、PR2では0.35、PR3では0.44、PR4で

は0.52であった(分散分析の結果 $p=0.0001$)。また、じん肺なしの場合のLとPR1の場合のLの差は統計学的に有意ではなかった($p=0.0996$)が、PR2、PR3、PR4の場合のLとの差は何れも統計学的に有意であった。

4 考察

今回の分析により、じん肺肺がんは、じん肺のない場合に比べ肺がんでないと診断される割合(偽陰性割合)が高いことが明らかになった。その差は、PR2、PR3並びにPR4のじん肺に肺がんが合併している場合のみ統計学的に有意であり、PR1のじん肺に肺がんが合併している場合には有意ではなかった。

また、じん肺のエックス線写真上で肺がんが疑われた腫瘤影は、じん肺のない写真上で腫瘤影に比べ大きいことがうかがわれた。この場合、PR分類との関連性は明らかではなかった。

他方、じん肺に合併した腫瘤影は、じん肺のない場合に比べ肺がんとして診断される割合(偽陽性割合)が高く、その差はPR1からPR4の何れにおいても統計学的に有意であった。これは、おそらく、読影者が、じん肺のある場合に肺がんを見落とすのを恐れて多めに肺がんとして診断したことを反映するものと思われる。

なお、偽陰性と偽陽性はトレードオフの関係にあり、偽陰性割合を下げようとするれば偽陽性割合が上がり、偽陽性割合を下げようとするれば偽陰性割合が上がることになる。もし偽陽性割合が増加しても何ら問題がないなら、単純に偽陰性割合のみを減少させればよいことになる。しかし、肺がんでないのに精密検査を受けることに伴う諸問題を無視できないとすれば、偽陽性割合を考慮する必要がある。したがって、ここでは偽陰性割合単独の指標を用いず、「2 対象と方法」で述べた精度指標Lを計算して議論する方がよい、と判断した。

今回の分析では、上述のLがじん肺のない場合の0.26から、PR1 0.31、PR2 0.35、PR3 0.44、PR4 0.52と段階的に大きくなっていったが、じん肺のない場合の0.26との間に統計学的に有意な差を認めたのはPR2、PR3並びにPR4であった。

今回の読影は、じん肺の合併がある場合とない場合での肺がん発見状況(偽陰性及び偽陽性)を比較するための、エックス線写真1枚のみを使つての分析である。したがって、実際の臨床場面で見られるような過去の胸部エックス線写真との比較読影の有無による差異などは考慮していない。また、ここで観察された診断精度は、現在の我が国の肺がん診断技術を示すものではない。さらに、読影者18名は任意に選んだものであり、我が国の呼吸器専門医等を代表しているものではない。しかし、一地域に偏ることを避け、呼吸器専門医以外の一般内科医を加え、

年齢も29～39歳3名、40～49歳8名、50～63歳7名とするなど、判定が特定の傾向に偏らないように配慮した。

また、呼吸器を専門とする読影者(じん肺診査医含む)12名と、一般内科医6名に分けた場合の偽陰性割合は次のとおりであった。呼吸器専門医: じん肺なし 32.0%、PR1 31.7%、PR2 38.1%、PR3 51.8%、PR4 56.3%。一般内科医: じん肺なし 37.7%、PR1 34.6%、PR2 39.2%、PR3 57.2%、PR4 47.5%。また、それぞれの偽陽性割合は次のとおりであった。呼吸器専門医: じん肺なし 4.6%、PR1 13.6%、PR2 20.8%、PR3 16.0%、PR4 34.7%。一般内科医: じん肺なし 10.8%、PR1 23.3%、PR2 22.8%、PR3 23.5%、PR4 50.0%。これは、呼吸器専門医も一般内科医も偽陰性の割合に大差はないが、一般内科医は見落とすのを恐れて読み過ぎの(偽陽性割合が高い)傾向にあることを示唆するものである。

Ⅲ じん肺に合併した肺がんの治療に係る検討

1 検討目的

じん肺有所見者に発生した肺がんの医療実践上の不利益について検証するために、じん肺肺がん症例を収集して、治療の観点から検討した。

2 対象と方法

(1) 症例収集

1990年1月1日より2000年8月31日までの間に経験したじん肺肺がん症例を明らかに石綿ばく露職歴を持つ者は除外して6病院(岩見沢労災病院、珪肺労災病院、旭労災病院、岐阜県立多治見病院、近畿中央病院、岡山労災病院)から収集した(表3-1)。このようにして収集した180症例のうち、女性の4症例と剖検で初めて肺がんと診断された6症例を除いた170症例を本検討の解析対象とした。

(2) 調査項目

収集した症例について、肺がんを疑った時の年齢、喫煙状況、粉じん職歴、肺がんを疑ったきっかけ、管理区分、合併症、PR分類、肺機能検査結果、肺がん組織型、肺がん発生部位、肺がん発見時のStage分類、肺がんの確定診断方法、肺がん治療法、肺がんの外科手術の有無及び無しの場合はその理由、転帰を調査した。

なお、Stage分類は、1998年に一部改訂¹⁾があったが、従来の日本肺癌学会の「肺癌取扱い規約」に従って分類し、StageIIまでに発見されたものを早期発見がんとして取り扱った。エックス線写真のじん肺所見については、肺

がんが疑われた時のエックス線写真を熟練の専門医が読影した結果を用いた。肺機能検査結果は手術の適応を検討した時点の検査結果を収集した。管理区分は、肺がんを疑った時点で決定されていた管理区分を調べたが、主治医等に確認してもなお管理区分が判明しなかった20症例については、本検討会参集者のうち、地方じん肺診査医である複数の医師が判定した管理区分を用いた。

(3) 解析方法

解析方法は、全症例をエックス線写真によりPR1 PR2 PR3 PR4A PR4B PR4Cの6群に分け、管理区分を管理2 管理3イ 管理3ロ 管理4の4群に分けた。

群間の有意差の検定はカイ2乗検定を用い、生存曲線はKaplan-Meier法で作成し、群間の有意差検定はLogrank検定を用いた。

3 結果

(1) 背景

解析対象の170症例の平均年齢は71.4歳(標準偏差: 6.6)であった。

喫煙歴は喫煙者112例(65.9%)、過去喫煙者(常習性)46例(27.1%)、過去喫煙者(非常習性)1例(0.6%)、非喫煙者9例(5.3%)、不明2例(1.2%)であり、喫煙指数の平均は、喫煙者と過去喫煙者(常習性)でそれぞれ892(標準偏差: 539)、835(標準偏差: 410)であった。

職歴は、炭鉱55例、炭鉱以外の鉱山34例、窯業22例などであり、粉じんばく露期間は平均27年(標準偏差: 10.8)であった(表3-2)。

肺がんの発見動機は、自院で経過観察中にエックス線写真の異常で見つかった症例66例(38.8%)、自院で経過観察中にエックス線写真以外のきっかけで見つかった症例43例(25.3%)、症状などで受診した症例11例(6.5%)、他院からの紹介50例(29.4%)であった。

管理区分別の症例数は、管理2 28例(16.5%)、管理3イ 35例(20.6%)、管理3ロ 25例(14.7%)、管理4 82例(48.2%)であった(表3-3)。

肺がんを疑った時点のPR分類は、PR1 64例(37.6%)、PR2 40例(23.5%)、PR3 13例(7.6%)、PR4A 24例(14.1%)、PR4B 24例(14.1%)、PR4C 5例(2.9%)であった(表3-4)。

肺がんの確定診断方法は、経気管支肺生検(TBLB)104例(61.2%)、痰細胞診40例(23.5%)、開胸生検(含VATS)4例(2.4%)、胸水細胞診4例(2.4%)、経皮肺生検7例(4.1%)、リンパ節生検2例(1.2%)、骨生検1例(0.6%)、TBLB+痰細胞診1例(0.6%)、TBLB+胸水細胞診1例(0.6%)、痰細胞診+胸水細胞診1例(0.6%)、その他5例(2.9%)であった。

肺がんの組織型は、肩平上皮がん94例(55.3%)、腺

がん 49例 (28.8%)、小細胞がん 20例 (11.8%)、大細胞がん 4例 (2.4%)、腺扁平上皮がん 2例 (1.2%)、不明 1例 (0.6%)であった (表3-5)。

発生部位は、中心型 39例 (22.9%)であり、末梢型 126例 (74.1%)であった (表3-6)。

Stage分類は、Occult 2例 (1.2%)、Stage0 3例 (1.8%)、StageI 49例 (28.8%)、StageII 11例 (6.5%)、StageIII 62例 (36.5%)、StageIV 41例 (24.1%)、不明 2例 (1.2%)であった (表3-7)。

治療法は、外科手術 40例 (23.5%)、化学療法 42例 (24.7%)、放射線療法 11例 (6.5%)、その他 (複数の治療法を併用したものを含む) 4例 (2.4%)、対症療法 73例 (42.9%)であった (表3-8)。

外科手術をしなかった130例の理由の内訳については、「進行がん」、「小細胞がん」、「重複がん」、「僧帽弁閉鎖不全による心不全」等、「がん発見時において、仮にじん肺がなかったとしても明らかに手術適応にならない」症例が85例あった。また、「根治が望めるレーザー治療」が1例にみられた。

(2) 生存曲線

170全症例の生存曲線を図3-1に示す。1年生存率は55.8%、3年生存率は23.1%、5年生存率は15.0%であった。

組織型別生存曲線を図3-2-1に示す。小細胞がんと非小細胞がんに分けると生存率に差 ($p < 0.001$) がみられた (図3-2-2)。

Stage分類別生存曲線を図3-3-1に示す。StageIIまでの群とStageIII以上の群間で生存率に差 ($p < 0.001$) がみられた (図3-3-2)。

治療法別生存曲線を図3-4-1に示す。外科手術を受けた群とそれ以外の群間で生存率に差 ($p < 0.001$) がみられた (図3-4-2)。

PR分類別生存曲線は、PR分類別では群間に差はみられなかった (図3-5)。管理区分別生存曲線は、管理区分別では群間に差はみられなかった (図3-6)。これらの傾向は管理区分が当初から確認できた150症例における検討でも同様の傾向であった。

発見動機別生存曲線は、自院で経過観察中と受診・紹介の群の間で有意の差はみられなかった (図3-7)。

(3) 外科治療

外科手術を受けた割合 (手術割合) は全体170例中40例 (23.5%)であり、年齢別に外科手術を受けた割合をみると、60～64歳では21例中6例 (28.6%)、65～69歳 45例中13例 (28.9%)、70～74歳 484例中14例 (29.2%)、75～79歳 31例中7例 (22.6%)であった。

Stage分類別に外科手術を受けた割合をみると、StageIまでが54例中21例 (38.9%)、StageII 11例中7例 (63.6%)、StageIII 62例中11例 (17.7%)、StageIV 41例中1例 (2.4%)であった。外科手術を受けた割合をStageIIまでとStageIII以上でみると、StageIIまでは654例中28例 (4.3%)、StageIII以上は103例中12例 (11.7%)であった。StageIIまでの症例においてより有意に ($p < 0.001$) 外科手術が多く選択されていた (図3-8)。

PR分類別に外科手術を受けた割合をみると、PR1 64例中16例 (25.0%)、PR2 40例中13例 (32.5%)、PR3 13例中1例 (7.7%)、PR4A 24例中7例 (29.2%)、PR4B 24例中2例 (8.3%)、PR4C 5例中1例 (20.0%)であり (表3-9、図3-9)、PR分類別の群間の有意差検定は表3-10であった。

管理区分別に外科手術を受けた割合をみると、管理2 28例中13例 (46.4%)、管理3イ 35例中11例 (31.4%)、管理3ロ 25例中6例 (24.0%)、管理4 82例中10例 (12.2%)であり (表3-11、図3-10)、管理区分別の群間の有意差検定は表3-12のようであった。

発見動機別に外科手術を受けた割合をみると、自院で経過観察中では、109例中25例 (22.9%)、受診・紹介では61例中15例 (24.6%)であり (図3-11)、有意差は認められなかった ($p = 0.807$)。

(4) 早期発見がん

StageIIまでに発見された割合をPR分類別にみると、PR1 63例中30例 (47.6%)、PR2 40例中13例 (32.5%)、PR3 13例中4例 (30.8%)、PR4A 24例中11例 (45.8%)、PR4B 24例中7例 (29.2%)、PR4C 4例中0例であり (表3-13、図3-12)、PR分類別の群間の有意差検定は表3-14であった。

StageIIまでに発見された割合を管理区分別にみると、管理2 27例中12例 (44.4%)、管理3イ 35例中9例 (25.7%)、管理3ロ 25例中7例 (28.0%)、管理4 81例中37例 (45.7%)であり (表3-15、図3-13)、管理区分別の群間の有意差検定は表3-16であった。

StageIIまでに発見された割合を発見動機別にみると、自院で経過観察していた症例は108例中49例 (45.4%)、症状などで自院を受診した症例と他院からの紹介の症例の合計では60例中16例 (26.7%)であり (図3-14)、自院で経過観察している症例の方が早期発見される割合が高かった ($p < 0.05$)。

StageIIまでで外科手術を受けなかった37症例の組織型は、扁平上皮がん 21例 (56.8%)、腺がん 10例 (27.0%)、小細胞がん 3例 (8.1%)、腺周平上皮がん 2例 (5.4%)、不明 1例 (2.7%)であり、全体170症例における組織型の分布とほぼ同様であった。発生部位は中心型 10例 (27.0%)、末梢型 24例 (64.9%)、不明 3例 (8.1%)であり、全体170症例の発生部位の分布と比べほぼ同じであった。

外科手術を受けなかった130例のうち、StageIIまでで手術を受けなかった37例については、「仮にじん肺がなかったとしても明らかに手術適応とならない」症例と「根治が望めるレーザー治療」を受けた症例を除くと29例みられた。その29例の理由は、「肺機能が悪い」、「検査治療を拒否した」、「高齢」等であったが、その多くは単一の理由ではなく、複数の理由が混在していた。また、管理区分別に症例数をみると、管理2: 0例、管理3-I: 2例、管理3-0: 3例、管理4: 24例であり、それぞれの管理区分の年齢は、管理3-Iは69歳、80歳、管理3-0は67歳、70歳、75歳であった。管理4の24症例の年齢は、55歳～88歳(平均±標準偏差: 75.8±7.9)であり、74歳以下は10例であった。

StageIIまでの非小細胞がんで75歳未満の症例は41例あった。管理区分別に外科手術を受けた症例は管理2では8例中8例(100.0%)、管理3-Iでは8例中6例(75.0%)、管理3-0では6例中3例(50.0%)、管理4では19例中7例(36.8%)であり(表3-17、図3-15)、管理区分別の群間の有意差検定は表3-18であった。

4 考 察

今回収集したじん肺がん症例の背景は、じん肺症等で定期的に経過観察されている症例、症状などで受診した症例、他院より紹介された症例など様々である。また、6病院も、肺がんの手術症例の集まりやすい病院、肺がんの化学療法症例の集まりやすい病院などそれぞれに特色がある。このように背景に違いがあることから、定期的にエックス線撮影検査を受け比較読影が容易な肺がん症例とそうではない肺がん症例それぞれに対応した粉じん職歴のない肺がんの対照症例を集めることは非常に困難である。これらのことより、じん肺肺がんの治療面における不利益を検討するために対照症例をおき比較することが理想ではあるが、事実上不可能なため、じん肺肺がん症例についてのみ検討し、一般肺がん症例の諸家の報告との統計学的検定による比較は行わなかった。また、肺がんの特徴は、男女で差があるため、女性の4例を除き、男性のみで検討した。さらに、治療法の検討であるため剖検で初めて発見された6症例も除いて検討した。

肺がんを疑ったときの年齢は71.4歳であり、肺がんの一般的な性質を検討した諸家の報告²⁻⁷⁾と比べ高かった。喫煙者の割合も現在と過去の常習性喫煙者で170例中158例92.9%であり諸家の報告³⁻⁵⁾と比べ高かった。組織型は扁平上皮がんの割合が諸家の報告²⁻⁹⁾に比べ高かったが、発生部位の検討では特記すべき特徴を認めなかった^{4,6,9)}。

生存曲線を検討したところ、Stage分類ではStageIIまでの症例がStageIII以上に比べ予後が良かった。組織型

では、非小細胞がんが小細胞がんにくらべて予後が良かった。治療法の検討では外科手術を受けた症例が外科手術を受けなかった症例にくらべて予後が良かった。また、StageIIまでの症例は、StageIII以上の症例にくらべてより多く外科手術を受けていた。これらのことは、じん肺のない肺がんにおいてみられる傾向と同様であり^{2,8)}、じん肺肺がん症例においてもStage分類の早い時期に肺がんが発見され、外科手術を受けることができた症例の予後は良いと考えられる。

一般的に肺がんの治療成績は、早期に発見され外科手術を受けることができる症例の予後が良いことに関しては異論のないところである。さらに、前述のとおりじん肺肺がん症例においても同様の傾向が認められる。

よって、以下の検討は外科手術の実施の有無について着目し検討した。

肺がん症例全体のうち外科手術を受けた割合を検討した諸家の報告^{2,4-8)}をみると、31.1%～42.7%まで様々であるが、これらに比べじん肺肺がん症例は23.5%であり外科手術を受けた割合が低かった。

外科手術を受けた割合を、全国肺がん患者登録²⁾でみると10,344例中4,422例 42.7%であった。今回収集したじん肺肺がん症例のうち、年齢階級別に外科手術を受けた割合を検討すると、60歳～64歳では21例中6例(28.6%)、65歳～69歳では45例中13例(28.9%)、70歳～74歳では48例中14例(29.2%)、75歳～79歳では31例中7例(22.6%)であり、全国肺がん患者登録ではそれぞれ1,616例中758例(46.9%)、2,107例中927例(44.0%)、1,906例中748例(39.2%)、986例中273例(27.7%)であった。すべての年齢階級においてじん肺肺がん症例の外科手術を受けた割合は、全国肺がん患者登録におけるそれより低い。

自院で定期的に経過観察しているじん肺症例で発見された肺がんの進行の度合いをStage分類で検討すると、StageIIまでの症例割合は、108例中49例(45.4%)であった。諸家の報告^{6,10)}では、一般的に検診で発見された肺がんのStageIIまでの割合は67.9%、77.5%であり、また、他疾患診療中に発見された肺がんでの割合は79.3%である。したがって、一般的な検診発見例や他疾患診療中の発見例に比べて、じん肺肺がんではStageIIまでで発見された割合が低く、早期発見の難しさがうかがわれた。

肺がんにおけるStage分類別の外科手術の適応は、StageIIまでの症例の治療に関しては外科手術が先行するが^{11,12)}、StageIII症例に関してはコンセンサスは得られておらず¹¹⁾、標準的治療法は確立されていない¹²⁾のが現状である。

StageIIまでの症例で外科手術を受けた割合を検討すると、じん肺肺がん症例では65例中28例(43.1%)であつ

た。全国肺がん患者登録²⁾の男性の検討では1,909例中1,522例(79.7%)に外科手術が行なわれており、外科手術を受けた割合はじん肺肺がん症例ではその約半分にとどまっていた。

高齢者肺がんの定義は報告者により、75歳以上を高齢者肺がんとするもの¹³⁾、70歳以上を高齢者肺がんとし、80歳以上を超高齢者肺がんと分けるもの¹⁴⁾などがある。じん肺のない肺がんの手術適応は、若年者においては組織型やStage分類をもとに治療法を検討することが多いが、高齢者では、組織型やStage分類に応じた治療法が選択されないことが多い。すなわち、高齢者の多くは肺機能の低下に加え、基礎疾患の合併など個々の事情があり、その治療法の標準化は非常に困難とされており¹⁵⁾、事実、じん肺肺がん症例、全国肺がん患者登録ともに75歳以上で手術割合が下がっている。そこでStageIIまでで外科手術を受けなかった75歳未満の症例のうち「仮にじん肺を有していなかったとしても明らかに手術適応にならない」と「根治が望めるレーザー治療を受けた」症例を除いた13例の管理区分をみると、管理2：0例、管理3イ：1例、管理3ロ：2例、管理4：10例であった。

以上の結果から、じん肺肺がん症例は全体として手術割合が低く、管理区分別に手術割合をみると管理2 46.4%、管理3イ 31.4%、管理3ロ 24.0%、管理4 12.2%であり、管理区分が進むにつれ手術割合が下がる傾向にあった。また、外科手術が考慮されるStageIIまでの非小細胞がん75歳未満の手術割合をみると、管理2 100.0%、管理3イ 75.0%、管理3ロ 50.0%、管理4 36.8%であった。

IV 「医療実践上の不利益」に関するまとめ

本検討会は、平成12年12月、「じん肺症患者に発生した肺がんの補償に関する専門検討会」の提言を受け、じん肺に合併した肺がんについて、じん肺の進展度と医療実践上の不利益の程度との関係を①画像診断面における不利益、②治療面における不利益の観点からじん肺肺がん症例を多数収集した上で、医学的に検討を行った。具体的には、①画像診断面に係る検討においては、進展したじん肺の陰影が肺がんの診断精度に及ぼす影響を検討するため、18名の医師がじん肺肺がんの症例を含む350枚のエックス線写真を読影し、その読影結果から肺がんの診断精度を統計的に解析した。②じん肺に合併した肺がんの治療に係る検討においては、進展したじん肺が肺がんの治療に及ぼす影響を検討するため、全国6病院からじん肺肺がん170症例を収集し、管理区分、肺がん発見時のがんの進行度、肺がんの手術の有無、その後の生存期間等を調査検討した。その結果以下の2点の要

約が得られた。

(1) じん肺に合併した肺がんの画像診断に係る検討結果

じん肺肺がんの症例を含むエックス線写真の肺がんの有無の読影時における偽陰性割合及び偽陽性割合の両者から求められる精度指標は、じん肺のない場合に比べPR1では統計学的に有意な差を認めなかったが、PR2、PR3並びにPR4では、診断に際しての精度指標の値が大きく、じん肺のない場合に比べその差は統計学的に有意であった。

(2) じん肺に合併した肺がんの治療に係る検討結果

じん肺肺がんの症例を収集し、管理区分、肺がんの手術の有無、その後の生存期間等を調査検討した結果、じん肺肺がんの治療にはじん肺のない肺がんの治療と同様に手術が行われた場合、明らかに予後が良いことが判明した。その観点から収集した全症例について手術割合を見ると、管理区分が進むにつれて肺がんの手術割合が下がる傾向が見られ、特に管理4の者では肺がんの手術割合の低下が明らかであった。また、外科手術が考慮されるStageIIまでの非小細胞がん75歳未満の手術割合をみると、管理2では収集した症例の全てにおいて手術が実施されていたものの、管理3イ、3ロ、4と進むにつれ手術割合が下がる傾向が見られた。

以上の検討結果から、じん肺有所見者に発生した原発性の肺がんについて、管理4では明らかな医療実践上の不利益が認められた。また、本検討会は、管理3イ、3ロでも明らかな医療実践上の不利益が存在すると判断する。なお、管理2では、じん肺のない場合との比較において明らかな医療実践上の不利益が存在するとは認められなかった。



引用文献

- 1) 日本肺癌学会(1998):「肺癌取扱い規約」の一部改訂について. 肺癌 Vo1.38.No.1:1
- 2) 日本TMN分類・肺がん委員会(1988):全国肺がん患者登録(第7報). 国立がんセンター
- 3) 小島哲弥ら(2000):原発性肺癌の年齢別臨床的特徴の検討. 肺癌 JJLC第40巻7号:751-757
- 4) 木村文平ら(1997):東京の地域病院7病院に入院した原発性肺癌患者403例の検討. 肺癌第37巻1号:13-21
- 5) 岡本佳裕ら(2000):1980年代から1990年代への原発性肺癌の組織型の変遷とその背景因子の検討. 肺癌 JJLC第40巻6号:609-614
- 6) 木村文平ら(1999):東京の地域病院における原発性肺癌患者の発見動機別の切除成績の検討. 肺癌第39巻3号:241-250

参考

じん肺管理区分(じん肺法第4条第2項)

じん肺管理区分	じん肺健康診断の結果
管理1	じん肺の所見がないと認められるもの
管理2	エックス線写真の像が第1型で、じん肺による著しい肺機能の障害がないと認められるもの
管理3	イ エックス線写真の像が第2型で、じん肺による著しい肺機能の障害がないと認められるもの
	ロ エックス線写真の像が第3型又は第4型(大陰影の大きさが-側の肺野の3分の1以下のものに限る。)で、じん肺による著しい肺機能の障害がないと認められるもの
管理4	(1) エックス線写真の像が第4型(大陰影の大きさが一側の肺野の3分の1を超えるものに限る。)と認められるもの
	(2) エックス線写真の像が第1型、第2型、第3型又は第4型(大陰影の大きさが-側の肺野の3分の1以下のものに限る。)で、じん肺による著しい肺機能の障害があると認められるもの

胸部エックス線写真上のじん肺の異常陰影の程度区分(じん肺法第4条第1項)

型(PR)	エックス線写真の像
第1型(PR1)	両肺野にじん肺による粒状影又は不整形陰影が少数あり、かつ、大陰影がないと認められるもの
第2型(PR2)	両肺野にじん肺による粒状影又は不整形陰影が多数あり、かつ、大陰影がないと認められるもの
第3型(PR3)	両肺野にじん肺による粒状影又は不整形陰影が極めて多数あり、かつ、大陰影がないと認められるもの
第4型(PR4)	大陰影があると認められるもの

- 7) 藤兼俊明ら(1998): 当科における検診発見肺癌症例の問題点. 肺癌第38巻6号: 653-660
- 8) 小倉剛、吉良枝郎(1994): 肺癌、呼吸器疾患. 井村裕夫、尾形悦郎、高久史磨、他編. 最新内科学大系63, 中山書店, 東京: 27-71
- 9) 松井一格、北川正信(1993): 組織分類と病理診断. 原沢道美編. 日常診療のための肺癌. 現代医療社, 東京: 86-96
- 10) 塚田格子ら(2000): 検診成績と地域がん登録の照合による肺がん検診の評価と検診間発見肺がんの検討. 日本呼吸会誌第38巻7号: 501-508
- 11) 加藤治文ら(1998): 非小細胞肺癌の治療方針. 肺癌の臨床第1巻第1号: 83-90
- 12) 小倉剛、吉良枝郎(1994): 肺癌、呼吸器疾患. 井村裕夫、尾形悦郎、高久史磨、他編. 最新内科学大系63, 中山書店, 東京: 223
- 13) 金沢実、星永進(2000): 高齢者肺癌一診断に際しての注意点. 肺癌の臨床第3巻第2号: 135-139
- 14) 清家正博ら(2000): 高齢者肺癌のBiology. 肺癌の臨床第3巻第2号: 141-145
- 15) 平間未知大ら(2000): 高齢者肺癌の特徴. 肺癌の

臨床第3巻第2号: 127-133

じん肺有所見者の肺がんに係る医療実践上の不利益に関する専門検討会

- 池添潤平 愛媛大学医学部放射線医学講座教授
- 宇佐美郁治 旭労災病院呼吸器内科部長
- 岸本卓巳 岡山労災病院内科部長
- 木村清延 岩見沢労災病院ノリ科部長
- 斉藤芳晃 珪肺労災病院内科部長
- 坂谷光則 国立療養所近畿中央病院副院長
- (座長) 佐々木孝夫 珪肺労災病院院長
- 清水弘之 岐阜大学医学部公衆衛生学教室教授
- 森下宗彦 愛知医科大学呼吸器・アレルギー内科助教授
- 森永謙二 大阪府立成人病センター参事

(五十音順)



連載第12回

語りつがねばならぬこと —日本・アジアの片隅から—

個人加盟労組に刺激される

塩沢美代子

いちやく“時の人”に

マッカーサー元帥が、トルーマン大統領により、日本占領軍の最高司令官を罷免されたというニュースが伝えられた日、ニューヨークにいた私たちは、日本人だというだけで、“時の人”となってしまった。

もともとアメリカ人は、知らない人にも気軽に声をかけるが、その日はとくに「あなたたちは日本人か、マッカーサーのことをどう思うか」の質問攻めにあった。

その日に、どういう団体を訪問していたのかを忘れてしまったが、そこであった大学の先生かそれに類する立場の人が、「アメリカは戦争をしているが、決して軍人に支配されている国ではなく、シビリアン・コントロールのきいていることがわかってもらえただろう」と胸をはった。つまりマッカーサーがどんなに軍事的功労者であろうとも、その上に民間人のトップである大統領がいて、好戦的な軍人を罷免したので

ある、という意味であった。

しかしこれは少数意見であることが、すぐにわかってきた。

庶民感情と世論操作

その夜、私が泊っていたYWCAのホステルに帰ると、フロントのおばさんが、鍵を渡そうともせず新聞を掲げて、「あなただって、マッカーサー元帥がクビになるなんて、ひどいと思うでしょう」とすごい勢いで話しかけてきた。

私は、「マッカーサーは、日本占領の当初は、日本を民主化するために、とてもよい政策をしてくれて、私はたいへん感謝している。

しかし1年くらい前から、彼の占領政策は全く正反対の方向に変わってしまった。せっかく、日本はもう絶対に軍隊をもたず、戦争をしないという憲法をつくってくれたのに、実際には、それに反する政策をとりはじめている。

私は、戦争の惨禍をさんざん味ったから、どんな理由をつけようとも、戦争には絶対反対

で、朝鮮戦争にも心を痛めている。今回トルーマン大統領がマッカーサーを罷免したのは、マッカーサーが、朝鮮半島の北部を爆撃しようとしているのを阻止するためだから、私はトルーマン大統領を支持する。好戦的な軍人はとても困るのだから」という意味のことを、一気にしゃべった。

後から考えると、アメリカに着いてから、英語でこんなに雄弁?にしゃべったのは、はじめてだった。どうしてもいいたいことがあれば、なんとか言葉が出てくるものと思った。

さぞやブロークンイグリッシュだったろうに、どうやら私のいいたいことは、相手に通じたい。おばさんは顔をしかめて、「あなたはなんと呑気なことをいっているんだ。あなたの国の隣りは、レッドチャイナではないか。おお、こわい!」と身震いしてみせた。それはコレラ菌かバクテリアが、今にも身にふりかかってくるという恐怖感のように見えた。そういう恐ろしいものから身を守るには、軍事力が必要と確信しているようだった。

朝鮮半島は、日本が植民地にしていたからこそ、敗戦時に日本の領土として扱われ、38度線をはさんで、米軍とソ連軍の支配下におかれた。それ故に、今日まで分断の悲劇を残すことになってしまった。しかし、このことを意識している日本人は少ない。私は代代的にそのことがわかっているから、米ソの代理戦争である朝鮮戦争にはとても心を痛め、一日も早く終わってほしいと願っていた。だからこのおばさんとも、本気で議論したのである。彼女の反応をみて、この戦争を正当化するための、アメリカの世論操作が徹底しており、シビリアンコントロールとは裏腹の様相だと思った。

歓迎一色のニューヨーク

罷免による帰国だというのに、その日からニューヨークの町は、マッカーサー歓迎ムード一色になった。彼の軍帽をかぶった凛々しい顔の写真がバッチになって、町中で目についた。その他にもマッカーサーグッズが、いろいろと売られ、市民が身につけていた。私は子供の頃、日露戦争の英雄だった東郷元帥が亡くなった国葬のときの、ものものしさを思いだしたりした。

マッカーサーが帰国し、凱旋パレードの道順が発表になると、それを見られる場所とりに、人々は大騒ぎだったらしい。私たち国連研修グループは、日本人なのだから、ぜひこのパレードを見せて上げようと、私たちの世話係だった国連の職員が、その道に面したビルの事務所に話をつけてくれた。それで私たちは全員で、その時間帯はパレード見物に、ビルの10階くらいの、その部屋にいった。

ゆっくり走るオープンカーに立って、観衆の歓呼に応えながら進む軍服のマッカーサーに、降り注ぐ紙吹雪のものすごさにおどろいた。道路に10センチ以上はつもっただろう。上から見下ろすので、顔はよくわからなかったが、日本では写真でしか見たことのなかった、マッカーサー本人を、ニューヨークで見るとは思いがけないことだった。

国際婦人服縫製工労働組合

盛り沢山だった国連研修グループのプログラムのなかで、ひとつだけ私にインパクトの大きかったのは、私にだけアレンジしてくれた、国際婦人服縫製工労働組合本部の訪問だった。相手をしてくれたのは、教育宣伝部長をしていた中年の男性だった。

婦人服縫製工場では、力のいる裁断とアイロンかけが男子の仕事で、後はすべて女子の

仕事なので、数字は忘れてしまったが、何10万かの組合員の大半は女子という組合だった。

組織化のはじまりからたしか50年くらいの歴史があり、それが組合員教育用の映画になっていて、まずそれを見せてもらった。会社が、労働者が糸や布をこっそり持出すのを防ぐためとして、工場のビルの出入口に鍵をかけていたため、火災が起きたとき逃げられなくて、多数の労働者が死んだ史実なども、再現フィルム式に盛りこまれていた。コメントによると、出入口に鍵をかけていたのは、労働組合のオルガナイザーが、工場内にはいってこないようにするためでもあるという。

そこで思い起こしたのが、メーデーは1886年に、アメリカの労働者が8時間労働制を要求して、ゼネストとデモをしたのがはじまりだったことである。ということは縫製労働者も長時間労働に苦しみ、もちろん低賃金でもあり、人命まで危険にさらされるような、人権無視の労働条件で働いていたのである。その状況を改善するために活動した人たちが、どんなに組織化に苦勞し、ときには弾圧により人命まで落してきたのかを、そのフィルムは物語ってくれていた。

かつて学生労働問題研究会で、欧米の労働運動史も少しは学んではいた。しかし、こうして具体的な労働現場での、組織化や活動の歴史を映像でみると、改めて労働組合とか、労働運動の本来の姿とそのきびしさを肌で感じた。そして先進資本主義国の労働者が、長い年月をかけて、命がけでたたかいてきた“労働者の権利”を、占領政策により“棚からボタ餅”式に与えられた日本の現状を、はっきりと客観的にみることができた。

会社にとがめられもせずに、会社の施設である寄宿舎に泊りこみ、労働者と自由にとことん、労働組合の活動について語りあえる、私

のオルグ活動など、欧米の先駆者の辛苦とは比べものにならない、甘っちょろいものであるとしみじみ思った。

日本語のわかる組合員は何%?

この思いは、映画をみてからの教宣部長との話しあいでもさらに深まった。

私は、私の働いている全蚕労連の概要を説明した上で、「組合員に労働者の権利に目覚めてもらうための、教宣活動がなかなかむづかしい」といった。

すると彼は「あなたの組合で、日本語のわかる組合員は何パーセントいるのか」といった。私はあまりに思いがけない質問におどろき、一回聞き直したが、聞き違いではなかった。そこで「100パーセントの組合員がわかります」と答えると、今度は彼のほうがとてもおどろいて、「みんな字も読めるのか」と念を押した。「もちろん読めます」というと、彼は大仰に、「これがおどろいた」という身振りをして、「それで、なんで教宣活動がむづかしいのか」と問い返され、二の句がつけなかった。

それまでの人生で、自分の国のことしか頭になかったから、暮している国の言葉が、わからない人たちがいるということが、想像できなかったのである。

私の戸惑っている顔をみながら、彼はこの組合の活動について説明してくれた。

その話によると、アメリカとカナダの婦人服縫製工が、個人単位で加盟しているこの組合では、機関紙を7か国語で発行しているという。そうかアメリカという国は、歴史的に移民でなり立ってきた国だったのだと、漠然と気がついた。

次に私が学んだのは、アメリカの労働組合は、日本のように企業単位でつくられているの

ではなく、業種別や職種別に労働組合をつくり、そこに該当する職種の労働者が、自分の判断で加盟するということだった。

当時の日本では、ポツダム組合はもとより、主体性のある組合でも、企業単位で組合をつくり、ユニオンショップ協定を結んで、その会社に入社すると、本人の意志に関わりなく、自動的に組合員になる仕組みであった。さらに組合費は会社が労働者に支払う賃金のなかから、社会保険費などと共に天引きし、まとめて組合に渡してくれる、チェックオフ制をとっていた。

本人の意志で労働組合に加入し、自分で組合費を払うのと、前述の日本の企業単位の組合とでは、構成メンバーの意識がまるで違うのは当然のことだなーと思った。そしてアメリカ方式のほうが、労働組合の本来の機能を果たせるものだなーと思った。

個人加盟のアメリカの組合

しかし個人加盟というのは、運営する側はたいへんである。加入が個人の意志なら、脱退も自由である。未組織の労働者に労組加盟の決断をさせるのがオルグの役割である。そして組合員が加盟しているメリットを感じるように、つねに労働条件向上の活動やたたかいをリードして、かつその成果を上げねばならない。会社側は加盟の妨害や脱退への働きかけをやるだろうから、労組の指導部は真剣勝負の日々だと思う。

当時の日本とは全く違う、労働組合の組織形態に、私はたいへん興味をそそられ、次々と具体的な質問をした。そこで彼は、私をものでごく広い、地下室に案内してくれた。そこには何重にもなった棚に、ぎっしりつまった組合加盟者の個人カードがつまっていた。今ならコ

ンピューター1台におさまってしまうのだろうが、いくら物質文明の発達していたアメリカでも、50年前ではコンピューターはない。それで体育館の何倍もありそうなスペースを、フルに立体的に活用して、組合員カードが収納されていたのである。機関紙も7か国語で出されているくらいだから、さまざまな角度から、分類整理されているのだろう。

アメリカとカナダに及ぶ広大な組織だから、地域支部が何段階にもあり、末端の支部が、日常的に組合員と接しているという。それぞれのレベルの機能を果たすために、専従者がいるらしい。そして本部のビルには、テレビ放映の設備もあり、組合員はきめられた時間に、きめられたチャンネルに合わせると、自宅にいながら、組合の情報を読まれるのだという。それも7か国語でやるのか英語だけなのかは書き忘れてしまった。

加盟組合員の働く職場は、日本のように、片倉とか郡是とかいう企業名ではなく、A支部の、B地域の、Cブロックの、ローカル番号〇〇〇〇〇〇というふうに、番号しかついていない。

加盟組合員が職場で何か問題にぶつかり、組合の指導を受けたり、会社側と交渉してほしいと思うと、末端のローカル支部の専従者に相談に行く。その問題が、その職場で働く組合員全員に関するものでも、一部の複数の組合員の場合も、たったひとりの場合でも、専従者は同じように対応する。そして必要に応じて、組合員とともに会社と交渉したり、場合によっては、組合員と話しあって、なんらかの争議行為にはいるというわけである。

まず企業内組合があり、それが同業種の連合体をつくるという日本の組合形態の限界を、漠然と感じていた私には、たいへん参考になった。

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



アスベスト作業管理規則を支える手引改正提案

Consultative Document CD181, HSC, U.K., 2001.2.21

職場におけるアスベスト管理規則を支える
既存の2つの実施基準を改正する提案

概要

1. この[協議用]文書(CD)には、現在、職場におけるアスベスト管理規則(CAW)を支えている、2つの実施基準(ACoPs[Approved Codes of Practice])を改正する提案が含まれている。読者の便宜のために、文書は2つの部分に分かれている。第1部は、「通常免許が必要とされるアスベスト作業」に名称を変更することが提案されている)L27「アスベスト作業管理」の改正提案に、第2部は、L28「アスベスト断熱材、アスベスト塗装およびアスベスト断熱板作業」の改正提案に、当てられている。

協議

2. 委員会[HSC]には、1974年労働安全衛生法16(2)および(4)節その他に基づき、政府に対し既存の実施基準[ACoP]を改訂する提案をする前に、適切な諸組織と協議する義務がある。それが本文書の目的であり、委員会は、本文書に含まれる改訂文書に関する意見を聴きたいと願っ

ている。本CDは、自由に複製していただくことができ、また、安全衛生庁[HSE]のウェブサイトでも入手できる。あるいは、裏表紙に記載された住所[省略]のHSE Booksでも入手することもできる。

- 意見は、2002年3月22日までに寄せていただきたい。表表紙に、意見の宛先と、とくに要請がない限り、寄せられた意見は公表される旨を記載してある[省略]。意見は自由な形式でお寄せいただいても結構だが、本文書の末尾には、便利な切り離して使える回答用紙がつけてある[省略]。
- 付録4の質問用紙は、意見を求める事項を提示している[省略]。
- すべての意見を尊重し、考慮させていただくが、詳細な返答は困難である。しかし、結論に至れば、その内容と改訂されたACoPsの詳細を公表する。
- 組織の肩書きではなく、個人としての立場で本協議用文書に意見をお寄せいただく場合には、あなたが提供する情報が1998年情報保護法に規定する「個人情報」に該当する可能性があることに注意していただきたい。HSEは同法上の「情報管理者」であり、安全、衛生および環境上の目的のために、その情報を処理することになる。

HSEは、収集目的に沿ってまたは同法により公表が認められている場合には、当該情報をいずれかの個人または組織に対して公表する場合があります。あなたには、当該情報の写しを要求し、また、誤った情報の是正を要求する権利がある。

7. 本協議手続の実施方法に不服がある場合には、以下の者[氏名・住所省略]に申し出ることができる。

はじめに

8. 政府と安全衛生委員会(HSC)は、人々が作業活動によりアスベストに曝露することをなくすために必要なあらゆる行動をとる決意でいる。HSCはすでに、CD176において、1987年職場におけるアスベスト管理規則(CAW)の改正提案の改訂版を発表している[3月号30頁参照]。提案された改正点には、家屋以外の建物におけるアスベストを管理する新たな義務、アスベスト含有物(ACMs)の分析を行う者は認証されているべきであるという新たな要求事項、および化学物質指令が要求する様々な改正点を含んでいる。

9. 化学物質指令(CAD)は、1998年4月7日に、欧州閣僚理事会によって採択されたものである。これは、アスベストを含む、有害化学物質を扱う労働者の安全と健康を防護するための最低要求事項を設定している。CADの安全に関する要求事項は、新たな規則案—2002年危険物質および爆発性気体規則により、実施される予定である。CADの衛生に関する要求事項は、既存の法令—健康有害物質管理規則(COSHH)、職場における鉛管理規則(CLAW)および職場におけるアスベスト管理規則(CAW)の改正によって実施される予定である。

10. アスベストに関してCADが要求することの多くは、これまでCAWになされてきた数多くの改正提案の完全実施を確保する目的で、CAWおよびそれを支えるACoPsにおいてすでに実施されている。同規則ですでに黙示されていたことを、明示した場合もある。改正提案には、以下の内容が含まれる。

・アクションレベルを超えそうな場合には、アセスメントの「重要な結果[significant findings]」を記録

および保存しなければならないという要求事項

- ・ 大気監視の結果必要とされる場合には、新たなアセスメントを実施しなければならない。

- ・ すべてのアスベスト作業に、作業計画が必要とされる。
- ・ アスベストに曝露する労働者の数は、合理的に実行可能な限り、少なくしなければならない。
- ・ 現場に保管するアスベストのストックは、合理的に実行可能な限り、減らさなければならない。
- ・ 限界値を超える曝露を低減するための迅速な手段がとられなければならない。
- ・ 災害、小事故および緊急事態に対処する手続の提供および救急サービスへの届出に関する要求事項

11. 別のACoPにより支えられる新たな管理義務[建物内のアスベスト管理義務]は別として、同規則[CAW]の他のすべての改正点は、現在の27およびL28のACoPsによって支えられることになる。これらの文書は、改訂規則を支えるうえで、また、すべての作業活動による曝露—とりわけ建築物や建物内の既存のACMsをかき乱すことにより生じる作業に関連した曝露の防止と管理に貢献し続けるうえで、効果的であるべきとされる場合に、改訂を必要とする。最新の産業界の実践を反映させるようにACoPsを最新化することも、改訂の機会となってきた。

12. 本協議用文書は、L27およびL28のACoPsに対する改正についての、意見のみを求めるものであることを指摘しておかなければならない。CAWの実際の条文に対する本体の改正提案に関する協議は、昨年実施された(CD159[2000年7月号57頁参照]参照)。その後、バルクサンプルの分析機関は認証されているべきことを要求する追加提案が、改訂規則案第20条として追加された。この提案に関する協議は、CD176[2002年3月号30頁参照]の対象であって、本協議手続の対象外であるが、L28の改訂提案はその点を考慮に入れている。

13. 意見提出者は、本文書に含まれる改訂ACoPsは、ACoPの構成内容および手引[guidance]に関するHSCの最新の基準に基づいて策定され

ている(L27とL28はともに現在ACoPである)ことに留意する必要がある。該当文書のほとんどが、実際には、ACoPというかたちを維持している。

両ACoPsに関連した背景

14. アスベストは、その断熱、耐火、その他の物理的・化学的特性から、長年にわたって広範囲に使用されてきた。建築物には、例えば、セメント外装材、樋やパイプ、構造用梁への耐火吹き付け、パイプスペースや仕切り壁の断熱板、天井や床タイル、パイプやボイラーの保温材にアスベストが使用された。
15. アスベスト繊維には多くの種類がある。通常、クロシドライト(青)やアモサイト(茶)を含む角閃石族(アンフィポール)アスベストと、「白石綿」として知られるクリソタイルなどの蛇紋石族アスベストに分類される。アンフィポール・アスベストとクリソタイル・アスベストのどちらに対しても、欧州連合によりカテゴリ-1という、最も高い発がん分類が当てられている。アスベスト繊維を吸入することは、主要には胸膜と肺の腫瘍である、アスベスト関連疾患を引き起こす可能性がある。健康影響に関する世界中の調査研究は、いかなる種類のアスベストについても、曝露の安全な閾値を支持する確実な証拠は存在しないことを示している。それゆえ、曝露を完全に防止できない場合には、合理的に実行可能な限り、厳しく管理する必要がある。
16. 1980年代以降、以下のことによって、アスベスト作業をますます規制することが、HSCの方針であった。
 - (a) アスベストの輸入、供給および使用の禁止(現在、全面禁止には、ごくわずかの例外があるだけである)
 - (b) すべてのアスベスト作業の厳格な管理、とりわけ
 - (c) 最も高いリスクをもたらす形態のアスベストに関わる作業の認可制
17. いまでは輸入、供給および使用は禁止されているものの、440万の建築物がなおアスベストを含んでいるものと推測されている。このうち200万近くが、家屋以外の部門のものである。良好な状

態に保たれ、かき乱されないままである限りは、アスベストは危険ではないが、かき乱されたり、傷つけられたりした場合には、吸入すると健康に有害な繊維を飛散させる。

第1部 L27「アスベスト作業管理」の改正提案

L27に特有の背景

18. 1995年にJulian PetoとHSEの疫学者によって実施された研究は、現在、アスベスト関連疾患によるリスクにさらされている最大の労働者集団は、解体、補修管理、改修および、大工、配管工、電気工、建具工や配線工などの建築関連の職業に関わる人々であることを示した。これらの労働者は、知らないまま、ACMs [アスベスト含有物]に、しばしば常に、通常の日常業務において出くわしながら作業を行っているため、とりわけ危険な立場にある。
19. この研究は、毎年、2,000-3,000名の人々がアスベスト関連疾患、とりわけ中皮腫によって、死亡していることを示した。これらの死亡のおよそ4分の1が、かつて補修管理や建築業で働いた人々である。
20. 2001年に、建築物の補修管理および関連の職業に焦点を当てた、2つの新しい手引書「アスベスト必携」および「アスベスト必携作業マニュアル」を発行した。したがって、今回のこのACoP [L27]の改訂は、最もリスクの高いこれらの産業に対する指導に目標を定めるという方針を持続する機会としなければならない。

主要な問題点/改正点

表題

21. 「アスベスト作業管理」という現在のL27の表題は、この文書がすべてのアスベスト作業に関連していることを暗示している。実際には、製造業、多数のACMsに関わる小さな[minor]作業とアスベスト・セメントに関わる大きな[major]作業を行う建築業を対象としている。広い範囲にわたる職業が含まれることから、それらを漏らすことがないように特定すると非常に長すぎてかさばったもの

になってしまうだろう。それゆえ、本ACoPを、「通常は認可を必要としないアスベスト作業」、と課題することを提案する。

22. 認可が必要な物(アスベスト断熱材、アスベスト塗装およびアスベスト断熱板(AIB))に関わる作業が、明確な除外規定のもとで、認可を必要とせず使用者自身の建物内でなされる場合もあることから、「通常は」という言葉を表題の提案に含めた。「小さな」という用語は、大きな仕事である場合が非常に多い、アスベスト・セメントに関わる作業には用いることはできないが、これらの作業も含まれている。

構成

23. L27は現在、3つの部分で示されている。第1部は、製造業と建築業の双方に対する一般的な助言を、第2部は、製造業に特有の追加的助言を、また第3部は、建築業に特有の追加的助言を与えている。本文書の目標を、最もリスクのある職業一すなわち、建築作業を行う者に向けてのために、本文書を2つの部分だけに分割することとした。第1部は、建築業に焦点を当てるが、製造業に関連したことも扱う。第2部には、製造業についてのみ適用される追加的な手引を含む。この構成の方が、よりわかりやすく手引を示し、首尾一貫したやり方であり、また、最もリスクのある者が、現行では文書の異なる部分に含まれている重要な情報を、見逃すことがないようにするものであると信じている。

アセスメント/作業計画

24. AIBに関わる大きな作業を行う者が、当該物のリスクがアスベスト・セメントよりも低く、認可を必要としないという誤った思い込みをしないようにするために、アスベスト・セメントとAIBを区別することの重要性を強調した。
25. CAW改正提案では、アセスメントの「重要な結果」という概念が導入されている。「重要な結果」を構成するアセスメントの要素についての手引を示した。
26. 改正規則案に沿って、作業計画は、もはやすべてのアスベスト作業について必要とされ、以前のように除去作業に限定されるものではないよう

に、手引を改正した。

情報、教育およびトレーニング

27. 現行規則第7条(規則案第9条)は、アスベストに曝露する可能性のあるすべての労働者が、適切にトレーニングを受けることを要求している。提案された建物内のアスベスト管理に関する新たな義務は、占有者および/または所有者に、かき乱した場合にリスクにさらされる者に対してアスベストに関する情報を提供する義務を課してはいるものの、リスクにさらされるすべての補修管理労働者に、建築物内のアスベストの危険性に警戒するための基本的なトレーニングを提供する必要性は残されている。このような労働者は、意図的にアスベストに関わる作業を行う労働者に必要とされるような、特別のトレーニングを与えられる必要はない。それゆえ、本ACoPでは、トレーニングという主題を「基本的」および「追加的」に区分している。

28. 労働者をアスベストから防護するための管理手段および技術の信頼性という理由から、トレーニングのための実際的要素の必要性を導入した。すでに実際的要素を組み込んでいるトレーニング・プロバイダーもあり、この手引の改正は、すべてのプロバイダーを同じ基準に引き上げることを追求するものである。トレーニング・プロバイダーに教材を改訂する時間を与える、導入期間が必要かもしれない。

改正規則案第10(6)、10(7)、14および20条の手引

29. 標記の提案された新しい要求事項についての、手引を提供した。管理限界を超えた場合に迅速な手段をとることとした規則案第10(6)条、合理的に実行可能な限り低いレベルに廃棄物を保つこととした規則案10(7)条、緊急手続の準備に関する規則案第14条、および、サンプルの分析を実施する機関は認証されるべきであるとした規則案第20条、である。

雑則

30. 現行のACoPは、現在の慣行および最近作成された「アスベスト必携作業マニュアル」に示す手引に合致していない、低い基準の保護衣を提供

することを許している。改訂ACoPでは、一体化したフード付きのフルオーバーオールという現在の水準に沿った手引をもたらすように改正した。

31. 現行のACoPに示されている特別の洗濯に関する手引は、実行可能と考えられなかったために、維持されなかった。実行可能で、なお労働者の健康を防護する基準を含めるように、新たな手引が改訂された。

意見を求める事項

32. HSCは、本文書の第1部に含まれる改訂提案に関する意見を希望する。とりわけ知りたいことは、以下の点である。
- ・本ACoPの名称変更の提案を支持するかどうか。
 - ・ACoPおよび手引の新しい構成を支持するかどうか。
 - ・ACoPの要求事項と一般的な手引とのバランスが適切にとれていると考えるかどうか。
 - ・アセスメントにおける「重要な結果」の構成要素に関する提案に同意するかどうか。
 - ・「基本的」および「追加的」トレーニングにおいて提供することを要求される情報および教育を分割するというコンセプトに同意するかどうか。
 - ・実質的なトレーニングが必要であり、提案されるテーマは合理的であるというコンセプトに同意するかどうか。
 - ・トレーニング・プロバイダーがその教材を改訂されたトレーニングに関する要求事項に合うように改訂するための導入期間が必要と考えるかどうか。もし考えるとすれば、適切な期間はどのくらいと考えるか。

第2部 L28「アスベスト断熱材、アスベスト塗装およびアスベスト断熱板作業」の改正提案

L28に特有の背景

33. 安全衛生研究所(HSEの機関)は最近、アスベスト除去後に実施される視覚による除染度検査の現行の基準を調査し、除去業者の作業終了後の残存アスベストのレベルをある程度評価する調査を行った。この報告書は、監督官の、申立に

基づく監督およびアスベスト除去業の定期監督における指摘を裏づける、多くの問題点を提起した。(報告書は、HSE情報センターおよび安全衛生研究所のウェブサイトで見ることができる。)

34. 問題点には、以下のことが含まれる。

- ・除染度を評価した区域の50%超は湿潤化されていた。この主な理由は、乾燥するのに時間のかかる業務用スプレー(PVA)が使用されていたためである。
- ・分析に用いられた最も一般的な大気攪拌法(ビニール袋を振り回し、囲みの壁を叩く)は、粉じんをかき起させ、大気分析のサンプル採取に十分なほど浮遊し続けさせるには有効でないことが、実験によってわかった。
- ・囲み内の床の90%超が汚染されていることが観察され、また、除染度評価の最中に床の上の粉じんをかき乱そうとするわずかな試みがなされた。
- ・除去業者が退去した後にかなりの数の訪問者があり、囲みが設置される前またはそれを撤去された後の両方の清掃の手はずの有効性に疑いを生じさせるような汚染を生じさせたと考えられた。

主要な問題点/改正点

構成

35. 現行のACoPで示されている手引は、多岐にわたる諸規則に由来する様々なテーマごとに分類されている。HSCは、他のACoPにならって、本ACoPを規則の条文建てにしたがって整理することを提案する。これによって、ACoP、手引および規則の間の関係を、よりわかりやすくすることができる。しかしながら、今日産業界が採用し、従っている管理や手順が複数の規則に由来していることから、必然的に、相互参照によって克服されなければならないオーバーラップは存在する。新しい構成の主な欠点は、例えば、囲いおよび覆いの管理の項が、理想的と考えられる位置よりも文書のかなり後ろの方に来てしまうなど、最も論理的な順序にあらわれない項目が出てくるということである。

適用/対象者

36. 現行では、L28の適用に関する項は、「1983年アスベスト(認可)規則第3(2)(a)条によって除外

される、アスベスト断熱材、アスベスト塗装およびアスベスト断熱板に関わる短時間の作業」には適用されない、と述べている。しかし、短時間の作業であってもリスクが高いものもあることが認識されるようになってきており、したがって、L28の管理や手順をより厳しくすることが正当化される。HSCはそれゆえ、この点に関するL28の適用は、関係する時間ではなく、リスクをベースにすべきであると考えるかどうかについての意見を聴きたい。

37. 現行のACoPは、主として認可を受けたアスベスト業者を対象としているが、自らの施設について自らの労働者によって作業を実施するという理由で、認可を免除されている使用者にも関わり合いがある。賃貸、供給および保守管理業は、過去において見逃されてきたそのような存在の一例である。この業界は、大気抽出装置、衛生設備や電気掃除機などの機器を供給、保守管理することによって、認可アスベスト業者を支えている。これらの機器の保守管理は、アスベスト曝露を防止するために実施されるべき適切な管理や手順を必要とする。今回の改訂を機に、適切な例示を用いてこの点をはっきりさせた。

義務

38. 労働者以外の者のために、使用者の義務の範囲を説明するために、改訂ACoPに表をひとつ追加した。それらの義務および当該作業に適用されるその他の安全衛生諸規則に基づくその他の義務を負う者について説明する手引も追加した。

確認

39. 新たな管理義務(規則案第4条)の効果のひとつは、建築物におけるアスベストの存在およびタイプに関する情報を入手可能とすることである。この情報が入手できないか、または信頼できるかたちで入手できない場合に、使用者がとるべき行動についての手引を示した。

アセスメント/作業計画

40. どちらであるか決めにくい物をAIBではなくアスベスト・セメントであると決めてかかり、誤ってより劣る基準や注意を採用することがないようにするために、アスベスト・セメントとAIBを区別するこ

との重要性を強調した。この点についての手引は、知らないがためにこのような過ちを犯す可能性がある依頼者や請負業者を対象に、L27にも同じ内容を示してある。

41. 近年HSEは、容認しがたいほどのリスクを引き起こすことから、乾燥した状態での除去、ホットワークや不必要な電動工具の使用をやめさせようとしてきた。この立場は今回の過程において一層強調されており、乾燥した状態での作業を避けるべき理由を説明した手引が追加された。乾燥した状態での作業をやめさせることは最優先の必要性があることから、これまで記述されていた、乾燥した状態における作業方法に関する助言は、もはや適切ではないということで、削除した。

42. 「適切かつ十分[suitable & sufficient]」なアセスメントの必要事項に関する手引は、建物の汚染を除去し、再使用にふさわしい状態に確保するために必要とされるアセスメントを含めるように、改訂された。本ACoPの対象となるすべての作業は、「除染証明書[clearance certificate]」の作成をもって終了されなければならない。事前の考慮や計画が不十分なまま作業が実施されてしまって、作業が終了しても、(除染証明のもととなる)視認調査や大気分析を提供する契約者が、ACoPに定められている基準やUKASの認証の対象とされる基準に合致したやり方で行うことができない場合がしばしばある。今後、こうした問題が生ずることを防止するために、本ACoPは、作業を実施する前に、必要な事前の考慮や計画が必要であることを明記した。

43. CAWの改正提案は、「重要な結果」という概念を導入している。「重要な結果」の構成要素となるアセスメントの要素についての手引を示した。

44. 作業計画について、どのような情報が必要とされるかをはっきりさせる手助けとして、具体例を組み入れた。

45. アセスメントの重要な結果を記録するという新たな要求事項は、別途の、作業計画を立てる必要性を不必要なものにするかもしれない。現在の提案では、作業計画を必要とする義務を別途に立てている(規則案第7条)が、HSCは、この点に

関する意見を聴きたい。このことは、L27とも関係している。

届出

46. 本ACoPは、認可を受けない使用者にも適用される部分があることから、それらの使用者に適用される、CAWの届出に関する要求事項についての手引を組み入れた。認可を受けている業者は、認可条件のもとで届出をしているので、影響はない。

情報、教育およびトレーニング

47. 近年HSEは、認可制度の運用を通じて、アスベスト作業、監督者、管理者に対するより定型的なトレーニングを要求してきた。このことは、業界全体を通じて水準を引き上げるのに成功してきたように思える。改訂ACoPはそれゆえ、業界の大部分においてすでに行われている改善された水準に沿った内容を取り込む必要がある。監督者や管理者に対するトレーニングを、彼らの必要性に関連し、対象に合ったものにするために、これら特定の集団に必要な追加的なトレーニングについての手引を示した。

48. 労働者をアスベストから防護するための管理手段および技術の信頼性という理由から、トレーニングのための実際の要素の必要性を導入した。すでに実際の要素を組み込んでいるトレーニング・プロバイダーもあり、この手引の改正は、すべてのプロバイダーを同じ基準に引き上げることを追求するものである。トレーニング・プロバイダーに教材を改訂する時間を与える、導入期間が必要かもしれない。実際のトレーニングに関する手引も、L27にも掲載されている。

49. 現在提供されているトレーニング・コースの期間が実に様々であるという報告が、HSEに届いている。改訂ACoPのなかでトレーニングの期間に関する言及もされているが、この問題は、アスベスト労働者一般に対するトレーニングを検討するための欧州プロジェクトの一環としても検討されている。したがって、この問題に関するよりくわしい手引は、そうした議論の結果を待つべきであると思われる。その間、トレーニングが対象とすべき問題に関する欧州プロジェクトの勧告を、適当

な場合に、改訂ACoPに反映させることとした。

覗きパネル

50. HSEは長期間にわたって、囲みに覗きパネル [viewing panels] を使用することを奨励してきた。不幸なことに、業界は、この措置を採用するのが遅い。CADの改正点のひとつは、使用者に、アスベストに曝露する者の数を合理的に実行可能な限り削減することを要求している(改正規則案10(1)(b))。十分な数の覗きパネルを適切に設置すれば、外部から作業を監視することが可能になり、作業を監視する者が囲みの中に入る必要性を低減することになるだろう。改訂ACoPはそれゆえ、文書のいくつかの箇所で、覗きパネルの必要性を強調している。

装置・機器の保守管理

51. 装置や機器の保守管理をする労働者の曝露の管理および衛生設備の保守管理に関する新たな手引を示した。さらに、RPE [呼吸用保護具] の完全な検査に関する手引を示した。

改正規則案第10(6)、10(7)、14および20条の手引

52. 標記の提案された新しい要求事項についての、手引を提供した。管理限界を超えた場合に迅速な手段をとることとした規則案第10(6)条、合理的に実行可能な限り低いレベルに廃棄物を保つこととした規則案10(7)条、緊急手続の準備に関する規則案第14条、および、サンプルの分析を実施する機関は認証されるべきであるとした規則案第20条、である。この手引もまた、L27にも関連し、含まれている。

囲い

53. 認可を受けたアスベスト業界の大部分で実施されている、囲みについての現在の水準は、現行のACoPを適切に反映していない。それゆえ、窓その他の周囲の密封の必要性、十分な規模でかつ適切に設置された大気抽出装置、可能な場合は常に換気装置の必要性、についての助言を改訂ACoPに含めた。

54. 改訂ACoPは、除去/封じ込め作業では標準的に囲いが使用されなければならないという概念を再度強調している。さらに、この領域に関しては、

解放された現場における、グローブバッグの使用およびラップ・アンド・カット技術についての助言を示した。

汚染除去

55. 業界ですでに採用されている水準にまで手引を引き上げるために、予備的な除染手順および最終除染に関する助言が拡張された。とりわけ、作業者の除染を廃棄物袋から切り離す必要性が強調された。

清掃・除染

56. CAW規則の必須要素のひとつは、アスベスト作業が完了したときに、建物を徹底的に清掃するという要求事項である。「除染証明書」という手順が、現在、業界で採用されている。しかし、「除染」される区画は、ほとんど囲みの内側だけに限られている。また、最近行われた調査(33項で言及)は、現在の清掃および大気分析の手順は、必ずしも当該区域が適切に除染されたことを保証するものではないことを示している。改訂ACoPは、清掃および「除染」の手順を実態のあるものにするように、大きく改正した。それは、各関係者の義務および役割を説明し、4段階の手順に基づく「再使用証明[certificate of reoccupation]」という概念を導入している。また、清掃および除染を必要とする区画を、囲みの内部以外にも拡張することをはっきりさせている。さらに、証明書を発行する者は、アスベスト作業を実行する者から独立していることの必要性を強調している。

洗濯

57. 現行のACoPに示されている特別の洗濯に関する手引は、実行可能なものでなかった。実行可能で、なお汚染の拡大を防止できると考えられる基準を含めるように、新たな手引が改訂された。

健康記録および医学的サーベイランス

58. CADによって本規則に導入された新たな要求事項を補強するための新たな手引が含まれた。しかし、規則の新しいサブセクション9は、それ自体で明瞭であり、示した手引は簡単なものである。

衛生設備

59. 衛生設備についての改訂手引に、業界における最良の実践を反映した、食事、廃棄容器の

準備、廃水処理についての基準を組み入れた。HSEの関心のある領域のひとつで、手引を必要とする課題のひとつでもある、シャワー区画の大きさについての新たな手引を示した。

意見を求める事項

60. HSCは、本文書の第2部に含まれる改訂提案に関する意見を希望する。とりわけ知りたいことは、以下の点である。

- ・本ACoPおよび手引の新しい構成を支持するかどうか。
- ・ACoPの要求事項と一般的な手引とのバランスが適切にとれていると考えるかどうか。
- ・L28の適用を作業時間ではなくリスクに基づくべきかどうかという点についての決定をどう考えるか。
- ・「重要な結果」を構成する要素についての提案に同意するかどうか。
- ・アセスメントの重要な結果を記録するという要求事項は、作業計画を立てるといった別の要求事項の必要性に取って代えてよいと考えるかどうか。
- ・監督者および管理者に対する追加的トレーニングについて明示した要素に同意するかどうか。
- ・実際のトレーニングが必要であるという概念、および、提案されたテーマは合理的であるという点に、同意するかどうか。
- ・トレーニング・プロバイダーがその教材を改訂されたトレーニングに関する要求事項に合うように改訂するための導入期間が必要と考えるかどうか。もし考えるとすれば、適切な期間はどのくらいと考えるか。
- ・覗きパネルという概念、および、この問題についての手引が明瞭であるという点に、同意するかどうか。
- ・「再使用のための除染証明」という概念、および、4段階の手順に関する手引が合理的かつ明瞭であるという点に、同意するかどうか。

費用および効果の概要

61. これらの提案を支える規制影響評価(RIA)は、付録3に示してある。すでに述べたように、ACoPに対する改正点のいくつかは、化学物質指令(CAD)および物質の分析についての認証に関

する提案の結果である。これらの費用および効果は、すでに推計され、CD176を支えるRIAに含まれている(CADに関して2億3,200万ポンド、認証に関して230万ポンド)。改訂 ACoPs で扱われている他の点のいくつか、とりわけ補修管理労働者のトレーニングについて(1億3,500万ポンド)は、アスベスト労働者防護指令の改正提案に対するイギリスの回答の一部として、すでに吟味されている。

62. 2つのACoPsに関する改正提案の他の点に

関する費用(すでに含めたものは除く)は、320万ポンドと370万ポンドの間で、効果は600万ポンドと800万ポンドの間と、推計されている。

- 付録1 実施基準L27改訂案
- 付録2 実施基準L28改訂案
- 付録3 規制影響評価
- 付録4 本協議手続への回答用紙



※原文は、PDFファイルで226頁。<http://www.hse.gov.uk/condocs/cd181.htm>で入手できる。

アスベスト曝露からの労働者のより一層の防護

Europarl News Report, Europa, 20002.3.19

アスベストは、深刻な疾病を引き起こすとりわけ危険な物質であり、今なお、多くの作業現場に存在している。アスベスト曝露が問題になっている産業は、近年変化しており、製造業においてもなお危険は存在しているとはいえ、今日では、アスベストの除去に関連した産業において最も際だっている。

[欧州]委員会はそれゆえ、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現行の指令を最新化することを提案しているところである[2002年1・2月号71頁参照]。この提案は、曝露限界値を引き下げて、一本化すること(現在の二本立てに対して)を提案している。また、指令の適用対象を変更し、曝露が限定的な場合の条項を簡略化し、新たな測定方法を導入し、また、労働者のトレーニングも扱っている。

火曜日(3月19日)に、[欧州]議会の雇用・社会問題委員会は、この問題に関するElisa Maria DAMIAOの報告を、第一読会の共同決議手続のもとで、賛成32票、反対3票、棄権3票で採択した。[欧州]委員会の提案に対する修正のなかで、[雇用]委員会は、労働者の防護レベルの引き上げを追求した。

欧州議員たちは、一定の種類作業(解体、改修、補修管理)については、アスベスト曝露限界を引き

下げることを要求した。また、曝露測定の参照時間を、すべてのケースについて、8時間から4時間に引き下げるべきであるとした。さらに、本規則は、請負業者を含めた、作業を実施するすべての使用者に適用されなければならない、とした。

労働者に提供されるべきトレーニングの内容は、より詳細に明記されなければならない、また、中小企業や自営業者に対するトレーニングの財政的取りはかりを含めなければならない。

アスベストを含有していると思われる物の判定のための情報を提供することを求められる者および組織のリストは拡張され、欧州議員たちは、加盟各国に対して、公共建築物および工業用・商業用建築物ならびにアスベストを含有している場所の国レベルの登録を策定することも求めている。

最後に、アスベスト除去に関わるコストを受けて、委員会は、加盟各国に対して、本指令に基づく国内法令違反に対する制裁措置を導入するよう、求めている。

この報告に関する全体会議における討論と投票は、4月のシュトラスブルクでの会期に行われるものと見込まれている。

※原文は、http://www.europarl.eu.int/press/index_en.htmで入手できる。



三池炭じん爆発から40年

東京●資料集刊行に向けてシンポジウム

来年の〈11・9〉でちょうど40年の節目を迎える。1963年、日本有数の産炭地・福岡県大牟田市にあった三井三池炭鉱（1997年閉山）の三川鉱で、死者458人を出す戦後最悪の炭鉱事故があった。世に言う「三池炭じん爆発」である。最悪の最悪たるゆえんは、死者の数ばかりではない。労災認定されただけで839人の一酸化炭素（CO）中毒患者が出たからである。ここでわざわざ「労災認定されただけ」と、前置きを伏したのも、労災の認定の枠外に追いやられた患者たちもいるということを知りたいがためである。事故当時坑内には約1400人の炭鉱マンがいた。事故直後の救援活動に参加し、坑内に下がった者もいたであろう。

事故後に、「ガス患」「ニセ患者」と、ののしりの言葉がヤマ元で出てきたのも、CO中毒が精神症状を主な症状とするからである。買い物でお釣りの計算ができなかったり、ごみを持ち帰っては家に大切に保管したり、狩猟の名手が「0.1」の検眼も見えなかったり……。そんな多彩な症状を誰が理解することができるだろうか。引き受けるのは、結局は患者の家族だった。三池CO中毒の恐ろしさは、むしろ軽症患者や認定外患

者、そして家族にこそ、象徴的に出ていていると思っている。

そうした罹災者一人ひとりが現在どうなっているのか。残念ながららすべてを把握できていないのが現状だ。一口に40年と言っても、事故の風化に抗する年月でもある。そんな中、私たちは2月に東京都内で、シンポジウムを開いた（表紙写真）。事故に関する膨大な資料を編纂した資料集の出版を準備している私たちの作業を公にするための企画でもあった。

50人が参加

全国安全センターの後援をいただき開催したシンポジウムには、50人の参加をみた。中には大学生の姿もあった。

パネルディスカッションには、パネリストとして、CO中毒患者の長期追跡調査をしている医師の原田正純氏、三池CO家族訴訟の原告弁護士的美奈川成章氏、ルポライターの鎌田慧氏、全国安全センター顧問の井上浩氏が登壇した。原田、美奈川両氏は研究会の副会長で、現在資料集の刊行のための編集委員でもある。

原田氏からは、①事故を引き起こした責任、②被害を拡大させた責任、③償う責任—の3つの責任論に言及し、当時の三井鉱山の

無責任さを指弾した。一方で、当初は「CO中毒に後遺症はない」という日本医学界の“定説”を検証もなく鵜呑みにし、患者の訴えに耳を貸そうとしなかった専門家の責任も強く批判した。また、美奈川氏は、「被害者である労働者が、家庭では加害者になる構造がある」と指摘し、CO中毒が患者だけでなく、家庭崩壊をもたらす構造的な被害実態について言及した。

元労働基準監督官として、労災現場の実態に詳しい井上氏からは、労災隠しの実態などを紹介しながら、精神疾患の労災認定が難しいのは、「労災法は労働基準法が元になっており、『業務に基因することが明らかな場合』しか認定されない」という、法理論上の問題点を指摘した。現代の過労死問題の取材をした鎌田氏は、「過労死、過労自殺、じん肺、CO中毒という状況が日常化していることを、どうとらえるかという想像力が必要だ」とした上で、炭じん爆発の記録と検証の中から、『物取り闘争』に矮小化されていたこれまでの労働運動から、人間が自己解放されていくための運動の模索が必要だ、と訴えた。

事故の教訓

今回のシンポジウム開催のきつ

かけになっている私たちの資料集編纂の取り組みは、パネルディスカッションに先立ってあいさつに立った研究会の会長で、技術評論家の星野芳郎氏の言葉が簡にして明に言及している。「災害はいつでも起こりうる。CO中毒後遺症である精神障害も現代に普遍的な問題で、事故の教訓を後生に伝えなければならぬ」

私たちが「三池CO研究会」を立ち上げたのは1999年10月のことだった。そもそも研究会は、1966年に福岡地検の不起訴処分という形で、刑事責任が不問に付された三井鉱山の責任を追及する民事裁判の提訴を前後し、本格的に活動が活発化した。松尾蕙虹さんから患者・家族を原告とする、いわゆる事故後「10年目の告発」だった。現在の研究会は資料集の編纂を目的にしたもので、「次」で言えば、3次となる。現在、編纂を進めている膨大でかつ一級の資料群は、裁判を契機に集められたものがそのほとんどを占める。

研究会の立ち上げに際しての呼び掛け文を以下に記しておく。私たちが資料集を刊行する目的は、ひとえにこの未曾有の労働災害が起こった原因を資料でたどる一方で、企業や専門家の果たした無責任さも明らかにしておくことが、後世のいかばかりかの指針足りうと確信しているからである。星野氏が指摘するように、三池の炭じん爆発は「特殊なものではなく、どこでもいつでも起こりうる「普遍性」があるからである。

1963年11月9日、福岡県大牟

田市の三井三池炭鉱で起こった炭じん爆発事故から、36年が経とうとしています。

時間の経過とともに、死者458人を出した戦後最悪の炭鉱事故は、次第に世間の耳目からも遠ざかろうとしています。しかし、現在でも海外で繰り返される炭鉱事故や、薬害エイズ事件における専門家の姿勢などを見ると、果たしてこの事故の教訓が正しく生かされているか、安閑としてはいられません。

閉山した3年前、記者会見した三井鉱山の社長は「一寒村をここまでしてきたのは三井だ」と語り、日本最大のヤマ、三井三池炭鉱の108年の歴史をそう総括しました。果たして、「栄光のヤマ」として、三池の正史は編まれるのでしょうか。

この事件からは様々な三池の歴史を見ることが出来ます。ヤマ人の汗や涙はもちろん、大資本がいかに事故を隠蔽し、罹災者を切り捨てていくかという、厳しい現実も伺い知れます。

この悲しい事故で得ることが出来た貴重な教訓が、いかばかりかでも後生の人たちの役に立てばと、事故の全容を一次資料で迎える資料集の出版を計画するに至りました。これまで関わられてきた方々の情熱と努力を、少しでも今回の資料集出版にお貸し願えればと、ご案内させていただくものです。

一連の真相を迎える第一級の資料の多くが、第一次、第二次の「三池CO研究会」のメンバーの収集した資料です。今回、資料集出版にあたり「第三次CO研究会」を立ち上げるのは、そうした先達たちの

地平に立って、「三池CO研究会」の名前を残したいという思いもあるからです。

資料集の編纂にあたっては、研究会の中につくる「三池炭じん爆発資料集編集委員会」を母胎にしようと思っています。適宜、素案などを皆さんにお送りいたしますので、忌憚のないご意見やご批判をいただければ幸いです。

現在、裁判に提出された最重要の資料を中心に編纂をしているが、やっと目鼻の「め」の字くらいは付いてきた状態である。資料は大牟田市立図書館に一元的に集約し、研究会事務局で司書でもある大原俊秀氏が資料の整理にあたり、その整理した資料を各人が担当を決めて作業を進めている。図書館に集約しているのは、資料の散逸を防ぐとともに、資料集に掲載しきれなかった資料も、図書館に行けばすべて閲覧できるからである。

三池と水俣

ところで、こうした私たちの取り組みは、「10年目の告発」をした松尾蕙虹さんらの闘いがなければあり得ない。提訴までに10年もの年月がかかったのも、「裁判は物取り主義だ」という三池労組幹部の方針があったからだ。松尾さんの提訴があり、結局は三池労組も提訴（通称「マンモス訴訟」、1987年和解）することになったが、松尾さんらは三池労組除名という処分になった。

今回のシンポジウムで、「現地からの報告」と題してあいさつに

立った松尾さんは、「軽症だとされた患者の実態と、家族の苦しみ。夫は性格が一変して、子どもを追っかけまわす毎日だった。賃金差別の上に、軽症ということで、生活保護以下の収入だった。CO患者を抱える家族でグチの言い合える場が欲しいと思った。そのために、主婦会の役員を買って出た。そして、家族の会の結成。水俣病裁判に通い続けた。『三池はこのまま泣き寝入りをするのですか』と新聞記者から言われた」と、当時を振り返った。松尾さんが裁判の場で訴え続けたのは、「家族の損害」だった。三井鉱山の責任を認めさせたが、「家族の損害」は最高裁でも認められないままだった。

ところで、そもそも松尾さんらが提訴に踏み切ったのも、水俣病裁判の傍聴に通い続け、直接目の当たりにした水俣の人たちの闘いの姿に励まされたからだ。「公害の水俣、労災の三池」と称される2つの事件が、時期を同じくして闘われたのも偶然ではない。高度成長の旗の下で、労働者や地域住民の権利など一顧だにしなかった企業や国の冷徹な「資本の論理」を、その2つの事件の根底に読み取るのは誤りだろうか。松尾さんは、「10年目の告発」と題した当時のピラに、こう記している。

「(三井鉱山の)不起訴の理由を、当時の福岡検察庁山根次席検事は『労働者一人が社会に対して行う貢献度よりも、三井鉱山が社会に対して行う貢献度の方が大きいと判断、その貢献度を起訴してつぶしてしまう事は大きな損失と判断して、不起訴と決定した』——

絶対に許してはならない暴言を吐いたのです」

私たちの資料集は日本の歩んだ資本主義の道程をなぞるだけではない。将来に生かされるものではなくてはならないと思っている。

最後になったが、今回のシンポジウムは、企画段階から、後援をいただいた全国安全センターのみ

なさんにたいへんなお力をいただいた。事務局の進行の悪さもあり、シンポジウムの会場では十分なお礼の言葉も申し上げられなかった。この場を借りて、改めてお礼を申し上げます。ありがとうございました。



三池CO研究会事務局
木村英昭

再審査で業務上裁決

兵庫●全港湾弁天浜支部の港湾病闘争

神戸港における港湾病認定闘争の歴史は長い。すさまじい重筋労働によって腰痛をはじめさまざまな障害を発症した多くの被災労働者の闘いは、労災認定という側面では、総合的な健康障害の実態を矮小化し、限定的病像に押さえ込もうとする労働行政、認定基準との闘いであり、かつまた、現実に学ぼうとしない旧態依然とした医学との闘いだった。

表1をご覧いただきたい。明確な業務上疾病として労災請求したにもかかわらず、何人もが業務外認定されるという非道と、障害部位を極めて限定して認定するという非常識な取扱いを受けたことがわかる。

こうした中、第16次認定闘争において、40年近く港湾荷役作業に従事してきた経歴を持ちながらただひとり業務外とされた労働者Aさんについて不服審査請求が闘われ、兵庫局段階での審査請求

では棄却されたものの、再審査請求において原処分取消の業務上裁決が勝ち取られた。

Aさんについても、「腰痛症」のみを業務上とするなどその裁決内容には大きな問題がある一方(慢性腰痛症、頸椎症、両変形性膝関節症、陳旧性右手関節症で労災請求)、闘争経過を踏まえれば意義は大きく、本件に際し、長い闘争を継続してきた当該労組である全港湾弁天浜支部書記長の戸崎正巳氏と医師として闘争を支えている片岡浩之医師に報告を寄せていただいた。

わが国の筋骨格系疾患の労災問題の原点ともいえる港湾病認定闘争に今後とも注目し、学んでいかなければならないと考える。

関西労働者安全センター

× × ×

2001年11月、初診より5年半にわたる労災認定闘争で、中央審査会は「原処分取り消し」の判断を下

し、組合員の非災害性疾病(慢性腰痛症)が労災保険適用として認められた。

第16次労災職業病は、1997年4月4名を申請し、1998年3月に3名が業務上と認められ、1名が業務外であった。その1名の署の決定に不満を表明し、審査請求を兵庫労基局に提出するも、局は主治医の意見が遅れたことを理由に、たいした審査もしないまま監督署判断を支持する回答を示した。

これを不服とし、再審査請求を1999年2月に行い、審議が開始された。2000年3月には公開審理がおこなわれ、中央審査会に申請者本人と申し立て代理人が上京し意見陳述をおこなった。その後1年半におよび何ら返事のないまま経過し、抗議と催促の文章を送付するなどの行動を行い、このたびの結果となった。

今回の裁定は、この間の職業病闘争を大きく前進させるものとなった。これまでに159名を申請し、120名が認定された。しかし、その中で多くの被災者が労働行政の犠牲になったと言わざるをえない。それは、「当局に申請者全員の認定はできない」との基本的考えがあったからである。それを1名の再審査請求を認めさせたことにより、集団申請全員の認定を認めさせたことは、我々の主張が全面的に認められたことでもある。

内容的には、「年相応以上の高度な骨棘形成がみられ疼痛を伴っている」とし、「主治医の意見書における腰部の骨変化を読解する双方に違いがあった」としている。これは、こちらから当初より主張

していたことではあるが、結果として審査会を動かしたことであり、署の決定をくつがえしたものであることに間違いはない。また、勝因の大きなものは、最後まで本人があきらめなかったことである。これに

問 題

業務上腰痛の現状について誤っているのはどれか、ふたつ選べ。

- a 最近の年間の業務上腰痛は年間1万件を上回っている。
- b 業務上腰痛の頻度は年々増加傾向にある。
- c 産業別では非製造業に多く発生している。
- d 業務上の負傷に起因する疾病のうち腰痛が80%近くを占めている。
- e 業務上腰痛は“災害性腰痛”が“災害によらない腰痛”より圧倒的に多い。

これは、日本整形外科学会の認定する専門医になるための想定試験問題のひとつで、正解はaとbである。解説として、以下のように記されている。

「日本における業務上疾病は1970年代から徐々に減少しており、最近では年間1万人を下回っている。業務上腰痛も業務上疾病と同様に減少傾向にあり、平成11年度は年間5,000名ほどである。業務上の負傷

を引き続き、現在申請中の第17次5名(*)の全員認定に向け頑張っ て行きたい。(※2001年12月21日、腰痛のみだが全員認定。)

全港湾弁天浜支部書記長 戸崎正巳

に起因する疾病は業務上疾病の70%を占めているが、このうち80%を腰痛が占めている。業務上腰痛は災害性腰痛と非災害性腰痛に分けられるが、災害性腰痛が95%以上で、非災害性腰痛の頻度は少ない。産業別では、製造業より非製造業に多く発生しており、非製造業の中で運輸交通業がもっとも発生率が高い。」

あらためて安全センター情報2001年9月号で整理された統計をみると、非災害性腰痛のこの14年の総数が、事業主の届出件数で2,452件、労災認定件数で569件、それぞれ1年平均で175件、40件という実態である。関係者には周知の事実とも思われるが、労災職

表1 神戸港の港湾病労災請求・認定の状況

	第1次	第2次	第3次	第4次	第5次
請求年月日	74.9.19	75.12.25	76.3.27	77.1.22	77.4.11
決定年月日	75.7.24	76.9.6	76.12.13	77.7.14	77.11.29
請求者数	11	10	13	14	8
認定者数	6+1	8	13	14	8
部位内訳					
頸	0/5	0/5	8/10	0/3	2/2
肩	0/2	0/1	0/4	0/1	0/1
頸肩腕	0/2			0/1	
肘	0/1	0/1	2/4	3/4	3/4
手指		0/1	0/1	1/2	
腰	6+1/11	8/8	13/13	14/14	7/7
股		0/1			
膝	0/5		4/5	3/6	0/3
足				1/1	
臍	0/1				
耳介	1/1	3/3	2/2		
循環器					
消化器			0/1		

業病闘争に関与している整形外科医としては屈辱的な数字である。それ以上に腰痛を抱え日々労働している人々の存在に思いを馳せるなら、憤りすらおぼえる。

さて非災害性腰痛の業務上認定をめぐる、この間も絶えず問題となり、大きく立ちだかってくるのが、①認定基準(業務上腰痛の認定基準等について一昭和51.10.16 基発第750号)と②労働基準局地方労災医員(兵庫県では医師)である。

認定基準については、これまでも全国あちこちでその実態にそぐわない非現実性、非科学性、恣意性が暴露されてきているが、各労働基準監督署では実際に現在でも業務上外認定の行政判断を「基準を運用して」行っている。全港湾の認定闘争でも必ず焦点化するの、「重量物を取り扱う業務又は腰部に過度の負担のかかる作業様態の業務に相当長期間(おおむね10年以上をいう)にわたっ

て継続して従事する労働者」においては、「胸腰椎に著しく病的な変性(高度の椎間板変性や椎体の辺縁隆起等)が認められ、かつ、その程度が通常の加齢による骨変化の程度を明らかに超える」ことが要請される点である。しかし、通常の加齢変性という概念は曖昧かつ主観的なもので基準たりうるものではなく、またX線像と臨床像とは必ずしも完全に一致するものではない。

港湾荷役による筋骨格系の運動器疾病は、来る日も来る日も重量物を繰り返し文字通り全身で扱う重筋労働から、頰から肩、上肢の各関節、全身骨格の中心たる全脊柱、とりわけ胸腰椎移行部や下位腰椎、また下肢の各関節にも通常の生活・労働では考えられない物理的ストレスが永

年にわたって加わり、不可逆的な筋肉の緊張亢進と機能的—器質的短縮、脊柱もふくめ各関節の破壊—増殖性変化が著しい。実際の年齢よりも老けて見えることが多く、歯が悪い人も多い印象がある。診断—治療の基本は問診にはじまり、歩行をはじめとした姿勢、

表2 第17次港湾病労災請求・認定結果一覧

被災者	部位別傷病名	業務上外
1	慢性腰痛症(腰椎変形性脊椎症、腰椎変性すべり症)	○
	変形性肩関節症	×
	変形性膝関節症	×
2	慢性腰痛症(腰椎変形性脊椎症)	○
	変形性手指関節症	×
	変形性肘関節症	×
	変形性膝関節症	×
3	慢性腰痛症(腰椎変形性脊椎症)	○
	変形性手指関節症	×
	左肩鎖関節障害	×
	変形性膝関節症	×
4	慢性腰痛症(腰椎変形性脊椎症、腰部脊柱管狭窄症)	○
	頸椎・胸椎変形性脊椎症	×
5	慢性腰痛症(腰椎変形性脊椎症、腰椎変性すべり症)	○
	頸椎変形性脊椎症	×
	変形性膝関節症	×
	変形性手指関節症	×

第6次	第7次	第8次	第9次	第10次	第11次	第12次	第13次	第14次	第15次	第16次	第17次	計	病名
77.7	78.8	79.420	80.828	81.69	82.84	83.1226	85.9.10	90.8.10	94.7.7	97.4.21	01.6.1		
78.530	79.330	79.1221	81.430	82.3.16	83.2.18	84.8.27	86.7.30	91.7.29	95.9.27	98.3.12	01.12.21		
21	14	18	11	6	4	6	10	4	5	4	5	164	
19	9	7	4	5	4	4	7	3	4	3+1	5	125	
1/6	0/6	0/8	0/4	1/1	2/4	1/3	0/7	1/3	2/5	1/4	0/4	19/80	頸椎症、頸部捻挫
0/2		0/5	0/1	0/1	0/1		0/1	0/1	0/1	0/1	0/2	0/25	肩関節周囲炎、肩甲部結合炎、慢性肩関節症
0/3	0/1		0/1									0/8	頸肩腕障害
2/6	2/7	1/4	0/1	1/1	1/2		0/2		0/2	0/1	0/1	15/41	肘関節症
0/4	0/5	0/4		0/2			0/1			0/1	0/3	1/24	手指関節症
19/21	8/13	8/17	4/11	5/8	1/4	3/6	7/10	2/4	3/5	3+1/4	5/5	116/159	腰痛症
												0/1	股関節症、股関節炎
1/9	0/7	0/11	0/3		0/1	0/2	0/2	0/1	0/3	0/2	0/4	8/64	膝関節症、膝関節炎
0/1		0/1		1/1								2/4	足関節症
0/1												0/2	アキレス腱炎
												8/8	耳介変形
0/1												0/i	下腿循環障害
0/3		0/1										0/5	脱肛

(注) 1. 認定者数/請求者数 2. +1は、第1次は審査請求、第16次は再審査請求によって認められたもの

脊柱そして各関節の可動性、支持性、アライメントの異常、それをきたしている骨格を連結している筋肉、上肢・下肢の神経症状などの総合的評価である。その中で、単純X線は不可欠の検査ではあるが、X線像ですべてが説明できるわけでは決していない。

地方労災医員、いわゆる局医であるが、審査請求の結果、当初どういった見解を述べていたかが垣間見られることもあるが、X線フィルムを何枚かみて、「通常の加齢による骨変化」と比較し「医学的」に判定し、監督署の決裁に根拠を与えることがその役割となっている。第17次の認定闘争の中でも明らかになったことであるが、単純X線フィルムからとる所見は、局医であれ主治医であれ同じである。それを患者の病像を捉える上でいかに解釈するかこそが重要なのだが、局医は、単純X線フィルム所見から、一足跳びに業務上・外の結論に至っている。患者の陳述した詳細な重筋労働歴、監督署での聴き取り、各画像所見をも加味した総合的判断を提示した主治医意見書に対し、監督署の意を受けてか否かは知らないが、各部位について、X線フィルムをみて、これは○、これは×としているに過ぎない。医学的でも何でもなし、乏しい情報から下した単なる主観である。

第16次の申請者4名の内、審査請求も退けられ、昨年末に再審査請求で業務上認定を克ち取った1名も、本人そして組合の粘り強い闘いによるものであるが、主治医と局医のX線像所見の解釈をめ

ぐる内容上の対立が整理され、その結果認定されたのではなく、基準を前提に、再審査過程での検討で「加齢変性を超えている」という判断だったに過ぎない。

さらに第17次において申請した5名についても、慢性腰痛症については全員業務上認定を克ち取ったが、その他の部位、頸椎や肩、肘、手指、膝などについては、同部のX線フィルムをみて○、×とした(○はなかったが)局医の意見に完全に従ったかたちで、そのすべてが業務外とされるという結果になった(表2)。今後の労災保険治療費の請求行為に対して、あらためて検討し直して対応するとい

う監督署の譲歩付きではあるが、個別に十分な検討をしたということから対極にある、きわめて恣意的な結論である。

なお、単純X線像からだけでは判断材料として不十分であるという意見に対し、第16、17次では、監督署そして局医は組合と診療所に対診要請、つまり労災申請者を直接診察したいと言ってきていたが、これまで前例がないことと、監督署の決裁に今まで以上に局医の見解の比重が高くなることを懸念し、結果的にこの要請を拒否したことを附記しておく。



兵庫医療生活協同組合
神戸診療所整形外科・片岡浩之

初の船員の石綿肺がん認定

神奈川●電気エンジニアとして30年

Hさんは、1962年から1993年まで約30年間、機関士として勤務していた。主に電気エンジニアとして、船に乗り込み、機関部の中の修理に携わった。エンジンからの排気管、ボイラー、高熱部分などには全てアスベストが巻いてあり、電気関係においては、(船に1人か2人乗船する)船上でのちょっとしたエンジン等のトラブルの修理は、機関士が行っていた。またドックに戻ってきて修理をする際は、交替で監督したり、また小型の船の場合は、ドックの労働者と一緒に修理作業を行ったことから、アスベスト粉じん曝露した。

下船後、アルバイトなどをしてきたが、4年前のミニ人間ドックで異常を指摘され、検査の後、肺がんと診断された。翌年手術、右肺の3分の2を切除。その後は検査をしながらの通院をしていた。しかし、2年前には脳に転移していることがわかり、コバルト照射するために遠方の病院へ通院していた。症状が落ち着いた昨年7月、新聞広告で「じん肺アスベスト・ホットライン」があることを知った。親・兄弟にがんの者はいないし、アスベストについて今まで話は聞いたことがあるが、まさか自分にふりかかるとは思ってもみなかったが、早速

相談をした。

相談に応じた「じん肺・アスベスト被災者救済基金」では、船員で初めてのケースだということで、早速、社会保険事務所の船員保険課に連絡。調べてもらったところ、労災保険の認定基準に準じて認定するとの確認をうけたため、早速申請の準備をし、申請をした。申請して間もなく、Hさんは体調を崩し、再入院となったが、病院において船員保険課担当による長時間の聞き取りなどを経て、今年1月10日付けで、船員保険に基づく労災と認定された。船員保険課に問

い合わせると、Hさんの場合、下船後に民間職場で働いたことがほとんどないことが早期認定につながったようである。残念ながら、Hさんはそれからまもなくの同月21日にお亡くなりになった。

船員のアスベスト疾患による認定は、神奈川はもちろんのこと、全国でも初めてのこと。今後、休業補償にあたる船員保険傷病手当金の未支給分と、遺族補償にあたるものについて申請する。遺族補償が認定された時



に、また報告したい。
神奈川労災職業病センター

搬入する。

- ② 繊維状のアスベスト原料を綿状に加工(解綿)するためクラッシャー機械にかけて粉碎する。
- ③ 綿状になったアスベスト原料にタルク(滑石)を混ぜ合わせる。混合比は用途によって異なっていた。
- ④ ホッパーからアスベスト原料を袋詰めする。真っ白い綿状のアスベストを麻袋に詰め込む作業。

M産業(株)で製造されたアスベスト材料は、スレートや耐火ボード等の建築資材、自動車のブレーキライニング、建築物の耐火吹き付け材として使用された。当時の取引先に、山王スレートや曙ブレーキ等があった。

また、ボイラーの断熱材に使われていたアスベスト材や酸素ボンベの容器内に充填されていた廃アスベストを回収し、再利用することもあったという。

夫は、構内で、②解綿作業→③ブレンド作業→④袋詰め作業を行っていた。実兄は、「工場内はいつも白いアスベストの綿がもうもうと舞っていて埃っぽかった。床にはアスベストが3cmほど積もっていた」と述べている。

アスベストの発がん性や取り扱い方法などは全く知らされず、アスベスト粉じん曝露防止対策は取られていなかった。Sさんの夫も、アスベスト粉じんに常時曝露する作業環境のなかで、ガーゼマスク程度で働いていたことがわかった。センターではこうした作業実態を意見書にまとめて、春日部労働基準監督署に提出した。

石綿製品製造作業で肺がん

埼玉●会社はすでになく、時効直前に請求

昨年5月末、Sさんが東京労働安全衛生センターに相談に来られた。横須賀のじん肺・アスベスト被災者救済基金からの紹介という。聞けば、夫が亡くなって5年近くになるが、最近基金の事務局から連絡をもらい、肺がんはアスベストが原因である可能性が高いため、相談に行くようすすめられたとのことだった。

Sさんは、夫を1996年12月に肺がんで亡くした。夫は、30年以上前に、埼玉県内でアスベスト製品の原材料を製造するM産業(株)の工場で10年間働いた。その後転職して、古鉄の圧延工場に勤め溶解炉の作業をしていた。

亡くなる2か月前、夫は埼玉労

基局(当時)でじん肺管理区分3口の決定を受けており、基金が実施している「じん肺・アスベスト健康被害ホットライン」にも相談の電話をしていた。夫の死後相談が途絶えていたが、たまたま基金の事務局から郵便物が届き、遺族のSさんに連絡がつながった。

M産業(株)は、とっくの昔に倒産していて、工場もない。さいわい、夫の実兄が一時同じ会社で仕事をしていたというので、彼からアスベスト作業の実態と構内の状況を聞き取ることができた。

それによると、主な製造工程は次のとおり。

- ① 商社が輸入したアスベスト原料を横浜港の倉庫から工場に

以上のことから、肺がんはアスベスト曝露によるものと考えられるため、昨年8月、春日部労基署に遺族補償給付の請求手続をとった。遺族補償の時効は死亡後5年である。じん肺・アスベスト被災者救済基金を通じて相談がつかず、12月の命日をもって、時効成立を迎えるまえに労災請求の手続をとることができた。

夫は亡くなる7年前から、都内のI医大病院で間質性肺炎・石綿肺と診断され、通院していた。あらためて当時の主治医に労災への協力を求めた。また、死亡診断書を書いた地元の病院の主治医に、石綿曝露の肺がん・石綿肺の意見書モデルを提示し医証の作成に完璧を期した。

その結果、主治医に「石綿肺の所見および業務との因果関係」に

ついて、「胸部単純X線所見では両下肺野に多数の不整形小陰影(3/3相当)、両側の胸膜肥厚斑、石灰化を認めた。肺病理組織は採取されていないが、喀痰細胞診にてアスベスト小体を多数認めたとし、「本業務上での石綿曝露が請求人の発がんの原因であり、かつ死亡に至る主原因でもあると考えられる」と述べていただいた。

今年2月初旬、春日部労基署は夫の肺がんを労災と認定し、Sさんに遺族補償給付年金等を支給決定した。

M産業に働いていた労働者はほかにもいるはず。Sさんは労災認定の報を当時夫と一緒に働いていた同僚に知らせた。アスベスト被害の掘り起こしはまだ



まだこれからだ。
東京労働安全衛生センター

く退職を余儀なくされた。いろいろな医者にもかかったがよくなるまい。町健康診断で保健所の医師がレントゲン写真を見て言った。「Nさん、これはじん肺ですよ。こんなにひどいのは、労働基準監督署に相談に行けば補償が受けられるはずですよ」。労働基準監督署に行って、関東労災病院を紹介される。

● 労災病院と労働局の医師の見解の相違

労災病院の医師は、管理4だと判断し、じん肺管理区分申請をする。ところが労働基準局(当時)の診査医は、じん肺の合併症のひとつである「気管支拡張症」の疑いがあるとして、再度診断するように労災病院に求めた。しかし、労災病院の医師は気管支拡張症はない、管理4だと主張。1996年5月、結果としてじん肺管理区分3口となった。これでは補償は受けられない。Nさんは不服審査請求までしたが、やはり結論は変わらず。

生活に困窮しながらも治療を続けたが、よくなるまい。そこで、じん肺・アスベストホットラインを新聞で見て相談して、十条通り医院(神奈川県大和市)にかかった。タンも出ており、明らかに続発性気管支炎であった。スムーズに労災認定を受け、治療に専念できることになった。ただ、Nさんの住む箱根町からは、あまりにも通院に時間がかかる。それでも、Nさんにしてみれば何の結果も得られなかった、川崎の労災病院などよりもはるかに近くてありがたい存在だったのである。

● 肺がんは労災だ!

管理3じん肺合併肺がん申請

神奈川●認定基準改正と過去の事例

疫学的に調べたところ、一般の人に比べてじん肺の患者さんに肺がんが多いこと、岩石などに含まれているシリカが発がん性物質であることから、じん肺患者の肺がんについては、労災職業病と考えることが国際的な潮流である。十条通り医院に通院していたじん肺患者のNさんが、肺がんで亡くなってから2年余り。このたび遺族補償の請求が行なわれた。

● 粉じん作業を50年

Nさんは、1931年生まれで、17歳のときから石材屋で働くようになった。それから会社はいくつか変わったが、30年余りを石工として、20年近く土木関係の仕事に就いた。土木関係も、トンネル工事などにも従事しており、粉じん作業歴はほぼ50年。まさにほこりにまみれて働いてきたのだ。

1995年4月、65歳になった頃、どうも息苦しく身体が思うように動かない。セキやタンも出る。やむな

1999年9月、いつものように十条通り医院にかかったNさんの症状は良くなかった。Nさんは、しきりに家に一度帰りたがったが、大事を取り、即入院することになった。お見舞いに行くと、「看護婦さんにも親切にしてもらい、入院してよかったです」と話されていた。その後も律儀にお手紙を下さる。「身体もだいぶよくなりました。今月いっぱいでもいいぶ良くなると思います」。実は、すでに肺がんが進んでいた。

12月3日、逝去される。

家族の方と労災補償のこのお話をした。残念ながら、労働省(当時)の認定基準上は管理4の人しか、肺がんは労災認定されない。お連れ合いも、「制度のことはよくわからないけれど、仕事で肺の病気になったのに、なぜ、がんは認められないのか」と息子さんらに話されていたと言う。「今、ちょうど改正されようとしているから、ぜひ請求しましょう。改正させるには声をあげるしかないのです」と、請求を勧めたが、とりあえず断念された。考えても見れば、当然認定されるはずのじん肺すら、行政の不手際(としか言いようがない)で認められなかったのだ。その行政がダメとしているものを変えるなどというのは不可能だと考えられても仕方ない。

2001年5月、厚生労働省が、じん肺肺がんの認定基準について若干の改正を行なった。管理4にかなり近い管理3口で、じん肺のために発見や治療が困難で、死亡した事例については認めてもよいというもの。この3つの条件はけ

しからんものではあるが、Nさんは該当する可能性が高い。このことを遺族にお伝えしたところ、2001年末、請求に至った。

そして、ついに2002年2月、厚生労働省が管理3のじん肺肺がんを労災と認めると記者発表。詳

細は、認定基準の発表後でないとは分からないが[認定基準は31頁参照]、Nさんの認定にさらに一歩近付いた。旧認定基準のために労災申請を諦めていた人



もまだまだいるはずだ。 神奈川労災職業病センター

使用者にストレス低減義務 ニュージーランド●控訴院が補償決定

控訴院の決定を受けて、使用者は、真剣に職場のストレスの最小化に取り組まなければならないことを求められている。

保護観察官であったChris Gilbertは、労働関連ストレスにより定年より14年も早く引退しなければならなかったことに対して、矯正局から、60万ドルが支払われることになる。Gilbertは、保護観察官としての仕事をやめざるをえなくなつてから6年目にして、補償を手に入れた。彼は、過重労働による重篤な心臓疾患のために、労働人生を14年短縮したことに対して補償を受ける。

Gilbertは、この補償は自分に、「通常の生活をおくる」自由を与えてくれるものだと言っている。

労働組合評議会のRoss Wilsonは、今回の決定は使用者に、労働者を防護する措置をとる義務を課すものであると言う。「すべての使用者には、ストレスが健康に与える結果を予防するという、非常に重要な義務があることを、疑

う余地なく確認した」。

これを無視する使用者は、大きなリスクを負う。

使用者団体の弁護士であるSusan Hornsbyは、使用者は、労働者の人生の残りの部分の喪失賃金について、責任を負わされる可能性があると言っている。Hornsbyは、ストレスに対する補償を求める労働者からの請求件数が増大していることを目の当たりにしている。

新しい労働安全法は、ストレスは使用者が認知しなければならぬハザードであるという控訴院の見解を強化することになるだろう。

「Gilbert氏のケースでは、悲惨な結果をもたらすまで仕事を山積みにしたのであるから、使用者は、システムを見直し、安全な作業レベルと作業慣行を確保し、また、労働者の申立に応答する必要がある」と、Hornsbyは語って



※2002.3.15 NZOOM.COM
(<http://onenews.nzoom.com/>)

ワーカーズ・メモリアル・デー

ILO ● ニューヨークの消防士を招待

職場で死亡または傷害を負った労働者のための今年の国際記念日の一環として、ILOは、その役割が他の人々の生命を救うことである、消防士、救急車運転士、看護師や警察官などの、救急サービス労働者の置かれた不安全な状況ととくに注意を払うことになるだろう。4月29日に、ILO本部で特別の行事が催される見込みで、すでにニューヨークの消防士の代表が

参加を招請されている。彼らは、9月11日の世界貿易センターにおける救助作業についての体験を話すよう求められている。

4月28日の「キャンドルと香」を象徴し、予防を図案化した、小さな黒い縞模様に入った黄色いリボンが、この記念日のシンボルとなるだろう。このシンボルは、労働者活動局(ACTRAV)のイニシアティブのもと、ILOによって2001年に

始まった。

昨年、ILO事務総長Juan Somaliaは、ILOは4月28日を、職場における健康と安全なための活動の国際記念日にするだろうと発表した。世界の労働組合運動は、長年にわたって4月28日の記念日を挙げており、ILOが三者構成の力をそれに加えたことになる。ILOはまた、この日を国連の公式な記念日にせよという、国際自由労連の要求を支持している。ICFTUによれば、100か国以上の労働組合が、4月28日とその周辺で取り組みを行う。ICFTUの今年の記念日のテーマは、「より強力な安全衛生を通じた公衆衛生の改善」である。

※『Hazards』



基発第0329008号
平成14年3月29日
都道府県労働局長殿
厚生労働省労働基準局長

中小事業主等特別加入者に 係る業務上外の認定基準の 一部改正について

中小事業主等特別加入者に係る業務上外の認定基準に関する取扱いについては、昭和40年12月6日付け基発第1591号「特別加入者に係る業務上外の認定及び支給制限の取扱いについて」(以下「1591号通達」という。)により取り扱ってきたところであるが、この取扱いの一部を下記のとおり改めることとしたので、事務処理に遺漏のないよう期されたい。

記

1 記の第1の1の(1)のロ及び(注)の「時間外労働」を「時間外労働又は休日労働」に改める。

2 記の第1の1の(1)のハの「就業時間(時間外労働を含む。以下同じ。)に接続して行われる準備・後始末の業務」を「イ又はロに接続して行われる業務(準備・後始末行為を含む。)」に改める。また、(注)を全文削除する。

3 1591号通達の記の第1の2の次に第1の3として次を加える。

3 業務上外の判断についての留意点

疾病に係る業務上外の判断のために就業時間の把握を行う場合は、当該特別加入者が客観的に就業したことが明らかな時間を就業時間とすること。

4 施行日

本通達は平成14年4月1日以降に発生した災害について適用する。

※これまで、当該事業場の労働者が「時間外労働を行っている時間の範囲(以下「労働者の就業時間」という。)内でのみ業務遂行性を認めてきたものを、範囲を拡大した。同日付け補償課長事務連絡も出されている。



Information Disclosure Law Comes into Effect

KAWAMOTO Hiroyuki

Kanagawa Occupational Safety and Health Center

The new Information Disclosure Law came into effect in Japan in April 2001. Japanese bureaucracy has been overwhelmingly powerful since it served as one of the major driving forces that brought a somewhat modern nation-state framework to Japan after the Edo Shogunate Era. To strengthen its dominance over civil society, the bureaucracy has been monopolizing information and maintaining its traditional obscurantist policy without being challenged. As if it were a privileged favor, bureaucrats often give some information to Diet members, particularly those who are in ruling parties, although they often reject requests made by citizens for the same information.

The Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW), which was established by merging the former Ministry of Labor (MOL) and Ministry of Health and Welfare (MHW) in January 2001, provides one example. The MHLW and the former MOL have been administering the Workers' Accident Compensation Insurance Scheme, which has been the most important element of the statutory compensation system for injuries or deaths associated with jobs, operating virtually solely through their internal instructions or 'TSUUTATSU'. Some of those instructions and their supplementary communications 'JIMU-RENRaku' are disclosed. But others at their own discretion are left undisclosed, and we are prohibited from knowing even

whether those undisclosed documents actually exist or not. As a result, labor accident victims sometimes fail to have access to some of the information that they most want to know.

The Japan Occupational Safety and Health Resource Center (JOSHRC) has been urging the governmental agencies to disclose on demand information important to workers and the public. For example, the JOSHRC urged the MHLW to reveal the subjects on which the Ministry had contracted for work academic institutions, including universities and institutes. The reply by the Ministry was 'we cannot understand what you mean by contract researches', and 'therefore we have no documents to be disclosed.' This was beyond our understanding. Since the Law took effect, some of those 'classified' documents have been gradually disclosed, and we have found their nondisclosure unjustified because the information was very common or generic. Some of the 'contract researches' have been also disclosed in response to our requests for disclosure. All the research involving workers' health, which are financed by taxpayers, should be disclosed, although any military research and development activities may arguably be subject to nondisclosure.

In fact, under the procedures provided by the Law for access to official files, Kanagawa OSHC obtained information about incin-

erators that may produce dioxins. In addition, we requested the Kanagawa Labor Standards Bureau to disclose the names of medical experts whom the Bureau consults to determine claims of occupational injuries or deaths for eligibility for compensation benefits. The request was, however, rejected under the pretext that fairness of expert opinions would be undermined if the experts were identified. We believe that the fairness of expert opinions would be not maintained unless those experts become aware that their opinions must be able to withstand public criticism instead of being protected by anonymity.

In October 2001, a new law came into effect, the Law for Facilitating Settlements on Specific Labor Relations Disputes. The law provides a framework which helps mediate disputes, especially between unorganized workers and their employers, vastly increasing in number in the context of the recent serious economic recession. In Kanagawa, six persons were assigned as arbitrators. The authorities, however, have rejected disclosure of their identities for the same reason; they claim that if their names are disclosed, it will be difficult to build consensus between workers and their employers and maintain fairness in the mediation process. Such anonymous mediation somewhat resembles a court presided over by masked judges. Now under the Information-Disclosure Law we are asking the authorities to disclose their identities.

In fact, the MHLW does not seem to have precisely determined which information should be disclosed or not, and is likely to gradually develop guidelines for disclosure. To make their guidelines more democratic we will continue to request more information.

Government Blamed for Negligence: Former Chikuho Miners Win at High Court

KATAOKA Akihiko

Kansai Occupational Safety and Health Center

On July 19, 2001, the Fukuoka High Court in Kyushu, decided the appeal case brought by former miners and bereaved family members of dead miners against the central government and three employers, including Mitsui Mining Co.Ltd., who had managed mines at Chikuho area, Fukuoka Prefecture, Kyushu. The plaintiffs had collectively claimed 4 billion yen in compensation.

The Court largely upheld the precedent decision made by the Iizuka Branch of Fukuoka District Court and changed it by noting the liability of the central government for injuries and deaths and rejected the argument of the defendants for prescription. As a result, the court ruled that the government and the three companies should pay 1.9 billion yen in compensation (the quota of the government is 746 million yen). Initially six companies were involved in the case, of which three settled with the plaintiffs out of court and paid the agreed compensation. The high court decision, therefore, applied to the government and the remaining three companies.

The court decision is groundbreaking because it first found the central government liable for damages for the injuries incurred by the coal miners. Damage suits are usually filed against immediate employers, but the case called the government into question for liability for health injuries. The government had played a major part in developing the coal min-

ing industry since the prewar era. As well as during the war, after the war the government had encouraged increased coal production to revive the once ruined industry in the wake of Japan's defeat. Later the government changed drastically its national energy program shifting toward reliance on imported petroleum for energy. As a result, the coal mining companies were reduced to extreme corporate downsizing and significant reduction in expenditures on safety and health measures. Another outcome of the change in national energy policy was an increase in number of pneumoconiosis victims. Indeed, while it had been actively involved in domestic coal mining, the government had extensive authority to regulate the industry's mining practices and thereby to effectively prevent miners from developing pneumoconiosis. Despite of their regulatory responsibility, the government almost completely failed to exert its power to prevent a large number of workers from contracting the fatal lung disease.

The Fukuoka high court ruling found the government to be competent and responsible for taking preventive measures for the first time in the history of damage suits brought by occupational pneumoconiosis victims in Japan.

The plaintiffs included the government in their suit because many of their former employers had closed. After the national policy on energy supply shifted toward over-

seas petroleum in the 1960s, many mining companies were forced to suicidal downsizing and eventually permanent closure around the country as well as in the Chikuho coal mine district. As a result, the Chikuho victims had no companies from which to claim liability when they decided that they should be compensated. To secure practical meaning for their claim, the plaintiffs had to sue against the government as well.

It is a matter of course that the government should be called into question for its liability in cases of pollution or drug-induced health injuries. However there have been few cases where courts found the government negligent in taking effective measures to prevent such health injuries. Last year, however, two court rulings criticized the government: the first was a decision on a Minamata disease case made by Osaka high court indicating that the government was to be blamed on its long-term inaction in preventing an increase in the number of victims. The other was a decision of Kumamoto district court which severely condemned the

government's policy of isolating former Hansen's disease patients. The government definitely declined to appeal, and now a comprehensive settlement process has begun. The other lawsuits, and the Minamata and Chikuho cases, were brought to the supreme court, and the final judicial rulings were again prolonged at the expense of the victims.

The Minamata and Chikuho cases are the most important cases with regard to the number of victims involved in pollution and occupational diseases respectively. Public attention will continue to focus on how the supreme court deals with these government's crimes ruled on the lower courts.

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 E-mail fureai@ma2.justnet.ne.jp
〒460-0024 名古屋市中区正木4-8-8 マノン金山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 koshc2000@yahoo.co.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 eoshc@mx81.tiki.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 高知市薊野イワ井田1275-1 TEL(0888)45-3953 /FAX(0888)45-3953
- 熊 本 ● 熊本県労働安全衛生センター
〒861-2105 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レークタウンクリニック TEL(096)360-1991 /FAX(096)368-6177
- 大 分 ● 社団法人 大分県勤労者安全衛生センター
〒870-0036 大分市中央町4-2-5 労働福祉会館「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 E-mail aanhebez@bronze.ocn.ne.jp
〒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5月号(通巻第286号)2002年4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8000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/>